

博士〈医療情報学〉論文

我が国の診断群分類導入にかかる ICD
コーディング精度とその課題

2018年9月

阿南 誠

川崎医療福祉大学大学院

目次

第1章：序論：研究の背景と本論文の目的	1
1-1. はじめに	1
1-2. 研究の背景と本論文の目的	4
第2章：我が国の診断群分類導入黎明期の議論	7
2-1. わが国の診断群分類導入	7
2-2. 傷病名選択の課題と対応	10
第3章：診断群分類（DPC）と診療情報管理について	13
3-1. 特定機能病院等と診断群分類	13
3-2. DPCと診療情報管理について	13
第4章：診断群分類（DPC）とICDについて	22
第5章：DPCやICDのコーディング精度について	25
5-1. DPC分類選択のロジック	25
5-2. 主たる傷病名の選択と副傷病名の選択	30
5-3. 新たに発生した「.8」問題	34
第6章：DPC/PDPSコーディングテキストの開発について	39
6-1. 精度問題を振り返って：コーディングテキスト開発の背景	39
6-2. コーディングテキスト開発決定後の進捗	42
6-3. コーディングテキスト開発の目的とその内容が意図するもの	43
6-4. コーディングガイドVer1.0について	45
6-5. コーディングテキストVer2.0（公式第1版）について	46
6-6. DPC/PDPSコーディングテキスト見直しの議論	49
6-7. 2018年度診療報酬改定を視野に入れた議論	51
6-8. DPC/PDPSコーディングテキスト誕生から見直しまでのまとめ	58
第7章：総括	60
○謝辞	63
○参考文献	64
○本研究に関する既発表論文等	66
○資料表	76

第1章:序論

1-1. はじめに

我が国の診断群分類導入は、1996年度の中央社会保険医療協議会(以下、「中医協」という。)での議論に端を発し、続いて、1998年11月からの国立病院等10病院における「入院医療の定額支払制度の試行」、いわゆる日本版DRG/PPS制度(以下、本論文では「日本版DRG」という。)の試行的導入に始まった。その後、2003年度に特定機能病院等82病院を対象として、改良された新たな診断群分類が導入された(後にDPC/PDPSと呼ばれるようになる:以下本論文では「DPC」という。)

2003年以降、診断群分類の名称について、当初、DPCという名称が定められていたわけではなかったが、前述の日本版DRG/PPS試行的導入や米国における制度等と区別するために、特定機能病院等に導入した診断群分類をDPC(Diagnosis Procedure Combination)、支払いについては1入院期間包括支払(PPS)方式と区別するために、1日あたり包括支払のことを、PDPS(Per-Diem Payment System)と称することとされた。分類のみであれば、DPCと略し、制度(公式な文書)や支払方式も併せて表現する場合は、DPC/PDPSと表記する。DRG/PPS制度についても、特に支払方式に関連しない場合は、DRGと略記する。したがって、日本版DRGやDPCと表現した場合はそれぞれ、日本版DRG/PPS、DPC/PDPS制度を包含している。

さて、その後もDPC対象病院は拡大し、平成28年度診療報酬改定後、2017年4月1日現在、DPC対象病院は1,664病院、対象病床数は483,747床までに普及している(表1および2)。

なお、2015年の医療施設調査によると、一般病床をもつ病院は5,876病院、病床数は893,970床であるので、病院数でいうと、28%に過ぎないが、病床数では54%となっており、急性期医療を担う病院(特に大病院)の多くが現在ではDPC対象病院となっている。また、DPCに関わる病院としては診療報酬の支払いを含まない病院もあり(準備病院という)、さらに最近では、DPC病院に倣ったデータ提出だけを行う、データ提出加算という診療報酬請求の評価が誕生したこともあり、実質的に後述するDPCデータ(基礎調査や影響調査)を作成している病院はさらに増加しているとみられ、また今後もその傾向は続くと思われる。

※表1、表2の「平成15年度対象病院」が特定機能病院等82病院である。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院(H15年7月時点)	0	0	0	0	1	81	82
平成16年度対象病院(H16年7月時点)	1	9	11	18	8	97	144
平成18年度対象病院(H18年7月時点)	5	33	40	76	42	164	360
平成20年度対象病院(H20年7月時点)	41	106	131	135	84	221	718
平成21年度対象病院(H21年7月時点)	135	256	258	227	136	270	1,282
平成22年度対象病院(H22年7月時点)	156	288	282	244	149	271	1,390
平成23年度対象病院(H23年4月時点)	170	314	293	251	150	271	1,449
平成24年度対象病院(H24年4月時点)	181	335	301	265	149	274	1,505
平成25年度対象病院(H25年4月時点)	179	338	304	252	153	270	1,496
平成26年度対象病院(H26年4月時点)	200	373	318	262	155	277	1,585
平成27年度対象病院(H27年4月時点)	215	381	302	263	151	268	1,580
平成28年度対象病院(H28年4月時点)	243	420	314	272	152	266	1,667
平成29年度対象病院(H29年4月時点)	266	434	309	245	150	260	1,664
(参考)一般病床を有する全病院 (平成27年医療施設調査)	2,250	1,848	620	498	286	374	5,876

表 1. DPC 対象病院数の変遷:2017年5月24日 平成29年度第1回DPC評価分科会資料

【DPC算定病床数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院(H15年7月時点)	0	0	0	0	441	68,541	68,982
平成16年度対象病院(H16年7月時点)	65	1,374	2,660	5,817	3,502	80,697	94,115
平成18年度対象病院(H18年7月時点)	317	5,109	10,097	25,863	18,488	117,932	177,806
平成20年度対象病院(H20年7月時点)	2,983	16,403	32,409	46,280	37,092	153,115	288,282
平成21年度対象病院(H21年7月時点)	9,384	38,829	63,714	77,639	60,051	183,987	433,604
平成22年度対象病院(H22年7月時点)	10,515	43,229	69,514	83,426	65,628	183,889	456,201
平成23年度対象病院(H23年4月時点)	11,367	47,114	72,611	85,962	66,179	184,278	467,511
平成24年度対象病院(H24年4月時点)	11,994	50,078	74,571	91,071	65,606	186,219	479,539
平成25年度対象病院(H25年4月時点)	11,924	50,581	75,291	86,277	67,459	183,449	474,981
平成26年度対象病院(H26年4月時点)	13,418	55,494	78,491	89,558	68,331	186,914	492,206
平成27年度対象病院(H27年4月時点)	14,468	56,362	74,715	90,319	66,616	181,601	484,081
平成28年度対象病院(H28年4月時点)	15,846	61,730	76,987	93,343	67,243	180,078	495,227
平成29年度対象病院(H29年4月時点)	17,314	63,657	75,729	84,299	66,399	176,349	483,747
(参考)一般病床を有する全病院 (平成27年医療施設調査)	112,947	192,163	112,767	139,156	110,998	225,939	893,970

表 2. DPC 算定病床数の変遷:2017年5月24日 平成29年度第1回DPC評価分科会資料

また、データ提出に対応するために、関わる病院は診療情報管理に力を入れざるを得なくなり、対応する人材として診療情報管理士が求められている。その一方で、21世紀も終わりを迎えた1980年代頃から、患者の権利意識の高まりもあり、いわゆるカルテ開示、診療情報提供の議論が沸騰した。また、2000年には当時の厚生省が国立病院を対象とした診療情報提供の指針を策定し、続いて2003年には個人情報保護に関する法律の全面施行もあり、2003年頃をピークとして診療情報管理士を志望する者が激増した。併せて、2000年の診療報酬改定時には、診療情報提供と診療情報管理の充実を柱とした診療録管理体制加算が診療報酬制度として誕生した。このように、診療報酬制度でかつてなかった診療「情報」を扱うことを評価するという画期的な出来

事が重なって、診療情報管理を担う専門職として診療情報管理士への人材ニーズが一気に高まった。一般社団法人日本病院会による第 5 回診療情報管理士現況調査アンケート報告書によると、回答した実務に就いている診療情報管理士のうちその 69% が DPC 対象病院に勤務しているとしている。また、関わっている業務のうち診療情報管理業務全般の次に DPC 業務を選択しており、DPC 業務と共に多くの診療情報管理士が存在しているといえる。

しかし、このように情報の利活用や診療情報管理の重要性が認識されると共に、人材への期待も高まりをみせたものの、日本版 DRG や DPC 制度の根幹をなす診療情報や診療報酬情報のデータ精度の担保とその改善については、未だ十分に解決出来ない課題として残っている。

ところで、厚生労働省では制度設計、新たな制度改定の検討、制度の妥当性の検証等を行うために、中医協の下に DPC 評価分科会を設置すると共に、学識経験者による研究班(以下、「DPC 研究班」という。)を設置しており、これらの場における議論でも、適切なデータベース構築に基づくデータ精度の問題は幾度となく遡上に上がっている。過去にはデータ精度に問題がある等、診療報酬制度の適切な運用のために問題となりそうな病院については、DPC 評価分科会という公開の場でヒアリングを行う等、時に非常に厳しい対応がなされてきた。

本論文の執筆者(以下、執筆者という。)は、この研究班に制度準備の段階から関わっており、資料表1に示すとおり、現在に至るまで主に分担研究者として制度に関わる問題を研究し報告を行って来た。また、その成果については、日本診療情報管理学会学術大会、日本医療マネジメント学会学術大会、IFHIMA(International Federation of Health Information Management Associations) international Conference、PCSI(Patient Classification System International conference)等、国内外の学会において成果を発表する他、関係書籍、関係教科書の執筆、監修や論文発表を行って来た。今般、わが国の診断群分類導入のための議論が 1996 年に開始され、実際には 1998 年から日本版 DRG として導入がなされた時から現在まで、約 20 年が経過したこともあり、これまでの研究成果をまとめると共に、わが国における診断群分類の制度の進捗と未だ残る課題について本論文でまとめてみたいと考えた。また、本論文内容が、わが国の診断群分類、DPC や ICD について学ぶ者の参考資料となれば幸いである。

※注意

- 1) 本論文中、日付の表現については、西暦、和暦が混在している。これは、厚生労働省等に関連した文書、資料、イベント内容では、和暦が使用されているためであり、本論文においても原則として原本に倣っている。
- 2) 英語標記や略語表記については、原語表記を原則としているが、日本語化もしくは公的な文書でカタカナや日本語に訳されて用いられているものはそれに倣っている。
- 3) 資料や研究成果として作成した図表について、原則として本文中に貼り付けるが、ページスペースの関係で全ての収納が無理なものについては、「抜粋」もしくは一部を「参考資料図表」等として掲載、さらに必要に応じて、後段で、「資料表」等としてまとめた。

1-2. 研究の背景と本論文の目的

1-2-1. 研究の背景

執筆者は、1983年頃から病院情報システム導入に関わる他、システム導入に関連して、診療情報管理の業務に携わってきた。わが国の診療情報管理の歴史は第二次世界大戦後、米国からの影響を強く受けており、当時の診療録管理士（現在の診療情報管理士）の業務の中核を成すものは、ものとしての管理である診療記録の管理や情報の管理としての ICD コーディングであった。英語圏では、Clinical Coder と称されており、つい最近まで国際学会等でも当該呼称が通常であった。

ただ、わが国においては、診療情報管理において、戦後長期にわたり、世界レベルでは先進とは言い難い状況が続いていた。実態としては、現在のように、医療機関がシステム化される前の時代であるため、情報の管理というものの、その管理は台帳やカード等によるものか管理そのものが全く行われていない状況もあった。また、充実した診療情報管理を行う体制や人材を配置した病院は決して多くなく、特に ICD コーディングについては一部の病院を除いて普及している状況ではなかった。その後、1980年代から医療機関のシステム化やパーソナルコンピュータの普及により、急速に情報化への環境が整い、診療情報管理の世界も、ものの管理から情報の管理へ、と言わ

れるようになっていった。同時に、診療録管理士と称されていた名称も情報化の進展にあわせて診療情報管理士と名称を変えた。英語名称も Medical Record Librarian から Health Information Manager (HIM) とされ、管理する人という地位を明確にした。なお、Health Information Manager および HIM はそのまま諸外国でも通用する呼称である。

医療機関のシステム化については、事務的作業の効率化やいわゆる OA(オフィスオートメーション)化が主体であり、情報の内容に踏み込むにはまだ時間を必要とした。さらに、情報の利活用というレベルになると、事実上、日本版 DRG や DPC の導入を待たなければならなかった。また、結果的に、ICD や診療情報管理に対する意識が高まるのは、1998 年の日本版 DRG の試行的導入と 1999 年から 2000 年にかけて続々と指針が登場した診療情報の提供(カルテ開示)の推進という大きなイベントを迎えてからであった。この時期に診療情報管理士を志望する者が爆発的に増加し(図1参照)、当初、通信教育受講だけが診療情報管理士の認定試験への道であったが、世の中のニーズに呼応するように、全国の大学や専門学校が育成のための学科を設けるようになって行った(29 年度現在では大学 23 校、専門学校 54 校)。

診療情報管理士通信教育入講者数

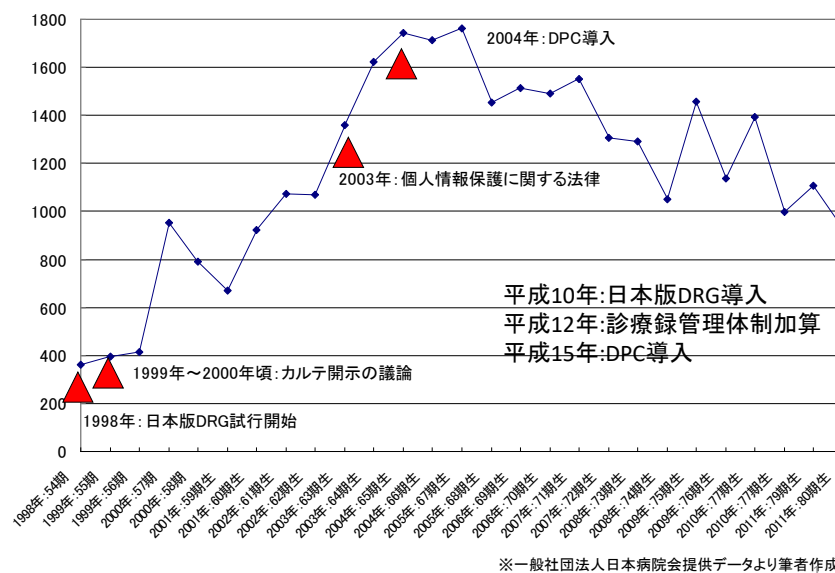


図 1. 診療情報管理士通信教育入講者数

このような時代に執筆者は、実務者として病院情報システムに関わる中で、勤務していた国立病院九州医療センター(後の国立病院機構九州医療センター)が 1998 年

から日本版 DRG の試行制度にモデル病院の一つに選定され、さらに、1999 年には、厚生省から国立病院を対象とした「診療情報提供の指針」の策定をするための委員に執筆者が選ばれることが重なって、この二つの大きな厚生省のプロジェクトに深く関与することになった。その後も現在に至るまで、DPC に関連した研究班による活動を中心として、導入の黎明期から現在に至るまで、診断群分類の導入に診療情報管理士として関わっている。特に診断群分類選択の基盤となる ICD コーディングの普及や精度改善に注力してきた。また、ICD 改定 (ICD-11) にも日本診療情報管理学会等を通じて関わりを持っており、我が国の診断群分類と ICD との関連を、過去の研究成果を振り返りつつ、制度の導入とともに課題等をまとめたいたいと考えた。

1-2-2. 本論文の目的

DPC に関わる業務は診療情報管理士が担うべき業務の中でも中心となるべきものの一つである。当該業務を円滑に行うためには DPC そのものの知識とともに、特に ICD や関連する傷病名マスターに関する知識も重要かつ必須である。前述したとおり、既に日本版 DRG の導入から 20 年が経過し、現在の DPC についての知識はあっても、導入の経緯や社会背景、どのような課題を解決して今の制度に至っているのか診療情報管理士の中でも知る者は少ない。特に、導入の議論当初から危惧された ICD コーディングのスキルや知識の欠如から結果的に適切な DPC 分類を選択出来ないこと等が DPC 評価分科会等でも幾度となく指摘されていることは、診療情報管理を担う専門職として看過できない課題である。そこで、わが国の診断群分類の黎明期から特に ICD にかかる課題等を中心に過去の研究成果等を振り返り、現時点での課題等を明確にすることによって、現在、これから、DPC 業務に携わる者、DPC を学ぶ初心実務者、学生等の一助になることを期待して論文をまとめることとした。なお、本研究の集大成として、平成 26 年度に DPC/PDPS コーディングテキストをまとめている。従来から、DPC に関する実務書や DPC データを用いた分析参考書は発刊されているが、DPC 選択についての参考書、ルールブックとしてはこのコーディングテキストが唯一の存在であり、併せて公式なコーディングのあり方を示したものとして重要な存在であると考えている。また、わが国の診断群分類の歴史やそれに伴う課題と共に、ICD コーディングという視点からみた研究報告は現時点では本論文が唯一であると考えている。

第2章:我が国の診断群分類導入黎明期の議論

本章においては、まず、わが国の診断群分類の黎明期、特に日本版 DRG 制度試行的導入を中心にどのような議論があったか、試行的導入の意味や課題等について明らかにしておきたい。

2-1. わが国の診断群分類導入

20 世紀も終わりを迎え、高度成長期の消滅や高齢化が顕著になってきて、わが国の社会保障制度の継続のためには、上昇を続ける国民医療費の抑制について国を挙げての議論が沸騰した。特に、1996 年までに中医協において、従来の出来高支払い制度の中で、いわゆる包括支払制度導入の可否について議論が始まった。結果として、1996 年に、速やかにわが国初の診断群分類の導入をなすべきことが決定された。この決定を受けて、導入のための議論が開始され、その対象は、国立病院等 10 病院とされた。内訳は、国立病院 8 病院、社会保険病院 2 病院とされた(それぞれ、現在の独立行政法人国立病院機構、および、独立行政法人地域医療機能推進機構の病院である)。制度の名称は、「急性期入院医療の定額支払い方式の試行」とされた¹⁾。

この制度は、1961 年にわが国に国民皆保険制度導入以来、いわゆる出来高支払制度によって行われてきた保険医療の基盤となった診療報酬制度に対して抜本的な見直しがなされるという、試行とはいうものの画期的な出来事であった。また、この制度は、当面国立病院等 10 病院に試行的導入がされるが、将来は多くの病院に拡張することが意図されていた。

さて、この新たな制度の導入のためには、分類案策定をはじめとして制度のあり方の議論が必要であり、そのためには、現状を把握する必要があり、多くのデータが必要であるとされた。特に、分類開発のための基盤となるデータ収集が速やかに議論された(当時は試行検討委員会が厚生省内に設置された)。議論の結果、必要なデータは、退院時サマリー(診療記録に基づく)を中心とした様式1、レセプト(診療報酬点数に基づく)を中心とした様式2とされた。なお、大きく分けてこの 2 種類のデータ提出は現在のデータ収集においても同様であり基本的に変わっていない。

退院時サマリーに基づくデータの中核をなすのは、主たる傷病名と手術名等を中心としたもので、特に、傷病名は ICD コーディングが併せて必要とされており、データ

提出側の病院には ICD の知識とコーディングスキルが必要とされた。診療情報に関与している立場からすると、従来から、大切だと言われていた診療記録や診療情報の本当の価値がやっと評価される時代が来たといえた。

さらに、2000 年4月の診療報酬改定における診療録管理体制加算の誕生で、ICD コーディングや診療情報提供等 9 要件が具体的に提示され、診療情報管理そのものの他、ICD分類や病名等への関心の高まりも大きなものとなっていった。前述の通り、その業務を担う人材として診療情報管理士を志望する者の爆発的急増もあった。

<診療録管理体制加算：現在では診療録管理体制加算2>

- ①1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- ②入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- ③保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- ④全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
- ⑤診療記録(過去5年間の診療録並びに過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること。
- ⑥中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成 25 年 10 月 10 日政社発 1010 第1号)に準拠した体制であること。
- ⑦診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- ⑧診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- ⑨患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報提供に関する指針」(平成 15 年9月 12 日医政発第 0912001 号)を参考にすること。

さて、日本版 DRG 試行医療機関には、「基礎調査表」(継続的なDRG分類検討等の調査に用いる)や「DRG連絡表」(診療報酬請求などに用いる)等の資料の作成と提出が義務付けられた。現在の DPC 制度における影響調査等と異なり、病院情報システムが十分に導入され、その機能を発揮している時代ではなかったため、今のようなデジタルデータの交換や提出とは異なる方法を採用していた。伝票を中心としたいわゆるアナログ的な対応が必要とはなったが、收拾するデータの基礎はこの段階でほぼ

確立している。その、業務の流れを図 2、図 3 に示すが、前者の「基礎調査表」は、前述した、診療録に基づく「退院時サマリーデータ」、すなわち様式1に該当するものである。

DRG/PPSに伴う報告書の内容

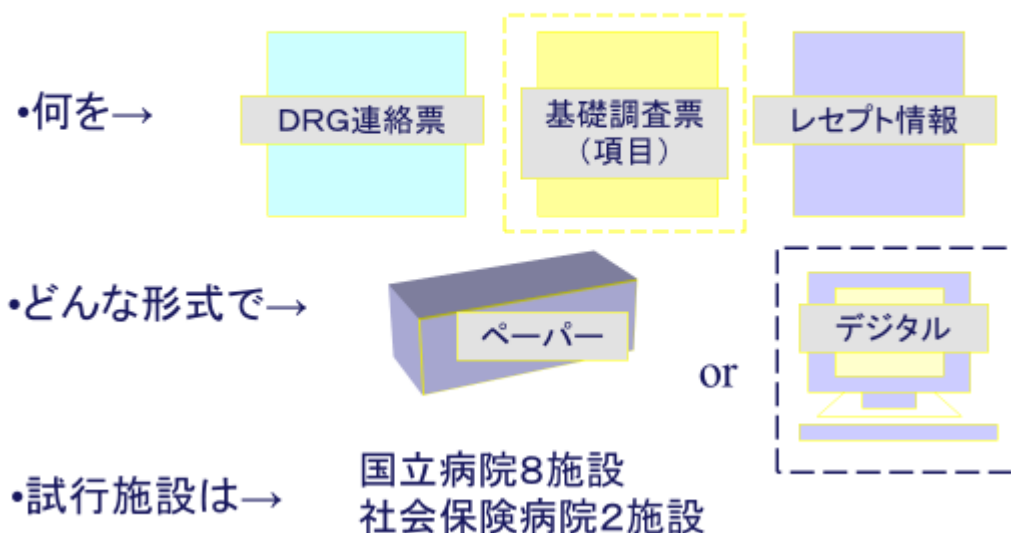


図 2. DRG/PPS に伴う報告書の内容

DRG連絡票の流れ

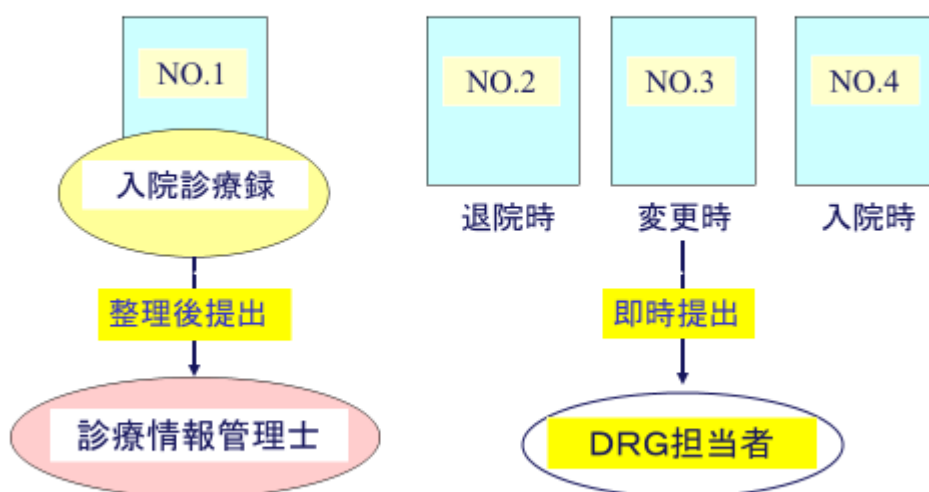


図 3. DRG 連絡票の流れ

後者の「DRG連絡表」は、「DRG分類」に基づく診療報酬額の決定に用いるものである。前者は、ICD-9(制度開始時は、ICD-9を用いていた)へコーディングすることを前提とした「主たる傷病名」が含まれており、後者はICD9を基盤にして開発された診断群分類、すなわち、「DRG分類」が主体となっている。

したがって、試行病院においては、自ずとICDコーディングを意識した病名の付与とそれに基づくコーディングスキルが求められる。これは、従来の出来高支払レセプトに記載された、いわゆる「保険病名」とはそのあり方も意義も全く異なるものであるために、病名付与やその管理まで含めて、発想の転換が求められることになった。つまり、出来高支払レセプトの傷病名は診療行為や使用した薬剤等に対する根拠、理由等を補足するという意味での傷病名の付与が求められた。対して、新しい制度においては、一入院期間を代表する傷病名は何かということが問題であり、特に診療記録にはそれを選択するため意志決定した根拠が求められることになった。

しかし、前述したとおり、1998年11月の日本版DRG制度導入以前のわが国の病院ではICDコーディングや診療情報のデータベースは決して普及しているとはいえず、厚生省が選定した試行病院であっても、10病院中、診療情報管理士を配置し、ICDコーディングを行っている病院は3病院に過ぎなかった。したがって、制度の導入を円滑に行うためには、制度そのものの他にも病院の内部における運用や教育まで検討する必要があった。

2-2. 傷病名選択の課題と対応

診断群分類を選択する場合、まず傷病名の選択、付与が大きな要素となるが(もちろん、その拠所は診療記録である)、その過程で、医師の付与する「傷病名」には必ずしもDRG分類を行うことや基礎調査データ作成に必要な情報が含まれていないことも多い2)、3)。

その一方で、従来、医師を含めて医療者の作成する診療記録は、病院の運営等に用いられなかったこともあり、そこに含まれる傷病名についてもあまり重要視されているとは言い難い現状があった。しかし、日本版DRG試行導入後は、どのような傷病名を選択し、主従(主傷病名と副傷病名)とするかは極めて重要な要素であった。さらには基礎調査という第三者的な評価を前提としたデータベース作成が求められているため、

第三者的に納得のいく適切な傷病名の付与、選択を促すことは大きな課題となった。そして、この課題については、5 章で詳述するように現在も解決しているとは言い難いのである。

診断群分類番号	主傷病名	CD9	合併症 (1)	CD9	合併症 (2)	CD9
637	肝硬変症	571	糖尿病	250		

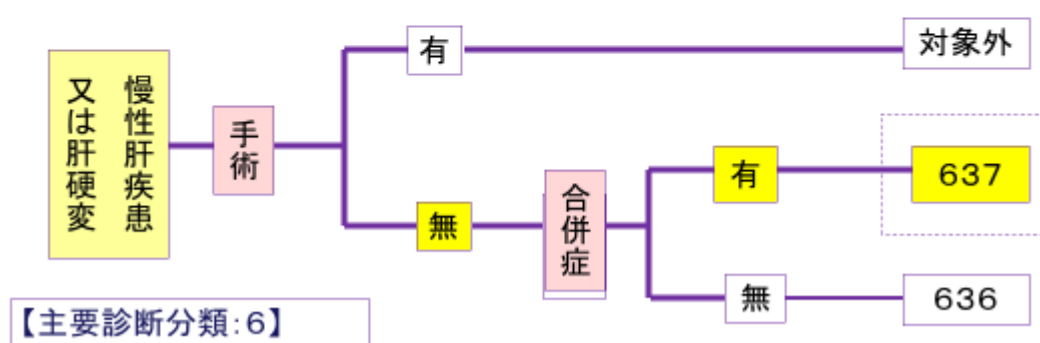


図 4. DRG 分類決定のロジック

図 4 に DRG 決定のロジックを示す。このケースは、肝硬変が主たる傷病名として選択された場合であるが、後述するように、後の DPC 制度の導入においても、この選択のためのロジックモデルは変更されていない。ICD で定義された傷病名分類(図 4 は ICD-9 で定義、現在の DPC は ICD-10 で定義)、手術の選択、補助的両方等の選択という「3 層構造」はこの段階で普遍的なものとして確立されている。

このように、結果的に、日本版 DRG の試行により、傷病名の選択が診療報酬を推し量るデータベースの主役になり、診療報酬請求の重要な要となっている。

しかし、残念ながら、医師をはじめとした当該業務に関わる病院職員にその重要性が理解されているかという、そうではない病院が散見される。適切な分類の選択やデータベースの構築は、結果的に病院の運営にも大きな影響があり、意識を高める必要があるはずにもかかわらず、少なくとも、3 章で詳述するように、提出されたデータを見る限りでは、十分な精度をもっているとは言い難い病院が散見される。

その理由は種々考えられるが、もとよりわが国では、日本版 DRG 導入以前、傷病名自体の定義(傷病名の意味や定義、そのあり方も)も非常に曖昧であった。また、わが国では、診断群分類の定義に用いられる ICD およびそのコーディングの知識やスキルが十分に浸透しているわけではなく、当然、ICD を意識して傷病名を付与、選択するという自体に理解がないことがあった(理解せずとも病院の経営にも影響を与えず困らなかった)。結果として、医師が付与、選択する傷病名がICDに置き換えられる(コーディング)ことを前提としていないということに行き着く。

したがって、場合によってはその病名付与の意図が非常にわかりにくいケースが発生する。それを解決するためには、病院の意識を高めると共に、ICD に対する理解や場合によっては組織構築と人材配置が重要であるとされ、前述のとおり改善のための国の施策としての診療報酬制度の評価(診療録管理体制加算の誕生)に繋がっている。

しかし、一方で、従来から指摘のあったICDの構造(分類)と汎用病名との乖離、例えば、医師の考える傷病名とICD分類に分類することが相容れない等の問題も大きな問題として、その根底にある²⁾。これらの状況をふまえて、執筆者は、ICDを意識した病名のあり方を検討し病名付与に必要な条件、ICD分類と汎用病名とのリンク付け等の検討、研究を行うこととし、「コーディングのための留意点」の開発を行うこととした。

まず、平成10年度に日本版 DRG と関連してICD-9 対応版の検討作業を試行医療機関に属する診療情報管理士5名を含め、比較的大規模で対応症例数の多い医療機関からの診療情報管理士の参加を得て、合計8名の診療情報管理士で検討作業を行った。成果としては、「急性期入院料の定額払い方式の試行傷病名コーディング留意事項」暫定版としてまとめて、各試行医療機関に配布された³⁾。

この成果物については一部を資料表2、資料表3に収めたが、資料表2については、ICD 分類ごとに傷病名選択のための留意点を記した。なお、試行導入当初は ICD-9 を傷病名の定義としたが ICD-10 への移行が予定されていたため、その対応も考慮したものである。資料表 3 については、より詳細な、頻用される傷病名とその留意点を表記したものである。その後、1999年5月31日、当初の暫定版から第一版に移行し、試行医療機関において適切な提出データの作成のために利用された。

第3章:診断群分類(DPC)と診療情報管理について

本章では 2003 年 4 月から特定機能病院等 82 病院を対象として、試行ではなく、正式な制度として導入された試行診断群分類(DPC)を活用した包括支払制度が特定機能病院等における診療情報管理にいかなる影響を与えたのかを論じてみたい。

3-1. 特定機能病院等と診断群分類

1998 年 11 月の日本版 DRG 制度の試行的導入の後、特定機能病院等 82 病院(大学病院本院 80 病院と国立がんセンター、国立循環器病センター)に新たな診断群分類が導入されることとなり、それは、日本版 DRG の試行的導入とは異なり、正式な診療報酬制度として 2003 年 4 月に導入された。

ただし、ICD コーディングに関する課題は、対象とする医療機関が変わっただけで、その精度問題は同様に残った。理由は国立病院等と同様に、大学病院であっても一部を除くと診療情報管理に対しての十分な体制が構築されていないことにあった。

ただし、国立病院等対象の試行とは異なり正式の制度であるが故に、2003 年 4 月からの診療報酬制度下における包括評価(一日あたり包括支払)の条件として、レセプトへの ICD コードの表示が求められることになり、いよいよ、ICD コーディングが死因統計、公衆衛生や医療統計だけではなく、診療報酬制度の中でも必須という時代が到来したことを明確にした。

このような状況にあったため、執筆者らは、データベース構築及びその分析の過程において、ICD 分類と汎用的な病名との乖離が一部にあるという現状をふまえて、ICD を意識した病名のあり方を検討、研究した。その結果に基づき、ICD コードブック、病名付与の留意点という冊子の作成を行い、2003 年度から制度導入予定の特定機能病院等全病院に配布、さらには、事前の基礎調査データにおける ICD コーディングについての検証作業を行い病院にフィードバックした。また、DPC 分類と MEDIS 標準病名集との対比作業を行い、冊子としてまとめた。

3-2. DPC と診療情報管理について

前述したように、特定機能病院においても ICD コーディングを初めとした診療情報管理体制が十分ではないという状況にあったが、2000 年度の診療報酬改定で診療録

管理体制加算という評価が誕生したため、まず、DPC 対象病院については、診療録管理体制加算届け出レベルにあることが規定され、大学病院を初めとして診療情報管理に力を入れる病院が増加した。引き続き、2004 年度の診療報酬改定で、日本版 DRG 制度に関わっていた試行病院を中心として特定機能病院等以外でも DPC に参入することが出来るようになり62 病院が DPC 対象病院となった。それ以降、DPC 対象病院は拡大を続けている(表1参照)。そのため、前述したとおり、同時期に診療情報提供への対応や個人情報保護に関する法律の全面施行等へ対応するために診療情報管理士の志望者が増加したが、特に DPC 病院の拡大によるニーズがその背景にあると考えられる。その一方で、DPC に関わる病院が増加すればするほど、分類選択の基本となる ICD コーディングの精度は制度そのものに影響を与えることになるため、より厳しい対応が必要となってきた。

制度開始当時は、精度を測定するために、定型的なチェック方法の確立をしなければならなかった。執筆者らは定型的なチェック方法を考案し実際に実行し、さらに問題があるデータについては各病院に返却し確認を依頼する必要があった。

考案したそのチェック方法は以下のとおりである。なお、以下は 2003 年度に提出されたデータに対して行った方法である。

○平成16年度データチェック方法(特定機能病院、試行的適用病院に対して)

1) データクリーニング

- ・各傷病名、各ICDコードを、クリーニング(Null、空白、不要なスペース)
- ・ICD、症状名でグループ化したファイルを作成

2) チェック項目とコメント(マシンチェック→目視)

(1) 病名が文字化け …… 文字コード範囲でチェック

- ・調査データの「使用文字範囲」(たとえば、“JIS X 0201”や“JIS X 0208”など)を、定義しておく必要がある。

(2) 病名がすべて英字・記号で出来ている …… 文字コード範囲でチェック

- ・略語使用や、ICD コードそのものが、病名として記載されている

(3) 病名の一部に、英字・記号がある

・略語の使用、その他意味不明な文字が含まれている、また、不明なシンボル使用の可能性のあるものを抽出し、目視で確認(いわゆる文字化けがある)

「薬剤性低AT■血症」→ D684(後天性凝固因子欠乏症)

「?毛癌」→ C58(胎盤の悪性新生物)

(4)ICD コードに、全角、小文字がある、または、“-”の位置が不正・・・文字コード範囲でチェック

・ICD コードに、全角、小文字が含まれること自体、大文字半角に文字変化すれば良いことであるので問題ないが、全角や小文字といった文字が含まれる、医療機関のデータ作成の対する体制に疑問があり、対象施設のデータは注意して精査する必要があると判断。

(5)3つ以上の空白

・文字編集におけるシステムのバグも考えられる。また、併存症、後発症について、1フィールドに複数の病名を入力している場合が、多少存在していた。

(6)誤字

・過去、発生した誤字に関してチェックを行い、さらに、目視で見つかったものを、再チェック。>誤字一覧(表1)参照

(7)“癌”、“癌疑い”で、Cコード以外

・「癌」に関しては「悪性」扱いとし、「C」で始まる ICD コード以外が付与されている場合、エラーとした

「前立腺癌」→ R630(食欲不振)

「臍癌」 → D136(臍の良性新生物)

(8)「C」で始まる ICD コードで「癌」以外

・「C」で始まる ICD コード以外が付与されているのもかかわらず、「癌」や「悪性」の記載が無い場合、エラーのものが含まれる可能性が高い。

「肺炎」 → C349(気管支または肺の悪性新生物, 部位不明)

「慢性腎不全」→ C189(結腸の悪性新生物, 部位不明)

(9)病名の桁数の少ない場合、エラーデータが含まれる可能性が高い

・桁数=1(腰、肺など)、桁数=2(外傷、骨腫、筋炎、挫創、肉腫など)

「痙攣」→ A35(その他の破傷風)、G568(上肢のその他の単ニューロパチ<シ>-)

「肉腫」→ C492(下肢の結合組織および軟部組織の悪性新生物, 股関節部を含む)

(10) 部位のみの病名の存在・・・ Medis の修飾語マスタとチェック

・病名と修飾語を編集する時点でのバグ、または、ICD2巻の名称そのままの使用などの原因が考えられる。

「S状結腸」→ C187(S状結腸の悪性新生物)

「気管支」→ J40(気管支炎、急性または慢性と明示されないもの)

(11) 主病名、入院契機病名、資源病名を比較した場合、3病名が同じであるにもかかわらず、ICD コードが不一致の場合、再度確認をお願いする

「急性腹症」という病名に対して、下記 ICD が付与されている

主病名：N879(子宮頸(部)の異形成, 詳細不明)

入院契機病名：R100(急性腹症)

医療資源病名：K670(クラミジア腹膜炎 (A74.8†))

(12) 医療資源病名の ICD が「R」で始まるコードであり、かつ手術をしている場合、確定診断がついていないかを再確認を依頼する

「めまい症(R42)」 → 眼内レンズ挿入術

「失神(R55)」 → 慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術

3) 上記チェックから選択されたものの目視時、さらに見つかったエラー項目

(1) 病名と ICD コードが、不一致(目視)

「1型糖尿病」 → C109(中咽頭の悪性新生物, 部位不明)

「慢性C型肝炎」→ B171(急性C型肝炎)

(2) 病名に詳細情報なしであるのに、詳細な ICD コードの付与(目視)

「頭痛」→ G442(緊張性頭痛)

「貧血」→ D500(失血による鉄欠乏性貧血(慢性))

(3) 詳細な病名表記に対し、詳細不明や部位不明のICDコードを付与(目視)

「右耳介部悪性腫瘍」→ C80(部位の明示されない悪性新生物)

「鼻部骨折」→ T1420(部位不明の骨折、閉鎖性)

(4) 臨床病名でない病名の存在(目視)

「骨盤位」→ O321(骨盤位のための母体ケア)

結果的にこれらの定型的なチェック方法やその成果の検討、研究については、後に調査説明書やコーディングテキスト作成に繋がることになった。

さて、これらの方法を用いることにより、データ精度に対する意識付けをすることにはつながるが、最終的には、さらなる改善につなげるためにより分かりやすい各病院の評価を行う必要があると考えられた。そのためには、ICD で規定されている「.9」コードの発生率をデータ提出した病院ごとに算出する必要があると考え、提出データから病院区分ごとの「.9」発生率を算出した(病院名は匿名化されていたので DPC 参加時期、データ件数で区分した)。その結果は以下のとおりであった。なお、この結果は、2007年11月2日の厚生労働省の中医協下の DPC 評価分科会にて報告した。

※「.9」コードとは、ICD コードの、4桁目もしくは5桁目が「9」のもの、すなわち、Unspecified なコード、「詳細不明」や「部位不明」とされているコードを「.9」コード(dot9 コード)と呼ぶ。

施設類型別の「.9」発生率：平成19年11月2日、DPC 評価分科会

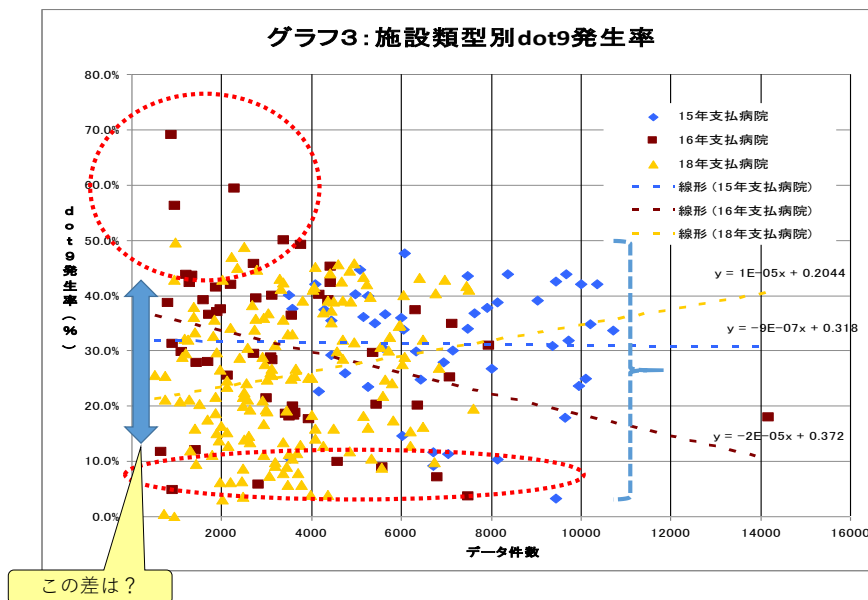


図5. 施設類型別「.9」発生率

このグラフのY軸は「.9」の発生比率、X軸はデータ件数を示す。すなわち、右方

向のプロットされた点(病院)の方が大規模であるか在院日数が短い。上方向にプロットされた点は詳細不明とコードされ精度に問題があると考えられる。また、施設類型は年度の支払いである程度区別がつく。図5で平成15年度支払病院とされているのは、DPCを最初に導入した病院、すなわち特定機能病院等である。この図で直ちにわかることは、以下の3点である。

- 1) 全体的に、データ件数が多い病院、すなわち大規模な病院の方が「.9」の比率は低い傾向にある。
- 2) 特定機能病院の中でも「.9」の比率は病院により大きな違いがある。
- 3) 小規模な病院で極端に「.9」の比率が高い傾向がある。

ただし、上記の3)については、データ内容をみたところ、透析専門病院等、専門的かつ特殊な病院であった。すなわち、特定の分野の傷病を扱っている傾向が強い。

次の図6でもわかるように、主要診断群別にみても、特定の分野に「.9」の比率が高い傾向にある。したがって、たしかに特定の分野に限定すると一部の傷病名のコーディングに誤りがあると全体(病院全体)のデータに強く影響を及ぼすことが考えられた。

なお、図6の項目のMDC(Major Diagnostic Category)は主要診断群分類のことであり、導入開始当初は16分類であったが、2008年度からは表3に示すように18分類に拡張された。

その一方、図6でもわかることは、15年支払病院、つまり、特定機能病院等で詳細不明コードが多いのは、基本的に大病院であること、そして、国立がんセンターと国立循環器病センターという特殊な病院も含まれているが、透析専門病院、眼科専門病院というような特定の分野に極端に偏りがあるというわけではなく、基本的に総合的な診療を行う病院である。したがって、前出の図5も併せて考えてみると、特定機能病院等が研修、研究という意味合いから総合的な診療を行っている病院であれば、詳細不明、すなわち、「.9」の比率のばらつきは、専門性ということで説明をすることは困難である。さらに、図6をみると、MDCの4と9の分野で著しく、それも特定機能病院等の「.9」の発生率の高さが顕著である。「.9」の発生比率が高い結果を示したMDCの4と9のうち顕著に高いICD分類は、図7に示すようなICDのコード(構造)を持つ、呼吸器の悪性新生物と乳房の悪性新生物であった。

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

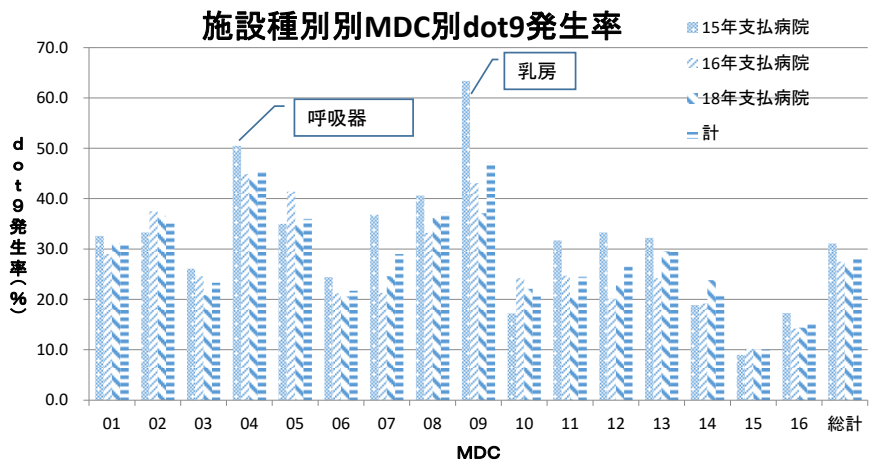


図 6. MDC 別「.9」発生率(平成 19 年 11 月 2 日 DPC 評価分科会資料を改変)

MDC01	神経系疾患	MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC02	眼科系疾患	MDC11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC03	耳鼻咽喉科系疾患	MDC12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC04	呼吸器系疾患	MDC13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC05	循環器系疾患	MDC14	新生児疾患、先天性奇形
MDC06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	MDC15	小児疾患
MDC07	筋骨格系疾患	MDC16	外傷・熱傷・中毒
MDC08	皮膚・皮下組織の疾患	MDC17	精神疾患
MDC09	乳房の疾患	MDC18	その他

表 3. 主要診断群分類(MDC)

ICD の構造を考えると、悪性新生物の ICD の構造は解剖学的に非常にわかりやすく、基本的に、治療を行った対象患者に対して、「部位不明」、「詳細不明」という状況はあり得ないと考えられることから、この結果については、単純に ICD に対しての十分な理解がないだけではなく、システム的な問題もあってこのような結果が起こりえるということが想定された。

<p>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</p>	<p>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・・・？</p>
<p>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</p>	

図 7. 「.9」の比率が顕著に高い ICD 分類:呼吸器、乳房の疾患

おそらく、このような違いが発生した要因は(2003 年頃の状況を勘案すると)、ICD そのものへの理解はともかく、当該病院群においては、

- 1) オーダエントリーシステムで医師が傷病名を入力することが主体である
 - 2) そのデータにチェックに第三者的な確認が入らない
 - 3) データの制度を担保する組織なりシステムが存在しない体制
- であろうと推察された。

根拠としては、当時、オーダエントリーシステムを導入し円滑に運用している病院は先進的な特定機能病院等が主体であり、そこでは、医師による入力が一般的であり、システム運用を考慮すると、その影響が大きいと考えられた。また、当時の特定機能病院等で診療情報管理室を組織して DPC や ICD コーディングへ対応出来る病院は多

数派ではなく、診療録管理体制加算の施設基準を全ての特定機能病院等が満たしているわけではなかったことから、上記の2)と3)が理由の中核だと思われた。

以上の他、システムに実装されていた標準傷病名マスタへの理解が十分ではないこともあったと思われるが、この問題については後述する。

いずれにしても、いかに発生源で傷病名の入力されたとしても、ICD への理解や発生源たる医師を支援するシステムや組織がないことが問題の中核と考えられた。すなわち、発生源で入力すればデータの精度が上がると一般的に考えられがちであるが、実際は結果として入力されたデータがどのように活用されるかの理解がなければ、その要求、要件に応えられないことを示した結果と考えられた。

前述のとおり、この結果は DPC 評価分科会で報告したため、翌年度、2008 年の診療報酬改定時に DPC 対象病院の要件として、適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていることと適切なコーディング委員会の年 2 回(2016 年度から 4 回)の開催を義務とされた。

第4章:診断群分類(DPC)とICDについて

本章では、DPC も ICD も患者を分類するためのツールであることは同じだが、これらを 1 対 1 で置き換えることの難しさを踏まえて、両者の違いを明らかにし、診断群分類に対応するためにうまく ICD コーディングを行うための方策等を明らかにしたい。

基本的に、DPC も ICD も患者を区分するためのツールである。ただし、その目的、出自は全く異なる。ICD は周知のとおり死因統計のために誕生している。他方、DPC は診療報酬制度として捕らえられることが多いが、基本は臨床家の考えた分類であり、現代の我が国の医療の世界において、多方面で用いることが期待される分類である。さらに、あくまで DPC は我が国の医療文化の中にあって、そして先進国での保険診療で求められる分類として誕生している。つまり、ICD は死因統計で分類をしたいという要求を満たす分類であり、DPC は臨床的に異なることを明確にするための分類といえる。

したがって、両者の乖離は当初から危惧されたものであり、ICD が臨床現場で普及しなかったのは臨床家が求めるニーズと必ずしも一致しなかったからである。しかしながら、国際的に流通している標準的な疾病分類は ICD を除いて存在せず、世界中の国が診断群分類の定義として用いているのが ICD という現実がある。ただし、多くの国では、ICD を自国流に修正しながら用いている。代表例として、米国での ICD-9CM、ICD-10CM がある(それぞれ、CM は Clinical Modification の意)。わが国においては、ICD にかかる業務を担当するのは厚生労働省ではあるが統計業務は総務省の管轄となっており、わが国独自に ICD を修正することは影響が大きいいためか、公式に修正版の開発は行われていない。したがって、臨床家の考える傷病名が ICD 分類に変換するが故に極めて曖昧な DPC 分類を作らざるを得ない現象が発生している。その状況を表 4 に示すが、これは、臨床的な傷病名が想定しない DPC 分類に含まれてしまう例である。

ICD	ICD分類名	MEDIS-ICD	MEDIS病名	DPC:主	DPC名称主	他に想定される病名
I97.8	循環器系のその他の処置後障害、他に分類されないもの	I978	血行再建症候群	010060	脳梗塞	処置後脳梗塞等
		I978	術後房室ブロック			
K91.8	消化器系のその他の処置後障害、他に分類されないもの	K918	術後肝炎	060570	その他の消化管の障害	
		K918	術後肝障害			
		K918	術後胆のう炎			
		K918	短腸症候群			
		K918	大腸切除症候群			
		K918	腸切除後遺症			
		K918	直腸切除後遺症			
		K918	直腸切断術後後遺症			
K91.9	消化器系の術後障害、詳細不明	K919	消化管術後後遺症			
		K919	虫垂切除後後遺症			
N99.8	尿路性器系のその他の処置後障害	N998	残留卵巣症候群	110320	腎、泌尿器の疾患(その他)	
		N998	子宮筋腫摘出後後遺症			
		N998	術後排尿障害			
		N998	包茎術後変形			

表 4. 正しいコーディングを行っても ICD コードの構造によって分類精度が落ちる例

前述のとおり、ICD はあくまでも死因統計が本来の目的であることはもちろん、利活用を目的とした対象は、全地球的である。したがって、医療先進国であるわが国で行われている医療を背景として、個々の患者の分類を ICD に厳格に求めることはかなり無理があっても当然である。さらに、ICD が死因統計を対象としていることから、基本的にリアルタイムでコーディングすることは想定していない。そのことは、ICD の総論 (Instruction manual) の記載をみても明らかであり、診療記録を基盤としてそこから後にデータを第三者的 (当該本文中、コーダーという第三者的な表現が登場する) にコーディングするということが本来の手法である。したがって、本来の活用意義があるのは、全国から集められた死亡診断書に基づき、第三者的に人口動態統計をまとめる厚生労働省等の業務に適応しているということである。故に、例えば、死因統計として特に有意な意義を求めない傷病名については、その他、いうなればごみ箱的な分類 (前述した詳細不明分類等) が多々設けられていることも致し方ないと考えざるを得ないのである。

表 4 の例では、K91.8、消化器系のその他の処置後障害、他に分類されないもの、をみるとわかるが、術後の障害については全てがこの分類に含まれるため、臨床的に

は全く異なっている疾病のグループ、ここでは、術後肝炎、術後胆のう炎、直腸切断後後遺症等が同一の DPC 分類になってしまう。結果として、臨床的には極めて不自然な分類になっていると言わざるを得ない。

前述したように、目的が異なる他にも、どの程度の粒度を求めるかという違いもあり、どうしても、全ての傷病名に対して、1 対1で相互の分類をマッチングさせることは不可能である。もっとも、全地球的レベルでこの問題を考える時、たしかに ICD レベルでは現在でも十分なレベルにあるということであろう。

総務省統計局が発出している、世界の統計 2015(2015 年 3 月)によると、2015 年の世界人口は約 73 億人と推計され、そのうち 80 パーセント以上が発展途上国の人口である。医療機器も十分ではなくそれ故に診断能力も高くないであろう状況を踏まえると、先進国故に発生する問題については現状の粒度でも十分と判断される。逆の見方をすると、わが国では戦後、豊かな社会を実現し十分な医療を提供できる環境があるため DPC 分類では感染症分野は目立つ存在ではないが、ICD 分類の感染症分野は非常に多くの分類が用意されていることから世界と我が国とでは要求レベルが異なることがわかる。周知のとおり、わが国の死因統計をみると、新生物が死因の第一位を占めて久しく、一方で感染症による死因は激減していることから高齢化社会を実現した先進国が求める分類、すなわちわが国の分類 DPC と地球規模の分類 ICD との乖離は当然に起こるべくして起こる問題である。

さて、さらに視点を変えてみると、分類はあくまでも分類であり、患者をグループ分けする手段であることから、詳細な分類を求めて、より精緻化を進めていくと最終的には個々の患者全員を個別に扱わないといけないうところまで進展してしまう。そうなると分類するという意味を失ってしまい、分類精緻化はどのような分類開発においても一定の限界があるということである。

いずれにしても、DPC 制度下で適切な分類選択をするためには ICD の理解、特にその違いを明確にしておく必要がある。

第5章:DPC や ICD のコーディング精度について

第4章で述べたとおり、現時点でのDPCの傷病名の定義はICDの分類体系を守っている。その目的が異なることや全世界で用いることを前提にしているが故に、一部の分類で相容れない乖離があることは既に述べたが、それ以前に、第3章、3-2で述べたように、病院による精度の差は無視出来ないほど存在する。前述したように、病院ごとのコーディングスキルの違いがDPC制度において大きな課題となっていることから、本章では、その問題がどのようなものか、明らかにしたい。

5-1. DPC 分類選択のロジック

さて、DPCの構造は、図8に示すが、これはそのまま、医師がDPC分類選択を行うためのロジックでもある。

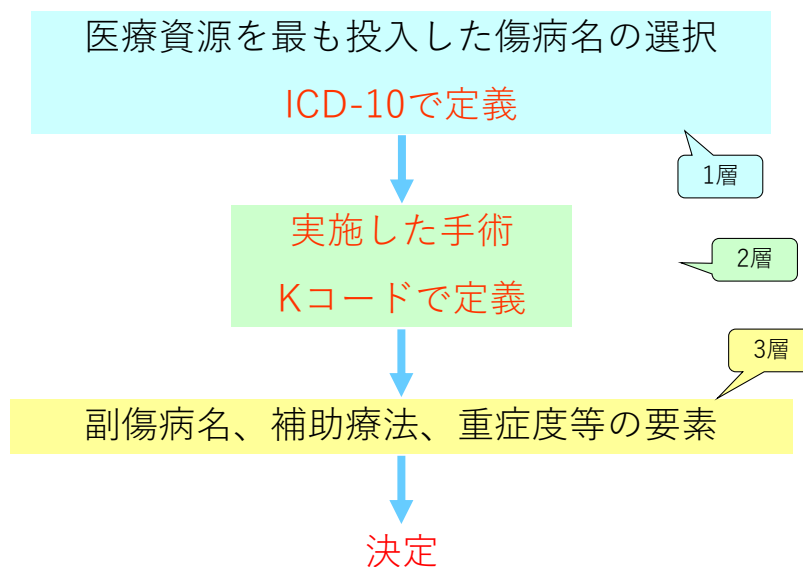


図8. DPC 分類決定の分類選択ロジック

図8は、上流から(ツリー構造となっている)、①ICDに基づく傷病名分類、②点数表で規定されたKコードに基づく手術、さらに③補助的療法、重症度、副傷病名等によって3層構造をなす分類選択ロジックを示している。すなわち、最も上流にあり重要性をもつのが、主たる傷病名の選択とICDコーディングということになる。もし、これらの

選択が容易なものであれば、DPC における分類選択ロジックは極めて単純である。これらの選択において、例えば、実施した手術や補助的療法は、事実がどのコードになるかの選択であるため、選択は概ね適正に行い易い。つまり、医科点数表の解釈の中に存在するコード(これも分類の一部ではある)から選択するからである。

しかし、傷病名の選択は事実の選択ではなく、考え方の選択であり、考え方を統一することは極めて困難であり、DPC 制度における ICD コーディングの課題そのものであると考えている。傷病名がどの ICD の分類に該当するかどうかの選択については、まず、以下のように、大きく分けるとすれば2つの要素があると考えている。

1) 傷病名は、考え方や解釈、思想とも言えるもの。

2) 医療機関や医師の置かれた専門性に強く異存する。

1)については、例え同一の疾患をもつ患者であっても、医師の裁量によりその考え方が異なることがある。傷病名をどこまで詳細に付与するか等は統一的なルールがあるわけではないので、医師の裁量に任される。例えば、胃体部癌→胃癌、右手尺骨骨折→右手骨折、右上葉肺癌→肺癌等は何ら珍しいことではない。しかし、ICD の選択の選択ルールを適用すれば、これらのコーディングは全く異なるコードが選択されることになる。これらの 3 つのケースでは、全て前者の方が精緻化されているといえるが、後者の傷病名であってもとりあえず ICD のコードを与えることが可能である。

2)については、同一の患者を診察しても、医師の専門性によって付与する傷病名が異なる場合が珍しくないことである。例えば、糖尿病性白内障をもつ患者を内科医が診察すれば糖尿病を選択、眼科医が診察すれば白内障を選択と傷病名を付与する可能性は珍しくないであろう。さらに、医療機関の専門性においても違いが発生する可能性も同様にある。この例では糖尿病を主たる専門領域としている医療機関であれば糖尿病を選択、眼疾患を主体専門領域としている医療機関であれば当然ながら白内障を選択するであろう。

実際に 1998 年の日本版 DRG の試行段階では、当初、基礎調査における様式1の主たる傷病名を、「主病名」(1 つだけ)と表現していたが、2001 年度から、WHO の規定に準拠したものとされた。理由は、実際に医師が選択する傷病名が前述の理由により大きなバラツキがあるとされたからである。2001 年度の傷病名変更は以下のとおりとされた。

<2000 年度まで>

主たる傷病名→主病名

<2001 年度から>

- ①入院の契機となった病名
- ②医療資源を最も投入した病名
- ③医師がサマリーに記載した病名

2001 年度に変更となった 3 つの病名の意図は、②については 5-2-2 に示す WHO の定義に準拠したもの、①は確定診断がつかなかった場合、③は従来の医師の考えるもの、である。

なお、DPC 制度においては、診療報酬改定時に、①DPC の分類、②それぞれの項目の定義、③診療報酬点数の 3 点について告示される。そのものは膨大な資料となるので省略するが、前述の 3 層構造については、DPC を理解するために非常に重要な要素なので、図 9(ツリー図)、図 10(定義テーブル)、図 11(点数表)にその一部を参考として示す。

実務においては、通常、DPC の選択は電子カルテやオーダエントリーシステムもしくは DPC システム等の環境上で行われているのが通常であるが、3 層構造等、DPC の分類選択ロジックの理解があれば、用手法を用いても分類選択から診療報酬計算が可能となることから、これらの 3 つの資料で理解されると考える。

実際に分類の選択から診療報酬額の確定までの手順としては、まず、傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)や手術術式、補助的療法の有無等を確認した上で、①定義テーブル(図 10 参照)で定義された各項目を確認しつつ、②のツリー図(図 9 参照)で選択肢に沿って分類を選択する、③選択した分類で入院期間やそれに応じた基本的な診療報酬額(図 11 参照)の確定、となる。

<参考> ツリー図

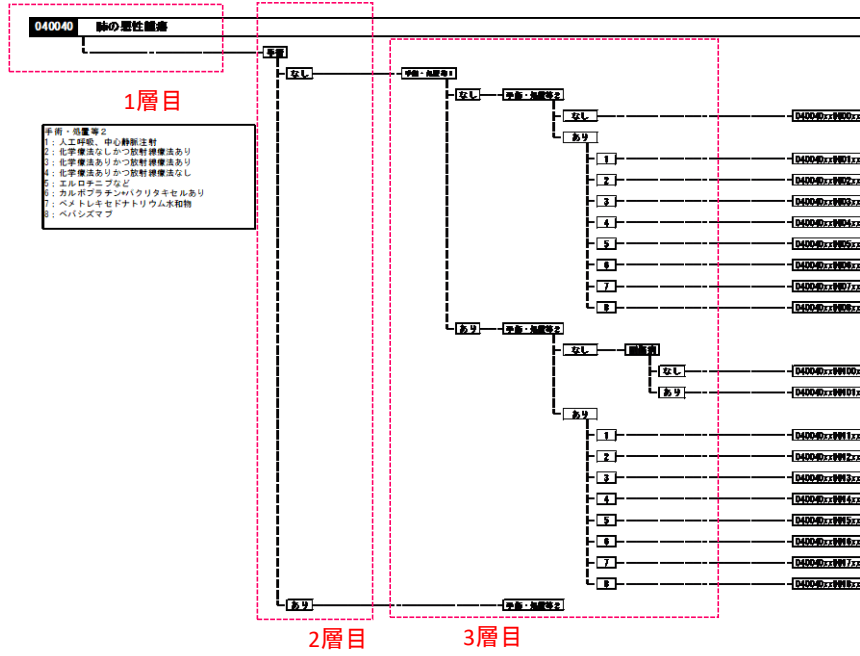


図 9. ツリー図と3層構造

<参考> 定義テーブル

MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	年齢、出生時体重	手術分類	手術	手術・病変等1	手術・病変等2	別疾患			
											手術名称	点数表名称	区分番号
04	0040	肺の悪性新生物	気管の悪性新生物	C33		手術なし	99 99 手術なし	1 気管支鏡検査、気管支カメラ	D301	12 ベシズマブ	1 肺腫瘍	010010	
			気管支および肺の悪性新生物	C34		手術あり	97 01 肺悪性腫瘍手術	K5148	1 気管支ファイバースコープ	D302	7 11 ベシズマブ+ドキシタリウム水和物	1 1 肺の悪性腫瘍(気管支を除く)	070040
			肺の結核性悪性新生物	C780		97 02	気管支形成手術 輪状切除術	K5182	1 経皮的針生検法	D412	6 10 カルボプラチン+パクリタキセルあり	1 1 白血球疾患(その他)	130070
			気管の上皮内癌	D021		97 04	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	K514-28	1 経気管鏡生検法	D415	5 9 ゲフィチニブ	1 1 敗血症	180010
			気管支および肺の上皮内癌	D022		97 05	気管支鏡摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	K510	1 経食道気管支鏡下穿刺吸引生検法	D415-2	5 9 クリゾチニブ	1 2 胸水、胸膜の疾患(その他)	040190
			呼吸器系の上皮内癌、部位不明	D024		97 06	気管支鏡下レーザー腫瘍切除術	K510-3			5 9 エルロチニブ		
						97 06	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	K484			4 8 化学療法ありかつ放射線療法なし		
						97 07	気管支鏡等拡張術(気管支鏡によるもの)	K508			3 7 化学療法ありかつ放射線療法あり		
						97 97	その他のKコード				2 6 化学療法なしかつ放射線療法あり		
											1 2 中心静脈注射	G005	
											1 1 人工呼吸	J045	

図 10. 定義テーブルと3層構造

<参考> 点数表

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
393	040040x9900xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	なし			5	13	33	2,781	2,200	1,870
394	040040x9901xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	1あり			10	23	56	3,055	2,358	2,004
395	040040x9902xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	2あり			12	24	54	2,365	1,758	1,494
396	040040x9903xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	3あり			16	33	66	2,787	2,060	1,751
397	040040x9904xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	4あり			6	13	28	3,166	2,395	2,036
398	040040x9905xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	5あり			10	19	37	3,303	2,441	2,075
399	040040x9906xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	6あり			9	18	41	3,355	2,480	2,108
400	040040x9907xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	7あり			1	12	26	41,482	1,735	1,824
401	040040x9908xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	8あり			1	11	24	65,971	1,745	1,714
402	040040x99100x	肺の悪性腫瘍	なし	あり	なし	なし		1	3	5	3,715	2,746	2,334
403	040040x99101x	肺の悪性腫瘍	なし	あり	なし	あり		2	7	21	3,438	2,824	2,400
404	040040x9911xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	1あり			9	24	57	3,470	2,736	2,326
405	040040x9912xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	2あり			18	35	72	2,633	1,946	1,654
406	040040x9913xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	3あり			24	48	85	2,901	2,144	1,823
407	040040x9914xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	4あり			14	28	57	3,120	2,308	1,960
408	040040x9915xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	5あり			19	38	76	3,192	2,359	2,005
409	040040x9916xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	6あり			20	41	77	3,139	2,320	1,972
410	040040x9917xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	7あり			17	35	68	4,126	3,050	2,592
411	040040x9918xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	8あり			16	31	63	5,529	4,087	3,474
412	040040x9740xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	なし			6	13	23	2,790	2,063	1,753
413	040040x97410x	肺の悪性腫瘍	あり	なし	1あり	なし		10	19	40	3,053	2,257	1,918
414	040040x97411x	肺の悪性腫瘍	あり	なし	1あり	あり		17	33	76	3,394	2,508	2,132
415	040040x9742xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	2あり			21	42	85	2,706	2,000	1,700
416	040040x9743xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	3あり			26	53	101	2,928	2,164	1,840
417	040040x9744xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	4あり			14	27	60	3,044	2,250	1,912
418	040040x9745xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	5あり			19	38	82	3,317	2,451	2,084
419	040040x9746xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	6あり			20	40	86	3,183	2,353	2,000
420	040040x9747xx	肺の悪性腫瘍	あり	なし	7あり			18	36	82	3,985	2,945	2,503
421	040040x97480x	肺の悪性腫瘍	あり	なし	8あり	なし		13	27	64	6,497	3,048	2,592
422	040040x97481x	肺の悪性腫瘍	あり	なし	8あり	あり		20	41	97	5,117	3,807	3,236

1層目 2層目 3層目

図 11. 点数表と 3 層構造

なお、以上の 3 点の資料についての詳細は以下のとおりである。

図 9 のツリー図については、DPC 分類の分類は前述したように、3 層構造をとり、その層ごとに分化、詳細化していく構造となっている。ただし、DPC の分類の開発は臨床家によって、臨床現場に即した分類として行われており、必ずしも、本来死因統計を目的として誕生し、その後には疾病統計としても用いられるようになってきたとはいえ、世界中で使われることが前提の ICD コーディングとは、1 対 1 で関連づける事は出来ない。

また、2 層目の手術術式にしても、保険診療のための点数表に規定されている手術分類によるものであり、点数表の規定があるものの、厳密には、これも 1 対 1 で関連づけることは出来ない場合がある。すなわち、臨床的な分類である DPC の一つ一つが全て、他の分野に属し、独立して開発発展してきた ICD 分類や点数表における分類と 1 対 1 で関連づけられるものではないことを理解する必要がある。つまり、後述するように、第一に、多数対 1 や 1 対多数、もしくは多数対多数という分類をせざるを得ない構造となっていることを理解せねばならない。

図 10 の定義テーブルについては、ツリー図で全体の DPC 分類の構造を示して、

その分岐の条件や定義を記したものが定義テーブルである。前述したように、DPC 分類と ICD 分類や点数表の分類、その他の重症度等の分類は 1 対 1 で必ずしも定義出来るわけではないので、その範囲や条件等を定義したのがこの定義テーブルである。これも、明確に 3 層構造となっており、ツリー図が示されなくても分類の構造を理解することは可能である。また、14 桁の構造をもつ DPC の分類コードも定義テーブルにより各桁の意味づけが容易に理解出来る。その一方で、傷病名は ICD 分類で定義され、手術・処置等は点数表で定義されており、重症度等についても、その分類をするための理解が必要である。特に、傷病名や手術・処置については、あくまでも範囲を示しているのであり、当該患者の状況にあわせて適切に分類することが必要となる。

図 11 の点数表は、ツリー図、もしくは定義テーブルによって DPC 分類決定がなされた結果として、入院期間や診療点数を規定したものであるが、これも、明確に 3 層構造をもっている。

日常、分類選択には、コンピュータシステム上の DPC コーディングツールを用いることが通常であろうと思われるが、分類の構造やルール等を理解するためには、この 3 種類のツールを用いての確認をする必要があると考える。

5-2. 主たる傷病名の選択と副傷病名の選択

WHO の定義する主たる病態の選択ルールは、以下のとおりである。

- 1) 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」
- 2) 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
- 3) 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 頁より

すなわち、この 1)、2) が DPC 制度においても主たる傷病名の選択ルールとして採用したものである。また、最終診断が確定しないという場合の 3) については、5-1 で示した、①入院の契機となった病名である。さらに、日本版 DRG 制度の試行時から、副傷病名が必要とされていたが、これについては、同様に WHO の定義を準用している。

診療報酬請求では、副傷病名としているが、基礎調査の様式1では、入院時の併存症、入院後発症として区別されている。副傷病名の WHO の定義は以下のとおりである。

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

この定義で、重要なポイントは、3) の患者管理に影響を与えた、という部分であり、直接的な医療行為がなくても、認知症等、医療者に負担となる面があれば、副傷病名の選択や付与を促すものである。このように傷病名の定義を明確にすることによって、解決すべき重要な課題であった、詳細不明コード、すなわち「.9」コード発生比率は、年を追うごとに改善されていった。執筆者らが追跡調査をした結果を図 12 に示す。

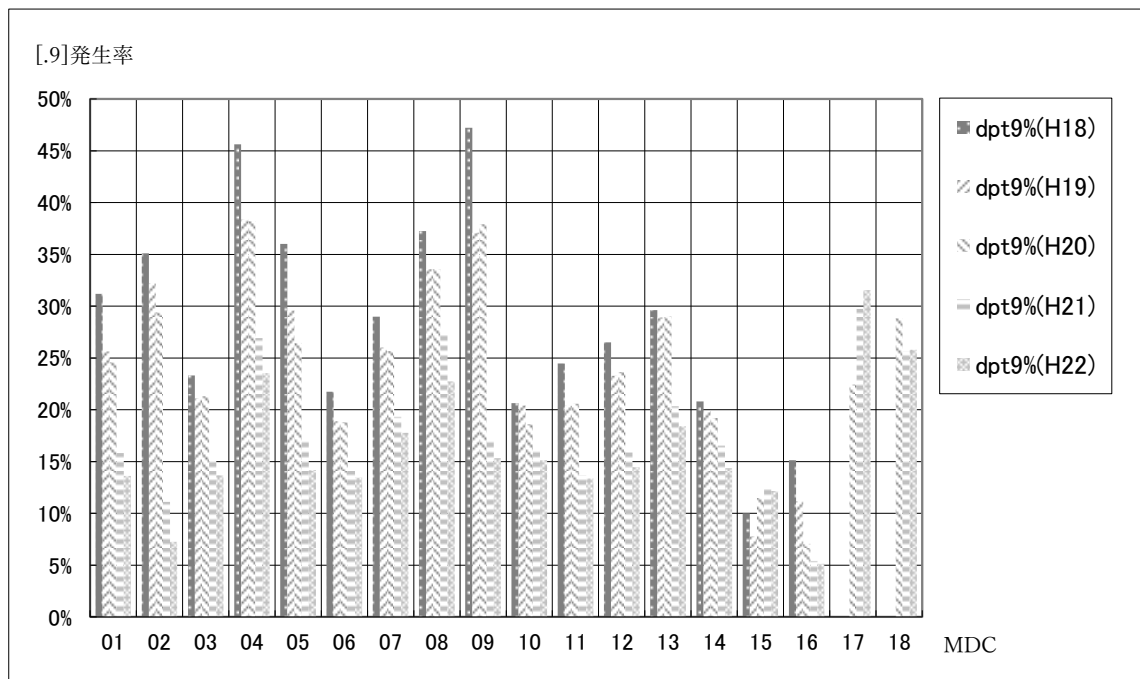


図 12. MDC 別「.9」発生率の変化

図 12 は 2006 年から 2010 年までの詳細不明コードの減少していく傾向を示している。なお、この図の項目の MDC (Major Diagnostic Category) については既に第 3 章で説明したが(表 3 参照)、主要診断群分類のことであり、当初は 16 分類、2008 年度から 18 分類とされた。第 3 章で述べたとおり、MDC 別にみると、詳細不明コードの発生率が高かったのは、MDC4 と MDC9 の呼吸器系疾患と乳房の疾患、なかでも肺癌と乳癌の分野であった。

2010 年 7 月から 12 月までの 6 ヶ月間に研究班に提出された詳細不明コードの出現のヒストグラムを図 13 に示す。ほぼ 20%以下に集約された。分析対象データは、様式1にある傷病名データ、952 病院、3,181,847 件、傷病名の合計は、18,413,860 件である。

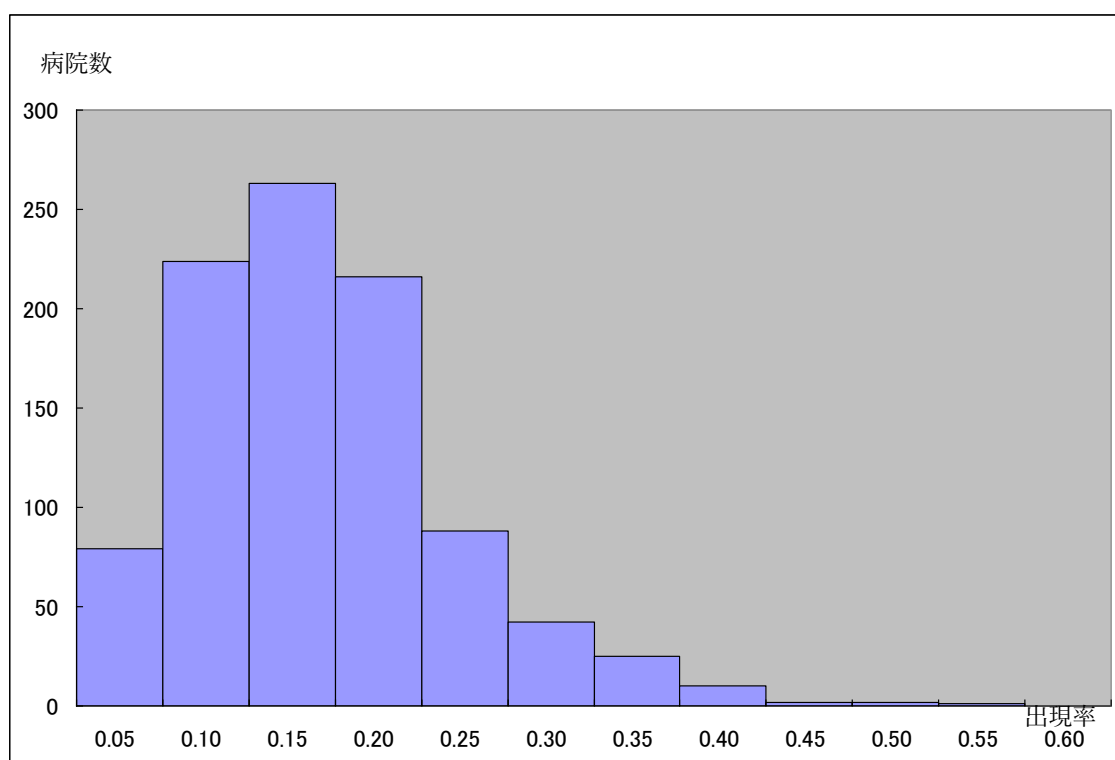


図 13. 「.9」出現の分布

「.9」出現の改善は、2008 年度の診療報酬改訂のルールで、DPC 対象病院は、コーディング精度を改善するための委員会を設けることが義務つけられたことを既に述べたが、加えて中医協の DPC 評価分科会におけるヒアリング等により、改善の意識が高まった結果が出ていると推察される。また、委員会設置の義務付けにより、DPC 運

用体制が強化されると共に、病院におけるデータ創出改善の意識や意欲も併せて高まっていると思われる。さらに、厚生労働省担当部局の改善に向けてのアナウンス、研究班における全国展開セミナー、日本病院会における診療情報管理士対象の DPC セミナー(通信教育)、日本診療情報管理学会、日本診療情報管理士会等による、度重なる種々の DPC を扱った講演会、セミナー等、地道な活動が改善の基盤になっていると思われる。

※参考:2008 年度からの DPC 対象病院の要件から(抜粋)

- 1) DPC対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保するため、委員会を設置して責任者を定めること。
- 2) 委員会は診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び「診療情報管理士」(診療録管理担当者)等から構成され、少なくとも年に2回は開催すること。

5-3. 新たに発生した「.8」問題

「.9」の出現に改善がみられる一方で、執筆者の調査によって、一部の病院では、新たに「.8」の比率が高まっているという不可解な現象が確認された。

調査にあたって、「.9」コードと「.8」コードの定義は以下のとおりとした。

- 1) 「.9」コードとは、ICD コードの、4桁目 or5桁目が「9」のもの、すなわち、Unspecified なコード、「詳細不明」や「部位不明」とされているコードを「.9」コード(dot9 コード)と呼ぶ。
- 2) 「.8」コードとは、前述の「.9」コードと同様に、「その他の明示された部位」等とされたものを「.8」(dot8 コード)と呼ぶ。

注意すべきことは、どちらのコードも通常は、その他や詳細が不明というように、死亡診断書をデータの出所とする死因統計とは異なり、実際に目の前の治療を行っている患者に対して付与する傷病名やそれに対するコードを選択するわけであり、通常は、例外的なものである。したがって、異常なほど比率が高いということになれば何らかの人為的な要素が作用しているとも考えられる。

図 14 に、前出のデータに基づく、「.9」コードと「.8」コードとの出現率の比較を示す。

統計的には相関はそれほど強くないものの、極端な傾向を示す病院が散見されることがわかる。明らかに、「.9」コードが低いところは「.8」の比率が高い病院が存在する。前述したように、どちらのコードも例外的なものであり、人為的な処理がなされたのではないと思われる。

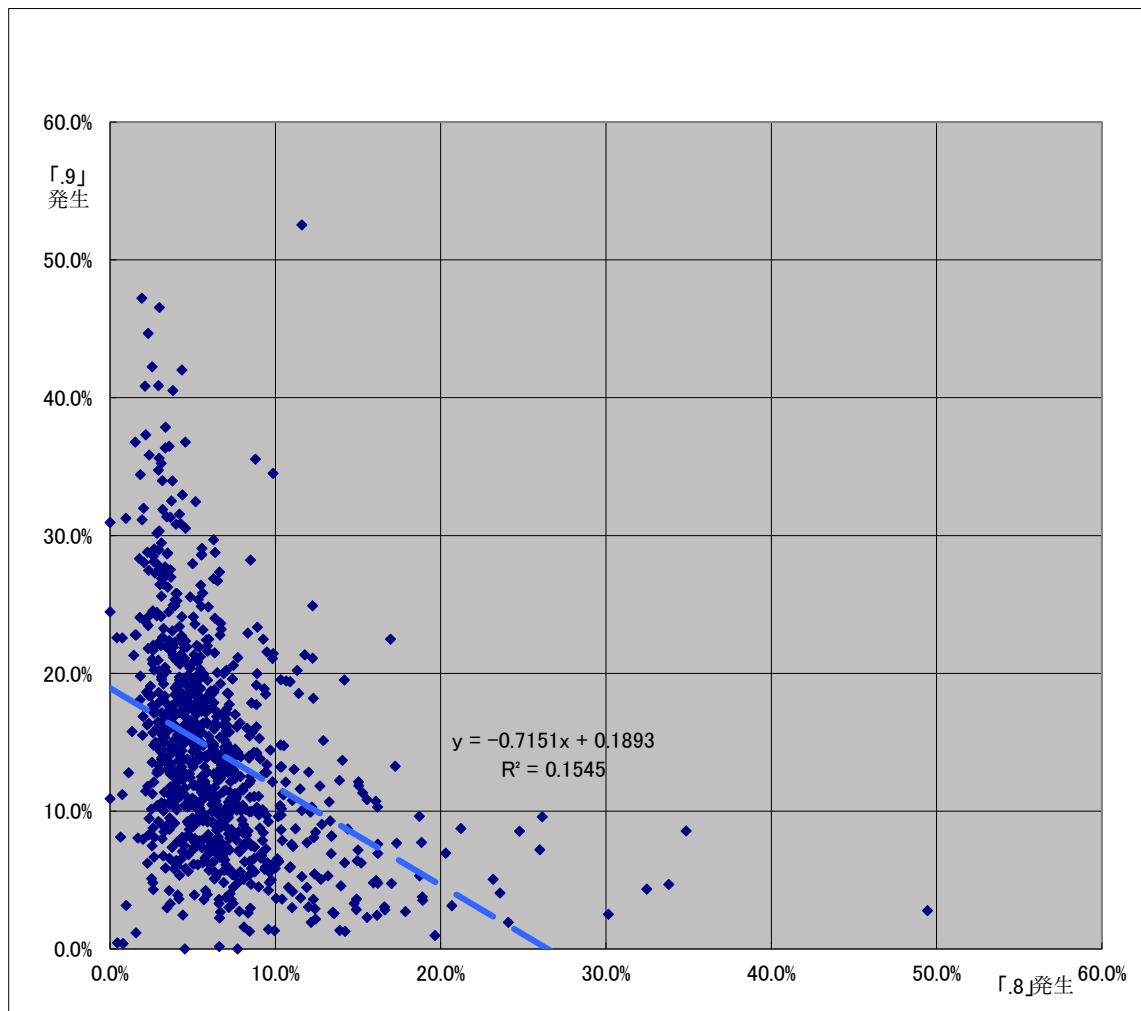


図 14. 「.9」コードと「.8」コードとの出現率の相関

次に、「.8」コードとデータ件数についての相関を図 15 に示す。

概ね 20%以内にほとんどの病院が収まっているが、特に小規模病院に比率が高いところが散見される。統計的に見る限りでは、大規模な病院の方が多少比率は低い傾向があるものの、それほど病院規模との相関は強くない。しかし、20%を超える病院については、極端な何らかの傾向がある印象が強い。

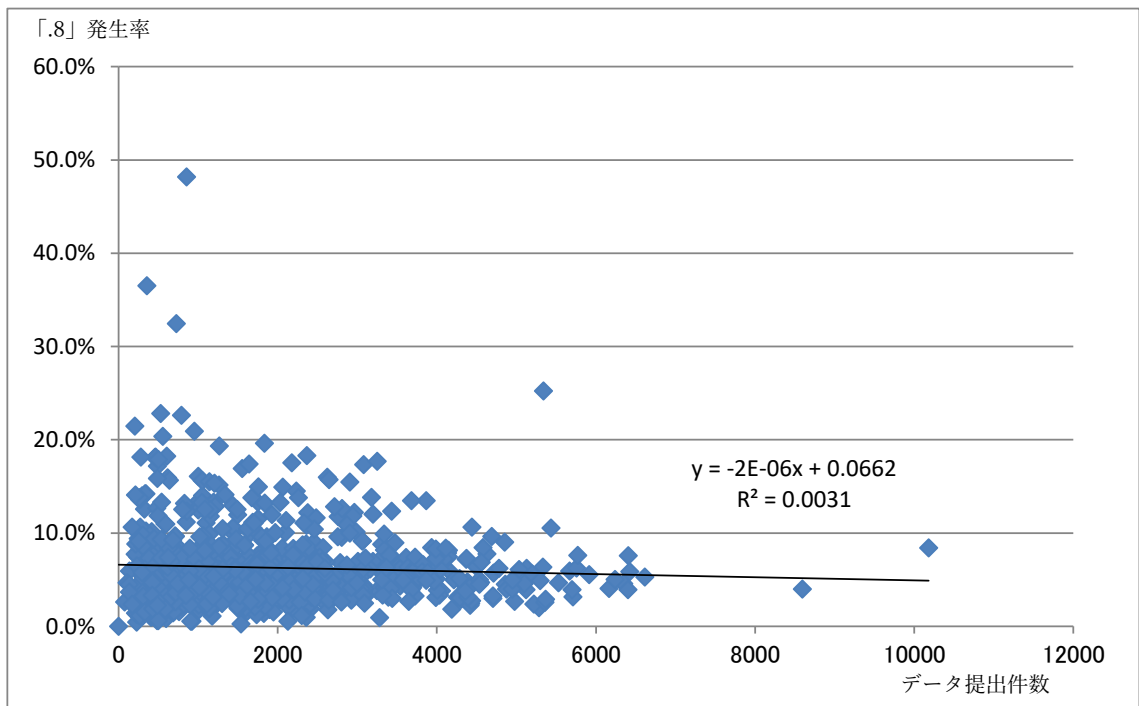


図 15. データ数(病院規模)と「.8」の出現の相関

さらに、図 16 に実際の実測度数のヒストグラムを示すが、分布をみる限りではやはり、20%~50%という数値は特殊なケースと思われる。

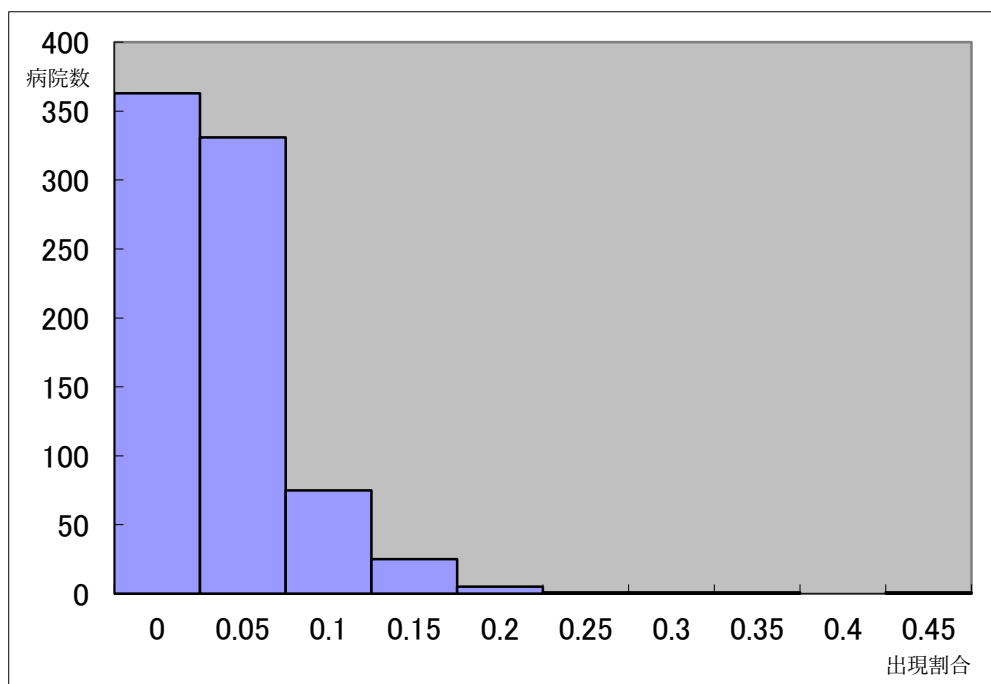


図 16. 「.8」コード出現の実測度数

一部の病院に限定され、「.9」と同様にデータ数、すなわち病院規模との関連は明確ではなく、また、ほとんどの病院は10%程度以下でボリュームゾーンを形成する。しかし、極端に比率が高い病院はおしなべて小規模病院であり、逆に大規模な病院で極端に比率が高い病院はほぼ皆無である。

極端に比率が高い病院のデータを確認したところ、小規模病院で特殊な疾患を扱っているケース(それが「.8」に該当する疾患)があった。その一方で、執筆者らがさらに分析した結果、傷病名から判断するに明らかに「.9」に該当するが、「.8」としているケースがみられた。図 11 で示した、「.8」が20%を超えた9病院について、出現した傷病名とICDコードの例を表5に示す。

傷病名表記	付与されたICDコード	ICD区分名称	正しいICD	ICD区分名称	一致/不一致	出現した病院
労作性狭心症	I208	その他の型の狭心症	I208	その他の型の狭心症	○	D病院(件数多い)、E病院(件数多い)、G病院、I病院
慢性閉塞性腸骨動脈硬化症	I708	その他の動脈のアテローム<じゅく<粥>状>硬化(症)	I708	その他の動脈のアテローム<じゅく<粥>状>硬化(症)	○	G病院
熱中症	T678	熱及び光線のその他の作用	T678	熱及び光線のその他の作用	○	A病院
症候性てんかん	G408	その他のてんかん	G408	その他のてんかん	○	A病院、C病院、D病院、E病院、F病院
ラクナ梗塞	I638	その他の脳梗塞	I638	その他の脳梗塞	○	A病院、F病院
間接リウマチ(各部位)	M058	その他の血清反応陽性関節リウマチ	M058	その他の血清反応陽性関節リウマチ	○	B病院
安静時狭心症	I208	その他の型の狭心症	I208	その他の型の狭心症	○	E病院(件数多い)
白内障	H268	その他の明示された白内障	H269	白内障、詳細不明	×	C病院
肺真菌症	B488	その他の明示された真菌症	B49	詳細不明の真菌症	×	B病院
敗血症	A418	その他の明示された敗血症	A419	敗血症、詳細不明	×	B病院
脳梗塞	I638	その他の脳梗塞	I639	脳梗塞、詳細不明	×	C病院、H病院
細菌性肺炎	J158	その他の細菌性肺炎	J159	細菌性肺炎、詳細不明	×	B病院、C病院、H病院
狭心症	I208	その他の型の狭心症	I209	狭心症、詳細不明	×	C病院
一過性脳虚血発作	G458	その他の一過性脳虚血発作及び関連症候群	G459	一過性脳虚血発作、詳細不明	×	A病院
胃癌	C168	胃の境界部病巣	C169	胃、部位不明	×	H病院
(再発性)脳梗塞	I638	その他の脳梗塞	I639	脳梗塞、詳細不明	×	C病院、H病院

表 5. 「.8」比率の高い病院で出現した「.8」にかかる傷病名の例

表 5 は、当該病院が選択した傷病名とそれに関連した ICD コード(「.8」に関して)について、改めて ICD コーディングの観点から別のコードを振り直せるのかを試みたものである。基本的に「その他の」等という条件がついている場合は、その他の部位や病態等を記す必要があるが、少なくとも表中、「×」にあるように、これらのケースでは、その条件を十分に満たしていないものがある。すなわち、このままでは他のコード、ここではその全ての候補は、「.9」コードになってしまう。したがって、本来は「.9」コーディング

がなされることを表している。わかり易く表現すると、本来「.9」とすべきところを「.8」としていることである。データは匿名化されているので、これ以上の分析は出来ないが、傷病名に十分な情報が含まれていないことは明らかである。病院が付与したコードが正しい(表中、「○」としたコード)ことも多く、小規模でかつ特徴的な疾患を扱っている病院であるとも考えられる。しかしながら、本来の傷病名が病態に対して正しいかどうかは判断がつかないのでこのデータだけでは正しいと評価せざるを得ないが、例えば本当に労作性狭心症やラクナ梗塞が当該病院の患者全体の分類の中で多数を占めるのかどうかは別問題と考えなければならない(診療記録との整合性)可能性もある。

5-4. 「付加コード」がもたらしたデータ精度にかかる新たな課題

DPC 制度の導入後、ICD への関心が高まったことは再三述べて来たが、その一方で、一つの ICD コードの範囲に異なる傷病の概念が含まれているのではないか、もしくは、本来別分野とすべき要素、すなわち、病理、解剖学的部位、病勢等が分類出来ないために、DPC の分類が十分な粒度を持たないのではないかという疑問や指摘がなされるようになってきた。その対応として、研究班で、ICD 分類されたコードに付加し、より詳細な分類を可能とするための方策が議論された。その結果、前述の病理、解剖学的部位、病勢等のコードを付加し、それを「付加コード」として、新たな分類開発や精緻化を目的として病院からデータ提出を求めることになった。構造は、ICD とは独立したデータを付加するようにし、そのコードは 5 桁の構造を持ち、先頭 3 桁が付加グループコード、後半 2 桁がシーケンシャルなコードを与えられている。先頭の 3 桁の内、先頭 1 桁は、1 が病理を 2 が部位を 3 が病勢を区分しており、次の 2 桁が先頭 1 桁の区分のサブカテゴリーとなっている。例えば、101 は病理の区分の 1 番目の区分という意味であり、10100 なら小細胞がん(肺癌の分野の)、10101 であれば非小細胞がんとなる。同様に、30100 であれば、3 番目の病勢区分で慢性を表し、30101 であれば急性を表す。例えば、心不全の ICD コードが I50.0 に適用すれば、慢性鬱血性心不全、急性鬱血性心不全を表すことが出来る。この方法を取ることによって、ICD 分類では表現出来ない、小細胞がんと非小細胞がんの区別、慢性心不全と急性心不全の区別が出来るという極めて有用なアイディアである。

しかしながら、2005 年に各病院から研究班に提出されたデータを集計分析したとこ

ろ、極めてシンプルなコード体系であっても、一部の分類で不自然なデータがあることに気付いた。対象としたデータ数は、656,142 症例。そのうち、29,631 (4.5%)に付加コードが付与されていた。付加コードのグループごとに、平均在院日数、症例数、平均値や最大値、標準偏差等を求めた。129 種類あるコードのうち 119 種類が用いられていた。図 17 に前述の例の肺癌に対する小細胞がんと非小細胞がんの違い、図 18 に同様に慢性鬱血性心不全と急性鬱血性心不全の在院日数ごとの出現するデータを示す。データは母数の大きさの違いを吸収するために 1000 症例毎に補正している。図17の肺癌については、たしかに、在院日数の差があり、小細胞がんの治療症例の方の在院日数が短い患者が多いという結果を得た。元々、付加コードを必要とした背景には、臨床系の学会から ICD での区別が出来ないが臨床的に差異があるという指摘が基本にあるために、この結果は納得される結果となった。しかし、一方で、心不全については思った結果ではなかった。結果としてわかったことは、臨床現場ではドキュメントとして慢性急性という病勢を恐らくは明確に区別していないということ、また、区別もないが、同様にそれ以上の記載が無い(ここでいう、unspecified)データも多いことから、データに疑問が多い結果となった。同時に、データを作っている人材のスキルや体制も問題があると思われた(本来は、確認して精度の高いデータを作るべき)。

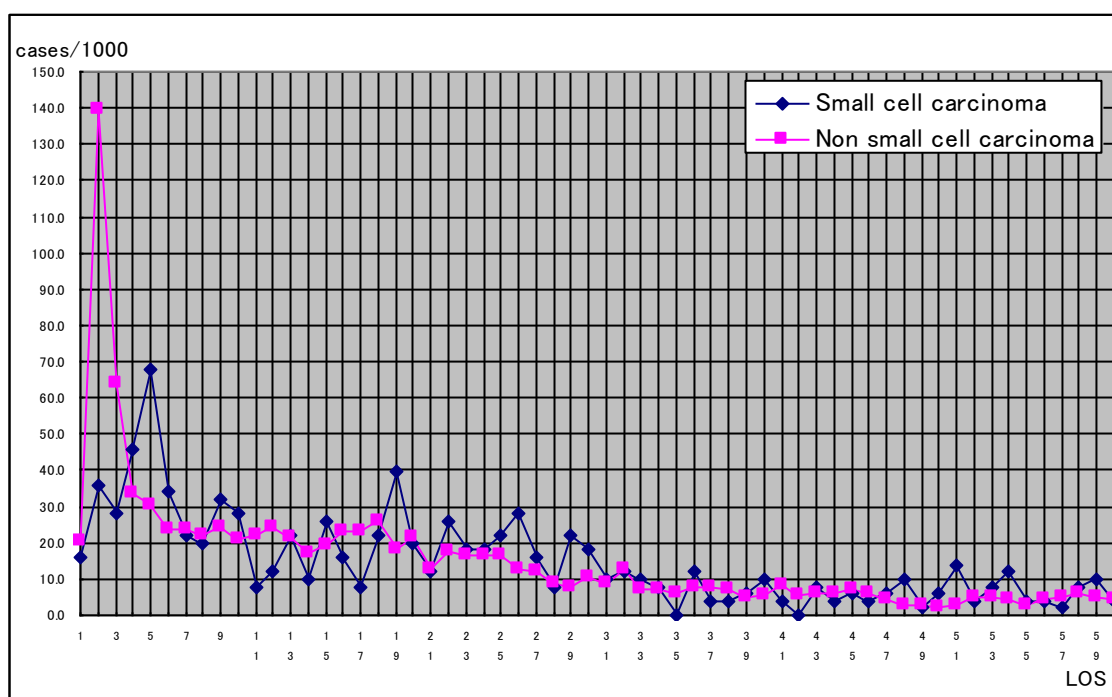


図17. 上葉肺癌(C34.1)手術なしの在院日数ごとの出現症例数(3468 症例)

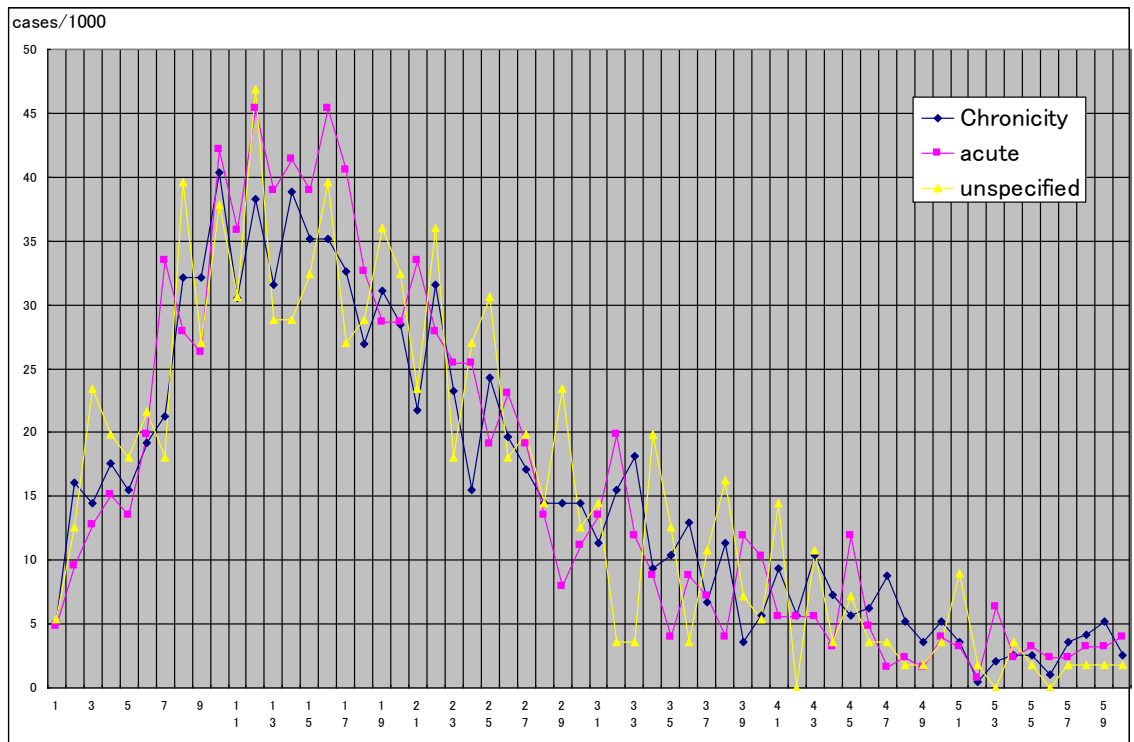


図18. 鬱血性心不全手術なしの在院日数ごとの出現症例数(3744 症例)

第6章:DPC/PDPS コーディングテキストの開発について

前章までで、DPC 制度において適正な分類選択のためには、傷病名の付与、選択と ICD コーディングを適正に行うことが重要だと述べてきた。また、制度を運用する国の立場からすると、分類の開発、改良、さらには妥当性の検証を行うためには、正しいデータを国に提出してもらう必要がある。すなわち、個々の病院単位で適正な診療報酬請求を行うことと国が正しい制度を構築し、維持、改善していくことは、完全に繋がっているということである。しかしながら、既に述べてきたように、DPC の一般化、普及に伴って、データ精度の問題は何度となく遡上に上がった。本章では、精度についてどのような課題があったか振り返りつつ、2014 年度の診療報酬改定で誕生した「コーディングテキスト」の開発とそれまでに至る考え方を論じてみたい。

6-1. 精度問題を振り返って:コーディングテキスト開発の背景

1998 年 11 月に日本版 DRG の試行的導入が開始される前から、わが国の医療機関においては、十分な ICD コーディングのスキルや院内で診療情報管理のデータベースを持たないことから、現在でいうところの、影響調査等への対応が不十分であったことを第 1 章、第 2 章で述べた。資料表 2 や資料表 3 について、これらの資料作成の作成意図、意義は、対象とする病院で ICD の理解促進に供すること、および当時の厚生省の担当官が病院に指導等を行うためであった。執筆者は 1996 年の中医協で診断群分類を導入すると決定した頃から制度導入準備に関わってきたが、わが国の医療機関の多くが ICD コーディングスキルを持たないこと(診療情報管理士等の専門職の配置がないこと)、ひいては情報創出能力が不足していることは事前に了知しており、課題は当該制度をどのようにして対象医療機関に浸透、熟知させるかであった。もっとも、死亡診断書の作成は ICD の規定に準拠して行うこととされており(WHO が規定しているので世界標準で)、医師は医学教育の場で学んでいるはずであり、さらに研修医には国から死亡診断書の記載方法についての解説書も配付されているはずである。したがって、少なくとも本来はそれなりに理解があつてよいものではある。しかし、日常業務の中、例えば、レセプト作成を中心とした診療報酬請求業務等で ICD の知識を求められることはほとんどなく、医師の自由裁量で傷病名を付与、選択し周辺もそれを受け入れていたため、事実上の無制限なルールの下で業務が行われていたと言わざ

るを得ない。また、本来は、診療報酬請求の根拠は「医師法」や「保険医療機関及び保険医療養担当規則」で規定された「診療録」および「様式第一号」にあるはずであるが、診療記録そのものが病院運営の中で活用されていたとは言い難いものであったため、軽視されてきた印象は否めない。

さて、執筆者らがデータをまとめた精度問題が 2007 年 11 月 2 日の厚生労働省の中医協下の DPC 評価分科会にて報告されたことは第 3 章で述べた。この報告が発端となり、院内委員会の設置等、精度改善に対して手は打たれたものの、ICD のルールはあっても、DPC という視点ということに限定した公的なマニュアルや資料は存在しなかった。したがって、病院の立場からすると、明確な参考資料がないという実態があった。そのような中、表 6 に示すように、DPC 評価分科会で適切な支援を行うためにマニュアルを作成すべしという議論があり、その結果、作成を研究班に委ねられ、早速、マニュアル作成作業が開始された。同時に、国としても、保険法に基づき指導する立場の地方厚生局担当者、審査支払基金の担当者、パブリックコメントの募集等を行い、当時の DPC 制度にかかる意見聴取を行っている。これらの意見も踏まえてコーディングマニュアルへの議論が開始されている。

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
<p><考え方></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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処案をとりまとめてはどうか。 	

表6. コーディングマニュアルの作成等の議論

※表6は、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の抜粋。

この段階での DPC 評価分科会での議論をまとめると以下のとおりであった。

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。

この議論を経て、国の立場からも精度問題に対して、前出の委員会で用いること等にも配慮して、コーディングに関するテキストブックを作成する等、今後の展望と課題について明らかにされてきた。

図 19 は、当時の責任者である、厚生労働省保険局医療課迫井企画官が 2012 年 7 月 15 日に日本診療情報管理士会全国研修会において講演されたスライド内容の抜粋(使用許可を得て掲載)であるが、ここで、コーディングガイドラインの策定等としてコーディングの道筋をつける方向を示している。

※当初の呼称、コーディングマニュアルは、その後、コーディングガイド、現在ではコーディングテキストと称している。後述、6-2 で述べた Ver.2 とした段階でコーディングテキストに変更しており、公式には 2014 年度の診療報酬改定で公開された段階ではコーディングテキストと確定している。

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

医療課迫井企画官資料@2012/07/15日本診療情報管理士会全国研修会から抜粋

図 19. 今後の展望と課題

6-2. コーディングテキスト開発決定後の進捗

既に述べてきた前述の議論の結果、作成が行われることとなったコーディングテキストは、前述の表 6 の DPC 評価分科会の決定を受けて、DPC 研究班で執筆者を中心にコーディングテキスト開発の議論や検討を開始したが、その完成までの進捗を以下に示す。

- 1) 2012 年 6 月 24 日の DPC 評価分科会の決定を受けて、まず、2012 年 12 月 7 日、平成 24 年度第 6 回 DPC 評価分科会において、コーディングガイド、version 0.75 を作成し、DPC 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、執筆者を中心として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、2012 年度報告書としてコーディングガイド version1.0 を収載し公開した。

※さらに、継続して、2013 年度も厚生労働省保険局医療課によって調査が行われた、地方厚生局、審査支払機関からのアンケート結果等を踏まえて修正を重ねた。また、2013 年 9 月には実務者としての意見聴取のために、東京、大阪、福岡の 3 カ所において、日本診療情報管理士会の診療情報管理士指導者を中心とした実務者に対しての意見聴取会等を開催した。このような意見聴取の方法を講じることを通じて、

- 審査や病院の現場における意見や運用にかかる課題等も踏まえて改善を試みた。
- 3) 2013 年度は、システムベンダーによるシステムによる支援を視野に DPC のコーディングツールに組み込むことも前提として、新たに 6 桁分類に対する「留意点コメントリスト」を作成し以下のコーディングテキスト Ver.2.0 に添付した(システムベンダーと意見交換継続)。
 - 4) 最終的にはコーディングテキスト Ver.2.0 をベースにした厚生労働省事務局案が 2013 年 12 月 9 日の DPC 評価分科会で公開、承認された。
 - 5) その後、2014 年度の診療報酬改定で最終版(これが公式第 1 版となる)として正式に公開され活用が始まった。
 - 6) 2016 年度診療報酬改定時に初めてのコーディングテキストも改定を行い第 2 版として公開した。
 - 7) 2018 年 1 月現在、2018 年度改定に向けて作業中。

6-3. コーディングテキスト開発の目的とその内容が意図するもの

コーディングテキストの必要性やどのような議論があつて開発が始められたかは既に述べたところであるが、ここでは具体的な開発にあたって、これをどのように活用するのか何のために作成するのか、その目的と意図を明確にしておきたい。

ICD の精度問題等、既に述べたところと重複する部分もあるが、重要な点についてコーディングテキスト作成という観点から改めてまとめておきたい。

現在の DPC 制度における診断群分類の選択には、傷病名の選択とそれに関連した世界標準のルールに沿ったコーディングが必要である。このルールは、「疾病、傷害および死因統計分類提要 ICD-10(2003 年版) 準拠」として広く用いられており、一般的には、ICD-10 と呼ばれている。そして、DPC における傷病名定義は ICD による。したがって分類を適切に行うためには、ICD のコーディングルールにおける W コーディングが用いられないことや一部の R コードの不使用等の例外的な処理を除いては、DPC 精度における傷病名選択は、ICD にかかるルールに従う必要がある。

DPC 制度における分類構造は、3 層であることは既に述べたが、最も上位に位置する傷病名の選択は分類選択に最も大きな影響を与える。しかしながら、DPC 導入以前、臨床現場では、ICD の利用は一般的ではなく、実際に不慣れな医療機関が一般

的で、精度に問題があることは、既に述べてきたとおりである。2007年11月2日のDPC評価分科会において、いわゆる詳細不明コードの存在が適切な傷病名選択とICDコーディングに対して悪影響を与えているという指摘をして以来、ICDコーディングの精度改善は喫緊の課題とされてきた。その流れを受けて、平成20年度の診療報酬改定でDPC対象病院にはコーディング適正化を議論する場としての委員会の設置と年に2回以上の開催が義務つけられたところである。

しかし、ICDコーディングの精度は病院ごとに非常にばらつきがあり、患者像や病院機能による違いというよりも、病院個々の組織、体制、人材等によって左右されると考えられる。病院ごとの格差解消が十分ではないという一方で、基本的な問題として、コーディングについて一定の基準が示されていないという意見もある。本来はICDとそのルールは国際的に認知されたものであるが、その出自は「死因統計」であり、「臨床的な分類」を目的としたDPCと相容れない部分も内包している。象徴的な例として、ICDは世界規模での利用が目的とされているために、曖昧な診断、決定的な診断がなされなくてもどこかのグループに分類出来る構造を持っている。また、曖昧なグループが存在する一方で、死因として重要だと考えられるグループについては緻密な構造を持つという特徴を持っている。

それに対してDPCの当初の目的は、「急性期に用いられる分類」ということが基盤にあり、的確な診断がなされた後の診療についての評価とも言える。したがって、ICDのルールを厳密に適応するとかえって適切な分類に至らないというような問題ももっている。

このような事情を踏まえて、コーディングの疑問は個別の疑義解釈等で対応してきた部分もあるが、根本的な問題解決には至っていない現状があった。

このような背景を踏まえて、「死因統計」を主たる目的としたICDと「臨床家が考える」もしくは「急性期に用いられる」分類というDPCとのマッチングをうまく調整する機能がコーディングテキストに求められると考えた。さらに、ICDは、コーダーが分類を第三者的に行うことを前提としており、コーダーが理解すればよいが、DPCの場合は、臨床現場の医師、診療情報を扱う診療情報管理士、結果を診療報酬として請求する医事職員等、理解してほしい対象とする範囲は広い。すなわち、深くICDを理解しなければ読み解けないようなものとしてはならないということがある。

したがって、もし、分類選択の基本の理解が容易で適切なマニュアルやガイド等が存在し、さらに、委員会や病院内での勉強会等の教育に使える、そして、それに基づいて、適切なコーディングの指針になると共に、診療情報管理士等による監査や職員に対する教育等を各病院が行うことが可能になれば、分類精度の改善が期待出来ると考えられた。本論文でも紹介した、過去のデータ分析の結果等を参考に、ICD 分類に関する簡単な解説や留意すべきポイントの解説、さらには DPC における分類ルールが一部 ICD のルールとは異なる部分等を平易に解説するように配慮した。

6-4. コーディングガイド Ver1.0 について

名称は、「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド」とした。本体部分と別冊補足資料:DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本の 2 部構成とした。

なお、本体部分の構成は、次の3章構成とした。

- 1) 序文
- 2) DPC における傷病名選択の基本原則
- 3) 傷病名の選択について、留意すべき具体例

さらに別冊は、補足資料とし、DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本とした。

本体部分、別冊の 2 部構成としたことについて、本体部分は、直接的に分類選択に関わる、ICD 分類のための基本原則、分類についての留意点についての解説を基本として、過去の研究班データ分析や研究班による議論により指摘された問題点等を加えている。また、別冊については、主に ICD をベースにした分類定義やルールの解説、さらには、MDC ごとに留意すべき点等を解説している。実務現場で利用するにあたっては、まずは本体部分を理解し、さらに詳細に補足すべき解説を別冊で補うというイメージを想定した。

本体部分では、医療資源を最も投入した傷病名(以下、医療資源病名)を選択することを重点的に、ICD-10 を基本に解説しつつ、DPC による分類は ICD の分類とはその目的も異なることもあり、必要に応じて DPC 側からみた留意すべきポイント等を解説した。また、過去の研究班データを用いた分析を継続して行っているため、そのデータ分析の過程で出現した十分な精度を持っていない例や不適切な例を例示すること

によって、実務者に理解しやすいように配慮した。

本体部分中、例示している個別のケースは、主に、研究班に提出された 2010 年 7 月から 10 月までのデータ(データのクリーニングを行った後の 2,170,720 件)の分析に基づいている。なお、例は多数、多岐に及ぶので、本体部分文中にはデータ件数等、そのものは掲載せず、必要に応じて例示するに留めた。

また、一部、ICD における規定で明確に示されていない分野において、例えば、急性膵炎のガイドラインのように、我が国において一般的に用いられている診断基準等も考慮している。

DPC評価分科会の議論を踏まえつつ、さらには並行して、研究班データの分析結果を反映した改善作業を継続した。特に、研究班データに基づく、十分な精度を確保出来ていない例については、DPC 病院で一般的に用いられているコーディングツールのサポートがその改善の鍵ともいえるので、システムベンダーの理解も必須条件になると考えた(前出 6-2 で述べた)。したがって、システムベンダーへの情報提供等も積極的に進めていく必要があり、これは 2018 年現在も継続している。

なお、以後、コーディングガイド、コーディングテキスト開発において基本とした ICD 分類の定義やルールについては、疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10 (2003 年版)準拠、第 1 巻、総論、および、第 2 巻、内容例示表(厚生労働省大臣官房統計情報部編)を参考としている。

6-5. コーディングテキスト Ver2.0(公式第 1 版)について

Ver.2.0 への見直しについて、2012 年度の成果を踏まえて、2013 年度の研究においては、Ver.1.0 をベースに修正を重ねることとし、大きな特徴であった 2 部構成は見直すこととした。理由は、以下の見直しの方向性の部分で述べる。

なお、Ver.2.0 が最終的な厚生労働省保険局医療課に帰属するものとして 2014 年度診療報酬改定で DPC/PDPS コーディングテキスト(第 1 版)として公開されている。

見直しについては、まず、利用者としての評価を調査するために、Ver.1.0 をベースに、次の二つの方法で意見聴取を行った。

1)厚生労働省保険局医療課から、地方厚生局、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会へアンケート形式の意見聴取を行い。その結果の提供を受け

た。

- 2) 病院実務者、かつ ICD の専門家としての意見を聴取するために、2013 年 9 月に、東京、大阪、福岡の 3 カ所で、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士指導者を中心とした会員への意見聴取会を開催した。
- 3) 2013 年度の DPC 評価分科会による特別調査において寄せられた意見も参考とした。さらに、実際に九州医療センター医療情報管理センターの実務者を対象に実務を前提とした意見聴取を行った。
- 4) DPC 研究班の班員に対しても調査を行い、意見を集約した。

これらの執筆者を中心としたこれらの議論に基づき、Ver.2.0 への見直しの具体的な方向性を以下のとおりとした。

- 1) 名称はコーディングガイドからコーディングテキストと改める。その理由は、DPC 対象病院に設置が義務づけられている委員会における活用を前提とし、教本として使われることへの配慮である(DPC 評価分科会においても意見があった)。地方厚生局や審査支払機関に対する調査においてもコーディング精度については、非常に意識も高く、恐らく審査支払機関や保険者での活用も想定されるということも併せて配慮したからである。
- 2) 曖昧であった本書の帰属先を厚生労働省保険局医療課と明記した。
- 3) 2012 年度の研究の成果としては、そのあり方から、「本体部分」と「別冊補足資料」の 2 部構成としていたものを集約し 1 部構成とした。その理由は、多くの意見を取り入れたため、本来、概要を記したはずの本体部分に盛り込む情報が詳細化し、結果的に分割する意義を失ったと判断したからである。
- 4) 本書の対象者を明確にした。種々の意見があったことを踏まえて、本書のあり方について、直接的に医学や ICD の知識を学ぶものではなく、適切な DPC コーディングを導き出すための、比較的平易なテキストであるという位置づけとした。また、いわゆる業務マニュアルというものではないこともあって、DPC に関わる医事担当者、診療情報管理士、医師等の職種を問わないものとした。種々の意見の中には、対象者を絞って個別のレベルに合わせたものを作成してはどうかという意見もあった

が、整合性をとることが困難になることが予想されたので、ある一定以上のことは、医学、ICD 関連の参考書籍等の活用を前提とした。また、対象に合わせて本書の種類を増やすと整合性や同期をとることが困難になるため、今後予想される改定や本書の世代管理への対応も重要なポイントであった。

- 5) 保健医療福祉情報システム工業会の DPC 委員会との議論の中で、本コーディングテキスト全部、もしくは一部のリストについてはシステムベンダーの提供する DPC コーディングツールでの活用も期待出来ることから、DPC コーディングにおいて留意すべき点、実例等をリスト化(留意点コメントリスト)することとした。また、今後とも出来る範囲で、本書の内容をコーディングツールに盛り込んでいくことで保健医療福祉情報システム工業会のコンセンサスを得た。

また、構成の見直しについて、議論や意見を踏まえて、構成を全面的に見直し、以下のとおりとした。なお、純粹に参考となる資料とされる部分については Ver.1.0 と同様に末尾に添付することを踏襲した。

I. はじめに

1. 序文

- 1) なぜコーディングテキストが必要とされてきたのか
 - 2) なぜ適正な DPC、ICD コーディングが求められるのか
 - 3) 本書の帰属先について
 - 4) 本書が意図した対象者
2. 適切なコーディングのために望ましいと考えられる病院の体制
 3. 疑義がある場合の問い合わせ先
 4. 参考資料

II. 総論

1. DPCの基本構造について

- 1) DPCは3層構造
- 2) DPC 分類と ICD 分類
- 3) 2つの傷病名マスター、標準病名マスター、レセプト電算マスターについて

2. コーディングにあたっての基本的な考え方

- 1) 診療録の記載、DPC における傷病名選択と診療報酬請求について
- 2) 傷病名選択、コーディングの基本と定義:医療資源と医療資源傷病名

3. 傷病名のコーディングにあたっての注意点

- 1) 病態からみた場合の注意点と医学的に疑問とされる可能性のある傷病名選択の例
- 2) 医療資源傷病名を「疑い」とする場合(診断未確定)への対応
- 3) 医療資源傷病名が ICD における複合分類項目に該当する場合
- 4) 病態の続発・後遺症のコーディング
- 5) 急性および慢性の病態のコーディング
- 6) 処置後病態および合併症のコーディング
- 7) 多発病態のコーディング
- 8) その他のコーディングで留意すべきこと
- 9) ICD-10 コードからみた注意点:「詳細不明・部位不明コード」とは
- 10) DPC グループごとの注意点

6-6. DPC/PDPS コーディングテキスト見直しの議論

2014 年度の診療報酬改定において、執筆者らを中心として作業した結果を DPC 研究班として提案した DPC/PDPS コーディングテキストが正式に厚生労働省版としてリリースされたが、用途は DPC 病院等において、適切なコーディングを行う委員会等で教育等に用いられることが主目的であった。しかし、診療報酬改定で新たに DPC 病院以外、すなわち 7 対 1 看護、地域医療包括ケア病棟の施設基準にデータ提出加算が義務付けられたことから、今後はさらにコーディングテキスト開発段階では想定していなかったそれ以外の多くの医療機関において用いられることとなっている。

当初から、必ずしも ICD の専門家ではない、医師や特に医事職員等を対象とした活用が想定され、ICD に関する深い知識がなくても理解出来るように配慮して開発したつもりであったが、継続的にブラッシュアップを行い改定していくことが明らかにされており、また、既に多くの病院で活用がなされることとなり、疑問点や意見が出現して

きつつある。既にコーディングテキストの見直しのWGもDPC評価分科会内部に組織されたところであり、そこでの議論のベースとしても、既存のコーディングテキストの問題点抽出等が急がれている。このような状況から、ICDにかかる経験ある実務者等の意見を踏まえて現在の問題を明らかにすると共に、併せて標準病名マスタとの関連性における課題等も検討することを計画した。

課題の整理を以下のように行った。

ICDに関して十分な経験のある診療情報管理士実務者から、現在のコーディングテキストをベースに、まず以下の手順で問題点の洗い出しをした。

1)コーディングを行う上で判断に迷いがちな事例を作成し(DPC 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、どのような点が明らかになれば適切なコーディングが可能になるか。また、なぜ適切なコーディングをするために迷いが発生するか等を調査した。

その上で、東京、福岡での2カ所で、意見交換会を催した。

2)さらに、元々、現在の分類について、コーディングミスを誘発するような要因もあるのではないかと考え、以下の3つの視点から、調査項目を設定し、十分な経験のある診療情報管理士実務者から意見収拾を行った。

- (1)平成26年度のDPC分類の「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
- (2)平成26年度現在、1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

以上のことから、DPCとICDの分類が1対1の関係でないという根本的問題は回避出来ない要因で存在するものの、DPC分類に定義されているICDの範囲を見直すことや少なくとも不適切な分類選択を回避するための方策をコーディングテキストに追加していくことで一定の成果は得られると考えた。さらに、今回の調査と検討結果は、内容によっては、DPC分類の精緻化や妥当性の検証に参考となる可能性があるとした。

6-7. 2018 年度診療報酬改定を視野に入れた議論

DPC/PDPS コーディングテキストは、DPC 分類と ICD 分類の橋渡しの役目を持つと同時に、ICD では曖昧な定義を DPC にあわせて明確にすべく工夫をしている。前述したように、DPC 関連病院以外での活用という当初の想定外の用途としても使われており、診療報酬請求に関連しないことも視野に改定を考えなければならなくなっている。

2016 年度以降の見直しのための課題を以下のように整理した。

- 1) 議論の結果、結論を導くことが出来たもの、単純な表現の統一等、集約出来ることについては、コーディングテキストを直接修正する形で提案する。なお、留意点コードの見直し、6 桁分類の留意点等も並行して作業と議論を行う。
- 2) 意見が集約出来ない事項については、DPC 評価分科会下の WG の判断に委ねることとした。

最終的には、2016 年度時点での多くの議論の結果を以下のように整理して、DPC 評価分科会下のワーキンググループに提案した。なお、2018 年 1 月現在、以下の問題については議論を継続しており、2018 年度診療報酬改定までに集約されることになっている。

1. 現行のコーディングテキストの問題について(問題点の収集)

1) 2014 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
 - ② 1 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」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) 2015 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会の 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(コーディングテキストを修正済み)。
- (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。

2. 現行のコーディングテキストが抱えている問題の整理

残る問題は以下の 6 点に絞った。

- 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

具体的な事例として順に示す。

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。

(1) 典型例は以下のとおり

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○
○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。

(2) 改善案の提案

①がん化学療法等のケースに限って、がんへの治療を行っていないという前提で、合併症としてコードすることにしてはどうか→現状のままでは、臨床現場では違和感が強く、さらに、本来のがんへの治療への評価を下げることになっている。

②日本版 DRG および DPC 導入当初、極めて曖昧な傷病名(めまい等)とすることで事実上のアップコーディングがなされたために R コードに強い制限をかけたが、一部については解除することを検討したらどうか。

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。

(1) 典型例は以下のとおり

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。

(2) 改善案の提案

Z コード、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 (Z00-Z99)コードの活用を検討してはどうか。

例えば、

①については、原疾患のがんのコードに併用して、Z51.5 緩和ケアを追加したらどうか。

②については、例えば以下のコードを付記することによって患者の状態を分類出来るのではないか。

◦Z54.0 手術後の回復期

◦Z54.1 放射線治療後の回復期

◦Z54.2 化学療法後の回復期

◦Z54.3 精神療法後の回復期

◦Z54.4 骨折治療後の回復期

◦Z54.7 複合治療後の回復期

◦Z54.8 その他の治療後の回復期

◦Z54.9 詳細不明の治療後の回復期

※その他にもZコードはリハビリ等も分類出来るようになっている。

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。

(1) 典型例としては以下のとおり。

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。

※既にわが国の高齢化社会では特段の疾病がなくとも死亡するケース(老衰といえるような)があり、さらに、基本的に無病や症状固定している場合でも保険診療が可能であり、それへの配慮も必要である。

(2) 改善案の提案

①については、入院目的(検査目的)を選択したらどうか。傷病名については、例えば、〇〇疑いとする等。また、併せてZコードの活用も考えられる。その場合は、原疾患に追加してZコードを付加して区別する。ただし、原疾患にこだわるなら成人しても、低出生体重児という傷病名を選択しなければならないというような不自然な状況になるため、多くの場合は、現在の状況を優先して、〇〇疑いの方が納得がいくのではないかとと思われる。もっとも、その場合は、呼吸不全疑い等にせざるを得ず、曖昧な傷病名だという印象も強い。

②については、他の疾患に対する治療がない、対症療法のみしかしていない、という前提で、心不全、呼吸不全とせざるを得ない。ただし、死因統計でも特段の疾病をもたない高齢者の死亡等については苦慮しているという話もあり、死因統計のコーディン

グとも歩調を合わせて検討する必要があると思われる。また、明確な診断が見つからない場合は、〇〇疑いとして、さらにZコードで区別する方法もあると思われる。

※この問題については、過去の病歴や年齢等への配慮が必要であるが、一定の条件で不全病名を認めないと結果的にアップコーディングもしくは疑い病名の列挙になってしまうことを危惧する。

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。

(1) 典型例としては以下のとおり

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で対応するべきか、という議論。

(2) 改善案の提案

前述の2)、3)のような対応をせざるを得ないのではないか。

5) 結果的に無病であった場合の取り扱い

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。

(1) 典型例としては以下のとおり

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見つからない場合

がある。

(2) 改善案の提案

①については、Zコード、Rコード等を活用すればどうか。この問題に対応する1方法として「付加コード」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」を設けているが現在は支払には活用されていない。

②については、最も医療資源を投入した検査と考え、その傷病名を〇〇疑いとすることで対応が可能であると思われるが、その一方で、Rコードや「疑い」、いい加減な傷病名の頻用が危惧される。

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。

(1) 典型例としては以下のとおり

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。

(2) 改善案の提案

①IVH による感染と本来の入院目的となった疾患との重み付けを明確にするのはどうか(症状詳記を求める等)

②例えば、人工骨頭の再置換、弁の機械的合併症等であれば、毎回新たに原疾患として取り扱ったらどうか。

③原疾患、続発症、再発等が同一に含まれているので、ある意味アップコーディングの温床になっている側面もあり、これを分離するには、Zコードを添付するようにして(さらに、術後〇〇については全てに症状詳記を義務付けたらどうか) 区別すればいいのではないかとと思われる。

3. 今後のコーディングテキスト改定にあたって議論していくべきこと

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ので、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現状があるが、今後の方針として以下の課題は整理すべきだと考える。

上記2で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

(1) 術後の合併症→明らかに術後の合併症の治療だけしか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)

3) 留意点コードの見直し(既の実施し、これからも継続的に見直ししていく)

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。

本来 W コーディングで扱うべき事の矛盾がある。例としては糖尿病性白内障、同じ化学療法なのに傷病名によって分類が異なる等の問題がある。

また、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。

4. Z コードの利用について

1) 本来の疾患、例えば、①がんに対する治療を行った場合、②がんにかかる検査(定

期検査)をただけの場合、③積極的な治療がなく経過観察(ホスピス含む)というケースを想定すると、

①については、そのまま ICD コードで分類する、化学療法のみの場合は、がん病名を医療資源病名とし、入院時併存症の一番目に Z コードの、「Z51.1 新生物の化学療法施行中」を付与する

※その他、「Z51.0 放射線治療施行中」も同様な対応が考えられる。

②については、Z コードの「Z03.1 悪性新生物の疑いに対する観察」もしくは、以下のコード等を付与する。

「Z08.0 悪性新生物の術後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.1 悪性新生物の放射線治療後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.2 悪性新生物の化学療法後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.7 悪性新生物の複合治療後の経過観察<フォローアップ>検査」

「Z08.8 悪性新生物のその他の治療後の経過観察<フォローアップ>検査」

③については、状況にあわせて以下の Z コードを付与する

「Z51.4 後続治療のための準備ケア, 他に分類されないもの」

「Z51.5 緩和ケア」

「Z51.8 その他の明示された医学的ケア」

2)骨折後の抜釘等への対応としても、同様に Z コードを付与したらどうか。

「Z47.0 骨折プレート及びその他の内固定器具の除去に関する経過観察<フォローアップ>ケア」

6-8. DPC/PDPS コーディングテキスト誕生から見直しまでのまとめ

既に述べてきたように、初期開発段階から、ある意味、本論文における中核となる、DPC と ICD をいかにして結びつけるか、それに対する問題点の指摘や解決方法の提案に終始している。さらに、2018 年度改定では、DPC の定義として長期間用いられてきた ICD-10 も 2003 年版から 2013 年版に切り替えられることが決まっており、DPC 分類の関連部分の見直しは避けられず、また、コーディングテキストもそれへの配慮が必要となっている。さらに、本来の目的であった、DPC 関連病院への教科書としての意

味から、地方厚生局、審査支払機関という公的な組織での利用から、システムベンダー、さらには DPC 関連病院ではなく、データ提出加算の届出を行った病院まで利活用がなされるようになり、コーディングテキストの持つ責任は非常に重たいものへと変化している。これからも本書の持つ意味は重要性を増していくと思われるが、システム上での活用を意識した手法も取り入れなければならないと考えている。

さて、本論文中でコーディングテキストには多くのページを割いて執筆者が中心となった開発にかかる議論を述べてきたが、最も重要なことは、この議論が、臨床現場の立場、指導する立場(厚生局)、支払い側の立場(審査支払機関)、システムベンダーの立場という、多方面の視点からの意見等に基づき開発されていることである。未だ課題は山積しており、議論を継続していかなければならないが、異なる視点、異なる立場からの議論がそれなりに集約されて開発されたということは非常に意義深いことであると考えている。

第7章:総括

本論文の総括として、次の4点に絞ってまとめをしたい。

1. 診断群分類導入の進捗と問題点

本論文では、第1章、第2章で、我が国の診断群分類導入の黎明期における議論や導入に伴って発生した問題点、課題について述べた。実は、診断群分類導入以前から我が国の病院に情報創出能力が不足しているということは、日本診療情報管理学会等においても度々指摘する発表がなされていたところで、むしろ診断群分類の導入によって、多くの問題が表面化し、改善が始まったといえる。すなわち、問題の多くは、「わかっていた」ことであった。それは、ICDコーディングが普及していないこと、診療記録に基づく、診療情報管理データベースをもたないことに集約された。すなわち、いざという場合に情報を出す能力がないということであり、それが日本版 DRG で国立病院等が、DPC で特定機能病院等が、というように制度導入を通じて問題が明らかにされた。もちろん、厳しい病院の経営から人材配置は難しいという状況はあったにしても、病院規模からしてもこれらの病院は日本を代表するような大規模病院が多く含まれており、当時の我が国の診療情報管理のレベルと状況がわかるが、結果として国も改善を目的として、診療録管理体制加算という診療報酬上の評価を与えたので診断群分類の導入が我が国の病院に質改善の機会を与えたといえるのではないかと考える。

2. 人材ニーズについて

診療情報管理の専門職に関する人材配置については、診療情報管理士という人材への急激なニーズの増加があったことを第1章で述べた。人材ニーズが発生する要因として、診断群分類導入という要素はもちろんあったが、同時期の診療情報提供も、根本は全く同様であったことを表している。つまり、診療記録の内容に自信がない、また、診療記録の内容を精査する体制(人材配置)がないことを表しており、その結果、患者や第三者には見せられない、適切に記録がなされていないため(記録の加工もなされていないため)、データとして取り出すことが出来ないということであった。

3. データ精度と精度を低下させる要因について

診療録管理体制加算の評価等、課題解決に向けてそれなりに国としても施策が打たれたところで、改善のための環境は一定に整備されている。しかし、一方で、量は満たしたものの質は十分であるとはいえないとして、執筆者らによる調査結果を DPC 評価分科会で報告し、それに基づき議論されてきたことを第 3 章で述べた。そして、ICD がもつ、精度を低下させる要因については、第 4 章で検討し、問題提起をした。

本来、ICD は DPC とは無関係の分類であるが、この両者をどのように適切に結びつけることが出来るかが精度に直結し DPC 選択の円滑な運用を担保する。本論文では、精度改善における課題について、第 5 章で具体的なコーディング方法を例示し、精度改善の方策について述べた。

4. 改善方策、コーディングテキストの開発

第 6 章では、これらの精度問題を解決する手段の一つとして極めて重要なツールである、DPC/PDPS コーディングテキストが求められた状況とどのような議論があつてまとめられたかについて述べた。

冒頭でも記したように、わが国の診断群分類の歴史は約 20 年を数える。その間、診療報酬改定の影響を受けて診断群分類も細部の修正が行われてきた。しかし、5 章、5-1、および図 8 で示すような、診断群分類の選択ロジックは 20 年の間、不変である。さらに、ICD コーディングを基盤にするということ同様である。恐らく、既に安定期に入っている制度といえ、今後も、診療報酬改定の影響や ICD 改定の影響は受けるだろうが、基本的な方針はぶれないと思われる。しかし、未だに DPC 関連病院だけではなくデータ提出加算届出を行う病院全体の対応は安定しているとはいえず、また、新たに対象病院も増加するであろうことから、コーディングテキストの改良や教育の充実もこれからも望まれるところである。

謝辞

本論文は、執筆者が1996年頃からかかわってきた我が国の診断群分類について、これまでの執筆者が個人もしくは中心となって行って来た研究成果や経験を集大成したいと考え、記したものです。

既に20年以上、このテーマについて関わってきており、幸せなことに、事実上のライフワークの一つとなっています。これらの成果のほとんどは、厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)による、いわゆるDPC研究班の分担研究として報告すると共に、日本診療情報管理学会学術大会や日本医療マネジメント学会学術総会等をはじめとして国外の関連学会でも積極的に発表し、微力ながら我が国におけるDPCコーディング精度の改善に努力してきたつもりです。

しかし、これらの成果については、約20年にわたって、DPC研究班で活動を共にさせていただいている、当該研究班の歴代主任研究者の産業医科大学松田晋哉教授、東京医科歯科大学伏見清秀教授の両氏、他の先生方のご指導、ご協力があったのもので感謝に堪えません。また、未熟ながら何らかの成果を出せたことは、研究協力者としてお手伝いいただいた、日本診療情報管理士会DPCワーキンググループメンバー他、多くの会員諸氏の多大なるご協力ご支援のおかげであり、感謝の意を表したいと思います。その中でも特に、本研究初期の巨大なデータベースをハンドリングしていただいた、(株)アイネットシステムズ 久富洋子氏、後半部分コーディングテキストに関連してICD-10(2013年版)改定に伴う、緻密な確認作業にご協力していただいた、日本工学院専門学校 安孫子かおり氏、両氏に対して膨大な作業をお手伝いいただいたことに改めて感謝の意を表したいと思います。

最後になりますが、短時間でこの未熟な論文を微に入り細に入りご指導いただいた、本学の秋山祐治教授他の教員各位に深く感謝の意を表します。

2018年7月4日

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

参考文献

本論文の研究テーマは長期間、広範囲にわたっている。そのため、その間、多くの文献や書籍等を参考としている。しかし、本研究は、公的な保険制度に関連する研究であるため、改めて第三者の資料として参考にしたものは少ない。したがって、以下に掲げた資料も全体として参考にしたという意味合いのものがほとんどである。個々の文献については、特記すべきもののみを記した。

※本研究に関連して、DPC 研究班の班員や執筆者らによる報告書や論文や書籍として公開しているものも多いためそれは参考文献としていない。報告書の概要については、資料の表としてまとめているのでそちらを参照していただきたい。

<文献>

- 1) 疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10(2003 年版) 準拠、第 1 巻、総論、および、第 2 巻、内容例示表、厚生労働省大臣官房統計情報部編、2005 年 7 月
- 2) 疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10(2013 年版) 準拠、第 1 巻、総論、および、第 2 巻、内容例示表、厚生労働省大臣官房統計情報部編、2016 年 5 月
- 3) DPC 電子点数表 診断群分類点数表のてびき、社会保険研究所、各年度版
- 4) DPC 点数早見表、医学書院、各年度版
- 5) 第 5 回診療情報管理士(診療録管理士含む) 現況調査アンケート報告書、一般社団法人日本病院会、2017 年 2 月

<個別の参考論文等>

- 1) 梅田勝、急性期入院医療の定額払い方式の試行実施にむけて、月刊保険診療、1998年10月
- 2) 阿南誠他、国立病院のDRG試行における医療情報システムの対応等について(診療情報の価

値とその必然性)、日本医療情報学会課題研究会電子カルテ研究会年次総会プロシーディング、1999年6月

3)阿南 誠他、国立病院等におけるDRG/PPS試行に伴う退院時サマリー病名のあり方について、診療録管理VOL. 11, NO2、第25回日本診療録管理学会特集号、1999年9月

本研究に関する既発表論文等

<学会等発表>

- 1)阿南 誠、21世紀に向けての医療情報管理～診療録管理士の立場から:病院管理への支援、第21回日本診療録管理学会学術大会、1995年9月、秋田市
- 2)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、山崎 多佳子、堀上 美由紀、矢加部 茂、田原 孝、診療費の多寡に及ぼす患者像の分析、第22回日本診療録管理学会学術大会、1996年9月、名古屋市
- 3)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、矢加部 茂、中島 淳博、院内イントラネットにおける診療録管理データベース等の活用、第24回日本診療録管理学会学術大会、1998年9月、東京都
- 4)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、三宅 裕子、戸次 弑子、上田 京子、早田 由美、重田 イサ子、国立病院等における DRG/PPS 試行に伴う退院時サマリー病名のあり方について、第25回日本診療録管理学会学術大会、1999 年 9 月、岡山市
- 5)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、三宅 裕子、戸次 弑子、上田 京子、早田 由美、重田 イサ子、DRG/PPS 試行における退院時病名のあり方:第 2 報(汎用病名集の作成)、第 26 回日本診療録管理学会学術大会、2000 年 9 月、福岡市
- 6)阿南誠、秋岡美登恵、柴田実和子、上田京子、DPC 分類にみる ICD の構造的問題点について、第 29 回日本診療録管理学会学術大会、2003 年 9 月、高知市
- 7)阿南誠、秋岡美登恵、上田京子、久富洋子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点について第 2 報、第 30 回日本診療録管理学会学術大会、2004 年 9 月、千葉市

- 8)阿南誠、秋岡美登恵、久富洋子、上田京子、ワークショップ:診療データの品質保証と診療情報管理士「DPC 導入におけるデータ検証の立場から」、第 24 回医療情報学連合大会(第 5 回日本医療情報学会学術大会)、2004 年、11 月、名古屋市
- 9)阿南誠、クリティカルパス総合講座 IV、DPC 導入の実際:診療情報を管理する立場から、第 7 回医療マネジメント学会学術総会、2005 年 6 月、福岡市
- 10)阿南誠、事例発表、「DPC と診療情報管理」、医療マネジメント学会「DPC とクリティカルパス」特別セミナー、2005 年 10 月、東京都
- 11)阿南誠、シンポジウム:DPC 導入で注意すべき点、九州診療録管理研究会、2005 年 12 月、福岡市
- 12)阿南誠、秋岡美登恵、上田京子、久富洋子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点について第 3 報、第 31 回日本診療録管理学会学術大会、2005 年 9 月、秋田市
- 13)阿南誠、シンポジウム、DPC 時代の診療録管理と医療の質:診療情報管理士の立場から、第 8 回日本医療マネジメント学会学術総会、2006 年 6 月、横浜市
- 14)阿南誠、久富洋子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点について第 4 報:DPC 対応傷病名マスターの開発と提案、第 32 回日本診療録管理学会、2006 年 9 月、福井市
- 15)阿南誠、桑原一彰、久富洋子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点について:第 5 報:「DPC 基礎調査における付加情報コードの分析」、第 33 回日本診療録管理学会学術大会、2007 年 9 月、京都市
- 16)M.Anan, M.,Akioka, M.,Fushimi, K.,Ishikawa, K.,Hashimoto, H.,Horiguchi,

H.,Kuwabara, K.,Imanaka, Y.,Hisatomi, Y.,Ueda, K.,Matsuda, S.,ICD10 code modification corresponding to DPC system in Japan., the 22nd. PCSI(Patient classification systems international conference),11-14 October 2006, Singapore

17)Makoto Anan, Kazuaki Kuwabara, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fushimi, Hideki Hashimoto, Yuichi Imanaka, Kenshi Hayashida ,Hiromasa Horiguchi, Koichi B.Ishikawa, Mitoe Akioka, Kyoko Ueda, and Shinya Matsuda, Kenji Fujimori, Problem of ICD coding according to DPC system in Japan.Proceedings of the 15th.Congress of International Fedelation of Health Records Organizations, May.2007, Seoul Korea

18)Anan, M.,Akioka, M.,Fushimi, K.,Ishikawa, K.,Hashimoto, H.,Horiguchi, H.,Kuwabara, K.,Imanaka, Y.,Hisatomi, Y.,Ueda, K.,Matsuda, S., Correlating ICD-10 Coding with DPC Coding in Japan., the 23rd. PCS/I(Patient classification systems international conference),7-10 November 2007, Venice Italy

19)阿南 誠、桑原一彰、久富洋子、秋岡美登恵、柴田実和子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点について第 6 報:DPC 基礎調査における「.9」出現の要因分析、第 34 回日本診療録管理学会学術大会、2008 月 8 月、東京都

20) Makoto Anan,Kazuaki Kuwabara, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fushimi, Hideki Hashimoto, Yuichi Imanaka, Kenshi Hayashida, Hiromasa Horiguchi, Koichi B.Ishikawa, Shinya Matsuda, Kenji fujimori, Shunya Ikeda), Mitoe Akioka,Miwako Shibata, Rie Kurakake, Miyuki Horigami, Aki Inoue, Marika Minamoto,Evaluating the Quality of the ICD Coding in Japan's DPC System,The 24th PCSI2008(Patient classification systems international conference),9,Oct.,2008,Lisbon Portugal

21)阿南誠、DPC と基礎調査、診療情報管理士として気をつけて欲しいこと、福岡県

病院協会第40回診療録管理研究研修会、2009年7月、福岡市

- 22)阿南誠、久富洋子、桑原一彰、秋岡美登恵、柴田実和子、皆元麻里加、福島祥子、倉掛里恵、堀上美由紀、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第7報: DPC 基礎調査における「.9」出現率の推移と診療情報管理士の存在、第35回日本診療録管理学会学術大会、2009年9月、浜松市
- 23)阿南誠、シンポジウム1:DPC の来し方行く先「現場で働く診療情報管理士からみたDPC」、第35回日本診療録管理学会学術大会、2009年9月、浜松市
- 24)阿南誠、桑原一彰、久富洋子、秋岡美登恵、柴田実和子、DPC 基礎調査における「.9」出現の要因分析、日本医療マネジメント学会 第8回九州・山口連合大会、2009年9月、福岡市
- 25)阿南誠、久富洋子、秋岡美登恵、柴田実和子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第8報:「.9」、「.8」コードから見るデータの質評価、第36回日本診療情報管理学会学術大会、2010年9月、長野市
- 26) Makoto Anan, Kazuaki Kuwabara, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fushimi, Hiromasa Horiguchi, Hiroshi Ikai, Koichi B.Ishikawa, Shinya Matsuda, Kenji Fujimori, Shunya Ikeda, Mitoe Akioka, Rie Kurakake, Miyuki Horigami, Yuko Hirata, Marika Minamoto, Shoko Fukushima, Asumi Tanaka、JAPANESE CASE MIX SYSTEM (DPC) AND JAPANESE HEALTH INFORMATION MANAGER、International federation of health record organization international conference 2010 Milan、15-19,Nov. 2010、Milan Italy
- 27)阿南誠、久富洋子、秋岡美登恵、皆元麻里加、福島祥子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第9報:「.9」、「.8」コードからみる研究班データの質評価、第37回日本診療情報管理学会学術大会、2011年9月、福岡市

- 28)阿南誠、久富洋子、秋岡美登恵、皆元麻里加、福島祥子、他、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第 10 報:詳細不明、部位不明コード等から見るデータの質評価、第 38 回日本診療情報管理学会学術大会、2012 年 9 月、名古屋市
- 29)Makoto Anan, International DRG Panel Representing Japan, IFHIMA(International Federation of Health Information Management Associations)2013, May. 2013, Montreal Canada
- 30)Makoto Anan, Assessing the Accuracy of Coding in the Japanese Case-mix System (DPC: Diagnosis Procedure Combination) and the Role of HIM for Improvement, IFHIMA(International Federation of Health Information Management Associations)2013, May 2013, Montreal Canada
- 31)阿南誠、秋岡美登恵、福島祥子、皆元麻里加、久富洋子、他、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第 11 報:「コーディングガイド」作成の試み、第 39 回日本診療情報管理学会学術大会、2013 年 9 月、つくば市
- 32)阿南誠、秋岡美登恵、福島祥子、皆元麻里加、久富洋子、他、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第 12 報:「コーディングテキストの意義」、第 40 回日本診療情報管理学会学術大会、2014 年 9 月、盛岡市
- 33)阿南誠、秋岡美登恵、福島祥子、皆元麻里加、久富洋子、他、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点第 13 報「コーディングテキスト見直しにかかる課題」、第 41 回日本診療情報管理学会学術大会、2015 年 9 月、岡山市
- 34)Makoto Anan, Kenji Fuiimori, MItoe Akioka, Marika Minamoto, Soko Fukushima, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fusimi, Improvement of Classification Accuracy in tThe Case-mix System DPC and the Role of HIM for Development of the Coding

35)阿南誠、他、ICD-10(2013年版)への改正がDPCに与える影響について、第19回日本医療マネジメント学会学術大会、2017年7月、仙台市

36)阿南誠、渡邊佳代、三田岳彦、安孫子かおり他、DPC導入に伴うICDコーディングの問題点第14報「DPC影響調査におけるICD-10の2013年版への切り替えの留意点とその課題」、第43回日本診療情報管理学会学術大会、2017年8月、札幌市

<論文投稿等>

1)阿南 誠、診療録管理士からみた医療情報システムがもたらす診療録管理の変貌と飛躍、医療情報学、VOL.16、NO.2、1996年6月

2)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、山崎 多佳子、堀上 美由紀、診療費に及ぼす患者像の分析、診療録管理、VOL.9、NO.1、1997年4月

3)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、山崎 多佳子、堀上 美由紀、診療費の多寡に及ぼす患者像の分析(医事会計データベースと診療録管理データベースの活用)、医療の広場、VOL. 37、NO. 3、1997年5月

4)阿南 誠、医療情報システムと法律の規制・解釈、インナービジョン、VOL.13、NO. 8、1998年7月

5)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、矢加部 茂、中島 淳博、院内イントラネット上での経営支援診療研究支援サーバーの構築とデータの活用について、医療の広場、VOL.39、NO.3、1999年3月

6)阿南 誠、秋岡 美登恵、柴田 実和子、矢加部 茂、中島 淳博、院内イントラネット

トにおける診療録管理データベース等の活用、診療録管理、VOL.11、NO.1、1999年3月

7)阿南 誠、急性期入院医療の定額支払い制度試行が病院にもたらすもの、ほすびたる(福岡県病院協会雑誌)、505号、2000年2月

8)阿南 誠、急性期入院医療の定額支払い制度試行が病院にもたらすもの(後半)、ほすびたる(福岡県病院協会雑誌)、506号、2000年3月

9)阿南 誠、病院の情報化シリーズ:DRG/PPS と診療録(情報)管理室の役割、医療、VOL. 54、NO. 11、2000年11月

10)阿南誠、他、21世紀の医療と診断群分類(松田晋哉編)、じほう、2003年9月

11)阿南誠、秋岡美登恵、久富洋子、我が国の診断群分類(DPC)の概要、そしてどう取り組めばいいのか、医事業務、VOL.11、NO.239、2004年11月

12)阿南誠、診療情報管理からみたDPC、病院、VOL.63、8号、2004年8月

13)阿南誠、秋岡美登恵、DPC と診療情報管理士の役割、社会保険旬報、2225号、2004年11月

14)阿南誠、秋岡美登恵、久富洋子、上田京子、診療データの品質保証と診療情報管理士「DPC 導入におけるデータ検証の立場から」、第24回医療情報学連合大会(第5回日本医療情報学会学術大会)CD 論文集、2004年11月

15)阿南誠、秋岡美登恵、DPC 導入の一考察、HOPEVISION、富士通、2005年

16)阿南誠他、DPC と ICD コーディング、DPC データ活用ブック(伏見清秀編)、じほ

う、2006年4月

17) 阿南誠、秋岡美登恵他、ケーススタディ:情報の精度を高める体制整備:DPCと病院マネジメント(松田晋哉編)、じほう、2006年8月

18) 阿南誠他、DPC制度対策のノウハウ⑨、DPC鮮度の構造をよく知ること、これで大丈夫 DPC保険制度導入(野瀬善明監修)、篠原出版新社、2006年8月

19) Makoto Anan, Kazuaki Kuwabara, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fushimi, Hideki Hashimoto, Yuichi Imanaka, Kenshi Hayashida, Hiromasa Horiguchi, Koichi B. Ishikawa, Mitoe Akioka, Kyoko Ueda, and Shinya Matsuda, Kenji Fujimori, Problem of ICD coding according to DPC system in Japan. Proceedings of the 15th. Congress of International Federation of Health Records Organizations, May.2007

20) Makoto Anan, Kazuaki Kuwabara, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fushimi, Hideki Hashimoto, Yuichi Imanaka, Kenshi Hayashida, Hiromasa Horiguchi, Koichi B. Ishikawa, Shinya Matsuda, Kenji Fujimori, Shunya Ikeda Correlating ICD-10 Coding with DPC Coding in Japan, Proceedings of the 23rd. PCSI2007(Patient classification systems international conference), Nov.2007

21) 阿南誠、診療情報管理士からみた医療IT化、病院、医学書院、2009年7月

22) 阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPCコース通信教育テキスト、第2章 DPC制度と診療報酬制度との関わり、社団法人日本病院会、2009年7月

23) M Anan, K Kuwabara, Y Hisatomi, K Fushimi, H Horiguchi, K Hayashida, K B. Ishikawa, M Akioka, K Ueda, S Matsuda, ICD-10 Code Modification Corresponding to DPC System in Japan, Asian Pacific Journal of Disease Management, April 2009

- 24)阿南誠、カルテ開示、診療情報管理、診療情報提供、診療録、診療録管理の項、看護大事典第2版、医学書院、2010年3月
- 25)阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPC コース通信教育テキスト(2010年版)、第2章 DPC 制度と診療報酬制度との関わり、社団法人日本病院会、2010年7月
- 26)阿南誠他、第2章診療情報の価値を高めるためのシステムと評価:診療情報学、2-6.DPC、医学書院、2010年9月
- 27)阿南誠、病院におけるDPCデータの活用、病院、医学書院、2010年9月
- 28)阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPC コース通信教育テキスト(2012年版)、第2章 DPC 制度と診療報酬制度との関わり、社団法人日本病院会、2012年7月
- 29)阿南誠、診療情報管理の最前線(1):診療情報管理士の今、病院、医学書院、2012年11月
- 30)阿南誠、診療情報管理の最前線(2)、変貌する診療情報管理と組織、病院、医学書院、2012年12月
- 31)阿南誠、DPC データを用いた診療機能の適正かを図る試み:診療情報を管理する立場から、医療、vol.66 No.12、国立医療学会、2012年12月
- 32)阿南誠、医療情報の活用①:医療機関にはどんな情報が集まっているのか:医師のための経営情報、NO.111、SMBC 日興証券、2013年7月

- 33) 阿南誠、医療情報の活用②: 診療情報の分析: 限られる院内の資源を有効活用するには: 医師のための経営情報、NO.112、SMBC 日興証券、2013年8月
- 34) 阿南誠、医療情報の活用③: 診療情報の分析: 医事データを上手に活用するには: 医師のための経営情報、NO.113、SMBC 日興証券、2013年9月
- 35) 阿南 誠、秋岡美登恵、福島祥子、DPC における診療情報管理士の役割とデータ精度について、保険診療、医学通信社、Vol.68(09)、2013年9月
- 36) 阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPC コース通信教育テキスト(2014年版)、第2章 DPC 制度と診療報酬制度との関わり、社団法人日本病院会、2014年7月
- 37) 阿南誠、DPC コーディングテキスト: 診療情報管理士に期待されるもの、日本診療情報管理士会誌、8(1)、2015年1月
- 38) 阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPC コース通信教育テキスト(2016年版)、第2章 DPC 制度と診療報酬制度との関わり、社団法人日本病院会、2016年7月
- 39) Makoto Anan, Kenji Fuiimori, MItoe Akioka, Marika Minamoto, Soko Fukushima, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fusimi, Improvement of Classification Accuracy in t¥he Case-mix System DPC and the Role of HIM for Development of the Coding Text, 18th.IFHIMA International Congress Tokyo 2016 Proceedings, Apr.2017

資料表

資料表 1 : 過去の厚生労働省関係報告書一覧

資料表 2 : 国際疾病分類 (I C D) の体系 : I C D 9 と I C D 1
0 の対応表

資料表 3 : ICD9、ICD10 に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載
についての留意点 : ICD9 順に配置

資料表1:過去の報告書一覧

	報告年月日	タイトル	要旨	研究費名目など
1	平成12年3月31日	急性期入院医療の定額支払い試行にかかるコーディングガイドの開発	DRG/PPSの試行にともない、従来から指摘のあったICDの構造(分類)と汎用病名との乖離、必ずしも医師の考える病名とICD分類とが相容れない等の問題が明らかにされてきた。これらの状況をふまえて、ICDを意識した病名のあり方を検討し病名付与に必要な条件の検討を行い、汎用的な病名付与の留意点を含む病名データベースを作成した。今回、この作業を試行医療機関に属する診療情報管理士を含め、比較的大規模かつ対応症例数の多い医療機関からの診療情報管理士の参加を得て、合計17名の診療情報管理士で研究班を構成し検討作業を行ったのでその経緯、データベース構築、さらには、具体化した病名集の作成を行ったので報告する。	平成11年度厚生省社会保険基礎調査委託費(急性期入院医療の定額支払いに関する調査研究事業)
2	平成13年3月31日	急性期入院医療の定額支払い試行にかかる試行診断群分類コーディングガイドの開発	急性期入院医療の定額支払い制度、すなわち日本版DRG/PPSの試行にともない、その基礎調査のデータ作成及び文責においてICDの構造(分類)と汎用的な病名との乖離等の問題が指摘されてきた。これらの状況をふまえて、診断群分類のベースがICD9からICD10へ変更されることに伴い、ICDを意識した病名のあり方を検討した。さらに、病名付与に必要な条件の検討や不適当な病名付与を回避する方法の検討等を行い、汎用的な病名付与の留意点を含む病名データベース(病名集)を作成した。今回、この作業を試行医療機関に属する診療情報管理士を含め、比較的大規模かつ対応症例数の多い医療機関からの診療情報管理士の参加を得て、合計17名の診療情報管理士で研究班を構成し検討作業を行ったのでその経緯、データベース構築、さらには、具体化した病名集(3月、試行施設に配布)の作成を行ったので報告する。	平成12年度厚生労働省社会保険基礎調査委託費(急性期入院医療の定額支払いに関する試行調査研究事業)
3	平成14年3月8日	診断群分類を用いた急性期入院医療に係るICD10コーディングガイドの開発・普及に関する研究	急性期入院医療の定額支払い制度、及び民間医療機関を含めた「診断群分類の試行」にともない、ICD(国際疾病分類)へのコーディング等に基づくデータベースの構築が求められている。そのデータベース構築及びその分析の過程において、ICD分類と汎用的な病名との乖離から適正なコーディングが困難であるとの指摘がある。これらの状況をふまえて、ICDを意識した病名のあり方を検討した。その結果に基づき、ICDコードブック、病名付与の留意点という冊子の作成、さらには、デジタルベースでのCD-Romを作成し試行医療機関へ配布している。さらには、平成13年の9月17日の試行医療機関への説明会でも、この研究成果等を用いてプレゼンテーションしている。	平成13年度厚生労働省社会保険基礎調査委託費(急性期入院医療の定額支払いに関する試行調査研究事業)
4	平成15年3月31日	ICDコーディング手法の標準化に関する研究	DPCの導入においては、精度の高いICD(国際疾病分類)コーディングに基づくデータベースの構築が求められている。対象医療機関におけるデータベース構築において、ICDコーディングの統一性において、標準化が十分ではなく、DPC分類開発やそのためのデータベース分析に支障が出ることが危惧された。これらの状況をふまえて、ICDを意識した病名のあり方を検討し、その結果に基づき、特定機能病院等から提出されたデータベースのICD精度を検証し、必要に応じて修正を求めた。さらには、DPC分類及びMEDIS汎用病名をリンクさせ、DPC分類とICDコードの整合性を検証し、DPC分類開発の、特にICDとの対照において精度向上に成果を上げた。	平成14年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)(分担)研究報告書
5	平成15年3月31日	コーディングの適正化に関する研究	平成10年11月の国立医療機関等における急性期入院医療の定額支払いに関する試行にはじまる診断群別の支払制度の導入で、ICDコーディングは医療行政における評価や研究のためだけではなく、診療報酬制度にも必須のものとなりつつある。しかし、ICDコーディング自体は我が国で必ずしも一般的に行われているわけではなく、そのせいもあって精度となると非常に疑問が残る。ICDコーディングの精度は診断群分類の開発や評価においても非常に重要なポイントであり、少なくとも診断群別の支払制度に関係する医療機関においてはその精度の改善は必須の事項である。本研究班では、診断群分類策定にあたり、診断群分類とICDとのリンクを検証することと並行して関係する医療機関向けのガイドブックや提出されたデータの検証を行った。その概要を報告する。	平成14年度急性期入院医療の定額支払いに関する試行調査研究事業
6	平成16年3月31日	急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査コーディングの適正化に関する研究	平成10年11月の「急性期入院医療の定額支払制度」の試行、「診断群分類を活用した包括評価(いわゆるDPC)」の導入開始以来、病名のICDコーディングの精度向上は大きな課題の一つであった。特に、医療の標準化の一環としてのICDに基づく病名表記の標準化、さらにはそれに関連して病名というデータの質改善は診断群分類を開発し評価する上からも必須の条件である。制度導入に伴う調査医療機関の拡大とともに、調査データが巨大になるにつれ、データ精度の確保とその検証は莫大なマンパワーを必要とし、改善が急務となっている。このような状況をふまえて、我々は、ICDの構造的な問題点を勘案したうえで、大量データ(病名、ICDコード)を検証する手法の開発と実際に調査医療機関から提出されたデータの検証を行い、病名の質評価を試みた。	平成15年度厚生労働省政策科学推進事業分担研究
7	平成17年3月31日	診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究(H16-政策-027) 「DPCコーディングの精度向上の方法論の検討」	平成16年度からのDPCの参加病院は、前年度までの特定機能病院等82病院に、試行的適用病院(62病院:官報告示)及び調査協力病院(病院数非公認)が新たに加わることになり、基礎調査におけるデータ数は飛躍的に増加している。基礎調査データのうち特に傷病名とそれに伴うICDコーディングの精度確保はDPC分類開発や評価において極めて重要な要素である。我々は過去の傷病名検証の経験から新たに大量データ(病名、ICDコード)を検証する手法の開発を行い、前述の病院から提出された平成16年度分の基礎調査データを検証し、どのような問題点があるのか検討を行った。なお、我々の検証によって問題があるとしたデータについては厚生労働省を通じて各病院に改めて再提出を求め、精度の向上に努めた。さらに、前述の手法を活用し、特定機能病院から提出された傷病名データをベースに、DPCに対応した傷病名マスターの開発を継続している。	平成16年度厚生労働省政策科学推進事業分担研究

資料表1:過去の報告書一覧

	報告年月日	タイトル	要旨	研究費名目など
8	平成18年3月31日	診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究(H16-政策-027) 「DPCコーディングの精度向上の方法論の検討」	平成16年度からのDPC参加病院は、包括評価(定額支払い)を伴う、平成15年度からの特定機能病院等82病院と平成16年度から新たに加わった試行的適用病院(62病院:官報告示)及び、包括評価を伴わない調査協力病院(228病院:報道)によって構成されている。病院数の増加に伴い、基礎調査におけるデータ数は飛躍的に増加しており、調査データの収集とその精度検証等の作業は大きな負担となりつつある。特に、基礎調査データのうち傷病名とそれに伴うICDコーディングの精度確保はDPC分類開発や評価において極めて重要な要素であることから、データ作成の段階、データ収集の段階(検証)と、その状況に応じて対応していかなければならない。 平成16年度に、我々は過去の傷病名検証の経験から新たに大量データ(病名、ICDコード)を検証する手法の開発を行い、平成16年度分の基礎調査データを検証し、どのような問題点があるのか検討を行った。さらに、ICDの精緻化を目的として、「付加情報」の検討等も行い、その一部は平成17年度の基礎調査に取り入れられている。また、基礎調査における傷病名データベースを基盤に、DPC対応傷病名マスターの開発を試みた。	平成17年度厚生労働省政策科学推進事業分担研究
9	平成19年3月31日	診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究(H16-政策-027) 「DPCコーディングの精度向上の方法論の検討」	DPCに関わる各病院から提出される基礎調査データの精度確保(精度改善)は、将来のDPCの導入や評価、新たな分類開発等において極めて重要な意味をもっている。 特に適正な傷病名を付与し、併せて正しくICDコーディングを行うことが正しいDPCを選択することに直結しており、分類開発や妥当性の評価はもちろん、各医療機関においては適正な診療報酬請求に繋がることである。 しかしながら、我が国の現状は、DPCの導入以前にICDへの理解やコーディング技術は十分に病院に浸透しているとは言いがたいところである。 その一方で、臨床的な視点からみた場合、本来死因分類から発生したICD固有の問題(構造的な問題)も存在する。現場の臨床医からは本来分類すべきカテゴリーに分類されない、おかしなカテゴリーに分類されてしまうという批判も根強い。このような状況をふまえて、将来のDPC分類の開発や臨床現場でも受け入れやすい精緻化手段の方法も至急に検討すべきと、考え、平成17年度の基礎調査から「付加情報コード」を開発しデータ収集を行っている。18年度は、そのデータの分析を行い、併せて18年度基礎調査における付加コードの見直しを行った。	平成18年度厚生労働省政策科学推進事業分担研究
10	平成20年3月31日	DPCコーディングの精度向上の方法論の検討	DPCにかかる診断群分類の選択や基礎調査においてICDコーディングの精度確保は極めて重要な課題である。正しいDPCを選択し適正な診療報酬請求を行う、もしくは正しい調査データを得るには、適正な傷病名を付与し、適正なルールに基づいたICDコーディングがなされていることが前提となる。しかし、提出データの検証結果をみる限りは、現状は、ICDへの理解が十分ではない、もしくはコーディング技術が不十分、所定のレベルを満たしているとは言いがたい医療機関が存在することが危惧される。この状況の改善を目的に以下の研究を行った。 1) 研究班に提出された基礎調査データを用いてICDにおけるコーディングの現状についての評価を行い、DPC評価分科会にて公表した。 2) 過去に本研究班グループが開発したマスターに最新のデータを追加し、新たに研究協力者の協力を得て見直し作業を実施。 3) ICDコーディングに対する議論を集約し、平成19年度の基礎調査に併せて、ICDコーディングについての説明資料の修正作業を行い調査病院に配布。 4) シンガポールのマニュアルを例に、日本語への翻訳の後、内容を検証。 ※2)、4)については継続作業中。	平成19年度厚生労働省政策科学推進事業分担研究
11	平成21年3月31日	「.9」:Unspecified(詳細不明、部位不明)コードから見るデータの質評価	平成20年度からの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」が義務づけられたが、このことは、DPCを診療報酬請求のツールとしても、分類開発や妥当性の検証のツールとしても、データ精度の改善が必要であることを意味する。さらに平成21年1月21日の中医協診療報酬調査専門組織DPC評価分科会における、「新たな機能係数」の議論においても、データ精度の改善は、「透明化の指標」とすべきである、として取り上げられている。 そもそも、診断群分類の選択やデータ分析においても、我が国の診断群分類たるDPCはICDによる疾病分類をその基礎としており、ICDコーディングの精度確保や改善は極めて重要な課題である。正しいDPCを選択し適正な診療報酬請求を行う、もしくは正しい調査データを得るには、適正な傷病名を付与し、適正なルールに基づいたICDコーディングがなされていることが前提となる。しかし、我々が提出データの検証をする限りにおいては、ICDコーディングの精度が十分とは言えない病院が存在すると考えている。その検証を行うために、いわゆる「.9」コード(ドット9コード)、すなわち、Unspecifiedなコードとして、「詳細不明」や「部位不明」とされているコードの出現から、原則として、「.9」を選択される可能性の低い疾病分類グループにおける「.9」の発生の状況を中心に、平成18年度におけるデータと比較することによって、データの質の評価、その発生する要因等を検討した。また、ICDコーディングのエキスパートであることとされる「診療情報管理士」の存在がどのような影響を与えているかということも不十分ながら検証を試みた。 ※診療情報管理士とは、四病院団体協議会、財団法人医療研修推進財団が認定する診療情報管理の専門職	平成20年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)分担研究

資料表1:過去の報告書一覧

	報告年月日	タイトル	要旨	研究費名目など
12	平成22年3月31日	「.9」:Unspecified(詳細不明、部位不明)コードから見るデータの質評価	我が国の診断群分類たるDPCは傷病名の選択にICD-10による疾病分類をその基礎としている。したがって、分類の開発は元より、その精緻化や妥当性の検証等、正しく傷病名が選択され、そして正しくICDコーディングがなされていることを前提としている。その一方、病院にとっては、正しいDPCを選択し適正な診療報酬請求を行うためには正しくICDコーディングを出来る体制が必須である。また、DPCの精緻化作業においては病院から正しいデータを提出してもらうことが必須である。しかし、過去に提出されたデータから判断するに、十分なICDコーディングのスキルと持っていない病院が存在することが明らかになっており、その改善のために平成20年度の診療報酬改訂で対象病院の必須要件として委員会の設置が求められているところである。また、平成22年度の改訂案においても、DPC対象病院に対する新たな機能評価係数の評価として、いわゆる「.9」コード(dot9コード)、の出現率に対する評価が提案される等、ICDコーディング精度の改善は急務となっている。そのような状況を踏まえて、Unspecifiedなコードとして、「詳細不明」や「部位不明」とされているコードの出現から、原則として、「.9」を選択される可能性の低い疾病分類グループにおける「.9」の発生の状況を過去のデータと比較分析した。また、今回は、「その他の明示された部位」等が対象となる「.8」コードも分析の対象とした。その結果、全体的な「.9」コードは減少傾向にあるものの、病院間の格差は極めて大きいという状況は改善していない。提出データ数の多い病院の「.9」コードの出現は減少しており、DPCの拡大によって新規参入病院の改善が進むことが期待される。平成20年度の改訂で対象病院に対する「委員会」の設置義務やDPC評価分科会によるヒアリング等が改善を後押ししていると考えられる。しかしながら、新たに「.8」を検証してみた結果では、小規模病院に出現率の高い病院が集中している。理由は、特異性(一部の疾患が集中する)によって「.8」の比率が高い傾向がみられるが、その一方で明らかに、「.9」となるべき傷病名に対して「.8」を与えている例がみられる。いずれにしても、厚生労働省の注意喚起や対策が「.9」減少にそれなりの成果を上げていることが推察される。とはいうものの、コードを付与する傷病名そのものが、本当に治療の対象として頻回に出現(例えば、ラクナ梗塞、多部位の間接リウマチ)するののか、という検証も必要ではないかと思われる。特に「.8」の分析で印象をもった。	平成21年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究
13	平成23年3月31日	「.9」:Unspecified(詳細不明、部位不明)コードから見るデータの質評価	DPCはICD-10による疾病分類をその基礎としており、診療報酬請求は当然として、分類の開発、分類精緻化や分類適用の妥当性の検証等、適正な傷病名の選択と適正なICDコーディングが前提となっている。しかし、我が国のICDの普及はDPC導入によって急激に進展した経緯があり、全ての医療機関に十分な環境、特に経験をもった人材を十分に配置するのは困難である。過去の本研究班での研究調査においても、データに十分な精度を持っているとは言い難い病院が散見された。もっとも、データ精度改善のために平成20年度の診療報酬改訂で対象病院の必須要件として委員会の設置が規定される等、それにあわせて一定の改善傾向がみられることも過去の調査分析で明らかとなっている。本年度研究としては、調査対象病院939の提出データを基盤に、「.9」選択について経年変化や地域(都道府県)による差異、「.9」を選択される可能性の低い疾病分類グループにおける「.9」の発生状況、また、「その他の明示された部位」等が対象となる「.8」コードも昨年に継続して分析対象とした。結果としては、全体的な「.9」コード出現比率は改善傾向にあるが、未だ病院間(地域間)に大きな較差が存在する。特定機能病院のように比較的病院機能や患者像が広範囲で総合的な病院であっても各々異なった傾向を示していることから、その原因には、病院機能によらないコーディング精度のばらつきがあることを伺わせる。特に平成20年度から21年度にかけて、改善傾向が著しい一方で、「.8」の存在はある意味アップコーディングのきっかけとなるような問題であり、また、「.8」と「.9」の存在とが逆相関にある傾向が強いことから、恣意的にコーディング操作を行っている可能性が高いことも示唆される。すなわち、その理由として、「.9」をそのまま(機械的に)「.8」に置き換えるような不適切なコーディングが存在することもわかっている。現状では、例えば「.8」コードを付与する傷病名そのものが、本当に治療の対象として頻回に出現するののか、診療記録を検証していないので、明確な答えを出すことは出来ないものの、今後は何らかの不適切なコーディングに対する検証も必要ではないかと思われる。	平成22年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究
14	平成24年3月31日	「.9」:Unspecified(詳細不明、部位不明)コードから見るデータの質評価	我が国のICDの普及はDPC導入によって急激に進展した。それ故に過去のデータの検証から判断する限りは、データ精度に問題があると思われる病院が散見される。平成20年度の診療報酬改訂でコーディング精度を改善するための委員会を院内に設置することが義務付けられたこと、中医協によるヒアリングの実施、詳細不明コードの出現比率によるペナルティ等が奏功し、総合的にはデータの改善がみられる。平成23年度については、昨年度の報告対象とした提出データにその後のデータを加えて、引き続き、詳細不明コード、すなわち、「.9」選択について経年変化等を継続して分析した。また、平成23年度現在、詳細不明コードの評価対象として提示されている「留意点コード」は、簡略化のために「詳細不明、部位不明」のキーワードで抽出されたものであるが、医療現場では、頻用的に用いられているコードが多く含まれるという指摘があり、この見直しを実施した。「.9コード」発生についての出現比率は急激に改善傾向にあるが、医療機関ごとの差異は大きなものがある。もっとも、病院規模や特定機能病院等の病院群の差というよりも、病院固有の差異となっている傾向が強い。しかしながら、平成20年度の「委員会設置要件」と同時に明らかにされた「詳細不明コード40%」のハードルは、極めて大きな改善効果をもたらしていることが明らかになっている。その一方で、「.8」コードの出現増加がみられる。「.8」については、「.9」出現との逆相関にある傾向がみられる。本来、考えにくい不適切なコーディングをしている傾向がみられる。「留意点コード」の見直しと併せて「.9」の出現比率についても、現在の「厚生労働省設定コード」、「見直し留意点コード」、「.9コード」の3種のハードルを設定して検証してみた。	平成23年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究

資料表1:過去の報告書一覧

	報告年月日	タイトル	要旨	研究費名目など
15	平成25年3月31日	診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究 「コーディングガイド」の作成	適正なDPCの分類選択を行うためには、その基礎となる傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)およびそれに対するICD分類が非常に重要である。しかし、我が国ではICDに対する医療機関の対応(スキルのレベル)は、決して十分とは言えない。過去のデータの検証からもわかるように、詳細不明コードの多用、基本的なデータ精度に問題があると思われる病院、個別の症例(データ)が少なからず存在する。平成20年度の診療報酬改定におけるコーディング精度を改善するための委員会の設置義務や詳細不明コードの出現比率によるペナルティ、本研究班主催によるセミナー開催等が奏功し、総合的にはデータの改善がみられることが過去の経年変化からもわかっている。しかしながら、主にICDの無理解もしくはルールが曖昧な部分があるためか、非常に不自然な分類がなされているケースが多々存在すると、審査支払機関やDPC評価分科会から指摘されている。 このような状況を改善するために、DPC評価分科会および平成24年度診療報酬改定時の今後の方針としてコーディングマニュアル(ガイド)の作成が提案され、今般、過去の本研究の結果を踏まえ、ICD分類に準拠したコーディングガイドの作成を行った。	平成23年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究
16	平成26年3月31日	「我が国の医療資源の必要量の定量とその適正な配分から見た医療評価のあり方に関する研究」 「コーディングテキスト」の開発	DPCが誕生して以来、分類選択の基盤となる、傷病名の適切な選択とICDコーディング精度改善は大きな課題となっており、DPC評価分科会においても、分析データ精度に強く関わることで、何度もこの議論は俎上に上がってきた。平成20年度の診療報酬改定時に、DPC対象病院においては、具体的にコーディングの適正化についての委員会を設置し、コーディング改善に取り組む義務が明確にされた。併せて、平成24年6月20日DPC評価分科会にて、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)が提示され、その中で、平成25年秋頃までを目処に、「コーディングマニュアルの作成」を本研究班で行うことが示された。その後、本研究班において、コーディングテキストを作成し、平成24年12月7日、平成24年度、中医協第6回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において、version 0.75段階のものを、本研究班に所属する、松田委員提出資料として公開した。また24年度の本研究班の報告書中では、修正を加えたものをVer.1.0として公開した。その後も、本研究班として、厚生労働省医療課によって調査が行われた、地方厚生局、審査支払機関からのアンケート結果等を踏まえて修正を重ねた。また、平成25年9月には実務者としての意見聴取のために、東京、大阪、福岡の3カ所において、日本診療情報管理士会の診療情報管理士指導者を中心とした実務者に対しての意見聴取会等を開催した(東京会場では、厚生労働省医療課担当、本研究班員が各1名参加)。このような意見聴取の方法を講じることを通じて、審査や病院の現場における意見や運用にかかる課題等も踏まえて改善を試みた。また、システムベンダーによるシステムによる支援を視野にDPCのコーディングツールに組み込むことも前提として、新たに6桁分類に対する「留意点コメントリスト」を作成しVer.2.0には添付した(システムベンダーと意見交換継続)。 最終的にはVer.2.0をベースにした厚生労働省事務局案が平成24年12月9日のDPC評価分科会で公開、承認されたが、加えて平成26年度の診療報酬改定を目処に開発を続けているところである。「留意点コメントリスト」については、前述のコーディングテキストの一部(暫定版)として公開されたところであるが、現在作業を継続している最新版を添付した。	平成25年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究
17	平成27年3月31日	「我が国の医療資源の必要量の定量とその適正な配分から見た医療評価のあり方に関する研究」 「コーディングテキスト」の見直し	平成26年度の診療報酬改定で、診療情報管理の更なる充実を評価するため、平成12年度の診療報酬改定で誕生した診療録管理体制加算の上位評価として、「診療録管理体制加算1」が設けられた。DPCの分類選択のためには、傷病名の適切な選択とそれに関連して精度の高いICDコーディングが必須とされているが、この精度問題は何度もDPC評価分科会において議論され、平成20年度の診療報酬改定時に、DPC対象病院においては、コーディングの適正化についての委員会を設置し、コーディング改善に取り組むことが責務とされた。また、当該委員会での活用を念頭に、本研究班において、コーディングマニュアル(後にコーディングテキスト)を作成することが示された。まず、平成24年12月7日、平成24年度、中医協第6回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において、version 0.75として公開、その後も修正を続け、24年度の本研究班の報告書中でVer.1.0として公開した。その後も本研究班として検討を重ねると共に、厚生労働省医療課による地方厚生局、審査支払機関へのアンケート結果、日本診療情報管理士会の診療情報管理士指導者を中心とした実務者に対しての意見聴取会の意見を反映した、Ver.2.0を平成25年度の本報告書にて公開した。最終的には、平成26年度の診療報酬改定時に厚生労働省版として公開されたが継続して見直ししていくことも明らかにされた。 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をしていくが、DPCを経験している診療情報管理士の意見を集約してコーディングテキストの改善点を検討し、改善すべきポイントを提案する。	平成26年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究
18	平成28年3月31日	「我が国の医療資源の必要量の定量とその適正な配分から見た医療評価のあり方に関する研究」 「コーディングテキスト」の見直し	DPC対象病院においては、コーディングの適正化についての委員会を設置し、コーディング改善に取り組むことが責務とされているが、最近では、地域包括ケア病床届出にはデータ提出加算が義務付けられる等、DPCデータの適切な作成はDPC対象病院以外にも課題となっている。 その一方で、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として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の議論、所属の診療情報管理士40名以上に対して、東京、大阪、福岡、新潟、福島千円で意見聴取、議論を重ね、コーディングテキストの見直しを実施した。そして、平成28年度改定のたたき台として提案することとした。	平成27年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究

資料表1:過去の報告書一覧

	報告年月日	タイトル	要旨	研究費名目など
19	平成29年3月31日	「診断群分類を用いた外来機能、アウトライヤー評価を含む病院機能評価手法とセキュアなデータベース利活用手法の開発に関する研究」:ICD-10(2013年版)適用への対応について	<p>過去、平成10年11月の日本版DRGの試行的導入以来、傷病名の定義は、国際疾病分類(ICDと略す)で行われてきたが、ICD-9→ICD-10→ICD-10(2003年版)というように疾病分類の改定を経ている。特にICD-9からICD-10への改定は極めて大きな変化ではあったが、当時の日本版DRGの試行病院が10病院しかなかったこと、10病院のうち3病院しか院内でデータベースを構築出来ていなかったこと、デジタル化が十分な時代ではなかったこと等の状況であったことと併せて、ICDコーディングには人間の介入(コーディングを行うスキルに依存するが)という要素が大きく、大きな問題とはならなかった。また、2003年版への変更についても変更の影響が少なかったことから同様に大きな問題とはならなかった。しかし、10年以上の間、わが国ではICDの改定が先送りされてきたことから、2013年版への改定については、比較的变化箇所も多く、さらに現在のICDコーディングもそのツール等がデジタル化された時代を反映して、標準病名マスターやコーディングツール等への依存度も高く、分類開発、病院における日常運用、影響調査等、総合的な配慮と対応が求められており、行政、審査支払機関、システムベンダー、病院と、多方面の十分な理解と対応が必要となる。</p> <p>ここでは、ICD-10(2013年版)の改定に対する課題や対応方法を検討、研究した。なお、その結果については、平成29年度初頭に予定されている、過去の影響調査データ(ICDコーディング)に関する再コーディング作業に資することを目的とした。</p> <p>※なお、報告書中の表については、スペースの都合もあり、一部を本文中に抜粋して記しているが、詳細は、添付のDVDに収載している。</p>	平成28年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業) 分担研究

資料表 2 : 国際疾病分類 (ICD) の体系 : ICD9 と ICD10 の対応表

章	ICD9	分類	章	ICD10	分類	留意点
I	001-139	感染症及び寄生虫症	I	A00-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	140-239	新生物	II	C00-D48	新生物	(転移の場合)、術後、治療後を記載、単なる嚢腫は新生物ではないので注意
III	240-279	内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害	III	D50-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	280-289	血液および造血器の疾患	IV	E00-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	290-319	精神障害	V	F00-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	320-389	神経系および感覚器の疾患	VI	G00-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	H00-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
			VII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
VII	390-459	循環系の疾患	IX	I00-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
VIII	460-519	呼吸系の疾患	X	J00-J99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
IX	520-579	消化系の疾患	XI	K00-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
X	580-629	泌尿生殖系の疾患	XII	L00-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
XI	630-676	妊娠、分娩および産じょくの合併症	XII	M00-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
XII	680-709	皮膚および皮下組織の疾患	XIV	N00-N99	尿路生殖器系の疾患	妊娠がある場合はその記載
XIII	710-739	筋骨格系および結合組織の疾患	XV	O00-O99	妊娠、分娩および産じょく	妊娠週数、分娩方法の記載、自然分娩以外は原因疾患の記載
XIV	740-759	先天異常	XVI	P00-P96	周産期に発生した病態	周産期の病態のうち先天異常を除くものが該当
XV	760-779	周産期に発生した主要病態	XVI	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常	先天性の記載
XVI	780-799	症状、徴候および診断名不明確の状態	XVI	R00-R99	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	
XVII	800-999	損傷および中毒	XIX	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響	の区別、骨折の場合は開放性、閉鎖性の記載。また、処置手術に起因する病態はその旨を明記する
	E800-E99	損傷および中毒の外因の補助分類	XX	V01-Y98	傷病および死亡の外因	疾病分類には原則として使用しない
	V01-V82	健サービス受療の理湯に関する補助分類	XXI	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	

資料表 3 : ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点 : ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類 (疾患名)	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	循環器科	泌尿器科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科	
A04, A08	008	その他の病原体による腸感染	ぶどう球菌性腸炎	原因菌 (大腸菌、アリゾナ菌、アデノウイルス等) の記載、感染性が非感染性かの記載	1			1			1	1										
A09	009	診断名不明確な腸感染	感染性大腸炎	原因菌の記載	1			1			1	1			1							
A15	011	肺結核	肺結核	検査方法の記載、陳旧性か否かの記載			1								1							
B02	053	帯状疱疹	帯状疱疹、ラムゼイ・ハント症候群	多発、単神経、合併症の記載	1										1					1	1	
B00	054	単純疱疹	単純疱疹による角結膜炎	多発、単神経、合併症の記載											1					1	1	
***	070	ウイルス性肝炎	慢性C型ウイルス性肝炎	激症、慢性、急性、型の区別の記載	1			1														
B15	***	急性A型肝炎			1			1														
B16	***	急性B型肝炎			1			1														
B17	***	その他のウイルス肝炎	急性C型肝炎、急性E型肝炎		1			1														
B18	***	慢性ウイルス肝炎	慢性B型肝炎		1			1														
B19	***	詳細不明のウイルス肝炎			1			1														
B27	075	伝染性単核細胞症	伝染性単核球症		1			1														
D86	135	サルコイドーシス	心サルコイドーシス					1														
M35	136	その他および詳細不明の感染症および寄生虫症	ベーチェット病		1			1														
B90	137	結核の後遺症	陳旧性肺結核、陳旧性腸結核	「陳旧性肺結核」のように記載			1					1										
C01, C02	141	舌の悪性新生物	舌口腔底癌	部位 (舌基底、舌腹面等) の記載																		1
C09, C10	146	中咽頭の悪性新生物	中咽頭腫瘍 (扁桃) 悪性腫瘍	部位 (扁桃、扁桃窩、口蓋弓等) の記載																		1
C12, C13	148	下咽頭の悪性新生物	後輪状軟骨部癌	部位 (後輪状軟骨部、梨状陥凹等) の記載																		1
C15	150	食道の悪性新生物	上部食道癌	部位 (上、中、下等) の記載				1				1										1
C16	151	胃の悪性新生物	胃噴門部癌、残胃癌	部位 (噴門、幽門、胃底部等) の記載	1			1				1										1
C18	153	結腸の悪性新生物	横行結腸癌、下行結腸癌	部位 (右結腸曲、横行結腸、下行結腸等) の記載	1			1				1										1

資料表 3 : ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点 : ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類 (疾患名)	汎用疾患名の例	留意点	内科	精神科	神経内	呼吸器	消化器	循環器	泌尿器	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器	心臓科	小児科	皮膚科	泌尿器	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科	
C19	154	直腸、S状結腸移行部および肛門の悪性新生物	直腸S状結腸移行部癌、盲腸癌	部位 (直腸、S状結腸移行部、直腸等) の記載																							
C22	155	肝および肝内胆管の悪性新生物	原発性肝細胞癌、肝内胆管癌	肝内、肝外の区別を明確にする	1																						
C23	156	胆嚢および肝外胆管の悪性新生物	肝門部胆管癌、十二指腸乳頭部癌	肝内、肝外の区別を明確にする	1																						
C25	157	膣の悪性新生物	膣頭部癌、膣体部癌、	部位 (膣頭部、膣体部等) の記載	1																						
C32	161	喉頭の悪性新生物	喉頭癌 (声門)	部位 (声門、声門上部、喉頭軟骨等) の記載																							
C34	162	気管、気管支および肺の悪性新生物	肺癌 (上葉)、中葉肺癌	部位 (気管、主気管支、上葉等) の記載	1																						
C40, C41	170	骨および関節軟骨の悪性新生物	右仙腸関節部腫瘍 (悪性)、右大腿骨骨肉腫	部位 (頭蓋骨、下顎骨、大腿骨等) の記載																							
C49	171	結合組織およびその他の軟部組織の悪性新生物	右股部軟部悪性腫瘍	後腹膜との区別が必要なので部位を明確にする																							
C50	174	女性乳房の悪性新生物	右乳癌 (下内側4分の1)	部位 (乳頭、中央部、上内側4分の1等) の記載																							
C53	180	子宮頸の悪性新生物	子宮内頸部癌	部位 (子宮内頸、子宮外頸等) の記載																							
C54	182	子宮体の悪性新生物	子宮体癌、子宮峡部癌	部位 (子宮体、子宮峡部等) の記載																							
C56, C57	183	卵巣およびその他の子宮付属器の悪性新生物	卵巣癌、卵管癌	部位 (卵巣、卵管、子宮広間膜等) の記載																							
C61	185	前立腺の悪性新生物	前立腺癌																								
C67	188	膀胱の悪性新生物	膀胱癌 (膀胱三角)、膀胱癌 (尿管口)	部位 (膀胱三角、側壁、前庭等) の記載																							
C64, C65, C66, C68	189	腎ならびにその他および部位不明の泌尿器の悪性新生物	右腎細胞癌、腎盂癌	部位 (腎、腎盂、尿管等) の記載	1																						
C71	191	脳の悪性新生物	大脳神経膠芽腫	部位 (大脳、前頭葉、側頭葉等) の記載																							
C73	193	甲状腺の悪性新生物	甲状腺癌																								
C77	196	リンパ節の続発性および詳細不明の悪性新生物	頸部リンパ節転移	部位 (頭、顔面、頸部、胸腔内、腋窩等) の記載																							
C78	197	呼吸系および消化系の続発性の悪性新生物	転移性肺癌、転移性肝癌	部位 (肺、縦隔、胸膜、肝、小腸等) の記載	1																						
C79	198	その他の明示された部位の続発性悪性新生物	転移性脳腫瘍、左大腿骨頭転移	部位 (腎、皮膚、骨、脳等) の記載	1																						
C84	202	リンパ様および組織球組織のその他の悪性新生物	悪性リンパ腫	性状の記載	1																						

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	循環器科	泌尿器科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科		
C90	203	多発性骨髄腫および免疫増殖性新生物	多発性骨髄腫		1							1											
C91	204	リンパ性白血病	急性リンパ性白血病		1																		
C92	205	骨髄性白血病	急性骨髄性白血病	慢性、急性、亜急性等の記載	1																		
C93	206	単球性白血病	急性単球性白血病	慢性、急性、亜急性等の記載	1																		
D10, D11	210	口唇、口腔および咽頭の良性新生物	舌線維腫	部位（口唇、扁桃、舌等）の記載																1	1		
D13	211	その他の部位の消化系の良性新生物	胃ポリープ、十二指腸ポリープ	部位（食道、胃、小腸、結腸等）の記載	1			1				1									1		
D09, D10, D14, D15	212	呼吸器および胸腔内臓器の良性新生物	喉頭乳頭腫、胸腺腫	部位（鼻腔、副鼻腔、喉頭等）の記載			1								1					1	1		
D16	213	骨および関節軟骨の良性新生物	右橈骨軟骨腫、右脛骨線維腫	部位（頭蓋骨、顔面骨、舌顎骨等）の記載									1									1	
D17	214	脂肪腫	右側胸部脂肪腫										1	1	1	1						1	
D19-D21	215	結合組織およびその他の軟骨部のその他の良性新生物	左前腕軟部線維腫	部位（頭、顔面、頸、上肢等）の記載								1	1		1							1	
D22	216	皮膚の良性新生物	背部母斑、舌口唇良性腫瘍	部位（口唇、眼瞼、耳等）の記載										1			1						
D24	217	乳房の良性新生物	右乳腺線維腺腫									1	1										
D25	218	子宮平滑筋腫	子宮筋腫																			1	
D27	220	卵巣の良性新生物	左卵巣皮様嚢腫		1																		
D32	225	脳およびその他の神経系の良性新生物	小脳血管芽腫、脳髄膜腫	部位（脳、脳神経、脳髄膜等）の記載									1		1								
D35	227	その他の内分泌腺および関連組織の良性新生物	下垂体腺腫、副腎腺腫	部位（副腎、副甲状腺、下垂体等）の記載											1								
D18	228	血管腫およびリンパ管腫	肝血管腫										1	1	1		1	1				1	1
D05, D06	233	乳房および泌尿生殖器系の上皮内癌	乳房上皮内癌、子宮頸部上皮内癌	部位（乳房、前立腺、膀胱等）の記載								1										1	1
D37	235	消化系および呼吸系の性状不明の新生物	胃カルチノイド				1	1							1								
D48	238	その他の部位・組織および部位・組織不明の新生物	骨髄異形成症候群		1								1										
E04	240	単純性および詳細不明の甲状腺腫	甲状腺腫瘍	腺腫（アデノーマ）は新生物に該当する	1							1										1	

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	循環器科	小児科	整形外科	形成外科	放射線科	心臓科	泌尿器科	皮膚科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	歯科
E04	241	非中毒性結節性甲状腺腫	結節性甲状腺腫		1						1										1
E05	242	甲状腺腫を伴う、または伴わない甲状腺中毒症	バセドウ病（甲状腺腫を伴う）、甲状腺機能亢進症	バセドウ病、甲状腺腫を伴うか否か	1						1										1
E01	244	後天性甲状腺機能低下	術後甲状腺機能低下症	術後処置等の記載	1																
E06	245	甲状腺炎	亜急性甲状腺炎	急性、亜急性、慢性リンパ球性等の記載	1																
***	250	糖尿病	糖尿病（NIDDM）、糖尿病性網膜症合併	急性、亜急性、慢性リンパ球性等の記載 [NIDDM]、[IDDM]、ステロイド性、合併症（ケトアシドーシス、腎合併、眼合併）の明記、成人型若年型の区別の記載	1				1												
E10	250	インスリン依存性糖尿病<IDDM>			1				1												
E11	250	インスリン非依存性糖尿病<IDDM>			1				1												
E12	250	栄養障害に関連する糖尿病			1				1												
E13	250	その他の明示された糖尿病			1				1												
E14	250	詳細不明の糖尿病			1				1												
E22	253	下垂体および視床下部制御障害	中枢性尿崩症		1						1										
E26, E27	255	副腎の障害	原発性アルドステロン症、アジソン病		1																
E78	272	脂質代謝障害	家族性高コレステロール血症、高脂血症（A群）、高脂血症（B群）	家族性、A群等の記載	1																
D89, E88	273	血漿たんぱく代謝障害	多クローン性高ガンマグロブリン血症、低アルブミン血症		1																
E86, E87	276	体液、電解質および酸塩基平衡障害	低ナトリウム血症、高カリウム血症、脱水症		1				1	1											
E66, E67	278	肥満およびその他の摂食過剰	単純性肥満、ビタミンA過剰症		1																
D80-D84	279	免疫機構の障害	後天性免疫不全症候群		1				1												
D50	280	鉄欠乏性貧血	鉄欠乏性貧血		1																
D61	284	再生不良性貧血	再生不良性貧血		1																
D69	287	紫斑病およびその他の出血病態	特発性血小板減少性紫斑病		1																
D75	289	血液および造血器その他の疾患	後天性多血症	続発性、本態性、家族性の記載	1						1										1

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	泌尿器科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科	
F00-F03	290	老年期および初老期の器質精神病	アルツハイマー型老年痴呆	痴呆の区別		1															
F20	295	精神分裂病	妄想型精神分裂病			1															
F32, F33	296	躁鬱病	躁鬱病、抑鬱病型			1															
F22, F24	297	妄想状態	妄想状態、単純型妄想症			1															
F34, F41, F42	300	神経症	神経病性抑鬱ヒステリー			1															
F60-F62	301	人格異常	妄想性人格異常、無力性人格異常			1															
F45	306	精神的諸要因による身体的病態	過換気症候群			1															
F43	308	急性ストレス反応	急性ストレス反応（主として感情障害）			1															
F42	309	不適応反応	不適応反応（短期抑鬱反応）			1															
G21	332	パーキンソン病	動脈硬化性パーキンソン病、薬物によるパーキンソン症候群		1	1	1														
G40	345	てんかん	てんかん重積、症候性てんかん、痙攣を伴うてんかん	型の記載		1	1							1							
G51	351	顔面神経障害	右顔面神経麻痺、ベル麻痺			1															1
G56	354	上肢の単神経炎および多発性単神経炎	左手根管症候群、右尺骨神経不全麻痺									1									
G60-G61	357	炎症性および中毒性ニューロパシー	ギラン・バレー症候群	単純、多発の区別		1															
H33	361	網膜剥離および欠損	右裂孔原性網膜剥離	裂孔の有無																	1
H34-H36	362	その他の網膜の障害	両糖尿病性網膜症																		1
H40, H42	365	緑内障	両閉塞隅角緑内障、原発閉塞隅角緑内障	原因の記載																	1
H25, H26, H28	366	白内障	右アトピー性白内障、右老人性白内障	原因の記載（糖尿病性老人性、外傷性等）、眼内レンズ挿入の有無	1																1
H16	370	角膜炎	右水泡性角膜炎、右角膜潰瘍																		1
H02	374	眼瞼のその他の障害	右眼瞼下垂																		1
H04	375	涙器系の障害	両慢性涙囊炎、右涙小管狭窄																		1

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	循環器科	泌尿器科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	歯科	
H49, H50	378	斜視およびその他の両眼の眼球運動障害	左外斜視、上斜視	種類を明示する																1	
H43	379	眼のその他の障害	右硝子体出血、飛蚊症																		1
H81	386	めまい症候群および前庭系のその他の障害	良性発作性めまい、頭位転換性めまい	単なるめまいと耳性のめまいを明確にする	1	1															1
H90, H91	388	耳のその他の障害	左ステロイド依存性感音難聴、突発性難聴																		1
I 05	394	僧帽弁の疾患（リウマチ性）	リウマチ性僧帽弁閉鎖不全症	リウマチ性か否かの区別、他の弁との関係の記載					1						1						
I 06	395	大動脈弁の疾患（リウマチ性）	リウマチ性大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症	リウマチ性か否かの区別、他の弁との関係の記載					1						1						
I 10	401	本態性高血圧	良性本態性高血圧症、悪性本態性高血圧症	良性、悪性の区別、一般の高血圧と明確に区別	1																
I 11	402	高血圧性心疾患	良性高血圧性心臓病	良性、悪性の区別、高血圧性であることを明確に記載					1												
I 15	405	二次性高血圧	悪性二次性高血圧症、腎性高血圧症	良性、悪性の区別を記載	1																
I 21	410	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞（下後壁）、非貫壁性急性心筋梗塞	梗塞部位、治療歴の記載、急性を明示	1										1						
I 25	412	陳旧性心筋梗塞	陳旧性心筋梗塞（経皮的冠動脈形成術後）	陳旧性を明示	1										1						
I 20	413	狭心症	安静時及び労作性狭心症	安静時、異型などの記載	1				1						1						
I 42	425	心筋症	拡張型心筋症	型の区別					1												
I 44	426	伝導障害	完全房室ブロック、3度房室ブロック、右脚ブロック	障害の程度、型の記載					1												
I 47	427	不整脈	発作性上室性頻拍症、発作性心房細動		1				1												
I 50	428	心不全	鬱血性心不全、心不全（急性肺水腫）	原疾患の記載	1				1												
I 60	430	くも膜下出血	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤												1						
I 61	431	脳内出血	左被殻出血	出血部位を明示	1	1									1						
I 62	432	その他および詳細不明の頭蓋内出血	左慢性硬膜下血腫（非外傷性）		1	1									1						
I 65	433	脳実質外動脈の狭塞および狭窄	左頸動脈狭窄、右中大動脈狭窄		1	1									1						
I 63	434	脳動脈の狭塞	脳動脈血栓症、脳梗塞（心原性塞栓症）	脳血栓、脳塞栓の有無の記載	1	1									1						

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	循環器科	小児科	整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科	
G45	435	一過性脳虚血	一過性脳虚血発作		1		1														
I67	437	その他および診断名不明確の脳血管疾患	未破裂性左中大脳動脈動脈瘤	出血の有無の記載	1		1														
I70	440	じゅく状硬化	両下肢閉塞性動脈硬化症、 両網膜動脈硬化症	部位を明示																	
I71	441	大動脈瘤	解離性胸部大動脈瘤、腹部 大動脈瘤（破裂性）	部位の記載、破裂性か否か																	
I73	443	その他の末梢血管疾患	ビュルガ-病	部位を記載																	
I74	444	動脈塞栓および血栓	右下肢急性動脈閉塞症	部位、状態の記載																	
M30, M31	446	結節性多発性動脈炎および類似疾患	大動脈炎症候群																		
I80	451	静脈炎および血栓静脈炎	左下肢深部静脈血栓症	表在血管、深在血管の記載																	
I83	454	下肢の静脈瘤	右下肢静脈瘤性潰瘍	潰瘍、炎症を記載																	
I85	456	その他の部位の静脈瘤	食道静脈瘤	出血を伴うか否かの記載、肝硬変合併の有無の記載				1			1										
J03	463	急性扁桃炎	急性化膿性扁桃炎																		1
J06	465	多部位または部位不明の急性上気道感染	急性喉頭咽頭炎、上気道炎					1			1										
J20, J21	466	急性気管支炎および急性細気管支炎	急性細気管支炎、急性気管支炎	急性、慢性、アレルギー性、喘息性（重積発作の有無）、急性増悪などの記載				1			1										
J33	471	鼻ポリープ	両鼻茸、左鼻咽頭ポリープ																		1
J32	473	慢性副鼻腔炎	左上顎洞炎	位置を明示する→口腔組織との区別のため																	1
J35	474	扁桃およびアデノイドの慢性疾患	両慢性扁桃炎、扁桃肥大																		1
J36	475	扁桃周囲膿瘍	右扁桃周囲膿瘍																		1
J14, J15	482	その他の細菌性肺炎	細菌性肺炎（インフルエンザ菌）、MRSA肺炎	病原体、急性慢性、性状の記載	1		1				1										
J15	483	その他の明示された病原体による肺炎	マイコプラズマ肺炎	病原体、急性慢性、性状の記載	1		1				1										
J18	485	気管支肺炎、病原体不明	気管支肺炎（病原体不明）	病原体（不明であればその記載）、急性慢性、性状の記載	1		1				1										
J18	486	肺炎、病原体不明	遷延性肺炎（病原体不明）	病原体（不明であればその記載）、急性慢性、性状の記載	1		1				1										

資料表 3 : ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点 : ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類 (疾患名)	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	循環器科	泌尿器科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	心臓科	小児科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科	
J43	492	肺気腫	慢性肺気腫				1																			
J45	493	喘息	アトピー性喘息、内因性喘息	外因性、内因性、重積発作を伴うか否か			1				1															
J47	494	気管支拡張症	気管支拡張症				1																			
J69	507	固体および液体による肺炎	誤嚥性急性肺炎、リポイド肺炎		1		1																			
J86	510	膿胸	膿胸、気管支瘻	瘻を伴うか否か			1								1											
J93	512	気胸	右自然気胸				1								1											
J84	516	その他の肺胞性および肺泡周囲性肺炎	特発性間質性肺炎				1																			
J82, J98	518	肺のその他の疾患	縦隔気腫、肺好酸球症、無気肺				1								1											
K04	522	歯髄および根尖歯周組織の疾患	歯髄性急性根尖性歯周炎																						1	
K10	526	顎の疾患	急性顎骨炎、ドライソケット	急性、慢性、化膿性等の記載																				1	1	
K11	527	唾液腺の疾患	右顎下腺唾石症、左耳下腺炎、がま腫																						1	
K12	528	口軟組織の疾患	口腔内アフタ性潰瘍、潰瘍性口内炎																						1	1
K20, K21, K22	530	食道の疾患	逆流性食道炎、食道アカラシア					1																	1	
K25	531	胃潰瘍	急性出血性胃潰瘍	急性、慢性、出血の有無、穿孔の有無の記載	1		1				1														1	
K26	532	十二指腸潰瘍	十二指腸潰瘍 (穿孔を伴う)	急性、慢性、出血の有無、穿孔の有無の記載	1		1				1														1	
K29	535	胃炎および十二指腸炎	急性胃炎、アルコール性胃炎		1		1				1															
K35	540	急性虫垂炎	穿孔性虫垂炎、急性虫垂炎 (右下腹部膿瘍)					1			1				1											
K40	550	そけいヘルニア	左巣径ヘルニア					1			1				1											
K41	553	閉塞または壊疽の記載のない腹腔のその他のヘルニア	腹壁癒痕ヘルニア、臍ヘルニア								1				1											
K50	555	限局性腸炎	限局性回腸炎、クローン病 (十二指腸)	部位の記載	1		1																			
K51	556	特発性直腸結腸炎	潰瘍性大腸炎		1		1																			

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	精神科	呼吸器科	消化器科	循環器科	泌尿器科	小児科	整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	心臓科	小児科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科
K55	557	腸の血行不全	虚血性大腸炎						1			1														
K52	558	その他の非感染性胃腸炎および大腸炎	急性胃腸炎（非感染性）						1			1														
K56	560	腸閉塞、ヘルニアの記載のないもの	腸重積症、痙攣性イレウス	閉塞をおこした原因（術後性の有無等）、閉塞の状態の記載	1							1	1								1					
K57	562	腸憩室	大腸憩室炎、S状結腸憩室	小腸、大腸の区別									1													
K58, K59	564	機能的消化障害、他に分類されないもの	過敏性腸症候群、巨大結腸症候群、大腸アトニー、便秘						1			1														
K65, K67	567	腹膜炎	腹腔内膿瘍、汎発性化膿性腹膜炎	原因の明示（癌性、化膿性、術後等）					1			1														
K62, K63	569	腸のその他の障害	横行結腸穿孔、肛門部出血、S状結腸周囲炎、直腸脱										1								1					
***	571	慢性肝疾患および肝硬変	アルコール性肝硬変症、活動性慢性肝炎、脂肪肝	ウイルス性、アルコール性が否かの記載	1				1			1														
K70	***	アルコール性肝疾患	アルコール性肝炎、肝硬変症		1				1																	
K71	***	中毒性肝疾患	薬物性肝炎、薬物による肝不全（急性）		1				1																	
K72	***	肝不全、他に分類されないもの	肝性脳症、慢性肝不全		1				1																	
K74	***	肝繊維症および肝硬変	肝繊維症、原発性胆汁性肝硬変		1				1																	
K75	***	その他の炎症性肝疾患	肝膿瘍、門脈静脈炎		1				1																	
K77	572	肝膿瘍および慢性肝疾患の続発症	肝性脳症、肝性昏睡		1				1																	
K76	573	その他の肝障害	肝のう胞、肝梗塞、自己免疫性肝炎		1				1																	
K80	574	胆石症	急性胆嚢炎を伴う胆嚢結石	胆嚢炎を伴うか否か、嵌頓の有無の記載					1			1														
K81, K82	575	胆のうのその他の障害	急性胆嚢炎、胆嚢水腫、胆嚢穿孔						1			1														
K83	576	その他の胆道の障害	閉塞性黄疸、胆管瘻孔						1			1														
K85, K86	577	膵の疾患	急性膵炎、膵嚢胞、慢性膵炎	急性、慢性の区別を記載					1																	
N04	581	ネフローゼ症候群	ネフローゼ症候群		1																	1				
N03	582	慢性糸球体腎炎	慢性糸球体腎炎（I g A腎症）		1																	1				

資料表3：ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点：ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点	内科	神経科	呼吸器科	消化器科	泌尿器科	小児科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科		
L03	682	その他の蜂巣炎および膿瘍	左下肢蜂窩織炎	部位の記載							1									1	
L81-L85	701	皮膚のその他の肥大症および萎縮症	角化症、ケロイド								1									1	
L89	707	皮膚の慢性潰瘍	両下肢切断部潰瘍、右褥創（臀部）、左下腿潰瘍								1	1								1	
L50	708	蕁麻疹	急性アレルギー性蕁麻疹	アレルギー性、寒冷等の記載																1	
M32-M35	710	結合組織のびまん性疾患									1										
M05, M06	714	慢性関節リウマチおよびその他の炎症性の多発性関節症	慢性関節リウマチ								1										
M16-M19	715	変形性関節症および類似症	両変形性膝関節症								1										
M23	717	膝内障	右膝内障								1										
M47, M48	721	脊椎症および類似の障害	頸椎症性脊髄症、頸部神経根症	ミエロパシーを伴うか否かの区別、その他分類が詳細に渡るためICDに関する成書を確認のこと							1										
M50, M51	722	椎間板障害	腰椎椎間板ヘルニア（ミエロパシーを伴う）	ミエロパシーを伴うか否かの区別							1										
M50, M51	723	頸部のその他の障害	頸部神経根症、頸椎症性神経根症								1										
M48, M54	724	背部のその他および詳細不明の障害	腰部脊柱管狭窄症、座骨神経痛								1										
M79	729	軟部組織のその他の障害	結合組織炎、線維筋肉痛								1										
M86	730	骨髄炎、骨膜炎および骨に併発するその他の感染	放射性肋骨壊死、脛骨慢性化膿性骨髄炎								1										
M80, M81	733	骨および軟骨のその他の障害	脊椎骨粗鬆症								1										
M43	738	その他の後天性変形	第4腰椎変性すべり症								1										
Q18	744	耳、顔および顎の先天異常	先天性瘻孔																		1
Q21	745	心臓球の異常および心中隔閉鎖異常	心室中隔欠損症、心房中隔欠損症																		1
Q25, Q26	747	循環系のその他の先天異常	肺動脈管開存症																		1
Q36, Q37	749	口蓋裂および唇裂	口蓋裂、唇顎口蓋裂																		1
Q40	750	上部消化管のその他の先天異常	舌小帯短縮症																		1

資料表 3 : ICD9、ICD10に準拠した汎用病名の例示と疾患名記載についての留意点 : ICD9順に配置

ICD-10	ICD-9	疾病分類 (疾患名)	汎用疾患名の例	留意点
S72	821	その他の部位および部位不明の大腿骨骨折	閉鎖性右大腿骨骨	閉鎖性、開放性の区別の記載、部位の記載
S82	822	膝蓋骨骨折	閉鎖性左膝蓋骨骨折	閉鎖性、開放性の区別の記載
S82	823	脛骨および腓骨骨折	閉鎖性右脛骨骨幹骨折	閉鎖性、開放性の区別の記載、部位の記載
S92	824	足関節部骨折	閉鎖性右足関節両果骨折	閉鎖性、開放性の区別の記載、部位の記載
S83	836	膝関節脱臼	左膝内側半月板断裂	新鮮裂傷か否かの記載、閉鎖性、開放性の区別の記載、部位の記載
S32	852	くも膜下、硬膜下および硬膜外出血、損傷に続発するもの	硬膜下血腫	外傷性の場合は明示する
T90-T98	905	筋骨格および結合組織損傷の後遺症	右肘骨折後変形	
T42	967	鎮痛薬および睡眠薬の中毒	急性薬物中毒 (バルビツール酸系)	薬物の種類の記載
T82-T85	996	特定の明示された処置の合併症	左人工股関節術後の緩み、腹部大動脈瘤バイパス術後の人工血管閉塞	
K91	997	明示された体組織系に影響する合併症、他に分類されないもの	胃癌術後イレウス	
T81	998	その他の処置の合併症、他に分類されないもの	術後創出血、虫垂切除後腹壁膿瘍	
Z36	V28	出産前スクリーニング	羊水検査	
Z42	V51	形成手術に関連するアフタケア	乳房再建術後	
Z00	V70	一般医学的検査	人間ドック	

内科	神経内	呼吸器	消化器	循環器	泌尿器	小児科	整形外科	形成外科	放射線科	心臓血管科	小児科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	歯科
							1												
							1												
							1												
							1												
		1				1		1											
								1				1							
																			1
																			1
1																			
#	#	#	#	#	#	#	#	9	#	#	#	#	8	#	#	#	#	#	7