

放射線治療を受けた患者／全患者)。各病院の症例数(各 DPC 6 桁の患者数)が 10 例以上ある病院を対象とした。

○ 結果

図 1 a,b に代表的 DPC について 1.5T MRI 検査の結果(症例あたりの平均検査数)を示す。

全体的な傾向として、平成 15 年度 DPC 導入病院(特定機能病院)において患者一人あたりの MRI 検査数が多くみられた。H16 年度 DPC 導入病院と H18 年度 DPC 導入病院との間では、顕著な差は見られない印象である。

図 1 a は DPC 010060x099x3xx 「脳梗塞、手術なし、エダラボン投与」である。平成 15 年度 DPC 導入病院(特定機能病院)において、H16 年度 DPC 導入病院・H18 年度 DPC 導入病院に対して 2.5 倍程度の MRI 検査が施行されていた。

図 1 b DPC 060050xx99x0xx 「肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)、手術なし」であり、検査目的の入院が多い群である。重なりはあるが、平成 15 年度 DPC 導入病院(特定機能病院)において、H16 年度 DPC 導入病院・H18 年度 DPC 導入病院に対して 2～3 倍の MRI 検査が施行されていた。

次に、放射線治療の状況について、図 2 a,b に結果を示す。図 2 は DPC 6 桁レベルの患者数の比率(放射線治療を受けた患者／全患者)である。

脳腫瘍、肺癌等、オーソドックな領域では、DPC 導入年度による相違は見られないようである。一方で、新しい治療領域であり高度な技術集積を要する前立腺癌等においては、平成 15 年度 DPC 導入病院(特定機能病院)において積極的に取り組まれていることが伺われる。

図 2 a は DPC 010010 「脳腫瘍」の放射線治療であるが、DPC 導入年度による患者割合には顕著な差は見られない。これは本分析が技術的な難易度を評価せず、一律に患者数として集計をしているためかもしれない。

図 2 b は DPC 110080 「前立腺癌」の放射線治療であるが、この疾患は CT シミュレーションを用いた多門照射や原体照射、I-125 密封線源の刺入による組織内照射等、高度な技術力とインフラが必要な領域である。この疾患においては、平成 15 年度 DPC 導入病院(特定機能病院)において H16 年度 DPC 導入病院・H18 年度 DPC 導入病院に対して 3 倍程度の治療患者が存在した。

以上の検討より、技術集積性の高い診療、高額な装置、多様な医療従事者の必要な診療においては、平成 15 年度 DPC 導入病院(特定機能病院)において H16 年度 DPC 導入病院・H18 年度 DPC 導入病院に対して積極的に取り組んでいることが推察された。

医療機関の機能を評価するために、放射線診断数・放射線治療数が一定の指標になる可能性が示唆された。

図 1 a 脳梗塞、手術なし、エダラボン投与

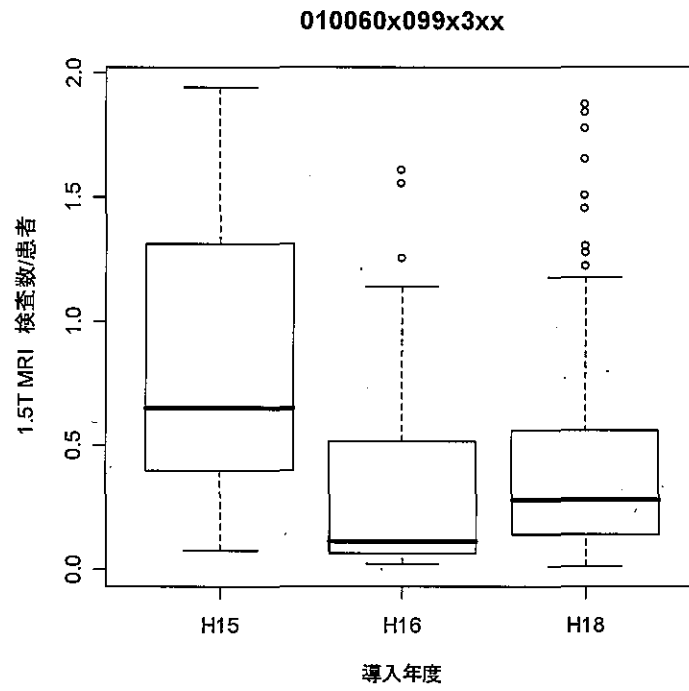


図 1 b 肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）、手術なし

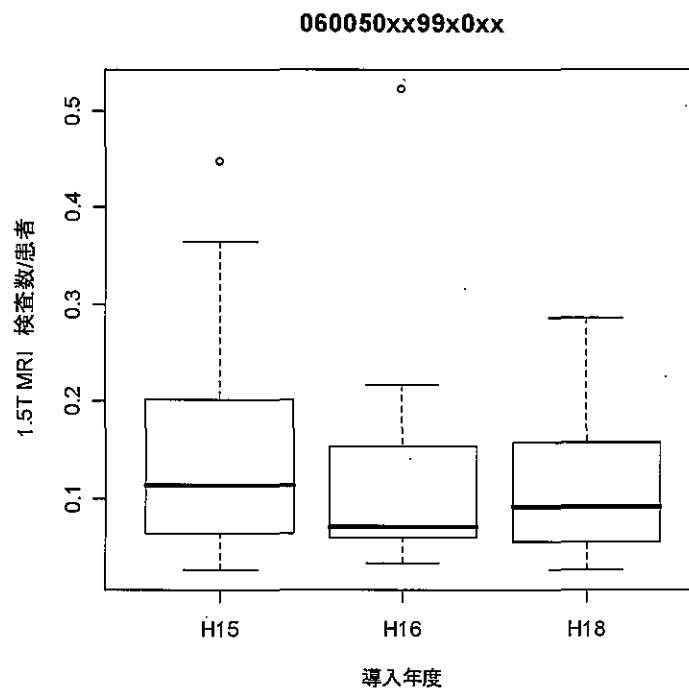


図 2 a 脳腫瘍

010010

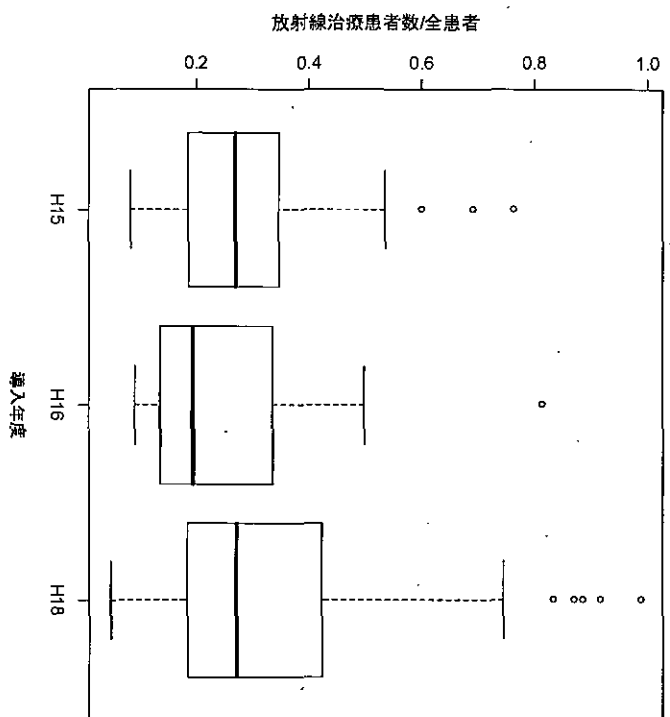
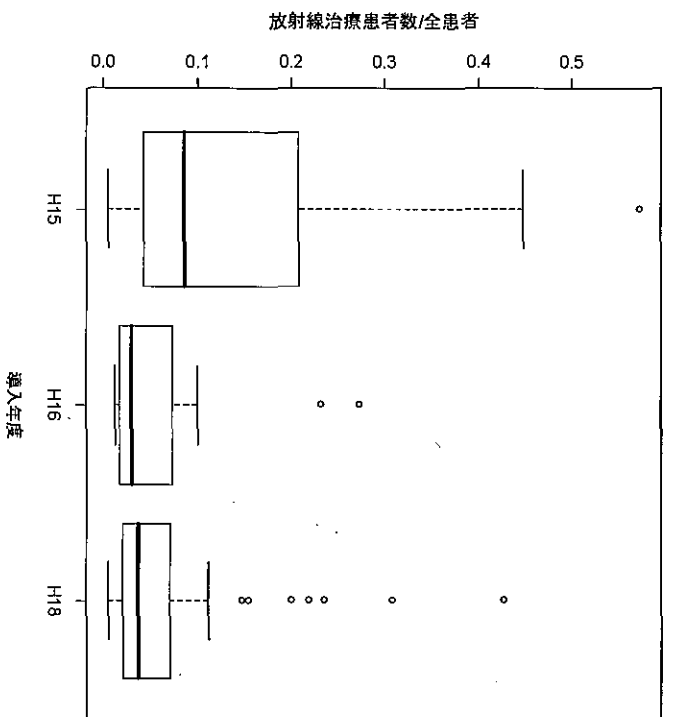


図 2 b 前立腺癌

110080



医療機関の機能を評価するための指標の検討

□ ICD コーディングにおける .9 の発生頻度の検証（研究班データ）

桑原一彰（九州大学大学院医学研究院）

阿南 誠（独立行政法人国立病院機構九州医療センター）

○意義

DPC はコーディングの正確性を前提として評価が行われる仕組みである。参加条件の一つとして診療情報管理が適切に行われている体制であることが明記されている。そこでコーディングの正確性を評価するための手法として ICD10 における「.9（詳細不明）」の出現頻度を検証した。

○定義

平成 18 年度に研究班の調査に参加病院（支払い対象病院のみ）から提出された様式 1 データの医療資源病名について末尾「.9」の出現頻度を参加年度別、病床規模別に検証した。

さらにその「発生要因」について、より詳細な検証を試みた。

ただ、検証に先だって、以下に示すように、「.9」が発生する要因について明確にしておかなければならないことがある。

- 1) 取り扱う疾患に極端なばらつきがある病院において、その主体となる疾患が「.9」であって、その頻度に対して強い影響を受ける例がある→例として、透析病院等

※本来、「.8」等とコーディングすべきところを「.9」としたために「.9」出現頻度が 60% 以上になってしまった病院の例もある。

- 2) 部位等、情報として明確になっている筈であるにも関わらず、「.9」の発生頻度が高い病院こそ、コーディング精度が低いと評価すべきではないか。

したがって、数値的な評価の裏には、コーディングのスキルも大きく関係していることも理解して評価する必要がある。

○結果

- 1) MDC 別では 04（呼吸器の疾患）と 09（乳房の疾患）で「.9」にコードされている割合が高い。MDC04 では、肺炎（J189）、肺癌（C349）、急性気管支炎（J209）、気管支喘息（J459）、MDC09 では、乳癌（C509）が多数を占める。これらが発生する要因としては、当該傷病名の一般的呼称が浸透していること。ICD の知識が十分ではなく、より詳細な分類をすべきであることへの理解がないことが考えられる。また、この全ての傷病名は MEDIS 標準病名に含まれていることから、コーディングするユーザーや監査者に MEDIS 標準病名の構造や適正な利用方法への理解が欠如していること、システムが十分な機能を持っていないことが理由として考えられる。

- 2) 参加年度別では平成 15 年度参加病院が MDC09（乳房）で「.9」にコードされている割合が高いが、全体として参加年度による格差は少ない。特に 16 年度、18 年度はほぼ同一傾向にある。平成 15 年度病院が MDC09 において顕著に頻度が高い要因としては、全てもしくはほぼ

全ての病院が重装備の情報システムを有し、発生源入力の実現されているものの、入力時にはICDの構造等の意識をもって入力しているわけではないこと。その結果、監査が十分ではなく、発生源入力のメリットが逆に作用していることが推察される。本来、診療録管理体制加算またはそれに準ずる病院であれば、専任者の配置等が行われているはずであるから、このような傾向がみられるということは、その体制による監査が十分ではないと言い換えることが出来る。

- 3) 病床規模別では大きな差がみられないが、200床未満の病院でMDC2(眼科の疾患)、MDC11(腎尿路)、MDC14(新生児)、200床～300床未満の病院でMDC9(乳房)に限って、「.9」にコードされている割合が高い傾向を認めた。200床未満の病院については、MDC2については、白内障(H26.9)関連が、MDC11については、慢性腎不全(N189)、MDC14については、新生児黄疸(P599)が多数を占め、「.9」以外のコーディングが可能なことを伺わせる。200床～300床未満のMDC9(乳房)については、1)と同様に乳癌(C509)が多数を占める。以上述べたとおり、これらの「.9」にコードされている多くは他の適正なコードに再コーディング出来る可能性が極めて高い。

グラフ1：施設類型別MDC別dot9発生率

