

令和7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

令和8年度診療報酬改定に伴う、DPC/PDPS コーディングテキスト改定
にかかる課題と改定案の提案について

○分担研究者：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 特任教授 阿南誠

○研究協力者

- 1) 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、医療秘書学科 講師 亀井純子
- 2) 国立大学法人 東北大学、東北大学病院 メディカル IT センター 桜澤邦男、地方独立行政法人 徳島県鳴門病院 住友正幸、山口県立総合医療センター 来島裕太、社会医療法人景岳会 南大阪病院 梅本一美、和歌山県立医科大学附属病院 泉谷光次郎、順天堂大学医学部附属練馬病院 森田真知子、佐世保市総合医療センター 松永直樹、大阪府済生会中津病院 溝本圭子、高知大学医学部病院 野村知世、国際医療福祉大学三田病院 山本真希、一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 門脇奈津子、公立岩瀬病院 有我朋樹、大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 森藤祐史、国立病院機構神戸医療センター 山口直美、佐世保市総合医療センター 寺松祐子、独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 山口千春、日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 越崎雅子、船橋市立医療センター 瓜生裕二、山口厚生連周東総合病院 藏多喜陽子、大阪医科薬科大学病院 常島啓司、日本工学院専門学校 IT カレッジ 安孫子かおり

研究要旨：

令和8年度診療報酬改定を前に、同時に改定が予定されているコーディングテキストのブラッシュアップを行った。内容は出現頻度の高い詳細不明コードについて、診療情報管理士約20名で分担して、出現の内容を検証した。その結果、ごく一部を除いて、改めて取り上げる必要はないという結論とした。一方、さらにコーディングテキストを平易に解説するために、コーディングの留意点については改めて平易や表現とし、同時にDPCの6桁分類を併記して、即座に分類選択の判断がつくように改善した。また、データの検証について、汎用AIツール活用の可能性について、試行を試みた。現時点では、形態素解析、コサイン類似度判定等によって傷病名の理解は十分に可能ではあるが、ICDやDPCのコーディングという専門性の高い分野については、まだ十分な精度はもっていないことがわかった。2027年からICD-11の適用が我が国での人口動態統計等に用いられることがアナウンスされたが、現時点ではDPC等の移行は明らかになっておらず、システムベンダー、審査支払機関等においても、JAHISや社会保険審査支払基金等との意見交換でも対応は進んでいないことが明らかであった。

A. 研究の背景

1) コーディングテキストについて

令和8年度に予定されるDPC/PDPSコーディングテキスト改定について、引き続きブラッシュアッ

プが必要であるが、特に令和6年度の改定時、詳細不明コード等の取り扱いが、一部ペナルティという位置づけであったが、令和8年度からは、令和8年3月27日保医発0327第1号にあるとお

り、DPC 対象病院の要件とされ、令和 8 年 6 月 1 日から適用されることが改めて明確にされた。その内容のうち、影響調査や ICD にかかるものは、次のとおりである（抜粋）。

- ・以下のデータ数については、調査期間中において、算定告示に定める診断群分類点数表による算定の対象となる病床に入院していた患者に係る提出データ数（中略）とする。

- ・影響調査において、調査期間 1 月当たりの（データ／病床）比が 0.875 以上であること。

- ・影響調査において、調査期間 1 月当たりのデータ数が 90 以上であること。

- ・影響調査において、入院診療及び外来診療に係る質の高いデータを適切に提出していること。

- ・具体的には、上記提出データについて、以下のいずれも満たしていること。

- ・提出データのうち、D P C の評価・検証に係る調査（退院患者調査）実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定める様式 1 の「医療資源を最も投入した傷病名」において、調査実施説明資料に定める「部位不明・詳細不明コード」が入力されているデータの割合が 10%未満であること。

- ・提出データのうち、調査実施説明資料に定める調査様式間で記載矛盾が認められるデータの割合が 1%未満であること。

- ・調査実施説明資料に定める様式 1 において入力されるレセプト電算処理用の傷病名コードのうち、未コード化傷病名のコードの割合が 2%未満であること。

- ・適切なコーディングに関する委員会（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年 4 回以上（開催月と同月内に 2 回以上開催した場合、2 回目以降の開催は当該基準である 4 回には含まない。）当該委員会を開催しなければならない。なお、当該委員会は毎月開催することが望ましい。等が規定されているが、従来のペナルティと比較すると参加要件になるという大きくかつ厳しい規定とされている。

さらに、コーディング委員会開催時には、「D P C / P D P S 傷病名コーディングテキスト（厚生労

働省保険局医療課）」を活用することが望ましい、とされており、コーディングテキストの位置づけも重要度を増している。

2) ICD-11 への対応について

平成 15 年度の特定機能病院等に対して導入が始まった DPC/PDPS 制度（以下、DPC と略す）においては、従来から、診療報酬改定に伴い並行して定義テーブル、ツリーズ、点数表等が改定されてきた。また、併せて、コーディングテキストも改定を重ねてきた。DPC の導入以来、傷病名の定義は、WHO が規定する ICD-10 を用いており、過去には 2003 年版、2013 年版へと 2 度の傷病名定義としての ICD のアップデートが実施されているが、その後は日本語化の問題もあり、原版（英語版）とは異なり、日本版としては、2013 年版が最終改定版とされており、DPC における定義も同様である。すでに WHO では ICD-11 への移行を行っており、我が国も日本語化を急いでいたところであるが、本研究期間中の令和 8 年 1 月 19 日総務省告示第 11 号、疾病、傷害及び死因の統計分類（ICD-11 準拠）として、令和 9（2027）年 1 月より、国内で施行される統計分類は、ICD-11（2023 年版）に準拠し、統計法に基づく統計調査に使用されるほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されることが見込まれる、としている。したがって、ICD-11 の臨床現場での活用状況を踏まえつつ DPC 制度においても ICD-11 への移行が検討されることになる。移行に当たっては DPC に関連した改定作業はもとよりコーディングテキストの改定（見直し）の他、現在の DPC を初めとした診療報酬制度の他、臨床での医療サービス、研究の他、基本的な医療制度への対応には病院情報システム等、多くのシステムに影響を与える。DPC においては、ICD を基盤とした傷病名の選択や管理は極めて大きな要素を占めており、DPC の導入以来、診療報酬請求はもちろん、影響調査等への対応において一定のコンピュータ処理を前提としている。さらに、DPC で集約されたデータは地域医療構想や多くの政策の検討、医療機関においてもその活動等を分析するための大きな意

味をもっている。

一方で、医療機関における ICD の普及は、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る。また、診療報酬制度において平成 12 年度改定における診療録管理体制加算、その後の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でも 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く。2030 年度を目途とする我が国の医療 DX 推進にも大きな影響を与える可能性がある。システムベンダーの対応も場合によっては最大のハードルになることが考えられる。

過去、DPC 制度の導入前、国立病院等 10 病院において、急性期入院医療の定額支払制度試行を、平成 10 年 11 月から平成 15 年度まで実施している。その期間中、ICD-9 から ICD-10 への移行を経験しており、DPC 導入時には ICD-10 を用いるテストベンチにもなっている。

当時、ICD-9 から ICD-10 への移行に特段の混乱はなかったが、この時代はインターネットも普及前であり、少数の試行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幸いしていると考えられる。しかし、ICD-10 を用いた DPC においては前述のとおり影響は比較にならないほど大きい。さらに、ICD-10 は ICD-9 に対して拡張版という位置づけであり、また、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。しかし、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。また、極めて多様性も高い。その一方、DPC 制度に求められる制度の継続性を考えると、現在の定義テーブルを初めとした分類の構造や運用ルールを維持した上で移行を前提に課題と対応方策、さらに関連するツールの開発が必要と考える。

前述のとおり、ICD-11 を国の統計として用いることがアナウンスされたことを踏まえて、ICD-11 へ

の移行について、早急に検討すべき時期に入ったと考えられる。

以上のことから、特に、上記 1) で述べた、「調査実施説明資料に定める「部位不明・詳細不明コード」が入力されているデータの割合が 10%未満であること。」等、提出データの精度については、改めて慎重な検証が必要である。また、その一方でコーディングテキストについては、重要度も高いことから、6 年度版をさらにブラッシュアップする必要がある。ICD-11 への移行については、臨床現場の対応状況、システムベンダーの対応状況、標準病名マスターの改定等の環境の対応状況、厚生労働省の対応状況などを勘案した上で慎重に検討する必要があるが、現状把握は必要である。一方、移行においては、定義テーブル等の移行作業も必要となるが、医療機関の対応については簡易的なツールの開発も必要となってくると思われる。また、コーディングテキストも全面改定の時が到来することも考え、AI の活用等も踏まえて検討する必要があると考える。

B. 目的と方法：

1) 研究目的

- (1) 令和 8 年度に予想される DPC/PDPS コーディングテキスト改定について、課題を明らかにして、改定案の提案を行う。
- (2) また、A の研究の背景で述べたとおり、令和 8 年度から DPC 対象病院への参加要件が厳しいものになることから、特に詳細不明コードの出現については、評価を行う。
- (3) ICD-11 への対応について、システムベンダーの業界団体たる、一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会（以下、JAHIS）、社会保険診療報酬支払基金等の対応状況について調査を行う。

2) 研究方法

- (1) 厚生労働省保険局医療課にて集約された詳細不明コードの出現について、その評価を行う。方法は 20 名程度のエキスパート

診療情報管理士認定者で組織し、実際の集約されたデータの検証、評価を行い、改定案に含めるかどうか検討する。

- (2) コーディングテキストをブラッシュアップするにあたり、(1)の結果も踏まえつつ、内容の整合性や統一性を進めていく。
- (3) 診療報酬改定にともない、DPC対象病院への参加要件が厳しくなることを踏まえて、コーディングテキストを改良すると並行してコーディング精度を高める方策の検討を行い、ICD-11への対応についてもAIツール等の活用の可能性を検討する。
- (4) システムベンダーと、ICD-11への置き換

え時に問題となりそうな点について、J A H I S等を通じて、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。

C. 結果

- 1) まず、厚生労働省に集約されたデータに関して、令和7年12月15日現在のデータをサンプルとして、発生頻度の高い詳細不明コード(10%)を、その要因等については評価を行った。一部を表1に示すが詳細は別添のデータを参照のこと。

表 1. 詳細不明コード出現:出現率が高いものを検証

ICD10コード2024	ICD10コード2024名称	ICD10コードでの総件数	DPC6桁	DPC日本語名	DPC6桁での総件数	DPC6桁での部位不明・詳細不明コード使用割合	現在のコーディングテキストでの記載の有無	判定
T273	気道の熱傷, 部位不明	450	160995	気道熱傷	646	69.66%	○	継続
L669	瘢痕性脱毛症, 詳細不明	23	080160	皮膚の瘢痕性障害	39	58.97%	×	
G809	脳性麻痺, 詳細不明	823	150120	脳性麻痺	1,603	51.34%	○	継続
F209	統合失調症, 詳細不明	230	170030	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	504	45.63%	×	
H809	耳硬化症, 詳細不明	259	030475	耳硬化症	587	44.12%	×	
I309	急性心膜炎, 詳細不明	502	050110	急性心膜炎	1,317	38.12%	○	継続
J304	アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>, 詳細不明	1,015	030340	血管運動性鼻炎, アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	2,688	37.76%	○	継続
H209	虹彩毛様体炎, 詳細不明	51	020120	前部ぶどう膜炎	137	37.23%	×	
G119	遺伝性運動失調(症), 詳細不明	272	010190	遺伝性運動失調症	774	35.14%	○	継続
F329	うつ病エピソード, 詳細不明	269	170040	気分[感情]障害	834	32.25%	○	継続
E146	詳細不明の糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの	1,028	10008x	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	3,551	28.95%	×	
G249	ジストニア, 詳細不明	163	010280	ジストニー、筋無力症	638	25.55%	×	
S199	頸部の詳細不明の損傷	213	160350	頸部損傷(喉頭、頸部気管損傷、頸椎頭頸損傷を除く。)	841	25.33%	×	
G629	多発(性)ニューロパチ<シ>, 詳細不明	698	010111	遺伝性ニューロパチー	2,758	25.31%	○	継続
Q909	ダウン<Down>症候群, 詳細不明	206	150110	染色体異常(ターナー症候群及びクラインフェルター症候群を除く。)	818	25.18%	○	継続
K859	急性肝炎, 詳細不明	7,036	060350	急性肝炎、被包化壊死	28,139	25.00%	○	継続
J9609	急性呼吸不全 型詳細不明	1,917	040130	呼吸不全(その他)	7,795	24.59%	×	
L509	じんま<蕁麻疹>, 詳細不明	364	080080	痒疹、蕁麻疹	1,495	24.35%	×	
G309	アルツハイマー<Alzheimer>病, 詳細不明	1,920	01021x	認知症	8,423	22.79%	×	

- 2) また、発生する要因の1つの要素である、標準病名マスターについては、それぞれの傷病名及びコードを導き出す要素を検討するた

め、該当する標準病名マスターの構造について評価した。一部を表2に示すが詳細は別添のデータを参照のこと。

表 2. コーディングテキスト未掲載の出現コードの ICD の構造

ICD10 コード 2024	ICD10コード2024名称	ICD10 コードで の総件数	DPC6桁	DPC6桁での 総件数	DPC 6桁での 部位不明・詳 細不明コード 使用割合	ICD-10	ICD-10個別名称	参考標準病名マスター
L669	瘢痕性脱毛症, 詳細不明	23	080160	39	59.0%	1 L66.0	萎縮性脱毛症 (1)	
						2 L66.1	毛孔性扁平苔せんく瘡 (1)	
						3 L66.2	脱毛性毛包くろうく囊>>炎 (1)	
						4 L66.3	頭部膿瘍性毛包くろうく囊>>周囲炎 (1)	
						5 L66.4	瘢痕性紅斑性網様毛包くろうく囊>>炎 (1)	
						6 L66.8	その他の瘢痕性脱毛症 (1)	
						7 L66.9	瘢痕性脱毛症, 詳細不明 (1)	瘢痕性脱毛症
F209	統合失調症, 詳細不明	230	170030	504	45.6%	1 F20.0	妄想型統合失調症 (1)	
						2 F20.1	破瓜型統合失調症 (1)	
						3 F20.2	緊張型統合失調症 (1)	
						4 F20.3	型分類困難な統合失調症 (1)	
						5 F20.4	統合失調症後抑うつ (1)	
						6 F20.5	残遺型統合失調症 (1)	
						7 F20.6	単純型統合失調症 (1)	
						8 F20.8	その他の統合失調症 (4)	
						9 F20.9	統合失調症, 詳細不明 (2)	モレル・クレペリン病、統合失調症
H809	耳硬化症, 詳細不明	259	030475	587	44.1%	1 H80.0	前庭窓<卵円窓>を障害する非閉塞性耳硬化症 (1)	
						2 H80.1	前庭窓<卵円窓>を障害する閉鎖性耳硬化症 (1)	
						3 H80.2	蝸牛耳硬化症 (2)	
						4 H80.8	その他の耳硬化症	
						5 H80.9	耳硬化症, 詳細不明 (1)	耳硬化症

3) 現時点で、継続して集約された全ての詳細不明コードを研究協力者の 20 名の診療情報管理士で検証した。併せて、上記の 1) も含めて、改めてコーディングテキストに追加して収載すべきか検討した。また、十分ではないと指摘もあったコーディングテキスト全体の表現の統一を図った。

その内容は、コーディングテキストに収載した傷病名やコーディングの方法の説明については、該当する 6 桁分類を統一して併記することとした。基本的に詳細不明コードの出現比率が高い傷病名については ICD の構造を踏まえて留意すべきコードから削除するかも検討したが、一部気道熱傷等を除いて現行のままとした。

一方、データ精度の改善も求められており、その一方策として、標準病名マスター(高い精度の ICD コードが付与されているデータ)を標準として、その類似度を確認することによって、提出されたデータの精度を自動的に確認する方法がないかと考え、形態素解析やコサイン類似度測定、さらにはその手法に AI 活用が出来ないか試行を行っ

た。その結果は以下のとおりであった。まず、目的は、汎用的な AI ツールを用いて ICD コーディングを前提とした類似度判定が可能か試行することであった。例えば、臨床的な傷病名から正しい標準病名やスターや ICD コードを導き出すことができるか、である。まず、対象として、臨床的に共通する特徴や原因に基づく特有の特徴から、臨床的な傷病名の候補として、慢性 C 型肝炎、慢性 B 型肝炎、アルコール性肝炎を選択した。次に、汎用 AI ツール Gemini、形態素解析ツール MeCab を用いて、臨床的な傷病名に該当する標準病名マスターから、形態素解析によって単語に分割した後、最も単語数が多いものと類似度を比較した。結果は次のとおりとなった。

<結果>

1) Mecab による形態素解析

- 慢性 C 型肝炎→「慢性」「C 型」「肝炎」
 - 慢性 B 型肝炎→「慢性」「B 型」「肝炎」
 - アルコール性肝炎→「アルコール性」「肝炎」
- ただし形態素解析から計算出来るのは、見た目の表現「用語・記述の類似度」である。

2) Gemini における類似度計算

(1) 方法、プロセス

形態素解析で抽出された仮想的な特徴語の出現頻度に基づき、コサイン類似度を算出。

※単純に形態素解析を行った結果は Gemini も Mecab による結果と差異はなかった。

(2) 類似度計算の結果

仮想的な医学的記述データ（傷病名）に基づく計算結果は以下の通り。

①慢性 C 型肝炎&慢性 B 型肝炎 {0.853}

②慢性 C 型肝炎&アルコール性肝炎 {0.236}

③慢性 B 型肝炎&アルコール性肝炎 {0.211}

3) 条件設定を修正した結果

(1) 「ウイルス性」追加→0.853 で変化なく、AI はウイルス性認識あり。

(2) 「慢性」削除→慢性 C 型肝炎と C 型肝炎の類似度は、AI での結果は極めて高く慢性であることを認識した。

4) JAHIS との情報共有と意見交換

JAHIS 等との ICD-11 についての認識の共有については、2026 年 2 月 9 日、2 月 13 日に JAHIS 事務局にて JAHIS 事務局およびシステムベンダー 9 社と意見交換を行った。過去の本研究の結果を踏まえて以下のとおりまとめた。

<ICD-11 についての JAHIS と協議について>

(1) これまでの検討内容の流れ

①2020 年度、傷病名定義を ICD-10 から ICD-11 へ移行した場合の問題点等について、当該年度報告書にて報告した。その概要について、ICD-11 はその特徴として多方面での活用が期待され、また、デジタル環境での活用が前提とされている。そのような状況にあって、DPC/PDPS 制度での定義テーブルで ICD-10 コードを ICD-11 へのマッピングを行い、その過程で把握出来た課題を明らかにして、どのような対策が必要になるか検討した。

②2024 年度、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と考え、一般社団法人保

健医療福祉情報システム工業会 (JAHIS)、社会保険診療報酬支払基金本部を通じて、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。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。

※2026 年 1 月には、2027 年から我が国の死因統計等でも用いられることがアナウンスされた。

(2) 今後検討すべき事項、課題

①過去、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、しかし、新たな分類開発や妥当性の検証等のためにより詳細なコーディングが求められる様式 1 における傷病名およびコーディングデータ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。

②課題としては、単純にコードの置き換えは大きな問題はないとしても、粒度については下がることになるため、定義テーブルの構造や標準病名マスターの扱いに変更を加える必要が出てくる→診療費の支払いだけと考えるなら、一部の分類において詳細な分類ができなくなる可能性はあるが、現時点では支払いのために大きな影響は与えない→現在の分類も支払いについては、ほとんど、詳細不明レベルでも大きな問題はなく、類似する傷病名についてはほぼ単一の支払い分類に該当しているため、影響調査の結果を用いて分類開発や妥当性の検証等を行う以外は大きな影響はない。

③大きな課題としては、長い歴史を持つ ICD-10 への理解は十分とはいえないま

でもそれなりに普及しているが、新たなコード体系やルールを導入するためには、我が国の医療制度の特徴でもある多くのステークホルダー（多くの保険者や行政）が影響を受けることもあり、十分な議論が必要となる→過去に日本版 DRG 試行の時代に ICD-9 から ICD-10 への移行を経験していることが多少は参考になるかもしれない。ただし、当時の対象医療機関は 65 程度であり、影響の大きさは異なる。

④社会保険診療報酬支払基金における議論では、主に次のことが課題とされた。

(i) 各保険者の理解が必要である（場合によってはシステム変更等の必要が発生する。

(i i) 死因統計、臨床現場、研究現場等では ICD-11 を用いてもよいが、診療報酬請求の場では ICD-10 を継続使用する選択肢もあるのではないかと→米国等と同様に（厳密には ICD のルールには従わない）。また、ICD は公費医療等の定義にも使われている。

⑤JAHIS における議論では、主に次のことが課題とされた。

(i) 十分な準備期間と早めのアナウンス→ロードマップが示されないと社会で動くことは不可能。

(i i) 標準的な算定モジュールを提供するのであれば、事情は異なる。

D. 考察

1) 詳細不明コードの検証について
結果に示したとおり、コーディングテキスト等に収載、規定されている留意すべき詳細不明等のコードについては、特に修正の必要なしとした。詳細不明コードとして出現率が高いコードは基本的に標準病名マスターに設定されているものであるが、ほぼすべては適切な選択すべきコードは標準病名マスターに含まれている。すなわち、ICD への理解やシステムへの理解、標準病名マスター

への理解が十分でないがゆえに選択した結果であると判断された。ただし、T273 (160995) 気道熱傷等、一部の分類については、救急現場等での対応を踏まえて、詳細な選択をすることが困難であるとして、除外候補とした。

2) コーディングテキストの見直しについて

前述の表 2 に示すとおり、詳細不明コードとして出現率の高い傷病名について、コーディングテキスト未収載のものをピックアップして検証を行った。該当する標準病名マスターコードの範囲を検証したが、すべて網羅されており、特に ICD コーディングするにあたって特段の注意すべき必要もないと判断して、追記することはしないこととした。その他、適宜、留意すべき傷病名については、コメント（注意書き）を大幅に追加した。また、説明として出現する傷病名について、すぐに 6 桁分類の判断ができるように（○○○○○○のように）、併記することとした。

3) 汎用 AI ツールを用いた傷病名検証の可能性について

(1) 形態素解析による類似度判定

形態素解析によって、見た目の比較は可能であるが、病勢、病態、原因等は単語抽出だけの精度改善は難しい。すなわち、形態素解析はあくまでも自然言語（傷病名等）の文章を、意味を持つ最小の単位（形態素）に分割し、それぞれの品詞や読みなどの情報を特定する自然言語処理技術であり、ネット検索やデータマイニング等に活用されているが、少なくとも傷病名の評価や判断には、似て非なるものが多数存在する領域であることから、形態素解析のみでは十分ではないことが確認され、AI ツールを併用することによって意味を理解することが出来れば将来のデータ検証に役立つと考えられた（以下、2 に続く）。

(2) AI ツールの可能性

形態素解析については、そのための頻用される Mecab と AI ツールを併用してみたが、形態素解析の結果はごく一部（今回のケースであると、C 型

と判断するか、C、と型と判断するかの違い) で異なるもののほぼ同じ結果を得た。すなわち、形態素解析そのもののロジックは標準化されており大きな差異は発生しない結果であった。そのため、AI ツールにて自然言語処理で広く用いられているコサイン類似度を算出して比較したところ、今回のケースでは、アルコール性とウイルス性の識別が可能であった他、ウイルスの型の有無によってもウイルス性であることの判断が可能であることがわかり、少なくとも医学的な判断は現時点での汎用的な AI ツールでもかなりの判断が期待出来ることが判明した。一方で、例えば、傷病名から ICD や DPC の分類を探索することについては、かなりの間違いを回答するので、現時点では信頼性は低い。理由はおそらく、学習が十分ではないことがわかる。また、実際に用いるということになると、標準化が十分ではない記載・入力レベルの差が大きい場合は、類似度を測ることは難しい可能性があるが、例えば、標準化された標準病名マスターと結びつけることは、AI ツールを導入することによって、精度改善は可能であると考えられる。

4) システムベンダーの対応

昨年度(令和6年度)の段階で、JAHIS に加入団体(システムベンダー)については、ICD-11 への対応は全く行われていないという調査結果を得ているが、今年度はその結果を踏まえて、進まない理由等をさらに聞き取り調査、意見交換を行った。基本的に ICD-11 への移行は、2027 年度から、国の人口動態調査によって用いられることがアナウンスされ、いよいよ現実のものとなったが、システムベンダーの立場、病院情報システム等における位置づけについては、あくまでも国が死亡診断書等によって ICD コーディングを行うツールということであり、病院情報システムや各種データベースに用いられることとは別という考え方である。すなわち、システムベンダーが対応すべきは、電子カルテ、医事会計システムや DPC に関するシステムであり、現時点ではベンダーにとって、インセンティブがないこと、また、システム

的にも二つのコード体系に対応することはハードルも高い。したがって、ベンダーが動き出すのは、前述のとおり電子カルテ等のシステムのロードマップが明らかになってからである。さらに標準病名マスターの対応が必須であり、対応が待たれる。

ICD-11 に対してのまとめをすると、極めて汎用性の高いとされる ICD-11 であるが、定義テーブルに Post Coordination システムを用いないことによって、現在の定義テーブルの粒度を表現するだけであれば、多くは ICD-10 から ICD-11 への読み替えは可能である。また、医療機関内での研究や詳細な統計分析に用いるのであれば、DPC のシステムとは別に考えることによって混乱は防止できる。しかしながら、ICD-11 への移行は、規模も影響力も極めて大きく、医療機関、システムベンダー、審査支払機関等、多くのステークホルダーへの影響を配慮しておく必要がある。

加えて、現在の電子カルテを初めとして、診療報酬制度への対応等、医療機関や審査支払機関、行政等においても、システム依存なしでは業務が成立しないことから、システムの出来不出来が現実問題として最も重要な課題である。現在、国が進めている医療 DX の行方に期待がかかる。

E. 結論

コーディングテキストについては、すでに 10 年の改定の歴史を積みかさねており、国の精度改善への対策と医療機関のデータ精度改善により、その効果も生きてきていると思われる。少なくとも、DPC 導入当初のような ICD に対する無理解は減少していると思われる。したがって、コーディングテキストの改定にあたっては、内容の見直しというよりも、初心者にもわかりやすい、テキストを読解するだけで、ICD やコーディングスキルが身につくことを主体としている。しかしながら、さらなる制度改善のためには、現在のように、目視で集計値を見ながら判断するのではなく(現実には物量問題でほぼ不可能)、データ提出側、すなわち医療機関側、データ提出を受ける審査支払機関や行政等、双方でも、何らかの対策が必要であり、

AI ツールを用いることへの期待は大きいと思われる。

ただし、ICD や DPC は極めて専門性の高い領域であり、現時点では傷病等の探索にはそれなりに（コーディングを行うレベルでは）精度を持っていると思われるが、残念ながらコーディングには精度はかなり低いと言わざるを得ない。今後は、ICD や DPC のコーディングツールやデータ検証ツールの開発が待たれる。

※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 (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、他、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、第 51 回日本診療情報管理学会、大宮市、2025 年 8 月 29 日
- (2) 阿南誠、他、DPC /PDPS 制度における、ICD-10 から ICD-11 への傷病分類定義置き換えに関するステムベンダーの対応状況について、第 51 回日本診療情報管理学会、大宮市、2025 年 8 月 29 日
- (3) <発表予定：採択済み>阿南誠、他、自動符号付けアルゴリズムと傷病符号付けチェックの要件：AI を用いた類似度判定、第 28 回日本医療マネジメント学会学術総会、名古屋市、2026 年 5 月 29 日、30 日予定

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

