

## 平成 26 年度特別調査（ヒアリング）について

### I 概要

- 次回診療報酬改定に向けた算定ルール、機能評価係数Ⅱ等の適切な見直しに向けて、合計 7 医療機関からヒアリングを実施する。

### II 調査方法

- 下記の 3 種類の調査区分ごとに、DPC データを活用しそれぞれの医療機関を選定して調査票を配布し、その結果に基づきヒアリング対象医療機関を選定した。

【図表 1】調査票の配布状況

内容	調査対象	調査票 配布数	回答数	回答率
①分院がⅡ群となった理由について	①大学病院分院がⅡ群となっている大学病院 本院	10	10	100%
②精神病床を備えていない理由について	②精神病床を備えていない大学病院本院	5	5	100%
③手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて	③-1 実際に選択された診断群分類番号と、EF ファイル等から抽出しコーディングした診断 群分類番号の相違率が高い医療機関	20	20	100%
	③-2 実際に選択された診断群分類番号と、EF ファイル等から抽出しコーディングした診断 群分類番号の相違率が低い医療機関	10	10	100%
合計		45	45	100%

### III 各検討課題について

#### 1. 分院に機能を移しているか

##### (1) 目的

- DPC 評価分科会において、大学病院分院に本院の機能を移すことで、本院はⅠ群にとどまったまま、分院にⅡ群の選定要件を超える機能を意図的に持たせている医療機関があるのではとの指摘があった。
- ヒアリングにおいて、実際に上述の様なことが行われているかを調査する。
- 分院に機能を移している大学病院があった場合には、実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか把握をする。

(2) ヒアリングの論点

- 大学病院本院と分院の機能分化についてどのように考えるか。
- 本院から分院に機能を移すことで、分院がⅡ群病院となっていた場合にどのように対処するか。 等

(3) 集計値

【図表 2】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	Ⅱ群の分院の医療機関名
1	埼玉医科大学病院	埼玉医科大学 総合医療センター
2	自治医科大学附属病院	自治医科大学附属 さいたま医療センター

(4) 参考

[Ⅱ群病院の選定に係る実績要件] (Ⅰ群の外れ値を除いた最低値を基準値とする)

【実績要件 1】 診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）
【実績要件 2】 医師研修の実施	届出病床1床あたりの臨床研修医師の採用数 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、地方厚生（支）局へ届け出ている届出病床総数（許可病床数）により算出。 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。
【実績要件 3】 高度な医療技術の実施	(3a)～(3c)がそれぞれ一定の基準を満たすこと (3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）(3c)：手術実施症例件数（全国平均値）
【実績要件 4】 重症患者に対する診療の実施	複雑性指数（重症 DPC 補正後）

(5) 調査票への回答の概要（調査対象全て）

- 本院と分院の間での人事交流はある。
- 本院から分院への医療提供体制の変更は行っていない。
- 診療密度の変更は意図的には行っていない。
- 地域における医療機関としての役割を担った結果、Ⅱ群となった。

2. 精神病床を備えていない理由

(1) 目的

- 総合的な機能の一部（精神病床など）を備えていない大学病院に関して実態を把握し、大学病院として望まれている適切な機能を果たしているのか把握する。

(2) ヒアリングの論点

- どういった理由で精神病床を備えていないのか。
- 学生・研修医の精神科教育はどのように行っているのか。
- 入院が必要な精神疾患を持つ患者がいた場合に、どの様に対処しているのか。
- 今後、精神病床を整備する予定があるのか。 等

(3) 集計値

※ 様式3の届出病床数から集計

【図表3】集計値

病院類型	精神病床数（平均）
I群病院	42.8床

【図表4】ヒアリング対象医療機関

通番	医療機関名	精神病床数
3	昭和大学病院	0床
4	関西医科大学附属枚方病院	0床

【調査票への回答の概要】（調査対象全て）

- 分院に精神科を開設しているため、本院には精神科を設置していない。
- 本院の精神科は主に、外来・コンサルテーション・リエゾン診療をおこなっている。
- 学生・研修医教育、入院が必要な精神科患者に関しては、分院で対応をしている。
- 近隣に精神科病院・精神病床が多いため、それらの病院と連携をとっている。

3. 手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて

(1) 目的

- 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。

(2) ヒアリングの論点

- 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

(3) 集計値

※平成25年4月～平成26年3月までのデータ

【図表5】診断群分類番号の乖離率（相違率）

病院類型	乖離率（相違率）の平均	不一致のものうち、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%

ヒアリング対象医療機関

【図表 6】 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	あさぎり病院	3.7%	98.8%
6	静岡徳洲会病院	2.7%	84.5%

【図表 7】 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	0.0%

【調査票への回答の概要】

※ 不明なものは集計から除外

診断群分類決定のプロセス・誤りの原因対策

乖離率（相違率）の高い医療機関（調査対象全て）

- 医事課の会計担当者が各種診療オーダー情報や伝票類等と選択された診断群分類番号とを照合し、誤りがある場合は、医師の了解のもと診断群分類番号の修正を行っている。本来であれば、全診療データの細部にわたり、細かく照合すべきですが、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ため、誤った診断群分類番号が選択されることがあった。
- 医事のコーディング担当が電子カルテを見ながら原案を作成し、医師に承認してもらっているが、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。
- 紙で調査票を配布し、医師・看護師に記入してもらい、回収して医事の DPC 調査担当が入力するという方法を取っていたが、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。
- 主治医が決定した病名から、院長に最終確認して病名を決定している。オペや中心静脈等でのコード変更以外は主治医に確認をしてからコード変更している。
- 医事課職員が入院中の診療情報を確認し、変更が必要な場合は主治医と協議をする。医事課事務職員の手技の入力ミスにより、ミスコーディングが発生した。
- 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。

乖離率（相違率）の低い医療機関（調査対象全て）

- コーディングチェックに従事する診療情報管理士は、入院の医事請求業務＝出

来高入院レセプトの作成スキルも備えている職員があたることとしている（薬効はじめ検査等の診療行為に対する適応疾患の知識がある者）。

- 医事会計担当者は常時、E、Fファイルの元となる会計カードの作成及び手術、手術・処置等1、2に該当する診療行為の抽出を行い、DPCオーダリングへの登録作業を行う。その後、医事システムに反映された傷病名等について、診療情報管理士が傷病名チェックを行う（傷病名の妥当性とその他必要と思われる傷病名について抽出）。その際は診療録の内容、及び会計カードの情報との整合性をとりつつ傷病名チェックを行う。手術、手術・処置等1、2が適切に登録されているかのチェックも行う。また、退院会計時又は月末締めレセプト作成時期（コーディングの決定が必要なタイミング）において、再び同様にコーディングチェックを行い医師の決定に問題がなければ請求分類を確定。コーディングに疑義が生じた場合（併存病名の不足なども含む）は医師にフィードバックしコーディングの再検討を行うよう依頼し、その上で決定している。
- 医師が病名変更する場合についての連絡は不要であるが、診療内容と病名に不一致があるような場合については入院算定、診療情報管理士より医師へ連絡をする体制となっている。また、診断群分類番号決定のためにシステムを導入しているが、診療情報管理士が診療行為を精査し医師が最終決定をしている。
- 主治医が最も医療資源を投入する病名を決定し、医事課の入院担当が点検を行い、最終的には、診療情報管理士により、退院患者のコーディングに係る検討会を毎日行い、判断の難しい症例を協議している。

【図表8】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度

	開催頻度（年間）
相違率の高い病院 (20病院)	12回： 6施設 (30%)
	6回： 1施設 (5%)
	4回： 2施設 (10%)
	3回： 1施設 (5%)
	2回： 10施設 (50%)
相違率の低い病院 (10病院)	12回： 6施設 (60%)
	4回： 2施設 (20%)
	3回： 1施設 (10%)
	2回： 1施設 (10%)

各病院における「適切なコーディングに関する委員会」での取組み  
(調査対象全て)

- 診療科ごとに独自の事柄があることから、診療科ごとにコーディング勉強会を開催している。今年度は7つの診療科において1回ずつ行った。
- DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストを基に自院でのコーディング事例の検証・検討。
- 「DPC/PCPS 傷病名コーディングテキスト」を中心に委員会の運用を行っている。また、各診療科に直接赴き、各診療科の傾向や注意事項について研修を行い、適切なコーディングについて周知している。