

# DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト (案)

平成26年●月

厚生労働省保険局医療課

## 目次

I. はじめに	4
1. 序文	4
1) 本コーディングテキストについて	
2) 本書が必要とされた背景	
3) なぜ適切な DPC、ICD コーディングが求められるのか	
4) 本書の帰属先について	
5) 本書が想定する対象者	
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	6
1) DPC/ PDPS のコーディング手順について	
2) DPC コーディングに係る体制	
3) 適切なコーディングに関する委員会活動、その理念について	
3. 疑義がある場合の問い合わせ先	8
4. 参考資料	8
5. 本書で使用される「用語」について	8
II. 総論	9
1. DPC (診断群分類) の基本構造について	9
1) DPC (診断群分類) は大きく 3 層構造で構成されている	
2) DPC 分類と ICD 分類	
3) 傷病名コーディングが必要となるレセプト・退院患者調査の記載欄と留意事項について	
4) 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. コーディングの基本的な考え方	18
1) 診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について	
2) コーディングの基本と傷病名選択の定義	
3. 傷病名のコーディングにあたっての注意点	26
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、コーディングで留意すべきこと

Ⅲ. 付録 : . . . . . 38

- ・ DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集

# I. はじめに

## 1. 序文

### 1) 本コーディングテキストについて

- 本コーディングテキスト（以下、「本書」という）は、DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式）に関連する医療機関において、DPC レセプトの作成や DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）の様式 1 の作成等の際に適切な傷病名のコーディングを行うための参考資料として作成されたものである。
- 本書は、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 7 月 26 日）で報告された「DPC/PDPS コーディングガイド（厚生労働科学研究班（※）作成）」を元に、地方厚生局、審査支払機関、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士指導者等の意見を集約して見直しを行い、作成されている。  
（※平成 24 年度厚生労働科学研究「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（研究代表者 伏見清秀）」）
- 本書は、傷病名コーディングの基本的な考え方や、コーディングを適切に行うために望ましい病院の体制等について、DPC/PDPS に関連する各医療機関に周知することを目的としている。
- なお、本書は、傷病名のコーディングに係る事例を完全に網羅するものではなく、臨床現場の意見や DPC/PDPS 全体に関する議論等も踏まえ、事例の追加や基本的な考え方の修正等の改訂を行うことを予定している。

### 2) 本書が作成された背景

- DPC 対象病院は年々増加傾向となっており、DPC/PDPS（診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式）による診療報酬の支払い方式が拡大している中で、DPC/PDPS を適切に運用するため、今後ますます適切な傷病名コーディングが求められている。
- DPC 制度は、疾病の分類方法として「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（国際疾病分類）：ICD-10 2003 年版準拠（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 以下、「ICD」という。）」が採用されており、適切な DPC コーディングのためには ICD（国際疾病分類）に対する理解が普及するが重要であり、これまで様々な取り組みが行われてきた。

・「A207 診療録管理体制加算」の創設…診療記録管理の専任者の配置、ICD コーディン

グやカルテ開示にかかる診療報酬上の評価

- ・「部位不明・詳細不明コード」の ICD コードの過剰使用に対する診療報酬上のペナルティの導入
- ・標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保することを目的とした委員会「適切なコーディングに関する委員会」の設置及び年 2 回の開催を義務化 等

(※参考：DPC 制度導入以前の平成 10 年 10 月に開始された国立病院等における入院医療の定額支払制度、いわゆる日本版 DRG/PPS においても ICD が採用されている)

- しかし、ICD（国際疾病分類）に関する知識の不足に起因すると考えられる不適切なコーディングや、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例等が存在することが指摘されており、適切な DPC コーディングを推進するために ICD に関する知識の更なる普及の取組みが課題とされている。

### 3) なぜ適切な DPC・ICD コーディングが求められるのか

- DPC/ PDPS(診断群分類による 1 日当たり支払い方式)の基本となる DPC 点数表は、「DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）」に基づき、診断群分類ごとの前年度の全国平均の実績（平均在院日数および平均 1 日当たり医療費）を元に設定されており、最新の診療実態を反映した点数が設定される仕組みとなっている（DPC 点数表の各診断群分類の点数は厚生労働省が恣意的に決定しているわけではない。）。
- しかし、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）等により、適切な傷病名コーディングが行われなかった場合、各診断群分類において診療実態にあった適切な点数が設定されなくなってしまう可能性がある。
  - ※ 例として、「130100 播種性血管内凝固症候群（DIC）」の診断群分類はアップコーディングが多い診断群分類であると指摘されており、設定されている点数は年々低下していることから、本来 DIC としてコーディングされるべき患者を診療する医療機関にとって適切な医療費が償還されなくなっているのではないかという指摘がある。
- DPC/ PDPS（診断群分類による 1 日当たり支払い方式）が適切に運用され、全国の急性期医療が適切に提供されるためには、診断群分類ごとに診療実態にあった DPC 点数が設定されることが不可欠であることから、全国の DPC/ PDPS に関連する医療機関において適切な DPC コーディングが求められている。

#### 4) 本書の帰属について

- 本書は、厚生労働科学研究班（伏見班）及び日本診療情報管理士会が監修し、厚生労働省保険局医療課に帰属する。

#### 5) 本書が想定する対象者

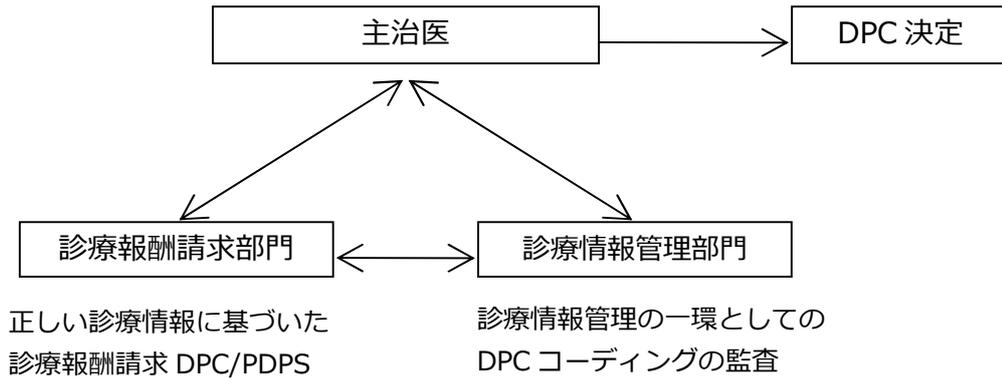
- 本書は、最終的に DPC コーディングを決定する医師、診療報酬請求事務を行う職員、診療記録の監査やコーディングを行う診療情報管理士等、DPC/PDPS に関連する医療機関に所属する全病院職員を対象として想定している。
- ※『平成 26 年度影響調査実施説明資料』と併せて活用すること。

## 2. 適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制

- 平成 25 年度第 1 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 4 月 3 日）において、「適切な DPC コーディングのために先進的な取り組みをしている」全国 5 病院を対象としてヒアリング調査が実施され、適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制について議論が行われた。
- （※ヒアリング調査の結果については、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 7 月 26 日）で報告されている <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000037a48.html>）

### 1) DPC コーディングに係る体制

- DPC のコーディングにおいては「主治医」、「診療情報管理部門」、「診療報酬請求部門（医事課等）」が中心になって関わるものと考えられるが、役割分担の明確化や意思疎通を行う機会を十分設ける等、医療機関全体として協力しあう体制を構築することが求められている。（平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の結果報告について）
- DPC コーディングの最終的な決定者は「主治医」であるが、主治医に加えて「診療報酬請求部門」、監査役としての診療情報管理士を中心とする「診療情報管理部門」が適切に関与していくことが望ましい。



図表 1：コーディングに係る体制

- DPC 対象病院は「A207 診療録管理体制加算」の届出を行うことが要件となっており、DPC コーディングは、診療録管理体制によって整備された正確な診療記録に基づき監査されることが望ましい。

## 2) DPC/PDPS のコーディング手順について

- 入院時および退院時に「主治医」によって DPC コーディングが入力された後に、「診療情報管理部門の職員」や「診療報酬請求部門（医事課等）の職員」がコーディング内容を確認する手順をとっている病院が多数を占めており、この方法が最も標準的なコーディング手順であると考えられる。
- 一方、診療情報管理士や医事課職員が DPC コーディングを行った後に主治医が確認するという体制をとっている病院もあり、各病院のそれぞれの実態にあった適切なコーディング手順を構築することが望ましい。

## 3) 「適切なコーディングに関する委員会」の有効な活用について

- 適切なコーディングに向けて先進的な取り組みをしている医療機関のほとんどが「適切なコーディングに関する委員会」を毎月開催しており、医療機関によっては診療情報管理士、医事課担当者を主体としたより実務的なコーディングに関する議題が取り上げられていることが報告されており、「適切なコーディングに関する委員会」をより適切なコーディングを議論する場として有効に活用ことが望ましい。
- 特にコーディングの最終的な決定者である「医師」が、ICD（国際疾病分類）を含め、DPC/PDPS について十分に理解を深めることが望ましく、医療機関としての何らかの取り組みがなされることが望ましい。
- なお、当該分科会で同時に報告された平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の調査結果において、「適切なコーディングに関する委員会」の議題として「出

来高点数と包括点数の差額分析」を行っている医療機関が多数認められているが、包括で算定した場合の点数と出来高で算定した場合の点数との差額が小さいことが、適切な DPC コーディングであることの根拠にはならないことに留意すること。

※詳細については、厚生労働省 HP を参照すること。

（平成 25 年度第 1 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事次第）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yofs.html>

（平成 25 年度第 5 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事録）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000016240.html>

### 3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先

- 個別事例の DPC コーディング・診療報酬請求に係ること：地方厚生（支）局、審査支払機関
- 本書の改訂にかかる要望等：DPC 調査事務局（厚生労働省保険局医療課）

### 4. 参考資料

- 1) 疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）2003 年版第 1 巻（総論）、厚生統計協会
- 2) 診断群分類点数表のてびき 平成 24 年 4 月版、社会保険研究所

### 5. 本書で使用される用語について

※ 「DPC」

Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類のこと。14 桁のコードで定義される。

※ 「DPC/PDPS」

Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による 1 日当たり包括支払い制度のこと。いわゆる「DPC 制度」のことを指す。

※ 「ICD」

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 国際疾病分類のこと。平成 26 年度 DPC 点数表においては、第 10 版（ICD-10）が使用されている。

※ 「MDC」

Major Diagnostic Category; 主要診断群のこと。DPC/ PDPS では 18 の MDC に分類されている。DPC コードの上 2 桁は MDC コードである。

※ 「コーディング」

該当するコードを選択すること。

※ 「医療資源病名」

医療資源を最も投入した傷病名のこと。

## Ⅱ. 総論

### 1. DPC (診断群分類) の基本構造について

#### 1) DPC (診断群分類) は大きく分けて 3 層構造で構成されている

##### ○重要なポイント

- ・ DPC (診断群分類) は 14 桁コードで構成され、大きくわけて 3 層構造で構成されている。
- ・ 1 層目は、「傷病名」に基づく層であり、ICD-10(国際疾病分類) で定義されている。
- ・ 2 層目は、「手術」の有無に基づく層であり、医科点数表により定義されている。
- ・ 3 層目は、その他の層であり、「処置」、「副傷病名」、「重症度」等が含まれる。

##### ○ DPC を構成する要素は大きくわけて、

【1 層目】傷病名 (主要な傷病名、病態 : Diagnosis)

【2 層目】手術 (主要な手術 : Procedure)

【3 層目】その他の処置、副傷病名 (入院時併存症、入院後発症)、重症度等の 3 層構造で構成されている。

※ 日本で採用されている DPC (診断群分類) は、手術・処置等 (Procedure) より傷病名 (Diagnosis) が優位の構造となっており、DPC コーディングにおいては傷病名の選択が最も基本的である。

##### ○ 「医療資源を最も投入した傷病名 (以下、「医療資源病名」という。)」は、入院中の主要な傷病名・病態に基づき入力する。

(注 : レセプトや退院患者調査の様式 1 における「主傷病名」は医師がカルテに記載した病名であり、必ずしも医療資源の投入量に基づいて決定されたものである必要はない。)

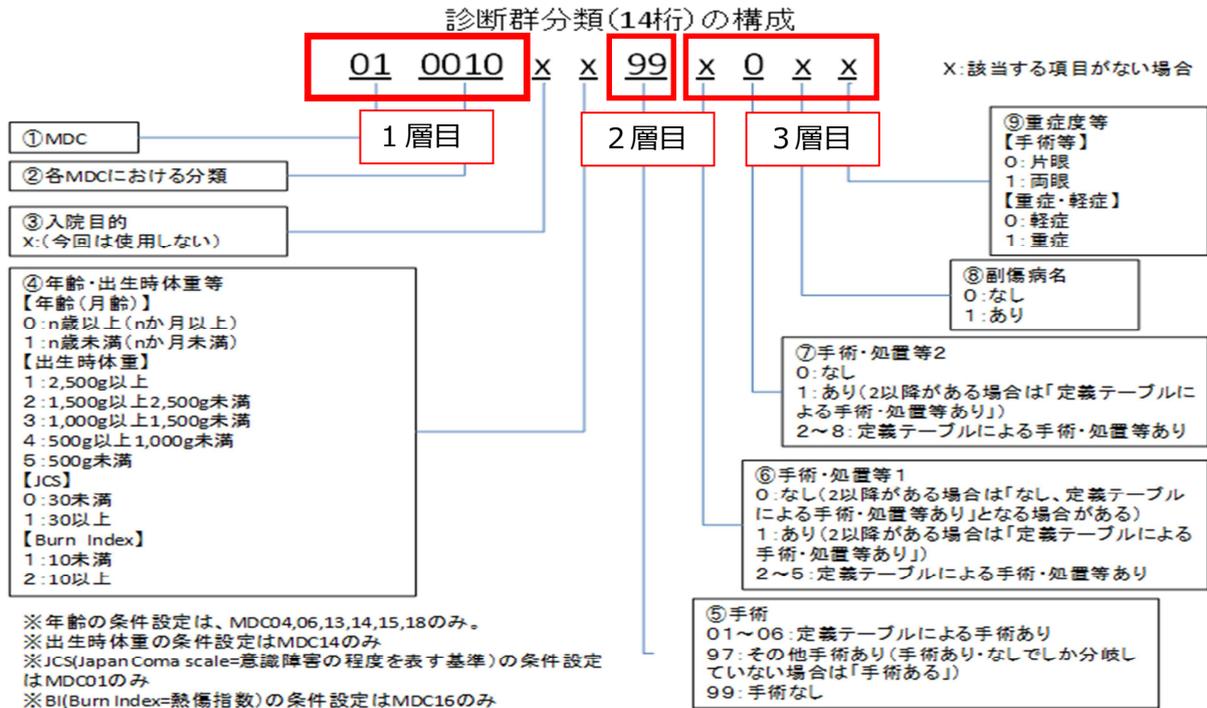
##### ○ DPC/ PDPS における「傷病名」は、ICD (国際疾病分類) を元に作成されており、傷病名の選択の際は、原則として WHO (世界保健機関) が規定した ICD (国際疾病分類) の分類ルールに基づいて行う。

※ DPC を分類するための傷病名分類は、WHO が制定している ICD-10 分類、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回修正」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision) 2003 年日本語版で定義されている。当該資料は、3 巻構成で、1 巻が総論 (マニュアル)、2 巻が内容例示表 (コード体系)、3 巻が索引表である。ICD 分類を行う手順の基本は、主たる傷病名を、1 巻 (総論) に規定された各種のルールや定義に基づき、2 巻から分類を検索することである (必要に応じて 3 巻の索引表を活用)。

(注 : ICD の分類は死因統計に用いることを前提としており、臨床現場の意見等を踏まえて設定された DPC

の分類と概念が異なる部分もある。DPC の分類においては、主要、かつ単一な病態、すなわち医療資源傷病名を選択することが必要であり、ICD のルールにあるダブルコーディングや分類選択に当たっての優先ルール等は DPC 分類では採用されない)

○ DPC (診断群分類) は 14 桁のコードで表現される。



図表 2. 診断群分類の構成 (項目の詳細)

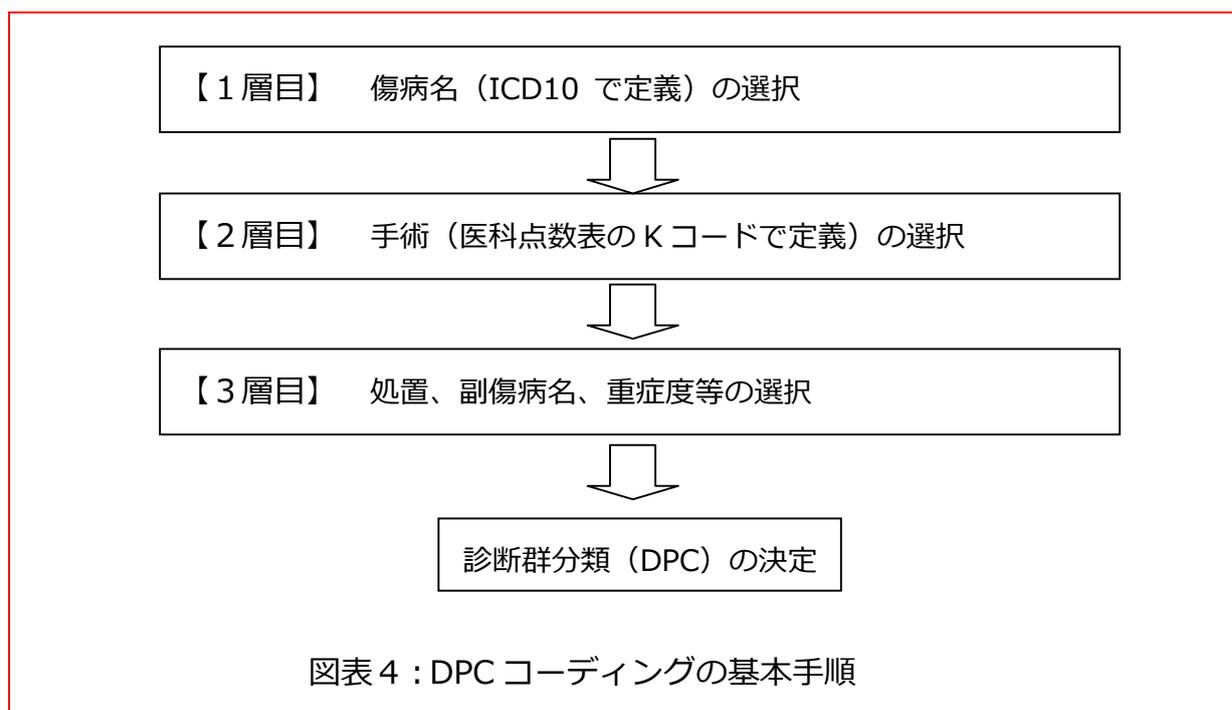
- ◆ 診断群分類の構成
- 【1層目：傷病名の層】    上6桁コード (上2桁はMDC (主要診断群) コード)
  - 【2層目：手術の層】     9・10桁目
  - 【3層目：その他】       残りのコード

MDCコード	MDC名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他

図表 3. MDC コードと MDC 名称

- DPC の 3 つの基本構造の決定によって DPC の 14 桁コードを決定するのが DPC コーディングの基本となる。

(注：ここで出現する定義の多くは、一定の幅を持つ「分類」や「範囲」であることに注意が必要である。ここでの「分類」は、保険診療（処置手術等）のルールにおいてどのグループ（分類）に包含されるかということである。したがって、分類の粗さの問題はあっても原則として傷病名や手術名はいずれかに分類される。)



図表 4 : DPC コーディングの基本手順

## 2) DPC 分類と ICD 分類

### ○重要なポイント

- ・ DPC 分類は「3層構造」であり、1層目から順次、医療資源傷病名、2層目の手術、3層目の付随する処置や重症度、副傷病名等を選択する。
- ・ 1層目、2層目、3層目を順に一方通行の考え方で選択する。

○ 図表 4. に示したとおり、適切に DPC を分類するためのプロセスは3層構造であることを踏まえ、

- ・ 1層目：医療資源傷病名を決定し、その傷病名が ICD のどの分類に属するかを決定
- ・ 2層目：実施した手術が診療報酬点数表のどの分類に属するかを決定
- ・ 3層目：最後に、定義された手術処置 1 もしくは手術処置 2、副傷病の有無、重症度等を決定

という流れになり、その結果、適切な分類が選択される。

○ この選択のフローは、1層目から3層目まで一方通行で選択する考え方であり、手術・処置等の下の層から遡って傷病名を選択するのは正しい考え方ではない。

※ 主治医が診断した結果の傷病名の選択を最も上位の層（1層目）で選択する構造であり、2層目、3層目の内容は上位の層に関連する選択となるが、その関係に著しく乖離があるとすれば、その根拠について診療録で判明することは当然として DPC のレセプト作成にあたっては症状詳記等を添付する等の配慮が必要である。

※DPC の分類における適用の考え方について

(1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断する。なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示および診断群分類定義樹形図に基づき診断群分類区分を判断する。

(2) 傷病名は入院期間において治療の対象となった傷病のうち「医療資源傷病名（医療資源傷病名が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう）」を主治医が ICD から選択する。ただし、以下の ICD については選択しない。

- ・ 詳細不明の寄生虫症 (B89)
- ・ 疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌 (B95) からその他および詳細不明の感染症 (B99)
- ・ 心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明および原因不明の死亡 (R99) まで(ただし、鼻出血 (R040)、喀血 (R042)、気道のその他の部位からの出血 (R048)、気道からの出血、詳細不明 (R049)、熱性けいれん (R560)、限局性発汗過多 (R610)、全身性発汗過多 (R611)、発汗過多、詳細不明 (R619)、およびブドウ糖負荷試験異常 (R730) を除く。)
- ・ また、独立した多部位の悪性腫瘍 (C97) については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択する。

- (3) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）を考慮した上で診断群分類区分の適用を判断する。
  - (4) 1つの入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、1つの診断群分類区分を決定する。
  - (5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合においても、1つの診断群分類区分を決定するものとし、決定に当たっては以下の点に注意する。
    - ・入院中に定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いは、「手術」、「手術・処置等1」および「手術・処置等2」の全ての項目において診断群分類定義樹形図の下から掲げられた診断群分類を優先して選択する。
  - (6) 医科点数表において「区分番号 K○○○の○○術に準じて算定する」と規定されている手術については、診断群分類区分を決定するにあたっては準用元の手術で判断する。
  - (7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は診療報酬の請求時に行う。
- ICD の概要を図表5に示し、DPC の分類選択を適切に行うためのICDに係る基礎的かつ重要な定義を併せて解説する。

章	ICDコード	分類見出し
1	A00-B99	感染症および寄生虫症
2	C00-D48	新生物
3	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
4	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患
5	F00-F99	精神および行動の障害
6	G00-G99	神経系の疾患
7	H00-H59	眼および付属器の疾患
8	H60-H95	耳および乳様突起の疾患
9	I00-I99	循環器系の疾患
10	J00-J99	呼吸器系の疾患
11	K00-K93	消化器系の疾患
12	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患
13	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患
14	N00-N99	尿路性器系の疾患
15	O00-O99	妊娠、分娩および産じょく<襖>
16	P00-P96	周産期に発生した病態
17	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常
18	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
19	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響
20	V00-Y98	傷病および死亡の外因
21	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
22	U00-U99	特殊目的用コード

図表 5. ICD 分類における章、所属コードと見出し (名称)

## ◆ICD 分類での表現や考え方について

- (1) 主要病態や主傷病名とは、DPC で用いられる「医療資源傷病名」と同一の意味である。
- (2) 「主要病態」や「主傷病名」は、臨床家の専門性等に依存、配慮した傷病名ではなく、1入院期間の医療資源の投入量に依存する医療資源傷病名を指す。
- (3) 「副傷病名」は、ICD における「その他の病態」等を指す。
- (4) 傷病名に関しては、その傷病名記載に含まれる情報として、部位、病理学的区分等、ICD 分類が出来るだけのものが含まれている必要がある。例えば、左右、上下、両側片側、骨折における開放性非開放性、新生物における良性悪性、先天性後天性等がある。
- (5) 傷病名表記は、原則として略称等は用いず日本語表記を原則とする。

**3) 傷病名コーディングが必要となるレセプト等の記載欄と留意事項について**

- 傷病名コーディングは、DPC レセプトの作成や退院患者調査の様式 1 の作成において必要となり、それぞれの記載欄に定められている留意事項に沿ってコーディングを行う。
- レセプトと影響調査における様式 1 をはじめとした提出データは相互に差異がないこと (同一の診療データを基に双方が作成されていること) が求められる。

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「医療資源を最も投入した傷病名」を選択する。</li> <li>・入院中の主要な傷病名・病態に基づき決定する。</li> </ul>
②「副傷病名」欄	（診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。）
③「傷病情報」欄	
「主傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が医学的判断に基づき決定した傷病名を記載する。（医療資源の投入量の多寡によらず、医師の判断で決定してよい）</li> </ul>
「入院の契機となった傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載する。</li> </ul>
「医療資源を2番目に投入した傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療資源を2番目に投入した傷病名を1つ記載する。</li> </ul>
「入院時併存傷病名」 （最大4つ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は記載する必要がある。</u></li> <li>・入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。</li> </ul>
「入院後発症傷病名」 （最大4つ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は記載する必要がある。</u></li> <li>・入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。</li> </ul>

図表6. DPCレセプトの作成に必要な傷病名の一覧

調査項目	留意事項
「主傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。</li> </ul>
「入院の契機となった傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の契機となった傷病名を入力する。</li> </ul>
「医療資源を最も投入した傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。</li> </ul>
「医療資源を2番目に投入した傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療資源を2番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。</li> </ul>
「入院時併存症名」 （最大4つ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には必ず入力する。</u></li> <li>・以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名</li> <li>2. 慢性腎不全</li> </ol> </li> </ul>

	3. 血友病・HIV 感染症 4. 併存精神疾患
「入院後発症疾患名」 (最大 4 つ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には必ず入力する。</u></li> <li>・ 以下に該当するものがある場合は入力すること。             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名</li> <li>2. 術後合併症</li> </ol> </li> </ul>

図表 7. DPC 退院患者調査の様式 1 の作成に必要な傷病名の一覧

#### 4) 2 つの傷病名マスター (標準病名マスターおよびレセプト電算マスター) について

##### ○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求には標準的なマスターを使用することが義務づけられているが、これらのマスターは、頻回に用いる傷病名に ICD を付与したものである。
- ・ 傷病名が存在しない場合は新たに傷病名マスターを作成しなければならない。
- ・ 修飾語を用いることによって ICD が変化する場合があるため注意が必要である。

##### (1) 傷病名マスターについて

- DPC/ PDPS に限らず、診療報酬の請求に用いる場合はレセプト電算処理システムに使用するマスターを用いることが義務づけられている。
- 標準病名マスターとは電子カルテシステムにおいて用いることを主眼に開発された「ICD-10 対応電子カルテ用標準病名マスター (以下「標準名マスター」という。)、レセプト電算マスターとはレセプト電算処理を目的として開発された「レセプト電算処理システム傷病名マスター (以下「レセプト電算処理マスター」という。)」となり、当初、その目的からも別個のものとして扱われていたが、平成 14 年に傷病名表記の統一と相互のコードの対応付けを行ったことで、現在では標準病名マスターとレセプト電算マスターの齟齬は解消されている。
- また、これらのマスターには ICD が付与されていることから、その利便性からも DPC のコーディングを行ううえで標準的なマスターとして使用することができる。
- ただし、これらのマスターは、電子カルテシステムやレセプト電算処理等の傷病名表記に用いることを目的として開発されていることから、利用するにあたっては知識や経験が必要となるため、以下について注意する。
  - ※ レセプト電算マスター使用の留意点と DPC のコーディングでの活用
  - ※ DPC に限らず、オンライン請求等、診療報酬を請求する際、傷病名は傷病名マスターを使用することが規定されている。前述したように、傷病名マスターには ICD も付与されているが、この ICD を用いて DPC 分類を行っている事例がある。

- ※ だが、傷病名マスターはレセプト表記を行うために開発されたものであり、傷病名全てに適切な ICD が割り振られていない。例えば、診療報酬を請求する際に用いる「足異物」、「膝関節部異物」といった傷病名には ICD では付与されていない。
- ※ つまり、これらのマスターはあくまでも適切な日本語傷病名を表示することが目的であって、ICD は副次的なものであり、日々発生する多様な全ての傷病名を与えられた現状で正しく ICD を選択するためには利用者側に知識や理解が必要である。

## (2) コーディングにあたっての留意点

- 傷病名に修飾語(急性、慢性の区別や部位等) を付ける際は、傷病名に付与された ICD が変化する、傷病名にやむを得ず ICD を付与されたものが多数存在する、等を理解しておく必要がある。特に、不十分な傷病名に、部位不明、詳細不明等といった ICD が付与される例は典型である。

### ◆正しい傷病名と ICD-10 コードの選択

- ① 「噴門部」(修飾語) + 胃癌 (C16.9) → 噴門部癌 (C16.0)

※間違った選択 C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

- ② 「尺骨」(修飾語) + 骨折 (T14.20) → 尺骨骨折 (S52.20)

※間違った選択 T14.2: 部位不明の骨折

- ③ 「慢性」(修飾語) + 膵炎 (K85) → 慢性膵炎 (K86.1)

- これらのマスターでよく誤解される要素は、傷病名がない → 多くの傷病名は標準病名マスターに含まれている、読み方、見方を変えると存在する。
- マスターから選ぶと、「詳細不明」、「.9」の分類になる → ICD の構造の理解不足、標準病名マスターの構造の理解不足である。
- それでも傷病名が存在しない場合は、独自にマスターへ登録して正しい傷病名を用いることになる。その場合は、以下の対応が求められる。
- また、未コード化傷病名は不適切ではなく存在しないコードを新たに作成することは禁止していない。既にあるコードをワープロ入力等で対応することが問題である。

### ICD に関する Q & A

Q 1 : 標準病名マスターを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスターを用いてもよいか。

A 1 : 標準病名マスターの使用を前提とするが、含まれていない場合等は施設独自のレコードを使っても構わない。その場合でも ICD のコーディング、データの仕様に準拠していること。

Q 2 : ある傷病名に対する ICD が分からない。どこに問い合わせればよいか。

A 2 : 傷病名、ICD の決定は主治医と相談の上、各医療機関で行うこと。

※ 「DPC 導入に関する影響調査」抜粋

## 2. コーディングの基本的な考え方

### 1) 診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について

#### ○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求は診療録（カルテ）に記載に基づいて行われる必要があり、DPC（診断群分類）の決定の際にも、診療録の記載に基づき適切に行わなければならない。

- 医師法第 24 条において、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」と規定されており、その記載事項については医師法施行規則第 23 条に規定されている。
- また、療養担当規則第 8 条（診療録の記載及び整備）及び第 22 条（診療録）に診療録に係る規定があり、診療録の記載は診療報酬請求の根拠となるものであるため、レセプトに記載された事項は、診療録に記載されていなければならない。

#### （療養担当規則）

第 8 条：保険医療機関は、第 22 条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第 22 条：保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第 1 号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

- また、DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の様式 1 の作成においても、診療録の記載に基づいて行うこと。

### 2) コーディングの基本と傷病名選択の定義

#### ○重要なポイント

- ・ DPC コーディングの基本は医療資源に基づく「医療資源病名」の選択にある。
- ・ 対象となる期間は、DPC 算定病床に入院していた期間である。

- DPC コーディングの対象となる期間は入院期間であることから、該当する DPC コードが確定するのは退院時となり、退院後に変更はしない。  
（例：退院後、時間が経過して新しい傷病名で呼ばれるようになった、病理結果が出た等により他の DPC に該当する場合であっても DPC の変更はしない。）
- 退院時点で診断が確定していない場合は、疑われる傷病名に対して医療資源を投入したという前提で、「〇〇疑い」等、疑われる傷病名を選択する。

#### （1）医療資源とは

- 「医療資源」とは「ヒト・モノ・カネ」の総体である。診療行為や薬剤のみではなく、

総合的に判断しなければならない。

- 特に室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等を評価する「入院基本料等」が医療資源に占める割合は高いことから、例えば何のためにこの入院に至ったのか等の判断を元に考える。

(2) 主要病態とその選択とは

- DPC コーディングは、1 入院期間を対象に、主要な病態となる傷病名を選択することが基本である。したがって、1 入院期間で患者の治療対象として代表する傷病名を選択することが必要である。
- ICD（国際疾病分類）においては、単一病因分析のために使用される病態を、「保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態」と定義している。

◆「主要病態」の選択の原則

- ①主として患者の治療又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（=1 入院期間で退院時に判明する主要病態）」を選択する。
- ②病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
- ③診断が確定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して選択する。

- DPC/PDPS における「医療資源病名」は、当該一入院期間における ICD で定義される「主要病態」に置き換えて判断する。

※ 医療資源傷病名が確定しない場合は、結果として検査入院であり、〇〇疑いというような主要症状や異常所見として選択する。この場合は、検査行為も医療資源の1つであり、総合的に判断する必要がある。

※ 過去の傷病名（診療に無関係な何年も前の〇〇術後等）を選択すべきではなく、医療資源傷病名とはなり得ない。その判断の基準は、単純に「何ヶ月」というものではなく、今回の診療に影響を与えた医療資源の投入があったかどうか等により主治医が総合的に判断する必要がある。

◆不適切なコーディングの例

- ①既に治療が終わっている（今回の入院で当該疾病に医療資源の投入がない）  
→右手尺骨骨折術後
- ②既にその臓器が存在しない  
→胃癌術後（胃、全摘後）

(3) 医療資源病名は、1 入院期間を対象に退院時に一つを決定する

- 医療資源病名は、当該入院期間中に最も中心的な目的、実施する診療行為に直結するものである。その選択の基準は、以下のとおりである。

- ①入院期間中に複数の病態（傷病名）が存在する場合は、どの病態に医療資源を最も投入したかで判断する。原則として、手術等の主要な診療行為と一致する傷病名を選択する。
- ②複数の手術や侵襲的処置を行った場合は、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為に関連した傷病を対象とするのが一般的であるが、一部の高額な薬剤や検査に対応する傷病名とは限らないので慎重に判断が必要である。判断が難しい場合には、入院基本料（室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等が含まれ、医療資源でも大きな要素）を含む診療報酬点数を参考に、総合的に医療資源傷病名を判断する。
- ※手術目的の入院であり当該期間における施設、設備、医療用材料、看護等の医療資源の投入先が明らかに手術を目的としたものである場合、副傷病名に関連する薬剤投与があってもそれをもって医療資源傷病名とすることが適切かどうかは総合的かつ慎重に判断しなければならない。その基本は「原疾患主義」である。
- ③入院中に病態が変化した場合は、退院時点の判断に基づいて1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を1つ選択する。

◆「1入院期間を対象に退院時に1つを決定する」例

- ① 1入院期間に治療または検査された基本的な例(選択の基準に検査行為も含まれることに注意すること)
- 例) 急性穿孔性虫垂炎のため10日間の入院中に虫垂切除術等を施行した  
→医療資源傷病名は急性穿孔性虫垂炎 (K350)
- ②投薬、処置手術や特徴的な診断行為があった場合で、診断が確定した場合(その行為と処置手術等が対象とした部位や対象とする病態等は一致するのが原則)の例
- 例) 不明熱のために入院してきた患者が各種検査を行い、診断の結果、急性骨髄性白血病と診断され、治療後に退院となった。  
→医療資源傷病名は急性骨髄性白血病 (C920)
- ③病態が複数ある場合、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべき例。
- 例) 5年前に自院にて肝臓癌の診断治療後も自院通院中、マイコプラズマ肺炎を発症し入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与し退院した。  
→医療資源傷病名はマイコプラズマ肺炎 (J157)、入院時併存症は肝臓癌 (C220)

- また、傷病名に複数の傷病名要素を含むために曖昧なコーディングとなっている、もしくはコーディングそのものが出来ない例もみられる。多発性の外傷等の一部の限られた分野を除くと、基本的にICDで個別に定義された傷病名は各々を記載し、各々についてICDコーディングが行われるが、DPCの場合はその中から医療資源傷病名を選択する。

## ◆複数の傷病名を1つの傷病名としてコーディングされている例

- ①「呼吸不全、C型肝炎」の表記に対して、呼吸不全、詳細不明 (J96.9) を付与。  
呼吸不全とC型肝炎は別疾患として傷病名の標記をして個別にコーディングする必要がある。  
※ただし、呼吸不全、C型肝炎という傷病名そのものも正しいコーディングをするに  
あたり十分な情報を持っていないので適切な傷病名の付与ではない
- ②「脱水症、S/O脳梗塞」の表記に対して、E86 体液量減少 (症) (E86) を付与。

## (4) 原則として医療資源傷病名と実施した手術、処置には乖離がないこと

- 医療資源傷病名と実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由や根拠が診療録に記載されているとともに、レセプトのコメント欄または症状詳記へ記載することが必要である。

## ◆「医療資源傷病名」と実施した手術や処置との間に「乖離」がある

- ①医療資源傷病名が爪白癬、実施した手術が口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
  - ②医療資源傷病名が狭心症、実施した手術が人工関節置換術 (膝)
  - ③医療資源傷病名が肺炎、実施した手術が骨折観血的手術 (大腿)
- ※医学的に理解が難しいので、乖離に対する理由根拠が必要である。

## (5) 医療資源傷病名は精緻かつ医学的に適切な表現とすること

- 医療資源傷病名の選択にあたっては、傷病の包括的な表現は行わず病態を最も適切に表すものにする。
- 原因疾患が明らかな場合はそれに付随した呼吸不全、循環器不全等の臓器不全病名を選択しない。また、先天性心疾患、多発外傷、〇〇系の△△疾患等の包括的な表現を用いるべきではなく、疾患の部分的現象であるアルブミン減少症、貧血、血小板減少症、好中球減少症、カテーテル先感染症等を意図的に選択してはならない。

## ◆「医療資源名」として不適切な例

- ①肺炎を呼吸不全 (J796)
- ②心筋梗塞や心筋症を心不全 (I50)
- ③消耗性疾患でアルブミンを投与した場合のアルブミン減少症
- ④原因の明確な出血で輸血をしている場合の貧血
- ⑤癌の化学療法中に血小板を輸血した場合の血小板減少症 (D69)
- ⑥GCSF 等を皮下注した場合の好中球減少症 (D70)

※ただし、高齢患者、小児患者等のうち過去の傷病に起因する慢性的な呼吸不全等で「不全」という表現を使用することはあり得る。その時には他の傷病名の選択が出来ない理由が必要である。

## (6) 「副傷病名」(医療資源傷病名以外に存在する、または発生する他の病態) について

- ICD (国際疾病分類) のルールでは、主要な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とされている。この「その他の病態」については、「保健ケアのエピソードの間に存在し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態」と定義されており、さらに、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ならないとされていることから、あくまでも今回の1入院期間が前提となる。
- 患者管理に影響を与えたとは、単純に在院日数を延長させたというのではなく副傷病名を対象に診療行為が発生もしくは疑って診断行為等が発生した場合を含んでいる。例えば、認知症という併存症がある等、直接的な診療行為がなくても管理に影響を与える等に該当する場合も含んでいる。

## ◆患者管理に得今日を与えた病態の例

眼瞼ヘルペスの疑いで入院。当該患者は幼少の頃からアレルギー性気管支喘息があり、定期的に受診中。入院治療の過程で帯状疱疹後神経痛が出現。

→医療資源傷病名は眼瞼ヘルペス (B023)、入院時併存症がアレルギー性気管支喘息 (J450)、入院後発症は帯状疱疹後神経痛 (B022)。

## (7) 副傷病名についての選択について

- DPC/ PDPS におけるいわゆる「副傷病名」は、「入院時併存症」および「入院後後発症疾患」を指す。
- 「入院時併存症」は入院時点で、入院の契機となった傷病や医療資源を最も投入した傷病とは別に既に存在した傷病であり、「入院後後発症疾患」は入院期間中に発生した傷病である。
- 入院期間中の患者管理に影響を与えた病態(傷病名)を、最大4つまで記載するとされている。当該傷病名が4つを越える場合は影響度の大きいものの順に4つ選択する必要がある。なお、診療報酬請求上、5つ以上の傷病名の記載をしなければならない場合には、必要に応じて症状詳記を添付する。

## (8) 詳細な傷病名の選択と記載について

## ①部位等の必要な情報を含むこと

- 各傷病名は、最適なICDの分類、その結果としての適切なDPCの選択を行うためには可能な限り情報を多く含んでいる必要がある。分類するための情報が傷病名表記に含まれていることが必須であり解剖学的な部位、原因菌、病態等が明確でなければならない。
- ※ 胃の悪性新生物の場合、ICD 4桁目を確定するためには、胃の詳細な部位の把握が必須であり、詳細な情報を傷病名の表記に含んでいる必要がある。特に、保険者、審査

支払機関、行政機関等、第三者的立場の者にも容易に理解出来る傷病名の記載でなければならない。当然、この傷病名は主治医の診療録にその診断根拠等とともに記される必要がある。

◆胃の悪性新生物における ICD 分類の例

★胃の悪性新生物 (C16)

- 胃の悪性新生物、噴門 (C16.0)
- 胃の悪性新生物、胃底部 (C16.1)
- 胃の悪性新生物、胃体部 (C16.2)
- 胃の悪性新生物、幽門前庭 (C16.3)
- 胃の悪性新生物、幽門 (C16.4)
- 胃の悪性新生物、胃小弯、部位不明 (C16.5)
- 胃の悪性新生物、胃大弯、部位不明 (C16.6)
- 胃の悪性新生物、胃の境界部病巣 (C16.8)
- 胃の悪性新生物、胃、部位不明 (C16.9)

- この分類からもわかるように、例えば、治療対象（この場合は腫瘍の存在）となる部位が「胃体部」にあり、内視鏡などの検査や診断方法により確認されたとすれば、その傷病名は胃体部の悪性新生物 (C16.2) と分類すべきである。胃がん、胃悪性腫瘍、というような曖昧な表記では部位不明に分類せざるを得ず、その結果として不適切なコーディング、胃の悪性新生物、胃、部位不明 (C16.9) となってしまう。この場合は、明確に部位を明示して胃体部の悪性新生物 (C16.2) とすべきである。
- また、診断や部位が明らかであるにも関わらず、胃の悪性新生物と表記がされた場合は、傷病名の記載情報からはそれ以上の明確な診断がなされていない状態もしくは曖昧な診断がされてる状態と判断されることになる。通常、有効な検査等によって診断が確定し治療に至ったのであれば解剖学的な部位の確認は出来ていたはずである。前述のように、詳細部位が示されない胃癌としか表現出来ないような場合は傷病名の表現に問題があることになる。

◆部位等の情報を明確に含むことが重要な例

骨折は、「開放性」、「閉鎖性 (非開放性)」の区別、「部位」を明確にして S コードで分類する。  
→S02.\$、S22.\$、S32.\$、S42.\$、S52.\$、S62.\$、S72.\$、S82.\$、S92.\$ 希なケースとして、多部位の場合は、T02.\$ とする。部位不明に適用する、T08、T10、T12、T14.\$ については、部位を明確にして、適切なコードを選択する。

※基本的に骨折や外傷等については部位の確認が可能であり部位不明はありえない。コード選択にあたっては、コンピュータの表示等のみによらず正しい部位を選択すること。

②適切な傷病名表記に必要な情報について

- 患者に対して診断を行いそれに基づき傷病名や病態を選択することは主治医の判断であるが、診療報酬請求の根拠とするためには第三者的に客観的かつ傷病名に対する診断理由や検査結果等が明確でなければならない。また、ICD においても、「各診断名は、病態

を最も特異的な ICD 項目に分類するために可能な限り情報を多く含んでいなければならない。」とされていることから、ICD 分類を行うための情報が傷病名の表記に含まれない。ところが、臨床現場の主治医は多忙であり ICD 分類に必要な情報の全てについて付記を求めることは困難を伴う。このような現状を改善するために「適切なコーディングのための委員会の設置」と年 2 回以上の委員会開催が DPC 制度参加の要件とされたところであり、ICD の選択に関わらず主治医以外の第三者が診療録等の確認を行う等の医師業務の支援体制を構築することが求められている。

◆本来診断が確定しているのも関わらず適切な ICD コーディングをするための情報が含まれない例

- ①胃腫瘍 →胃体部癌の診断あり
- ②大腸癌 →S 状結腸癌の診断と手術あり
- ③狭心症 →不安定狭心症と診断あり
- ④慢性副鼻腔炎 →慢性上顎洞炎と診断あり
- ⑤白内障 →老人性初発白内障と診断あり

- 新生物は、「悪性」、「良性」の区別を明示することが原則であり病理結果が間に合わず診断が未確定等により不明な場合に限り退院時点でこの傷病が疑われるというような観点で判断する。ただし、行った診療行為と整合性があることが条件である。(悪性に準じて治療を行った等。) 悪性新生物(腫瘍)の場合、「悪性」または「癌」等の表示があることを原則となる。また、「再発」と「転移」はコードが異なるためコーディングだけではなく傷病名についても明確に区別が必要である。

◆悪性新生物(腫瘍)における傷病名の例

- ①上葉肺癌再発(C34.1)
- ②転移性肺癌(C78.0)
- ③乳癌術後胸壁再発(C76.1:結合組織の場合:C49.3)
- ④乳癌術後胸壁転移(C79.8)
- ⑤上顎洞癌術後前頭洞再発(C31.2)
- ⑥上顎洞癌術後前頭洞転移(C78.3)

- ICD は世界的な標準として用いることを目的としていることから曖昧な情報への対処方法が定められている。それに準拠したコーディング自体は誤りではないが、適切とはいえない傷病名に対するコーディングは結果として正しい ICD コードを選択できないことになる。傷病名自体が曖昧な場合は、出来るだけ詳細な傷病名の選択、表示を行いそれに基づく正確な ICD コーディングが必要となる。

## ◆曖昧な傷病名の例

- ①「カルチノイド」→ C80 (部位の明示されない悪性新生物)
- ②「感染症」→ B99 (その他および詳細不明の感染症)

※傷病名が曖昧で、精度の高いコーディングするための情報が不足している。

## ③傷病名選択と記載にかかる「対象範囲」について

- 病態は適切に診断され診断名 (医療資源傷病名) も決定されているにも関わらず、DPC 分類の名称 (傷病名の分類) の対象が広範囲で傷病名として曖昧なものを選択するケースがみられる。

## ◆DPC 分類の対象が広い範囲で傷病名として曖昧な例

- ①実施手術が S 状結腸切除の場合、傷病名は S 状結腸癌(C18.7)となるはずが、曖昧な大腸の悪性新生物 (C18.9) を選択。  
→S 状結腸に対する手術部位は明白であり、大腸の悪性新生物のさらに詳細な傷病名の選択が可能なので、傷病名は S 状結腸癌 (C18.7)とするのが適切な選択。
- ②消化器系の悪性新生物、呼吸器系の炎症等、薬剤の効能範囲をそのまま傷病名として選択。

## ④傷病名として適切でないもの

- ICD の分類名のまま記したものの、薬剤の効能範囲を傷病名として記したものが傷病名として適切ではない事例がみられる。

※ICD の分類名は、疾病、障害及び例示したものであって臨床的な傷病名とは異なる。主治医が診断した臨床傷病名を選択すべきであり、ICD によっては全く傷病名の意味をなさない場合がある。

## ◆傷病名として適切ではない例

- ①その他および部位不明確の悪性新生物 (C76)
  - ②その他の脳神経障害 (G52)
  - ③その他の診断名不明確な心疾患 (I51.8) 等
  - ④消化器系の悪性腫瘍 →コードが選択出来ない
  - ⑤感染症 →B99 (その他および詳細不明の感染症)
  - ⑥癌 → C80 (部位の明示されない悪性新生物)
- ※以上の他、「〇〇状態」、「△△治療法」、「透析状態」、「化学療法後」等をそのまま傷病名としている等、傷病名とすることは適切ではない。

### 3. 傷病名のコーディングにあたっての注意点

#### (目次)

- 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、コーディングで留意すべきこと

#### 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

##### ○重要なポイント

- ・ DPC コーディングにおいては、原疾患が判明している場合は、原疾患に基づいてコーディングを行う。
- ・ 治療の対象となった傷病名ではなく、入院時併存症、入院後発症疾患を医療資源傷病名とする場合は、相応の理由が必要であり症状を詳記することが望ましい。

##### (1) 「心不全」を医療資源傷病名とする場合

- 原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源傷病名として選択する。
- ※最終的に診断がつかない場合も原疾患の鑑別のために同様の検査行為等があった場合は、疑診として選択する。

##### (2) 「呼吸不全（その他）」を医療資源傷病名とする場合

- 「心不全」と同様に、原疾患として肺の悪性新生物や肺炎等が明らかな場合は、原疾患を医療資源傷病名として選択する。例外として、継続した人工換気療法が必要な患者で主に慢性的な呼吸不全に対する検査や治療目的しか行わない場合等がある。

##### (3) 「手術・処置等の合併症」を医療資源傷病名とする場合

- 手術の有無が問われる分類において、本来の治療となる外科的処置等がないことは、本来はあり得ないことから「手術・処置等の合併症」を医療資源名とする場合は選択した理由等について慎重に確認をすること。

## ◆「手術・処置等の合併症」を医療資源とする例

①入院中に発生した IVH カテーテル先の感染、創部感染等の本来の治療の対象ではない処置に伴う疾患は、原則的に原疾患に優先して、医療資源傷病名になり得ない。ただし、一旦退院後に、当該治療等のために再入院する場合はこの限りではない。

②肝癌の拡大切除後等の腹部臓器の手術で皮膚創の離開に対して「縫合不全」や「術創感染」、透析シャントチューブ狭窄の血栓除去目的とした入院で、「手術・処置の合併症」として選択する例もみられるが、その場合、その診療内容が選択した医療資源傷病名として適切とする相応の理由が求められる。

(4)「播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）等の入院後発症疾患を医療資源傷病名とする場合

- 医療資源傷病名の選択にあたっては診療内容が医療資源の投入量等の根拠に乏しいものであってはならない。入院後発症名を医療資源傷病名として選択した根拠が必要である。

## ◆例

- ・ DIC を医療資源傷病名とする場合は、「厚生省特定疾病血液凝固異常症調査研究班の DIC 診断基準」等の診断基準（出血症状の有無、臓器症状の有無、血清 FDP 値、血小板数、血漿フィブリノゲン濃度、プロトロンビン時間比等の検査結果等）に準拠する必要がある。
- ・ 診療行為が一連の診療経過に含まれており、傷病名選択の根拠が診療録に適切に記録されている必要がある。

※参考：重篤副作用疾患別対応マニュアル

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1.html>

(5) ICD コード「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（以下「Rコード」という。）」について

- 診断が確定しているにも関わらず漠然とした兆候による傷病名の選択をしてはならない。症状の治療のみでそれ以上の診断がつかないもしくは他に原因疾患がない場合を除いて鼻出血、咯血、出血、等の傷病名を頻用してはならない。部位や病態が確定して特定の治療行為がある場合は R コードを使用しないのが原則である。

R 00	心拍の異常
R 01	心雑音及びその他の心音
R 02	え<壊>疽, 他に分類されないもの
R 03	血圧測定における異常で診断されていないもの
R 04	気道からの出血
R 05	咳
R 06	呼吸の異常
R 07	咽喉痛及び胸痛
R 09	循環器系及び呼吸器系に関するその他の症状及び徴候

R 51	頭痛
R 52	疼痛, 他に分類されないもの
R 53	倦怠(感)及び疲労
R 54	老衰
R 55	失神及び虚脱
R 56	けいれん<痙攣>, 他に分類されないもの
R 57	ショック, 他に分類されないもの
R 58	出血, 他に分類されないもの
R 59	リンパ節腫大

R 10	腹痛及び骨盤痛	R 60	浮腫, 他に分類されないもの
R 11	悪心及び嘔吐	R 61	発汗過多<多汗>(症)
R 12	胸やけ	R 62	身体標準発育不足
R 13	えん<嚔>下障害	R 63	食物及び水分摂取に関する症状及び徴候
R 14	鼓腸及び関連病態	R 64	悪液質
R 15	便失禁	R 68	その他の全身症状及び徴候
R 16	肝腫大及び脾腫, 他に分類されないもの	R 69	原因不明及び詳細不明の疾病
R 17	詳細不明の黄疸	R 70	赤血球沈降速度促進及び血漿粘(稠)度の異常
R 18	腹水	R 71	赤血球の異常
R 19	消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	R 72	白血球の異常, 他に分類されないもの
R 20	皮膚感覚障害	R 73	血糖値上昇
R 21	発疹及びその他の非特異性皮疹	R 74	血清酵素値異常
R 22	皮膚及び皮下組織の限局性腫脹, 腫瘍<mass>及び塊<lump>	R 75	ヒト免疫不全ウイルス[H I V]の検査陽性
R 23	その他の皮膚変化	R 76	血清のその他の免疫学的異常所見
R 25	異常不随意運動	R 77	血漿たんぱく<蛋白>のその他の異常
R 26	歩行及び移動の異常	R 78	正常では血中から検出されない薬物及びその他の物質の検出
R 27	その他の協調運動障害	R 79	その他の血液化学的異常所見
R 29	神経系及び筋骨格系に関するその他の症状及び徴候	R 80	単独たんぱく<蛋白>尿
R 30	排尿に関連する疼痛	R 81	糖尿
R 31	詳細不明の血尿	R 82	尿のその他の異常所見
R 32	詳細不明の尿失禁	R 83	脳脊髄液に関する異常所見
R 33	尿閉	R 84	呼吸器及び胸部<郭>からの検体<材料>の異常所見
R 34	無尿及び乏尿<尿量減少>	R 85	消化器及び腹腔からの検体<材料>の異常所見
R 35	多尿	R 86	男性生殖器からの検体<材料>の異常所見
R 36	尿道分泌物	R 87	女性生殖器からの検体<材料>の異常所見
R 39	尿路系に関するその他の症状及び徴候	R 89	その他の臓器, 器官系及び組織からの検体<材料>の異常所見
R 40	傾眠, 昏迷及び昏睡	R 90	中枢神経系の画像診断における異常所見
R 41	認知機能及び自覚に関するその他の症状及び徴候	R 91	肺の画像診断における異常所見
R 42	めまい<眩暈>感及びよるめき感	R 92	乳房の画像診断における異常所見
R 43	嗅覚障害及び味覚障害	R 93	その他の身体構造の画像診断における異常所見
R 44	一般感覚及び知覚に関するその他の症状及び徴候	R 94	機能検査の異常所見
R 45	情緒状態に関する症状及び徴候	R 95	乳幼児突然死症候群
R 46	外観及び行動に関する症状及び徴候	R 96	その他の突然死<急死>, 原因不明
R 47	言語の障害, 他に分類されないもの	R 98	立会者のいない死亡
R 48	読字障害及びその他の表象機能の障害, 他に分類されないもの	R 99	その他の診断名不明確及び原因不明の死亡
R 49	音声の障害		
R 50	不明熱		

図表 8 : 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 (Rコード) の一覧 (※DPC/ PDPS では、一部を除いて使用が禁止されている)

(6) 確定した診断によらず傷病名が選択されていることについて

- 前述 (5) と類似した傷病名の選択であり診断が確定している可能性が高いが、あえて

曖昧な傷病名や兆候等を選択している例がみられる。

◆確定した診断によらず傷病名が選択されている例

- ①「肺真菌症」の場合、主の原因菌はカンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス等によると思われるが、診断がついているにも関わらず当該原因菌による詳細な「肺真菌症」として選択しない場合、菌種が判明している場合は該当する傷病名を選択しなければならない。
- ②原疾患が確定し診療を実施中あえて一部の症状や徴候を傷病名として選択している場合。例えば、悪性腫瘍の化学療法に起因する好中球減少に対して、発熱性好中球減少症として「白血球疾患（その他）」、血小板減少に対して「出血性疾患（その他）」として選択を行うのは適切ではない。

## 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

○重要なポイント

- ・ 確定診断に至らなくともその診療経過、特に診断のためのプロセスが診療録に記載されていなければならない。その記録は「疑い」傷病名や「R コード」を選択するにあたってその根拠とならなければならない。

- 医療資源傷病名の選択において、確定的な診断が入院期間中になされなかった場合、入院中に症状が消失し確定出来なかった場合、「疑い」傷病名もしくは「R コード」を医療資源傷病名として選択するが「R コード」の選択はあくまでも限定的なものとする。入院中に確定診断がなされなかった場合、主要症状または異常な所見等を主要な傷病名として選択することになる（入院の契機となった傷病名等）。
- 診断が未確定の場合、傷病名選択の根拠として診療録は重要であることから、診療の経過は必ず診療録に記すこと。また、必要に応じて症状を詳記することが求められる。

◆「医療資源傷病名」を「疑い」とする場合の例

発熱にて受診。肺炎を疑い診断のための検査を施行。マイコプラズマ肺炎を強く疑い、当該傷病を対象と考え診療。解熱剤、抗生剤等を投与したところ発熱消失。原因菌確定以前に退院

→入院の契機となった傷病名はマイコプラズマ肺炎（J157）疑い。「医療資源傷病名」は、マイコプラズマ肺炎（J157）疑い。

- 前述のような例外的事例の発生以前に不適切な傷病名の選択や表記が行われている事例も多くみられる。確定した診断によらず、傷病名選択やコーディングへの理解が不十分なこと、確認漏れ等により傷病名の選択を誤ってしまう場合も多い。明らかに不十分な場合や不正確に記録された記録であれば主治医に確認する等の対応が必要となる。

## ◆ 確定した診断によらず、「医療資源傷病名」を選択した例

- ・入院時に胃癌 (C16.9) 疑い。内視鏡検査の結果、胃体部癌 (C16.2) が判明し診断が確定したが、修正されず、胃癌 (16.9) 疑いのままとなった。

- 次に、「疑い (診断が確定しなかった)」を傷病名として選択することが妥当である場合について例示する。

## ◆ 「疑い (診断が確定しなかった)」を選択した例

## ① その他に特記すべき病態がない急性胆嚢炎の「疑い」

「医療資源傷病名」として急性胆嚢炎 (K81.0) を選択する。検査方法が確立していない疾病とは考えにくいので検査結果等、診療内容を確認の上、「疑診」が必要か判断する。

## ② その他の病態のない重篤な鼻出血

他に特徴的な診断がなされず例外的に「医療資源傷病名」として、鼻出血 (R04.0) を選択する。診療によって特異的な診断の確定が出来なかったとしても、疑われる疾患として選択することが出来ないか、鼻出血を引き起こした原疾患 (外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血、高血圧症等) に対する治療が行われなかったか、等を確認し判断する。

## ③ 癌患者等におけるターミナル・ケアでの呼吸管理

「Rコード」の使用が制限されているため、該当する癌等の分類を行い癌等に対する治療やその他の傷病に対する治療を含めて総合的に判断する。また、入院時併存症、入院後発症疾患として必要に応じて呼吸管理及び癌等の傷病名を選択する。

## ④ えん下障害による胃瘦造設

「Rコード」の使用が制限されているため、その状態に至る原因となる病態を「医療資源傷病名」として選択する。「入院時併存症」、「入院後発症疾患」としてえん下障害を選択する。

- Rコードについては、心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明確および原因不明の死亡 (R99)まで原則として使用することは出来ないが、以下は例外として使用可能である。
- ※ 鼻出血 (R04.0)、喀血 (R04.2)、気道のその他の部位からの出血 (R04.8)、気道からの出血、詳細不明 (R04.9)、熱性けいれん (R56.0)、限局性発汗過多 (R61.0)、全身性発汗過多 (R61.1)、発汗過多、詳細不明 (R61.9) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R73.0)

- また、手術、処置がある場合、通常は他の傷病名で選択される何らかの原因疾患があると考えられる。Rコードが付与される事例の多くは、入院の契機となった傷病名にその徴候等としてRコードを用いた後、必要な修正が行われなかった事例が多いのではないかと考えられる。

## ◆ 「Rコード」を用いた後、修正が行われなかった例

- ・ 入院時に喀血 (R04.2)。CT、気管支鏡検査の結果、右下葉に肺癌発見 (C34.3)。ただし、傷病名は修正されず喀血のままとなった。

- また、不確定な診断とは、単なる病態の選択漏れ (診療録への記載漏れ、記載不備等) を想定したものではない。ICD (過去の記録や書類に基づく死因統計) とは異なり、DPC においては対象となる患者が院内に現存している (もしくは現存していた) ことが通常であることで、診療録の記載が十分でない場合でも、主治医に確認することで確定できない診断はほとんど発生しないと考えられる。

- 逆に、診療行為から判断して診断が確定したと考えられるケースを例示する。

## ◆ 診断が確定し傷病名の修正が必要となる例

- ① 喀血に対して気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープ) を実施。
- ② 右鼻出血症に対して顎関節脱臼非観血的整復術を実施。

### 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

## ○ 重要なポイント

- ・ ICD における複合分類項目の取扱いは DPC では採用していない。医療資源の投入量で主たるものを選択する。ただし、その選択については診療録に根拠がなければならない。
- ・ ○○を伴う△△というような分類を選択する場合は、傷病名にその○○を伴うといった情報を含まなければならない。

- ICD の分類では、二つの病態または一つの病態とそれに引き続く過程とが単一のコードで表すことができる分類項目が用意されている。このようなコードに該当する病態の場合は、どの病態、疾患に最も医療資源が投入されたかが判断の基準となる。

※なお、DPC においては、ダブルコーディングのルールは採用しない。

## ◆ ICD で複数分類に該当する場合の例

- ① ダブルコーディングに該当する病名の場合は医療資源の投入量でどちらかを採用する。  
※ 「+ : 剣印」優先というルールも採用しない。また、ダブルコーディングに関連した+、\*印は添付しないこと。

- ② 「医療資源傷病名」を選択する場合、その属する分類に所属することがわかるような傷病名を付与すること。

例えば、糖尿病性白内障で白内障の治療が主体の場合は、眼疾患 (H28.0) を選択する。糖尿病性白内障 (E14.3) は誤り。逆に、白内障を伴う 2 型糖尿病で糖尿病の治療が主体の場合は、代謝内分泌疾患 (E11.3) を選択する。白内障を伴う 2 型糖尿病 (H28.0) は誤り。

- 以下にその他の複合分類の具体例を示す。このような場合、○○を伴う等の情報が傷病名に含まなければならない。

◆ その他の複合分類の具体例

① 腎不全、その他の病態：高血圧性腎疾患

高血圧に起因する場合については、「医療資源傷病名」として腎不全を伴う高血圧性腎疾患 (I12.0) を選択する。

② 主要病態：眼の炎症に続発する緑内障

「医療資源傷病名」として眼の炎症に続発する緑内障 (H40.4) を選択する。本来の緑内障以前に発症した「他の眼の炎症」、例えばぶどう膜炎等が主たる傷病名になることもあり得るので、その場合は、医療資源の投入量を判断した上で、ぶどう膜炎の病態を「医療資源傷病名」として選択する可能性もある。その他、糖尿病や外傷等によることもあるので注意が必要である。

③ 腸閉塞、その他の病態：左そけい＜単径＞ヘルニア

一側性または患側不明のそけい＜単径＞ヘルニア、閉塞を伴い、えく壊瘡を伴わないもの (K40.3) を選択する。閉塞を伴わず、左そけい＜単径＞ヘルニアのみの診断である場合は、一側性または患側不明のそけい＜単径＞ヘルニア、閉塞またはえく壊瘡を伴わないもの (K40.9) を選択することになるが、適切な選択をするために嵌頓や閉塞等の併発がないか確認しなければならない。

④ 白内障と I 型糖尿病 (インスリン依存性糖尿病)、その他の病態：高血圧 (症)

「ICD」では、主要病態として眼科的合併症を伴う I 型糖尿病 (インスリン依存性糖尿病：E10.3+) および糖尿病性白内障 (H28.0\*) とする「ダブルコーディング」の典型例である。「DPC」で医療資源の投入量で判断することになるが、手術を実施した場合は手術と「医療資源傷病名」との乖離がないことが原則である。

⑤ II 型糖尿病 (インスリン非依存性糖尿病)、その他の病態：高血圧、関節リウマチ、白内障

前出の④の例と異なり、主要病態として合併症を伴わない II 型糖尿病 (インスリン非依存性糖尿病 (E11.9)) を選択した例である。この症例では、糖尿病と白内障に両者の関連はなく (糖尿病性白内障ではない)、独立していることに注意すること。なお、診療録等で関連性の有無について必ず確認を行い、関連性があれば異なる判断をすることになる。例えば、糖尿病と糖尿病性白内障という場合は、前出④の結果となる。

#### 4) 病態の続発・後遺症のコーディング

○ 重要なポイント

- ・ 当該分類は基本的に既に存在しない病態であるから、この場合は「医療資源傷病名」として選択することは出来ない。また、適切な傷病名の選択には過去の傷病名の転帰を明確にする等の整理が必要となる。

- ICD には、「……の続発・後遺症」という見出しの分類項目 (B90-B92、B94、E64、E68、

G09、I69、O97、T90-T98 等) があるが、これらは治療や検査を受けるような現在の問題の原因として1入院期間の診療についての医療資源の投入量で判断することを前提としている DPC においては既に存在しない病態であるため医療資源傷病名として選択は出来ない。さらに、患者管理に対しても全く影響を与えないのであれば、副傷病名ともなり得ないことになる。

◆……の続発・後遺症例

全く治療の対象となっていない30年前発症の脳梗塞歴を今回の「医療資源傷病名」として選択することは不適切である。ただし、続発・後遺症として影響を与えているような場合は、患者管理への影響を考慮した上で（明らかに影響がある場合には）、必要に応じて「入院時併存症」として追加する。

## 5) 急性および慢性の病態のコーディング

○重要なポイント

- ・ 傷病に対して、急性、慢性の区別をすることは必須要件であり、その根拠が診療録に記されている必要がある。

○ ICD では、「主要病態が急性（または亜急性）および慢性の両者であると記載され、各々について ICD に複合の項目でない別々の分類項目および細分類項目が用意してある場合は、急性病態に対する分類項目を優先的**主要病態**として使用しなければならない」としている。傷病名の選択、コーディングにあたっては、必ず、慢性、急性の記載の有無、診療行為と乖離がないか等を明確にしておく必要がある。

- ◇ 付録として添付している「留意すべき ICD コード」等をも参考に傷病名を付与すること。

## ◆急性、慢性の病態がある場合の例

## ① 1 入院期間中に急性胆のう&lt;囊&gt;炎から慢性の胆のう&lt;囊&gt;炎へ移行した場合

- ・急性胆のう<囊>炎 (K81.0) を選択する。慢性胆のう<囊>炎 (K81.1) は、「ICD」のルールでは、任意的追加コードとして使用することができる、主たる傷病名を選択する「DPC」においてはその診療内容や診断基準等によって慎重に判断しなければならない。

## ② 膵炎 (急性及びその記載がない膵炎である場合 (K85)、アルコール性慢性膵炎 (K86.0)、その他の慢性膵炎 (K86.1))

- ・①と同様の選択をする。1 入院期間で急性から慢性へ移行したという場合は、「急性」を選択する。
- ・ただし、慢性膵炎が再燃し、「急性膵炎診療ガイドライン」(日本脾臓学会) や難病情報センター (公益財団法人難病医学研究所) の慢性膵炎の記述にみられるような場合においては、その診断基準に準拠した該当する病態である場合は、例外的に急性膵炎 (K85) に準じて扱うこととする。

※「慢性膵炎の急性増悪」という傷病名がそのまま「急性膵炎」を意味するわけではない。

## ③ 主要病態が慢性閉塞性気管支炎の急性増悪という場合

- ・「ICD」には複合のための適当な項目があるので、主要病態として急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患 (J44.1) を選択することとしている。
- ・前述の①で述べた慢性膵炎の急性増悪と異なり、慢性疾患の急性増悪は「急性」と同様に取り扱うことではないので注意すること。

## 6) 処置後病態および合併症のコーディング

## ○重要なポイント

- ・本来の治療目的である「医療資源傷病名」に対して、その治療の結果として後発した傷病名を選択するには明確な根拠が必要である。
- ・明らかな医療資源投入量の差と明確な治療経過の診療録への記載が必要である。

○ ICD では、外科的処置およびその他の処置、たとえば手術創感染症、挿入物の機械的合併症、ショック等に関連する合併症として外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの (T80-T88) と分類されている。この分類を医療資源傷病名として選択する場合は、本来の原疾患に対する外科処置等よりもその合併症に対して医療資源の投入量が明らかに大きいこと、本来の外科処置等は既に終了していること等が条件である。

○ また、同一入院で手術や処置に強く関連した入院後発症疾患の記載は、本来の傷病名と関連しない傷病名との区別がつかないので、傷病名の記載にあたっては、可能なかぎり「術後」又は「処置後」の記載が必要である。

## ◆外科的処置後、後発症について選択した例

- ①冠動脈大動脈バイパス移植術（CABG）後に手術創が離開した場合は、その医療資源の投入量が明らかに本来の治療よりも大きい場合に限り、手術創の離開、他に分類されないもの（T81.3）を選択する。傷病名は例えば術後手術創離開とする。一旦退院し、創離開治療のために再入院した場合も同様である。
- ②1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症については、術後甲状腺機能低下症（E89.0）を選択する。通常、当初の甲状腺切除に直接関連した治療が行われていない場合については、医療資源の投入が存在しない以上、例えば甲状腺切除の原因となった甲状腺癌術後を医療資源傷病名として選択することはない。

## 7) 多発病態のコーディング

## ○重要なポイント

- ・ 傷病名の選択においては、少なくとも「ICD」で規定されている部位について詳細に明示する必要がある。
- ・ ただし、「ICD」と異なり「DPC」の場合は治療対象としての部位の確定が出来ることから、多発病態の選択は例外的な取扱いとなる。

- ICD では、多発病態をもつ患者で、主たる病態がなく（確定できずに）、数多くのそのような病態があるならば、「多発性損傷」または「多発性挫滅損傷」のような用語を単独で用いる、としている。しかし、DPC では主要な診療行為について医療資源の投入量で判断し医療資源傷病名としては主要な部位や傷病名を確定した上で ICD に対応した主病名を選択すべきである。
- また、多発病態を選択する場合、多発性だと認識出来るように、「多発性」の表記をする必要がある。その一方、個別の部位の選択や単発性における指（趾）の記載については、ICD が求める範囲で解剖学的に確認して必ず必要な部位を記載すべきである。

## ◆多発病態の例

- ①多発的外傷であるが、治療がその一部の骨折の治療である場合はその部位の骨折が「医療資源傷病名」となる。
- ②診療内容との乖離を防ぐため、傷病名を選択するにあたり診療行為に関連した傷病名が本当に多発的で個々に分類不能であるかということに注意して傷病名選択を行わなければならない。
- ③「ICD」における、多発、多臓器、多部位等という分類は有用ではあるが、「DPC」のように、患者個々に、医療資源の投入量や主要な診療行為が確定出来る場合については、安易にこの分類を選択すべきではない。

## 8) その他、コーディングで留意すべきこと

(1) 現在 (今回) の入院期間に関連しない以前の入院期間に関連する傷病名は選択しない。

◆現在 (今回) の入院期間に関連しない以前の入院期間に関連する傷病名は選択しない例

①いわゆるレセプト病名として使用される「〇〇術後」等の傷病名は選択しない。②既に治癒していると判断される疾病、今回の入院で治療対象とならず医療資源の投入や患者管理にも影響を与えない過去の疾病は医療資源傷病名としない。

③既に治療が終了している、過去に治療対象となった臓器が既に存在しない疾病 (切除後)、診療内容説明のために、手術により切除された等の履歴を残す必要がある疾病は治療対象外であるため医療資源傷病名とはしない。

(2) 疑義のある傷病名の確認義務

○ 単なる傷病名、実施した検査や処方箋で判断する等、「与えられた材料」だけで傷病名を選択してはならず、疑義のある傷病名を選択する場合、患者の状態を最も把握している主治医に必ず確認すること。

※主治医以外の診療情報管理士等による診療録の確認やコーディングの監査を実施することは、適切な傷病名の選択には有用といえる。

※「可能であるならばいつでも、明らかに不十分であるか不正確に記録された主要病態を含む記録は、発生源に戻し明確にするべきである。」(ICD-10 第1巻、4.4.2、「主要病態」および「その他の病態」のコーディングのためのガイドラインより)

(3) 症候群の取り扱い

○ 「～症候群」の場合、ICD が定義する症候群以外、特に極めて希な症候群の場合以外は、当該症候群の中で一番医療資源を投入した病態に対する傷病名を選択する。また、必要に応じて症状の詳細を行い当該症候群について記すこと。

(4) 他分野の MDC に共通した ICD 選択の例

①感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B92、 B94)

○ 遺残病態の性質が明確な場合、これらの「ICD」は医療資源傷病名として使用しない。遺残病態の性質を明示する必要がある時は、副傷病名として B90-B94 を追加すること。

②新生物

○ 新生物は原発、転移に関らず治療の中心となる対象疾患であれば医療資源傷病名として分類する。ただし、原発性新生物が治療後等により長期に存在しない場合 (過去の治療で切除されている等) は、現在の治療において治療や検査の中心となった続発部位の新生物、現在の傷病名 (1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症等) を選択する。

○ また、遺残病態として過去の新生物の性質や既往等を明示する必要がある時は医療資源傷病名とせず副傷病名として追加 (胃癌の肝臓転移等) すること。

## ③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

- 「ICD」では、症状、徴候および異常所見があきらかにケアの経過中に治療または検査された主要病態を指し、医療従事者により記載されたその他の病態と関係が見られない場合以外は主要病態を使用しないこととされている。原則として、傷病名が確定しない、それ以外に分類できない場合の選択に限る。当初に診断が確定しない場合であっても、何れかの診断が確定しそれに基づいて治療行為が行うことから主治医への確認を必ず行うこと。また、傷病名が確定しているにも関わらずあえて曖昧な「ICD」を選択しないこと。

## ④損傷、中毒およびその他の外因の影響

- 「DPC」では原則として治療対象として対象となった病態、部位を主要病態に医療資源傷病名として選択する。その他は、副傷病名として扱う。

## ⑤その他、希な傷病名の選択や分類をせざるを得ない場合の注意点

- 「DPC」や「ICD」は、「分類」であり、患者の各々の傷病名がどの範囲で分類出来るのかというルール（構造）となっている。
- したがって、稀に想定していない患者の病態が出現することは起こりえる。その場合、当該傷病名を選択し ICD の選択をするにはそれ相応の理由が必要である。診療録に適切に記すことと同時に、レセプトの場合は症状詳記やレセプト適応欄にコメントすることになる。

### Ⅲ.付録 : 資料集

※「詳細不明・部位不明コード」とは

- 傷病名の確定に至らず改善することや、必要な検査を実施しても明確な結果が得られないことがある。また、保険診療の範囲では確実な傷病名の確定に至るとは限らず分類の選択が不可能な場合もあることから、「詳細不明・部位不明」分類が設定されている。
- ただし、ICD の日本語版と原典（英語版）では表現が異なっている。
- したがって、「部位不明、詳細不明」とは、臨床現場における診断の不明ではなく、記録としてそれ以上の必要な傷病に関する情報が存在しないもしくはそれ以上のことがわからないことである。
- 例えば、死亡診断書から傷病名の分類を行う場合、第三者的に判断した時に記録として必要な傷病に関する情報が死亡診断書に記されていない場合があり、そのような場合に限り「部位不明、詳細不明」等の曖昧な「その他」、「分類不可」もしくは「例外」的な分類が存在する。
- したがって、このような ICD を選択する時は、第三者的に判断ができない場合の例外であり、臨床現場で確認が出来る場合には、不明確な ICD の選択が頻回に発生するとは考えにくい。
- このような ICD の選択が結果として頻回に発生する場合は、その多くは診療録の記載不備、主治医や執刀医への確認が不十分であり確認する必要がある。

## 【DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集】

DPC 上 6 桁	名称	事例	対応
010040	非外傷性頭蓋内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外)	脳内出血に伴って片麻痺がある場合	原疾患の脳内出血 (I61.0) を選択し、副傷病名は麻痺に関連する傷病名となる。
010060	脳梗塞	リハビリ治療のための入院の場合 <3 年前に脳梗塞があり、左下腿麻痺の場合>	リハビリ目的の場合は下腿麻痺 (G83.1) を選択するが、陳旧性脳梗塞があり合併症としての意味があることから、脳梗塞の続発・後遺症 (I69.3) を選択する。
010070	脳血管障害 (その他)	出血または梗塞と明示されていない場合 <弛緩性片麻痺を伴う脳血管発作>	脳血管発作 (I64) を選択し、副傷病名は弛緩性片麻痺 (G81.0) となる。合併症もあるため片麻痺に該当する副傷病名は必須である。
010080	脳脊髄の感染を伴う炎症	脳膿瘍の治療が行われた場合 <陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん>	陳旧性脳膿瘍 (G09) を選択し、症候性てんかん (G40.8) は副傷病名となる。
010230	てんかん	脳膿瘍の治療が行われず、てんかんの治療のみ行われた場合 <陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん>	症候性てんかん (G40.8) を選択し、副傷病名に頭蓋内膿瘍後遺症 (G09) または中枢系の炎症性疾患後遺症 (G09) を入れる。
020110	白内障、水晶体の疾患	糖尿病性白内障	白内障の治療が主体の場合には、眼疾患の糖尿病性白内障 (H28.0) を選択する。しかし、糖尿病の治療が主体の場合は内分泌疾患 (E349) を選択する。
030380	鼻出血	鼻出血	鼻出血 (R04.0) は R コードのため注意が必要。他に特徴的な診断がない場合は医療資源病名は鼻出血 (R04.0) を選択するが、それ以外に鼻出血を引き起こした原疾患 (外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血、高血圧等) に対する治療が行われなかったか等を確認し判断する必要がある。
040040	肺の悪性腫瘍	乳癌の治療が何も行われない場合 <2 年前乳癌切除、肺の続発性癌 (腫)、気管支鏡による生検を施行した場合>	転移性肺癌 (C78.0) を選択する。
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	自院にて 5 年前から肝臓癌の診断治療、その後も自院外来通院中。今回はその過程で肺炎球菌性肺炎を発症し入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与、退院。	病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべきである。この場合は、医療資源病名は肺炎球菌性肺炎 (J13) を選択し、入院時併存症は肝臓癌 (C22.0) とする。

040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	急性呼吸不全、肺炎がある場合	呼吸不全は原因になった傷病名とともに使う状態名であり原疾患の治療が行われているはずであるため医療資源病名として選択しない。医療資源病名は肺炎 (J18.9)となる。肺炎菌が判明している場合はその病原菌が該当する ICD コードを選択する。
040120	慢性閉塞性肺疾患	慢性呼吸不全、汎小葉性肺気腫がある場合	呼吸不全は原因になった病名とともに使う状態名であり原疾患の治療が行われているはずであるため医療資源病名としては選択しない。医療資源病名は汎小葉性肺気腫 (J43.1) である。
040130	呼吸不全 (その他)	呼吸不全がある場合	呼吸不全は原因になった傷病名とともに使う状態名であり原因疾患がはっきりしている場合は「呼吸不全 (その他)」は選択しない。
050030	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	急性心筋梗塞 (前壁中隔)、急性心不全がある場合	急性心筋梗塞に伴う心不全は急性心不全である。主な治療は急性心筋梗塞に対して行われるため医療資源病名は急性前壁中隔心筋梗塞 (I21.0)を選択する。
050060	心筋症	心筋症、慢性心不全がある場合	心筋症に伴う心不全は慢性心不全である。末期症状として慢性心不全があるが、医療資源病名は原疾患のそれぞれの型を明確にした心筋症を選択する。
050130	心不全	心不全を医療資源病名とする場合	原因疾患がはっきりしている場合は心不全は選択しない。
060020	胃の悪性腫瘍	胃癌の場合	胃癌は検査・手術により解剖学的部位を明確にできるため、詳細部位の把握とその詳細な情報を傷病名の表記に含む必要がある。噴門部癌 (C16.0)、胃底部癌 (C16.1)、胃体部癌 (C16.2)、胃幽門前庭部癌 (C16.3)、胃幽門部癌 (C16.4)、胃小弯部癌 (C16.5)、胃大弯部癌 (C16.6)のように表記する。癌が体部から幽門前庭部に広がっており、どちらに主な腫瘍があるか不明な場合には、胃の境界部病巣 (C16.8)を使用してもよい。胃癌 (C16.9)は不適切なコードである。
060035	大腸 (上行結腸からS状結腸) の悪性腫瘍	大腸癌にS状結腸切除術を施行した場合	手術術式によりS状結腸が確認できるので、S状結腸癌 (C18.7)となる。結腸は上行結18.腸癌 (C18.2)、横行結腸癌 (C18.4)、下行結腸癌 (18.6)、S状結腸癌 (C18.7)と部位ごとにコードが異なるため明確にするべきである。結腸癌 (C18.9)は不適切なコードである。

100060	1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	・型が判明できない場合	糖尿病は最初に型を分類し、治療内容に 応じて医療資源病名を選択する。
100070	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	・糖尿病性多発合併症がある 場合	糖尿病性多発合併症は、腎合併症、眼合 併症、神経(学的)合併症、末梢神経合 併症など糖尿病により起こっているも のを指し、それらが複数ある場合に4桁 目に「.7」を使用する。
100080	その他の糖尿病(糖尿 病性ケトアシドーシ スを除く。)	・2型糖尿病性糸球体ネフロ ーゼによる腎不全の場合	詳細不明である糖尿病(E14)を選択す る可能性がある場合は主治医に確認す る。
100335	代謝障害(その他)	低アルブミン症	消耗性疾患でアルブミンを投与した場 合は選択せず、原因疾患を選択する。
110080	前立腺の悪性腫瘍	慢性気管支炎を伴って前立腺 摘出術を実施した場合	主たる治療内容より、前立腺癌(C61) を医療資源病名し、副傷病名は慢性気管 支炎となる。
110280	慢性腎炎症候群・慢性 間質性腎炎・慢性腎不 全	IgA腎症合併妊娠の場合 内 科的治療の場合	反復性及び持続性血尿(N02.8)を選択 する。
120182	前置胎盤および低置 胎盤	前置胎盤のために帝王切開分 娩を施行した場合	医療資源病名は前置胎盤(O441)とな るが、出血の有無によりコードは異な る。帝王切開分娩は副傷病名の入院後発 症疾患となる。
120260	分娩の異常	帝王切開分娩、鉗子分娩、吸 引分娩の場合	帝王切開分娩等の分娩方法を実施する 場合は原因となる傷病名があるため、分 娩方法は医療資源病名にはならない。こ れらの分娩方法は、副傷病名として入院 後発症疾患となる。
120270	産褥期を中心とする その他の疾患	IgA腎症合併妊娠の場合 産 科的治療の場合	その他の異常所見、母体の分娩前スクリ ーニングにおけるもの(O28.8)を選択 する。
130010	急性白血病	不明熱で入院し、各種検査の 結果、急性骨髄性白血病と診 断された場合	種々の検査で傷病名が確定した場合、診 断を確定するに至った検査等が医療資 源病名となる。この場合には急性骨髄性 白血病(C92.0)となる。
130070	白血球疾患(その他)	好中球減少症の場合	GCSF等を皮下注した場合の「好中球減 少症」や、がん化学療法に伴う「発熱性 好中球減少症」は、原疾患が確定し一連 の診療を実施している中の事象のため、 医療資源病名に選択しない。
130090	貧血(その他)	貧血の場合	原因の明確な出血で輸血をしている場 合は選択しない。原因疾患を選択する。

130100	播種性血管内凝固症候群	播種性血管内凝固症候群 (DIC) の場合	DIC を医療資源病名とする場合は、DIC 診断基準に準拠する必要がある。通常は診療行為が一連の診療経過に含まれており、傷病名選択の根拠が主治医により診療録に適正に記録されている必要がある。
130110	出血性疾患 (その他)	血小板減少症の場合	癌の化学療法中に血小板輸血をした場合は選択しない。原疾患の癌を選択する。
140010	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	慢性 C 型肝炎母体児の場合	母体に問題があった新生児又は胎児には、母体の問題を明らかにした上で、～母胎児 (P00～P05) を選択する。この場合は母体の疾患は医療資源病名にはならない。
160980	骨盤損傷	膀胱および尿道の損傷の場合	医療資源病名としては骨盤臓器の多発性損傷 (S37.7) を優先し、副傷病名は膀胱損傷 (S37.2) および尿道損傷 (S37.3) となる。しかし、医療資源の投入量で判断ができる場合には「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
170040	気分 [感情] 障害	うつ病に伴う胃体部癌の場合 うつ病のみの治療	一般病棟において、うつ病のみの治療が行われた場合はうつ病が医療資源病名となる。しかし、胃体部癌等の治療が主体である場合には、うつ病は副傷病名となる。
180035	その他の真菌感染症	肺真菌症	肺真菌症の多くはカンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス、ムコール等によると思われる。菌腫が判明している場合は、該当する原因菌のコードを選択する。
180040	手術・処置等の合併症	カテーテル先感染症、創部感染、縫合不全等の場合	入院中に発症した術後感染等、本来の治療対象ではない処置に伴う疾患は原則的に原疾患に優先して医療資源病名にならない。ただし、退院後に当該治療のために再入院する場合はこの限りではない。
180050	その他の悪性腫瘍	癌の場合	医療資源病名として癌 (C80) は不適切である。傷病名を明確にし治療や検査の主体となった部位を選択する。
180050	その他の悪性腫瘍	カルチノイド	カルチノイドのような曖昧な傷病名は不正確なコードの部位の明示されない悪性新生物 (C80) となる。カルチノイドも解剖学的部位を明確にする必要がある。カルチノイド症候群 (E34.0) は全く異なる。

180050	その他の悪性腫瘍	同時性重複癌（多重癌）の場合	2つ以上の原発性の癌がある場合で、どちらが主要ともいえない場合に使用する（C97）。しかし、医療資源投入量で判断可能である、もしくは治療の対象が限定される場合には個々に判断する。
MDC16	160100～160870の各部位の損傷の骨折に該当する部分	骨折について	骨折は開放性骨折、閉鎖性（非開放性）骨折を区別する。また部位を明確にしてSコードで分類する。

DPC/ PDPS 傷病名コーディングテキスト

平成 26 年〇月〇日作成 (第 1 版)

厚生労働省 保険局医療課  
包括医療推進係