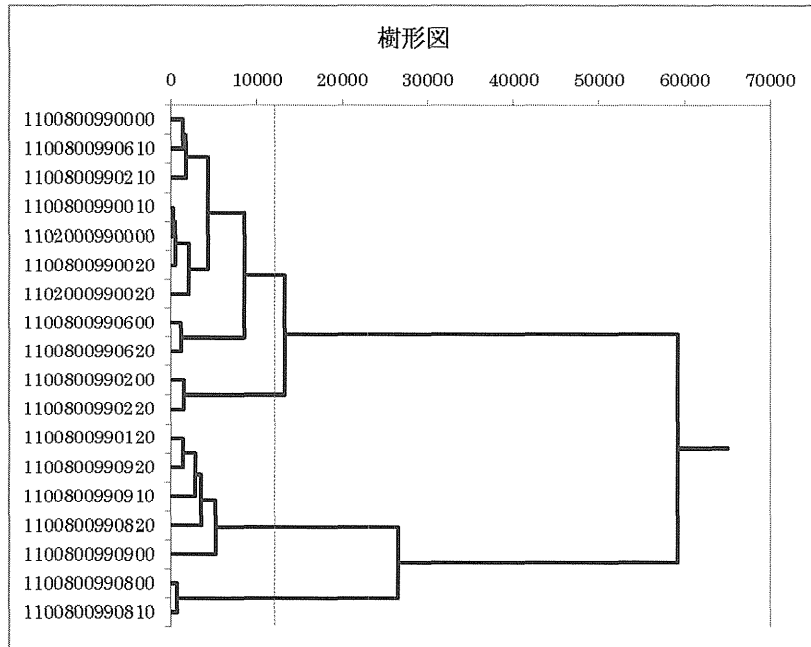
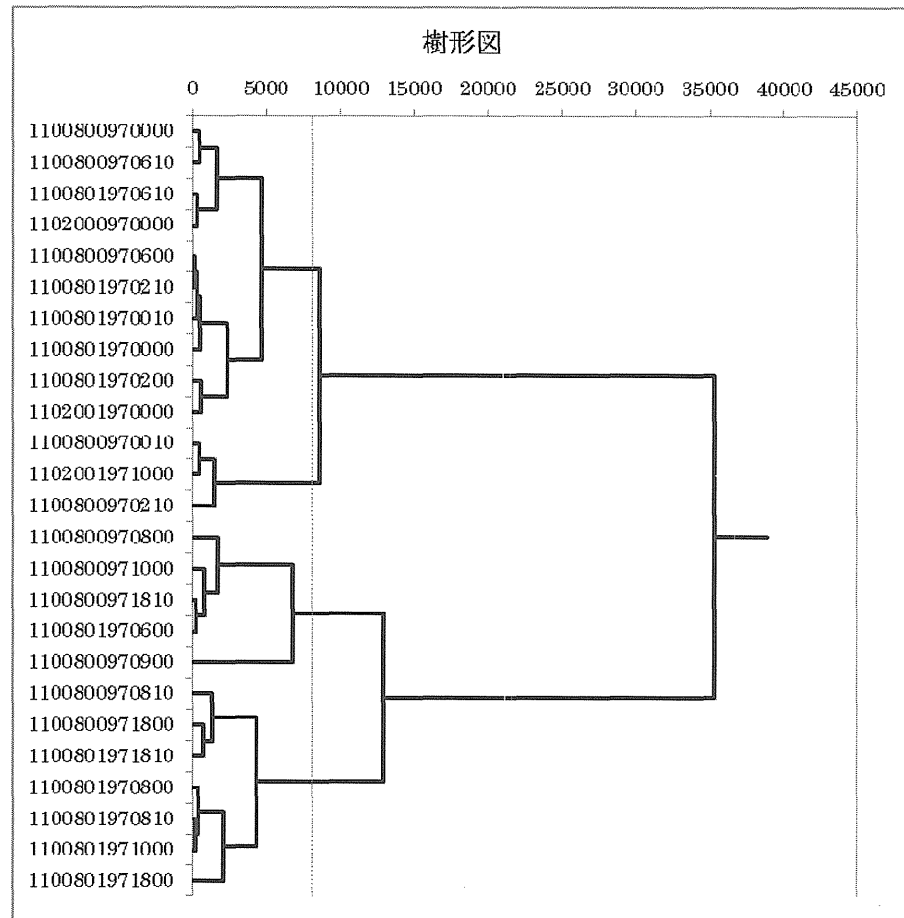


図表 1. クラスタ分析により生成された樹形図

「手術無し」分類



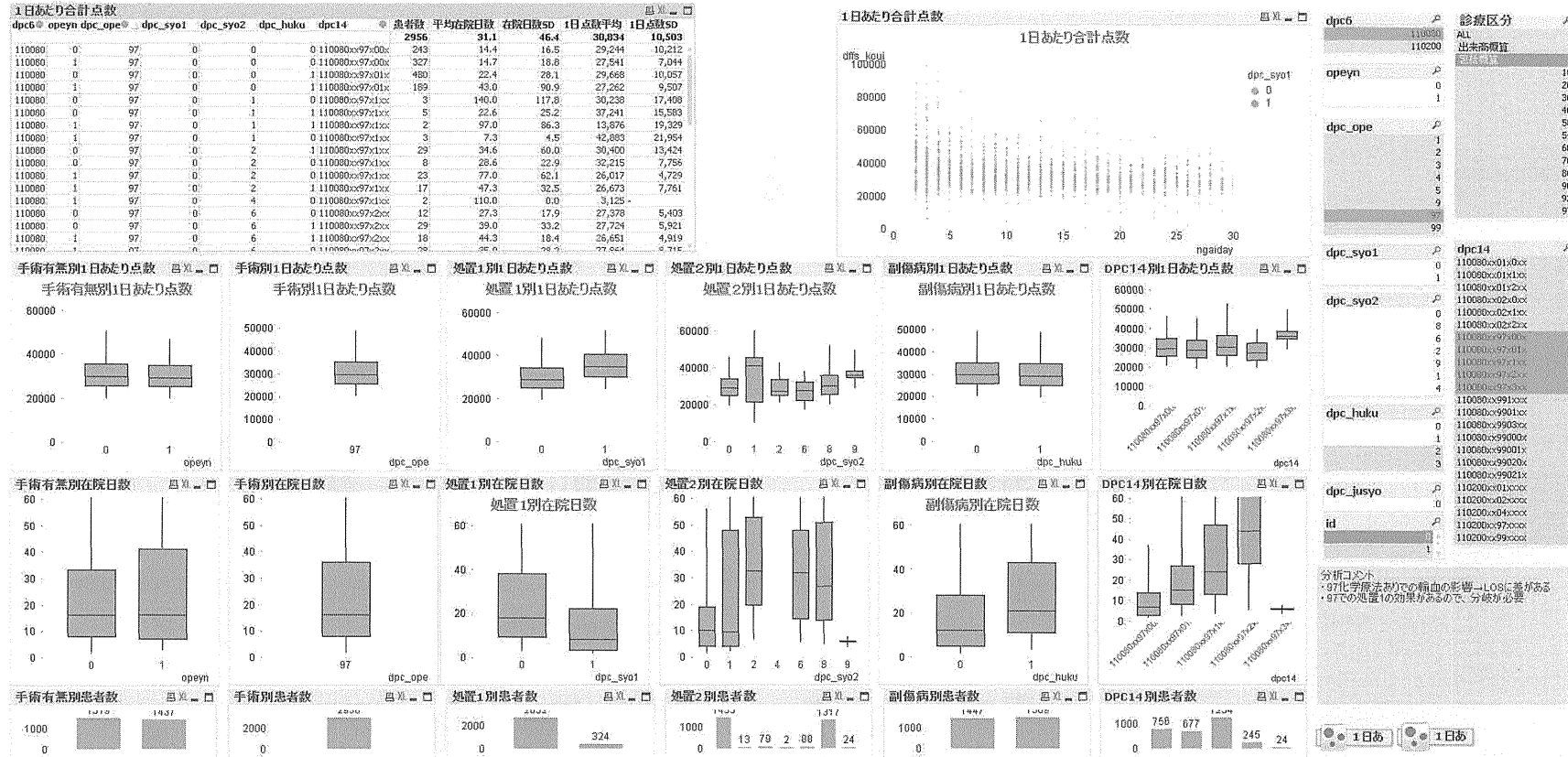
「その他の手術」分類



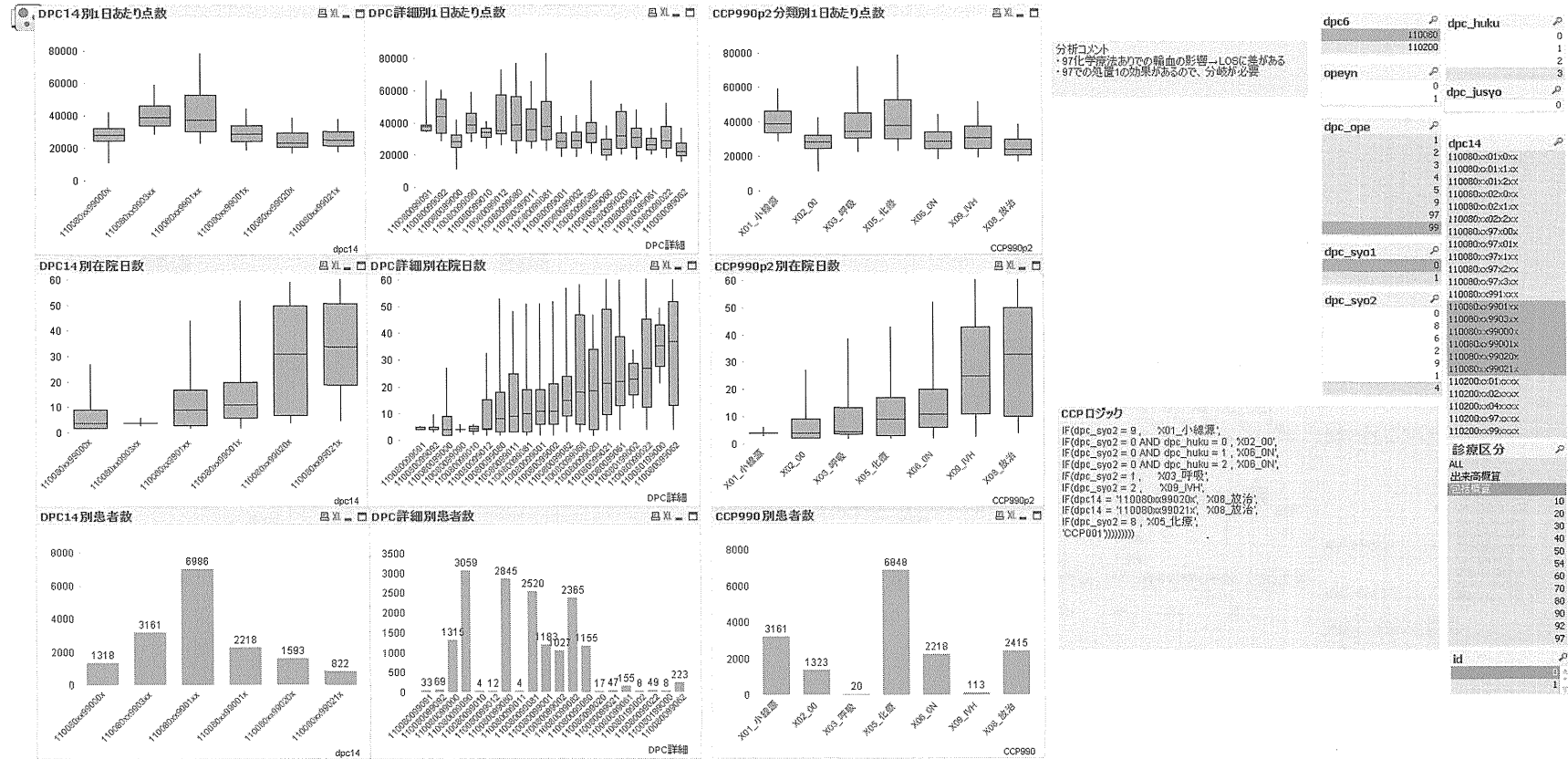
図表 2. 多変量解析結果

分類	条件	在院日数		1日あたり医療費	
		B	p	B	p
990	手術/処置等 2 なし	-3.6	<.0001	-6243	<.0001
	手術/処置等 2 人工呼吸	-9.8	0.014	7830	0.004
	手術/処置等 2 中心静脈注射	14.0	<.0001	-3417	0.01
	手術/処置等 2 放射線療法	11.4	<.0001	-10061	<.0001
	手術/処置等 2 化学療法	-0.5	0.5795	6521	<.0001
	手術/処置等 2 密封小線源	対照			
	副傷病無し	-3.9	<.0001	1069	<.0001
	副傷病 1	-0.7	0.01	1680	<.0001
	副傷病 2	対照			
	97	手術/処置等 1 なし	2.1	0.1167	-2720
手術/処置等 1 あり		対照			
手術/処置等 2 なし		-26.3	<.0001	1825	0.251
手術/処置等 2 人工呼吸		10.2	0.3826	6268	0.034
手術/処置等 2 中心静脈注射		1.6	0.8103	1009	0.5889
手術/処置等 2 放射線療法		-10.1	0.1232	103	0.9552
手術/処置等 2 化学療法		-5.3	0.3108	4037	0.011
手術/処置等 2 密封小線源		対照			
副傷病無し		-4.1	<.0001	180	0.3607
副傷病あり		対照			

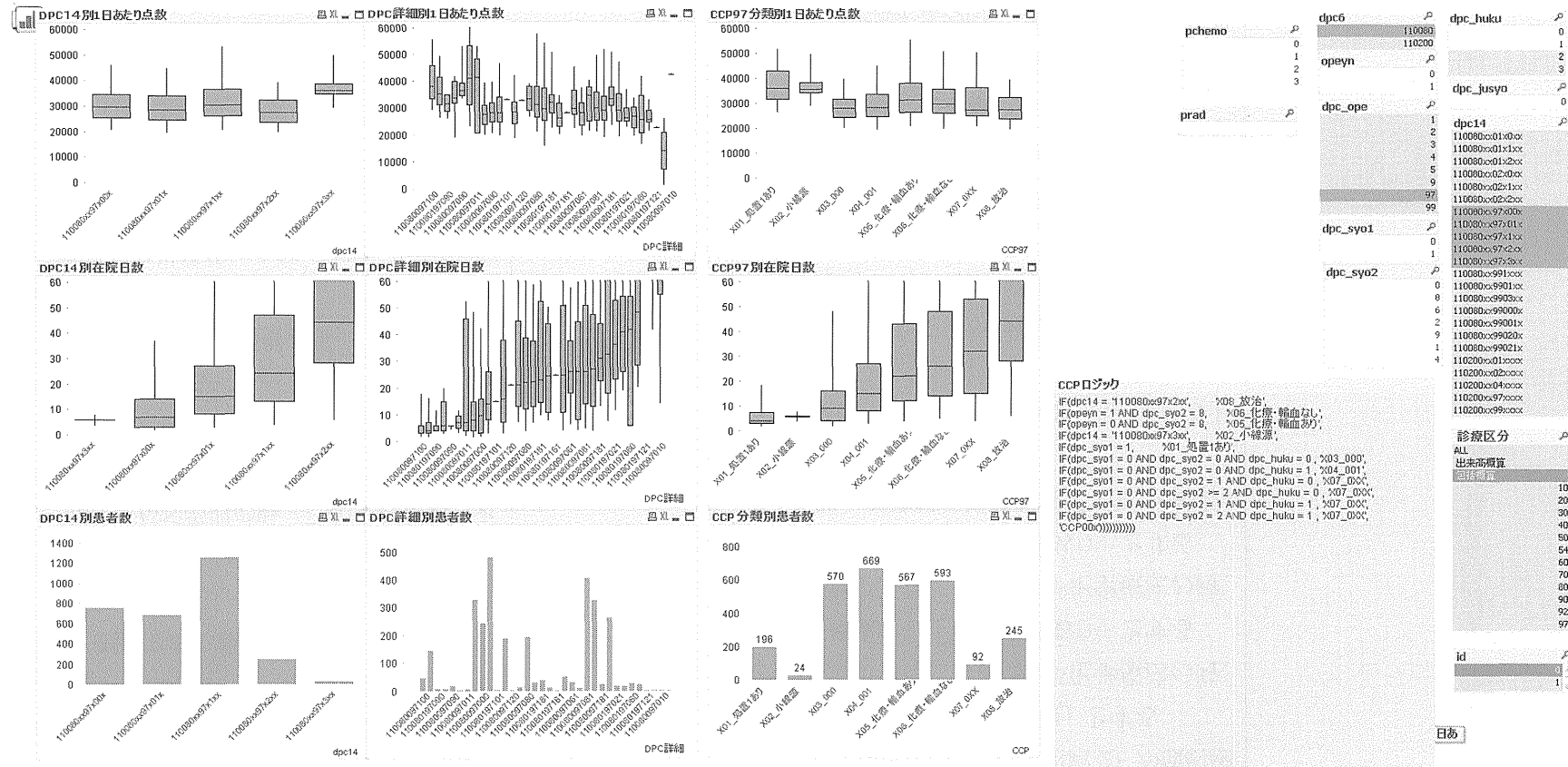
図表 3. Qlikview を用いた CCP マトリックス多次元探索的分析シート



図表 4. Qlikview を用いた「手術無し」分類の分析結果



図表 5. Qlikview を用いた「その他の手術」分類の分析結果



図表 6. CCP ロジックの例

「手術無し」分類

1. 「手術/処置等 2」(以下処置 2) が密封小線源の時、「X01\_小線源」とする
2. 処置 2 がなし、かつ副傷病がなしの時、「X02\_処置 2 なし副傷病なし」とする
3. 処置 2 がなし、かつ副傷病がある時、「X06\_処置 2 なし副傷病あり」とする
4. 処置 2 が呼吸器の時、「X03\_呼吸器」とする
5. 処置 2 が中心静脈栄養の時、「X09\_中心静脈栄養」とする
6. 処置 2 が放射線治療の時、「X08\_放射線治療」とする
7. 処置 2 が化学療法の時、「X05\_化学療法」とする

「その他の手術」分類

1. 「手術/処置等 2」(以下処置 2) が放射線治療の時、「X08\_放射線治療」とする
2. 輸血がなく、処置 2 が化学療法の時、「X06\_輸血なし、化学療法あり」とする
3. 輸血があり、処置 2 が化学療法の時、「X05\_輸血あり、化学療法あり」とする
4. 処置 2 が密封小線源の時、「X02\_小線源」とする
5. 処置 1 があるとき、「X01\_処置 1 あり」とする
6. 処置 1 がなく、かつ処置 2 がなく、かつ副傷病がない時、「X03\_処置 1 なし処置 2 なし副傷病なし」とする
7. 処置 1 がなく、かつ処置 2 がなく、かつ副傷病がある時、「X04\_処置 1 なし処置 2 なし副傷病あり」とする
8. 処置 1 がなく、かつ処置 2 が人工呼吸または中心静脈栄養の時、「X07\_処置 1 なし処置 2 人工呼吸中心静脈栄養」とする

## 様式 1 から作成する病院指標の検討

分担研究者 藤森 研司 (北海道大学病院 地域医療指導医支援センター)

### 研究要旨

昨年度の報告書において様式1から各医療機関で作成できる市民への広報を意識した病院指標とその公開用フォーマットについて検討を行ったが、今年度は実際にデータを集計し、指標作成上の論点と課題について検討した。現在の様式1では必ずしも把握できない情報もあり、また様式1の入力の仕方によっては集計が複雑になるものもあり、様式1の改変、入力ルール of 徹底も必要であることが分かった。

### A. 目的

昨年度の報告書では DPC データの様式1より各医療機関が自主的に行う市民向けの病院指標の作成とホームページ公開に向けて、指標案の作成と公表フォーマットを検討した。今回は実際のデータを集計し、入力ルールの揺らぎによる集計上の課題、決定すべきいくつかの条件について検討し、さらに様式1に追加が必要な項目について考察する。

### B. 対象データと集計方法

対象データは伏見班の平成 23 年度データを使用した。すなわち、平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月退院分である。ここには 1074 医療機関の、約 715 万退院レコードがある。

伏見班のデータベースは様式1の統括診療番号がゼロのものを対象に作成されているので、今回の分析対象は統括診療番号=0に限定される。これは入院日から退院日までの期間(親様式 1)を示すものであるが、同一疾患で三日以内の再入院をした場合は親様式は A となり、あるいは調査説明書に見られる入院パターン21のような一般病棟→その他同疾患で 一般病棟→その他同疾患で一般病棟→その他同疾患で 3 日以内に再入院では親様式は B となる。今回の集計は A,B を考慮していないので、若干在院日数が短く、集計対象の様式1の数が多い。伏見班データベースでは統括診療番号=0の様式1は 7,157,084 レコードある。

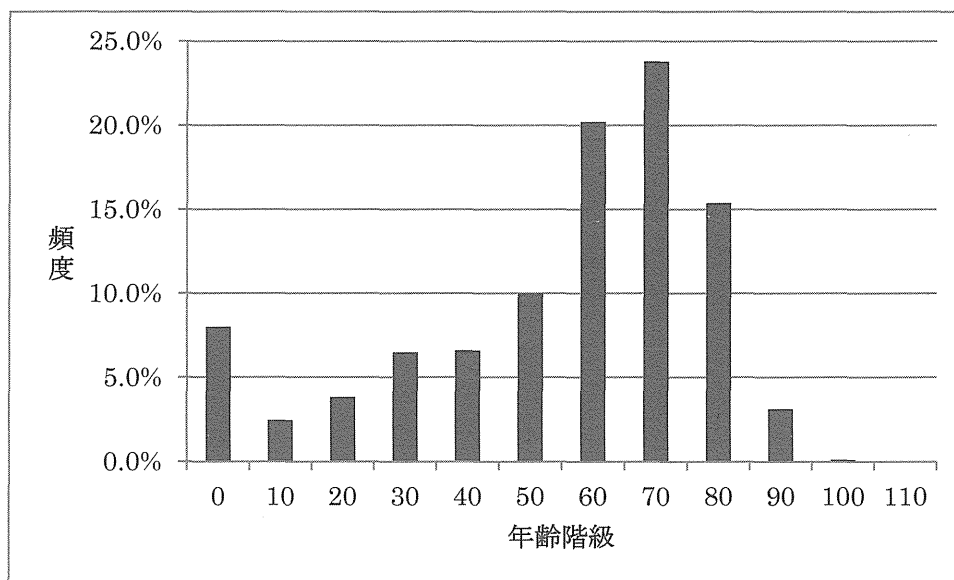
今回の病院指標は様式1から Excel で各医療機関が作成できるレベルのものを考案したが、本報告書での集計は SQLServer と SQL 文を用いている。報告書の中では Excel で集計を行う場合の留意点やポイントも適宜記載した。本報告書の病院指標は、昨年度の報告書の項目をわずかに改編し、平成 24 年 12 月 7 日の DPC 評価分科会に提出された素案に沿っている。

#### ① 年齢階級別退院患者数

この指標では退院は親様式1に基づくものであり、一般病床以外へからの転棟の有無は考慮しない。すなわち、当該の病院に初めて入院した日から、最終的に退院した日までを一連として患者

数をカウントする。これは在院日数についても特段の断りがなければ同様である。年齢は入院日を基準とした。伏見班データベース全体による年齢階級別退院患者数を図1に示す。

図1 年齢階級別退院患者数



この分布に近い医療機関は総合病院タイプと言って良いだろう。小児科、周産期がなければ、0歳代のピークはない。慢性期にも強い医療機関であれば、ピークはより高齢側にシフトするだろう。

## ② 各診療科別のDPC14桁別の症例数トップ3

自院の各診療科別に所定の期間内で症例数の多い順に3つのDPC14桁についてリストアップするものである。DPC14桁コードについては、その意味は市民には分かりにくいので、名称として対象傷病名と医療内容について平易な言葉で記述する。公表は表形式とし、診療科名、DPC14桁コード、その意味、症例数、自院の平均在院日数、入院期間II、転院率、平均年齢、患者用パスのURLを記述するものである。転院は様式1の退院先の0（不明）、4（転院）、9（その他）を集計した。

本報告書では診療科の代わりにMDC別手術有無別にDPC14桁コード、症例数、平均在院日数、転院率、平均年齢を示す（表1）。ここで「手術あり」とは一般には97以外のものとする。本稿には抜粋のみを示し、全体は報告書DVD-Rに格納する。

表1 MDC別、手術の有無別の症例数、在院日数等

○MDC01 手術あり

DPC14 桁	症例数	平均在院日数	転院率	平均年齢
010050xx02x0xx	9,574	13.7	11.9%	75.9
010010xx01x0xx	6,439	26.9	11.2%	56.9
010030xx01x0xx	5,791	19.1	3.8%	62.6



○MDC01 手術なし

DPC14 桁	症例数	平均在院日数	転院率	平均年齢
010060x099030x	55,846	22.2	21.6%	71.8
010060x099000x	52,707	18.1	12.7%	73.2
010230xx99x00x	26,854	7.8	6.2%	42.3

患者用パスについては、患者にとって診療計画が分かるものであれば形式にはこだわらない。むしろ「パス」と用語ではない方が誤解がないかもしれない。

③ 5大癌のUICC病期分類別患者数（再発は症例数のみ）

5大癌の初発例について、UICC病期分類に基づいた患者数を公開する（表2）。UICC分類は平成23年度データなので第6版を使用した。実際の公表に際しては、使用したUICCの版を明記することを求めている。TNMに不明項目あるいはあり得ない値が入っている場合は「不明」とする。UICCではなく臨床病期分類を使用した場合は、その旨を明記する。

病期分類は初発例の初回入院のみを対象とし、複数回入院した場合は初発にマークのある最も若い入院日の様式1を使用する。これは初発にマークされた様式1が繰り返し入院において複数存在することが想定されるからである。年度をまたぐ症例においては前年度と今年度でダブルカウントする可能性はあるが、致し方あるまい。患者ごとに初回入院を求めるにはExcelではデータ識別番号と入院日でソートし、データ識別番号をキーとして重複を削除すると良い。これは「データ」メニューの「重複の削除」で簡単に行える。

再発症例に関しても複数入院の可能性が高いので、調査期間内の初回入院をもって症例数を集計する。再発では複数回入院においては初発にマークされた様式1が存在する可能性もあるので、この場合は再発の集計から除外する。Excelでこの処理は容易ではないが、初発でマークされたデータ識別番号のリストを作成し、再発症例に対してVLOOKUP関数で存在を確認することが良いだろう。

表2 UICC第6版に基づく病期分類

stage	0	1	2	3	4	不明	再発
040040 肺癌	121	19,909	4,057	12,752	24,553	24,114	18,927
060020 胃癌	2,001	40,388	4,932	6,198	20,040	10,106	11,247
060035 大腸癌	3,825	12,980	9,444	12,557	10,628	13,015	10,495
060050 肝癌		7,478	8,275	7,593	2,670	6,685	33,395
090010 乳癌	4,892	18,306	17,874	4,204	2,300	4,326	8,107

④ 市中肺炎の重症度別患者数とLOS（20才以上）

市中肺炎ガイドライン（A-DROP）に基づき重症度別に患者数と平均在院日数等を記述する（表3）。入院時に20才未満の患者は除外する。入院契機病名、最も医療資源を投入した

傷病名のいずれもが J13～J18 を対象とする。市中肺炎であるので外来からの入院を対象とするところだが、様式 1 では入院経路に関する情報がなく他院からの転院と区別がつかない。平成 24 年度の様式 1 では肺炎重症度に院内肺炎か市中肺炎のフラグがあるので、代用できるかもしれないが、医療機関によって捉え方が異なる可能性がある。近年は NHCAP の概念が浸透し、施設発症の肺炎を分離して把握する必要があるれば、様式 1 の改変が必要と思われる。これは肺炎以外の疾患についても有用と思われる。

肺炎重症度は平成 23 年までは 4 桁、平成 24 年からは 7 桁で記述されるが、左から 4 桁を A-DROP の集計には用いる。項目内に一つでも不明「9」がある場合は、重症度は不明とする。様式 1 では SP0<sub>2</sub> は 0、1、2 の値を取るが、1 と 2 は区別しない。年齢、性別は様式 1 のそれを用いる。Excel による集計では文字列関数や IF 関数、VALUE 関数等を組み合わせで使用するので、Excel による分析の良い練習になるだろう。

表 3 市中肺炎の重症度別症例数、平均年齢等

重症度	症例数	平均年齢	平均在院日数
軽症	21,829	53.1	11.6
中等症	72,549	78.6	19.7
重症	18,571	83.0	25.1
超重症	9,712	84.1	28.6
不明	4,452	76.2	21.5

#### ⑤ 脳梗塞の ICD-10 別症例数

DPC 010060 の ICD-10 別の内訳を記載する（表 4）。ICD-10 の集計粒度は定義表によるものとする。一部を除き「発症後 3 日以内」と「その他」に分ける。入院中発症は発症 3 日以内に分類するが、在院日数については平成 24 年度の様式 1 では発症日が記載されないのので、発症日から退院日までの日数は計算しえない。従って、院内発症については在院日数の計算には除外した方が良いのかもしれない。院内発症を含むのか含まないのかを明記する必要があるだろう。

本集計は H23 年度データなので発症日が記録されており、院内発症については発症日から退院までを在院日数とした。発症日が明らかでないものは「その他」とする。ICD104 桁目の \$ はワイルドカードであり、0～9 のいずれかを示す。

表 4 脳梗塞の ICD10 別症例数、在院日数等

ICD	発症日	症例数	aLOS	平均年齢	転院率(%)
145\$	三日以内	4	19.5	80.3	0.0
	その他	2,613	7.5	55.0	2.3
146\$	三日以内	51	2.4	71.3	2.0
	その他	28,813	2.8	71.9	1.6
163\$	三日以内	123,772	30.7	74.2	29.5

	その他	22,492	34.8	73.1	22.7
I65\$	—	15,126	12.4	70.8	5.9
I66\$	—	5,137	27.2	68.9	20.6
I675	—	2,211	14.4	32.1	5.4
I679	三日以内	169	6.9	69.7	7.7
	その他	118	10.0	68.1	13.6

#### ⑥ 診療科別主要手術の術前、術後日数（症例数トップ3）

一部、①の各診療科別のDPC14桁別の症例数トップ3と重複するが、手術を行う診療科別に症例数の多い術式の平均在院日数、術前日数、術後日数、自宅退院率を、術式別に記述する（表5）。術式はKコード（解釈番号）を使用するが、術式名は平易に記述すること。同一のKコードに対して複数の術式が存在する可能性があるが、自院にとって主なものを記述すると良い。①と同様に患者用パスのURLも記述する。ここでは診療科の代わりにMDC別に記述する。

表5 解釈番号別術前、術後日数等

OMDC05

解釈番号	手術名称	症例数	平均 年齢	術前 日数	術後 日数	転院率
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	90,576	69.2	2.0	5.6	1.7%
K546	経皮的冠動脈形成術	23,993	69.1	1.8	5.3	2.1%
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	16,666	72.2	2.0	4.6	4.0%

二期的な手術あるいは白内障のように両側を別日に行う場合は、その旨を記述すると良いだろう。このような場合、術前は入院から初回の手術までの日数とし、術後は最後の手術から退院までの日数を記述することになると思われる。Excelでの集計に当たっては、複数回の手術を分析することは容易ではない。手術1には最も大きな手術が書かれていることが様式1作成の原則であり、当面は手術1のみの集計でも良いのかもしれない。

本報告書の分析は、手術日が一日だけのものに限定し、手術1に書かれている手術について日数の集計を行った。この分析は様式1からではなく、E/Fファイルから分析すると精度が高まるだろう。後年に改良したい。

#### ⑦ その他（播種性血管内凝固症候群、1才以上の敗血症の発生率等）

最も医療資源を投入した傷病名が決定しにくい場合に、安易に選択されうるDPCについて、6桁レベルでその頻度を集計する（表6）。入院契機病名によるDPCコードと同一か否かを区別する。発生率は期間内の様式1の数を分母とする（子様式がある場合は親様式は除く）。

表6 DIC、敗血症等の頻度

		入院契機	件数	頻度
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	3,658	0.05%
		異なる	15,462	0.22%
180010	敗血症（1才以上）	同一	17,975	0.25%
		異なる	21,775	0.30%
180035	その他の真菌症	同一	1,332	0.02%
		異なる	2,837	0.04%
180040	手術処置の合併症	同一	39,541	0.55%
		異なる	5,270	0.07%

Excelで集計するには入院契機病名との同一性の有無をチェックする部分が煩雑になる。当該のICD10のテーブルを作成し、VLOOKUP関数で該当の有無を見るのが現実的だろう。この場合、定義表ではワイルドカードを用いてICD10が書かれているものがあるので、これを展開する必要がある。VLOOKUP関数ではワイルドカードは使えない。

### C. 考察

E、Fファイルを使わず、様式1のみで作成する病院指標には大きな制約があるが、医療機関自らによるデータ公開の第一歩として、上記の指標とそのフォーマットを考案し、実際に集計を行い論点の洗い出しを行った。

検討すべき課題としては、まず在院日数の集計に際してアウト라이어処理をどうするかである。極端に長い在院日数の患者が若干名いると、それだけで平均在院日数が大きく延長する可能性がある。なんらかの打ち切り基準が必要と思われる。代替手段としては平均ではなく中央値を用いる方法であるが、市民にとってはよりにじみがない可能性がある。

集計の対象であるが、労災、自賠責、自費等併用した場合は除外することでよいか、臓器移植や新規の高額薬剤の使用等で厚生労働大臣が定める患者としてDPC除外となった患者どうするか、24時間以内の死亡患者は対象とするかを決める必要がある。これらは特に救急部や当該診療科にとって特徴のある医療である可能性がある。

輸血関連手技、胃瘻造設、気管切開、創傷処理など、診療科別手術としては除外すべき軽微な手術についてどう考えるかを決める必要がある。さらに、一入院で複数回の手術があった場合、術前、術後日数の考え方も課題である。切除と再建、両側の手術など、計画的に二期的に行う手術がある。また、同一手術において複数の手術手技を行った場合、主たるもののみカウントの対象とするか、従たるものもカウントするかも決める必要がある。手術別件数では、それぞれを個別にカウントするのか、あるいは組み合わせでカウントするのかも検討課題である。

最後に、「その他」の指標で、医療の質あるいは様式1の精度向上を図る上で有効なDPCは他にないか？ 不全系のDPCはどうか(心不全、呼吸不全、腎不全)を検討したい。

#### D. 結論

様式1から各医療機関で作成できる病院指標を集計し、集計上の論点について検討した。除外条件、病名の同一性のチェック、複数回手術の処理など、Excelのみでは集計に困難を感じる部分もあり、AccessやSQL言語での対応が必要とも思われた。指標の定義と対象もさらに詰めるべき論点があり、さらに議論を尽くし平成25年度以降のデータ公開指数の要素となるべく、検討を深めることが必要である。

なお、分析の全体はDVD-Rに格納され配布される予定である。

平成 24 年度厚生労働科学研究補助金(政策科学総合研究事業)  
分担研究報告書

診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究  
「コーディングガイド」の作成

分担研究者:独立行政法人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

研究協力者

- 1) アイネットシステムズ医療情報システム企画グループ マネージャ 久富洋子
- 2) 独立行政法人国立病院機構九州医療センター医療情報管理センター 診療情報管理室長 秋岡美登恵
- 3) 公立玉名中央病院 診療情報管理室 松浦はるみ
- 4) 宗教法人 聖フランシスコ病院会 聖フランシスコ病院 診療情報管理科 科長 山岡早苗
- 5) 独立行政法人国立病院機構九州医療センター医療情報管理センター 皆元麻里加
- 6) 独立行政法人国立病院機構九州医療センター医療情報管理センター 福島祥子
- 7) 独立行政法人国立病院機構九州医療センター医療情報管理センター 徳田裕美

研究要旨:

適正な DPC の分類選択を行うためには、その基礎となる傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)およびそれに対する ICD 分類が非常に重要である。しかし、我が国では ICD に対する医療機関の対応(スキルのレベル)は、決して十分とは言えない。過去のデータの検証からもわかるように、詳細不明コードの多用、基本的なデータ精度に問題があると思われる病院、個別の症例(データ)が少なからず存在する。平成 20 年度の診療報酬改定におけるコーディング精度を改善するための委員会の設置義務や詳細不明コードの出現比率によるペナルティ、本研究班主催によるセミナー開催等が奏功し、総合的にはデータの改善がみられることが過去の経年変化からもわかっている。しかしながら、主に ICD の無理解もしくはルールが曖昧な部分があるためか、非常に不自然な分類がなされているケースが多々存在すると、審査支払機関や DPC 評価分科会から指摘されている。

このような状況を改善するために、DPC 評価分科会および平成 24 年度診療報酬改定時の今後の方針としてコーディングマニュアル(ガイド)の作成が提案され、今般、過去の本研究の結果を踏まえ、ICD 分類に準拠したコーディングガイドの作成を行った。

A. 目的

DPC における診断群の分類を行うためには、まず最初に主要な傷病名の選択が必要である。その選択の対象となる主要な傷病名は、「医療資源を最も投入した傷病名」と定義されており、その分類のルールは WHO の定める疾病分類、「疾病、傷害および死因統計分類提要 ICD-10(2003 年版)準拠」、すなわち ICD-10(以下、ICD と略す)に準拠する必要がある。そして、この DPC における主要な傷病名選択ルールは、

基本的に国立病院等 10 病院を対象とした、平成 10 年に導入の「急性期入院医療の定額支払制度の試行」以来不変である。

基盤となる ICD は、当初 ICD-9 を用い、成 13 年度に ICD-10 に移行し、現在は ICD-10 の 2003 年版を用いている。平成 15 年度の特設機能病院等を対象とした DPC の導入以来、対象となる病院数は急速に拡大しており、ICD の普及も進んでいる。ICD の定義そのものは不変かつ、安定している一方で、その利用者となる病院は、規模や病院機能を含めて、非常に多種多様であって、院内における ICD の利用状況も様々である。診療録管理体制加算の施設基準が一定のハードルになってはいるものの、診療情報管理士の配置も含めて、診療情報管理の水準や体制は様々であろうと推察される。DPC 制度の普及拡大はそのまま新たに参入する病院が多数かつ種々あることを意味している。過去の本研究班の分析結果を見る限り、現状では、診療情報管理の水準は一定ではないことが推察されている。それは、過去の本研究班の調査分析結果や厚生労働省の公開するデータ等の評価によっても確認されている。これらの結果は、病院規模や病院の性格の違いを考慮したとしても、病院ごとの診療情報管理の水準による差であると考えざるを得ない結果となっている。例えば、これまでの研究班データの分析をみる限り、「詳細不明」「性状不詳」等とせざるを得ない、いわゆる、「9」:ドット 9 コード(以下、.9 と略す)が、病院の規模や機能によってその出現傾向が異なるというような明確な結果は得ていない。したがって、出現傾向については、単純に病院ごとの診療情報管理の水準による差や分類を担う診療情報管理士等のスキルに依存する部分が大きいことを伺わせる。

もっとも、平成 20 年度の診療情報改定で、コーディング精度を担保するための委員会の設置が義務づけられたこと、もしくはペナルティの導入等が奏功したのか、病院機能や患者像の変化を加味したとしても、詳細不明コードの比率は低減傾向にある。すなわち、本研究班による分析の結果を見る限り、病院側の改善努力も著しいことが推察される。

このような状況から、コーディング精度問題は、総合的には、病院個別の努力や改善が反映される問題であると考えられる。したがって、もし、分類選択の基本の理解が容易で適切なマニュアルやガイド等が存在し、それに基づいた診療情報管理士等による監査や職員に対する教育等を各病院が行うことによって、分類精度の改善が期待出来ると考えられる。

平成 24 年度の本研究においては、過去の研究班データ分析の結果等を参考に、ICD 分類に関する簡単な解説や留意すべきポイントの解説、さらには DPC における分類ルールは、ICD とは一部異なる部分もあることから、その違い等の理解を容易にするために、「コーディングガイド」を作成を試みることにした。

なお、平成 23 年度の本研究に引き続き、本ガイドラインの検討、作成にあたっては、本分担研究者も加入する日本診療情報管理士会所属の一部の診療情報管理士のご協力をいただいた。感謝申し上げます。

## B. コーディングガイドの構成について

### 1. 全体の構成

まず、コーディングガイドの名称は、「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド(以下、本文という)」とし、本体部分と別冊補足資料:DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本(以下、別冊という)の 2 部構成とした。ただし、あくまでも本報告書の段階の構成であり、中医協等の議論の行方次第では、この後に修正が加えられることを前提としている。現段階での version は 1.0 である。

なお、本文の構成は、次の 3 章構成とした。

#### ○1. 序文

#### ○2. DPC における傷病名選択の基本原則

#### ○3. 傷病名の選択について、留意すべき具体例

◇別冊補足資料:「DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本」

## 2. 本文、別冊の2部構成としたことについて

本文は、直接的に分類選択に関わる、ICD 分類のための基本原則、分類についての留意点についての解説を基本として、過去の研究班データ分析や研究班による議論により指摘された問題点等を加えている。また、別冊については、主に ICD をベースにした分類定義やルールの解説、さらには、MDC ごとに留意すべき点等を解説している。実務現場で利用するにあたっては、まずは本文を理解し、さらに詳細に補足すべき解説を別冊で補うというイメージを想定している。

## C. 作成方法

まず、DPC における、三層構造の最上層の傷病名選択が基本にあり、この選択は、WHO の規定する ICD の定義やルールに基づく。この最上層の傷病名について、ICD のルールにおいては、主たる病態、主たる傷病名等の表現が用いられている。DPC においても、傷病名は ICD のルールを基本として、例えば定義テーブル等においても ICD の分類名、コードで表現されている。したがって、最上層の傷病名は、ICD の主要病態の選択のルールに従って決定する。言い換えると、ICD においては「一入院期間の中での医療資源を最も投入した」傷病名の選択が基本であり、DPC でも ICD で定義されているので、これをいかに適正に選択出来るようにするか、それが DPC の傷病名選択の基本であり、本書の目的である。

以上をふまえて、まず、医療資源を最も投入した傷病名(以下、医療資源病名)を選択することを重点的に、ICD-10 を基本に解説しつつ、DPC による分類は ICD の分類とはその目的も異なることもあり、必要に応じて DPC 側からみた留意すべきポイント等を解説した。また、過去の研究班データを用いた分析を継続して行っているそのデータ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。

ガイドライン本文中、例示している個別のケースは、主に、研究班に提出された平成 22 年 7 月から 10 月までのデータ(データのクリーニングを行った後の 2,170,720 件)の分析に基づいている。なお、例は多数、多岐に及ぶので、コーディングガイドにはデータ件数等、そのものは掲載せず、必要に応じて例示するに留めた。

また、一部、ICD における規定で明確に示されていない分野において、例えば、急性膵炎のガイドラインのように、我が国において一般的に用いられている診断基準等も考慮している。

## D. 結果

作成したコーディングガイドについては、本書の巻末に添付した。研究協力者等との議論の都度、改善を図り、現在のところ、version1.0 である。途中、平成 24 年 12 月 7 日、平成 24 年度中医協第 6 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会において、version 0.75 段階のものを、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ている。本コーディングガイドの作成作業においても、当該分科会の意見を踏まえて修正を図っているが、0.75 と 1.0 の差は、コーディングガイド本文部分を整理し、一部を別冊に移動させたこと、また、別冊のうち、ICD 順に解説していた部分を MDC 順に再構成したことが主なものである。

## E. 考察とまとめ

本報告書で作成についての進捗を報告したコーディングガイドについては、中医協の診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会の議論を踏まえつつ、さらには並行して、研究班データの分析結果を反映した改善作業を継続している。特に、研究班データに基づく、十分な精度を確保出来ない例については、DPC 病院で一般的に用いられているコーディングツールのサポートがその改善の鍵ともいえるので、コーディングガイドについては、システムベンダーの理解も必須条件になると考えている。したがって、システムベンダーへの情報



提供等も積極的に進めていく必要がある。また、十分な精度が確保出来ていないと思われる例についての代表的なものは本文中で紹介しているが、今後は、システム上での活用も視野にいれ、特に、傷病名と手術コードの関係等の関係を調査分析していく必要があると考えている。

なお、ICD 分類の定義やルールについては、疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10(2003 年版)準拠、第 1 巻、総論、および、第 2 巻、内容例示表(厚生労働省大臣官房統計情報部編)を参考とした。

## **F.健康危険情報**

特記事項なし

## **G.研究発表**

### 1)学会における発表

(1)○阿南誠、久富洋子、秋岡美登恵、皆元麻里加、福島祥子、他、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、第 38 回日本診療情報管理学会学術大会、2012/9/6-7、名古屋市

## **H.知的財産権の出願・登録状況**

特記事項なし

MDC別ICD対照表

MDC	分類区分	A	B	C	D	D	E	F	G	H	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
		感染症および寄生虫症	感染症および寄生虫症	新生物	新生物・D48まで	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害・D50～	内分泌・栄養および代謝疾患	精神および行動の障害	神経系の疾患	眼および付属器の疾患・H59まで	耳および乳突突起の疾患・H60～	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	消化器系の疾患	皮膚および皮下組織の疾患	筋骨格系および結合組織の疾患	尿路性器系の疾患	妊娠・分娩および産じょく荷	周産期に発生した病態	先天奇形、変形および染色体異常	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	損傷、中毒およびその他の外因の影響	損傷、中毒およびその他の外因の影響	特殊目的用コード
1	神経系疾患	A051-A89	B003-B582	C700-C793	D320-D439		E512	F005-F107	G005-G995			I605-1978								Q280-Q283				
2	眼科系疾患	A715-A740	B300-B309	C441-C699	D031-D319					H005-H595										Q100-Q150		S040		
3	耳鼻咽喉科系疾患	A691	B053-B302	C005-C770	D000-D385				G473-G515		H605-H959	I860	J00-J399	K110-K135						Q163	R040			
4	呼吸器系疾患	A065-A481	B012-B664	C33-C783	D021-D386		E320-E329					I270-I285	J105-J998	K445					P142	Q341-Q791	R042-R049		T792	
5	循環器系疾患			C380		D151						I010-199											T790-T821	
6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	A064-A630	B054-B263	C150-C787	D001-D377							I81-1982		K005-K935										
7	筋骨格系疾患	A182-A483		C400-C965		D092-D865			G545-G959			I00-1895			L045-L983	M0000-M9995			P140-P149	Q675-Q850			T911-T932	
8	皮膚・皮下組織の疾患	A46	B000-B083	C445-C792	D041-D239							I781-1972			L00-L995	M0715				Q805-Q859	R615		T780-T781	
9	乳房の疾患			C505		D486-D486											N605-N645	O915-O921		Q835				
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患			C73-C797	D093-D448		E005-E90	F500-F502				I150-1722			L97-L988	M142		O905		Q965-Q984	R730			
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	A562		C605-C791	D074-D483				G834			I120-1861		K767			N005-N999			Q624-Q628				
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩			C515-C796	D065-D399							I862-1863					N705-N985	O005-O995						
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患		B205-B24	C465-C959	D45-D479	D50-D895												O723						
14	新生児疾患、先天性奇形														M950				P005-P965	Q005-Q899				
15	小児疾患	A005-A875							G934							M303				Q905-Q995	R560		T745	
16	外傷・熱傷・中毒									H055-H447					L555-L565	M235-M932						S000-S995	T005-T985	
17	精神疾患							F04-F99																
18	その他	A021-A99	B001-B945	C457-C97	D019-D489																		T793-T889	U049

# DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド

2013年3月14日:Ver.1.0

## ◆目次◆

1. 序文
2. DPC における傷病名選択の基本原則
3. 傷病名の選択について、留意すべき具体例

◇別冊補足資料:「DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本」

## 1. 序文

本書は、DPC/PDPS に関わる医療機関における傷病名コーディングの参考書となるよう平成 24 年度厚生労働科学研究「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究」研究班(研究代表者 伏見清秀)が作成した。ICD の分類選択ルールを踏まえつつ、正確な DPC 分類選択の考え方やプロセスが記載されているので、適正な DPC コーディング、ICD10 コーディングのために各医療機関等で利用していただきたい。

本書で示されている事例は、臨床現場において発生している多種多様な病態のうちの典型例であり、多様な臨床現場の実態を完全に網羅することは不可能である。したがって、疑義が発生した場合は、適切に関係諸機関に照会する等して適切な情報を得ていただきたい。なお、本書の著作権は研究班に属する。

※本書の内容は、『平成 24 年度「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料』と併せて活用することを前提としているので当該資料を熟読いただきたい。

## 2. DPC における傷病名選択の基本原則

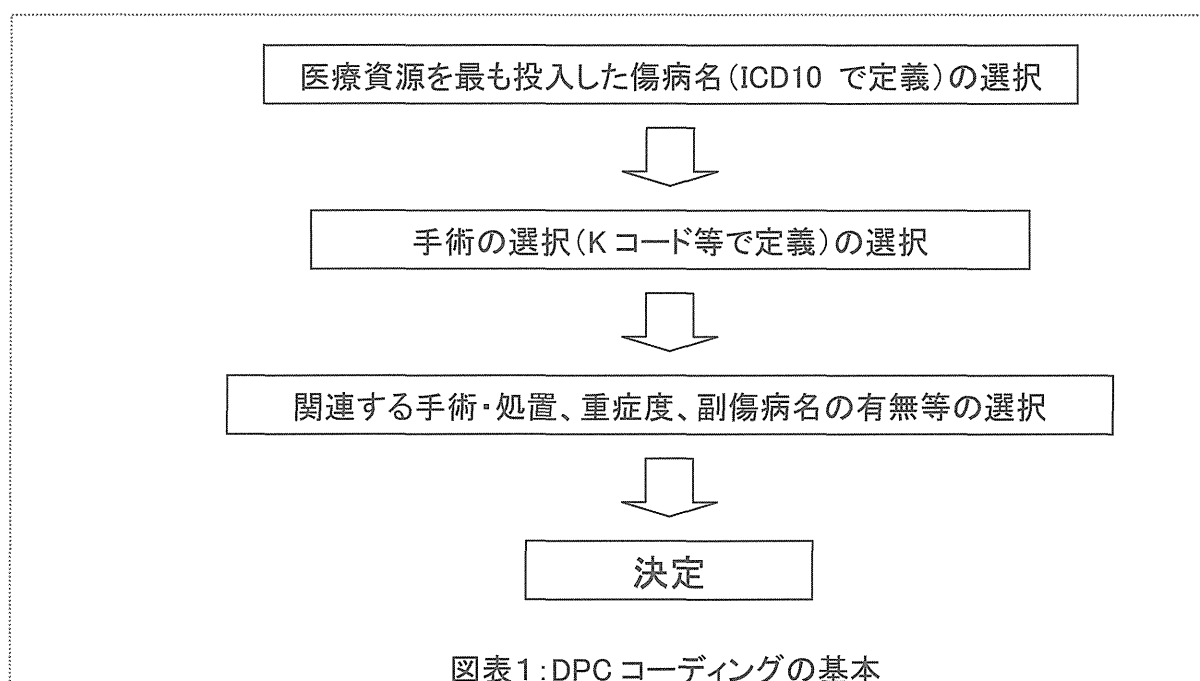
### 1)DPC の基本構造に沿った傷病名の選択

DPC 分類を構成する要素は大別して、①傷病名(主要な傷病名、病態)、②点数表で規定されている主たる手術、③処置、副傷病名(入院時併存症、入院後発症)、重症度等、の3つである。主要な傷病名、病態は、「医療資源を最も投入した傷病名(本書では、以下医療資源病名と略す)」とされている。

DPC コーディングは、基本的には図表 1 に示すように、DPC の基本構造に沿って3層に分けて進めら

れる。すなわち、第一に、「医療資源を最も投入した傷病名」を選択し、次いで手術の選択、最後に関連する手術・処置、重症度、副傷病名を選択し、DPC コーディングを完成させる。

3 層に大別される分類選択肢については、ツリー図、定義テーブル、点数表で規定されている。ただし、ここに出現する定義の多くは、一定の幅を持つ、「分類」や「範囲」であることに注意が必要である。つまり、ここでの「分類」は、「病名集」や「手術名集」ではなく、あくまでも、ICD や保険診療(処置手術等)のルールにおいてどのグループ(分類)に含まれるか、ということである。したがって、分類の粗さの問題はあっても、原則として分類不可能な傷病名や手術名は存在しない。



## 2) DPC 分類と ICD 分類

DPC を分類するためのプロセスは、既出の 3 層構造であることを踏まえて、

- ◆1層目: 医療資源病名を決定し、その傷病名が ICD10 のどのグループに属するかを決定。
- ◆2層目: 次に、実施した手術が診療報酬点数表のどのグループに属するかを決定。
- ◆3層目: 最後に、定義された手術処置1もしくは手術処置2、副傷病の有無等から適切なグループを決定。

ということになる。また、ここでの副傷病についても、医療資源病名と同様に ICD10 のどのグループに属するのか決定する必要がある。

## 3. 傷病名選択の基本的な指針

- ①医療資源病名は、一入院で一つを決定する。