

(1) データを分析した立場から

松 田 晋 哉

SUGGESTION FROM THE RESULTS OF DATA ANALYSES

Shinya MATSUDA

平成15年度4月より特定機能病院において、診断群分類をベースとした包括評価に基づく支払いが導入されることが予定されている。筆者はこの診断群分類開発の研究を担当しているが、支払い方式については関係していない。したがって、ここで述べることは筆者の私見に過ぎない。まず、なぜ診断群分類の導入が必要なのかを考えてみたい。日本の医療に関しては種々の問題が指摘されている。例えば、欧米に比べて医療の質が低い、療養環境が悪い、あるいは医療内容や医療費に説明できない施設差や地域差があるといったものである。しかし、実際には、このような問題を証明するための十分なデータはない。問題の所在を明らかにし、それを改善するためには、それを客観的に評価するための情報が必要である。そして、情報の要件としては、実際に行われた医療内容に対応している、医療現場に受け入れられやすいものである、標準化されたものである、評価結果を具体的な対策に展開できること、などがあげられる。診断群分類はこのような条件に合うものである。欧米では、そもそもこのような目的で診断群分類が導入されており、現在、日本において開発されている診断群分類も、この方針で開発が行われている。したがって、診断群分類そのものは包括支払いを意味するものではなく、また、どのような形で包括支払いに活用されるかは、関係者間の合議、具体的には中医協での議論の結果による。ただし、診断群分類が受け入れられるためには、各分類が臨床的にも経済学的にも妥当であることが必要であり、その意味で包括化の範囲に関するデータの作成は研究班の課題となる。しかしながら、診断群分類導入に関して将来的に重要なことは、これによりわが国においても施設間比較が目に見える形で可能になるという点である。その意味で

診断群分類に基づく包括評価はわが国の医療制度にとって大きな転換点になると考えられる。本論文ではデータを分析している立場から、DPCに関連した事項、とくに病院における情報システムのありかたについて考えを述べてみたい。

DPC に対応した病院情報システム

DPC への割付が正確に行われるためには、コーディングが正しく行われる必要がある。しかしながら、これまでわが国の病院医療においてはこのような情報システムの標準化とそれにかかわる人材の育成および確保が十分に行われていない状況があった。そのため研究班では様式1情報の入力支援システム、およびMEDISの開発した病名検索ソフトを配布するとともに、インターネット上にコーディング担当者を支援するサイトを構築した。現在のところ、病名検索支援ソフトに関しては、DPC割付に要求されるコーディングの詳細さに対応していない部分が若干あり、今後の更なる精緻化が課題となっている。82の特定機能病院から提出されるデータについては、研究班のメンバーが、病名のICD10コードと手術のKコードについてすべて目視でチェックするとともに、エラーコードの体系を作成し、コメントをつけて各施設に返却を行い、データの精度をあげる努力を行ってきた。また、ICDの検索ソフト側に問題がある場合には、その情報を整理し、それをMEDISに提供することで、今後の精緻化を支援している。

ところで、平成15年度に実際の運用が開始された後は、研究班による以上のようなチェックは体系的には行われなくなるため、各施設におけるチェック体制の確立が必要となる。筆者の所属する産業医科大学病院では、平成

産業医科大学 University of Occupational and Environmental Health 医学部公衆衛生学教室
Address for reprints: Shinya Matsuda, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu, Fukuoka
807-8555 JAPAN

Received May 6, 2003

Accepted September 19, 2003

13年度から今回の試行に参加しているが、その際、公衆衛生学教室で調査票1の記載内容についてチェックし、必要に応じて表1に示したようなコメントを返す体制を整備した。これによりデータ入力のエラーは急速に減少した。ただし、大学病院の場合、毎年新しい研修医が入り、また病棟の体制も変わるために、年度が変わるごとにエラーが増えるという現象が生じてしまう。したがって、今後、いかに卒前、卒後におけるICDコーディングの体系的な教育を導入するかが重要な検討課題であると思われる。また、そのような情報の精度管理にあたる診療情報管理士の配置についてもより一層の政策的な支援が必要であると考えられる。

平成15年度からは、特定機能病院においてDPCに基づいた支払いが行われるわけであるが、これに対応するためには病院の情報化が必須となる。そして、このような情報化は第一義的には正確な情報を、関係者の作業負担を増大させない、より理想的には軽減する形で作成できるものでなければならない。そのためにはDPCに対応した電子レセプトや電子カルテの仕組みが構築される必要がある。具体的には日々の医療行為がフルオーダーリングで入力され、それが医事課の情報システムと連動することで、退院時（あるいは月末）に必要な最小限のデータ入力を行えば、請求用のファイルが完成する仕組みを構築する必要がある。すでに、鹿児島大学病院や帝京大学病院、あるいは東京大学病院ではそのような仕組みが検討されており、研究班としてもその一般化に向けての研究を行っている。また、情報化に関しては、各部門の責任についても明確にする必要がある。図1は産業医科大学病院の例であるが、全体の情報の流れの監督は医事課、医療情報の入力は各病棟（主治医による入

表1 産業医科大学病院における取り組み

10月	56件	基本情報
		診断名
		左) 上腕二頭筋末梢部断裂コード間違い (S58. 9→S46. 2)
		左) 前腕両骨開放骨折コード間違い (S52. 2→S57. 8)
		胸椎圧迫骨折コード間違い (S22. 1→M48. 44)
		病名に胸椎部分を追加記載 (第9. 12胸椎)
		部位コードの記載もれ
		⑤に狭心症・右) 下腿深部静脈血栓症の記載もれ
		④に腰椎椎間板ヘルニア記載もれ
		④に腰椎変性すべり症記載もれ
		⑤に両変形性膝関節症記載もれ
		⑤に記載の糖尿病④へ
		⑤に高血圧症記載もれ
		⑤に高血圧症・糖尿病記載もれ
		手術
		腱再建術コード間違い (83. 64→83. 73)
		経皮的ピンニングコード間違い (79. 12→78. 13)
		左右の記載もれ (膝半月板切除術)
		右) 手掌腱膜切除術コード間違い (82. 33→82. 35)
		術式順序間違い
		骨移植術の記載もれ

各科別にコーディングミス等について報告することで同じ誤りを防止する体制としている

→日常業務の中に教育的要素を組み込む

力と病棟医長による確認)、入力された情報の質の管理は医療情報部門(医療情報担当医師と診療情報管理士)というように各部門の責任を明確にしている。産業医科大学病院の場合、まだ業務のコンピュータ化は行われていないが、このようなワークフローが明確でなければ情報化を推進することは難しいであろう。また、わが国の場合、これまで情報の管理に関しては誰が責任を持つ

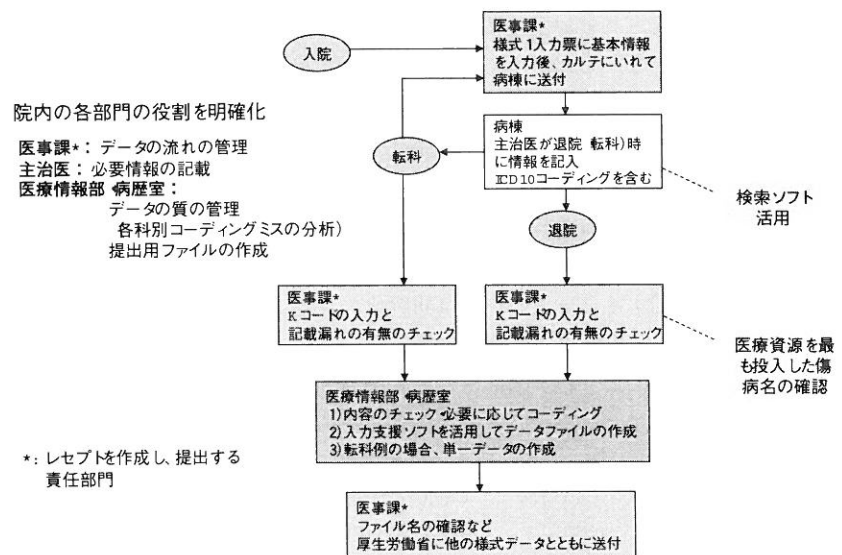


図1 様式1の作成方式例 (紙ベースで情報を作成: 産業医大の例)

施設別在院日数分布

DRG= 02005

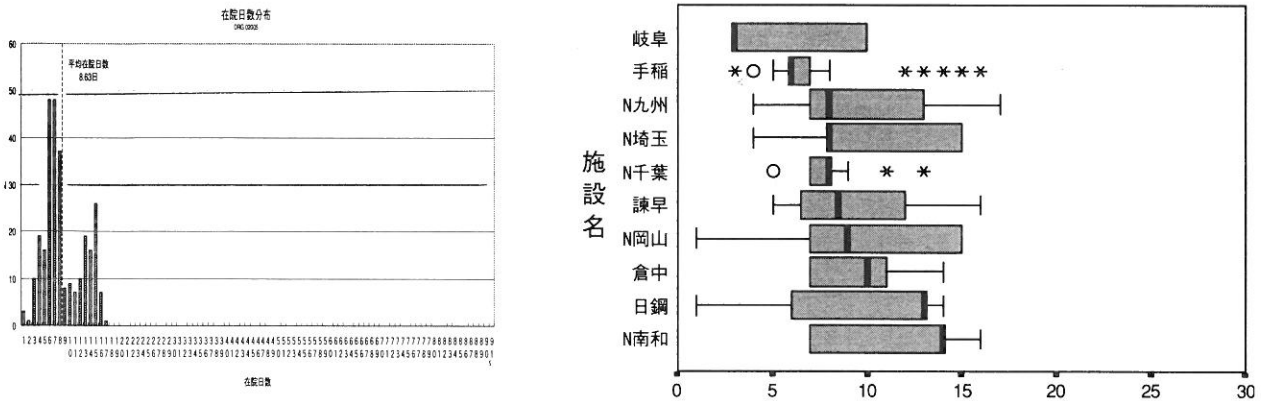


図2 2001年度研究における主な結果

かという議論が行われていないが、アメリカやオーストラリアのように専門のコーダーを育成するのか、あるいはフランスやポルトガルのように医療情報専門の医師がその管理を行うようにするのか、プロトタイプを今後決めることが、情報の質を保障するためにも必要なことであろう。

おわりに

診断群分類という共通の基盤による特定機能病院の評価がわが国においても平成15年度から導入される。これは今後のわが国の医療制度の方向性を探る大きな社会実験でもある。財政面のみならず、医療における消費者主権という大きな環境変化の中で、医療施設も変革を求められている。変革のキーワードは情報の標準化と透明化、そ

して説明責任と利用者による選択である。医療施設が自ら情報を公開し、それを国民が評価する時代が来ているのである。例えば、今後は診断群分類ごとに図2に示したような情報が、施設名とともに公表されるようになると予想される。このような変革は医療関係者にとって必ずしも心地よいものばかりではないだろう。しかし、医療関係者の日々の努力が正当に評価されるためにも、情報の標準化と透明化を避けて通ることはできない。診断群分類の導入はこの流れの中にある。研究班としてもできるだけの支援をさせていただき覚悟であり、改めて関係者の積極的な関与をお願いしたい。

(平成15年5月6日受付)

(平成15年9月19日受理)