

悪性高熱(Malignant hyperthermia)の発生率

17 MH detected among 1,238,171 patients undergoing general anesthesia.

	N	%	Incidence	
			MH	(per million)
Total	1,238,171	100.0%	17	13.7
Volatile agents				
Sevoflurane	932,771	75.3%	14	15.0
Isoflurane	33,231	2.7%	0	0.0
Halothane	682	0.1%	0	0.0
Enflurane	35	0.0%	0	0.0
Muscle Relaxants				
Suxamethonium	19,871	1.6%	0	0.0
Vecuronium	782,899	63.2%	10	12.8
Pancuronium	11,286	0.9%	0	0.0
Rocuronium	246,572	19.9%	6	24.3
Propofol	949,694	76.7%	12	12.6

(Anesthesiology 2011;114(1):84-90)

10

(東京大学 康永)

厚生労働省ホームページから利用可能なデータの例

名称	リンク	内容
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織各分科会	http://www.mhlw.go.jp/shingi/c-huo.html#soshiki	・議事録、資料の一覧
平成23年11月7日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001u23a.html	・H22調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等
平成22年6月30日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html	・H21調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等
平成21年5月14日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html	・H20調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等
平成20年5月9日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html	・H19調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等

DPCデータを用いた地域医療の評価

○地域医療を取り巻く課題

- ・ 医療資源(人、もの、かね)の絶対的な不足
 - 医師不足
 - 地方自治体の財政逼迫
 - 地域産業の衰退
 - 人口構造の高齢化
- ・ 医療費適正化に対する地域の責任
- ・ 医療の質に対する過剰な期待
 - 医療訴訟の増加
 - 患者意識の変化

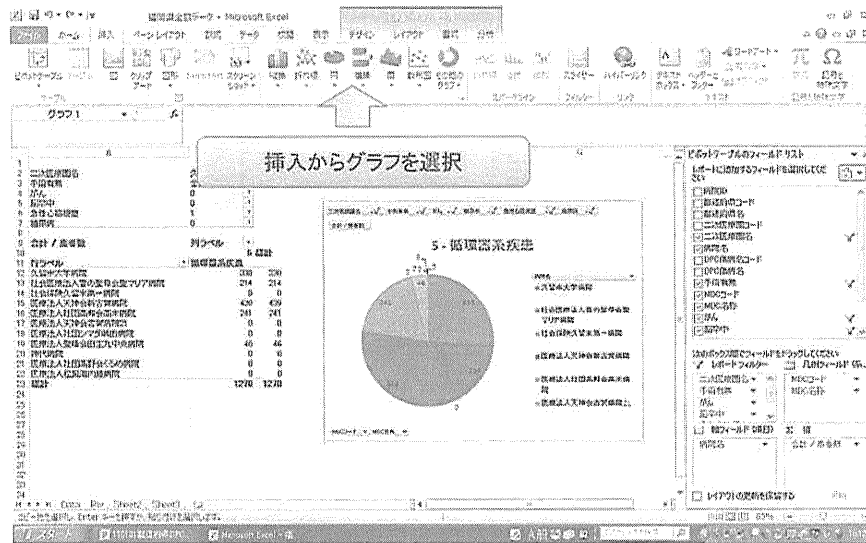
→医療提供体制の効率化が必要!

東京都主要病院の比較(主要な手術患者数・H22データ)

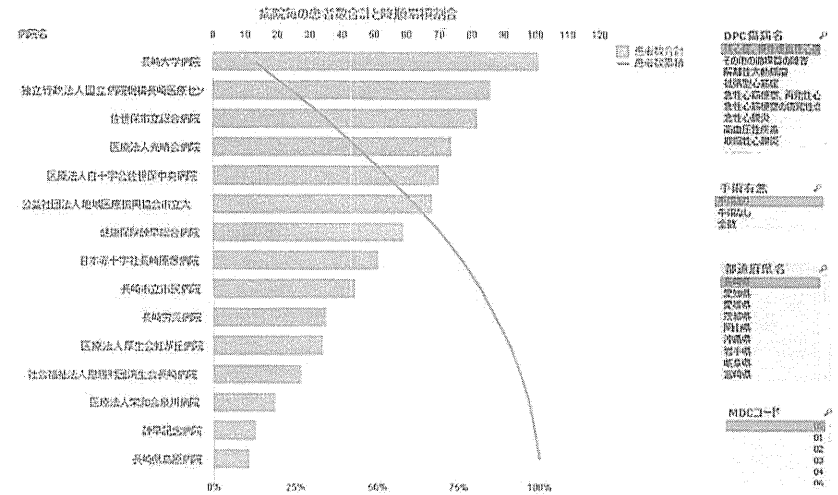
施設名	0100 050050 050050 060010 060010 080020 080035 080050 08007x 070220 070230 090010											
	01	02 CABG	03 PCI	01 保嬰的	02 内視鏡	01	01	01+02 肝切除	01+02 肺切除	01	01	97(輸血以外の再掲)
東京慈恵会医科大学附属病院	10	37	122	14	53	112	50	20	10	98	45	213
東京医科大学病院	41	42	154	12	25	48	63	22	25	60	50	186
東京女子医科大学病院	168	15	301	32	37	117	104	33	62	11	34	173
慶応義塾大学病院	111	14	173	26	63	84	63	22	13	35	39	177
日本医科大学付属病院	21	20	92	15	27	79	72	31	0	19	10	102
順天堂大学医学部附属順天堂医院	71	96	281	95	78	104	71	99	38	37	29	323
昭和大学病院		18	206	41	38	59	64	17	0	44	33	215
東京大学医療センター大森病院	19		195	20	34	63	61	14	0	45	100	90
日本大学医学部附属板橋病院	67	30	179		23	31	39	132	0	45	142	180
帝京大学医学部附属病院	25	38	135		23	43	32	0	0	37	30	195
杏林大学医学部附属病院	42	25	71		22	49	82	13	10	45	53	148
独立行政法人国立がん研究センター中央病院	39			61	121	215	111	58	47			304
東京医科大学医学部附属病院	72	25	82	38	62	72	70	93	17	85	83	88
東京大学医学部附属病院	63	38	290	33	37	119	78	74	27	49	55	162
財団法人聖路加国際病院		10	146		20	32	51	0	0	27	30	505
日本赤十字社医療センター	18		101	12		101	68	79	95	0	16	12
社会福祉法人 三井記念病院		50	213		11	45	52	0	0	12	12	154
東京都立駒込病院	36			27	93	128	114	37	11	22	29	231
東京都立墨堤病院	21		129		12	59	57	35	0	12	18	87
駿河台日本大学病院		12	108			39	31	0	0	0	33	73
財団法人 癌研研究 有明病院				68	94	387	208	100	41			874

■ 年間50例以上、■ 年間100例以上

DPC公表データのピボットテーブルでの分析

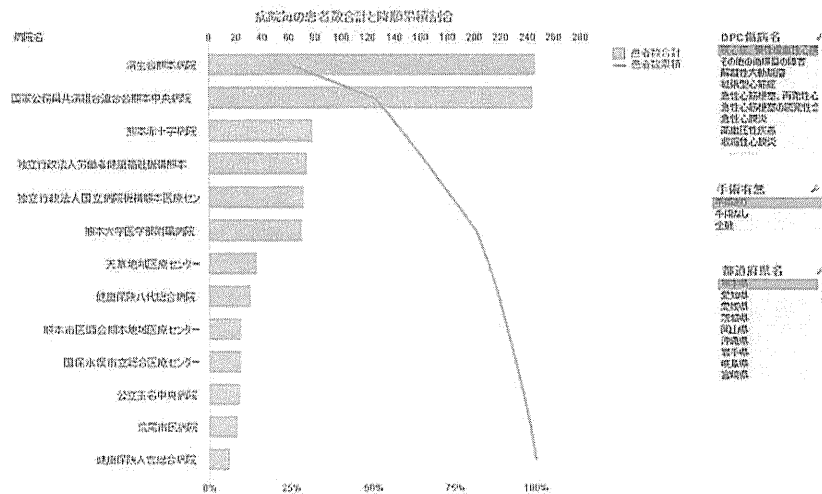


虚血性心疾患手術患者の集積状況(長崎県)



Qlikview® 10.0による分析 (www.qlikview.com)

虚血性心疾患手術患者の集積状況(熊本県)

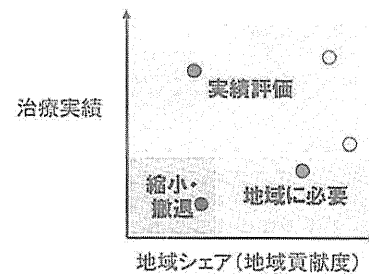


Qlikview® 10.0による分析 (www.qlikview.com)

DPC公表データによる地域シェア分析



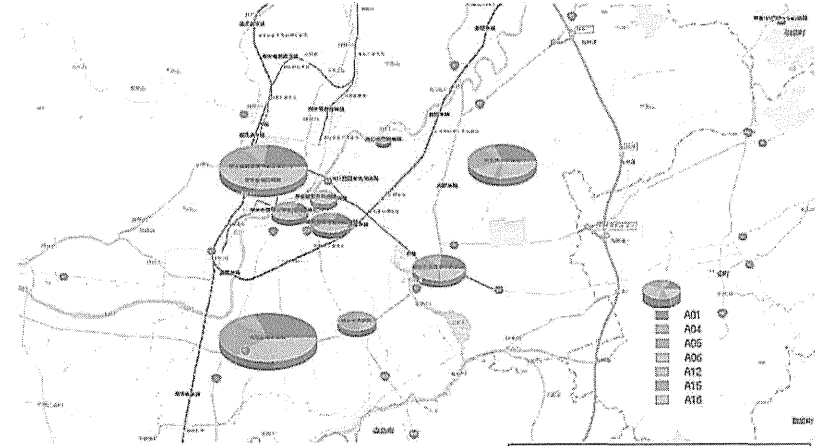
診療分野別地域シェアプロット



患者シェアSWOT分析とは

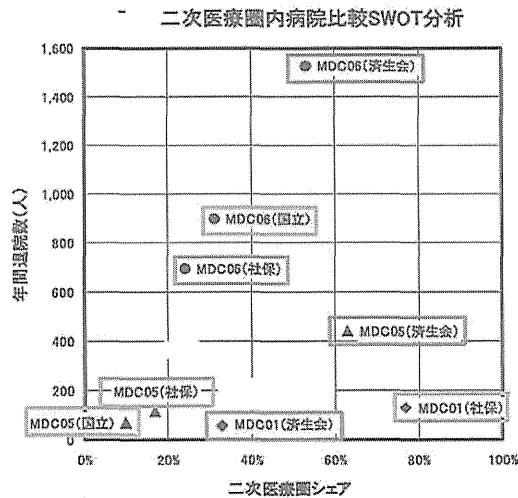
		外部環境分析	
		脅威(Threat) 地域内に専門医療機関が多く、自院の地域シェアが低い分野	機会(Opportunity) 地域内に医療機関が少なく、自院の地域シェアが高い分野
内部環境分析	強み(Strength) 患者が多く、専門の医師、医療設備ともに整っている分野	差別化戦略 新技術、専門的な技術の導入を進めるなど、自院の強みを分析し、地域で特徴ある診療を目指す。	積極的攻勢 人員、設備の増強を進めるなど、自院の特徴を伸ばしさらに診療の充実を図る。
	弱み(Weakness) 患者が少なく、専門の医師、医療設備が充実していない分野	専守防衛または撤退 当該分野の他医療機関との連携を強化する、診療科標榜をとりやめ、人員・設備の合理化を図るなど、地域のニーズを再分析して方針を検討する。	段階的施策 地域における自院の役割を分析し、人員、設備の増強を進めるなど、地域の医療ニーズに応えられるような対策をたてる

熊本医療圏の救急医療の現状 (平成21年7月～12月)

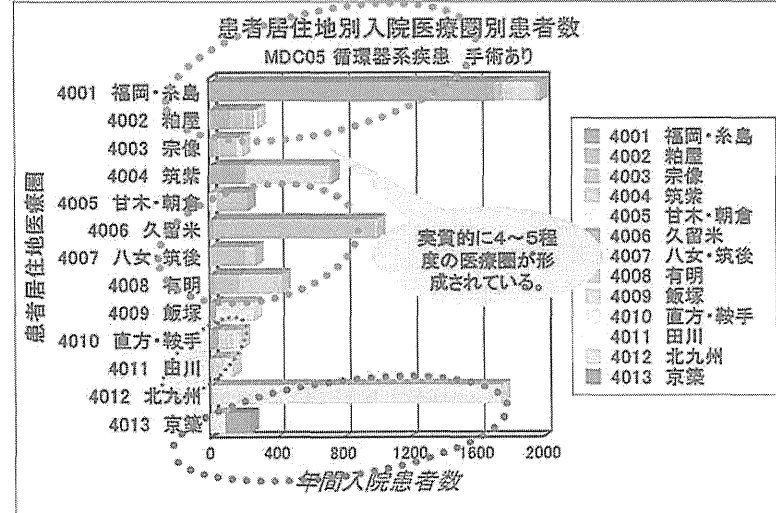


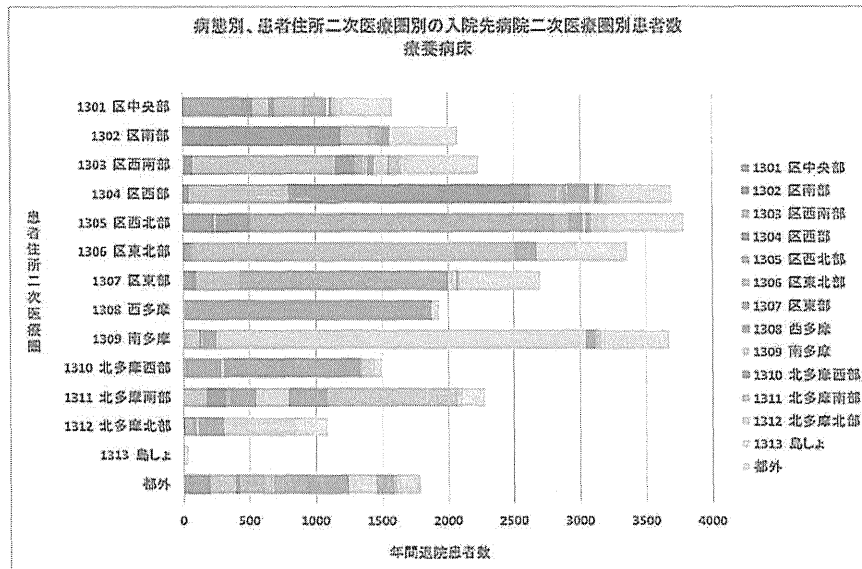
資料:産業医大 松田晋哉

分析事例



九州地方の例

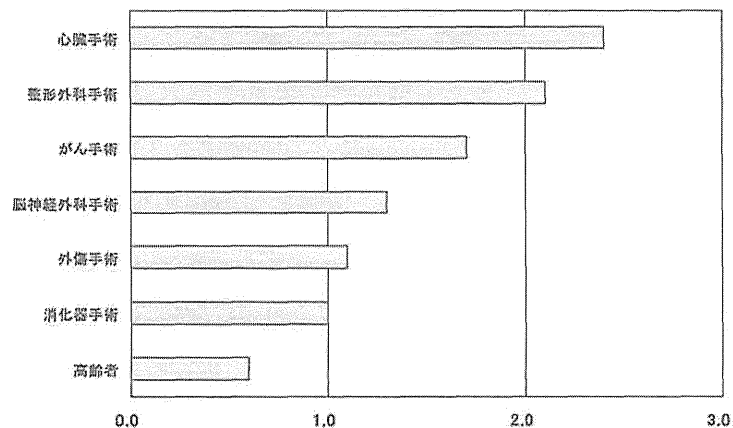




病態別受療行動と二次医療圏

- 待機的手術が可能で比較的高度な手術(循環器、がん、整形外科)は遠方の大病院を選択
- 比較的軽度な短期入院、外傷などの緊急入院、長期入院では近隣の病院を選択
- 受療行動は患者マーケティングに影響
- 循環器、がん、整形外科などの手術患者では、診療圏を広くとる必要がある。
 - 広範囲のマーケティング
 - 遠方の医療機関と競合
- 救急患者や一般診療の患者では、二次医療圏内および近隣住民のニーズを重視

遠方の病院を選択する確率



二次医療圏外への入院に影響する因子のロジスティック回帰分析
(平成11年患者調査退院票52万件より)

(週刊エコノミスト2008年9月16日号)

地域医療と連携の課題

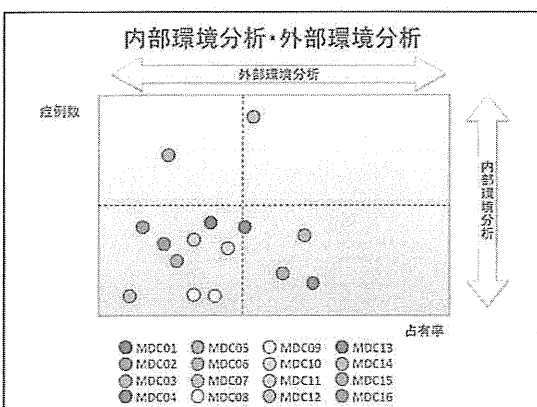
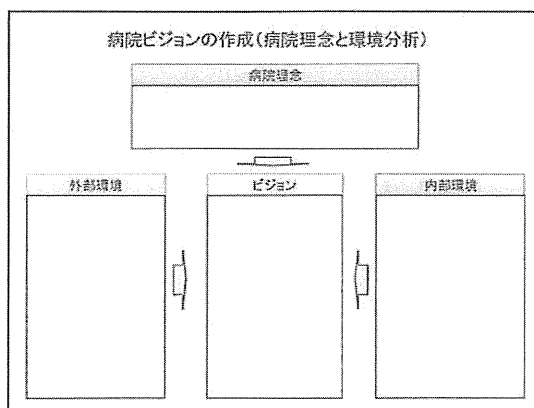
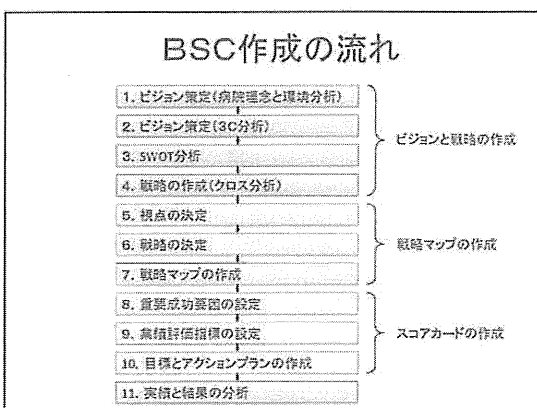
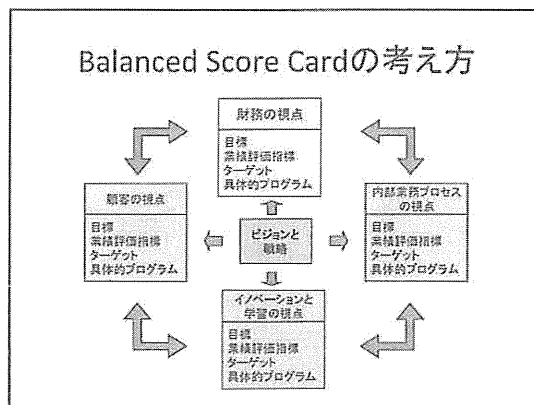
- 地域における医療機関の役割の視点
 - 個々の医療機関の地域における機能に、重複、競合、不足が認められる。
 - 各医療機関の「役割」を明確化して、「選択と集中」を進める必要がある。
- 地域診療圏の視点
 - 傷病、治療、地域によって地域診療圏の実態が大きく異なる。
 - 地域の実情をデータに基づいて正確に把握した上で、医療連携体制の再構築が必要。
- 医療資源必要度の視点
 - 現在の一般病床の約2分の1が急性期病床として必要。
 - 残りは人口構造高齢化と共に必要数が増大すると考えられる亜急性期、慢性期病床への機能分化が必要。

まとめ

1. DPC包括評価制度は安定してきたが、急性期病院群内での機能分化、亜急性期病院を含めた評価と機能分化はこれからの課題となっている。
2. DPCデータ分析に基づいて導入された現行の機能評価係数Ⅱに加えて、診療プロセス分析やアウトカム分析などの医療の質の評価をどのように導入していくかも課題となっている。
3. また、地域医療提供体制の整備に、DPCデータ、電子レセプト等による地域医療提供体制の定量的可視化が用いられるようになってきている。
4. 急性期、亜急性期の医療機関は、自院の機能分化と地域における役割の確立、さらには提供する医療の質の評価のために、DPCデータ分析を積極的に活用していくことが望まれる。

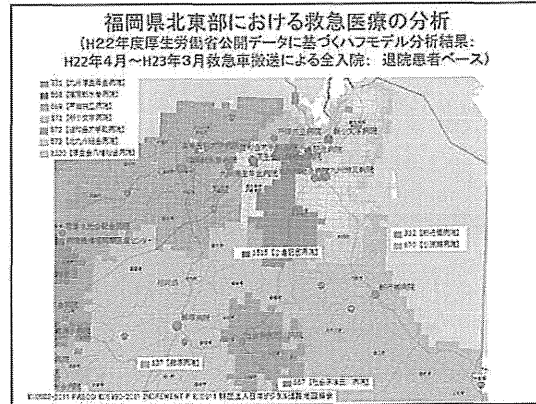
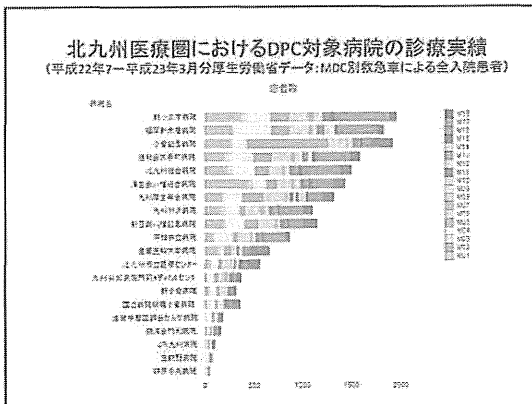
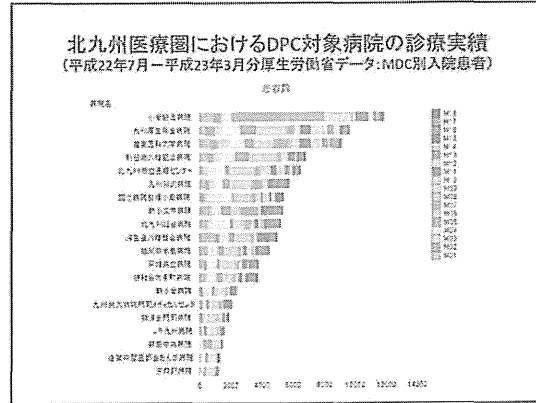
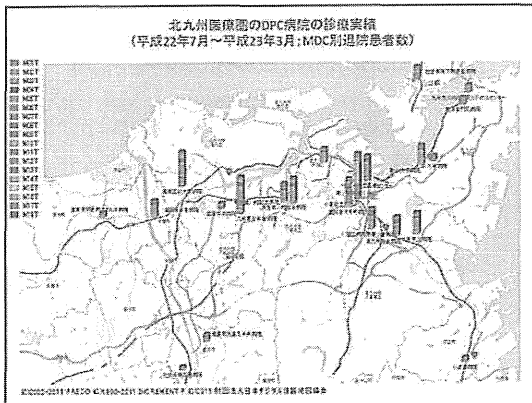
DPCデータを用いた 病院マネジメント

産業医科大学
公衆衛生学教室
医療情報部



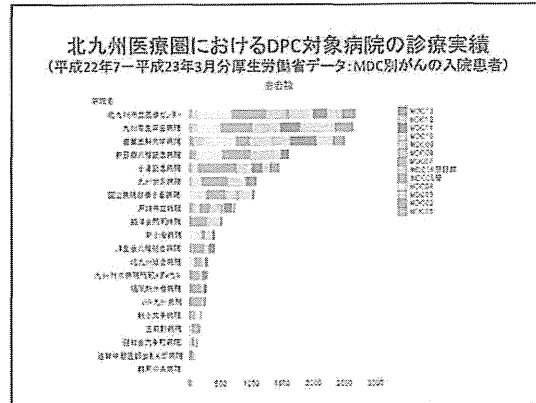
厚生労働省公開データを 活用した外部環境分析

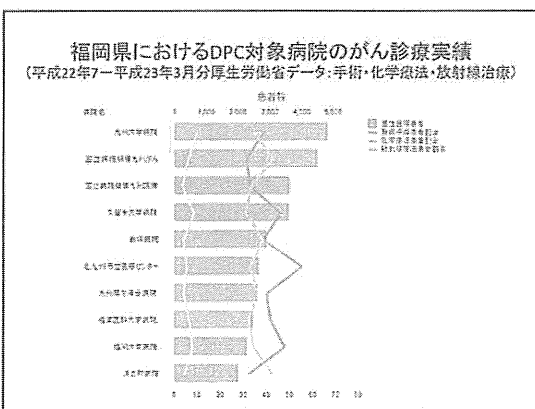
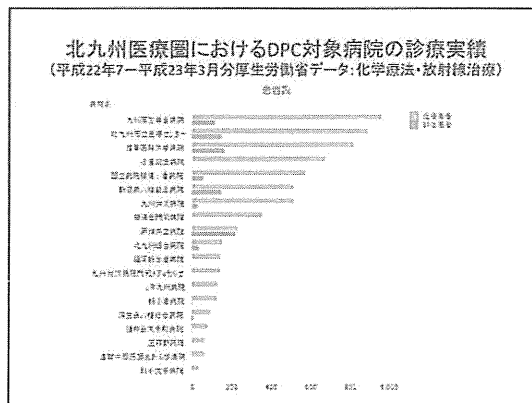
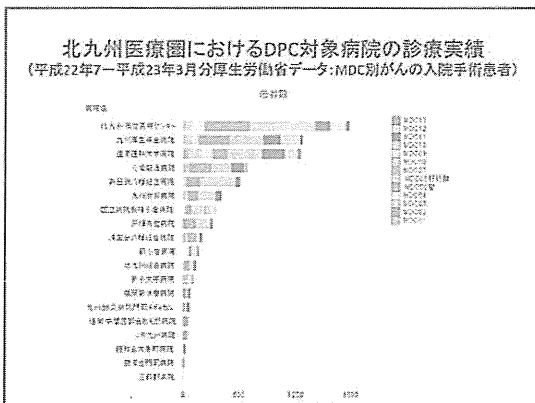
DPCだけでなくNational Databaseの情報も徐々に使えるようになっていく



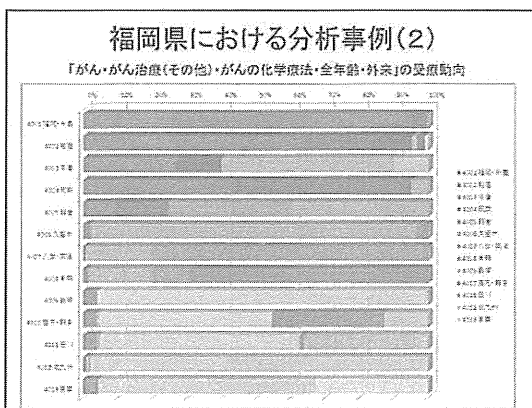
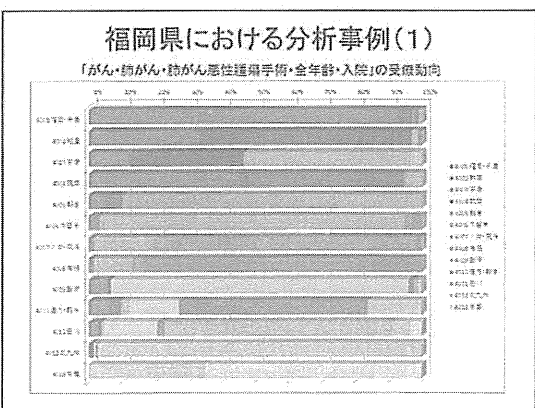
医療圏別にみた平均搬送距離 (平成22年7月～平成23年3月:研究班データ)

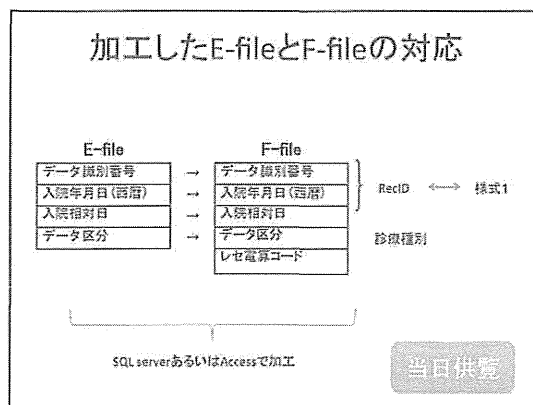
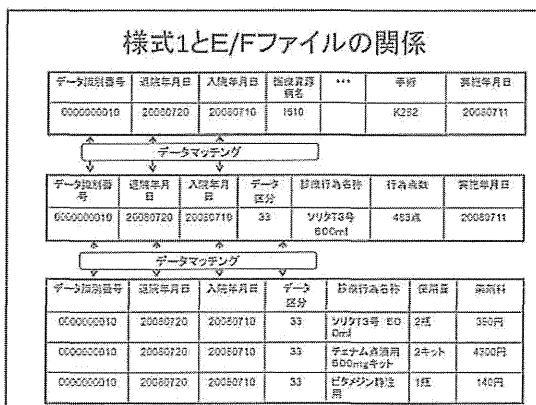
医療圏	患者数	平均値	標準偏差	実数患者		実数患者の平均搬送距離		搬送距離
				人数	距離	人数	距離	
1500以下	1100	12.5	6.0	83.8	12.1	12.0	1.6	17.5
2000超～大森	270	8.1	5.5	81.3	7.4	8.9	0.8	14.7
KCC医療圏	321	15.8	8.9	88.3	16.4	18.1	1.0	18.4
KCC医療圏	38	19.6	7.9	78.0	17.4	18.9	2.1	20.9
KCC医療圏	140	8.1	6.7	78.1	7.8	10.0	0.8	10.7
KCC医療圏	29	16.1	10.2	81.4	12.4	20.8	1.7	16.5
KCC医療圏	100	14.9	7.9	74.3	8.6	10.4	0.8	11.6
KCC医療圏+筑後	121	11.0	6.5	49.1	9.0	11.9	1.3	11.2
KCC医療圏	58	14.9	10.3	75.8	10.8	18.1	1.3	17.4
KCC医療圏	88	8.7	5.8	81.5	7.5	8.5	0.8	11.2
KCC医療圏+柳井	110	14.8	8.1	115.8	10.4	16.0	0.8	14.6
KCC医療圏	41	15.0	8.1	115.2	11.3	14.4	0.7	14.6
KCC医療圏	100	7.4	5.9	102.9	6.7	8.3	0.2	11.2
KCC医療圏	51	16.1	7.8	125.7	16.4	20.8	1.4	17.8





- ### National Databaseとは何か
- 厚生労働省保険局総務課が「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、全保険者、生活保護の電子レセプト、特定健診データを匿名化後に収集
 - 電子レセプトはH21年4月診療分から
 - 医科、DPC、調剤、歯科レセプト、特定健診
 - 患者連結が可能な匿名化がなされている
 - データベースではなく電子レセプトのアーカイブ
 - 収集段階で匿名化、削除されている部分がある
 - 提供段階でさらに再匿名化される部分がある
 - 研究目的、都道府県の行政利用にも公開が始まった
- 資料: 杉森研司





加工した様式1、Eファイル、Fファイル

加工済様式1

加工済Eファイル

加工済Fファイル

その他マスタファイル

QVで可視化

当日供覧

事例供覧

子宮がんにおける化学療法剤の選択

(平成22年度研究班データ: H22Apr-H23Mar)

子宮がん 抗がん剤別	total	paclitaxel	cisplatin	carboplatin	irinotecan hydrochloride	dexamethasone
総計	7,142	2,729	2,283	2,152	1,601	1,350
		38%	32%	31%	22%	19%

子宮がん 抗がん剤別	total	carboplatin	paclitaxel	cisplatin	dexamethasone	docetaxel hydrate
総計	8,717	6,350	5,892	1,849	1,626	1,453
		66%	61%	19%	17%	15%

子宮がん レジメン別	total	carboplatin +paclitaxel	cisplatin	irinotecan +cisplatin	paclitaxel +cisplatin	irinotecan hydrochloride
総計	7,142	1,535	879	535	423	413
		6%	22%	11%	6%	6%
薬剤%		22%	33%	40%	45%	52%

子宮がん レジメン別	total	carboplatin +paclitaxel	carboplatin +dexamethasone	carboplatin +docetaxel	carboplatin +docetaxel +dexamethasone
総計	5,717	4,481	690	642	575
		6%	46%	7%	6%
薬剤%		45%	53%	60%	65%

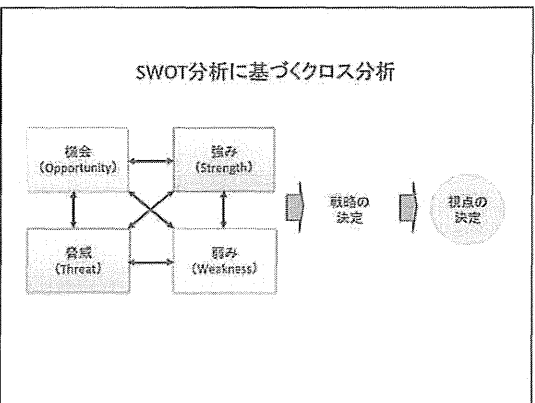
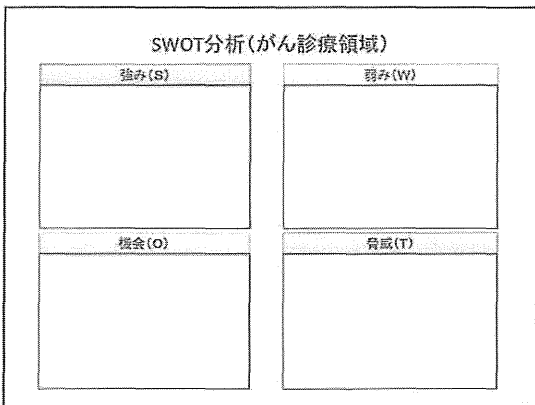
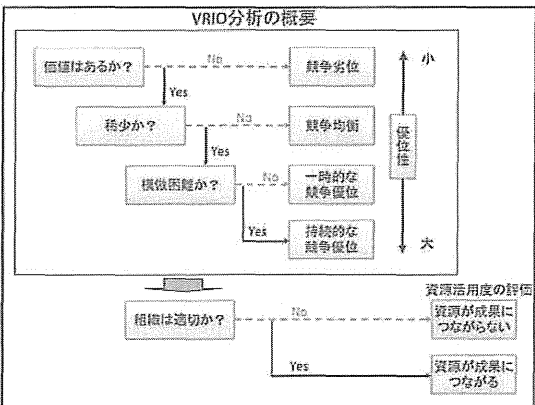
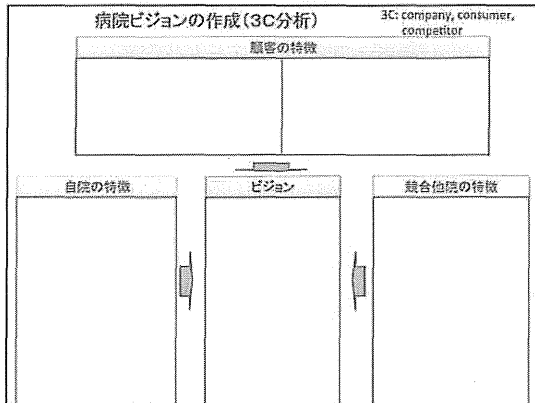
子宮がんにおける治療のプロセス分析例

(平成22年度研究班データ: H22Apr-H23Mar)

子宮がん	入院相対日	放射線治療	化学療法
36歳	1回目入院		
手術無	1	1	
転帰 軽快	2	1	
	3		
	4		
入院期間	5	1	cisplatin+dexamethasone
1回目入院 13日	6	1	dexamethasone
2回目入院(6日後)3日	7	1	
	8	1	
UICC分類	9	1	
T2b/Nx/M0	10		
	11		
	12	1	cisplatin
	13		dexamethasone
2回目入院(6日後)			
	2	1	cisplatin
	3	1	dexamethasone

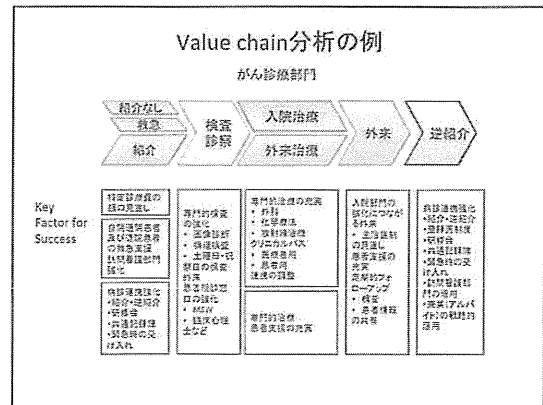
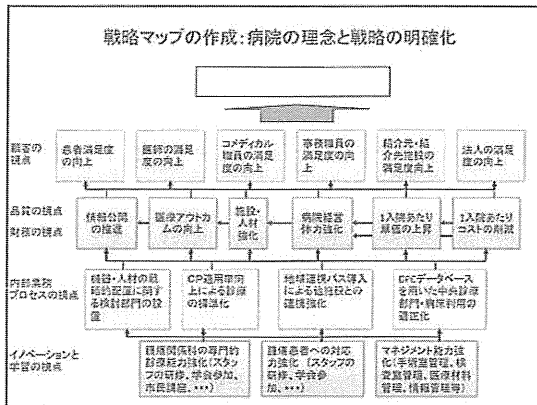
悪性腫瘍患者における精神疾患合併の状況 (H22年7月～H23年3月研究班データ)

ICD10	ICD9-CM	患者数	有病率(%)	男女別有病率	年齢別	病期別	治療別	併発疾患別	
F00000	29000	16337	16.83%	17417	17.4%	15344	15.4%	11551	11.5%
F00001	29001	2567	2.64%	2425	2.4%	1516	1.5%	979	0.98%
F00002	29002	1257	1.28%	1318	1.3%	1318	1.3%	431	0.43%
F00003	29003	1217	1.25%	1218	1.2%	119	0.12%	458	0.46%
F00004	29004	1395	1.43%	1322	1.3%	1029	1.0%	207	0.21%
F00005	29005	282	0.29%	315	0.3%	202	0.2%	122	0.12%
F00006	29006	105	0.11%	109	0.1%	108	0.1%	66	0.07%
F00007	29007	140	0.14%	138	0.1%	132	0.1%	83	0.08%
F00008	29008	219	0.22%	222	0.2%	219	0.2%	176	0.18%
F00009	29009	181	0.18%	165	0.1%	119	0.1%	75	0.08%
F00010	29010	51	0.05%	51	0.0%	51	0.0%	31	0.03%
F00011	29011	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00012	29012	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00013	29013	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00014	29014	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00015	29015	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00016	29016	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00017	29017	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00018	29018	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00019	29019	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00020	29020	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00021	29021	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00022	29022	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00023	29023	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00024	29024	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00025	29025	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00026	29026	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00027	29027	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00028	29028	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00029	29029	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00030	29030	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00031	29031	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00032	29032	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00033	29033	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00034	29034	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00035	29035	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00036	29036	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00037	29037	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00038	29038	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00039	29039	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%
F00040	29040	27	0.03%	27	0.0%	27	0.0%	15	0.02%



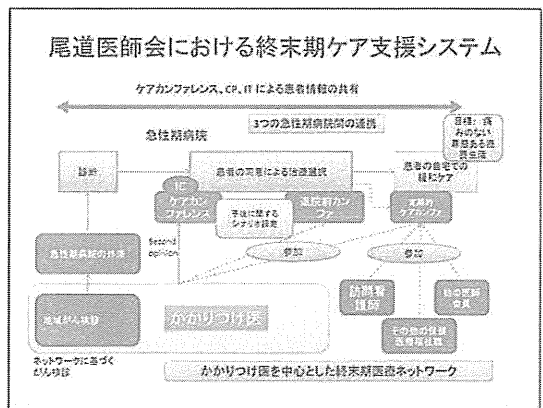
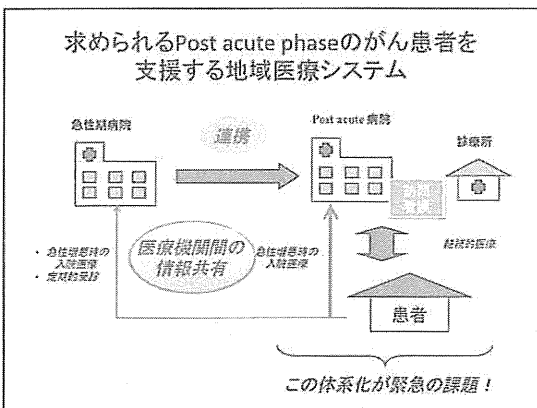
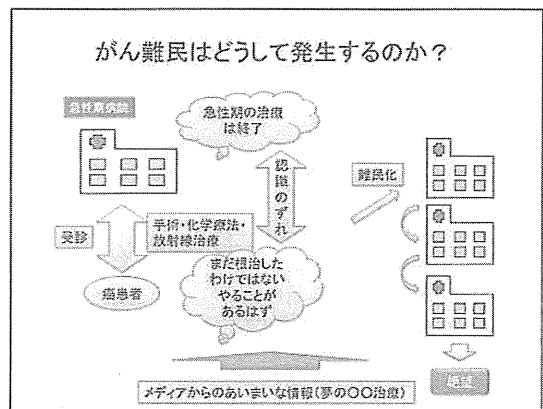
がん診療部門 クロス分析・戦略立案・KPI設定

資源運用の状況	戦略立案	KPI設定	達成率	KPI		
				1	2	3



直面する課題への対応

- 先進事例の調査と分析
 - 単なる模倣はだめ
 - そのシステムができてきた歴史的経緯
 - そのシステムが動いている文化的特徴
 - 情報と患者、そしてお金の流れ(どのようにしてWin-Winになっているのか?)
 - 継続性の要因は何か?
 - 上記を踏まえた上での自施設及び自施設のある地域への展開方法を考える



基礎係数の導入と医療機関群の設定 (DPC病院 I 群～III 群)

DPC対象病院
約1500病院

→

I 群

大学
病院
約80
病院

II 群

一般
病院
約300
病院

↓

I・II 群以外

約1300
病院

DPC病院 II 群の要件(以下の【実績要件1~4】を全て満たす病院)
(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

実績要件(特定機能病院は実績要件2を除く)	各病院の目標的指標	基準
【実績要件1】診療密度	○ 1日当たり包括範囲患者平均者数(患者数補正後)	210.00
【実績要件2】医師研修の要項	○ 1日当たり1床当たりの医師数(専任医師数2床目まで)	0.0100
【実績要件3】	○ 手術1件あたりの外挿手術指数(協力医師数補正後)	1.4100
高度な医療技術の実施 ※各3つ全てを満たす	○ DPC算定病床当たりの外挿手術指数(協力医師数補正後)	1.5800
	○ 手術開放性指数	0.8200
【実績要件4】	○ 複雑性指数(重症DPC補正後)	0.1000
重症患者に対する診療の実施		

資料：平成22年度診療報酬改定委員会(2012年3月5日)そもとに報告が改定

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止

定額報酬設定方法の変更

基礎係数(病院群別)の導入

調整係数の段階的・計画的な廃止

※平成22年度(2012)

調整係数の平均水準(基礎係数) + 病院別の調整係数(調整係数)

病院群の設定(DPC病院 I 群～III 群)

DPC対象病院
約1500病院

→

I 群

大学
病院
約80
病院

II 群

一般
病院
約300
病院

↓

I・II 群以外

約1300
病院

DPC病院 III 群の要件
(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)
【実績要件1】診療密度
【実績要件2】医師研修の要項
【実績要件3】手術1件あたりの外挿手術指数(協力医師数補正後)
【実績要件4】重症患者に対する診療の実施

新たな「機能評価係数」に関する 基本的考え方

- DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- DPC導入により「急性期」の医療の質が向上する等、患者の医療の質が促進されるが期待できる係数を検討すべきでないか。
- DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重んじ、機能分化が促進される必要性があるのではないか。(以下省略)

平成20年12月17日 DPC評価分科会 資料

機能評価係数 II の具体的な評価方針

今後の機能評価係数 II の具体的な評価方針

1. 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の表現
<主な視点>
○ 医療の透明化 ○ 医療の質的向上
○ 医療の効率化 ○ 医療の標準化

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)
<主な視点>
○ 高度・先進性 ○ 総合性
○ 重症者診療機能 ○ 地域で困難・継続的に求められている機能(4床係数等)
○ 地域の医療環境に必要な機能(5事業等)

データ提出指数

効率性指数

複雑性指数

カバー率指数

地域医療指数

救急医療係数

医療機関のバリエーション → 基礎係数で評価

基本的な診療機能の評価

資料：平成22年度第11回診療報酬調整委員会(DPC)分科会(2012年2月9日)

医療の質とは

- 臨床の質
 - 構造(Structure)
 - 過程(Process)
 - 結果(Outcome)
- 経営の質
- 制度の質
 - 公平性(アクセス・負担)
 - 効率性
 - 持続可能性

BSC的考え方の活用

Hospital compareの臨床指標の例

臨床指標	100%	90%	80%	70%
1. 急性期入院患者	100%	90%	80%	70%
2. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
3. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
4. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
5. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
6. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
7. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
8. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
9. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%
10. 急性期入院患者の平均年齢	100%	90%	80%	70%

各院の指標について、上図のように患者が知りたい項目について病院間の比較がweb上でできるようになっている。

http://www.hospitalcompare.jp/

2011年度医療の質の評価・公表等推進事業

No.	評価区分	指標	アウトロ	評価指標	評価 状況
1	患者満足	○	○	入院患者の満足度	○
2				医療従事者の対応	○
3				医師の診察内容の満足度	○
4				病室の清潔さ	○
5	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
6				手術室の院内感染率	○
7				手術室の手術室の院内感染率	○
8				手術室の手術室の院内感染率	○
9	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
10				手術室の院内感染率	○
11				手術室の手術室の院内感染率	○
12				手術室の手術室の院内感染率	○
13	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
14				手術室の院内感染率	○
15				手術室の手術室の院内感染率	○
16				手術室の手術室の院内感染率	○
17	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
18				手術室の院内感染率	○
19				手術室の手術室の院内感染率	○
20				手術室の手術室の院内感染率	○
21	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
22				手術室の院内感染率	○
23				手術室の手術室の院内感染率	○
24				手術室の手術室の院内感染率	○
25	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
26				手術室の院内感染率	○
27				手術室の手術室の院内感染率	○
28				手術室の手術室の院内感染率	○
29	院内感染	○	○	院内感染の発生率	○
30				手術室の院内感染率	○
31				手術室の手術室の院内感染率	○
32				手術室の手術室の院内感染率	○

DPCをベースとして質の評価事業も展開していく

- まとめ**
- DPCプロジェクトの目的は情報の標準化と透明化
 - 透明化された情報に基づいて医療の評価が可能となった
 - DPCデータを用いることで、急性期入院の現状についてマイクロレベル・マクロレベルの両方から検討することが可能
 - DPCの枠組みを用いた病院のマネジメント
 - DPCの枠組みを用いた地域医療のマネジメント
 - 評価の基本は各施設の作成する「情報」
 - 各病院の診療情報管理体制の質
 - 各病院の情報を活用する能力 } **これが問われる**

DPCと疾病コーディング

- ◆国立病院機構九州医療センター
医療情報管理センター
阿南誠、秋岡美登恵
- ◆アイネットシステムズ
久富洋子

◇DPC(診断群)分類決定の基本形

医療資源を最も投入した傷病名の選択



1

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

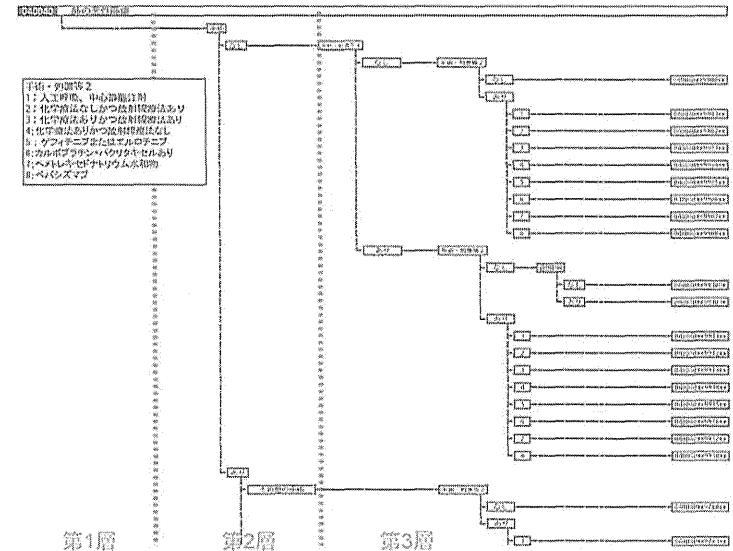
3

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

基本の基本

ICDの選択とDPCコーディング

ツリー構造で示されるDPC分類の一例:肺の悪性腫瘍



続く



2

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

4

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

診断科分類			疾病実名を格納した疾病名		年齢、性別、属性等		手術		点数		区分番号	
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	年齢、性別、属性等	手術分類	手術コード	手術ポイント	点数	点数表名称	区分番号	
04	0040	肺の悪性腫瘍	気管の悪性新生物	C33		手術なし	99	99	手術なし			
			気管支および肺の悪性新生物	C34			97	05	気管支腫瘍摘出術(気管支切開又は気管支ファイバースコープによるもの)	K510		
			肺の悪性新生物	C70			97	00	胸腔内(胸腔内)血腫除去術	K484		
			気管の上皮内癌	D021			97	07	気管支鏡下気管鏡(気管支鏡によるもの)	K500		
			気管支および肺の上皮内癌	D022			97	37		その他のKコード		
			呼吸器系の上皮内癌、部位不明	D023		肺悪性腫瘍手術等	01	01	肺悪性腫瘍手術	K514		
							01	02	気管支形成手術	K5102		
							01	04	肺切除術	K5114		
							01	04	胸腔鏡下肺切除術	K5114		
							01	04	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	K5114-2		

傷病名はICDで定義

副傷病名は既定の分類、ICDで定義

◇DPCの構造を理解するために

→まず、傷病名分類選択の基盤となるICD分類について

1) 傷病名(の範囲)は、ICD分類、正確には、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision)で定義されている。

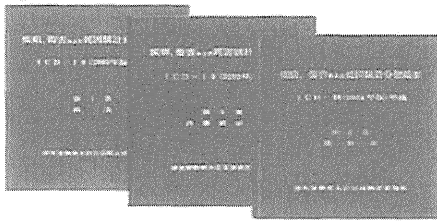
2) 2012年現在、その2003年版を用いることとされている。当該分類は、3巻構成で、1巻が総論(いわゆるマニュアル)、2巻が内容例示表(コード体系)、3巻が索引である。

3) DPCの分類選択のためには、主たる傷病名を、1巻の総論に規定された各種のルールや定義に基づき、2巻のコードで決定することになる(必要に応じて3巻の索引を活用)。

※詳細は、当該成書を確認いただきたい。

手術・処置等1		手術・処置等2		副傷病名	
ICDコード	処置等名称	ICDコード	処置等名称	ICDコード	副傷病名
0101	気管支鏡検査、気管支カマツ	0102	ペーパーメソスコピー	0101	気管支鏡検査
0102	気管支ファイバースコープ	0103	ペトリシキセドナトリウム水和物	0101	気管支鏡検査
0412	経皮的気管挿入法	0413	カナル化プラチナワイヤカテーテル挿入	0101	気管支鏡検査
0413	経皮的気管挿入法	0414	カニューレ挿入法	0101	気管支鏡検査
		0415	化学療法ありかつ放射線療法なし	0101	気管支鏡検査
		0416	化学療法ありかつ放射線療法あり	0101	気管支鏡検査
		0417	化学療法なしかつ放射線療法あり	0101	気管支鏡検査
		0418	中心静脈置管	0402	中心静脈置管
		0419	人工呼吸	0403	人工呼吸

3巻構成

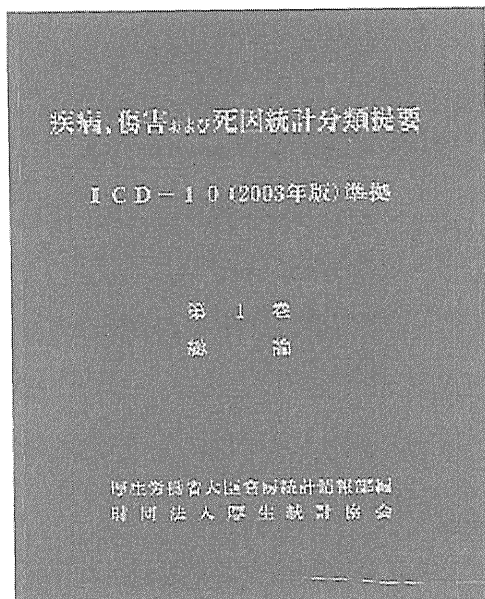


ICD-10 (2003年版) 序巻は全3巻で構成されており、下記の内容が記載されています

- 1 日本語版第1巻 (WHO版Volume 2) : 総論
 - ・ 疾病および処置をコーディング(コード付け)する際のルール
 - ・ 第2巻 (WHO版Volume 1) 及び第3巻 (WHO版Volume 3) の使用方法
- 2 日本語版第2巻 (WHO版Volume 1) : 内容例示表
 - ・ 分類コード及び項目の一覧
- 3 日本語版第3巻 (WHO版Volume 3) : 索引
 - ・ 疾病・処置、症状、部位などの用語及びそのコード

ICDのABCより

ICDコード	疾病実名	属性	年齢	手術・処置等1	手術・処置等2	副傷病名	傷病名	点割(1冊)			点割(3冊)		
								1	2	3	1冊合計	2冊合計	3冊合計
270	精神性頭痛	なし		なし	なし			8	45	24	2,819	2,211	1,488
271	緊張性頭痛	なし		なし	なし			13	53	28	3,015	2,384	2,029
272	片頭痛	なし		なし	なし			17	29	57	2,327	1,725	1,486
273	慢性片頭痛	なし		なし	なし			10	35	71	2,164	2,035	1,731
274	緊張性頭痛	なし		なし	なし			7	14	26	3,994	2,205	1,941
275	片頭痛	なし		なし	なし			10	20	40	2,202	2,365	2,012
276	慢性片頭痛	なし		なし	なし			9	10	40	2,301	2,445	2,074
277	緊張性頭痛	なし		なし	なし			1	14	29	22,229	1,622	1,322
278	慢性片頭痛	なし		なし	なし			1	12	21	22,229	1,622	2,069
279	緊張性頭痛	なし		なし	なし			2	3	6	3,394	2,064	1,725
280	慢性片頭痛	なし		なし	なし			2	7	71	2,493	2,335	2,426
281	緊張性頭痛	なし		なし	なし			12	21	34	2,461	2,215	2,215
282	慢性片頭痛	なし		なし	なし			20	39	79	2,549	1,806	1,516
283	緊張性頭痛	なし		なし	なし			20	31	62	2,461	2,161	1,765
284	慢性片頭痛	なし		なし	なし			19	41	83	2,461	2,241	1,925
285	緊張性頭痛	なし		なし	なし			21	41	83	2,461	2,226	1,925
286	慢性片頭痛	なし		なし	なし			22	44	88	3,014	2,229	1,884
287	緊張性頭痛	なし		なし	なし			20	33	72	2,268	2,128	2,067
288	慢性片頭痛	なし		なし	なし			19	31	70	2,323	2,321	2,323
289	緊張性頭痛	なし		なし	なし			8	11	41	2,627	2,234	1,891
290	慢性片頭痛	なし		なし	なし			11	21	42	2,323	2,321	2,321
291	緊張性頭痛	なし		なし	なし			20	41	83	2,421	1,945	1,824
292	慢性片頭痛	なし		なし	なし			25	58	113	2,421	2,143	1,824
293	緊張性頭痛	なし		なし	なし			16	32	71	3,014	2,220	1,891
294	慢性片頭痛	なし		なし	なし			21	42	82	2,323	2,311	1,884
295	緊張性頭痛	なし		なし	なし			22	44	87	2,614	2,220	1,891
296	慢性片頭痛	なし		なし	なし			15	30	60	2,421	2,172	2,067
297	緊張性頭痛	なし		なし	なし			19	37	73	2,323	2,321	2,321
298	慢性片頭痛	なし		なし	なし			1	1	21	2,723	2,004	1,824
299	緊張性頭痛	なし		なし	なし			10	19	38	2,956	2,098	1,884
300	慢性片頭痛	なし		なし	なし			11	23	42	2,723	2,001	1,701



12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

Contents

1. ICD-10導入の経緯
2. 疾病および関連保健問題の国際統計分類の解説
3. ICDの使用方法
4. 疾病および死因コーディングについてのルールおよびガイドライン
5. 統計的表章
6. ICDの歴史的沿革
7. 日本における死亡診断書等の様式
8. ICD-10 3桁分類および勧告された特定製表用リスト
9. 日本で使用する分類表
10. 付録
(資料)

9

→すなわち、

★主要病態とは、退院時における診断名であり、単一の病態を選択するためには医療資源の投入量で判断すべきということである。また、どうしても診断が確定しない場合は、〇〇疑いというような主要症状や異常所見として選択することになる。

このように、基本は、当該エピソードの期間、DPCの場合はその入院期間に、どの傷病名を主要病態として選択するのか、が基本である。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

11

★医療資源を最も投入した傷病？

◇主要病態の定義→主として、患者の治療または検査に対する必要性に基づく、保健ケアのエピソードの「最後に診断された病態」

◇そのような病態が複数ある場合は、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択

◇もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態とする

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠125頁

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

10

★いわゆる「副傷病名」の定義は？

主要病態に加え、可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた、別々に記載すべきである。

その他の病態とは、

- 1) 保健ケアのエピソードの間に存在し
- 2) またはその間に悪化して
- 3) 患者管理に影響を与えた病態
- 4) 現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはいけない。

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠125頁

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

12

★傷病名に対して指摘される問題

→「死因統計」を目的としたICDと「臨床的分類」であるDPCには乖離がある、と指摘されている。

※1:1で対応しない→1:n、n:1、n:n……

※ただし、ミスコーディングといわれるほとんどはそのような複雑かつ専門的な問題に起因するものではない。

■DPC分類とは？

1)DPCは、臨床現場の経験から開発された分類である。

2)さらに、臓器(脳神経、頭頸部、眼、呼吸器……全身)と病理(腫瘍、炎症、変性、外傷、奇形等)の組み合わせを基本的構造としている。→したがって、傷病名は情報を含んでいる必要がある。また、臨床現場の親和性は問題ないはずである。

※当然、ICDを意識しつつも本来は無関連

※傷病名に情報を含む意味は、その検証やレセプトでも必須

※コーディングデータとの整合性は大丈夫か？→医療資源

■ICD分類とは？

1)死因分類から発生したものである

※少なくともリアルタイムで傷病名を分類する意図はない

2)コーダーが分類をするという前提に考えられたものである等から、必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない。

※臨床家の感覚との乖離は以前から指摘されてきた

3)構造上の問題がある

※各分類を異なる者(国)が開発しているためか、DPCのように、臓器、病理の組み合わせというような構造にすべての分類が構成されているわけではない。

これらの違いをどこかで吸収しないとイケない。

そのためには扱う者の理解が必要である。

★医師、診療情報管理士、医事担当者等

レセ電算病名を使って、正しくコーディングするために

◇標準病名で病名を構成した例(不適当な例)

1) 良性、悪性等の区別

(1) 胃腫瘍(D37.1)→「悪性」+胃腫瘍(D37.1)→本当は胃癌(C16.9)

※ D37.1 : 胃の性状不明の新生物、詳細不明

※ただし、C16.9も精度からいうと問題あり

2) 部位が明確になっていない

(1) 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

・「尺骨」+骨折(T14.20)→本当は尺骨骨折(S52.20)

※T14.2: 部位不明の骨折

(2) 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

・「噴門部」+胃癌(C16.9)→本当は噴門部癌(C16.0)

※C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

修飾語で帳尻をあわせるとICDが変わる!

現在、精度の高いコーディングを目的として、いわゆる標準病名の使用が推奨されている。ただ、

1) これら傷病名マスターは、あくまで、電子カルテやレセプト表記を行う目的で開発された経緯がある→電子カルテ、レセプト用ワープロ用語集?

2) ICDコードが振られているといっても、副次的なものである

※コードが振ることのできない傷病名、曖昧な傷病名も多数存在

3) 接頭語や接尾語等の修飾語と組み合わせて初めて、日本語傷病名を構成する構造である

→『unspecificなコード』、すなわち、日本語訳版では、『部位不明、詳細不明等というコード』が与えられていることが多い。

4) 全ての傷病名をカバーしているわけではない、全てのICDをカバーしているわけではない→ICDがついていないコードもある(体内異物等)。

◆理解しておきたいこと

平成22年度～「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料から

Q: 標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。

A: 標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。