

21	ERR540	Eファイル、Fファイルの退院日がFF1と異なる	「施設コード+データ識別番号+入院年月日」がFF1とEファイル、Fファイルで同一であるが、退院日が異なる。	FF1,E ファイ ル、Fフ ァイル EF 統 合ファ イル	フラグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親様式1(診療情報番号=0)のみチェック対象。</li> <li>・子様式1(診療情報番号≥1)はチェック対象外。フラグは0を設定する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0:エラー無し</li> <li>1:Eファイルの退院日がFF1と異なる</li> <li>2:Fファイルの退院日がFF1と異なる</li> <li>3:EファイルとFファイルの両方の退院日がFF1と異なる</li> <li>4:EF 統合ファイルの退院日がFF1と異なる</li> </ul>
22	ERR541	Dファイルの退院日がFF1と異なる	「施設コード+データ識別番号+入院年月日」がFF1とDファイルで同一であるが、退院日が異なる。	FF1,D ファイ ル	フラグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親様式1(診療情報番号=0)のみチェック対象。</li> <li>・子様式1(診療情報番号≥1)はチェック対象外。フラグは0を設定する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0:エラー無し</li> <li>1:Dファイルの退院日がFF1と異なる</li> </ul>

23	ERR550	入院基本料 または特定入 院料を算定し ない日がある	Fファイルでデータ区分 90(入院基本 料)または 92(特定入院料)の点数がな い日がある。	Eファイ ル	フラグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親様式1(診療情報番号=0)のみチェック対象。</li> <li>・子様式1(診療情報番号<math>\geq</math>1)はチェック対象外。フ ラグは0を設定する。</li> </ul>	<p>0:エラー無し</p> <p>1:入院基本料または特定入院料を算 定した前に、入院基本料または特定 入院料を算定しない日がある(ただ し、2のケースを除く)</p> <p>2:入院基本料または特定入院料を算 定した後に、退院前に入院基本料ま たは特定入院料を算定しない日があ る</p>
24	ERR610	医科レセプト のみでない	FF4で「1.医科レセプトのみ」以外	FF4	フラグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・FF4にレコードがない場合もフラグ設定する。</li> <li>・親様式1(診療情報番号=0)のみチェック対象。</li> <li>・子様式1(診療情報番号<math>\geq</math>1)はチェック対象外。フ ラグは0を設定する。</li> </ul>	<p>0:エラー無し(医科レセプトのみ)</p> <p>2:歯科レセプトあり</p> <p>3:保険請求なし</p> <p>4:保険と他制度の併用</p> <p>5:その他</p> <p>9:FF4に対応レコード無し</p>

25	ERR710	24 時間以内の死亡である	FF1 で「24 時間以内死亡の有無」が「24 時間以内死亡の有り」または「救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り」	FF1	フラグ		0:エラー無し(24 時間以内死亡無し) 1:24 時間以内死亡有り 2:救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り
26	ERR720	生後 7 日以内の死亡である	退院時転帰が死亡、かつ退院日が生年月日から 7 日以内(生年月日当日は 1 日とカウント)	FF1	フラグ		0:エラー無し(生後 7 日以内の死亡無し) 1:生後 7 日以内の死亡有り
27	ERR730	治験対象である	FF1 で「治験実施の有無」が「有り」	FF1	フラグ		0:エラー無し(治験実施無し) 1 治験実施有り
28	ERR740	移植手術を実施している	Fファイルに移植手術に該当するKコードに該当するレセ電算コードを持つ。移植手術の K コードは厚労省告示に基づく。(H15 第 75 号、H18 第 138 号、H20 第 93 号、H22 第 93 号)	F ファイル	フラグ	・親様式 1 (診療情報番号=0)のみチェック対象。 ・子様式 1 (診療情報番号≥1)はチェック対象外。フラグは 0 を設定する。	0:エラー無し(移植手術無し) 1:移植手術有り

29	ERR750	厚生労働大臣が定める者である	Fファイルに厚生省告示に該当する医科点数表コードを持つ。(H16 第 107 号、H18 第 139 号、H22 第 94 号、H22 第 94 号、第 96 号、第 197 号)	Fファイル	フラグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親様式1(診療情報番号=0)のみチェック対象。</li> <li>・子様式1(診療情報番号≧1)はチェック対象外。フラグは0を設定する。</li> </ul>	<p>0:エラー無し(厚生労働大臣が定める者でない)</p> <p>1:H16年度の厚生労働大臣が定める者である</p> <p>2:H18年度の厚生労働大臣が定める者である</p> <p>3:H20年度の厚生労働大臣が定める者である</p> <p>4:H22年度の厚生労働大臣が定める者である</p>
30	ERR760	一般病棟外への移動がある	FF1で「一般病棟外への移動あり」がある(~H16)。「精神病棟への入院あり」または「その他の病棟への入院有り」がある(H17~)。	FF1	フラグ		<p>0:エラー無し(一般病棟外への入院無し)</p> <p>1:一般病棟外への入院有り</p>
31	ERR770	年齢が120歳以上である	入院時年齢が120歳以上	FF1	フラグ		<p>0:エラー無し(入院時年齢120歳未満)</p> <p>1:入院時年齢120歳以上</p>

32	ERR780	手術が輸血のみである	FF1の手術1～5に輸血だけしか存在しない (輸血管理料は含まないこと)	FF1	フラグ		0:エラー無し(手術なし、または、輸血以外の手術あり) 1:手術が輸血のみ
33	ERR790	短期滞在手術基本料を算定している	Eファイルに短期滞在手術基本料に該当するレセ電コードがある。 '190076710','190076810','190125310','190130410','190130510'	Eファイル	フラグ		0:エラー無し(短期滞在手術基本料なし) 1:短期滞在手術基本料あり

## D. 考察

本研究の結果から、提出されているデータについて、一定数のエラーが含まれていることがわかった。特にキー情報の重複や必要なデータが欠損している症例などは、分析に影響度が大きいので、それを確実に除去できるようになったことは成果である。

また、分析の方向性によって、使用の可否が決まる入院患者レコードがあるということが本研究の過程で判明した。たとえば、入院の途中で保険適応になる患者について、それを分析に含めるか否か、その場合の在院日数はどの範囲を指すべきなのか、などといった点は、研究の目的に応じて、それを研究者が容易に判断できる環境にあることは結果の妥当性を維持するためにも重要である。今回の研究で、留意が必要な入院レコードに対してそのフラグメント化ができたことは大きな成果であったといえる。今後の開発においてもさらなる留意コードが必要かについてその使い勝手とともに検討していきたい。

現時点ではいまだにいくつかのテーブルについては一般的な研究者の持つ環境ではハンドリングが難しいサイズのレコード数を持っている状況にある。今後、このデータセットを使って、研究者が共通して使える集計データを作成し、より容易に研究ができるデータ環境を構築していく必要がある。

## E. 結論

本年度、平成 26 年度分までの分析用データセットの作成が完了し、運用することもできた。また、平成 26 年度以降のデータについても同様に処理が出来るシステムの稼働を行うことが出来た。

次年度以降、より容易に研究ができるデータ環境を構築していく研究を行っていきたい。

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」の見直しの提案について

分担研究者: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、皆元麻里加、福島祥子

○アイネットシステムズ 久富洋子

○日本診療情報管理士会 DPCWG:(株)健康保険医療情報総合研究所 上田京子、長崎大学病院 松浦はるみ、昭和大学病院 鎌倉由香、済生会横浜市東部病院 山本真希、大阪府立母子保健総合医療センター 枝光尚美

○日本診療情報管理士会:国立病院機構大阪南医療センター 喜多田祐子、倉敷中央病院 山上 幹栄、近畿大学医学部附属病院 生田勝也、大阪府済生会野江病院 町谷純子、国立病院機構大阪南医療センター 島田裕子、国立病院機構姫路医療センター 平岡紀代美、日本工学院専門学校 安孫子かおり、東京衛生病院 長津陽子、東京大学医学部附属病院 細川 敬貴、東海大学医学部附属病院 山本実佳、栃木県済生会宇都宮病院 小林直美、コミュニティホスピタル甲賀病院 小澤貴久代、亀田総合病院 東條善明、山口県立総合医療センター 来島裕太、済生会新潟第二病院 宇佐見昌康、長岡赤十字病院 片山凜子、済生会新潟第二病院 川端沙織、済生会新潟第二病院 木村雄介、新潟市民病院 坂井原千晶、木戸病院 眞田瑞樹、桑名病院 椎野千賀子、済生会新潟第二病院 田村知子、長岡中央総合病院 本田有加子、長岡中央総合病院 矢引智子、公立学校共済組合九州中央病院 塩塚康子、小倉記念病院 関川千鶴子、南風病院 中筋眞寿美、新小文字病院 亀谷和代、大分大学医学部附属病院 長田 ひとみ、寿泉堂総合病院 赤沼宏子、公立岩瀬病院 有我朋樹、国立がん研究センター東病院 稲垣時子、国立病院機構西埼玉病院 小野元気、総合南東北病院 樽川友美、寿泉堂総合病院 蓮實洋子、稲城市立病院 日高文、有隣病院 星賢一

研究要旨:

DPC 対象病院においては、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ことが責務とされているが、最近では、地域包括ケア病床届出にはデータ提出加算が義務付けられる等、DPC データの適切な作成は DPC 対象病院以外にも課題となっている。その一方で、DPC 精度が導入されて以来、傷病名の付与が基軸となるコーディング精度に問題があるとして、幾度となく指摘されてきたところである。その改善策として平成 26 年度の診療報酬改定時にコーディングテキストを誕生させ詳細なルールブック、理解のためのマニュアルとして用いられるようにされた。

引き続き、DPC 評価分科会のワーキンググループでの議論と並行して研究班での議論、さらには日本診療情報管理士会における DPC ワーキンググループでの議論、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士実務者 40 名以上に対して、東京、大阪、福岡、新潟、福島においての意見聴取、議論を基盤として、コーディングテキストの見直し案を作成した。その結果を、DPC 評価分科会 WG へ、平成 28 年度改定のたたき台として提案することとした。

## **A. 目的**

平成 26 年度の診療報酬改定において、本研究班にて提案した DPC/PDPS コーディングテキスト第 1 版が、正式に厚生労働省版としてリリースされた。そして、同時に、厚生労働省版として継続して見直ししていくことも明らかにされた。第 1 版作成の過程においては、地方厚生局、審査支払機関、パブリックコメント、診療情報管理、特に ICD コーディングについてのエキスパートの職能団体である日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士からの実務者としての意見を取り入れ、提案した。公開後も平成 27 年度の研究として、診療情報管理士実務者の意見を探り上げつつ、次回改定に向けて意見を収集した。平成 28 年度においては、これらの意見に対して、東京、大阪、福岡にて収集した意見についてメールを用いて議論を深めるとともに、藤森研究者と共に前述の三カ所において検討会を開催し(一部は平成 27 年度末までに実施)、議論を集約した。そのうち、集約出来なかったものについて、さらに新潟、福島で診療情報管理士実務者の議論を行い、最終的には藤森研究者ととりまとめを行い、DPC 評価分科会の WG に提案を行った。

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多くの診療情報管理士の方々に意見聴取、調査協力等にご協力をいただいた。感謝申し上げます。

## **B. コーディングテキスト見直しの視点**

まず、平成 27 年度の議論をもとに、コーディングテキストについては、修正すべき内容(文章)、修正・追加文章等、必要とする理由についてまとめることとした。

さらに、コーディングテキスト改定にあたり、DPC 分類そのもの、27 年度に収集した意見を具体的に議論して、分類に対する疑問についても意見を集約することとした。

- 1) DPC 分類の「定義テーブル」に含まれる適切でないと思われるもしくは検討を要する ICD コード
- 2) 1 つの DPC 分類を分割し新たな分類を作るべきだという提案例
- 3) 「標準病名マスター」の傷病名に付与された適切でないと思われる ICD コード
- 4) 「標準病名マスター」の傷病名に含まれる表現を変更すべきもの

## **C. 課題の整理**

現在のコーディングテキストは DPC 分類と ICD 分類の橋渡しの役目を持つと同時に、ICD では曖昧な定義を DPC にあわせて明確にすべく工夫をしている。見直しのための課題は以下のように整理してみた。

- 1) 議論の結果、結論を導くことが出来たもの、単純な表現の統一等、集約出来ることについては、コーディングテキストを直接修正する形で提案する。なお、留意点コードの見直し、6 桁分類の留意点等も並行して作業と議論を行う。
- 2) 意見が集約出来ない事項については、DPC 評価分科会の WG の判断に委ねることとする。

## **D. 結果**

DPC 評価分科会 WG に提案した内容は以下のとおりである。

なお、診療情報管理士実務者の意見や議論の詳細についての資料は一部 DVD 版に掲載する。



## 1. 現行のコーディングテキストの問題について(問題点の収集)

### 1)平成 26 年度において、以下のように問題点収集を行った

- (1)ICD にかかる経験ある診療情報管理士実務者から意見の収集を行った。
- (2)(研究班セミナー等で質問があった事例等を参考に、実務者に実際にコーディングを行ってもらい、適切なコーディングをするために迷いが発生する要因等を調査した(調査用紙を作成しメールにて意見収集した)。
- (3)収集した意見について、東京、福岡での 2 カ所で、意見交換を行った。
- (4)加えて、以下の 3 つの視点から、意見の收拾を行った。
  - ①「定義テーブル」に含まれる適切でないと思われる ICD コード
  - ②1 つの DPC 分類を分割し新たな分類を作るべきだと思われるもの
  - ③「標準病名マスター」の傷病名に付与された適切でないと思われる ICD コード

### 2)平成 27 年度においては、引き続き以下のような意見集約を行った

- (1)上記の(4)について、東京、大阪、福岡で、意見交換を行って意見を集約した。
- (2)問題解決に至らなかった点について、新潟、福島で具体的な対応策等の意見集約を行った。並行して日本診療情報管理士会の DPC ワーキンググループによって 6 桁分類の留意点の見直し等を行った(コーディングテキストを修正済み)。
- (3)意見の集約を見なかったもの、DPC と ICD が 1 対 1 で対応しないために発生する問題、ICD そのものの問題については WG の議論に委ねることとして、残る問題を整理した。

## 2. 現行のコーディングテキストが抱えている問題の整理

残る問題は以下の 6 点に絞った。

- 1)原疾患主義によるもの
- 2)「急性期」ではない患者の取り扱い
- 3)変化がない、回復不可能な状態への対応
- 4)過去の病歴が不明で診断に窮する場合(死亡時)
- 5)結果的に無病の取り扱い
- 6)処置後合併症の取り扱い

具体的な事例として順に示す。

### 1)原疾患主義によるもの

元々の疾患、基本となる疾患をもっているが、今回の入院では直接的にその治療を行わない場合。

#### (1)典型例は以下のとおり

- ①がん化学療法による好中球減少症(今回はがんへの治療はしない)→現状では〇〇がんとせざるを得ない。
- ②肝臓癌で腹水貯留があり、今回は腹水処置のみを実施→現状では肝臓癌とせざるを得ない。  
※この例では腹水貯留の R コードが使えないことも検討すべきである。その一方で、肺癌で胸水貯留がある場合は、R コードではなく、J コードに胸水貯留が存在する。

#### (2)改善案の提案

- ①がん化学療法等のケースに限って、がんへの治療を行っていないという前提で、合併症としてコードすることにしてはどうか→現状のままでは、臨床現場では違和感が強く、さらに、本来のがんへ

の治療への評価を下げることになっている。

②日本版 DRG および DPC 導入当初、極めて曖昧な傷病名（めまい等）とすることで事実上のアップコーディングがなされたために R コードに強い制限をかけたが、一部については解除することを検討したらどうか。

## 2)「急性期」ではない患者の取り扱い

入院が長期に渡る患者がいた場合、医療資源の投入がフォーカス出来ないことがある。このような患者が主体となる、例えば、ケアミックス型、慢性型の病院の存在（ホスピスも含む）が DPC 病院に参入以来の課題として残っている。

(1) 典型例は以下のとおり

①ホスピスのように、事実上、原疾患（がん等）への治療が全く行われない場合、すべてがんとして扱うしかない→診療内容と傷病名との乖離がある。

②長期になるためフォーカスを絞った積極的な治療をしないため、集中した医療資源の投入もなく傷病名を選択するのが困難である。

(2) 改善案の提案

Z コード、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用（Z00-Z99）コードの活用を検討してはどうか。

例えば、

①については、原疾患のがんのコードに併用して、Z51.5 緩和ケアを追加したらどうか。

②については、例えば以下のコードを付記することによって患者の状態を分類出来るのではないか。

◦Z54.0 手術後の回復期

◦Z54.1 放射線治療後の回復期

◦Z54.2 化学療法後の回復期

◦Z54.3 精神療法後の回復期

◦Z54.4 骨折治療後の回復期

◦Z54.7 複合治療後の回復期

◦Z54.8 その他の治療後の回復期

◦Z54.9 詳細不明の治療後の回復期

※その他にも Z コードはリハビリ等も分類出来るようになっている。

## 3) 変化がない、回復不可能な状態への対応

症状固定に近い状態、積極的な治療がない場合等、医療資源の投入判断が困難なケースがある。

(1) 典型例としては以下のとおり。

①かつての低出生体重児が成長した後、健常人と比較して呼吸機能に問題が残った場合→定期的な検査等のために入院（現在は特段の病気や体調不良があるわけではない）。

②特段の疾病があるわけではないが加齢等で機能不全が表面化してくるもの（特段の治療歴があるわけではない）→心不全、呼吸不全としか選択しようがない場合→基本的に対症療法のみ等。

※既にわが国の高齢化社会では特段の疾病がなくとも死亡するケース（老衰といえるような）があり、さらに、基本的に無病や症状固定している場合でも保険診療が可能であり、それへの配慮も必

要である。

#### (2)改善案の提案

①については、入院目的(検査目的)を選択したらどうか。傷病名については、例えば、〇〇疑いとする等。また、併せてZコードの活用も考えられる。その場合は、原疾患に追加してZコードを付加して区別する。ただし、原疾患にこだわるなら成人しても、低出生体重児という傷病名を選択しなければならないというような不自然な状況になるため、多くの場合は、現在の状況を優先して、〇〇疑いの方が納得がいくのではないかと思われる。もっとも、その場合は、呼吸不全疑い等にせざるを得ず、曖昧な傷病名だという印象も強い。

②については、他の疾患に対する治療がない、対症療法のみしかしていない、という前提で、心不全、呼吸不全とせざるを得ない。ただし、死因統計でも特段の疾病をもたない高齢者の死亡等については苦慮しているという話もあり、死因統計のコーディングとも歩調を合わせて検討する必要があると思われる。また、明確な診断が見つからない場合は、〇〇疑いとして、さらにZコードで区別する方法もあろうと思われる。

※この問題については、過去の病歴や年齢等への配慮が必要であるが、一定の条件で不全病名を認めないと結果的にアップコーディングもしくは疑い病名の列挙になってしまうことを危惧する。

#### 4)過去の病歴が不明で診断に窮する場合(死亡時)

過去の病歴が不明な独居老人等での確な診断が困難な場合があるとの指摘→救急の非常に多い病院で増加しているという指摘あり。

##### (1)典型例としては以下のとおり

①救急車で来院後に入院するも、過去の病歴が不明で診断名不明確な状態で数日後に死亡。老衰、心不全、呼吸不全以外の選択は困難であった→無理に傷病名を選ばせると、結果的に不正確コーディング(アップコーディング)になる可能性がある。

※前述の2)、3)と同様な考え方も出来るのではないか。「急性期」ではない、「変化がない回復不可能な状態」、「フォーカスを絞れない」、そもそもDPCで対応すべきか、という議論。

##### (2)改善案の提案

前述の2)、3)のような対応をせざるを得ないのではないか。

#### 5)結果的に無病であった場合の取り扱い

現行の診療報酬請求ルールでは、結果的に無病もしくは基本的に発症していなくても保険診療が適用される。

##### (1)典型例としては以下のとおり

①既に患部は切除したり、治療を行って正常な機能を取り戻したという場合で、過去の疾病に対する治療がない場合。

例えば、がん患者の定期検査、確認カテーテル検査等が該当する。この場合、がんが再発したり、心筋梗塞が再発したりという場合ではなく、その瞬間は無病という場合がある。

②不明熱で検査していたが検査中に症状が改善して最終的に診断が見つからない場合がある。

##### (2)改善案の提案

①については、Zコード、Rコード等を活用すればどうか。この問題に対応する1方法として「付加コード」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」を設けているが現在は支払には活用されていない。

②については、最も医療資源を投入した検査と考え、その傷病名を〇〇疑いとすることで対応が可

能であると思われるが、その一方で、Rコードや「疑い」、いい加減な傷病名の頻用が危惧される。

#### 6) 処置後合併症の取り扱い

手術・処置等の合併症(180040)については、全くレベルの異なる分類がひとまとめにされていて、いわゆる「その他」、「ゴミ箱」的な扱いとなっているが(全体的に設定された診療点数は高額)、本来は処置後の合併症というよりも、再度の診療とすべき疾病が含まれるのではないかという指摘。

(1) 典型例としては以下のとおり

①IVH 時のカテ先感染、CAPD、人工骨頭再置換、弁置換等のなかには、処置後に発生したというよりも、並行して存在した、もしくは単なる繰り返しというものもあるのではないか。

②また、本来、処置後の合併症については現在の分類にはあまりにレベル差がありすぎる疾患が含まれている。

(2) 改善案の提案

①IVH による感染と本来の入院目的となった疾患との重み付けを明確にするのはどうか(症状詳記を求める等)

②例えば、人工骨頭の再置換、弁の機械的合併症等であれば、毎回新たに原疾患として取り扱ったらどうか。

③原疾患、続発症、再発等が同一に含まれているので、ある意味アップコーディングの温床になっている側面もあり、これを分離するには、Zコードを添付するようにして(さらに、術後〇〇については全てに症状詳記を義務付けたらどうか) 区別すればいいのではないかと思われる。

#### 3. 今後のコーディングテキスト改定にあたって議論していくべきこと

傷病名の選択にICD分類を基盤にしている以上、1対1で対応出来ない問題があるので、コーディングテキストという指針を示して対応している現状があるが、今後の方針として以下の課題は整理すべきだと考える。

上記2で述べたことの繰り返しになる部分もあるが、

1) 原疾患を主とする考え方については一定の条件を設けて例外としたらどうか

(1) 術後の合併症→明らかに術後の合併症の治療だけしかない場合という条件

(2) 疾患の関連性を考慮する→原疾患への治療は全く行わずに併存、続発症のみの治療をした場合

2) Rコードの制限の条件付き緩和、Zコードの活用(医療資源を2番目に投入した傷病名、入院時併存症、入院後発症への選択)

3) 留意点コードの見直し(既の実施し、これからも継続的に見直ししていく)

4) 分類改定にあたり、適切なICDコードの見直し→CCPマトリクスがMDCをまたいだものになれば対応が可能となることも多いのではないか。

本来Wコーディングで扱うべき事の矛盾がある。例としては糖尿病性白内障、同じ化学療法なのに傷病名によって分類が異なる等の問題がある。

また、特に日本の特異的な事情があり、ウイルスによる肝硬変は現在は恣意的に感染症の分類に含まれているが肝炎と肝硬変では治療内容が異なるのでどこかで分離する必要がある。

5) 症状詳記等、原則や望ましいと表現しているところを確定表現に出来る部分はないか。

#### 4. Zコードの利用について

1) 本来の疾患、例えば、①がんに対する治療を行った場合、②がんにかかる検査(定期検査)をただけの場合、③積極的な治療がなく経過観察(ホスピス含む)というケースを想定すると、

①については、そのままICDコードで分類する、化学療法のみの場合は、がん病名を医療資源病名とし、入院時併存症の一番目にZコードの、「Z51.1 新生物の化学療法施行中」を付与する

※その他、「Z51.0 放射線治療施行中」も同様な対応が考えられる。

②については、Zコードの「Z03.1 悪性新生物の疑いに対する観察」もしくは、以下のコード等を付与する。

「Z08.0 悪性新生物の術後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.1 悪性新生物の放射線治療後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.2 悪性新生物の化学療法後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.7 悪性新生物の複合治療後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.8 悪性新生物のその他の治療後の経過観察<フォローアップ>検査」

③については、状況にあわせて以下のZコードを付与する

「Z51.4 後続治療のための準備ケア,他に分類されないもの」

「Z51.5 緩和ケア」

「Z51.8 その他の明示された医学的ケア」

2) 骨折後の抜釘等への対応としても、同様にZコードを付与したらどうか。

「Z47.0 骨折プレート及びその他の内固定器具の除去に関する経過観察<フォローアップ>ケア」

#### ※別途添付資料(DVD)

1) コーディングテキスト改定案:(2月25日版)

2) 診療情報管理士実務者の意見集約

### E. 考察とまとめ

結果に示したとおり、DPC コーディングにおける実務者として悩ましく迷いが生じる問題の多くは、DPC が日本という医療先進国における臨床家が考える分類に対して、世界中で用いられることが前提のICDでは、その目的な関連する粒度にも大きな違いがあるということが原因である。

その一方で、医療の現場で日常的に付与される傷病名とICDに規定される分類名との乖離や粒度の差も指摘されているところである。

特に、保険診療の影響を受けて、出来るだけ汎用性を持たせるために、医師が付与する傷病名が極めて曖昧であり、時にはアップコーディングとみなされても仕方ないようなケースも存在する。

例えば、

- 1)「心不全」→原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らかである場合
- 2)「呼吸不全(その他)」→原疾患として、肺炎等が明らかである場合
- 3)「手術・処置等の合併症」→IVH カテ先の感染、入院中の術後の創部感染
- 4)「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
- 5)「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:例えば、鼻出血、喀血、出血、等の頻用……

以上のとおり、立場や環境を異にする診療情報管理士実務者の意見を収集し議論をすることによって、多岐にわたる問題点と解決策が提案された。しかしながら、同時に DPC 分類と ICD 分類の目的が異なることと、1 対 1 で対応出来ないことによる課題は残っている。それらの課題を改善するために、今回、R コードの適用範囲の見直しや Z コードの活用によるより詳細な患者状態の表現等を提案してみた。

※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 13 報「コーディングテキスト見直しにかかる課題」、第 40 回日本診療情報管理学会学術大会、2015/9/17-18、岡山市

## **H.知的財産権の出願・登録状況**

特記事項なし

分担研究報告書

## 適正なコーディングに向けて、「医療資源病名」に関するアンケート調査

分担研究者 藤森 研司

(東北大学 医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野)

### 研究要旨

平成26年度4月にコーディングテキスト第1版が上梓されたが、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再確認を行った。コーディングテキストが上梓されて1年以上の経過があるが、「最も医療資源を投入した傷病名」の考え方が依然として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。また、コーディングテキストで明示されているにも関わらず、異なるコーディングも散見された。コーディング以外に、DPC/PDPSの請求に係る出題も行い、コーディングテキストに請求に関する事項の追加も必要であることが感じられた。

### 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26年度にコーディングテキストの第1版が示され、「最も医療資源を投入した傷病名」の基本的な考え方が整理され、具体的な事例も提示された。その考え方がどの程度普及したか、コーディングテキストにさらに追加すべき事項がないか、具体的な事例を用いてアンケート形式で回答を得て傾向を検討した。

### 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。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」という支払い側に立った視点であり、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。従って、特定の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。必ずしも各地域の医療機関の割合ではないことも留意すべきである。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・研究会で同じような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。開催地域により、出題問題に若干の差があり、一部の開催地では出題していない場合がある。その場合、回答欄(%)は「-」で記す。

日時、会場、回答数は以下の通りである。

平成 27 年 10 月 24 日	高知市	45 名
平成 28 年 1 月 23 日	福井市	55 名
平成 28 年 2 月 6 日	神戸市	87 名
平成 28 年 3 月 5 日	広島市	61 名
平成 28 年 3 月 19 日	鹿児島市	46 名

以下に出題と選択肢、各地域の回答状況(%)を示し、解説を付記した。

### 問 1

- 慢性腎臓病(stageG5D)にて透析施行中の患者。
- シャント閉塞にて、内シャント設置術のために入院となった患者。内シャントを設置し、4日で退院した。
- 最も医療資源を投入した傷病名はどちらであるべきか？

### 選択肢

- A) 慢性腎臓病(N180)
- B) シャント閉塞(T828)

### 回答 (%)

会場	高知	福井	神戸	広島	鹿児島
A) 慢性腎臓病	-	20	40	32	15
B) シャント閉塞	-	80	60	68	85

人工腎臓においてシャントの閉塞あるいは狭窄はしばしば起き得る状態であり、手術・処置等の「合併症」ではなく自然経過と考えることもできる。平成 26 年改定で DPC 180040、「手術・処置等の合併症」において、「内シャント血栓除去術等」あるいは「内シャント又は外シャント設置術等」が新たな分岐として設定された。

この改正により DPC 点数は適正なものとなったが、すべての医療機関がこのコードを利用している訳ではないことが分かり、悩ましい問題である。ICD10 T828 には、



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

の異なる臓器の多彩な病態があり、この ICD10 をもって最も医療資源を投入した傷病名とするには適切性を欠くようにも思われる。

DPC180040 はいわゆる「ゴミ箱分類」でもあり、DPC コードと患者像の明確化を図る意味で、今後は DPC 180040 の分岐条件から「内シャント血栓除去術等」あるいは「内シャント又は外シャント設置術等」は削除し、慢性腎不全で統一すべきではないかと考えるが、T828 そのものを慢性腎不全に移動した場合、冠動脈ステント留置後再狭窄や人工弁血栓が慢性腎不全に含まれることになり、これもまた不都合である。

抜本的には ICD10 コードの変更が必要と思われるが、対応は容易ではなからうから、入院契機病名としては T828 を認めるが、医療資源病名は「慢性腎不全」で行うことをコーディングテキストに追記すべきと思われる。

## 問 2

- 右乳房上内側癌(C502)に対して、2005年に右胸筋温存乳房切除、術後9年経過した。
- 右乳房再建希望されて2014年にエキスパンダー挿入術行った。
- インプラント入れ替え目的で入院し、ゲルを用いた乳房再建術(K4764)を行った。

## 選択肢

- A) DPC:090010 C502 乳房上内側乳癌  
 B) DPC:180040 T889 乳癌術後後遺症

## 回答 (%)

会場	高知	福井	神戸	広島	鹿児島
A) 乳癌	82	54	33	44	48
B) 乳癌後遺症	18	46	67	56	52

本設問も医療資源病名を原疾患とするのか否かを問うもの、あるいは「手術・処置等の合併症」の適正性を問うものである。会場によって回答傾向は異なり、高知では原疾患の乳癌が大多数である一方、神戸では T889 の乳癌後遺症が多く、福井、広島、鹿児島はほぼ同数であった。

本症例は過去の乳癌再建に対する本人希望の再再建であり、乳癌そのものは根治していると判断される。一方、乳房再建が「後遺症」に対するものなのかと問われれば、それはそれで違和感がある。その結果が会場による意見の相違になっていると思われる。ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)(K476-4)そのものは定義表の乳癌の項目には分岐条件として明示はなく、その他の手術になるが、動脈(皮)・筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)(二次的)(K476-32)などは明示されており、すべての乳房再建は乳癌のコーディングに含まれるべきであろう。

T889 もまた臓器をまたぐ ICD10であり、H26 年度の標準病名マスタでは、下記の傷病名が含まれる。

病名コード	病名
9989003	開腹術後愁訴
9969003	子宮癌術後後遺症
9989013	術後腰痛
8842299	乳癌術後後遺症
9989026	脳手術後遺症
9989027	脳腫瘍摘出術後遺症
9989034	副鼻腔炎術後症

上記の状況であれば T889 をすべて乳癌の項に移動することはできず、原疾患でのコーディングが妥当と思われる。

### 問3

- CAPD 治療中の透析患者。
- 腹膜カテーテル感染による腹膜炎を起こし入院。
- 抗生物質治療、抗真菌薬も併用。後に排液培養からカンジダ検出ありカンジダ性腹膜炎の診断。
- カテーテル抜去し、内シャント造設術。
- 透析施行あり。入院期間 43 日。

### 選択肢

- A) DPC:180040 T857 CAPD 腹膜炎
- B) DPC:060370 K659 カンジダ性腹膜炎
- C) DPC:110280 N180 慢性腎臓病

回答 (%)

会場	高知	福井	神戸	広島	鹿児島
A) CAPD 腹膜炎	31	47	16	41	32
B) カンジダ性腹膜炎	40	35	68	33	46
C) 慢性腎臓病	29	18	16	26	22

本設問も「手術・処置等の合併症」の妥当性を問うものである。類似の状況には IVH のカテ先感染による敗血症があるだろう。本症例では腹膜炎の契機となったのは CAPD カテ先端の感染であったろうが、入院中の主な診療内容は腹膜炎そのものに対する治療であり、カテ先という局所の問題ではない。地域によっては T コードへのこだわりがみられるが、疾患の契機となった状況と治療の対象そのものとなった疾患は分けて考えるべきであろう。

T857 も複数の臓器に見られる ICD10 コードである。

病名コード	病名
8846325	乳房エキスパンダー感染
8846324	乳房インプラント感染
8848055	歯科矯正用アンカースクリュー周囲炎
8843646	歯科インプラント周囲炎
8848046	広範囲顎骨支持型装置周囲炎
8848026	胃瘻造設部感染
8845208	VPシャント感染症
8845207	VAシャント感染症
8845204	LPシャント感染症
8842650	CAPD腹膜炎
8842649	CAPD出口部感染
8842648	CAPDカテーテルトンネル感染

これらの病名は疾患の契機としては妥当であろうが、入院治療の本体そのものではなく、これらを医療資源病名とすることは、ごく限定された場合でなければ適切とは言えないだろう。

**問4**

- 左胸膜炎・胸水貯留あり、精査のため入院。
- ゾシン点滴治療開始、胸腔ドレーン挿入。
- 精査の結果、悪性中皮腫が最も疑われたため、悪性中皮腫としてコーディング。
- 胸水に対しユニタルク、ビシバニール胸腔内注入したが、これは化学療法あり・なし？

## 選択肢

- A) 化学療法あり
- B) 化学療法なし

## 回答 (%)

会場	高知	福井	神戸	広島	鹿児島
A) 化学療法あり	35	39	43	37	35
B) 化学療法なし	65	61	57	63	65

本設問は医療資源病名を問うものではないが、コードの下位の分岐の妥当性を問うものである。「化学療法」には幅があり、標準レセプト電算マスタにも化学療法剤としての明示はない。薬価基準コードの上4桁は薬効分類であり、42 で始まるものが腫瘍薬であるが、例えば溶骨性骨転移で使用されるゾメタは 39 で分類され、これは「その他の代謝性医薬品」である。薬剤によっては複数の効能があり、機械的に抗がん剤とはできない場合がある。

ピシバニール、タルク(ユニタルク胸膜腔内注入用懸濁剤)ともに 42 に分類されるが、これらの薬剤には抗腫瘍効果はない。これらの薬剤の作用機序は胸腔内に投与されることで人工的な胸膜炎を惹起させ、臓側胸膜と壁側胸膜を炎症により癒着させ、胸水が貯留するスペースを減じることで胸水貯留を抑制することにある。確かに「化学的」な治療ではあるが、抗腫瘍効果を目指したのではなく、一般的な意味において抗癌剤とは言えない。

本来はこれをコーディングテキスト第二版で明確に記述すべきであったが、十分な議論がなされず、見送りとなった。次回には盛り込みたいと考えるが、上記の集計結果のごとく、化学療法とは考えない医療機関がやや多い状況である。

ゾメタは薬効分類上は代謝性薬品であるが、溶骨性の転移性骨腫瘍ならびに多発性骨髄腫では腫瘍の進展を留める作用があり、抗癌剤とみなされている。一方、ゾメタを高カルシウム血症の治療薬として用いた場合はまさに「その他の代謝性医薬品」としての使用であり抗癌剤ではない。悪性腫瘍患者に高カルシウム血症の治療薬としてゾメタを使用する機会はあるため、ゾメタの使用をもって機械的に化学療法ありとすべきではなく、その用途を確認してコーディングを進めるべきである。

### 問5

- 乳癌にて化学療法中
- 37～38℃台の発熱にて入院
- 白血球、好酸球が低値
- 入院中は抗菌薬の点滴と造血薬の投与
- 入院4日目に軽快退院
- いずれを最も医療資源を投入した傷病名とすべきか？