

令和4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)

「DPC制度の適切な運用及びDPCデータの活用に資する研究」
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) 湘南東部総合病院診療情報管理室 今野篤子、コミュニティーホスピタル甲賀病院 小澤 貴久代、済生会有田病院 情報管理室 中井 正紀、公立岩瀬病院 診療情報管理室兼経営企画室 有我 朋樹、汐田総合病院 診療情報管理室 根本 将司、聖フランシスコ病院 医療情報科 山岡 早苗、竹田医師会病院 原田 智子、船橋二和病院 病院医事課 診療情報管理 松島 史、倉敷中央病院リバーサイド診療情報管理室 山上 幹栄、弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 佐々木 哲裕、南大阪病院 山本一美、菊地病院 医事課 診療情報管理室 田石 睦美、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、櫻村菜穂、医療秘書学科 亀井純子 ※所属は2022年4月現在

研究要旨:

影響調査にかかる特別調査資料(厚生労働省、2021年8月27日発出)の指摘を踏まえて、ケア・ミックス型病院におけるコーディングテキストの活用状況やケア・ミックス型病院におけるコーディングの特性を2021年度の研究において検討した。2022年度の本研究においては、さらに研究協力病院12病院の診療情報管理士12名を研究協力者として、ケア・ミックス型病院における、具体的なコーディングの問題点を明らかにし、2024年度に予想されている診療報酬改定におけるコーディングテキスト改定を視野にその検討材料とするために、主に詳細不明コードの出現状況と対応、現時点では使用が制限されているRコードの必要性等を調査、検討することとした。その結果は、特にケア・ミックス型病院における、いわゆる慢性患者の対応での課題、ケア・ミックス型病院に限らず、専門的な診療科、専門医師が不在であっても地域との関係で患者を受け入れている専門外疾患の患者に対しての詳細不明コードに該当するケース及び診断名不明確な状態が散見されることもあることが示唆された。このような状況から、一定の条件を設定することによって詳細不明コードからの制限緩和やRコードの使用条件を緩和ことにより、結果的にアップコーディングや分類中での平均から明らかに乖離するデータ(分類選択)の出現防止に寄与することが示唆された。一方で安易な制限緩和については十分にICDコードやDPC分類の意図を理解しない医療者がいた場合、適切なコーディングが行われないことも危惧されるために慎重に行う必要があるという強い指摘もあった。本来DPC制度は一入院期間で完結する急性期医療を前提としているが、現時点では、種々の機能や特性をもつ病院群が制度の中に混在していることもあって、制度の限界があることも示唆された。

※結果については紙面の制限もあるため、別途DVDに調査データ等を収録した。

A. 目的と研究の背景

平成 30 年度(2018 年)当時の DPC 評価分科会報告書資料にある診療報酬改定に向けた議論において、診療密度や在院日数の平均から乖離がある病院が制度に馴染まない可能性がある」と指摘がなされている。それに引き続き令和 3 年度(2021 年度)に特別調査が実施され、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が明らかにされた(診調組入-1 別紙:令和 3 年 8 月 27 日)。この公表調査結果を踏まえて、2021 年度の研究において、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(以下、コーディングテキスト)の活用状況やケア・ミックス型病院におけるコーディングの特性を検討した。その結果、大きく分けて、2 つの特徴が明らかであり、

- 1) ケア・ミックス型病院故の傷病選択(ICD 選択)という要素
- 2) 単純に ICD コーディングのスキルという課題がある

と考えられた。

前者 1) については、地域での救急やかかり付けの機能をもつ病院であれば、専門診療科、専門医療機器、専門医師が存在しないため、明確な診断することが出来ず、曖昧なコーディングにならざるを得ない面もあり、検討が必要だと考えられた。後者 2) については、2021 年度の研究においては、コーディングの理解を深めることによって(つまり、コーディングスキルの改善によって)、問題とはならないことが研究協力者の診療情報管理士によって示唆された。その一方で、今後もケア・ミックス型病院の DPC 制度への参入は続くことも考えられ、コーディングテキストの記載内容によって、不適切なアップコーディングへの誤った解釈を与えかねないということも危惧されるために、適切なコーディング環境やルールの確立は重要だと考えられた。

本年度は、上記 1) にあるとおり、これまでの結果を踏まえて、研究協力病院 12 病院の診療情報管理士 12 名を研究協力者として、ケア・ミ

ックス型病院における具体的な ICD コーディングの問題点を明らかにすることとした。言い換えると、「やむを得ないコーディング」をせざるを得ない例やその理由等を確認することが現時点で重要と考えた。その結果も踏まえて、コーディングテキストの記載方法等で対応が可能なのかを検討し、2024 年度に予想されている診療報酬改定におけるコーディングテキスト改定を視野にその検討材料とするために、次の 3 点を調査、検討することとした。

- 1) 詳細不明コードの出現状況と対応
 - 2) 現時点では使用が制限されている R コードの必要性
 - 3) もし制限を緩和する必要があるとすれば、その条件
- 最終的には、詳細不明コード群からの解除や R コード制限解除等について、その可能性の検証及びそのための適切な条件について言及したい。

B. 方法

予想されるコーディングテキスト改定を視野に、現在の詳細不明コード群からの除外や R コード制限解除等について、ケア・ミックス型病院を前提とした診療情報管理もしくは DPC 制度を行っている現場意見徴収のため、調査票を作成し 12 病院の協力者に配布、結果を回収後、議論することとした。調査対象は日本診療情報管理士会を通じて研究協力を申し出たケア・ミックス型病院 12 病院(以下、協力病院)とした。まず、前述した A の 1) から 3) までを視野に、以下の 6 項目について調査票を作成し、調査病院において実態調査を行った。

- 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)
- 2) 傷病名選択をする時、「Z コード」を付けると病態が明確になると感じるコード

- 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)
- 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
- 5) 医療資源が目立った投入がなく、傷病名の選択に困ることはあるか
- 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(腹水貯留等:腹腔穿刺)があるか

また、協力病院において、回答があった出現頻度が多いと考えられるコードをピックアップして、実際に頻用されるものなのか研究協力者を中心に検討を行うこととした。

C. 結果

1. 協力病院の属性等について

12 病院の病床数等は、表 1 のとおりであった。

表 1: 協力病院の病床種別、病床数

NO	一般	地域包括	回復	療養	感染症	障がい者	ICU,HCU	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

2. 設問への回答について

※結果の詳細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。

協力病院から収集出来たコードについての回答数は以下のとおりであった。

表 2:6 項目に対する回答数

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（腹水貯留等：腹腔穿刺）	17

※回答件数については、あくまでも調査票の件数であり、その内容については、関連する複数の分類を含む場合があつて、必ずしも問題となるコードというわけではない。

設問 6 項目の回答内訳としては、

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、腹水 (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」を付けると病態が明確になると感じるコード

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対象部位が明確にならない場合、さらに標準病名マスターに詳細な部位等が含まれないために結果的に詳細不明になってしまうという指摘があつた。

※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、一方で未コード化傷病名に対する課題もあり対応に苦慮する場面があることを示唆している。

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

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。急性期と比較すると診断が明確でないという指摘があつた。

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(腹水貯留等: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。

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、ケア・ミックス型病院を前提とした調査としては、病床種別は多岐に渡っていることから、調査内容については参考となるデータを十分に集められたと考えている。基本的に診療情報管理士実務者としての意見及び議論の結果であることから、実際の診療記録に基づいたものである。

2. 設問への回答と意見について

以下、結果について考察すると共に、詳細不明コードや R コードの指定解除や課題について言及してみたい。

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)

基本的に、高齢化に伴うもしくは高齢化に関連した状態(病状を含む)の選択が出来ないため、実態を表すことが困難になっていると指摘されている。その理由としては、DPC 制度が前提としている急性期病院と比較すると、

(1) 何らかの要因があり長期療養が求められ、必ずしも処置、手術等を目的とした入院であるとは限らない

(2) ケア・ミックス型病院の多く(今回の協力病院のように)が救急医療、かかりつけ医、地域密着型病院という機能を担っており、プライマリケアを担うことも多い

(3) 上記(2)にも関連するが、一般的に専門診

療科、専門医が存在しないこともあり、詳細な診断出来ないこともある(高度専門医療を担う病院への橋渡しという機能も求められる)

(4) 誤嚥性肺炎防止、栄養不足等への対応で胃瘻造設しているもしくは胃瘻交換等、症状固定しているため改めて疾患が発生したわけではない(すなわち急性期疾患とは言い難い)

等の違いが指摘され、以上の要素の他にも受け入れる患者の多くは高齢者であり、慢性疾患や加齢変化に伴う疾患や症状をもつ患者については、顕著な医療資源の投入もない患者もあり、医療資源の投入で傷病名とリンクした選択が困難であることが指摘されている。本来、医療資源の投入が十分でない場合に入院の必要があるのかという指摘もあろうが、上記の(2)で述べたとおり、現実問題とし地域の医療機関として入院対応せざるを得ない状況もあり、医療資源の投入量で分類選択することが困難な状況もあることが指摘されている。一方、逆の場合、そのような状況で R コード以外を選択する必要があるという現在の状況は意図しないアップコーディングに導いてしまう可能性があり、結果として該当する分類に正当な評価がなされなくなっている可能性も考えられる。本来の当該分類の医療資源投入量に対して著しく乖離がある症例が含まれてしまうことに繋がるという指摘である。したがって、条件は慎重に検討すべきであるが、加齢変化に伴う症状に限定される診断が明確であり該当する診療行為がある場合は除外する必要があるが、老衰や腹腔穿刺等の処置に伴う腹水、さらに栄養補給のみの医療資源投入の食思不振や栄養障害、単なる胃瘻造設や交換、等については、条件付きで R コードの使用制限から解除することも検討の余地があると考えられる。

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

胃瘻造設、交換、がん等のフォローアップ検診等が多数を占めたが、この理由としては、現時

点ではRコードの制限、Zコードが選択対象外となっているため、他の分類を選択しなければならないことである。その場合、他の分類を選択した場合、該当する分類群へ、著しく医療資源量や内容が異なる患者が含まれることになり、結果としてその評価に乖離が発生することが予想されることに繋がる可能性がある、したがって、このような場合、何らかの区別をするために、Zコードを活用出来る可能性がないか検討する必要があると考える。例えば、当該疾患に対して治療を行った場合とフォローアップの検査のみで入院する場合は何らかの工夫をして明確に区別する必要があるということである。その方策として、現時点では、Zコードは選択対象外となっているが、特定の前述のような疾患選択や結果として分類選択になる可能性があるもの場合については、Zコードを付加する方策の検討もすべきではないかと考える。もちろん、入院期間の医療資源の投入量で、検査のみ、診療と区別することは可能であるが、その要素の選択肢が増えることを考えると、Zコードの活用は検討に値すると考えられる。

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)

ICDの構造の問題もあり、部位や病態等の情報を反映されないことがあるという指摘があるが、今回の調査においては、特定の分野に集中することは特に見られず病院側の専門性に依存すると思われ、特にコーディングテキストに反映する必要はないという結論とした。

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

前述の考察、質問1)でも述べたが、ケア・ミックスタイプ病院に固有の環境や機能があり、詳細な診断名、それに基づく分類が出来ない状況があるということが指摘された。一方、同一医療機

関で一般病床と他の病床をもつ場合、看護力の問題から、入院時の急性期、診断未確定の場合は、その後他の病床(場合によっては連携医療機関病床)への転床が考えられても、一般病床が前提となるという報告もあった(もちろん、入院初期の評価が高いという経営的な判断もある)。ただし、そのような状況であっても、専門診療科、高度な診断機器、専門の医師が在籍していないことが通常であり、一旦一般病床で受け入れても診断は明確にならない可能性も高い。他院における急性期医療を終えた後、リハビリ目的での受け入れ入院、在宅までの入院という場合、他院での医療提供と全く異なる分類選択になることもあるという指摘があった(他院での傷病名選択をそのまま継続しない)。質問1)と同様に検討の余地があると考えられた。

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

ここでも質問1)と同様で、ほぼ高齢化に伴う、加齢変化による病状や病態に対する回答が主体である。したがって、質問1)と同様に、条件を設定した上で、Rコードの制限解除で改善することが期待される。しかし、現時点では入院の可否についての明確な基準が存在しないこともあり、医療資源投入が極端に少量である場合は、一定の条件を設けた上で、選択すべき分類(コード)を指定する等の施策が現実的ではないかと思われる。例えば、老衰、栄養不良、胃瘻設置、交換等は他の急性期分類に影響をできる限り排除するためにも、独立した分類を設定する等の方策を検討する余地があると思われる。つまり、原疾患等の医療資源とは無関係に、老衰や栄養不良、胃瘻設置、交換等の分類を設けること等、検討の余地があると思われる。

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(腹水貯留等:腹腔穿刺)があ

るか

候補となる診療行為については、胃瘻造設、腹腔穿刺、CT や超音波検査等の診断と関連する行為があげられていたが、例えば、腹水貯留については腹腔穿刺と関連つけることが可能であり、診断のための検査もその結果としての診断は関連つけることが可能と考えられる。しかし、胃瘻造設や交換については、原疾患を優先すれば、状況は多岐、多様に渡り、補足する情報として、Zコード等の活用の検討を行う必要があると考えている。しかし、現時点では、特に胃瘻造設や交換については、その原疾患の治療と比較すると医療資源の投入量、その内容には大きな乖離があると考えられる。従って、同一の診療行為であっても結果的にDPC/PDPS 制度においては関連する分類への評価に影響を与えることになっていると考えられ、乖離を縮めるための検討は必要であろうと考える。前述質問5)でも述べたが、独立した分類を設けることもその一方であろうと考える。

E.結論

今回の協力病院における調査においては、診療情報管理士の経験ある実務者であるため、詳細なICDのルール、それに基づくDPC/PDPSのルール、さらに、コーディングテキス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。また、課題となるべき点においても、日常業務の中で、問題となる症例把握や医師からの意見等も十分に確認が出来ている。本研究における意見や議論の結果については、「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の下では明らかであり、その一方で、無理をした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示唆された。さらに、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しての理解が

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。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時、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と考えている。

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ると考えられ、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分類を作成することも検討すべきである。

<謝辞>

なお、本調査では、12の病院を対象に診療情報管理士担当者12名(日本診療情報管理士会で募集した結果)からご協力を得た。その他、日本診療情報管理士会DPC検討WGのメンバー等の方々にもご協力をいただいた。関係各位に深謝申し上げます。

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)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、渡邊佳代、三田岳彦、樫村菜穂、秋岡美登恵、上田京子、松浦はるみ、鎌倉由香、山本真希他、第24回日本医療マネジメント学会学術総会、2022年7月8日、神戸市

(2)DPC導入に伴うICDコーディングの問題点第18報：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、渡邊佳代、三田岳彦、樫村菜穂、秋岡美登恵、上田京子、松浦はるみ、鎌倉由香、山本真希 他、第 48 回日本診療情報管理学会学術大会、2022 年 10 月 14 日～11 月 13 日(オンライン開催)

H.知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし