

# DPCと疾病コーディング

- ◆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、秋岡美登恵
- ◆アイネットシステムズ  
久富洋子

# ◇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 10<sup>th</sup> revision:  
国際疾病分類

◇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

## ★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 7

# ★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、ミスコーディ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。



## ■ 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(第三者的に)、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。

## ■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、適切な分類を行うためには、傷病名に情報を含んでいる必要がある。また、臨床現場との親和性は問題がないはずである。

※当然、ICDを意識しつつも本来は無関連である

※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もある(はず)

つまり、DPCコーディング≈ICDコーディング  
→違いをどこかで吸収しないといけない。

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、医事担当者等の理解

日常のDPC業務では、レセ電算病名を用いる

→レセ電算病名を使って、正しくコーディングするために

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)。

## ◇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

## ◆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。

◇利用にあたって、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

★最終的にはそれなりのICDの理解が必要である。



「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。

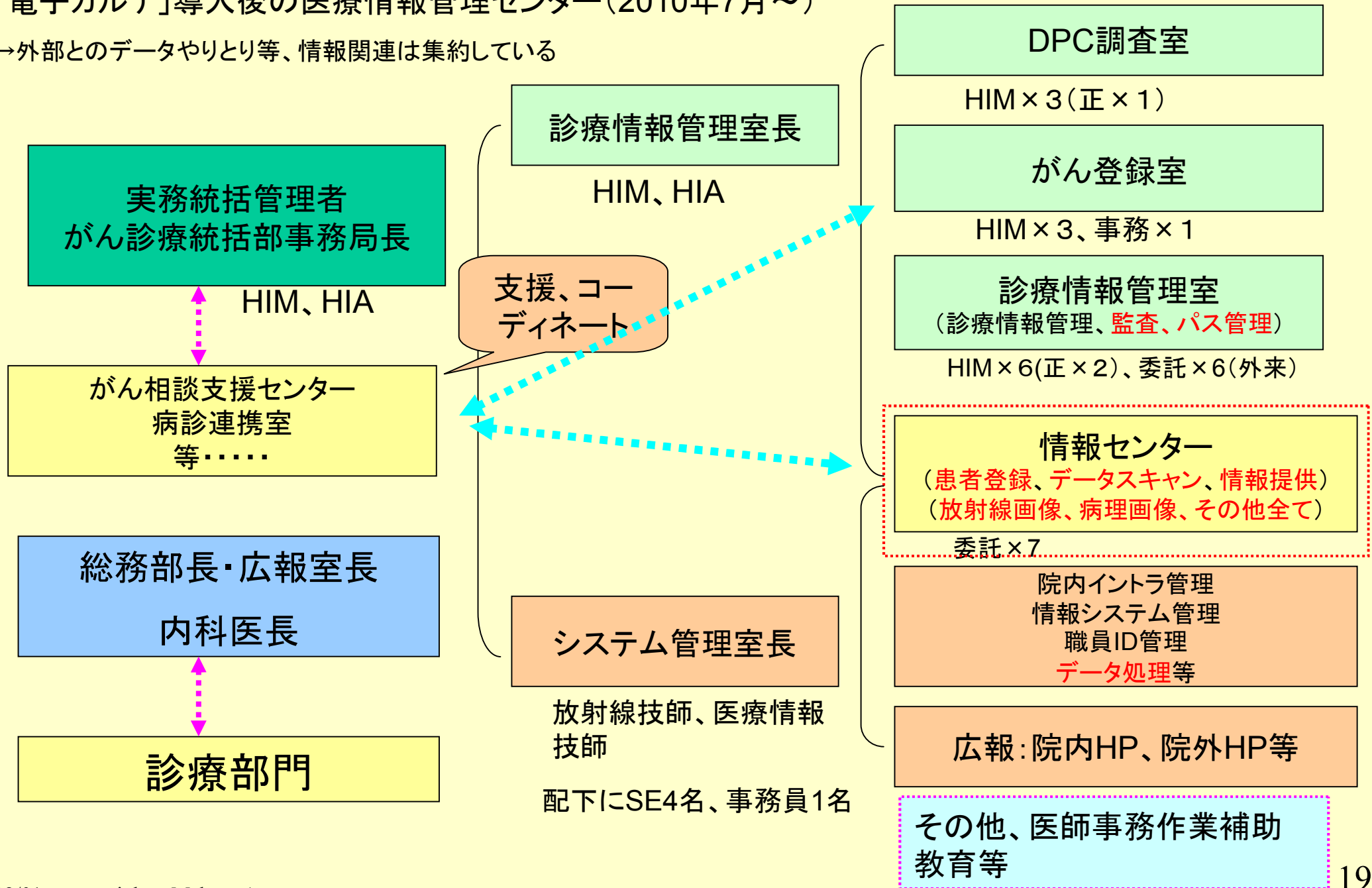
→さらに、「詳細不明コード」のハードルが上がった？

(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

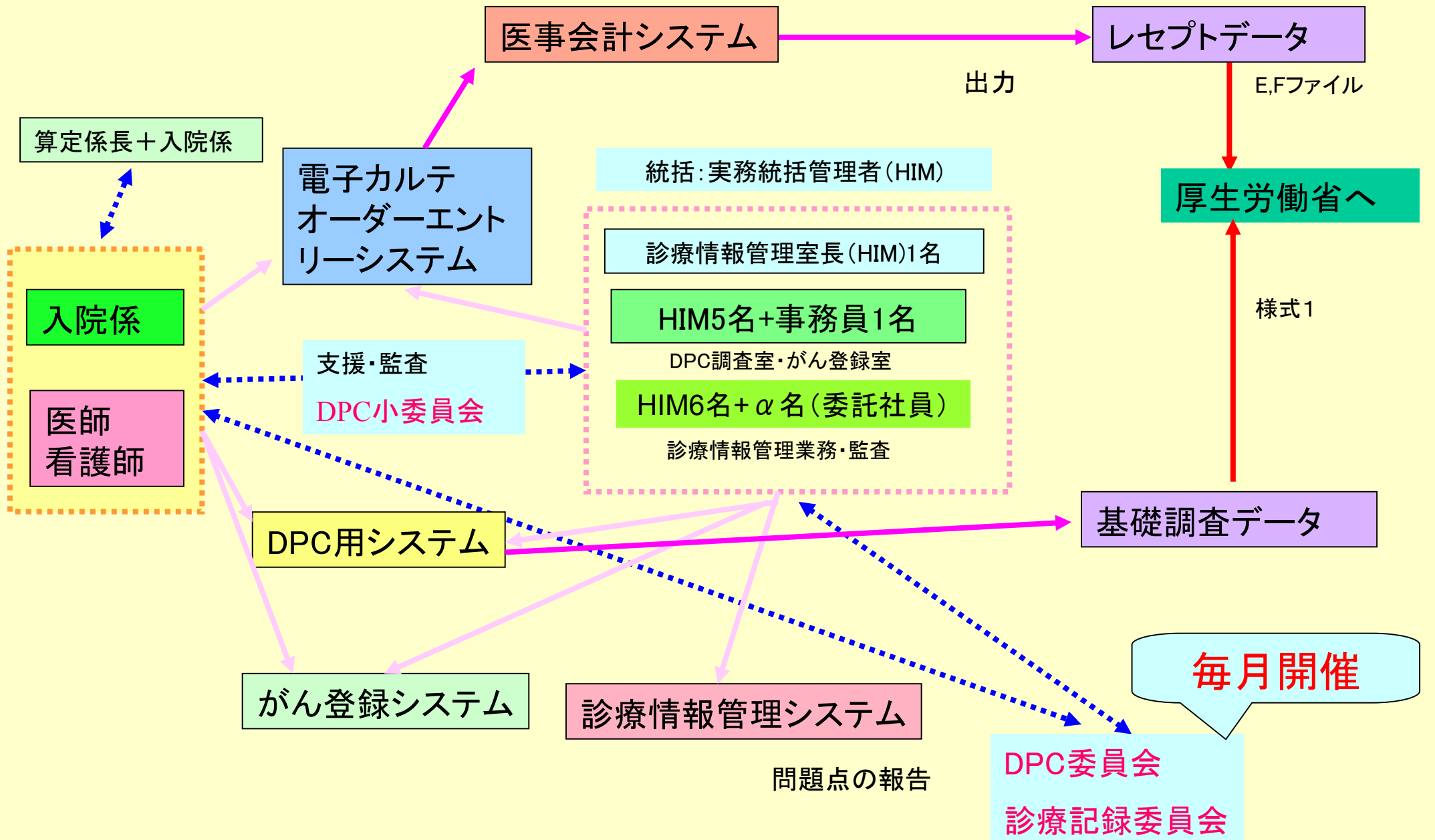
(2) 委員会は診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び「診療情報管理士」(診療録管理担当者)等から構成され、少なくとも年に2回は開催すること

# 「電子カルテ」導入後の医療情報管理センター(2010年7月～)

→外部とのデータやりとり等、情報関連は集約している



★業務の流れの例: 医療情報管理室を中心にしたもの



◆DPCであるか否かに係わらず、「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

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……、

◇「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)。

## ◇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

「膵炎：K85」「急性膵炎：K85」

「慢性膵炎：K86.1」 →「慢性＋膵炎：K85」ではまずい

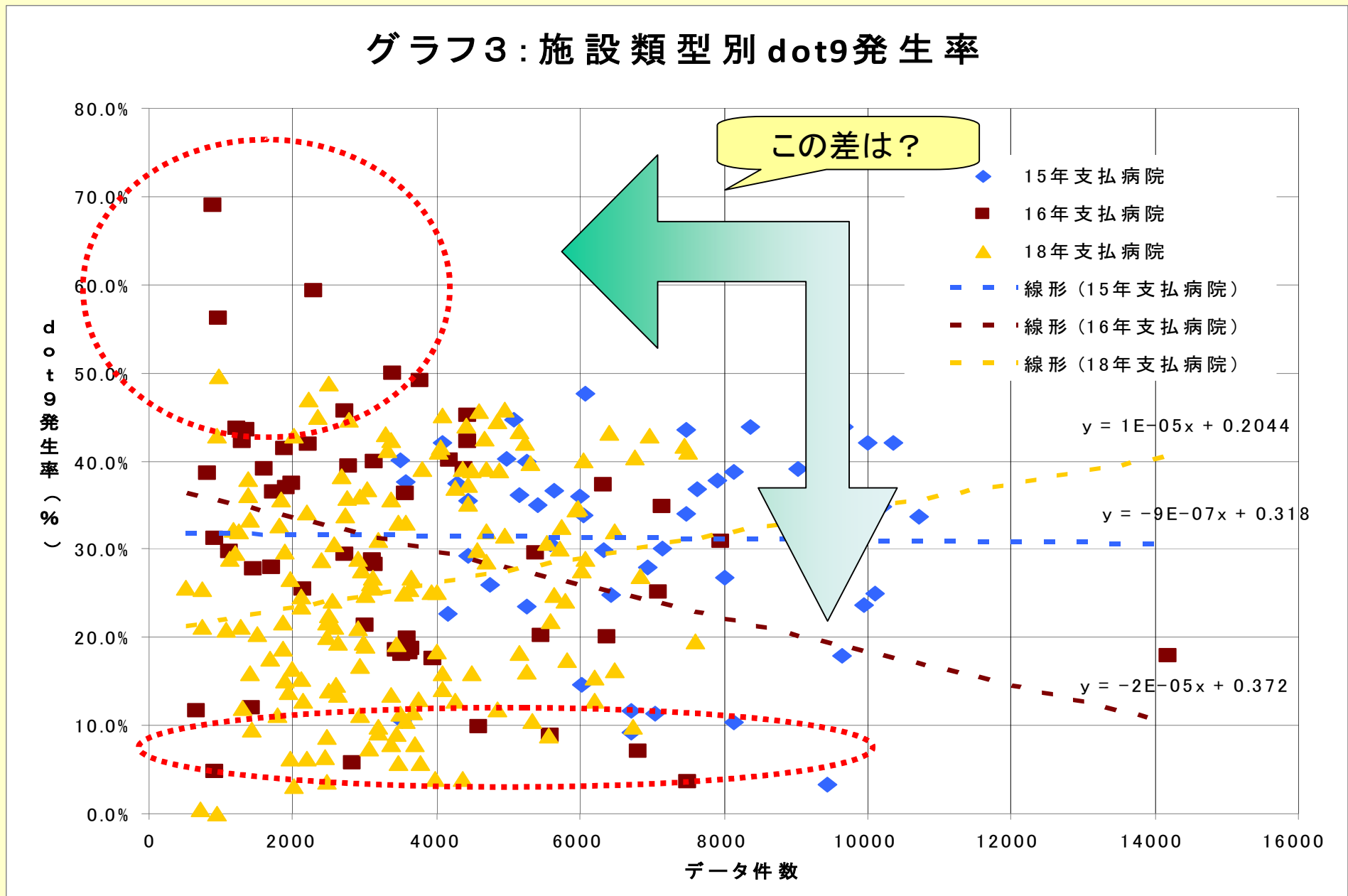
※急性を優先する考え方



## 病名付与の留意点の一例

章	CD10	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 (CD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 示
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

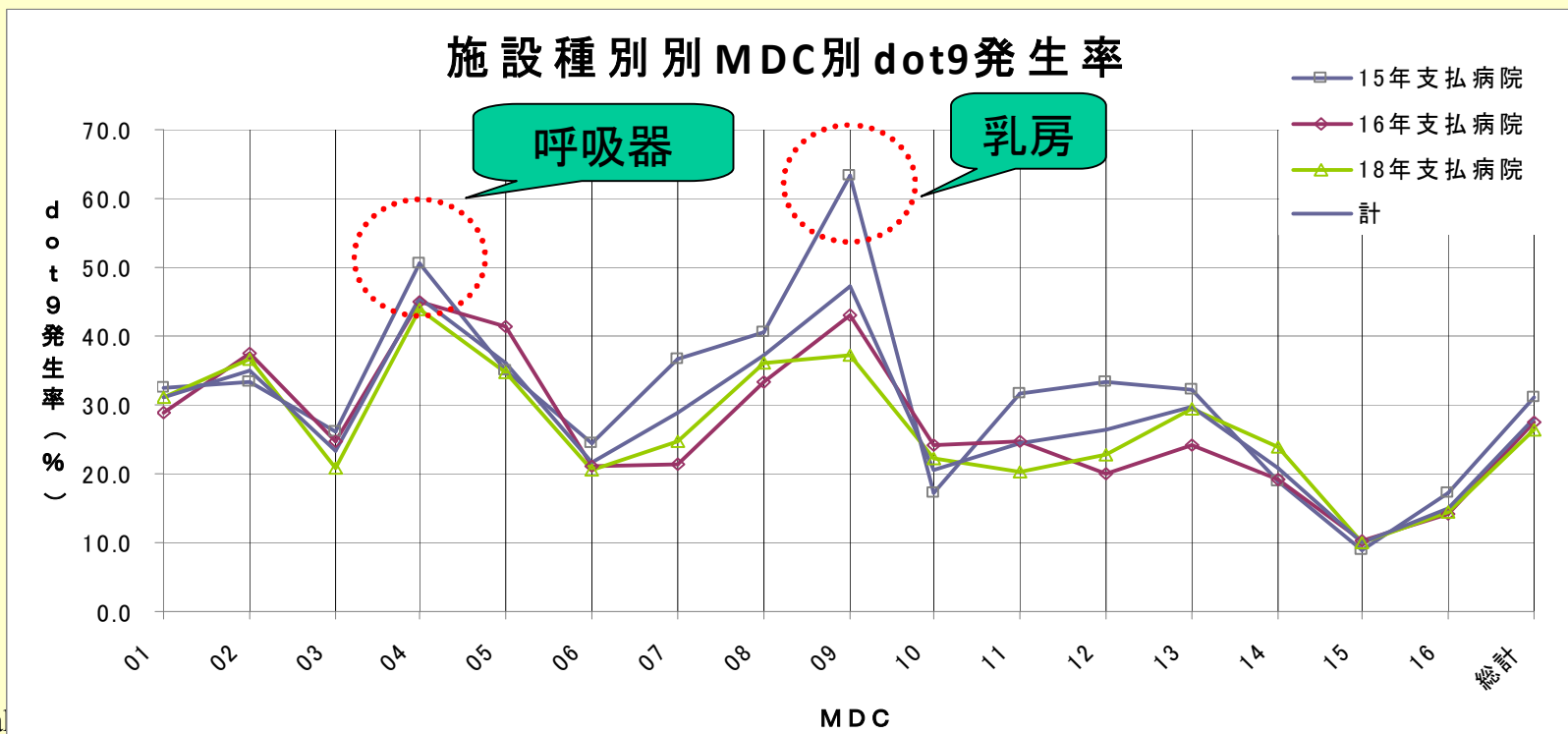
グラフ3：施設類型別 dot9発生率



# 平成19年11月2日、DPC評価分科会：施設類型別のMDC別「.9」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



図表1：平成22年度研究班データの概要

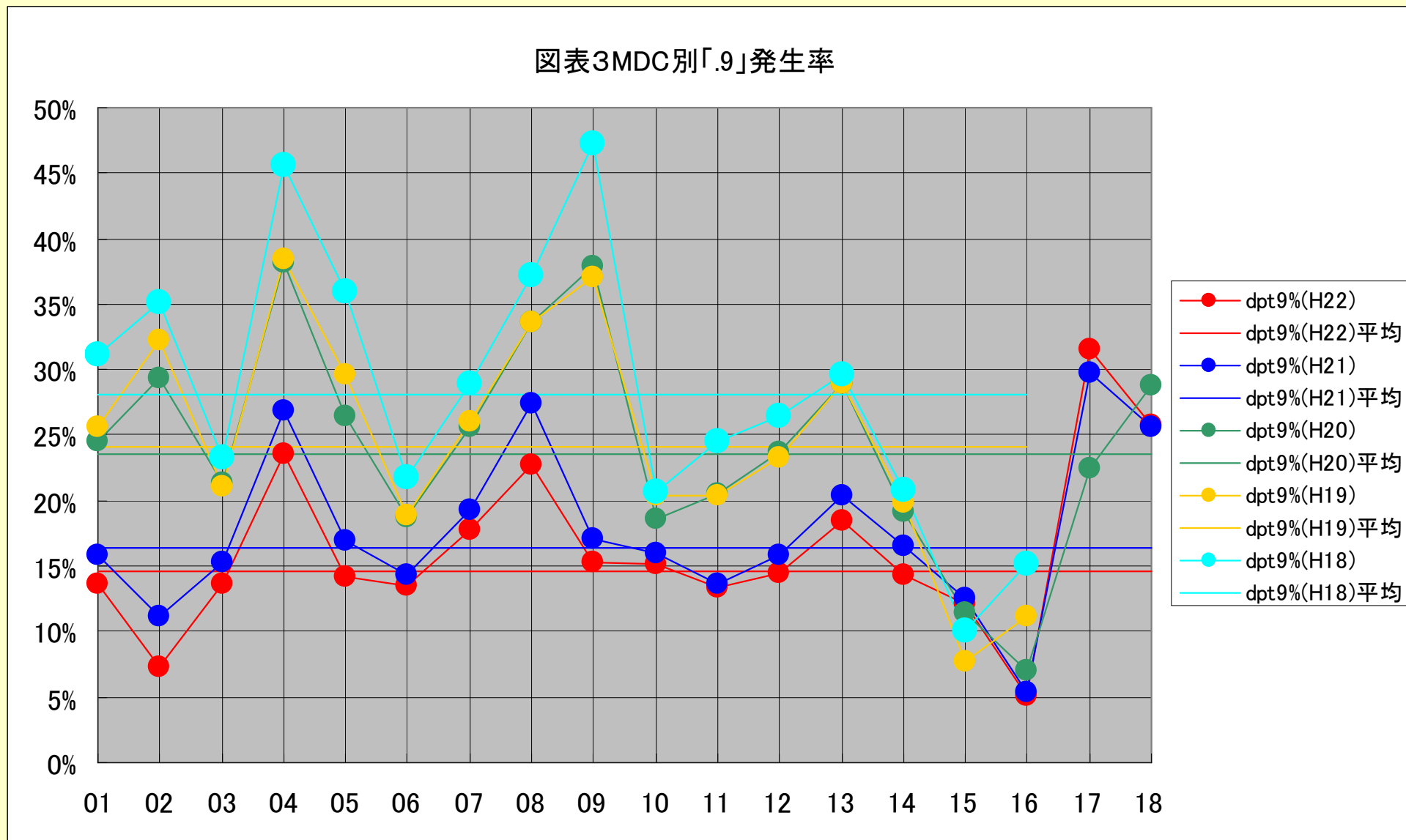
MDC	件数	dot9件数	←%
01	142,426	19,376	13.6%
02	104,897	7,602	7.2%
03	87,827	12,008	13.7%
04	237,430	55,862	23.5%
05	212,828	30,129	14.2%
06	468,843	63,049	13.4%
07	116,626	20,734	17.8%
08	36,697	8,342	22.7%
09	25,937	3,972	15.3%
10	71,227	10,771	15.1%
11	166,488	22,235	13.4%
12	147,936	21,412	14.5%
13	52,491	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	14,270	4,500	31.5%
18	38,022	9,803	25.8%
他	13,083	1,591	12.2%
	2,170,720	318,143	14.7%

図表2：「.9」コード出現の経年変化

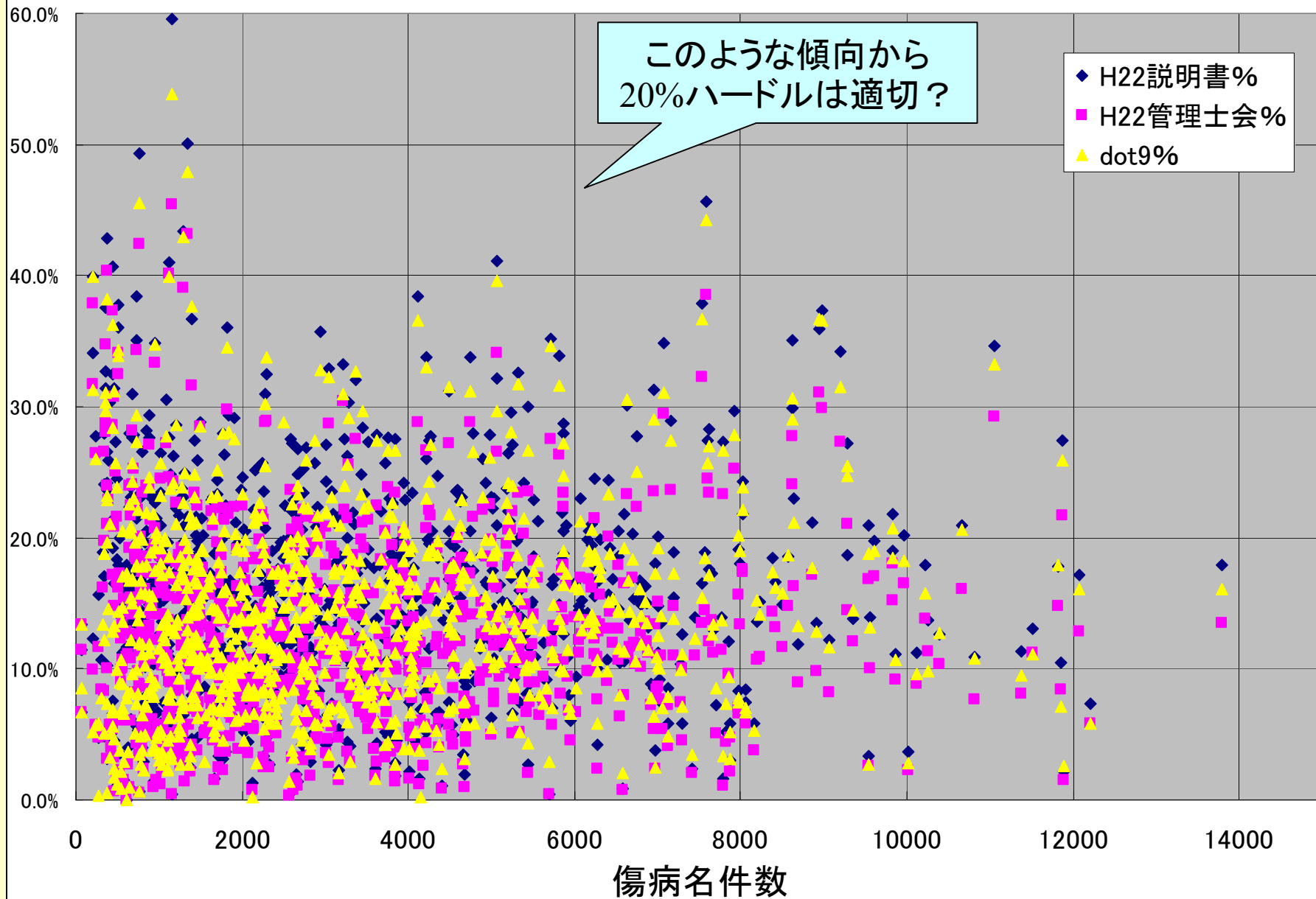
MDC	H22	H21	H20	H19	H18
01	13.6%	15.8%	24.6%	25.6%	31.2%
02	7.2%	11.1%	29.4%	32.2%	35.1%
03	13.7%	15.2%	21.3%	21.1%	23.3%
04	23.5%	26.9%	38.2%	38.4%	45.6%
05	14.2%	17.0%	26.4%	29.6%	36.0%
06	13.4%	14.3%	18.8%	18.9%	21.7%
07	17.8%	19.3%	25.7%	26.0%	29.0%
08	22.7%	27.4%	33.6%	33.5%	37.2%
09	15.3%	17.1%	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。

図表3MDC別「.9」発生率



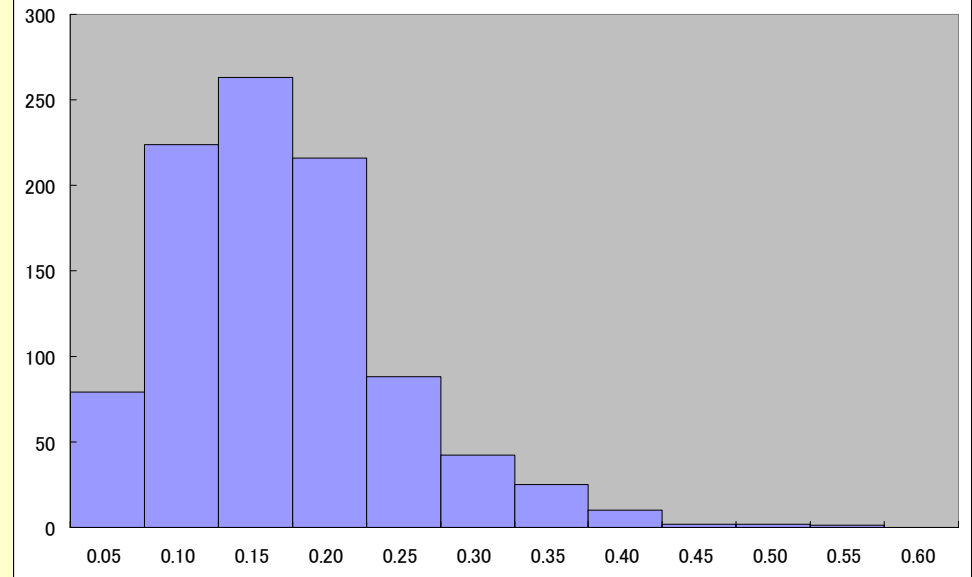
図表4. 病院ごとの傷病名件数と評価基準の違いによる留意点コード



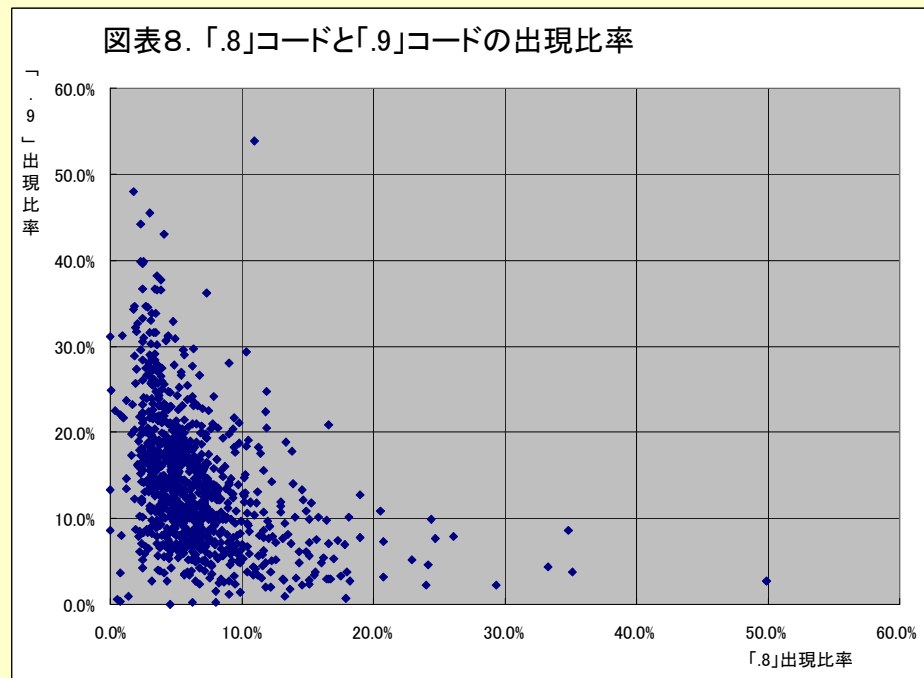
図表6. 3種類の視点による、「留意すべきコード」出現比率

データ件数	H22説明書%	H22管理士会%	dot9%
単純平均値	15.5%	12.8%	14.2%
最大値	59.6%	45.5%	53.9%
中央値	14.7%	11.9%	13.3%
最小値	0.0%	0.0%	0.0%
標準偏差	8.3%	7.1%	7.7%
変動係数	0.535	0.557	0.542

図表7. 「.9」出現頻度別病院数



図表8. 「.8」コードと「.9」コードの出現比率



◇「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俎上に上がっている。



## ◆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？。

(2)大腸の悪性腫瘍？C18.9？

そもそも、C18.\$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（前出、大腸癌の例）。

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みなされたり、「詳細不明コード」隠しと評価される可能性あり→労作性狭心症ばかり？

## ◇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

## ◇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

## ◇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……



## ◇マニュアル(コーディングガイド)について

(1) 医療資源病名は、一入院で一つを決定する。

転科があった場合には、入院基本料(医療資源の一つである)を含む診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。

(2) 医療資源病名と、実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由を診療録へ記載するとともに、レセプトのコメント欄または症状詳記への記載が望ましい。

(3) 医療資源病名は、病態を最も適切に表すものにすべきである。

※注意: 原因疾患がはっきりしている場合は、呼吸不全、循環器不全等の不全病名を選択すべきではない。また、疾患の部分的現象であるアルブミン減少症、貧血、血小板減少症、好中球減少症、カテーテル先感染症等を意図的に選択してはならない。

## ◇マニュアル(コーディングガイド)について

(4)入院時併存症と入院後発症の副傷病名は適切にもれなく記載すべきである→CCPマトリクスでの選択でも非常に重要になる

※注意:入院時併存症は入院時に存在した傷病であって、入院後発症は入院期間中に発生した傷病であって、入院期間中の患者管理(以下の\*を参照)に影響を与えた病態を、最大4つまで記載すべきである。そのような傷病が4つを越える場合は、影響度の大きいものを4つ選択すべきである。

\*文中、「患者管理に影響を与えた」とは、単純に在院日数を延長させたというのではなく、副傷病名を対象に、もしくは疑って、診断行為が発生したり、直接的な診療行為がなかったとしても、該当する場合等を含む(例えば、認知症がある等)。



Thank you for your attention !