

コーディングテキスト改定とICD10コーディング

川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部
医療情報学科 阿南 誠

COI（利益相反）開示

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

1. 2024年診療報酬改定とコーディングテキストについて

令和6年度診療報酬改定

DPC対象病院の基準

➢ DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制計算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月当たりのデータ数が90以上（※）
- 適切なデータ作成に以下の基準を満たす（※）
 - 「退院患者調査」の模式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - 「退院患者調査」の模式1で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - 「退院患者調査」の模式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

（※） 令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

0. はじめに

- 2024年診療報酬改定とコーディングテキストについて
- 詳細不明コード
- 未コード化傷病名
- ICD-11導入における課題

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

➢ DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制計算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上

（新設）

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制計算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上

（新設）

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

改定後

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制計算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上

（新設）

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制計算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上

（新設）

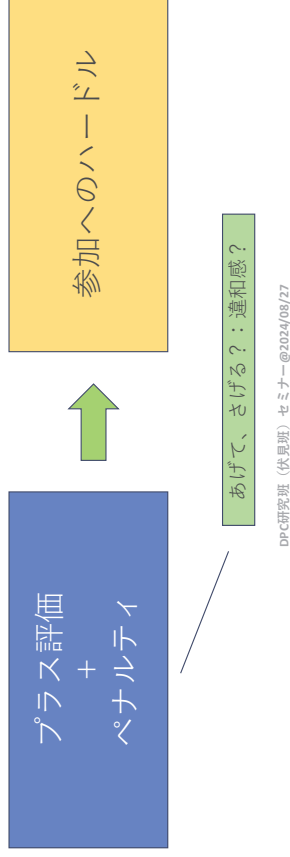
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

1-2. ペナルティから参加要件への変更

- 1) 厚生労働省から公開された「令和6年度診療報酬改定の概要」によると、DPC対象病院の基準として、様式1（医療資源病名）における部位不明・詳細不明コードの使用割合が10%未満、未コード化傷病名使用が2%未満等の要件が厳格化され、**制度への参加・退出に関わる**ものとして極めて重要な要素となった。



5

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

6

参加要件が厳しくなる故に何らかの対応が必要？

- 1) 詳細不明コード設定の精査
- 1-2) しかし、詳細不明コードを解除することによってコーディング精度の低下への懸念
- 1-3) 頻回に出現するコードについては、さらに他の候補が選択できないが働きかける方策の検討
- 2) 未コード化傷病名の発生率の調査→設定レベルは適切か否か

2. 詳細不明コード

- 1) 規制強化（？）の一方、病院の特性、特に慢性期を担う病院（ケア・ミックス型病院等）によりコーディングの困難さがあることを、昨年、一昨年、報告した。

診断がつかない（医療資源の投入量が明確でない等）
診断ができない（専門医、設備が不足）
詳細は次の病院にて・・・
一方で、スキル不足も指摘

- 3) 今回は病院勤務の23名の診療情報管理士及び本学教員の協力を得て、詳細不明コード削減への課題や具体的な事例の作成を試みたので研究成果の一部を報告する。

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

7

2-2. リスト作成について

- 1) 過去のDPC研究班データ、厚生労働省からの提供データ等から詳細不明コードとして使用割合が高いもの（25%以上）を抽出（検討候補へ）。
- 2) コーディングテキストへの反映を前提に、詳細不明コードとしないための具体的方策を検討し、例示案を作成した（他に選択出来る可能性のある詳細不明ではないICDを提示）。

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

8

2-3. リストアップの結果

- 1) 該当するICDデータ（提出されたデータ）は29種類が対象。出現頻度の多い順に、O459：（常位）胎盤早期剥離詳細不明（94.6%）、N009：急性腎炎症候群、詳細不明（78.5%）、T273：気道の熱傷、部位不明（70.8%）等であった。
- 2) これらの対象に対して「他に分類される可能性が高いICDコード」、「対応」等、初心者にも理解し易い表現で注意喚起を行うコメントを提案、作成した。
- （例）他に分類される可能性のあるコードO450、O458、DIC等の凝固障害を伴うか否かを確認する、等。

2-5. 考察

- 1) 病院機能の違いを反映した多種多様な患者に対して、ICD下の主要病態の選択は時に困難であり、その逆に確たる診断に至らないケースも多い。例えば、一時的な発症後、受診時には既に症状消失し、一過性脳虚血発作とするしかない等のケースが典型である。
- 2) 本研究班報告書にて既に報告しているが、慢性期を担う病院、ケア・ミックス型病院、地域での一次救急を担う病院等においては、詳細不明コードを付けざるを得ないことがわかつている。
- 3) その一方で、明らかにコーディングへの無理解があることもわかっており、その対応は必要である（そのために、今回の提案に至った）。令和6年度の資料報酬改定で参加要件に規定する以上、病院にとっては切実な問題であり、何らかのサポートは必須である。

2-4. 結果

ICD10コード No.	ICD10コード2013名称	他に分類される可能性が 考えられるICDコード	対応	DPC研	DPC日本班名
1 O459	（常位）胎盤早期剥離、詳細不明	O450、O458	DIC等の凝固障害を伴うか否かを確認する。凝固障害を伴う（常位）胎盤早期剥離（O450）、その他の（常位）胎盤早期剥離（O458）が選択出来ないか検討する。	220185	（常位）胎盤早期剥離
2 N009	急性腎炎症候群、詳細不明	N001～N008	腎生体等で診断が明確に確認された場合は結果に基づき、付随分類を選択する。	110275	急性腎炎症候群
3 T273	気道の熱傷、部位不明	T270、T271、T272	熱傷の部位に基づき適切なICDコードを選択する。	160995	気道熱傷

- 3) 得られた結果については、令和6年度診療報酬改定に合わせて研究成果として提案した。

2-5. 考察まとめ

最終的にはDPCへの参加の可否は病院にとって切実であり、詳細不明コード指定の扱いを検討し、令和6年度、2024年度診療報酬改定に向けて提案を行いコーディングデキスト改定に用いられている。

今後、傷病名の定義をICD-11への変更が予想されるが、さらにコーディングは複雑になり高度なスキルを要求されることが要求されることから、支援策としてコーディングデキストの充実を図っていく必要がある。

2-6. 結語

少なくとも、調査や検討に協力いただいた、研究協力者たるエキスパート
診療情報管理士の視点からは、テキストに対する特別な問題はないという
結果を得ている。しかし、DPC制度に参加する病院は急性期病院だけではなく、多様な機能を持つ病院の参加も拡大しており、非エキスパートが活用できるテキストを作成することが求められた。したがって、今回のテキスト改定案の作成には非エキスパートの利用時にも誤解がなく、かつ可能な限り、希少、難解な例示を排除し、優しい事例に置き換えることや詳細不明コードも指定するだけではなく、対応等も併せて示し理解出来るように努めた。

2-6. 結語

現時点では、ICDのルールやコーディングテキストの理解が十分にある病院ばかりではないこと、一方でデータ提出加算の届け出の対象が拡大されていることを踏まえて、データ精度向上に向けての本テキストの重要性は益々増加していくことが明らかである。たとえエキスパート人材が不在であっても、一定の精度を確保するために常に理解しやすいテキストとなるように配慮する必要があると考えている。

2-6. 結語：作業メンバー

グループ	グループでの検討事項、作業事項	研究協力者	グループ	グループでの検討事項、作業事項	研究協力者
1	①付録資料集→担当範囲 ②コーディングテキスト本文の関係部分の確認	上田 京子 根本 将司 根本 一美	5	①付録資料集→担当範囲 ②コーディングテキスト本文の関係部分の確認	鎌倉 由香 山上 幹栄 中井 正紀
2	①付録資料集→担当範囲 ②コーディングテキスト本文の関係部分の確認	山本 真希 小澤 貴久代 石崎 義弘	6	①コーディングテキスト全般の傷病名とICDコードの確認	山岡 早苗 原田 智子 野村 知世
3	①付録資料集→担当範囲 ②コーディングテキスト本文の関係部分の確認	秋間 美登那 久保田 智子 有我 朋樹	7	①詳細不明コードのピックアップ ②例示資料の作成 ③本文全体の確認	亀井 純子 阿部 誠 安藤 子おり 松島 史
4	①付録資料集→担当範囲 ②コーディングテキスト本文の関係部分の確認	松浦 はるみ 常島 啓司 美間 由紀			遠藤 美幸 溝本 圭子

3. 未コード化傷病名

- 1) 過去、平成16年度の当時のDPC評価分科会では、ICDコードのうち、「9（詳細不明コード）」として、DPC研究班から、MDCごとの発生頻度等を報告している。その後、前述のペナルティが科せられることになったがっている。一方、同時に、MEDIS標準病名マスターの使用が強く推奨されており、初期と比較すると未コード化傷病名の使用減少については、改善は著しいとされている→厚生労働省の診調組D-2-2（平成29年8月4日）資料。
- 2) 前述のとおり、DPC対象病院の参加要件とされたこともあり、**未コード化傷病名の使用率2%というハードル設定は適正であるか**、DPC研究班に提出されたデータから検証を試みた。

3-2. 方法

- 1) 分析対象は、研究班に提出された2019年度のデータから59,124件をランダムサンプリングして抽出
- 2) 主病名、契機病名、医療資源病名、副傷病名と手術等を対象として標準病名マスターと比較検討し、未コード化傷病名の発生頻度を探索
- 3) 未コード化傷病名の使用について、やむを得ないか否かを評価する

3-3. 結果

- 1) 未コード化傷病名出現については、全症例59,124件に対して、主病名が101件、契機病名が103件、資源病名が124件発生していた。
- 2) その出現頻度は、0.17%から0.20%の範囲にあった。
- 3) しかし、発生した、主病名101件中12件 (11.9%)、契機病名が103件中15件 (14.6%)、資源病名が124件中32件 (25.8%)、が標準病名マスタースターに存在した。
- 4) 数は少ないものの、このケースの多くは廃用症候群であった。内訳は主病名に6件 (50.0%)、契機病名に7件 (46.7%)、資源病名に24件 (75.0%) であった。
- 5) また、資源病名を基準とした、主病名、契機病名における傷病名の差異は、主病名が2,432件 (4.1%)、契機病名が5,168件 (8.7%) であった。

未コ一ド化傷病名出現(標準病名マスターに存在する例)

[illegible]

3-4. 考察

- 1) 診療所と病院、特にDPCに関係する病院との発生頻度の比較について
研究班データにおける未コード化傷病名発生頻度は、資源病名128件
(0.26%)、主傷病名108件 (0.18%)、契機病名112件 (0.19%) であつた
が、社会保険診療報酬支払基金における調査では、一般レセプトにおいて
は、診療所が約1.6%、病院がDPC病院含んで約0.5%であり、今回調査し
た研究班データと比較すると高い比率となっている。診療所に比較すると
病院の値が低いのは、研究班データでもわかるようにDPCに係る病院
の未コード化傷病名の使用比率が低いことが影響していると思われる。

3-4. 考察

2) DPC病院の特徴

いずれにしてもレセプト全体の比率と比較すると入院、特に**DPC関連病院の値が低い**ことから、DPC制度の導入で少なくとも傷病名マスターにDPCレセプトを提出する病院
（すなわちDPC対象病院）において、未コード化傷病名の出現頻度について、
顕著な差異があることがわかる。その理由としては、DPC対象病院の場合、未
コード化傷病名の出現比率によって医療機関別係数の機能評価係数Ⅱに係る保険
診療指数の規定の条件が、**未コード化傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算**
となるため、機能評価係数Ⅱに対する評価に対して、強い意識が働いていること
が考えられる。

3-4. 考察

3) 厚生労働省保険局医療課調査との比較

厚生労働省保険局医療課による資料によると、未コード化傷病名の出現頻度につ
いて、全DPCレセプトのレコードにおける傷病名マスターに収載されていない傷
病名の割合は**約0.17%**であるされており、本研究による研究班に提出されたデー
タの調査結果、**資源病名0.26%、主傷病名0.18%、契機病名0.19%**と比較して大き
な乖離がないことが確認された。研究班にデータを提出している病院は、一般的
に**データ精度に対して意識が高い**と思われるが、DPCレセプト全体としての数値
と同様の傾向を示していることもあり、データ精度以前に機能評価係数での評価
は精度改善に効果を上げていることが示唆された。

3-4. 考察

4) 傷病名区分（資源病名、主病名、契機病名）における乖離

DPC分類を決定する傷病名は資源病名であるが、確定までは契機病名を選
択する可能性もあること、また、医師がサマリーに記載した主病名との乖
離も起こりえる。資源病名と主病名の間には2,432件(4.1%)、資源病名と契
機病名の間では、5,168件(8.7%)の差異がみられた。

医療資源病名と契機病名、主病名との差の例（抜粋）

資源病名	契機病名	資源病名	主病名
うっ血性心不全	脳梗塞	塞栓性小脳梗塞・急性期	高血期高浸透圧症候群
バーキンソン病	膝関節痛風	中葉肺癌の疑い	神経因性膀胱
多発性脳梗塞	廃用症候群	気腫型慢性閉塞性肺疾患	急性呼吸不全
多発性脳梗塞	廃用症候群	廃用症候群	横紋筋融解
尿管癌	下肢蜂巣炎	右大腿骨頸部骨折	右大腿骨人工骨置置換術後
肺癌	腰椎圧迫骨折	右股関節術後感染症	右大腿骨人工骨置置換術後の二次感 染の術後
肺炎	摂食障害	廃用症候群	出血性膀胱炎
急性腹膜炎	脱水症	廃用症候群	両側下腿皮膚潰瘍
塞栓性小脳梗塞・急性期	頭位変換性めまい	廃用症候群	横紋筋融解
レビ－小体型認知症	食欲不振	糖尿病	右大腿切断術後
塞栓性小脳梗塞・急性期	アルツハイマー型老年認知症	廃用症候群	急性気管支炎
下葉肺癌	急性胃腸炎	廃用症候群	急性大動脈解離StanfordA術後
水腎症	下肢蜂巣炎	廃用症候群	総胆管結石性胆のう炎
中葉肺癌の疑い	神経因性膀胱	左大腿骨頸部骨折	左大腿骨人工骨置置換術後
気腫型慢性閉塞性肺疾患	急性呼吸不全	廃用症候群	結石性腎盂腎炎

3-4. 考察まとめ：標準病名マスターが存在する未コード化傷病名の出現

標準病名マスターとして選択可能な傷病名が存在するにも、あえて、もしくはなぜか、未コード化傷病名として存在したことについて、発生要因がいくつか推察された。

- (1) すでに述べたように、外来レセプトに未コード化傷病名の発生率が高いことから、そのまま入院の傷病名に外来の未コード化傷病名がコピーされるケース
- (2) 病院情報システム（主体はレセプトシステム）の導入が早期になされているため、標準病名マスターが現在ほど普及していない時代からの傷病名が残存しているケース
- (3) オペレーション時、すなわち傷病名を入力する段階で、うまく傷病名の検索が出来ず、ワーク入力か未コード化傷病名として登録してしまうケース

3-5. 結語

今回の調査では、2%の基準設定に特段の問題がないと確認された一方で、システムまたは標準病名マスターの利用方法への理解が十分ではない可能性が推察される（ごく少数の病院であろうが）という課題が残った。

点数マスターの再点検、システムの見直しがなされることを期待したい→JAHISにも確認？。

3-4. 考察まとめ：標準病名マスターが存在する未コード化傷病名の出現

未コード化傷病名の削減を目的に上記の処理を見直す場合は、対象患者の全ての傷病名を再確認する必要があり、極めて大きな業務上の負担となるため、随時見直しをしていく方策が現実的であり、多くの病院がそのような対応を行ってきたと思われるが、その処理に漏れているものが残存していると思われる。比較的新しい時期にシステム（特にDPC制度を意識して）を導入した場合は、すでに標準病名マスターが普及していたこともあり、対応が効率的であったであろうと考えられる。

4. ICD-11導入における課題

DPC/PDPSの定義テーブルに出現する傷病名コード（分類）、すなわちICD-10からICD-11への置き換えについて、現時点での可能性、切り替えが困難であれば、その原因や課題等を把握しておく必要がある。

当然ながら電子カルテ等を用いて日常業務を行っている病院側としては、システム改変へのコストや人員の問題、システムを開発するシステムベンダーの負担は大きなものがあると推察され、課題の解決法は早急に提示し、関係者では共有する必要があると考えられる。

4. ICD-11導入における課題：確認、検討すべきこと

1) ICD-10とICD-11の分類構造の違いとコーディングルール等の確認

現在のDPC/PDPSの定義テーブルで定義されている範囲のICD-10単独コードへの書き出し→現在の定義テーブルはワイルドカードとして「\$」を用いているため（通常、「.0」から「.9」を含むとした記載方法のため、全てのコードをICD-11へマッピングするために単独コードへの書き出しが必要

2) ICD-10コードからICD-11コードへのマッピング

これらの作業の結果、得られた課題と解決法の現時点における検討

※現時点では、正式な日本語版、特にその詳細な適用ルールについては発表されていないので、あくまでも英語版によるルールや表現を可能な範囲を解釈して検討したものである。

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

29

特徴についての詳細

- 特徴として、多用途での活用を目的として基本のコードをより詳細に再現するため、**Post coordination**システムという手法を用いて、分類というentity（集まり）に対してより詳細なコードを追加出来るようになっていく。例えば、基本の分類に対して、詳細な部位を追加するという例である。
- コード付の例として、例えば、胃の悪性新生物について、ICD-10では、C16\$（\$は0~9までを表すワイルドカード：ドットは省略）という表現で、胃の噴門部以下、**詳細部位及び重複部位や詳細が不明な分類を表現**していたが、ICD-11においては、まず部位ではなく、組織形態で分類が分かれており、部位については**Extension code**として、**部位や不随する症状等を表現**するようになっている。



DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

31

ICD-11の特徴

- 日進月歩の基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見を導入
→ 医学の専門家を中心とした検討
- 複数の使用目的を想定、柔軟なコーディング
→ 疾病・死亡統計、プライマリケア、臨床、研究 等
→ エクステンションコード 等
- 伝統医学を新たに導入 → まずは日中韓の伝統医学（漢方医学）
- 電子環境での活用を前提としたシステム
→ ウェブサイトを介した分類提供、コーディング・ツールの開発 等
- 病名コードだけでなく、内容（疾患概念）を含めた情報体系へと進化
→ 分類項目にかかると説明、病名（索引用語）を追加
(将来的には内容：症状所見の／解剖学的／組織病理学的／遺伝学的etc.)

第21回社会保険審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会、平成30年12月12日
DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

30

特徴についての詳細

- 3) 具体的な例をあげると、胃の悪性新生物で「体部」とすると、ICD-10では、C16\$（胃の悪性新生物）の配下に、C16.2 Body of stomach（胃体部）として分類される。ICD-11においては、同様の分類検索をしてみると Gastric cancer Body of stomach（胃体部癌）で検索をすると、次のように示される。

DPC研究班（伏見班）セミナー@2024/08/27

32

▼ 2B72 Malignant neoplasms of stomach

2B72.0 Adenocarcinoma of stomach

▼ 2B72.1 Malignant neuroendocrine neoplasm of stomach

2B80.01 Neuroendocrine neoplasm of duodenum

2B81.2 Neuroendocrine neoplasms of appendix

2A85.1 Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue of stomach

2B58.2 Leiomyosarcoma of stomach

2B5B.0 Gastrointestinal stromal tumour of stomach

2B72.Y Other specified malignant neoplasms of stomach

2B72.Z Malignant neoplasms of stomach, unspecified

▼ 2B72 胃の悪性新生物

2B72.0 胃の腺癌

▼ 2B72.1 胃の悪性神経内分泌腫瘍

2B80.01 十二指腸の神経内分泌腫瘍

2B81.2 虫垂の神経内分泌腫瘍

2A85.1 胃の粘膜関連リンパ組織の節外辺縁帯B細胞リンパ腫

2B58.2 胃の平滑筋肉腫

2B5B.0 胃の消化管間質腫瘍

2B72.Y 胃の他の特定の悪性新生物

2B72.Z 胃の悪性新生物、詳細不明

DPG研究班 (伏見班) セミナー @2024/08/27

33

Post coordinationの例

2B72.Z Malignant neoplasms of stomach, unspecified

Parent

2B72 Malignant neoplasms of stomach

This category is an 'unspecified' residual category

Postcoordination

Add detail to Malignant neoplasms of stomach, unspecified

Specific anatomy (use additional code, if desired)

Search

Histopathology (use additional code, if desired)

Search

Has manifestation (use additional code, if desired)

MG30.10 Chronic cancer pain

DPG研究班 (伏見班) セミナー @2024/08/27

34

さらに胃体部を検索していくと、

さらに胃体部を検索した例を示す。最終結果として、次に示すように、部位として追加すべきコードが表示される。また、この場合、ICD-10では**body of stomach**とされていた表現が、**Gastric corpus**とされており、このように同一表現ではない分類コードもみられる（いわゆる、医学用語と一般名称との違い：ICD-11は病名集という意味もある）。

さらに胃体部を検索していくと、

2B72.Z Malignant neoplasms of stomach, unspecified

Parent

2B72 Malignant neoplasms of stomach

This category is an 'unspecified' residual category

Postcoordination

Add detail to Malignant neoplasms of stomach, unspecified

Specific anatomy (use additional code, if desired)

Search body of stomach

Histopathology (use additional code, if desired)

Search

Has manifestation (use additional code, if desired)

MG30.10 Chronic cancer pain

Search results: Specific anatomy

XAT1E1 Gastric corpus

body of stomach

DPG研究班 (伏見班) セミナー @2024/08/27

36

最終検索結果表示は？

2B72.Z Malignant neoplasms of stomach, unspecified

Parent

2B72 Malignant neoplasms of stomach

This category is an 'unspecified' residual category

Postcoordination

2B72.Z Malignant neoplasms of stomach, unspecified

↳ Specific anatomy

XA7UE1 Gastric corpus

Add detail to Malignant neoplasms of stomach, unspecified

Specific anatomy (use additional code, if desired)

Search body of stomach

Histopathology (use additional code, if desired)

Search

Has manifestation (use additional code, if desired)

MG30.10

Chronic cancer pain

ICD-10とICD-11マッピング例

英語名称	ICD-10	英語名称	ICD-11	extension	ex. code
Malignant neoplasm: Cerebrum, except lobes and ventricles	C71.0	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Cerebrum	XA1M33
Malignant neoplasm: Frontal lobe	C71.1	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Frontal Lobe	XA2NT0
Malignant neoplasm: Temporal lobe	C71.2	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Temporal lobe	XA97T4
Malignant neoplasm: Parietal lobe	C71.3	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Parietal Lobe	XA92Y6
Malignant neoplasm: Occipital lobe	C71.4	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Occipital lobe	XA89Y2
Malignant neoplasm: Cerebral ventricle	C71.5	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Cerebral ventricle	XA26E8
Malignant neoplasm: Cerebellum	C71.6	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Cerebellum	XA1CW2
Malignant neoplasm: Brain stem	C71.7	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5	Brainstem	XA8AT9
Malignant neoplasm: Overlapping lesion of brain	C71.8	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5		
Malignant neoplasm: Brain, unspecified	C71.9	Primary neoplasm of brain of unknown or unspecified type	2A00.5		

現在の定義テーブルにあてはめてみると、

現在のICD-10における、胃体部癌のC162と同一の表現を意図すると、
2B72 Malignant neoplasms of stomachとSpecific anatomyとして、
XA7UE1 Gastric corpus（胃体部）の2つのコードを選択する必要がある。
したがって、現時点でのDPC/DPDSの定義テーブルで規定されている、胃
の悪性新生物の該当コードでは、

「060020胃の悪性腫瘍 胃の悪性新生物<腫瘍>：C16\$、口腔、食道及
び胃の上皮内癌，胃D002」

とICDコードの範囲が示されており、診療報酬請求の定義だけに対応すれば
よいのであれば、ICD-11では、**2B72.Z Malignant neoplasms of
stomach, unspecified**（胃の悪性新生物、詳細不明）のコードだけを定義
すればよいが、\$でファイルドカードとして機能するICD-10と異なり、ICD-
11であれば、**詳細なExtensionコード**を全て表示する必要が起こりえる。

また、どこまで詳細に**Extensionコード**をつけるかというルールも必要に
なってくる。

課題のまとめ

1）詳細な情報をデータ化できるICD-11ではあるが、一方でコーディング
がかなり複雑になってくる（コーディングツールが充実したとしても）。

例として次のようなものがある。

<**ICD-10> C21.8**、**肛門及び肛門管の悪性新生物<腫瘍>**，**直腸，肛門及び
肛門管の境界部病巣→<ICD-11> 2C0Y&XA4KU2&XA0D34&XA39S6**、
その他の特定の腸の悪性新生物**&直腸&肛門&肛門管**

※また、ICD-10には存在する「境界部病巣：Overwrapping」がないが、こ
れはICD-11が「**&**」で**Extensionコード**を追加していくことにより複数の部
位等を表現出来るからである。

課題のまとめ

すなわち、ICD-11では柔軟性を持たせる故に、基本となる**stemコード**はいわゆる「**9：詳細不明コード**」という性質を与えられ、それに部位等のExtensionコードを追加することにより、ICD-10で表現出来なかったことが詳細に表現出来るといいう構造をもっている。現在のDPC分類の構造を維持するためには、ICD-11では**stemコードのみ**でその定義を表現する方法を採用するか、もしくは、定義テーブルに定義される**ICD-11コードをより詳細に記す**必要がある。例えば、前述の例では、現在、C21.8と定義していたコードは2C0Y&XA4KU2&XA0D34&XA39S6のよいうに**4種類のコード**を記す必要があり、粒度を下げるか現状よりも詳細な表現をするか、選択せざるを得なくなる。

課題のまとめ

2) ICD-10コードからICD-11コードへのマッピングの対応について
前述のコーディングルールで述べたとおり、1対1でマッピング出来るものがよいが、ICD-11が活用範囲を広くして多くの分野での活用の期待に応えるために設計した「**Post coordination システム**」が現時点でのDPC/PDPS定義テーブルにおけるICD-11へのマッピングを困難にしている。もちろん、定義テーブルを現在の形式からさらに1次元データを持たせて詳細なテーブルを作成することは可能ではあるが、大変に複雑な形式になることが危惧される。現時点では、ICD-11の**Post coordination システム**のメリットを見極めた上で、定義テーブルは簡素化し（粒度を下げる）、影響調査におけるコーディングは詳細にする、等の対策が考えられる。さらには米国等と同様にICDを国内の医療制度に最適化するようにカスタマイズを行う方法も選択肢に入れる必要があると考える。

ご静聴ありがとうございました。

