

# 伏見班 DPC セミナー講演概要

## DPC における ICD-10(2013 年版)への改定について

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

### <本日の講演の概要>

過去、我が国の診断群分類の歴史では、平成 10 年 11 月の日本版 DRG の試行的導入時は傷病名分類定義として、当初は ICD-9 で、平成 13 年度からは ICD-10 に切り替えられた。以来、DPC が導入されてからも、ICD-10→ICD-10(2003 年版)というように疾病分類の改定を経ている。日本版 DRG の試行当時は、モデル病院が 10 病院しかなかったことから大きな問題とはならなかった。また、2003 年版への変更についても変更の影響が少なかったことから同様に大きな問題とはならなかった。2013 年版への改定については、比較的変更箇所も多く、さらに現在の ICD コーディングもそのツール等がデジタル化された時代を反映して、標準病名マスターやコーディングツール等への依存度も高く、分類開発、病院における日常運用、影響調査等、総合的な配慮と対応が求められていることから、病院側でもそれなりの理解が必要である。また、平成 29 年 5 月 2 日付けで DPC 対象病院、準備病院に対して確認作業の依頼文書が出ている。このような状況を踏まえて、喫緊の課題となっている ICD-10(2013 年版)への対応について、ここでは、ICD-10(2013 年版)の改定の概要や DPC における留意点等を考えてみたい。

### <はじめに>

平成 28 年 11 月 9 日開催の、平成 28 年度第 3 回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会において、「3. 新たな対応案」として、以下のことが決定されている。

○平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月のデータも、DPC 調査事務局でコーディングし直し、各病院が確認する。なお、これらのデータは、診療報酬改定に使用するためには、特に平成 29 年 7 月～9 月データの各病院での確認作業は、同データの再提出時期(平成 29 年 11 月～12 月頃)の約 1 カ月間に行う必要がある。

ここでいう確認は、一部のデータについては必要に応じて再度診療記録を確認して再コーディングする必要があるということである。そのためには、改定の概要を理解しておき、さらに可能なら再コーディングに必要な準備をしておかなければならない。

### <ICD-10(2013 年版)についての改定概要>

ICD-10(2013 年版)改定に関する資料(平成 26 年 6 月 23 日、国際分類情報管理室資料)によると、改定力所は、WHO 勧告に基づく改正力所として、コードの削除が 50 件、コードの新設が 185 件、コード名の変更が 121 件、その他、わが国の医療関係学会等の意見を取り入れて用語の見直し等をしたものが(用語の適正化等) 545 件とされている(一部、実際の件数は解釈の相違もあって異なる)。

1. WHO 勧告に基づく改正
2. 日本医学会が定める用語に基づく用語適正化等
3. 修正案の提示

上記に加えて、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)が提示されており、既にアップデートがなされている。

### <課題>

1. 改定力所の確認と留意すべき点

厚生労働省の資料では、分類コード改定の表現は削除と新規追加の他、「変更」については、削除+新規追加となっている。単純に〇〇コードから××コードへという扱いとはなっていない。したがって、削除されたコードが実は修正を加えられて新たなコードとして新規追加されているか、全体の確認が必要である。また、単純に 1 対 1 の変更

や移動とは限らない(1:NもしくはN:1になる)。

## 2. 新たにダブルコーディングの対象となったもの

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ている。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になって以来である。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。

### <具体的な対応について>

追加、削除、分類名、説明等、字句が変更となった分類の取り扱いについて、2013 年版への置き換えを前提に考えると、以下の対応が必要となる可能性がある。

#### 1. 字句の修正について

微妙なニュアンスをもつ変更もあり、再コーディングが必要になる可能性がある。以下に例示する。

#### 2. 追加、移動、詳細化について

前述のとおり、コードの移動は、削除と追加で表現されている。例えば、I84 痔核のグループは、2013 年版においては(2003 年版で削除されたために)空白となっており、消化器系の K64 痔核及び肛門周囲静脈血栓症として新たに追加され、削除→追加で、移動が表現されている。ただし、コードの構造をみると、新たに分類定義が異なるので、再コーディングが必要となる。また、カテゴリーは移動せずとも詳細化されたものもある。例えば、膵炎(急性も含む)は、従来の 3 桁分類が詳細化され 4 桁になり、新たな体系になってものがある。

#### 3. 削除について

削除となったコードについては、基本的に、新たなコードが追加される(つまり、削除されたコードに替わる)、もしくは、元からあった他のコードの表現(字句)が変更されてそこに分類することで対応している。存在したものが消失することは通常ないので、削除イコール新たなコードの追加、他のコードの範囲拡大(その他として取り込む)として対応されている。

### <まとめ>

1) 今まで述べて来たことを総合すると、標準病名マスターに 2013 年版コードを振ろうとしても、恐らくは正確に振れるものはそれほど多くなく、「.9」コードを振るしかなくなってしまう。すなわち、自動置き換えは極めて曖昧なコードで妥協すれば、100%可能ではあるが、本来、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。

2) したがって、2013 年版への置き換えについては、現実問題としては、作業時間を考慮すると、ある程度「.9」になってしまうことは仕方がないのかもしれない(診療記録のレベルまで踏み込んで考えなければならない)。しかし、分類開発のために必要なコードだけは再コーディングが必須である。

※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 の 2003 年版および 2013 年版準拠、総論、および、内容例示表(厚生労働省大臣官房統計情報部編)を参考とした。なお、本文の中で述べているが、2013 年版については既に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)として変更点が公表されており、それも併せて参考とした。

※また、本講演で用いたデータ等については、演者が共同研究者を務める、「H29-政策-指定-009 診断群分類を用いた病院機能評価手法とデータベース利活用手法の開発に関する研究」の過程で作成したものである。