

## 資料

## 診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」の使用件数と使用割合の分析

谷川智宏\*<sup>1</sup> 本野勝己\*<sup>1</sup> 阿南誠\*<sup>1</sup> 松田晋哉\*<sup>2</sup>

## 要 約

DPC/PDPSはICDコーディングに基づいて支払いを行う仕組みであり、正しい報酬を受け取るためには、正確なICDコーディングが求められている。なかでも「.9」という部位不明・詳細不明コードを多用する施設は正確なICDコーディングがなされていないと評価される。また、DPC対象病院となるためには、診療録管理体制加算の届け出を行っていることが必須条件となっている。そこで本研究では、DPC/PDPSにおけるICDコーディングの正確性を評価するために、診療録管理体制加算における算定施設の違いによる「部位不明・詳細不明コード」の使用件数及び使用割合を検証した。DPC研究班がもつDPCデータを対象とし、診療録管理体制加算算定施設別の「部位不明・詳細不明コード」に該当した使用件数及びその使用割合をはじめ、診療録管理体制加算算定施設別の「部位不明・詳細不明コード」使用割合10%境界による使用件数及び使用割合等の集計を行った。その結果、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合は診療録管理体制加算1算定施設の平均よりも診療録管理体制加算2算定施設が高くはあったが、大きな差は認められなかった。一方で、診療録管理体制加算2算定施設における「部位不明・詳細不明コード」使用割合10%以上の施設割合は、診療録管理体制加算1算定施設の割合の2倍以上であり、各施設で有意な関係が認められた。

## 1. 緒言

DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per Diem Payment System: 診断群分類による1日当たり包括支払い方式) は、わが国で2003年4月から始まった診療報酬請求制度である。DPC/PDPSはICD (International Classification of Diseases: 国際疾病分類) コーディングに基づいて支払いを行う仕組みとなっており<sup>1)</sup>、DPCコードを決定する際は、「入院期間全体を通して、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病」=「医療資源を最も投入した傷病」により決定される。この場合、一入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るとなっている<sup>2)</sup>。したがって、ICDコーディングを行う際は、医療資源を最も投入した傷病の選択が適正でなければ正しい報酬を受け取ることができない。つまり、ICDコーディングが適正に行われ

なければ、DPCコード自体の正確性が評価されないため、DPC/PDPSでは平成15年の開始当初からDPC/PDPSに参加する条件の一つとしてICDコーディングの正確性が求められていた。

「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究班」(厚生労働科学研究H16-政策-027)(以下、DPC研究班)では、これらICDコーディングの正確性を検証するため、「平成19年度第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」において「ICDコーディングにおける.9発生頻度の検証」<sup>3)</sup>の報告を行っている。「.9」とは「部位不明・詳細不明」を意味したコードとなっているが、臨床的には他に適切なコードが付与できる場合が多く、このコードを多用する施設は正確なICDコーディングが行われていないと評価される。一方で、これらICD-10による傷病名コーディングの専門的な訓練を受けているのが診療情報管理士である。しかしながら、診療情報管

\*1 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

\*2 産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室

(連絡先) 谷川智宏 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-mail: tanikawa@mw.kawasaki-m.ac.jp

理士がどれほどICDコーディングの正確性に寄与しているかは不明である。DPC対象病院となるためには、診療情報管理体制加算の届け出を行っていること<sup>4)</sup>が必須条件となっており、施設基準は表1のとおりとなっている。業務の性質上、一般的にはこの人員に診療情報管理士が充てられることが多く、DPC対象病院以外へのデータ提出加算算定の拡大<sup>5)</sup>など、診療情報管理士の果たす役割は高くなっている。

そこで本研究では、DPC/PDPSにおけるICDコーディングの正確性を評価するために、A207「診療録管理体制加算1及び2」における算定施設の違いによる「部位不明・詳細不明コード」の使用件数及び使用割合を検証した。

## 2. 対象及び方法

研究対象は、DPC 研究班が収集した2016年10月のDPC データ様式1（患者属性や病態等の情報）から、「医療資源を最も投入した傷病名」のICD10コードとした。

対象とした「医療資源を最も投入した傷病名」のICD10コードの分類方法は、退院患者調査実施説明資料<sup>6)</sup>中の「留意すべきICDコード」として例示さ

れているコード一覧における「部位不明・詳細不明コード」に該当する症例と、それ以外の症例に分類した。対象症例の施設背景分類方法については、対象症例のEファイル（診療明細情報）からA207「診療録管理体制加算1及び2」を抽出し、分類した。

集計項目は、「診療録管理体制加算1及び2」算定施設別の退院患者総件数と「部位不明・詳細不明コード」に該当した使用件数及びその使用割合、「部位不明・詳細不明コード」傷病名別「診療録管理体制加算1及び2」算定施設別の使用件数及び2%以上の使用割合ICDコードとした。

また、「診療録管理体制加算1及び2」算定施設別「部位不明・詳細不明コード」出現因子の比較を行うため多変量解析を行った。多変量解析は、DPC/PDPSにおける医療機関別係数の一つである機能評価係数Ⅱに含まれる診療保険係数減点評価割合となっている使用割合10%以上及び10%以下の境界を目的変数とするロジスティック回帰モデルを用いてオッズ比とその95%信頼区間を求め、統計学的有意水準については5%とした。解析には統計ソフトSTATA/IC14.2を使用した。

なお、研究の実施にあたっては、産業医科大学倫理委員会の承認を得た（第H29-086号）。

表1 A207 診療録管理体制加算（入院初日）（平成28年度）

	点数	機能評価係数Ⅰ	人員に関する施設基準
診療録管理体制加算1	100	0.0031	年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。
診療録管理体制加算2	30	0.0009	1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。

表2 診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」件数及び使用割合

	施設数	退院患者総件数	部位不明 詳細不明コード	使用割合
診療録管理体制加算1	487	329,642	18,384	5.6%
診療録管理体制加算2	508	317,600	20,818	6.4%
総計	995	647,242	38,572	6.0%

3. 結果

表2は診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」の使用件数と使用割合を示したものである。DPC研究班が収集した2016年10月に対象となった診療録管理体制加算算定施設数は995件であり、退院患者総件数は647,242件、その内「部位不明・詳細不明コード」は38,572件（6.0%）であった。診療録管理体制加算算定施設別では、診療録管理体制加算1算定施設数が487件、退院患者総件数が

329,642件、その内「部位不明・詳細不明コード」使用件数は18,384件で使用割合は5.6%であった。診療録管理体制加算2算定施設数が508件、退院患者総件数が317,600件、その内「部位不明・詳細不明コード」使用件数は20,188件で使用割合は6.4%であった。

表3は「部位不明・詳細不明コード」傷病名別診療録管理体制加算算定施設別使用件数及び使用割合（各群2%以上）の一覧である。両施設群を通して最も使用件数が多かった「部位不明・詳細不明コー

表3 「部位不明・詳細不明コード」傷病名別診療録管理体制加算算定施設別件数及び使用割合（2%以上）

留意すべき ICD 分類名称	総計		診療録管理体制加算 1		診療録管理体制加算 2	
	件数	%	件数	%	件数	%
I46.9 心停止, 詳細不明	1,542	4.0%	726	<u>4.0%</u>	816	<u>4.0%</u>
C34.9 気管支または肺の悪性新生物, 部位不明	1,215	3.2%	549	<u>3.0%</u>	666	<u>3.3%</u>
K56.7 イレウス, 詳細不明	1,141	3.0%	492	2.7%	649	<u>3.2%</u>
I50.9 心不全, 詳細不明	1,138	3.0%	577	<u>3.1%</u>	561	2.8%
I63.9 脳梗塞, 詳細不明	940	2.4%	477	<u>2.6%</u>	463	2.3%
I63.5 脳動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞	901	2.3%	463	<u>2.5%</u>	438	2.2%
C50.9 乳房の悪性新生物, 部位不明	890	2.3%	365	2.0%	525	<u>2.6%</u>
K92.9 胃腸出血, 詳細不明	857	2.2%	402	2.2%	455	2.3%
N18.9 慢性腎不全, 詳細不明	804	2.1%	375	2.0%	429	2.1%
G40.9 てんかん, 詳細不明	790	2.0%	394	2.1%	396	2.0%
G45.9 一過性脳虚血発作, 詳細不明	767	2.0%	398	<u>2.2%</u>	369	1.8%

ド」は、【I46.9:心停止, 詳細不明】の1,542件 (4.0%), 次に【C34.9:気管支または肺の悪性新生物, 部位不明】の1,215件 (3.2%), 次に【K56.7:イレウス, 詳細不明】の1,141件 (3.0%), 次に【I50.9:心不全, 詳細不明】の1,138件 (3.0%), 以下表3の通りであった。診療録管理体制加算1算定施設で最も使用件数が多かった「部位不明・詳細不明コード」は、【I46.9:心停止, 詳細不明】の726件 (4.0%), 次に【I50.9:心不全, 詳細不明】の577件 (3.1%), 次に【C34.9:気管支または肺の悪性新生物, 部位不明】の549件 (3.0%), 次に【K56.7:イレウス, 詳細不明】の492件 (2.7%), 次に【I63.9:脳梗塞, 詳細不明】の463件 (2.6%)であった。診療録管理体制加算2算定施設で最も使用件数が多かった「部位不明・詳細不明コード」は、【I46.9:心停止, 詳細不明】の816件 (4.0%), 次に【C34.9:気管支または肺の悪

性新生物, 部位不明】の666件 (3.3%), 次に【K56.7:イレウス, 詳細不明】の649件 (3.2%), 次に【I50.9:心不全, 詳細不明】の561件 (2.8%)であった。

表4は診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」使用割合10%以上及び10%未満の施設件数及び施設割合を示したものである。診療録管理体制加算1算定施設における「部位不明・詳細不明コード」使用割合10%以上施設件数は33件 (6.8%), 10%未満施設数は454件 (93.2%), 診療録管理体制加算2算定施設における「部位不明・詳細不明コード」使用割合10%以上施設件数は73件 (14.4%), 10%未満施設件数は435件 (85.6%)であった。

表5は病院因子で調整した「部位不明・詳細不明コード」使用割合と診療録管理体制加算算定施設因子の関係を検討した結果である。診療録管理体制加算1算定施設と診療録管理体制加算2算定施設には p

表4 診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」10% 未満施設件数及び割合

	出現率	件数	割合
診療録管理体制加算 1	10% 未満	454	93.2%
	10% 以上	33	6.8%
診療録管理体制加算 2	10% 未満	435	85.6%
	10% 以上	73	14.4%

表5 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合と病院因子の関係

	Odds Ratio	95%CI		P	
DPC 病院群 I 群	1.431	0.645	-	3.175	0.378
DPC 病院群 II 群	0.641	0.257	-	1.599	0.340
DPC 病院群 III 群	reference				
退院患者数 1,500件未満	reference				
退院患者数 1,500件以上	3.006	1.301	-	6.945	0.010
診療録管理体制加算 1	reference				
診療録管理体制加算 2	2.388	1.541	-	3699	<0.001

値<0.001で有意差が認められたことから、診療録管理体制加算算定施設因子が関係していることが示唆された。あわせて、退院患者数が1,500件未満である施設と1,500件以上である施設にも p 値0.010で有意差が認められた。

図1は診療録管理体制加算算定施設別の「部位不明・詳細不明コード」使用件数と退院患者総件数の散布図である。両施設群において、「部位不明・詳細不明コード」使用件数と退院患者総件数には強い正の相関 (r>0.7) が認められた。

#### 4. 考察

A207「診療録管理体制加算1及び2」における算定施設の違いによる「部位不明・詳細不明コード」の使用件数及び使用割合を検証した。

使用割合では診療録管理体制加算2算定施設の平均が高く、6.4%であったが、診療録管理体制加算1算定施設との差は0.8%ptとなっており、割合的には大きな差は認めていない (表2)。

「部位不明・詳細不明コード」傷病名で最も多かったのは、各施設共通で【I46.9;心停止, 詳細不明】であった (表3)。これは1995年に実施された死亡診断書の改訂により、「死亡の原因」欄の注釈に「疾患の終末期の状態としての心不全, 呼吸不全は書かないで下さい」という記述が追加されたため<sup>7)</sup>、老衰や自然死などの傷病名を特定できない症例が代替えコーディングされていると推察できる。しかしながら【I50.9;心不全, 詳細不明】も上位に位置していることから、医師が書く死亡診断書への記載死因傷病名との関係性が強く疑われる。

また、【K56.7;イレウス, 詳細不明】や【C50.9;乳房の悪性新生物, 部位不明】においては、診療録管理体制加算2算定施設が診療録管理体制加算1算定施設より使用割合がいずれも高くなっている。とくに後者においては、「平成19年度 第7回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」における「ICDコーディングにおける .9発生頻度の検証」<sup>3)</sup>報告によるMDC (Major Diagnosis Category; 主要診断分類) 別発生頻度のMDC09 (乳房疾患) でも47%となっており、この当時から使用割合の高い疾患であった。

しかしながら興味深いのは、【I63.9;脳梗塞, 詳細不明】、【I63.5;脳動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞】、【G45.9;一過性脳虚血発作, 詳細不明】などの脳血管疾患において、診療録管理体制加算2算定施設よりも診療録管理体制加算1算定施設の使用割合がいずれも高いことである。脳梗塞系のICDは病態系分類と原因系分類が混在したコード体系となっているためコーディングが難しく、診療録管理体制加算1算定施設の使用割合が高い理由について精査が必要である。

次に診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」使用割合10%未満施設件数と割合 (表4) であるが、診療録管理体制加算1算定施設における10%以上の使用割合施設数が33件 (6.8%) に対して診療録管理体制加算2算定施設における10%以上の使用割合施設数が73件 (14.4%) と2倍以上となっている。

表5では、診療録管理体制加算算定施設別「部位不明・詳細不明コード」使用割合の関係を検討し、退院患者数には有意な関係性が認められた。した

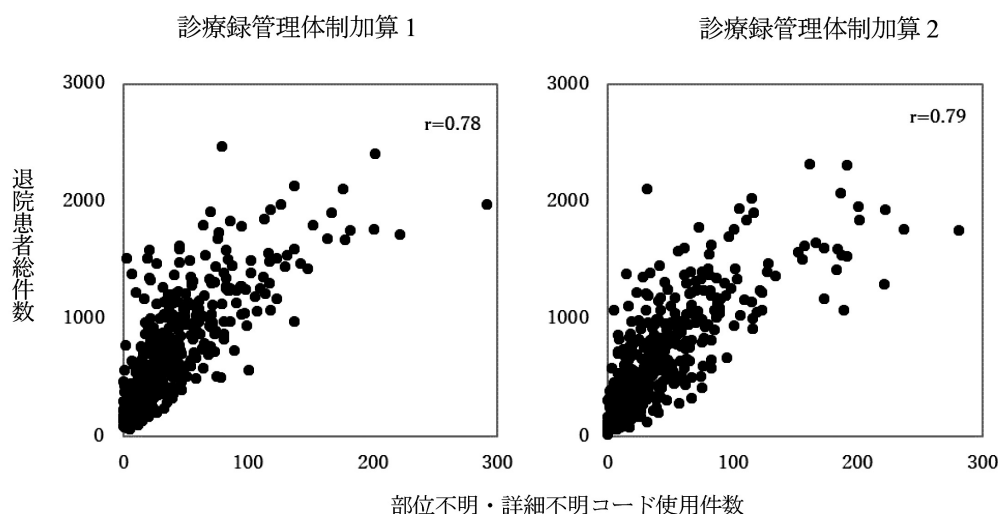


図1 診療録管理体制加算算定施設別退院患者総件数と部位不明・詳細不明コード発生件数

がって、診療録管理体制加算算定施設においては退院患者数の多少がICDコーディング精度に影響を及ぼすことが示唆された。

平成19年度 第7回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」における「ICDコーディングにおける.9発生頻度の検証」<sup>3)</sup>では、平成15年度参加病院（現在のI群病院）の発生頻度が31.1%となっているが、本野らの研究<sup>8)</sup>ではDPC病院I群の「部位不明・詳細不明コード」使用割合は7.4%と格段に使用割合は低くなっている。

本野らの研究<sup>8)</sup>によると、DPC病院別の「部位不明・詳細不明コード」使用割合では、I群で7.4%、II群で5.7%、III群で5.6%となっており、本研究の診療録管理体制加算2算定施設はDPC病院I群よりは低く、DPC病院II群よりも高い位置にある。また、診療録管理体制加算1算定施設はDPC病院III群と同じ5.6%であった。「部位不明・詳細不明コード」10%以上の使用割合施設数の比較においては、DPC病院I群で17件（22.1%）、DPC病院II群で（8.0%）、DPC病院III群で83件（9.8%）との結果を踏まえると、DPC病院別の各群と診療録管理体制加算1及び2の算定施設に極端な偏りは認められない。また図1より、退院患者総件数と「部位不明・詳細不明コード」使用件数には強い正の相関が認められることから、両施設群において一定数の「部位不明・詳細不明コード」が発生していることがわかる。したがって、DPC病院の各群においても診療録管理体制加算1算定施設においては「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が低いものと推察される。

一方で、DPCコード決定に際し、医師と診療報酬請求事務職員のみで完結し、診療情報管理士が直接DPCコーディングに関与していない施設がある<sup>9,10)</sup>。このような施設では、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高いと推察されるが、現時点の診療情報管理体制加算の施設基準においては、診療情報管理士の配置が明示されていないため、診療情報管理士と「部位不明・詳細不明コード」の使用割合についての因果関係は分かっていない。

しかしながら本研究の価値は、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合と診療録管理体制加算1及

び2の算定施設に関係性が証明されたことである。

本研究の限界としては、第1に個別症例についての診療内容や診療記録に精査が行われていないことである。救急場面での病院到着時心肺停止状態や高齢者の自然死など、詳細な情報収集ができないまま退院するケースもあると思われる。第2に各施設でICD及びDPCのコーディングに診療情報管理士の関与について確認が取れていない。第3に現時点の診療情報管理体制加算の施設基準においては、診療情報管理士の配置が明示されていないため、診療情報管理士と「部位不明・詳細不明コード」の使用割合についての因果関係は分かっていない。今後はこれらの状況についても調査を行いたいと考えている。

## 5. 結語

DPC/PDPSにおけるICDコーディングの正確性を評価するために、診療録管理体制加算算定施設別の「部位不明・詳細不明コード」の使用割合を検証した。

使用割合では診療録管理体制加算2算定施設の平均が高く、6.4%であったが、診療録管理体制加算1算定施設との差は0.8%ptとなっており、割合的には大きな差は認めなかった。

「部位不明・詳細不明コード」傷病名で最も多かったのは、各施設共通で【I46.9；心停止，詳細不明】であったが、【K56.7；イレウス，詳細不明】や【C50.9；乳房の悪性新生物，部位不明】においては、診療録管理体制加算2算定施設が診療録管理体制加算1算定施設より使用割合がいずれも高くなっており、逆に【I63.9；脳梗塞，詳細不明】、【I63.5；脳動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞】、【G45.9；一過性脳虚血発作，詳細不明】などの脳血管疾患においては、診療録管理体制加算2算定施設よりも診療録管理体制加算1算定施設の使用割合が高かった。

診療録管理体制加算1算定施設における10%以上の使用割合施設数が33件（6.8%）に対して診療録管理体制加算2算定施設における10%以上の使用割合施設数が73件（14.4%）と2倍以上となっており、診療録管理体制加算1算定施設と診療録管理体制加算2算定施設には有意な関係性が認められた。

## 謝 辞

本研究は診断群分類を用いた急性期等の入院医療の評価とデータベース利活用に関する研究（厚生労働行政推進調査事業）及び令和元年度川崎医療福祉研究費の補助により実施した。

## 文 献

- 1) 中央社会保険医療協議会：DPC制度（DPC/PDPS）の概要と基本的な考え方。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r98520000010612.pdf>, 2011.  
(2020.7.1確認)

- 2) 厚生労働省保険局医療課：DPC / PDPS 傷病名コーディングテキスト（改訂版）.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000202577.pdf>,  
2018. (2020.7.1確認)
- 3) 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会：「平成19年度 第7回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」における「伏見参考人提出資料」.  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1102-4a.pdf>, 2007. (2020.7.1確認)
- 4) 厚生労働省保険局医療課：DPC 制度への参加等の手続について（保医発0326第7号）.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000199333.pdf>,  
2018. (2020.7.1確認)
- 5) 厚生労働省保険局医療課：平成30年度データ提出加算説明会資料.  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2018/04/dl/tp20180419-2.pdf>, 2018. (2020.7.1確認)
- 6) PRRISM 株式会社健康保険医療情報総合研究所：平成30年度「DPC 導入の影響評価に係る調査」実施説明資料.  
[https://www.prrism.com/dpc/setumei\\_20180406.pdf](https://www.prrism.com/dpc/setumei_20180406.pdf), 2018. (2020.7.1確認)
- 7) 厚生労働省医政局政策統括官：令和2年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル.  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual\\_r02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_r02.pdf), 2020. (2020.7.1確認)
- 8) 本野勝己, 阿南誠, 谷川智宏, 村松圭司, 松田晋哉, 伏見清秀：DPC 病院群別「部位不明・詳細不明コード」の使用件数と使用率の分析. 診療情報管理, 32(3), 57-61, 2020.
- 9) 西岡綾, 本野勝己, 愛甲亜希子, 村上玄樹, 林田賢史：当院の傷病名登録における「部位不明・詳細不明コード」(9コード) の状況に関する考察. 診療情報管理, 31(3), 85-88, 2020.
- 10) 本野勝己, 西岡綾, 愛甲亜希子, 村上玄樹, 林田賢史：大学病院における診療情報管理士と診療報酬請求事務職における DPC コーディングカンファレンスの開催. 診療情報管理, 30(4), 62-65, 2019.

(2021年5月11日受理)

## Addition of Medical Record Management System Analysis of the Number and Percentage of Usage of “Site Unknown/Detail Unknown Code” by Calculation Facility

Tomohiro TANIKAWA, Katsumi HONNO, Makoto ANAN and Shinya MATSUDA

(Accepted May 11, 2021)

**Key words** : DPC/PDPS, site unknown/detail unknown code, ICD coding, DPC/PDPS disease name coding text, addition of medical record management system

### Abstract

DPC/PDPS is structure paying based on ICD coding. Accurate ICD coding is demanded to receive a right reward. Above all, because there is not correct ICD coding in the institution using many “site unknown/detail unknown code” called “.9”, it is not evaluated. Also, a thing reporting of addition of medical record management system becomes the necessary condition to become the hospital targeted for DPC. In this study, to evaluate the accuracy of ICD coding in DPC/PDPS, we examined the number and percentage of use of “site unknown/detail unknown code” in the addition of medical record management system at different facilities where they are used. The number of cases and the usage rate of “site unknown/detail unknown code” by facilities with additional medical record management system, as well as the number of cases and the usage rate of “codes with unknown site/unidentified details” by 10% boundaries at facilities with additional medical record management system were calculated using DPC data from the DPC research group. As a result, as for the use ratio of “site unknown/detail unknown code”, the addition of medical record management system 2 calculation institution was higher than the average of the addition of medical record management system 1 calculation institution, but the major difference was not found. Whereas, the institution ratios of “site unknown/ detail unknown code” in the addition of medical record management system 2 calculation institution use ratio 10% or more were the double of the ratio of the addition of medical record management system 1 calculation institution or more, and the relations that were significant in each institution were found.

Correspondence to : Tomohiro TANIKAWA

Department of Health Informatics  
Faculty of Health and Welfare Services Administration  
Kawasaki University of Medical Welfare  
288 Matsushima, Kurashiki, 701-0193, Japan  
E-mail : [tanikawa@mw.kawasaki-m.ac.jp](mailto:tanikawa@mw.kawasaki-m.ac.jp)  
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.31, No.1, 2021 261 – 268)