

- Q&S TAG はまた、入院以降に生じる資源状態を入院理由から区別する多段階の決定アルゴリズムの複雑さが、このようなシステムの導入を困難にすることも認識した。コーディングの観察者間変動(Inter-observer variability)は重大な障壁になると考えられる。
- 主要病態として「入院理由」をコーディングすることへの幅広い希望を、多くの資源を消費する重大な病態の特定(つまり、主要病態の「資源による定義」の精神)と両立させることは可能である。
- これは、入院以降に生じる顕著な合併症の診断を第2または第3のコーディングポジションにコード化する柔軟性を備えた診断種別コーディング構造(mechanism)を、問題の診断が入院以降に生じたことを示す診断種別コーディングフラグとともに使用することで達成できる。(診断タイミング指標に関する関連の yellow briefing note を参照されたい。)
- このようなシステムでは、心筋梗塞(myocardial infarction)によって5日間入院し、顕著な合併症(complication)を伴わない入院患者の場合、最初の診断フィールドポジションに心筋梗塞がコード化される(心筋梗塞が入院理由であるという事実を反映して)。入院以降に生じたとのフラグを伴う関連の診断の不在は、他の合併症が生じなかったこと、そのためMIが最も資源を消費した病態でもあると考えられることを示す。
- 一方、心筋梗塞によって入院し、その後脳卒中(stroke)を発症して1カ月入院することになった別の患者の場合、最初の診断フィールドに心筋梗塞をコード化した上で(入院理由として)、脳卒中をその診断が入院以降に生じたことを示す診断種別フラグとともに、2番目のコードフィールドにコード化できる。その結果、このようなコーディングから資源消費をめぐる暗黙の前提を導くことができる。
- このようなシステムは、入院理由コーディング規定を希望する国々の意向と、治療の合併症と資源消費に関する推論を可能にしたい(ケースミックスシステム(case-mix systems)に関連して)と希望する国々の意向を同時に満たすものと予測される。
- 主要病態に関するこの新たなコーディング規定は、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、RSG および WHO-FIC による検討に向けて、Q&S TAG によって提出される。
- 最優先される目標は、国々の間に国際的に比較可能なコーディングを構築することである。

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 の判断：承認の見込み

WHO ICD Revision Information Note

No: 12
DATE: 11 May 2012
VERSION: Draft Version 1.1
TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGg;
CC:
SUBJECT: Review Process
KEYWORDS: Beta Phase, Review Mechanism, Beta Draft, Linearization Structure Review

課題:

改訂した ICD については、β フェーズのレビュープロセス (review process) を経て品質保証を行うことが必要である。このレビュープロセスでは、指名されたレビュー担当者(主に同研究分野の専門家 [scientific peers]) による公開の、構造化されたプロセスにおける改訂された ICD のコンテンツ (content) と構成を検証し、科学的正確さ (scientific accuracy)、通用性 (currency)、妥当性 (relevance)、有用性 (utility) に関するインプットを得る。このプロセスはきわめて重要である。なぜなら現在、β 案の作業完了度は分野によって大きく異なっており、以下に示すような問題を探り上げる必要があるからである。

- 科学的正確さ
- 各ユニットの完成度
- 内的整合性 (internal consistency)
- 各ユニットの妥当性

定義:

本 note では、β フェーズで行われる改訂された ICD のレビュープロセス、すなわち初期レビュー (initial review) および継続レビュー (continuous review) について記述する。

決定とオプション

レビューには複数の種類があり、それらはレビュープロセスの過程で実施される。レビューは種類によって違いがあり、種類ごとに固有の目標があるが、いずれのレビューも、適切にレビ

ューされた専門分野のクラウドソーシングによる分類、すなわち正確であり、入手可能な最新の情報を含んでおり、最良の分類成果をエンドユーザーが利用できるという、より大きな全体目標に貢献するという点では類似している。レビューには以下のような種類がある。

- 現在の β 案の初期レビュー:
 - Linearization 構成 (Mortality および Morbidity、またはプライマリケア [Primary Care] など)
 - コンテンツ
- 以下に対する変更案の継続レビュー:
 - Linearization 構成
 - コンテンツ

レビューのユニット

1. レビューのユニットには、以下に示すようなあらゆるレベルの個別疾患 (entity) または疾患群が含まれる。

- 構成レビューユニット (Structure Review Unit):
 - Linearization 全体
 - 章 (Chapter)
 - 節 (Subchapter)
 - クラスタ (Cluster)
 - 使用事例 (Use Case)
 - その他選択された構成グループ

- コンテンツレビューユニット (Content Review Unit):
 - 章
 - 節
 - クラスタ
 - 個別疾患
 - その他選択された疾患グループ

- 各ユニットは、具体的なトピック領域または構成にアサインされている。したがって、当該の専門知識を備えたレビュー担当者が各ユニットにアサインされるように、レビュー担当者のデータベースも同様の路線に沿って分割される。
- 構成ユニットの例には、mortality および morbidity の linearizations、プライマリケア (primary care) の linearizations (資源が豊富な環境および資源が乏しい環境)、口頭剖検 (verbal autopsy) の linearizations などの項目が含まれる。

初期レビュー

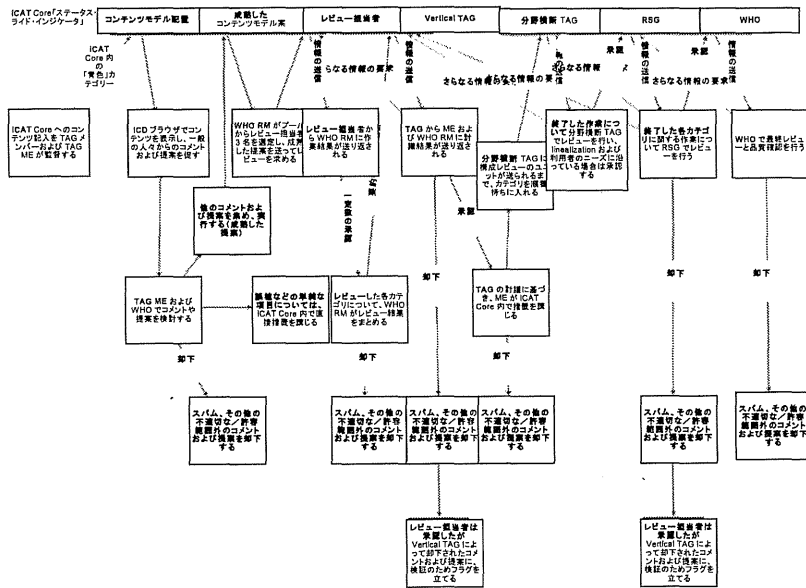
- αフェーズでは、分野別専門部会 (Topic Advisory Groups [TAG])、マネージングエディター (Managing Editors)、その他の委任された内部参加者 (Internal Participants) が新たなカテゴリ (categories) を設定し、もはや不要と判断されたカテゴリの廃止を提案し、古いカテゴリおよび分類体系そのものに変更を加えた。同時に、各疾患 (entities) のコンテンツモデル (content model) に、定義、徴候および症状、身体系および構造などに関する詳細や情報を付与してきた。
- 初期レビューでは、ピアレビューされた雑誌の品質評価と同様に、上記のグループによって付与されたすべてのコンテンツが、指定された一連のレビュー担当者によってレビューされる。linearization(s) および使用事例のヒエラルキー構造についても、同じプロセスが、分野横断 TAG やその他の指定されたレビュー担当者および利害関係者によって実施される。こうしたレビューは、WHO によって構造化、標準化、体系化され、科学雑誌の editorial board と同様に、既存 TAG がレビューを実施する。
- レビューの準備が整ったユニットは、WHO 全チーム、TAG、RSG および RSG-SEG と協力し、レビューマネジャー (Review Manager) によって明示され、リスト化される。
- レビューマネジャー (Review Manager) は、どのユニットがレビュー待ちの状態にあるかを監視し、ユニットをひとつずつ選択し、各ユニットのレビューを担当するレビュー担当者をリストから選定する。ユニットが一組のレビュー担当者にアサインされると、各担当者に割り当ての通知が**構造質問紙 (Structure Questionnaire)**または**コンテンツ質問紙 (Content Questionnaire)**とともに送られ、レビュー対象となるユニットに直接アクセスすることが認められる。レビュー担当者はユニットの評価を行い、所定の質問紙に回答し、終了した作業をレビューマネジャー (Review Manager) に提出する。
- 任意のユニットに関する質問紙がすべて提出されたなら、レビューマネジャー (Review Manager) とチームは提出された内容の要約を作成し、追加措置を実施する。提案された変更が単純で異論がなく、あるいはコンテンツベースであるなら (単語のスペルミス、文や構成の文法的誤りなど)、直接変更が加えられることもある。酌量すべき状況の場合は必要に応じ、レビュー担当者にレビュー内容の明確化を求めることがある。あるいは

は、異論がある場合やより広範囲なインプットが特に必要な場合は、新たなレビュー担当者に同一ユニットのレビューを依頼することもある。

- レビュー結果はまとめられ、その情報に基づいてさらなる措置がとられ、iCAT Core 内で最終的な提案推奨が行われる。これにより、当該ユニットのコンテンツに関する初期レビューが終了する。ただし、βフェーズが開始されても、コンテンツに関するインプットは終わったわけではなく、さらに何か月、何年という単位で継続レビューが必要である。

継続レビュー

- 初期のコンテンツに加え、改訂された ICD のコンテンツおよび構成の変更に関する一般からの提案の受付も開始する。こうした提案には、以下のようなものが考えられる。
 - 診断基準の明確化
 - 定義の変更
 - 徴候/症状 (Signs/Symptoms)、類義語 (Synonyms)、身体系 (Body Systems)、その他の用語の追加
 - 誤植の修正
 - 新たな疾患の追加
 - 既存の疾患の削除
 - 既存の疾患または疾患群の分割または併合
 - 構成内での疾患または疾患群の移動
 - その他、コンテンツまたは構成に関する変更案
- 継続レビューでは上記の提案についても、初期レビューにおけるコンテンツのレビューと同じ構造化されたレビュープロセスによってレビューを行う。ただし、効率化を図るために、予想される提案の量によっては、類似した提案 (同じ疾患、疾患群、トピックに関する提案など) を (それが可能であり、妥当である場合は) ひとまとめにして扱うこともある。一般から寄せられたこうした成熟した提案の「束」は、レビューのユニットとして継続レビュープロセスの対象となる。
- ICD 改訂の βフェーズでは継続的なレビュープロセスが開始されるが、過去の発表は一般的な ICD 更新・改訂システム (Update and Revision Mechanism) とひとつにし、レビュープロセスを継続する。
- ICD-11 改訂のレビュープロセスは、以下に示すようなフローチャートとしてさらに詳しく示すことができる。



Approval status:

DEADLINE: **11 May 2012**

RSG SEG DECISION: **to be Approved**

WHO DECISION: **to be Approved**

Note: major changes in this version include:

WHO ICD Revision Information Note

NO: 13

DATE: 11 September 2012

VERSION: Draft Version 1.3

TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs

CC:

SUBJECT: ICD-ICF Joint Use - Mirror Coding Approach and Operationalization

Keywords: ICF, Functioning, Disability, Mirror Coding, Blindness, Deafness, Intellectual Disability; Paraplegia;

課題:

1. 歴史的に、ICD-10 は、以下のような特定の能力障害の概念 (disability concept) を一般的な疾患または障害 (disease or disorder entities) として使用してきた。
 - 失明 (Blindness) (H54)
 - 難聴 (Deafness) (H90)
 - 精神遅滞 (Mental Retardation) (F70-F79)
 - 学習能力障害 (Learning Disability) (F84)
 - 対麻痺 (Paraplegia) (G82)
 - ...およびその他

また、その他の目的により、以下のような特定の能力障害の概念も使用してきた。

- 能力障害、傷害の続発 (disability, sequel of injury) (Y89.9)
- 能力障害による活動の制限 (Limitation of activities due to disability) (Z73.6)
- ...およびその他

2. ICF が ICD-10 の発行以降に作られたことを考えれば、二つの分類の併用 (joint use) を促進するには、現時点で ICF と ICD-11 を調整する必要がある。ICD と ICF の調整は、分類、疾患および機能 (functioning) / 能力障害の併用が最も必要とされる以下のような場合に、いくつかの重要な使用事例 (use case) を支援する。
 - 一般診療 (medical practice) の評価 (evaluation) (学校、職場、その他の病気休暇)
 - 社会給付 (social benefits) の評価 (evaluation) (能力障害、年金、その他)

- 支払または償還 (payment or reimbursement) 目的
- ニーズ評価 (needs assessment) (リハビリテーション、生業扶助、長期治療、その他に関して)
- 介入のアウトカム評価 (outcome evaluation)
- ...およびその他

3. そのため、主要な機能および能力障害の概念に関して、ICD-11 を ICF と調整すべきである。失明や難聴など、上記の概念の多くは、医学報告や統計に広く使用されていることから、レガシー目的で ICD 内に維持されることになる。しかし、これらのカテゴリ (category) のコンテンツ (content) は、以下に関して明確に線引きされなければならない。
 - 疾患特性 (disease properties) (すなわち、ICF 用語における健康状態)、および
 - 疾患の機能特性 (functioning properties) (すなわち、ICD のコンテンツモデル [Content Model] における)。

この調整の文脈では、さらに二つの問題を考慮すべきである。すなわち、(1) ICD の疾患特性には原因因子 (causal factors) が含まれる場合があること (ICF は病因 [etiology] に関して中立であるため、ICF には含まれない)、(2) ICD のコンテンツモデルの徴候および症状 (signs and symptoms) は ICF の心身機能 (body functions) と頻繁に重複する場合があることである。

機能特性には当然ながら心身機能が含まれるが、活動および参加 (activities and participation) を含めることも重要であり、これらは現在改訂 ICD のコンテンツモデルに表示されている。ICD-10 では、活動および参加への言及は疾患定義 (disease definition)、診断基準 (diagnostic criteria)、および Z chapter 全体に散在していた。

ICF の環境因子 (Environmental Factors) は、背景因子 (contextual factors) に関する前 ICD-10 の Z chapter と重複している場合がある。

fTAG 内、並びにその他の Vertical TAG および分野横断 TAG (Cross-Cutting TAG) による議論の概要

- ミラーコーディング (mirror coding) の問題は、Vertical TAG からの ICD-11 カテゴリのサブセット (subset) 案 (例えば、眼科 TAG [Ophthalmology TAG] による失明、精神保健 TAG [Mental Health TAG] による精神遅滞など) のレビューの過程で検討されてきた。
- fTAG が ICD と ICF の重複およびミラーコーディングに関する白書 (White Paper) 案を作成し、これはレビューとコメントに向けて当部会内で回覧された。fTAG はまた、2011 年 9 月のハイアツツビル会議でミラーコーディングに関するプレ

ゼンテーションも行った。この会議では、重複／ミラーコーディングの二つの例が示された。これらの編集された ICD/ICF ミラーコード案の最新版を添付する。

定義：

1. 本 Information Note の目的は、ICD と ICF の調整の主な方向を以下のように設定することである。
 - a. ICD-11 と ICF における用語集(terminology)の使用を整合させ、一義的なものにする。
 - b. 特定の健康状態に関する最適な情報を提供するために、ICD と ICF を併用できるようにする。
 - c. 「ミラーコーディング」の原則作業(principle work)が説明されるようにする。つまり、ICF における ICD-11 の診断疾患(diagnostic entities)、そのタイトルの重複、およびそれらの概念的同等物を明確に特定する。

用語集の整合性(consistency)：現行 ICF の機能・能力障害関連用語の使用に関する ICD の古い用語集はレビューを受けるべきであり、整合していない用語は非推奨(deprecated)とすべきである。比較的最近の整合した ICF 定義が優先されることになる。

併用に関しては、活動および参加に関する関連の ICF 概念は ICD のコンテンツモデルに表示されている。β フェーズの後半では、以下の間に対応が構築されることになる。

- 心身機能と徴候および症状、並びに
- 環境因子と前 Z chapter

ICD 内に ICF を再構築する意図はないことに留意すべきである。詳細な使用に関しては、ICF は依然として単独で使用できる。目的は、医学的評価の中で自然に収集される関連情報を捕捉し、ICD と ICF の双方において一貫した方法でコード化できるようにすることである。

ミラーコーディングに関しては、ICD と ICF の概念の重複は許容される。例えば、失明は ICD においては個別のコード(ICD10 H54 の置換)であり続けるが、このコードは ICF においては視力障害、重篤または極度(visual impairment, severe or extreme)と同等のコード(別名「ミラーコード」)としても言及されることになる。

決定とオプション

1. ICD 概念の ICF との「ミラーコーディング」の原則は、「概念的同等性」の原則に基づき許容される。さらに、
 - a. 関連用語はそれに従って決定される。
 - b. 参照 ICF コードは fTAG によって設定される。
 - c. この構造(construct)は β フェーズにおいて、その適用性と実用性を調査するフィールドテストの中で検証されるべきである。
 - d. 成果(outputs)は ICD と ICF 間の調整と複製(replication)をもたらす。
2. ICD-10 の能力障害関連用語集はレビューを受け、整合していない用語は非推奨とされる(調整または廃止され[retired]、発表される)。
3. ICD-11 の徴候および症状と ICF の心身機能の重複は β フェーズで特定される。
4. ICD-11 の背景因子(Z Chapter の置換)と ICF の環境因子の重複は β フェーズで特定される。
5. 機能障害(Impairment)の概念は ICD-11 で存続することになる。
6. 調整に伴う編集の影響は、Assigned TAG とともに検討されることになる。
7. これらの取り組みの範囲は当初、機能障害に関する ICD 概念が ICF 概念と重複している部分に限定されることになる。

承認状況：

本 Information Note は、fTAG および関連の Vertical TAG において検討されてきた。

期日：

2012 年 5 月 31 日まで

改訂運営会議(RSG)-執行小委員会(SEG)の判断：

2012 年 5 月 31 日まで

WHO の判断：

2012 年 5 月 31 日まで

添付：

ICD-10 から ICD-11 に置換される ICD/ICF のミラーコーディング案

ICD-10 精神遅滞(Mental Retardation)		ICF 知的機能(Intellectual Functions)		ミラーコード案 ICD-11 知的発達障害(Intellectual Development Disorder)	
F70-79	精神遅滞(Mental Retardation)	b117	知的機能(Intellectual functions)	F70	知的発達障害(Intellectual Developmental Disorder)
		b117.0	知的機能、機能障害なし(Intellectual functions, NO impairment)		
F70	軽度精神遅滞(Mild mental retardation)	b117.1	知的機能、軽度の機能障害(Intellectual functions, MILD impairment)	F70.0	軽度知的発達障害(Mild intellectual development disorder)
F71	中等度精神遅滞(Moderate mental retardation)	b117.2	知的機能、中等度の機能障害(Intellectual functions, MODERATE impairment)	F70.1	中等度知的発達障害(Moderate intellectual development disorder)
F72	重度精神遅滞(Severe mental retardation)	b117.3	知的機能、重度の機能障害(Intellectual functions, SEVERE impairment)	F70.2	重度知的発達障害(Severe intellectual development disorder)
F73	最重度精神遅滞(Profound mental retardation)	b117.4	知的機能、最重度の機能障害(Intellectual functions, PROFOUND impairment)	F70.3	最重度知的発達障害(Profound intellectual development disorder)
F78	その他の精神遅滞(Other mental retardation)	b117.8	知的機能、詳細不明(Intellectual functions, not specified)	F70.8	知的発達障害、その他(Intellectual development disorder, other)
F79	詳細不明の精神遅滞(Unspecified mental retardation)	b117.9	知的機能、非該当(Intellectual functions, not applicable)	F70.9	知的発達障害、詳細不明(Intellectual development disorder, unspecified)
ICD-10		ICF		ミラーコード案 ICD-11 (眼科 TAG より編集)	
H53	視覚障害(Visual Disturbance)	b210	視覚機能(Seeing functions)	H53	視覚障害(Visual Disturbance Disorders)

H53.0	廃用性弱視(Amblyopia ex anopsia)	b2100	視力(Visual acuity functions)	H53.0	---
H53.1	自覚的視覚障害(Subjective visual disturbance)	b21000	遠景に対する両眼視力(Binocular acuity of distant vision)	H53.1	---
H53.2	複視(Diplopia)	b21001	遠景に対する単眼視力(Monocular acuity of distant vision)	H53.2	---
H53.3	両眼視のその他の障害(Other disorders of binocular vision)	b21002	近景に対する両眼視力(Binocular acuity of near vision)	H53.3	---
H53.4	視野欠損(Visual field defects)	b21003	近景に対する単眼視力(Monocular acuity of near vision)	H53.4	視野障害(Visual field disorder)
H53.5	色覚異常(Colour vision deficiencies)	b21008	その他の特定の、視力に関する機能(Visual acuity functions, other)	H53.5	色覚障害(Color vision disorder)
H53.6	夜盲(Night blindness)	b21009	詳細不明の、視力に関する機能(Visual acuity functions, unspec.)	H53.6	その他(etc.)
H53.8	その他の視覚障害(Other visual deficiencies)			H53.8	---
H53.9	視覚障害、詳細不明(Visual disturbances, unspecified)	b2101	視野(Visual field functions)	H53.9	---
H54	失明および低視力(Blindness and Low Vision)	b2102	視覚の質(Quality of Vision)	H54	視力低下障害(Visual Loss Disorders)
H54.0	失明、両眼(Blindness, both eyes)	b21020	光感受性(Light sensitivity)	H54.1	視力障害(Visual acuity disorder)
H54.1	失明、片眼、他眼の低視力(Blindness, one eye, low vision other)	b21021	色覚(Colour sensitivity)		---
H54.2	両眼の低視力(Low vision, both eyes)	b21022	コントラスト感度(Contrast sensitivity)		---
H54.3	詳細不明の視力障害、両眼(Unqualified visual loss, both eyes)	b21023	画像的視覚の質(Visual picture sensitivity)		---
H54.4	失明、片眼(Blindness, one eye)	b21028	その他の特定の、視覚の質(Quality of vision, other)		etc.
H54.5	低視力、片眼(Low	b21029	詳細不明の、視覚の	H54.8	

	vision, one eye)		質 (Quality of vision, unspec.)		
H54.7	詳細不明の視力障害、片眼(Unqualified visual loss, one eye)	b2108	その他の特定の、視覚機能(Seeing functions, other)	H54.9	
H54.6	詳細不明の視力障害 (Unspecified visual loss)	b2109	詳細不明の、視覚機能(Seeing functions, unspecified)		

WHO ICD Revision Information Note

No: 14
 DATE: 20 December 2012
 VERSION: Version 2.3
 TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
 CC:
 SUBJECT: X Chapter – Extension Codes

KEYWORDS: Post-coordination, pre-coordination, Extension Codes, Modifiers, Qualifiers, Prefix, Postfix, Flags, Multidimensional Coding, Multi-axial Coding

課題:

Information Note 8「Multidimensional coding」に対応して、post-coordination の次元 (dimension) および構造 (mechanism) を定義し、post-coordination のパラメーターを各パラメーターに適用する値と共に特定する必要がある。

Information Note の目的:

Information Note 8 は各種の post-coordination dimension について説明している。post-coordination dimension は**拡張コード (extension code)**と呼ばれ、ICD-11 の X Chapter に掲載されている。3 種類の拡張コードがあり、以下にその概要が示されている。ICD の中でこの拡張コードは特殊な存在で、コーディングにおいて単独で使用することはできない。拡張コードは、他の分類で使われているステムコード (stem code) と呼ばれる別のコードと組み合わせて使用する。

決定とオプション

7. X chapter の中に 3 種類の基本的な拡張コードが定義されている。最新版の Information Note 8 に記載されているのは以下の 3 種類である。

- a. **第 1 種 (Type I)** – 第 1 種拡張コード (Type I Extension Codes) は、たとえば側性 (laterality) や重症度 (severity) などの既存のコードについて詳細な追加説明を加えるものである。一般的に、第 1 種拡張コードは特定の ICD ステムコードに詳細な医学的説明を追加記入するために使用される。

これまでの議論および Information Note において、第 1 種拡張コードはポストフィックス (postfix) コード、修飾子 (qualifiers) コード、あるいは追加クラスター (additional cluster) コードと呼ばれていたが、今ではこれらの用語は使用されていない。

- b. **第 2 種 (Type II)** – 第 2 種拡張コード (Type II Extension Codes) は、特定のステムコードが主要病態である、あるいは入院時に存在していたなど、事務 (administrative) データやその他の使用状況データを追加する。
- c. **第 3 種 (Type III)** – 第 3 種拡張コード (Type III Extension Codes) は、たとえば、患者の家族歴の書類などで、いつ関連ステムコードがレファレンスとして使用されたかを示す目的で使用される。

第 3 種拡張コードの使用は必須ではないかもしれないが、使用された場合には、記録から失われることがあってはならない。指示されたときに第 3 種拡張コードを使用することを怠ると、「心筋梗塞」の診断と「心筋梗塞の家族歴」があるという注記の区別ができない状況になるおそれがある。この問題への対応策が現在検討されている。

従来、第 3 種拡張コードはプレフィックス (prefix) コード、修飾子 (modifiers) コード、あるいはフラグ (flags) コードと呼ばれていたが、今ではこれらの用語は使用されていない。

- d. 現在提案されている ICD-11β の拡張コードパラメーター (Extension Code parameters) は以下の通りである (annex 1 the overall table および annex 2 – value lists for X Chapter も参照のこと)。

第 1 種 拡張コード*
(Type I Extension Codes*)

- 重症度 (Severity)
- 時間性 (疾患の経過) [Temporality (course of the condition)]
- 時間性 (人生の時点) [Temporality (Time in Life)]
- 病因 (Etiology)
- 解剖学的詳細 (Anatomic detail)
 - トポロジー [Topology]
 - 具体的な解剖学的位置 (Specific Anatomic Location)
- 組織病理 (Histopathology)
- 生物学的指標 (Biological Indicators)
- 意識 (Consciousness)
- 外的要因の詳細 (External Causes detail)
- 傷害の詳細 (Injury Specific detail)

*値 (values) の詳細リストおよび用語の定義は annex 2 に掲載されている。

第 2 種 拡張コード*
(Type II Extension Codes*)

- 主要病態 (Main Condition)
- 受診/入院理由 (Reason for encounter/admission)
- 主要リソースの状況 (Main Resource Condition)
- 入院時に存在 (Present on Admission)
- 仮診断 (Provisional diagnosis)
- 診断を確認 (Diagnosis confirmed by)
- 除外 (Rule out) / 差異 (Differential)

第 3 種 拡張コード*
(Type III Extension Codes*)

- 既往歴 (History of)
- 家族歴 (Family History of)
- スクリーニング (Screening) / 評価 (Evaluation)

8. 第 1 種拡張コードはステムコードの意味を大きく変えることなく、定義された内容の理解を広げる。カテゴリ (category) とは、第 1 種拡張コードのあるなしに関わらず、同じ診断 (same diagnosis) のことをいうが、拡張コードが付されていると、たとえば、心筋梗塞が急性か陳旧性か、部位はどこかなどの重要な追加的情報が提供され、理解が深まる。

9. 第 2 種拡張コードは、主に診療等の記録や事務の詳細 (administrative detail) の説明で使用されるが、同一 ICD コードが異なった使われ方をすることがある。つまり、同一の ICD コードが *主要病態 (main condition)* (国によって定義が異なる) を示すものとして使用される場合と、その病態が *入院時に存在 (present on admission)* したかどうかを記すために使用される場合がある。コードの意味は同一の疾患を示しているが、拡張コードの使用によって理解が変化する。以下にその例を示す。

a. 心筋梗塞 (Myocardial Infarction)

b. 心筋梗塞 - 心電図により診断を確認 (Myocardial Infarction - *Diagnosis confirmed by: EKG*)

a と b の両方において、心筋梗塞 (Myocardial Infarction) は同一の ICD コードが使用されており、患者の診断状況も同じであるが、第 2 種拡張コードが使われることで、心筋梗塞であることが確認されていること、またそれがどのように確認されたかという追加情報が得られる。

10. しかしながら、第 3 種拡張コードが使用される場合は、情報の内容が変化する。以下にその例を示す。

a. 心筋梗塞 (Myocardial Infarction)

b. 家族歴 - 心筋梗塞 (*Family History of - Myocardial Infarction*)

a と b の両方において、心筋梗塞 (Myocardial Infarction) の ICD ステムコードは同一であるが、a は患者が心筋梗塞の診断を受けていることを示すのに対して、b は患者が心筋梗塞の診断を受けていることは示しておらず、患者の家族の誰かがある時点で心筋梗塞だと診断されていたことを示す。

11. Information Note 8 において、X chapter コードの適用を 2 つのスタイルのいずれかによって行うことが提案されている。どちらの場合でも意味は同等である。

a. クラスターコーディング (**Cluster Coding**) スタイル: 適宜の X chapter entry を 1 つの行に入力し、その後に特定の数字を付す。その数字は、数字が付されているものの全てが特定のクラスターに関連していることを示す。

例:

- コード A 1
- コード B 1
- コード C 1
- ..

1 という数字は、コード A、コード B、コード C の全てが同一クラスターの一部であることを示す。

b. チェーンコーディング (**Chain Coding**) スタイル: X chapter entry を追加コードとしてコードの末尾に追加し、間にスラッシュ記号 (/) を入れて区別する。

コード A / コード B / コード C 1

12. 第3種拡張コードを関連するステムコードのプレフィックスコード(prefixes)として付すという提案がなされている。この提案には、コードの末尾部分(tail-end)が失われる可能性があるという状況に対応する目的がある。また、これには損害を軽減するという意図もある。たとえば、「家族歴- 癌 (Family History of Cancer)」というコードの末尾部分が失われるような場合、「癌- 家族歴 (Cancer, Family History of)」というスタイル構造で同じことが起きた場合よりも損害が少なくなる。
13. 拡張コードには、ステムコードと共に使用することのできる、認定(permitted)(許可[allowed])値(values)の組み合わせを規定する**認定規定 (sanctioning rules)**が必要になる。
- 認定規定は特定の組み合わせを許可し、誤ったコーディングの組み合わせを防ぐことを目的としている。罹患リニアライゼーション(morbidity linearization)の中には約30,000の pre-coordinate されたステムコード、約10,000の XChapter 拡張コードがあるため、組み合わせ表現空間(combinatorial expression space)は巨大である。しかしながら、認定表(sanctioning tables)に許可できる組み合わせ、許可できない組み合わせが特定・表示される予定である。たとえば、解剖学的詳細(anatomical detail)は疾患の関連変異形体のみに適用し、重症度コード(severity code)は必要に応じて入力する。

簡単に言えば、認定規定において、現実に存在しない組み合わせを認めないようにすべきであるということである。
 - 重症度(severity)や時間性(temporality)のような特有な次元(dimension)の場合、用語(「急性(acute)」、「重症(severe)」など)の意味する内容は文脈によって異なってくる。このようなケースでは、情報が多いモデルについて、関連する疾患(entity)の各次元(dimension)の拡張コードの意味を定義する必要がある。たとえば、「軽度(mild)」は高血圧について使用される場合と、視力障害や捻挫について使用される場合では意味が全く異なる。
 - 認定規定を作成するためには、いろいろな post-coordination の次元軸(dimension axes)の中で、どの値(values)が個別の疾患(entity)に適用されるかを特定する必要がある。また、その情報は当該疾患の iCAT Foundation Component に記録されるべきである。

承認状況：

期日：2012年1月16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: 15

DATE: 23 January 2013

VERSION: Draft Version 1.2

TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs

CC:

SUBJECT: Field Trials

Keywords: Field Trials, Inter-rater reliability, Bridge coding

課題:

本 Information Note では、ICD-11β 版のフィールドテストの主な方向性を示す。

1. フィールドテストは、「各種目的における ICD-11 の適合性」を検証するための、β フェーズの重要な業務のひとつである。さまざまな医療環境における新しい ICD-11 コーディングシステムの機能性および有用性を確認するために、ICD-11 草案を検証し、意図した用途におけるその適用性 (applicability)、有用性 (utility)、信頼性 (reliability) を評価し、継続的な品質改善のためのインプットを得る必要がある。フィールドテストの基本的な目的は以下の通りである。
 - 改善の道筋を明らかにし、整合性を高め、エラーを少なくすること。
 - ICD-10 と ICD-11 の相互比較性 (comparability) を確認すること。
2. ICD-11β 版のフィールドテストの主な方向性は、以下の点を確認することである。
 - **適用性 (Applicability) (実行可能性 [Feasibility])**— 実際の利用者 (コーダー (coder)、医師など) が用いた場合に、分類が簡単に行えるか。
 - **有用性 (Utility) (利点 [Benefits])**— データの収集や利用を強化するうえで、分類にはどのような価値があるか。認識の改善をもたらすのか。文書化を強化するのか。再利用を可能にするのか。より正確な診断の指針となるのか。より良い資源配分が可能になるのか。
 - **信頼性 (Reliability) (整合性 [consistency])**— 利用者が異なっても同じ方法で分類が行われるか。2 名の利用者によって同じ症例に同じコードが付与されるか。不一致の原因は何か。相互比較性および整合性を高めるための要因は何か。
3. フィールドテストでは、以下の点に重点を置く。
 - **ICD-11 の主要な用途:**

- i. **Mortality**: 死因のコーディング、口頭剖検
 - ii. **Morbidity**: 各種 morbidity のコーディング— 退院、DRG の影響の予想など。
 - iii. **その他の用途**: 疾病負担、危険因子、その他の要因に関する公衆衛生面のグループ化 (Public Health Grouping) など。
- **さまざまな環境における ICD-11 の適用性**、言い換えれば、以下に示すようなさまざまな医療提供レベルにおける適用性:
- i. **プライマリケア (Primary Care)**
 1. ICD-11 PC linearization
 - a. 豊富な資源のある環境
 - b. 資源の乏しい環境
 - ii. **臨床環境 (Clinical Setting)**
 1. 一般的なヘルスケア (General Health Care)
 2. 専門医療 (Specialty setting)
特に歯科、精神科、眼科
 - iii. **研究環境 (Research setting)**
 1. 疫学における利用
 2. 臨床研究における利用
 3. その他の研究: ゲノミクス、ベンチ試験など

フィールドテストでは、対象範囲の基本的な目標を達成するために、関連する主要な用途および主要な環境を探り上げる。すなわち、morbidity はプライマリケアと臨床レベルで検証されると考えられる。

定義:

2. 主要プロトコル:
 - **Inter-rater reliability**
ひとつの症例または記録を複数のコーダー (coder) がコード化し、複数のコーダーが行った対応する ICD-11 の記録結果を比較する。これは inter-rater reliability と呼ばれる。コーディングツールの基本的特徴は、異なる利用者が使用した場合の信頼性である。

この一連のフィールドテストでは、類似したコーディング条件で ICD を用いた場合に、異なる利用者間の不一致がないという相互比較性に焦点を当てる。また、フィールドテストのプロトコルでは不一致の原因を明らかにし、定義、コーディング方法の説明、ツール、基準を改善する。

- **Bridge coding**— ICD-10 と ICD-11 の比較
フィールドテストの参加者が医療記録を検討し、対応する ICD-10 のコードと ICD-11 のコードを決定する。これにより、統計的目的で用いた場合に、経時的に一貫して ICD-10 と ICD-11 のデータを比較することが可能であるということを確認する。別の種類のフィールドテストでは、ICD-10、9、8 など、過去の ICD を比較することもある。このプロトコルの変法として、既存の ICD-10 によって

すでにコーディングされた医療記録を、ICD-11 を使って再コーディングすることも考えられる。

- その他の試験：フィールドテストでは、以下に関する基本的な疑問も採り上げる。
 - i. 診断カテゴリの関連性
 - ii. 分類、定義、基準の科学的正確さ
 - iii. 症例管理における ICD の有用性
 - iv. 網羅性：包括性、欠けている要素
 - v. 臨床的有用性
 - vi. mortality、morbidity、プライマリケア、その他主要な用途における ICD コーディングツールの適用性
 - vii. 利用者の受容度：障害

これらの基本的な疑問は、ICDβ のウェブサイト上の「Single Assessment Questions」で標準的な疑問という形でまとめられるか、または利用者グループのサンプルに対して組織的に提示される。

3. 評価は、医療記録または生の症例を使って行われる可能性がある。記録は、入手可能な検査結果および臨床記録がすべて揃った完全なものでなければならない。各プロトコルでは、こうした症例が実際にどのように利用されるかを明確に示す必要がある(死因のコーディング、退院、外来受診など)。
4. 診断の範囲は、可能性として考えられる一連の多様な診断を代表するものでなければならない。
5. サンプル数は、以下のインプットに基づき算出するものとする。
 - 診断対象となる疾患(diagnostic entity)の数
 - 参加するコーダー(coder)
 - 誤差範囲(margin of error)
6. 試験参加者はいずれも ICD コーディングの経験や専門知識を備えていることが必要であり、フィールドテスト参加書類にもそのことが記録される。すべての参加者は、標準化された簡単な ICD-11 オンライントレーニングを受けなければならない。
7. コーディング作業は、実際と同様の作業の流れに従って行う必要がある。たとえば、実際にそうしたことが行われているのであれば、フィールドテストのコーダーが医師に助言を求め、ICD-11 コードを決定することも可能である。

決定とオプション

8. プロトコルの最終決定
 - a. *Inter-rater reliability*
 - b. *Bridge coding*

- c. 基本的な疑問
9. 単独評価の候補となる疑問
 - a. 探索領域
 - b. 主要な疑問
 10. その他のフィールドテスト
 11. 考えられる回答者－利用者グループ
 12. データ収集－分析－発表
 13. フィールドテスト結果の ICD-11 への統合(2015 年)

承認状況：

期日：2013 年 1 月 31 日

改訂運営会議(RSG)－執行小委員会(SEG)の判断：承認

WHO の判断：

WHO ICD Revision Information Note

No: 16
 DATE: 23 January 2013
 VERSION: Version 1.1
 TO: RSG-SEG; RSG; TAGs; WGs;
 CC:
 SUBJECT: Stability Analysis

KEYWORDS: Stability Analysis, Morbidity Linearization, Clinical Modification, CM, GA, CA, AM

課題:

ICD-10 またはその国内臨床変更(national clinical modification)が組み込まれている既存の健康情報システム、DRG システム、データ収集システム、その他の環境が混乱する可能性について、ICD 改訂の主要な複数の利害関係者が懸念を表明している。

定義:

本 Information Note では、特に **Morbidity の Linearization** を焦点として、改訂 ICD および国内臨床変更の追加を伴う既存の ICD-10 の安定性分析(stability analysis)を遂行するための作業の方法について説明する。この作業は、ICD-11 発行時のシームレスな移行の準備を整え、促進するために行われる。

決定とオプション

1. ICD-10 は、iCAT 用に改訂 ICD の foundation layer を作成する際にリソースとして使用されたため、古い ICD-10 コードを改訂 ICD の foundation layer の適切な位置にマップすることが可能である。これは安定性分析の最初の手順であり、異なったバージョン間の連続性を保証することになる。

2. マッチングの過程では、個々の古い疾患(entity)ごとの結果として、以下のいくつかの候補が存在する。
 - a. 疾患の大半では、マップは単なる正確な一致(match)の認識であり、概念は新たなバージョン内に変更されずに維持される。
 - b. その他の場合には、マップは概念的な一致(conceptual match)となることがあり、これはタイトルが変更された可能性があること、または今では既存の類義語が優先語となっていること、ただし疾患の意味は変化していないことを示している。
 - c. 極めて少数の状況では、古い ICD-10 疾患が大幅に変更され、他の疾患とグループ化されているか、より細かい疾患に分けられていることがある。これらの状況では、安定性分析はマッピングの位置を提示することにより、変更を認識し、DRG またはデータ収集システムへの変更の影響を最小化しようと試みる。
 - d. 最後のいくつかの疾患では、関連の分野別専門部会(Topic Advisory Group [TAG])が古い ICD-10 疾患の廃止(retirement)を勧告していることがある。TAG は、この勧告の理由を示す必要がある。これらの要件について合意が得られた場合には、古い疾患は引き続き改訂 ICD の foundation layer 内に維持され、iCAT でも可視化されるが、「廃止(obsolete)」疾患としてフラグを立てられ、linearization には表示されない。
3. この安定性分析の結果は、別の専門家、主に **Morbidity TAG** および、望ましくはその他の特定された協力者によって検証されなければならない。検証には、マッチングおよびマッピングの承認または確認、あるいは訂正の提案を伴う修正案が含まれるべきである。
4. 主な安全性分析の取り組みは、**ICD-10** と将来の **ICD-11** のシームレスな連続性の確保を目的としている。しかし、いくつかの国々では、何らかの国際版からの逸脱を含む ICD-10 の国内臨床変更を生み出してきた。国内臨床変更の大半における疾患の大部分は、上記にまとめた安定性分析による対応を受けているが、バリエーションはこうした活動の対象に含まれていない。この欠陥は、影響を受ける少数の国々、中でも特にオーストラリア、カナダ、ドイツ、および米国にとって問題である。
5. ICD-10 の国内臨床変更を生み出してきた国々の懸念に対応するため、上記と同じ安定性分析方法が個々の国内変更に対して適用され、上記と同じ 4 つの結果に加えて以下の 5 つ目の結果が特定される。
 - a. 臨床変更においては、ICD-10 または ICD-11 の foundation 内に存在しない疾患が追加されている可能性がある。これらの疾患は「**No Match**」として特定され、さらなる検討に向けてフラグを立てられることになる。
 - b. さらなる検討の結果、臨床変更に由来するその疾患は、一つの疾患、索引用語として、または何らかのその他の形式で組み込まれることもあれば、別の既存の ICD 概念へのマッピングが提案されることもある。

6. ICD-10 を改訂 ICD の foundation layer と調整する作業は Morbidity TAG によって検証されるため、国際 ICD および国内臨床変更の安定性分析も検証されなければならない。変更を生み出す責任を負う各 WHO 協力センターまたは協力センター支部は、関連の安定性分析および Morbidity TAG の結果を検証(承認または修正の提案など)すべきである。この検証では、追加された「No Match」疾患に関する Morbidity TAG の議論および解決策にも踏み込むことになる。

承認状況：

期日：2013年2月1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

