

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10月5日、DPC分科会としては初めてDPC決定システムを開発するベンダーからのヒアリングを行った。



小山分科会長代理(左)、西岡分科会長(右)

DPCでは診断群分類を選択(コーディング)する際、最も医療資源を投入した傷病を1つ選択することになっているが、診療内容に対し必ずしも適切でない選択、特に診療報酬の高

額な傷病を故意に選択するアップコーディングが行われている例があるのではないかとこの指摘が以前よりある。これまで行ったヒアリングで、こうした指摘に対し病院側から施設で導入されているDPC決定システムに原因があるといった回答があったため、実態を調査する意味で、今回ベンダーで組織する保健医療福祉情報システム工業会(略称：JAHIS ジェイヒス)の真野誠氏(日本電気株式会社)からヒアリングを行うことになった。

「コーディング決定は医師がすべて判断しているのか?それとも、システムがコーディングを決定できる余地はあるのか?」という質問に対し、真野氏は「コーディングの選択肢は出るが、どの病名かを決定するのは医師に選んでもらうシステム」と答えた。また、「ユーザー側として不満なのは、システムが高額なこと。報酬改定の度に多額の出費になる」という意見に対しては、「コーディング作業をするのが医師だったり、診療情報管理士だったり、医事課だったりする。誰に対応させて作るのかなど課題が多い。最後は医師に確認をとってコーディングを決定するが、システムを使う人は病院ごとにバラバラなので、個別対応に費用がかかる」と説明した。これについて、松田晋哉委員(産業医科大学医学部教授)は「ジェイヒスだけの負担で解決するのではなく、病院側のフロー(各工程の流れ)を標準化する必要があるのではないかと述べた。

ヒアリング結果をもとに議論

前回の医療機関からのヒアリング(医療行政トピックス;09.10.01 中医協「第142回 診療報酬基本問題小委員会」参照)では、再転棟の割合が高かった病院や後発医薬品の使用割合が他の病院と大きく異なる病院など17施設が招集されたが、この日、その結果について議論された。

抗生物質を投与した患者のうち、カルバペネム系や第4世代セフェム系の抗生物質を投与した患者の割合が多かった病院へのヒアリングに関して、相川直樹委員(財団法人国際医学情報センター理事長)は、それら抗生物質の使用について「日本でのカルバペネム系、

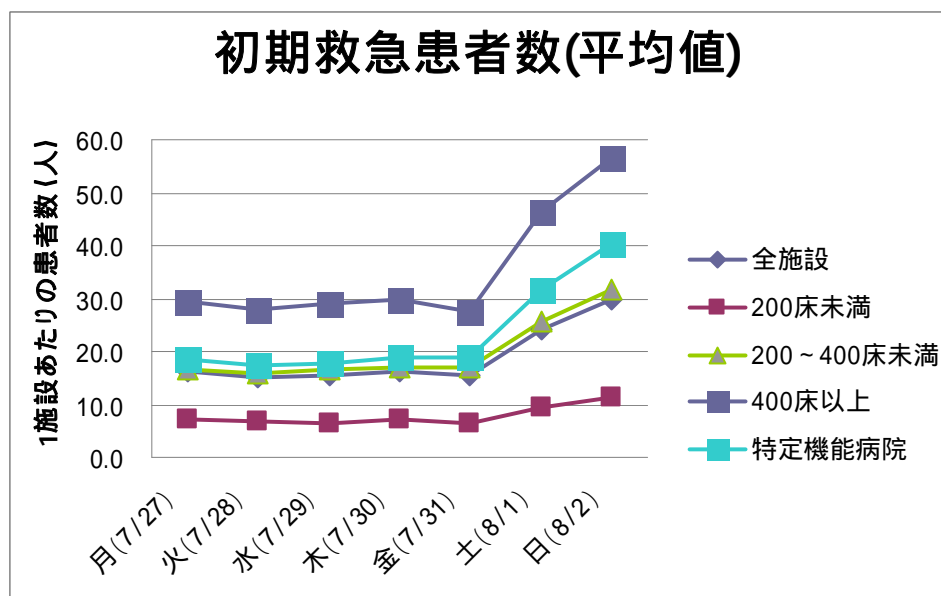
第4世代セフェム系の使用は、世界的に見ても多い。それは幅広く細菌に効き目があるからだが、これらは高額である上に、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）には効かず耐性菌が蔓延するリスクがあるという点に気をつけてもらいたい」と説明した。

また、特定の診断群分類（DIC）が他の病院と比較して多い病院に関しては、DICは明確な診断基準があるのでレセプトに診断基準が書かれていない場合は返戻させてはどうか、という提案が出る一方、一部の施設ができていないだけで全施設に症状詳記させるのはいかなものか、といった意見も出された。松田委員からは「請求の妥当性を評価する前に、どのくらいの重症度の患者を受けているのか、といった病院の評価も必要」との考えが示された。

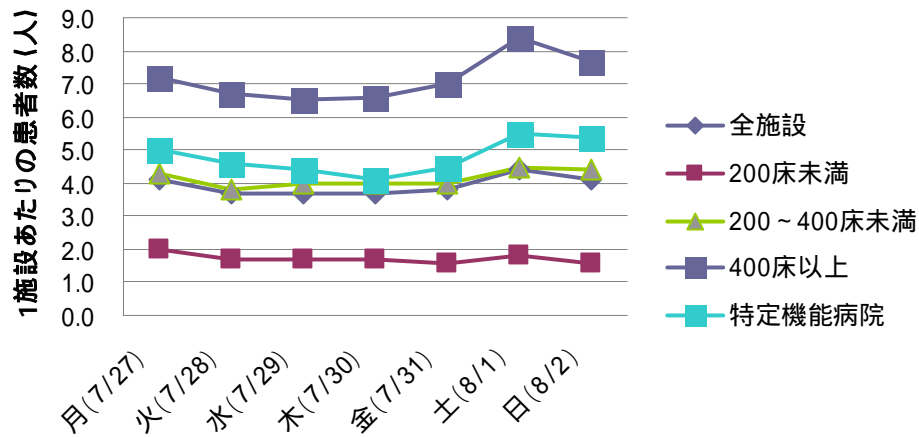
新たな機能評価係数導入で、特別調査の集計速報が出される

これまでに議論されてきた「新たな機能評価係数」の候補の中で、「医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの」について、追加で調査を行い実態を把握することになっていたが、厚労省は全DPC対象病院及びDPC準備病院に対して実施したアンケート調査（集計対象1608施設）の集計速報を報告した。

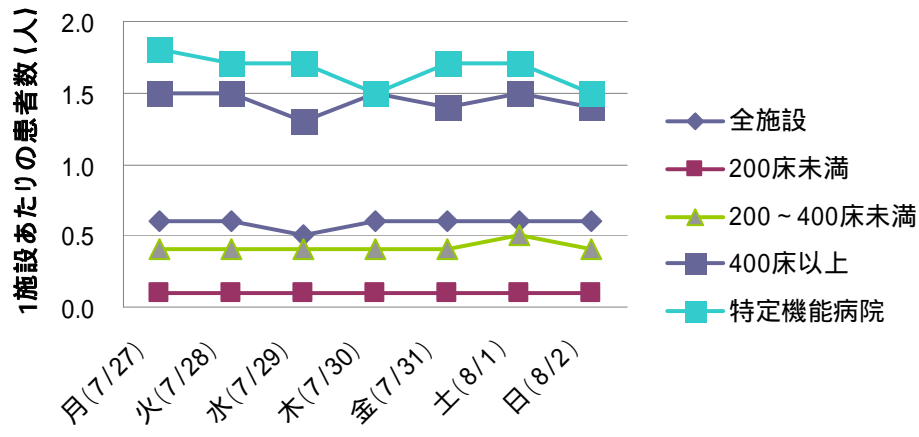
曜日ごとの救急患者数平均値については、初期救急では土日に患者数が急増し、大規模病院ほど多く受け入れている傾向があった。二次救急でも400床以上病院で土日の救急患者が増加していた。一方、三次救急では曜日ごとの患者数にほとんど変化はなく、特定機能病院での受け入れ数が非常に多くなっていた。



2次救急患者数(平均値)



3次救急患者数(平均値)



救急医療に係る補助金（2008年度）の有無については、「補助金あり」と回答した施設は67%で、1,000万円未満の病院群輪番制病院・共同利用型病院施設設備整備事業の交付を受けている施設が最も多かった。救命救急センター運営事業は約8割の施設が5,000万円以上の交付になっていた。

今後は今回のデータをもとに、新たな機能評価係数導入のための分析が進められる。