

DPC/PDPS——診断群分類と 請求の 12 技術

1 医療機関でのデータ活用について

社会福祉法人聖隷福祉事業団 理事／総合病院聖隷浜松病院 事務局長 日下部 行宏
入院医事課長 笹ヶ瀬 晃央

DPC/PDPS の導入は、“医療費削減の方策”という見方もあるが、“医療の標準化を促す手段”であるという側面も見逃せない。

対象医療機関としては、客観的に質とコストを把握していく必要があるが、そのためには、DPC 分類という共通の単位を使用して、病院間のベンチマークを行っていくことが重要となってくる。

ベンチマークとは「基準点」という意味であり、ベンチマーク分析を行うとは、「自分の立ち位置を知る」ということである。それにより自院の実態を把握し、有効な手段を探索することができる。つまり DPC/PDPS とは、単なる支払いのための仕組みではなく、病院マネジメントの改革を促す仕組みでもあるのだ。

そこで具体的な請求のポイントに入る前に、当院における DPC/PDPS のデータ利用について紹介する。

1 DPC に対応するクリニカルパスの整備

当院におけるデータ活用の一つは、DPC 対応型クリニカルパスの整備である。診療報酬における「診断群分類ごとの入院期間」は全国の DPC 関連病院のデータを基に設定されている。したがって、「入院期間 II 日」は、DPC 病院の平均在院日数を表しており、この日数内で退院している患者の割合が多ければ、効率の良い診療が行われていると考えてよいだろう。当院ではそれを踏まえて、DPC 病院の平均在院日数を意識したパスの作成・改訂を行っている。

また、新規のパス作成においては、平均在院日数だけでなく、もう一步踏み込んだ取組みも始めている。それは、DPC 分析システムの利用である。DPC 分析システムに、様式 1、E ファイル、F ファイルデータを読み込ませてあり、それらのデータにより他医療機関とのベンチマークが可能になっている。このシステムでは、パスイメージでベンチマークができるのが利点である。

例えば、以下のような要素で比較する。

日下部 行宏 (くさかべ ゆきひろ)

1978 年社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷浜松病院 放射線部へ診療放射線技師として入職。1995 年 同法人 総合病院聖隷三方原病院 画像診断放射線部技師長、1997 年 聖隷浜松病院 放射線部技師長、2002 年 同法人本部 事業企画部部長、2005 年 同法人執行役員 兼 聖隷浜松病院 事務局長を経て、2011 年より現職。



- * 抗生剤は術後何日まで使用されたか
- * ドレーンは術後何日で抜去されたか
- * 術後何日で退院したか
- * どの検査がどのタイミングで何回行われたか
- * どの画像診断がどのタイミングで何回行われたか

その結果、自院の診療内容（抗生剤使用日数や検査の回数など）が適切なものであるかを再検討できる。場合によってはパスを修正することもある。このように、ベンチマークを行うことにより、より効率的で質の高いパスを作成していくことが可能となるのである。

2 DPC と出来高の比較

そのほか、「DPC-出来高比較」のデータも活用している。「DPC」は実際の入院収入を表すが、「出来高」のほうはすべての医療行為を出来高の診療報酬点数表に基づいて積み上げた値であり、コストの概算として捉えることができる。

この指標は多くの医療機関で用いられているため、院内の診療科別ベンチマークだけでなく、他医療機関とのベンチマークにも活用でき、利用範囲が広い。例えば、「DPC-出来高」の点数差異がマイナスとなる診療科は、診療が過剰気味で非効率である可能性が指摘される。そこで、診療の中身を分析して“ムダ”がないか探して適正化するマネジメントが必要になる。診療部に現状を説明するには、他医療機関とのベンチマークを行い、それを視覚的にいかに見やすくするかがポイントになる。

逆に、「DPC-出来高」の点数の値がプラスに大きい場合は、経済的な効果が高い診療であると推測できる一方、診療が薄い可能性も否定できない。つまり、診療の質に問題がある可能性もあるため、安全性や質を担保する医療がきちんと行われているかどうかをチェックする必要がある。

診療密度という指標も出てきているため、「DPC-出来高」点数差は、今後も注視していく必要があるだろう。

3 人件費、材料費、経費から成果を検証

当院では、成果計算にも取り組んでいる。人件費、材料費、経費について、実際のコストを算出しているのがある。

今は主に DPC 分類別に成果計算を行っており、マイナスと出た診断群分類については、その原因が人件費にあるのか、材料費にあるのか等を調べていく。人件費に問題がある場合は、患者別・日別に落としたデータを確認し、医師・看護師・その他のスタッフと分けて、日ごとの人件費を追って問題点を探していく。

例えば、ICU に 15 日間入院していたなら、14 日目までは特定入院料が算定できるため、手厚い治療を行っていたとしても、かかる人件費に見合った収入がある。しかし、15 日目は、特定入院料が算定できないのに人件費は同様にかかるため、見合った収入を得られていないことになる。15 日目も ICU で管理する必要があったのかもしれないが、後方病棟が満床で転棟させられなかったのだとしたら、後方病棟のベッドコントロールが今後の課題になる。

このように問題の指摘と原因分析をしていくにあつ

ては、**実際の収支**（この場合はマイナス金額）が提示できると、**改善策を見出しやすくなる**。今のところ成果計算は当院独自で行っているため、他病院とのベンチマークができていない。今後、それができるようになれば、さらに踏み込んだ分析ができるだろう。

4 データ活用の未来

良質で効率的な医療の標準化を目指すため、さらなるデータ活用を考えるのであれば、**今よりもっと詳細な病状の共通性のなかでのベンチマークが必要だ**と考える。

そんなベンチマークができれば、当院の治療が本当に最良のものなのか（例えば、その投薬が本当に最適なものなのか等）の見極めができる。そしてエビデンスが確認できれば、実際の診療に導入でき、導入できれば質もコストも変わっていくだろう。

そのようなデータの活用が理想である。しかし、その方法が確立されておらず、そこまでの DPC データの活用はまだできていない。

現在の電子カルテは、喩えると、まだ“ワード”の世界であり、“エクセル”化されていないのだ。つまり、せっかく行った治療が汎用可能なデータとして蓄積されていない。“エクセル”としてデータが蓄積されるべきであり、有効に活用されるべきである。例えば、問診をとったなら、蓄積されたデータから病名が導き出され、その病名から検査や治療法が導き出されるというような過去の医療をエビデンスとして、次の治療に活用できる仕組み作りがなされるべきであり、そのようなデータ活用こそが理想であり、最も有効な活用法と言えるだろう。

2 請求で注意すべき 12 のポイント

当院では、以下の 12 のポイントに注意しながら DPC/PDPS の請求を行っている。1 つずつ概要を説明しながら、誤りやすいポイントやその理由、当院での対応やチェック方法、予防方法について説明していく。

1 主病名の選択

●医師の見解と異なるときは積極的に提案を

主病名の選択にあたっては、入院期間において治療対象となった傷病のうち、**医療資源を最も投入した傷病**（医

療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病）を、**主治医が ICD10 から選択**することとなっている。

当院の運用では、予定入院の場合、医師が入院指示を出してから実際に入院するまでのあいだに DPC のオーダシステムに今回入院の「主病名」「入院の契機となった傷病名」「医療資源を最も投入した（するであろう）傷病名」を登録し、予定されている手術、処置等の登録まで行い、診断群分類を選択しておくことになっている。

また、即時入院の場合は、入院後速やかに傷病名、手術、処置等を登録し、診断群分類を選択することとなっている。

予定入院の場合でも、**状態の変化に伴い、当初の治療目的だった病名では矛盾が生じてしまうことがある**。このようなケースで「医療資源を最も投入した傷病名」の変更を医師だけに任せておくと、電子カルテの病名は新たに登録されるものの、DPCのオーダシステムの更新はされないことがある。そこで、医事課のスタッフは、日々の業務のなかで、例えば点滴の内容が変わった、特殊な検査が行われた——等の情報をキャッチし、患者の状態の変化に気付かなくてはいけない。そして、**医師に対し、タイムリーにDPCのオーダシステム更新を依頼**するようにしている。

また、現場で直接患者を診ている医師と、カルテや会計データを通して患者を見ている診療情報管理士を含めた医事課スタッフでは、「医療資源を最も投入した傷病名」の捉え方が違う場合がある。その相違を埋めるため、**医事課の立場から捉えた「医療資源を最も投入した傷病名」を積極的に医師に提案**するようにしている。医師との話合いのなかで、「医療資源を最も投入した傷病名」を決定していく必要がある。

●転科したケースは判断がむずかしい

転科があった場合も医師との話合いが必要である。感染症等の疑いで総合診療内科に入院し、肺炎が確定して呼吸器内科に転科したケースなどは、一般的な症例であるため、「医療資源を最も投入した傷病名」の決定において、医師の承認も得やすい。しかし、整形外科から眼科に転科した場合などは、まったく違う疾患に対しての診療が行われるため、「医療資源を最も投入した傷病名」の判断はむずかしくなる。人的資源・物的資源をどれだけ投入したかを医師の話合いのなかで確認し、今回の入院での「医療資源を最も投入した傷病名」を決めていく必要がある。

このようなケースでは、系統的にチェックをかけて病名を決定していくことができない。いかに医師とコミュニケーションを取って、現場で行われていることを把握できるか、日頃から事務の立場からの話を聞いてもらえる関係作りをしておけるか、にかかっている。

2 ICD10コードの選択——同じ病名に複数のコードをもつ場合（二重分類）

●どちらを選ぶかは、診療内容から判断する

前項「1」に関連するが、「二重分類」病名の正しい選択も大切なポイントだ。

「二重分類」とは、一つの病名で複数のICD10コードをもつものことである。糖尿病性網膜症や甲状腺眼症など代謝性疾患によるもの、あるいは副鼻腔真菌症やムンプス難聴、ヘルペス角膜炎などの感染症に多い。

二重分類の傷病名が「医療資源を最も投入した傷病名」として選択される場合、DPC/PDPSでは両方のコードでの分類が可能となるので、**どちらの分類がふさわしいのかを診療の内容から見極めて、適切な分類を選ぶ**ことが肝要である。

【例】「2型糖尿病性網膜症」にて眼科に入院し、K281増殖性硝子体網膜症手術を施行した患者

通常この病名に対して付与されるICD10コードは、基礎疾患としての分類項目「E113：インスリン非依存性糖尿病（NIDDM）眼合併症を伴うもの」であるが、このままだと診断群分類は「100070 2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く）」（※1）が選択されることとなる。

しかし、この病名にはもう一つ、症状発現（臓器）の分類項目である「H360：糖尿病（性）網膜症」というコードが存在する。このコードを使用した場合の診断群分類は、「020180 糖尿病性増殖性網膜症」（※2）になる。

この症例の場合、眼科にて症状発現先である網膜への手術処置を行っているわけなので、基礎疾患への治療を想定した前者の分類選択よりも、後者のH360をコーディングして分類選択するのが適切であるといえる。

このようなケースにおいては、実際に行っている診療の内容と診断群分類で定義されている手術処置行為にズレがあると感じることで誤りに気付くことができるので

（※1）

100070 2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く）

① 1430 100070xxxxxxx

樹形図 番号	入院期間 A 日以下	A 日超 B 日以下		入院期間 B 日超 C 日以下
	入院期間① 点数/日	入院期間② 点数/日	入院期間③ 点数/日	入院期間④ 点数/日
① 1430	1~8 日 2,478	9~15 日 1,786	16~29 日 1,518	

ICD 名称（100070 に対応する傷病名）

E112 インスリン非依存性糖尿病（NIDDM） 腎合併症を伴うもの
E113 インスリン非依存性糖尿病（NIDDM） 眼合併症を伴うもの
（以下略）

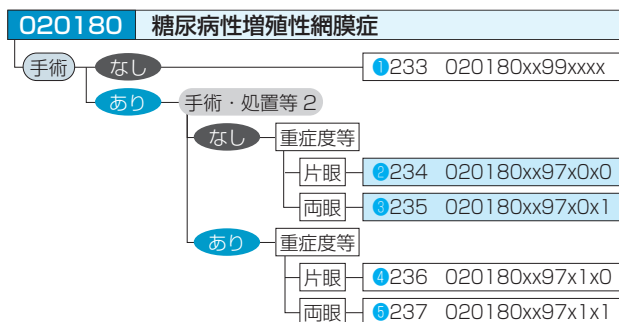
手術

手術あり

手術・処置等 2

J0383 人工腎臓 その他の場合

(※2)



樹形図 番号	入院期間 A 日以下	A 日超 B 日以下	入院期間 B 日超 C 日以下
	入院期間①:点数/日	入院期間②:点数/日	入院期間③:点数/日
②234	1~5日 2,318	6~10日 1,714	11~18日 1,457
③235	1~9日 2,382	10~18日 1,760	19~35日 1,496

ICD 名称 (020180 に対応する傷病名)

H360 糖尿病 (性) 網膜症

手術

K276\$ 網膜光凝固術

K280\$ 硝子体茎頭微鏡下離断術

K280-2 網膜附着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)

K281 増殖性硝子体網膜症手術

その他の K コード

手術・処置等 1

K282\$ 水晶体再建術

手術・処置等 2

J0383 人工腎臓 その他の場合
全身麻酔

はないだろうか。

●二重分類は医師も知っておくべき

当院は、平均在院日数が12日前後と短いこともあり、入院してから退院するまでの短期間に診療情報管理士が ICD10 コードのチェックを全件行うのはむずかしい状況にある。そのため、医事課のスタッフが代わりにチェックを行う必要があるが、必ずしも ICD10 の専門的な勉強をしてきているわけではないので、誤りに気付くことができるようになるには、教育と知識共有が必要である。そのため、当院では、定期的にコーディングに関する学習会を開催している。

また、二重分類コードなどは、医師にも理解してもらう必要がある。先に述べた「糖尿病性網膜症」などは、DPC のオーダシステムで二重分類コードである旨の警告が出る仕組みになっているが、少なくともその意味は知っておいてもらう必要がある。

ICD10 コードの選択は、DPC/PDPS において大変重要なことであるため、医師のチェック、診療情報管理士を含めた事務のチェックと、二重三重で行っていくこと

が大切である。

3 ICD10 コードの選択——コーディング知識の不足によるミスコーディング

同じく「1」に関連する内容である。標準病名マスターを用いたシステム上での病名登録においては、修飾語を多用する際、キーとなる単語の引き方いかんによっては、まったく違うコードで登録されてしまうことがある。結果、病名や診療内容と乖離した分類へコーディングされることが起こりうる。

当院では、請求業務に携わる医事課職員すべてがコーディングについての知識を得ているわけではないため、診療情報管理士との連携により、このようなミスの発生をなくすよう心掛けている。

明らかなミスコーディングとしてデータの正確性を問われることにもなりかねないため、注意が必要である。

【例】「穿孔性胃潰瘍」を最資源投入病名として選択したが、決定した診断群分類の名称は、「060140 胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄(穿孔を伴わないもの)」となっていた。病名は「穿孔性」を明示しているにもかかわらず、である。なぜこのようなことになってしまったのか。

検証の結果、最資源投入病名が、誤ったコードで登録されていたことがわかった。本来、穿孔性胃潰瘍のもつ ICD10 コードは「K255 胃潰瘍 慢性または詳細不明、穿孔を伴うもの」であるが、このケースにおいては、「K259 胃潰瘍 急性または慢性の別不明、出血または穿孔を伴わないもの」で登録されていたのである。原因は、詳細のわからない「胃潰瘍」に対し、接頭語として「穿孔性」を追加してしまっていたことにあった。

病態として“穿孔を伴っているか”という点が医療資源投入量に影響を及ぼすからこそ、診断群分類が分けられ、点数に格差がつけられているわけなので、このまま算定すると、実際の資源投入にそぐわない請求をすることになってしまう。

そのほか、「硬膜下血腫」と登録する場合は「外傷性」か「非外傷性」によって ICD10 コードが変わってくるし、「腎不全」も「急性」か「慢性」かによって ICD10 コードが変わってしまう。これらは DPC のオーダシステムを使用する際に誤りやすいので注意が必要である。

当院で使用しているシステムでは、「硬膜下血腫」と検索すると、ICD10「S065」にひも付き、自動的に「外傷性」が選択されるようになっている。ここで、病名表記とコーディング結果に違和感を覚えるかどうかは、ICD10

についての知識と経験の有無に左右される。

当院では、医事課スタッフが、医師が行う病名登録のチェックをまず行い、その後の保険請求業務も行っている。保険請求業務と同時にICD10の知識を身につけるというのは困難なことかもしれないが、ぜひとも積極的に学んでほしいと考えている。当院では、そのために、院内、院外で学習できるよう支援を行い、診療情報管理士の育成にも力を入れている。

4 副傷病名の選択

●入院後に発症した「副傷病」はもれやすい

入院中に発症して「副傷病名」となることが多い肺炎や敗血症などは、医師が病名追加をしない場合、そのまま見過ごされることが多い。日々の会計データからヒントを得て、カルテ内容を確認し、病名がもれている可能性を感じたら、医師に確認して、副傷病名を分岐に反映させる必要がある。

*手術後に投与される抗生剤が通常より長い

*一度投与を終えているのに再び投与が開始された——等の場合には、術後の感染症発症が疑われる。そんなときは、カルテを確認していくと、「肺炎の所見あり」または「腹腔内膿瘍の所見あり」といった内容に行きつくことが多い。

後発症した病態があるということは、通常の経過を辿る症例と比較して資源投入量が大きくなる傾向がある。当然、診断群分類において評価がされていると考えて矛盾はないので、そこは見逃すことなく的確に担当医師に確認したうえで該当の病名追加をしていくことが必要である。なお、医師への提案に際しては、投与されている薬品の効能や診療行為の意味・必要性を理解していなければ説得力をもたないので、最低限の医学的知識の習得は必須と言える。

●医療資源投入に影響したかどうかで判断

また、副傷病名は、治療があったか否かだけで「あり」「なし」と判断するのではなく、医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無にかかわらず「あり」と判断することとなっている。

特に、糖尿病や貧血、他臓器に存在する悪性腫瘍などで該当するケースが多い。入院中は治療対象になっていないが、併存症として存在し、医療資源の投入量に少なからず影響を及ぼすであろう病名には注意が必要である。

なかでも、他院で治療中の傷病については、自院では

病名として登録がされていないこともあり得る。退院後にレセプトチェックをしている段階でそれに気付くこともあるが、入院時に気付くことができれば、患者へ追加請求をしたりせずに済むので、登録病名にとらわれず、積極的にカルテの内容を読み込んで気付き、医師に確認していくことが望ましい。

併存の副傷病名を見逃すことは、本来請求すべき包括点数よりも低い包括点数を選ぶことになることが多いので、診断群分類の副傷病名に該当する併存症がないか、常に確認するように心掛けてほしい。

●確定診断前の病名は「副傷病」にできない

ただ、注意が必要なのは、「疑い」で終わっている場合には副傷病名を「あり」とすることができないということである。どんなに高額な検査を行っていても、確定診断が得られていない症例については、最終結果がどう出るか、退院時まで日々確認しなければならない。

5 樹形図分岐の選択

●自分の目で樹形図を確認する

診断群分類の数は改定ごとに増え、現在では2200種類以上の分岐がある。分岐を決める診療行為を行った場合は、システムに頼るばかりでなく、時には自分の目で診断群分類樹形図に戻って確認することを勧めたい。

以前、当院で使用していたシステムは、診断群分類を決定するにあたり、いくつか候補が出てくる仕組みであった。原則的には一番上に出てくる診断群分類を選択すればよいという認識で使用していたが、あるとき、そうではないことに気付いた。ベンダーに問い合わせると、候補のなかから適切なものを選択する必要があるという。やはりすべてをシステムで解決するのは無理があるということであり、複雑な医療行為が重なるケースでは、最後は人の目で確認しなければいけないということだ。

●薬剤は「商品名」と「一般名」をつなげる

「手術・処置等2」で扱われる薬剤は、商品名ではなく一般名で表記されている。医事課が日々の会計業務を行うなかで、この商品名と一般名が繋がらず、分岐の見落としが起ることも考えられる。

この商品名と一般名については業務のなかで覚えていく必要があるが、見落としが減るよう、当院では補助的にオーダシステムも使用している。医事会計システムとDPCのオーダシステムが連動しているため、商品名と一般名の紐付けを、あらかじめオーダシステムに登録し

ておくことにより、医事会計システムに商品名が入力されるとオーダシステムに分岐の選択候補として表示される仕組みである。新規採用薬などもなるべくすぐ登録して、システムチェックがかかるようにしておくことも見落としを防ぐ一つの方法である。

● DPC 分析ソフトのチェックツールを活用

化学療法では、レジメン（治療計画）別分岐を採用している診断群分類もあるし、どの医療行為が分岐に関係してくるのかという見極めができるスキルが必須である。当院のオーダシステムには、レジメンの登録ができない。そこで、分岐の選択候補として表示させるため、当院では、それを補う別のツールを使用している。これは当院が利用している DPC 分析ソフトに入っているチェックツールである。データを落とし込むことによってコーディングチェックが行える機能である。

このチェックツールは、**レジメンの選択誤りだけでなく、手術の「あり」「なし」の見落としや、その他の選択誤りもチェック**できるため、月に数回リストを出力して、点検を行っている（人間の目とシステムとで点検する必要がある）。しかし、データ落とし込みにかかるため、タイムリーにチェックできない難点もある。

● その他の覚えておきたい分岐ポイント

ほかにも、新生児疾患においては出生時の体重によって分岐が異なってくる。これを決定するにあたっては、自院出生でない場合であっても出生時の体重で分岐が決定するので、留意すべきである。

また、2012 年改定で、心臓カテーテル検査施行による分岐のなかに、特殊カテーテルを使用した場合の加算（D206 \$ 心臓カテーテル法による諸検査における「注 3」「注 4」加算）という分岐が追加された。

さらに、従来から存在する電気生理学的検査の分岐とともに使用する診療材料による分岐の発生も、今後注目していきたいところである。

病名の登録誤りと違って、樹形図の分岐選択の誤りは、カルテや会計データを確認し、チェックツールを使うことで、ミスなく行うことができる。必要があれば『DPC 点数早見表』の樹形図を確認しながら、誤りのない分岐選択を行ってほしい。

6 退院時処方への取扱い

退院時に処方し、「在宅」にて使用する薬剤料については**包括ではなく出来高算定が可能**となっている。それ

に対して、「転院」時の退院時処方の出来高算定は不可となっている。退院後の患者の行き先を正確に把握して、適切に算定する必要がある。

また、退院日の翌日から起算して 3 日以内に、診断群分類番号の上 6 桁が同じ傷病で再入院した場合は、前回入院における退院時処方を退院中に使用した分に限り算定してよいことになっている。このように退院時処方に関しては、細かく規定されているので、ルールを確認しておく必要がある。

また、入院中の処方であっても、残った薬を退院後に在宅で継続使用する場合の取扱いにも注意が必要だ。

事務連絡「疑義解釈その 4」平 24.5.18（要約）

問 12-6 「フォルテオ皮下注キット 600 μ g」〔テリパラチド（遺伝子組換え）〕について、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

答 引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

※フォルテオ皮下注は、平成 23 年 4 月 1 日付事務連絡において、「600 μ g の薬価を 28（日分）で除したものを 1 日分（1 回分）の薬剤料」とするように定められた薬剤である。なお、同様の請求方法は、インスリン製剤や点眼薬等については認められないとの新たな疑義解釈が「疑義解釈その 8」（平 24.8.9）で出されている。

厚労省から出される事務連絡等は注視しておかないと、見過ごすことが多い。退院時処方については細かな取扱いの違いが存在するので、その状態に応じた慎重な対応が求められる。

その他の注意点としては、**退院時処方として出される抗腫瘍薬については「化学療法あり」として扱わない**とされていることなどがある。

7 「入院日Ⅲ」超後の手術・処置の実施について

「入院日Ⅲ」を超えたあとに「手術・処置等」を行った場合でも、**実施を決定した日が「入院日Ⅲ」を超えていなければ、「あり」を選択**できる。

なお、2012 年改定では、「入院日Ⅲ」超後に化学療法実施の分岐を選択した場合のルールが設けられた。改定前は、「化学療法あり」の分岐を選択することで抗悪性腫瘍剤に対する評価を含む包括点数を得たうえで、さらに出来高で抗悪性腫瘍剤の点数も請求できた。しかし、改定後は、「入院日Ⅲ」を超えるまでのあいだに化学療法の施行がない場合、「入院日Ⅲ」を超えたあとに投与

した抗悪性腫瘍剤の薬剤料の請求が不可となったのだ。

ただし、「入院日Ⅲ」超までのあいだに化学療法の実施が決定されていれば、「入院日Ⅲ」超後も抗悪性腫瘍剤の薬剤料は算定できるので、注意してほしい。

これまでのところ、当院において包括期間内に化学療法が行われていないケースは少ないが、行われなかった理由は、「化学療法を予定していたが入院時の状態が芳しくなかったから。回復を待って施行する予定」というものがほとんどであった。保留の期間が長くなるほど、化学療法の施行を決めた日が実際にいつだったかわからないものが多いという特徴も明らかになった。——この管理が必要だろう。

手術に関しても同様だ。外科に転科して手術する予定であっても、患者の状態によっては内科的治療が長引き、手術が遅れることもある。こうしたときも、手術の実施決定日がいつだったかの判断がつきにくくなるので、カルテの記載に注意しなければならない。

8 再入院の取扱い

●判断は、あくまで「入院の契機」となった病名

「再入院」の取扱いも、請求時には気を付けたいポイントの一つである。

退院日の翌日から起算して3日以内の再入院（当該医療機関と特別な関係にある保険医療機関に再入院した場合も含む）については、前回入院と今回入院で、診断群分類番号の上6桁が同一の傷病名である場合、「一連の入院」とみなされる（病棟間の転棟を伴う転棟日から起算して3日以内の再転棟も含む）。したがって、入院期間の起算日は初回の入院となり、前回退院から再入院までの期間も入院期間として算入することになる。

ここで注意すべきことは、「一連の入院」の判断が、「再入院の契機となった傷病名から決定される診断群分類番号の上6桁」と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名から決定される診断群分類番号の上6桁」が一致するか否かで決まるという点である。そのため、治療をしていくなかで決まる「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類番号の上6桁が一致している必要はない。

【例】「肺癌」で入退院を繰り返している患者が、前回退院日から3日以内に再入院。再入院の契機となった病名は「肺炎」

→治療の過程のなかで、最終的に「医療資源を最も投入した傷病名」が「肺癌」になったとしても、入院の契機に

なった病名はあくまで「肺炎（診断群分類番号上6桁：040080）」であり、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名＝肺癌（診断群分類番号上6桁：040040）」とは異なるため、一連の入院とはみなさない。

●特別な関係の医療機関間の転院

また、DPC対象病院から、特別な関係であるDPC対象病院への転院については、

- ①診断群分類番号の上6桁が同一の傷病で転院した場合
- ②3日以内に再入院した場合

——のいずれかを満たすと「一連」とみなされる。なお、この場合も、「再入院の契機となった傷病名」と「前回入院時の医療資源を最も投入した傷病名」で判断される。

当院は、同市内に同一法人の病院があるため、こうしたケースが頻繁に発生する。そこで、「一連」の入院とみなすかどうかを確認するため、双方の医事課職員が連絡を取り合い対応している。

具体的には、転院元の医事課から転院先の医事課に電話でまず一報を入れ、その後「医療資源を最も投入した傷病名」から決定された診断群分類番号の上6桁がわかるように連絡票を作成して送る、という方法である。その連絡票をもとに、転院先の医事課職員が確認を行い、「一連の入院」とするのかを判断している。

9 他医療機関受診の取扱い

●入院医療機関が算定し、合議で分配するのが原則

入院中、患者がやむを得ず他の医療機関を受診する場合がある。この際のルールにも注意が必要である。

DPC算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診した場合、その診療の費用は、入院医療機関において算定するのが原則である。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされている。

なお、DPC算定病棟に入院している患者については、算定方法（DPC対象か、出来高算定の対象か）にかかわらず、同じ扱いである。また、DPC算定病棟内にある特定入院料を算定する病床（例：亜急性期入院医療管理料などで、病室単位で算定する）に入院している患者についても、同じ取扱いとされている。

●2つの注意点

注意すべき点の一つとしては、出来高で算定していても、このルールが適用されるということである。つまり、出来高算定になる診断群分類であったり、特定入院期間

を超えたため出来高算定になっていたとしても、DPC 算定病棟であればこのルールに従うことになる。

このルールができた当初は、この件をめぐり、審査支払機関と何度かやりとりしたが、今は明確に扱いが決められているので注意したい。

また、医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるとされているが、当院入院中の患者が他医療機関を受診した場合、費用は1点単価10円の計算で支払うこととしている。また、その際には、**他医療機関で行った診療行為がわかるもの（レセプト様式のもの）を請求書に添付してもらうよう依頼している。**後述するが、他医療機関での診療行為がわかるものがないと、自院のレセプト請求に影響する場合がありますので注意したい。なお、この診療の費用については、消費税が非課税となることも確認している（疑義解釈より）。

もう一つの注意点は、DPC 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診し、**DPC の包括対象外となる診療行為を行った場合については、入院中の保険医療機関で医科点数表に基づき算定できる**ということである。この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定することとされている。したがって、他の保険医療機関でDPCの包括対象外となる診療行為が行われたかの確認が大切になる。そのため、これがわかるように、レセプト様式の書面を添付してもらっている。

● 医事課でも、他医療機関への受診を把握しておく

また、自院の患者が他の医療機関に受診を要する状況であることについては、あらかじめ医事課スタッフも把握しておくべきだろう。医師・看護師と連携を取り、情報が事務スタッフにも流れるような仕組みを作っておく必要がある。当院においても、その連絡が不十分であるため、事務スタッフが気付かないまま保険請求を行い、返戻を受けたケースがこれまでに何例もあった。医師・看護師からの情報をもとに、他の医療機関と連絡をとって患者が受診する前に支払いについて合議しておくことが求められる。また、他の医療機関での診療行為を速やかに、診断群分類の選択に反映させていく必要がある。

10 特定入院料の取扱い

次に、特定入院料の取扱いについて説明する。

特定入院料については、施設基準の届出を行っており、算定要件を満たす患者については、算定可能な期間に

じて所定点数を加算できるとされている。例えば、特定集中治療室管理料であれば、1日～7日以内が7,450点、8日～14日以内は5,950点が所定点数に加算される。

ここで注意しなくてはならないのが、**特定入院料を算定できる治療室を2つ以上使用した場合、特定入院料の算定日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するとされている**ことである。

【例】「特定集中治療室管理料」を14日間算定していた患者が、引き続き「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病床に転床
→15～21日は、「15日以上21日以内」の点数（2,993点）で算定する。

この要件を知らずに加算を算定しなかったり、また1日目から算定してしまうことがないようにしたい。

当院で時々起きるのは、NICUで総合周産期新生児集中治療室管理料を14日以上算定したあと、手術のためにICUに転棟するケースである。ICUは特定集中治療室管理料の届出を行っており、その算定限度日数は14日である。しかし、NICUからICUに転棟した時点で、すでに特定集中治療室管理料の算定限度日数14日を過ぎていることがあるのだ。患者の病状から起こりうることはあるが、収入面だけをみると非効率ということになる。もし、医師が知らずにこうしたことが起こるのであれば、事務スタッフの情報提供不足ということになるので、注意したい。

また、「8」で解説した**3日以内の再入院の考え方は、特定入院料にも適用される**。例えば、2月1日に退院して2月3日に再入院し、小児入院医療管理料を継続して算定する場合、診断群分類の上6桁が同一の傷病名であるなら、2月2日も入院日数に加える必要がある。

医事会計システムで、3日以内の再入院を登録している医療機関が多いと思うが、特定入院料も算定要件どおりの計算ができていないか確認する必要があるだろう。

11 手術時の片眼・両眼の選択

眼科においては、その手術が「片眼」なのか「両眼」なのかによって、診断群分類が変わることがある。

例えば、「白内障、水晶体の疾患」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、**いずれの診断群分類区分に該当するかは、「一手術」ではなく「一入院」で判断する**。両眼を別々の日に手術したとしても、「一入院」のなかで行われたのであれば、「両

眼」の区分を選択することになる。また、左右で術式が違ったとしても、「一入院」であれば「両眼」となる。

【例】「網膜剥離」の患者。一入院中のあいだに、右眼には「K275 網膜復位術」を実施し、左眼には「K276 網膜光凝固術（「1」通常のもの）」を実施
→「両眼」を選択する。

そのほか、診断群分類番号の上6桁が同一の疾患について、定義テーブルに掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術を左眼・右眼それぞれに実施した場合は、「両眼」を選択するとなっている。これも疑義解釈に出ているので注意したい。

12 包括対象外となる薬剤の取扱い

●包括されず別に算定できる薬剤

薬剤によっては、包括点数から除かれ、別に算定可能なものもある。その薬剤の取扱いについて説明する。

まず、対象となる薬剤と算定例を以下にまとめる。

【対象となる薬剤】

HIV 感染症の患者に使用する抗 HIV 薬
血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む）

【例 1】 入院目的が「HIV 感染症」の治療で、併存症として「高血圧症」の病名が付いている患者の場合

①医療資源を最も投入した傷病名が「HIV 感染症」
→ DPC で算定し、なおかつ HIV 感染症の治療薬を出来高で算定できる。

②医療資源を最も投入した傷病名が「高血圧症」
→ 「高血圧性疾患」として DPC で算定し、なおかつ HIV 感染症の治療薬を出来高で算定できる。

【例 2】 入院目的が「血友病」の治療で、併存症として「肺炎」の病名が付いている患者の場合

①医療資源を最も投入した傷病名が「血友病」
→ 「血友病」は DPC では出来高となるため、すべてを出来高で算定することとなる。

②医療資源を最も投入した傷病名が「肺炎」
→ 「肺炎」として DPC で算定し、なおかつ血液凝固因子製剤を出来高で算定できる。

このルール自体はわかっているが、HIV 感染症の治療薬の商品名や、血液凝固因子製剤の商品名がわかって

いないと、出来高算定しないままになってしまう。

チェックは医事課で行っていきたいが、抗 HIV 薬や血液凝固因子製剤を覚えるのは困難である。そのため当院では、薬剤部に協力してもらい、当院採用薬のなかでこれらに該当する薬品を洗い出してリスト化した。そして医事会計システムの機能を使い、**対象薬剤が自動的に出来高算定できるよう、すべて登録した。**こうしておくことにより見落としがなくなり、担当者の知識だけに頼らずチェックできるようになった。初期の登録には時間がかかるが、チェック体制を作ることは大切である。

●使用するとすべてが出来高対象となる薬剤

また、一部の薬剤については、特定の診断群分類の患者に使用した場合、診療のすべてが出来高算定になるものがある（「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める患者について」の通知より）。

【例】 エプタコグ アルファ（活性型）（遺伝子組換え）〔商品名ノボセブン HI 静注用 5 mg 5 ml（溶解液付）〕を使用した場合

→ 「130110x0xxx0xx」「130110x1xxx0xx」「130110x1xxx3xx」の診断群分類であれば、すべて出来高で算定する。

これについても、すべての商品名を覚えるのは困難である。当院の医事会計システムでは、自動的に出来高にするという機能がなかったため、チェックの方法として、**オーダーリングシステムにより対象の注射薬がオーダーされたのち、医事会計システムに取り込む段階でエラーをかける**対応とした。医事課員は、なぜエラーが出たのか調べなければならないが、この仕組みにより、現状では算定もれない運用が行われている。

* * *

以上、12のポイントを挙げたが、このポイント以外にも覚えておいたほうがよいことが多々ある。

医療の世界は日々進歩しており、DPC/PDPSの制度も診療報酬改定ごとに複雑化している。診療情報管理士をはじめ DPC/PDPS に関わるスタッフは、この制度の変化に対応すべく学んでいかなければならない。また、DPC/PDPS が病院マネジメントのツールである以上、制度を学ぶだけでなく、そこから得られた情報をいかに活用していくかも考えていかなければいけない。

DPC/PDPS に関わるスタッフは、病院管理・病院経営に有効な情報の管理・提供を行っていく存在であるべきである。

