

DPC/PDPSコーディング (コーディングの課題)

国立病院機構九州医療センター
医療情報管理センター

実務統括管理者 阿南 誠

mako@qmed.hosp.go.jp

●本日のお話の概要

DPCコーディングにかかる、傷病名選択とICDコーディングの現在の課題および、次回改定を前に、いただいた意見を紹介し、次回改定で予定されているコーディングテキストアップデートの課題を中心にします。

◇Pros and Cons: 賛否両論も(厚生局、審査支払機関等から)

○DPCのコーディングと内容がしっかりできていれば審査はほとんど必要ないはず。

○事例を豊富に載せると、参考になる: 正誤それぞれのコーディングの具体例を。留意すべき具体例数を増やす。

○文書ではなく、フロー方式等、見易さに工夫を凝らせば、普及するのではないか。

× 具体的なのはよいが、量が多く完読が大変。

◇おまけ: 正しい病名に対応した標準病名マスターがない、という指摘
(役所も理解している)→28年度から修飾語の使い方を理解しなければならない。

◆現在抱える悩ましい課題:6に絞った

- 1) 原疾患主義によるもの
- 2) 「急性期」ではない患者の取り扱い
- 3) 変化がない、回復不可能な状態への対応
- 4) 過去の病歴が不明で診断に窮する場合(死亡時)
- 5) 結果的に無病の取り扱い
- 6) 処置後合併症の取り扱い

1) 原疾患主義によるもの

元々の疾患、基本となる疾患をもっているが、今回の入院では直接的にその治療を行わない場合。

◇典型例

①がん化学療法による好中球減少症(今回はがんへの治療はしない)→現状では〇〇がんとせざるを得ない。

②肝臓癌で腹水貯留があり、今回は腹水処置のみを実施→現状では肝臓癌とせざるを得ない。

※この例では腹水貯留のRコードが使えないことも検討すべきである。その一方で、肺癌で胸水貯留がある場合は、Rコードではなく、Jコードに胸水貯留が存在する。

※30年度改定を目指してデータ収集を行う見込み。

2)「急性期」ではない患者の取り扱い

入院が長期に渡る患者がいた場合、医療資源の投入がフォーカス出来ないことがある。このような患者が主体となる、例えば、ケアミックス型、慢性型の病院の存在（ホスピスも含む）がDPC病院に参入以来の課題として残っている。

◇典型例

- ①ホスピスのように、事実上、原疾患（がん等）への治療が全く行われない場合、すべてがんとして扱うしかない→診療内容と傷病名との乖離がある。
- ②長期になるためフォーカスを絞った積極的な治療をしないため、集中した医療資源の投入もなく傷病名を選択するのが困難である。

3) 変化がない、回復不可能な状態への対応

症状固定に近い状態、積極的な治療がない場合等、医療資源の投入判断が困難なケースがある。

◇典型例

①かつての低出生体重児が成長した後、健常人と比較して呼吸機能に問題が残った場合→定期的な検査等のために入院（現在は特段の病気や体調不良があるわけではない）。

②特段の疾病があるわけではないが加齢等で機能不全が表面化してくるもの（特段の治療歴があるわけではない）→心不全、呼吸不全としか選択しようがない場合→基本的に対症療法のみ等。

※心不全については一定の条件をつけてデータ収集等を行う見込み。

4) 過去の病歴が不明で診断に窮する場合(死亡時)

過去の病歴が不明な独居老人等での的確な診断が困難な場合があるとの指摘→救急の非常に多い病院で増加しているという指摘あり。

◇典型例

①救急車で来院後に入院するも、過去の病歴が不明で診断名不明確な状態で数日後に死亡。老衰、心不全、呼吸不全以外の選択は困難であった→無理に傷病名を選ばせると、結果的に不正確コーディング(アップコーディング)になる可能性がある。

※前述の2)、3)と同様な考え方も出来るのではないか。「急性期」ではない、「変化がない回復不可能な状態」、「フォーカスを絞れない」、そもそもDPCで対応するべきか、という議論。

5) 結果的に無病の取り扱い

現行の診療報酬請求ルールでは、結果的に無病もしくは基本的に発症していなくても保険診療が適用される。

◇ 典型例

① 既に患部は切除したり、治療を行って正常な機能を取り戻したという場合で、過去の疾病に対する治療がない場合。

例えば、がん患者の定期検査、確認カテーテル検査等が該当する。この場合、がんが再発したり、心筋梗塞が再発したりという場合ではなく、その瞬間は無病という場合がある。

② 不明熱で検査していたが検査中に症状が改善して最終的に診断がつかない場合がある。

6) 処置後合併症の取り扱い

手術・処置等の合併症(180040)については、全くレベルの異なる分類がひとまとめにされていて、いわゆる「その他」、「ゴミ箱」的な扱いとなっているが(全体的に設定された診療点数は高額)、本来は処置後の合併症というよりも、再度の診療とすべき疾病が含まれるのではないかという指摘。

◇典型例

①IVH時のカテ先感染、CAPD、人工骨頭再置換、弁置換等のなかには、処置後に発生したというよりも、並行して存在した、もしくは単なる繰り返しというものもあるのではないか。

②また、本来、処置後の合併症については現在の分類にはあまりにレベル差がありすぎる疾患が含まれている。

◇さらに、今になって出てきた問題ではないが……

- 1)コーディングの問題(精度の問題)は、1998年11月からの日本版DRG(急性期入院医療の定額支払制度試行)から大きな課題であった(先輩諸外国でも同様)
- 2)傷病名選択の定義がはっきりしていなかった
- 3)DPCを選択するためにはICDの知識や理解が必要
- 4)ICDの問題(曖昧さ等)に影響される
- 5)DPCとICDは同様に分類の一種ではあるが、用途や目的は異なる(1対1で対応しない等の問題がある)

※死因分類と臨床分類の違い

◇DPC(診断群)分類決定の基本形

医療資源を最も投入した傷病名の選択

ICD-10で定義

1層

実施した手術
Kコードで定義

2層

3層

副傷病名、補助療法、重症度等の要素

決定

※ICD:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision: 国際疾病分類

◇傷病名は「考え方」だから、厄介な課題？

1) 事実の定義は改善が容易、「考え方」の定義は難しい

→理解や意識を統一するのは大変

→いつまでも勉強しない人、病院(new comerも)が必ず存在する

→そもそも、本来は「診療記録」がその根拠となるが、診療記録そのものが判断に十分ではない……。

平成10年当時から関係者は改善に努力……、

◇病名付与の留意点の一例

章	ICD10	分類	留意点
I	A0-B99	感染症及び寄生虫症	局所感染は除き、原因菌、病原体を記載（妊娠合併、周産期を除く）
II	C0-D48	新生物	良性、悪性の区別、部位、性状、上皮性、原発巣（転移の場合）、術後、治療後記載、単なる嚢腫は新生物ではないので注意
III	D5-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
IV	E0-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
V	F0-F99	精神および行動の障害	詳細な型の記載（ICDの成書を参照すること）
VI	G0-G99	神経系の疾患	遺伝性、変性疾患、その他の障害、急性か後遺症かの区別
VII	H0-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
VIII	H6-H95	耳および乳様突起の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
IX	I0-099	循環器系の疾患	リウマチ性、高血圧性、急性、亜急性、陳旧性の明示
X	J0-Q99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
XI	K0-K93	消化器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載、詳細な部位の記載
XII	L0-L99	皮膚および皮下組織の疾患	部位の記載、感染性の場合は原因菌、病原体の記載
XIII	M0-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	病変部位の記載、神経障害の有無、新鮮損傷と陳旧性の区別

ここから、留意点コードの議論があり、基礎調査(影響調査)のルールや定義を明確にするための説明書作りが始まり、さらにDPC/PDPS作成の議論が始まった。

◇コーディングガイド(コーディングテキスト)に関して

※2012年4月25日、DPC評価分科会:当日の資料より(原文のまま)

1. 経緯

○ 診断群分類の選択については、一定のルールに基づいて主治医の医学的な判断でコーディングすることとされているが、コーディングに関する詳細な指針等はなく、平成24年4月25日DPC評価分科会において

- ・事例によっては不適切なコーディングが散見される
- ・コーディングの質が医療機関ごとに大きく差がある、といった指摘がなされたところ。

○ DPC評価分科会においてはこの指摘を踏まえ、DPC/PDPSコーディングに関するマニュアルをDPC研究班で作成してもらうこととした。

2. DPCコーディングマニュアルの今後の取扱いについて(案)

現在、DPCコーディングに関するマニュアル案の作成が進んでいるところであるが、当該マニュアル案は引き続きDPC評価分科会で内容の検討を行った上で、試行版を取りまとめ、DPC病院へ情報提供を行うこととしてはどうか。

◇DPC制度運用に関する課題についての検討

③ 適切な DPC コーディングに関する対応案のとりまとめ

平成25年秋
頃まで

<考え方>

- 適切な DPC コーディングに関する対応案(コーディングに関するマニュアルの作成、コーディングの現状(質)に関するモニタリング(評価手法)の開発等)に関する検討については、次回改定時を目途に一定の対応が可能となるよう、とりまとめてはどうか。
- その際、コーディングの質的評価については、機能評価係数Ⅱのデータ提出係数の評価のあり方と一体的に検討することが望ましいことから、平成25年秋頃までを目途に対応案をとりまとめてはどうか。

⑥適切なDPCコーディングに関する対応案(コーディングに関するマニュアルの作成、コーディングの現状(質)に関するモニタリング(評価手法)の開発等)のとりまとめ

◇今後の展望と検討課題

1. 調整係数から基礎係数・機能評価係数への置換え
 - 基礎係数・医療機関群のあり方(特にⅢ群)
 - 機能評価係数Ⅱの更なる見直し

2. DPCの更なる精緻化
 - CCPマトリックス導入の検討

3. DPCコーディングの標準化／適正化
 - ガイドラインの策定と共有
 - 評価／モニタリング手法の開発

4. DPCを活用した診療実績(医療の質)の分析・開示の推進
 - 退院患者調査結果の集計・分析手法の見直し
 - 病院自身による診療実績の分析と情報発信の促進

5. 外来・入院の一体的な診療の分析・評価の検討
 - 外来診療データの収集と分析

◇コーディングガイド(テキスト)作成にあたって

※どのような議論があったか

1. ICD-10を基本とし、DPC分類とICD分類との目的の違いを踏まえて解説をすることとした。

※ICDのエキスパートである診療情報管理士以外にも理解が出来るように留意した→保険医用、診療情報管理士用、医事職員用等、利用者別に作れるか、という議論もあった→同期を取るのが大変なので不採用。

2. 過去の研究班に提出されたデータの分析の過程で出現した十分な精度を持っていない例や不適切な例を示すことによって、実務者に理解しやすいように配慮した。

3. コーディングガイドの本文中、例示している個別のケースは、主に平成22年7月から10月までの研究班データ(2,170,720件)による。

※「DPC導入に伴うICDコーディングの問題点第10報：詳細不明、部位不明コード等から見るデータの質評価」：
日本診療情報管理学会学術大会2012

※現在、最新の研究班データも用いて検証中

◇作成の進捗

1. **2012年12月7日**、平成24年度第6回分科会において、version 0.75を、本研究班の分担研究者でもある松田委員提出資料として公開した。

2. その後、研究班および研究協力者等との議論に基づき改善を図り、24年度報告書としてversion1.0を掲載した。

3. その後も分科会等の意見を踏まえて修正を図った。

1) 2013年4月3日：平成24年度特別調査（ヒアリング）：DPCコーディングに対して先進的な取り組みを行っていると思われる5病院の院長および実務者へのヒアリング、さらに**コーディングガイドに対する意見聴取を実施**。

2) 7月26日：特別調査のアンケート結果報告（**コーディングガイドに対する意見**を含めて）、コーディングガイドの取り扱いについて議論。

3)9月に、3カ所(福岡、大阪、東京)で、診療情報管理士指導者認定者を中心に、約40名から意見を聴取。同時に、地方厚生局、審査支払機関からの意見も聴取。

4. 12月9日、正式に厚生労働省案として公開され、2014年4月、診療報酬改定とともに、コーディングテキストとして公開

5. 2015年4月、2014年度中に意見聴取した課題について、3カ所(福岡、大阪、東京)で、診療情報管理士約30名から意見を聴取。

6. 2015年11月、4月の議論を元にさらに課題を絞って、2カ所(新潟、福島)で、診療情報管理士約20名から意見を聴取。

7. 現在、新たな分類案に基づき留意点等作成中。

◇コーディングテキストへ：見直しの視点

1. コーディングガイドVer.1に対し、

1) 地方厚生局、審査支払機関に対する意見聴取

2) 診療情報管理士指導者を中心とした、日本診療情報管理士会会員約40名の実務者からの意見聴取を行い、内容を見直すこととした。

2. DPCコーディングツールへの実装を目的として、6桁分類による留意点を日本診療情報管理士会のDPCWGで作成した。

※当初「コーディングガイド」としていたが、病院の委員会における学習参考書という側面もあり、「コーディングテキスト」と名称変更。

◇アップコーディングと「見なされかねない」例

- 1)「心不全」→原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らか
- 2)「呼吸不全(その他)」→原疾患として、肺炎等が明らか
- 3)「手術・処置等の合併症」→IVHカテ先の感染
- 4)「手術・処置等の合併症」→入院中の術後の創部感染
- 5)「DIC等の続発症」→診療内容からして医療資源の投入量等の根拠に乏しいもの
- 6)「Rコードの多用」→診断が確定しているにも関わらず、漠然とした兆候による傷病名の選択

※鼻出血、喀血、出血、等の頻用……

◇Rコードの存在

1. 出現率: 4,416件/2,170,720件=0.2%
2. 出現内容

ICD	件数	主たる傷病名
R040	758	鼻出血症
R042	609	喀血
R048	197	肺出血
R049	26	気道出血
R560	2,723	熱性痙攣
R610	63	手掌多汗症
R611	1	多汗症
R619	13	多汗症
R730	25	耐糖能異常
R960	1	突然死
合計	4,416	

3. 傷病名と手術処置

ICD	件数	主たる傷病名	手術処置	手術処置	手術処置	手術処置
R040	758	鼻出血症	鼻腔粘膜焼灼術	輸血		
R042	609	喀血	血管塞栓術(胸腔)	抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用埋込型カテーテル設置(四肢)	肺切除術(肺葉切除)	皮膚切開術(長径10cm未満)
R048	197	肺出血	保存血液輸血(1回目)	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープ)	創傷処理(長径5cm未満)(浅)	
R049	26	気道出血	血管塞栓術(胸腔)	肺切除術複合切除(1肺葉を超えるもの)	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)	
R560	2,723	熱性痙攣	鼓膜切開術			
R610	63	手掌多汗症	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)			
R611	1	多汗症	交感神経節切除術胸部			
R619	13	多汗症	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)			

◇今後の改定で議論すべき事(順不同)

1. 前述したように、原疾患を主とする考えについては、条件を付けて見直す方法はないか
 - 1) 術後の合併症
 - 2) 疾患の関連性の定義:例えば、完全に限定された診療行為が行われたか否か等
2. Rコードの制限についての見直しを考えるべきか
3. 留意点コードについての見直し
4. 分類改定にあたり、適切なICDコードが定義されているか
5. 「原則」、「望ましい」と表現しているところを、確定表現にすることの可否

6. 同一分野のICDに包含されるが、治療内容が異なる場合の対応→肝硬変をBコード(感染症)で分類せざるを得ない現状の改善・・・**死因統計との解釈の相違があってもよい(?!)**
7. 症状固定した状態で、明確な原疾患が存在しない場合の分類→ある意味、障がいが残った状態の評価
8. 姑息的な治療等しか行わず、原疾患に対する治療がない場合の分類→腹水貯留、ホスピスの取り扱い
9. Zコードを併せて用いることで問題解決するものがあるのではないか

※Rコード、Zコードについては次回改定に向けて継続検討。

◇改定に向けて、より具体的な要望意見

1. 未コード化傷病名が評価されるので、標準病名マスターの整備をお願いしたい。
2. 影響調査説明書との齟齬があるので修正して欲しい。
3. DPCコーディングツール等への組み込みがあるとありがたい→業界団体(JAHIS)へ申し入れのつもり。等

★さらに、次次期の改定に向けては、

→ICD-10(2013年版への対応)、その先のICD-11への対応が検討される。

28年度影響調査資料から

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
A006030	診断情報/ 医療資源	○	-	2	○	ICD10 コード	医療資源を最も投入した傷病名に対する ICD10
				3	※F	病名付加コード	入力要領を参照
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	▲	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				9	○	医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名

修飾語を追加するとICDが変わる可能性があるということを常に理解しておきたい。

◇標準病名の理解(うまく使うために)

1)これら傷病名マスターは、あくまで、電子カルテやレセプト表記を行う目的で開発された経緯がある→電子カルテ、レセプト用ワープロ用語集？

2)ICDコードが振られているといっても、副次的なものである

※コードを振ることのできない傷病名、曖昧な傷病名も多数存在

3)接頭語や接尾語等の修飾語と組み合わせて初めて、日本語傷病名を構成する構造である

→『unspecificなコード』、すなわち、日本語訳版では、『部位不明、詳細不明等というコード』が与えられていることが多い。

4)全ての傷病名をカバーしているわけではない、全てのICDをカバーしているわけではない→ICDがついていない、つけられない傷病名もある(体内異物等)→2)のとおり

◇標準病名で病名を構成した例(不適當な例)

1) 良性、悪性等の区別

(1) 胃腫瘍(D37.1)→「**悪性**」+胃腫瘍(D37.1)→本当は胃癌(C16.9)

※ D37.1 : 胃の性状不明の新生物、詳細不明

※ただし、C16.9も精度からいうと問題あり

修飾語で帳尻
をあわせると
ICDが変わる!

2) 部位が明確になっていない

(1) 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

・「**尺骨**」+骨折(T14.20)→本当は尺骨骨折(S52.20)

※T14.2: 部位不明の骨折

(2) 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

・「**噴門部**」+胃癌(C16.9)→本当は噴門部癌(C16.0)

※C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

◇よく誤解されていること

1) 傷病名がないという指摘

→多くの傷病名は標準病名マスターに含まれる

→読み方、見方を変えると存在する

※未コード化傷病名を禁止されているわけではない

×の例)コード(名称)が存在するのに、ワープロ入力

2) 傷病名を選ぶと「詳細不明」、「.9」の分類になるという指摘

→ICDの構造の理解不足

→標準病名マスターの構造の理解不足

◆理解しておきたいこと

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料から

Q: 標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。
手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。

A: 標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10 のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

◇よりよいものへ：立場、視点の違いを乗り越えて

1. 現場では種々の状況があり、判断が難しい場合があるが、最終的には医師の診断を尊重する前提がある
2. その一方、明らかに恣意的にコーディングしているケースがあるのではないか（今後は質を厳しく問われる）
3. より高い方を選ぶ傾向がある→安い方なら問題はない？
4. 原疾患主義→ケースバイケース
※悩ましい課題で前述したように重点項目？
5. WGによる議論が開始された……ターゲットは？、審査側？、医療側？、患者側？→DPCの目的の1つに医療の透明化があるが、そのように考えると、根拠があり説明がつくか、それが大切ではないか
6. 30年度改定を目指して影響調査でのデータ収集を予定。

◇おまけ：予想される、ICD-10(2013年版)等のロードマップ

- 1) 2015年1月：総務省告示(2月13日官報掲載)
- 2) 2015年第一四半期：ICD書籍刊行の予定であったらしいが
…この春？(1巻、2巻)、3巻は年末までに。
- 3) 2016年1月：国に定める統計にICD-10(2013年版)使用開始予定
※ICD-O3(2012年版)使用開始：2013年1月、全国がん登録法制化
- 4) 2018年4月(平成30年度)以降：DPC定義で使用開始？

★ICD-10(2003年版)について：2018年4月まで関連書籍は販売継続？

★ICD-11については、2018年に完成予定・承認とされているが？

※β版が公開されている。

※フィールドテスト実施のために日本語化等を行い、フィールドテストが行われている(1月から)

★ICD-10(2016年版：大改正)適用については検討中

★死亡診断書の取り扱いについては、2016年1月よりWHOおよび日本国内ともに施行

※不確定なこともありますので、詳細は適宜ご確認ください。