

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
医療秘書学科 阿南 誠

CO I (利益相反) 開示

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

2026年度診療報酬改定についての概要 (DPC関連)

以下のこと等が議論されている。

- 1) DPC標準病院群の2区分化: DPC病院群の区分が見直され、より機能に応じた評価へ変更。
- 2) 入院期間IIIの適正化: 入院期間IIIの期間設定について、現行の「平均在院日数」に基づく仕組みが見直され、より実態に即した期間設定への変更。
- 3) 救急搬送の評価: 救急搬送の受け入れ実績などを基礎係数に反映させる検討。
- 4) 再転棟の扱い: 同一傷病名での再転棟を「一連の入院」とみなす。

0. はじめに

本日は、以下の流れで話をします。特にペナルティから参加要件に格上げされた、詳細不明コードや未コード化傷病名について報告します。

1. 2026年診療報酬改定とコーディングテキストについて
2. 詳細不明コード
3. 未コード化傷病名

1. 2026年診療報酬改定とコーディングテキストについて

令和6年度診療報酬改定

前回改定

DPC対象病院の基準

▶ DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補充することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月当たりのデータ病床率が0.875以上
- 調査期間1月当たりのデータ数が90以上 (※)
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす (※)
 - ・ 「退院患者調査」のフォーマット(医療資源病名)における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - ・ 「退院患者調査」のフォーマットで記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ・ 「退院患者調査」のフォーマットにおける未コード化傷病名の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

DPC/PPDSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

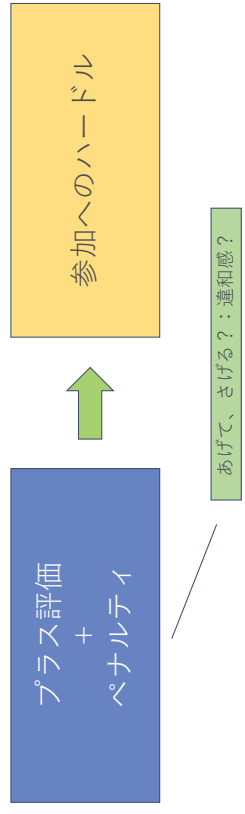
現行	改定後
<p>【DPC対象病院の基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7割1・10割1入院基本料の届出 以下の調査に適切に参加 診療録管理体割加算に係る届出 当該病院を運営した患者の病歴や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「臨床患者調査」に臨床医が調査を完了することを目指す（特別調査） 調査期間1月あたりデータ数届出が0.875以上 <p>（新設）</p> <ul style="list-style-type: none"> 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催 	<p>【DPC対象病院の基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7割1・10割1入院基本料の届出 以下の調査に適切に参加 診療録管理体割加算に係る届出 当該病院を運営した患者の病歴や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「臨床患者調査」に臨床医が調査を完了することを目指す（特別調査） 調査期間1月あたりデータ数届出が0.875以上 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催 <p>（新設）</p> <ul style="list-style-type: none"> 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催 「診療録管理体割加算」における「新設不明」の発生割合が10%未満 「診療録管理体割加算」の稼働1における未コード化傷病名の発生割合が2%未満 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

DPC研究班（伏見班）セミナー@2026/02/28

1-2. ペナルティから参加要件への変更（ハードルアップ）

1) 厚生労働省から公開された「令和6年度診療報酬改定の概要」によると、DPC対象病院の基準として、様式1（医療資源病名）における部位不明・詳細不明コードの使用割合が10%未満、未コード化傷病名使用が2%未満等の要件が厳格化され、**制度への参加・退出に関わるものとして極めて重要な要素**となった。



DPC研究班（伏見班）セミナー@2026/02/28

2026年度改定では、適切なコーディングの推進として、

データ提出の精度を上げるため、以下の基準を「制度参加・退出」の判定に用いることが示されている。

項目	基準値（案）
部位不明・詳細不明コードの使用割合	10%未満
様式間での記載矛盾データ	1%未満
未コード化傷病名の使用割合	2%未満
コーディング委員会の開催	年4回以上

DPC研究班（伏見班）セミナー@2026/02/28

令和6年度診療報酬改定

DPC/PPDSの基本事項

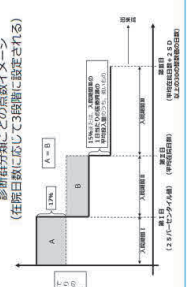
● DPC/PPDSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**1日あたり包括払い制度**である。

※ 米國で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
 ※ DPC/PPDS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定期報酬算定制度を意味する。

● 制度導入後、DPC/PPDSの対象病院は段階的に拡大され、令和6年6月1日時点見込みで**1,786病院・約48万床**となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の**約85%**を占める。

※ 令和4年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出した病床（在院日数に応じて段階に設定される）

● 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。



DPC研究班（伏見班）セミナー@2026/02/28

DPC対象病院の基準

➤ DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制作算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「**退院患者調査**」
 - ・ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「**特別調査**」
- 調査期間1月当たりのデータ病床が0.875以上
- 調査期間1月当たりのデータ数が90以上（※）
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす（※）
 - ・ 「**退院患者調査**」のモード1（医療資源病名）における「**部位不明・詳細不明コード**」の使用割合が10%未満
 - ・ 「**退院患者調査**」のモード間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ・ 「**退院患者調査**」のモード1における**未コード化傷病名**の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

（※）令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

参加要件が厳しくなる故に何らかの対応が必要になってくるが？

- 1) 詳細不明コード設定の精査→研究班マター
 - 1-2) 一方、詳細不明コードを解除することによってコーディング精度の低下への懸念→やむを得ないということと、チェックしないということとは意味が異なる。
- 1-3) 頻回に出現するコードについては、さらに他の候補が選択できないか働きかける方策の検討
- 2) 未コード化傷病の発生の調査→設定レベルは適切か否か

2. 詳細不明コード

- 1) 規制強化（？）の一方、病院の特性、特に慢性期を担う病院（ケア・ミックスタイプ病院等）によりコーディングの困難さがあることを、昨年、一昨年、報告した。

診断がつかない（医療資源の投入量が明確でない等）

診断ができない（専門医、設備が不足）

詳細は次の病院にてやっていたけど・・・

一方で、スキル不足も指摘

- 2) 本年度、20名の診療情報管理士及び本学教員の協力を得て、詳細不明コード発生についての評価等を試みたので研究成果の一部を報告する。

2-2. 頻出詳細不明データの検証と検討

- 1) 過去のDPC研究班データ、厚生労働省からの提供データ等から詳細不明コードとして使用割合が高いものを検討候補とした。
- 2) コーディングテキストへの反映を前提に、詳細不明コードとして継続するか否かを検討し、他に選択出来る可能性があるか否かを検討。
- 3) 併せて、コーディングテキスト全体の不整合などを検討。

2-3. 検討候補等例について

- 1) 「T273 気道の熱傷, 部位不明」について→熱傷診断ガイド来等を参考に。
- 2) 「K719中毒性肝疾患, 詳細不明」について→恐らく「薬物性肝障害」?に該当?→スコアリングシステムとして、日本肝臓学会の「RECAM-J 2023」が存在。厚生労働省の「重篤副作用疾患別対応マニュアル」の「薬物性肝障害」も参照。
等のように、臨床的、さらに第三者的ガイドライン等を検討する必要がある→単純にICDは確定するはずというケースばかりではない。

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2026/02/28

13

2-4. 出現頻度の高い詳細不明コード

【使用割合の高い「部位不明・詳細不明コード」(上位10個)】

ICD-10コード (部位不明・ 詳細不明コード)	対応DPC6桁 対称DPC6桁 (日本語名)
T273	気道熱傷
L669	皮膚の萎縮性障害
G809	脳性麻痺
F209	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害
H809	耳硬化症
I309	急性心膜炎
J304	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー->
H209	前部ぶどう膜炎
G119	遺伝性運動失調症
F329	気分 [感情] 障害

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2026/02/28

14

2-5. 詳細不明コードと日本語病名、コーディングテキスト記載の有無

No.	ICD10コード 2024	ICD10コード2024名称	DPC日本語名	記載の有無
11723	気道の熱傷, 部位不明	気道熱傷		○
21669	癩痕性脱毛症, 詳細不明	皮膚の萎縮性障害		×
36809	脳性麻痺, 詳細不明	脳性麻痺		○
4F209	統合失調症, 詳細不明	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害		×
5H809	耳硬化症, 詳細不明	耳硬化症		×
6I309	急性心膜炎, 詳細不明	急性心膜炎		○
7J304	アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー->, 詳細不明	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー->		○
8H209	虹彩毛膜体炎, 詳細不明	前部ぶどう膜炎		×
9G119	遺伝性運動失調 (症), 詳細不明	遺伝性運動失調症		○
10F329	うつ病エピソード, 詳細不明	気分 [感情] 障害		○

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2026/02/28

15

2-6. ここまでの考察と改定への対応

- 1) 病院機能の違いを反映した多種多様な患者に対して、ICD下の主要病態の選択は時に困難なことがあり、ICDのルールを適用することも同様である。さらに一部の傷病名についてはガイドライン等でもICDの視点からみたらよくなるような規定が必ずしもあるわけではない。
- 2) 一方、確たる診断に至らないケースも多い。例えば、一時的な発症後、受診時には既に症状消失し、一過性脳虚血発作とするしかない等のケースが典型である。とはいうものの、本年度検証した詳細不明コードについては、その多くは、診断名の選択への配慮が十分ではないことがうかがわれる。

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2026/02/28

16

2-6. ここまでの考察と改定への対応

- 過去の本研究報告書にて報告しているが、慢性期を担う病院、ケア・ミックス型病院、地域での一次救急を担う病院等においては、詳細不明コードを付けざるを得ないことがわかっている→診断には至らない、もしくはそもそも専門医、充実した医療機器がない等の要因もある。
- しかし、前述したとおり、明らかにコーディングへの無理解があることもわかっており、その対応は必要である。2026年度の改定で参加要件に規定する以上、病院にとっては切実な問題であり、コーディング精度についてはさらに重要性を増す。

2-7. ここまでのまとめ

- DPCへの参加の可否は病院にとって切実であり、詳細不明コード出現の多寡による係数の評価から参入の要件となることは大きな変化である。
- 過去のコーディングテキストの改定においては、その都度、詳細不明コードの使用頻度を意識しつつ、詳細不明コード指定の扱いを検討してきた。
- 今般、2026年度診療報酬改定に向けて提案を行う準備をしているが、適切なコーディング支援策としてコーディングテキストのさらなるブラッシュアップを検討している。

2-8. 改定案作成の方針

- 研究協力者のエキスパート診療情報管理士の視点からは、テキスト記載に対する特別な問題はないという意見を得ている。
- 2024年の改定時は、DPC制度に参加する病院は急性期病院だけではなく、多様な機能を持つ病院の参加も拡大しており、非エキスパートが活用できるテキストを作成することが求められた。
- したがって、2024年版テキスト改定案の作成には非エキスパートの利用時にも誤解がなく、かつ可能な限り、希少、難解な例示を排除し、優しい事例に置き換えることや詳細不明コードも指定するだけではなく、対応等も併せて示し理解出来るように努めた→原則として、正しいICDコードと共にDPC分類（6桁）を示すようにした。

3. 未コード化傷病名

- 過去、平成16年度（2004年度）の当時の中医協DPC評価分科会では、ICDコードのうち、「9（詳細不明コード）」として、当時の松田DPC研究班から、MDCごとの発生頻度等を報告している。その後、現在に続く詳細不明コードに対する、何らかのペナルティが科せられることにつながっている→委員会開催も同じ理由で。
- 一方、同時に、MEDIS標準病名マスターの使用が強く推奨されており、初期と比較すると未コード化傷病名の使用減少については、改善はされているとされている→厚生労働省の診調組D-2-2（平成29年8月4日）資料。
- 未コード化傷病名が、DPC対象病院の参加要件とされたこともあり、**未コード化傷病名の使用率2%というハードル設定**は適正であるか、DPC研究班に提出されたデータから検証を試みた。

3-4. 考察

1) 診療所と病院、特にDPCに関係する病院との発生頻度の比較について

- (1) 研究班データにおける未コード化傷病名発生頻度は、資源病名128件 (0.26%)、主傷病名108件 (0.18%)、契機病名112件 (0.19%) であった
- (2) 社会保険診療報酬支払基金における調査では、一般レセプトにおいては、**診療所が約1.6%、病院がDPC病院含んで約0.5%**であり、今回調査した研究班データと比較すると**高い比率**となっている。
- (3) 診療所に比較すると病院の値が低いのは、研究班データでもわかるように**DPCに関係する病院の未コード化傷病名の使用比率が低い**ことが影響していると思われる→DPCのおかげで意識が高い？。

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2025/02/28

25

3-4. 考察

2) DPC病院の特徴

- (1) いずれにしてもレセプト全体の比率と比較すると入院、特に**DPC関連病院の値が低い**ことから、DPC制度の導入で少なくとも傷病名マスターについての理解が進んでいることが示唆された。
- (2) すなわち、明らかにDPCレセプトを提出する病院 (すなわちDPC対象病院) においては、未コード化傷病名の出現頻度について、顕著な差異があることがわかる。
- (3) その理由としては、DPC対象病院の場合、未コード化傷病名の出現比率によって医療機関別係数の機能評価係数Ⅱに係る保険診療指数の規定の条件が、**未コード化傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算**となるため、機能評価係数Ⅱに対する評価に対して、強い意識が働いていることが考えられる。

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2025/02/28

26

3-4. 考察

3) 厚生労働省保険局医療課調査との比較

- (1) 前述のとおり、厚生労働省保険局医療課による資料によると、未コード化傷病名の出現頻度について、全DPCレセプトのレコードにおける傷病名マスターに収載されていない傷病名の割合は**約0.17%**であるされており、本研究による研究班に提出されたデータの調査結果、**資源病名0.26%、主傷病名0.18%、契機病名0.19%**と比較して大きな乖離がないことが確認された。
- (2) 研究班にデータを提出している病院は、一般的に**データ精度に対して意識が高い**と思われるが、DPCレセプト全体としての数値と同様の傾向を示していることもあり、データ精度については機能評価係数での評価は精度改善に効果を上げていることが示唆された→2026年度からはさらに評価が明確になる。

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2025/02/28

27

3-4. 考察

4) 傷病名区分 (資源病名、主病名、契機病名) における乖離

- (1) DPC分類を決定する傷病名は資源病名であるが、確定までは契機病名を選択する可能性もある
- (2) また、医師がサマリーに記載した主病名との乖離も起こりえる。資源病名と主病名の間には2,432件(4.1%)、資源病名と契機病名の間では、5,168件(8.7%)の差異がみられた。
- (3) さらに、DPC/PDPS制度における、コーディングのフローも影響している可能性がある→まず、DPCにより診療報酬請求を行い、後に様式1としてより精度の高いデータを作成するという理由もある可能性がある。

DPC研究班 (伏見班) セミナー@2025/02/28

28

医療資源病名と契機病名、主病名との差の例（抜粋）

資源病名	契機病名	資源病名	主病名
うつ病・気分不安	脳梗塞	悪性小脳腫瘍・急性期	高血圧高浸透圧症候群
パーキンソン病	腰痛・頰痛風	中葉肺癌の疑い	神経因性膀胱
多発性脳梗塞	痛用症候群	気腫型慢性閉塞性肺疾患	急性呼吸不全
多発性脳梗塞	痛用症候群	痛用症候群	機械筋融解
尿管癌	下肢静脈炎	右大腿骨頸部骨折	右大腿骨人工骨置換術後
膀胱癌	腰椎圧迫骨折	右股関節術後感染症	右大腿骨人工骨置換術後の二次感染の疑い
肺炎	摂食障害	痛用症候群	出血性膀胱炎
急性胆嚢炎	脱水症	痛用症候群	両側下腿皮膚潰瘍
悪性小脳腫瘍・急性期	頭位変換性めまい	痛用症候群	機械筋融解
レビ-小体型認知症	食飲不摂	糖尿病	右大腿切断術後
悪性小脳腫瘍・急性期	アルツハイマー型老年認知症	痛用症候群	急性気管支炎
下葉肺癌	急性胆嚢炎	痛用症候群	急性大動脈解離StanfordA術後
水腎症	下肢静脈炎	痛用症候群	総胆管結石性胆のう発
中葉肺癌の疑い	神経因性膀胱	左大腿骨頸部骨折	左大腿骨人工骨置換術後
気腫型慢性閉塞性肺疾患	急性呼吸不全	痛用症候群	結石性腎盂腎炎

3-5. 考察まとめ：標準病名マスターが存在する未コード化傷病名の出現

標準病名マスターとして選択可能な傷病名が存在するにも、あえて、もしくはなぜか、未コード化傷病名として存在したことについて、発生要因がいくつか推察された。

- 1) すでに述べたように、外来レセプトに未コード化傷病名の発生率が高いことから、そのまま入院の傷病名に外来の未コード化傷病名がコピーされるケース。
- 2) 病院情報システム（主体はレセプトシステム）の導入が早期になされているため、標準病名マスターが現在ほど普及していない時代からの傷病名が残存しているケース→システムリプレースも改善の要因の大きなものと考えられる。
- 3) オペレーション時、すなわち傷病名を入力する段階で、うまく傷病名の検索が出来ず、ワープロ入力か未コード化傷病名として登録してしまうケース。

3-5. 考察まとめ：標準病名マスターが存在する未コード化傷病名の出現

- 4) 前述の2) 例にみられるように、システムリプレースを伴わずに未コード化傷病名の削減を目的に上記の処理を見直す場合は、対象者の全ての傷病名を再確認する必要があり、極めて大きな業務上の負担となるため現実的ではない。
- 5) したがって、随時見直しをしていく方が現実的であり、多くの病院がそのような対応を行ってきたと思われるが、その処理に漏れているケースや病院が未だ、残存していると思われる。
- 6) DPCへの対応を意識して比較的新しい時期にシステムを導入した場合、すでに標準病名マスターが普及していたこともあり、対応が効率的であったであろうと考えられる。

3-6. ここでの結論

- 1) 本調査では、診療報酬改定時の検討事項、2%の基準設定に特段の問題がないと確認された。
- 2) 一方で、システムまたは標準病名マスターの利用方法への理解が十分ではない可能性が推察される（ごく少数の病院であろうが）という課題が残った。
- 3) 点数マスターの再点検、システムの見直しがなされることを期待したい→JAHIS（保健医療福祉情報システム工業会）とも意見交換を継続している。

ご静聴ありがとうございました。

