

## DPC 導入における HOSPnet 活用の可能性

阿 南 誠

**要旨** われわれ国立病院機構の医療機関が DPC に対応していくための現時点での課題は以下の 3 点に集約されると思われる。

- 1) ICD コーディングを含むデータベースの標準化
- 2) 院内データベース構築体制とデータベースの精度確保
- 3) 病院機構全体としてのデータ収集能力の改善とデータベースの病院運営での活用が必要である。

これらをふまえて、当院の診療情報管理室の活動状況を例に、HOSPnet 活用の可能性を報告する。

(キーワード: DPC, HOSPnet, 診療情報管理, ICD)

## POSSIBILITY OF HOSPnet USE IN THE DPC SYSTEM

Makoto ANAN

**Abstract** The following three issues are the major issues to be dealt with in order for NHO hospitals to deal with DPC.

- 1) Standardizing databases including ICD coding methods.
- 2) Database construction in hospitals and accuracy improvement of databases.
- 3) Improvement of data collection ability in National Hospital Organization and use of database in hospital management.

This paper reports on the possibility of HOSPnet use in the DPC system by illustrating the daily procedures in our medical information management office.

(Key Words : DPC, HOSPnet, health information management, ICD)

平成15年度から特定機能病院等に診断群分類を活用した包括評価, Diagnosis procedure combination 略して DPC (以下, DPC という) が導入された。さらには平成16年度からは国立病院機構医療機関をはじめとした一般医療機関へも 2 年間の試行という形態ながら DPC 導入が認められることとなった。

また旧国立病院等, 現国立病院機構医療機関等10病院はそれに先立ち, 平成10年11月から, 急性期入院医療の定額支払制度, 日本版 Diagnosis related group (s) / Prospective payment system 略して, DRG / PPS と一般に称された制度を 5 年以上にわたり試行をしてき

た。わが国の国民皆保険下における出来高制度に基づく診療報酬制度のなかで, この 2 つの新しい制度を試行または導入するという試みは, 単純に診療報酬の支払いという問題だけではなく, 多くのことを医療機関に求めている。

本来 DPC については, ケースミックス分類と総称される分類法の 1 種類である<sup>1)</sup>。これは, 傷病名と提供されたサービスの種類や医療資源の投入量によって分類する仕組みとなっている。そのため, 分類開発においても, 医療機関の運用においても, 傷病名や医療資源の投入量等, 多くのデータを集積する能力やそれを解析する能力

独立行政法人国立病院機構九州医療センター National Hospital Organization Kyushu Medical Center  
診療情報管理室

Address for reprints : Makoto Anan, Medical Information Management Office, National Hospital Organization Kyushu Medical Center, Jigyohama 1-8-1 Chuo-ku Fukuoka-shi, Fukuoka 810-8563 JAPAN

Received June 9, 2004

Accepted September 17, 2004

が求められることになる。

具体的な課題として、その最たるものは、診断群分類選択のための international classification of diseases すなわち、一般に呼ばれる ICD コーディングに基づく傷病名の決定、さらには、ICD を最大の課題とした基礎調査データベースの構築がある。とくに後者については、単に厚生労働省に提出するだけでなく、運営上の評価のためにも今後は重要な意味をもってくると思われる。すなわち、DPC は病院管理ツールと考えるべきである。

しかしながら、過去 2 度におよぶ日本診療録管理学会による「わが国の診療情報管理の現状」の調査報告書によると、残念ながらわが国の医療機関の診療情報管理の現状はきわめてお粗末であり、国立病院機構各医療機関においても例外ではない。とくに、ICD コーディングを実施している国立病院機構医療機関は全国にもまれな存在であり、前述の DRG の試行施設においても ICD コーディングを実施している施設は少数派であった。そのため、DRG 試行開始前から、診療情報管理の充実を図らなければ満足な試行を継続することは無理であると言われて現在に至っており、いまだにほとんどの施設においては改善はなされていない。

さらに、このようなデータベースをどのような手段で集めるかということも大きな問題であり、試行前後の議論においては、HOSPnet を活用すべきであるとする意見もあった。しかしながら、HOSPnet でデータ収集をするためには、クリアすべき多くの課題があり、問題解決は先送りにされ、通達や疑義解釈の通知手段の他には、公的には、現在も残念ながら活用されていない。ただ、HOSPnet がインターネットに接続されていることを利用し、民間病院も含め、疑義解釈の通知や議論をメーリングリストを使って行ったことについては高い評価を得ている。しかし、HOSPnet 本来の目的が果たされたか評価することはかなり難しい。

とはいうものの、国立病院機構の医療機関として、政策医療を実践していくためには大規模なデータベースを利用した臨床研究や運用評価を行うことが必須であり、さらには、レセプト電算方式による診療報酬請求の推奨等の外的な要因もあることから、ネットワークを通じて収集する大規模データベース構築は急務課題と考える。

HOSPnet を活用したデータベース構築は主に標準化の問題と各医療機関の能力もバラバラであることもあって、いまだに高いハードルが存在するが、DRG/PPS および DPC の導入は、望むと望まざるとに関わらず、ICD コーディングを中心としたデータベース構築の義

務をわれわれに課すこととなっている。

後は国立病院機構医療機関としてわれわれがどのような院内体制をとり、システムを構築するかにかかっており、とくに、DPC は今後も対象医療機関の拡大が図られることは確実であり、早晩、国立病院機構医療機関全体としてもデータベース構築の課題を解決していく必要に駆られるはずである。

そのためには、

- 1) ICD コーディングを含むデータベースの標準化
- 2) データベース構築体制と精度確保（診療情報管理の能力を上げる必要はあるが）
- 3) 病院機構全体としてのデータ収集能力の改善とデータベースの運営での活用が必要である。

当院においては、前述のメーリングリストのホストを務めたこともあり、DRG/PPS 当初から HOSPnet およびそれに接続された院内ネットワークを活用することに注力してきた。とくに、平成15年9月に院内オーダエントリシステムのリプレースという機会を得て、ある意味 DPC に対応しやすいシステムを構築してきた。当院のシステム構築を例に、DPC 導入における HOSPnet の活用の可能性を論じてみたい。

#### 当院のシステムについて

さて、当院においては、平成6年7月の開院以来、診療情報管理に力を入れ、いわゆる診療情報管理データベースを院内に構築してきた。さらに HOSPnet 導入直後に HOSPnet と接続された院内ネットワークを構築した。さらに、診療情報管理データベースの一部をそのネットワーク上から利用できるようにし、DRG/PPS 試行においては、このデータベースを活用し、DRG/PPS に求められる基礎調査に対応してきた。

基礎調査データベース項目の要求を満たすために、当院では項目見直しの度に診療録管理システムに変更を加え、ネットワーク上にデータを抽出、基礎調査項目に合わせたデータベースを再構築し、基礎調査項目に定められた条件に合致しているかチェックを行い、HOSPnet を通じてデータを提出している。

平成15年7月から10月までの特定機能病院等と統一して実施された基礎調査については、従来はいわゆる診療録管理データベース（退院時サマリー情報ともいう）として様式1 (Table 1 参照) があり、レセプト情報を様式2 という位置づけになっていたが、様式2 についてはレセプト電算処理を前提に汎用的な E、F ファイル方式に変更、完全なデジタルデータ運用に変わってきている。

Table 1 Basic investigation item (2004 version)

(留意事項)

- (1) 基礎調査票は様式1 (カルテ情報) と様式2 (レセプト情報) から成る。
- (2) 各患者について様式1 と様式2 を別々に作成・データ化し、それらの統合はデータベース処理の中で行う。
- (3) 様式1 (カルテ情報) について
  - ① 退院時サマリーの記載内容をもとに作成する。 データ識別番号はデータを連結するための番号であり、カルテ番号である必要はない
  - ② 1入院当たり1部作成する。(転料があった場合でも、1入院1データに調整する。)
- (4) 様式2 (レセプト情報) について
  - ① 診療報酬明細書 (レセプト) の記載内容をもとに作成する。
  - ② 1レセプト当たり1部作成する。

様式1 (カルテ情報)

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
1 病院属性等	(1) 施設コード	都道府県番号 (2桁) + 医療機関コード (7桁) 例 011234567	必須
	(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した診療科」を診療した科のコードを記入する。	必須
	(3) 統括診療情報番号	1. サマリーのみ発生、複数発生は連番を入力 0~9からなる10桁の数字 例 01234567891	1入院に対し複数サマリーが発生時、必須 必須
2 データ属性等	(1) データ識別番号	0~9からなる10桁の数字 例 01234567891	必須
	(2) 性別	1. 男 2. 女	必須
	(3) 生年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 1970年5月1日→19700501	必須
3 入院情報	(1) 入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 療養入院 3. 計画された短期入院の繰り返し (化学療法、放射線療法、抜釘) 4. その他の加療	必須
	(2) 治療実施の有無	0. 無 1. 有	必須
	(3) 入院 (転入) 年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須
	(4) 退院 (転出) 年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月31日→20030731	必須
	(5) 転科の有無	0. 無 1. 有	必須
	(6) 一般診療以外からの移動の有無	0. 無 1. 有	必須
	(7) 一般診療以外への移動の有無	0. 無 1. 有	必須
	(8) 入院経路	1. 院内出生 2. 一般入院	必須
	(9) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有	3(8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(10) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有	3(8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(11) 予定・緊急入院区分	1. 予定入院 2. 緊急入院	3(8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(12) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有	3(8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(13) 退院 (転科) 先	1. 外来 (他院) 2. 外来 (他院) 3. 転科 (自院入院) 4. 転院 5. 終了 9. その他	必須
	(14) 退院時転院	入力要領を参照	必須
	(15) 入院から24時間以内の死亡の有無	0. 無 1. 有	必須
	(16) 前同病一疾病で自院入院の有無	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2002年6月1日→20020601	必須ではない
	(17) 前同病一疾病で自院入院の有無	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2002年6月1日→20020601	必須ではない
	(1) 主病病名	退院時サマリーの主病病名に記入された病名	必須
	(2) ICD10コード	4 (1) 主病病名に対するICD10	必須
	(3) 入院の契機となった病名	入院の契機となった病名	必須
	(4) ICD10コード	4 (3) 入院の契機となった病名に対するICD10	必須
	(5) 医療資源を最も投入した病名	医療資源を最も投入した病名でレセプトと請求した手術等の診療行と一致する病名	必須
	(6) ICD10コード	4 (5) 医療資源を最も投入した病名に対するICD10	必須
	(7) 医療資源を2番目に投入した病名	医療資源を2番目に投入した病名	ある場合は必須
	(8) ICD10コード	4 (7) 医療資源を2番目に投入した病名に対するICD10	ある場合は必須
	(9) 入院時併存症名1	入院時点で既に存在していた病名	ある場合は必須

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件
4 診断情報	(10) ICD10コード	4.(9)入院時併存症名1に対するICD10	ある場合は必須
	(11) 入院時併存症名2	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
	(12) ICD10コード	4.(11)入院時併存症名2に対するICD10	ある場合は必須
	(13) 入院時併存症名3	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
	(14) ICD10コード	4.(13)入院時併存症名3に対するICD10	ある場合は必須
	(15) 入院時併存症名4	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
	(16) ICD10コード	4.(15)入院時併存症名4に対するICD10	ある場合は必須
	(17) 入院後発症疾患名1	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(18) ICD10コード	4.(17)入院後発症疾患名1に対するICD10	ある場合は必須
	(19) 入院後発症疾患名2	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(20) ICD10コード	4.(19)入院後発症疾患名2に対するICD10	ある場合は必須
	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(22) ICD10コード	4.(21)入院後発症疾患名3に対するICD10	ある場合は必須
	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(24) ICD10コード	4.(23)入院後発症疾患名4に対するICD10	ある場合は必須
	(1) 手術名 1	名称	必須
	(2) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない
	(3) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須
	(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須
	(5) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須
	(6) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須
	(7) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須
	(8) 手術名 2	名称	必須
	(9) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない
(10) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
(12) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須	
(13) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須	
(14) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
(15) 手術名 3	名称	必須	
(16) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない	
(17) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
(18) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
(19) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須	
(20) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須	
(21) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
(22) 手術名 4	名称	必須ではない	
(23) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須	
(24) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
(25) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
(26) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須	
(27) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須	
(28) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
(29) 手術名 5	名称	必須	
5 手術情報	(10) ICD10コード	4.(9)入院時併存症名1に対するICD10	ある場合は必須
	(11) 入院時併存症名2	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
	(12) ICD10コード	4.(11)入院時併存症名2に対するICD10	ある場合は必須
	(13) 入院時併存症名3	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
	(14) ICD10コード	4.(13)入院時併存症名3に対するICD10	ある場合は必須
	(15) 入院時併存症名4	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須
	(16) ICD10コード	4.(15)入院時併存症名4に対するICD10	ある場合は必須
	(17) 入院後発症疾患名1	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(18) ICD10コード	4.(17)入院後発症疾患名1に対するICD10	ある場合は必須
	(19) 入院後発症疾患名2	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(20) ICD10コード	4.(19)入院後発症疾患名2に対するICD10	ある場合は必須
	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(22) ICD10コード	4.(21)入院後発症疾患名3に対するICD10	ある場合は必須
	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須
	(24) ICD10コード	4.(23)入院後発症疾患名4に対するICD10	ある場合は必須
	(1) 手術名 1	名称	必須
	(2) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない
	(3) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須
	(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須
	(5) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須
	(6) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須
	(7) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須
	(8) 手術名 2	名称	必須
	(9) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない
(10) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
(12) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須	
(13) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須	
(14) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
(15) 手術名 3	名称	必須	
(16) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない	
(17) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
(18) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
(19) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須	
(20) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須	
(21) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
(22) 手術名 4	名称	必須ではない	
(23) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須	
(24) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
(25) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
(26) 手術回数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術）	眼科等の場合必須	
(27) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日→20030701	必須	
(28) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
(29) 手術名 5	名称	必須	

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件	
診療情報	(30) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける形式コード	必須ではない	
	(31) 点数表コード	薬科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	必須	
	(32) 手術回数	1. 初回 2. 再手術	必須	
	(33) 手術側数	1. 片側 2. 両側 3. 両側手術のうち片側 (1人院中における両側手術)	眼科手術の場合必須	
	(34) 手術日	0-9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2003年7月1日-20030701	必須	
	(35) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊髄麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無	必須	
		(1) 現在の妊娠の有無	0. 無 1. 有 2. 不明	今回の入院中で
		(2) 出生時体重	グラム単位入力 例 3000	新生児疾患の場合必須
		(3) 出生時妊娠週数	0-9からなる2桁の数字	新生児疾患の場合必須
		(4) 喫煙指数	喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数	必須
		(5) 入院時意識障害ある場合のJCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穏 I. 覚醒失禁 A. 自覚性尿失 例) 意識レベル3で自覚性尿失の場合は「3A」と記録。	必須
		(6) 退院時意識障害ある場合のJCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穏 I. 覚醒失禁 A. 自覚性尿失 例) 意識レベル3で自覚性尿失の場合は「3A」と記録。	必須
		(7) 入院時ADLスコア	1.0項目の評価視点について数字1.0桁で記入 例 1.2.1.1.1.1.1.1.0.0	6歳未満は必須ではない
		(8) 退院時ADLスコア	1.0項目の評価視点について数字1.0桁で記入 例 1.2.1.1.1.1.1.1.0.0	6歳未満は必須ではない
		(9) 補綴ステージ NPUPA分類	入力要領を参照	補綴がある場合必須
		(10) UICC病期分類(T)	入力要領を参照	癌がある場合必須
		(11) UICC病期分類(N)	入力要領を参照	癌がある場合必須
		(12) UICC病期分類(M)	入力要領を参照	癌がある場合必須
		(13) がんのStage分類	入力要領を参照	癌がある場合必須
		(14) がんの初発、再発	0 初発 1 再発	癌がある場合必須
		(15) がんの重複の有無	0 無 1. 有	癌がある場合必須
		(16) がん患者のPerformance Status	入力要領を参照	癌がある場合必須
		(17) 腎臓病患者の入院時の重症度	入力要領を参照	腎臓病歴がある場合必須
		(18) 心不全のNYHA心機能分類	1. レベルI 2. レベルII 3. レベルIII 4. レベルIV	心不全がある場合必須
		(19) 狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度、CCS分類入院時における重症度	入力要領を参照	狭心症、慢性虚血性心疾患がある場合必須
		(20) 急性心筋梗塞(050030、050040)における入院時の重症度、Killip分類入院時における重症度	入力要領を参照	急性心筋梗塞がある場合必須
		(21) 肝硬変のChild分類	B, II, A, Ib, 腹水、脳症、栄養状態をA、B、Cの各組で記入 例 A A A B B	肝硬変がある場合必須
		(22) 急性肺炎の重症度分類	入力要領を参照	急性肺炎がある場合必須
		(23) 閉塞性黄疸と術前減黄術の有無	入力要領を参照	必須
	(24) 痛経評価に必要な負荷試験の数	入力要領を参照	MDC10の疾患の「検査・入院」について痛経履歴に必要ない負荷試験を行った場合は必須	
	(25) 骨髄異常の有無	0 無 1. 有	必須	
	(26) 両前期および依存疾患治療時のインスリン療法	入力要領を参照	必須	
	(27) 多発性骨髄腫の病期分類	入力要領を参照	多発性骨髄腫の場合必須	
	(28) 急性白血球の病型分類(FAB分類)	入力要領を参照	急性白血球の場合必須	
	(29) 非ホジキン-病の病期分類	入力要領を参照	非ホジキン-病の場合必須	

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
	(30) Burn Index	0~100の数字	数値がある場合必須
	(31) その他の重症度分類・名称	その他使用できる重症度分類の名称を記入	必須ではない
	(32) その他の重症度分類・分類番号または記号	その他使用できる重症度分類の分類番号 (または記号) を記入	必須ではない
	(33) 救命カテ挿入時間(外来受診・カテ開始までの時間(実数))	時間を記入(単位H) 例) 1時間30分 → 1.5	救命患者について必須カテゴリーに 所属した場合は必須
	(34) 救命カテ挿入時間(外来受診・カテ開始までの時間(実数))	時間を記入(単位H) 例) 1時間30分 → 1.5	救命患者について、CT、MRI検査を行った場合は必須
	(35) 麻酔時間	時間を記入(単位H) 例) 1時間30分 → 1.5	麻酔を行った場合は必須
	(36) 輸血量	輸血に使用した量を記載。(単位mL) 例) 500mL → 500	輸血を行った場合は必須
	(37) ASA米国麻酔学会(American Society Anesthesiologists)による分類	入力要領を参照	麻酔を行った場合は必須
	(38) P2-P3治験	0 無 1 有	必須
	(39) 予期せぬ同一疾患による再入院(15日以内)	0 無 1 有	必須
	(40) 予期せぬ同一疾患による再入院(1ヶ月以内)	0 無 1 有	必須
	(41) 予定しない再手術(48時間以内)	0 無 1 有	必須
	(42) 予定しない外来処置後の入院	0 無 1 有	必須
	(43) 予定しないICUへの再入室(48時間以内)	0 無 1 有	必須
	(44) 予定しないICUへの入室	0 無 1 有	必須
	(1) 化学療法の有無	0 無し 1 あり (経口) 2 あり (経静脈又は経動脈) 3 あり (その他)	必須
	(2) 放射線療法の有無	0 無 1 有	必須
	(3) 放射性同位元素内用療法の有無	0 無 1 有	必須
	(4) リハビリの有無	0 無 1 有	必須
	(5) インターフェロン療法の有無	0 無 1 有	必須
	(6) インスリン注射実施の有無	0 無 1 有	必須
	(7) 血液浄化療法 (人工腎臓) の有無	0 無 1 有	必須
	(8) 人工呼吸治療の有無	0 無 1 有	必須
	(9) 高気圧酸素療法の有無	0 無 1 有	必須
	(10) 食道圧止血チューブ挿入法の有無	0 無 1 有	必須
	(11) 腎盂内注入	0 無 1 有	必須
	(12) 中心静脈栄養の有無	0 無 1 有	必須
	(13) 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入の有無	0 無 1 有	必須
	(14) 循環器心カテ検査の実施の有無	0 無 1 有	必須
	(15) エタノール局所注入の有無	0 無 1 有	必須
	(16) ガンマグロブリンによる治療の有無	0 無 1 有	必須
	(17) プロスタグランジン <sub>2</sub> による治療の有無	0 無 1 有	必須
	(18) 補助人工心臓の使用の有無	0 無 1 有	必須
	(19) 人工心臓の使用の有無	0 無 1 有	必須
	(20) 頸部リンパ節郭清の実施の有無	0 無 1 有	必須

7 補助療法等

また、様式1についても、当初のレベルからみると項目数も大幅な増加となっており、現状では平成16年度実施の項目は5月27日にアナウンスされ、暫定版ではあるがますます項目の増加や高度化が避けられないところであろう。

特記すべきことは、旧国立医療機関の試行病院については、データベース構築は事実上免除されており、紙を提出すれば厚生労働省の方でデータベース化してくれるという便宜が図られていたが、前述のように、平成15年7月から10月までの基礎調査については、完全デジタル化されたデータで提出することが求められるようになり、少なくともその期間のデータはコンピュータ上でデータベース化されることが必須となった。HOSPnetの導入に併せて院内ネットワークを構築した施設は多いと思われるが、今後のDPCの導入拡大は院内のネットワーク構築体制も大きな影響を与えると思われる。

当院においては、様式1については、院内ネットワーク上にデータベースを構築し、HOSPnetを通じてサーバー上においたデータベースを厚生労働省に送信するという方法をとっている。

※注) 文中の様式1号については、2004年調査(案)として最新版を示した。

### DPCのデータベース構築と HOSPnet活用のための課題

前述したとおり、すでにDPCに求められるデータベースは、様式1、レセプトデータともデジタルベースであることが決められている。つまり、HOSPnet使用の適否はともかく、データベースはコンピュータで構築するというレベルまでは否応なしに到達することが医療機関にも求められるというわけである。

1. で述べた、DPCに求められるデータベース構築の条件のうち、1)の標準化については、すでに、DPC試行、導入病院として、否応なしに決められている。2)のデータベース構築体制については、とりえず試行病院については緒に就いたといえるであろう。しかし、精度を保証する構築体制はきわめてばらつきがあることも意識しておく必要がある。とくに、ICDコーディングやデータベース構築のエキスパートたる診療情報管理士の人材投入は、DRG/PPS試行開始以来の課題であるが、残念ながら現在の国立病院機構医療機関においては、他の経営母体の医療機関と比較して診療情報管理士の配置と関連してICDコーディングの普及も著しく不十分であり、同時に診療情報管理そのもののレベルもきわめて低いといわざるを得ない。

今後は、DPCという制度のなかで、DPC本来の目的をふまえつつ、他の経営母体の医療機関と競っていくためにはおのずと改善努力を求められ、それも緊急の課題ではあるが、今後の対象施設の拡大を視野に入れる必要性から、国立病院機構全体のコンセプトとして診療情報管理の充実を早急に確立する必要があると思われる。また、3)のデータベース活用という問題であるが、冒頭でも述べたとおりDPCの本来の意味は病院管理ツールと言えるものであり、診療報酬制度、支払方式そのものではない。つまり、そのデータを活用して、みずからの位置づけを分析し改善方法を検討し、実行のための方策を企画立案することが必要である。このことは、従来の診療報酬請求のコアとなっていた、1人あたりの診療単価と患者数を乗じて、収入の予測をたてるような方法、つまり数の管理から、どのような患者を確保するのか、その患者のクリニカルパスと標準との比較、差を発生する要因の分析等、質の管理、分析が必要と変わっていくことである。すでに、平均在院日数が大きく病院運営に関わることが一般的に理解できるようになってきて、その差の発生する要因の分析は盛んである。しかしながら、その質を検証することは、ICDという標準をベースとした標準的なデータベースを構築し分析することしか方法がないといえる。

このような考えを国立病院機構全体で考えるならば、何らかの方策を講じてデータの集積や統一化したデータベース構築のための手順が必要である。何度も述べたように、集積すべき標準はDPCという制度が、図らずも定めることになった。さらにその制度はデータベース構築という義務をわれわれに与えた。次なるものは、そのデータベースを診療報酬制度だけでなく、病院機構全体の運営に活用することである(本来の診断群分類の目的である)。そのための集積ツールとしてHOSPnetに併せて構築されたネットワークシステムはきわめて有効である。すでに高速なネットワークに接続することは、特別なハードルはない時代ではあるが、もし、DPCが全国立病院機構病院に導入されることになったと仮定すると、院内のネットワークをさらに国立病院機構全体で集約し、全国的なDPCをベースとした経営管理が可能になる。DPCの特定機能病院等への導入で全国82特定機能病院のデータが集められさらにそれが集計分析されて公開されたデータも多い。もし、すべてのデータがHOSPnetで収集、分析され、さらにその結果がHOSPnetを通じてアクセスできる、評価できるということであれば、グループという意味での国立病院機構の存在意義も非常に大きなものになると考える。

## おわりに

以上述べてきたように、DPC というまったく新しい診療報酬制度は、単純に支払い方法というだけでなく、多くの変化を医療の世界にもたらして行くであろう。それに対応していくためには、データベース構築をはじめとして情報創出、活用能力を強化していく必要がある。さらに国立病院機構全体としては、特定の医療機関だけではなく、「標準」という最低限度のレベルは確保することも同時に考えていかなければならない。とはいうものの、HOSPnet がネットワークという情報流通、もしくは情報蓄積の手段として核になったとしても、膨大なデータを扱うということは、各医療機関においてもデータを扱うシステムを構築し、職員の負担は最小限に日常業務として位置づけ、当然のごとく処理されていく工夫が必要である。DPC、とくに基礎調査レベルのデータ

ベース構築は、臨時的な対応では通用しない。やはり、HOSPnet という傘の下で各施設がネットワークを構築し、そのネットワーク上にデータベースを構築するというような実現可能な青写真を緊急に作成することが今必要であると考える。

## 文 献

- 1) 「DPC とこれからの医療」DPC とは何か、松田晋哉，社会保険旬報 2189：16-21，2003
- 2) 厚生労働省保険局医療課：DPC の影響評価にかかる調査に関する説明会資料（平成16年5月27日時点），東京，厚生労働省保険局医療課，2004

（平成16年6月9日受付）

（平成16年9月17日受理）