

DPCコーディング

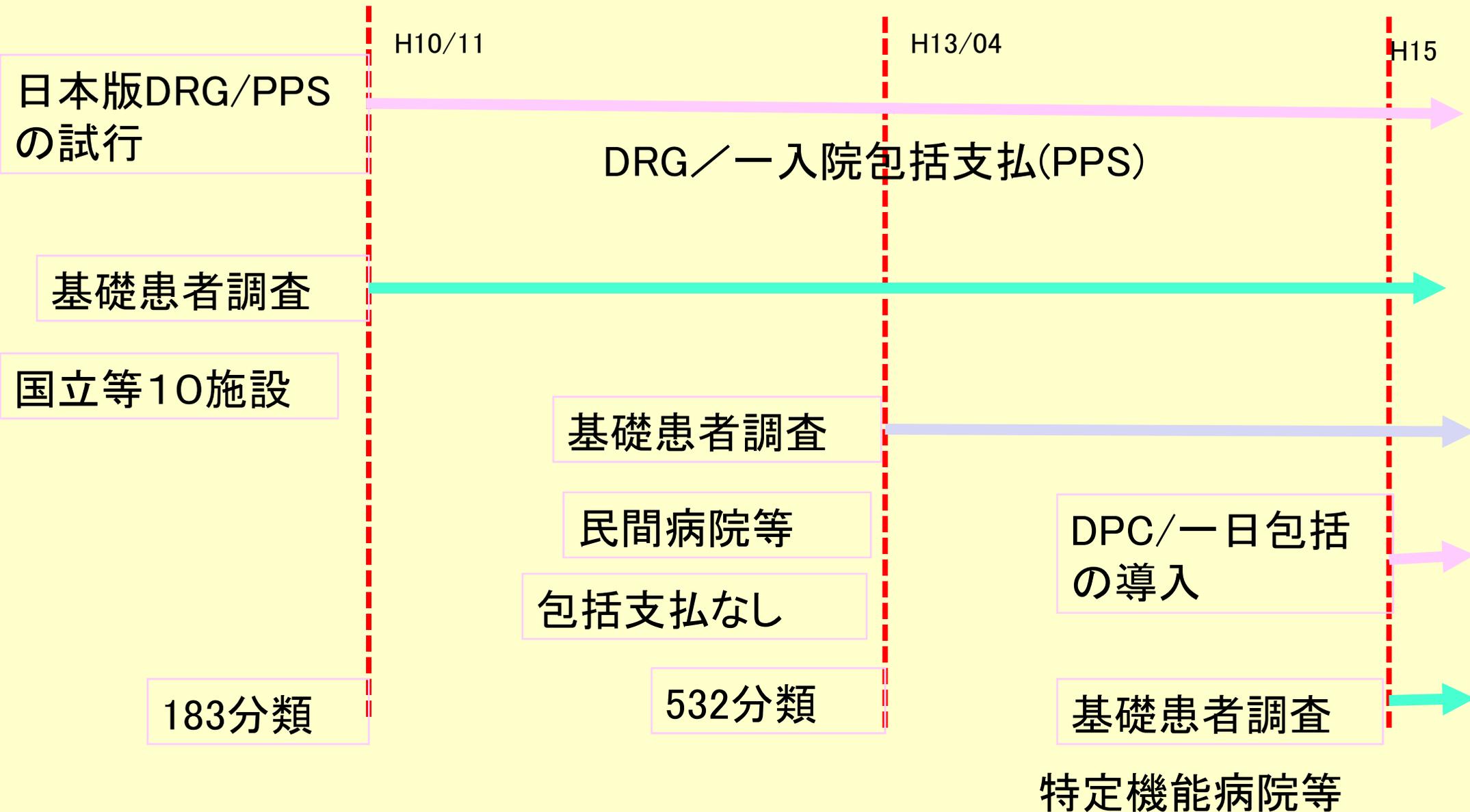
国立病院機構九州医療センター
医療情報管理センター
阿南誠

2014年8月21日

●本日のお話の概要

1. コーディングテキストの意義と目的
2. ICDコーディングの課題とその理解
3. コーディング精度に対する懸念

◆DPC導入までの流れ



◆「日本版DRG／PPSの試行と課題」

■試行開始まで・・・

- (1) 平成9年夏：厚生省にて試行検討委員会等が組織される
→MEDISのデータのICD分類について問い合わせがある。
- (2) ～平成10年11月：試行についての検討、準備
→基礎調査項目、基礎調査の方法について検討依頼、DRG分類決定のためのデータ抽出協力（平成9年4月～12月：半端な期間？）
- (3) 平成10年11月～：試行開始
→実施のためのシステム構築のためのトライアルと並行して基礎調査データ提出（継続する）→平成13年度から民間病院にも拡大
- (4) 平成11年度：病名付与の留意点研究班
→**傷病名付与の留意点マニュアル作成**＞全国試行病院に厚生省から配布（傷病名に対する危機感：今も続く・・・）

※標準化等へのアプローチ→MEDIS病名、レセ電算病名の見直し、病名標準化等、色々な議論が起きた。

◆多くのイベントを経験した

平成9年7月、第一回試行調査検討委員会開催

平成9年8月、入院医療の定額支払いの試行のための患者実態調査対象病院決定

平成10年11月、「急性期入院医療の定額支払い制度」開始

平成10年3月、急性期入院医療の定額支払い方式の試行、基礎患者調査における病名記載等の改善に関する検討作業協力→11年4月に報告書その後、阿南班へ

平成11年5月、厚生省担当官全国試行施設を行脚

平成11年12月、国立病院等診療情報検討推進検討会議設置：阿南参加

平成12年6月、「国立病院等における診療情報の提供に関する指針」答申

平成12年10月、当院にて診療情報提供開始

平成13年4月、「急性期入院医療の試行診断群分類を活用した調査研究」班設置（松田班）：阿南参加→その後平成15年から「特定機能病院等のDPC導入」へ

新毎日

マナー&ライフ

Mainichi

毎日マナー&ライフ

海軍！金融情報ページ

M&L

ニュースセレクション

記事全文

2000年6月28日

カルテ開示:

遺族請求も 国立病院ガイドライン作成 厚生省

厚生省の国立病院等診療情報提供推進検討会議(座長、柳沢信夫・国立療養所中部病院長)は27日、国立病院の患者カルテ(診療録)などの開示に関するガイドラインをまとめた。原則として患者本人に開示するが、入院中に本人が死亡した場合などは遺族でも請求できる特例を設けた。遺族の請求を認めるのは国立病院が初めて。来年4月から全国立病院で実施する。

開示されるのは5年以内に作成されたカルテのほか看護記録、X線写真などの診療に関する諸記録。開示請求を受けた施設長は14日以内に書面で回答し、閲覧のほか、コピー、要約書を交付する。交付は各病院の診療録等開示委員会に諮問して判断する。

特例は、(1)患者本人が入院中などに急死し、意思表示できなかった場合、主治医が認めれば、遺族が死亡した翌日から60日以内に開示を請求できる(2)施設長はこれを開示委員会に諮問し、開示範囲・方法などの審議のうえで開示できる——というもの。「主治医の了承」など厳しい条件が付いており、厚生省は「診療内容の情報開示が目的で、医療過誤訴訟などに使われることを想定したものではない」と説明している。

カルテ開示に関しては厚生省の医療審議会の中間報告を受け、昨年2月に国立大学付属病院、同4月に日本医師会がガイドラインを作成しているが、開示対象は原則本人かその代理人に限定している。

【洗川 智明】

過去の記事検索

キーワード

ニュースセレクション・INDEX

【1】三宅島:
防災上の危険性が薄らいだとの見解
噴火予知連

【2】地下鉄日比谷線:
脱線・衝突の原因は輪重のアンバランス

【3】内閣改造:
官房長官に自民党の中川秀直幹事長
起用

【4】OECD:
共同声明で新ラウンド早期開始を盛り
開幕

【5】感性コンピューター:
ベンチャー企業が開発 喜怒哀楽を表現

【6】カルテ開示:
遺族請求も 国立病院ガイドライン作成
厚生省

【7】日航よど号事件:
元赤軍派田中容疑者 タイから移送機
捕

【8】若山春奈ちゃん殺害:
感情のすれ違いで 被告調書 第3回
全文

【9】将棋:
名人戦七番勝負 挑戦者丸山八段が
初の名人位に

【10】新潟少女監禁:
佐藤被告 誘拐は「寂しさから」 第2回
全文

過去24時間のセレクション一覧

昨日のセレクション一覧

一昨日のセレクション一覧

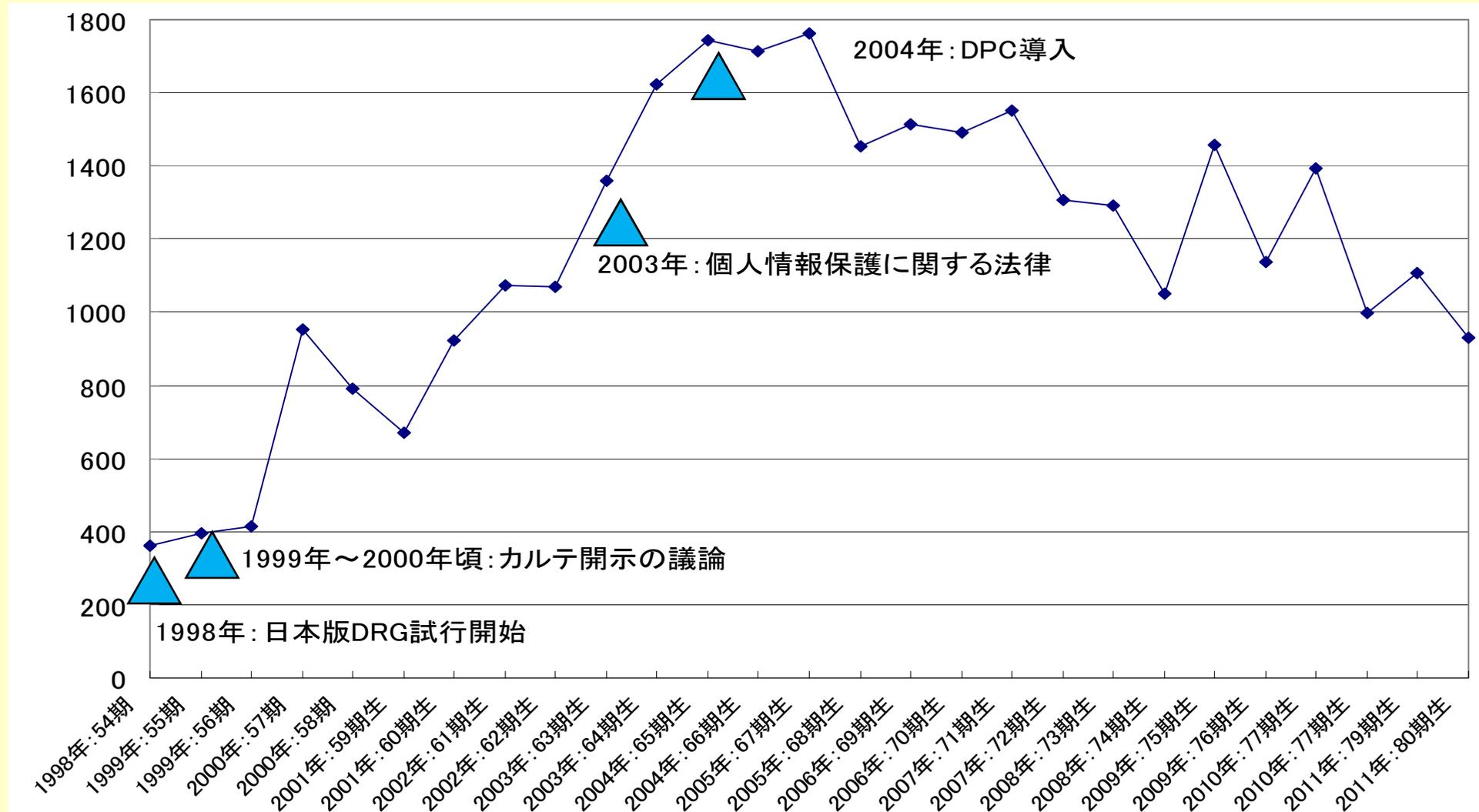
過去の記事カレンダー

速報ニュースはこちら▶

平成12年に公開された旧厚生省の国立病院における診療情報提供のガイドライン

当院は急先鋒で、これをうけて平成12年10月に「カルテ開示」を開始

◇診療情報管理士通信教育入講者数



※一般社団法人日本病院会提供データより筆者作成

◇カルテ開示、診断群分類への対応が進まない要因

→カルテに「自信がない」に集約される

→平成12年度の診療録管理体制加算の誕生に繋がった

1) ICDコーディング

2) カルテ開示

が2本の柱

→人材不足の指摘：診療情報管理士ニーズへ

◇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	A00-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	C00-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、治療後を記載、単なる嚢腫は新生物ではないので注意
III	D50-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	E00-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	F00-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	G00-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	H00-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
VIII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	急性
IX	I00-I99	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	J00-J99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
XI	K00-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	L00-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	M00-M99	筋骨格系および結合組織	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

◆コーディングガイド(コーディングテキスト)に関する動き

※DPC評価分科会:当日の資料より

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

DPC 制度に関する今後の検討方針について(検討課題とスケジュールの整理)(案):2012年6月20日DPC評価分科会資料から

◇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作成方法：作成にあたって

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。

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例示することによって、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

◇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言われる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**

(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、全国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た。

◇患者への説明・監査の意義と改善

→平成26年度の診療報酬改定で入院診療計画を説明することと並んでDPCの分類について説明することが求められるようになった。

→実は、日本版DRG/PPSの試行開始した頃は、医療の質を変化させないということと、一入院期間包括だったこともあって患者への説明を十分に、という意識は高かった。

◆実務者が関与する側面

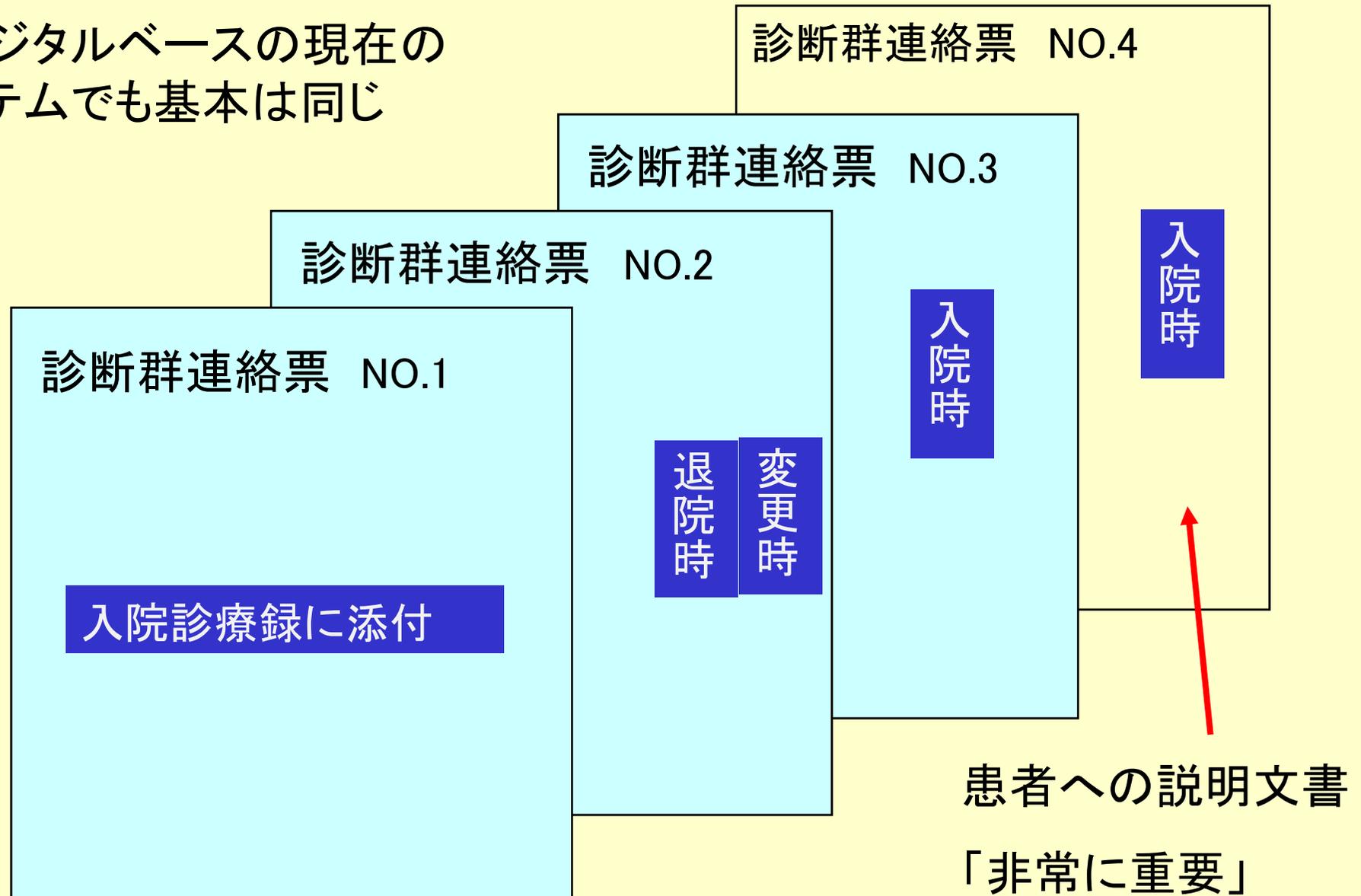
1. 適切な診断群分類の選択と精度の高い基礎調査（影響調査）データベースの作成
2. 診療報酬請求のための診断群分類の検証、精度保証
3. 患者への説明
4. 運用システムの検討など→迅速な病名通知などの体制
→診療情報管理に関する院内体制の実力が問われる
→立派な診療記録が必要（監査も変わる？）

以下、実務者としての対応と当院での議論

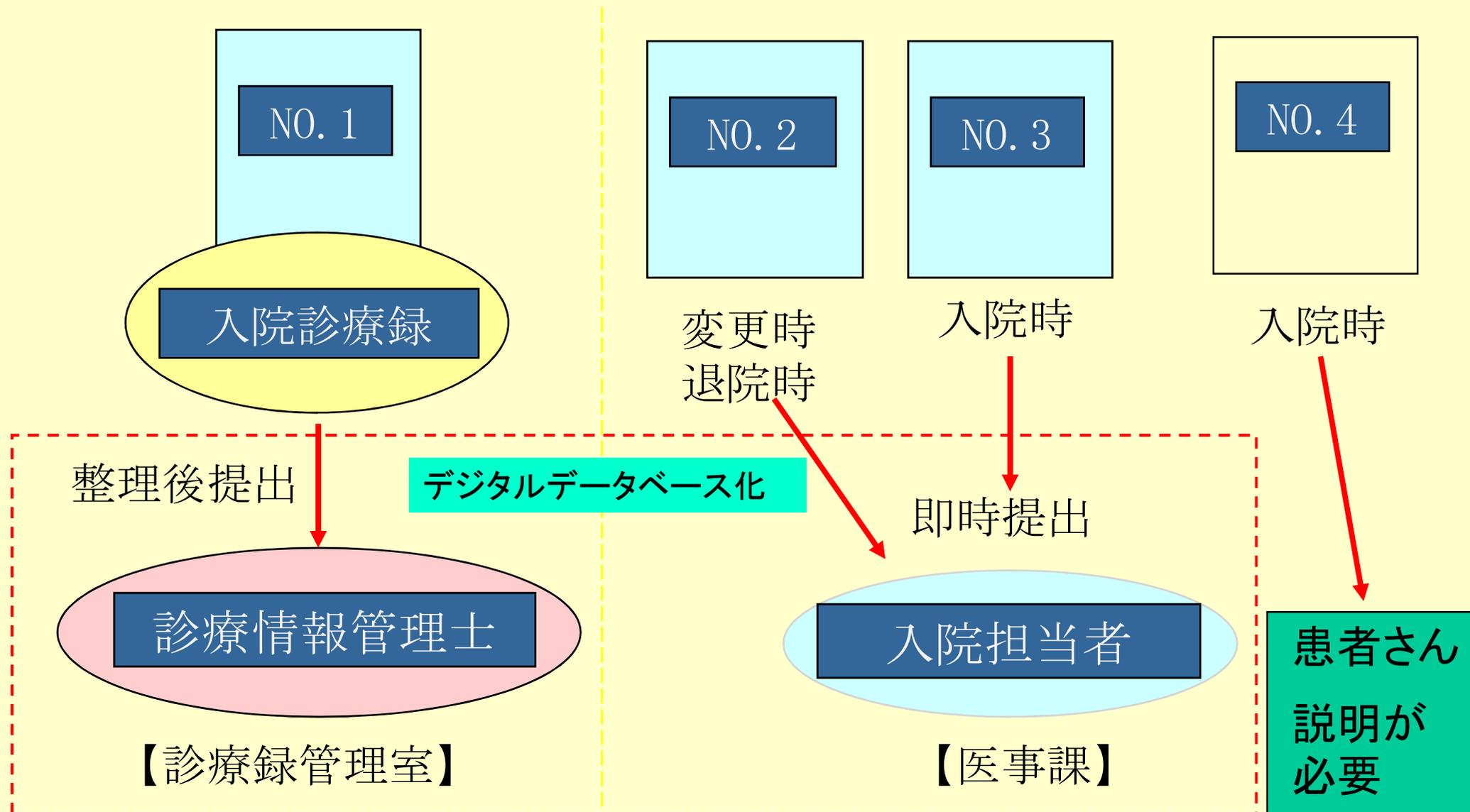
→何が変わったか、どうしないといけないか？。

診断群分類連絡票の形式(当院DRG試行の例)

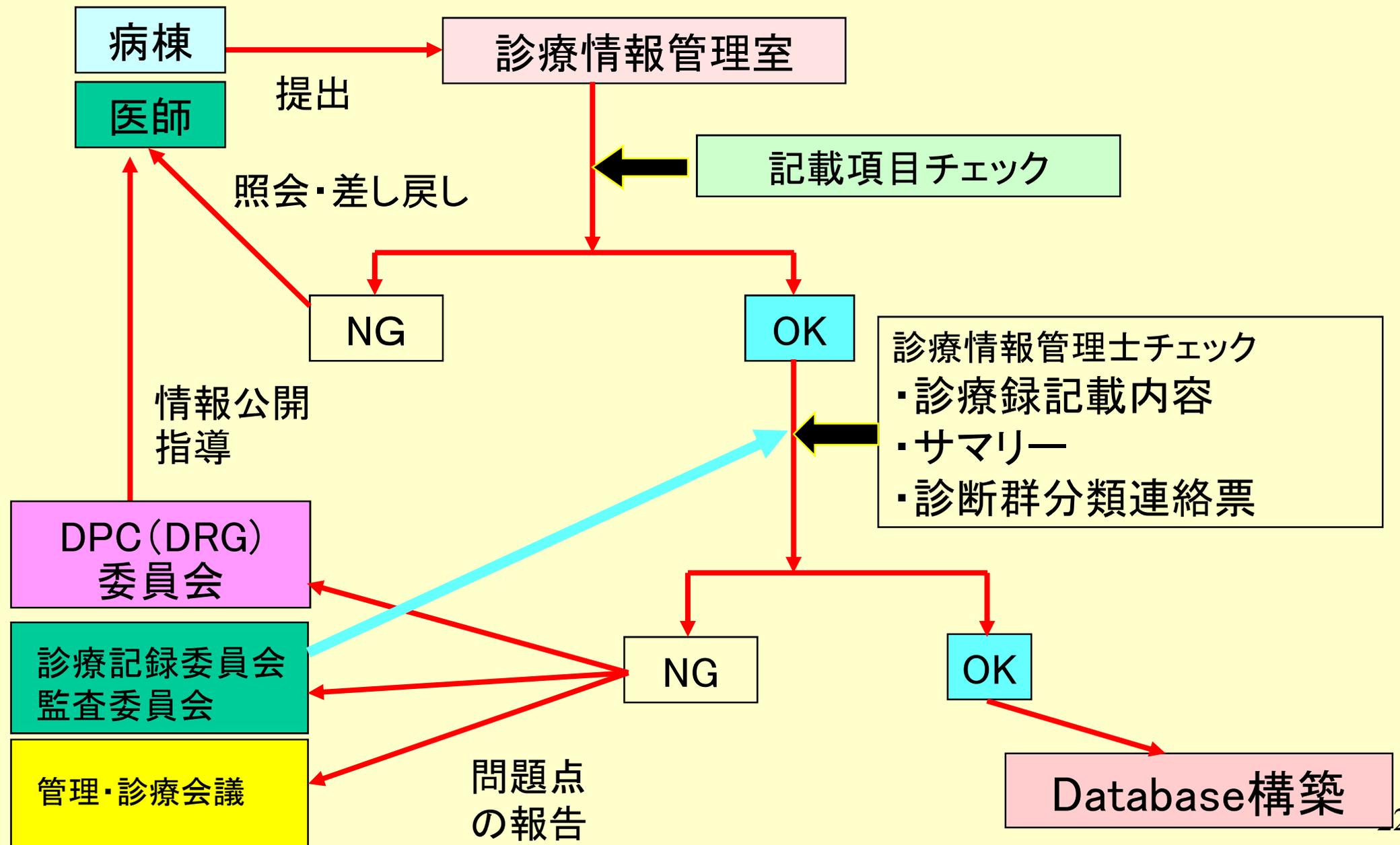
※デジタルベースの現在のシステムでも基本は同じ



診断群分類連絡票の流れ



情報管理の一例(監査体制)

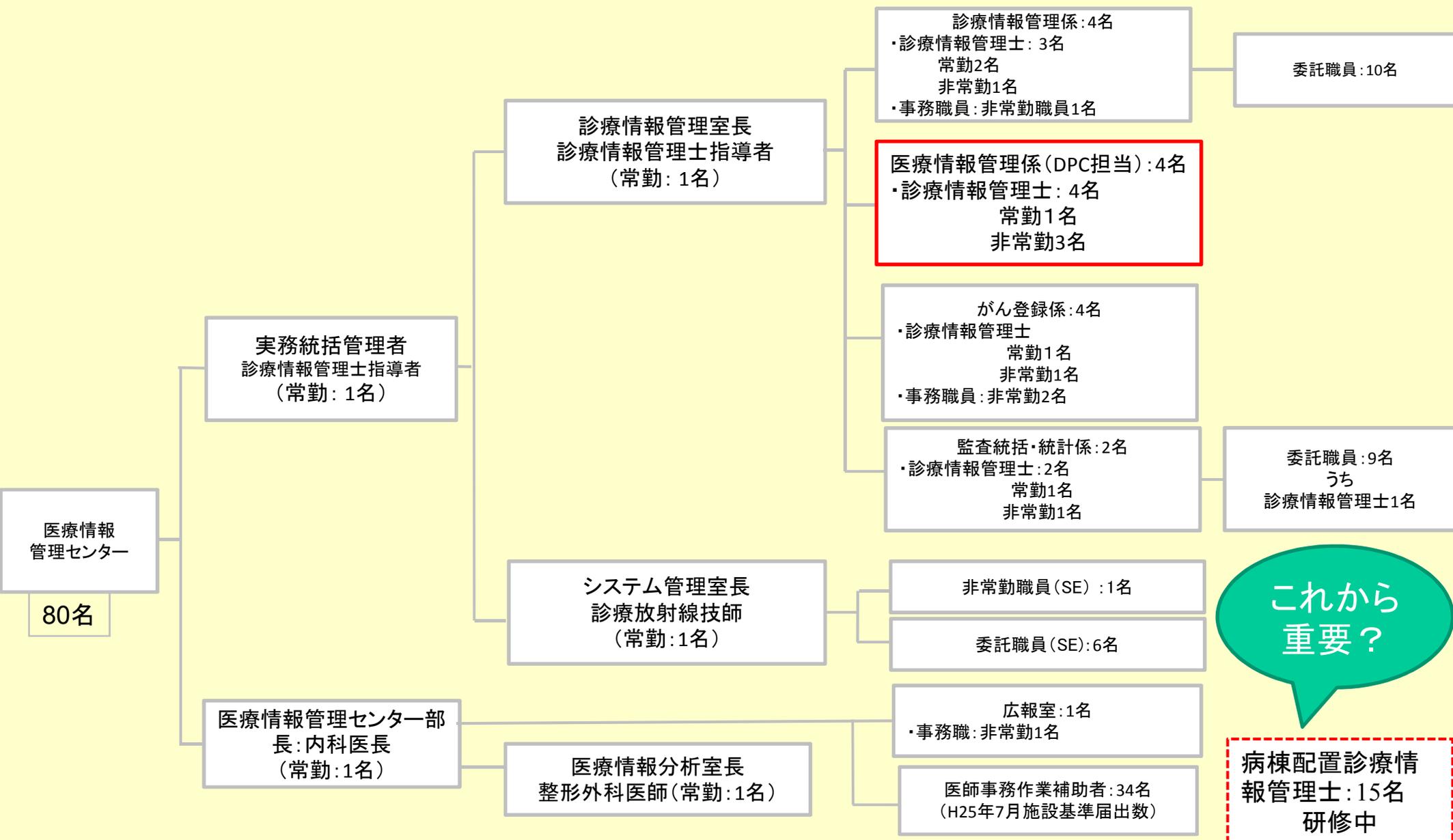




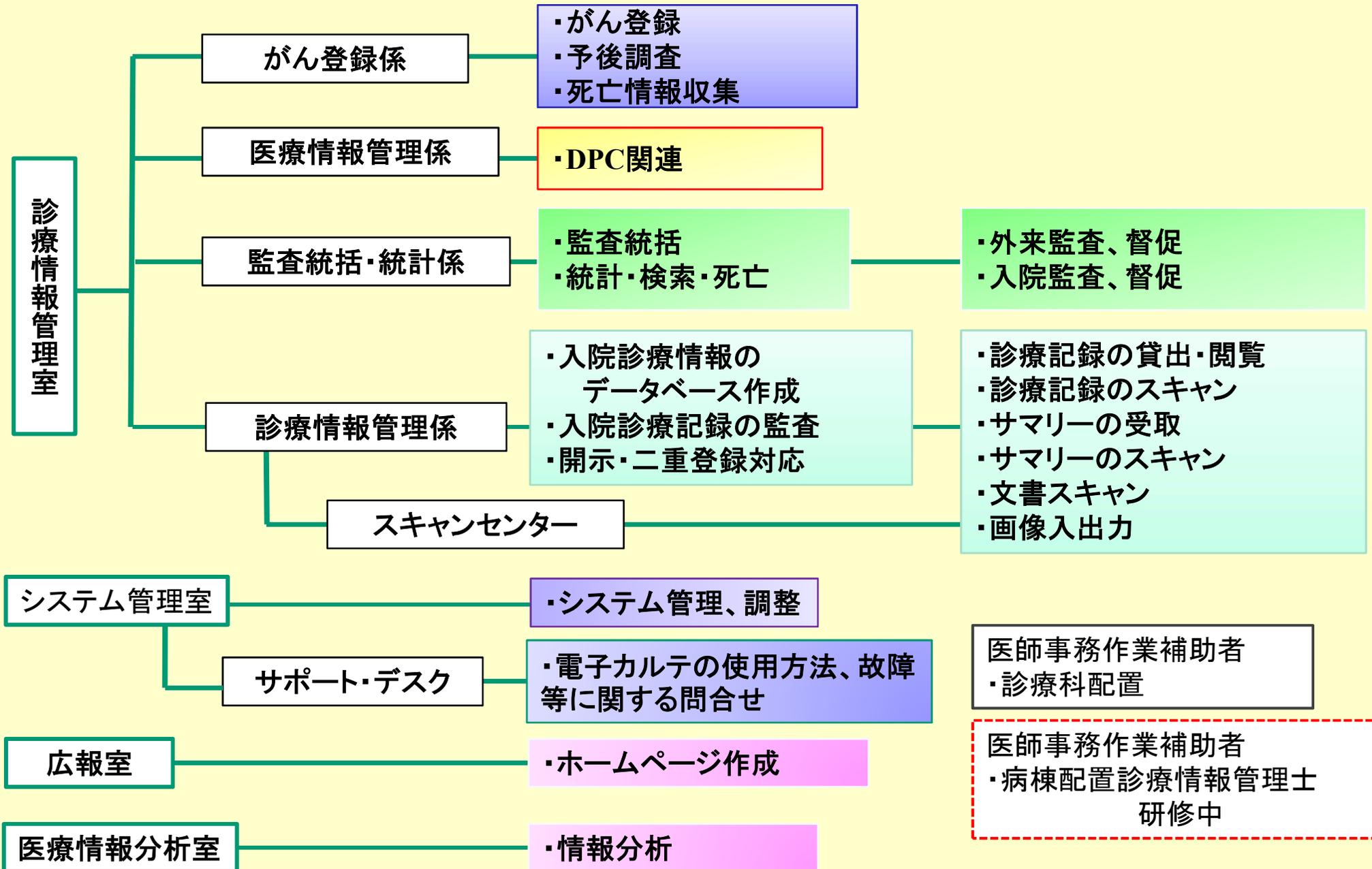
医療情報管理センター
Health Information Management Center

組織図と業務内容

医療情報管理センター 組織図



医療情報管理センター 業務内容



◆当院のDPC監査によって分類が変更となった事例

◆事例1

医療資源病名	ICD10	手術	処置	診断群分類	電子カルテ記載
到着時心肺停止	I46.9	なし	中心静脈注射が『なし』になっており、「誤り」である。	したがって、050210xx9700xxのコードも誤り。	【退院時サマリ】 中心静脈カテーテルを挿入の記載あり 【プログレスノート】 Dr.〇〇にて中心静脈カテーテルを挿入しの記載あり。

↓	↓
中心静脈注射 『あり』 が正しい	050210xx9702xx が正しいコード

◆事例2

医療資源病名	ICD10	手術	処置	診断群分類	電子カルテ記載
胸部大動脈瘤切迫破裂は、コーディングに十分な粒度をもたない	I712 は正しい ICDではない	冠動脈、大動脈バイパス移植術	対外ペースメーカー人工腎臓	050163xx01x4xx は正しいコードではない	【手術記録】 Patient Profile 「破裂の診断で当院緊急搬送」の記載あり。 【死亡診断書】 「胸部大動脈瘤破裂」の記載あり。

↓	↓	↓	
正しくは、「破裂」しているため 破裂性胸部大動脈瘤と扱う	I711	★当該分野のICDコード：破裂性か否かがポイント I71.1 胸部大動脈瘤, 破裂性 I71.2 胸部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	050162xx01x4xx が正しいコード

◆今後のDPCの流れ:平成25年12月25日中医協総会資料から抜粋

6)適切なコーディングについて

(1)レセプトの記載要領について

★130100播種性血管内凝固症候群(DIC)によって請求する際は、下記の内容が記載されたものをレセプト添付を義務つける(試行的に導入)。

- ・DICの原因と考えられる基礎疾患
- ・厚生労働省DIC診断基準によるDICスコアまたは急性期DIC診断基準(日本救急医学会DIC特別委員会)によるDICスコア
- ・今回入院中に実施された治療内容および検査値などの推移

※DIC以外についても今後検討する。

コーディング根拠について
資料を提出すべきという
意見さえある

(2) コーディングテキストについて

- ・引き続き見直しを行った上で、各医療機関が年2回実施することとされている「適切なコーディングに関する委員会における参考資料として活用することとする。
- ・今後、ワーキンググループを組織して継続的に議論する
- ・心不全、呼吸不全等の傷病名を複数もった高齢者や小児のコーディングルール、Rコードの取り扱いも今後引き続き検討する

●本日のお話の概要

1. コーディングテキストの意義と目的
2. ICDコーディングの課題とその理解
3. コーディング精度に対する懸念

★ICD分類とは？

1) **死因分類**から発生したものである

※少なくとも**リアルタイム**で傷病名を分類する意図はない

2) **コーダー(第三者)**が分類をするという前提。したがって、必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない(世界基準)。

※我が国では厚労省統計情報部がそれにあたる(近い)

※臨床家の感覚との乖離は以前から指摘されてきた

3) 構造上の問題がある

※各分類を異なる者(国)が開発しているためか、DPCのように、臓器、病理の組み合わせというような構造にすべての分類が構成されているわけではない。さらに**恣意的な操作**もある。

★DPC分類とは？

1) DPCは、臨床現場の経験から開発された分類である。

2) さらに、臓器(脳神経、頭頸部、眼、呼吸器・・・全身)と病理(腫瘍、炎症、変性、外傷、奇形等)の組み合わせを基本的構造としている。→したがって、傷病名は情報を含んでいる必要がある。また、臨床現場の親和性は問題ないはずである。

※当然、ICDを意識しつつも本来は無関連

※傷病名に情報を含む意味は、その検証やレセプトでも必須

※E、Fファイルやコーディングデータとの整合性は大丈夫？

◆ICDは世界標準！？→3つの経験

1) ICDコードという「標準」を用いたから大丈夫・・・、ではなかった。

※つまり、**標準コードの採用**をしたら解決するということではないということ。

2) 病名の定義、ルール（データベースフィールドも含む）が統一されていないことによる**データベースの精度が不揃い**であることが実証された

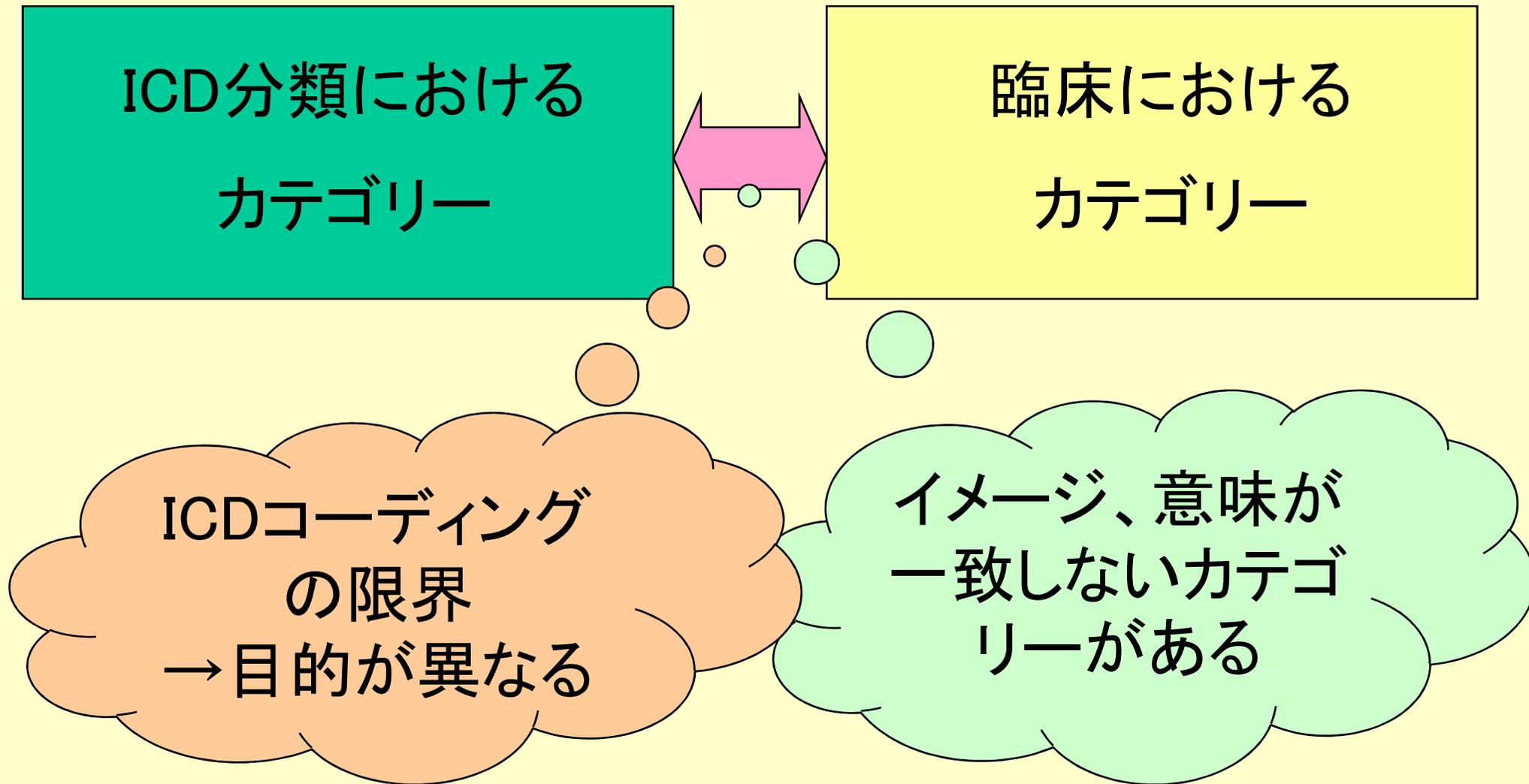
※データベースの標準化を行っても同じレベル（精度）を確保するのは甚だ困難であること。

3) 医師の付与した病名だから「正しい」という論理は通用しないということ。

※**視点が違う**という概念が必要であったこと。どれが正しいという議論ではなく。常に考えなければならない「**一入院期間**」・・・

※**病名を3つに定義付け**することによって解決した。

◇ICD分類と診断群分類(臨床的分類)の乖離



◆医療資源を最も投入した傷病？

◇主要病態の定義→主として、患者の治療または検査に対する必要性に基づく、保健ケアのエピソードの「最後に診断された病態」

◇そのような病態が複数ある場合は、「**もっとも医療資源が使われた病態**」を選択

◇もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態とする

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠125頁

→すなわち、

★主要病態とは、退院時における診断名であり、単一の病態を選択するためには医療資源の投入量で判断すべきということである。また、どうしても診断が確定しない場合は、〇〇病疑いというような主要症状や異常所見として選択することになる。

★基本は、当該エピソードの期間、DPCの場合はその入院期間に、どの傷病名を主要病態として選択するのか、である。

◆いわゆる「副傷病名」の定義

主要病態に加え、可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた、別々に記載するべきである。

その他の病態とは、

- 1) 保健ケアのエピソードの間に**存在し**
- 2) またはその間に**悪化して**
- 3) **患者管理に影響**を与えた病態
- 4) 現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはいけない。

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠125頁

◇実際、過去の伏見班に提出されたデータを見る限り、傷病名の選択については、多くのバリエーションがあることがわかる。

以下、入院時、入院中、退院時、退院後のタイミングをもとに検証してみる。

◇傷病名の選択について:その1

1) 入院前(入院時)に付与するケース:「主たる病名」を付与する可能性……

- (1) 入院の契機となった病名(意思決定した病名)
- (2) 予想される診療行為を意識した病名(行う予定の検査、処置手術等)
- (3) 最も医療資源を投入するであろう病名
- (4) 医師の専門性に起因する病名
- (5) 病院の機能に関する病名(病床区分、病棟機能等):がん、循環器等
- (6) 従来からある(重篤な)病名(一般的に言う既往歴や併存症等)
- (7) 診断不明なので「疑い」

◇傷病名の選択について:その2

2) 入院中に付与するケース

※上の1)からはずれ(変更される)ケースまたはプラスされるケースが多い(これを一般的には続発症等と呼ぶ)

(1)入院時とは異なった病名へ変化

(2)入院時病名に追加する病名の発生

3) 退院時(退院後も含む)に付与するケース(確定すると考えてもよい):

※「精度」ということでは最も意味がある病名(確定診断)

※これも上の1)からはずれるケース

(1)入院期間全体を振り返りながら、発生した病名(特に転科等をした場合)

◇傷病名の選択について:その3

4)DPCを意識しつつも、というケース:

★基本原則:DPCの基本的なルールは、「医療資源を最も投入した病名」を選択しなければならない

→しかし、専門性の高い医師からすると、1)－(4)や(6)という要素は非常に重要であり、特に、専門領域で「特別な疾患」を扱っている医師には非常にこの意識が強いと思われる。

→また、難病や悪性新生物、重篤な循環器疾患などは、患者にとってもその専門医にとっても一生ものという位置づけがされることが普通であり、少々の「併存症」や「続発症」は大した問題ではないという認識であることが多い。

◇精度の高いコーディングができない要因

1)曖昧な病名に基づくもの……

「腎腫瘍:D41.0」→もっと情報が必要

部位？悪性？良性？原発性？続発性？

2)コーディングについての知識不足

「新生児一過性イレウス」→新生児の意味を知らないと

:P76.1(正しい)→K56.-(誤り)

3)コーディングツールと病名マスターの無理解

「膵炎:K85」「急性膵炎:K85」

「慢性膵炎:K86.1」 →「慢性+膵炎:K85」ではまずい

※急性を優先する考え方

◇ICDコーディングが適切に出来ない場合

→「傷病名」に含まれる情報不足

★日本版DRG試行導入時から問題になった課題→診療録そのものの

1) 診断群分類はICDに基づく傷病分類にマッチしていることが前提であり、そのためには「傷病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。

3) 診療内容と合致しないケースもみられる。

3) DPCの導入においては、MEDIS標準病名の使用が推奨されているが、正しい使い方がされていない事も多い。

●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(不適当な例)

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

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

修飾語で帳尻を
あわせるとICD
が変わる！

◆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。

◇よく誤解されること

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)「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

★予想される、ICD-10 2013年版(日本版)のロードマップ

1)2015年1月:総務省告示予定

2)2015年第一四半期:ICD書籍刊行

3)2016年1月:国に定める統計に使用開始予定

※ICD-O3(2012年版)使用開始:2013年1月、がん登録法制化

4)2018年4月(平成30年度):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予定?

★ICD-11については、2017年に完成予定とされているが?

★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変更予定

●本日のお話の概要

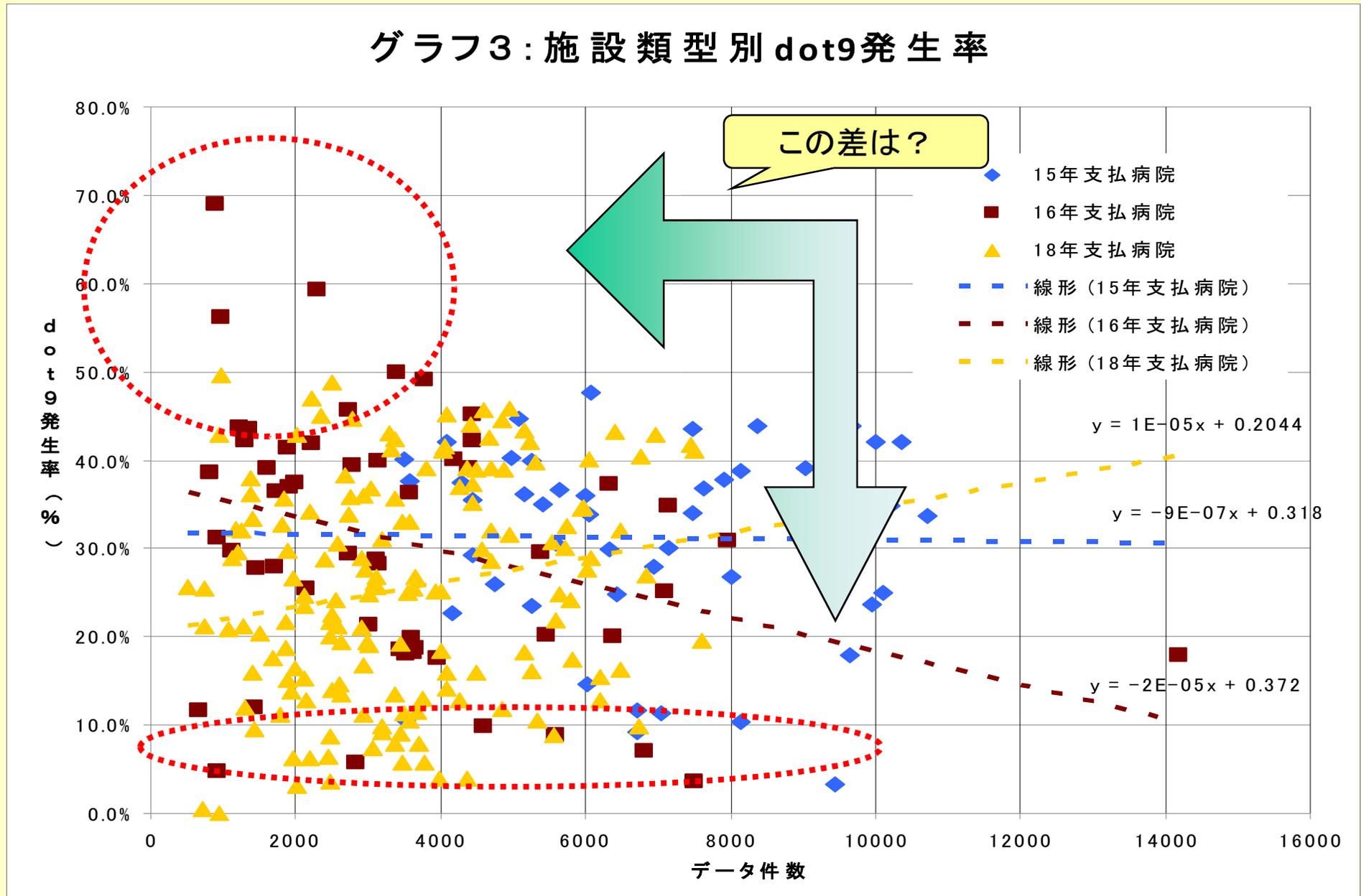
1. コーディングテキストの意義と目的
2. ICDコーディングの課題とその理解
3. コーディング精度に対する懸念

「精度」を確保するために……、

→コーディング精度監査は、平成20年度の診療報酬改訂時のDPC対象病院の要件として、「適切なコーディングに関する委員会の設置」として具体化。

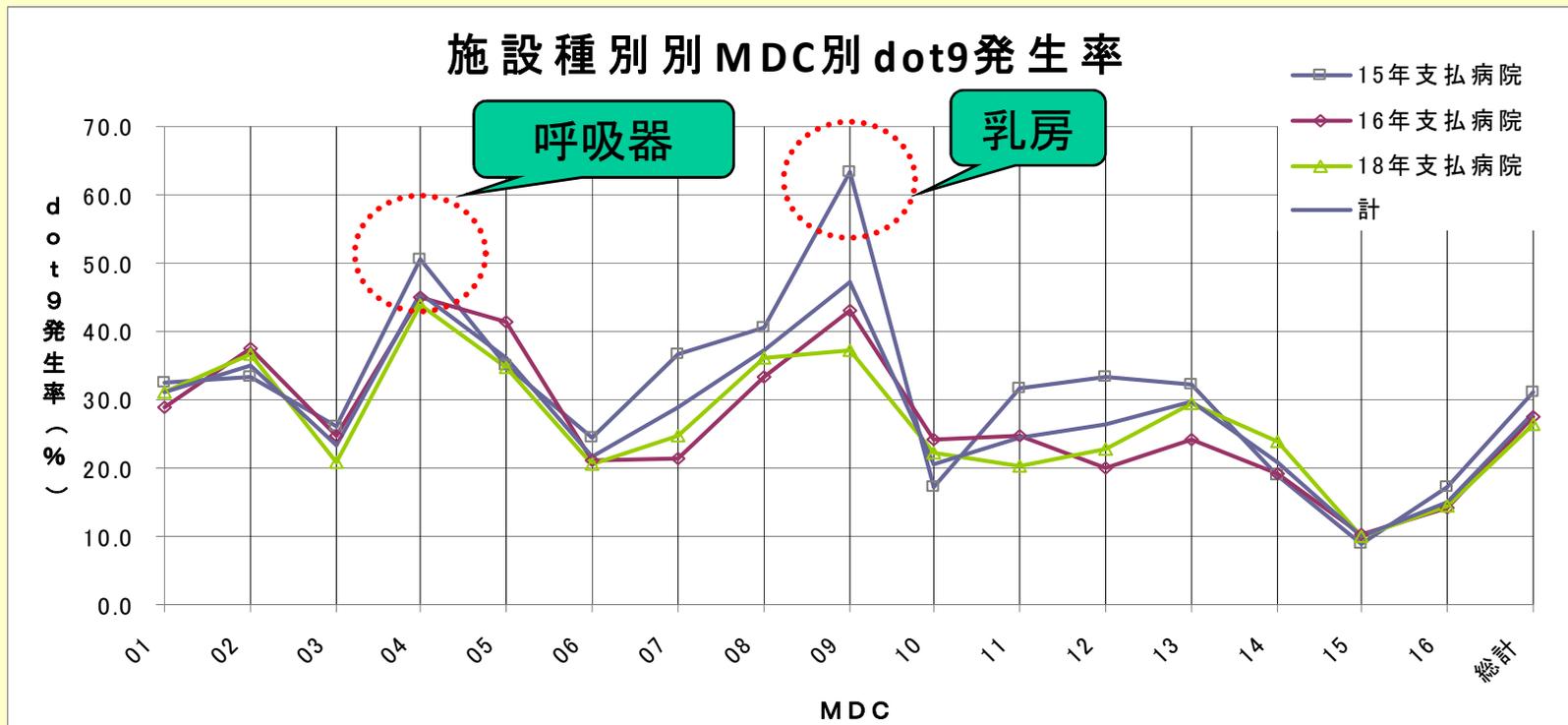
→さらに、「詳細不明コード」のハードルも上がった

グラフ3：施設類型別 dot9発生率



50%を超えたもの

MDC	DPC対象病院			16年支払病院			18年支払病院			計		
	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%
01	23,201	7,570	32.6	12,709	3,682	29.0	40,296	12,514	31.1	76,206	23,766	31.2
02	27,480	9,140	33.3	7,491	2,807	37.5	21,973	8,042	36.6	56,944	19,989	35.1
03	18,929	4,939	26.1	8,546	2,104	24.6	25,345	5,270	20.8	52,820	12,313	23.3
04	28,336	14,315	50.5	22,548	10,119	44.9	66,318	29,030	43.8	117,202	53,464	45.6
05	33,350	11,660	35.0	19,946	8,259	41.4	58,598	20,384	34.8	111,894	40,303	36.0
06	63,473	15,491	24.4	42,653	9,056	21.2	126,998	26,144	20.6	233,124	50,691	21.7
07	24,524	9,024	36.8	9,114	1,941	21.3	27,785	6,840	24.6	61,423	17,805	29.0
08	4,720	1,916	40.6	2,188	727	33.2	6,439	2,328	36.2	13,347	4,971	37.2
09	4,896	3,102	63.4	2,240	965	43.1	6,896	2,558	37.1	14,032	6,625	47.2
10	13,850	2,381	17.2	6,124	1,479	24.2	17,822	3,940	22.1	37,796	7,800	20.6
11	25,739	8,155	31.7	16,111	3,985	24.7	46,552	9,481	20.4	88,402	21,621	24.5
12	27,947	9,316	33.3	10,796	2,168	20.1	32,915	7,506	22.8	71,658	18,990	26.5
13	9,922	3,194	32.2	4,618	1,118	24.2	12,360	3,651	29.5	26,900	7,963	29.6
14	11,184	2,112	18.9	3,782	727	19.2	9,104	2,170	23.8	24,070	5,009	20.8
15	2,969	268	9.0	4,467	455	10.2	12,466	1,265	10.1	19,902	1,988	10.0
16	20,901	3,626	17.3	15,152	2,157	14.2	45,734	6,576	14.4	81,787	12,359	15.1
総計	341,421	106,209	31.1	188,485	51,749	27.5	557,601	147,699	26.5	1,087,507	305,657	28.1

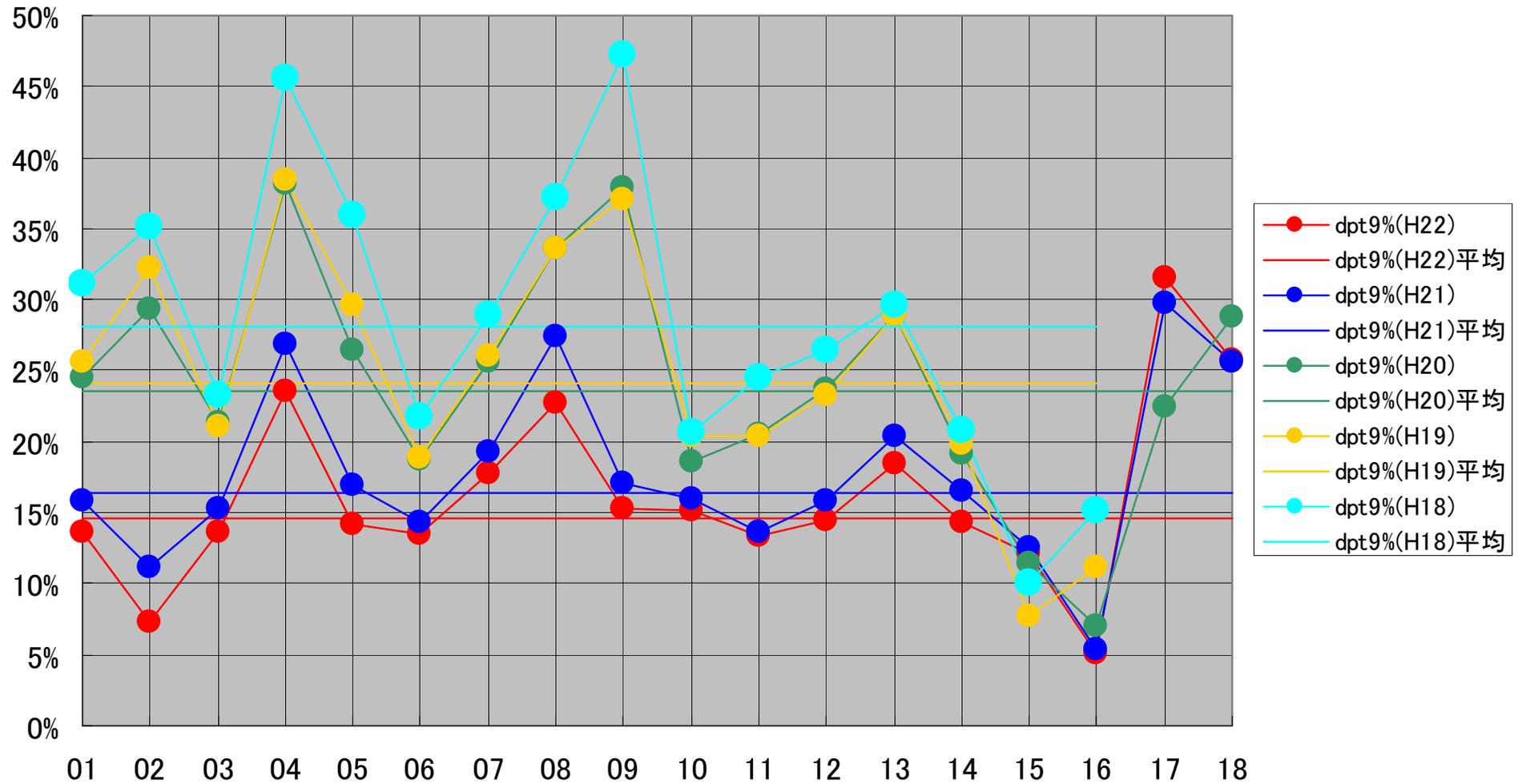


- C34 気管支及び肺の悪性新生物
- C34.0 主気管支
 - C34.1 上葉, 気管支又は肺
 - C34.2 中葉, 気管支又は肺
 - C34.3 下葉, 気管支又は肺
 - C34.8 気管支及び肺の境界部病巣
 - C34.9 気管支又は肺, 部位不明

疑問:手術をしていながら、詳細部位が不明ということがあるのか……?

- C50 乳房の悪性新生物
- C50.0 乳頭部及び乳輪
 - C50.1 乳房中央部
 - C50.2 乳房上内側4分の1
 - C50.3 乳房下内側4分の1
 - C50.4 乳房上外側4分の1
 - C50.5 乳房下外側4分の1
 - C50.6 乳腺腋窩尾部<Axillary tail of breast>
 - C50.8 乳房の境界部病巣
 - C50.9 乳房, 部位不明

図表3MDC別「.9」発生率



◆審査支払機関も不適切(?)コーディングを問題視

「コーディング精度」に対する、議論が中医協、DPC分科会等でなされる一方で、当然ながら支払い側、審査支払機関も、おかしいのでは?、と言い始めた。

→ルールが明確でないという議論が出現した。

◆ 某審査支払機関での疑義から

- 1) 傷病名のコーディングは十分な精度をもっているか？
- 2) コーディングの結果が本当に診療の内容と合致しているか？。

※問題の例

- (1) がん術後→本当に「がん」の治療をしましたか？。
- (2) ○○状態→本当に「○○」は病名？。
- (3) 傷病名と処置手術の対象は合致していますか？。
- (4) 「術後」？→術後に何があったのかそれが「病名」。
- (5) 腎不全？→たったの2日で本当に腎不全の治療を？。

◇レセプトの例から

(1)明らかに白内障の治療しかしていないのに？→腎不全？。

(2)大腸の悪性腫瘍？C18.9？

そもそも、C18.\$って？。手術の術式には詳細部位があるが？。

C18	結腸の悪性新生物
C18.0	盲腸
C18.1	虫垂
C18.2	上行結腸
C18.3	右結腸曲<肝弯曲>
C18.4	横行結腸
C18.5	左結腸曲<脾弯曲>
C18.6	下行結腸
C18.7	S状結腸
C18.8	結腸の境界部病巣
C18.9	結腸, 部位不明

◇原則として、治療(手術)の対象が分かっている以上、傷病名の部位も当然あると考えるのが自然(審査する立場でも)。

→しかし、曖昧な部位や対象が散見される。

1) 部位等がわからないのではなく、ICDやDPCの知識、特にコーディングを行う者、チェックする者のスキルに依存する

2) 場合によっては明らかなアップコーディングとされたり、「詳細不明コード」隠しと評価される可能性あり

◇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……