

よくあるコーディングの誤りは患者が複雑な証を示すため、主な症状の選択が開業医やコーダーごとに異なる場合に生じる。臨床コーダーの教育やコーディングソフトウェアによりバックアップされるコーディングルールは、コーディングの違いを最小限にできるように十分に明確でなければならない。

- **ICD の伝統医学の章の分類とデータ収集の品質をサポートするためにどんなソースドキュメントが推奨されるか (例、入院患者の退院時サマリー、既往歴と身体診察の報告、外来患者の受診についてなど)**

電子カルテやハードコピーのカルテ、特に退院時サマリー、病歴、身体診察、診断検査の結果などがある。

- **コーディングプラクティスを標準化するためにどんなインセンティブを設けることができるか? フィールドテストで開始されたことを継続するためにデータ収集用の標準フォームが必要か?**

フィールドテストで使用されたデータ収集用標準フォームとコーディングガイドラインを ICD-11 の伝統医学のルールとコーディングプラクティスを標準化するスタートポイントとして使用して、伝統医学の罹病データの国際的な収集と比較できるようにする。

質問 4. 伝統医学で要求される基本的な罹病データのコーディングルール—例えば主な症状+「XYZ もコード化 (code also XYZ)」などはどこにあるのか (付録2 主な症状の定義を参照)

伝統医学で要求される基本的コーディングルールは ICD-11 のリファレンスガイドに含まれる。また独立した伝統医学のコーディングガイドラインのセットも、フィールドテストで使用、あるいは伝統医学の章を独立した分類として用いてコード化する人が使用できる。

質問 5. 臨床ガイドライン、診断ガイドライン、コーディングガイドラインは互いにどんな関係か？

コーディングガイドラインは臨床プラクティスに影響するのではなく臨床プラクティスを反映する。しかしコーディングガイドライン及び ICD-11 の伝統医学の章の各項目に含まれる定義は、臨床医やコーダーがカルテの診断名を ICD-11 の適正なコードとマッチさせる上で役立つはずである。

質問 6.

伝統医学の診断タイプ。「主診断 (main diagnosis)」の他に特定し定義する必要がある診断タイプがあるか、例えば共存症診断、二次診断、入院後診断、診療科移転時診断、傷害の外因のコードなどは？

共存症診断、二次診断、入院後診断、診療科移転時診断、傷害の外因などのコードは伝統医学の現場でよく使用されており、ここでは ICD-11 の一般的コードと定義がうまく適用されると思われる。

大部分の伝統医学の診断には伝統医学の疾患と伝統医学の証、または西洋医学の疾病と伝統医学の証が含まれている。

質問 7. 伝統医学の疾患と伝統医学の証だけで独立したコードとして使用できるのか？

標準化された伝統医学の診断には伝統医学の疾患と証の両方が含まれている。しかし、状況によっては疾患か証のいずれかが単独で独立して使用されることもある。

質問 8. 何らかの証^(TM)が常に伝統医学(TM)の患者記録に表示されるのか？西洋医学(WM)の診断と伝統医学^(TM)の診断(TMD)を伝統医学の証(TMP)無しで記載することは可能か？

TM の疾患、TM の証、WM の疾病は組み合わせても単独でも TM の患者記録に表示される。国によっては WM の疾病または TM の疾患+証を全ての伝統医学の記録に記載することを義務付けるかもしれない。

質問 9. 疾患^(TM) と証^(TM) の両方が記録される場合、主な症状を決定することが難しいかもしれない。どちらか一方に決定すべきか？

疾患または疾病及びコード化された証がある場合、主な症状はその疾患または疾病となる。しかし、時には証が記録される唯一のコードである可能性があり、したがって主な症状となることもある。

質問 10. 複数の疾患や証をどのように取り扱えばよいのか？主な症状が WM に属するか TM に属するかによってどんな違いがあるのか？またヒエラルキーを示さずに TM の疾患と証との関係をどのように示せばよいのか？

複数の TM の診断がある大部分のケースで、1つの疾患は常に1つの証を伴っている、すなわちある患者は肺張の疾患+気虚の証、及び褥瘡の疾患+淤血（おけつ）の証を同時に示すかもしれない。複数の疾患、疾病、証を ICD-11 の一般的ルール、例えば主な症状を選択するためのルールに従って取り扱うことができる。TM の証が WM の疾病または TM の疾患の重なり合う臨床像であるかもしれない。TM の証は WM の疾病または TM の疾患に対する個人差のある全身反応のパターンを示すこともある。

質問 11. 疾患と証の両方が分かっている場合にこれらを対にすることはどの程度重要なのか？複数ある場合、証は関連する疾病/疾患の後に続けるべきか、それとも全ての疾患と全ての証を別々にまとめるべきか？合意された様々な組み合わせを関係を示すためにどのような順序で並べグループにまとめるべきか？各コードやデータ収集システムにこの機能があるのか？

罹病データ収集のプラクティスは特に傷害と外因のような関連するコードの取り扱いが国によって異なる。通常、疾患または疾病と証の間の関係を示すための決まりがある、例えば中国の「/」の使用やコードの順序などである。

質問 12. 西洋医学の診断を伝統医学の診断や伝統医学の証と平行して用いるのは可能か?

はい。

質問 13. 西洋医学、伝統医学の疾患、伝統医学の証の間の関係についてエビデンスの基盤は何か?

証は患者の健康状態や体質の発現であり、各個人における全身反応のパターンを反映する。疾病、疾患、証の関係を調べる多くの研究デザインや報告がある。

質問 14. 個々の疾患と証の間の両立性と非両立性をどのようにして見分けるのか?

非両立性というものはない。証はある患者についてより個人的な情報をもたらす。様々な臨床プラクティスの選択を可能にするために柔軟性が必要となる。

質問 15. 西洋医学と伝統医学の統合された索引を伝統医学のコーダーが使用できるようになるのか (ただし西洋医学のコーダーは使用できない)、それとも伝統医学と西洋医学で別々の索引があるのか?

伝統医学 (TM) と西洋医学 (WM) の両方の索引が伝統医学のコーダーに提供されるが、ICD-11 では TM の索引は WM の索引とは独立している。TM の索引のフォーマットは WM の索引のものと同じで、TM の主要項と副主要項が付く。TM コードを使用する国は、WM コードへの参照情報付きか否かを問わず自国の

TM の索引を用意し、これを自国の正規のコーディングプラクティスに従って使用されるようにすることができる。

質問 16. 索引にはコーダーを伝統医学の診断または伝統医学の証の正しいコードに導くために伝統医学の構文定義からの用語を含めるべきか？

はい、伝統医学の索引は伝統医学の構文定義からの用語をそのコードのタイトルからと共に含むべきだ。

質問 17. 伝統医学のコーディングプラクティスの基準を導入せずに、データがグローバルな環境でどのように使用されるかを予測ないし予想するのは困難（不可能）だろう。ピアレビューやフィールドテストはどのようにして伝統医学のコーディングの国際基準作成のためにフィードバックを提供できるのか？

コーディングガイドラインの有益性について尋ねるためにフィールドテストに質問票を貼付する必要がある。フィールドテストから分類構造、概念定義、専門用語及びガイドラインの実効性を知ることができるだろう。

質問 18. コーディングに認める柔軟性に差をつけることの相対的利益と不利益は何か？各コードに義務付けられる挿入と除外があるのか？

コーディングプラクティスの一貫性を維持するために、TM コーディングの原則とルールは ICD-11 のその他の章についてと同様に厳密に適用されるべきだが、これらは患者の多様な臨床像を把握するために解釈されるべきだ。挿入と除外の義務付けは一部のエンティティ、例えば性別固有のコードに適用される。

質問 19. 使用例とコーディングルールはフローチャートでも示されるのか？

場合に応じて。

質問20. 伝統医学のコーダーが西洋医学のセクションを使用する場合、彼らは西洋医学の必須ルールをマスターするためにどのように学ぶのか？

伝統医学のコーダーが西洋医学のセクションを使用する場合、彼らは西洋医学のコード、診断及びコーディングルールについて十分な知識を学び維持することが要求される。ICD-11の全ての章の教育は伝統医学のコーダーにとって最も重要な前提条件である。

質問21. この草稿文書でとり上げている質問はICD-11の知識データベースへのクエリーで、将来のよくある質問 (FAQ) として提示されるのか？どんな質問が追加され、含まれるのか？

はい、伝統医学のコーディングのガイドラインにFAQとして含まれる。

Appendix 2. 「主な症状 (main condition) 」の定義

主な症状 (MC) ICD-11 リファレンスガイドからの定義を参照。確認すること (リファレンスガイド草稿 8.2 罹病データのルールを参照)

MC 1. ヘルスケアのエピソードの最後に確定される、入院または医療サービスとの接触の理由として決定された状態を主な症状として記録する。

MC 2. 入院の理由が複数ある場合：主な症状として、ヘルスケアのエピソードの際に最大のリソース使用を必要とした入院／医療サービスとの接触の理由を記録する。

MC 3. ある症状がヘルスケアのエピソードの際に発生し、それが以下に該当する場合

a) 入院／医療サービスとの接触の理由のどれよりもリソースの消費が大きい

かつ

b) 入院／医療サービスとの接触のどの理由の結果でもなかった (症状自体もその治療も)

主な症状としてそのヘルスケアのエピソードの際に発生した症状を記録する。

8.2 リファレンスガイド (MbTAG によるレビューを待機中)

「主な症状とは、そのヘルスケアのエピソードの最後に診断された症状と規定され、主に患者の治療または検査の必要性の原因となっているもの。このような症状が複数ある場合、リソースの使用が最大となる最も大きな原因を選択する。何も診断されない場合、主な症候、異常所見または問題を主な症状として選択する。」

資料 6

平成 26 年 10 月 20 日

2014 WHO-FIC バルセロナ会議報告書（伝統医学）

日本東洋医学会 渡辺賢治

1. 10 月 15 日（水）伝統医学 TAG 会議

出席者：ネナード・コスタンジュセク（WHO）、渡辺賢治、伊藤美千穂、ワン・シャオ（中国）、ハン・チャンホ、イン・チャンシク、リー・ラナ・ジョンラン（韓国）

1) Study 1 の Basic Questions (BQ) 案を、コードを実際につける人たち（コーダーさんや臨床医の先生がた）に諮ってみて、実際につけられるのか、どのような感想がでたか、をフィードバックする（11 月中旬までに）。

ネナードがドイツローテンブルクで行われた TCM Kongress2014 では 1300 人の参加者のうち 30 名ほどを対象にワークショップを開催し、Study 1 に準じる内容を行った（資料）（オフィシャルプログラムにはない <http://www.tcm-kongress.de/en/archiv.htm>）

2) 韓国から、ICD 全体の進捗が遅いことに対して韓国政府が懸念している、という指摘があった。韓国の場合、WHO の拠出は毎年の政府の意向で決まるため、きちんと進捗が見えないと支払えない、ということであった。渡辺から donor report は行っていないのか、と聞いたところ、それは来ている、とのことであった。日本の donar report 2013 は 8 月に来ており、レポートが少し遅れることと、この 1 年間で相当にいろいろと進んだので、そのことは専門家からも政府に報告すべき、という助言をした。さらに何が知りたいのかをきちんと政府から WHO に公式に問い合わせるべきという助言をした。

（これは後の情報だが、この話を受けてウースタンとネナードは 11 月 27 日からの上海会議に先立って韓国を訪問する。）

3) 症例の体裁について、まず韓国のイン先生から身体所見が General examination と TM examination に分かれているが、それを TM specific examination などにして欲しい、という要望があった。伝統医師も General examination をするし、国内事情的に恐らく specific をつけないと西洋医師側から何か言われるようであるが、結局 TM examination でよいことにした。

4) 今回の症例呈示では、項目だけあってブランクのところが多い。ブランクの項目をすべてはずすか、nothing particular を加えるか、韓国が提案したように項目のバリューセットを決めて（例えば舌色であれば、赤、淡紅、紫など）それにチェックをつける方法か議論した。結論は出なかったが、後から来たウースタンの意見では、精神でもすべてのチェックリストを作っていたが、ページ数が多くなるので、陰性所見はすべて省くのがいいのでは、という意見を述べた。

5) 症例呈示で用いられる用語については 11 月の用語の会議を受けて fix することにした。

6) WHO の翻訳システムが出来上がっている。ただし韓国のスーキル・キム先生がアジア言語向けには翻訳システムがうまく稼働しないので、独自のシステムを作った。ただし著作権の問題等があり、うまく活用できるかどうかは定かではない。渡辺からは翻訳機を使うかどうかは各国の判断とし、翻訳は各国で責任を持ってやるべきではないかと提案したところ、韓国からは WHO に翻訳して欲しい、という強い要望があった。（渡辺の解釈：韓国の国内事情を鑑みるに WHO のお墨付きが欲しいのではないかと思う）

7) TM chapter のトレーニングについて話し合った。PPT, 文章でやるなどいくつか候補があったが、WHO の E ランゲシステムに乗せる、という方法もある、という提案があった。

8) フィールドテストはウェブプラットフォームができているが（資料）、翻訳は各国が行い、WHO の方でそれぞれの訳語のプラットフォームを作る。

9) 11 月の用語の会議を円滑にやるために、ネナードから用語リストが送られ、早めに各国が作業を行う。

用語を議論する対象としては

- a. タイトル（気虚証など）の定義、同義語、狭義の言葉
- b. iCAT にある、症状、症候などの言葉、部位の言葉（肝、腎など）、病因論の言葉
- c. それぞれの用語の inclusion criteria と exclusion criteria

2. 10 月 17 日午前ティース・ボエマー（Ties Boerma）（WHO 部長、ウースタンの上司）との会話

午前の全体会議では 2017 年の完成は大丈夫かという疑問を自ら投げかけていた。しっかりした

ものができなければリリースできない。また他の分類との整合性も強調していた。その中には伝統医療も入っていた（他には SNOMED-CT、ICF、ICHI など）。

その上でコーヒブレイクの際に TM の進捗について報告したところ、非常に喜んでくれた。（ティース・ボエマーには 2013 年 6 月のジュネーブ会議の際、当時の統計情報部の伊澤部長自らが進捗に対する懸念を話していただいていることもあり、伝統医療には相当気を使っている。また JLOM や病院会の資金援助もあり、日本に対しても非常に気をつけてくれていることを感じた）。

しかし、韓国などが ICD 全体の進捗が遅れていることにフラストレーションを感じていることを話し、2015 年に TM deliverable を望んでいる話をしたところ、「それはやるべきだ、(should)」ということであった。TM 始め、日本の資金支援については大変に感謝をしていて、当初の改訂の予定どおり 2015 年に WHO が出版するのがよい、という意見であった。他の章がいつできるか分からないので、とも言っていた。Ustun には話す、ということであった。

ただし、これから Review と FT なので 2015 年が間に合わないかもしれないと言ったところ、2016 年でも構わないので、きちんと WHO が責任を持ってやる、ということであった。

3. 10 月 17 日昼休みリチャード・マーデン (Richard Madden: ICHI の中心的役割) から ICHI に是非とも伝統医療がはいったらどうか、というオファーがあった。

予算がない、と言ったら、ウースタンはいつもお金のことを言っているが、予算は入らない。Contribute してくれるだけでいい、ということであった。

既に ICTM の中に Intervention group があるだろう、それと ICHI がつながってくればいい、ということであった。ネナードと相談して次回 TM PAG teleconference で検討することとした。

4. 10 月 17 日昼休みネナードとの話し合い (今後の TM chapter の進め方について)

1) 先のメールで話し合った内容はオフィシャルの内容ではないので、PAG のテレカンで 11 月はじめに招集して、今回の内容を再度討論する。特に伝統医学だけの出版をすること、介入について再開するかどうかは大きな問題。

2) レビューと ICD-FiT (フィールドトライアルの結果をウェブ上で入力するツール) については WHO 全体の様子を見てもいつになるか分からないので、ウェブでやらずにマニュアル式でやったらどうか? (添付の PPT の Review Process の最後のページにスケジュールがあるが、2015 年度の前期の後半 (4-6 月) 頃のスタートを目指している。伝統医療

はレビューを送ったのが、2013年の1月なので、こんなに待つのは本意ではない、と言ったところ、ウースタンに意見を言うが、全体で揃ってやって欲しいと思う、とのことであった。

3) 15日の会議の際にもリクエストしたが、今後の全体的なアクションプランを示すべき、というリクエストをした。本来であれば、レビューをしてTM chapterが固まって、それからフィールドテストとなるのが理想である。そこに用語の問題が挟まってくるとどの順番で進めるのかが少し曖昧になってくるので、全体的なプランが欲しい、というお願いをした。ネナードからの反応はレビューとフィールドテストは同時並行でいいと思う、という返事であった。

資料 7

日中韓の専門家と WHO との話し合い

平成 26 年 11 月 26 日（水）午後 5 時半～7 時

場所 ZTE Hotel Shanghai

メモ 渡辺賢治

参加メンバー

WHO Qi Zhang, Nenad Kostanjsek

韓国 Chang-Shik Yin, Kyngmo, Kyungmo Rana Lee

中国 Xiaorui Zhang, Danbo Dou

日本 中濱、渡辺

経緯

ICTM terminology 上海会議のサテライト会議として開かれた。

2014 年 10 月にバルセロナで開催された WHO-FIC 会議の際の ICTM 会議の席において、Dr. Yin から韓国政府の懸念が示された。2013 年 6 月に日中韓の政府関係者が参加した stake holder 会議の席において示されたレビュー、フィールドテスト（2014 年 7 月にスタートする予定であった）が何一つ進んでおらず、2015 年に最終産物ができるという約束が守られていないことに何の説明がなく、かつ ICD 改訂全体の遅れに対しても何の説明もないため、韓国政府が非常に怒っている、ということであった。政府からの直接の意見ではないし、公式文書が韓国政府から出された訳ではないが、韓国はまだ拠出予定の送金を終了しておらず、毎年の予算の中で額も決定されるため、WHO としては韓国政府を怒らせるわけにはいかない。日本・中国は拠出を終了しており、韓国が唯一の今後の頼りである。

上海会議の前にウースタンとネナードで韓国政府を訪問し、事情を説明するはずであったが、急遽ウースタンが来れなくなったため、韓国にも立ち寄っていない。

（ちなみにネナードは上海 ICTM terminology 会議後に北京でスキル・キム先生らと translation platform についての話し合いをするために北京に向かっ

た。)

議事メモ

まずは韓国の懸念について再度確認した。内容は上記と同様であり、韓国としては 2015 年に何らかの産物が必要である、と強調した。最初は WHO からの出版物であることが条件、ということであったが、だんだんと折れて、何らかの産物が必要ということであった。

中国は国内での活動に対する資金はあるが、WHO に送金する予定はないということであった。

日本にも意見が求められ、日本は円で送金したので 120 万ドルの予定が実際には 130 万ドルの拠出を終えたことを話し、厚労科研費など国内での活動費はあるが、WHO への拠出予定はないことを話した。

結論

1. 他の章に先立って伝統医学の章だけ出版することも可能性としてはあるが、まだまだ未完成であり、レビュー、フィールドテストがこれから行われることを考えると、2015 年に伝統医学の章の出版をすることは不可能である。
2. 問題は WHO 側の説明不足であり、なぜ予定が伸びているのか、その理由を明確にドナーに説明する必要がある。その上で、現時点での改訂された計画をドナーに示すべきである。
3. 日中韓ともに国内で使える資金はあるので、WHO はもっと日中韓の専門家を使うべき。

韓国からは WHO-FIC CC 韓国の国内会議として伝統医療の会議をしようとしたら WHO-FIC CC から拒否された。WHO から韓国 WHO-FIC CC に働きかけをして欲しいという要望があった。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

