

コーディングテキスト改定と
ICD-10（2013年版）改定への対応

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 阿南 誠

本日のお話

1. コーディングテキスト改定に向けて
2. データ精度に対する議論
3. ICD-10（2013年版）改定にかかるコーディングテキストの議論

1. コーディングテキスト改定に向けて

◇改定に向けての方針

- 1) DPC制度そのものは、安定期に入っている→制度を根底から見直すという状況にない
- 2) コーディングテキストについては、過去の調査によって、支払い側、医療側とのバランス（妥協）の上に存在する→双方ともよりどころとなっている
- 3) その一方で
 - (1) 病院側の理解は十分とはいえない
 - (2) アップコーディングがないとはいえない
 - (3) コーディングテキストがDPC選択のバイブルでもあり、システム導入にも影響を及ぼしている
 - (4) ICD-10の2013年版への改定はそれなりに大きな影響があるので対応をしなければならない

◇以上をふまえて、以下のような対応とした

- 1) ICD-10 (2013年版) 改定による影響を確認した
 - (1) 2003年版からの変更を確認→変換テーブルを作成 (その成果は特別調査へ反映した)
 - (2) 2013年版への改定が従来のコーディングテキストに与える影響を確認し変更を加えた
- 2) 変更とならない部分についても、用語、表現方法等の統一や見直し
- 3) 診療報酬改定の影響等、制度の変更に伴う部分の見直し
(DPC評価分科会で詳細不明病名や未コード化傷病名の議論へも配慮した)
- 4) 影響調査資料と重複している部分については統一 (削除)

◇ICDの改定に伴うDPCの分類改定は概ね以下に集約される。

1) 移動や追加

2) 削除→他の分類に包含される

※これらはICDの改定がなくても発生し得る

3) 2013年版への移行に伴い、追加、削除、移動、意味の変更がありそれに伴って分類も変動する。

◇例えば、2013年版移行で次のような分類改定があった。

1) 例：痔核（詳細は後述する）

平成28年度改定

○060240 外痔核

○060245 内痔核

→平成30年度改定

●060241 痔核（K64\$）：全てを包含

※本来はステージ別になるべき？

2) 例：褥瘡潰瘍

平成28年度改定

○080250 褥瘡潰瘍（L89）

→平成30年度改定

●080250 褥瘡潰瘍（L89\$）：全てを包含

※本来はステージ別になるべき？

2. データ精度に対する議論

※日本版DRGの時代からの課題

◇傷病名は「考え方」だから、厄介な課題である

- 1) 平成8年度の中医協の議論を経て、平成10年11月、国立病院等10病院を対象に、入院医療の定額支払い方式の試行（日本版DRG試行）開始
- 2) 基礎調査として、様式1、様式2（後にE、Fファイル）等を収集
- 3) 今より以上にデータ精度に問題があった

提出データベースの精度という課題

- 1) 当時の国立等10病院のうち、診療情報管理士を配置し組織があるのは、3病院のみであった
- 2) 制度の試行にあたっては、データ精度を確保するために、試行病院に対する勉強会等を実施したが、「事実」の定義は改善が容易、「考え方」の定義は困難であった

※「事実」：日時、救急の有無、手術の有無等

※「考え方」：傷病名

→理解や意識を統一するのは大変（本来は「診療記録」がその根拠）だが・・・

※この問題に対して、対策が早急に議論された

→担当官の病院行脚、精度改善のインセンティブにするための施策（後の診療録管理体制加算）

厚生労働省の対応

- 1) 当時の厚生省の担当者は、各試行病院を行脚し、診療記録の記載や傷病名、ICDコーディング等について、改善を依頼した
- 2) さらに、コーディングについては、試行病院(現在でいうと対象病院)、および国立以外のデータ提出病院(現在でいうと準備病院)を集めて説明会、セミナーを実施した
- 3) これらに用いるために、正しいコーディングを行うための資料を作成した(後述)→現在の、影響調査説明書、コーディングテキスト等
- 4) 同時期に問題になっていたカルテ開示が進まない件も踏まえて、「診療録管理体制加算」を誕生させた

研究報告書

当時打たれた対策の一つ

平成12年3月31日

社団法人病院管理研究協会
会長 小西 宏 殿

フリガナ:アナン マコト
研究者 氏名:阿南 誠
(所属施設:国立病院九州医療センター)

平成11年度厚生省社会保険基礎調査委託費(急性期入院医療の定額支払いに関する調査研究事業)に係る研究事業を完了したので、次のとおり報告する。

研究課題名:急性期入院医療の定額支払い
試行にかかるコーディングガイドの開発

<参考> 当時作成した資料の一部

国際疾病分類（ICD）の体系：ICD9とICD10の対応表						
章	ICD9	分類	章	ICD10	分類	留意点
I	001-139	感染症及び寄生虫症	I	A00-B99	感染症及び寄生虫症	局所感染は除き、原因菌、病原体を記載（妊娠合併、周産期を除く） （転移の場合）、術後、治療後を記載、単なる嚢腫は新生物ではないので注意
II	140-239	新生物	II	C00-D48	新生物	
III	240-279	内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害	III	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
IV	280-289	血液および造血器の疾患	IV	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	薬剤等の外因に起因する場合はその原因を記載
V	290-319	精神障害	V	F00-F99	精神および行動の障害	詳細な型の記載(ICDの成書を参照すること)
VI	320-389	神経系および感覚器の疾患	VI	G00-G99	神経系の疾患	遺伝性、変性疾患、その他の障害、急性か後遺症かの区別
			VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	左右、両側を明示
			VIII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	急性、慢性、左右、両側を明示
VII	390-459	循環系の疾患	IX	I00-I99	循環器系の疾患	リウマチ性、高血圧性、急性、亜急性、陳旧性の明示
VII	460-519	呼吸系の疾患	X	J00-J99	呼吸器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載
IX	520-579	消化系の疾患	XI	K00-K93	消化器系の疾患	急性、慢性の区別、病原体の記載、詳細な部位の記載
X	580-629	泌尿生殖系の疾患	XII	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	部位の記載、感染性の場合は原因菌、病原体の記載
XI	630-676	妊娠、分娩および産じょくの合併症	XIII	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	病変部位の記載、神経障害の有無、新鮮損傷と陳旧性の区別
XII	680-709	皮膚および皮下組織の疾患	XIV	N00-N99	尿路性器系の疾患	妊娠がある場合はその記載
XII	710-739	筋骨格系および結合組織の疾患	XV	O00-O99	妊娠、分娩および産じょく	妊娠週数、分娩方法の記載、自然分娩以外は原因疾患の記載
XIV	740-759	先天異常	XVI	P00-P96	周産期に発生した病態	周産期の病態のうち先天異常を除くものが該当
XV	760-779	周産期に発生した主要病態	XVII	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常	先天性の記載
XVI	780-799	症状、徴候および診断名不明確の状態	XVIII	R00-R99	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	
XVI	800-999	損傷および中毒	XIX	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響	の区別、骨折の場合は開放性、閉鎖性の記載。また、処置手術に起因する病態はその旨を明記する
	E800-E99	損傷および中毒の外因の補助分類	XX	V01-Y98	傷病および死亡の外因	疾病分類には原則として使用しない
	V01-V82	保健サービス受療の理湯に関する補助分類	XXI	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	

<参考> 当時作成した資料の一部

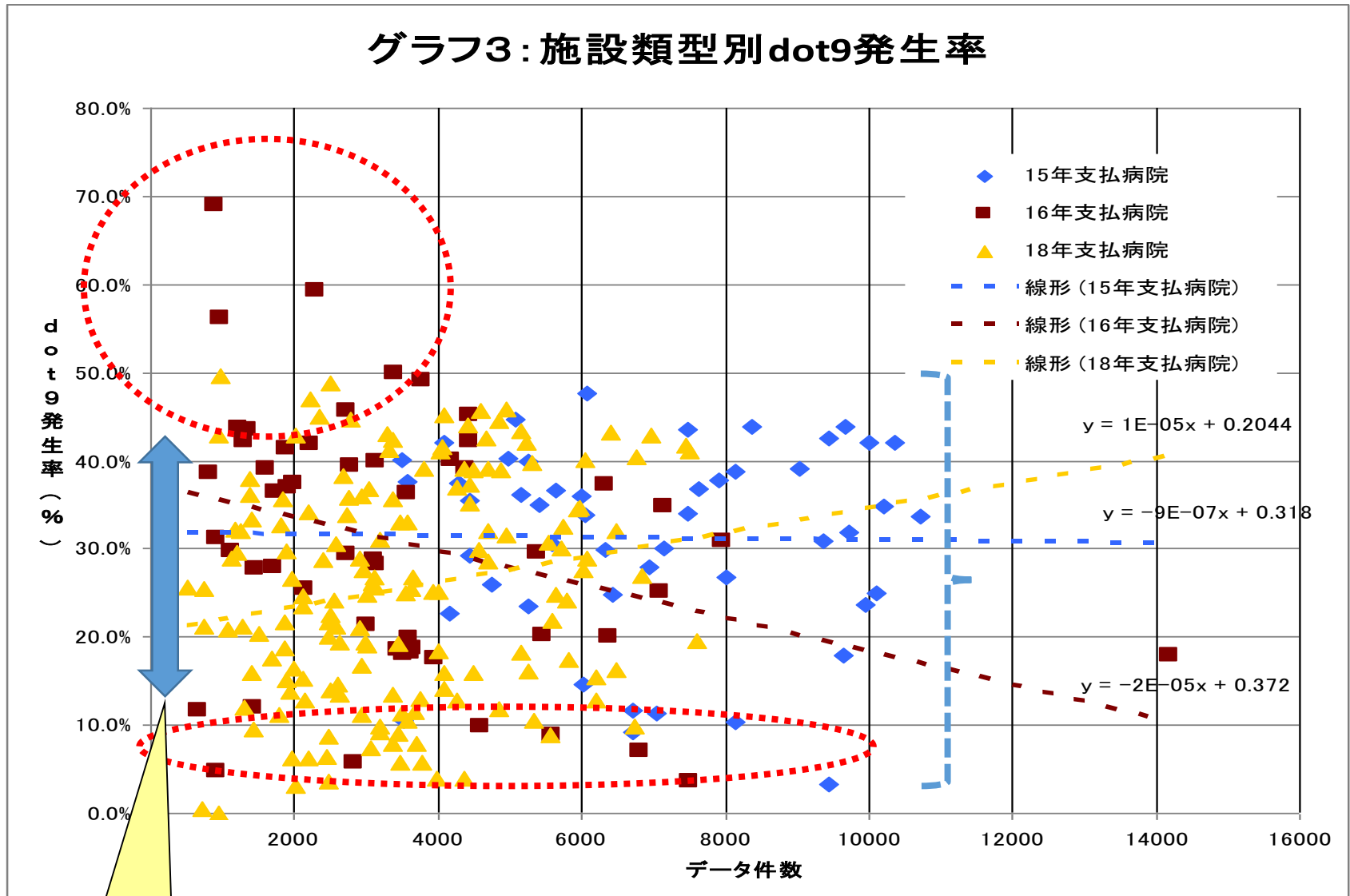
ICD-10	ICD-9	疾病分類（疾患名）	汎用疾患名の例	留意点
A04, A08	008	その他の病原体による腸感染	ぶどう球菌性腸炎	原因菌（大腸菌、アリゾナ菌、アデノウイルス等）の記載、感染性か非感染性かの記載
A09	009	診断名不明確な腸感染	感染性大腸炎	原因菌の記載
A15	011	肺結核	肺結核	検査方法の記載、陳旧性か否かの記載
B02	053	帯状疱疹	帯状疱疹、ラムゼイ・ハント症候群	多発、単神経、合併症の記載
B00	054	単純疱疹	単純疱疹による角結膜炎	多発、単神経、合併症の記載
***	070	ウイルス性肝炎	慢性C型ウイルス性肝炎	激症、慢性、急性、型の区別の記載
B15	***	急性A型肝炎		
B16	***	急性B型肝炎		
B17	***	その他のウイルス肝炎	急性C型肝炎、急性E型肝炎	
B18	***	慢性ウイルス肝炎	慢性B型肝炎	
B19	***	詳細不明のウイルス肝炎		

◇DPCの導入と精度

- 1) 2003年（平成15年度）よりDPC導入
- 2) 2007年（平成19年度）にI C Dコーディングの精度問題がDPC研究班(当時の松田班)から初めて報告された

このことが、平成20年度の委員会設置義務付けに繋がった。

グラフ3：施設類型別dot9発生率

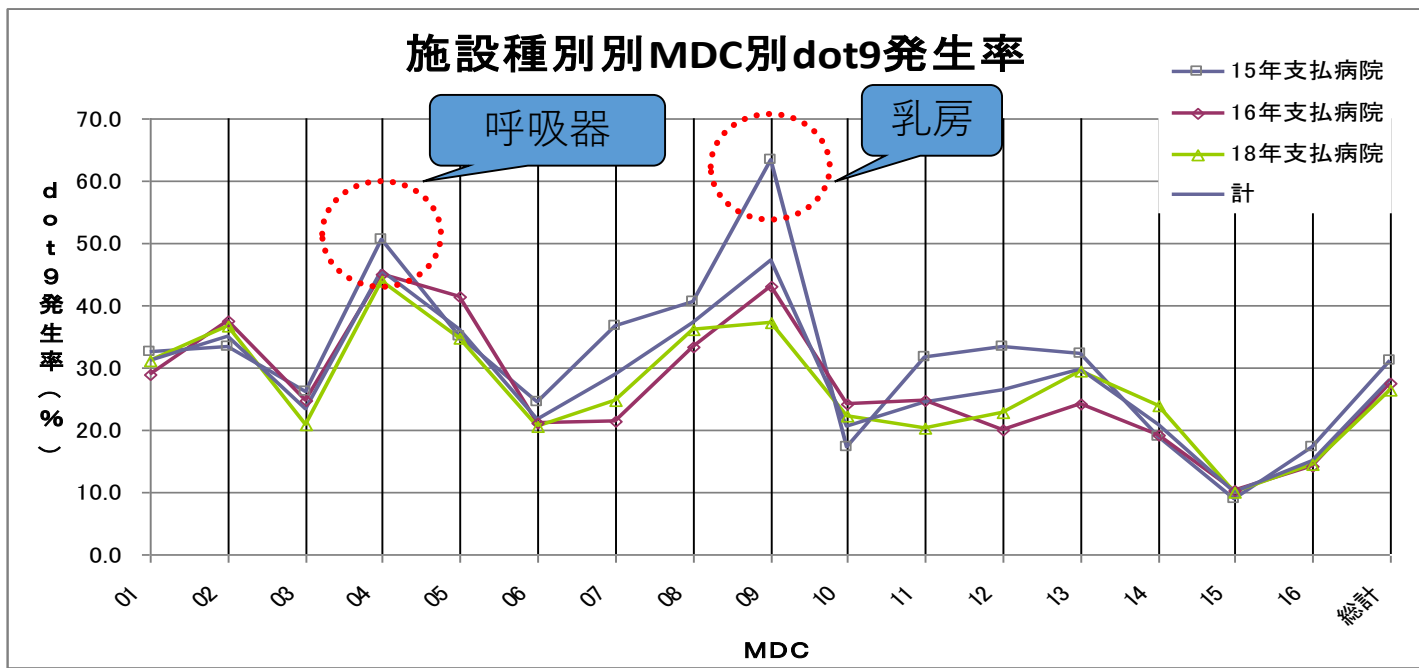


この差は？

平成19年11月2日、D P C 評価分科会：施設類型別のMDC別「.9」発生率

50%を超えたもの

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



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

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し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。

この「問題」発生については2013年版改定でも同様。

「.9」、「未コード化傷病名」の議論：DPC評価分科会
での提案<以下の議論は抜粋>

1. 平成29年7月19日、平成29年8月4日、平成29年9月29日の3回の分科会において、機能係数2（保険診療係数）についての議論
2. 平成29年10月25日の機能係数2の議論（診療報酬改定に係るその他の課題）について

10月25日の議論の概要

◇ICD-10(2013年版)に係る対応について

<背景>

- 1) DPCにおいて使用する ICD-10 コードについて、平成30年度よりこれまでの2003年版から2013年版へと変更するため、平成28年10月以降のデータについて、通常のデータの提出（2003年版を使用）に加えて、医療機関が2013年版のコードも付与したデータ（以後、追加データ）の提出を行っている。
- 2) DPCデータの提出を評価するデータ提出加算の算定には、追加データの提出有無を判定対象としていないこともあり、通常のデータ提出は通常通り行っている医療機関でも、追加データの提出は提出期限に遅れて提出する医療機関がある。

< 課題 >

診療報酬改定に使用するデータ（平成 29 年 9 月分まで）について、データ提出期限に遅れてデータを提出する医療機関があった場合、診断群分類点数表の設定等に使用する全 DPC 病院のデータセットに組み込むことが出来ない。一方で、当該医療機関のデータ提出を待って作業を行うことは時間的に困難。

< 対応方針（案） >

追加データの提出が遅れた医療機関のデータについては、以下の取扱いとしてはどうか。

- ① 追加データに係る ICD コーディングを事務局で可能なもの（1 対1 対応のもの）については機械的に対応する。
- ② 他の医療機関のデータ等から機械的に類推できるものについては可能な限り置き換える。
- ③ 上記①、②以外については、診療実績としてはないものとして取り扱う。

◇この議論のまとめ（30年度改定に反映）

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

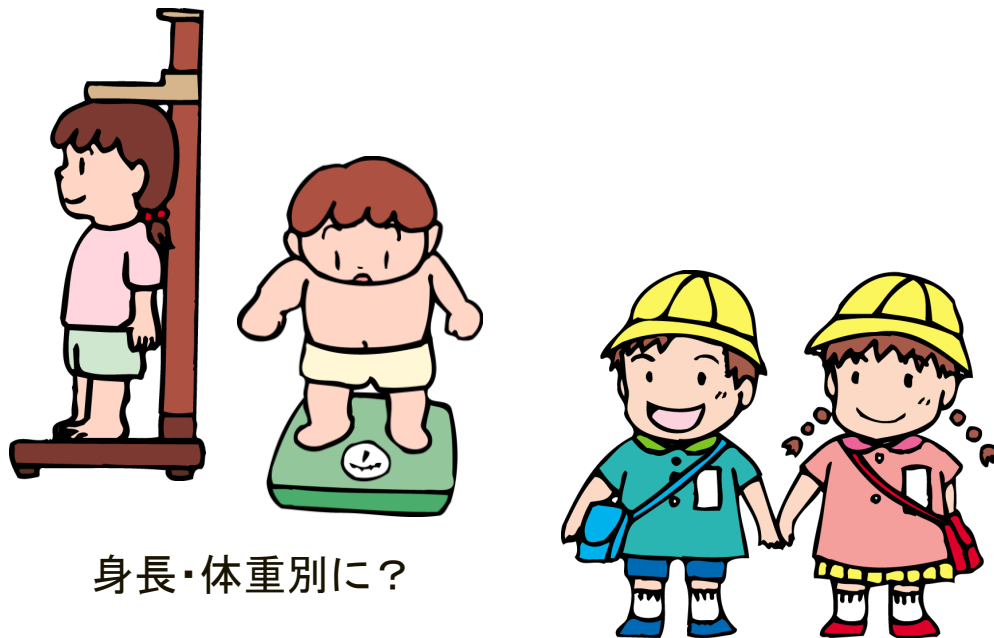
※従来、乳幼児対象の疾患で詳細不明が多いこと、専門的領域については、どうしても標準病名マスターがカバーしきれないという指摘があった。

◇誤りの発生要因：ICDとDPCの出自の違い

※今更の話ではあるものの・・・・・・、

★ICDもDPCも分類(グループ分けする)方法の仲間

→ICD分類とDPC分類は患者を分類するという意味では仲間であるが、元々の出自が異なる。その理解が必要である。目的も発想も異なる。



身長・体重別に？

◇ICD分類

1) 死因分類から発生したものである

※少なくとも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。したがって、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→我が国では厚労省統計情報部がそれにあたる（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

※各分類を異なる者（国）が開発しており、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。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分類

- 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。

◇ある研修会でいただいた質問

Q. うちの先生の書く病名で ICD をつけるとみんな「.9」になります。なぜ、そのままではいけないのでしょうか？

A. 通常、0 から 8 までが詳細な部位等になっています。その部位ごとに医療資源の投入量が異なるという指摘があった場合、その部位を明確にして「分類を分ける」必要があります。もし、全部「.9」にしてしまったら、分離が出来ません。つまり、それはゴミ箱に入れたことと一緒にになります。そもそも、「.9」は書類上の「審査」をしようにもそれ以上(前述の例なら部位)の情報がないから(明示されないから: unspecified)しかたなく放り込むゴミ箱のようなものです。したがって、患者を前に治療の結果として選択するなら、通常はありえないでしょう。

◇医療資源を最も投入した傷病？

◇主要病態の定義→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、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

◇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（2003年版）準拠125頁

2013年版では、

◇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

◇いわゆる「副傷病名」の定義

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（2003年版）準拠125頁

※2013年版も変化なし。

◇精度の高いコーディングができない要因

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 →ICD-10（2013年版）改定で詳細化され（4桁分類へ）改善された

◇不適切コーディングの要因→情報不足

→診療記録が不充分、その理解不足、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) 診療内容と合致しない傷病名や分類がみられる。

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、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。

◇標準病名マスター：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

※コードを振ることのできない傷病名、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

◇理解しておきたいこと

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料から

Q：標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。
手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。

A：標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

※前述のとおり、未コード化傷病名の評価は厳しくなるので、該当する傷病名がない場合はそれなりに慎重な対応が必要である。

◇よく誤解されること

1) 傷病名がないという指摘

→多くの傷病名は標準病名マスターに含まれる

→読み方、見方を変えると存在する

※前述のとおり、未コード化傷病名が禁止されているわけではない

★×の例:コード（名称）が存在するのに、ワープロ入力

2) 「詳細不明」、「.9」の分類になるという指摘

→ICDの構造の理解不足

→標準病名マスターの構造の理解不足

3. ICD-10（2013年版）改定にかかるコーディングテキストの議論

- 1) 平成30年度DPCの診療報酬改定では、傷病名を定義するICD分類も2013年版へ移行。
- 2) 先だって、DPC病院では影響調査データの中で、必要に応じた2013年版への置き換えが特別調査として実施されている。
- 3) ここでは、平成30年度DPCの改定で対応するための課題について述べる→コーディングテキスト改定作業でもこれが中心となった。

※影響調査データを病院に返却して作業を行う必要が出てきた。その対応については、

- 1) 厚生労働省からアナウンスされた改正事項（削除、新規、名称の変更等）について現行の2003年版に変更を加えて正しく2013年版を構成できるかを確認した上で変換テーブルを作成した。
- 2) その作成過程で、課題を把握し、平成28年度診療報酬改定現在の定義テーブル等を確認することにより発生する影響を確認した。
- 3) 研究成果については「研究班セミナー」等で一般公開している（配付している：最後にご案内）。

表3 追加コードとそれが含まれる分類グループ (3行)

追加コードと分類名		追加分類が含まれる分類範囲 (2003年版)		追加分類が含まれる分類範囲 (2013年版へ置き換え)	
コード	分類	コード	分類	コード	分類
A09.0	感染症が原因のその他及び詳細不明の胃腸炎及び大腸炎	A09	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	A09.0	感染症が原因のその他及び詳細不明の胃腸炎及び大腸炎
A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎			A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎
B17.9	急性ウイルス性肝炎, 詳細不明	B17	その他の急性ウイルス肝炎	B17	その他の急性ウイルス性肝炎
		B17.0	B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ(重)感染症	B17.0	B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ(重)感染症
		B17.1	急性C型肝炎	B17.1	急性C型肝炎
		B17.2	急性E型肝炎	B17.2	急性E型肝炎
		B17.8	その他の明示された急性ウイルス肝炎	B17.8	その他の明示された急性ウイルス肝炎
		B17.9		B17.9	急性ウイルス性肝炎, 詳細不明
B98	他章に分類される疾患の原因であるその他の明示された感染性病原体			B98	他章に分類される疾患の原因であるその他の明示された感染性病原体
B98.0	他章に分類される疾患の原因であるヘリコバクター・ピロリ[H.pylori]			B98.0	他章に分類される疾患の原因であるヘリコバクター・ピロリ [H.pylori]
B98.1	他章に分類される疾患の原因であるビブリオ・バルニフィカス			B98.1	他章に分類される疾患の原因であるビブリオ・バルニフィカス
C79.9	続発性悪性新生物<腫瘍>, 部位不明	C79	その他の部位の続発性悪性新生物	C79	その他の部位及び部位不明の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.0	腎及び腎盂の続発性悪性新生物	C79.0	腎及び腎盂の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.1	膀胱並びにその他及び部位不明の尿路の続発性悪性新生物	C79.1	膀胱並びにその他及び部位不明の尿路の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.2	皮膚の続発性悪性新生物	C79.2	皮膚の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.3	脳及び脳髄膜の続発性悪性新生物	C79.3	脳及び脳髄膜の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.4	眼並びにその他及び部位不明の中樞神経系の続発性悪性新生物	C79.4	その他及び部位不明の中樞神経系の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.5	骨及び骨髄の続発性悪性新生物	C79.5	骨及び骨髄の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.6	卵巣の続発性悪性新生物	C79.6	卵巣の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.7	副腎の続発性悪性新生物	C79.7	副腎の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.8	その他の明示された部位の続発性悪性新生物	C79.8	その他の明示された部位の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.9		C79.9	続発性悪性新生物<腫瘍>, 部位不明
C80.0	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位不明と記載されたもの	C80	部位の明示されない悪性新生物	C80	悪性新生物<腫瘍>, 部位が明示されていないもの
C80.9	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位詳細不明			C80.0	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位不明と記載されたもの
				C80.9	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位詳細不明
C81.4	リンパ球豊富型(古典的)ホジキン<Hodgkin>リンパ腫	C81	ホジキン<Hodgkin>病	C81	ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
		C81.0	リンパ球優勢型	C81.0	結節性リンパ球優勢型ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
		C81.1	結節硬化型	C81.1	結節硬化型(古典的)ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
		C81.2	混合細胞型	C81.2	混合細胞型(古典的)ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
		C81.3	リンパ球減少型	C81.3	リンパ球減少型(古典的)ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
		C81.7	その他のホジキン<Hodgkin>病	C81.4	リンパ球豊富型(古典的)ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
		C81.9	ホジキン<Hodgkin>病, 詳細不明	C81.7	その他の(古典的)ホジキン<Hodgkin>リンパ腫
				C81.9	ホジキン<Hodgkin>リンパ腫,

厚生労働省発表事項

2003年版に変更を加えて2013年版になるか、確認
高知DPCセミナー

◇移動しただけではなく定義が全く異なる例：自動置き換えは無理

I84	痔核	K64	痔核及び肛門周囲静脈血栓症
I84.0	血栓性内痔核	K64.0	第1度痔核
I84.1	その他の合併症を伴う内痔核	K64.1	第2度痔核
I84.2	合併症を伴わない内痔核	K64.2	第3度痔核
I84.3	血栓性外痔核	K64.3	第4度痔核
I84.4	その他の合併症を伴う外痔核	K64.4	痔核性遺残皮膚突起
I84.5	合併症を伴わない外痔核	K64.5	肛門周囲静脈血栓症
I84.6	残遺痔核皮膚弁	K64.8	その他の明示された痔核
I84.7	詳細不明の血栓性痔核	K64.9	痔核，詳細不明
I84.8	その他の合併症を伴う詳細不明の痔核		
I84.9	合併症を伴わない痔核，詳細不明		

IからKへ

※内痔核、外痔核という区別がステージ別に変わる

現行の分類の定義

○060240 外痔核

< ICD >

1843 血栓性外痔核

1844 その他の合併症を伴う外痔核

1845 合併症を伴わない外痔核

1846 残遺痔核皮膚弁

1847 詳細不明の血栓性痔核

※困ったことに、現行のDPC分類は内痔核、外痔核は別分類である。ICDも別分類だから当然に。

○060245 内痔核

< ICD >

1840 血栓性内痔核

1841 その他の合併症を伴う内痔核

1842 合併症を伴わない内痔核

1848 その他の合併症を伴う詳細不明の痔核

1849 合併症を伴わない痔核， 詳細不明

K625 肛門および直腸の出血

◇もし、標準病名マスターで自動置き換えを試してみたら？

- 1) 血栓性内痔核 (I840 : 血栓性内痔核) → **K648** : その他の明示された痔核
- 2) 炎症性内痔核 (I841 : その他の合併症を伴う内痔核) → **K648** : その他の明示された痔核
- 3) 内痔核 (I842 : 合併症を伴わない内痔核) → **K649** : 痔核, 詳細不明
- 4) 血栓性外痔核 (I843 : 血栓性外痔核) → **K645** : 肛門周囲静脈血栓症
- 5) 炎症性外痔核 (I844 : 炎症性外痔核) → **K648** : その他の明示された痔核
- 6) 外痔核 (I845 : 合併症を伴わない外痔核) → **K649** : 痔核, 詳細不明
- 7) 肛門皮垂 (I846 : 残遺痔核皮膚弁) → **K644** : 痔核性遺残皮膚突起
- 8) 血栓性痔核 (I847 : 詳細不明の血栓性痔核) → **K645** : 肛門周囲静脈血栓症
- 9) 出血性痔核 (I848 : その他の合併症を伴う詳細不明の痔核) → **K649** : 痔核, 詳細不明
- 10) 痔核 (I849 : 合併症を伴わない痔核, 詳細不明) → **K649** : 痔核, 詳細不明

※つまり自動置き換えをやると、K640からK643までは出現しない！

◇コーディングテキストの事例から

060241	痔核	肛門からの出血があった場合。	いわゆる切れ痔は裂肛（K600～K602）の範疇にあたり、本分類には含まれない。痔核からの出血（K64\$）は内痔核、外痔核にかかわらず、本分類となる。ステージによる分類が採用されている分類もあり、単に出血性の痔核(K649)とした場合は、不適切なコードになるので注意が必要である。
--------	----	----------------	---

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

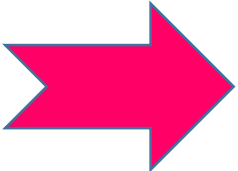
K64.4 痔核性遺残皮膚突起

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

「自動置き換え」では出てこない

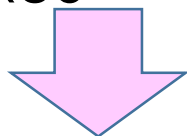


※ICD（2013年版）では現行のDPC分類（内痔核、外痔核の区別あり）を維持できない→おそらく、新たな評価が検討されるであろうが、少なくとも、**K64.9**のデータが多数派とならないようにしなければならない。

◇3桁分類であったものが4桁に(詳細化されたもの)

2003年版

K85 急性膵炎



詳細化

2013年版

K 85	急性膵炎
K85. 0	特発性急性膵炎
K85. 1	胆石性急性膵炎
K85. 2	アルコール性急性膵炎
K85. 3	薬物性急性膵炎
K85. 8	その他の急性膵炎
K85. 9	急性膵炎, 詳細不明

※単純に自動置き換えしてしまうと、K85.9になってしまう

◇標準病名マスター(2013年対応版)で自動置き換えすると……

ERCP後膵炎	K85	K858
アルコール性急性膵炎	K85	K852
ステロイド誘発性膵炎	K85	K853
亜急性膵炎	K85	K859
化膿性膵炎	K85	K859
壊死性膵炎	K85	K859
感染性膵壊死	K85	K858
急性出血壊死性膵炎	K85	K859
急性膵炎	K85	K859
急性膵壊死	K85	K859
限局性膵炎	K85	K859
再発性急性膵炎	K85	K859
重症急性膵炎	K85	K859
術後膵炎	K85	K858
胆石性膵炎	K85	K851
特発性急性膵炎	K85	K850
浮腫性膵炎	K85	K859
慢性膵炎急性増悪	K85	K859
薬剤性膵炎	K85	K853
膵炎	K85	K859
膵膿瘍	K85	K859

自動置き換えをするとほとんどが「.9」になってしまう。

◇急性膵炎の例

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名	
MD	コー	分類名	ICD名称	ICDコー
06	0350	急性膵炎	ムンプス膵炎	B263
			急性膵炎	K85\$
			膵仮性のうく嚢胞	K863
			他に分類される疾患における膵の障害	K871

◇ルールの変更

★ウイルス性肝硬変が、Bコード（感染症）からBコードとKコードのWコーディングを行うこととされ、適切なコーディングがされるように改善された。

- (1) 平成28年12月2日の第19回社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会において、ICD-10（2013年版）提要の修正（案）として、B型肝硬変、C型肝硬変のコードをB18.-にK74.6*を追加として、ダブルコーディングのルールを適用されることとされた。

(2) この問題は、ICD-10の2003年版に改定されていた時から。従来は肝硬変と整理されていたウイルス性の肝硬変が感染症としてコードされるよう索引を恣意的に変更して以来の課題への対応。

※内容例示表は変更せずに索引で誘導した。

(3) 肝炎と肝硬変とでは治療内容も異なることもあり、改善が求められていたがそれに応えた形となっている。

- (4) すなわち、2003年版では感染症としての取り扱いであったが、死亡統計など原因をコーディングする際は、従来どおり B18.-のコードを使用する。その他、症状発現の統計を取ることが適切と考えられる場合は、K74.6 をコードすることが可能とされた。
- (5) したがって、該当する場合は、感染症としての治療をしたのか、肝硬変としての治療をしたのかで適切な分類が可能となっている。

2013年版への移行のまとめ

- 1) 新たな分類が必要となった分野は適切かつ精度の高いコーディングが必要である。
※自動的に置き換えるとその多くは「.9」となってしまう、新たな分類開発に支障を来す。
- 2) 今後、分類検討班で改定案が検討されることになるが、たとえば、一例として痔核については大きな変更もあるかもしれない。
※分類開発や妥当性の検証等、適切な評価を与えるためには高い精度のデータが必須であるため、前述のように新しい定義を理解した上で機械的ではなく正しくコードを選び直す必要がある。

3) 病院のデータ「確認」については、慎重かつ適切に行い、精度の高いデータが必要で、担当者においては改定への十分な理解が必要である。以下に現状で考えられる対応策をまとめてみる。

(1) 今まで述べて来たことを総合すると、例えば標準病名マスターに2013年版コードがあっても、「.9」コードを振るしかなくなってしまう、自動置き換えは極めて曖昧なコーディング結果（自動置き換えの限界）となる

※妥協すれば、置き換えは100%可能ではある。しかし、本来は、正しく診療記録に基づき、新しい定義や分類分野で再コーディングする必要がある。

- (2) したがって、2013年版への置き換えについては、既にデータ提出の遅延があり、一定の結論が出されている。しかし、どうしても、分類開発のために必要となるであろうコードだけはきちんとした再コーディングが必要であることは理解しておきたい。
- (3) 今回の研究成果の「対応表」によって、少なくとも改定の全体像、特に、新たな定義への変更や移動先等を全体的に把握出来るので、再コーディングには十分に役立つのではないかと考えている。

ご静聴ありがとうございました。

前述の「変換表」は資料として紹介出来ないなので、もし、希望される方は以下の私のアドレスに、タイトルを「★高知DPCセミナー2013年版ICD資料」としてメールしてください。

インターネットディスクにあげてダウンロード出来るようにします。

mako@mw.kawasaki-m.ac.jp