

Dr. Shinichiro Okamoto, Professor of Medicine, Division of Hematology, Keio University School of Medicine, commented that the Hematology Working Group was facing a similar conflict with the Rare Diseases TAG. He added that he understood that primary TAGs were responsible for making the ultimate decision on which proposal they wanted to move forward with for each linearization. Dr. Üstün replied that the primary group had the responsibility to consider all proposals and set linearizations.

Dr. Naoko Tajima, Professor Emeritus, Jikei University School of Medicine, reported that the Diabetic Mellitus Working Group as well was in conflict with the Rare Diseases TAG, and the Pediatrics TAG too. She expressed her hope that the conflict could be solved through a judgment by a third party on who should be the primary TAG for each area. Dr. Üstün remarked that assignment tables had been created already, and proposed that these tables be used as the starting point for discussions among the three groups. He reiterated that any intractable conflicts should first go to the RSG and then the WHO.

Dr. Sugano asked about reviewers, and requested that WHO provide a job description for the position. Dr. Üstün responded that reviewers were to come from three different sources: from TAGs, from a search of the top experts in each area on PubMed, and from those who were volunteering to become reviewers. He explained that each reviewer was going to be given specific instructions once selected. Dr. Sugano asked how many reviewers would be needed. Dr. Üstün requested that each group think about what reasonable sizes for each review section were, adding that each section should be sent to five different reviewers.

Dr. Soichiro Miura, President, National Defense Medical College, stated that he felt many top experts did not yet understand the structure of ICD-11 and were likely to try and reorganize it if asked to review it. He suggested that simple definitions be used to fill out ICD-11 and that each working group spend most of their time polishing the structure of the classification. Dr. Üstün said that he was pleased to have simple definitions, but that he was not concerned very much about structures. He argued that what mattered most was that definitions were accurate. Dr. Sugano suggested that training be given to reviewers before they completed their review in order to ensure that they understood the goals of the ICD revision.

Dr. Osahiro Takahashi, Deputy director, Chiba Aoba Municipal Hospital, asked who managed ear diseases, noting that they had never been mentioned in an ICD-11 revision meeting he had been in. Dr. Üstün answered first, when a global society of ear experts had been asked if they wanted to form a TAG for ear diseases, they had responded that they did not. Second, he said

that organ-based definitions would be done away with in ICD-11 as it was difficult to judge where one organ ended and another began. He said that it would be possible to have some ear, nose and throat codes overlapping with respiratory codes in the new revision, and explained that at the time of the meeting, no one had volunteers to take up work on ears.

Dr. Tajima remarked that Dr. Üstün had implied that definitions were more important than structure, and argued structure was at least equally important. Dr. Üstün clarified that with ICD-11, it was possible to have multiple hierarchies, and so it was important to first agree on what the reality of each disease was and then decide how to interpret it through hierarchy.

Dr. Masayoshi Harigai, Professor, Department of Pharmacovigilance Graduate School of Medical and Dental Sciences, Tokyo Medical and Dental University, said that it seemed to him that the working groups were now asked to write a medical textbook in terms of definitions. Dr. Üstün disagreed. He said that the content model was not to be a medical textbook, but a web of knowledge that could enable people to properly define linked terminology in a digital format. He added that unlike a medical textbook, the content model did not include physiology, but just the necessary information to fit a disease into a logical hierarchy.

Progress and Status Reports from Each Working Group and the Health Informatics and Modeling TAG

The meeting heard progress reports from each working group and on the status of the HIM TAG. For further information, please see the Japanese summary of the meeting.

Conclusion

Noting the time, Dr. Sugano closed them meeting.

平成 24 年度 第 2 回国内内科 TAG 検討会の概要

1. 日時：平成 25 年 1 月 25 日（金）16:00～18:00

2. 場所：日内会館 4 階会議室

3. 参加者（敬称略）

・国内内科 TAG 検討協力員

菅野健太郎、秋山純一、名越澄子、富谷智明、島津章、田嶋尚子、篠原恵美子、
飯野靖彦、岡本真一郎、興梠貴英、針谷正祥、滝澤始、鈴木勉、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

谷伸悦、及川恵美子、中山佳保里、大坪郁乃

4. 議事内容

(1) 各 WG の進捗状況報告

(2) WHO 内科 TAG 国際会議における対応について

(3) その他

5. 議事概要

(1) 各 WG の進捗状況報告

○消化器 WG（秋山委員）

iCAT の入力完了しているが、iCAT に入力したものと ICD-11 の β 草案として閲覧できるものにおける乖離が問題である。コンテンツモデルについて、包括したり除外したり短い定義を作成したりして評価していただくという段階である。レビューアを選択をしているところである。

【質疑】

- ・ 入力したものが反映されていないことが最大の問題である。定義も順調で、後はレビューのみであるが、レビューのシステム自体が WHO 内で確立していない。
(菅野議長)

- ・ もともと重複部分の対応方針が不明確である。本来は WHO が調整すべきところをそのまま業務委託したため各 TAG が独自に進めることとなり、記載内容の違いが広がった。現在は WHO だけで修正をしているため、メンバーが認知していない修正が増えている。(谷室長)

○肝・胆・膵 WG (名越委員)

副議長として Dr.Sanyal が新規参加。肝臓については定義、構造ともほぼ完成した。小児科との重複に関してもすり合わせ済みである。胆・膵については構造部分の変更を予定している。定義は一部未完である。レビューアは各学会より指名中である。今後は、胆・膵の定義の作成、全身疾患との整合性を取っていききたい。

【質疑】

- ・ 各重複部分をどうするのか。例えば、other diseases of liver, cirrhosis, hepatorenal syndrome, cirrhotic cardiomyopathy, hepatopulmonary, cirrhotic cardiomyopathy, adrenal 等。肝硬変は全身疾患なので complication となると、特に様々な部分に関わるので、その部分を是非調整しておいていただきたい。(菅野議長)
- ・ Dr.Farrell の強い意向もあり、難しい面も多いが、相談の上で調整していく。(名越委員)

○呼吸器 WG (鈴木委員)

呼吸器の担当と思われるところは提出済みだが、重複部分である間質性肺疾患と先天性肺疾患は Rare Disease TAG が指定することとなった。小児科との重複部分は調整済みだが、まだβ版には反映されていない。病名は網羅され、形としては完了した。進捗報告2。定義は約400のうち約140が残っている。呼吸器学会で分担してやりたい。レビューアの選考はまだできていない。

【質疑】

- ・ Dr.Ingbar に代わる候補も考えておいていただきたい。レビューアも国内の段階からは是非推選していただきたい。(菅野議長)

○腎臓 WG (飯野委員)

議長が Dr.Lesley から Dr.Becker に交代となったが、大体の形は既に完了したので問題ないと思う。オーバーラップの問題、インタースティシャルディージーズについての調整が課題だ。マネージングエディタを日本腎臓学会から選ぶ予定である。現在予算を請求している。

【質疑】

- ・ KDIGO が CKD を入れることを要望していた。今後もそこを外すことは難しいのではないかと。また糖尿病との関係が深くなっていくのではないだろうか。(菅野議長)

長)

- ・ 当方は妥協できない。糖尿病の三大合併症のうちの腎症を別の疾患に分類することは大きな混乱を招く。CKD の概念も海外と日本では異なっており、日本にはそのままでは馴染まない。その辺は是非当方に合わせてもらいたい。(田嶋委員)
- ・ その辺の調整を飯野先生に是非お願いしたい。(菅野議長)

○内分泌 WG

代謝関連のほうは国内の協力員を組織化して討論した。そのときに出た懸念事項は定義を入れるときの著作権の問題である。また腫瘍、小児科、Rare Disease TAG との調整を今後していきたい。(島津委員)

学会から全面的、経済的な支持を得られたので、マネージングエディタを脇嘉代先生、その補佐を篠原恵美子先生に依頼した。定義の作成を開始した。(田嶋委員)

階層、構造に関してはほぼ終了し、他の TAG からのフィードバックを待っている。定義は 521 疾患のうち、糖尿病の約 50 が終了した。(篠原委員)

重複では先天性代謝異常に関して小児科との調整が必要である。また Neoplasm TAG、腎臓、目とも重複している。(田嶋委員)

病名は基本的に網羅できており大きくどのようにまとめるかという問題のみである。(島津委員)

定義は face-to-face meeting までに入れたい。基本的にはレベル 3 までと考えている。必要があれば定義する。国際的に意見をいただきたい。(田嶋委員)

【質疑】

- ・ 重複部分は Rare Disease TAG が担当する可能性が高い。(菅野議長)
- ・ Rare Disease TAG にも濃淡があるので、整合性を取っていきたい。(島津委員)
- ・ Rare Disease TAG の入れた定義は長い。(田嶋委員)
- ・ こちらで短い定義をつくって Rare Disease と意見交換したい。(島津委員)
- ・ 著作権の問題では WHO から苦情がでることではないのではないか。(菅野議長)
- ・ 要求はされないが許可を取るように指示される可能性はある。(谷室長)
- ・ 出典を明記することで問題はないと考える。(今村班：小川)

○血液 WG (岡本委員)

去年の計画から大きな進展はない。Neoplasm TAG、その他のグループとも重複に関して問題はない。止血血栓の領域では Rare Disease TAG と電話会議を 2 回行うも意見が折り合わず、このまま載せる方向となっているが、将来的に結論とはならないので、WHO の姿勢を明示してもらいたい。プロポーザルは完了しており、マネージングエディタ、レビューアとも決定した。

【質疑】

- ・ 昨年の対面会議で primary TAG は血液となっているので、その合意を取り付けるということでいいだろうか。(菅野議長)
- ・ 血液が主導するものであると正式に認めてもらいたい。(岡本委員)
- ・ 準備は万端なので内科が主導するということで確認を取りたい。(菅野議長)

○循環器 WG (興梠委員)

メンバーに変更はないが、議長、副議長に日本人がおらず、あまり進行に影響を与えられない。昨年 12 月に構造の提案を WHO に提出した。短い定義はまだ始めているが、国内の循環器関連学会に割り振って草案をつくり、それを国際 WG に諮りたい。レビューは日本循環器学会内部で検討している。

【質疑】

- ・ 他と関わる人が多いので早く構造をつくっていただきたい。(菅野議長)
- ・ 先天性心疾患については Dr.Franklin に完全に任せている。(興梠委員)
- ・ その部分では Rare Disease TAG は競合できなかつたと聞いた。(菅野議長)

○リウマチ WG (針谷室長)

メンバーに変更はない。構造は iCAT 入力済み。定義はレベル 3 を中心に約 100 の疾患について約 95% 作成した。再来週には構造の変更部分を加えて提出を予定している。整形外科との重複は解決した。皮膚科、神経等との重複部分は今後調整予定。国内レビューアは 1 人選定した。

【質疑】

- ・ 皮膚科との重複は落ち着いたのだろうか。 Multisystems Disease TAG を立ち上げるといふ話はどうなったのか。(菅野議長)
- ・ 落ち着くとともに、後者については中断してしまったものとする。(針谷室長)
- ・ 血管炎は循環器とも関係があるが、こちらでやるという理解でいいのだろうか。(菅野議長)
- ・ 血管炎の分類会議が昨年あったので、それを今回の iCAT に反映させる。(針谷室長)
- ・ 定義の参考例を対面会議で示してもらったほうがいいだろうか。100~200 字程度の簡単な準備だけはしておくほうがいい。(菅野議長)

○HIM-TAG (中谷室長)

医療情報 TAG 自体は随分前から休止している。ただ休止前から分子情報に対応するためのコンテンツモデルの拡張部分を作成していて、モデルは昨年完成し現在テストしている。休止の理由は、資金不足と内部における意見の相違である。ICD 化の流れは変わらないため日本から定義を打ち出すといいのではないかと。

【質疑】

- ・ 定義の最初の部分程度で終わるだろうと予想していた。恐らくこれ以上進まないと思う。(菅野議長)
- ・ 定義文から辞書マッチングできる可能性もあるが、定義文が短いと難しい。(今井委員)
- ・ コンテントモデルが動かないのは予想していたので短めの定義を作成する形を取った。(菅野議長)
- ・ WHO-FIC の会議では Dr.Üstün が 2015 年以降に引き続き行うという意向も示していた。(今村班：小川)
- ・ 2013 年なので現実的には不可能で、永続的な審議事項となるだろう。(菅野議長)

(2) WHO 内科 WHO 国際会議における対応について (谷室長)

年末に Dr.Üstün に幾つか質問を出し、それについての回答をもらった。まず iCAT と β 版における書き換えに関するルールを明確化してほしいという質問には、結局明確なルールは出ず、TAG 間の対立についても相互に相談してほしいというレベルにとどまっている。また ICD-11 の目的、またいつの議決に基づいているのかという質問に対しても、明確な回答がない。レビューについても、バッティングした場合のルールについては言及もなく、WHO が判断すると言及のみであった。フィールドテストについても時期的な問題が詰められておらず、どう反映させられるのかわからない。2015 年に出てくるものは、ICD-10 に説明文が加わった程度の、電子化を含めたメジャーアップデートに近いのではないかと ICD 室では考えている。

以上より、ICD 室としては次世代を見据えた JM の構築を始めてはどうかと考えている。まず 1 つのコードについて各学会が使用している病名を登録して、時間をかけて調整する体制を整えたい。そのための予算確保も必要である。これは海外の意向と関係なく日本国内だけで進めたい。今後の方向としては、TAG の日本人メンバー、レビューアを集めた検討会をそれぞれ開き、日本としてどう対応するのか、JM の構築について検討をしたい。

【質疑】

- ・ 日本には基礎となる国内データベースが存在しないので、それを確立したい。またこの分類が確立できると医療費も大幅に削減できると思う。多額の予算が認められる可能性もあるのでご尽力いただきたい。(菅野議長)
- ・ 情報関連の専門家もいて、日本独自のシステムがあるため日本標準を作成するという構想は良いと思う。(飯野委員)
- ・ 日本モデルとして世界に提唱、発信していくのは意義がある。(中谷室長)

(3) その他

- 今年の班会議は今回が最後となる。この事業は3年計画の2年目であり来年度も引き続き開催することを予定している。日時等はまた追って連絡する。(今村班：小川)
- 次回の内科 TAG の国際会議の資料として、中身が違う ICD と β 版の両方付けたほうがいいのではないか。また会議では質問書の回答を踏まえ、Dr.Üstün に具体的にフィールドテストの詳細を詰める部分の質問をすることが重要ではないか。(谷室長)
- フィールドトライアルについては先生方に質問等が多く寄せられる可能性があるため、そのためにも内容を吟味する必要がある。医療情報学会、コーディング等にも関係してくる可能性があるため、この点は注視するとともに必要に応じて質問もしていただきたい。(菅野議長)

以上

平成 24 年度 第 1 回国内腫瘍 TAG 検討会の概要

1. 日時：平成 24 年 7 月 4 日（水）10:00～12:00
2. 場所：日内会館 4 階会議室
3. 参加者（敬称略）
 - ・国内腫瘍 TAG 検討協力員
落合和徳、西本寛、黒川峰夫、石井猛、高橋和久、山口朗、中野隆史、
嘉山孝正、潁川晋、斎田俊明、根本則道
 - ・今村班事務局
小川俊夫
 - ・厚生労働省
笠松淳也、及川恵美子、吉田真智、中山佳保里

4. 議事内容

- (1) 腫瘍 TAG 国内検討会の設置について
- (2) 腫瘍 TAG の動向について
- (3) 腫瘍 TAG の今後の活動について
- (4) その他

5. 議事概要

(1) 腫瘍 TAG 国内検討会の設置について（笠松室長）

腫瘍 TAG 国内検討会は、国内の ICD 専門委員会で腫瘍について検討いただいている委員と、ICD 改訂のために WHO の腫瘍専門部会で検討いただいている委員との連絡を密にすることを目的として設置された。

ICD 専門委員会の悪性新生物担当の落合委員をサポートするため、腫瘍に関連のある 17 学会の推選を受けた委員と、WHO 腫瘍専門部会の西本委員に入っただき、質の良い ICD 改訂にしていくための研究事業の一環と認識している。

(2) 腫瘍 TAG の動向について

○ICD-11 の改訂の動向について（笠松室長）

ICD について：国際標準分類のことで、主に統計、最近では電子カルテ等でも使われ

ている。今回の改訂は 25 年ぶりの大改訂となる。

WHO の改訂の仕組みについて：WHO 国際統計分類ネットワーク会議で、改訂運営会議の下に置かれている各専門部会の意見をまとめて案にし、各 WHO 協力センターがそれぞれ 1 票を持ち、ネットワーク会議での意志決定がされ、最終案を WHO 本部に提出し、WHO 総会で決議する。

新しい ICD の特徴について：大きく 3 つの特徴がある。医学の専門家を中心として検討される。伝統医学（漢方）分野が入る。病名コードに見出しだけでなく内容を含める。これらによって、今後は診断分類、死因分類だけでなく、医療統計、治療成績と経過、さらには診療支援ツール、治療の効果の評価、機序の解明、均てん化ガイドライン等に対応し得るデータベースの標準系となり得るものを目指している。

改訂スケジュールについて：2012 年 5 月に β 草案が一般公開され、意見を募集している。2015 年 5 月の WHO 総会で確定させるために、2014 年の 10 月に WHO としての原案をまとめたい。それまでが検討期間だが、今年中に一定の合意が得られるものにしておきたいので、今年 12 月が 1 つの目安となる。

WHO 協力センターについて：日本では厚生労働省、国立保健医療科学院、国立がん研究センター、日本病院会、日本東洋医学会の 5 団体で 1 つのものとして指定され、センター長は ICD 室長である。

○Neoplasm TAG での検討内容について（西本委員）

腫瘍部分のコード構造について。それぞれの臓器の分類とちがう性質があるので、部位においては部位におけるコード、腫瘍においては腫瘍におけるコードを別々につくり、それをリンクする二重分類の形でやっていく方針である。腫瘍 TAG では腫瘍の分類をきちんとした上で臓器側と調整していく。

桁数は 7 桁。特に 2 桁目は必ずアルファベットにして、2 桁目が数字の 10 とは一目で判別できる構造を取る。3 桁目までを Pre-coordination と呼んで、主に死因分類に使い、残り 4 桁は Post-coordination と呼んで、実際の臨床的な用途に使えるように進める。4 桁目については死因分類を補助する用途、7 桁目についてはリンク用として準備されており、5、6 桁目をどのように使うかを現在検討している。

Pre-coordination の部分は、最初の 2 桁で部位による分類、3 桁目で腫瘍の組織型による分類をする。Post-coordination については、4 桁目は臓器によって部位における細分類に使われたり、組織型の細分類に使われたりと複雑な構造を持つが、この 4 桁で ICD-10 との整合性をとる。5 桁目は、まず stage 分類をし、あとは限局、領域、遠隔と、がんの広がりを評価するデータを付けて分類するという事で意見が一致している。6 桁目についてはまだ議論は進んでいない。7 桁目はラスベガスの全体会議でも各種議論されたが、これから秋にかけて検討していく予定である。また 7 桁以外の付加コードを 8、9、10 桁として付けることも検討している。

iCAT への入力の際に不具合が生じているという問題はあるが、当面は現状通りに継続し、秋に一気に最終調整をする予定である。血液がんの部分と相違が大きいので Hematology TAG とテレビ会議をする予定である。組織型による細分類では、内科において臓器側との調整が必要であり、二重リンクの問題については極めて煩雑である。また UICC の事務局ルールと国内ルールとも差があり、実際にコーディングをするときの問題が予想される。病気分類定義についても、限局、領域、遠隔というのを UICC の stage から変換するのか、SEER の summary staging をベースにするのかが問題である。

今後は、臓器側からの意見を Neoplasm 側で調整する段階に差し加かっていくので、意見は臓器側の TAG を通じて出すのが最も反映されやすい。そうでなければ、ICD 室経由で伝えていただきたい。

【質疑】

- ・ 骨・軟部腫瘍において、二重リンクを 1 対 1 ではなく、1 対 3 のような構造で考えても良いだろうか。(石井委員)
- ・ 構わないが、細かく分けすぎて unspecified に全部が入れられないように、上位のクラスターで押さえていただきたい。(西本委員)
- ・ 組織の分類が最大の問題で、Neoplasm 側の 10 個の分類にはまらない。(石井委員)
- ・ まだ議論の途中で地域による認識の違いも大きい。TAG から意見が出てきて調整が開始されるというふうに理解していただきたい。(西本委員)
- ・ 病理の先生の意見はどちら側に反映されるのだろうか。(落合委員)
- ・ Neoplasm の側に 1 人おられるので、Neoplasm 側から反映していく。(西本委員)
- ・ 学会としての意見の期限はいつだろうか。それらの反映に関するフィードバックはあるのだろうか。一般からのコメントをどのようにフィードバックする予定なのだろうか。(颯川委員)
- ・ 一般からのコメントをどのように反映するかについては極めて不透明である。ご意見があれば TAG か、ICD 室を通したほうが効果的だと考える。フィードバックの確認については、随時個々に連携して柔軟に対応していかざるを得ないのではないか。(笠松室長)
- ・ 二重構造は最後まで引きずるので、お互い連携して対処せざるを得ないが、病理組織学的分類を両方に反映させるのは困難である。それぞれの委員はどのようなスタンスで臨めばいいのだろうか。(落合委員)
- ・ 組織型について大きな括りは Neoplasm 側でやるが、細かな部分については臓器側の TAG に意見を言っていたきたい。(西本委員)
- ・ 呼吸器系では腫瘍の部分について役割分担が明確でない。進行計画も明確でない。肺がんの分類が大きく変わるものの、この部分の作業手順も不明確である。肺がん学会というものもあり、同学会とは意見をどのように調整していくのだろうか。(高橋委員)

- Neoplasm 側では大括りにしか考えていない。細分化は臓器別のところであればいいと考えている。(西本委員)
- それは逆の議論ではないだろうか。(中野委員)
- 要するにコードが2つ存在するという事なので、それぞれの臓器でコードをつくり、死因統計に反映させるのは Neoplasm のコードで統計を取るということである。(西本委員)
- 腫瘍の専門家としては細分類まできちんとやっているのだから、それを臓器のほうに反映させるべきではないだろうか。(中野委員)
- 全体構造として Neoplasm では大括りにしか取れないので、意見はやはりそれぞれの TAG 側から反映させていただきたい。(西本委員)
- 腫瘍に関しては当方の専門性がきわめて高く、病理組織や細分類も当方でしたほうがいいという考え方はわかるが、一国で決められる問題ではなく、非常に大きな理念に関わる場所なので、別のところで意見を反映させていく話になる。(落合委員)
- 例えば子宮がんの分類だけ取っても使うことはできない。癌治療学会として使えるような国際分類にしなければいけないという立場でものを言っていく必要があると考える。(中野委員)
- 最終的に構造というのは本部が決めていくことだが、臨床家として使いやすいものにしていく必要があるのだから、そのような意見を出すことは必要であるとする。(落合委員)
- コードを2個つくるというのは大きな混乱が生じる可能性があるのではないかと。1個のコードのほうがわかりやすいのではないかと。こうなった経緯を知りたい。(石井委員)
- 死因分類で使ってきたこともあって、4桁目までをこれまでと整合性の取れる構成にしたため、細かな分類を反映するには7桁では足りず、別々でやることになったというのが経緯である。使い方によって切り換えるという方向で考えられてきた。(西本委員)
- WHO のブルーブックの組織型別のコードは新しい体系にどう反映させていくのだろうか。(根本委員)
- これまで ICD-10 と ICD-O とブルーブックは統一されていなかったが、ICD-11 はアップデートされた ICD-03 の流れを追い、ICD-03 はブルーブックの流れを追うという話になっているので、将来的には統一されていくのではないかと。(西本委員)
- 腫瘍に関しては組織型との横の関係等が密接に関係しているのだから、各施設のいままでのデータが無駄にならないように、うまく整合性を取っていただきたい。(根本委員)

(3) 腫瘍 TAG の今後の活動について (笠松室長)

2015年5月に総会にかけたいので、2014年10月には国際分類ネットワークとして最終案を事務局に提示するというスケジュールは動かない。最終案をまとめるためには、2013年2月に国際内科 TAG 会議があるので、それまでにβ版を作り込んでいきたい。

【質疑】

- ・ 年内でも厳しいかもしれない。(西本委員)
- ・ 10月を1つの目標にして各学会から意見を寄せていただき、臓器別の Neoplasm TAG にも同じような意見を出しておくといいのだろうか。(落合委員)
- ・ そのようにすることで整合性が確実に取れると思われる。(西本委員)
- ・ 内科の方の構造を最終的に iCAT に入力する期日が8月10日で、内容を自由に TAG 側で変えられるのがこの期日までということ。もし大きな変更をご提案いただく場合はそれまでにいただきたい。それ以降も受け付けられるが、本部との話し合いの上での変更という形になってしまう。(小川委員)
- ・ 期日については整理して、後日、ICD 室から連絡をもらいたい。機会を逸することなく、日本として意見を述べていくことが極めて重要である。(落合委員)
- ・ 臓器別の TAG にもこの期日について伝えておいていただきたい。(高橋委員)
- ・ β版は随時変わっていているということなのだろうか。(石井委員)
- ・ そのように理解している。(西本委員)
- ・ 腫瘍 TAG ではどの程度見て反応すればいいのだろうか。また各臓器別の担当者への連絡先は教えてもらえるのだろうか。それとも連絡はそちらでやってもらえるのだろうか。(中野委員)
- ・ まず ICD 室から連絡して、その後直接コンタクトしていただきたい。(及川分析官)
- ・ がんを横断する私の立場では各臓器の委員とは違う立場でいていいのだろうか。(中野委員)
- ・ 横断する立場で補完していただくことが重要である。(落合委員)
- ・ 腫瘍 TAG は死因統計ができるような分類を考えればいいのだろうか。(石井委員)
- ・ そのように理解している。(西本委員)
- ・ 2点連絡がある。例年通り、ICD-10 のマイナーチェンジも来年までは行われるので、10で改正案を出す場合は12月までに連絡をしていただきたい。9月10日に国内内科 TAG の検討会があり、WHO の ICD の担当責任者、Dr.Üstün が来日して講演をする。参加を希望される方は連絡していただきたい。(笠松室長)

以上

WHO-FIC 年次会議出張報告

2012年10月13日(土)～19日(金)
(於ブラジリア、ブラジル)

2012年10月13日から19日にブラジル・ブラジリアにて開催された WHO-FIC 年次会議における ICD 改訂関連の会議の概要を以下に報告する。

1. Mortality TAG に関する報告 (Gerald Pavillon, 13:30 – 15:00 13th Oct 2012)

(1) mTAG の活動報告

- ・ 定期的な電話会議の実施と他の TAG の会議への参加
- ・ ICD-11 の質と信頼性の確保

(2) 主な決定事項 (Yellow pages において)

- ・ ICD-10 から 11 への継続性の確保
- ・ ICD 分類の基本的なコンセプトの決定
- ・ Dagger asterisk システムの廃止
- ・ 同義語 (synonym) の包含
- ・ ICD コードの構造の決定 (Volume II において)
- ・ Multiple code の導入 (neoplasm death, maternal death, perinatal death など)

(3) 今後の活動予定

- ・ text instruction の完成
- ・ ICD-10 から 11 への変換の実施
- ・ フィールドテスト

2. Stability analysis に関する報告 (Robert Jakob, 13:30 – 15:00pm, 13th Oct 2012)

- ・ mTAG による ICD-10 から 11 への stability analysis の実施
- ・ ICD-10 の 10,623 コードのうち 7,025 コードは ICD-11 でも使用されていた
- ・ 3,598 コードは手作業でマッピングが必要であり、Rare Disease TAG や Dermatology TAG を含む horizontal and vertical TAG により実施された

3. Morbidity and Mortality TAG (Robert Jakob, 15:30 – 17:00, 13th Oct 2012)

- ・ 各 TAG による iCAT の変更は 2012 年 10 月 3 日をもって終了し、各 TAG からの直接的な作業は出来なくなった
- ・ horizontal TAGs (mTAG and mbTAG) による stability analyses の実施
 - underlap 領域、移動した項目のチェック
 - 20 章 (外因) の再構築

- 近日中のレビューの開始 (2013 年春に完了予定)

4. ICD revision (Prof. C. Chute, Plenary III – ICD Revision, 9:00 – 11:00am, 19th Oct 2012)

(1) ICD revision に関する現在の進捗

- ・ ICD-11 はデジタル化した新たな分類であるが、基本的な考え方やコンセプトは ICD-10 よりそれほど大きくは変化しない
- ・ ICD-11 の特徴の一つに、多言語対応であることが挙げられる
- ・ ICD-11 の背景には、foundation, ontology, linearization の3つ (tripartite architectures) が存在する。また ICD-11 は、コンピュータを用いたオントロジーの原理を取り込んだ分類である。
- ・ 現在 ICD 改訂作業に 12 以上の vertical TAG が組織されており、さらに Mortality, Morbidity, Pediatrics TAG などの horizontal TAG が組織されている

(2) レガシーアクティビティ

- ・ semantic web renderings による情報の強化
- ・ SNOMED-CT との協力の強化

(3) Information note (yellow pages)のサマリー

- ・ 15 ある Information note のうち、以下については未完成なため発表は行わない
 - diagnosis type
 - main condition
 - review process
 - mirror coding
 - modifiers and qualifiers
 - field trials

1) Communication

- ・ ICD 改訂に関わる重要事項は SEG で討議され RSG に提出されて決定となる

2) Timeline

- ・ ICD α フェーズは 2012 年 5 月に終了した。 β フェーズは 2012 年 5 月から 2015 年までの予定である
- ・ 2015 年の WHA においては基本的な linearization の結果のみが提出され、作業は引き続き実施される予定である

3) TAG allocation

- ・ 全ての疾病には一つの TAG がアサイン (Assigned TAG) されており、Assigned TAG には primary responsibility が与えられる
- ・ Assigned TAG の他に疾病に関係のある TAG は Associated TAG と呼ばれ、Assigned TAG と協力して分類を完成させる

4) Content model

- 特に大きな変化無し
- 5) Foundation component and linearization
 - foundation component は疾病に関する基本情報であり、foundation component から必要な情報を選択して linearization を実施する。
 - Mortality, morbidity の linearization を基本的に実施するほか、primary care, clinical specialty, research などの linearization も実施可能である
- 6) Legacy linearization
 - ICD-10 と 11 との linearization を legacy linearization と呼ぶ
 - ICD-10 の情報は全て ICD-11 の foundation layer に格納される予定であり、その結果として ICD-10 と 11 の統合が可能となる。その際に、ICD-10 national modifications についても考慮する
 - International classification of primary care 2 (ICPC-2)などに関する情報も foundation layer に追加する予定である
- 7) Numbering linearization
 - ICD-11 のコード体系は、これまでに議論されて来たとおりである
 - 例) E1D213.E4E516E7 e.g., AB1. CD2E
 - ICD-11 コードの最初の 3 桁は ICD-10 に存在しており、そのまま利用可能である (およそ 8,000 コード)
 - ICD-11 コードの後半 4 桁は ICD-11 で新たに追加されたコードである。また、0, Z, 9 はリザーブコードと呼ばれる
- 8) Multidimensional coding
 - ICD-11 はその多様な用途に対応するため、多対応のコーディングが必要である
 - ほとんどの pre-coordination の 3 桁、4 桁が ICD-10 に入っており、それを再構築する。ただし、ICD-10 の 3 桁に含まれている modifiers and qualifiers のの大半は削除する
 - X-chapter をグラマー、シンタックス、リンクコードとして保有する
- 9) Index
 - foundation layer をインデックスとして活用して linearization を実施する
 - post coordinated terms として common terms を foundation layer に追加する予定

5. ICD-11 に向けて (Donna Picket, Plenary III – ICD Revision, 9:00 – 11:00am, 19th Oct 2012)

(1) 現状

- TAG/WG の iCAT 上の直接処理を終了し、次のステップに向かうところである

(2) 今後必要とされるもの

- プロジェクトプラン
- マイルストーン

- 様々なリスクを回避する戦略の策定
- (3) 優先されるべき作業
 - 構造提案の完成
 - これまでの stability analysis で実施されなかった章に対する分析の実施
 - アルファベット順の索引の作成
 - 各疾病の定義、inclusion/exclusion、コーディングのルールは出来るだけ早急に
 - mortality/morbidity の linearization
- (4) 今後の作業に向けて
 - SEG：週一回の電話会議の実施
 - RSG：月一回の電話会議の実施
 - 対面会議の実施：2013 年中に RSG/SEG の対面会議の実施？

6. ICD 改訂のレビュープロセスについて (Molly Robinson, Plenary III – ICD Revision, 11:30 – 12:30am, 19th Oct 2012)

- (1) レビューの目的
 - 科学的な正確性の確保
 - 整合性の確保
 - 構造や内容の妥当性の確認など
- (2) レビューの方法
 - レビューのタイプ
 - 初期レビュー: linearization による構造とコンテンツのレビュー (現在実施中)
 - 継続レビュー
 - レビューのユニット
 - 構造: linearization の全体レビュー、章や大項目、中項目などのレビュー
 - コンテンツ: 各項目のレビュー
 - レビュー担当者の選出方法
 - 各 TAG 及び WHO による推薦
 - 関連文献からの抽出
 - 自薦
 - その他関係者からの推薦
 - レビューの実施方法
 - レビュー担当者と horizontal TAG によるコンテンツのレビューの実施
 - TAG/WG は科学雑誌の editorial board のような役割
 - レビュー実施に向けた今後の作業手順
 - レビュー担当者の確保: 300~400 人必要である
 - レビューのための linearization の準備

- レビュー実施のための担当箇所分割
- レビュー担当者のレビュー担当箇所割当
- TAG/WG のレビュー実施のための準備
- レビュー実施後の iCAT への反映の実施

(3) フィールドテストについて

- フィールドテストの目的
 - ICD-11 の適用性、妥当性、利用可能性の検証
- フィールドテストの対象
 - プライマリケア
 - 一般的なヘルスケア (general health care)
 - 研究 (research)
- Inter-rater reliability
 - コーディングの妥当性の検証のため、2 人が同じサンプルでコーディングを実施する
- Bridge coding
 - ICD10 と ICD-11 の間のコーディングの妥当性の検証
- フィールドテストの実施機関: WHO が認可した機関により実施 (今後選定予定)
 - フィールドテスト実施のための機関?
 - WHO-FIC の活動に関連した WHO collaborating centre

7. 2013 年の WHO-FIC の各グループの mid-year meeting の予定 (WHOFIC Council Meeting, 13:30-15:30, 19th Oct 2012)

- EIC: 8 to 15 Feb in Washington DC
- FDC: 16 - 21st June sharing timetable with ICHI development group
- FDRG: No meeting
- ITC: No meeting
- MRG: No meeting
- Council: no but better to have meeting in Geneva (Dr. Ustun よりコメント)

以上



ICD revision process of the Internal Medicine TAG

13 – 19 October 2012
Brasilia, Brazil

Progress and contribution from Japan

C301

Toshio Ogawa¹, Emiko Oikawa², Nobuyoshi Tani², Tomoaki Imamura¹

1 Nara Medical University School of Medicine

2 The Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Abstract: Japanese government and academic societies have been involving the ICD revision process since 2007 as for managing and implementing the internal medicine TAG. The aim of this research is to overview of the activities and progress of the internal medicine TAG and discuss the contribution from Japan.

Introduction

ICD (International Classification of Disease) revision project has been started since April 2007 for the purpose of developing new ICD-11. The revision comprises alpha and beta phase. In alpha phase, structural changes and the Content model of new ICD have been developed by groups of specialists that are TAGs (topical advisory groups) and working groups (WGs).

The purpose of this study is to analyse the progress of alpha phase using information from 8 WGs in Internal Medicine TAG (IM-TAG) in particular focusing on the contributions from Japanese government and various academic societies.

Methods & Materials

We analysed the process of the alpha phase of the ICD revision in the 8 WGs of the IM-TAG using various reports and communications with WGs. Also, a comparative analysis was conducted as for the progress of revision process in the alpha phase between WGs. Then, the contributions from Japanese government and academic societies are discussed.

Results

Japanese government have been prominently involved in the ICD revision project: Professor Kentaro Sugano has appointed as a chair of the IM-TAG with supports from Japanese government and various Japanese academic societies.

The Japanese ICD Expert Committee has been organized by the MHLW for supporting ICD revision project. The main member of the Committee is the representatives of the Japanese academic societies (Table 1). Also, a Japanese ICD Research Team has been organized using Health Labour Sciences Research Grant by the MHLW. The roles of this team is to coordinate Japanese specialists participating ICD revision, to provide suggestions and supports to the MHLW, and to provide supports to the IM-TAG by collaborating with the managing editors (Figure 1).

In addition, Japan WHO-FIC Collaborating Center has established in 2011 as a part of the WHO-FIC Network. It has also been supporting the ICD revision process as a part of the activities.

WGs with proactive supports by the Japanese academic societies tend to have better progress than the others, e.g., WG A, B, and C of Figure 2. In particular, 5 out of 8 WGs produced the initial drafts of the structural changes developed mainly by the Japanese academic societies.

Discussion

Japanese government and academic societies have heavily involved in the IM-TAG activities. It might achieve the progress of the revision as a whole. In addition, it is noted that Japanese government and academic societies have also provided financial resources. As ICD is used in many countries with various ways and the ICD revision is a huge international project with large number of stakeholders, it should be supported financially by WHO and a number of governments. Also, it is essential to provide concrete and logical leadership by WHO for conducting such a large international project effectively.

The Japanese Society of Internal Medicine
The Japanese Society of Gastroenterology
The Japanese Respiratory Society
Japanese Society of Nephrology
The Japan Endocrine Society
Japan Diabetes Society
Japanese Society of Hematology
The Japanese Circulation Society
Japanese Society of Neurology
Japan College of Rheumatology
Japan Association for Medical Informatics
The Japanese Society of Medical Record Administration

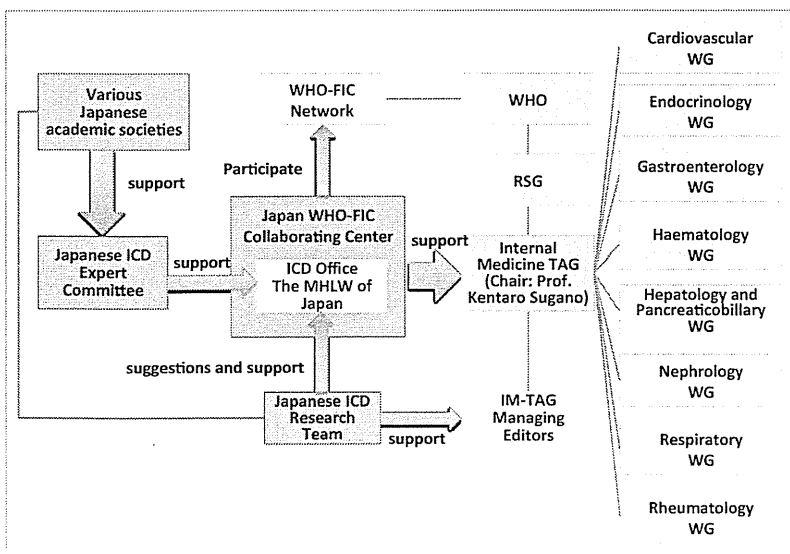


Figure 1: Organizational chart of the IM-TAG revision

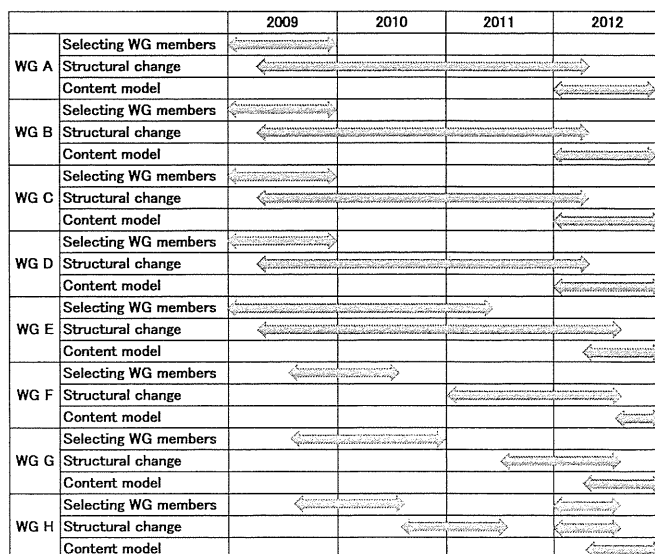


Figure 2: Progress of Internal Medicine TAG

Progress Report Cardiovascular WG

February 2013

Dr Rodney Franklin
Co-Chair IM-TAG and CV-WG

Cardiology WG members

Roles	Name	Affiliations
Chair	Bernard Gersh	Mayo Clinic
Co-chair	Rodney Franklin	Royal Brompton and Harefield NHS Trust
Managing editors	Takahide Kohro ME	University of Tokyo
	Julie Rust, Megan Cumerlato	Australia
Member	Fernando Lanas	Universidad dela Frontera, Chile
Member	Russel Luepker	University of Minnesota
Member	Andrew Tonkin	Monash Medical Centre, Melbourne
Member	Samir Alam	American University of Beirut Medical Center
Member	Simon Capewell	University of Liverpool
Member	Jeff Jacobs	University of South Florida
Member	Bongani M. Mayosi	University of Cape Town
Member	Leslie Cooper	Mayo Clinic
Member	K. Srinath Reddy	Public Health Foundation of India

Cardiology WG meetings in 2012 - 13

Dates	Venue (Place, teleconference)	Discussions and outcomes
April – October 2011	Teleconference	Multiple topic specific calls with Mx Editors and main topic experts: RF+/- BG there for all. Fine tuning & finalising Japanese Society structure

Progress report – code hierarchy

Topic – ICD-10 categories	Code hierarchy	ICAT entry
Acute rheumatic fever	Complete	Yes
Chronic rheumatic heart diseases	In progress	No
Hypertensive diseases	Complete	No
Ischaemic heart diseases	Complete	Yes
Pulmonary heart diseases and diseases of pulmonary circulation	Complete	No
Arrhythmias	Complete Being ratified by PACS for paediatric arrhythmias	Yes