

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小川俊夫、佐野友美、今村 知明	ICD-11改訂作業 の現状分析: α か ら β フェーズへ の移行に際して	医療情報学 論文集	Nov;32(supp 1.)	292-295	2012

IV. 研究成果の刊行物・別刷

添付資料参照

ICD-11改訂作業の現状分析:αからβフェーズへの移行に際して

小川 俊夫 佐野 友美 今村 知明

奈良県立医科大学健康政策医学講座

Current progress of the ICD-11 revision: Transfer from alpha to beta phase

OGAWA TOSHIO SANO TOMOMI IMAMURA TOMOAKI

Nara Medical University School of Medicine, Department of Public Health, Health Management and Policy

ICD (International Classification of Disease) revision project has been started since April 2007 for the purpose of developing new ICD-11. ICD revision process has two phases namely alpha and beta phase. In alpha phase, structural changes of new ICD have been developed by groups of specialists that are TAGs (topical advisory groups) or working groups (WGs). Also various academic societies have supported this project providing additional financial and human resources. Once structural changes have been done, TAGs and WGs then will gather information of diseases such as definitions, aetiologies, and treatment for the multiple linearizations using the concepts of ontology. The purpose of this study is to analyse the progress of alpha phase using information from 8 WGs in Internal Medicine TAG. According to the results, there are large disparities of the revision progress between WGs, e.g., 4 WGs have already completed developing structural changes whereas the other WGs are still working on it. It is suggested that the main reasons of those differences are the existence of large number of stakeholders and roles of some main players in each WG. As large number of stakeholders could achieve the high comprehensiveness and feasibility of the new classification for the different purposes, however, it is difficult to have consensus between the stakeholders and making appropriate decisions in timely manner. For avoiding the confusion and delay in decision-making, it is suggested that the roles of one or several key players acting as a leader are important for conducting a large international project like this. ICD revision has been facing issues of scarce resources. For launching ICD-11 in 2015 as the initial plan, providing additional resources and appropriate leadership should be essential.

Keywords: ICD, International Classification of Disease, ICD-11, stakeholders, Internal Medicine TAG, working group (WG)

1. はじめに

国際疾病分類 (ICD: International Classification of Diseases) は WHO によって作成されており、世界各国で利用されている。最新の ICD は 1990 年に作成された ICD-10 であるが、利用開始から 20 年以上が経過し、新たな疾病の発現や疾病のあり方の変化、さらには死亡統計として作成された ICD が時代の変化に伴い診療録管理などに活用されるようになってきたことなどから、現代の医療の実態を踏まえたより新たな分類の必要性が強く主張されるようになった。

このような動きを踏まえ、WHO は 2007 年から ICD-11 への全面的な改訂作業に着手した。ICD-11 への改訂作業は専門分野別に 13 の専門部会 (TAG: topical advisory group) に分けられており、わが国は内科部会の議長国として改訂作業に参加している。内科部会はさらに臓器別に 8 つの作業部会 (WG: working group) に分けられており (図 1)、基本的な構造を作成する α フェーズと、その試験的運用を実施する β フェーズの二段階で改訂作業を実施している。

ICD はわが国でも様々に利用されており、その改訂にかかる影響は非常に大きいと考えられることから、改訂手順が適正に行われているかを検証する必要があると考えられる。この観点から、昨年度¹⁾、一昨年度²⁾と佐野らによって ICD 改訂作業の進捗報告がなされてきた。本年度は α フェーズから β フェーズへの移行という節目の年でもあり、これまでの α フェーズでの作業を総

括し、今後の効率的な作業の実現に向けた提言を行う。

2. 目的

本研究は内科分野における α フェーズで実施した作業について作業部会ごとに概観し、問題点等を整理する。また、今後の円滑な作業の実現に向けた提言を行う。

3. 方法

内科分野における 8 つの作業部会における α フェーズの作業を、既存文献¹⁻⁴⁾などと同関係者に対するヒアリングなどをもとに、WHO による作業と WG による作業に分けて分析を実施する。また、2012 年 8 月時点の進捗状況を各作業部会等へのヒアリングにより調査して、プロジェクトマネジメントの視点から評価し、問題点を整理する。

4. 結果

ICD 改訂作業は大きく α フェーズと β フェーズに分けられている。α フェーズでは専門部会や作業部会などの各部会により、構造原案の作成と新たな ICD 構築に必要な各種情報の収集・入力が行われ、ICD-11 の基本的な原案が作成される。α フェーズの具体的な作業としては、WHO による改訂作業全体の調整、ICD 改訂の方向性の検討などが行われ、専門家により ICD 改訂プラットフォームの構築、ICD 改訂作業の各部会の組織形成、各部会による改訂の原案 (構造原案) の作

成、部会間の構造原案に関する調整、各疾病の各種情報の収集と入力などが実施される。βフェーズでは、αフェーズで構築されたICD-11の原案を一般に公開して意見を集約して改良するほか、ICD-11原案の様々な場面での試験的利用(フィールドテスト)を行い、ICD-10から11への移行をスムーズに実施するための準備を行う。

αフェーズは昨年度中に終了する予定で、2011年5月にはαドラフトと呼ばれる文書が関係者に公開されたが、その後も引き続きαフェーズの作業が実施されているのが現状である。2012年7月末時点で、多くの部会でいまだにαフェーズの作業を実施しているが、2012年8月末を目処にαからβフェーズに移行する予定である。βフェーズは2014年中に完了する予定であり、2015年のWHO年次総会で新たなICDとして承認され、最終版として公開される予定である。

4.1 WHOによるαフェーズのICD改訂作業

WHOは、αフェーズにおいてICD改訂の方針や手順を決定したうえで、改訂作業全体を管理する役割を有している。ICD改訂作業の開始に伴い、WHOはRSG(Revision Steering Group)を組織してICD改訂の方向性を決定するほか、定期的に改訂作業の進捗の確認や方向性などを討議している(図1)。RSGにおいて決定されたことは各部会に伝達され、その方向で改訂作業が進行している。

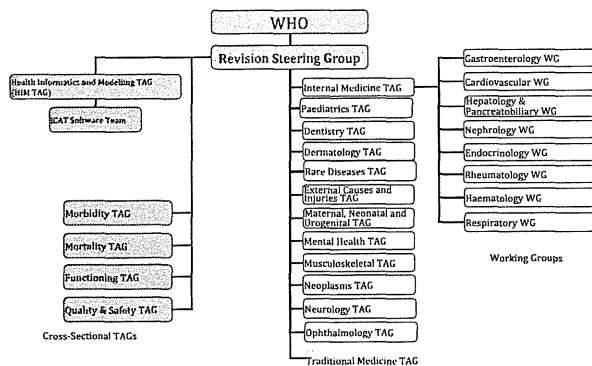


図1 ICD改訂組織

ICD改訂の方向性については、改訂作業の途中でWHOにより大きな変更が実施された。具体的には、当初はwikipediaの手法を用いて多数による多角的な分類の構築と改良が実現できるような手法を用いる予定であったが、改訂作業の途中で、オントロジーの概念を用い目的に応じた分類の作成が可能になるシステム構築に変更され、現在その方向で改訂作業が実施されている。オントロジーの概念を導入するために、改訂作業はコンテンツモデルと呼ばれるモデル構築を実施している。コンテンツモデルでは、従来のICD分類にあるように疾病名のみならず、疾病の定義や機序、治療法などの情報が各疾病名に付加されており、これらの情報を用いて目的に応じた疾病分類の構築が可能となることが期待されている(図2)。また、コンテンツモデルを構築するためのプラットフォームが用意され、iCATと名付けられている。なお、当初はこのコンテンツ

モデルの作成を行ったうえでICDの基本構造を構築する予定であったが、専門家からの意見を踏まえて、まずはICD-11の基本骨格を既存のICD-10をベースに構築することとなり、この基本骨格は「構造原案」と呼ばれている。構造原案は部会ごとに構築され、部会間の調整等を経て決定されたうえでコンテンツモデルの各種情報が入力される手順となった。

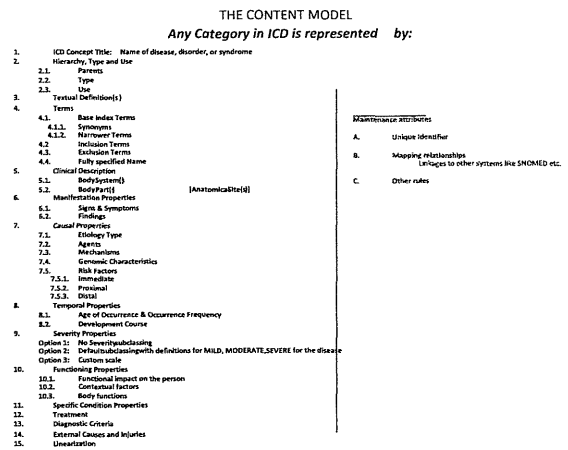


図2 コンテンツモデルの構造

WHOの役割として、ICD改訂に関わる専門家の承認もある。ICD改訂はWHOが承認した専門家を中心となって実施されており、この専門家は部会ごとに性別や出身地のバランス等を考慮されたうえでWHOが承認している。

4.2 内科領域におけるαフェーズのICD改訂作業

ICD改訂のαフェーズは、WHOによる全体のマネジメントのもとで、実際の作業は各部会により実施されている。内科分野の各作業部会は、αフェーズにおいて1) 組織形成、2) 構造原案の作成とiCATへの入力、3) 定義などコンテンツモデルの構築とiCATへの入力、4) 重複領域に関する他部会との調整、の順でICD改訂作業を実施した。

4.2.1 組織形成

内科部会の議長として自治医科大学菅野健太郎教授が任命され、関連学会の推薦等により、作業部会の議長がそれぞれ選出された。また内科分野の作業全体を統括し、分類学の専門家の視点から構造原案を評価しiCATへの入力等を行うマネージングエディタ(Managing Editor: ME)2名が選出されたほか、わが国の新たなICDに関する意見を集約し、内科分野の各種作業をサポートする目的で厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)による『医療における情報活用を行う上での適切な国際疾病分類に関する研究』研究班(研究代表者:今村知明)が組織された。

内科分野の各作業部会の議長は、該当する分野の専門家を委員として10~20名を選出した。選出された委員は、性別や地域等を考慮されたうえでWHOの承

認を経て、作業部会の組織が形成された。

この組織形成の進捗は作業部会ごとに異なっており、全ての作業部会で2009年中に組織形成が開始されたが、その開始が遅れた部会もみられ、2009年中に完了した作業部会は8部会のうち半分の4部会であった(図3)。残りの4部会については、そのうち1部会は選定した委員数が多すぎたことと地域的な偏在が見られたことからWHOの承認が大幅に遅れ、組織形成に2年以上かかった。また1部会は、組織形成後に作業が大幅に遅延したことから、作業部会の議長を変更するなど組織形成をやり直し、体制を再構築した。

各作業部会においては、議長や委員の他に部会ごとのマネージングエディタ(Managing Editor)を任命し内科分野のマネージングエディタと協力してiCATへの入力等を行うこととなっているが、2012年7月時点でマネージングエディタを任命した作業部会は8部会中4部会に留まっており、組織形成をしつつ改訂作業を実施している部会が多いのが現状である。

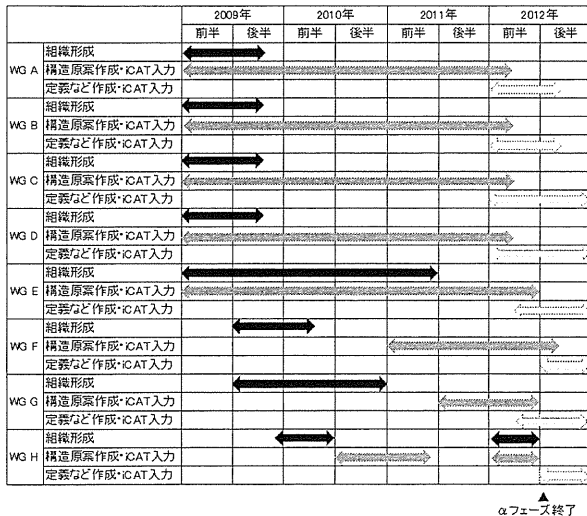


図3 内科分野の各作業部会におけるαフェーズの作業進捗 (各部会報告より筆者作成、一部予測あり)

4.2.2 構造原案の作成とiCATへの入力

各作業部会ではICD-10をもとに構造原案を作成し、内科部会のマネージングエディタにより全体の整合性等が整えられた後、iCATに入力されている。内科分野の8作業部会のうち5部会では、構造原案の作成は組織形成とほぼ同時に開始されたが、これらの作業部会ではiCATへの入力が完了するまでに3年近くかかったのが現状である。また、組織形成の開始が遅れた3部会では、構造原案の作成の開始も遅れる傾向にあった(図3)。

4.2.3 コンテンツモデルの構築とiCATへの入力

内科分野の作業部会のほとんどでは、疾病の定義等コンテンツモデルの内容作成と入力に着手したのは2012年に入ってからであり、その結果として2012年8月末のαフェーズ終了までにコンテンツモデルの構築が完了する作業部会は無いと予想される。また、2012

年末を入力完了目標としている作業部会もあり、βフェーズに入ってからコンテンツモデルの構築が継続する予定である(図3)。

4.2.4 重複領域に関する他部会との調整

重複領域の調整に関しては、各作業部会が適宜実施している。特にαフェーズ終盤の2012年に入ってから、多くの部会で構造原案をiCATに入力しつつあること等より、重複領域に関する調整が本格化しているのが現状である。

5. 考察

内科分野におけるICD改訂作業はWHO主導のもとで部会ごとに実施されている。各部会の議長はほぼ同じ時期に選出されたが、本研究で明らかになったように作業部会ごとにその後の作業の進捗には大きな差が見られた。内科分野の作業部会のうち、順調に進捗しほぼ予定通りに作業が進行しているのは8部会中4部会であり、残りは何らかの理由で作業が遅れている。

進捗が遅れている作業部会の特徴は、初動の遅れもさることながら、その後の作業も全て遅れがちであることが特徴である。この作業の遅延の理由は様々であるが、WHOによる部会メンバーの認証の遅れによるものを除けば、作業部会における構造原案の作成の開始が遅れたことが主な原因と考えられる。この要因として、佐野ら²⁾によると関連学会のサポートの存在が示唆されている。わが国の各関連学会を中心に世界各国の関連学会が内科分野のICD改訂作業を多角的にサポートしており、この関連学会の役割が改訂作業の進捗に大きな影響を与えていると考えられる。さらに、関連学会を含め多様な関係者をとりまとめ、作業を主体的に実施する中核的なメンバーの存在も重要であろう。改訂作業が順調に進捗している部会を見ると、多数の関係者が並行して作業を実施するのではなく、少数の委員を中心として主要な作業が進められ、その作業を多数の関係者がサポートしていた。このように、多数の関係者のサポートのもとで、作業をリードする中核的メンバーの存在が作業部会の作業の進捗を左右していることが示唆された。

ICD改訂作業のαフェーズは、当初2011年で終了する予定だったこと等から考えると、改訂事業全体に遅れが見られている。この遅れの主な理由は以下のように考えられる。第一に、WHOによるプロジェクトマネジメントの問題である。ICD改訂は多数の関係者が関与して実施されているが、そのプロジェクト実施予算はWHOにはほぼ全くなく、研究者や各関連学会の負担となっている。そのため、ICD改訂にかかるインセンティブが高まらないという問題を常に抱えつつ作業を実施しているため、作業が遅れがちになっていると考えられる。また、部会によっては2011年に入ってからようやく組織されたものもあり、また未だに組織されていない部会も存在する。プロジェクトを開始するさいに明確な組織形成とスケジュールを決定したうえで実施できなかったことは、全体を統括しているWHOの問題と考えられよう。そのような状況下で、わが国をはじめ各国の関連学会の多くがICD改訂作業に自主的に参加しており、さらに運営資金の提供などを行っている学会も多く、様々な面からICD改訂作業をサポートしていることは特筆すべきであろう。第二に、WHOによる

改訂作業の方針変更による混乱も遅延の原因の一つと考えられる。ICD改訂は当初wikipediaに準拠したシステムでの実施が予定されていたが、作業開始後にオントロジーを活用した方法に変わったため、ICD改訂作業のプラットフォームであるiCATの開発が遅れ、作業全体が遅れが波及したと考えられる。またオントロジーの活用についても、各作業部会で作業中の疾病の定義等の各種情報の入力については、オントロジー利用に向けた入力ガイドラインなどは存在せず、担当者が作成した文章がそのままiCATに入力されているのが現状である。すなわち、現状のコンテンツモデルがオントロジーの活用による多角的な分類の構築等に利用可能かどうかは、今後さらなる検討が必要と考えられる。第三に、多数の関係者がICD改訂作業に関与していることの問題が挙げられる。本稿で概観した各部会のメンバー総数は正確には不明であるが、内科分野だけで100名以上が関与しており、ICD改訂に関わっている専門家は、おそらく3～400名にのぼると考えられる。このようにICD改訂作業は多数の専門家により実施されることで、より実用性の高い疾病分類の作成が可能になると考えられるが、関係者間の調整等に時間がかかるという問題が生じている。特に、重複領域に関する部会間の調整に問題が表面化している事例がいくつか見られている。WHOは、このような問題を回避するために疾病ごとに部会の優先順位をつけているが、その優先順位があるにも関わらず強引に意見を通そうとする事例等もあり、WHOによる明確なマネジメントと、多数の関係者が関与することで生じる様々な問題に対するWHOによる毅然とした対応が必要と考えられる。第四に、各部会の作業の遅れが考えられる。上述した通り、内科分野では相対的に半数の作業部会では順調に作業が進行しており、残りの半数には作業の遅れが見られるものの作業の進展に向けて努力しているところである。しかしながら、2012年8月末までのαフェーズの完了予定に対しては遅れ気味であるのが現状である。この遅れの主な原因は、上述した作業実施に必要な予算が無いことやWHOによるマネジメント不足、さらに作業部会内での意見統一等に時間がかかったことなどが考えられる。

2012年後半よりβフェーズが開始され、一般の意見を取り入れて改良を実施し、2014年にはICD-11完成

が予定されている。本稿で概観したαフェーズの様々な問題点のうち、資金やマネジメント不足の問題はβフェーズでも継続し、それらの問題を抱えながらICD改訂作業を継続することになると考えられる。特に、多数の関係者によるICD改訂作業の問題点が本稿により明らかになったことから、今後は関係者間の調整や意見統一により多くの時間と予算を費やす必要がある。そのためにも、各部会の議長のRSGへのより積極的な参加などによって、ICD改訂の方向性に関して現場からの積極的な提言が可能になり、より現実に即したICD改訂作業が実現すると考えられる。またWHO主導の事業であることから、WHOによるICD改訂にかかる予算確保が必須と考えられる。

わが国はICD改訂作業に深く関与しており、その成果はわが国の医療全体に大きな影響を及ぼすと考えられる。今後もICD改訂作業を継続的に検証し、ICD改訂がわが国の医療に良い影響を与えるよう提言を続けると同時に、ICD改訂事業の円滑な進行に向けて積極的な参加や提言等が求められると考えられる。

6. 謝辞

本研究の実施にあたり、ICD改訂の内科部会の議長・自治医科大学菅野健太郎教授より貴重なご意見等を頂戴したことに、感謝の意を表します。本研究は、厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）『医療における情報活用を行う上での適切な国際疾病分類に関する研究』研究班（研究代表者：今村知明）の一貫として実施された。

参考文献

- [1] 佐野友美、小川俊夫、菅野健太郎、今村知明. 国際疾病分類ICD改訂の現状と展望. 医療情報学, 2011, 31 (suppl), 817-820.
- [2] 佐野友美、小川俊夫、八巻心太郎、菅野健太郎、今村知明. 国際疾病分類ICD-11改訂進捗状況: ICD-11αドラフト公開に向けて. 医療情報学, 2010, 31 (suppl), 1050-53.
- [3] WHO. ICD Revision website <http://sites.google.com/site/icd11revision/>
- [4] 今村知明. 医療における情報活用を行う上での適切な疾病分類に関する研究. 平成20～22年度総合研究報告書(研究代表者・今村知明・奈良県立医科大学健康政策医学講座)、平成23年3月

資 料

国内内科 TAG 検討会メンバー名簿

(敬称略)

内科	国際 WG 協力員	高林克日己 (千葉大学大学院医学研究院医療情報学 教授)
消化器	ICD 専門委員	菅野健太郎 (自治医科大学内科学講座主任教授) WHO-RSG 内科 TAG 部長
	国際 WG 協力員	三浦総一郎 (防衛医科大学校長)
		秋山 純一 (国立国際医療研究センター)
		名越 澄子 (埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科教授)
	富谷 智明 (東京大学医学部附属病院消化器内科特任講師)	
呼吸器	ICD 専門委員 国際 WG 協力員	滝澤 始 (杏林大学医学部呼吸器内科教授)
	国際 WG 協力員	鈴木 勉 (順天堂大学医学部医学教育研究室准教授)
腎臓	ICD 専門委員 国際 WG 協力員	飯野 靖彦 (日本医科大学腎臓内科教授)
内分泌	ICD 専門委員	肥塚 直美 (東京女子医科大学第二内科教授)
	国際 WG 協力員	島津 章 (独立行政法人国立病院機構 京都医療センター臨床研究センター長)
糖尿病	国際 WG 協力員	田嶋 尚子 (東京慈恵会医科大学名誉教授)
		脇 嘉代 (東京大学医学部附属病院 糖尿病・代謝内科/健康空間情報学講座特任助教)
血液	ICD 専門委員 国際 WG 協力員	岡本真一郎 (慶應義塾大学医学部内科学教授)
循環器	ICD 専門委員	渡辺 重行 (筑波大学臨床医学系内科学教授)
	国際 WG 協力員	興梠 貴英 (東京大学大学院医学系研究科健康医科学創造講座助教)
リウマチ	ICD 専門委員 国際 WG 協力員	針谷 正祥 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授)
日本医療情報学会	国内内科 TAG 検討会委員	大江 和彦 (東京大学大学院医学系研究科教授)
	ICD 専門委員 国際 WG 協力員	中谷 純 (東北大学東北メディカルメガバンク機構医療情報 ICT 部門教授)
	国内内科 TAG 検討会委員	今井 健 (東京大学大学院医学研究科疾患生命工学センター助教)

日本診療 情報管理 学会	国際 WG 協力員	高橋 長裕 (千葉市立青葉病院副院長)
--------------------	-----------	---------------------

(2013 年 3 月時点)

国内腫瘍 TAG 検討会メンバー名簿

(敬称略)

日本眼科学会	鈴木 茂伸	独立行政法人国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科 科長
日本癌治療学会	落合 和徳	東京慈恵会医科大学産婦人科学講座教授
日本癌治療学会	中野 隆史	群馬大学大学院医学系研究科病態腫瘍制御学 講座腫瘍放射線学教授
日本外科学会	矢永 勝彦	東京慈恵会医科大学外科学講座教授
日本血液学会	岡本 真一郎	慶應義塾大学医学部内科学教授
日本口腔科学会	山口 朗	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口 腔病理学分野教授
日本呼吸器学会	高橋 和久	順天堂大学医学部呼吸器内科教授
日本産科婦人科学会	櫻木 範明	北海道大学大学院医学研究科生殖・発達医学 講座生殖内分泌・腫瘍学教授
日本耳鼻咽喉科学会	吉原 俊雄	東京女子医科大学耳鼻咽喉科教授
日本消化器病学会	藤盛 孝博	獨協医科大学病理学教授
日本小児科学会	菊地 陽	帝京大学医学部小児科教授
日本整形外科学会	石井 猛	千葉県がんセンター診療部長
日本内科学会	黒川 峰夫	東京大学医学部附属病院血液・腫瘍内科教授
日本内分泌学会	島津 章	独立行政法人国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター長
日本脳神経外科学会	嘉山 孝正	山形大学医学部脳神経外科教授
日本泌尿器科学会	大家 基嗣	慶應義塾大学泌尿器科学教室教授
日本皮膚科学会	斎田 俊明	信州大学医学部名誉教授
日本病理学会	根本 則道	日本大学医学部病理学教授
	西本 寛	独立行政法人国立がん研究センターがん対策 情報センターがん統計研究部長

(2013年3月時点)

平成 24 年度 第 1 回国内内科 TAG 検討会の概要

1. 日時：平成 24 年 9 月 10 日（月） 15:00～17:40
2. 場所：厚生労働省省議室
3. 参加者（敬称略）
 - ・国内内科 TAG 検討協力員
菅野健太郎、三浦総一郎、藤原研司、井上孝子、名越澄子、田嶋尚子、
岡本真一郎、興梠貴英、針谷正祥、中谷純、今井健、高橋長裕
 - ・日本病院会
横堀由喜子、千須和美直
 - ・今村班事務局
小川俊夫
 - ・厚生労働省
伊澤章、谷伸悦、及川恵美子、吉田真智、中山佳保里、大坪郁乃
 - ・ゲスト参加者
落合和徳、野田真永、根本則道、柏井聡、加藤真介、丸田敏雅、中根允文、
富士幸蔵、岡野友宏、高橋姿、中田正、望月一男、吉田謙一
 - ・ゲストスピーカー
Dr. Üstün (WHO)
4. 議事内容
 - (1) WHO の Dr.Üstün による講演
 - (2) 各 WG の進捗状況報告
 - (3) HIM-TAG からの報告
5. 議事概要
 - (1) ICD 改訂の現状、今後の展望について (Dr.Üstün)
別紙議事録参照
 - (2) 各 WG の進捗状況報告
 - 消化器 WG（三浦委員）
構造変更についてはほぼ完成し、入力も完了した。ただ、消化器が primary TAG では

ない部分は重複して入力されているところもあり、一般公開の前に整理が必要である。定義に関しては大項目のみ完了した。

重複している領域に関しては、小腸の疾患について Rare Disease TAG と討議を行い、構造の変更を実施した。Neoplasm TAG とは調整が完了していない。Infectious Disease については Dermatology TAG と調整している。

【質疑】

- ・ 定義は 100 語だろうか。(菅野議長)
- ・ およそ 100 字である。(三浦委員)

○肝・胆・膵 WG (名越委員)

構造変更については、議長が Dr.Keeffe から Dr.Geoff Farrell に代わり、肝臓についてはほぼ決定した。varices については Gastroenterology との話し合いではまだ結論が出ていない。また liver cirrhosis にすべて Supplementary classification を付けることを検討している。

定義に関しては日本で作成し、Dr.Geoff が校正し確認したものを入力している。字数は 100 字程度である。liver は第 2 階層までほとんど入っている。重複している領域については oncology で構造が決まらず、電話会議もできておらず、今後の課題である。Development anomaly、Metabolic transporter においては Rare Disease TAG の定義を尊重したい。

【質疑】

- ・ 消化器病学会には電話会議用の予算の用意があるので、随時使用して持続的に進めてほしい。(菅野議長)
- ・ 電話会議は WHO が手配すると費用もかからない。(及川分析官)
- ・ Dr.Geoff と Ms.Julie は担当なので、そのことについて知っているのではないか。(名越委員)
- ・ 副議長の Dr.Sanyal と連絡を取ってほしい。(菅野議長)
- ・ 8 月末にコーディングを WG のすべてのメンバーに送り意見を募集している。(名越委員)

○内分泌 WG (田嶋委員)

糖尿病と代謝疾患における構造変更についてはほぼ終了している。内分泌については、国内委員会を立ち上げて階層構造を急遽作成したが、Rare Disease TAG の階層構造と大幅に異なっており、早急に固めていきたい。定義については 200~300 字で手分けして書き込みたい。

Metabolic disorders について小児科 TAG と重複している領域があるが、小児科 TAG の議長と十分話し合っ決めていきたい。糖尿病については内科の他の WG、眼科、産

婦人科などと整合性をはかる必要がある。

【質疑】

- The argument about the inborn errors that should be discussed with the pediatricians is a valid one. There are inevitable overlaps in Pediatric TAG and they took a position of the late comer, saying let others do it and then we will see whether it fits us. If the limitation of the words is fifty, make it a hundred and five, and I' ll find an editor to clip additional words. (Dr.Üstün)
- I will talk with Dr. Hasegawa. (田嶋委員)

○血液 WG (岡本委員)

構造変更については既に完成した最終版を Ms.Julie に送付済であるが、Rare Disease TAG との重複が多く定義はできていない。Rare Disease TAG からは、当方でこれまで使用してきた分類と著しく異なる形で出されているので、譲歩が難しい。Neoplasm TAG とはおおむね合意できているが、Immune deficiency と Hemostasis & Thrombosis で問題があり Rare Disease TAG との調整が必要である。ただ、適切なレビューアを選択できるかどうか疑問を覚える。ICD-10 を 6 パートに分けて、担当する学会が相互に確認するのが良いのではないか。

【質疑】

- primary でやっているところはもう入れて良いのではないか。(菅野議長)
- その予定であったが中断してしまっている。
- We had a meeting last May but that was not creative and was unsuccessful. So now I do hope to have a very creative and scientific-based discussion, and we hope to come to a mutual agreement. I wish our working group had responsibility to decide which proposal is right. Our working group has already finished a sort of internal review process, which is almost equal to global review process. Hopefully I' d like Dr. Ustun to substitute our review process for the one defined by WHO. (岡本委員)
- We cannot be sure you have made a vigorous review process. We need to identify what the internal review process that you made. Plus, in our review, we have some sort of questions that check for internal consistency. These are some sort of parameters with which we try to see in the content model whether a classification-wide consistency could be achieved by modeling. I cannot give you a blanket guarantee that it will replace the review now. (Dr.Üstün)
- Although they have gathered all the authorities from around the world, some sort of neutrality is needed in the review. Anyway, please go ahead with your work. (菅野議長)

○循環器 WG (興梠委員)

構造変更については、国際 WG で議論し、確定した部分は iCAT に入力されている。大きな構造については決まっているが、高血圧、肺動脈疾患、心不全については重複領域の調整が未完である。定義についても着手できていない。

重複している領域については、先天性心疾患について Rare Disease TAG から異論があげられ、現在も論争が続いている。Dr.Rodney は当 WG が主導するものであり、Rare Disease TAG は意見を出すのみにしてほしいという意向である。

【質疑】

- ・ Dr.Rodney は先天性疾患の分類にはこだわりがある。学会は支援するだろうか（菅野議長）
- ・ 問題ないと考える。（興梠委員）
- ・ この分野は非常に重要である。face-to-face meeting の予定はいかがだろうか（菅野議長）
- ・ 現時点では具体的な予定はない。（興梠委員）
- ・ Rare Disease TAG は範囲が多岐に渡り、独自の定義があるため様々な意見があるだろうが、主張すべきところは主張してほしい。（菅野議長）

○リウマチ WG（針谷委員）

構造変更については、iCAT への入力は完了している。定義に関しては日本リウマチ学会の小委員会で作成して、12月までにはiCATに入力する予定である。整形外科と重複する領域が生じたが、特別な対立はなく双方合意の上、iCAT への入力は完了している。

【質疑】

- ・ マネージングエディタが筋骨格 TAG と共通だが、うまくいっているのだろうか。（菅野議長）
- ・ うまくいっている。iCAT への入力は日本リウマチ学会で人員を雇用する予定である。（針谷委員）

○呼吸器 WG（谷室長）

構造変更については遅れていたが、日本呼吸器学会が主導で行い、ほぼ終了している。Rare Disease TAG と一部意見の相違があり、小児科 TAG からも構造変更依頼が来ており、現在も検討を続けている。定義については、レベル2はほぼ終わり、レベル3に入っているが、一部については Rare Disease と調整中である。

重複領域については肺循環、肺腫瘍については循環器 WG、腫瘍 TAG の提案を尊重したい。間質性肺炎については Rare Disease TAG やリウマチ WG と、感染症については Infectious diseases と整合性をとる必要がある。ICD-11 β の WEB を確認して作業している。

【質疑】

- アメリカの議長の対応がやや緩慢だったことで遅れていたが、日本が主導権を握ることでようやく足並みが揃ってきた。(菅野議長)
- Four points. One is about the Rare Diseases. Basically Mental Health TAG and Neurology TAG came to us about sleep disorders. They wanted to establish the Sleep TAG. Apparently the international civil society that produces an international classification of sleep disorders had approached them. Sleep disorders involve not only mental health, but also neurology and internal medicine, especially respiratory. Maybe we can have a review type of a working group composing of three specialists in these fields and ask them to check consistency among them. (Dr. Üstün)
- This is a sensitive issue involving these specialists who are very keen about the work. (菅野議長)
- Exactly, the issue is sensitive. The second thing is also about Rare Diseases. I sent an assignment table and a harsh, stern reminder to Segolene. By the end of September, Robert Jakob will go to see her. I would request from all the groups that in cases where there are strong arguments, we should really make this evidence based to the extent possible and the associated TAGs should be listened to.
- Let me also tell you two irritating points from WHO. Basically Neoplasms TAG is more or less ready. They have somehow decided in itself that they will copy the ICD-O structure, which has a pretty good structure in one sense. And in the other sense, it doesn't always fulfill the multiple parenting. ICD-O uses the pathology that does not hold right in my eye. I might need to be corrected. And currently Neoplasms TAG has a new Co-Chair, and Chris Chute is not very happy with Neoplasms TAG's work in the RSG, so it will go under a harsh review. We should warn ourselves. So let us see how it will sort itself.
- The second thing is that though the infectious diseases chapter was a mixed bag of things, we have identified as to how to organize the infectious disease chapter. As a classification, hierarchy is everything. And this hierarchy in ICD-10, I can't see any logic. This is good, maybe the fathers of ICD had a public health orientation, because most common things that you see are what HIV folks and so on put in. The chapter has been re-ordered according to microbiological principle. If you have any site specific infection, you can replicate the same code with the infectious disease link in your chapter 2, depending on which level you want. So that is news.
- We are going to have double placement for infectious diseases. Its chapter will be overhauled in iCAT. It seems complicated but it is just re-ordering the books in a same library. (Dr. Üstün)

- Dr. Ustun mentioned that many of the infectious diseases are belonging now to GI and hepatology. There is no problem with the Infectious TAG. The Sleep TAG is probably not formed, but there are pressure groups in the world that may potentially be disruptive. (菅野議長)

(3) HIM-TAG からの報告 (中谷委員)

HIM-TAG は現在一時不活化している。ICD-11 では電子化構造の汎用化が非常に重要であり、電子化類型に必要なパラメータは任意の事項も含めて残すべきである。未来型医療、ジェノミックス医療の実現がそう遠くない現在、ジェノミックスのサブ構造は入れ込んだほうがいいという発想で、XML 化したジェノミックスのサブ構造、iCOS β を作成した。現在は、東京医科歯科大学の iCOS にある実データを基にした検証を行い、東北のメディカル・メガバンク・プロジェクトへの採用を検討している。

【質疑】

- 全体像が当初の構想とはかなり異なってきている。(菅野議長)
- それは事実だが、当時は電子化対応に何が必要かを検討し、その結果、 α と β によってこれまでの類型はある程度可能であることがわかった。そのことを考えると、オプション構造は将来的にやはり重要なものになるのではないか。(中谷委員)
- I think Jun Nakaya was right in saying that the HIM TAG is inactive, in the sense that these people are basically computer experts. At a teleconference, they seemed to forget what they said a month ago, although there is a website constantly recording those talks. So it turned out that they had some sort of modeling discussions but without any active production.
- In the near future, we won't need to use ICD codes to search the web if we use uniform resource identifiers, or URIs. There are two interesting immediate returns here, one is you can create a web page for every disease immediately. Second, it will be webible and semantic web friendly and searchable by search engine. That is the interesting thing that HIM TAG really earned all the money that we gave to them by coming up with this proposal, because then you will be automatically monitoring ICD.
- The other thing is the famous debate between classifications and terminologies. We are trying to create ICD within SNOMED and SNOMED within ICD, exactly meaning the same thing in terms of linearization. If that happens, you can use them interchangeably. That's the HIM TAG update. Those are very much down-to-earth, real-life use cases for health informatics rather than a big spiel thing. So those are interesting things.
- Finally, there is a link data government initiative. EU is putting forty billion euro to that. We are applying for a grant for that. The Japanese government may also be interested in

this. That is basically, rather than creating something new, linking existing data to each other. So ICD might be a connector in that sense. (Dr.Üstün)

- If you get the grant, that will be great. And that will be instrumental to our project. (菅野議長)

次回は1月25日(金)に日内会館での開催を予定している。

以上

The 1st Japanese Meeting on the Internal Medicine TAG

Date: 10 September 2012

Venue: Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Opening Remarks

Dr. Nobuyoshi Tani, Director, Japan International Classification of Diseases (ICD) Office, International Classification and Information Management Office, Statistics and Information Department Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), opened the meeting and welcomed the participants. He explained the day's schedule, and invited Mr. Akira Isawa, Director-General, Statistics and Information Department Minister's Secretariat, MHLW, to give opening remarks.

Dr. Isawa thanked the members of the meeting for their participation. He noted that the Internal Medicine (IM) Technical Advisory Group (TAG) had been working hard to cover a wide variety of diseases, and that its work impacted many other TAGs. He requested the continued assistance of all TAG members, and explained that MHLW hoped to continue to support the revision process.

Dr. Tani thanked Dr. Isawa, and requested that meeting participants review the distributed materials. Dr. Tani reviewed the schedule for each presentation, and then invited a presentation from Dr. Tevfik Bedirhan Üstün, Coordinator, Classifications, Terminologies and Standards, Health Statistics and Informatics, World Health Organization.

Presentation by Dr. Tevfik Bedirhan Üstün

Dr. Üstün greeted the meeting, and stated he was glad to again return to Japan, noting that the country had been a main center in the ICD revision process since 2007. He began by thanking MHLW, the Japan Hospital Association, and other medical associations in Japan for their hard work on ICD-11.

ICD is used for mortality, morbidity, primary care, clinical care and a many other purposes. While ICD-11 will in some ways resemble ICD-10, it will function entirely in an electronic environment. The revision will be structured, edited, and peer-reviewed. The project is now at a critical point, with the beta version having been uploaded online. While the beta version is not

final, it is public.

Dr. Üstün noted that he had received a number of questions for his talk, and stated that he would cover each point. He then displayed the ICD-11 beta draft, explaining that definitions were being filled out online.

New features of the ICD include its easy-to-use Internet-based platform. The aim of the ICD revision process is to allow for input from users. The most important part of ICD-11 is its definitions. In the Internal Medicine TAG, between 40-60% of the needed definitions have been filled out. There is yet work to be done.

The ICD will be translated into Japanese. Translations from the previous ICD can be used to do this in a quick and efficient way.

The new ICD-11 contains a foundation component. It is a digital library that is a collection of all ICD entries and represents the entire ICD universe. In the new ICD-11, it is possible to utilize this digital structure to have multiple parents, so that entries in the foundation component can be placed under many different disciplines simultaneously. The IM TAG faces extensive overlaps with other categories, such as rare diseases. WHO has identified which group has the primary responsibility for each area and which groups are associate TAGs. While the primary responsibility for each disease may lie with one specific TAG, it will be very useful to have every relevant group agree on definitions.

With ICD-11 now in the beta phase, every day 300-700 comments and proposals are being received on the new revision. Each worthy proposal will be sent on to the relevant TAGs.

Dr. Üstün gave an overview of the content model for the IM TAG. Most titles, classification properties, and 40-60% of textual definitions have been filled in, but terms, body systems/parts, temporal properties, severity properties, and optional parameter categories have not yet been done. Outside groups needing to use the unfilled portions will be allowed to fill in missing portions moving forward.

A review process will be started to assure the quality of the beta content, as not every group working on ICD-11 had put in the same level and quality of work. The review will focus on whether information is present, whether it is scientifically accurate, whether it fits with other definitions in ICD-11, and whether it is useful. There will also be a review on the structure of

each linearization. Reviewers will comprise specialists in each field. Each TAG and working group is asked to identify scientific peers who are qualified to review their section. The members of each TAG and Working Group should not work as reviewers; rather they should nominate external experts. WHO asks that information on each reviewer be sent along by 20 September 2012. Dr. Üstün presented the content review schedule for ICD-11, noting that it was hoped that each review would be completed by the end of January 2013.

Addressing the question of how field trials should be done and their purpose, Dr. Üstün stated that the aim of field trials was to ensure that ICD-11 was practically usable, that there was comparability between ICD-10 and ICD-11, and in order to increase consistency, identify improvement paths, and reduce errors. He added that essentially, each case in each field test would be coded by at least two different people, and that agreement rates would then be measured. He summarized that WHO hoped to determine whether different people using ICD-11 coded in the same way and arrived at the same outcomes, and whether coding with ICD-11 led to the same conclusions as coding with ICD-10.

Next, Dr. Üstün addressed a question on how WHO acknowledged contributions. He said that WHO was creating a list of all participants, and that the Revision Steering Group (RSG), each TAG, Working Group would be asked who, aside from their own members, they wished to acknowledge. He explained that contributors would be listed on the ICD website and in the print version of ICD-11.

Discussion

Dr. Kentaro Sugano, Professor and Chairman, Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Jichi Medical University, began the discussion by raising the issue of overlap areas, noting that it was a vital issue for the IM TAG. He highlighted a conflict between the Rare Diseases TAG and the Cardiovascular Working Group. Dr. Üstün remarked that he had written to the rare diseases and cardiovascular groups reminding them of the assignments given for each area of conflict, and noting that these assignments were not being adhered to. He stated that he hoped the RSG and Revision Steering Group Small Executive Group (RSG-SEG) would intervene, proposing that this was a softer way of solving the issue rather than having the WHO intervene. He reminisced that the two groups had formed an agreement in the summer of 2012, and that there had since been activity running counter to that agreement. He stated that given that many members in each group had said their differences were minimal, he hoped the primary group for each disease would take into account the opinions of the associate group.