

2018年コーディングテキスト改定
(ICD-10 (2013年版)対応) への対応と
2020年改定を視野に

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. 2018年、コーディングテキスト改定
(ICD-10 (2013年版) への対応)
2. 過去のデータ精度に対する議論
3. 2020年改定を視野に、コーディングテキスト
の議論

1. 2018年、コーディングテキスト改定

◇改定に向けての方針

- 1) DPC制度は既に安定期にあり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 (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)
- 5) 今後の改定も踏まえて、できるだけDPCの分類改定の影響を受けないような記載とする方針を決めた。

◇ICD-10（2013年版）への対応

まず、ICDの改定について、内容を確認した。

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。

例1：痔核（詳細は後述）

平成28年度DPC分類

○060240外痔核

○060245内痔核



→

平成30年度改定

●060241痔核：全て（K64\$）

本来はステージ別
になるべき？

平成30年度以降の
データがなければ無理

| | |
|--------|---------------|
| 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 |

例 2 : 褥瘡潰瘍

平成28年度DPC分類 → 平成30年度改定
○080250褥瘡潰瘍 (L89) ●080250褥瘡潰瘍 (L89\$)

| | |
|--------|------------------------|
| L 89 | じょくく褥>瘡性潰瘍及び圧迫領域 |
| L89. 0 | ステージⅠじょくく褥>瘡性潰瘍及び圧迫領域 |
| L89. 1 | ステージⅡじょくく褥>瘡性潰瘍 |
| L89. 2 | ステージⅢじょくく褥>瘡性潰瘍 |
| L89. 3 | ステージⅣじょくく褥>瘡性潰瘍 |
| L89. 9 | じょくく褥>瘡性潰瘍及び圧迫領域, 詳細不明 |

本来はステージ別
になるべき？

平成30年度以降のデータ
がなければ無理

◇ICD-10（2013年版）改定が影響を与える（関連した）
コーディングテキスト改定の議論

- 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分類は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た。
- 3) 平成30年度DPCの改定でのコーディングテキスト改定作業でもまずこの対応が中心となった。

※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、以下のようにした。

- 1) 厚生労働省ICD室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（最後に紹介）。

表3 追加コードとそれが含まれる分類グループ (3桁)

| 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
 伏見班DPCセミナー@東京

◇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**

| | | | | |
|-------|-------------------|------------|-------|---------------|
| 184 | 痔核 | | K64 | 痔核及び肛門周囲静脈血栓症 |
| 184.0 | 血栓性内痔核 | IからKへ → | K64.0 | 第1度痔核 |
| 184.1 | その他の合併症を伴う内痔核 | | K64.1 | 第2度痔核 |
| 184.2 | 合併症を伴わない内痔核 | | K64.2 | 第3度痔核 |
| 184.3 | 血栓性外痔核 | | K64.3 | 第4度痔核 |
| 184.4 | その他の合併症を伴う外痔核 | | K64.4 | 痔核性遺残皮膚突起 |
| 184.5 | 合併症を伴わない外痔核 | | K64.5 | 肛門周囲静脈血栓症 |
| 184.6 | 残遺痔核皮膚弁 | | K64.8 | その他の明示された痔核 |
| 184.7 | 詳細不明の血栓性痔核 | | K64.9 | 痔核，詳細不明 |
| 184.8 | その他の合併症を伴う詳細不明の痔核 | | | |
| 184.9 | 合併症を伴わない痔核，詳細不明 | | | |

平成28年度までの分類の定義

○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

○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

困ったことに、平成28年度までの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。

※大変「収まり」がよい

◇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！（想定されていないのだから当然）

◇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（ <u>K64\$</u> ）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

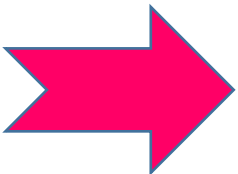
K64.4 痔核性遺残皮膚突起

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

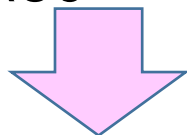


※ICD（2013年版）では現行のDPC分類（内痔核、外痔核の区別あり）を維持できない→おそらく、新たな評価が検討されるであろうが、少なくとも、今後の精緻化の議論のためには、**K64.9のデータ**が多数派とならないようにしなければならない。

◇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……

| | | |
|------------|-----|------|
| E R C P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。

◇ICD-10 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」となってしまい、新たな分類開発に支障を来す（前述したとおり、痔核等の分野で議論が残るのではないか）。
- 2) 次回改定を前に、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議論になるのかもしれない。
※いずれにしても、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。

→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、そのまま「.9」コードへの置き換えでは不適切である。

※ICDの構造を理解した上で、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。または、古い傷病名は再確認する必要がある。

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) 試行開始前からデータ精度に対する議論があった

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

平成30年度改定を前に、「.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

◇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（2013年版）準拠161頁

◇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並存し
- 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161頁

◇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

「修飾語（部位、病勢等）」+「傷病名」で構成された傷病名はICDが適切でなくなる場合がある。

例：良性、悪性、急性、慢性等

◇不適切コーディングが発生する要因→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困難。

◇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

- ・ 「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（後述）

< ICD-10の該当箇所 >

- D 37 口腔及び消化器の性状不詳又は不明の新生物 < 腫瘍 >
 - ・ D 37.1 胃
- C 16 胃の悪性新生物 < 腫瘍 >
 - ・ C 16.9 胃、 部位不明

◇標準病名で病名を構成した例（不適當な例）

2) 慢性、急性等の区別

- ・「急性」+C型肝炎（B18.2）→本当は、C型急性肝炎（B17.1）
- ・「慢性」+C型肝炎（B18.2）→本当は、C型慢性肝炎（B18.2）※この条件では間違いにはならない

<ICD-10の該当箇所>

○B 17 その他の急性ウイルス性肝炎

- ・ B 17.1 急性C型肝炎

○B 18 慢性ウイルス性肝炎

- ・ B 18.2 慢性C型ウイルス性肝炎

◇標準病名で病名を構成した例（不適當な例）

3) 解剖学的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)

<ICD-10の該当箇所> 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)

<ICD-10の該当箇所> C16.9 : 胃の悪性新生物、部位不明

<ICDの該当箇所>

○ C 16 胃の悪性新生物<腫瘍>

- ・ C 16.0 噴門→前出のケース
- ・ C 16.1 胃底部
- ・ C 16.2 胃体部
- ・ C 16.3 幽門前庭
- ・ C 16.4 幽門
- ・ C 16.5 胃小弯、 部位不明
胃小弯、 C 16.1 – C 16.4 に分類されないもの
- ・ C 16.6 胃大弯、 部位不明
胃大弯、 C 16.0 – C 16.4 に分類されないもの
- ・ C 16.8 胃の境界部病巣
- ・ C 16.9 胃、 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、ワープロ入力している

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. 2020年度改定を視野に、コーディングテキストの議論
 - 1) 2019年初夏までに改定案を作成する。
 - 2) 前述したとおり、DPC分類の改定に影響されるような記述は避ける→純粹にコーディングにフォーカスする。
 - 3) 2018年度中に、日本診療情報管理士会のDPCワーキンググループを中心として、診療情報管理士の意見を聴取する（作業中）。
 - 4) 2018年度の影響調査データを分析し、コーディング精度を検証する。

◇現時点での課題（指摘）

- 1) 簡略化した記載の影響で、例示がなくなって誤解を招く表現となっているものがある（異なるものが同一に見える等）。
- 2) 表現の統一等を行ったため、かえって異なるものが同一に解釈される部分がある。
- 3) 「詳細不明コード」について、選択条件が一定ではない。
- 4) 専門の医師ばかりが選択する、もしくは点検するわけではないので、選択のための説明を十分にすべき事項がある（簡略化しすぎ?）。
- 5) 全体の統一性がまだ十分ではない。

ご静聴ありがとうございました。

前述の「変換表」等は資料として紹介出来ないのも、もし、希望される方は以下のアドレスに、タイトルを「★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