

(3) 平成19年度調査実施にあたっての改善点

平成19年度調査では、平成18年度調査の結果を踏まえて調査票を改善し、データ不備の削減や病院のデータ提供の負荷低減を目指した。平成19年度調査における改善点と、それでもなお平成19年度に発生した主なデータ不備状況を調査ごとに整理した。

① レセプトデータもしくはEファイル

(a) レセプト診療科コード

本調査において使用する診療科は、Eファイルの中の「レセプト電算処理システム用診療科コード(診療科コード)」(E-19)である。平成18年度はこの「診療科コード」(E-19)に適切な情報が入っていない病院があったため、平成19年度は調査依頼時に「E-19に正しい診療科情報が入っていること」の必要性を明示したが、実際は正しい診療科情報が「診療科コード」(E-19)ではなく「診療科区分」(E-20)に格納されているケースが少数あり、個別に「診療科区分」(E-20)の診療科を「診療科コード」(E-19)に変換する作業を実施した。これは病院側のシステム状況等に起因するものであるため、今後も個別対応が発生する可能性がある。

(b) レセプトデータもしくはEファイルのファイル形式

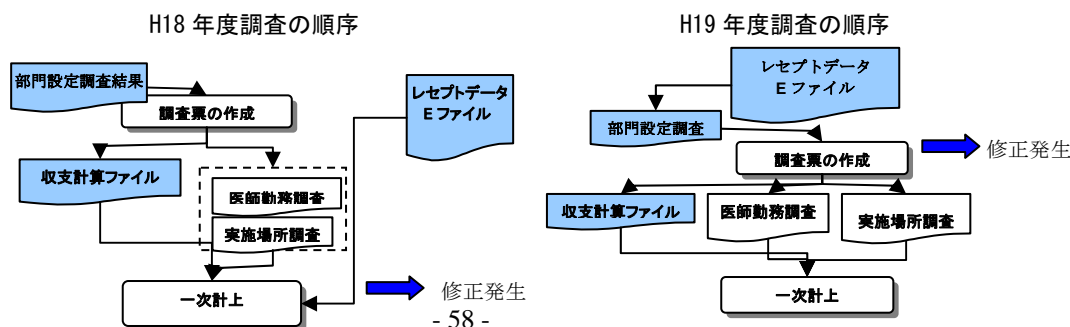
平成18年度に発生したレセプトデータもしくはEファイルに関する匿名化ソフトのトラブルは、平成19年度は病院ごとに異なるファイル形式(「カンマ区切り」または「タブ区切り」)での対応を可能なものとしたため、発生件数は少数にとどまった。

② 部門設定調査

(a) 部門設定調査の順番変更と調査票カスタマイズ

平成18年度は、調査最初の「部門設定調査」で設定したレセプト診療科とその後に入手したレセプトデータもしくはEファイルの診療科とが整合しないケースが多数発生し、収支計算に影響が出る例があった。このため平成19年度調査では、「部門設定調査」より前にレセプトデータもしくはEファイルを集めて各病院のレセプト診療科を整理し、これを部門設定調査票に反映させ、その後「部門設定調査」を実施するように調査の順番を変更した。この結果、不一致があった場合でも本調査(病院の収支状況や診療科別患者延数、職員数などの調査)に与える影響は減少した。但し、それでも平成19年度も多くの病院で不一致が発生したため、この部分については不整合の発生を想定して調査を実施する必要がある。

図表 4-1-4 「レセプトもしくはEファイル」「部門設定調査」「収支計算ファイル」の順序



(b) 診療科の設定

主に以下の点につき、病院への個別照会・対応事例が発生したが、今後はこのようなケースが発生することを想定して記入要領や調査票を微修正することにより発生数の削減が可能であると考ええる。

■ 患者のいない診療科

レセプトデータもしくはEファイルで確認された診療科を「部門設定調査」でのレセプト診療科としたが、実際に当該期間での患者がいないケースがあった。当該診療科に計上される点数や診療実日数も確認する等の対応で改善できるものと考えられる。

■ リハビリテーション科

リハビリテーションを実施している部門に関しては、30%程度の病院が外来部門及び中央診療部門の双方に存在しているにも関わらず、中央診療部門にだけ当該部門を設定していた。これについては、各病院に、外来部門のリハビリテーション科が中央診療部門とは別に専用の部屋を有し、リハビリテーション科の外来患者として点数の算定があることを確認した上で、外来部門及び中央診療部門の双方への設定を行った。今後は、記入要領に条件、設定方法等を明示することで不備削減可能と考える。

■ 補助・管理部門

補助・管理部門に関して、同一の部屋を複数の部門（総務や施設管理、情報管理など）が共有している病院から記入方法の問合せがあった。今後は、記入要領に記載を追加する。

(c) センター方式の取扱い

平成18年度調査ではセンター方式に関する調査票がわかりにくいという意見があったが、平成19年度の調査手法による改善効果があり、照会が必要なケースは少数であった。

③ 収支計算ファイル

平成19年度の収支計算ファイルでは、記入した数値の妥当性のチェックに資するような関連データを表示する、調査票間の数値の整合をチェックしてある一定のチェック基準を超える場合はアラームを表示する機能を追加する、等の改善を加え、誤記入や調査班からの照会数の削減をはかった。平成19年度の照会状況は以下のとおりである。

(a) 参考データとのチェック機能

平成18年度は、例えばリハビリテーション科に過大な患者延数が記入される例があったため、平成19年度はこのような誤記入の事前チェックのために、入院部門・外来部門の患者延数や診療科別に診療実日数の集計値を参考データとして追加した。その結果、平成19年度は当該問題の発生はほぼ解消された。

また、病院の収支に関する調査シートでは、医業費用の科目ごとに調査月データと前年度年間データの1/12値との比較によるチェックを実施しているが、租税公課や交際費、保険料、医療消耗器具備品費、会議費、その他修繕費などの科目で差がみられ、ほぼ全ての病院に対して照会を行うことになった。科目によっては厳密に調査月データとせず、前年度年間データの1/12値により代替可能とする等の工夫を行う余地があると考えられる。

上記結果を受けて、平成 19 年度で試行的に設けたチェック機能の許容範囲をより広く設定する等の対応で、チェック効率の向上を図ることが可能と考えられる。

(b) 歯科及び保険外診療医業収益

レセプトデータもしくは E ファイルから取得できない歯科及び保険外診療医業収益に関する調査シートについては、本シートの歯科及び保険外分の収益と E ファイルに基づく収益の合算値が病院全体の収益と乖離していた 30%程度の病院に対して照会を行った。本シート記入上の誤りもあったが、DPC 対象病院については、E ファイルに基づく出来高ベースの収益が、当該病院の本来の包括ベースの収益ではないことも一因と考えられることから、今後は包括点数の把握が可能なファイルの収集も検討すべきと考えられる。

(c) 個別の病院組織事情に対する対応

基礎情報（部門別の職種別職員数・面積等）に関する調査シートでは、設定された部門に患者がいても職員がいないケースや職員がいても患者がいないケース、面積の記入もれなどのケースがあり、ほぼ全ての病院に対して照会を行った。また、リハビリテーション及び人工透析に関しては、外来部門と中央診療部門の双方にあるにも関わらず職員がいずれかに偏在する傾向にあり、患者の流れや職員の配置などを照会した。これらは調査シート上にアラーム機能を追加、記入要領に注書きを付加することで、ある程度改善が可能と考えられる。

④ 医師勤務時間調査

本調査では、他の調査との診療科名の不整合、外来患者がいる診療科で外来医師の勤務実績がないケース等が発生したが、今後は記入要領に注書きを付加することで、ある程度改善可能と考えられる。

⑤ 実施場所調査

E ファイル上で実施実績のない診療科に診療行為の実施割合が記入されてくるケースがあった。これは調査シート上にアラーム機能を追加することで、改善が可能と考えられる。

⑥ 調査全般

平成 19 年度調査は、調査実施主体側で段階的に病院ごとにカスタマイズされた調査票を作成し、さらに調査票内に参考値を併記することで記入時のチェックが可能となるよう工夫を施した。これにより、結果として個々の病院のデータ不備の調査への影響は軽減したと考えられる。但し、上記のとおり、引き続き個別に対応が必要な事例は発生した。これらについては、平成 19 年度に発生した問題点を調査シート上にアラーム機能として追加、記入要領に注書きを付加、また、平成 19 年度で試行的に実施したチェックプログラムの判定基準をより適切に設定することで、改善が可能と考えられる。

2. 特殊原価調査

(1) 平成19年度調査結果に関する考察

平成19年度は5病院を対象として手術に関する特殊原価調査を実施し、平成18年度までの等価係数のデータとあわせて算定した結果、等価係数が存在する手術の実施件数割合（実施件数カバー率）が平成18年度の87%から89%に向上した（図表3-2-4）。

また、この調査結果を踏まえて、今後の継続的な調査において安定的に等価係数を作成するために、調査委員会とは別に「特殊原価調査」に関する作業委員会（「特殊原価調査WG」）を設置し、現行の「特殊原価調査」について集中的に課題の検討を実施した。この検討結果について、以下に示す。

(2) 平成19年度の標準的等価係数に関する変更点

本調査研究では、「特殊原価調査」を実施した病院について病院ごとの「等価係数」を作成すると同時に、全ての病院の収支計算時に共通して使用する標準的等価係数を作成している。平成18年度までの計算で使用した標準的等価係数³の算出方法は、まず病院ごとに資源投入量を求め、その病院ごとのデータについて標準化をしている。この方法は、病院における手術実施件数が必ずしも反映されているものではないこと、データを得られた病院数がKコードごとに多いわけではないことから、調査データ数（病院数）の増減に対する安定性が高いとはいえない。そこで、調査データ数（病院数）の増減に対する安定性を向上させ、かつ病院ごとの手術実施件数の違いを反映させるために、標準的等価係数の算定方法を検討し、平成19年度から以下の方法で算定することとした。

①職種別に投入量「手術時間×人数」の平均値※を算出する

当該Kコードの医師の平均値、看護師の平均値、医療技術員の平均値

※平成18年度までの算出方法と異なり、病院の垣根をとりはらって求めた平均値であり、病院ごとの平均値を手術実施件数で加重平均した値と一致する。

②職種別に給与費単価の平均値を算出する

病院のそれぞれの医師数・看護師数・医療技術員数での加重平均値

③コストを算出する

コスト＝医師 の投入量の平均値 × 医師の平均給与費単価
 ＋看護師 の投入量の平均値 × 看護師の平均給与費単価
 ＋医療技術員の投入量の平均値 × 医療技術員の平均給与費単価

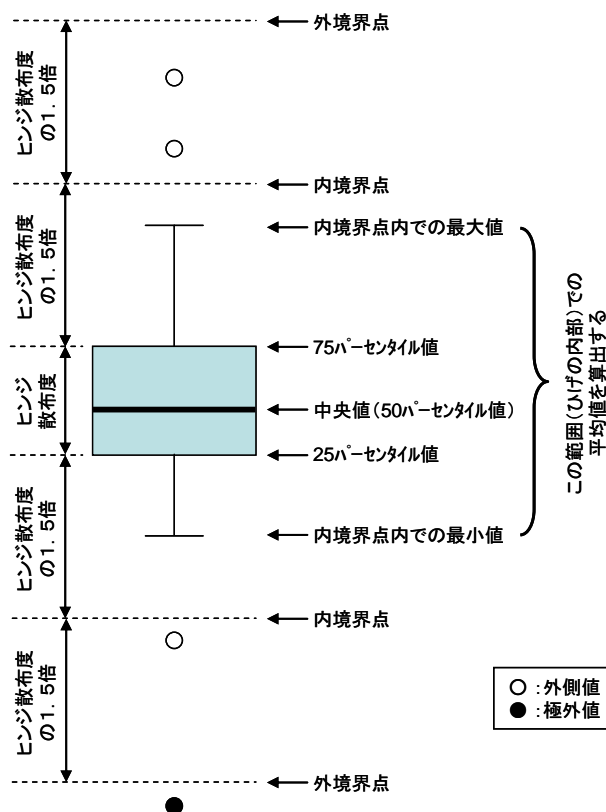
³ 平成17年度報告書に記載されている等価係数。病院別・職種別にKコードごとの平均の投入量（手術時間×人数）を求めた後、職種別に平均投入量の全病院の中央値を求め、それに全病院の平均人件費単価（職種別）を乗じてコストを求めている。

④標準的等価係数を算出する

当該 K コードの標準的等価係数=当該 K コードのコスト/基準 K コードのコスト

さらに、安定性及び代表性を高めるために、箱ひげ図のひげの外部（外れ値）のデータを除いて平均値を計算した。外れ値は対数をとった上で除外した。

図表 4-2-1 箱ひげ図のひげ内部での平均



平成 19 年度は、上記方法により算定した等価係数を用いて、各病院の診療科別収支を算出した。

(3) その他の平成19年度の検討結果

今後の調査において、現実のコストをより適切に反映した標準的等価係数の安定的な算定が可能となるように、現在の特殊原価調査及び等価係数算定における課題を洗い出し、改善点を検討した。平成 19 年度の標準的等価係数算定過程には導入していないが、今後の算定において改善の余地があるとされた項目についての検討結果を以下に示す。

① 等価係数の信頼性

等価係数については、その存在するコード種類を増やしカバー率を上げる必要がある一