

コーディングの課題

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

mako@mw.kawasaki-m.ac.jp

●本日のお話

1. 精度問題

2. 具体的なコーディングの課題

3. 精度に対する懸念、コーディングテキスト見直し

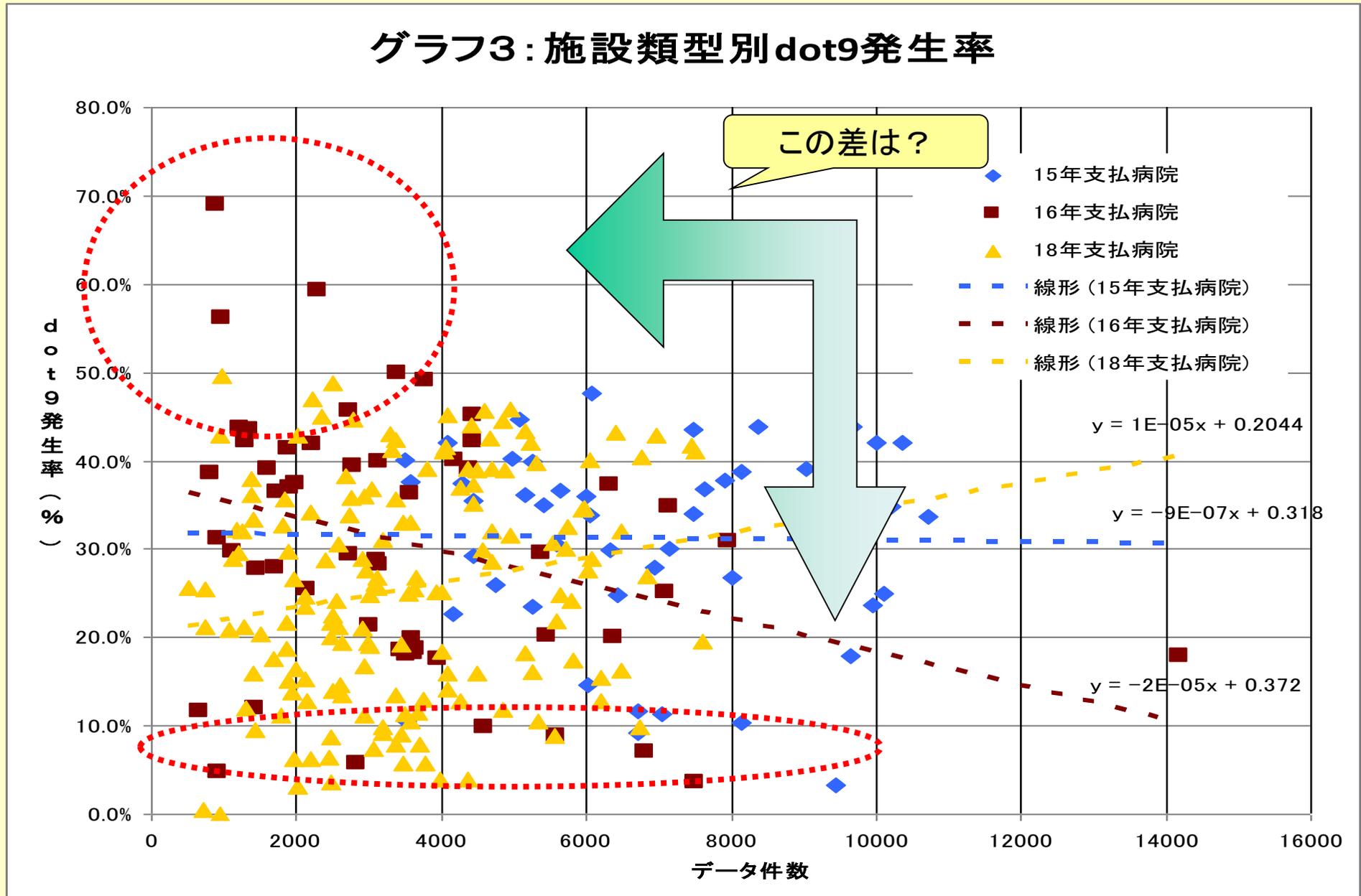
ICDコーディングの精度問題の指摘は、DPC以前からあった→診療情報管理の基本でもあり。

しかし、エキスパートの気持ちの中で悶々としていた課題をDPCが明らかにしたことは、歓迎すべきことなのかもしれない。

平成19年度にICDコーディングの精度問題が本研究班より初めて報告された。

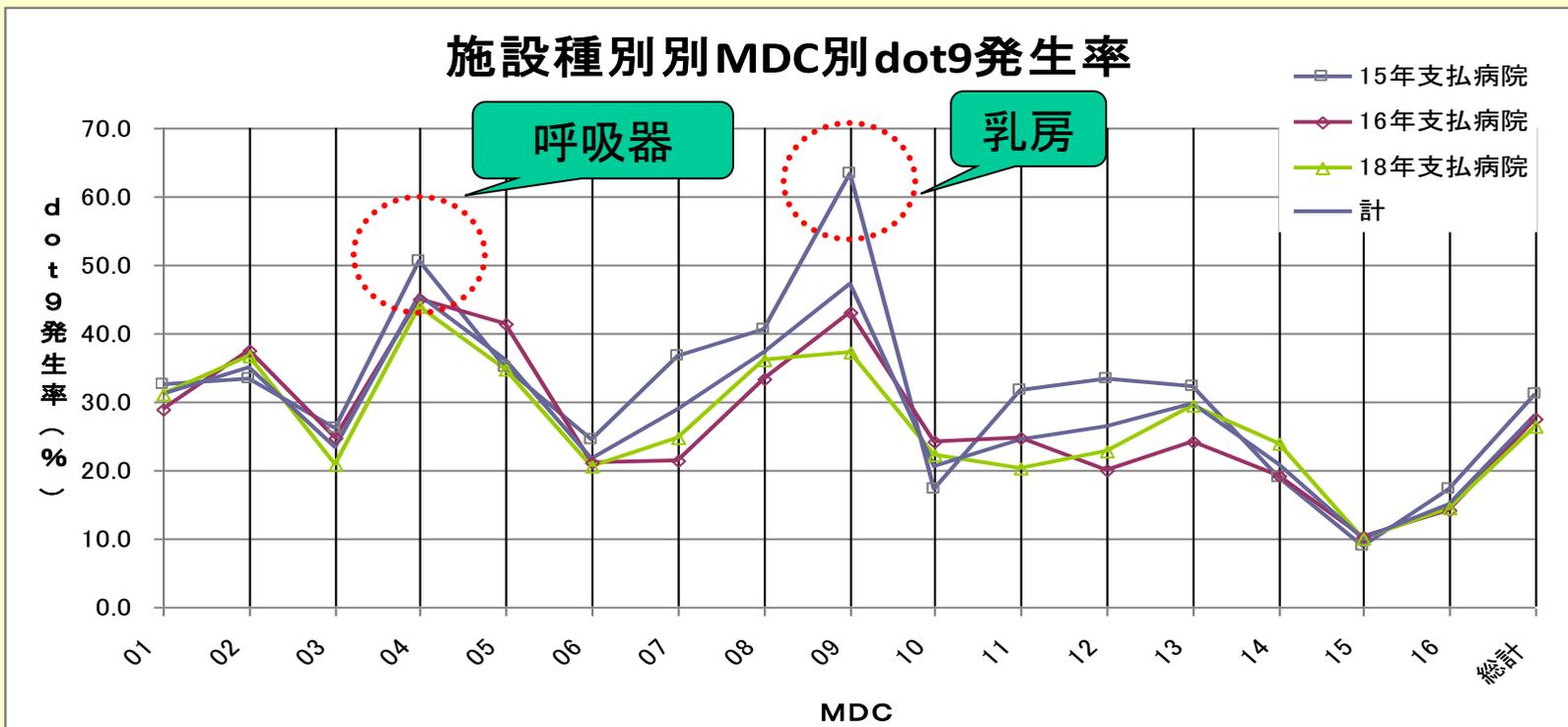
平成20年度の委員会設置義務付けに繋がった。

グラフ3：施設類型別dot9発生率



50%を超えたもの

MDC	DPC対象病院			16年支払病院			18年支払病院			計		
	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%
01	23,201	7,570	32.6	12,709	3,682	29.0	40,296	12,514	31.1	76,206	23,766	31.2
02	27,480	9,140	33.3	7,491	2,807	37.5	21,973	8,042	36.6	56,944	19,989	35.1
03	18,929	4,939	26.1	8,546	2,104	24.6	25,345	5,270	20.8	52,820	12,313	23.3
04	28,336	14,315	50.5	22,548	10,119	44.9	66,318	29,030	43.8	117,202	53,464	45.6
05	33,350	11,660	35.0	19,946	8,259	41.4	58,598	20,384	34.8	111,894	40,303	36.0
06	63,473	15,491	24.4	42,653	9,056	21.2	126,998	26,144	20.6	233,124	50,691	21.7
07	24,524	9,024	36.8	9,114	1,941	21.3	27,785	6,840	24.6	61,423	17,805	29.0
08	4,720	1,916	40.6	2,188	727	33.2	6,439	2,328	36.2	13,347	4,971	37.2
09	4,896	3,102	63.4	2,240	965	43.1	6,896	2,558	37.1	14,032	6,625	47.2
10	13,850	2,381	17.2	6,124	1,479	24.2	17,822	3,940	22.1	37,796	7,800	20.6
11	25,739	8,155	31.7	16,111	3,985	24.7	46,552	9,481	20.4	88,402	21,621	24.5
12	27,947	9,316	33.3	10,796	2,168	20.1	32,915	7,506	22.8	71,658	18,990	26.5
13	9,922	3,194	32.2	4,618	1,118	24.2	12,360	3,651	29.5	26,900	7,963	29.6
14	11,184	2,112	18.9	3,782	727	19.2	9,104	2,170	23.8	24,070	5,009	20.8
15	2,969	268	9.0	4,467	455	10.2	12,466	1,265	10.1	19,902	1,988	10.0
16	20,901	3,626	17.3	15,152	2,157	14.2	45,734	6,576	14.4	81,787	12,359	15.1
総計	341,421	106,209	31.1	188,485	51,749	27.5	557,601	147,699	26.5	1,087,507	305,657	28.1

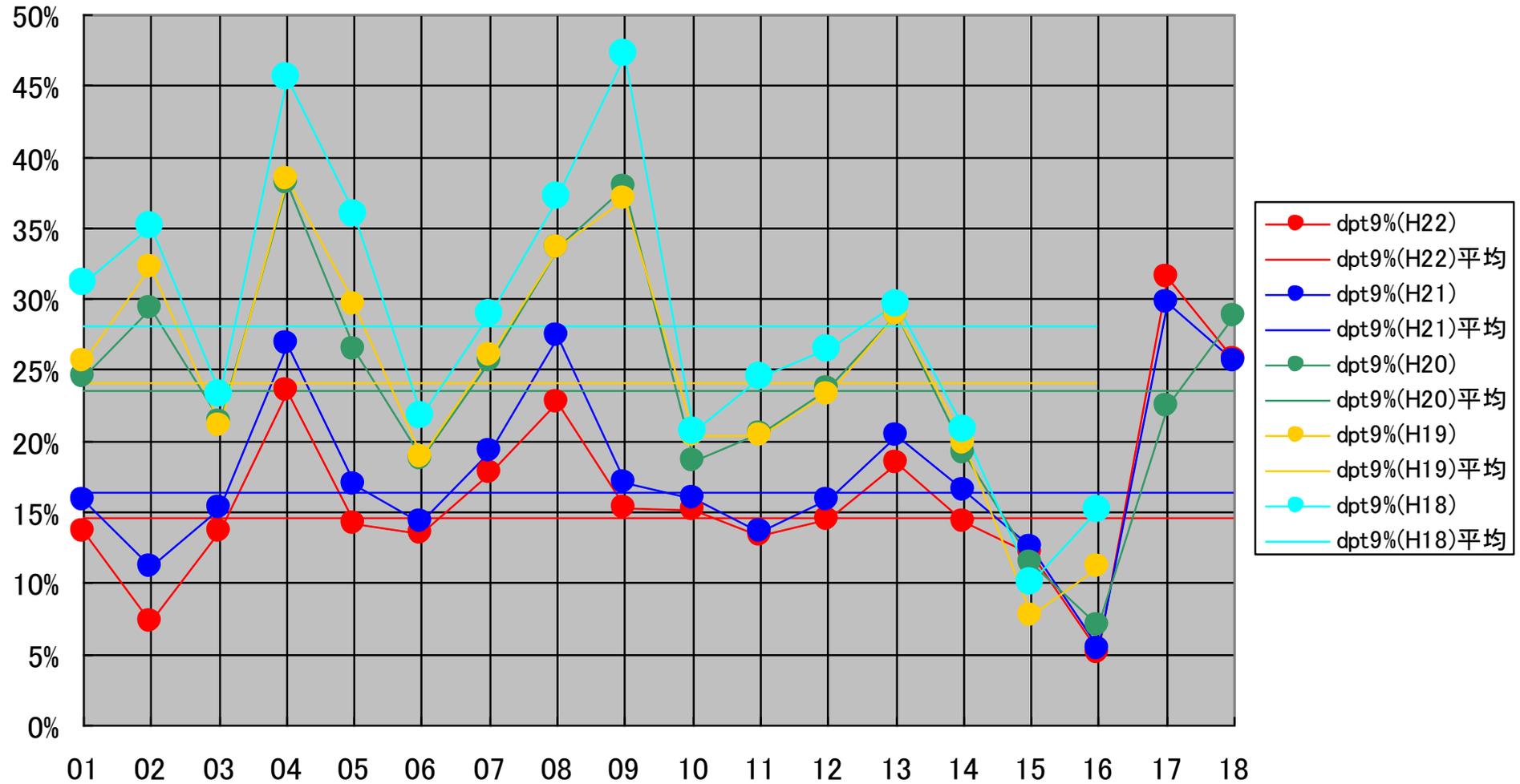


- C34 気管支及び肺の悪性新生物
- C34.0 主気管支
 - C34.1 上葉, 気管支又は肺
 - C34.2 中葉, 気管支又は肺
 - C34.3 下葉, 気管支又は肺
 - C34.8 気管支及び肺の境界部病巣
 - C34.9 気管支又は肺, 部位不明

疑問:手術をしていながら、詳細部位が不明ということがあるのか……?

- C50 乳房の悪性新生物
- C50.0 乳頭部及び乳輪
 - C50.1 乳房中央部
 - C50.2 乳房上内側4分の1
 - C50.3 乳房下内側4分の1
 - C50.4 乳房上外側4分の1
 - C50.5 乳房下外側4分の1
 - C50.6 乳腺腋窩尾部<Axillary tail of breast>
 - C50.8 乳房の境界部病巣
 - C50.9 乳房, 部位不明

図表3MDC別「.9」発生率



◆ 「日本版DRG／PPSの試行」と「課題」

- (1) 平成9年夏：厚生省にて試行検討委員会等が組織される
→MEDISのデータのICD分類について問い合わせがある。
- (2) ～平成10年11月：試行についての検討、準備
- (3) 平成10年11月～：試行開始→平成13年度、民間病院にも拡大
- (4) 平成11年度：病名付与の留意点研究班→「傷病名付与の留意点マニュアル作成（ICDの知識も普及させる）」：全国試行病院に厚生省から配布

→標準化等へのアプローチ→MEDIS病名、レセ電算病名の見直し、病名標準化等、色々な議論が起きた。

※つまり種々の課題はDPC制度導入、それ以前からあった。

◇DPC(診断群)分類決定の基本形

医療資源を最も投入した傷病名の選択

ICD-10で定義

1層

実施した手術

Kコードで定義

2層

3層

副傷病名、補助療法、重症度等の要素

決定

※ICD:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision: 国際疾病分類

◇傷病名は「考え方」だから、厄介な課題である

1)「事実」の定義は改善が容易、「考え方」の定義は難しい

→理解や意識を統一するのは大変

→本来は「診療記録」がその根拠となるが、診療記録そのものがコーディングするに十分な材料とはならない・・・。

平成10年当時から関係者は改善に努力……、

病名付与の留意点の一例

章	ICD10	分類	留意点
I	A0-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	C0-D48	新生物	良性、悪性の区別、部位、性状、上皮性、原発巣（転移の場合）、術後、治療後載、単なる嚢腫は新生物ではないので注意
III	D5-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	E0-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	F0-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	G0-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	H0-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
VIII	H6-H95	耳および乳様突起の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
IX	I0-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
X	J0-Q99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
XI	K0-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
XII	L0-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
XIII	M0-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

◆平成25年度までの、コーディングガイドに関する動き

※その後、コーディングテキストと称す。以下、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。

◆DPC制度運用に関する課題についての検討

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。

⑥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)のとりまとめ

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

◇今後の展望と検討課題

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

◇作成の進捗：前述の議論を経て、

- 1) 2012年12月7日、平成24年度第6回分科会において、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、24年度報告書としてversion1.0を掲載した。
- 3) 25年度も分科会等の意見を踏まえて修正を図った。
- 4) 平成25年12月9日、正式に厚生労働省案として公開された。
- 5) 平成26年度の診療報酬改定で最終版として正式に公開。

●本日のお話

1. 精度問題

2. 具体的なコーディングの課題

3. 精度に対する懸念、コーディングテキスト見直し

ICDもDPCも分類(グループ分けする)方法の仲間

→ICD分類とDPC分類は患者を分類するという意味では仲間であるが、元々の出自が異なる。その理解が必要である。

◇ICD分類とは？

1) 死因分類から発生したものである

※少なくともリアルタイムで傷病名を分類する意図はない

2) コーダー(第三者)が分類をするという前提。したがって、必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない(世界基準)。

※我が国では厚労省統計情報部がそれにあたる(近い)

※臨床家の感覚との乖離は以前から指摘されてきた

3) 構造上の問題がある

※各分類を異なる者(国)が開発しているためか、DPCのように、臓器、病理の組み合わせというような構造にすべての分類が構成されているわけではない。さらに恣意的な操作もある。

◇DPC分類とは？

1) DPCは、臨床現場の経験から開発された分類である。

2) さらに、臓器(脳神経、頭頸部、眼、呼吸器・・・全身)と病理(腫瘍、炎症、変性、外傷、奇形等)の組み合わせを基本的構造としている。→したがって、傷病名は情報を含んでいる必要がある。また、臨床現場の親和性は問題ないはずである。

※当然、ICDを意識しつつも本来は無関連

※傷病名に情報を含む意味は、その検証やレセプトでも必須

※E、Fファイルやコーディングデータとの整合性は大丈夫？

◇ある研修会でいただいた質問

Q. うちの先生の書く病名でICDをつけるとみんな「.9」になります。なぜ、そのままではいけないのでしょうか？

A. 通常、0から8までが詳細な部位等になっています。その部位ごとに医療資源の投入量が異なるという指摘があった場合、その部位を明確にして「分類を分ける」必要があります。もし、全部「.9」にしてしまったら、分離が出来ません。つまり、それはゴミ箱に入れたことと一緒にになります。そもそも、「.9」は書類上の「審査」をしようにもそれ以上(前述の例なら部位)の情報がないから(明示されないから: unspecified)しかたなく放り込むゴミ箱のようなものです。したがって、患者を前に治療の結果として選択するなら、通常はありえないでしょう、部位がわからないなんて……。

◇医療資源を最も投入した傷病？

◇主要病態の定義→主として、患者の治療または検査に対する必要性に基づく、保健ケアのエピソードの「最後に診断された病態」

◇そのような病態が複数ある場合は、「**もっとも医療資源が使われた病態**」を選択

◇もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態とする

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠125頁

◇いわゆる「副傷病名」の定義

主要病態に加え、可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた、別々に記載するべきである。

その他の病態とは、

- 1) 保健ケアのエピソードの間に**存在し**
- 2) またはその間に**悪化して**
- 3) **患者管理に影響**を与えた病態
- 4) 現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはいけない。

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠125頁

◇精度の高いコーディングができない要因

1)曖昧な病名に基づくもの……

「腎腫瘍:D41.0」→もっと情報が必要

部位？悪性？良性？原発性？続発性？

2)コーディングについての知識不足

「新生児一過性イレウス」→新生児の意味を知らないと

:P76.1(正しい)→K56.-(誤り)

3)コーディングツールと病名マスターの無理解

「膵炎:K85」「急性膵炎:K85」

「慢性膵炎:K86.1」 →「慢性+膵炎:K85」ではまずい

※急性を優先する考え方 (ICD-10 2013年版で改善)

◇ICD-10(2003年版)

K85 急性膵炎

K86 その他の膵疾患

K86.0 アルコール性慢性膵炎

K86.1 その他の慢性膵炎

K86.2 膵のう〈囊〉胞

K86.3 膵仮性のう〈囊〉胞

K86.8 その他の明示された膵疾患

K86.9 膵疾患, 詳細不明

◇ICD-10(2013年版)

K85 急性膵炎

K85.0 特発性急性膵炎

K85.1 胆石性急性膵炎

K85.2 アルコール性急性膵炎

K85.3 薬物性急性膵炎

K85.8 その他の急性膵炎

K85.9 急性膵炎, 詳細不明

K86 その他の膵疾患

K86. 0 アルコール性慢性膵炎

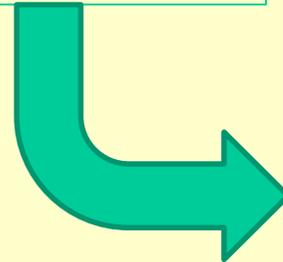
K86. 1 その他の慢性膵炎

K86. 2 膵のう〈囊〉胞

K86. 3 膵仮性のう〈囊〉胞

K86. 8 その他の明示された膵疾患

K86. 9 膵疾患, 詳細不明



◇不適切コーディングの要因→「傷病名」に含まれる情報不足

→診療記録が不十分、その理解不足、確認不足に集約される。

- 1) 診断群分類は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「傷病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。
- 2) 診療内容と合致しない傷病名や分類がみられる。
- 3) DPCの導入においては、MEDIS標準病名の使用が推奨されているが、正しい使い方がされていない事も多い→ICDの構造を理解していないと標準病名の理解も出来ない。

◇標準病名の理解(うまく使うために)

1) 傷病名マスターは、あくまで、電子カルテやレセプト表記を行う目的で開発された経緯がある→電子カルテ、レセプト用ワープロ用語集？

2) ICDコードが振られているといっても、副次的なものである

※コードを振ることのできない傷病名、曖昧な傷病名も多数存在

3) 接頭語や接尾語等の修飾語と組み合わせて初めて、日本語傷病名を構成する構造である

→『**unspecificなコード**』、日本語訳版では、『部位不明、詳細不明等というコード』が与えられていることが多い(本来は**明示されていない**という意味)。

4) 全ての傷病名をカバーしているわけではない、全てのICDをカバーしているわけではない→ICDがついていない、つけられない傷病名もある(体内異物等)→2)のとおり傷病名に**無理矢理つけるとこれになる**、というものもあるという意識が必要。

◇標準病名で病名を構成した例(不適當な例)

1) 良性、悪性等の区別

(1) 胃腫瘍(D37.1)→「悪性」+胃腫瘍(D37.1)→本当は胃癌(C16.9)

※ D37.1 : 胃の性状不明の新生物、詳細不明

※ただし、C16.9も精度からいうと問題あり

2) 部位が明確になっていない

(1) 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

・「尺骨」+骨折(T14.20)→本当は尺骨骨折(S52.20)

※T14.2: 部位不明の骨折

(2) 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

・「噴門部」+胃癌(C16.9)→本当は噴門部癌(C16.0)

※C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

修飾語で帳尻を
あわせるとICD
が変わる！

◆理解しておきたいこと

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料から

Q: 標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。

A: 標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10 のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

◇よく誤解されること

1) 傷病名がないという指摘

→多くの傷病名は標準病名マスターに含まれる

→読み方、見方を変えると存在する

※未コード化傷病名を禁止されているわけではない

<×の例>コード(名称)が存在するのに、ワープロ入力

2) 「詳細不明」、「.9」の分類になるという指摘

→ICDの構造の理解不足

→標準病名マスターの構造の理解不足

●本日のお話

1. 精度問題
2. 具体的なコーディングの課題
3. 精度に対する懸念、コーディングテキスト見直し

「精度」を確保するために……、

→コーディング精度監査は、平成20年度の診療報酬改訂時のDPC対象病院の要件として、「適切なコーディングに関する委員会の設置」として具体化。

→さらに、「詳細不明コード」のハードルも上がった

◇審査支払機関も不適切(?)コーディングを問題視

「コーディング精度」に対する、議論が中医協、DPC分科会等でなされる一方で、当然ながら支払い側、審査支払機関も、おかしいのでは?、と言い始めた。

→ルールが明確でないという議論が出現した。

◆ 某審査支払機関での疑義から

- 1) 傷病名のコーディングは十分な精度をもっているか？
- 2) コーディングの結果が本当に診療の内容と合致しているか？。

※問題の例

- (1) がん術後→本当に「がん」の治療をしましたか？。
- (2) ○○状態→本当に「○○」は病名？。
- (3) 傷病名と処置手術の対象は合致していますか？。
- (4) 「術後」？ →術後に何があったのかそれが「病名」。
- (5) 腎不全？ →たったの2日で本当に腎不全の治療を？。

◇レセプトの例から

1)明らかに白内障の治療しかしていないのに？→腎不全？。

2)大腸の悪性腫瘍？C18.9？

そもそも、C18.\$って？。手術の術式(S状結腸切除)には詳細部位があるが？。

C18	結腸の悪性新生物
C18.0	盲腸
C18.1	虫垂
C18.2	上行結腸
C18.3	右結腸曲<肝弯曲>
C18.4	横行結腸
C18.5	左結腸曲<脾弯曲>
C18.6	下行結腸
C18.7	S状結腸
C18.8	結腸の境界部病巣
C18.9	結腸, 部位不明

◇原則として、治療(手術)の対象が分かっている以上、傷病名の部位も当然あると考えるのが自然(審査する立場でも)。

→しかし、曖昧な部位や対象が散見される。

1) 部位等がわからないのではなく、ICDやDPCの知識、特にコーディングを行う者、チェックする者のスキルに依存する→それを確認出来ない診療記録(や管理する体制)が影響している？

2) 場合によっては明らかなアップコーディングとされたり、「詳細不明コード」隠しと評価される可能性あり

コーディングテキスト見直しの議論 (26年版から28年版へ)

◇Pros and Cons: 賛否両論も(厚生局、審査支払機関等から)

○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。

○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。

○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を。留意すべき具体例数を増やす。

× 具体的なのはよいが、量が多く完読が大変。

◇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)→28年度から修飾語の使い方や標準病名マスターの構造も理解しなければならない。

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。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。

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。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。

◇第1版から第2版に至るまでの議論の概要

- 1) DPC評価分科会に見直しのためのWGが設置され議論。
- 2) 実務者の意見を取り入れるために、本会の診療情報管理士の意見を公募し、東京、大阪、福岡で対面意見交換会を実施した。
- 3) さらに問題を集約し、新潟、福島で対面意見交換会を実施した。
- 4) 並行して、本会のDPCWGにて、6桁コードの留意点や全体についてさらなる意見を聴取した。
- 5) 最終的には前述のWGと事務局(保険局)にて調整した。

◇WGでの議論

- 1) 支払側の意見
- 2) 医療側の意見(診療報酬請求側の意見)
- 3) 役所の意見(指導する側)
- 4) 純粹に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

※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(集約したこと)。

◇旧(26年版)コーディングテキストについて(問題点の収集)

1)平成26年度において、以下のように問題点収集を行った

(1)ICDにかかる経験ある診療情報管理士実務者から意見の収集を行った。

(2)(研究班セミナー等で質問があった事例等を参考に、実務者に実際にコーディングを行ってもらい、適切なコーディングをするために迷いが発生する要因等を調査した(調査用紙を作成しメールにて意見収集した)。

(3) 収集した意見について、東京、福岡での2カ所で、意見交換を行った。

(4) 加えて、以下の3つの視点から、意見の收拾を行った。

①「定義テーブル」に含まれる適切でないと思われるICDコード

②1つのDPC分類を分割し新たな分類を作るべきだと思われるもの

③「標準病名マスター」の傷病名に付与された適切でないと思われるICDコード

2)平成27年度においては、引き続き以下のような意見集約を行った

(1)上記の(4)について、東京、大阪、福岡で、意見交換を行って意見を集約した。

(2)問題解決に至らなかった点について、新潟、福島で具体的な対応策等の意見集約を行った。並行して日本診療情報管理士のDPCワーキンググループによって6桁分類の留意点の見直し等を行った。

(3)意見の集約を見なかったもの、DPCとICDが1対1で対応しないために発生する問題、ICDそのものの問題についてはWGの議論に委ねることとして、残る問題を整理した。

◇医療側の意見(診療情報管理士)として、6項目に絞った

- 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

※もともと、当初から想定された(危惧された)ことが多い。

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。

※30年度改定を目指してデータ収集を検討する。

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、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。

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見込み。

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の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。

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。

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

①IVH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また、本来、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。

◇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」→入院中の術後の創部感染

※今回ネガティブリストで対応

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……

◇Rコードの存在

1. 出現率: 4,416件/2,170,720件=0.2%
2. 出現内容

ICD	件数	主たる傷病名
R040	758	鼻出血症
R042	609	喀血
R048	197	肺出血
R049	26	気道出血
R560	2,723	熱性痙攣
R610	63	手掌多汗症
R611	1	多汗症
R619	13	多汗症
R730	25	耐糖能異常
R960	1	突然死
合計	4,416	

3. 傷病名と手術処置

ICD	件数	主たる傷病名	手術処置	手術処置	手術処置	手術処置
R040	758	鼻出血症	鼻腔粘膜焼灼術	輸血		
R042	609	喀血	血管塞栓術(胸腔)	抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用埋込型カテーテル設置(四肢)	肺切除術(肺葉切除)	皮膚切開術(長径10cm未満)
R048	197	肺出血	保存血液輸血(1回目)	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープ)	創傷処理(長径5cm未満)(浅)	
R049	26	気道出血	血管塞栓術(胸腔)	肺切除術複合切除(1肺葉を超えるもの)	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)	
R560	2,723	熱性痙攣	鼓膜切開術			
R610	63	手掌多汗症	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)			
R611	1	多汗症	交感神経節切除術胸部			
R619	13	多汗症	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)			

◇今後の改定を前提に議論の集約(順不同)

- 1) 原疾患を主とする考えについては、条件を付けて見直す方法はないか
 - (1) 術後の合併症
 - (2) 疾患の関連性の定義: 例えば、完全に限定された診療行為が行われたか否か等
- 2) Rコードの制限についての見直しを考えるべきか
- 3) 留意点コードについての見直し(処理済み)
- 4) 分類改定にあたり、適切なICDコードが定義されているか(処理済み)
- 5) 「原則」、「望ましい」と表現しているところを、確定表現にすることの可否(処理済み)

- 6) 同一分野のICDに包含されるが、治療内容が異なる場合の対応→肝硬変をBコード(感染症)で分類せざるを得ない現状の改善・・・**死因統計との解釈の相違があってもよい(?！)**
- 7) 症状固定した状態で、明確な原疾患が存在しない場合の分類→ある意味、障がいが残った状態の評価
- 8) 姑息的な治療等しか行わず、原疾患に対する治療がない場合の分類→腹水貯留、ホスピスの取り扱い→9)へ
- 9) R、Zコードを併せて用いることで問題解決するものがあるのではないか→対象とする治療行為があったか否か

※WGでは、R、Zコードについては次回改定に向けて継続検討とされた→標準病名マスターと関連するのでハードルはかなり高い。

◇おわりに

さらに、次回の改定を踏まえて以下の点を検討する必要がある。「傷病名の選択」にICD分類を基盤にしている以上、1対1で対応出来ない問題がある。コーディングテキストという「指針」を示して対応しているが、今後の方針として以下の課題は整理すべきだと考えている。すでに述べたことの繰り返しになる部分もあるが、

- 1) 原疾患を主とする考え方については一定の条件を設けて例外としたらどうか、について……
 - (1) 術後の合併症→明らかに術後の合併症の治療だけしかしない場合という条件
 - (2) 疾患の関連性を考慮する→原疾患への治療は全く行わずに併存、続発症のみの治療をした場合

- 2) Rコードの制限の条件付き緩和、Zコードの活用(医療資源を2番目に投入した傷病名、入院時併存症、入院後発症への選択)について
→アップコーディング(させない)対策が条件
- 3) 留意点コードの見直し(既にも実施し、これからも継続的に見直ししていく)→分類を変更するたびに見直す必要あり
- 4) 分類改定にあたり、適切なICDコードの見直し→CCPマトリクスがMDCをまたいだものになれば対応が可能となることも多いのではないかと今後検討の可能性あり。本来Wコーディングで扱うべき事の矛盾がある。

※例として糖尿病性白内障(Wコーディング)、同じ化学療法なのに傷病名によって分類が異なる等がある。特に日本の特異的な事情があり、ウイルスによる肝硬変は現在は恣意的に感染症の分類に含まれているが肝炎と肝硬変では治療内容が異なるのでどこかで分離する必要がある。

5) 症状詳記等、原則や望ましいと表現しているところを確定表現に出来る部分はないか。

6) 28年度改定で明確になったこと、30年度改定で対応しなければならないこと。

◇今、直近の課題

- (1) ICD-10 2013年版への対応について平成30年度改定以降に、であるが、これから分類案の検討にも反映する必要がある。いかに関係者に負担をかけずに対応するか??
- (2) 病院指標の公開: 病院が適正に公開しているかどうかのモニタリング(コーディングテキストは無縁ではない)。
- (3) 当然、コーディングテキストもそれを意識したものになる。
→これから現在のコーディングテキストの見直しと、前述の(1)と(2)を意識した新たな説明追加が必要。