コーディングテキスト
改定の流れとその意図
★2020（令和2）年度改定を踏まえて★

川崎医療福祉大学　医療福祉マネジメント学部
医療情報学科　阿南　誠

本日のお話のOver view

1. DPCとコーディングテキスト
2. DPCコーディング（ICDコーディング）の課題
3. 2020（令和2）年度改定について

急性期入院医療の定額支払制度の試行

我が国の診断群分類の1995年頃からの中医協での議論、決定

1）1996年（平成8年）2月、中央社会保険医療協議会（中医協）において、「国立病院である急性期医療における入院医療の包括化の試行」の提言

2）1997年（平成9年）、旧厚生省にて試行検討委員会等が組織される

※同時期、MEDISの退院患者シートデータのICD分類および処置手術コード（ICD9-CM)について、演者に問い合わせ、基礎調査項目、基礎調査の方法について検討依頼あり

3）1999年（平成11年）、病名付与の留意点研究班誕生、病名付与の留意点マニュアル作成→全国試行病院に厚生省から配布（病名に対する危機感から：今も続く）。当該資料を用いて厚生省医系技官全国試行病院を行脚。

国際疾病分類(ICD)の体系：ICD-9とICD-10の対応表

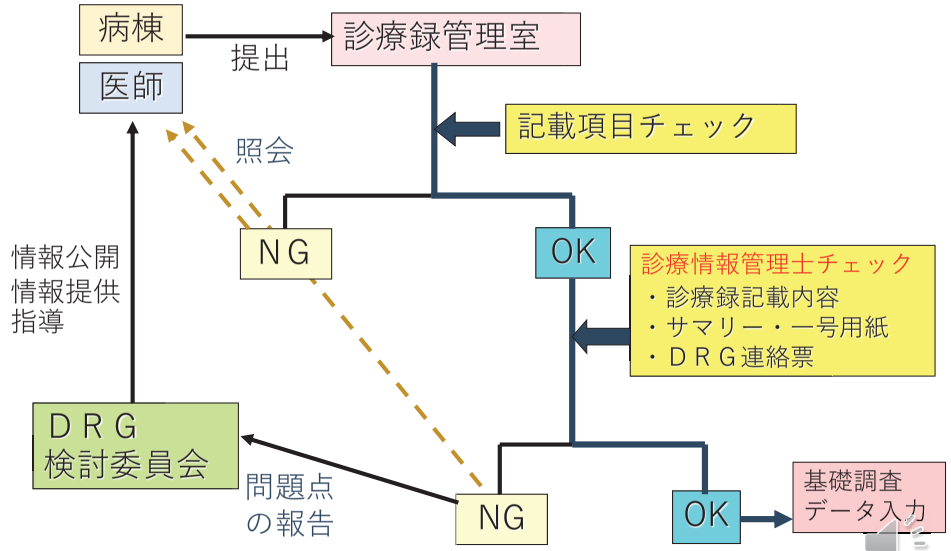
章	ICD9	分類	章	ICD10	分類	留意点
I	００１−１３９	感染症及び寄生虫症	I	Ａ００−Ｂ９９	感染症及び寄生虫症	局所感染は除き、原因菌、病原体を記載（妊娠合併、周産期を除く）
II	１４０−２３９	新生物	II	Ｃ００−Ｄ４８	新生物	合）、術後、治療後を記載、単なる裏腿は新生物ではないので注意
III	２４０−２７９	内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害	III	Ｄ５０−Ｄ８９	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
IV	２８０−２８９	血液および造血器の疾患	IV	Ｅ００−Ｅ９０	内分泌、栄養および代謝疾患	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
V	２９０−３１９	精神障害	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	３２０−３８９	神経系および感覚器の疾患	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	耳および乳様突起の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
VII	３９０−４５９	循環系の疾患	IX	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
VIII	４６０−５１９	呼吸系の疾患	X	Ｊ００−Ｊ９９	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
IX	５２０−５７９	消化系の疾患	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
X	５８０−６２９	泌尿生殖系の疾患	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
XI	６３０−６７６	妊娠、分娩および産じょくの合併症	XIII	Ｍ００−Ｍ９９	筋骨格系および結合組織の疾患	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
XII	６８０−７０９	皮膚および皮下組織の疾患	XIV	Ｎ００−Ｎ９９	尿路性器系の疾患	妊娠がある場合はその記載
XIII	７１０−７３９	筋骨格系および結合組織の疾患	XV	Ｏ００−Ｏ９９	妊娠、分娩および産じょく	妊娠週数、分娩方法の記載、自然分娩以外は原因疾患の記載
XIV	７４０−７５９	先天異常	XVI	Ｐ００−Ｐ９６	周産期に発生した病態	周産期の病態のうち先天異常を除くものが該当
XV	７６０−７７９	周産期に発生した主要病態	XVII	Ｑ００−Ｑ９９	先天奇形、変形および染色体異常	先天性の記載
XVI	７８０−７９９	症状、徴候および診断名不明確の状態	XVIII	Ｒ００−Ｒ９９	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	
XVII	８００−９９９	損傷および中毒	XIX	Ｓ００−Ｔ９８	損傷、中毒およびその他の外因の影響	場合は開放性、閉鎖性の記載。また、処置手術に起因する病態はその旨を明記する（ペースメーカ、シャント、術後感染等）
	Ｅ８００−Ｅ９９	損傷および中毒の外因の補助分類	XX	Ｖ０１−Ｙ９８	傷病および死亡の外因	疾病分類には原則として使用しない
	Ｖ０１−Ｖ８２	保健サービス受療の理湯に関する補助分類	XXI	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	

ICD-9、ICD-10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD-9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	精神	神経	呼吸	消化	循環
A04, A08	008	その他の病原体による腸感染	ぶどう球菌性腸炎	原因菌（大腸菌、アリゾナ菌、アデノウイルス等）の記載、感染性か非感染性かの記載	1				1	
A09	009	診断名不明確な腸感染	感染性大腸炎	原因菌の記載	1				1	
A15	011	肺結核	肺結核	検査方法の記載、陳旧性か否かの記載				1		
B02	053	帯状疱疹	帯状疱疹、ラムゼイ・ハント症候群	多発、単神経、合併症の記載	1					
B00	054	単純疱疹	単純疱疹による角結膜炎	多発、単神経、合併症の記載						
***	070	ウイルス性肝炎	慢性Ｃ型ウイルス性肝炎	激症、慢性、急性、型の区別の記載	1				1	
B15	***	急性Ａ型肝炎			1				1	
B16	***	急性Ｂ型肝炎			1				1	
B17	***	その他のウイルス肝炎	急性Ｃ型肝炎、急性Ｅ型肝炎		1				1	
B18	***	慢性ウイルス肝炎	慢性Ｂ型肝炎		1				1	
B19	***	詳細不明のウイルス肝炎			1				1	
B27	075	伝染性単核細胞症	伝染性単核球症		1				1	
D86	135	サルコイドーシス	心サルコイドーシス					1		
M35	136	その他および詳細不明の感染症および寄生虫症	ベーチェット病		1				1	
B90	137	結核の後遺症	陳旧性肺結核、陳旧性腸結核	「陳旧性肺結核」のように記載				1		

当時の資料から→平成20年度の委員会設置義務へ

診療情報管理の流れ（九州医療センターの例から）



基礎調査データの精度の改善

※データの定義付けが不明確だった→「出来高支払い制度」では問題ではなかったが診断群分類導入で顕在化。

1）主病名とは？→医療資源投入、治療目的、かつて最も重篤、診療科、病理診断→（ケースバイケース）

2）救急とは？→救急車、時間外、診療録に記載したもの？

3）転帰とは？→治癒、軽快、寛解、不変、検査終了

※改訂により、定義付けはかなり進んだ

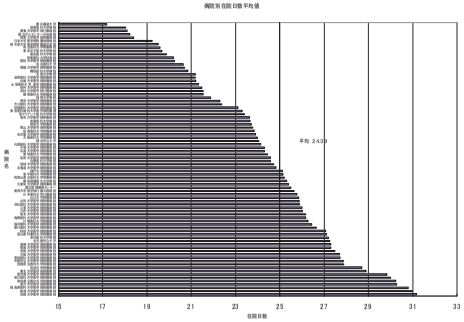
病院における監査の例

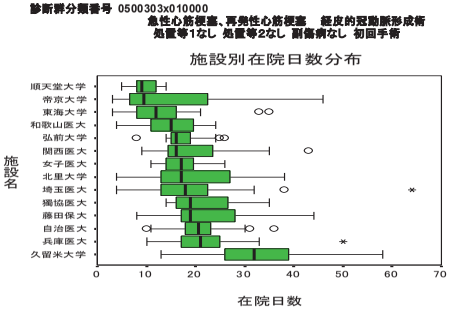
	診療録一号用紙			サマリー	DRG連絡票				コメント
	主病名	ICD9	合併症	内容	診断群	主病名	ICD9	合併症	
1	稽留流産	632		稽留流産	1215	流産	634		稽留流産で、診断群に該当しないでは？
2	卵巣癌	1830		化学療法記載無し	1203	卵巣癌	183		診断群：化学療法有りの1204では？
3	膵腫瘍	1579	腎不全	急性膵炎の治療？	628	膵腫瘍	157	急性膵炎	主病名：急性膵炎では？
4	白内障	3661	記載無し	記載無し	204	白内障	366	糖尿病	記載無し
5	第五腰椎分離すべり症	7384	座骨神経痛：7243	第五腰椎分離すべり症	713	第五腰椎分離すべり症	738	座骨神経痛：956	合併症のICDコード
6	陳旧性心筋梗塞	412		陳旧性心筋梗塞	505	狭心症	413		主病名の不一致
7	胃潰瘍	5319	記載無し	脂肪肝の記載有り	604	胃潰瘍	531	記載無し	診断群：605で**は？**
8	大腸ポリープ	2113		大腸ポリープ（合併症：ソケイヘルニア）	614	大腸ポリープ	211	記載無し	診断群：615で**は？**（ソケイヘルニアの合併有り）
9	慢性腎不全	585		慢性腎不全	1109	慢性腎不全	585		人工腎臓、腹膜灌流の記載無し。診断群：1108では？
10	脳梗塞	4340		脳梗塞	109	脳梗塞	434		救急の記載無し。診断群：108では？
11	転移性肝癌	1977		転移性肝癌	625	肝の悪性新生物	155		ICDコード：197では？

※日常の臨床現場で用いる病名とICD分類するための病名との間で乖離があった

データの公開・比較（標準化につながる）

1）2002年（平成14年）3月に出現頻度の高い病名について、民間病院を含む医療機関の実名入りでデータの公表が行われた。さらに、特定機能病院も続いた。





※標準化が期待される一方でデータの精度（同じ病名なのか？）は大丈夫か、という指摘があった。

DPC制度導入の前にコーディングルールの提案

＜2002年7月、ルールの提案＞

1）主傷病名とは医療資源を最も投入した傷病名をいう。

2）入院時併存症とは入院の時点ですでに存在していた傷病名をいう。

3）入院後続発症とは入院後に発症した傷病名をいう。

4）主傷病名をコーディングするときは内容例示表のⅠ章からXIX章（A-T）の中から選択するものとする。

5）4）のうち主傷病名コーディングには使用してはならないコードは除く。詳細は「疾病、傷害および死因統計分類提要（第1巻）」を参照のこと。

10）ダブルコーディング対象については剣印（+）、星印（※）は治療の対象となった方の傷病名のコードを優先する。但し、両方存在する可能性もある。

等が提案され、ルールとして採用された。

提案したが、採用されなかったもの

6）前述、4）で傷病名を原発、術後、治療後、疑い等で区別させるために、疑い：Z03.0-Z03.8、術後、治療後：Z08.0-Z08.8、Z09.0-Z09.8のコードを修飾コードとして付加したらどうか。但し疑い病名の場合は症状や検査所見を優先し、止む終えない場合のみ使用する。

7）術後や既往歴のある傷病名に対してのフォローアップ検査入院等については元の傷病名を優先させ、「経過観察＜フォローアップ＞検査」のコードを修飾コードとして付加したらどうか。

8）7）に加え骨折術後の抜釘のための入院や結腸瘻等の手当のための入院、乳癌術後の形成手術のための入院等も元の傷病名を優先させ、〇〇骨折術後や〇〇癌術後等にコーディングする。そして、「その他の整形外科的経過観察＜フォローアップ＞ケア」や「人工開口部に対する手当て」、「形成手術後の経過観察＜フォローアップ＞ケア」等のコードを修飾コードとして付加したらどうか。

※これらは現在に至るまで取り入れられていない。「修飾コード」の付与等、コーディングに対する要求レベルが高く、ICDについての高い理解度を必要とすることが障害となった。

日本版DRGの試行的導入時に発生した課題

1）ICDコードという「世界標準」を用いたから大丈夫、という結果にはならなかった。

2）病名の定義、ルール（データベースフィールドも含む）が統一されていないことによるデータベースの精度が不揃いであったこと。

※データベースの標準化を行っても同じレベル（精度）を確保するのは甚だ困難であること。

3）医師の付与した病名だからそのまま「正しい」ということではなかった（バラツキが発生した）。

※病名を選択するために「視点が違う」という概念が必要であったこと→どれが正しいという議論ではなく。常に考えなければならない「一入院期間で」があった→病名を３つに定義付けすることによってこの部分は解決した：すなわち、視点を変えると傷病名の表記も変わる。

表記された病名に含まれる「情報」について

病名の問題は、日本版DRG試行導入時からの制度における大きな課題であり、いうなら、未だに続く「永遠の」課題でもある。特に、診療報酬制度で用いられる場合は、審査支払機関の業務の関係もあり、病名の記載方法やそれ自体がもつ情報は重要である。

1）診断群分類の選択はICDに基づく傷病分類にマッチしていることが前提であり、そのためには「病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。

※診療録を同時提出するわけではないので情報源は病名表記しかない。

2）データを受け取る側（国、審査支払機関）から、医師の付与する病名に必要な情報が含まれていないという指摘がある。病名といえないような病名がある、病名とICDコードが結びつかない等の事例がある。

標準病名マスターの登場

1）病名の標準化を目標としてICDに準拠した標準病名マスターが登場して、特にDPC制度が導入されて以来、診療報酬請求等で標準とされた。

2）しかし、正しい使い方がされていない事も多く、どのようなシステム、マスターを導入するにしても、接頭語、接尾語等の「修飾語」の存在は、構造やマスターの件数を抑制する上でもよく用いられるものであるが、ICD的には致命的な欠陥をもたらすこともある。

3）ICDの構造を理解した上で用いるのであれば問題解決も出来るが、未だに全ての病院にルールを浸透させることは困難であり、一般的な現状は、結果として質の低いデータベースを構築することにつながっている。

標準病名マスターを用いた時の曖昧、不適当な病名例

1）良性、悪性、慢性、急性等の区別を修飾語（接頭語）を組み合わせた場合→「悪性」肝腫瘍、「慢性」肝炎等

2）部位が明確になっていない→「骨折」、「関節炎」、「消化器系がん」、「肺がん」等

Ex.筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

Ex.消化器系統等は詳細な部位の明示を求める

3）病態等が明確になっていない（慢性、急性の区別、妊娠中、病原体等）→慢性（急性）膵炎、妊娠高血圧等

Ex.膵炎等、明確にICDを区分しなければならない

Ex.妊娠中における分類は全く区分が異なる

標準病名で病名を構成した例（誤った病名の使い方）-1

1）良性、悪性等の区別が出来てない例

（1）胃腫瘍（D37.1）→「悪性」＋胃腫瘍→胃癌（C16.9）

※D37.1：胃の性状不明の新生物、詳細不明

ちゃんとあります

2）部位が明確になっていない例

（1）筋骨格系、損傷などは<u>部位によって分類</u>が異なる

・「尺骨」＋骨折（T14.20）→尺骨骨折（S52.20）

※T14.2：部位不明の骨折

ちゃんとあります

（2）消化器系統等はかなり<u>詳細な部位の明示</u>を求める

・「噴門部」＋胃癌（C16.9）→噴門部癌（C16.0）

※C16.9：胃の悪性新生物、部位不明

ちゃんとあります

標準病名で病名を構成した例（誤った病名の使い方）-2

3）病態等が明確になっていない（慢性、急性の区別、妊娠中、病原体等）例

（1）慢性、急性の区別

B型ウイルス性急性肝炎：「B型」＋「ウイルス性」＋「急性」＋肝炎（K75.9）→B型急性肝炎（B16.9）

ちゃんとあります

※ K75.9 ：炎症性肝臓疾患、詳細不明

※ B16.9 ：急性B型肝炎デルタ因子および肝性脳症を伴わないもの

（2）妊娠中（は全く区分が異なる）

高血圧症→I10、「妊娠」＋高血圧症(I10)→妊娠中の疾患として、妊娠高血圧症→O16

ちゃんとあります

※I10：本態性（原発性＜一次性＞）高血圧

※O16：詳細不明の母体の高血圧

DPC/PDPS導入とICDコーディング精度

1）2003年（平成15年度）よりDPC/PDPS導入

2）2007年（平成19年度）にICDコーディングの精度問題がDPC研究班(当時の松田班）から初めて報告された。

3）このことが、平成20年度改定での委員会設置義務付けに繋がった（前述した監査体制が参考とされた）。

4）さらにその後も精度問題は幾度となく俎上に上がっている（DPC評価分科会でヒアリングが行われたこともあった）。

その後のICDおよびDPCコーディング等の議論

以下、当時のDPC評価分科会の資料より

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。

※現在、コーディングテキストと呼ばれている

DPC制度運用に関する課題についての検討

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

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

＜考え方＞

○　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。

○　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。

今後の展望と検討課題として、

1. 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
2. DPCの更なる精緻化
   - CCPマトリックス導入の検討
3. 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
4. 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
5. 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

2012年7月15日、医療課迫井企画官資料、日本診療情報管理士会全国研修会から抜粋

コーディングテキスト改定を目指して

1）2012年（平成24年）12月7日、平成24年度第6回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た。

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、平成24年度報告書としてversion1.0を掲載した。→2013年度（25年度）も分科会等の意見を踏まえて修正を図った。

3）2013年（平成25年）12月9日、正式に厚生労働省案として公開され、**2014年（平成26年）度**の診療報酬改定で**最終版（第1版）として正式に公開**された。

4）その後、2016年（平成28年）度、2018年（30年）度、2020年（令和2年）度と3度の改定がなされた。

コーディングテキスト見直しの議論-1

＜第1版から2版へ：初回改定時＞

◇Pros and Cons：賛否両論（厚生局、審査支払機関等）

1）ＤＰＣのコーディングと内容がしっかりできていれば審査はほとんど必要ないはず

2）文書ではなく、フロー方式等、見易さに工夫を凝らせば、普及するのではないか

3）事例を豊富に載せると、参考になる：正誤それぞれのコーディングの具体例、留意すべき具体例数を増やす

4）**反する意見**→具体的なのはよいが、**量が多く完読が大変**。

5）おまけ：正しい病名に対応した標準病名マスターがない、という指摘（役所も理解している）

コーディングテキスト見直しの議論-2

2015年（平成27年）度伏見班報告書から＜研究要旨の一部から＞

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。

1）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。

2）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。

3）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。

コーデイングテキスト見直しの議論-3

＜評価分科会ワーキンググループでの議論＞

1）支払側（審査支払機関）の意見

2）医療側の意見（診療情報管理士、病院長）

3）役所（厚生局）の意見（指導する側）

4）純粋にICDコードが本来持っている曖昧さや課題についての意見

5）標準病名マスターが持つ固有の課題

6）パブリックコメントからの意見

※強調しておきたいのは、三者の意見がそれなりに集約されたこと。もちろん、現場、診療情報管理士の意見も反映していること。

コーデイングテキスト見直しの議論-4

医療側の意見（日本診療情報管理士会）として、6項目

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

※もっとも、当初から想定された（危惧された）ことが多い。

ワーキンググループでの議論-1

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。

◇典型例

（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。

ワーキンググループでの議論-2

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。

◇典型例

（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でも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。

ワーキンググループでの議論-3

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。

◇典型例

（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。

※心不全については一定の条件をつけてデータ収集等を行うのはどうか。

ワーキンググループでの議論-4

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的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。

◇典型例

（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で対応するべきか、という議論は残る→当初DPCは急性期のみを対象としていた。

ワーキンググループでの議論-5

5）結果的に無病の取り扱い

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。

◇典型例

（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つかない場合がある。

ワーキンググループでの議論-6

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。

◇典型例

（1）IVH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）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のではないか（コーディングの限界）。

アップコーディングと「見なされかねない」例の指摘

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・・・

7）診療行為の全くない「急性心筋梗塞」等・・・・

コーディングテキスト見直しの議論-1

＜２版から３版へ＞

2018年（平成30年）度、コーディングテキスト改定方針

1）DPC制度は既に安定期にあり制度を根底から見直すという状況にない

2）コーディングテキストについては、過去の調査によって、支払い側、医療側とのバランス（妥協）の上に存在する→根拠に

3）その一方で

（1）病院側の理解は十分とはいえない

（2）アップコーディングがないとはいえない

（3）コーディングテキストがDPC選択のバイブルでもあり、システム導入にも影響を及ぼしている

（4）ICD-10の2013年版への改定はそれなりに大きな影響があるので対応をしなければならない

コーディングテキスト見直しの議論-2

＜前述の議論を踏まえて以下の対応とした：2018年、2020年＞

1）ICD-10（2013年版）改定による影響を確認した

（1）2003年版からの変更を確認→変換テーブルを作成（その成果は特別調査へ反映した）

（2）2013年版への改定が従来のコーディングテキストに与える影響を確認し変更を加えた

2）変更しない部分についても、用語、表現方法等の統一や見直しを実施

3）診療報酬改定の影響等、制度の変更に伴う部分の見直し（詳細不明病名や未コード化傷病名の議論へも配慮）

4）影響調査資料と重複部分については統一（削除する）

5）今後の改定も踏まえて、できるだけDPCの分類改定の影響を受けないような記載とする→影響調査におけるICDと区別

2020年改定について-1：課題の整理

2020年改定の検討時点での課題（指摘）

1）簡略化した記載の影響で、例示がなくなって誤解を招く表現となっているものがある（異なるものが同一に見える等）という指摘。

2）表現の統一等を行ったため、かえって異なるものが同一に解釈される（違いがわからない）という指摘。

3）「詳細不明コード」について、選択条件が一定ではないという指摘。

4）専門の医師ばかりが選択する、もしくは点検するわけではないので、選択のための説明を十分にすべき事項がある（簡略化しすぎ？という指摘）。

5）全体の統一性がまだ十分ではない→傷病名とICDコードを全てに併記すべき等の指摘。

2020年改定について-2：作業方針

＜改定ロードマップと改定作業方針＞

1）前述のとおり、DPC分類の改定に影響されるような記述は避ける→純粋にDPCのコーディングにフォーカスする。

2）2018年度に日本診療情報管理士会のDPCワーキンググループを中心として、診療情報管理士の意見を聴取したが2019年度も継続し2020年度版を作成。

3）ICDにかかる問題は影響調査で指摘したらどうか。

※診断名選択にかかる根拠？→診断行為、診断後の処置行為等がないケースがある。

4）コーディングテキスト内の病名表記は標準病名マスターに統一する。

2020年改定について-3：作業方針

以上の改定方針を踏まえて、実際の作業については、テキストの対象病院の拡大（データ提出加算届け出病院）等も意識しつつ、2020年度改定版としては見直しの視点を次のようにした。

1）ICD初心者に対する配慮を行う。

2）将来に向けてDPC分類の改定伴って解釈が変化することは出来るだけ避けるよう、普遍的なICDの定義にそった解説を中心とする。

3）誤解を生みそうな分類（コーディングミスを発生させそうな）については説明の追加修正等を行なう。

4）記載内容の整理、表現の統一を行なう。

5）全体として、新たにデータ提出加算の届け出を行う病院や初心者を意識した平易な解説とする。

2020年改定について-4：具体的作業

1）日本診療情報管理学会認定診療情報管理士指導者認定もしくは準ずるレベルの日本診療情報管理士会DPCワーキンググループに2019年度研究成果を基礎として、改めて意見聴取、議論を行った。

2）加えて、実務現場の意見聴取のため、中国四国地方近県を中心とした診療情報管理士で病院実務者および教育経験者等に研究協力を依頼し、「現場」の意見聴取、議論を行った。

2020年改定について-5：具体的作業

3）具体的な例として、1）の者に対して、現存のコーディングテキストについて、昨年度に意見集約した（例を図表1に示す）結果を踏まえて、さらに問題点や改善点の議論を行った。

平成32年度コーディングテキスト改定にむけて意見集約						作成者：	
※1）原則として、分類が改定になっても影響を受けないことに限定する。							
※2）分類番号が明確な項目は分類番号を記載する。							
※3）修正すべき意見については、明確に根拠を示して意見を記載、「〇〇はどうですか？？」等とならないようにしたい。							
NO	ページ	分類番号（6桁）	現在の内容（要約）	修正後（修正すべきこと）	その理由（根拠）	あれば、その与える影響	備考
1	5		2）傷病名 コーディング手順 〇主治医 が傷病名をコーディングした後に、診療情報管理部門の職員や医事担当等がコーディング内容を確認する手順とっている病院が多数を占めている。一方、診療情報管理士や医事担当職員が傷病名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る。	2）傷病名 コーディング手順 〇主治医 がICD-10コードが明示された状態で傷病名を選択（コーディング）した後に、診療情報管理部門の職員や医事担当等が内容を確認する手順とっている病院が多数を占めている。一方、診療情報管理士や医事担当職員が傷病名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る。	疾病コーディングは診療情報管理士が行っており、必ずしも医師がコーディングを行っているわけではないので現在の表現は誤解を招く。		

2020年改定について-６：具体的作業

４）次に、３）の結果を併せて、２）のより多方面の病院実務や教育の観点から、本来のテキストとしての活用を前提とした現場の意見も集約することとした。

５）また、初心者への対応として、テキストに掲載されている傷病名を可能な限り、標準病名マスターに収載されている傷病名に置き換えることとした。

	対象データ	項目	フィールド	データ件数	ファイル形式
1	DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト改訂版（案）（第4版）（令和2年4月）	DPCコーディングの事例集			Word
2	ICD10対応標準病名マスターVer.5.00（2019年6月）	病名基本テーブル（標準病名マスター）	病名表記 病名交換用コード ICD10-2013	25,966	テキスト（nmain500.txt）
3	同上	索引テーブル（標準病名マスター）	対応用語コード	105,260	テキスト（index500.txt）

2020年改定について-７：改定内容のまとめ

改定内容をまとめると、以下のとおり。

１）ICD初心者に対する配慮

（１）テキスト中に出現する傷病名については全てにICDコードを併記した。

（２）可能な限り出現する傷病名は標準病名マスターに準拠するか修飾語等を加えれば表現出来るものに置き換えた。

（３）留意すべき例等、初心者でも理解出来るような傷病名に置き換えた。

２）DPC分類の改定に伴う影響の排除

３）実例の追加修正

※平成30年度改定時の実例の削除、説明の簡略化の結果、DPCやICD初心者には、難解な例示もあり、誤解を生む原因となる可能性があると思われる記述については、新たに平易な説明の追加修正等を行った。

2020年改定について-８：改定内容のまとめ

４）記載内容の整理、特に文体、説明ルール、例えば、の統一感への配慮、個別の傷病名とICDコードやDPCコードを併記する等の統一不足及び誤りがあった部分についてチェックの上、修正を行った。主な内容は以下のとおり。

（１）用語の整理と統一は多数カ所において改善すべき点があるとの指摘について可能な限り修正した。類似した表現が見られ、定義および表現の統一が十分ではないとの指摘があった事項についても統一した。

（２）傷病名の誤りとICD-10コードの誤り（ミスタイプ等）の修正、及びICD-10が2003年版から2013年版へ変更時の修正漏れ（ICD-10コード含めて）について修正した。

５）併せて新たにデータ提出加算の届け出を行う病院や初心者を意識した平易な解説とした。また、テキストが想定している体制や業務の手順等について、テキスト例とは異なる病院も多々あると指摘があり、実態に合わせた例に修正した。

これで終了です。

これからも精度の高いコーディングについて、ご理解いただけましたら幸いです。

ご清聴ありがとうございました。