

た世界保健規則 NO.1を採択した。分類項目の内容を定義する包含疾病の内容例示表を含む国際分類は、死亡診断書の様式、分類のためのルール、及び特定製表用リストとともに、ICD に編入された。これは2巻からなっており、第2巻が適切な分類項目にコードされた診断用語の索引になっていた。第6回改訂会議は、国際人口動態及び保健統計の分野に、新しい時代の始まりを示した。疾病と死因の両方からなる包括的なリスト及び原死因を選択するための国際ルールの承認に加えて、会議は人口動態及び保健統計の分野における国際協力の包括的な計画を採用することを勧告したのである。この計画における大切な項目は、各国政府が、人口動態及び保健統計について、国内の統計活動を調整し、世界保健機関との中継ぎをする国内委員会を設立するという勧告である。さらに、このような国内委員会は単独でも国内の他の委員会との合同委員会であっても認められ、公衆衛生的重要性の統計的問題点を研究し、それらの調査結果を世界保健機関が利用できるようにすることを期待されていた。

国際疾病分類の第7回改訂会議は、世界保健機関の主催で、1955年2月にパリで開催された。世界保健機関保健統計専門委員会の勧告に従って、主要部分の変更及び誤りや矛盾の修正のみに限られた。

世界保健機関によって召集された第8回改訂会議は、ジュネーブで1965年7月6日から12日まで召集された。第7回改訂よりも抜本的なものとなったが、分類の基本構造と、疾病分類の一般原理、すなわち、個別の症状発現よりも病院学に可能なかぎり従うという疾病分類の一般原理は変更されずに残された。

ICDの第7回及び第8回改訂が効力のあった間は、ICDが死因統計のみならず、病院の診療記録に急速に使われ始め、いくつかの国では、ICDの適用に必要とされる付加的疾病分類の詳細部分を加えた国内版を作った。

2-4 第9回改訂 ICD

第9回改訂国際疾病分類国際会議は、世界保健機関によって主催され、1975年9月30日から10月6日までジュネーブで行われた。

医学的ケアを指向した統計や索引の作成を希望する利用者の利便のために、第9回改訂には、基礎的全身疾患の情報及び特定の臓器や部位の症状発現の情報の両方を含む診断的記述を分類する任意的選択

方法が加えられた。この方法は、剣印及び星印システムとして知られるようになり、第10回改訂でも維持されている。色々な状況で使えるように融通性を増すため、その他、多くの技術的革新が、第9回改訂には含まれていた。

第9回改訂会議の前でさえも、WHOは第10回改訂に対する準備を進めていた。ICDの利用が大幅に拡大してきたので、ICDの構造全体を再考し、将来数十年間は基本的な部分で改訂の必要がないような、安定して柔軟な分類を作り出す努力が必要であることが認識された。疾病分類 WHO 協力センターは、ICD-10についての代替モデルの研究が要求された。

これまで確立してきた10年毎の改訂は、あまりに短すぎるということも明らかになってきた。改訂過程の作業は、ICDの現行の版全体が評価されるために必要な期間を経ずに改訂作業を開始しなければならなかった。このことは、主に、非常に多くの国々及び機関に相談する必要がある、その過程が非常に長い期間を必要とするからである。それゆえ、WHOの事務局長は、はじめは1985年に予定されていた第10回改訂会議を1989年まで延期し、第10回改訂の導入を1989年に遅らせることを加盟国に通知し、同意を得た。このことによって、ICDの構造の代替モデルについての実験ができるようになり、また、たとえばいくつかのWHO地域事務局により開かれる会議及び本部により行われる調査を通じてなされるICD-9の評価に対して、時間をかける余裕が生まれた。

このように第10回改訂までの歴史を振り返ると、初期の分類では、ただ死因のみが取り扱われていたが、1948年の第6回改訂において、死に至らない疾病が含まれるよう拡張された。この拡張は、幅広い様々な組織の統計的ニーズにこたえるための技術革新を伴い、第9回改訂まで続けられた。加えて、1975年にジュネーブで開催された第9回改訂国際会議において、補助分類である「医療行為」ならびに「機能障害、能力低下及び社会的不利」に対する分類(ICF)の試案の公表についての勧告がなされ、承認された。

2-5 第10回改訂 ICD

第10回改訂ICD国際会議はジュネーブのWHO本部で、1989年9月26日から10月2日にかけて開催された。会議には下記の43加盟国の代表が出席し

た；アメリカ，アラブ首長国連邦，アンゴラ，イギリス，イスラエル，インド，インドネシア，ベネズエラ，ウガンダ，オーストリア，オランダ，カナダ，韓国，キプロス，キューバ，クウェート，シンガポール，スイス，スウェーデン，スペイン，セネガル，ソビエト，タイ，中国，デンマーク，西ドイツ，ニジェール，日本，バハマ，ハンガリー，東ドイツ，フィンランド，ブラジル，フランス，ブルガリア，ブルンジ，ベルギー，ポルトガル，マダガスカル，マリ，マルタ，モザンビーク，ルクセンブルク。

国連，国際労働機関（ILO）及び各 WHO 地域事務局は同会議に代表者を送り，また国際医学機関会議ならびに癌登録，疫学，家庭医療，産婦人科学，高血圧，保健登録，予防社会医学，神経科学，精神医学，リハビリテーションおよび性的伝搬性疾患に関係する12の非政府組織が代表者を送った。

第10回改訂勧告における主な新機軸は4桁レベルにおいて1桁目をアルファベットとして，その後に3桁の数字を使用した分類コードを採用したことである。これは第9回改訂との比較において，コーディング枠が倍以上に増加し，大多数の章に独自の文字または文字グループを指定することができ，それぞれの章には3桁分類を与えられるという利点がある。利用可能な26文字のうち25文字が使用され，「U」の文字は将来の追加または変更のための空白として，また改訂年次間において国内または国際レベルで生じる問題を解消するための暫定分類として使用できるように残された。

また，新しい構成をもってしても，一つの分類では必要のすべてを満たすことができないことは明白である。従って，分類の「ファミリー」という概念が作られた。これは，死亡・疾病統計のためのニーズの中心基盤をカバーするICD分類の本体を中心核に持っており，一方，より詳細な分類，より大まかな分類，または異なった分類及び関連する事項に対するニーズは，ファミリーの他の構成メンバーにより取り扱われる。

3. 疾病統計としてのICD

3-1 ICDの疾病統計への応用

このようにICDは死因統計として始まり，疾病統計のために十分使える分類が求められていたが，第6回改訂国際会議から疾病及び死亡の両方の包括的なリストが承認され，疾病統計としても本分類が

活用されることが提唱された。その後第10回改訂国際会議では，視野を拡大し死亡だけでなく，疾病として必要な分類を多く加え，さらに予防や検診なども含めた関連保健問題も扱うことが提唱された。そして，その目論見は診断群分類（Diagnosis Procedure Combination；DPC），診断別関連群（Diagnosis related group；DRG）を用いた医療改革により現実的に大きなニーズとなってきた¹⁰⁾¹¹⁾。現在，米国やわが国における診療報酬体系が大きく変わろうとしている。わが国では平成15年4月に特定機能病院から「DPCによる包括払い制度」の適用が始まり，基幹病院に順次広がってきた。これは，全く新しい支払い方式であり，この分類ごとに診療報酬を定額にしたものである。つまり，病名によって支払われる診療報酬が決定され，いわゆる出来高制医療保険における診療行為ごとの出来高払いでなく，一連の診療行為をひとくくりにしてまとめて支払う方式のことをいう。

医療政策の目的は質の高い医療サービスを国民に提供する体制を整備することである。従って，医療制度改革についての議論の前提として，医療の質を評価するための情報が必要となる。ただし，医療についての絶対的な評価は困難であることから，相対的な評価がその中心となる。相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり，その一つがDPCである。DPCという標準的な単位を用いることでDPC導入施設間の比較が可能になったことが，DPC導入の最も重要なポイントであり，病院におけるマネジメントの改革につながると期待されている。

3-2 DPCとICD

DPCコーディングの基本は，傷病名をICD-10のコードで，手術に関しては診療報酬上のコードで定義するというものである。包括評価という支払い制度の中で，ICD-10が使われるようになったことが従来との大きな違いである。現場の医師が使う臨床病名になると同じ病態でも医師によって神経症，ノイローゼ，自律神経失調症，不安障害など，さまざまな病名になる。そのため現在，日本で使われている臨床病名の総数は3万ほどであるといわれている。おおよそ同じ病気，同じ病態であっても医師の使い勝手で臨床病名が選択されて診断書に記載されていた。そのため，データとしての比較が困難である。しかし，国際的な傷病統計の基準となっている現在の国際疾病分類であるICD-10を用いると，異

なった病院間などでデータの比較が容易になるほか、国際間でのデータの比較までできるようになる。そういった意味で DPC に ICD-10 が使われているということはとても画期的なこととなる。

もともと ICD は死因統計をとるために作られたものであるが、国際間の死因統計の比較のみならず、今の時代の流れでは DPC における病名分類にも用いることで、病院間や国際間での医療の質や医療経済の統計比較まで可能となる。ICD はもはや様々な方面で活用されるようになってきているのである。

4. ICD の問題及び今後の課題

4-1 ICD の改訂サイクルの問題

ICD を今後も維持、発展していくためにはいくつかの問題点があり、最近大きくクローズアップされてきている。

まずはじめに改訂のサイクルの問題がある。ICD が国際分類として死因・疾病の統計を取り続けるためには、随時新しいものに更新される必要がある。例えば、SARS のような新しい病気が流行ったときに ICD-10 に SARS が記載されていないと、DPC 制度下では保険適用もできないし、統計も取ることができない。

部分的な修正はされているものの全般的には10年ごとの改訂である。もちろん、これではあまりにも修正頻度としては低く、時代の流れについていけなくなってしまう。ましてや ICD-10 からは既に20年経っているが、未だ改訂がなされていない。逆に統計の連続性の維持の問題を考えると改訂ばかりしては連続した統計が取れない恐れもある。

WHO-FIC 協力センターは、保健関連分類の開発及び使用、とりわけ ICD の使用に関して発生するさまざまな問題を抱える国々を支援するために設けられてきた。

ICD では適切な分類ができないような新しい疾病が頻りに発生する場合に、今まで ICD は次期改訂まで修正されてこなかったが、必要な場合には、新しい疾病に対して適切なコードの設定ができるような機構が、センターを通じて導入されるよう提案されている。

公式の WHO-FIC 協力センターに加えて、数多くの国内関連センターがあり、個人のユーザーでも、直面する問題がある場合には、最初にこれらのセンターまたは適当な各国の機関を通じて WHO に提言

することが可能である。わが国においては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がその任を担っている¹²⁾。

4-2 臨床面での評価の問題

現行分類では臨床面での評価が不十分なコードも多く、臨床に則したより詳細な分類が必要であるという意見も DPC による包括評価導入直後から出ている。実際、現場の医者からは、例えば骨折ひとつを取り上げてみても、骨折非観血的整復術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、骨折観血的手術の3つがあり、そのおのおのに部位別点数が設定されている。そうしたシステムに慣れている我々の目から見れば、死因統計分類から始まった ICD という病名分類は、現在 VERSION10 まで改訂されたとはいえ、いかにも粗っぽく、現場から該当する ICD-10 コードが無いといった声がしばしばあがってくる。ICD-10 と臨床現場の分類があわない他の例として、例えば心不全などだと、右心不全、左心不全の分類はあるけれども、急性心不全と慢性心不全の分類がないことなどがある。このように現行 ICD-10 にはいろいろと現場に合わない点が多く、実際の運用上問題がある。

4-3 IT 化への対応の遅れ

電子カルテで病名を入力しても、そのまま統計処理をするのは困難である。現状の ICD-10 では、臨床では分類が粗過ぎて役に立たないため、分類自体が必ずしも適切でない。現時点で、臨床研究、臨床統計に役に立つコーディングをしようとすれば、ICD-10 から離れざるを得ない、あるいは ICD-10 を大幅に臨床家の視点で拡張したものを用意せざるを得ないと考えられる。また、包括医療制度を導入している病院にとっては、ICD コードが DPC に直結する仕組みになっているので、今の DPC が ICD-10 をベースとして使用される仕組みになっている以上、臨床研究のコードとは別に、ICD-10 コーディングをしなければならない。それを一つの ICD-10 でやろうとしていることに無理がある。標準病名マスターに ICD-10 コーディングをするときに、ICD-10 と全く一致していない場合も多々ある。

現在の標準病名集はこのようなジレンマの中で作成されている。そのため、標準病名マスターは、ICD-10 のコードが確実であるというフラグが付いている病名と、ICD-10 のコードはふってあるけれども、

疑義があるというフラグが別に付いた病名があるという状況で現在リリースされている。臨床家にとって妥当なコードを割り当てることが理想であるが、一方で、保険局のレセプト電算マスターと医政局の標準病名マスターを統合したものとICDとの連結を強化する必要がある。

4-4 国情に合わせた独自の分類による問題

ICD-10そのものの問題については、ICD そのものは国際的にも死因、疾病統計の分類のためのコードとしてつくられたもので、医療統計の専門家が集まってつくったという色彩が強い。それが時を経て、特にアメリカなど医療保険の包括払いが導入され、医療従事者の関心が一気に高まった。また、病院のIT化の推進により医療現場では、より細かい分類の要求が高まっている。しかしこれはあくまでも先進国の事情であって、開発途上国では、余り細かい分類は不必要である。こうした分類の粒度に関しても議論が必要である。

このような背景から臨床現場の利便性を考えると、ICDを拡張した臨床統計分類が必要になる。拡張コードに関しては、国際的にもいろいろな国でいろいろ議論がされており、アメリカなどでは臨床上はICD-9のclinical modification (ICD-9CM)が使われている。全く別の体系としてSNOMED-CT (Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms) というコーディング・システムも存在しており¹³⁾、医療現場では統一した統計が取りにくい。

ICDはWHOの分類で、医学統計を取るためにできたものである。そのために、WHOは、100年以上前からルールを決定し、なおかつ各国に対し唯一の版權を許可するという形で現在まで来たわけである。ICDに関する決定は、WHO-FIC協力センター長会議を通じ、WHOが認定するという形で行われている。これまで述べてきたことはまさに各国が共通に抱える問題である。しかしながら、ICDの根幹が揺らいでしまっただけではDPCのような応用編もなくなるということである。このことから考えると、今、我々がすべきことは、とにかく、一番アップデートされたものに対する我が国の適応の検討を行うということであろう。

4-5 インフォメーション・パラドックス

WHOが政策的に介入をしていきたい途上国や死亡率の非常に高い国ほどその情報が上がってこない

という現状を、WHOは「インフォメーション・パラドックス」と呼んでおり、そのギャップを埋めるために努力をしていかなければいけないという柱を立てている。

WHOの「インフォメーション・パラドックス」は、途上国ばかりでなく国際的にも大きな問題になっているのだが、日本国内において、ICDをいかに普及啓発していくか。特に情報化が進んでいく過程で、医師が病名を記し、それをコーダーが分類して電子化するなど、いろいろな処理をするに当たって、それらすべてが正しく行われて、初めて有用なデータのセットになるわけである。最初のインプットの段階で非常に誤った情報が入ってしまえば、いかに大量の情報を処理するフレームワークができたとしても、情報の意味としては価値が低いものになってしまう。ICDを利用しているのは世界でも先進国と呼ばれる地域のみで、人口の多いアジア、アフリカではほとんど使われていないのが現状である。

4-6 伝統医学の取り込み

上記のような理由からWHOは伝統医学をも取り込んでいこうという姿勢を見せている。もともとWHO西太平洋地域事務局において、日中韓を中心とする東アジア伝統医学に対する標準化を図っていたが、この中に東アジア伝統医学分類 (international classification of traditional medicine/East Asia) 作成作業も進行している。2006年のチュニスの会議で初めてWHO西太平洋地域事務局の計画を披露し、国際分類ファミリー拡張委員会での継続審議事項となった。その後、2007年のトリエステの会議において、原則関連分類にするという同委員会の承認が得られた。

世界に存在する医療は西洋医学のみではないので、伝統医学を盛り込んで行くことは世界保健機関という名において取るべき選択の一つかと考えられる。特にICD-11においては電子化されることが計画されているため、広げることは可能である。

その一方で伝統医学には西洋医学的病理概念が欠如しており、従来のICDとどのように整合性を持たせるかについては継続した議論が必要となる。

4-7 用語とのリンク

ICDは分類のみであり、用語とのリンクがないが、現在、WHOは用語とのリンクの導入を積極的に考えている。今後医療の分野においては急速に電子化、

IT化が進む。そういう電子保健記録システムのデータから専門的な用語等を抽出し、マッピングにより、それをICD, ICF, ICHIといったような分類基準に従って分類できるように、用語と分類をリンクした形で保健情報システムを構築しておく、電子保健記録のデータが国の保健業務、臨床的なこと、病院等の管理運営業務、あるいは各種報告業務名など、さまざまな目的に効率よく使用することが可能になるのではないかという提唱をしている。つまり、ICD単独ではなく、保健情報システムの中にさまざまなものを組み入れ、それらが相互にリンクしながら発展して、将来的には全体として非常に汎用性の高いものにしていく。そういう意識を持ちつつ、ICDを改訂すべきと言うのがWHO側の現在の考えである。

4-8 病気とはなにか？

ICDは、正式名称を「疾病、傷害及び関連保健問題の国際統計分類」といい、ICDに載る時点でそれが疾病であると国際的に合意されたことになる。例えば、性同一性障害はICD-9から導入された。あるものを病気とみなすかみなさないかということが国際的に認められているかどうかの入り口となるのである。こうなってくると、わきがや禿頭、インポテンツなど、病気とすべきなのかどうか微妙なものでもICDに記載されればそれは病気であると国際的に認められたことになってしまう。こういう点についても、ICDの議論の論点となっている。ICDの性質を考えると、遺伝情報の問題も病気とするかしないか、また、HPV16は高確率で子宮頸がんを引き起こすが、それに感染した人も全員病気としてしまうのかなど、様々な問題が生じてくるのである。遺伝情報の問題は医学や科学が急速に発展している現代では重要な問題である。その遺伝子を持っている時点で病気なのかどうかなどが定義されてしまうと、結婚問題や保険会社にまつわる問題も生じてしまうであろう。

ICDそのものが国際的に病気を定義する、という重大な性質をもっている。ICDの「disease」は何をもって定義すべきかが問題となる。ICDはもともと統計的な面から分類として論理的に作られたものである。DPCなどとの関連から目的 orientedとしてICDを改訂していこうとすると様々な問題も生じてくるので注意する必要がある。

4-9 アジアにおける日本の役割

上記のように、日本は現在ICD-10を多方面にわたり活用しており、今後のICD-10の改訂でも主要な役割を果たしている。ICD全体の1/3を占める内科領域の改訂の議長を日本人が務めていることもあり、わが国の存在感は以前に比し、格段に増している。

WHOは途上国等におけるICDの普及についても力を入れているが、アジアは人口面から言っても大きな標的である。2006年にチュニジアにて行われたWHO-FICネットワーク会議でも大きなテーマとして取り上げられた。中でもアジア各国の参加者が集まった第1回アジアセッションでは、アジアにおけるICDの普及に関する現状と課題、今後の方向性等について議論が行われ、日本はその中心的役割を果たした。例えばWHOの西太平洋事務局の管轄する37カ国のうち、WHO西太平洋地域と言っているが、ICD-10が普及したのは、オーストラリア、中国、日本、ニュージーランド、パプアニューギニア、韓国の6カ国だけで、残りの30カ国には普及していない。しかも中国は実際の統計はほとんど上がってこない状況にある。人口から言っても東南アジアでのICDの普及なくして国際比較の意味がないといっても過言ではない。

4-10 わが国におけるICDの普及

世界的シェアから考えて、ICDのアジアへの普及というのは重要であるが、わが国でもまだまだICDに対する理解は十分とは言えない。例えば死亡診断書の原死因の書き方や理解も、実際の退院サマリーと比較するとかなり食い違いがあることが指摘されている。そのため、ICD-9からICD-10に変更した時、同時に死亡診断書の書き方が変わり、手引書が作成された¹⁴⁾。正しい統計を取るためには、入力段階で質の担保がなされなければいくら精緻な解析をしても徒労に終わってしまう。また、疾病データは診療録から医療情報管理士が拾い上げるが、まだICD-10に対する医師の理解が十分ではないため、診療録の作成において必要な情報が漏れる可能性が指摘されている。

こうした問題に対して、医学生時代から死亡診断書の書き方やICDの理解を深めるような教育の必要性が唱えられている。

さいごに

今回ICDの改訂に、伝統医学の分類を盛り込む

という話は唐突に出てきたように感じられるが、医療というものの拡がり、多様性を考えた場合、必然的とも考えられる。

そもそも病気とそうでないものの区別も困難になってきているのも現実であり、医療行為としての西洋医学と伝統医療のボーダーもなくなってきている。こうした多様な医療社会を反映する ICD であり続けなくてはならないのである。

ICD というのは死因統計の国際比較を目的に作られたという歴史的経緯がある。しかし、時代とともに疾病統計や保険請求などに用いられるようになり、用途が多様化してきている。特に近年の医療の IT 化で扱える情報量が増加した結果、紙ベースの ICD は限界にきている。

今後 ICD を用いて国際比較をしていく際に、近代的な IT に対応し得る情報伝達のツールあるいは分類のツールを作成する必要性と、いまだに紙ベースで医療情報をやり取りしている地域への普及、という二面性を併せ持っている。これは地域の多様性に対応して ICD の普及を考えなくてはならず、一律に統一規格のもので済んだ今までは異なり、大きな難題として立ちふさがっている。

上記の2つの課題を同時に達成しつつ、どう発展させていくのが今後の国際標準としての ICD の在り方になる。今まさに ICD のあり方が問われているのである。

参考文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：疾病、傷害および死因統計分類提要—ICD—10（2003年版）準拠 第一巻総論，財団法人厚生統計協会発行，東京，2006
- 2) ICD の ABC 厚生労働大臣官房統計情報部編：厚生労働省，東京，2005
- 3) The WHO Family of International Classifications, <http://www.WHO.int/classifications/en/>（2009年1月アクセス）
- 4) WHO-FIC Network Meeting : 25-31 October 2008 in New Delhi, India, <http://www.WHO.int/classifications/network/meeting/2008/en/index.html>（2009）
- 5) WHO-FIC Network Meeting 2005, <http://www.oscar-japan.com/WHO-fic/japanese.html>（2009年10月アクセス）
- 6) WHO-FIC Network Meeting 2006, <http://www.WHO.int/classifications/network/meeting/2006/en/index.html>（2009年10月アクセス）
- 7) WHO-FIC Network Meeting 2007, <http://www.WHO.int/classifications/network/meeting/2007/en/index.html>（2009年10月アクセス）
- 8) WHO-FIC Network Meeting 2009, <http://www.whofic2009.org/wto/home/index.html>（2009年10月アクセス）
- 9) 人口動態統計：年報 主要統計表（最新データ，年次推移），厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii/00/index.html>（2009年10月アクセス）
- 10) 松田晋也著：21世紀の医療と診断群分類，じほう，東京，2003
- 11) 松田晋也著：基礎から読み解く DPC，医学書院，東京，2007
- 12) SNOMED-CT <http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/>（2009年10月アクセス）
- 13) 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，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/hosho.html#toukei-situbyo4>（2009年10月アクセス）
- 14) 平成22年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル，厚生労働省編，2010

