

平成 24 年度 DPC 評価分科会・特別調査（ヒアリング調査）

医療法人仁生会 細木病院

院長 橋本 浩三

情報システム管理課係長 高橋 久夫

特定医療法人仁生会の組織



細木病院の構成

1. 外来部門(本館)
2. 病棟部門(新館、南館:320床)
 - 一般病床(164床)
 - 療養病床(156床)
3. 健診部門(健康管理センター:本館)
4. 在宅部門(高齢者の介護部門)
 - グループホーム(認知症対応型共同生活介護施設)
 - 通所サービス部門(デイケア、デイサービス)
 - 居宅訪問サービス部門



細木病院の外来診療科



(細木病院本館)

- **内科**
 - ・総合内科
 - ・呼吸器内科
 - ・消化器内科
(内視鏡センター)
 - ・循環器内科
 - ・糖尿病・内分泌内科
(糖尿病センター)
 - ・腎臓病内科
- **外科**
 - ・肛門外科
 - ・乳腺外科
 - **整形外科**
 - **耳鼻咽喉科**
 - **脳神経外科**
(脳疾患センター)
 - **泌尿器科**
 - **放射線科**
 - **リハビリテーション科**
 - **化学療法・緩和ケア科**
- **心療内科**
- **東洋医学**
- **小児科**

特殊外来

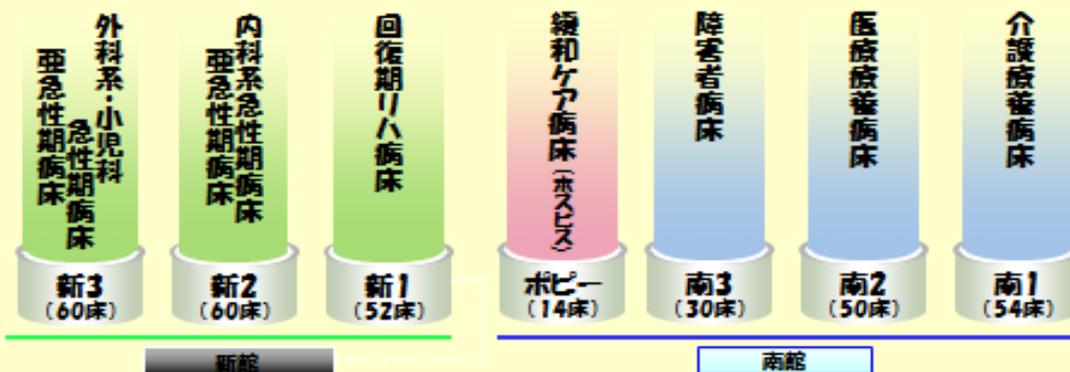
- 禁煙外来
- 小児こころの外来
- 小児整形外科外来
- 漢方外来
- セカンドオピニオン外来

第二次救急病院

細木病院の病棟編成



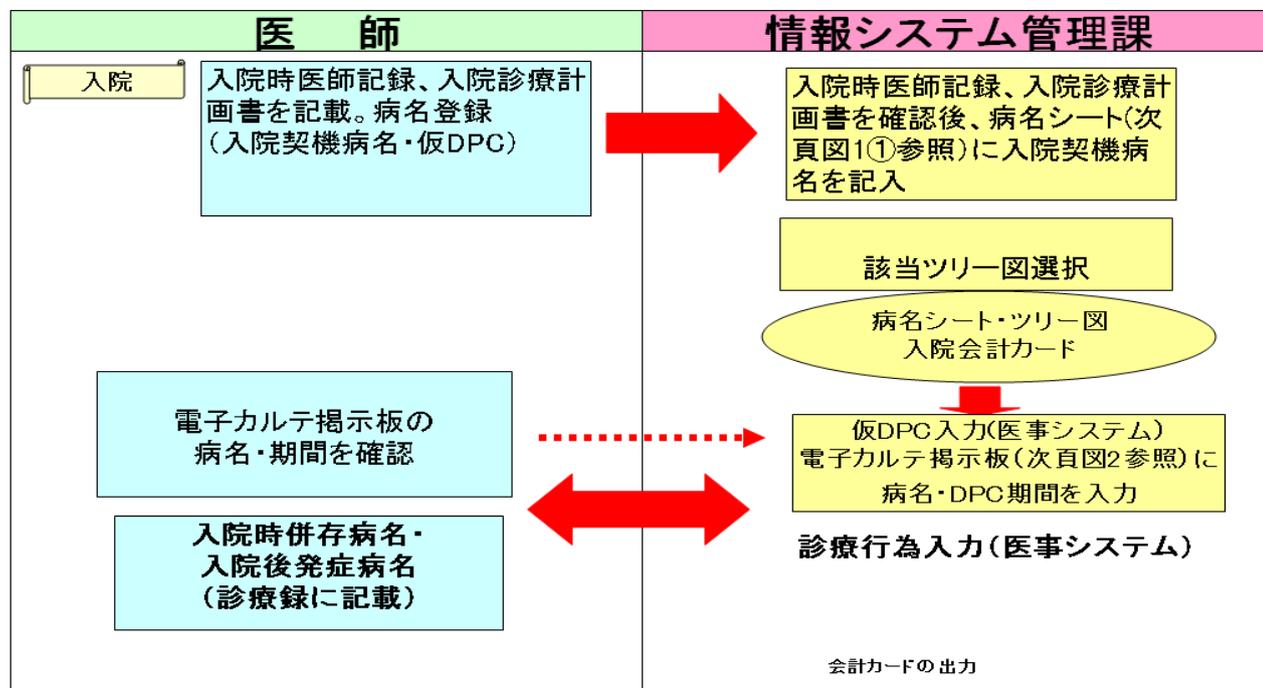
ケアミックス型(複合型)の病棟編成



一般病床(164床) : 急性期(DPC対象) 108床、亜急性期 12床
 障害者 30床、緩和ケア 14床
 療養病床(156床) : 回復期リハ 52床、
 医療療養 50床、介護療養 54床

(1) 当院における DPC/PDPS のコーディングの手順について

(A)入院からのDPC運用フロー



- ① 主治医は、入院決定後、入院時医師記録・入院診療計画書を記載し、入院時病名登録を行う。(入院契機病名・仮 DPC)
- ② 情報システム管理課に属する病棟請求担当者は、入院時医師記録、入院診療計画書、登録病名を確認後、病名シート (次ページ図 1 の①) に入院時契機病名を記入する。
- ③ 該当ツリー図 (紙) を選択し、そのコピーと、病名シート(図 1)、入院会計カードを共にファイルする。
- ④ 病棟請求担当者は、医事システムに、仮 DPC 入力をし、電子カルテ掲示板に病名および DPC 期間を入力する。(次ページの図 2 参照)
- ⑤ 主治医は、電子カルテ掲示板の病名と DPC 期間を確認する。
- ⑥ 病棟請求担当者は、医事システムにて、診療行為入力の確認を行う。
また、電子カルテの登録病名から、入院時併存病名や入院後発症病名を選択し、医事システムに入力する。

図 1

病名シート

ID _____
 患者氏名 _____
 入院年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院経路 (救急車 : 有・無)	入院時意識障害 JCS (有・無)
1. 外来 (緊急・予定)	1・2・3・10・20・30・100・200・300
2. 他院紹介 (有・無)	R:不穏 I:糞尿失禁 A:自発性喪失
	退院時意識障害 JCS (有・無)
	1・2・3・10・20・30・100・200・300

①入院の契機となった傷病名・入院時主病名 ICD-10 _____

②主病名変更 _____

③退院時主病名 (主病名に変更があった場合) _____

医療資源をもっとも投入した傷病名 _____

医療資源を2番目に投入した傷病名 (必要時のみ) _____

併存病 ICD-10 _____

入院後発症傷病名 ICD-10 _____

担当者確認サイン

図 2

ID 0991000017
 患者 017
 (年月日) 54歳10ヶ月21日 1958(S33)/05/05 生

外来 平成26年03月26日 [09:31:03] 終了

利用者: _____
 診療科: 内科

お知らせ

種	指示内容	作成者	作成日時	確認者	確認日時

メモ

右大腿骨頸部骨折 DFC期間4/1まで

重要/共通問題点

診療科	内容	発生日

参照情報

利用者名	参照開始日時	内線	端末名

保険情報

No	名称	本/家	継続	負担	開始日	終了日	入/外
01	①自費7本人	本人		105			共通
96	自費保険100%非課税	本人		100			共通
97	自費保険150%課税	本人		150			共通
98	自費保険100%課税	本人		100			共通

診療情報

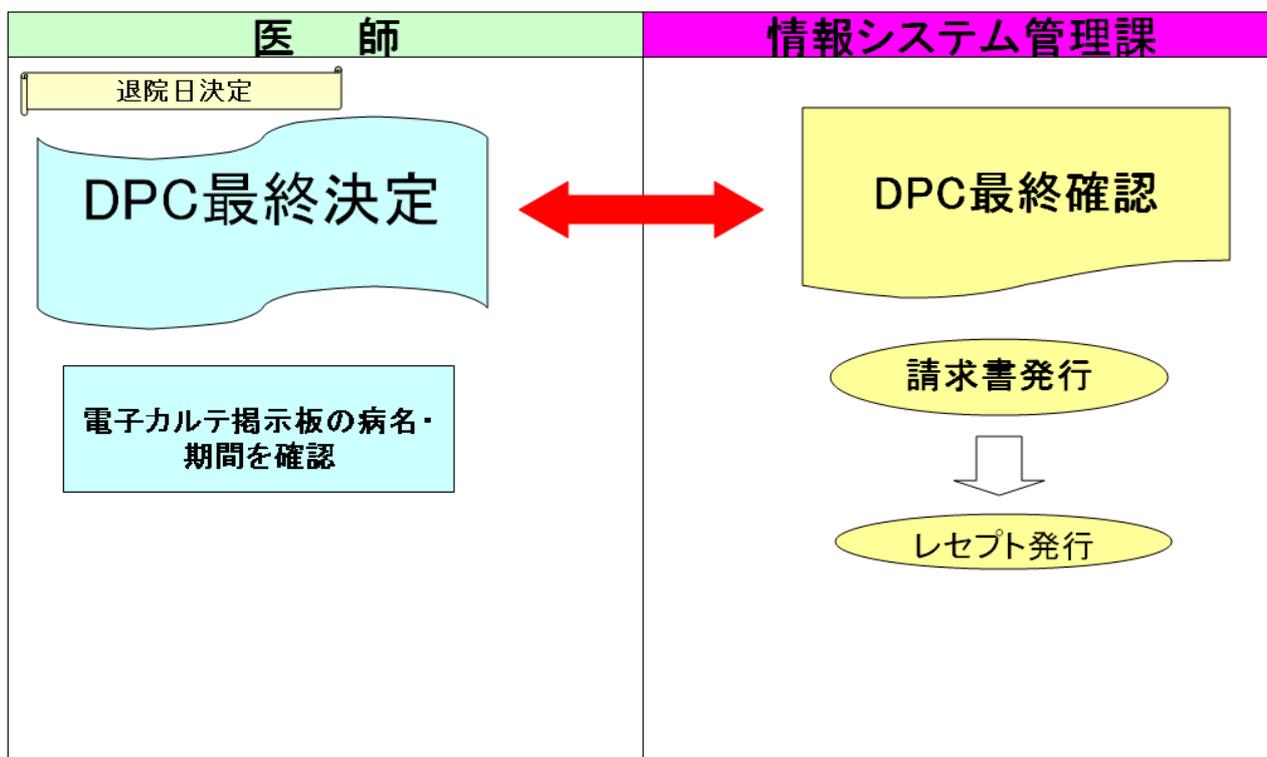
入外区分 外来

診療科 内科

カルテ記述

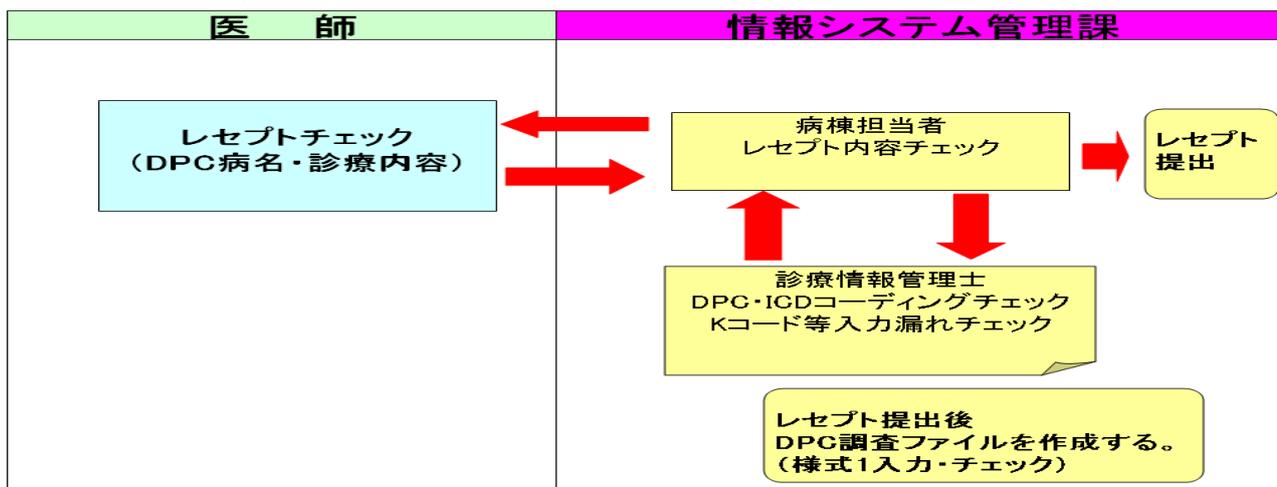
経過表

(C)退院時フロー



- ① 病棟請求担当者は、診療内容を元にツリー図を確認する。
- ② 医師は、電子カルテ掲示板を確認し、DPC病名を最終決定する。
- ③ 病棟請求担当者は、患者向け請求書の発行と、レセプトの発行を行う。

(D)レセプト時運用フロー



- ① 病棟請求業務担当が、レセプトチェックをした後、主治医にレセプトチェックを依頼する。
- ② 診療情報管理士は、ICD コーディングをさらに精査する。診療記録情報を確認し、登録病名と ICD コードの整合性などをチェックし、詳細不明病名があれば主治医に確認する。手術ありなしなどや正しいツリー図が選択されているかなどにつき、DPC 分析ソフト（下図）を用いてチェックする。

下図の例は、様式1とFファイルに出現する手術コードが異なる場合や、未入力の場合、またはDPCコードと整合性がとれてない場合などに指摘される分析例の1例です。

この3例のケースは、いずれもFファイルにて、手術が算定されているが、様式1には、手術情報の登録がなく、DPCコードで「手術なし」が選択されているということで、チェックされた。診療内容、ツリー図を確認すると、1の症例は、DPC期間を超えた後に胃瘻造設が施行されていた。2と3の症例については、手術ありなしを選択できるDPCコードではなかったため、誤りではなく、正しいコーディングであった。

#	病院	データ識別番号	↑ 入院日	退院日	在院日数	DPCコード	コード	Fファイル 名称	No	コード	様式1 名称	手術日
1	細木		20120619	20120906	80日[4]	040080x099x0xx	K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)				
2	細木		20120918	20120921	4日[2]	01021xxxx0x0x	K6182	中心静脈栄養用埋込型力テール設置(頭頸部その他)				
3	細木		20120918	20120926	9日[2]	01021xxxx0x0x	K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)				

- ③ 診療情報管理士は、レセプト提出後、医事システムに DPC 調査データを入力しファイルを作成する。

★コーディングが分かれた事例について

医師と事務部門の間で、コーディングが分かれた場合は、診療内容と、診療点数を基に、整合性がとれているか、検討している。

(2) コーディングに係る事務部門の体制

	常勤	非常勤
医事課		
①慢性期病棟請求担当		
②外来請求担当		
情報システム管理課		
①ITシステムグループ	2名	
②医事請求グループ	3名	
③診療情報管理グループ	2名	1名
④医療秘書グループ	4名	1名
合計	11名	2名
	13名	

DPC担当

★コーディングは、病棟請求担当者が行い、チェック等のコーディング支援を、診療情報管理士が行う。

(3) 適切なコーディングに関する委員会について

開催頻度	年2回
委員会構成	委員長（診療科部長）
委員	<ul style="list-style-type: none"> 診療部（院長・各診療科部長） 看護部（看護部長・DPC病棟師長） 医療技術部（検査室長・薬剤室長） 事務部（事務部長・医事課長・診療情報管理士）
内容	<ul style="list-style-type: none"> 適正なコーディングに関すること。 診断及び治療方法の適正化、標準化に関すること。 その他 DPC 業務に係る課題に関すること。

前回の委員会討議事項

コーディングで肺アスペルギルス症を選んだ内科患者で、DPC と出来高の差が大きかった例を検討した。

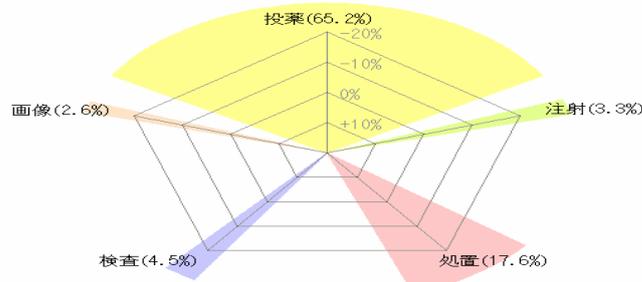
この例では、併存病名の肺動脈性肺高血圧症に対して高額な薬剤を使用していた為、肺アスペルギルス症を選ぶことにより大きく減益になっていた。しかし委員会で検討した結果、今回の入院に於ける病態、検査、治療の内容から、肺アスペルギルス症を選んだことが正しいと判断された。(下図参照)

病歴	診療別番号	DPCコード	年齢	病名	手術	年月	↑在院日数	術前	再	出来高(円)	DPC(円)	差額	診療科
病歴	040151	999000	66歳	B440		12/06	54日[4]			2,432,220	1,773,820	▲658,400	内科
再入院など	54日 C0120427 - 20120619												
傷病名	B440	〈慢性肺アスペルギルス症〉											
	B440	〈慢性肺アスペルギルス症〉											
	C349	〈特異性間質性肺炎〉											
	I270	〈肺動脈性肺高血圧症〉											
	I509	〈慢性閉塞性肺疾患〉											
	J449	〈心不全〉											
	M8199	〈骨粗鬆症〉											
処置	FR22	〈骨粗鬆症〉											
	M8785	〈右大腿骨頭壊死〉											
医師	化学療法(0005)、化学療法ありかつ放射線療法なし(0046)												
DPC	007	(0084)											
代替DPC	040151	999000	呼吸器のアスペルギルス症 手術なし 手術 処置等2なし (Dファイル使用)										
	040040	99904	肺動脈性肺高血圧症 手術なし 手術 処置等2あり										
	040151	999000	慢性閉塞性肺疾患 手術なし 手術 処置等2なし (EVE)										
	07040	999000	股関節痛 股関節症(変形性変性) 手術なし										
	050130	999000	心不全 手術なし 手術 処置等1なし 手術 処置等2なし 副傷病なし										
	060130	999000	心不全 手術なし 手術 処置等1なし 手術 処置等2なし 副傷病なし										
	040110	999000	間質性肺炎 手術なし 手術 処置等2なし										
出来高報酬	070370	999000	骨粗鬆症 手術なし										
Dファイル使用	EVE金額												
	D比較												
	機能評価係数												

区分	診察	投薬	注射	処置	手術	検査	画像	その他	入院	食事	出来高	DPC	DPC	DPC
DPCの影響分(心不全入院)	0	921,760	46,060	248,410	0	63,820	36,800	0	754,470	0	2,071,320	1,297,970	0	0
加算係数	3,600	161,580	360	16,780	0	1,880	1,800	0	70,440	104,460	360,900	1,773,820	1,0958	0.0383
出来高(心不全)	3,600	161,580	360	16,780	0	1,880	1,800	0	70,440	104,460	360,900	1,773,820	1,0958	0.0383
合計	3,600	1,083,340	46,420	265,190	0	65,700	38,600	0	824,910	104,460	2,432,220	1,658,870	1,773,820	1,699,180

症例数	件数	割合	再入院3	件数	割合	再入院4-7	件数	割合	再入院30	件数	割合	再入院42	件数	割合	平均	合計	平均	出来高との差	
救急医療入院	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	54.0日	243万円	243.2万円	-	
手術	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0日	DPC(係数なし)	166万円	165.9万円	▲31.8%
死亡	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.0日	DPC(医療機関別係数)	177万円	177.4万円	▲27.1%
															66.0歳	DPC(機能評価係数)	170万円	169.9万円	▲30.1%

グラフなし ヒストグラム DPC分布 収益因子 パス一覧



薬剤名	病名	コード	出来高
トラクリア錠62.5mg	肺動脈性肺高血圧症	620002492	8,740
トラクリア錠62.5mg		620002492	
レバチオ錠20mg		620006781	3,540
レバチオ錠20mg	肺アスペルギルス症	620006781	
ブイフェンド錠200mg		620002494	6,820
ブイフェンド錠200mg		620002494	

★その他当院内での取り組み

詳細な病名を記載してもらうように、診療情報管理士または病棟請求担当者が、個々の医師にコーディング結果をフィードバックしている。また、外部の DPC 研究会に参加し、コーディング等について討議した事を、院内にフィードバックしている。

(4) コーディングマニュアル案に対する意見

診療情報管理士の意見として、現在、コーディングルールが曖昧であり、医療機関によってコーディングが異なる場合も多く、本当にこのコーディングでいいのか?と迷ってしまう場合がある。

また、診療情報管理士は、ICD コーディングのルールを熟知しているが、医師や病棟請求担当者は、ルールを十分には熟知していないという現状がある。審査機関においても、支払基金と、国保連合会とで、コーディングのルールが微妙に異なるケースがある。したがってこのようなマニュアルが出来れば医師や病棟請求担当者にとって参考になる。

診療情報管理士のみならず、医師や、医事職員等のコーディングに係る者や、審査委員等を対象にして、このようなマニュアルを用いてのコーディング研修会が地方でも開催されれば、コーディングルールに対する知識が統一され、コーディングの質の向上にも繋がり、より正確なデータの提出やベンチマークが出来るのではないかと考えられる。

(5) その他

ケアミックス病院における DPC 調査で苦勞している点

ケアミックス病院では、DPC 対象病棟⇒DPC 対象外病棟（院内の亜急性期病床・回復期リハ病棟・緩和ケア病棟、医療療養病棟など）に転棟するケースが多い。

急性期病棟のみの医療機関では、DPC 病棟分のデータ（子様式）のみの作成でよいが、ケアミックス病院では、DPC 病棟分データ（子様式）に加え、DPC 対象外病棟をも含めたデータ（親様式）を提出しなければならない事に大変労力を要し、苦勞している。