

大会、2013/9/5-6、つくば市

H.知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト (案)

平成26年●月
厚生労働省保険局医療課

目次

I. はじめに	4
1. 序文	4
1) 本コーディングテキストについて	
2) 本書が必要とされた背景	
3) なぜ適切な DPC、ICD コーディングが求められるのか	
4) 本書の帰属先について	
5) 本書が想定する対象者	
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	6
1) DPC/ PDPS のコーディング手順について	
2) DPC コーディングに係る体制	
3) 適切なコーディングに関する委員会活動、その理念について	
3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先	8
4. 参考資料	8
II. DPC (診断群分類) の基本構造	9
1. DPC (診断群分類) は大きく 3 層構造で構成されている	
2. DPC (診断群分類) と ICD (国際疾病分類) について	
3. 傷病名コーディングが必要となるレセプト・退院患者調査の記載欄と留意事項について	
4. 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	
III. コーディングの基本的な考え方	17
1. 診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について	
2. コーディングの基本と傷病名選択の定義	
IV. 傷病名のコーディングにあたっての注意点	26
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. 医療資源病名を「疑い」とする場合 (診断未確定) への対応	
3. 医療資源病名が「ICD (国際疾病分類)」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、コーディングで留意すべきこと

V. 付録 : 38

- ・ DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集
- ・ 留意すべき ICD コード (部位不明・詳細不明コード) の一覧
- ・ 本書で使用される「用語」集

I. はじめに

1. 序文

1) 本コーディングテキストについて

- 本コーディングテキスト（以下、「本書」という）は、DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による1日当たり包括支払い方式）に関連する医療機関において、DPC レセプトの作成や DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）の様式1の作成等の際に適切な傷病名のコーディングを行うための参考資料として作成されたものである。
- 本書は、平成25年度第5回DPC評価分科会（平成25年7月26日）で報告された「DPC/PDPS コーディングガイド（厚生労働科学研究班（※）作成）」を元に、地方厚生局、審査支払機関、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士指導者等の意見を集約して見直しを行い、作成されている。
（※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（研究代表者 伏見清秀）」）
- 本書は、傷病名コーディングの基本的な考え方や、コーディングを適切に行うために望ましい病院の体制等について、DPC/PDPSに関連する各医療機関に周知することを目的としている。
- なお、本書は、傷病名のコーディングに係る事例を完全に網羅するものではなく、臨床現場の意見やDPC/PDPS全体に関する議論等も踏まえ、事例の追加や基本的な考え方の修正等の改訂を行うことを予定している。

2) 本書が作成された背景

- DPC対象病院は年々増加傾向となっており、DPC/PDPS（診断群分類による1日当たり包括支払い方式）による診療報酬の支払い方式が拡大している中で、DPC/PDPSを適切に運用するため、今後ますます適切な傷病名コーディングが求められている。
- DPC制度は、疾病の分類方法として「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（国際疾病分類）：ICD-10 2003年版準拠（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 以下、「ICD」という。）」が採用されており、適切なDPCコーディングのためにはICD（国際疾病分類）に対する理解が普及するが重要であり、これまで様々な取り組みが行われてきた。

・「A207 診療録管理体制加算」の創設…診療記録管理の専任者の配置、ICD コーディン

グやカルテ開示にかかる診療報酬上の評価

- ・「部位不明・詳細不明コード」の ICD コードの過剰使用に対する診療報酬上のペナルティの導入
- ・標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保することを目的とした委員会「適切なコーディングに関する委員会」の設置及び年 2 回の開催を義務化 等

（※参考：DPC 制度導入以前の平成 10 年 10 月に開始された国立病院等における入院医療の定額支払制度、いわゆる日本版 DRG/PPS においても ICD が採用されている）

- しかし、ICD（国際疾病分類）に関する知識の不足に起因すると考えられる不適切なコーディングや、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例等が存在することが指摘されており、適切な DPC コーディングを推進するために ICD に関する知識の更なる普及の取組みが課題とされている。

3) なぜ適切な DPC・ICD コーディングが求められるのか

- DPC/PPDS(診断群分類による 1 日当たり支払い方式)の基本となる DPC 点数表は、「DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）」に基づき、診断群分類ごとの前年度の全国平均の実績（平均在院日数および平均 1 日当たり医療費）を元に設定されており、最新の診療実態を反映した点数が設定される仕組みとなっている（DPC 点数表の各診断群分類の点数は厚生労働省が恣意的に決定しているわけではない）。
- しかし、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）等により、適切な傷病名コーディングが行われなかった場合、各診断群分類において診療実態にあった適切な点数が設定されなくなってしまう可能性がある。
 - ※ 例として、「130100 播種性血管内凝固症候群（DIC）」の診断群分類はアップコーディングが多い診断群分類であると指摘されており、設定されている点数は年々低下していることから、本来 DIC としてコーディングされるべき患者を診療する医療機関にとって適切な医療費が償還されなくなっているのではないかと指摘がある。
- DPC/PPDS（診断群分類による 1 日当たり支払い方式）が適切に運用され、全国の急性期医療が適切に提供されるためには、診断群分類ごとに診療実態にあった DPC 点数が設定されることが不可欠であることから、全国の DPC/PPDS に関連する医療機関において適切な DPC コーディングが求められている。

4) 本書の帰属について

- 本書は、厚生労働科学研究班（伏見班）及び日本診療情報管理士会が監修し、厚生労働省保険局医療課に帰属する。

5) 本書が想定する対象者

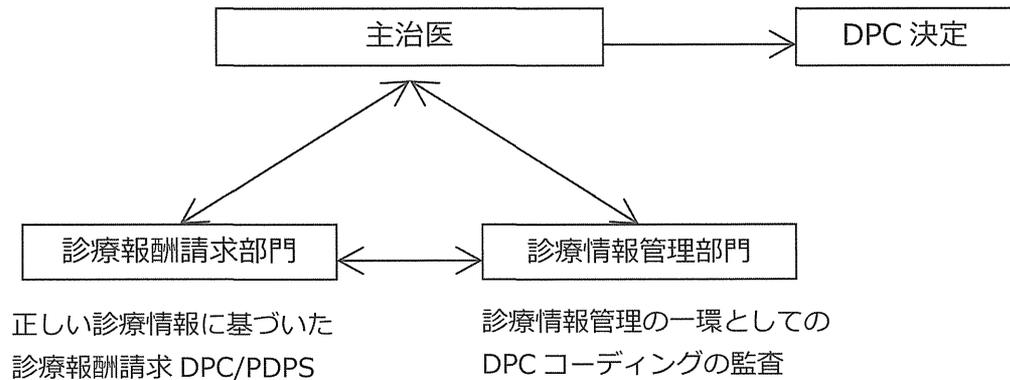
- 本書は、最終的に DPC コーディングを決定する医師、診療報酬請求事務を行う職員、診療記録の監査やコーディングを行う診療情報管理士等、DPC/PDPS に関連する医療機関に所属する全病院職員を対象として想定している。
- ※『平成 26 年度影響調査実施説明資料』と併せて活用すること。

2. 適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制

- 平成 25 年度第 1 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 4 月 3 日）において、「適切な DPC コーディングのために先進的な取り組みをしている」全国 5 病院を対象としてヒアリング調査が実施され、適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制について議論が行われた。
- （※ヒアリング調査の結果については、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 7 月 26 日）で報告されている <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000037a48.html>）

1) DPC コーディングに係る体制

- DPC のコーディングにおいては「主治医」、「診療情報管理部門」、「診療報酬請求部門（医事課等）」が中心になって関わるものと考えられるが、役割分担の明確化や意思疎通を行う機会を十分設ける等、医療機関全体として協力しあう体制を構築することが求められている。（平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の結果報告について）
- DPC コーディングの最終的な決定者は「主治医」であるが、主治医に加えて「診療報酬請求部門」、監査役としての診療情報管理士を中心とする「診療情報管理部門」が適切に関与していくことが望ましい。



図表 1 : コーディングに係る体制

- DPC 対象病院は「A207 診療録管理体制加算」の届出を行うことが要件となっており、DPC コーディングは、診療録管理体制によって整備された正確な診療記録に基づき監査されることが望ましい。

2) DPC/PDPS のコーディング手順について

- 入院時および退院時に「主治医」によって DPC コーディングが入力された後に、「診療情報管理部門の職員」や「診療報酬請求部門（医事課等）の職員」がコーディング内容を確認する手順をとっている病院が多数を占めており、この方法が最も標準的なコーディング手順であると考えられる。
- 一方、診療情報管理士や医事課職員が DPC コーディングを行った後に主治医が確認するという体制をとっている病院もあり、各病院のそれぞれの実態にあった適切なコーディング手順を構築することが望ましい。

3) 「適切なコーディングに関する委員会」の有効な活用について

- 適切なコーディングに向けて先進的な取り組みをしている医療機関のほとんどが「適切なコーディングに関する委員会」を毎月開催しており、医療機関によっては診療情報管理士、医事課担当者を主体としたより実務的なコーディングに関する議題が取り上げられていることが報告されており、「適切なコーディングに関する委員会」をより適切なコーディングを議論する場として有効に活用ことが望ましい。
- 特にコーディングの最終的な決定者である「医師」が、ICD（国際疾病分類）を含め、DPC/PDPS について十分に理解を深めることが望ましく、医療機関としての何らかの取り組みがなされることが望ましい。
- なお、当該分科会で同時に報告された平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の調査結果において、「適切なコーディングに関する委員会」の議題として「出

来高点数と包括点数の差額分析」を行っている医療機関が多数認められているが、包括で算定した場合の点数と出来高で算定した場合の点数との差額が小さいことが、適切な DPC コーディングであることの根拠にはならないことに留意すること。

※詳細については、厚生労働省 HP を参照すること。

(平成 25 年度第 1 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事次第)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yofs.html>

(平成 25 年度第 5 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事録)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000016240.html>

3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先

- 個別事例の DPC コーディング・診療報酬請求に係ること：地方厚生（支）局
- 本書の改訂にかかる要望等：DPC 調査事務局（厚生労働省保険局医療課）

4. 参考資料

- 1) 疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) 2003 年版第 1 巻 (総論)、厚生統計協会
- 2) 診断群分類点数表のてびき 平成 24 年 4 月版、社会保険研究所

Ⅱ. DPC (診断群分類) の基本構造について

1. DPC (診断群分類) は大きく分けて3層構造で構成されている

○重要なポイント

- ・ DPC (診断群分類) は 14 桁コードで構成され、大きくわけて 3 層構造で構成されている。
- ・ 1 層目は、「傷病名」に基づく層であり、ICD-10(国際疾病分類) で定義されている。
- ・ 2 層目は、「手術」の有無に基づく層であり、医科点数表により定義されている。
- ・ 3 層目は、その他の層であり、「処置」、「副傷病名」、「重症度」等が含まれる。

○ DPC を構成する要素は大きくわけて、

【1層目】傷病名 (主要な傷病名、病態 : Diagnosis)

【2層目】手術 (主要な手術 : Procedure)

【3層目】その他の処置、副傷病名 (入院時併存症、入院後発症)、重症度等の3層構造で構成されている。

- ※ 日本で採用されている DPC (診断群分類) は、手術・処置等 (Procedure) より傷病名 (Diagnosis) が優位の構造となっており、DPC コーディングにおいては傷病名の選択が最も基本的である。

○ 「医療資源を最も投入した傷病名 (以下、「医療資源病名」という。)」は、入院中の主要な傷病名・病態に基づき入力する。

(注 : レセプトや退院患者調査の様式 1 における「主傷病名」は医師がカルテに記載した病名であり、必ずしも医療資源の投入量に基づいて決定されたものである必要はない。)

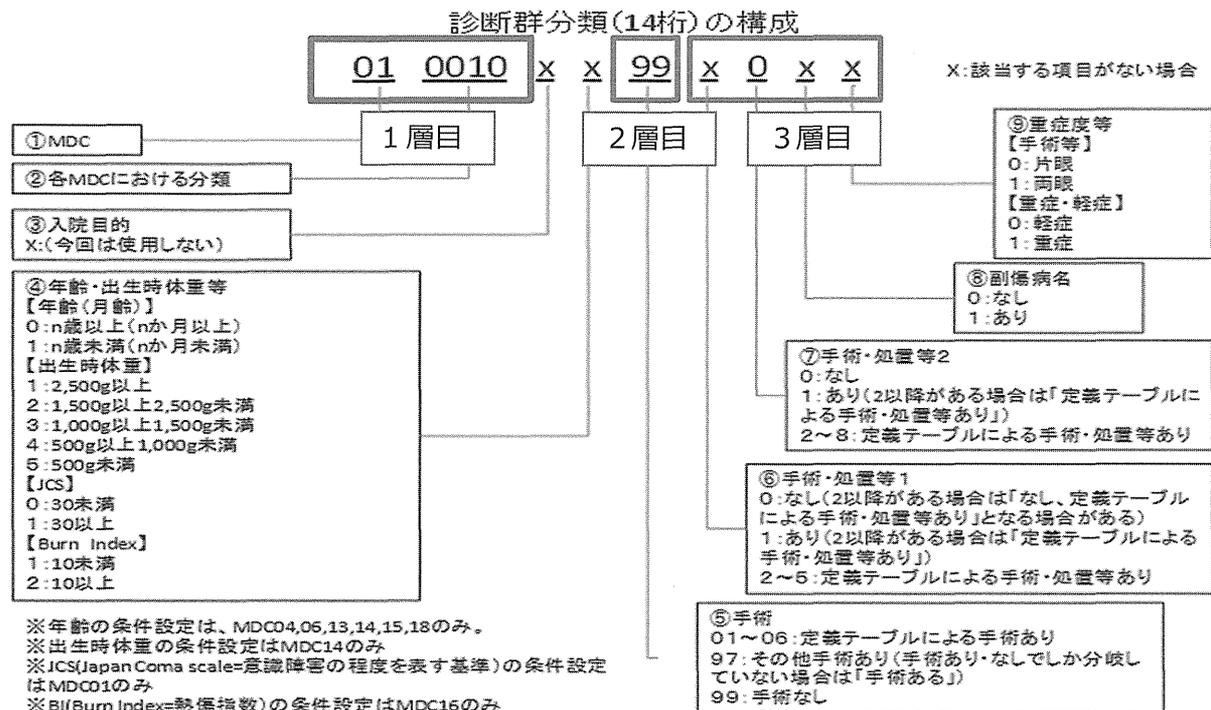
○ DPC/ PDPS における「傷病名」は、ICD (国際疾病分類) を元に作成されており、傷病名の選択の際は、原則として WHO (世界保健機関) が規定した ICD (国際疾病分類) の分類ルールに基づいて行う。

- ※ DPC を分類するための傷病名分類は、WHO が制定している ICD-10 分類、「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) 2003 年日本語版で定義されている。当該資料は、3 巻構成で、1 巻が総論 (マニュアル)、2 巻が内容例示表 (コード体系)、3 巻が索引表である。ICD 分類を行う手順の基本は、主たる傷病名を、1 巻 (総論) に規定された各種のルールや定義に基づき、2 巻から分類を検索することである (必要に応じて 3 巻の索引表を活用)。

(注 : ICD の分類は死因統計に用いることを前提としており、臨床現場の意見等を踏まえて設定された DPC の分類と概念が異なる部分もある。DPC の分類においては、主要、かつ単一な病態、すなわち医療資源病名を選択することが必要であり、ICD のルールにあるダブルコーディングや分類選択に当たっての優先ルー

ル等は DPC 分類では採用されない)

○ DPC (診断群分類) は 14 桁のコードで表現される。



図表 2. 診断群分類の構成 (項目の詳細)

◆ 診断群分類の構成

【1層目：傷病名の層】 上6桁コード (上2桁はMDC (主要診断群) コード)

【2層目：手術の層】 9・10桁目

【3層目：その他】 残りのコード

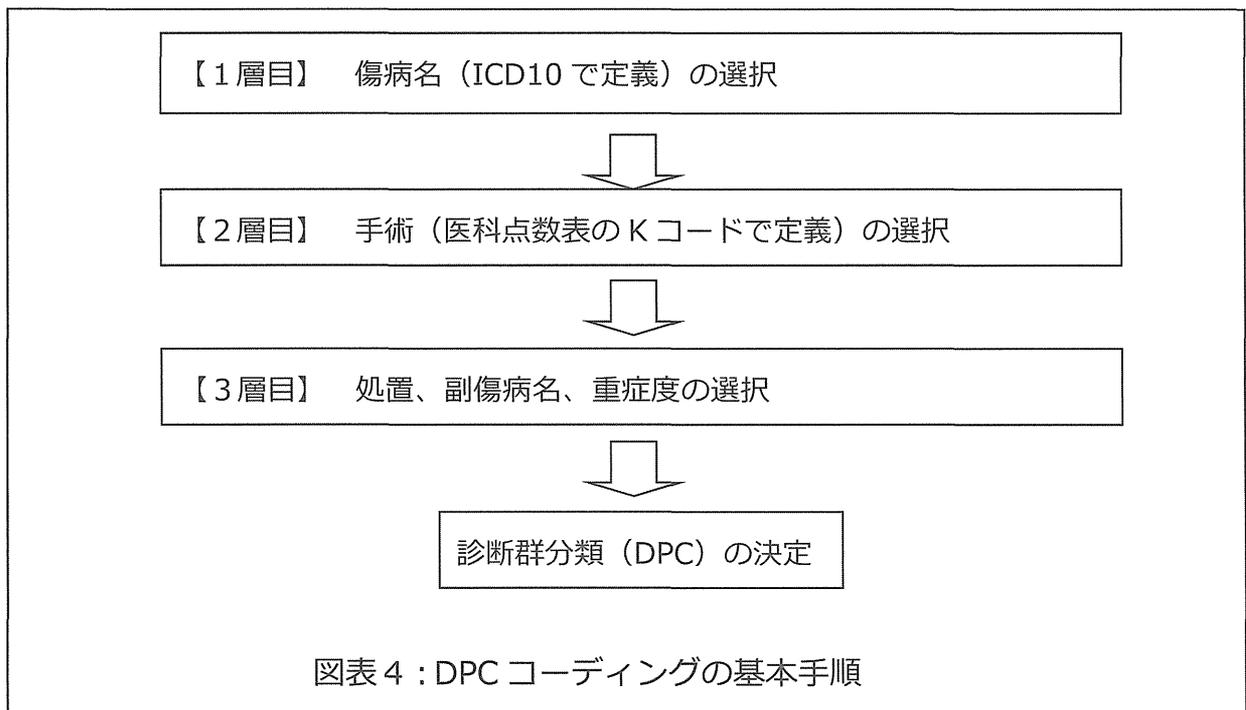
MDCコード	MDC (主要診断群) 名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患

12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他

図表 3. MDC（主要診断群）のコードと名称

- DPC の 3 つの基本構造の決定によって DPC の 14 桁コードを決定するのが DPC コーディングの基本となる。

（注：ここで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。ここでの「分類」は、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）に包含さ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傷病名や手術名はいずれかに分類される。）



2. DPC（診断群分類）と ICD（国際疾病分類）について

○重要なポイント

- ・ DPC 分類は「3層構造」であり、1層目から順次、医療資源病名、2層目の手術、3層目の付随する処置や重症度、副傷病名等を選択する。
- ・ 1層目、2層目、3層目を順に一方通行の考え方で選択する。

- 図表 4. に示したとおり、適切に DPC を分類するためのプロセスは 3 層構造であることを

踏まえ、

- ・ 1層目：医療資源を最も投入した傷病名が ICD（国際疾病分類）のどの分類に属するかを決定
- ・ 2層目：実施した手術が診療報酬点数表のどの分類に属するかを決定
- ・ 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、重症度等を決定

という流れになり、その結果、適切な分類が選択される。

- この選択のフローは、1層目から3層目まで一方通行で選択する考え方であり、手術・処置等の下の層から遡って傷病名を選択するのは正しい考え方ではない。

※ 主治医が診断した結果の傷病名の選択を最も上位の層（1層目）で選択する構造であり、2層目、3層目の内容は上位の層に関連する選択となるが、その関係に著しく乖離があるとすれば、その根拠について診療録で判明することは当然として DPC のレセプト作成にあたっては症状詳記等を添付する等の配慮が必要である。

※DPC の分類における適用の考え方について

- (1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断する。なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示および診断群分類定義樹形図に基づき診断群分類区分を判断する。
- (2) 傷病名は入院期間において治療の対象となった傷病のうち「医療資源病名（医療資源病名が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう）」を主治医が ICD コードから選択する。ただし、以下の ICD コードについては選択しない。
 - ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
 - ・ 疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）
 - ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明および原因不明の死亡（R99）まで（ただし、鼻出血（R040）、咯血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）、およびブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く。）
 - ・ また、独立した多部位の悪性腫瘍（C97）については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択する。
- (3) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）を考慮した上で診断群分類区分の適用を判断する。
- (4) 1つの入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、1つの

診断群分類区分を決定する。

(5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合においても、1つの診断群分類区分を決定するものとし、決定に当たっては以下の点に注意する。

- ・入院中に定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いは、「手術」、「手術・処置等1」および「手術・処置等2」の全ての項目において診断群分類定義樹形図の下から掲げられた診断群分類を優先して選択する。

(6) 医科点数表において「区分番号 K〇〇〇の〇〇術に準じて算定する」と規定されている手術については、診断群分類区分を決定するにあたっては準用元の手術で判断する。

(7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は診療報酬の請求時に行う。

- ICD (国際疾病分類) の概要を図表5に示し、DPC の分類選択を適切に行うためのICDに係る基礎的かつ重要な定義を併せて解説する。

章	ICD コード	ICD (国際疾病分類) ・見出し
1	A00-B99	感染症および寄生虫症
2	C00-D48	新生物
3	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
4	E00-E90	内分泌, 栄養および代謝疾患
5	F00-F99	精神および行動の障害
6	G00-G99	神経系の疾患
7	H00-H59	眼および付属器の疾患
8	H60-H95	耳および乳様突起の疾患
9	I00-I99	循環器系の疾患
10	J00-J99	呼吸器系の疾患
11	K00-K93	消化器系の疾患
12	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患
13	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患
14	N00-N99	尿路性器系の疾患
15	O00-O99	妊娠, 分娩および産じょく < 褥 >
16	P00-P96	周産期に発生した病態
17	Q00-Q99	先天奇形, 変形および染色体異常
18	R00-R99	<u>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</u> (Rコード)

19	S00-T98	損傷,中毒およびその他の外因の影響
20	V00-Y98	傷病および死亡の外因
21	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用(Zコード)
22	U00-U99	特殊目的用コード

図表 5. ICD (国際疾病分類) における章、所属コードと見出し (名称)

※ 「R コード」と「Z コード」は、一部を除いて医療資源病名として選択することはできない。

◆ICD (国際疾病分類) での表現や考え方について

- (1) 主要病態や主傷病名とは、DPC で用いられる「医療資源病名」と同一の意味である。
- (2) 「主要病態」や「主傷病名」は、臨床家の専門性等に依存、配慮した傷病名ではなく、1入院期間の医療資源の投入量に依存する医療資源病名を指す。
- (3) 「副傷病名」は、ICD における「その他の病態」等を指す。
- (4) 傷病名に関しては、その傷病名記載に含まれる情報として、部位、病理学的区分等、ICD 分類が出来るだけのものが含まれている必要がある。例えば、左右、上下、両側片側、骨折における開放性非開放性、新生物における良性悪性、先天性後天性等がある。
- (5) 傷病名表記は、原則として略称等は用いず日本語表記を原則とする。

3. 傷病名コーディングが必要となるレセプト等の記載欄と留意事項について

- 傷病名コーディングは、DPC レセプトの作成や退院患者調査の様式 1 の作成において必要となり、それぞれの記載欄に定められている留意事項に沿ってコーディングを行う。
- レセプトと影響調査における様式 1 をはじめとした提出データは相互に差異がないこと (同一の診療データを基に双方が作成されていること) が求められる。

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	・ 「医療資源を最も投入した傷病名」を選択する。 ・ 入院中の主要な傷病名・病態に基づき決定する。
②「定義副傷病名」欄	(診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。)
③「傷病情報」欄	
「主傷病名」	・ 医師が医学的判断に基づき決定した傷病名を記載する。(医療資源の投入量の多寡によらず、医師の判断

	で決定してよい)
「入院の契機となった傷病名」	・ 今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載する。
「医療資源を2番目に投入した傷病名」	・ 医療資源を2番目に投入した傷病名を1つ記載する。
「入院時併存傷病名」 (最大4つ)	・ <u>診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は記載する必要がある。</u> ・ 入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。
「入院後発症傷病名」 (最大4つ)	・ <u>診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は記載する必要がある。</u> ・ 入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。

図表6. DPCレセプトの作成に必要な傷病名の一覧

調査項目	留意事項
「主傷病名」	・ 退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
「入院の契機となった傷病名」	・ 入院の契機となった傷病名を入力する。
「医療資源を最も投入した傷病名」	・ 入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
「医療資源を2番目に投入した傷病名」	・ 医療資源を2番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
「入院時併存症名」 (最大4つ)	・ <u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には必ず入力する。</u> ・ 以下に該当するものがある場合は入力すること。 1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名 2. 慢性腎不全 3. 血友病・HIV感染症 4. 併存精神疾患
「入院後発症疾患名」 (最大4つ)	・ <u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には必ず入力する。</u> ・ 以下に該当するものがある場合は入力すること。 1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名 2. 術後合併症

図表7. DPC退院患者調査の様式1の作成に必要な傷病名の一覧

4. 2つの傷病名マスター（標準病名マスターおよびレセプト電算マスター）について

○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求には標準的なマスターを使用することが義務づけられているが、これらのマスターは、頻回に用いる傷病名に ICD（国際疾病分類）コードを付与したものである。
- ・ 傷病名が存在しない場合は新たに傷病名マスターを作成しなければならない。
- ・ 修飾語を用いることによって ICD コードが変化する場合があるため注意が必要である。

(1) 傷病名マスターについて

- DPC/PDPS に限らず、診療報酬の請求に用いる場合はレセプト電算処理システムに使用するマスターを用いることが義務づけられている。
- 標準病名マスターとは電子カルテシステムにおいて用いることを主眼に開発された「ICD-10 対応電子カルテ用標準病名マスター（以下「標準名マスター」という。）」、レセプト電算マスターとはレセプト電算処理を目的として開発された「レセプト電算処理システム傷病名マスター（以下「レセプト電算処理マスター」という。）」となり、当初、その目的からも別個のものとして扱われていたが、平成 14 年に傷病名表記の統一と相互のコードの対応付けを行ったことで、現在では標準病名マスターとレセプト電算マスターの齟齬は解消されている。
- また、これらのマスターには ICD（国際疾病分類）コードが付与されていることから、その利便性からも DPC のコーディングを行ううえで標準的なマスターとして使用することができる。
- ただし、これらのマスターは、電子カルテシステムやレセプト電算処理等の傷病名表記に用いることを目的として開発されていることから、利用するにあたっては知識や経験が必要となるため、以下について注意する。
 - ※ DPC/PDPS に限らず、オンライン請求等、診療報酬を請求する際、傷病名は傷病名マスターを使用することが規定されている。前述したように、傷病名マスターには ICD も付与されているが、この ICD コードを用いて DPC 分類を行っている事例があるが、傷病名マスターはレセプト表記を行うために開発されたものであり、傷病名全てに適切な ICD が割り振られていない。例えば、診療報酬を請求する際に用いる「足異物」、「膝関節部異物」といった傷病名には ICD では付与されていない。
 - ※ つまり、これらのマスターはあくまでも適切な日本語傷病名を表示することが目的であって、ICD コードは副次的なものであり、日々発生する多様な全ての傷病名を与えられた現状で正しく ICD コードを選択するためには利用者側に知識や理解が必要である。

(2) コーディングにあたっての留意点

- 傷病名に修飾語(急性、慢性の区別や部位等)を付ける際は、傷病名に付与された ICD コードが変化する、傷病名にやむを得ず ICD コードを付与されたものが多数存在する、等を理解しておく必要がある。特に、不十分な傷病名に、部位不明、詳細不明等といった ICD が付与される例は典型である。

◆正しい傷病名と ICD-10 コードの選択

- ①「噴門部」(修飾語) + 胃癌 (C16.9) → 噴門部癌 (C16.0)

※間違った選択 C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

- ②「尺骨」(修飾語) + 骨折 (T14.20) → 尺骨骨折 (S52.20)

※間違った選択 T14.2: 部位不明の骨折

- ③「慢性」(修飾語) + 肺炎 (K85) → 慢性肺炎 (K86.1)

- これらのマスターでよく誤解される要素は、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ている、読み方、見方を変えると存在する。
- マスターから選ぶと、「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である。
- それでも傷病名が存在しない場合は、独自にマスターへ登録して正しい傷病名を用いることになる。その場合は、以下の対応が求められる。
- なお、未コード化傷病名は不適切ではなく存在しないコードを新たに作成することは禁止していない。傷病名マスターに既にあるコードをワープロ入力等する場合は問題となるので留意すること。

ICD コードに関する Q & A

Q 1 : 標準病名マスター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ーを用いてもよいか。

A 1 : 標準病名マスターの使用を前提とするが、含まれていない場合等は施設独自のレコードを使っても構わない。その場合でも ICD コードのコーディング、データの仕様に準拠していること。

Q 2 : ある傷病名に対する ICD コードが分からない。どこに問い合わせればよいか。

A 2 : 傷病名、ICD コードの決定は主治医と相談の上、各医療機関で行うこと。

※「DPC 導入に関する影響調査 調査実施説明資料より抜粋」

Ⅲ. コーディングの基本的な考え方

1. 診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について

○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求は診療録（カルテ）に記載に基づいて行われる必要があり、DPC（診断群分類）の決定の際にも、診療録の記載に基づき適切に行わなければならない。

- 医師法第 24 条において、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」と規定されており、その記載事項については医師法施行規則第 23 条に規定されている。
- また、療養担当規則第 8 条（診療録の記載及び整備）及び第 22 条（診療録）に診療録に係る規定があり、診療録の記載は診療報酬請求の根拠となるものであるため、レセプトに記載された事項は、診療録に記載されていなければならない。

（療養担当規則）

第 8 条：保険医療機関は、第 22 条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第 22 条：保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第 1 号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

- また、DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の様式 1 の作成においても、診療録の記載に基づいて行うこと。

2. コーディングの基本と傷病名選択の定義

○重要なポイント

- ・ DPC コーディングの基本は医療資源に基づく「医療資源病名」の選択にある。
- ・ 対象となる期間は、DPC 算定病床に入院していた期間である。

- DPC コーディングの対象となる期間は入院期間であることから、該当する DPC コードが確定するのは退院時となり、退院後に変更はしない。
（例：退院後、時間が経過して新しい傷病名で呼ばれるようになった、病理結果が出た等により他の DPC に該当する場合であっても DPC の変更はしない。）
- 退院時点で診断が確定していない場合は、疑われる傷病名に対して医療資源を投入したという前提で、「〇〇疑い」等、疑われる傷病名を選択する。

（1）医療資源とは

- 「医療資源」とは「ヒト・モノ・カネ」の総体である。診療行為や薬剤のみではなく、

総合的に判断しなければならない。

- 特に室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等を評価する「入院基本料等」が医療資源に占める割合は高いことから、例えば何のためにこの入院に至ったのか等の判断を元に考える。

(2) 主要病態とその選択とは

- DPC コーディングは、1 入院期間を対象に、主要な病態となる傷病名を選択することが基本である。したがって、1 入院期間で患者の治療対象として代表する傷病名を選択することが必要である。
- ICD (国際疾病分類) においては、単一病因分析のために使用される病態を、「保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態」と定義している。

◆「主要病態」の選択の原則

- ①主として患者の治療又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 (= 1 入院期間で退院時に判明する主要病態)」を選択する。
- ②病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
- ③診断が確定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して選択する。

- DPC/ PDPS における「医療資源病名」は、当該一入院期間における ICD で定義される「主要病態」に置き換えて判断する。

※ 医療資源病名が確定しない場合は、結果として検査入院であり、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。この場合は、検査行為も医療資源の 1 つであり、総合的に判断する必要がある。

※ 過去の傷病名 (診療に無関係な何年も前の〇〇術後等) を選択すべきではなく、医療資源病名とはなり得ない。その判断の基準は、単純に「何ヶ月」というものではなく、今回の診療に影響を与えた医療資源の投入があったかどうか等により主治医が総合的に判断する必要がある。

◆不適切なコーディングの例

- ①既に治療が終わっている (今回の入院で当該疾病に医療資源の投入がない)
→右手尺骨骨折術後
- ②既にその臓器が存在しない
→胃癌術後 (胃、全摘後)

(3) 医療資源病名は、1 入院期間を対象に退院時に一つを決定する

- 医療資源病名は、当該入院期間中に最も中心的な目的、実施する診療行為に直結するものである。その選択の基準は、以下のとおりである。