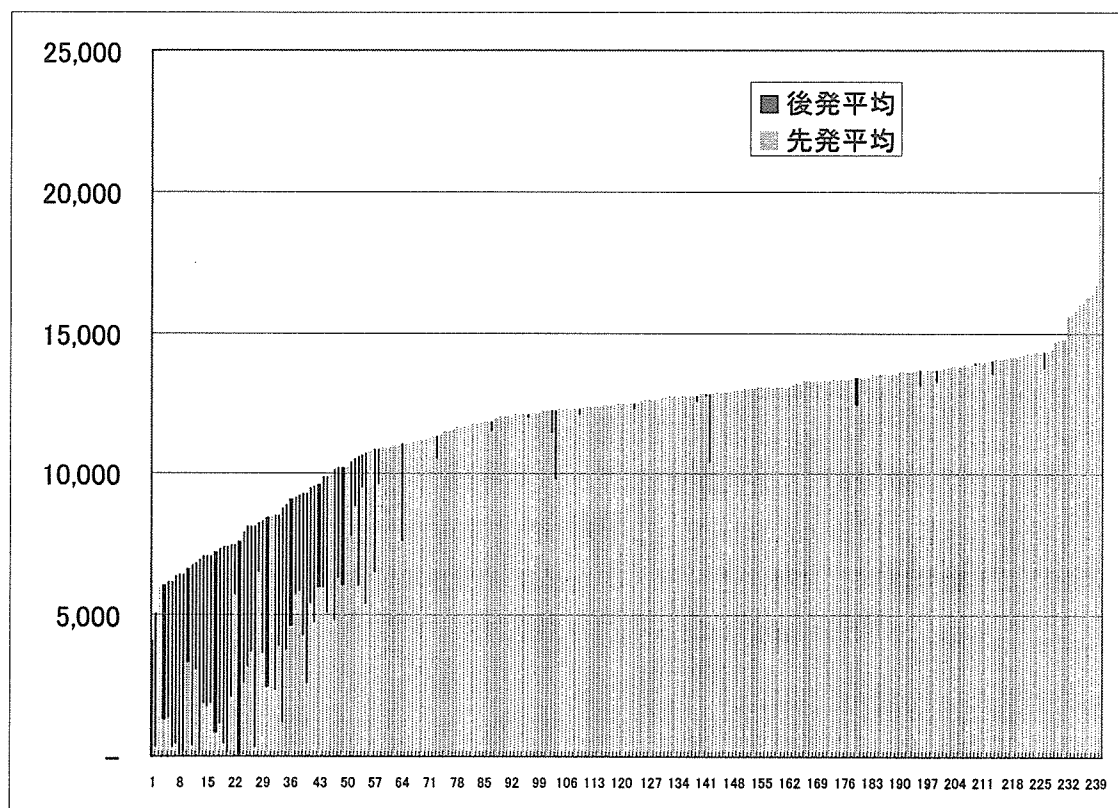


MDC01 脳神経領域、MDC04 呼吸器領域で、入院中の CT・MRI の利用件数が多いようである。50 症例以上の DPC 群で一入院あたりもっとも CT 検査数が多かったのは 0100203102x1xx（くも膜下出血、破裂脳動脈瘤（JCS30 以上）、脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）等、手術・処置 2 あり）であり 227 症例、平均 13.2 回、もっとも MRI 件数が多かったのは 0100103001011x（脳腫瘍（15 歳以上）、頭蓋内腫瘍摘出術等、手術・処置 1 なし、手術・処置 2 あり、副傷病あり）であり 393 症例、平均 4.3 回であった。

CT 検査で用いられるヨード系造影剤はジェネリック製剤の普及が進んでいるようだが、平成 17 年度での分析対象施設での状況を図に示す。この図は、医療機関ごとに一回あたりの検査での造影剤薬価をプロットしたものである。もっとも低額な医療機関と高額な医療機関で三倍弱の差がある。後発品を主に使用している施設で造影剤薬価が低い。



DPC ごとの CT 検査の造影比率について、分析を進める予定である。

2) 核医学検査

平成16年度の医科点数表では、核医学検査は、

マスター	名称	レコード数
170015010	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影	19,753
170020610	ポジトロン断層撮影(¹⁵ O標識ガス使用)	60
170024510	シンチグラム(部分・静態)	4,269
170024610	シンチグラム(部分・動態)	3,128
170024710	シンチグラム(全身)	18,249
170024810	ポジトロン断層撮影(18FDG使用)	865

の6区分に分かれる。右端にFファイル上のレコード数を示す。同一の検査では主たるものを請求することになっているが、提出されたデータでは、同じ項目が重複している場合や、異なる項目と組み合わせられている例が散見された。実際のレセプトでも重複しているとは考えにくいので、レセプトとEファイル、Fファイルのデータが一致していない可能性は考えられる。

検査総数の多いものを表に示す。

DPC	患者数	全身シンチグラム	SPECT	動態シンチグラム	静態シンチグラム	PET	小計	平均検査数
0400403x99x20x	7,697	1359	19	6	53	28	1,465	0.19
0500503x9901xx	1,404	23	1197	53	45	1	1,319	0.94
0500501xxxxxxx	14,221	10	1124	25	33	1	1,193	0.08
0705603x99x0xx	3,999	689	187	110	112	3	1,101	0.28
0100603099x11x	4,223	36	983	21	20	2	1,062	0.25
0500303x0401xx	970	16	992	27	18	9	1,062	1.09
0501303x99000x	4,364	58	733	50	69	7	917	0.21
0100601xxxxxxx	1,545	6	761	2	3	23	795	0.51
0400401xxxxxxx	2,589	645	23	15	35	17	735	0.28
0400403x99x00x	2,594	621	24	6	33	21	705	0.27
0100603099x10x	2,656	30	507	6	12	3	558	0.21
0100603099x01x	2,782	19	505	7	14	8	553	0.20
1102803xxxx1xx	5,923	199	225	33	46		503	0.08
0100603099x00x	2,913	18	449	5	9	4	485	0.17
0900103x010000	3,808	285	3		100	1	389	0.10
0400403x97x1xx	846	329	3	6	25	9	372	0.44

0500503x05010x	397	6	340	3	14	4	367	0.92
1102803xxxx0xx	4,462	134	63	115	36	1	349	0.08
0101603x99x10x	494	11	275	5	40	1	332	0.67
0400403x99x21x	1,023	284	11	1	17	5	318	0.31

MDC05 循環器領域、MDC 04 呼吸器領域での核医学検査の利用が多いようである。50 症例以上の DPC 群で一入院あたりの全身シンチグラフィがもっとも多い DPC は 1000203x99x2xx（甲状腺の悪性腫瘍、手術なし、手術・処置 2_2 あり）であり 171 症例、平均 0.78 でありこれは I-131 治療後の確認撮影がされていると考えられる。SPECT がもっとも多い DPC は 0500653x99x1xx（拡張型心筋症、手術なし、手術・処置 2 なし、副傷病あり）であり 135 例、平均 1.08 であった。

核医学検査は、使用された薬剤によって検査目的の特定が可能な場合が多く、さらに分析を深める予定である。

3) 心の血管造影

心の血管造影は大きく心室造影と冠動脈造影に分かれるが、ここでは冠動脈造影に注目して分析を行った。検討の対象となる電算レセコードと出現したレコード数を表に示す。

マスター	名称	レコード数
160065570	心筋採取加算	458
160064610	心カテ(右心)	8,533
160064770	心カテ(新生児)加算	12
160064870	心カテ(乳児)加算	178
160064970	左心カテ(卵円孔)加算	55
160065070	左心カテ(欠損孔)加算	37
160065170	ブロッケンブロー加算	14
160065270	伝導機能加算	892
160064510	心カテ(左心)	29,436
160065470	冠動脈造影加算	29,197
160170270	血管内視鏡加算	37
160065650	ヒス束心電図加算	932
160065750	診断ペーシング加算	1,021
160155470	心カテ(幼児)加算	239
160164970	血管内超音波加算	603
160065370	期外(早期)刺激法による測定・誘発試験加算	1,082

この中で、同日に両心カテが算定されている症例が 4,547 件、左心カテ+冠動脈造影が 27,616 件、右心カテのみ+冠動脈造影が 3,990 件であった。分析には左心カテあるいは右心カテのいずれかあるいは両方が同日に行われ、冠動脈造影加算のある 28,209 検査を対象とした。一入院中に 3 回の冠動脈造影をされたケースが 9 例、2 回行われたケースが 407 例あった。

DPC	患者数	検査数	平均回数
0500501xxxxxxx	14,221	12,968	0.91
0500503x99000x	3,040	2,047	0.67
0500503x9901xx	1,404	864	0.62
0500503x99001x	1,243	791	0.64
0501303x99000x	4,364	627	0.14
0500503x050000	2,934	607	0.21
0500801xxxxxxx	645	519	0.80
0500503x05001x	2,003	421	0.21
0502103x9701xx	2,578	305	0.12
0500303x0401xx	970	266	0.27
0501631xxxxxxx	450	248	0.55
0500503x05011x	632	204	0.32
0500503x02001x	297	198	0.67
0500503x03x1xx	218	193	0.89
0500301xxxxxxx	219	187	0.85
0501701xxxxxxx	486	186	0.38
0500503x97xxxx	308	181	0.59
0500303x040000	806	178	0.22
0500503x03x01x	265	171	0.65
0500303x04001x	716	170	0.24

50 例以上の DPC 群でもっとも冠動脈造影検査回数が多いのは DPC 0500501xxxxxxx（狭心症、慢性虚血性心疾患（検査入院））であり、平均 0.91 回であった。0500503x0201xx（狭心症、慢性虚血性心疾患、冠動脈・大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しない場合）、手術・処置 1 なし、手術・処置 2 あり）、0500801xxxxxxx（弁膜症（検査入院））、0500301xxxxxxx（急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（検査入院））も検査回数が多い群であった。

本検査も時系列での分析が可能であり、入院から冠動脈造影までの日数、ステント・CABG 後の確認造影の有無についても分析可能である。診療区分 60 では、超音波や内視鏡検査等、

他の生理系の検査については同様な分析が可能である。

検体系の検査については、項目数が多く（今回のデータの出現数 1,407 項目）、まとめ方の工夫を要する段階である。また、医科点数表では、確定診断後の悪性腫瘍マーカは検査料ではなく指導管理料の項目で算定するため、実際の検査数については検討ができない限界がある。

4) まとめ

平成17年度の入院データを使用して、DPC ごとの主要な検査・画像診断の種別と投入量を分析する手法を開発した。それぞれの検査によって医科点数表に特徴があるため、ストレートな分析はやや困難であるが、全体の区分ごとの点数だけではなく、検査の回数、使用した薬剤の分析も可能になった。さらにデータは日付情報を持っているので、時系列での分析も可能である。

平成18年度データについては、一部の医療機関では外来データの利用も可能であるので、入院前後の外来診療における検査・画像診断の状況についても分析を行う予定である。

分担研究報告書

平成 18 年度 DPC におけるアウトライヤーに関する調査

分担研究者 竹田 秀 (特定非営利活動法人 VHJ 機構 理事)

研究要旨および調査目的

「診断群分類による入院医療の包括評価制度 (DPC)」をアウトライヤーを調査することにより、診断群分類の妥当性や病院特性などを検証する。

調査方法

DPC 包括評価導入の影響評価に係る調査 (7 月から 10 月退院患者調査) と同一の資料を分析して、定義に基づいたアウトライヤー症例を抽出した。また、調査データ入力システムを作成してアウトライヤーの発生理由を調査した。

調査対象病院

特定非営利活動法人 VHJ 機構の会員である病院のうち、DPC 対象病院 22、DPC 準備病院 2、合計 24 病院。

アウトライヤー区分

表 1 (アウトライヤーを表 1 に従って区分した結果は表 8 にまとめてある。)

調査結果

1. アウトライヤー発生率

(1) 施設別のアウトライヤー発生 (表 2)

全施設	DPC 適用退院症例数	84,788
	アウトライヤー症例数	27,737
	アウトライヤー発生率	32.7%

アウトライヤー発生率の最も高い施設は、43.4%、最も低い施設は 27%であった。発生率の分布を見てみると、42~44% 2 施設、32%~38% 14 施設、27%~31% 7 施設と 3 種類に区分が可能であり、施設の特徴があるものと思われる。

(2) MDC 別のアウトライヤー発生 (表 3)

MDC 別のアウトライヤー発生を見ると、

アウトライヤー症例数では、MDC06、05、04、16 が多く、MDC08、09、が少ない。また、アウトライヤー発生率をみると、MDC13、15、05、04 が多く、MDC02、12、03 が少ない。各症例を精密に分析して診療内容を追跡している。

2. 入院期間によるアウトライヤーについて

(1) 入院期間によって区分されたアウトライヤーは表 4 の通りである。

(2) 表 4 の症例を MDC 別に整理したのが表 5 である。

表で期間Ⅱ、Ⅲに区分された 7,764 例は点数比がアウトライヤーで入院期間はインライヤーの症例であり、個別症例にまで辿って分析する必要がある。

3. 点数比によるアウトライヤーについて

(1) 点数比によるアウトライヤーの分布は表 6 の通りである。

(2) 表 6 の症例を MDC 別に再掲したのが表 7 である。

表 7 で点数による区分 0.7~1.3 の範囲にある 13,960 例は入院期間がアウトライヤーであるが、点数比はインライヤーである。

これらの症例は DPC の仕組みとの関係で興味がある症例といえよう。

また、1.3 超、0.7 未満の症例は、診療の濃淡、症例の重症度などとの関連が窺える。

今後精確に分析をしたいと考えている。

表1. アウトライヤー区分

		入院期間			
		期間 I	期間 II	期間 III	期間 IV
		(入院期間 I 未満)			(特定入院期間超)
点数比	1.3超	5	3	7	
	0.7~1.3	1		2	
	0.7未満	6	4	8	

表2. 施設別アウトライヤー発生率

施設名	DPC適用退院症例数	アウトライヤー症例数	アウトライヤー発生率
施設A	4,583	1,576	34.4%
施設B	2,633	966	36.7%
施設C	4,040	1,425	35.3%
施設D	3,793	1,269	33.5%
施設E	5,633	1,857	33.0%
施設F	2,306	710	30.8%
施設G	5,806	1,677	28.9%
施設H	2,890	963	33.3%
施設I	2,460	688	28.0%
施設J	9,584	3,109	32.4%
施設K	5,327	1,439	27.0%
施設L	5,245	1,750	33.4%
施設M	2,359	770	32.6%
施設N	3,847	1,381	35.9%
施設O	1,364	393	28.8%
施設P	1,772	648	36.6%
施設Q	3,755	1,395	37.2%
施設R	4,173	1,217	29.2%
施設S	3,691	1,072	29.0%
施設T	2,518	748	29.7%
施設U	1,151	499	43.4%
施設V	2,592	1,101	42.5%
施設W	2,081	705	33.9%
施設X	1,185	379	32.0%
全施設	84,788	27,737	32.7%

表3. MDC別アウトライヤー発生率

MDC	DPC適用退院症例数	アウトライヤー症例数	アウトライヤー発生率
01	6,144	2,200	35.8%
02	3,135	556	17.7%
03	3,687	855	23.2%
04	8,763	3,522	40.2%
05	8,660	3,612	41.7%
06	18,588	5,929	31.9%
07	3,736	1,340	35.9%
08	871	244	28.0%
09	1,026	274	26.7%
10	2,598	802	30.9%
11	6,287	2,196	34.9%
12	6,384	1,220	19.1%
13	1,923	900	46.8%
14	2,429	679	28.0%
15	1,342	575	42.8%
16	9,215	2,833	30.7%
全施設	84,788	27,737	32.7%

表4. 入院期間別アウトライヤー症例数、アウトライヤー発生率、構成比率

	入院期間による区分				全期間アウトライヤー合計
	期間 I	期間 II・III	期間IV	期間 I + 期間IV	
アウトライヤー症例数	15,248	(7,764)	4,725	19,973	27,737
アウトライヤー発生率	18.0%	(9.2%)	5.6%	23.6%	32.7%
構成比率	55.0%	(28.0%)	17.0%	72.0%	100.0%

入院期間別施設別アウトライヤー症例数

施設名	入院期間による区分				全期間アウトライヤー合計
	期間 I	期間 II・III	期間IV	期間 I + 期間IV	
施設A	1,060	(376)	140	1,200	1,576
施設B	541	(270)	155	696	966
施設C	730	(375)	320	1,050	1,425
施設D	684	(453)	132	816	1,269
施設E	895	(536)	426	1,321	1,857
施設F	351	(204)	155	506	710
施設G	1,156	(311)	210	1,366	1,677
施設H	521	(309)	133	654	963
施設I	344	(237)	107	451	688
施設J	2,006	(702)	401	2,407	3,109
施設K	640	(419)	380	1,020	1,439
施設L	851	(541)	358	1,209	1,750
施設M	430	(183)	157	587	770
施設N	793	(410)	178	971	1,381
施設O	217	(115)	61	278	393
施設P	251	(284)	113	364	648
施設Q	825	(379)	191	1,016	1,395
施設R	394	(591)	232	626	1,217
施設S	624	(291)	157	781	1,072
施設T	436	(202)	110	546	748
施設U	244	(107)	148	392	499
施設V	766	(228)	107	873	1,101
施設W	302	(173)	230	532	705
施設X	187	(68)	124	311	379
施設全体	15,248	(7,764)	4,725	19,973	27,737

表5. 入院期間別MDC別アウトライヤー症例数

MDC	入院期間による区分				全期間アウトライヤー合計
	期間 I	期間 II・III	期間IV	期間 I +期間IV	
01	949	(786)	465	1,414	2,200
02	377	(19)	160	537	556
03	490	(240)	125	615	855
04	1,779	(1,155)	588	2,367	3,522
05	1,816	(1,417)	379	2,195	3,612
06	3,354	(1,434)	1,141	4,495	5,929
07	937	(223)	180	1,117	1,340
08	121	(53)	70	191	244
09	149	(80)	45	194	274
10	486	(190)	126	612	802
11	1,359	(443)	394	1,753	2,196
12	622	(385)	213	835	1,220
13	317	(403)	180	497	900
14	459	(138)	82	541	679
15	206	(275)	94	300	575
16	1,827	(523)	483	2,310	2,833
MDC全体	15,248	(7,764)	4,725	19,973	27,737

表6. 点数比別アウトライヤー症例数、アウトライヤー発生率、構成比率

	点数比による区分				全 点 数 比 アウトライヤー 合 計
	0.7未満	0.7～1.3	1.3超	0.7未満 +1.3超	
アウトライヤー症例数	1,885	(13,960)	11,892	13,777	27,737
アウトライヤー発生率	2.2%	(16.5%)	14.0%	16.2%	32.7%
構成比率	6.8%	(50.3%)	42.9%	49.7%	100.0%

点数比別施設別アウトライヤー症例数

施設名	点数比による区分				全 点 数 比 アウトライヤー 合 計
	0.7未満	0.7～1.3	1.3超	0.7未満 +1.3超	
施設A	188	(784)	604	792	1,576
施設B	72	(456)	438	510	966
施設C	70	(775)	580	650	1,425
施設D	145	(555)	569	714	1,269
施設E	108	(921)	828	936	1,857
施設F	48	(390)	272	320	710
施設G	149	(908)	620	769	1,677
施設H	107	(466)	390	497	963
施設I	16	(284)	388	404	688
施設J	246	(1,802)	1,061	1,307	3,109
施設K	141	(760)	538	679	1,439
施設L	113	(814)	823	936	1,750
施設M	5	(396)	369	374	770
施設N	78	(601)	702	780	1,381
施設O	12	(191)	190	202	393
施設P	32	(280)	336	368	648
施設Q	41	(736)	618	659	1,395
施設R	70	(444)	703	773	1,217
施設S	54	(534)	484	538	1,072
施設T	23	(425)	300	323	748
施設U	36	(287)	176	212	499
施設V	27	(513)	561	588	1,101
施設W	52	(377)	276	328	705
施設X	52	(261)	66	118	379
施設全体	1,885	(13,960)	11,892	13,777	27,737

表7. 点数比別MDC別アウトライヤー症例数

MDC	点数比による区分				全点数比 アウトライヤー 合計
	0.7未満	0.7～1.3	1.3超	0.7未満 +1.3超	
01	106	(940)	1,154	1,260	2,200
02	11	(502)	43	54	556
03	42	(487)	326	368	855
04	225	(1,520)	1,777	2,002	3,522
05	269	(1,447)	1,896	2,165	3,612
06	484	(3,294)	2,151	2,635	5,929
07	52	(839)	449	501	1,340
08	6	(134)	104	110	244
09	19	(150)	105	124	274
10	38	(431)	333	371	802
11	119	(1,192)	885	1,004	2,196
12	142	(583)	495	637	1,220
13	151	(279)	470	621	900
14	46	(363)	270	316	679
15	42	(177)	356	398	575
16	133	(1,622)	1,078	1,211	2,833
MDC全体	1,885	(13,960)	11,892	13,777	27,737

表8. アウト라이어8区分別アウト라이어症例数、発生率、構成比率

アウト라이어区分	アウト라이어 件数	アウト라이어 発生率	構成比率
区分1:入院期間(日) I 未満の症例	9,873	11.6%	35.6%
区分2:特定入院期間(日)を超えた症例	4,087	4.8%	14.7%
区分3:包括点数/出来高点数比 1.3を超えた症例	6,806	8.0%	24.5%
区分4:包括点数/出来高点数比 0.7未満の症例	958	1.1%	3.5%
区分5:入院期間(日) I 未満かつ 包括点数/出来高点数比1.3を超えた症例	4,594	5.4%	16.6%
区分6:入院期間(日) I 未満かつ 包括点数/出来高点数比0.7未満の症例	781	0.9%	2.8%
区分7:特定入院期間(日)を超えかつ 包括点数/出来高点数比1.3を超えた症例	492	0.6%	1.8%
区分8:特定入院期間(日)を超えかつ 包括点数/出来高点数比0.7未満の症例	146	0.2%	0.5%
計	27,737	32.7%	100.0%

DPC に対応した審査システムの開発に関する研究

分担研究者	吉田 英機	昭和大学医学部泌尿器科学教室	教授
研究協力者	富士 幸蔵	昭和大学医学部泌尿器科学教室	助教授
	杉原 弘晃	昭和大学医学部泌尿器科学教室	兼任講師
	井原 裕宣	杏林大学医学部総合医療学講座	非常勤講師

A 研究目的

診断群分類（DPC）による診療報酬包括評価は平成 15 年度より導入され、平成 16 年度に第 1 回目の見直しが行われ、平成 18 年度には診療報酬改定に伴い 2 度目の見直しがなされて現在に至っている。DPC 自体は二度の見直しにより、より簡略化・精緻化されている。

一方、DPC による診療報酬請求を行っている医療機関数は当初の特定機能病院等 82 施設から、現在は 460 余施設に増加している。それに伴い、DPC 診療報酬明細書（以下、DPC レセプト）による診療報酬請求が増加している。しかし、DPC 自体や DPC による診療報酬請求システムに比し、審査システムに関する研究・開発は DPC 開始当初から立ち後れた感があり、未だ明確な変革がなされていないのが実情である。医療費の適正配分だけでなく、適切かつ十分な医療が国民に提供されているか否かのチェックという意味からも、診療報酬の審査・監査システムは必要不可

欠なものであり、DPC に対応した審査システムの構築が急務である。

そこで我々は、DPC による包括評価で診療報酬算定を行っている医療機関（以下、DPC 病院）から社会保険診療報酬支払基金に提出された実際の DPC レセプトを分析し、DPC による診療報酬請求上の不備や問題点を検討した。さらに、これらの不備や問題点が発生する DPC 病院側の要因を調査するために、DPC 病院における DPC 決定および確認プロセスを実地調査すると共に、DPC 病院の病院情報システム調査とそのベンダー毎の問題点抽出をアンケート調査により行った。

また、現在の DPC レセプト審査の実情把握を目的として、DPC レセプトを実際に審査している社会保険診療報酬支払基金審査員に対しても、DPC 理解度や DPC レセプト審査に関する意見をアンケート形式およびインタビュー形式で調査した。これらの結果を踏まえて、現状の紙ベースの DPC レセプトにおける審査システムと、

電子レセプトを基本とするいわば次世代の審査システムに関して考察した。

B 研究方法

① DPC レセプトの検証

社会保険診療報酬支払基金において、返戻や査定の対象となったDPCレセプトを対象として、その問題点を分析した。

尚、個人情報保護の観点から患者や当該施設が同定しうる情報を削除したレセプトを用い検証を行った。

② DPC 病院に対する調査

平成 17 年 6 月現在の DPC 病院 144 施設(DPC 対象病院である 82 施設および試行的適用病院 62 施設)を対象にアンケート調査を行った。調査期間は平成 17 年 6 月 1 日～20 日とし、調査項目は 1)レセプト電算処理システムの導入状況、2)DPC オーダーシステムの導入状況、3)医事システムの状況 4)DPC レセプトのチェック方法、5)DPC レセプトの審査(返戻・査定)状況、6)審査マニュアルの必要性とした。なお、集計に際しシステムに関する問題はベンダー毎に集計した。

また、DPC 対象病院である大学附属病院 2 施設と、試行的適用病院である国立病院 1 施設および民間病院 4 施設を視察し、DPC 決定・確認プロセス、DPC レセプト作成プロセスと病院情報システムの実情を視察した。

③ 社会保険診療報酬支払基金に対する調査

3ヶ所の社会保険診療報酬支払基金の協力を得て、審査委員会の審査委員 307

名を対象に平成 17 年 10 月 15 日～21 日の期間に無記名式アンケート調査を行った。

調査項目は 1)審査委員の DPC 理解度、2)DPC レセプトの問題点、3)DPC レセプトの審査状況 4)審査マニュアルの必要性とした。尚、この 3 審査委員会を合計すると、一ヶ月に計 38 病院(全 DPC 病院の 26.4%)から提出される平均 24,700 枚の DPC レセプトを審査していた。

また、DPC レセプト審査の現状調査のため、担当圏内に DPC 病院が多数存在し、電子レセプトも受理している社会保険診療報酬支払基金での審査状況を視察した。

④ 海外の審査方法調査

海外における診断群分類包括支払い制度(DRG/PPS)での審査システムを調査・検討した。

特に、米国(カリフォルニア州)の PRO およびフランス保健省(Ministere de la Sante)、全国被用者疾病金庫(CNAMTS)、イルドフランス地方疾病金庫(CRAMIF)に関しては訪問調査も行った。

C 研究結果

① DPC レセプトの検証

返戻や査定対象となったDPCレセプトの不備・問題点は大きく別けると、(1)医事会計システム自体の問題および入力ミス、(2)DPC 決定時の問題の 2 点に集約された。必須記載事項の記入漏れ、ICD-10 に則っていない傷病名の使用、退院時調整や点数計算の誤り等に代表されるような単純な事務的ミスから、いわゆる up-coding とされる診断群誤選択や同日の退院・再

入院など、診療報酬過請求を意図的に行っているのではないかと思われるものまで、多岐にわたった。

② DPC 病院に対する調査

DPC 病院の实地調査から、DPC レセプトの不備・問題点が発生する要因として各医療機関での DPC 決定・確認プロセスおよび DPC レセプト作成プロセスで、(1) 医師が決定した DPC や医療情報を診療情報管理士等が検証・評価するシステムが存在しても、その関与の手順・程度は施設ごとに異なりデータの信憑性に施設間差が生じること、(2) DPC レセプト作成時に、いわゆる“手入力”が介在していること、(3) 入・出力情報の整合性に対するメカニカル・チェックシステムが進んでおらず、人的チェックに頼っていること、(4) 各医療機関の有する医療情報・オーダリング・医事会計システムにより、入力内容や操作性が異なり、エラーの内容や出現頻度に差の出る可能性があることなどが考えられた。

さらに、DPC 病院 144 施設を対象とした、病院情報システム調査とそのベンダー毎の問題点抽出を目的としたアンケート調査では、DPC オーダリングシステムは 81%の施設に、DPC 医事システムは 98%の施設に導入されており、両者とも 3~4 社のベンダーで約 2/3 以上のシェアを占めていた。しかし、一方、レセプト電算処理システムは、費用や導入労力、審査機関との連携などの問題のため、58%の施設にしか導入されていなかった。しかも、レセプトチェックソフトを導入している施設は 20%程度であり、殆どが人の目視によ

るチェックが行われていた。

また、審査方法や審査基準の公表・統一し、地域間や審査委員間の格差の是正を求める意見が多かった。

③ 社会保険診療報酬支払基金に対する調査

社会保険診療報酬支払基金での实地調査では、電子レセプトでさえもそれを印字し、全て紙ベースで審査が行われていた。DPC 施設コードと診断群コードから請求診療報酬額等をチェックする簡単な PC システムはあったが、レセプトに記載されている各データ間の整合性までをチェックするシステムは未だ構築されていなかった。すなわち、機械的スクリーニング等のレセプト電算化に伴うメリットは現在のところ見受けられなかった。

3ヶ所の社会保険診療報酬支払基金の協力を得て、審査委員会の審査委員 307 名を対象にしたアンケート調査（回収率 73.6%）では、自己評価による DPC 理解度では、約 1/4 が「良く理解できている」と回答していたが、約 1/5 は「あまり理解できていない」「全く理解できていない」と回答していた。審査委員の所属医療機関別に比較すると、DPC 病院に勤務している審査員では理解良好群が約 75%を占めていたが、DPC 病院勤務以外の審査委員では理解良好群が 50%弱であり、DPC 病院に勤務している審査委員の方に有意に理解良好群が多かった ($p=0.008$)。

また、DPC レセプトの記入漏れ・記入ミス率に対する審査委員の印象は、約 85%の審査委員が 20%以下と回答していた。現在の DPC 審査状況に関しては、審査委

員全体では約 60%が「十分審査できている」あるいは「まずまず出来ている」と回答しており、DPC 審査における審査委員間での差に関しても、「ある」あるいは「ない」と回答した審査委員はそれぞれ 26.5%、25.7%とほぼ同数であった。

一方、DPC 審査に関するガイドラインが必要か否かの質問に対しては、80%以上の審査委員が必要を感じており、逆に「必要ない」と回答した審査委員は皆無であった。

D 考察

支払基金に提出された DPC レセプトの検証を行った結果、その不備・問題点が 1) DPC 決定時の問題と、2) 医事会計システム自体の問題および入力ミスに集約できる。このうち、医事会計システムや入力ミスに関する事務的問題は、各 DPC 病院で採用されているシステムと密接に関係していた。

DPC 病院は、DPC 調査などへの協力の必要があり、病院情報システムの IT 化が進んだ医療機関である。しかも、DPC による診療報酬包括評価が導入される以前から、これらの IT システムを導入していた施設が多い。現在の我が国の病院情報 IT システムは従来の出来高評価を基準に構築されおり、それを DPC に対応させるため DPC 用のオプションを追加したものが大勢を占めている。そのため、従来の出来高システムと追加された DPC 用システムの間で連携が取れていなかったり、エラーが生じたりしている。病名オーダリングシステムや医事電算システムが外来などの出来高用と DPC 用の両者が併存し、互

いに連携していないことなどは多くの DPC 病院で見受けられる。また、出来高システムに DPC 用システムを付け足しただけの現行の病院情報システムが、レセプト電算処理の普及を遅らせている大きな要因でもあり、高度な機械的チェックシステムを組み込むことができない原因でもあった。DPC オーダリングシステムでは 4 社、DPC 医事システムでは 3 社でシェアの大半を占めているが、これらのベンダーが DPC と出来高制の違いを良く理解し現状を把握した上で、早急に改善を図ることが望まれる。さらに、行政もベンダーに対し事態の重要性を説明する必要があると思われた。

米国における Clearing House のようなレセプト作成専門機関は日本にはなく、我が国の DPC 医療機関の現状では、DPC レセプト作成時の事務的ミスはある程度避けられない。そのため、DPC に対応した審査システムの構築が急務である。

日本と同じく社会保険制度を持ち、DRG/PPS を導入して間もないフランスでは、DRG/PPS の導入以前に電子レセプトを普及させ、レセプトの事務審査は機械的に行える環境を整備していた。我が国でも電子レセプトの推進が行われており、近い将来、米国やフランスのように事務審査は機械的に行われるであろうが、現状は医学的審査のみならず事務審査までも依然として紙ベースで行われている。

そこで、現在の紙ベースでの審査システムと、将来的な電子レセプトでの審査に関し、別々に考察する。

まず、現状の紙ベースでの審査システムについてであるが、この場合、事務的審査シ

システムから考えねばならない。審査機関では、事務職員により最初の事務的審査が行われている。この時点で記載漏れや点数計算ミスは発見されているが、多大な労力が要求される。傷病名や診断群分類と診療関連情報、出来高部分の手術や処置との整合性に関しても、事務職員により点検されているが、殆どが医学的審査の一部として医家審査委員にゆだねられている。そのため、DPC レセプト審査を行う事務職員や審査委員には DPC に関する知識だけでなく、ICD コーディングに関する知識も必要となる。不備・問題点のあるレセプト凡例集や留意すべき ICD コード一覧表、DPC レセプト審査マニュアルなどの審査における指針となるものを作成し、審査機関事務職員や審査委員の負担軽減を図る必要がある。

また、我々の行った審査委員に対するアンケート調査では、DPC レセプト審査を行っている審査委員の DPC 理解度には幅があり、概して DPC 病院に勤務している審査委員の方が DPC 理解度が高かった傾向がみられた。そこで、出来高レセプト審査と切り離して、DPC 病院出身の審査委員を中心とした DPC レセプト専属の審査委員会を設置する方法も考えられる。DPC 病院は関東や関西など大都市近郊に集中しているため、地方では DPC 病院に所属する審査委員を確保することが難しい。そこで、DPC レセプト審査委員会は東京や大阪など DPC 病院に所属する審査委員の確保が比較的容易な所にだけ設置し、全国の DPC レセプトを集中して審査する必要がある。

いずれにせよ、現行の紙ベースによるレセ

プト審査では、多大な労力を要し、審査機関の事務職員や審査委員の個人的審査能力に頼らざるをえない。

次に、電子レセプトを前提とした審査システムについて考察する。電子レセプトでは、事務的審査は機械的に行うことが比較的容易であり、事務職員による点検作業は大幅に軽減され、事務職員の作業内容はレセプト内容の統計的処理・分析に移行するであろう。米国はもとより、ドイツやフランスでは、統計学的手法を用いて重点的に審査すべき診断群分類や医療機関を推定し、医学的審査においてそれを検証している。この方法は、追従型の審査方法となる欠点を有するが、個人の審査能力に依存するところが少なく効率的であるという利点を有する。また、医療機関への直接監査でも、その根拠を明確に示せる利点も有している。現在の我が国の法体系では、DPC レセプト審査機関である社会保険診療報酬支払基金や国保連合会には医療機関への立ち入り審査は認められていないが、統計的手法により立ち入り審査の根拠が示せるなら保険者審査機関の権限強化も考慮の必要があると思われる。医家審査委員の側から見ても、レセプト点検から立ち入り審査に業務移行が行われ、より専門的知識が生かされるのではないかと思われる。

医療費削減を求められている現状では、医療費の適正配分は必要不可欠であり、公平かつ十分な医療が国民に提供されているかの監視も含め、診療報酬審査システムは重要なものである。電子レセプトを前提とし、統計的手法も加味した新しい審査システムの構築が必要不可欠である。