

## 中医協「2008年度第5回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」 ケアミックス型病院など9病院からヒアリングを実施

中医協の診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（会長：西岡清・横浜市立みなと赤十字病院長）は11月12日、ケアミックス型病院や退院時転帰に治癒の割合が非常に高い医療機関など9病院を召集して特別調査（ヒアリング）を実施した。



正面奥に西岡分科会長と並んで佐藤医療課長、宇都宮企画官。この対面にヒアリング対象先となった9病院の院長(副院長含む)が並ぶ。

今回ヒアリング対象となった理由と医療機関は次のとおり（厚労省資料順）。

### 【ケアミックス型病院について】

医療機関名	発言者	病床種別・数
財団法人脳血管研究所附属 美原記念病院	院長 美原 盤	医療保険病床数:189床(DPC 算定病床割合:23.8%) 一般:45床、障害者施設等:45床、回復期リハ:99床
株式会社日立製作所 多賀総合病院	院長 堀田 総一	医療保険病床数:148床(DPC 算定病床割合:24.3%) 一般:36床、障害者施設等:36床、回復期リハ:76床
社団法人慈恵会 青森慈恵会病院	院長 丹野 雅彦	医療保険病床数:332床(DPC 算定病床割合:9.6%) 一般:32床、療養:36床、精神:82床 回復期リハ:144床、亜急性期:8床、緩和ケア:30床
医療法人社団永生会 永生病院	院長 飯田 達能	医療保険病床数:370床(DPC 算定病床割合:11.4%) 一般:42床、療養:54床、精神:70床 障害者施設等:104床、回復期リハ:100床 介護保険病床:258床

### 【データの質の適切さについて(治癒・軽快の割合)】

医療機関名	発言者	病床種別・数
武蔵野赤十字病院	院長 富田 博樹	一般:611床
医療法人医仁会 武田総合病院	院長 森田 陸司	一般:500床

### 【部位不明コードについて】

医療機関名	発言者	病床種別・数
医療法人社団木下会 千葉西総合病院	副院長 倉持 雄彦	一般:408床
<再掲> 株式会社日立製作所 多賀総合病院	院長 堀田 総一	医療保険病床数:148床 一般:36床、障害者施設等:36床、回復期リハ:76床

#### 【標準レジメンについて】

医療機関名	発言者	病床種別・数
東京大学医学部附属病院	院長 武谷 雄二	一般:1150床、精神:60床
東海大学医学部附属病院	院長 猪口 貞樹	一般:804床

今回、ヒアリング対象となったケアミックス型病院はいずれも回復期リハビリテーション病棟等の病棟を持っているが、急性期から回復期リハビリまで一貫した機能を有していることについて、「手術当日からリハビリを開始することが可能」(美原記念病院)、「他院から送られた患者をリハビリ開始前に一般病棟の内科医が診て、合併症の有無などリハビリに耐えられる状態か判断できる」(多賀総合病院)などのメリットが上がった。また、DPC病棟とその他の病棟間を患者が行き来することは「ほとんどない」という医療機関が多かった。

ケアミックス型病院のうち脳疾患に専門特化している美原記念病院は、MDC01(神経系疾患)が60%以上を占め、t-PAも10万人当たり8.6人(全国平均3.1人)実施している現状を説明し、「病床数は少ないが専門病院の果たす役割は大きい」と専門病院への配慮を求めた。

看護師のモチベーションはDPC病棟と他の病棟とで差はないが、負担感はDPC病棟の方が大きく、離職率が他の病棟を上回ると指摘する病院もあった。

#### 「治癒」と「軽快」の区分は困難 指標の見直しを指摘する委員も

退院時転帰で、治癒の割合が全国平均に比べて“非常に高い”ことからヒアリング対象になった武蔵野赤十字病院と武田総合病院。このうち、武蔵野赤十字病院は導入した独自システムの不備によるものだったが、「入院時医学管理加算の算定を始めるまで、治癒と軽快を厳密に区別していなかった」という武田総合病院は、「それまで『治癒』としていたものが、2008年度に定義されたDPCでの『治癒』と異なっていた」と説明した。

松田晋哉委員(産業医科大学医学部公衆衛生学教授)の「そもそも治癒と軽快を明確に区分することに無理があるのか」との質問に対して武蔵野赤十字病院は、「病理学的には軽快でも保険診療上は治癒になる。医師には、外来治療が不要になった患者は『治癒』とアナウンスしている」とし、区別が難しい点を指摘。山口俊晴委員(癌研究会有明病院消化器外科部長)は「実際にわれわれも治癒にするか、緩解、軽快にするか悩む」とし、“DPC分類ごとに、術後2カ月の間に何回通院したか”など、治癒と軽快の割合に代わる指標の検討を提案した。

#### コーディングの知識不足が“詳細不明”多数の要因

部位不明コード(いわゆる「.9」コード)の入力割合が高いことについて、千葉西総合病院は、コーディングで用いる傷病名と日常的に用いる疾患名が異なっていたことや医事課との連携不十分によるコーディングミス、多賀総合病院はDPC対象外の患者(障害者施

設等の患者など)も含めていたため、「部位別に分類をせずに記入するなど、知識不足が原因。カルテを見直せば正しくコーディングすることは可能」(千葉西総合病院)「医事と診療管理部で精査を行い、[.9](詳細不明)になってしまう[心不全]のみ記載の場合などは、医事課スタッフが医師に確認する体制に変えた」(多賀総合病院)と説明した。これに対して委員から「コーディングは事務がやっているのか?」と“確認”の声が上がったほか、西岡分科会長も「事務スタッフだけでカルテを見ながらやると、こういうことがしばしば起こりやすい」と戒め、基本は医師が関与する正確なコーディングにある点を強調した。

### 標準レジメンによる分類の増加を要望

2008年度改定で、がん化学療法の主要な標準レジメンによる診断群分類の分岐が導入されたが、そのうち、大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍の化学療法で、標準レジメンの割合が8割超を占める東大医学部附属病院と、2割弱に留まる東海大医学部附属病院に対してヒアリングが行われた。東大医学部附属病院は、「標準レジメン」のFOLFOXから治療開始し、副作用や効果の発現状況によって「標準レジメン以外」に分類されるFOFIRIに移行するケースが多いこと、東海大医学部附属病院はもともとFOFIRIの選択率が高く、その後FOLFOXとペバシズマブの併用療法に移行するケースが多いことが、標準レジメン割合に影響していることがわかった。FOFIRIとFOLFOXでは治療成績に差がなく、施設の慣れや副作用の違いで選択されているとの指摘も上がった。

両院からは、「FOLFOXの分岐があればわかりやすい」、「これまでFOFIRIとFOLFOXだけだったが、ペバシズマブとアービタックスが出てきた。標準レジメン+分子標的薬2種類のツリーがほしい」という改善案が上がり、それには齊藤壽一委員(社会保険中央総合病院長)が「抗がん剤ごとに分類を増やしていくと薬の名前の羅列になり、DPCが雑多になる」と懸念を示した。ただ、山口俊晴委員は「無限に増えていくことはない。4~5種類くらいに収斂するので、定期的に検討してどれが妥当か決めていけばおかしなことにはならない」とし、相川直樹委員(慶應義塾大学医学部救急医学教授)も「標準レジメンをいくつかに決めることは、医療安全という意味でも重要なファクター。レジメンが多くなったり、医師の好みが入ったりすると誤投与につながる」と山口委員に同意した。

FOLFOX: 診断群分類で分岐されている、フルオロウラシル、レボホリナートカルシウム及びオキサリプラチンを投与するレジメンによる化学療法

FOFIRI: フルオロウラシル、レボホリナートカルシウム及び塩酸イリノテカンを投与するレジメンによる化学療法で、診断群分類では分岐されていないが、大腸癌治療ガイドラインには記載されている

ペバシズマブ: 2007年に承認された「治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌」に対する抗がん剤

アービタックス: 2008年に承認された「EGFR陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌」に対する抗がん剤