

◇よく誤解されることは

1) 傷病名がない

→多くの傷病名は標準病名マスターに含まれる

→読み方、見方を変えると存在する

2) 「詳細不明」、「.9」の分類になる

→ICDの構造の理解不足

→標準病名マスターの構造の理解不足

「精度」を確保するために……、

→コーディング精度監査は、平成20年度の診療報酬改訂時のDPC対象病院の要件として、「適切なコーディングに関する委員会の設置」として具体化。

→さらに、「詳細不明コード」のハードルが上がった？

★ICDのルールから、主たる病態の定義……、

最後に「診断」ということは？

→診療内容とマッチしているか？

→診療内容から説明が出来るか？

→傷病名と手術とのマッチング？

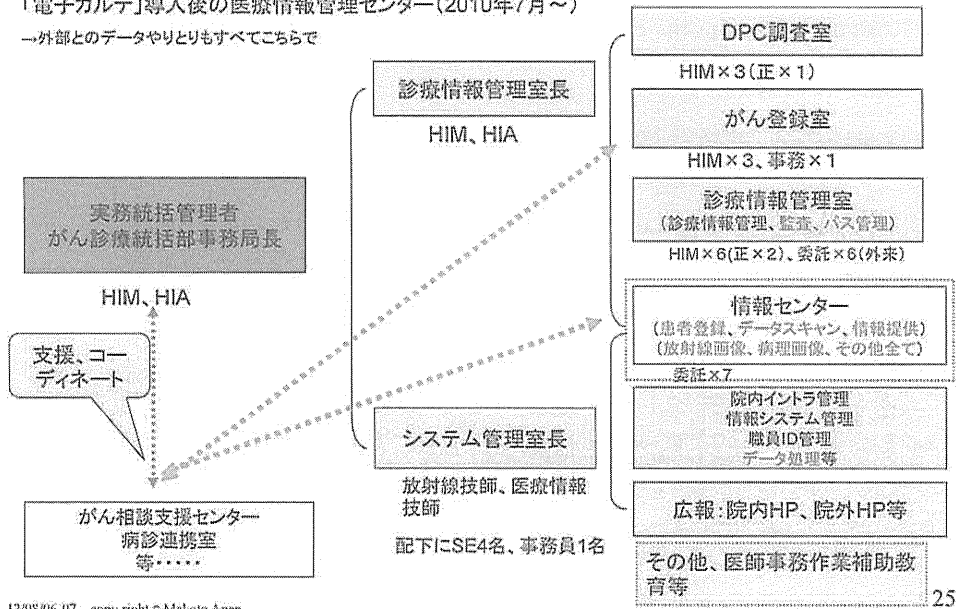
→様式1、E、Fファイル(コーディングデータ)との整合性？

(1) DPC対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保するため、委員会を設置して責任者を定めること

(2) 委員会は診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び「診療情報管理士」(診療録管理担当者)等から構成され、少なくとも年に2回は開催すること

「電子カルテ」導入後の医療情報管理センター(2010年7月～)

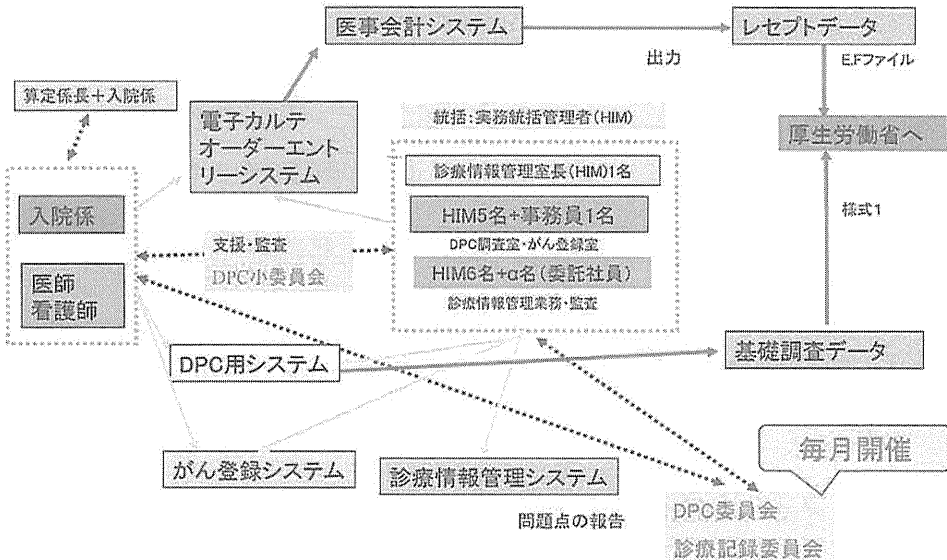
→外部とのデータやりとりもすべてこちらで



◆DPCであるか否かに係わらず、それなりの「監査」は必要。

- 1) DPC、がん登録、入院診療記録、外来診療記録等
- 2) いわゆるカルテ開示や証拠保全等への対応等
- 3) 適正な診療報酬請求のためにも必要
- 4) 公的な報告、調査等

★業務の流れの例: 医療情報管理室を中心にしたもの



過去に定義が十分ではなかったために、
その解釈を巡って議論になったことがあった



基礎調査の度に定義は明確にされていった・・・が・・・

データの定義付けが不明確で問題となったこと

1) 主病名とは？ → 医療資源投入、治療目的、かつて最も重篤、診療科、病理診断 → (ケースバイケース)
※ICDのルールで

2) 救急とは？ → 救急車、時間外、診療録に記載したもの？

3) 転帰とは？ → 治癒、軽快、寛解、不変、検査終了

※改訂により、定義付けはかなり進んだ

定義標準化の一つの例：

「転帰の根本的定義」

転帰とは、あくまで今回の入院時と比較してのものであり、必ずしも原疾患そのものに対してのものではない。
したがって、今回の入院において、入院時と退院時と比較した結果によって転帰を判断するものである。さらに、退院時の判断によるものであるから、以後の転帰を保証するまたは考慮したものではない。
例えば、医師が退院時に転帰を判断した後、それ以降、患者の状況が変化したとしても退院時の転帰を覆すものではない。

治癒・・・退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、または、それに準ずると判断されたもの。

軽快・・・疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。原則として、その退院時点では外来等において継続的な治療を必要とするものであるが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。

寛解・・・血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。

不変・・・当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。
ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては摘要しない。

増悪・・・当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。

死亡

その他・・・単なる検査入院（人間ドック、確認カテ等）、正常分娩、その他患者の自己退院等本来の医療の結果以外の理由で退院となったもの。

◇傷病名の定義は考え方だから、厄介な課題であること

1) 「事実」の定義は改善が容易、「考え方」の定義は難しい

→理解や意識を統一するのは大変

→いつまでも勉強しない人が必ず存在する

→そもそも、本来は「診療記録」がその根拠となるが、診療記録そのものが判断に十分ではない……。

平成10年当時から関係者は改善に努力したが……、

病名付与の留意点の一例

章	ICD10	分類	留意点
I	A00-B99	感染症及び寄生虫症	局所感染を除き、原因菌、病原体を記載（妊娠合併、周産期を除く）
II	C00-D48	新生物	良性、悪性の区別、部位、性状、上皮性、原発異（転移の場合）、術後、治療後を記載、悪化する腫瘍は新生物ではないので注意
III	D50-D89	血液および造血器の疾患並びに免疫機構の障害	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
IV	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
V	F00-F99	精神および行動の障害	詳細な型の記載（ICD10の感書を参照すること）
VI	G00-G99	神経系の疾患	遺伝性、薬性疾患、その他の障害、急性か慢性かの区別
VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
VIII	H60-H95	耳および聴覚の疾患	急性
K	I00-I99	循環器系の疾患	リウマチ性、高血圧性、急性、亜急性、陳旧性の明示
X	J00-J99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
XI	K00-K93	消化器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載、詳細な部位の記載
XII	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	部位の記載、感染性の場合は原因菌、病原体の記載
XIII	M00-M99	筋骨格系および結合組織	病変部位の記載、神経障害の有無、新鮮損傷と陳旧性の区別

◇DPCコーディングの問題、課題

1) ICDコードという「世界標準」を用いるから大丈夫、という誤解、勘違い

※そもそも理解無くICDのルール運用を出来るはずもない

2) 定義、ルールの統一が困難なことに起因するデータベース精度の不揃い

※データベース項目の標準化を行っても、精度の問題は別

3) 傷病名付与そのものの問題とICD分類精度の問題。

※そもそも適切な傷病名の選択、がなされていない

※分類選択も正しく行われていない

→傷病名付与について、定義が曖昧だった点については、傷病名を3つに定義付けすることによって解決した。

◇「傷病名」に関する基本的な問題:含まれる情報は十分か?

1) 「傷病名」からICDに明確に区分出来る必要がある。

2) 傷病名に「必要な情報」が含まれていない

3) 標準病名の使用を推奨、しかし、正しい使い方がされていない

※接頭語、接尾語等の「修飾語」の存在は、ICD的には致命的な

欠陥をもたらすこともある(標準病名やICDの理解が必要)。

基本は傷病名の選択とICDの理解

以下はJokeではない……

しつこいようですが、大切なこと

●DPC基礎調査病名検証結果の例→提出施設に返却

(1)意味不明のICDコード

・桁が多い→I2090、小文字→n119、全角→C1690

※仕様にマッチしていない→システム上の問題?

(2)意味不明病名

・ミスタイプ→F329 うっ病、N028 1gA腎症

・不要な文字→病名の後に「*」、「”」が付いている、3文字以上の空白がある

・文字化け→Z・・・おくも膜炎、胃 jラ孔、神経17腫、神1

・略語(ローカルルール)→脳S、喉頭K

12/08/06-07 意味不明→交通事故、自殺(レヤプト病名?)

(3) 誤字、脱字、尻切れトンボ

ろ胞→3胞、癌→眼、腺腫→線腫、急性→旧性
新生物→新性物、停留→停溜、細胞腫→細胞種、
高血圧→抗血圧、白内障→白内症、腎盂→腎孟、
糖尿病→鬪病尿、腹圧性→副圧性

鉄欠乏性貧血(?)→金欠乏性貧血
前足部欠損(?)→前足欠損

(4) 修飾語、部位のみ

耳下腺、頭蓋骨及び顔面骨、舌、細菌性
※末尾桁が切れた?。「炎」、「癌」とか?。

- C41 その他及び部位不明の骨及び関節軟骨の悪性新生物
 - C41.0 頭蓋骨及び顔面骨
 - C41.1 下顎
 - C41.2 脊柱
 - C41.3 肋骨、胸骨及び鎖骨
 - C41.4 骨盤骨、仙骨及び尾骨
 - C41.8 骨及び関節軟骨の境界部病巣
 - C41.9 骨及び関節軟骨、部位不明
- C02 舌のその他及び部位不明の悪性新生物
 - C02.0 舌背面
 - C02.1 舌縁
 - C02.2 舌下面
 - C02.3 舌の前3分の2、部位不明
 - C02.4 舌扁桃
 - C02.8 舌の境界部病巣
 - C02.9 舌、部位不明

※末尾桁が切れた?。「炎」、「癌」とか?。

(5) 病名とICDが一致しない

- ・N180(末期腎不全) : 脳出血
- ・N178(急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・D141(喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・C058(口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ



(6) DPCが決定できない

- ・詳細不明、部位不明など→
 - C719 悪性脳腫瘍/部位不明
 - C519 外陰部位不明(外陰部の悪性新生物?)
- ・部位、病理などの記載不十分→何のことかわからない・・・
- Q898 奇形(分類名:その他の明示された先天奇形)
- M1395 関節炎(分類名:関節炎、詳細不明)
- ◇その他にも、癌、骨折、カルチノイド・・・・・・・

(7) 新たな問題 付加コード 慢性骨折 小細胞癌骨折

(5) 病名とICDが一致しない

- ・N180(末期腎不全) : 脳出血
- ・N178(急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・D141(喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・C058(口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ



(6) DPCが決定できない

- ・詳細不明、部位不明など→
 - C719 悪性脳腫瘍/部位不明
 - C519 外陰部位不明(外陰部の悪性新生物?)
- ・部位、病理などの記載不十分→何のことかわからない・・・
- Q898 奇形(分類名:その他の明示された先天奇形)
- M1395 関節炎(分類名:関節炎、詳細不明)
- ◇その他にも、癌、骨折、カルチノイド・・・・・・・

(7) 新たな問題 付加コード 慢性骨折 小細胞癌骨折

(5) 病名とICDが一致しない

- ・N180(末期腎不全) : 脳出血
- ・N178(急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・D141(喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・C058(口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ



(6) DPCが決定できない

- ・C51 外陰(部)の悪性新生物
 - C51.0 大陰唇
 - C51.1 小陰唇
 - C51.2 陰核
 - C51.8 外陰(部)の境界部病巣
 - C51.9 外陰(部), 部位不明

(7) 病名とICDが一致しない
12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

前述したように、ICDの構造的な問題からDPCの概念(臨床的分類)と一致しない分類があるが、ICDの構造以前にコーディング精度にも問題がある、データの信頼性は？

議論の発端は以下の報告から……

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

◇精度の高い病名コーディングができない要因

1) 曖昧な病名に基づくもの……

「腎腫瘍:D41.0」→もっと情報が必要
部位？悪性？良性？原発性？続発性？

2) コーディングについての知識不足

「新生児一過性イレウス」→新生児の意味を知らないと
:P76.1(正しい)→K56.-(誤り)

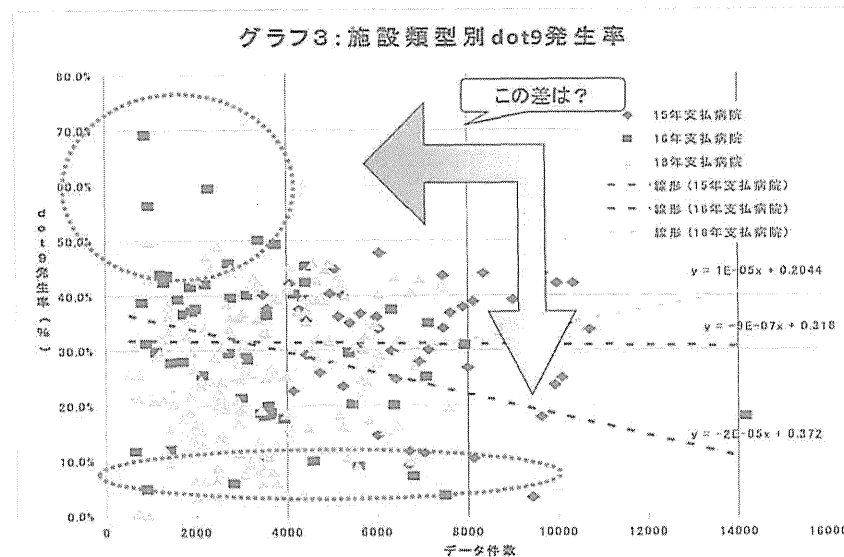
3) コーディングツールと病名マスターの無理解

「膵炎:K85」「急性膵炎:K85」
「慢性膵炎:K86.1」 →「慢性+膵炎:K85」ではまずい

※急性を優先する考え方

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

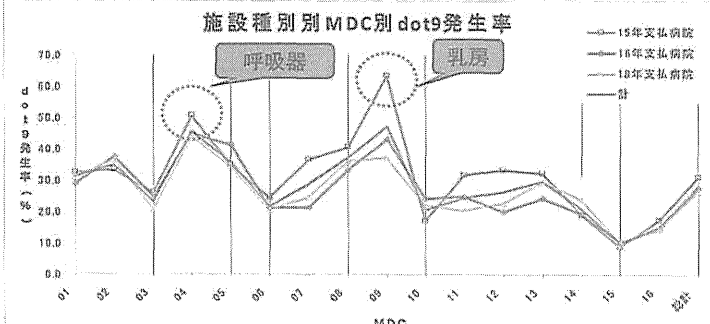
平成19年11月2日、DPC評価分科会:施設類型別の「9」発生率



12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

50%を超えたもの

MDC	DPC対象病院			16年支払病院			18年支払病院			計		
	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%
01	23,201	7,570	32.6	12,709	3,682	29.0	40,296	12,514	31.1	76,206	23,766	31.2
02	27,490	9,149	33.3	7,491	2,807	37.5	21,973	8,042	36.6	56,944	19,999	35.1
03	18,929	4,338	22.9	8,546	2,104	24.6	25,948	5,270	20.3	52,820	12,513	23.5
04	28,336	14,315	50.5	22,548	10,119	44.9	66,318	29,030	43.8	117,202	53,464	45.6
05	33,350	11,980	35.9	19,946	8,259	41.4	58,598	20,334	34.8	111,894	40,303	36.0
06	63,473	15,491	24.4	42,653	9,958	23.3	126,998	26,144	20.6	233,124	50,891	21.7
07	24,524	9,024	36.8	9,114	1,541	16.9	27,785	6,940	24.9	61,423	17,805	29.0
08	4,720	1,316	27.9	2,188	727	33.2	6,439	2,329	36.2	13,347	4,971	37.2
09	4,996	3,102	62.1	2,240	965	43.1	6,896	2,558	37.1	14,032	6,625	47.2
10	13,650	2,381	17.4	9,124	1,479	16.2	17,822	3,949	22.1	37,796	7,800	20.6
11	25,789	9,155	35.5	16,111	3,885	24.1	48,552	9,481	19.5	88,402	21,621	24.5
12	27,947	9,316	33.3	10,796	2,169	20.1	32,915	7,506	22.8	71,658	18,990	26.5
13	9,922	3,194	32.2	4,618	1,118	24.2	12,360	3,651	29.5	26,060	7,969	30.6
14	11,184	2,112	18.9	3,782	727	19.2	9,104	2,170	23.8	24,070	5,009	20.8
15	2,969	288	9.7	4,467	455	10.2	12,466	1,293	10.4	19,902	1,988	10.0
16	29,901	3,026	10.1	15,152	2,157	14.2	45,734	8,576	18.7	81,287	12,359	15.2
合計	341,421	106,299	31.1	188,489	51,729	27.4	557,601	147,699	26.5	1,087,507	305,657	28.1



◇DPCの普及につれて、ICDの理解も深まり、コーディング精度の改善は著しいものの、新たに課題も発生している。

C34 気管支及び肺の悪性新生物

- C34.0 主気管支
- C34.1 上葉，気管支又は肺
- C34.2 中葉，気管支又は肺
- C34.3 下葉，気管支又は肺
- C34.8 気管支及び肺の境界部病巣
- C34.9 気管支又は肺，部位不明

疑問：手術をしていながら、詳細部位が不明とすることがあるのか……？

C50 乳房の悪性新生物

- C50.0 乳頭部及び乳輪
- C50.1 乳房中央部
- C50.2 乳房上内側4分の1
- C50.3 乳房下内側4分の1
- C50.4 乳房上外側4分の1
- C50.5 乳房下外側4分の1
- C50.6 乳腺腋窩尾部<Axillary tail of breast>
- C50.8 乳房の境界部病巣
- C50.9 乳房，部位不明

図表1：平成22年度研究班データの概要

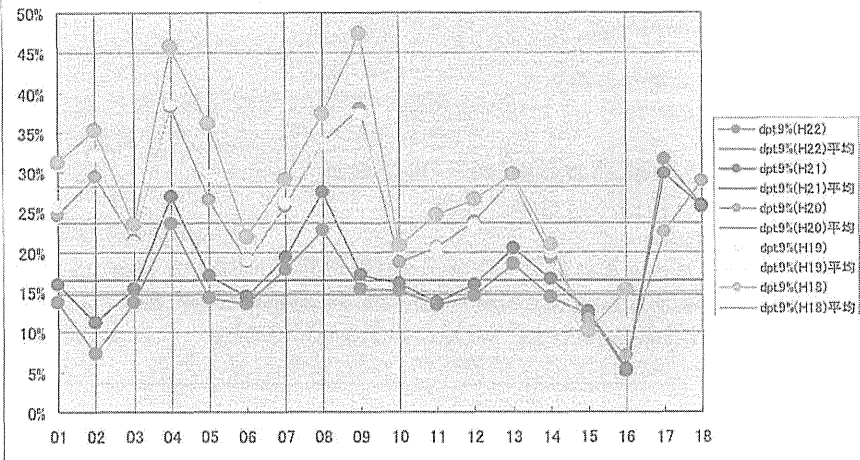
MDC	件数	dot9件数	←%
01	142,426	19,376	13.6%
02	104,897	7,602	7.2%
03	87,827	12,008	13.7%
04	237,430	55,862	23.5%
05	212,828	30,129	14.2%
06	468,843	63,049	13.4%
07	116,626	20,734	17.8%
08	36,697	8,342	22.7%
09	25,937	3,972	15.3%
10	71,227	10,771	15.1%
11	166,498	22,235	13.4%
12	147,936	21,412	14.5%
13	52,491	9,654	18.4%
14	51,201	7,344	14.3%
15	28,740	3,490	12.1%
16	153,751	7,860	5.1%
17	14,270	4,500	31.5%
18	38,022	9,803	25.8%
他	13,083	1,591	12.2%
合計	2,170,720	318,143	14.7%

図表2：「9」コード出現の経年変化

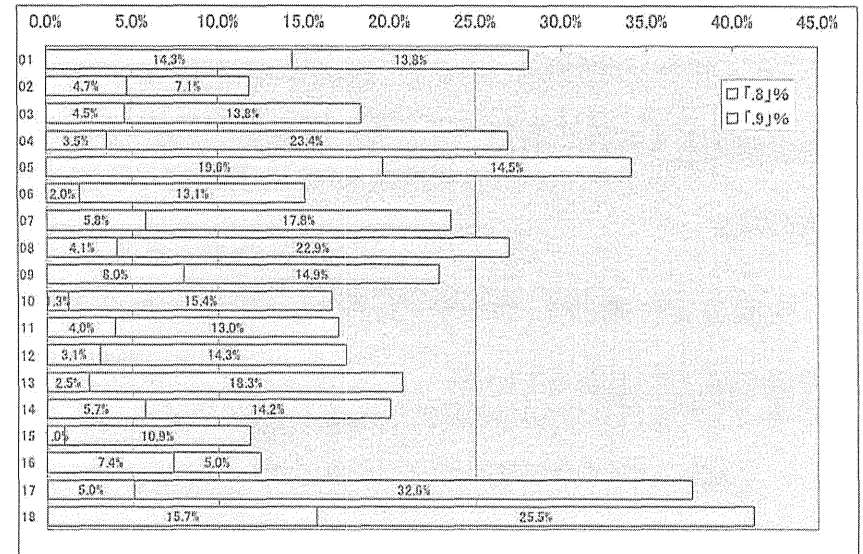
MDC	H22	H21	H20	H19	H18
01	13.6%	15.8%	24.6%	25.6%	31.2%
02	7.2%	11.1%	29.4%	32.2%	35.1%
03	13.7%	15.2%	21.3%	21.1%	23.3%
04	23.5%	26.9%	38.2%	38.4%	45.6%
05	14.2%	17.0%	26.4%	29.6%	36.0%
06	13.4%	14.3%	18.8%	18.9%	21.7%
07	17.8%	19.3%	25.7%	26.0%	29.0%
08	22.7%	27.4%	33.6%	33.5%	37.2%
09	15.3%	17.1%	37.9%	37.1%	47.2%
10	15.1%	16.0%	18.6%	20.4%	20.6%
11	13.4%	13.7%	20.6%	20.4%	24.5%
12	14.5%	15.9%	23.6%	23.3%	26.5%
13	18.4%	20.3%	29.0%	28.9%	29.6%
14	14.3%	16.5%	19.2%	19.9%	20.8%
15	12.1%	12.5%	11.5%	7.8%	10.0%
16	5.1%	5.4%	7.1%	11.1%	15.1%
17	31.5%	29.7%	22.4%		
18	25.8%	25.6%	28.8%		
平均	14.7%	16.4%	23.5%	24.1%	28.1%

※平成20年度までMDCは16分類であった。

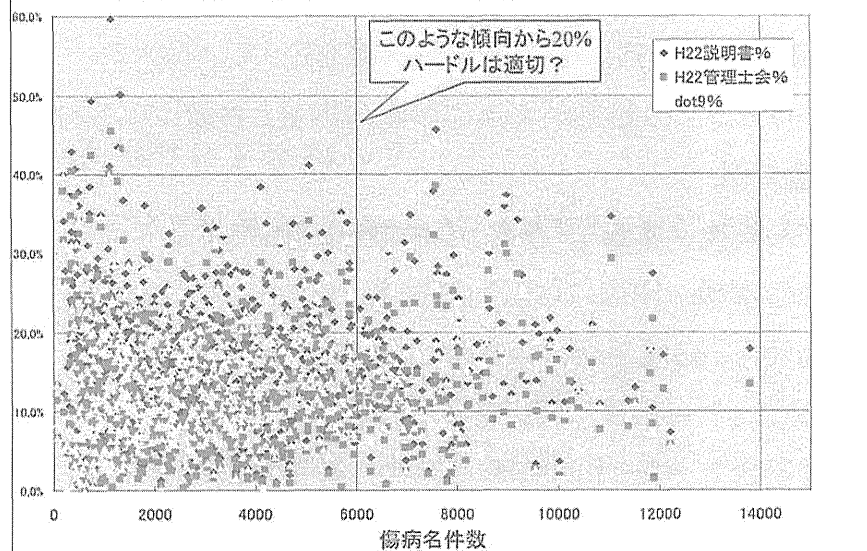
図表3MDC別「9」発生率



◇「9」コードと「8」コードの出現



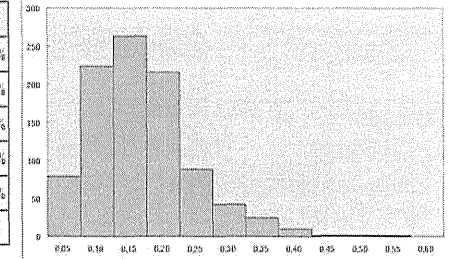
図表4. 病院ごとの傷病名件数と評価基準の違いによる留意点コード



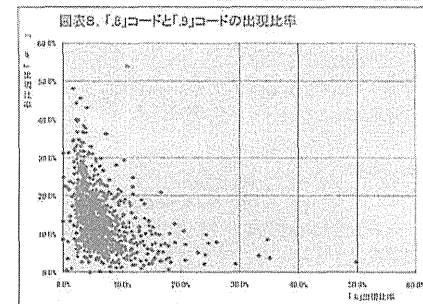
図表6. 3種類の視点による、「留意すべきコード」出現比率

データ件数	H22説明書%	H22管理士会%	dot9%
単純平均値	15.5%	12.8%	14.2%
最大値	59.6%	45.5%	53.9%
中央値	14.7%	11.9%	13.3%
最小値	0.0%	0.0%	0.0%
標準偏差	8.3%	7.1%	7.7%
変動係数	0.535	0.557	0.542

図表7. 「9」出現頻度別病院数



図表8. 「8」コードと「9」コードの出現比率



◇「コーディング精度」に対する、議論が中医協、DPC分科会等でなされる一方で、審査支払機関も、??、と問い始めた。

→次回改定に向けて、コーディングマニュアルの作成等の課題も組上に上がっている。

◇今後の展望と検討課題

1. 調整係数から基礎係数・機能評価係数への置換え
 - 基礎係数・医療機関群のあり方(特にⅢ群)
 - 機能評価係数Ⅱの更なる見直し
2. DPCの更なる精緻化
 - CCPマトリックス導入の検討
3. DPCコーディングの標準化/適正化
 - ガイドラインの策定と共有
 - 評価/モニタリング手法の開発
4. DPCを活用した診療実績(医療の質)の分析・開示の推進
 - 退院患者調査結果の集計・分析手法の見直し
 - 病院自身による診療実績の分析と情報発信の促進
5. 外来・入院の一体的な診療の分析・評価の検討
 - 外来診療データの収集と分析

◇DPC制度運用に関する課題についての検討

③ 適切なDPCコーディングに関する対応案のとりまとめ

平成25年秋頃まで

<考え方>

- 適切なDPCコーディングに関する対応案(コーディングに関するマニュアルの作成、コーディングの現状(質)に関するモニタリング(評価手法)の開発等)に関する検討については、次回改定時を目途に一定の対応が可能となるよう、とりまとめてはどうか。
- その際、コーディングの質的評価については、機能評価係数Ⅱのデータ提出係数の評価のあり方と一体的に検討することが望ましいことから、平成25年秋頃までを目途に対応案をとりまとめてはどうか。

⑥ 適切なDPCコーディングに関する対応案(コーディングに関するマニュアルの作成、コーディングの現状(質)に関するモニタリング(評価手法)の開発等)のとりまとめ

DPC制度に関する今後の検討方針について(検討課題とスケジュールの整理)(案):2012年6月20日DPC評価分科会資料から

◆某審査支払機関での疑義から

- 1) 傷病名のコーディングは十分な精度をもっているか?
- 2) コーディングの結果が本当に診療の内容と合致しているか?。

※問題の例

- (1) がん術後→本当に「がん」の治療をしましたか?。
- (2) ○○状態→本当に「○○」は病名?。
- (3) 傷病名と処置手術の対象は合致していますか?。
- (4) 「術後」? →術後に何があったのかそれが「病名」。
- (5) 腎不全? →たったの二日で本当に腎不全の治療を?。

◇レセプトの例から

(1)明らかに白内障の治療しかしていないのに？→腎不全？。

(2)大腸の悪性腫瘍？C18.9？

そもそも、C18.\$って？。

C18	結腸の悪性新生物
C18.0	盲腸
C18.1	虫垂
C18.2	上行結腸
C18.3	右結腸曲<肝彎曲>
C18.4	横行結腸
C18.5	左結腸曲<脾彎曲>
C18.6	下行結腸
C18.7	S状結腸
C18.8	結腸の境界部病巣
C18.9	結腸, 部位不明

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

57

◇アップコーディングと見なされかねない、例

1)「心不全」→原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らか

2)「呼吸不全(その他)」→原疾患として、肺炎等が明らか

3)「手術・処置等の合併症」→IVHカテ先の感染

4)「手術・処置等の合併症」→入院中の術後の創部感染

5)「DIC等の続発症」→診療内容からして医療資源の投入量等の根拠に乏しいもの

6)「Rコードの多用」→診断が確定しているにも関わらず、漠然とした兆候による傷病名の選択

※鼻出血、喀血、出血、等の頻用……

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

59

279

◇原則として、治療(手術)の対象が分かっている以上、傷病名の部位も当然あると考えるのが自然(審査する立場でも)。

→しかし、曖昧な部位や対象が散見される。

1) 部位等がわからないのではなく、ICDやDPCの知識、特にコーディングを行う者、チェックする者のスキルに依存する

2) 場合によっては明らかなアップコーディングとされたり、「詳細不明コード」隠しと評価される可能性あり

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

58

◇今後、特に注意しておきたいこと

1) 公開データとして耐えられない状態は恥ずかしい

2) 「.\$置き換え」に代表されるような姑息的な対策は恥ずかしい

3) 審査支払機関等でも疑わしい案件については議論が重ねられている

※DPC事務局の保険局は同時に特定共同指導等も実施

4) 適正な傷病名の選択、分類(コーディング)精度についても評価が始まる

5) 曖昧、根拠に乏しい傷病名の選択は、アップコーディングと評価されかねない

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

60

Thank you for your attention !

平成 24 年度 DPC セミナー資料

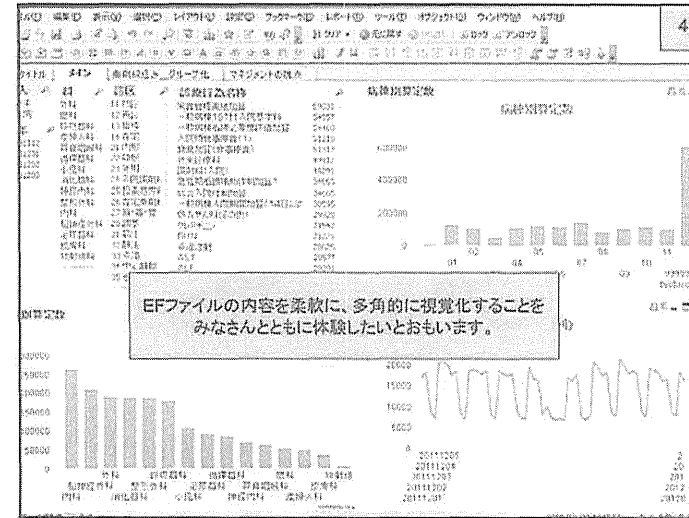
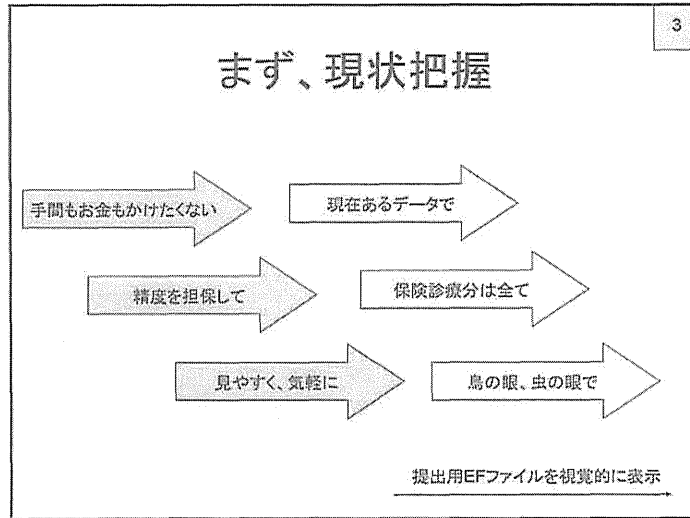
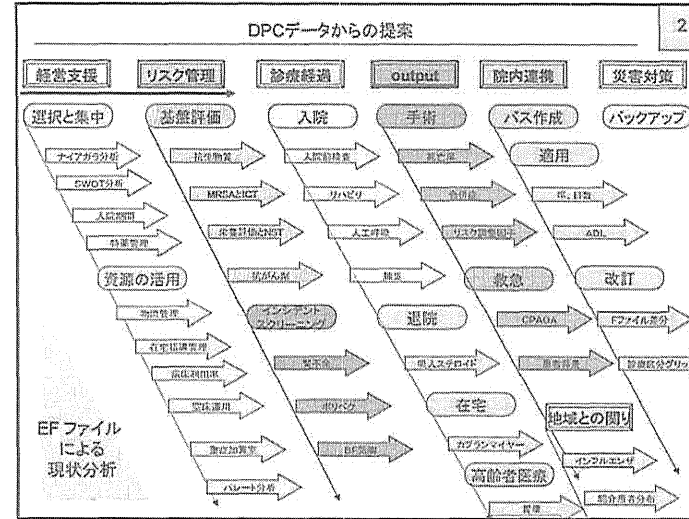
診療プロセス分析編

1

DPCデータによる病院マネジメント

ーセグメンテーションをキーワードに

山形市立病院済生館
呼吸器内科 岩淵 勝好

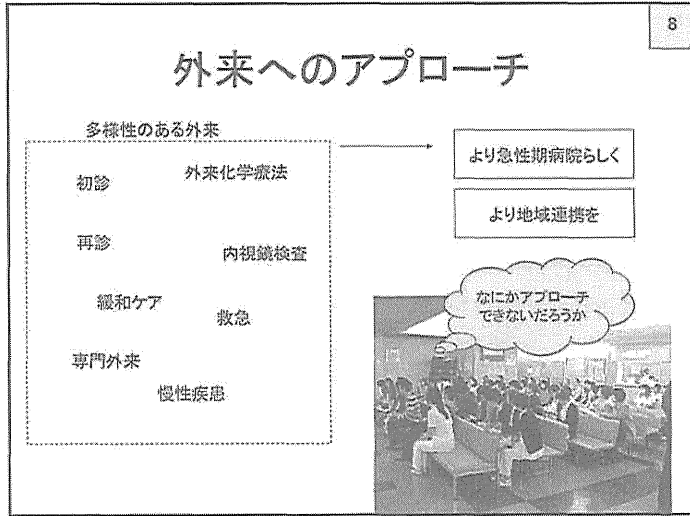
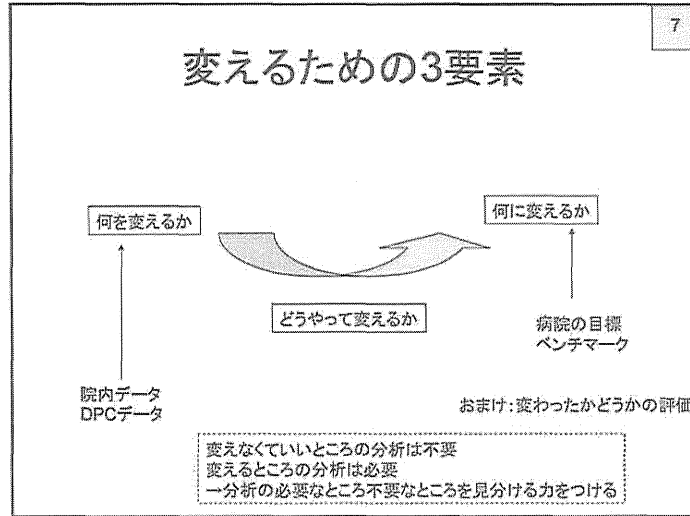
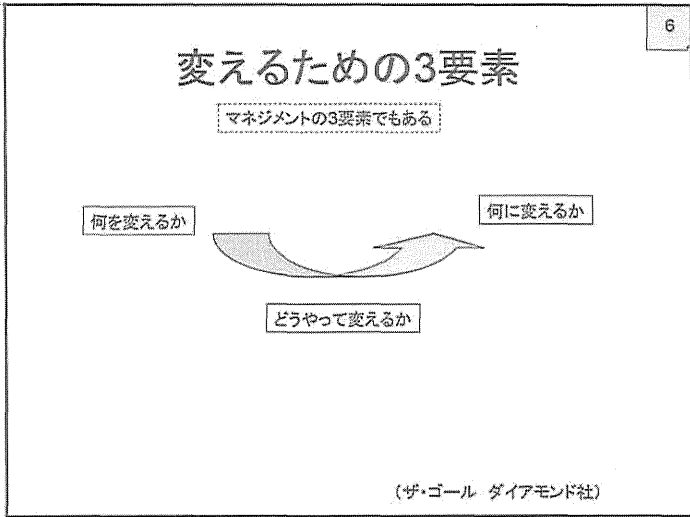


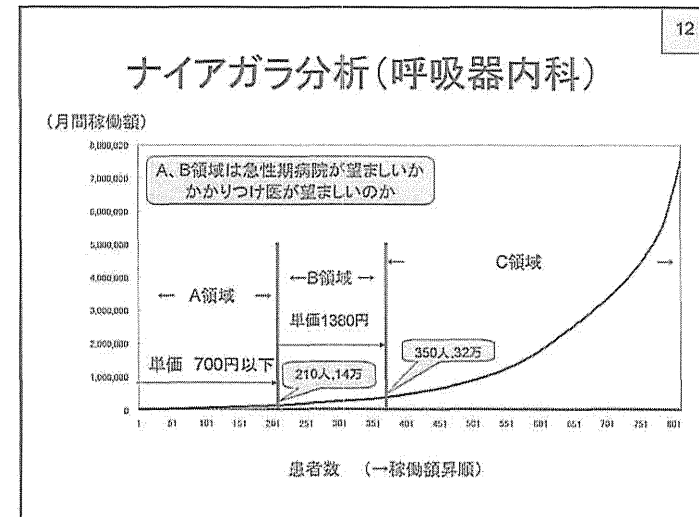
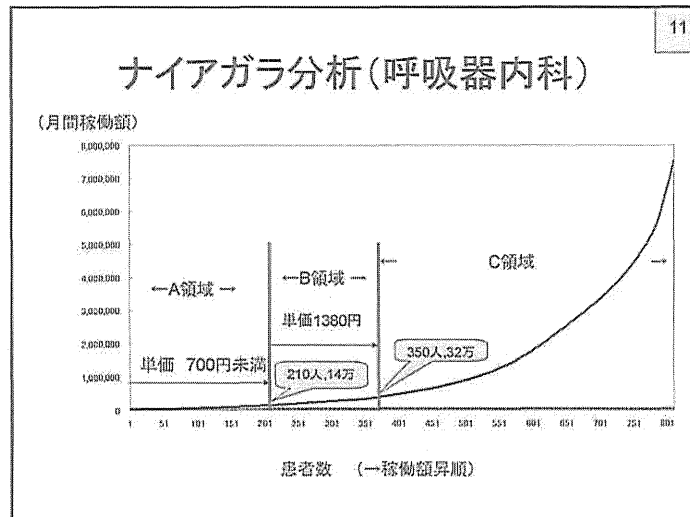
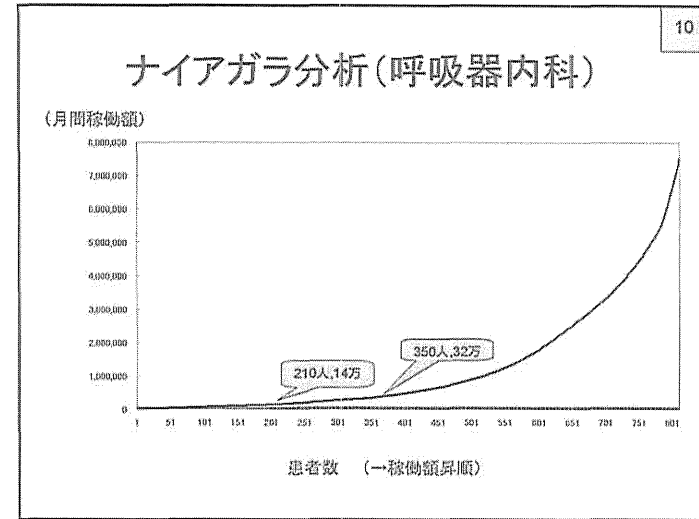
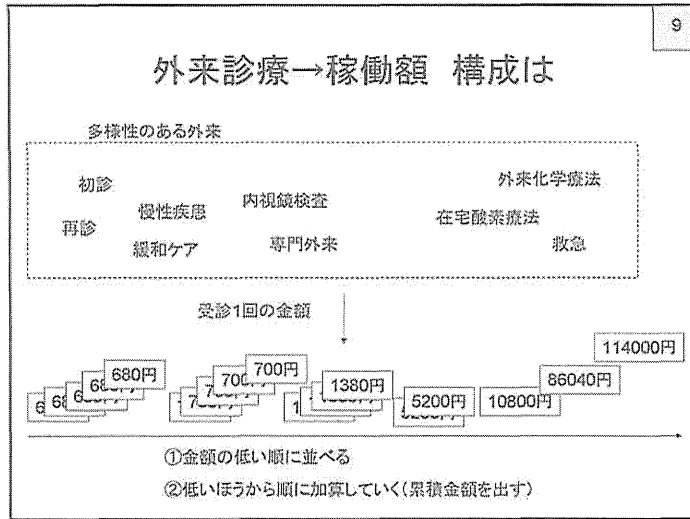
5

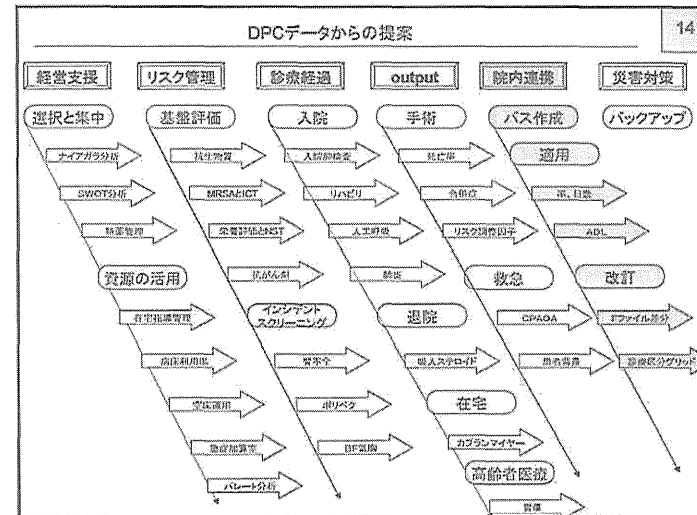
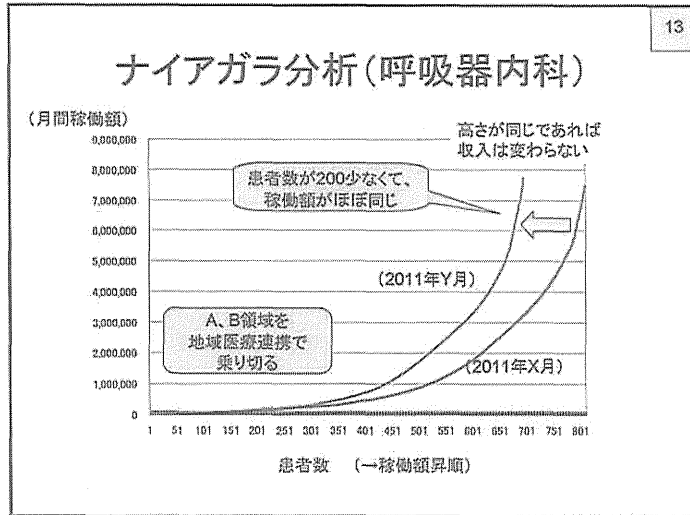
Count(hospitalname)

	201112	201201	201202	201203
呼吸器科	●	●	●	●
内科	●	●	●	●
外科	●	●	●	●
小児科	●	●	●	●
産婦人科	●	●	●	●
皮膚科	●	●	●	●
泌尿器科	●	●	●	●
消化器科	●	●	●	●
循環器科	●	●	●	●
眼科	●	●	●	●
耳鼻科	●	●	●	●
歯科	●	●	●	●
放射線科	●	●	●	●
検査科	●	●	●	●
薬剤科	●	●	●	●
看護科	●	●	●	●
理学療法科	●	●	●	●
作業療法科	●	●	●	●
言語聴覚科	●	●	●	●
リハビリ科	●	●	●	●
健康増進科	●	●	●	●
生活支援科	●	●	●	●
その他	●	●	●	●
合計	201112	201201	201202	201203

資料番号等は隠されています。







- ### パスの作成・見直し
- 15
- 全体設計
 - どのパスを作る
 - どうやって作る
 - 使用後の評価→適用率、入院期間、アウトカム
 - パスの見直し
 - 全体的な傾向の把握
 - オーダの追加
 - オーダの削除
 - 可視化
- 現場の負担軽減を
- 現場にどう伝えるか

- ### 済生館のパスの特徴—全体設計
- 16
- DPC単位である(院内コンセンサス)
 - バリエーション登録はしていない
 - 継続的見直しを行っている(PDCAサイクル)
 - 指導管理料など医事チェックを受けている
 - データを用いて、作成、変更時、現場に負担がかからないように考慮されている

DPCコード単位でのパスの作成

17

メリット	デメリット
1. パス適用時点でDPCコードが仮決定できる	1. 検査パス、手術パスが作成できない
2. 入院前に概算を説明できる	2. 概念について職員の共通理解を得にくい
3. パス作成の基礎情報がDPCデータから取得できる	
4. 効率的パス作成に寄与	
5. 原価計算対応が容易	

パスの作成・見直し

18

- 全体設計
 - どのパスを作るか
 - どうやって作るか
 - 使用後の評価—適用率、入院期間、アウトカム
- パスの見直し
 - 全体的な傾向の把握
 - オーダの追加
 - オーダの削除
 - 可視化

パスの作成・見直し

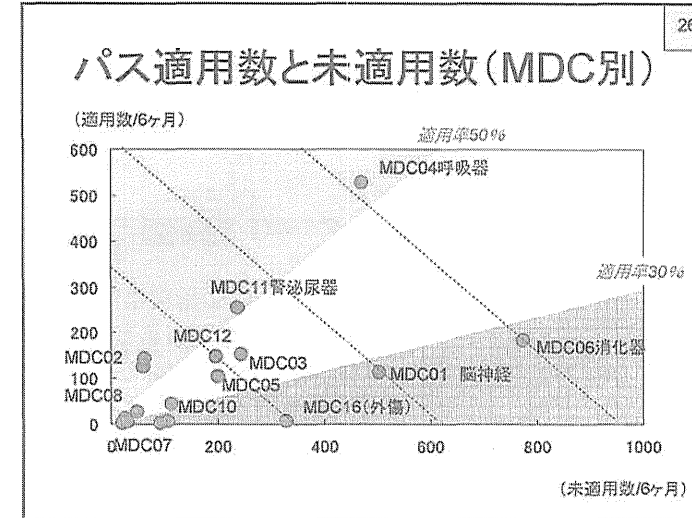
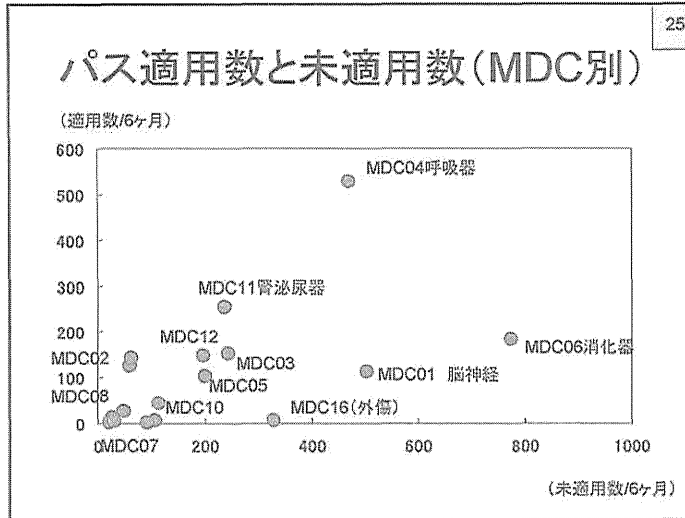
19

- 全体設計
 - どのパスを作るか
 - どうやって作るか
 - 使用後の評価—適用率、入院期間、アウトカム
- パスの見直し
 - 全体的な傾向の把握
 - オーダの追加
 - オーダの削除
 - 可視化

パスID	パス名	適用率	入院期間	アウトカム
00-0100	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0101	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0102	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0103	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0104	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0105	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0106	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0107	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0108	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0109	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0110	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0111	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0112	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0113	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0114	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0115	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0116	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0117	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0118	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0119	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0120	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0121	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0122	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0123	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0124	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0125	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0126	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0127	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0128	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0129	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0130	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0131	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0132	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0133	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0134	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0135	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0136	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0137	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0138	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0139	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0140	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0141	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0142	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0143	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0144	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0145	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0146	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0147	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0148	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0149	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0150	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0151	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0152	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0153	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0154	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0155	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0156	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0157	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0158	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0159	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0160	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0161	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0162	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0163	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0164	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0165	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0166	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0167	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0168	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0169	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0170	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0171	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0172	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0173	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0174	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0175	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0176	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0177	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0178	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0179	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0180	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0181	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0182	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0183	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0184	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0185	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0186	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0187	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0188	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0189	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0190	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0191	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0192	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0193	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0194	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0195	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0196	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0197	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0198	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0199	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00
00-0200	入院管理費(入院管理)	0.00	0.00	0.00

パスを作成したいDPCのデータ集計

入院開始日
標準



27

パスの作成・見直し

- 全体設計
 - どのパスを作るか
 - どうやって作るか
 - 使用後の評価—適用率、入院期間、アウトカム
- パスの見直し
 - 全体的な傾向の把握
 - オーダの追加
 - オーダの削除
 - 可視化

