

「DPC/PDPSコーディングテキスト

改定と今後の課題」

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

COI（利益相反）開示

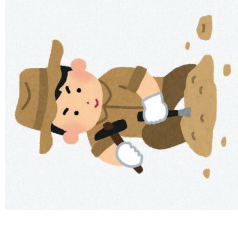
本講演に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

本日のお話

- 2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論
- 2021年度、研究班における研究と報告の概要
- 2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論の結果
- 次回、2024年（令和6年）度コーディングテキスト見直しについての課題：現時点での問題も踏まえて

1. 本日のお話の中で紹介する資料については、一部、化石発掘をした結果（当時のもの）もあり、現在の状況では、既に変更になったもの、もしくはお勧め出来ない内容があるかもしれません。

2. 演者の私見や記憶に頼る部分もあり、事実とは異なることがあるかもしれませんし、今では受け入れられないことがあるかもしれません（厚生労働省の見解というわけではありません）。



2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論

2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論-1

<4版から5版へ>

今回の改定にあたって検討課題としたこと。

- 1) ケア・ミックス型病院等への対応は必要か？→2021年度特別調査におけるヒアリング等の意見を踏まえて
- 2) 2020年度改定版への病院のレスポンス→特に厚生労働省では問題があると認識する程ではない（？）
- 3) DPCに関連する病院、データ提出加算の届け出を行った病院でもコーディングテキストを活用されることを踏まえての検討→対象範囲は今のままでよいか？

5

2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論-3

- 1) 「医療資源投入量が平均から外れた病院」のうち、「医療資源投入量の少ない病院」について、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患において、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院の分析
- 2) 「在院日数が平均から外れた病院」のうち、「在院日数の短い病院」について、自院他病棟への転棟割合が高い病院の分析が主体となっている。
対象としては、医療資源投入量の少ない病院（34）、在院日数の短い病院（9）、また、コーディングに関する調査については、全DPC対象病院（1,754）となっており、それぞれ回答している（回答率100%）。
また、調査票の回収後に、以下の6種類に類型化しヒアリングが実施されている。

7

2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論-2

平成30年度診療報酬改定に向けた議論において、当時の「DPC評価分科会報告書」では、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は、DPC制度になじまない可能性があると指摘がなされている。

その結果を踏まえて、令和3年度に特別調査として、

- 1) 医療資源投入量が平均から外れた病院
 - 2) 在院日数が平均から外れた病院
- の実態を明らかにする調査が実施され、診調組入-1別紙（令和3年8月27日）として報告がなされている。

6

2022年（令和4年）度コーディングテキスト見直しの議論-4

医療資源投入量の少ない病院（34）については以下のように5種類に細分化。

- ①急性心筋梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院
- ②脳梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院
- ③狭心症の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院
- ④心不全の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院
- ⑤悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院

次に、在院日数の短い病院（9）として以下のように類型化している。

⑥自院他病棟への転棟割合が高い病院

ヒアリング対象病院は12カ所であり、1カ所のみ急性期一般1の入院料届け出を行っているが、他は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア入院料等を届けてしている、いわゆるケア・ミックス型の病院であった。

8

- 1) DPC対象病院、準備病院及びデータ提出加算届け出病院の中に、ケア・ミックス型医療を担う病院が増加していることを踏まえ、特別調査の事例を診療情報管理士という視点から検討を加え、コーディングテキストを修正する必要性の可否や修正内容を検討する→協力病院10病院の診療情報管理士等から意見聴取、検討した。
- 2) その結論としては、DPC制度が何らかの処置等があり急性期に対応していることから、急性期病院、もしくは院内の急性期病床から「あと医療」を引き受ける病院や病床については、完全にDPC制度の中で課題を解決することは困難である。
- 3) さらに、ICDについては本来、死因統計が対象であり、何らかの疾病（死因）を分類するだけであって重症度、医療レベル、医療環境や資源の変化は基本的に配慮されていない。
※その時の静的（定性的）な病名が何であったかを表現するだけであって、医療行為を動的（定量的）に分類軸と考えるDPCとは矛盾が発生する可能性があることは避けられない。

9

1-2. 研究の背景と調査目的

<背景>

令和3年度、DPCに関連する特別調査として、医療資源投入量が平均から外れた病院、在院日数が平均から外れた病院の実態調査とその報告が厚生労働省から行われた（令和3年8月27日）。

調査の対象は、医療資源投入量の少ない病院（34）、在院日数の短い病院（9）とコーディングに関する調査は全DPC対象病院（1,754）であった（回答率100%）。

一方、調査によって得られたコメント等も公表された。

11

2021年度、研究班における 研究と報告の概要

1-2. 研究の背景と調査目的

<目的>

前述の調査結果から、大きく分けて、2点の問題が提起されると考えられる。

- 1) 急性期医療を対象として開発され、20年近く運用されてきたDPC分類が慢性期疾患を扱う病床において、その対応が出来ない問題があるのではないか。
- 2) DPC対象病院と比較して、ケア・ミックス型の病院におけるICDコーディングに対する環境やスキル等是十分に確保されているのか。

これらのことを調査し、現況を把握する必要があると考えた。

12

1-2. 研究の背景と調査目的

前述の二つの問題に対して、厚生労働省公表の調査結果の内容に基づき、エキスパートの診療情報管理士が所属するケア・ミックス型の病院での実態調査を行うこととした。ケア・ミックス型の病院に所属する診療情報管理士の選定については、日本診療情報管理士会の会員の中から、10病院程度の病院および診療情報管理士を募集することとした。また、この検討結果を必要に応じて、令和4年度改定予定のコーディングテキストの改定案作成に反映を試みることにした。

13

2. 方法：調査票について

記載者	〇〇〇	
病院名	〇〇病院	
所属	診療情報管理室	
病院住所	(〒xxx-xxxx) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地	
学会入会の有無	節方とも委員	
		コメント欄
(1) 医療資源投入量の少ない病院		
〈医療機関での疾患への対応状況〉		
脳梗塞を主体に対応しているため、急性心筋梗塞の治療はあまり実施していない。	<input checked="" type="checkbox"/>	消化器が主体のため、急性心筋梗塞はCPAもしくは転院搬送している。
外傷、循環器疾患といった急性期医師は対応しているが、脳梗塞は対応していない。	<input checked="" type="checkbox"/>	脳梗塞は開票手前が必要な症例のみ対応している。
呼吸器を主体に対応しているため、循環器疾患の急性期の治療はあまり実施していない。	<input checked="" type="checkbox"/>	呼吸器の症例は多いが、主体は消化器である。循環器も保存的症例は受け入れている。
〈症例の受入れ方針について〉		
地域で唯一の急性期病院だが、緊急患者の受入はリスクが大きく、高度な治療を要する患者は、他病院へ搬送するようにしている。	<input type="checkbox"/>	脳外科や心臓外科の常勤医がなく、ICUもいため2次救急のみ対応している。

以下続く

147項目

15

2. 方法

- 1) 10病院のケアミックス型病院の診療情報管理士担当者11名（元担当者1名含む）を研究協力者とす。
- 2) 厚生労働省が公開した、当該報告書に出現した全項目（147項目）を調査対象とした。
- 3) 全項目を網羅した調査票を作成し、研究協力者の病院ではその意見、もしくは環境に該当するか、研究協力者はどのように考えるかを調査し、その結果を踏まえて議論することとした。

14

調査対象とした病院の病床

所属	一般	地域包括	回復	療養	感染症	障がい者	ICU/HCU	緩和ケア	合計
汐田総合病院	104	104	58						266
公立岩瀬病院	225	48			6				279
聖フランシスコ病院	115	41						34	190
弘前脳卒中リハビリテーションセンター	79		169						248
甲賀病院	277	30	100						407
和歌山県済生会有田病院	104	40	40						184
小豆沢病院	49	45	40						134
社会医療法人シマダ 嶋田病院	92		36		7		8	14	157
医療法人聖仁会 西部総合病院	60	48	56	104					268
竹田医師会病院	60	30		30					120
合計	1,165	386	499	134	13	0	8	48	2,253
平均	116.5	38.6	49.9	13.4	1.3	0.0	0.8	4.8	225.3

16

2) 各設問への回答 (1) 医療資源投入量の少ない病院について

〈医療機関での疾患への対応状況〉

1. 脳梗塞を主体に対応しているため、急性心筋梗塞の治療はあまり実施していない。
2. 外傷、循環器疾患といった急性期医療は対応しているが、脳梗塞は対応していない。
3. 呼吸器を主体に対応しているため、循環器疾患の急性期の治療はあまり実施していない。

21

2) 各設問への回答：(1) 医療資源投入量の少ない病院について

- ④本調査における調査対象病院も同様の患者の病期を担当する場合は、全く同一の調査結果や意見となっている。
- ⑤この課題については、従来からDPC病院の中でもそのようなケースに対応することは特別ではなかったものの、病期による医療資源の投入量の格差が当初の支払方法では対応が出来ないこともあり、1種類であった支払方法が現時点では4種類に拡張されていることから想定されたことである。
- ⑥現行制度で対応しようとするならば、疾患ごと（DPC分類ごと）の対応だけでなく、将来は病院機能に応じて柔軟に対応する方法が検討されるべきではないかと考えている。可能な限り機能係数でカバーすべきではあるが、扱っている患者の病期ごとの違いについては、係数のみで吸収させることは困難であろうことは今回の特別調査の結果をみても明らかだと考える。
- ⑦対策としては病期によって病床機能報告による評価と同様に、急性期、回復期、慢性期などのように評価を変化させることが考えられよう。

23

2) 各設問への回答：(1) 医療資源投入量の少ない病院について

- ①現時点のDPC対応ルールでは、病院の機能や医療資源投入量の投入量に違いがあったとしても同じ分類を適用することになる。したがって、典型例として、手術を実施する病院、その後の継続的な医療を引き受ける病院、場合によってはこれが単一病院中で、転科、転棟によって、同一患者が明らかに異なる病期（急性期から慢性期に繋がるような）を1つのDPC分類で対応することになる。
- ②その結果として、手術を実施する病院（病床）は特に入院初期に大量の医療資源を投入することになり、その後は時間を経るにしたがって医療資源の投入は減少することになる。これを1つの流れでみると、対象とする傷病が同一であっても、治療、すなわち、医療資源の投入量は前半部、後半部と明らかに異なる。
- ③したがって、医療資源の投入量はこの期間ごとに格差が発生することになり、今回の厚生労働省における調査結果はそれを明確に反映していると考えられる。

22

2) 各設問への回答 (1-2) 症例の受け入れ方針について

〈症例の受け入れ方針について〉

4. 地域で唯一の急性期病院だが、緊急患者の受入はリスクが大きく、高度な治療を要する患者は、他病院へ搬送するようになっている。
5. 積極的治療の適応がない症例の受け入れを行っている。
6. 回復期を中心とした医療を提供しているが、直接回復期病棟で受け入れが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受け入れを行っている。
7. 緩和ケアも提供しているが、直接緩和ケア病棟で受け入れが困難な場合には、DPC対象病棟で受け入れを行う場合がある。
8. 在宅酸素療法の教育入院や、糖尿病の教育入院などはパスを作って、対応している。

24

2) 各設問への回答：(1-2) 症例の受け入れ方針

- ①基本的に協力病院の多くは救急患者の受け入れは標準的な機能としても思われるので、一次医療、二次医療として患者の収容は行われることがわかる。協力病院は地域中核かつ地域における連携も進んでいる病院と思われ、4、5の設問に対して100%が該当すると回答している。
- ②協力病院の回答から考えると、特別調査病院においても必ずしも急性期医療を担う病院ではなくても、断らない救急と積極的な連携を推進していることが一般的に多いことが推察された。
- ③その、一方で該当しないという設問もあることから、協力病院においても機能のバラツキがあることがわかった。したがって、厚生労働省調査の特別調査病院においても単純に多数派意見とはなり得なかったことが推察される。

25

2) 各設問への回答：(1-5) コーディングについて

- ①協力病院においては、DPC選択の基本ルール（医療資源の投入量により）については十分に理解されているという回答であった。ただし、設問14や15については、(1)「医療資源投入量の少ない病院について」で述べたように必ずしも傷病名と期待される診療内容が一致しないということ、またICDも基本は明確な治療対象となる傷病名を前提にしているため設問にあるような（特別調査病院の回答から）ケースだと適用しにくいということが裏付けている。
- ②15について、協力病院の意見として、慢性心不全等の原因疾患が明らかでない場合は、慢性心不全でのコーディングもやむなしと考え、コーディングしているため特に困らない、とする意見があり、「9」コードへの理解の違いが影響していることも考えられる（「9」は禁止されているわけではない）。

27

2) 各設問への回答 (1-5) コーディングについて

〈コーディングについて〉

12. 他の急性期病院から患者を受け入れる場合であっても、自院で最も医療資源を投入した傷病名でコーディングを行っている。
13. 自院で治療できない症例を転院させ、その後急性期の治療が終わった後戻ってきた場合、急性心筋梗塞としてコーディングしている。
14. FFR-CTや冠動脈CTを実施した場合に、治療が必要でない方もいるため、定義テーブルがより細分化されていった方がコーディングしやすい。
15. 心臓リハビリ目的に入院させる場合の、適切なコーディングが存在しない。

26

2) 各設問への回答 (2) 在院日数の少ない病院について

〈症例の受け入れ方針について〉

16. 他の病院からの転院患者で、直接回復期病棟で受け取ることが困難な症例については、まずDPC対象病棟で受け入れを行い、必要な検査を行ってから適した病棟へ転棟している。そのため、直接回復期病棟へ転院してくる例は少ない。
17. 主に整形外科疾患をDPC対象病棟で受け入れている。DPC対象病棟で手術を行い、その後回復期病棟に転棟するような症例が多い。

28

2) 各設問への回答：(2-1) 症例の受け入れ方針について

- ①基本的にDPCルールは1つの医療機関で1つのエピソードが完結する前提で制度設計がなされている→医療資源の投入量は入院時から退院に向けて減少していく前提となっている。
- ②したがって前半、後半と入院期間を分割して考えた場合、後半部を他の医療機関や同一病院であっても他の病床で対応を行う場合、医療資源に対する評価が高い期間（診療報酬の評価が高い期間）を適用するように在院期間でコントリールすることが前提と考えるようになる。
- ③協力病院においても同様の傾向がみられた。

29

2) 各設問への回答 (2-2) 転棟の方針について

〈転棟の方針について〉

18. 手術を行った患者については、抜糸が終わるまでDPC対象病棟に入院し、その後回復期病棟に移ることが多い。
19. 急性期での治療が落ち着いた後に、退院のためにリハビリテーションを行う場合などに回復期病棟に転棟している。

31

2) 各設問への回答：(2-1) 症例の受け入れ方針について

- ④一方、前述したとおり、急性期医療を主体として手術や検査等、医療資源の投入が明確にわかりやすい急性期を主に担う病院とは異なり、慢性期、ケア・ミックス型の病院では傷病名と医療資源との関連は乖離が発生しやすい、もしくはそのようなケースは珍しくないであろうということがから、病院の傾向として医療資源の投入が少ないことはそのまま在院日数の短縮にも繋がっていることが考えられた（医療資源の投入量が少ないので期間も要しない）。
- ⑤すなわち、在院日数が短い病院という要因は、転院、転床という対応が出来る（それが可能）病院とそもそも在院日数の長期化に繋がる手術や関連する検査行為も少ないという2つの要素があると推察された。

30

2) 各設問への回答：(2-2) 転棟の方針について

- ①設問18については、手術のケースという個別例であるが、19については協力病院でもほとんどが該当すると回答している。→「急性期での治療が落ち着いた後に、退院のためにリハビリテーションを行う場合などに回復期病棟に転棟している。」
- ②現時点での制度として回復期病床が存在し、同一病院内で転棟等が可能とされている以上、想定された対応と考えると、考えられる。
- ③過去の施策によって、医療機能の独立等が推進され、院内外を問わず、ある意味、必要な機能を必要な病床でという流れには即している。

32

2) 各設問への回答 (2-3) コーディングについて

〈コーディングについて〉

20. 基本的には原疾患でコーディングしている。
21. 回復期病棟へ受け入れる前の精査入院はコーディングも様々。

33

4. 考察まとめ

- 1) 種々の課題がある一方でコーディングテキストの活用は普及しており、コーディングテキストそのものの影響は大きいと考えられるため、今後はデータ提出加算届け出の拡大を意識した、エキスパートでなくとも理解出来るような配慮が必要になってくる(限界はある)。
- 2) コーディングについての課題の多くはICD等への理解不足による疑問であった→協力病院からは、キヤリアある診療情報管理士であれば、ほとんど問題にならないう意見が多数を占めた。
- 3) データ提出加算届け出義務の拡大によって、対象は必ずしも急性期を取り扱っている病院だけではない状況でもあり、結果として特別調査における課題である、従来のDPC病院と比較しての乖離については、制度上の課題と考えられた。

35

2) 各設問への回答：(2-3) コーディングについて

- ①20の回答でわかるとおりコーディングの基本については協力病院では完全に理解されている。
- ②また、慢性期やケア・ミックス故にやはり医療資源の投入が特定の疾患に集中的に行われないうちにもある一方、紹介対象疾患(医療資源投入)でコーディングするとう明確な方針をとっている病院もあり、地域における位置づけ(断らない救急や地域の中核になっている等)や経営方針等の違いが示唆された。

34

5. 結語

- 1) 当該報告書のコーディングへの疑問については、対象病院の拡大により必ずしもエキスパートばかりが業務を担っていないことも推察されるためコーディングテキストのより平易な表現が必要であると考えられた。
- 2) 一方、今回の調査協力者レベル、すなわち、ICDやDPCに対する知識がある診療情報管理士が存在すれば、コーディングについての疑問の多くは解消されること示唆された。

36

2022年（令和4年）度コーディングテスト見直しの議論の結果-1

- 1) 協力病院も含めて急性期医療のみを対象としている病院と異なり、急性期における治療内容もしくは医療資源の投入量のよう
に治療対象が絞りにくいことが根底にあることが示唆された。
- 2) 一方で、協力病院でも高値を示した（該当する）課題については、標準病名マスターへの要望、コーディングテストの事例数、ICDのもつ固有の問題（皮膚潰瘍）、Rコードの問題等、従来から課題とされていたものがほとんどであった。
- 3) 現時点では制度に対する要望等について、早急な解決方法の提案は困難だと思われるが、診断名不明確で検査行為等を行った場合のルールについてはより明確に示す必要があるか検討が必要と考える。

37

2022年（令和4年）度コーディングテスト見直しの議論の結果

2022年（令和4年）度コーディングテスト見直しの議論の結果-2

特別調査によって対象医療機関から発出された意見や課題は大きく分けて、次の3つに整理された。

- 1) DPC制度やDPC分類そのものに対する意見や要望（診療報酬に対する要望も含む）
- 2) 本来、医師が診断してその内容に基づきDPC分類を選択する必要があるが、何らかの環境の不十分さ、医師とのコミュニケーションの不足、DPC分類そのものへの不十分な理解
- 3) 傷病名選択からICDコーディングに対する不十分な理解：医師とのコミュニケーション不足はここでも課題→中小、ケア・ミックス型の病院においては、医師と医事担当者（DPC担当者）との業務が完全に分断されているとも推察される。

39

2022年（令和4年）度コーディングテスト見直しの議論の結果-3

以上、述べてきたことから、協議の上、以下の作業とした。

- 1) 現分類でICDの構造上、あり得ないコーディングが起こりえる分類や本来、正確にステージ分類すべきところについては、強調して正しいコーディングを行い、結果として今後のDPC分類の精緻化が可能になるように注意を喚起する記載とする。
- 2) 個々の事例については、可能な限り取り上げない（分類改定により出現、変更となったものはそれにあわせて新たにコメント等を追加、修正する）→これ以上の肥厚化は避ける。
- 3) 特別調査で報告された事例について、頻回に問題になるものについては、現在の記述を確認した上で、必要なら書き加える、もしくは平易な説明を追加する（研究協力者からは特段の問題の指摘はなかった）。
- 4) 医療課から問題があると指摘があることがあれば加える。

38

40

2022年度、研究班における 研究と報告の概要

2024年（令和6年）度見直しについての課題

41

1. 背景と目的

DPC/PDPS制度に関わるケアミックス型病院や慢性期病床の関わりが増えるなかで、2022年度の診療報酬改定に伴うDPC/PDPSコーディングテストの改定にあたって検討課題としたことを昨年度の本学術大会で報告した。その状況を踏まえて次回改定を視野に、

- 1) 「詳細不明コード」の取り扱い（課題）
- 2) ケアミックス型病院や慢性期病床にありがちな、特段の医療資源の投入がない場合の傷病名選択からRコード活用の可能性等を調査する必要があると考えた。

42

2. 方法

DPC影響調査データ提出にあたり、令和3年度（2021年度）特別調査の結果を踏まえ、2021年度は調査協力病院10病院の診療情報管理士の視点から全項目について、意見聴取を行い、さらに2022年度は新たに調査協力病院12病院の診療情報管理士から調査を行った。内容は、大別して、

- 1) DPC分類が慢性期疾患を扱う病床での対応の適否の調査→詳細不明コードに対する意見とRコードの必要性等。
 - 2) 慢性期疾患に対応うるICDコーディングに対する環境やスキル等の調査。
- とした。
- さらに、具体的には次の6項目の調査項目とした。

調査協力病院の病床区分等

NO	一般	地域包括	回復	療養	感染症	障がい者	ICU/ICU	緩和ケア	精神	合計
1	219	0	40	0	0	0	4	20	44	327
2	272	30	100	0	0	0	5	0	0	407
3	104	40	40	0	0	0	0	0	0	184
4	225	48	0	0	6	0	0	0	0	279
5	104	157	58	0	0	0	0	0	0	319
6	105	51	0	0	0	0	0	34	0	190
7	60	40	0	20	0	0	0	0	0	120
8	211	52	31	0	0	0	5	0	0	299
9	50	80	0	0	0	0	0	0	0	130
10	79	0	169	0	0	0	0	0	0	248
11	302	48	42	0	0	0	8	0	0	400
12	0	0	0	52	0	0	0	0	0	52

45

川崎医療福祉大学医療情報学科

質問4) 病床区分に限らず、急性期と慢性期を比較して、傷病名を選択しにくい、もしくは傷病名をつけられないケースはあるか

→のコードに集約されるという傾向はみられなかった。急性期と比較すると診断が明確でないという指摘があった。

質問5) 医療資源の目立った投入がなく、傷病名の選択に困ることはあるか

→(ほぼ、1) に対する回答と同様に高齢化に関連して、栄養不良、脱水等が多数を占めた。

質問6) Rコードに該当するが(今は使えない)、何らかの診療行為があれば明確に傷病名が選択出来るケース(脱水貯留等：腹腔穿刺)があるか

→胃瘻造設、腹腔穿刺、一部の診断のための検査行為が多数を占めた。

47

川崎医療福祉大学医療情報学科

3. 結果

質問1) 傷病名選択をする時、「Rコード」があれば、実態に近いと思うケース(現在使えないRコードを使えたらよい等)

→老衰(R54)：7件、嚥下障害(R13)：7件、食思不振(R530等)：4件、脱水(R18)：4件、等、高齢化に関連するもしくは悪性新生物等のターミナル症状が多数を占めた。

質問2) 傷病名選択をする時、「Zコード」を付けるのと病態が明確になると感じるケース

→胃瘻造設、胃瘻に関するケア、術後ケア、がん診療に関するフォローアップ等が多数を占めた。

質問3) 傷病名選択をする時、どうしても「.9」になり違和感があるケース(ICDの粒度が低いと感じる等)

→特定のコードに集約されるという傾向はみられなかったが、感染症に伴う原因菌や部位が明確にならない場合、標準病名と異なることについて詳細が不明であった。

※標準病名マスターについての問題は、現時点では新たなコードを作成して用いることは禁止されているわけではないが、二方を示唆している病名に対してする課題もあつた。

46

川崎医療福祉大学医療情報学科

6項目に対する回答(意見)の件数

NO	設問	回答件数
1	傷病名選択をする時、「Rコード」があれば、実態に近いと思うケース(現在使えないRコードを使えたらよい等)	49
2	傷病名選択をする時、「Zコード」を付けるのと病態が明確になると感じるコード	25
3	傷病名選択をする時、どうしても「.9」になり違和感があるケース(ICDの粒度が低いと感じる等)	34
4	病床区分に限らず、急性期と慢性期を比較して、傷病名を選択しにくい、もしくは傷病名をつけられないケースは？	18
5	医療資源の目立った投入がなく、傷病名の選択に困ることはありますか？	18
6	Rコードに該当するが(今は使えない)、何らかの診療行為があれば明確に傷病名が選択出来るケース(脱水貯留等：腹腔穿刺)	17

48

川崎医療福祉大学医療情報学科

4. 考察

- 1) 「やむを得ない」コーディング（傷病名選択を含めて）が存在することが一定の条件下では明らかであり、逆に、無理なコーディングは結果的に意図するしないに関わらずむしろ正確性を欠くと同時にアップコーディングになってしまう可能性も危惧された。
- 2) しかし、無条件にコーディングの条件を緩和した場合、特にコーディングに関する理解が十分に出来ていない担当者がいた場合、安易なコーディングもしくは結果的にはアップコーディングに繋がるというミスリードになる可能性がある。
- 3) DPCに関わる病院、担当者も多種多様であり、一定の条件を設定することは困難ではあるが、制度の今後の進捗を考えると、出現するデータ（傷病名、コーディングの出現）を勘案しつつ、実態に合わせて見直しをしていく必要がある。
- 4) いずれにしてもケア・ミックス型病院に顕著に表れる高齢化という要因については、従来の急性期を前提としたDPCルールでは十分にカバー出来ないこともあって、考えられ、高齢者であることを前提としたDPCコーディングルールや医療資源の投入量に合致した特定の種類を作成することも検討すべきである。

49

川崎医療福祉大学医療情報学科

50

川崎医療福祉大学医療情報学科

5. 結語

今回の協力病院は、多様性のある病院であり、また、調査と議論に対する協力は、経験ある診療情報管理士の実務者であるため、詳細なICDのルール、それに基づくDPC/PDPSのルール、さらに、コーディングエキスパートに対する理解は十分であり、調査内容は十分に評価出来るものであったと考えている。

引き続き、2023年度は、本研究の結果を踏まえて、検討すべき傷病名やコードについて、実際のデータを検証することによって、コーディングエキスパート改定の検討すべき課題としていく。

2024年（令和6年）度見直しについての課題まとめ

※以下はあくまでもコーディングエキスパートの検討を行っている立場からの意見

- 1) DPC対象病院でも目立つようになってきたケア・ミックス病院における対応の違和感の解消？
- 2) 現時点では、目立った医療資源の投入がない場合でも傷病名を付けざるを得ないため、医療資源の投入がある病院との乖離の解消
- 3) 一方で、ICDでは重症度、緊急度等は表現出来ないため、何らかの方策、もしくは、コーディングエキスパート等での対応が求められる

51

2024年（令和6年）度見直しについての課題

- 4) 現時点でのケア・ミックス対応の課題をまとめると、次の2点に集約されるのではないかと
(1) 専門診療科、専門検査機器等がない場合でも診療を行う必要がある、さらに診療報酬請求には診断名の選択が必要があるため、発生する違和感を受容するか否か
(2) 単純なコーディングスキルの改善をどのように行うか
少なくとも(2)に関しては、例えば「.9」発生が多い病院のデータを検証しつつ、コーディングエキスパート正しいコーディングに導くことは可能
ただし、(1)については、何らかのDPC選択ルールを検討する必要があるのではないかと

52

ご清聴、ありがとうございます。

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 学科長（特任教授） 阿南 誠
mako@mw.kawasaki-m.ac.jp