

平成 26 年度特別調査（ヒアリング）の結果報告について（案）

平成 26 年 11 月 26 日 DPC 評価分科会において、平成 26 年度特別調査（ヒアリング）が実施された。

1. 分院に機能移しているか

[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。

[ヒアリング対象医療機関]

- ・ 埼玉医科大学病院
- ・ 自治医科大学附属病院

[医療機関の主な意見]

- 教育・研究を担う本院と、診療面を担う分院に機能的に分かれている。
- 本院に備えられていない診療科は、今後、充実を目指している。
- II 群となった分院に関しては、地域からの依頼により開設した。
- 分院においても科研費を獲得し、大学病院と共に研究に取り組んでいる。
- II 群となった分院と本院は医療圏も異なっており、医療提供体制の移動等はない。
- 学生教育、研修医教育においても、分院とともに取り組んでいる。
- II 群となった分院は本院の機能を補完するためのものではない。
- 分院は循環器を主体とした医療を展開した結果、II 群としての評価を受けたものであり、選定要件を意識して医療提供体制の変更等はない。
- 心臓血管外科、悪性腫瘍を扱う外科は全て近隣の分院へ機能が移っており、本院には機能を備えていない。
- 本院は一次・二次救急、近隣の分院は三次救急と機能を分けているが、距離が近いので、救急患者の割り振りもしっかりとできている。

[主な指摘事項]

- ・ 本院と分院で比較した場合に分院の方が高機能となっており、基礎係数で画一化された場合には、他の大学病院本院と不公平感が出るのではないかと。

2. 精神病床を備えていない理由

[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。

[ヒアリング対象医療機関]

- ・ 昭和大学病院
- ・ 関西医科大学附属枚方病院

[医療機関の主な意見]

- 精神科対応が必要な患者は院内の精神科医、もしくは精神病床を備えた分院において適宜対応している。
- 学生教育・研修医教育においても精神病床を備えた分院において研修が行えるため、支障は来していない。
- 内科疾患や外科疾患を合併している精神科の患者についても、初期の対応はそれぞれの科において行って、必要に応じて精神科にコンサルテーションをしてもらっているため、不都合は生じていない。
- 本院の精神科には外来機能があり外来とリエゾン、緩和ケアを主に行っている。また休日、夜間にはオンコールで対応ができるようにしている。
- 近隣に精神病床を備えた医療機関が存在し、その病院と連携体制を整えている。
- 精神科において時間外で緊急で対応が必要な局面というのはほぼないと考えている。
- 精神疾患を抱えた高度急性期の患者対応は、リエゾンで問題ないと考えている。

[主な指摘事項]

- 精神科の医師が夜間・休日に対応しないのは、受け入れ体制、入院機能を夜間・休日も維持している大学病院と比較して差があるのではないのか。
- 学生教育では学生は精神科のある病院まで移動をしなければならないため、負担をかけているのではないのか。
- 精神疾患を抱えた高度急性期の患者への対応はどのようにするのか。

3. 手術・処置、定義副傷病の適切なコーディングについて

[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。

[ヒアリング対象医療機関]

1 診断群分類番号の乖離率（相違率）の高い医療機関

- ・ あさぎり病院
- ・ 静岡徳洲会病院

2 診断群分類番号の乖離率（相違率）の低い医療機関

- ・ 稲城市立病院

[医療機関の主な意見]

1 診断群分類番号の乖離率（相違率）の高い医療機関

- 病歴等の情報共有ができていなかったために起こった登録誤りがあった。
- 重症度の定義、解釈を把握していなかったために、コーディングミスが起こった。
- ツリー図において下の分岐を優先して選択するというルールを把握していなかったためにコーディングミスが起こった。
- 入力する病名によって、システムエラーが起こったため、様式1の病名を変えてコーディングを行った結果、レセプトとの相違が起こった。
- 時間外に行われた行為の詳細が把握できておらず、コーディングミスを起こした。
- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催は年に2回。
- 「適切なコーディングに関する委員会」に担当医は出席はしていない。
- 診断群分類選択の際に、点数も含めたシミュレーションを医師に示して選択をさせている。

2 診断群分類番号の乖離率（相違率）の低い医療機関

- 診療情報管理士・医事課の入院担当の双方が、電子カルテとレセプトコンピューターの両方を参考にコーディングをおこなっている。
- システム上、電子カルテのデータから様式1とレセプトを作成するため、相違は生じない。
- 分岐が変わる場合や、資源病名と診療行為の整合性がとれなくなるような場合、医事課の入院担当が診療情報管理士と相談の上、医師へ再度確認するシステム

を取っている。

- 医師だけではなく、看護師からも、患者情報の変化に関する情報を入手して、レセプト、様式1の作成を行っている。
- 「適切なコーディングに関する委員会」の開催は年に12回で、参加できない職種に対しても情報共有をおこなっている。

[主な指摘事項]

- DPC対象病院はコーディングの基本的なルールを理解し、院内でのルールの周知につとめるべきではないか。
- 「適切なコーディングに関する委員会」には、現場の担当医も出席し、DPC全体の事を理解してもらう必要があるのではないか。
- DPCのコーディングにおいて、点数のシミュレーションを行うことは、コーディングをゆがめることにも繋がるため、適切ではないのではないか。