

令和 3 年度厚生労働行政推進調査事業補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進事業)

「入院医療の評価のためのDPCデータの活用及びデータベースの活用に関する研究」
分担研究報告書

「慢性期、ケア・ミックス型病院における DPC/PDPS コーディングテキストのあり方について」

○分担研究者: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

○研究協力者

1)日本診療情報管理士会 DPC ワーキンググループ:秋岡美登恵、上田京子、松浦はるみ、鎌倉由香、山本真希

2)汐田総合病院 根本将司、公立岩瀬病院 有我朋樹、聖フランシスコ病院 山岡早苗、弘前脳卒中リハビリテーションセンター 佐々木哲裕、甲賀病院 小澤貴久代、和歌山県済生会有田病院 中井正紀、小豆沢病院 旭久美子、嶋田病院 今村知美、西部総合病院 澤口恵子、竹田医師会病院 原田智子、国際医療福祉大学 藪下千恵美、日本工学院専門学校蒲田校 IT カレッジ 安孫子かおり

3)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 渡邊佳代、三田岳彦、樫村菜穂

※所属は 2021 年 4 月現在

研究要旨:

厚生労働省から 2021 年 8 月 27 日付で発出された特別調査資料によると、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が明らかにされている。その内容は、平成 30 年度診療報酬改定に向けた「DPC 評価分科会報告書」において、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いう指摘があったことを受けてのものである。平均から外れる要素の多くは慢性期やケア・ミックスタイプの病院で見られると示唆されるが、状況の変化を踏まえて、DPC/PDPS コーディングテキスト修正の必要性について検討が必要であると考えた。そのため診療情報管理士が所属するケア・ミックス型 10 病院を調査対象として、特別調査資料で説明された内容が、診療情報管理のエキスパートとして実際に考慮すべきか否かその妥当性等を検証することとした。なお、その結果を踏まえて令和 4 年度診療報酬改定におけるコーディングテキスト修正の内容も検討することとした。

※結果については紙面の制限もあるため、別途 DVD に報告書詳細と調査データを収録。

A. 目的と研究の背景

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。
- その内容は、

- 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。

まず、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 種類に細分化されている。

- 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

なお、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。

調査結果については、特別調査報告書に詳しいが、その回答をみる限り、バラツキも大きく、本来の期待された内容についての回答になっているのかという疑問が残る。特に ICD コーディング、そしてその先にある DPC 分類への理解については、DPC 制度の重要なポイントである。したがって、このポイントに着目して、今回、この調査結果(病院の回答)について、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を調査することとした。

B. 目的：DPC/PDPS コーディングテキスト修正の必要性についての検討

令和 4 年度、診療報酬改定に伴う、DPC/PDPS コーディングテキスト改定案の検討を視野に、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、慢性期医療やケア・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て、令和 3 年度、特別調査で報告された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。

C. 結果

1) 病院の属性等について

協力病院 10 病院の病床数等は、表 1 のとおりであった。

表 1: 協力病院の病床数

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

2) 設問への回答について

詳細は別途 DVD 資料に示すが、病院によって診療機能の違いが大きいため、検討すべき数値としては、原則として、半分以上の病院(5 病院)が該当する(検討の余地有り)として回答があり、かつ、ある「○」としたものをカウントすることとした。

なお、各項目に付与された番号は、特別調査における設問の順番を表している(筆者付与)。結果や考察において指し示す番号はこの番号を表している。また、この結果は協力病院の状況と担当する診療情報管理士の意見の集約であり、特別調査本体の結果ではないことに注意していただきたい。

※結果については紙面の制限もあるため、別途 DVD に報告書詳細と調査データを収録。

D. 考察

1) 病院の属性等について

今回研究協力を依頼した診療情報管理士の所属する協力病院については表 1 に示したとおり、病床種別は満遍なく多岐に渡っていることから、今回の調査内容について参考となるデータを十分に集められたと考えている。恐らく、公表された調査内容と違いがあったら、本

研究の回答を診療情報管理士という立場からの違いであることがポイントだと考えている。

2) 設問への回答について

(1) 医療資源投入量の少ない病院について:
設問 1 から 3 まで

〈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。

厚生労働省による特別調査報告書における特別調査病院と同様に、今回の研究協力者が所属する協力病院もケア・ミックス型病院であり、全く同様の傾向を示した。すなわち、ありがちな一般的な対応状況であると考えられる。現時点の DPC 対応ルールについては、病院の機能や医療資源投入量の投入量(すなわちそれが病院機能の違いに繋がっている)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。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。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、今回の特別調査病院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。また、協力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。もっとも、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。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。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。

(1-2) 症例の受け入れ方針について: 設問 4 から 8 まで

〈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している。

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。

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持っていると思われるので、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る、4、5 の設問に対して 100% が該当すると回答している。このような回答から考えると、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。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、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。

(1-3) スタッフ設備について: 設問 9 と 10

〈スタッフ・設備について〉

9 夜間に常勤の専門医がいないため、脳梗塞への対応ができない。

10 心臓カテーテルを実施できる設備がない。

2 つの設問については双方とも協力病院ではあるとする回答が高かったが、前述の(1-2)の回答とも整合していると思われる。この回答は特別調査病院においても一般的であろうと推察された。

(1-4) 治療方針について: 設問 11

〈治療方針について〉

11 冠動脈 CT で病変の評価を行い、必要な症例だけにカテーテルを実施しているため、手術・処置等が少ないと考えられる。

協力病院においては該当しないと結果であった。しかし、特に慢性期、ケア・ミックス型の病院であっては一般的な治療方針だと考えられる。設問内容について、その詳細例は一般的ではないかもしれないが他の医療行為、検査行為等に置き換えてみると、一般的な問題といえる。一方で、DPC の分類選択ルールは急性期医療前提の ICD が基盤となっていることから、このようなケースを考える時、傷病名と診療内容、医療資源の投入量は医療機関の機能によって左右されるという典型的な例である。

(1-5)コーディングについて:設問 12 から 15 まで

〈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。

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)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あることを裏付けてい

る。15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)。

(2)在院日数の短い病院について

(2-1)症例の受け入れ方針について:設問 16、17

〈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。

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ので、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。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ロールすることが前提と考えるようになる。協力病院においても同様の傾向があることがわかった。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、することが珍しくないであろうということから、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)。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要素があると推察される。

(2-2) 転棟の方針について: 設問 18 と 19

〈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。

設問 18 については個別例であるが、19 については協力病院でもほとんど該当すると回答している。現時点での制度として回復期病床が存在する以上、想定された対応と考えられる。

(2-3) コーディングについて: 設問 20 と 21

〈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。

20 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。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こともある一方、紹介対象疾患(医療資源投入)でコーディングするとい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や経営方針等の違いが示唆された。

(2-4) DPC/PDPS コーディングテキストについて: 設問 22 から 26 まで

【「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」について】

22 コーディングテキストの認知

23 コーディングテキストの活用

24 コーディングテキストの活用 (ICD コーディング)

25 コーディングテキストの活用 (DPC コーディング)

26 コーディングテキストの活用 (教育資料)

基本的にコーディングテキストの活用は浸透しており、全ての設問について協力病院でも肯定的な意見が明確であったものの、その一方で、配慮があるのは診療情報管理士のみであり、医師等については理解が進んでいないという意見があった。ただし、あくまでも DPC に関連する病院であるということが前提であり、協力病院の中でも DPC 対象病院でない場合は認知が低いという意見があった。今後はデータ提出加算に関連してどのような病院であっても最低限の理解は必要とされるので、DPC に関連しない病院であっても普及への努力は継続すべきと考えられた。

(3) 内容について

設問(特別調査病院からの回答)の多くは、制度や DPC 分類についての疑問や意見が多いため以下ではあくまでも ICD や DPC における分類選択について考察する。

(3-1) 急性心筋梗塞: 設問 27 から 35 まで

急性心筋梗塞

27 事例をもっと多く記載して欲しい。

28 急性心筋梗塞、心不全のコーディングの区別(原疾患コーディング)の記載の内容やコーディングの仕方が不明瞭(心不全の治療がメイン)。わかりづらい。

29 救急搬送後の来院時心停止等の場合の取扱いは急性心不全なのか。検査値は急性心筋梗塞ではある状態。

30 DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストの

P44「陈旧性心筋梗塞の場合は(I252)を選択す

ること」の記載と P26 に示される原疾患コーディングを兼ね合わせた解釈が難しい。

31 急性か陳旧性か判断に迷う(急性心筋梗塞か狭心症か)。

32 責任血管と障害部位 (ICDコード) が 1 対 1 になっていないので、コーディングする時に迷う。

33 他院で急性心筋梗塞治療後にリハビリや検査目的で当院に来た場合は、急性心筋梗塞として良いのか。

34「急性」「亜急性」「慢性」といった時間の定義がない。

35 梗塞部位が複数あった場合、傷病名(部位)の優先はあるのか。

この分野については、ICD を基盤としている以上、ICD から選択する必要があるという限界があり、医療資源の投入が急性期の治療としてわかりやすい病院と異なり、協力病院であっても慢性期医療の提供を主とする病院、病床においては医療資源の投入対象が明確にし難いという結果が示唆された。また、急性、亜急性、慢性という区別については、臨床的にも明確でないことから分類選択に苦慮しているということが現れている。

(3-2) 脳梗塞: 設問 36 から 47 まで

脳梗塞

36 事例を多く追加してほしい(010060 or 010061 の分類の判断。脳動脈奇形破裂による脳出血 (I619) は医療資源病名とはなりえないのか)。

37 JCS と GCS の対応表があると良い。BAD の概念。

38 脳梗塞後遺症の考え方(胃ろう増設のみ目的入院とかの場合)。

39 I63\$ のコーディングの判読句が難しい。

40 MCA (中大脳動脈領域) が詰まった時の事例。

41 治療開始日が脳卒中発症日後何日に該当

するのか分からない。前医での治療開始日にするのか? 当院での治療開始日にするのか?

42 ICD には無い表現の アテローム血栓・心原性・ラクナ、何れの概念も定義されておらず、詳細不明コードを選択せざるを得ない。

43 脳アンギオ検査選択的血管検査を実施した場合の考え方。

44 発症時期、JCS, 発症前 RankinScale を明確化する理由がわからない。

45 一過性脳虚血発作と脳梗塞の両者を疑い、脳梗塞に準じた治療が行われた場合の判断に迷う。

46 続発・後遺症のケースが分かりにくい。

47 どの時点の JCS スコアを用いて判別すればよいか分からない。

この分野も ICD を基盤としている以上、ICD から選択する必要があるという限界があり、医療資源の投入が急性期の治療としてわかりやすい病院と異なり、協力病院も含めてケア・ミックスや慢性期を主とする病院においては医療資源の投入対象が明確にし難いという結果が示唆された。この設問 38 は典型例であり調査対象病院でもこの設問のみが存在すると高値を示した。また、設問 42 については、ICD を臨床で使う場合に一般的に指摘されること (ICD の課題) であり ICD の限界ともいえる。設問 45 については確定診断がなされない場合は疑診であっても選択してよいとされている。

(3-3) 狭心症: 設問 48 から 57 まで

狭心症

48 事例を多く記載してほしい。(冠動脈 CT の検査入院の症例。疑診で検査入院をし、狭窄部位なしとの結果の場合)。

49 スtent留置を行う症例では冠動脈狭窄症の可能性が考えられるが、触れられていない (stent内再狭窄の場合は T828 等の偶発的に発見された場合)。

50 狭窄部位 3 枝病変のような多枝狭窄による

疾患の傷病名は？症状に合わせて不安定／
労作性として良いか？

51 急性心筋梗塞の既往歴がない場合のフォローアップ心カテ検査の際の ICD10 選択。

52 PCI 施行後、経過観察のため CAG 施行目的入院。有意狭窄を認めない場合の CCS 分類について、一旦治療を終え症状も落ち着いている場合は分類不能か症状のない場合の「9」どちらを選んでよいのか。

53 過去に心筋梗塞の既往(どのくらいの期間を遡るのか)があり、陳旧性心筋梗塞の検査のために入院した場合について。この場合、陳旧性心筋梗塞を選択することとなっているが、検査と同時に他疾患の加療を行った場合でも、陳旧性心筋梗塞を選択すべきなのか。

54 陳旧性心筋梗塞は、独立した診断群分類がなく、狭心症と同じ診断群分類となる。

55 コーディングテキスト(43 ページ)の 050050 狭心症、慢性虚血性心疾患の分類では【過去の既往を根拠に I21 \$、I22 \$、I23 \$ は他分類(050030)となり選択しないこと】の記載もありますが、具体的にどのような事例で選択すべきなのか分からない点がある。

56 検査入院に関する病名・大動脈弁狭窄症など手術予定患者が、冠動脈の虚血が疑われ、術前検査のため心臓カテーテル検査で入院することになった場合、医療資源病名は「I20\$ 狭心症」や「I25\$ 虚血性心疾患」(疑いも含む)か、それとも主手術の対象となる「I350 大動脈弁狭窄症」のどちらを選択すべきでしょうか。

57 ここ数年でよく見かけるようになった慢性冠症候群、という新しい傷病名について。

この分野も ICD を基盤としている以上、ICD から選択する必要があるという限界があり、医療資源の投入が急性期の治療としてわかりやすい病院と異なり、協力病院も含めてケア・ミックスや慢性期を主とする病院においては医療資源の投入対象が明確にし難いという結果が示唆された。また、設問 51については、本来 Z コード

で区別することが求められるが現時点の制度では Z コードの使用に対応していない。ただ、フォローアップの対象が医療資源の投入ということであるとすれば特に問題にはならないと考える。設問 53については、基本的な原則として最も医療資源の投入量で選択すればよいため特段の問題になることはないと考えられる。

(3-4) 心不全: 設問 58 から 64 まで

58 事例を多く載せてほしい(使用してよい事例も載せてほしい。原疾患を特定するのに時間がかかる。どの場合まで原疾患なのか。疑診とは?)。

59 原因疾患が多岐にわたる場合、PCI や心筋焼灼や弁置換を行った際に原疾患を特定するのは困難。原疾患ルールを認識していない医療機関もある。

60 うっ血性心不全で入院した後に心カテ検査を実施した場合のコーディング。

61 急性期増悪と通常の入院が同じ評価としているのに違和感。

62 高齢化による心機能低下による心不全であった場合はどうコーディングすればよいか。

63 ICD が I509 以外になる心不全(例えば、I500 うっ血性心不全)であれば選択して良いか。

64 コーディングテキストで「心不全 ICD50.9」は選択すべきではないと記載がある。最終的に診断がつかない原疾患や原疾患での治療が主でない場合も心不全以外なのか。どのような場合が心不全なのか。心不全を確立した病名として認めてほしい。

協力病院ではほとんどの設問が特に問題になっておらず、回答した特別調査病院の多くが、「.9」を気にするあまり、傷病名の選択が出来ないという回答をしていると推察する。特別調査病院の回答に対して、全てコーディングテキストに記載されているので問題ない(特別調査病院においてコーディングテキストが理解されていない

い)という協力病院からの意見もあった。

(4) 診断群部位のコーディングをする上で、わかりづらいと感じる点や判断に迷う点

(4-1) 急性心筋梗塞: 設問 65 から 77 まで

急性心筋梗塞

65 直ぐに治療を要しない亜急性期の心筋梗塞は 050030 で良いのか。

66 心不全がメインの病名の場合であっても原疾患コーディングでよいのか。

67 冠動脈ステント留置後のフォローでの病名選択。新たな狭窄等があった場合の病名選択。

68 急性心筋梗塞の定義(発症後〇日や手術後〇日等具体的なもの)。狭心症との線引き。

69 心電図では異常が見られないが血液検査等で明らかに心筋梗塞だと思われる場合、梗塞部位が特定できない場合がある。

70I249 急性冠症候群、非 ST 上昇型心筋梗塞や ST 上昇型心筋梗塞を医療資源病名に使用したいが部位不明・詳細不明コードに該当し使用できないのはなぜか。

71 陳旧性も急性と同じく前壁/後壁と ICD を細分化してほしい。

72JCS・年齢などの重症度の区分を設定し、全身管理が難渋である病態が詳細に分類できる様にして欲しい。

73 急性心筋梗塞と狭心症の処置 2-2(透析: J0384、J038-2)と処置 2-3(シンチグラム、SPECT、tPA)を逆にしてほしい。これらを両方行ってしまった場合、透析ありの評価(高点数)がうけられず、大幅なマイナス例がしばしばある。

74 心臓カテーテル検査+血管内超音波検査等(加算有り)について 狭心症以外の病名でも加算有りの検査を実施することがある。

75 救急搬送を受け高次医療機関へ搬送するまでの間に合致した医療資源最投入傷病 ICD 1-10 コードの選択が難しい。

76 リハビリ目的の転棟や来院であっても原疾患

コーディングでよいのか。

77 副傷病名が少ない。

他の分野と同様に、医療資源の投入が急性期の治療としてわかりやすい病院と異なりケア・ミックスや慢性期を主とする病院においては医療資源の投入対象が明確でないということに基づく結果が示唆された。一方で、医師が診療の過程で決定(診断)せざるを得ない急性期や亜急性期の判断に任せるべきであってもそれが困難であるとすることや、設問 65のように、そもそも治療の必要がない場合の傷病名の判断がつかないということに違和感がある(本来 DPC で対応すべきなのか否かも)。その場合は、入院の必要があったので入院したと考えるなら、その必要があった傷病名を主たるものであると考えられるが、疑問が発生するとすれば入院の必要性の判断にも疑問が残ることになる。また、設問 76については、他の設問でも同様の課題となっているが、傷病名と診療内容、投入した医療資源量との違和感の典型例と思われる。協力病院でも意見が分かれるところであるがあくまでも医療資源の投入対象となったことで判断すべきという前提が現行ルールである。

(4-2) 脳梗塞: 設問 78 から 94 まで

脳梗塞

78 閉塞血管で分類するか、アテローム・心原で分類するか統一をしてほしい。複数梗塞が存在した場合や塞栓性/血栓性脳梗塞の優先順位。分枝粥腫型梗塞(BAD)の ICD-10 が無い。

79 脳梗塞後遺症で胃ろう造設した場合の医療資源病名(陳旧性脳梗塞(I693)慢性期(I639))。

80 脳梗塞発症後何日目までが脳梗塞でコーディングしてよいか。

81 脳梗塞に対して術中 tPA 投与時の診断群分類の選択方法を明確に記載してほしい(術中に使用した場合の診断群分類区分の選択

方法)。

82 脳梗塞については診断群分類の詳細の数が多すぎて、時間がかかる。わかりづらい。副傷病の選択の優先順位がわからない。

83 発症前 Rankin Scale であるが、おおむね 1 週間の ADL を病歴等から推定することは難しい為、推定するものでなく明確にわかるものを診断群分類に用いた方がよいのではないかと。

84 エダラボン以外の薬剤分岐がない(アルガトロバン、オザグレル等)。

85 詳細不明コードになりやすい(一過性脳虚血発作等)。

86 悪性腫瘍が原因で血栓傾向が強くなり脳塞栓を起こした場合、塞栓性脳梗塞(I634)を選択するか、トルソー症候群に基づくもの(D688,I639)を選択するか、原疾患の悪性腫瘍を選択するか、迷うことがある。

87 内頸動脈狭窄による脳梗塞で入院し、抗凝固薬の治療を行い、退院した後に、内頸動脈狭窄症に対する動脈血栓内膜摘出術目的で入院した場合、内頸動脈狭窄症は「010060 脳梗塞」または、「010070 脳血管障害」どちらか。88I638 とG467 のダブルコードである「ラクナ梗塞」のコード選択が難しい。

89BAD タイプの場合のコード選択が難しい。

90 リハビリ目的で転院してきた場合のコード選択が難しい。

91 頭蓋内における内頸動脈瘤(未破裂脳動脈瘤)については診断群分類上、I720(閉塞性動脈疾患)になっているが、医学的診断においては I671(未破裂脳動脈瘤)に該当するので、判断に迷う。

92 脳梗塞、脳梗塞後遺症、陳旧性脳梗塞の定義が明確でなく、判別が難しい。

93 脳梗塞後遺症に麻痺を含めてよいのか判断に迷う。

94 超急性期の治療が重要となる疾患は、退院時の確定診断までに行われた診療内容も評価して欲しい(脳梗塞の診断確定前のエダラボン投与等)。

多くは DPC 分類や制度に対する意見や要望であった。協力病院においては特段の指摘はなかった。元々、診断、特に病期については、判断がつきにくい分野なのかもしれないが、その判断は臨床現場の医師の専権事項であり、それ故にこの意見に疑問が残る一方で、医師への確認自体がなされているのかという疑問も残る。すなわち、病院内での情報の流通(個々の医療者の果たすべき責任)に問題があるのか、または、必ずしも専門医が対応しているとは限らない事情も考えられる。設問 89 の BAD への対応等、新しい病型に対して最新の時点で、ICD や標準病名マスターが対応出来ていないという指摘もあり、ICD の限界でもある。もっともその場合、独自病名マスターを登録して行うことが規定されており、実運用に当たっての理解が十分ではない(システムベンダー側の問題ということも考えられる)という可能性も残る。

(4-3)狭心症:設問 95 から 105 まで

狭心症

95 狭心症3枝病変が I20.9 の詳細不明のコーディング。

96 冠攣縮誘発物負荷試験加算に対する DPC の評価。

97 不安定狭心症に対するコーディング(治療は AMI に近い。I249 急性冠症候群は 050030)。労作性狭心症と同じになる。

98 冠動脈ステント留置後再狭窄と狭心症の両方が該当する場合に、どちらを選択するのか判断が難しい。

99 亜急性心筋梗塞病態の場合に、合致した医療資源再投入傷病 ICD-10 が存在しない(陳旧性心筋梗塞や狭心症で置き換えている)。

100 狭心症の既往歴がある場合で、新規の狭心症病変を疑い検査をした場合、『既往の狭心症』/『新規病変の狭心症疑い』としてのコーディングが適切なのか迷う。

101CAG 入院で退院せず PCI 施行となった場

合。CAGの血管内超音波が評価されない。
102 リハビリの評価があると良い。
103 手術あり(K546 \$ 等)→手術・処置等 1 の分岐選択で、「なし」と「1,2 あり」が同じ分岐になっている。分岐を定義してほしい。
104 心臓カテーテル検査が手術・処置等に定義されておらず、点数に反映されない。
105 狭心症の疑いで検査入院した患者が、検査の結果、狭心症が否定された場合、医療資源を「狭心症の疑い」とするのか、「狭心症」とするのか明記されていないため、判断に迷う。

ほぼ全てが DPC 分類や制度に対する意見や要望であった。協力病院の意見からは、ICD 選択についての疑問ではないという結果であった。(4-2)でも述べたが、協力病院からは、医師に確認すること(例えば設問 95 から 98、105)、コーディングテキストに記載されているのでよく理解すべし、という意見があった。

(4-4)心不全:設問 106 から 118 まで

心不全

106 原因疾患が多岐にわたる場合、治療との組み合わせも考慮しての一つに絞るのは困難(原疾患コーディングルール通りにすべきか)。
107 心不全は選択すべきではないとテキストに書いてあるが心不全の分類はある。ハンプや利尿剤、サムスカ、ドブタミンを投与し心不全が改善された場合でも不可か?心不全でコーディングしてよい基準は?
108 心不全の多くは高齢者が多く合併症も複数あり詳細なコードの明示が難しい。両心不全は I509 となる。心不全は部位不明・詳細不明から除外してほしい。
109 慢性・急性・慢性の急性増悪で急性と慢性の急性増悪の区別も難しい。
110 原因疾患の方が期間 II が短くなりコーディングテキスト通りにやると評価が下がる。
111 心不全と腎不全(透析患者)がある症例、I110 高血圧性心不全と I509 心不全のコーデ

ィングは難しい。

112 心不全のリハビリ目的入院(心不全の治療のみ入院)の場合のコーディング(原疾患 or 心不全)。
113「原疾患を資源病名とするが、原疾患が不明の場合や対症療法のみの場合は 150 \$ の心不全を使用」といったような指針についてもご検討いただきたい。
114 副傷病において肺炎を定義してほしい。
115「原疾患が判明しない、明らかな基礎疾患が診断されない場合については、心不全を選択することもやむを得ない」とあるが、どの程度を想定されているのかが分からない。
116 心臓カテーテル法による諸検査と血管内超音波検査等を実施した場合の分岐が手術・処置 1 に定義されていない。
117 心不全にて治療中の患者に緊急 PCI を施行した場合、心不全ではなく AMI でコーディングしなくてはならず、長期入院中に手技料の高い手術等をした場合のコーディングが難しい。
118 重症度別の診断群分類区分を設定してほしい。

この分野もほぼ全てが DPC 分類や制度に対する意見や要望であった。協力病院からは、ICD 選択についての疑問ではないという結果であった。心不全についてはあくまでも原疾患が明確な場合は、その使用について配慮を求めているが、対症療法しか用いない場合等を含めて心不全とせざるを得ないものを禁止しているものではない(ということが理解されていない)。つまり、「.9」を意識するあまりの意見だと推察される。ただ、現実問題として、診療報酬請求やデータ提出に関わる病院職員全員に ICD への理解等を求めるのは困難でもあるので、十分な理解がない担当者であっても、適切な判断が出来るようにコーディングテキストにおける表現の配慮等は必要と考えられる。

(5)【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点、改善を求めたい点、ご意見等】について:設問 119 から 136 まで

119MEDIS 標準病名マスタにないものが多い(とりわけ、整形外科系の部位コード等)ので改善してほしい。

120 コーディングテキストの事例を増やしてほしい(外傷系、DIC や敗血症、廃用症候群、稀少な事例、ダブルコーディングの医療資源投入量の判別、老衰、C800 原発不明癌 等)。

121 皮膚潰瘍(L98、L97)が 100100 糖尿病足病変の DPC になるが、糖尿病が無い人でも皮膚潰瘍になりうる。また、足だけでなくいろいろな部位へと発症される患者もいる。分類名の変更等をすべきではないか。

122「110280 慢性腎炎症候群慢性間質性腎炎慢性腎不全」の「手術処置1」に D412 経皮的針生検法はあるが、D412-2 経皮的腎生検法が定義されていない。

123 部位不明・詳細不明のコードについて、どうしても使用しなければいけないコードがあるので改定してほしい。(医師から相談を受けてそれのみになってしまう場合や CPA や短期間(入院時から 48 時間以内)で専門病院への転院や死亡。関節リウマチ、鉄欠乏性貧血、小腸イレウス、虚血性腸炎、膝関節滑膜炎、廃用症候群など代替コードがあるか。

124R コードに該当するものしかコーディングしがたい場合に判断が迷う(どうしても原因がわからない不明熱、老衰等)。

125 原疾患をどのあたりまで考慮すればよいのか迷う(原疾患と合併症が複数あった場合の選択の基準)。

126 入院期間Ⅲを超え翌月に手術等を行い包括に戻った場合や DPC/出来高変更の際の運用等。一度前月分を請求しているのに、取り下げを行わなければならない、煩雑化し事務処理(患者への説明含めて)に手間がかかる。

127 アルコール肝硬変による肝不全に対して治

療を行った場合に、アルコール性肝疾患(K70\$)と肝硬変(K746)のどちらでコーディングするのが適切か判断に迷う。

128 化学療法と放射線療法の併用時、病名によって分岐が異なるため、統一してほしい。

129 診断群分類が複雑なので簡素化していただきたい(脳梗塞や肺炎)。

130 転移性脊椎腫瘍(C795)に対して治療を行った場合(原発に対する治療なし)、C795では「070040 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)」となり、脊椎を除くとなっています。「070030 脊椎・脊髄腫瘍」では原発の ICD しか該当しないため、コーディングに迷う。

131 アブラキサン点滴静注を使用した場合は手術・処置等 2 での対応薬剤は「パクリタキセル(アルブミン懸濁液)」のみが該当薬剤なのか判断が難しい。

132「腹膜炎を伴う虫垂炎」の分類が存在しないため、判断に迷う。

133「180040 の手術の合併症」に資源病名として選択していいのか定義が曖昧。

134 特別な治療をしていない場合(看取り状態含む)の医療資源病名の選択が困難な場合がある。合併症か、原疾患かを選ぶ場合の基準が曖昧で迷う事がある(リハビリ目的や終末期やその緩和ケアの場合)。

135 臨床に沿った医師向けのコーディングテキストを作成してほしい(診療ガイドライン等を考慮した医師を納得させるためのマニュアル)。

136 コーディングに特化した窓口開設をしていただきたい(SNS を利用した QA 対応や窓口や厚生局で受け付けたコーディングに関する疑義や回答の公開と共有)。

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。一方で、協力病院でも高値を示した課題については、標準病名マスターへの要望、コーディングテキストの事例数、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。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。

(6)【機能評価係数Ⅱの保険診療指数における「病院情報の公表」以外に、医療の質の評価に関する取組みを行っているか】について:設問137から147まで

- | |
|------------------------------|
| 137QI プロジェクトに参加 |
| 138 病院ホームページにおける医療の質を示す指標の公開 |
| 139 医療の質の評価・公表等推進事業への参加 |
| 140 委員会活動の実施 |
| 141 病院機能評価の認定 |
| 142 グループ病院内で統一した評価の実施 |
| 143 部位不明・詳細不明コードの調査 |
| 144 クリニカルパスの活用 |
| 145PDCA サイクルの実践 |
| 146ISO の認証の取得 |
| 147CQI 研究会への参加 |

協力病院の研究協力者は診療情報管理士であることもあり、関連する業務への対応は行われているという結果であった。

3) 協力病院の診療情報管理士に対する調査と意見聴取に基づくコーディングテキストの内容を検討すべき点について

特別調査結果に基づき協力病院で全ての設問についての診療情報管理士の視点からみた意見、それに対する考察等は述べて来たとおりである。コーディングテキスト改定にあたり取り入れるべき意見を検討する前に、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つに整理される。

(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

今回の目的はあくまでもコーディングテキストの意見等を反映するか否かの調査であったため、この3つの事項のうち、(2)と(3)の一部に基づき検討を行うこととした。特に、DPC に関連する病院、もしくはデータ提出加算の届出を行った病院については、慢性期医療を提供する病院やケア・ミックス型の病院が多数含まれることになってきている。それ故に、医療資源の投入対象が目的とした手術や検査等に対して行われるため ICD 分類を行うルール、そしてその先にある DPC の分類選択ルールが比較的分かり易い急性期病院におけるルールを適用することと比較すると、対象を絞り難いケースが多くはないものの(あくまでエキスパートの診療情報管理士という視点から)存在する。協力病院の研究協力者の意見も勘案しつつ、検討することとした。

E.結論

今回の協力病院における調査においても、病院機能の違い、恐らくは医師の理解や医師と診療情報管理士や医事課とのコミュニケーションのあり方の違い等がみられた。しかしながら、それなりのバラツキがあったものの、少なくとも、エキスパート診療情報管理士の視点からは、特別調査の結果で出現した ICD コーディングや DPC 分類についての回答結果については、協力病院が同様の病院機能を持ち同様のケースが発生する可能性があったとしても、その多くは問題としないという結果であった。すなわち、ICD のルールやコーディングテキストの理解が十分にあり、かつ医師とのコミュニケーションが

十分に取れること、そして、コミュニケーションの取れる人材（ここでは研究協力者の診療情報管理士）の存在が大きな要素であると推察された。いずれにしても、今後とも DPC やデータ提出加算の事実上の義務化が進展していけば、データ精度を上げるためにも、コーディングテキストの理解は極めて重要な要素である。引き続き慢性期を担う病院やケア・ミックス型の病院においても出来るだけ簡単に理解出来るように配慮していく必要があると考えている。

<謝辞>

なお、本調査では、10 の病院を対象に診療情報管理士担当者 11 名（元担当者 1 名含む）から協力を得ることが出来た（日本診療情報管理士会で募集した結果）。その他、日本診療情報管理士会 DPC 検討 WG のメンバー等にも調査結果についての分析等について協力を得ることが出来た。併せて感謝申し上げます。

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)DPC/PDPS 定義テーブルの ICD-10 から ICD-11 への切り替えにおける課題と対策について、阿南誠、渡邊佳代、三田岳彦、檜村菜穂、安孫子かおり、第 47 回日本診療情報管理学会学術大会、2021 年 9 月 16 日～17 日（オンラインにて開催）

(2)ケア・ミックス型病院における DPC/PDPS コーディングテキストのあり方について、阿南誠、日本診療情報管理士会 DPC ワーキンググループ：秋岡美登恵、上田京子、松浦はるみ、鎌倉由香、山本真希 他、日本医療マネジメント学会学術総会、神戸市、2022 年 7 月 8 日～9 日 予定（演題登録済み）

H.知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし