

Y9-1

救命センター入院患者におけるDPC請求の現状

京都第二赤十字病院 医事課

○大島 蘭、谷口 治郎

【初めに】

当院は病床数640床を有する急性期病院である。また、救命救急センターを有しており、府内でも1、2の救急患者の受入れを行っている。DPC病院では、いかに医療資源を抑えるかが増収への重要なポイントとなる。しかし、救急患者に対して医療資源を抑えるのは困難であり、多くの患者が出来高比較でマイナスとなってしまう。そこで、DPCの適正なコーディングと救命救急入院料をいかに効率よく算定するかが増収へのポイントと考え、コーディングの正確性の向上と、医療サイドへの働きかけによって救命救急入院料の算定率向上を目指し取り組んだ結果を報告する。

【方法】

診療情報管理士を新たに3名採用。入院計算業務とコーディング業務を両立させつつ他の職員のコーディングの相談役としても活躍している。救命救急入院料の算定条件について各診療科医局、委員会、看護部へ説明会を開催した。救命センタースタッフルームに救命入院料算定条件を記載したポスターを掲示し、救命センター搬入患者で救命救急入院料算定可能な患者の救命病棟への入院を徹底するよう働きかけた。

【結果】

救命入院料算定率は、昨年末に重点的に働きかけを行った結果約20%も上昇した。入院患者の診療単価においても、救命病棟入院患者全体で10%超の上昇となった。

【問題点】

コーディングにおいては、入院計算をする事務間での情報の共有が未だ徹底できておらず、今後、係内での勉強会などを開催する事、主治医への説明の徹底が必要である。救命救急入院料算定においては救命病棟での在院日数が問題の1つとなっており、さらに事務サイドより診療サイド・看護サイドへの働きかけが必要であると考えている。

Y9-3

ICDコーディングの精度向上への取り組み～「9」減少を目指して～

徳島赤十字病院 医療情報課¹⁾、医療業務課²⁾、事務部長³⁾、内科⁴⁾、副院長⁵⁾

○日浅 麻織¹⁾、尾嶋 由美¹⁾、新居 三智子¹⁾、西崎 艶子¹⁾、丸関 陽子¹⁾、吉川 和彦¹⁾、塩田 輝実²⁾、井織 一浩²⁾、服部 賢二³⁾、宮 恵子⁴⁾、日浅 芳一⁵⁾

【はじめに】

平成20年度の診療報酬改訂で「適切なコーディングに関する委員会の設置」がDPC対象病院の要件として課せられ、ICDコーディングの重要性が広く認識されるようになった。これまで「臨床とそぐわない」等の理由により、医師の理解・協力を得難かったICD-10であるが、これをきっかけとして病名の精度向上に取り組み、改善がみられたので報告する。

【方法】

DPC検討委員会および診療録管理委員会の連名で、「9（詳細不明）病名占有率の減少に向けた取り組みを進めていくことを全医師に周知し、以下を行った。

1. 診療情報管理士が行う退院後オーディットにおいて、サマリの主病名における「9」病名をチェックし、診療記録の内容から適切と考えられる病名への修正を医師へ依頼するとともに医療業務課へも通知した。
2. 診療科別DPC検討会において、頻用されている「9」病名と適切な病名候補の情報提供を行った。
3. 病名マスタの修正を行い、「9」病名の後ろに「（詳細不明）」と表示し、病名選択時の注意喚起とした。また、医師の要望により、不要な「9」病名は検索時に表示されないようにした。

【結論】

「9」病名の占有率は平成20年4月には33.3%であったが、翌年3月には7.8%と減少した。また、医師や医療業務課員のICD-10に対する関心が高まり、診療情報管理士への積極的な質問や討議が行われ、理解が進んだ。今後も医師や医療業務課と協同してICDコーディングの精度向上に取り組んでいく必要がある。

Y9-2

臨床指標を用いた医療の質向上への取り組み（第1報）～臨床指標完成への道～

石巻赤十字病院 臨床指標検討ワーキンググループ

○松本 裕樹、成澤 千代、佐々木 功、追木 正人、青木 義浩、千葉 美洋、八木 せい子、植田 信策、小林 誠一、石橋 悟

DPCには医療の可視化というメリットがあり、それによりコスト削減や医療の質の向上等が可能になるとされている。

当院では、医療の質の向上を目的として、平成21年10月に臨床指標検討ワーキンググループ（以下WG）を設置した。メンバーは医師や薬剤師、看護師、情報システム課員、医事課員である。

臨床指標の作成方法は、DPCデータを中心に、手術データや看護データ、医事データ等を加工して算出した。DPCデータの加工には、DPC分析ソフトである程度必要事項の絞込みを行ったテキストデータを用いて、Microsoft AccessやExcelにより加工している。

加工から算出までの手順について簡単にまとめると次のようになる。即ち、(1) テキストデータをMicrosoft Accessを通してExcelへ変換、(2) 各指標に応じて必要なデータを関数等を用いて作成、(3) ピボットテーブル等を用いて内訳、(4) 臨床指標の形式にて算出、である。

初期WGで検討した項目を事務局が上記によって算出し、再度WGで検討するというPDCAサイクルを何度も繰り返して、今回臨床指標完成に至ったのでその取り組みと今後の課題について報告する。

Y9-4

院内における“詳細不明コード”を減らすための取り組みと効果

さいたま赤十字病院 医事課

○大須賀 俊人、星 輝美

【1. 背景】2010年改定で導入された新たなDPC機能評価係数のデータ提出指数において、「部位不明・詳細不明コード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年間減じるとされた。また、昨年の診療情報管理学会学術大会において、詳細不明コードは、診断群分類“MDC04”と“MDC09”に多いことが話題となっていた。

【2. 目的】自院において、以前より詳細不明コードの割合には注意していた。今回、新たな機能評価係数として評価されたことを期に、自院でも詳細不明コードが多いとされる診断群分類（特に、MDC09の乳癌）を正確にコーディングする。

【3. 方法】[3-1. ICD知識の共有] 医師と相談してみたが、組織型と比し重要性が低いことから難色を示された。そこで、既知のICD知識を医事課スタッフと共有し、正確なコーディングを行っていくこととした。当院は、医事課のみでDPCを行っていて、請求の際に入院診療録を眺めている時間が殆どない。そこで、以前肺癌のコーディングの正確化を図った際と同様に、ICDの知識を浸透させることを重視した。[3-2. 病理レポートの活用] 当院では、電子カルテは未導入である。病理オーダは、2008年の9月から運用されていたが、英語記載が多く事務では活用できていなかった。そこで、円滑な活用を目的とし、英語記載の説明を行い、理解することで正確なコーディングへの足掛かりとした。

【4. 結果および考察】ICDの理解だけでは限界があると思われるが、病理レポートの活用は、正確なコーディングを行うにあたって、かなり有効であることがわかった。しかし、病理レポートは手術を行った症例でしか得ることができないため、やはり医師との連携は不可欠であると考えられる。今後は、乳癌手術症例だけでなく術前症例や他の疾患でも正確なコーディングができるよう努めてゆきたい。