

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 WHO-RSG 内科 TAG 部会長	菅野健太郎 (自治医科大学内科学講座主任教授)
	国際 WG 協力員	三浦総一郎 (防衛医科大学校長)
	国際 WG 協力員	秋山 純一 (国立国際医療研究センター)
	ICD 専門委員 国際 WG 協力員	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)
	国際 WG 協力員	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 (自治医科大学附属病院企画経営部医療情報部 副部長)
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 (東北大学大学院医学系研究科医学情報学分野教授)
	国内内科 TAG 検討会委員	今井 健 (東京大学医学部附属病院企画情報運営部助教)

日本診療 情報管理 学会	国際 WG 協力員	高橋 長裕 (千葉市青葉看護専門学校長)
--------------------	-----------	----------------------

(2014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
国立がん研究センター	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

(2014年3月時点)

平成 25 年度 第 1 回国内内科 TAG 検討会の概要

1. 日時：平成 25 年 12 月 19 日（木）13:30～14:30

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

滝澤始

田嶋尚子

飯野靖彦

渡辺重行

興梶貴英

富谷智明

名越澄子

高林克日己

大江和彦

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

・厚生労働省

谷伸悦

及川恵美子

中山佳保里

・今村班事務局

小川俊夫

4. 議事内容

(1) 内科 TAG 各WGの進捗状況報告

(2) 来年度以降の研究班について

(3) その他

5. 議事概要

(1) 内科 TAG 各 WG の進捗状況報告

○消化器 WG (菅野部会長)

iCAT への定義はほぼ確定して入力済み。今後それを見てレビューする予定だが、モビディティやモータリティのリニアライゼーションの構成が、入力した構想と全く違った体系のものになって公開されていて、現在 ICD 室を通じてクレームを出している。これが片づかない限り身動きは取れない。

○肝・胆・膵 WG (名越委員)

肝・胆・膵も同様で、重複分野を除き、構造変更は完成して、定義も 2 層まで完了していたが、肝硬変とウイルス性肝障害について勝手に変更がされていて、同じく現在クレームを出している。12 月 16 日には消化器 WG との国内合同会議も開催する予定である。今後は、腫瘍 TAG の提示したコードのチェックもして、感染症領域については特に強く肝・胆・膵の意見を主張していきたい。なお、16 日の合同会議は ICD-10 のアップデートの打ち合わせも兼ねており、感染症関連分野を含めて消化器分担分の検討は完了している。

○循環器 WG (興梠委員)

6 月 14 日の日本循環器学会用語委員会において、関係分野の先生に定義を書いていただくよう依頼し、9 月 9 日に作業が完了した。現在は Ms. Megan Cumerlato が推敲中である。今後のスケジュールについての情報をいただきたい。

○腎臓 WG (飯野委員)

腎臓学会の ICD 委員会でメール連絡をしている。CKD の変更の確認も特に問題はないが、進捗状況が遅くて申し訳ない。

モビディティのリニアライゼーションとの食い違いについてチェックを入れていただくとありがたい。(菅野部会長)

○内分泌 WG (田嶋委員)

この 1 年間は ICD-11 の β 版の疾病構造の構築と 3 層までの定義の入力に注力し、糖尿病学会と内分泌学会の協力を得てほぼ完成したが、小児科 TAG、稀な疾患 TAG との重複分野については未調整である。また遺伝子異常による疾病についても未整理であるが、分類方法に関して WHO からの回答がないため、作業がストップしている。なお、泌尿器・性器 TAG からは電話会議の申し入れがあったが、目的がわからず当惑している。WHO の指令系統が見えず、指示を待っている状態だが、ICD-10 の一部改正とも合わせて作業を続けていきたい。

構造変更の提案については、WHO が勝手に変えた可能性があり、その対応について検討すべきである。また、マルチプルペアレンティングについては、コンピュータシステム上で割り付けができるはずだったが、その結果がはっきりしないと先に進めないのが現状である。(菅野部会長)

○リウマチ WG (代理：今村班小川)

リウマチ WG では、定義を含めて iCAT への入力も完了していたが、iCAT 上の構造がかなり書き換えられてしまっており、現在はその対処について検討中である。

皮膚科 TAG がリウマチ関連の章を作る様依頼し、Dr. Ustun も同意はしたが、その後動いていないようである。なお、リウマチ WG はこの章作成については、反対している。(菅野部会長)

○血液 WG (代理：今村班小川)

2月の東京での対面会議の結果を踏まえ、iCAT への入力をする事になったものの、iCAT へのアクセスができず、そこで作業が止まっている。WHO からも回答はなく、今後は WHO の対応がはっきりしない限り作業継続はできない。

○呼吸器 WG (滝澤委員)

作業がかなり遅れていたが、構造変更と定義の3層までは完了した。なお、肺循環、肺腫瘍についてはそれぞれ循環器、腫瘍 TAG の提案を尊重している。レビューも呼吸器学会、呼吸器外科学会に推薦を依頼し、その結果39名を WHO に推薦した。また稀な疾患 TAG と小児科 TAG とは重複が多く意見交換もしていたが、現在停止している。

○医療情報 WG (中谷委員)

国際的には大きな進捗はなく、国内的にはゲノム対応モジュールで iCOSB(アイコス)が完成しており、その稼働検証を行う段階にある。今後のあり方を考えるべき時に来たかとも感じている。

【質疑】

WHO の資金不足と、当初の壮大な構想が頓挫したという事情があるのではないかと。ガバナンスができていないせいで、進むにつれて混乱に拍車がかかり、カオス状態に陥っているように感じる。来年の対面会議はなくなるのか？(菅野部会長)

内科 TAG 国際会議については、レビューがスタートして、フィールドトライアルが動くかどうかの段階で、その結果がないと集まる意味がないので開催は様子を見て決める。いまは不確定すぎて決められない。(谷室長)

その前に、現状でフィールドトライアルされても全く意味がない。ICD-11 を出しても、学究分野からは非難が出て協力する意志がなくなるのではないかとと思われるので、もうやる意味はないのではないかと。(菅野部会長)

WHO 内の作業なので、日本国として WHO に意見は言いにくい。WHA の理事会でもこの議題は上がって来ないので意見は言えないのが現状である。WHO-FIC 日本協力センターとしては、意見を幾つか上げているが返事はない状態でもあるので、もう少し行動を起こしていこうと思う。(谷室長)

この何年かで培ってきたものは大切に、日本で良いものをつくって運用するというスタンスもあるのではないかと。また努力を無にするということもあり得ないので、WHO に意

見を言い続けることも大切ではないか。(田嶋委員)

主張し続ける必要はあるが、反応がないので対応しようがない。(菅野部会長)

ICD-11 の改訂作業からは離れた形で、これまでの作業の全領域をまとめて発表してはどうか。ペーパーにするなり、データをどこかのサイトに載せるなり、これが本来の改訂のベースにしたかったものだと訴えれば、それが出発点にもなる。(大江委員)

これまでのわが国の多大な努力を無駄にしないためにも、そのような成果物として出すことを考えたい。(菅野部会長)

いま学会に来ている ICD-10 の改訂依頼の背景を教えてください。(滝澤委員)

ICD-11 は 2015 年には完成しない可能性があり、国内への適用にも非常な時間がかかる。その間に、現在の新しい病名等を取り入れておかないと齟齬を来すこともあり、しばらくは引き続き ICD-10 をバージョンアップして運用しようというのが経緯なので、旧版の構造は保っていると考えていただきたい。(菅野部会長)

日程が短くて申し訳ないが、今回の依頼の内容は、和訳がそのまま日本で使えるかどうか、また用語として適切かどうかを確認していただきたい。また、総論に病名が入っているところも見ていただきたい。(谷室長)

(2) 来年度以降の研究班について (今村班小川)

この研究班は今年度で終わるが、来年度の継続申請を出願した。この研究班の意義は、専門家の意見を WHO ないしはしかるべきところに表明するという点であり、また ICD の改訂の状況を把握するという点にある。それに加えて海外の状況を皆様にお伝えし、我が国独自の ICD をつくるための情報源としても使っていただきたい。

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 25 年 12 月 18 日（水）14:00～15:45

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

鈴木茂伸

中野隆史

矢永勝彦

坂本啓(山口朗委員代理)、

高橋和久

櫻木範朗

渋谷壮一郎(嘉山孝正委員代理)

・日本癌治療学会オブザーバー

野田真永

・厚生労働省

谷伸悦

及川恵美子

・今村班事務局

小川俊夫

4. 議事内容

(1) 腫瘍 TAG の進捗状況報告

(2) ICD-11 の今後の動向について

(3) その他

5. 議事概要

(1) 腫瘍 TAG の進捗状況報告（西本委員）

腫瘍 TAG はこの夏まで電話会議の形でコードの分類案について議論してきたが、領域の専門性に特化した形の分類が多く、その中で腫瘍部分の整理の仕方が問題となっていた。組織型での分類か、部位での分類か。また統計の継続という意味合いで、疫学グループはあまり変えたがらず、臨床の側は新しい知見を踏まえた分類を望んでいた。

その結果、基本の4桁に1桁の付加コードを付けることで組織型と部位を表現する体系とした。特殊なものについては、さらに1桁使用する必要があるが、6桁目を使用することには差し障りもあり、そこはまだ検討中である。

全体構造については、脳腫瘍、血液系腫瘍、間葉系腫瘍が別途特出しにされており、細かな部位については複合コードで表すことになっている。ただ、この複合コードは非常に複雑で、ドイツ側からも実際の使用に耐えられるのかという疑問が呈されている。結局、この桁ですべてを分類しようとする複合コードにならざるを得ず、全体構造に関しての注釈文書も最近出てきたばかりで、方向性の了解はしたものの、議論は尽くされていない。

【質疑】

間葉系だけ特出しとなっていることに何か意味はあるのか。(落合部会長)

間葉系は部位を特定しにくく、組織型によってかなり振る舞いが違うので、組織型での分類をしてほしいという要望があったと聞いている。(西本委員)

ほとんどは部位別の分類なのに、サルコーマだけ抜けているので違和感がある。(落合部会長)

その通りで、ジストについても同様で、1つのコードに全てまとめようとする、やはりこういうことが発生する。がん登録の分類ではO-3のコードを使うため基本的にコードは部位と組織型と2つ存在するので、どちらからでも拾える。(西本委員)

この大枠はもう変わらないのか。(落合部会長)

注釈文書が出た段階で基本的にはこれでいくということだろうと思う。(西本委員)

今後意見がある場合はどうすればいいのか。(落合部会長)

TAG自身はほぼ終わっている状態なので、厚労省からβ版への意見として上げていくことが必要と思うし、その後の結論についても報告をいただきたい。(西本委員)

(2) ICD-11の今後の動向について(谷室長)

今年北京で行われたWHO-FICネットワーク年次会議での改訂絡みの部分をピックアップして報告すると、WHOはICD-11の疾病リストと死因リスト、さらには両方が一緒になった共通リストをつくる案を提示しているが、これまでの流れから受け入れが難しいという指摘を各国から受けている。内科においては各TAGが入力した内容が勝手に書き直されていて議論になっている。

章立てとしては、全部で25章になりそうだが、そこにICHIの医療介入の分類が追加される可能性も出てきている。

全体会議でのICD改訂に関する議論では、死因リストについては各TAGが作成したICD-11から特定する作業を進めているが、進捗の違いによりうまく動いていない。レビューも本来であれば6月に稼働しているはずだったが、まだ動いていない。フィールドトライアルについては、各センターに実施してほしい旨の依頼は内々には来ているが、具体的な依

頼は出ていない。フィールドトライアルは、まずは伝統医療からスタートする予定とのことで、そちらは準備に入っている。

また ICD 担当官の Dr. Ustun の上司の Dr. Ties Boerma から各協力センターへの意見聴取があった。ICD 改訂のスケジュールについては、11 月に決定して連絡するという話だったが、現在話は来ておらず、2017 年までに完成と先延ばしするという話が Dr. Ustun から出る等、はっきりと決まっていないのが現状である。

なお、ドイツセンターからも、ICD 改訂の内容が非常に複雑で、もう少し案を練るべきだという意見を Dr. Ustun の上司である局長クラスの ADG、Dr. Kienny に出している。本来 ICD-10 とは枠だけがつくられた分類であり、その具体的なコードに入る疾病の登録がされていない。WHO はこの分類コードに具体的な疾患名を入れるべく、病気を検索する検索語を登録させた。その検索語に基づいて、SNOMED-CT からそれぞれの疾患名を抽出して、各項目の病気を特定するための定義を入力することで、具体的病名を含むいわば ICD-10+ ができることになる。それが適切かどうかの判断を行って ICD-11 の α 版を作成し、さらに実用に耐え得るものとして β 版という流れであったと思われる。

つまり、ICD-11 は 4 桁のコードの下の個別疾患を基本単位として動かせることを前提にして、マルチペアレンティングという概念も可能と考えたようだが、SNOMED-CT から疾病を割りつける定義書きがうまくいかなかったことにより、4 桁コードに入る疾患の名前を抽出できなかったことが最大の誤算であり、そこで作業が止まってしまったと考えられる。

この理由としては、SNOMED-CT によって抽出する旨を周知せず、単に定義を書く指示を行ったため、定義の項目数を削減することとなり、特異的に分類することはできない状態になったと考えられる。そのなかで、具体的疾患に基づくマルチペアレンティングのコンセプトだけは残ったが、疾病名が入らず、概念しか残っていないので重複部分の整合性も取れない。抜本的な修正ももはや期待できず、本当の意味で ICD-11 が使える状態になるかは極めて不確定なため、とりあえず ICD-10 を再度アップデートして、そちらを継続していこうという状況に至っていると思われる。

【質疑】

腫瘍部会としては、現状に対して具体的にどう関与していけばいいのか。(落合部会長)

学術的内容について適切な指摘をして改善するということと、協力はするがやり方としては反対とアピールすることが重要だと思う。また、全体の問題については日本協力センターとして ADG の Dr. Kienny にコメントを出し続けている。腫瘍部会としても、腫瘍 TAG の議長に伝えていただきたい。また、ICD に具体的な病名を入れることは不可欠だと思われるので、国内において具体的な疾患名を ICD に割り振る可能性について検討している。また、原死因を 1 つだけ選択する方法は、発展途上国においては有効でも、日本のような成熟した高齢化社会においては政策に役立てられないので、複合死因分析ができるように検討を進めている。(谷室長)

β版について以前出した意見はどう反映されたのか。しっかりフォローしてもらいたい。
(中野委員)

本日は資料がないが今後は提案が反映されるよう尽力し、その結果をまとめて提示していきたい。(落合部会長)

β版に関する検討の期限はいつで、どこに提出するのか？(落合部会長)

腫瘍部会としての意見は、今村班で集約するという形にしたい。癌治療学会は中野先生が総括的にまとめてほしい。(落合部会長)

今後の作業としては、ほぼ出来上がっているものに少し意見を述べるにとどまるというスタンスでいいのか。また領域が重なるところは他の学会の意見を集約しなくていいのか。(高橋委員)

高橋先生が中心に意見を取りまとめて、今村班に出していただくということをお願いしたい。(落合部会長)

癌治療学会内部では、調整せず厚生労働省に上げているので、そのままWHOに行っていると理解している。(中野委員)

後で、うちは全然見てないと言われなかったためにも、多重構造的に見たほうが良い。(落合部会長)

外科学会では臓器別の構成になっているので、そちらで検討する。β版の電子媒体があればそれを配布するので、いただきたい。(矢永委員)

産科婦人科学会も連絡を取りながら意見を伺っていく。病理学会と非常に関係するので、がん登録のほうと整合性は取れるのか懸念している。(櫻木委員)

がん登録はO-3から11に変換するだけの話なので問題はない。サルコーマの分類が気になっているが、カバーはできると思う。(西本委員)

期日としては、現在の班自体が3月までであり、3月末までに報告書を出す必要があるため、2月末までに経過報告なりいただけるとありがたい。(今村班小川)

ICD-10の改訂について、要点と現状をご説明いただきたい。(落合部会長)

既に医学会長から依頼がいつているかと思うが、確認していただきたいのは、訳文が使用上の日本名とずれていないかどうかということと、用字について現在使用されているものと違ってしまい、社会的な影響がないかどうかということである。この点にご注意いただきたい。(谷室長)

腫瘍については癌治療学会をお願いしたい。(落合部会長)

以上

WHO-FIC 年次会議
2013年10月12～18日(於中国・北京)

12日(土)午前 MRG(mortality Reference Group)会議

1. テーブル会議 (update table group discussion)

(1) automatic coding system について

automatic coding system は米国で開発され、利用が進んでいる。automatic coding system は機能強化により複雑になっており、そのさらなる改善には医学的な知識がより必要である。このため、MRG では2年前より table group を組織した。今後 automatic coding system を改善するために、この table group の働きに期待している。

(2) Background document について

Background document に関して該当項目を討議した。

2. ICD coding に関する MRG による検討

Chapter 1、Chapter 4、Chapter 5、Chapter 16 について、上述の automatic coding system に関する問題点が報告されていた。これらの問題を解決するためには、mortality の linearization の改善が必要であり、現状で ICD-11 の mortality linearization の完成版とするには問題が多すぎると思われる。

3. ICD-11 の統計利用について

ICD-11 の国レベルの統計への活用について検討してみたが、現状では実用化は困難である。その理由は、まずオーバーラップが多すぎることで、優先順位に関する決まりが無いこと等があげられる。特に、chapter 13(皮膚)にはほぼ全ての ICD 項目が含まれ、いわば ICD-11 のミニチュアのようにになっているため、その扱いが難しい。このような問題を解決する方策としては、ICD 改訂作業に優先順位をつけ、その順序に従って改訂作業を実施すること、また公衆衛生の視点からのレビューが必要であることなどが考えられる。また、実用可能な ICD-11 を完成させるためにはかなりの資源が必要と考えられるが、そのための人材と資金が不足しているのが現状である。

12日(土)午後 mbTAG and MRG 合同会議

1. ICD-11 改訂の現状について (Dr. Ustun)

ICD-11 の Morbidity linearization はまだ出来たばかりで十分に検討されていない。いっぽうで mortality linearization は構築されてしばらく検討が加えられており、かなり改善されて

きていると言えよう。Automated coding system は稼働しているが、その実用には更なる改善が必要である。例えば infectious disease については、ICD-11 では multiple parenting が可能であることを考慮した coding が必要であるが、現状の自動化システムではそれが実施できていない。

ICD-11 に関して、完成版の volume1 は、mortality/morbidity linearization の合併したものである。また ICD-10 と比較した場合、mortality linearization は ICD-10 からのある程度の stability を保っていると考えている。

これからの ICD 改訂のスケジュールについては、これから 2~4 か月中に 2 回程度 ICD 改訂の会議を WHO 本部において開催予定で、全体の作業スケジュールについては、今後さらなる検討が必要である。

2. mbTAG によるプレゼンテーション

今後の作業スケジュールについて、ワークプランを作成した。作成したワークプランによれば、5 つのレビューを実施する予定である。

- 1) Stem code のレビュー：実施中であるが、いろいろと難しい問題が多い。特に mortality だと use case が明確だが、morbidity では use case が多様であるため、実現が難しい。
- 2) ICD-10 から 11 のレビュー
- 3) Pre and post coordination のレビュー
- 4) National linearization のレビュー
- 5) Specialty linearization のレビュー：例えば皮膚科は ICD-11 のミニチュアになっているという問題を解決するための検討

mbTAG による上記のレビューは、initial review として 4 か月、continuous review として 8 か月程度予定している。

今後の改訂スケジュールについては、さらなる議論が必要である。例えば、2015 年に ICD-11 を launch するのは、時間的にあまり現実的ではないかもしれない。なお、ICD 改訂作業の予算はある程度用意しており、mortality review に利用する予定である。なお、morbidity review は自動化プログラムを活用する方向で考えている。いずれにせよ、ICD 改訂作業には mbTAG と MRG の協力が不可欠であり、改めて協力をお願いしたい。

<質疑応答>

- ・ 実用化の可能な ICD-11 には安定しかつ十分な質の linearization が必要と考えられる。その実現は可能か。
→ 可能だと考えている。(Dr. Ustun)
- ・ review 作業が進展しているのは理解したが、その結果をどのように評価し、保証するのか。
→ Review したものは全てその履歴などが分かるようにしてある。(Dr. Ustun)

- 2015年に launch しなくてはならない理由はあるのか。
 - WHO としては2015年に launch しなくてはならない事情はなく、また各国への導入も各国の事情で決めればよい。なお、WHA に提出され発表される新たな ICD は、各国で利用してもらいたいとは思っているが、ICD-10 も WHO 加盟国 194 カ国のうち 117 カ国しか使っていないので、強制力は無い。ICD に関して WHO が提供しているのは、強制するのではなくサービスである。実用的で最新の ICD 分類を提供するという位置づけである。(Dr. Ustun)

- ICD-11 がきちんとできていない状態で WHA に出すのは賛成できない
 - 実際に使える ICD-11 にするために、review と field test を実施する予定である。ICD-10 の構築時にはそのような科学的な検証は行わなかった。このような ICD の発表前に科学的な検証を実施することは、これまでにない画期的なことと考えている。これは WHO が自身に対して厳しい条件を突きつけていると思う。(Dr. Ustun)

- ICD-11 の作業にあたり、その作業内容を指示する文書が必要であり、これまでもそのような文書がないのが問題である
 - 全ての作業は文書化しているが、充分ではないのは認める。全ての作業は文書として準備しているが、発表していないものもあり、今後これらの文書はベータブラウザから見られるようにしたい。なお、現在公表している Information note は一般でも閲覧可能であることから、あくまで概要であり、細かい内容は入っていない。なお、作業において問題が生じた場合は、RSG/SEG で決定するというメカニズムを作った。(Dr. Ustun)

13日(日)午前 FDC 会議

まず strategic work plan に関する議論を行った。WHO の主要課題として all WHO として取り組んでいる universal health coverage に関する分類を作成する方向で同意した。

ICHI については、ICHI development plan が確定し、alpha2 version が完成した。その内容としては、ICD-9CM より medical and surgical intervention (3,529 intervention) を作成し、public health intervention (193 intervention) , functional intervention (more than 1,500 intervention) を追加したものである。ただし、medical and surgical intervention の作成にあたり、例えばコーディングシステムなどに問題があり、今後解決しなくてはならないと考えている。

今後は coding system の改善に注力する予定である。具体的には、既存システムをレビューし、pre-coordinated group やシンタックスを定義し、コーディングルールを完成させることが必要である。公衆衛生分野については、今後公衆衛生の専門家と協議をし、分類を実用可能なものにしたいと考えている。

- ICHI 分類の作成には ontology の活用が必要である。ICHI にもコンテンツモデルが存在しているが、ontology に利用可能か検証してほしい (Dr. Ustun)

13日(日)午後 FDRG 会議

ICF の活用に関するプレゼンテーションが行われた。まずは、ICF 関連の文献を集約する方法について、“Mendeleev”などの活用について提案があった。また、携帯電話を利用した ICF

の利用促進について、南アフリカの事例発表があった。なお、同様に携帯電話を利用したアプリケーションの開発は、University of Sydneyをはじめ、McMaster University, The Netherland, Italy, Switzerland、Canadaなどで進展している。

ICF practical manual の出版発表を Dr. Ustun の出席のもとで行った。さらに、ICF 関連の各国の取り組みとして、イタリアの障害者関連の法案の成立、ICF のアフリカにおける翻訳の問題、EU における ICF training course、タイにおける事例紹介などの発表があった。

14 日(月)午前 WHO-FIC Council Annual Meeting

1. 各委員会からの発表

- (1) Council : workplan の作成に向けて作業中である。また、regulation などの文書を作成中である。
- (2) EIC : ICD-10 のトレーニングに関するベストプラクティスについて検討している。ICD-ICF module database については作成中である。ICD-11 volume 2 として field trial はまだ実施していないが、検討中である。
- (3) FDC : ICHI の開発は順調に進展している。Casemix について、WHO-FIC 全体に情報を提供する予定である。Universal health coverage についてどのように貢献できるか議論した。また、ISO9999 への適用についても議論している。mid-year meeting は、9-13 June 2014 マレーシアで ICHI と Asia pacific meeting と共同で開催する予定である。
- (4) ITC : 現在休止中であり mid-year meeting の予定もないが、電話会議は行う予定である。ICD-11 ブラウザと Facebook, twitter との接続が可能になったことや、ICD ブラウザの構築、ICD10 and ICF platform, iCAT, ICHI tool などを構築中である。さらに、ICD や ICF と SNOMED-CT との連携も検討中であり、ontology を活用した ICD と SNOMED-CT との連携は、5%程度実現できている。また、多言語のプラットフォームも構築中である。
- (5) URC : WHO-FIC ネットワーク全体のコーディネーションを実施している。ICD-10 Update については、121 議題が提出され、75 議題については議論済みである。ICF については、65 議題が提出され、24 議題が議論済みである。
- (6) MRG : Table group を組織し、より効率的な update などについての議論が可能になった。また死因統計の国際的な活用について、現在議論している。
- (7) FDRG : ICF practical manual を発刊し、今後 ICF のより一層の普及に努めたい。また、他のグループとの共同作業についても、今後より積極的に検討したい。
- (8) Others : Strategic work plan について、各センターの意見を踏まえて議論した。今会議中に修正した新しい Strategic work plan を提案したい。

2. Dr. Ustun のプレゼンテーション

(1) strategic work plan

現在、WHO-FIC ネットワークには 21 カ所のセンターと、4 カ所の academic centers、さらに NGOs などが参加している。また、日本病院会などドナーも参加している。今後このような体制を維持しつつ実施していきたい。

WHO としては、各グループの優先順位は以下のようになっている。

- ・ EIC : データベースとトレーニングツールの開発。field trial vol. 2

- FDC : ontology の活用、universal health coverage, casemix
- URC : ICD 及び ICF update
- ITC : 翻訳プラットフォームの開発
- MRG : vol.2 への入力ルールの確立。死亡診断書の活用
- FDRG : ICF マニュアルの配布、ontology の活用

また、WHO 本部としての work plan は以下のようになっている。

- ICD 改訂 : stability analysis、プライマリケアの linearization、多言語対応
- ICF : Health and functions indicators の開発
- ICHI : 国際的な文類作成の開始

さらに、WHO の各 regional office としては、トレーニングの提供や翻訳への協力等を実施する予定である。

(2) ICD 改訂

ICD 改訂の原案が各 TAG から出され、現在のその原案を用いたレビューが実施されている。レビューの実施は、レビューユニットごとに少なくとも 5 人のレビューアによりコメントを得、3 つ以上の承諾を必要とする。レビューは Mory が主に行い、Nenad も TM のレビュー担当である。

ICD 改訂の現状としては、vertical TAG によりインプットがなされたが、まだ考察が必要な箇所も多い。例えば、性に関する疾病については政治的な理由もあり、どのようにまとめるのかこれから議論すべきと考えられる。また、mortality 及び morbidity linearization を行い、review の結果を踏まえて改訂を実施している。これらの linearization はかなり stable になったと考えており、そのうえで mTAG と mbTAG により stability analysis を実施した。

ICD 改訂における shoreline とは、boundary between pre and post coordination のことを指す。なお、mortality は常に pre-coordinated であり、morbidity は pre あるいは post coordinated である。また、ICD の桁数で言うと、1~3 桁は pre-coordinated あるいは stem code と呼ばれ、4~6 桁は post coordinated である。

ICD-11 には、10 月 14 日時点で、約 5,000 分類が存在しており、それらの分類に対して最終確認が実施されているところである。

ICD 改訂スケジュールは、2013 年にベータバージョンとフィールドトライアルバージョンが完成し、そこからフィールドトライアルが開始される予定である。なお、フィールドトライアルには 2 年かかる予定で、また 2015 年 5 月に最終版の ICD-11 を WHA に提出する予定である。

ICD-11 の各国への適応については、WHA への提出と加盟国の自国での利用開始は別と捉えるべきで、加盟国は自由に利用可能時期を決めることができる。すなわち、WHA adoption は各国に ICD-11 利用の公的な利用を可能にするものである。

では、2015 年の完成については、現実的には翻訳や十分なテストの実施による運用の開始を完成とすると、その実現はかなり困難であると考えられる。なお、この ICD 改訂スケジュールについては、本年 11 月に決定される予定である。

SNOMED-CT の活用については、SNOMED を作成している IHTSDO と共同で、SNOMED と ICD のマッピングを実施している。さらに、ICD と SNOMED を ontology を利用して組み合わせるプロジェクトを実施しており、Cardiovascular chapter でテストしている。また、SNOMED and ICF についても同様に実施している。IHTSDO と WHO の F2F meeting が今年 12 月に行われる予定で、そこでより具体的なことが議論される予定である。

14日(月)午後 FDRG 会議

(1) ICHI

昨年のブラジリア会議、また今年の Uddevalla での中間会議を経て、どのような進展があったか報告された。ICHI は alpha2 ドラフトが完成し、現在その検証を行っているところである。また、看護師による intervention についても考慮されているが、専門家別に分類するのではないのが ICHI の特徴である。なお、field trial を今後実施してその実用可能性について検討したい。

(2) ICF

ICF practical manual が完成し、今後は ICF への ontology 利用について検討する予定である。

(3) その他

mid-year meeting については、EIC が来年 4 月に Lyon で会議を行う予定であることから、そこに合流することも考えられる。

15日(火)午前 Field Trial 打ち合わせ(w/Nenad)

フィールドトライアルは、ICD-11 の妥当性や利用可能性、実現可能性などに関するエビデンスを入手するために必要である。また ICD-11 の各国への導入に際し、それぞれの国における問題点等を把握するためにも実施する。

(1) 方法

フィールドトライアルには、コア (core) スタディと追加 (additional) スタディがある。コアスタディはシンプルで実施にそれほど支障のないデザインとなっている。いっぽう追加スタディは、やや複雑なものになっている。これらの実施主体は、各国の WHO-FIC collaborating centres を想定しているが、参加を希望する組織も参加を認める予定である。

(2) コアスタディ

コアスタディの目的は、妥当性と利用可能性について調査するものである。コアスタディで実施するフィールドトライアルの範囲は、基本的には WHO が決めるが、各国からの要望により追加することも可能である。コアスタディでは検証のためのケースを各センターが作成し、ケースサマリー (case summary) と呼ばれて集約される。作成されたケースを用いて、例えば ICD-10 から ICD-11 への整合性のチェックを、以下の手順で行う。

- 1) ケースサマリーのケースを用いて (例えばビデオを観る、ケースの文章を読む)、ICD-11 コードを決定し、専用の用紙にその結果を記入する (FORM I)。
- 2) トライアル参加者でその結果を話し合い、その結果を専用の用紙に記入する (FORM J)。
- 3) 全体の評価用の用紙に記入する (FORM E)。

これらの作業は、若手レジデントなどが適任と思われる。また、各センターにおけるフィールドトライアルの回答者数は、パワー分析などより、500~1,000 人程度が適当と思われる。さらに、例えば ICD-10 から ICD-11 への bridge coding についてチェックを実施する。そ

の方法には2つ想定しており、ICD-10 コードを ICD-11 コードに再コーディング (recode) する方法と、ICD-10 と ICD-11 の両方でコーディングする方法である。これらのスタディにおいても、その結果を専用の用紙に記入してもらうほか、全体の評価シートにも記入してもらう。この追加スタディの参加者数は、センターごとに 500 人程度を想定している。

(3) その他

フィールドトライアルの開始時期は、ICD 改訂スケジュール次第ではあるが、早急に開始可能である。

15日(火)午後 URC 会議

1. ICD 改訂に関して (Dr. Ustun)

ICD 改訂のスケジュールなどをまとめた文書である”ICD Revision Summary”はすでに配布しており、この文書をもとに ICD 改訂作業は実施されている。また、URC として ICD 改訂作業に必要な資金などの資源確保を行ったほか、改訂作業と並行して ICD-10 や ICD-10+により分類の質の向上に努めて来た。

改訂作業においては、national modification を含めて foundation component を作成し、そこから mortality, morbidity linearization を実施した。また、様々な用途に利用可能な ICD を構築するために iCAT を開発し、さらに ICD ブラウザの開発により URC メンバーでも revision に参加することが可能となった。

ICD の公的な発表は 2015 年であり、その後改訂を繰り返す予定である。改訂に際しては、URC で議論して ICD に反映させる予定である。その改訂プロセスに関しては、議論をしているところであり、RSG でも議論された。

IT の発達により ICD 改訂にも多くの恩恵があった。今後の URC の改訂作業にも IT の活用が重要である。また、ICD 改訂に TAG を構築したことも大きな貢献と考えている。これにより、臨床をはじめ様々な専門家の専門的な知識を活用できるようになったと考えられる。これらの各分野の専門家は、今後もアドバイザーとして ICD 改訂に貢献することが期待されている。

ICD-10 の update は今後も継続する予定であり、ICD-11 が発表されたからといってすぐに update を終了するつもりはない。ただし、いずれは ICD10 update (サポート) を終了することになると思われる。

ICD-10 から ICD-11 への移行に関しては、特に ICD-10 で各国の独自版、いわゆる national modification を実施した国についても、ICD foundation component から linearization が可能なようにする予定である。このように、ICD の継続性についても検討する予定である。

加盟各国における ICD-11 の導入に際しても、WHO は各国を支援したいと考えている。ICD volume1 は mortality/morbidity linearization が合併されたようなものになる予定であるが、各国のニーズに基づいて利用する linearization や modification についても利用可能としたい。なお、stem code については変更を認めないが、それ以外の変更については各国が自由に変更できるものとする。いわばレゴセットのようなものである。

また、ICD-11 では ontology を活用するにあたり、SNOMED-CT の活用についても引き続き検討して行きたいと考えている。この検討を含め、foundation component が ICD-11 の全ての基本となることから、今後ともメンテナンスして行きたい。

2. ICD 改訂に関して (Dr. Chute)

ICD 改訂の linearization については、mortality と morbidity など目的に応じて foundation component から作り出されるものである。そのため、ICD-11 の update には foundation layer の改訂が必要となる。なお foundation layer の改訂は従来の改訂よりも簡単であり、コストもかからないため、より頻繁に改訂が可能となると考えている。

Foundation layer には national modification に関する情報も含まれていることから、各国版の改訂もよりタイムリーに可能になると思われる。また、post-coordination axis を national modification とすることも可能であり、これが foundation layer から産出されることで各国比較なども可能となる。

Foundation layer の update については、各国の独自の national modification についても改訂内容を記録する予定である。特に各国独自のコードに関しては、URC で承認されなくても記録することになるため、あまりに多くの情報が含まれることになると思われる。しかしながら、stem code は変更しないので、ICD 分類の基本型はしっかりと保持することが出来ると考えている。

なお、Mortality と morbidity については複雑さが違う。Mortality は国際的なスタンダードが必要と考えている。Stem code (4 桁) は stable であり、この部分は問題ないと思われるが、国際的に共通認識の可能なコード体系をどのように作成するかが問題である。特に、どの部分まで精緻に stem code を構築するかが難しく、今後も専門家との間で検討して行きたい。Morbidity については post-coordination も含めて考察すべきだと思われる。

ICD update と ICD 11 については、どの程度の資源が必要かについては、検討している。なお、各センターにとっての必要な資源はそれぞれ異なる。Update サイクルは各国の事情によって異なり、年 2 回の update が必要な国もあると思われる。いずれにせよ、技術的にはどのような状況でも対応可能とする予定である。そのうえでワークフローを考えるとしたら、移行期には追加の資源が必要となると思われるが、そのうち落ち着き、リーズナブルなレベルに落ち着く可能性が高いと考えている。

ICD-11 の update については、プロポーザルは現行と同じようにいつでも提出できるが、Foundation layer の update となるため、承認プロセスはこれまでとは異なると思われる。適切なプロセスの構築が必要である。また、foundation layer から linearization の作成が問題である。foundation layer から linearization には人力に頼る必要があり、資源と時間が必要と考えられる。

17日(木)午前 Plenary

1. Dr. Ustun のプレゼンテーション

WHO-FIC ネットワークは拡大しており、英国、スペイン、ロシアなどが新たに参加する予定である、また、アカデミックリサーチセンターとして、Calgary、Stanford、Mayo、Manchester などが参加した。WHO-FIC ネットワークとして、2015年までの目標として、出生及び死亡統計の普及を拡大することと、Universal health coverage に関する統計情報の整備が必要と考えている。

ICD に関しては、 β バージョンが 2013 年に発表され、mortality および morbidity の linearization を用いてレビューが実施される予定である。また、linearization の実施の際に、インデックスの構築や post coordination modeling なども実施するほか、一般から意見聴取のための仕組みもつくる予定である。