

CCPMベース9分類案

CCPMベース案				
	点数	在院日数	症例数	
			除外	除外無
①	~2300点	21日以下	92,983	98,426
②	~2600点	21日以下	110,743	119,633
③	~2750点	21日以下	32,128	33,076
④	~3000点	21日以下	9,624	5,399
⑤	~3250点	21日以下	2,018	253
⑥	~3500点	21日以下	1,314	836
⑦	~3500点	21日以上	12,578	17,404
⑧	3500点~	21日以下	928	3,134
⑨	3500点~	21日以上	763	752

9分類による色分け

アウト라이어処理有りデータ

年齢	0歳					1~14歳					15~64歳					65~74歳					75歳以上											
	D	I	O	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I							
手術	0	1	1	1	3	3	4	4	2	4	3	4	7	2	2	2	2	4	2	7	2	7	2	2	2	2	2	2	2	2	7	3
重症度	0	1	1	1	3	4	4	3	4	4	3	4	4	7	3	3	3	4	4	3	3	3	7	4	2	2	2	3	2	2	7	3
手術	1	1	2	3	8	8	7	8	5	8	6	5	6	7	8	6	9	7	6	6	9	6	8	7	7	9	7	5	7	7	7	7
重症度	1	2	4	2	5	6	6	0	9	0	7	7	5	7	7	7	9	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6

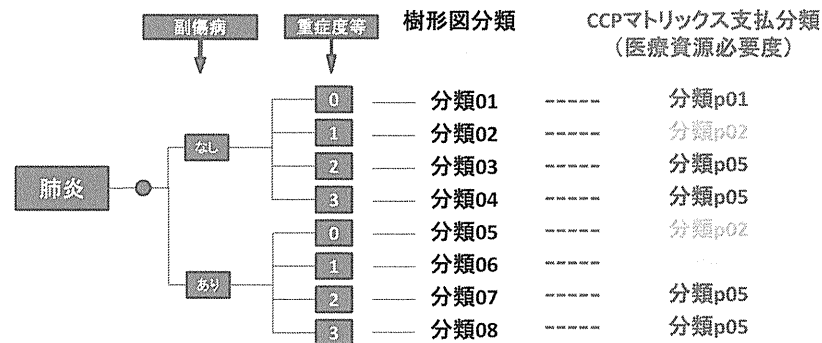
アウト라이어処理無しデータ

年齢	0歳					1~14歳					15~64歳					65~74歳					75歳以上											
	D	I	O	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I	C	I	I	I	I							
手術	0	1	1	1	3	3	4	4	2	4	3	4	7	2	2	2	2	4	2	7	2	7	2	2	2	2	2	2	2	7	3	
重症度	0	1	1	1	3	4	4	3	4	4	3	4	4	7	3	3	3	4	3	3	3	7	4	2	2	2	2	3	2	2	7	3
手術	1	1	2	3	8	8	7	8	5	8	6	5	6	7	8	6	9	7	6	6	9	6	8	7	7	9	7	5	7	7	7	
重症度	1	2	4	2	5	6	6	8	8	9	8	7	7	5	7	7	9	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6

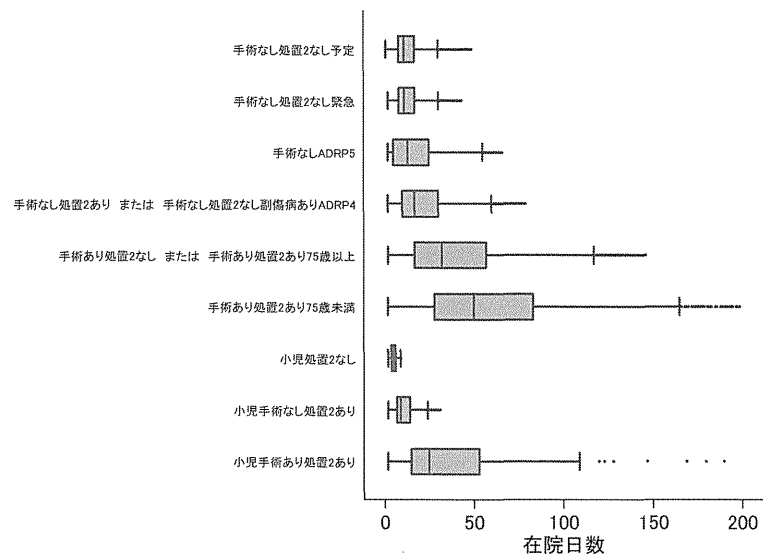
肺炎CCPマトリックス分類案

手術	手術処置2	副傷病	年齢		15~64歳			65~74歳				75歳以上		
			0歳	1~14歳	0	1~3	4	0	1~3	4	5	1~3	4	5
99	0	重症度	x	x	0	1~3	4	0	1~3	4	5	1~3	4	5
		重症度	x	x	0	1~3	4	0	1~3	4	5	1~3	4	5
	0	0	10	10	1	2	5	1	2	5	5	4	4	5
	1	1	10	10	2	3	5	2	3	5	5	4	4	5
97	0	0	11	11	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7
		1	11	11	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7
	0	0	10	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	1	1	10	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
1	0	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8
	1	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8

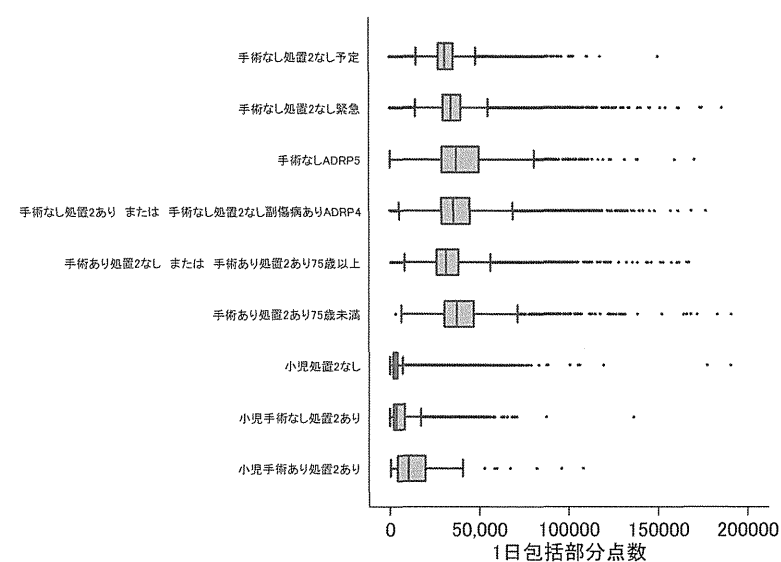
肺炎CCPマトリックス分類のイメージ



肺炎のCCPM分類案による平均在院日数の分布



肺炎のCCPM分類案による1日あたり点数の分布



CCPマトリックスと診療情報

1. 副傷病情報の重要性

- 現行の支払いに影響しない副傷病も分類の精緻化に必要
- 適正な傷病情報の記録が複雑性係数などの機能評価に影響

2. 正確な診療関連情報の重要性

- 適正な重症度評価と機能評価につながる

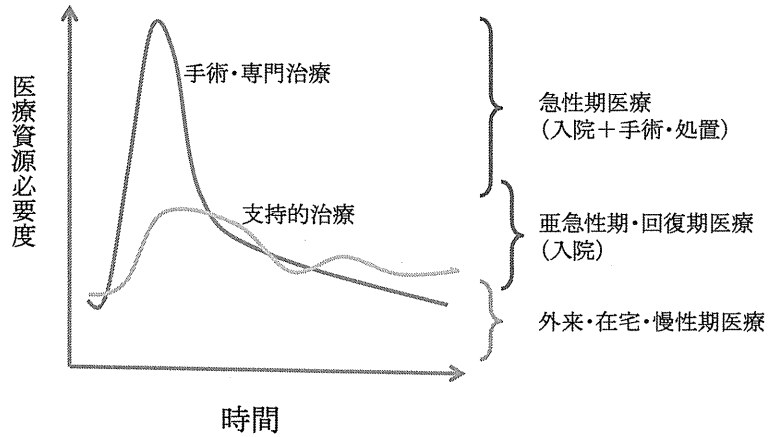
3. DPCコーディングの正確性の確保

- 根拠となる診療記録の重要性
- Auditに耐える記録とコーディング
- コーディング・マニュアル等の充実

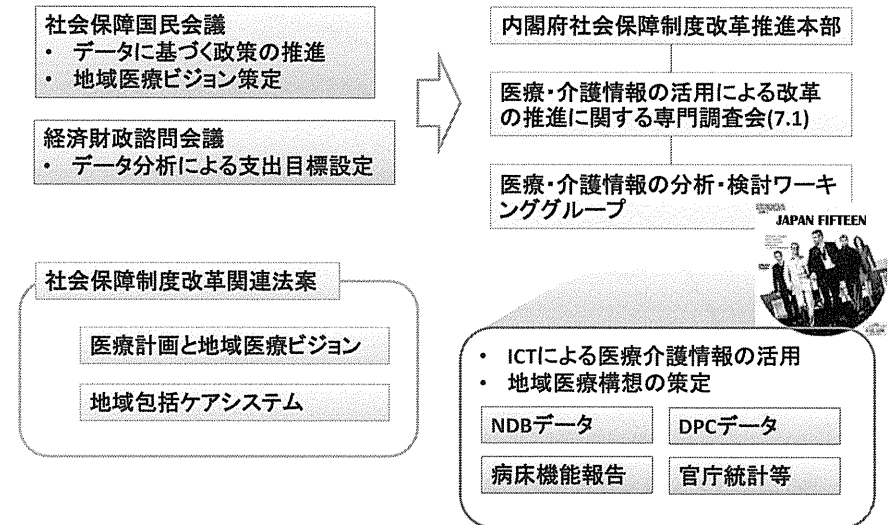
DPC制度に関連する最近の話題

- 一般病床の機能分化の方向性

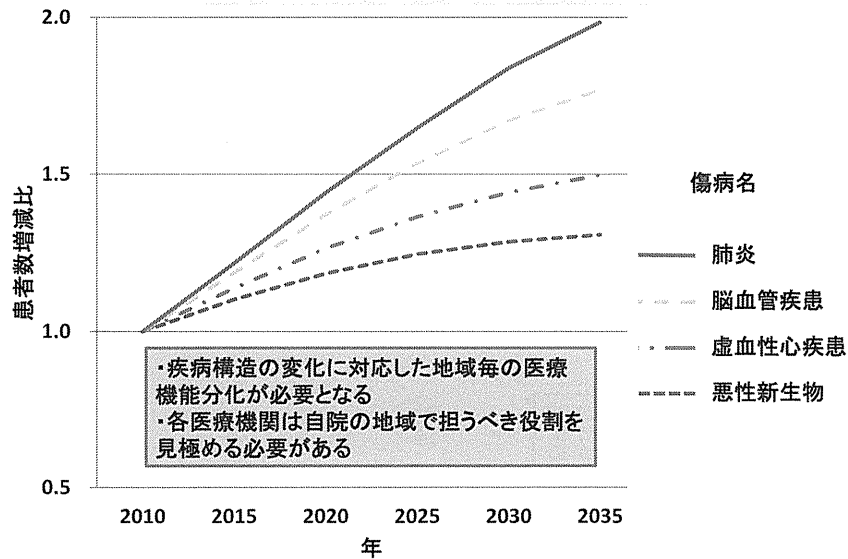
医療機能の考え方



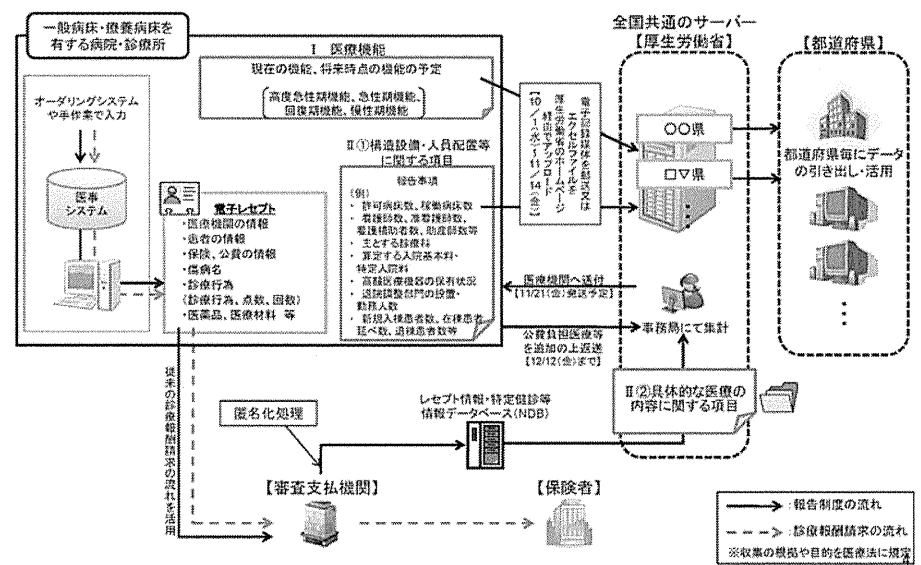
背景



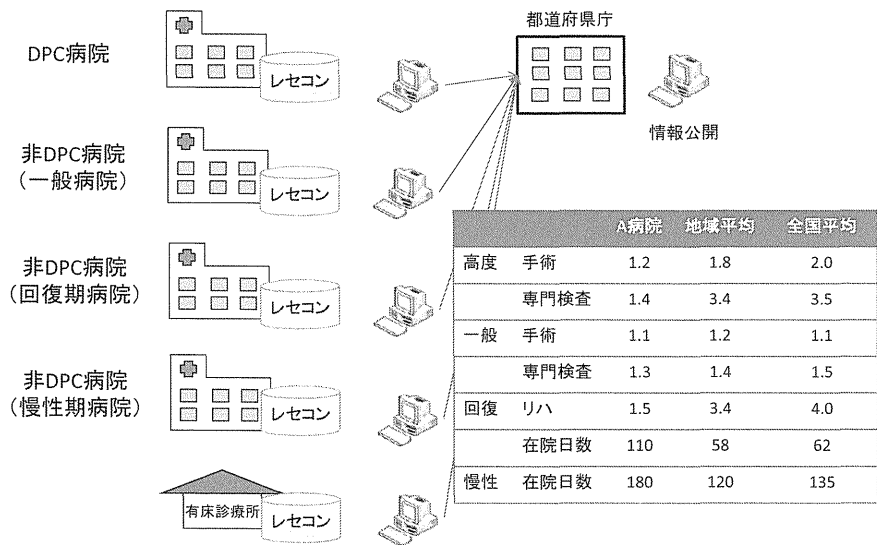
傷病別入院患者数の将来推計 (都市部二次医療圏)



病床機能報告制度における報告・集計等の仕組み



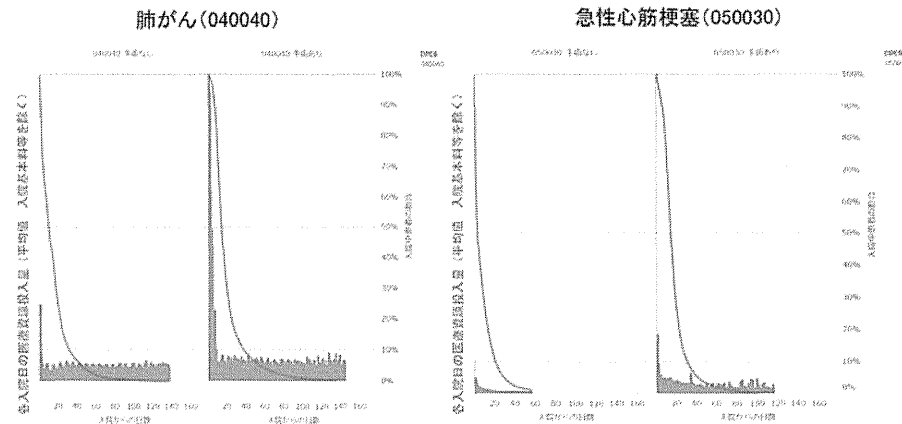
病床機能の報告制度



(産業医大 松田先生資料一部改変)

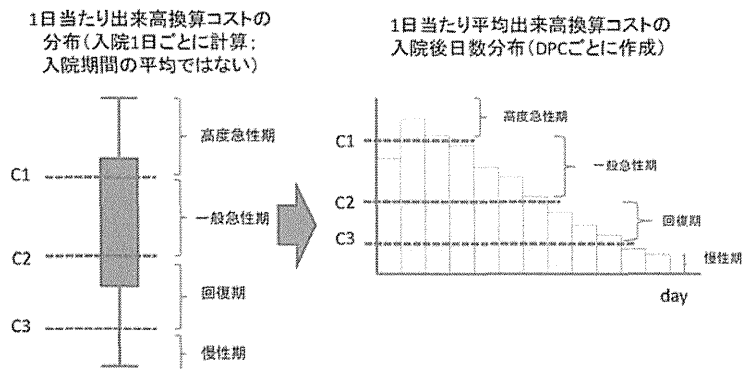
【DPCデータ分析による医療資源投入量の遞減の傾向】

- 入院日数の経過につれて、医療資源投入量は遞減。入院初期は、高密度な医療が提供され、医療資源投入量が特に多いが、その後、減少し、一定の水準で落ち着く傾向。
- 在院患者数は、医療資源投入量が減少した後も、すぐには減少せず、徐々に在院患者数が減少。



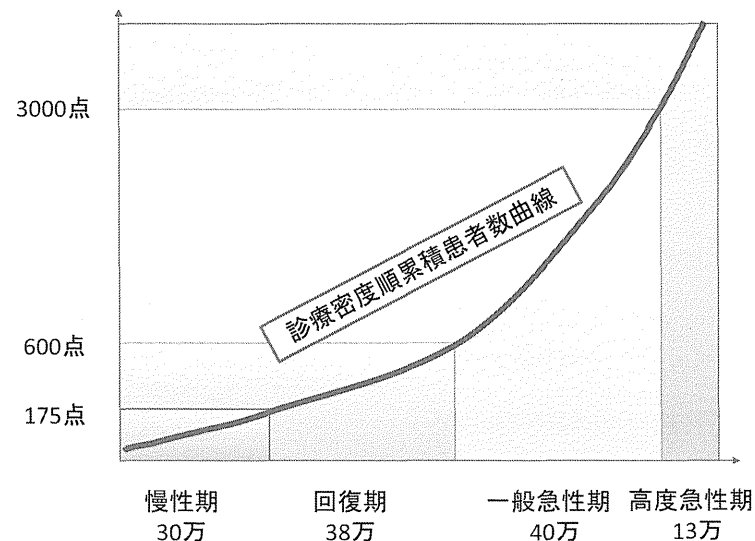
政策科学総合研究事業(H25-政策一指定010 研究代表者 伏見清秀 東京医科歯科大学教授)石川B光一分担研究者提供資料に基づいて、事務局が作成

機能別必要需要の推計



(厚生労働省資料)

NDBデータによる機能別病床区分手法

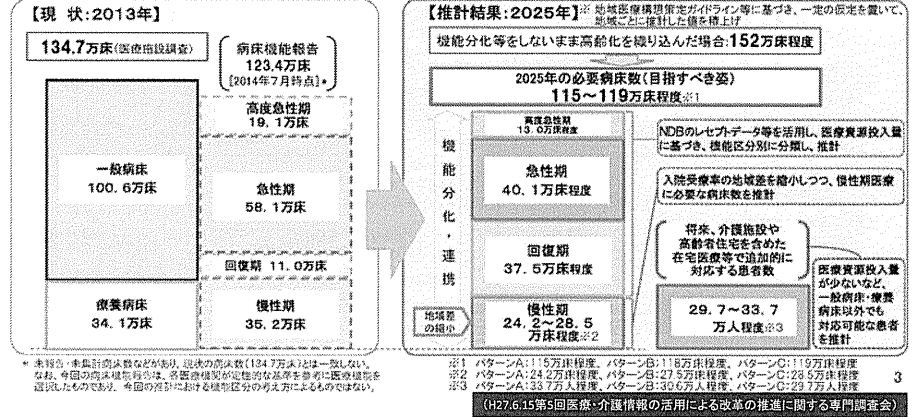


医療需要推計から機能分化へ

- 1日あたり診療報酬点数から機能別需要を推計する方法は、非常に簡略化されたものであり、点数区分基準から機能別医療需要を計算する関数にすぎない
- 妥当な点数区分基準を設定できれば、地域レベルの医療推計には充分
- この簡便な方法から病床ごとに医療機能を割り付けることは無理
- レセプトデータと病床機能報告等の情報の詳細な分析によって病床機能を評価していく方法の開発が必要

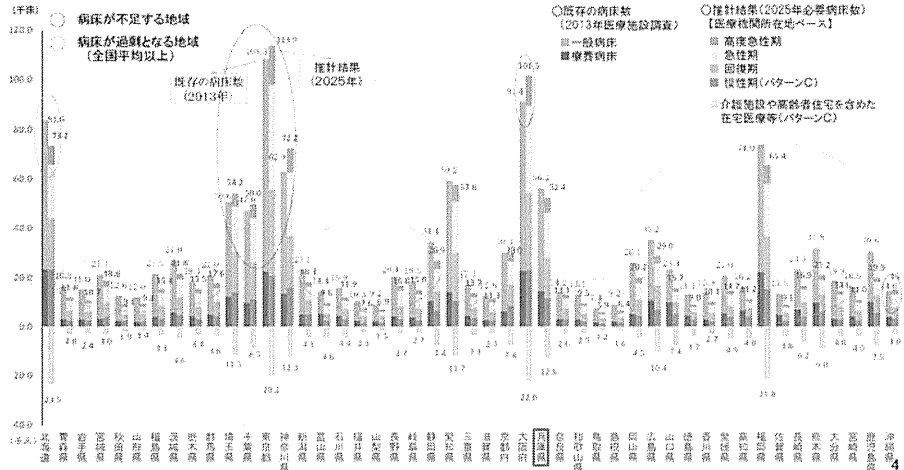
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療連携総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別・医療機関所在地ベース）

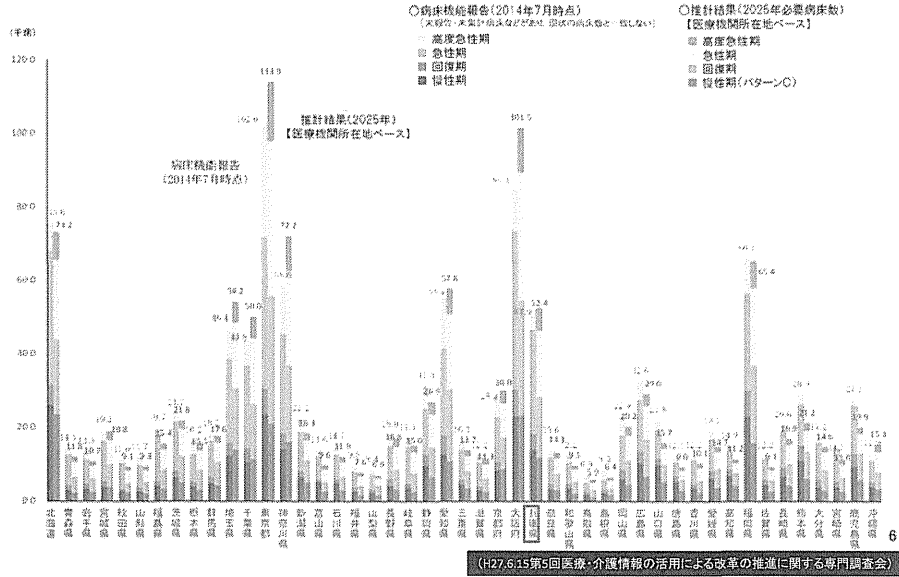
- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数(2025年)(千人)			
	合計	うち一般病床	うち療養病床	合計	一般・療養病床(2013年との差(△-))			うち慢性期			うち急性期			うち回復期					
				合計	パターンA	パターンB	パターンC	パターンA	パターンB	パターンC	パターンA	パターンB	パターンC	パターンA	パターンB	パターンC	パターンA	パターンB	パターンC
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	△198.4	△155.3	△155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3	
三連県	17.3	12.8	4.5	13.3	13.6	13.7	△3.6	△3.7	△3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3	
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.1	11.3	—	△1.7	△1.5	—	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	—	2.9	2.7	—	
京都府	30.3	23.9	6.4	29.4	29.9	—	△0.9	△0.3	—	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	—	7.9	7.4	—	
大阪府	91.4	68.5	22.9	97.7	101.1	101.5	△6.3	△9.7	△10.1	11.8	35.0	31.4	19.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0	
兵庫県	56.2	41.4	14.8	50.5	52.2	52.4	△5.7	△4.0	△3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.6	
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.1	△1.4	△1.2	△1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6	
和歌山県	13.1	10.2	2.9	9.3	9.5	9.5	△3.9	△3.7	△3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5	
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.8	5.9	—	△1.6	△1.6	—	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	—	1.3	1.2	—	
島根県	9.2	6.9	2.3	6.2	6.3	6.4	△3.0	△2.8	△2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6	
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.6	20.0	20.2	△6.5	△6.0	△5.9	2.2	6.6	6.4	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5	
広島県	35.2	24.4	10.8	27.5	28.7	29.0	△7.8	△6.4	△6.2	3.0	9.2	8.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4	
山口県	23.4	13.4	9.9	13.2	14.4	15.7	△10.2	△9.0	△7.6	1.3	4.4	4.6	2.5	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4	
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.2	8.7	9.0	△5.1	△4.6	△4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7	
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.1	10.1	△4.0	△3.8	△3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7	
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.1	14.6	14.7	△6.8	△6.4	△6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9	
高知県	16.2	9.5	6.7	9.3	10.2	11.2	△6.9	△6.1	△5.0	0.8	2.6	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8	
福岡県	74.0	51.5	22.5	61.6	64.7	65.4	△12.3	△9.3	△8.5	7.3	21.3	21.1	11.0	14.9	15.7	24.0	22.1	21.4	
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.3	8.8	9.1	△5.2	△4.7	△4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8	
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.4	16.3	16.9	△7.9	△7.1	△6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2	
熊本県	31.8	21.8	10.1	19.3	20.4	21.2	△12.5	△11.4	△10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0	
大分県	18.9	15.6	3.3	14.4	14.6	14.6	△4.4	△4.3	△4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0	
宮崎県	16.5	12.2	4.3	10.5	10.9	11.0	△5.9	△5.6	△5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0	
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	17.8	18.8	19.0	△12.8	△11.8	△10.7	1.5	5.5	7.0	3.7	4.7	5.8	9.5	8.6	7.5	
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.8	15.2	15.3	+0.2	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.6	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0	

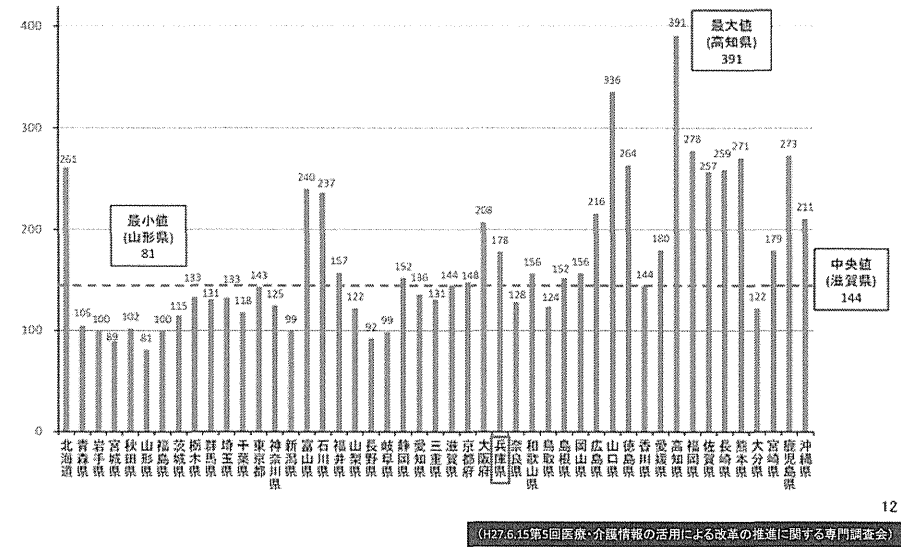
※1:平成25年度医療施設調査における病床及び一般診療所一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

(参考) 病床機能報告による報告結果と必要病床数の推計結果(医療機関所在地ベース)

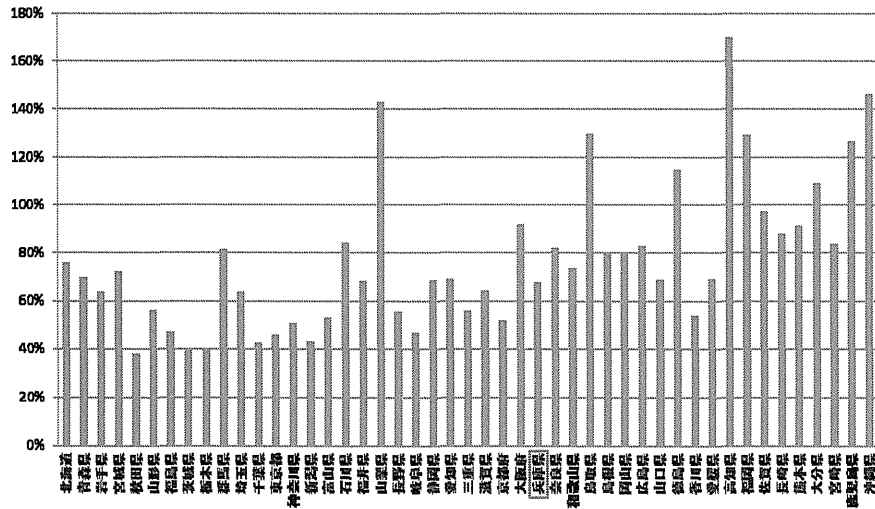


療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



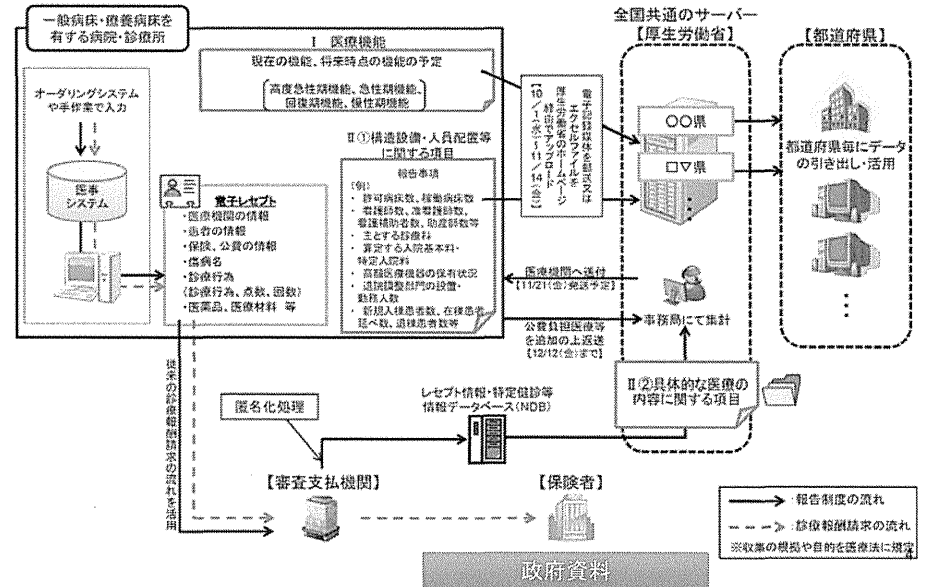
回復期リハビリテーション病棟病床数の目標達成率



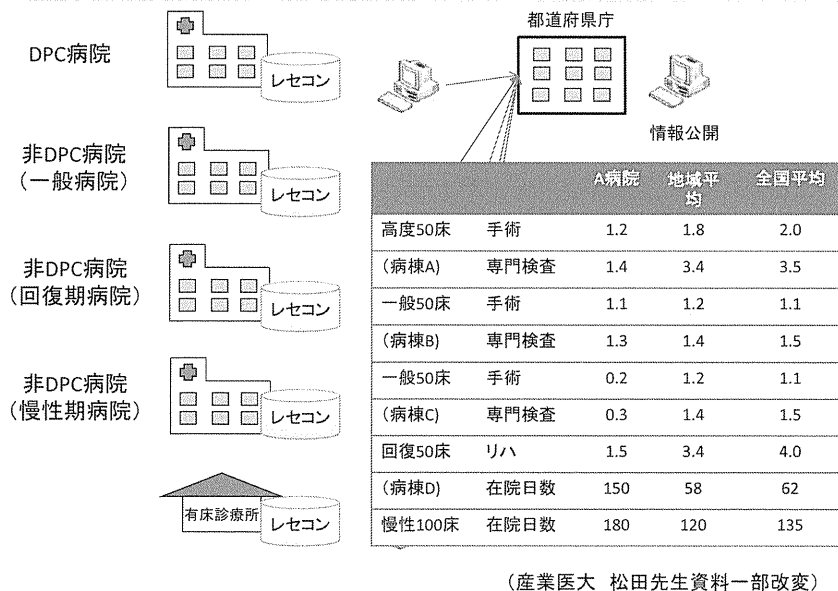
伏見推計(2011)

病床機能報告制度における報告・集計等の仕組み

(レセプト電子申請の医療機関の場合)



病床機能報告データの利用



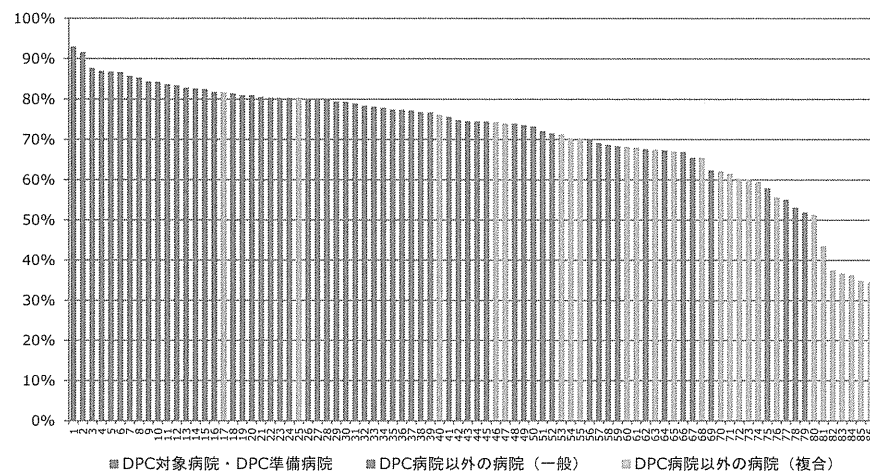
レセプトデータに基づく急性期患者の検出

「急性期診療行為」を以下の特定のように定義し、これらが実施された患者を「急性期患者」とした。

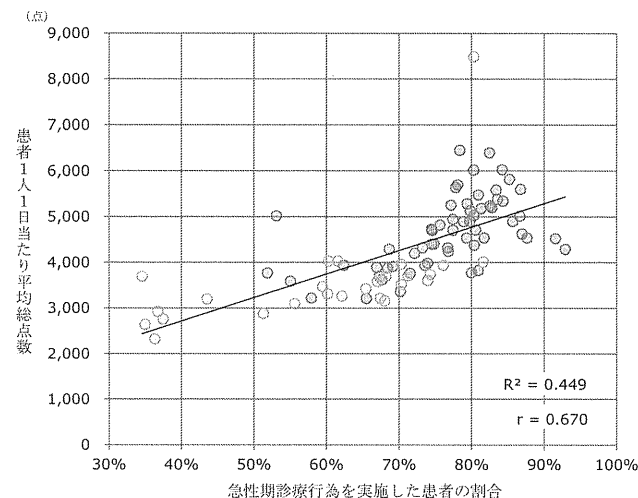
- ・手術
- ・化学療法
- ・放射線療法
- ・急性期に関連する特定入院料算定病棟での治療
- ・上記の4つが多く実施されていた病院で多く実施された急性期医療に関連する以下の個別処置

- 中心静脈注射、中心静脈注射用カテーテル挿入
- ドレーン法（ドレナージ）
- 救命のための気管内挿管
- 人工腎臓（その他）
- 内視鏡検査
- 中心静脈圧測定
- 観血的肺動脈圧測定
- その他、診療領域ごとの処置を勘案するため、診断群分類点数表において急性期に関連すると想定される処置を抽出。
- 人工呼吸
- 心マッサージ
- 持続緩徐式血液濾過
- 心臓カテーテル法による諸検査
- 観血的動脈圧測定

病院別「急性期患者」割合

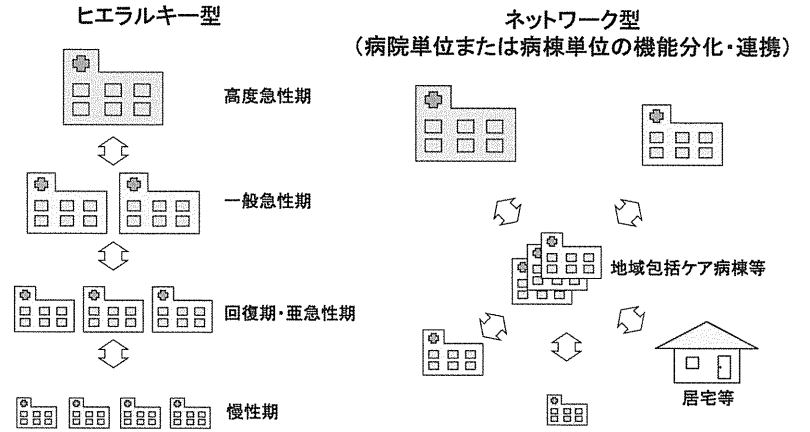
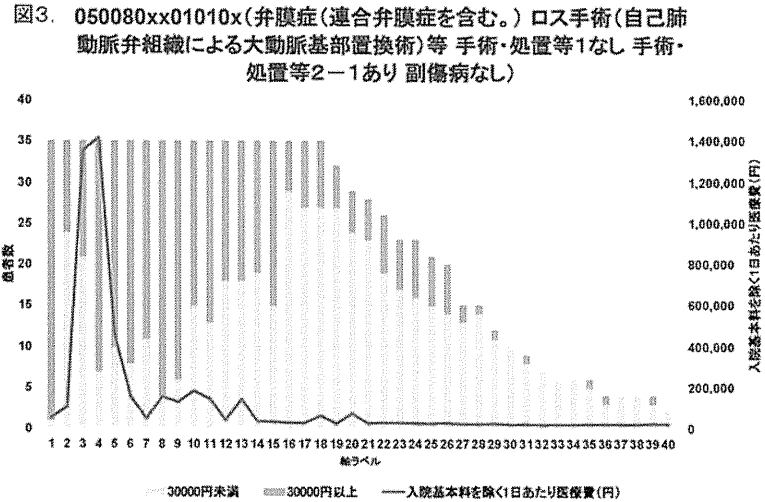


急性期患者の割合と患者1人1日当たり平均点数



○ DPC対象病院・DPC準備病院 ○ DPC病院以外の病院（一般） ○ DPC病院以外の病院（複合）

病院機能のパラダイム・シフトの必要性



- 急性期偏重モデルから、ネットワーク型モデルへの、関係者(医師、医療従事者、行政、患者等)の意識改革が必要
- 各プレイヤーそれぞれの役割を明確化

まとめ

- 最後に、本セミナーの目指すところのまとめ

DPCデータとは何か

- 分析可能な全国統一形式の患者臨床情報 + 診療行為の電子データセット
- 患者臨床情報
 - 患者基本情報
 - 病名、術式、各種のスコア・ステージ分類
- 診療行為情報
 - 診療行為、医薬品、医療材料
 - 実施日、回数・数量
 - 診療科、病棟、保険種別

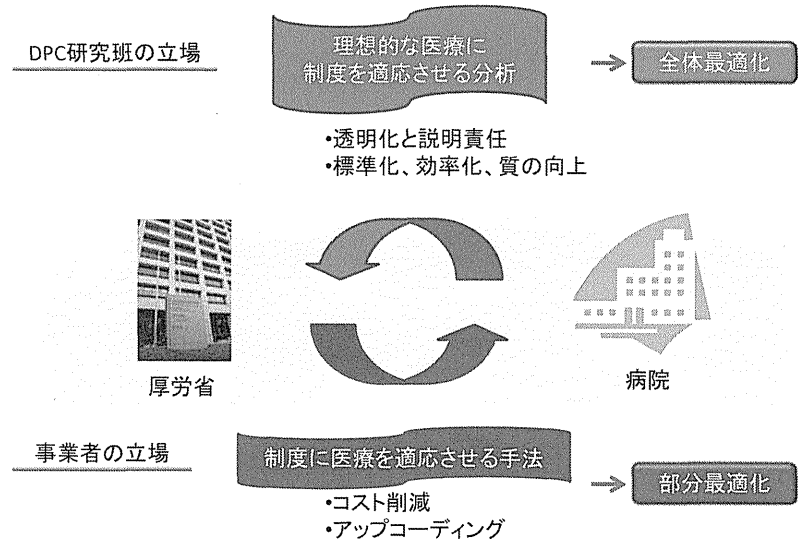
1入院中のプロセス (いつ、何を、どれだけ行ったのか)がわかる

DPCの目的の再確認

- 医療情報の標準化と透明化
 - DPCの目的は「支払い方式の改革」ではなく「病院マネジメントの改革」
 - DPCを用いた
 - 収入管理
 - 支出管理
 - 品質管理
 - 診療の最適化と意思決定支援
- が重要となる。

(松田)

コンサルティング事業者とDPC研究班の違い



本セミナーの目的

1. DPCの目的の正しい理解
 - 医療制度改革における位置づけ
 - 医療情報の標準化・透明化のツールとしてのDPC
 2. DPC関連データの活用方法の理解
 - 前提としての「正しい」データ作成
 - ICDとDPCコーディングの理解
 - 関連情報の病院マネジメントへの応用
 - 関連情報の医療の質管理への応用
- 主役は皆さんです。
 - せっかくの機会です。講師にたくさん質問して下さい。
 - 学んだことを「やり易いもの」からでいいですから、病院に帰って実践してみてください。
 - 実践しなければ、手法は身につけません。

DPC/PDPSコーディング (コーディングの課題)

国立病院機構九州医療センター
医療情報管理センター
実務統括管理者 阿南 誠
mako@qmed.hosp.go.jp

2016/03/19、鹿児島

1

◇Pros and Cons: 賛否両論も(厚生局、審査支払機関等から)

○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。

○事例を豊富に載せると、参考になる: 正誤それぞれのコーディングの具体例を。留意すべき具体例数を増やす。

○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。

×具体的なのはよいが、量が多く完読が大変。

◇おまけ: 正しい病名に対応した標準病名マスターがない、という指摘(役所も理解している)→28年度から修飾語の使い方を理解しなければならない。

●本日のお話の概要

DPCコーディングにかかる、傷病名選択とICDコーディングの現在の課題および、次回改定を前に、いただいた意見を紹介し、次回改定で予定されているコーディングテキストアップデートの課題を中心にします。

2

◆現在抱える悩ましい課題: 6に絞った

1) 原疾患主義によるもの

2) 「急性期」ではない患者の取り扱い

3) 変化がない、回復不可能な状態への対応

4) 過去の病歴が不明で診断に窮する場合(死亡時)

5) 結果的に無病の取り扱い

6) 処置後合併症の取り扱い

3

4

1) 原疾患主義によるもの

元々の疾患、基本となる疾患をもっているが、今回の入院では直接的にその治療を行わない場合。

◇ 典型例

① がん化学療法による好中球減少症(今回はがんへの治療はしない)→現状では〇〇がんとせざるを得ない。

② 肝臓癌で腹水貯留があり、今回は腹水処置のみを実施→現状では肝臓癌とせざるを得ない。

※この例では腹水貯留のRコードが使えないことも検討すべきである。その一方で、肺癌で胸水貯留がある場合は、Rコードではなく、Jコードに胸水貯留が存在する。

※30年度改定を目指してデータ収集を行う見込み。

5

3) 変化がない、回復不可能な状態への対応

症状固定に近い状態、積極的な治療がない場合等、医療資源の投入判断が困難なケースがある。

◇ 典型例

① かつての低出生体重児が成長した後、健常人と比較して呼吸機能に問題が残った場合→定期的な検査等のために入院(現在は特段の病気や体調不良があるわけではない)。

② 特段の疾病があるわけではないが加齢等で機能不全が表面化してくるもの(特段の治療歴があるわけではない)→心不全、呼吸不全としか選択しようがない場合→基本的に対症療法のみ等。

※心不全については一定の条件をつけてデータ収集等を行う見込み。

7

2) 「急性期」ではない患者の取り扱い

入院が長期に渡る患者がいた場合、医療資源の投入がフォーカス出来ないことがある。このような患者が主体となる、例えば、ケアミックス型、慢性型の病院の存在(ホスピスも含む)がDPC病院に参入以来の課題として残っている。

◇ 典型例

① ホスピスのように、事実上、原疾患(がん等)への治療が全く行われない場合、すべてがんとして扱うしかない→診療内容と傷病名との乖離がある。

② 長期になるためフォーカスを絞った積極的な治療をしないため、集中した医療資源の投入もなく傷病名を選択するのが困難である。

6

4) 過去の病歴が不明で診断に窮する場合(死亡時)

過去の病歴が不明な独居老人等での確な診断が困難な場合があるとの指摘→救急の非常に多い病院で増加しているという指摘あり。

◇ 典型例

① 救急車で来院後に入院するも、過去の病歴が不明で診断名不明確な状態で数日後に死亡。老衰、心不全、呼吸不全以外の選択は困難であった→無理に傷病名を選ばせると、結果的に不正確コーディング(アップコーディング)になる可能性がある。

※前述の2)、3)と同様な考え方も出来るのではないか。「急性期」ではない、「変化がない回復不可能な状態」、「フォーカスを絞れない」、そもそもDPCで対応すべきか、という議論。

8

5) 結果的に無病の取り扱い

現行の診療報酬請求ルールでは、結果的に無病もしくは基本的に発症していなくても保険診療が適用される。

◇典型例

①既に患部は切除したり、治療を行って正常な機能を取り戻したという場合で、過去の疾病に対する治療がない場合。

例えば、がん患者の定期検査、確認カテーテル検査等が該当する。この場合、がんが再発したり、心筋梗塞が再発したりという場合ではなく、その瞬間は無病という場合がある。

②不明熱で検査していたが検査中に症状が改善して最終的に診断がつかない場合がある。

◇さらに、今になって出てきた問題ではないが……

1) コーディングの問題(精度の問題)は、1998年11月からの日本版DRG(急性期入院医療の定額支払制度試行)から大きな課題であった(先輩諸外国でも同様)

2) 傷病名選択の定義がはっきりしていなかった

3) DPCを選択するためにはICDの知識や理解が必要

4) ICDの問題(曖昧さ等)に影響される

5) DPCとICDは同様に分類の一種ではあるが、用途や目的は異なる(1対1で対応しない等の問題がある)

※死因分類と臨床分類の違い

6) 処置後合併症の取り扱い

手術・処置等の合併症(180040)については、全くレベルの異なる分類がひとまとめにされていて、いわゆる「その他」、「ゴミ箱」的な扱いとなっているが(全体的に設定された診療点数は高額)、本来は処置後の合併症というよりも、再度の診療とすべき疾病が含まれるのではないかという指摘。

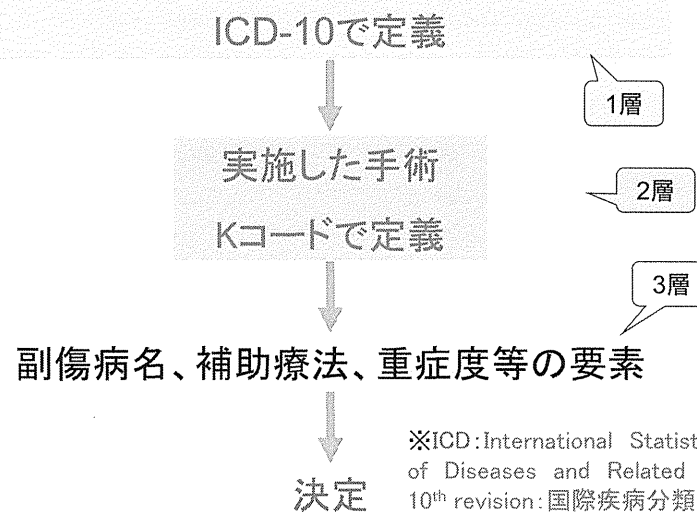
◇典型例

①IVH時のカテ先感染、CAPD、人工骨頭再置換、弁置換等のなかには、処置後に発生したというよりも、並行して存在した、もしくは単なる繰り返しというものもあるのではないか。

②また、本来、処置後の合併症については現在の分類にはあまりにレベル差がありすぎる疾患が含まれている。

◇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



※ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
10th revision: 国際疾病分類

◇傷病名は「考え方」だから、厄介な課題？

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、病院(new comerも)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……、

◇病名付与の留意点の一例

章	ICD10	分類	留意点
I	A 0 0 B 9 9	感染症及び寄生虫症	局所感染は除き、原因菌、病原体を記載（妊娠合併、周産期を除く）
II	C 0 0 D 4 8	新生物	良性、悪性の区別、部位、性状、上皮性、原発巣（転移の場合）、術後、治療後、単なる嚢腫は新生物ではないので注意
III	D 5 0 D 8 9	血液および造血器の疾患なら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	E 0 0 E 9 0	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	F 0 0 F 9 9	精神および行動の障害	詳細な型の記載（ICDの成書を参照すること）
VI	G 0 0 G 9 9	神経系の疾患	遺伝性、変性疾患、その他の障害、急性か後遺症かの区別
VII	H 0 0 H 5 9	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
VIII	H 6 0 H 9 5	耳および乳突突起の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
IX	I 0 0 I 9 9	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	J 0 0 J 9 9	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
XI	K 0 0 K 9 3	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	L 0 0 L 9 9	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	M 0 0 M 9 9	筋骨格系および結合組織の疾患	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

◇コーディングガイド(コーディングテキスト)に関して

※2012年4月25日、DPC評価分科会：当日の資料より(原文のまま)

1. 経緯

○ 診断群分類の選択については、一定のルールに基づいて主治医の医学的な判断でコーディングすることとされているが、コーディングに関する詳細な指針等はなく、平成24年4月25日DPC評価分科会において

- ・事例によっては不適切なコーディングが散見される
- ・コーディングの質が医療機関ごとに大きく差がある、といった指摘がなされたところ。

○ DPC評価分科会においてはこの指摘を踏まえ、DPC/PDPSコーディングに関するマニュアルをDPC研究班で作成してもらうこととした。

2. DPCコーディングマニュアルの今後の取扱いについて(案)

現在、DPCコーディングに関するマニュアル案の作成が進んでいるところであるが、当該マニュアル案は引き続きDPC評価分科会で内容の検討を行った上で、試行版を取りまとめ、DPC病院へ情報提供を行うこととしてはどうか。

ここから、留意点コードの議論があり、基礎調査(影響調査)のルールや定義を明確にするための説明書作りが始まり、さらにDPC/PDPS作成の議論が始まった。

◇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

17

◇コーディングガイド(テキスト)作成にあたって

※どのような議論があったか

1. ICD-10を基本とし、DPC分類とICD分類との目的の違いを踏まえて解説をすることとした。

※ICDのエキスパートである診療情報管理士以外にも理解が出来るように留意した→保険医用、診療情報管理士用、医事職員用等、利用者別に作れるか、という議論もあった→同期を取るのが大変なので不採用。

19

◇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

医療課迫井企画官資料@2012/07/15日本診療情報管理士会全国研修会から抜粋

18

2. 過去の研究班に提出されたデータの分析の過程で出現した十分な精度を持っていない例や不適切な例を示すことによって、実務者に理解しやすいように配慮した。

3. コーディングガイドの本文中、例示している個別のケースは、主に平成22年7月から10月までの研究班データ(2,170,720件)による。

※「DPC導入に伴うICDコーディングの問題点第10報:詳細不明、部位不明コード等から見るデータの質評価」:
日本診療情報管理学会学術大会2012

※現在、最新の研究班データも用いて検証中

20

◇作成の進捗

1. 2012年12月7日、平成24年度第6回分科会において、version 0.75を、本研究班の分担研究者でもある松田委員提出資料として公開した。

2. その後、研究班および研究協力者等との議論に基づき改善を図り、24年度報告書としてversion1.0を掲載した。

3. その後も分科会等の意見を踏まえて修正を図った。

1) 2013年4月3日：平成24年度特別調査(ヒアリング)：DPCコーディングに対して先進的な取り組みを行っていると言われる5病院の院長および実務者へのヒアリング、さらにコーディングガイドに対する意見聴取を実施。

2) 7月26日：特別調査のアンケート結果報告(コーディングガイドに対する意見を含めて)、コーディングガイドの取り扱いについて議論。

21

3) 9月に、3カ所(福岡、大阪、東京)で、診療情報管理士指導者認定者を中心に、約40名から意見を聴取。同時に、地方厚生局、審査支払機関からの意見も聴取。

4. 12月9日、正式に厚生労働省案として公開され、2014年4月、診療報酬改定とともに、コーディングテキストとして公開

5. 2015年4月、2014年度中に意見聴取した課題について、3カ所(福岡、大阪、東京)で、診療情報管理士約30名から意見を聴取。

6. 2015年11月、4月の議論を元にさらに課題を絞って、2カ所(新潟、福島)で、診療情報管理士約20名から意見を聴取。

7. 現在、新たな分類案に基づき留意点等作成中。

22

220

◇コーディングテキストへ：見直しの視点

1. コーディングガイドVer.1に対し、

- 1) 地方厚生局、審査支払機関に対する意見聴取
- 2) 診療情報管理士指導者を中心とした、日本診療情報管理士会会員約40名の実務者からの意見聴取を行い、内容を見直すこととした。

2. DPCコーディングツールへの実装を目的として、6桁分類による留意点を日本診療情報管理士会のDPCWGで作成した。

※当初「コーディングガイド」としていたが、病院の委員会における学習参考書という側面もあり、「コーディングテキスト」と名称変更。

23

◇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、咯血、出血、等の頻用……

24

◇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	

25

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)			

26

221

◇今後の改定で議論すべき事(順不同)

1. 前述したように、原疾患を主とする考えについては、条件を付けて見直す方法はないか
 - 1) 術後の合併症
 - 2) 疾患の関連性の定義: 例えば、完全に限定された診療行為が行われたか否か等
2. Rコードの制限についての見直しを考えるべきか
3. 留意点コードについての見直し
4. 分類改定にあたり、適切なICDコードが定義されているか
5. 「原則」、「望ましい」と表現しているところを、確定表現にすることの可否

27

6. 同一分野のICDに包含されるが、治療内容が異なる場合の対応→肝硬変をBコード(感染症)で分類せざるを得ない現状の改善...死因統計との解釈の相違があってもよい(?!)

7. 症状固定した状態で、明確な原疾患が存在しない場合の分類→ある意味、障がいが残った状態の評価

8. 姑息的な治療等しか行わず、原疾患に対する治療がない場合の分類→腹水貯留、ホスピスの取り扱い

9. Zコードを併せて用いることで問題解決するものがあるのではないか

※Rコード、Zコードについては次回改定に向けて継続検討。

28

◇改定に向けて、より具体的な要望意見

1. 未コード化傷病名が評価されるので、標準病名マスターの整備をお願いしたい。
2. 影響調査説明書との齟齬があるので修正して欲しい。
3. DPCコーディングツール等への組み込みがあるとありがたい→業界団体(JAHIS)へ申し入れのつもり。等

★さらに、次次期の改定に向けては、
→ICD-10(2013年版への対応)、その先のICD-11への対応が検討される。

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等	連番	ペイロード番号	項目必須条件	項目名	内容(入力様式等)	
A006030					2	○	ICD10コード	医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10
					3	※F	病名付加コード	入力要領を参照
					4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
					5	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					6	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					7	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					8	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
					9	○	医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名

修飾語を追加するとICDが変わる可能性があるということを常に理解しておきたい。

◇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

◇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

修飾語で帳尻をあわせるとICDが変わる!

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

◇よく誤解されていること

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) 傷病名を選ぶと「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

33

◇よりよいものへ: 立場、視点の違いを乗り越えて

1. 現場では種々の状況があり、判断が難しい場合があるが、最終的には医師の診断を尊重する前提がある
2. その一方、明らかに恣意的にコーディングしているケースがあるのではないか(今後は質を厳しく問われる)
3. より高い方を選ぶ傾向がある→安い方なら問題はない?
4. 原疾患主義→ケースバイケース
※悩ましい課題で前述したように重点項目?
5. WGによる議論が開始された……ターゲットは?、審査側?、医療側?、患者側?→DPCの目的の1つに医療の透明化があるが、そのように考えると、根拠があり説明がつくか、それが大切ではないか
6. 30年度改定を目指して影響調査でのデータ収集を予定。

35

◆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。

34

◇おまけ: 予想される、ICD-10(2013年版)等のロードマップ

- 1) 2015年1月:総務省告示(2月13日官報掲載)
- 2) 2015年第一四半期:ICD書籍刊行の予定であったらしいが
…この春?(1巻、2巻)、3巻は年末までに。
- 3) 2016年1月:国に定める統計にICD-10(2013年版)使用開始予定
※ICD-O3(2012年版)使用開始:2013年1月、全国がん登録法制化
- 4) 2018年4月(平成30年度)以降:DPC定義で使用開始?

★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、2018年に完成予定・承認とされているが?

※β版が公開されている。

※フィールドテスト実施のために日本語化等を行い、フィールドテストが行われている(1月から)

★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施行

※不確定なこともありますので、詳細は適宜ご確認ください。

36



東北大学



病院指標とDPCコーディング 【適正なDPCコーディングへ向けて】

東北大学 大学院医学系研究科
公共健康医学講座 医療管理学分野
藤森 研司

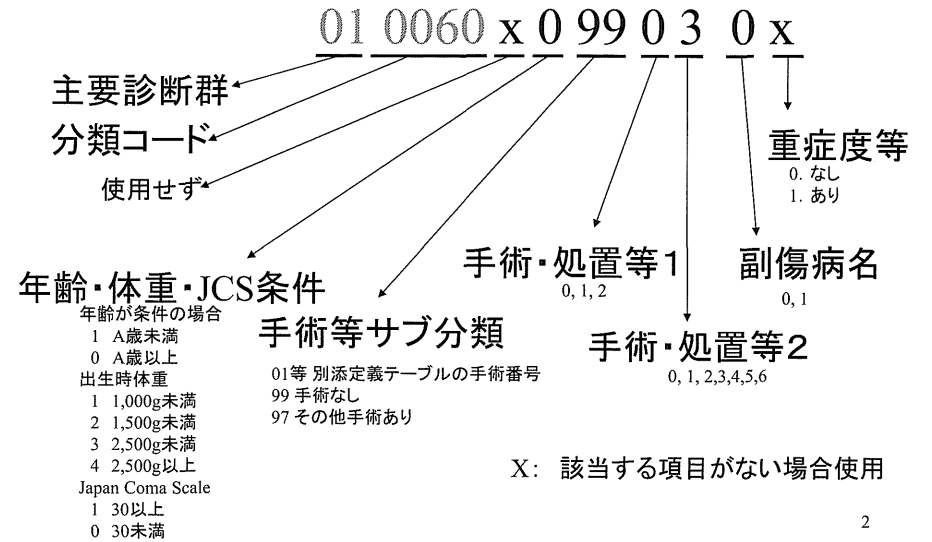
2016年03月05日 伏見班セミナー in 広島

225

二つの論点

- ① 最も医療資源を投入した傷病名をどう決定するか
 - ・ そもそも医療資源とは何なのか？
- ② 医療資源病名が決まったうえで、DPC14桁コードが正しいか？
 - ・ コード決定に技術的なエラーがないか？

診断群分類コード (version 3*) の構成



平成26年度 第7回DPC評価分科会

手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについてのヒアリング

- ・ 実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号の乖離率(相違率)が高い理由を把握する。
- ・ ミスコーディングが多い理由を把握した上で、今後、医療機関でのコーディングルールの遵守を求める。

論点

- どのような手順で診断群分類番号の決定・確認を行っているのか。
- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度、メンバー構成(職種別)、各メンバーの参加頻度はどの程度か。
- どういった理由で乖離率(相違率)が高くなったと考えられるのか。等

5

全国集計値

※平成25年4月～平成26年3月までのデータ

病院類型	乖離率(相違率)の平均	不一致のものうち、収益がプラスになったものの割合の平均
DPC対象病院	0.66%	49.9%

6

診断群分類番号の乖離率(相違率)の高い医療機関

通番	医療機関名	乖離率(相違率)	不一致のものうち、収益がプラスになったものの割合
5	〇〇病院	3.7%	98.8%
6	△△病院	2.7%	84.5%

診断群分類番号の乖離率(相違率)の低い医療機関

通番	医療機関名	乖離率(相違率)
7	稲城市立病院	0.02%

7

乖離率(相違率)の高い医療機関(抜粋)

- 目視による検証のため、見落としてしまうケースや大きな誤りの修正が優先されてしまうケースもある。
- 紙伝票でオーダーされた抗がん剤については算定担当しか把握しておらず、コーディングに反映されていない例があった。
- 手術中に利用した抗がん剤は化学療法として取り扱わない等DPC特有の注意点を周知していなかった。
- 複数手術があった場合の選択方法が、樹形図のより下部のコードを選択するというルールが徹底されていなかった。

8