



病院指標の公開と 適正なコーディングについて

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

20131214 DPC研究班高知セミナー

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
- DPCデータの精度向上に向けて
- コーディングガイドの策定
- 病院指標の作成と公開
- 審査・支払い上の課題
- 持参薬の考え方
- 後発品の促進
- 3日以内再入院ルールの見直し

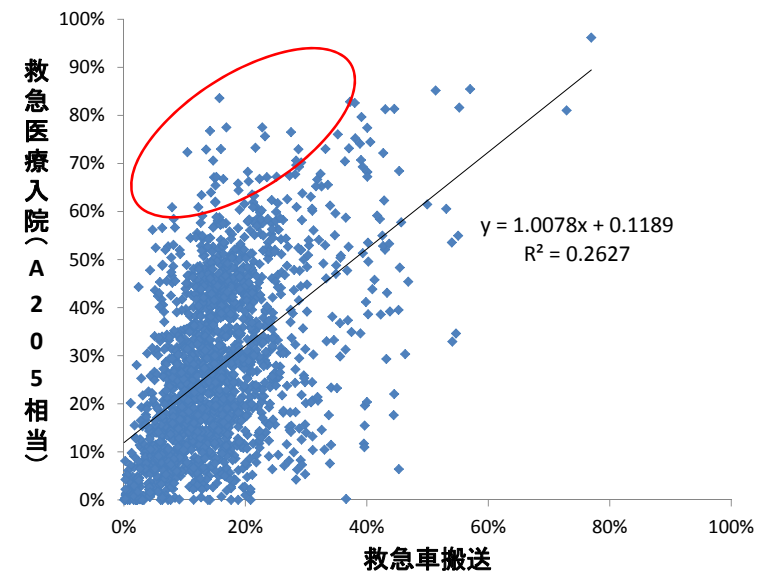
2

DPC評価分科会ヒアリング(H25.10.30)

- 救急医療入院（様式1上）
 - 救急車搬送に比して、救急医療入院の多い医療機関
- 後発品
 - 後発品の使用の多い医療機関
 - 後発品の使用の少ない医療機関
- 持参薬
 - 入院中の内服薬処方の少ない医療機関
 - 入院中の内服薬処方の多い医療機関

3

H24年度公開データ



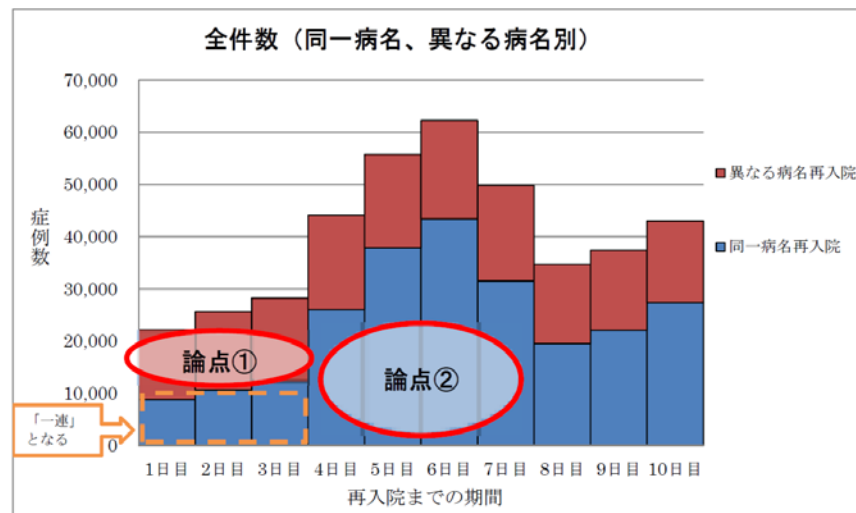
4

DPCデータの精度向上に向けて

- (ア) 適切な副傷病名の記載について
- (イ) データ属性等の適切な記載
- (ウ) 様式間の矛盾のない記載
- (エ) 未コード化傷病名率
- (オ) 適切な保険診療の普及のための取組の評価

2013.11.13 第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科

三日以内再入院ルールについて



2013.11.13 第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科

[対応案]

○ 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」のDPC上2桁コード（現行は上6桁コード）が一致するものについて、「一連」と見なすこととしてはどうか。

○ 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととしてはどうか（現行は「3日」以内）。

○ 化学療法を実施する症例については、当該ルールの適用を除外することとしてはどうか。なお、その場合は化学療法を実施した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとしてはどうか。

○ 「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数の取り扱いについては、短期間（数日間）退院可能な患者を退院させるインセンティブに配慮し、退院期間の日数は入院期間とはみなさないこととしてはどうか。

○ 「7日」に延ばすことによる在院日数への影響や、8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に評価することとしてはどうか。

2013.11.27 第10回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科

後発品の促進について

[論点]

- 後発医薬品の使用割合による評価方法は、効率性指数の中に導入するのではなく、7項目の新規項目として別建てで評価することとしてはどうか。
- 評価対象とする薬剤の範囲についてどのように考えるか。
 [案1] 入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分）を対象とする
 [案2] 出来高部分（退院時処方、手術中に用いられる薬剤等）のみ対象とする
 [案3] 包括部分と出来高部分は1：1の重みで評価する
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かし、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価することとしてはどうか。

2013.11.13 第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科

持参薬について

2013.10.30のヒアリングから

- DPC/PDPS では「医療資源を最も投入した傷病名」1つに基づいて支払いが行われるが、それ以外の傷病に対する薬剤等も包括された額の支払いが行われているのであり、「医療資源を最も投入した傷病名」以外の疾患に対する治療を入院中に行わないことを推奨しているものではなく、また「医療資源を最も投入した傷病名」以外の疾患に対する治療を持参薬で行うことを推奨しているわけではない。

2013.11.13 第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科

[対応案]

○ 入院の契機となる疾患に対する薬剤を持参させることが望ましくないことをDPC/PDPSとして明確化するため、下記のような規定を設けることとしてはどうか。

DPC 対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない(特段の理由がある場合は診療録に記載すること)。

(例:がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。)

○ 持参薬の使用に関する医療機関ごとの状況についてより正確に把握するため、退院患者調査の様式1によって調査することとし、必要に応じてナショナルデータベース等のレセプト情報の活用を今後検討することとしてはどうか。

2013.11.27第10回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科

DPCコーディングマニュアル

- 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評価分科会で承認予定
- 課長通知等を加えてコーディングマニュアルとし、医療課から発出

今回の重点項目

- 「医療資源」の考え方
- 「敗血症」、「DIC」、「手術・処置の合併症」等はある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

「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

13

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

14

あなたの病院はどうコーディングしていますか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

15

あなたの病院はどうコーディングしていますか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

16

あなたの病院はどうコーディングしていますか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

17

あなたの病院はどうコーディングしていますか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

あなたの病院はどうコーディングしていますか⑤

- 狭心症の既往でPCI後の患者
- 冠動脈ステントの再狭窄あり、狭心症症状の悪化
- CBAG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) ステント狭窄(手術・処置後の合併症)
- B) 狭心症

19

あなたの病院はどうコーディングしていますか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

20

あなたの病院はどうコーディングしていますか⑦

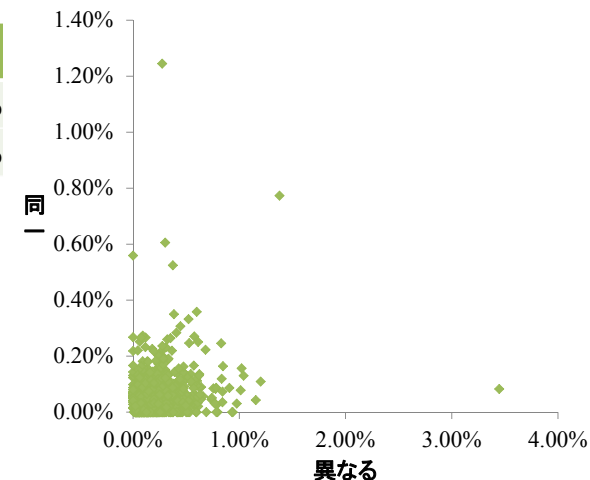
- 連合弁膜症あり、弁置換術を目的に入院
- 弁置換後、創部のMRSA感染あり
- 1週間後に縦隔炎となる
- さらに2週間後に敗血症となり、ガンマーグロブリンを含む薬剤治療を2週間継続する
- 炎症はほぼ沈静化したので、転院とする

- A) 連合弁膜症
- B) MRSA感染症(180030)
- C) 術後創部感染(180040)
- D) 縦隔炎
- E) 敗血症

21

DICの請求率

入院契機	頻度
同一	0.05%
異なる	0.22%

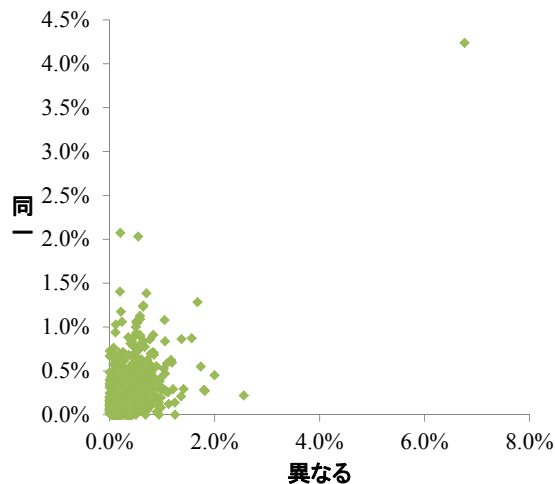


H23伏見班データ

22

敗血症の請求率 (1才以上)

入院契機	頻度
同一	0.25%
異なる	0.30%

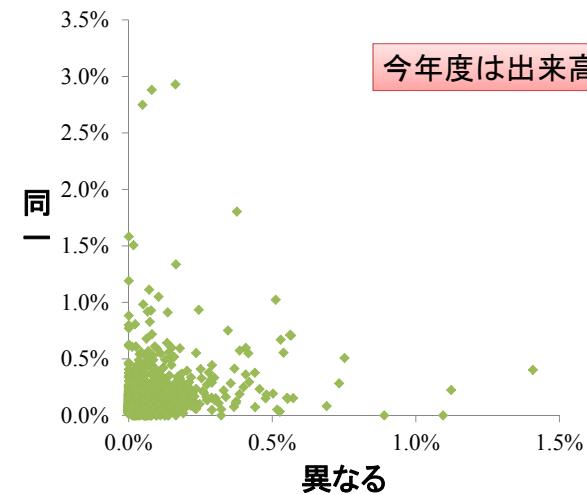


H23伏見班データ

23

「その他の感染症」の請求頻度

入院契機	頻度
同一	0.17%
異なる	0.07%



H23伏見班データ

24

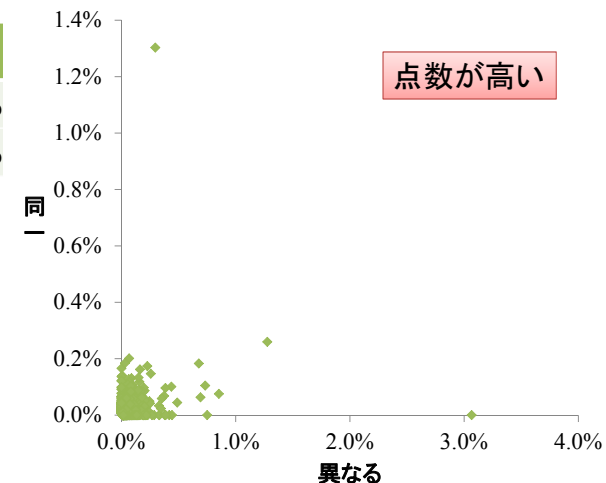
ICD10	医療資源を最も投入した傷病名	症例数	標準病名
A499	部位不明の細菌感染症	3070	日和見感染、一過性菌血症、院内感染、間欠的菌血症、菌血症、持続的菌血症、グラム陰性桿菌感染症、グラム陰性球菌感染症、グラム陰性菌感染症、グラム陽性桿菌感染症、グラム陽性球菌感染症、細菌感染症、BLNAR感染症、ESBL産生菌感染症
B348	部位不明のウイルス感染症	1733	RSウイルス感染症、パラインフルエンザウイルス感染症、リノウイルス感染症
A490	部位不明の細菌感染症	1345	MRCNS感染症、 MRSA感染症 、ぶどう球菌感染症
B349	部位不明のウイルス感染症	1176	ウイルス感染症 、ウイルス血症、ウイルス性関節炎、ウイルス性敗血症、ウイルス性表層角膜炎、ウイルス性ぶどう膜炎
A491	部位不明の細菌感染症	955	B群溶連菌感染症、多剤耐性腸球菌感染症、腸球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、溶連菌感染症、連鎖球菌感染症
B084	発疹を伴うエンテロウイルス性小水疱性口内炎	805	手足口病
B082	突発性発疹症	799	突発性発疹症

H23伏見班データ

25

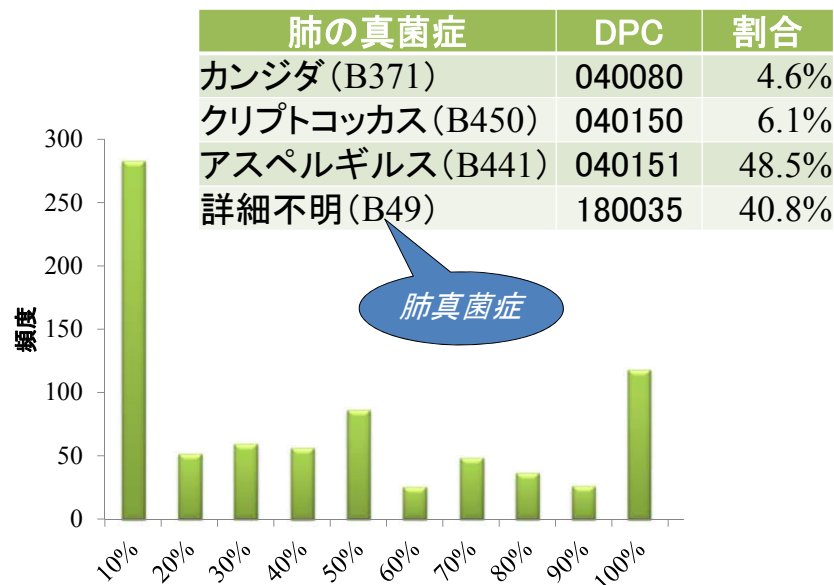
「その他の真菌症」の請求頻度

入院契機	頻度
同一	0.02%
異なる	0.04%



H23伏見班データ

26



H23伏見班データ

「肺の真菌症」に占める詳細不明(B49)の割合

27

病院指標の公開

- 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
- 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

28

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。

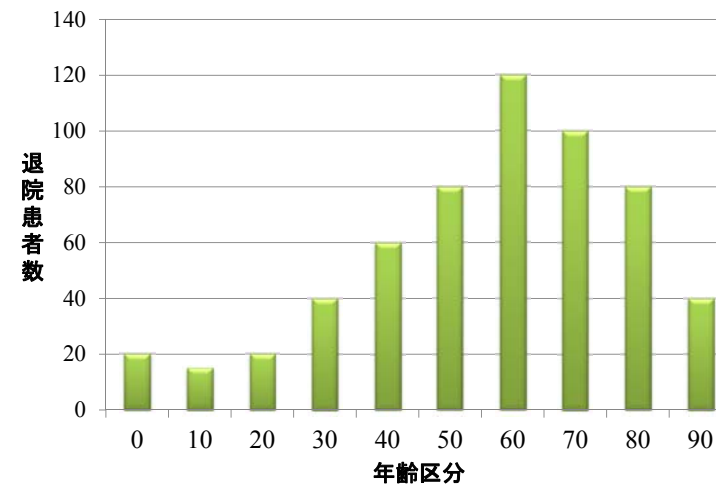


指標の案

- 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

指標案①

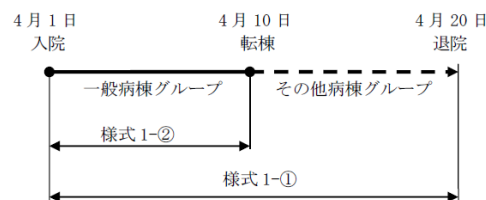
年齢階級別患者数



多様な入院パターン

- 「DPC導入後の影響評価に関する調査」の実施説明書では、25の様式1作成パターンがある

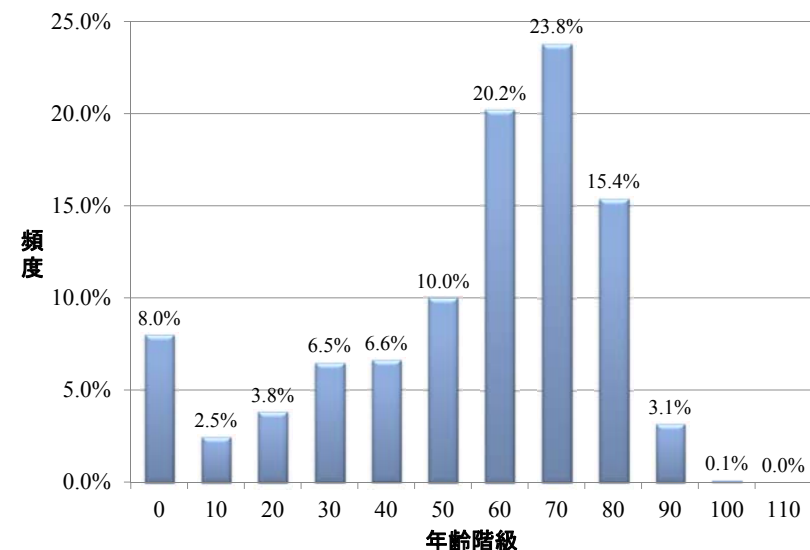
一般病棟グループ → その他病棟グループ



	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
様式1-①	0	20120401	20120420	20120401	20120420
様式1-②	1	20120401	00000000	20120401	20120409

2レコード作成する。

33



H23伏見班データ

34

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.....

35

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

36

指標案③

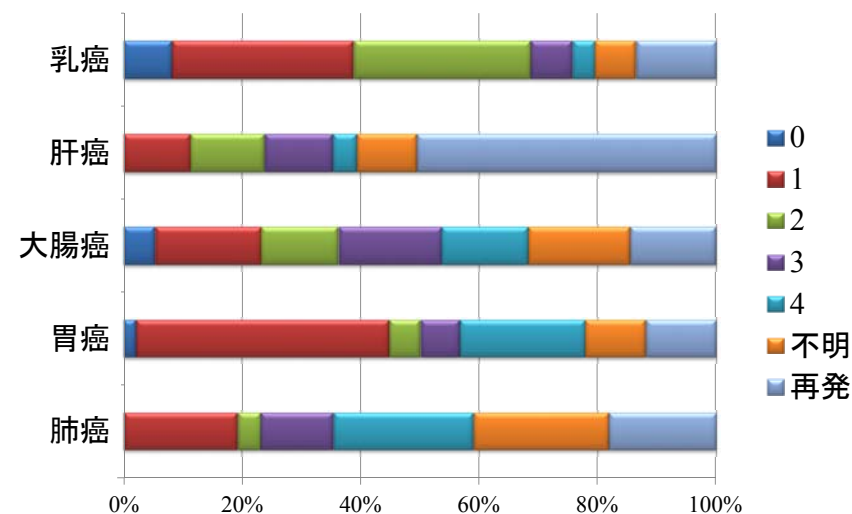
5大癌の病期分類別患者数

	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「癌取り扱い規約」かを明記。UICCは版を明記。

37

UICC (6th) staging + 再発患者数



H23伏見班データ

38

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

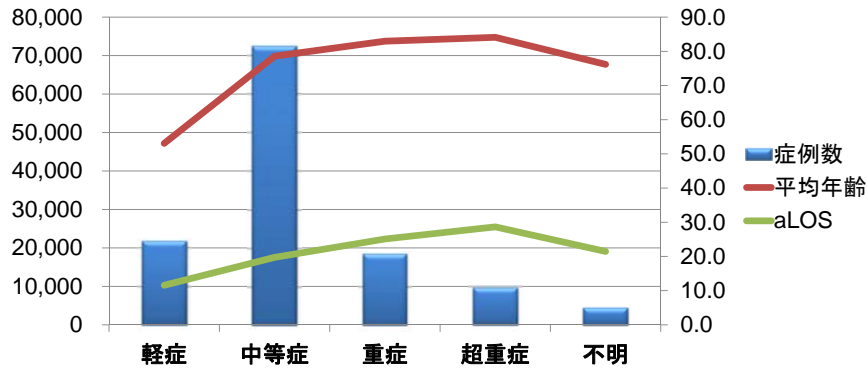
39

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

40

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

指標案⑤

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	—				
I675	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	—				

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
I675	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

指標案⑥

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……

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

45

指標案⑦

その他の指標

DPC	最も医療資源を投入した傷病名	入院契機	患者数	請求率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一		
		異なる		
180010	敗血症(1才以上)	同一		
		異なる		
180040	手術・処置等の合併症	同一		
		異なる		

続く……

46

まとめ

- DPCの基本は適正なコーディングである
- そのためのマニュアルがなかったが、今年度中に第一弾が整備の予定
- 病院指標の公開は、自ら医療機関の在り方を世に問うものである
- その基礎はやはり正しいコーディングにある

47