

DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド

2013年3月14日:Ver.1.0

◆目次◆

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

◇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」

1. 序文

本書は、DPC/PDPSに関わる医療機関における傷病名コーディングの参考書となるよう平成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」研究班(研究代表者 伏見清秀)が作成した。ICDの分類選択ルールを踏まえつつ、正確なDPC分類選択の考え方やプロセスが記載されているので、適正なDPCコーディング、ICD10コーディングのために各医療機関等で利用していただきたい。

本書で示されている事例は、臨床現場において発生している多種多様な病態のうちの典型例であり、多様な臨床現場の実態を完全に網羅することは不可能である。したがって、疑義が発生した場合は、適切に関係諸機関に照会する等して適切な情報を得ていただきたい。なお、本書の著作権は研究班に属する。

※本書の内容は、『平成24年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料』と併せて活用することを前提としているので当該資料を熟読いただきたい。

2. DPCにおける傷病名選択の基本原則

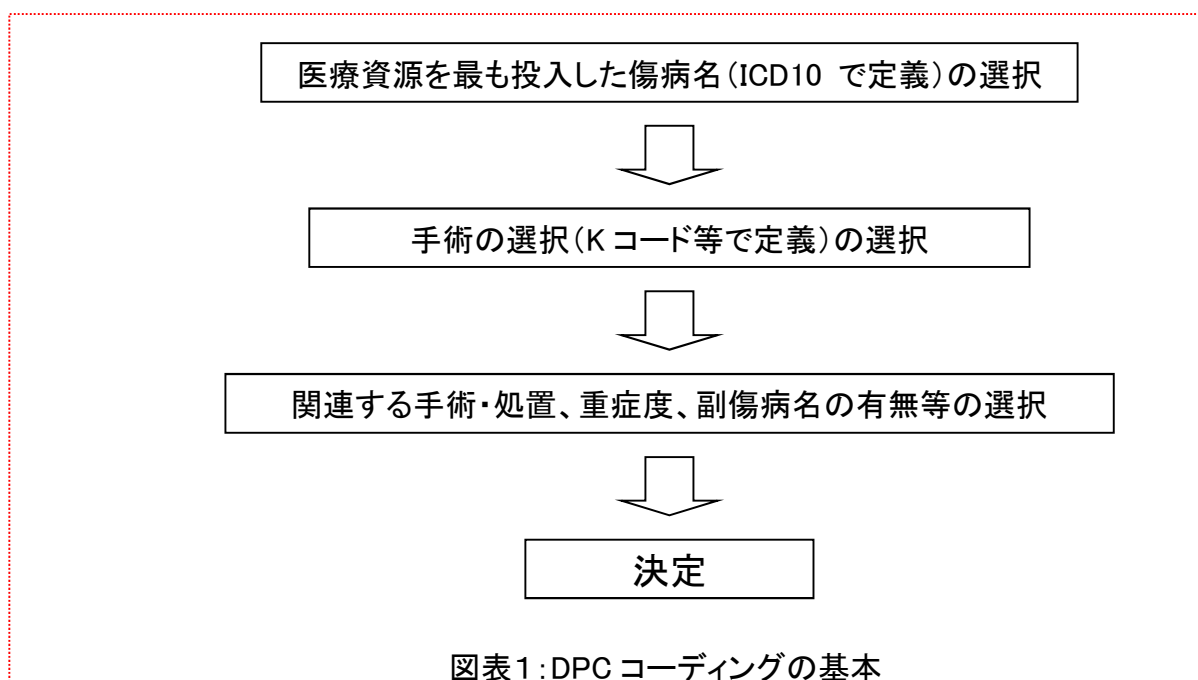
1) DPCの基本構造に沿った傷病名の選択

DPC分類を構成する要素は大別して、①傷病名(主要な傷病名、病態)、②点数表で規定されている主たる手術、③処置、副傷病名(入院時併存症、入院後発症)、重症度等、の3つである。主要な傷病名、病態は、「医療資源を最も投入した傷病名(本書では、以下医療資源病名と略す)」とされている。

DPCコーディングは、基本的には図表1に示すように、DPCの基本構造に沿って3層に分けて進めら

れる。すなわち、第一に、「医療資源を最も投入した傷病名」を選択し、次いで手術の選択、最後に関連する手術・処置、重症度、副傷病名を選択し、DPCコーディングを完成させる。

3層に大別される分類選択肢については、ツリー図、定義テーブル、点数表で規定されている。ただし、ここに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。つまり、ここでの「分類」は、「病名集」や「手術名集」ではなく、あくまでも、ICD や保険診療(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、原則として分類不可能な傷病名や手術名は存在しない。



2)DPC 分類と ICD 分類

DPC を分類するためのプロセスは、既出の 3 層構造であることを踏まえて、

- ◆1層目：医療資源病名を決定し、その傷病名が ICD10 のどのグループに属するかを決定。
- ◆2層目：次に、実施した手術が診療報酬点数表のどのグループに属するかを決定。
- ◆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、副傷病の有無等から適切なグループを決定。

ということになる。また、ここでの副傷病についても、医療資源病名と同様に ICD10 のどのグループに属するのか決定する必要がある。

3. 傷病名選択の基本的な指針

- ①医療資源病名は、一入院で一つを決定する。

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。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を行った傷病を対象とするのが一般的である。判断が難しい場合には、入院基本料(医療資源の一つである)を含む診療報酬点数を参考に、医療資源を最も投入した傷病名を判断する。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一つ選択する。

しかしながら、一部の医療機関では、この基本的ルールが誤解されていると思われるケースがあり、最も高額な薬剤を使った傷病名や包括範囲内の医療費のみを対象とした傷病名等がみられる。特に入院基本料についてはその意識が希薄なケースがみられる。

②医療資源病名と、実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由を診療録へ記載するとともに、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望ましい。

極端に不自然な例としては、医療資源病名が爪白癬、実施した手術が口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術、医療資源病名が狭心症、実施した手術が人工関節置換術(膝)、医療資源病名が肺炎、実施した手術が骨折観血的手術(大腿)、等がある。

③医療資源病名は、病態を最も適切に表すものにすべきである。

原因疾患がはっきりしている場合は、呼吸不全、循環器不全等の臓器不全病名を選択すべきではない。また、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。

例：肺炎を「呼吸不全」、心筋梗塞や心筋症を「心不全」、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」、原因の明確な出血で輸血をしている場合の「貧血」、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」、G-CSF 等を皮下注した場合の「好中球減少症」等がこれに該当する。

④入院時併存症と入院後発症の副傷病名は適切にもれなく記載すべきである。

入院時併存症は入院時に存在した傷病、入院後発症は入院期間中に発生した傷病であって、入院期間中の患者管理に影響を与えた病態を、最大4つまで記載すべきである。そのような傷病が 4 つを越える場合は、影響度の大きいものを4つ選択するべきである。

「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、もしくは疑って、診断行為が発生した場合や、認知症の併存症があるなど直接的な診療行為がなくともそれに該当する場合を含む。

4. 傷病名の選択について、留意すべき具体例

以下、過去の DPC データを参考に、傷病名等を選択するにあたって留意すべき点について解説する。

1) 医学的に疑問とされる可能性のある傷病名選択の例

(1) 「心不全」を医療資源病名とする場合

原疾患として、心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は、心不全ではなく、原疾患を医療資源病名として選択することが望ましい。

(2) 「呼吸不全(その他)」を医療資源病名とする場合

前例と同様に、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、原疾患を医療資源病名として選択することが望ましい。

(3) 「手術・処置等の合併症」を医療資源病名とする場合

IVH カテ先の感染、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、医療資源病名になり得ないので注意したい。「手術・処置等の合併症」を医療資源病名として選択する場合は、相応の理由が必要である。

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、医療資源病名を「手術・処置の合併症」とする例もみられるが、医療資源病名として適切かどうか、十分に検討すべきである。

(4) DIC 等の続発症を医療資源傷病名とする場合

医療資源病名として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。続発症を医療資源病名と選択する場合は、相応の理由が必要である。

例えば、DIC を医療資源病名とする場合は、厚生労働省の規定する診断基準(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。したがって、通常はこれらの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医師の診療録に適正に記録されている必要がある。

(5) 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) の多用について

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。例えば、DPC の分類として、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、喀血、出血、等の傷病名の頻用があってはならない。原則として、部位や病態が確定して特定の治療行為がある場合は、R コードは使用しない。

(6) 診断が確定している可能性が高いが、あえて粒度の低い傷病名や兆候等を選択している例

例えば、肺真菌症のほとんどは、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、恐らくはその診断がついているにも関わらず、肺真菌症として当該原因菌による詳細な肺真菌症を選択しな

いケース。菌種が判明している場合は、該当するコードを選択すること。

同様に、原疾患が確定し一連の診療を実施している中で、あえて一部の症状を取り上げるケース。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)」に分類するケース、血小板減少に対して、「出血性疾患(その他)」等が見られる。

※ここに例示されたような傷病名を医療資源病名とする場合は、その根拠をレセプトのコメント欄、症状詳記へ記載することが望ましい。

2)医療資源病名が未確定の状態、疑わしい場合、結果的に診断がつかなかった場合への対応

医療資源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、または、入院中に症状が消失し確定出来なかった場合については、疑い病名を医療資源病名とするか、ICD の第ⅩⅧ章の「R」分類、つまり、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(R00-R99)を医療資源病名とせざるを得ないが、後者はあくまでも限定的なものである。

以下に具体例を示す。

(1)その他特記すべき病態がない急性胆嚢炎の「疑い」

医療資源病名として急性胆嚢炎を選択(K81.0)する。通常、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」が必要かどうか判断する。

(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、医療資源病名は鼻出血、R040 を選択せざるを得ないが、診療を受けた以上、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コードすることが出来ないか、特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)癌患者のターミナル・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、該当する癌の分類を行い、癌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。併存症として、必要に応じて、呼吸管理及び癌の傷病名を選択する。

(4)えん下障害による胃瘻造設

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病名として選択する。併存症としてえん下障害を選択する。

3)医療資源病名が ICD における複合分類項目に該当する場合

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ような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。

以下に具体例を示す。

(1) 主要病態: 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、医療資源病名として腎不全を伴う高血圧性腎疾患 (I12.0) に分類する。

(2) 主要病態: 眼の炎症に続発する緑内障

医療資源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、ぶどう膜炎等、他の病態を医療資源病名として扱う可能性もある。その他にも、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) 主要病態: 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＜壊＞疸を伴わないもの (K40.3)、を選択する。もし、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 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注意すべきである。

(4) 主要病態: 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 では、ダブルコーディングは適用されないので、このような例ではどちらを優先するのか、医療資源の投入量で判断する。

また、医療資源の投入量とともに、「診療行為と主要病態の乖離」がないようにする。前述のとおり、手術を実施した場合は手術と傷病名の乖離がないことが原則である。また、単に診療科だけで判断せず、一入院期間の診療内容で判断する。

(5) 主要病態: 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

(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、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べきである。ただし、関連性がないかどうか、記録にあるか等、確認すべきである。逆に関連性があれば異なる判断をすべきである。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・後遺症の分類

ICD には、「……の続発・後遺症」という見出しのある一群の分類項目 (B90-B94, E64, E68, G09, I69,

O97, T90-T98 等)がある。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は、もはや「存在しない病態」を示すために使用されると ICD のルールで規定されている。したがって、現在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 においては医療資源病名として選択することには問題がある。例えば、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医療資源病名として選択することは不適切である。このような場合は、患者管理への影響を考慮して、必要であれば副傷病として追加すべきである。

5)急性および慢性の病態の分類

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」とされている。したがって、病名記載、コーディングに当たっては、必ず、慢性、急性の記載があるか、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。

このような病名付与については、併せて、DPC 導入の影響評価に係る調査実施説明資料中の「病名入力の留意点」、「留意すべき ICD コード」等も参照していただきたい。

以下に具体例を示す。

(1)主要病態:急性および慢性の胆のう<囊>炎

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が DPC においてはその診療内容や診断基準等によって判断することが重要である。同様の例として、膵炎(急性及びその記載がない膵炎である場合も K85、アルコール性の慢性膵炎が K86.0、その他の慢性膵炎が K86.1)等があるので注意しておきたい。一入院期間で急性から慢性へ移行したという場合(同一入院期間内に同時に二つの病態が存在した場合は、「急性」として扱う。ただし、慢性膵炎が再燃し、急性膵炎診療ガイドライン 2010(第三版)や難病情報センター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(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」になるわけではない。

(2)主要病態:慢性閉塞性気管支炎の急性増悪

ICD には複合のための適当なコードがあるので、「主要病態」として急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患(J44.1)にコードすることとされている。通常、前述の(1)で延べた慢性膵炎の急性増悪の例と異なり、慢性疾患の急性増悪は「急性」ではないので注意しておきたい。

6)処置後病態および合併症のコーディング

ICD-10 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

ヨック等に関連する合併症として、T80-T88として分類項目が記載されている。この分類を医療資源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多いことと、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。

以下に具体例を示す。

①主要病態：CABG後に創離解した場合

手術創の離開、他に分類されないもの(T81.3)を選択する。

②主要病態：1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症

術後甲状腺機能低下症(E89.0)を選択する。通常、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病名として選択することはない。

7)その他の留意すべき傷病名選択について

さらに詳細なコーディングに対しての情報や注意は、別冊の補足資料を参照のこと。

別冊補足資料：DPC コーディングのための ICD の基礎知識

DPC において適正な分類選択を行うためには、まず ICD-10 にて定義された傷病名を選択することが重要である。ここでは、ICD-10 を用いて、傷病名を正しくコーディングし、その結果、適正な DPC の分類選択を行うための基礎知識について述べた。

1. ICD-10 コーディング(分類)とは

本文で述べたように DPC を分類するための傷病名分類は、ICD 分類、正確には、「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。当該分類資料は、3 巻構成で、1 巻が総論(いわゆるマニュアル)、2 巻が内容例示表(コード体系)、3 巻が索引表である。

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)。

手順等の詳細は、当該成書を確認いただきたいが、ここでは、本文に補足して、DPC の分類選択を適正に行うための ICD に係る基礎的かつ重要な定義およびコーディングのポイント等を解説する。

1) 医療資源とは

傷病名を選択する基本的な問題として、「医療資源」の投入量で判断することがある。ここでは、最初に医療資源を定義しておきたい。

「医療資源」とは「ヒト・モノ・カネ」の総体である。したがって、一部の薬剤や一部の診療行為のみではなく、総合的な判断が必要とされる。特に、医療資源に占める「入院基本料」の割合は高く、なぜこの在院日数が必要だったのかを説明できるような傷病名が選択されるべきである。例えば、何のために入院に至ったのか、を基本と考えるべきである。

2) 主要病態とは

DPC の分類選択は、主要な病態についての傷病名を選択することが前提である。したがって、一つのエピソード、この場合は、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 では、単一病因分析のために使用される病態として、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している。

主要病態とは、

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を選択する。

②このような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して選択する。

と定義されている。

すなわち、主要病態とは、一つの入院期間において、退院時における診断名であり、単一の病態を選択するためには医療資源の投入量で判断すべきということである。つまり、「医療資源病名」が「主要病態」となるということである。

また、どうしても医療資源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とになる。もっとも、検査行為も医療資源の投入であり、それを踏まえて総合的に判断する必要がある。

このように、ICD では当該エピソードと表現される、DPC 適用の1入院期間で、どの傷病名を医療資源病名として選択するのか、が基本である。

逆に、過去の傷病名、例えば、今回の診療に無関係な何年も前の〇〇術後等は選択すべきではなく、医療資源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、医師が総合的に判断する必要がある。

3) 副病態: 主要病態以外に存在する、または発生する他の病態について

ICD のルールにおいては、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せよとされている。すなわち、1 入院期間に前述のように複数の病態をもっている場合や並行して発生した病態、すなわち副傷病も把握する必要がある。

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、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入院期間のことが前提という理解も重要である。

※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した、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。また、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。

4) 傷病名(診断名)の記載について

各傷病名(診断名)は、最適なICD分類、そしてその結果としての適切なDPC分類を行うために、可能な限り情報を多く含んでいる必要がある。つまり、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、例えば、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。例として、胃の悪性新生物の分類を示すが、4 桁目を確定するためには、対象となる部位が明確でなければならない。す

なわち、分類を行うにあたっては、胃の詳細な部位の把握が必須であり、そして、その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、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でなければならない。もちろん、この傷病名は医師の診療録にもその診断根拠等とともに記される必要がある。

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

この例では、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場合は、単純に、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となってしまう、適切な傷病名の分類は出来ない。その結果として適切なコーディングは出来ないことになる。したがって、明確に部位を明示し、例えば「胃体部癌(C16.2)」等とすべきである。

逆に、診断や部位が明らかであるにも関わらず、例えば前述の例でいうと、「胃の悪性新生物」と表記がなされたなら、傷病名の記載(データ)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であると判断されることになる。通常、有効な検査によって診断が確定し治療に至ったのであれば、このような解剖学的な部位の確認は出来ていたはずである。したがって、前述のように、詳細部位が示されない「胃癌」だけとしか表現されないような場合は、第三者的な視点から考えるに、傷病名の表現に問題がある、もしくは、診断の能力、精度が低いとされてしまう。

5)「詳細不明・部位不明」とは

臨床現場では、診断確定に至らず改善してしまうことや、必要とされている検査を実施しても明確な結果が得られないこともある。また、保険診療という制限もあり、診断確定に至るとは限らず、ICD分類に求められる詳細な分類選択が不可能な場合もある。そのような可能性から、「詳細不明・部位不明」という分類が準備されている。ただ、日本語版での「詳細不明・部位不明」とは、実は、「unspecified」(明示されない、それ以上の記載がない)が原典(英語版)の表現である。したがって、「詳細が不明」という意味は、

臨床現場の診断不明等という意味ではなく、第三者的に判断しようとした時に記録としてそれ以上のことが存在しないという意味である。例として、死亡診断書の提出を受けて、その傷病名の分類を行う場合、どうしてもそれ以上の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る。そのような用途のために、「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のである。つまり、このような分類を選択する時は、あくまでも第三者的な判断がつかない場合の例外と考えるべきであって、通常の臨床現場で確認が出来る場合においては、このような不明確な分類の選択が頻回に発生するとは考えにくい。もしこのような分類選択が結果として頻回に発生するとしたら、その多くは、診療録の記載不備や主治医や執刀医への確認が不十分なことに起因する。また、このような分類選択の誤りの多くは、ICD に対する理解が不十分であることや監査体制が存在しないことが原因である。もし、診断未確定、一時的にこれらの不明確なコードに分類せざるを得ない場合は、必ず、診療録の確認、主治医や執刀医等への確認を行うべきである。

※分類選択場面における注意すべき分類については、平成 24 年度「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の「留意すべき ICD コード」として示されているので確認をしていただきたい。

2. DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本

本文の「2. DPC の構造」、で述べたとおり、DPC は臨床家による視点からみた「3 層構造」をもち、定義テーブルにより、分類選択の定義や基盤となるコードが規定されている。

基本構造として、対象となる患者は 18 種類の MDC(主要診断群)に分けられ、以下、詳細化された構造をもつが、分類選択で最も大きな課題は、主たる傷病名、すなわち、医療資源病名や副傷病名の選択である。ここでは、「傷病、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」にあるコーディングのルールを基本として、DPC 分類選択、基礎調査に向けて、医療資源病名の選択や ICD に関連したコーディングの留意点を解説する。併せて、本文中で述べた「重要なポイント」等を十分に理解しておきたい。

以下、問題となりそうな分類選択を例示しこの課題を考えるが、分類の詳細なルールや具体例については、本書の他、前述の傷病、傷害および死因統計分類提要:ICD-10(2003 年版)、第 1 巻～3 巻も必要に応じて参照していただきたい。

※ここでは、DPC のためのコーディングという前提で、ICD 分類で多用される、「1 つのエピソード」については 1 入院期間と考える。

※重要なポイント

(1)「主たる傷病名」について、本書の中で、必要に応じて、主要病態、主傷病名等の表現を用いていることについては、ICD や DPC による規定で様々な使い分けがされていることによる。本書では、ICD の解説に用いられている、主要病態や主傷病名という表現は、DPC で用いられる「医療資源を最も投入した傷病名(医療資源病名)」を意図しているもので、特に断らない限り、これらの表現は同一の意味である。

(2)併せて、DPC の基礎調査(様式1)において、「主病名」は「医師のサマリーに記した傷病名」であるとされているが、本書における「主要病態」や「主傷病名」は、この「主病名」すなわち、「医師のサマリーに記した傷病名」を意味しない。したがって、臨床家の専門性等に依存、配慮した傷病名ではなく、DPC の運用ルールである、一入院期間の医療資源病名を前提としている。

(3)「副傷病名」については、DPC 分類(支払制度)における副傷病名、様式1における入院時併存症、入院後発症は、特に断らない限り、ICD における「その他の病態」等を指す。

1)傷病名選択、ICD コーディングの基本的ルール

(1)主要な傷病名、病態選択の原則

①1 入院期間に治療または検査された「主要病態」である。

※選択の基準に検査行為も含まれることに注意しなければならない。

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→医療資源病名は急性穿孔性虫垂炎 K350

②主要病態とは、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、1 入院期間の「最後に診断された病態」である。言い換えると、例えば、投薬、処置手術や特徴的な診断行為があった場合、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である。

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。→医療資源病名は急性骨髄性白血病 C920

③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。

例：5 年前に自院にて肝臓癌の診断治療、その後も自院通院。今回はその過程で、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、退院→医療資源病名はマイコプラズマ肺炎(J157)、入院時併存症は肝臓癌

④もし入院中にどうしても確定した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な傷病名として選択する→例えば、入院の契機となった傷病名を選択する。

※ただし、通常は例外的な扱いであり、「疑い」傷病名の使用には注意を払うべきである。さらに、最終的に確定診断に至らないまでも、それまでの診療の経過は診療録に記されている必要がある。

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（入院中には確定せず）→医療資源病名は、マイコプラズマ肺炎（J157）疑い。入院の契機となった傷病名もマイコプラズマ肺炎（J157）疑い。

⑤主要病態に加え、可能な場合はいつでも、1 入院期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→入院時併存症、入院後発症、副傷病名のこと。

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出現→医療資源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）

⑥現在のエピソードすなわち今回の入院期間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→いわゆるレセプト病名として使用されそうな過去の〇〇術後等には注意が必要。

以上のように定義されているが、もう少し分かり易く考えてみる。

DPC のルールでは、上記事項の①～④については主たる傷病名、⑤～⑥については、副傷病名に関することである。①、②はなじみ深いであろうが、③については日常的な臨床現場ではあまり意識されていないと思われる。主たる傷病名が「医師の興味がある病名」、「専門領域だけに偏った病名」等として扱われる恐れがあるので十分にルールを理解しておきたい。

高齢化の進捗や疾病構造の変化によって、急性期の医療の現場であっても、単一傷病名のみで対応出来る患者は多くはない。それ故に、既に診断された傷病名が複数存在する場合は、③の医療資源の投入量で主要病態を決めるという定義が明確化されている。しかし、診療内容とは無関係な傷病名が主たる病態として選択される例が過去には多く見られており十分に理解しておきたい。

特に、診療科や医師の専門性に依存する、「過去の傷病名や症状」がそのままいつまでも主要病態として扱われる例が多くみられるので注意したい。例えば、喘息、リウマチ等の慢性的な疾患を有する患者に対しては、どのような診療行為を行われても主たる傷病名はいつも同じ喘息、リウマチ等を選択してしまうというミスである。

（2）疑義のある傷病名の確認義務

もっとも、このように、誤りが疑われる等の事例が発生した場合、診療情報管理士等の監査役に対して、「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。」*と ICD のルールは規定しており、十分な監査を行い、疑義があれば、最も患者の状態を把握している責任ある医師に確認することが必要である。

* 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
すなわち、不十分な「与えられた材料」だけで分類してはならず、確認役、監査役となる診療情報管理士等の役割は非常に重要である。

さて、④の「診断がなされなかった場合」への対応であるが、これはあくまでも、それ以上の「診療録や診療に関する記録」という材料が存在しない等、「例外的な場合」を前提としており、実際の臨床現場では、少数例である。もちろん、実施した診断行為等によっても確定できないケースは存在するが、実際は不十分な傷病名の選択や表記がなされることによって誤るケースが多い。逆にいうと、診断が下されているにも関わらず、傷病名選択やそのコーディングへの理解が不十分、確認不備等で結果的に分類誤りになってしまうケースもある。前述のとおり、「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。」ということを守りたい。また、「診断名不明確な場合」の対応の詳細は後述する。

(3) 副傷病名(入院時併存症、入院後発症)について

前述の⑤についての考え方であるが、もし、そのような特記すべき主要な傷病以外の傷病が存在するのであれば、主要な傷病名に並んで、それが出現する以前の重篤な他病態が存在することを明示する必要がある。新たな診断の結果に基づき傷病名が追加されることはごく一般的なことであり、必要に応じて明示しなければならない。したがって、これらの副傷病名の存在は日常診療において当然のことである。DPC 制度においては、副傷病名として、入院以前から存在する、入院後に発生する、この2つの考え方に分類されている。

DPC 分類の精緻化や妥当性の検証、重症度という視点からも、副傷病名の把握や評価は非常に重要であり、その選択のルールについても主要病態と同様に厳格な取り扱いが必要である。

(4) 既に存在しない傷病名の取り扱い

⑥で述べたとおり、不正確なデータが発生する要因の一つになっている。例えば、既に完治されている、治療が終了している、過去に治療対象となった臓器は既に存在しない(切除後)、等の例がある。場合によっては、手術により切除された等の病歴を残す必要があるということもあるが、その場合は治療対象とはならず、医療資源病名になり得ない。

出来高制度における診療報酬請求の影響、もしくは、後々の検索キーワードは多いほど良いとする考え方があるためか、今回の入院期間には全く無関係な傷病名が選択されることも散見され、特に頻回の入院を繰り返す患者にこのような傷病名選択が見られるので注意したい(いわゆるレセプト病名の存在)。

(5) 傷病名表記に必要な情報

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、医師の専決事項であり医師

の責任、そして業務独占とされている。さらに、診療報酬請求の証拠とするためには、第三者的にみて、客観的であって、かつ傷病名に対する診断根拠や検査結果等が明確でなければならない。また、その選択について、ICD のルールにおいても、「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。すなわち、傷病名を選択するに当たっては、少なくとも ICD 分類を行うための情報が傷病名の表記に含まなければならない。ICD では例として、「そのような診断名の例には下記のものが含まれる。」とある。例えば、ICD の第 1 巻では、以下のような病態が例示されている。

- － 膀胱三角の移行上皮癌
- － 穿孔を伴う急性虫垂炎
- － 糖尿病性白内障、インスリン依存性
- － 髄膜炎菌性心外膜炎
- － 妊娠性高血圧(症)の分娩前管理
- － 処方された抗ヒスタミン剤に対するアレルギー反応による複視
- － 陳旧性股関節部骨折による股関節部の変形性関節症
- － 自宅での転倒による大腿骨頸部骨折
- － 手掌の第3度熱傷

である。

もっとも、傷病名表記について、多忙な我が国の臨床現場の医師に全てに渡ってこのような詳細な表現を期待することは困難であるかもしれない。しかし、医師による詳細な傷病名の表記は無理にしても、第三者が診療録や診療記録等で確認を行い、医師の支援を行うことは可能である。したがって、診療情報管理士等第三者による監査が重要なポイントとなる。このような現状を改善するために、平成 20 年度の DPC 対象病院の要件として委員会の開催が義務付けられており、その意義を再確認しておきたい。

※不適切と思われる例

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

(6) 傷病名選択の具体例と留意すべき事

適切な傷病名の選択と分類を行うための留意すべきことをまとめてみる。

- ①適切な傷病名の選択を行うためには、その根拠となる診療録が適正に記載されていること
- ②監査役となる診療情報管理士等は、適切な分類選択のための材料が十分でない等、疑義がある場

合は、診療録や他の診療記録等を確認した上で医師に確認すべきである。

③必要に応じて、「留意点コード」等、誤り易い分類について確認する。

※診療録、診療記録等の記載の充実、それに基づく傷病名選択、分類とコード化は切り離して考えられないことなので、高い精度を確保するためにも、院内の委員会、診療情報管理士等の監査役の責任は重い。

(7) 不明確な診断または症状について

ICD のルールでは、「もし保健ケアのエピソードの最後までに確定診断がなされないならば、最も特異性の高い情報およびケアまたは検査を必要とした病態についての情報を記録すべきである。」とあり、不確定な診断についての対応が例示されている。しかし、これは、あくまでも「それ以外の対応がない場合」に限定される。また、不確定な診断とは、単なる病態の選択漏れ、すなわち、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。

過去の記録や書類に基づく死因統計とは異なり、DPC では、通常は、対象となる患者は院内に現存し、保険診療の範囲で診断をし、治療対象としてその傷病名や病態が明確にされているはずである。したがって、確認の礎となる診療録の記載が十分でない場合は、発生源の医師への確認が求められる。

実例として、咯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、右鼻出血症に対して顎関節脱臼非観血的整復術を実施した例等がある。

(8) 多発病態について

ICD のルールでは、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、とされている。しかし、通常、DPC では、関連した主要な診療行為が特定出来ないことは、まずあり得ないので、「医療資源の投入量」を判断し、医療資源病名としては主要な部位における病態等を選択すべきである。多発外傷ではあるが、今回の治療はその一部の骨折の治療である等が想定され、例えば、複数の外傷の箇所があっても、今回は〇〇という部位のみの治療に該当するという例が考えられよう。逆に多発を選択する場合の多くは多発部位への治療が行われているのが通常であろう。このように、診療内容との乖離を防ぐためには、漫然と傷病名を選択することなく、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たい。

死因統計等、第三者的に患者を分類する場合には、多発、多臓器、多部位等という患者を分類するルールは非常に便利ではあるが、DPC の基本である、患者個々に、1 入院期間中の、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。

(9) 続発・後遺症の取り扱い

原疾患に対する治療が存在せず、続発症や後遺症を対象としたものが主要な治療内容である場合は、入院時の併存症、原疾患に対する後遺症等として、その旨を明示すべきである。通常、DPC 分類においては医療資源の投入量との関係が基本であり、すでに存在しない疾患、すなわち、治療対象になり得ない原疾患を主要病態として選択することはないはずである。

このルールを適切に扱うためには、既に以前の診療が終了しているのか等、診療録の転帰(転帰の記録)の正確性やその確認が求められる。また、それに基づく、傷病名の迅速、正確な選択や修正(変更を含めて)も重要である。

(10) 傷病名選択にかかる「粒度」について

病態は適切に診断され診断名も決定されているにも関わらず、分類の名称(傷病名の分類)の対象範囲が広い(粒度が低くみえる)、傷病名もそれに合わせて曖昧なものを選択するケースがみられる。

一例を示すと、実施手術が S 状結腸切除という場合、傷病名は S 状結腸癌(C18.7)とするのが通常であるはずが、曖昧な大腸の悪性新生物(C18.9)を選択しているケース。S 状結腸という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(S 状結腸癌)が可能なので、S 状結腸癌(C18.7)とするのが正確、かつ当然な分類作業である。

このように、DPC のルールの大原則は、適切な診断に基づく正確な傷病名を選択し、その傷病名が ICD のどの分類に属するのか分類(コーディング)することである。

3. MDC ごとの注意点

図表 1に、MDC ごとに出現する ICD 分類の比較を示す。ここでは、ICD-10 第 1 巻に記されている留意すべき事項について、MDC ごとに例をあげ、注釈を提示して解説を加えた。ただし、今までに示した一般的なガイドラインとルールは他に特定の注釈がないかぎり、すべての MDC、ICD の章に適用される。

ここでは、原則として ICD-10 第 1 巻の例を引用しているが、特に DPC の運用に関してのコーディングで留意すべき点については、ICD のルールに必要な応じて説明を加えている。また、新生物等、多くの MDC に包含される注意点については、必要な応じて独立して解説している。

※以下の例の ICD における「主要病態」は DPC の「医療資源病名」と置き換えて例示している。「副傷病名」は「入院時併存症」、「入院後発症」を含む。

1) 多分野の MDC に関わる共通注意事項

まず、ICD では単一の章に含まれるが MDC に分類すると多くの分野に分散し、注意が必要なことがある。以下に代表的な分類を示して解説する。

(1)感染症および寄生虫症の続発・後遺症(B90-B94)について

遺残病態の性質が明確な場合は、これらのコードは医療資源病名としては使用しない。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 を任意的に追加可能。

(2)新生物について

通常、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病名として分類する。もっとも、原発性新生物が治療後等により、長期に存在しない場合(以前の治療で切除されているような場合)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、現在の傷病名を選択する(前出の術後甲状腺機能低下症が例)。また、遺残病態としての以前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病名とせず副傷病名として任意的に追加が可能である。例えば、胃癌の肝臓転移等の例が考えられる。

(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について

ICD のルールでは、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であり、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、本章の項目は「主要病態」のコードとして使用しないこととされている。すなわち、前述したように、原則としては、診断が確定しない、それ以外に分類しようがないという場合の選択に限定される。

※診療の結果、その多くは何らかの診断が確定しそれに基づいて治療行為が行われる。したがって、診断が確定した、もしくは限りなくその疑いがある場合、他の診断を優先する。医師への確認も怠らないようにしたい。また、前述したとおり、診断が確定しているにも関わらず、あえて粒度の低い曖昧な所見等を選択しないように注意したい。

(4)損傷、中毒およびその他の外因の影響について

前述のように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、すなわち医療資源病名として選択する。その他は、副傷病名として扱う。

2)MDC グループごとの注意点

(01) 神経系疾患

①例:主要病態 :陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん

専門科目 :神経科

明らかに他の傷病名によるものであれば、その他のてんかん(G40.8)にコードする。G09(中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症)を副傷病名とする。

※この場合は、脳膿瘍の治療がなされていないことが前提である。

②例:G81-G83 麻痺性症候群について

治療が主に直接的な麻痺自身に対するものでなければ、医療資源病名としては使用しない。すなわち、行った医療行為と関連することに注意したい。直接的な麻痺についての治療を行い、さらに原因のコードが必要な場合はその原因となるコードを入院時併存症や入院後発症として追加する。例えば、脳内出血が原因となる片麻痺等が考えられる。その一方、脳梗塞に伴う麻痺の場合は、医療資源病名は脳梗塞であり、副傷病名は麻痺に関連する傷病名となる。

③例:主要病態 :弛緩性片麻痺を伴う脳血管発作(神経科にて診療)

医療資源病名として、出血または梗塞と明示されない脳血管発作(I64)を選択する。G81.0(弛緩性片麻痺)は副傷病名とする。

※なお、原因病態にとって合併症は重要なので、片麻痺に該当する副傷病名は必須となる。

④例:主要病態 :3年前に脳梗塞があり、左下腿麻痺(患者はリハビリ治療のために入院)

医療資源病名として、下肢の単麻痺(G83.1)を選択する。

※DPC の趣旨からしてその原因病態(この場合、脳梗塞)、合併症としての意味があるので、診療内容に応じて I69.3 を用いる。

(02) 眼科系疾患

(03) 耳鼻咽喉科系疾患

(04) 呼吸器系疾患

例:病態:乳癌(2年前切除)、肺の続発性癌(腫)、気管支鏡によるバイオプシー(生検)

肺の続発性悪性新生物(C78.0)を医療資源病名とする。

※医療資源の投入量、実施した処置行為から考えても肺の続発性悪性新生物になるはずであるが、医師の専門性等から、誤った選択をしがちで代表的な例である。一度乳癌の治療をしたために、その後も乳癌患者としてフォローされるというような誤った分類になりがちであるので注意したい。

(05) 循環器系疾患

(06) 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患

①例:大腸癌(C18.9)に対して、S 状結腸切除術を施行した場合

より詳細な対象部位等が確認出来た場合は、必ず確認する。この場合は、S 状結腸癌(C18.7)を選択する。

※基本的に悪性新生物は解剖学的な部位を規定されているので、治療対象部位等を必ず確認する。

(07) 筋骨格系疾患

(08) 皮膚・皮下組織の疾患

(09) 乳房の疾患

①例:(04)を参照

(10) 内分泌・栄養・代謝に関する疾患

①例:糖尿病(E10-E14)の取り扱い

まず、糖尿病の型によって分類する。さらに、型が判明しない場合は、医師に確認する(例えば、E14.\$を選択の可能性がある場合)。

ICD のルールでは、細分類項目「.7」は、糖尿病の多発合併症が「主要病態」として記載され、どれか一つを選択できないときのみ、「主要病態」としてコードするとされている。記載された個々の合併症のコードは、任意的追加コードとして使用することができる、とされている。

ただし、ここでも医療資源の投入量や行った診療行為の検討は必要である。DPC はダブルコーディングのルールを採用していないため、一つの医療資源傷病名として限定を行いさらに追加が必要なら副傷病名を選択することになる。

②例:主要病態 :II型糖尿病性糸球体ネフローゼによる腎不全

ICD のルールでは、腎合併症を伴うII型糖尿病(E11.2+および N08.3*)にコードする、とされているが、糖尿病かネフローゼによる腎不全なのか治療内容に応じて医療資源病名を選択する。

※ダブルコーディングのルールを採用していないため。

(11) 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患

①例:病態 :前立腺癌(前立腺摘出術実施)、慢性気管支炎

主要な病態に対する診療行為が明確であるので、前立腺の悪性新生物(C61)を医療資源病名とする。副傷病名として慢性気管支炎を選択する。

(12) 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩

①例：主要病態：分娩(O80-O84)について

ICD のルールにおいては、「主要病態」を記述するためのこれらのコードの使用は、記載されている唯一の情報が分娩の記述または分娩方法である場合に限定される。さらには、O80-O84 のコードは、個別のデータ項目または処置の分類によって分娩の方法または型が示されていない場合にかぎり、分娩の方法または型を示す、任意的追加コードとして使用することができる、とされている。

※我が国では基本的に分娩は保険診療ではないので、DPC 制度の下では、保険診療に対する傷病名であることに留意したい。

(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

①例：主要病態：膀胱および尿道の損傷、その他の病態なし

ICD では、「主要病態」としては、骨盤臓器の多発性損傷(S37. 7)にコードする、S37. 2(膀胱の損傷)およびS37. 3(尿道の損傷)は任意的追加コードとして使用することができる、とされているが、前述のように、医療資源の投入量で判断が出来る場合は、個別に選択する。

(17) 精神疾患

ICD のルールでは、当該カテゴリーは、医師の考える専門的な病態と医療資源を投入した主要病態との乖離が危惧されるものであり、精神科専門病院であれば比較的明確に同一の病態を選択するであろう、とされている。しかし、精神疾患に合併した治療を主体にしている医療機関にあっては、本カテゴリーを医療資源病名として選択することは少ないと思われる。例えば、精神疾患を抱えた患者のがん治療目的での入院等が該当する。

最終的には医療資源の投入量で判断することになるのではあるが、逆に、本来の治療対象の傷病以外に、本カテゴリーに関連するような病態が存在するのであれば、必ず、副傷病名、すなわち、入院時併存症や入院後発症として選択することも重要である。例として、医療資源を最も投入した傷病名は、胃体部癌、入院時併存症が、統合失調症、等が想定される。

(18) その他

①例：部位の明示されない悪性新生物(C80)の取り扱い

ICD のルールでは、C80 は医療従事者が明確に部位不明と記載しているときのみ「主要病態」として使用すべきである、とあるが、DPC の趣旨や DPC が実際の医療現場で行う分類と考えると、通常はあり得ないことである。すなわち、診療録や診療記録等に部位が明示されていない場合は、医師への確認等を行い部位の確定が必要である。原発巣不明がん等の場合は、治療や検査の主体となった部位を選ぶことになる。

②例：C97 独立した(原発性)多部位の悪性新生物の取り扱い

ICD のルールでは、C97 は、医療従事者が二つまたはそれ以上の独立した原発性の悪性新生物を「主要病態」と記載しており、どちらが主要ともいえないときに使用すべきであり、追加コードは個々の悪性新生物を特定したい場合に使用することができる、とある。しかし、もし、医療資源の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はそれで判断する。複数の病態がある場合は医療資源の投入量で判断すべきというルールは ICD コーディングでも大きな原則となっているので、担当医師に確認するか医療資源の投入量を考慮して医療資源病名を決定したい。

③例：主要病態：癌腫症

ICD のルールでは、部位の明示されない悪性新生物 C80 にコードするとあるがこれも前例のように、DPC の運用から考えると望ましくない。診療録や診療記録等を確認するとともに、医師に治療や検査の対象等確認をする。また、それが多発性であれば前述のように主たる病態を選択する。

④例：主要病態：多発性骨髄腫および原発性前立腺癌

ICD のルールでは、独立した(原発性)多部位の悪性新生物 C97 にコードする。C90.0(多発性骨髄腫)および C61(前立腺癌)は任意的追加コードとして使用できる、とあるが、これも医療資源の投入量を配慮しつつ正確な医療資源病名の選択を行う必要がある。

3)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

冒頭でも述べたとおり、DPC や ICD は、「分類」であり、あくまで、患者の各々の傷病名がどの範囲で分類出来るのか、というルールであり構造となっている。したがって、通常、想定していない患者の病態が出現することは希であっても起こりえる。その場合、当該傷病名を選択し、さらに ICD 分類をする場合は、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、必要に応じて、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。基礎調査の様式1等の場合は、E、F ファイルとの整合性が必要である。