

Progress report (2)

- Current status of contents development and iCAT input
 - Foundation component
 - Definition: In addition to the already input definitions(75), mainly about level 3 and 4, we made definitions of approximately 100 classifications mainly about level 3 and 4 and most of them were input into iCAT in December 2012.
 - Terms and Body system(s)/part(s) : We have just begun to consider. The additional input has not yet.

39

Progress report (3)

- Selection of reviewer(s)
 - not yet provided to the WHO

40

Next steps

- Plans in 2013
 - Add definitions more (Mainly about level 4 and 5)
 - Consider the Required Parameters (Terms : Synonyms-Inclusion-Exclusion-Index terms, Body system(s)/part(s), Temporal Properties, Severity Properties)
- Issues to be solved (if any)
 - No issue

41

3-8: Rheumatology WG

Progress Report Rheumatology WG

February 2013

Jonathan Kay, MD, PhD
Masayoshi Harigai, MD, PhD

42

Rheumatology WG members

Roles	Name	Affiliations
Chair (Co-chair)	Jonathan Kay	Univ. of Massachusetts Medical School, USA
Co-chair	Masayoshi Harigai	Tokyo Medical & Dental Univ., Japan
Managing editor	Julie Rust	Australia
Member	Sang-Cheol Bae	Hanyang Univ. Medical Center, Korea
Member	Sandra V. Navarra	St. Luke's Medical Center, Phillipines
Member	Christy I. Sandborg	Stanford Medical Center, USA
Member	Dougados Maxime	Hospital Cochin, Paris, France
Member	Loreto Carmona	Fundacion Española de Reumatologia, Spain
Member	Anthony D. Woolf	Royal Cornwall Hospital, UK
Member	Yehuda Shoenfeld	Sheba Medical Center, Israel
Member	Peter Brooks	The University of Queensland, Australia
Member	Eloisa Bonfa	Faculdade Medicina, Brazil
Member	Seza Özen	Hacettepe University, Turkey

43

Progress report (1)

- Current status of structural changes and iCAT input
 - We finished construction of beta-version of ICD-11 and our managing editor entered them into iCAT.
 - Some structural changes of beta-version were discussed during the process of creating definitions of the diseases. The WG reached agreement for these structural changes and will ask WHO to enter them into iCAT.

44

Progress report (2)

- Current status of contents development and iCAT input
 - Definitions of important diseases have been created by the committee members of Japan College of Rheumatology, and Prof. Kay has approved them.
 - These definitions will be entered into iCAT soon.
 - Some of the pre-entered definitions of rheumatic diseases by other TAG will be modified or corrected according to our definitions.
 - No other parts of the content model were not filled out (and are not under consideration).

45

Progress report (3)

- Selection of reviewer(s)
 - We have not selected international reviewers yet. JCR selected one Japanese reviewer.

46

Next steps

- Plans in 2013
 - We will do our best to nominate reviewers for Rheumatology Chapter.
- Issues to be solved (if any)
 - Rheumatology WG member cannot spare enough time for the jobs enlisted in the '12. Review process v 1.0'. Real-world-based strategy appears to be necessary to bring this project to success.

WHO ICD Revision Information Note

No: 1
DATE: 19 October 2011
VERSION: Draft Version 1.2
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
CC: {Optional}
SUBJECT: Communication on ICD Revision Process
Keywords: Information Sheets, Revision Decisions

課題:

関与する多様な参加者の数を考えれば、改訂プロセスに関する重要な決定を共有する単一源のコミュニケーションの場を設ける必要がある。

定義:

本 note では、information sheet がどのように発行されるかについてのプロセスを説明する。Information sheet は重要な決定を要約する主な構造(mechanism)であり、それに従っていくつかのグループがそれぞれの作業を組織することになる。

Information Note は、「標準作業手順書(Standard Operating Procedure)」および「コンテンツモデルリファレンスガイド(Content Model Reference Guide)」を除き、WHO、RSG、および TAG による他のあらゆる文書に優先する。参加者はすべて、提案を Information Note Template に設定し直して提出すべきである。

決定とオプション

1. ICD 改訂に関する決定はすべて Information Note (別名 Yellow Sheet) で作成され、WHO ICD 改訂ウェブサイトを通じてアクセスできるようになる。
2. Information Note では、課題、オプション、および決定が簡潔に述べられる。
3. 改訂運営会議(RSG) - 執行小委員会(SEG)は、以下に詳述される通り Information Note を作成する。

- a. 作成者(Author): TAG 議長、Managing Editor、または RSG メンバーは、オプションによる決定を必要とする課題を簡潔に述べた Information Sheet 案を作成できる。これらでは、意思決定に関与する義務的および任意の参加者を明確に特定する。
- b. 主題(Topics): これらの note では、プロセス全体に関する課題、コンテンツに関する課題、および意見の対立(conflicts)を扱うことができる。
- c. RSG SEG はレビューを行い、Redmine の draft form に掲載する。
- d. 改訂運営会議(RSG)は REDMINE を使用して 15~30 日以内にオプションを考案するが、議論には関心があれば誰でも参加することができる。Information Note の改訂は、Information Note が承認されるまで変更履歴(Track Changes)によって記録される。
- e. 考案期間が終了すると、RSG SEG は決定をまとめ、それによって WHO に助言を行うことになる。
- f. まとめられた決定の再考は、RSG および WHO の要請によってのみ可能となる。

承認状況:

期日: 11 月 15 日

改訂運営会議(RSG) - 執行小委員会(SEG)の判断: 承認

WHO の判断: 承認

WHO ICD Revision Information Note

No: 2
DATE: 19 October 2011
VERSION: Draft Version 1.2
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
CC: {Optional}
SUBJECT: Revision Process Timelines

Keywords: Revision, Timelines, Dates, Final, Alpha, Beta, Deadline

課題: ICD 改訂スケジュール(Revision Timeline)

定義:

本 Information Note では、以前に ICD 改訂プロジェクト文書(Revision Project Document)で定められていた ICD 改訂スケジュールを更新する。

決定とオプション:

1. **αフェーズ** - 2012年5月まで継続。αフェーズの重要な期日は以下の通りである。
 - a. 2011年10月: Commenting 機能と Single Assessment Questions を含む α ブラウザを公開。
 - b. 2011年12月31日:
 - i. TAG が章構成(Chapter structure)を完成
 - ii. 主要な linearization カテゴリのテキスト定義(Textual Definition)を iCAT に入力
2. **βフェーズ**: 2012年5月~2015年5月
 - a. レビュー、コメント、および評価(evaluation)は 2012年5月に開始
 - b. 提案の提出は 2012年5月に開始
 - c. フィールドテストはプロトコルの要求に応じて開始

3. **WHA への提出の目標期日**は 2015年5月

承認状況:

期日: **11月15日**

改訂運営会議(RSG)–執行小委員会(SEG)の判断: **承認**

WHO の判断: **承認**

WHO ICD Revision Information Note

No: 3

DATE: 19 October 2011

VERSION: Draft Version 1.3

TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;

CC: {Optional}

SUBJECT: ICD-11 Content TAG Allocations

Keywords: Revision, TAG Responsibility, Allocation, Primary TAG, Associated TAG, Overlap, Color Code, Color Status, Multiple Parenting

課題: ICD 改訂 - TAG の作業配分

定義:

合意した標準作業手順(standard operating procedure)を可能にするには、foundation component(すなわち iCAT foundation)内の各 ICD 疾患(entity)に、それぞれひとつの分野別専門部会(Topic Advisory Group: TAG)を割り当てなければならない。この Information Note を Vertical TAG と呼ぶ。これとは別に、Horizontal TAG に関する Information Note も適正な手続きに従って発表される。

決定オプション:

1. Assigned TAG (旧称「Primary TAG」)

- Assigned TAG は、タイトル、定義、コメントの可否(すなわち以下の 4 で説明する α フェーズのカラーステータス[color status])について最終的に決定を行う唯一の TAG である。
- Assigned TAG は、コンテンツ(content)に対して責任を負うだけではない。必要に応じ、他の Associated TAG と協力してコンテンツモデル(Content Model)を完成させる。
- Assigned TAG から他の Associated TAG に対し、作業協力を申し入れることが望ましい。

2. Associated TAG

- 任意の ICD 疾患に対して、Associated TAG は複数存在することもある。
- Associated TAG はいずれも、コンテンツモデルのすべての要素(component)に協力することが可能だが、定義やタイトルを変更することはできない。Associated TAG は Assigned TAG に対して提案を行い、議論し、あるいはコメントを提示するものとする。Assigned TAG の承認があれば、WHO はタイトルを設定することができる。Associated TAG は、Assigned TAG と連絡をとり、作業に協力することが望ましい。

3. 多重(multiple) parenting

- 「linearization parent」の決定は、「Primary TAG」の割当てとは無関係である。たとえば、「糖尿病網膜症(diabetic retinopathy)」が眼科 TAG(Ophthalmology TAG)によって定義されたとしても、それによってこのカテゴリ(category)が、古い morbidity の linearization における眼の章(Eye Chapter)に自動的に入れられるというわけではない。

4. α フェーズにおけるカラーステータス(Color Status)

- Assigned TAG によってのみ変更が可能である。
 - 青色: コメントを受け付けられる状態にある。定義が含まれている。ICD-10 から変更されていない場合もある。
 - 黄色: コメントを受け付けられる状態にない。一部の作業はすでに始まっている。
 - 赤色: 必要な場合にのみコメントする。過去の ICD-10 コードに対する作業は行われていない。
 - 青色の疾患については、ICD-10 からの変更は不要である。
 - カラーステータスが「青色」になった疾患でも、再度さらなる議論が行われる可能性は残っている。

期日: 11 月 15 日

改訂運営会議(RSG) - 執行小委員会(SEG)の判断: **承認**

WHO の判断: **承認**

WHO ICD Revision Information Note

No: 4
DATE: 19 October 2011
VERSION: Draft Version 1.2
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
CC: {Optional}
SUBJECT: ICD-11 Content Model
Keywords: ICD Content Model, Priority Parameters

課題: ICD-11 のコンテンツモデル(Content Model)

定義:
コンテンツモデルは、コンピュータ化を可能にするその構成要素(components)に関して、ICDの「分類ユニット(classification unit)」を標準的な方法で定義する構造化された枠組みである。「モデル」とは、何らかのシステムまたは構成(structure)を支える知識の体系的表現を意味する専門用語である。したがってコンテンツモデルとは、ICDのユニットをそのさまざまなパラメーターとともに系統的に記述したものである。

決定とオプション:

コンテンツモデル

1. ICD 概念のタイトル(Concept Title)

- 完全に明示された名称(Fully Specified Name)

2. 分類特性(Classification Properties)

- 親(Parents)
- タイプ
- 使用および Linearization

3. テキスト定義(Textual Definition)

- 簡易定義(Short Definition): 印刷版で使用(100語以内)
- 詳細定義(Detailed Definition): オンライン版で使用。
- 定義のソースは iCAT の「evidence」comment box または note に入力される。これらのソースは開発にとって重要であるが、印刷版に明示される必要はない。

4. 用語

- 基本検索用語(Base Index Terms)
- 基本包含用語(Base Inclusion Terms)
- 基本除外用語(Base Exclusion Terms)

5. 身体系(Body System)/構造記述(Structure Description)

- 身体系
- 身体部分(Body Part) [解剖学的部位(Anatomical Site)]
- 形態学的特性(Morphological Properties)

6. 時間的特性(Temporal Properties)

7. サブタイプの重症度特性(Severity of Subtypes Properties)

承認状況:

期日: 11月15日

改訂運営会議(RSG)-執行小委員会(SEG)の判断: 承認

WHO の判断: 承認

WHO ICD Revision Information Note

No: 5
DATE: 19 October 2011
VERSION: Draft Version 1.3
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
CC: {Optional}
SUBJECT: ICD Foundation Component and Linearizations
Keywords: Foundation, Linearization, Multiple Parenting, Residual Categories,

課題: ICD Foundation Component および Linearization

定義: 本文書では、ICD をすべての ICD 疾患(entity)を網羅する「foundation component」および特定の目的の特別なリストを明示する「linearization」として構築することの定義について述べる。

決定とオプション:

5. FOUNDATION COMPONENT とは、疾患、障害、損傷、外因、徴候および症状といった、すべての ICD 疾患の集合をいう。
 - a. Foundation component は ICD の体系(ICD universe)全体を表す。
 - i. 簡単に言えば、*foundation component* とは書物や歌の「貯蔵庫(store)」のようなものである。
 - b. これらの要素から、*linearization* という形でひとつの *selection* が作られる。
 - i. ただし、このアナロジーは誤解を招くおそれがある。なぜなら、ICD 疾患間には(親子関係やその他の関係のように)多くの関係が存在するからである。
 - c. *Foundation Component* 内の ICD 疾患は、
 - i. 必ずしも相互排他的ではない。
 - ii. 多重(multiple) parenting が可能である(すなわち、ある疾患が複数の分類枝[branch]に含まれることもある。たとえば結核性髄膜炎(tuberculosis meningitis)は感染症でもあり、脳疾患でもある)。
6. LINEARIZATION は foundation component のサブセット(subset)である。すなわち、linearization は、

- a. 特定の目的に適合している: mortality または morbidity の報告、またはその他の用途
- b. 集合的に ICD の体系(Foundation Component)を網羅している
- c. 互いに相互排他的な疾患で構成されている
- d. 各疾患にひとつの parent が付与される
 - i. linearization は、古典的な ICD の基本分類表(Tabular List)の印刷物(ICD-10 その他過去の版の第1巻など)に似ている。粒度(granularity)の違いや使用事例、その他プライマリケア(Primary Care)、臨床ケア(Clinical Care)、研究(Research)などの用途によって、さまざまな linearization が作られる可能性がある。foundation component から特定の linearization にリンクすることによって、一貫した ICD の利用が保証される。

7. 多重(Multiple) Parenting: foundation layer では、疾患に複数の「parent」が存在することがあるが、linearization では「parent」はひとつである。

8. 残遺カテゴリ(Residual Categories): 各分類グループ(ブロック、セクション、章)の最後に位置し、枝分かれする形で示された当該分類では特定不能であったカテゴリをいう。

ICD の残遺カテゴリは、以下のように体系的にコード化されている。

*.8 Other specified(その他の明示された....)

*.9 Unspecified ... (詳細不明の)

ICD-11 で使用しないカテゴリは、foundation layer では obsolete(廃止)と記される。「*.8」の下で明示されたカテゴリは、foundation component 内に単独で置かれる可能性がある。「*.8」および「*.9」のコードカテゴリはすべて自動的に linearization に含まれる。

9. Linearization のグループ化

TAG は linearization の指針として、iCAT 内のグループ化規定(grouping rubric)の中で、どの疾患がグループ化のみの対象となり、どの疾患がコーディングの対象となるかを明示する(すなわち、parents と children がどのように定義されるか、その論理を明示する)。

10. mortality の linearization は morbidity の linearization のサブセットでなければならない。これは、linearization を入れ子式に切っていく(telescopic truncation)ことで実現すると考えられる。同様に、プライマリケアも morbidity の linearization から派生させることが可能である(マトリョーシカモデル[Russian Doll Model]など)。

承認状況：

期日：11月30日

改訂運営会議(RSG)－執行小委員会(SEG)の判断：承認

W110の判断：承認

WHO ICD Revision Information Note

No: 6
DATE: 20 October 2011
VERSION: Draft Version 1.2
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
CC: {Optional}
SUBJECT: Legacy Linearizations
Keywords: Revision, Linearization, Tabular List, Mortality List, Verbal Autopsy, ICPC, ICD-10, Specialty Adaptation

問題： ICD の古い Linearization

定義：本書では、ICD に表現される基本的な linearization について説明する。

決定とオプション：

- 1) あらゆる更新を含む ICD-10 の最新版は現在 iCAT に追加されており、今後も追加され続けることになる。
- 2) ICD-10 の国内変更(National Modifications)は iCAT に追加し、マークアップすることが推奨される。これは、ユーザーが各国内変更と、必要に応じて他の linearization とのその関係を確認することを可能にする。このため、移行計画も促進されることになる。この機能によって、国内変更権者(National Modification holders)の国内変更権の知的財産権を保護すべきである。
 - a) 関連の DRG のグループ化は iCAT 内でマークされることになる。
- 3) プライマリケア国際分類-2(International Classification of Primary Care-2)(ICPC-2)
 - a) ICPC はプライマリケアの linearization 候補の一つとして iCAT に追加される。さらに、
- 4) 4 つの「標準 Mortality 基本分類表(Standard Mortality Tabulation List)」が iCAT に追加される。

5) WHO 標準口頭剖検リスト(Standard Verbal Autopsy list)が iCAT に追加される。

i) その他の口頭剖検リストも iCAT 内でマークできる。

6) これらの古い linearization はマークアップされ、iCAT suite は以下を特定する「diff ファイル」の作成を可能にする。

- a) ICD-10 に由来する疾患(entity)[すなわち、当初にインポートされていた疾患]
- b) インポート以来全く変更されていないもの(タイトルおよびヒエラルキー内の位置が変更されていない)
- c) 行われた何らかの変更(すなわち、ヒエラルキー内で移動された、など)
- d) 改訂プロセスで導入された新たな疾患
- e) 廃止された(retired)疾患
- f) 未決のもの(Un-decided)(iCat 内で un-decided area に移動された疾患)

承認状況：

期日：11月30日

改訂運営会議(RSG)–執行小委員会(SEG)の判断：承認の見込み

WHO の判断：承認の見込み

WHO ICD Revision Information Note

No: 7
DATE: 25 September 2012
VERSION: Draft Version 1.14
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WG;
CC:
SUBJECT: ICD-11 Code Structure
KEYWORDS: Code structure, Linearization, Numbering, Code

課題：
任意の linearization 内における ICD コードのナンバリング(コード構成[code structure])を決定する必要がある。

定義：
本文書では、任意の linearization 内における ICD コードの構成方法について記述する。

決定とオプション

1. ICD Foundation Layer から導出した linearization(特に、公的印刷物に示される mortality および morbidity の linearization)内のすべての ICD コードに関して、デフォルト時のナンバリングは以下に示すナンバリングパターンをとる。

E₁D₂1₃E₄E₅1₆E₇

- a. E は 34 進数(0~9 および A~Z、0 と I は除く)、D は 24 進数(A~Z、0 と I は除く)に対応している。1 は 10 個の整数(0~9)に対応している。
- b. このコード構成を採用した理由は、簡潔な形式で最大限の表現スペースをとることにあり、これは、人が読み取れるコードの長さに関する共通認識を反映している。利便性を考えると、短い標準的な ICD コード構成であることが重要である。
- c. 最初の 3 桁は、現在 ICD-10 にある pre-coordination レベルの pre-coordinated concept を表す。ただし、残遺カテゴリー(residual category)、重症度(severity)、または他の多次元属性(multidimensional attribute)を含む 3 桁の ICD-10 コードは含まれない。これらの桁を用いることによって、7,920 個の題目(rubric)のコーディン

グスペースをサポートすることが可能である(X で始まるコードは修飾子[modifier]および限定子[qualifier]に相当し、3 桁の疾患コードとして用いることはできない)。

- d. 設計上、このコード構成内で、章、ブロック、その他の小区分を表すことは試みられていない。しかし、実用的な範囲で、3 桁コードのヒエラルキー関係は維持される。継承される構成はすべて Foundation layer の中で明示されるため、明白な桁ベースの継承が完全に行われるわけではないものの、ブラウジングまたはプリントインターフェースでは、継承される構成を視覚的に示すことができる。
 - e. 小数点の後の最初の 3 桁(E₄E₅1₆)は、主となる 3 桁の題目をさらにサブタイプ(subtype)に分けるためのものである。
 - f. 小数点の後の末尾の桁(E₇)は、post-coordination シンタックス(syntax)の 1 version において、多次元コーディング構成内のコードをリンクするのに用いられる(post-coordination)(Note 8 を参照)。post-coordination を含まない(0 で終わる)臨床的事象のプライマリコード(primary code)は無数に存在する可能性があるが、共通の末尾桁(trailing digit) (1~X)によってリンクしたプライマリコードは 31 個に限定されると考えられる。
 - g. linearization では、すべての分類 linearization に一貫している「その他の明示された(Other Specified)」および「詳細不明の(Unspecified)」に付与する特別なコードを確保しておく必要があると考えられる。
 - h. 強制番号(forced number) (1₃, 1₆)を含めるのは、あらゆる言語において、文字通り「四文字語(タブー語) (4-letter word)」の綴りが生じる可能性を排除するためである。
 - i. 2 桁目の D₂をアルファベットにするという要件は、ICD-11 の linearization コードを ICD-10 のコードと視覚的に区別するためである。
2. 可能であれば、種々の linearization には、同一概念群(group of concepts)であることを示す共通のコードベース(すなわち、コードの最初の 3 桁: ED1-セクションなど)が存在することが望ましい。このコーディング方法を STYLE 1 と呼ぶ(「マトリョーシカモデル[Russian doll model]」とも呼ばれる)。この方法を用いれば、mortality、morbidity、プライマリケア(primary care)、口頭剖検(verbal autopsy)、および一部の短いリストについて、入れ子式の linearization が可能になる。STYLE 1 の目的は、一定の範囲内で、種々の linearization や ICD の利用の対応関係の理解を容易にすることにある。
 3. STYLE 2 では、linearization ごとに異なるコードを用いて、類似してはいるが同一ではない(similar-but-not-identical)概念を表す。たとえば、口頭剖検(Verbal Autopsy)における心筋梗塞(Myocardial Infarction)は、Morbidity Linearization におけるものと全く同一概念というわけではない。異なる linearization 間の類似した概念のリンクは、Foundation Layer を通じて、対応する識別子(identifier)によって行われる。2 つの概念の同等性(equivalence)は、linearization 間のコード-コード関係(Code-Code relationship)を利用してコンピュータ上で作り出される。
 - a. STYLE 2 では、2 文字のプレフィックスコード(2-letter prefix code)によって種々の ICD linearization 間の区別を行う(PC-Primary Care、VA-Verbal Autopsy など)。

4. ただし、周知のように、一部の linearization はコーディングスキームおよび post-coordination が全く異なっている。これは、現在の外的原因および傷害(External Causes and Injury)の章のような場合である。
5. ICD Foundation Component と Linearization システムを用いれば、別の構成、たとえば米国の ICD-10-CM のエミュレーションを表すことも可能である(A11.1111 など。A は 26 個のアルファベット記号[A~Z]に対応している)。

承認状況：

期日：12 月 15 日

改訂運営会議(RSG)－執行小委員会(SEG)の判断：**承認**

WHO の判断：**承認の見込み**

WHO ICD Revision Information Note

No: 8
DATE: 7 November 2012
VERSION: Version 1.14
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WG;
CC:
SUBJECT: Multidimensional Coding

KEYWORDS: Post-coordination, pre-coordination, Multidimensional Coding, Multi-axial Coding, Modifiers, Laterality, Severity, Causal Agent, Etiology, External Causes,

課題 :

軸(axis)または次元(dimension)に沿った post-coordination の使用は、重要な詳細の任意の表現と豊かな表現力を可能にする。多次元(multi-dimensional)コーディングの採用は、コーディング空間を大きく縮小させ、多くの pre-coordination された用語の組み合わせの爆発(すなわち、さまざまな次元の置換(permutations)が個々に書き出される)を未然に防ぐことになる。

定義 :

本 Note では、各種の多次元コード、pre-および post-coordination に関してそれらが扱われるべき方法、および関与するさまざまな次元について説明する。

決定とオプション

- ICD11 の Linearization 内で限定子(qualifiers)と修飾子(modifiers)を表す望ましいモードとなるのは、「code also」で付加軸(adjunct axes)を使用する**多次元コーディングによる post-coordination モード**である。
 - post-coordination として独立した軸を持つ限定子には以下が含まれる。
 - 診断を確認(Diagnosis confirmed by)

- 診断種別名(Diagnosis type)
 - 診断の重症度(Severity of the diagnosis)(軽度-中等度-重度、期(stages)、段階(phases)、その他)
 - 診断の経過(Course of the diagnosis)(激しさ(acuity)、発症(onset)、パターン)
 - 診断と関連した時間的因子(Temporal factors associated with the diagnosis)(人生の時点(time in life)[年齢層(age ranges)]、疾患の経過(course of the condition))
 - 解剖学的詳細の診断との関連(Anatomical detail association with the diagnosis)(罹患した身体部分(body part)、部位(region)、または系(system)、関連のトポロジー(topology)を伴う可能性有り)
 - 診断の病因(Etiology of the diagnosis)(病原(causal agents)、化学物質を含む物質、薬剤、または生物学的因子(biological agents))
 - 生物学的指標(Biological indicators)(血清型、ゲノムの検出)
 - 診断に関連した組織病理(Histopathology associated with the diagnosis)
 - 骨折の亜型(Fracture subtypes)
- b. 修飾子用語の意味またはステータスを変化させ、特にプレフィックス構造(prefix mechanism)によって異なった扱いを受けることがある。例えば以下のような事務(Administration)課題や大域状態(global states)にも、この方法で対応できる。
- 既往歴(History of)
 - 家族歴(Family history)(pre-coordination された 7 桁目の値が使用される場合には重複 - Note 7 を参照)
 - 除外(Rule out)
 - 差異(Differential)
 - スクリーニングまたは評価(Screening or Evaluation)
 - 仮(Provisional)
 - 主要病態(Main Condition)
 - 入院時に存在(Present on Admission)
- c. 傷害の外的要因(External causes of injury)は独自のモデルと軸を持つことになる。

- 通時的整合性を保つために、現在の ICD10 の 3 桁目、および場合によっては 4 桁目に存在する pre-coordination のほとんどは残される(C34 : 気管支および肺の悪性新生物(Malignant neoplasm of bronchus and lung)など)。

- 上記 1 の修飾子と限定子で ICD10 の 3 桁目に存在するものは可能な限り除去されるが、「左心不全(left heart failure)」や、「急性リンパ性白血病(acute lymphocytic leukemia)」または「急性腹痛(acute abdominal pain)」といった慣用表現など、強力な臨床的例外は残される。

3. 多次元は章間または章内で同一になるとは限らない。
- ある ICD セクションの post-coordination を実行する場合には、このセクションのあらゆる可能な限定子に共通する許可値(allowable values)を定め、正式に ICD の Foundation Layer に含めなければならない。これはしばしば「認定(sanctioning)」と呼ばれ、ここではコードまたはコード範囲に対して許可できる限定子が明示される。これは、コーダーが限定子の値を点検し、または知的支援ソフトウェアによって表示させなければならない空間を縮小させるため、結果的に彼らの作業を簡素化させる。
 - post-coordination された次元に対する値集合(value set)の詳細度は、完全な用語集のレベルまで網羅的であるべきではない。「共通のオントロジー」を目指し、分類の次元を SNOMED-CT と調整することが望ましい。しかし必ずしも、SNOMED-CT に含まれる完全な詳細度まで踏み込むべきではない。
 - β フェーズでは、WHO は RSG および関連の TAG と協議の上、分類を検討し共通の pre-coordination core と受け入れられた post-coordination 次元を生み出すことで一貫性(uniformity)を保証する。これは反復プロセスであり、β プロセス全体を通じて行われる。
4. β フェーズでは、Linearization においてプライマリコード(primary codes)を修飾子および限定子とリンクする以下の二つの表現文法(representation grammars)(Foundation Layer が記述論理形式(description logic formalism)を呼び出すことに注意)のプロトタイプが作成され、ICD11 のために一方または双方が残される。
- クラスター桁(Cluster digits)および 7 桁の数字を使用：
 - プライマリコードとそのすべての修飾子または限定子に共通する値を表すために、最後の桁を使用する。これがクラスターを定義することになる。これにより、一つのエピソードまたは臨床徴候(clinical event)の記述に表せる多次元クラスターの数 は 31 以下に制限されるが(1-X の値)、多次元 post-coordination を呼び出さない一つのエピソード内のプライマリコードの数は制限されない(クラスターコードの値として 0 を持つ)。
 - クラスター内の最初の entry はプライマリコードと見なされる。例えば、高血圧を原因とする腎不全(renal failure caused by hypertension)に対する腎不全を原因とする高血圧(hypertension caused by renal failure)など、他の疾患コード(disease codes)によって修正されたプライマリコードの曖昧さを排除する。
 - 最初の entry 以外には、クラスター内の後続の順序設定は意味を持たない。

- クラスター内では、プライマリコード(クラスター内の最初の entry)が持ち得る修飾子または限定子の数に所定の制限は存在しない。
 - 理論的には、使用できるのは認定された(sanctioned)修飾子と限定子のみであり、これらは有限かつ多くの場合相互排他的なものである。
 - 実際には、各修飾子が報告システム内の「スロット」を使い果たすよう、いくつかの報告システムが報告され得るコードの総数を制限する(米国では現在 25 スロット)。
- ほとんどの修飾子と限定子は、ICD の修飾子および限定子の章から選択されることになる。
- 二次性悪性腫瘍(secondary malignancy)の場合には、修飾子は病因または原発性腫瘍(primary tumor)を表すために疾患から選択できる。コンテキスト(プライマリコードとして二次性悪性腫瘍を使用するなど)は、病因を多くの「合併(complicated by)」症など、他のタイプの疾患関連性から区別することになる。

例： - このクラスターのコードがすべて 1 で終わることに注意

1A2.XD21	肺炎球菌性肺炎(Pneumococcal Pneumonia)
ZC4.GX21	肺炎連鎖球菌、血清型 2 (Streptococcus pneumoniae, Serotype 2)
XA1.7741	肺葉(Lobe of lung)
XT0.6001	上(Superior)(upper は使用されず)
XT0.1001	右(Right)
XS0.3001	重度(Severe)

プレフィックス(修飾子の最初のコーディング)の例： - このクラスターのコードは 2 で終わる

XF0.1002	既往歴(History Of)
1A2.XD22	連鎖球菌性肺炎球菌性肺炎(Streptococcal Pneumococcal Pneumonia)

注：プレフィックスのモードは、「追加(additional)」情報がドロップされた場合に、明示が不十分であるにしても何らかの有益な情報(患者に何らかの既往歴があるなど)が得られることを保証す

る。その表面は誤った情報を生む可能性がある(末尾の既往歴、または家族歴をドロップすれば、患者が以前その疾患にかかっていたことが示される)。

長所:

- 7桁の桁数が維持され(既存の事務形式(administrative forms)に適合)、十分に短いために手作業で使用できる
- 表現性の高いモデルである
- post-coordination されたコードを任意に使用できる

短所:

- 一つの所見を表すために多くの「コード」またはスロットを使い果たす。これは、形式がコード数を 25 以下に制限している場合に問題となり得る。
 - プライマリコードの順序依存性は、リレーショナル・データベースや表計算アプリケーションでしばしば生じることであるが、データが「再ソート(resort)」された場合に容易に失われる可能性がある。
 - 意味を解釈するには、数字を解析(parsing)してリンクを可変にする必要がある。
 - 同じもの(例えば肺炎)のコードが異なった数字を持つことになる(末尾のクラスター桁が変わる)。
- b. コア数字(core number)にプレフィックスおよびポストフィックス(postfix)表記を使用する(アグロメレーション(agglomeration))
- i. プレフィックスコード(修飾子)は数字の前に置かれ、コロンによって分けられる。以下のようなプレフィックスの値が考えられる。
 1. M: 主要病態(Main condition)
 2. R: 入院理由(Reason for admission)
 3. F: 家族歴(Family hx)
 4. H: 既往歴(History of)
 5. E: 評価(Evaluation)
 6. P: 入院時に存在(Present on Admission)

注: 追加プレフィックスコードのために大きな空間が残る。

- ii. ポストフィックスコード(限定子)
 1. これらのコードはメインコードからスラッシュによって分けられる。
 2. 各ドメインは最初の桁として、例えば以下のような特有のプレフィックスを持つことになる。
 1. /A - 解剖学的詳細(Anatomic detail)

2. /S - 重症度または期((Severity or Stage)

3. /C - 病原/病因(Causal agent/etiology)

4. /T - 時間性(Temporality)

5. /H - 組織病理学的詳細(Histopathology detail)

3. 各限定子軸に対する値集合は少なく、任意の桁数で明示できる。

4. 例:

H:1A2.XD20 連鎖球菌性肺炎球菌性肺炎の既往歴

1A2.XD21/ZC4.GX21:XA1.7741/XT0.6/XT0.1/XS0.3

連鎖球菌性肺炎球菌性肺炎/血清型 2/胚葉/上/右側/重度

5. 有効な pre-coordination された同等の表現が存在する場合には、post-coordination されたコードは拒否される。
- a. Foundation Layer に組み込まれた逆認定規定(Reverse sanctioning rules)は、このような拒否された post-coordination コードの pre-coordination された同等物へのアルゴリズム変換を可能とし、コーダーの負担を解消する(拒否された組み合わせの post-coordination は、実際にはコード entry の実用的な代替モードとなることがあり、これはその後訂正される)。
6. ほとんどの修飾子と限定子は、特別なコーディング空間に配列されることになる。X(および場合によってはその他の文字)で始まるコードには診断または疾患は含まれず、このコーディング空間はそれらが修飾子または限定子であることを視覚的に区別する。すべての修飾子の末尾桁 E₇ は、それらが修飾する概念のクラスター値(1-X)に対応する。したがって、修飾子空間のヒエラルキーと値を表すには介在する 5 つの桁、D₂1₃E₄E₅1₆のみを利用できる。しかし、このコーディング空間に表される値は一つの文字を使えば 2,774,400 となり、使用する文字を追加すれば比例的に増えていく。
- a. 病因と合併症(complications)は既存の疾患コードを使用することになる。

承認状況:

期日: 12 月 15 日

改訂運営会議(RSG) - 執行小委員会(SEG)の判断: **承認**

WHO の判断: **承認の見込み**

WHO ICD Revision Information Note

No: 9
 DATE: 16 January 2012
 VERSION: Draft Version 1.1
 TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WG's;
 CC:
 SUBJECT: ICD-11 Index
 Keywords: Index

課題: ICD 改訂 - 索引(Index)

ICD の索引は、医学報告または死亡証明書の entry を反映する健康関連語句(health related phrases)を ICD カテゴリにマップした文書である。この構成(structure)においては、すべての語句が一つの ICD カテゴリに割り当てられる¹。

これらの語句はあらゆるレベルの粒度を持ち得る。タイトルや基本分類表(tabular list)の包含用語(inclusion terms)であることもあれば、個別の ICD カテゴリとしては表されないその他の類義語(synonyms)や下位語(narrower terms)であることもある。

定義:
 本 note では、ICD-11 の linearization のために索引が生成される方法を説明する。

定義 - オプション:

ICD-10 では、索引は第 1 巻の「索引」に留まらず、そこには第 1 巻を超えるコンテンツ(content)が含まれている。これは ICD11 の索引構成にも引き継がれ、その索引には linearization よりも多くの情報が含まれることになる。しかし ICD11 では、linearization と索引はともに foundation component の疾患(entity)から生成される。

¹ICD-10 では、ダガーとアスタリスクが組み合わされている場合には二つのカテゴリが存在することもある。

ICD Foundation component の以下の部分は索引の生成に使用される。

- タイトル
 - 類義語
 - 下位語
- これらは正確には類義語ではないが、Foundation Component の個別の概念としては存在しない用語である。最終的には、下位語の代わりに Foundation Component に子概念(children concepts)を生み出すことが計画されている。しかし移行段階では、ICD-10 の索引からインポートされたいくつかの用語はコンテンツモデル(content model)に「下位語」として表示されることになる。
- linearization に含まれないあらゆる子孫概念(descendent concept)。

スタイルの変更

ICD-10 の索引では、そのサイズを抑えるために凝縮された構成を使用している。この字下げしたキーワードリストでは、必須ではない修飾子に括弧が使用されている。以下は ICD-10 の索引から抜粋したサンプルである。

ICD-10 のサンプル:

関節炎、関節炎の(急性)(慢性)(亜急性)(Arthritis, arthritic (acute) (chronic) (subacute))	
<i>M13.9</i>	
- アレルギー性 (allergic)	<i>M13.8</i>
- 強直性(肢体不自由)(脊椎)(ankylosing (crippling) (spine))	<i>M45</i>
-- 脊椎以外の部位(sites other than spine)	<i>M13.8</i>
...	
- リウマチ(rheumatoid)	<i>M06.9</i>
..	
-- 若年性(juvenile)	<i>M08.0</i>
-- 血清反応陰性(seronegative)	<i>M06.0</i>
-- 血清反応陽性(seropositive)	<i>M05.9</i>
...	
-- 以下を伴う(with)	
--- 斜頸(torticollis)	<i>M06.8</i>

新たな索引では、代わりに完全に読み取れる用語を使用することになっている。印刷版の索引では、引き続き見出し語(lead terms)を使用する。例えば、新たな索引には以下のような用語が含まれることになる。

関節炎(Arthritis)

- 関節炎(Arthritis) {ICD11 コード}
- アレルギー性関節炎(Allergic arthritis) {ICD11 コード}
- 関節リウマチ(Rheumatoid arthritis) {ICD11 コード}
- 斜頸を伴う関節リウマチ(Rheumatoid arthritis with torticollis) {ICD11 コード}
- 血清反応陽性関節リウマチ(Seropositive rheumatoid arthritis) {ICD11 コード}
- ...

この新たなアプローチの利点は以下の通りである。

- 維持が容易になる。
- 関連性に関する知識が高まる。(どの索引用語が下位語としての類義語であるか分かる)
- このシステムでは正確な用語が認識される。
 - o これは検索を改善する。(スタイル検索を入力しながら検索で使用できる)
 - o 他の用語集へのマッピングを簡素化する。
- 索引翻訳のより良い指針を提供する。

索引および多次元(Multidimensional)コーディング

索引用語を ICD のカテゴリと関連付けるには、foundation component 内でその疾患に類義語（または下位語）を割り当てる必要がある。つまり、foundation component 内にそれを表す pre-coordination された概念が必要、ということである。これは、foundation に pre-coordination された同等の概念を持つ ICD の linearization カテゴリにとって問題とはならないが、post-coordination されたカテゴリに下記のさらなる要件を追加する。

- 検索用語を post-coordination されたカテゴリと関連付けるには、そのカテゴリは foundation 内に pre-coordination された同等の概念を持つべきである。

これに加えて、pre-coordination された foundation 内の疾患と post-coordination されたカテゴリの同等性を見極められるよう、モデルには十分な情報を含める必要がある。

遂行を要する作業

- コンテンツ
 - o ICD-10 の索引のコンテンツを新たなスタイルに変換する必要がある。これはある程度 WHO で行われるが、ICD-10 スタイルの索引を新しい完全な語句のスタイルに変換することには本質的な困難が存在する。コンピュータが生成した項目を点検する必要がある。

- o 新たに生成される ICD-11 の疾患に関しては、類義語または下位語としてさらなる索引用語を追加する必要がある。
- o linearization に含まれていないものも含めて、あらゆる概念に linearization の親 (parents)を設定する必要がある。(これは、linearization に表示されない疾患を linearization の正しいカテゴリに配置できるようにするために必要である。)
- ソフトウェアとの関係
 - o iCat では、索引の生成に使用されるコンテンツモデルの疾患をサポートする必要がある。(iCat はそのすべてをサポートする。その一部は現在 UI に表示されない。)
 - o 新たなスタイルの索引疾患を iCat にアップロードする。
 - o 印刷版の索引を生成するため、追加ソフトウェアを開発する必要がある。

承認状況：

期日：

改訂運営会議(RSG)一執行小委員会(SEG)の判断：**承認の見込み**

WHO の判断：**承認の見込み**

WHO ICD Revision Information Note

No: 10
DATE: January 26, 2012
VERSION: Draft Version 1.0
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
CC: {Optional}
SUBJECT: Global Introduction of Diagnosis-timing (i.e., present-on-admission) Indicators

Keywords:

課題:

- コード化された退院データ (hospital discharge data) の顕著な欠点の一つは、入院時に存在 (present at admission) していた診断を入院が始まってから生じた診断と区別できないことである。
- 問題となるのは後者の診断であり、その理由は入院以降に生じた診断の多くが、品質・安全性使用事例 (quality and safety use case) と特に関連の深い治療の有害事象または合併症を示すことである。
- 少なくとも 3 カ国では、コード化された各診断とリンクされた診断種別指標 (diagnosis-type indicators) (「診断タイミング指標 (diagnosis timing indicators)」または「入院時に存在」フラグ (flags) と呼ばれる) を導入することで、退院データのこの欠陥に対応している。
- カナダはその診断種別指標の使用歴が最も長く、これは 1970 年代後半に導入された。最近では (2008 以降)、オーストラリアと米国がそれぞれ「診断タイミング」フラグと「入院時に存在」フラグを取り入れている。
- 発表された研究は、治療品質研究 (quality of care research) における診断種別指標の価値を立証している。品質・安全性 (Q&S) TAG のメンバーの一部は、ICD-9 から ICD-10 への患者安全指標 (Patient Safety Indicators) (PSI) の移行にも関与したが、そのプロセスは診断種別指標が存在しない場合の退院事務 (administrative) データの重大な欠陥を明らかにした。診断種別指標をめぐるこれらの所見と発表された証拠は、O&S TAG から WHO-FIC へのこの正式な提案を促した。

定義:

本 note では、国際的に統一された診断種別コーディング構造 (mechanism) の世界的な導入 (資源が許す場合) について、これまでに行われた議論と提案を説明する。

定義とオプション

WHO-FIC における議論の概要

- 診断種別 (またはタイミング) 指標については、2010 年 3 月の MbRG 会議 (ドイツのケルン)、および最近ではニューヨークで連続 3 回行われた Q&S TAG 会議 (2010 年 6 月、2011 年 2 月、2011 年 11 月) の双方で詳細に検討された。
- 各部会の討議では、このような指標の価値が全会一致で認められた。
- しかし、広範な導入 (カナダ、米国、オーストラリア以外) の実行可能性、また使用する実際のコーディングシステムに関しては、ある程度の不確かさも存在する。
- これらの 3 カ国ではすべて、指標は対応する診断コードフィールドの横に置かれた 1 桁のデータフィールドである。したがって ICD-9-CM (米国) または ICD-10 (カナダとオーストラリア) のコーディングには、国別に以下の形式で補足的な指標が添えられている。
 - カナダでは、指標は 1 桁の数値コードであり、診断種別 2 は入院以降に生じた診断を表している。種別 M (主要病態 (main condition))、種別 1 (入院中に活発かつ顕著であった併発病態 (comorbid conditions))、種別 3 (活発でなかった併発病態) など、その他の診断種別も指定できる。
 - 米国では、ニューヨーク州とカリフォルニア州の双方における使用と評価 (evaluation) のパイロット段階の後で、新たな「入院時に存在」フラグが全国的に導入された。診断には、入院指示が出された時点でその診断が認識されていた場合に「入院時に存在」とのフラグが立てられる。この基準を満たさない診断には「入院時に存在」とのフラグは立てられない。コード化された可能なレスポンスは、「有 (yes)」 「無 (no)」 「未知 (unknown)」 「臨床的に不明確 (clinically uncertain)」、および「適用除外 (exempt)」である。
 - オーストラリアでは、その診断が入院時以降に生じたものであるか (入院時に存在していたものに対して) を、診断タイミングフラグが単純な二者択一式で決定する。
 - Q&S TAG は時間をかけて 3 つの既存のアプローチを検討し、システムは単純であるほどよいと全会一致で合意した。したがって部会のメンバーは、米国またはオーストラリアのコーディング方法がカナダで使用されているものに比べて単純であること、および TAG が ICD-11 の発行と同時に可能な限り多くの国々で導入する旨の提案とともに、診断種別によるコーディングシステムの世界的な導入を WHO-FIC に勧告することで合意した。

勧告

- 主要な利害関係国が同意する統一された診断種別 (またはタイミング) 指標システムを開発する。

- Q&S TAG は、オーストラリアで使用されているようなより単純な診断種別（タイミング）コーディングシステムの利点を認識している。「入院時に存在」の単純な二者択一式の指定(? - 有/無)には確かに魅力がある。必要に応じて、代替的な方法は現在米国で行われているように、「未知」および/または「臨床的に未確定[clinically not determined)」の指定を認めることである。
- 詳細な退院データを収集するための資源とインフラが整っているすべての国々で、世界的に導入することが推奨される。
- この新たなコーディング規定(coding rule)(およびデータフィールド)は、ICD-11 第 2 巻の「morbidity のコーディング規定」を説明する改善されたセクションに詳細に記述されることになる。
- この提案は、ICD-11 への盛り込みに関する検討と正式な決定に向けて、現時点で WHO-FIC ネットワークに正式に提出される。このコーディング課題は連続 3 回の TAG 会議で議論されてきたため、Q&S TAG による勧告は最終的なものと見なされる。

承認状況：

期日：2012 年 2 月 1 日

改訂運営会議(RSG)―執行小委員会(SEG)の判断：**承認の見込み**

WHO の決定：**承認の見込み**

WHO ICD Revision Information Note

No:
 DATE: January 26, 2012
 VERSION: Draft Version 1.0
 TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
 CC: {Optional}
 SUBJECT: Coding Rules for Main Condition

Keywords:

課題:

- 「主要病態(main condition)」に関するコーディング規定(coding rules)は国際的に整合していない。「入院理由(reason for admission)」によるコーディング規定を採用している国々(米国など)もあれば、「資源消費(resource consumption)」によるコーディング規定を採用している国々(カナダなど)もある。
- さらに、最近これらの一般的な方法の一つから他の方法へ移行した国々(フランスなど)もある(この移行は、コード化された健康データの経時的な相互比較性(comparability)の観点から考えると改善の策である)。

定義:

本 note では、主要病態に関する国際的に統一されたコーディング規定について、これまでに行われた議論と提案を説明する。

決定とオプション

WHO-FIC における議論の概要

- この課題は多くの WHO-FIC によって認識され、改善を要するものとして注視されてきた。
- 特に、Dr. Gunnar Henriksson が率いる疾病分類グループ(Morbidity Reference Group)はこの課題を研究し、論理モデルの開発に取り組んできた。このモデルには基本的に資源消費コーディング規定が表現されており、その病態が期せずして最大の資源消費をもたらしたものである場合に、主要病態として入院理由を選択することを利用者に指示する。(MbRG が提案した主要病態に関する論理モデルの詳細は要請に応じて提供され、WHO-FIC イン트라ネットで購入できる MbRG のアーカイブ文書に含まれている。)

- MbRG の論理モデルは、2008 年から 2010 年にかけての一連の MbRG 会議で集中的に議論および改良されてきた。
- これらの議論は、仮定的な臨床シナリオを用いた論理モデルのある程度のパイロットテストと並行して行われた。このパイロットテストの結果によって、モデルが入院理由の観点と資源使用の視点の双方から、患者の入院中に顕著であった診断を明らかに両立させることが分かった。しかし、診断の選択における観察者内信頼性(intra-observer reliability)が不十分であることも認められた。
- 品質・安全性 TAG(The Quality and Safety TAG)(Q&S TAG)は、一連の TAG 会議で主要病態のコーディング規定の課題を全般的に議論し、いくつかの視点が提示された。Q&S TAG メンバーの国際性は、複数の国々(主要病態に関して異なったコーディング規定を使用)の視点が取り上げられることを保証する。
- MbRG の論理モデルが検討され、以下の所見が得られた。
 - モデルは確かに、資源消費コーディング規定の最適な導入のために必要とされる意思決定を的確に提示している。
 - しかし、主要病態に関して入院理由コーディング規定を使用している多くの国々は現在の方法の放棄を望まない、との認識が存在する。(資源消費による定義を使用している国々についても同じことが言える。)
 - MbRG の論理モデルには、観察者間信頼性(inter-observer reliability)をめぐり懸念が存在する(つまり、二人の異なったコーダーは時折、またはそれ以上に頻繁に、主要病態に異なったコードを割り当てることになる)。
 - 安全性と品質を最大限に追究する(Q&S TAG の任務)との観点から、真の入院理由の認識が希望される場合が多いと認識されたが、これは資源消費診断が入院理由に優先する場合には、常に可能であるとは限らない。
 - 診断種別指標(別名「入院時に存在」フラグまたは「診断タイミング」フラグ)も、入院以降に生じ、資源消費に基づき主要病態となった主要病態の診断を区別する手段となり得ることも認識された。(これらの指標/フラグは別の briefing note で検討されている。)
- Q&S TAG は以上の点に基づき、MbRG の論理モデル(その中核は主要病態に関する資源消費コーディング規定である)の世界的な導入は難しい(実際には恐らく不可能)と予測している。
- そのため、主要病態のコーディングを一つのシステムに変更するものとして、以下のような代替的方法が求められる。
 - 多くの国際的視点を満たし、方法を統一する
 - Morbidity および品質/安全性使用事例(use case)に関する機能性を高める
 - 入院理由と資源使用の双方の要素を組み込む

勧告

- Q&S TAG は、世界中の国々の多くは主要病態の「入院理由」による定義を希望することになると、全会一致で合意した。