

本日のお話

コーディングテキスト改定と ICD-10 (2013年版)改定への対応

川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部
医療情報学科 阿南 誠

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

1

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

2

1. コーディングテキスト改定に向けて ◇改定に向けての方針

- 1) DPC制度そのものは、安定期に入っている→制度を根底から見直すという状況にない
- 2) コーディングテキストについては、過去の調査によって、支払い側、医療側とのバランス(妥協)の上存在する→双方ともよりどころとなっている
- 3) その一方で
 - (1) 病院側の理解は十分とはいえない
 - (2) アップコーディングがないとはいえない
 - (3) コーディングテキストがDPC選択のバイブルでもあり、システム導入にも影響を及ぼしている
 - (4) ICD-10の2013年版への改定はそれなりに大きな影響があるので対応をしなければならぬ

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

3

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

4

1. コーディングテキスト改定に向けて
2. データ精度に対する議論
3. ICD-10 (2013年版) 改定にかかるコーディングテキストの議論

◇以上をふまえて、以下のような対応とした

- 1) ICD-10 (2013年版) 改定による影響を確認した
 - (1) 2003年版からの変更を確認→変換テーブルを作成(その成果は特別調査へ反映した)
 - (2) 2013年版への改定が従来のコーディングテキストに与える影響を確認し変更を加えた
- 2) 変更とならない部分についても、用語、表現方法等の統一や見直し
- 3) 診療報酬改定の影響等、制度の変更に伴う部分の見直し(DPC評価分科会で詳細不明病名や未コード化傷病名の議論へも配慮した)
- 4) 影響調査資料と重複している部分については統一(削除)

◇ICDの改定に伴う（関連した）DPCの分類改定は概ね以下に集約される。

- 1) 移動や追加
 - 2) 削除→他の分類に含まれる
- ※これらはICDの改定がなくても発生し得る
- 3) 2013年版への移行に伴い、追加、削除、移動、意味の変更がありそれによって分類も変動する。

2) 例：褥瘡潰瘍

平成28年度改定 → 平成30年度改定
 ○080250褥瘡潰瘍 (L89) → ●080250褥瘡潰瘍 (L89\$)

L89	じょくく褥>瘡性潰瘍及び圧迫領域
L89. 0	ステージIじょくく褥>瘡性潰瘍及び圧迫領域
L89. 1	ステージIIじょくく褥>瘡性潰瘍
L89. 2	ステージIIIじょくく褥>瘡性潰瘍
L89. 3	ステージIVじょくく褥>瘡性潰瘍
L89. 9	じょくく褥>瘡性潰瘍及び圧迫領域、詳細不明

※本来はステージ別になるべき？

◇例えば、2013年版移行で次のような分類改定があった。

- 1) 例：痔核（詳細は後述）
 平成28年度改定 → 平成30年度改定
 ○060240外痔核
 ○060245内痔核

●060241痔核：全て (K64\$)

K64	痔核及び肛門周囲静脈血栓症
K64. 0	第1度痔核
K64. 1	第2度痔核
K64. 2	第3度痔核
K64. 3	第4度痔核
K64. 4	痔核性遺残皮膚突起
K64. 5	肛門周囲静脈血栓症
K64. 8	その他の明示された痔核
K64. 9	痔核、詳細不明

※本来はステージ別になるべき？

2. データ精度に対する議論

※日本版DRGの時代からの課題

◇傷病名は「考え方」だから、厄介な課題である

- 1) 平成8年度の中医協の議論を経て、平成10年11月、国立病院等10病院を対象に、入院医療の定額支払い方式の試行（日本版DRG試行）開始
- 2) 基礎調査として、様式1、様式2（後にE、Fファイル）等を収集
- 3) 試行開始前からデータ精度に対する議論があった

提出データベースの精度という課題

- 1) 当時の国立等10病院のうち、診療情報管理士を配置し組織があるのは、3病院のみであった
- 2) 制度の試行にあたっては、データ精度を確保するために、試行病院に対する勉強会等を実施したが、「事実」の定義は改善が容易、「考え方」の定義は困難であった

※「事実」：日時、救急の有無、手術の有無等

※「考え方」：傷病名

→理解や意識を統一するのは大変（本来は「診療記録」がその根拠）だが・・・

※この問題に対して、対策が早急に議論された

→担当官の病院行脚、精度改善のインセンティブにするための施策（後の診療録管理体制加算）

厚生労働省の対応

- 1) 当時の厚生省の担当者は、各試行病院を行脚し、診療記録の記載や傷病名、ICDコーディング等について、改善を依頼した
- 2) さらに、コーディングについては、試行病院(現在という対象病院)、および国立以外のデータ提出病院(現在という準備病院)を集めて説明会、セミナーを実施した
- 3) これらに用いるために、正しいコーディングを行うための資料を作成した(後述) →現在の、影響調査説明書、コーディングテキスト等
- 4) 同時期に問題になっていたカルテ開示が進まない件も踏まえて、「診療録管理体制加算」を誕生させた

<参考> 当時作成した資料の一部

当時打たれた対策の一つ

研究報告書

平成12年3月31日

社団法人病院管理研究協会
会長 小西 宏 殿

フリガナ:アナン モト

研究者 氏名:阿南 誠

(所属施設:国立病院九州医療センター)

平成11年度厚生省社会保険基礎調査委託費(急性期入院医療の定額支払いに関する調査研究事業)に係る研究事業を完了したので、次のとおり報告する。

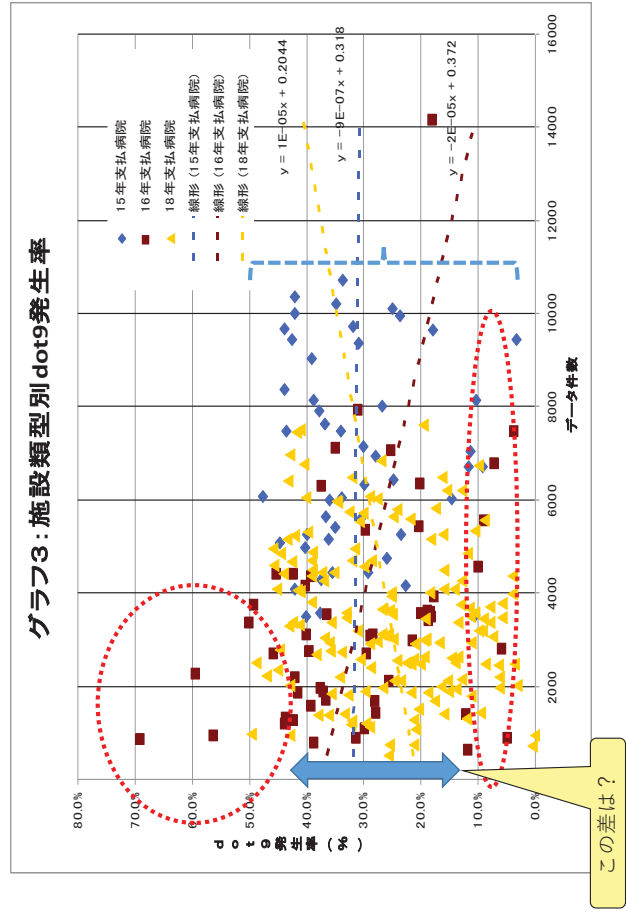
研究課題名:急性期入院医療の定額支払い
試行にかかるコーディングガイドの開発

章	ICD9	ICD10	分類	留意点
I	001-139	A00-B99	感染症及び寄生虫症	間所帯的を除き(原因菌、病原体を記載(結核、真菌類を除く) (転移の場合)、術後、治療後を記載、単なる菌 圃は新生物ではないので注意
II	140-239	C00-D48	新生物	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
III	240-279	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫障害	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
IV	280-289	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	290-319	F00-F99	精神および行動の障害	詳細な型の記載(ICDの章を参照すること) 気分症、気分性、その他を記載、急性が後遺症 かの区別
VI	320-389	G00-G99	神経系および感覚器の疾患	左右、両側を明示
VII	400-459	H00-H99	眼および付属器の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
VIII	500-599	I00-I99	循環器系の疾患	リウマチ性、高血圧性、急性、亜急性、慢性の 明示
IX	600-699	J00-J99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載、詳細な部位の 記載
X	700-799	K00-K99	消化器系の疾患	前回の記載、悪性の場合には原因菌、菌叢の記 載
XI	800-899	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	悪性の場合には原因菌、菌叢の記載
XII	900-999	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	急性、慢性の区別、神経障害の病名、新生物と区 別の区別
XIII	000-099	N00-N99	悪性腫瘍の疾患	転移が起る場合はその記載
XIV	100-199	O00-O99	妊娠、分娩および産後	経産数、分娩方法の記載、自然分娩以外は原因 疾患の記載
XV	200-299	P00-P99	産前産後に発生した疾患	産前産後の両側のうち先立異常を除くものが該当
XVI	300-399	Q00-Q99	先天畸形、変形および染色体異常	先天性の記載
XVII	400-499	R00-R99	症状、徴候および診断名不明の原因	症状、徴候および異常臨床所見、真 実原因不明で他に分類されないもの を記載、中毒およびその他の外因の影 響
XVIII	500-599	S00-S99	損傷および中毒	損傷および中毒の区別、原因の記載、原因 の区別、骨折の場合は開放性、閉鎖性の区別、ま た、処置手術に起因する場合はその旨を明記する
XIX	600-699	T00-T99	手術および処置の補助	手術および処置の区別、原因の記載、原因 の区別、骨折の場合は開放性、閉鎖性の区別、ま た、処置手術に起因する場合はその旨を明記する
XX	700-799	V00-V99	傷病および中毒の外因の補助	傷病および中毒の区別、原因の記載、原因 の区別、骨折の場合は開放性、閉鎖性の区別、ま た、処置手術に起因する場合はその旨を明記する
XXI	800-899	Z00-Z99	保健サービス	保健サービス
XXII	900-999	A00-A99	原因不明の疾患	原因不明の疾患

表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類(疾患名)	汎用疾患名の例	留意点
A04.A	008	その他の病原体による腸感染	ぶどう球菌性腸炎	原因菌(大腸菌、アリゾナ菌、アデノウイルス等)の記載、感染性が非感染性かの記載
A09	009	診断名不明確な腸感染	感染性大腸炎	原因菌の記載
A15	011	肺結核	肺結核	検査方法の記載、陈旧性か否かの記載
B02	063	帯状疱疹	帯状疱疹、ラムゼイ・ハント症候群	多発、単神経、合併症の記載
B00	064	単細胞疹	単細胞疹による角結膜炎	多発、単神経、合併症の記載
***	070	ウイルス性肝炎	慢性C型ウイルス性肝炎	激症、慢性、急性、型の区別の記載
B15	***	急性A型肝炎		
B16	***	急性B型肝炎		
B17	***	その他のウイルス肝炎	急性C型肝炎、急性E型肝炎	
B18	***	慢性ウイルス肝炎	慢性B型肝炎	
B19	***	詳細不明のウイルス肝炎		

平成19年11月2日、DPC評価分科会：施設類型別の「9」発生率

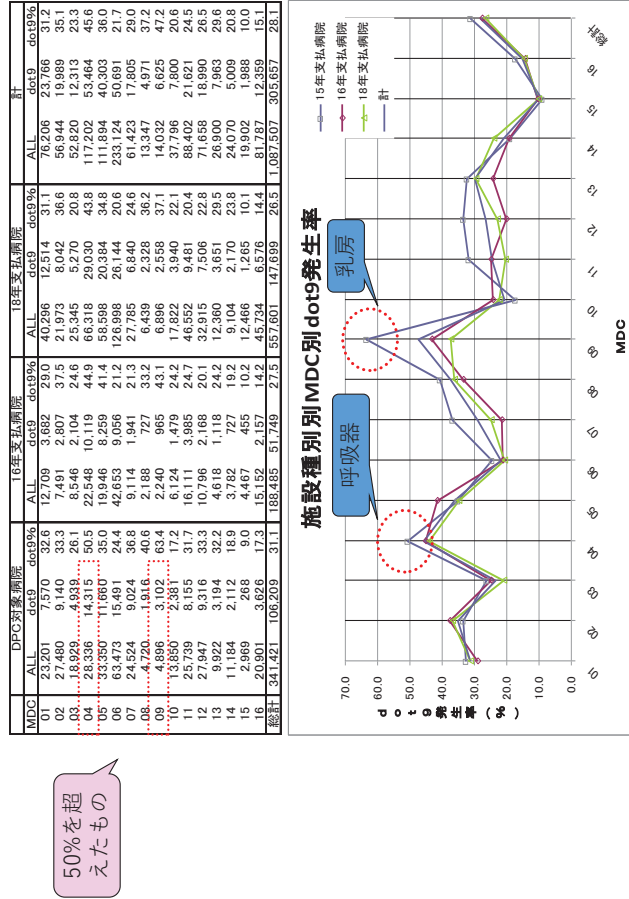


◇DPCの導入と精度

- 1) 2003年(平成15年度)よりDPC導入
- 2) 2007年(平成19年度)にICDコーディングの精度問題がDPC研究班(当時の松田班)から初めて報告された

このことが、平成20年度の委員会設置義務付けに繋がった。

平成19年11月2日、DPC評価分科会：施設類型別のMDC別「9」発生率



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

このような違いが発生した要因は、

- (1) オーダーエントリーシステムで医師が入力すること
とが主体
- (2) そのデータにチェックの目が入らない
- (3) データの制度を担保する組織なりシステムが存在
しない

であろうと推察された。

★その理由は、大学病院で顕著にその傾向がみられたこと
とから、当時、オーダーエントリーシステムを導入し医
師による入力が一般的で、その影響と推察。

※さらに傷病名マスターへの理解が十分ではないことも。

この「問題」発生については2013年版改定でも同様。

平成30年度改定を前に、「9」、「未コード化傷病名」

の議論：DPC評価分科会での提案<以下の議論は抜粋>

1. 平成29年7月19日、平成29年8月4日、平成29年9月
29日の3回の分科会において、機能係数2（保険診
療係数）についての議論

2. 平成29年10月25日の機能係数2の議論（診療報酬
改定に係るその他の課題）について

◇この議論のまとめ（30年度改定に反映）

1. 部位不明・詳細不明コードの使用割合については、基準
値を 10%以上に見直しはどうか
2. 未コード化傷病名の割合については、基準を2%として
はどうか

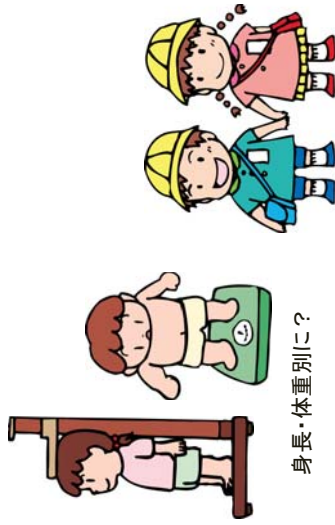
※従来、乳幼児対象の疾患で詳細不明が多いこと、専門的領
域については、どうしても標準病名マスターがカバーしき
れないという指摘があった。

◇誤りの発生要因：ICDとDPCの出自の違い

※今更の話ではあるもの・・・、

★ICDもDPCも分類(グループ分けする)方法の仲間

→ICD分類とDPC分類は患者を分類するという意味では仲間であるが、元々必要な理由や目的も発想も異なる。その理解が必要である。



身長・体重別に?

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPC男女別にて?

21

◇DPC分類

- 1) DPCは、臨床現場の経験から開発された分類である。
- 2) 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）の組み合わせが基本構造で有り、それゆえ臨床現場の親和性は問題ないはずである。
- 3) 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である。
- 4) 診療内容、E、Fファイル等との整合性が必須。
※ICDは詳細なルールで必ずしも診療行為との整合性が求められない場合がある。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

23

◇ICD分類

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目的ではない

2) コーダー（第三者）が分類をするという前提。したがって、必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない(世界基準)。

※コーダー→我が国では厚生労働省がそれにあたる（近い）

※それ故、臨床家の感覚との乖離は以前から指摘されていた

3) 構造上の問題がある

※各分類を異なる者（国）が開発しており、対象は地球規模であり、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。国によって医療レベルも異なる。さらに恣意的な操作(ウイルス性肝硬変等)もある→2013年版改定で改善された（元に戻った）。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

22

◇ある研修会でいただいた質問

- Q. うちの先生の書く病名でICDをつけるのとみんな「.9」になります。なぜ、そのままではいけないのでしょうか？
- A. 通常、0から8までが詳細な部位等になっています。その部位ごとに医療資源の投入量が異なるという指摘があった場合、その部位を明確にして「分類を分ける」必要があります。もし、全部「.9」にしてしまったら、分離ができません。つまり、それはゴミ箱に入れたことと一緒になります。そもそも、「.9」は書類上の「審査」をしようにもそれ以上(前述の例なら部位)の情報が無いから(明示されないから：unspecified)しかたなく放り込むゴミ箱のようなものです。したがって、患者を前に治療の結果として選択するならば、通常はありえないでしょう。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

24

◇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（2013年版）準拠161頁

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

25

◇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」→もっと情報が必要である

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
：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

「修飾語（部位、病勢等）」+「傷病名」で構成された傷病名はICDが適切でなくなる場合がある。

例：良性、悪性、急性、慢性等

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

27

◇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、別々に記載するべきである。

その他の病態とは、

1) 保健ケアのエピソードの間に並存し

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（2013年版）準拠161頁

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

26

◇不適切コーディングが発生する要因→情報不足

→診療記録が不十分、その理解不足、確認不足に集約される。

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傷病名や分類がみられる。

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

→ICDの構造を理解していないと標準病名の理解も出来ない。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

28

◇標準病名マスター：標準病名の理解（うまく使うために）

- 1) 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で初めて、日本語傷病名を構成する構造である→『unspecificなコード』、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（本来は明示されていないという意味）。
- 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) のとおり傷病名に無理矢理つけるとこれになる、というものもある、という意識が必要。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

29

◇標準病名で病名を構成した例（不適当な例）

- 2) 慢性、急性等の区別
 - ・ C型肝炎 (B18.2) → 「急性」 + C型肝炎 → 本当は、C型肝炎急性 (B17.1)
 - ・ C型肝炎 (B18.2) → 「慢性」 + C型肝炎 → 本当は、C型肝炎慢性 (B18.2) ※この条件では間違いにはならない
- <ICD-10>
- B17 その他の急性ウイルス性肝炎
 - ・ B17.1 急性C型肝炎
 - B18 慢性ウイルス性肝炎
 - ・ B18.2 慢性C型肝炎ウイルス性肝炎

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

31

◇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
 - ・ 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
 - <ICD-10>
 - D37 口腔及び消化器の性状不詳又は不明の新生物<腫瘍>
 - ・ D37.1 胃
 - C16 胃の悪性新生物<腫瘍>
 - ・ C16.9 胃、部位不明

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

30

◇標準病名で病名を構成した例（不適当な例）

- 3) 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

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

32

○ C16 胃の悪性新生物<腫瘍>

- ・ C16.0 噴門
- ・ C16.1 胃底部
- ・ C16.2 胃体部
- ・ C16.3 幽門前庭
- ・ C16.4 幽門
- ・ C16.5 胃小弯、部位不明
胃小弯、C16.1 - C16.4 に分類されないもの
- ・ C16.6 胃大弯、部位不明
胃大弯、C16.0 - C16.4 に分類されないもの
- ・ C16.8 胃の境界部病巣
- ・ C16.9 胃、部位不明

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

33

◇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

※前述のとおり、未コード化傷病名が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、ワープロ入力している

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

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

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。

※前述のとおり、未コード化傷病名の評価は厳しくなるので、該当する傷病名がない場合はそれなりに慎重な対応が必要である。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

34

3. ICD-10 (2013年版) 改定にかかる (関連し

た) コーディングテキストの議論

- 1) 平成30年度DPCの診療報酬改定では、傷病名を定義するICD分類も2013年版へ移行。
 - 2) 先だって、DPC病院では影響調査データの中で、必要に応じた2013年版への置き換えが特別調査として実施されている。
- 3) ここでは、平成30年度DPCの改定で対応するための課題について述べる→コーディングテキスト改定作業でもこれが中心となった。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

36

※影響調査データを病院に返却して作業を行う必要が出てきた。その対応については、

- 1) 厚生労働省からアウンスされた改正事項（削除、新規、名称の変更等）について現行の2003年版に変更を加えて正しく2013年版を構成できるかを確認した上で**変換テーブル**を作成した。
- 2) その作成過程で、課題を把握し、平成28年度診療報酬改定現在の定義テーブル等を確認することにより発生する影響を確認した。
- 3) 研究成果については「研究班セミナー」等で一般公開している。

◇移動しただけではなく定義が全く異なる例：自動置き換えは無理

184	痔核	K64	痔核及び肛門周囲静脈血栓症
184.0	血栓性内痔核	K64.0	第1度痔核
184.1	その他の合併症を伴う内痔核	K64.1	第2度痔核
184.2	合併症を伴わない内痔核	K64.2	第3度痔核
184.3	血栓性外痔核	K64.3	第4度痔核
184.4	その他の合併症を伴う外痔核	K64.4	痔核性遺残皮膚突起
184.5	合併症を伴わない外痔核	K64.5	肛門周囲静脈血栓症
184.6	残遺痔核皮膚弁	K64.8	その他の明示された痔核
184.7	詳細不明の血栓性痔核	K64.9	痔核・詳細不明
184.8	その他の合併症を伴う詳細不明の痔核		
184.9	合併症を伴わない痔核、詳細不明		

IからKへ

※内痔核、外痔核という区別がエネジ別に変わる

表3 追加コードと名称が含まれる分類コード（分枝）

コード	追加コードと名称が含まれる分類コード（分枝）	追加分類に含まれる分類名（2013年版）	追加分類に含まれる分類名（2003年版）	追加分類に含まれる分類名（2013年版）	追加分類に含まれる分類名（2003年版）
000	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
001	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
002	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
003	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
004	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
005	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
006	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
007	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
008	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
009	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
010	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
011	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
012	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
013	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
014	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
015	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
016	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
017	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
018	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
019	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
020	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
021	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
022	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
023	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
024	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
025	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
026	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
027	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
028	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
029	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
030	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
031	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
032	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
033	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
034	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
035	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
036	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
037	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
038	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
039	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
040	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
041	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
042	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
043	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
044	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
045	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
046	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
047	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
048	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
049	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
050	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
051	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
052	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
053	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
054	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
055	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
056	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
057	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
058	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
059	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
060	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
061	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
062	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
063	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
064	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
065	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
066	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
067	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
068	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
069	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
070	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
071	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
072	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
073	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
074	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
075	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
076	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
077	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
078	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
079	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
080	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
081	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
082	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
083	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
084	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
085	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
086	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
087	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
088	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
089	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
090	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
091	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
092	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
093	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
094	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
095	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
096	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
097	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
098	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
099	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核
100	原因不明の痔核	痔核	痔核	痔核	痔核

厚生労働省発表事項

2003年版に変更を加えて2013年版になるか、確認

現行の分類の定義

- 060240 外痔核 <ICD>
- 1843 血栓性外痔核
- 1844 その他の合併症を伴う外痔核
- 1845 合併症を伴わない外痔核
- 1846 残遺痔核皮膚弁
- 1847 詳細不明の血栓性痔核

- 060245 内痔核 <ICD>
- 1840 血栓性内痔核
- 1841 その他の合併症を伴う内痔核
- 1842 合併症を伴わない内痔核
- 1848 その他の合併症を伴う詳細不明の痔核
- 1849 合併症を伴わない痔核、詳細不明
- K625 肛門および直腸の出血

困ったことに、平成28年度までのDPC分類は内痔核、外痔核は別分類である。ICDも別分類だから当然に。※大変「取まり」がよい

◇もし、標準病名マスターで自動置き換えをしてみたら？

- 1) 血栓性内痔核 (I840: 血栓性内痔核) → **K648**: その他の明示された痔核
- 2) 炎症性内痔核 (I841: その他の合併症を伴う内痔核) → **K648**: その他の明示された痔核
- 3) 内痔核 (I842: 合併症を伴わない内痔核) → **K649**: 痔核, 詳細不明
- 4) 血栓性外痔核 (I843: 血栓性外痔核) → **K645**: 肛門周囲静脈血栓症
- 5) 炎症性外痔核 (I844: 炎症性外痔核) → **K648**: その他の明示された痔核
- 6) 外痔核 (I845: 合併症を伴わない外痔核) → **K649**: 痔核, 詳細不明
- 7) 肛門皮垂 (I846: 残遺痔核皮膚弁) → **K644**: 痔核性遺残皮膚突起
- 8) 血栓性痔核 (I847: 詳細不明の血栓性痔核) → **K645**: 肛門周囲静脈血栓症
- 9) 出血性痔核 (I848: その他の合併症を伴う詳細不明の痔核) → **K649**: 痔核, 詳細不明
- 10) 痔核 (I849: 合併症を伴わない痔核, 詳細不明) → **K649**: 痔核, 詳細不明

※つまり自動置き換えをやると、K640からK643までは出現しない! (想定されていないのだから当然)

K64	痔核及び肛門周囲静脈血栓症
K64.0	第1度痔核
K64.1	第2度痔核
K64.2	第3度痔核
K64.3	第4度痔核
K64.4	痔核性遺残皮膚突起
K64.5	肛門周囲静脈血栓症
K64.8	その他の明示された痔核
K64.9	痔核, 詳細不明

「自動置き換え」では出てこない



※ICD (2013年版) では現行のDPC分類(内痔核、外痔核の区別あり)を維持できない→おそらく、新たな評価が検討されるであろうが、少なくとも、今後の精緻化の議論のためには、**K64.9のデータ**が多数派とならないようにしなければならぬ。

◇コーディングテキストの事例から

060241 痔核	肛門からの出血があった場合。	いわゆる切れ痔は裂肛 (K600~K602) の範疇にあたり、本分類には含まれない。痔核からの出血 (K64\$) は内痔核、外痔核にかかわらず、本分類となる。ステージによる分類が採用されている分類もあり、単に出血性の痔核(K649)とした場合は、不適切なコードになるので注意が必要である。
-----------	----------------	---

◇3桁分類であったものが4桁に(詳細化されたもの)

2003年版
K85 急性膵炎
↓
詳細化

2013年版

K85	急性膵炎
K85. 0	特発性急性膵炎
K85. 1	胆石性急性膵炎
K85. 2	アルコール性急性膵炎
K85. 3	薬物性急性膵炎
K85. 8	その他の急性膵炎
K85. 9	急性膵炎, 詳細不明

※単純に自動置き換えしてしまうと、K85.9になってしま

◇標準病名マスター(2013年対応版)で自動置き換えすると……

ERCP後膵炎	K85	K858
アルコール性急性膵炎	K85	K852
ステロイド誘発性膵炎	K85	K853
亜急性膵炎	K85	K859
化膿性膵炎	K85	K859
壊死性膵炎	K85	K859
感染性膵壊死	K85	K858
急性出血壊死性膵炎	K85	K859
急性膵炎	K85	K859
急性膵壊死	K85	K859
限局性膵炎	K85	K859
再発性急性膵炎	K85	K859
重症急性膵炎	K85	K859
術後膵炎	K85	K858
胆石性膵炎	K85	K851
特発性急性膵炎	K85	K850
浮腫性膵炎	K85	K859
慢性膵炎急性増悪	K85	K859
薬剤性膵炎	K85	K853
膵炎	K85	K859
膵膿瘍	K85	K859

自動置き換えをするとほとんどが「.9」になってしまふ。

◇ルールの変更

★ウイルス性肝硬変が、Bコード（感染症）からBコードと
KコードのWコーディングを行うこととされ、適切な
 コーディングがされるように改善された。

- (1) 平成28年12月2日の第19回社会保障審議会統計分科
 会疾病、傷害及び死因分類専門委員会において、
 ICD-10（2013年版）提要の修正（案）として、B
 型肝硬変、C型肝硬変のコードをB18.-にK74.6*を
 追加として、ダブルコーディングのルールを適用さ
 れることとされた。

◇急性膵炎の例

診断群分類		医療資源を最も投入した病名	
MD	コード	分類名	ICDコード
06	0350	急性膵炎	B263
		膵炎性膵炎	K859
		急性膵炎	K859
		膵炎性膵炎	K859
		他に分類される疾患における膵の障害	K871

(2) この問題は、ICD-10の2003年版に改定されていた時

から。従来は肝硬変と整理されていたウイルス性の肝
 硬変が感染症としてコードされるよう索引を恣意的に
 変更して以来の課題への対応。

※内容例示表は変更せずに索引で誘導した。

(3) 膵炎と肝硬変とでは治療内容も異なることもあり、改
 善が求められていたがそれに応えた形となっている。

(4) すなわち、2003年版では感染症としての取り扱いであったが、死亡統計など原因をコーディングする際は、従来どおり B18.-のコードを使用する。その他、症状発現の統計を取ることが適当と考えられる場合は、K74.6をコードすることが可能とされた。

(5) したがって、該当する場合は、感染症としての治療をしたのか、肝硬変としての治療をしたのかで適切な分類が可能となっている。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

49

3) 病院のデータ「確認」については、慎重かつ適切に行い、精度の高いデータが必要で、担当者においては改定への十分な理解が必要である。

→今まで述べて来たことを総合すると、例えば標準病名マスターに2013年版コードがあっても、そのまま「9」コードへの置き換えでは不適切である。

※ICDの構造を理解した上で、診療記録に基づき、新しい定義や分類分野で再コーディングする必要がある。または、古い傷病名は再確認する必要がある。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

51

2013年版への移行のまとめ

1) 新たな分類が必要となった分野は適切かつ精度の高いコーディングが必要である。
※自動的に置き換えるとその多くは「9」となってしまう、新たな分類開発に支障を来す。

2) 今後、分類検討班で改定案が検討されることになるが、たとえば、一例として痔核については大きな変更もあるかもしれない。

※分類開発や妥当性の検証等、適切な評価を与えるためには高い精度のデータが必須であるため、前述のように新しい定義を理解した上で機械的ではなくしくコードを選び直す必要がある。

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

50

ご静聴ありがとうございました。

前述の「変換表」は資料として紹介出来ないで、もし、希望される方は以下のアドレスに、タイトルを「**★DPCセミナー**—2013年版ICD資料」としてメールしてください。

インターネットディスクにあげてダウンロード出来るようにします。

mako@mw.kawasaki-m.ac.jp

2018/08/20

産業医科大学伏見班DPCセミナー

52



東北大学



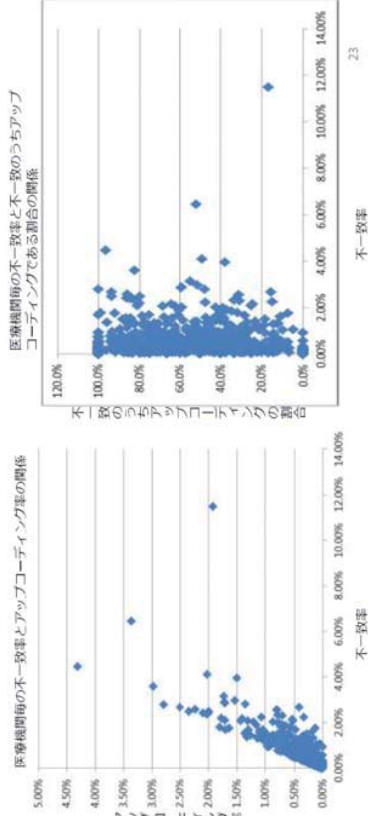
適切なコーディングと 病院情報の公開について

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

2019年1月26日 伏見班セミナー in 別府

アップコーディングに関する分析

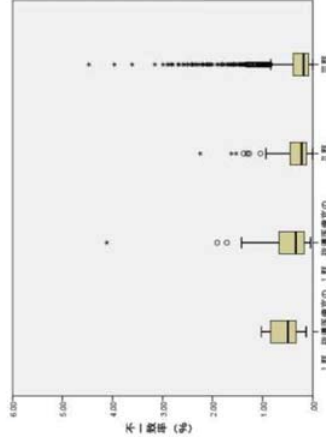
- ・H28年度のDPCデータにおける、コーディングのアップコーディング率の関係、不一致率と不一致率のうちアップコーディングである割合の関係を示した。
- ・アップコーディングとは、実際に選択された診断群分類番号と、構式1およびFFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号が異なり、実際のコーディングが高得点となるものと定義。
- ・不一致の割合が高い医療機関がアップコーディングが多い傾向が高いというわけではない。
- ・不一致のうち、100%がアップコーディングであった病院は173あった。



H29.8.4 DPC評価分科会

医療機関種別毎のコーディング不一致率

- ・H27・H28において指導医療機関の派遣実績のあるI群、II群、その他I群、II群、血群について、当該医療機関の症例のうち、H28年度1年間のDPCデータについて、コーディング不一致の症例数の分布
- ・コーディング不一致とは、実際に選択された診断群分類番号と、構式1およびFF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が異なっているものと定義。
- ・血群については、6%を超える医療機関が2あるが、図の視認性の観点から削除。



	H27	H28	H29
派遣人数	3	5	7

医療機関群	最大値	中央値
I群 (派遣あり)	1.03%	0.50%
I群 (派遣無し)	4.11%	0.34%
II群	2.25%	0.22%
血群	11.50%	0.18%
全医療機関	11.50%	0.19%

※血群において、不一致率が6%以上となる2医療機関については表示していない

H29.8.4 DPC評価分科会

病院情報の公表

- ・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

数値の公開そのものより、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。

H30年度の指標

- ① 年齢階級別入院患者数
- ② 診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）
- ③ 初発の5大癌のUICC病期分類ならびに再発患者数
- ④ 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- ⑤ 脳梗塞（163\$）の患者数等
- ⑥ 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）
- ⑦ その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

5

広島市民病院内科

診療群分類別患者数等 (診療科別患者数上位5位まで)

年齢階級	0~	10~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	90~
患者数	1,875	438	604	1,139	1,639	1,878	3,923	4,791	2,698	411

【備考】
年齢階級別入院患者数等 (診療科別患者数上位5位まで)
初発の5大癌のUICC病期分類ならびに再発患者数
成人市中肺炎の重症度別患者数等
脳梗塞のICD10患者数等
成人市中肺炎の重症度別患者数等 (診療科別患者数上位5位まで)
その他 (DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率)

例) 広島市民病院 内科

診療群分類別患者数等 (診療科別患者数上位5位まで)

ICDコード	患者数	平均 在院日数 (日数)	平均 在院日数 (点数)	平均 入院日数 (点数)	平均年齢
0600200x04x00x	188	9.19	9.02	9.02	71.74
0603400x03x000x	162	9.95	11.06	3.70	69.64
0605000x7x00x	124	12.41	11.74	3.23	75.73
0600500x99x000x	80	5.79	10.33	6.25	67.50
0601400x97x00x	64	9.83	10.93	3.13	68.48

内科 (血液内科を含む)

【備考】
ICDコード
0600200x04x00x 腎の悪性腫瘍 内臓未定腫瘍、十二指腸ポリープ・結腸切除術 手術処置2 なし
0603400x03x000x 胆嚢 (肝外)、結石、胆管炎 胆嚢切除術腫瘍手術等 手術処置2 なし 定常手術腫瘍 なし
0605000x7x00x 肝・肝臓の悪性腫瘍 (結核性を含む。) その他 手術処置2 なし
0600500x99x000x 肝・肝臓の悪性腫瘍 (結核性を含む。) 手術なし 手術処置2 なし 定常手術腫瘍 なし
0601400x97x00x 腎十二指腸炎、腎結石症、腎門静脈 (腎静脈) 手術処置2 なし 定常手術腫瘍 なし

解説:
腎臓に対するESD (内視鏡的処置下腫瘍切除) を多く実施しており、腎・安全性の高い手術を施行しています。胆・膵臓では、胆嚢炎や急性胆嚢炎、慢性胆嚢炎の手術処置が多く、内視鏡的胆石除去術や胆嚢下静脈結紮術等も実施しています。肝臓では、肝臓癌に対するHA (経皮的ラジオ波治療) の件数も多く、TACE (肝動脈化学療法) 等の介入療法も実施しています。また、上部消化器出血の救急処置に列しては、緊急内視鏡検査による止血処置を積極的に実施しています。

8

広島市民病院

診療群分類別患者数等 (診療科別患者数上位5位まで)

診療群	患者数	平均 在院日数 (日数)	平均 在院日数 (点数)	平均年齢
腎臓病	188	9.19	9.02	71.74
胆嚢炎	162	9.95	11.06	69.64
肝臓病	124	12.41	11.74	75.73
腎臓病	80	5.79	10.33	67.50
腎臓病	64	9.83	10.93	68.48

内科 (血液内科を含む)

【備考】
ICDコード
0600200x04x00x 腎の悪性腫瘍 内臓未定腫瘍、十二指腸ポリープ・結腸切除術 手術処置2 なし
0603400x03x000x 胆嚢 (肝外)、結石、胆管炎 胆嚢切除術腫瘍手術等 手術処置2 なし 定常手術腫瘍 なし
0605000x7x00x 肝・肝臓の悪性腫瘍 (結核性を含む。) その他 手術処置2 なし
0600500x99x000x 肝・肝臓の悪性腫瘍 (結核性を含む。) 手術なし 手術処置2 なし 定常手術腫瘍 なし
0601400x97x00x 腎十二指腸炎、腎結石症、腎門静脈 (腎静脈) 手術処置2 なし 定常手術腫瘍 なし

6

医政局事業：共通指標セット

- 医政局において、平成22年度より、「**医療の質の評価・公表等推進事業**」を実施。本事業は、国民の関心の高い分野について、医療の質の評価・公表等を実施し、その結果を踏まえた、分析・改善策の検討を行うことで、医療の質の向上及び質の情報の公表を推進することを目的としている。
- 平成29年度事業においては、本事業に参加する病院団体に共通指標を用い、その一部を公表することとしている

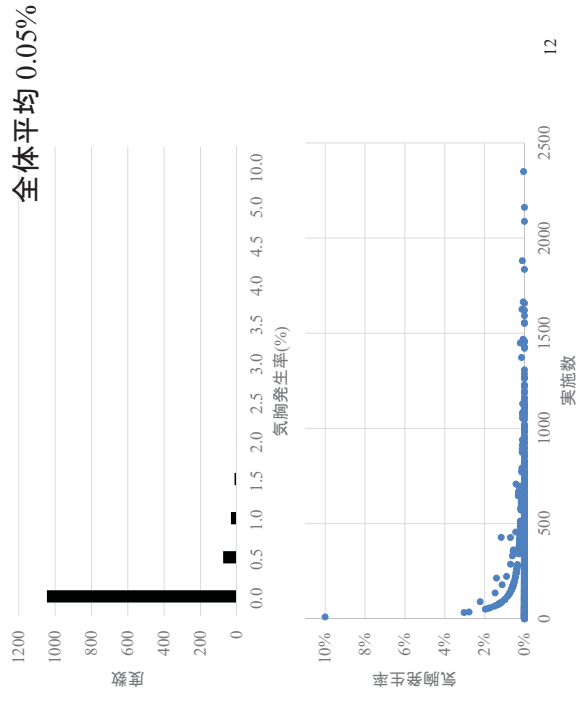
2017.8.4 DPC評価分科会⁹

共通指標セットから抜粋

- 中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率
- 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン(入院早期)
- 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン(退院時)
- Door to Balloon
- 脳梗塞の早期リハビリテーション
- 誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバーあるいは嚥下造影検査

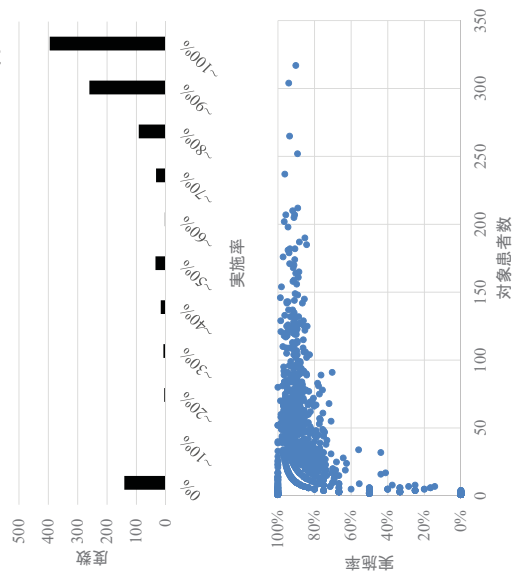
10

中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率



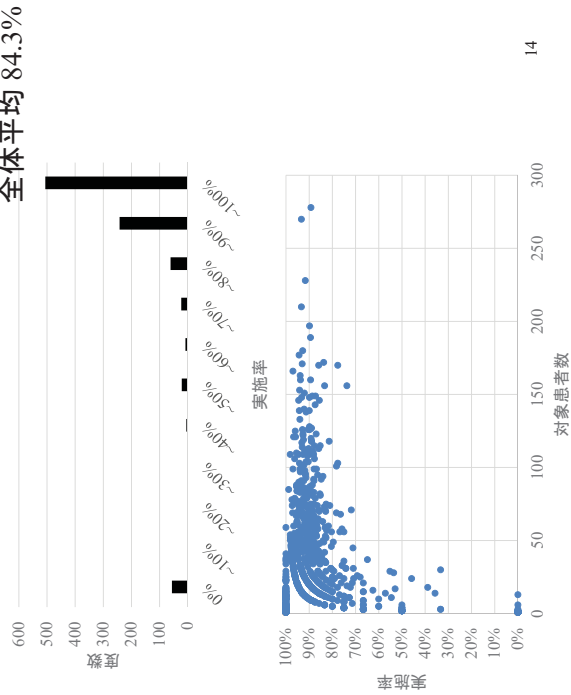
- 予防的抗菌薬(術後24時間および48時間以内停止)
- 服薬指導(全体と薬剤指導管理料2)
- 栄養指導(特別食の算定)
- 手術あり患者の肺血栓症の予防対策
- 手術あり患者の肺血栓症発生率
- 30日以内再入院率
- 広域抗菌剤使用時の血液培養の実施
- 血液培養時の2セット実施率
- 地域連携パス(脳卒中、大腿骨頸部骨折)

急性心筋梗塞患者における入院時アスピリン投与の実施率
全体平均 89.0%



13

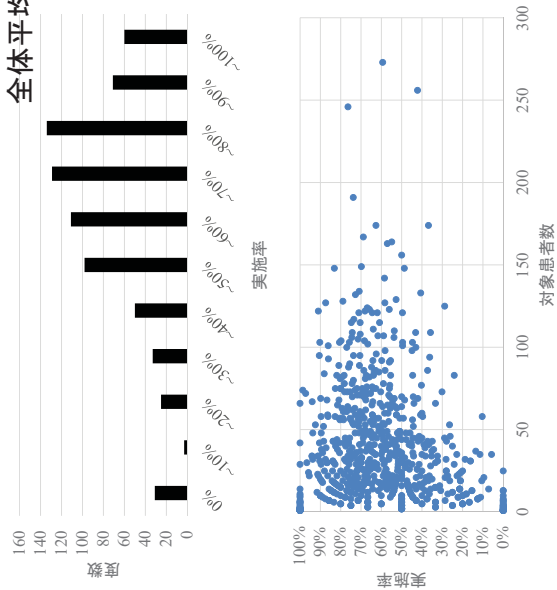
急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与の実施率
全体平均 84.3%



14

Door to Balloon実施率

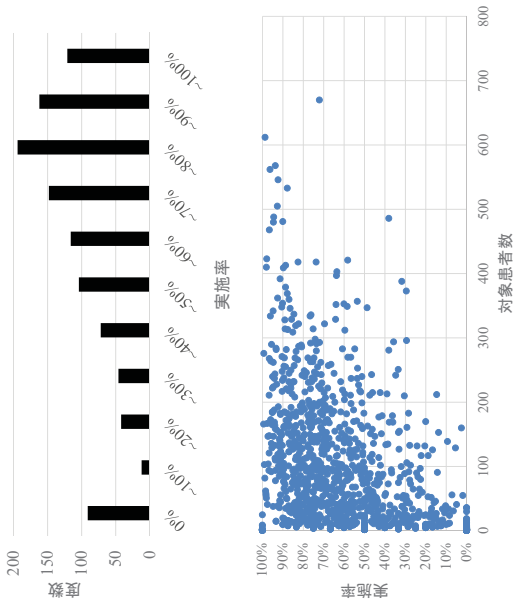
全体平均 62.4%



15

脳梗塞の早期リハビリテーション(3日以内)

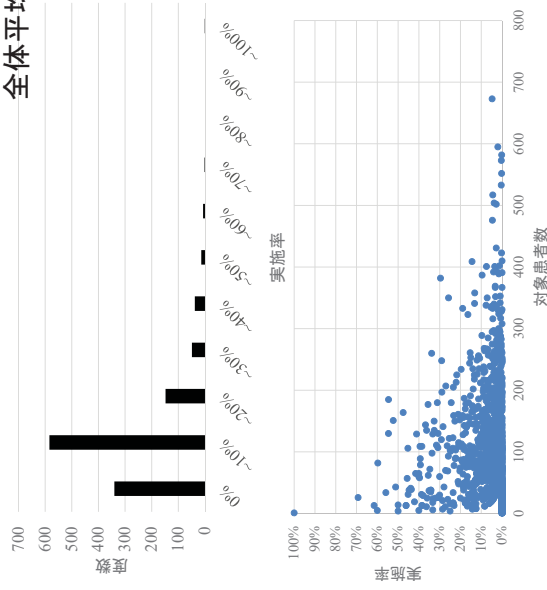
全体平均 70.8%



16

誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバーあるいは嚥下造影検査

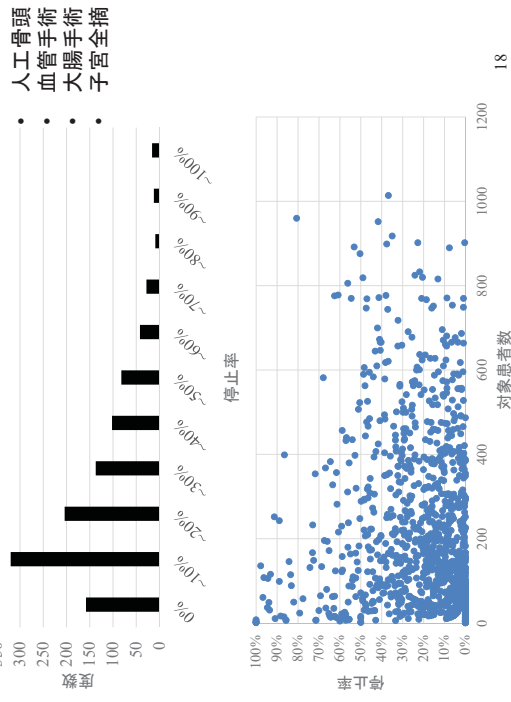
全体平均 6.4%



17

予防的抗菌剤24時間以内停止率

全体平均 22.0%

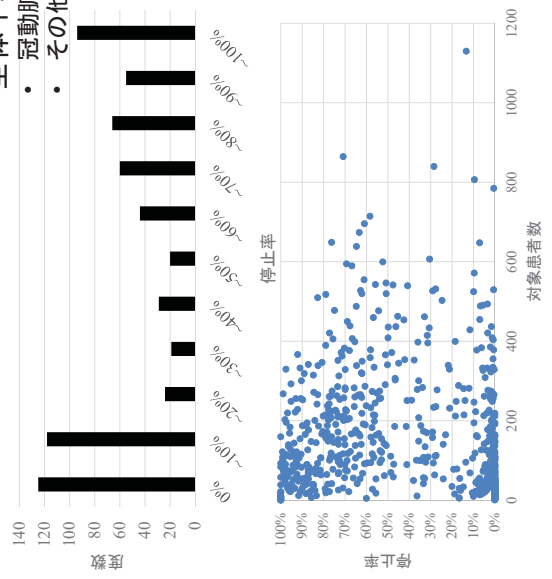


18

予防的抗菌剤48時間以内停止率

全体平均 45.8%

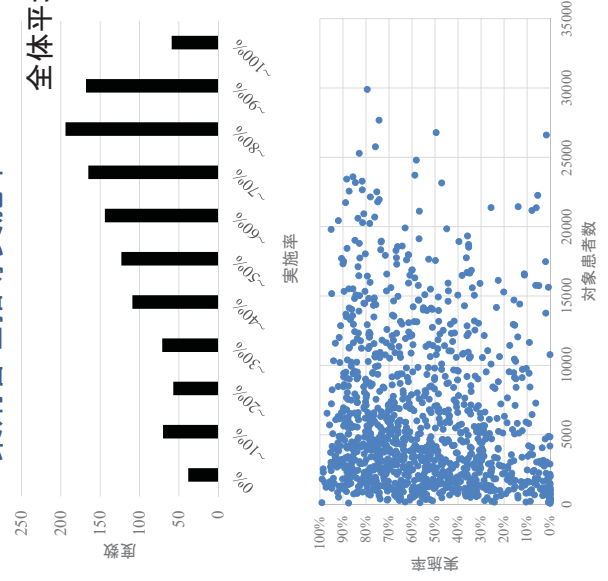
- 冠動脈バイパス
- その他の心臓手術



19

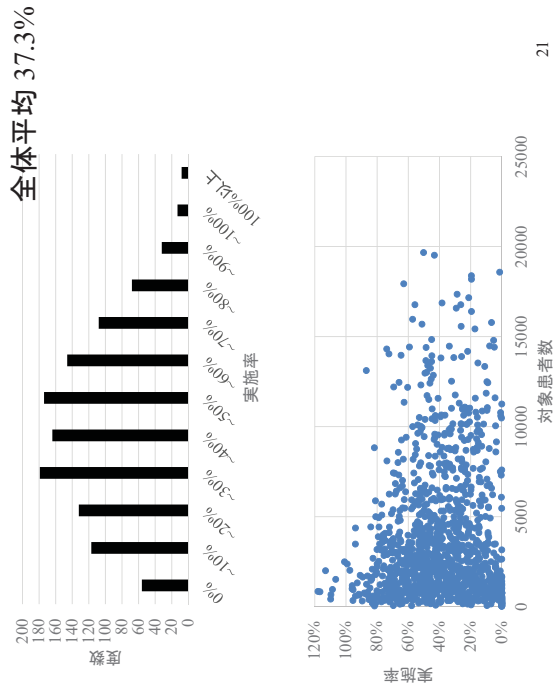
薬剤管理指導実施率

全体平均 58.6%



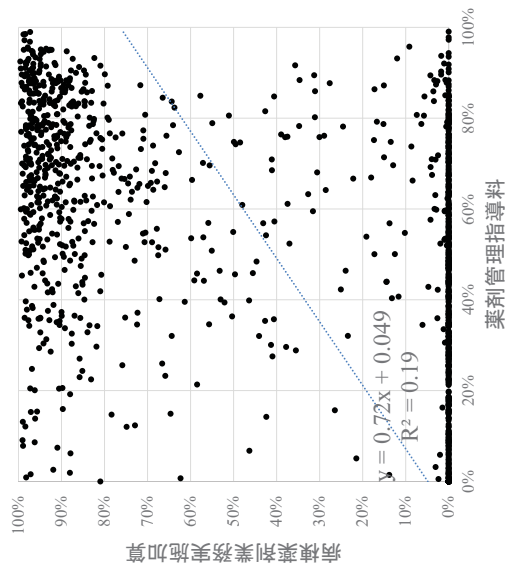
20

安全管理が必要な薬剤に関する実施率



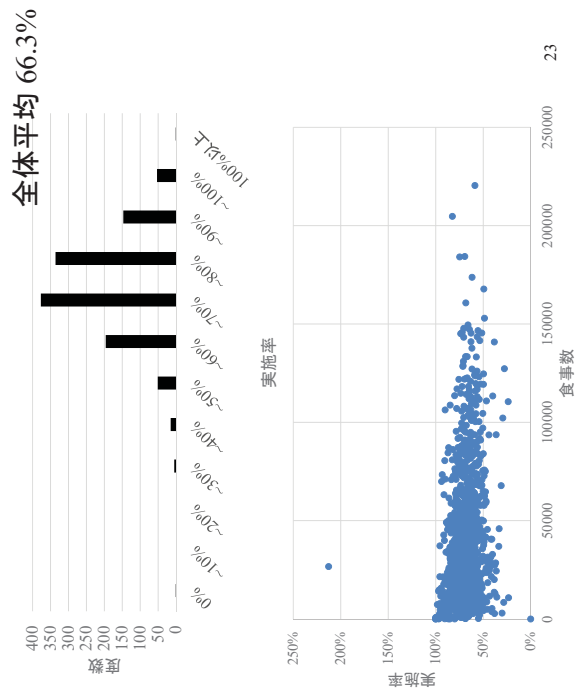
21

薬剤指導管理料算定と病棟薬剤業務実施加算算定の関係



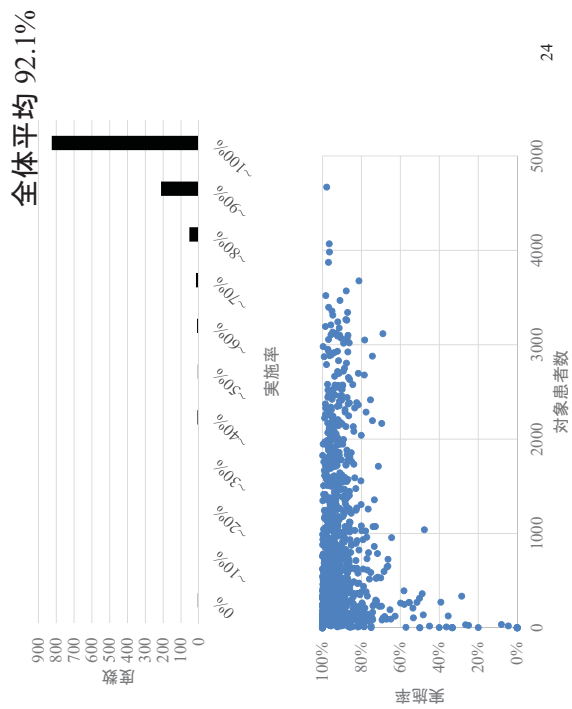
22

栄養指導(特別食の算定)



23

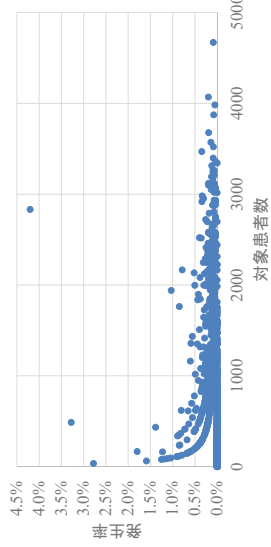
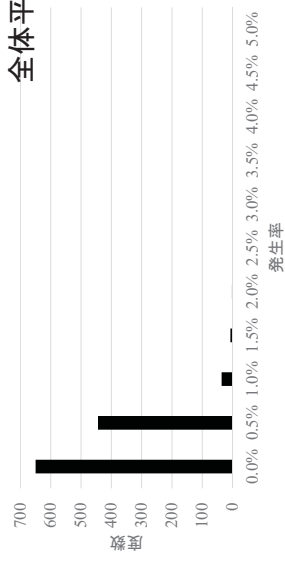
手術あり患者の肺血栓栓症の予防対策



24

手術あり患者の肺血栓栓症発生率

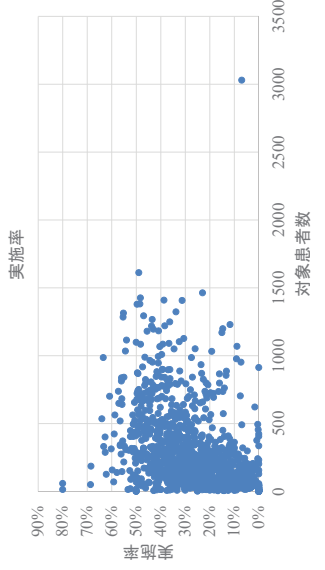
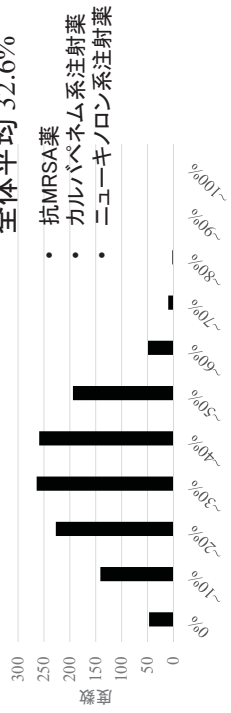
全体平均 0.13%



25

広域抗菌剤使用時の血液培養の実施

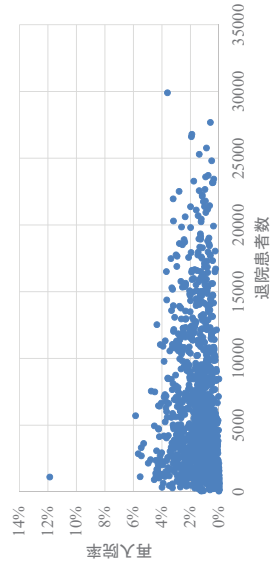
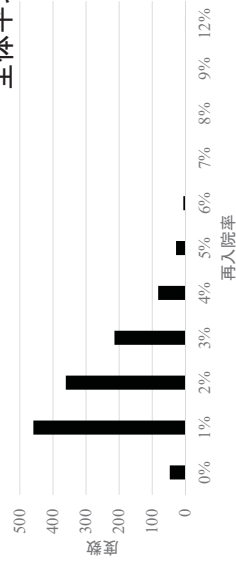
全体平均 32.6%



27

(予定外の)再入院(30日)

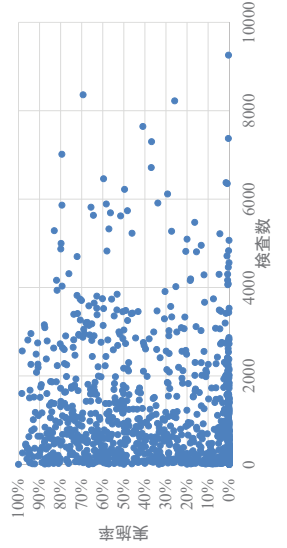
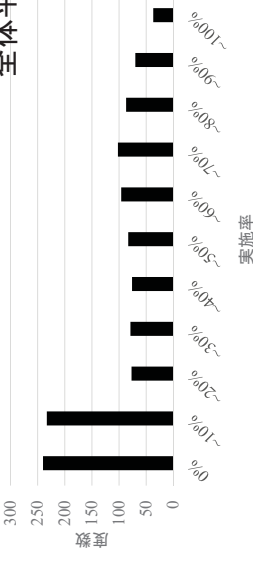
全体平均 1.52%



26

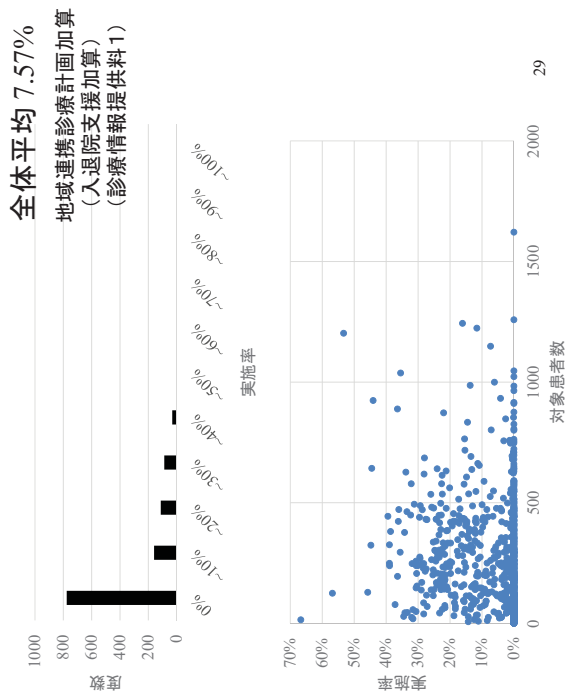
血液培養時の2セット実施率

全体平均 38.3%

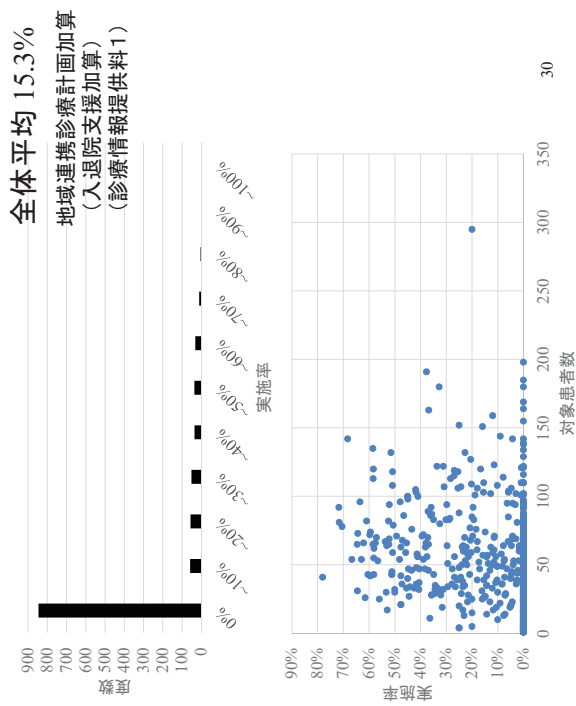


28

地域連携パス(脳卒中)



地域連携パス(大腿骨頸部骨折)



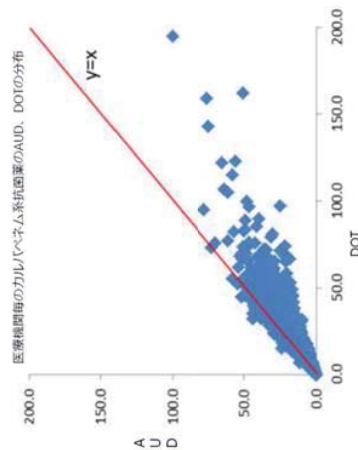
薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン(2016.4.5)【数値目標のまとめ】

指標	2014年	2020年(目標値)
指標微生物の薬剤耐性率		
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	48%	15%以下
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下(同水準)
大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45%	33%以下
大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	5%	G7同水準
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	5%	G7同水準
ヒトの抗菌生物剤の使用量(人口千人あたりの一日抗菌薬使用量)		
指標	2013年	2020年(目標値)
全体	15.8	33%減
経ロセファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド	11.6	50%減
静注抗菌薬使用量	1.2	20%減

※動物の抗菌生物剤使用量の指標については、今後1年以内に、適正使用に係る具体的な行動計画とともに数値目標を設定

AUD(抗菌薬使用密度)とDOT(抗菌剤使用日数)

・DPC対象病院における平成28年度DPCデータからカルバペネム系抗菌薬(メロペネム、イミペネム、ドリペネム、ピアペネム、パニペネム)のAUD(抗菌薬使用密度)、DOT(抗菌剤使用日数)を分析。
 ・AUDは医療機関の診療規模を補正する指標であり、DOTと併せて他施設との使用量の比較が可能となる。このような指標を医療機関毎に把握し、他施設との比較や自施設の診療内容を把握することは抗菌薬の適正使用に資する。

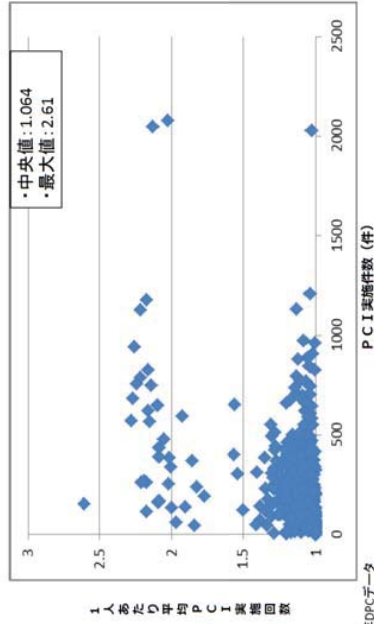


・AUD=H28.4~H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の総使用量(g)×1000/DDD×当該期間の総入院患者延べ入院日数
 ・DOT=H28.4~H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の延べ投与日数×1000/当該期間の総入院患者延べ入院日数
 ・DDD=抗菌薬ごとに定められた1日投与量
 ・カルバペネム系薬剤のうち、オキサメチリンについてはDDDが把握不能だったため集計対象外とした。
 ・腎機能の悪い患者が多い施設や小児科病棟ではAUDが低くなる等、単純に数値の大小で評価出来るものではないことに留意する必要がある。

医療機関別のPCI件数と1人当たりPCI回数

診療組 参考
29.10.25

- PCI件数が0の医療機関を除いた1145のDPC病院について、医療機関ごとの総PCI件数及び1人当たりPCI回数(総件数/PCIを受けた患者数)を集計。
- 年間で1人当たり平均2回以上PCIを行う医療機関が34存在する。
- 日本心血管インターベンション治療学会の2016年のPCIレジストリデータ(986施設、243,436例)によると、入院時の冠動脈造影は1枝:60%、2枝:24%、3枝:12%、LMT:4% (CVT年次報告書より引用)



58

これからの期待

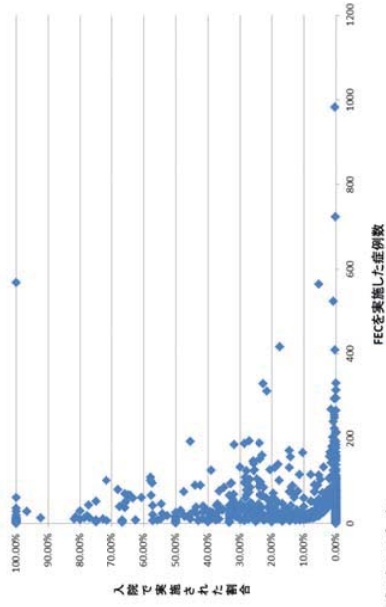
- DPCコーディングの質を確保することが、正しいマネジメントの出発点
- 病院情報の公開は「病院の顔」であり、徒や疎かにすべきことではない
- 急性期を担う医療機関から市民への発信として、記載内容の充実をお願いしたい
- 今後はEFファイルを使用したプロセス指標も公開予定(おそらく任意)

35

医療機関別の乳がんに対する化学療法(FEC)症例数と入院で実施される割合

診療組 参考
29.10.25

- FEC(エピドキシロホスファミド水和物+フルオロウラシル)施行症例数が0の医療機関を除いた743のDPC病院について、医療機関ごとの入院・外来あわせてFECの施行症例数及び入院で実施された割合を集計。
- 医療機関によってはほとんどが入院で実施する医療機関、外来で実施する医療機関が存在し、医療機関毎に実施状況が異なる。



59

お願い

- コーディングテキストの見直しを行う予定です。
- ご意見、アイディアを、

fujimori@med.tohoku.ac.jp

まで、遠慮なくお寄せください。

36

