

DPCにおけるICD10（2013年版）への 改定とコーディングテキスト改定について

川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部
医療情報学科 阿南 誠

本日のメニュー

1. データ精度の評価

- 1) 「.9」、「未コード化傷病名」の議論
- 2) 発生する要因（ICDとDPCの出自の違い）
- 3) 標準病名マスター

2. ICD-10（2013年版）改定

1) 「.9」、「未コード化傷病名」の議論： DPC評価分科会での提案

1. 平成29年7月19日の機能係数2（保険診療係数）についての議論
2. 平成29年8月4日の機能係数2の議論（保険診療係数2）についての議論
3. 平成29年9月29日の機能係数2の議論（保険診療係数3）についての議論

1. 7月29日の議論の概要

<背景>

○ 機能評価係数Ⅱの創設時に導入された「データ提出係数」は、その後の診療報酬改定で評価項目が追加され、保険診療係数へと改称された。

→次ページ資料

○ 平成28年度改定後の保険診療係数は、「DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療の実施・取組・公表を評価し、また、医療機関群（Ⅰ群・Ⅱ群）における総合的な機能を評価」として設定されている。

→次々ページ資料

データ提出指数の変遷

年度	名称	評価の考え方
平成22年度	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価



年度	名称	評価の考え方
平成28年度	保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群（Ⅰ群・Ⅱ群）における総合的な機能を評価。

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(平成29年度)>

診調組 D-1参考3
29.5.24

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群(Ⅰ群・Ⅱ群)における総合的な機能を評価。	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出(「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価) 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 i 様式1の親様式・子様式 : データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)の矛盾 ii 様式1とEFファイル : 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾 iii 様式4とEFファイル : 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾 iv DファイルとEFファイル : 記入されている入院料等の矛盾</p> <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) Ⅰ群病院(大学病院本院)において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。</p> <p>⑤ それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価 本院よりも機能が高い分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院(Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合)、Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。</p> <p>⑥ 病院情報の公表への取組の評価 自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に0.05点加算する。</p>

○ 現行の評価項目は、

① 適切な DPC データの作成、

- 部位不明・詳細不明コードの使用割合
- 様式間の記載矛盾
- 未コード化傷病名の使用率

② 病院情報の公表、

③ I 群と II 群の医療機関の保険診療に係る取組や総合的な体制、

- 指導医療官の派遣（I 群のみ）、
- 機能の高い分院をもつこと（I 群のみ）、
- II 群の実績要件外れ値となること（I 群のみ）、
- 精神科診療実績（I・II 群）、

となっており、大きく 3 つの観点で評価されている。

○ 平成 30 年度改定に向けた検討の中間報告において、「保険診療係数については、導入時の係数設定の趣旨や目的を踏まえ、評価指標等を再整理し、医療の質を示す指標の測定や公表等、本来の趣旨に見合った評価を検討する」とあることを踏まえ、具体的な対応を検討する。

2. 具体的な対応（案）

（1）適切な DPC データの作成

（ア）現状

提出される DPC データのうち、以下の項目のような不明データ等が一定割合以上に多い場合は、減点している。

- ・ 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合
- ・ DPC データの様式間の記載矛盾
- ・ レセプトにおける未コード化傷病名の使用割合

（イ）課題

上記の項目について、評価の現状をみると、減点の対象となる医療機関はほとんどないことから、適切な取組を促す基準値となるよう、見直しを検討する必要がある。→次ページ、次々ページ参照

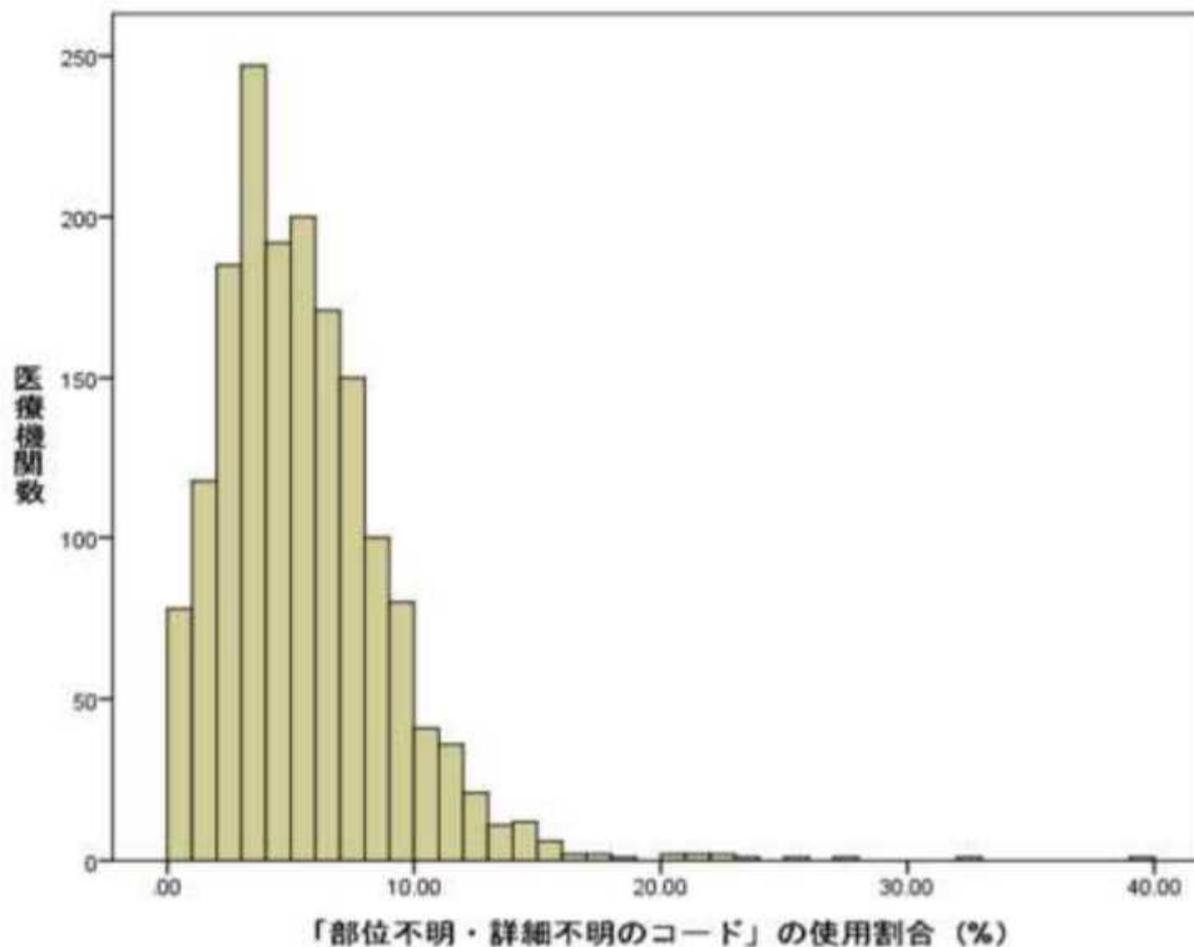
（ウ）対応方針（案）

○ 減点の基準となる各項目の現状を整理し、適切な評価となるよう基準値の見直しを検討してはどうか。

○ 上記のほか、適切なデータ提出の取組を促すような評価項目の追加を、必要に応じ、検討してはどうか。

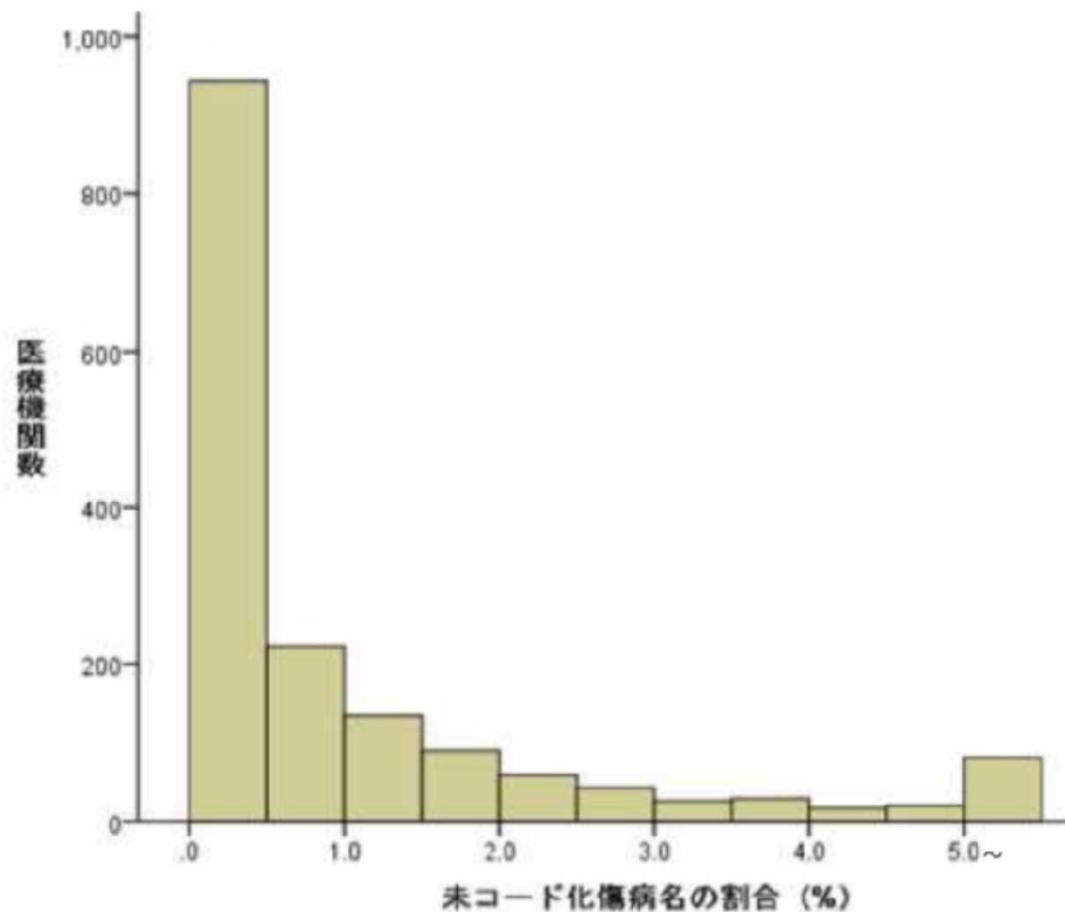
①部位不明・詳細不明のコードの使用割合

- ・現在は20%以上を減算対象としている。



③未コード化傷病名

・現在は20%以上を減算対象としている。



2. 平成29年8月4日の議論の概要

1. 前回の指摘事項（コーディングの議論以外は省略）

（1）適切な DPC データの作成

- 新たな基準値を検討するにあたり、統計的な手法により決定してはどうか。
- コーディングの正確性を要件としてどうか。

2. 指摘を踏まえた検討（案）

（1）適切な DPC データの作成

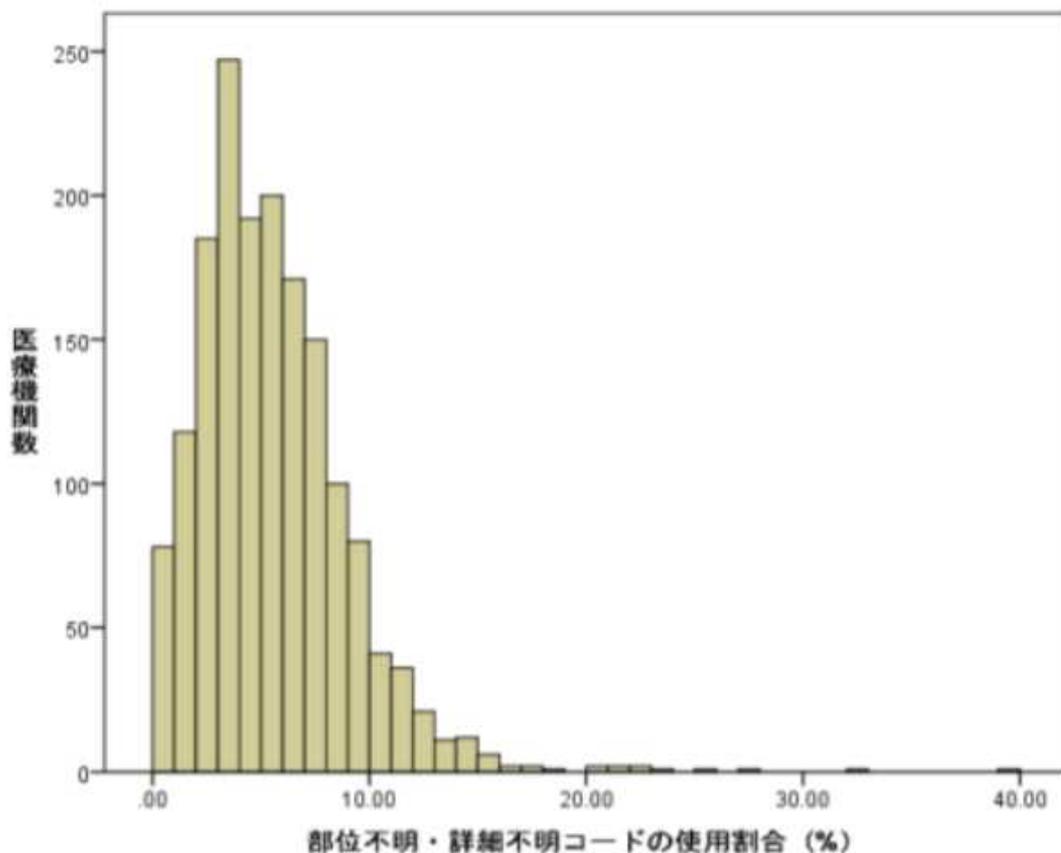
① 評価の考え方

（ア）部位不明・詳細不明コード

- ・ 様式1の「医療資源を最も投入した傷病名」の ICD コードとして、「留意すべき ICD コード」を入力した割合について評価を行っている。部位不明・詳細不明コードが入力される割合は低いことが望ましいが、死亡症例等で詳細な ICD コーディングが困難な例は存在する。
- ・ 現在は部位不明・詳細不明コードの使用割合が 20%以上を基準値としており、11 病院が減点となっている。平均+2SD（値 12.57%）を超えているのは 54 病院存在する。次ページ参照

部位不明・詳細不明のコードの使用割合

・現在は20%以上を減算対象としている。



最大値	39.63%
最小値	0.00%

基準値	Tile値等	対象病院数
5.07%	中央値	832
12.57%	平均+2SD	54
5%	49.3 %tile	844
7.5%	76.6 %tile	389
10%	91.4 %tile	143

(イ) 未コード化傷病名

- ・ 未コード化傷病名は、本来傷病名マスターに収載されていない傷病名について用いられるものである。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。一方で、未コード化傷病名の割合は病院の患者構成等により適正值が異なることが考えられる。
- ・ 現在は未コード化傷病名である傷病名の割合が 20% 以上を基準値としており、1 病院が減点となっている。仮に 0.17% 以上を基準値とした場合は、1047 病院が減点となり、平均 +2SD (値 5.7%) を超えているのは 59 病院存在する。2% 以上を基準値とした場合は、約 84%tile 値に相当し、275 病院が減点となる。次ページ、次々ページ参照

未コード化傷病名

- 入院医療に係るレセプト記録において、未コード化傷病名を使用した割合が全症例に対して20%以上の医療機関を減点。
- 未コード化傷病名とは、レセプトに記載する傷病名コードを0000999と入力することで、規定されたコードではなく、任意の文字列で傷病名を入力するもの。
- 本来は傷病名マスターに収載されていない傷病名について、マスターに収載されるまでの間のみ使用することを想定。

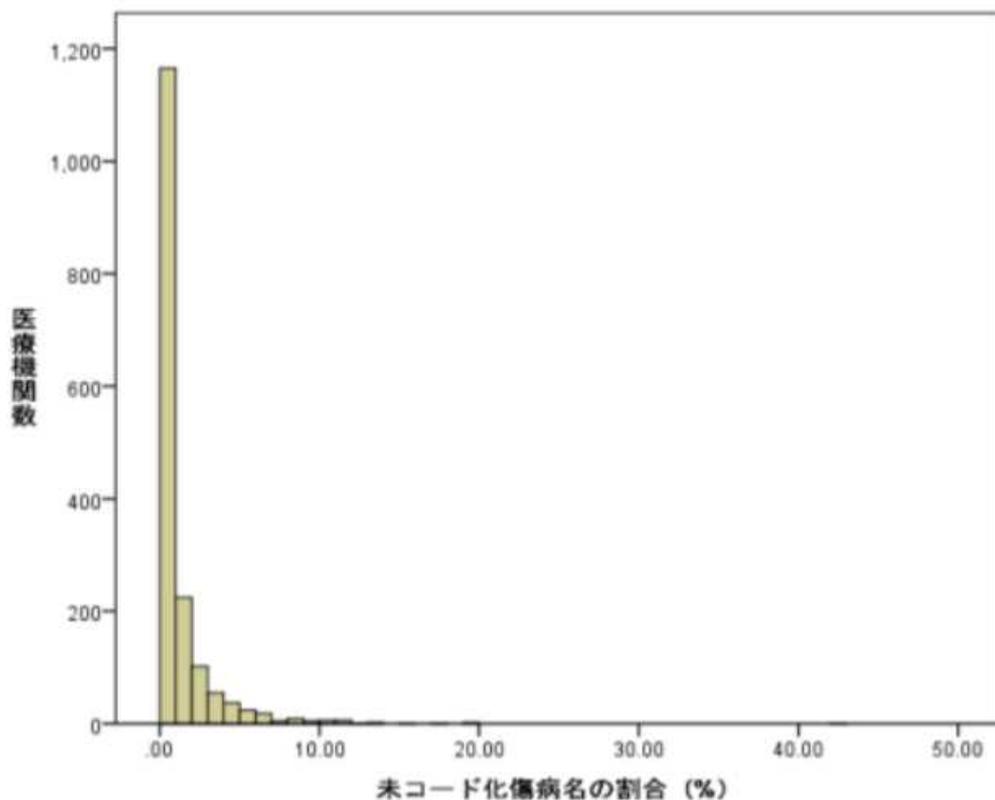
DPCレセプトにおいて、傷病名マスターに収載されていない傷病名は、記録された全2397137傷病名レコード中3999レコードであり、割合は0.17%程度。なお、未コード化傷病名の記録は40476レコードであった。（支払基金平成27年10月審査分より）

（出典：http://www.ssk.or.jp/goannai/kohoshi/gekkankikin/h27/h28_02.files/1602.pdf）

未コード化傷病名

診調組 D-2 参考
29.7.19 (改)

・現在は20%以上を減算対象としている。



	基準値
最大値	42.69%
最小値	0.00%
中央値	0.36%

基準値	tile値など	外れる病院数
0.17%	37.1 %tile	1047
0.5%	56.6 %tile	722
1%	70.0 %tile	499
2%	83.5 %tile	275
3%	89.6 %tile	173
5.7%	平均+2SD	59

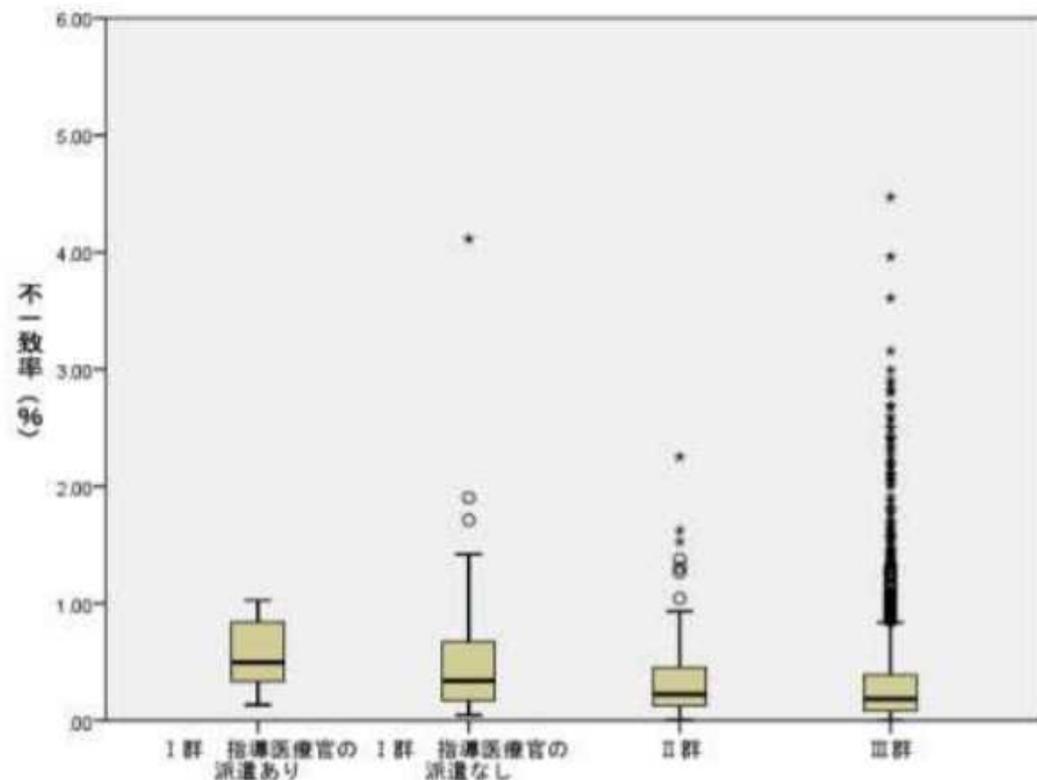
(ウ) コーディング不一致

- ・ 実際を選択された診断群分類番号と、様式1及びEFファイル等から機械的に選択した診断群分類番号とが異なっているものの割合（コーディング不一致率）については、最大値は11.50%で、中央値は0.19%であった。コーディング不一致のうち、全てがアップコーディングであった医療機関は173病院存在した。

- ・ 但し、コーディングは機械的に選択した診断群分類番号と実際に医療機関が選択した診断群分類番号が異なる場合、実際の診療内容や経過を踏まえれば医療機関の選択した診断群分類の方がより適切な場合も考えられるので、評価項目とすることは必ずしも適切ではない可能性がある。

医療機関種別毎のコーディング不一致率

- ・ H27・H28において指導医療官の派遣実績のあるI群、その他I群、II群、III群について、当該医療機関の症例のうち、H28年度1年間のDPCデータについて、コーディング不一致の症例数の分布
- ・ コーディング不一致とは、実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号が異なっているものと定義。
- ・ III群については、6%を超える医療機関が2あるが、図の視認性の観点から削除。



	H27	H28	H29
派遣人数	3	5	7

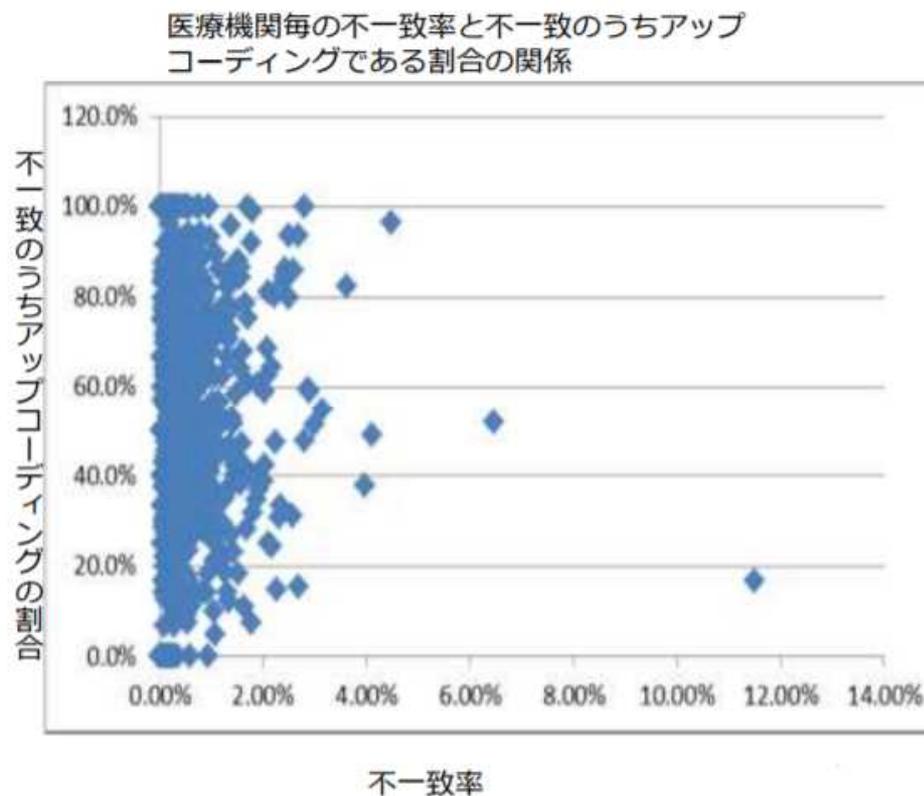
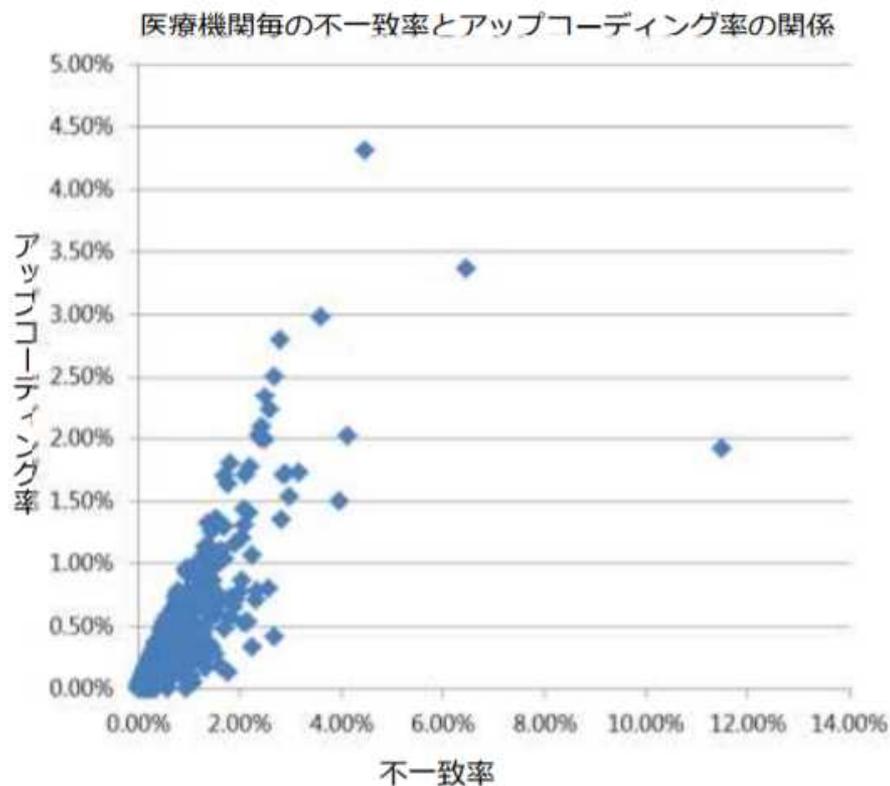
医療機関群	最大値	中央値
I群 (派遣あり)	1.03%	0.50%
I群 (派遣無し)	4.11%	0.34%
II群	2.25%	0.22%
III群	11.50%	0.18%
全医療機関	11.50%	0.19%

※III群において、不一致率が6%以上となる2医療機関については表示していない

<参考資料より>

アップコーディングに関する分析

- ・ H28年度のDPCデータにおける、コーディングの不一致率とアップコーディング率の関係、不一致率と不一致率のうちアップコーディングである割合の関係を示した。
- ・ アップコーディングとは、実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号が異なり、実際のコーディングが高得点となるものと定義。
- ・ 不一致の割合が高い医療機関がアップコーディングが多い率が高いというわけではない。
- ・ 不一致のうち、100%がアップコーディングであった病院は173あった。



② 対応方針（案）

○ 部位不明・詳細不明コードの使用割合については、平均+2SD 値を考慮し、基準値を 10%以上に見直してはどうか。

○ 未コード化傷病名の割合については、全レコードにしめる未コード化傷病名の割合が 0.17%であることや、全体に占める割合（84%tile 値）を考慮し、2%以上に見直してはどうか。

○ コーディング不一致については、報酬評価として活用するには課題もあることから評価項目としては活用しないこととしてはどうか。

3. 平成29年9月29日の議論の概要

1. 適切なデータの作成

(1) これまでの議論

○ 未コード化傷病名や部位不明・詳細不明のコードについて、評価の実態を踏まえ基準を見直すことは必要であるとの指摘があった。

○ 未コード化傷病名は、診療領域によっては標準病名マスタの整備が不十分な可能性もあるため、基準値を設定するためには、実態を把握すべきと考えられた。

(2) 検討

○ 1 か月分の様式 1 にコードされた病名について、未コード化傷病名としてコーディングされた病名のうち、標準病名マスタに整備されていない可能性がある病名を分析した。

○ 未コード化傷病名は、13,845 件であり、全病名 991,904 件の 1.40%であった。

○ このうち、標準病名マスタに病名が存在するもの（コードが存在するにもかかわらず、未コード化傷病名としているもの）を機械的に除き、マスタ上で存在しない病名を抽出したところ、残った病名は 517 種、714 件であった。件数の全体に占める割合は全体の 0.07%であり、医療機関毎に見るとほとんどが 0.1%未満であり、2%を超える医療機関は 6 であった。次々

ページ参照

○ 標準病名マスタに類似する病名があり、実際にはコーディング可能なものが多く見られた。また、MDC 毎の違い等の傾向は特段認められなかった。

○ 以上から、診療領域で未コード化傷病名の傾向が異なるとは想定されず、医療機関ごとの患者の疾病構成の違いにより、未コード化傷病名の割合が異なることや、標準病名マスタが整備されていないために、未コード化傷病名の割合が高くなるものではないと考えられた。

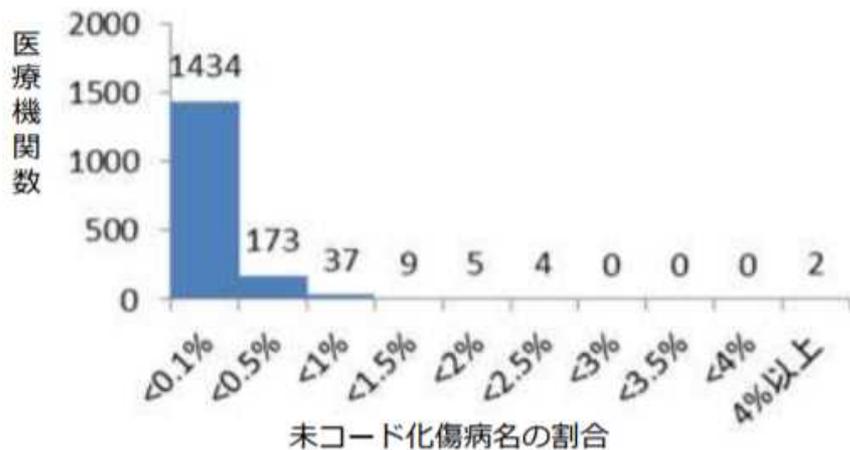
(3) 対応方針 (案)

○ 未コード化傷病名の割合については、基準を 2%として
はどうか。

未コード化傷病名について

- ・ 2017年3月分データについて、未コード化傷病名の割合を分析したところ、13,845件であり、全病名991,904件に対して、1.40%であった。
- ・ 本来未コード化傷病名となるべきではない、コード化された病名と同じものを機械的に除くと残りは517種の病名、計714件であり、件数の占める割合は全体の0.07%。医療機関毎に見ると多くが0.1%未満であり、2%を超える医療機関は6あった。
- ・ また、残った病名の中には未コード化傷病名となるべきではない病名が多くみられた。

医療機関毎の517種の未コード化傷病名の使用頻度の分布



未コード化傷病名の使用病院上位病名についての、他の病名コードとの対応 (例)

病名	件数	病院数
右黄斑上膜	11	6
左黄斑上膜	14	4
尿膜管遺残	4	4
左視床梗塞	5	3

網膜前膜
(20077108)

尿膜管のう胞
(20072822)

脳幹梗塞
(20073050)

◇ここまでのまとめ

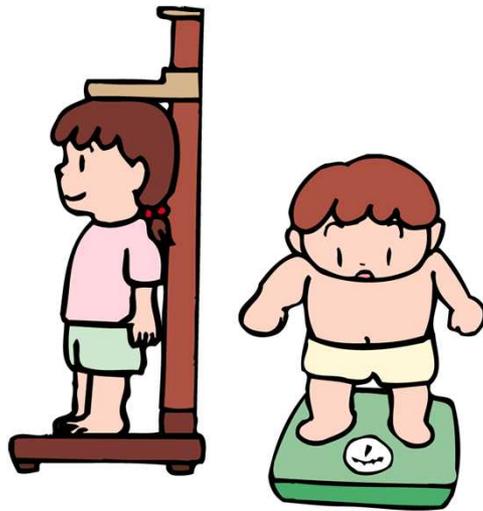
1. 部位不明・詳細不明コードの使用割合については、基準値を 10%以上に見直してはどうか
2. 未コード化傷病名の割合については、基準を 2%として
はどうか

※従来、乳幼児対象の疾患で詳細不明が多いこと、専門的領域については、どうしても標準病名マスターがカバーしきれないという指摘があった。

2) 誤りの発生要因：ICDとDPCの出自の違い

★ICDもDPCも分類(グループ分けする)方法の仲間

→ICD分類とDPC分類は患者を分類するという意味では仲間であるが、元々の出自が異なる。その理解が必要である。目的も発想も異なる。



身長・体重別に？



男女別に？

◇ICD分類

1) 死因分類から発生したものである

※少なくともリアルタイムで傷病名を分類する目的ではない

2) コーダー（第三者）が分類をするという前提。したがって、必ずしも臨床現場の考えを取り入れたものではない（世界基準）。

※我が国では厚労省統計情報部がそれにあたる（近い）

※それ故、臨床家の感覚との乖離は以前から指摘されてきた

3) 構造上の問題がある

※各分類を異なる者（国）が開発しており、対象は地球規模であり、DPCのように、臓器、病理の組み合わせというような構造にすべての分類が構成されているわけではない。国によって医療レベルも異なる。さらに恣意的な操作（ウイルス性肝硬変等）もある→2013年版改定で改善された（元に戻った）。

◇DPC分類

- 1) DPCは、臨床現場の経験から開発された分類である。
 - 2) 臓器（脳神経、頭頸部、眼、呼吸器・・・全身）と病理（腫瘍、炎症、変性、外傷、奇形等）の組み合わせが基本構造で有り、それゆえ臨床現場の親和性は問題ないはずである。
 - 3) ICDを意識しつつも本来は無関連
- ※傷病名に情報を含む意味は、その検証やレセプトでも必須である。
- 4) 診療内容、E、Fファイル等との整合性が必須。
- ※ICDは詳細なルールで必ずしも診療行為との整合性が求められない場合がある。

◇ある研修会でいただいた質問

Q. うちの先生の書く病名で ICD をつけるとみんな「.9」になります。なぜ、そのままではいけないのでしょうか？

A. 通常、0 から 8 までが詳細な部位等になっています。その部位ごとに医療資源の投入量が異なるという指摘があった場合、その部位を明確にして「分類を分ける」必要があります。もし、全部「.9」にしてしまったら、分離が出来ません。つまり、それはゴミ箱に入れたことと一緒にになります。そもそも、「.9」は書類上の「審査」をしようにもそれ以上(前述の例なら部位)の情報がないから(明示されないから: unspecified)しかたなく放り込むゴミ箱のようなものです。したがって、患者を前に治療の結果として選択するなら、通常はありえないでしょう。

◇医療資源を最も投入した傷病？

◇主要病態の定義→主として、患者の治療または検査に対する必要性に基づく、保健ケアのエピソードの「最後に診断された病態」

◇そのような病態が複数ある場合は、「**もっとも医療資源が使われた病態**」を選択

◇もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態とする

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10（2003年版）準拠125頁

◇いわゆる「副傷病名」の定義

主要病態に加え、可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた、別々に記載するべきである。

その他の病態とは、

- 1) 保健ケアのエピソードの間に**存在し**
- 2) またはその間に**悪化**して
- 3) **患者管理に影響**を与えた病態
- 4) 現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはいけない。

※疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10（2003年版）準拠125頁

◇精度の高いコーディングができない要因

1) 曖昧な病名に基づくもの

「腎腫瘍：D41.0」→もっと情報が必要である

部位？悪性？良性？原発性？続発性？

2) コーディングについての知識不足

「新生児一過性イレウス」→新生児の意味を知らないと

：P76.1（正しい）→K56.-（誤り）

3) コーディングツールと病名マスターの無理解

「膵炎：K85」「急性膵炎：K85」

「慢性膵炎：K86.1」→「慢性+膵炎：K85」では×

※急性を優先する考え方 (ICD-10 2013年版で改善)

◇不適切コーディングの要因→情報不足

→診療記録が不充分、その理解不足、確認不足に集約される。

- 1) 診断群分類はICDに基づく傷病分類にマッチしていることが前提であり、そのためには「傷病名」もICDに明確に区分出来る必要がある。
- 2) 診療内容と合致しない傷病名や分類がみられる。
- 3) DPCの導入においては、MEDIS標準病名の使用が推奨されているが、正しい使い方がされていない事も多い
→ICDの構造を理解していないと標準病名の理解も出来ない。

3) 標準病名マスター

◇標準病名の理解（うまく使うために）

1) 傷病名マスターは、あくまで、電子カルテやレセプト表記を行う目的で開発された経緯がある→電子カルテ、レセプト用ワープロ用語集？

2) ICDコードが振られているといっても、副次的なものである

※コードを振ることのできない傷病名、曖昧な傷病名も多数存在

3) 接頭語や接尾語等の修飾語と組み合わせて初めて、日本語傷病名を構成する構造である→『unspecificなコード』、日本語訳版では、『部位不明、詳細不明等というコード』が与えられていることが多い（本来は明示されていないという意味）。

4) 全ての傷病名をカバーしているわけではない、全てのICDをカバーしているわけではない→ICDがついていない、つけられない傷病名もある（体内異物等）→2) のとおり傷病名に無理矢理つけるとこれになる、というものもある、という意識が必要。

◇標準病名で病名を構成した例（不適當な例）

1) 良性、悪性等の区別

(1) 胃腫瘍 (D37.1) → 「悪性」 + 胃腫瘍 (D37.1) → 本当は胃癌 (C16.9)

※ D37.1 : 胃の性状不明の新生物、詳細不明

※ただし、C16.9も精度からいうと問題あり

修飾語で帳尻をあわせるとICDが変わる！

2) 部位が明確になっていない

(1) 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

・ 「尺骨」 + 骨折 (T14.20) → 本当は尺骨骨折 (S52.20)

※T14.2 : 部位不明の骨折

(2) 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

・ 「噴門部」 + 胃癌 (C16.9) → 本当は噴門部癌 (C16.0)

※C16.9 : 胃の悪性新生物、部位不明

◆理解しておきたいこと

「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料から

Q：標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。
手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。

A：標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

◇よく誤解されること

1) 傷病名がないという指摘

→多くの傷病名は標準病名マスターに含まれる

→読み方、見方を変えると存在する

※未コード化傷病名が禁止されているわけではない

★×の例:コード（名称）が存在するのに、ワープロ入力

2) 「詳細不明」、「.9」の分類になるという指摘

→ICDの構造の理解不足

→標準病名マスターの構造の理解不足

2. ICD-10（2013年版）改定

【はじめに】

平成30年度DPCの診療報酬改定では、傷病名を定義するICD分類も同様に切り替えることが予定されている。すでにDPC病院では影響調査データの中で、必要に応じた2013年版への置き換えが特別調査として実施されている。

ここでは、改正の内容とDPCの改定で対応するための課題について述べる。

【方法】

- 1) 厚生労働省からアナウンスされた改正事項（削除、新規、名称の変更等）について現行の2003年版に変更を加えて正しく2013年版を構成できるかを確認した上で変換テーブルを作成した。
- 2) その作成過程で、課題を把握し、平成28年度診療報酬改定現在の定義テーブル等を確認することにより発生する影響を確認した。
- 3) 研究成果については「研究班セミナー」等で一般公開している（配付している：最後にご案内）。

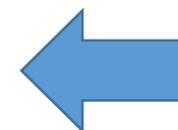
表3 追加コードとそれが含まれる分類グループ (3桁)

追加コードと分類名		追加分類が含まれる分類範囲 (2003年版)		追加分類が含まれる分類範囲 (2013年版へ置き換え)	
コード	分類	コード	分類	コード	分類
A09.0	感染症が原因のその他及び詳細不明の胃腸炎及び大腸炎	A09	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	A09.0	感染症が原因のその他及び詳細不明の胃腸炎及び大腸炎
A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎			A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎
B17.9	急性ウイルス性肝炎, 詳細不明	B17	その他の急性ウイルス肝炎	B17.0	B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ(重)感染症
		B17.0	B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ(重)感染症	B17.1	急性C型肝炎
		B17.1	急性C型肝炎	B17.2	急性E型肝炎
		B17.2	急性E型肝炎	B17.8	その他の明示された急性ウイルス肝炎
		B17.8	その他の明示された急性ウイルス肝炎	B17.9	急性ウイルス性肝炎, 詳細不明
B98	他章に分類される疾患の原因であるその他の明示された感染性病原体			B98	他章に分類される疾患の原因であるその他の明示された感染性病原体
B98.0	他章に分類される疾患の原因であるヘリコバクター・ピロリ[H.pylori]			B98.0	他章に分類される疾患の原因であるヘリコバクター・ピロリ [H.pylori]
B98.1	他章に分類される疾患の原因であるビブリオ・バルニフィカス			B98.1	他章に分類される疾患の原因であるビブリオ・バルニフィカス
C79.9	続発性悪性新生物<腫瘍>, 部位不明	C79	その他の部位の続発性悪性新生物	C79.0	腎及び腎盂の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.0	腎及び腎盂の続発性悪性新生物	C79.1	膀胱並びにその他及び部位不明の尿路の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.1	膀胱並びにその他及び部位不明の尿路の続発性悪性新生物	C79.2	皮膚の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.2	皮膚の続発性悪性新生物	C79.3	脳及び脳髄膜の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.3	脳及び脳髄膜の続発性悪性新生物	C79.4	その他及び部位不明の中樞神経系の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.4	眼並びにその他及び部位不明の中樞神経系の続発性悪性新生物	C79.5	骨及び骨髄の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.5	骨及び骨髄の続発性悪性新生物	C79.6	卵巣の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.6	卵巣の続発性悪性新生物	C79.7	副腎の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.7	副腎の続発性悪性新生物	C79.8	その他の明示された部位の続発性悪性新生物<腫瘍>
		C79.8	その他の明示された部位の続発性悪性新生物	C79.9	続発性悪性新生物<腫瘍>, 部位不明
C80.0	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位不明と記載されたもの	C80	部位の明示されない悪性新生物	C80.0	悪性新生物<腫瘍>, 部位が明示されていないもの
C80.9	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位詳細不明			C80.9	悪性新生物<腫瘍>, 原発部位詳細不明
C81.4	リンパ球豊富型 (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫	C81	ホジキン<Hodgkin>病	C81.0	リンパ球豊富型 (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫
		C81.0	リンパ球豊富型	C81.1	結節硬化型 (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫
		C81.1	結節硬化型	C81.2	混合細胞型 (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫
		C81.2	混合細胞型	C81.3	リンパ球減少型 (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫
		C81.3	リンパ球減少型	C81.4	リンパ球豊富型 (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫
		C81.4	リンパ球豊富型	C81.7	その他の (古典的) ホジキン<Hodgkin> リンパ腫
		C81.7	その他のホジキン<Hodgkin>病	C81.9	ホジキン<Hodgkin>病, 詳細不明
		C81.9	ホジキン<Hodgkin>病, 詳細不明		

厚生労働省発表事項

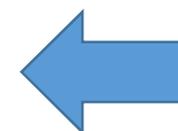
◇コードの変更はないが名称が変わった例→改めて確認が必要
 ※たくさんあります・・・

名称変更分類範囲（2003年版）	
コード	分類
A04.7	クロストリジウム・ディフィシルによる <u>全腸炎</u>
A09	<u>感染症と推定される下痢及び胃腸炎</u>
A25	<u>鼠咬症</u>



こだわる人
 ならちよっ
 と違うよう
 な？

名称変更分類範囲（2013年版）	
コード	分類
A04.7	クロストリジウム・ディフィシルによる <u>腸炎</u>
<u>A09</u>	<u>その他の胃腸炎及び大腸炎，感染症及び詳細 不明の原因によるもの</u>
A25	<u>鼠咬症</u>



※A09はコードの追加も行われている

◇コードが追加された例→改めて確認が必要

追加コードと分類名	
コード	分類
A09.0	感染症が原因のその他及び詳細不明の胃腸炎及び大腸炎
A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎
B17.9	急性ウイルス性肝炎， 詳細不明
B98	他章に分類される疾患の原因であるその他の明示された感染性病原体
B98.0	他章に分類される疾患の原因であるヘリコバクター・ピロリ[H.pylori]
B98.1	他章に分類される疾患の原因であるビブリオ・バルニフィカス

追加コードと分類		追加分類が含まれる分類範囲（2003年版）	
コード	分類	コード	分類
		A 09	感染症と推定される下痢及び胃腸炎
A09.0	感染症が原因のその他及び詳細		
A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及		
		B 17	その他の急性ウイルス肝炎
B17.9	急性ウイルス性肝炎, 詳細不明	B 17.0	B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ(重)感染症
		B 17.1	急性C型肝炎
		B 17.2	急性E型肝炎
		B 17.8	その他の明示された急性ウイルス肝炎
B98	他章に分類される疾患の原因であるそ		
B98.0	他章に分類される疾患の原因であるへ		
B98.1	他章に分類される疾患の原因であ		

2003年版では存在しない、しなかった。
（ことが確認出来た）

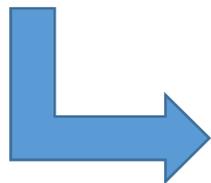
追加コードと分類		追加分類が含まれる分類範囲（2003年版）	
コード	分類	コード	分類
		A 09	感染症と推定される下痢及び胃腸炎
A09.0	感染症が原因のその他及び詳細		
A09.9	詳細不明の原因による胃腸炎及		
追加分類が含まれる分類範囲（2013年版へ置き換え）			
B17.9	コード	分類	デルタ(重)感染症
	A 09	その他の胃腸炎及び大腸炎、感染症及び詳細不明の原因によるもの	
	A 09. 0	感染症が原因のその他及び詳細不明の胃腸炎及び大腸炎	
	A 09. 9	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	
B98	B 17	その他の急性ウイルス性肝炎	
B98.0	B 17. 0	B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ（重）感染症	
B98.1	B 17. 1	急性C型肝炎	
	B 17. 2	急性E型肝炎	
	B 17. 8	その他の明示された急性ウイルス性肝炎	
	B 17. 9	急性ウイルス性肝炎、詳細不明	
	B 98	他章に分類される疾患の原因であるその他の明示された感染性病原体	
	B 98. 0	他章に分類される疾患の原因であるヘリコバクター・ピロリ [H.pylori]	
	B 98. 1	他章に分類される疾患の原因であるビブリオ・バルニフィカス	

2013年には加えられている。
(確認出来た)

◇完全に追加された例

追加	C86	T/NK細胞リンパ腫のその他の明示された型
追加	C86.0	節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型
追加	C86.1	肝脾T細胞リンパ腫
追加	C86.2	腸症<腸管>型T細胞リンパ腫
追加	C86.3	皮下脂肪織炎様T細胞リンパ腫
追加	C86.4	芽球性NK細胞リンパ腫
追加	C86.5	血管免疫芽球性T細胞リンパ腫
追加	C86.6	原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖

★2003年版ではC85等にされていた（C86は存在しない）。



C86	T/NK細胞リンパ腫のその他の明示された型
C86. 0	節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型
C86. 1	肝脾T細胞リンパ腫
C86. 2	腸症<腸管>型T細胞リンパ腫
C86. 3	皮下脂肪組織炎様T細胞リンパ腫
C86. 4	芽球性NK細胞リンパ腫
C86. 5	血管免疫芽球性T細胞リンパ腫
C86. 6	原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖

削除コードと分類		削除分類が含まれる分類範囲(2003年版)	
コード	分類	コード	分類
		C83	びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫
C83.2	小細胞及び大細胞混合型(びまん性)	C83.0	小細胞型(びまん性)
C83.4	免疫芽球型(びまん性)	C83.1	小切れ込み核細胞型(びまん性)
C83.6	未分化型(びまん性)	C83.2	小細胞及び大細胞混合型(びまん性)
		C83.3	大細胞型(びまん性)
		C83.4	免疫芽球型(びまん性)
		C83.5	リンパ芽球型(びまん性)
		C83.6	未分化型(びまん性)
		C83.7	バーキット<Burkitt>腫瘍
		C83.8	びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫のその他の型
		C83.9	削除分類が含まれる分類範囲(2013年版へ置き換え)
		コード	分類
		C83	非ろく濾>胞性リンパ腫
		C83. 0	小細胞型B細胞性リンパ腫
		C83. 1	マントル細胞リンパ腫
		C83. 3	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
		C83. 5	リンパ芽球性(びまん性)リンパ腫
		C83. 7	バーキット<Burkitt>リンパ腫
		C83. 8	その他の非ろく濾>胞性リンパ腫
		C83. 9	非ろく濾>胞性(びまん性)リンパ腫, 詳細不明

確かに削除
されている

この場合は、自動
置き換えが可能
か？

◇追加、削除が同時に行われているケース

削除	K35.0	汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
削除	K35.1	腹腔内膿瘍を伴う急性虫垂炎
削除	K35.9	急性虫垂炎, 詳細不明
追加	K35.2	汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
追加	K35.3	限局性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
追加	K35.8	急性虫垂炎, その他及び詳細不明

確かに存在

K 35	急性虫垂炎
K 35.0	汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
K 35.1	腹腔内膿瘍を伴う急性虫垂炎
K 35.9	急性虫垂炎, 詳細不明

確かに追加

K 35	急性虫垂炎
K35. 2	汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
K35. 3	限局性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
K35. 8	急性虫垂炎, その他及び詳細不明

◇移動しただけではなく定義が全く異なる例：自動置き換えは無理

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

※内痔核、外痔核という区別がステージ別に変わる

現行の分類の定義

○060240 外痔核

< ICD >

1843 血栓性外痔核

1844 その他の合併症を伴う外痔核

1845 合併症を伴わない外痔核

1846 残遺痔核皮膚弁

1847 詳細不明の血栓性痔核

※困ったことに、現行のDPC分類は内痔核、外痔核は別分類である。ICDも別分類だから当然に。

○060245 内痔核

< ICD >

1840 血栓性内痔核

1841 その他の合併症を伴う内痔核

1842 合併症を伴わない内痔核

1848 その他の合併症を伴う詳細不明の痔核

1849 合併症を伴わない痔核， 詳細不明

K625 肛門および直腸の出血

◇もし、標準病名マスターで自動置き換えを試してみたら？

- 1) 血栓性内痔核 (I840 : 血栓性内痔核) → **K648** : その他の明示された痔核
- 2) 炎症性内痔核 (I841 : その他の合併症を伴う内痔核) → **K648** : その他の明示された痔核
- 3) 内痔核 (I842 : 合併症を伴わない内痔核) → **K649** : 痔核, 詳細不明
- 4) 血栓性外痔核 (I843 : 血栓性外痔核) → **K645** : 肛門周囲静脈血栓症
- 5) 炎症性外痔核 (I844 : 炎症性外痔核) → **K648** : その他の明示された痔核
- 6) 外痔核 (I845 : 合併症を伴わない外痔核) → **K649** : 痔核, 詳細不明
- 7) 肛門皮垂 (I846 : 残遺痔核皮膚弁) → **K644** : 痔核性遺残皮膚突起
- 8) 血栓性痔核 (I847 : 詳細不明の血栓性痔核) → **K645** : 肛門周囲静脈血栓症
- 9) 出血性痔核 (I848 : その他の合併症を伴う詳細不明の痔核) → **K649** : 痔核, 詳細不明
- 10) 痔核 (I849 : 合併症を伴わない痔核, 詳細不明) → **K649** : 痔核, 詳細不明

※つまり自動置き換えをやると、K640からK643までは出現しない！

K64 痔核及び肛門周囲静脈血栓症

K64.0 第1度痔核

K64.1 第2度痔核

K64.2 第3度痔核

K64.3 第4度痔核

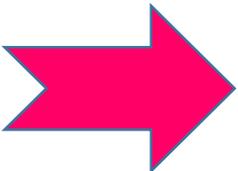
K64.4 痔核性遺残皮膚突起

K64.5 肛門周囲静脈血栓症

K64.8 その他の明示された痔核

K64.9 痔核，詳細不明

「自動置き換え」では出てこない

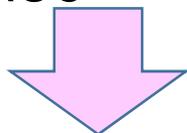


※ICD（2013年版）では現行のDPC分類（内痔核、外痔核の区別あり）を維持できない→おそらく、新たな評価が検討されるであろうが、少なくとも、**K64.9**のデータが多数派とならないようにしなければならない。

◇3桁分類であったものが4桁に(詳細化されたもの)

2003年版

K85 急性膵炎



詳細化

2013年版

K 85	急性膵炎
K85. 0	特発性急性膵炎
K85. 1	胆石性急性膵炎
K85. 2	アルコール性急性膵炎
K85. 3	薬物性急性膵炎
K85. 8	その他の急性膵炎
K85. 9	急性膵炎, 詳細不明

※単純に自動置き換えしてしまうと、K85.9になってしまう

2013年版への移行のまとめ

- 1) 新たな分類が必要となった分野は適切かつ精度の高いコーディングが必要である。
※自動的に置き換えるとその多くは「.9」となってしまい、新たな分類開発に支障を来す。
- 2) 今後、分類検討班で改定案が検討されることになるが、たとえば、一例として痔核については大きな変更もあるかもしれない。
※分類開発や妥当性の検証等、適切な評価を与えるためには高い精度のデータが必須であるため、前述のように新しい定義を理解した上で機械的ではなく正しくコードを選び直す必要がある。

3) ウイルス性肝硬変が、Bコード（感染症）からBコードとKコードのWコーディングを行うこととされ、適切なコーディングがされるように改善されたが適切な分類開発のためにはこちらもBとKを明確に区分するための、精度の高いコーディングデータが必須である。

(1) 平成28年12月2日の第19回社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会において、ICD-10（2013年版）提要の修正（案）として、B型肝硬変、C型肝硬変のコードをB18.-にK74.6*を追加として、ダブルコーディングのルールを適用されることとされた。

- (2) この問題は、ICD-10の2003年版に改定されていた時から。従来は肝硬変と整理されていたウイルス性の肝硬変が感染症としてコードされるよう索引を恣意的に変更して以来の課題への対応。
- (3) 肝炎と肝硬変とでは治療内容も異なることもあり、改善が求められていたがそれに応えた形となっている。

- (4) すなわち、2003年版では感染症としての取り扱いであったが、死亡統計など原因をコーディングする際は、従来どおり B18.-のコードを使用する。その他、症状発現の統計を取ることが適当と考えられる場合は、K74.6 をコードすることが可能とされた。
- (5) したがって、該当する場合は、感染症としての治療をしたのか、肝硬変としての治療をしたのかで適切な分類が可能となっている。

B 18 慢性ウイルス肝炎

B 18.0 慢性 B 型ウイルス肝炎, デルタ因子(重複感染)
を伴うもの

B 18.1 慢性 B 型ウイルス肝炎, デルタ因子(重複感染)
を伴わないもの

B 18.2 慢性 C 型ウイルス肝炎

B 18.8 その他の慢性ウイルス肝炎

B 18.9 慢性ウイルス肝炎, 詳細不明

K 74 肝線維症及び肝硬変

K 74.0 肝線維症

K 74.1 肝硬化症

K 74.2 肝硬化症を伴う肝線維症

K 74.3 原発性胆汁性肝硬変

K 74.4 続発性胆汁性肝硬変

K 74.5 胆汁性肝硬変, 詳細不明

K 74.6 その他及び詳細不明の肝硬変

4) 病院のデータ「確認」については、慎重かつ適切に行い、精度の高いデータが必要で、担当者においては改定への十分な理解が必要である。以下に現状で考えられる対応策をまとめてみる。

(1) 今まで述べて来たことを総合すると、例えば標準病名マスターに2013年版コードがあっても、「.9」コードを振るしかなくなってしまう、自動置き換えは極めて曖昧なコーディング結果（自動置き換えるの限界）となる

※妥協すれば、置き換えは100%可能ではある。しかし、本来は、正しく診療記録に基づき、新しい定義や分類分野で再コーディングする必要がある。