

令和2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。昨年度は、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り、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、啓発と普及に努めた。

今年度は、本研究班により外科系・内科系のコーディングに適したサマリー問題を作成し、昨年度の講習会を受講した診療情報管理士の協力を得て、同問題をICD-10と11にてコーディングを行い評価し、本邦に導入する際の問題点を整理した。また、ウェブ講習会(基礎編のICD-11研修会Ⅰ、応用編のICD-11研修会Ⅱ)を積極的に実施し、それぞれ約1,700名の受講者を受け、普及啓発を行った。

【先進国における疾病統計に係る研究】

海外の研究については、代表的な先進国及び諸外国について疾病統計の現状とICD-11の導入の準備状況に関する調査分析を行なうことにより、わが国における疾病統計運用とICD-11導入において寄与することが期待される。

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に係わる研究、研究協力者15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。)

<サマリー問題の作問協力者9名>

感染症及び消化器(肝胆膵)

三木幸一郎 新栄会病院 顧問

血液疾患

吉住 秀之 国立病院機構都城医療センター院長

精神科

谷 将之 大内病院 診療部 副院長

呼吸器

藤田 香織 国立病院機構沖縄病院 診療情報室
副室長 呼吸器内科医長

小児科及び外因

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 センター長

新生物

村中 光 純真学園大学 副学長、九州医療セ
ンター 名誉院長

耳鼻咽喉科

加瀬 康弘 埼玉医科大学病院 耳鼻咽喉科学教
室 教授

皮膚科

土田 哲也 埼玉医科大学 皮膚科 教授

産婦人科及び周産期

福島 明宗 岩手医科大学 医学部 教授

<サマリー問題・回答の検証協力者6名>

稲垣 時子 公立能登総合病院 診療支援部診療情
報管理室 室長補佐

上田郁奈代 国立循環器病研究センター 医療情報
部 診療情報管理室長

海野 博資 岡山旭東病院 診療情報管理室 室長
押見香代子 学校法人 聖路加国際大学 聖路加国
際病院 医療情報室

鎌倉 由香 東京衛生アドベンチスト病院 診療情
報課 課長

河村 保孝 焼津市立総合病院 患者支援センター
入退院支援室入退院支援担当

【ICD-11に係わる研究、作業協力者110名】

(本研究協力に同意し、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。なお、氏名
及び所属施設は研究協力同意書提出時点の内容(法
人名は省略)としています)

相原 弘美 宮城県立がんセンター

粟生知恵子 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

青木 静江 日本赤十字社医療センター

浅野 京子 倉敷中央病院

安孫子かおり 日本工学院専門学校

有我 朋樹 公立岩瀬病院

池田ゆきみ 市立四日市病院

石井 春美 中林病院

石崎 義弘 国立がん研究センター東病院

石田なほみ 立川総合病院

板垣 恭子 大阪市立総合医療センター

岩柳 恵子 千葉市立青葉病院

上田 京子

上田 恵子 金城大学

魚住 恭子 あさひ総合病院

宇梶 一樹 千葉県済生会習志野病院

江尻 夏菜 市立砺波総合病院

榎本 尚子 京都栄養医療専門学校

遠藤 美幸 国立精神・神経医療研究センター病院

太田 悦子 東近江総合医療センター

岡野 幸 救世軍清瀬病院

奥村 通子 金城大学

小澤貴久代 コミュニティーホスピタル甲賀病院

片岡普美子 荒尾市民病院

勝山みゆき 医薬品医療機器総合機構

金田ひと美 龍ヶ崎済生会病院

刈茅 沙紀 埼玉医科大学国際医療センター

川村ルミ子 稲沢市民病院

来島 裕太 山口県立総合医療センター

喜多田祐子 大阪市立総合医療センター

北原 多恵 浅香山病院

久保 博文 王子総合病院

藏多喜陽子 周東総合病院

小池奈保子 武蔵村山病院

越崎 雅子 金沢市立病院

小西 貴雄 桜町病院

小山 浩明 藤沢市民病院

斉藤沙緒里 埼玉医科大学国際医療センター

齋藤 雄仁 関東中央病院

齊藤 泰司 京都府立医科大学附属病院

齋藤 豊 東京医科大学病院
酒主 剛 茨城県立中央病院
佐藤 貴子 小山記念病院
嶋田 貴志 荒木脳神経外科病院
末福美恵子 いとうまもる診療所
高杉 和仁 多摩北部医療センター
高瀬 寿子 筑波メディカルセンター病院
高永 都衣 岡山大学大学院
高橋 文 北海道情報大学
高橋 一由 東邦大学医療センター大橋病院
高橋加代子 国保旭中央病院
滝澤 雅美 国際医療福祉大学
竹内 雄飛 中部労災病院
田崎 一子 立川相互病院
田邊 一 東京医科大学病院
田邊 藤子 大阪国際がんセンター
田村 潤 広島国際大学
千田絵里奈 中村記念病院
寺延美恵子 岡山情報ビジネス学院
東城 恵子 国立国際医療研究センター病院
直江 一彦 中島病院
永田 充子 神戸医療センター
中村 悠 溝口外科整形外科病院
中村由美子 奥州病院
中村 由里 大阪国際がんセンター
中屋 智 近森病院
西大 明美 東京医療保健大学
根本 将司 汐田総合病院
野田 亨 川崎幸病院
花岡ちか子 岩国医療センター
濱竹 翔太
早川由紀子 埼玉医科大学国際医療センター
原 成孝 原三信病院
原田 万英 中部労災病院
平位 健治 大阪母子医療センター
福井 綾 武田病院
福西 茂樹 耳原総合病院
藤岡 美佐 桜橋渡辺病院

藤田 将人 大阪国際がんセンター
二神寿美子 大阪はびきの医療センター
堀川 知香 聖路加国際病院
堀本江利子 奈良県立医科大学
前田紗緒里 聖路加国際病院
前田 雄介 今村総合病院
真崎 剛 恵愛堂病院
松木 義明 大阪府済生会中津病院
松田 博之 東京医科大学病院
松田まゆみ 久留米大学病院
松田 美優 大阪母子医療センター
松田 立子 千葉市立海浜病院
松永 直樹 佐世保市総合医療センター
松本 亮介 埼玉医科大学国際医療センター
三尾谷裕実 戸田中央総合病院
溝本 圭子 大阪府済生会中津病院
峯野 和恵 清恵会病院
美間 由紀 国立成育医療研究センター
宮岡 晃子 穴倉病院
宮原 理恵 災害医療センター
村井はるか 藤田医科大学
森藤 祐史 大阪急性期・総合医療センター
諸戸真由美 聖マリアンナ医科大学病院
八木 愛子 山口県立総合医療センター
矢引 智子 長岡中央総合病院
藪下千恵美 村山医療センター
山岡 早苗 聖フランシスコ病院
山口 健司 神戸市立西神戸医療センター
山崎 祐佳 みはま病院
山本 一美 南大阪病院
山本 節子 河内総合病院
渡邊 佳代 川崎医療福祉大学

【先進国における疾病統計に係る研究、研究協力者
1名】

横堀由喜子 日本病院会 事務局長付

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¹⁾、厚生労働省ホームページ²⁾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。昨年度は、この時点での内容をもとに教育的資料を作成したが、3年研究においてブラッシュアップを図る。

次に、2017年ICD-11 β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³⁾。本研究では、ICD-11をより理解したうえで、より実際の場面で再検討することが可能であり、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】

昨年度はオーストラリアとカナダにおける疾病統計に関する取り組みの現状を調査し報告した。今回は対象を他の国々にも広げ、世界における疾病統計の現状とICD-11の導入の準備状況に関する調査分析を行なった。本実態調査は世界レベルの実態調査であり、本邦における疾病統計運用とICD-11導入において寄与することが期待される。

B. 研究方法

【ICD-11に係わる研究】

1. 研究協力者9名とICDコーディングに適したサマリー問題（仮定の退院時サマリーを作成、それを問題として、回答者は病名、ICDコードを付す形式の問題）を21題作成、問題は内科系11題、外科系10

題とした。問題項目は、「患者退院時年齢」、「患者性別」、「入院までの経過」、「入院経過」、「手術・手技」、「退院時状況」を設定し、それぞれに内容を記載した。

「入院までの経過」には原則として、「プロフィール」、「現病歴」、「既往歴」、「嗜好」、「家族歴」、「入院時現症」、「入院時検査所見」を記した。

各問題の内訳は下記のとおり。（詳細は別添資料を参照）

<内科系>

- 症例1-1：感染症
- 症例1-2：血液疾患
- 症例1-3：内分泌・代謝
- 症例1-4：精神科
- 症例1-5：循環器（心筋梗塞）
- 症例1-6：循環器（心不全）
- 症例1-7：循環器・先天奇形
- 症例1-8：呼吸器
- 症例1-9：消化器（大腸）
- 症例1-10：消化器（肝胆膵）
- 症例1-11：小児科

<外科系>

- 症例2-1：新生物
- 症例2-2：脳・神経系
- 症例2-3：眼科
- 症例2-4：耳鼻咽喉科
- 症例2-5：皮膚科
- 症例2-6：筋骨格系
- 症例2-7：泌尿器・先天奇形
- 症例2-8：産婦人科
- 症例2-9：周産期
- 症例2-10：外因

回答項目には、主病名、その他病名（3枠を設定、わかる範囲で複数記入）、主病名とその他病名に対するICD-10コードとICD-11コード、退院時状況に対するICD-11のV章コード（1～4題、症例により異なる）を設定した。

2. 昨年度の講習会参加者（471名）を主な対象に、今年度のサマリー問題への回答調査について協力依頼を行い、結果、協力同意者126名、回答者112名であった（回答者の内訳は研究分担者1名、検証協力者1名、作業協力者110名）。

回答にあたっては、ICD-10は2013年版、ICD-11はWHOの専用ブラウザ

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>（2019/4バージョン）を利用し、病名は原則として標準病名マスター（MEDIS-DC）による表記とした。すべての症例に対し協力者9名とともに、主病名とその他病名に対するICD-10コードとICD-11コード、退院時状況に対するICD-11のV章コード（生活機能評価に関する補助セクション、1～4題、症例により異なる）の標準回答を用意し、それぞれの回答の一致率と不一致をきたす傾向等を分析した。

【先進国における疾病統計に係る情報分析】

「死亡と疾病統計の現況とICD-11導入計画の各国調査」として、調査票（表2、後掲）を作成し、WHO-FIC、IFHIMA（International Federation of Health Information Management Associations、診療情報管理協会国際連盟）関連の30か国（オーストラリア、アメリカ合衆国、カナダ、フランス、ドイツ、イギリス、韓国、インド、中国、タイ、バングラデシュ、ブータン、カンボジア、インドネシア、ラオス、マレーシア、ミャンマー、ベトナム、東ティモール、ネパール、ロシア、スペイン、オランダ、イタリア、スウェーデン、サウジアラビア、ナイジェリア、バルバドス、タンザニア、フィリピン）にウェブ方式を主体に調査を実施した。調査票はSection 1：死亡疾病統計に関する現況についての調査、特に現行のICDに関するWHOの公表刊行物について、Section 2：ICD-11について導入の準備状況など、Section 3：ICD-11の導入に際しての教育、その他の問題点について40項目にわたり問うものであった。（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4）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、先進国及び諸外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。

（統計解析）

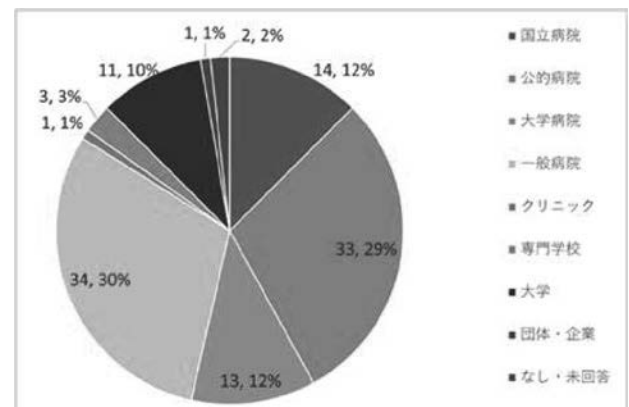
有意差検定は計算サイト

（<https://keisan.casio.jp/>）によるunpaired t検定を用い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

C. 研究結果

【ICD-11に係わる研究】

回答者112名の勤務施設は一般病院（公益法人／医療法人／社会福祉法人など）30%、公立・公的・社会保険関係法人の病院（都道府県／市区町村／地方独立行政法人／日本赤十字社／済生会／国民健康保険団体連合会など）29%、国立病院（厚生労働省／独立行政法人国立病院機構／独立行政法人労働者健康福祉機構など）12%、大学病院（国立大学／公立大学／私立大学）12%で病院勤務者が83%を占めていた。（図1）



診療録サマリー、内科症例11、外科症例10に対するMEDISを主に用いた病名の抽出と、ICDコード

のコード化をICD-10（2013年版）、ICD-11（2020年4月版）を用いて行った。その結果を、それぞれの標準回答を準備し、標準回答との一致率を比較検討した。（表1）

	主病名	ICD-10	ICD-11	その他病名	ICD-10	ICD-11	V章コード①	V章コード②	V章コード③	V章コード④
症例1-1	100%	92%	75%	なし	なし	なし	22%	35%	なし	なし
症例1-2	95%	79%	45%	76%	57%	42%	24%	31%	なし	なし
症例1-3	82%	44%	57%	72%	72%	58%	24%	なし	なし	なし
症例1-4	68%	1%	24%	なし	なし	なし	24%	なし	なし	なし
症例1-5	62%	67%	41%	95%	93%	92%	23%	36%	なし	なし
症例1-6	32%	62%	0%	36%	38%	25%	21%	0%	0%	なし
症例1-7	71%	71%	64%	55%	54%	65%	24.0%	34%	なし	なし
症例1-8	54%	0%	35%	70%	2%	23%	23%	4%	なし	なし
症例1-9	52%	79%	36%	なし	なし	なし	25.0%	なし	なし	なし
症例1-10	78%	79%	67%	59%	53%	49%	24.0%	33%	なし	なし
症例1-11	2%	1%	0%	44%	40%	0%	24%	0%	2%	なし
内科平均	63%	52%	40%	63%	51%	44%	23%	22%	1%	なし
症例2-1	89%	89%	4%	83%	69%	36%	24.0%	35%	なし	なし
症例2-2	90%	86%	75%	33%	28%	29%	32%	33%	なし	なし
症例2-3	93%	82%	40%	なし	なし	なし	31%	35%	なし	なし
症例2-4	49%	49%	43%	40%	16%	3%	33.0%	なし	なし	なし
症例2-5	76%	77%	11%	71%	20%	10%	23.0%	33%	なし	なし
症例2-6	94%	78%	54%	85%	41%	25%	3%	33%	なし	なし
症例2-7	93%	73%	22%	63%	64%	51%	23.0%	なし	なし	なし
症例2-8	93%	81%	18%	87%	56%	58%	34.0%	なし	なし	なし
症例2-9	59%	45%	41%	20%	20%	なし	32.0%	なし	なし	なし
症例2-10	88%	82%	21%	なし	なし	なし	19%	2%	14%	0%
外科平均	82%	74%	33%	60%	39%	30%	25%	29%	14%	0%
全体平均	73%	63%	37%	62%	45%	37%	24%	26%	8%	0%

<病名の一致率>

1. 主病名の一致率は内科系症例で2～100%、平均63%で、外科系症例で49～94%、平均82%であった。外科系症例で病名抽出の一致率は高く、内科系症例で低い傾向であった（ $p < 0.05$ ）。また、外科系症例に比べ内科系症例の一致率にばらつきが見られた。サマリー内容の記載において内科系症例の記載からの病名抽出は外科系症例に比べ多様であり複雑であること、外科系症例は比較的単純で病名抽出が容易であったことがその原因と考えられた。

2. その他の病名の一致率は内科系症例で44～95%平均63%、外科系症例において一致率は20%～87%平均60%で差はなく（ $p > 0.05$ ）、主病名における内科系症例に類似した傾向であった。その他の病名の内容は内科系症例の病名が大半であったことがその理由として考えられた。なお、集計にあたっては複数記載の「その他の病名」を合算した。

<ICD-10コードの一致率>

1. 主病名に対するICD-10コードに関しては、内科系症例の一致率は0%から92%平均52%、外科系症例では45%～89%平均74%であった。内科系症例に比べ外科系。症例で一致率は高かった（ $p < 0.05$ ）。この傾向は主病名抽出時と同様の結果であり、原因も同様に考えられた。

2. その他の病名のICD-10コードに関して、内科系症例の一致率は2%から93%平均51%、外科系症例では20%～69%平均39%で外科系症例で一致率は低くなったが差はみられなかった。（ $p > 0.05$ ）。

<ICD-11コードの一致率>

1. 主病名ICD-11コードに関して、内科系症例の一致率は0～75%、平均40%、外科系症例は4～75%、平均33%であった。内科系症例の一致率はICD-10と変わらなかったが（ $p > 0.05$ ）、外科系症例ではICD-10コードにくらべICD-11コードの一致率は低下した（ $p < 0.05$ ）。

2. その他の病名のICD-11コードに関しては内科系症例の一致率は0%から92%平均44%、外科系症例では3%～58%平均30%で外科系症例で一致率は低くなったが差はみられなかった（ $p > 0.05$ ）。

<V章コードの一致率>

内科系症例、外科系症例あわせた回答数が少なく、評価は難しいが、回答された一致率は0～35%で低い一致率であった。V章コードに対する理解度が充分でないことが示唆された。

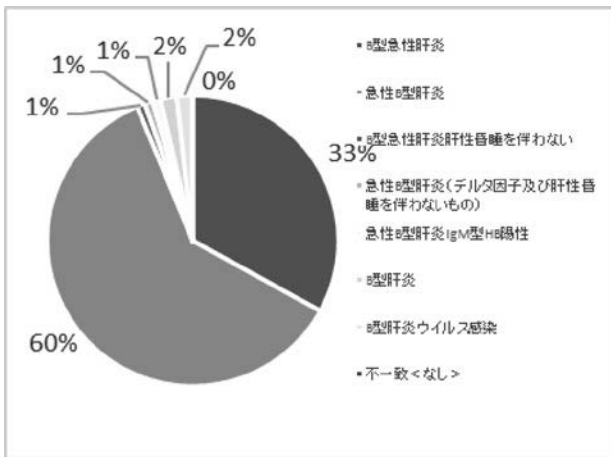
また、症例ごとの回答内容と詳細について以下に示す。

<内科系症例>

症例1-1 B型急性肝炎

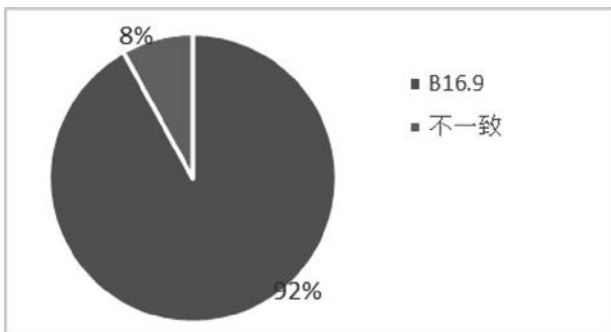
①主病名：B型急性肝炎33%、急性B型肝炎60%、がつけられた。（図2-1）両者を正解として一致率は93%であった。

(図 2 - 1)

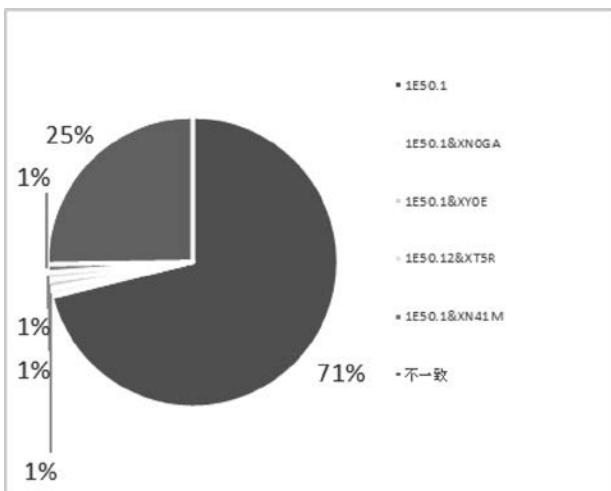


②ICD-10コード：B 19.0で一致率は92%で不一致はB16.1 (n = 4)、B16.2 (n = 3) でほぼB 16の 4 桁分類まで一致していた。

(図 2 - 2)



③ICD-11コード：一致率は71%であった。(図 2 - 3)

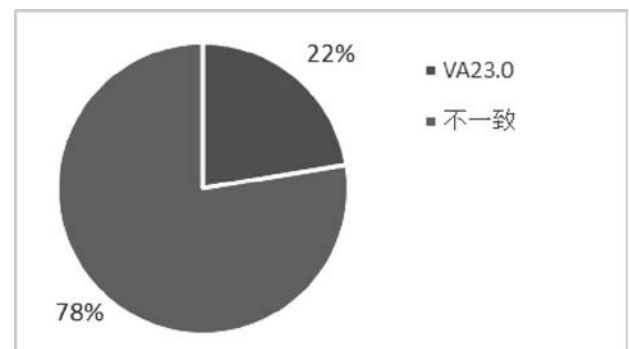


不一致の内容はアルファベット大文字「O」「I」はICD-11コードに使用されていないが数字の0と1とを誤って記載 (n = 10)。ステムコードにエクステンションコードを付加する場合に「/」と「&」の使用の誤り、4桁目と5桁目の間の「.」の抜けがあった。

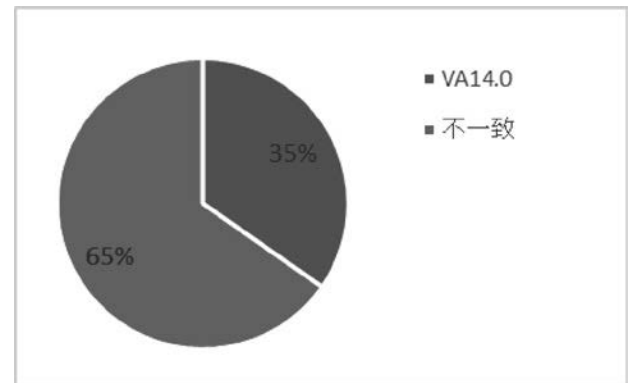
④他の病名：なし

⑤Vコード：生活自立で回答率は88%、一致率は22%であった。独歩退院に関して回答率は85%、一致率は35%であった。

(図 2 - 4)



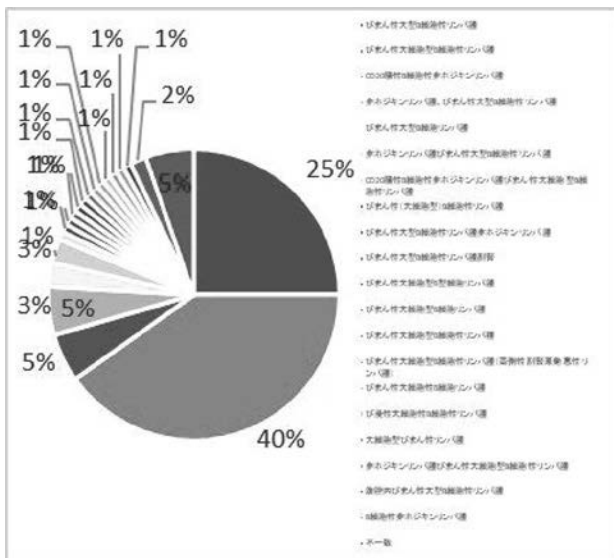
(図 2 - 5)



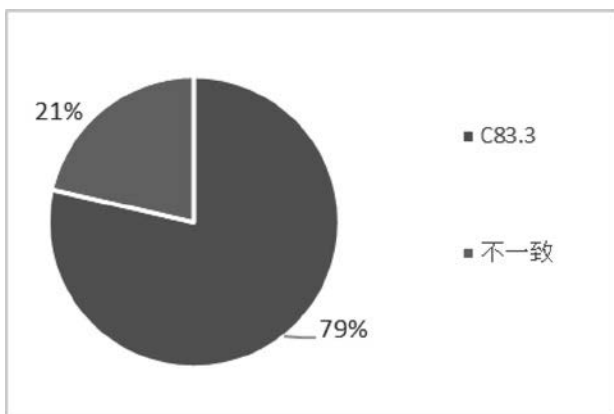
症例 1 - 2 びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫

①主病名：回答数はびまん性大型 B 細胞性リンパ腫 28、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 45 で合計 68、一致率は 65% であった。

(図 3 - 1)

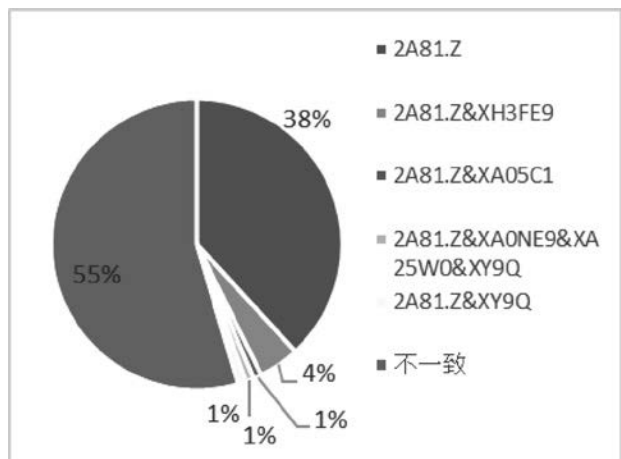


②ICD-10コード：C 83.3 の一致率は 79% で ICD-10 によるコーディングはだいたいの確にできていた。不的確な回答の多くは疾患の内容の理解が不十分であることによるものであった。(図 3 - 2)



③ICD-11コード：一致率は 42% で、不一致率は 58% であった。疾患の内容の理解度が影響したと思われる。(図 3 - 3)

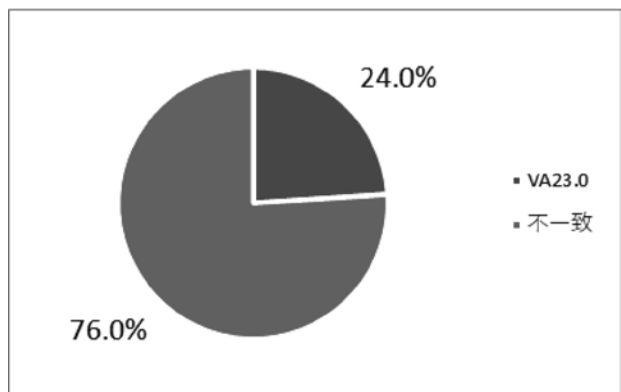
(図 3 - 3)



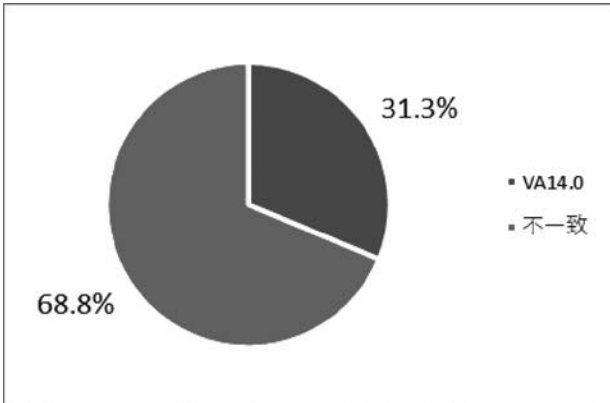
④その他の病名では続発性副腎皮質機能低下症、陳旧性左脳梗塞、2 型糖尿病；合併症なしが正解とした。これらいずれかに一致した回答があったものを正解としたが、一致率は 42% であった。傾向として「副腎・副腎ホルモン系の障害」までコードできていた例がいくつかあるが、的確なコーディングができていないものが多数であった。8B25 (虚血性脳血管障害後遺症) まではコードできていた例が少ないが、細かい部分での確でないものが多かった。「右」「左」の間違いが若干数みられた。MB53 (片麻痺) を主たるステムコードに選択したものが少なからずあった。2 型糖尿病について不的確なコーディングは少なかった。

⑤Vコード:本例では症例 1 と同様の結果であった。(図 3 - 4、3 - 5)

(図 3 - 4)

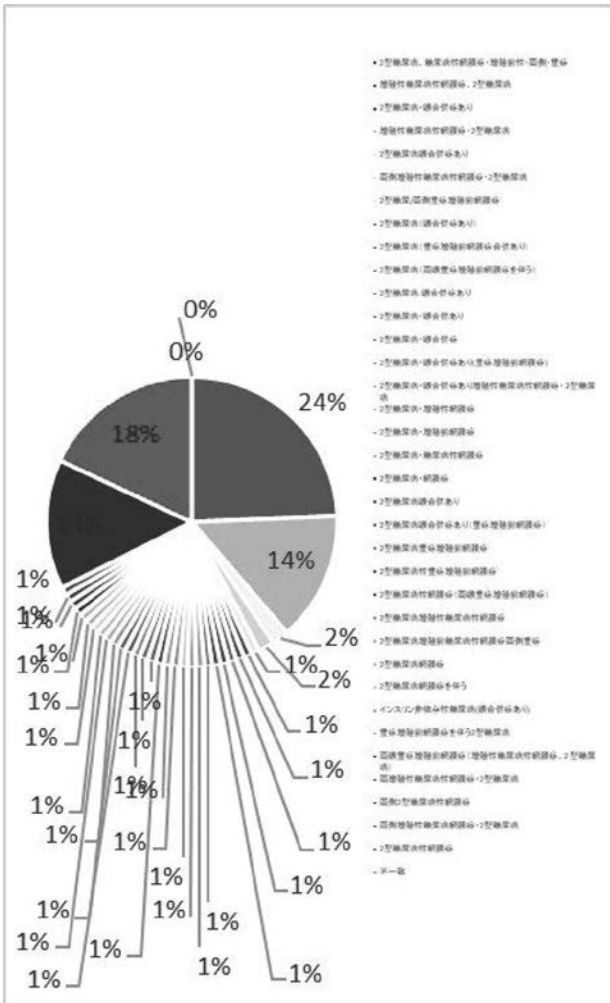


(図3-5)

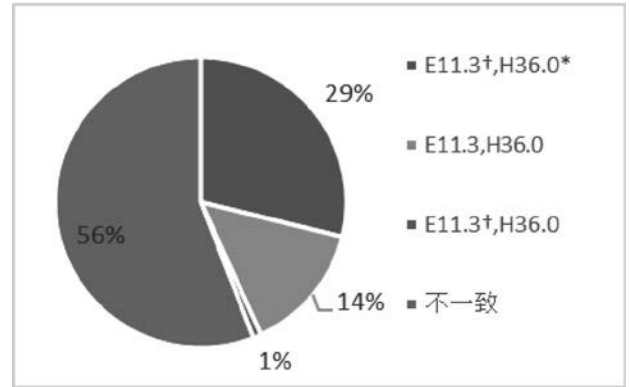


症例1-3 2型糖尿病、糖尿病性網膜症；増殖前性、両側、重症

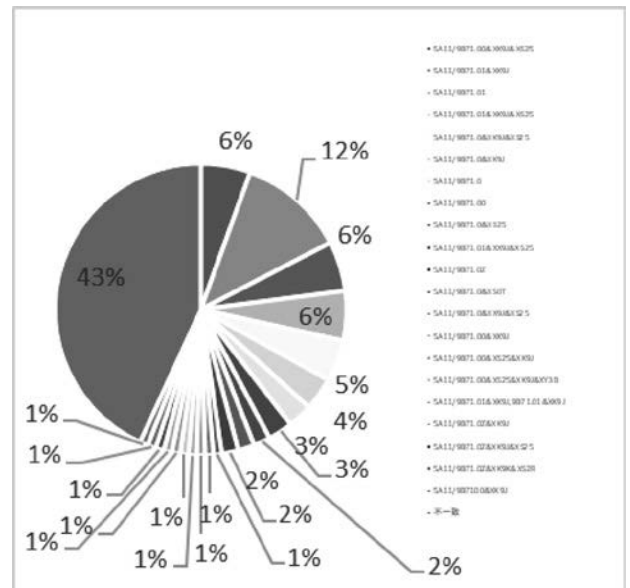
①主病名：主病名として2型糖尿病、糖尿病性網膜症；増殖前性、両側、重症とすると正解は0%であったが、2型糖尿病眼合併症ありの記載を正解とすると82%が正解であった。(図4-1)



②ICD-10コード：ICD-10コードの一致率は44%、であった。[+] [*] によるダブルコーディングが必要な代表的な例であるが、正解率が低かった。(図4-2)



③ICD-11コード：一致率57%で不一致率43%であった。5A11/9B71.0まで記載できたものは、一応正解とした。クラスターコーディング(5A11/9B71.00)は的確にできたものが比較的多かった。糖尿病性網膜症の詳細の表記は必ずしも正確ではなかった。不一致はほぼ全例、ステムコードの組み合わせの誤りであった。(図4-3)

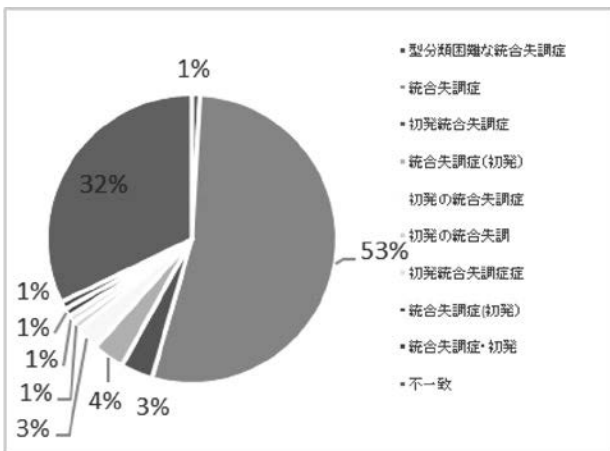


④その他の病名では本態性高血圧、脂質異常症を挙げた。ICD-11の回答率は52%で、一致率は58%であった。本態性高血圧についてのコーディングは比較的的確にできているようである。「脂質異常症」の概念は、ICD-10の分類がそのままICD-11に継承

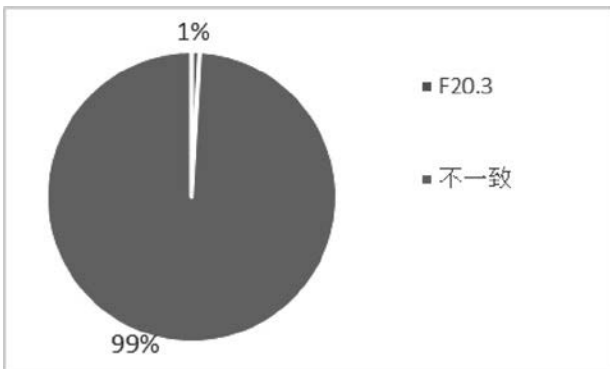
されており、あくまで各種脂質が高いものとする考えであり、より広範な脂質異常（低HDL血症）などの記載には不十分な感がある。

症例 1 - 4 統合失調症、鑑別不能型、初回エピソード

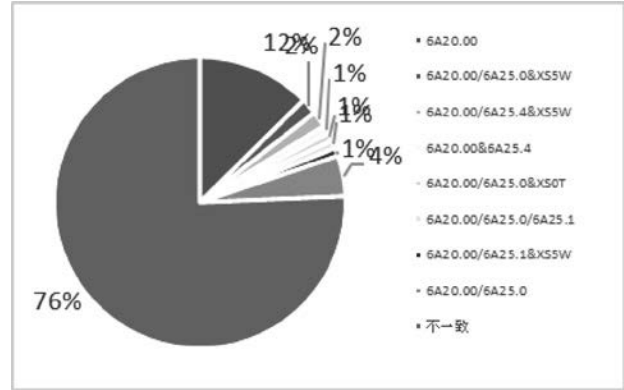
①主病名：主病名の一致率は68%であった。不一致で最も多かった回答は妄想型統合失調症であった。精神疾患のサマリー問題は、経験がないと正確な病名を割り出すのが非常に困難であるが、統合失調症の病名は比較的正確に記載されていた。(図5-1)



②ICD-10コード：F20.3を正解としたが、一致したものは1例1%であった。精神疾患のサマリー問題は、経験がないと正確な病名を割り出すのが非常に困難であるが、統合失調症までは大多数でコーディングされていた。4桁目（正確な病型）の分類はバラバラであり、不正確であった。最も多かった回答はF20.9統合失調症詳細不明（n=50）であった。(図5-2)

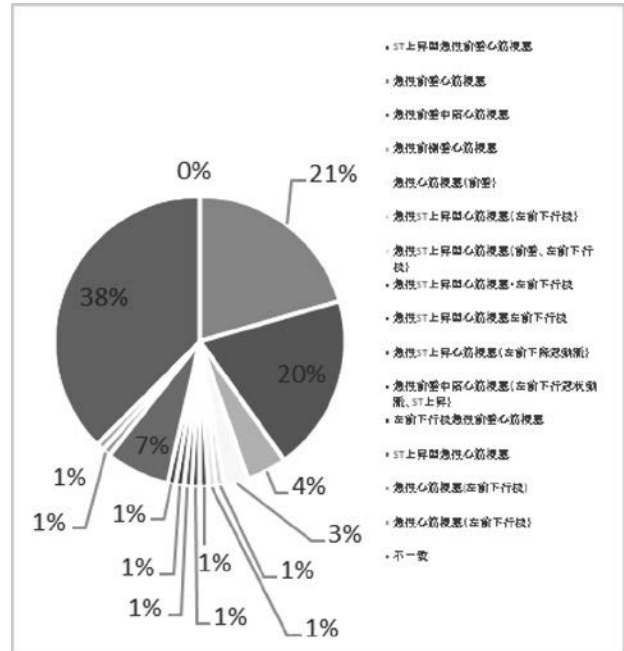


③ICD-11コード：6A20.00（統合失調症、初回エピソード、現在有症状）が含まれているものを正解として分析すると24%が正解であり、ICD-10コーディングより良かった。大多数で「統合失調症」のコードは選ばれているが、内容は多彩であり、精神疾患のコーディングの難しさが認識された。(図5-3)

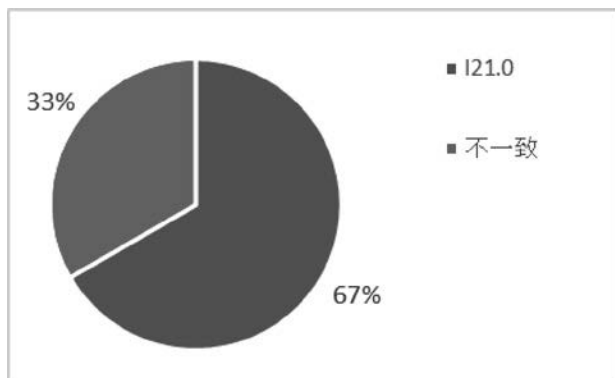


症例 1 - 5 ST上昇型急性前壁心筋梗塞

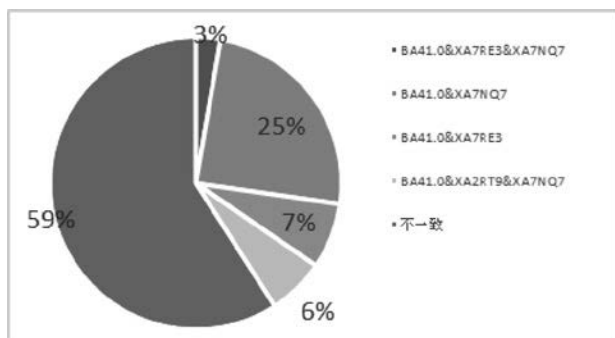
①主病名：言葉の順を問わずに正解とすると一致率は62%であった。(図6-1)



②ICD-10コード：I21.0「前壁」と「ST上昇型＝貫壁性」までが正確にコードできたもののみを正解としたが、比較的良好的な正解率が得られた。(図6-2)



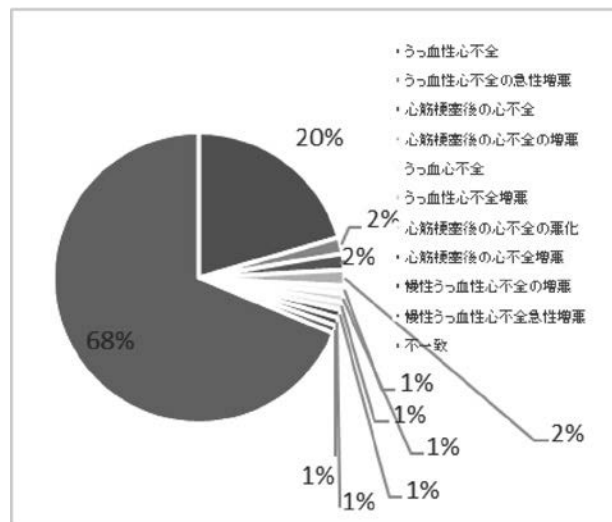
③ICD-11コード：一致率は41%であった。ICD-11では、「ST上昇型－非ST上昇型」のコードが明確に区別されており、「梗塞部位」、「責任冠動脈」のポストコーディネーションが容易である。ポストコーディネーションの手順が不適當であった回答が少なくなかった。この手順を十分にマスターすれば、詳細かつ的確なコーディングが容易に可能となることが予想された。(図6-3)



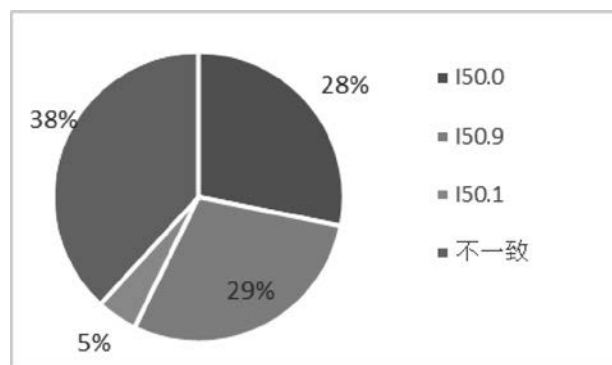
④その他の病名では心室頻拍、高血圧症、脂質異常症が挙げられた。一致率は95%であるが、すべて一致したものは少なかった。病名のとらえ方が様々であり、多様な表現がみられる。特に、脂質異常症については、高脂血症、高コレステロール血症、など多くの用語が使われていた。

症例1-6 うっ血性心不全

①主病名：主病名の一致率は32%であった。不一致で最も多かったのは心不全 (n=21) であった。(図7-1)



②ICD-10コード：I50.0で一致率は62%であった。不一致の最も多かったものはI48.9の心房細動及び心房粗動詳細不明 (n=10) であった。ICD-10では、「うっ血性心不全 (I50.0)」は左心不全に起因した右心不全、又は右心不全を表し、「左心不全 (I50.1)」と別々に分類している。(図7-2)



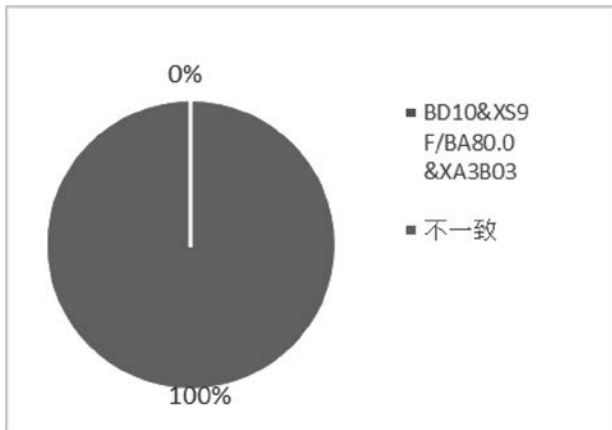
③ICD-11コード：

BD10&XS9F/BA80.0&XA3B03

「Congestive heart failure」で検索するとBD10 (更に細かい分類なし) が表示され、ポストコーディネーション欄で原因疾患、重症度 (NYHA機能分類) がコード可能であり、BD10&XS9F/BA80.0&XA3B03 (うっ血性心不全、NYHA IV度/冠動脈硬化症) に到達するのは困難ではない。しか

し、一致率は0%であった。BD10までを正解とすると一致率は29%（n=31）であった。

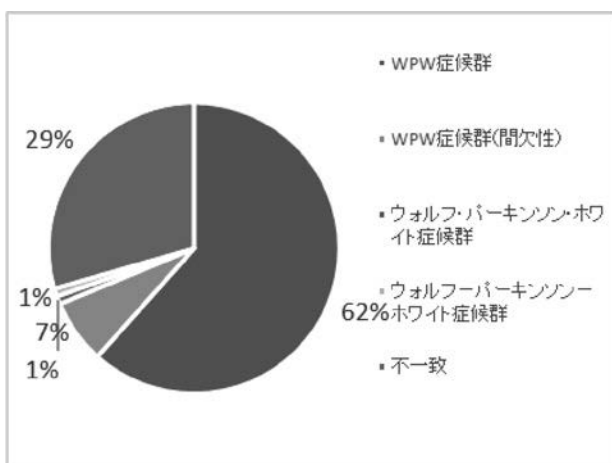
ICD-11では「うっ血性心不全」「左心不全」「右心不全」「両心不全」の分類は別に扱われ、左心不全はさらに左室駆出率の程度による分類が追加されより正確な分類が可能となっている。（図7-3）



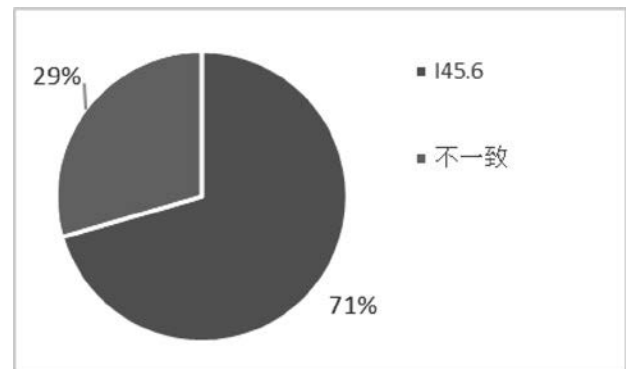
④その他の病名では慢性心房細動、完全左脚ブロック、心原性脳塞栓症を挙げている。回答率は88%で一致率は36%であった。正解率が低いのは、病名が的確にとらえられていないことによる。ICD-10、ICD-11コーディング自体は大体的確であった。

症例1-7 WPW症候群

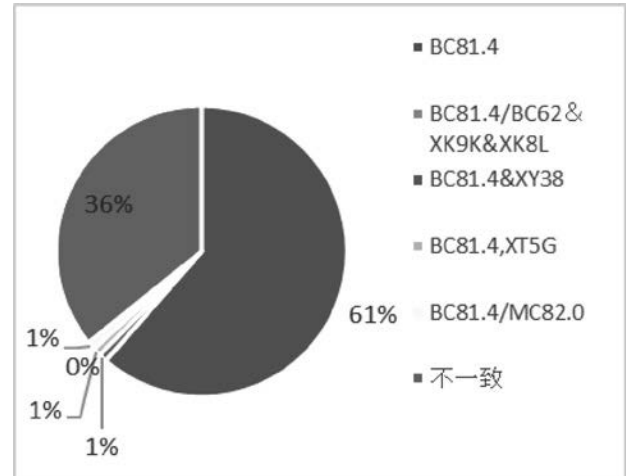
①主病名：WPW症候群 一致率は71%、不一致の主病名は発作性上室性頻拍症であった。（図8-1）



②ICD-10コード：I45.6 早期興奮症候群、異常房室興奮、房室伝導促進・副伝導路・早期興奮 Lown-Ganong-Levine(LGL)症候群 Wolff-Parkinson-White(WPW)症候群と記載されており、副伝導路の存在が主体であることが明らかである。一致率は71%であった。不一致のコードはI47.1（n=32）であった。（図8-2）



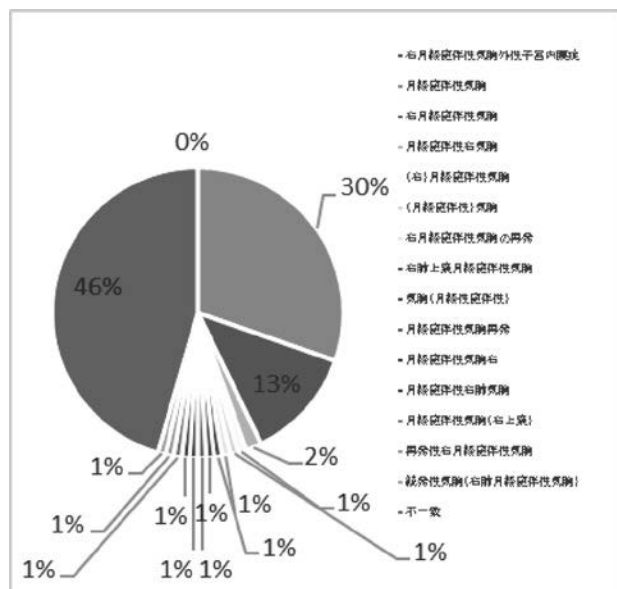
③ICD-11コード：BC81.4 一致率は64%であった。副伝導路の位置までコードするとBC81.4/BC62&XK9K&XK8L（WPW症候群/副伝導路、右後方）となる。（図8-3）



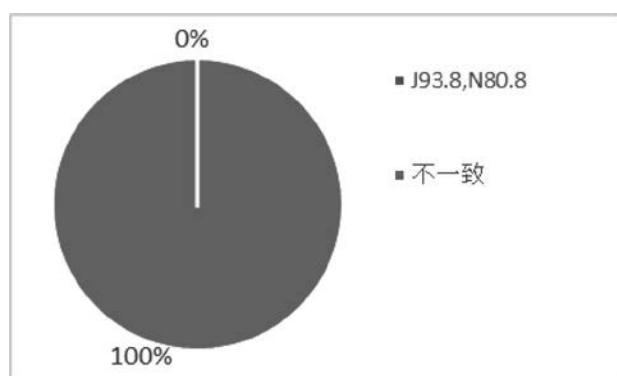
④その他の病名ではエプシュタイン奇形と上室頻拍が挙げられた。回答率は低く43%、病名とICD-10コードの一致率は2病名併せて55%。ICD-11コードの回答率は40%、一致率は65%であった。

症例1-8 月経随伴性気胸、外性子宮内膜症

①主病名：月経随伴性気胸、外性子宮内膜症の主病名一致率は54%、不一致の多くは気胸のみの病名が最多であった。(図9-1)

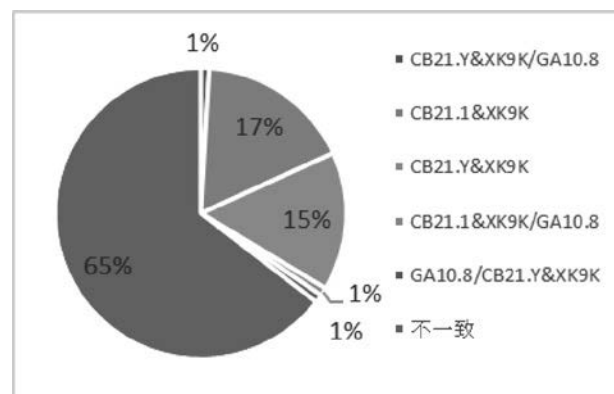


②ICD-10コード：J93.8,N80.8 (その他の気胸、その他の子宮内膜症)、の一致率は0%、不一致の中ではJ93.1 (その他の自然気胸：n = 29) N94.8,J93.1 (月経周期に関連するその他の明示された病態、その他の自然気胸：n = 19) であった。(図9-2)



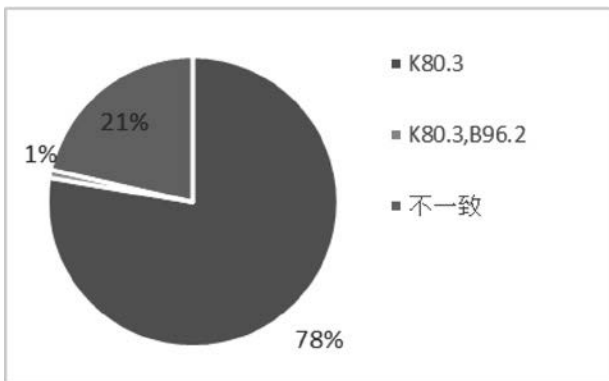
③ICD-11コード：CB21.Y&XK9K/GA10.8 (その他の明示された気胸、右/胸郭子宮内膜症)とした。一致率は35%、不一致率は65%であった。CB21.Y Other specified pneumothorax (その他の明示された気胸) が適当なコードであるが、これを選んだものはあまり多くなかった。GA10.8 Thoracic endometriosis (胸郭子宮内膜症) が採用され、本

疾患が明確に分類されている。このためか、ICD-10より正解率が高かった。(図9-3)

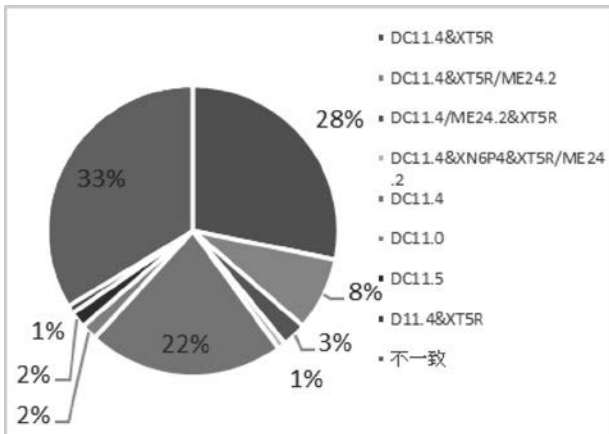


④その他の病名では腰椎椎間板ヘルニアが挙げられ、一致率は70%であった。ICD-10コードはM51.0†, G99.2* (腰部及びその他の部位の椎間板障害、脊髓障害を伴うもの) が正解であるが一致率は2%で、ICD-10コーディングの結果はよくなかった。ICD-11コードはFA80.B (腰椎椎間板変性、神経障害を伴うもの) であるが一致率は23%とICD-10よりICD-11コーディングの方で正解率が高かった。

(図11-2)



③ICD-11コード：DC11.4&XT5R（胆管炎を伴う胆管結石、急性）を正解としたが、部分正解としてDC11.4等を含むものは正解とした一致率は67%であった。(図11-3)



④その他の病名では大腸菌菌血症、閉塞性黄疸を挙げた。大腸菌菌血症を指摘した例は0%で、閉塞性黄疸を挙げたのは59%であった。ICD-10コードはA49.9,B96.2（細菌感染症、詳細不明、他章に分類される疾患の原因である大腸菌）となるべきであった。またK83.1が閉塞性黄疸で53%が一致した。

ICD-11コードでは、MA15.0（菌血症）は21章（新設；症候）に分類されていることに注意。「菌血症」が正確に位置づけられている。菌血症の一致率は3%であった。

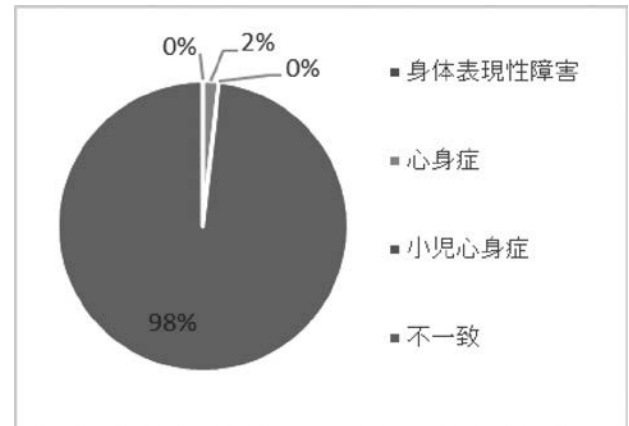
ICD-11でも、閉塞性黄疸にはDC10.02がヒットするが、「結石を伴うもの：DC11」は除外されるので、厳密には本症例には適当なコードではない。DC11には閉塞の記載がない。

他の類似したものを含めて49%の一致率であった。

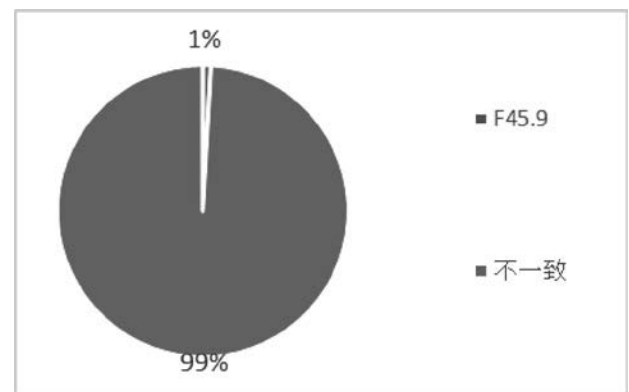
症例1-11 身体表現性障害

①主病名：出題者の指定した正解（身体表現性障害、心身症、小児心身症）のみを正解として分析した結果、正解率は極めて低かった。

入院経過の中に「自閉スペクトラム症」の記載があり、どの病名が主病名に当たるか、意見が分かれた。(図12-1)

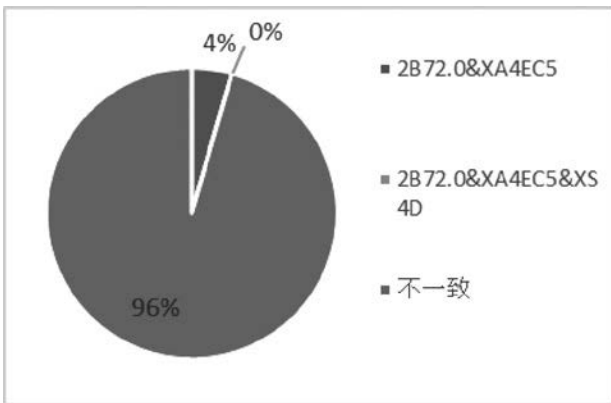


②ICD-10コード：F45.9が正解であるが、主病名自体が不一致であり、その一致率は1%であった。不一致でもっとも多かったのはF84.9（広汎性発達障害、詳細不明）であった（n=90：81%）。(図12-2)



③ICD11コード：6C20.Z（身体表現性障害、詳細不明）が正解であったが、一致率は0%であった。不一致の多くは6A02（自閉症スペクトラム障害）を選択している。(図12-3)

(図13-3)

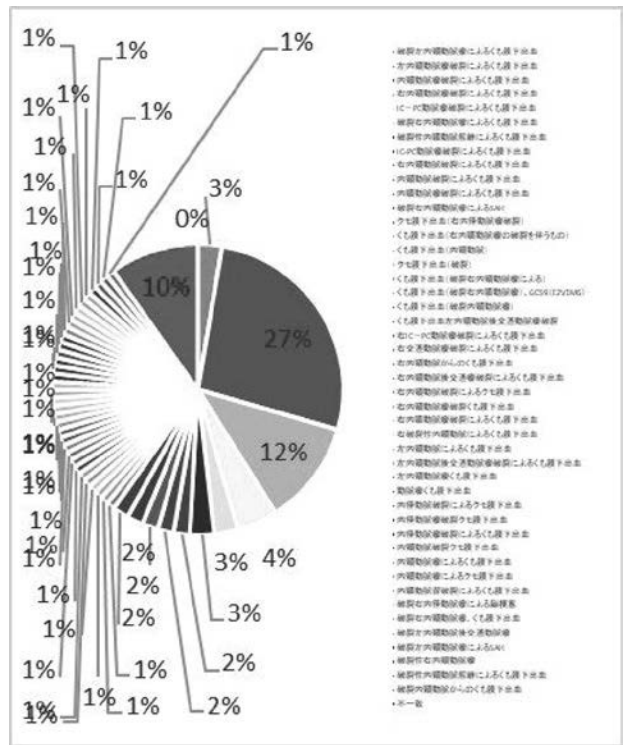


④その他の病名としては糖尿病（詳細不明）、本態性高血圧が挙げられる。回答率69%、一致率は83%であった。不一致の回答では貧血と2型糖尿病が多かった。ICD-10コードはE14.9,I10で、一致率は69%であった。ICD-11コードは5A14（糖尿病・詳細不明）、BA00.0（収縮期高血圧と拡張期高血圧）で一致率は36%であった。

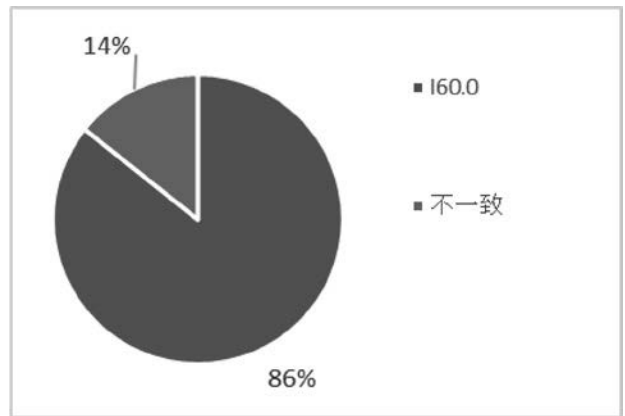
症例2-2 破裂左内頸動脈瘤によるくも膜下出血

①主病名：破裂左内頸動脈瘤によるくも膜下出血、又は左内頸動脈瘤破裂によるくも膜下出血を正解とする。一致率は3%に過ぎなかった。内頸動脈瘤破裂、クモ膜下出血を含むものすべて正解とすると一致率は90%であった。(図14-1)

(図14-1)

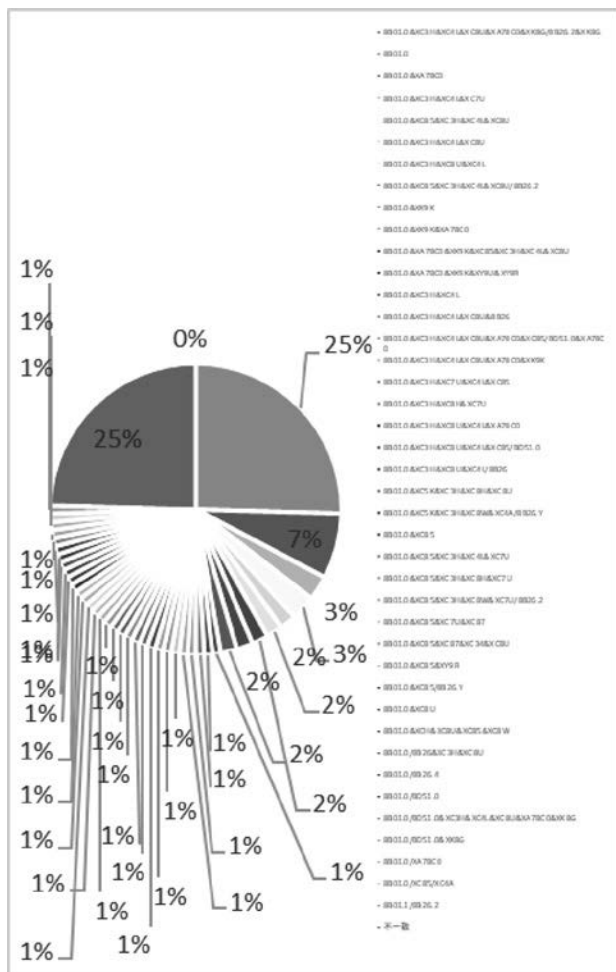


②ICD-10コード：I60.0（頸動脈からのくも膜下出血）を正解としたときの一致率は86%であった。不一致の最多コードはI60.3（後交通動脈からのくも膜下出血）（n = 7）であった。(図14-2)



③ICD-11コード：8B01.0&XC5K&XC3H&XC4L&XC8U&XA78C0&XK8G/8B26.2&XK8G（破裂脳動脈瘤によるくも膜下出血&両対光反射あり&痛みにより開眼&従命に応じる&痛みでも発語なし&内頸動脈&左/中大脳動脈症候群&左）を正解とすると、一致率は0%であった。8B01.0（破裂脳動脈瘤によるクモ膜下出血）を含むものをすべて正解とすると一致率は75%であった。(図14-3)

(図14-3)

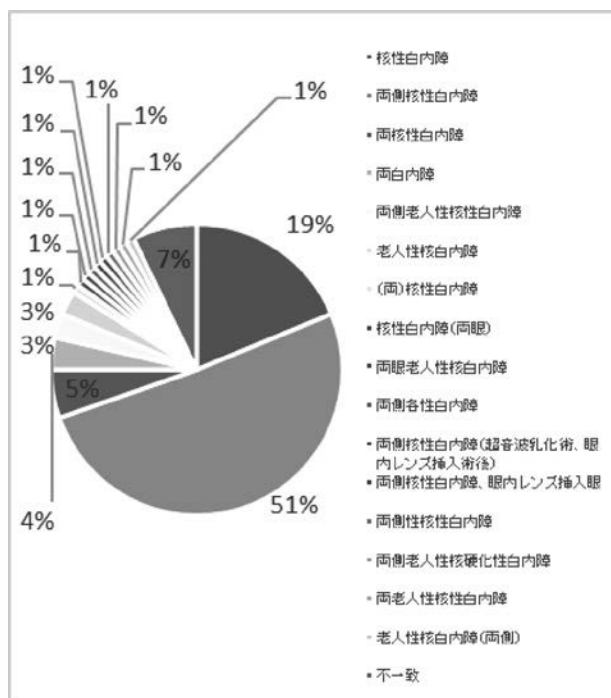


④その他の病名としては正常圧水頭症、高血圧、高脂血症詳細不明を正解とした。一致率は33%であった。ICD-10コードではG91.2、I10、E78.5で一致率は28%であった。ICD-11コードでは8D64.02（出血後水頭症）、BA00.Z（本態性高血圧・詳細不明）、5C8Z（脂質異常症・詳細不明）とし、一致率は29%であった。

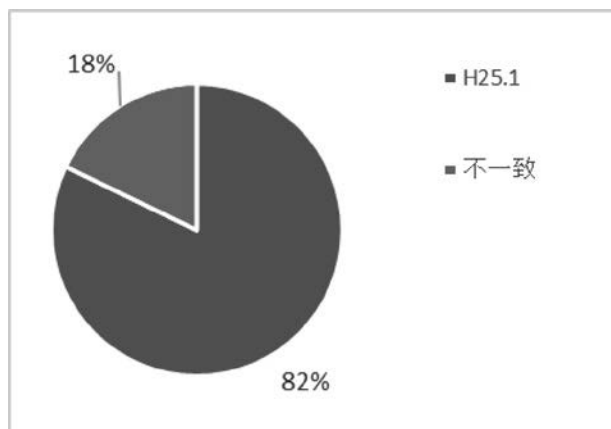
症例 2 - 3 核性白内障

①主病名：核性白内障を正解とし、核性白内障のみでは一致率19%であった。核性白内障を含む病名全てを正解とすると93%であった。(図15-1)

(図15-1)

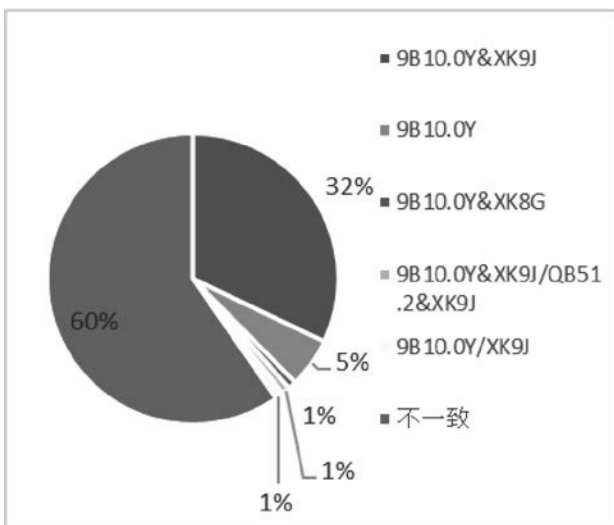


②ICD-10コード：H25.1（老人性核白内障）とした一致率は82%であった。(図15-2)



③ICD-11コード：9B10.0Y&XK9J（その他の明記された老人性白内障&両側）を正解とすると32%の一致率であった。9B10.0Yを含むもの全体でも40%であった。(図15-3)

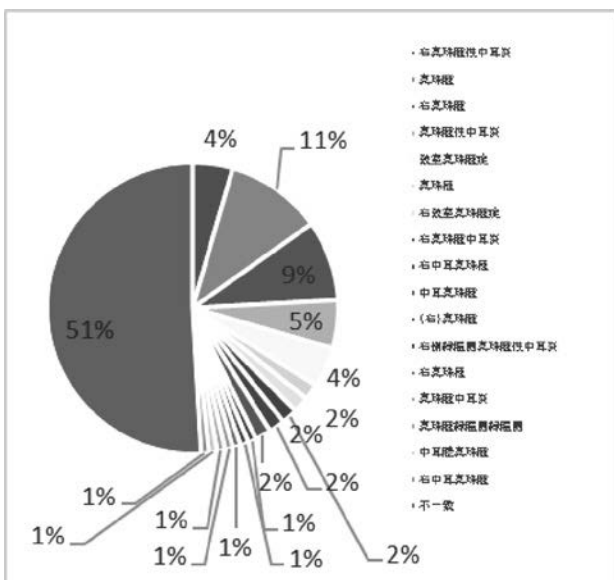
(図15-3)



④Vコード：視力回復 VA90.0（視力、正常）、回答率85.7%、一致率は31%であった。

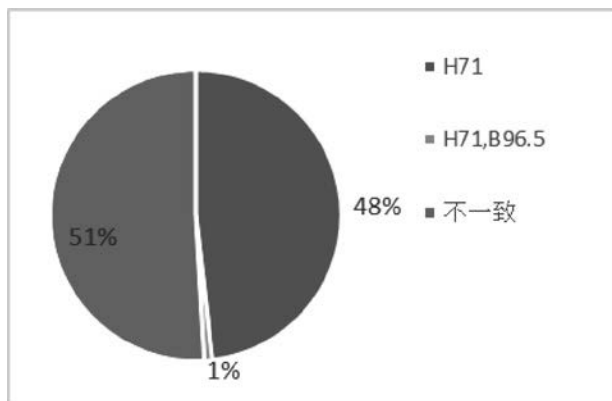
症例2-4 右真珠腫性中耳炎

①主病名：右真珠腫性中耳炎とすると一致率は4%であったが、真珠腫をすべて合わせると49%の一致率であった。(図16-1)

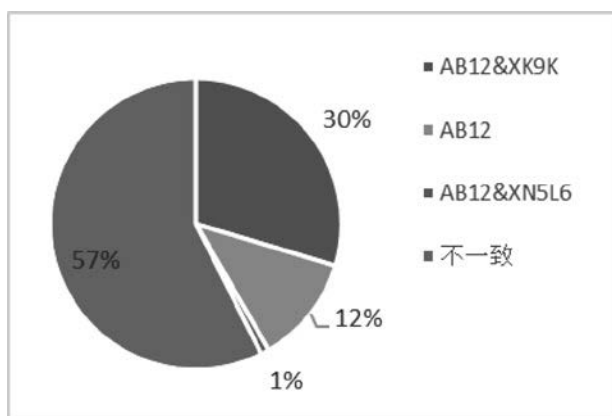


②ICD-10コード：H71（中耳真珠腫）は48%の一致率であった。不一致回答で最も多かったのはH72.1（上鼓室（鼓膜）穿孔）（n=25）であった。(図16-2)

(図16-2)



③ICD-11コード：AB12&XK9K（中耳真珠腫&右）を正解とすると一致率は30%、AB12を含むものとする43%であった。不一致でもっとも多かったのはAB13.Z&XK9K（鼓膜穿孔・詳細不明&右）であった。(図16-3)

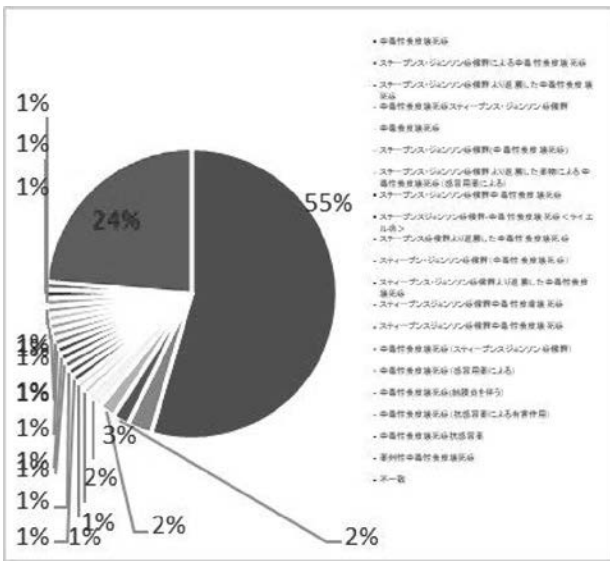


④その他の病名としては鼻腔ポリープ、鼓膜緩部穿孔が挙げられた。回答率は76%、一致率は40%であった。ICD-10コードはJ33.0（鼻腔のポリープ）、H72.1,B96.5（上鼓室（膜）穿孔、緑膿菌）を正解として、一致率は16%であった。ICD-11コードはCA0J&XA43C9（鼻ポリープ&鼻腔）AB13.0&XK9K&XN5L6（中心性鼓膜穿孔&右&緑膿菌）を正解として、一致率は3%と低率であった。

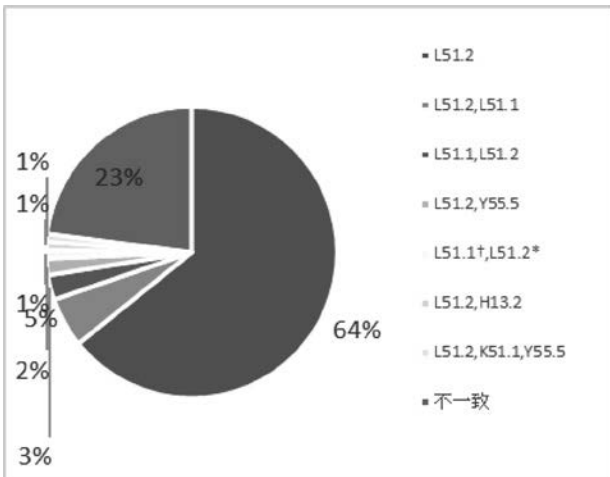
症例2-5 中毒性表皮壊死症

①主病名：中毒性表皮壊死症としては一致率55%（n=60）であった。中毒性表皮壊死症を含む回答すべて含めると一致率は76%であった。(図17-1)

(図17-1)

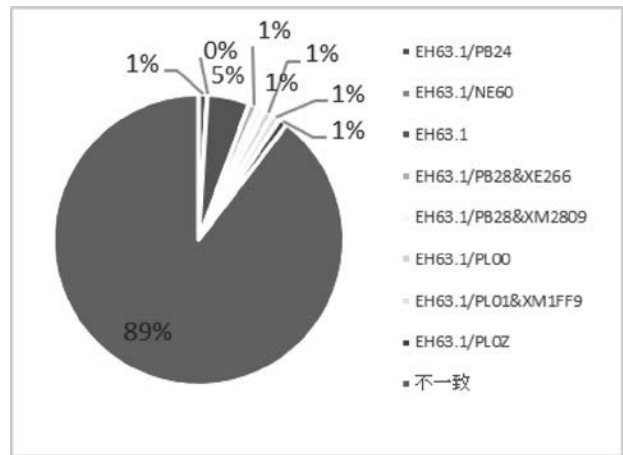


②ICD-10コード：L51.2（中毒性表皮壊死剥離症・Lyell病）を正解とした一致率は64%、L51.2を含む回答を含めると77%であった。（図17-2）



③ICD-11コード：EH63.1/PB24（薬物中毒性表皮壊死症／鎮痛薬、解熱薬、または非ステロイド性抗炎症薬への意図しない曝露または有害な影響）を正解とすると一致率は1%であった。EH63.1を含むものすべて正解としても一致率は11%であった。（図17-3）

(図17-3)



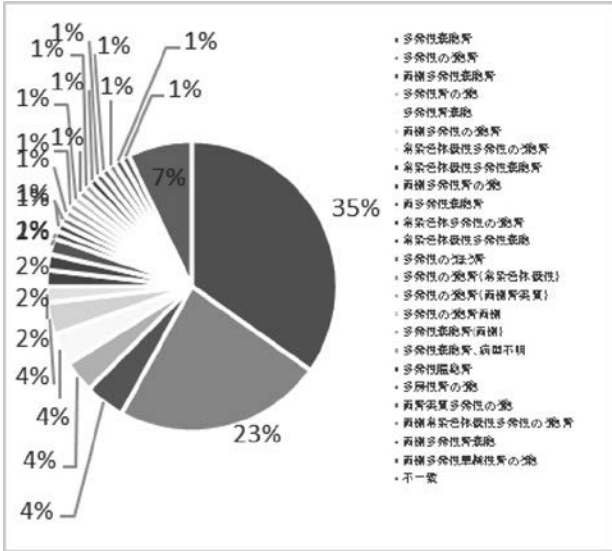
④その他の病名では敗血症、糖尿病、高血圧をあげた。回答率69%、一致率は71%であった。ICD-10コードはA41.0,R57.2,U82.1（黄色ブドウ球菌による敗血症、敗血症性ショック、MRSA）、E14.9（詳細不明の糖尿病）、I10（本態性高血圧）とし、回答率は69%、一致率は20%であった。

症例2-6 左大腿骨転子間骨折（転倒による）

①主病名：左大腿骨転子間骨折（転倒による）
 とすると正解は0であった。大腿骨転子間骨折とすると一致率は94%となった。（図18-1）

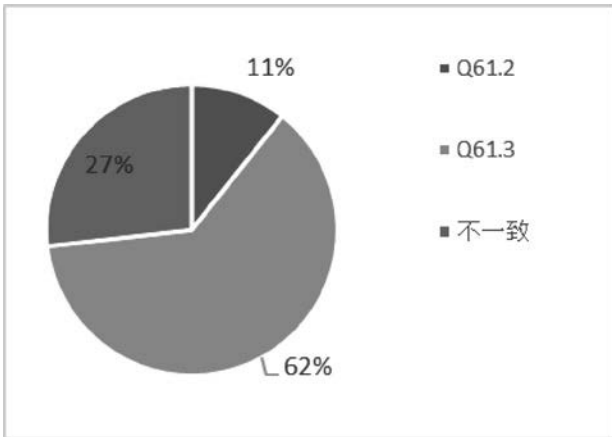
症例 2 - 7 多発性嚢胞腎、多発性のう胞腎

①主病名：多発性嚢胞腎、多発性のう胞腎とすると58%であった。いずれかの病名を含むものを合わせると93%の一致率であった。(図19-1)

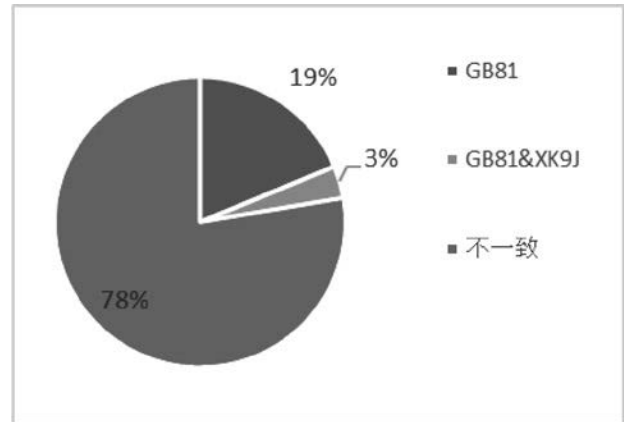


②ICD-10コード：Q61.2（多発性のう胞腎・常染色体優性）Q61.3（多発性のう胞腎・病型不明）を正解とした一致率は73%であった。(図19-2)

不一致のコードで最も多かったのはN28.1（後天性腎のう胞）（n=24）であった。(図19-2)



③ICD-11コード：GB81（常染色体優性多発性嚢胞腎）GB81&XK9J（同&両側）を正解として、一致率は22%であった。(図19-3)

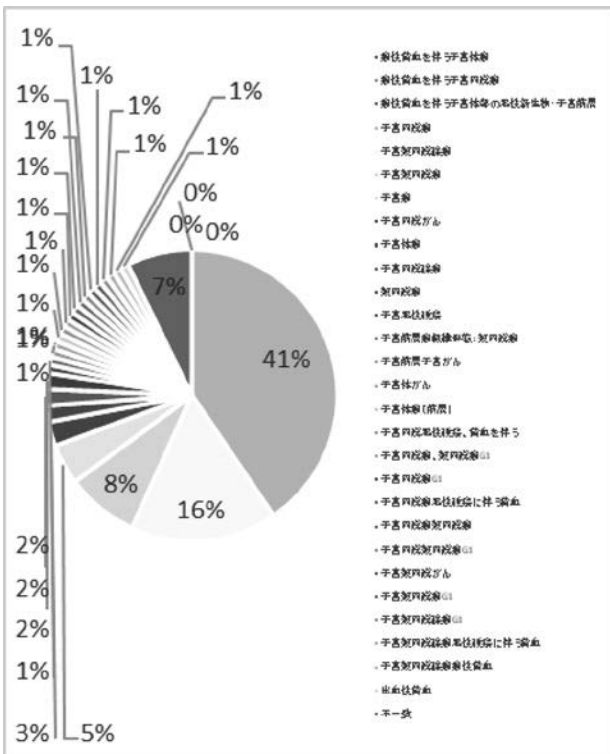


④その他の病名では二次性高血圧、非破裂脳動脈瘤が挙げられた。回答率80%、一致率は63%であった。ICD-10コードはI15.1（その他の腎障害による二次性高血圧）、I67.1（非破裂脳動脈瘤）であるが、一致率64%であった。ICD-11コードはBA04/GB4Y（二次性高血圧／他に明記された糸球体疾患）、8B22.5&XA2JH8&XK9K（未破裂脳動脈瘤&中大脳動脈&右）を正解とした。一致率は5%であった。BA04、8B22.5を含む場合すべてを正解とすると一致率は51%であった。

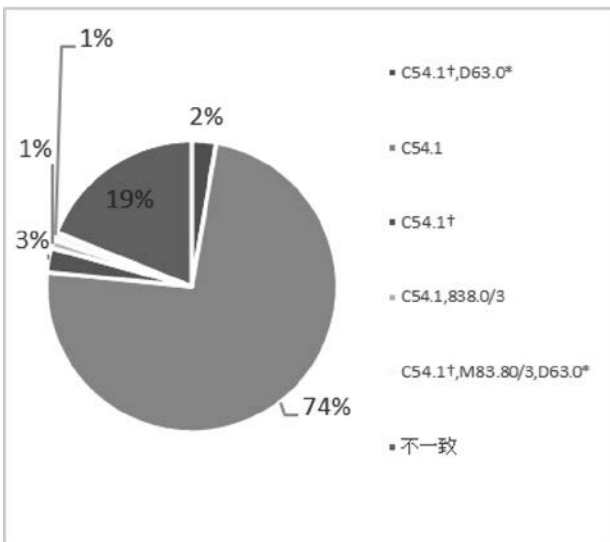
症例 2 - 8 癌性貧血を伴う子宮体癌

①主病名：癌性貧血を伴う子宮体癌、癌性貧血を伴う子宮内膜癌、癌性貧血を伴う子宮体癌の悪性新生物・子宮筋層を正解とした場合、回答率99%、一致率は0%であった。子宮体癌、子宮内膜癌を含むものをすべて正解とした場合には93%となった。(図20-1)

(図20-1)

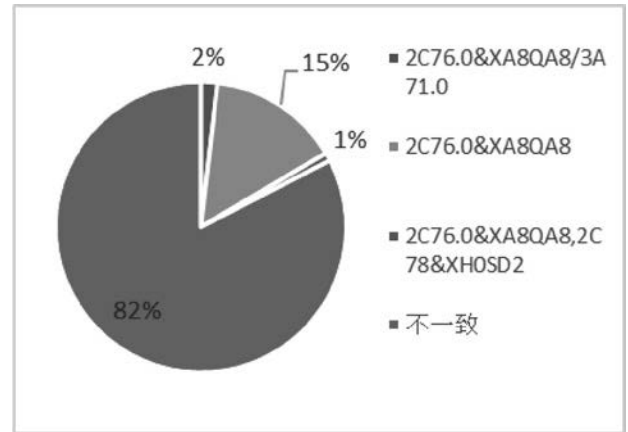


②ICD-10コード：C54.1†, D63.0*（子宮内膜の悪性新生物、新生物疾患における貧血）を正解とした場合に一致率2%、C54.1を含むものを正解とすると、81%となった。（図20-2）



③ICD-11コード：2C76.0&XA8QA8/3A71.0

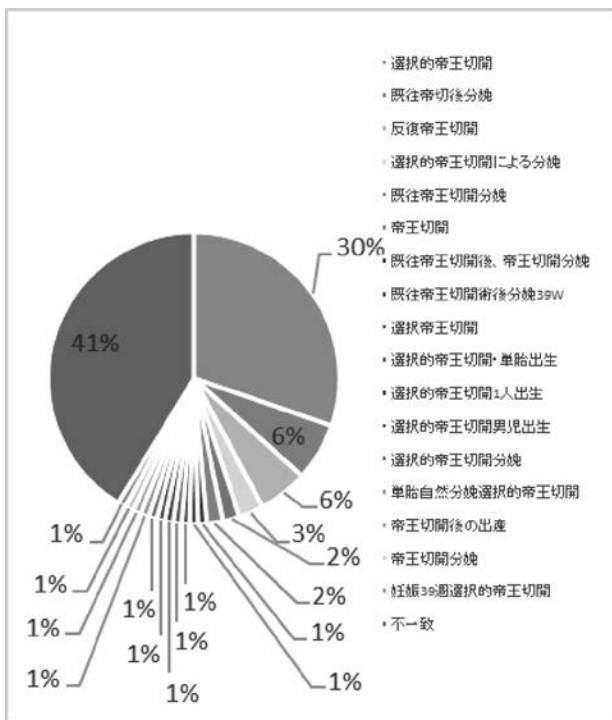
（子宮内膜類内膜腺癌&子宮内膜／新生物による貧血）を正解としたときの一致率は2%、2C76.0&XA8QA8までを正解とすると一致率は18%であった。（図20-3）



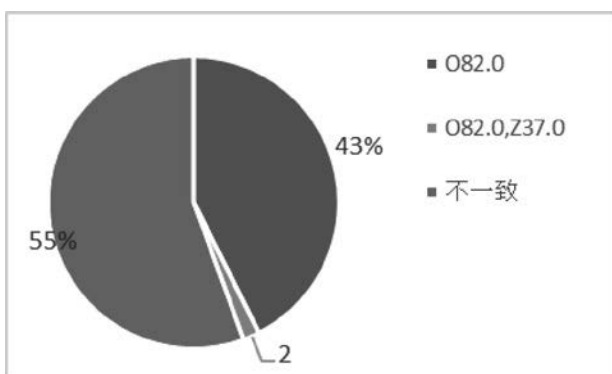
④その他の病名としては術後貧血が挙げられた。回答率79%、一致率は35%であった。そのほかの悪性腫瘍に関連する貧血を含めると87%となった。ICD-10コードではD62（急性出血後貧血）、D63.0（新生物性疾患における貧血）を正解とした。このときの一致率は56%であった。ICD-11では3A00.00（急性出血後貧血）を正解とする場合、一致率は19%、3A71.0（新生物による貧血）を含むコードを正解に含めると58%の一致率であった。

症例2-9 選択的帝王切開

①主病名：選択的帝王切開とすると一致率は30%、類似病名を正解とすると59%となる。(図21-1)

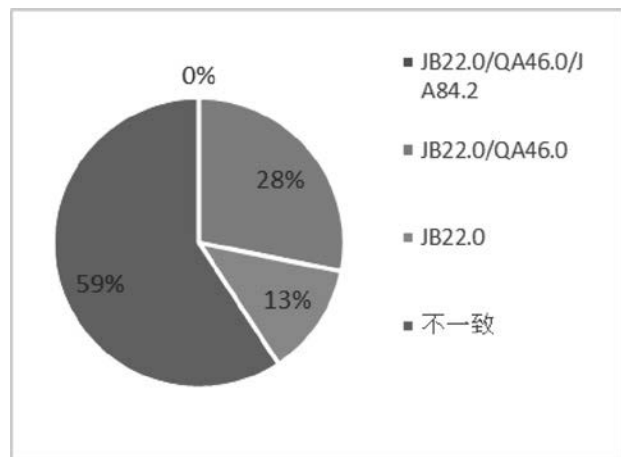


②ICD-10コード：082.0（選択的帝王切開による分娩）を正解とした。一致率は45%であった（図21-2）。不一致で最も多かったのは034.2（既往手術による子宮瘢痕による母体ケア）、n = 39であった。（図21-2）



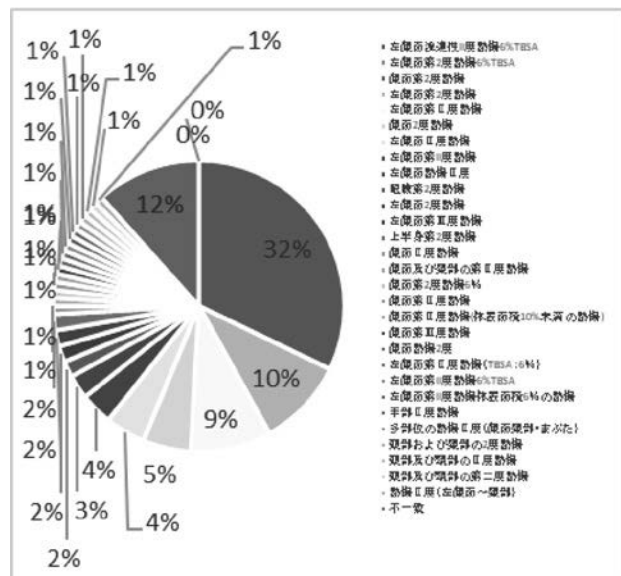
③ICD11コード：JB22.0/QA46.0/JA84.2（選択的帝王切開による単胎分娩／単胎出生／以前の手術による子宮瘢痕による母体のケア）を正解とした場合と一致率は0であった。JB22のレベルまで下げると一致率は41%となった。（図21-3）

(図21-3)



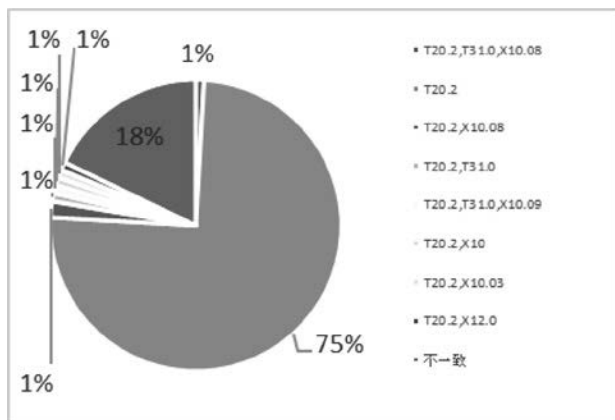
症例2-10 左顔面浅達性2度熱傷 6%TBSA
左顔面第2度熱傷 6%TBSA

①主病名：左顔面浅達性2度熱傷 6%TBSA
左顔面第2度熱傷 6%TBSAの病名を挙げたのは0であった。ただし顔面第2度熱傷を正解とすると一致率は88%であった。（図22-1）



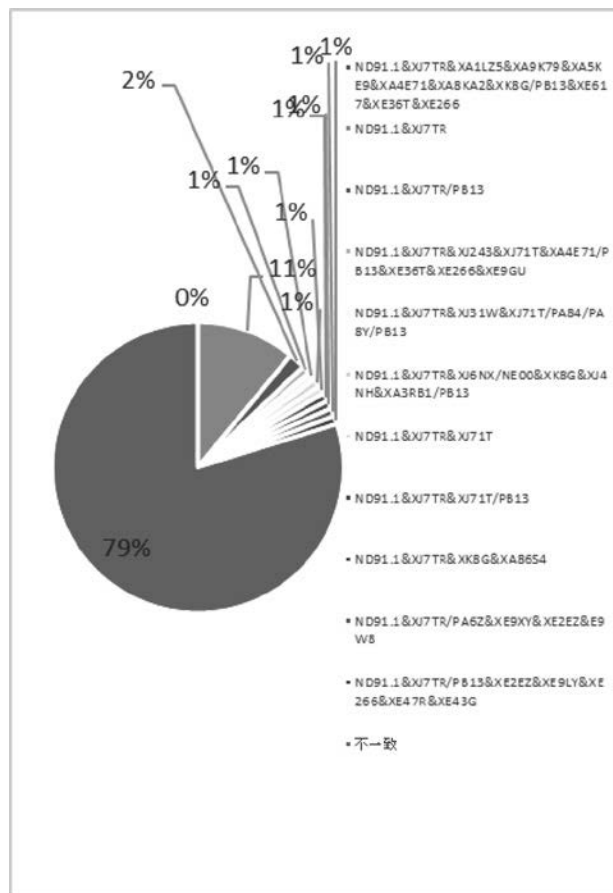
②ICD-10コード：T20.2,T31.0,X10.08（頭部及び頸部の第2度熱傷、体表面積10%未満の熱傷、高温の飲み物・食物・油脂・食用油との接触・家・その他の明示された活動中）とすると一致率は1%であった。T20.2（頭部及び頸部の第2度熱傷）を含めると一致率は全体で82%となった。不一致で最も多かったのはT20.3（頭部及び頸部の第3度熱傷）で

あった。熱傷程度の判断によるものであった。(図22-2)



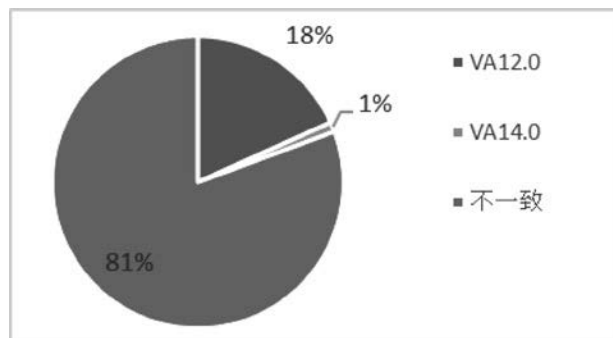
③ICD11コード：ND91.1&XJ7TR&XA1LZ5&XA9K79&XA5KE9&XA4E71&XA8KA2&XK8G/PB13&XE617&XE266（目または眼の付属器を除く顔の熱傷・浅表性の部分的な厚さ&体表面積の5～9%&眉&上眼瞼&上顎&耳介&下顎&左／高温の物体または液体との意図しない接触&余暇または遊び&家）とすると正解数は0であった。ND91.1&XJ7TR（目または眼の付属器を除く顔の熱傷・浅表性の部分的な厚さ&体表面積の5～9%）を含むものとするると21%が正解となった。(図22-3)

(図22-3)



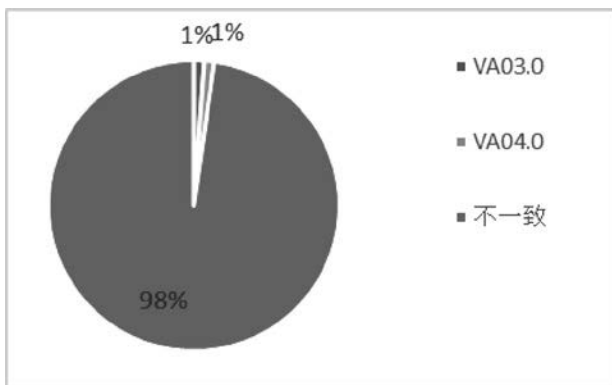
④Vコード：本例では4項目のVコード決定が要求された。

・「室内歩行は自由に可。階段は手をつけば昇り降り可」：VA12.0.VA14.0を正解とした。併せて19%の一致率であった。(図22-4)

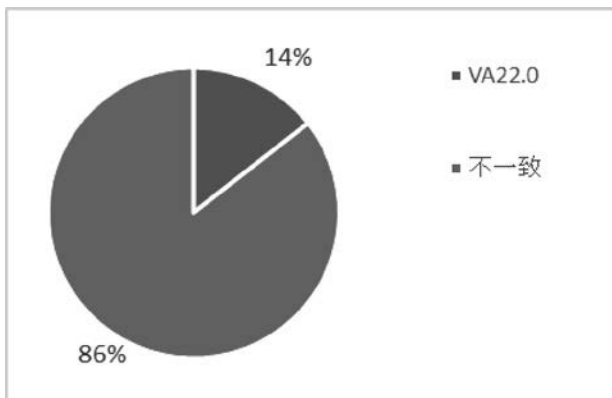


・「意味のある単語を5つ程度使い分ける。簡単な指示を理解できる」：VA03.0, VA04.0を正解とした。一致率は2%であった。(図22-5)

(図22-5)

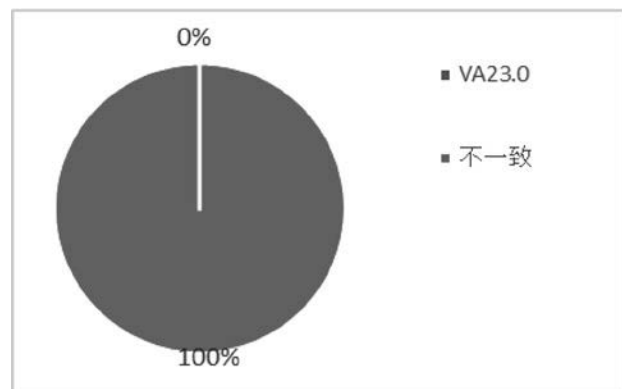


・「経口摂取可。手づかみで固形物を口に入れるほか、自分でスプーンを少し使える」：VA22.0（食べる：問題なし）を正解とした。一致率は14%であった。（図22-6）



・「排泄はおむつ。排泄後に動作で知らせる。蛇口から出る水で遊ぶ。手を洗うのは母親の介助が必要」：VA23.0（日常生活の遂行）を正解とした（年齢を考慮）。一致率は0であった。小児の発達段階における正常または異常を判断すべきか、実際の能力を評価すべきかにより結果が異なる。また、一致率が低い原因として評価方法の理解がされていない点も指摘される。（図22-7）

(図22-7)



<外科系症例のまとめ>

ICD-10コーディングでは産科での正解率が45%と最も低かった。ICD-11コーディングでは解剖学的部位を、英語で探し出す作業が困難であったと思われる。ICD-11コーディングでは、同一のステムコードが用いられている場合を正解とした。エクステンションコードは、どこまでつけばいいか不明なことが多い。エクステンションコードは、自ら検索するのではなく、ポストコーディネーションが示されている場合は、そこから選ぶようにするといい。ICD-11では、ステムコード同士は“/”で連結し、エクステンションコードは“&”で連結するという基本に留意する。ポストコーディングで選んでいけば、自動的に“/”、“&”が挿入される。診療録記載から、分類、グレードなどを読解する力を養わないと、正確なICD-11コーディングができない症例があり、今後の課題である。

【先進国における疾病統計に係る情報分析】

世界30か国へ依頼し、16か国（53%）から回答があった。回答のあった国はベトナム、フランス、ネパール、ラオス、タイ、韓国、ブータン、スウェーデン、インド、ナイジェリア、アメリカ合衆国、カナダ、オーストラリア、タンザニア、フィリピン、バルバドスであった。バルバドスは2名からの回答があったため統合し1国として整理した。各項目について結果を以下に述べる。

Section 1 : 現況調査

1. WHO-FIC協力センターの機関の種別については16か国中13か国が回答で内訳は保健省（5）、政府機関（1）、公衆衛生省（1）、研究所（1）、準大学（1）、保健省の部門と私立教育会社を兼務（1）、大学（1）、データと情報の組織（1）、保健省と公立短大（1）であった。

（保健省、政府機関、公衆衛生省は同一の可能性あり）

1-1. 協力センターへ協力している機関については、ベトナムはWHOベトナム事務所、フランスではフランス病院データエージェンシー（L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation（ATIH））、フランス数値健康エージェンシー（ANS）、国民健康データ基金（Cnam）、フランス公衆衛生大学院（École des hautes études en santé publique（EHESP））、医学的死亡因に関する疫学センター（Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès（CépiDc））があり、CépiDcはWHO CCの責任機関であり、ICDと死亡率の統計を専門としている。ネパールではネパール東部地域にサービスを提供する高等教育機関がある。ラオスでは保健リハビリテーション課、ブータンでは国内すべての医療機関、インドは複数の機関（詳細不明）、カナダはStatistics Canada、オーストラリアは、Australian Institute of Health and Welfare（AIHW）がオーストラリアの協力センターをホストし、センター長と事務局を提供している。オーストラリア統計局（死亡率）、シドニー大学、クイーンズランド工科大学、独立病院価格決定機関（疾病率）など、他の多くの機関が協力している。全てが協力センターに専門家としてのアドバイスを提供し、WHO-FICネットワークとその委員会及びリファレンスグループに積極的に参加している。タンザニアは保健省、フィリピンは各加盟病院、バルバドスは国中の診療所と保健省。

2. 死亡統計について回答した16か国すべての国で死亡統計を行っていた。

2-1. コーディングのツールはICD-10（14）、

ICD 10 CM（2）であった。

2-2. 死亡統計を実施するための法律については、ある13か国、ない2か国であった。

2-2-1. その法律の詳細について

ベトナムはまだWHOのMCO（Multiple Cause of Death）フォームは導入していない。フランスは1968年以来WHOと協力し、ICDの最終の改訂版をICDコーディングに使用しており、欧州の規制番号328/2011でも同じことを求めている。韓国は家族登録法という法律がある。スウェーデンは死亡統計は国の死亡登録データベースに集められることが必須である。インドは死亡登録、出生登録を法制化している。ナイジェリアは、地方、州、及び連邦の保健機関から連邦保健省へのデータの収集、照合及び提示を指示している。アメリカ合衆国は主要な診断としての死因をコードするようになっている。カナダは州及び準州の人口動態統計法（または同等の法律）により、管轄内のすべての出生、死産、死亡、及び結婚の登録が義務付けられている。タンザニアは死亡率の統計にはICD-10を使用しており、死因の診断書はWHO基準に準拠している。

3. 疾病統計は回答のあった16すべての国で行われていた。

3-1. 疾病統計の対象となる機関はすべての医療機関とする国が8か国、公立病院に限るのが3か国、公立病院と民間病院（診療所を除く）が5か国であった。

3-2. その疾病統計の対象者の範囲は入院外来すべてを対象とするのが14か国で、入院のみ対象とするのが2か国であった。

3-3. 疾病統計対象となる疾病ではすべての疾病としているのは13か国、特定の疾病のみとしたのが3か国であった。

3-4. コーディングのツールとしてはWHOのICD-10を12か国で使用し、自国版を使用しているのは4か国であった。

3-5. 疾病データを収集し活用するための機関については、ある14か国、ない2か国であった。

3-5-1. 疾病データを収集し活用するための機関として公的機関が13か国、民間機関が1か国であった。

3-5-2. その機関名はそれぞれ、

ベトナム：Medical Service Administration, (under) MOH Vietnam

フランス：ATIH

ネパール：BP Koirala Institute of Health Sciences

ラオス：Health Information division Ministry of Health

タイ：Ministry of Public Health

韓国：Korea Disease Control and Prevention Agency, National Cancer Center

スウェーデン：The National Patient Registry at the Swedish Board of health and Welfare

インド：Ministry of Health & Family Welfare

ナイジェリア：Federal Ministry of Health (FMOH)

カナダ：Canadian Institute for Health Information (CIHI)

プロビンスレベルでは他の機関あり。

オーストラリア：Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 独立した病院価格決定機関

タンザニア：National Institute for Medical Research (NIMR) や Ifakara Health Institute (IHI) といった研究機関を通じた保健省

フィリピン：保健省、地方市民登録事務所 (Local Civil Registrar's Office)、フィリピン統計事務所

バルバドス：保健省、Pan American Health Organization (PAHO) 1902年設立の世界で一番古い国際公衆衛生機関、Queen Elizabeth's Hospital (Q.E.H)

であった。

3-6. データ収集のための定められたデータ項目についてはあるが14か国、ないが2か国であった。

3-6-1. データ収集のための定められたデータ項目数に関してはベトナム：312の病気グループ、フランス：50、ネパール：40-50、タイ：1000、韓国：入院患者と外来患者の統計、救急医療の統計、

がん登録の統計、インド：病気によって違う、ナイジェリア：1000以上、カナダ：病院のデータには、Discharge Abstract Database (DAD) と National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) の2つ。医療システムや他の分野のために別のデータベースがある。オーストラリア：58、タンザニアは1000を超えるデータ、フィリピンは病院ごとに1つの月次データと1つの年次データ (紙ベースおよび電子ベースの収集方法)、であった。

3-6-2. データ収集の方法としては紙ベース2か国、電子ベース12か国、電子と紙ベース1か国であった。

3-7. 情報公開に関しては公開制限なしが7か国、公開制限ありが7か国、公開なしが1か国であった。

3-7-1. 公開時の要点としては、ベトナム：医療統計書、フランス：集計された統計のオープンデータ。個人データの安全なシステムを介している。ネパール：当局への書面による要請に応じている。ラオス：誰もがDHIS 2にアクセスできるユーザーネームとパスワードを持っている。韓国：開示はプライバシー法の下で制限されている。ブータン：集計されたデータが発行される。スウェーデン：集計データが公開されている。ナイジェリア：検定済みのみ公開。カナダ：CIHIは、各州及び準州との二国間協定、及び必要に応じて他の事業者とのデータ共有協定を維持している。オーストラリア：AIHWで保持されているデータ収集は匿名化される (名前、生年月日、住所、メディケア番号、患者IDは抑制)。タンザニア：データは、管理者の承認後、許可された個人または機関にのみ開示される。フィリピン：プライバシー法による制限、バルバドスは、特定の個人のみが特定の情報を見る特権を持っている。IT部門では、個人がログインパスワードを使用する際に制限を設けている。

3-8. データの活用状況については誰でも使用できると回答したのは6か国で、10か国は制限を設けていた。

3-8-1. 8各国の制限の内容は、ベトナム：政策の作成、フランス：公衆衛生行政及び機関への永続的で完全なアクセス。民間研究などのためのプロジェクトベースのアクセス。ネパール：倫理委員会によって承認された研究、タイ：公衆衛生省のデータ分析のため、韓国：開示はプライバシー法の下で制限されている。

ブータン：必要に応じて、年次健康速報と特定の指標の発行、スウェーデン：データはエンドユーザーに個別に識別してはならない。エンドユーザーは通常、集計データを取得する。ナイジェリア：研究及び倫理委員会がデータの公開に関する唯一の承認機関。カナダ：CIHIのWebサイトから入手できるいくつかの識別できない集計データ。精査されたデータ要求プロセスを通じて利用可能になったその他のデータ。オーストラリア：データ管理者の承認、及び／またはAIHW倫理委員会の承認（外部／研究要求の場合）が必要としている。タンザニア：データは承認された個人または機関がアクセス可能であり、使用することができる。フィリピン：機関からの承諾が必要。バルバドス：個人がデータを利用するには、許可を与えられる必要がある。

3-9. データ収集のサイクルとして1年サイクルはカナダ、オーストラリア、ベトナム、フィリピン、バルバドスの5か国、4半期サイクルはナイジェリアのみ、1か月サイクルはフランス、タイ、ブータン、インド、スウェーデン、ラオス、韓国で月ごとが最も多かった。ネパールとタンザニアは毎日とのことである。

3-10. データ統計公開サイクルは公開している国ではベトナム、ネパール、ラオス、タイ、韓国、ブータン、カナダ、オーストラリア、タンザニア、フィリピンが1年ごとで最多であった。

3-11. 疾病統計のための法律があるとしたのは10か国、ないとしたのは6か国であった。

3-11-2. データ収集とその活用の法律に関してはありとしたのは13か国、ないとしたのは3か国であった。

3-11-3. その法律の詳細については、疾病統計に関する各国の法律は以下のように回答された。

ベトナム：検査と治療の法

フランス：社会保障コード（Social security code）

ラオス：省令

韓国：統計法

ブータン：国民健康法案に含める

スウェーデン：患者登録を管理する法律

インド：1897年の流行病法

ナイジェリア：研究と倫理（国及び地方）

カナダ：個人の健康情報を保護するための連邦及びほとんどの州レベルの法律がある

オーストラリア：AIHW Act（1987）

フィリピン：プライバシー法

データ収集とその活用に関しては

フランス：社会保障コード（Social security code）

ラオス：DHIS2を使用してシステムを統合する。

タイ：個人データ保護法

韓国：統計法

インド：The National Family Health Survey（NHFS）

ナイジェリア：地方及び全国

オーストラリア：国家健康改正法（National Health Reform Act（2011））、プライバシー法（1988）

タンザニア：保健省の方針ごとに従って行われる。

フィリピン：プライバシー法

4. 現行のICDに関するWHOの公表発刊物の使用

4. Special tabulation lists for mortality and morbidityを使用しているとしたのは9か国、7か国はしていないと回答した。

4-1. Special tabulation lists for mortality and morbidityの用途については以下のように回答された。

ベトナム：「コミュニティの一般的な死因」を収集する。

ラオス：計画の為

タイ：統計作成

インド：Medical Certification of Cause of Death (MCCD) の定期的な報告目的

ナイジェリア：診断コードの確認

オーストラリア：不明。ICD-10-AMに含まれ、第2巻のICD-10に基づく。

タンザニア：疾病と死亡率の臨床コーディング

フィリピン：ICD-10であるWHOの集計リストのみに基づくエンコードを目的

バルバドス：診断疾患および手順の医療コーディングに使用

5. Instruction manualの使用に関しては使用していると回答したのが13か国、していないと回答したのが3か国であった。

5-1. その用途に関しては

ベトナム：コミュニティの一般的な死因の収集。

フランス：ボリューム2は、Iris/ミューズシステムを使用した死亡率コーディングに使用される。アイデアは、死亡率統計の国際的な比較可能性を最大化すること。

ネパール：トレーニングと更新のため

ラオス：予算計画、毎年のレポート

タイ：死因の選択、主な状態

スウェーデン：スウェーデンのコーディング指示の基礎として使用されるICD-10Vol2

インド：日常的なレポート、コーディング、統計目的

ナイジェリア：ガイドとして使用

オーストラリア：コーディング基準がある。これらは疾病率データのコーディング（疾患と健康介入の両方のコーディング）に関連している

タンザニア：死亡統計に関するルールとガイドラインに使用

フィリピン：死亡率と疾病率のケースを正しくエンコードするため

バルバドス：ICD-10を使用したコーディングのルールと慣習を支援するために使用、と回答された。

6. Derived classificationの使用は7か国で使用され、8か国では使用されていなかった。

6-1. Derived classificationの用途に関しては、インド：日常的なレポート、コーディング、統計目的

ナイジェリア：部族、宗教、民族などをカバーするため

アメリカ合衆国：死亡診断書を含むすべてのコーディングにCMエディションを使用している。

オーストラリア：がん登録及びがん報告のためのICD-Oに使用

フィリピン：死亡率と疾病率のケースを正しくエンコードするため
と回答された。

7. Related classificationを使用しているのは6か国、していないのが8か国であった。

7-1. Related classificationの用途は、スウェーデン：ATC codes

インド：日常的なレポート、コーディング、統計目的

ナイジェリア：職業に

オーストラリア：ICPC-2 PLUS（プライマリケアにおける電子健康記録）；International Classification of External Causes of Injury (ICECI)；Anatomical Therapeutic Chemical-defined daily dose (ATC-DDD)；ISO 9999：2016
フィリピン：死亡率と疾病率のケースを正しくエンコードするため、と回答された。

8. 独自に作成している分類表や用語集有無についてはありが5か国、ないが11か国であった。

8-1. 独自に作成したものであるが、WHOのものを参照したものが大半であった。WHOをベースとしたのが5か国、独自のものは1か国であった。

8-2. 独自の分類の使用用途は以下のものであった。

フランス：Irisのフランス語版は、疾病分類学的表現をICDコードに関連付けるために使用される。
(Iris：ソフトウェア名)

ラオス：主要な健康指標を計算すること

ナイジェリア：人口統計情報をコーディングすること

と

カナダ：CIHIは、WHOとのライセンス契約に基づいて、WHOからの変更と国の強化要求を取り入れて、3年周期で分類を強化している。

オーストラリア：入れられた患者のHealth Interventions（健康介入）を分類するために使用されるオーストラリアのHealth Interventionsの分類。

9. 現行のICDに関する問題点について、問題ありとしたのが8か国、なしとしたのは8か国であった。

9-1. 問題点に対しての対応では以下のようであった。

ベトナム：病院スタッフのトレーニング不足

フランス：国固有の用語を使用しても、国際的な比較には役立たない。ICD-11の使用は、この側面を調和させる。

ネパール：対象となるサービスプロバイダーへのICDトレーニングの展開

ラオス：医療スタッフへのICD-10のトレーニングと翻訳

スウェーデン：誰が一次コーディングを行うか：医師（医師）または臨床コーダー。この問題は解決されていない。

タンザニア：健康データの為の保健省会議を通して対応

バルバドス：まだ取り組まれていないが、対応策としてはICD-10におけるスタッフの適切な訓練

Section 2：ICD-11について

10. ICD-11の導入予定時期については、アメリカ合衆国、カナダ、オーストラリア、スウェーデン、インド、ラオス、バルバドスでは導入時期は未定との回答であった。フランス、韓国、タイ、ブータンでは2023年頃を想定している。

11. 現在のICD-11の導入レベルに関しては何もしていない国が6か国、内容の理解5か国、準備開始および試験運用しているのが5か国であった。

12. ICD-11の導入に関し問題点や課題として挙げ

られたのはICD-10との紐づけに困難さを感じている回答が多かった。それぞれの回答を以下に示す。

ベトナム：ベトナム語への翻訳；ICD-10を使用した現在の支払いシステムへのリンクがない。ICD-10及びICD-9 CM Volume 3を使用するDRGの導入を計画している

フランス：ICD-10統計との後方比較を保証するため、医療コーダーを訓練する。死亡認証者の習慣を変えること

ネパール：ICD-10からICD-11への移行の難しさ

タイ：ICD-10データベースの移行

スウェーデン：主な問題は、ICD-11構造に対応するために、既存の電子ツールとデータベースをどのように更新及び変更するか。また、翻訳と導入の総コストについても議論されている

インド：分からない

ナイジェリア：受け入れとトレーニング問題

アメリカ合衆国：CM版をやるかやらないか

カナダ：レビュー中

オーストラリア：AIHWのレポートを参照

<https://www.aihw.gov.au/reports/international-comparisons/icd-11-review-stakeholder-consultation-report/contents/table-of-contents>

タンザニア：ICD-10から変更するのではなく報告された問題なし

フィリピン：ICD-11の研究（そのためにオーストラリアに代表団を派遣）

バルバドス：トレーニング

13. 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions-Moduleに関しては導入する予定についてありとしたのは3か国、検討中は4か国、なしとしたのは3か国、未定わからないが5か国であった。

14. 運用の可能性のある事例について具体的な回答は以下のようであった。

ベトナム：ベトナム語に翻訳

ネパール：国にアーユルヴェーダとホメオパシー医学の流れが存在することへの対応

韓国：伝統医学への基本的分類

ブータン：電子患者情報システムの一部になる

ナイジェリア：HIM専門家のトレーニングを通じて

タンザニア：医科大学で当該プログラムを提供している、伝統医学に関連するデータは適切にコード化され、報告されることが重要

フィリピン：保健省の要望次第

15. ICF自体を使用している国は6か国で、使用検討中は2か国、使用していないが7か国であった。

16. V章を使用するかとの質問には、するが3か国、検討中6か国、しないが3か国、未定が3か国であった。

17. V症に関する運用の可能性のについては判然としていない。

ベトナム：リハビリテーションで実施する。

インド：リハビリテーション サービス

ナイジェリア：トレーナーをトレーニングする。

カナダ：不明

オーストラリア：不明

タンザニア：アプリケーションのトレーニング後

18. ICFについての教育については施行している4か国、検討中1か国、していないが9か国、未定が1か国であった。

19. Extension codesの使用予定について、あるが6か国、なしが4か国、未定・検討中が5か国であった。

20. Extension codesをどのように使用するかについては以下のものであり、一定の方向性がみられなかった。それぞれの回答は以下のとおりである。

ベトナム：National EHRシステム

スウェーデン：診断レポート、組織学の例、薬剤／薬剤、詳細な解剖学／位相数学、診断タイプのフラグ付けなどでの日常的な使用

ナイジェリア：政府の3つの層の間の調整

カナダ：ICD-10-CAで現在利用可能な特異性のレベルを維持するため

オーストラリア：疾病率と死亡率のデータの収集と

報告に使用される可能性あり。それらは他のユースケースで利用できるようになる。

フィリピン：保健省の要望次第

21. ICD-11の翻訳に関する質問で、それぞれの国における主要言語は

ブータン、ナイジェリア、アメリカ合衆国、オーストラリア、カナダ、タンザニア、バルバドスの7か国で英語が使用されていた。他の国ベトナム、フランス、ネパール、ラオス、タイ、韓国、スウェーデン、インド、フィリピンではそれぞれ独自の言語が使用されている。

22. ICD-11で使用予定の言語は

インド、ナイジェリア、アメリカ合衆国、オーストラリア、ブータン、タンザニア、フィリピン、バルバドスでは英語のみ、カナダでは英語とフランス語、タイ、韓国では自国語と英語を併用するとした。スウェーデン、ベトナム、フランス、ネパール、ラオスは自国語で使用すると回答した。

23. ICD-11を貴国の言語に翻訳する計画は10か国でありと回答があった。

24. 翻訳状況については完了1、ほぼ完了1、検討中5、未定2であった。

25. 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions-Module Iの翻訳については完了1、翻訳しない3、検討中3、未定2であった。

26. V Supplementary section for functioningについては完了2、翻訳しない1、検討中3、未定3であった。

27. Extension codesの翻訳については完了1、検討中3、未定5であった。

28. 翻訳が完成した日もしくは完成予定日としては、回答数は少なくタイ2023年、韓国2023年、ナイジェリア2022年、カナダ不明であった。

29. 翻訳作業に於ける準備としては、ベトナムではWHOまたは政府から資金を得るための提案書作成。タイでは翻訳チームの編成、スウェーデンではプロの翻訳会社と協議、ナイジェリアでは診療情報管理の専門的知識・技術、であった。

30. 翻訳作業に関わる組織については主に公的機関が挙げられていた。ベトナムは保健省 医療サービス課、タイは公衆衛生省 医学学校、韓国は統治行政機関である国家統計局、スウェーデンは健康福祉委員会、ナイジェリアは教育と診療情報管理の実務者と回答されていた。

31. 翻訳作業に関わる人員について、職業やおおよその人数では、タイ25人、ナイジェリアではHIMの専門知識に重点を置いたすべての医療関係者と回答があっただけであった。

32. 翻訳を完成させるにあたって、話し合うべき機関の存在についてはあるが6か国、なしが1か国であった。

32-1. それはどんな職業もしくはどんな機関に属する人かに関してはベトナムは保健省の病院の専門家(大学病院)、タイは医療の専門家、韓国は医師、看護師、診療情報管理士や全てのヘルスケア機関の専門家、スウェーデンは医療機関、専門家セクション、ナイジェリアは伝統的なものを含めた公立と私立の開業医と回答された。

32-2. 話し合いはどのようなことをするかという質問ではベトナムは翻訳を洗練/方向転換すること。タイでは技術用語、スウェーデンは用語集、ナイジェリアでは運用方法と回答された。

33. ICD-11 Maintenance Platformの一部である Translation toolの使用をしているかについては、はい2か国、いいえ5か国であった。

33-1. Translation toolは誰が使用しているかに関しては、スウェーデンでは厚生委員会及び専門の請負業者で議論中、ナイジェリアでは教育及び州立病院、カナダではレビューにアクセスできるが、まだコンテンツを追加していない、との回答であった。

33-2. Translation toolの使用において、WHOと調整や要望をしたか?については、はい1、いいえ2で他の回答はなかった。

33-2-1. Translation toolの使用におけるWHOと調整・要望の内容は、ベトナムでは翻訳委員会に配布するには、単語またはExcelバージョンが必要

であること、ナイジェリアではWHOの国事務所に問い合わせをしたことが回答された。

34. Reference Translatorは誰か?という質問では、ベトナムは保健省、スウェーデンは保健省、ナイジェリアはWHOを通してFMOHが担当、カナダはWHO-FIC協力センターという回答であった。

35. General Translatorは誰か?の質問ではベトナムは保健省の病院、スウェーデンでは保健省、ナイジェリアではFMOHと回答された。他の国からは回答はなかった。

36. Translation tool以外で翻訳に使用されたツールとしては、ベトナムではExcel、フランスではGoogle翻訳と外部ツール、タイではなし、韓国では翻訳ツールの使用内容を正確に説明することは困難、ナイジェリアではPCSとの回答があった。

37. 本国語に該当しない言葉や、1対1で該当しない言葉に対してどう対応したか?という質問では、タイでは英語の単語を使用する。スウェーデンではそのレベルまでまだ達していない。ナイジェリアはローカルなコードを使用、との回答であった。

38. 翻訳上困ったことに関してはベトナムで予算(資金)を上げていた。他の国からの回答はなかった。

Section 3 : その他

39. ICD-11の導入に関して、今後の周知、普及、教育方法の方針について、ベトナムは、2021年~5年にICD-11を翻訳して使用する予定。フランスはANSは普及を行い、新しい教育ツールを開発する。タイは公衆衛生省による主導、韓国はICD-11を実施するためのコミュニケーション、普及、訓練方法に関する国の方針はまだ確定していない。インドは保健省レベルのトレーニングプログラムが実施された。アメリカ合衆国は既存の政策に変更はない。カナダはICD-11に関するコミュニケーション/社会化を開始し、ICD-11に精通するためのフィールドトライアルに参加するよう関係者を関与させた。導入に関する決定がなされていないため、導入を支援

するための教育方法に関する決定もない。タンザニアは保健省の政策および計画局を通じて実施、フィリピンは保健省が提供するガイドラインと手順に準拠、ネパール、ラオス、ブータン、ウェーデン、オーストラリア、バルバドスは未定であると回答した。

40. あなたの国で患者データの収集に関して課題や問題点について、ベトナムはWHOにはICD-11改訂の追跡がないこと。ブータンではePISの開発は進んでいる。スウェーデンでは収集されたデータの品質は常に問題である。体系的な監査メカニズムがない。インドでは重複とリアルタイムのデータ収集への困難。オーストラリアでは長期的に確立された患者データ収集プロセスは、国及び地方レベルで実施されていることから問題がない。タンザニアでは、各施設は独自システムのため課題はシステム統合、との回答であった。

D. 考 察

【ICD-11に係わる研究】

今回の検討では、実際の症例を想定し、内科系11例、外科系10例のサマリーを対象に、病名の選定、それに対するICD-10コード、ICD-11コードを熟練の112名の診療情報管理士により回答してもらうことにより、現状におけるICD-11の周知度と今後ICD-11を本邦に導入する際の問題点を抽出することを目的に行ったものである。その結果、ICDコード付け以前の問題として主病名、その他の病名の抽出に関してばらつきがみられたことが挙げられる。特に外科系に関してばらつきは少ないが、内科系では病名選択に回答者間の相違がみられていた。ICD-10コードにおいても同様の傾向であった。内科系では特に症例11の正解率が低かった。これは精神疾患で、病名を導くのに専門的な知識を必要としたことが原因と思われた。比較的外科症例で一致率が高いのは診断が比較的明快にされていることが要因と思われた。診療録からの病名抽出において様々な表現が見受けられた問題については、今後何らかの病名の整理と標準化が必要である。

一方、ICD-11では内科系症例において、外科系症例においてはさらに一致率は低下した。その原因はどこにあるのか？

一致率を算出する際にステムコードを基本とした。このステムコードの選択が困難であった可能性がある。ICD-11コーディング結果は非常に多彩であり、同一のステムコードが用いられている場合でも、エクステンションコードをどこまでつければいいのか不明なことが多いことも注目された。多くのエクステンションコードをつけられる点はICD-11のポテンシャルであり学術研究に活かせることが可能であるが、国の統計においては、今後、どこまでエクステンションコードを付与するのか、ステムコードのみでよいか等、統計の粒度を各種統計の性格によって区分したうえで、指針の作成が必要と思われた。

ポストコーディングは基本的には自動的に“/”、“&”が挿入され、AI的に整理されているので便利であると思われた。よって、エクステンションコードは自ら検索するのではなく、ポストコーディネーションが示されている場合は、そこから選ぶようにするとよいが、ポストコーディネーションの違いにより、数々のバリエーションがある。このポストコーディネーション欄が的確なもの、整備されておらず不十分なものがあり、注意が必要であるとともに、ICD-11自体の改善が必要であると思われた。ICD-10では複数の臓器系に及ぶ疾患、ないしは基礎疾患とその合併症を表現するために、剣印と星印によるいわゆる二重コーディングが用いられてきた(5)。その代表例が糖尿病における合併症(糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害など)のコーディングであり、糖尿病の型(I型、II型)のコード+剣印と網膜症などの合併症のコード+星印を列記することでその病態をコーディングする方法がとられていたが、やや煩雑で使い勝手が悪い場合があったが、ICD-11では複数のコードを列記するクラスターコーディングを多用することで複雑な病態が容易にコードできるようになった。上記の糖

尿病の合併症の場合では、糖尿病の型を選択してそのファウンデーションを見ると、ポストコーディネーション欄が設けられており、ここから各臓器における合併症が選択可能である。糖尿病性網膜症の項目をクリックすると、更にその詳細（増殖性-非増殖性、重症度など）を特定することができ、細かい病態のコーディングが極めて容易である。ただ、糖尿病性腎症については、ポストコーディネーション欄には慢性腎臓病の選択肢しか含まれておらず、ここから各ステージの慢性腎臓病のコードを選ぶようになっている。糖尿病性腎症（diabetic nephropathy）ないしは糖尿病性腎臓病（diabetic kidney disease）は索引用語には含まれており、いずれも慢性腎臓病（chronic kidney disease）と同義とされているが、糖尿病性腎臓病を完全に慢性腎臓病の中に入れてしまうことについては専門家の間で異論があり、問題が残る。しかし、全身疾患であり多様な病態を呈する糖尿病について、その病像全体について、非常に詳細なコードが付加できるクラスターコーディングが容易に可能である点は高く評価できる。また、ポストコーディネーションにおいて「がん」の詳細化がなされることは、今後のがん登録を含めて便利な機能と考えられるが、例えば（ステージ）病期に使用する数字はUICCではローマ数字であるべきものが、ICD-11 のエクステンションコードではアラビア数字であるなど、使用方法が不明なものがあることも指摘されている。同じく、ポストコーディネーションが自動的に付与しうるとは大変便利な機能であるが、一部で、頭部外傷、胸部外傷、腹部外傷における「開放」「非開放」のように「ひもづけ」がされていないエクステンションコードがある事も問題として指摘されている。

ICD-11コード付けにおける基本的な手法であるステムコード同士は“/”で連結し、エクステンションコードは“&”で連結するということが十分には理解されていない例が散見されたため、基本的なルールの周知と理解が必要である。また、診療録記載にあらかじめ分類、グレードなどが記されていればよ

いが、診療録を読解して抽出を要する場合は診療情報管理士個人の技量により結果が異なる可能性もある。

V章コードに関しては例題が少なく、回答の一致率は低かった。その原因はV章コードにおけるグレーディング法6)の理解不足であった。さらに症例によりどのような生活機能を選別すべきか基本的な問題が存在する。また、今後の課題として、退院時サマリー自体、現状ではV章コードを付与できる情報が十分に記載されているとは言えないため、それらの記載が必要であり、現実的な対策としては、退院時サマリー用に診療科別V章コード・ミニマムセットの設定等が有効ではないかと思われた。

【先進国における疾病統計に係る情報分析】

疾病統計について、我が国における疾病統計は、基本的に3年に一回行われる患者調査が基礎となっている。患者調査は全国から無作為に抽出された病院・診療所における、指定された期日の入院患者、外来患者の特性を調査するものであり、通年的、継続的な調査ではなく、全例調査でもない点で果たして国民全体に関する客観的な統計であるかについて疑問が残る。これに対して今回調査した16か国全てで、継続的なデータ収集に基づく疾病統計が存在しているということは注目すべきである。しかも、これらの統計は2か国を除く14か国で入院・外来患者両者を含むものである（ネパールとオーストラリアは入院患者のみ）。またデータ収集は多くは毎月、最も長い国で毎年行われており、通年的な情報が得られていると考えられる。データを提出する医療機関は、多くの国で基本的に公的病院、民間病院を含めた全病院であるが、一部（ネパール、ラオス）公的病院のみであり、病院における外来部門、ないしある程度の規模のクリニックなどを受診する患者については総合的な統計が存在すると考えられる。しかし多くの国で一般開業医（診療所）は除外されていることから、いわゆるプライマリケアにおける日常的な疾病についての統計は必ずしも完全ではない

と考えられる。一方一般開業医からのデータも含まれるのは、アメリカ合衆国、インド、ナイジェリアなどであるが、この部分に関しては医療提供体制、診療報酬制度（公的医療保険と民間医療保険の関係）などが関係する複雑な状況があるため、どこまでの情報をもって国民全体の疾病統計を作成すべきかという面では議論の余地が大いにあると思われる。

日本における疾病統計について、DPC導入以降は、少なくともDPC病院（準備病院を含めて）における入院患者については、正確、かつ信頼に足る統計が可能であるが、その他の病院も含めた、国際比較に耐える統計作成の為には、毎月（少なくとも毎年）ベースの入院患者の病名（ICDコード、ないしはそれに準ずるもの）の登録体制、及び電子的データ登録が可能なシステム、などが望まれる。一方、いわゆる日常診療の大部分を占める診療所における患者についての疾病統計は非常に大きな課題である。病院の外来部門、ないしはそれに付属するクリニックなどについては、病院についてのデータ収集に準ずる体制で対応可能かと思われるが、一般の個人診療所については多くの先進国を含め、そこでの統計が存在しない点からも大きな課題と考えられる。しかしながら我が国では国民皆保険制度が確立しており、保険者の差異により幾つかの保険があるものの、基本的な体制は一つであるという点から、総合的な統計を作成する道筋という面では諸外国より優位にあるのではないだろうか。

ICD-11については、一部先進国でもその導入に関して全く未定の国がある一方、発展途上国の中にもいち早く導入を予定している国がみられる。特にナイジェリアはWHOの直接の指導の下に導入準備が進んでいるのは注目に値する。一方アメリカ合衆国は従来ICDの利用は限定的である傾向があるが、現在使用しているICD-10CMの導入自体も遅かったこともあり、ICD-11への動きは極めて少ない。その他、カナダ、オーストラリアでもICD-11導入の決定はなされておらず、フランス、スウェーデンなど導入が予定されている国を含めて、その時期は早

くて2022-2023年、多くは2025-2026年と予測されている。

ICD-11導入に際しての課題、その他主要な問題点については2019年、オーストラリア健康福祉研究所（AIHW）により作成されたICD-11ステークホルダー調査報告書に要約される部分が多い。これによると、ICD-11の保守・管理にかかわるガバナンスについての取り決めがまだ不明確である点、また新しい分類体系の利点を十分に活用する上での人材の必要性（データサイエンティスト、ドキュメンテーションスペシャリストなど）が強調されている。一方日常の臨床コーディングのおよそ80%は今後数年以内に自動化が予測され、臨床コーダーの需要についても言及されている。ICD-11導入は、ICD-9がICD-10に改訂された際のように、単に別の分類に置き換えるだけの問題ではなく、異なるリソースに対応する種々の経路を提供する可能性を意味する。ICD-11の強力な利点は、複数の情報源のリンク、eHealthシステムとのデータフローの共有、など多くの既存のプロセスとシステムの再評価などが挙げられる一方、分類上の未解決な部分、すなわち、ICD-10とICD-11の違いに関する詳細なドキュメント、ICD-11と電子健康記録に一般的に使用される用語との間の対比、などが課題として残る。

補助章「伝統医学」について、一部の、伝統医学が活用されている国での使用の予定が示されているが、今回のモジュール1に取り上げられたいわゆる東洋医学に関連する韓国、ネパールでは検討中、またアメリカ合衆国、オーストラリアでは未定という回答であり、先進国での伝統医学に対する関心が見て取れる。しかし伝統医学コーディングの具体的な活用目的については不明である。

ICF（国際生活機能分類）は調査した国の約4割で使用されているが、V章（生活機能評価）については、その導入が予定されている国は2割に満たない結果であり、ICDの領域の生活機能評価領域への拡大については未だ多くの課題があるように見える。

エクステンションコードについては、ICD-11の

導入がある程度具体的に予定されている国については大多数で同時に導入の予定であるが、その具体的な活用法については明確な回答が得られていない。唯一スウェーデンで、解剖学的、組織学的な情報等、臨床診断も詳細をルーチンに記載するという回答が得られているのみで、その他の国では、この非常に大きなツールをどのように活用すべきか検討中といった印象である。

ICD-11の各国語への翻訳については、英語国であるアメリカ合衆国、カナダ、オーストラリアなどを除いて、フランスではほぼ完了、ナイジェリアで完了（公用語が英語）との回答が得られているが、その他の国では未完了、ないしは予定が決まっていないという状況であった。また補助章（伝統医学、生活機能評価、エクステンションコード）については、多くの国で本章の翻訳完了の次段階といった考え方であるように見える。翻訳が行われている国においては、ほぼ全ての国で政府機関が関わっており、診療情報管理士の関与も記載されている。ICD-11の保守ツールの一部である翻訳ツールの使用については、スウェーデンとナイジェリアで使用されたのみであり、このツールの使用自体にも言語の問題があるようである。

ナイジェリアについては、公用語が英語であるのに加えて、WHOとの密接な連絡があり、WHOの国内事務所が政府保健省に全面的に協力しているようである。

E. 結 論

【ICD-11に係わる研究】

1. 診療録からの病名抽出において、外科系に比べ内科系において正確度が低く、また、様々な表現が見受けられた問題については、今後何らかの病名の整理と標準化が必要であると思われた。

2. ICD-10コードの一致率は、内科系に比べ外科系において正確度が高かった。内科系よりも外科系はより具体的な診断がなされることがその要因と思われた。

3. ICD-11コードの一致率は、ICD-10コードの一致率と比べて内科系外科系ともに低かった。その理由としてICD-11ではステムコードが多様であり、ステムコード選択に難渋したこと、ポストコーディネーションの付与に対する回答者の理解不足と、ポストコーディネーションの項目選択ルールの不完全さがその原因として挙げられた。

4. V章に関してはいまだ十分な理解が得られていないことが示された。また症例によるV章コード選択の標準化など診療録記載標準書式の改善が必要であると思われた。

【先進国における疾病統計に係る情報分析】

1. 今回の調査から、各国における疾病統計に係る情報分析の結果、先進諸国はもとより、一部発展途上国を含めて大多数の国で全国的、毎月（一部毎年）ベースの疾病統計が存在する。統計は基本的に国内すべての病院での情報を基礎とするが、民間病院でのデータは含まれない国もある。また大多数の国で入院患者・外来患者両方の統計が存在するが、外来患者統計に関しては、一般診療所からの情報は反映されていない国が多い。これには医療提供体制、診療報酬体制の違いが関係すると考えられる。

2. ICD-11の導入に際しては、ICD-11の利点を十分に生かすためには、国内の情報機関の協働のみならず、国際的な協力体制の必要性が強調されている。

上記の面も含めて、ICDの現在使用版からICD-11への切り替えに際してのデータの引継ぎ、及びこれに伴う費用などが各国共通の問題としてあげられる。

ICD-11の導入に関わる情報提供、教育などの方針については大多数の国で、未定ないしは計画されていない状況であり、今後の課題である。今回のICD-11が大前提の一つとして、コンピューターベースであり、基礎となる保健医療現場でのデータの収集・登録のためのインフラストラクチャーの整備、及びデータの質、その客観性の統一などの問題、更にこれらを集計する上でのシステムの問題点など、各国間で状況に大きな違いがあるが、各国共通して

これらのシステムを整備・保守・管理する上でのガバナンスに非常に大きな課題が指摘される。

<謝辞>

本研究の海外調査を進めるにあたり、IFHIMA関係者の皆様から多大なご協力をいただいた。心より感謝申しあげる。

<引用・参考文献>

- 1) WHO:ICD-11、<https://icd.who.int/en>
- 2) 厚生労働省:ICD-11、
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000211217.html>
- 3) 末永裕之:厚生労働省科学研究費補助金政策科学総合研究事業「ICD-11 β版フィールドテストにみられるコーディング上の問題点の分析」平成30年度総括研究報告書、平成31年(2019年)3月
- 4) 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、
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseika-gakuka/0000166072.pdf>
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部:疾病、傷害及び死因の統計分類提要 ICD-10(2013年版) 準拠 第2巻(総論)、29-32、平成28年(2016

年)

- 6) WHO:ICD-11、

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2144513044>

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

(表 2)

調査票（日本語版）

死亡と疾病統計の現況と ICD-11 導入計画の各国調査

【調査先情報】

氏名、役職、所属（組織）、住所、国、メールアドレス

Section 1: 現況調査

【WHO-FIC CC】あなたの国が協力センター国でない場合は、次の【死亡統計】の質問に進んでください。

1.あなたの協力センターはどのような機関ですか？（例 保健省、大学、研究所）

1-1.あなたの協力センターに協力している機関はありますか？また協力センターとの役割分担を教えてください。

【死亡統計】

2.あなたの国では死亡統計を行っていますか？

はい → 下の詳細質問に教えてください

いいえ → 【疾病統計】の質問に行ってください。

2-1.コーディングに何を使っていますか？（例 ICD-11 2014 版、ICD-11）

2-2.死亡統計を実施するための法律がありますか？

はい → 下の詳細質問に教えてください

いいえ → 【疾病統計】の質問に行ってください。

2-2-1.その法律の詳細について分かる範囲で教えてください。

【疾病統計】

3.あなたの国では疾病統計を行っていますか？

はい

いいえ → Section 2 に行ってください

3-1.その疾病統計の対象となる機関

GP を含むすべての医療機関

すべての医療機関から抽出されたところ

公立病院と私立病院

公立病院

公立病院の一部

その他（下に詳細を教えてください）

3-2.その疾病統計の対象者の範囲

外来患者のみ

入院患者のみ

外来患者と入院患者

その他（下に詳細を教えてください）

3-3.その疾病統計の対象となる疾病

- すべての疾病
- 特定の疾病

3-4.そのコーディングに何を使っていますか？（例 ICD-10 2014 年版, ICD-11）

3-5.疾病データを収集し活用するための機関がありますか？

- はい→下の詳細質問に教えてください
- いいえ

3-5-1.それはどんな機関ですか？

- 公的機関
- 私的機関
- 委託

3-5-2.その機関名を教えてください

3-6.データ収集のためのデータセットのような定められたデータ項目がありますか？

- はい→下の詳細質問に教えてください
- いいえ

3-6-1.そのデータの項目数はおよそどれくらいありますか？（多い場合はおおまかな数でいいです）

3-6-2.データ収集の方法はどれですか？

- 紙ベース
- 電子ベース

3-7.情報公開しているか？

- はい 誰でも
- はい 制限有→下の質問に教えてください
- いいえ

3-7-1.どのような制限をかけていますか？

3-8.データの活用状況

- 誰でも
- 制限有→下の質問に教えてください

3-8-1.どのような制限をかけていますか？

3-9.データ収集のサイクル（毎日、毎月、年に1回等）

3-10.データ統計公開サイクル（年に1回・2回等）

3-11.疾病統計、データ収集とその活用のための法律がありますか？

3-11-1.疾病統計

- はい
- いいえ

3-11-2.データ収集とその活用

- はい
- いいえ

3-11-3.その法律の詳細について、それぞれ分かる範囲で教えてください

疾病統計：

データ収集とその活用：

【現行の ICD に関する WHO の公表発刊物の使用】

4.Special tabulation lists for mortality and morbidity を使用していますか？

はい→下の詳細質問に教えてください

いいえ

4-1.どんなことに使っていますか？またどんな計画がありますか？

5.Instruction manual を使用していますか？

はい→下の詳細質問に教えてください

いいえ

5-1.どんなことに使っていますか？またどんな計画がありますか？

6.Derived classification を使用していますか？

はい→下の詳細質問に教えてください

いいえ

6-1.どんなことに使っていますか？またどんな計画がありますか？

7.Related classification を使用していますか？

はい→下の詳細質問に教えてください

いいえ

7-1.どんなことに使っていますか？またどんな計画がありますか？

8.あなたの国で独自に作成している分類表や用語集はありますか？

はい→下の詳細質問に教えてください

いいえ

8-1.それは全く独自にあなたの国で作成されたものですか？それとも WHO のものを参照した
ものですか？

全く独自のもの

参照されたもの

8-2.どんなことに使っていますか？またどんな計画がありますか？

【 現行の ICD に関する問題点】

9.現行の ICD の運用にあたって問題点を抽出していますか？

はい→下の詳細質問に教えてください

いいえ

9-1.問題点に対してどのように対応していますか

Section 2: ICD-11 について

10.ICD-11 の導入はいつからですか？もし具体的な計画が何かありましたら教えてください

11.あなたの国での現在の ICD-11 の導入レベルについて

- レベル 0 何もしていない
- レベル 1 内容の理解
- レベル 2 準備開始
- レベル 3 試験運用
- レベル 4 国レベルで運用
- レベル 5 データを報告、活用

12.ICD-11 の導入に関して、あなたの国での問題点や課題をお知らせください。

【26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I】

13.26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I を使用する予定がありますか？

- はい
- 検討中
- いいえ
- 未定

14.運用の可能性のある事例について具体的に教えてください。

【ICF、V Supplementary section for functioning assessment について】

15.あなたの国で ICF を使用していますか？

- はい
- 検討中
- いいえ
- 分からない

16.V Supplementary section for functioning assessment を使用しますか？

- はい
- 検討中
- いいえ
- 分からない

17.運用の可能性のある事例について具体的に教えてください。

18.ICF についての教育がありますか？

- はい
- 検討中
- いいえ
- 未定

【X Extension codes について】

19.Extension codes を使用する計画がありますか？

- はい
- 検討中
- いいえ
- 分からない

20.どのように使用するか具体的に教えてください。

【ICD-11 の翻訳】

21.あなたの国の公用語は何ですか？

22.ICD-11 で使用予定の言語は何ですか？

23.ICD-11 を貴国の言語に翻訳する計画はありますか？

- はい
- たぶん
- いいえ→Section 3 へ
- 必要がない→ Section 3 へ

24.翻訳状況は？

- 完了
- ほぼ完了
- 進行中
- 検討中
- 未定

25.26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I の翻訳について

- 完了
- 翻訳予定
- 翻訳しない
- 検討中
- 未定

26.V Supplementary section for functioning assessment の翻訳について

- 完了
- 翻訳予定
- 翻訳しない
- 検討中
- 未定

27.Extension codes の翻訳について

- 完了
- 翻訳予定
- 翻訳しない
- 検討中
- 未定

- 28.翻訳が完成した日もしくは完成予定日
- 29.翻訳作業において準備したこと
- 30.翻訳作業に関わる組織を教えてください
- 31.翻訳作業に関わる人員について、職業やおおよその人数が分かれば教えてください
- 32.翻訳を完成させるにあたって、話し合うべき機関がありますか？
- はい→下の詳細質問に教えてください
- いいえ
- 32-1.それはどんな職業もしくはどんな機関に属する人ですか？
- 32-2.話し合いはどのようなことですか？
- 33.ICD-11 Maintenance Platform の一部である Translation tool の使用がありますか？
- はい→下の詳細質問に教えてください
- いいえ→No.36 の質問に行ってください。
- 33-1.Translation tool は誰が使用していますか？（例 保健省、調整機関、委託業者）
- 33-2.Translation tool の使用において、WHO と調整や要望をしましたか？
- はい→下の詳細質問に教えてください
- いいえ
- 33-2-1.もし可能でしたら、詳細を教えてください。
- 34.Reference Translator は誰ですか？（例 保健省、調整機関、委託業者）
- 35.General Translator は誰ですか？（例 保健省、調整機関、委託業者）
- 36.Translation tool 以外で 翻訳にはどんなツールを使用しましたか？
- 37.自国語に該当しない言葉や、1対1で該当しない言葉に対してどう対応したか？
- 38.翻訳上困ったこと

Section 3: その他

- 39.ICD-11 の導入に関して、今後の周知、普及、教育方法の方針にして教えてください。もし変更がない場合や未定の場合でもその旨をお知らせください。
- 40.あなたの国で患者データの収集に関して課題や問題点があれば教えてください。

調査票（英語版）

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plan of ICD-11 implementation

【Respondent's Information】

Name、 Job title、 Position and organization、 Address、 Country、 E-mail address

Section 1: Current status

【 Collaborating Centres for the WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)】 Please go to No.2 **【Mortality Statistics】** , if you are not the Collaborating Centre for the WHO-FIC

1. What kind of institution is your centre? (e.g., ministry of health、 university、 laboratory)

1-1. Is there any institutions that cooperates with your centre? Please specify the division of roles between the institution and your centre as well.

【Mortality Statistics】

2. Do you have mortality statistics in your country?

Yes -----> Please answer the question below

No -----> Please go to No.3 **【Morbidity Statistics】**

2-1. What are you using for the mortality coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)

2-2. Is there any laws for mortality statistics in your country?

Yes ----->Please answer the question below

No -----> Please go to No.3 **【Morbidity Statistics】**

2-2-1. If possible, please let us know the detail of the law for the above.

【Morbidity Statistics】

3. Do you have morbidity statistics in your country?

Yes

No -----> Please go to Section 2

3-1 . Covered institutions for the morbidity statistics

Complete all medical care institutions (including general practitioners)

Random sampling of all medical care institutions

Public and private hospitals (except general practitioners)

All public hospitals

Some hospitals selected from public hospitals

Others (Please specify below)

3-2 . Covered patients for the morbidity statistics

Outpatients only

- Inpatients only
 - Outpatients and inpatients
 - Others Please specify below)
- 3-3 . Covered diseases for the morbidity statistics
- All diseases
 - Selected diseases
- 3-4. What are you using for the morbidity coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)
- 3-5. Is there an institution to collect and utilize the morbidity data ?
- Yes ----->Please answer the question below
 - No
- 3-5-1. What kind of the institution is it ?
- Public institution
 - Private instituion
 - Consigment institution
- 3-5-2. Please specify the name of the institution.
- 3-6. Are there defined data items like a dataset to collect data ?
- Yes ----->Please answer the questions below
 - No
- 3-6-1.How many data items are there ? (When there are many items, the approximate number is fine)
- 3-6-2. Data collection method
- Paper based
 - Electric based
- 3-7 . Is the information disclosed?
- Yes (unlimited)
 - Yes (limited) -----> Please answer the question below
 - No
- 3-7-1. Please specify the limitation
- 3-8. Data utilization
- Anybody
 - Limited ----->Please answer the question below
- 3-8-1. Please specify the limitation
- 3-9. Data Collection Cycle (e.g., everyday, monthly, yearly)
- 3-10. Disclosure Cycle of Data Statistics (e.g. Once or twice a year)
- 3-11. Are there any laws for the morbidity statistics, and the data collection and its utilization in your country ?
- 3-11-1. Morbidity Statistics
- Yes

No

3-11-2. Data Collection and its Utilization

Yes

No

3-11-3. Please specify the laws if possible.

Morbidity statistics :

Data collection and its utilization :

【 Use of WHO Publications in Current ICD】

4. Is the special tabulation lists for mortality and morbidity used in your country?

Yes ----->Please answer the questions below

No

4-1. What is it used for ? What kind of plans are there ?

5. Is the instruction manual used in your country?

Yes ----->Please answer the questions below

No

5-1. What is it used for ? What kind of plans are there ?

6. Is the derived classification used in your country?

Yes ----->Please answer the questions below

No

6-1. What is it used for ? What kind of plans are there ?

7. Is the related classification used in your country?

Yes ----->Please answer the questions below

No

7-1. What is it used for ? What kind of plans are there ?

8. Do you have your own taxonomy or glossary in your country?

Yes ----->Please answer the questions below

No

8-1. Is it your original or a reference from WHO's?

Original

Reference

8-2. What is it used for ? What kind of plans are there ?

【Issues in Current ICD】

9. Are any issues being extracted in the operation of the current ICD ?

Yes ----->Please answer the question below

No

9-1. How are the issues being addressed?

Section 2: ICD-11

10. When is ICD-11 implemented in your country? If you have any specific plans, please let me know.

11. ICD-11 implementation progress level in your country

- Level 0: None
- Level 1: Familiarized
- Level 2: Preparation started
- Level 3: Pilots running
- Level 4: National roll out
- Level 5: Data reported

12. What issues and challenges are there in your country regarding the implementation of ICD-11?

[26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I]

13. Do you have a plan to use the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions ?

- Yes
- Considering
- No
- Undecided

14. Please specify the cases that may be used.

[ICF, V Supplementary Section for Functioning Assessment]

15. Are you using the ICF in your country?

- Yes
- Considering
- No
- Undecided

16. Do you have a plan to use the Supplementary Section for Functioning Assessment?

- Yes
- Considering
- No
- Undecided

17. Please specify the cases that may be used.

18. Do you have any education about the ICF in your country?

- Yes

- Considering
- No
- Undecided

【X Extension Codes】

19. Do you have a plan to use the Extension Codes?

- Yes
- Considering
- No
- Undecided

20. Please specify how to use the Extension Codes.

【Translatin of ICD-11】

21. What is the official language of your country ?

22. In what language will ICD-11 be used in your country?

23. Do you have any plans to translate ICD-11 into your country's language ?

- Yes
- Maybe
- No -----> Please go to Section 3
- Not necessary -----> Please go to Section 3

24. How is the translation status? (except new supplementary chapters and sections)

- Completed
- Almost completed
- In progress
- Considering
- Undecided

25. Translation of the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions -
Module I

- Completed
- Scheduled to be translated
- No plan to be translated
- Considering
- Undecided

26. Translation of the Supplementary Section for Functioning Assessment

- Completed
- Scheduled to be translated
- No plan to be translated

- Considering
 - Undecided
27. Translation of the Extension Codes
- Completed
 - Scheduled to be translated
 - No plan to be translated
 - Considering
 - Undecided
28. The date when the translation was completed or the expected date of completion
29. What did you do to prepare for the translation work?
30. Institutions involved in the translation work
31. If possible, please specify the profession and approximate number of workers involved in the translation work.
32. Is there any institutions to discuss in completing the translation?
- Yes ----->Please answer the question below
 - No
- 32-1. What profession or institutions does it belong?
- 32-2. What kind of discussion ?
33. Is there any use of the translation tool that is part of the ICD-11 Maintenance Platform ?
- Yes ----->Please answer the question below
 - No ----->Please go to No.36
- 33-1. Who is using the translation tool ? (e.g., ministry of health, coordination agency, contractor)
- 33-2. Did you coordinate or request something to WHO for using of the translation tool?
- Yes ----->Please answer the question below
 - No
- 33-2-1. If possible, please specify
34. Who is assigned the role of Reference Translator ? (e.g., ministry of health, coordination agency, contractor)
35. Who is assigned the role of General Translator ? (e.g., ministry of health, coordination agency, contractor)
36. What tool did you use other than the translation tool to translate?
37. What did you do with the words that did not correspond to your language or couldn't be translated one-on-one?
38. Other issues in translating

Section 3: Others

39. What is your country's policy on dissemination, popularization, and education method for the implementation of ICD-11? Please let us know even if there is no change or it is undesided.

40. Please let us know if you have any challenges or issues regarding patient data collection in your country.

内科系

※ICDコードの英数字・記号は「半角」、半角英字は「大文字」で入力して下さい。

患者 連院時 年齢	患者 連院時 性別	入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	連院時診断		ICD-10 コード	ICD-11 コード	連院時状況	連院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
					※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	※左記の病名を記載する必要がある					
23歳	男	<p><プロフィール> 23歳男、会社員、独身</p> <p><現病歴> 2ヶ月前に風俗店に入店。4日程前から上腹部不快感と食欲低下あり。友人から結核の病歴を指摘され、近医を受診。黄疸とAST、ALT上昇を指摘され翌日当院内科を紹介初診した。</p> <p><既往歴> 特になし</p> <p><嗜好> 機会飲酒、喫煙せず</p> <p><家族歴> 肝疾患なし</p> <p><入院時現症> 身長173cm、体重66kg、意識清明、見当識正常。眼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸あり。胸部異常なし。腹部平坦、軟、右臍肋下に軽度の圧痛あり。手掌紅斑なし。</p> <p><入院時検査所見> WBC 5370/μL、Hb 12.5g/dL、Ht 39.0%、RBC 450×10⁴/μL、Plat 28.6×10⁴/μL、PT 86% T: Prot 6.5g/dL、Alb 3.8g/dL、T: Bil 6.2mg/dL、D: Bil 4.9mg/dL、AST 828、ALT 1921、LDH 309、ALP 376、GGTP 182、T: Chol 108mg/dL、Glc 90mg/dL IgM-HA抗体 <0.40(-)、HBs抗体 4320 IU/mL(+)、IgM-HBe抗体 32.5(+)、HBV DNA 4.6 LogIU/mL、HBV-ゲノタイプ。</p>	<p>HBs抗原陽性、IgM型HBs抗体陽性から急性B型肝炎と診断した。PTの低下はなから急性肝臓病も認めず、重症化・劇症化の兆候はなかった。入院後補液と安静で経過観察とした。入院3日目から食欲が改善した。入院20日目にT: Bil 2.3 mg/dL、AST 35、ALT 82まで低下し、翌日退院した。外来でHBs抗原が陰性化するまで経過を追う。</p>	なし						日常生活自立	
23歳	男				主病名						
					その他の病名①						
					その他の病名②						
					その他の病名③						

患者 年齢	患者 性別	入院までの経過 (病歴・既往症・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	主病名	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
69歳	男	<p><プロフィール> 元会社員、妻と同居、ADLは自立しているが、歩行に杖を必要とする。</p> <p><病歴> 65歳に左内側の脳梗塞を発症し入院加療。退院後は歩行で自宅療養していたが、最近易疲労感、食欲不振、体重減少を認め、近医受診し、低Na血症と貧血を認められ、A病院にて紹介された。</p> <p><既往歴> 55歳 2型糖尿病・合併症なし 65歳 左脳梗塞 アルコール 晩酌 ビール350ml/日 喫煙 60歳で発症 <家族歴> 父 高血圧症 母 2型糖尿病 <入院時現症> 身長165cm 体重60kg(BMI 22) 体温37.0°C 血圧107/69mmHg 脈拍 98/分 整 意識清明、表在リンパ節触知せず、心雑音なし、呼吸音異常なし、腹部異常なし、右不全片麻痺あり。</p> <p><入院時検査所見> 末梢血 正球性正色性貧血 (Hb9.9g/dl)、白血球数7800/μL(好中球52%、リンパ球38%、好酸球8%)、CRP4.4mg/dl、Alb 2.5g/dl、Na129mEq/L、K5.1mEq/L、Cl 101mEq/L、空腹時血糖99mg/dl、HbA1c5.1%、AC/TH 450pg/mlと上昇し、血中コルチゾール4.0μg/dlと低下あり。</p>	<p>入院後腹部CTにて両側副腎にそれぞれ4cm大の腫瘍あり。軽度大の腫瘍と腹部大動脈周囲のリンパ節の腫大を認め、FDG-PETにて副腎およびリンパ節に集積を認めた。血液検査と合わせて副腎不全と診断され、ステロイドホルモン剤の投与を開始された。腹部のリンパ節の生検にて、大空円形の核で明瞭な核小体を示す異型リンパ球様細胞のびまん性増殖を認め、免疫組織染色の結果、CD20陽性、CD3・CD5・CD30・CD45RO陰性で、非ホジキンリンパ腫、びまん性大細胞性リンパ腫と診断され、リンパ腫と診断され、リンパ腫と診断され、リンパ腫と診断され、リンパ腫と診断された。</p>	<p>腫瘍内リンパ節生検</p>	<p>主病名</p>				日常生活自立	
69歳	男				その他の病名①			独歩退院		
					その他の病名②					
					その他の病名③					

患者 通院時 年齢	患者 通院時 性別	入院までの経過 (病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	通院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要があるありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	通院時状況	通院時状況のICD-11 V章コード ※左記の状況をコーディング	
58歳	女	<p><プロフィール> 58歳女性 夫と二人で食堂経営</p> <p><病歴> 48歳時、住民健康診断で高血圧、高脂血症、2型糖尿病を指摘され、近くの内科医院に通院、薬物治療が開始された。食事療法、運動による減量を指示されたが、仕事が多忙で運動はできていない。服薬もばしは抜けることがあり血糖コントロールは不良であった。最近、視力の低下も訴えており、精査および今後の治療方針決定のため紹介され入院。</p> <p><既往歴> 上記以外特記すべきもの無し。</p> <p><嗜好> 喫煙なし。飲酒 週に2-3回ビール1本</p> <p><家族歴> 父母ともに高血圧</p> <p><入院時現症> BMI: 30 脈拍数 78/分、呼吸数 20/分、血圧 148/90mmHg</p> <p><入院時検査所見> 随時血糖: 189mg/dl HbA1c: 10.2% 総コレステロール: 294mg/dl HDLコレステロール: 40mg/dl 中性脂肪: 278mg/dl</p>	<p>1400Kcal/日の食事療法が開始され、生活スタイル改善の指導が行われた。降圧薬、スタチン剤は従来通りで継続されたが、糖尿病については経口薬は一旦中止され、インスリン治療を開始した。眼底検査では、眼底に軟性白斑に加え、網膜内小細血管異常が認められ、重症糖尿病網膜症と診断された。血糖コントロールは改善したため、一旦退院、外来で引き続き治療の方針となった。</p>	なし	主病名				日常生活自立	
58歳	女				その他の病名①					
					その他の病名②					
					その他の病名③					

患者 通院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (種別歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	通院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ずかつの病名を記載する必要があるありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	通院時状況	通院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
20歳	男	<p><プロフィール> 大学生、両親、妹と同居、ADLは入浴などに声かけが必要</p> <p><現病歴> 1年前から誘引なく自宅に引きこもるようになり、6か月前から独り言、幻聴、被害妄想を訴えるようになった。4か月前に近医受診も定期的に通院せず、入院当日の朝、「幻聴に命令されて」父親に殴りかかったため受診。</p> <p><既往歴> 特記なし</p> <p><嗜好> 喫煙：なし、飲酒：なし</p> <p><家族歴> 母方祖母が統合失調症</p> <p><入院時現症> 身長：178cm 体重：65kg 体温：36.2度 意識清明 瞳孔：等大 脈拍：72/min 血圧：122/84mmHg 肺拍：正常 言語幻聴、被害妄想、統合失調、自閉的 生活、易怒性、感情の平板化が認められた</p> <p><入院時検査所見> 血液検査：異常なし 頭部CT：異常なし</p>	<p>初発の統合失調症の診断で入院。抗精神病薬を中心とした薬物療法を行った。精神症状は改善し、生活は自立して行うことが出来るようになった。30日目に自宅退院となった。</p>	なし					日常生活自立	
症例1-4					主病名					
					その他の病名①					
					その他の病名②					
					その他の病名③					

患者 退院時 年齢	患者 退院時 性別	入院までの経過 (病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要があるありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
55歳	男	<p><プロフィール> 会社員(営業職) 妻、子ども2人と同居、ADL全自立</p> <p><病歴> 10年前より高血圧、高コレステロール血症の為、近医(* *クリニック)で内服治療を受けていた。血圧のコントロールは比較的良好であったというが、脂質管理については不明。入院当日の朝、商用で外出しバス時刻が迫っていた為、駆け足でバス停に向かった時、突然胸痛の発症が出現、意識が薄らぐような感じがしてうずまってしまった。通りかかった人が救急車を要請し、緊急搬送された。</p> <p><既往歴> 22歳時に虫垂炎→虫垂切除術</p> <p><嗜好> 喫煙：1日20本48年間 飲酒：焼酎1-2杯週に5-6日</p> <p><家族歴> 父 胃がんにて66歳で死亡 母 大腸がんにて74歳で死亡 弟 高血圧</p> <p><入院時現症> 身長：172cm 体重：75kg 体温：36.0度 意識清明、苦悶状 血圧：164/96mmHg 脈拍：100/min 呼吸数：30/min SpO2 92% (room air) 心音：第Ⅲ、第Ⅳ心音聴取、心雑音なし 呼吸音正常</p> <p><入院時検査所見> 心筋トロポニンT：1.1ng/ml, CK-MB58U/L 心電図：V1-3 ST上昇 心室性期外収縮(PVO)散発 胸部X線写真：心拡大なし。肺野を軽度認めらる。</p>	<p>急性心筋梗塞を疑い救急外来より直接心カテ室へ搬送。緊急冠動脈造影にてLAD(左前下行枝) #6の99%狭窄を確認。そのまま緊急経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行。同部より多量の赤色血塊吸引後、TIMIsの血流再導通に成功。薬剤吐出性ステント(Cypher 2.5×3.5)植入にて0%へ。合併症無く治療完了。CCUに収容。リハビリテーション開始後も有意の合併症なく順調に経過。CK-MBピーク値1350U/L。2日後に一般病棟に転科。モニタリング下にてPVCの散発あり。時に3連発を認める状態であったため、7ミタロを開始。4日目はモニタリングのPVCもほぼ消失した。</p>	<p>緊急冠動脈介入留置術(LAD#6:φ2.5mm×20mm DES)</p>	<p>主病名</p> <p>その他の病名①</p> <p>その他の病名②</p> <p>その他の病名③</p>				日常生自立	

患者 年齢	患者 性別	入院までの経過 (種別歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
68歳	男性	<p><プロフィール> 定年退職後、年金暮らし、妻と二人暮らし</p> <p><現病歴> 9年前に心筋梗塞にて冠動脈に複数のステント挿入した。高血圧、高脂血症、高尿酸血症、2型糖尿病の合併あり。服薬管理されていたが、服薬のアドヒアランスはよくなくかつた。1年目から労作時息切れが出現するようになり利尿剤の服用が追加されていたが、下腿のむくみが強くなり、夜間の呼吸困難、頻尿、不眠、労作時呼吸困難を訴え来院した。</p> <p><既往歴> 52歳時に胃がんにて内視鏡手術。</p> <p><嗜好> 喫煙、1日10本50年間 飲酒:ビール350ml1本、焼酎1-2杯、週に5-6日</p> <p><家族歴> 父:突然死50歳で死亡、母:心筋梗塞あるも95歳生存認知症、弟:心筋梗塞、糖尿病、高血圧</p> <p><入院時現症> 身長:165cm 体重:75kg 体温:38.0度 意識清明 顔色不良、脈拍:120/min 不整 呼吸数:28/min SpO2 92% (room air) 心雑音あり 両側下肺野に湿性啰音を聴取した。下肢むくみあり。</p> <p><入院時検査所見> 心筋トロポニンT:0.25ng/ml CK-MB:15U/L Cr:2.7mg/ml BNP 1350ng/ml 心電図:心房細動、QRSは完全左脚ブロック心室性期外収縮(PVC)散見。肺野X線写真:心拡大あり、心肺動比65%。肺野血を認める。</p>	<p>心筋梗塞後の心不全の構造的診断され、ドプラレドックス特種造影、利尿剤の静脈内投与、利尿剤は改善したが、心房細動による頻脈は改善せず、β遮断剤に加えアミオダロンが開始された。状態が安定化して冠動脈造影施行、5年前のステントは冠動脈#2、1本、左冠動脈#6、#7前下行枝に#6、#7に各1本、回旋枝に#11に1本挿入されていたが、ステント内再狭窄はないものの、他の冠動脈部位全体が動脈硬化増悪しており、冠動脈形成術の適応とはならなかつた。冠動脈右運動野における造影剤が認められた。リハビリが開始され、安定化したところ、心機能評価、左室駆出率は32%まで改善(入院時21%)したが、BNP400同室ベーンシグ機能付き植え込み型除細動器を植え込み型除細動器とした。退院時は独歩可能であったが、軽度の左側半身不全麻痺を認めた。</p>	冠動脈造影、両室ベーンシグ機能付き植え込み型除細動器植え込み				日常生活軽度支障必要	
68歳	男性		その他の病名①				独歩退院、歩行にやや制限		
68歳	男性		その他の病名②				植え込み型除細動器により生活制限あり		
68歳	男性		その他の病名③						

患者 退院時 年齢	患者 退院時 性別	入院までの経過 (病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
16歳	女性	<p><プロフィール> 両親は教師、学生、兄弟妹一人。</p> <p><病歴> 小学校の時から年に1~2回動悸を自覚していたが、気にならなかった。中学の時に約5分間持続する動悸があり近医受診したが心診察異常を待っているときと正常となり、心電図施行されるも問題ないとのことで経過観察となった。高校になり、体育の時間で短距離走中に動悸出現、血圧も低下し救急車にて病院へ搬送された。</p> <p><既往歴> 扁桃腺炎(7歳)</p> <p><嗜好> 辛い物が好き</p> <p><家族歴> 父に高血圧、母に甲状腺機能亢進症。</p>	<p>発作性上室性頻拍症と 診断、生理食塩水 500mlで静脈点滴確保 し、アテフロス10mgを働 き、暫く静注した。注射 後気分不快を訴え、3 分後5秒間の心停止を きたしてから心拍は回 復、洞調律となった。最 近の動悸発作の状態 を聴取すると月に数回 の数分持続する動悸 発作があるとのこと であった。今後のADLを 考慮し、電気生理学的 検査、カテーテルアブ レーションの方針となっ た。心エコー検査では 軽度のエフアエタイプ 奇形を疑う所見があっ たが、他に異常なかつ た。ホルター心電図で は頻脈発作はないが、 徐脈時にT波を認め た。第3病日に電気 生理学的検査施行。右 側房弁弁輪後壁に副 伝導路有するWPW症 候群(前次性)と診断さ れ、同部位に対する高 周波エネルギーによる カテーテル焼灼術施 行。成功した。術後経 過良好で第5病日に退 院した。</p>	電気生理学 医的検査・カ テーテル焼灼 術	<p>主病名</p> <p>その他の病 名①</p> <p>その他の病 名②</p> <p>その他の病 名③</p>				日常生活自立	
症例1-7										

患者 年齢	患者 性別	入院までの経過 (種別・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	主病名	その他の病 名①	その他の病 名②	その他の病 名③	退院時状況	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
39歳	女	<p><プロフィール> 専務婦人、夫、子ども1人と同居 ADI全自立</p> <p><現病歴> 4年前から右気胸を繰り返し、近医の呼吸器内科にて保存的に加療を受けていた。気胸は月経の数日後に発症し、徐々に再発期間が短くなってきている。今回も月経後翌日より右気胸が出現し、前医にて右肺の虚脱を認めた。外科的治療のため当院へ紹介となった。</p> <p><既往歴> 特記事項なし</p> <p><嗜好> ex-smoker;20~30歳、1~2本/日。 機会飲酒。(ほとんど飲まない)</p> <p><家族歴> 特記事項なし</p> <p><入院時現症> 身長:156cm 体重:45kg 体温:36.6度 意識清明、脈拍:72/min 呼吸数:30/min SpO2 92% (O2 1L吸入) 心雑音なし 呼吸音は右上肺野で減弱</p> <p><入院時検査所見> 胸部X線:右上肺野透過性亢進。右肺虚脱。胸部CT:既知の右気胸。明らかなブラはなし。右胸水を少量認め、一部は高吸収を呈し、血性胸水も疑われる。</p>	<p>右肺の虚脱はやや改善していたが、再発性の気胸であり、本人の希望もあつたことから手術を実施した。胸腔内観察では右上葉の臓刺胸膜に脆弱部位を認め、その部位を切除しサージセルシートで同部位を補強した。術後経過は良好で、12PODにパネンを抜去した。退院調整中に右下肢痛が出現し、腰椎MRI実施したところ、椎間板ヘルニアを認め、鎮痛剤内服とリハビリを実施し、疼痛改善され自宅退院となった。</p> <p>病理検査では悪性成分の近傍にエストロゲンレセプター、プロゲステロンレセプター陽性細胞が認められた。外来にて結果を説明する予定。</p>	<p>胸腔鏡下右 上葉部分切除術</p>	<p>主病名</p>	<p>その他の病 名①</p>	<p>その他の病 名②</p>	<p>その他の病 名③</p>	<p>長時間の起立保持がやや困難</p>	<p>長時間でなければ徒歩可能(屋内での歩行距離は徒歩で移動可)</p>	<p>退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング</p>

症例1-8

患者 退院時 年齢	患者 退院時 性別	入院までの経過 (病歴歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要があるありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V章コード ※左記の状況をコーディング	
62歳	男	<p><プロフィール> 62歳男性、2年前市役所を定年退職後、農業に従事。妻と二人暮らし。ADL全自立。</p> <p><病歴歴> 入院の3日前から心窩部に違和感を感じ、時々同部に軽度の痛みがあったが、段々右側の胸骨が漲くなり、入院前日に重症腰痛が出現。共についてはんでいたが、39°Cの発熱があり、意識朦朧となってきたため、救急車で搬送された。</p> <p><既往歴> 特記すべきもの無し。</p> <p><嗜好> 喫煙：10年前まで1日20本32年間 飲酒：焼酎1-2杯 5日/週</p> <p><家族歴> 父 高血圧 大腸がんにて66歳で死亡。 母 高血圧</p> <p><入院時現症> 意識朦朧、発汗著明で顔面蒼白、体温40.1°C、脈拍数140/分、呼吸数30/分 血圧98/60mmHg</p> <p><入院時検査所見> CRPとPOTの上昇、代謝性アシドーシスと呼吸性アルカローシスを認めた。</p>	<p>入院時バイタルからショックの診断で、全身炎症反応症候群として集中治療を開始した。腹部CT検査にて上行結腸周囲に多発する腫瘍を認め同範囲内腸管を認めた。血球凝集旅行後抗がん薬治療を開始した。血液検査の結果、クレアチンエラ園が同定された。抗腫瘍化学療法による治療で全身状態は改善し、2週間で退院となった。退院前の大腸内視鏡検査で上行結腸癌を確定された。</p>	なし	主病名	その他の病名①	その他の病名②	その他の病名③	日常生活自立	
症例1-9										

患者 通院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (種別歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	通院時診断 ※この他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ずかつの病名を記載する必要があるかもしれません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	通院時状況	通院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
59歳	男	<p><プロフィール> 59歳男性、会社員。</p> <p><現病歴> 84年頃から胃炎など近医に通院中であった。2日前から上腹部痛があり、1日前に近医を受診。黄疸、胆道系酵素の上昇を認め、翌日当院内科を紹介され初診、同日入院した。来院時腹痛は消失している。</p> <p><既往歴> 特記すべきことなし。</p> <p><嗜好> 機軸飲酒、喫煙せず。</p> <p><家族歴> 特記すべきことなし。</p> <p><入院時現症> 身長180cm、体重69kg、意識清明、体温38.2℃、眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄染あり。腹部平坦、軟、筋性防衛なし。右季肋部に圧痛あり。四肢に浮腫なし。</p> <p><入院時検査所見> WBC 12200/μL (好中球89%)、Hb 14.2g/dL、Ht 41.6%、RBC 415×10⁴/μL、Plt 18.0×10⁴/μL、PT 109%、T.Pot 78 g/dL、T.Bil 6.1 mg/dL、D.Bil 4.2 mg/dL、AST 57、ALT 36、ALP 1340、GTP 622、Gle 106 mg/dL、CRP 16.7 mg/dL、HBs抗原(-)、HCV抗体(-)、 胆汁及び血液培養：大腸菌を検出。 腹部エコー、腹部CT：総胆管内に複数の結石あり、肝内胆管拡張あり。</p>	<p>画像検査から総胆管結石による胆道系炎症と診断した。発熱、白血球増多とCRP上昇から急性胆管炎を伴っていると判断した。</p> <p>抗生物質(スルペラゾン)を開始するとともに入院当日ERCPを行い、十二指腸乳頭切開術(EST)と総胆管結石除去を行った。</p> <p>入院後白血球、CRP、胆道系酵素の上昇と黄疸は速やかに改善した。10日後抗生物質を中止し、翌日退院した。</p>	<p>乳頭切開術、 内視鏡的総胆管結石除 去術</p>	<p>主病名</p> <p>その他の病名①</p> <p>その他の病名②</p> <p>その他の病名③</p>					
59歳	男									
59歳	男									
59歳	男									

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要があるありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
12歳	男	<p><プロフィール> 中学1年生。成績は中下。小学6年GW明けから不登校だったが、中学1年1学期の欠席は11日のみ、部活はソフトテニス部。両親と本児の3人家族。両親からの本児への期待は高く、勉強努力を奨励する傾向がある。父親は海外赴任中で、月1回の頻度で帰国する。その都度、夜遅くまで本児の勉強をみている。</p> <p><病歴> 8月19日 マイコプラズマ肺炎の診断で紹介入院。抗生薬内服で症状改善し、3日間で退院。退院後は自宅で寝ていることが多かった。</p> <p>9月4日 嘔吐が2日間続き、小児科外来受診し、入院。頭部MRIはじめ検査に異常ななく、本人の話から、父からの心理的身体的虐待が判明し、児童相談所に一時保護のたかたちで9月6日に退院。退院時診断は嘔吐症。9月8日に児童相談所から自宅に戻った。</p> <p>9月9日 腹痛と息苦しさがありER経由で入院。本人の登校希望もあり、翌10日に退院。退院時診断は心身症。</p> <p>9月10日 入浴後に腹痛と息苦しさが出現したためER受診、入院となった。</p> <p><既往歴> 喘息で入院歴が1回あるが、最近4年間は投薬なしで発作なし。</p> <p><嗜好> スマホやゲームを何時間もやる。重度の偏食あり。</p> <p><家族歴> 特記事項なし。</p> <p><入院時現症> 心拍数79、呼吸数20、酸素飽和度99%、血圧100/60、GCS: E4 V5 W6 意識清明。呼吸音清明。喘鳴なし。触診では腹部軟。</p> <p><入院時検査所見> 血液検査異常なし。 WISC-IV知能検査 全検査IQ 87 言語理解72 知覚推理100 ワーキングメモリ85 処理速度104 (領域間の知的能力のアンバランスが非常に大きい)</p>	<p>入院後は嘔気を訴えることが嘔吐なく、食事摂取可能。頭痛腹痛を訴えなかった。医師の前では足を引くように歩くが、看護師に答える表情は笑っている。自分の興味本位で詳細な話をしたがる傾向があり、児童精神科医の診察によってマイペースでコミュニケーションの合いにくさ、素直さや感情を言葉で表現する能力の欠如、興奮過激など、自閉スペクトラム症の特徴が明らかにあった。</p> <p>1日のスケジュールを立て、勉強を促さないかは本人に判断させるようにして過ごすようにしたところ、体調不良を訴えることは次第に減ってきた。父親は本児の入院中に一時帰国期間が終わり、海外赴任先に戻った。病院からの半日登校、一時帰国での通学を経て、10月4日に退院となった。入院期間は25日。</p>	なし	主病名				退院時状況 独歩退院。運動能力に問題なし。	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング
12歳	男	<p><既往歴> 喘息で入院歴が1回あるが、最近4年間は投薬なしで発作なし。</p> <p><嗜好> スマホやゲームを何時間もやる。重度の偏食あり。</p> <p><家族歴> 特記事項なし。</p> <p><入院時現症> 心拍数79、呼吸数20、酸素飽和度99%、血圧100/60、GCS: E4 V5 W6 意識清明。呼吸音清明。喘鳴なし。触診では腹部軟。</p> <p><入院時検査所見> 血液検査異常なし。 WISC-IV知能検査 全検査IQ 87 言語理解72 知覚推理100 ワーキングメモリ85 処理速度104 (領域間の知的能力のアンバランスが非常に大きい)</p>	<p>入院後は嘔気を訴えることが嘔吐なく、食事摂取可能。頭痛腹痛を訴えなかった。医師の前では足を引くように歩くが、看護師に答える表情は笑っている。自分の興味本位で詳細な話をしたがる傾向があり、児童精神科医の診察によってマイペースでコミュニケーションの合いにくさ、素直さや感情を言葉で表現する能力の欠如、興奮過激など、自閉スペクトラム症の特徴が明らかにあった。</p> <p>1日のスケジュールを立て、勉強を促さないかは本人に判断させるようにして過ごすようにしたところ、体調不良を訴えることは次第に減ってきた。父親は本児の入院中に一時帰国期間が終わり、海外赴任先に戻った。病院からの半日登校、一時帰国での通学を経て、10月4日に退院となった。入院期間は25日。</p>	なし	その他の病名①			言語によるコミュニケーションが苦手。単純な質問には答えるが、複雑な会話は拒否する。	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
12歳	男	<p><既往歴> 喘息で入院歴が1回あるが、最近4年間は投薬なしで発作なし。</p> <p><嗜好> スマホやゲームを何時間もやる。重度の偏食あり。</p> <p><家族歴> 特記事項なし。</p> <p><入院時現症> 心拍数79、呼吸数20、酸素飽和度99%、血圧100/60、GCS: E4 V5 W6 意識清明。呼吸音清明。喘鳴なし。触診では腹部軟。</p> <p><入院時検査所見> 血液検査異常なし。 WISC-IV知能検査 全検査IQ 87 言語理解72 知覚推理100 ワーキングメモリ85 処理速度104 (領域間の知的能力のアンバランスが非常に大きい)</p>	<p>入院後は嘔気を訴えることが嘔吐なく、食事摂取可能。頭痛腹痛を訴えなかった。医師の前では足を引くように歩くが、看護師に答える表情は笑っている。自分の興味本位で詳細な話をしたがる傾向があり、児童精神科医の診察によってマイペースでコミュニケーションの合いにくさ、素直さや感情を言葉で表現する能力の欠如、興奮過激など、自閉スペクトラム症の特徴が明らかにあった。</p> <p>1日のスケジュールを立て、勉強を促さないかは本人に判断させるようにして過ごすようにしたところ、体調不良を訴えることは次第に減ってきた。父親は本児の入院中に一時帰国期間が終わり、海外赴任先に戻った。病院からの半日登校、一時帰国での通学を経て、10月4日に退院となった。入院期間は25日。</p>	なし	その他の病名②			中学1年生としては身の回りのことはできない、着替えはできるが、服いだ服を片付けることができない。言葉は、言われればできる。忘れ物が多い。	退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	
12歳	男	<p><既往歴> 喘息で入院歴が1回あるが、最近4年間は投薬なしで発作なし。</p> <p><嗜好> スマホやゲームを何時間もやる。重度の偏食あり。</p> <p><家族歴> 特記事項なし。</p> <p><入院時現症> 心拍数79、呼吸数20、酸素飽和度99%、血圧100/60、GCS: E4 V5 W6 意識清明。呼吸音清明。喘鳴なし。触診では腹部軟。</p> <p><入院時検査所見> 血液検査異常なし。 WISC-IV知能検査 全検査IQ 87 言語理解72 知覚推理100 ワーキングメモリ85 処理速度104 (領域間の知的能力のアンバランスが非常に大きい)</p>	<p>入院後は嘔気を訴えることが嘔吐なく、食事摂取可能。頭痛腹痛を訴えなかった。医師の前では足を引くように歩くが、看護師に答える表情は笑っている。自分の興味本位で詳細な話をしたがる傾向があり、児童精神科医の診察によってマイペースでコミュニケーションの合いにくさ、素直さや感情を言葉で表現する能力の欠如、興奮過激など、自閉スペクトラム症の特徴が明らかにあった。</p> <p>1日のスケジュールを立て、勉強を促さないかは本人に判断させるようにして過ごすようにしたところ、体調不良を訴えることは次第に減ってきた。父親は本児の入院中に一時帰国期間が終わり、海外赴任先に戻った。病院からの半日登校、一時帰国での通学を経て、10月4日に退院となった。入院期間は25日。</p>	なし	その他の病名③				退院時状況のICD-11 V重コード ※左記の状況をコーディング	

外科系

※ICDコードの英数字・記号は「半角」、半角英字は「大文字」で入力してください。

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で複数記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 及びコーディング ※症名の状況をコーディング	
80歳	男	<p><プロフィール> 妻と二人暮らし、子供2人はそれぞれ独立しADL自立</p> <p><嗜好> 喫煙歴なし、アルコール0.5合/日</p> <p><家族歴> 特記なし</p> <p><現病歴> 糖尿病、高血圧症にて近医より糖尿病薬投与中、軽度の貧血あり。上部消化管内視鏡検査にて胃がん発見され治療目的で当院紹介となった。</p> <p><初診時身体所見> 身長166cm、体重66kg、体温36.6℃、腹部平坦、圧痛なし、眼結膜黄変なし</p> <p><初診時現象> 血圧170/95、脈拍90/分</p> <p><初診時血液検査所見> WBC6850/mm³、Hgb11.2g/dl、Plt23x10⁴/mm³、CRP0.62/dl、HbA1c6.9%、CEA、CA19-9いずれも正常範囲</p> <p><上部消化管内視鏡所見> 胃前庭部に2/3房を占める2型病変あり生体の結果にて中分化腺癌の結果を得た</p> <p><腹部CT所見> 胃前庭部に造影効果を示す不整な壁肥厚を認めた。周囲脂肪織密度の上昇。所屬リンパ節腫大。多臓器転移所見は見られなかった。以上より胃進行胃癌として開腹手術目的にて入院となった。</p>	<p><手術所見> 入院2病日に手術施行。上部腹部正中切開。腹水なく肉眼的に漿膜外浸潤は見られなかった。胃腫門部切除・D2郭清、Billroth-I法再建を行い閉腹した。</p> <p><病理所見> 腫瘍径5x44mm、Type2 pap>tb2、切除断端に癌浸潤なく、PNO、LY1、V2、M0、H0、P0、T3(ss)、stageIIaであった。</p> <p><術後経過> 血圧、血糖値の大きな変動なく術後経過順調で入院13病日で退院となった。今後前医並びに当院双方で経過観察とした。</p>	胃腫門部切除	主病名				日常生活自立	
80歳	男				その他の病名①			徒歩退院		
					その他の病名②					
					その他の病名③					

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (疾病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で複数記入 ※必ず4つの病名を記載する必要はありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V字コード ※左目の状態をコーディング	
78歳	男	<p><プロフィール> 妻と二人暮らし、子供二人とも既婚、別居。キーパーソン：妻、元々ADLは自立</p> <p><現病歴> 2019年11月15日正午寝突然の頭痛、嘔気あり、改善せず、13時睡起、17時に呼び掛けに応答せず、妻が救急要請し当院に救急搬送された。</p> <p><既往歴> 高血圧、脂質異常症</p> <p><嗜好> 喫煙10本 x 50年、飲酒1合毎日</p> <p><家族歴> 父：脳卒中で死亡、母：肺癌で死亡</p> <p><入院時現症> 側眼、JCS30.GCS9(EZVIM6)、Hunt & Kosnik grade 3、WFNS grade4、血圧175/85mmHg、脈拍58、SpO2 96%</p> <p><入院時検査所見> 頭頸CTでSAH (Fishbein group 3)、MRA、脳血管造影で破裂左内頸動脈後交通動脈瘤を認めた。</p>	<p>破裂左内頸動脈瘤によるSAHと診断し、入院当日緊急開頭クリッピング術施行。Day 6、矢野あり、左中大脳動脈に脳血管攣縮を認め、造影CTでクリッピングによる脳血管攣縮解除術施行。脳血管攣縮による脳梗塞は認めなかつた。Day20水頭症となり、不穏状態となり、2019年12月20日脳室腹腔シャント術施行。手術は消失したが、軽度見当識障害を残し、2020年1月15日自宅に独歩退院した。mRS 2。</p>	<p>開頭左内頸動脈後交通動脈瘤クリッピング術、脳血管拡張術、脳室腹腔シャント術</p>	<p>主病名</p> <p>その他の病名①</p> <p>その他の病名②</p> <p>その他の病名③</p>				軽度記録ノ障害	
症例2-2								独歩		

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時病歴、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 のコード ※左側の状態をコーディング			
症例2-3	女性	<プロフィール> 夫と同居。一人娘は既婚、独立 <現病歴> 2018年1月より視力低下を自覚し、同月 19日近医眼科受診、両眼白内障手術適 応と判断され、当科を紹介され、2月14日 受診、3月9日入院。 <既往歴> 脂質異常症、高血圧 <嗜好> 燗酒あり、喫煙歴なし <家族歴> 父：前立腺癌で死亡、母：心筋梗塞で死 亡 <入院時現症> 両側視力低下、右0.06 (0.1)、左0.08 (0.1) <入院時検査所見> NS 2の両側核性白内障と診断。	2018年3月9日 右PEA+IOL 2018年3月11日 右PEA+IOL 施行、3月12日退院 した。	両側PEA+IOL	主病名				視力回復			
					その他の 病名①					独歩退院		
					その他の 病名②							
					その他の 病名③							

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で複数記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V型コード ※左側の状況をコーディング
31歳	男	<p><プロフィール> 小学校教師。独身、両親と同居。ADL全自立</p> <p><病歴> 小児期より右耳漏を反復。また同時期より右難聴を自覚していたが認知になり構想した。近視、耳鼻咽喉科受診し、鼓膜穿孔と中耳腔からの膿性耳漏の流出を指摘され、紹介受診した。</p> <p><既往歴> 20歳時に慢性副鼻腔炎にて両側内視鏡下副鼻腔手術</p> <p><嗜好> 飲酒：付き合い程度</p> <p><家族歴> 父親 難聴にて補聴器装用。</p> <p><入院時現症> 身長：165cm、体重：70kg、体温：36.2℃、バイタルサインに異常なし。</p> <p><入院時検査所見> 視診にて右鼓膜弛緩部の穿孔と真珠腫を認め、また穿孔部からの膿性分泌液を認めた。細菌培養検査では緑膿菌が検出された。聴力検査では右平均聴力は気導聴力60dB、骨導16dBであった。側頭骨CT検査にて右中耳腔は軟骨組織濃度で充満し、耳小骨の一部に欠損が疑われた。両側鼻腔中鼻道にポリープを認めた。</p>	<p>右鼓室形成術を施行した。中耳腔には真珠腫と肉芽組織が充満し、キヌタ骨の一部が欠損していた。病変を除去し、キヌタ骨を摘出した。耳小骨をよりキヌタ骨を再建、鼓膜は側頭筋により閉鎖した。術後経過は良好で、術後10日に退院した。</p>	<p>鼓室形成術(耳小骨再建)</p>	主病名			独歩退院	
					その他の病名①				
					その他の病名②				
					その他の病名③				

症例2-4

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時病歴、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要があるかもしれません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 のコード ※左側の状態をコーディング	
61歳	女	<p><プロフィール> 主婦。夫と同居。ADLは自立。</p> <p><現病歴> 2週間前より感冒様症状あり、市販の感冒薬を内服していた。5日前から結膜炎用薬を内服していた。その後急速に充血、口唇びらんを生じ、その後急速に全身に紅色皮疹、びらんが拡大し、発熱を伴うようようになったため当院受診し、即日入院した。</p> <p><既往歴> 高血圧症、糖尿病にて内服加療中</p> <p><嗜好> 特記事項なし</p> <p><家族歴> 父 脳出血にて72歳で死亡 母 腎不全にて80歳で死亡</p> <p><入院時現症> 身長:153cm 体重:52kg 体温:38.2度 意識清明、血圧:165/80mmHg 脈拍:80/min 呼吸数:24/min 眼球結膜充血・偽膜形成・眼球隆起 口腔粘膜・口唇びらん 顔面・体幹・四肢の約50%に紅斑・弛緩性水疱・びらん</p> <p><入院時検査所見> 白血球数:3000/μl(好酸球10%) CRP:3.6mg/dl 腹部の紅斑より皮膚生検施行し組織学的に表皮全層の壊死を認めた</p>	<p>スチーブンス・ジョンソン症候群より進展した中毒性表皮剥離死と診断し、救急死と考えられた感冒薬と中止した。ステロイドパルス療法(メチルプレドニゾン1000mg/日 3日)、γグロブリン療法(16g/日 5日)施行後、プレドニロン50mg/日投与を行い症状は改善傾向を示した。しかし、入院後18日目に発熱、血圧低下を生じ、メチルプレドニロン耐性黄色ブドウ球菌による敗血症性ショックを合併したため、バンコマイシン投与を行い症状は軽快した。眼科にて列しては、眼科で定期的に偽膜除去術、眼球隆起解除術、点眼を行った。プレドニロンは漸減し、入院後40日目で投与を終了し、後遺症を残さず回復した。</p>	偽膜除去術 眼球隆起解除術	主病名				日常生活自立	
61歳	女				その他の病名①			独歩退院		
61歳	女				その他の病名②					
61歳	女				その他の病名③					

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (疾病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要はありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V型コード ※左足の状況をコーディング
88歳	女	<プロフィール> サ高住入所中、キーパーソン：息子 <現病歴> 2016年より骨粗鬆症、多発性椎圧迫骨折、両膝OAで治療中。2019年7月4日自室内で転倒、受傷、歩行不能となり当院に救急搬送された。 <既往歴> 2003年脳梗塞、2008年3度AVブロックでPMI、2014年胃潰瘍 <嗜好> 喫煙歴なし、飲酒歴なし <家族歴> 父母とも脳卒中で死亡。妹：肺癌で死亡 <入院時現症> 歩行不能 <入院時検査所見> 意識清明、左股関節痛あり、左下肢運動制限あり <画像診断> 単純X線撮影：左大腿骨転子間部骨折あり 3DCT：左大腿骨転子間部粉碎骨折、転位著明	2019年7月6日骨接合術施行。術中にハイアスピリンを中止したが、貧血が進行し、RBC800ml輸血施行。手術翌日から外用予防のためリハビリテーション施行。術後1週で移乗・起立訓練開始、8月3日より至荷重開始、8月20日サ高住へ退院した。	大腿骨転子部骨折合術、 接合術、輸血、 リハビリテーション	主病名 その他の病名① その他の病名② その他の病名③			サ高住へ退院	
症例2-6									

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時病歴、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で記載記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 のコード ※左側の状態をコーディング
32歳	女	<p><プロフィール> 32歳女性、高校卒業後産後会社勤務。 28歳で結婚退職後、専業主婦。夫、子 1人、と3人暮らし。</p> <p><現病歴> 2週間ほど続く腹部膨満感を主訴に近 医を受診。腹部腫瘍を指摘され紹介さ れた。精査のために入院。</p> <p><既往歴> 会社の定期健康診断で軽度の腎機能 障害を指摘されたことがあるが特に後 遺は受けていない。</p> <p><嗜好> 喫煙・飲酒なし</p> <p><家族歴> 母 慢性腎不全で透析治療を受けてい る。</p> <p><入院時現症> 脈拍数 80/分、呼吸数 24/分 血圧 148/94mmHg 同側季肋部から同側側 腰部に腫瘍を触知し、軽度の圧痛を認 める。</p> <p><入院時検査所見> 尿所見に異常なし。 BUN28mg/dl Cr:1.6mg/dl 腹部超音波検査および腹 部CT検査で同側腎実質に多数の囊胞 を認める。腎盂の拡張は認めない。</p>	<p>多発性囊胞腎の診 断で、高血圧に対す る薬物治療を開始し た。頭部MRI検査で 右中大脳動脈に動 脈瘤を認めた。血圧 のコントロールは良 好で、外来で経過観 察の方針で退院と なった。</p>	なし	主病名			日常生活自立	
32歳	女	<p><既往歴> 会社の定期健康診断で軽度の腎機能 障害を指摘されたことがあるが特に後 遺は受けていない。</p> <p><嗜好> 喫煙・飲酒なし</p> <p><家族歴> 母 慢性腎不全で透析治療を受けてい る。</p> <p><入院時現症> 脈拍数 80/分、呼吸数 24/分 血圧 148/94mmHg 同側季肋部から同側側 腰部に腫瘍を触知し、軽度の圧痛を認 める。</p> <p><入院時検査所見> 尿所見に異常なし。 BUN28mg/dl Cr:1.6mg/dl 腹部超音波検査および腹 部CT検査で同側腎実質に多数の囊胞 を認める。腎盂の拡張は認めない。</p>			その他の 病名①				
32歳	女	<p><既往歴> 会社の定期健康診断で軽度の腎機能 障害を指摘されたことがあるが特に後 遺は受けていない。</p> <p><嗜好> 喫煙・飲酒なし</p> <p><家族歴> 母 慢性腎不全で透析治療を受けてい る。</p> <p><入院時現症> 脈拍数 80/分、呼吸数 24/分 血圧 148/94mmHg 同側季肋部から同側側 腰部に腫瘍を触知し、軽度の圧痛を認 める。</p> <p><入院時検査所見> 尿所見に異常なし。 BUN28mg/dl Cr:1.6mg/dl 腹部超音波検査および腹 部CT検査で同側腎実質に多数の囊胞 を認める。腎盂の拡張は認めない。</p>			その他の 病名②				
32歳	女	<p><既往歴> 会社の定期健康診断で軽度の腎機能 障害を指摘されたことがあるが特に後 遺は受けていない。</p> <p><嗜好> 喫煙・飲酒なし</p> <p><家族歴> 母 慢性腎不全で透析治療を受けてい る。</p> <p><入院時現症> 脈拍数 80/分、呼吸数 24/分 血圧 148/94mmHg 同側季肋部から同側側 腰部に腫瘍を触知し、軽度の圧痛を認 める。</p> <p><入院時検査所見> 尿所見に異常なし。 BUN28mg/dl Cr:1.6mg/dl 腹部超音波検査および腹 部CT検査で同側腎実質に多数の囊胞 を認める。腎盂の拡張は認めない。</p>			その他の 病名③				

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (既往歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で複数記入 ※必ず4つの病名を記載する必要はありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V型コード ※左側の状況をコーディング	
症例2-8	42歳	女	<p><プロフィール> 会社員(事務職)夫、子供2人(28,30歳) 普通(分岐)ADL自立</p> <p><現病歴> 不正出血にて近医受診。内服生検にて 精内腫瘍G1。精査目的にて当院紹介。 CTにて遠隔転移なし。MRIにて子宮筋 腫浸潤。腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術予 定にて入院。</p> <p><既往歴> 花粉症(スギ) 悪性腫瘍に伴う貧血</p> <p><嗜好> 機会飲酒</p> <p><家族歴> 父 糖尿病にて加療中 母 高血圧にて 加療中</p> <p><入院時現症> 不正出血持続中。遠隔転移なし、リンパ 節腫大なし。</p> <p><入院時検査所見> CEA 27.7 CA19-9 3500 CA125 76.4</p>	<p>〇/〇〇日腹腔鏡下 子宮悪性腫瘍手術 施行し輸血施行。その 後痛み、内服加療にて 軽快。食血も改善し 術後5日目に退院。</p>	<p>腹腔鏡下子宮悪 性腫瘍手術、保 存血輸血</p>	主病名			独歩退院	
					その他の 病名①					
					その他の 病名②					
					その他の 病名③					

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時病歴、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で診断記入 ※必ず4つの病名を記載する必要がある	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 のコード ※左側の状態をコーディング
43歳	女	<プロフィール> 主婦 夫、子ども(5歳女児)と同居 <現病歴> 第1子分娩時前置胎盤にて帝王切開術 施行。既往帝王切開術の為近医より紹 介。 <既往歴> 前置胎盤 38歳 帝王切開術にて女兒 2750g <嗜好> 特記事項なし <家族歴> 父2型糖尿病 <入院時病歴> 妊娠39W6日 <入院時検査所見> BPI23/69 HRI108 BT36.3 RR16 経 膈エコーEFBW:2804g(-0.1SD)、 MVP 6cm	O/00日(39週4 日)選択的帝王切開 術施行。18時16分 3018g男児出生。ア プカースコア1分/8 点、5分/9点。母体 出血(羊水込み) 1355ml。術後2日目 より母子同室。術後 7日目に術後経過良 好にて母子共に退 院。	帝王切開術(選 択切開)					
43歳	女				主病名			独歩退院	
					その他の 病名①				
					その他の 病名②				
					その他の 病名③				

患者 退院時 年齢	患者 性別	入院までの経過 (疾病歴・既往歴・入院時現症、等)	入院経過	手術・手技	退院時診断 ※その他の病名はわかる範囲で複数記入 ※必ず4つの病名を記載する必要はありません	ICD-10 コード	ICD-11 コード	退院時状況	退院時状況のICD-11 V型コード ※左足の状況をコーディング	
1歳4ヶ月	女	<p><プロフィール> 1歳4ヶ月の女児。 父親、母親、本児の3人家族。 妹歩は1歳0ヶ月。運動活発で、最近ほ キッチン台に手が届くようになっていた。</p> <p><現病歴> 自宅で母親がミルクをキッチン 23時頃、自室で母親がミルクをキッチン 台の端で温めていた。遊んでいた本児 の手が触れ、沸騰していた鍋がひっくり 返り、高温のミルクが本児の左顔面から 首にかけてかかった。受傷部を母親が 濡れたタオルで冷やしたのち、ERIを受 診、入院となった。</p> <p><既往歴> アレルギーなし。養育発達は年齢相当。 予防接種はスケジュール通りに接種 済。</p> <p><嗜好> 特記事項なし。</p> <p><家族歴> 特記事項なし。</p> <p><入院時現症> 体温37.2℃、SpO2 98%。毛細血管再充 満時間11秒。 身長74.8cm 体重8.4kg 診察時啼泣あり。頬縁合い、追視可能。 左眼瞼、耳介に発赤腫脹あり。 左眉毛周囲、下顎に水疱あり。 左顔面 第Ⅱ度熱傷、6%TBSA。</p> <p><入院時検査所見> 血液検査：特記事項なし。 眼科検査：角膜上皮障害なし。</p>	<p>皮膚科外来にて生 食洗浄を行い、ステ ロイド軟膏を塗布 し、劇痛用吸入バツ ドを貼付した。 補液および第一世 代セフェム系抗菌薬 の静注投与を施行な った。 発熱なく、処置時以 外は種々よく、経口 摂取可能であった。 左眼瞼の腫脹は軽 快し、開眼できるよ うになった。 軟膏の塗り方と内服 薬に関する説明に 加えて、事故予防の 指導を行った。 退院後は1週間後に 皮膚科外来受診、経 過がよければ近医 に紹介する方針と した。 入院期間は3日。</p>	なし	<p>主病名</p> <p>その他の 病名①</p> <p>その他の 病名②</p> <p>その他の 病名③</p>				<p>室内歩行は自由 に可。階段は手 をつけば乗り降り 可。</p> <p>意味のある単語 を5つ程度使い分 ける。簡単な指 示を理解できる。</p> <p>経口摂取可。手 つかみで面形物 を口に入れるほ か、自分でス プーンを少し使え る。</p> <p>排泄はおむつ。 排泄後に動作で 知らせる。 蛇口から出る水 で遊ぶ。手を洗 うのは母親の介助 が必要。</p>	

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

	1	2	3	4	5	6
Country	Vietnam	France	Nepal	Lao PDR	Thailand	Republic of Korea
Position and organization	Principle Officer, Medical Service Administration, Ministry of Health of Vietnam	Centre for epidemiology on medical causes of death, from the National Institute on health and medical research	Bp Koirala Institute of Health Sciences	Deputy Director of Planning and Cooperation Department Ministry of Health	Thai WHO-FIC Collaborating Center, Bangkok, Thailand	Sungkyunkwan University
1. What kind of institution is your centre? (e.g., ministry of health, university, laboratory)	Ministry of Health	Research institute	Deemed University	Ministry of Health	Ministry of Public Health	
1-1. Are there any institution(s) that cooperate with your centre? Please specify the division of roles between the institution(s) and your centre as well.	WHO Office in Vietnam	French hospital data agency (ATIH), French Numeric Health Agency (ANS), National Health data fund (Cnam), French public health school (EHESP). CépiDc is the head of the WHOCC, and is specialized in ICD and mortality statistics.	Tertiary Level Hospital serving the eastern region of Nepal	Department of Health and Rehabilitation		
2. Do you have mortality statistics in your country?	No→Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2-1. What are you using for the mortality coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)	ICD-10 WHO 2014 version	ICD-10	ICD-10	ICD10	ICD-10 2016	ICD-10
2-2. Are there any laws for mortality statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2-2-1. If possible, please let us know the details of the law for the above.	We not yet implement MCOD form of WHO	France is engaged with WHO since 1968 to use the last revision of ICD for ICD coding, and the European regulation n° 328/2011 is also asking the same.				Family registration law
3. Do you have morbidity statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3-1. Which institutions are covered in the morbidity statistics?	Public and private hospitals (except general practitioners)	Public and private hospitals (except general practitioners)	All public hospitals	All public hospitals	Public and private hospitals (except general practitioners)	All medical care institutions (including general practitioners)
3-2. Which patients are covered in the morbidity statistics?	Outpatients only, Inpatients only	Outpatients and inpatients	Inpatients only	Outpatients and inpatients, Surveillance system	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients
3-3. Which diseases are covered in the morbidity statistics?	All diseases	All diseases	Selected diseases	Selected diseases	All diseases	All diseases

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Vietnam	France	Nepal	Lao PDR	Thailand	Republic of Korea
3-4. What are you using for the morbidity coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)	ICD-10 WHO 2014 version	ICD-10	ICD-10	start using ICD10	ICD-10-TM 2016	ICD-10 2014, KCD-7(Korean version ICD-10)
3-5. Is there any institution that collects and utilizes the morbidity data?	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below
3-5-1. What kind of an institution is it?	Public institution	Public institution	Public institution	Public institution	Public institution	Public institution
3-5-2. Please specify the name of the institution.	Medical Service Administration, (under) MOH Vietnam	ATH	BP Koirala Institute of Health Sciences	Health Information division Ministry of Health	Ministry of Public Health	Korea Disease Control and Prevention Agency, National Cancer Center
3-6. Are there defined data items like a dataset to collect data?	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below
3-6-1. How many data items are there? (When there are many items, the approximate number is fine)	312 diseases group	50	40-50	1000	1000	Inpatient and outpatient's statistics, Emergency care statistics, Cancer Registry statistics
3-6-2. Data collection method	Electronic	Electronic	Electronic	Electronic	Electronic	Electronic
3-7. Is the information disclosed?	Yes (unlimited)	Yes (unlimited)	Yes (limited) -----> Please answer the question below	Yes (unlimited)	Yes (unlimited)	Yes (limited) -----> Please answer the question below
3-7-1. Please describe how the disclosure is restricted.	Medical Statistic book	Open data for aggregated statistics. Through a secured system for personal data.	On written request to authority	any one that have username and password to access to DHIS2		Disclosure is restricted under the Privacy Act.
3-8. Data utilization	Data available to anybody for utilization	Data available to anybody for utilization	Limited ----->Please answer the question below	Data available to anybody for utilization	Limited ----->Please answer the question below	Limited ----->Please answer the question below
3-8-1. Please describe how the use of data is restricted.	Policy making	Permanent and full access for public health administrations and agencies. Project based access for private research and others.	Researches approved by ethical committee		For Ministry of Public Health Data Analysis	Disclosure is restricted under the Privacy Act.
3-9. Data Collection Cycle (e.g., everyday, monthly, yearly)	Yearly	monthly	Everyday	daily (event capture) and monthly (aggregate)	monthly	The medical institution collects information every day, but the period of monthly report and annual report is determined according to the type.
3-10. Disclosure Cycle of Data Statistics (e.g. Once or twice a year)	Once or twice a year	I do not know	Once a year	Annually health statistic report	Annually	once or twice a year by the type of statistics
3-11-1. Morbidity Statistics	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes
3-11-2. Data Collection and its Utilization	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Morbidity statistics	Law of Examination and Treatment	Social security code		Ministerial decree		Statistical law
Data collection and its utilization		Social security code		Unify system using DHIS2	Personal Data Protection Act	Statistical law
4. Are the special tabulation lists for mortality and morbidity used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below	No	No	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	No
4-1. What are they used for? What kind of plans are there?	to collect "Common Cause of death in community"			for planning	Statistics Production	

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Vietnam	France	Nepal	Lao PDR	Thailand	Republic of Korea
5. Is the instruction manual used in your country?	No	Yes -----> Please answer the questions below Volume 2 is used for mortality coding, through the use of Iris/Muse system. The idea is to maximize international comparability of mortality statistics.	Yes -----> Please answer the questions below To train and update	Yes -----> Please answer the questions below budget plan, annual report	Yes -----> Please answer the questions below Selection of causes of death, main condition	No
5-1. What is it used for? What kind of plans are there?	to collect "Common Cause of death in community"					
6. Are the derived classifications used in your country?	No	Yes -----> Please answer the questions below	No	No	No	No
6-1. What are they used for? What kind of plans are there?						
7. Are the related classifications used in your country?	No	Yes -----> Please answer the questions below	No	No	No	No
7-1. What are they used for? What kind of plans are there?						
8. Do you have your own taxonomy or glossary in your country?	No	Yes -----> Please answer the questions below	No	No	No	No
8-1. Is it your original or developed based on WHO's taxonomy or glossary?	Based on WHO's	Based on WHO's		Based on WHO's		
8-2. What is it used for? What kind of plans are there?		Iris French index is used to relate any nosologic expression to an ICD code.		to calculate key health indicator		
9. Are any issues being identified in the operation of the current ICD?	Yes -----> Please answer the question below	Yes -----> Please answer the question below	Yes -----> Please answer the question below	Yes -----> Please answer the question below	No	No
9-1. How are the issues being addressed?	Lack of training ICD-10 for hospital staffs	We think that the use of country specific terminologies do not help international comparability. The use of ICD-11 will harmonize this aspect.	Rolling out the ICD trainings to the targeted service providers	Translation and training ICD 10 to health staff		
10. When will ICD-11 be implemented in your country? If you have any specific plans, please let me know.		We hope to use to code death occurring in 2022 or 2023.		not yet implemented	Might be 2023	The ICD-11 content is currently under review, and plans to be implemented in approximately 2-4 years late.
11. ICD-11 implementation progress level in your country	Level 0: None	Level 2: Preparation started	Level 0: None	Level 1: Familiarized with its contents	Level 1: Familiarized with its contents	Level 1: Familiarized with its contents
12. What issues and challenges are there in your country regarding the implementation of ICD-11?	Translation into Vietnamese ; no link to current payment system using ICD-10 ; planning to implement DRG that using ICD-10 and ICD-9 CM Volume 3	To insure backward comparability with ICD-10 statistics. To train medical coders. To change death certifier's habits.	Difficulty in transition from ICD-10 to ICD-11	Migration of ICD-10 Database		
13. Do you have any plans to use the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions?	Yes	No	Considering		No	Considering
14. Please specify how it may be used in your country.	Translate into Vietnam		As there are Ayurveda and Homeopathic Medicine streams existing in the country			The basic classification for Traditional medicine

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Vietnam	France	Nepal	Lao PDR	Thailand	Republic of Korea
15. Are you using the ICF in your country?	Considering	Yes	No		Yes	Considering
16. Do you have any plans to use the Supplementary Section for Functioning Assessment?	Considering	Undecided	Considering		No	Considering
17. Please specify how it may be used in your country.	to implement in rehabilitation principles ;					
18. Do you have any education about the ICF in your country?	No	Undecided	No		Yes	Considering
19. Do you have any plans to use the Extension Codes?	Yes	Yes	No		No	Undecided
20. Please specify how the Extension Codes may be used in your country.	National EHR system					
21. What is the official language of your country?	Vietnamese	French	Nepali	Lao and English	Thai	Korean
22. In what language will ICD-11 be used in your country?	Vietnamese	French	Nepali	Lao	Thai, English	Korean and English
23. Do you have any plans to translate ICD-11 into your country's language?	Yes	Yes	Maybe	Maybe	Yes	Yes
24. What is the translation status? (except new supplementary chapters and sections)	Considering	Almost completed	Undecided		Considering	Considering
25. Translation of the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I	Considering	Considering	Undecided		No plans for translation	Considering
26. Translation of the Supplementary Section for Functioning Assessment	Considering	Completed	Undecided		No plans for translation	Considering
27. Translation of the Extension Codes	Considering	Undecided	Undecided		Undecided	Undecided
28. The date when the translation was completed or the expected date of completion					2023	Currently, there is no fixed date, and we hope it will be within 2-4 years.
29. What did you do to prepare for the translation work?	writing proposal to get funding from WHO or Government				Team organizing	
30. Institutions involved in the translation work	My Department (Medical Service Administration, MOH Vietnam)				Ministry of Public Health, Medical Schools	Institution will participate in the work if requested by the National Statistical Office, the governing administrative body.
31. If possible, please specify the occupation and approximate number of workers involved in the translation work.	NOS				25	
32. Are there any institutions that you needed to discuss with in completing the translation?	Yes ----->Please answer the question below	No			Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below
32-1. The people you needed to have discussions with, what are their occupation or which institutions do they belong?	Expertises in MOH's hospitals (University hospitals)				Medical Specialist	Doctors, Nurses, Health Information Managers and all kinds of specialists in healthcare organs.
32-2. What did you need to discuss?	To refining / turning the translation				Technical Terms	
33. Is there use of the translation tool that is part of the ICD-11 Maintenance Platform?	No ----->Please go to No.36	No ----->Please go to No.36	No ----->Please go to No.36		No ----->Please go to No.36	No ----->Please go to No.36

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Vietnam	France	Nepal	Lao PDR	Thailand	Republic of Korea
33-1. Who is using the translation tool ? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)						
33-2. Did the use of the translation tool require any coordination with WHO or requests made to WHO?	No					
33-2-1. If possible, please specify	We need word or excel version to distribute to translation committee					
34. Who is assigned to the role of Reference Translator? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)	ministry of health					
35. Who is assigned to the role of General Translator? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)	MoH's hospitals					
36. What other tool(s) did you use besides the translation tool for the translation?	Excel	Google translation and external tools.			none	It is difficult to describe the exact contents of the use of the translation tool because no definite plan has been made for the translation.
37. What did you do with the words that did not have any corresponding terms in your language or couldn't be translated one-on-one?					use English words	
38. Other issues in translation	budgeting					
39. What is your country's policy on communication, dissemination, and education method for the implementation of ICD-11? If there is no change to your country's existing policy or if it is still undecided, please state so.	we plan to translate and using ICD-11 in the coming year (~ 5 years)	The ANS will do the dissemination and develop education tools, which is new.	Undecided	under decide	Lead by Ministry of Public Health	The country's policy on communications, dissemination and training methods for implementing ICD-11, has not yet been finalized.
40. Please let us know if you have any challenges or issues regarding patient data collection in your country.	WHO has no ICD-11 tracking of revision (addenda)				none	

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

	7	8	9	10	11	12
Country	Bhutan	Sweden	INDIA	Nigeria	United States	Canada
Position and organization	Head- Health Research and Epidemiology, Ministry of Health	Expert Advisor to the Board of Health and Welfare, Sweden	Manipal Academy of Higher Education	Assistant Director HIM Services UMTH	MAS and Associates, Inc, and IPHIMA representative to WHO-FIC	Director, Canadian Institute for Health Information (CIHI)
1. What kind of institution is your centre ? (e.g., ministry of health, university, laboratory)	Ministry of Health	I have two positions: a) Division of Ministry of Health and b) Private Education Company, teaching ICD	UNIVERSITY			Data and information organization - responsible for the collection and reporting of pan-Canadian health care information
1-1. Are there any institution(s) that cooperate with your centre? Please specify the division of roles between the institution(s) and your centre as well.	All healthcare facilities in Bhutan		Many institutions			Statistics Canada (mortality)
2. Do you have mortality statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2-1. What are you using for the mortality coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)	ICD-10	ICD-10	ICD 10	ICD 10 CM	ICD-10-CM	ICD-10
2-2. Are there any laws for mortality statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	unmarked	Yes
2-2-1. If possible, please let us know the details of the law for the above.		Mortality mandatory collected to the National Death Registry Database	Registration of birth and deaths Act 1969	The law directs collection, collation and presentation from local, state and federal health institutions to federal ministry of health	Code Underlying cause of death as principal diagnosis	Provincial and territorial Vital Statistics Acts (or equivalent legislation) render compulsory the registration of all live births, stillbirths, deaths and marriages within their jurisdictions.
3. Do you have morbidity statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3-1. Which institutions are covered in the morbidity statistics?	All medical care institutions (including general practitioners), private diagnostic centers are not covered	Public and private hospitals (except general practitioners)	All medical care institutions (including general practitioners)	All medical care institutions (including general practitioners)	All medical care institutions (including general practitioners)	All public hospitals/ Others: CIHI sets the national standard for morbidity reporting in Canada and maintains, distributes and supports the application of ICD-10-CA (the Canadian modification of ICD-10). Statistics Canada supports the mortality application of ICD-10 and follows a separate governance structure.
3-2. Which patients are covered in the morbidity statistics?	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients
3-3. Which diseases are covered in the morbidity statistics?	All diseases	All diseases	Selected diseases	All diseases	All diseases	All diseases

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Bhutan ICD-10	Sweden Swedish version of ICD-10 2019	INDIA ICD 10	Nigeria ICD 10	United States ICD-10-CM	Canada ICD-10-CA (Canadian modification of ICD-10) Version 2018
3-4. What are you using for the morbidity coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)	No	Yes -----> Please answer the question below	Yes -----> Please answer the question below	Yes -----> Please answer the question below	No	Yes -----> Please answer the question below
3-5. Is there any institution that collects and utilizes the morbidity data?	Public institution	Public institution	Public institution	Public institution		Private institution
3-5-1. What kind of an institution is it?			Ministry of Health & Family Welfare	FMOH		Canadian Institute for Health Information at the national level. There are other institutions at the provincial level.
3-5-2. Please specify the name of the institution.	The National Patient Registry at the Swedish Board of health and Welfare					
3-6. Are there defined data items like a dataset to collect data?	Yes -----> Please answer the questions below	Yes -----> Please answer the questions below	Yes -----> Please answer the questions below	Yes -----> Please answer the questions below	No	Yes -----> Please answer the questions below
3-6-1. How many data items are there? (When there are many items, the approximate number is fine)			Vary from disease to disease	More than a thousand		For hospital data there are two: Discharge Abstract Database (DAD) and the National Ambulatory Care Reporting System (NACRS). There are other databases for other areas of the health system.
3-6-2. Data collection method	Electronic	Electronic	Paper based	Paper based		Paper based/Electric
3-7. Is the information disclosed?	Yes (limited) -----> Please answer the question below	Yes (limited) -----> Please answer the question below	Yes (unlimited)	No		Yes (limited) -----> Please answer the question below
3-7-1. Please describe how the disclosure is restricted.	Aggregated data are issued	Aggregated data are public		Only authorized		CIHI maintains bilateral agreements with each of the provinces and territories and data sharing agreements with other entities as needed.
3-8. Data utilization	Limited -----> Please answer the question below	Limited -----> Please answer the question below	Data available to anybody for utilization	Limited -----> Please answer the question below	Data available to anybody for utilization	Limited -----> Please answer the question below
3-8-1. Please describe how the use of data is restricted.	Publication of Annual Health Bulletin and specific indicators as and when required	Data must not be individually identified by end user. End user generally gets aggregated data		Research and ethic committee are the only approval body for the release of any data		Some non-identifiable aggregate data available via the CIHI website. Other data made available through a vetted data request process.
3-9. Data Collection Cycle (e.g., everyday, monthly, yearly)	monthly	monthly	Monthly as well as yearly	Fail, quarterly, bi-annually and annually		Ongoing with annual database closure
3-10. Disclosure Cycle of Data Statistics (e.g. Once or twice a Year)	Once a year	NA	Openly available after publishing	No disclosure		Annual
3-11-1. Morbidity Statistics	No	Yes	Yes	Yes	No	No
3-11-2. Data Collection and its Utilization	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Morbidity statistics	Including in the draft National Health Bill	Law governing the Patient Registry	The epidemic disease act of 1897	Research and ethic(National and local)		Canada has legislation at the federal and most provincial levels to protect personal health information
Data collection and its utilization			National Health Portal, NHFS	Local and national		
4. Are the special tabulation lists for mortality and morbidity used in your country?	No	No	Yes -----> Please answer the questions below	Yes -----> Please answer the questions below	No	No
4-1. What are they used for? What kind of plans are there?			Routine reporting purpose for MCCD	Confirmation of diagnostic codes		

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Bhutan	Sweden	INDIA	Nigeria	United States	Canada
5. Is the instruction manual used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	No	Yes ----->Please answer the questions below
5-1. What is it used for ? What kind of plans are there ?		ICD-10 Vol 2 used as basis for Swedish coding instructions	Routine reporting, coding and statistical purpose	It is used as a guide		
6. Are the derived classifications used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below		Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	No
6-1. What are they used for ? What kind of plans are there ?			Routine reporting, coding and statistical purpose	To cover tribe, religion, ethnicity etc	We use the CM edition for all coding, including death certificate	
7. Are the related classifications used in your country?		Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	No	No
7-1. What are they used for ? What kind of plans are there ?		ATC codes	Routine reporting, coding and statistical purpose	Like occupation		
8. Do you have your own taxonomy or glossary in your country?	Yes ----->Please answer the questions below	No	No	Yes ----->Please answer the questions below	No	Yes ----->Please answer the questions below
8-1. Is it your original or developed based on WHO's taxonomy or glossary?				Based on WHO's		Based on WHO's
8-2. What is it used for ? What kind of plans are there?				To code demographic information		Underlicensing agreement with the WHO. CHI enhances the classification on a three-year cycle, incorporating changes from the WHO and national requests for enhancements.
9. Are any issues being identified in the operation of the current ICD ?	No	Yes ----->Please answer the question below	No	Yes ----->Please answer the question below	No	No
9-1. How are the issues being addressed?	NA	Who shall do the primary coding: The doctors (physicians) or clinical coders. The issue has not been resolved.		Masha grate to ICD 11		
10. When will ICD-11 be implemented in your country? If you have any specific plans, please let me know.	2022	It has been established that Sweden will implement ICD-11 but the time plan is not yet established. Perhaps (my own guess:) by 2025/2026?	No clear information available	When WHO engage with us and currently IFHIMA is collaborating with WHO on ICD 11	Unknown	It has not been determined when ICD-11 will be implemented in Canada
11. ICD-11 implementation progress level in your country	Level 2: Preparation started	Level 2: Preparation started	Level 2: Preparation started	Level 0: None	Level 0: None	Level 2: Preparation started/Level 3: Pilots running
12. What issues and challenges are there in your country regarding the implementation of ICD-11?	NA	Main issue is how to update and change existing electronic tools and databases to accommodate for ICD-11 structure. Also the translation and total cost of implementation are under discussion.	Not sure	Acceptance and training issues	Whether or not to do a CM edition	Under review
13. Do you have any plans to use the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions ?	Yes	No	Undecided	Yes	Undecided	Undecided
14. Please specify how it may be used in your country.	Will be part of the electronic patient information system			Through training of HIM professionals		

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Bhutan	Sweden	INDIA	Nigeria	United States	Canada
15. Are you using the ICF in your country?	No	Yes	Yes	Yes	No	No
16. Do you have any plans to use the Supplementary Section for Functioning Assessment?	No	Yes	Yes	Yes	Undecided	Considering
17. Please specify how it may be used in your country.			Rehabilitation services	Training the trainers		Not yet determined
18. Do you have any education about the ICF in your country?	No	No	Yes	Yes	No	No
19. Do you have any plans to use the Extension Codes?	No	Yes	Undecided	Yes	Undecided	Yes
20. Please specify how the Extension Codes may be used in your country.		Routine use in diagnosis reporting, example histology, medications/drugs, detailed anatomy/topology, diagnosis type flagging etc etc		Coordination between the three tiers of government		To retain the level of specificity currently available in ICD-10-CA
21. What is the official language of your country?	English	Swedish	Hindi	English	English	English and French
22. In what language will ICD-11 be used in your country?	English	Swedish	English	English	English	English and French
23. Do you have any plans to translate ICD-11 into your country's language?	No	Yes	Maybe	Maybe	Not necessary	Yes
24. What is the translation status? (except new supplementary chapters and sections)	Section 3	Considering	Undecided	Completed	Section 3	Considering
25. Translation of the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I		No plans for translation	Undecided	Completed		No plans for translation
26. Translation of the Supplementary Section for Functioning Assessment		Considering	Undecided	Completed		Undecided
27. Translation of the Extension Codes		Considering	Undecided	Completed		Considering
28. The date when the translation was completed or the expected date of completion	NA	NA	Not sure	2022		Unknown at this time. Require WHO to release French translation to review and determine if it meets the needs of Quebec
29. What did you do to prepare for the translation work?		Discussion with professional translation company		HIM Expertise		N/A
30. Institutions involved in the translation work		Swedish Board of Health and Welfare		Education and HIM practitioners		N/A
31. If possible, please specify the occupation and approximate number of workers involved in the translation work.		NA		All medical personals with emphasis to HIM expertise		N/A
32. Are there any institutions that you needed to discuss with in completing the translation?		Yes	Yes	Yes		Yes
32-1. The people you needed to have discussions with, what are their occupation or which institutions do they belong?		Medical Association. Specialist sections.		Public and private including traditional practitioners		N/A
32-2. What did you need to discuss?		Terminology		Modus operandi		N/A
33. Is there use of the translation tool that is part of the ICD-11 Maintenance Platform?		Yes	Yes	Yes		No

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Bhutan	Sweden	INDIA	Nigeria	United States	Canada
33-1. Who is using the translation tool ? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)		Under discussion in the Board of Health and Welfare and Professional Contractor		Teaching and state hospitals		We have access to review but have not yet added content.
33-2. Did the use of the translation tool require any coordination with WHO or requests made to WHO?				Yes ----->Please answer the question below		No
33-2-1. If possible, please specify				WHO Country office		
34. Who is assigned to the role of Reference Translator? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)		Ministry of Health (MoH)		FMOH through WHO		WHO-FIC collaborating centre will be responsible for translation for morbidity
35. Who is assigned to the role of General Translator? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)		MoH		FMOH		
36. What other tool(s) did you use besides the translation tool for the translation?				PCS		N/A
37. What did you do with the words that did not have any corresponding terms in your language or couldn't be translated one-on-one?		We are not at that problem level yet		We use local codes		N/A
38. Other issues in translation						
39. What is your country's policy on communication, dissemination, and education method for the implementation of ICD-11? If there is no change to your country's existing policy or if it is still undecided, please state so.	Undecided	Undecided	Health ministry level training programs have been conducted		No change to existing policy	We have commenced communication/socialization about ICD-11 and engaged stakeholders to participate in field-trials to familiarize with ICD-11. As a decision about implementation has not been made, decisions about education methods to support implementation have also not be addressed.
40. Please let us know if you have any challenges or issues regarding patient data collection in your country.	We are in advance stage of development of ePS	The quality of the collected data is always an issue. We have no systematic audit mechanism.	Yes, duplication and difficulty in real time data collection			

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country Position and organization	13	14	15	16	17
	Australia Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)	Tanzania Health Records & Information Manager- Muhimbili National Hospital	Philippines Philippine Medical Records Association, Inc.	Barbados Medical Records Clerk at The Queen Elizabeth Hospital	Barbados HIM Coordinator , Barbados Community College
1. What kind of institution is your centre ? (e.g., ministry of health, university, laboratory)	National government agency	National Hospital - Under the Ministry of Health	Department of Health	Ministry of Health	Community College
1-1. Are there any institution(s) that cooperate with your centre? Please specify the division of roles between the institution(s) and your centre as well.	AIHW hosts the ACC and provides the Head and Secretariat. A number of other agencies cooperate, such as the Australian Bureau of Statistics (mortality), University of Sydney, Queensland University of Technology, and the Independent Hospital Pricing Authority (morbidity). All provide expert advice to the Centre and are active participants in the WHO-FIC Network and its Committees and Reference Groups.	WHO through Ministry of Health (TZ) hospital	Medical Records of each member hospital	The medical polyclinics across the island. The hospital is the main/centralized medical facility on the island, and so all information from these polyclinics are filtered to the hospital for various data collecting reasons.	Ministry of Health
2. Do you have mortality statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2-1. What are you using for the mortality coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)	ICD-10	ICD 10 (2016)	ICD-10 2014	ICD-10 2010, ICD-10 PCS	ICD-10
2-2. Are there any laws for mortality statistics in your country?	No	Yes	Yes	No	No
2-2-1. If possible, please let us know the details of the law for the above.		We do use ICD 10 for mortality statistics and medical certificate of causes of death is of WHO standards.	I am not familiar with all the details but under the sanitary code of the Department of Health, which all hospitals are practicing, all deaths should be registered at the Philippine Statistical office. All infectious diseases caused of death are cremated within 24 hours. All medico-legal cases should be autopsied. If a body part was amputated, the body part needs to be buried and have a death certificate with the annotation explaining what body part was amputated.		
3. Do you have morbidity statistics in your country?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3-1. Which institutions are covered in the morbidity statistics?	Public and private hospitals (except general practitioners)	All medical care institutions (including general practitioners)	All medical care institutions (including general practitioners); Public and private hospitals (except general practitioners); All public hospitals	There is only one public hospital on the island, and the morbidity statistics is done here along with the various governmental polyclinics across the island.	Random sampling of all medical care institutions
3-2. Which patients are covered in the morbidity statistics?	Inpatients only	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients	Outpatients and inpatients
3-3. Which diseases are covered in the morbidity statistics?	All diseases	All diseases	All diseases	All diseases	All diseases

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Australia	Tanzania	Philippines	Barbados
3-4. What are you using for the morbidity coding? (e.g., ICD-10 2014, ICD-11)	ICD-10-AM (Australian Modification) 11th edition (from 1 July 2019)	ICD 10 (2016)	ICD-10	ICD-10 2010 and ICD-10 PCS
3-5. Is there any institution that collects and utilizes the morbidity data?	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below	Yes ----->Please answer the question below
3-5-1. What kind of an institution is it?	Public institution	Public institution	Public institution	Public institution
3-5-2. Please specify the name of the institution.	Australian Institute of Health and Welfare; Independent Hospital Pricing Authority	Ministry of Health through its research Institutes such NIMR and IHI	Department of Health, Local Civil Registrar's Office, Philippine Statistics Office	Ministry of Health, PAHO, Q.E.H
3-6. Are there defined data items like a dataset to collect data?	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	No
3-6-1. How many data items are there? (When there are many items, the approximate number is fine)	58	More than thousand data	1 monthly data and 1 annual data per hospital (paper based & electronic data collection method)	No
3-6-2. Data collection method	Electronic	Electronic	Electronic	Electronic
3-7. Is the information disclosed?	Yes (limited) -----> Please answer the question below	No	Yes (limited) -----> Please answer the question below	No
3-7-1. Please describe how the disclosure is restricted.	Data collections held at AIHW are de-identified (name, date of birth, address; medicare number, Patient ID are suppressed).	Data are disclosed only to the authorized person or institutions after management approval	Privacy Act	Only certain individuals are privileged to seeing certain information. The I.T department has in place restrictions on individuals when they use their log in passwords, so information I maybe able to see, others cannot.
3-8. Data utilization	Limited ----->Please answer the question below	Data available to anybody for utilization	Limited ----->Please answer the question below	Limited ----->Please answer the question below
3-8-1. Please describe how the use of data is restricted.	Must have data custodian approval, and/or AIHW Ethics Committee approval (for external/research requests).	Data are accessible and available for use to any approved person or institutions	Consent from the agency is required	Authorization has to be given for data to be utilized by individuals.
3-9. Data Collection Cycle (e.g., everyday, monthly, yearly)	AIHW - yearly. IHPA - quarterly.	Daily	monthly within the agency and annually to the Department of Health	Data regarding morbidity and mortality by use of ICD-10 is collected yearly.
3-10. Disclosure Cycle of Data Statistics (e.g. Once or twice a year)	AIHW - reported annually.	On request and periodical such as monthly, quarterly and annually	monthly within the agency and annually to the Department of Health	
3-11-1. Morbidity Statistics Utilization	Yes	Yes	Yes	No
3-11-2. Data Collection and its Morbidity statistics	Yes	Yes	Yes	No
	AIHW Act (1987)		Privacy Act	
Data collection and its utilization	National Health Reform Act (2011), Privacy Act (1988).	This are done as per Ministry of Health policy	Privacy Act	
4. Are the special tabulation lists for mortality and morbidity used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	Yes ----->Please answer the questions below	No
4-1. What are they used for? What kind of plans are there?	It's unclear what they are used for in Australia, however, they are included in ICD-10-AM and based on Volume 2, ICD-10.	This is used for Clinical coding (Morbidity and Mortality)	for encoding purposes only based on the tabulation lists of WHO, which is the ICD-10	They are used for the medical coding of diagnostic diseases and procedures.

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Australia	Tanzania	Philippines	Barbados	Barbados
5. Is the instruction manual used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below We also have Australian Coding Standards, these relate to coding of morbidity data (both disease and health intervention coding).	Yes ----->Please answer the questions below Basically this is used for Rules and guidelines on Mortality statistics	Yes ----->Please answer the questions below for the correct encoding of the mortality and morbidity cases	Yes ----->Please answer the questions below It is used to assist with the rules and conventions of coding with ICD-10.	Yes ----->Please answer the questions below Reference
5-1. What is it used for? What kind of plans are there?					
6. Are the derived classifications used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below ICD-O for cancer registries and cancer reporting.	No	Yes ----->Please answer the questions below for the correct encoding of the mortality and morbidity cases	No	Yes ----->Please answer the questions below
6-1. What are they used for? What kind of plans are there?					
7. Are the related classifications used in your country?	Yes ----->Please answer the questions below ICPC-2 PLUS (electronic health records in primary care); ICECI (National coronal Information System; injury surveillance); ATC-DDD (drug utilisation research); ISO 9999:2016 (disa	No	Yes ----->Please answer the questions below for the correct encoding of the mortality and morbidity cases	No	
7-1. What are they used for? What kind of plans are there?					
8. Do you have your own taxonomy or glossary in your country?	Yes ----->Please answer the questions below Original	No	No	No	No
8-1. Is it your original or developed based on WHO's taxonomy or glossary?	Original				Original
8-2. What is it used for? What kind of plans are there?	The Australian Classification of Health Interventions used for classifying admitted patient health interventions.				
9. Are any issues being identified in the operation of the current ICD?	No	Yes ----->Please answer the question below	No	Yes ----->Please answer the question below	No
9-1. How are the issues being addressed?		Through MOH meeting for health data		They are not being addressed as yet, but the answer to this would be proper training of staff in the new ICD-10.	
10. When will ICD-11 be implemented in your country? If you have any specific plans, please let me know.	A decision has not yet been made to implement ICD-11 in Australia.	We held a testing meeting with WHO in Zanzibar in 2019	It depends on the mandatory requirement of the Department of Health	There has been no official word as yet as to when ICD-11 will be rolled out in the country.	Not sure
11. ICD-11 implementation progress level in your country	Level 1: Familiarized with its contents	Level 1: Familiarized with its contents	Level 0: None	Level 0: None	Level 1: Familiarized with its contents
12. What issues and challenges are there in your country regarding the implementation of ICD-11?	See AIHW report: https://www.aihw.gov.au/reports/international-comparisons/icd-11-review-stakeholder-consultation-report/contents/table-of-contents	There were no issues reported rather to change from ICD 10	Department of Health is slowly sending delegates to Australia for the study of ICD-11.		Training
13. Do you have any plans to use the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions?	Undecided	Considering	Considering	Undecided	Undecided
14. Please specify how it may be used in your country.		As we do offer such program at our medical university data relating to Traditional medicine are important to be well coded and reported	It depends on the requirement of the Department of Health since they will be the one to decide.		

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Australia	Tanzania	Philippines	Barbados	Barbados
15. Are you using the ICF in your country?	Yes	No	No	No	Undecided
16. Do you have any plans to use the Supplementary Section for Functioning Assessment?	Considering	Considering	No	Undecided	Undecided
17. Please specify how it may be used in your country.	Unclear, this is yet to be tested or decided.	Once we got training on its application			
18. Do you have any education about the ICF in your country?	Yes	No	No	No	Considering
19. Do you have any plans to use the Extension Codes?	Yes	No	Considering	Undecided	Considering
20. Please specify how the Extension Codes may be used in your country.	It's likely they will be used in the collection and reporting of morbidity and mortality data. They will be made available for other use cases.		It depends on the requirement of the Department of Health since they will be the one to decide.		
21. What is the official language of your country?	English	In medical fields we use English	Filipino	English	English
22. In what language will ICD-11 be used in your country?	English	English	English	English	English
23. Do you have any plans to translate ICD-11 into your country's language?	Not necessary -----> Please go to Section 3	No -----> Please go to Section 3	No -----> Please go to Section 3	Not necessary -----> Please go to Section 3	Not necessary -----> Please go to Section 3
24. What is the translation status? (except new supplementary chapters and sections)					
25. Translation of the Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I					
26. Translation of the Supplementary Section for Functioning Assessment					
27. Translation of the Extension Codes					
28. The date when the translation was completed or the expected date of completion					
29. What did you do to prepare for the translation work?					
30. Institutions involved in the translation work					
31. If possible, please specify the occupation and approximate number of workers involved in the translation work.					
32. Are there any institutions that you needed to discuss with in completing the translation?					
32-1. The people you needed to have discussions with, what are their occupation or which institutions do they belong?					
32-2. What did you need to discuss?					
33. Is there use of the translation tool that is part of the ICD-11 Maintenance Platform?				No ----->Please go to No.36	

Survey on the current status of morbidity and mortality statistics, and the plans for ICD-11 implementation

Country	Australia	Tanzania	Philippines	Barbados	Barbados
33-1. Who is using the translation tool ? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)					
33-2. Did the use of the translation tool require any coordination with WHO or requests made to WHO?					
33-2-1. If possible, please specify					
34. Who is assigned to the role of Reference Translator? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)					
35. Who is assigned to the role of General Translator? (e.g., ministry of health, coordinating agency, contractor)					
36. What other tool(s) did you use besides the translation tool for the translation?					
37. What did you do with the words that did not have any corresponding terms in your language or couldn't be translated one-on-one?					
38. Other issues in translation					
39. What is your country's policy on communication, dissemination, and education method for the implementation of ICD-11? If there is no change to your country's existing policy or if it is still undecided, please state so.	Undecided.	All communication are through Ministry of Health - Directorate of Policy and planning	All health facilities just follow the guidelines and procedures that the Department of Health provides.	Undecided	no change to your country's existing policy
40. Please let us know if you have any challenges or issues regarding patient data collection in your country.	Nil. Long term well established place at the national and sub-national level.	The challenge we have is on system integration as each facility has its own system.	None		