

## 令和3年度特別調査の結果報告について

### 1. 概要

- 平成30年度診療報酬改定に向けた「DPC 評価分科会報告書」において、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は、DPC 制度になじまない可能性があるという指摘があったことを踏まえ、令和2年度診療報酬改定に向けて、
  - ・ 医療資源投入量が平均から外れた病院
  - ・ 在院日数が平均から外れた病院について着目することとなり、以下のとおり分析を行った。
  - ・ 「医療資源投入量が平均から外れた病院」のうち、「医療資源投入量の少ない病院」について、疾患の頻度が高くかつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる内科系疾患において、「手術なし」「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院の分析
  - ・ 「在院日数が平均から外れた病院」のうち、「在院日数の短い病院」について、自院他病棟への転棟割合が高い病院の分析
  
- さらに、令和4年度診療報酬改定に向けては、引き続き適切な DPC 制度の運用を図る観点から、「医療資源投入量の少ない病院」と「在院日数の短い病院」に対し、個別調査やヒアリングを実施することとなっている（令和3年5月12日中医協総会了承）。

### 2. 調査の目的

- (1) 「医療資源投入量の少ない病院」について、以下の内容を聴取する。
  - ・ 同じ診断群分類の症例でも、医療資源投入量が平均から外れている背景
  - ・ コーディングに関する理解度
- (2) 「在院日数の短い病院」について、以下の内容を聴取する。
  - ・ 転棟割合が DPC 対象病院全体と比べて高くなっていることの背景
  - ・ 調査対象施設内における転棟に関する考え方
- (3) 全ての DPC 対象病院について、以下の内容を調査する。
  - ・ コーディングテキストやコーディングの方法に関し、DPC 制度の運用にあたっての不明点等

### 3. 調査の実施方法

- 下記の調査区分ごとに、DPC データを活用しそれぞれの医療機関を選定して調査票を配布し、回収した。その結果は以下のとおり。

#### 【調査票の回収状況】

区分	調査対象	調査票 配布数	回答数	回答率
(A) 医療資源投入 量の少ない病 院（※1）	①急性心筋梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院	5	5	100%
	②脳梗塞の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院	7	7	100%
	③狭心症の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が50%以上を占める病院	6	6	100%
	④心不全の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が100%を占める病院	8	8	100%
	⑤悪性腫瘍の症例のうち、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」かつ「手術・処置等2なし」の症例が90%以上を占める病院	6	6	100%
(B) 在院日数の短 い病院（※2）	⑥自院他病棟への転棟割合が高い病院	9	9	100%
(C) コーディング に関する調査	⑦全てのDPC対象病院	1,754 (※3)	1,754	100%

※1 「特定の症例（急性心筋梗塞等）」について、「手術なし」「手術・処置等なし」の症例の占める割合が高い病院のうち、医療資源投入量、在院日数が平均から外れている病院を対象とする。

※2 転棟割合が著しく高い病院を対象とする。

※3 令和3年6月時点

- 回収状況を踏まえ、①～⑥の類型ごとに2施設ずつ選定し、ヒアリングを実施した。

#### 4. ヒアリング対象医療機関の概要

調査区分	疾患	通番	地域	DPC 算定病床数 (総病床数)	主な届出入院料	参加年度	医療機関群
(A)	急性心筋梗塞	①	関東地方	112 (197)	・急性期一般 1 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成 21 年度	標準病院群
		②	北海道地方	202 (300)	・急性期一般 4 ・地域包括ケア病棟	平成 21 年度	標準病院群
	脳梗塞	③	近畿地方	11 (199)	・急性期一般 5 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成 28 年度	標準病院群
		④	近畿地方	107 (107)	・急性期一般 1	平成 26 年度	標準病院群
	狭心症	⑤	近畿地方	34 (198)	・急性期一般 2 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成 20 年度	標準病院群
		⑥	関東地方	164 (350)	・急性期一般 2 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成 26 年度	標準病院群
	心不全	⑦	九州地方	60 (160)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成 26 年度	標準病院群
		⑧	中部地方	205 (499)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成 21 年度	標準病院群
	悪性腫瘍	⑨	九州地方	45 (248)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成 20 年度	標準病院群
		⑩	九州地方	43 (152)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟	平成 28 年度	標準病院群
(B)		⑪	中部地方	54 (199)	・急性期一般 5 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟	平成 28 年度	標準病院群
		⑫	中国地方	46 (178)	・急性期一般 1 ・地域包括ケア病棟 ・回復期リハ病棟 ・療養病棟	平成 24 年度	標準病院群

## 5. 調査結果

### (1) 医療資源投入量の少ない病院

#### [医療機関からの主な聴取内容]

##### 〈医療機関での疾患への対応状況〉

- 脳梗塞を主体に対応しているため、急性心筋梗塞の治療はあまり実施していない。
- 外傷、循環器疾患といった急性期医療は対応しているが、脳梗塞は対応していない。
- 呼吸器を主体に対応しているため、循環器疾患の急性期の治療はあまり実施していない。

##### 〈症例の受入れ方針について〉

- 地域で唯一の急性期病院だが、緊急患者の受入はリスクが大きく、高度な治療を要する患者は、他病院へ搬送するようにしている。
- 積極的治療の適応がない症例の受入れを行っている。
- 回復期を中心とした医療を提供しているが、直接回復期病棟で受入れが困難な症例については、まず DPC 対象病棟で受入れを行っている。
- 緩和ケアも提供しているが、直接緩和ケア病棟で受入れが困難な場合には、DPC 対象病棟で受入れを行う場合がある。
- 在宅酸素療法の教育入院や、糖尿病の教育入院などはパスを作って、対応している。

##### 〈スタッフ・設備について〉

- 夜間に常勤の専門医がいなかったため、脳梗塞への対応ができない。
- 心臓カテーテルを実施できる設備がない。

##### 〈治療方針について〉

- 冠動脈 CT で病変の評価を行い、必要な症例だけにカテーテルを実施しているため、手術・処置等が少ないと考えられる。

##### 〈コーディングについて〉

- 他の急性期病院から患者を受け入れる場合であっても、自院で最も医療資源を投入した傷病名でコーディングを行っている。
- 自院で治療できない症例を転院させ、その後急性期の治療が終わった後戻ってきた場合、急性心筋梗塞としてコーディングしている。
- FFR-CT や冠動脈 CT を実施した場合に、治療が必要でない方もいるため、定義テーブルがより細分化されていた方がコーディングしやすい。
- 心臓リハビリ目的に入院させる場合の、適切なコーディングが存在しない。

## (2) 在院日数の短い病院

### [医療機関からの主な聴取内容]

#### 〈症例の受入れ方針について〉

- 他の病院からの転院患者で、直接回復期病棟で受けることが困難な症例については、まず DPC 対象病棟で受入れを行い、必要な検査を行ってから適した病棟へ転棟している。そのため、直接回復期病棟へ転院してくる例は少ない。
- 主に整形外科疾患を DPC 対象病棟で受け入れている。DPC 対象病棟で手術を行い、その後回復期病棟に転棟するような症例が多い。

#### 〈転棟の方針について〉

- 手術を行った患者については、抜糸が終わるまで DPC 対象病棟に入院し、その後回復期病棟に移ることが多い。
- 急性期での治療が落ち着いた後に、退院のためにリハビリテーションを行う場合などに回復期病棟に転棟している。

#### 〈コーディングについて〉

- 基本的には原疾患でコーディングしている。
- 回復期病棟へ受け入れる前の、精査入院は、コーディングは様々。

なお、全ての DPC 対象病院を対象としたコーディングに関する調査結果の概要は以下のとおりであった。

【「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」について】

	認知/活用している	認知/活用していない	認知/活用の割合
コーディングテキストの認知	1,728	26	98.5%
コーディングテキストの活用	1,652	102	94.2%
コーディングテキストの活用 (ICD コーディング)	1,435	319	81.8%
コーディングテキストの活用 (DPC コーディング)	1,617	137	92.2%
コーディングテキストの活用 (教育資料)	1,439	315	82.0%

**急性心筋梗塞**

- ・ 事例をもっと多く記載して欲しい。
- ・ 急性心筋梗塞、心不全のコーディングの区別（原疾患コーディング）の記載の内容やコーディングの仕方が不明瞭（心不全の治療がメイン）。わかりづらい。
- ・ 救急搬送後の来院時心停止等の場合の取扱いは急性心不全なのか。検査値は急性心筋梗塞ではある状態。
- ・ DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストの P44「陳旧性心筋梗塞の場合は I252 を選択すること」の記載と P26 に示される原疾患コーディングを兼ね合わせた解釈が難しい。
- ・ 急性か陳旧性か判断に迷う（急性心筋梗塞か狭心症か）。
- ・ 責任血管と障害部位（ICDコード）が1対1になっていないので、コーディングする時に迷う。
- ・ 他院で急性心筋梗塞治療後にリハビリや検査目的で当院に来た場合は、急性心筋梗塞として良いのか。
- ・ 「急性」「亜急性」「慢性」といった時間の定義がない。
- ・ 梗塞部位が複数あった場合、傷病名（部位）の優先はあるのか。

**脳梗塞**

- ・ 事例を多く追加してほしい（010060 or 010061 の分類の判断。脳動脈奇形破裂による脳出血 I619 は医療資源病名とはなりえないのか）。
- ・ JCS と GCS の対応表があると良い。BAD の概念。
- ・ 脳梗塞後遺症の考え方（胃ろう増設のみ目的入院とかの場合）。
- ・ I63\$ のコーディングの判読句が難しい。
- ・ MCA（中大脳動脈領域）が詰まった時の事例。
- ・ 治療開始日が脳卒中発症日後何日に該当するのか分からない。前医での治療開始日にするのか？当院での治療開始日にするのか？
- ・ ICD には無い表現のアテローム血栓・心原性・ラクナ、何れの概念も定義されておら

- ず、詳細不明コードを選択せざるを得ない。
- ・脳アンギオ検査選択的血管検査を実施した場合の考え方。
- ・発症時期、JCS, 発症前 RankinScale を明確化する理由がわからない。
- ・一過性脳虚血発作と脳梗塞の両者を疑い、脳梗塞に準じた治療が行われた場合の判断に迷う。
- ・続発・後遺症のケースが分かりにくい。
- ・どの時点の JCS スコアを用いて判別すればよいか分からない。

### 狭心症

- ・事例を多く記載してほしい。(冠動脈 CT の検査入院の症例。疑診で検査入院をし、狭窄部位なしとの結果の場合。
- ・ステント留置を行う症例では冠状動脈狭窄症の可能性が考えられるが、触れられていない(ステント内再狭窄の場合は T828 等の偶発的に発見された場合)。
- ・狭窄部位 3 枝病変のような多枝狭窄による疾患の傷病名は？症状に合わせて不安定／労作性として良いか？
- ・急性心筋梗塞の既往歴がない場合のフォローアップ心カテ検査の際の ICD10 選択。
- ・PCI 施行後、経過観察のため CAG 施行目的入院。有意狭窄を認めない場合の CCS 分類について、一旦治療を終え症状も落ち着いている場合は分類不能か症状のない場合の「9」どちらを選んでよいのか。
- ・過去に心筋梗塞の既往(どのくらいの期間を遡るのか)があり、陳旧性心筋梗塞の検査のために入院した場合について。この場合、陳旧性心筋梗塞を選択することとなっているが、検査と同時に他疾患の加療を行った場合でも、陳旧性心筋梗塞を選択すべきなのか。
- ・陳旧性心筋梗塞は、独立した診断群分類がなく、狭心症と同じ診断群分類となる。
- ・コーディングテキスト(43 ページ)の 050050 狭心症、慢性虚血性心疾患の分類では【過去の既往を根拠に I 21 \$、I 22 \$、I 23 \$ は他分類(050030) となり選択しないこと】の記載もありますが、具体的にどういう事例で選択すべきなのか分からない点がある。
- ・検査入院に関する病名 ・大動脈弁狭窄症など手術予定患者が、冠動脈の虚血が疑われ、術前検査のため心臓カテーテル検査で入院することになった場合、医療資源病名は「I20\$ 狭心症」や「I25\$ 虚血性心疾患」(疑いも含む)か、それとも主手術の対象となる「I350 大動脈弁狭窄症」のどちらを選択すべきでしょうか。
- ・ここ数年でよく見かけるようになった慢性冠症候群、という新しい傷病名について。

### 心不全

- ・事例を多く載せてほしい(使用してよい事例も載せてほしい。原疾患を特定するのに時間がかかる。どの場合まで原疾患なのか。疑診とは?)。
- ・原因疾患が多岐にわたる場合、PCI や心筋焼灼や弁置換を行った際に原疾患を特定するのは困難。原疾患ルールを認識していない医療機関もある。
- ・うっ血性心不全で入院した後に心カテ検査を実施した場合のコーディング。

- ・急性期増悪と通常の入院が同じ評価としているのに違和感。
- ・老齢化による心機能低下による心不全であった場合はどうコーディングすればよいか。
- ・ICDがI509以外になる心不全（例えば、I500 うっ血性心不全）であれば選択して良いか。
- ・コーディングテキストで「心不全 ICD50.9」は選択すべきではないと記載がある。最終的に診断がつかない原疾患や原疾患での治療が主でない場合も心不全以外なのか。どのような場合が心不全なのか。心不全を確立した病名として認めてほしい。

#### 【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点】

##### 急性心筋梗塞

- ・直ぐに治療を要しない亜急性期の心筋梗塞は 050030 で良いのか。
- ・心不全がメインの病名の場合であっても原疾患コーディングでよいのか。
- ・冠動脈ステント留置後のフォローでの病名選択。新たな狭窄等があった場合の病名選択。
- ・急性心筋梗塞の定義（発症後〇日や手術後〇日等具体的なもの）。狭心症との線引き。
- ・心電図では異常が見られないが血液検査等で明らかに心筋梗塞だと思われる場合、梗塞部位が特定できない場合がある。
- ・I249 急性冠症候群、非 ST 上昇型心筋梗塞や ST 上昇型心筋梗塞を医療資源病名に使用したいが部位不明・詳細不明コードに該当し使用できないのはなぜか。
- ・陳旧性も急性と同じく前壁／後壁と ICD を細分化してほしい。
- ・JCS・年齢などの重症度の区分を設定し、全身管理が難渋である病態が詳細に分類できる様にして欲しい。
- ・急性心筋梗塞と狭心症の処置 2-2（透析：J0384、J038-2）と処置 2-3（シタグラム、SPECT、t PA）を逆にしてほしい。これらを両方行ってしまった場合、透析ありの評価（高点数）がうけられず、大幅なマイナス例がしばしばある。
- ・心臓カテーテル検査+血管内超音波検査等（加算有り）について 狭心症以外の病名でも加算有りの検査を実施することがある。
- ・救急搬送を受け高次医療機関へ搬送するまでの間に合致した医療資源最投入傷病 ICD 1-10 コードの選択が難しい。
- ・リハビリ目的の転棟や来院であっても原疾患コーディングでよいのか。
- ・副傷病名が少ない。

##### 脳梗塞

- ・閉塞血管で分類するか、アテローム・心原で分類するか統一をしてほしい。複数梗塞が存在した場合や塞栓性／血栓性脳梗塞の優先順位。分枝粥腫型梗塞（BAD）の ICD-10 が無い。
- ・脳梗塞後遺症で胃ろう造設した場合の医療資源病名（陳旧性脳梗塞（I693）慢性期（I639））。
- ・脳梗塞発症後何日目までが脳梗塞でコーディングしてよいか。
- ・脳梗塞に対して術中 t P A 投与時の診断群分類の選択方法を明確に記載してほしい（術



中に使用した場合の診断群分類区分の選択方法)。

- ・脳梗塞については診断群分類の詳細の数が多すぎて、時間がかかる。わかりづらい。副傷病の選択の優先順位がわからない。
- ・発症前 Rankin Scale であるが、おおむね 1 週間の ADL を病歴等から推定することは難しい為、推定するものでなく明確にわかるものを診断群分類に用いた方がよいのではないか。
- ・エダラボン以外の薬剤分岐がない（アルガトロバン、オザグレール等）。
- ・詳細不明コードになりやすい（一過性脳虚血発作等）。
- ・悪性腫瘍が原因で血栓傾向が強くなり脳塞栓を起こした場合、塞栓性脳梗塞 (I634) を選択するか、トルソー症候群に基づくもの (D688, I639) を選択するか、原疾患の悪性腫瘍を選択するか、迷うことがある。
- ・内頸動脈狭窄による脳梗塞で入院し、抗凝固薬の治療を行い、退院した後に、内頸動脈狭窄症に対する動脈血栓内膜摘出術目的で入院した場合、内頸動脈狭窄症は「010060 脳梗塞」または、「010070 脳血管障害」どちらか。
- ・ I 638 と G467 のダブルコードである「ラクナ梗塞」のコード選択が難しい。
- ・BAD タイプの場合のコード選択が難しい。
- ・リハビリ目的で転院してきた場合のコード選択が難しい。
- ・頭蓋内における内頸動脈瘤（未破裂脳動脈瘤）については診断群分類上、I720（閉塞性動脈疾患）になっているが、医学的診断においては I671（未破裂脳動脈瘤）に該当するので、判断に迷う。
- ・脳梗塞、脳梗塞後遺症、陳旧性脳梗塞の定義が明確でなく、判別が難しい。
- ・脳梗塞後遺症に麻痺を含めてよいのか判断に迷う。
- ・超急性期の治療が重要となる疾患は、退院時の確定診断までに行われた診療内容も評価して欲しい（脳梗塞の診断確定前のエダラボン投与等）。

### 狭心症

- ・狭心症 3 枝病変が I20.9 の詳細不明のコーディング。
- ・冠攣縮誘発物負荷試験加算に対する DPC の評価。
- ・不安定狭心症に対するコーディング（治療は AMI に近い。I249 急性冠症候群は 050030）。労作性狭心症と同じになる。
- ・冠動脈ステント留置後再狭窄と狭心症の両方が該当する場合に、どちらを選択するのか判断が難しい。
- ・亜急性心筋梗塞病態の場合に、合致した医療資源再投入傷病 ICD-10 が存在しない（陳旧性心筋梗塞や狭心症で置き換えている）。
- ・狭心症の既往歴がある場合で、新規の狭心症病変を疑い検査をした場合、『既往の狭心症』／『新規病変の狭心症疑い』としてのコーディングが適切なのか迷う。
- ・CAG 入院で退院せず PCI 施行となった場合。CAG の血管内超音波が評価されない。
- ・リハビリの評価があると良い。
- ・手術あり (K546\$ 等) →手術・処置等 1 の分岐選択で、「なし」と「1,2 あり」が同じ分岐になっている。分岐を定義してほしい。

- ・心臓カテーテル検査が手術・処置等に定義されておらず、点数に反映されない。
- ・狭心症の疑いで検査入院した患者が、検査の結果、狭心症が否定された場合、医療資源を「狭心症の疑い」とするのか、「狭心症」とするのか明記されていないため、判断に迷う。

### 心不全

- ・原因疾患が多岐にわたる場合、治療との組み合わせも考慮しての一つに絞るのは困難（原疾患コーディングルール通りにすべきか）。
- ・心不全は選択すべきではないとテキストに書いてあるが心不全の分類はある。ハンプや利尿剤、サムスカ、ドブタミンを投与し心不全が改善された場合でも不可か？心不全でコーディングしてよい基準は？
- ・心不全の多くは高齢者が多く合併症も複数あり詳細なコードの明示が難しい。両心不全は I509 となる。心不全は部位不明・詳細不明から除外してほしい。
- ・慢性・急性・慢性の急性増悪で急性と慢性の急性増悪の区別も難しい。
- ・原因疾患の方が期間Ⅱが短くなりコーディングテキスト通りにやると評価が下がる。
- ・心不全と腎不全（透析患者）がある症例、I110 高血圧性心不全と I509 心不全のコーディングは難しい。
- ・心不全のリハビリ目的入院（心不全の治療のみ入院）の場合のコーディング（原疾患 or 心不全）。
- ・「原疾患を資源病名とするが、原疾患が不明の場合や対症療法のみの場合は I50 \$ の心不全を使用」といったような指針についてもご検討いただきたい。
- ・副傷病において肺炎を定義してほしい。
- ・「原疾患が判明しない、明らかな基礎疾患が診断されない場合については、心不全を選択することもやむを得ない」とあるが、どの程度を想定されているのかが分からない。
- ・心臓カテーテル法による諸検査と血管内超音波検査等を実施した場合の分岐が手術・処置 1 に定義されていない。
- ・心不全にて治療中の患者に緊急 PCI を施行した場合、心不全ではなく AMI でコーディングしなくてはならず、長期入院中に手技料の高い手術等をした場合のコーディングが難しい。
- ・重症度別の診断群分類区分を設定してほしい。

【診断群分類のコーディングをする上で、分かりづらいと感じる点や判断に迷う点、改善を求めたい点、ご意見等】

- ・MEDIS 標準病名マスタにないものが多い（とりわけ、整形外科系の部位コード等）ので改善してほしい。
- ・コーディングテキストの事例を増やしてほしい（外傷系、DIC や敗血症、廃用症候群、稀少な事例、ダブルコーディングの医療資源投入量の判別、老衰、C800 原発不明癌等）。
- ・皮膚潰瘍（L98、L97）が 100100 糖尿病足病変の DPC になるが、糖尿病が無い人でも皮膚潰瘍になりうる。また、足だけでなくいろいろな部位へと発症される患者もいる。分類

名の変更等をすべきではないか。

- ・ 110280 慢性腎炎症候群慢性間質性腎炎慢性腎不全の「手術処置 1」に D412 経皮的針生検法はあるが、D412-2 経皮的腎生検法が定義されていない。
- ・ 部位不明・詳細不明のコードについて、どうしても使用しなければいけないコードがあるので改定してほしい。(医師から相談を受けてそれのみになってしまう場合や CPA や短期間(入院時から 48 時間以内)で専門病院への転院や死亡。関節リウマチ、鉄欠乏性貧血、小腸イレウス、虚血性腸炎、膝関節滑膜炎、廃用症候群など代替コードがあるか。
- ・ R コードに該当するものしかコーディングしがたい場合に判断が迷う(どうしても原因がわからない不明熱、老衰等)。
- ・ 原疾患をどのあたりまで考慮すればよいのか迷う(原疾患と合併症が複数あった場合の選択の基準)。
- ・ 入院期間Ⅲを超え翌月に手術等を行い包括に戻った場合や DPC/出来高変更の際の運用等。一度前月分を請求しているのに、取り下げを行わなければならない、煩雑化し事務処理(患者への説明含めて)に手間がかかる。
- ・ アルコール肝硬変による肝不全に対して治療を行った場合に、アルコール性肝疾患(K70\$)と肝硬変(K746)のどちらでコーディングするのが適切か判断に迷う。
- ・ 化学療法と放射線療法の併用時、病名によって分岐が異なるため、統一してほしい。
- ・ 診断群分類が複雑なので簡素化していただきたい(脳梗塞や肺炎)。
- ・ 転移性脊椎腫瘍(C795)に対して治療を行った場合(原発に対する治療なし)、C795では「070040 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)」となり、脊椎を除くとなっています。「070030 脊椎・脊髄腫瘍」では原発の ICD しか該当しないため、コーディングに迷う。
- ・ アブラキサン点滴静注を使用した場合は手術・処置等 2 での対応薬剤は「パクリタキセル(アルブミン懸濁液)」のみが該当薬剤なのか判断が難しい。
- ・ 「腹膜炎を伴う虫垂炎」の分類が存在しないため、判断に迷う。
- ・ 180040 の手術の合併症に資源病名として選択していいのか定義が曖昧。  
特別な治療をしていない場合(看取り状態含む)の医療資源病名の選択が困難な場合がある。合併症か、原疾患かを選ぶ場合の基準が曖昧で迷う事がある(リハビリ目的や終末期やその緩和ケアの場合)。
- ・ 臨床に沿った医師向けのコーディングテキストを作成してほしい(診療ガイドライン等を考慮した医師を納得させるためのマニュアル)。
- ・ コーディングに特化した窓口開設をしていただきたい(SNS を利用した QA 対応や窓口や厚生局で受け付けたコーディングに関する疑義や回答の公開と共有)。

【機能評価係数Ⅱの保険診療指数における「病院情報の公表」以外に、医療の質の評価に関する取組みを行っているか】

- ・ QI プロジェクトに参加
- ・ 病院ホームページにおける医療の質を示す指標の公開
- ・ 医療の質の評価・公表等推進事業への参加
- ・ 委員会活動の実施
- ・ 病院機能評価の認定

- ・グループ病院内で統一した評価の実施
- ・部位不明・詳細不明コードの調査
- ・クリニカルパスの活用
- ・PDCA サイクルの実践
- ・ISO の認証の取得
- ・CQI 研究会への参加