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

2015年11月28日伏見班セミナー in 東北大学

診断群分類コード（version 3*）の構成

01 0060 x 0 99 0 3 0 x

- 主要診断群
- 分類コード
- 使用せず
- 年齢・体重・JCS条件
  - 年齢が条件の場合
    - 1 A歳未満
    - 0 A歳以上
  - 出生時体重
    - 1 1,000g未満
    - 2 1,500g未満
    - 3 2,500g未満
    - 4 2,500g以上
  - Japan Coma Scale
    - 1 30以上
    - 0 30未満
- 手術等サブ分類
  - 01等 別添定義テーブルの手術番号
  - 99 手術なし
  - 97 その他手術あり
- 手術・処置等1
  - 0, 1, 2
- 手術・処置等2
  - 0, 1, 2,3,4,5,6
- 副傷病名
  - 0, 1
- 重症度等
  - 0. なし
  - 1. あり

X： 該当する項目がない場合使用

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？

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

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%

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）	不一致のもののうち、収益がプラスになったものの割合
5	○○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%

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。

入院の契機となった傷病名に詳細不明コードを入力

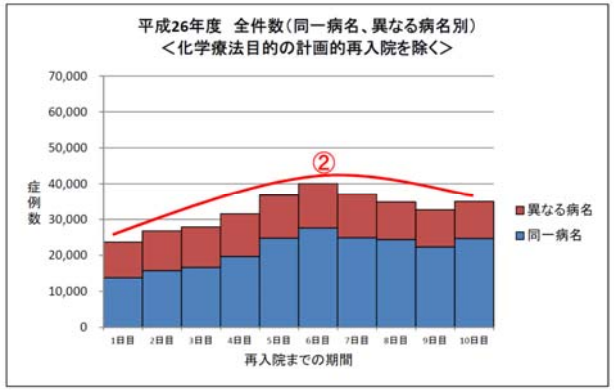
	全国平均	聖隷佐倉市民病院
入院契機病名が「分類不能コード」の割合	1.8%	7.5%
再入院契機病名が「分類不能コード」の割合	1.6%	11.2%
3 日以内の再入院のうち、再入院契機病名が「分類不能コード」	3.4%	43.2%
3 日以内の再入院の契機病名が「分類不能コード」のもののうち、医療資源を最も投入したDPC6桁が前回入院と同じもの	35.2%	68.8%

2015.7.27 第3回DPC評価分科会

入院の契機となった傷病名に詳細不明コードを入力した理由

- 主病・最病以外は詳細に分類したコーディングが必要ないと認識していた為。
- 診療情報管理士が入力し、担当医に入院中、または退院後に確認を行うが、その時点で傷病名の確定が難しいものは症状のままにしている。
- システムベンダーが提供する傷病名に頼ることが多くなったことが病名付与の精度を下げた要因と考える。
- 対象の状態が不良のため疾患の精査ができないケースや検査しても診断が確定できないケース、また入院日数が短く確定診断が出る前に退院されたなどの理由から詳細不明コードを入力した。
- 各入力担当者が（再）入院契機の傷病名を受診時の症状と混同し、診断（傷病）名ではなく、症状（名）を優位に傷病情報に入力していたことが原因。

再入院の入院契機病名について



- 再入院時の「入院の契機となった傷病名」を一連の入院としてみなす基準として用いるルールの運用方法については、いわゆる「詳細不明コード」を用いられた場合、一連の入院とは判定されていない。
- 「詳細不明コード」を再入院時の「入院の契機となった傷病名」として使用した場合（全国平均 1.61%であり正確なコーディングにより更に減少する可能性がある）は一連の入院としても差し支えないのではないか。

20150831_第4回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

コーディングテキストの見直し

コーディングテキストの見直し（私案）

- 診断群分類定義表の問題
  - 不適切なICD-10が紛れ込んでいないか？
- 標準病名マスターの問題
  - 日本語病名とICD-10の紐づけは妥当か？
- ICD-10の限界
  - ICD-10では表現しきれていないコモンな疾患はないか？
- コーディングテキスト v1.0の問題
  - 現場感覚、審査支払の観点と齟齬はないか？

見直しの方向性（私案）①

- コモンなものから対応する
  - 年に数例という希少なものは対応しない
- 原疾患主義か病態主義か
  - 心不全、呼吸不全
  - 抗癌剤治療の副作用
  - 原因の明らかな貧血（特に出血性）
  - 人工関節等の破損、関連する感染症
  - 原発癌と転移癌、癌から派生した二次的状態

見直しの方向性（私案）②

- 大きな手術を行った症例の扱い
  - どのような場合に、術後合併症でのコーディングを認めるか
  - 「手術・処置の合併症」とはどこまでを指すのか？
- MRSA感染症、真菌症等
  - 部位でコーディングすべきか、菌型でコーディングすべきか

〈問1a〉

・7日以内の再入院。

・1回目は胃体部癌（C162）に対する化学療法のため入院するも、全身状態悪くできず5日で退院。

・2回目は消化管出血（K922）のため大腸内視鏡検査を行うが出血源不明のままで5日で退院。

・一入院と処理すべきか、別な入院と処理すべきか？

A） 一入院
B） 別入院

<問1b>

・7日以内の再入院。

・1回目は胃体部癌（C162）に対する化学療法のため入院するも、全身状態悪くできず5日で退院。

・2回目は消化管出血（K922）のため大腸内視鏡検査を行うが出血源不明のままで5日で退院。

・一入院とした場合、どちらでコーディングすべきか？

A） DPC：060020 C162 胃体部癌
B） DPC：060130 K922 消化管出血

<問2>

・右乳房上内側癌（C502)に対して、2005年に右胸筋温存乳房切除、術後9年経過した。

・右乳房再建希望されて2014年にエキスパンダー挿入術行った。

・インプラント入れ替え目的で入院し、ゲルを用いた乳房再建術（K4764)を行った。

A） DPC：090010 C502 乳房上内側乳癌
B） DPC：180040 T889 乳癌術後後遺症

<問3>

・松果体悪性腫瘍（C753)に対して頭蓋内腫瘍摘出術（K1691)を行った。

・病理所見はGlioblastoma

・テモドロミゾの初回内服治療を開始。

A） DPC：010030 C753 松果体悪性腫瘍
B） DPC：010010 C719 膠芽腫

<問4>

・2009年に胃全摘術＋D2（膵温存脾摘）+予防的胆嚢摘出術、Roux en Y再建。

・術後の化学療法を行うが2013年上行結腸の盲腸寄り内側に播種巣認めた。

・今回、化学療法（パクリタキセル）を行うため入院。

A） DPC：060020 C162 胃体部癌
B） DPC：110050 C786 腹膜播種

<問5>

・CAPD治療中の透析患者。
・腹膜カテーテル感染による腹膜炎を起こし入院。
・抗生物質治療、抗真菌薬も併用。後に排液培養からカンジダ検出ありカンジダ性腹膜炎の診断。
・カテーテル抜去し、内シャント造設術。
・透析施行あり。入院期間43日。

A） DPC：180040 T857 CAPD腹膜炎
B） DPC：060370 K659 カンジダ性腹膜炎
C） DPC：110280 N180 慢性腎臓病

<問6>

・左胸膜炎・胸水貯留あり、精査のため入院。
・ゾシン点滴治療開始、胸腔ドレーン挿入。
・精査の結果、悪性中皮腫が最も疑われたため、悪性中皮腫としてコーディング。
・胸水に対しユニタルク、ビシバニール胸腔内注入したが、これは化学療法あり・なし？

A） 化学療法あり
B） 化学療法なし

<問7a>

・肺癌術後（3年前に手術）の患者、肺炎で入院。入院期間18日間で退院。
・退院同日、意識消失発作あり救急搬送。頭部MRIでは異常なし。
・入院後、失神発作は自然軽快。心原性、てんかん疑い精査、全身状態不良にて経過フォロー。
・リハビリ継続し退院、入院期間19日間。
・この場合、レセプトは、

A） 一入院として処理
B） 別入院として処理

<問7b>

・肺癌術後（3年前に手術）の患者、肺炎で入院。入院期間18日間で退院。
・退院同日、意識消失発作あり救急搬送。頭部MRIでは異常なし。
・入院後、失神発作は自然軽快。心原性、てんかん疑い精査、全身状態不良にて経過フォロー。
・リハビリ継続し退院、入院期間19日間。
・別入院とした場合、同日再入院日のDPC点数は、

A） 初回入院の最終日分のみ算定
B） 再入院の初日分のみ算定
C） 両方とも算定する

〈問8〉

僧帽弁閉鎖不全、狭心症の診断にて手術目的に入院。入院後、弁形成術＋冠動脈バイパス移植術施行。術後、経過も問題なく退院。

両疾患に対して同日に一期的に手術をしているが、DPC点数は狭心症が高く、手術点数は材料も含むと弁形成術が高い。

どちらでコーディングをすることが適切か？

A） 狭心症
B） 弁膜症

〈問9〉

- 心筋梗塞後の待機的なPCI目的に入院。
- ステント留置を目指したが、閉塞部をガイドワイヤーが貫通せず、造影検査のみで終了。
- 通常のカテ検査よりはるかに医療材料を使用しているが、ステント留置未完の場合、どのように請求すべきか。

A）「手術・処置1あり」とし、材料は包括
B）「手術なし」、「手術・処置1なし」で、材料のみ請求
C) 他の手術で準用し、材料を請求

病院指標の公開

平成29年度導入予定

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

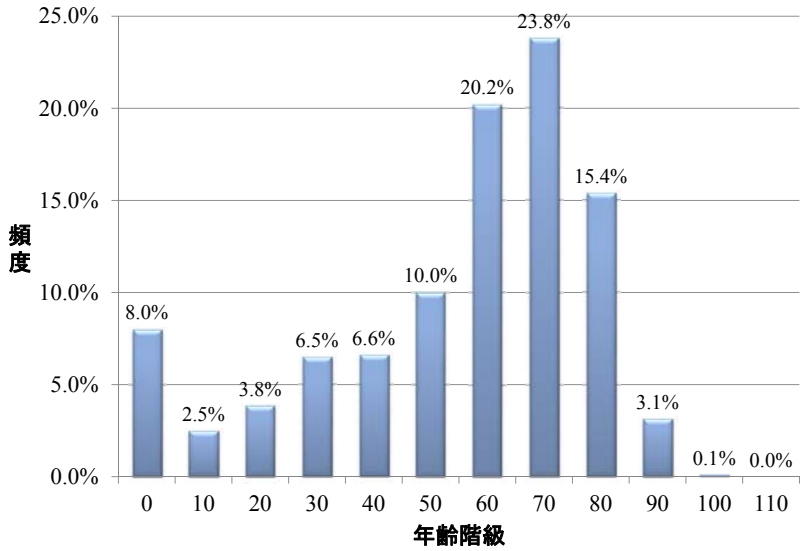
数値そのものより、急性期病院とはどのような考えで、どのような医療を行っているのかを市民に知ってもらうことが目的。

指標の2013年度案

① 年齢階級別患者数
② 診療科別DPC14桁別症例数上位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　症例数上位3
⑦ その他の指標

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桁別症例数上位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

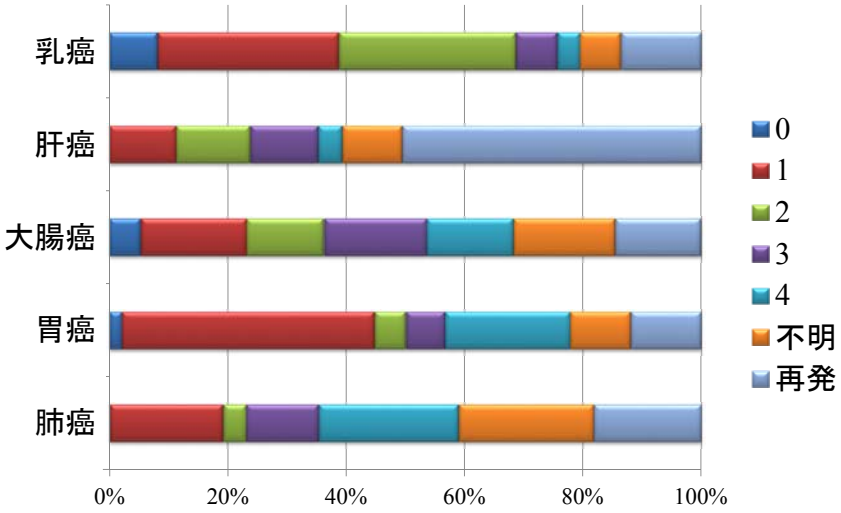
指標案③

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

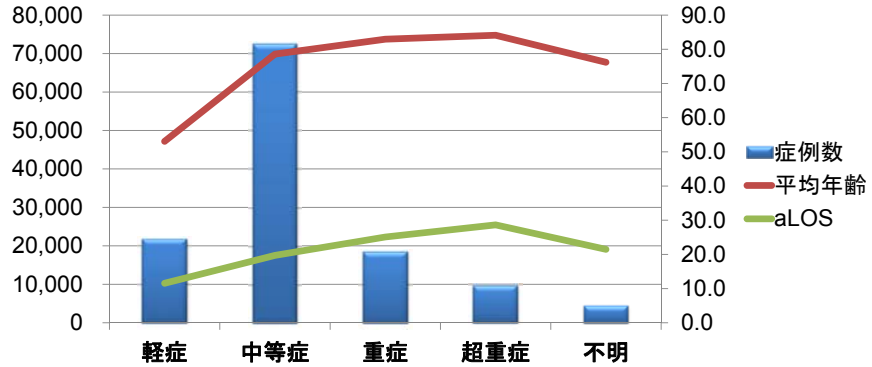
	症例数	平均在院日数	平均年齢
軽症			
中等症			
重症			
超重症			
不明			

＊　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
＊＊　H26年度から入院経路の判別が可能となった

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. SpO_2　90%以下（PaO_2　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

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
症例数上位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

指標案⑦

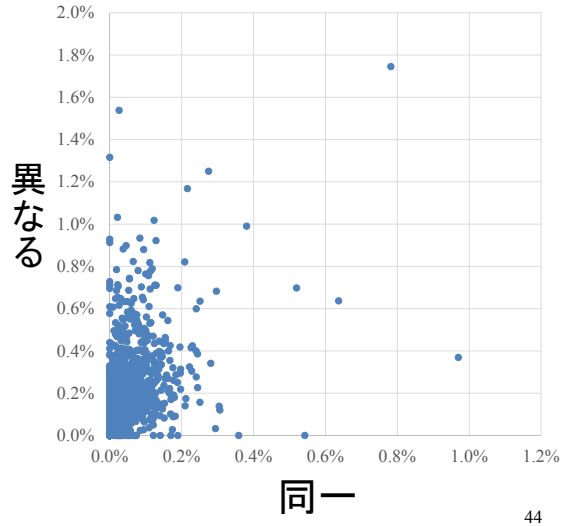
その他の指標

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・・・・・

DICの請求率

入院契機	頻度
同一	0.05%
異なる	0.21%



H25伏見班データ