

# 医療情報データベースの生成過程、 病院で病名等が選択される過程、 DPCコーディング

川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部  
医療情報学科 学科長（教授） 阿南誠 Ph.D.  
（日本診療情報管理士会会長 診療情報管理士指導者）

# 本日のお話の概要

---

1. 全体として、代表的な医療ビッグデータである、「DPC/PDPS」データを中心として述べます。
2. 最初に、DPC/PDPS制度の概要、特に傷病名を中心としたデータベースについて述べます。
3. 次に、以下の3つのポイントについて述べます（本講演のタイトル通り）
  - 1) 医療情報データベースの生成過程
  - 2) 病院で病名等が選択される過程
  - 3) DPCコーディング

# DPCとは？

---

D→Diagnosis

P→Procedure

C→Combination

すなわち、診断名（Diagnosis）と手技（Procedure）の組み合わせ（Combination）である。

併せて、日本語にすると、その意味は、「診断群分類」（の一つの形態、手法）である。従って、DPCだけの場合は、あくまでも「患者を分類するための手法」である。

したがって、DPCによる支払制度を示したい時は、「DPC/PDPS」で、「PDPS」が支払いの意味を示す。

続けると、Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System→診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度である。

# DPC対象病院・準備病院の現況

(平成30年4月1日現在)

DPC対象病院：1,730病院、全国一般病床の約55% (約48.8万床)

DPC準備病院：

262病院、全国一般病床の約3% (約2.4万床)

平成28年4月1日の  
一般病床をもつ病院数：5,849病院  
一般病床：891,398床  
(厚生労働省の発表データから)

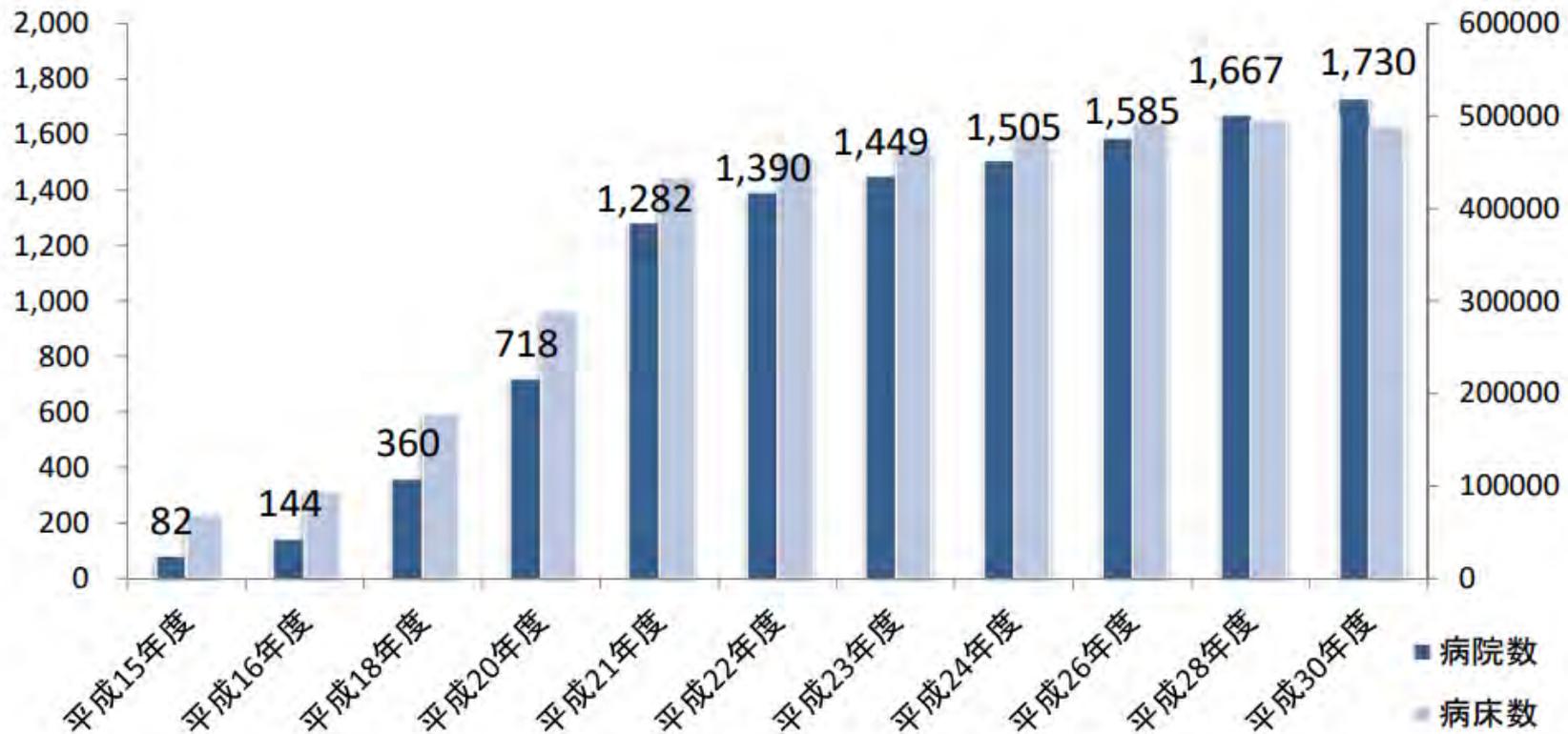
DPCの参加病院	主な病院の特徴
平成15年度DPC参加病院	特定機能病院 等
平成16年度DPC参加病院	先行する一般急性期病院
平成18年度DPC参加病院	地域の中核病院
平成20年度DPC参加病院	全国の中小病院へ拡大
平成21年度DPC参加病院	ケアミックス型病院
平成28年度DPC参加病院	200床以上の10対1病院

※平成30年度改定で、データ提出加算届け出要件が、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟入院基本料へも拡大された。

# DPC対象病院数

中医協 総 - 5 - 2  
3 0 . 6 . 2 0

- DPC対象病院は、平成30年度に68病院が参加、1病院が退出し、平成30年度4月1日時点では、1,730病院となった。（退出した病院は、独立行政法人国立病院機構高松医療センター、退出理由は一般病棟入院基本料を算定する病棟がなくなったため。）
- DPC準備病院は、平成30年度に64病院が新たに参加し、平成30年度4月1日時点では、262病院となった。



# 診断群分類数（MDCとDPC）の変遷

実施時期	主要診断群 MDC数	包括支払い DPC数	診断群分類数 DPC数
平成15年4月	16MDC	1,860分類	2,552分類
平成16年4月		1,726分類	3,074分類
平成18年4月		1,438分類	2,347分類
平成20年4月	18MDC	1,572分類	2,451分類
平成22年4月		1,880分類	2,658分類
平成24年4月		2,241分類	2,927分類
平成26年4月	18MDC	2,309分類	2,873分類
平成28年4月	18MDC	4,244/2410分類	4,918分類
平成30年4月	18MDC	4,296/2,462分類	4,955分類

CCPマトリクスの導入で増加

# MDC(主要診断群)

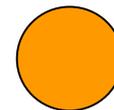
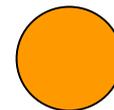
## Major Diagnostic Category

MDC01	神経系疾患	MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC02	眼科系疾患	MDC11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC03	耳鼻咽喉科系疾患	MDC12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC04	呼吸器系疾患	MDC13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC05	循環器系疾患	MDC14	新生児疾患、先天性奇形
MDC06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	MDC15	小児疾患
MDC07	筋骨格系疾患	MDC16	外傷・熱傷・中毒
MDC08	皮膚・皮下組織の疾患	MDC17	精神疾患
MDC09	乳房の疾患	MDC18	その他

◇患者分類イメージ

・ 脳神経疾患

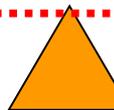
●手術あり



■手術なし



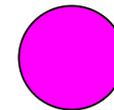
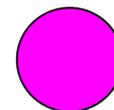
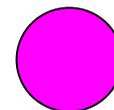
▲検査入院



同じような患者  
が集まる  
3×3の9種類

・ 循環器疾患

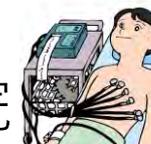
●手術あり



■手術なし

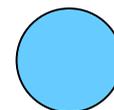


▲検査入院



・ 消化器疾患

●手術あり



■手術なし

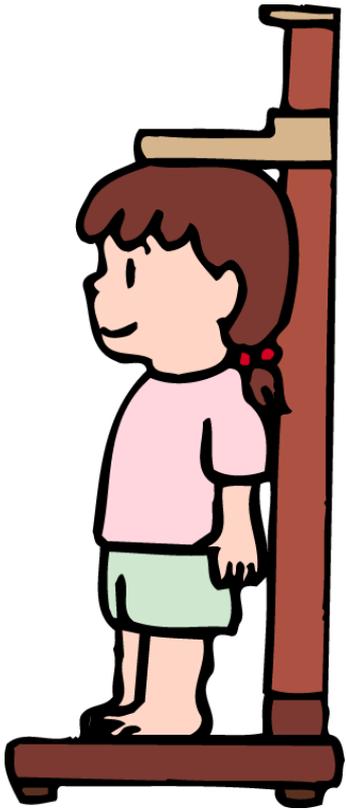


▲検査入院



# 患者分類イメージ

色々なパターンがある！



身長・体重別に？

男女別に？

## 同じような患者をまとめられたら？

---

同じような患者群にまとめられると、

- 1) 同じような医療資源（人、もの、金）投入配分
- 2) 同じような在院日数
- 3) 以上の理由から同じような収入（支出）に設定

となるはず・・・、という考え方が出て来る。

※もっとも、そのためには、患者群（例えばD P C分類）を上手に作る必要がある。また、分類開発のためのデータが高精度であるということが必要である。

# DPCの構造（選択の方法）

医療資源を最も投入した傷病名の選択  
ICD-10で定義

実施した手術  
Kコードで定義

3層構造

副傷病名、補助療法、重症度等の要素

決定

# ICDとは？

---

## 1) 死因分類から発生したものである

※リアルタイムで傷病名を分類する目的ではない

## 2) コーダー（第三者）が分類をするという前提。必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない(世界基準)。

※コーダー→我が国では厚労省（政策統括官）ICD室がそれにあたる（近い）→それ故、臨床家の感覚との乖離は以前から指摘されてきた

## 3) 構造上の問題がある

※対象は地球規模であり、DPCのように、臓器、病理の組み合わせというような構造にすべての分類が構成されているわけではない。国によって医療レベルも異なるので。さらに恣意的な操作(ウイルス性肝硬変等)もある→2013年版改定で改善された（元に戻った）。

# DPCとは？

---

- 1) DPCは、臨床現場の経験から開発された分類である。
- 2) 臓器（脳神経、頭頸部、眼、呼吸器・・・全身）と病理（腫瘍、炎症、変性、外傷、奇形等）の組み合わせが基本構造で有り、それゆえ臨床現場の親和性は問題ないはずである。
- 3) ICDを意識しつつも本来は無関連  
※傷病名に情報を含む意味は、その検証やレセプトでも必須である。
- 4) 診療内容、E、Fファイル等との整合性が必須。  
※ICDは詳細なルールで必ずしも診療行為との整合性が求められない場合がある（妊娠等）。

## 医療資源を最も投入した傷病名

---

◇単一病因分析のために使用される病態→保健ケアに関連したエピソードの間に治療又は検査された主要病態。主要病態とは、主として、患者の治療又は検査に対する必要性にもとづく、保健ケアのエピソードの「最後に診断された病態」

◇そのような病態が複数ある場合は、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべき。

◇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する。

※疾病傷害および死因統計分類提要ICD-10（2013年版）準拠

## いわゆる副傷病名

---

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、別々に記載するべきである。

その他の病態とは、

- 1) 保健ケアのエピソードの間に併存し
- 2) またはその間に悪化して
- 3) 患者管理に影響を与えた病態
- 4) 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。

※疾病傷害および死因統計分類提要ICD-10（2013年版）準拠

# 1) 医療情報データベースの生成過程

---

- ここから、DPCに係わる病院（現時点ではDPC以外の病院も無視出来ない状況）がどのようなデータベースを構築していくかを述べます。
- DPCデータは、主に退院時要約（入院サマリー）もしくは診療記録（カルテ）情報を中心にした様式1とレセプトから作成されるE、F（統合）ファイルが中心になっています。
- さらに、傷病名や、いわゆるデータベースを構築すると意識するのは、診療記録をベースにした様式1ということになります。
- このデータを全国の病院から集めます→ビッグデータへ

# DPC/PDPS制度下で病院に求められるデータ

内容		様式の名称	
患者別匿名化情報	診療録情報	様式1 カルテからの匿名化情報	
	診療報酬請求情報	医科点数表による出来高情報	EF統合ファイル 出来高レセプト情報
		外来患者の医科点数表による出来高情報 (→全患者)	外来EF統合ファイル 平成23年12月21日中医協総会
		診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	Dファイル 包括レセプト情報
		重症度、医療・看護必要度	Hファイル
		医科保険診療以外のある症例調査票	様式4 自費、健康診断、労災保険
施設調査票 (病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3 病床数、加算算定、指定	

# 提出データの作成方法

---

- 1) 前述したように、大きく分けて、以下が中心となる。
  - (1) 診療記録に基づくデータ
  - (2) 診療報酬データ（レセプトデータ）に基づくデータ
- 2) 一般論として、
  - (1) は医師が作成する退院時要約（サマリー）が中心で
  - (2) は医事会計データが中心となつて作成される。
- 3) 作業としては、(2) は「自動的」に作成され、(1) は通常「人の手」が必要である。
- 4) おそらく問題になるのは（投入コストを考慮しない）、(1) の作成、すなわち、様式1とHファイルとなる。
- 5) ここでは、様式1を中心に述べる。

## どのようにして高精度なデータベースを構築するか

---

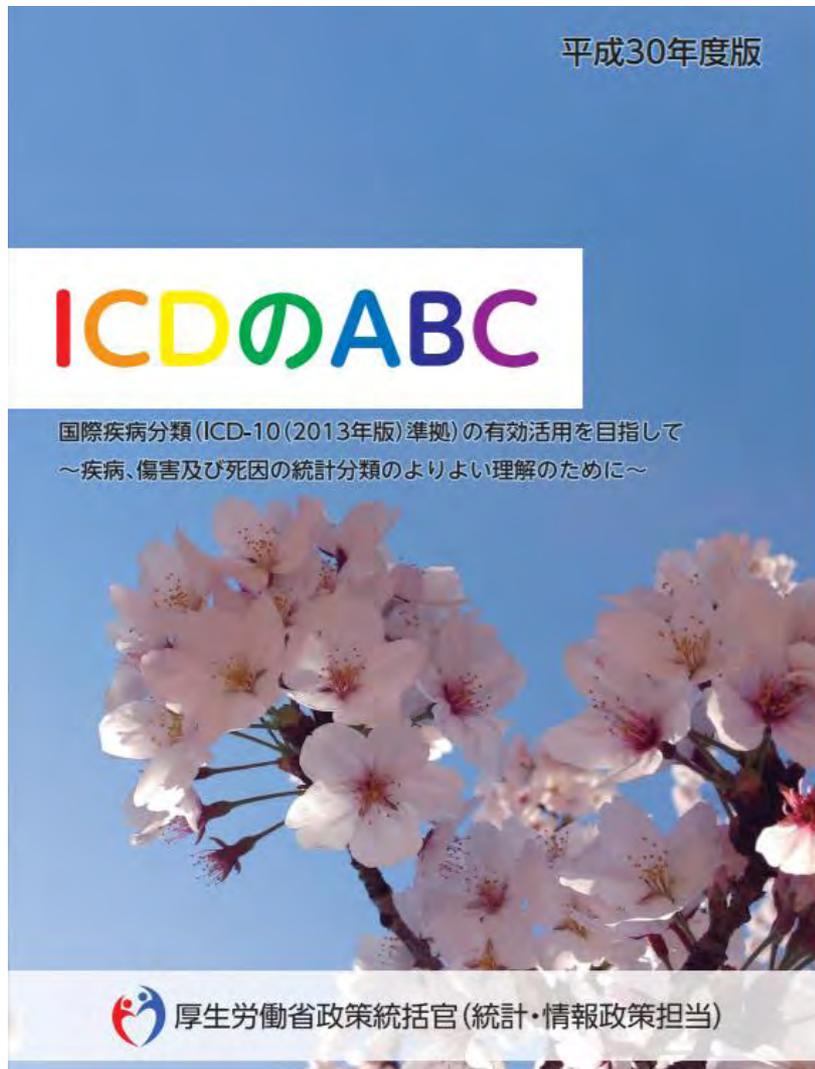
- 1) DPCデータベースの作成（一入院期間）。  
※データの精度保証や標準化も必須、急務。
  - 2) 運用システムの検討→迅速な病名通知などの体制  
※診療情報管理に関する院内体制の実力が問われる
  - 3) 立派な診療記録が必要（同時に監査がなされる）
  - 4) 医師、看護師、診療情報管理士等、総合的な診療情報管理の体制が必要である→相互に監査、支援するという体制。
- ※院長以下、組織的な対応が必要。医師だけの問題でも診療情報管理士や事務部門だけの問題ではないということを知徹底が必要。

## 傷病名の選択とICDコーディングをうまくやるには

---

- 1) 傷病名はICDに基づく傷病分類にマッチしていることが前提であり、そのためには「傷病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。
- 2) 医師の付与する病名に必要な情報が含まれていないという指摘がある。
- 3) MEDIS標準病名の使用が強く推奨されているが正しい使い方がされていない事も多い。どのようなシステム、マスターを導入するにしても接頭語、接尾語等の「修飾語」の存在は、構造やマスターの件数を抑制する上でもよく用いられるものであるが、ICD的には致命的な欠陥をもたらすこともある→後述。

# ICDを知らなければ？



ICDの基礎を知りたい場合は、厚生労働省のウェブサイトを読むことができます (pdf)。無料です (昔は500円！)。

「ICDのABC」で検索できます。

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/dl/icdabc\\_h30.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/dl/icdabc_h30.pdf)

## 1 ICD（国際疾病分類）とは

ICDは国際比較をするための統計分類です

世界保健機関（以下「WHO」という。）は、保健医療福祉分野の統計について国際比較を可能とするため、複数の国際統計分類を作成し、その中心分類として、ICD（国際疾病分類）及びICF（国際生活機能分類）を位置付けています。

※ 世界保健機関憲章の第六十四條において「各加盟国は、保健総会が決定した方法によつて、統計的及び疫学的報告を提出しなければならない。」とされています。

**ICD（国際疾病分類）**とは、正式な名称を「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」といい、疾病、傷害及び死因の統計を国際比較するためWHO（世界保健機関）から勧告された統計分類です。

ICDはアルファベットと数字を用いたコードで表され、以下の例のように各国語で呼び名が異なっている場合でも、同じコードで表されるので、外国語が分からなくとも世界各国の統計について国際比較が可能となります。

【例】



○ICDのABCから

## 2-2 疾病分類

疾病分類データソースは、多岐にわたりますが、医師の記載によるものが大多数です。特に、入院、外来カルテはその中心にあるものです。それ故、正確な医療情報の記載が求められます。

ICDは、1948年に採択された第6回改訂より従来の使用目的である死因統計のためだけでなく、疾病統計にも適用できるよう、分類を改正してきました。

我が国では、3年おきに実施される患者調査や、毎年実施される社会医療診療行為別統計において、ICDが使われています。また、医療保険の各保険者が公表する疾病分類別統計にもICDが使われています。

さらに、平成15年度より、急性期病院を中心に導入されたDPC/PDPS（診断群分類による1日当たり包括支払い方式）にも利用されており、その重要性は増しています。

○ICDのABCから

「ICD-10（2013年版）準拠」は全3巻で構成されており、下記の内容が記載されています。

① **第1巻 Tabular list**（内容例示表）

- ・ 分類コード及び項目の一覧

② **第2巻 Instruction manual**（総論）

- ・ 疾病および死因をコーディング（コード付け）する際のルール
- ・ 第1巻（WHO版Volume 1）及び第3巻（WHO版Volume 3）の使用方法

③ **第3巻 Alphabetical index**（索引表）

- ・ 疾病・傷害、症状、部位などの用語及びそのコード

# ICD-10 (2013年版) 準拠 内容例示表

- 第1章 感染症及び寄生虫症(A00-B99)
- 第2章 新生物(C00-D48)
- 第3章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害(D50-D89)
- 第4章 内分泌、栄養及び代謝疾患(E00-E90)
- 第5章 精神及び行動の障害(F00-F99)
- 第6章 神経系の疾患(G00-G99)
- 第7章 眼及び付属器の疾患(H00-H59)
- 第8章 耳及び乳様突起の疾患(H60-H95)
- 第9章 循環器系の疾患(I00-I99)
- 第10章 呼吸器系の疾患(J00-J99)
- 第11章 消化器系の疾患(K00-K93)
- 第12章 皮膚及び皮下組織の疾患(L00-L99)
- 第13章 筋骨格系及び結合組織の疾患(M00-M99)
- 第14章 腎尿路生殖器系の疾患(N00-N99)
- 第15章 妊娠、分娩及び産じょく<褥>(O00-O99)
- 第16章 周産期に発生した病態(P00-P96)
- 第17章 先天奇形、変形及び染色体異常(Q00-Q99)
- 第18章 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(R00-R99)
- 第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響(S00-T98)
- 第20章 傷病及び死亡の外因(V01-Y98)
- 第21章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用(Z00-Z99)
- 第22章 特殊目的用コード(U00-U89)

# I C D - 1 0 ( 2 0 1 3 年 版 ) 準 拠 内 容 例 示 表

- 第 1 章 感染症及び寄生虫症(A00-B99)
- 第 2 章 新生物(C00-D48)
- 第 3 章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害(D50-D89)
- 第 4 章 内分泌、栄養及び代謝疾患(E00-E90)
- 第 5 章 精神及び行動の障害(F00-F99)
- 第 6 章 神経系の疾患(G00-G99)
- 第 7 章 眼及び付属器の疾患(H00-H59)
- 第 8 章 耳及び乳様突起の疾患(H60-H95)
- 第 9 章 循環器系の疾患(I00-I99)
- 第 1 0 章 呼吸器系の疾患(J00-J99)
- 第 1 1 章 消化器系の疾患(K00-K93)
- 第 1 2 章 皮膚及び皮下組織の疾患(L00-L99)
- 第 1 3 章 筋骨格系及び結合組織の疾患(M00-M99)
- 第 1 4 章 腎尿路生殖器系の疾患(N00-N99)
- 第 1 5 章 妊娠、分娩及び産じょく<褥>(O00-O99)
- 第 1 6 章 周産期に発生した病態(P00-P96)
- 第 1 7 章 先天奇形、変形及び染色体異常(Q00-Q99)
- 第 1 8 章 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(R00-R99)
- 第 1 9 章 損傷、中毒及びその他の外因の影響(S00-T98)
- 第 2 0 章 傷病及び死亡の外因(V01-Y98)
- 第 2 1 章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用(Z00-Z99)
- 第 2 2 章 特殊目的用コード(U00-U89)

# 精度の高いICDコーディングができない要因例

---

1) 曖昧な病名に基づくもの . . . . .

「腎腫瘍：D41.0」→もっと情報が必要である  
部位？悪性？良性？原発性？続発性？

2) コーディングについての知識不足

「新生児一過性イレウス」→新生児の意味を知らないと：P76.1（正しい）→K56.-（誤り）

3) コーディングツールと病名マスターの無理解

「膵炎：K85」「急性膵炎：K85」

「慢性膵炎：K86.1」

→「慢性＋膵炎：K85」では×

※急性を優先する考え方だったが、ICD-10  
(2013年版) 改定で詳細化され (4桁分類  
へ) 改善された

## 不適切な結果をもたらす要因

---

★診療記録記載が不充分（情報不足、係わる人の理解不足、確認不足に集約される。

- 1) 診断群分類はICDに基づく傷病分類にマッチしていることが前提であり、そのためには「傷病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。
- 2) 実際に後述するように、診療内容と合致しない傷病名や分類結果がみられる（データベースの精度を落とす）。
- 3) DPCの導入においては、MEDIS標準病名の使用が推奨されているが、こちらも正しい使い方がされていない事も多い→ICDの構造を理解していないと標準病名の理解も出来ない。

# 適切なICDコーディングをするためには：一例

K64	痔核及び肛門周囲静脈血栓症
K64.0	第1度痔核
K64.1	第2度痔核
K64.2	第3度痔核
K64.3	第4度痔核
K64.4	痔核性遺残皮膚突起
K64.5	肛門周囲静脈血栓症
K64.8	その他の明示された痔核
K64.9	痔核，詳細不明

ステージ  
を区分し  
なければ  
ならない

「痔核」  
もしくは、  
「痔」で  
はだめ！

## 2) 病院で病名等が選択される過程

---

- まず、過去のDPC研究班に提出されたデータを見る限り、傷病名の選択については、多くのバリエーションがあることがわかります。
- ここでは、過去のデータの検証結果に基づき、入院時、入院中、退院時、退院後のタイミングという視点から、病院もしくは医師によって病名等が選択される傾向を検証してみたいと思います。

# 傷病名選択その1

---

- 1) 入院前（入院時）に付与するケース：「主たる病名」を付与する可能性・・・
  - (1) 入院の契機となった病名（意思決定した病名）
  - (2) 予想される診療行為を意識した病名（行う予定の検査、処置手術等）
  - (3) 最も医療資源を投入するであろう病名
  - (4) 医師の専門性に起因する病名
  - (5) 病院の機能に関する病名（病床区分、病棟機能等）：がん、循環器等
  - (6) 従来からある（重篤な）病名（一般的に言う既往歴や併存症等）
  - (7) 診断不明なので「疑い」

## 傷病名選択その2

---

### 2) 入院中に付与するケース

(1) 前述の1) からはずれる (変更される)

(2) またはプラスされる

が多い→これを一般的には続発症等と呼ぶ

つまり、

①入院時とは異なった病名へ変化

②入院時病名に追加する病名の発生

## 傷病名選択その3

---

3) 退院時（退院後も含む）に付与するケース（確定すると考えてもよい）→いわゆる確定診断

※「精度」ということでは最も意味がある病名？  
（確定診断）

※これも上の1) からはずれるケースと2) と同様に追加されるケース

すなわち、入院期間全体を振り返りながら、発生した（確定した）病名（特に転科等をした場合等に散見）

## 傷病名選択その4

---

4) DPCを意識しつつも、というケース

★基本原則：DPCの基本的なルールは、「医療資源を最も投入した病名」を選択しなければならない。

→しかし、専門性の高い医師からすると、1) - (4)の医師の専門性に起因する病名や(6)の従来からある(重篤な)病名という要素は非常に重要であり、特に、専門領域で「特別な疾患」を扱っている医師には非常にこの意識が強いと思われる。

→また、難病や悪性新生物、重篤な循環器疾患などは、患者にとってもその専門医にとっても一生ものという位置づけがされることが普通であり、少々の「併存症」や「続発症」は大した問題ではないという認識であることが多い。

# 標準病名の理解（うまく使うために）

---

- 1) 傷病名マスターは、あくまで、電子カルテやレセプト表記を行う目的で開発された経緯がある→電子カルテ、レセプト用ワープロ用語集？
- 2) ICDコードが振られているといっても、副次的なものである  
※コードを振れない傷病名、曖昧な傷病名も多数存在
- 3) 接頭語や接尾語等の修飾語と組み合わせて初めて、日本語傷病名を構成する構造である→『unspecificなコード』、日本語訳版では、『部位不明、詳細不明等というコード』が与えられていることが多い（本来は明示されていないという意味）。
- 4) 全ての傷病名をカバーしているわけではない、全てのICDをカバーしているわけではない→ICDがついていない、つけられない傷病名もある（体内異物等）→2) のとおり傷病名に無理矢理つけるとこれになる、というものもある、という意識が必要。

# 標準病名で病名を構成した例（不適當な例）

## 1) 良性、悪性等の区別

(1) 胃腫瘍 (D37.1) → 「悪性」 + 胃腫瘍 (D37.1) → 本当は胃癌 (C16.9)

※ D37.1 : 胃の性状不明の新生物、詳細不明

※ただし、C16.9も精度からいうと問題あり

修飾語（部位）で帳尻をあわせるとICDが変わる！

## 2) 部位が明確になっていない

(1) 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

「尺骨」 + 骨折 (T14.20) → 本当は尺骨骨折 (S52.20)

※T14.2 : 部位不明の骨折

(2) 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

「噴門部」 + 胃癌 (C16.9) → 本当は噴門部癌 (C16.0)

※C16.9 : 胃の悪性新生物、部位不明

### 3) DPCコーディング

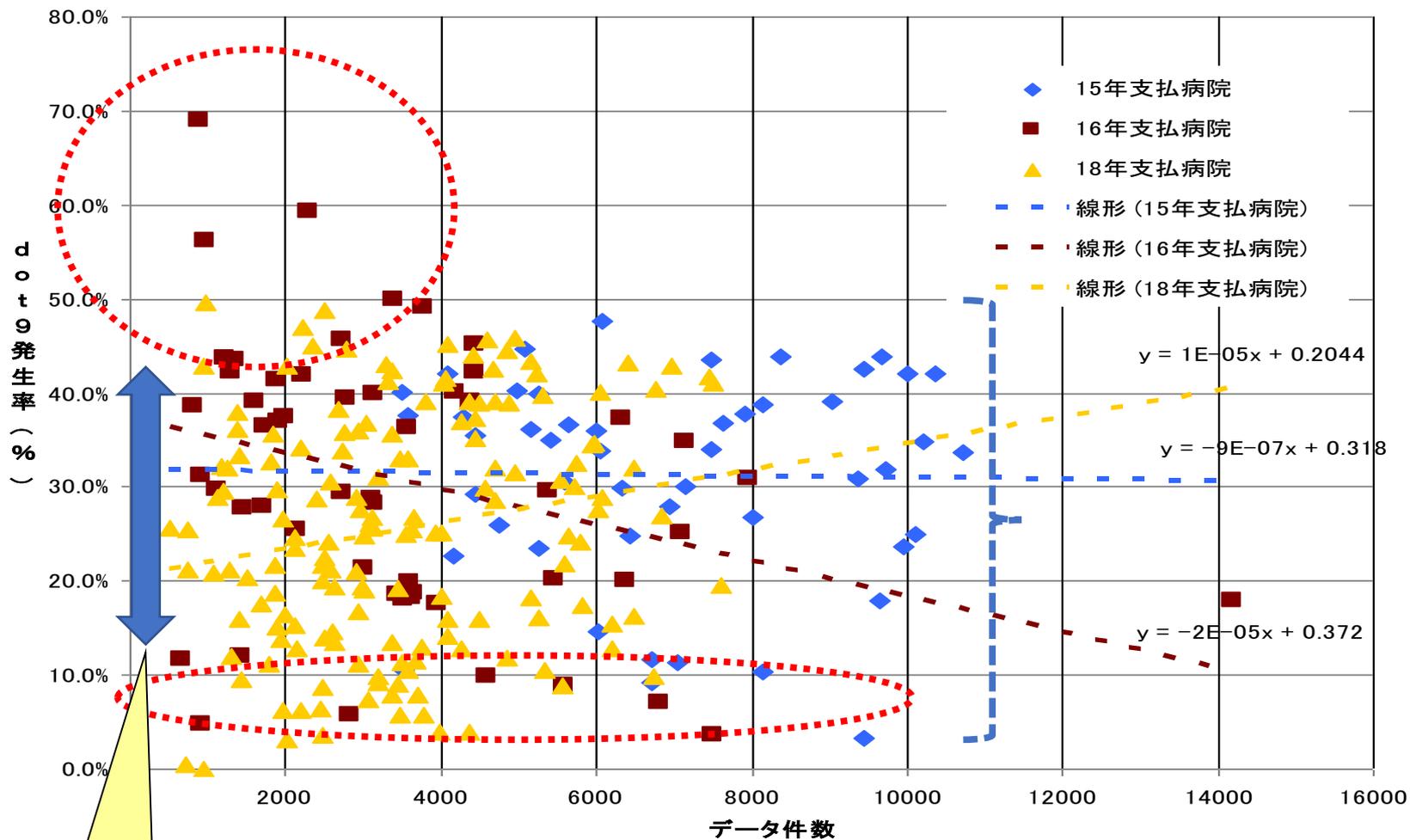
---

今までの述べてきたことを踏まえて、DPCの導入とデータベースの精度や適切な対応を考えてみます。

- ・ DPC制度は、2003年（平成15年度）より導入されましたが、それ以前からデータの精度問題は議論されてきました。その後、2007年（平成19年度）にICDコーディングの精度問題がDPC研究班(当時の松田班：我々) から初めて報告されました。
- ・ このことが、2008年度（平成20年度）の診療報酬改定時に委員会設置義務付けに繋がりました。
- ・ その後も精度問題は幾度となく俎上に上がっています。

# 平成19年11月2日、D P C評価分科会：施設類型別の「.9」発生率

## グラフ3：施設類型別dot9発生率

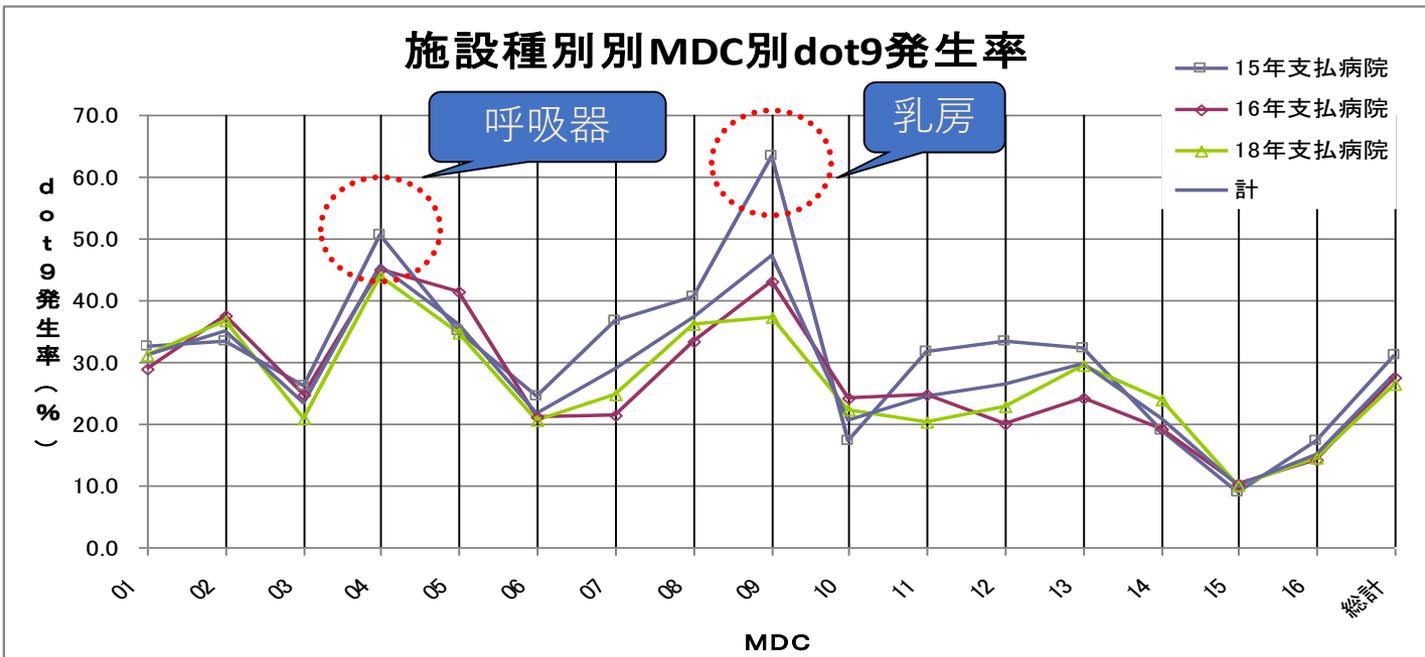


この差は？

# 同じく、施設類型別のMDC別「.9」発生率

MDC	DPC対象病院			16年支払病院			18年支払病院			計		
	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%	ALL	dot9	dot9%
01	23,201	7,570	32.6	12,709	3,682	29.0	40,296	12,514	31.1	76,206	23,766	31.2
02	27,480	9,140	33.3	7,491	2,807	37.5	21,973	8,042	36.6	56,944	19,989	35.1
03	18,929	4,939	26.1	8,546	2,104	24.6	25,345	5,270	20.8	52,820	12,313	23.3
04	28,336	14,315	50.5	22,548	10,119	44.9	66,318	29,030	43.8	117,202	53,464	45.6
05	33,350	11,660	35.0	19,946	8,259	41.4	58,598	20,384	34.8	111,894	40,303	36.0
06	63,473	15,491	24.4	42,653	9,056	21.2	126,998	26,144	20.6	233,124	50,691	21.7
07	24,524	9,024	36.8	9,114	1,941	21.3	27,785	6,840	24.6	61,423	17,805	29.0
08	4,720	1,916	40.6	2,188	727	33.2	6,439	2,328	36.2	13,347	4,971	37.2
09	4,896	3,102	63.4	2,240	965	43.1	6,896	2,558	37.1	14,032	6,625	47.2
10	13,850	2,381	17.2	6,124	1,479	24.2	17,822	3,940	22.1	37,796	7,800	20.6
11	25,739	8,155	31.7	16,111	3,985	24.7	46,552	9,481	20.4	88,402	21,621	24.5
12	27,947	9,316	33.3	10,796	2,168	20.1	32,915	7,506	22.8	71,658	18,990	26.5
13	9,922	3,194	32.2	4,618	1,118	24.2	12,360	3,651	29.5	26,900	7,963	29.6
14	11,184	2,112	18.9	3,782	727	19.2	9,104	2,170	23.8	24,070	5,009	20.8
15	2,969	268	9.0	4,467	455	10.2	12,466	1,265	10.1	19,902	1,988	10.0
16	20,901	3,626	17.3	15,152	2,157	14.2	45,734	6,576	14.4	81,787	12,359	15.1
総計	341,421	106,209	31.1	188,485	51,749	27.5	557,601	147,699	26.5	1,087,507	305,657	28.1

50%を超えたもの



# 疑問？？？？

- C34 気管支及び肺の悪性新生物
  - C34.0 主気管支
  - C34.1 上葉, 気管支又は肺
  - C34.2 中葉, 気管支又は肺
  - C34.3 下葉, 気管支又は肺
  - C34.8 気管支及び肺の境界部病巣
  - C34.9 気管支又は肺, 部位不明

疑問：手術をしていながら、  
詳細部位が不明ということが  
あるのか？

- C50 乳房の悪性新生物
  - C50.0 乳頭部及び乳輪
  - C50.1 乳房中央部
  - C50.2 乳房上内側4分の1
  - C50.3 乳房下内側4分の1
  - C50.4 乳房上外側4分の1
  - C50.5 乳房下外側4分の1
  - C50.6 乳腺腋窩尾部<Axillary tail of breast>
  - C50.8 乳房の境界部病巣
  - C50.9 乳房, 部位不明

なぜ?? : このような違いが発生した要因は？

---

- 1) オーダーエントリーシステムで医師が入力することが主体
- 2) そのデータにチェックの目が入らない
- 3) データの制度を担保する組織なりシステムが存在しない

であろうと推察された。

★その理由は、大学病院で顕著にその傾向がみられたことから、当時、オーダーエントリーシステムを導入出来る病院では、医師による入力が一般的で、その影響と推察。

※さらに傷病名マスターへの理解が十分ではないことも。

## その結果、国も対策をとった（ペナルティ）

---

- 1) 部位不明・詳細不明コードの使用割合については、基準値を 10%以上に見直してはどうか
- 2) 未コード化傷病名の割合については、基準を 2%としてはどうか

※従来、乳幼児対象の疾患で詳細不明が多いこと、専門的領域については、どうしても標準病名マスターがカバーしきれないという指摘があった。

## どのように改善したらよいか？

---

- 1) DPC項目（様式1など）と診療記録との整合性を確認する。
- 2) 傷病名と医療行為、転帰などとの整合性を確認する。
- 3) 診断群分類の分岐に影響を与える項目について確認する。
- 4) 院内作成パスと診断群分類の入院期間との整合性を確認する。  
※パス委員会に診療情報管理士が委員として参画すると同時に、パスの内容のチェックを行いDPC委員会に諮る→了承が得られなければパスは使用できない。
- 5) 提出前のデータや返却データを確認する。

# 診療情報管理士のお仕事・・・の一例

疑義不備内容	結果
<p>主・医・契            ・・診療情報提供書 11/9            「フォローのレントゲンで左上腕骨骨折と診断し、MRで同部位に骨転移を認めた事から、<b>左上腕骨病的骨折の診断</b>に至りました」と記載があります。            「新生物疾患性左上腕骨病的骨折(M9072)」には該当しませんでしょうか？</p>	<p>左上腕骨病的骨折(M8442)            ↓            新生物疾患性左上腕骨病的骨折(M9072)            へ変更</p>
<p>・主、契、医            ・・E162＝詳細不明の低血糖症のコードです。            ○○病院宛のお便り(11/7)等より            2.治療経過 (4行目)            「……<b>SU剤過剰効果による低血糖遷延</b>かと思われます。」と記載あり。            『昏睡を伴わない薬剤性低血糖症:E160』に該当する可能性はありませんか？</p>	<p>低血糖発作(E162)            ↓            昏睡を伴わない薬剤性低血糖症(E160)            へ変更</p>
<p>・処置2・・会計カードより11/1より「<b>人工呼吸</b>」の算定あり。登録は不要でしょうか？</p>	<p>処置2追加            人工呼吸(J0451)11/1            人工呼吸(J0453)11/2</p>

# 院内DPC委員会

---

- 1) 毎月、診療記録委員会と同日開催。
  - 2) 構成員：副院長、診療部長、看護部長、事務部長、副薬剤科長、副臨床検査技師長、医師、看護師長、算定係長、医療情報管理センター総務部長、実務統括管理者、システム管理室長、診療情報管理室長、担当診療情報管理士等
  - 3) 診療報酬改定に伴うDPC関連の報告や業務の見直しの検討をおこなう。
  - 4) DPC特別調査など、医師や看護師などへの協力が必要なものについて検討する。
  - 5) パス申請時の入院期間チェック等の報告。
  - 6) 病棟事務担当者との改善勉強会で解決できなかった問題を検討する（意見吸い上げと改善）。
- ※2008年7月から毎月開催：入院係（委託業者）との連携、調整を勉強会の中で行う。

# おわりに：こうならないように！

---

## ●DPC基礎調査病名検証結果の例→提出施設に返却

### 1) 意味不明の I C D コード

- ・桁が多い→I2090、小文字→n119、全角→C1690

※仕様にマッチしていない→システム上の問題

### 2) 意味不明病名

- ・ミスタイプ→F329 うっ病、N028 1 g A 腎症
- ・不要な文字→病名の後に「\*」、「””」が付いている、3文字以上の空白がある
- ・文字化け→Z・・ォくも膜炎、胃 ]ラ孔、神経]腫、神 1
  - ・略語（ローカルルール）→脳 S、喉頭 K
  - ・意味不明→交通事故、自殺（レセプト病名？）

おわりに：こうならないように！

---

3) 誤字、脱字、尻切れトンボ

ろ胞→3胞、癌→眼、腺腫→線腫、急性→旧性、  
新生物→新性物、停留→停溜、細胞腫→細胞種、  
高血圧→抗血圧、白内障→白内症、腎盂→腎孟、  
糖尿病→鬪病尿、腹圧性→副圧性

★鉄欠乏性貧血→金欠乏性貧血



前足部欠損 (?) → 前足欠損 (!)

おわりに：こうならないように！

---

4) 修飾語、部位のみ??

耳下腺、頭蓋骨及び顔面骨、舌、細菌性

※末尾桁が切れた?。「炎」、「癌」とか?。

★NO,NO!

多分、S 02 頭蓋骨及び顔面骨の骨折

こんな感じ?

おわりに：こうならないように！

---

5) 病名と I C D が一致しない

- ・ N180 (末期腎不全) : 脳出血
- ・ N178 (急性腎不全) : 老年期痴呆
- ・ D141 (喉頭良性腫瘍) : 妊娠中毒症
- ・ C058 (口蓋悪性腫瘍) : 慢性関節リウマチ
- ・ J342 (鼻中隔彎曲症) : 肺癌
- ・ H189 (角膜障害) : 慢性腎不全

★全部間違っている！



この病院のデータは使えない

## おわりに：こうならないように！

---

6) ICDコーディングが出来ない→DPCが決定できない

★本当に詳細不明？、部位不明？・・・

(1) C719 悪性脳腫瘍／部位不明

(2) C519 外陰部位不明（外陰部の悪性新生物？）

★部位、病理等の記載不十分→何のことかわからない

(1) Q898 奇形（分類名：その他の明示された先天奇形）→どこが奇形？？

(2) M1395 関節炎（分類名：関節炎、詳細不明）  
→どこの関節？？

## なぜこのような低レベルの誤りが？

---

- 1) 医師がこのような傷病名を付与するはずがない（多分）
- 2) 問題はデータを構築・監査するシステム（体制）である
- 3) 原因は、医師とデータ提出の間に介在する人材である
- 4) データ精度はその人材に左右されるのではないか？
  - (1) 悪字？、誤字？、ローカルルール？
  - (2) 医学知識がない？、読めない？、パソコン出来ない？
  - (3) マスターが間違っている？、それにしても・・・

多くの要素が推察される・・・・・・・・。

データベースの整備は体制と教育から。

## 本日のまとめ

---

- 1) このようなデータを作成、管理するのは厄介な課題ではあるものの、一旦、できる組織を作り上げ、教育すればそれほど問題にはならない。
- 2) さらにこのデータを活用して病院運営に役立てられることもわかっているので、利活用も併せて検討。
- 3) また、DPC導入を機会に、担当者はデータベース構築、データ分析、ICDや診療情報管理のことを勉強するもよし→診療情報管理士通信教育を受講するもよし。
- 4) データ精度の高低と体制の良否はそのまま、医療安全や適切な診療報酬請求、最終的には患者との信頼関係にも直結する（訴訟にも？）。