

令和6年度厚生労働行政推進調査事業補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進事業)

「DPC データを用いた入院医療の評価・検証及び DPC データベースの利活用に資する研究」
分担研究報告書

近年予想される ICD-10 から ICD-11 への傷病分類定義置き換えにおける課題について

○研究者分担者：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
特任教授 阿南誠

○研究協力者

- 1) 日本工学院専門学校 IT カレッジ AI システム科 教師 安孫子かおり
- 2) 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 教授 渡邊佳代、講師 三田岳彦、助教 檜村菜穂
- 3) 川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部医療秘書学科 講師 亀井純子

研究要旨：

2022年1月にWHOが発効させたICD-11の普及に向けて、わが国でも日本語化等の作業が急がれており、現在DPC/PDPS制度ではその傷病名の定義をICD-10で行っているが、近い将来ICD-11への改定(切り替え)が予想される。ICD-11は、その特徴として多方面での活用が期待されているものの、ICD-10と比較すると構造も異なっており、改定時にはDPC/PDPS制度を中心として、広範囲に問題が発生することが予想されている。また、その影響は病院だけではなく、システムを提供するシステムベンダーや審査支払機関等の立場からも無視出来ないものがある。したがって、事前にどのような課題の発生が予想され、どのように対処していくのかということそれぞれの立場や視点からも検討していくことが重要である。本研究では、ICD-10とICD-11の特徴を比較してDPC/PDPS定義テーブルに与える影響とシステムベンダーや審査支払機関の立場から現時点での対応状況等を調査検討した。なお、特にシステムベンダーに対しては改めてDPC制度及びICD-11の特徴等の理解を深めるために研修会やディスカッションの機会を設けて情報共有も図った。一方、DPC定義テーブルに規定されているICD-10コードをICD-11に置き換える試みをMDC上位10分類について行い、定義テーブルレベルでの置き換えは特段の問題はないことを確認したが、より詳細なコーディングが求められる様式1への対応については、エクステンションコードの扱い等に課題を残した。

A. 目的と研究の背景

現在、DPC/PDPS制度(以下、特に注意が必要な場合DPCと略す)においては、平成15年度の特定機能病院等に対する導入以来、定義テーブル等における傷病名の定義は、WHOが規定するICD-10を用いてきた。ICDそのものについては、WHOにより随時アップデートされてきたが、わが国においては、日本語化の問題もあり、原版(英語版)とは異なり、2003年版、2013年版と2度のアッ

プデートに止まっている。DPCの分類選択においても、傷病名の定義は、前述のとおりICD-10の改定に合わせて、2度、改定実施されたが、将来、ICD-11の改定が予定されていたこともあり、日本版としては、2013年版が最終改定版とされている。したがって、DPCにおける定義テーブルやツリー図等、また、制度の基本を支える病院情報システム(DPCシステム、コーディングツールと呼ばれるものを含む)については、結果的に長い歴史を

持つ、安定したシステムを構築されている現状がある。病院における業務も同様であり、ICD-10が浸透し、安定した基盤が構築されている。特に、時代背景から前世代のICD-9までの分類と比較すると、ICD-10がリリースされて以来、ICT技術の進展の時期と相まって、ICDおよびDPCについては一定のコンピュータ処理を前提としており、診療報酬請求だけではなく、いわゆる影響調査等は完全にコンピュータシステムベースである。さらに、ほぼ10年単位で行われてきたICD-9までの分類改定とは異なり、ICD-10は何倍もの長期間に渡って用いられたこと、すなわち安定した利用環境の構築に幸いしたことは前述のとおりである。その一方で、ICD-10までの改定はコード体系が詳細化することが主体であり、コンセプトの改変やそれに基づく構造的な変化は、基本的に拡張という概念で整理出来るものであったが、長い時を経てリリースされたICD-11については、従来とは違って、基本的な構造そのものの変更を伴うものであり、それまでの改定に対する影響もより広範

に渡ることが予想される。

例えば、わが国では、ICD-11の公表の時には、当時の政策統括官（統計・情報政策担当）付参事官付国際分類情報管理室から、2018年（平成30年）6月18日付けで、国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）の公表が国内向けに行われているが^{※1} その内容をみても、ICD-10との比較において、汎用性や拡張性は極めて高く、その目的に対して基本的な構造も異なることがわかる。

※1：現在、当該webページは削除され、詳細については、以下のようなwebページで説明されている。

1) ICD-11改訂と日本、http://who-fic-japan.mhlw.go.jp/img/activity/report/pdf/ICD11-JAPAN_web.pdf（2025年3月25日閲覧）

加えて、現在の作業状況については、以下のwebページで報告されている。

2) ICD-11の分類の表記に用いる用語の和訳案について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10701000/001278082.pdf>（2025年3月25日閲覧）等を参照

なお、2018年当時、公表された概要は以下のとおりである。

(1)公表日時 2018年(平成30年)6月18日(月)ジュネーブ時間12時(日本時間18日19時)

(2)ICD-11(英語)は以下から参照可能である。

<https://icd.who.int/>(2025年3月25日閲覧)

(3)ICD-11の特徴

・改訂内容には、最新の医学的知見が反映されており、多くの日本の医学の専門家・団体が貢献していること。

・死亡・疾病統計の国際比較に加え、臨床現場や研究など様々な場面での使用を想定し、より多様な病態を表現できるようコード体系が整備されたこと。

・ウェブサイトでの分類の提供など、電子的環境での活用を想定した様々なツールが、WHOから提供されていること。

なお、従来のICD-10は全22章の分類が規定されていたが、ICD-11改定にあたり、以下の章、分類が新たに加えられた。

・新たに追加される章(仮訳から)

- ・第4章 免疫系の疾患
- ・第7章 睡眠・覚醒障害
- ・第17章 性保健健康関連の病態
- ・第26章 伝統医学の病態－モジュールI
- ・第V章 生活機能評価に関する補助セクション
- ・第X章 エクステンションコード

また、同時に「国際疾病分類（ICD）とは」として、以下のような説明がなされている。

・世界保健機関（World Health Organization, WHO）が作成する国際的に統一した基準で定められた死因及び疾病の分類であること。

・我が国では、統計法に基づく統計基準として「疾病、傷害及び死因の統計分類」を告示し、公的統計（人口動態統計等）において適用している。また、医学的分類として医療機関における診療録の管理等においても広く活用されていること。

※周知のとおり、病院にとってはDPC制度が最も身近に感じる活用方法である。

さらに、WHOのwebサイトではICD-11の利点として以下のような記述がある。

ICD-11の主な利点

- ・デジタルファーストアプローチ:医療情報システム（HIS）と電子医療記録（EHR）とのシームレスな統合。
- ・精度の向上: NLP（自然言語処理）をサポートし、エラーを減らして効率を向上させます。
- ・科学的に最新:最新の医学の進歩に沿っています。
- ・より詳細な情報:より具体的なコーディングにより、政策立案や研究のための健康データの品質が向上します。
- ・グローバル相互運用性: ICHI や ICF などの国際標準やいくつかの用語に準拠しています。
- ・年次更新:医療の進歩との継続的な整合を保証します。
- ・多言語:簡単に翻訳可能、または既にあるあなたの言語で利用可能です。
- ・ユーザーフレンドリー:コーディングとコーディングのトレーニングは、ICD-10 よりもはるかに簡単かつ迅速です。

このようにデジタル時代に沿った、多用途、汎用性が強調されている。多言語対応とされているが日本語版は現時点では公開されていない。

さて、我が国における ICD-10 は、平成 7 年に「ICD-10（1990 年版）準拠」、平成 18 年に「ICD-10（2003 年版）準拠」、平成 28 年 1 月からは「ICD-10（2013 年版）準拠」が適用されてきた（人口動態統計は、平成 29 年 1 月分から適用開始）とされている^{※2}。

※2: 令和 6 年度版 ICD の ABC、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当）、https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/dl/icdabc_r06.pdf（2025 年 3 月 25 日閲覧）

ただし、実際の病院における ICD の普及ということについては、DPC 導入が多なる影響を与えていることは周知のとおりであり、併せて 2000 年度（平成 12 年度）の診療報酬改定時に誕生した、診療録管理体制加算という診療報酬上の評価が

その普及に寄与している。加えて、現在、診療報酬制度においてデータ提出加算という評価が誕生したことによって、DPC に関連する病院以外にも ICD を無視できない現状がある。併せて、電子カルテや診療報酬明細書の標準化推進に伴い、標準病名マスターの普及もこの傾向をより強いものにしている。

さて、わが国の診断群分類導入の現在までを振り返ると、1998 年（平成 10 年）11 月から、国立病院等 10 病院において、国立病院等診断群分類を用いた入院医療の包括支払制度（当時日本版 DRG 制度と呼称された）の試行が行われ、試行開始当初は当時の国立病院の状況も踏まえて、診断群分類の傷病名定義は、ICD-9 でスタートされた。その後、2001 年（平成 13 年度）改定において、傷病名の定義を、ICD-9 から ICD-10 へと改定した経験がある。冒頭でも触れたが、ICD-10 までの改定はコード体系の見直しはあるものの、基本は傷病分類の拡張であった。また、日本版 DRG 時代の ICD-9 から ICD-10 への置き換えに関して、2001

年当時の ICD に対する考え方は、ICD 関連書籍等を中心とした、アナログ的な環境背景があり、対象病院も限定的かつ少数で周知が比較的容易であったことも幸いた。その結果、基本的に傷病分類そのものの置き換えは大きな混乱を招くこともなく、悪影響等の目立った指摘はされなかった。もっとも、当時、わが国の病院における ICD の普及は限定的であり、日本版 DRG から DPC 制度への過渡期も含めて、対象とされた病院に対して、厚生労働省、日本病院会をはじめとした病院団体、日本診療情報管理学会等から頻回かつ内容の濃い説明会や研修会が実施されていた影響も大きかったことも忘れてはならない。

以上のおり、過去の ICD-9 から ICD-10 への置き換えに特記すべき混乱もなかったことは、元よりこの時代はインターネットも普及前であり、病院におけるシステム化も十分に熟していない時代であったことも影響していると考えられる。しかし、ICD-10 誕生の時代は、すなわち、コード体系や取り扱いが完全にアナログ時代に検討や開発が行われたものである一方、今後導入が予想される ICD-11 の最大の特徴は、完全なるデジタルベース（web ベース）での利用が前提であり、紙ベースの書籍等も準備する予定がない等、アナログ的な環境は事実上考慮されていない。一例として、多くの情報を提供する web ベースでのコーディングツールを活用し、精緻かつ柔軟性のある活用が可能である。しかし、その構造や特徴故に、ICD-11 への置き換えは、ICD-10 への置き換えのように単純な、1 対 1、1 対 N、N 対 1 というような置き換えは困難であろうと推察される。さらに、DPC 制度に求められる制度の継続性から、現在の定義テーブル、ツリー図、点数表等、相互に関連した分類構造は維持すること極めて重要な要素である。したがって、可能な限り、平易な置き換え対応が求められると考える。すなわち、現在の DPC 分類構造を維持した上で置き換えを前提に課題と対応方策、さらに関連するツールの開発と準備進捗状況等も検討することが必要と考える。

現時点では、ICD-11 への置き換えを伴う DPC 改定の導入期日は明確にされていないものの、いずれ

にしても、その到来に備えておく必要がある。

B. 目的と方法：

1) 研究目的

前述のおり、傷病分類定義の改定（ICD-10 から ICD-11 への置き替え）は早晚訪れることになることから、課題の把握と導入準備は喫緊に行うべき時期が到来している。そのため、大きく分けて二つの視点からこの課題を考えてみたい。

まず、1 つ目は、ICD-11 への改定を前提に、システムベンダーや審査支払基金の準備状況と方向性の調査及び確認を行う。ただ、DPC に関するシステムに関わる会社の状況把握を個々に行うことは広範に渡る故に現実的ではない。したがって、業界全体としての把握が必要であることから、業界団体を通じて行うこととした。審査支払機関については、厚生労働省の方針次第ではあるものの、現時点での問題意識等を理解し、共有しておく必要があると考えた。

2 つ目は DPC の定義テーブルに出現する傷病名コード（分類）の置き換えの課題、すなわち ICD-10 から ICD-11 への置き換えについて、現時点での置き換え可能性とそれと関連した課題等を明らかにして、前述のシステムベンダーや病院に対して情報提供をする必要があると考えた。特に、置き換え困難な状況を想定すると、その原因や対処方法等を検討、共有しておくことが重要である。いずれにしても、病院側の対応と共にコーディングツールやデータベースを構築するシステムを提供するシステムベンダーや診療報酬制度を司る審査支払機関での対応は極めて重要である。したがって、単に個々の ICD コーディング（制度やスキルの学習等）に関する現状把握だけでは不十分であり、並行してシステムベンダーや審査支払機関とも情報や課題を共有していく必要がある。恐らくは、病院より、むしろ、システム改変もしくは開発のためのコストや開発人員の確保等が重要な要素であることから、システムベンダーや審査支払機関の負担はより大きなものになると推察され、関係者間で事前に情報や課題を共有し

並行して共同作業も必要になる。このような状況から、前述の2つを目的としたものである。

2) 研究方法

(1) システムベンダーとの協議を行うに当たって、ICD-11への置き換え時に問題となりそうな点について、業界団体を通じた勉強会を開催し、まず、ICD-11の基礎知識やDPCに導入する場合を想定した課題等を共有する。

(2) 勉強会の実施後、システムベンダー及び審査支払機関の視点からICD-11置き換えに対する課題や対応方法を協議する(参加者を対象に意見等の調査を実施する)。

(3) 定義テーブルに適用する前提で、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を行う→従来のICD-10との比較において一般的にICD-11の多様性や汎用性が強調されるが、実際に定義テーブルに用いた場合、必ずしもメリットばかりではないことも想定されており、あくまでもDPCに導入するという視点からの検証を行う。

※ICD-11についての特徴、ルール、コーディング方法等、ICD-11そのものの紹介や活用のためのセミナー等は、厚生労働科研費等を活用して一部の学会等で既に実施されている。

(4) DPCで用いることを前提に、現時点での定義テーブルで定義されているICD-10単独コードを実例に基づきICD-11への置き換えと確認を行う→特に、定義テーブルでの傷病名分類定義において、いわゆるワイルドカードとしての「\$」処理の確認を行う(ICD-11は詳細を示すためにエクステンションコードの使用が前提のため)。具体的には厚生労働省から公表されている影響調査資料から、MDC毎の発生件数を参考に、実際の置き換えを想定しその課題を抽出検討する。

(5) 上記(1)、(2)の勉強会や課題の共有等の協議については、日本医療福祉システム工業会(以下、JAHIS)、および社会保険診療報酬支払基金(以下、基金)の協力を得て行う。

(6) 上記(3)、(4)について、現時点では、正式なICD-11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で解釈して検討する(日本語版が正式にリリースされていないのであくまでも仮の置き換え前提となる)。

C. 結果

1) JAHISのシステムベンダーを対象とした勉強会の開催について

勉強会及び協議をオンラインにて、2024年10月15日、11月12日、12月12日の3回実施した。内容については、主に以下のとおりである。

(1) 2024年10月15日:「DPCの基本構造とICD10とICD11の違い」～ICD10を利用している場合、ICD11にVersion upgradeするための要件定義、内部仕様の見直し

(2) 2024年11月12日:「DPCにおけるICDコーディングの役割と精度改善への取り組み:病院における苦闘」

(3) 2024年12月12日:前回までのプレゼンを踏まえた意見交換等

前2回については、オンライン開催のため、参加会社数は把握が出来なかったが、概ね150名程がアクセスした。3回目については、大手ベンダーの参加のみの開催とした。

なお、用いた資料については、別途DVDを参照のこと(一部、会社等のプライバシーがあるので勉強会で用いた資料とは同一ではない)。

2) JAHIS事務局、システムベンダー側幹事会社、基金との協議等について

JAHIS事務局との協議は、2025年2月14日、3月12日、基金との協議は、2025年2月14日(JAHISと合同)、3月17日に開催した。その他、オンライン、メールを用いても随時、協議した。

JAHISとの協議については、前述の勉強会を行い、随時、システムベンダーからの質問や意見聴取、業界団体としてのJAHISの取組等を把握しつつ、

現時点の課題を明らかにした。

現状把握と現時点での課題については主に以下のように集約された。

- (1) ICD-11 への改定スケジュールが明示されていないため、企業としての対応は現時点では厳しい課題であること→前述の勉強会において、JAHIS より対応状況について調査をした結果、ICD-11 への置き換えについて具体的に検討もしくは作業をしているベンダーは皆無であることがわかった。
- (2) 上記の状況について、スケジュールが示されない以上、企業として動けないため、まずはスケジュール（公式な告知）が明確になってからしか動けないことが理由であった。
- (3) 加えて、システム改変については、まずは標準病名マスターの ICD-11 対応のための仕様が明確にならない限り、告知がされても現実的な開発は難しいとされた。改定スケジュールと共に標準病名マスターの対応予定や仕様等についての公表が待たれる。
- (4) 現行の ICD-10 において、過去に 2003 年版から 2013 年版への置き換えを経験しているが、標準病名マスターの対応や置き換えリストの配布等もあり（本研究班で作成し多くの病院等に配布された）、混乱はなかったという経験はあるので、改定スケジュールや環境次第とする意見があった。
- (5) 現時点では詳細が明らかではないことを踏まえて、勉強会で学んだことをベースに考えると、標準病名マスターの対応や ICD-11 を前提とした DPC 改定（定義テーブル等の大きな変化がないとして）であれば、大きな問題にならないのではないかという指摘があった。特に定義テーブルや標準病名マスターの対応が適切に行われることになれば、ソフトウェア上の

世代管理も不要であり大きな改変は必要にならない可能性が高いと想定される。

- (6) ただし、出来高対応も含めて、同時期に ICD-11、もしくは対応した標準病名マスター等への切り替えを行わなければ対応は厳しいと思われる→複数のシステム、複数のマスターを用いる方法への対応は混乱を助長する。

その他、企業からの意見や対応状況について、詳細は別途 DVD 資料を参照のこと（ただし、社名が限定されるような情報は削除している）。

3) 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について

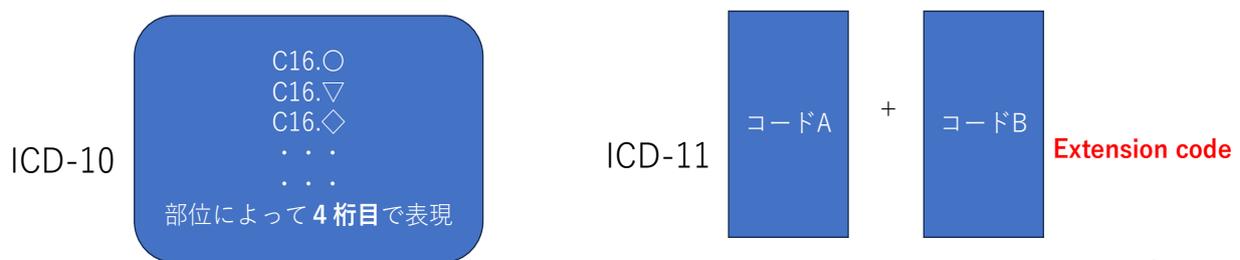
ICD-11 の詳細なコーディング方法等の説明は省略するが、ICD-10 までと比較すると、大きな特徴として、基本のコードをより詳細に再現するため、すなわち、多方面での活用を意図して、Post coordination システムという手法を用いて、分類という entity（集まり）に対してより詳細なコードを追加出来るようになっている。以下の説明及び資料については、前述のシステムベンダーでの勉強会で配布しており、以下はその資料にそって解説する。

ICD-11 の特徴を図 1 に示す。ICD-10 であれば、例えば 4 桁のコードで傷病分類と部位を示すことが可能であるが、同じ表現をしようとする、ICD-11 では、複数のコードを必要とする、同時に桁数も多くなるのが通常である。特に DPC の定義テーブルを意識した場合、図 1 の例であれば、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定義することが可能である。しかし、ICD-11 では、汎用性と精緻化が重視されたことがコードを複雑にする傾向がある。言い換えると、現在の DPC 定義テーブルで表現出来ていることをそのまま維持するためには、最初の段階で、分類の構造が、部位ではなく、組織形態で分類が分かれているため（現在の

定義テーブルでは組織形態は不必要である)、ICD-10 では備えられている部位には Extension code として、部位や付随する症状等を表現する必要がある。これは、前述のように、詳細な情報を

分類可能とするためでもあり、DPC 定義テーブルではなく、他の用途では組織形態を1つのコードで表現出来ることは多大なるメリットでもある。

- 1) 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る。例えば、基本の分類に対して、詳細な部位を追加する等。
- 2) 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DPCルールでのワイルドカード：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、**部位や付随する症状等を表現**するようになっている。



JAHIS 勉強会資料 : Makoto Anan@Kawasaki university of Medical Welfare

図 1. ICD-10 と比較した ICD-11 の簡単な特徴

さて、この例を現在の定義テーブルに適用してみると (以下、表 1、該当する C16\$ の定義テーブル参照)

表 1. 該当する定義テーブル例

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名	
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード
06	0020	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

この表からわかるように、胃の悪性新生物の該当コードでは、「060020 胃の悪性腫瘍 : C16\$ 胃の悪性新生物<腫瘍>、D002 口腔, 食道及び胃の上皮内癌, 胃」として、具体的にコードが示されている。さらに、ここでは、\$ として、「0」から「9」までの ICD の 4 桁目のコード範囲が示されている (いわゆるワイルドカード的に)。単純に診療報酬の算定のみであれば、\$ には何が含まれていても、この DPC 診断群分類としては、060020

が適用されることとなる。しかしながら、DPC 制度のルールとして、影響調査へのデータ提出義務、令和 6 年度では、「2024 年度 DPC の評価・検証等に係る調査 (退院患者調査)」への対応は義務であると共に病院にとっては大きなハードルであるが、データを収集する厚生労働省側にとっては、DPC 制度の新たな分類開発や妥当性の検証等、極めて大きな役割を担っており、データの精緻化、精度改善は必須である。そのため、病院だけでは

なく、システムベンダーとしても精度の高いデータ（コーディングされたデータを含めて）を作成すべく鋭意取り組んで来たところである。したがって、この\$の扱い（ICD 分類の表現）も極めて重要であり、この要素は ICD-11 であっても維持していく必要がある。ここで、この定義テーブルを満足させ、前述の影響調査データとして提出ことを前提に、ICD-11 への対応を考えてみる。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/PDPS の定義テーブルで規定されている、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、\$でワールドカードとして機能する DPC での ICD-10 と異なり、ICD-11 であれば、詳細な Extension コードを全て表示（表現）する必要が起りえる。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。

現在の WHO の web サイトに準備されている、Coding tool (2025-1)で、まず、胃がん、Gastric Cancer を検索すると、以下のように表示される。

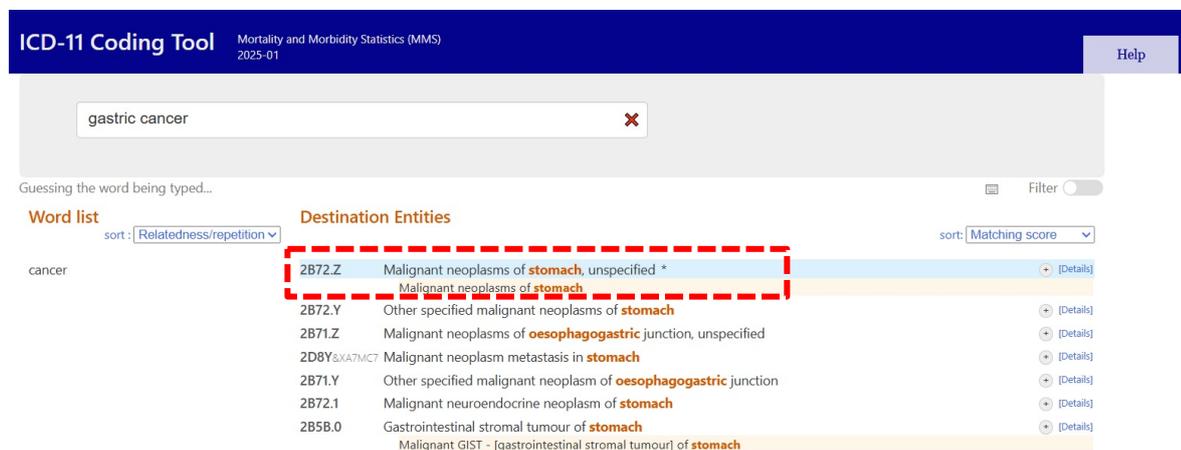


図 2. コーディングツールを用いた Gastric Cancer を検索

ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS): 2025-01、
https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release (2025年3月25日閲覧)

さらに、2B72.Z の Detail を選択することによって、詳細が表示される。一方で、ICD-10 では、同様の胃の悪性新生物で「Body of stomach（胃体部）」とすると、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。比較のために表示する。以下、同じキーワード、Body of stomach で検索している。

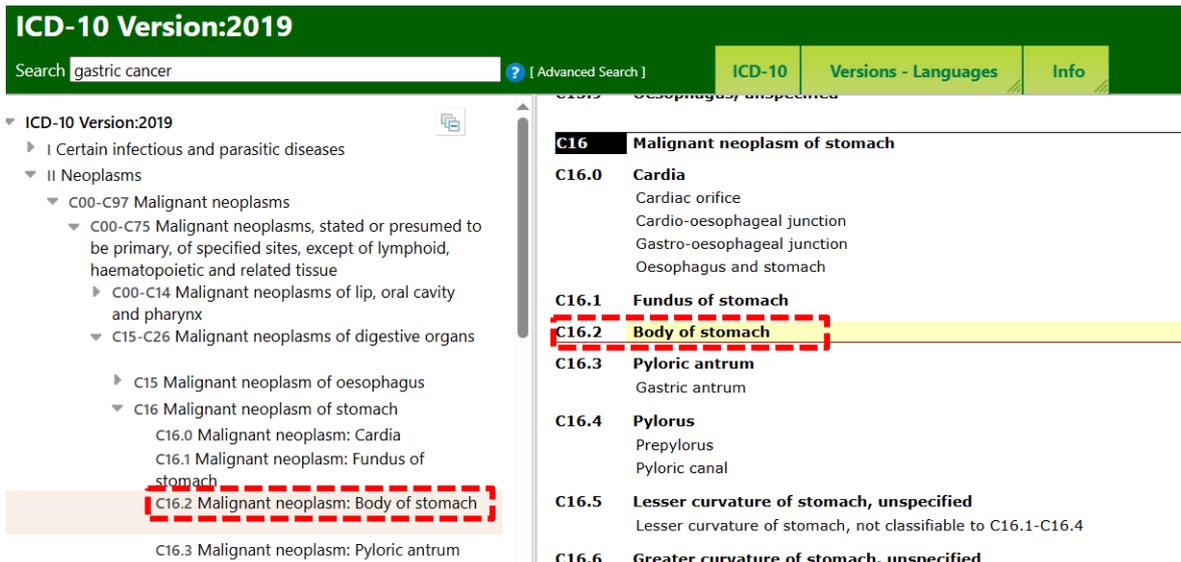


図 3. ICD-10 コーディングツールにて Gastric Cancer を検索

ICD-10 Version:2019、<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/C16.2> (2025 年 3 月 25 日閲覧)

さらに ICD-11 コーディングツールにて、同様の stomach (胃体部癌) で検索をすると、以下のよう分類検索をしてみると Gastric cancer Body of に表示される。

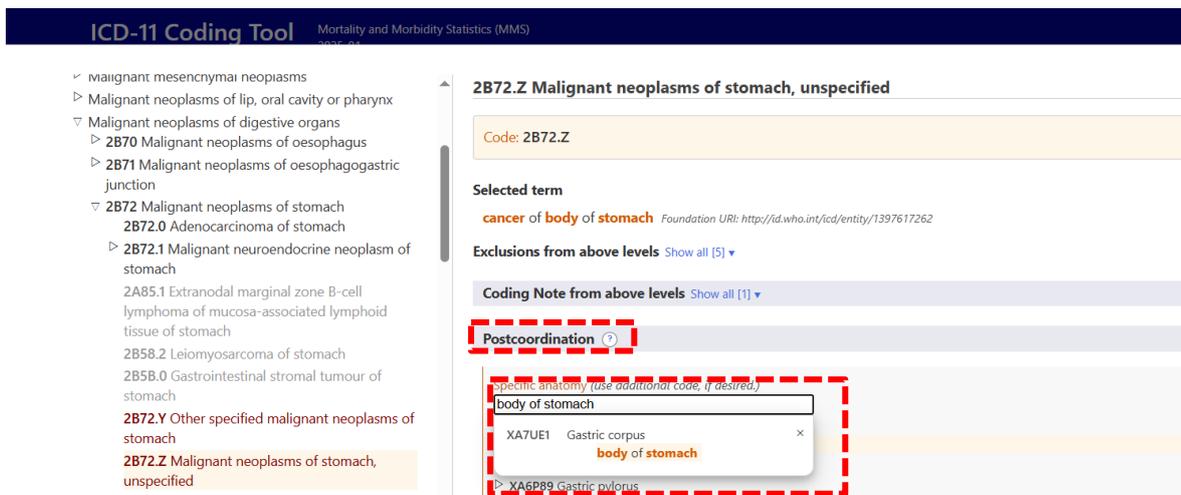


図 4. 詳細: エクステンションコードの検索

ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS):2025-01、https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release (2025 年 3 月 25 日閲覧)

ICD-11 では、より詳細な表現を可能としており、詳細が必要な場合はさらにキーワードを入力し、詳細化や付加情報を加えることが可能 (Post coordination の例) となっている。一例ではあるが、現在の定義テーブルについては、置き換えは 1 対 1 で対応可能なものも多いが、影

響調査として詳細な ICD-11 コードが必要となると、Post coordination を用いたエクステンションコードを規定する必要がある。また、いずれにしても ICD-11 においては、「\$」でワイルドカードとして 0~9 を表現するように機能する ICD-10 と異なり、ICD-11 は、詳細なエクステンションコ

ードを全て表示する必要があるケースが多いと思われる、エクステンションコードの設定ルールを決める必要がある。

4) DPC で用いることを前提に、現時点での定義テーブルで定義されている ICD-10 単独コードを実例に基づき ICD-11 への置き換えと確認を行う、について

以下の表 2 に示すとおり、サンプルとなるデータは 14 桁分類にして、4,557 件（種類）、MDC ごと

では、多い順番に 5 位まで、MDC6 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 2,124,459 件、MDC5 循環器系疾患 1,018,775 件、MDC4 呼吸器系疾患 830,678 件、MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患 792,685 件、MDC16 外傷・熱傷・中毒 609,138 件、総件数は、8,703,907 件であった。

一方で、発生したコード別の割合をみると、MDC1 がほぼ 4 割を占めるほど圧倒的に多い。すなわち、MDC1 は分類が極めて細かいということである。

表 2. MDC ごとの発生件数

MDC	MDC名称	総件数	総件数比率	コード別種類	発生割合
1	神経系疾患	574,496	6.60%	1,808	39.68%
2	眼科系疾患	383,613	4.41%	90	1.97%
3	耳鼻咽喉科系疾患	307,223	3.53%	91	2.00%
4	呼吸器系疾患	830,678	9.54%	340	7.46%
5	循環器系疾患	1,018,775	11.70%	273	5.99%
6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	2,124,459	24.41%	483	10.60%
7	筋骨格系疾患	445,142	5.11%	235	5.16%
8	皮膚・皮下組織の疾患	147,294	1.69%	81	1.78%
9	乳房の疾患	138,337	1.59%	35	0.77%
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	247,752	2.85%	119	2.61%
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	792,685	9.11%	199	4.37%
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	461,603	5.30%	197	4.32%
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	257,263	2.96%	151	3.31%
14	新生児疾患、先天性奇形	178,909	2.06%	183	4.02%
15	小児疾患	21,892	0.25%	19	0.42%
16	外傷・熱傷・中毒	609,138	7.00%	219	4.81%
17	精神疾患	12,833	0.15%	7	0.15%
18	その他	151,815	1.74%	27	0.59%
	合計	8,703,907	100.00%	4,557	100.00%

また、14 桁コード別の件数、上位 10 位までを以下に示すが、疾病の傾向としては、白内障、誤嚥性肺炎や大腿骨骨折等、高齢者に多い疾患が顕著

である。また、白内障は当該 MDC の中でも 5 割以上を占めていることが目立つ。

表 3. MDC とコード発生上位分類

MDC	Code	Title	MDC名称	件数	当該MDC に対する 当該DPC の比率	全症例に 対する当 該DPCの 比率
06	060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾病（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	消化器系疾患	212,470	10.00%	2.44%
02	020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	眼科系疾患	195,835	51.05%	2.25%
05	050050xx0200xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1 なし、1,2あり 手術・処置等2 なし	循環器系疾患	124,950	12.26%	1.44%
11	110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	腎・尿路系疾患	120,321	15.18%	1.38%
05	050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし	循環器系疾患	115,039	11.29%	1.32%
05	050130xx9900xx	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし	循環器系疾患	108,107	10.61%	1.24%
06	060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	消化器系疾患	106,319	5.00%	1.22%
04	040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし	呼吸器系疾患	105,875	12.75%	1.22%
16	160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	外傷・熱傷・	94,648	15.54%	1.09%
05	050070xx01x0xx	頻脈性不整脈 経皮的カテーテル心筋焼灼術 手術・処置等2 なし	循環器系疾患	85,054	8.35%	0.98%

また、MDC ごとに件数の多い 10 位までについて、定義テーブルの ICD-10 コードを ICD-11 へ置き換えることを試みた。詳細は DVD 資料に示すが、基

本的に定義テーブルレベルであれば、多くは置き換えが可能ということがわかる。以下に MDC1 のてんかんについて置き換えを示す。

表 4. MDC1 てんかんの例

MDC	Code	Title	MDC名称	件数	当該MDC に対する 当該DPC の比率	全症例に 対する当 該DPCの 比率	ICD-10	ICD-11
01	010230xx99x00x	てんかん 手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	神経系疾患	46,056	8.02%	0.53%	G40\$	8A60.Z
								8A61.Z
								8A6Z
								8A62.Z
								8A65
								8A68.4
								8A66.1Z
								8A61.21
								8A6Z
							G41\$	8A66.0
								8A66.1Z
								8A67
								8A66.Z

D. 考察

1) JAHIS のシステムベンダーを対象とした勉強会の開催について

残念ながら勉強会開催時の調査によれば、既に ICD-11 への対応を行っているシステムベンダーは皆無であったが、オンライン開催という参加しやすさはあったものの、150 名もの参加者がおり、具体的な対応はしていないものの、関心は極めて高いことがわかった。また、勉強会後の意見については、大変にレベルも高く、いざという対応については、少なくともそのための姿勢は前向きで

あり、危惧することはないと考えられた。ただ、次の 2) で述べるように、対応のための条件があるので、そのための情報共有や協働は必須と考えられた。

2) JAHIS 事務局、システムベンダー側幹事会社、基金との協議等について

特に対面にて協議した、JAHIS の幹事会社クラスになると担当者の知識レベルもかなり高く、対応の検討がなされていないのは、民間企業故に何も決まっていなかったプロジェクトを進めるわけにはいかないという事情故である。したがって、スケ

ジュールさえ告知されれば速やかに対応が可能と見受けられた。ただし、必要な人材や投入コストは、定義テーブルや標準病名マスターの仕様に依存することが明らかであり、システムベンダーとの事前協議や情報共有が必須であると考えられた。

3) 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について

ICD-11 は既に述べたように、広範な使用目的が想定され、それ故、Post Coordination という、柔軟なシステムを取り入れ、多用途であることが特徴である。また、デジタル環境（web 環境）が前提となっていることでもわかるとおり、ICD-10 までのアナログ対応を想定していない。その一方で、多用途であることと関連して、web 環境がなければ、複雑なコード検索を行うことが困難である。ICD-10 環境は ICD-11 と比較すると高い粒度や複雑な意味を持たせることは出来ないものの、逆に単純である。例えば、ICD-10 では、1つのコードで表現出来ていた疾病の分類が ICD-11 では、複数のコードで表現されるようになり、前述のとおり web 環境がなければ、適切なコードを選択するためには困難が伴う。単純に考えて4桁で表現出来れば、ある程度、憶えることも可能であろうが、Post Coordination を考えると ICD-11 のコードを記憶することは事実上不可能であろう。結果で示したように、例えば、胃がんの例が典型的なもの1つで、複雑化は避けられない。

4) DPC で用いることを前提に、現時点での定義テーブルで定義されている ICD-10 単独コードを実例に基づき ICD-11 への置き換えと確認を行う、について

上記3)で ICD-11 が広範な活用方法があると同時に web 上での活用が前提故に、Post coordination 等を用いて詳細なコーディングが可能となっていると述べたが、定義テーブルに関しては元より診療報酬請求のルールであることから、個々の DPC 分類に定義されている ICD-10 コードは広範囲を示すことが通常である。そのた

め、ワイルドカードとして、「\$」を用いているが、基本的に ICD-11 に置き換えを行っても、多くはステムコード（ICD-10 であれば、.9 コードの性質をもつ）で表現が可能であり、実際に今回、置き換えを試みた例を見る限り、恐らく、多くの DPC で定義されている ICD コードは表現が可能と思われる。ただし、影響調査等、より詳細なコーディングを必要とする場合は、ICD-10、ICD-11 とも、いわゆるフル桁のコーディングが求められている。このルールは、将来の分類開発や妥当性の検証等、重要な機能であることと、そもそも、病院側においても、診療情報管理を行う使命からも当然、行うべきことである。また、現在の定義テーブルにおいては、全てが「\$」表現を行っているわけではなく、フル桁で定義をしているものもあり、その場合は、ICD-11 への置き換え時はどうしてもエクステンションコードを用いる必要が発生する。この場合は、使用するエクステンションコードに使用回数制限をする等の工夫が必要となってくる。その場合、標準病名マスターの修飾語として新たに追加する必要があると思われるが、その仕様等の公表が待たれる。

また、前述したとおり、「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する可能性はある。もちろん、定義テーブルを現在の形式から変更をして、詳細なテーブルを作成することで対応可能と考えるが、複雑な形式にすることにメリットを感じない。現時点では、Post coordination システムのメリット・デメリットを考えつつ、定義テーブルは現状の構造のままとして（粒度が下がる可能性もあるが）、影響調査におけるコーディングは、一定の ICD-11 のルールに従ってもらい、ことが現実的ではないかと考える。ただし、いずれにしても病院、システムベンダー、審査支払機関との協同や情報共有は必須だと考える。一方で、米国やオーストラリア、カナダ等のいわゆる診断群分類を古くから行っている国を参考に、ICD そのものを必要に応じて、国内の医療制度に最適化するように改変することも検討の余地があるのではないかと考える（総務省等

との調整は必要になると思われるが)。

5) 考察のまとめ

- (1) 定義テーブルに Post Coordination システムは原則として適応させない。現在の定義テーブルの粒度を表現するためには、多くは1対1で置き換えは可能であり、どうしても対応が出来ない場合のみ、エクステンションコードの制限をかけた上で定義テーブルに記述する。
- (2) 基本的に ICD-11 は web ベースでの活用が前提であるため、DPC 制度の中でのシステムに組み入れることは無理があると思われる。したがって、定義テーブルの適用と影響調査や病院内でのデータベース構築等において、ICD-11 を同列に考えることは避けるべき。
- (3) 過去の日本版 DRG 試行における ICD-9 から ICD-10 への改定の時とは異なり、その規模も影響力も大きな違いがあるので、病院、システムベンダー、審査支払機関はもちろん関連するステークホルダーへの影響を配慮しておく必要がある。
- (4) 既に DPC 業務に限らず、病院業務、診療報酬業務については、システムへの依存が大きく、無視出来ないことであって、さらに病院職員として ICD やシステムの専門家を確保するのは困難でもあり、システムの出来不出来が大きな要因となっているのが現実である。つまり、システムベンダーへ期待せざるを得ない状況にある。厚生労働省が進める医療 DX の一環としても重要な要素と考えていかねばならない。

E. 結論

少なくとも、現時点では、システムベンダーや審査支払機関側の対応は未だスタートラインについてさえいないという状況にある。理由は ICD-11 の日本語化の公表は目途が立っておらず、ICD-11 の運用開始が明確ではないことである。DPC 制度に導入するにしても、まずは ICD-11 そのものの

環境、例えば標準病名マスターが対応している等が整うことが前提であり、しかし、もしその時機が到来したとしたら、全てを切り替えないと、混乱を来す可能性がある。このことはシステムベンダーとの協議時でも強い意見として出てきたものである。一方、DPC/PDPS の定義テーブルでの置き換えを考えると、診療報酬の支払いに限定した場合、大きな問題が出ないであろうことは確認出来た。すなわち、現在の定義テーブルレベル(粒度)で、今以上の精緻化と高い粒度を期待しなければ、ICD-11 のシステムコードだけで多くは対応可能であると思われる。したがって、診療報酬制度を司る審査支払機関での業務には大きな問題は発生しないと思われる。しかし、影響調査のデータを今までと同様に、診断群分類の開発や妥当性の検証を行っていくためには、ICD-11 環境におけるエクステンションコードの活用方法についての議論が必要であり、もし、うまく制限等かけることに病院、システムベンダー等のコンセンサスを得ることが出来れば、現在以上の精緻化されたデータ収集も可能であろうと考えられる。もっとも、DPC 制度導入以来、初めての ICD 改定となるので、病院、システムベンダーは今後、情報共有をしつつ望ましい置き換えについて、協働や課題解決が必要になることを強調しておきたい。

※本研究に用いた、ICD 分類の定義やルールについては、疾病、傷害および死因統計分類提要、ICD-10 (2013 年版) 準拠、第 1 巻内容例示表、および、第 2 巻総論、厚生労働省大臣官房統計情報部編、WHO の ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS) : 2025-01 を参考とした。

※謝辞

本研究にあたり、一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会 JAHIS 事務局部長 前田 利勝様他、医事部会の幹事会社の方々、社会保険診療報酬支払基金 情報化企画部 次長 (医療 DX 担

当) 杉本由紀雄様、医科専門役 井原裕宣様には、調査へ多大なるご協力をいただきました。深謝いたします。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1) 学会における発表

- (1) 阿南誠、亀井純子、渡邊佳代、三田岳彦、
樫村菜穂、安孫子かおり、松島史、遠藤美幸、
溝本圭子、DPC 導入に伴う ICD コーディング
の問題点第 20 報: コーディングテキストにお
ける詳細不明コード等の取り扱いについて、
第 50 回日本診療情報管理学会学術大会、福岡

市、2024 年 8 月 22 日

- (2) 阿南誠、秋岡美登恵、上田京子、鎌倉由香、
松浦はるみ、山岡早苗、山本真希、亀井純子、
安孫子かおり、研究班データにおける未コー
ド化傷病名の発生率と評価基準の検証につい
て、第 50 回日本診療情報管理学会学術大会、
福岡市、2024 年 8 月 23 日
- (3) 阿南誠、安孫子 かおり、DPC/PDPS 制度に
おける傷病名の定義について、ICD-10 から 11
への移行時の課題、日本医療マネジメント学
会学術総会、仙台市、2025 年 7 月 18 日～19
日、演題登録

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし