

平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査） の調査結果（案）

1. ヒアリング調査結果について

(1) 概要

- DPC/PDPS の適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関に対し、当該医療機関でのコーディング手順や、適切なコーディングを行うための取り組み、及びコーディングマニュアル案（以下、「コーディングガイド」という。）に対する意見等についてヒアリング調査を実施した。
- 関係団体より推薦を受けた下記の全 5 医療機関をヒアリング調査対象として選定し、平成 25 年 4 月 3 日の DPC 評価分科会において、10 分程度のプレゼンテーション及び質疑応答を実施した。

対象施設	所属	名前（敬称略）	役職
専門病院	社会医療法人 医仁会 中村記念病院 <504 床>	中村 博彦	理事長・院長
		門間 俊明	医事課長
大学病院	北里大学病院 <1,033 床>	海野 信也	院長
		荒井 康夫	医療情報管理室診療情報管理課 課長補佐
中小規模総合病院	一般財団法人 操風会 岡山旭東病院 <162 床>	土井 章弘	院長
		海野 博資	診療情報管理室主任
ケアミックス病院	特定医療法人 仁生会 細木病院 <320 床>	橋本 浩三	病院長
		高橋 久夫	情報システム管理課係長
大規模総合病院	国立病院機構 九州医療センター <702 床>	村中 光	院長
		阿南 誠	医療情報管理センター実務統括管理者

ヒアリング内容

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
- ② コーディングに係る事務部門の体制
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）

(2) 結果の概要

1. 社会医療法人医仁会 中村記念病院（専門病院・504床）

【プレゼンテーション概要】

① DPC/PDPS のコーディング手順について

- 入院時
 - 医師が DPC コードを入力し、診療情報管理士 2 名が確認する。
- 退院時
 - 医師が DPC コーディングをした上で、診療情報管理士、医事課入院担当者が DPC コーディングに疑義がある場合は医師との間で意見調整をする。

② コーディングに係る事務部門の体制

- 診療情報管理士 4 名（常勤）＋ 医事課担当者

③ 「適切なコーディングに関する委員会」について

- 内容
 - 「.9」コード（部位不明・詳細不明の ICD-10 コード）の発生率
 - 適切なコーディングのための院内のコーディング方法の取り決め（非外傷性硬膜下血腫、特発性てんかん等）とその周知
 - 全国の状況
- 開催頻度
 - 毎月開催

④ コーディングガイドに対するご意見について

- 誰を対象にしているのか（診療情報管理士が対象なのか医師が対象なのか等）を明確にすべきではないか。
- 内容が難しいので、ある程度コーディングの経験がないと理解できないのではないか。
- 事例を豊富に載せると参考になるのではないか。

【質疑応答の要点】

- 診療情報管理士が充実していること、医師が ICD-10 コーディングについてかなり詳しく理解していること、医師と診療情報管理士が院内で近い場所にありコミュニケーションが取りやすいことが、良いコーディングにつながっているのではないか。

2. 北里大学病院（大学病院・1,033床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 入院時
 - 診療情報管理課が DPC コードを入力し、医師が確認する。
 - 退院時
 - 診療情報管理課が DPC コーディングをチェックし、DPC 確認票（紙ベース）を起票し、担当医師が確認し署名する。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理課
 - 診療情報管理士（DPC 担当） 6 名
 - 医事課
 - 入院診療報酬請求担当者 計 13 名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 「.9」コード（部位不明・詳細不明の ICD-10 コード）の留意点について
 - 医療資源病名の選択に係る留意点について
 - 開催
 - 頻度：毎月（コーディングに特化した議題は年 2 回）
 - 主催：医事課
 - 対象
 - 27 診療科、6 部署（医師 51 名、コメディカル 3 名、診療情報管理士 3 名、医事課 1 名）
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - 医療資源病名に関するコーディング方法の記載内容が相互矛盾しているように読み取られる可能性があるので、考慮事項に優先順位をつけた形で示した方が分かりやすいのではないか。
- ⑤ その他
 - A207 診療録体制加算における診療情報管理部門や診療情報管理士等の体制に関する規定と、業務内容に関する規定しているコーディングガイドとの関係を整理すべきではないか。

【質疑応答の要点】

- 研修医に対しては、診療報酬のシステムに関する基本的な教育はしているが、DPC コーディングについて教育するのは難しい面がある。
- 独自の仕組みとして、診療情報管理課から DPC 確認票を起票して担当医の署名により確認をしている。
- 研修医も含め様々な医師がいるため、診療情報管理士がリードする形で DPC コーディングが行われている。

3. 一般財団法人 操風会 岡山旭東病院 (中小規模総合病院・162床)

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 退院前に医師が退院予定を入力し、看護師が処置等実施を入力する。
 - 退院時は、医師が DPC オーダーを確定し、診療情報管理士が全例チェックする。特に難しい DPC コーディングについては診療情報管理室でチェックを行う。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理室 診療情報管理士 3 名
 - 医療秘書課（入院担当） 6 名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 「.9」コードの発生率と例の周知、その対策方法の協議
 - 参加者
 - 院長、診療情報管理室、診療科医師等、計 14 名
 - 開催
 - 年 12 回
 - 主催：診療情報管理室
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - 手術・処置等のコーディングの方法にも触れた方がいいのではないか。
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）
 - 電子カルテで使用されている標準病名マスター（ICD-10 対応の傷病名マスター）において、病名自体が収載されていない例、また ICD-10 の「.9」コードしか表示されない例等があり、適切なコーディングが行いにくい場合がある。
 - 電子カルテ及び医事システムのメンテナンス機能の充実が必要。
 - 中小病院においては診療情報管理士を専従とするのが難しいので、診療録管理体制加算において診療情報管理士の専従配置を評価してほしい。

【質疑応答の要点】

- 中小病院における診療情報管理士に対して診療報酬で適切な手当をすることは重要ではないか。
- 毎週の医師のミーディングで、診療情報管理士からコーディングについてレクチャーしている。

4. 特定医療法人 仁生会 細木病院（ケアミックス病院・320 床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 入院時
 - 医師が DPC コードを入力し、電子カルテ掲示板で共有する。病棟請求担当者（情報システム管理課）はその他入院時併存病名等を入力する。
 - 退院時
 - 医師が DPC コードを決定する。レセプト請求時は、診療情報管理士が診療記録情報と DPC コーディングをチェックし不明な点があれば主治医に確認する。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理グループ 常勤 2 名（診療情報管理士）、非常勤 1 名
 - 医事請求グループ 常勤 3 名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 適正なコーディングに関すること。
 - 診断及び治療方法の適正化に標準化に関すること。
 - 外部の DPC 研究会の内容を院内にフィードバックする。
 - 開催頻度
 - 年 2 回（今後、年 4 回に増やす予定）
- ④ コーディングガイド対するご意見について
 - 医師、病棟請求担当者にとって参考となるものになると良いのではないかな。
- ⑤ その他
 - ケアミックス病院では、DPC 対象外の病棟に転棟した場合の DPC データ提出に苦労している。

【質疑応答の要点】

- 「主病名」は患者さんの病態を通じて最も重要な病名であり、「医療資源を最も投入した傷病名」とは異なることがあるので、適切な使い分けが必要なのではないかな。

5. 国立病院機構 九州医療センター（大規模総合病院・702床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 入院時
 - 医師が DPC コードを入力する。
 - 診療記録（監査）委員会で決定した 11 項目について、毎日監査を行う（一次監査）。
 - 退院時
 - 医師が退院日前々日までに DPC コーディングを確認する。
 - 専任チェック担当者が、DPC 項目（様式 1 等）と診療記録の整合性等について確認する（二次監査）。
 - 診療情報管理士が退院時要約を基準に診療記録と DPC データとの整合性を確認する（三次監査）。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 医療情報管理センター（79 名）
 - 診療情報管理係（DPC 担当）4 名（常勤 1 名、非常勤 3 名）
 - 医事課に専任チェック担当者を 1 名配置
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 院内監査結果報告
 - K コード監査結果報告
 - エラーリストチェックのエラー報告等
 - 開催頻度 月 1 回
 - 出席者 副院長、診療部長、看護部長等
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - ICD-10 の中には、〇〇後の障害など曖昧な分類もあるので、このようなコードは用いないようにしているが、対応案として付加コードの使用が考えられるのではないか（ただし、複雑になってしまう可能性があり難しい点も多いと考えられる）。
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）
 - 診療情報の管理（特に DPC）には多大なマンパワーが必要であるので、「診療録管理体制加算」の評価見直しを期待したい。

【質疑応答の要点】

- DPC コーディングの際に曖昧な「.9」コード等が表示されないよう、病名メンテナンスを行っている。

2. アンケート調査結果について

(1) 概要

- 厚生労働科学研究班（伏見班）が提出した「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド」において「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」の例としてあげられている下記の5項目について、他の医療機関とコーディングの傾向が著しく異なる医療機関(128 件)を選定し、アンケート調査を実施した（医療機関名は非公開）。
 - 1) 「050130 心不全」、 2) 「040130 呼吸不全（その他）」
 - 3) 「180040 手術・処置等の合併症」、 4) 「130100 播種性血管内凝固症候群」
 - 5) 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査等で他に分類されないもの（Rコード）
- 調査票は、平成 25 年 3 月 11 日に厚生労働省調査事務局よりアンケート調査の対象となった医療機関（128 件）に対して配送し、3 月 25 日を期限として回収した。
- 調査結果の集計は、松田委員の協力の元行った。

アンケート調査の内容

- ・ 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング
- ・ コーディングガイドに対する意見
- ・ DPC/PDPS コーディングの手順、体制
- ・ コーディングの状況が他の医療機関と異なっていた理由
- ・ 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組み

(2) 集計結果

① DPC/PDPS コーディングの手順

コーディングの手順については、入院時の医師による確認、退院前の医師による確認、診療情報管理士による内容の確認、医事課職員による内容の確認を回答から把握した。

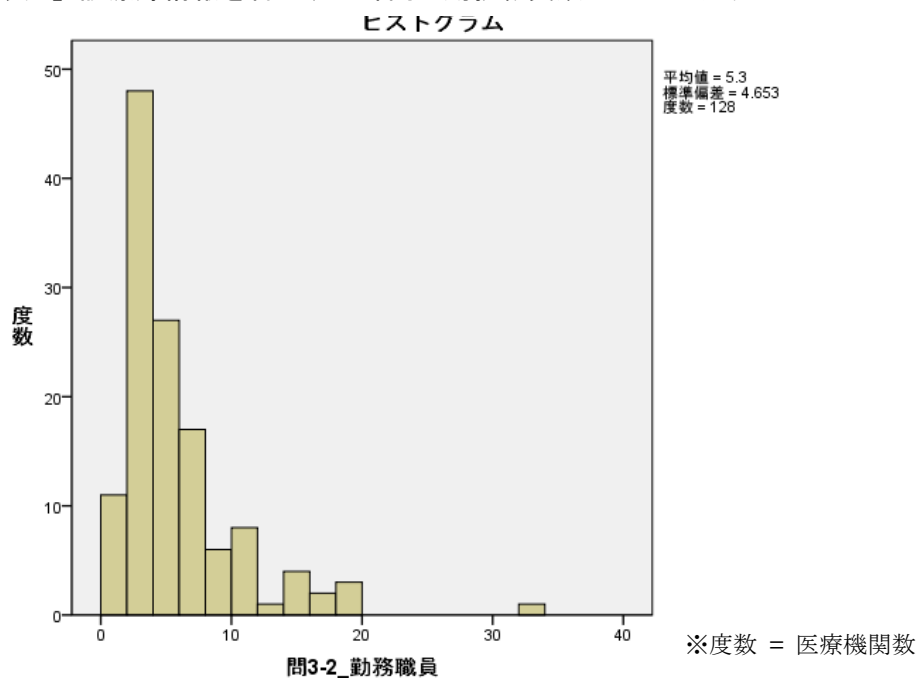
- 入院時の医師による確認は「あり」が 110 施設（85.9%）、「要請時のみ確認」が 12 施設（9.4%）であった。
- 退院前の医師による確認は「あり」が 87 施設（68.0%）、「要請時のみ確認」が 35 施設（27.3%）であった。
- 診療情報管理士による内容の確認は「あり」が 115 施設（89.8%）であった。
- 医事課職員による内容の確認は「あり」が 114 施設（89.1%）であった。

② コーディングに係る事務部門の体制

(1) 診療録情報を管理する部門の勤務職員数

平均 5.3 人、標準偏差 4.7、最少 1 人、最大 32 人

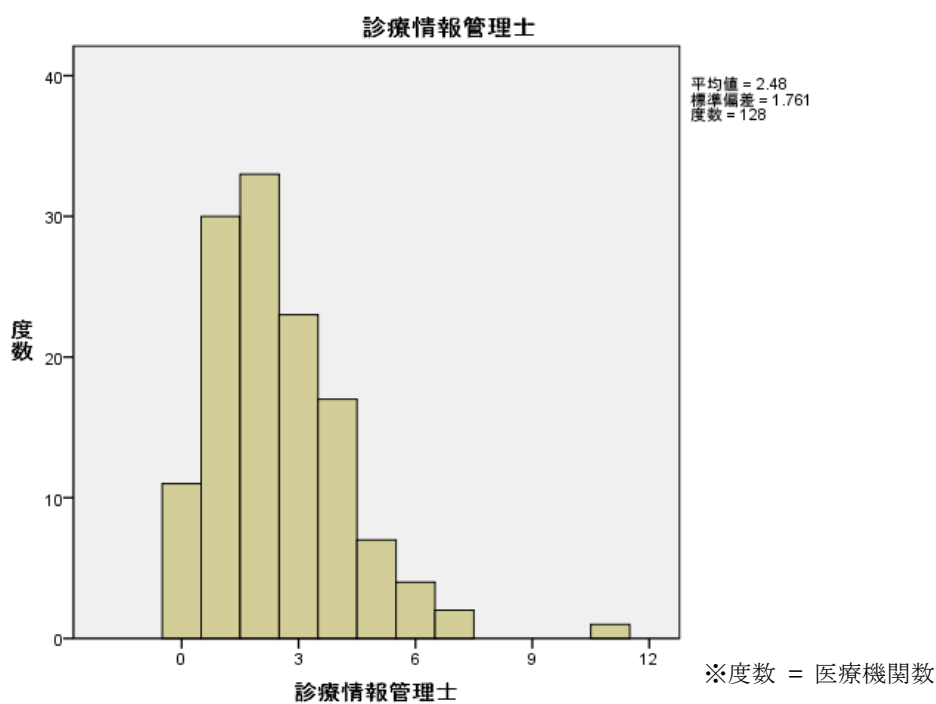
【図表 1】診療録情報を管理する部門の勤務職員数のヒストグラム



(2) 診療録情報を管理する部門の診療情報管理士の数（常勤＋非常勤）

平均 2.5 人、標準偏差 1.8、最少 0 人、最大 11 人

【図表 2】診療録情報を管理する部門の診療情報管理士の職員数のヒストグラム



(3)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療録情報管理士」の割合以下の通りであった。

【図表 3】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療録情報管理士」の割合

診療情報管理士の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	15	12%
(うち 0%)	(9)	(7%)
20%以上 40%未満	24	19%
40%以上 60%未満	25	20%
60%以上 80%未満	10	8%
80%以上 100%未満	7	5%
100%	47	37%

「診療情報管理士」の割合は、医療機関によって様々であったが、100%となっている医療機関が37%となっている。

(4)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤」職員の割合は以下の通りであった。

【図表 4】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤」職員の割合

常勤の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%より多く 20%未満	25	20%
(うち 0%)	(23)	(15%)
20%以上 40%未満	3	2%
40%以上 60%未満	9	7%
60%以上 80%未満	12	9%
80%以上 100%未満	6	5%
100%	73	57%

「常勤」職員の割合が「100%」の医療機関が57%を占める一方、「0%」の医療機関も15%存在していた。

- (5)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「非常勤」の割合は以下の通りであった。

【図表 5】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「非常勤」職員の割合

非常勤の割合	該当する医療 機関数	医療機関数の 割合
0%以上 20%未満	110	86%
(うち 0%)	(103)	(80%)
20%以上 40%未満	8	6%
40%以上 60%未満	5	4%
60%以上 80%未満	3	2%
80%以上 100%未満	1	1%
100%	1	1%

「非常勤」の診療情報管理士は、ほとんどの医療機関で「0%」となっていた。

- (6)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の割合は以下の通りであった。

【図表 6】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「その他」の職員の割合

その他の割合	該当する医療 機関数	医療機関数の 割合
0%以上 20%未満	97	76%
(うち 0%)	(95)	(74%)
20%以上 40%未満	3	2%
40%以上 60%未満	3	2%
60%以上 80%未満	2	2%
80%以上 100%未満	1	1%
100%	22	17%

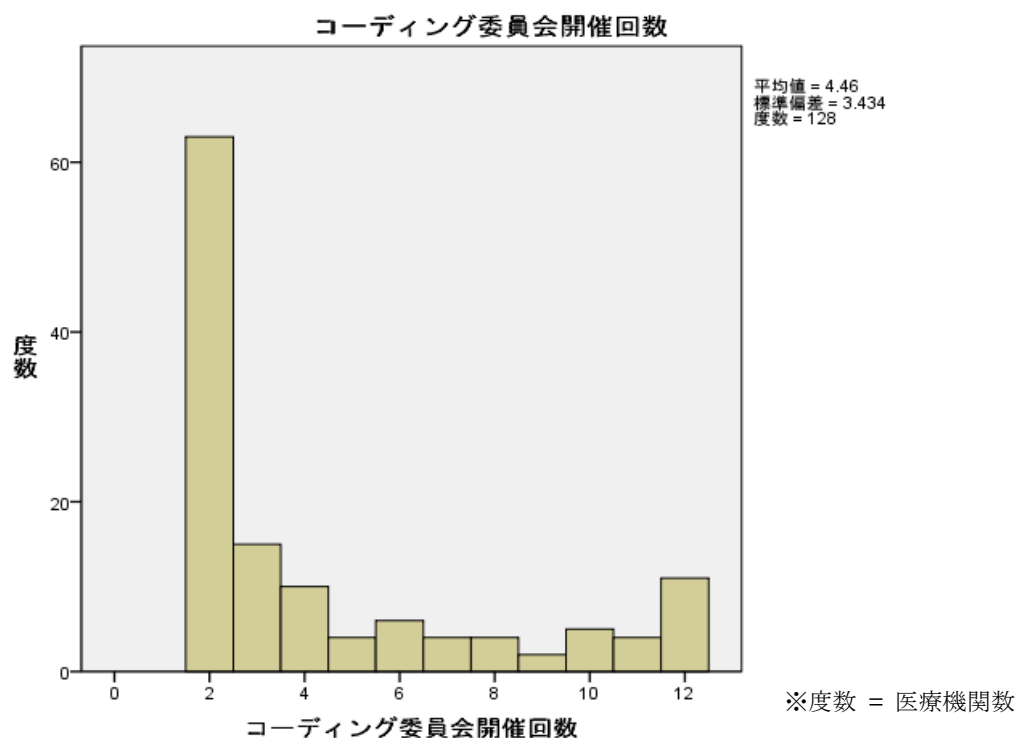
「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の職員の割合は「0%」となっている医療機関が約 75%となっている一方、「100%」となっている医療機関が 22 件（17%）認められた。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」について

(1) 適切なコーディングに関する委員会開催回数（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月）

平均 4.5 回、標準偏差 3.4、最少 2 回、最大 12 回

【図表 7】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度のヒストグラム



※ 11 施設（8.6%）は毎月開催しているが、63 施設（49.2%）は法定の 2 回しか開催していない。

【図表 8】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度の表

コーディング委員会開催回数

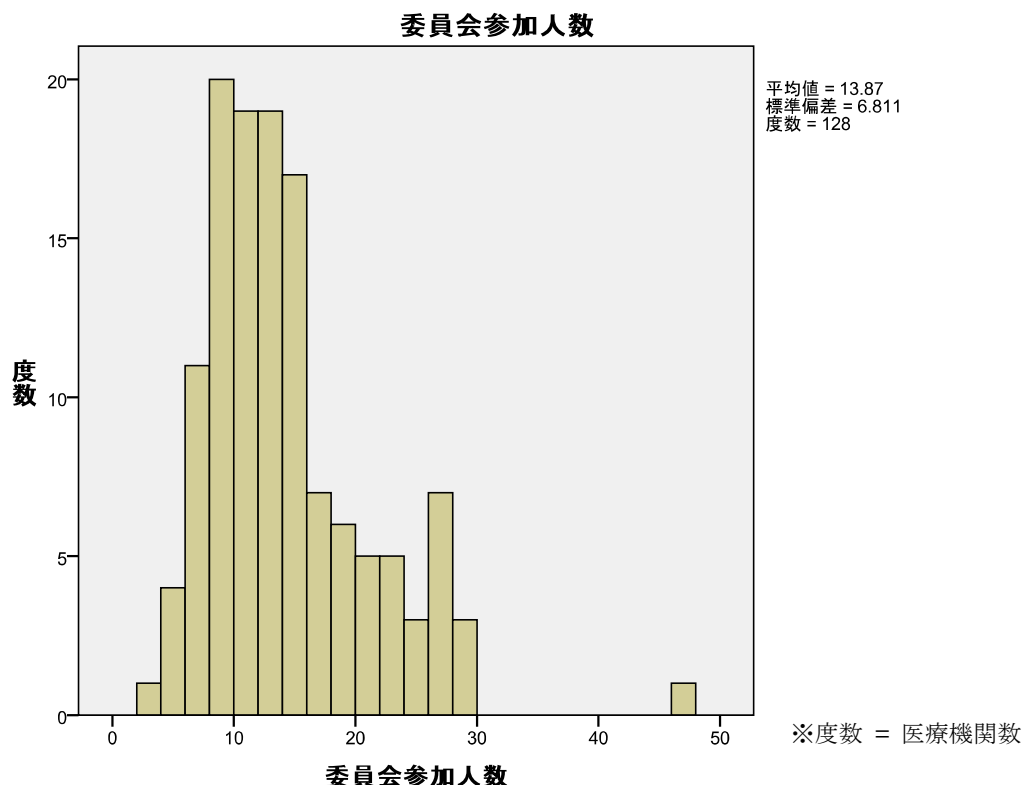
	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 2	63	49.2	49.2	49.2
3	15	11.7	11.7	60.9
4	10	7.8	7.8	68.8
5	4	3.1	3.1	71.9
6	6	4.7	4.7	76.6
7	4	3.1	3.1	79.7
8	4	3.1	3.1	82.8
9	2	1.6	1.6	84.4
10	5	3.9	3.9	88.3
11	4	3.1	3.1	91.4
12	11	8.6	8.6	100.0
合計	128	100.0	100.0	

※度数 = 医療機関数

（２）適切なコーディングに関する委員会の参加人数

平均 13.9 人、標準偏差 6.8、最少 3 人、最大 46 人

【図表 9】「適切なコーディングに関する委員会」の参加人数のヒストグラム



- 参加者の内訳は、診療報酬請求部門（医事課等）の職員、診療情報管理部門の職員はほとんどの例で参加しており、その他院長、診療科長、看護師長等が参加していた。

（４）コーディング委員会の検討内容

コーディング内容の検討内容としては「コーディング」が 128 施設中 93 施設（72.7%）と最も多くなっていた。

【図表 10】「適切なコーディングに関する委員会」の参加人数に関する表

内容	度数	%
DPC 制度	35	27.3
コーディング	93	72.7
差額分析	38	29.7
統計（自院）	27	21.1
その他	8	6.3

※度数 = 医療機関数

※差額分析：出来高で算定した場合との差額分析等

④ コーディングガイドに対するご意見について

(1) コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合

「040130 呼吸不全」で7割以上コーディング変更になるものが43.5%と多くなっている。また、「050130 心不全」についても4割以上コーディング変更になる例が70%となっている。「180040 手術・処置等の合併症」と「130100 播種性血管内凝固症候群」についてはコーディング変更になるものが2割以下になる例が70%以上であった。

【図表 11】 コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合の表

アンケート種別と問2-1_番号選択のクロス表

			問2-1_番号選択					合計
			概ね9割以上の症例がコーディング変更となる	概ね7～8割程度の症例がコーディング変更となる	概ね4～6割程度の症例がコーディング変更となる	概ね2～3割程度の症例がコーディング変更となる	コーディングが変更となる症例は概ね2割以下である	
アンケート種別	050130	度数	0	1	6	1	2	10
		アンケート種別の %	.0%	10.0%	60.0%	10.0%	20.0%	100.0%
	040130	度数	10	17	12	10	13	62
		アンケート種別の %	16.1%	27.4%	19.4%	16.1%	21.0%	100.0%
	180040	度数	4	1	3	1	30	39
		アンケート種別の %	10.3%	2.6%	7.7%	2.6%	76.9%	100.0%
	130100	度数	0	0	1	2	7	10
		アンケート種別の %	.0%	.0%	10.0%	20.0%	70.0%	100.0%
Rコード		度数	1	0	5	1	5	12
		アンケート種別の %	8.3%	.0%	41.7%	8.3%	41.7%	100.0%
合計		度数	15	19	27	15	57	133
		アンケート種別の %	11.3%	14.3%	20.3%	11.3%	42.9%	100.0%

※度数 = 医療機関数

(2) 診療情報管理士の数と変更割合との関連

下表はコーディングの変更割合別に診療情報管理士（常勤＋非常勤）の数を見たものである。統計学的に有意な差はあるが一定の傾向はない（ $p < 0.05$ 一元配置分散分析）。なお、コーディング委員会の開催回数及び参加人数には群間で有意の差はなかった。

【図表 12】 コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合の表

	度数	平均値	標準偏差
概ね9割以上の症例がコーディング変更となる	15	2.5	1.7
概ね7～8割程度の症例がコーディング変更となる	19	3.1	2.7
概ね4～6割程度の症例がコーディング変更となる	27	2.3	1.5
概ね2～3割程度の症例がコーディング変更となる	15	3.3	1.9
コーディングが変更となる症例は概ね2割以下である	57	2.0	1.3
合計	133	2.4	1.8

※度数 = 医療機関数

(3) 調査対象となった DPC6 桁が他の医療機関と比べて著しく多くなった理由

必須記載事項の内容をグループ化した結果、①「専門性が高いため」、②「重症度が高いため」、③「診断基準に基づいている」、④「高齢者が多いため」、⑤「コーディングの理解不足」、⑥「診療行為を優先したコーディングのため」、⑦「他施設からの紹介が多いため」、⑧「シャント症例が多いため」、⑨「小児が多いため」、⑩「慢性疾患の急性増悪が多いため」、⑪「救急症例が多いため」の11の理由が抽出された。以下、5つのコーディング例についてその理由を検討した。

【図表 13】調査対象となった DPC6 桁が他の医療機関と比べて著しく多くなった理由の表

	050130		040130		180040		130100		Rコード	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
専門性が高いため	2	20.0%	6	9.7%	13	33.3%	4	40.0%	0	0.0%
重症度が高いため	2	20.0%	4	6.5%	6	15.4%	2	20.0%	0	0.0%
診断基準に基づいている	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%
高齢者が多いため	1	10.0%	19	30.6%	1	2.6%	3	30.0%	0	0.0%
コーディングの理解不足	7	70.0%	23	37.1%	2	5.1%	2	20.0%	5	41.7%
診療行為を優先したコーディングのため	3	30.0%	18	29.0%	4	10.3%	2	20.0%	8	66.7%
他施設からの紹介が多いため	0	0.0%	9	14.5%	14	35.9%	2	20.0%	1	8.3%
シャント症例が多いため	0	0.0%	0	0.0%	27	69.2%	0	0.0%	0	0.0%
小児が多いため	0	0.0%	10	16.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
慢性疾患の急性増悪が多いため	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
救急症例が多いため	0	0.0%	2	3.2%	1	2.6%	1	10.0%	0	0.0%

※度数 = 医療機関数

- 「050130 心不全」については「コーディングの理解不足」が70%と最も多く、次いで「診療行為を優先したコーディングのため」が30%であった。慢性心不全については、原疾患がある場合はそれを医療資源病名とすることが示されているが、このコーディングルールの理解不足が最も多くなっていた。
- 「040130 呼吸不全」については「コーディングの理解不足」が37%、次いで「高齢者が多いため」が30.6%、「診療行為を優先したコーディングのため」が29%となっている。また、小児の入院の場合も、肺炎治療にあたって酸素吸入などの呼吸不全の治療を行うことが多いため、呼吸不全とコーディングする例が多かった(16.1%)。さらに高齢者の場合、他施設で肺炎が悪化し、それが原因の呼吸不全の治療をおこなったためという理由も多かった(14.5%)。ただし、この場合、他施設の中に同一法人の慢性期病棟や介護施設が少なからず含まれていた。
- 「180040 手術・処置等の合併症」についてはシャント症例が69.2%で最も多く、またシャント閉塞のPTA目的の他施設からの紹介も多かった(35.9%)。そして、こうした治療を行う高い専門性をもっていることを理由にあげる例が33.3%となっていた。

○「130100 播種性血管内凝固症候群」は血液疾患や救急などの専門性の高い病院での治療例が多く（40%）、重症例が多いこと（20%）、「他施設からの紹介」（20%）など病院の専門性に由来する理由が多かった。しかし、高齢者が多いこと（30%）や「診療行為を優先したコーディングのため」（20%）も挙げられており理由が多岐にわたっていた。

○「Rコード」については「診療行為を優先したコーディングのため」が66.7%、「コーディングの理解不足」が41.7%であった。

以上の結果より、コーディングルールの周知が重要であることが明らかとなった。他方、「180040 手術・処置等の合併症」やRコードについては「診療行為を優先したコーディングのため」が多く、これらについては現行の診断名→医療行為といった診断名を優先した分類方式よりも、医療行為を優先した分類方式の方が適切である可能性を示唆している。また、小児や高齢者の不全症についても、コーディングルールの精緻化など検討が必要であると考えられる。

（４）コーディングガイドに関するその他のご意見（自由記載欄に挙げられた主な意見の抜粋）

○ 診療情報管理士や医事課職員が適切なコーディングのため努力しているが、臨床の医師には ICD-10 や DPC 制度があまり浸透していないため、疑義を示しても理解を得ることが容易ではないので、コーディングガイドによって一定の判断基準が示されるのはありがたい。

○ 本コーディングガイドによって診療側と審査側の認識が共通化されると思われるので、早期にコーディングガイドが正式リリースされることを望む。

○ 今後も疑義を生じる症例や問題視されるコーディングが出てくるのかもしれないが、その都度コーディングガイドに収載され、現場へリリースして頂けると有難い。

○ コーディングガイド P18 で「レセプト病名」の注意があるが、使用した薬、行った医療行為に要求される病名（単語）がレセプトになれば査定されるため、レセプト審査委員にコーディングガイドを理解して頂かない限り、レセプト病名をなくすことは難しいのではないかと。

- 文書ではなく、フロー方式等見易さに工夫が凝らせば普及するのではないか。
- 正誤それぞれのコーディングの具体例を多く示してほしい。
- 「医療資源をもっとも投入した傷病名」の決定に当り、「人、モノ、カネ」で判断すると定義されているが、漠然としていて判断に困ることがあるので、もう少し具体的な定義をしてほしい。
- 特に以下のような例でコーディングに苦慮するので判断基準を示してほしい。
 - ・ 他医療機関で手術を施行した直後に、フォローの為に転院して来た患者のコーディング（例、癌の術後など）
 - ・ 人工肛門閉鎖術の為に入院のコーディング
 - ・ 急性腹症で観察入院し、確定診断がつかないまま治癒し退院をした患者のコーディング
 - ・ 高齢者のように複数の疾患を持っていて複数疾患を同時に治療を行う場合の医療資源をもっとも投入した傷病名の決定の仕方

⑤ その他の主なご意見（自由記載欄に挙げられた意見）

- 厚労省において、コーディングについて迅速に相談できる部門を作してほしい。
- 診療録管理体制加算も、医師事務作業補助体制加算のように、人数によって加算が変動することで、医師の負担も減る体制ができるのではないか。
- 自分たちが行っているコーディングが正しいのか分からないので、厚労省が主催する DPC コーディングの研修会を開いてほしい。
- 電子カルテに搭載されている MEDIS の標準病名マスターを使用して医師は病名決定を行うが、標準マスターに不備があり、適切にコーディング出来ないことがある。