

令和元年度厚生労働科学研究費補助金  
(政策科学総合研究事業 統計情報総合研究) 総括研究報告書

「わが国におけるICD-11コーディング導入に関する問題点の抽出と解決  
及び先進国における疾病統計に係る情報分析」

研究代表者 末永 裕之 (一般社団法人日本病院会 顧問)

**研究要旨**

**【ICD-11に係わる研究】**

本研究の目的は、わが国へのICD-11導入に際し、問題点の抽出とそれを解決し、普及と啓発に資することにある。もう一つの課題としてわが国の患者調査(疾病統計)のあり方の検討を目的に、先進国の疾病統計の回収データを分析し、現況について基礎資料をまとめる。

ICD-11を導入するにあたり各公的業務が円滑に行われることが求められる。特に疾病コーディングは、統計数値に影響する可能性がある。そこで疾病コーディングにあたり、現ICD-10との差異・同等性を検証。ICD-11の有用性や問題点を抽出し、有用性の向上と問題の解決策を図る。

今年度は、日本診療情報管理学会に所属する診療情報管理士等の協力を募る。まずICD-10と11の基本的構造とコーディングに関する基礎的知識に関する教材を開発し、講習会を行いICD-11に関する理解を深め、啓発と普及に努める。

**【先進国における疾病統計に係る研究】**

海外の疾病統計については、代表的な先進国数カ国について分析することにより、わが国における患者調査(疾病統計)について、今後の対応方針決定のための知見が提供可能となる基礎資料作成のための分析を行う。

**研究分担者**

須貝 和則 (国立国際医療研究センター医事管理課課長)

住友 正幸 (徳島県立三好病院病院長)

瀬尾 善宣 (中村記念病院副院長)

高橋 長裕 (ちば県民保健予防財団総合健診センター顧問)

塚本 哲 (日本保健医療大学保健医療学部看護学科教授)

牧田 茂 (埼玉医科大学医学部教授)

松本 万夫 (埼玉医科大学医学部名誉教授)

**第1章 感染症又は寄生虫症**

三木幸一郎 北九州市立医療センター副院長 (※第3、12、13、15章も担当)

**第2章 新生物**

西本 寛 国立がん研究センター がん対策情報センターがん登録センター特任補佐

**第3章 血液又は造血器の疾患**

鈴木 斎王 宮崎大学医学部附属病院患者支援センター長

**第4章 免疫系の疾患**

三村 俊英 埼玉医科大学 リウマチ膠原病科教授

**第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患**

吉住 秀之 国立病院機構都城医療センター 副院長 (※第3、15章も担当)

**【ICD-11に係わる研究、研究協力者19名】**

(本研究協力に同意し、回答したすべての人は研究協力者として本一覧に掲載しています。)

第6章	精神、行動又は神経発達の障害	岸 真司	名古屋第二赤十字病院 小児科・第二小児科部長 医療情報管理センター 副センター長
谷 将之	大内病院 診療部 副院長		
第7章	睡眠・覚醒障害	杉本 龍史	鹿児島市立病院 救命救急センター 医師
葛西 隆敏	順天堂大学大学院医学研究科 循環器内科 准教授		
第8章	神経系の疾患（※研究分担者が担当）	第23章	傷病又は死亡の外因（※研究分担者が担当）
第9章	視覚系の疾患（※研究分担者が担当）	第24章	健康状態に影響を及ぼす要因又は保健サービスの利用（※研究分担者が担当）
第10章	耳又は乳様突起の疾患	第25章	特殊目的用コード（※研究分担者が担当）
加瀬 康弘	埼玉医科大学病院 耳鼻咽喉科学教室 教授	第V章	生活機能評価に関する補助セクション
第11章	循環器系の疾患	中川原讓二	大阪なんばクリニック 院長
岡部 正明	立川メディカルセンター 立川総合病院 病院長	第X章	エクステンションコード
福村 文雄	飯塚病院 副院長	鎌倉 由香	東京衛生病院 診療情報課 医師事務作業補助課 課長補佐
第12章	呼吸器系の疾患		
藤田 香織	国立病院機構沖縄病院 診療情報室 副室長 呼吸器内科内科医長（※第V章も担当）	【作業協力者 7名】	
第13章	消化器系の疾患（※第1章等ご協力の三木先生が担当）		（本研究の作業協力に同意し、回答したすべての人は作業協力者として本一覧に掲載しています。）
第14章	皮膚の疾患	第1章～第4章	
土田 哲也	埼玉医科大学 皮膚科 教授	五十嵐よしゑ	小松短期大学 診療情報課 非常勤講師
第15章	筋骨格系又は結合組織の疾患（※第1章等ご協力の三木先生、第5章等ご協力の吉住先生が担当）	第5章～第6章	
第16章	腎尿路生殖器系の疾患	上田 京子	仙台医療秘書福祉専門学校
廣瀬 弥幸	広瀬クリニック 院長	第7章～第11章	
第17章	性保健健康関連の病態	倉部 直子	北海道情報大学 医療情報学科 非常勤講師
宮内 文久	愛媛労災病院 院長	第12章～第14章	
第18章	妊娠、分娩又は産褥（第17章等ご協力の宮内先生が担当）	末福美恵子	いとうまもる診療所 診療情報管理
第19章	周産期に発生した病態（第17章等ご協力の宮内先生が担当）	第15章～第19章、V章、X章	
第20章	先天異常	寺延美恵子	専門学校岡山情報ビジネス学院 診療情報管理士学科 学科長
福島 明宗	岩手医科大学 医学部 教授	第20章～第21章、第24章	
第21章	症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの（※研究分担者が担当）	戸次 弉子	
第22章	損傷、中毒又はその他の外因の影響	第22章～第25章	
		松浦はるみ	
		【先進国における疾病統計に係る研究、研究協力者1名】	

## A. 研究目的

### 【ICD-11に係わる研究】

本研究は、まず、わが国におけるICD-11に係わる教育に必要な教材の基礎ができることに意義がある。ICD-11の詳細はWHO-FICのホームページ、厚生労働省ホームページで概略は示されているが、一般的に医療従事者の十分な理解を得るまでに至っていないと考えられている。ICD-11自体も不確定要素が残存しているといわれているが、その基本的構造と利用のコンセプトが決定され、2019年5月のWHO総会で承認された。この時点での内容をもとに教育的資料を作成する。

次に、2017年ICD-11β版フィールドテストが実施されたが、その際には参加者へは事前にICD-11の十分な知識と理解が少なく実施された経緯があった。本研究では、ICD-11をより理解したうえで、より実地的な場面で再検討することが可能である。ICD-11で新たに導入されるV章、エクステンションコードの有用性を検証することができる。またWHOのICD-11アップデートに寄与することができる。

### 【先進国における疾病統計に係る研究】

一方、昨年度から引き続き行う海外14カ国（2019年1月時点）の疾病統計に係るデータの中から代表的な先進国数カ国について分析することは、世界レベルの実態調査であり、国際貢献を可能とする多大な意義がある。

## B. 研究方法

### 【ICD-11に係わる研究】

1. ICD-10とICD-11を比較検討し、基本構造を中心とした基本的知識を教材として開発。研究協力者19名、作業協力者7名とでICD-11のレファレンスガイドの原文を参考として、それぞれのICD-10、ICD-11の項目を確認しながらICD-11の章ごとにICD-10との差異を中心に教材を作成する（教材1）。

2. 教材をもとに関係病院担当者へ講習会と講習会およびICD-11に対するアンケートの実施。作成した教材を参加者へ配布し、同様にアンケートを行った。内容は、大きく5項目から構成され、その設問内容は、項目1は「基本情報」として、診療情報管理士の認定年、診療情報管理に係る経験年数、現在の勤務・業務内容を聞いた。項目2は各講演に関する理解度を5者択一自己評価方式回答で5（よく理解できた）、4（ほぼ理解できた）、3（半分位理解できた）、2（あまり理解できなかった）、1（ほとんど理解できなかった）の5段階で評価した。さらに項目3として理解が難しかった章をあげ、その理由について記載することとした。講演は3部に分けられた。講演Ⅰは総論と26章、V章、X章について、講演Ⅱは各論（1章～13章）について、講演Ⅲは各論（14章～25章）についておこない、それぞれの章において、項目数の変化、構造の特徴、章間の移動、主な変化、問題点に分けて解説した。また、それぞれについて上記の評価を行う。

項目4は「ICD-11全体についての意見」について結果をまとめる。

項目5は「今回の講習会受講自体の意見」について結果をまとめる。

さらに以上の意見をもとに教材の改訂を行う。

### 【先進国における疾病統計に係る情報分析】

1. 7月、オーストラリアの疾病統計に関連する機関を訪問し、研究概要を説明し、情報収集を行う。
2. 10月、WHO-FICネットワーク年次会議および11月、IFHIMA国際大会の行程を利用し、カナダ人の担当者にインタビューを実施し情報収集を行う。

（倫理面への配慮）

本研究計画においては、日本病院会日本診療情報管理学会研究等倫理審査委員会にて、2019年1月22日の審査の結果、厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイダンス」の総則で掲げられる社会的及び学術的な意義を有する研究の実施

を始めとする全8項目に準拠しており、承認の旨の報告があった。

一方の海外の疾病統計の分析については、先進国の現況及び公表資料を参考に、保健・医療関連行為に関する国際統計分類の専門家により検討するものであり、倫理面での問題はないと考えられる。

## C. 研究結果

### 【ICD-11に係わる研究】

1. ICD-10とICD-11を比較検討し、基本構造を中心とした基本的知識を教材として開発。

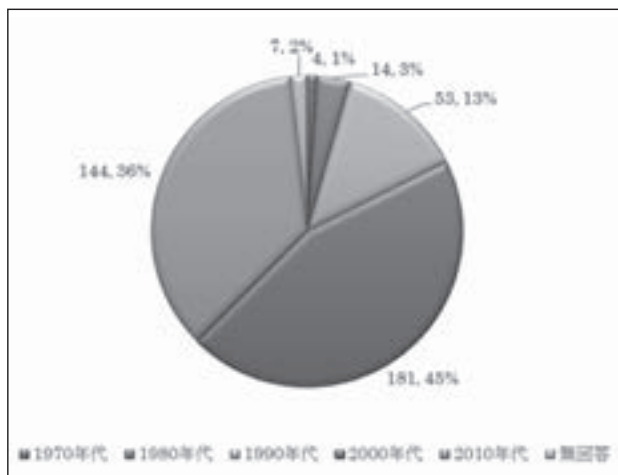
研究分担者6名、研究協力者19名、作業協力者7名とでICD-11のレファレンスガイドの原文を参考として、それぞれのICD-10、ICD-11の項目を確認しながらICD-11の章ごとにICD-10との差異を中心に教材を作成した(教材1)。教材の作成にあたっては、それぞれの章において、項目数の変化、構造の特徴、章間の移動、主な変化、問題点に分けて解説した。

2. 関係病院担当者等の参加者は471名であった。その内訳は以下のとおりである。

#### 2-1 「参加者の基本情報」

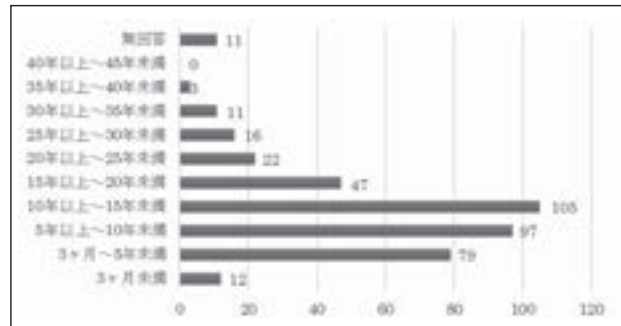
診療情報管理士の認定年：1990年から2000年の者が13%、2000年から2010年が45%、2010年以降が36%であった(表1)。

表1 診療情報管理士(または診療録管理士)の認定年



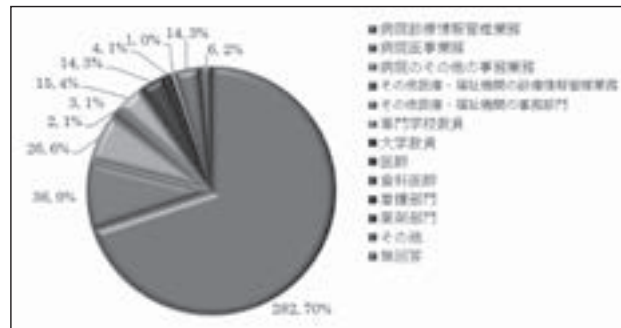
診療情報管理に係る経験年数：現在までの経験年数は5年以上の者が97%であり、十分な経験を持った診療情報管理士が受講したことになる(表2)。

表2 診療情報管理に係る経験年数(今までの経験の合計)



現在の勤務・業務内容：病院診療情報管理業務に従事しているものが最も多く70%、次いで病院医事業務9%、診療情報管理担当教員が7%、病院その他の業務6%であった。実際に診療情報管理に関する業務領域に携わっているものが92%と高率であった。(表3)

表3 現在の勤務・業務内容

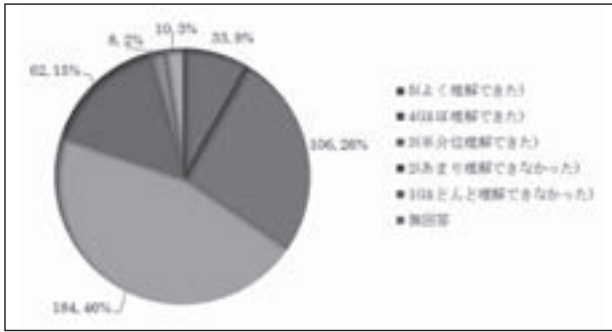


#### 2-2 「各講演に関する理解度(自己評価)」

各講演に関する理解度を自己評価方式で評価された結果を示す。講演I(総論)に関しては、理解できた、ほぼ理解できたが合計34%、半分程度理解できたのは46%であった。約70%近いものが十分な理解をしていないことになる(表4)

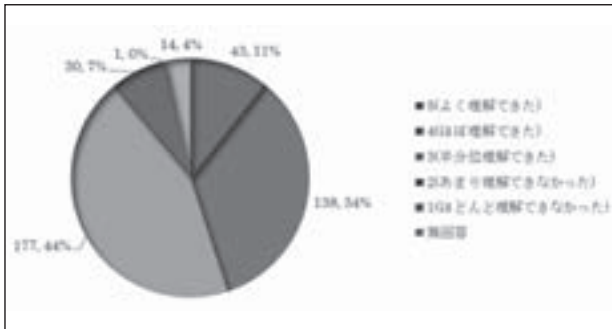


表4 講演Ⅰ 総論・全体の理解度



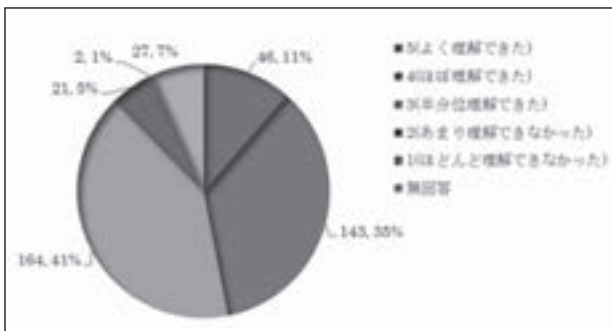
講演Ⅱに関しては、理解できた、ほぼ理解できたが合計45%、半分程度理解できたのは44%であった。講演Ⅰ（総論）よりも理解度は上昇したが、55%のものが十分な理解をしていないことになる（表5）。

表5 講演Ⅱ 全体の理解度



講演Ⅲに関しては、理解できた、ほぼ理解できたが合計46%、半分程度理解できたのは41%であった。総論Ⅰよりも理解度は上昇したが、54%のものが十分な理解をしていないことになる（表6）。

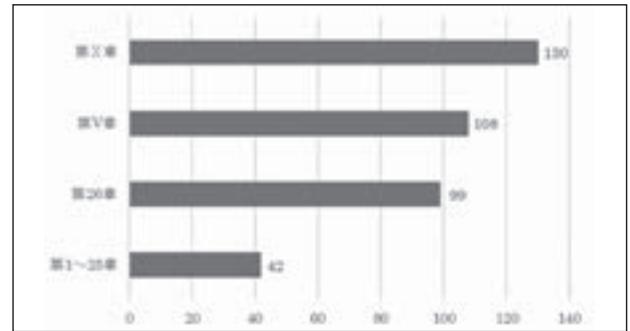
表6 講演Ⅲ 全体の理解度



2-3 「講演別の難解章」

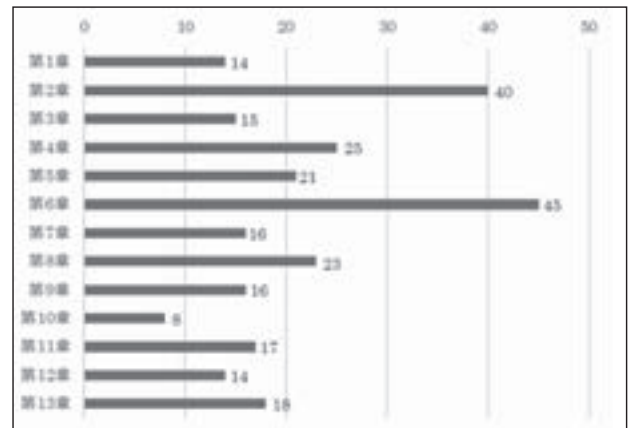
講演Ⅰで難解との意見はICD-11の新たな章に集中した。第X章 エクステンションコード、第V章 生活機能評価に関する補助項、第26章 伝統医学の順であった。（表7）

表7 講演Ⅰ 理解が難しかった項目



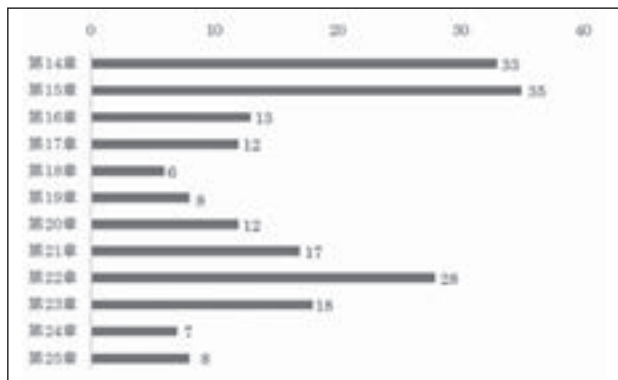
講演Ⅱでは第2章新生物、第6章精神、行動または精神発達の障害が挙げられた。次いで第4章免疫系、第8章神経系疾患、第5章内分泌、栄養または代謝疾患が挙げられた。（表8）

表8 講演Ⅱ 理解が難しかった章



講演Ⅲでは第14章 皮膚の疾患、第15章 筋骨格系または結合組織の疾患、第22章 損傷、中毒またはその他の外因の影響、第23章 傷病または死亡の外因の順で理解が難しかったと回答された。（表9）

表9 講演Ⅲ 理解が難しかった章



## 2-4. ICD-11全体に対する意見

- ・ICD-11はコードの成り立ちの原則がわかりにくい。エクステンションコードの仕組みや並び順などがわからない。すなわちそれぞれのコードの選択順位などがわからない。
- ・ICD-11はコードが長すぎて確認が難しく、コード自体を覚えることは困難で実用性に乏しい感がある。
- ・ICD-11によるコードは複雑で、統計処理に問題を生じないか心配である。
- ・ICD-11ではコードも複雑だが、病名を付与する際の高度な知識が必要になると思われる。診療情報管理士に医師と同等の疾患に関する知識が必要で、かつ医師も患者の状態がわかるような診療録を記載することが求められる。
- ・ブラウザ検索機能が電カル検索でも使えないと現場としては使用できない。カルテ改修も必要かと思われる。
- ・DPCコーディングや病名マスター、がん登録との関係はどうなるのが疑問であり心配である。
- ・新生物の分類が組織型をもとにされるが、臨床では患者が退院してからコーディングすることになり、迅速性が失われるのが心配。

## 2-5. 今回の研修についての感想

- ・研修会ではICD-11の詳細が聞けて有意義であった。今回受講できていない診療情報管理士も多く、さらに繰り返し研修会を希望する。できれば

時間をかけてほしい。

- ・コーディングのためのドリルブック、練習用テキストが必要である。
- ・教材と、スライドの内容が異なっていたので改善してほしい。
- ・E-learningツールを作成して配布してほしい。章ごとに分けた詳細なものがあるとよい。
- ・2022年のICD-11発効までにレベルを少しずつ上げて研修会を複数回開催してほしい。

## 【先進国における疾病統計に係る情報分析】

### I-1. オーストラリアにおける疾病統計についてのインタビュー<3M社>

日時：2019年7月23日（火）14：00～17：00

場所：オーストラリア、シドニー 3M社

情報提供者：Ms. Jennie Barker（Clinical Support Specialist (HIM)）

Ms. Katrina Gins（Clinical Solutions Specialist）

調査者：末永裕之、横堀由喜子

### 1. オーストラリアの病院と疾病統計

オーストラリアでは公立病院は大病院が多く、私立病院は都市に集中している。州は連邦政府と協定を結んでいて、コード化された疾病データを州から連邦へ提出することが義務化されている。協定は2007年に改訂され、その際にアクティビティーベースドファンディング（ABF Activity Based Funding）が紹介された。さらに2011年に協定改訂があった。また、1960年代にナショナルミニマムデータセット（NMBS）が作られ、使用されてきている。

#### ※ナショナルミニマムデータセット（NMBS）

とは、全国レベルで収集される、標準化された健康状態等の最小評価項目のセットツールである。強制的な情報収集と報告によって、国家規模の統一されたデータベースが構築され、これに他の機関やサービスプロバイダーが追加情報を付加し様々な情報活用が展開されている。内容はそれぞれ

れ異なるが、主にオーストラリア、ニュージーランド、アメリカ合衆国において活用されている。

今回、オーストラリアのNMDSについての概要を報告する。

---

オーストラリア政府 厚生省 健康部門ミニマムデータセット項目の例

- 入院患者ケア
  - 入院に至る経過
  - 臨床介入
  - 検査結果
  - 診断
  - 計画的予定手術
  - 急性期ケア
    - ◇ 陣痛管理
    - ◇ 疾病治癒または創傷の治療
    - ◇ 手術
    - ◇ 疾病または創傷の症状緩和（緩和ケアを除く）
    - ◇ 疾病または創傷の重症度軽減
    - ◇ 生命または正常生活機能を脅かしたりする疾病および／または創傷の悪化および／または合併症の防御
    - ◇ 診断または治療行為
  - 地理的因子
    - ◇ オーストラリア標準地理分類
    - ◇ オーストラリア統計地理基準
    - ◇ 行政区域
    - ◇ 選挙権の有無
    - ◇ 交通の便、距離指標（ARIA）
    - ◇ 地方、遠隔地、大都市圏分類（RRMA）
  - 病院の境界：住居および食事を受給しているが病院での治療が受けられない人
  - 在宅医療
  - 集中治療室
  - 出産
  - 新生児（生後28日未満児）
  - 新生児条件の状態

- 死後臓器提供
- 居住ケア
- 居住精神保健ケア
- 一日入院患者
- 治療終了：統計処理

- アルコールおよび他の薬物治療
- 公共精神保健ケア
- 予定手術待機期間
- 政府の医療費
- 地域病院ネットワーク／公的病院設立
- 精神保健設立
- 非入院患者ケア病院集合体
- 入院患者救急部門のケア
- 周産期
- 公共歯科待機期間
- 放射線治療待機期間
- 住宅精神保健ケア

2019年1月1日から分類（ICD10AMとDRG）の担当が、NCCH（National Centre for Classification in Health：国立保健医療分類センター）からIHPA（Independent Hospital Pricing Authority）へ移管された。

それまで、IHPAがNCCHと契約し、ICDの管理を委託していたが、それをIHPAに戻したことになる。病院には中央政府と州政府から財源が出ていて、IHPAがコスト比重を決めている。患者の医療費は、一部は中央政府が、またもう一部は州政府が払っている。算定方法はコスト比重を使っている。

## 2. 疾病データの流れと提出方法

公立病院、私立病院では、入院、外来、救急データをミニマムデータセットとしてIHPAとAIHW（Australian Institute of Health and Welfare）に提出される。（図1）このデータは同一のものと考えられる。

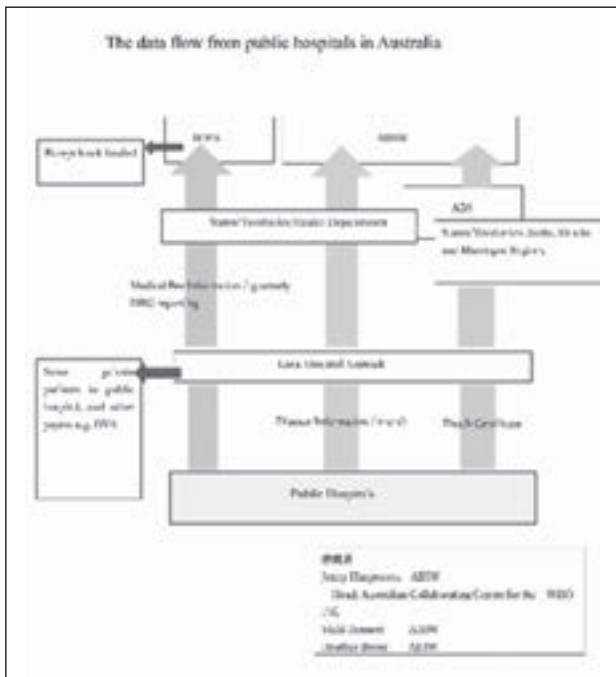


図 1-1

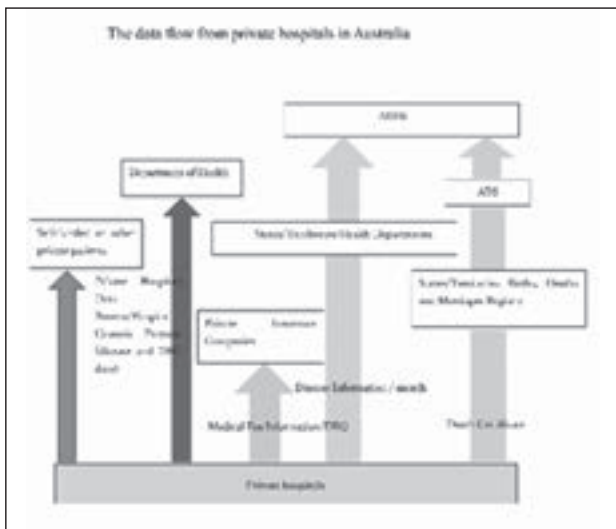


図 1-2

ミニマムデータセットの中身はリハビリ、介護等は、通常の病院とは内容が異なるものである。また、GP (General Practitioner) 用のミニマムデータセットは存在せずごく簡単なデータが連邦政府にあげられるようになっている。

死因データは、死亡診断書によって州を通し、ABS (Australian Bureau of Statistics) から AIHW に提出される。

提出は毎月一定の期限があり電子データで提出することになっている。各病院からオンラインで州の

サーバーにデータが送られ巨大なデータウェアハウス (サーバー) に集められる。州はデータを目的に応じて抽出し、別のデータウェアハウスに送ることもしている。

提出されたデータは州政府が見直し、疑問点がある場合は、病院に問い合わせを行い必要に応じて修正する。政府は病院に修正を求める権限があり、病院からも気づいた場合には、いつでも修正を届けることができる。修正の期限は、州によって様々となっている。

### 3. 情報の保護と質

情報は暗号化され、州政府の内部で保護され外部からのアクセスは遮断され、データアクセスは申請性で許可された特定の人に限られる。データの質については、州政府が責任を担っている。つまり AIHW に出す前に、正確なデータを出すという点で州政府は責任を負っている。

3M のコーディングシステムは、編集機能があり、間違ったコーディングがあれば、システムが警告を出す。もしコーダーが警告を無視しても後からさかのぼって修正することができるようになっている。それぞれ州によって基準が異なっており、3M のシステムは、州ごとの差異には対応していないため、基準的な編集対応となる。例えば、ある年齢や性別の人がありえない疾患にかかったというデータ、骨折した患者でその骨折原因が入力されたりした場合、オーストラリアのコーディングルールにあっていない場合等にエラーを出したりする。州によって違いはあるが、ある州では DRG の透明性を高めるため、各病院が出したデータを比べ、この各病院のデータの精度を比較し、病院データの透明性を求めている。また、その医療のパフォーマンスに関しては、州から上がってきたデータを連邦政府がウェブサイト上で公表している場合もある。

### 4. 疾病統計のシステム

昨年度の病院調査では、3M は私立病院対象で、



サーナー（Cerner）は公立病院対象のシステムとの情報であった。今回、3M社では、「コーディングとグルーピングのシステム」を提供し、サーナー社ではコーディングとグルーピングのシステムには関わらず、「患者管理システム（性別、年齢などの情報、担当医やどういった診療が行われたか）」および「電子カルテ」を提供していることがわかった。両システム共に公立病院にも私立病院にも使われている。「管理システム」や「電子カルテシステム」については、他の様々な会社も進出している。オーストラリアでは、DXC（以前はCSC）が最も大手の会社で、3Mの「コーディングとグルーピングのシステム」は他の企業の管理システムと共通して使うことができる。

3M社では、分類が2年ごとに改訂されるため、その準備としてソフトに対応させる編集作業に対応することが必要で仕様書は6か月前に提出される。また3Mのシステムは、それ以外にも年に4回ソフトウェアをアップデートしている。病院システムのソフトウェアの改訂やアップデートは、WEBベースで行われ、その費用は年間ライセンス料を払う形で行われている（アイフォンのアップデートのようなもの）。システム自体は、病院内でダウンロードして使用することができる。

## 5. オーストラリアの診療情報管理士から見た問題点

医師の診療記録への記載が不十分であることが一番大きな問題である。例えば貧血の例で、「ヘモグロビン値が低い」と記載された場合にコーダーは勝手にそれを「貧血」と判断することはできず、医師に相談するべきだがコーダーと医師とは十分なコミュニケーションができないのが現状である。また、国レベルで医師に正確な記載を求める教育がなされていないこと、学生やインターン生への診療記録記載の教育が不十分であることや紙カルテから電子カルテになったことで年配の医師は、電子カルテで記録を十分に利用できない実情がある。オースト

ラリアでは私立病院では電子カルテはまだあまり普及していないが、公立病院では導入が進んでおり、特に最近の1年間でかなり電子カルテ化がすすんだ。電子カルテの問題点として、スペルミス、コピーアンドペーストの横行、入力内容の簡略化などの問題が挙げられた。また医師が、入院か外来かを忘れ、間違った患者にデータを入力するという誤入力もある。これらは本邦でも見られることである。

米国から始まったものとして、「クリニカル ドキュメンテーション スペシャリスト」という新しい仕事が生きている。これは看護師が医師と診療情報管理士との間に入り橋渡しする専門職である。コーダーが医師への問い合わせに躊躇することがあるが、看護師は医療に関してより医師に近くこの業務を担うことができる。

オーストラリアの診療情報管理士には、自分たちの職業がなくなるのではと不安を持って働いている人もいるが、スペシャリストが増えれば、診療情報管理士業務の価値に医師が気づくという良い面もある。オーストラリアでも若い人（高校生等）に診療情報管理士についての認識が低い傾向がある。また、オーストラリアでは診療情報管理士の認定制度はなく、大学卒業の学位が必要である。HIMAA（The Health Information Management Association of Australia Limited）が検定制度を持っているが必須ではない。このように資格の社会的保証がないことも問題とされている。日本の診療情報管理士と類似している。

## 6. その他

・オーストラリアではデータの標準化が進み病院のデータ収集が容易になっている。3Mはそういった共通のプラットフォームを有しておりシステムを作ることができる。過去には州によってかなり違っていたが、標準化によって取るべきデータが集められるようになった。特に2011年ナショナル アクティビティーベースド ファンディング（ABF）の切り替えが行われ、標準化が進み、オー

バーコーディング（アップコーディング）を防ぐことができるようになっている。



オーストラリア 3M 社・調査会議風景

## 7. ICD-11の導入

AIHWの話では、オーストラリアでは2024年まではおそらく導入されないようである。また、オーストラリアがWHO版のICD-11を使うかは疑問で「ICD-11-AM」を使用する話も上がっている。

### I - 2. オーストラリアにおける疾病統計についてのインタビュー<AIHW>

日時：2019年7月24日（水）14：00～17：00

場所：オーストラリア、キャンベラ、AIHW（Australian Institute of Health and Welfare／オーストラリア国立保健福祉研究所）

情報提供者：Jenny Hargreaves（Head, Australian Collaborating Centre for the WHO-FIC/Australian Institute of Health and Welfare）

Brett Henderson（Australian Institute of Health and Welfare）

Mardi Ellis（Australian Institute of Health and Welfare）

調査者：末永裕之、横堀由喜子

### 1. 歴史

医療疾病に関するデータは1980年代後半に統計局の方で収集がなされていたが、その後、1987年オーストラリア保健福祉法に基づいて設立されたオース

トラリア政府の法的機関AIHW（Australian Institute of Health and Welfare）（1987年設立）が設立された。AIHWは隔年でオーストラリアの健康と福祉に関するレポートを公表している。2016年にはAIHWはNational Hospital Performance Authority（国立病院パフォーマンス局）が合併した。国レベルの病院の疾病データ収集は1993年から始まり、電子カルテが始まる前にこういった統計をとろうとする動きがあり、国の協定（全国診療情報協定National Health Information Agreement 1994年10月1日締結）に基づいて、公立、私立病院のデータ収集が開始された。以後1990年代は基本的にこの流れで進み、この協定に沿って病院からデータを集め、州政府、そして連邦政府が関わりあいながら、病院、医療への財源分配が決められてきた。2012年にはDRGが公立病院に導入され、さらにに疾病データの収集が進んできた。

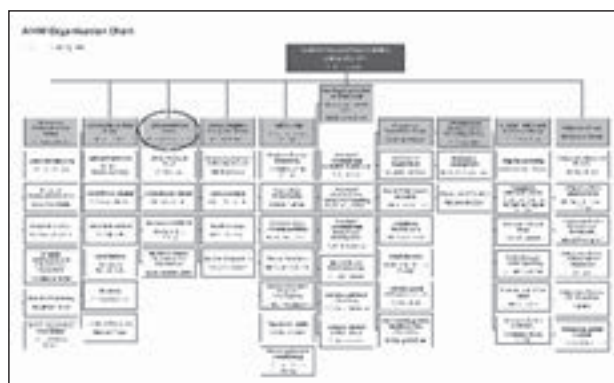


図2 AIHW 組織図

### 2. 病院データの提出に対する罰則

公的病院は病院データの提出は財源に関わってくるため、提出を必須となっている。私立病院でも病院データの提出は州の許認可に関係している。提出の程度は州により異なるが、基本的にデータは提出しなければならない。ただし、病院の中には特殊な専門病院や小規模な病院ではABF（Activity Based Funding）を使っていない病院がある。このような病院では州政府の財源によらない運営がされていることからデータ提出に結びついていないところもある。

2012年のDRG導入は、医療費の縮小、適正化というよりは、実際の医療活動を基にした診療報酬・病院運営の財源を与える公正性が大きな目的だとされている。

### 3. データの流れ

公的病院、私的病院からのデータの流れを示す(図)。基本的にミニマムデータセットで、州を通してAIHWに提出される。また、地域病院のネットワークがあり、複数の病院をまとめたものとして、各病院からのデータが集約され、そのうえで州政府へ提出される。

死因データは、病院からABS (Australian Bureau of Statistics) に直接データが集まるのではなく、州政府の登録機関(結婚、出産、死亡など)に死亡届けが提出され、そのデータがABSに流れる。

公的病院では診療データはIHPA (Independent Hospital Pricing Authority) へ提出られるが、私立病院のデータはIHPAには提出されず、民間の保険会社に提出され医療費請求がされる。IHPAは政府の組織であって、公立限定である。

### 4. ミニマムデータセット、データの内容と質

病院が出すミニマムデータセットの内容は、若干の違いはあるが公立病院、私立病院ともに同様のデータ構成となっている。

ミニマムデータセットは、診療報酬に関わるデータも入っているため、その追加のデータがIHPAにも流れる。IHPAはDRGの精度を高めること、また診療報酬を決めることが業務となる。すなわちIHPA(診療報酬)へのデータは追加的な意味で、急性病院や精神科のデータも集め、DRGを使って診療報酬のデータを集め、診療報酬の価格を決めている。

オーストラリアでは、診療報酬と疾病統計が、同時に集められている。それらの品質においては、両方で確保されてきた。診療報酬目的で疾病統計の質が低下すると危惧されるかもしれないが、国との協

定もあり、また国レベルのメタデータ管理という点で、統計の品質の管理が行われていて、その点ではバランスがとれている。診療報酬に流れていくデータは、一部義務化されている。

政府は、データ収集において病院に負担をかけない施策を行っている。例えば、提出されるデータは標準化され、一度集めたデータは様々な形で利用されることになる。症例ごとに診療報酬と財源が結びついており、データを出さなければ財源が出ないというインセンティブ(動機付け)があり、そのインセンティブを活用してデータが集められ、同じデータを様々な用途に利用している。

### 5. データのアクセス、個人情報

データのアクセスは、病院と州によって違う。というのも、病院の中には20年、30年も前のかかなり古いシステムを使っているところもあり、収集しているデータの内容も違う。一方、ある州ではリアルタイムに移行している。8州あるうちの2州だけであるが、病院で入力されたデータを2,3分後には州のシステムでみることができるということをしている。今後数年間でこういったリアルタイムのデータ収集が進むと思われる。

その方法は色々あるが、今後は病院が入力したデータに直接接続して、入力した時点で州のシステムに表示されることが可能で、すでに一部の州では行われている。

個人情報については、病院と州では、個人が特定できる氏名、住所などが入っているが、ミニマムデータセットには氏名、住所は記載されていない。その代わりに誕生日と大まかな居住地エリアだけ入っている。また、個人情報に関しては、慎重に取り扱われ、住所と氏名が含まれる場合も、AIHWでは他のデータと分別して、分析する人が個人情報を見られないよう配慮している。

国のミニマムデータセットについては、管理プロセスや報告ルールがあり、内部データベースでは、誕生日など個人情報へのアクセス権限は限定されて



いる。また個人情報管理者が管理している。個人情報の侵害の疑いがある場合は、倫理委員会にかけて分析を求めるといった内部組織も設置されている。

AIHWは、法の下でデータの保護、慎重なデータの扱いと管理を行っているため、国民から信頼を得ている。国民は、ウェブからそのいプロセスを確認することができる。

また、内部では、5つの安全原則を設定している。プロジェクト自体の安全を確認し、スタッフは契約書を交わしたうえで勤務、環境、個人情報の保護の在り方、データ自体の安全（個人情報は仕分けして扱う）と出力（承認を必要として安全の確保を行う）を遂行している。

## 6. データの2次利用

他の病院や研究機関からのデータ利用については様々なものがある。

出版物やウェブを用いた発信がなされている。また、データキューブも用意されている。誕生日、入院、医療行為、DRGデータキューブもあり、公立病院の一部データは閲覧可能となっている。閲覧はウェブから申請し、委員会の管理下で行われ、政府機関や医療機関、企業、一般からも利用申請が可能である。データの申請には一定の料金が課せられる。

## 7. データの範囲（広がり）と使用分類

データセットには、様々なセットがある。病院のデータセットに関しては、すべての公立や私立の病院データをカバーしている。入院のデータ、救急病院のデータ、外来患者のデータもある。

介護は別のデータセットがある。介護は管轄である保健省にデータが流れ、そのコピーがAIHWに提供される。

リハビリテーションでのICF使用については、まだ使用されていない。ICFは大学の研究のみ（数年前の州政府情報）。救急と疾病データでは、ICD-10とICHIが使用されている。

## 8. 関係機関とのコミュニケーション

AIHWは、州やプライマリーサプライヤーなどと緊密にコミュニケーションが図られている。毎年7～8の委員会があり、州政府も参加している。委員会では問題情報が共有され吟味され、データの質に関する州への助言や、病院データから当該地域の状況についての検討結果の報告などを行っている。

## 9. オーストラリアのICD-11

オーストラリアでは、ICD-11に対する対応は関係者間で協議が開始されたばかりあり、その詳細は決定されていない状態でICD-11について理解を高めるとい状況にある。有識者の意見として、ICD-11の教育問題、現在の病院システムとの統合、電子カルテとの関連付けなどの問題が指摘されている。ICD-11の導入コストの問題、ICD-11では自動コーディングがよりすすみ、コーダーがコードをしなくなるという懸念も挙げられている。

具体的な導入スケジュールもない状況。おそらく2年後ぐらいまでで、意思決定され、その後段階的に普及させていく予定と思われる。

## 10. その他

疾病統計や病院データは貴重で特にデータセットは国家的な資産としての価値がある。これらのデータは様々な人や機関により活用されている。また統計の観点からもデータの重要性がわかる。地域社会経済においても、消費者に対する情報を与えるうえでも重要である。医療の質のためのデータ提供にも対応が可能である。

ICD-11の中には疾病データクオリティーのデータコレクションが入っている。今後とも医療の質と安全についても人々の役に立つようなデータの提供が可能となると考えられる。

疾病統計、診療報酬データの質を確保しながら、同一データで処理することで、病院の負担を減らすことができる。ICD-11の利用においても1つのデータソースから様々な用途に用いることで、効率をよ



りよくすることが期待される。

#### <参考>

##### 1. オーストラリア

6つの州と2つのその他の特別地域（首都特別地域ACT、北部準州NT）にわかれている。

##### 2. オーストラリアの医療システムは混合診療

- ・公立病院の公立患者は無料
- ・公立病院のプライベート患者（医師指名）、私立病院、専門医は自費。自費の分を民間保険会社加入の場合は民間保険会社が支払う。
- ・私立病院には政府からの補助金は入っていない（1987年廃止）

3. Activity Based Funding（ABF）とは、病院に資金を提供する方法。病院がより多くの患者を治療する場合、より多くの資金を受け取る。

2011年8月に連邦政府とすべての州および準州によって署名された国民健康改革協定は、ABFを使用して公立病院に資金を提供するとして結ばれた。

-IHPAサイトより

4. ブロック資金は、公立病院での教育、トレーニング、研究および公衆衛生プログラムをサポートする。また特に小規模な地方病院や地域病院では、ブロック資金がより適切な特定の公立病院サービスにも使用される。

(IHPAサイトより)



オーストラリア 国立保健福祉研究所

#### II - 1. カナダにおける保健医療統計についてのインタビュー<CIHI>

情報提供者：Keith Denny ; Director ; Canadian Institute of Health Information : CIHI（カナダ保健情報センター）

##### 1. 病院統計

1994年の設立以来、死亡統計はCIHIが所管しているが、それより以前はカナダ統計局が行っていた。

1931年から病院年次報告制度が実施され、全国の間院から患者数その他に関する情報の収集が始まったが、当初は診断名等の情報は含まれておらず、患者数その他、主として管理運営に係る情報のみであったが、1950年代から結核、伝染疾患などに係る情報が集められるようになり、1960年代から6つの州で病院での疾病統計が収集されるようになり、やがて全州からの報告システムが整備され全国病院報告システムが完備された。

1980年代からカナダ統計局でカナダ全国の病院疾病統計が作成されるようになったが、未だ不完全な部分があった。

また1970年代から病院での退院時抄録の登録が始まり、病院退院時サマリーデータベースとして整備された。

1994年CIHIの設立以降はこのセンターがこれらを統括し、病院疾病データベース、退院時サマリーデータベースの両者をHospital Morbidity Database

として、カナダ国内全病院における保健医療の内容を把握している。

これらの報告にはICD-10-CA（ICD10カナダ版）が使用され、各病院からCIHIへの報告は全例オンラインで行われる。

患者情報は基本的に完全に匿名化され、名前等の個人情報に含まれず、生年月日、郵便コード等を含む情報が処理され、厳重なセキュリティが確保されている。

以上の通り、病院における疾病統計については、非常に優れた体制がとられており、各種データベースへのアクセスを含めて極めて充実している。

## 2. 外来診療・救急医療

病院外来および救急部門における医療に係る情報は、同じく全国の施設からNational Ambulatory Care Reporting System；全国救急ケア報告制度を用いてCIHIで集計している。

また外来患者については、生活機能の評価に係るデータベースが作成されており、特に身体障害のある者についてはInterRAI方式を用いたデータが蓄積されている。データの報告は同じくオンラインでなされるが、その方式は未だ完全に統一されておらず、CIHI内での処理が必要な状況である。

## 3. プライマリ・ケア統計

全国の診療所・クリニックにおける医療に係る統計は、基本的に各州で行われており、その内容等に関しては州により差がある。

CIHIでは各州から提供されたデータの集計を行っているが、未だに全容を把握するものではなく、これからの課題である。

報告の方法、頻度などについても各州により異なり統一されていない。

診断名等については、診療報酬請求がICD-9に基づく診断群分類包括評価方法が用いられているのに伴い、基本的にICD-9が使用されているなどの要

因により、包括的な統計は不完全である。



カナダ インタビュー風景①< CIHI >

## II - 2. カナダにおける疾病統計についてのインタビュー<CHIMA>

日時：2019年11月18日（月）15：00～16：00

場所：UAE、ドバイ（第19回IFHIMA国際大会会場内）

情報提供者：Ms. Marci Macdonald（Canadian Health Information Management Association（CHIMA）／カナダ診療情報管理士協会代表、IFHIMA会長）

調査者：横堀由喜子

マーシー・マクドナルド氏は、カナダの診療情報管理士協会を代表し、世界診療情報管理連盟（IFHIMA/International Federation of Health Information Management Associations）のナショナルディレクターとしてIFHIMAの会長（インタビュー時）を務めた。カナダの診療情報管理士の立場でカナダの疾病統計についてインタビューを行った。

カナダでは、疾病統計において、政府、病院、診療情報管理士（協会）の間で良いコミュニケーションがとれており、国際的に見ても良いデータ収集ができていていると考える。

カナダでは、オーストラリアと同様に診療報酬と疾病統計において完全に分かれて別々にデータを収集している。

カナダでは、基本的に死亡統計と疾病統計は1つのデータとして集めており、その大きなデータソースに対して並べ替えはしていない。臨床の記録からすべてのデータを集め、そのデータを診療報酬に使っている。

医療保険制度は、すべてのカナダ市民をカバーす

るフリーソーシャルケアシステム（無料公的保険システム）があり、アメリカや他の国の医療保険制度とは異なる。

カナダでは、13の独立したプロヴィンス（カナダでは10のプロヴィンスと3の準州に分かれており、医療制度はプロヴィンスが運営している。保険適用の範囲はプロヴィンスとプロヴィンスの医師会の交渉で決まっており、保険適用の範囲はプロヴィンスごとによりかなり違いがある。歯科診療を保険適用としないプロヴィンスが多い。オンタリオ州<マクドナルド氏の州>では2004年から15年ぶりに医療保険料を徴収するようになり医療保険料は年間所得に応じて決定された。医療保険料を課すプロヴィンスは他にアルバータ、ブリティッシュコロンビア）があり、プロヴィンスはどのデータを集めるかを決定することができ、連邦政府はモニタリングを行っている。プロヴィンスがなんらかの違反をすると連邦はプロヴィンスへの医療補助金を減額する。例えば、オンタリオ州では、1990年代において、入院患者のみのデータしか集めていなかった。つまりデータ収集は、入院患者のデータ収集から始まっており、これは政府から費用が出て集めていた。ICD-9を使っていた時代である。

1990年代になると政府は、毎日の診断統計をすべて把握するため、急性期病院の手術データも集めるようになる。救急外来科を通じた救急病院のデータセットである。各プロヴィンスは入院、Surgical Day Care（手術デイケア）、Emergency（救急）の毎日すべての患者データを集めている。Surgical Day Careは、手術するよう登録された患者の部門であり、患者によっては入院患者になったり、手術した日に家に戻る外来患者であったりする。

すべてのプロヴィンスは、毎日すべての患者データをすべての病院から集める。したがって、カナダでは診療情報管理士の数が多い。診療情報管理士の数が多いから毎日のデータが取れるとも言える。しかし、今、カナダでは診療情報管理士が不足している。病院ごとに40人から60人のコーダーがいて、1

つのプロヴィンスには約5,000から6,000人のコーダーがいると考えられている。これらのコーダーは、CHIMA（カナダ診療情報管理士協会／Canadian Health Information Management Association）が認定しており、病院はCHIMA認定のコーダーしか採用しない。カナダでは、診療情報管理士とコーダーの区別はなく、全て教育を受けた診療情報管理士である。CHIMAが診療情報管理士の教育機関であり、すべての診療情報管理士は標準教育機関で教育を受けて認定を受けている。教育を受けた者は、CHIMAの認定試験に合格しなければならない。

認定試験に合格しないと採用されないのは、政府が働きかけて合格していない人を採用しないようにしているためであり、法律があるわけではない。保健省は、診療情報管理士の採用について政策的に指示をしているが、病院が主体となって、採用を規制している。

カナダでは、診療情報管理士の職業が若い人たちにも認知されており、職種として人気があると言える。カナダの診療情報管理士（職業）は、コーダーや診療情報管理だけでなく、データ分析官、情報発信、プライバシー、decision support（意思決定のサポート）にも関わっている。修士課程や博士課程に進学し、好きなレベルに進むことができる。

decision support決定のサポートの業務は、若い人々が働くのに特に人気のある部署であり、病院において、診療計画、測定、政府への報告等を行っている。例えば、疾病データを政府に出して、資金を政府から病院側にどう出してゆくかの決定は、診療情報管理士が出すデータに基づいて行われる。

そのような中、コーディングはとても重要で、データがきちんと出されているかが一番懸念されることになる。病院の中では、監査があり、病院が間違ったデータを出して報酬を得ないように、きちんと監査されるようになっている。政府は病院を監視し、診療報酬を多く得ることのないように見張っている。



カナダでは、開業医（small clinic）からのデータも、高度なレベルのコーディングのデータセットが、すべてのプロヴィンスで標準化されている。またそれぞれのプロヴィンスによって集めるデータが違ふ。例えばオンタリオ州では、患者データセットがあり、透析のデータと化学療法のデータをとらなければならない。このようにプロヴィンスによって新しい規則を作ることがあるので、よりコーダーが必要になってきている。

データ提出の内容が変更されると、病院のシステムを変え、診療情報管理士への教育をしなくてはならず、またそれには費用もかかり、それに対するストレス、特に診療情報管理士の管理職には大きなストレスはある。

カナダでもオーストラリアと同様に「データセット」があり、CIHIが全国レベルのデータを収集している。データはプロヴィンスにも、CIHIにも行っている。

データの流はCIHI→プロヴィンス保健省という流れ。（図3）



図3 データの流れ図

例えば、保健省でガンの新しい治療の情報、化学療法についてのデータが欲しい場合、CIHIにそのためのデータセットを作るように問い合わせ、プロヴィンスの保健省は、CIHIと緊密に連絡を取りながら対応し、また病院は保健省のニーズとCIHIのニーズを満たすように機敏に動いている。

開業医からのデータは、CIHIには送っていない。現在、どうすべきか大きな議論の争点になっているところである。しかし、開業医は、診療報酬を受けるため、政府の保健省にBilling code（請求コード）を提出しなければならない、それを見れば、ある程度の情報がわかる。各プロヴィンスには、病院システムとは違った独立した大きな請求コードシステムがあり、請求コードがプロヴィンスの保健省に行き、プロヴィンスの保健省から開業医に診療報酬が支払われている。開業医がCIHIにデータを送るべきかいつも議論されているが、実施するとしたら、費用が高くかかるため行われていないのが現状である。アメリカではICD-10CMを使用して開業医のデータも収集されているが、カナダでは行っていない。

開業医の下で、診療報酬のデータ管理をするために働いている診療情報管理士もいる。刑務所の健康情報記録を取り扱ったり、動物病院で働いたり（猫やウサギの記録をとるために動物病院ではHIMも採用）と、カナダの診療情報管理士は多様性のある職業となっている。つまり診療情報管理士の業務は応用が利く仕事といえる。

CIHIAは、1949年設立の国の機関）である。CIHMAは、診療情報管理士のカリキュラムの標準化、大学の認定（1972年に連邦政府より設立許可された）、教育機関から卒業した後の認定試験の管理などを行っている。

#### ・疾病統計をCIHIに送る方法とセキュリティー

CIHIが認定したプログラムを使ってデータを送っている。CIHIが認めたベンダー（ソフトウェア会社）が作ったプログラムであり、どこへでも販売をされているものではない。WHOからカナダに要請があり、CIHIがその要請を受け、カナダでこういった形で実施するかを決定している。CIHIがすべてをコントロールしている。

CIHIがソフトを作っているのではなく、ベンダーの認定を行っている。IHIが認定したソフトウェア



会社で作ったソフトで、すべて電子化されている。これを「電子アブストラクト」と言う。

ソフトウェア会社がCIHIの仕様に合わせてソフトを開発し、コーダーはそれを使ってコーディングする。期限までにコーディングされたデータをプロヴィンスの保健省に提出しなければならない。例えば、女性の病気なのに男性のデータになっていたら、ソフト側でエラーや警告をだす。そういったCIHIの仕様に合っているかの確認、編集作業が数百ある。データが集められた後に、およそ1つの病院に1～2名の診療情報管理士の管理者（マネージャー）がおり、彼らがすべてのコーディングデータをソフトウェアに出している。

コーダーがデータを入力し、電子アブストラクトを通して病院のデータベースに行き、クリーンなデータがCIHIに流れる。もちろんコーダーが入力する際にもエラー表示されて編集される。その後、CIHIからプロヴィンスの保健省にデータが流れ、プロヴィンスの保健省はそのデータを活用している。オンタリオ州では、病院建設資金のデザインを描くのにも活用されている。プロヴィンスの保健省の病院建設について、例えばどこに建設するか、規模をどうするかなどは他のデータも見るが、CIHIからのデータを一番よくみて決定されている。例えば、看護師の手洗いスタディーについて、この手洗い率が低いと予算が下げられる。感染管理ということで、病棟に出入りするときに手洗いをしなくてはならないが、政府がこういった統計も出すよう求めている。様々な情報、たとえば事故の数なども求められている。重症患者が多い病院ほど、そこに資金が流れることになる。

データの種類は膨大。CIHIに提出されるデータ以外もある。たとえば手洗い率のデータなどもCIHI以外である。

各病院におけるデータの管理部署は各病院によって異なる。例えば、意思決定部門、政府関係の統計部門、診療情報管理部門、臨床データコーディング

部門、データ提出管理部門などいろいろある。病院によってはこれらの部門が一緒になっているところもある。

#### 課題

カナダでは、保健省のデータ提出の期限を厳守する努力が常に必要となる。そのために前述のとおり、診療情報管理士が不足していることがカナダの課題となっている。また、そのための病院の雇用の予算、診療情報管理士の育成の予算も限られている。診療情報管理士不足により、提出期限を守るため、残業も増え、ストレスが現場にあることが大きな問題となっている。

#### 教育機関

大学の入学者数が多い。教育を受けた学生がインターンとして働きたいと要請があったら、その都度病院は受け入れている。医療分野で働きたいけど、医師にはなりたくないという生徒には、診療情報管理士はとてもいい職業となっている。

#### 医師と診療情報管理士のコミュニケーション

病院によって異なるが良いコミュニケーションは取れている。コーディング会議に医師が参加して、実際にコードをみてもらうこともできる。すべてのデータはICDで電子化されており、お互いチェックしたりしている。しかし、長い間、診療情報管理士は単に記録係にみられていた頃もあった。保健省がコードデータをグローバル予算として構成するようになり、ヘルスケアシステムにスポットライトが当たるようになった。

以前は、カナダの診療情報管理士の立場は低かったが、HIMのコーディングしたデータをもとに病院の予算が決まるようになり、ヘルスケアシステムにスポットライトがあたるようになり、診療情報管理士の立場はよくなってきた。以前は診療情報管理士のデータは研究にしか使われていなかった。診療情報管理士の存在が社会的に知られていなかった

が、データが病院の財源として使用されるようになり、職業として認知されるようになり長い期間がかかって立場も良くなった。およそ40年間以上はかかっただろう。



カナダ インタビュー風景②< CHIMA >

## D. 考 察

### 【ICD-11に係わる研究】

理解が困難であった章についての意見は様々だったが、各章の概要を含めまとめると次のようなものが挙げられた。

#### 「難解章における概要および意見」

講演Ⅰ 講演Ⅰにおける難解章上位3章はX章、V章、第26章であった。

X章：エクステンションコードを付与することで、病態がより詳細になることは理解されるが、どのような項目を選択すべきか優先度、順番、どの程度までを記載すべきかがわからない。具体的な選択ルールがほしい。

V章：ICFの理解と実使用への誘導との面から導入されたと理解されるが、ICF 自体の理解が参加者の多くは理解できていない。またV章のコードを他のコードとどのように使用するのが不明。

第26章：東洋医学自体の理解がほとんどない診療情報管理士が多いなかで、第26章をどのように使用できるのか疑問である。第26章を使用できる東洋医学の最低限の知識について知りたい。

講演Ⅱ 講演Ⅱにおける難解章上位3章は第6章、第2章、第8章であった。第1～13章の中で大きく変化したのは、第2章 新生物、第4章 免疫疾患（新設章）、第6章 精神・行動又は神経発達の障害、第7章 睡眠・覚醒障害（新設章）、第8章 神経系の疾患である。

第6章：精神、行動又は神経発達の障害では、DSM-5病名・用語翻訳ガイドライン2014年版を基とした病名変更が大きい。

元来精神疾患に関する知識が高くない状況であることもあるが、病名自体が大きく変貌したことから、新たに学習する必要があると感じたとの意見が多かった。また、この変化に医療現場で十分に対応できるのか、また、ICD-11の本邦における実用化の際に対応が円滑にできるのかが心配。

第2章：新生物では、分類軸が解剖軸（ICD-10）から、組織型（ICD-11）に統一された。また遺伝子レベルでの分類が加わった。

解剖部位分類から病理学的分類が重要視されているようであり、より深い知識を必要とする。遺伝子項目の理解が難しい。またICD-O 3との関係はどうなるのか。

第8章：神経系の疾患では、脳血管疾患が、ICD-10の「循環器系の疾患」から、この章に移動した。一過性脳虚血発作は、「脳血管疾患」の下で、この「神経系疾患」に設定された。

ICD-11ではICD-10に比べ大幅な再構築がなされたこともあり、難解であったのかもしれない。章をまたぐsecondary parentの概念が難しいという意見があった。また、実際のコーディング例が欲しかった。その他の章について：

第4章：免疫疾患は新設章で、白血球系統の免疫系障害が「血液疾患」の章から移動、全身性結合織障害が「筋骨格系および結合織の疾患」の章から移動、外傷・外因の薬物、昆虫等のアレルギー、臓器移植障害を骨格として成立している。

第7章：睡眠・覚醒障害は新設章で、睡眠障害国際分類第3版（ICSD-3）の構成と概ね同じであり、

ICD-10の各章からの移動によって新設された。

講演Ⅲ 講演Ⅲにおける難解章上位3章は第15章、第14章、第22章であった。

第15章：筋骨格系は解剖が他章よりも難しい、さらに複数の情報をコーディングする必要がある疾患が多いので、難しく感じた。本章ではエクステンションコードを付ける項目が多くなることが予想される。その際の選択順位、数などの選択が不安。

エクステンションコードの付与により、詳細部位、診断方法、受傷機転なども表現可能となった。今回の講演で取えてその多様性を示したため、どこまで付与しなければならないのか、診療情報管理士の不安が現れたものと考えられる。今後、どうあるべきかの議論が盛り上がることを期待している。

第14章：ICD-10において、診療情報管理士が医師への説明に最も苦勞している領域のひとつ。ICD-11では大幅な再編がなされ、米・英・独の皮膚科学用語を融合したと謳われているが、その評価は専門科によっても分かれる。診療情報管理士の懸念が現れている。

分類が詳細になっているが、一般的な皮膚科臨床に使用し難い分類となっている。皮膚科疾患は原因が変化する場合もあり、そのようなものをどのように分類するのが疑問。

第22章：エクステンションコードの付与で明示しなければならないので、どこまで詳細に表現するかによってはコードがかなり膨大になるのではないかと思った。

この章もエクステンションによる詳細化が改訂の中心にある。また、「外傷の5桁目」である開放／閉鎖がエクステンション化されたことも特筆される。更に、第23章（傷病及び死亡の外因）のコードが、ブラウザ上にポストコーディネーションとして自動表示されることも注目に値する。こうした詳細化は、結果として長いコーディングを生むため、診療情報管理士にとっては衝撃的であったと感じられた。

全体を通して：ICD-11普及への基盤整備としては、長いクラスターコーディングを言語に逆翻訳するシステムが必要と考えられる。また、ICD-11ブラウザの問題（open/closeが骨折にしか適応できない、スラッシュでつないだシステムコードにエクステンションコードを振れない等）の解決、ICD-11のバグ修正も必要である。

診療情報管理士教育では、ICD-11タビュレーションの周知も必要であるが、リファレンスガイドの周知（ポストコーディネーションの理解など）も喫緊の課題であると思われた。

## 【先進国における疾病統計に係る情報分析】

### I. オーストラリア

#### A. 入院疾病統計

オーストラリアの医療体制は基本的に混合診療であり、公費診療（無料）を行う公立病院と、民間保険（私費）による診療を行う私立病院が存在するが、これら両者を含めて全国すべての病院からの疾病データはミニマムデータセットを使用して各州に提出され、Australian Institute of Health and Welfare（オーストラリア国立保健福祉研究所：AIHW）において、国の協定（全国診療情報協定；National Health Information Agreement）に基づいて集計される。データ提出は、公的病院にはその財源に関連し、私立病院にとっては州の許認可に関連する為、事実上義務化されており、したがってAIHWは全国のすべての病院の診療内容が把握できる仕組みになっている。

ミニマムデータセットは基本的に疾病統計のために作成されており、データの収集は診療報酬のためではないが、部分的に診療報酬に係る部分があり、情報の一部はIHPA（Independent Hospital Pricing Authority）に提出され、診療報酬の価格決定に利用される。したがって、ミニマムデータセットに含まれる情報は、医学・保健学的にみて非常に精度の高いものであり、またデータ提出システムにおける個人情報保護、セキュリティなどの面においても最



大限の対策が取られているのは特筆に値する。

各病院から州へのデータ提出に係る方法・システムについては統一はされていないが、いわゆる電子カルテなどの電子化が進みつつあり、情報処理の精緻化、省力化が進められている。日本国内の病院では電子カルテの導入が進み、医療情報システムに診療情報管理が一般化しつつあるが、オーストラリアでは電子化が必ずしも十分でない医療機関においても、疾病統計の基となるデータの収集・提出がしっかり行われている点に感銘を受ける。

AIHWは、疾病データベースの二次利用に係るサービスも提供している。様々な出版物や、ウェブ上のデータ公表の他、各種研究目的等で特定の情報の希望に対して、公共性の面等を考慮した上でデータが提供される。疫学的調査研究、地域医療に係る政策決定等の面で、こうした仕組みはわが国にとって大いに参考になると思われる。

## B. 病院外来・救急部門統計

オーストラリアにおいても、病院外来および救急部門における診療についても、公的病院、市立病院とも、入院患者についてのものと同じミニマムデータセットでのデータ提出が義務付けられている。

診療内容によって、一部異なるデータセットが設定されており、外来通院によるリハビリテーションのためのデータセット等が用意されているということであるが、これらの詳細については十分な調査ができていない。

いずれにしても病院から提出されるミニマムデータセットは、いわゆる入院診療分野のみをカバーするのではなく、病院における多くの医療行為に係る点が注目される。

## C. プライマリ・ケア統計

GP (General practitioner: 総合診療医) による医療に係るミニマムデータセットは用意されておらず、総合的な統計情報は無いようである。一部、簡単なデータが連邦政府により集計されているという

ことであるが、詳細は調査できていない。

## II. カナダ

### A. 入院疾病統計

カナダにおいては、死亡統計を含めた病院診療に関わる疾病統計はCanadian Institute of Health Information (カナダ保健情報センター: CIHI) が、1994年の同センター設立以来、一括して所管しており、全国の病院疾病データベース (National Hospital Morbidity Database; NHMD) として集計・公表されている。これらは、カナダ国内の全病院からオンラインで送られて来る入院診療に関するデータと、全退院患者の退院サマリー (退院時サマリーデータベース; Discharge Abstract Database) から構築されており、入院診療に関わる医学的情報 (疾病の詳細、診療の内容等) に加えて、患者背景 (年齢、居住地等) の情報が網羅されており、また個々の報告に関わる情報の粒度は各病院からCIHIへの報告の段階で高度にコントロールされており、各医療機関内における高度な専門的スキルを持った人材によるチェックに加えて、CIHI内で厳重なチェックがされることから、量質の両面において非常に充実しており、信頼度の高い情報として評価される。

全病院での個々の診療情報は、CIHIに直接オンラインで送られるが、これにはCIHIが認定したベンダーによるプログラムが使用され、CIHIが設定した基準に則っている。個人情報に関する配慮等について厳重な対策が取られており、また全ての医学的情報は、カナダ診療情報管理士協会 (Canadian Health Information Management Association: CHIMA) からの認証を受けた診療情報管理士により処理されている。これについては法的な規定がある訳ではないが、カナダ保健省が各病院に対して診療情報管理についての指導がなされており、事実上、CHIMAの認定を受けた診療情報管理士以外は病院に採用されない。このようにカナダ国内では診療情報管理士の専門的スキルが高く評価され、業務独占的な地位が確保されているのは特筆に値する。



CIHIでは、これらの疾病データベースを基に、各種統計データ（臓器別疾病データその他）を公表しており、これらは広く一般に国民への情報提供のみならず、各プロヴィンスへも詳細な情報が提供される点から、各プロヴィンスにおける医療保健行政、更に全国的な医療保健行政の基礎データとして活用されている点は、特筆に値する。

## B. 病院外来・救急医療統計

病院外来および救急部門における診療に関わる情報は、病院疾病統計と同様、全国の病院から、全国外来診療報告制度（National ambulatory care reporting system）を用いてCIHIが集計している。これには外来手術（日帰り手術）などの情報も含まれ、入院に至らないような状況の症例についてもデータがしっかり取られていることが注目される。

病院外来患者については、特に身体障害のある者についてInterRAI方式を用いたデータが集計されており、生活機能の評価に係るデータベースが構築されていることも、重要な示唆が得られる点である。

## C. プライマリ・ケア統計

全国の診療所・クリニックにおける医療に係る情報は、CIHIでは直接集計しておらず、基本的に各プロヴィンスごとに集計されている。データの内容はプロヴィンスによって異なり、報告の方法、頻度などについても統一はされていない。各クリニックからの診療報酬請求はICD-9に基づく診断群分類包括評価方式により、各プロヴィンスの保健局に提出されており、各クリニックに対してはこれに基づき診療報酬が支払われる仕組みになっている。各プロヴィンスが保有する診療報酬請求データは、CIHIも集計しているが、不完全である。

プライマリ・ケアレベルでの全国的な疾病統計の必要性は議論されているが、各クリニックから直接CIHIにデータを提出するシステムについては、費用その他の問題からまだまだ困難な状況にあるようであり、わが国における問題と類似する点がある。

## E. 結 論

### 【ICD-11に係わる研究】

まとめ：今年度はICD-11に関する教材を研究分担者6名、研究協力者19名、作業協力者7名とでICD-11のレファレンスガイドの原文を参考として、それぞれのICD-10、ICD-11の項目を確認しながらICD-11の章ごとにICD-10との差異を中心に教材を作成した（教材1）。受講者の意見をもとに本教材の改善を図ることが必要である。また、当初の教材は、ICD-10とICD-11の違いについて焦点を当てたものであり、具体的なコーディング例は示すことができなかった。さらにコーディングの実際を経験できるような模擬的例を示した練習用テキストの作成、可能であればe-learningツールの作成が望まれる。これらのテキストにより実際のコーディングを練習した診療情報管理士により、再度のフィールドテストを行う次年度の研究につなげることを期待したい。

### 【先進国における疾病統計に係る情報分析】

- (1) オーストラリア・カナダ、両国ともに、病院疾病統計（外来診療部門を含む）については非常に優れたデータ収集方法が整備されており、またこれらの統計は国による公的な機関によって管理されており、常にアップデートされる体制が完備している。
- (2) 上記に関して、両国とも国内すべての病院におけるデータが登録されており、病院疾病統計に関する全国レベルでの情報が得られる。
- (3) プライマリ・ケア統計に関しては、両国とも個々の診療所・クリニックにおける診療に係るデータ収集体制は整備されておらず、統計は不完全である。この分野については、両国ともその重要性は認識されているものの、完全な統計に向けての取り組みについては具体的な動きはない。
- (4) 病院疾病統計に係るデータベースは、両国ともにその二次利用のための仕組みが整備されており、疫学的調査等の各種研究のみなら

ず、医療保健政策等、行政面での活用に対しても対応可能である。

- (5) 病院疾病統計をより精度の高いものとするために必須である各病院から提出されるデータの作成に係り、両国とも診療情報管理士の働きが高く評価されており、またその需要が高い。また診療情報管理における専門的知識・技能についての認定がカナダでは病院における実際の業務につくには必須であり、オーストラリアにおいても必須ではないが、検定精度がある。更に高度な知識・技能を身につけるための教育・研修システムが注目されている。

## F. 健康危険情報

国民の生命、健康の安全に直接係わる危険情報は本研究に該当しない。

## G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

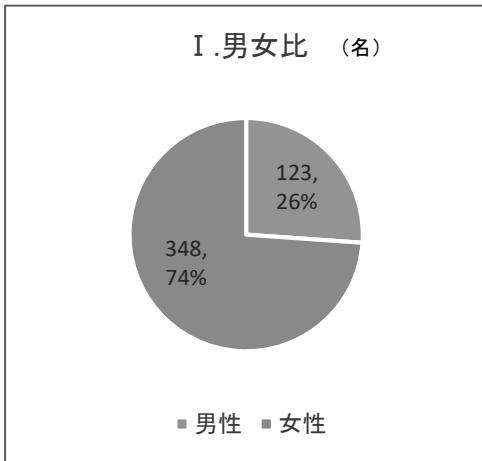
## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

# ICD-11研修会(令和元年11月23日開催) 参加者の状況

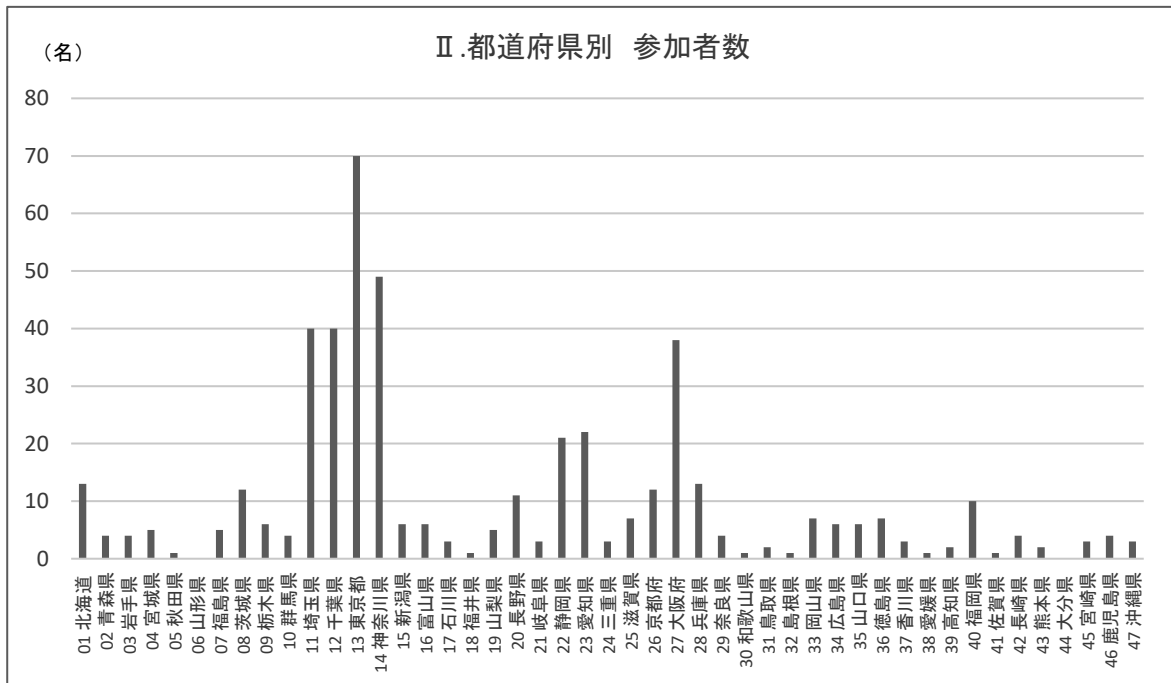
I.男女比(名)

性別	人数
男性	123
女性	348
合計	471



II.都道府県別参加者数(名)

都道府県	人数	都道府県	人数
01 北海道	13	25 滋賀県	7
02 青森県	4	26 京都府	12
03 岩手県	4	27 大阪府	38
04 宮城県	5	28 兵庫県	13
05 秋田県	1	29 奈良県	4
06 山形県	0	30 和歌山県	1
07 福島県	5	31 鳥取県	2
08 茨城県	12	32 島根県	1
09 栃木県	6	33 岡山県	7
10 群馬県	4	34 広島県	6
11 埼玉県	40	35 山口県	6
12 千葉県	40	36 徳島県	7
13 東京都	70	37 香川県	3
14 神奈川県	49	38 愛媛県	1
15 新潟県	6	39 高知県	2
16 富山県	6	40 福岡県	10
17 石川県	3	41 佐賀県	1
18 福井県	1	42 長崎県	4
19 山梨県	5	43 熊本県	2
20 長野県	11	44 大分県	0
21 岐阜県	3	45 宮崎県	3
22 静岡県	21	46 鹿児島県	4
23 愛知県	22	47 沖縄県	3
24 三重県	3	合計	334







令和元年度 厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業（統計情報総合研究）

「わが国における ICD-11 コーディング導入に関する問題点の抽出と解決  
及び先進国における疾病統計に係る情報分析」

## ICD-11 研修会

### 資料集

日時：令和元年 11 月 23 日（土）13：30～17：30  
会場：日本工学院専門学校 蒲田校 片柳記念ホール

主催：日本診療情報管理学会

「わが国における ICD-11 コーディング導入に関する問題点の抽出と解決  
及び先進国における疾病統計に係る情報分析」研究班

研究代表者 末永裕之（日本診療情報管理学会 理事長、日本病院会 顧問）

研究分担者 須貝和則（国立国際医療研究センター医事管理課課長）  
住友正幸（徳島県立三好病院病院長）  
瀬尾善宣（中村記念病院副院長）  
高橋長裕（ちば県民保健予防財団総合健診センター顧問）  
塚本 哲（日本保健医療大学保健医療学部看護学科教授）  
牧田 茂（埼玉医科大学医学部教授）  
松本万夫（埼玉医科大学医学部名誉教授）

## ICD-11 総論

### 1. 国際疾病分類 (ICD) の歴史

ICD の歴史は遠く 19 世紀にさかのぼる。1853 年ブリュッセルで開かれた第 1 回国際統計会議において、死因国際分類の作成が William Farr (英) に依頼された。これを受けて 1855 年パリで開かれた第 2 回国際統計会議で発表されたのが、Farr 分類である。これは次の 5 つの大項目から構成されており、この原則は ICD-11 を含む近年の ICD にも脈々と受け継がれている。

#### 【Farr 分類】

- 流行病
- 全身性疾患
- 解剖学的部位別局所疾患
- 発育疾患
- 暴力の直接結果による疾患

これは 139 項目からなるリストにより構成されており、1860 年第 4 回国際統計会議において、この分類が病院における疾病統計に適応されることが提唱され、これを受けて Jacques Bertillon を委員長とする死因分類作成委員会発足。1893 年シカゴにおける国際委員会会議において「Bertillon の死因統計」が承認された。1899 年オスロにおける国際統計協会会議における修正が承認され、これが事実上の ICD の誕生となる。1900 年パリにおける第 1 回修正会議において、179 項目の小分類、35 項目の簡単分類が承認され、この会議から日本も参加している。以後 10 年ごとの改訂が行われ、1989 年ジュネーブでの第 10 回修正会議では分類目的をさらに明確化し、データ形成を保健分野まで包括、拡大、「ファミリー」の概念が採用された。

ICD 版	分類項目数 (細項目)	わが国の適応期間
第1版 1900年 (明33年)	179( - )	明治32年～明治41年
第2版 1909年 (明42年)	189( - )	明治42年～大正11年
第3版 1920年 (大 9年)	205( - )	大正12年～昭和 7年
第4版 1929年 (昭 4年)	200( - )	昭和 8年～昭和20年
第5版 1938年 (昭13年)	200( - )	昭和21年～昭和24年
第6版 1948年 (昭23年)	953( - )	昭和25年～昭和32年
第7版 1955年 (昭30年)	953( - )	昭和33年～昭和42年
第8版 1965年 (昭40年)	1,040(3,489)	昭和43年～昭和53年
第9版 1975年 (昭50年)	1,179(7,130)	昭和54年～平成 6年
第10版 1989年 (平元年)	2,036(14,195)	平成 7年～平成17年
2003年 (平17年)	2,045 (14,258)	平成18年～平成27年
2013年 (平25年)	2,053 (14,609)	平成28年～

以上のような経過を経て、長年にわたって使用されてきた ICD-10 であるが、次のような限界が指摘されていた。すなわち基本的に紙ベースであるため、電子媒体での使用に制限があること。また原疾患と発現臓器を併記する二重分類などの仕組みはあるものの分類

コードの切り口に限界があること。そして一つの病態に対して複数のキーワードで検索ができない索引表の限界といった点である。

これらを受けて、ICD-11 への改訂が計画された。その基本的な方針は次の通りである。

- ◇ 基礎医学・臨床医学・公衆衛生分野の新しい知見を導入  
→ 医学の専門家を中心とした検討
- ◇ 複数の使用目的を想定  
→ 疾病・死亡統計、プライマリ・ケア、臨床、研究 等
- ◇ 病名コードだけでなく、内容（疾病概念）を含めた情報体系へ進化  
…内容：症状初見的/解剖学的・組織病理学的・遺伝学的 etc
- ◇ 電子環境での活用を前提としたシステム  
→ 目的とする視点により違った分類を導出、coding tool 等の開発

この方針に則り、長年の検討を経て誕生したのが ICD-11 である。

- 2007 ICD-11 改定作業開始 プレス発表（東京）
- 2016 WHO 世界保健総会（WHA）へ経過報告  
WHO-FIC ネットワーク会議、ICD 改訂会議（東京）
- 2017 日本医学会等、WHO-FIC 日本協力センターから意見、WHO へ提出
- 2018 ICD-11 Version for Implementation 公表
- 2019 WHO 世界保健総会（WHA）にて採択

このように 30 年にわたる長い検討を経て誕生した ICD-11 は、項目数も約 14,000 から約 18,000 と増加し、数々の新しい特徴をもっているが、150 年あまりの長い歴史の精査に耐えてきた Farr 分類の原型をとどめているのは特記すべき点である。

## 2. ICD-11 の特徴

ICD-11 には従来の ICD とは根本的に異なる面が数多くあるが、その主なものは次表にあげる通りである。

- ★ 日進月歩の基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見を導入  
→ 医学の専門家を中心とした検討
- ★ 電子環境での活用を前提としたシステム  
→ Web サイトを介した分類提供、コーディングツール等の開発 等  
→ API（アプリケーション・プログラミング・インターフェイス）の公開
- ★ 複数の使用目的を想定、柔軟なコーディング  
→ 疾病・死亡統計、プライマリ・ケア、臨床、研究 等  
→ エクステンションコード 等
- ★ 伝統医学を新たに導入  
→ まずは日中韓の伝統医学
- ★ 病名コードだけでなく、内容（疾病概念）を含めた情報体系へと進化  
→ ユニーク ID（URI）を導入  
→ 分類にかかる説明（Description）、病名（索引用語）を追加  
（将来的には内容：症状・所見/解剖学的/組織病理学的/遺伝学的 etc.）

### 3. ICD-11 の構成

第1章 感染症または寄生虫症	第16章 腎尿路生殖器系の疾患
第2章 新生物	<u>第17章 性保健健康関連の病態</u>
第3章 血液または造血器の疾患	第18章 妊娠、分娩または産褥
<u>第4章 免疫系の疾患</u>	第19章 周産期に発生した病態
第5章 内分泌、栄養または代謝疾患	第20章 先天異常
第6章 精神、行動または精神発達の障害	第21章 症状、徴候または、臨床所見、 他に分類されないもの
<u>第7章 睡眠・覚醒障害</u>	第22章 損傷、中毒またはその他の外因の影響
第8章 神経系の疾患	第23章 傷病または死亡の外因
第9章 視覚系の疾患	第24章 健康状態に影響を及ぼす要因または 保健サービスの利用
第10章 耳または乳様突起の疾患	第25章 特殊目的用コード
第11章 循環器系の疾患	<u>第26章 伝統医学・モジュール1</u>
第12章 呼吸器系の疾患	<u>第V章 生活機能評価に関する補助項</u>
第13章 消化器系の疾患	<u>第X章 エクステンションコード</u>
第14章 皮膚の疾患	
第15章 筋骨格系または結合組織の疾患	

[下線： ICD-11 から新しく設けられた章]

これらのうち、第1章から第4章、および第19章から第21章までが「病因による分類」（“special groups” chapters）であり、その他の章は「解剖学的部位による分類」（“body systems” chapters）となっている。コーディング上、前者（病因による分類）が優先されるのが大原則である。

実際のコードの構成は次の通りである。

ICD-11 のコード体系						
1 桁目	2 桁目	3 桁目	4 桁目	5 桁目	6 桁目	7 桁目
英数字	英字	数字	英数字	英数字	英数字	英数字

※ 2 桁目は必ず英字。

※ 英字には 0, I（オーとアイ）は使用されない。

※ 「その他（. 8）」「詳細不明（. 9）」は「Y」, 「Z」

ICD-11 の章（章・コード番号早見表）					
章番号	1 桁目		章番号	1 桁目	
1	1	感染症	15	F	筋骨格
2	2	新生物	16	G	泌尿器
3	3	血液	17	H	性保健
4	4	免疫	18	J	妊娠
5	5	内分泌	19	K	周産期
6	6	精神	20	L	発達異常
7	7	睡眠障害	21	M	症状
8	8	神経	22	N	損傷



9	9	視覚	23	P	外因
10	A	耳	24	Q	保健サービス
11	B	循環器	25	R	特殊
12	C	呼吸器	26	S	伝統医学 TM1
13	D	消化器	V	V	生活機能
14	E	皮膚	X	X	延長コード

#### 4. ICD-11 によるコーディング

ICD-11 によるコーディングの際、やや耳慣れない言葉がしばしば出現する。以下にその主なものと、その意味を述べる。

##### ■ Foundation; Linearization (ファウンデーション; リニアリゼーション)

###### ファウンデーション:

- ICD-11 の基盤的な構造であり、分類項目が全て含まれるところ。
- 全て含まれるという意味で「索引」の役割も果たしている。
- マルチプル・ペアレンティング (複数の親分類) 方式が採用されており、ある疾患が別々の親分類にぶら下がることが許される。
- リニアリゼーションを作成する際は、全ての項目はこのファウンデーションから取ることとされている。
- ファウンデーション内の項目には、ユニーク ID が与えられている。

###### リニアリゼーション:

- ファウンデーションから、目的に沿った項目を抜き出し、目的に沿った親分類 (ペアレント) を選択し、不要な項目はその他や詳細不明にまとめた分類。
- タビュレーション (統計表)、クラシフィケーション (分類) と基本的に同義。

##### ■ Stem code; Extension code (ステムコード; エクステンションコード)

###### ステムコード:

- ステムコードは、単独で使用可能なコード。独立した疾病概念、またはより上位のグループ、ないしは一つのカテゴリーとして表すべき臨床的状态。

###### エクステンションコード (拡張コード):

- より詳細な情報を付加するために使用される。
- ステムコード無しに、エクステンションコードを独立して使用することはない。

##### ■ Precoordination; Postcoordination (プレコーディネーション; ポストコーディネーション)

###### プレコーディネーション:

- 全ての関連情報が予めステムコードに含まれている。

[例] 2C25.2 Squamous cell carcinoma of bronchus or lung

肺または気管支の扁平上皮癌

###### ポストコーディネーション:

- ステムコードに追加情報を付加し、複数のコードで正確な状態を表現する。

[例] CA40.0Z&XK9K Bacterial pneumonia, unspecified ,right  
細菌性肺炎・詳細不明・右

#### ■ Cluster coding (クラスターコーディング)

- 複数の分類項目を組み合わせて使用するコーディング手法

- ・ 一つ以上のステムコードを組み合わせる (code1/code2)

[例] 5A11/9B71.0 Type 2 diabetes mellitus/ Diabetic retinopathy  
2型糖尿病・糖尿病性網膜症

- ・ ステムコードと一つ以上のエクステンションコードを組み合わせる  
(code 1&extension code 1)

[例] 5A11/9B71.0&&XX9J&XS0T Type 2 diabetes mellitus/  
Diabetic retinopathy, bilateral, moderate  
2型糖尿病・糖尿病性網膜症・両側・中等度

## ICD-11 新設章

### 1. 第26章 伝統医学 TM1

世界各地には、各々独自の伝統的、伝承的な医学・医療体系があるが、その代表的なものとして、

- ◇ 東洋医学 (古代中国起源)
- ◇ アーユルヴェーダ (古代インド起源)
- ◇ ユナニ (アラブ医学)

が世界三大伝統医学として知られている。

いわゆる西洋医学・医療技術は近年、大きく進歩したのと同時に細分化が顕著となり、このため身体全体を見る医療への需要が増大している。また疾病構造の複雑化、すなわち生活習慣病、慢性疾患等の頻度が極めて増加している。加えて薬剤の副作用等が問題となり、より自然な全人的医療への期待が高まっている。こうした状況を背景に、Complementary and Alternative Medicine (補完代替医療) が世界各国で改めて注目され、先進諸国でも実際に医療の大きな部分を占めるようになってきている。このような背景を基に、伝統医学の領域にも ICD を適応すべきであるという声が高まり、ICD-11 において初めて古代中国起源で、現在に至るまで中国、韓国、日本を中心に広く行われている東洋医学での疾患、及び「証」が、補遺章として加えられた。前述の通り、東洋医学以外にも世界各地の伝統医学・医療は存在し、将来的にはそれらについても ICD を適応する試みが構想されているが、今回は手始めに中国・韓国・日本で施行されている東洋医学が採用された。このためこの章は伝統医学 TM1 (モジュール 1) というタイトルがつけられており、将来はモジュール 2, 3…と拡大されていくはずである。

本章は大きく次の 2 つの項目に分かれている。

Traditional medicine disorders (TM1) : 伝統医学の疾病

Traditional medicine patterns (TM1) : 「証」

■ Traditional medicine disorders (TM1) : 伝統医学の疾病

身体の各部位の機能障害。単独または複数の徴候、症状、所見などの表現型をとる。

各疾病はその症候、病因、経過、転機、または治療に対する反応により規定される。

・症候：望診、聞診、問診、切診等、東洋医学独自の診断方法による徴候、症状、所見

・病因：外的環境要因（風寒暑湿燥火）、心的要因 等

・経過、転機、治療への反応

東洋医学で使用される診断名には、我々が日常使用する病名と同じ物がある場合があるがその意味は必ずしも同一ではない。このため、第 26 章にある Headache disorders（頭痛疾患）は、第 8 章神経疾患にある Headache disorders とは区別され、前者には Headache disorders (TM1)（東洋医学的頭痛）の名称がつけられている。

■ Traditional medicine patterns (TM1) : 「証」

この項では次のような分類がされている。

◇ Principle-based patterns (TM1) : 基本となる証

（陰陽、虚実、寒熱、表裏）

熱証、寒証、実証、虚証、寒熱中間証、虚実中間証、寒熱錯雜証 等

◇ Environmental factor patterns (TM1) : 環境証

◇ Body constituents patterns (TM1) : 気血水の証

◇ Organ system patterns (TM1) : 臟腑病証

◇ Meridian and collateral patterns (TM1) : 経脈病証、正経病証、奇経八脈病証

◇ Six stage patterns (TM1) : 六病位

◇ Triple energizer stage patterns (TM1) : 三焦証

◇ Four phase patterns (TM1) : 衛氣營血証

◇ Four constitution medicine patterns (TM) : 四気体質病証

これらのコードは、西洋医学に基づく疾患分類（1～25 章のコード）と併せて用いられるべきものであるのが原則である。実際には、プライマリ・ケアなどの場で、伝統的補完代替医療の実践に際して、ケアの継続性、協同性の向上に有用であると考えられる。

## 2. 第 V 章；生活機能評価に関する補助項

国際統計分類ファミリーの中心分類には ICD の他に、ICF（国際生活機能分類）、ICHI（医療行為分類）が、これらを統合し、全世界的な保健医療サービスの標準化、および国際的な保健医療体制の比較などに利用する構想が語られ始めて久しい。ICF は既に数多くの国、ないし分野で実際に使用されているが、その内容は非常に膨大かつ複雑であり、これを有機的に活用するのは容易ではない。ICD-11 においては、ICD と ICF の間にある程度

の橋渡しの機能をもたせることによって、個々の健康状態に関連した生活機能評価が可能となった。すなわち、本章の活用によって、個人の機能的プロフィールや、全身的な機能スコアを表現することができる。機能評価を行うための手段として、この章には、ICFを基盤とする2つのツールが含まれている。その一つはWHO Disability Assessment Schedule (WHO 機能評価スケジュール) [WHODAS 2.0 36-item version] であり、もう一つはModel Disability Survey (MDS) (障害モデル調査) である。更に、ICF Annex 9から抽出された機能カテゴリーから成るGeneric functioning domain (汎用機能領域) によって補足される。

本章は以下の3つの主要項目で構成されている。

(1) WHODAS 2.0 36-items version

生活機能プロフィールや総合的な生活機能スコアの作成に用いられ、以下の項目をふくむ。

- ✓ 認知機能
- ✓ 運動機能
- ✓ セルフケア
- ✓ 対人関係
- ✓ 家庭生活
- ✓ 社会参加と健康問題の影響

(2) Brief Model Disability Survey

総合的正確機能スコアの作成に特化している。

- ✓ 精神機能
- ✓ 感覚機能と疼痛

(3) Generic functioning domains

ICF Annex 9から抽出された機能カテゴリーからなるgeneric set

- ✓ 音声・会話機能
- ✓ 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系機能
- ✓ 消化器系機能
- ✓ 尿路・性・生殖系機能
- ✓ 神経筋骨格系・運動関連機能
- ✓ 全身的課題・要求
- ✓ 可動性
- ✓ セルフケア
- ✓ 家庭生活
- ✓ 対人関係

### 3. 第X章 エクステンションコード (拡張コード)

拡張コードは、ステムコードに追加情報を付与する方法を標準化するために設けられている。これらは単独で使用してはならず、常にステムコードに付加して、特定の状態を表現する目的で使用する。必要に応じて1つ以上の拡張コードを付与することができる。



拡張コードには、次の2種類がある。

- **タイプ1 拡張コード**： これらはSTEMコードに詳細を追加するために使われる。診断自体に変わりはないが、病状が急性または慢性であるかどうか、または病巣の部位などの重要な追加情報が提供される。
- **タイプ2 拡張コード**： これらは、診断コード記述子を表す。コードの意味自体は同じであるが、診断コード記述子拡張コードの使用により、その解釈が異なってくる。

拡張コードの概要は次の通りである。

#### タイプ1 拡張コード

- **Severity Scale Value** : 重症度
  - 軽症 - 中等度 - 重症
  - 臨床ステージング
  - 腫瘍進展ステージング
  - 腫瘍進展簡易ステージング
  - 組織グレーディング
  - グレーディング
  - フェーズ
  - プロブレムスケール
- **Temporality** : 病期
  - 疾病経過
  - 年代 (年齢)
  - 妊娠経過期間
- **Aetiology** : 病因
  - 因果関係
  - 病原体
  - アレルゲン
- **Topology Scale Value** : 局所解剖スケール
  - 位置関係
  - 分布
  - 側性
  - 局所性
- **Anatomy and topography** : 解剖・局所解剖
  - 機能別解剖 (臓器系)
  - 表面解剖 (部位)
  - 局所部位
- **Histopathology** : 組織病理
  - 腺房細胞腫瘍
  - 腺腫、腺癌
  - 付属器・皮膚付属器腫瘍

- 基底細胞腫瘍
- 血管腫瘍
- 複雑上皮腫瘍
- 複雑混合・間質腫瘍
- 嚢胞性、粘液性、漿液性腫瘍
- 管性、小葉性腫瘍
- 上皮性腫瘍，詳細不明
- 線維上皮性腫瘍
- 線維性腫瘍
- 生殖細胞性腫瘍
- 巨細胞腫
- 神経膠腫
- 顆粒細胞腫瘍、肺胞軟部肉腫
- 脂肪腫瘍
- リンパ性腫瘍
- リンパ管腫瘍
- 髄膜腫瘍
- 中腎腫
- 中皮腫瘍
- 諸骨腫瘍
- その他の腫瘍
- 粘液類上皮性腫瘍
- 筋肉腫瘍
- 粘液性腫瘍
- 神経鞘腫瘍
- 神経上皮性腫瘍
- 母斑、黒色腫
- 歯性腫瘍
- 骨性、軟骨性腫瘍
- 傍神経節腫、グロムス腫瘍
- 軟部組織腫瘍、肉腫，詳細不明
- 特定生殖腺腫瘍
- 扁平上皮性腫瘍
- 滑膜様腫瘍
- 胸腺上皮性腫瘍
- 移行上皮性乳頭腫・がん
- 栄養膜腫瘍
- 骨髓異形成症候群
- その他の血液疾患
- 慢性骨髓増殖性疾患

- 白血病
- ホジキン、非ホジキンリンパ腫
- 免疫増殖性疾患
- 形質細胞腫瘍
- 肥満細胞腫瘍
- 組織球性、付属リンパ様細胞性腫瘍
- 性質による細胞病理
- Dimensions of injury : 傷害の範囲
  - 熱傷の範囲
  - 骨折の関節への波及
  - 開放性・非開放性骨折
  - 骨折の形
  - 表層傷害の形
- Dimensions of external causes : 外因の範囲
  - 機序への追加項目
  - 受傷時活動
  - 傷害発生場所
  - 傷害発生に関与した物、生物
  - 受傷時のアルコール使用
  - 受傷時の向精神薬使用
  - 交通事故の状況
  - スポーツ傷害の状況
  - 職業傷害の状況
  - 暴力・虐待の状況
  - 意図的自傷行為の状況
  - 武力衝突・戦闘の状況
  - 法的措置の状況
- Consciousness : 意識状態
  - GCS 開眼スコア
  - GCS 運動スコア
  - CCS 会話スコア
  - 瞳孔反応スコア
- Substances : 物質
  - 化学物質
  - 薬物
  - アレルゲン

タイプ2 拡張コード :

- Diagnosis code descriptors : 診断コード記述子
  - 退院時診断の型
  - 診断の時期

- 診断の時期；手術に関連
  - 診断確定の手段
  - 診断の精度・確定性
  - 産科的診断の状況
- Capacity or context 範囲または背景

※腫瘍分類について

腫瘍分類に従来用いられている ICD-03 による形態用語と、本章の Histopathology；病理組織の項目はほぼ対応可能であるが、少数ながら一部対応できないものがある。また用語に多少の差がある等、実際の導入に際しては解決されるべき問題点がある。また病期分類に関しても、Severity Scale Value に腫瘍進展ステージングの項目は設けられているが、各種の新生物について具体的な基準が規定されておらず、将来に向けての課題のひとつである。

**【エクステンションコードを用いたポストコーディネーション】**

[例] 肺炎球菌性肺炎-右上葉

12 章 Diseases of respiratory system 呼吸器疾患

Lung infection 肺の感染症

CA40 Pneumonia 肺炎

CA40.0 Bacterial pneumonia 細菌性肺炎

CA40.07 Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae

肺炎球菌性肺炎

→ CA40.07 : ステムコード

X 章 Topology scale value

Laterality

XK9K : Right 右

Anatomy and topology

Functional anatomy

Lower Respiratory Tract

Lungs

Lobe of Lungs

XA9HN5 : Upper lobe of lung 肺上葉

→ CA40.17&XF9K&XA9HN5 : 右上葉肺炎球菌性肺炎

更に；

CA40.07/MG51.10&XF9K&XA9HN5 :

ペニシリン耐性肺炎球菌による右上葉肺炎

CA40.07/MG51.10&XF9K&XA9HN5&XB25 :

ペニシリン耐性肺炎球菌による右上葉肺炎、院内感染

[例] 急性 ST 上昇型心筋梗塞、前壁中隔、左前下行枝、心原性ショックを伴う



11章 Diseases of the Circulatory System

Ischemic heart diseases → Acute ischemic heart diseases →

BA41 Acute myocardial infarction →

BA41.0 Acute ST elevation myocardial infarction

21章 Symptoms, Signs or Clinical findings not elsewhere classified

General symptoms, signs or clinical findings → General symptoms

MG40: Shock → MG40.0: Cardiogenic shock 心原性ショック

→ BA41.0/MG40.0 : ステムコード

X章

Anatomy & topology → Functional anatomy → Circulatory system →

Cardiovascular system → Heart →

XA6CK2: Heart wall → XA2RT2: Anteroseptal wall of heart 心筋前中隔壁

XA3B03 : Coronary arteries

XA0F62 : Left main coronary artery

XA7NQ7 : Left anterior descending coronary artery 左前下行冠動脈

→ BA41.0/MG40.0&XA2RT2&XA7NQ7

急性 ST 上昇型心筋梗塞、前壁中隔、左前下行枝、心原性ショックを伴う

[例] 右下腿横紋筋肉腫

2章 Neoplasms → Malignant neoplasms, except of lymphoid, haematopoietic, central nervous system or related tissue → Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of specified sites, except of lymphoid, haematopoietic, central nervous system or related tissue → Malignant mesenchymal neoplasms

→ 2B55 Rhabdomyosarcoma, primary site : ステムコード

X章 Topology scale value → laterality

XK9K Right

Anatomy and topology → Functional anatomy → surface topology

XA45A6 Lower extremity → XA3YG1 Lower leg

→ 2B55. Y&XK9K&XA3YG1 右下肢横紋筋肉腫

## 第1章 感染症および寄生虫症（1A01～1H0Z）

項目数：ICD-10：920 項目→ICD-11：981 項目

### \* 構造について

基本構造に大きな変化なし

パンデミック、SARS の新設

### \* 章間の移動

- ・ 呼吸器系から移動：インフルエンザ、ウイルス性肺炎等
- ・ 神経系から：中枢神経系の炎症性疾患（髄膜炎、脊髄炎、脳膿瘍など）
- ・ 神経系へ：Prion 病（ICD-10：A81）が、神経系の疾患に移った。
- ・ 皮膚皮下組織から：皮膚皮下組織化膿性、細菌感染症の関するもの、疥癬、膿痂疹
- ・ 循環器系からリウマチ熱
- ・ 筋骨格系から：感染性脊椎障害、壊疽性筋膜炎
- ・ 症状・兆候から：敗血症性ショック

### \* 主な変化

- ・ ICD-10 で、点以下の疾病がほとんど基本分類にはいる
- ・ 細菌性疾患については、傷病名よりも細菌の属（Genus）優先になった。
- ・ 連鎖球菌及びブドウ球菌感染症をまとめて独立させた。
- ・ 結核がマイコバクテリアと範疇に
- ・ 結核の分類：病理学的鑑別が簡素になる
- ・ その他の細菌性疾患にクラミジアやリケッチアによる疾患が包含された。
- ・ マラリアも寄生虫疾患になった（ICD-10 では原虫疾患）。
- ・ 特定の人畜共通感染症が、細菌とウイルスにタイトルがあり、まぎらわしい。
- ・ 敗血症の分類が根本的に変わる。
- ・ ウイルス熱が再統合され、独立した。
- ・ 真菌・担子菌症・分生子のう菌が詳細になる
- ・ シラミ・疥癬のコード新設多くある。

### \* 問題点

- ・ 他の章からの移動が多いので、確認が必要である。
- ・ 最新の細菌分類や微生物の分類があり、テキストが必要である。
- ・ 寄生虫の分類、真菌などの章内移動が多くあり。

## 第2章 新生物 (2A00~2C65)

項目数：ICD-10：874 項目→ICD-11：1132 項目

### \* 分類コード体系の再構築

- ・ 分類軸は、組織型に統一された。(ICD-10 では解剖軸)
- ・ 「脳・中枢神経」、「造血器・リンパ組織」、「その他の固形腫瘍」、「遺伝性腫瘍症候群」に分類された。
- ・ 固形腫瘍のうち、悪性腫瘍を、「悪性間葉系」、「それ以外の固形腫瘍 (癌腫)」、「原発不明」、「転移性腫瘍」に分類された。
- ・ 間葉系・非間葉系の新生物が独立し、詳細分類が用意された。

### \* 章間の移動

- ・ 血液疾患からの移動と、発生分類と内容詳細。
- ・ 免疫不全関連リンパ増殖疾患
- ・ 血液疾患、特に骨髄異形成症候群が重視された。
- ・ 異形成・・・腎尿性器疾患より
- ・ 脂漏性角化症、ケラチノサイト紅斑・・・皮膚・皮下組織疾患より
- ・ 乳房：発生状況の分類に変化、遺伝性乳がん・卵巣がんが加わる。
- ・ 骨、関節軟骨の分類が統合され、病理分類が主体となる。
- ・ 間質腫瘍の独立と詳細分類の用意。ユーイング肉腫が病理から独立し基本分類に。
- ・ 内分泌：甲状腺・副腎のみに、病理分類が加わる。解剖部位は任意に。

### \* 特徴

- ・ 既存の新生物は主な臓器・部位と病理で分類が基本体系。
- ・ 胃に扁平上皮癌の用意なし。神経内分泌の分類あり。
- ・ 胆道：近位胆道、遠位胆道に分離、細分化。
- ・ 皮膚：基底細胞がん3つに細分化
- ・ 卵巣がん：病理学的に10分類に
- ・ 転移性：脳神経系がトップ。分類に大きな変化なし。
- ・ 上皮内癌：分類詳細で、部位によりグレード分類の用意。乳房の詳細な分類。
- ・ 良性間葉系：脂肪腫の細分化、血管腫に部位加わる。乳児期小児期の血管新生物が加わる。
- ・ 乳房の良性新生物：分類項目「1から7」に増加する。

### \* 問題点

- ・ 病理学分類が基本体系となっている。既存の解剖部位が少なくなっている。部位による。
- ・ 任意解剖部位が必要と思われる。
- ・ 血液の新生物が遺伝子レベルになっている。

### 第3章 血液疾患 (3A00~3C0Z)

項目数：ICD-10：192 項目→ICD-11：256 項目

#### \* 特徴

- ・ 分類キーワードとして先天性・後天性が必ず付随している。
- ・ 遺伝子レベル、病理学レベルの分類項目
- ・ 新設コードや細分類からの基本コードへの独立した疾患が多い。
- ・ 独立コード、新設コードの多い疾患
  - ① サラセミア
  - ② 後天性溶血貧血
  - ③ 鎌状赤血球症
  - ④ 凝固障害
- ・ 脾臓疾患が詳細になる。26 項目。
- ・ ICD-11 になり各種の貧血については、貧血及び赤血球系の障害の下位分類に包含されており、ICD-10 にある栄養性貧血、溶血性貧血、無形成性貧血はそのまま引き継がれ、新たに多血症が加えられ、真性多血症以外の障害が設けられている。
- ・ 凝固障害については、先天性と後天性の下位分類が設けられている。

#### \* 章間の移動

- ・ 栄養・代謝から：ビタミン欠乏等・過剰による貧血に関して、  
(VB6, リボフラビタン、チアミン、VA, VE, アデノシン)
- ・ 新生物から：血小板増加症が新生物
- ・ 筋骨格系および結合織から：血栓性血小板減少性紫斑病
- ・ 免疫機構の障害が独立して第4章に移行した。
- ・ 白血球（多核球）の異常 (D70-D72) が免疫機構の障害に移された。

#### \* 問題点

- ・ 遺伝子レベルの分類コードとなっている。そこまでできていない疾病はYZに入る可能性あり。
- ・ 一疾病、一コードの対応であるため、類似疾患への対応はどうか。
- ・ 栄養欠乏性貧血の項で、葉酸は摂取不足と需要増加、吸収不良に原因が細分化されているが、実臨床では特定できない症例も存在すると思われる。
- ・ 先天性溶血性貧血の分類の中に、3A10.3 家族性偽性高カリウム血症が設けられている。偽性高カリウム血症の原因の一つであるが、第5章の5C76 高カリウム血症の項には3A10.3 参照の記載なし。
- ・ 3A21.0 発作性夜間血色素尿症については、解説に原因遺伝子の記載がない。
- ・ 免疫系が発症に関係する疾患で、ICD-10 を継承して血液疾患に引き続き分類されたものもあるが、一部は第4章の免疫疾患に移行となったものもある。病状が臓器に限局するものか全身性に及ぶものかという視点での分類と考えられるが、明確なものでもないので治療と関連づける場合に一定の注意が必要と考えられる。



## 第4章 免疫疾患 (4A00~4B4Z)

新設の章である。

項目数：ICD-10（第III章内）：55項目→ICD-11：228項目

### \* 構造

- ・免疫機構の障害、白血球・・・血液疾患からの移動
- ・全身性結合織障害・・・筋骨格系および結合織の疾患
- ・外傷・外因の薬物、昆虫等のアレルギー、臓器移植障害を骨格として成立している。

具体的に

- ・自然免疫の障害による原発性免疫不全
- ・非臓器特異的な全身性自己免疫障害（エリテマトーデス、全身硬化症・・・）
- ・筋骨格系の結合織障害（結節性多発動脈炎、皮膚粘膜リンパ節症候群、全身硬化症・・・）
- ・アナフィラキシー：昆虫等、薬物、食物、
- ・移植反応
- ・ミオパチー（神経系から移動）
- ・唾液腺障害（シェーグレン）、食物アレルギー・・・消化器系より
- ・家族性地中海熱・・・栄養・代謝より
- ・ショック・・・症状
- ・アレルギー関係・・・皮膚・皮下組織、各章から移動

### \* 特徴

- ・免疫疾患が統合された。
- ・白血球の疾患がこの章に。
- ・アナフィラキシーが統合された
- ・アレルギーが各章からここに移動した
- ・原発性免疫不全が病理学的に詳細に分類された
- ・全身性自己免疫疾患では、若年性、成人など年齢分類が加わった。
- ・抗リン脂質症候群の分類が詳細となる。

### \* 問題点

- ・関節リウマチ、免疫性肝疾患はこの章に移動がなかった。
- ・アレルギー疾患はすべてここに入るのので、既存のコード体系から確認が必要である。
- ・関節リウマチや膠原病関連疾患等が含まれる筋骨格系および結合組織の疾患は、ICD-10では第XIII章にまとめられている。一方、ICD-11では関節リウマチおよびその関連疾患は第15章に残り、臓器非特異的自己免疫疾患（所謂膠原病および関連疾患）は独立して第4章にまとめられたため、結果的には上記2つの疾患群が別々の章に分かれてしまった。
- ・血管炎（4A44）に Takayasu arteritis の記載が無い。その代わりに、Chapel Hill consensus（世界的な血管炎の病名リスト）にて記載の無い aortic arch syndrome という当該領域では使用されていない病名が残っている（ICD-10と同様）。

## 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患 (5A00～5D46)

項目数：ICD-10：372項目→ICD-11：436項目

### \* ICD-11の章の構造について (ICD-10との比較・特徴)

ICD-10のブロック数8ブロックから4ブロックに変更され、治療後内分泌障害及び代謝障害が独立したブロックとなっている。

### \* 各項目について (特記事項)

- ・ 糖尿病 Diabetes mellitus (BlockL2-5A1)
  - ・ ICD-10では、型、合併症の有無を含めて4桁コードである。  
⇒ 型と合併症は別扱いになり、それぞれ独立したコードを持つ。  
5A10 1型糖尿病、5A11 2型糖尿病、5A12 栄養障害に関連する糖尿病  
5A13 その他明示された型の糖尿病、5A14 型不明の糖尿病
  - ・ 糖尿病の急性合併症：BlockL3-5A2 下記の6分類になり、5A20～5A22は5桁の細分類も持っている。  
高浸透圧性高血糖 (5A20)、糖尿病における低血糖 (5A21)、糖尿病性アシドーシス (5A22)、糖尿病性昏睡 (5A23)、未治療又は不安定糖尿病 (5A24)
  - ・ その他のグルコース調節 or 膵内分泌障害に中等度の高血糖症が追加されている。
- ・ 栄養障害 Nutrition disorders (BlockL1-5B5)
  - ・ 栄養失調症 (E40-E46)の英語表記が Malnutrition から Undernutrition に変更。
  - ・ ビタミン群欠乏症は、呼称変更あり。チアミン欠乏症 ⇒ ビタミンB1欠乏症など
  - ・ その他の明示されたビタミンB群欠乏症 (E53.8) ⇒ 独立コードとなる。
- ・ 肥満：
  - ・ Overweight, Obesity とともに時期別に幼児期・子供又は思春期、大人、詳細不明とに分かれ6桁コードを持っている。
  - ・ ピックウィック症候群は、7章 睡眠障害に移動した。
- ・ ミネラル過剰 (5B91) が追加され、亜鉛、塩化ナトリウム等8つの5桁分類が追加された。

代謝障害 Metabolic disorders (BlockL1-5C5)

- ・ 4桁項目 (5C50～5C59)のタイトルに Inborn errors (先天異常)がついている。
- ・ ICD-10よりも数多くの種類の代謝障害が、独立したコードを持っている。

### \* ICD-11の問題点

- ・ 4桁分類で終わるもの以外に5桁、6桁になるものに統一性がないため、誤りに気づかない可能性があると思われる。コンピュータによるコード化にはなるが、各疾患の理解が今まで以上に重要になる。
- ・ 医師がICD-11の病名に適合した記載をどの程度まで行うか、特に内分泌系は併存症になることが多いため、診療情報管理士も記録から読み取れる能力が望まれる。

## 第 6 章 精神、行動又は神経発達の障害 (6A00～6E8Z)

項目数：ICD-10：1019 項目→ICD-11：873 項目

**\* ICD-10 からの主な変更 (DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン 2014 年 (初版) 含む)**

### 病名変更

- ・disorder は「障害」と訳されたが、この章のみ、原則、disorder は「症」と訳す。disorders は「症群」と訳す。例：学習障害→学習症、パニック障害→パニック症
- ・原則の例外：抑うつと呈する精神疾患という広義の Depressive Disorder は「抑うつ症」と訳す。いわゆる大うつ病 Major Depressive Disorder に相当する Depressive Disorder に相当する Depressive Disorder のみ「うつ病」；「うつ病」と呼んでいいのは、種々ある抑うつ症の中でも「単一エピソードうつ病」と「反復性うつ病」のみ
- ・「精神病」→「精神症」
- ・ Selective Mutism：「選択性緘黙」→「場面緘黙症」へ
- ・ ICD10: mental retardation 精神遅滞→ICD11: disorders of intellectual development 知的発達症
- ・ Adjustment Disorder 適応障害→適応反応症
- ・ ADHD 注意欠陥多動性障害→注意欠如多動症
- ・ Anorexia Nervosa 神経性無食欲症→神経性やせ症 (DSM-5 に揃える)
- ・ PTSD 外傷後ストレス障害→心的外傷後ストレス症
- ・ 非器質性睡眠障害は第 7 章の睡眠障害に、チック障害は第 8 章神経の章に、性機能不全、性同一性障害は 17 章性保健の章に移動 (ICD11:Gender Incogruence 性別付合)。

### 新しい病名

- ・ Body-focused repetitive behavior disorders: 身体への反復行動症群
- ・ Prolonged grief disorder: 遷延性悲嘆症
- ・ Hoarding disorder: ためこみ症 (DSM-5 と統一)
- ・ Bodily distress disorder: 身体的苦痛症
- ・ Body integrity dysphoria: 身体完全性違和
- ・ Neurocognitive disorders: 神経認知症群
- ・ ゲーム症が嗜好行動症に追加された。
- ・ 二次性精神又は行動症候群のブロックが新たに追加された。

### \* 各項目について (特記事項)

- ・ 統合失調症と関連疾患について (6A2)  
病型による分類からエピソード別の 5 析分類、更に現在の症状、寛解の状態により 6 析分類となった。  
統合失調感情症 (6A21)、急性一過性精神病 (6A23) も同様である。
- ・ 双極症 (Bipolar or related disorders (BlockL2-6A6))
  - ・ 双極症 I 型 (6A60)、双極症 II 型 (6A61) が独立したコードを持つ。

- ・精神症状を伴う、伴わないで細分類し、更に重症度を入れてコード化しているため、I型で18分類、II型で13分類であり、ICD-10よりも詳細になった。
- ・ パーソナリティ症（人格症）(BlockL1-6D1)
  - ICD-10とは異なり、重症度分類である。
- ・ 認知症 Dementia (BlockL2-6D8)
  - ・ ICD-11では、せん妄と同じ「神経認知症群」に属し、認知症（6D8）は2つ目のブロックになる。
- ・ ギャンブル症・ゲーム症
  - ・ Disorders due to addictive behaviours (BlockL2-6C5) のブロックに属する。
  - ・ ゲーム症が独立した4桁コード（6C51）で新設されている。
  - ・ ギャンブル症（6C50）、ゲーム症（6C51）は、主にオフライン、主にオンライン、詳細不明の3つの細分類で5桁コードを持つ。
- ・ 「妊娠、出産、産褥に関連した精神または行動症」（6E2）で独立した。
- ・ 新規ブロック名称：
  - 「他に分類される症状又は疾患に関連する二次性精神的または行動症候群」（BlockL1-6E6）が追加された。

**\* ICD-11 の問題**

- ・ 用語が撤廃されたり新しい表現になった障害があり、レセプト病名に変換しづらい。
- ・ 医師の診断名が、DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン 2014 年（初版）に準拠することが肝要となる。

## 第7章 睡眠・覚醒障害 (7A00~7B2Z)

今回、新設された章である。

項目数： ICD-11：79 項目

### \* 基本構造 (7A00~7B2Z)

・下記の6つのレベルブロックから構成されている。

不眠症 (7A0)、過眠症 (7A2)、睡眠関連呼吸疾患 (7A4)

睡眠リズム障害 (7A6)、睡眠関連運動障害 (7A8)、睡眠随伴症状 (7B0)

### \* ICD-10 (他章)からの移動

第IV章・・・E66.2 pickwickian syndrome

第V章精神疾患・・・F51 (非器質性睡眠障害)

第VI章神経学的疾患・・・G47 (睡眠障害)

第XVI章周産期に発生した病態・・・P28.3 sleep apnoea of newborn

\* 2013年に発表され現在も使用されている睡眠障害国際分類第3版 (ICSD-3) で用いられている構成と概ね同じである。

### \* 問題点

・ICSD-3 と病名表記(英語)が若干異なる。今後の和訳の際に統一されたものになる可能性がある。

・7A41, Obstructive sleep apnoea⇒診断基準が異なることもあり ICSD-3 では成人と小児に分かれているが ICD-11 では分かれていない。索引用語で Obstructive sleep apnoea, Paediatric と Obstructive sleep apnoea, Adult は存在する。

・descriptionなどはまだ不十分であるが、それ以外の構造などは概ね問題ないと思われる。



## 第8章 神経系の疾患 (8B00~8E7Z)

項目数：ICD-10：399（第VI章334+第IX章65）項目→ICD-11：844項目

### \* 第8章の特徴

- ・ この章では、以前のICD-10の概念が大幅に再構築および変更され、いくつかの新しい概念も追加された。
- ・ ICD-11では、頭痛障害、てんかん、そして脳血管障害をブロックレベルに分類され、睡眠障害は第7章として新規チャプターに移動した。
- ・ ICD-10第IX章循環器系疾患の中間分類項目脳血管疾患（I60-69）は、神経学の章に移動し、一過性脳虚血発作（TIA：G45.9）は現在、脳血管疾患に含まれている。
- ・ 脳血管疾患はICD-10の「循環器系の疾患」から、ICD-11では第8章「神経系疾患」に移動した。循環器系疾患でsecondary parentで含まれる。TIAは「脳血管疾患」の下で、この「神経系疾患」に設定した。
- ・ 「神経系の傍腫瘍性および自己免疫疾患」と題されたブロック追加
- ・ 分子生物学的進歩により稀な疾患ではあるが、「プリオン病」がブロックとして地位を獲得した。

ICD-10 ブロック見出し	ICD-11 相当構造
G00-G09 神経系の炎症性疾患	このセクションは、新しいブロックの第1章の「中枢神経系の非ウイルス感染」に移動。
G10-G14 主に中枢神経系に影響を与える全身性萎縮疾患	「運動障害疾患」と「運動ニューロン疾患および関連疾患」に分離
G20-G26 錐体外路系および運動障害疾患	運動障害疾患
G30-G32 その他の神経系変性疾患	神経認知障害疾患
G40-G47 一過性および発作性障害	「てんかん」、「頭痛疾患」、「脳血管障害」のブロック。睡眠障害は第7章に独立した。
G50-G59 末梢神経、神経根および神経叢障害疾患	神経根、神経叢および末梢神経の障害疾患
G70-G73 神経筋接合部および筋疾患	神経筋接合部および筋肉の病気
G90-G99 その他の神経系障害	その他の神経系の障害 - 「自律神経系疾患」、「脳脊髄液圧および髄液流の障害」、「外傷を除く脊髄障害」は神経系疾患の章から他の章に移動した。
A81 中枢神経系の異型ウイルス感染	プリオン病

### \* 問題点

脳血管疾患において、部位別にコーディングがなされていたが、ICD-11では、病因による分類がstem codeであり、症状をきたさなければ部位のExtension codeが記載されない可能性があるため、不十分なまま登録される危険性がある。

## 第9章 視覚系の疾患 (9A00~9E1Z)

項目数 : ICD-10 : 293 項目 → ICD-11 : 703 項目

### \* 特徴

ICD-10 の二重分類 (病因/症状発現 (剣印/星印)) の規則は、ICD-11 では適用されない。

### \* 他章からの移動

- ・ G51.4 (Facial myokymia) は 9A05.0 (Myokymia of eyelid) として移行した。
- ・ L20.8 (Other atopic dermatitis) は 9A06.70 (Atopic eczema of eyelids) として移行した。
- ・ Q10.3 (Other congenital malformations of eyelid) は 9A00 (Congenital malposition of eyelids) として移行した。

### \* 下記の Block1 レベルから構成されている。

- ・ Disorders of the ocular adnexa or orbit (BlockL1-9A0)
- ・ Disorders of the eyeball - anterior segment (BlockL1-9A6)
- ・ Disorders of the eyeball - posterior segment (BlockL1-9B5)
- ・ Disorders of the eyeball affecting both anterior and posterior segments (BlockL1-9C2)
- ・ Glaucoma or glaucoma suspect (BlockL1-9C6)
- ・ Strabismus or ocular motility (BlockL1-9C8)
- ・ Diseases of neuromuscular junction or muscle
- ・ Primary disorders of muscles
- ・ Disorders of refraction or accommodation (BlockL1-9D0)
- ・ Postprocedural disorders of eye or ocular adnexa (BlockL1-9D2)
- ・ Impairment of visual functions (BlockL1-9D4)
- ・ Subjective visual experiences (BlockL1-9D5)
- ・ Vision impairment (BlockL1-9D9)
- ・ Neoplasms of the eye or ocular adnexa
- ・ Reasons for contact with the health care system in relation to eyes or vision
- ・ Symptoms, signs or clinical findings of the visual system
- ・ Structural developmental anomalies of the eye, eyelid or lacrimal apparatus

## 第10章 耳又は乳様突起の疾患 (AA00~AC0Z)

項目数：ICD-10：134項目→ICD-11：143項目

### \* 基本構造 (AA00-AC0Z)

#### \* 他章からの移動

- ・ ICD-10 から ICD-11 へ移行した項目は、第13章 (1項目) のみである。
- ・ ICD-10, 第13章 M95.1 (Cauliflower ear) が ICD-11 第10章 AA41.0 へ移行した。
- ・ ICD-10 から ICD-11 へ移行した項目は2項目で、それぞれ第8章 (1項目)、第13章 (1項目) である。
- ・ ICD-10, 第8章から「Diseases of the ear and mastoid process」が移行。
- ・ ICD-10, 第13章から M95.1 (Cauliflower ear) が移行。

#### \* ICD-11 の章の構造について (ICD-10 との比較・特徴)

- ・ 外耳、中耳は病態に基づいて分類された。炎症性・非炎症性、感染性・非感染性、化膿性・非可能性、急性・慢性など。
- ・ 内耳疾患では前庭障害では発症様式 (急性、慢性、反復性)、聴覚障害では発症時期 (先天性、後天性) にて分類された後に伝音または感音に分類。また前庭障害では新しい疾患概念が多数盛り込まれた。

#### \* ICD-10 と比較して改善したと思われる点

- ・ 新しい疾患概念が追加された。
- ・ 炎症性・非炎症性、感染・非感染性、先天性・後天性など病態による大まかな分類により、疾患が整理された。

#### \* ICD-11 の問題点

本邦では十分に浸透していない疾患概念もあるので、その分は使用しにくい。

## 第11章 循環器系の疾患 (BA00~BE2Z)

項目数：ICD-10：378（脳血管障害を除く）項目→ICD-11：541項目

### \* 基本構造 (BA00~BE2Z)

#### \* この章の特徴

- ・ 高血圧症と心臓弁疾患のセクションが拡大された。
- ・ ICD10 が解剖学的や原因的な分類としていたが、ICD11 では治療を前提とした臨床的、病理的、解剖学的に分類され、具体的障害臓器名が前面に出て 詳細に分類されている。他のブロックや章に分類されているものも少なくないが それらは記載されており、検索できるので問題ないであろう。
- ・ 起因する心血管疾患（障害）がこの章に入ってきているのは機能的でわかりやすい
- ・ 虚血性心疾患の分類構造は大きく変化し、2つのブロックに分割された。虚血性心疾患と冠動脈の疾患である。
- ・ ICD-11 では、弁膜症としてひとつのブロックにまとめ、さらに最初に各弁毎（解剖学的分類）のブロックに分割されている。このため臨床診断名から入りやすくなっている。
- ・ 各弁は、狭窄、閉鎖不全、狭窄兼閉鎖不全、逸脱、膿瘍、穿孔、その他、詳細不明 と病理学的に細分類されている。リウマチ性か非リウマチ性かは その次のレベルで分類される。
- ・ ICD-11 では 不整脈発生の場が上室性か、心室性かによって二次ブロックに分類されている。発生の場が上記に限局されないようなもの、伝導障害や、その他の不整脈については、その上一次レベルの不整脈というブロックに集約されている。

#### \* 他章からの移動

- ・ ICD-10 中間分類項目「脳血管疾患 (I60-69)」は第8章神経系の疾患へ移動した。
- ・ 非リウマチ性弁疾患は ICD-10 中間分類項目「その他の型の心疾患 (I30-52)」から ICD-11 では「心臓弁疾患」のセクションに移動し、「急性リウマチ熱」は感染症として第1章に移動した。
- ・ L04 : Acute lymphadenitis が BD90.0 として移動。
- ・ Q82.0:Hereditary lymphoedema は BD93.0 (Primary lymphoedema) へ移動、
- ・ R00.1:Bradycardia, unspecified は BC80.1 (Sinus bradycardia) へ移動、
- ・ T86.2:Heart transplant failure and rejection は BE1A (Primary lymphoedema) へ移動。
- ・ Z45.0:Adjustment and management of cardiac devices は BC91 (Pacemaker or implantable cardioverter defibrillator battery at end of battery life) へ移動。

#### \* 問題点

- ・ BC01 (人工弁) に、多くある病態をエクステンションとしてはつけにくい。
- ・ BD40.00 Lower limb atherosclerosis with intermittent claudication の部分だけ症状の有無を表記している。02 with rest pain や 03 ulcer にはなし。
- ・ 手技に伴う合併症記載が増えたが、数的にも多いと思われる PCI の合併症、冠動脈穿孔、冠動脈解離、冠動脈ステント閉塞といったものの分類はない。

## 第12章 呼吸器系の疾患 (CA00~CB7Z)

項目数：ICD-10：279 項目→ICD-11：354 項目

### \* 基本構造 (CA00~CB64)

#### \* この章の特徴

- ・ 上気道感染の次に、上気道のその他の疾患 (ICD-10 の J30-39 ()) がまとめられた。
- ・ 外的因子による肺疾患では、じん肺の原因物質の順序に変更あり。
- ・ インフルエンザなど、感染性肺疾患が第1章 (感染症及び寄生虫症) に移った。
- ・ 呼吸と呼吸制御の睡眠障害は睡眠障害の新しい章の7章に移動した。
- ・ 呼吸疾患の病因による分類を改善する為に、吸入、職業性および環境性肺疾患に関するセクションは、外部因子による肺疾患 (BlockL1-CA6) が追加された。これは WHO 労働衛生部からの情報に基づいたものである。
- ・ 嚢胞性線維症 (ICD10 内分泌 E84.9) は、呼吸器の章 (CB21.1 その他の自然気胸) に移動した。
- ・ 発達呼吸器疾患は、睡眠関連の呼吸障害 (7A40-7A4Z) に分類された。
- ・ グループ「上気道障害」には、感染症の章に移動した状態を除き、この章に分類される。
- ・ 下気道疾患は ICD-10 の慢性下呼吸器疾患からシフトしたが、慢性閉塞性肺疾患 (A22) は国際的な概念に基づいて独立した分類になった。
- ・ 主に間質に影響を与える特定の呼吸器疾患の特発性間質性肺炎 (CB03) は、国際的な概念に基づいて独立した分類になり、乳児期および小児期に特有の原発性間質性肺疾患の分類は、小児トピック諮問グループ (小児科 TAG /ジェフリーF. リンツァー (米)) の提案に基づいて独立して作成された。
- ・ 呼吸器系の特定の疾患のセクションおよび術後呼吸器疾患 (BlockL1-CB6) のセクションは、胸膜、横隔膜および縦隔疾患のセクションに移動した縦隔および横隔膜障害を除いて、ICD-10 の他の呼吸器系の疾患から移動した。
- ・ 上気道感染と下気道感染が ICD10 では急性あるいは慢性等に分類されていたが ICD11 ではそれぞれひとつの分類、上気道障害 (BlockL1-CA0)、特定の下気道疾患 (BlockL1-CA2) に分類された。

#### \* 問題点

- ・ 呼吸器疾患の病因による分類を改善するために、外部因子による肺疾患 (BlockL1-CA6) へ新しいセクションが追加されたので分類時職業、環境等の注意のうえ分類が必要である。
- ・ 第V章 生活機能評価に関する補助セクションでコード確認の必要がある。
- ・ X章 エクステンションコードでコード確認の必要がある。



## 第13章 消化器系の疾患 (DA00~DE2Z)

項目数：ICD-10：503 項目→ICD-11：958 項目

### \* 基本構造 (DA00~DE2Z)

#### \* この章の特徴

- ・ 基本的に、上から下への消化管順、次いで肝胆膵の順で、ICD-10 を踏襲している。
- ・ ただし、腹膜の疾患、腸の憩室性疾患、腸の虚血性疾患、ヘルニア、炎症性腸疾患、機能性胃腸疾患は、膵臓の疾患のあとにこの順で並んでおり、ICD-10 と異なる。
- ・ 「十二指腸の病気」、「肛門管の病気」、「膵臓の病気」など、詳細な解剖学的に分類された。例) 肛門管の疾患 (BlockL1 - DB5) 等
- ・ 機能的な胃腸障害と炎症性腸疾患の独立した分類も、広範な解剖学的部位をカバーするために分類された。例) 機能性胃腸障害 (BlockL1-DD9) 等
- ・ 例えば、出血の有無、閉塞の有無、腹水の有無、側方性および部位特異性の向上など追加分類は、第21章および第X章拡張コードの臨床所見セクションを確認したのち分類する。
- ・ ICD-10 には口腔、唾液腺、および顎の疾患が含まれていたが、ICD-11 の第13章の対応するセクションの構造と内容が改善され、口腔顔面複合体の疾患と障害が含まれるようになった。
- ・ 腸のその他の疾患 K55-K64、K91.4 が、ICD11 では肛門管の病気の分類に分類された。

#### \* 問題点

- ・ いくつかの臓器にまたがる一般的な消化器疾患は、主に吻側臓器の疾患分類に分類されるので注意が必要である。例) 「胃腸炎」は「胃炎」に分類、「胃十二指腸潰瘍」は「胃潰瘍」に分類される。
- ・ 「消化性潰瘍、部位不明」は「食道潰瘍、胃潰瘍、十二指腸潰瘍または吻合部潰瘍」のいずれかに分類する必要があるので注意が必要である。
- ・ ヘルニアにおいて、閉塞や壊死の有無が任意の追加コードとなった。死亡するのは閉塞や壊死を伴う場合のみであり死因統計に影響はないだろうが、医療資源の多寡や診療日数に影響があると思われ、ICD-10 のコード体系を医療費支払いに用いていた国・地域では追加コードを必須とするなど対応を迫られる可能性がある。
- ・ 臨床では急性肝炎の原因の50%が病因不明である。しかし ICD-11 でも急性肝炎 NOS が見当たらない。強いていえば DB97.Z, XT5R か？
- ・ 第V章 生活機能評価に関する補助セクションでコード確認の必要がある。
- ・ X章 エクステンションコードでコード確認の必要がある。

## 第14章 皮膚の疾患 (EA00 - EMOZ)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 409 項目 → ICD-11: 823 項目
- ・ ①皮膚感染症、②炎症性皮膚疾患、③代謝性・栄養性皮膚疾患、④遺伝性皮膚疾患、⑤感覚異常及び精神神経的皮膚障害、⑥皮膚の特定構造の疾患、⑦特定部位の皮膚疾患、⑧妊娠・新生児・乳児に関連する皮膚疾患、⑨薬物による皮膚症状、⑩外因による皮膚疾患、⑪皮膚の良性新生物・嚢胞、⑫悪性要素のある皮膚疾患、⑬内臓病変を繁栄する皮膚症状、⑭医原性皮膚病変、⑮その他

### \* 章間の移動

- ・ 膿痂疹、皮膚膿瘍・せつ及びよう、蜂巣炎、膿皮症、慢性萎縮性肢端皮膚炎は第1章へ移動
- ・ 化膿性肉芽腫は第2章へ移動
- ・ 紅斑性狼瘡、ゴットン丘疹は第4章へ移動
- ・ 急性リンパ節炎は第11章へ移動
- ・ 陰囊（陰門）搔痒症は第16章へ移動

### \* 特徴

- ・ 大幅な再編
- ・ 米・英・独の皮膚科学用語を融合して疾患名を追加・更新

### \* 改善点

- ・ 欠落していた必要な疾患名が追加された
- ・ 「蕁麻疹・血管浮腫」には「血管浮腫」が追加された
- ・ 「代謝性皮膚疾患」に「黄色腫」が加えられた

### \* 問題点

- ・ 「病因」の観点から分類されており、基準を持つ事は評価できるが、臓器横断的な分類が優先されて重要な皮膚関連疾患が除外されている
  - 重要な疾患が他の章に移動し、また抜け落ちており、全体的に「その他の皮膚疾患」の感がある
  - 慢性疾患では病因が多因子的であり、多くの矛盾を内在している
  - 一般的な皮膚科臨床に使いやすい疾患分類とは異なる
- ・ バラ色靴糠疹はウイルス感染症に分類されたが病的に疑問が残る
- ・ 「湿疹・皮膚炎」の部位はエクステンションコードによる追加が良い
- ・ 「好中球性皮膚症」に「好酸球性蜂巣炎 (EB30)」と「結節性紅斑 (リンパ球浸潤性の脂肪織炎)」が含まれており誤解を与える
- ・ 「自己免疫性水疱症」に「線状 IgA 水疱性皮膚症」が加わった一方で「増殖性天疱瘡」が抜け落ちた
- ・ 「多形皮膚萎縮を伴う遺伝性疾患」、「遺伝的結合組織疾患」「形成異常」の中の主要な疾患は、他章に入れられている、など重要疾患の抜け落ちが目立つ
- ・ 疾患名は増加したが、使用頻度の希な項目も増加した

## 第 15 章 筋骨格系及び結合組織の疾患 (FA00 - FC0Z)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 643 項目 → ICD-11: 445 項目
- ・ 基本構造に大きな変化はない
- ・ 関節症、脊椎に関する病態、軟部組織障害、骨傷害及び軟骨障害、その他に分類

### \* 章間の移動

- ・ 「全身性結合組織障害に属する疾患」が「非臓器特異的全身性自己免疫障害」として第 4 章に移動

### \* 改善点

- ・ エクステンションコードの付与により詳細な部位の記載が可能になった
- ・ 診断の時期、方法（画像診断を含む）、受傷の契機の付加も可能である

### \* 問題点

- ・ 関節リウマチは全身の臓器にも障害が及ぶ自己免疫疾患であるが移動はなかった
- ・ 炎症性関節症には病因論的に多様な疾患が混在している
- ・ エクステンションコードの付与に際して外傷学の知識が必要
- ・ V 章のコーディングとの連関について検討が必要

## 第 16 章 腎尿路生殖器系の疾患 (GA00 - GC8Z)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 517 項目 → ICD-11: 548 項目
- ・ 並び替え・カテゴリ分けは以下  
女性生殖器、男性生殖器、乳腺、泌尿器系(腎疾患含む)、処置後の障害  
→ 非炎症性、炎症性 → 解剖学的分類

### \* 章間の移動

- ・ 新生物は 2 章に移動
- ・ 「嚢胞性腎疾患 (Q61)」が 17 章より移動 (GB81)

### \* 改善点

- ・ FIGO (産婦人科)、KDIGO (腎不全) 等の分類に準拠

### \* 問題点

- ・ エクステンションコードの付与により詳細化が可能
- ・ 糸球体腎炎では ICD-10 の 4 桁細分類項目「.0-.5」が重要であるが、ICD-11 では「MF8Y Other specified clinical findings in specimens from the urinary system」にまとめられてしまう場合がある
- ・ 糸球体疾患の病理では複数の所見が認められることも多く、extension code の付与数の検討が必要である
- ・ IgA 腎症は病理所見によって診断されるが、ICD-11 には病理像がなく、「MF8Y Other specified clinical findings in specimens from the urinary system」になってしまう
- ・ ICD-11 の GB40 Nephritic syndrome には、ICD-10 の N00 急性腎炎症候群、N01 急速進行性腎炎症候群を含む
- ・ Chronic kidney disease は大きな概念であるため、診断等がある場合には「GB61 Chronic kidney disease」にコーディングしないように注意すべきと思われる

## 第 17 章 性保健健康関連の病態 (HA00 - HA8Z)

### \* 基本構造

- ・ 新設 (72 項目)
- ・ 性機能不全、性疼痛障害、性別不合に分類

### \* 章間の移動

- ・ 以下が本章へ移動
  - F52 性機能不全、器質性障害又は疾病によらないもの
  - N94 女性生殖器及び月経周期に関連する疼痛及びその他の病態
  - F64 性同一性障害

### \* 特徴・問題点

- ・ 性的興奮障害 (HA01, HA02) 診断の具体的期間が不明確
- ・ 性交痛 (HA20) に子宮内膜症を含むか否か
- ・ HA40.3 に示された「知識や経験の欠如」の具体的内容が不明確
- ・ 概念的な要素を含んでおり、客観的な評価が困難な印象



## 第18章 妊娠、分娩及び産褥（JA00 - JB6Z）

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 510 項目 → ICD-11: 514 項目
- ・ 基本構造に大きな変化はない（若干の順番の変更）

### \* 章間の移動

- ・ 産褥期骨軟化症（M83.0）が本章へ移動

### \* 特徴

- ・ 産科出血が妊娠初期（JA40）、分娩前（JA41）、分娩中（JA42）、分娩後（JA43）に整理された
- ・ 母体ケアの変更・追加（多胎妊娠、胎位異常、胎児の異常、羊水過多、前期破水、前置胎盤など）
- ・ 皮膚疾患（JA65.1）が「主として妊娠に関連するその他の病態の母体ケア」に追加

### \* 改善点

- ・ 母体ケアの項目追加は疾患分類としては有効であるが、死亡分類としては不適切か

### \* 問題点

- ・ 母体ケアをどう捉えるかは、深刻な問題を内蔵している

## 第 19 章 周産期に発生した病態 (KA00 - KD5Z)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 399 項目 → ICD-11: 630 項目
- ・ 中分類 (2 桁目) が 59 項目から 149 項目に増加 (3 桁目から格上げ) しやや複雑化
  - 「周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害」が呼吸器と心血管に分離
  - 「胎児及び新生児の外表及び体温調節に関連する病態」が外表と体温調節に分離
- ・ 基本構造には大きな変化はない

### \* 章間の移動

- ・ 脳圧迫 (G93.5) が本章へ移動

### \* 特徴

- ・ 2 桁目分類が増加し、病態を理解していないと最終コードに辿り着きにくい
  - ブラウザーを使用すれば容易にコード付与可能か
- ・ 「妊娠期間に比較して低体重・低身長 (KA20.0)」の診断は、平均値から 10 パーセンタイルの偏位であったが、平均値から 2SD の偏位を主として追加
- ・ 同上は symmetrical と asymmetrical とに細分化
- ・ 「超未熟児 (KA21.3)」は妊娠週ごとに細分化
- ・ 全体的に、全く異なる分類と考えるべき程に変化している

## 第 20 章 発達異常 (LA00 - LD9Z)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 717 項目 → ICD-11: 1,341 項目
- ・ 章の名称が変更 (ICD-10: 先天奇形、変形及び染色体異常)
- ・ 以下の 4 つに分類  
単臓器の発達異常、多臓器発達異常もしくは症候群、染色体異常 (遺伝子変異を除く)、知能  
発育障害を主徴候とする状態
  - 単臓器の発達異常はそれぞれの臓器に細分類
- ・ 分類体系の変更により、一部で疾患のコーディングにおける重み付けが変更された

### \* 章間の移動

- ・ 解剖学的異常を伴わない遺伝子異常はそれぞれの章に移動
- ・ 代謝異常に伴う発達異常は代謝異常の章に移動
- ・ 「眼瞼、前眼部の先天異常、先天性緑内障」等が第 9 章に移動
- ・ 「嚢胞性腎疾患」が第 16 章に移動
- ・ 「先天性魚鱗癬」「表皮水疱症」「毛髪・爪の先天奇形」等が第 14 章に移動

### \* 特徴

- ・ 遺伝子／染色体異常の明確な原因分類は困難であるため将来変更もありうる
- ・ 一部であるが、詳細な疾患の解説が記載された

### \* 問題点

- ・ 疾患名の日本語訳が重要

## 第 21 章 症状、徴候及び異常臨床所見で他に分類されないもの (MA00 - MH2Y)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 412 項目 → ICD-11: 1,282 項目
- ・ 基本構造は同様 (解剖学的セクションとカテゴリーの軸で分類)
  - セクション
    - ①血液系・免疫系、②内分泌・栄養・代謝系、③発声・発語、④精神・行動の症状⑤神経系、⑥視覚系、⑦耳・乳様突起、⑧循環器、⑨呼吸器、⑩消化器腹部、⑪皮膚、⑫筋骨格系⑬泌尿生殖器、⑭一般的症状、兆候と身体所見と検査異常⑮診断不明・原因不明
  - カテゴリー  
症状と徴候、臨床所見

### \* 章間の移動

- ・ ICD-10 の星印 (asterisk) が本章へ移動
- ・ 「抗菌薬への耐性微生物の所見」が新設され、ICD-10「抗菌薬及び抗腫瘍薬への耐性」が移動
- ・ 画像診断の項目は各臓器に移動
- ・ 敗血症性ショック、全身性炎症反応・感染性は第 1 章へ移動
- ・ 昏迷は細分化されて第 8 章へ移動

### \* 特徴

- ・ ICD-11 の分類体系に沿って再編
- ・ 循環器系、呼吸器、神経系、筋骨格系がそれぞれ分割されて独立
- ・ 循環器系：白衣高血圧の追加、心拍の異常の詳細化、心停止の詳細化など  
23 項目増加
- ・ 呼吸器系：28 項目増加
- ・ 消化器系：消化器の解剖分類別に症状兆候を分類、かつ臨床検査所見の異常を分類、98 項目増加

### \* 改善点

- ・ 系統的に良くまとまっている
- ・ 実臨床で使用される語彙が増加し、用語を選ぶ際には選択肢が増えた

### \* 問題点

- ・ 分類と語彙が増加しているが、不十分な部位、逆に詳細すぎる部位もあり、後者に関しては使用されない可能性がある

## 第 22 章 損傷、中毒及びその他の外因の影響 (NA00 - NF2Z)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 1,482 項目 → ICD-11: 1,999 項目
- ・ 基本構造は 3 桁目まではほぼ同様、4 桁目がより精緻化
- ・ 多部位の損傷、熱傷・腐食、凍傷、中毒・毒作用は項目数が減少

### \* 章間の移動・新設・削除など

- ・ 眼内（非）磁性体異物残留が 8 章より移動
- ・ アナフィラキシーは 4 章へ移動、血管神経浮腫は 14 章へ移動
- ・ 胎内プロステシスは 23 章へ移動、麻酔によるショックは 21 章へ移動
- ・ 虐待症候群は 23 章、24 章へ移動
- ・ 足首の複雑な骨折 (NC92.7)、急性内部損傷膝 (NC93.0)、膝の滑液包損傷 (NC96.5) 等が新設

### \* 特徴

- ・ 創傷分類の詳細化（閉鎖：擦過傷・挫傷、開放：裂創・刺創・咬創および異物の有無）
- ・ 骨折の開放・閉鎖におけるエクステンション (XJ44E 閉鎖、XJ7YM 開放) 使用
- ・ 眼球及び眼窩の損傷での片側／両側の区別
- ・ 脳振盪、頭蓋内損傷の分類の詳細化
- ・ 足の骨折，足首を除く
- ・ 足根骨骨折の詳細化（立方骨、外側楔状骨、中間楔状骨、内側楔状骨、舟状骨）
- ・ 熱傷／腐食の統合と詳細化（深度の第 2 度と第 3 度がそれぞれ 2 段階に細分化された）
- ・ 薬物，薬剤及び生物学的製剤による中毒 (T36-T50) は「NE60」に統合
- ・ 薬用を主としない物質の毒作用 (T51-T65) は「NE61」に統合
  - 特定薬剤はエクステンションコードを使用
- ・ 第 23 章とのブラウザ上での連携

### \* 改善点

- ・ 骨盤骨折の構造変化による分類、骨折の関節障害による分類等、実際の外傷診療と整合
- ・ 「薬物による中毒」における薬剤のエクステンションコード化による汎用性

### \* 問題点

- ・ 「薬物による中毒」における薬剤エクステンションコードの並び順が ICD-10 (T36~T50) とは異なるため集計等で変換が必要



## 第 23 章 傷病及び死亡の外因 (PA00 - PL2Z)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 1,561 項目 → ICD-11: 984 項目
- ・ 基本構造は概ね似ているが、分類軸を変更して精緻化  
外因、自然災害、maltreatment、法的介入、武力抗争、ヘルスケア関連障害
  - 外因は「意図」（不慮、故意、暴力、不明）を主軸に分類
  - 意図 - 機序 - 対象物で細分類

### \* 特徴

- ・ 機序・対象物が拡大し、エクステンションの使用により更に詳細化
  - 「外因」の章としては項目数が著明に減少
- ・ 合併症（ヘルスケア関連障害）・maltreatment が改善
- ・ 他の章の項目に振り分けられた項目（続発・後遺症、死亡の原因に関係する補助因子）、エクステンションの使用で振りかえとなった項目（例えば薬剤の種類、障害のモード等）がある
- ・ これらはほぼ Reference Guide に記載されている（必読）

### \* 改善点

- ・ 分類軸の明確化
- ・ 外因のモードが整理されてコード数が著明に減少
- ・ 代役としてのエクステンションによる詳細化

### \* 問題点

- ・ Unintentional exposure to **uncontrolled** fire (PB10), Unintentional exposure to **controlled** fire (PB11) に対し、Intentional self-harm by exposure to **controlled** fire (PC80) Intentional self-harm by exposure to **uncontrolled** fire (PC81) の様に、一部で並び順の一貫性に問題がある
- ・ コーディングは容易だが、エクステンションを覚えていないと適切なものを発見し難い場合がある（ブラウザではエクステンションが表示されるので、画面上でのコーディングが前提となっている）

## 第 24 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 (QA00 - QF4Z)

### \* 構造について

- ・ ICD-10 : 720 項目 → ICD-11 : 880 項目
- ・ 基本軸は「保健サービス利用の理由」及び「健康状態に影響する要因」

### \* 特徴

- ・ 「生殖に関連する保険サービスの利用」の詳細化
- ・ 「障害又は損傷のないエピソードに影響するヘルスケア関連環境」の新設

### \* 改善点

- ・ 生殖医療関連の詳細化
  - 「分娩の結果」は六胎までに細分化
  - 「出生時、出生の場所による」は単胎児、双胎児、多胎児に細分化
- ・ 損傷や障害を生じなかった医療過誤を含む身体への有害作用を詳細に記載可能となった
- ・ 人工臓器などの種類の増加に適応可能となった

## 第 25 章 特殊目的用コード (RA00 - RA26)

### \* 基本構造

- ・ ICD-10: 49 項目 → ICD-11: 20 項目
- ・ 国際緊急コード (RA00—RA09)、各国緊急コード (RA20—RA26) に分類

### \* 章間の移動

- ・ 「SARS」は第 1 章に移動
- ・ 「抗菌薬及び抗腫瘍薬への耐性」は第 21 章に移動

### \* 改善点

- ・ 原死不明の病因の新しい病気のためのコードとなり、特殊であることが区別しやすくなった

### \* 問題点

- ・ WHO からまたは各国で緊急時のみに使用するコードとして使うため、ほとんど使用されないと考える

今後の研究事業の貴重な資料にするため、下記アンケートにご協力くださいますようお願いいたします。

なお、アンケートは無記名で行っておりますので、率直なご意見をお聞かせください。

1. あなたの基本情報についてお聞かせください。該当箇所を ■ に塗りつぶしてください。

1) あなたの診療情報管理士（または診療録管理士）の認定年はいつですか。（該当は1つ）

1970年代 1980年代 1990年代 2000年代 2010年代

2) あなたの診療情報管理に係る経験年数（今までの経験の合計）ほどのくらいですか。（該当は1つ）

3ヶ月未満 3ヶ月～5年未満 5年以上～10年未満 10年以上～15年未満  
15年以上～20年未満 20年以上～25年未満 25年以上～30年未満 30年以上～35年未満  
35年以上～40年未満 40年以上～45年未満

3) あなたの現在の勤務・業務内容を教えてください。（該当は1つ）

病院診療情報管理業務 病院医事業務 病院のその他の事務業務 その他医療・福祉機関の診療情報管理業務  
その他医療・福祉機関の事務部門 専門学校教員 大学教員 医師 歯科医師 看護部門  
薬剤部門 その他（ ）

2. 今回受講された各講演について該当するものに○をつけてください。

5：よく理解できた（理解度90%以上） 4：ほぼ理解できた（同70%） 3：半分理解できた（同50%） 2：あまり理解できなかった（同30%） 1：ほとんど理解できなかった（同10%未満）

1) 講演Ⅰ「ICD-11総論～ICD-10とICD-11の相違点～」(第26章、V章、エクステンションコード含む) について

総論・全体の理解度について	講演Ⅰ 全体へのご意見 (①理解できた点、②理解できなかった点など記入ください)
5・4・3・2・1	

理解が難しかった項目がある場合、該当項目を ■ に塗りつぶしてください（複数回答可）

第1～25章（総論） 第26章（伝統医学の病態・モジュールⅠ） 第V章（生活機能評価に関する補助セクション）  
第X章（エクステンションコード）

理解が難しかった項目がある場合、その理由（何が難しいか）を記載してください。

（複数項目の場合、1行目にあって「●章：」と最初に記載のうえ理由を記述ください）

\_\_\_章：

2) 講演Ⅱ「ICD-11 各論（第1章～第13章）」について

第1章～第13章・全体の理解度について	講演Ⅱ 全体へのご意見 (①理解できた点、②理解できなかった点など記入ください)
5・4・3・2・1	

理解が難しかった章がある場合、該当章を ■ に塗りつぶしてください（複数回答可）

第1章（感染症又は寄生虫症） 第2章（新生物） 第3章（血液又は造血器の疾患）  
第4章（免疫系の疾患） 第5章（内分泌、栄養又は代謝疾患） 第6章（精神、行動又は神経発達障害）  
第7章（睡眠・覚醒障害） 第8章（神経系の疾患） 第9章（視覚系の疾患）  
第10章（耳又は乳様突起の疾患） 第11章（循環器系の疾患） 第12章（呼吸器系の疾患）  
第13章（消化器系の疾患）

理解が難しかった章がある場合、その理由（何が難しいか）を記載してください。

（複数章の場合、1行目にあって「●章：」と最初に記載のうえ理由を記述ください）

\_\_\_章：

※裏面もあります。

3) 講演Ⅲ「ICD-11 各論（第14章～第25章）」について

第14章～第25章・全体の理解度について	講演Ⅲ全体へのご意見（①理解できた点、②理解できなかった点など記入ください）
5・4・3・2・1	

理解が難しかった章がある場合、該当章を■に塗りつぶしてください（複数回答可）

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 第14章（皮膚の疾患）                    | <input type="checkbox"/> 第15章（筋骨格系又は結合組織の疾患）          | <input type="checkbox"/> 第16章（腎尿路生殖器系の疾患） |
| <input type="checkbox"/> 第17章（性保健健康関連の病態）               | <input type="checkbox"/> 第18章（妊娠、分娩又は産褥）              | <input type="checkbox"/> 第19章（周産期に発生した病態） |
| <input type="checkbox"/> 第20章（先天奇形）                     | <input type="checkbox"/> 第21章（症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの） |   |
| <input type="checkbox"/> 第22章（損傷、中毒又はその他の外因の影響）         | <input type="checkbox"/> 第23章（傷病又は死亡の外因）              |   |
| <input type="checkbox"/> 第24章（健康状態に影響を及ぼす要因又は保健サービスの利用） | <input type="checkbox"/> 第25章（特殊目的用コード）               |   |

理解が難しかった章がある場合、その理由（何が難しいか）を記載してください。  
（複数章の場合、1行目に倣って「●章：」と最初に記載のうえ理由を記述ください）

\_\_\_章：

3.ICD-11についてのご意見、ご感想などについてお聞かせください。

4.今回研修会を受講されたご意見、ご感想などについてお聞かせください。

アンケートは研修会終了後に、回収いたします。ご協力ありがとうございました。

ICD-11研修会 参加者へのアンケート調査

1. 基本情報

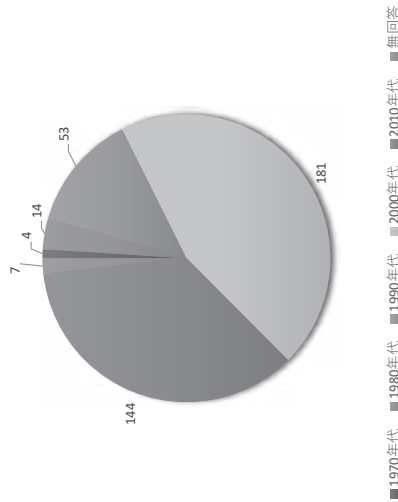
1) 診療情報管理士(または診療録管理士)の認定年

		回答数				
		1970年代	1980年代	1990年代	2010年代	無回答
4		14	53	181	144	7

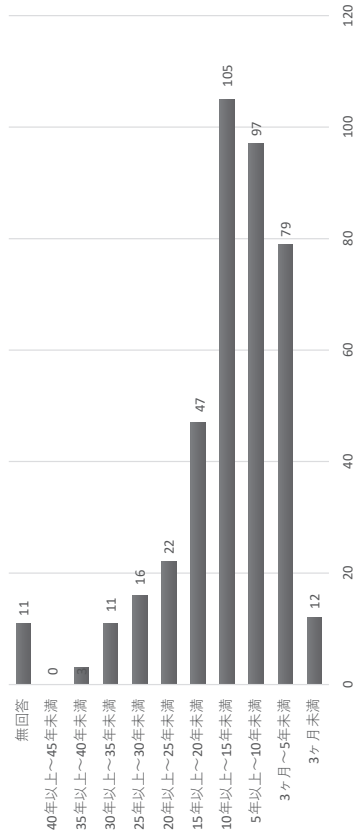
2) 診療情報管理に係る経験年数(今までの経験の合計)

		回答数										
		3ヶ月未満	3ヶ月～5年未満	5年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上～20年未満	20年以上～25年未満	25年以上～30年未満	30年以上～35年未満	35年以上～40年未満	40年以上～45年未満	無回答
12		79	97	105	47	22	16	11	3	0	11	403

1. 1) 診療情報管理士(または診療録管理士)の認定年



1. 2) 診療情報管理に係る経験年数(今までの経験の合計)





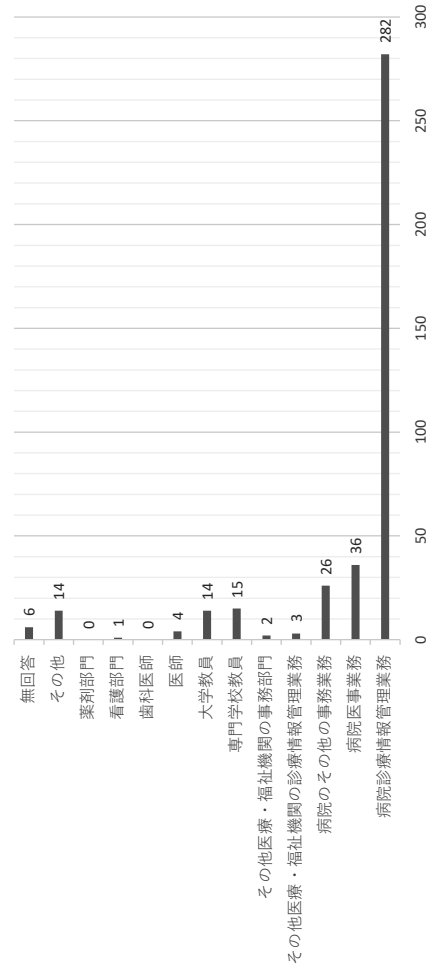
1. 3) 現在の勤務・業務内容

	回答
病院診療情報管理業務	282
病院医事業務	36
病院のその他の事務業務	26
その他医療・福祉機関の診療情報管理業務	3
その他医療・福祉機関の事務部門	2
専門学校教員	15
大学教員	14
医師	4
歯科医師	0
看護部門	1
薬剤部門	0
その他	14
無回答	6
合計	403

その他

診療情報管理と医事を両方、医療系公務、特許管理、記述無し(4)病院医事業務と専門学校講師(2)、  
医療情報部門、情報システム管理、経営部門、電カルベンダーSE、DPC分析システム社員

1. 3) 現在の勤務・業務内容





- ・丁寧な展開でよくわかった。ただV 0~4重症度の表がテキストになかった。
- ・今までのコーディングとは全く違うイメージに捉えてしまい、理解に苦しむ。
- ・コードの成り立ちが良く分かり、導入されるまでの間に自分が何をすべきか少しわかった。
- ・ただただ難しそうという印象
- ・ファウンデーションとリニアリゼーション、プレコーディネーションとポストコーディネーションの具体的なイメージが想像できず、理解できなかった。
- ・仕組みは理解できたが、伝統医学は理解が難しい。
- ・話は聞きやすくわかりやすかったが、理解となると難しい。
- ・概ねアウトラインは理解できたが、英語の言葉(用語)がまだまだわからない。
- ・コーディングするための基本体系とルールが複雑で理解が困難。例示されたコードを見ると、今までの概念は通用しないと感じた。体系から学びなおして頭を切り替える必要がある。
- ・コード化されるととにかく長い。
- ・「/」と「&」の違いがわからない。ケースごとの詳細を知りたい。
- ・一度聞いただけでは理解できない。
- ・カタカナ文字の説明はよかった。ICFは勉強中のため半分くらいの理解。
- ・コーディングの構造が理解できた。
- ・エクステンションコードをどこまで使用すべきなのか。ある程度基準を作るのか。
- ・現場にどのようにどこまで説明したらよいか悩む。
- ・歴史の話は不要。&、/の話も不要。構造を理解していない人に対する内容であって欲しかった。
- ・早すぎて理解する前に進んでしまい、まったく理解できなかった。今後が不安。
- ・資料と違うスライドがあった。後半が駆け足のように感じた。
- ・クラスターコーディングにおいて、ステムコード連結は、順序に発生機序など作法があるのか。
- ・URIについてももう一度自分で理解を深めたい。伝統医学と西洋医学の違いを判断する基準が難しい。
- ・全体的なことが理解できたので良かった。
- ・ICD-11の構成は理解できた。基幹となるコード以外により詳細なコードがたくさんあり、どこまで詳細にコーディングすべきか悩ましく思った。
- ・構成がわかり、今後のイメージが少しできた。
- ・わかりやすく説明いただいたが、和訳になった時にどのような言葉になるのかと思った。今までの概念は横に置いて考えなければならないと思った。
- ・2桁目が1~9 A~Zと分かれるのか？
- ・大変わかりやすかった。
- ・概要が理解できてよかった。まだ途中ということも理解できた。
- ・丁寧に説明していただき、もっと長時間じっくりと聞きたいと感じた。
- ・エクステンションコード等、具体的な提示があり理解しやすかった。
- ・内容はわかるが、こんなに詳しい情報が登録できるのか？
- ・スライドがハンドアウトになると良かった。
- ・内容は良かったが、時間通りであればもっと良かった。
- ・ICD-10からICD-11への経緯について内容が理解できた。今までは補助およびメインのコードを別々にコードしてきたが、ICD-11では全て「&」でつなげることがわかった。

- ・ICD-10からICD-11へ変わったところが良く理解できた。
- ・第V章がもう一つ理解できなかった。難しい。
- ・コード形態が理解できた。
- ・Foundation, Linearization, Cluster codingが理解できなかった。
- ・スライドと配布資料の中身が異なり、見えずらく、探すのが大変だった。
- ・仕組みは理解できたが、使える自信がない。
  
- ・ICD-11の構造の説明が1桁目はわかるが、2~7桁目はどういった時に付与するのかわかりにくかった。
  
- ・構造はよくわかった。あとは覚えるしかない。
  
- ・章間の移動が多いため、ICD-10の頭のままで間違える可能性がありそうで不安だが、検索する時点できちんとコードを付与することは可能か。
- ・大まかな仕組みはわかった。今後もう少し具体的なトレーニングが必要だと思った。
- ・東洋医学の言葉が難しくてなかなかイメージがつかない。
- ・ICD-11の主な変更点について勉強になった。実用化にはまだ課題が多いこともわかった。
- ・全体的にわかりやすかった。(わかりやすい言葉)
- ・説明である程度理解したが、実際にやってみないと実感できない。
- ・コード表がないので実感はわからないが内容が充実していた。
- ・概要は理解できた。
  
- ・ICD-11の概要は理解できてよかったが、ICD-10と考え方が大きく異なるため、正しいコーディングができるか不安に感じる。
  
- ・詳細になった分、より詳しく病態や患者の環境を知る必要がある。カルテへの記載をより充実させる必要がある。
  
- ・概要は理解できたが、用語を理解するのに時間がかかりそう。
- ・コード体系が従前と全く違うことは理解した。
- ・基本7桁のコーディングとはいえ、ある程度制限がないと混乱が生じると思う。
- ・大変わかりやすく、全体像が漠然とではあるが理解できた。
- ・実務上エクステンションコードが必要とされるのか(学生にどう理解されるのか)
  
- ・これまではコードから病名、病態が理解できたが、エクステンションコードはコードから内容を理解するのは難しいと思った。
  
- ・早く和訳にして欲しい。
- ・ICFの分類の資料が欲しい。
  
- ・詳細になったことはわかったが、今後の課題としてどこまでコード化するのか。カルテからどう読み取るのか。
  
- ・コーディングの必要度がどこまでか疑問。
- ・最後の方が大切な話のようだが時間がおし、速足でよくわからなかった。
- ・実用例を挙げて説明して欲しい。
- ・エクステンションコードがいままでなかったのでどのように対応してよいか難しい。
- ・細かくてすぐには理解できなさそう。
- ・エクステンションコードは理解し、選択するまでに勉強が必要。

- ・テキストP4~5ファウンデーション~クラスターコーディングの部分が理解できなかった。
- ・使い方のイメージが沸かず、理解しづらかった。
- ・ファウンデーションとリニアライゼーションがよくわからなかった。簡潔に説明いただいた後に詳しい解説があると経験の浅い立場の人にわかりやすいと思う。
- ・学会誌等でも掲載していた内容なので特に難しくは感じなかった。
- ・実際に日本語版が使えるようになるともっと理解できると思う。
- ・ウェブ画面の見方の説明をもっと聞きたい。
- ・歴史を含め、移行内容、必要性が理解できた。
- ・話の理解はできたが、実際に行っていくイメージがわからなかった。
- ・ステムコード、エクステンションコードは理解できたが、その他が理解できない。
- ・スライドがわかりやすかった。資料に入っていたらもっと理解できたと思う。
- ・ブラウザでWHO版の検索を試してみたが、英語が読めないこともあって、いまいちわからなかった。
- ・ICD-11の構造についてイメージすることができた。
- ・ICD-10と体系ががらりとかわることが理解できた。新しい言葉が多く、覚えきれなかった。
- ・イメージは何となくついた。実際に使ってみないと分からない。病名が患者のサマリーになりそうですごいと思った。
- ・すごくわかりやすかった。大きく変わると思い不安だったが、話を聞いて私も使えるかもと思えるようになった。
- ・拡張コードが特に難しかった。どこまで詳細コードを振っていくのかわかる範囲でつなげて拡張するのが困難。
- ・導入にあたって今後何度も聴講していきたい内容。
- ・エクステンションコード、ステムコード等がわかりにくかった。どこまで日本で採用するのか気になる。
- ・コード体系のイメージは何となくついた。
- ・変更点、新説について理解できた。
- ・ゆっくり話して下さり良かった。
- ・ICD-11のイメージが少しずつだがかけてきたように思う。
- ・現在傷病名については診療報酬の用途も含め、マスターコード化が急速に進んでいるが、話を聞く限り、これらに困難性が伴うのではないか。個別のコード化に重点がうつるのではないか。
- ・スライドがわかりやすかった。資料としてどこかにアップしてもらえると理解度が深まると感じた。
- ・ポイントを絞って説明していただきわかりやすかったが、ボリュームが多いので、再度見直しが必要かと思う。
- ・丁寧に説明いただいたが、ステムコード、エクステンションコードが複雑だった。
- ・ステムコードなど言葉の概念を理解しなければいけないと思った。
- ・たくさんのコードが準備されているようだが、どこまで使用するのかなど院内でどこまで情報を利用するかなどの件等が必要だと思った。
- ・講演の資料(pp)が全てあるわけでないので、ついていくのが大変。振り返りができない。
- ・追加コードについてはわかったが、コードの組み合わせがよくわからなかった。

- ・全体的に時間がタイトすぎ、理解する前に進んでしまったので、もう少し時間が欲しい。
- ・コード構成がわかりにくい。
- ・コードを明示してもらえると理解できるが、いざとなると全く理解できないと思う。先生の話は例えも含め、とてもわかりやすかった。
- ・知らなかったことが多く、学習できた。
- ・ICD-11の特徴や用語をわかりやすく説明いただいた。実際にコーディングするのは難しいと感じた。
- ・ファウンデーション、リニアライゼーションの概念図、ICFの概念図が資料にあったらよかった。
- ・エクステンションコードとステムコードの意味、使い方が分かった。ただ、コード部分が複雑でわかりづらく、コードを見てすぐに理解はできないように思えた。
- ・全体的に細分化されていたり、今まで使用していたコードと分類名が変わったり、慣れるまで時間がかかりそうだと感じた。
- ・新しい部分がまとめてありわかりやすかった。X章も全体を聞いてみて実際に使用してみると問題ない気がした。
- ・全体的によくわからなかった。
- ・付加コードについてわかりにくかった。
- ・スライドが見にくい。スライドと資料を合わせて欲しい。
- ・ICDのリビジョンの中で今回のリビジョンが大掛かりであることがわかった。実際にブラウザがコーディングでどのように使用されるかがイメージを持ちづらかった。
- ・全体的な変更点はわかったが、コーディング等がついていけなかった。
- ・追加されたコードを理解できなかった。
- ・全体的に難しく、特に②V章生活機能評価についてどのように使用されるべきなのかと思った。
- ・総論の全体のお話としては時間が足りない。高橋先生のお話はいつも理解できることが多いので残念だった。
- ・コードの形式が変わりすぎていて理解に時間がかかりそう。実務のイメージが湧きにくい。
- ・ICD-11によるコーディングのところは、名称や説明文が慣れない用語だったが、わかりやすい説明と例があり理解しやすかった。
- ・講演はとてもわかりやすい印象であるが、新しい用語(ファウンデーション、ステムコード等)の意味が理解できてない中で次々と言葉を(出さざるをえないことは理解します)言われるので、良く分からなかった。
- ・非常にわかりやすかった。やっとICD-11の全体構造が理解できた。
- ・ICDの歴史的背景、用語、伝統医学、生活機能に関する補助項。エクステンションコードを理解することができた。
- ・WHOのホームページに接続して復習して理解度を上げたいと思う。
- ・実際のコードを示しながら説明してくださったので、大変わかりやすかった。ICFとV章の対応表が資料があればよりよかった。
- ・ICDの歴史的なことも踏まえ、今回の改定に対する意義が理解できた。
- ・例題があってわかりやすかった。
- ・ICDの歴史、ICD-10との相違点を理解できた。



- ・フィールドテストを実施していたので、理解しやすいところがあったが、時間が足りない。
- ・医療現場で診断された傷病名をICD-11でどのようにおとしこみ、コーディングを行うのかイメージがつかなかった。
- ・ICDとICFの話が途中で入り、理解しにくかった。
- ・難しい。とっつきにくい。
- ・ざっくりとした内容は理解できたが、実務での不安は残る。
- ・ICD-11に変える必要性は理解できたが、単語の具体的な意味が良く分からなかった。
- ・ステムコードとエクステンションコードがあることがわかった。組み合わせでより詳しく表現できるとわかった。
- ・ICD-10とICD-11の相違点や新しく追加になった点が良く分かりイメージができた。
- ・ICD-10とは全く概念が違うため、頭の切り替えが必要。コードをたくさん並べられても、何を意味するのか全くわからない。ある程度基礎知識が必要だったのか。(ある程度知らないとわからない内容だったのか)
- ・コーディングの大まかなやり方は理解できた。
- ・ファウンデーション、リニアライゼーションの関係性について理解できなかった。実例やイメージ像をわかりやすくしてほしい。
- ・イメージがついたが、実際に臨床ですぐに使用できるか不安になった。また医師に尋ねられた場合、答えるのに苦労しそう。
- ・コーディングに関する言葉の説明がわかりやすかった。コードの構成が理解できた。
- ・エクステンションコードを実際どこまで使用するのか。
- ・資料と講師のパワーポイントが違う。書いているうちに次に進んでしまう。同じ資料で講義をお願いしたい。
- ・ICD-10との違いをなんとなく理解できたが、変更に向けて、スムーズに対応できるよう、何度か講習会が必要かと思う。
- ・エクステンションコードは全ての疾病に必要となるのか。ICD-11の構造がまだよく理解できなかった。
- ・全体的なコード体系、意味などは理解できた。
- ・講演内容は大変聴きやすく、わかりやすかった。
- ・非常にわかりやすい説明だった。
- ・[/]などを使用するため、各コードの要素の意味を理解できた。
- ・どこまでコードを繋げる必要があるか、各コーダーの裁量で変わってしまうのではないかと不安になった。

### 第1～25章(総論)

- ・1章:コードの定義。エクステンションコードやステムコードとか具体的な動きがわかりづらい。
- ・クラスターコーディングについて「組み合わせるステムコードの数に上限はあるのか」「ステムコードの組み合わせ方についてルールがあるのか」の2点について疑問が残った。
- ・ファウンデーション、リニアライゼーションとステムコード、エクステンションコードの考え方の違いが良く分からなかった。
- ・ファウンデーション、リニアライゼーションについて理解が不十分に思った。今後使用する上で、理解できるようになるのかと思うが不安がある。
- ・コーディング例の表記はICD-10の内容例示のように見えた。ステムコードを決定する手順がわからない。内容例示から選択する?
- ・7桁コードのそれぞれのコードがどのコードに対応しているのかわからなかった。スライドの「ICFとV章の対応表」「エクステンションコード」について等、資料に入れて欲しかった。
- ・コーディング部分のWordの意図を理解するのが非常に難しかった。
- ・構造
- ・内容が多すぎる。ひとつひとつの章や各分類の成り立ちや関係性を教えて欲しい。学会で細やかな生涯教育を希望。
- ・なじみのないファウンデーション、エクステンションコード等、慣れるまで難しい。こんなに長いコードを間違えずにふれるのか?エクステンションコードを忘れずにふれるのか?
- ・院内のネットワーク上からインターネット上にアクセスができない方法だが、具体的な導入方法も今後教えて欲しい。
- ・仕方ないことだが、わからないカタカナばかりで頭に入らなかった。

### 第26章(伝統医学の病態・モジュール I)

- ・具体的にどのようなタイミングで使用したらよいのか。
- ・伝統医学はなじみが薄く、疾患・病態のイメージがわきにくい。
- ・何が難しいか説明することもできないほど理解できていない。
- ・学んでいないので理解が難しい。コーディング方法がわからない。
- ・結果現場で使うのか。
- ・実務で関わっていないため、イメージがつきにくい。
- ・現場レベルでの利用にあたり、医師が伝統医学を専門にしていなければ使いにくいイメージを持った。
- ・専門に関わらず(伝統医学を意識せず行われた診療でも)結果論から使用するべきなのではないか。
- ・伝統医学については、その分野に精通したものが講師をすべきだと思う。
- ・どこでこんなに詳しい情報が得られるのか。
- ・漢方を扱う医療機関でないとコーディングの習得も難しそう。単に漢方薬の処方だけなら多くの病院でなされるが、証をとってしっかりと診断している医師の元でないと使えない。
- ・他の西洋医学と考え方が異なるので、理解が難しいと感じる。
- ・あまりなじみがないものが多いので理解しがたい。
- ・東洋医学についての(基礎)知識がなく、イメージするのが難しい。
- ・勤務地ではあまり行っていない治療のため、想像しづらい。
- ・全体的に漠然な理解はできたが、東洋医学になじみがなく、西洋医学との違いが分かりづらいためコーディングが難しい。
- ・普段の診療でどの程度関わってくるのか。漢方の処方があればこちらの病名があればいいのか。
- ・頭痛という病態でもいくつもコードがあって、どう違ってくるのか難しかった。どのくらい医師の記述から読み取れるのかと思うと難しい。
- ・東洋医学がどのようなものかわからないので、勉強する機会があればよい。
- ・どういった場合にこの章をコーディングするのが想像ができないため理解ができない。
- ・東洋医学の病名というものが理解できなかった。
- ・使用頻度は少ないように思うが、使い方が疑問。
- ・どのように院内で活用できるのか、活用の価値があるのか、いまいち想像ができなかった。
- ・東洋医学の概念を全く理解してないので、勉強して習得していかないといけない。
- ・東洋医学の考え方が不慣れなので、想像が付きづらかった。
- ・伝統医学の疾病と証についてどう分類してよいかわからない。医師がカルテにどの程度記載されるのか。

- ・頭痛を具体例に挙げていたが、西洋医学の医師と伝統医学の医師でICD-11は異なるのか？また、双方の医師に見てもらった方のICD-11は最終的に2つのコードを使っていいのか、どちらかを選ぶのかわからなかった。
- ・例えば頭痛の場合、8章との使い分けは何を基準とすべきか。
- ・伝統医学と証の具体例をもっと提示して欲しい。
- ・病院に受診した際の病名については、第26章を使うことはないのか？
- ・どのような時に第26章の伝統医学のコードをふるのか？
- ・伝統医療に関しては西洋医学と異なる点が多くあるため、伝統医療の知識をつけなければならないと感じた。
- ・概念自体東洋医学独特なもので東洋医学を専門とする医師がいないと難しいと思う。また管理士からのアプローチは更に難しい。
- ・専門的な知識がないので、実際のものとして考え合わせることが難しいと感じた。

### 第V章(生活機能評価に関する補助セクション)

- ・ICD-11とICFの連携的な使い方については中々理解が難しい。
- ・患者さんの病態後の生活、状態まで調べてコーディングしていくこと、判断していくことが難しいと感じた。
- ・腫瘍のステージングも人によって異なりそうで難しいと感じる。
- ・ICF全体に対する理解が困難
- ・そもそもICF自体をそれほど理解してないため、これから勉強していく必要性を感じた。
- ・スライドがわかりやすかったが、資料になかった。話についていくのが難しかった。
- ・イメージが湧かず、スライドと資料の文章を追うのに精一杯だった。
- ・ICFが加わること、ICHIも加わること、両方のことも理解しないとイケない。
- ・個人の生活機能レベルをどのような形で評価すればいいのか難しいと感じた。
- ・ICFは講義でも説明しているが、とても膨大で学生たちが理解できない所。ICD-11にICFとの橋渡しとなる機能を保たせるとのことで、どのように活用できるのか。活用の仕方がイメージが付きにくい。
- ・どこまでの情報を持たせるのか。どこまでコードを繋げるのか。
- ・評価する人によってコードが変わると思う。
- ・イメージができず、全体にこちらの勉強不足もあり、理解しにくかった。
- ・実際にコーディングするとなると運用が難しいと思った。コードに沿った形で記録をテンプレート化するなど。全国的に標準化するのであれば厚労省として方向性を示して欲しい。
- ・ICF自体を理解していないため。
- ・カルテから情報を拾うのに限界がある。カルテ記載の充実化は必要だが、病院によって精度に差が出ると思われる。
- ・ICFに類する部分は何度話を聞いても理解するのが困難であるが、ICD-11だけでなくICHIについても重複するところがあり、理解が不可欠と思う。
- ・ICFを詳細に知らないで、学習していかないといけない。
- ・ICFそのものをよく理解していないためか、どれだけの項目を選べるかわからなかった。
- ・生活機能評価を分類するのが大変に思えた。細かく見えずらい。見えやすくして欲しい。
- ・ICF等をもう少しよく勉強していればもう少し理解できたかと思う。
- ・実務でどこまでコードするのか？すべてコードするのか、1つ1つの病名に対して生活機能評価をするのか不明点が多い。
- ・少しイメージしにくかった。また、テキストでの説明が少ないと感じた。
- ・どこまで適用させるのか。
- ・今までのICD-10ではなじみがなかったため、イメージがわかかなかった。(疾病ではないから)
- ・ICFについて不勉強なため、少しわかりずらかった。ICD-11とICFと重なる部分があることは分かった。
- ・補足的なコードではあるが、患者の疾患背景をコード化するために記録から読み取り、詳細なコーディングが必要になると思うので、章の概要の知識を身につける必要がある。

### 第X章(エクステンションコード)

- ・ポストコーディネーション等取り掛かりの部分。

- ・実際に使用してみないとわからないが、エクステンションコードを使用するもの、しないものの判断がすぐできないと思う。
- ・患者の背景等を登録するのか。Zになるのか。
- ・現段階では複雑で理解できないことが多い
- ・肺炎の例がいくつか載っていたが、自分でコーディングするのは難しく感じた。不安。
- ・少し早かった。資料と違う。
- ・右下肢横紋筋肉腫の2B55⇒2(新生物)B(←ここにあたるのか?)
- ・まだ未確定な部分があるようだが、運用可能になったら助かると思った。選んでいく時のイメージがつきづらかった。
- ・そもそもの基本的理解ができていないので、ゆっくり解説して欲しい。
- ・エクステンションコードを付与する順番にルールがあるのか。
- ・どこまで詳細にエクステンションコードを付与すべきなのか。詳細不明と判断されてしまうラインがわからない。
- ・エクステンションコードの順番にはルールがあるのでしょうか?例)程度、部位など
- ・コードの構造を正確に理解する必要があるのでそこから始めようと思う。
- ・コーディング方法
- ・使用方法
- ・エクステンションコードをどこでいつどのように使うのがイメージできなかった。
- ・実務における実際のところが想像しづらい。
- ・いくつか組み合わせること
- ・複雑なのでもう少し実例を交えて説明して欲しかった。
- ・詳細にコーディングするとコードが複雑すぎる。
- ・理解がしにくい章であるにもかかわらず、時間が足りず難しい印象が残った。
- ・エクステンションにはどのようなものが含まれるのか、その範囲が不明であった。
- ・自施設でコーディングの範囲をどこまでにするのか、今まで部位で集計していたものはどうするのか、等々、統計処理にも大きく影響するものと思われる。コーダーの理解の程度によって、差が大きくなるのが問題だと思った。
- ・組み合わせるコードが複雑すぎて、現時点では理解できなかった。
- ・もう少し掘り下げた話を聞きたかった。
- ・ペニシリン耐性肺炎球菌による右上葉肺炎 CA40.07/MG51.10&XF9K&XA9HN5 エクステンションコードの装飾は肺炎球菌性にかかるのでは?
- ・エクステンションコードが2つ以上選択された場合、コード順序が重要なのがわからなかった。
- ・医療資源傷病を指すコードがあるということは、DPCIにICD-11が反映される際にそういったX章のコードを使用していくのか等使い方が難しいと思った。
- ・エクステンションコードをだれがどこまで入力するのか。
- ・実際にはどのようにコード付をしていくのかブラウザを用いて教えて欲しい。どういう順番で付けるかは問題ではない?
- ・コーディング例の実例が難しかった。
- ・仕組み、構造は理解できているの思うが、例に挙げられている英数字を見てもそれがピンとこなくて戸惑ってしまいました。
- ・エクステンションコードの付与の必要、不必要の基準、付与しない場合のペナルティ、影響がわからなかった。
- ・必ず必要になるものなのか、患者よっての情報差があり、運用される時にどうなるか不安。
- ・エクステンションコード付与の対象となる情報の範囲が難しい。またエクステンションコードが複数の場合、コード順が難しい。
- ・コード部分を詳細なものに対応させるために、細かくなっているのはいるが難しく感じた。(電子でコード部分対応できるが、それがもし間違っていた時が怖いと思った。)
- ・たくさんコードが必要になったため
- ・ICD-10の考え方がより詳細になると思うが、実際に現場で利用できるのか想像ができてがたい。特に老人病院のようなケースでどの程度求められるのか?
- ・エクステンションコード 診断コード訂正の一覧は資料に入れて欲しかった。

- ・エクステンションコードの振り方が難しい。復習したい。
- ・どこまで適用させるのか。
- ・そもそも成り立ち(桁)を理解し、何題もコーディングしてみなければなかなかとつきにくい。英語でのフィールドテストは実施したが、日本語版でフィールドテストをして欲しい。
- ・複数付記する場合、順番(右に付記していく)が規則化されているのかわからない。規則化していない場合、たとえ電子化されていても統計をとる時に難しいと思う。
- ・まだまだ概念を全て理解できないので、実務レベルでの説明を次回以降確認したい。他章に沿った医学勉強会も必要と考えられるため、他学会でもかまわないので案内が欲しい。
- ・新しく出てきた用語なので、何が難しいというよりイメージがまだ付きにくい。
- ・じっくり学ばないとすんなり理解とならなかった。

#### 15章

- ・コードが長いので、クリックを間違えてもあってるのか不安がよぎる。

#### 26/V

- ・新設された章ということもあり、実際にやってみないとわからないと感じた。
- ・そもそも通常から病名として概念があまりないので難しかった。

#### V/X

- ・「/」「&」の使い方とルールをもっと掘り下げて明示して欲しい。(ルールがわかっていないので)
- ・コーディングするための基本的体系を明示して教えて欲しい。
- ・補助項目のコード付与は難しい。
- ・必ずコーディングすべきものか？
- ・「/」「&」の使用方法や区別について難しそう。

#### 26/V/X

- ・現状の診療録から情報をどこまでひろってコーディングするのか？どこまで拾い上げないといけないのか？できるのかが不安。DPCのコーディングにもどのように紐づくのか？
- ・新規の章でイメージが湧きにくく、付加コードがわかりにくいことと伝統医学になじみがないせいか、どうコードをつけるかもわかりにくかった。

#### その他

- ・ファウンデーションとリニアライゼーション、ステムコードとエクステンションコード、プレコーディネーション・ポストコーディネーション、クラスターコーディングを具体例で示して欲しい。ネットで表示できると尚良い。
- ・どの章というより、まだよくわかってないので、今後折に触れなじんでいきたい。
- ・現時点ではわからない。
- ・ステムコード、エクステンションコードの具体例の説明
- ・全体的なことイメージはできるが、細分化されすぎているので、どこまでICD-10とのバランスがとれるのか課題だと思う。
- ・新しい単語が多く、聞きなれない言葉のため、話のスピードについていくのが難しかった。



- ・内容が難しく感じられた。
- ・基本が理解できた。
- ・エクステンションコード等とても良く分かった。
- ・ICD-10との違いが分かった。
- ・ポイントがまとまっていて頭に入った。
- ・新生物の部分についてはとっかかりやすく、理解しやすかった。
- ・分類コードがかなり細分化された。DMの分類がかなり変わっている。
- ・日本語版がないのでよくわからなかった。
- ・ICD-10二重分類規則についてICD-11で非適用になるのは9章のみか。
- ・変更点が多いので勉強が必要と思った。再考すべき点、ICD-11の問題点が出てくると思った。
- ・実例をもっと教えて欲しかった。
- ・実際の業務で使用しないコードが多いので、理解するまで時間がかかりそう。
- ・かなり早かったのもう少しゆっくり聞きたかった。大まかに理解でき、わかりやすかった。
- ・時間の関係上、理解は難しかった。
- ・わかりやすかったが、時間が短かった。新しい章はやはりわかりづらい。
- ・1-6章はICD-10より明確になり安心している。
- ・新生物の体形がICD-10と比べかなり変更が多いので、ミスなくコーディングできる様理解を深めたい。
- ・ICD-10からの変更点がよかった。
- ・わかりやすかった。
- ・精神疾患の分類が少し難しく感じたが、概ね理解できた。
- ・各章で問題点の解説があったのがよかった。英語が多用されていたので、日本語に付記して欲しかった。
- ・今後必要になるであろうお話もあり、勉強になった。
- ・とてもわかりやすく、和訳になればすぐ見てみたい。
- ・時間制限のためか速く、理解が難しかった。
- ・ICD-11ブラウザ(実際の画面)での具体例がわかりやすかった。
- ・コード例もハンドアウトに欲しい。
- ・疾患別のコードが移動され、理解できるものとそうでないものが多数あった。
- ・体系は理解できた。
- ・仕組みは理解できたが、使える自信がない。
- ・どこまで分類するか統一しないと統計が取りにくいと思った。
- ・各章の問題が今後改善されるのか。
- ・ICD-10との相違がよくわかった。
- ・わかりやすくまとまっていた。
- ・精神科単科病院なので、精神や神経の分野について主な変更点が理解できた。全体を通して章間の移動が多く感じた。
- ・イメージできるところとそうでないところがあり、例のないところがわかりにくかった。
- ・新設された章等あり、参考になった。



- ・概要は理解できた。
- ・ブラウザの具体的使用法がわかった。
- ・糖尿病が難しそうに感じた。
- ・具体例、ポイントがまとまりわかりやすかった。
- ・和訳で確認しないと質問もわからない。具体的なコーディング研修が必要と思われる。
- ・使用について細かく定められてないので、何をしたらいいかわからなかった。WHOを見ればいい？
- ・聞き取りやすく、理解できた。
- ・日本の臨床で概念のない疾患に関してはどのように対策するのか。
- ・新生物に遺伝子での分類が入ったのは医師のカルテ記載を探すのに大変そうだと感じた。
- ・データ分析する際、病名の選択に悩む可能性もあるのかわからなかった。
- ・SAHも部位による統計は見直しが必要と思われた。自施設でのエクステンションが必要かもしれない。
- ・テキストのまとめ方がいまいちわかりづらい。
- ・変更点は整理されていたが、もっと講演 I で説明された新しい用語を使用して説明して欲しかった。
- ・ICD-11Webサイトが英語なので仕方がないが、スライドでは「日本語で言うと」と説明があったらよかった。
- ・ブラウザを実際に使ってみながら聞けば理解できたと思う。
- ・変更点がわかった。分類方法が変わった章がわかった。
- ・ICD-11への変更部分が箇条書きでなく、表にして欲しかった。
- ・資料がわかりやすい。
- ・説明が早かった。
- ・死亡するとコーディングの順番が変わる(?)というところをもっと聞きたかった。
- ・全体的にわかりやすかったと思う。
- ・PCによる検索例がわかりやすかった。
- ・全体的に駆け足だったが、資料がまとまっていた。
- ・章によって疾患の増減、詳細等の変化が多いことは理解できた。
- ・章の移行などがわかった。
- ・要点がまとめられていて分かりやすかった。
- ・コード体系の面白さを感じた。
- ・新生物など腫瘍学との関連がどうなるのか。
- ・ICD-11のホームページに入ってみたい。
- ・日本語版になってからの対応でないと難易度が高い。
- ・話としては理解できたが、変更点が多く、今後理解を深める必要あり。
- ・言葉がわからないので理解しづらかった。
- ・英語表記が多かったので、可能な限り日本語表記にして欲しい。
- ・実際に病名を正しく引けているか難しく思った。高齢の医師に使用できるのか？医師事務作業補助者ができるのか？

- ・精神に限って「障害」でなく「症」になること。
- ・一つ一つ詳しくみたかった。
- ・10と11の対比表を例として載せて欲しい。エクステンションコードなどをつけなくてはならないのか？難しくなりすぎるのでは？
- ・難病が多い神経系が理解しにくかった。ICD-10から11への変更をスライドで一部見れたのは比較できやすかった。
- ・やってみないと分からない。
- ・ICD-11の構造や変更点について理解できた。より疾病についての理解が求められる時代になったと実感できた。
- ・各章のポイントをわかりやすく説明いただき概要はわかったが、どこまでコードをとるか、そのコードが適切かの判断をするのは難しいと感じた。
- ・任意解剖部位とは？
- ・移動した病名が多いため、確認が多々必要であることはわかった。途中、章によって何を言っているのか、どこの場所かわからない時があった。
- ・ICD-10との相違点等があり、理解しやすかった。
- ・現在と異なる部分は一長一短であると感じた。
- ・大まかな項目は理解できた。病名コードがなくなっているものが多い。
- ・わかりやすく特徴と問題点を述べていてよかった。要点がまとまっていた。
- ・第2章新生物分類コード分類軸が組織型に変更されるということだが、様式作成時に更なる知識の取得が必要になると思う。
- ・エクステンションコードの付け方がわからない。
- ・全体の変更内容を理解することができた。
- ・説明の内容は理解できた。
- ・資料がよくまとまっていたとても参考になる。
- ・ひとつひとつの説明は理解できた。実際のコーディングをする際どうやって正確性を保てるか不安。
- ・実務での不安があり、病気への勉強は必要。
- ・各章の特徴等箇条書きでまとめていただけてあり、とてもわかりやすかった。
- ・睡眠の障害が呼吸器疾患より独立してよかったと感じた。
- ・ポイントを絞って、ICD-10との違いをわかりやすくまとめてあったため理解しやすかった。
- ・新生物の分類の仕方が異なることがわかった。
- ・ICD-10から11への移行や変更点を要約されていてわかりやすかった。ICD-11のサイトも見れて理解が深まった。
- ・変更点や注意点がわかりやすかったが、各章の見出しの名称を統一してもらってもっとわかりやすい。
- ・慣れるしかない。
- ・エクステンションコード、組み合わせの理解が難しい。
- ・いくつか挙げられていたが、もう少し実例があってもよい。
- ・他章から移動したもの等、なんとなく理解できた。

## 講演 II 全体への意見

- ・総論からの学びだったので、より理解度は増した。ただ、少し早口で聴きづらいと感じる部分もあった。
- ・わかりやすい説明だった。
- ・悪性腫(新生物)のコーディング方法(組織型に変わる)が理解できた。
- ・精神疾患の章のコーディングが理解できなかった。

### 第1章

・他章から移動してきたところが理解するのに時間がかかると思った。

### 第2章

- ・ICD-03部分的にコード体系が似ている部分があったが、ICD-11ではかなり変更されているので共通点は考えず、新たな理解が必要と感じた。
- ・がんの浸潤などの表現はどう扱うか。
- ・組織コードでの分類・遺伝子レベルでの分類が難しいように思う。結果を待ってからのコーディングになるのか。
- ・がん登録にも関わるため勉強が必要。DPCへの適用はいつか。クラスターコーディングの○/○のコードの順のルール(死因統計)を知りたい。
- ・腫瘍学との関連とICD-O(3)やがん登録との関連がどうなるのか。
- ・病理学的な知識を持たないとコーディングが難しいということかと不安になった。
- ・現在どのようかわるか病理組織での分類しか理解できなかった。
- ・遺伝子項目
- ・ICD-10との様変わりが多すぎてまだ理解しがたかった。部位→形態に変更
- ・がん登録との差異が不安。
- ・組織型毎になったので、医療機関によっては、医師に協力を求めることが必要。また、HIMの能力向上も必須と感じた。
- ・今まで部位による分類がメインだったので、病理学的による分類であると、カルテを読む力に加え、病理も読む力が必要になると思った。
- ・組織形態の理解、知識の習得

### 第3章

・「栄養欠乏症貧血の項で、葉酸は摂取不足と需要増加、吸収不良に原因が細分化されるが、実臨床では特定できない症例も存在すると思われる」とあるが、特定できない症例のコードもあるのか。

### 第4章

- ・新しい章だったので復習が必要だと思った。
- ・リウマチと自己免疫疾患がわかれてしまったのは違和感がある。
- ・(臓器移植が移動になっている)10のSTコードの外因コードをつけるイメージとは違って、どの章でも必要に応じてエクステンションコードをつけるということでしょうか。
- ・遺伝子レベルのコードが必要となるため、病理などの結果がない場合、医師の記載からよみとりができるか、コードできるような記載をお願いできるか等難しいと感じた。

### 第5章

- ・合併症を考えてコーディングする点がとても難しいと思う。
- ・糖尿病については、よく勉強したい。コードを選んで行く際に医師はどのように作業していくのかが心配。
- ・死因と病名コードが分かると医師の死亡診断書が正確に書いてくれるのか心配。
- ・エクステンションコードの使用方法
- ・糖尿病のコードの順番がよくわからなかった。(クラスターコーディングの順番)
- ・5A22/5A12、5A12/5A22で使い分けるとあったが重要な点と思われた。
- ・死亡した際のコーディングを説明していたがわからなかった。

### 第6章

- ・disorderをこの章のみ特別な訳し方をすること、また、病名が変わるなどがあるため、慣れる(理解する)のに時間がかかりそう。
- ・病名に関して医師会・厚労省等より現場医師への変更通知があるのか。
- ・障害→症というのは無理があるように感じた。
- ・章間の移動が資料に見当たらなかった。全体を知っている人が聞けばわかる内容だと思った。
- ・章間の移動がない。
- ・他の章と違う扱いのため、かなり難しいと思う。薬剤に載っている適応疾患と合うかわからない。
- ・例外、名称の変更が多く、医師がつける病名との整合性が難しい。
- ・精神特有の新しい概念が出てきたので難しかった。
- ・病名の変更について(レセ病名と違うとのこと)
- ・病名の種類と複雑さで難しい。

- ・病名の付け方が変わる、病名表記が変わるとのことですが、医師たちの対応が難しそう。
- ・疾患に対する理解が乏しい。
- ・これまでと病名の表記が変わるということで、これまでのコードとの整合性がわからない。
- ・病名変更の理解。
- ・ICD-10でも精神疾患はコーディングしにくいですが、ICD-11になってコードが詳細分類されるとより理解力がなないとコーディングできないのではないかと思った。
- ・名称の変更が多く、理解できない。別に研修が必要。
- ・病名の日本語表示もかわるとのことです充分学びたい。
- ・コーディングの機会がなく、DSM-5も通信教育のスクーリング後に触れることもなかったため。
- ・もともと難しいと思っていたが、呼称が変わったりと、紛らわしくなくなった。
- ・病名変更やギャンブル症が新設されたので、知識の習得が必要。政策医療を担う病院で勤務しているため、精神疾患のコーディングも正確にしないといけない。

#### 第7章

- ・ICSD-3との関係がどのようになるのか気になる。

#### 第8章

- ・secondary parentの部分が特にわからなかった。どういったものか理解できなかった。
- ・(単なるコメント)DPC病院ではプリオン病は少ないかもしれないが、政策医療を担うNHO病院では割と入院している。内視鏡を実施してしまった患者がプリオン病だった場合、スコープは破棄となるので、病院としてはかなり医療資源を使ってしまう場合がある。
- ・ユニークコードのところのところがわかりにくい。
- ・実際のコーディング実例があるとよかった。

#### 第9章

- ・内容の理解ができなかった。
- ・記載されている病名がすべて英語のみで表記されているため、病名がわかりずらく、想像(理解)しづらかった。
- ・脳血管疾患の分類をもう少し詳しく説明して欲しい。
- ・英字のみで全く理解できない。
- ・内容が英数・英語(アルファベット含む)のため、わかりづらく難しく感じた。
- ・普段業務に使わないので理解に時間を要した。
- ・英語だらけでわからない。

#### 第10章

#### 第11章

- ・あえて循環器系だが説明の中で大きく変わっているように感じたため、繰り返し勉強が必要だと思う。
- ・冠動脈かい離が悪い場合、何を選択したらよいのか？

#### 第12章

#### 第13章

- ・肝疾患の分類について
- ・別途コードを確認という作業が難しそうだと感じた。
- ・エクステンションコードを付与していく場面があるため。まだ理解してないため大変そう。

#### 章指定なし

- ・主要コードと追加コードの兼ね合いが難しい。やはり病名の日本語訳が重要。DPCとの関連。
- ・すべて変更点や問題点は慣れていくしかないと思う。
- ・カルテ、臨床診断の知識の習得と、コード変更に伴う医師への病名付与時の周知、情報共有(コーディングに必要な)

#### 4.7章

- ・新設なのでコーディングしないとわからない。
- ・新規の章であり、病名の定義も難しい章であるため、各個人や各病院で差ができそう。長期的な勉強会を検討して欲しい。

**12.13章**

・問題点「第V章生活機能評価に関する補助セクションでコード確認の必要がある」「第X章エクステンションコードでコード確認の必要がある」がよくわからないので具体例を挙げて欲しかった。

**11-13章**

・V章、X章の使い方がよくわからない。任意なのか？

**8.12章**

・もう少し解説がないと理解が追い付かない。進行が速いのと、相当の知識がある前提のように感じた。

**5.6章**

・疾病への知識不足が大きかったと思う。名称も変わっているので、病名だけでなくその病態についても知っていなければならないと思った。

**1-13章**

・実際にコーディング方法を細かく学習しないとわからないところがわからない。概要はなんとなくわかった。



- ・ICDを実際に動かして説明されたのはわかりやすかった。
- ・全体的に難しく感じられた。
- ・ボリュームがあり、理解する前に進んでしまった。
- ・基本と問題が理解できた。
- ・良く分かった。
- ・ブラウザによる実際のコーディングでイメージできた。
- ・後半部分に関しては大きな変更がない章もあるのだと感じた。
- ・エクステンションコードにて詳細化できることがわかった。
- ・解説書(レファレンスブック)日本語訳が早く出たらよいのでは？
- ・クリックですぐ判別できるが、英語の知識が必要では？
- ・実際に画面を見て内容を理解しやすい。
- ・早くて理解できずに進んでしまった。
- ・ICD-11の操作画面が大きく表示されたのでわかりやすかった。
- ・病態、部位、細菌等 & でつなぐカテゴリーがスライドにあって理解できた。
- ・ICD-10との違いがわかってよかった。
- ・とても楽しく勉強できた。
- ・新設、これから変更される点など、前半に比べ問題点は多いと感じた。
- ・アマゾンクリックわかりやすくて面白かった。
- ・コーディングの時の注意がわかりよかった。
- ・今後の使い方でいろいろな問題を含んでいることがわかった。
- ・Intections Myosiris わかりやすかった。
- ・大変よくわかった。スライドの資料が欲しかった。
- ・体系は理解できた。
- ・仕組みは理解できたが、使える自信がない。
- ・ICD-10との相違がよくわかった。
- ・変更点がわかりやすかった。解説が丁寧。
- ・ブラウザを多用していただけたので、わかりやすかった。
- ・概要は理解できた。
- ・エクステンションコードの具体的な使用例を多く紹介して下さったので、わかりやすかった。
- ・コードが長くなる。扱いが難しくなるのではと懸念。
- ・先生の講義を聞き、ほっとした。
- ・少し難しい部分があった。
- ・英語が読めないと、今の時点でコーディング困難と思った。
- ・和訳で確認しないと質問もわからない。具体的なコーディング研修が必要と思われる。
- ・あまり変化がなかった分、理解しやすかった。
- ・時間のためか先生が早口かつ短縮しているようだった。実際のコードを引いてもらったのはよかった。
- ・今まで分類してきたコードが「Y」「Z」に落ちるのは少し不安。

- ・実コーディングの紹介もあり、より理解を深められた。プレゼンテーションもとても楽しかった。
- ・ICD-11Webサイトが英語なので仕方がないが、スライドでは「日本語で言うと」と説明があったらよかった。
- ・ブラウザの日本語版を見ながらだともう少し理解できたと思う。
- ・エクステンションコード付けが難しいと思ったが、パソコンの操作で簡単にできそうだった。
- ・説明が早かった。時間が足りない。
- ・全体的にわかりやすかった。要点がまとまっていた。
- ・特徴、問題点はわかった。
- ・章の移動やエクステンションの用い方に興味がある。
- ・話としては理解できたが、変更点が多岐にわたるため、理解を深めることが大切。
- ・エクステンションコードが多く利用される章なので、どこまでコードを付与すればよいか検討は必要だと思った。
- ・22章に23章が紐づいていることが分かった。
- ・実際の画面を使い、コーディングの過程を見られたのでよかった。
- ・やってみないと分からない。
- ・エクステンションコード、ステムコードを活用することでより詳しいデータを蓄積していけるのだとわかった。選択しすぎは注意する。
- ・各章のポイントをわかりやすく説明いただき概要はわかったが、どこまでコードをとるか、そのコードが適切な判断をするのは難しいと感じた。
- ・早すぎる。あらためて1つ1つでも良いので講義を希望。
- ・全体的にコード付与は電子(コンピュータ)が選択するだけでコードをつけてくれることがわかった。ただ、選択ミスが起きた際注意が必要だと思った。
- ・ICD-10との相違点や問題点があり、具体的にイメージがしやすかった。
- ・一度しっかりコーディングしてみたいと感じた。
- ・全体に概念的な疾患群を含むためかイメージしにくかった。
- ・エクステンションコードがまだわかりにくい。
- ・ブラウザの利便性が良く分かった。DPCの樹形図に似ている。
- ・だいたいの特徴と改善点が知れてよかった。
- ・わかりやすかった。
- ・ブラウザが必須ということがわかった。
- ・臨床知識の更なる取得が必要。
- ・全体の変更内容を理解することができた。
- ・説明の内容は理解できた。
- ・ブラウザを使用した説明があって視覚的によく理解できた。
- ・コーディングツール等の説明がわかりやすかった。
- ・第20章の章名が変更されたのはわかりやすくして良いと思う。
- ・実務への不安は残るが、さらに知識が必要と感じた。

### 講演III 全体への意見

- ・各章の見出しに統一性があり、わかりやすかった。
- ・わかりやすくコード表示をお話いただいた。
- ・エクステンションコードの付与が多くなるので、難しくなる印象を持った。

#### 第14章

- ・皮膚疾患が菌血症等に発展した時、TemporalityのExtensionとセットになるのか、ステムコードを合わせるのかイメージがつかなかった。
- ・皮膚の分類が細くなることに対して習慣がないため。
- ・医師に説明するのが難しそう。(今でさえ大変)
- ・皮膚疾患のコーディングは難しそうだった。
- ・複雑化された印象
- ・実際に見たことがないため。
- ・現在も皮膚科医師より問題を言われているので、ICD-11では改善されることを希望したい。

#### 第15章

- ・15章に限らず解剖を再度勉強しなおす必要がある。
- ・エクステンションコードの付与が知識がないと難しそう。適用が難しそう。
- ・HIV・結核などのコードが最後に付番される構造がいまいち理解できなかった。慣れが必要か。
- ・骨の解剖
- ・長いコードが必要となる場合、人体構造の知識が必要だと感じた。
- ・エクステンションコードをどこまでコードするのか難しい。
- ・エクステンションコードの和訳がどうなされるのか。医師によって感覚が違うので、ばらつきがでそう。
- ・詳細な部位をエクステンションコードでつけなければならず、コード漏れが不安。
- ・筋骨格系は解剖が他章よりも難しい印象を持っている上に、複数の情報をコーディングする必要がある疾患が多いので、やっていけるか不安になった。

#### 第16章

- ・章に入っていない病名や様々な課題が見受けられて難しいと思った。

#### 第17章

- ・新設なので実際コーディングしないと不明点が見えてこない。イメージできない。
- ・新設項目であり、付与する人によってコードが変わってくる可能性があることが不安。

#### 第18章

- ・「母体ケアをどう捉えるかは深刻な問題を内蔵している」がどういう意味なのか、どういう問題が考えられるのか示して欲しかった。

#### 第19章

- ・Pコードのことについて

#### 第20章

- ・解剖学的異常をとみなわない遺伝子異常とは？

#### 第21章

- ・ICD-10におけるRにあたるコードとなると思うが、ICD-11になったあとの取り扱いはどうなるのか。
- ・複雑な感じがした。
- ・大幅に項目が増えたため、正確に分類できるかが不安。
- ・DPCでは使用しないものとなるのか？

- ・敗血症性ショックは10の時AとRの両方コーディングしているが、11では第1章のみで良いということでしょうか。

#### 第22章

- ・足首の捻挫はどのようなコードになるのか。
- ・エクステンションコードが多いので、専門的な知識が必要。
- ・23章とリンクしているというのがよくわからなかった。
- ・5桁目コードが廃止され、エクステンションコードの付与で明示しなければならないので、どこまで詳細に表現するかによってはコードがかなり膨大になるのではないかと思った。

#### 第23章

- ・エクステンションコードの使用具合によって特に大きくコーディング内容が左右されそう。どこまで情報を探るべきか検討が必要。リファレンスガイドについて後日確認したい。
- ・エクステンションコードと分けているのはなぜかわからなかった。

#### 第24章

#### 第25章

- ・日常業務にどう反映するのか応用するのかがわかりにくい。
- ・意味がわからない。

**章指定なし**

- ・どこまでエクステンションコードを使用しなければならないのか。規定があるのか。
- ・すべての章において言えるが、まずはブラウザを見てみようと思う。それから今回の講義を受けるべきだった。
- ・すべて変更点や問題点は慣れていくしかないと思う。

**14.16章**

- ・エクステンションコードの使い方が大変と思うと同時に項目の移動の整合性をICD-10とICD-11でどのように扱うか、疾患の理解の重要性が高まっていると感じられ、研修の重要性が高かったと思う。

**22.23章**

**14.15章**

今までの体系から変更している点が多いので、混乱しそうだと思った。ブラウザに頼らず理解をしておかなければならない。

3. ICD-11についてのご意見、ご感想など

- ・ICD-11が日本語にどう訳されるか楽しみ。
- ・現在の内容が実際に現場で使用するのはいつ頃からかまだまだなのかと感じた。
- ・ICD-11が実際に現場で使用される具体的な時期を知りたい。コード化すると非常に長い英数の並びになるが、どこまでを使用するかを現場で決めてよいのか。
- ・日本語訳のものがあるとよい。WHOの公用語に日本語がないからだということを知った。
- ・プレコーディネーションされているもの(眼球は側性がきまっている)、従来あったものがエクステンションコードで表すもの(骨折の閉鎖性、開放性等)それぞれの差は何か。
- ・章間の移動や特徴解説がわかりやすかった。
- ・死亡診断書の傷病記載は考える必要があると思った。(ただ病死になっていたものが転倒・転落はどう外因に集計されていくのか)
- ・統計処理が少し大変かと思う。
- ・とてもわかりやすくまとまっていた。ご講演の先生方のユーモアのあるお話が印象深く、理解しやすかった。
- ・コードを覚えるというよりも、診断名の付け方の詳細が求められると思った。DPC対象病院のようにリアルタイムでコードが必要な時の対応がシステムティックに短時間で行える工夫が求められると思われる。
- ・じっくり移動も多かったが、医師への説明が大変そう。病名変更は各学会から通達があるのか。
- ・日本語訳になれば多少わかりやすくなると思った。
- ・ICD-11からDPCにどうつながるのか、どこまでコードするのか心配。
- ・実務で使用した際、ICD-10はコードを覚えて使用したが、ICD-11は都度調べないとできないのか。コードが続き、覚えられないと思う。
- ・病名を付ける際の病気に対する知識がより重要になると思った。医師のカルテ記載を充実させる必要があると思った。
- ・コードの成り立ちの原則がわかりにくい。エクステンションコードの仕組みや並び順などがわからない。コードが長すぎて確認が難しい。診療情報管理士が不要になるのか。
- ・現在のICD-11の研究内容がわかった。WHOは改善していきだろうが、日本にてどのように現場で使用していくかを学会より発信を継続して欲しい。
- ・コードを選択する時、ステムコード、エクステンションコード等付与忘れのメッセージがわかるようになるとよい。
- ・エラー選択がわかるようなシステムになればと思う。
- ・大まかな構造については理解することができた。細かいワードの意味が分からない部分があり、説明が必要。
- ・エクステンションコードに特に不安を感じた。情報収集、ドクターの記載協力、システム等を考えなければならぬ。
- ・病院で診療情報管理士より医師事務作業補助者の方が多職場では、研修を行う環境が整えられない中での後2年は短い。
- ・ブラウザを前提としているが、悪意のあるプログラムをどう対策していくのかは問題。
- ・分類がICD-10よりも更に細分化しており、自動的にコーディングできるのか疑問。
- ・じっくり学べるような研修会をして欲しい。地方向けの方法も考えて欲しい。
- ・PCで見たことはなかったので驚きばかりだった。会員メール等でお知らせが欲しい。
- ・日本で使用する際には職場にネット環境が必要となるのか。画面の操作を実際に行ってみないと難しい。
- ・ブラウザ検索機能が電カル検索でも使えないと現場としては使用できない。カルテ改修も必要かと思われ、アナウンスが必要。
- ・医師でないといけない分類が増えた。そこまで周知できるのか。
- ・どこまでエクステンションコード等を使うのかの基準によるが難しく感じた。
- ・章ごとの詳細な研修をして欲しい。
- ・実際にICD-11でコーディングしないと理解できないと思った。
- ・死因コードに分類はできそうだが、DPCに使用するのには難しいと思う。病態等拾いながら入院会計を行う。人により今まで以上にコーディングが分かれ、統一できないのではないかと。
- ・システムそのものの使い方等もわからない。
- ・DPCに使用する場合に組織の病理が出ないとICDに分類できないと思うがそのあたりはどうなのか？



## ICD-11への意見、感想

- ・なぜICD-11へ移行が必要なのか分かった。現場でICD-10では表現できない病名があり困っていたので、本日ICD-11を学ぶ覚悟ができた。
- ・DPCにもち入れられるか。
- ・発行される前に再度研修会をして欲しい。
- ・長いコードはどこへ提出する分に必要になるのか？
- ・1-9の次がAで始まるコード体系に慣れるのが大変と感じた。インフルエンザ→感染症というのは良いと思った。新生物→組織形態で分けられるのは、将来ICD-0と統合されるのだろうかと思った。
- ・DPCと死亡診断書(原死因)…スラッシュ前後が変わるというのは良いと思った。(原死因のコーディングの説明がしやすい)
- ・ICD-10とは全く異なる体系を実感した。ICD-11は病態分類には適しているものの、死因分類には向かないのではないのか。
- ・電子カルテで使用する標準語病名マスターはどのようになるか。
- ・配布資料よりスライドの情報の方が潤沢で、資料との差を追うのに必死で十分な理解ができなかった。
- ・具体的なコードが割愛されていたが、ICD-11のホームページのどこを参照すればよいのかアナウンスして欲しかった。
- ・長いコーディングを張り付ければよいとのことだが、インターネット接続されていないとできないのか。
- ・本日のみでは難しい。
- ・今までのコーディングと大きく変わり、とても不安だが概要はよくわかった。
- ・ICD-10コードで病名を覚えていたが、ICD-11は多岐にわたり難しそう。
- ・まだICD-11で入力したことが無いので、やってみないことには不具合もわからないが、細かくなったのだなあと思った。
- ・プレコーディネーションを基にした標準マスターが作られてしまうと、実務としてのクラスターコーディングは発展しないように思った。
- ・ICD-11を使って作る死亡診断書がどう改訂されるのか、普及活動がどうなるのか不安。
- ・詳細コードをどこまで付与するかの判断が難しそう。データ挿入時の検索コード等いろいろ考えてみたい。
- ・初めてのことなので、はっきりと理解はできなかったが、これから少しずつ理解を深めたい。
- ・どこまで詳細にコーディングをするか難しいと思う。カルテから読み取る能力もより求められ、スキルによりコーディングが異なることも今以上にあると思う。
- ・カルテ記載をどこまで求めるかも今後の課題。
- ・DPC制度とどのようにひもづけていくのか難しいと感じた。
- ・英語の知識が少ないため、英語名称がわかりにくい。
- ・クラスターコーディングについてより詳細不明コードを減らすためにエクステンションコードが必須になっていくのか。また現在レセプトにはICD-10のコードも載るが、ICD-11になったときレセプト表示はどうなるのか。
- ・ICD-11によってDPCのツリーがどのように変化していくのか、また手術との関連が気になった。
- ・～に伴うや、後天性、二次性はどのように分類するのか。
- ・コーディングを行っている上での疑問が解消されるような内容の構成だと思った。
- ・ダブルコーディングが減るのか？
- ・早く日本語版が出て欲しい。ただ、だれでもコーディングできるように、私たち(診療情報管理士)はどうするのか不安。
- ・より詳細になり、病名をつけるのが大変。医事病名をどうするのかも心配(DPC病院でない)
- ・回復期のコーディングはどうなるか知りたかった。
- ・未確定の部分がある事が理解できた一方で、全体像が見えて大変よかった。
- ・ブラウザの画面展開を見ることができてよかった。
- ・移行期の実務や電子カルテがどうなっていくのが不安。
- ・ICD-10、11もコード化するためのツールであって、アメリカやオーストラリアのような詳細なコーディングルールガイドラインが必要ではないか。
- ・カルテ記載の充実が必要。
- ・ICD-11について国レベルでの医師への教育が必要ではないか。
- ・ドクターへの教育が必要。現在のカルテからでも詳細がわからないのに、こんなに情報を登録できるとは思えない。

- ・疾病・解剖その他についてより深く学びなおさないといけないので、より専門性が高まり、他の国家資格の医療職に近づくようになる。
  - ・新しい知見について、ユニークIDを参照すれば常に最新情報が得られるようになるのか？
  - ・DPCとの関係はどうなるのか？標準病名マスターはどうしていくのか？
  - ・ICD-11をコーディングに使用することによる統計への影響とその統計を使用することによる医療施策への影響についても見解を伺いたい。
  - ・現状英語版での公開となっているため、具体的に日本語版が出てからどうなるか。各疾病統計も含めてかなり複雑になると思う。
  - ・明確なコード、不明瞭なコードがあり複雑だった。少しずつスキルアップしていきたい。
  - ・エクステンションコードがとても有効でかつ理解が足りないと使いこなせないこともわかった。疾病分類の正確なコーディングのためにも、日々の学習の必要性、スキルアップをしていきたい。
  - ・正しくコーディングすると非常に長いコードとなり、これをすべての病名に対して行うのは時間的、知識的に難しい気がする。しかしながら、これを活用できれば疾病の理解や研究には役立つところが大きいと思う。
  - ・各章の研修会を計画して欲しい。章ごとに1~2hかけて全10~15回くらいで。
  - ・エクステンションコードの使い方がよく理解できなかった。
  - ・ブラウザの使い方を詳しく知りたい。
  - ・フィールドテストの実施前に研修を受講したかった。
  - ・外因に活動コードがなくなった⇒簡単になった？
  - ・ICD-11への不安が減った。
  - ・疾患についてもっと勉強しようと思う。
  - ・医師の病名の付け方によりかなりコードが変わってくるのではないかと思った。
  - ・ICD-10から11へ移行する時の作業等不安がいっぱい。
  - ・DPCへの対応はどのようになるのか。
- ・10から11になった時、統計に影響が出るのではないか。大まかな統計(10でいう1~3桁目)まではいいかもしれないが、その後の「&」で区切られたものはどうなるのか知りたい。今日の話では、該当する場合に選ぶ。Excelでデータベースを作成している病院ではその辺の取り扱いも考えなければならない。
- ・これまで以上に疾病解剖学、病理等の理解が必要であると感じた。
  - ・一つの病名にコードを付与するのに(慣れもあるかもしれないが)時間がかかる気がする。医師が登録するのか、管理士が登録するのかも関係あると思うが、医師でないとする、今まで以上に各項目詳細に記載していただく必要もあり、不安。
  - ・だいぶ変更になるので、現行のコーディングをしている方向け日本語版ができれば研究会をしてほしい。
- ・相当な知識、スキルが必要だと感じた。医師の協力および医師への啓蒙普及も必要ではないか。
  - ・新生物が解剖より組織になると医師は使いやすいと思うが、今までお願いしてきたのはなんだったのか。医師も戸惑うと思う。
  - ・この疾病には何桁目がないとダメとか、そういった詳細なルールの知識が必要になると思った。
  - ・DPC等の実務に導入されるのは当分先と思うが、トレーニングをする必要があると思う。
  - ・病理等でコードがわかれていく疾患も多いため、自施設でどこまでやるのか、他施設からの紹介状などに詳細な記載があるかも重要になる。逆に電子カルテシステムにICD-11が導入されれば、コードから得られる情報も多くなり、有益だと思った。
  - ・今後ますます各疾患、分類への深い理解が求められると感じた。
  - ・実際に使用する際、ICD-11への移行をどのように運用していくかが課題となると感じた。
  - ・病名表現が変わることでレセプト対応が難しくなるのが気になる。今までも診断基準が変わることで、医師のつける病名と薬剤の適応症と一致せず困っている。
  - ・ICD-11の概念が国内の学会にどの程度受け入れられるのか、医大等でも教育されるのかが気になる。
  - ・コードを組み合わせて詳細な病名が表現できることはデータとしても面白いが、そこまでカルテから読み取れるだろうかと思う。医師がそこまで記載してくれるかも心配。せっかく細かく分類できても詳細不明ばかりになってしまいそう。

## ICD-11への意見、感想

- ・病院の方針にもよるが、ビックデータをどこまでコードで示すかが重要であり、病院に合ったコード化をする上で、コード体系や付加コードがわかりやすくなったと思う。
- ・データ化の基となる医師の記録の充実が求められる。
- ・今までの概念を白紙にし、勉強する必要性を感じた。コーディングはブラウザで何とかなくても、逆にコードを集計して統計としてまとめるのは手間がかかりそうだと思う。
- ・コードが長くなり、どこまで細分化していくのか学ぶ必要がある。
- ・どこまでコーディングするのかよくわからない。医療現場でどのように病名づけするか想像がつかない。
- ・研修会等で勉強は必要。
- ・かなり長いコードになるので、どこまでコーディングするのか国がきちんと指針を示して欲しい。
- ・コード体系がかなり変わったため、実用化するまで工夫が必要になるのではないか。
- ・理解には時間を要するので、早期に学ぶ機会があつてよかった。
- ・ICD-10で登録してきたデータとICD-11の病名との集計はどうしたらよいかも考えておく必要があると思った。
- ・IT化で環境の整備が必要。コードの構成、疾病について良く理解しないとコーディング困難？
- ・DPCとの関りは最低何桁とかあるのか？
- ・医師のカルテ記載がないと詳細がコード化できない。
- ・診療録管理体制加算とICD-11詳細の評価等。
- ・管理士の今後の資格のいつからICD-11の適用となるのか？
- ・疾患を知らないとコーディングが困難になる人もいるだろうと感じた。リリース前の事前自己学習が必須になると思う。
- ・日本語翻訳を早くして欲しい。
- ・実際にコーディングしないとわからないが、DPCで運用することになるとすると、医師が病名を入力する際にどのくらい正確にしてくれるか、また詳細不明コードが増加し、ペナルティとなるのではないかと不安がいっぱい。
- ・実務に用いるに際して、環境をどう整えるか、施設で考えるべき大きな問題を感じた。
- ・操作してみたいと思った。なんとなくだがどう変わるかわかりよかった。これから勉強したいが、日本語訳について期待したい。
- ・DPC等どうなるのか統計など不安は残るのもっと知りたい。
- ・変更の特徴は理解できたが、コードが非常にながくなってるので、教えていくには容易ではない。(学生及び病歴勤務者)
- ・和訳のシステムを早く使ってみたい。その後不明・質問が出てくると思う。今後章別に具体的な研修が必要と思われる。継続的な研修会をお願いしたい。
- ・エクステンションコード等により、詳細にコードできるようなのは良いが、病名によってはコードが長く(多く)なり、ICD-10と並べるとわかりづらく、見づらくなったという印象。もう少し見やすい表記方法があればよいと思う。
- ・ICD-11について大まかに理解できた。また正式なものが出た後に詳しく勉強する機会が欲しい。
- ・紙ベースで欲しい。
- ・ICD-11に変更になった場合、保険会社への対応はどうなっていくのか。
- ・コード分類詳細になる場合、医師への対応はどうなるのか。医師会への対応も含む。医師がカルテに書かなければわからない場合がある。
- ・ICD-11の告示とDPCのICD-10→ICD-11への変更は最低2年は空けて欲しい。(管理士・医師への周知に時間を要する)
- ・ICD-11への移行を機に、施設基準の要件を「管理士」に限定すべき。
- ・ICD-11の構造を知りたいと思うが、日本語訳がないと難しい。きめの細かい研修をお願いしたい。
- ・ICD-11は電子媒体となることがわかり、今後の病院のPCの申請などに対応できる。今後も情報提供をお願いしたい。
- ・細分化されたり詳細にコーディングするために「/」「&」を使用することが難しく思えた。
- ・ICD-11は以前からオートコーディングやコンピュータ化とお聞きしていたが、「だれ」が「いつ」「なんのため」に使用するのか。現在は標準病名すら主治医より正しく入力されないのが非常に心配。
- ・診療情報管理システムを使用している施設などは、ベンダーによって変更されていくかもしれないが、V章などはどこまで入力するのかなど悩ましいと思った。

- ・正しくコーディングするためには病気を理解することが必須であるが、ICD-11では更に重要に感じた。その上コンピュータでのコーディングとなるので、技術的なサポートも大事になってくると思う。
- ・ICD-11のみでなくICSD-3等の分類等の理解も必要。
- ・これから実務として使用するには、システムの変更も必要で、分析なども定義を決定するのが各病院なのか、国として統一するのかがはっきりしてほしい。
- ・複雑すぎる、わかりづらい、メリットを感じない。
- ・時代に応じて分類等の考え方が変わっていることがわかった。一方でどこまで細かく分類すべきか病院単位か国全体なのか統一できるようにしてほしい。
- ・がん登録への影響、DPC/PDPSへの影響も気になる。また、標準病名がどうなるのか知りたい。
- ・細かすぎるのか良いのかわからないが、今までのものと比較がしにくくなる。
- ・ICD-10はDPCの分類に使用されているためどうなるのか不安。日本語病名がどうなるのか不安。
- ・後進国の状況も考えられて構成されている。
- ・せっかくファミリーの概念があるのに、ICDの中だけで表現しようとしすぎの印象がある。
- ・分類後の集計のイメージがわかりづらい。
- ・Reference Guideの翻訳が欲しい。
- ・コードがかなり長くなるうえに、規則性がわかりにくく、コードを可視化する意味がなくなっているのではないかと思う。
- ・同一の病態に対して「ステムコード」「ステムコード&エクステンションコード」となることがあるという認識で良いか？
- ・「エクステンションコード」「ステムコード」それぞれ統一された付与ルールは今後設定するのか。データ解析を行う際に並び順が異なると同一の疾患を見落とすのが心配。
- ・コードの最大桁等は決定できないということか？
- ・エクステンションコードは医療・医学的な重要度に幅がありすぎると感じた。一括して集計・統計に使えないような気がする。
- ・産科的出血の「分娩後」は晩期？数日から1週間後の出血は分けた方が医師は病名をつけやすそう。
- ・コーディングはインターネット環境で電子的に作業するとなると、電子カルテや病歴システムが動いている端末とは別に必要な分を病院が準備してくれるか不安。
- ・コーディングは詳細になるが、実際に集計・統計に用いる分類はそんなに変わらないような気がする。
- ・今後どう病名マスターのような形になるのか、それがどういうシステム上に登録できるのかイメージができない。
- ・英語版は難しいので、日本語版が出てからの方が問題点が出やすいと思う。
- ・カルテを読んで、この内容ほどに細かくコーディングするとなると難しい。
- ・インターネット環境、医師の協力、どこまで必要なコードなのか
- ・コード自体は複雑化しているように見えたが、より詳細に病名を搾ることができるのは良いことだと思う。ただ、慣れて使いこなすには相当な時間を要する。
- ・DPC/PDPSにどのように適用していくのか知りたい。またその講習会等を開いてほしい。
- ・標準病名との結びつきはどうなるのか。各ベンダーが大きなシステム改修をしないと使えないと思った。実践的な研修会、勉強会が必要だと思った。
- ・傷病名を医師が初診時に選択することとなるが、コードの桁数は4桁→7桁それ以上になるという理解か？
- ・電子カルテ上のレイアウト(例 退院サマリー様式など)桁数が増えることによる見直しが発生し、準備にそれなりの時間がかかる。
- ・病院ではネットにつなげる環境は限られ、Web上での検索は必要と思われるが、業務環境として紙ベースとなる部分も残るかもしれない。
- ・適切なものを見つけられるのか不安。同時にそれらに必要な知識が重要であると感じた。
- ・エクステンションコードの使い方に慣れれば、疾病コードを付けやすくなると思う。(特に第22.23章)
- ・初めて目にした。コードで様々なことを表現できるが、細かすぎる。人向けでなくPC、AI向けな分野になりそう。



- ・臨床の現場では医師がどのように病名付けをするようになるのか。自院の医師では想像できない。医師に向けた教育・周知はどこが先頭をとるのか知りたい。各病院のHIMに任せたら、力量の差で報告・統計が混乱する。力量差のないような教育・周知を願いたい。医師に対しての指導は自分ではできない。
- ・エクステンションコードがいかに大切なのかわかったが、大きく変わるためコードを探せるか不安。
- ・短い時間だったが、大まかな流れを説明いただいてよかった。ICD-10使用が長かったため、ICD-11に慣れるまで時間がかかりそう。システムの連携も必要。
- ・一度では理解しづらいので、研修会を数回やって欲しい。PCやスマホでみれるイーラーニングがあるといい。
- ・「/」「&」の使い方のところをどのように理解すればいいのか。
- ・コーディングした内容の精査をどのようにすればよいか。
- ・教科書が欲しい。
- ・全く変わってしまうコーディングへの不安が大きい。
- ・ICD-10から大きく変化しているところがあるため、しっかりと理解し、対応していけるか不安になった。
- ・病名を自身でコーディングするのだったら勉強すればよんだけど、病名オーダーは医師が入れる場合が多い。レセプト、DPC、電子カルテでどのように運用するのかによって、開示すべきレベルが異なる。(特にエクステンションコードまで医師が入力できるとは思わない)今後の動向に注視したい。
- ・コードが細分化されてコーディングが難しくなりそうだが、データを蓄積していけば、細かな統計が作成できそうだった。ただ、どこまでコーディングをしていくのか決めるのが難しそう。国として最低限の方針を決めて欲しい。
- ・ICD-10では臨床にそぐわないことも多かったので、ICD-11が臨床上でも役立つものになることを期待している。
- ・病院としてどこまで詳細に分類するのか、詳細であるがゆえに分類にあてはならない場合、どのようにしたらよいか、まだ不明な点が多くある。今後情報提供をどのようにしてもらえるのか発信をお願いしたい。
- ・どこまでエクステンションコードをつけるのかなどわからないところが多い。
- ・細かくコーディングできる分、コーディングを行う担当者の診療録を読み解く力が重要になりそう。(医師に病名依頼した際には詳細な病名は付いてこないであろうと思われるため)
- ・使用した際の不具合を報告し、情報収集できるシステムがあると良いと思う。
- ・電子カルテとの互換性をつけるため、ベンダーへの情報提供も早期に行うと導入がスムーズかと思う。
- ・医療機関の医療の質、医師の質が病名に現れそう。病名付けの重要性の医師への理解をうながすことも大切かと思う。
- ・コードが詳細になり、診療録からコーディングできるか不安。新生物が「2」となり、ICD-03とかなり変わってしまった。慣れるまでとまどいそう。
- ・クリックしていけばコーディングはできるという話だが、やはり知識が大切で誤ったコーディングをしてしまうリスクもあるなど感じた。院内でも勉強会などを行って、全員で使えるようにいなければと思った。
- ・コーディングは画面を操作するだけで選択できるため容易に見えましたが、データを抽出する側からだとイメージがわからない。今後利活用についての研修会があると嬉しい。
- ・レファレンスガイドがどういうものなのか読んでみないと良く分からないと思った。
- ・ICD-0-3やDPCがどうなるのか不安。
- ・ここまで細かくコーディングできるほど、カルテから拾えるのかと思った。
- ・フィールドテストの時は構造がわからず途方に暮れたが、コードの法則がわかってきて、少しICD-11について分かった気がする。日本語版のHPのリリースが楽しみ。
- ・疾患を知ること。今後もっと勉強する必要がある。
- ・エクステンションコード、クラスター分類の付け方が理解するのが難しかった。特にエクステンションコードはどこまでの詳細を振ったらいいいのか?の疑問と、疾患統計の取り方がイメージが湧かなかった。エクステンションのつける順番などが複雑に思う。
- ・実務レベルで使うようになるまでに何度もコーディング研修が必要だと考える。

ICD-11に準拠した「退院サマリー」「紹介状」「死亡診断書」等のデータ形式を電子カルテベンダーの技術者を交えて国内標準を考えて欲しい。二次利用するために電子化するのだから、最初から二次利用の実際を検討して、ベンダーの違いによりデータ連携がうまくいかない状態にならないように、今の機会を活かして標準仕様を定めた方がいい。

- ・ICD-10と比較してかなり難しい(ややこしい)変化がされていて、自分がついていけるかが心配になった。
- ・ICDに様々な情報を盛り込んだ形でコーディングすることになるため、ICD-11の理解、データ活用がうまくいか不安がある。
- ・Xを付けられることでコードが長くなることに大変驚いた。変更点等をわかりやすく学べたのはよかった。問題点、比較点、きれいになって告示になればと思う。
- ・部位による疾患名でコードされていた傾向が強いICD-10から、疾患の要因や共通因子でくれる疾患(自己免疫疾患などが免疫系に集められたこと)は医師との交渉時の医師からの不満が少なくなるであろうことが予測できる点は良いと思われる。コーディングはより専門的になり、HIMの専門性向上に寄与するものと思われる。
- ・現行の体制からの移行期が教育体制について指導側も不安になるのでどうなるかという思い。新たに学ぶ人々は二重に学習が必要だとすると、困るのではと思う。
- ・十分に理解するにはもう少し時間が必要と思った。
- ・様々な組み合わせによってコードが形成されることからすると、マスター化に困難性が伴うのではないかと。使用する範囲を限定するなどして簡略化しなければ、マスター化できないのではないかと。日本では皆保険制度化でレセプト電算が標準化しており、診療行為と傷病名のマスターとのチェックが進行中である。それへの妨げになるのではないかと危惧する。韓国はレセ電の先進国だが、そうした周辺国の対応についても参考にできたらと思う。
- ・システムへの導入?がどうなるのか不安。DPCコードとICD-11はどう連携されるのか。
- ・日本語版ができるまでに、疾病について理解を深めていきたい。
- ・できる限り、ICD-10からICD-11の変換コードを出して欲しい。
- ・ICD-10であった「除外」という概念はなくなったということか?そのための章間の移動と理解していいのか。
- ・ICD-10では日本独自の細分類が追加されているが、ICD-11でもこういうことは考えられるのか。
- ・ICD-11をブラウザで確認して当院によく出てくる疾患のコードを見てみようと思う。電カル上で病名登録をしようとした時にICD-11はシステム上どのように表示していくのだろうかと思った。(システムコード1つだけの表示なのか。エクステンションコードはどこまで病名登録時に扱うかなど。)
- ・今後どのように変化していくのか、変革に順応できるのか非常に不安に思った。
- ・循環器、必要な病名が足りないように思った。
- ・どこまで詳細なコーディングが必要なかわからないが、医師が詳細をカルテに記載していない場合はどうすればいいのか。
- ・医師が病名登録をする際、負担が大きいのではないかと。(時間がかかりそう・適当な病名を登録しよう)
- ・ICD-10と違ってコード理解をしていかないといけない。汎用性は素晴らしいと思うが、コーディングをしていくにあたり、今一度勉強していかないといけない。
- ・地方(田舎)の医師がICD-11に準拠した病名を使ってくれるか、またそこまでの情報を記録に残してくれるかが心配。
- ・ICD-11の構成と体系、各章の内容がよくわかった。レセプト、DPC、統計、電子カルテの病名登録などでどのように登録していくことになるのか気になった。(ネットと電カルを繋ぐ?アプリを電カルに入れる?)
- ・完成したらスクーリングをして欲しい。
- ・ICD-10、ICD-11と全く変わってしまい戸惑っている。対照表などの作成を希望。
- ・新設された章については注意点など細かい説明があるといい。
- ・院内への周知(医師含む)も課題。今後都道府県、二次医療圏医師会等でも研修や呼びかけをして欲しい。
- ・全体的に文章で述べられてもわかりにくい。対照表やコード表などの資料を配布して欲しい。(またはURLの提示等)ICD-11のサイトを確認しながら聴ければもっとわかりやすかったと思う。
- ・今まで使用していたコードとの対応がきちんとできないと、統計自体に应用がきかなくなるので、その点を整備して欲しいです。新しく始める人にどのように教えていったらよいか、教育が不安。
- ・日本語訳がどうなるかで、左右されそうな立場であるので、日本の地位を確立してもらいたい。
- ・日頃使用しているICD-10から対応に苦勞することが予想された。
- ・医師の記載なくしてコード付与は難しい。



- ・日本語訳はいつ頃できるのか？公用語の学習(日常的に使用できる)が必要では？医師と同じレベルが必要？国家資格にして欲しい。
- ・どこまでコーディングするのか？インターネットでのお買い物にたとえられていたが、どこまで求めているのか。はっきり明示した文章を希望。それがないと医師の協力も上げない。
- ・ICD自体難しいものをわかりやすく説明しようと講師の皆さんがされていて感謝。ICD-11になると難しい部分が多々あることや問題点、改善点を知ることができた。
- ・医師だけでなく、事務スタッフへの説明や看護スタッフの理解が正しく伝えられるか不明。また、ICD-10でも2.3桁のみでコードする医師が多いため、どこまでコーディングできるか不安。各学会等でも医師に対する説明をして欲しい。
- ・エクステンションコードにより、分類が多様化されると感じた。話だけ聞くと、今後のコーディングが不安になるが、PCありきのコーディングと捉えれば今までよりコーディングしやすくなる部分もあるのではと考える。
- ・エクステンションコードの多様性が便利な面もあり、ブラウザなしではコード付けが難しいのかなと不安になってしまった。
- ・実際の画面でコーディングの例を示して下さったので、イメージが沸きました。エクステンションコードの付与数、コードの完成など、気になる点がありましたが、大変勉強になった。
- ・実際にICD-11で分類をはじめると、ICD-10でのデータとの比較等が難しいのだろうかなど、気になるところもあったが、いろいろなツールが出てきて、きっとわかりやすくなると思った。
- ・新しい項目、病態の理解が必要になると感じた。職場に相談できる人がいないため、不安のままコードが増えてしまう可能性があるように思う。
- ・ICD-11の概要は何となくはわかったが、いざ業務に携わるときはより混乱しそうだと感じた。
- ・エクステンションコードについて不明(カルテで読み取れない)なものは選ばなくてもコーディングできるのか。成り立つのか。
- ・ブラウザ、リファレンスガイドの和訳はいつ頃できるのか。
- ・この分類を現場でどこまで生かしていけるのか疑問を感じた。今はDPCコーディング以外の病歴コーディングはあまり重要視されていない。大幅な改訂で実務者がついていけるのか？今後導入に向けて研修会等を開いてくれるのか？
- ・電子化されることを前提にまとめられたのは入力するにはとても良いことだと思う。整理されたデータが増えるようになりそう。電子カルテ、院内データはローカルにあるので、検索と入力を連携して手間を減らすための取り組みは課題となると思う。
- ・電子カルテをインターネットにつないでいない病院が多いと思われるが、ブラウザでの検索を主としており、院内で使うときにどうしたらよいかわからない。マスタごとアプリのように提供があるのか。
- ・「/」の前にくる病名、後にくる病名について決まりが良く分らなかった。
- ・和訳のされ方に注視。医師との連携が必要そうだが、課題であると思う。
- ・筋・骨格系の分類において、常に詳細な受傷部位がICD-10(2013)ではコーディングすることができない場合が多かったが、ICD-11ではエクステンションコードにて付与することが可能というのは嬉しい。整形の医師(特にhand)には良い情報かと思う。これから勉強し、医師の希望に添えるようにしたい。
- ・ブラウザでコーディングすることが前提でコードをほぼ完成させることができるが、自分で付与しなければならぬものもあり、完成コードがわかりにくいと思った。
- ・どこまでコードするのか、病院ごとのルールになると思うが不安。ある程度例などを提示して欲しい。
- ・現在ICD-10でコーディングしている病名をICD-11でコーディングしたくなった。日本語の仮訳でもよいので、でき次第Webに公開してもらえると勉強になる。
- ・コードが多すぎ、理解困難。詳細すぎる。
- ・ICD-10でも医師に説明するのが難しいが、ICD-11となると、更に専門知識を必要とするので、教育の部分を充実させてほしい。10,11双方のスキルを証明する制度はできるのか。
- ・新設項目等、議論が必要とのこと。エクステンションコードの統一性をどこが主体となって決定するか。将来の実用に向けDPC調査データとの整合性など。操作マニュアルを紙ベースで作成されることを求む。
- ・コーディングのトレーニングが必要。
- ・今後の日本での導入スケジュールを知りたい。
- ・電子カルテの病名やDPCにはどのような影響が出るのか知りたい。
- ・日本語版ウェブツールのリリース時期を知りたい。
- ・分類方法が細かすぎて医師の診断名との親和性が低いと感じた。特に整形の医師はICDには全く興味がないといわれた経験もある。医療現場にどのような方法で周知させるかが重要だと感じた。

- ・病院システムへの導入に不安がある。DPCへの適応はいつ頃決まるのか。具体的な運用フローがまだつかめていない。
- ・学会からの情報発信も進めて欲しい。
- ・ICD-11に特化したコーダーの資格付与はいずれ国家資格、もしくは施設基準の必須条件へ（DPCの件数付与等）
- ・医師が登録した病名にHIMが付加コードをつけるのか？運用がピンとこない。
- ・パソコンを使いこなさないと検索もできない。また選択したコードが長すぎて、それが正解なのか不安がある。医療知識のレベルアップが必要と感じた。ざっくりとはわかったが、実務上での不安は増した。
- ・ICD-10でいういわゆる「9」コードがふえてしまわないか心配。
- ・まだ決定していない部分が多いのだと思いますが、基礎基本の部分だけでも早めに情報が知りたいと思った。
- ・今わかっているだけでもこれだけ大きく変わるので、告示から施行まで複数回の研修の機会が欲しい。時間も欲しい。
- ・ICD-11を実際に付与されるとなると、今まで以上に知識が必要とされると感じた。
- ・中心分類であるICD-10から11への変更がこんなに大きいとは考えてなかった。そうなるとその他の内容も変更か？（ICD-O等）
- ・6章では病名自体変更を始め、二重分類無し等は大きな変更。マスター変更、DPC、がん登録等の現在の実務はどうなるのかとの不安も大きい。
- ・本当に2022年から実働するのか？また、Web、HIMの意義が心配。
- ・ICD-10の知識は全く必要ないような気がする。管理士の資格は意味がなくなるのか？
- ・現在使用されているICD-10とは大きく変化が起きるとことは今回の講義で理解できたが、部位等などの程度情報が必要なのか、また詳細不明についてはどの程度が許容範囲となるのかがわからなかった。現時点で今回上がった情報を分類すると詳細不明が多くなると予想される。
- ・解剖学の更なる理解が必要だと感じた。これまで以上にカルテから正確な情報を読み取る力が必要になると感じた。
- ・ICD-9からICD-10になった時と同様に、慣れていくしかないと思うが、コードの構成を理解していないと正しくコーディングできないと思う。
- ・エクステンションコードをどこまでコーディングするかで、診療録の記載そのものの精度と記載の読解などの問題が上がると思う。
- ・コードだけ見ても何が何なのか理解できない。エクステンションが多すぎ。
- ・いつから使用することになるのでしょうか。
- ・PC持ち込みで研修会を開催して欲しい。いっそのこと英語で統一したらどうか。グローバル化の促進でICT、特にネットワークはマニュアルが英語。
- ・病院内のネット環境整備が急務、電子カルテの端末とネット用端末は別々にしているの、どうしたらよいか悩む。
- ・ICD-11に伴うDPCの請求はどうなるのか知りたい。現場だけでも早めに情報を共有してDPCコーディングに備えたい。病院経営に大きく関係するものなので、確立してからDPCに使用してもらいたい。そうしないと混乱するので、現場はとて大変になる。
- ・電子カルテ、部門システム等のシステム対応、インターネット環境等の整備必要、統計についても同様
- ・ICD-10とのリンク(トランスポート)が心配。
- ・まだ和訳されていないので、イメージがつきにくいですが、今後少しずつ自分自身の知識を深めていきたい。
- ・認定校での非常勤を行っているため、全国共通の教育指導マニュアル等も今後あった方がよい。(あるのかもしれないが)
- ・今までICD-10で登録していたものと、ICD-11でうまく統計が取れるのか不安。
- ・どこの病院もシステムを使用していると思うので、業者に早く情報を渡して欲しい。
- ・多様なものを表現するためには複雑になるのはやむを得ないのかもしれないが、複雑になった印象がある。簡素化できる面はないか。
- ・組織型などの分類軸に変更になるため、病理結果が出る前に退院する場合など、コーディングが難しいと感じた。
- ・医師の記載により、詳細不明になるケースが多くなるように思う。
- ・今まで以上に解剖学などに対する知識を深めないと正確なコーディングができないと思った。
- ・挙げられている問題点については、今後検討されることはあるのか。
- ・今まで詳細についての情報がなかったの、大変貴重な機会だった。2022年の発効までに、各国および我が国において、関係分野への理解の上、実用的なものとして修正等が必要とも思われた。

## ICD-11への意見、感想

- ・管理士自身のコーダーとしての基本的な知識や技術が今まで以上に求められるのではないかと感じた。
- ・エクステンションコードで詳細なコードができるのは良いと思うが、最低でもどこまでコードすべきかを明らかにして欲しい。
- ・日本で適応する際には、病歴管理システム、電子カルテの対応をベンダー側にも促して欲しい。(ブラウザが利用できる等)
- ・DPCではどのように適用するのか、早めに情報提供を行って欲しい。
- ・ICD-10とはコーディングルールが大きく変わるので、実際に導入する時に何回かにわけた研修会の開催を希望する
- ・概要としては今日の研修会でよいが、実務として行うには不安がある。
- ・疾患に関する理解(スキル)がより重要だと感じた。
- ・資料を参考に再度画面をみて学習する。更なる問題点など提案できると幸い。
  
- ・コーディングの担当者の経験年数・知識・解釈の仕方によって、コーディングが変わってしまうのではないかと少し心配になった。院内の職員間で知識の共有を行い、適切なコーディングに努めたい。
  
- ・研究用のデータベースシステムを改修中のため、今後移行することになる。ICD-11のエクステンションコードを含めた実際の運用する桁数が知りたかったが、現状ではわからないようなので、今後の情報を待ちたいと思う。(MAXの桁数が知りたい)

### 3. 今回研修会を受講されたのご意見、ご感想など

- ・ICD-11のことがよくわかった。大阪から来てよかった。
- ・お金を出してもいいので、勉強会を行っていただけたら参加したい。
- ・エクステンションコードを付与していくのでコードの正確性に不安がある。自己学習では補えないところの勉強会・講習会・ドリルブックなどを期待したい。
- ・とても有意義な講義をありがとうございました。(お礼数件あり)
- ・管理士が使用方法のレクチャーを行い、コード選択はオンタイムで医師が直接入力できる方が使い勝手がいいと思う。電子カルテ標準化とあわせてマスターを組めばいいと思う。
- ・今まで以上に疾患と解剖への理解が必要。原文の言語で分かるようにする方がいいと思う。
- ・使用までは時間があるため、このような研修会は有意義。システムがどのように作られていくのか興味深い。
- ・研修内容はわかった。練習用テキストを作成して欲しい。
- ・実際に使うときにどのように整理されるのか、現場でのコード付与がどのようになるのか、DPCとの兼ね合いを含め、診療情報管理士が理解し院内指導ができるのか不安。
- ・ICD-11について詳細が聞けて良かった。
- ・各章の担当者によって評価のばらつきがあるように思った。今後ブラッシュアップが必要。病院導入時には厚労省(国)主導で大々的に研修会の実施が必要と思う。
- ・病院全体に関係することかと思うので早めの情報共有に努めたい。
- ・本日得た知識を職場での意識向上に役立てたい。
- ・実際にICD-11にふれてみないとわからない。トレーニングツールが必要。
- ・定員が少なく、受講できなかった方のために研修会の開催をして欲しい。
- ・各章の説明より総論をもう少し長くやって欲しかった。日本語が確定してから改めて開催して欲しい。
- ・独学では理解できなかったので参加してよかった。
- ・引き続き勉強会は開催して欲しい。病院の対応を考えなくてはいけない。ドクター(臨床医)に受け入れられる分類だとありがたい。
- ・先立って学会員向けの研修会となり大変勉強になった。
- ・現場ではコーディングに関わっているスタッフが多数いて、今後どのようにICD-11に関して教育できるのか、本日のような研修会を何度か開催されるのか等不安になっている。
- ・日本語訳が世に出たら、研修会をたくさん開催していただきたい。
- ・すべてのスライドの配布をしていただきかった。
- ・今後は全国でコーディング勉強会を開催して欲しい。
- ・時間の都合で駆け足だったが、もっとじっくりと聞きたい。
- ・単純に文字で並べても理解しづらい。対照表等を使ってわかりやすくして欲しかった。
- ・とても実用的な内容だった。勉強になった。
- ・研究が半ばであることがわかった。問題点について今後の展望が見えない。
- ・ICD-11の構造を概ね理解することができた。
- ・まだまだ未完成のため、再度研修をお願いしたい。
- ・理解よりさわりの感じだった。今後更なる研修が必要。
- ・ICD-11の構造等についてなんとなく理解できたような気がする。業務への影響はわからない。
- ・今後定期的に行って欲しいと感じた。学生への授業を行うかをアドバイスして欲しい。
- ・短い時間ではあったが、ICD-11概論等理解でき、大変勉強になった。
- ・今後も受講したいが、1日の時間が長い。休憩もこまめに取って欲しい。端の席に座ると移動しにくい。
- ・講演 I の総論のはじまりについて、有資格者の集まりであるので成り立ちは省いて良いかと思った。
- ・短い時間の中で普段の業務を考えながら講義を受け、今後の業務のあり方について勉強になった。カルテの詳細がより必要な情報となると思った。充実した時間だった。
- ・章ごとの研修を企画して欲しい。
- ・貴重な資料をもとに講義を聞いてよかった。
- ・資料や説明がわかりやすく大変良かった。
- ・ICD-11がICD-10と大きく異なるため、実際に使用するイメージが湧かず、疑問が浮かばなかった。
- ・講師の説明がとてもわかりやすく、今後の不安が解消された。
- ・今後も研修会を通して理解を深めたい。(定期的に開催して欲しい)
- ・ICD-11のコーディング演習も必要かと思うので企画を検討して欲しい。
- ・本日のプログラム、スライドのハンドアウトがあると良かった。次回検討いただきたい。
- ・2022年のICD-11発効までにレベルを少しずつ挙げて研修会を複数回開催して欲しい。



## 研修会受講の意見、感想

- ・地方でもオンラインでも良いので受講可能にして欲しい。
- ・ブラウザが便利。新しい時代のコーディングがいち早く導入されることを望んでいる。
- ・とても勉強になったが、自分の勉強不足を強く思った。導入までに少し時間があるので勉強したいが、コーディングが難しいと思う。
- ・ほぼ初めて触れるICD-11だったが、基本は理解できたと思う。
- ・各章ごとに説明が聞けたのでよかった。
- ・総論の講義で用語についての説明に時間をかけて欲しかった。
- ・相当に難しいので研修の機会が必要とは思いますが、そもそも参加しないHIMが存在し、HIMとしてDPC等コーディングを続けていく状況は問題だと思う。ポイント制程度で良いので資格の更新制があった方がよい。
- ・ICD-11についてある程度の知識がないとわかりづらい研修だった。もう少し時間をかけて研修して欲しかった。各地域別に研修して欲しい。
- ・各章ごとに変わった点、問題点と詳しく説明していただき理解が深まった。
- ・日本語ではないので、トレーニングするためにも日本語訳のシステムを早期に望みたい。
- ・スクーリング形式等数日詳細に教えて欲しい。
- ・標準病名マスターICD-11版はリリースされるのか気になった。
- ・ICD-11について今回初めて知識を得たので、自分の勘違いも色々あると思う。研修会・勉強会等でより知識を増やしたいと思う。
- ・DPCとの対応が難しいと思う。コーディングするのに今後疾患等の知識が必要。
- ・コードは死亡診断書で主に活動すると思うが、医大の講義で医師にも研修してもらった方がよい。管理士だけでは厳しい。
- ・クリックすればいいと思えば少し不安が減ったかも。
- ・研修会の回数を増やして欲しい。また参加したい。
- ・同じ建物で別のイベントが開催されており、帰る人の波がすごくて会場がわかりにくかった。入口にも大きな案内があると良かった。
- ・X章とV章の使い方、範囲がわからない。任意なのか？どこかで決まるのか？自由度が高そうに思えるが、このコードで統計のイメージも持ちにくかった。具体例が見たい。
- ・これだけコードを書いていくなら、一緒にカルテに残したいです。
- ・最後の演者の先生のお話、座長のコメントがよかった。
- ・各章の問題点などが解決されればその研修会などもあればよい。
- ・早く情報が聞くことができよかった。
- ・継続的な研修会の実施もしくはコーディング本を出版して欲しい。
- ・実際にコーディングする研修も企画して欲しい。
- ・疾病を詳しく学んでいく機会が必要。
- ・自分でもICD-11を覗いてみます。
- ・コード体系が大幅に変更となることで、確実なコードをつけるために、今まで以上に解剖学的知識や記録の読解力が必要となる。
- ・2020年までにICD-11を意識して仕事をしていきたい。
- ・各論を詳しく学べたのはよかった。総論、ICD-11全体の仕組みについては岡山の研修会の方がわかりやすかった。
- ・今後どのような形で普及するか等、継続的に研修を行って欲しい。
- ・現場でコーディングする場合、かなり教育が必要。概要だけでなく、具体的な研修の場を希望する。
- ・新たな情報も順次発信して欲しい。
- ・ホームページは見たものの、英語で理解できるほどのものではなかったが、なんとかさわりの部分だけでも理解できてよかった。
- ・全体的なことはわかったが、習得するまでは大変だと思った。勉強する機会を増やして欲しい。
- ・各章ごとにイーラーニングして欲しい。
- ・先生方の話が大変わかりやすかった。
- ・全体的に凝集されて非常にわかりやすかった。
- ・研修会や勉強会の機会を重ねて理解を深めていきたい。
- ・ICDの内容が多数変更され、コード付与の手順等も変更となるとのことでしたので、対応できるよう勉強会等の間際を多くしていただけるとよい。
- ・資料がもう少し理解しやすい、わかりやすい形だと良かった。
- ・DPCへの対応がどうなるのかと思った。
- ・Webを操作した方がわかりやすいので、次回はネット接続環境で実施して欲しい。

## 研修会受講の意見、感想

- ・仮訳でもよいので、講演でブラウザ表示する場合は日本語で表示して欲しい。
- ・10から11へ大きく変化したので、半日での研修では少なく感じた。今後はブラウザ一使用を含めて研修して欲しい。
- ・まだまだ理解できてないことがわかった。日本語訳が整備されていないので、研修を重ねる必要があると思った。画面操作が追いつかない。
- ・今回のスライドをホームページに公開して欲しい。
- ・基本的な分類表や重症度スケールなどの一覧、表、分類されているものがなく、説明だけではわかりづらい。
- ・柔軟なコーディングを想定して作られた分類なので、とても複雑に感じた。
- ・変更、新設などたくさんあり、理解するのが大変だと思ったが、何を理解していかなければならないのか、自身の課題が明確になった。
- ・分類の方法と構成については理解できた。やるのは難しいと思うので、早めに和訳を自分で確かめたい。
- ・フィールドテスト時は不明なものが多数あったが、今日は少し理解が深まった。
- ・長いコードをコピーできるのは良いが、ネット環境が必要である事等、市中の弱小病院においては課題が多いと感じた。
- ・Webの画面を使って実際にコーディングするところを見せて欲しい。
- ・詳細については難しいと感じたが、どういう分類に変わったかが理解できた。病院スタッフ一人ひとりがより詳細に記録する必要を改めて感じ、努力しないとイケないと思った。
- ・ICD-11を正しく活用できるか不安に思った。導入前に実際にコーディングを行い、正答率などが知れたらよい。コーディングテストを希望する。
- ・各章の変更点がわかった。実際の画面をもう少し多用して欲しかった。
- ・日本語訳の必要性が説明されたが、英語教育が必要に思った。
- ・実用化される頃に具体的な内容の説明会を開いてほしい。
- ・2022年1月に発効されるものは日本版ICD-11なのか？
- ・講師の先生の作成したスライドを配布して欲しかった。(有料でも構わない)
- ・WHOのICD-11ブラウザを見ながら講義を聞きたかった。前の方に座ったが、一部のスライドは見えにくかった。章によってはもう少し時間をかけて欲しかった。
- ・ICD-10とはかなり変更になる点が多いため、現場に浸透させるためにはどうしようかと思う。国内適用となるのにまだ時間がかかるとは思いますが、使用の際の詳細な説明書やガイドの作成も考えてもらえたらと思う。
- ・パワーポイントが見えにくかった。照明を消して欲しかった。
- ・全体にICD-10とICD-11の対比表(ポイント)を希望する。
- ・学校教育教材がどのような変更があるのか授業準備のためにも早めに情報を得たい。
- ・ICD-11の発行予定である2022年1月までに問題点を改善された研修会を頻回に行って欲しい。
- ・医師だけでなく、自身への教育も大事。集団でのイーランニングなどにより、一人ひとりのHIMが一定レベルに達し、業務にあたるのに問題ないことを学会が確認する仕組みが必要かと思う。
- ・ICD-10に慣れてきたところだったので、今後ICD-11に対応していくとなるとシステムへの移行(マスター登録)も大変になる。エクステンションコードの説明はもっと詳しく必要。
- ・ICD-11になるとコーディング漏れがなくなるのかと思い、統計には必要と思った。
- ・ICD-11を利用するにあたり、疾患に対する勉強会があれば参加したい。
- ・ICD-10との相違点、各章の特徴が理解できた。今よりも疾患の理解をしなければならぬと感じた。勉強すべきポイントがなんなのかを考え、対応したい。
- ・今後病院で学習を進めていくために参加した。再度確認勉強が必要だが、不足しているので今回のような学習会での勉強が必須だと思った。
- ・病名の記載、診療記録の記載の重要性、記録にないものが選択されることにならないか？
- ・医師たちに向けた勉強会はICD-10より難しい！
- ・定期的な開催を希望する。
- ・ICD-0などの改定もありうるのか？
- ・DPCへ反映される際にICD-11への変換作業は病院に委ねられるのか？
- ・資料の中で問題点として挙げられているものは発効までに変更される可能性があるのか？



## 研修会受講の意見、感想

- ・標準病名とICD-11との紐づけがどこまでされるのか？保険請求の関係で標準病名で業務を行っている。それを基準に統計をとっている施設も少なくないのではないかと。そうだとすると、本来の疾患統計が取れないように思う。保険請求と詳細な疾患コーディングは分けて考えるべきだと思うが、DPCコーディングによる統計が先行しているため、ICD-11で詳細なコーディングをしていくことが今後どのように反映されていくのか方向性を示して欲しい。
- ・ICD-11が発行されることは知っていたが、ここまで詳細な情報提供はなかったため、参加できてよかった。更なる勉強の必要性を感じたので、そういう場を設けて欲しい。
- ・変更点など調べていただいた内容がもう少し詳しく説明してもらえると今後の理解につながる。DPCに使用、病名コーディングに使用、死亡診断書に使用する場合の順番等も決定したら教えて欲しい。
- ・ICD-11について不安だったが、今日の説明を聞いて少し理解できたように思う。
- ・ICD-11のイメージがついてとても良かった。
- ・ICD-11に特化した研修でよかった。
- ・わかりやすかった。より理解を深める研修会を期待する。
- ・説明が早い。もう少しゆっくり聞きたかった。
- ・全体的に理解が難しかったので、研修会を何度も開催して欲しい。
- ・全体の流れはなんとなく理解できたが、研修の機会を何度も設けて欲しい。実務がスタートする前に現場で使用しても自信が持てるように学びたい。
- ・内容が盛りだくさんで勉強になった。ただスケジュール通りでなかったのは残念。参加人数も多く、休憩で席を立つだけでも大変。時間通りに進めて欲しい。内容は大満足だった。
- ・妊婦のため何をすることも時間がかかるので休憩時間はちゃんと取って欲しい。
- ・有料でいいので、ネット配信(中継)をお願いしたい。(交通費がかかる)ポイントが欲しい人だけがくればいいと思う。
- ・地方でも同様の研修会を開催して欲しい。
- ・詳細な(できれば章ごと)の勉強会を開催して欲しい。医師の教育もどこかでして欲しい。
- ・学会員に対し、無料でいち早く情報公開されたのがとてもよかった。今後も開催して欲しい。
- ・早い時期にICD-11について考えることができる場に参加でき大変糧になった。
- ・無料で概論を伺え、大変よかった。より詳しい内容で研修としての機会を設けて欲しい。(有料でも可)
- ・アドバンスコースとして実際にコードを引いてみる研修等を企画して欲しい。
- ・ICD-11の概略を知るという意味ではよかったのではと思う。ICD-11のフィールドテストを経験したものとすれば、これまでのICD-9やICD-10とは大きくコード体系が変化することもあり、HIMの資格のあり方についても再考すべきと思う。資格を更新制にし、ICD-11の研修等を受講しない場合はHIMとして資格を付与しないというのもありだと思ふ。
- ・診療情報管理学会でもっと病態についての講演があると嬉しい。
- ・まだまだ完成というところまでいっていないという印象を受けた。
- ・いつかはICD-10からICD-11へ現場レベルでも適用されていくと思うので、全国各地で研修会の開催もしくはイーラーニングをして欲しい。
- ・病名登録を今後どのように行っていくか検討が必要だと思った。
- ・具体例が少なく、実際の業務においてどのようにコーディングするのかイメージが湧きにくい。
- ・PCの操作を理解していくことで、ICD-11の理解度も変わると思う。
- ・楽しみにしていたので参加できてうれしい。
- ・他のセミナー、勉強会のように、事前にスライドまたはPDFをデータ配信して欲しい。資料をPCでみながら直接メモ等書き込みたい。ネット接続ができれば、参考URLをその場で確認できるので配慮してほしい。
- ・ICD-11が公開された折には、引き続き研修会があれば参加したい。テキストがあるとありがたい。
- ・学会員を対象にこのような研修会を多く開催してもらいたい。会員同士の交流ができるような機会をお願いしたい。
- ・章ごとの特徴がよくわかった。
- ・ICDについて貴重な話が聞くことができた。今後も随時このような研修があると助かる。
- ・ポチッとやれば大丈夫とのことだったが、つけ漏れやWチェックが大変な印象。実務でやっていけるのか心配。
- ・標準病名はどうなるのか。
- ・各項の問題点は改善されるのか。
- ・ICD-11について勉強しなければならぬと改めて思った。レファレンスガイドを読むことから始めたいと思う。

## 研修会受講の意見、感想

- ・コーディングの重要性は理解しているが、ICD-11は何に必要とされているのかわからなくなってきた。DPC？退院サマリーを基本とした病院統計？死亡診断書？医師の理解(カルテ記載)や協力なくては成り立たないと感じている。果たして協力してくれるのか？
- ・一度の研修では追いつけないと思った。
- ・ICD-10との違いがわかり、理解しやすかった。
- ・以前にICD-11に触れたときは、かなり難しい印象を持っていたが、今回わかりやすくなった。改めてコーディングしてみたい。
- ・ICD-11のURLを管理学会のホームページに載せていただけると活用できる気がします。
- ・総括的な話題から導入していただき、わかりやすかった。現段階で各章の概略、改善点、問題点を抽出していただきすばらしい。今にわかってくることもあると思うので、ぜひ継続的に発信していただきたい。
- ・DPCコーディングがICD-11対象になると、更なる専門知識が必要になるのではと思った。より詳細なサマリー等の記載も必要。
- ・9CMについては変更はないのかどうか。
- ・10とは全く考え方が違ってくると思うので混乱しそうだが、新しい情報を早めに教えていただけてありがたい。
- ・管理士を持っていない職員もコーディングをしているのだが、11に対応していけるのか不安。
- ・英語ばかりでわからなかったのが、早く翻訳して欲しい。変更点は知れてよかった。
- ・今までのICDとは全くの別物となるため、しっかり学びより疾患について熟知する必要があると感じた。
- ・英語版での理解は難しい。コード自体が変わるので慣れていくしかないと思った。
- ・不安に思っていたことなどが解消でき、非常に有意義な研修会を開催いただいた。今後はICD-11ブラウザも勉強してみたい。
- ・いち早い研修を開いていただきありがとうございます。実用が近づいたら、使用法などの説明会を開いてもらえるとありがたい。
- ・ICD-11の告示までの流れがよくわかった。コーディングが複雑化するように見えるが、そうでもないのかと思えてよかった。
- ・PCでWHOのホームページをみて自身で勉強していきたい。「習うより慣れよ」また開催して欲しい。
- ・わかりやすい資料、講演で大満足。今後もより具体的なコーディング方法の研修会(PC使用のもの等)があれば参加したい。
- ・今回は初回であり、採択されたものの理解困難。学生指導の際には更に困難と思われた。次回の際には具体的に学びたい。
- ・認定試験のICD-11の出題、解答はどうなるか？学生にとって理解が困難だと、診療情報管理士を目指す人が減少してしまわないか心配。
- ・改定に不安が大きかったが、今回参加し、もっとICD-10,11も理解深め、大切な時期に大きな役割を担いたいと思った。
- ・わかりやすく、集中して理解できた。
- ・慣れるまで練習が必要だと感じた。
- ・HP等でイーランニングで学べると出席できない方にも勉強ができると思う。
- ・自身が不勉強であったため、ICD-11の実際の画面など用いて説明がありイメージができた。
- ・東京以外での研修会の開催、イーランニングによる研修会開催を検討して欲しい。
- ・ICD-10との差は何となく理解できた。決してわかりやすいとはいえない研修だったと思う。
- ・大変勉強になるとともに、これまでの意識のままに病名コーディングをみていたら間違いをしかねないという不安が強くなった。
- ・わからないことはあるが、受講してよかった。
- ・コードの仕組みや概要のようなものを知れたことは大きかった。和訳や問題点が改善されたら、また改めて研修会等で情報を得たいと思う。
- ・ICD-10からの変更点の多さから、専門学校教員として、専門だけでなく基礎分野教科書も変更になると考えられる。毎年教科書変更や認定試験実施内容変更に合わせている。教員のサポート団体、優秀な後輩HIMを育てるためにも、全国的な学校協会の設立を求める。
- ・資料がスライドの内容をもう少し載せてあったらよかった。
- ・コーディングツールについて話を聴いても、コードの構成がわからないため、結果的に使用してみることに断念していたが、本日の講演でイメージがつかめた。
- ・資料を事前にPDF等電子データで配布して欲しい。紙媒体を減らす努力してエコを促進した方が良いと思う。

## 研修会受講の意見、感想

- ・Wi-Fi環境の場所で受講したい。
- ・一度では理解しきれないので、対応前にイーランニング、講習会、資料の提供、情報の配信を定期的をお願いしたい。
- ・ICD-11の内容だけでなく、コーディングの講習会(PC、ネットが苦手な人もいると思うので)があってもいいと思った。
- ・会場は駅から近く、立地的にも良く、建物もきれいで広く、よかったです。
- ・半日でICD-11の概要を学べたため、貴重な研修会であったと思う。
- ・ICD-11の導入までにイーランニングを含めた研修の機会を多く作って欲しい。
- ・概要から各章の変更点までご説明いただき、非常に勉強になった。
- ・今後も新しい情報について随時研修会を開いてもらえると助かる。