

越的な地位に立てるのではないかということでございますし、その意見出しのところでバランス、整合性を欠いて余りドラスティックというか、しっかりした意見でない形であれば、必然的にその存在としても薄れていくという形でございますので、決してお金だけではなくていかに知恵を出していくのかというのがやはり今後の日本のこの分野におけるステータスにも極めて大きな影響を与えるということを御認識いただければというふうに思います。

とりあえず、以上で国際的な動向についての御説明を終わらせていただきます。

○事務局（溝口）では、引き続きまして、ICD-11への改訂ということに関しまして、国内検討体制の在り方を説明させていただきたいと思いますが、皆様、すみません、説明会なので説明が主になることはやむを得ない部分はあるかと思いますが、一応、この会議全体の流れといいますか、最後に3番目の話題として国際ワーキンググループ協力員の役割という形で御説明させていただくわけでございますが、当省の方から国際ワーキンググループ協力員ということをして学会に依頼した背景といいますか、一体何が起きているかということ、もちろん御存じの先生はいらっしゃるかと思いますが、改めて説明をさせていただいている状況でございます。先ほどもお伝えしたとおり非公開の会議でございますし、もしよろしければ、説明の途中でも結構でございますので、よろしければ所属とお名前をいただいた上で御質問等をいただければ、より理解をお互いに深められる場になるのかなと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

では、引き続きまして、2つ目の議題でございますICD-11への改訂についてでございますが、国内における検討体制の在り方ということで、事務局より御説明をさせていただきます。

○事務局（辻井）先ほど首藤課長から紹介いただきました辻井でございます。ICDを8月10日より担当しております。どうぞよろしくお願いたします。

首藤課長の方から国際的な動向についてということでお話をいただきましたが、私の方からは国内検討体制の在り方についてということで、主に国内関係の事項について説明をさせていただきます。

それで、国内の検討ですが、主に審議会であります。直前に開かれたのが私どもICD専門委員会というふうに略して呼んでおりますけれども、正式名称は、疾病、傷害及び死因分類専門委員会というふうに申しまして、今回、4回目になりますが、これまでに3回開かれておまして、1回目が平成18年7月28日ということで、そこからおよそ半年に1回の頻度でこれまでに3回、今回4回目ということになっております。その上に分科会というのがございまして、これは社会保障審議会令5条に基づきまして、統計の全般的なことでありますが、担当しております。所掌事務としましては統計の総合的比較調査及び研究、統計の改善等ということでございまして、その下に先ほど申し上げました直前の専門委員会というのが設けられております。

これまでの大体の4回の審議の流れでございますけれども、審議事項としましては所掌

としまして、疾病、傷害及び死因分類の普及を目的とする補助分類の作成、軽微な変更、その他疾病、傷害及び死因分類にかかる個別専門的事項ということが審議の範囲になってございまして、最近ではこのICD-10か11の改訂のことについて審議を続けておりまして、具体的には本改訂に日本も積極的にかかわっていくべきではないかということと、最近の2回ですと、WHO側で分野別専門部会とTAGとうものを設けて、その下にワーキンググループというものを更に専門的事項を審議する機関として設けておりますので、それに参画していくということを委員会の意見としていただいております、それに従って本ワーキンググループの組織化も進めてまいりました。

それで、今後の改訂に関する我が国としての方針でございますが、1つはそのような審議の結果を受けまして、皆様方に学会向けに協力依頼ということでお願いをいたしました。それがお手持ちの資料3ですね。通し番号でいいますと7ページに写しが添付してございます。「ICD-11への改訂に向けた対応について（協力依頼）」ということで、事務連絡を発出させていただいております。

主なところをピックアップして読み上げますと、4段落目ですが、「具体的には、WHOは、ICD-11への改訂のために、高い専門性をもって実際の検討作業を行う組織として分野別のワーキンググループを設置するとともに、各ワーキンググループの発足や調整及びICD全体の構造等についての検討を行う組織として改訂運営会議（仮称）を設置するとしております」ということで、このワーキンググループに対しまして先生方の高い専門性を持って、実際の検討作業に加わっていただければというのがワーキンググループの趣旨でございます。

これが日本国内での皆様方への依頼文書です。詳細は割愛させていただきたいと思いますが、あとはWHO側でTAGとワーキンググループということについて、組織づくりを進めておりますが、それにつきましてはWHO側の文書としましては、第3回のICD専門委員会参考資料1という形で配布をさせていただいておりますけれども、その参考資料4ですね、これが比較的直近のWHO側の改訂プロセスを文書にして示したものでございます。その参考資料4の仮訳で日本語訳が付いておりますので、TAGとワーキンググループのTORが、所掌事項が何かということの参考になりますので、該当部分を読み上げさせていただきますと思っております。

特にTAGに関しましては、日本語の参考資料4の11ページの下半分ぐらいのところから始まっておりまして、まずは改訂運営会議ということで、これが今回の改訂に際しまして一番中核的に方針を決めていくところでございます、この改訂運営管理に菅野先生が委員として加わってくださっているということになっております。

その下に、図でもお示ししてございますが、分野別専門部会というのが現在5つつくられておりまして、TAG（タグ）と呼んでおりますが、その説明が13ページからございます。

「分野別専門部会（TAG）は企画・連携のための諮問機関として改正・改訂プロセス

の主題である特定の問題を扱う。これらの主題は、腫瘍、精神、損傷の外因、感染症、非感染症、希な疾患であり、その他にも主題を設定する。

各TAGの主な任務はWHOに助言を与えることであり、「ICDの各主題の改訂のすべての段階で全体の改訂プロセスに合わせてWHOに助言する」ということで、それぞれの各ワーキンググループの企画調整進行管理のような役割をTAGが担っておりまして、その専門部会長ということで、菅野先生が参画して下さっております。その下にワーキンググループ組織というのがございます、そのワーキンググループにつきましては、14ページの方に説明がございます。

14ページで、「ワーキンググループは主な機能単位としてICDの特定の主題に関するエビデンスを調査し、主な提案を作成する」というふうに説明がございまして、中ほど、12～13行目ですが、「各ワーキンググループはおおよそ10～12人で構成される。小グループではワーキンググループのメンバーでない者を参加させることができるが、小グループの議長はワーキンググループのメンバーでなければならない。ワーキンググループ及び小グループのメンバーの選定には、多様な専門分野、国々から集める努力をする」。

あとは一番下の8行ほどでございますが、「ワーキンググループの任務は以下の通りである」というふうにありまして、「ポジションステートメントを診断に関わる主要な課題について予め作成する：ワーキンググループは扱う領域の各診断項目について主要な課題を検討することが求められ、各課題についてのポジションステートメントをその領域に関するワーキンググループの既存の知識に基づいて予め作成する」とございまして、ここに挙げられているのは改訂に当たっての論文等のエビデンスの調査とポジションステートメントの作成等がございまして、15ページに更に詳細に診断記述に関わる主な課題としまして、各ワーキンググループが検討する課題ということになっております。

ですので、WHOの方から文書としてある程度オフィシャルにTAGとワーキンググループのTORを決めて直近の文書ということで紹介をさせていただきましたが、これまで1900年から10回の改訂をしておりまして、その改訂幅というのはさまざまでございます。例えば、第5回の1983年ですと伝染病の分類の合理化、癌の分類の詳細化というような改訂をしまして、例えば第6回ですと、もう斬新的な大改正ということで、疾病、死因分類が同一の分類表に統一されたということで、死因分類、疾病分類をまとめるような大改正が行われておりますし、また、例えば第9回ですと、第8回修正とほぼ同様な内容であるがより詳細な分類区分が示されたというような小幅な改正の回もございまして、事務局としましてはWHOと密に連携調整を取りながら、引き続き今回の改正の方向性につきまして、この文書以上に情報収集に務めているところでございます。今後とも本ワーキンググループと、先ほどの審議会のICD専門委員会、あと各学会との連携調整を密にいたしまして、事務局としてサポートをさせていただきたいというふうに思っております。

以上が国内体制の説明でございます。

○事務局（溝口） 引き続きまして、国際ワーキンググループ協力員の役割について説明

させていただきますが、よく学会などで我々ども説明に呼ばれて説明をさせていただくんですが、終わったあとで、わかったような気がするけれどもよくわからないとよく言われるところがございます。この時点で申し訳ありません、3点押さえていただければと思います。

資料の2を御準備いただければと思いますが、3点。1点目はICD、DPCなどで使っているICDで改訂があるんだなということを押さえていただければと思います。資料の2の1ページ目になりますが、2007年の4月から正式に改訂作業開始。これは国内でということではなくてWHOでの改訂作業開始です。このICDの改訂作業があるということをご認識いただければと思います。

3点あると申し上げましたうちの2点目でございますが、2点目はその改訂作業ということでWHOが組織立てをいろいろ行っている、組織体制を組んでいるということをご理解いただければと思います。1ページ目の下方になりますが、「改訂のための組織体制」という形で説明がございます。

別添参照とございますように4ページ目の別添をごらんいただければと思いますが、これらの組織体制をつくっているんだなということをまず御理解いただければと思います。先ほどからTAGといったような略語が出てまいります、このTAGというのが中段にございます精神、外因、主要、希な疾患、内科といったところに該当いたします。先生方の対応する学会があるですか、なかなか対応できるような組織体制がないじゃないかといったようなことを念頭に置きながらご覧いただければと思います。

3つあると申し上げましたうちの3点目でございますが、これは資料というよりも先ほどから話に上がってございます専門委員会という国内の検討体制があるんだなということをご理解いただければと思います。先生方の中では先ほどあった第4回の専門委員会から引き続きここに御参画いただいている先生方もいらっしゃいますけれども、そういう国内の検討体制があって、その中で国内として連携体制を図っていこうということになっているという、以上3点をまず御理解いただければと思います。

繰り返します。1点目はICDで改訂が行われているということ、そして2点目はWHOの方で改訂を行うための組織体系がつくられておりまして、その組織は各国からの協力あるいは各国の研究者、専門家の協力を今要請中であるということ、3点目は国内における検討体制というのは今時点でもあるということまで御理解いただければと思います。その上で、この国際ワーキンググループ協力員の先生方の役割ということで御説明をさせていただきます。

先ほど説明を辻井の方からさせていただきましたとおり、7ページ目にありますとおり、そういった一連の改訂という動きを受けまして、統計情報部長名で通知を发出させていただいて、学会の方へのお願い、そして先生方がもちろんまさに該当されます国際ワーキンググループ協力員というところも我々どもとしてお願いをしたところでございます。

お願いしたことの項目をかいつまんでもう一度改めて御説明をさせていただきますと、

学会に対して組織として検討体制を構築していただきたいということと、国際ワーキンググループ協力員といたしまして、今の8ページ辺りになりますけれども、非常に人材的にすばらしい先生方を推薦してほしいということ、そして学会に対しては組織力をもって国際ワーキンググループ協力員のバックアップ体制をお願いしたいという趣旨でこの通知を发出させていただいたところでございます。

一連どうということかと申しますと、この10ページに資料4がございますが、本日の話はこの10ページ目の資料4に集約されるというところでございます。先ほど話に出ておりましたWHOの組織、改訂のための組織でございますが、資料4を横にさせていただきますと、右上の方がWHOの組織体系がここにはまっているところでございます。この分野別専門部会TAGと書かれたところ、そしてワーキンググループまでは全部一連WHOの組織でございます。そして、左下の方に専門委員と意見交換会、ICD室、このICD室といったものは左下はすべて国内ということになります。左下は国内と申し上げましたが、この下にある学会等団体と書いてございますのも国内というのをイメージして書いた図になります。

現時点でこの専門委員会、専門委員と書いてございますが、この専門委員の中でいろいろと学会の連携を図っていただきながら国内の連携体制を組んでいるというところでございます。片や、このWHOの組織と、この国内の検討体制というものをつなげる、まさにつなげる場所をお願いをさせていただいているのが本日お集まりいただきました先生方になりまして、国際ワーキンググループ協力員ということになります。非常に専門委員と協力委員とどっちがどっちだという話で、我々のちょっとワーディングの失敗もあり、混乱を招いて幾つかの学会には非常に御迷惑をかけたところでございますが、国内の検討体制そして国際的な検討体制の間をつなぐものが国際ワーキンググループ協力員として先生方ということをお願いをしているところでございます。

実際に、具体的に、ではどういう話になるのかというところでございますが、このWHOの組織している改訂のための組織、TAGですとか、このワーキンググループがその下にいろいろと組織されるわけでございます。その中に委員として、これは国際的な委員として御参画を是非お願いしたいと思っております。当初といたしましては、その国際ワーキンググループ協力員として学会から御推薦をいただいた先生方を、WHOの改訂組織の中の委員として参画できるようにWHOの方に働きかけをしていきたいと思っております。

もちろん、国際ワーキンググループ協力員の先生方は非常に個人の資質が高いことをもって推薦をお願いしますと、学会をお願いしているわけでございますけれども、すべてのご発言を個人的にということではございませんで、先ほど首藤の方から組織力を持ってというのがございましたけれども、英語での議論という言葉のハンディキャップもございしますので、情報はもちろん逐一すべてということは無理だと思いますけれども、流れを情報還元していただきまして、案件によってはほかの関係学会との調整の場を厚生労働省の方

で持たせていただく、あるいはICDの専門委員会の方で検討させていただくといったような一連の体系をつくり上げたいということをお願いをしているところでございます。

実際の具体的な業務といたしましては、このWHOの中に先ほど入っていただくという話がありましたけれども、業務量はどのような話になるのかといいますと、うまくWHOの組織の委員として参画できればという、条件つきになります。参画できた場合には大体構成しているワーキンググループなどの体制によって異なっては参りますが、およそ我々が想定できる範囲内でお答えさせていただきます。年1回のおよそ顔を合わせて対面での年次総会が1回あり、大体月に1回あるいは2回程度の電話会議があり、あとはメールでのやりとりということが想定されているというところでございます。ただ、この辺はワーキンググループが非常に活発であれば、もっと活発な議論体制になると思いますし、あるいは場合によってはもう少しトーンダウンした形での話になるかと思えます。

現時点でこの国際ワーキンググループ協力員として参画いただく方向でWHOの方に働きかけをしている非常に大きなところは内科のTAGのところでございまして、この内科TAGについては我が国としてイニシアティブを取って運営に携わるということがWHOと調整させていただいております。ここの内科TAGのチェアについては前にいらっしゃいます菅野先生を中心にして、その下のワーキンググループの構築については我々どもも主体となって菅野先生と相談しながら今後ワーキンググループを構築させていただきながら、各学会から御推薦いただきました国際ワーキンググループ協力員の先生がそのワーキンググループ、国際的なワーキンググループの委員として参画されることになるというところでございます。

では、今時点でTAGやワーキンググループで合致するところがないけれども学会から国際ワーキンググループをやってくれと言われたという先生方におかれましては、我々とももちろん学会からいただいた先生と御相談させていただきながらWHOの動向を見ながら新たなTAGができる場合、あるいは新たなワーキンググループができるような場合には積極的に働きかけをしていくという準備をさせていただいているという御認識でいただければと思います。WHOで組織ができて、あわててお願いをするということではなく、少し準備としてお願いをしていただいているというところでございます。

以上でございます。

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑 誌

発表者名	論文タイトル	発表誌名	巻 号	ページ	出版年
川合省三	国際疾病分類の最近の動向について	診療録管理	第 19 巻 3 号 (Vol.19.No.3.)	3 - 10	平成 20 年 2 月 29 日 発行

国際疾病分類の最近の動向について

International and national trend of ICD

川 合 省 三

要旨：2年間の全国調査から、初年度ではICD-10の問題点が明白となりICD (International Classification of Diseases) 改訂へ連動する意見となった。2年度の死亡診断書と退院時要約におけるICD精度の調査では診断書・要約共に精度・粒度に問題があり、質の向上には診療情報管理士の関与を要し、記載様式の改良特に要約では標準化を要する。ICD-11への改訂に向けての国際的・国内的動向を理解した上で、本学会には診療情報管理に関する専門学会としての国際貢献が求められている。

キーワード：ICD, 診療情報管理士, Terminology, 死亡診断書, 退院時要約

1. はじめに

我が国の死因統計および疾病分類の基礎を成しているのはICD-10である。国際的には1990年、我が国には1995年に適用されたICD-10は既に10年以上を経過することから、最近の医学の進歩との間に乖離が現れて来ており、改善の議論が目立ち始めている。このような環境の中で、厚生労働科学研究費補助金 統計情報高度利用総合研究事業 (科研と略) の一つとして、ICD-10に関する全国調査並びに死亡診断書と退院時要約の精度に関する調査研究が日本病院会山本修三会長を主任研究者として最近2年間に亘り行われた。分担研究者として研究に参加した立場より解説すると共に、ICD改善に向けての国際的な動向についても本学会国際疾病分類委員会 (ICD委員会と略) の視点より述べてみたい。

2. 科研「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」の初年度 (平成17年度) 研究
初年度研究では、我が国の医療機関におけるICD

への理解と利用状況および問題点の把握を中心に、ICD-10使用の実態調査を行った。

調査対象施設は310であり、その内訳は次のとおりである。(1)特定機能病院：82, (2)DPC 試行適用病院または単独型の臨床研修指定病院の中から、診療情報管理室があり診療情報管理士 (以下、管理士と略) を有する病院：143, (3)上記以外 (1, 2以外：以下同じ) であり「診療情報管理士指導者」を有する病院：6, (4)上記以外で日本病院会役員の在籍する病院：53, (5)上記以外で日本診療録管理学会の評議員が在籍する病院：25, (6)上記以外で管理士通信教育委員会委員の在籍する病院：1。上記310の施設長を通じて、当該医療機関の担当医師および管理士または診療情報管理担当者に医師用と管理士用の2種類の調査票を郵送し、電子メールまたはFAXで回答を求めたところ、198施設 (64%) より回答を得た。アンケートに関する統計的処理や内容の詳細は報告書¹⁾に譲るとして、問題点の骨子を紹介する。

1) 脳血管障害に関する問題点

複数の専門医師の見解とともに、一部脳神経外科医としての私見も入れて述べることにする。まず、脳血管障害における医学用語の差異について述べる。今回の調査では少なかったが、筆者がかねてより奇異に感じていた医学用語の一つに precerebral artery がある。この precerebral artery という用語はICD特有であり、脳神経外科、臨床神経学、神経解剖学を初め、臨床医学、基礎医学のどの分野にも

Shozo Kawai

大阪南脳神経外科病院 副院長

〒589-0011 大阪狭山市半田5丁目2610-1

TEL: 072-366-5757 FAX: 072-367-2808

E-mail: kawai@sakurak.jp

使用されず、代表的医学辞書にも掲載されず、定義が不明である。語源からは脳よりも近位側の動脈の意味であろうが、実際分類上所属する動脈は以下の通りとなっている。頭蓋外のみを走行する動脈は4動脈で大動脈弓より出る大血管として無名(腕頭)動脈、鎖骨下動脈、その分枝として左右の総頸動脈とさらにその分枝の外頸動脈がある。頭蓋外と頭蓋内ともに走行する動脈は内頸動脈と椎骨動脈が左右一対、頭蓋内のみを走行するのは脳底動脈の1本のみである。つまり大動脈弓から出た、無名動脈、鎖骨下動脈から脳底動脈まで計7種類の動脈であり、「頭蓋内外主幹動脈」と和訳されるのが最も適当であったと考えられる。だが、現実には「脳実質外動脈」と和訳され、脳を栄養する動脈は cerebral artery 脳動脈と precerebral artery 脳実質外動脈に二大別されたのが ICD-10 である。そもそも頭蓋内の動脈はクモ膜下腔を走行し、決して脳実質内動脈ではなく、末梢の穿通枝動脈になって初めて脳実質を穿通するのである。原文の precerebral artery を国際的に臨床医が使用しない上に、日本語版の「脳実質外動脈」という和訳がさらに現場での誤解を招いた問題点と考えられる。

大脳の「皮質」「皮質下」の定義が臨床病名と異なっているという複数の医師からの指摘があった。ICD では、「皮質下出血」とは被殻・視床などの深部脳内出血を、「皮質出血」とは脳葉出血を指すが、臨床医は「皮質下=白質」、「皮質=灰白質」と考えるのが一般常識となっているからである。

用語以外の脳血管障害に関しては、そもそも脳血管障害は患者数が多いにもかかわらず、分類上は循環器系の末梢に位置することへの不満が多く、独立した分類体系を希望する意見が寄せられた。

脳動静脈奇形には出血発症と非出血発症があるが、出血発症は「その他のクモ膜下出血」に分類される。現実には破裂すると脳内出血が圧倒的に多く、脳内出血に分類されるべきであるとの複数意見があった。けいれんや脳虚血で発症した非出血例は Q28.2 に分類されており、脳動静脈奇形の分類体系の矛盾が指摘された。脳梗塞の内、ラクナ梗塞を「その他の脳梗塞」に分類せざるを得ないことへの不満が多く、妥当なコードが必要と考えられる。

2) 脳血管障害を除く全体の問題点

分類体系の中で全体的分類と臓器別解剖学的分類

との問題、特に消化器系感染症の多くは A, B に含まれ、呼吸器感染症の多くは J に含まれることや病理組織別と臓器部位別との分類への違和感が構造上の矛盾点として最も多い指摘であった。

糖尿病や感染症などではコード重複が多く、統一すべきとの意見があった。この二重分類規則の問題は、剣印で病因、星印で発現臓器を示す二重分類の知識不足に由来するとは言え、臨床医には受け入れにくいと思われる。

白血病やリンパ腫の分類が時代遅れであるという多数の指摘が医師、管理士よりあった。

新生物については、食道の悪性新生物における二種類の分類への異議、膀胱腫瘍の部位別分類は無意味との提言、脳腫瘍における良性・悪性の分類法に対する問題点などの指摘があった。

血管腫・脂肪腫など良性新生物の分類は粗過ぎ、感染症・肺炎の分類は細かすぎると、疾患による分類粒度の相違に対する意見あり。

糖尿病は別という4桁目分類での不統一性や部位の表現にも統一性がないという多くの意見が寄せられた。

循環器系のうち心疾患に関しては、この分野の進歩に分類が著しく立ち遅れているという指摘が目立つ。総括的に専門医はより細かく、門外漢は粗くてよいと考える傾向にある。

日本語訳の不備については、「unspecified = 詳細不明」の訳は不適切で「特定不能」とすべきであるとの複数の意見があった。「precerebral artery = 脳実質外動脈」が不適切であることも筆者の意見として前述の通りである。

「処置後障害」の問題点が多く管理士から指摘されたが、医師よりの意見が全くないのが特徴である。現実の医療のなかでは、DPC 分類における「ICD の構造的な問題点」として、この「処置後障害」が問題視されている²⁾。DPC 適用にあたって ICD との不整合を感じた回答が70%にのぼったが、一方で DPC 導入に伴う ICD コーディングの精度確保の検証が行われている³⁾。

索引表(第3巻)は医師においては英語版を使用することはあっても、日本語版が使い勝手がよいという意見は皆無であり、ほとんど活用されていないのが現状である。管理士業務においては索引が必須であるが現行の索引表(第3巻)は使いにくいと認

識されている。コンピュータを駆使した、検索システムへの要望が非常に強く寄せられている。

医師へのICD教育の必要性については、医師の70%、管理士のほぼ全員が賛成しているのは、DPC導入による影響と考えられるが、医師の20%は慎重論である。ICDという言葉さえ知らない医師がいる現実では、卒前教育で基本概念を教育し、臨床研修以降に実際に使用することでICDの浸透を図るべきという意見が主流を占めた。これに関して、病名マスターを利用した医師による病名登録システムで「事足れり」とする傾向に対して、管理士による検証がなされている⁴⁾。やはり医師へのICD教育とともに、コードの専門家である管理士の職務がさらに重要となろう。

3. 科研「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」2年度（平成18年度）研究⁵⁾

2年度研究は、医療機関からのデータ提供による「死亡診断書」および「退院時要約」の国際疾病分類コーディングの精度に関する研究である。

死亡診断書（以下、診断書）と退院時要約（以下、要約）におけるICDコーディングの精度についての問題点を明らかにすることを目的に、死亡例については2006年4月1日以降の死亡例10例について診断書と要約を、非死亡退院例については同年6月1日以降の退院例10例について要約と当該施設の診療情報管理データを、個人識別情報を削除して収集した。研究協力は前年度協力の得られた198施設に依頼し、有効な回答を得た123施設（62%）を調査対象とした。

原死因の精度を知る研究方法として、診断書については医師の記載のみから原死因をコードし、要約については記載内容から原死因を推測しコードした後、評価を行った。管理士資格を持つ医師群と管理士群の2グループが独立して上記作業を行うのを一次評価、この評価で結果の異なった症例などを両職種共同の選択メンバーで再評価するのを二次評価、大きな異同のあった症例などの再点検を最終評価とした。

1) 死亡例について

死亡例のICD章別の分布では、新生物が50%を

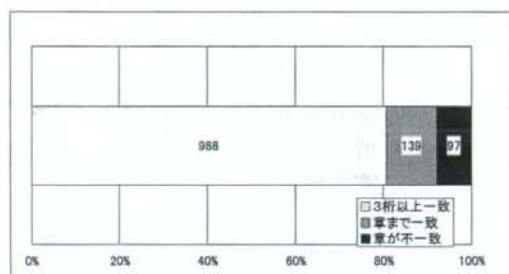


図1 死亡診断書の記載と、実際の診療経過から判定した原死因の一致の程度

死亡診断書の記述に基づく原死因と、退院時要約の記述から読みとれる原死因がどの程度一致していたかを示す。ICDの3桁以上一致するもの、3桁は一致しないが大分類（章）は一致するもの、及び大分類さえも一致しないもの、の3つに分けて示す。数字はそれぞれに当たる症例数。

占め、次いで循環器系21%、呼吸器系13%と、統計上の全死因⁶⁾の分布にはほぼ近い結果であった。

診断書に基く原死因と要約から読み取れる原死因を比較すると81%でICD 3桁目が一致しているが、章が異なる症例数は8%となり、これを死亡数に換算すると約86,000例となり、決して少ない数字ではない（図1）。

診断書に基く原死因の章別精度をみると、新生物では90%以上で3桁以上が一致する一方で、呼吸器系・腎泌尿生殖器系では3桁以上の一致率は半数に満たなかった。感染症とされた例の半数近くが要約からみると他の章に原死因が求められる結果となった。例えば、診断書には「肺炎」としか記載されていないにもかかわらず要約をみると、脳梗塞に伴う誤嚥性肺炎であるような例が含まれる。

これらを実数で表示すると（図2）、新生物が症例としても多く精度良好である一方で、感染症、循環器系、呼吸器系、腎・泌尿生殖器系等において、要約内容から考えると章が異なる原死因とすべき症例が多く、試みにこれを平成18年度の人口動態統計調査の死亡数⁶⁾に当てはめてみると、感染症11,000、循環器系21,800、呼吸器系30,800、腎泌尿生殖器系12,800で、これだけでも76,400例において、死亡統計と原死因の間で異同が発生するという結果になった。こうした疾患での原死因の評価が大切であり、改善策が必要となる。

前述の医師および管理士による一次評価から、原資料の精度（情報の正確さ）と粒度（情報の細かさ）における問題点を集計した（図3）。

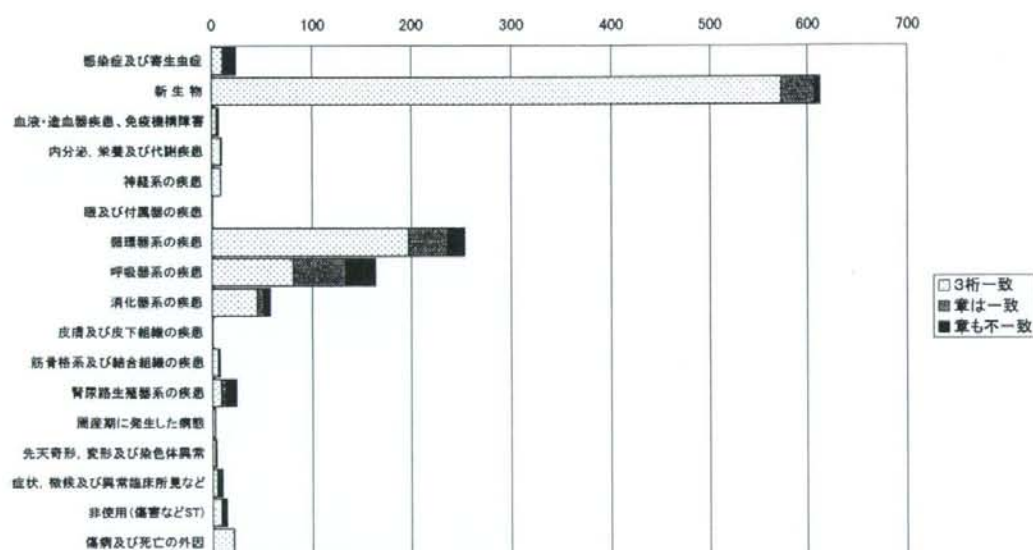


図2 実例数で示す死亡診断書の一致度の分布, 大分類別

死亡診断書に基づく原死因別に、それぞれの実例数で一致度を示したものの。

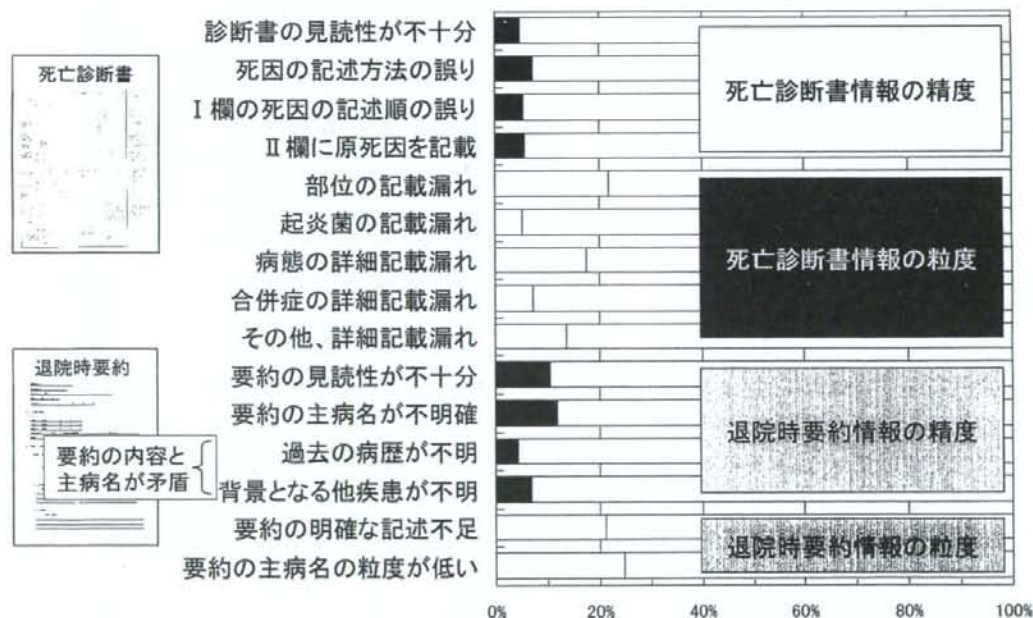


図3 死亡例における死亡診断書と退院時要約の問題点

診断書・要約ともに各項目の5~20%に粒度に問題があり、総合すると診断書の約50%、要約の約40%の粒度において問題があり、診断書の方がより粒度の低いことを示した。特に診断書における部位の記載漏れは4桁目をコーディングできない結果に

至っていると考えられた。一方、診断書に比べて電子化が進んでいるはずの要約においても見読性が不十分なものが少なくないと言える。電子化によって、期待された内容の改善が得られていない。このように診断書に対する医師の教育のみで原死因の精

度向上が可能かという疑問が残る。やはり ICD に関する十分な知識が必要な情報粒度の向上には専門知識を有する管理士の協力が必須と考えられる。

要約をながめると20%以上の例で明確な記述不足があり、主病名の粒度が低いという現状は、我が国の診療情報に問題のあることを示していると言える。

2) 非死亡退院例について

要約病名の精度は、要約の主病名欄の記載のみから主要病態のコーディングと症状経過などの記載をもとに主要病態を推測してのコーディングにつき死亡例同様に、一次、二次、最終評価により行うとするものである。

退院例の ICD 章別の分布では、新生物が21%と最も多く、次いで循環器13%、呼吸器10%、消化器9%、外傷・中毒9%と全般的に分散した結果であった。

要約に記載された主病名と要約の診療経過に基づく主要病態の一致度については、95%が3桁まで一致した一方で、章が異なる症例数は4%であり、14%では4桁が異なっていた。さらに要約の主病名が実際の診療内容と大きく異なる例の分布をみると、主要病態は多岐にわたり、原死因の分析のような特定傾向はなかった。

要約の問題点を述べると、名称さえも様々で目的や機能の標準化がないことから、病院や診療科による内容の格差が大きいがまず挙げられる。さらに今回の入院に関する記載のみで、全体的な経過が見えない要約も多く存在した。一方で、要約内容が不十分にもかかわらず粒度の高いコーディング例が散見されたが、管理士が別の情報源で修正したものと推測される。ただし、これでは要約の本来の意義がなくなることになる。

3) 科研：今後の展望

ICD-10に関する初年度の全国実態調査から、ICD 改善に向けて多くの示唆が得られた。さらに診断書と要約の具体的な研究により、死因および傷病に関する我が国の統計の精度向上を計る方策が見えてきた感がある。本年度も継続して行われる科研では、これらの質的向上への管理士の関与について検証するとともに、今まで行えなかった ICD 4 桁目を検討し、診断書様式の改善や要約の統一に向けての様式を提案したい。

4. ICD の今後：ICD-11への改訂に向けての動向

ICD は疾病に関する情報を系統立て分類するための普遍的な国際標準とされ、10年毎の定期的な改訂と毎年の改正が行われている。ここで、WHO における ICD の改訂と改正の言葉使いと定義の明確な理解が先ず必要である。改訂 (revision) とは ICD 体系全体の大幅な修正を意味し ICD-9 まではほぼ10年ごとに実施されてきたが、1990年に第43回世界保健総会 (World Health Assembly) によって採択・勧告された ICD-10には15年の期間を要し、我が国には1995年1月から適用された。さらに21世紀を迎え、ICD-11への改訂が待たれるところであるが、ビジネスプラン⁷⁾のなかでは2010年に向けて、20年の猶予期間があるとうたわれている。一方、改正 (update) とは分類体系に関する毎年の簡易的な修正、追加、削除を意味し、体系全体の構造が変更されることはない。新たなコードの追加、削除、移動などの3年ごとの改正を大改正 (major change)、概念ではなく表現の強化、誤植の修正、索引の修正など、毎年行われる改正を小改正 (minor change) という。改正に関する検討は分類改正改訂委員会 (Updating and Revision Committee:URC) において行われる。

1) 国内の動向について：ICD 専門委員会設立までの経緯と進展

我が国としても、国際的情勢に対応した ICD の適用が求められていることから、社会保障審議会統計分科会において審議し、積極的に ICD-10の改正と ICD-11への改訂に関与していく必要があるとされた。ICD は極めて専門的かつ広範囲にわたる知識・経験を必要とすることから、ICD に係る委員会の設置規定に基づき、常設の「疾病、傷害及び死因分類専門委員会」(ICD 専門委員会と略) が設置された。2001年7月30日の ICD に係る委員会の設置規定は下記の通りである。設置趣旨として、ICD については産業分類とともに我が国の統計に使用される分類として重要な位置を占めており、本分類の作成に当たっては国際的な趨勢に配慮しつつ最も適する医学用語などを考慮する必要があり、統計分科会において統計の基本事項として審議を行う、とある。

2004年10月に WHO は、ICD-10のままで施行された2003年までの改正を集積し、ICD-10 (2003年版)

の勧告を行った。これに呼応して我が国では、ICD 専門委員会の前身である ICD 部会が2004年10月14日に設置されて検討が行われ、ICD-10 (2003年版) 日本版として2006年1月より適用されたことは周知のことである。この翻訳作業にあたって本学会 ICD 委員会もいささかの貢献を果たしたことはあまり知られていない。2003年版適用とともに ICD 部会の役割が終了したが、部会の各委員から「ICD に対して医学会が継続的に関与すべき」「WHO の勧告を受けるだけでなく日本の意向を反映すべき」などの意見が出され、統計分科会における検討を踏まえ、ICD 専門委員会の設置へと至ったのである。

2006年7月28日に第1回 ICD 専門委員会が開催され⁸⁾、各医学会の代表26名が出席した。日本診療録管理学会からは大井利夫理事長が委員として参加し、学会員への報告も既に行われている⁹⁾。同年12月8日に第2回¹⁰⁾、2007年6月29日に第3回¹¹⁾、同年10月5日に第4回¹²⁾と現在までに計4回の委員会が開催されている。今回は、この委員会に提出、公表された資料をまとめたものである。

2) 国際的動向について

WHO が2005年にまとめた「分類に関するビジネスプラン」⁷⁾の優先事項の第一はインフォメーション・パラドックス (Information Paradox) とされる。すなわち、保健負荷が最も高く、保健を最も必要とする国ほど情報が極めて少なく格差が大きいという事実なのである。世界には電子情報にすべての保健情報が正確に保管されている国がある一方で、健康上の大問題を抱える数十億の人々について、情報が全くないという状況が最大の課題なのである。

このプランの第三の優先事項として、2015年施行を目途とする ICD-11への改訂の計画が盛り込まれ、2005年に開催された WHO-FIC 東京会議においてこれらの改訂計画が正式に承認された。これを受けて開催された2006年10月29日～11月4日の WHO-FIC チュニス会議において図4のようなネットワーク組織の改革が行われ、既存の URC の下部組織として改訂運営会議 (Revision Steering Group: RSG) の設置が正式に定められた¹⁰⁾、(下記のチュニス会議資料掲載アドレスを参照されたい

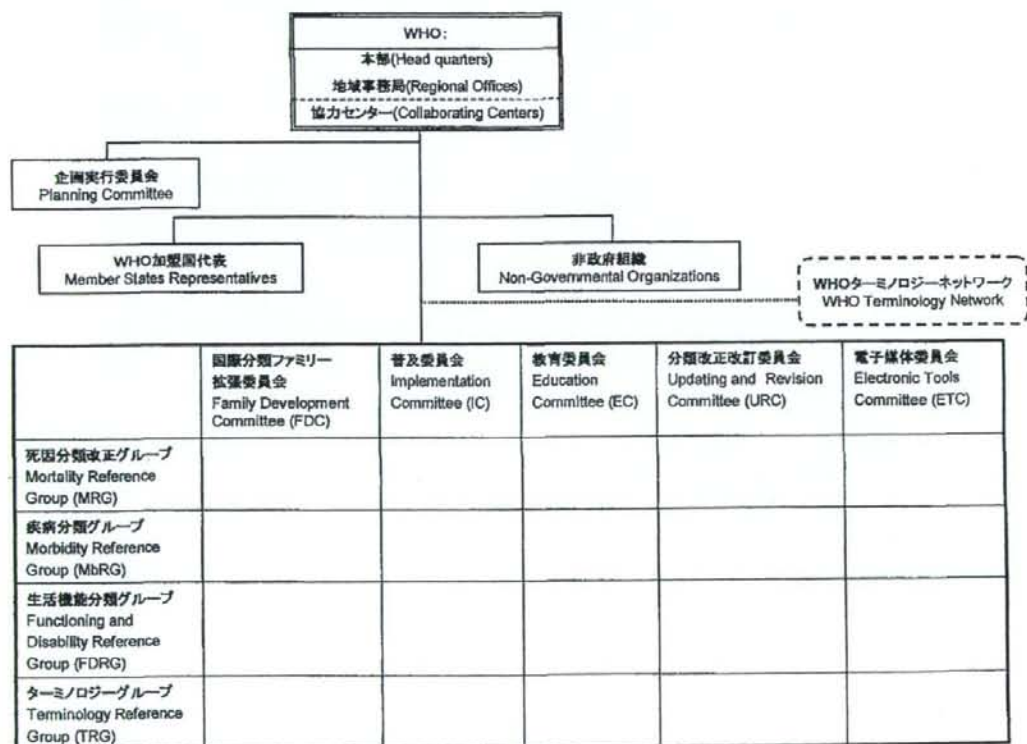


図4 WHO-FIC ネットワーク組織図 (チュニス会議後)

http://www3.who.int/whofic/2006meeting/documentlist.html)。既存委員会として国際分類ファミリー拡張委員会 (Family Development Committee: FDC)、普及委員会 (Implementation Committee: IC)、教育委員会 (Education Committee: EC)、分類改正改訂委員会 (Updating and Revision Committee: URC)、電子媒体委員会 (Electric Tools Committee: ETC) において討議された。さらに、この会議で生活機能分類グループ (Functioning and Disability Reference Group: FDRG)、疾病分類グループ (Morbidity Reference Group: MBRG)、ターミノロジーグループ (Terminology Reference Group: TRG) が新設グループとして承認され改訂に関する取り組みが大きく前進した。この WHO-FIC ネットワークのメンバーは協力センターを持つ国を中心に選ばれてきたが、2006年からは普及委員会の委員長に我が国の首藤健治 ICD 室長 (当時) が選ばれ、その他にも教育委員会、電子媒体委員会、疾病分類グループに日本から正式メンバーが参加するようになった結果、我が国からの意見が反映されうる状況がようやく確立したと言える。なお同会議に合わせて、第 1 回アジア・パシフィック WHO-FIC ネットワーク会議 (Asia-Pacific WHO-FIC Network Meeting) が各国への普及支援を目的に 9 カ国が参加して開催されたが、日本病院会からの資金・技術支援によるものとして特筆すべきであり、第 2 回は 2007 年 9 月に日本病院会を事務局として京都にて開催された。

ICD-11 への改訂に向けた暫定スケジュールが WHO より既に示されている¹⁰⁾。2006 年に科学、臨床、公衆衛生の 3 視点からなる作業計画が作成され、2008 年には ICD-11 α 版 (WHO-FIC メンバーや専門家向けの草案) の公開、2010 年には ICD-11 β 版 (データに基づく検証を行うためのフィールドテスト用草案) の公開によるフィールドテストの開始、2012 年には一般レビュー用の最終版の公開を行い、2014 年の世界保健総会 (WHA) への提出および承認を経て、2015 年以降に各国が状況に応じて順次導入の予定となっている。改訂プロセスとしては上記の 3 視点からのアプローチを行い、障害グループ (Disorder Groups) および主題別グループ (Topical Groups) の二つの作業グループからとりまとめて改訂運営会議 (RSG) に上げ、この会議において全体的な構造をまとめていくこととなる。

チュニス会議で設置が決められた改訂運営会議 (Revision Steering Group: RSG) の第 1 回会議が 2007 年 4 月 17 日、18 日に小田原で開催されたが、それに先立つ 4 月 16 日に WHO 担当官が記者会見を行い、国内外の報道陣に対して、「2015 年を目途に ICD-10 を ICD-11 に改訂する作業を開始する」との公式発表を行い、WHO 本部からも全世界に同時に公表された。WHO 事務局長からも全加盟国政府に作業開始を告げ協力依頼の公式文書が寄せられている。改訂運営会議 (RSG) の組織体制は下記の通りとなる。分類に関する WHO-FIC ネットワークの恒常委員会である分類改正改訂委員会 (URC) の下に改訂作業の監督機関として設置されたのが RSG である。RSG の下に設置されるのが分野別専門部会 (Topical Advisory Group: TAG) といい、精神、外因、腫瘍、稀な疾患、内科の 5 部会があり、日本は内科部会の部会長を務める。必要に応じ、各 TAG の下に設置され、個別に具体的な作業を行うのがワーキンググループ (WG) であり、各 WG は 10~12 人で構成される。

一般的な計画を議論し承認した、この会議での ICD-11 に至る改訂作業は次の 3 段階で進められる。第一に分類に関する科学的、臨床的、公衆衛生的エビデンスの体系的な点検を行い、第二に ICD-11 の草案を起草し、草案のフィールドテストを行い、第三に標準的な医学用語との体系的な関連付けを行い、コミュニケーション、データ処理の標準化、研究を円滑にする。

多くの関係者が ICD-11 の作成に参加可能とするために、ウェブ上に知識管理共有 (Knowledge Management and Sharing: KMS) ポータルの立ち上げが計画されている。上記の科学、臨床、公衆衛生に関するエビデンスを調査の目的でまとめ、ウェブ上のアプリケーションとしたのが ICD-10 プラス (ICD-10 Plus) であり、ICD-11 の草案はウイキ (Wiki) のような体系的共同編集、共同文書作成ツールの活用が考えられている。名称は Hi-Ki (ハイ・キ) という。よく知られているインターネット上の公開百科事典「ウイキペディア」は、「What I Know Is (私が知っていること)」の略語であるのと同様に「Hi-Ki (ハイ・キ)」は「How I Classify in ICD (私の ICD 分類方法)」の略語である⁷⁾。最後に ICD と医学用語 (ターミノロジー) との関連付けが

改訂プロセスに重要となる。ICD-11草案のコードその他のすべての要素は統一性のある一貫したターミノロジーを土台とする。起草を行う専門家にはICD-11の基本的な構造や概念を明確にする任務があり、これらをまとめる上ではSNOMEDなどのターミノロジーを利用する必要がある。

3) 本学会に求められるもの

我が国は長きに亘りICDを愛用し、WHOの求めに応じて毎年の改正にも参加してきた実績があるとはいえ、とかく受動的であったと思われる。だが既に述べたように、厚生労働省、各医学会（本学会を含む）、実務担当の管理士などが一体となり、国を挙げてICD-11への改訂に取り組もうとしているのは、国際的に我が国のみといっても過言ではあるまい。国際貢献のできる絶好の機会と捉えるべきである。特に、臓器別・疾患専門別な意見を求められる他の学会と異なり、本学会には全疾患的なターミノロジー、分類学に基づいた、横断的な視野の広い見解が期待されている。

（学会員よりの意見出しを学会ホームページで受付中につき参照されたい。意見提出先 E-mail: ICD@sinryoroku.jp）

5. まとめ

1) ICD-10の問題点に関する全国調査から、脳血管障害における医学用語の問題、分類体系のなかで全身分類と臓器別分類の問題特に感染症の二重分類と新生物の分類粒度の問題、処置後障害の問題、各領域での分類と表現の非進歩性などが明らかとなり、ICD改訂へと連動する貴重な意見となった。

2) 死亡診断書と退院時要約におけるICD精度の全国調査から、原死因のICD 3桁目一致率が約8割、うち新生物では9割以上が3桁以上で一致する一方で、呼吸器系・泌尿生殖器系での一致率は半数未満と判明した。問題点を総合集計すると、診断書の半数、要約の約4割の粒度に問題があり、今後診断書の記載様式の改良および要約様式の標準化が必要である。

3) 2015年を目途にICD-11に改訂する方向で、国内的にはICD専門委員会を中心に、国際的にはWHO-FIC会議において改訂作業が始まっており、本学会および学会員には今後ウェブ上を通して、診療情報管理の専門学会および専門職としての参画が強く要請されている。

参考文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金 統計情報高度利用総合研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」平成17年度総括・分担報告書、主任研究者 山本修三、2006年3月
- 2) 阿南 誠ほか：DPC分類にみるICD構造上の問題点について。診療録管理 17(1): 35-38, 2005.
- 3) 久富洋子ほか：DPC導入に伴う大量の傷病名データの検証について。診療録管理 17(1): 48-50, 2005.
- 4) 枝光尚美：登録傷病名とInternational Classification of Diseases and Problems (ICD-10)不整合の検証。診療録管理18(3): 52-56, 2007.
- 5) 厚生労働科学研究費補助金 統計情報高度利用総合研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」平成18年度総括・分担報告書、主任研究者 山本修三、2007年3月
- 6) 厚生労働省：平成18年人口動態統計月報年計（概数）の現況、平成19年6月8日修正後
- 7) 「ICD改訂プロセス：ICD-11に向けて」ICD-11への改訂の進め方に関するWHO担当官からの説明会（2006年2月13日）資料、厚生労働省
- 8) 第1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資料（平成18年7月28日開催、8月2日作成）
- 9) 大井利夫：わが国における国際疾病分類への取組。第27回診療情報管理士生涯教育研修会（東京）講演抄録。2007年2月10日。日本診療録管理学会生涯教育委員会
- 10) 第2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資料（平成18年12月8日開催、12月12日作成）
- 11) 第3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資料（平成19年6月29日開催、7月3日作成）
- 12) 第4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資料（平成19年10月5日開催、10月9日作成）