



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

20140621 伏見班セミナーin名大

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
-

2

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

3

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

4

2)本書が作成された背景

- DPC 対象病院は年々増加傾向となっており、DPC/PDPS による診療報酬の支払い方式が拡大している中で、**DPC/PDPS を適切に運用**するため、今後ますます適切な傷病名コーディングが求められている。
- DPC 制度は、疾病の分類方法として「疾病及び関連保健問題の国際統計分類:ICD-10 2003 年版準拠」が採用されており、適切なDPC コーディングのためには**ICDに対する理解**が普及することが重要であり、これまで様々な取り組みが行われてきた。(中略)
- しかし、ICDに関する知識の不足に起因すると考えられる**不適切なコーディング**や、いわゆる**アップコーディング**(より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと)の事例等が存在することが指摘されており、適切なDPC コーディングを推進するためにICD に関する知識の更なる普及の取り組みが課題とされている。

5

3)なぜ適切なDPC・ICD コーディングが求められるのか

- DPC/PDPSの基本となるDPC 点数表は、「DPC 導入の影響評価にかかる調査」に基づき、**診断群分類ごとの前年度の全国平均の実績を元に設定**されており、最新の診療実態を反映した点数が設定される仕組みとなっている(DPC 点数表の各診断群分類の点数は厚生労働省が恣意的に決定しているわけではない)。
- しかし、いわゆるアップコーディング等により、適切な傷病名コーディングが行われなかった場合、各診断群分類において**診療実態にあった適切な点数が設定されなくなってしまう**可能性がある。

6

- ※ 例として、「130100 播種性血管内凝固症候群 (DIC)」の診断群分類はアップコーディングが多い診断群分類であると指摘されており、設定されている点数は**年々低下している**ことから、本来DICとしてコーディングされるべき患者を診療する医療機関にとって適切な医療費が償還されなくなっているのではないかという指摘がある。
- DPC/PDPSが適切に運用され、全国の急性期医療が適切に提供されるためには、**診断群分類ごとに診療実態にあったDPC 点数**が設定されることが不可欠であることから、全国のDPC/PDPS に関連する医療機関において適切なDPC コーディングが求められている。

7

4)本書の帰属について

- 本書は、厚生労働科学研究班(伏見班)及び日本診療情報管理士会が監修し、厚生労働省保険局医療課に帰属する。

3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先

- 個別事例のDPC コーディング・診療報酬請求に係ること: 地方厚生(支)局
- 本書の改訂にかかる要望等: DPC 調査事務局(厚生労働省保険局医療課)

8

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」等はどうの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

9

「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

10

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

11

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

12

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

13

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

14

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

15

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) ステント狭窄(手術・処置後の合併症)
- B) 狭心症

16

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

17

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

18

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

19

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

20

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。

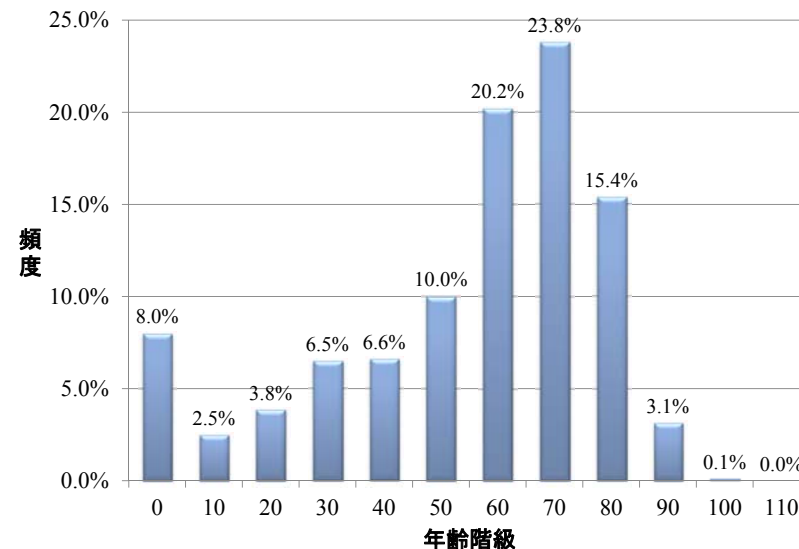


指標の案

- 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



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

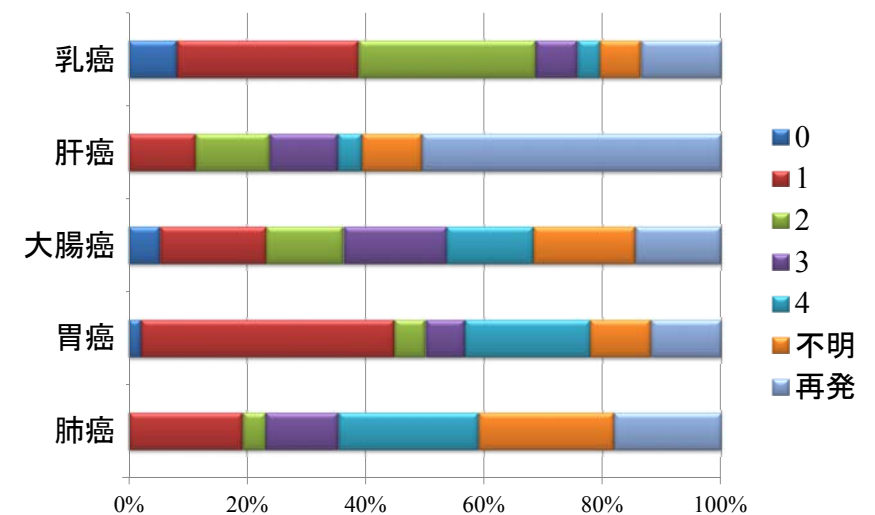
指標案③

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「癌取り扱い規約」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

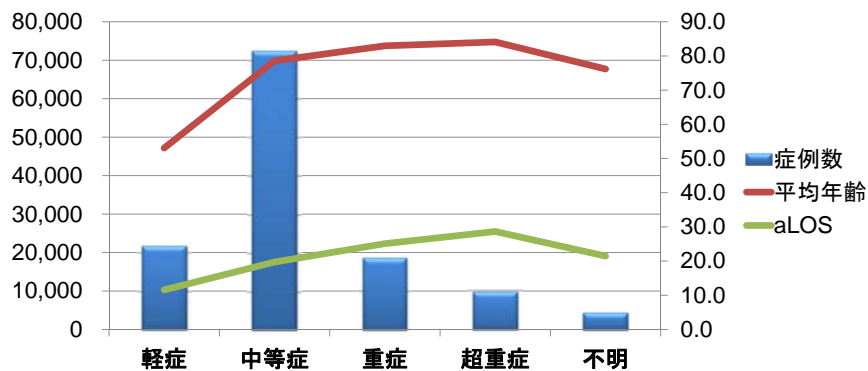
	症例数	平均在院日数	平均年齢
軽症			
中等症			
重症			
超重症			
不明			

* 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

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……

34

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

35

指標案⑦

その他の指標

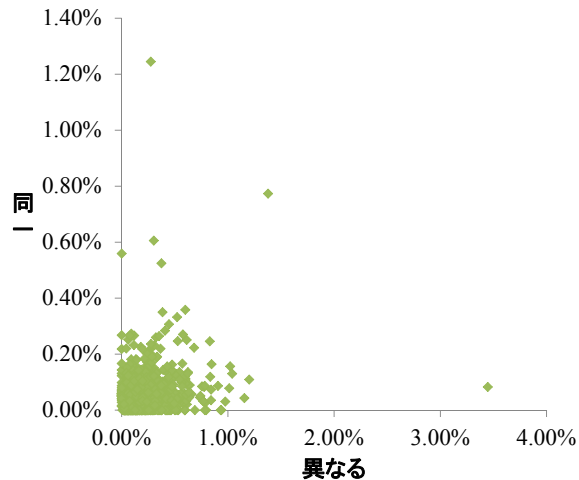
DPC	最も医療資源を投入した傷病名	入院契機	患者数	請求率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一		
		異なる		
180010	敗血症(1才以上)	同一		
		異なる		
180040	手術・処置等の合併症	同一		
		異なる		

続く……

36

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

37

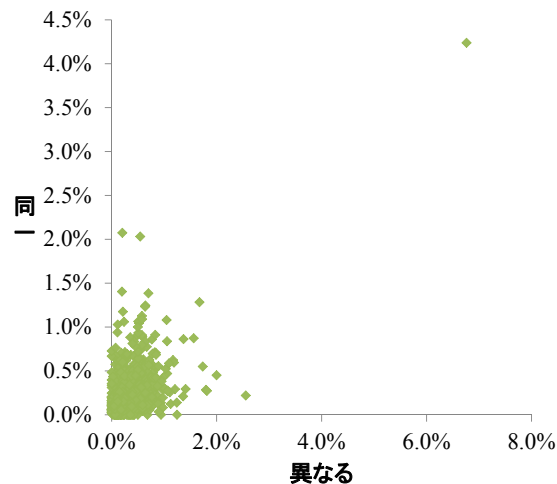
平成26年度診療報酬改定

- DICでコーディングする場合、以下の三点について、レセプトへの記載が必須となった
 - DICの原因と考えられる基礎疾患
 - 厚生労働省 DIC 診断基準による DIC スコアまたは急性期 DIC 診断基準(日本救急医学会 DIC 特別委員会)による DIC スコア
 - 今回入院中に実施された治療内容および検査値等の推移
- 最も医療資源を投入した傷病名であること的主治医説明が求められる

38

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

39

まとめ

- DPCは単に丸めの支払方式ではなく、比較可能なデータにより自院の機能が明らかとなる。
- 共通定義による病院指標の公開により、市民からの評価も行われる。
- 正しい指標作成には正しいコーディングが行われていることが大前提である。
- DPCの基本である「最も医療資源を投入した傷病名」の考え方をもう一度整理しよう。

40