

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（概要版）

1. 概要

- 次回診療報酬改定（平成 26 年度）に向けて適切なコーディングを推進するための体制を検討するにあたり、実際の医療現場におけるコーディングの現状や、現在 DPC 評価分科会で議論されているコーディングマニュアル案（以下、「コーディングガイド」という。）に対する医療現場の意見を調査することを目的として、平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査及びアンケート調査）を実施した。
- ヒアリング調査では、DPC/PDPS の適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関（5 件）を選定し、調査対象とした。
- 一方、アンケート調査では、他の医療機関とコーディングの傾向が著しく異なる医療機関（128 件）を選定し、調査対象とした。

2. ヒアリング調査・アンケート調査双方の結果を踏まえた考察について

（※「ヒアリング調査」及び「アンケート調査」結果の詳細については、D-1（別紙）を参照すること。）

目次

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
- ② コーディングに係る事務部門の体制
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
- ⑤ その他

① DPC/PDPS のコーディング手順について

- ヒアリング調査では、入院時・退院時に医師によって DPC コードが入力された後に診療情報管理士や医事課職員が内容を確認する体制をとっている医療機関多かったが、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医師が確認する体制をとっている医療機関も認められた。
- アンケート調査では、退院時にコーディング内容を医師が「要請時のみ確認」する医療機関が 27.3%となっており、医師が直接コーディングに関わっていない医療機関も存在することが分かった。
- アンケート調査では、退院時に診療情報管理士や医事課職員によるコーディング内容の確認「あり」が 9 割程度となっているが、逆に 1 割程度は医師以外による確認が行われていない医療機関が存在することが分かった。

② コーディングに係る事務部門の体制

- 「診療録情報を管理する部門の勤務職員数」は、アンケート調査の対象となった医療機関においては平均 5.3 人、標準偏差 4.7 であり、一方ヒアリング調査の対象となった医療機関においては 3 名～79 名となっており、診療録情報管理部門の体制は医療機関ごとに大きなばらつきがあることが示唆された。
- 「診療情報管理士の数」は、アンケート調査においては平均 2.5 人、最小数 0 人となっており、診療情報管理士の配置体制についても、医療機関ごとに大きなばらつきがあることが示唆された。ヒアリング調査の対象となった医療機関では 2 名～13 名となっていた。
- アンケート調査の対象となった医療機関の「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療情報管理士」の割合については、医療機関によってばらつきがあり、100%の医療機関が 37%となっている一方、0%以上 20%未満も 20%程度認められた。ヒアリング調査の対象となった医療機関では、「診療情報管理士」の割合 0%の医療機関はなかった。
- アンケート調査の対象となった医療機関の「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤・非常勤等」の割合については、以下の通りであった。
 - 「常勤」職員の割合は、「100%」の医療機関が 57%以上を占める一方、「0%」の医療機関も 15%存在していた。
 - 「非常勤」職員の割合は、ほとんどの医療機関で 0%となっていた。
 - 「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の職員の割合は、「0%」となっている医療機関が約 75%となっている一方、「100%」となっている医療機関が 22 件（17%）認められた。

ヒアリング調査の対象となった医療機関では、「非常勤」職員、「請負方式等」の職員はいずれも含まれており、医療機関によって体制は様々であった。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」について

- 「開催回数」については、アンケート調査の対象となった医療機関では通知で定められている最低回数である年2回のみ実施している医療機関が49.2%であったのに対し、ヒアリング調査の対象となった医療機関ではほぼ毎月開催されており、適切なコーディングに向けて積極的な取り組みを行っている医療機関においては頻回に委員会を開催していることが示唆された。
- 「検討内容」については、アンケート調査の対象となった医療機関においても、ヒアリング調査の対象となった医療機関においても、コーディングに関する内容が最も多くなっており、特に機能評価係数Ⅱの評価対象となっている「.9」コード（部位不明・詳細不明のICD-10コード）の使用割合をテーマとして取り上げられることが多い傾向がみられた。また、その他の検討内容として、「DPC制度について」、「出来高で算定した場合との差額分析」等があった。
- 「参加人数」については、アンケート調査の対象となった医療機関においては、平均13.9人となっており、その内訳については、診療報酬請求部門（医事課等）の職員、診療情報管理部門の職員はほとんどの医療機関で参加しており、その他院長、診療科長、看護師長等が参加していた。

④ コーディングガイドに対するご意見について

- アンケート調査によれば、コーディングガイドに従って再コーディングした場合、「040130 呼吸不全」、「050130 心不全」とコーディングされた症例の4割以上が変更になると答えた医療機関が大半を占めており、コーディングガイドがより良いコーディングのために有効である可能性が示唆された。
- また、ヒアリング調査およびアンケート調査においては、コーディングガイドに対して下記のような意見があげられた。
 - 医療資源を最も投入した傷病名のコーディング方法については、考え方の優先順位をつける形で原則を示した方が良いのではないか。
 - 医療機関におけるどの職種（診療情報管理士、医師、診療報酬請求担当者等）を対象にしているのかを明確にすべきではないか。
 - 事例を豊富に載せると参考になるのではないか。
 - 文書ではなく、フロー方式等見易さに工夫が凝らせば普及するのではないか。

⑤ その他

- アンケート調査において、「調査対象となった5つの診断群分類においてなぜ適切なコーディングがなされていないのか」について集計した結果、理由として「コーディングの理解不足」、「診療行為を優先したコーディングのため」といった内容が最も多く上げられており、コーディングの考え方の医療機関内での周知が重要である可能性が示唆された。

- また、アンケート調査において、「小児が多いため」「高齢者が多いため」といった理由も挙げられており、「小児」や「高齢者の不全症」について、コーディングルールの整備が必要であることが示唆された。

- 電子カルテで使用されている標準病名マスター（ICD-10 対応の傷病名マスター）において病名自体が収載されていない例、ICD-10 の「.9」コードしか表示されない例等があること、またそれらの問題に対応するための病名マスターのメンテナンスが難しい場合等、適切なコーディングの推進において電子カルテや請求システムが問題となっている場合があるという指摘があった。

- 適切なコーディングを行う体制を作るためには、診療情報管理士の役割、位置づけ等の明確化が必要なのではないかという指摘があった。

3. 結論

- 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、適切な DPC コーディングを推進するために、DPC/PDPS において以下のような課題があることが示された。

- DPC コーディングにおいては「医師」、「診療情報管理部門」、「診療報酬請求部門（医事課等）」が中心に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。
- 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 について理解を深めること。
- 「適切なコーディングに関する委員会」を規定で定められている年 2 回だけでなく頻回に（可能であれば毎月）開催し、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すること。
- コーディングガイドにより、具体的な事例も含め、DPC コーディングの基本的な考え方が示されること。
- 標準病名マスターの整備等も含め、適切なコーディングに柔軟に対応できる電子カルテ、請求システム等を整備すること。

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（詳細版）

1. ヒアリング調査結果について

(1) 概要

- DPC/PDPS の適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関に対し、当該医療機関でのコーディング手順や、適切なコーディングを行うための取り組み、及びコーディングマニュアル案（以下、「コーディングガイド」という。）に対する意見等についてヒアリング調査を実施した。
- 関係団体より推薦を受けた下記の全 5 医療機関をヒアリング調査対象として選定し、平成 25 年 4 月 3 日の DPC 評価分科会において、10 分程度のプレゼンテーション及び質疑応答を実施した。

対象施設	所属	名前(敬称略)	役職
専門病院	社会医療法人 医仁会 中村記念病院 <504 床>	中村 博彦	理事長・院長
		門間 俊明	医事課長
大学病院	北里大学病院 <1,033 床>	海野 信也	院長
		荒井 康夫	医療情報管理室診療情報管理課 課長補佐
中小規模総合病院	一般財団法人 操風会 岡山旭東病院 <162 床>	土井 章弘	院長
		海野 博資	診療情報管理室主任
ケアミックス病院	特定医療法人 仁生会 細木病院 <320 床>	橋本 浩三	病院長
		高橋 久夫	情報システム管理課係長
大規模総合病院	国立病院機構 九州医療センター <702 床>	村中 光	院長
		阿南 誠	医療情報管理センター実務統括管理者

ヒアリング内容

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
- ② コーディングに係る事務部門の体制
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）

(2) 結果の概要

1. 社会医療法人仁仁会 中村記念病院（専門病院・504床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 入院時
 - 医師が DPC コードを入力し、診療情報管理士 2 名が確認する。
 - 退院時
 - 医師が DPC コーディングをした上で、診療情報管理士、医事課入院担当者が DPC コーディングに疑義がある場合は医師との間で意見調整をする。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理士 4 名（常勤）＋ 医事課担当者
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 「.9」コード（部位不明・詳細不明の ICD-10 コード）の発生率
 - 適切なコーディングのための院内のコーディング方法の取り決め（非外傷性硬膜下血腫、特発性てんかん等）とその周知
 - 全国の状況
 - 開催頻度
 - 毎月開催
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - 誰を対象にしているのか（診療情報管理士が対象なのか医師が対象なのか等）を明確にすべきではないか。
 - 内容が難しいので、ある程度コーディングの経験がないと理解できないのではないか。
 - 事例を豊富に載せると参考になるのではないか。

【質疑応答の要点】

- 診療情報管理士が充実していること、医師が ICD-10 コーディングについてかなり詳しく理解していること、医師と診療情報管理士が院内で近い場所にありコミュニケーションが取りやすいことが、良いコーディングにつながっているのではないか。

2. 北里大学病院（大学病院・1,033床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPSのコーディング手順について
 - 入院時
 - 診療情報管理課がDPCコードを入力し、医師が確認する。
 - 退院時
 - 診療情報管理課がDPCコーディングをチェックし、DPC確認票（紙ベース）を起票し、担当医師が確認し署名する。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理課
 - 診療情報管理士（DPC担当） 6名
 - 医事課
 - 入院診療報酬請求担当者 計13名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 「.9」コード（部位不明・詳細不明のICD-10コード）の留意点について
 - 医療資源病名の選択に係る留意点について
 - 開催
 - 頻度：毎月（コーディングに特化した議題は年2回）
 - 主催：医事課
 - 対象
 - 27診療科、6部署（医師51名、コメディカル3名、診療情報管理士3名、医事課1名）
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - 医療資源病名に関するコーディング方法の記載内容が相互矛盾しているように読み取られる可能性があるため、考慮事項に優先順位をつけた形で示した方が分かりやすいのではないかと。
- ⑤ その他
 - A207診療録体制加算における診療情報管理部門や診療情報管理士等の体制に関する規定と、業務内容に関する規定しているコーディングガイドとの関係を整理すべきではないかと。

【質疑応答の要点】

- 研修医に対しては、診療報酬のシステムに関する基本的な教育はしているが、DPCコーディングについて教育するのは難しい面がある。
- 独自の仕組みとして、診療情報管理課からDPC確認票を起票して担当医の署名により確認をしている。
- 研修医も含め様々な医師がいるため、診療情報管理士がリードする形でDPCコーディングが行われている。

3. 一般財団法人 操風会 岡山旭東病院 (中小規模総合病院・162床)

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 退院前に医師が退院予定を入力し、看護師が処置等実施を入力する。
 - 退院時は、医師が DPC オーダーを確定し、診療情報管理士が全例チェックする。特に難しい DPC コーディングについては診療情報管理室でチェックを行う。

- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理室 診療情報管理士 3名
 - 医療秘書課 (入院担当) 6名

- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 「.9」コードの発生率と例の周知、その対策方法の協議
 - 参加者
 - 院長、診療情報管理室、診療科医師等、計 14 名
 - 開催
 - 年 12 回
 - 主催：診療情報管理室

- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - 手術・処置等のコーディングの方法にも触れた方がいいのではないか。

- ⑤ その他 (DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等)
 - 電子カルテで使用されている標準病名マスター (ICD-10 対応の傷病名マスター) において、病名自体が収載されていない例、また ICD-10 の「.9」コードしか表示されない例等があり、適切なコーディングが行いにくい場合がある。
 - 電子カルテ及び医事システムのメンテナンス機能の充実が必要。
 - 中小病院においては診療情報管理士を専従とするのが難しいので、診療録管理体制加算において診療情報管理士の専従配置を評価してほしい。

【質疑応答の要点】

- 中小病院における診療情報管理士に対して診療報酬で適切な手当をすることは重要ではないか。
- 毎週の医師のミーティングで、診療情報管理士からコーディングについてレクチャーしている。

4. 特定医療法人 仁生会 細木病院（ケアミックス病院・320床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 入院時
 - 医師が DPC コードを入力し、電子カルテ掲示板で共有する。病棟請求担当者（情報システム管理課）はその他入院時併存病名等を入力する。
 - 退院時
 - 医師が DPC コードを決定する。レセプト請求時は、診療情報管理士が診療記録情報と DPC コーディングをチェックし不明な点があれば主治医に確認する。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 診療情報管理グループ 常勤 2 名（診療情報管理士）、非常勤 1 名
 - 医事請求グループ 常勤 3 名
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 適正なコーディングに関すること。
 - 診断及び治療方法の適正化に標準化に関すること。
 - 外部の DPC 研究会の内容を院内にフィードバックする。
 - 開催頻度
 - 年 2 回（今後、年 4 回に増やす予定）
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - 医師、病棟請求担当者にとって参考となるものになると良いのではないかと。
- ⑤ その他
 - ケアミックス病院では、DPC 対象外の病棟に転棟した場合の DPC データ提出に苦勞している。

【質疑応答の要点】

- 「主病名」は患者さんの病態を通じて最も重要な病名であり、「医療資源を最も投入した傷病名」とは異なることがあるので、適切な使い分けが必要なのではないかと。

5. 国立病院機構 九州医療センター（大規模総合病院・702床）

【プレゼンテーション概要】

- ① DPC/PDPS のコーディング手順について
 - 入院時
 - 医師が DPC コードを入力する。
 - 診療記録（監査）委員会で決定した 11 項目について、毎日監査を行う（一次監査）。
 - 退院時
 - 医師が退院日前々日までに DPC コーディングを確認する。
 - 専任チェック担当者が、DPC 項目（様式 1 等）と診療記録の整合性等について確認する（二次監査）。
 - 診療情報管理士が退院時要約を基準に診療記録と DPC データとの整合性を確認する（三次監査）。
- ② コーディングに係る事務部門の体制
 - 医療情報管理センター（79 名）
 - 診療情報管理係（DPC 担当）4 名（常勤 1 名、非常勤 3 名）
 - 医事課に専任チェック担当者を 1 名配置
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - 内容
 - 院内監査結果報告
 - K コード監査結果報告
 - エラーリストチェックのエラー報告等
 - 開催頻度 月 1 回
 - 出席者 副院長、診療部長、看護部長等
- ④ コーディングガイドに対するご意見について
 - ICD-10 の中には、〇〇後の障害など曖昧な分類もあるので、このようなコードは用いないようにしているが、対応案として付加コードの使用が考えられるのではないかと（ただし、複雑になってしまう可能性があり難しい点も多いと考えられる）。
- ⑤ その他（DPC/PDPS コーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいこと等）
 - 診療情報の管理（特に DPC）には多大なマンパワーが必要であるので、「診療録管理体制加算」の評価見直しを期待したい。

【質疑応答の要点】

- DPC コーディングの際に曖昧な「.9」コード等が表示されないよう、病名メンテナンスを行っている。

2. アンケート調査結果について

(1) 概要

- 厚生労働科学研究班（伏見班）が提出した「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド」において「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」の例としてあげられている下記の5項目について、他の医療機関とコーディングの傾向が著しく異なる医療機関(128件)を選定し、アンケート調査を実施した（医療機関名は非公開）。
 - 1) 「050130 心不全」、 2) 「040130 呼吸不全（その他）」
 - 3) 「180040 手術・処置等の合併症」、 4) 「130100 播種性血管内凝固症候群」
 - 5) 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査等で他に分類されないもの（Rコード）
- 調査票は、平成25年3月11日に厚生労働省調査事務局よりアンケート調査の対象となった医療機関（128件）に対して配送し、3月25日を期限として回収した。
- 調査結果の集計は、松田委員の協力の元行った。

アンケート調査の内容

- ・ 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング
- ・ コーディングガイドに対する意見
- ・ DPC/PDPS コーディングの手順、体制
- ・ コーディングの状況が他の医療機関と異なっていた理由
- ・ 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組み

(2) 集計結果

① DPC/PDPS コーディングの手順

コーディングの手順については、入院時の医師による確認、退院前の医師による確認、診療情報管理士による内容の確認、医事課職員による内容の確認を回答から把握した。

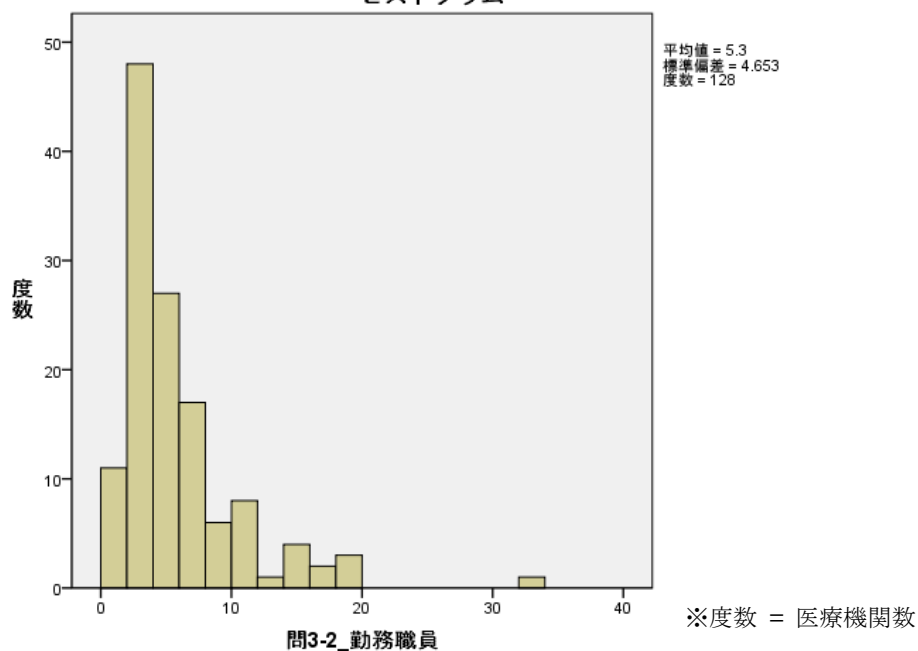
- 入院時の医師による確認は「あり」が110施設（85.9%）、「要請時のみ確認」が12施設（9.4%）であった。
- 退院前の医師による確認は「あり」が87施設（68.0%）、「要請時のみ確認」が35施設（27.3%）であった。
- 診療情報管理士による内容の確認は「あり」が115施設（89.8%）であった。
- 医事課職員による内容の確認は「あり」が114施設（89.1%）であった。

② コーディングに係る事務部門の体制

(1) 診療録情報を管理する部門の勤務職員数

平均 5.3 人、標準偏差 4.7、最少 1 人、最大 32 人

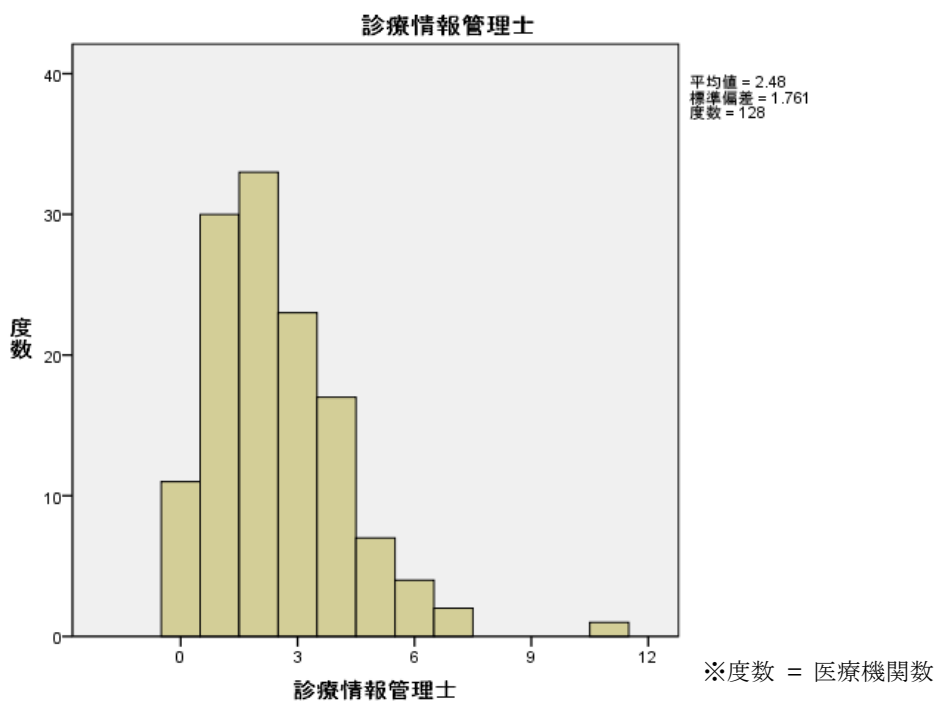
【図表 1】 診療録情報を管理する部門の勤務職員数のヒストグラム
ヒストグラム



(2) 診療録情報を管理する部門の診療情報管理士の数（常勤＋非常勤）

平均 2.5 人、標準偏差 1.8、最少 0 人、最大 11 人

【図表 2】 診療録情報を管理する部門の診療情報管理士の職員数のヒストグラム



(3)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療録情報管理士」の割合以下の通りであった。

【図表 3】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「診療録情報管理士」の割合

診療情報管理士の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	15	12%
(うち 0%)	(9)	(7%)
20%以上 40%未満	24	19%
40%以上 60%未満	25	20%
60%以上 80%未満	10	8%
80%以上 100%未満	7	5%
100%	47	37%

「診療情報管理士」の割合は、医療機関によって様々であったが、100%となっている医療機関が37%となっている。

(4)「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤」職員の割合は以下の通りであった。

【図表 4】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤」職員の割合

常勤の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%より多く 20%未満	25	20%
(うち 0%)	(23)	(15%)
20%以上 40%未満	3	2%
40%以上 60%未満	9	7%
60%以上 80%未満	12	9%
80%以上 100%未満	6	5%
100%	73	57%

「常勤」職員の割合が「100%」の医療機関が57%を占める一方、「0%」の医療機関も15%存在していた。

- (5) 「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「非常勤」の割合は以下の通りであった。

【図表 5】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「非常勤」職員の割合

非常勤の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	110	86%
(うち 0%)	(103)	(80%)
20%以上 40%未満	8	6%
40%以上 60%未満	5	4%
60%以上 80%未満	3	2%
80%以上 100%未満	1	1%
100%	1	1%

「非常勤」の診療情報管理士は、ほとんどの医療機関で「0%」となっていた。

- (6) 「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の割合は以下の通りであった。

【図表 6】「診療録情報を管理する部門の勤務職員」のうちの「その他」の職員の割合

その他の割合	該当する医療機関数	医療機関数の割合
0%以上 20%未満	97	76%
(うち 0%)	(95)	(74%)
20%以上 40%未満	3	2%
40%以上 60%未満	3	2%
60%以上 80%未満	2	2%
80%以上 100%未満	1	1%
100%	22	17%

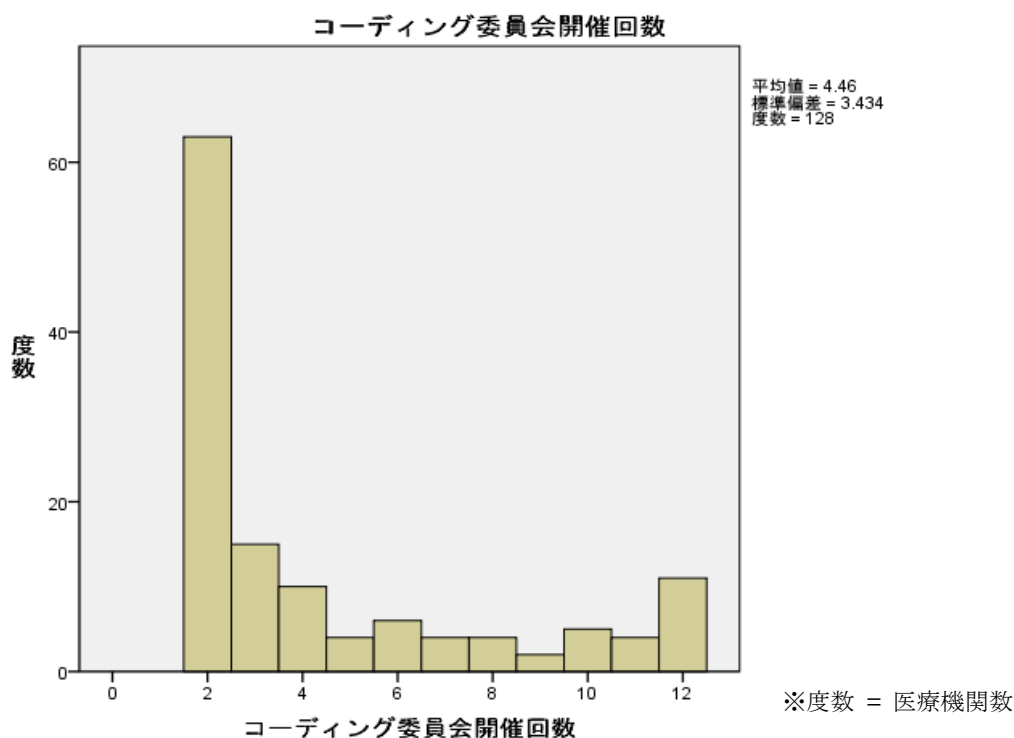
「常勤・非常勤以外（請負方式等）」の職員の割合は「0%」となっている医療機関が約 75%となっている一方、「100%」となっている医療機関が 22 件（17%）認められた。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」について

(1) 適切なコーディングに関する委員会開催回数（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月）

平均 4.5 回、標準偏差 3.4、最少 2 回、最大 12 回

【図表 7】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度のヒストグラム



※ 11 施設 (8.6%) は毎月開催しているが、63 施設 (49.2%) は法定の 2 回しか開催していない。

【図表 8】「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度の表

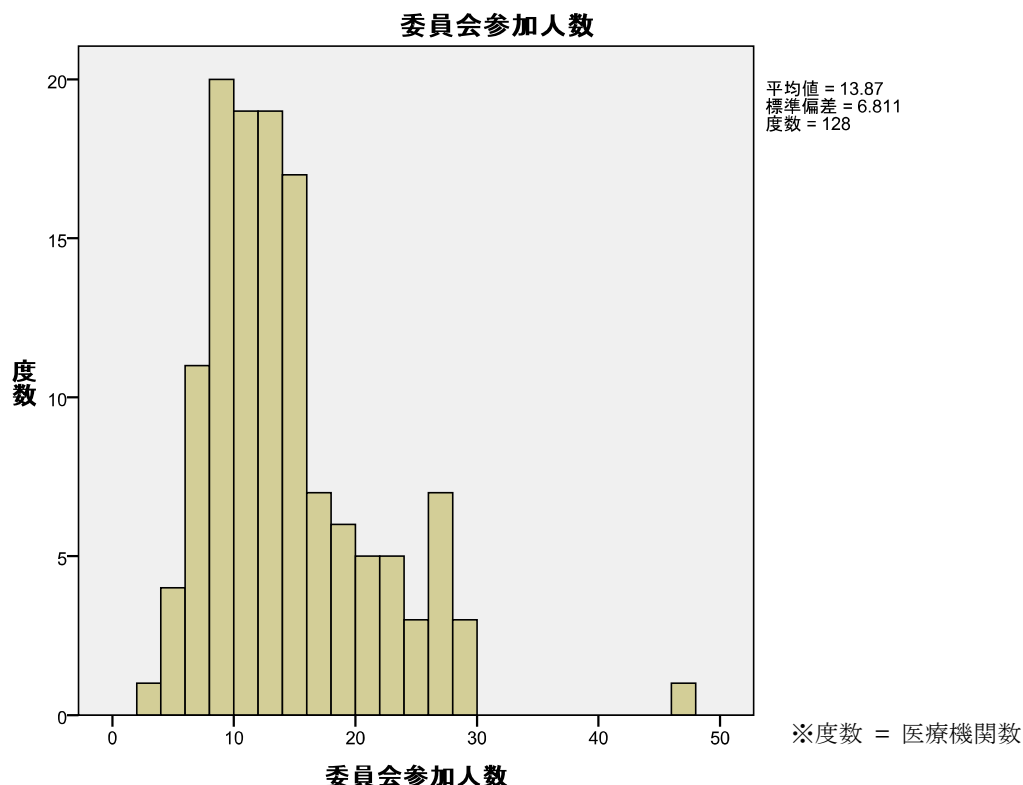
コーディング委員会開催回数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 2	63	49.2	49.2	49.2
3	15	11.7	11.7	60.9
4	10	7.8	7.8	68.8
5	4	3.1	3.1	71.9
6	6	4.7	4.7	76.6
7	4	3.1	3.1	79.7
8	4	3.1	3.1	82.8
9	2	1.6	1.6	84.4
10	5	3.9	3.9	88.3
11	4	3.1	3.1	91.4
12	11	8.6	8.6	100.0
合計	128	100.0	100.0	

※度数 = 医療機関数

(2) 適切なコーディングに関する委員会の参加人数
 平均 13.9 人、標準偏差 6.8、最少 3 人、最大 46 人

【図表 9】「適切なコーディングに関する委員会」の参加人数のヒストグラム



- 参加者の内訳は、診療報酬請求部門（医事課等）の職員、診療情報管理部門の職員はほとんどの例で参加しており、その他院長、診療科長、看護師長等が参加していた。

(4) コーディング委員会の検討内容

コーディング内容の検討内容としては「コーディング」が 128 施設中 93 施設 (72.7%) ともっとも多くなっていた。

【図表 10】「適切なコーディングに関する委員会」の参加人数に関する表

内容	度数	%
DPC 制度	35	27.3
コーディング	93	72.7
差額分析	38	29.7
統計（自院）	27	21.1
その他	8	6.3

※度数 = 医療機関数
 ※差額分析：出来高で算定した場合との差額分析等

④ コーディングガイドに対するご意見について

(1) コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合

「040130 呼吸不全」で7割以上コーディング変更になるものが43.5%と多くなっている。また、「050130 心不全」についても4割以上コーディング変更になる例が70%となっている。「180040 手術・処置等の合併症」と「130100 播種性血管内凝固症候群」についてはコーディング変更になるものが2割以下になる例が70%以上であった。

【図表 11】 コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合の表

アンケート種別と問2-1_番号選択のクロス表

アンケート種別	問2-1_番号選択	問2-1_番号選択					合計
		概ね9割以上の症例がコーディング変更となる	概ね7～8割程度の症例がコーディング変更となる	概ね4～6割程度の症例がコーディング変更となる	概ね2～3割程度の症例がコーディング変更となる	コーディングが変更となる症例は概ね2割以下である	
050130	度数	0	1	6	1	2	10
	アンケート種別の%	.0%	10.0%	60.0%	10.0%	20.0%	100.0%
040130	度数	10	17	12	10	13	62
	アンケート種別の%	16.1%	27.4%	19.4%	16.1%	21.0%	100.0%
180040	度数	4	1	3	1	30	39
	アンケート種別の%	10.3%	2.6%	7.7%	2.6%	76.9%	100.0%
130100	度数	0	0	1	2	7	10
	アンケート種別の%	.0%	.0%	10.0%	20.0%	70.0%	100.0%
Rコード	度数	1	0	5	1	5	12
	アンケート種別の%	8.3%	.0%	41.7%	8.3%	41.7%	100.0%
合計	度数	15	19	27	15	57	133
	アンケート種別の%	11.3%	14.3%	20.3%	11.3%	42.9%	100.0%

※度数 = 医療機関数

(2) 診療情報管理士の数と変更割合との関連

下表はコーディングの変更割合別に診療情報管理士（常勤＋非常勤）の数を見たものである。統計学的に有意な差はあるが一定の傾向はない（ $p < 0.05$ 一元配置分散分析）。なお、コーディング委員会の開催回数及び参加人数には群間で有意の差はなかった。

【図表 12】 コーディングガイドに従って再コーディングした場合の変更割合の表

	度数	平均値	標準偏差
概ね9割以上の症例がコーディング変更となる	15	2.5	1.7
概ね7～8割程度の症例がコーディング変更となる	19	3.1	2.7
概ね4～6割程度の症例がコーディング変更となる	27	2.3	1.5
概ね2～3割程度の症例がコーディング変更となる	15	3.3	1.9
コーディングが変更となる症例は概ね2割以下である	57	2.0	1.3
合計	133	2.4	1.8

※度数 = 医療機関数

(3) 調査対象となった DPC6 桁が他の医療機関と比べて著しく多くなった理由

必須記載事項の内容をグループ化した結果、①「専門性が高いため」、②「重症度が高いため」、③「診断基準に基づいている」、④「高齢者が多いため」、⑤「コーディングの理解不足」、⑥「診療行為を優先したコーディングのため」、⑦「他施設からの紹介が多いため」、⑧「シャント症例が多いため」、⑨「小児が多いため」、⑩「慢性疾患の急性増悪が多いため」、⑪「救急症例が多いため」の11の理由が抽出された。以下、5つのコーディング例についてその理由を検討した。

【図表 13】調査対象となった DPC6 桁が他の医療機関と比べて著しく多くなった理由の表

	050130		040130		180040		130100		Rコード	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
専門性が高いため	2	20.0%	6	9.7%	13	33.3%	4	40.0%	0	0.0%
重症度が高いため	2	20.0%	4	6.5%	6	15.4%	2	20.0%	0	0.0%
診断基準に基づいている	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%
高齢者が多いため	1	10.0%	19	30.6%	1	2.6%	3	30.0%	0	0.0%
コーディングの理解不足	7	70.0%	23	37.1%	2	5.1%	2	20.0%	5	41.7%
診療行為を優先したコーディングのため	3	30.0%	18	29.0%	4	10.3%	2	20.0%	8	66.7%
他施設からの紹介が多いため	0	0.0%	9	14.5%	14	35.9%	2	20.0%	1	8.3%
シャント症例が多いため	0	0.0%	0	0.0%	27	69.2%	0	0.0%	0	0.0%
小児が多いため	0	0.0%	10	16.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
慢性疾患の急性増悪が多いため	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
救急症例が多いため	0	0.0%	2	3.2%	1	2.6%	1	10.0%	0	0.0%

※度数 = 医療機関数

- 「050130 心不全」については「コーディングの理解不足」が70%と最も多く、次いで「診療行為を優先したコーディングのため」が30%であった。慢性心不全については、原疾患がある場合はそれを医療資源病名とすることが示されているが、このコーディングルールの理解不足が最も多くなっていた。
- 「040130 呼吸不全」については「コーディングの理解不足」が37%、次いで「高齢者が多いため」が30.6%、「診療行為を優先したコーディングのため」が29%となっている。また、小児の入院の場合も、肺炎治療にあたって酸素吸入などの呼吸不全の治療を行うことが多いため、呼吸不全とコーディングする例が多かった(16.1%)。さらに高齢者の場合、他施設で肺炎が悪化し、それが原因の呼吸不全の治療をおこなったためという理由も多かった(14.5%)。ただし、この場合、他施設の中に同一法人の慢性期病棟や介護施設が少なからず含まれていた。
- 「180040 手術・処置等の合併症」についてはシャント症例が69.2%で最も多く、またシャント閉塞のPTA目的の他施設からの紹介も多かった(35.9%)。そして、こうした治療を行う高い専門性をもっていることを理由にあげる例が33.3%となっていた。

- 「I30100 播種性血管内凝固症候群」は血液疾患や救急などの専門性の高い病院での治療例が多く（40%）、重症例が多いこと（20%）、「他施設からの紹介」（20%）など病院の専門性に由来する理由が多かった。しかし、高齢者が多いこと（30%）や「診療行為を優先したコーディングのため」（20%）も挙げられており理由が多岐にわたっていた。
- 「Rコード」については「診療行為を優先したコーディングのため」が66.7%、「コーディングの理解不足」が41.7%であった。

以上の結果より、コーディングルールの周知が重要であることが明らかとなった。他方、「I80040 手術・処置等の合併症」やRコードについては「診療行為を優先したコーディングのため」が多く、これらについては現行の診断名→医療行為といった診断名を優先した分類方式よりも、医療行為を優先した分類方式の方が適切である可能性を示唆している。また、小児や高齢者の不全症についても、コーディングルールの精緻化など検討が必要であると考えられる。

（4）コーディングガイドに関するその他のご意見（自由記載欄に挙げられた主な意見の抜粋）

- 診療情報管理士や医事課職員が適切なコーディングのため努力しているが、臨床の医師にはICD-10やDPC制度があまり浸透していないため、疑義を示しても理解を得ることが容易ではないので、コーディングガイドによって一定の判断基準が示されるのはありがたい。
- 本コーディングガイドによって診療側と審査側の認識が共通化されると思われるので、早期にコーディングガイドが正式リリースされることを望む。
- 今後も疑義を生じる症例や問題視されるコーディングが出てくるのかもしれないが、その都度コーディングガイドに収載され、現場へリリースして頂けると有難い。
- コーディングガイドP18で「レセプト病名」の注意があるが、使用した薬、行った医療行為に要求される病名（単語）がレセプトになれば査定されるため、レセプト審査委員にコーディングガイドを理解して頂かない限り、レセプト病名をなくすことは難しいのではないかと。

- 文書ではなく、フロー方式等見易さに工夫が凝らせば普及するのではないか。
- 正誤それぞれのコーディングの具体例を多く示してほしい。
- 「医療資源をもっとも投入した傷病名」の決定に当り、「人、モノ、カネ」で判断すると定義されているが、漠然としていて判断に困ることがあるので、もう少し具体的な定義をしてほしい。
- 特に以下のような例でコーディングに苦慮するので判断基準を示してほしい。
 - ・ 他医療機関で手術を施行した直後に、フォローの為に転院して来た患者のコーディング（例、癌の術後など）
 - ・ 人工肛門閉鎖術の為に入院のコーディング
 - ・ 急性腹症で観察入院し、確定診断がつかないまま治癒し退院をした患者のコーディング
 - ・ 高齢者のように複数の疾患を持っていて複数疾患を同時に治療を行う場合の医療資源をもっとも投入した傷病名の決定の仕方

⑤ その他の主なご意見（自由記載欄に挙げられた意見）

- 厚労省において、コーディングについて迅速に相談できる部門を作ってほしい。
- 診療録管理体制加算も、医師事務作業補助体制加算のように、人数によって加算が変動することで、医師の負担も減る体制ができるのではないか。
- 自分たちが行っているコーディングが正しいのか分からないので、厚労省が主催するDPCコーディングの研修会を開いてほしい。
- 電子カルテに搭載されているMEDISの標準病名マスターを使用して医師は病名決定を行うが、標準マスターに不備があり、適切にコーディング出来ないことがある。

平成 24 年度 DPC 評価分科会における特別調査について(案)

1. 背景

- 診断群分類のコーディングは、DPC/PDPS の診療報酬算定の根拠となる重要な役割を担っているにもかかわらず、コーディングの質が医療機関ごとに大きな差があることや、不適切なコーディング例が存在することが指摘されているところ。
- 平成 26 年度診療報酬改定に向けて適切なコーディングを推進するための体制を検討するにあたり、実際の医療現場におけるコーディングの現状や、現在 DPC 評価分科会で議論されている DPC コーディングマニュアル案に対する医療現場の意見について、特別調査を実施することとしてはどうか。

2. 調査方法 (案)

調査に当たっては、調査対象とする医療機関の状況を踏まえて、当分科会へ医療機関を招聘して行うヒアリング調査と、対象医療機関へ調査票を配布して行うアンケート調査を組み合わせる行うこととしてはどうか。

(1) ヒアリング調査

DPC/PDPS の適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関について、当該医療機関でのコーディング手順や、適切なコーディングを行うための取り組み、及びコーディングマニュアル案に対する意見について、当分科会でヒアリング調査を実施することとしてはどうか。

○ 調査対象となる医療機関について

調査対象となる医療機関については、関係団体より DPC 病院の主な施設特性(大学病院、専門病院、ケアミックス病院、病床規模など)に配慮しつつ、適切なコーディングに向けて先進的な取り組みを行っている医療機関を推薦していただくこととしてはどうか。

(2) アンケート調査

現時点のコーディングマニュアル案において、「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」の例としてあげられている項目について、平成 23 年度退院患者調査のデータに基づき、他の医療機関と傾向が著しく異なる医療機関に対し、アンケート調査を実施してはどうか。

なお、本アンケート調査の結果については医療機関に不利な情報が含まれる可能性もあることから、医療機関名は非公開としてはどうか。

① 調査対象となる医療機関について

コーディングマニュアル案では、医学的に疑問だとされる可能性がある傷病名として下記の 5 項目を掲載している。

- 1) 「050130 心不全」
- 2) 「040130 呼吸不全(その他)」
- 3) 「180040 手術・処置等の合併症」
- 4) 「130100 播種性血管内凝固症候群」
- 5) 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査等で他に分類されないもの(Rコード)

これらの 5 つのコーディングについて、コーディングマニュアル案の記載を踏まえて下記の基準に従って調査対象医療機関(約 130 件)を選定してはどうか。

＜参考:平成 24 年 12 月 7 日 DPC 評価分科会 松田委員提出資料より一部改変＞

1) 医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択のいくつかの例

(1) 例:「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、心不全として処理せず、原疾患を医療資源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) 例:「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。

(3) 例:「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。

※同様に、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、通常ありえないので注意したい。

※レセプト作成する場合は、その根拠をコメント欄、症状詳記への記載することが望ましい。

— 中略 —

(4)例: 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、診療内容からして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。選択する場合は、DIC 等を選択するにたる相応の理由が必要である。

※厚生労働省の規定する診断基準に準拠しているか否か。具体的には、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が基準を満たしているかどうかによる。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、医師の診療記録に適正に記録されている必要がある。

※レセプト作成する場合は、その根拠をコメント欄、症状詳記へ記載することが望ましい。

(5)例: 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、治療行為として部位や病態が確定している場合は、R コードは使用しない。

1) 「050130 心不全」について

○ 心不全は一般的に他の疾患に関連して発生するとともに、循環器疾患の 1 分野としても治療が行われていることから、全 DPC コーディングにおける「心不全」のコーディングが多い医療機関を抽出した場合、単に循環器疾患を多く診療している医療機関が抽出される可能性が高く、よりコーディングマニュアル案に即した方法で医療機関を抽出する必要がある。

○ DPC コーディングマニュアル案では、「心不全」のコーディングについて、原疾患として、心筋症、心筋梗塞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とされていることから、下記の双方を満たす医療機関を対象としてはどうか。

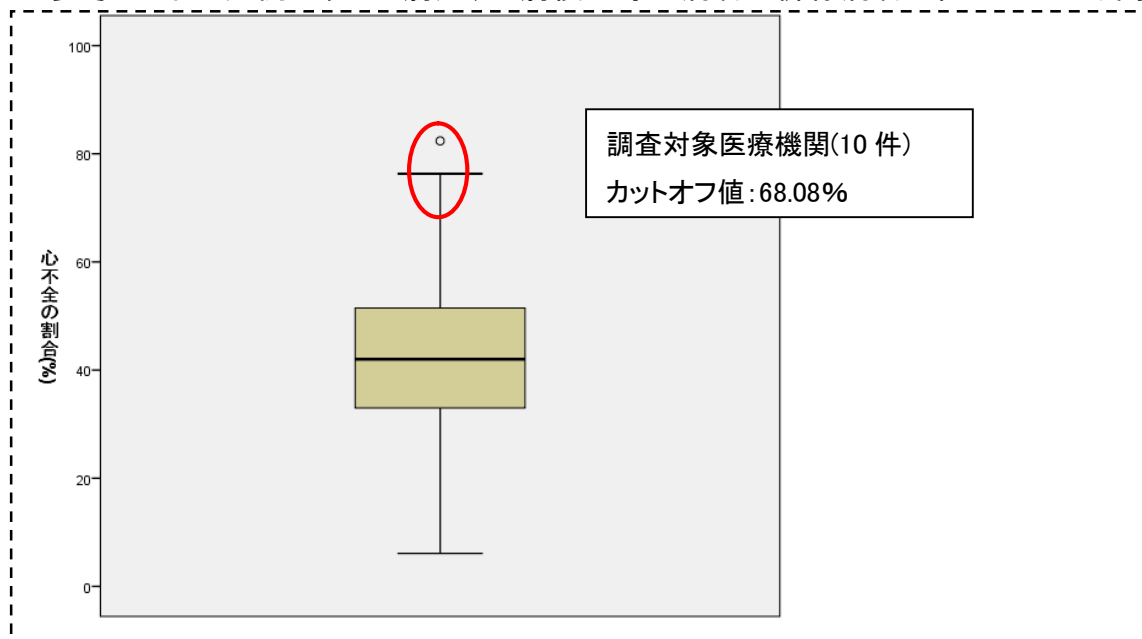
- ・ 「050130 心不全」の症例が 1 年間で 120 症例を超えている医療機関
- ・ 「050130 心不全」でコーディングされている症例のうち、心筋症、心筋梗塞に関連する病名(注 1)が併存病名(注 2)に含まれている割合が高い 10 医療機関(注 3)

注 1: 心筋症、心筋梗塞に関連する病名については、DPC コーディング上「050030 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞」、「050040 急性心筋梗塞の続発性合併症」、「050050 狭心症、虚血性心疾患」、「050060 心筋症」、「050065 拡張型心筋症」に該当する病名とする。

注2: 併存病名とは様式1における病名を記載する項目のうち、医療資源病名以外の項目に記載された病名とする。

注3: 心不全コーディング症例のうち心筋症、心筋梗塞等の病名が併存病名に含まれている割合について箱ひげ図を作成したところ、他の医療機関と比較して極端に割合が高い医療機関が見られなかったため。

<参考:心不全症例のうち心筋症、心筋梗塞等の病名が併存病名に含まれている割合>



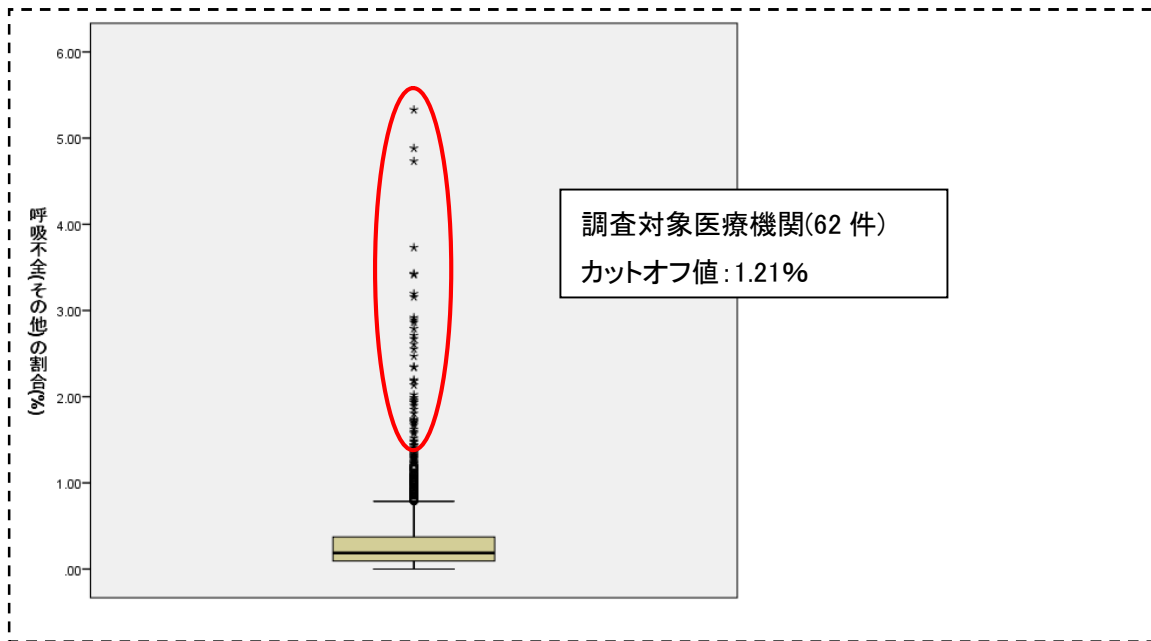
2～4) 「040130 呼吸不全(その他)」、「180040 手術・処置等の合併症」、「130100 播種性血管内凝固症候群」について

○ 「呼吸不全(その他)」、「手術・処置等の合併症」、「播種性血管内凝固症候群」の各コーディングは、DPC 参加病院全体の全症例に占める割合がそれぞれ 0.26～0.62%と低いことから、これらのコーディングの使用割合が他の医療機関と比較して著しく高い医療機関(箱ひげ図上で極値(箱の上端または下端から箱の長さの3倍を超える値、*で表示)を示す医療機関)を調査対象としてはどうか。

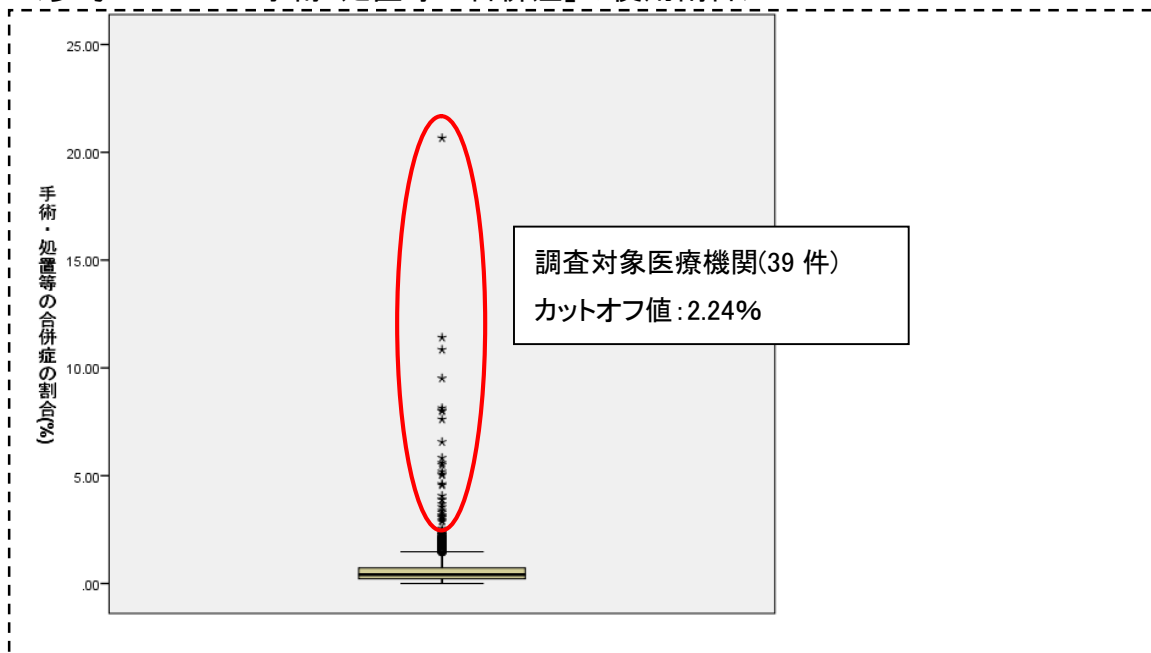
<参考:全 DPC コーディングに占める各 DPC の割合>

	呼吸不全 (その他)	手術・処置等の 合併症	播種性血管内 凝固症候群
DPC 参加病院	0.31%	0.62%	0.26%
DPC 準備病院	0.25%	0.70%	0.10%

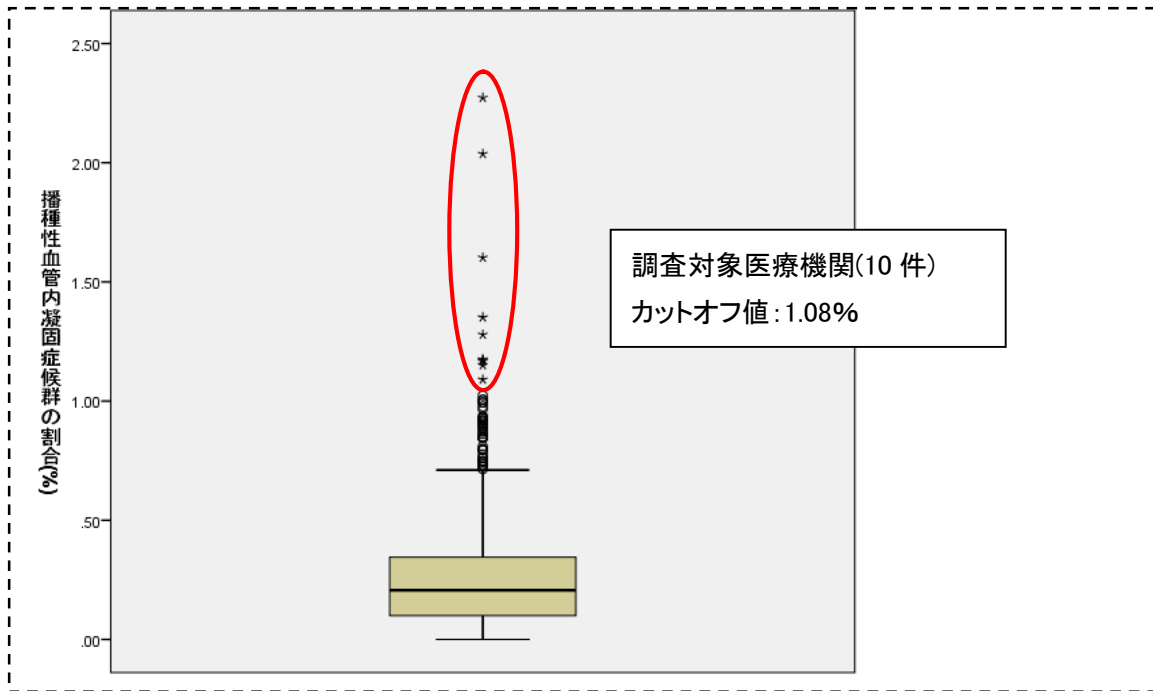
<参考:「040130 呼吸不全(その他)」の使用割合>



<参考:「180040 手術・処置等の合併症」の使用割合>



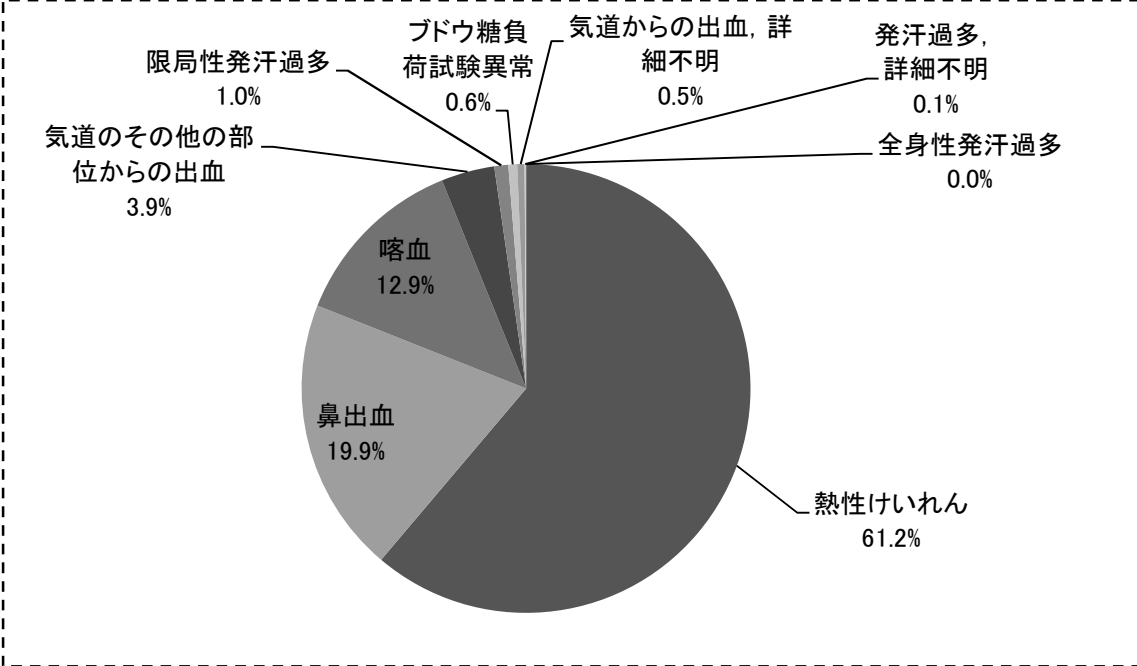
<参考:「130100 播種性血管内凝固症候群」症例の割合>



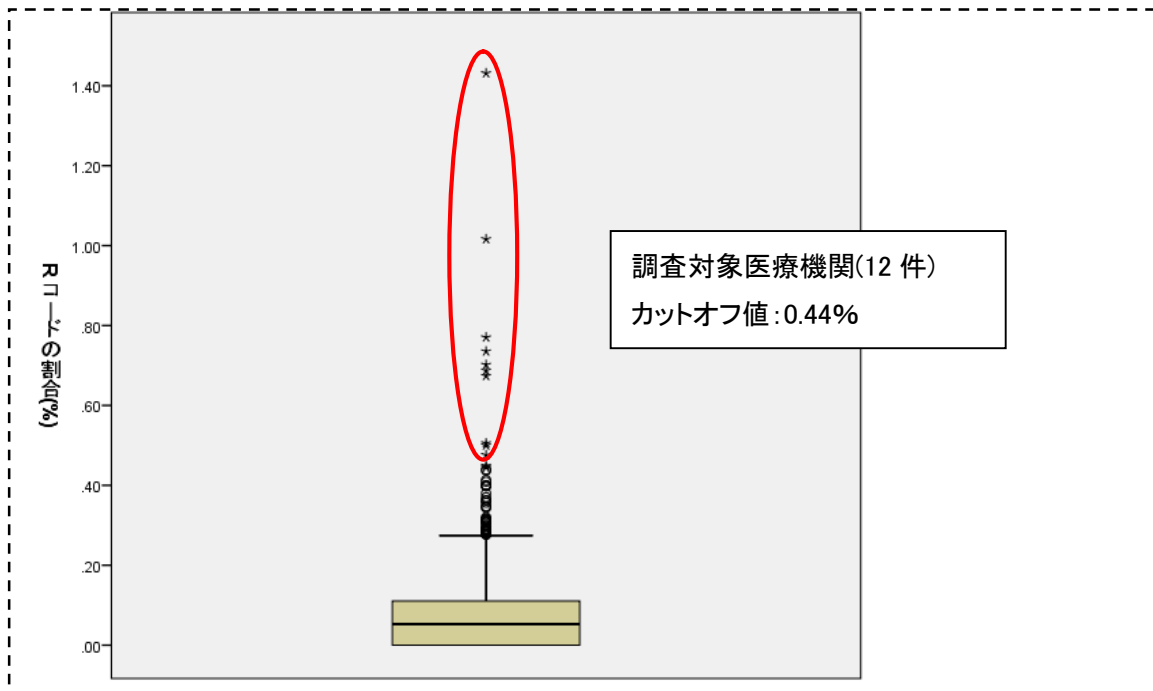
5) Rコードについて

- 現在、Rコードについては、Rコードのほとんどが病名ではなく、徴候や症状であることから、一部のRコードを除き入力を認めていない。
- 入力が認められているRコードの中には、(R560)熱性けいれんのように病名をさすコードも含まれていることから、コーディングマニュアル案の記載を踏まえ、他の原因疾患が存在する可能性がある(R040)鼻出血、(R042)咯血、(R048)気道のその他の部位からの出血、(R049)気道からの出血、詳細不明の割合が著しく高い医療機関(箱ひげ図上で極値を示す医療機関)を調査対象としてはどうか。

<参考:入力が認められているRコードとその割合>



<参考:Rコード症例の割合>



② 調査方法について

該当医療機関については、下記の内容についてアンケート調査を行うこととしてはどうか（アンケートでの回答で詳細が明らかではない場合は事務局から別途、確認を行う）。

- ・ 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング
- ・ コーディングマニュアル案に対する意見
- ・ DPC/PDPS コーディングの手順、体制
- ・ コーディングの状況が他の医療機関と異なっていた理由
- ・ 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組み

平成 24 年度特別調査

DPC/PDPS コーディングに関する調査票

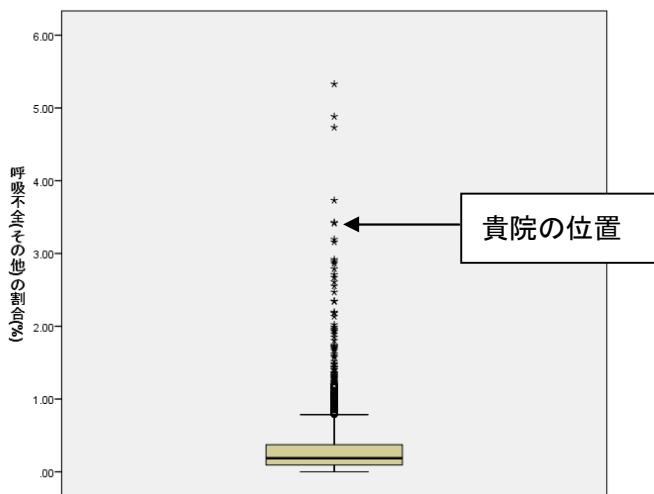
施設コード								施設機関名

この度、DPC/PDPS のコーディングについて、下記の理由により貴院に対しアンケート調査を実施することとなりました。別添のコーディングマニュアル案を参照いただいた上で、貴院の DPC/PDPS コーディングに関する体制や中央社会保険医療協議会 DPC 評価分科会で検討中のコーディングマニュアル案に対するご意見を記入欄にご記入ください。

アンケート調査の対象となった理由

コーディングマニュアル案で「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」としてあげられた「〇〇〇〇」が他の医療機関に比べて高いため。

参考データ (例)



記載方法の留意事項

- ・ 記載内容についてはできるだけ詳細に記載してください。
- ・ 記入欄が足りない場合は記入欄を拡大して記載してください。書式は自由です。
- ・ 資料については別途添付してください。
- ・ ご記入いただいた内容は医療機関名が特定できない形で中央社会保険医療協議会及び DPC 評価分科会で公表される可能性があります。
- ・ 本調査表はヒアリング調査を目的としたものではないため、記載内容にかかわらず DPC 評価分科会への出席を求めることはありませんが、記載内容が不明確な場合等、より詳細な情報が必要な場合には別途厚生労働省保険局医療課より連絡をさせていただく場合があります。

1 記載内容のお問い合わせ先をご記入ください。

氏名	役職	連絡先(電話番号)

記載内容が不明確な場合等、別途ご連絡をさせていただく場合があります。

2 調査対象となった理由に関する DPC/PDPS コーディング及びコーディングマニュアル案についてお伺いたします。

<p>問 2-1 貴院が調査対象となった理由となった「〇〇〇〇」の症例について、コーディングマニュアル案の記載を踏まえて、再度コーディングを行った場合にコーディングが変更となる症例について最も近いものを選んでください(概算でかまいません)。(回答必須)</p>	
1	概ね 9 割以上の症例のコーディングが変更となる
2	概ね 7~8 割程度の症例のコーディングが変更となる
3	概ね 4~6 割程度の症例のコーディングが変更となる
4	概ね 2~3 割程度の症例のコーディングが変更となる
5	コーディングが変更となる症例は概ね 2 割以下である
<p>問 2-2 貴院が調査対象となった「〇〇〇〇」のコーディングが他の医療機関と比較して著しく多い結果となった理由について、貴院の診療の特徴や DPC/PDPS コーディングに関する認識等を踏まえて記載してください。(回答必須)</p>	

問 2-3 貴院が調査対象となった「〇〇〇〇」の症例について、コーディングマニュアル案の記載を踏まえて、コーディングを行った場合に生じる問題や疑問等があれば記載してください。(回答任意)

問 2-4 コーディングマニュアル案全体について、ご意見があれば記載してください。(回答任意)

3 貴院の DPC/PDPS コーディングの手順、体制についてお伺いいたします。

問 3-1 貴院の DPC/PDPS コーディング手順について、具体的に記載してください(コーディングを行うタイミング、実際の入力を行う職員の職種、医師の確認方法、チェック体制等)。また、コーディングの際に参考している情報やマニュアル等があれば記載又は添付してください。(回答必須)

問 3-2 平成 25 年 2 月時点での貴院の診療録情報を管理する部門の人員配置及び勤務時間についてご記入ください。(回答必須)					
勤務職員の数	人	うち専任職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
		うち専従職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
		うち常勤職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
		うち非常勤職員の数	人	うち診療情報管理士の数	人
常勤職員全体の 1 週間当たり平均勤務時間			時間		
非常勤職員全体の 1 週間当たり平均勤務時間			時間		
問 3-3 貴院における平成 24 年度の「適切なコーディングに関する委員会」が開催された月及び年間の開催回数についてご記入ください。(回答必須)					
平成 24 年度の開催月を○で 囲んでください(予定を含む)	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3			合計	回
問 3-4 直近に開催された「適切なコーディングに関する委員会」に参加した職員の所属部門、役職、人数についてご記入ください。(回答必須)					
所属部門		役職		人数	
(記入例) 診療部門		診療科責任医師、医師、研修医		5 人	
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	
問 3-5 直近に開催された「適切なコーディングに関する委員会」の内容について記入してください。その際の資料等があれば添付してください。(回答必須)					

4 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するための取り組みについてお伺いいたします。

問 4-1 適切な DPC/PDPS コーディングを推進するために行っている又は検討している取り組みがあれば自由にご記入ください。(回答任意)

問 4-2 適切な DPC/PDPS コーディングを行う上で、日常적으로困りのことや DPC 制度として対応してほしいことがあれば自由にご記入ください。(回答任意)

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

平成 24 年度 DPC 評価分科会における 特別調査(ヒアリング調査)について

対象（全5病院、各10分程度のプレゼンテーションを予定）

対象施設等	所属	名前（敬称略）	役職
専門病院	社会医療法人医仁会 中村記念病院 <504床>		
大学病院	北里大学病院<1,033床>		
中小規模総合病院	財団法人 岡山旭東病院<162床>		
ケアミックス病院	特定医療法人仁生会 細木病院<320床>		
大規模総合病院	国立病院機構 九州医療センター<702床>		

(参考) 各出席者をお願いしたヒアリング事項(以下の中から適宜説明)

(1) DPC/PDPSのコーディング手順について

DPC/PDPSのコーディング手順について、患者が入院してから誰がどのタイミングで何を行うか、医師と診療情報管理部門との連携、チェック体制、請求までの流れ等をご説明ください(月末の入院など、時間的余裕がない場合の対応方法等も特別なものがあればご教示ください)。

また、複数の医師の間や、事務部門と医師の間、審査支払機関との間でコーディングが分かれた事例についてどのように対応したかご教示ください。

(2) コーディングに係る事務部門の体制

診療情報管理部門など、コーディングに係る事務作業を行っている部門の体制をご説明ください。例えば、自院で専従の常勤職員を何人配置している、非常勤・派遣職員等を何人配置している、一括で業者に委託している等。

(3) 適切なコーディングに関する委員会について

適切なコーディングに関する委員会について、開催頻度、委員会の構成、内容等についてご説明ください。差し支えなければ、最新の委員会について、具体的にどのようなことが話し合われたのかご教示ください。

また、当該委員会の他に医師や診療情報管理士等のDPC/PDPSコーディングに関する理解を深めるために行っている取り組みや院内で作成しているコーディング指針等があればご教示ください(差し支えなければ提出をお願いいたします)。

(4) コーディングマニュアル案に対するご意見について

現在、DPC評価分科会で取りまとめを行っているDPC/PDPSコーディングマニュアル案に関するご意見を頂戴したいと思います。特に、マニュアル案に従った場合に不具合が発生するケースがないか、他に追加してほしい内容はないか、他にどのような工夫をすればより医療現場で使いやすくなるか等についてご教示ください。

なお、コーディングマニュアルには、現在DPC研究班で取りまとめを行っているDPC/PDPSコーディングガイドに加え、厚生労働省から発出された事務連絡等を追加して取りまとめる予定です。

(5) その他

DPC/PDPSコーディングについて日常的に困っていることや、制度として対応してほしいことがあればご教示ください。