

◇DPCの構造を理解するために

→まず、傷病名分類選択の基盤となるICD分類について

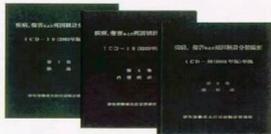
1) 傷病名(の範囲)は、ICD分類、正確には、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision)で定義されている。

2) 2012年現在、その2003年版を用いることとされている。当該分類は、3巻構成で、1巻が総論(いわゆるマニュアル)、2巻が内容例示表(コード体系)、3巻が索引である。

3) DPCの分類選択のためには、主たる傷病名を、1巻の総論に規定された各種のルールや定義に基づき、2巻のコードで決定することになる(必要に応じて3巻の索引を活用)。

※詳細は、当該成書を確認いただきたい。

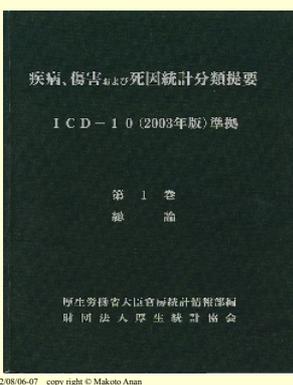
3巻構成



ICD-10 (2003年版) 準拠は全3巻で構成されており、下記の内容が記載されています。

- ① 日本語版第1巻 (WHO版Volume 2) : 総論
 - ・ 疾病および死因をコーディング (コード付け) する際のルール
 - ・ 第2巻 (WHO版Volume 1) 及び第3巻 (WHO版Volume 3) の使用方法
- ② 日本語版第2巻 (WHO版Volume 1) : 内容例示表
 - ・ 分類コード及び項目の一覧
- ③ 日本語版第3巻 (WHO版Volume 3) : 索引
 - ・ 疾病・傷害、症状、部位などの用語及びそのコード

ICDのABCより



Contents

1. ICD-10導入の経緯
2. 疾病および関連保健問題の国際統計分類の解説
3. ICDの使用方法
4. 疾病および死因コーディングについてのルールおよびガイドライン
5. 統計的表章
6. ICDの歴史的沿革
7. 日本における死亡診断書等の様式
8. ICD-10 3桁分類および勧告された特定製表用リスト
9. 日本で使用する分類表
10. 付録 (資料)

★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、○○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。

このように、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、が基本である。

★いわゆる「副傷病名」の定義は？

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

★傷病名に対して指摘される問題

→「死因統計」を目的としたICDと「臨床的分類」であるDPCには**乖離**がある、と指摘されている。

※1:1で対応しない→1:n, n:1, n:n……

※ただし、ミスマッチングといわれるほとんどはそのような複雑かつ専門的な問題に起因するものではない。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

13

■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) コーダーが分類をするという前提に考えられたものである等から、必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない。

※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。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

14

■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**

※コーディングデータとの整合性は大丈夫か？→医療資源

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

15

これらの違いをどこかで吸収しないとイケない。

そのためには扱う者の理解が必要である。

★医師、診療情報管理士、医事担当者等

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

16

レセ電算病名を使って、正しくコーディングするために

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

17

現在、精度の高いコーディングを目的として、いわゆる標準病名の使用が推奨されている。ただ、

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

※コードが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がついていないコードもある(体内異物等)。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

18

◇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

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

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

19

◆理解しておきたいこと

平成22年度～「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。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

20

◇よく誤解されることは

1) 傷病名がない

→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

2) 「詳細不明」、「.9」の分類になる

→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

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

21

★ICDのルールから、主たる病態の定義……、

最後に「診断」ということは？

→診療内容とマッチしているか？

→診療内容から説明が出来るか？

→傷病名と手術とのマッチング？

→様式1、E、Fファイル(コーディングデータ)との整合性？

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

22

「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」のハードルが上がった？

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

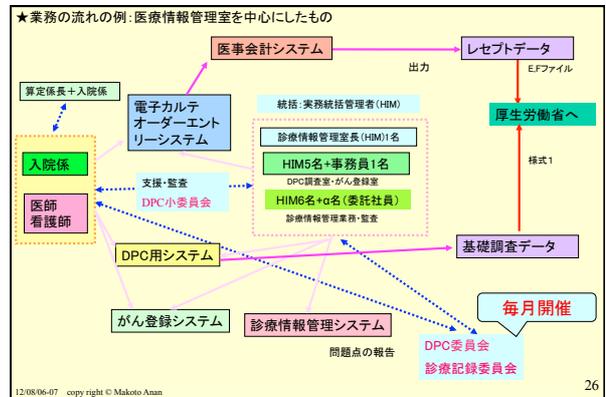
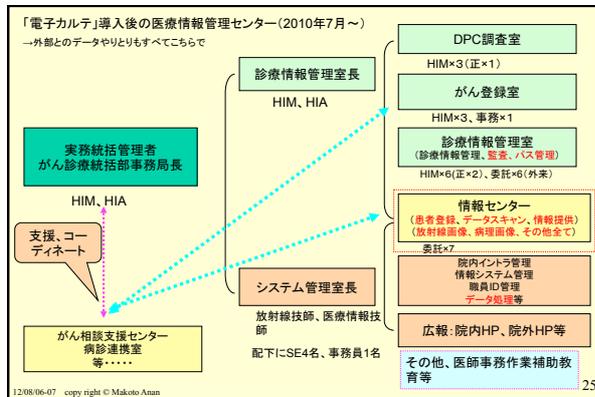
23

(1) DPC対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保するため、委員会を設置して責任者を定めること

(2) 委員会は診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び「診療情報管理士」(診療録管理担当者)等から構成され、少なくとも年に2回は開催すること

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan

24



- ◆DPCであるか否かに係わらず、それなりの「監査」は必要。
- 1) DPC、がん登録、入院診療記録、外来診療記録等
 - 2) いわゆるカルテ開示や証拠保全等への対応等
 - 3) 適正な診療報酬請求のためにも必要
 - 4) 公的な報告、調査等
- 12/08/06-07 copy right © Makoto Anan 27

過去に定義が十分ではなかったために、
その解釈を巡って議論になったことがあった

↓

基礎調査の度に定義は明確にされていった・・・が・・・

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan 28

- データの定義付けが不明確で問題となったこと
- 1) 主病名とは？→医療資源投入、治療目的、かつて最も重篤、診療科、病理診断→(ケースバイケース)
※ICDのルールで
 - 2) 救急とは？→救急車、時間外、診療録に記載したもの？
 - 3) 転帰とは？→治癒、軽快、寛解、不変、検査終了
- ※改訂により、定義付けはかなり進んだ
- 12/08/06-07 copy right © Makoto Anan 29

定義標準化の一つの例:

「転帰の根本的定義」
転帰とは、あくまで今回の入院時と比較してのものであり、必ずしも原疾患そのものに対してのものではない。
したがって、今回の入院において、入院時と退院時と比較した結果によって転帰を判断するものである。
さらに、退院時の判断によるものであるから、以後の転帰を保証するまたは考慮したものではない。
例えば、医師が退院時に転帰を判断した後、それ以降、患者の状況が変化しただとしても退院時の転帰を覆すものではない。

治癒・・・退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、または、それに準ずると判断されたもの。
軽快・・・疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。原則として、その退院時点では外来等において継続的な治療を必要とするものであるが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。
寛解・・・血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。
不変・・・当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては摘要しない。
増悪・・・当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。
死亡

その他・・・単なる検査入院(人間ドック、確認カテ等)、正常分娩、その他患者の自己退院等本来の医療の結果以外の理由で退院となったもの。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan 30

◇傷病名の定義は考え方だから、厄介な課題であること

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したが……、

病名付与の留意点の一例

章	EDID	分類	留意点
I	A00-B99	感染症及び寄生虫症	場所感染は除き、原因菌、病原体を記載。経緯合併、重症期を記す。
II	C00-D48	新生物	良性、悪性の区別、部位、性状、上段性、原発巣（転移の場合）、術後、治療後を記載。異なる新生物は新生物ではないので注意
III	D50-D89	免疫および造血系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（EDIDの成書に参照すること）
VI	G00-G99	神経系の疾患	遺伝性、変性疾患、その他の障害、急性か慢性的かの区別
VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
VIII	H60-H95	耳および嗅覚聴覚の疾患	急性
IX	I00-B99	循環器系の疾患	リウマチ性、高血圧性、急性、重急性、慢性の明示
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

◇DPCコーディングの問題、課題

1)ICDコードという「世界標準」を用いるから大丈夫、という誤解、勘違い
※そもそも理解無くICDのルール運用を出来るはずもない

2)定義、ルールの統一が困難なことに起因するデータベース精度の不揃い
※データベース項目の標準化を行っても、精度の問題は別

3)傷病名付与そのものの問題とICD分類精度の問題。
※そもそも適切な傷病名の選択、がなされていない
※分類選択も正しく行われていない

→傷病名付与について、定義が曖昧だった点については、**傷病名を3つに定義付け**することによって解決した。

◇「傷病名」に関する基本的な問題:含まれる情報は十分か?

1)「**傷病名**」からICDに**明確に区分出来る**必要がある。

2)傷病名に「**必要な情報**」が含まれていない

3)標準病名の使用を推奨、しかし、正しい使い方がされていない
※**接頭語、接尾語等の「修飾語」**の存在は、ICD的には致命的な欠陥をもたらすこともある(標準病名やICDの理解が必要)。

基本は傷病名の選択とICDの理解

以下はJokeではない……

しつこいようですが、大切なこと

●DPC基礎調査病名検証結果の例→提出施設に返却

(1)意味不明のICDコード

- ・桁が多い→I2090、小文字→n119、全角→C1690
- ※仕様にマッチしていない→システム上の問題?

(2)意味不明病名

- ・ミスタイプ→F329 うっ病、N028 1gA腎症
- ・不要な文字→病名の後に「*」、「”」が付いている、3文字以上の空白がある
- ・文字化け→Z[☒]・オクも膜炎、胃 [う]孔、神経 [う]腫、神1
- ・略語(ローカルルール)→脳S、喉頭K
- 意味不明→交通事故、自殺(レセプト病名?)

(3) 誤字、脱字、尻切れトンボ

ろ胞→3胞、癌→眼、腺腫→線腫、急性→旧性
新生物→新性物、停留→停溜、細胞腫→細胞種、
高血圧→抗血圧、白内障→白内症、腎盂→腎孟、
糖尿病→鬮病尿、腹圧性→副圧性

鉄欠乏性貧血(?)→金欠乏性貧血
前足部欠損(?)→前足欠損

(4) 修飾語、部位のみ

耳下腺、頭蓋骨及び顔面骨、舌、細菌性

※末尾桁が切れた?。「炎」、「癌」とか?。

C41 その他及び部位不明の骨及び関節軟骨の悪性新生物

C41.0 頭蓋骨及び顔面骨

C41.1 下顎

C41.2 脊柱

C41.3 肋骨、胸骨及び鎖骨

C41.4 骨盤骨、仙骨及び尾骨

C41.8 骨及び関節軟骨の境界部病巣

C41.9 骨及び関節軟骨、部位不明

C02 舌のその他及び部位不明の悪性新生物

C02.0 舌背面

C02.1 舌縁

C02.2 舌下面

C02.3 舌の前3分の2、部位不明

C02.4 舌扁桃

C02.8 舌の境界部病巣

C02.9 舌、部位不明

※末尾桁が切れた?。「炎」、「癌」とか?。

(5) 病名とICDが一致しない

- ・N180(末期腎不全) : 脳出血
- ・N178(急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・D141(喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・C058(口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ

この病院のデータは使えない

(6) DPCが決定できない

- ・詳細不明、部位不明など→
C719 悪性脳腫瘍 / 部位不明
C519 外陰部位不明(外陰部の悪性新生物?)
- ・部位、病理などの記載不十分→何のことかわからない・・・
Q898 奇形(分類名:その他の明示された先天奇形)
M1395 関節炎(分類名:関節炎、詳細不明)
◇その他にも、癌、骨折、カルチノイド.....

(7) 新たな問題 付加コード 慢性骨折 小細胞癌骨折

(5) 病名とICDが一致しない

- ・N180(末期腎不全) : 脳出血
- ・N178(急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・D141(喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・C058(口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ

この病院のデータは使えない

(6) DPCが決定できない

- ・詳細不明、部位不明など→
C719 悪性脳腫瘍 / 部位不明
C519 外陰部位不明(外陰部の悪性新生物?)
- ・部位、病理などの記載不十分→何のことかわからない・・・
Q898 奇形(分類名:その他の明示された先天奇形)
M1395 関節炎(分類名:関節炎、詳細不明)
◇その他にも、癌、骨折、カルチノイド.....

(7) 新たな問題 付加コード 慢性骨折 小細胞癌骨折

(5) 病名とICDが一致しない

- ・N180(末期腎不全) : 脳出血
- ・N178(急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・D141(喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・C058(口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ

この病院のデータは使えない

(6) DPCが決定できない

- ・C51 外陰(部)の悪性新生物
 - C51.0 大陰唇
 - C51.1 小陰唇
 - C51.2 陰核
 - C51.8 外陰(部)の境界部病巣
 - C51.9 外陰(部)、部位不明

(7) 新たな問題 付加コード 慢性骨折 小細胞癌骨折

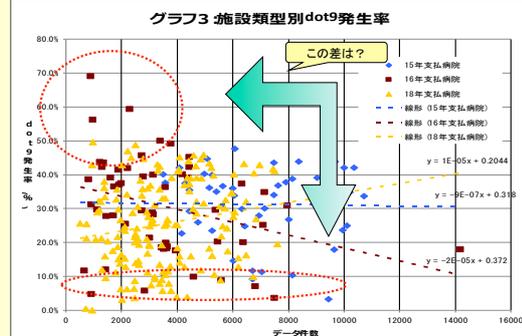
◇精度の高い病名コーディングができない要因

- 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
「隣炎: K85」「急性隣炎: K85」
「慢性隣炎: K86.1」 →「慢性+隣炎: K85」ではまずい
※急性を優先する考え方

前述したように、ICDの構造的な問題からDPCの概念(臨床的分類)と一致しない分類があるが、ICDの構造以前にコーディング精度にも問題がある、データの信頼性は？

議論の発端は以下の報告から……

平成19年11月2日、DPC評価分科会：施設類型別の「J.9」発生率



平成19年11月2日、DPC評価分科会：施設類型別のMDC別「J.9」発生率

MDC	15年支払病院			16年支払病院			18年支払病院			計		
	ALL	件数	dot9%	ALL	件数	dot9%	ALL	件数	dot9%			
01	23,201	7,970	32.6	12,769	3,682	29.0	40,298	12,874	31.1	76,206	23,766	31.2
02	27,400	9,140	33.3	7,491	2,907	37.5	21,373	8,242	38.6	56,244	19,889	35.1
03	18,828	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	14,218	50.2	22,540	10,119	44.9	60,318	29,000	48.0	117,202	53,464	45.6
05	33,350	11,660	35.0	19,946	8,259	41.4	58,588	20,384	34.8	111,894	40,303	36.0
06	63,473	16,481	24.4	42,853	9,858	23.0	129,989	26,144	20.1	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	2,228	34.6	13,347	4,971	37.2
09	4,086	3,102	75.9	2,250	1,995	88.7	8,896	7,568	85.1	14,532	12,621	86.9
10	13,850	3,381	24.4	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	46,352	9,481	20.4	88,402	21,521	24.5
12	27,847	9,316	33.3	10,796	2,168	20.1	29,915	7,506	25.1	71,658	18,990	26.5
13	9,922	3,194	32.2	4,618	1,118	24.2	12,360	3,051	24.7	26,900	7,363	27.4
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	968	32.6	4,467	1,455	32.6	12,466	4,192	33.6	19,902	6,656	33.4
16	20,981	8,628	41.1	15,152	2,157	14.2	45,734	6,376	14.0	81,787	12,359	15.1
合計	341,421	106,209	31.1	168,626	51,729	30.7	457,601	147,669	32.3	1,007,209	306,597	30.5

- 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 乳腋窩窩尾部(Axillary tail of breast)
- C50.8 乳房の境界部病巣
- C50.9 乳房, 部位不明

◇DPCの普及につれて、ICDの理解も深まり、コーディング精度の改善は著しいものの、新たに課題も発生している。

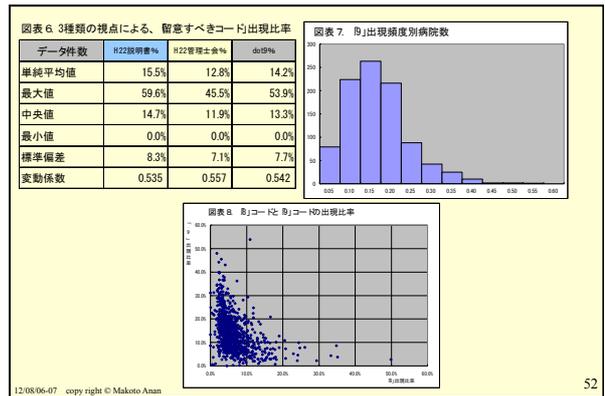
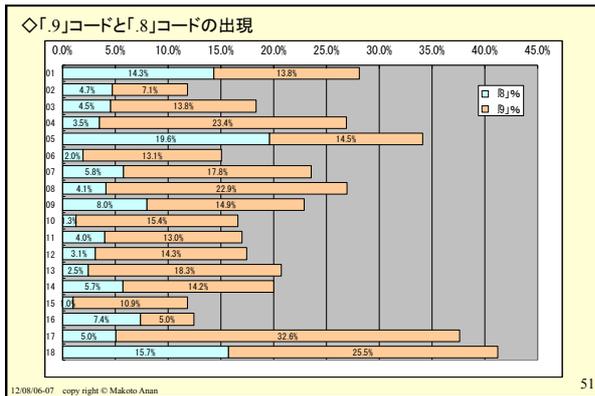
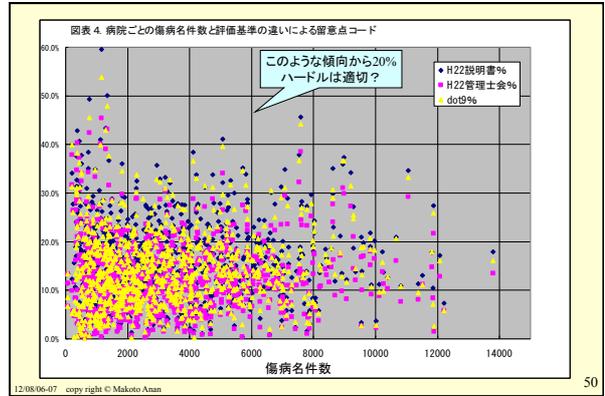
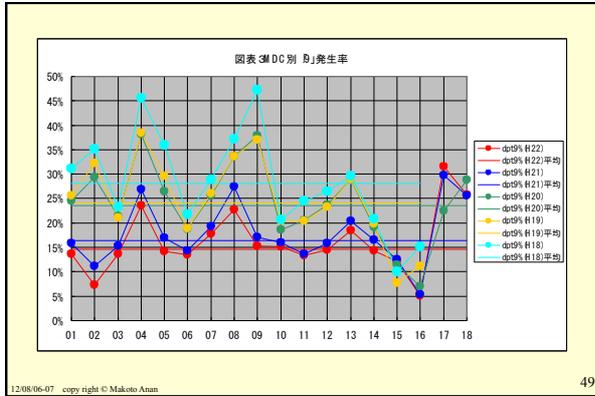
図表1 平成22年度研究班データの概要

MDC	件数	dot9件数	一%
01	142,426	19,376	13.6%
02	104,897	7,602	7.2%
03	87,827	12,008	13.7%
04	237,430	55,862	23.5%
05	212,828	30,129	14.2%
06	468,843	63,049	13.4%
07	116,626	20,734	17.8%
08	36,697	8,342	22.7%
09	25,937	3,972	15.3%
10	71,227	10,771	15.1%
11	166,488	22,235	13.4%
12	147,936	21,412	14.5%
13	52,491	9,654	18.4%
14	51,201	7,344	14.3%
15	28,740	3,490	12.1%
16	153,751	7,860	5.1%
17	14,876	4,500	31.5%
18	38,022	9,303	25.8%
他	13,083	1,591	12.2%
合計	2,170,720	318,143	14.7%

図表2 Jコード出現の終年変化

MDC	H22	H21	H20	H19	H18
01	13.6%	15.8%	24.6%	25.6%	31.2%
02	7.2%	11.1%	29.4%	32.2%	35.1%
03	13.7%	15.2%	21.3%	21.1%	23.3%
04	23.5%	26.9%	38.2%	38.4%	45.6%
05	14.2%	17.0%	26.4%	29.6%	36.0%
06	13.4%	14.3%	18.8%	18.9%	21.7%
07	17.8%	19.3%	25.7%	26.0%	29.0%
08	22.7%	27.4%	33.6%	33.5%	37.2%
09	15.3%	17.1%	37.9%	37.1%	47.2%
10	15.1%	16.0%	18.6%	20.4%	20.6%
11	13.4%	13.7%	20.6%	20.4%	24.5%
12	14.5%	15.9%	23.6%	23.3%	26.5%
13	18.4%	20.3%	29.0%	28.9%	29.6%
14	14.3%	16.5%	19.2%	19.9%	20.8%
15	12.1%	12.5%	11.5%	7.8%	10.0%
16	5.1%	5.4%	7.1%	11.1%	15.1%
17	31.5%	29.7%	22.4%		
18	25.8%	25.6%	28.8%		
平均	14.7%	16.4%	23.5%	24.1%	28.1%

※平成20年度までMDCは16分類であった。



◇「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、審査支払機関も、??、と言い始めた。

→次回改定に向けて、コーディングマニュアルの作成等の課題も相上り上がっている。

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan 53

◇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、次回改定時を目的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年秋頃までを目的に対処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

12/08/06-07 copy right © Makoto Anan 54

◇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

◆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「○○」は病名か?
- (3) 傷病名と処置手術の対象は合致していますか?
- (4) 「術後」? →術後に何が合ったのかそれが「病名」。
- (5) 腎不全? →たったの二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? →腎不全か?
 - (2) 大腸の悪性腫瘍? C18.9?
- そもそも、C18.Sって?

- 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……

◇今後、特に注意しておきたいこと

- 1) 公開データとして耐えられない状態は恥ずかしい
 - 2) 「.8置き換え」に代表されるような姑息的な対策は恥ずかしい
 - 3) 審査支払機関等でも疑わしい案件については議論が重ねられている
- ※DPC事務局の保険局は同時に特定共同指導等も実施
- 4) 適正な傷病名の選択、分類(コーディング)精度についても評価が始まる
 - 5) 曖昧、根拠に乏しい傷病名の選択は、アップコーディングと評価されかねない

Thank you for your attention !