

病名付与の留意点の一例

章	ICD10	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 (ICD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	耳および乳突突起の疾患	急性
K	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

◇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)。

→評価する側、審査する側の意向を考えなければならない。

◇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

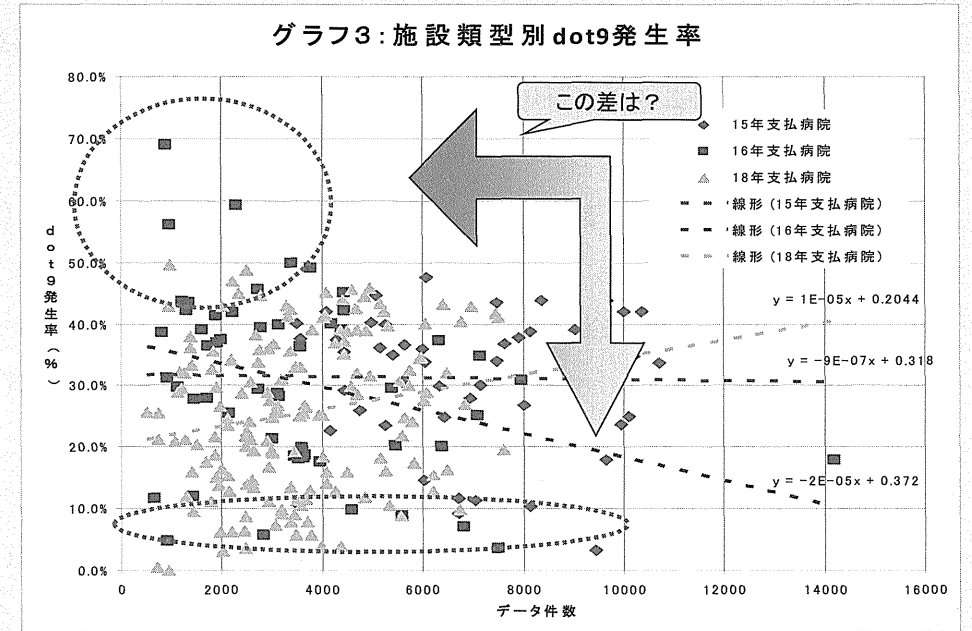
「膵炎: K85」「急性膵炎: K85」

「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

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？

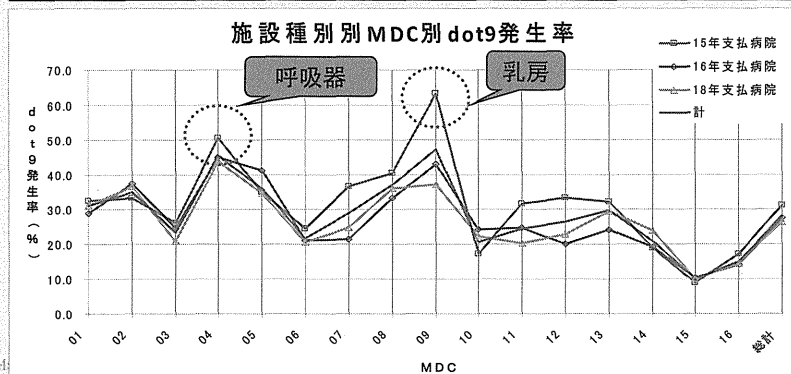
議論の発端は以下の報告から……



302

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	6,825	47.2
10	13,850	2,381	17.2	6,124	1,479	24.2	17,822	3,940	22.1	37,796	7,900	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	4,619	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	2,869	269	9.0	4,467	455	10.2	12,466	1,265	10.1	19,902	1,986	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	108,209	31.1	188,485	51,749	27.5	557,601	147,699	26.5	1,067,507	305,657	28.1



- 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 乳腺腋窩尾部<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。

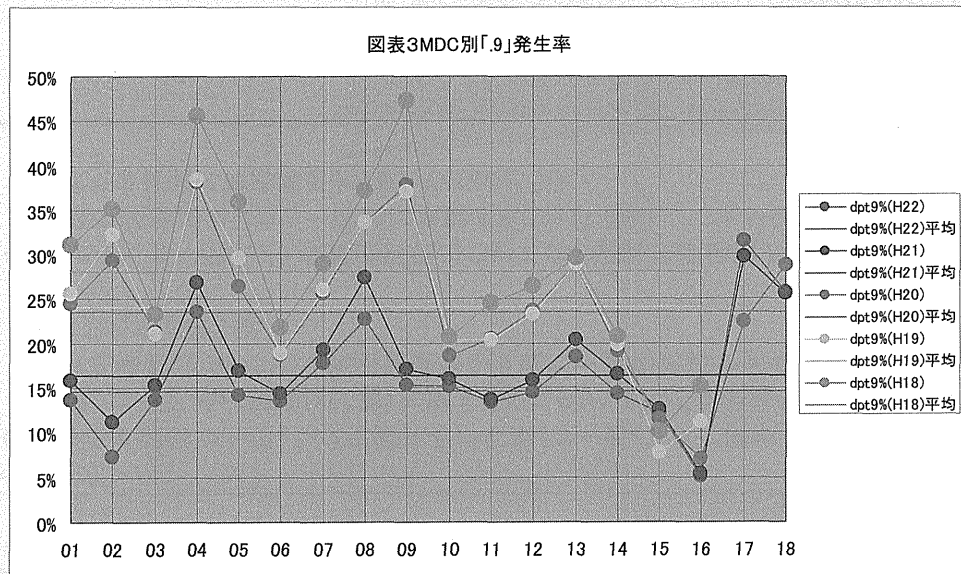
図表1:平成22年度研究班データの概要

MDC	件数	dot9件数	←%
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。



◇「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、?、と言いだめた。

→次回改定に向けて、コーディングマニュアル(コーディングテキスト)の議論が出現した。

◇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
<p><考え方></p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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応案をとりまとめてはどうか。</p>	

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

- 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
- DPCの更なる精緻化
 - CCPマトリックス導入の検討
- 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
- 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
- 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

◇コーディングガイドに関する動き

★2012年4月25日、DPC評価分科会において、以下が承認された。
以下、当日の資料より(原文のまま)。

1. 経緯

○ 診断群分類の選択については、一定のルールに基づいて主治医の医学的な判断でコーディングすることとされているが、コーディングに関する詳細な指針等はなく、平成24年4月25日DPC評価分科会において、事例によっては不適切なコーディングが散見される。コーディングの質が医療機関ごとに大きく差がある、といった指摘がなされたところ。

○ DPC評価分科会においてはこの指摘を踏まえ、DPC/PDPSコーディングに関するマニュアルをDPC研究班で作成してもらうこととした。

2. DPCコーディングマニュアルの今後の取扱いについて(案)

現在、DPCコーディングに関するマニュアル案の作成が進んでいるところであるが、当該マニュアル案は引き続きDPC評価分科会で内容の検討を行った上で、試行版を取りまとめ、DPC病院へ情報提供を行うこととしてはどうか。

◇コーディングガイド作成の方法

1) ICD-10を基本とし、DPC分類とICD分類との目的の違いを踏まえて解説をすることとした。

※ICDのエキスパートである診療情報管理士以外にも理解が出来るように留意した。

2) 過去の研究班に提出されたデータの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。

3) コーディングガイドの本文中、例示している個別のケースは、主に平成22年7月から10月までの研究班データ(2,170,720件)による。

※「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」:日本診療情報管理学会学術大会2012

◇作成の進捗

1)2012年12月7日、平成24年度第6回分科会において、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た。
Version1.0として公開に至るまでの主な修正履歴は以下のとおりである。

- 1)たたき台：2012年7月12日→22ページ
- 2)Version0.5暫定版：8月8日→24ページ
- 3)Version0.5：8月29日→25ページ
- 4)0.51：8月31日→25ページ
- 5)0.6：10月1日→27ページ
- 6)0.7～0.75：10月29日～12月27日→29ページ(0.75)
- 7)0.8～0.83：2013年2月4日～2月19日→23ページ(0.83)
- 8)0.9：3月13日→23ページ
- 9)1.0：3月14日→23ページ

※2013年11月現在、Ver.2.0として修正作業継続中

DPC/PDPSコーディングガイドについて(案)

以下、当日の資料より(原文のまま)。

1. 背景

○厚生労働科学研究班(伏見班)が平成24年度研究報告書において、「DPC/PDPS傷病名コーディングガイドver.1.0(以下、「コーディングガイド」という。)」を報告した。

○平成24年度特別調査(アンケート調査・ヒアリング調査)において、コーディングガイドに対する医療機関の意見を調査した。

2. 平成24年度特別調査(アンケート調査・ヒアリング調査)におけるコーディングガイドに対する主なご意見

・診療情報管理士や医事課職員が適切なコーディングのため努力しているが、臨床の医師にはICD-10やDPC制度があまり浸透していないため、疑義を示しても理解を得ることが容易ではないので、コーディングガイドによって一定の判断基準が示されるのはありがたい。

・本コーディングガイドによって診療側と審査側の認識が共通化されると思われるので、早期にコーディングガイドが正式リリースされることを望む。てはどうか。

2)その後、研究班および研究協力者等との議論に基づき改善を図り、2013年4月1日現在、version1.0である。

※0.75と1.0の差は、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主にICDに馴染んでいない者を意識してMDC順に再構成したことが主なものである。

3)その後も分科会等の意見を踏まえて修正を図っている。

(1)2013年4月3日：平成24年度特別調査(ヒアリング)：DPCコーディングに対して先進的な取り組みを行っていると言われる5病院の院長および実務者へのヒアリング、さらにコーディングガイドに対する意見聴取

(2)7月26日：特別調査のアンケート結果の報告(コーディングガイドに対する意見を含めて)、コーディングガイドの取り扱いについて議論

(3)9月に、全国3カ所(福岡、大阪、東京)で、診療情報管理士指導者認定者を中心に、約40名から意見を聴取。同時に、地方厚生局、審査支払機関からの意見も聴取。

・医療資源を最も投入した傷病名のコーディング方法については、考え方の優先順位をつける形で原則を示した方が良いのではないかと。

・具体的な事例を豊富に載せると参考になるのではないかと。文書ではなく、フロー方式等見易さに工夫が凝らせば普及するのではないかと。特に以下のような例でコーディングに苦慮するので判断基準を示してほしい。

・他医療機関で手術を施行し直後に、フォローの為に転院して来た患者のコーディング(例、癌の術後など)

・人工肛門閉鎖術の為に入院のコーディング等

3. 今後の対応(案)

○次回改定(平成26年度)以降の活用に向けて、平成24年度特別調査の調査結果等を踏まえて引き続き研究班においてコーディングガイドの見直しを行うこととし、見直し案について今秋をメドにDPC評価分科会に報告することとしてはどうか。

具体的なコーディングについての課題や疑問

◇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<肝彎曲>
C18.4	横行結腸
C18.5	左結腸曲<脾彎曲>
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

◆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)〇〇状態→本当に「〇〇」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2日で本当に腎不全の治療を？。

◇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

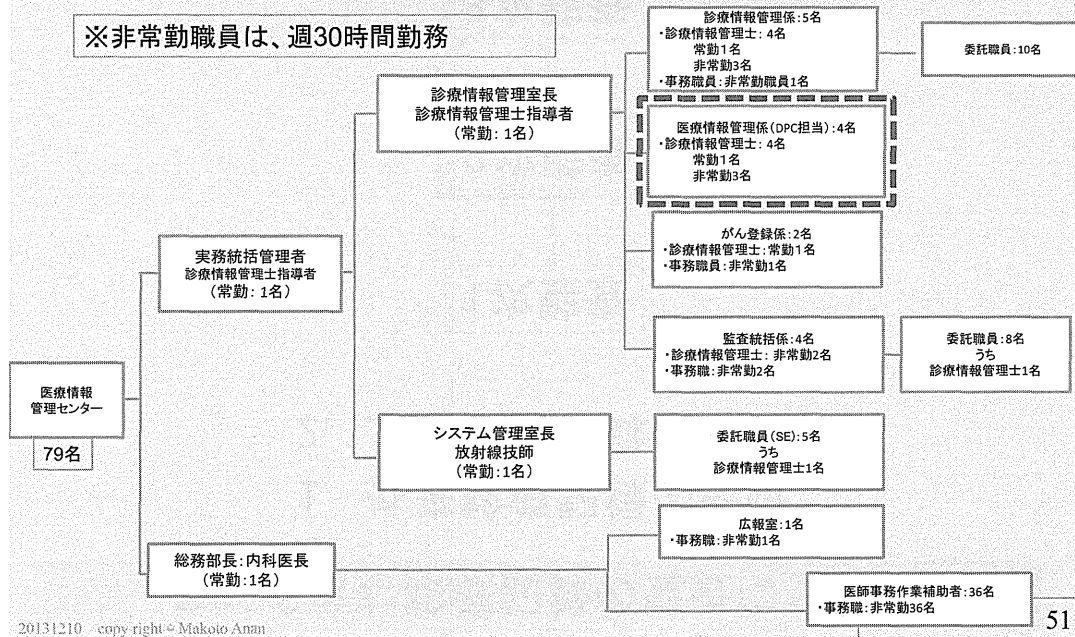
- 1)「心不全」→原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らか
- 2)「呼吸不全(その他)」→原疾患として、肺炎等が明らか
- 3)「手術・処置等の合併症」→IVHカテ先の感染
- 4)「手術・処置等の合併症」→入院中の術後の創部感染
- 5)「DIC等の続発症」→診療内容からして医療資源の投入量等の根拠に乏しいもの
- 6)「Rコードの多用」→診断が確定しているにも関わらず、漠然とした兆候による傷病名の選択

※鼻出血、喀血、出血、等の頻用……

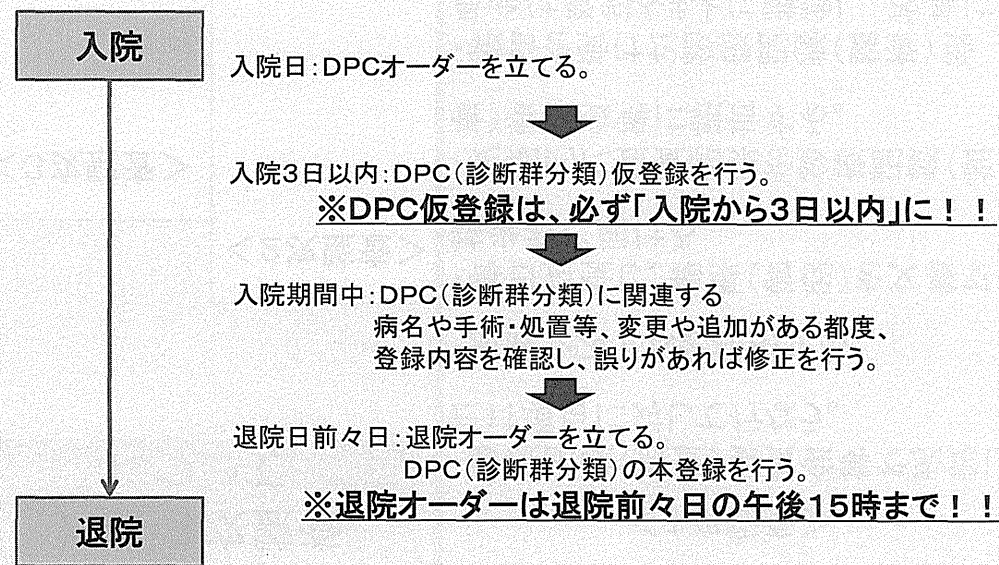
どのような体制、組織、業務フローを作るべきか

医療情報管理センター組織図

※非常勤職員は、週30時間勤務

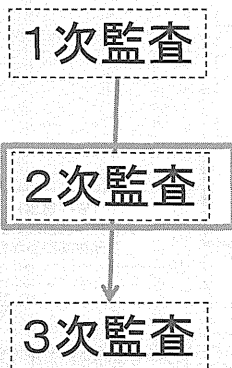


当院のDPC登録の流れ



DPCを含む診療記録の監査について

1. 外来診療記録の監査
2. 入院診療記録の監査



入院:1次監査 について

<1次監査>

- ・診療記録(監査)委員会等で決定した11項目に対して行なう。
- ・監査システムを利用する。
- ・毎日監査し、結果(督促)を文書で該当者に届ける。
- ・定期的に監査結果を診療記録(監査)委員会等に報告する。
- ・報告を受けた診療記録(監査)委員会は資料をもとに議論し、改善に繋げる。

<2次監査>

<3次監査>

入院:2次監査(DPC)について

<1次監査>

<2次監査>

- ・DPC項目(様式1など)と診療記録との整合性を確認する。
- ・傷病名と医療行為、転帰などとの整合性を確認する。
- ・診断群分類分岐に影響を与える項目について確認する。
- ・提出前のデータや返却データを確認する。

<3次監査>

DPC監査について

- ・DPC監査担当者
 - ◆病棟事務担当者(委託会社職員)
 - 各病棟に1人配置、全15名
 - ◆専任チェック担当者(委託会社職員)
 - 医事に1人配置(診療情報管理士)
 - ◆医療情報管理係
 - 医療情報管理センターに4人配置(全員診療情報管理士)
- ※さらに医師事務作業補助者が関与する

DPC監査によって分類が変更となった事例

◆事例1

医療資源病名	ICD10	手術	処置	診断群分類	電子カルテ記載
到着時心肺停止	I46.9	なし	中心静脈注射が「なし」になっており、「誤り」である。	したがって、050210xx9700xxのコードも誤り。	【退院時サマリ】 中心静脈カテーテルを挿入の記載あり 【フログレスノート】 Dr.〇〇にて中心静脈カテーテルを挿入しの記載あり。

↓

中心静脈注射「あり」が正しい	050210xx9702xxが正しいコード
----------------	-----------------------

◆事例2

医療資源病名	ICD10	手術	処置	診断群分類	電子カルテ記載
胸部大動脈瘤切迫破裂は、コーディングに十分な粒度をもたない	I712は正しいICDではない	冠動脈、大動脈バイパス移植術	対外ペースメーカー人工腎臓	050163xx01x4xxは正しいコードではない	【手術記録】 Patient Profile 「破裂の診断で当院緊急搬送」の記載あり。 【死亡診断書】 「胸部大動脈瘤破裂」の記載あり。

↓

正しくは、「破裂」しているため破裂性胸部大動脈瘤と扱う	I711	★当該分野のICDコード：破裂性か否かがポイント I71.1 胸部大動脈瘤、破裂性 I71.2 胸部大動脈瘤、破裂の記載がないもの	050162xx01x4xxが正しいコード
-----------------------------	------	---	-----------------------

57

入院：3次監査について

<3次監査>

- ・退院時要約を基準に診療記録との整合性を確認する。
- ・退院時要約、DPCデータ、診療記録との整合性を確認する。
- ・日々記録が適正になされているか確認をする。
- ・カルテ開示に備え、記載方法、適正か否かについて確認する。

<1次監査>

<2次監査>

20131210 copy right © Makoto Anan

58

DPC委員会の開催について

- ① 毎月第二水曜日開催(診療記録委員会に引き続き開催)
- ② 構成: 副院長、診療部長、看護部長、事務部長、副薬剤科長、副放射線技師長、副臨床検査技師長、医師、看護師長、算定係長 + 医療情報管理センター: 総務部長、実務統括管理者、診療情報管理室長、システム管理室長、診療情報管理士、SE
- ③ 病棟事務担当者との小委員会(改善勉強会)の報告、未解決問題や医師・看護師等の協力が必要なもの等を議論する。
- ④ 診療報酬改定に伴うDPCの変更等、今までのDPC登録業務と異なる事が発生した場合や特別調査等の協力等、DPC業務に関する報告や議論を行う。

59

DPC小委員会(DPC改善のための勉強会)について

<10月の議題>

- 1) 10月退院分基礎登録項目監査結果報告
- 2) 10月Kコード監査結果報告
- 3) エラーリストチェックのエラー報告
- 4) 10月退院分未解決率報告
- 5) 11月退院分締切チェック結果報告
- 6) 形式チェックエラー報告
- 7) 退院時処方病名登録について
- 8) 病名マスタ登録の手順について
- 9) 月末スケジュール調整について
- 10) 年末のスケジュール調整について、その他
 - ★胃癌詳細部位とコード(体部・前庭部)について
 - ★甲状腺良性腫瘍について
甲状腺良性腫瘍(Dコード)、甲状腺腫(Eコード)
 - ★間違ったコーディングの考え方、捉え方、対応

20131210 copy right © Makoto Anan

60

院内教育について

- ・毎年、新採用オリエンテーション時に全職員に対して講義
- ・医療情報センター内の月例会議にて、DPCを含めて、担当スタッフによるプレゼンを行い、スタッフ間の情報共有を行う
- ・平成25年度は、数ヶ月をかけて各診療科を行脚して、医師、看護師を対象に、保険制度とDPCについて、講義とディスカッションを行う計画→全職員に対しては6月に実施済み

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 !