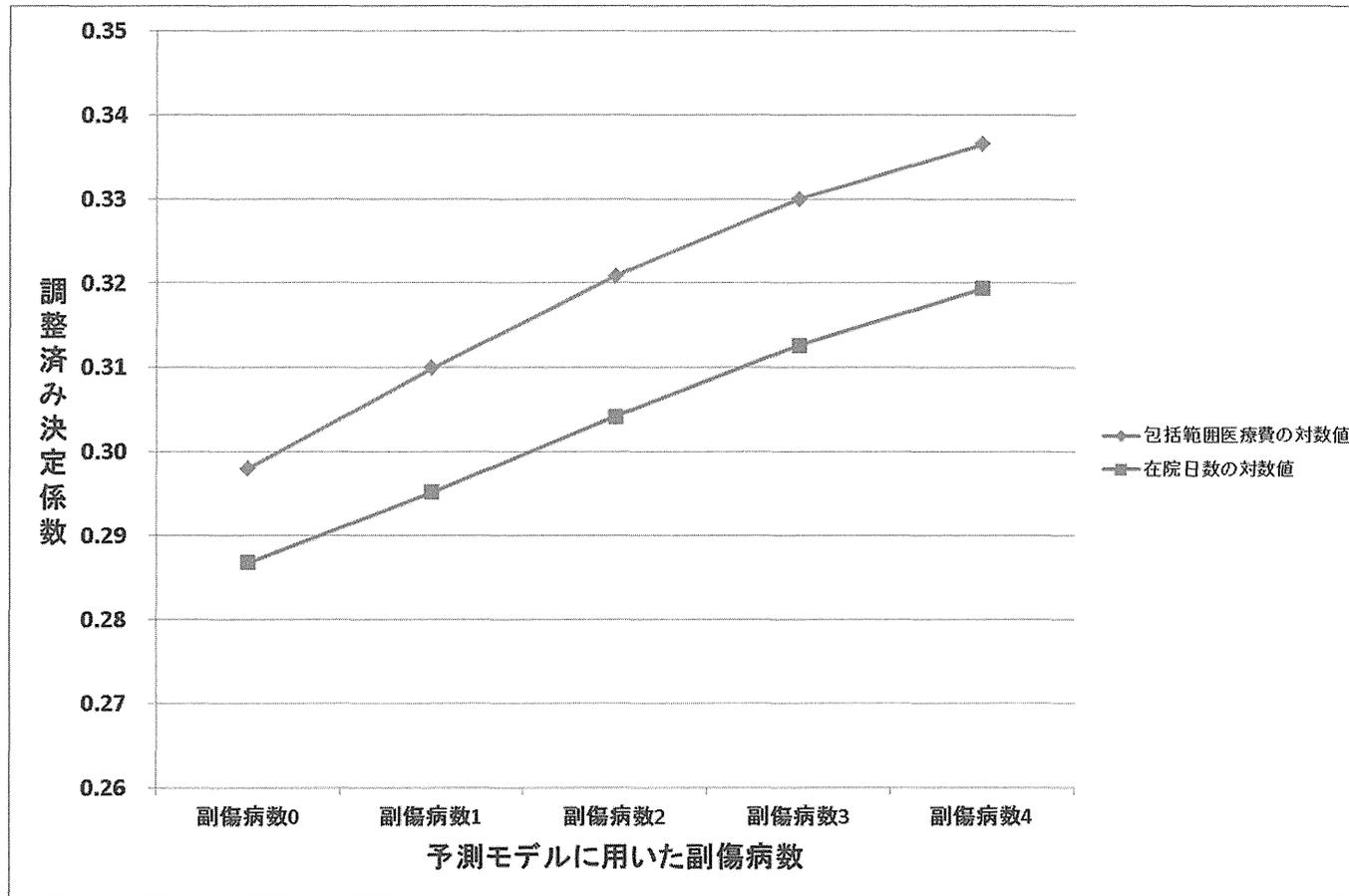


120160	妊娠高血圧症候群関連疾患	5,489	1.27
120165	妊娠合併症等	6,342	1.22
120170	早産、切迫早産	12,167	1.50
120182	前置胎盤および低置胎盤	1,493	1.30
120190	女性生殖系の炎症性疾患(その他)	5,302	1.30
120200	妊娠中の糖尿病	5,814	1.34
120270	産褥期を中心とするその他の疾患	13,238	1.21
130010	急性白血病	3,576	1.33
130030	非ホジキンリンパ腫	17,084	1.36
130040	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	4,430	1.46
130050	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	4,764	1.39
130060	骨髄異形成症候群	7,113	1.34
130080	再生不良性貧血	6,110	1.27
130100	播種性血管内凝固症候群	17,396	1.33
130120	血液疾患(その他)	26,292	1.26
130130	凝固異常(その他)	10,213	1.23
130160	後天性免疫不全症候群	1,942	1.79
140290	動脈管開存症	3,841	1.46
140340	非短絡性心奇形	2,292	1.21
140350	ファロー四徴症	1,095	1.28
140380	その他の循環器系の先天性奇形	3,660	1.33
140550	先天性嚢胞性腎疾患	3,709	1.21
150021	偽膜性腸炎	2,085	1.90
160400	胸郭・横隔膜損傷	15,152	1.26
160450	肺・胸部気管・気管支損傷	6,408	1.24
160510	肝・胆道・膵・脾損傷	1,425	1.32
160575	その他腹腔内臓器の損傷	1,362	1.33
160590	四肢神経損傷	1,112	1.20
160610	四肢筋腱損傷	11,226	1.31
160620	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	8,513	1.26
160640	外傷性切断	1,549	1.41
160650	コンパートメント症候群	48,065	1.70
160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	19,045	1.54
160700	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	5,020	1.32

160720	肩関節周辺の骨折脱臼	4,756	1.48
160740	肘関節周辺の骨折・脱臼	3,297	1.28
160760	前腕の骨折	8,096	1.24
160780	手関節周辺骨折脱臼	4,600	1.23
160800	股関節大腿近位骨折	10,336	1.51
160820	膝関節周辺骨折・脱臼	3,978	1.54
160835	下腿足関節周辺骨折	5,112	1.28
160850	足関節・足部の骨折、脱臼	8,023	1.30
160980	骨盤損傷	9,284	1.46
161020	体温異常	3,515	1.30
161040	損傷の続発性、後遺症	4,177	1.45
170030	統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害	53,146	1.34
170040	気分[感情]障害	79,098	1.32
180010	敗血症	40,626	1.27
180020	性感染症	3,279	1.32
180035	その他の真菌感染症	33,437	1.24
180060	その他の新生物	7,185	1.23

図1. DPC 傷病名分類と副傷病による医療資源消費量推計線形重回帰モデルの予測精度



「最も医療資源を投入した傷病名」に関する実態調査

分担研究者 藤森 研司 (東北大学 医学系研究科 社会医学講座 医療管理学分野)

研究要旨

DPC コーディングに際して各医療機関が「最も医療資源を投入した傷病名」についてどのように考えているのか、全国各地でのセミナーを通じて、具体的設問を用いて、状況の確認を行った。正式なコーディングテキストが配布される前の状況ではあるが、「最も医療資源を投入した傷病名」の考え方が相当に多様性があることが明らかになるとともに、若干の地域性があるようにも思われた。今後、コーディングテキストの改善に伴い、「最も医療資源を投入した傷病名」の考え方が一つに収束することが期待される。

A. 目的

平成15年度に特定機能病院から始まったDPC/PDPSであるが、平成25年度にはじめてコーディングテキストの原案が示され、それまでは「最も医療資源を投入した傷病名」の判断は各医療機関の考え方に任されていた。いくつかの病態が併存して進行する入院医療において、各医療機関の「最も医療資源を投入した傷病名」がいかなるものか、具体的な事例を用いてアンケート形式でそのバラつきを検討する。

B. 設問と選択率

実際のレセプト審査で目に留まったやや複雑な事例を、個人情報保護と分かりやすさの観点から、その本質を失わないように抽象化し、設問形式として各地で行われた研究班主催の地域セミナー等で提示し、臨床的に出現した傷病名から構成する選択肢から、実際に自院の退院患者であればどれを「最も医療資源を投入した傷病名」として選択するか、無記名で回答していただき、各回答の選択割合を集計した。北は北海道会場から南は沖縄会場まで、全国各地で同様な設問を提示し、地域性の有無も考慮した。

以下にその設問と選択し、地域別の回答率(%)を示す。回答率は小数点以下を四捨五入しているため、合計は必ずしも100%にはならない。回答は「自院であればどれを選択しているか」という支払い側に偏った視点であり、必ずしも参加者個人の考えではないことは留意すべき点である。特定医療機関から多数の参加者がいる場合、選択割合にはその医療機関からの参加者数によるバイアスがかかることになる。設問は箇条書き形式で作成した。設問ごとに簡単な解説を記す。

地域によっては複数回の主催者の異なるセミナー・研究会で同じ問いを提示しており、回答に参加者層に背景の違い(医療機関の差、参加回数の差)があることが考えられるが、ここでは最も直近の結果のみを示す。回答数は札幌 110、東京 142、大阪 122、兵庫 98、高知 47、福岡 92、大分 100、沖縄 40 である。

問1

- 慢性腎不全で維持透析中の患者
- 膀胱癌あり、経尿道的切除目的に入院
- 全身麻酔下に経尿道的切除
- 7日目に退院
- その間、人工腎臓3回

選択肢

- A) 慢性腎不全
- B) 膀胱癌

回答 (%)

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) 慢性腎不全	4	15	10	8	2	3	3	5
B) 膀胱癌	96	85	90	92	98	97	97	95

平成15年にDPC/PDPSが始まった時から、コーディングの基本は一入院を通じて最も医療資源を投入した傷病名を唯一つ決定することであった。しかしながら、慢性腎不全による維持期の透析患者においては、本来の入院目的に要する医療費よりも、人工腎臓に要する費用の方が高額になるという現象が見られた。しかしながら、これは表面的な医療資源の見方であり、医療資源投入量から入院基本料の存在を無視した考え方である。2, 3日に一度の人工腎臓よりは、入院基本料の方がわずかに高額であり、そこに入院目的の医療に係る医療費を合算すると、ほとんどの場合は人工腎臓の費用を越える。

しかしながら、いかなる入院においても人工腎臓の費用償還のために「慢性腎不全」を最も医療資源を投入した傷病名とする医療機関が多数あり、平成18年度改定から、維持期の人工腎臓は出来高算定とし、DPC/PDPSの医療資源とから除外するという特例的な措置が取られた。

しかしながら、現在においても維持期の人工腎臓を行った場合、「慢性腎不全」を最も医療資源を投入した傷病名と考えている医療機関がわずかながら存在し、今回の集計では特に東京地区でやや多く観察された。これは医療機関のみならず、審査支払側のチェックも不十分と言わざるを得なく、改めて理解の徹底が求められるところである。

なお、ここで人工腎臓に係る医事の特例があることを考えなければならない。すなわち全身麻酔を行った場合、維持期の人工腎臓であっても、必要であれば濾過透析や連日の人工腎臓を施行し、「人工腎臓(その他)」で請求することができる。これは包括範囲に丸められる医療行為であり、入院期間の大部分が「人工腎臓(その他)」であれば、費用償還の観点からは、慢性腎不全を選択することは必ずしも間違いではない。論点は、維持期の人工腎臓で請求すべき人工腎臓であったのか、人工腎臓(その他)で請求すべきものであったのかであり、人工腎臓の性格まで立ち入ったコーディングが必要である。ただし、これは全身麻酔を行った場合は、いかなる場合でも「人工腎臓

（その他）」で請求しなければならないという意味ではなく、特例として「人工腎臓（その他）」に相当する人工透析が施行でき、かつ請求できるということであり、通常の維持期の人工腎臓が施行されたのであれば、「人工腎臓（その他）」を恣意的に選択することは不適切である。

問2

- 上腕骨骨折とDICあり
- DICの加療目的に紹介される
- 2週間でDICは完治
- 整形外科に転科し、上腕骨骨折の手術とリハビリ(延べ10週間)

選択肢

- A) DIC
- B) 上腕骨骨折

回答 (%)

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) DIC	20	21	20	29	19	11	12	23
B) 上腕骨骨折	80	79	80	71	81	89	88	77

一入院中にまったく異なる病態の治療がなされた症例である。本来はダブルコーディングを行いたい症例ではあるが、現在のDPC/PDPSではただ一つの医療資源病名を選択するルールであるので、いずれかを選択しなければならない。多くの医療機関は後半の上腕骨骨折を選択しており、これは入院期間を考慮した適切な選択と言えるだろう。DICを選択した医療機関は、コーディングに際して薬剤費のみを注視し、入院基本料やリハビリテーション料を医療資源とは見做していない可能性もある。

収支の観点から考えると、DICでコーディングし、DICの治療を定型的に二週間程度で完了し、その後、比較的包括範囲の少ない病態(主としてリハビリテーション)で長く在院すれば、大きな正の収入ギャップ(いわゆる大きな黒字)を得ることになる。一方、上腕骨骨折でコーディングした場合、当初のDIC治療に係る薬剤費や検査費はほとんど償還されず、大きな負の収入ギャップ(いわゆる大きな赤字)を生むことになるだろう。

これは現行のDPC/PDPSの課題の一つと言えなくもないが、本例においては、DICの治療に引き続く上腕骨骨折の手術までは、急性期病院の本来的医療と言えるが、その後の約7週間に及ぶリハビリテーションは、本来は連携先の医療機関において行われるべき医療であり、ここまでDPC/PDPSの範囲として入院していたことに、そもそもの問題点があると言えるだろう。DPC/PDPSはあくまでも日本国の医療の平均像に基づいて基準入院期間と一日点数が決定されており、その枠に収まらない入院に関しても100%フィットさせることは制度設計上も難しい。DPCコーディングの前に、急性期病院の医療とは何かを考えさせる症例である。

問3

- 直腸癌の低位前方切除目的で入院
- 入院4日目に手術
- 術後3日目で縫合不全と診断
- 腹膜炎になり、4週間ほど治療
- 敗血症に進行し、3週間ほど治療
- DIC になり、1週間治療し死亡退院

選択肢

- A) 直腸癌
- B) 手術・処置の合併症
- C) 腹膜炎
- D) 敗血症
- E) DIC

回答 (%)

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) 直腸癌	38	21	28	24	28	37	33	26
B) 手術・処置の合併症	10	13	8	11	11	1	14	15
C) 腹膜炎	12	15	15	9	21	9	16	18
D) 敗血症	38	41	44	48	29	49	29	31
E) DIC	2	10	5	6	7	4	8	10

当初の入院目的は直腸癌の定型的な手術治療であったが、不幸にして敗血症、DIC にまで至り死亡退院となった症例である。本来の入院目的と行われた手術を考えれば、「直腸癌」を最も医療資源を投入した傷病名として選択することは、理に適ったコーディングと言える。

一方で、術後の合併症を最も医療資源を投入した傷病名として選択することは、厚生労働省の疑義解釈でも正しい考え方として認められている。従って、本症例においては、A) 直腸癌とC) 腹膜炎、D) 敗血症は、現時点ではいずれも適正なDPCコーディングとすることができるだろう。

今後、この三者をどれか一つに収束させていくことがコーディングテキストのミッションの一つであるが、入院目的となった当初の対象疾患に重きを置くか、個々の医療費を細かく積算して、医療資源病名をマイクロレベルで考えるか、根源的な問いが提起される。当初の入院目的となった傷病の治療には一定確率の合併症の存在は織り込まれるべきであり、合併症を起こした症例が除外され過ぎると、全体に一日点数が下がり、医療コストの過少評価につながる可能性がある。

B) 手術・処置の合併症は、確かに縫合不全により、その後の病態が引き起こされているわけだが、これは部位的にも時間軸でも極めて局所的な状態であり、この傷病名を持って10週間にもお

よぶ死亡退院症例のコーディングすることは不適切と言わざるを得ない。

E)の DIC については、短期間に相当の薬剤等が投入されていることは容易に想像がつくが、それにしても全体の十週間に投入された総医療資源を凌駕するものではなく、「DIC をあればすべて DIC でコーディング」という、短絡的かつ機械的なコーディングが行われて可能性が危惧される。

問4

- 糖尿病の患者。IVH 挿入中で炎症反応あり、他院から紹介で入院
- カテ先感染を疑い、IVH カテ抜去、培養で(+)
- 敗血症と診断し抗菌剤で2週治療
- 敗血症治癒後も、糖尿病の教育でさらに4週間入院、末梢神経障害のリハビリを継続

選択肢

- A) 手術・処置後の合併
- B) 敗血症
- C) 糖尿病

回答 (%)

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) 手術・処置の合併症	12	14	11	18	4	20	12	15
B) 敗血症	55	63	62	61	84	53	56	65
C) 糖尿病	33	23	27	20	12	27	33	25

敗血症の治療が2週間、糖尿病に特化した治療が4週間と、入院期間と薬剤費、リハビリテーションの投入量を考えると、いずれとも言いにくい症例であり、その迷いがそのまま集計結果に出ていると言えるだろう。実際にはより詳細な医療資源量の積算が必要であり、4行の設問だけでは不十分であったと考えられる。しかしながら、本例の視点は A)の手術・処置の合併症にある。

細菌性の敗血症は原則として DPC180010 が選択されるが、標準病名マスタの「カテーテル敗血症」を選択すると、これは ICD-10 では T814 であり、DPC 180040 の「手術・処置の合併症」でコーディングされる。この T814 が問題であり、標準病名マスタでは、

病名コード	病名
8835358	術後腹腔内膿瘍
8841318	カテーテル感染症
8841319	カテーテル敗血症
9985006	手術創部膿瘍
8835321	術後横隔膜下膿瘍
8835326	術後感染症

3216012	術後髄膜炎
8845681	術後創部感染
8830118	MRSA術後創部感染
8835355	術後敗血症
9985036	縫合部膿瘍
8835359	術後腹壁膿瘍
8837514	腔断端炎
5401002	虫垂炎術後残膿瘍
9985030	尿管切石術後感染症
5258016	抜歯後感染
8839756	腹壁縫合糸膿瘍
9985039	縫合糸膿瘍
8835353	術後膿瘍

の19の傷病名が存在する。T814 はカテーテル先の感染症だけではなく、極めて雑多な術後の感染症、膿瘍がマッピングされており、「敗血症」専用の ICD-10 ではないことが分かる。

本例においてはその原因によらず、敗血症としての治療は定型的に行われているが、あまりに局所的な傷病名を選択することで、本来の「180010 敗血症」から外れたコーディングを行っていることは不適切と考えざるを得ない。これは医療機関の行動の問題だけではなく、標準病名マスタの課題でもあるが、これは次回の ICD-10 の改定で是正されることを期待する。

問5

- 狭心症の既往で3年前にPCI施行の患者冠動脈ステントの再狭窄あり、狭心症症状の悪化
- CABG 目的に入院
- 入院1週間後に CABG 施行し、術後4週目で退院

選択肢

- A) 手術・処置後の合併症
- B) 狭心症

回答 (%)

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) 手術・処置の合併症	21	45	38	49	32	36	41	35
B) 狭心症	79	55	62	51	68	64	59	65

過去に挿入した冠動脈ステントの狭窄による狭心痛の再発あり、抜本的な治療として冠動脈バイパス術が施行された症例である。これが、未治療の冠動脈に対するバイパス術であれば、最も医

療資源を投入した傷病名には問題なく「狭心症」が選択される場所であるが、過去にステントが挿入された冠動脈であれば、どう考えるのかという問いでもある。

これは各地で大きく回答が分かれた設問であり、コーディングテキストによる明確な方向付けが必要と言える。考え方としては、ステントの狭瘻が想定外であったのか、想定範囲内であったのかということにあるのではないかと考える。すなわち、ステント挿入後、数日のあいだに閉塞したのであれば、これは現在のステントの性能を考えると「機器の故障」と考えるべきであり、この場合は傷病名として「冠動脈ステント留置後再狭窄」(T812)が選択され、DPC 180040 手術・処置等の合併症がコーディングとなるだろう。

一方で、ステント挿入後、三年程度の経過後の狭瘻であれば、これは自然狭瘻と言えるものであり、それは機器の故障ではなく、自然発症の狭心症と変わらないと考えられる。標準病名マスタの「冠動脈ステント留置後再狭窄」がどこまでの範囲を考えて、この傷病名が設定されたのかは不明であるが、傷病名の背景も考慮する必要があるだろう。なお、T812 は標準病名マスタでは、

病名コード	病名
8844609	ペースメーカ植え込み後皮膚圧迫壊死
8844088	透析シャント閉塞
8844087	透析シャント動静脈瘤
8844086	透析シャント静脈高血圧症
8844085	透析シャント狭窄
8847235	透析シャント仮性動脈瘤
8844271	スチール症候群
8844257	人工弁血栓
8846271	頸動脈ステント狭窄
8846371	冠動脈ステント留置後再狭窄

が存在し、狭心症のみを範囲としているものではない。今回の症例では、極めて明確な病態であり、その意味でも T812 を選択することは不適切であろう。

問6

- 連合弁膜症あり、弁置換術を目的に入院
- 弁置換後、創部の MRSA 感染あり
- 1週間後に縦隔炎となる
- さらに2週間後に敗血症となり、ガンマーグロブリンを含む薬剤治療を2週間継続する
- 炎症はほぼ沈静化したので転院とする

選択肢

- A) 連合弁膜症

- B) MRSA 感染症 (DPC 180030)
- C) 手術・処置の合併症 (DPC 180040)
- D) 縦隔炎
- E) 敗血症

回答

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) 連合弁膜症	53	61	37	27	49	47	38	63
B) MRSA 感染症	13	8	9	12	13	8	5	8
C) 手術・処置の合併症	6	4	5	10	9	8	20	10
D) 縦隔炎	5	1	3	7	9	7	3	8
E) 敗血症	23	26	46	43	21	26	34	13

本例も問3に類似する症例である。すなわち連合弁膜症の弁置換のために入院し、定型的な手術が行われたが、創部の感染から縦隔炎、敗血症に至り、退院が遷延した。ただし、問3とは異なり合併症は制御され、転院可能となった。このレベルの合併症であれば、手術に随伴する一般的な（許容し得る）合併症として、連合弁膜症でコーディングすることが適切とも思え、事実、札幌、東京、高知、福岡、大分、沖縄と、8会場中6会場で最も医療資源を投入した傷病名として選択された。

E)の縦隔炎が次いで多く選択されており、これは DIC や敗血症が、比較的コーディングで好まれやすいことを反映している。D)の縦隔炎は E)敗血症と同カテゴリーであり、どちらを選択するかは、その治療期間次第ともいえるだろう。

問題は B) MRSA 感染症と C) 手術・処置の合併症であり、これは問3の縫合不全と同様に、極めて局所的な病態であり、そもそも医療資源病名として選択の候補にあがるのかという疑問がある。しかしながら、どの会場においても無視できない数が見られており、これはコーディングテキストで、局所的な状態はどのような場合にコーディングして使用することが適切なのかを示す必要があるだろう。

DPC180040 は、いわゆるゴミ箱分類であるが、これがゴミ箱として機能せず、本来のコーディングとして頻用されていることは、制度設計上の課題と考えられる。平成 26 年改定で 180040 からは臓器移植の拒絶が 180041 に分離され、さらに手術により細分化されたので、点数上のうまみは減じている。今後、DPC180040 が適正に機能することを期待する。

問7

- 白血病で繰り返しの化学療法中
- 入院時に発熱と好中球減少あり
- 抗菌剤とノイトロジンを5日間投与し、白血球は回復、炎症所見も収まった
- 入院後10日目に予定通りトリセノックスを含む化学療法を1クール行い、5週目に退院

選択肢

- A) 発熱性好中球減少症
- B) 白血病

回答

会場	札幌	東京	大阪	兵庫	高知	福岡	大分	沖縄
A) 発熱性好中球減少症	15	20	21	30	9	11	13	28
B) 白血病	85	80	79	70	91	89	87	72

日常臨床でしばしば経験する症例である。化学療法の副作用による白血球減少症には G-CSF (granulocyte-colony stimulating factor) の皮下注が行われるが、この薬剤は高価であり、医療機関としてはこの薬剤を使用した場合は、好中球減少症でコーディングを考慮することは一般的であろう。

本症例は、白血球の回復後に本来目的の化学療法が施行されており、全体としては入院目的である白血病でコーディングすることが適切であろう。そのことは、各会場の回答からも支持される。一方で、発熱性好中球減少症は無視できない数が選択されており、「G-CSF の使用＝発熱性好中球減少症」という短絡的かつ機械的なコーディングが少なからず行われていることが推測される。同じく化学療法の副作用である貧血や血小板減少症は、濃厚赤血球や濃縮血小板の輸血で対処されるが、これは出来高算定であるので、医療機関からみると「医療資源」とは見えていないものと思われる。

確かに、本症例においては「白血病」のコーディングでは G-CSF の費用を賄うことができず、化学療法剤の費用との天秤で「好中球減少症」でコーディングしたいという希望があるものと思われる。しかしながら、これでは疾患の主従が逆転してしまい本来の入院目的なマスクされてしまう。現行の定義表の中では G-CSF がはまる場所がなく、これは解決が難しそうである。

C. 考察

コーディングテキスト正式版が厚生労働省から提示され (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000044471.pdf>)、徐々に本テキストに基づくコーディングがなされ、審査支払でも参考にされてゆくものと期待される。DPC/PDPS において、コーディングに悩む症例は全体の割未満と思われ、ほとんどの入院症例はコーディングの多様性に悩むことはまいだろう。

一方で、本報告であげた7つの事例のように、一入院で複数の大きな病態が存在する、あるいは大きな入院後合併症が存在する場合は悩ましい場合が多々ある。コーディングテキストはそこに明確な考え方を示すものがあるが、実際の支払いを考えた場合、収支の観点からは必ずしもコーディングテキストの考え方に納得できない場合もあるだろう。前記の7つの事例のそれぞれで、コーディング上の論点を述べたのでここではそれを繰り返さないが、そもそも DPC/PDPS においてどこまで出来高点数にフィットさせるべきなのかということがあろう。

DPC/PDPS は出来高点数にその一日点数の基礎をおいているので、出来高点数と大きな解離

が生じないことが期待されるのはやむを得ないが、患者一例一例には大きな多様性あり、平均像としての基準日数と一日点数を逸脱する場合はあるだろう。DPC/PDPS は一例一例の支払いを最適化する仕組みではなく、多くの症例による平準化を通じて、医療機関の収入を保証するものであろう。個々の支払いの精緻化には診断群分類の細分化が必要であるが、そのことによる分岐数の爆発的増加を防ぐ手段として、CCP matrix の導入が計画されているところである。

もう一つのアプローチとしては、包括範囲と包括期間の変更であろう。現在の DPC/PDPS と出来高点数の比較において、最も違いが生じるのは高額薬剤費の部分である。特に抗菌剤、生物学的製剤、麻薬系鎮痛薬で大きな解離が見られる。従って、プロセスアウトライヤーの存在を認め、そこにどのように対応するかが考慮されるべきであろう。現在は在院日数のアウトライヤーは考慮されているが(特定入院期間)、在院日数は所定の範囲内で完了しても、医療内容が大きく膨れる場合がある。これは重症な症例で早期に死亡あるいは転院した場合に見られる。在院日数のアウトライヤーと同様に、統計学的に設定されたある範囲を越えたものはプロセスアウトライヤーとしてその部分(あるいは全体)は出来高で償還する等の対応が必要であろう。

また、現行の DPC/PDPS では急性期医療と言うには長すぎる特定入院期間が設定されている診断群分類がある。ある程度の症例数があれば、DPC/PDPS で支払う条件はクリアするが、急性期病院の平均在院日数を大きく凌駕するような診断群分類では、症例の重症度や病院環境により収支差も増大する。これを解決するには特定入院期間の短縮が必要であり、現行の急性期病院の平均在院日数が 15 日程度であることを考えると、30~60 日程度を特定入院期間の上限として設定することも考慮できるだろう。

これらのことにより、支払上の課題が減じ、出来高支払との誤差を減じるための過度な DPC の細分化を避けることができる。このことは、本来の患者分類としての DPC の機能を向上させるものであり、無理なコーディングを防ぐこともできる。

今回の調査では医療機関のコーディングの考え方の多様性が明らかとなったが、今後、病院指標の公開に向けて、コーディングテキストの存在と、収支上のプレッシャーを減じることで、より本来のあるべき姿のコーディングがなされてゆくものと期待される。

D. 結論

具体的事例に基づくコーディング状況の把握を通じ、各医療機関の考え方の相違が明らかとなった。今後、コーディングテキストの改善、CCP matrix の導入、プロセスアウトライヤーへの対応、特定入院期間の変更等を通じ、より適正な DPC コーディング行われ、DPC の患者分類としての機能向上が期待される。

平成 25 年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)
分担研究報告書

「我が国の医療資源の必要量の定量とその適正な配分から見た医療評価のあり方に関する研究」
「コーディングテキスト」の開発

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

九州医療センター 秋岡美登恵、九州医療センター 皆元麻里加、九州医療センター 福島祥子、九州医療センター 徳田裕美、アイネットシステムズ 久富洋子、九州大学病院 西山謙、公立玉名中央病院 松浦はるみ、聖フランシスコ病院 医療情報科 山岡早苗、嶋田病院 野々下みどり、九州中央病院 塩塚康子、大分赤十字病院 下戸稔、麻生医療専門学校 戸次弑子、都城病院 丸山こずえ、お茶の水医療福祉専門学校 緒方信明、新別府病院 吉野 博、宮崎医療管理専門学校 平島 しおり、新小文字病院 亀谷和代、大阪市立総合医療センター 板垣恭子、和歌山労災病院 河田泰明、小阪産病院 尾崎健一、倉敷中央病院 目黒 政子、昭和大学病院 鎌倉由香、岸和田徳洲会病院 勝元伸二、東海大学医学部付属病院 山本 実佳、日本工学院専門学校 安孫子かおり、山形市立病院済生館 柏倉 夏枝、長門総合病院 来島 裕太、箕面市立病院 佐々木 美幸、大阪府立母子保健総合医療センター 枝光尚美、高崎健康福祉大学 大川 喜代美、仙台医療秘書福祉専門学校 上田京子、昭和大学病院 藤木 誠一、国立がん研究センター東病院 稲垣 時子、大阪南医療センター 島田裕子、北里大学付属病院 荒井康夫、済生会横浜市東部病院 山本真希

研究要旨:

DPC が誕生して以来、分類選択の基盤となる、傷病名の適切な選択と ICD コーディング精度改善は大きな課題となっており、DPC 評価分科会においても、分析データ精度に強く関わることで、何度もこの議論は俎上に上がってきた。平成 20 年度の診療報酬改定時に、DPC 対象病院においては、具体的にコーディングの適正化についての委員会を設置し、コーディング改善に取り組む義務が明確にされた。併せて、平成 24 年 6 月 20 日 DPC 評価分科会にて、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)が提示され、その中で、平成 25 年秋頃までを目処に、「コーディングマニュアルの作成」を本研究班で行うことが示された。その後、本研究班において、コーディングテキストを作成し、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、本研究班に所属する、松田委員提出資料として公開した。また 24 年度の本研究班の報告書中では、修正を加えたものを Ver.1.0 として公開した。その後も、本研究班として、厚生労働省医療課によって調査が行われた、地方厚生局、審査支払機関からのアンケート結果等を踏まえて修正を重ねた。また、平成 25 年 9 月には実務者としての意見聴取のために、東京、大阪、福岡の 3 力所において、日本診療情報管理士会の診療情報管理士指導者を中心とした実務者に対しての意見聴取会等を開催した(東京会場では、厚生労働省医療課担当、本研究班員が各 1 名参加)。このような意見聴取の方法を講じることを通じて、審査や病院の現場における意見や

運用にかかる課題等も踏まえて改善を試みた。また、システムベンダーによるシステムによる支援を視野にDPCのコーディングツールに組み込むことも前提として、新たに6桁分類に対する「留意点コメントリスト」を作成しVer.2.0には添付した(システムベンダーと意見交換継続)。
最終的にはVer.2.0をベースにした厚生労働省事務局案が平成24年12月9日のDPC評価分科会で公開、承認されたが、加えて平成26年度の診療報酬改定を目処に開発を続けているところである。「留意点コメントリスト」については、前述のコーディングテキストの一部(暫定版)として公開されたところであるが、現在作業を継続している最新版を添付した。

A. 目的

現在のDPC制度における診断群分類の選択には、傷病名の選択とそれに関連した世界標準のルールに沿ったコーディングが必要である。このルールは、「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」として広く用いられており、一般的には、ICD-10(以下、ICDと略す)と呼ばれている。DPCにおける傷病名定義はICDにより、したがって分類を適切に行うためには、ICDにおけるWコーディングが一部のRコードの不使用等の例外的な処理を除いては、ICDにかかるルールに従う必要がある。

現在のDPC制度における分類構造は、三層になっており、それぞれ、傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)、手術、処置手術や重症度及び副傷病名等によって構成されている。特に最も上位に位置する傷病名の選択は分類選択に最も大きな影響を与える。しかしながら、DPC導入以前は、我が国における臨床現場では、ICDの利用は一般的ではなく(死亡診断書の記載はICDのルールに基づくといえども)、実際に不慣れな医療機関(医師)が一般的であることは、過去の本研究班の研究結果でも明らかである。もっとも、ICDそのものはDPCと1体1で対応する性格のものではなく、適切な利用を行うには、ICDのルールの理解に併せてコーディングの技能が必要である。しかしながら、平成19年11月2日、DPC評価分科会において、本研究班からの報告として、いわゆる詳細不明コードの存在が適切な傷病名選択とICDコーディングに対して悪影響を与えているという指摘をして以来、ICDコーディングの精度改善は喫緊の課題とされてきた。その流れを受けて、平成20年度の診療報酬改定でDPC対象病院にはコーディング適正化を議論する場としての委員会の設置と年に2回以上の開催が義務つけられたところである。

本邦における診断群分類の導入は、平成10年11月からの国立病院等10病院を対象とした「急性期入院医療の定額支払制度の試行」以来、診断群分類選択の3層構造と傷病名の選択方法やICDで定義されるという手法は不変である。また、平成12年度の診療報酬改定で「診療録管理体制加算」の評価が誕生し、その要件にもICDコーディングが盛り込まれたことから、ICDの普及は急速に進んだ。しかし、病院の機能等を配慮したとしても、実質的には、ICDコーディングの精度は病院ごとに非常にばらつきがあり、その状況については過去の本研究による研究結果でも明らかである。その中でも、詳細不明コードの出現については、出現の条件等から判断するに、患者像や病院機能による違いというよりも、病院個々の組織、体制、人材等によって左右されると考えられる。もっとも、厚生労働省の度重なる施策(詳細不明コードの多寡によってペナルティを科す等)、診療情報管理士の新たな配置、もしくは配置増という努力もあり、全体としては詳細不明コードの比率は減少してきたことが過去の本研究班の研究によって明らかではある。

しかし、その傾向から判断する限り、個々の病院のデータが全体的に改善したというよりも改善した病院が増加したという結果である。すなわち、病院ごとの格差については十分に解消されたとは言えない。

このように病院ごとの格差解消が十分ではないという一方、基本的な問題として、コーディングについて一定の基準が示されていないという意見もある。本来は ICD とそのルールは国際的に認知されたものであるが、その出自は「死因統計」であり、「臨床的な分類」を目的とした DPC と相容れない部分も内包している。象徴的な例として、ICD は世界規模での利用が目的とされているために、曖昧な診断、決定的な診断がなされなくてもどこかのグループに分類出来る構造を持っている。また、曖昧なグループが存在する一方で、死因として重要だと考えられるグループについては緻密な構造を持つという特徴を持っている。

それに対して DPC の当初の目的は、「急性期に用いられる分類」ということが基盤にあり、的確な診断がなされた後の診療についての評価とも言える。したがって、ICD のルールを厳密に適応するとかえって適切な分類に至らないというような問題ももっている。

このような事情を踏まえて、コーディングの疑問は個別の疑義解釈等で対応してきた部分もあるが、根本的な問題解決には至っていない現状があった。

このような状況から、平成 24 年 6 月 20 日、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会(以下、DPC 評価分科会)において、「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)」が提示された。その中で、2013 年(平成 25 年)秋頃までを目処に、「コーディングマニュアルの作成」を本研究班で行うことが示された。既に平成 24 年度の本研究班の報告として、平成 24 年 12 月 7 日の DPC 評価分科会において、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ており、報告書作成段階では未公開ながら Ver.1.0 として存在した。

その後、前述の平成 25 年秋までを目処に「コーディングマニュアルの作成」というスケジュールに沿ってさらなるコーディングマニュアルの改訂を行い、Ver.2.0 として厚生労働省保険局医療課に報告(提出)、厚生労働省版として公開することを前提に一部の手直しを経て、平成 25 年 12 月 9 日の DPC 評価分科会にて公表された。また、その後も修正を継続しているので進捗も含めて報告する。

なお、本研究においては、本分担研究者も加入する日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士の方々に意見聴取等、研究協力者としてご協力をいただいた。感謝申し上げます。

注)当初のコーディングマニュアルという名称は、コーディングガイド、最終的にはコーディングテキストという名称に変更され、DPC 評価分科会及び中医協で認証されているが、本報告書では、原則として名称はその当時のものとして扱い、統一はしていない。

B. コーディングテキストの構成と見直しについての議論

1. 構成について

平成 24 年度の研究段階において、その構成は、「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 部構成としていた。その理由は、本体部分に概要説明、それ以上の詳細部分を別冊(資料を含む)とし、本体部分では ICD に馴染みのない者であっても当該部分を理解すれば、最低限のことがわかるように配慮したからである。

しかし、後述するように、平成 24 年度の成果を踏まえて、平成 25 年度の研究においては、Ver.1.0 をベースに修正を重ねることとし、2 部構成は見直すこととした。

2. 見直しの議論

まず、利用者としての評価を調査するために、Ver.1.0をベースに、次の二つの方法で意見聴取を行った。

最初に、厚生労働省保険局医療課から、地方厚生局、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会へアンケート形式の意見聴取を行った。その結果の提供を受けた。

次に、病院実務者、かつ ICD の専門家としての意見を聴取するために、平成 25 年 9 月に、東京、大阪、福岡の 3 カ所で、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士指導者を中心とした会員への意見聴取会を開催した。東京会場においては、厚生労働省保険局医療課の担当者及び本研究班員も 1 名が参加し意見聴取をした。その他、平成 25 年度の DPC 評価分科会による特別調査において寄せられた意見も参考とした。さらに、実際に九州医療センター医療情報管理センターの実務者において実務を前提とした意見聴取を行った。本研究班員においても意見の集約を行った。

診療情報管理士の意見聴取会における主な意見は以下のとおりであった。

なお、文体や「てにおは」については別途調整することとした。また、初回に出た意見については重複記載はしていない。

1) 福岡会場：15 名参加（9 月 19 日開催）

- (1) 例示の方法を統一する→ポイント等は囲み表記にする。
- (2) 番号の付け方などを統一する。
- (3) 病名選択のルールを先頭にもってくる→大原則。
- (4) 診療録、様式 1、レセプトの関係→大原則。
- (5) 用語の統一→例として、併存症、副傷病名等
- (6) 最初に ICD-10(2003 年版準拠であること)の定義を十分にする→大原則。
- (7) 心筋梗塞再発はコードがあるが他の再発についての定義が可能か。
- (8) 疑いの定義を明確にする→退院時の判断であることを明確にする。

2) 大阪会場：8 名参加（9 月 20 日開催）

- (1) 080011 と 70 について分類名称が内容を表していない：審査支払支払機関で十分に議論されていないことも器具される→「急性」、「慢性」が名称に含まれるが対象となる ICD 分類の概念は異なる。
- (2) 症状詳記に記すべきことを明確にする→必須であるとするのが理想ではあるが現状では議論が必要であろう。
- (3) 周産期、高齢者等、急性期ではない患者、長期入院中の患者についての留意すべきことを記す。一定の条件で除外する必要があるのではないか→小児や受診歴の少ない高齢者。
- (4) DIC の診断基準や急性期の基準について確認する(DIC については診断基準と臨床現場との乖離がありと指摘あり)。最終的には症状詳記が必要である。
- (5) 例示については、正しいもの、誤っているもの、を同時に記す(まとめる)。
- (6) 本コーディングガイドの位置付けを明確にする。MDC を決めてから ICD-10 を付与していることも考えられるため、共通認識を持ち正しいコードとなるようにするために使用する方向で記す。
- (7) レセ電算マスターの説明が必要→修飾語で ICD が想定していないコードに変更になる等。

- (8)分類名称と傷病名の区別を明確にする(ICDもDPCも分類であることを理解させる)。
- (9)分類に含まれる傷病名と結果としての分類名の乖離がある→上記1)に関連

3)東京会場:14名参加(9月21日開催)

- (1)人、もの、金の定義をいかにするか(十分な理解が必要):金(点数や薬価)だけの評価は簡単だが矛盾が発生するしアップコーディングの温床になる可能性あり→定義を考える。
- (2)Rコードの取り扱いを検討する必要がある→現在の使えるRコードの見直しと使用する場面の限定。結論からいうと、現在のRコードの制限は現状では残した方が良いという結論→不用意に制限を外すと極めて不明確な傷病名が多発する可能性がある。
- (3)心不全、呼吸不全、合併症の定義を明確にする(重要な課題)。
- (4)どのような時に、特定の病態だけを使えるように定義するか→例として、好中球減少、血球減少等。基本は原疾患主義であることを堅持したい。
- (5)手術時のトラブルで発生した疾患(いわゆる術後合併症)等について定義が必要。

C.見直しに対する具体的意見と方向性

議論の結果として、Ver.2.0として改訂する具体的な方向性は以下のとおりとした。

- 1)名称はコーディングガイドからコーディングテキストと改めた。その理由は、DPC対象病院に設置が義務づけられている委員会における活用を前提とし、教本として使われることへの配慮である(DPC評価分科会においても意見があった)。地方厚生局や審査支払機関に対する調査においてもコーディング精度については、非常に意識も高く、恐らく審査支払機関や保険者での活用も想定されるということも併せて配慮した。
- 2)曖昧であった本書の帰属先を厚生労働省医療課と明記した。
- 3)平成24年度の研究成果としては、そのあり方から、「本体部分」と「別冊補足資料」の2部構成としていたものを集約し1部構成とした。その理由は、多くの意見を取り入れたため、本来、概要を記したはずの本体部分に盛り込む情報が詳細化し、結果的に分割する意義を失ったと判断したからである。
- 4)本書の対象者を明確にした。種々の意見があったことを踏まえて、本書のあり方について、直接的に医学やICDの知識を学ぶものではなく、適切なDPCコーディングを導き出すための、比較的平易なテキストであるとした。また、いわゆる業務マニュアルというものではないこともあって、DPCに関わる事務員、診療情報管理士、医師等の職種を問わないものとした。種々の意見の中には、対象者を絞って個別のレベルに合わせたものを作成してはどうかという意見もあったが、整合性をとることが困難になることが予想されたので、ある一定以上のことは、医学、ICD関連の参考書籍等を活用してもらうことを前提とした。
- 5)保健医療福祉情報システム工業会のDPC委員会との議論の中で、本コーディングテキスト全部、もしくは一部のリストについてはシステムベンダーの提供するDPCコーディングツールでの活用も期待出来ることから、DPCコーディングにおいて留意すべき点、実例等をリスト化(留意点コメントリスト)することとした。また、今後とも出来る範囲で、本書の内容をコーディングツールに盛り込んでいくことでコンセンサスを得た。

3. 構成の見直しについて

以上の議論や意見を踏まえて、構成は、全面的に見直しを行い、以下のとおりとした。
なお、純粋な資料とされる部分については Ver.1.0 と同様に末尾に添付することを踏襲した。

I. はじめに

1. 序文

- 1)なぜコーディングテキストが必要とされてきたのか
 - 2)なぜ適正な DPC、ICD コーディングが求められるのか
 - 3)本書の帰属先について
 - 4)本書が意図した対象者
2. 適切なコーディングのために望ましいと考えられる病院の体制
 3. 疑義がある場合の問い合わせ先
 4. 参考資料

II. 総論

1. DPCの基本構造について

- 1)DPCは3層構造
- 2)DPC 分類と ICD 分類
- 3)2つの傷病名マスター、標準病名マスター、レセプト電算マスターについて

2. コーディングにあたっての基本的な考え方

- 1)診療録の記載、DPCにおける傷病名選択と診療報酬請求について
- 2)傷病名選択、コーディングの基本と定義:医療資源と医療資源傷病名

3. 傷病名のコーディングに当たっての注意点

- 1)病態からみた場合の注意点と医学的に疑問とされる可能性のある傷病名選択の例
- 2)医療資源傷病名を「疑い」とする場合(診断未確定)への対応
- 3)医療資源傷病名が ICDにおける複合分類項目に該当する場合
- 4)病態の続発・後遺症のコーディング
- 5)急性および慢性の病態のコーディング
- 6)処置後病態および合併症のコーディング
- 7)多発病態のコーディング
- 8)その他のコーディングで留意すべきこと
- 9)ICD-10コードからみた注意点:「詳細不明・部位不明コード」とは
- 10)DPCグループごとの注意点

D. 結果

前述の構成については、あくまでも本研究班としての提案であり、中央社会保険医療協議会において、実際に厚生労働省保険局医療課から公開されたものは、本研究班との議論の後、公開するための処理も含めて一部に修正が加えられている。さらに、公開されたコーディングテキストにあっても、平成 26 年 2 月 20 日現在の本報告書の作成時点では、未だに「案」であり、平成 26 年度の診療

報酬改定に伴って公開されるであろう公開最終版として確定したというものではない。

ただし、本研究班の作成した結果としてのコーディングテキストを本報告書に添付するにあたり、混乱を避けるために、成果物としては、厚生労働省保険局医療課に「提案した時点」の研究班版ではなく、実際に公開された案を添付した。

すなわち、添付のコーディングテキストについては、中央社会保険医療協議会の資料、平成 25 年 12 月 9 日「診調組 D-3(修正)」、12 月 19 日「診調組 D-2-2(別紙)」における現時点での最新版とし、厚生労働省保険局医療課の了解を得たものである。

また、当該コーディングテキスト中にある「留意点コードリスト」については、コーディングテキスト公開時点では作業継続中で、暫定版であり、その後も作業を継続していることから、本報告書作成段階での最新版(確定版ではない)を添付することとした。

※添付資料

- 1) コーディングテキスト
- 2) 留意点コードリスト

E. 考察とまとめ

平成 26 年度の成果としては、平成 25 年度の研究成果として報告したコーディングテキストを見直し作業を継続した結果であるが、今後も中医協等の議論をベースに随時修正していくこととなっている。実際、留意点コードリストについては、システムベンダーにおけるシステム実装を行い実用に供するためにはより多くの実例が必要であり、今後とも本研究班に提出される各病院からのデータの分析や何より実務者からの意見聴取や議論は極めて重要である。

また、既に DPC 評価分科会の議論によると、平成 26 年度以降は見直しのための組織が設置されることとなっている。したがって、随時修正が重ねられていくこととなるが、今後は研究班データから本テキストに記されたルールの適用等を評価していく必要があると思われる次の大きな課題である。さらにシステムベンダーにおける DPC コーディングツールへの実装等、システム上での具体的な活用も期待される。

※本研究に用いた、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、秋岡美登恵、福島祥子、皆元麻里加、久富洋子、他、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第 11 報:「コーディングガイド」作成の試み、第 39 回日本診療情報管理学会学術