

# DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド

2012年12月1日:Ver.0.75

## ◆目次

1. 序文
2. DPC の構造
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。ただし、本書において述べているのは、臨床現場において発生している多種多様な病態のうち、基本的な事例が基盤であり、全ての事例に対応出来るというものではない。そのため、ICD の分類選択ルールを踏まえつつ、正確な分類選択のプロセスや結果等の情報を伝えるよう注意を払っているが、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については、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。このように、臨床現場での個別の事例全てを解説することは不可能であり、未知の点多々あり、本書による分類選択についての完全性の保証は不可能である。

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 の構造

### 1) 基本的な構造

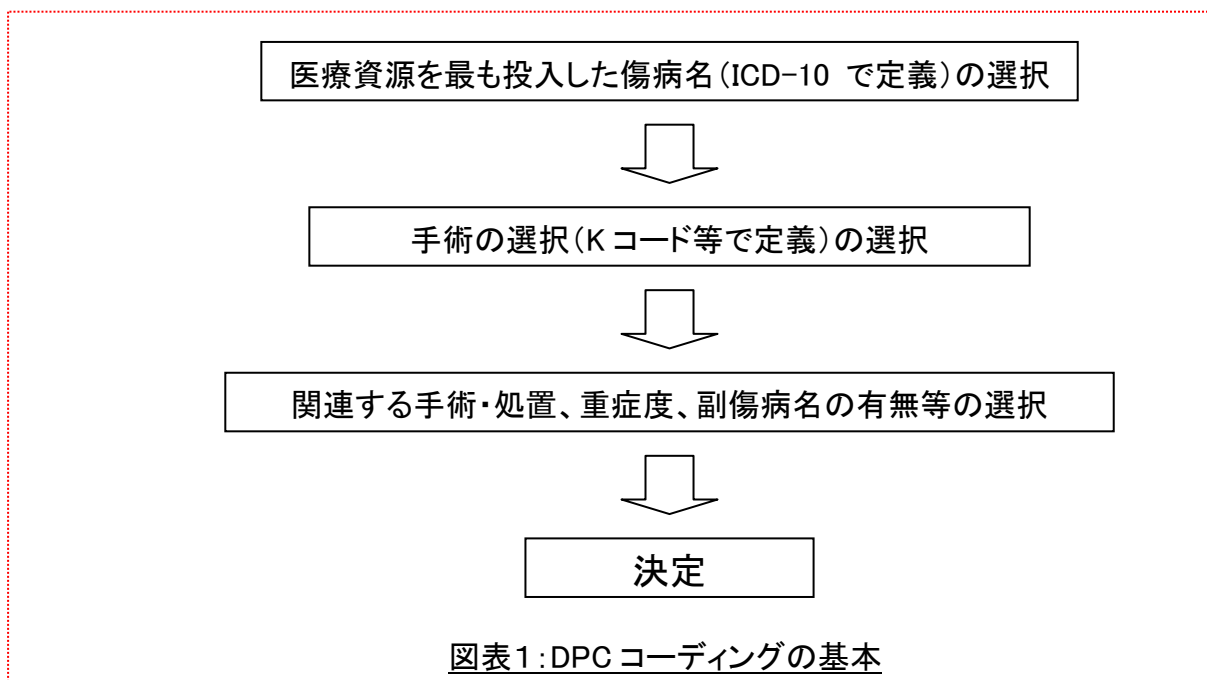
DPC 分類を構成する要素は大別して次の 3 点、①傷病名(主要な傷病名、病態)、②点数表で規定されている主たる手術、③処置、副傷病名(入院時併存症、入院後発症)、重症度等である。

### ※重要なポイント

本書で述べる、主要な傷病名、病態については、「医療資源を最も投入した傷病名（以下医療資源病名と略す）」とする。

そして、その分類選択の基本構造は、図表 1 に示すとおり「3 層構造」となっている。

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、分類粒度の問題はあっても、原則として分類不可能な傷病名や手術名は存在しない。つまり、分類選択にあたって重要なことは、最初に傷病名（医療資源病名や ICD 分類）を決定、次に手術名を確定して、それがこれらの「分類（範囲）」のどれに属するのか詳細に吟味し適切に分類を行う必要があるということである。



## 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 ICD-10 のどのグループに属するかを決定。
- ◆2層目：その後、実施した手術を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ICD-10のどのグループに属するのか決定する必要がある。

#### ※重要なポイント

(1) 医療資源病名は、一入院で一つを決定する。

併存する複数の病名があった場合でも、一つを選択する。

入院期間中、複数の病態(傷病名)が存在する場合は、どれが医療資源を最も投入したかどうかで判断する。原則として、請求した手術等の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。転科があった場合には、入院基本料(医療資源の一つである)を含む診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。月により病態が変化して、医療資源病名が月によって異なる場合であっても、医療資源病名は、退院時に、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を選択する。

(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の記載が望ましい。

(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。

※注意: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。

※注意:入院時併存症は入院時に存在した傷病であって、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(以下の\*を参照)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。

\*文中、「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り、直接的な診療行為がなかったとしても、該当する場合等を含む(例えば、認知症がある等)。

### 3. 傷病名の選択について、留意すべき具体例

以下、過去に提出されたデータを精査した結果、比較的頻回にみられた例から、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。

#### ※重要なポイント

以下の個々の例における、「主要病態」については、一入院期間中に医師が診断や治療の結果として診療録への傷病名の記載等、記録として残していることを前提としている。したがって、この段階では、「主要病態」は本来の唯一の医療資源病名ではなく、複数の病態が主要病態として(多発、併発含む)扱われている例があるので注意して欲しい。「その他の病態」についても、同様に医師の診断や治療の記録を前提としている。

#### 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。

※最終的に診断が見つからない場合も、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。

## ※重要なポイント

①「カテーテル先感染症」は、「手術・処置の合併症」ではなく、敗血症とすべきか検討すべきである。

※カテーテル先感染症がそのまま敗血症に直結するわけではない。

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、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)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。

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、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)を選択せざるを得ないこともあろうが、あくまでも限定的なものである。その場合、主要病態がまだ「疑われる」、「疑わしい」とされた場合、または明確化できないならば、「疑診」を選択することになる。しかし、別冊の補足資料において述べているが、基本原則として、選択は出来るだけ情報源に戻って、記録や発生源すなわち医師へ確認しなければ

ばならない。分類の対象となる患者が院内に現存する以上、出来るだけ確定的な診断に基づいて分類をしなければならない。特に、入院時に選択した傷病名(疑診等)が診断確定している、診断確定のための検査結果が出ているにも関わらず、更新されることなく「疑い」のままにならないようにすべきである。特に、具体的な投薬注射等の治療行為が行われている場合は、なおさらである。

※例えば、不明熱による入院後、白血病が否定された場合においても、「白血病の疑い」とするようなケースが考えられる。

※また、予防投与は原則的に保険診療の対象外であり注意が必要である。

(1)例:主要病態 :急性胆嚢炎の「疑い」、その他特記すべきその他の病態はない場合、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)例:主要病態 :重篤な鼻出血

その他の病態:特になし

このままでは、消去法として、医療資源病名は鼻出血、R040 を選択することになるが、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に対する治療が行われなかったか、等を確認し判断する。

※外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血等の疾患によるもの等。

(3)例:主要病態 :膵臓癌患者の閉塞性黄疸に対してステント留置を行った

膵臓癌への直接的な診療行為がない前提として、ステント留置という治療のみが入院の対象であったとすると、医療資源病名としては閉塞性黄疸を選択する。また、併存症として膵臓癌を選択する。

(4)例:主要病態 :癌患者のターミナルでの呼吸管理

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、併存症として呼吸管理を選択する。

(5)例:主要病態 :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。そして、このような複合分類項目は、適切な情報が記録されている場合は、主要病態として用いるべきである」、とされている。

しかし、後述の例をみてもわかるように、この考え方を適用するには、診療記録がそれを裏付けるように適正に記載され、その記録から判断する者は ICD の構造やコード体系を十分に理解していることが必要である。また、これらが要件とする傷病名の記載結果と日常的に用いる汎用的な傷病名との乖離はかなり大きい。どちらかという、分類の問題よりもそれ以前の傷病名選択の話であり、傷病名の発生源である医師の ICD における知識の問題になりかねない。例示すると、「腹膜炎を伴う虫垂炎」等、通常は、「〇〇を伴う〇〇」という傷病名の表現はあまり一般的ではない。したがって、このような分類に該当する場合は、医師への十分な確認が必須であり、診療情報管理士等の監査役は常にこのことに留意し、診療記録の適正な記載とその内容の理解と確認、医師への確認を怠らないことも必要である。

(1)例:主要病態 :腎不全

その他の病態:高血圧性腎疾患

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。

※他に合併症(ここでは、高血圧性腎疾患であること)、当該病態等の診療記録への正確な記載が適切な分類のために必須であり、または必要に応じて退院時要約などの情報を収集することが必要である。いずれにしても、診療記録への必要な事項の記載を徹底させない限り、このような情報を得ることは困難である。したがって、知識をもった監査役の役割が重要であり、全病的な対応が必須である。

(2)例:主要病態 :眼の炎症に続発する緑内障

その他の病態:—

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。

※まずこのような分類の名称(眼の炎症に続発する緑内障)をそのまま診療録の傷病名欄に記載されることは希であろうから、医師はもちろん、診療情報管理士等の監査役の知識や連携が重要である。もっとも、この場合、明らかに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)例:主要病態 :腸閉塞

その他の病態:左そけい<鼠径>ヘルニア

一側性または患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア、閉塞を伴い、え<壊>疝を伴わないもの(K40.3)、を選択する。

※一般的には診療録の傷病名欄には、ヘルニアの記載しか得られない例であろう。もし、閉塞を伴わず、左そけい<鼠径>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。したがって、医師への確認や必要な情報を診療記録等によって得ることはもちろん、診療情報管理士等の監査役がその疾病や ICD の構造を理解しておく必要がある。

(4)例:主要病態 :白内障、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)

専門科目 :眼科

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。ここでは、主要病態として医師が複数の病態を記録していたことを例にしているが、DPCでは、ダブルコーディングは適用しないので、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。したがって、診療内容を検討し、糖尿病と白内障のどちらかを選択することになる。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。この例は「眼科」診療としているが、必ずしも診療科に依存しないケースも出てくるので注意が必要である(あくまで入院期間の診療内容で判断する)。また、手術を実施した場合は、前述のとおり、手術と傷病名の乖離がないことが原則である。

(5)例: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

専門科目 :一般内科

(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、糖尿病と白内障の両者は関連はなく、独立していることに注意すべきである(糖尿病性白内障ではない)。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。



#### ※重要なポイント

このように「複数の傷病名」をもつ場合、どの病態、疾患に診療の力点を置いたかということが重要である。単独の診療科で単独の病態に対して診療行為を行った場合は理解も容易であるが、複数診療科を跨ぐ、または対診が頻繁に行われるようなケースでは、一入院期間全体を総合的かつ詳細に判断することが必要であり、情報の発生源たる医師(特に退院時の主治医)の理解や診療情報管理士等の監査役の確認が必須である。

このような複雑な病態を持つ患者については、単なる傷病名だけで判断することなく、診療の内容(診療の記録)についても十分に確認、配慮して分類をしなければならない。

前述の2例では、糖尿病と白内障の関係はともかく、通常は、白内障という傷病名(の記載)には、それ以上の情報を含まないことも普通にあるので、「糖尿病性」に該当するか否か(関連があるか否か)の確認は必須かつ重要なポイントである。特に糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等は糖尿病に合併する疾患として頻度も高いことから副傷病名として注意すべきである。

#### 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等が考えられる。ただし、2.2)の(4)にあるとおり、患者管理への影響度を考慮して、必要であれば追加すべきである。

#### 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。

#### ※重要なポイント

このような、病名付与について、「条件付」の場合もあるので、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。該当す

る例をいくつか次に例示する。

(1)例: 主要病態 : 急性および慢性の胆のう<囊>炎

その他の病態: -

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できるとされているが 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場合も K85、アルコール性の慢性が K86.0、その他の慢性が 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」として扱うが、慢性膵炎が再燃した場合、「急性」ではなく、「慢性膵炎の急性増悪(K86.1)」として扱う。

(2)例: 主要病態 : 慢性閉塞性気管支炎の急性増悪、その他の病態はなし

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。すなわち、慢性疾患の急性増悪は「急性」ではないということである。しかし、複合病態として認知出来る記録があるか、傷病名選択がされているかということが重要であり、注意したい。

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、ショ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。ここで問題になるのは、特定の処置や手技の影響としての記録があり、そして選択しようとする傷病名にその情報が含まれているかということである。また、この分類を医療資源病名として選択する場合、その合併症に対して、明らかに本来の原疾患に対する外科処置等よりも他の傷病に対して医療資源の投入(すなわち、処置後の病態に対して)があるということ、本来の外科処置等は既に終了している等が条件である。

(1)例: 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

その他の病態: -

専門科目 : 一般内科

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:ICD 分類の各章ごとの注意

### 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に係る重要な定義等を記しておく。

#### 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。

※しかしながら、提出データから推察するに、一部の医療機関では、誤解されていると思われるケースがあり、最も高い薬剤料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。手術料等は意識されているが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)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。

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」を選ぶべき。

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べき。

と定義している。

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。

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。

### 3) 副病態: 主要病態の他の病態について

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、もしくは疑って、診断行為が発生したり、直接的な診療行為がなかったとしても、該当する場合がある(例えば、認知症がある等)。

### 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、次に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、この場合は分類を行うにあたって、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、当該データを利用したり、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、「胃体部」に治療対象となる部位(この場合は腫瘍の存在)が、内視鏡などの検査や診断方法により確認された場合は、「胃の悪性新生物(胃癌、胃悪性腫瘍等)」では、適切なコーディングは出来ない。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、診断が確定しているにも関わらず、例えば前述の「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り、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。しかし、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、第三者的にみ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。例えば、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。つまり、あくまでも第三者的な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、診療記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、診療記録の確認、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おきたい。

## 2. DPC 分類選択のための傷病名、ICD 分類等の基本

本分の「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。また、分類の詳細なルールや具体例については、本書の他、ICD 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、「一つのエピソード」については 1 入院期間と考える。

### ※重要なポイント

(1) 本書の中で、主要病態、主傷病名等の表現については、ICD や DPC による規定で様々な使い分けがされているが、本書で扱う、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(医療資源病名と略す)を表す。

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、本書では「主要な病態」は、臨床家の専門性等に依存する傷病名ではなく、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。

(2)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、入院後発症について、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

①単一病因分析のために使用される病態は、1 入院期間に治療または検査された「主要病態」である。

例：○月○日から○月○日まで入院し、急性穿孔性虫垂炎のために虫垂切除術等を施行した→主要病態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：○月○日、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、○日○日退院となった。→主要病態は急性骨髄性白血病 C920

③そ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。

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→医療資源を最も投入した傷病名がマイコプラズマ肺炎(J157)、入院時併存症が肝臓癌

④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→入院の契機となった傷病名。

例：発熱にて受診。肺炎を疑い検査。解熱剤、抗生剤等を投与したところ発熱消失。マイコプラズマ肺炎を疑ったが肺炎の原因菌確定以前に退院→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、いわゆる副傷病名。

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→医療資源を最も投入した傷病名が眼瞼ヘルペス(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その他の病態とは、当該1入院期間に並存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態→DPC では、入院時併存症、入院後発症がそれに当たる。⑤を参照。

⑦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、いわゆる副傷病名である。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呼び方も含めてあまり意識されていないと思われるが、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。

特に、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

もともと、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、主治医等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、前述の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「診療記録」という材料がすでに無い等、「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と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)入院時併存症、入院後発症について

前述の⑤、⑥についての考え方であるが、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、併せて、もしくは、入院後に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る。したがって、これらの存在は当然のことであり、DPC 制度においては、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、患者管理に影響を与えた他の病態、すなわち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

前述の⑦は、不正確なデータが発生する要因の一つである。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存在しない(切除後)、等がある。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、診療報酬請求の根拠とするためには、第三者的にその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 のルールでは、「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、第三者が診療記録で確認を行い、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。

#### (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、その根拠となる記録が適正に行われていること。
- 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、診療記録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。

診療記録の充実、傷病名選択、それに基づく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、診療記録への記載漏れ、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記録の記載が十分でない場合は、情報の発生源の医師への確認が求められる。

#### (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治療に該当するという例が考えられよう。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、続発症や後遺症が主要な治療内容である場合は、入院時の併存症として原疾患に対する後遺症等、その旨明示すべきである。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、従前までの診療記録の転帰(転帰の記録)の正確性が求められる。また、それに基づく、傷病名選択(変更を含めて)の迅速、正確な選択や修正も重要である。

#### (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、DPC/PDPS の分類の名称(傷病名の分類)の粒度が低く見えるため(対象範囲が広い)、傷病名もそれに合わせて非常に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、DPC を分類するにあたって、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が明白であり、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. ICD 分類の各章ごとの注意

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、ICD の各章ごとの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、すべての章に適用される。

ここでは、原則として ICD-10 第 1 巻の各章ごと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、引用例示したものに、必要に応じて説明を加えている。

※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。副傷病名は併存症、後発症を含む。

#### 1) 第 I 章: 感染症および寄生虫症

##### B90-B94 感染症および寄生虫症の続発・後遺症

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) 第 II 章: 新生物

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(以前の治療で除去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などを明示する必要がある時は医療資源病名とせずに副傷病名として任意的に追加可能。

例: 病態 : 前立腺癌(前立腺摘出術実施)、その他の病態: 慢性気管支炎

前立腺の悪性新生物(C61)を医療資源病名としてコードする。副傷病名として慢性気管支炎。

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、担当医師の専門性等から、誤った選択をしがちな例で、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。

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、部位が明示されていない場合は、担当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。

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。

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。主治医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。

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) 第三章：血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害

本章に分類されるある病態は、薬物またはその他の外因によることがある。第 XX 章(V,W,X,Y)のコード

は任意的追加コード(副傷病名)として使用することができる。ただし、DPC では医療資源病名としては選択肢にない。ただし、分類をするにあたって、その外因の記載があるかどうかは正確な分類への分かれ目になるので、担当医師に理解してもらう他、行われた診療行為についても確認が必要となる。例えば何らかの原疾患による貧血であったとした場合、単なる貧血ではないという意識がないと正確な病態の選択は困難である。医療資源病名を選択する医師への理解を求めることはもちろんであるが、適正な記録等、診療内容を迅速に把握出来ることが必要である。

#### 4) 第IV章: 内分泌, 栄養および代謝疾患

本章に分類される病態で、薬物およびその他の外因によるものである場合には、前述の第 III 章と同様に、第 XX 章からのコードは任意的追加コード(副傷病名)として使用することができる。

※前述の3)と同様の注意が必要。

##### (1) 例: 糖尿病(E10-E14)の取り扱い

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。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。

※前例と同様に 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。

#### 5) 第V章: 精神および行動の障害

ICD のルールでは、本章における分類項目および細分類項目の定義は、医療従事者が診断名を決定するときに使用する規定であり、コーダーが使用するためのものではない、としている。すなわち、「主要病態」のコードは、たとえ記載された病態と定義との間に矛盾があっても、医師によって記載された診断名にもとづいてつけるべきである、とされている。当該カテゴリーは、医師の考える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本病態を選択するであろうから問題はないが、精神疾患であっても合併症の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。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、行った診療行為の中に本カテゴリーに関連するようなものが存在するのであれば、必ず、副傷病名、すなわち、併存症や後発症として選択することも重要である。

#### 6) 第VI章: 神経系の疾患

本章に分類される病態で、薬物またはその他の外因によることがある場合には、第XX章からのコードは任意的追加コード(副傷病名)として使用することができる。

※前述の第III章と同様。

##### (1) 例: 中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症(G09)について

ICD のルールでは、もし遺残病態の性質が記載されているならば「主要病態」に対する優先コードとして使用しない、とされており、遺残病態のコーディングにはG09を任意的追加コードとして使用できるとある。さらに、分類項目 G01\*、G02\*、G05\*および G07\*の続発・後遺症としては G09 を用いるべきではなく、むしろたとえば B90-B94 のような原因病態の続発・後遺症のために確立された分類項目を使用すべきであることに注意する。もし原因病態に対する続発・後遺症の項目がない場合には、その原因病態自身をコードする、とある。

基本的に遺残病態については、医療資源の投入がないということが前提であり、すなわち、医療資源病名にはなり得ない。あくまで、その病態原因として用いるということである。ただし、遺残病態に対しての医療資源の投入が明らかにあるならば、このカテゴリーに分類することは誤っている可能性がある。

以下の例では、続発・後遺症については任意的追加コードとしているが、DPC の趣旨から考えると併存症としてコーディングする必要がある。

##### (2) 例: 主要病態 : 結核性髄膜炎によるろうく聾>

専門科目 : 言語療法科

明らかに他の傷病名によるものであれば、「その他の明示された難聴」(H91.8)にコードする。B90.0(中枢神経系結核の続発・後遺症)を併存症とする。

※この場合は、結核性髄膜炎の治療がされていないことが前提である。

##### (3) 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)を併存症とする。



※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。

(4)例: G81-G83 麻痺性症候群について

もし現在の原因が記載されてあったとしても、治療が主に麻痺自身に対するものでなければ、主要病態に対する優先コード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が明確にされている。原因のコーディングが必要な場合は当該コードを併存症、後発症として追加コードとする。

(5)例: 主要病態 : 弛緩性片麻痺を伴う脳血管発作

専門科目 : 神経科

「主要病態」として、出血または梗塞と明示されない脳血管発作(I64)にコードする。G81.0(弛緩性片麻痺)は併存症または後発症とする。

※なお、原因病態は合併症として必要なので、片麻痺に該当するコードは必須となる。

(6)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)

「主要病態」として、下肢の単麻痺(G83.1)にコードする。I69.3(脳梗塞の続発・後遺症)は必要に応じて用いる。

※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。

## 7) 第七章: 眼および付属器の疾患

例: H54.\$ 盲<失明>および低視力

もし原因が記載されてあったとしても、治療が主に盲<失明>自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、H54.\$を任意的追加コードとして使用することができる。

※ICD のルールでも、盲<失明>および低視力は主要病態とならないとされており、本来の医療資源投入を勘案しつつ医療資源病名を選択する。また原因として本来の主要病態に関連するならば併存症、後発症として選択する。

## 8) 第八章: 耳および乳様突起の疾患

例: 難聴 (H90.\$、H91.\$)

第 VII 章と同様に、もし原因が記載されてあったとしても、治療が主に難聴自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、H90.\$または

H91.\$を任意的追加コードとして使用可能。

※これも前述(7)と同様の注意が必要である。

#### 9) 第IX章: 循環器系の疾患

(1) 例: I15.\$ 二次性高血圧(症)

もし原因が記載されてあったとしても、治療が主に高血圧(症)自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、I15.\$を任意的追加コードとして使用可能。

※DPCの趣旨からしてその原因病態や合併症としての意味があるので、追加コードを必須とする。

(2) 例: I69.\$ 脳血管疾患の続発・後遺症

もし遺残病態の性質が記載されてあったならば、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。遺残病態のコーディングの場合は、I69.\$を任意的追加コードとして使用可能。

※続発、後遺症についての詳細は前述したとおり。

#### 10) 第XV章: 妊娠, 分娩および産じょく<褥>

O08.\$ 流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する合併症

このコードは、たとえば以前の流産の合併症が現在も存在する場合のように、ケアの新しいエピソードが合併症の治療のためだけの場合に主要病態と分類される。関連する合併症を分類するためには、分類項目 O00-O02 (O00 子宮外妊娠、O01 胎状奇胎、O02 受胎のその他の異常生成物)、また合併症について詳細に分類するためには、分類項目 O03-O07 (O03 自然流産、O04 医学的人工流産、O05 その他の流産、O06 詳細不明の流産、O07 不成功に終わった人工流産)を任意的追加コードとして使用可能。

※O08の細分類項目に示してある包含用語は、O03-O07の4桁細分類項を選択する場合に参照することに注意する。

(1) 例: 主要病態 : ショックを伴う卵管妊娠の破裂

専門科目 : 産婦人科

主要病態として卵管妊娠破裂(O00.1)にコードする。O08.3(流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発するショック)は任意的追加コードとして使用可能。

※DPC の趣旨からしてその原因病態や合併症としての意味があるので、追加コードは必須。

(2)例:主要病態 :子宮穿孔を伴う不全流産

専門科目 :産婦人科

主要病態として、その他および詳細不明の合併症を伴う不全流産(O06.3)にコードする。O08.6(流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する骨盤臓器または組織の傷害)は任意的追加コードとして使用可能。

※DPC の趣旨からしてその原因病態や合併症としての意味があるので、追加コードは必須。

(3)例:主要病態 :他施設における2日前の流産に続発した播種性血管内凝固

専門科目 :産婦人科

流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する遅延出血または多量出血(O08.1)にコードする。流産が当該病院での治療の前、すなわち前医のエピソードの経過中に起こっている(他施設におけるエピソードだから)、他のコードは必要がない。

※「現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。」という原則がある。ただし、他施設での流産治療を引き継いだ場合は医療資源の投入量に注意すべき。

(4)例 分娩(O80-O84)について

「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、保険診療に対する傷病名であることに留意したい。

11)第XⅧ章: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 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。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。主治医への確認も怠らない

ようにしたい。

## 12) 第XIX章: 損傷, 中毒およびその他の外因の影響

診療録に多発性の損傷が記載され、そのうちのどれか一つを「主要病態」として選択できない場合は、多発性損傷の記載のために用意された項目の一つにコードする:

— 同じ部位の同じ型(分類項目S00—S99の通常は4桁目. 7):

— 同じ部位の異なる型(各中間分類項目の最後の分類項目、たとえばS09, S19, S29等、の通常は4桁目. 7); および

— 異なる部位の同じ型(T00—T05)

※1. ただし、治療の対象が医療資源の投入量で主たるものを判断出来る場合は、個別にコードする。

※2. 下記の例外について注意する:

① 表在損傷および／または開放創のみを伴う内部損傷については、「主要病態」として内部損傷にコードする

② 関連する頭蓋内外傷を伴う頭蓋骨骨折または顔面骨骨折については、「主要病態」として頭蓋内損傷にコードする

③ 頭蓋内出血で頭部のみに対するその他の損傷を伴うものについては、「主要病態」として頭蓋内出血にコードする; および

④ 同じ部位のみの開放創を伴う骨折については、「主要病態」として骨折にコードする。

※3. ICD では、多発性損傷の項目を使用する場合、個々の損傷はそれぞれ任意的追加コードとして使用することができる、とあるが、前述のように DPC では、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。

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。

※4. T90—T98 損傷, 中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症について、これらのコードは、遺残病態の性質が記載されている場合は、「主要病態」として使用しない。遺残病態のコーディング

のときは、T90－T98は任意的追加コードとして使用することができる。

### 13) 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対応

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。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。さらに、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り、例えば、3. の7) その他の留意すべき傷病名選択についてにあるような場合は、明確に、本来、対象とした治療ではない主たる傷病名となることが示されなければならない。