

◆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

33

167

◆いわゆる「副傷病名」の定義

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

35

→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、〇〇病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。

★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、である。

34

◇実際、過去の伏見班に提出されたデータをみる限り、傷病名の選択については、多くのバリエーションがあることがわかる。

以下、入院時、入院中、退院時、退院後のタイミングをもとに検証してみる。

36

◇傷病名の選択について:その1

1) 入院前(入院時)に付与するケース:「主たる病名」を付与する可能性……

- (1) 入院の契機となった病名(意思決定した病名)
- (2) 予想される診療行為を意識した病名(行う予定の検査、処置手術等)
- (3) 最も医療資源を投入するであろう病名
- (4) 医師の専門性に起因する病名
- (5) 病院の機能に関する病名(病床区分、病棟機能等):がん、循環器等
- (6) 従来からある(重篤な)病名(一般的に言う既往歴や併存症等)
- (7) 診断不明なので「疑い」

37

168

◇傷病名の選択について:その3

4) DPCを意識しつつも、というケース:

★基本原則: DPCの基本的なルールは、「医療資源を最も投入した病名」を選択しなければならない

→しかし、専門性の高い医師からすると、1)－(4)や(6)という要素は非常に重要であり、特に、専門領域で「特別な疾患」を扱っている医師には非常にこの意識が強いと思われる。

→また、難病や悪性新生物、重篤な循環器疾患などは、患者にとってもその専門医にとっても一生ものという位置づけがされることが普通であり、少々の「併存症」や「続発症」は大した問題ではないという認識であることが多い。

39

◇傷病名の選択について:その2

2) 入院中に付与するケース

※上の1)からはずれる(変更される)ケースまたはプラスされるケースが多い(これを一般的には続発症等と呼ぶ)

- (1) 入院時とは異なった病名へ変化
- (2) 入院時病名に追加する病名の発生

3) 退院時(退院後も含む)に付与するケース(確定すると考えてもよい):

※「精度」ということでは最も意味がある病名(確定診断)

※これも上の1)からはずれるケース

- (1) 入院期間全体を振り返りながら、発生した病名(特に転科等をした場合)

38

◇精度の高い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

40

◇ICDコーディングが適切に出来ない場合

→「傷病名」に含まれる情報不足

★日本版DRG試行導入時から問題になった課題→診療録そのもの

- 1) 診断群分類はICDに基づく傷病分類にマッチしていることが前提であり、そのためには「傷病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。
- 2) 診療内容と合致しないケースもみられる。
- 3) DPCの導入においては、MEDIS標準病名の使用が推奨されているが、正しい使い方がされていない事も多い。

41

169

◇標準病名で病名を構成した例(不適當な例)

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！

43

●標準病名の理解(うまく使うために)

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

※コードを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、つけられない傷病名もある(体内異物等)→2)のとおり

42

◆理解しておきたいこと

「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。

44

◇よく誤解されること

1) 傷病名がないという指摘

→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

※未コード化傷病名を禁止されているわけではない

×の例)コード(名称)が存在するのに、ワープロ入力

2)「詳細不明」、「.9」の分類になるという指摘

→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

45

コーディングテキストについて

1. コーディングテキストの意義と目的
2. ICDコーディングの課題とその理解
3. コーディング精度に対する懸念
4. コーディングテキストの評価:Pros and Cons

47

★予想される、ICD-10 2013年版(日本版)のロードマップ

1)2015年1月:総務省告示予定

2)2015年第一四半期:ICD書籍刊行

3)2016年1月:国に定める統計に使用開始予定

※ICD-O3(2012年版)使用開始:2013年1月、がん登録法制化

4)2018年4月(平成30年度)以降:DPC定義で使用開始?

※2018年に切り替えるとは約束していない

※ICD-10 2003年版について:2018年4月まで関連書籍は販売継続?

※ICD-11については、2017年に完成予定とされているが?

※ICD-10 2016年版(大改正)適用については検討中

※死亡診断書の取り扱いについては、2016年1月よりWHOおよび日本国内ともに変更予定

46

精度を担保することとは(1)

1990年代末期の、

- 1)日本版DRG制度(診断群分類)導入、カルテ開示の議論
- 2)「診療記録の内容に自信が無い」という課題
- 3)診療記録を管理したりする組織や人材がない
- 4)その結果、データベース構築能力なし

→日本の病院のデータ創出能力欠如が白日の下に

48

精度を担保することとは(2)

- 1) 1998年に日本版DRG、2003年にDPC移行
- 2) 2000年頃のカルテ開示の指針にそったカルテ開示
- 3) 2000年の診療報酬改定で「診療録管理体制加算」誕生
 - 情報に対する評価の誕生
 - 目的は「だめカルテ」の解消と記録やデータ精度の担保、ICDコーディングの普及

※1999年当時、医療ミス事件をマスコミが取り上げることとなり、医療バッシング開始元年(?)でもあった。

49

171

世紀末を迎えて、診断群分類導入、カルテ開示の議論の当時の状況→カルテがだめ、精度が低い、見せられないが共通の問題

- 1) 1996年からの議論を経て、1998年11月、急性期入院医療の定額支払制度(日本版DRG)を国立病院等10病院で試行開始
- 2) 1999年頃、日本医師会、国立大学病院院長協議会等が診療情報提供の指針を策定

51

- 1) 横浜市立大学付属病院での患者取り違え事件: 1999年1月11日(業務上過失傷害被告事件)
- 2) 都立広尾病院事件: 1999年2月11日(業務上過失致死被告事件、医師法違反)
- 3) 杏林大学割り箸事件: 1999年7月11日(業務上過失致死被告事件)

※カルテ改ざん疑い等も絡んで医療への不信感が爆発した
→カルテ開示要求、患者の権利尊重の要求

50

★いよいよ動き出した国

- 3) 2000年6月、厚生省(当時)は、国立病院において、カルテの遺族への開示等を盛り込んだ指針を策定
- 4) 2000年10月、九州医療センターは本指針にそってカルテ開示を国立病院として初めて開始
 - 新聞掲載、マスコミ、テレビ取材等を受ける

52

新開日

マナー&ライフ

ニュースセレクション

2000年6月20日

過去の記事検索

キーワード

カルテ開示: 遺族請求も 国立病院ガイドライン作成 厚生省

厚生省の国立病院等診療情報提供推進検討会議(座長・折沢博夫・国立療養所中部病院長)は27日、国立病院の患者カルテ(診療録)などの開示に関するガイドラインをまとめた。原則として患者本人に開示するが、入院中に本人が死亡した場合には遺族でも請求できる特別を設けた。遺族の請求を認めるのは国立病院が初めて。昨年4月から全国立病院で実施する。

開示されるのは6年以内に作成されたカルテのほか看護記録、X線写真などの診療に関する諸記録。開示請求を受けた施設長は14日以内に書面で回答し、簡章のほか、コピー、契約書を交付する。交付は各病院の診療録等開示委員会に諮問して判断する。

特別は、(1)患者本人が入院中などに急死し、意思表示できなかった場合、主治医が認めれば、遺族が死亡した翌日から60日以内に開示を請求できる(2)施設長はこれを開示委員会に諮問し、開示範囲・方法などの審議のうえで開示できる——というもの。「主治医の了承」など厳しい条件が併せてあり、厚生省は「診療録等の情報開示が目的で、医療過誤訴訟などに使われることを想定したのではない」と説明している。

カルテ開示に関しては厚生省の医事審議会の中長期審を上げ、昨年2月に国立大学付属病院、同4月に日本医師会がガイドラインを作成しているが、開示対象は原則本人かその代理者に限定している。

【浜川 智明】

2000年に公開された旧厚生省の国立病院における診療情報提供のガイドライン

当院は急先鋒で、これをうけて2000年10月に「カルテ開示」を開始

阿南様

9月30日夕刊 2012年7月

診療録
看護記録
検査記録

国立病院でも開示スタート

九州医療誌2日から

遺族請求もOK

読天新聞
1花田

青天の霹靂

しかし、これを見て殺到する

?????...

わけではなかった。



当院の対応の例:

外来ホールに、当院の開示のあり方、開示申請の方法、開示実績等を公開した。

→このような情報を公開したからといって、開示申請が増加するという傾向はない。

マスコミ取材、雑誌等で紹介された
→診療情報管理への評価

◇ところが.....、高いハードル

1) 日本版DRGのモデル、国立病院等10病院(国立7病院、社会保険3病院)の診療情報管理の問題が露呈

→適正に記載されていない診療記録

→ICDコーディングを含めたデータベース構築の体制整備の遅れ(人材不足、組織の未整備、弱体化)

2) 進まない「カルテ開示」への対応

→2000年の診療報酬改定時、これらの問題改善のために「診療録管理体制加算」が誕生し、改善を図った(2014年の改定で上位基準追加)

◇診療情報管理の黎明期：昔から「教科書」で語られて・・・

1) 終戦後、GHQから公衆衛生と医療水準の低さについて11の課題を与えて改善を勧告(診療記録の不完全さも指摘)



57

173

「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」のハードルも上がった

59

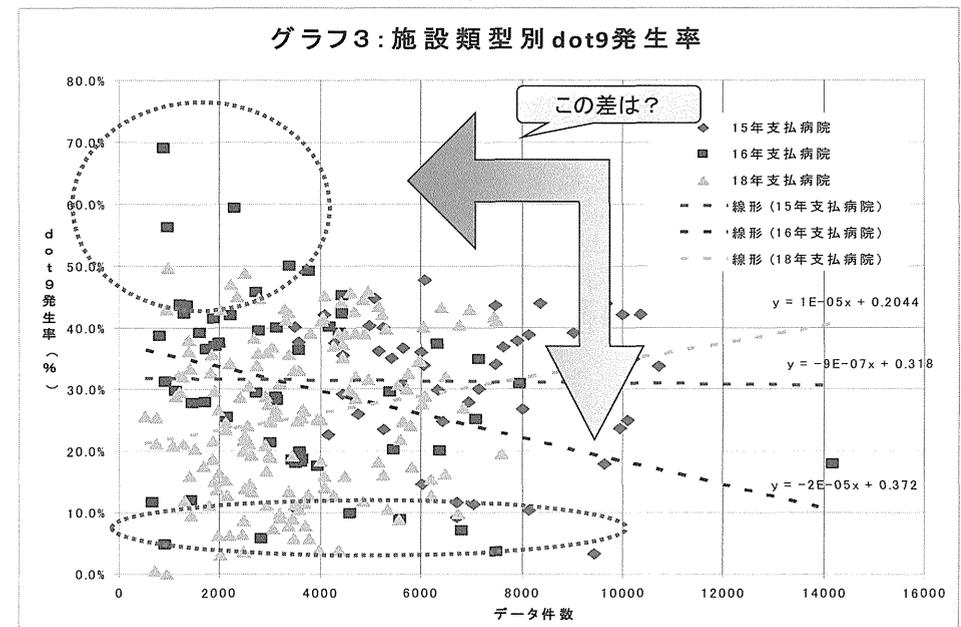
2) それに対応すべく、国立東京第一病院(現国際医療研究センター)と院長向けの教育機関として病院管理研修所(現保健医療科学院)を設立：東京都新宿区戸山に

3) 昭和27年(1950年)、国立東京第一病院に診療記録を中央保管する我が国初の病歴室を立ち上げ

★昭和40年代まで、ICDコーディング等を実施し、それなりのレベルにあった。しかし、数十年後、国家公務員総定員法等の施行があり、国立病院における診療情報管理は、恐竜の絶滅のごとし・・・

日本版DRGの対応・・・、これもハードルが高い・・・、

58



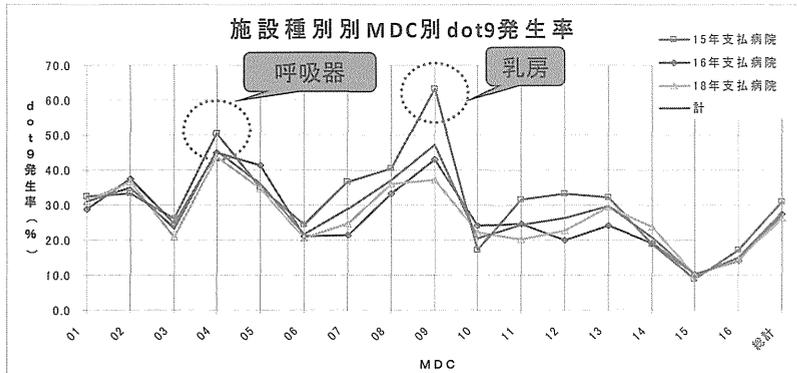
60

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	27,480	9,140	33.3	7,491	2,807	37.5	21,973	8,042	36.6	56,944	19,989	35.1
03	18,828	4,939	26.1	8,546	2,104	24.6	25,345	5,270	20.8	52,820	12,313	23.3
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	11,660	35.0	19,946	8,259	41.4	58,598	20,384	34.8	111,894	40,303	36.0
06	63,473	15,491	24.4	42,653	9,056	21.2	126,998	26,144	20.6	233,124	50,691	21.7
07	24,524	9,024	36.8	9,114	1,941	21.3	27,785	6,840	24.6	61,423	17,805	29.0
08	4,720	1,916	40.6	2,188	727	33.2	6,439	2,328	36.2	13,347	4,971	37.2
09	4,896	3,102	63.4	2,240	965	43.1	6,896	2,558	37.1	14,032	6,625	47.2
10	13,950	2,381	17.2	6,124	1,479	24.2	17,822	3,940	22.1	37,796	7,800	20.6
11	25,739	8,155	31.7	16,111	3,985	24.7	46,552	9,481	20.4	88,402	21,621	24.5
12	27,947	9,316	33.3	10,796	2,168	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	26,900	7,963	29.6
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	268	9.0	4,467	455	10.2	12,466	1,265	10.1	19,902	1,988	10.0
16	20,901	3,626	17.3	15,152	2,157	14.2	45,734	6,576	14.4	81,787	12,359	15.1
総計	341,421	106,209	31.1	188,485	51,749	27.5	557,601	147,699	26.5	1,087,807	305,657	28.1

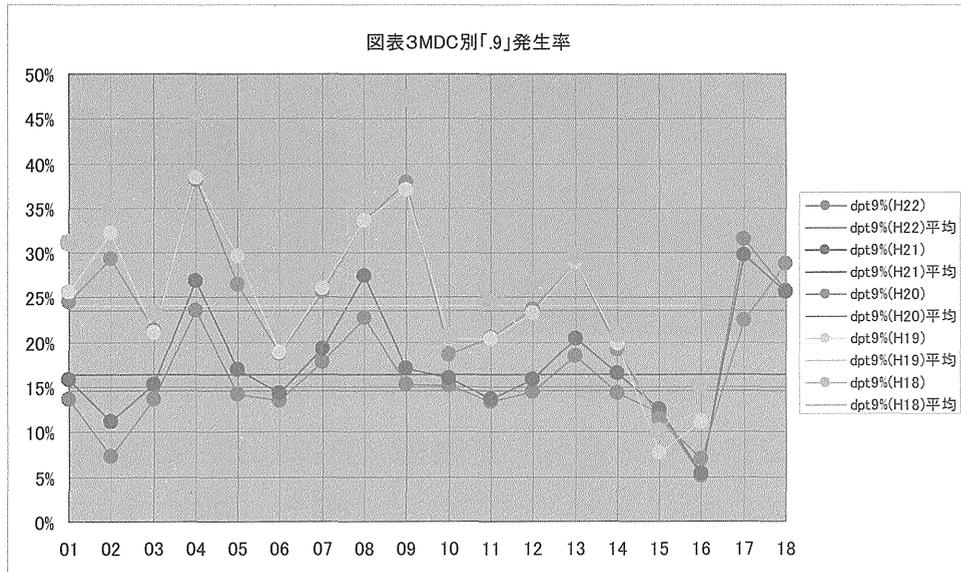
- C34 気管支及び肺の悪性新生物
 - C34.0 主気管支
 - C34.1 上葉, 気管支又は肺
 - C34.2 中葉, 気管支又は肺
 - C34.3 下葉, 気管支又は肺
 - C34.8 気管支及び肺の境界部病巣
 - C34.9 気管支又は肺, 部位不明

疑問:手術をしていながら、詳細部位が不明ということがあるのか.....?



- 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

174



◆審査支払機関も不適切(?)コーディングを問題視
 「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、当然ながら支払い側、審査支払機関も、おかしいのでは?、と言い始めた。
 →ルールが明確でないという議論がここでも出現した。

◆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2日で本当に腎不全の治療を？。

65

175

◇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

67

◇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？。手術の術式には詳細部位があるが？。

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<肝弯曲>
C18.4	横行結腸
C18.5	左結腸曲<脾弯曲>
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

66

◇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……

68

6-2) Rコードの存在

(1) 出現率: 4,416件/2,170,720件=0.2%

(2) 出現内容

ICD	件数	主たる傷病名
R040	758	鼻出血症
R042	609	喀血
R048	197	肺出血
R049	26	気道出血
R560	2,723	熱性痙攣
R610	63	手掌多汗症
R611	1	多汗症
R619	13	多汗症
R730	25	耐糖能異常
R960	1	突然死
合計	4,416	

69

176

コーディングテキストについて

1. コーディングテキストの意義と目的
2. ICDコーディングの課題とその理解
3. コーディング精度に対する懸念
4. コーディングテキストの評価: Pros and Cons

71

(3) 傷病名と手術処置

ICD	件数	主たる傷病名	手術処置	手術処置	手術処置	手術処置
R040	758	鼻出血症	鼻腔粘膜焼灼術	輸血		
R042	609	喀血	血管塞栓術(胸腔)	抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用埋込型カテーテル設置(四肢)	肺切除術(肺葉切除)	皮膚切開術(長径10cm未満)
R048	197	肺出血	保存血液輸血(1回目)	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープ)	創傷処理(長径5cm未満)(浅)	
R049	26	気道出血	血管塞栓術(胸腔)	肺切除術複合切除(1肺葉を超えるもの)	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)	
R560	2,723	熱性痙攣	鼓膜切開術			
R610	63	手掌多汗症	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)			
R611	1	多汗症	交感神経節切除術胸部			
R619	13	多汗症	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)			

70

コーディングテキストの評価: Pros and Cons

- 1) DPCのコーディングと内容がしっかりできていれば審査はほとんど必要ないはず。
- 2) 文書ではなく、フロー方式等、見易さに工夫を凝らせば、普及するのではないか。
- 3) 正しい病名(ICD-10)に対応した標準病名がない。
- 4) 事例を豊富に載せると、参考になるのではないか、正誤それぞれのコーディングの具体例を、多く示していただきたい。
- 5) 具体的なのはよいが、量が多く完読が大変(簡単に)。

72

◆診療内容を精査しない限り分類の結論がでないもの

※主たる傷病名は1つだけ→以下のような問題を回避出来ていない。

1)元々の疾患をもっているが、直接的にその治療をしない場合の傷病名選択:原疾患主義を原則とするが、場合によってはアップコーディングを助長する可能性があること。

◆例:肝臓癌の患者:腹水貯留があり、腹水を抜く処置のみを行った→現状の方法では肝臓癌とせざるをえない→Rコードの条件付き拡大で分類を別にすることは可能。

※1:他方、肝臓癌の患者が肺炎を起こして入院→この場合は医療資源傷病名を肺炎として入院時併存症を肝臓癌とすれば対応が出来ている。

※2:ただし、腹水貯留を肝臓癌とコーディングしても日数が少なければそれほどの影響は出ないという可能性も高いが→しかし、現場では違和感がある。

4)高齢者の救急患者等を受け入れた時、老衰(もしくは心不全、呼吸不全)以外の傷病名を選択することが不可能なケースがある→無理に傷病名を選ばせると結果的にアップコーディングとなりかねない。

※この場合も、上記の3)と同様な考え方も出来る。

5)本質的に無病であるのに保険診療が適用される場合→いわゆる確認カテーテル検査やがん患者のフォローをする場合。Zコード、Rコードを付記することによって新たな分岐を作ることが可能。

※現在準備されている、「付加コード」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」を用いて対応することが出来ると思われる。

2)入院期間が長期に渡り、医療資源の投入判断が極めて厳しいケース→ケアミックス型の、慢性型の病院(ホスピス型等も含む)がDPC病院に算入した時からの課題。元々積極的な治療が行われなかったため、医療資源の投入判断は難しい。実際的に現在は、意識しない「アップコーディング」といえなくもない。極端に何らの治療もしないのに、〇〇癌ということは通常である。

3)症状固定しているに近い状態で、積極的な治療がない場合医療資源の投入判断が困難なケース→かつての低出生体重児が成長しても呼吸不全のような、ある意味、障害と思える状態で入院した場合。

※この場合は、疾病や年齢等を考慮した上で、不全病名を適用する等のルールが考えられる。

終わりに:立場、視点の違い

1)現場では種々の事情があり、判断が難しい

2)明らかに恣意的にコーディングしているケースがある

3)より高い方を選ぶ←→安い方なら問題はない

4)原疾患主義←→ケースバイケース

※最も悩ましい課題



Thank you for your attention !



東北大学



DPCコーディングテキストと 病院指標の公開

東北大学 大学院医学系研究科・医学部
社会医学講座 医療管理学分野
藤森 研司

20140705 伏見班セミナーin東北大

179

DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト

- コーディングに関するマニュアルなく患者分類に基づく包括支払いが行われている国は稀である
- DPC研究班(伏見班)がコーディングのための指針を研究報告書として作成
- DPC評価分科会で承認
- コーディングテキストとし、医療課から発出

DPC制度の当面の課題

- 「病院群」の設定方法
- 診断群分類のさらなる精緻化
- コーディングテキストの改善
- DPCデータの精度向上に向けて
- 病院指標の作成と公開
- 審査・支払い上の課題
- 入院時併存症に対する持参薬の考え方
-

診調組 D-2-2 (別紙)
2 5 . 1 2 . 1 8

診調組 D-3 (修正)
2 5 . 1 2 . 9

DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト

平成26年4月

厚生労働省保険局医療課

初版の重点項目

- 「医療資源」の考え方
- 「敗血症」、「DIC」、「手術・処置の合併症」等はどのような場合に用いることが適切か
- 「心不全」、「呼吸不全」等の臓器不全の考え方
- 治療の当然の副作用としての「好中球減少症」、「血小板減少症」等の考え方
- 局所的な状態と全体像の使い分け方

5

「医療資源」とは

- 「ヒト・モノ・カネである」 矢島企画官(当時)
- 出来高部分も含む
- 内科系では入院基本料が最も高額
- 外科系では手術料、手術材料も高額
- 輸血、リハビリもかなり高額
- 薬剤だけが「医療資源」ではない

6

当然、悩ましい状況は多々ある

- 入院の前半と後半で大きく病態、医療目的が異なり、投入した医療資源総量の甲乙がつけがたい場合は？
- 原因疾患の明らかな心不全や呼吸不全患者に対して、症状改善のみを目的とした短期入院も原因疾患でコーディングすべきか？
- 原発癌と転移癌の使い分け

7

あなたの病院はどれで請求していますか①

- 慢性腎不全で維持透析中の患者
- 膀胱癌あり、経尿道的切除目的に入院
- 全身麻酔下に経尿道的切除
- 7日目に退院
- その間、人工腎臓3回

A) 慢性腎不全
B) 膀胱癌

8

あなたの病院はどれで請求していますか②

- 上腕骨骨折とDICあり
- DICの加療目的に紹介される
- 2週間でDICは完治
- 整形外科に転科し、上腕骨骨折の手術とリハビリ(延べ10週間)

A) DIC
B) 上腕骨骨折

9

あなたの病院はどれで請求していますか③

- 直腸癌の低位前方切除目的で入院
- 入院4日目に手術
- 術後3日目で縫合不全と診断
- 腹膜炎になり、4週間ほど治療
- 敗血症に進行し、3週間ほど治療
- DICになり、1週間治療し死亡退院

A) 直腸癌
B) 縫合不全(手術・処置の合併症)
C) 腹膜炎
D) 敗血症
E) DIC

10

あなたの病院はどれで請求していますか④

- 糖尿病の患者。IVH挿入中で炎症反応あり、他院から紹介で入院
- カテ先感染を疑い、IVHカテ抜去、培養で(+)
- 敗血症と診断し抗菌剤で2週治療
- 敗血症治癒後も、糖尿病の教育でさらに4週間入院、末梢神経障害のリハビリを継続

A) IVHカテ先感染(手術・処置後の合併症)
B) 敗血症(DPC 180010)
C) 糖尿病

11

あなたの病院はどれで請求していますか⑤

- 狭心症の既往で3年前にPCI施行の患者
- 冠動脈ステントの再狭窄あり、狭心症症状の悪化
- CABG目的に入院
- 入院1週間後にCABG施行し、術後4週目で退院

A) ステント狭瘻(手術・処置後の合併症)
B) 狭心症

12

あなたの病院はどれで請求していますか⑥

- 白血病で繰り返しの化学療法中
- 入院時に発熱と好中球減少あり
- 抗菌剤とノイトロジンを5日間投与し、白血球は回復、炎症所見も収まった
- 入院後10日目に予定通りトリセノックスを含む化学療法を1クール行い、5週目に退院

- A) 発熱性好中球減少症
B) 白血病

13

あなたの病院はどれで請求していますか⑦

- 尿管結石による腎盂腎炎から波及した敗血症、DICで緊急入院
- DICは入院後3病日目で、敗血症は抗菌剤治療のみで5病日目で治癒
- 入院8日目に経尿道的尿管結石摘出
- 入院12日目に治癒退院

- A)尿管結石
B) 腎盂腎炎
C) 敗血症
D) DIC

14

あなたの病院はどれで請求していますか⑧

- 前立腺癌にて外来通院中
- ウイルス性胃腸炎にて入院となった
- 原因精査のため胃内視鏡を施行、十二指腸部に発赤、食道にアニサキスを確認・回収
- 下血、吐血等無いものの、Hbが低下している為、輸血を1日2単位3日間実施
- 出血源を特定できず軽快し退院

- A) ウイルス性胃腸炎
B) アニサキス症
C) 貧血

15

あなたの病院はどれで請求していますか⑨

- 胆管癌(組織診断確定)で胆管閉塞あり。
- 定期的ステント交換目的で入院。
- 入院中には化学療法は施行していない。

- A)胆管癌(C24.0)
B)胆管閉塞症(K83.1)

16

DPC制度における病院指標の公開

- 病院自らの情報公開へのインセンティブとして、機能評価係数Ⅱで評価する方向
- 所定の定義で計算し、所定の形式に従い、病院ホームページで公開
- 該当しない項目は、「症例なし」と明示する
- 数値の公開が重要なのではなく、市民目線の説明が重要
- まず、どの医療機関でも計算可能な様式1のみから始める

17

病院指標公開の目的

- 市民に対する情報公開
- 様式1の精度向上
- 分析力と説明力の向上

数値そのものより、急性期病院とはどのような考えで、どのような医療を行っているのかを市民に知ってもらうことが目的。

18

183

年齢階級別入院患者数 (平成23年度)

年齢階級	患者数
0歳未満	264
0歳～4歳未満	153
5歳～9歳未満	110
10歳～14歳未満	303
15歳～19歳未満	322
20歳～24歳未満	355
25歳～29歳未満	797
30歳～34歳未満	1,316
35歳～39歳未満	1,533
40歳～44歳未満	1,404
45歳～49歳未満	906
50歳～54歳未満	706
55歳～59歳未満	538

5大がんの病期分類別 症例数 (平成23年度)

病期	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
Ⅰ期	51	26	44	23	22
Ⅱ期	62	42	23	21	20
Ⅲ期	—	0	0	—	10
Ⅳ期	—	—	11	—	—

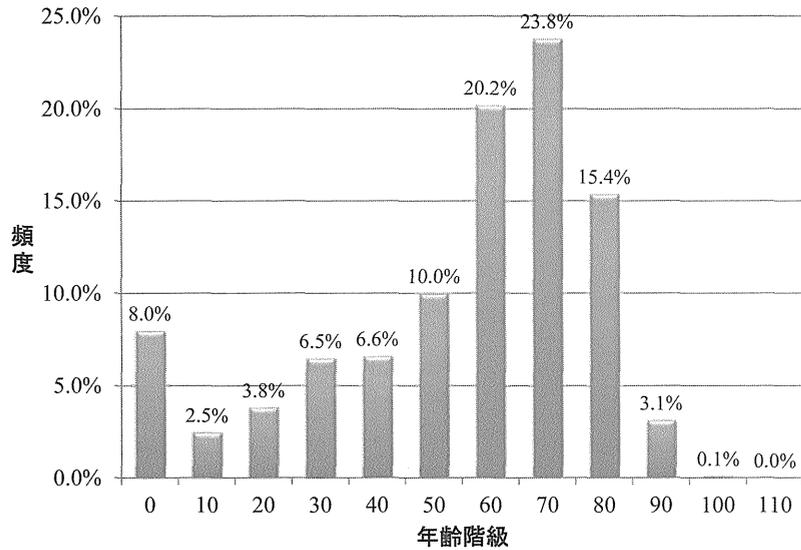
指標の案

- ① 年齢階級別患者数
- ② 診療科別DPC14桁別症例数トップ3
- ③ 5大癌の病期分類別患者数
- ④ 成人市中肺炎の重症度別患者数
- ⑤ 脳梗塞のICD-10別症例数
- ⑥ 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ3
- ⑦ その他の指標

20

指標案①

年齢階級別患者数



H23伏見班データ

指標案②

診療科別DPC14桁別症例数トップ3

【消化器内科】

DPCコード	名称	症例数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	患者用パス(URL)

【循環器内科】

DPCコード	名称	症例数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	患者用パス(URL)

続く……

MDC 01 手術なし

DPC	症例数	aLOS	転院率	平均年齢
010060x099030x	55,846	22.2	21.6%	71.8
010060x099000x	52,707	18.1	12.7%	73.2
010230xx99x00x	26,854	7.8	6.2%	42.3
010040x099x00x	22,365	27.7	36.6%	65.7
010060x099031x	18,585	40.2	46.8%	77.6
010060x099001x	12,692	39.8	33.3%	79.8

H23伏見班データ

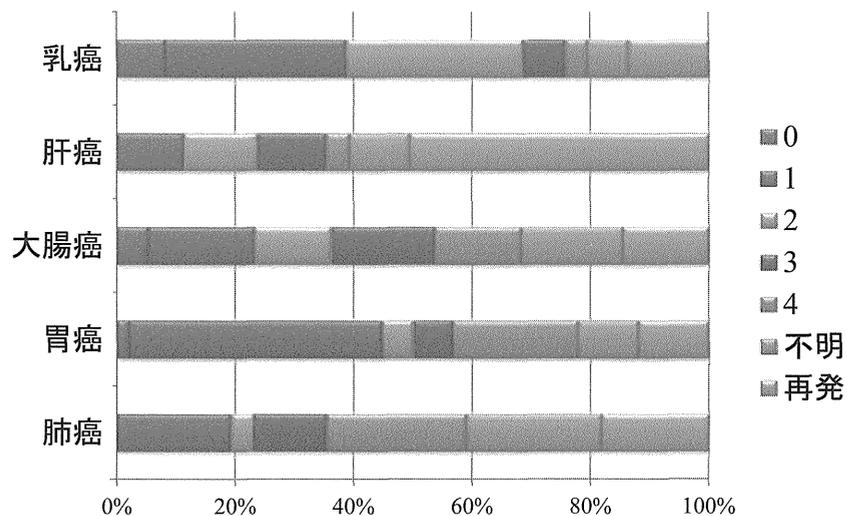
指標案③

5大癌の病期分類別患者数

	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明	再発
胃癌						
大腸癌						
肺癌						
乳癌						
肝癌						

Stage I ~ IVは初発例初回入院。再発は実人数。
StageはUICCか「癌取扱い規約」かを明記。UICCは版を明記。

UICC (6th) staging + 再発患者数



H23伏見班データ

指標案④

成人市中肺炎の重症度別患者数

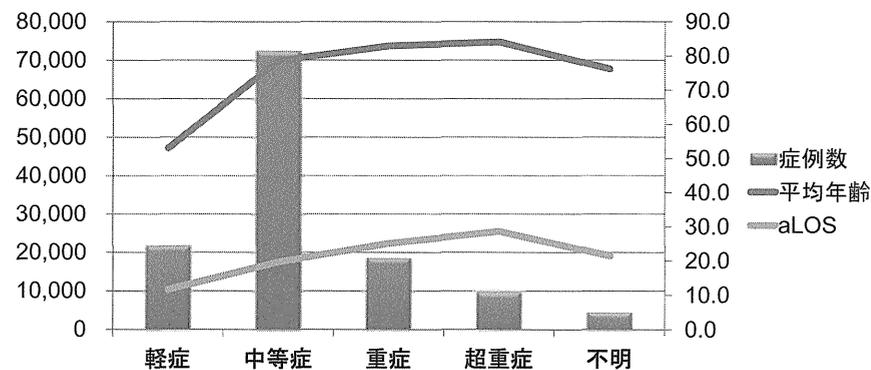
	症例数	平均在院日数	平均年齢
軽症			
中等症			
重症			
超重症			
不明			

* 入院契機と最も医療資源を投入した傷病名がJ13~J18に限る
 ** 様式1では入院経路を区別できないことが判明

身体所見, 年齢による肺炎の重症度分類 (A-DROP システム)

1. 男性70歳以上, 女性75歳以上
2. BUN 21mg/dL以上または脱水あり
3. SpO₂ 90%以下 (PaO₂ 60Torr以下)
4. 意識障害*
5. 血圧 (収縮期) 90mmHg以下

重症度	症例数	平均年齢	平均在院日数	転院率
軽症	21,829	53.1	11.6	2.8%
中等症	72,549	78.6	19.7	12.4%
重症	18,571	83.0	25.1	7.6%
超重症	9,712	84.1	28.6	13.2%
不明	4,452	76.2	21.5	10.2%



H23伏見班データ

脳梗塞のICD-10別症例数

ICD-10	最も医療資源を投入した傷病名	発症日	症例数	平均在院日数	平均年齢	転院率
G45\$	一過性脳虚血発作および関連症候群	3日以内 その他				
G46\$	脳血管疾患における脳の血管(性)症候群	3日以内 その他				
I63\$	脳梗塞	3日以内 その他				
I65\$	脳実質外動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	—				
I66\$	脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	—				
I67\$	もやもや病<ウイリス動脈輪閉塞症>	—				
I679	脳血管疾患、詳細不明	—				

29

ICD		発症日	症例数	aLOS	平均年齢	転院率(%)
I45\$	一過性脳虚血発作および関連症候群	三日以内	4	19.5	80.3	0.0
		その他	2,613	7.5	55.0	2.3
I46\$	脳血管疾患における脳の血管(性)症候群	三日以内	51	2.4	71.3	2.0
		その他	28,813	2.8	71.9	1.6
I63\$	脳梗塞	三日以内	123,772	30.7	74.2	29.5
		その他	22,492	34.8	73.1	22.7
I65\$	脳実質外動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	—	15,126	12.4	70.8	5.9
I66\$	脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	—	5,137	27.2	68.9	20.6
I67\$	もやもや病	—	2,211	14.4	32.1	5.4
I679	脳血管疾患、詳細不明	三日以内	169	6.9	69.7	7.7
		その他	118	10.0	68.1	13.6

H23伏見班データ

診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ3

【消化器外科】

Kコード	名称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス(URL)

【循環器外科】

Kコード	名称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス(URL)

続く……

31

MDC05

ope	手術名称	点数	症例数	平均年齢	術前日数	術後日数	転院率
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	90,576	69.2	2.0	5.6	1.7%
K546	経皮的冠動脈形成術	22,000	23,993	69.1	1.8	5.3	2.1%
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	16,666	72.2	2.0	4.6	4.0%
K5972	ペースメーカー移植術(経静脈電極)	7,820	15,094	76.7	4.3	10.3	4.1%
K5952	経皮的カテーテル心筋焼灼術(その他)	26,440	13,266	56.5	2.3	3.2	0.8%
K5951	経皮的カテーテル心筋焼灼術(心房中隔穿刺、心外膜アプローチ)	31,350	12,767	61.0	2.0	4.1	0.3%

H23伏見班データ

32