

I C D改訂に関する情報

資料 1 疾病、傷害及び死因分類の正しい理解と普及に向けて

資料 2 I C D— 1 1 に向けたWHO取組状況（概要）

資料 3 I C D— 1 1 への改訂に向けた対応について（協力依頼）

資料 4 I C D— 1 1 に向けたWHOワーキンググループへの対応概念図

参考資料 1 第 3 回社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門

疾病、傷害及び死因分類の
正しい理解と普及に向けて
(I C D - 10 (2003 年版) 準拠)

厚生労働省大臣官房統計情報部

はじめに

わが国は、政令に基づく総務省告示により、平成18年1月1日から、ICD（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）を2003年版に準拠して適用しています。

ICDは、1900年から国際的に使用されている分類で、その内容も当初の死因のための分類から疾病分類の要素を加味し、さらに、保健サービスを盛り込むなど、社会の変化に対応した分類となっています。現在のわが国での活用も、死亡統計、疾病統計をはじめとする各種統計調査にとどまらず、臨床、医学研究、DPC等幅広いものとなり、今後さらにその利用範囲は拡大するものと考えられます。

ICD-10（2003年版）準拠を適用することとしたのは、医学、医術の進歩等に対応するICDとするためWHOが2003年までの一部改正分について加盟各国に勧告しており、わが国においても最新の分類を用いた統計を作成することとし、結果として前述の多面的な活用にも資することによるものです。

適用に当たっては、社会保障審議会統計分科会の委員各位をはじめ、関係学会、関係団体のご尽力をいただきました。

そのご尽力にお応えするためにも、ICDの利用者・関係者に2003年版の改正点だけでなく利用範囲の拡大しているICDについてより一層理解していただけるよう、本書は、ICDの役割、特性等について、わかりやすく解説したものです。

ICD-10（2003年版）準拠の適用にご尽力をいただいた方々に改めて御礼を申し上げるとともに、本書がICDの関係者や関心をお持ちの方にとって、ICDを理解する一助となれば幸いです。

平成19年3月

厚生労働省大臣官房統計情報部長

桑 島 靖 夫

担 当 係

人口動態・保健統計課疾病傷害死因分類調査室

電話 03 (5253) 1111

内線 7493・7492

目 次

1	I C Dとは	1
2	わが国における I C Dの適用	3
	(1) I C D-1 0(2003 年版)準拠の適用	3
	(2) 死亡統計、疾病統計での使用	3
	(3) D P Cでの活用	7
	(4) 分類と傷病名の整理	8
3	I C D-1 0(2003 年版)準拠の解説	12
	(1) 主な改正点	12
	(2) 留意すべき事項	13
4	I C D関連のHPアドレス	16
5	I C Dをめぐる国際動向	18
	(1) WHO-F I Cネットワーク	18
	(2) リビジョンとアップデート	22
	(3) 今後の方向性	23
6	参考資料	24
	(1) I C Dの歴史	24
	(2) I C D関連法規	25
	(3) D P C関連法規	27
	(4) 定義	36
	(5) 世界保健機関分類規則	39

1 ICDとは

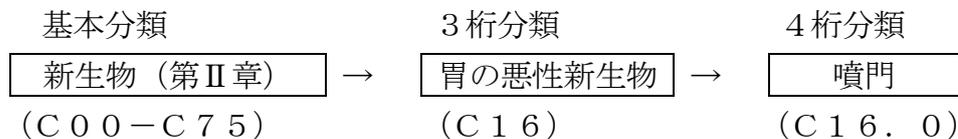
ICDとは、我が国が加盟するWHOにおいて定められた分類であり、正式には「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」といい、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの記録、分析、比較を行うために国際的に統一した基準で設けられた分類です。

データを集める上で重要なことは、一定のルールと基準が示されていることです。実際に、ICDは多くの原則とルールが定められ、時系列の比較や国際比較が可能となり、一般疫学全般や健康管理のための標準的な国際分類となっています。

この分類は、明治33（1900）年に国際統計協会により、人口動態統計の国際分類として制定されて以来、WHOが引き継ぎ、医学の進歩や社会の変化に伴いほぼ10年ごとに修正が行われてきています。これまでわが国で使用されていた分類は、平成2（1990）年にWHO総会で採択された第10回修正（ICD-10）でしたが、平成18（2006）年1月から、ICD-10（2003年版）準拠を適用することとなりました。

ICDは、アルファベットと数字によって表される分類項目から構成されており、その分類項目数は、約14,000項目となっています。なお、分類項目は、3桁分類（アルファベット1文字+数字2文字）と、より詳細な分類である4桁分類（アルファベット1文字+数字3文字）からなっています。

<例>



○ ICD： 約14,000の分類項目からなる分類

○ ICDによる分類とは：

病気、けが、患者の状態、医療行為などの1つ1つを、体系的な基準に従って、それが所属する分類項目に振り分けること。(コーディングとも言います。)

※ ICDの分類項目は、分類のための項目であって、病名を表しているものではありません。

疾病等（病名等の数は医学の進展等により、変化）

↓ 分類（コーディング）

ICDの分類項目（約14,000）

現行の ICD-10 は、22 の章から構成されており、それぞれの章は、3 桁分類と、さらに詳細な 4 桁分類によって構成されています。3 桁分類項目は、約 2,000、4 桁分類項目は、約 12,000 です。

ICD-10 の分類の構成（基本分類表）

- 第 1 章 感染症および寄生虫症(A00-B99)
- 第 2 章 新生物(C00-D48)
- 第 3 章 血液および造血器の疾患並びに免疫機構の障害(D50-D89)
- 第 4 章 内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)
- 第 5 章 精神および行動の障害(F00-F99)
- 第 6 章 神経系の疾患(G00-G99)
- 第 7 章 眼および付属器の疾患(H00-H59)
- 第 8 章 耳および乳様突起の疾患(H60-H95)
- 第 9 章 循環器系の疾患(I00-I99)
- 第 10 章 呼吸器系の疾患(J00-J99)
- 第 11 章 消化器系の疾患(K00-K93)
- 第 12 章 皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)
- 第 13 章 筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)
- 第 14 章 腎尿路生殖器系の疾患(N00-N99)
- 第 15 章 妊娠、分娩および産じょく<褥>(O00-O99)
- 第 16 章 周産期に発生した病態(P00-P96)
- 第 17 章 先天奇形、変形および染色体異常(Q00-Q99)
- 第 18 章 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(R00-R99)
- 第 19 章 損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)
- 第 20 章 傷病および死亡の外因(V01-Y98)
- 第 21 章 健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用(Z00-Z99)
- 第 22 章 特殊目的用コード

ICD を用いて分類を行うために、WHO より、3 巻からなる分類提要、「総論」、「内容例示表」、「索引」が発行されています。実際に ICD を用いて傷病名等を分類しデータベース化する際には、まず、分類を行うルールを「総論」で把握した上で、どの分類項目が該当するか「索引」で調べ、分類項目に含まれる（あるいは除かれる）具体的な傷病名等を確認し、分類項目のコードを決定するという手順になります。

ICD の分類を用いた質の高い統計データを得るためには、記載された傷病名等を ICD に適切に分類する者の育成だけでなく、分類の対象となる傷病名等を医療従事者側が適切に記載することが必要です。医療従事者にも ICD への理解が望まれます。

2 わが国における ICD の適用

(1) ICD-10 (2003 年版) 準拠の適用

ICD は、1900 年から国際的に使用され、その内容も当初の死因のための分類から疾病分類の要素を加味し、さらに、保健サービスを盛り込むなど、社会の変化に対応して分類内容は変化してきました。現在では、各種統計調査への活用にとどまらず、臨床、医学研究、DPC への活用等、幅広いものとなっています。

今回の ICD-10 (2003 年版) 準拠の適用は、医学、医術の進歩等に対応する ICD とするため WHO が勧告した 2003 年までの一部改正分について、わが国においても最新の分類を用いた統計を作成することとし、結果として前述の多面的な活用にも資することとなるため、適用することとしたものです。

わが国において ICD は、「統計法」(昭和 22 年法律第 18 号) 第 3 条第 2 項及び第 8 条第 2 項の規定に基づいて制定された「統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令」(昭和 26 年政令第 127 号) に基づく「統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令第 3 条の規定に基づく分類の名称及び分類表」(平成 17 年 10 月 7 日総務省告示第 1147 号) により、「疾病、傷害及び死因の統計分類」として定められており、疾病統計及び死因統計など国が統計調査の結果を疾病、傷害及び死因別に表示する場合には、この ICD によらなければならないこととされています。

* 現在告示されている分類表；

- 一 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表
- 二 疾病分類表 (大分類、中分類、小分類)
- 三 死因分類表

(参考) 「疾病、傷害及び死因分類」については、厚生労働省ホームページ「<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>」をご参照下さい。

* 刊行物；疾病、傷害および死因統計分類提要 (ICD-10 (2003 年版) 準拠)

- 第 1 巻 総論
- 第 2 巻 内容例示表
- 第 3 巻 索引表

(2) 死亡統計、疾病統計での使用

① 死亡統計

人口動態統計における死亡統計では、明治 32 (1989) 年から ICD を活用して統計を作成しています。死亡原因は、国民の健康に直結する極めて重要な問題であることから、その原因を正しく把握し集計することはとりわけ重要になっています。正しく把握し集計するためには、統一された基準でデータを収集し分類することが必要であることから、人口動態における死亡統計では、死亡診断書 (死体検案書) の記載に基づき、国で ICD 分類を用いて WHO によって統一された方法による「原死因」の選択を行い、決定しています。死因統計に用いる死亡原因、いわゆる死因は、上述の原死因を使用しております。

○ 原死因の考え方

- | |
|---|
| 1) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷
2) 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況 |
|---|

※ 死亡統計では、死亡診断書（死体検案書）に記載された直接死因を、死亡統計上の死因としているわけではありません。しかし、直接死因が不要という意味ではありません。死亡の予防という観点からは、病的事象の連鎖をある程度で断ち切るか、ある時点で疾病を治すことが重要です。また、最も効果的な公衆衛生の目的は、その活動によって原因を防止することであると考へ、その原因を表す原死因で統計を作成するということです。

直接死因を含めた死亡診断書（死体検案書）に記載された情報から原死因を決定するため、直接死因のみならず、すべての記載内容が重要であり適切に記載されている必要があります。

- 同じような経過をたどったとしても、死亡診断書の書き方によって、その原死因は異なるものとなります。
- 死亡診断書（死体検案書）に正確な記載がなければ、当然ながら、正確な原死因を選択することはできません。

病型、症状、急性・慢性の別、部位等を記載してください。

<主なポイント>

- ・感染症： 急性・慢性の別、病原体名
- ・悪性新生物、腫瘍、癌： 原発部位、原発・転移の別、組織形態
- ・糖尿病： 型、合併症
- ・肝硬変： 病因（アルコール性肝炎、C型肝炎 等）
- ・肺炎： 病因、病原体名

等

（参考）「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」をご参照下さい。

<例1-1>

1 欄 (ア) 直接死因	敗血症	6か月
--------------	-----	-----

原死因：敗血症
コード：A41.9

<例1-2>

1 欄 (ア) 直接死因	MRSA敗血症	6か月
--------------	---------	-----

原死因：MRSA敗血症
コード：A41.0

<例2-1>

1 欄 (ア) 直接死因 肺癌、肝癌 6か月

原死因：肺癌
コード：C34.9

<例2-2>

1 欄 (ア) 直接死因 転移性肺癌 6か月
(イ) (ア) の原因 肝細胞癌(原発) 6か月

原死因：肝細胞癌
コード：C22.0

<例3-1>

1 欄 (ア) 直接死因 誤嚥性肺炎 7日

原死因：誤嚥性肺炎
コード：J69.0

<例3-2>

1 欄 (ア) 直接死因 誤嚥性肺炎 7日
(イ) アの原因 脳梗塞(塞栓症) 8か月

原死因：脳梗塞 (塞栓症)
コード：I63.4

<例4-1>

1 欄 (ア) 直接死因 腎不全 9年

原死因：腎不全
コード：N19

<例4-2>

1 欄 (ア) 直接死因 糖尿病性腎不全 9年

原死因：糖尿病性腎不全
コード：E14.2

- ・人口動態統計 (死亡統計)
統計調査結果
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>
 - 「厚生労働省統計表データベース」
 - 「厚生労働省統計表データベースシステム」
 - 「統計調査一覧」
 - 「人口動態統計」

② 疾病統計

ICD の疾病統計における活用の代表的なものとして、患者調査があげられます。患者調査は、厚生労働省が3年に1度実施している調査で、医療機関を利用する患

(3) DPCでの活用

ICD の活用として、「急性期医療に係る診断群分類別包括評価 (DPC) 制度」があります。この制度は、一定の疾患での入院について、出来高払いではなく一定の算式に基づき、あらかじめ決められた1日あたりの一定額を支払う方式です。

DPCに関する定義は次のようになっています。

- 診断群分類
入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と、入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより、現在、2,347 の診断群分類が設定されている。このうち、1,438 分類について診断群分類に基づく1日あたりの包括評価制度が導入されている。
- DPCによる包括評価の対象患者
一般病棟の入院患者であって、傷病名等が上記1,438 診断群分類に該当する患者。
- 診療報酬の設定方法
診療報酬の額は、診断群分類により包括評価されるホスピタルフィ的要素部分と、出来高により評価されるドクターフィ的要素部分から構成され、その合計額が全体額となる。

DPCにおいては、診断群分類として14桁のコードが使用されており、その3桁目から6桁目が「臓器、病理コード」(傷病名)となっており、これにICDコードが活用されています。この傷病名は、厚生労働省告示で規定していますが、臨床病名ではありません。

DPC傷病名は以下のように決定されます。

- ① 「医療資源を最も投入した傷病名」を決定。この傷病名はカルテ病名等の臨床病名。
- ② 「医療資源を最も投入した傷病名」に対応するICDコードの決定
- ③ 決定したICDコードと診療行為等に基づき、厚生労働大臣の告示により、ICDコードの属するDPC傷病名と診断群分類番号を決定する。

(参考) DPC・14桁コード

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

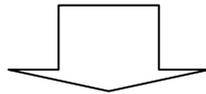
1,2	主要診断群
3~6	分類コード (臓器+病理)
7	入院種別
8	年齢・体重・JCS条件
9,10	手術等サブ分類 (手術の有無等)
11	手術・処置等1 (補助手術的)
12	手術・処置等2 (中心静脈、人口呼吸等)
13	副傷病名 (有無等)
14	重症度等 (有無)

(4) 分類と傷病名の整理

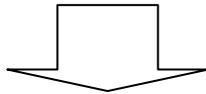
- 医学研究においては、その目的によって ICD と臨床病名との使い分けが必要となります
- 分類とは、病気、けが、患者の状態、医療行為などを体系的な基準に従ってカテゴリーやグループに割り付けることをいいます。医学的に類似の疾患や状態を同じグループに入れて、全ての病気を表そうとするものです。全ての病気は、必ず ICD のどこかに分類されます。

<例1>

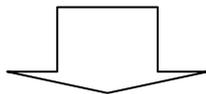
- ・ 胃がんが疑われた患者さん。
- ・ 精査によって、胃噴門部のがんであることが判明した。



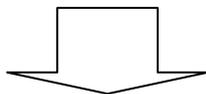
これを現行の ICD (ICD-10 (2003 年版) 準拠日本語版第 3 巻 (索引)) で検索してみます。



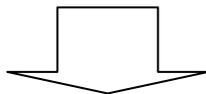
がん (M8000/3) - 新生物, 悪性を参照



新生物	悪性(原発性)
- 胃	C16.9
- - 噴門	C16.0



ICD (ICD-10 (2003 年版) 日本語版第 2 巻 (内容例示)) で確認します。



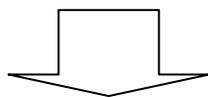
C16 胃の悪性新生物
C16.0 噴門

部位により分類が細かく分かれるものがあります。

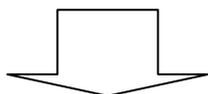
- C 16 胃の悪性新生物
 - C 16.0 噴門
 - C 16.1 胃底部
 - C 16.2 胃体部
 - C 16.3 幽門前庭
 - C 16.4 幽門
 - C 16.5 胃小弯, 部位不明
 - C 16.6 胃大弯, 部位不明
 - C 16.8 胃の境界部病巣
 - C 16.9 胃, 部位不明

<例 2>

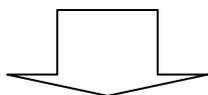
- ・ 下腿の化膿性関節炎が疑われた患者さん。
- ・ 精査によって、ブドウ球菌性であることが判明した。



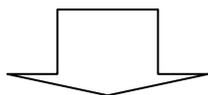
これを現行の ICD (ICD-10 (2003 年版) 準拠日本語版第 3 巻 (索引)) で検索してみます。



関節炎
－化膿性 (各部位) M00.9



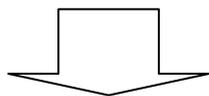
ICD (ICD-10 (2003 年版) 準拠日本語版第 2 巻 (内容例示)) で確認します。



- M00 化膿性関節炎
 - M00.0 ブドウ球菌性(多発性)関節炎
 - M00.1 肺炎球菌性(多発性)関節炎
 - M00.2 その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎
 - M00.8 その他の明示された病原体による(多発性)関節炎
 - M00.9 化膿性関節炎, 詳細不明

数字を末尾に組み合わせ、5桁のコードとして部位を示すことができる分類項目もあります。

	0	多部位
	1	肩甲帯
	2	上腕
+	3	前腕
	4	手
	5	骨盤部及び大腿
	6	下腿
	7	足関節部及び足
	8	その他
	9	部位不明



ブドウ球菌性下腿の化膿性関節炎・・・ M00.06

○ ICD とカルテ病名、DPC 等との関連をみると次のとおりになります。

1 傷病名

(1) カルテ病名・一般レセプト傷病名（いわゆる臨床病名）

1) 複数のカルテ病名・一般レセプト（DPCレセプト以外のレセプト）の傷病名は一つのコードに集約

- ・ ICD-10の各コードは、複数のカルテ病名、複数の一般レセプト傷病名を一つに集約したものです。したがって、一般にカルテ病名、一般レセプト病名が異なっても、同じICD-10のコードがつけられます。

2) カルテ病名・一般レセプト傷病名の各マスターの整備

- ・ 厚生労働省医政局では電子カルテや病歴管理などに資する「ICD10対応電子カルテ用標準病名マスター」を開発し、保険局では「レセプト電算処理システム用傷病名マスター」を作成しています。両者の病名情報の統一化と相互のコードの対応付けを行い、医事会計システム基本マスターとしても利用できるように互換性を確保しています。

(2) DPC（診断群分類）における傷病名

DPCにおける傷病名（DPC傷病名という）は厚生労働省の告示で規定。臨床病名ではありません。DPC傷病名は以下のように決定されます。

- ① 「医療資源を最も投入した傷病名」の決定。この傷病名は、上記のカルテ病名・一般レセプト病名と同じ臨床病名です。
- ② 「医療資源を最も投入した傷病名」に対応するICDコードの決定。
- ③ 決定したICDコードと診療行為等に基づき、厚生労働省の告示により、ICDコードの属するDPC傷病名と診断群分類番号を決定します。

*DPCレセプトには、診断群分類番号と「医療資源を最も投入した傷病名」が記載されます。

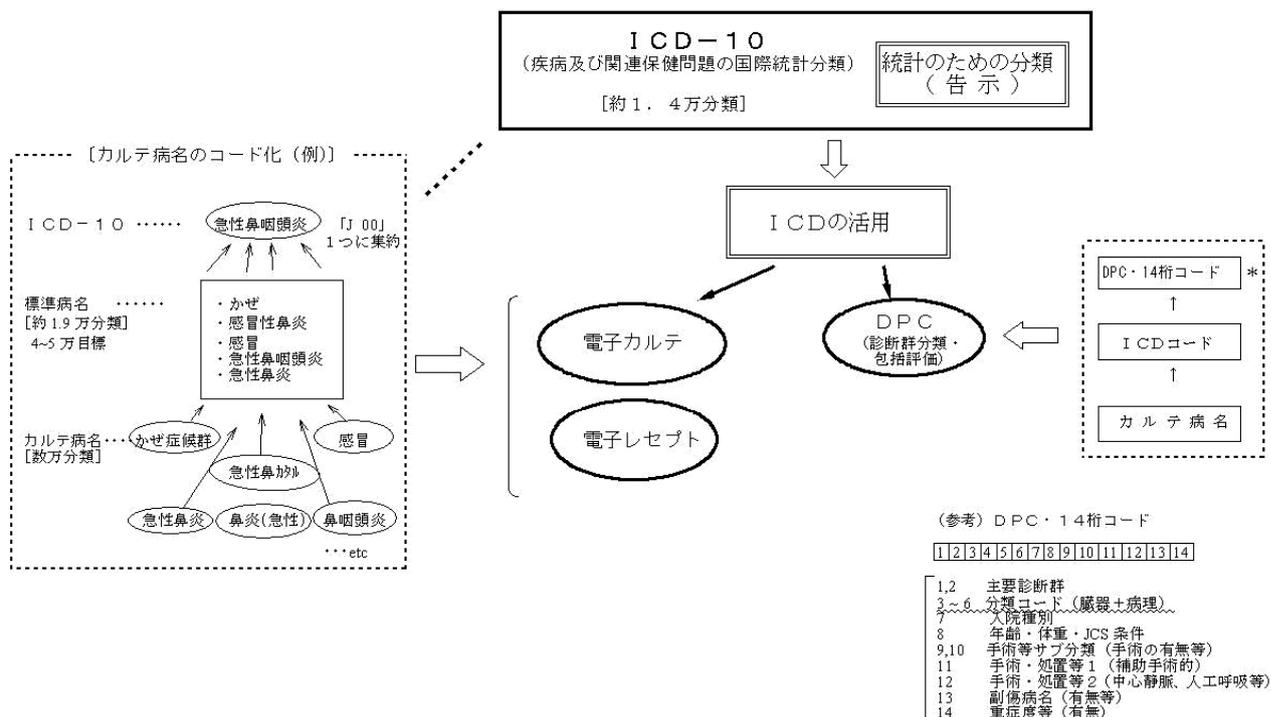
2 ICD-10と傷病名

ICD-10は日本では統計分類として告示で規定され、その詳細は、統計情報部の発行する「疾病、傷害および死因統計分類提要」によります。

具体的には、

- ① ICD-10のコードとその内容例示
- ② 臨床病名からのコーディングルール
- ③ 臨床病名からの索引

からなっており、臨床病名に対応するICD-10のコードの選択には関与しますが、臨床病名の設定には関与しません。



* 疾病、傷害および死因統計分類提要の内容

第1巻 総論

- ・ 第2巻(内容例示表)及び第3巻(索引表)の使い方
- ・ 死亡診断書及び死因をコーディングする際のルール
- ・ 傷病をコーディングする際のルール

第2巻 内容例示表

- ・ アルファベットと数字で表された傷病と症候群の分類コード
- ・ 包含、除外項目についての注意書きとルール

第3巻 索引表

- ・ 第I編 疾病、症候群、病理学的病態、損傷、徴候、症状、問題、保健サービスを受けるその他の理由
- ・ 第II編 損傷の外因
- ・ 第III編 中毒またはその他の有害作用を引き起こす薬物および化学物質

3 ICD-10 (2003年版) 準拠の解説

疾病及び関連保健問題の国際統計分類について、わが国では、これまで第10回修正を使用してきましたが、医学の進歩等に対応するため一部改正が行われ2003年までの改正が蓄積されたICD-10(第2版)が2004年10月にWHOより勧告されました。わが国においてもWHOの最新の勧告の国内への適用(ICD-10(2003年版)準拠)について、平成17年1月の厚生労働大臣の諮問に対し、平成17年7月に社会保障審議会(統計分科会)から答申がなされ、平成17年10月の総務省告示第1147号により新たな分類を使用することとされました。

(1) 主な改正点

ICD-10(2003年版)準拠の主な改正理由は、WHOの勧告に基づくもの、わが国の法令改正等に基づく名称の変更、医学の進歩等に対応した名称の変更であり、その内容は次のとおりです。

①WHOの勧告に基づくもの

ア 新たな分類項目の設定(特殊目的用コード利用)

- ・重症急性呼吸器症候群(SARS)
- ・抗生物質に耐性の細菌性病原体

イ 項目の移動

- ・胃ポリープ
新生物(D13.1)から消化器系の疾患(K31.7)へ移動
 - ・大腸<結腸>のポリープ
新生物(D12.6)から消化器系の疾患(K63.5)へ移動
- 等

ウ 分類項目の廃止及び新設(特殊目的用コード以外)

廃止 8

新設 13

- ・肝臓提供者<ドナー>(Z52.6)
 - ・心臓提供者<ドナー>(Z52.7)
- 等

エ 死亡統計における原死因選択ルール等の変更

死亡統計における原死因の選択について、コーディングルールの一部変更が行われ、また適用例が具体的に示される等の変更が行われました。

②法令の改正等に基づく名称の変更

精神分裂症 → 統合失調症

痴呆 → 認知症

③医学の進歩等に対応した名称の変更

慢性関節リウマチ → 関節リウマチ

妊娠中毒症 → 妊娠高血圧症候群

(2) 留意すべき事項

ICD-10（2003年版）準拠の適用に当たっては、新たな死因分類及び分類ルール適用による影響に留意する必要があります。どのような影響があるかを人口動態統計（月報）の死因統計でみると次のとおりです。

①C型肝炎の一部を慢性として取り扱うことによる影響

C型肝炎について、急性か慢性か不明なものについては、従前までは、全て急性という取り扱いを行ってきましたが、ICD-10（2003年版）準拠の適用に伴い、期間不明又は6カ月以上のC型肝炎は、慢性として取り扱うことになり、急性C型肝炎の範囲が縮小することとなりました。

人口動態統計（月報）の段階で公表される統計には、C型肝炎についての急性か慢性かの区分によるものはなく、月報の統計上現れる影響としては、B型肝炎及びC型肝炎を含めた感染症分類表にある「急性ウイルス肝炎」の件数が減少する方向に働くこととなります。

②耐性菌に関する新分類の追加による改変

感染症分類に耐性菌に関する以下の5分類が新たに追加となりました。

- ・バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・バンコマイシン耐性腸球菌感染症
- ・ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
- ・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・薬剤耐性緑膿菌感染症

③分類ルール（原死因選択ルール）の変更による影響

ICDでは、死亡統計を行う際のルール（原死因選択ルール）も定められています。

i 死因統計は、原死因による統計であり、原死因は死亡届に添付される死亡診断書の情報から、ルールに基づき選択、決定されます。

- ・ これまで、「心停止」と記載された場合には、「不整脈及び伝導障害」に、「低血圧」又は「循環器障害」と記載された場合には「その他の循環器系の疾患」に、「急性呼吸不全」又は「呼吸不全」と記載された場合には「その他の呼吸器系の疾患」に分類されていましたが、今回の改正により、これらは、「不明確な病態」であるとされ、死亡診断書の情報に基づいて可能な限り原死因を選び直し、他の病態を原死因に選択することとなりました。

この変更は、「その他の循環器系の疾患」及び「その他の呼吸器系の疾患」の件数が減少する方向に働き、それらの病態とともに死亡診断書に記載されることの多い病態の件数が増加する方向に働くこととなります。

- ・ 「貧血」又は「低栄養（死因簡単分類上は「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」に含まれる。）」について、死亡診断書に「麻痺性疾患（「脳内出血」、「脳梗塞」等）」、「認知症」又は「神経系の変性疾患（「パーキンソン病」、「アルツハイマー病」等）」など、自立能力の制限をきたす病態が直接影響を及ぼしていると記載さ

れている場合については、自立能力の制限をきたす病態を原死因とすることとなりました。

この変更は「貧血」及び「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」の件数が減少する方向に、「麻痺性疾患」、「認知症」及び「神経系の変性疾患」に分類される死因の件数が増加する方向に働くこととなります。

- ・ 脳内出血や脳梗塞等の脳血管疾患による認知症については、これまで「脳内出血」や「脳梗塞」を原死因としていましたが、「脳血管疾患による認知症（死因簡単分類上「血管性及び詳細不明の認知症」に含まれる。）」を原死因とすることとなりました。

この変更は、「脳内出血」及び「脳梗塞」の件数が減少する方向に、「血管性及び詳細不明の認知症」の件数が増加する方向に働くこととなります。

(注)： なお、各死因における件数の変動については、新たな死因分類及び分類ルールの適用による影響のほか、各死因固有の変動による増減が含まれています。そのため、必ずしも予想される方向に死因が変動するものではないことに留意が必要です。

- ii ICD-10（2003年版）では、死亡をひきおこす可能性の低い病態（軽微な病態）であっても、因果関係の順番に正しく記載された場合は、原死因とするようルールが変更されました。今まで計上されなかった軽微な病態が死因として計上されます。

- ・ これまでは、死亡をひきおこす可能性の低い病態（軽微な病態）について、ルール上、死亡統計上の原死因としては原則として取り扱わないこととなっていました。ICD-10（2003年版）では、該当する病態が国際的に統一された一覧として示されるとともに、ルールが変更され、死亡をひきおこす可能性が低い病態でも、死亡診断書に死亡の原因として因果関係に基づき記載されていれば、原死因として取り扱うこととなりました。例えば、直接死因が「慢性呼吸不全」で、その原因が「顎関節症」であった場合、これまで、「顎関節症」が死亡統計上の原死因になることはありませんでしたが、ICD-10（2003年版）準拠の適用に伴い、死亡統計上の原死因として取り扱われることとなります。

1 欄	(ア) 直接死因	慢性呼吸不全	7日
	(イ) アの原因	顎関節症	3年

ICD-10(1990年版)準拠
原死因：慢性呼吸不全
コード：J96.1



CD-10(2003年版)準拠
原死因：顎関節症
コード：K07.6

死亡診断書において直接死因の項目はもちろん大事ですが、死亡統計上、それ以外の項目についても、これまで以上に重要となっています。死亡診断書について、より一層適切に記載いただくようお願いいたします。(死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルをご参照ください)

4 ICD関連のHPアドレス

ICDは、様々な分野で活用されています。(死亡統計、疾病統計、DPC等)



ICDって何だろう

➡ ①、②

死亡診断書の
集計結果は？

③ ←

患者さんの
統計データ
どこにあるの

➡ ③

DPCでもICD
使うけれど

④、⑤ ←

法的な位置づけは？
WHOの取組は？
改訂に向けた取組は？

➡ ①、②、④

レセプトや
電子カルテも、
ICDと関係してる

④、⑤、⑥ ←

① 疾病、傷害及び死因分類

- ICDの項目そのものを見ることができます。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>

② 社会保障審議会

- ・統計分科会
- ・統計分科会 疾病、傷害及び死因分類専門委員会
- ICDに関するWHOの動向や、ICDへの取組について見ることができます。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/index.html>

③ 統計調査関係

- ・人口動態統計（死亡統計）
- ・患者調査（疾病統計）
- ・社会医療診療行為別調査 等
- ICDを活用している厚生労働統計を見ることができます。

統計調査結果

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

→「厚生労働省統計表データベース」→「厚生労働省統計表データベースシステム」
→「統計調査一覧」（各統計調査を選択）

最近公表の統計資料（各統計調査の概況）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/index.html>

④ 法令・通知関係

- 厚生労働省の通知や、総務省の法令等を見ることができます。
- ・厚生労働省法令等データベースシステム
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/index.html>
- ・法令データ提供システム
<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

⑤ 医療保険関係

- DPCを含む医療保険関係の情報を見ることができます。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/index.html>

⑥ 電子カルテ関係

- 「標準的電子カルテ推進委員会」最終報告を見ることができます。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0517-4.html>

5 ICDをめぐる国際動向

(1) WHO-FICネットワーク

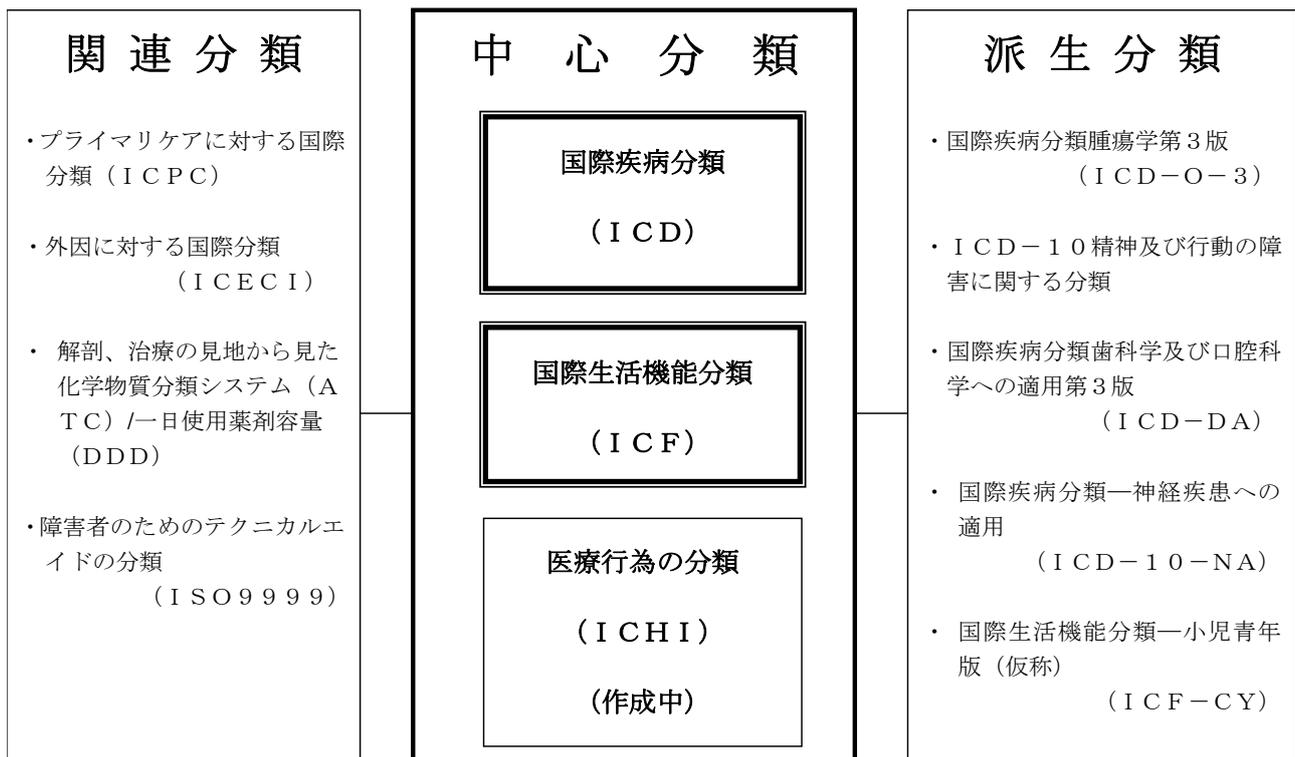
①WHO-FICネットワークの目的と構成

WHO-FIC ネットワークは、WHO-FIC の開発、導入、普及を行う目的のために構築され、WHO-FIC 協力センター、WHO 本部事務局、地域事務局で構成されます。ネットワークは、WHO と協力センターの年次会議により、管理、運営されます。大きな案件についての決定は、WHO 本部の承認が必要とされています。

WHO は、各国の幅広い知識、情報を得るとともに、各国の相互扶助を図ることを求めていることから、その地域に協力センターがないなどの理由により協力センターとの連携が確立していない国であっても、WHO-FIC ネットワークに参加し、支援を得ることができます。

世界保健機関国際分類ファミリー

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



②WHO-F I Cネットワークの運営

WHO-FIC ネットワークは、企画実行委員会を含め、6つの委員会と1つのグループによって運営されていましたが、2006年WHO-FIC ネットワークチュニス会議より6つの委員会と4つのグループという構成になりました。

i 企画実行委員会 (Planning Committee)

ネットワーク会議からネットワーク会議までのネットワークの運営を担当します。委員長、直近の開催国センター長、次回開催国センター長、次々回開催国のセンター長、ネットワーク委員会の委員長、WHO事務局で構成されます。ネットワークに関する執行計画の遂行状況を把握するとともに、ネットワーク会議の企画を行います。例年は4月に国際分類ファミリー拡張委員会との合同会議を開きます。

ii 国際分類ファミリー拡張委員会 (Family Development Committee)

各分類が全体としての整合性を確保できるよう、ある分類をWHO-FICに加えるかどうかの基準を設け、新たにWHO-FICに参入する分類についての審査を行います。

iii 普及委員会 (Implementation Committee)

WHO加盟国に於ける、WHO-FICの導入、普及を行うことを目的としています。WHO-FICの中核をなす分類(ICDおよびICF)に重点を置いています。

iv 教育委員会 (Education Committee)

実務の最高水準を設定し、教育についての専門的・実務的経験を共有するようネットワークを作るなど、WHO-FICの教育を推進することを目的としています。

v 分類改正改訂委員会 (Updating and -Revision Committee)

WHO-FICの各分類の改正(アップデート)の必要性を評価し、ネットワーク会議にむけて、詳細な原案を作成します。死因分類改正グループ(MRG)を下部部会としておき、死因に関わるコーディングルールの明確化やルール及びコードの修正、変更等の勧告を行っています。本年10月に新たに疾病分類グループ(MbRG)、生活機能分類グループ(FDRG)、ターミノロジーグループ(TRG)が設置され、その取り扱い範囲が拡大しています。また、ICD-11に向けての改訂運営会議(仮称)の準備委員会が発足されたことを受けてWHO-FICの改訂作業も担当します。

vi 電子媒体委員会 (Electronic Tools Committee)

共通の基準と知識を用いて実務が行えるようWHO-FICにおける各種分類の電子化の企画、実施を目的としています。

vii 死因分類改正グループ (Mortality Reference Group)

死因データの国際比較の向上のため、ICD-10に関する標準的な適用を確立することを目的としています。

viii 生活機能分類グループ (Functioning and Disability Reference Group (FDRG))

(チュニス会議において承認)

生活機能データの品質及び比較可能性を向上させ、必要に応じてICFの改正・改訂のための勧告を行います。

ix 疾病分類グループ(Morbidity Reference Group (MbRG))

(チュニス会議において承認)

統計（例：病院データ）、ケースミックス（例：DRG システム）、臨床関連資料（例：臨床的用語や電子カルテ）に基づくニーズを分析・統合することにより、疾病データの国際比較性を改善し疾病における ICD の使用を促進することを目的とします。

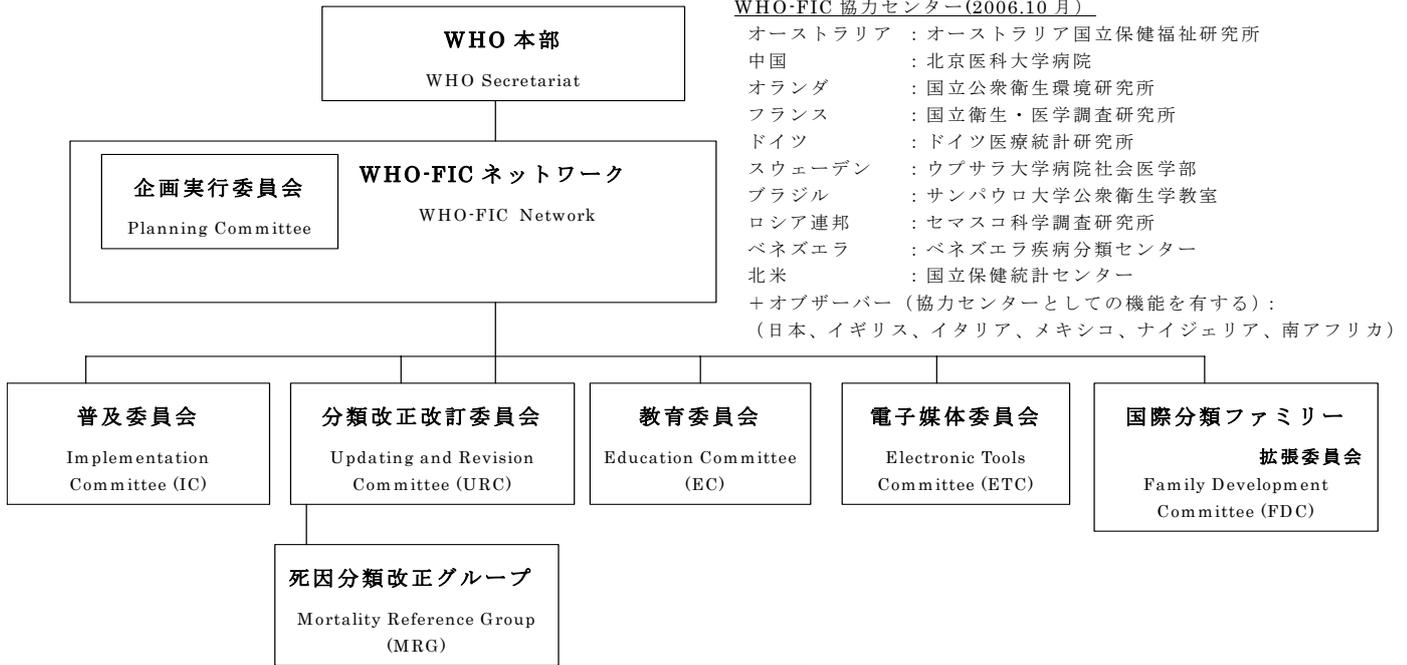
x ターミノロジーグループ(Terminology Reference Group (TRG))

(チュニス会議において承認)

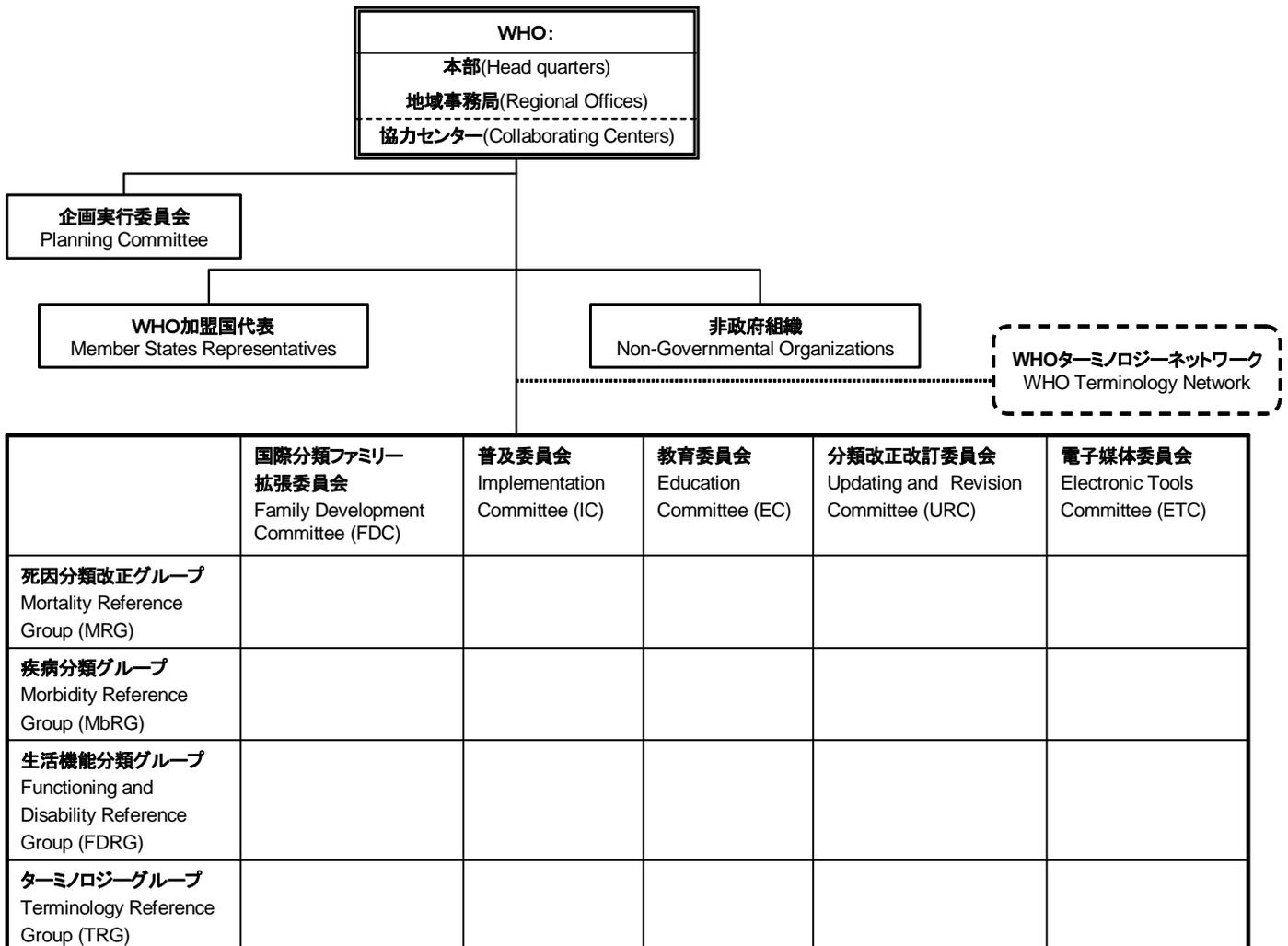
将来的な Health Terminology Network との連携の確保を目的とします。

WHO-FIC ネットワーク組織図

(チュニス会議前)



(チュニス会議後)



(2) リビジョンとアップデート

①改訂 (リビジョン (revision))

ICDは、1900年に第1回を導入して以来、医学の進展に伴う定期的な改訂の必要が認められ、第9回改訂版であるICD-9に至るまではほぼ10年ごとに改訂が行われてきました。しかし、めざましい医学の進歩、医療技術の進歩により、第10回の改訂版であるICD-10には15年の期間を要しました。

このように第1回から第10回までの大幅な修正を改訂 (リビジョン (revision)) と呼んでいます。

②一部改正 (アップデート (update))

WHOは、1990年のICD-10の勧告後、新しい疾病、臨床 (医学的) 知識の変化、医学用語の変化、分類表の一層の明確化等に対応するため、1997以来、ICD-10の一部改正 (アップデート)、すなわち、ICD-10のまま改善 (大改正、小改正) を加え適用を勧告しています。

一部改正の原則は、「基本分類表 (tabular list)」については、下記の区分により3年ごとの「大改正 (Major change)」と毎年行われる「小改正 (Minor change)」に分けて改正されており、基本分類表に影響を与えないとされる「索引」については、毎年改正されます。

大改正と小改正の区分

大 改 正 (Major change)	小 改 正 (Minor change)
<ul style="list-style-type: none">・ 新たなコードの追加・ コードの削除・ コードの移動・ あるコードについて、3桁分類項目のカテゴリの変化を伴う索引の改正・ 罹患率もしくは死亡率に関するデータの収集の精度に影響を与えるルールもしくはガイドラインの改正・ 新たな用語の索引への導入	<ul style="list-style-type: none">・ あるコードについて、同一の3桁分類項目のカテゴリ内における索引の修正もしくは明確化・ 内容例示表もしくは索引の強化 (例: 包含、除外項目の追加及び二重分類の追加など)・ あるコードについて、概念の変化ではなく表現の強化・ 罹患率もしくは死亡率に関するデータの収集の精度に影響を与えないルールもしくはガイドラインの改正・ 誤植の修正

(3) 今後の方向性

ICDの改訂は、2005年において制定されたビジネスプランに基づき、2015年の施行を目途に進められることになりました。そのため改訂に向けての準備委員会が発足し、わが国としても早い段階から関与していくことになり、社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会において、恒常的な検討を行うこととしています。

WHO発表の暫定スケジュール

2006年： 3つの視点（科学、臨床、公衆衛生）から作業計画を作成

2008年： ICD-11草案（α版（※））の公開

～ 2009年 ICD-11α版を基に協議

※ ICD-11に向けては、二つの草案が作成される予定
 α版：WHO-FICネットワークメンバーや専門家向けの草案。
 β版：データに基づく検証を行うためのフィールド・テスト用の草案。
 科学的知見の収集に留まらず、試験的に改訂版を運用し、実際に活用可能かどうか等についての検証もこの版を基に行う予定。

2010年： ICD-11β版公開、フィールド・テストの開始

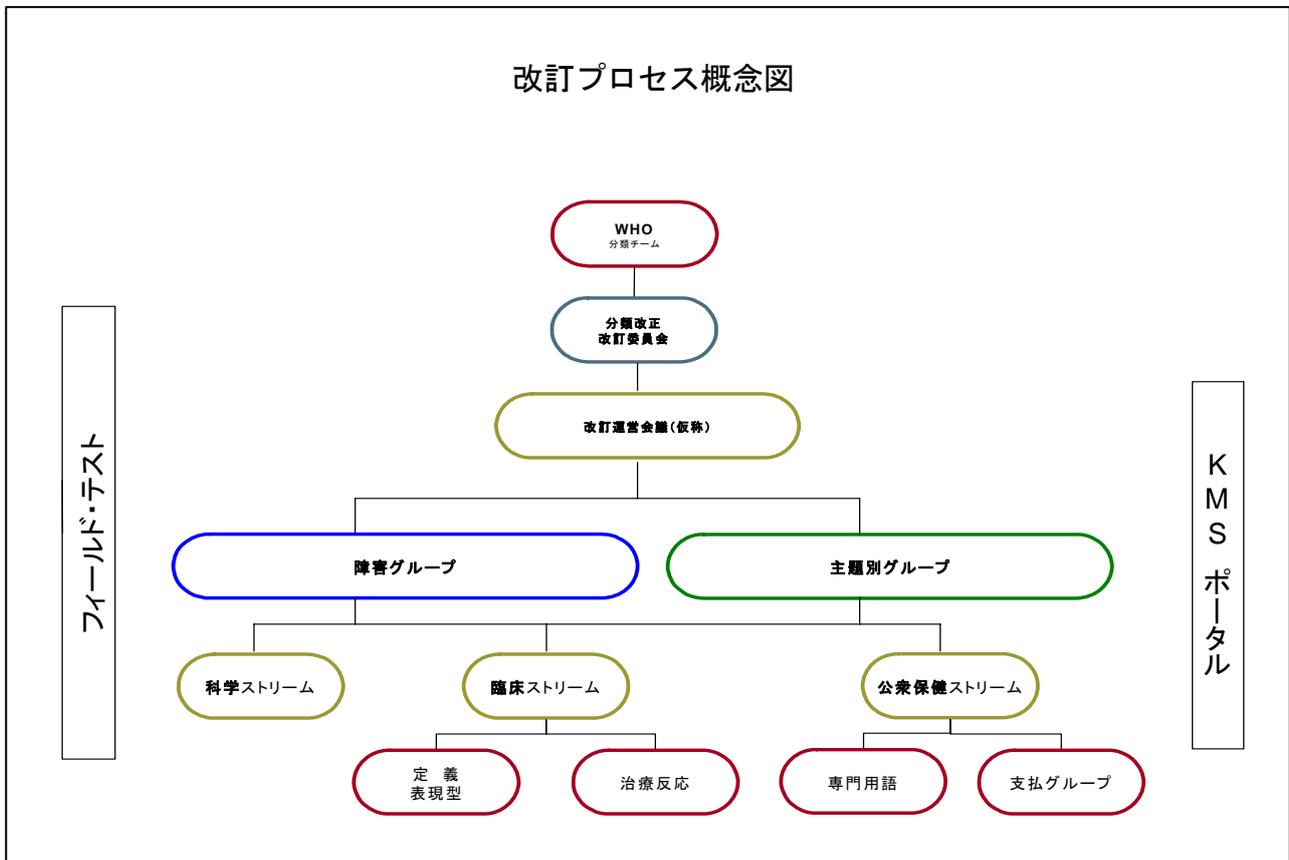
～ 2011年 フィールド・テストによるデータ収集

2012年： 一般レビュー用の最終版の公開

～ 2014年 調査の実施、レビューの公開

2014年： 世界保健総会への提出及び承認

2015年(以降)： ICD-11の勧告、各国が状況に応じて順次導入



6 参考資料

(1) ICDの歴史

諸外国から国際比較可能で統一的な人口動態統計の死因分類が要望され、フランス政府の提唱により国際死因リストの修正に関する第1回国際会議（1900年）が開かれ、当時、国際統計協会が採用していた死因分類が国際的死因分類として承認されたのがICDの最初です。また、この会議において、本分類の性格上、医学の進展に伴う定期的な改訂が必要であるとされ、以来、約10年ごとに国際会議の開催によって改訂が行われています。

わが国においては、明治31年の戸籍法の制定によって現在の形式による人口動態統計が確立した際、死因・疾病分類も公衆衛生の新しい立場から検討が行われ、前述の国際死因分類に従って改正され、人口動態統計とともに明治32年から適用されました。

以後、ICDはこれまで9回の改訂をしており、第6回、第8回、第10回に大きな内容の変更を伴う改訂が行われています。

(第6回)

疾病分類としても使用できるよう配慮され、名称も「疾病・傷害及び死因分類」と改められました。また、死因統計分類の表章死因を「原死因」とし、死亡診断書の様式を統一し国際様式を定めました。

(第8回)

死産原因、精神障害および循環器疾患の3分野の分類の改正が重点にとりあげられました。

(第10回)

第9回から大きく変化し、より詳細な分類区分が設けられました。①コードの1桁目をアルファベットとしました。（桁数を増やさずより多くの分類が可能となりました。）②分類項目数が3桁分類項目2,036、4桁分類項目12,159と倍増し、臨床統計としても使用が可能となりました。③内容例示表の章構成が17章から21章に拡大し、保健サービス等に関する章が加わりました。これに伴い、名称も従来の「国際疾病分類」から「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」と変更されました。

国 際 会 議	分類項目数（細項目）	わが国の適用期間
第1回 1900年（明33）	179	明治32年～明治41年
第2回 1909年（明42）	189	明治42年～大正11年
第3回 1920年（大9）	205	大正12年～昭和7年
第4回 1929年（昭4）	200	昭和8年～昭和20年
第5回 1938年（昭13）	200	昭和21年～昭和24年
第6回 1948年（昭23）	953	昭和25年～昭和32年
第7回 1955年（昭30）	953	昭和33年～昭和42年
第8回 1965年（昭40）	1040（3489）	昭和43年～昭和53年
第9回 1975年（昭50）	1179（7130）	昭和54年～平成6年
第10回 1989年（平2）	2036（14195）	平成7年～

(2) ICD関連法規

○ 統計法（昭和22年法律第18号）（抄）

（指定統計調査）

第三条 指定統計を作成するための調査（以下指定統計調査という。）は、この法律によつてこれを行うものとし、他の法律の規定を適用しないものとする。

- 2 この法律に定めるものの外、指定統計調査について必要な事項は、命令（地方公共団体の長又は教育委員会の定める規則を含む。）でこれを定める。
- 3 主務大臣が前項の規定による命令を制定し、改正し、又は廃止しようとするときは、あらかじめ、総務大臣に協議しなければならない。地方公共団体の長又は教育委員会が前項の規則を制定し、改正し、又は廃止しようとするときも、同様とする。

（指定統計調査以外の統計調査）

第八条 指定統計調査以外の統計調査を行う場合には、調査実施者は、その調査に関し、前条第1項第1号に掲げる事項を総務大臣に届け出なければならない。ただし、統計報告調整法（昭和27年法律第148号）の規定により総務大臣の承認を受けた場合は、この限りでない。

- 2 前項の規定により届け出るべき統計調査の範囲その他の事項については、政令でこれを定める。
- 3 総務大臣は、必要と認めるときは、関係各行政機関若しくは地方公共団体の長又は教育委員会に対し、指定統計調査以外の統計調査の変更又は中止を求めることができる。

○ 統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令（昭和26年政令第127号）

内閣は、統計法（昭和22年法律第18号）第3条第2項及び第8条第2項の規定に基づき、この政令を制定する。

（用語の定義）

第一条 この政令において、次の各号に定める用語の意義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

- 一 統計調査 統計法第3条に定める指定統計調査並びに届出を要する統計調査の範囲に関する政令（昭和25年政令第58号）第2条の規定によつて届出を要する統計調査（以下「届出を要する統計調査」という。）のうち、国、日本銀行及び日本商工会議所が行うものをいう。
- 二 調査実施者 指定統計調査の実施者並びに届出を要する統計調査を実施する国の機関、日本銀行及び日本商工会議所をいう。

（産業分類）

第二条 調査実施者は、統計調査の結果を産業別に表示する場合においては、総務大臣が公示する分類の基準及び分類表によらなければならない。ただし、特に必要がある場合においては、大分類項目を除く分類項目について、その直下位分類項目を細分し、又は直上位の一の分類に属する分類項目のいずれかを集約することができる。

- 2 調査実施者は、前項の規定によつて使用した分類及び分類表の名称を当該統計調査の結果の表示に記載しなければならない。
- 3 総務大臣は、第1項の分類の基準及び分類表を定めようとするときは、あらかじめ、統計審議会の意見を聴かなければならない。

(疾病、傷害及び死因分類)

第三条 調査実施者（日本銀行及び日本商工会議所を除く。）は、統計調査の結果を疾病、傷害又は死因別に表示する場合には、総務大臣が公示する分類の基準及び分類表によらなければならない。ただし、調査実施者は、総務大臣が公示するいずれかの分類表の分類項目を集約し、又は細分して統計調査の結果を表示することができる。この場合においては、使用した分類表の最大分類項目及び異なる最大分類項目に属する下位分類項目は、集約することができない。

- 2 前条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

(特例)

第四条 調査実施者は、この政令により難しい場合においては、総務大臣の承認を得て、これと異なる分類を用いることができる。

○ 統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令第三条の規定に基づく疾病、傷病及び死因に関する分類の名称及び分類表 (平成6年総務庁告示第75号)(抄)

統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令（昭和26年政令第127号）第三条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を次のように定め、平成7年1月1日から施行する。

昭和53年行政管理庁告示第73号は、この告示の施行の日から廃止する。ただし、平成6年12月31日までに実施する統計調査の結果の表示については、なお、従前の例によることができる。

- 1 分類の名称 疾病、傷害及び死因の統計分類
- 2 分類表
 - 一 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（略）
 - 二 疾病分類表（略）
 - 疾病分類表（大分類）（略）
 - 疾病分類表（中分類）（略）
 - 疾病分類表（小分類）（略）
 - 三 死因分類表（略）

改正文（平成17年10月7日総務省告示1147号）抄
平成18年1月1日から施行する。

(3) DPC関連法規

○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法 (平成18年厚生労働省告示第138号) (抄)

診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)第一項ただし書及び特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第101号)第2項の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法を次のように定め、平成18年4月1日から適用し、厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟における療養又は医療に要する費用の額の算定方法(平成16年厚生労働省告示第105号)及び厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成15年厚生労働省告示第75号)は、平成18年3月31日限り廃止する。(中略)

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

- 1 診療報酬の算定方法第一項ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であって、別表11の診断群分類点数表に掲げる分類区分(以下「診断群分類区分」という。)に該当するもの(次のいずれかに該当するものを除く。)に係る療養(健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第1項第5号に掲げる療養(同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。))及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養並びに老人保健法(昭和57年法律第80号)第17条第1項第5号に掲げる療養(同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。))及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養に限る。)に要する費用の額は、別表により算定するものとする。

(一～五略)

六 その他厚生労働大臣が別に定める者

- 2 前項に規定する療養以外の療養に要する費用の額は、医科点数表若しくは診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する。
- 3 第1項の規定による療養に要する費用の額の算定を開始する日の前日までに入院した患者に係る療養のうち、当該開始する日から2月以内に行ったものに要する費用の額の算定については、前項の規定の例による。

別表(抄)

- 1 1日当たりの療養に要する費用の額は、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に12、13又は14の医療機関別係数を乗じて得た点数(以下「所定点数」という。)に基づき算定するものとする。

(2～10略)

- 11 診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。

診断群分類点数表

(略)

(12～14略)

**○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者
(平成18年厚生労働省告示第139号) (抄)**

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第138号)第1項第6号の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者を次のように定め、平成18年4月1日より適用し、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号及び厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟における療養又は医療に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者(平成16年厚生労働省告示第107号)は、平成18年3月31日限り廃止する。

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者
(以下略)

**○ 厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名
(平成18年厚生労働省告示第140号) (抄)**

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第138号)別表11の規定に基づき、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名を次のように定め、平成18年4月1日から適用し、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名(平成16年厚生労働省告示第117号)は、平成18年3月31日限り廃止する。

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表11に規定する傷病名、手術、処置等及び副傷病名は、次の表のとおりとする。

表 (抄)

番号	疾患コード	傷病名		手術		手術・処置等1		手術・処置等2		副傷病名 疾患コードまたはICDコード
		ICDコード		区分等		区分等		区分等		
1から17まで	010010	脳腫瘍	C700, C709, C71, C722, C723, C724, C793, D320, D329, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D420, D429, D430, D431, D432, D433, D437, D439, G131, G132	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術(ただし、K145, K181-2, K190, K190-2, K174, K180, K183, K184, K179を除く。)			なし	化学療法、放射線療法、E101, E101-2, J038(2に限る。), G005, J045なし	あり 010200, 010230, 130090
				頭蓋内腫瘍摘出術等	K169, K151-2, K167, K170, K171, K154, K011, K149, K168, K150, K161			1あり 2あり 3あり 4あり 5あり	J038(2に限る。), G005, J045 E101, E101-2 化学療法なし、放射線療法あり 化学療法あり、放射線療法あり 化学療法あり、放射線療法なし	

備考 1 「ICDコード」の欄に掲げるICD-10コードは、平成6年10月総務庁告示第75号(統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令第三条に基づく分類の名称及び分類表を定める等の件)第一号(疾病、傷病及び死因の統計分類基本分類表)に掲げる分類項目のコードをいう。
2 「区分等」の欄に掲げる区分名は、診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)別表第一に掲げる区分をいう。

**○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数
(平成18年厚生労働省告示第141号) (抄)**

診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)第1号ただし書及び特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第101号)第2項並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

(平成18年厚生労働省告示第138号)別表4から6まで及び12から14までの規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数を次のように定め、平成18年4月1日から適用し、厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟及び調整係数(平成16年厚生労働省告示第106号)及び厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数(平成16年厚生労働省告示第104号)は、平成18年3月31日限り廃止する。

(以下略)

○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)

(平成18年3月20日保医発第0320001号保険局医療課長通知)(抄)

標記については、本日、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。)、
「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」(平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。)、
「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」(平成18年厚生労働省告示第140号)等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成18年4月1日から適用することとし、従前の「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)」及び「厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項等について」は、平成18年3月31日限り廃止する。

別添

第1 対象病院及び対象患者

1 対象病院

- (1) 対象病院は、調整係数告示別表左欄に掲げる病院とする。
- (2) 対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。
 - ① 一般病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。ただし、現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を満たしていない病院については、平成20年4月1日までに7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行うこととし、当該届出に係る計画を策定した場合についてはこの限りでない。
 - ② 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。
 - ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。
 - ④ ①から③に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。
 - ア 救命救急入院料を算定していること。
 - イ 特定集中治療室管理料を算定していること。

- ウ 病理診断料を算定していること。
- エ 麻酔管理料を算定していること。
- オ 画像診断管理加算を算定していること。

2 対象患者

- (1) 対象患者は、算定告示別表 11 に定める診断群分類点数表（以下「診断群分類点数表」という。）に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という）に該当する入院患者とする。
- (2) (1)にかかわらず、以下の患者の「療養に要する費用の額」（以下「診療報酬」という。）は、「診療報酬の算定方法」（平成 18 年厚生労働省告示第 92 号）別表第 1 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）若しくは別表第 2 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 99 号）又は特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 101 号）第 1 項により算定する。
 - ① 当該病院に入院した後 24 時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児
 - ② 薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 2 条第 15 項に定める治験の対象患者
 - ③ 皮膚移植術、同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種腎移植術、骨髄移植又は臍帯血移植を受ける患者
 - ④ 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）第 5 条の 2 第 2 項に定める高度先進医療である療養並びに厚生労働大臣の定める選定療養（平成年厚生労働省告示第 105 号）第 15 号に定める先進医療である療養を受ける患者
 - ⑤ 医科点数表に定める障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料若しくは緩和ケア病棟入院料又は短期滞在手術基本料を算定する患者
 - ⑥ 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第 1 項第 6 号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者（平成 18 年厚生労働省告示第 139 号）に該当する患者
- (3) 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の算定に関する基準又は特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法第 1 項により算定する。

診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

第 2 診断群分類区分等について

1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。

なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示及び診断群分類定義樹形図（別添1。以下「ツリー図」という。）を参考にすること。

(2) 「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう。）について、主治医がICD10から選択すること。

ただし、以下のICD10については、選択しないこと。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）
- ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確および原因不明の死亡（R99）（ただし、鼻出血（R040）、喀血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）、ブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く）

また、独立した多部位の悪性腫瘍（C97）については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択すること。

(3) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）も勘案して診断群分類区分の適用を判断する。

(4) 一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定すること。

(5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとし、決定においては以下の点に留意すること。

- ・ 入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」の全ての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。

(6) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は、請求時に行うものとする。

2 用語等

(1) 「JCS」はJapan Coma Scaleの略である。

(2) 「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分の適用が開始される入院の日等の年齢による。

(3) 定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列されたすべての手術が実施された場合に該当するものとする。

(4) 定義告示又は算定告示中の手術、処置等の定義は、以下を除き、医科点数表の区分によるものとする。

- ① 「化学療法」とは、抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法等をいい、抗生物質のみの使用等は含まない。
- ② 「放射線療法」とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線療法（血液照射を除く。）をいう。

(5) 「副傷病」は、入院時併存症（入院当初に患者が既に持っている傷病）及び入院後発症傷病（入院後に発症した傷病）の両方を含むものである。

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

- (1) 診断群分類点数表等による1日当たりの診療報酬は、患者の入院期間に応じて、診断群分類点数表の「点数」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数に基づき算定する。

各月の診療報酬は、1日当たりの診療報酬に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第1位を四捨五入するものとする。

(2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、調整係数告示に定める調整係数と算定告示別表12から14までの表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行った病院についてそれぞれ所定の係数を合算したものとする。

(3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

診断群分類点数表等により算定される診療報酬には、医科点数表に定める以下の費用が含まれる。

- ① 入院基本料
- ② 医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る。）
- ③ 検査（ただし、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く。）
- ④ 画像診断（ただし、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（3のイに規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）を除く。）
- ⑤ 投薬
- ⑥ 注射
- ⑦ 処置（ただし、基本点数が1000点以上の処置料を除く。）
- ⑧ リハビリテーション又は精神科専門療法の実施に伴い使用された薬剤

(4) 救命救急入院料等の取扱い

（略）

(5) 医科点数表により算定される診療報酬

入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く。）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く。）、精神科専門療法（薬剤料を除く。）、手術、麻酔、放射線療法、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（ただし、3のイに限る。）に限る。）及び処置料（基本点数が1000点以上の処置に限る。）等については、医科点数表により算定する。

((6)～(9)略)

2 診療報酬の調整等

（略）

第4 その他

1 経過措置 (略)

2 患者への周知等

対象病院においては当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、入院患者等に対して、算定方法等について十分に説明すること。

また、入院患者等に対して入院診療計画を説明する際には診断群分類区分の名称などを説明することが望ましい。

3 名称の変更 (略)

○ 厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について（通知） （平成18年3月30日保医発第0330007号保険局医療課長通知）（抄）

「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」（平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成18年厚生労働省告示第140号）等が公布されたところであるが、これに伴い、当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書等の記載要領を別添のとおり定めたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成18年4月1日から適用することとし、従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について（通知）」は、平成18年3月31日限り廃止する。

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号。以下「一般記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第9）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の1の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

(略)

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別表1のII第3の2(1)から(11)まで、(13)から(15)まで、(20)、(35)から(37)まで及び(39)から(41)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記

載に係る例によること。

- (1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について
(略)

- (2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）別表11に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

- (3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するICD10コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁目まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応するICD10コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」（平成3年9月27日保発第64号・老健発第83号）別添3に規定する傷病名を用いること。

- (4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）から一般病棟に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該病院の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

- (5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

- (6) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1	治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2	軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3	寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4	不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5	増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6	死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7	外死亡
一般病棟以外又は特定入院期間以外等に該当し対象外となった場合	9	その他

- (7) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、出来高算定部分の記

載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載すること。

② 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(8) 「入退院情報」欄について

(略)

(9) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index。

② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合）にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。

なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等。

((10)～(12)略)

(4) 定義

[疾病、傷害及び死因統計分類提要ICD-10 (2003年版) 準拠第1巻総論より]

注：これらの定義は、世界保健機関憲章第23条の規定に基づき、世界保健総会で採択された（決議WHA20.19及びWHA43.24）ものである。

1. 死亡原因<死因> (Cause of death)

死亡診断書上に記載される死亡原因<死因>とは、「死亡を引き起こしたか、その一因となったすべての疾病、病態または損傷、およびこれらの損傷を引き起こした事故または暴力の状況」をいう。

2. 原死因 (Underlying cause of death)

原死因とは、(a) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷、または(b) 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況をいう。

3. 胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡および乳児死亡に関する定義

3.1 出生 (Live birth)

出生とは、妊娠期間にかかわらず、受胎生成物が母体から完全に排出または娩出された場合で、それが母体からの分離後、臍帯の切断または胎盤の付着いかににかかわらず、呼吸している場合または心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれかを表す場合である；このような出産の生成物を出生児という。

3.2 胎児死亡 [死産児] (Fetal death [deadborn fetus])

胎児死亡とは、妊娠期間にかかわらず、受胎生成物が母体から完全に排出または娩出される前に死亡した場合をいう；死亡は、母体からの分離後、胎児が呼吸しないことまたは心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれをも表さないことによって示される。（人口動態統計における死産とは、妊娠満12週（妊娠第4月）以後の死児の出産をいい、死児とは、出産後において心臓搏動、随意筋の運動及び呼吸のいずれも認めないものをいう。）

3.3 出産体重 (Birth weight)

出産後に最初に測定された胎児または新生児の体重。

3.4 低出産体重 (Low birth weight)

2500グラム未満（2499グラムまでで、2499グラムを含む）。

3.5 極低出産体重 (Very low birth weight)

1500グラム未満（1499グラムまでで、1499グラムを含む）。

3.6 超低出産体重 (Extremely low birth weight)

1000グラム未満（999グラムまでで、999グラムを含む）。

3.7 妊娠期間 (Gestational age)

妊娠の継続期間は、最終正常月経の第1日から起算する。妊娠期間は満日数または満週数で表現する（すなわち、最終正常月経の開始後満280日から満286日に発生した事象は、妊娠40週に発生したものとす）。

3.8 早期 (Pre - term)

妊娠満37週未満 (259日未満)。

3.9 正期 (Term)

妊娠満37週から満42週未満 (259日から293日)。

3.10 過期 (Post - term)

妊娠満42週以上 (294日以上)。

3.11 周産期 (Perinatal period)

周産期は、妊娠満22週 (154日) に始まり (出産体重が正常では500グラムである時点)、出生後満7日未満で終わる。

3.12 新生児期 (Neonatal period)

新生児期は出生に始まり、出生後満28日未満で終わる。新生児死亡 (生後満28日未満における出生児の死亡) は、生後満7日未満に起こる「早期新生児死亡」および生後満7日から満28日未満に起こる「後期新生児死亡」に分けられる。

定義に関する注釈 (Notes on definitions)

- i. 出生児については、出産体重は明白な出生後の体重減少が起こる前、すなわち生後1時間以内に測定することが望ましい。統計表を作成する場合には、出産体重は500グラム階級の区分を用いているが、体重はこれらの分類によって記録されるべきではない。測定された実際の体重を正確に記録するべきである。
- ii. 「低」、「極低」及び「超低」出産体重の定義は、お互いに相容れない区分ではない。設定限界以下の体重をすべて含んでいる、すなわち定義は重複する (つまり、「低」は「極低」および「超低」を含み、また「極低」は「超低」を含む)。
- iii. 妊娠期間は、月経日に基づいて算定する場合、しばしば混乱の原因となる。妊娠期間を、最終正常月経の第1日から分娩日までと算定するためには、第1日は0日であって、1日ではないことに注意しなければならない; したがって、0-6日は「満0週」、7-13日は「満1週」に相当し、従来の妊娠第40週は「満39週」と同義である。最終正常月経の日付が不明な場合には、妊娠期間は、最も適切な臨床的推定に基づかなければならない。誤解を避けるため、統計表には週数および日数の両方を表示すべきである。
- iv. 生後第1日 (満0日) の死亡日齢は、生後満の分または時間の単位で記録しなければならない。第2日 (満1日)、第3日 (満2日) および満27日までは、死亡日齢は日の単位で記録しなければならない。

4. 妊産婦<母体>死亡に関連した定義 (Definitions related to maternal mortality)

4.1 妊産婦<母体>死亡 (Maternal death)

妊産婦<母体>死亡とは、妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡で、妊娠の期間および部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連したまたはそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮または偶発の原因によるものを除く。

4. 2 後発妊産婦<母体>死亡 (Late maternal death)

後発妊産婦<母体>死亡とは、妊娠終了後満42日以後1年未満における直接または間接産科的原因による女性の死亡をいう。

4. 3 妊娠関連死亡 (Pregnancy - related death)

妊娠関連死亡とは、死亡の原因いかににかかわらず、妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡をいう。

妊産婦<母体>死亡は下記の2群に分類する：

4. 4 直接産科的死亡 (Direct obstetric deaths)

直接産科的死亡とは、妊娠時（妊娠、分娩および産じょく<褥>）の産科的合併症、関与<介入>（intervention）、義務の怠慢（omission）、不適切な処置（incorrect treatment）または上記のいずれかの結果から発生した一連の事象の結果として生じた死亡をいう。

4. 5 間接産科的死亡 (Indirect obstetric deaths)

間接産科的死亡とは、妊娠前から存在した疾患または妊娠中に発症した疾患による死亡をいう。これらの疾患は、直接産科的原因によるものではないが、妊娠の生理的作用によって悪化したものである。

(5) 世界保健機関分類規則

[疾病、傷害及び死因統計分類提要ICD-10 (2003年版) 準拠第1巻総論より]

[疾病及び死因の分類 (統計の作成及び公表を含む) に関する規則]

第20回世界保健総会は、死亡及び疾病統計を比較し得るような基準において、作成し公表することの重要性に鑑み、世界保健機関憲章第2条(s)、第21条(b)、第22条及び第64条の規定に基づき、1967年5月22日、1967年分類規則を採択する。この規則は、引用に際しては、世界保健機関分類規則と称することができる。

第 1 条

下記第7条の規定に基づき、この規則が効力を生ずる世界保健機関の加盟国を、以下加盟国という。

第 2 条

死亡及び疾病統計を作成する各加盟国は、世界保健総会がその都度採択する国際疾病、傷害及び死因統計分類の改正に基づいて、これを行うものとする。

この分類は、引用に際しては、国際疾病分類と称することができる。

第 3 条

死亡及び疾病統計の作成公表にあたっては、各加盟国は、分類、符号処理、年齢区分、地域区分、その他の関連した定義及び基準について、世界保健総会が作成した勧告に、できる限り従わなければならない。

第 4 条

各加盟国は、毎年1回死亡統計を作成し、これを公表しなければならない。この統計には、本国(内地)の領域又は資料の入手可能な地域を範囲とし、かつその地域を明示しなければならない。

第 5 条

各加盟国は、原死因を明瞭に付して、死亡を引き起こし又はその一因となった病状若しくは傷害を記載しうるような死亡診断書の様式を採用しなければならない。

第 6 条

各加盟国は、本機関より依頼された場合、憲章第64条の規定に基づき、この規則に従って作成された統計及び憲章第63条の規定により通報されない統計を提出しなければならない。

第 7 条

- 1 この規則は、1968年1月1日から効力を生ずる。
- 2 この規則は、施行に際し次に規定する場合を除き、この規則に拘束される各加盟国間及びこれらの各国と本機関との間において、1948年の世界保健機関分類規則の規定及びその後の改正にかわるものとする。
- 3 本規則第2条により世界保健総会が採択した国際疾病分類の改正は、世界保健総会が定めた期日から効力を生ずるものとし、以下に規定する場合を除き、従前のいずれの「分類」にもかわるものとする。

第 8 条

- 1 世界保健機関憲章第22条に規定する拒否又は留保を行うことのできる期間は、世界保健総会によるこの規則の採択を、事務局長が通告した日から6か月間とする。この期間満了後に事務局長が受理した拒否又は留保は、いずれも効力を有しない。
- 2 本条第1項の規定は、世界保健総会が本規則第2条によって今後採択する国際疾病分類の改正にも、同様に適用するものとする。

第 9 条

本規則、国際疾病分類又はその改正に対する拒否又は留保の全部若しくは一部は、事務局長に通告することによって、随時撤回することができる。

第 10 条

事務局長は、本規則の採択、国際疾病分類の改正の採択並びに第8条及び第9条の規定に基づき受理した通告を、すべての加盟国に通告するものとする。

第 11 条

この規則の原本は、本機関の記録に寄託する。

事務局長は、認証謄本をすべての加盟国へ送付する。

事務局長は、この規則の効力が発生したときには、国際連合憲章第102条の規定に基づく登録の為に、認証謄本を国際連合事務総長に送付する。

1967年5月22日に、ジュネーブにおいて作成した。

世界保健総会議長

V. T. H. GUNARATNE

世界保健機関事務局長

M. G. CANDAU

ICD—11に向けたWHO取組状況（概要）

1. 暫定スケジュール

2006年： 3つの視点（科学、臨床、公衆衛生）から作業計画を作成

2007年： 4月～正式に改訂作業開始（第1回改訂運営会議開催）

2008年： ICD-11草案（α版（※））の公開
～ 2009年 ICD-11 α版を基に協議

※ ICD-11に向けては、二つの草案が作成される予定
α版：WHO-FICネットワークメンバーや専門家向けの草案。
β版：データに基づく検証を行うためのフィールドテスト用の草案。
科学的知見の収集に留まらず、試験的に改訂版を運用し、実際に活用可能かどうか等についての検証もこの版を基に行う予定。

2010年： ICD-11 β版公開、フィールドテストの開始
～ 2011年 フィールドテストによるデータ収集

2012年： 一般レビュー用の最終版の公開
～ 2014年 調査の実施、レビューの公開

2014年： 世界保健総会への提出及び承認

2015年(以降)： ICD-11の勧告、各国が状況に応じて順次導入

2. 改訂のための組織体制（別添参照）

(1) 改訂運営会議：RSG (Revision Steering Group)

分類に関するWHO-FICネットワークの恒常的委員会である分類改正改訂委員会（URC）の下に、ICD改訂作業の監督機関として設置された。

RSGの主な委任事項：

- ・ 改訂プロセスを監督し、分野別専門部会間の連携の調整・助言を行う。
- ・ ICDの用途について明らかにし、改訂プロセスを通じてユーザーのニーズに向き合うようにする。
- ・ 分類法及びオントロジーに関する基本原則を明らかにする。
- ・ 問題の解決に向けた提案を行い、必要に応じてフィールドテストを随時行うための方法を考える。
- ・ ICD-10からICD-11への移行のための計画・ツールを立案及び開発する。

- (2) 分野別専門部会：TAG (Topical Advisory Group)
RSGの下に設置される分野別の専門部会。現在、精神、外因、腫瘍、希な疾患、内科の5部会が設置されている。日本は、内科部会の部会長を務める。
- (3) ワーキンググループ：WG
必要に応じ、各TAGの下に設置され、個別具体的な作業を行う。

3. 第1回改訂運営会議関連行事の概要

- (1) WHOによるICD改訂作業開始記者会見
- ・日時：平成19年4月16日(月)
 - ・場所：東京、フォーリンプレスセンター
 - ・内容：国内外の報道陣に対して、WHO担当官が、「WHOは、加盟各国の協力を得ながら、本日から2015年(平成27年)を目途に、ICD-10をICD-11に改訂する作業を開始する。」との公式発表を行った。WHO本部からも全世界に同時公表された。
なお、WHOの事務局長から、全加盟国政府に、作業開始を告げ協力を依頼する旨の公式文書が発せられている。
- (2) 改訂運営会議のメンバーと日本側専門家等との意見交換会
- ・日時：平成19年4月16日(月)
 - ・場所：東京、厚生労働省
 - ・内容：改訂運営会議のメンバーと、疾病、傷害及び死因分類専門委員会委員等による情報共有及び意見交換が行われた。
- (3) 第1回改訂運営会議
- ・日時：平成19年4月17日(火)～18日(水)
 - ・場所：小田原、ヒルトンホテル
 - ・内容：改訂作業の全般的な計画を議論し承認した。
- * ICD-11に至る改訂作業は次の3段階で進める。
- ① 分類に関する科学的、臨床的、公衆衛生的エビデンスの体系的な点検を行う。
 - ② ICD-11の草案を起草し、草案のフィールドテストを行う。
 - ③ 標準的な医療用語との意味のある関連付けを行い、コミュニケーション、データ処理の標準化、研究を円滑にする。
- * ICDの形式とICDの死亡・罹患報告への活用は維持される。
- * ユーザーのニーズに対応するために改訂版を相互に関連する三つのフォーマット(プライマリケア、臨床ケア、研究)で提供する。
- * 分類の構築にはオントロジーツールを活用し、このツールは徴候や症状の組み合わせ、重症度、経過、遺伝情報やその他の情報など様々な領域をカバーする。

- * 国際生活機能分類（ICF）等のWHOの他の分類および各国のICD修正版も検討し、ICDの内容の向上を図るとともに分類間の整合性を高める。
- * 改訂作業においては、オープンデータベースとして構築したプラットフォーム等の分散型ウェブツールを活用して提案、議論、エビデンスを突き合わせ、フィールドテストを行い、多数の関係者による改訂作業への幅広い参加を可能にする。

4. 今後の国際会議予定

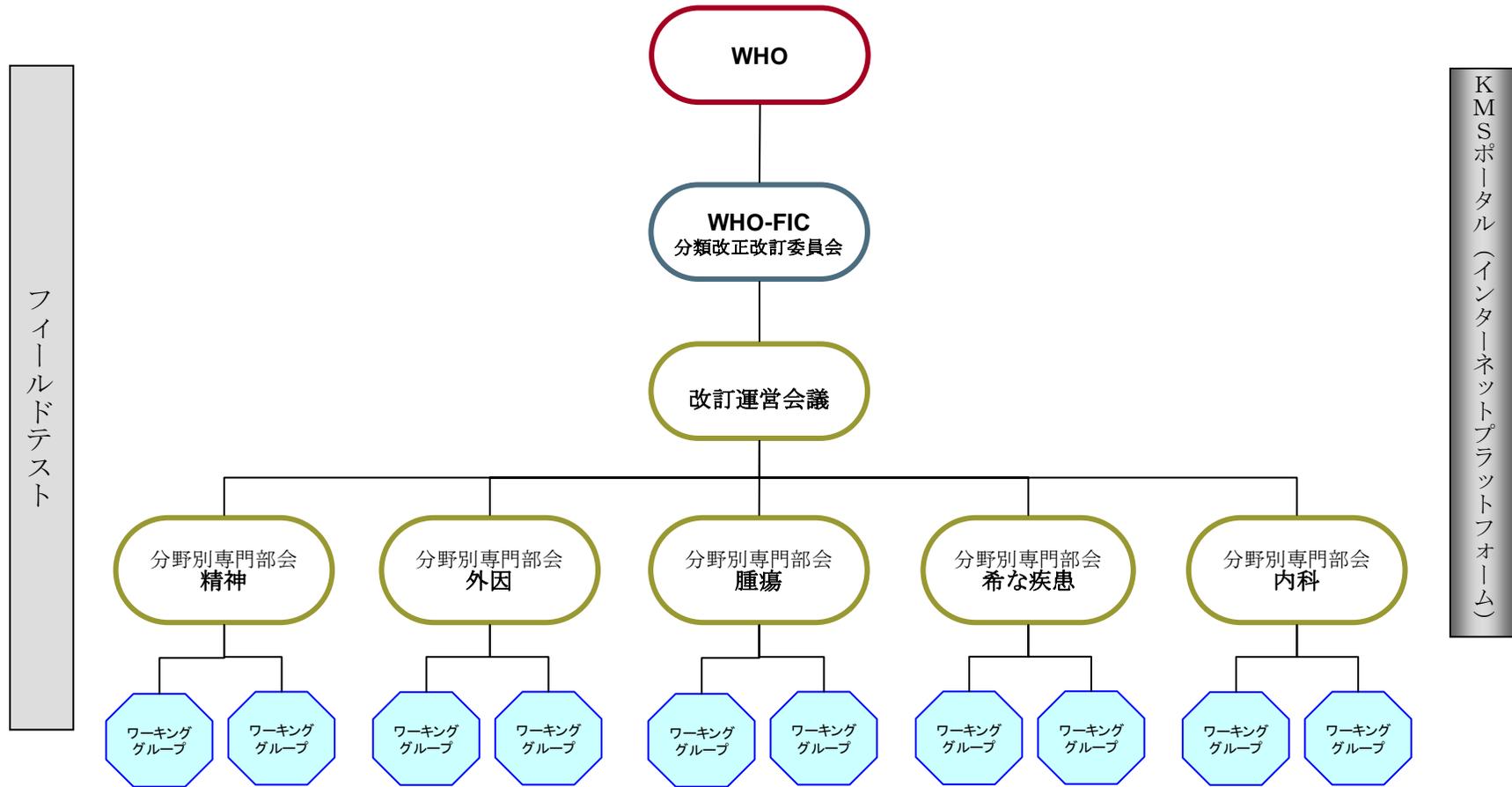
- WHO-FICネットワーク会議 2007 トリエステ会議

WHO-FICの年次総会であり、同時期に、改訂運営会議も開催される。

開催期間	平成19年10月28日（日）～11月3日（土）
開催	WHO、WHO-FICイタリア協力センター、 フリウリ＝ヴェネチア＝ジュリア州政府共催
参加	WHO、協力センター、オブザーバー等 世界10数ヶ国 参加者数約100名程度

参考：<http://www.who.int/classifications/network/meeting2007/en/index.html>
<https://crs.sanita.fvg.it/WHO/welcome.aspx>

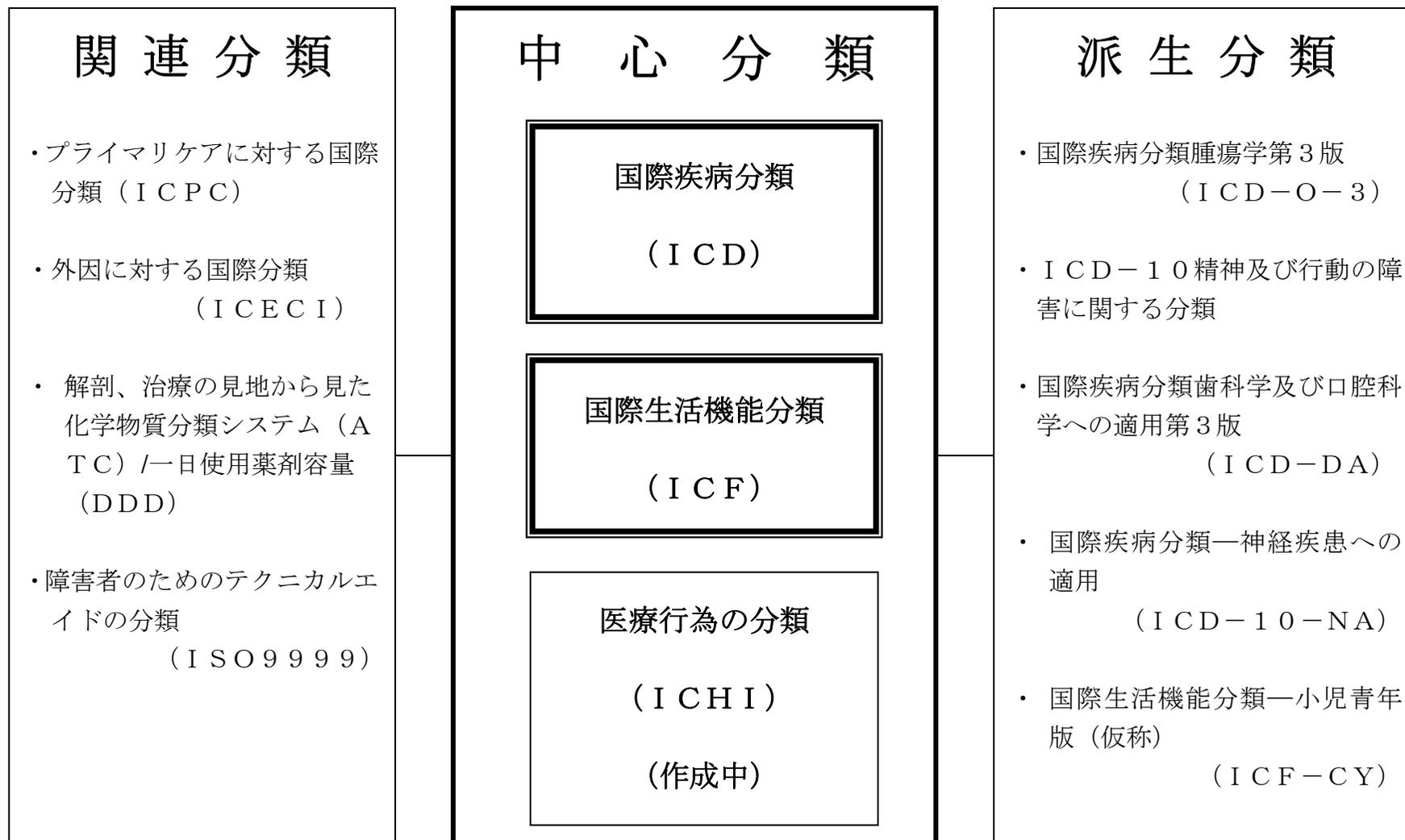
ICD-11に向けたICD改訂対応組織図(WHO)



※ 分野別専門部会の分野は、今後増える見込み
※※ ワーキンググループは必要に応じて設置

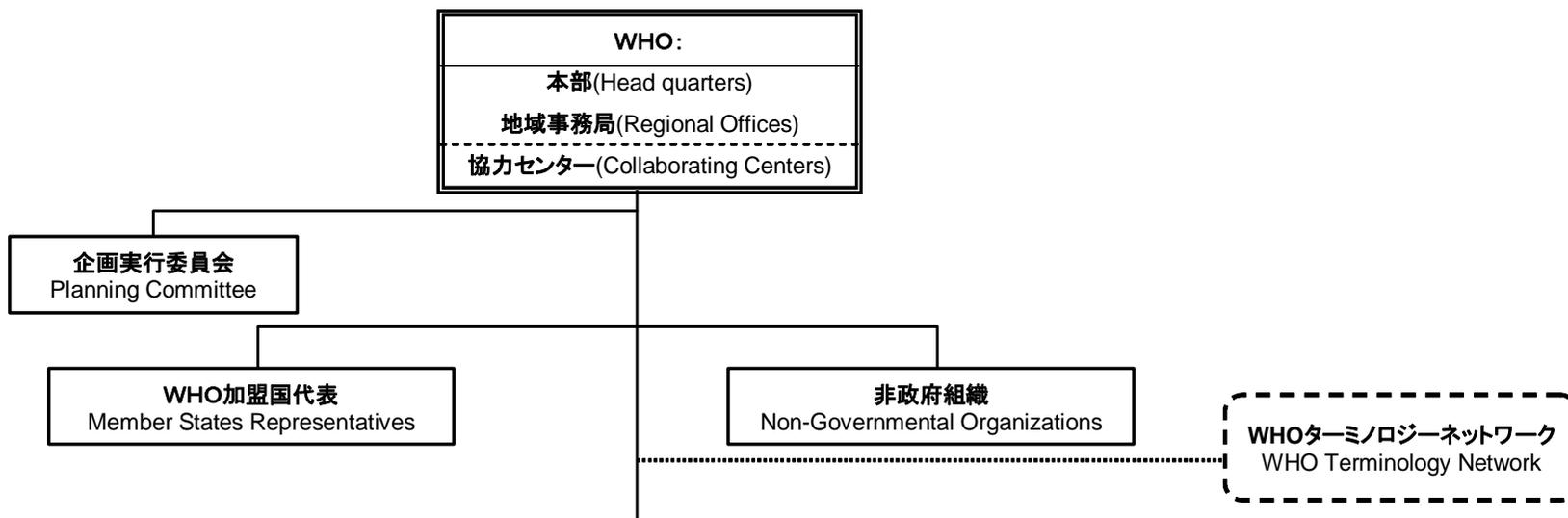
世界保健機関国際分類ファミリー

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



参
考

WHO-FICネットワーク組織図



	国際分類ファミリー 拡張委員会 Family Development Committee (FDC)	普及委員会 Implementation Committee (IC)	教育委員会 Education Committee (EC)	分類改正改訂委員会 Updating and Revision Committee (URC)	電子媒体委員会 Electronic Tools Committee (ETC)
死因分類改正グループ Mortality Reference Group (MRG)					
疾病分類グループ Morbidity Reference Group (MbRG)					
生活機能分類グループ Functioning and Disability Reference Group (FDRG)					
ターミノロジーグループ Terminology Reference Group (TRG)					

写

統 発 第 0208003 号
平成 19 年 2 月 8 日

(別記) 学会理事長 殿

厚生労働省大臣官房統計情報部長

I C D - 1 1 への改訂に向けた対応について (協力依頼)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

厚生労働統計行政の推進につきましては、かねてより多大な御協力を賜り、御礼申し上げます。また、社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会 (I C D 専門委員会) に委員のご推薦を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、わが国では、国際比較可能な統計等の観点から、WHOの勧告に従い I C D (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) を適用してきており、平成 18 年 1 月 1 日から WHO が勧告した I C D - 1 0 (2003 年版) に準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」を適用しております。

現在、WHO では、医学、医術の進歩及び医療の I T 化、包括医療の進展等が著しいことから、I C D - 1 0 のままの改善 (アップデート) と並行して、2015 年を目途に I C D - 1 1 へ改訂 (リビジョン) するための作業に着手し、組織作りを開始したところです。

具体的には、WHO は、I C D - 1 1 への改訂のために、高い専門性をもって実際の検討作業を行う組織として分野別のワーキンググループを設置するとともに、各ワーキンググループの発足や調整及び I C D 全体の構造等についての検討を行う組織として改訂運営会議 (仮称) を設置するとしております。

この改訂運営会議の第一回会議は I C D - 1 1 への改訂作業の実質的なスタートと位置づけられており、平成 19 年 4 月 16 ~ 17 日に、わが国で開催されることが決定しています。

I C D の改訂は、医学の進歩や社会の変化に伴い分類体系を見直す作業ですが、I C D 専門委員会において「I C D - 1 0 への改訂の経験も踏まえ、I C

D-11への改訂に向け、わが国として検討の早い段階から積極的に関わっていくべきである」とのご指摘を受けています。わが国においては、ICDは、統計分類として死亡統計・疾病等の各種統計に用いられるだけでなく、医療のIT化や包括医療の進展等に伴い広く活用されており、ICD-11への改訂は、将来のわが国の統計分野だけでなく、医療分野全般に多大な影響を与えるものと考えております。

このため、わが国としては、国際的な議論が進み、論点が概ね定まった後に改訂に参加するのではなく、専門的知見を有する貴学会のご助力を賜り、初期の構想段階から改訂作業に参画することとしたいと考えております。

早い段階での関与は、世界標準の改訂の方向づけに関与するだけでなく、今後の改訂作業の進展の情報収集及び人的ネットワークの構築という観点からも、非常に重要であると考えております。

つきましては、ICD専門委員会を中心に連携を図りながら我が国が一体となって改訂に対応していく体制整備等を行いたく、貴学会におかれましては、次の事項につき、ご協力をお願い申し上げます。

- (1) 貴学会内に委員会を設置すること等により、貴学会としてICD-11への対応を検討する体制を整備すること
- (2) 貴学会に関係の深いWHOのワーキンググループに、貴学会からわが国の代表としての人材（国際ワーキンググループ協力員）をメンバーとして派遣すること

(※ 国際ワーキンググループ協力員につきましては、わが国からの推薦をもとに、WHOから正式にWHOのワーキンググループのメンバーとして、委嘱されます。)

国際ワーキンググループ協力員に求められる資質は以下のとおり

- ① 貴学会の専門的知見について英語による議論が行える方
- ② 改訂まで約8年以上要するため、途中で他の方と交代することはありえるものの、ワーキンググループのメンバーの性格上、中長期的に3～5年単位で参加できる方

(※ 継続して対応いただくため、協力員が交代する場合でも、1～2年程度の前任と後任の重複期間が不可欠です。)

- ③ 貴学会、貴学会推薦のICD専門委員及び厚生労働省の担当と密接に連携しながら対応が行える方

- (3) 貴学会の国際ワーキンググループ協力員の活動に経済的援助を行うこと

- ① 渡航費及び宿泊費（年1～2回程度）

② 国際電話による電話会議（1ヶ月に1回程度）、電子メール等による通信費

③ その他諸経費

なお、3月末までに、国際ワーキンググループ協力員を決定していただければ、国際ワーキンググループ協力員には、4月に行われる改訂運営会議への対応として、次の事項につきまして、ご協力をお願いしたいと考えております。

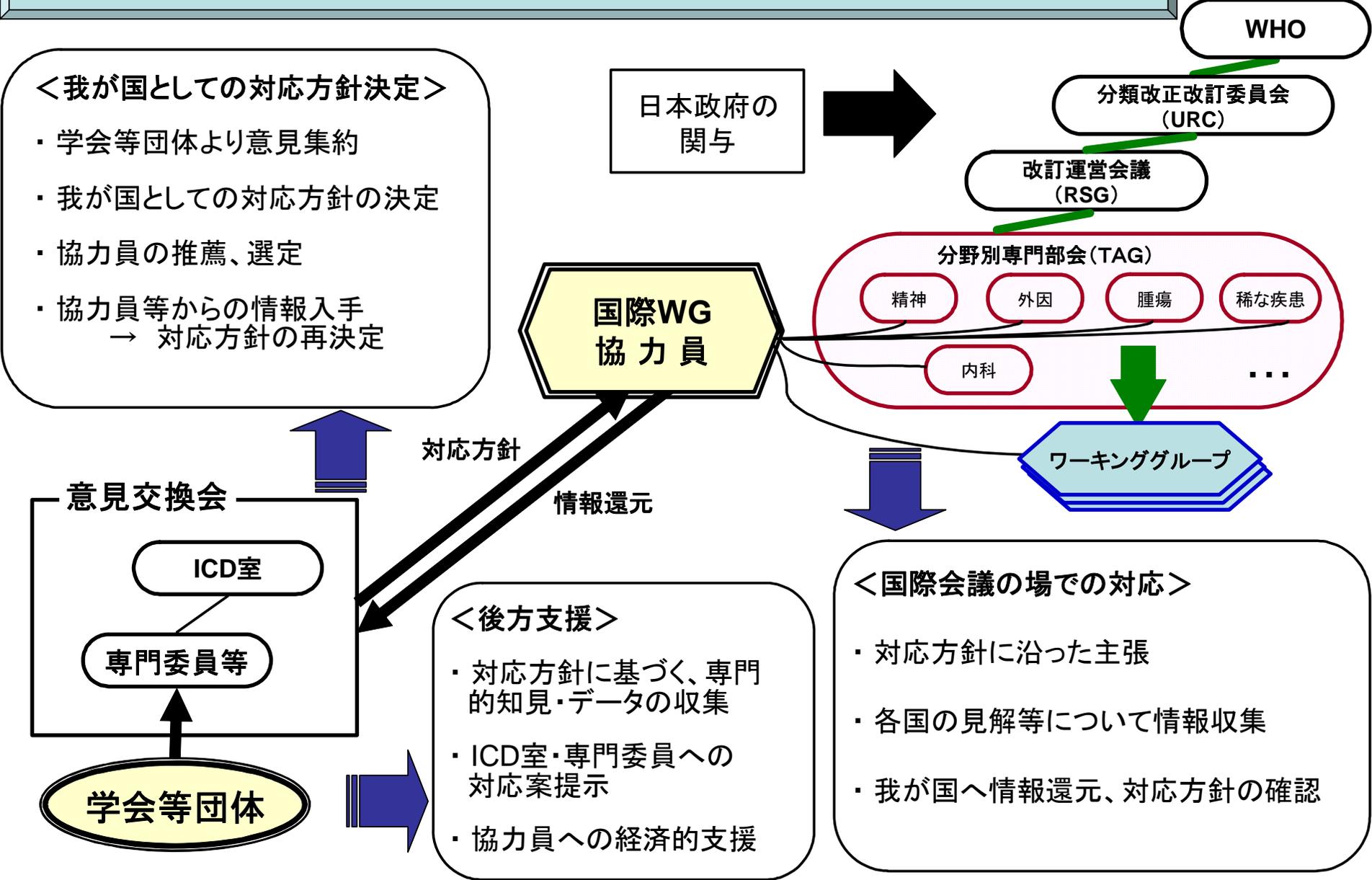
（1） わが国の対応方針の検討

（2） 改訂運営会議のメンバーとの意見交換

（3） 改訂運営会議を踏まえ、今後のわが国の対応方針の検討

貴学会におかれては、ICD-11への改訂の重要性をご理解いただき、ご協力賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

ICD-11に向けたWHOワーキンググループへの対応概要図



第3回 社会保障審議会統計分科会

疾病、傷害及び死因分類専門委員会

平成 19 年 6 月 29 日(金)

10 時 ～ 12 時

専用第12会議室

議 事 次 第

○ 議 事

- 1 第1回WHO-F I C改訂運営会議の報告について
- 2 わが国における今後の対応について
- 3 その他

[配布資料]

- | | |
|--------------------|---|
| 資料1 | I C D改訂に関する動向について |
| 資料2 | 第1回WHO-F I C改訂運営会議について |
| 資料3 | I C D-11 への改訂に係るWHOに対する意見提出について |
| 参考資料1 | I C D-11 改訂に関してWHOから加盟国あての正式文書 |
| 参考資料2 | WHO記者発表資料 |
| 参考資料3 | I C D-11 改訂のための第1回WHO-F I C改訂運営会議
報告書草案(暫定版)要旨 |
| 参考資料4 [※] | I C D-11 の作成 改訂プロセスの全容(暫定版) |
| 参考資料5 | I C D改訂プロセス:利用者 と連携した I C D-11 に向けて |

(※) 当該資料については、第4回社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会資料に差し替え。(WHOより暫定ではなくなった版が公開されたことによる。)

ICD改訂に関する動向について

資料1

1. 前回（第2回）ICD専門委員会後のICD改訂に関する動向

枠 WHO側の取組

平成18年

- ・ 12月 8日 第2回ICD専門委員会

平成19年

- ・ 1月～ ICD-11への改訂に向けた対応について求めに応じて関係学会等に対して担当官より説明（※）
- ・ 1月30日～
2月 2日 ICD専門委員会委員を中心とした少人数ごとの意見交換会（計5回）
- ・ 2月 8日 厚生労働省大臣官房統計情報部長より、各関係学会等に対し、ICD-11への改訂に向けた対応について協力を依頼
- ・ 3月 1日～
3日 疾病分類グループ（MbRG）中間年次会議
- ・ 27日 社会保障審議会統計分科会において状況報告
- ・ 4月16日 WHOによるICD-11への改訂作業開始記者会見
改訂運営会議メンバーと日本側専門家等との意見交換会
- ・ 4月17日～
4月18日 第1回改訂運営会議（RSG）
- ・ 19日～
20日 企画実行委員会（PC）中間年次会議
- ・ 23日～
24日 WHO-FICビジネスプラン会議
- ・ 5月 7日～
9日 死因分類改正グループ（MRG）中間年次会議
- ・ 10日～
11日 教育委員会（EC）中間年次会議
- ・ 28日～
31日 教育委員会（EC）中間年次特別会議

（※） 第2回ICD専門委員会において、関係学会等からの求めに応じ、適宜事務局担当者が説明すべきところのご指摘があったことを受け対応

2. WHO側の取組詳細

- 疾病分類グループ (MbRG) 中間年次会議
 - * 日時：平成19年3月1日 (木) ~ 3月3日 (土)
 - * 場所：カナダ (バンクーバー)
 - * 内容：MbRGとしての改訂運営会議への対応、ICDとICFとの整合性の検討、主要病態の定義、分類改正・改訂委員会 (URC) へ提案すべき具体的事例が議論された。
- 改訂運営会議 (RSG) (詳細は資料2参照)
- 企画実行委員会 (PC) 中間年次会議
 - * 日時：平成19年4月19日 (木) ~ 4月20日 (金)
 - * 場所：日本 (小田原)
 - * 内容：WHO-FICネットワーク会議全体の運営、各委員会の動向、平成19年秋の年次会議 (イタリア、トリエステ) の協議等が議論された。
- WHOビジネスプラン会議
 - * 日時：平成19年4月23日 (月) ~ 4月24日 (火)
 - * 場所：日本 (小田原)
 - * 内容：WHO執行部が制定・公表する「分類に関するWHOのビジネスプラン (2005年第1.1版) の見直しについて議論された。
- 死因分類改正グループ (MRG) 中間年次会議
 - * 日時：平成19年5月7日 (月) ~ 5月9日 (水)
 - * 場所：米国 (ワシントンDC)
 - * 内容：MRGとしての改訂運営会議への対応、URCへ提案すべき具体的事例 (総論の新生物部分の改訂等) の検討、死因統計の精度向上等について議論された。
- 教育委員会 (EC) 中間年次会議
 - * 日時：平成19年5月10日 (木) ~ 5月11日 (金)
 - * 場所：米国 (ワシントンDC)
 - * 内容：ECの委任事項の確認、死亡コーダー、疾病コーダーの認証について、インターネットによるコーダー訓練ツールの検討、FDRG (生活機能グループ) との共同事業についての報告等が議論された。
- 教育委員会 (EC) 中間年次特別会議
 - * 日時：平成19年5月26日 (月) ~ 5月31日 (水)
 - * 場所：韓国 (ソウル)
 - * 内容：EC、健康記録国際連盟 (IFHRO)、普及委員会 (IC) との合同による、国際分類についての普及・啓発、教育、活用について議論された。

第1回WHO-F I C改訂運営会議について

1. 改訂運営会議の組織体制

(1) 改訂運営会議: R S G (Revision Steering Group)

分類に関するWHO-F I Cネットワークの恒常的委員会である分類改正改訂委員会 (URC) の下に、I C D改訂作業の監督機関として設置された。

R S Gの主な委任事項；

- ・ 改訂プロセスを監督し、分野別専門部会間の連携の調整・助言を行う。
- ・ I C Dの用途について明らかにし、改訂プロセスを通じてユーザーのニーズに向き合うようにする。
- ・ 分類法及びオントロジーに関する基本原則を明らかにする。
- ・ 問題の解決に向けた提案を行い、必要に応じてフィールドテストを随時行うための方法を考える。
- ・ I C D-10からI C D-11への移行のための計画・ツールを立案及び開発する。

(2) 分野別専門部会: T A G (Topical Advisory Group)

R S Gの下に設置される分野別の専門部会。現在、精神、外因、腫瘍、希な疾患、内科の5部会が設置されている。日本は、内科部会の部会長を務める。

(3) ワーキンググループ: W G

必要に応じ、各T A Gの下に設置され、個別具体的な作業を行う。

2. 第1回改訂運営会議関連行事の概要

(1) WHOによるI C D改訂作業開始記者会見

- ・ 日時：平成19年4月16日（月）
- ・ 場所：東京、フォーリンプレスセンター
- ・ 内容：国内外の報道陣に対して、WHO担当官が、「WHOは、加盟各国の協力を得ながら、本日から2015年（平成27年）を目途に、I C D-10をI C D

ー11に改訂する作業を開始する。」との公式発表を行った。WHO本部からも全世界に同時公表された。

なお、WHOの事務局長から、全加盟国政府に、作業開始を告げ協力を依頼する旨の公式文書が送られている。

(2) 改訂運営会議のメンバーと日本側専門家等との意見交換会

- ・日時：平成19年4月16日（月）
- ・場所：東京、厚生労働省
- ・内容：改訂運営会議のメンバーと、疾病、傷害及び死因分類専門委員会委員等による情報共有及び意見交換が行われた。

(3) 第1回改訂運営会議

- ・日時：平成19年4月17日（火）～18日（水）
- ・場所：小田原、ヒルトンホテル
- ・内容：改訂作業の全般的な計画を議論し承認した。

* ICD-11に至る改訂作業は次の3段階で進める。

- ① 分類に関する科学的、臨床的、公衆衛生的エビデンスの体系的な点検を行う。
- ② ICD-11の草案を起草し、草案のフィールドテストを行う。
- ③ 標準的な医療用語との意味のある関連付けを行い、コミュニケーション、データ処理の標準化、研究を円滑にする。

* ICDの形式とICDの死亡・罹患報告への活用は維持される。

* ユーザーのニーズに対応するために改訂版を相互に関連する三つのフォーマット（プライマリケア、臨床ケア、研究）で提供する。

* 分類の構築にはオントロジーツールを活用し、このツールは徴候や症状の組み合わせ、重症度、経過、遺伝情報やその他の情報など様々な領域をカバーする。

* 国際生活機能分類（ICF）等のWHOの他の分類および各国のICD修正版も検討し、ICDの内容の向上を図るとともに分類間の整合性を高める。

* 改訂作業においては、オープンデータベースとして構築したプラットフォーム等の分散型ウェブツールを活用して提案、議論、エビデンスを突き合わせ、フィールドテストを行い、多数の関係者による改訂作業への幅広い参加を可能にする。

WHOへの意見提出について

1. 背景

- これまでのICD専門委員会での議論等を踏まえ、我が国の方針として、ICD-11への改訂に係る課題及び具体的な対応案について検討し、WHOに提出していく必要がある。
- 今後の検討の参考として、これまでに厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課ICD室に寄せられたICD-11への改訂に係る意見等を、以下、課題として整理する。
- 具体的改訂案を提示する以外に、国際的な議論の初期段階においては、「検討すべき課題」自体をWHO側に問題提起することも重要であると考えられる。

2. 課題

(1) ICD-11への改訂に係るWHOの組織体制について

現状等

改訂運営会議の下に分野別専門部会が設置され、さらに各分野別専門部会の下に、ワーキンググループが設置されることとなった。

現在、5つの領域（精神、外因、腫瘍、稀な疾患、内科）で分野別専門部会が設置されている。

寄せられた意見

- ・ 各種システムに対する影響が大きいことから、ICD-11適用後のシステムのメンテナンス等に余計な費用負担が発生することを防止すべく、改訂運営会議のメンバーとしてシステム構築に係る専門家が必要ではないか
- ・ 5分野以外にも分野別専門部会の設置を検討すべきではないか
- ・ 重複する内容があることから、各分野別専門部会の国際会議を同時期に一方所で行い、相互に連携を図ることが効率的ではないか

等

検討事項

- ① 改訂運営会議の在り方
- ② 分野別専門部会／ワーキンググループの在り方
- ③ 分野別専門部会／ワーキンググループ間の連携の在り方
- ④ その他

(2) ICD-11への改訂ビジョンについて

現 状 等

WHOの担当官は、電子的な健康関連記録を標準用語体系で整理しICD-11を用いて分類を行うことで、これまで以上に国の保健業務、臨床、管理及び報告等、様々な目的で情報を活用することが出来ると考えている。

しかしながら、具体的にどのような目的や用途を想定し、どの程度の規模の改訂とするのか等については未だ議論されている段階であり、明確な方針等は決定されていない状況にある。

寄せられた意見

- ・ ICD-11の目的・用途を明確にすべきではないか
 - ・ 改訂で得られるメリットを整理すべきではないか
 - ・ 多目的に活用できる分類を実現させるためには、全体の基本方針を明確にし、共通認識をもって検討していく必要があるのではないか
 - ・ 現在のICD-10をどの程度踏襲すべきなのか、章立てやコード体系（英字＋数字）を検討対象とするのか等、改訂の範囲を決定すべきではないか
 - ・ 理念ベースで新たに作り上げる部分と、これまでの不具合を抽出し還元していく部分とを整理して検討していく必要があるのではないか
 - ・ 死因統計、疾病統計の連続性をいかに確保するか
- 等

検討事項

- ① 目的の明確化（優先順位の高い目的及び用途の設定）
- ② 改訂の範囲・規模の設定
- ③ 改訂に係る全体の基本方針の設定
- ④ その他

(3) ICDの構造等について

現 状 等

ICD-10（2003年版）準拠において、分類項目は英字＋数字のコードによって表現され、階層化され整理されている（別紙参照）。

章	>	中間分類項目	>	3桁分類項目	>	4桁分類項目
例：感染症及び寄生虫症	>	腸管感染症	>	細菌性赤痢	>	志賀菌による細菌性赤痢

3桁分類は、多くの場合「詳細な内容」、「その他（通称.8コード）」及び「詳細不明（通称.9コード）」という3種の4桁分類項目によって構成される。

腸管感染症 (A00-A09)

A03 細菌性赤痢

- A03.0 志賀菌による細菌性赤痢
- A03.1 フレクスナー菌による細菌性赤痢
- A03.2 ボイド菌による細菌性赤痢
- A03.3 ソンネ菌による細菌性赤痢
- A03.8 その他の細菌性赤痢
- A03.9 細菌性赤痢, 詳細不明

寄せられた意見

- ・ 各3桁分類における4桁分類の構成は、より一定のルールでそろえていくべきではないか（参考：3桁分類によっては「その他」の4桁分類が無い等、そろっていない）
- ・ 詳細な分類となっている部分と粗な分類となっている部分とが混在している印象がある。統計に用いるため、できるだけ粒度をそろえていくべきではないか。
- ・ 発生頻度が低い疾病であっても、公衆衛生上の目的等に鑑み、分類項目として独立させるべきものがあるのではないか
- ・ 汎用性を確保するためには、必要最低限の分類に集約化し、目的に応じて分類を詳細化して用いることとするべきではないか
- ・ 項目として適切か否かについて判断するための基準を設定すべきではないか
等

検討事項

- ① 全体的な構造の設定
- ② 項目として要・不要、適・不適等の判断基準の設定
- ③ 詳細分類の設定原則の設定
- ④ その他

(4) 現状の問題点について

寄せられた意見

- ・ 切り口によって異なる分類項目となる疾患について、どう取り扱うべきか整理する必要があるのではないか（例：C型肝炎）
- ・ 複合的な疾病概念（例：メタボリックシンドローム）をどう分類するのか整理する必要があるのではないか
- ・ 異なる傷病名が付けられる可能性があり、また、そのことにより違う項目に分類されてしまう可能性がある病態について、どう取り扱うべきか整理する必要があるのではないか（例：急性心筋梗塞と急性心筋虚血）
- ・ 状況の変化・医学の進歩にあわせて分類項目を更新していくべきではないか（例：乳癌、次頁参照）
等

乳房の悪性新生物(C50)
 C50 乳房の悪性新生物
 C50.0 乳頭部及び乳輪
 C50.1 乳房中央部
 C50.2 乳房上内側4分の1
 C50.3 乳房下内側4分の1
 C50.4 乳房上外側4分の1
 C50.5 乳房下外側4分の1
 C50.6 乳腺腋窩尾部<Axillary tail of breast>
 C50.8 乳房の境界部病巣
 C50.9 乳房, 部位不明

※ 乳房の悪性新生物の診断において、現在よりも触診が主だった時代には、乳房のどの位置に悪性新生物が発生しやすいのか統計的に把握する必要性が高かった。

検討事項

- ① 分類項目の整理・改善
- ② 分類する際のルールの特明確化
- ③ その他

(5) その他

3. 今後の対応方針について

- ICD室において意見等を取りまとめ、必要に応じて専門委員等と相談の上、適宜WHO側に意見提出を行う。

各委員におかれましては、以下の対応方お願いいたします。

内 容： WHOに意見提出すべきICD-11への改訂に係る課題及びその対応案

宛 先： 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課ICD室
 専用メールアドレス（おってご連絡いたします）

期 限： ① 全体の枠組み等に関すること（課題（1）及び（2））
 平成19年9月末
 ② ①以外（ICDの各項目について等） 平成19年12月末

方 法： 電子媒体での提出 原則日英併記



20, AVENUE APPIA - CH-1211 GENEVA 27 - SWITZERLAND - TEL CENTRAL +41 22 791 2111 - FAX CENTRAL +41 22 791 3111 - WWW.WHO.INT

Ref.: C.L.19.2007

The Director-General of the World Health Organization (WHO) presents her compliments to Member States and Associate Members and has the honour to refer to the International Classification of Diseases (ICD) and "WHO Nomenclature Regulations" adopted in May 1967 in reference to Articles 2(s), 21(b), 22 and 64 of the Constitution of the World Health Organization.

The ICD was first created in 1853 by the International Statistical Congress. Since 1948, WHO has been responsible for the ICD and it has been revised successively five times. The 10th revision of the ICD was adopted by the World Health Assembly in 1990 (resolution WHA43.24) with the recommendation of the establishment of an updating process within the ten-year revision cycle.

Over the last sixty years, the ICD has become the international classification standard for all general epidemiological and many health management purposes. In accordance with the WHO Nomenclature Regulations, Member States compiling mortality and morbidity statistics shall do so in accordance with the current revision of the ICD as adopted from time to time by the World Health Assembly.

Given the mandate by the World Health Assembly in 1990, WHO has established an updating process to incorporate new scientific knowledge (e.g. SARS and new emerging diseases) and also systematically planned for a revision of the ICD by 2015 in order to enable a wider implementation of the classification. To start this process, a revision plan has been developed after discussions with a number of WHO Collaborating Centres and other interested parties. A coordinated series of methods will be utilized to revise the current ICD-10 to arrive at a new generation of classification. The ICD-11 revision will proceed in three stages:

- (1) systematic review of scientific, clinical and public health evidence relevant to classification and collection of revision proposals from interested parties. This information will be compiled in an internet site: extranet.who.int/icdrevision which will be open to all users by 16 April 2007 and comments will be collected over a period of two years;
- (2) creation of a draft ICD-11 and field-testing of it (2009-2012); and
- (3) adoption by the World Health Assembly in 2015 and implementation.

C.L.19.2007

In this revision process, the traditional form and uses of the ICD for mortality and morbidity reporting will be maintained for continuity and compatibility purposes. To assist additional needs for different users, the revised classification will have three interoperable formats for primary care, clinical specialty care and research. To implement ICD in computerized health information systems, meaningful linkages to standardized health care terminologies will be incorporated to facilitate standardized data processing and communication.

The Organization looks forward to receiving the views of Member States and Associate Members on the proposed ICD revision process and invites interested stakeholders to take part in the revision activities by participating in different phases of the related work.

The Director-General of the World Health Organization takes this opportunity to renew to Member States and Associate Members the assurance of her highest consideration.

GENEVA, 13 April 2007

世界保健機関 (World Health Organization)

20, Avenue Appia - CH - 1211 Geneva 27 - Switzerland - Tel. +41 22 791 2111 - Fax.: 41 22 791 3111

Ref.: C.L.19.2007

世界保健機関 (WHO) 事務局長は、加盟国および準加盟国に敬意を表し、国際疾病分類 (ICD) と世界保健機関憲章第 2 条 (s)、第 21 条 (b)、第 22 条、第 64 条の規定に基づき 1967 年 5 月に採択された「世界保健機関分類規則 (WHO Nomenclature Regulations)」について言及する光栄に浴するものである。

ICD は国際統計会議 (International Statistical Congress) において 1853 年に初めて創出されたものである。1948 年以降、WHO は ICD に責任を負うこととなり、これまで 5 回の改訂を逐次実施してきた。ICD-10 は、1990 年の世界保健総会 (決議 WHA43.24) において、10 年毎の改訂の合間に一部改正するプロセスを確立するようとの勧告付きで採択された。

過去 60 年にわたり、ICD は一般疫学全般や多くの保健医療活動で利用する国際標準の分類となってきた。世界保健機関分類規則に従って、死亡および疾病統計を集計している加盟国は、世界保健総会によってその都度採択される ICD の最新の改訂版に基づいて統計を集計するものとする。

1990 年の世界保健総会による委任を受けて、WHO は新たな科学的知識 (例: 重症急性呼吸器症候群 (SARS) や新興疾患) を組み入れるための一部改正プロセスを確立し、また分類をさらに広範に適用させることができるように 2015 年までに ICD を改訂することを体系的に計画した。このプロセスを開始するにあたり、多くの WHO 協力センターおよび他の関係者と議論を重ねた結果、改訂計画が立案された。秩序だった一連の手法を用いて、現行の ICD-10 を改訂することにより、次世代の分類につなげようとするものである。ICD-11 への改訂は次の三段階にて進行する。

- (1) 分類に関係する科学、臨床および公衆衛生面でのエビデンスの体系的なレビューおよび関係者からの改訂に係る提案の収集。この情報はインターネットのサイト: extranet.who.int/icdrevision に蓄積される。このサイトは 2007 年 4 月 16 日までに全ユーザーに開放され、2 年間にわたってコメントを集積する。
- (2) ICD-11 草案の作成および同案のフィールドテストの実施 (2009 年～2012 年)。
- (3) 2015 年の世界保健総会における採択および適用。

この改訂プロセスにおいて、死亡および疾病の報告というこれまでの ICD の形式および利用法は、連続性と整合性を確保するため維持されるものとする。様々な利用者の付加的なニーズを満たすため、分類改訂版はプライマリーケア用、臨床専門領域用、および研究用という分野横断的に用いることのできる 3 つの形式を有することとなる。電子化された保健情報システムに ICD を適用するため、標準化されたデータ処理と情報交換に活用されるように、標準化された医療用語（ターミノロジー）へのリンクが意味のある形で組み入れられる。

WHO は、提案された ICD 改訂プロセスについて加盟国および準加盟国から、見解が寄せられることを期待し、また利害関係者が関連作業の様々な局面に参加することで改訂活動に貢献することを呼びかけるものである。

WHO 事務局長は、この場を借りて、加盟国および準加盟国に対し、改めて最大限の敬意を表すものである。

ジュネーブ 2007 年 4 月 13 日



WEBSITE

1211 GENEVA 27 SWITZERLAND · TELEPHONE (41) 22 791 21 11 · FAX (41) 22 791 31 11 · E-MAIL inf@who.int

News Release WHO/13

16 April 2007

WHO USES WEB-BASED APPROACH TO REVISE GLOBAL DISEASE STANDARDS

Tokyo/Geneva - The World Health Organization (WHO) is launching a major online project to revise the global standard for medical and health statistics - the International Classification of Diseases (ICD). For the first time, WHO is inviting stakeholders to participate in the ICD revision through an internet platform.

This update is vital in order to keep up with recent progress in medicine and the use of information technology in the field of health, and to improve the basis for international comparisons. The last version of ICD was adopted in 1990 by all WHO Member States, which have formally agreed to use it as a standard to report diseases and deaths. The first meeting of a steering group to oversee the revision is taking place in Japan from 16 to 18 April, 2007.

Any user can enter suggestions to improve the ICD via a new web application called "ICD-10 Plus" (<http://extranet.who.int/icdrevison>). Any user who registers can contribute to the revision and back their proposal with evidence.

Users can also see what others have proposed and discuss these topics through a blog. These suggestions will be reviewed by expert groups and formulated as an ICD-11 draft, which is the second step in the revision process. The draft will be formulated using a "wiki", similar to the widely known internet encyclopedia "Wikipedia" - but with stricter editorial rules to jointly author the next version of this international public good.

Emerging diseases and scientific developments, combined with advances in service delivery and health information systems, require a revision of this global classification system. One major need is to improve the relevance of the ICD in primary care settings (clinics, doctors' offices and frontline health services), as that is where most people are treated. Another key driver is the development of computerised health information systems that require classifying electronic patient records according to the ICD.

The design of the ICD has a direct impact on health care, as it influences public health programmes, prevention, reimbursement and treatment. Countries use it to compile basic health statistics and to monitor health spending. To compare findings between countries, a common standard is needed. For example, a comparison of life expectancy from the beginning of the 20th century to today was only possible thanks to mortality data using ICD.

Previous ICD revisions were based on annual revision conferences attended by a limited number of selected experts. This internet-based revision process provides wider scientific input, greater transparency and better exchange with the wide range of users, making the final ICD revision more useful. The internet platform will also allow testing of the new classification before WHO Member States accept it as a global standard.

The aim of the ICD is to categorize diseases, health-related conditions and external causes of disease and injury in order to compile useful health information related to deaths, illness and injury (mortality and morbidity).

The ICD had its origins in the 19th century and was intended to categorize diseases for public health purposes. With its 6th revision in 1948, WHO became its custodian. ICD is the international standard for classifying mortality and morbidity.

Since the endorsement of the tenth revision by the World Health Assembly in 1990, ICD-10 has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes. These include the analysis of the general health situation of population groups and monitoring of the incidence and prevalence of diseases and other health problems in relation to variables such as the characteristics and circumstances of the individuals affected.

The categories are also useful to support decision-making, reimbursement systems and for independent documentation of medical information. ICD-10 is used to classify diseases and other health problems recorded on many types of health and vital records including death certificates and hospital records. In addition to enabling the storage and retrieval of diagnostic information for clinical and epidemiological purposes, these records also provide the basis for the compilation of national mortality and morbidity statistics by WHO Member States.¹

The *internet-based workspace* will document systematic reviews that obtain evidence from analysis of available data. WHO has established various Topic Advisory Groups to serve as the planning and coordinating advisory body for specific issues in the update and revision process.

These Groups are composed of renowned international health leaders and chaired by (hyperlink for the full list):

- Mental Health: S. Hyman (USA)
- External Causes: J. Harrison (Australia)
- Rare Diseases: S. Ayme (France)
- Internal Medicine: K. Sugano (Japan)

More groups are under construction. A Revision Steering Group will oversee the coordination and the overarching tasks and will be chaired by C. Chute.

WHO will run this platform in English. A Global Network of WHO Collaborating Centres will be able to run this internet application in Arabic, Chinese, French, Russian and Spanish (UN Official Languages), while other languages may be supported by partners (such as in Japanese) to enable participation of all interested parties. These centres will also channel their national or regional proposals to the system.

WHO will collaborate through this platform with all interested parties, including governments and non-governmental agencies, academia, industry and public to make the new classification system best fit their needs. It is envisaged that there will be three distinct versions of the new ICD: a succinct version for use in primary care, a detailed version for use in specialty settings and an advanced version for use in research.

The website will be available as of 16 April 2007 to anyone to enter their suggestions.

For further information, please contact:

Dr Robert Jakob, Medical Officer, WHO, Geneva, Tel.: +41 22 791 5877 or + 41 22 791 2142, E-mail: jakobr@who.int

Christine Pulvermacher, Communications Officer, WHO, Geneva, Tel.: +41 22 791 54 26, E-mail: pulvermacherc@who.int

Media line, Tel.: +41 22 791 2222, E-mail: mediainquiries@who.int. All press releases, fact sheets and other WHO media material may be found at www.who.int.

¹ Source WHO Family of International Classifications <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

List of Members of the Revision Steering Group

Dr Ségolène Aymé	+33 1 56 53 81 39, ayme@orpha.net
Ms Marjorie Greenberg	+1 301 458 4245, msg1@cdc.gov
Dr James Harrison	+61 8 8201 7602, james.harrison@flinders.edu.au
Dr Steven Hyman	+1 617 496 5100, seh@harvard.edu
Dr Richard Madden	+61 2 9351 9461, R.Madden@usyd.edu.au
Ms Mea Renahan	+1 416 481 2002 3468, mrenahan@cihi.ca
Dr Kentaro Sugano	+81 285 58 7347, sugano@jichi.ac.jp
Dr Martti Virtanen	+46 18 54 26 56, martti.virtanen@nordclass.uu.se

List of WHO Collaborating Centers for Family of International Classifications

Australia:	Dr Penny Allbon, Tel: +61 2 6244 1000, who_fic@aihw.gov.au
Brazil	Professor Ruy Laurenti, laurenti@usp.br
China	Dr Dong Jingwu, Tel: +86 010 6522 4831, dongjwicd@yahoo.com.cn
France	M. Gérard Pavillon, Tel: +33 1 134 80 24 62, pavillon@vesinet.inserm.fr
Germany	Dr Michael Schopen, Tel: + 49 221 4724 297, schopen@dimdi.de
India	Dr Ashok Kumar, dircbhi@nb.nic.in
Italy	Dr Carlo Francescutti, Tel: +39-432-549230, carlo.francescutti@virgilio.it
Japan	Dr Kenji Shuto, Tel: +81 3 52 53 11 11, shuto-kenji@mhlw.go.jp
Mexico	Dr Rafael Lozano, +52 55 14 52 94, gcntu@ssa.gob.mx
Netherlands	Dr Marijke W. de Kleijn, +31 30 274 4276, marijke.de.kleijn@rivm.nl
Nigeria	Professor Oye Gureje, Tel:+234 2 2410 146, gureje.o@skannet.com
Nordic Countries	Dr Martti Virtanen, +46 18 54 26 56, martti.virtanen@nordclass.uu.se
North America	Ms Marjorie S. Greenberg, +1 301-458-4245, msg1@cdc.gov
Russia	Dr. Eduard Salakhov, Tel:+7 495 917 21 83, edsalakhov@mail.ru
South Africa	Dr Debbie Bradshaw, Tel:+27 21 9380427, debbie.bradshaw@mrc.ac.za
Venezuela	Dr Humberto Montiel, Tel:+58 212 482 0098, hmontiel@msds.gov.ve

報道発表 WHO/13

2007年4月16日

WHO が国際的な疾病の標準分類を改訂するためウェブを基盤とした手法を活用

東京/ジュネーブ

世界保健機関 (WHO) は医学や保健の統計の国際標準である国際疾病分類 (ICD) を改訂するための大規模なオンライン・プロジェクトを立ち上げた。歴史上初めて、WHO が関係者にインターネットを通して ICD の改訂に参加することを奨励している。

今回の更新は、近年の医学の進歩や保健分野における IT 技術の普及に追いつき、国際比較の土台をより強固にするために不可欠なものである。現在の ICD は 1990 年に WHO すべての加盟国が疾病や死亡の報告の標準規格として使うことを正式に合意し受け入れたものである。改訂を監督するための第一回運営会議は、日本で 2007 年 4 月 16 日から 18 日にかけて開催される。

分類の利用者は誰でも、「ICD-10 Plus」という新しいウェブ・アプリケーションを通して、ICD を改善するための提案を入力することができる。利用者は誰でも登録をすれば、改訂に参加し、各々の提案にエビデンスをつけて補強することができる。

また、利用者は他の参加者が何を提案したか見ることができ、ブログを通してこれについて議論をすることができる。提案は専門家グループにより検討され、ICD-11 案として作り上げられるが、これが改訂作業の第 2 段階となる。この案は「wiki」を使用して作られる。これは広く知られているインターネットの百科事典である「Wikipedia」によく似ているが、国際的公共財の次代版を合同で作るということから、より編集規則が厳しいものとなる。

新興する疾病や科学上の発見が、サービス提供や医療情報システムの進歩と組み合わせることで、この国際的な分類システムの改訂が必要となっている。大きなニーズの一つは、初期治療の状況下 (診療所、医師の診察室や最前線の医療サービス提供) との関連性を高めることであり、それは大半の人がそこで治療を受けているからである。もう一つ重要な改訂の原動力は、コンピューター化された医療情報システムが ICD を使って患者診療録を分類することを要求していることである。

ICD の構造は医療に直接的なインパクトを与える。なぜなら、公衆衛生プログラム、予防、

報酬支払い、そして治療等に影響があるからである。国々は基礎的な保健統計を蓄積し、医療支出を監視するためにそれを使用している。国家間の比較には共通する標準規格が必要である。例えば、20世紀の初めと今日の平均余命が比較可能であるのは、ICDを利用した死亡統計による。

これまでのICD改訂では、少数の選ばれた専門家が参加する改訂会議が根拠となっていた。今回の改訂作業でインターネットを活用することによって、もっと広範囲の科学的知見の入力があり、透明性が上がり、更に利用者間でより深い意見交換が行われることで、最終的なICD改訂版がこれまで以上に有用なものになる。また、インターネットのプラットフォームはWHO加盟国に新しい分類を国際標準として導入する前に、テストを実行することを可能とする。

2 ページ

ICDの目的は死亡、病気、外傷（死亡と罹患）に関する健康情報を蓄積するために病気、健康に関連する状態、そして病気や外傷の外的原因を分類することにある。

ICDは19世紀にその起源があり、当初は公衆衛生学的な用途で分類をすることを意図したものであった。1948年の第6回改訂以来、WHOがICDの管理者となった。ICDは死亡や罹患分類の国際標準である。

1990年の世界保健機関総会での承認以来、ICD-10がすべての一般的な疫学や多くの健康管理目的で使用する診断分類の国際標準となった。これらの用途の中には、ある集団の健康状態を分析することや、病気やその他の健康上の問題の発生や罹患について、曝露された人の特質や状況等の変数との関係を監視すること、も含まれる。

分類は他にも意志決定や、報酬支払いシステムや、個別の医療情報を文書化するのにも有用である。ICD-10は死亡診断書や病院診療録を含む、あらゆる型の健康や他の重要事項の記録で病気やその他の健康上の問題を分類するのに使われている。これらの記録は診断情報を臨床や疫学目的で保管することや引き出すことを可能にすることに加え、WHO加盟国の国家の死亡及び罹患統計を蓄積する基盤を提供する。

インターネットの作業場所では、現存する情報を分析することでエビデンスを得た系統だった概説が文書化される。WHOは更新や改訂に関する特定の問題について、計画策定や調整の助言機関として役目を果たす各種項目別助言グループを設置した。

これらのグループは高名な国際的保健リーダーより組織され、議長を務めるのは、

- ・精神 S. ハイマン (米)
- ・外因 J. ハリソン (豪)
- ・稀な疾患 S. アイメ (仏)
- ・内科 K. 菅野 (日)

これ以外グループも組織されつつある。改訂運営グループが調整や包括的な課題を監督することとなっており、C. シュートが議長を務める。

WHOはこのプラットフォームを英語で運営する。WHO 協力機関による世界的ネットワークがこのインターネット・アプリケーションをアラビア語、中国語、フランス語、ロシア語、スペイン語（国連の公用語）で実行することができ、また他の言語でも、興味を持つすべての関係者の参加を可能とするため、提携する国（例えば日本）により対応することもあり得る。また、これら協力機関は国家や地域の提案をこのシステムに伝達する。

WHOはこのプラットフォームを通して、新しい分類システムがニーズに最大限一致するものとするため、政府、非政府組織、学术界、産業界、そして民衆の中で興味を持つすべての関係者と協力して改訂に取り組む。新しい ICD には 3 つの違った版があることが想定されている：初期治療に使う簡潔版、専門診療科で使う詳細版、研究に使用する上級版である。

ウェブサイトは 2007 年 4 月 16 日より、誰でも提案を書き込めるようになる。

以上

I C D - 11 のための第 1 回改訂運営会議

報告書草案（暫定版）要旨

東京・小田原 2007 年 4 月 16 日～18 日

本書は世界保健機関（WHO）が作成した第 1 回改訂運営会議の報告書草案（暫定版）に基づき厚生労働省事務局が要旨をまとめたものである。正式な報告書は、後日、WHO より発表される予定である。

要旨

世界保健機関（WHO）は国際疾病分類（ICD）の改訂作業を開始した。この改訂作業の目的は、最近の医療の進歩および医療分野における情報技術の活用に対応し、医療情報の国際比較のための基礎部分を改善することである。ICDの以前の改訂版はWHOのすべての加盟国が1990年に採択し、その改訂版を疾病および死因を報告する際の標準として使うことへの正式な合意が得られた。

今回の改訂作業を監督する運営会議の初会合が2007年4月16日から4月18日の日程で日本で開催された。この会議に先立ち、ICD改訂プラットフォームの立ち上げを発表する記者会見が4月16日に東京で開催され、改訂運営会議（Revision Steering Group、以下「RSG」という）のメンバーが紹介された。この記者会見と並行して、WHOのプレスリリースおよびWHO事務局長によるWHO加盟国宛の書状の送付が行われた。RSGのメンバーは日本の医学会を代表する人々とも会合を持った。日本では、医学会が国レベルの改訂提案を収集・集約し、それをウェブ上の改訂プラットフォームを通して関連する国際作業グループに英語で提出するための体系的なプロセスを構築する。

RSGは改訂作業の現状の見直しおよび今後の方向についての議論を4月17日から18日にかけて行い、改訂作業の全般的な計画を承認した。この計画では、一連の連係した手法を活用して現在のICD-10を改訂し、新世代の分類に到達する。ICD-11に至る改訂作業は次の3段階で進める。つまり、①分類に関する科学的、臨床的、公衆衛生的エビデンスの体系的な点検を行う、②ICD-11の草案を起草し、草案のフィールドテストを行う、③標準的な医療用語との意味のある関連付けを行い、コミュニケーション、データ処理の標準化、研究を円滑にする。従来通り、ICDの形式とICDの死亡・罹患報告への活用は維持される。さらに、異なるユーザーのニーズに対応するために改訂版を相互に関連する三つのフォーマットで提供する。三つのフォーマットとは、プライマリケア、臨床ケア、研究である。知識の十分な表現のために、分類の構築にはオントロジーツールを活用し、このツールは徴候や症状の組み合わせ、重症度、経過、遺伝情報やその他の情報など様々な領域をカバーする。このオントロジーに基づく手法は、コンピューターを使った情報処理の標準化を電子医療アプリケーションを通して可能にする。国際生活機能分類（ICF）等のWHOの他の分類および各国のICD修正版も検討し、ICDの内容の向上を図るとともに分類間の整合性を高める。改訂作業においては、オープンデータベースとして構築したプラットフォーム等の分散型ウェブツールを活用して提案、議論、エビデンスを突き合わせる。さらに、ウィキ(Wiki)のような体系的なツールを使ってICD-11の起草を重ねる。ユーザーはウェブ上の国際的なプラットフォームを通じてフィールドテストを行う。このウェブ上の知識管理共有プロセスは、多数の関係者による改訂作業への幅広い参加を可能にし、関係者は新しいICDの作成と評価に携わる。

関連する規則、分類法上の指針、改訂作業の組織については基本文書に記載している。この基本文書は改訂プロセスの全容についてまとめたものである(付録3)。この文書の改正も随時行い、特定の課題について必要に応じて追記する。

RSGを改訂作業の監督機関として設置している。改訂の各主要分野の作業は、分野別専門部会（Topic Advisory Group、以下「TAG」という）と複数のワーキンググループが行う。ICDにまとめられる情報は医療の全分野にまたがっているため、それぞれの領域のTAGが同領域の専門家

が意見を出し合うピアレビューのパネルとして機能し、統合された ICD について勧告を行う必要がある。RSG のメンバーには各 TAG の議長が含まれ、RSG は一部改正・改訂プロセスにおける企画運営の権限を持つ。RSG の主な委任事項は以下の通りである。

- ・ 改訂プロセスを監督し、ワーキンググループ間の連携について助言する。
- ・ ICD の用途について明らかにし、改訂プロセスを通してユーザーのニーズに確実に向き合うようにする。
- ・ 分類法およびオントロジーに関する基本原則を明らかにする。
- ・ 問題の解決に向けた提案を行い、必要に応じてフィールドテストを随時行うための方法を考える。
- ・ ICD-10 から ICD-11 への移行のための計画・ツールを立案、開発する。

RSG は電子メールで継続的に連絡を取り合い、定期的に電話会議を開き、少なくとも年に 2 回の会議を開催する。

ICD 改訂のためのインターネットプラットフォームと分散開発の原則

複数の関係者が ICD-11 の作成に参加できるようにするために、ウェブ上に知識管理プラットフォームを立ち上げる。このプラットフォームを通して誰もが提案やコメントをすることが可能になり、その提案やコメントを各 TAG が検討する。ウェブ上に立ち上げる相互に関連する二つのプラットフォームを使って ICD-11 を作成する。第 1 段階の改訂プラットフォームである ICD-10 プラスは、改訂提案を体系的に収集する。統合化されたワークフロー機能と階層別のアクセス権によって、改訂プロセスにおいて提案を行うことが容易になるとともに、特定のグループの編集権および発言権が決定される。ICD-10 プラスで行われるプロセスの透明性を完全に確保する。改訂プロセスのどの段階でもすべてのコメントを閲覧できるようにする。

第 2 段階では、ICD-10 プラスの画面をウィキペディアのような共同編集ツールに切り替える。各疾病は、詳細な定義とコーディング情報とともに表示される。記述論理を使って分類の基礎をなす意味構造を定義し、ICD オントロジーを作成する。ICD オントロジーは解剖学、生理学、遺伝子オントロジー等の他の知識体系とも関連付けられる。このような構造により、特定のユーザーにとって異なる画面が用意される（例えば、死因および疾病用、相互に関連するプライマリケアバージョン、臨床ケアバージョン、研究バージョンなど）。適切な情報技術を活用してこれらの異なるバージョン間で統計学的な比較可能性および意味論的な適合性を確保する。

精神

精神のための TAG の会合が WHO の精神保健・薬物乱用部門の支援を受けて開催された。この TAG のメンバーは地理的にバランスの取れたメンバー構成になっており、この分野に関連する組織・団体からもメンバーが加わっている。この TAG の会合は 2007 年 1 月 11 日から 12 日にジュネーブで開催された。TAG は ICD-11 の将来の利用に関する WHO の方針への支持を表明し、教育訓練における ICD の利用も WHO の方針に加えるべきだとした。精神の課題は、疾患の定義を症状群に基づいて行わなければならないというものであるが、これは精神疾患の病因についての知識が比較的少ないことに原因がある。TAG は精神障害と身体障害とを分類原則において同等に扱うという考え方を支持した（例えば、疾患、障害、リスク因子、障害基準に身体障害と同等の定義を適用する）。TAG は、ICD の精神の章のプライマリケアにおける利用、精神疾患の次元（dimensionality）の問題、ICD と DSM IV との相違点と共通点、将来の利用における ICD 分類の最適な大きさについて基礎的な文書を作成する。

稀な疾患

稀な疾患とは 0.05%未満の低い有病率の疾患として定義されるが、それらの疾患には特殊な対応を生涯にわたって施すことが求められる。「オーファネット」(Orphanet) および「稀な疾患のための欧州タスクフォース」(European Taskforce for Rare Diseases) は欧州委員会およびフランス政府からの資金提供を受けながら、稀な疾患のための最適な予防、診断、治療の促進のための助言・支援を行い、欧州における稀な疾患に関連するあらゆる問題を議論し、意見交換、体験の共有のための場を提供している。近く米国の国立衛生研究所 (NIH) とも提携する予定で、この提携を通して追加の資源とアイデアがこのグループに提供されることになる。上記の活動の一環として、グループは稀な疾患の 7000 の表現型からなるデータベースを科学的エビデンスに基づいて構築した。疾患の各項目には、診断基準 (MeSH、ICD 等の既存の分類体系に関連付けられている)、発病年齢、遺伝子 (OMIM データベース)、さらには ICD の改訂作業と関連性のある基準などが記載されている。ICD の奇形および遺伝病に関する章の改訂は、稀な疾患のための TAG が担当する。現在、TAG のメンバーを募集している。

外因

ICD の外因および損傷に関する章について、次に示すようないくつかの面での改訂が必要である。つまり、損傷に関する章の解剖学の軸を整える必要がある、損傷の分類を作り直して臨床および研究のニーズを満たせるようにする、外因に対する国際分類 (ICECI)、解剖、治療の見地から見た化学物質分類システム (ATC)、患者安全分類との整合性を図る、事故の意図と機序の組み合わせの見直しを行う。WHO 分類・評価・ターミノロジー部会 (WHO-CAT) と外因の TAG の議長は幅広い国際経験を有する専門家らをこの TAG に指名している。TAG と WHO の部署 (暴力と損傷予防、職業衛生) との連絡も確立している。一方、TAG の財源を確保する必要がある。

内科

内科のための TAG では、内科に関する章の改訂に参加する専門家を募集している。今回の会合では、新生物、小児疾患、稀な疾患との重複の可能性があることが認められた。改訂プロセスの中で対立が生じる場合は、RSG が対応する。病因、主な発現場所、疾患の転帰が ICD の異なる章に分類される場合もあるため、分類に関する決定がなされなければならない。現在、この TAG では作業を進めるための資源の確保に取り組んでいる。

新生物

WHO 分類・評価・ターミノロジー部会 (WHO-CAT) が新生物のための TAG のメンバーの募集を WHO がん部会および国際がん研究機関 (IARC) と共同で行っている。IARC が出版している『WHO Classification of Tumours』(WHO 腫瘍分類) シリーズ (ブルーブック) は、すべての腫瘍の定義を記載している (組織学、イメージング、遺伝学を含む)。ICD-O コードおよび TNM 分類も改訂作業に含まれる予定であるが、これは ICD を最新の ICD-O に整合させる必要があるためである。ブルーブックおよび TNM システムの内容も ICD-11 に組み入れる必要がある。WHO-CAT 部会は IARC と共同して乳がんの遺伝学的分類が可能であるか、またブルーブックシリーズを共同開発して作業の支援および調整を行うことが可能であるか検討している。WHO のがん対策チームやその他の国際機関との連絡を確立するための作業も進められている。

その他の分野における状況と連携

疾患分野の他の領域を扱うために上記の TAG 以外に TAG を設置する必要性が考えられる。

改訂作業の重要な側面として、ICD と WHO-FIC の他の分類との関係を整理する必要がある。すべての章と定義、また特に第 18 章を ICF と整合させて齟齬および重複を回避し、WHO-FIC 分類の併用を可能としなければならない。ターミノロジーおよびオントロジーについては共通の概念を使って作業を進めると同時に、それらの概念が WHO-FIC のすべての分類と整合性を持つようにし、医療情報システムにおける統合および併用を可能にしなければならない。

特に重要視しなければならないのは ICD-11 のプライマリケアにおける利用である。国際家庭医機構 (WONCA) との提携合意に基づき、プライマリケア国際分類 (ICPC) の改訂版と ICD および WHO-FIC のその他の分類とを整合させる。また、ICD-10 の第 21 章は、健康へのリスク要因および保健サービス利用の理由を完全に網羅していないため、既存の欠落部分を埋める必要がある。保健サービス利用の理由の分類に用いる概念は、ICD および ICPC で共通の概念でなければならない。

各 TAG の共通点および相違点の要約

各 TAG の資金計画および作業段階は異なっている。一部の TAG は WHO の関連する部署との関係をすでに構築し、TAG のメンバーを決定している。他の TAG は組織されていない段階にある。作業計画では、ICD-10 プラスおよび共同文書作成ツールがウェブ上に立ち上げられる計画である。

RSG が必要と考えているのは、分類または分類法の基準をさらに詳しく設定し、既存の、また将来のすべての TAG の基本的な課題とすることである。各分野で行われる改訂作業プロセスをよ

り詳細に定めるとともに、それを作成されている全般的な指針に沿った形にする必要がある。

分類法、オントロジー、ターミノロジーに関する共通課題

疾病の分類は複雑な作業である。過去には、疾病および関連する健康状態を分類するのに異なる規則や根拠が用いられた。現在の ICD へのアプローチ方法は、長期にわたる複雑なプロセスの結果であり、間違いも生じやすい。また、様々なグループが新たな用語体系や分類を異なる精度で作成して、疾病の異なる側面が強調されたり、異なるツールが使われたりした。必要なのは、共通の知識をそれ自体で一貫性と統一性のある形で表現し、すべての項目と属性を理路整然とした情報モデルで定義することである。コンピューター科学の進歩によって利用が可能となったツールを使うことで、疾病の意味論的な側面を捉えて一つのオントロジーにまとめることが可能になった。これらのツールは知識を分類として明確に表現し、各項目と項目間の関係を定義できる。医療情報システムのデジタル化を前提として考えた場合、オントロジー開発は新しい分類の作成に必要不可欠である。

提携および財源

ICD の改訂は長期にわたるプロセスであり、多くの資源を要する。WHO では RSG 会議の開催およびウェブ上のプラットフォームの開発に必要な初期費用の財源を確保している。改訂プロセスへの参加者がプラットフォーム上で膨大な作業を行うことも、改訂プロセスを成功させるために必要である。ウィキペディア、NASA のクリックワーカー等のプロジェクトが証明したのは、共有財に基づく協働作業（commons-based production method）がインターネット上の知識共有プラットフォームを活用することで今日可能になっていることである。ICD 改訂のプラットフォーム上の協働作業を PR するために、関連する NGO や WHO の部署と提携している。一方、TAG が会合し、効果的に作業を進めるためにより多くの資金が必要である。WHO のビジネス・プランでは財源を官民パートナーシップに求めるとしながら、利益相反にも十分な注意を払うとしている。

言語の問題：多言語開発

ICD の公式翻訳は 42 の言語で出ている。翻訳の正確さの確認はほとんどの翻訳で不可能である。ICD の項目はその項目だけでその項目の意味を必ずしも理解できるものではない。疾病および分類の定義の仕方によってこれらの翻訳に関する問題を克服するという合意が得られた。基本的な概念の翻訳を原語に翻訳し直したり、翻訳ツールを使用したりすることで、翻訳から生じる逸脱をさらに制限できるかもしれない。また、ICD の多言語バージョンを提供することで、2 カ国語を話すことのできる専門家が分類を検索する際に、二つの言語間で齟齬があった場合にそれを報告することができる。さらに、ターミノロジーと分類を関連付けた作業を行い、オントロジーに基づいた開発を進めることで、翻訳プロセスの正確さをさらに高めることが可能になるかもしれない。

世界各国の専門家が ICD の改訂作業に貢献する。現在の改訂プラットフォームは英語を使用言語としている。WHO-FIC 協力センターが同様のプラットフォームを他の言語で提供すれば、英語を効率的に使うことのできない専門家の参加を促すことが考えられる。その場合、専門の編集

者が他の言語のプラットフォーム上でなされた提案を要約して英語のマスタープラットフォームに提案を追加する。ただし、他言語のプラットフォームを運営するのも多くの資源が必要であり、英語のプラットフォームからフィードバックがあった場合も他の言語に翻訳しなければならない。日本ではこのような解決策を採らないことを予定している。日本では医学会が提案を調整し、英語に堪能な専門家を指名して、その専門家に提案を要約してもらい、現在のプラットフォームに提案を出す計画である。このような手法は日本語以外の他の言語のモデルとしても使えるかもしれない。

TAG、RSG、分類改正改訂委員会（URC）、WHO 間の作業の調整

TAG 間、また RSG 内のコミュニケーションのために明確で持続可能な仕組みを作ることが改訂作業を成功させるための条件である。改訂プラットフォームのみではこの条件を満たせない。RSG は少なくとも年に一度は会合を持つことが想定されている。その他、定期的に電話会議とネット会議を開催して、直接の会合の間の隙間を埋める。摘要書を用いることで、TAG やその他のグループの進捗状況を把握できる。すべての TAG で共通の作業計画を使うことで、異なるグループ間の連携をさらに高めることができる。

TAG の設置と各 TAG のメンバーの任命については WHO がイニシアチブを取って行う。TAG は諮問機関であり、ICD-11 の α 版の開発に携わる。 α 版、 β 版、最終版のそれぞれの草案は分類改正改訂委員会（URC）が見直す。URC、RSG、TAG のそれぞれの役割については、ICD 改訂文書で詳述している。

WHO-FIC ネットワーク等との連携

WHO-FIC ネットワークには様々な委員会と作業グループがあり、WHO-FIC を構成する分類の調整および利用に関して生じる問題の解決にあたっている。WHO-FIC ネットワークの国際分類ファミリー拡張委員会、分類改正改訂委員会（URC）、企画実行委員会の各委員長は RSG のメンバーとして参加している。したがって、関連するグループとのコミュニケーション、また WHO-FIC ネットワーク全体の中のコミュニケーションが確保されている。死因分類改正グループ（MRG）および疾病分類グループ（MbRG）は ICD の主な用途に関して生じる問題を担当している。WHO-FIC ネットワークはいくつかの経路（関連する委員会、グループ、協力センター等）を通して ICD 改訂作業に参加する。WHO-FIC ネットワークの年次総会および企画実行委員会では、改訂作業が終わるまで ICD の改訂を常設の議題として取り上げる。

共通の作業計画およびスケジュールの見直し

作業計画およびスケジュールの草案が ICD 改訂文書に記載されている。RSG では以下の議論を行った。

- 新たな提携先の発掘にはさらに時間がかかるが、新たな提携先は α 版の起草前までに確保しなければならない。
- 現時点で確保している資源の量を考えると、作業の開始は予定よりも遅れる。これは ICD の関連分野の TAG がまだすべて設置されていないからである。
- ICD-10 の最後の改正を 2009 年または 2010 年に導入する。ICD-10 の改正と ICD-11 の起

草はできるだけ重複しないようにする。

RSG が行った勧告では、ICD-11 の α 版を 2010 年に公開する。そのため、 β 版の公開は 2011 年、一般レビュー用の最終版の公開は 2013 年になる。世界保健総会への提出は予定通りの 2014 年とする。ICD-11 の導入も予定通りに 2015 年に開始する。

上記の勧告に沿ってより詳細な作業計画を各 TAG に策定してもらい、次の RSG 会議に提出してもらう必要がある。

また、ICD オントロジーのための明確な情報モデルを作成する。オントロジーおよび意味論のツールをまず各国の既存の ICD-10 修正版に適用して、ICD 改訂作業へのツールの適用の妥当性を検証する。

関係者との新たな提携のために WHO は積極的に働きかける。すべての当事者は、人材、知識、資金の面で新たな資源を確保するための共同の作業に参加する。

Production of ICD-11:

The overall revision process

T. Bedirhan Üstün MD
 Robert Jakob MD
 Can Çelik
 Pierre Lewalle
 Nenand Kostanjsek

WHO
 WHO
 WHO
 WHO
 WHO

Mea Renahan
 Richard Madden PhD
 Marjorie Greenberg

Update Revision Committee Chair
 Family Development Committee Chair
 Planning Committee Chair

Chris Chute MD
 Martti Virtanen MD

Revision Steering Committee Chair
 Classification - Terminology Link

Steve Hyman MD
 James Harrison MD
 Segolene Ayme MD
 Kentaro Sugano MD

Mental Health Advisory Group Chair
 External Causes & Injury Advisory Group Chair
 Rare Diseases Advisory Group Chair
 Internal Medicine Advisory Group Chair

On behalf of WHOFIC Network

Summary:

This paper describes the overall process for producing the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD).

A coordinated series of methods will be utilized to revise the current ICD-10 to arrive at a new generation of classification. The ICD-11 revision will proceed in three stages: (1) systematic review of scientific, clinical and public health evidence relevant to classification, (2) creation of a draft ICD-11 and field-testing it (3) development of meaningful linkages to standardized health care terminologies to facilitate communication, standardized data processing and research. The traditional form and uses of the ICD for mortality and morbidity reporting will be maintained. To assist additional needs different users the revised classification will have in three interoperable formats for primary care, clinical specialty care various knowledge domains such as constellation of signs and symptoms, severity and course, and research. To represent knowledge adequately the classification will be built using ontological tools that include various domains such as constellations of signs and symptoms, severity and course, as well as genetic and other information. This ontological approach will also enable standardized information processing by computers in e-health applications. Material from other WHO classifications, notably the International Classification Functioning Disability and Health (ICF) and national modifications of ICD will be included to improve the ICD content and to improve alignment between the classifications. The revision process will make use of distributed web-based tools such as a structured open database platform to collate suggestions, discussions and evidence. Secondly, and a structured Wiki-like tool will be used to generate the successive drafts of ICD-11. Users will engage in field trials through the global web based platform. This internet based knowledge management and sharing process will allow broader participation of multiple stakeholders in the creation and review of the new classification.

A review and coordination mechanism will be built in order to evaluate the progress of the revision process to ensure that it is proceeding in desired directions. Currently a Revision Steering Group has been established as an oversight mechanism. Each main area of revision will be worked through a topic advisory group and multiple workgroups. Following this roadmap we expect to arrive at a desired product that not only serves as a classification system but also as a building block for health information systems.

Keywords: ICD, Classifications, Terminology, Health Information Systems, International Health.

1. Background

The International Classification of Diseases (ICD) provides a public global standard to organize and classify information about diseases and related health problems. ICD is a member of the World Health Organization's "Family" of International Classifications (WHO-FIC) which provide the basic building blocks for health information systems. The overall function of the WHO Classifications is to capture data at various service delivery points in a manner that is interoperable across systems and countries using a suite of integrated standard tools. In this way, meaningful communication and exchange in the health sector is possible globally across the health sector.

To keep the scientific currency and public health utility of the classifications, ICD is scheduled for 10 yearly periodic revisions and annual updates in line with the recommendations of the governing bodies of the WHO¹. The latest revision, ICD-10, was adopted by the World Health Assembly in 1990.

An update and revision process has been prepared by the WHO involving all stakeholders. The process is similar to "software release" in that it will maintain compatibility with previous versions, allow new functionalities and developments in modular structure, and will test the revision proposals before implementation. The main objectives of the ICD update and revision process are to create a user-friendly and scientifically credible classification utilizing modern knowledge management and sharing methods to synthesize scientific advances in the health and information fields in a continuous manner.

A common information infrastructure for the update and revision process has been created for all ICD chapters to link the supporting evidence to the classification; this infrastructure includes better knowledge and meta-data representation. Of course this infrastructure will yield a product no better than the scientific content provided within the various disciplines. Certain areas such as oncology, mental and addictive disorders, internal medicine, and external causes of injury have been identified by the WHO-FIC Network as main foci of the update and revision process. In each area of health care the health information will be systematically reviewed in three interconnected main lines: (1) a Scientific Stream, (2) a Clinical Stream, and (3) a Public Health Stream. This work will be carried out by a core team of WHO-FIC investigators along with a group of international collaborators and advisers utilizing a permanent Internet-based knowledge management and sharing portal.

¹ The resolution can be found at hyperlink: [WHA ICD Resolution \(WHA 43.24\)](#).

2. The specific aims of the Update and Revision Process:

The revision process will aim to create a platform for the ICD that will allow continuous improvement in terms of following three *streams of work*:

1. Scientific Evidence: ICD should reflect the advances in medicine and all health sciences. The scientific understanding of the underlying process should guide the classification and representation of knowledge in the classification.
2. Clinical Utility and health system utility: ICD should be easy to use, support clinical decisions and health system management and should be readily integrated into routine practice in different settings including primary care, more specialized clinical care and research. Accordingly it may have different but compatible versions that can be used interchangeably in different levels of health care.
3. Public Health Usefulness: ICD should assist in public health policy, resource allocation and monitoring outcomes by recording mortality, morbidity and other population health parameters. It should also be compatible with other classification schemes and health information system elements.

Under these streams of work the specific aims of the Revision Process can be further expanded as follows:

1. Scientific evidence: To explore the scientific basis and epidemiology of diseases so that the ICD revision is based on the best available data. To achieve this specific aim, systematic reviews of the literature will be carried out by selected expert groups. A standard protocol will be followed to identify scientific publications to be reviewed. Journals included in Index Medicus and the Science Citation Index since the publication of ICD-10 (i.e., 1990) will be systematically reviewed to explore the implications for ICD categories. Specific questions will be formulated by expert groups to guide this research. For example:
 - a. Do the new discoveries of infectious agents or new understandings of their prevalence or role in disease require classification or coding changes? (E.g. Helicobacter pylori, SARS Corona virus, Ebola virus, etc...)
 - b. Do new discoveries concerning treatment other interventions require specific coding changes? (e.g. coding of drug resistance, refractory treatment, similarity of treatment response in different diseases, new diagnostic procedures and therapeutic interventions?)
 - c. Does the rapidly growing availability of information on disease risk genes, somatic mutations, or patterns of gene expression alter taxonomy? (e.g., patterns of gene expression in lymphoma or breast cancer; the first convincing risk alleles in common genetically complex disorders)

- d. Is the taxonomy developmentally sensitive so that it is applicable across the life span? For example, same disease definitions apply equally both to children, adults and elderly?
2. To explore the clinical utility of the Clinical and health system utility: Given the use of ICD for in the daily practice of various clinicians in different settings such as primary care, hospital settings, rehabilitation and long-term care settings, the classification should match the needs of users so that an appropriate level of detail is available.
 - a. The classification should reflect the relevant categories which are most frequently seen and treated in those settings without redundancy and with sufficient detail for differential diagnosis (e.g. the same classification of ICD could be presented in primary care with a single category for appendicitis, depression or diabetes mellitus. However, these diagnoses may not be sufficient for clinical care, and are less likely to be sufficient for research. One would like to know further details such as the type, treatment need and possible complications.)
 - b. The update and revision process will explore the needs and practices of different users to tailor the level of detail for different users without changing the overall master standard of ICD. ICD has been used for various purposes ranging from mortality, morbidity to patient safety and quality assessment tools. To achieve this there will be internet based *international discussion forums* that are open to clinical experts from different countries.
 - c. ICD should be appropriate for use in electronic health records. There may be a need to expand the level of detail of classification entities by linking them to standard description of signs, symptoms and other descriptors of illness. These are being formally developed over the world as standard terminologies. The revision process should proactively define the linkage between terminologies (e.g. SNOMED -CT and other terminologies) and the ICD-11.
 - d. The basis for clinical modifications made in different countries should be investigated to inform the revision process such as ICD-10-CM in the USA, ICD-10 AM in Australia, ICD-10 CA in Canada and ICD-10 GM in Germany and many others. Would other countries follow such clinical modification examples? If so what is the best way to maintain standardization and comparability? The revision process should aim to minimize the need for further national modifications.
 - e. The proposed changes will be tested involving various clinical practitioners in a field testing trial organized as a *Global Practice Network* in terms of their ease of use, relevance, utility, reliability and other properties.
 3. Public Health Usefulness: The main topics of exploration will include:
 - a. ICD implemented to record deaths in different countries (i.e. mortality)? What are the main codes used, who makes the coding, which tools do they use, accuracy of coding practice, suggestions for improving standardization to achieve comparability, accuracy

and reliability? What are the cultural and local implementation issues regarding is the interpretation of codes?

- b. How is ICD implemented to record diseases in different countries (i.e. morbidity)? What are the main codes used, who performs the coding, which tools do they use, accuracy of coding practice, suggestions for improving standardization to achieve comparability, accuracy and reliability?
- c. What is the use of ICD for health financing and reimbursement purposes? How could it provide better input to casemix groupings (e.g. variants of Diagnosis Related Groupings and others) in many health systems. The revision process should ensure that casemix users have adequate input and joint use of WHO FIC classifications to produce casemix groupings.
- d. How is ICD used for disease surveillance, clinical registries, public health reporting, disease prevention, and population based surveys ? How could data from individual level use could be aggregated for population level indicators?
- e. Following the approval of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) by the World Health Assembly as a WHO's international framework to describe and report health and disability, there is a need to align ICD codes and their definitions with the ICF, and review their joint use as WHO reference classifications for public health purposes.

These three streams of work will need to be woven together within an architecture that allows scaling for use in primary care, specialist clinical care domains, research and other settings. The architecture will build on the traditional ICD categories and improve each category with clear textual descriptions detailing their ontological properties and identifying relations between them.

This architecture will intend to link ICD with other health information system rubrics as a versatile information source and coding scheme and allow dynamic tailoring of the scheme for various users in e-health applications.

3. Plan of Activities

To address these specific aims we would like to create a set of activities that will bring together the above questions in a coordinated work plan and activity that we in short call an "*update and revision process for ICD*". This process:

- will be coordinated by the WHO Headquarters with active participation of whole WHO Network inviting all interested parties to improve the classification in terms of its scientific basis, clinical and public health use.
- will create a network of users involving scientists, practitioners, administrators, policy makers and consumers to make better use of this classification for understanding, communicating, planning and administering health care.
- will make state-of-the art evidence based reviews to reflect the most updated scientific knowledge in the classification including recent advances in medical and health sciences as well as in information technology
- will include field trials which are essential for testing the applicability of the classification as well as obtaining operational characteristics such as reliability measures. In addition the field trials serve to identify linguistic and cultural applicability issues, and serve as knowledge dissemination mechanisms.
- will allow linking classifications and clinical terminologies through their proper knowledge representation i.e. the diagnostic formulations as formal operationalization of any diagnosis including signs, symptoms, laboratory findings etc. in standard vocabularies
- will serve to provide the necessary transformation to the 21st century health information system needs to monitor and evaluate health outcomes.

A coordinated series of methods will be utilized to systematically-review existing evidence to revise the current ICD 10th version in order to arrive at a new generation of classification that will serve the needs of multiple users. This process will take place in three stages:

(1) compilation of scientific, clinical and public health evidence for revision, which is briefly called ICD-10 Plus.

(2) creation of a draft ICD-11 and field testing,

(3) creation of a systematic linkage to standardized health care terminologies to allow information processing by computers.

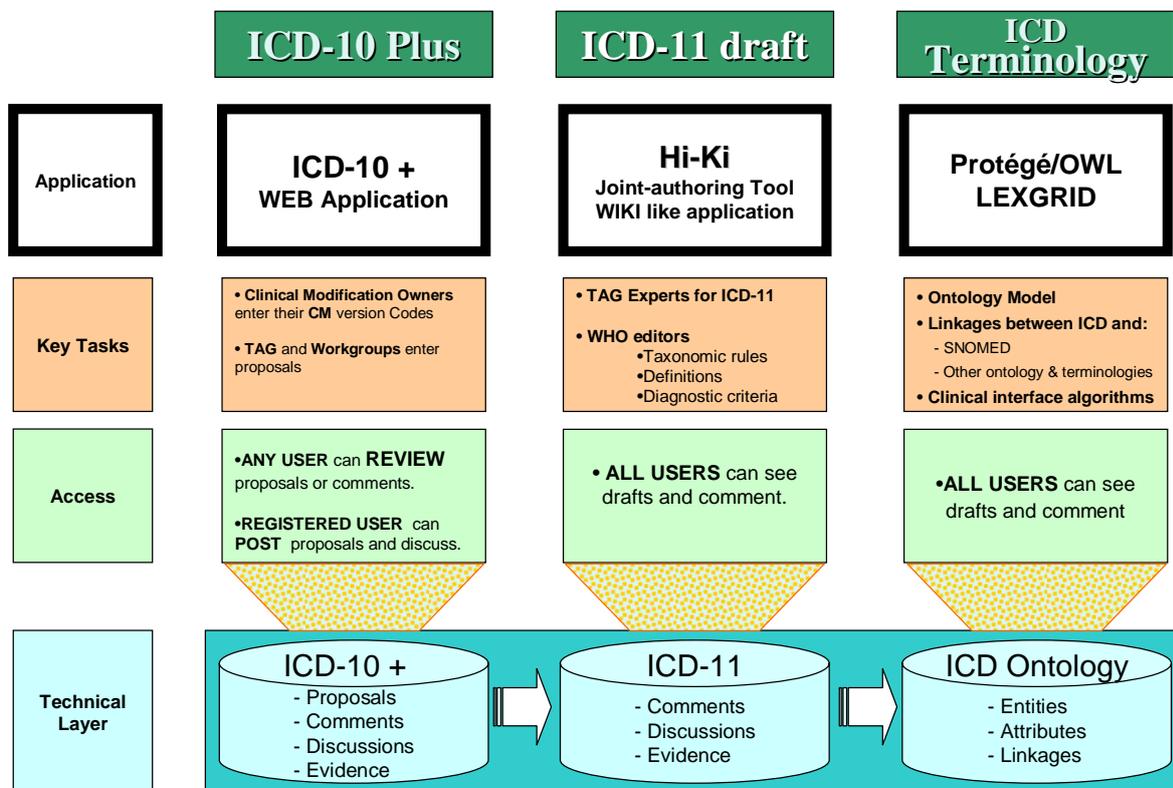


Figure 1: ICD Revision Platform

3.1 ICD-10 PLUS

ICD-10 Plus is a web application which allows users enter structured proposals for ICD revision. These may, for example, be changes in existing codes or insertion of new codes. Users can fill in a form in which they explain a proposal with the underlying rationale and publication references from PubMed or they can upload documents that are relevant to the proposal. The proposals are organized according to the existing ICD-10 structure so that all the users may browse through the classification and see what is proposed in various parts of the classification. The application allows searching the proposals and generating reports and works as a *workflow engine* which documents the decision process on the proposals and related annotations. This system requires moderation to avoid irrelevant entries. Any relevant entry by registered users will be displayed on the internet and will be open to discussion and commentary.

Relevant parts of national modifications that have evolved from main ICD10 will form part of ICD-10 Plus as they clearly indicate user requirements. In addition input from other WHO-FIC members will be inserted in ICD 10 Plus. ICD-11 is the first version of ICD to be developed since the Family of Classifications was put in place. Only in exceptional cases will ICD codes be deleted and the user referred to another classification. But many of the classifications can inform the development of ICD codes. Examples include use of ICF domains (especially in chapters 18 and 21), alignment between ICECI and chapter 20 and between ATC-DDD and any ICD list of drugs.

3.2 ICD-11 DRAFT

ICD -11 Draft is envisaged as a Wiki-like structured Joint-Authoring Tool. Selected Expert Groups will be given the mandate of drafting portions of ICD-11. Each Expert group will place their draft in to the WHO web portal using a web based joint authoring tool. The ICD-11 draft will include the following rubrics wherever applicable: (1) name of each entity, relevant inclusion and exclusion terms and a textual description (2) detailed clinical description including clinical and/or research rules for diagnosis. Each rubric will be posted in the Wiki application. Following a taxonomic review and clarification by WHO experts as needed. WHO will also commission a structured scientific peer review. The product will then be posted for public review for comments and later for field trials as explained later in this document.

3.3 ICD - Terminology links

Linking ICD (and all WHO Classifications) with terminologies is one of the main aims of the revision process. ICD-11 Draft Codes, Titles and all rubrics will be based on a sound terminology based on a coherent and internally consistent ontology system. This linkage will cover all the inclusion terms (*including relevant historical links, and index terms*) and the exclusion terms.

This linkage will require ontological definition of the entity including its taxonomic status (i.e. in what chapter, section in the classification tree, whether it is a disease, disorder, injury, syndrome, sign, symptom, other ; its possible level of use such as in Primary care, Clinical Care, Research; and other characteristics such as episodicity, severity, chronicity, ...) Expert Drafting Groups will be given the mandate of identifying core constructs and concepts of ICD-11 using terminology/ontology tools to formalize the concepts and constructs using SNOMED and/or any other terminology. This formalization will be useful in creating knowledge linkages (also known as mappings) and algorithms for assessment tools or Clinical Interface (e.g. Map of Medicine) and possible Decision Support Systems

These three web-base applications will be the core of the KMS portal which is described in more detail under 4.3.

4.1 Organizational Structure and Detailed Plan of Activities

WHO Headquarters will coordinate the overall ICD revision in consultation with the WHO Member States, the WHO-FIC Network, and multiple professional organizations to ensure that the final revision is broadly responsive to the many different aspects of health care. The work will be mainly carried out by the Revision Steering Group and the Workgroups as shown in figure 2 and described below:

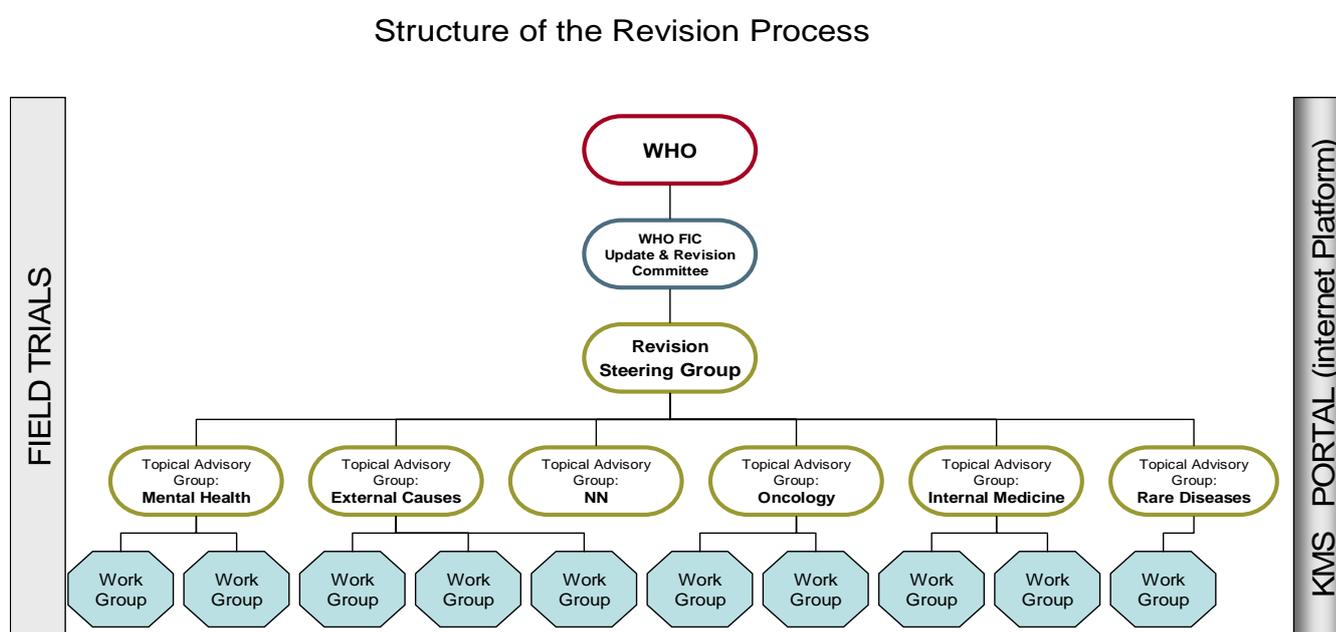


FIGURE 2: Structure of Revision Process

A. The Revision Steering Group (RSG)

A Revision Steering Group will serve as the planning and steering authority in the update and revision process. Its terms of reference will focus on the following issues:

- *Oversee the revision process and give advice for coordination of workgroups:* RSG will review the content of the revision process and will aim to ensure adequate coverage of all chapters and codes to ascertain the input from existing clinical modifications of the ICD and other WHO-FIC members, and maintain continuity between 10th and 11th editions.

- In addition it will see to whether the full scope of health care diseases and related health conditions (such as traditional medicine entries) are congruent with the overall structure. RSG will also make suggestions about the overall progress of the revision process, and synthesis of different inputs including field trials as well as participation from various regions, countries, languages and multiple stakeholders including NGOs.
- *Identify uses of the classification and ensure that the revision process addresses the needs of users:* RSG will ensure that the main uses of ICD for mortality and morbidity are maintained, and oversee proposals for other uses the classification; and preserve coherence and consistency of the description of entities between the interlinked versions of ICD for Primary Care, Clinical care and Research
- *Identify basic taxonomic and ontological principles:* RSG will observe the consistency and coherence of basic taxonomic and ontological principles across the overall revision process including:
 - Key definitions: disease, disorder, syndrome, sign, symptom, trauma, external cause...
 - Separation of disability and joint use with ICF
 - Attributes: etiology, pathophysiology, intervention response, genetic base ...
 - Linkages to other classifications and ontologies
- *Generate suggestions to resolve problems and ways to field test options as necessary:* RSG will make suggestions to solve problems or conflicts arising across different proposals, and may make suggestions for field trials to gather empirical data for their solution. This area of function may include comorbidity coding, inference of causality in coding rules, and indexing.
- *Develop plans and tools for transition from ICD-10 to ICD-11:* Identify requirements for users to adopt ICD-11 including coding guidelines, cross walks, electronic tools, and educational materials.

The Revision Steering Group will communicate on an ongoing basis by email, have monthly telephone conference calls, and will convene at least twice annually for an in-person meeting. The composition of the Revision Steering Group will be as follows:

1. the chairs of the Topic Advisory Groups in the Revision Process
2. Representatives of the WHO-FIC Network (chairs of the Update and Revision; Family Development Committee, and Planning Committees)
3. Other invited terminology, classification and public health experts
4. responsible WHO officers

The Revision Steering Group may invite consultants and other members of the Topic Advisory Groups and related workgroups as necessary to take part in their meetings.

B. Topic Advisory Groups (TAG)

Topic Advisory Groups will serve as the planning and coordinating advisory body for specific issues which are key topics in the update and revision process, namely Oncology, Mental Health, External Causes of Injury, Communicable Diseases, Non-communicable Diseases, Rare Diseases and others to be established.

The primary charge of each group will be to advise WHO in all steps leading to the revision of topic sections of ICD in line with the overall revision process. In particular:

- *Advise on particular topic revision steps and establish workgroups and partners to involve* - The TAGs will advise WHO on constitution of working groups to undertake generation of necessary evidence, to develop proposals for changes and to focus on specific issues as needed. Each TAG will (a) determine the number and content areas of the workgroups, (b) identify the members and chairs of the workgroups, (c) present an initial mandate to each workgroup, (d) establish procedures for the activities of the workgroups, and (e) facilitate cross-fertilization of ideas and reducing redundant efforts by making workgroups aware of one another's activities.
- *Advise in developing various drafts of topic segments in line with the overall production timeline of ICD-11* TAGs will review initial recommendations of the workgroups and consolidate those to achieve consistency in proposals across groups and areas.
- *Advise in developing protocols for and in implementing field trials* - TAGs will also assist WHO in identifying appropriate representatives of various stakeholders and in establishing effective collaboration/consultative mechanisms.

Topic Advisory Groups will consist of experts within each major domain of the classification chapters. Currently there are following:

- | | |
|---------------------|---|
| – Mental Health: | S. Hyman |
| – External Causes: | J. Harrison |
| – Rare Diseases: | S. Ayme |
| – Oncology: | IARC Editor(s) |
| – Internal Medicine | K. Sugano |
| – Others | <i>to be formed e.g. Child and Adolescent Health etc.</i> |

Each TAG will function at two levels: *chairs and members*, and if necessary a *workgroup structure*. TAGs will maintain regular communication among members and workgroups using the ICD revision and update platform as the main information management and sharing portal as well as phone and e-mail.

C. Workgroups

Work Groups will serve as the key functioning unit for the review of evidence and generation of main proposals at a specific topic in the classification. For example, the TAG in the Mental Health Area will be responsible for the whole of chapter V and its linkages, whereas it may generate 5-10 working groups to carry out the systematic reviews on special sections of the chapter such as schizophrenias and psychosis; mood and anxiety disorders or topics such as children and youth, common brain disorders, etc

Each workgroup will be led by preferably two co-chairs, one of whom will be a member of the relevant TAG. These individuals will be responsible for selecting the members of the workgroup and establishing the membership and focus of the subgroups. They will supervise the work of the workgroup, monitoring progress and ensuring quality control. If necessary each workgroup may include subgroups corresponding to subclasses of disorders or other areas requiring focused attention within the workgroup domain. Workgroups are expected to include approximately 10-12 members. Subgroups can include participants who are not members of the workgroup, but must be chaired by a member of the workgroup. An effort will be made to draw members of workgroups and subgroups from multiple disciplines and nations.

Co-chairs of all workgroups will have privileged access to the ICD Update and Revision Portal and will participate in a monthly telephone meeting with the TAG so that co-chairs from each workgroup can learn about the activities of other workgroups.

Tasks for the Workgroups will include:

- *Developing a preliminary position statement on each core diagnostic issue:*

The workgroups will be asked to consider core issues that they will seek to address for each diagnostic entity in their content domain, and to develop a preliminary position on each issue based on their preexisting knowledge of this domain. The initial position statement will effectively set the agenda for the workgroup and will define the range and scope of questions that the workgroup will consider. The initial set of core *diagnostic issues* to be considered by each workgroup are listed in box I - these may be taken as an example by each workgroup to expand further on the key classification issues on the topic of interest.

TEXT BOX 1: Core diagnostic issues for each workgroup to consider:

- I. Definition of the diagnostic entity as a medical disease or disorder.** Given the key taxonomic guidelines and definitions each group should draw a line around the entity of interest, identifying its critical properties. How does the workgroup fundamentally view the full spectrum of disorders/diseases in this chapter in terms of their classification? Identify key criteria and level of evidence.
- II. Clustering of signs, symptoms, and operational characteristics.** Identify the features that are necessary and sufficient to define the disease/disorder.
- III. Link to underlying pathophysiology and genetic markers.** Identify the intra-individual markers that are associated with the disease/disorder, considering their biological plausibility, their measurement properties (e.g., specificity, predictive power), and their role in treatment response.
- IV. Clinical utility of the classification entity.** Consider the usefulness of the classification entity in diagnosis, predicting treatment response, course, and outcome.
- V. Reliability of the use of the classification entity.** Consider the stability of the classification entity over time and its consistency of detection across assessors and measurement instruments.
- VI. Validity of the classification entity.** Consider the associations of theoretically relevant variables with measures of the disorder and the support they provide for the validity of the diagnostic construct.
- VII. Separation of disease and disability elements.** Identify the features that signal the presence of the disease/disorder, defining the disease/disorder without reference to the distress, impairment, or other consequences that it produces. Suggestions to link to WHO ICF and operationalize specifically the criteria on disability and distress related rubrics.
- VIII. Cultural elements that need to be attended.** Consider variability in the presentation of the disease/disorder across cultures. Identify ways to achieve cross-cultural comparability and utility of diagnostic criteria rather than listing separate culture-bound syndromes or formulations.
- IX. Threshold considerations.** Identify the number and nature of diagnostic criteria that should be required to qualify for the classification entity. Consider the nature of the boundary separating the disease/disorder from normality, including evidence for the categorical/continuous distinction. Consider the classification entity boundaries with other classes, including challenges of differential diagnosis.
- X. Other nosological issues relevant to this entity** Identify any other aspects of the classification entity that the workgroup believes to be in need of evaluation, including potentially controversial aspects of the disorder that will need to be addressed. This list of additional issues may change as the evidence related to this disorder is reviewed.

- *Review the empirical evidence - Workgroups* will survey the available evidence for each diagnostic entity to address the core diagnostic issues described in BOX I. Evidence will be reviewed using a three-tiered, iterative process that maximizes input from sources that are most readily accessible: (1) Systematic review of the published literature; (2) If necessary and possible, targeted secondary analysis of existing data, (3) If required, proposal for collection and analysis of new data collection to address unanswered questions through rapid distribution of target measures to clinicians in the revision network {see below 4.2 field trials } that can be completed by the clinicians themselves or administered to their patients.
- *Report results and recommendations to the TAG and global community* - Using the results of their evidence-based reviews, the disorder workgroups will formulate suggestions for updating and revising the ICD-10 diagnostic categories, operational criteria, and/or overall coding structure. Each disorder group will be asked to write and to post on the KMS portal an interim report of its progress every six months as well as a final report documenting its final results and recommendations.
- *Respond to feedback from peer review - comments* on workgroup reports will be solicited from the scientific community and other ICD stakeholders. Public comments will be continually collected and reviewed by WHO staff that will screen them for content and relevance before forwarding them to the appropriate workgroups. Workgroups will complete their proposals taking into account the reviews and annual updates of their literature reviews to ensure that the information in their final report is as comprehensive and up-to-date as possible.
- *Suggestions and evaluation of field trials:* The provisional revised diagnostic criteria recommended by the workgroups will be tested in one or more iterations of field trials {see below 4.2}. Field trials will be conducted in collaboration with the international network of mental health practitioners who will apply the provisional criteria in their clinical practice. Results obtained through this Global Health Practice Network (GPHN) will be used to provide additional feedback to the workgroups about aspects of the diagnostic criteria that could be further improved. Given the key questions identified in the review process workgroups will be asked to develop questionnaires. Results of the field trials will be provided to the workgroups to serve in developing the final revisions and recommendations.
- *Final revisions and recommendations* - Workgroups will prepare a final report which will be the key document annotating the key evidence as the authoritative source. These reports will be presented to the Revision Steering Committee and posted on the ICD update and revision platform. These reports should also identify unresolved and emerging questions for continuous update process. The resulting proposals will be published in one or more of several possible forums, including the ICD text itself, the ICD web page, books published by WHO on the ICD update and revision process, or a companion workbook accompanying the newly-published ICD-11.

4. 2 ICD Revision Field Trials

An international network of practitioners will be created in collaboration with the WHO-FIC Network and different NGO's in relations with WHO. This Global Health Practice Network (GHPN) will include numerous health professionals throughout the world who agree to participate in quarterly e-surveys aimed at providing diverse kinds of information about patient characteristics that can be used to inform the ICD update and revision process. Both clinician ratings of individual patients and patient self-report questionnaires collected by the participating clinicians will be used as part of these ongoing surveys. The GHPN will enable real-time collaboration to obtain direct patient assessments on crucial diagnostic questions among current patients within practices throughout the world. In addition to providing a venue for quick, large-scale data collection to inform the review of evidence and development of diagnostic criteria, the GHPN will also serve as the main process in field trials that will allow us to test the provisional revised criteria and evaluate their reliability, validity, and clinical utility in a range of clinical settings around the world

4.3 Knowledge Management and Sharing Portal for ICD Revision

To facilitate communication among the members of the workgroups, and make the expert group processes transparent to the field, we intend to create a permanent internet process, which we call the Knowledge Management and Sharing (KMS) portal.

Many experts from all over the world will participate in different aspects of the update and revision process. In order to facilitate better **communication** and **collaboration** this process will be open to public and to working groups at different levels of access. The portal will be the *single point of access* for the update and revision process. However, the communication will not be one way as in classical web sites. On the contrary most of the contents of the site will be generated by the users. The site will be composed of different components such as a calendar of activities, discussion forums, collaborative document creation process document libraries, etc.

The important elements of this *KMS Portal* will be:

- a) *The ICD Revision Platform* - This platform is described in sections 3.1, 3, 2 and 3.3 as ICD-10 PLUS, ICD-11 DRAFT and ICD TERMINOLOGY. that will both facilitate communication within expert workgroups and will make the expert workgroup processes transparent to the field by requiring expert groups to post interim products of their deliberations on a regular schedule for comment through use structured notes in form of "blogs" (short for web-logs to annotate the evidence behind the decision making); and "wikis" (joint authoring tools to write in a predetermined style over internet including many participants and reviewers) for wider participation and linking evidence to proposals (e.g. participants will be asked to back their comments with publications from PUBMED and other open sources).
- b) A *public forum* in which end-users can provide feedback to expert groups throughout the development process;

- c) *Structured field trials* focusing on key questions, and testing of various options for their feasibility, utility and relevance.

All of these components will be grouped according to a grouping structure that will be generated by experts of the field. Each user entering the portal will see a custom page for him/her depending his/her roles in the update and revision process. This is important because the participants will have expertise on a diverse number of topics. We would like to show them the information that is relevant to their area of expertise so that they can function in a more efficient way. The level of participation of the users will be different as well. For example, some users may be only participating in the discussions where as others may be in charge of editing the documents in the light of the discussions. In summary, we should be able to define **roles** and assign users to these roles so that each user accesses the portal from a perspective specified by his/her roles.

We expect that through the KMS portal the final revision will be broadly responsive to many different aspects of health care, and provide unprecedented access to the ICD by users who were unable to access previous editions because of financial constraints or limited distribution of hard copies. This kind of transparency and constant back-and-forth exchange between the expert groups and the field represents our best hope of making the final ICD revisions useful to its wide range of likely constituents.

Each step of the ICD update and revision process will be documented in an Internet knowledgebase process. There will be open access to this system in order to allow online data sharing and unrestricted discussion among participants from any relevant discipline throughout the world as the revision process evolves. Although the ultimate goal of this system is to refine successively evidence-based conclusions, an important component of this system will be the posting of data gaps. As noted in the last paragraph, our aim in doing this is to make relevant researchers aware of these data gaps in the hope that relevant data will sometimes be available and that targeted secondary analysis can be carried out to shed some light on a number of important knowledge gaps.

The activity will thus produce *permanent internet based workspace* that will document the evidence-based systematic reviews, meta-analysis of available data and discussion forum open to international multi-disciplinary participants. We will create an Internet Platform in multiple languages (English, Spanish, French, Chinese, Russian, Arabic as UN Standard Languages and other languages that may be supported by other partners - such as in Japanese) to enable participation of all interested parties using transparent knowledge management and sharing mechanisms. We will use the same internet platform to help disseminate the products of our labors throughout the world as an international public good. This kind of transparency and constant back-and-forth exchange between the expert groups and the field represents our best hope of making the final ICD revisions broadly useful to the wide range of constituents for whom it is being devised.

The KMS portal will allow increased feedback from the global health community. In the past, draft versions of proposed revisions were reviewed only by workgroups. WHO advisers saw only the penultimate and final versions of the proposed revisions, whereas the revised criteria were not seen by anyone else prior to their publication. This arrangement will be modified in the ICD update and revision process to provide earlier feedback. Specifically, interim drafts of the proposed ICD revisions will be reviewed by the TAG as well as posted on the KMS Portal for the public for comment and debate as soon as they become available. In addition, steps will be taken to involve the

broader community in the update and revision process and to make workgroup activities open and transparent. The workgroups will review and synthesize the feedback offered by the TAG and by the members of the international research community who participate in the commentary, debate, and sequential refinements of the revisions posted on the KMS Portal. Thus the impact of annual meetings will be multiplied with the establishment of a permanent platform that enables continuous input and quality improvement.

5. Basic Taxonomic Principles and Health Information System Implications

It is imperative to address the taxonomic requirements of a key classification as ICD to represent the health knowledge in appropriate fashion to be useful in health information systems. Data coded in ICD will be useful in public health decision making as an international standard specifically addressing issues of mortality and morbidity statistics, clinical decision making and other administrative decisions.

The WHO and the participants in the revision process should address, agree and adhere to common taxonomic principles to maintain internal consistency and coherence of the ICD as well as its interoperability with other health information system elements.

A classification should be clear about what it classifies: its universe, its key dimensions, its units of classification and definitions of these units, its organization in terms of its structure and relations among its units, and its presentations in different versions. Key taxonomic principles need to include epistemological clarifications, ontological definitions and pragmatic conventions as a result of common consensus. For example, as a classification of diseases ICD has to define what a disease is. So far ICD has not officially adopted a definition of disease. We have, therefore, put up a working definition to guide the current work --which may be improved as the work progresses. The current working definition is as follows:

A disease is a set of dysfunction(s) in any of the body systems defined by:

1. *symptomatology - manifestations*: known pattern of signs, symptoms and related findings
2. *etiology*: an underlying explanatory mechanism
3. *course and outcome*: a distinct pattern of development over time
4. *treatment response*: a known pattern of response to interventions
5. *linkage to genetic factors*: e.g., genotypes, patterns of gene expression
6. *linkage to interacting environmental factors*

This definition is also intended to allow ontological analytic breakdown of each entity in ICD whether it is a disease or other entity such as a disorder, injury, sign, symptom or other entity which all have to be defined and identified. Such definitions will provide attributes which are necessary in creating an ontological system. ICD-11 will then be defined as an operational relational model of diseases and related health conditions which will have clear descriptions of each entity and their attributes such as which body system, body structure or function, causative agent or other origin, temporal relations (such as onset, course, offset), severity (such as spread, gravity) impact (such as activity limitations, participation restrictions, distress).

It is clear that ICD is used in various settings with different level of resolution ranging from a set of 100 codes to 10,000s. It therefore requires a compatible coding scheme that can zoom in and out across various levels - which is possible through a computer application that tailors a master version to generate versions for Primary Care, Clinical Care and Research. For example the ICD-11 Primary Care version should focus on most frequent conditions which are treated in primary care which are generally broad categories (e.g. depressive disorder) . Clinical version would include all clinical conditions with diagnostic guidelines (e.g. unipolar, bipolar depressive disorder mild, moderate, severe...). Research version would include detailed standardized criteria for all disorders for identifying research groups and tentative disease labels that are not yet in official classification.

It is essential that the ICD diagnosis should be further elaborated using clinical terminologies to formalize the diagnosis with operational definitions. For example, F32 Depressive Disorder will be captured as SNOMED CT terms each coded and defined such as (Low mood, loss of interest, low energy, sleep problems (insomnia, early awakening,...) appetite problems (low appetite, binging...) sexual problems (libido loss); guilt ; thoughts of death and suicidal ideation or acts. Similarly Tuberculosis will be further detailed by primary infection, positive tuberculin test, infection site (lungs, bone, kidney etc...) symptoms (coughs, sputum, fever, sweating, weight loss...) and findings (bacillus positive, culture positive etc). Same will be done as capturing all the diagnostic schemes for all areas of medicine under the WHO classification guidelines together with international experts in the related fields.

The formal representation of ICD in terminologies will allow two possible ways of processing the health information (1) declarative searches: allowing automated coding of medical records in electronic environment identifying the presence of a constellation of symptomatology and if present a probability towards the ascertainment of an official diagnosis. (2) Procedural searches: As in the case of Map of Medicine the coded information will build a template for verification of diagnostic explorations similar to a computerized diagnostic support system.

6. CONCLUSIONS

The active phase of the ICD update and revision process will begin in 2007. This work will go in two streams. ICD -10 Updates will routinely continue as annual updates. Every three years major updates and cumulated updates will be published.

Towards an ICD-11 two major drafts will be developed. An *alpha draft* for view by the internal users (e.g. WHO FIC network and experts) and a *beta draft* for the whole world for field testing. It is envisaged that a beta version could be developed by 2010. Given the interest by multiple stakeholders and use of available resources the overall revision process will enable participation from the global health community and multiple stakeholders. Ensuring web-based tools the revision process will be transparent to all users and will make use of larger synthetic capacity of empirical literature through use of work groups and topic advisory groups. The ICD 11-beta draft will be subjected to systematic field trials for feasibility, reliability, clinical utility and validity.

Given the fact that the active phase of the ICD revision process starts in 2007, a beta version of ICD-11 will be available in 2010 for systematic field trials. Field trials will focus on the feasibility, reliability, clinical utility and validity of the classification. Following the field trials, we will have a penultimate version for public viewing and response from all interested parties. A final version is intended to be submitted to the World Health Assembly for approval by 2014.

References:

- Chronicle WHO Vol.II, No 6, 1948, WHO press
- WHO (2004), International Classification of diseases, 10th revision, 2nd edition, WHO press
- World Health Assembly (1948), WHO Constitution 1948
- World Health Assembly (1990), ICD Resolution (WHA 43.24)
- World Health Assembly (1967), Regulations regarding nomenclature, in WHO, (2004) ICD-10, 2nd edition, WHO press, p.1194-1196
- Wikipedia, online encyclopedia; www.wikipedia.org
- Foundational model of anatomy; sig.biostr.washington.edu/projects/fm/
- Map of medicine; www.mapofmedicine.com

(仮訳)

ICD-11 の作成 改訂プロセスの全容

T. Bedirhan Üstün MD	WHO
Robert Jakob MD	WHO
Can Çelik	WHO
Pierre Lewalle	WHO
Nenand Kostanjsek	WHO
Mea Renahan	分類改正改訂委員会委員長
Richard Madden PhD	国際分類ファミリー拡張委員会委員長
Marjorie Greenberg	企画実行委員会委員長
Chris Chute MD	改訂運営会議議長
Martti Virtanen MD	ターミノロジーグループ委員長
Steve Hyman MD	精神部会長
James Harrison MD	外因部会長
Segolene Ayme MD	希な疾患部会長
Kentaro Sugano MD	内科部会長

WHO-FIC ネットワークを代表して

要約

本稿は、国際疾病分類（ICD）の第11回改訂版の作成に関する全体の流れについて説明するものである。

一連の連係した手法を活用して現在の ICD-10 を改訂し、新世代の分類に到達する。ICD-11 に至る改訂作業は次の3段階で進められる。①分類に関する科学的、臨床的、公衆衛生的エビデンスの体系的な点検を行う、②ICD-11 の草案を起草し、草案のフィールドテストを行う、③標準的な医療用語との意味のある関連付けを行い、コミュニケーション、データ処理の標準化、研究を円滑にする。従来通り、ICD の形式と ICD の死亡・罹患報告への活用は維持される。さらに、異なるユーザーのニーズに対応するために改訂版を相互に関連する三つのフォーマットで提供する。三つのフォーマットとは、プライマリケア、臨床ケア、研究である。知識を十分に表現するために、分類の構築にはオントロジーツールを活用し、このツールは徴候や症状の組み合わせ、重症度、経過、遺伝情報やその他の情報など様々な領域をカバーする。このオントロジーに基づく手法は、コンピューターを使った情報処理の標準化を電子医療アプリケーションを通して可能にする。国際生活機能分類（ICF）等の WHO の他の分類および ICD 各国版も検討し、ICD の内容の向上を図るとともに分類間の整合性を高める。改訂作業においては、オープンデータベースとして構築したプラットフォーム等の分散型ウェブツールを活用して提案、議論、エビデンスを突き合わせる。また、ウィキ（Wiki）のように自由に文書を書き換え、共同で文書作成のできるツールを構築して ICD-11 の草案を起草する。ユーザーはウェブ上の国際的なプラットフォームを通じてフィールドテストを行う。このウェブ上の知識管理共有プロセスは、多数の関係者による改訂作業への幅広い参加を可能にし、関係者は新しい ICD の作成と評価に関わる。

評価と連携のための仕組みを構築することで改訂作業の進捗を評価し、改訂作業が正しい方向に進んでいることを確認する。現時点では、改訂運営会議（Revision Steering Group）を監督機関として設置している。改訂の各主要分野の作業は分野別専門部会（Topic Advisory Group）と複数のワーキンググループが行う。この過程を通して得る成果物は、単に分類体系として機能するばかりでなく、医療情報システムの基本要素となることが期待される。

キーワード：ICD、分類、ターミノロジー、保健情報システム、国際保健

1. 背景

国際疾病分類（ICD）は公的な国際標準であり、疾病やその他の関連する健康の問題に関する情報を整理し、分類するために使用される。ICD は世界保健機関の国際分類ファミリー（WHO-FIC）に含まれる分類であり、WHO-FIC は医療情報システムを構築するための基本的な要素である。WHO 分類の全体の機能は、サービス提供現場におけるデータ収集を異なるシステムや国々で相互利用が可能な形で、統合された標準的なツール群を活用して行うことである。それによって、医療部門における意味のあるコミュニケーションと情報交換を国際的に医療部門全体で行うことが可能になる。

分類の科学的な今日性と公衆衛生における有用性を維持するために、ICD は 10 年に 1 度の改訂（revision）と 1 年毎の改正（update）を WHO の世界保健総会、執行理事会、事務局などの勧告に沿って行うことになっている¹。最新の改訂版である ICD-10 は 1990 年に世界保健総会によって採択された。

改正（update）および改訂（revision）のプロセスは WHO がすべての関係者の参加のもとで策定した。このプロセスはソフトウェア発売までの過程とよく似ている。つまり、以前のバージョンのソフトウェアとの互換性を保ちながら新しい機能や改良点をモジュールとして組み込み、修正の提案を導入前に試験する。ICD の改正・改訂プロセスの主な目的は、ユーザーが使いやすく、科学的にも信頼性の高い分類を現代の知識管理共有手法を用いて構築し、医療および情報の分野における科学的な進歩を継続的に取り入れることである。

改正・改訂プロセスに共通する情報インフラが ICD のすべての章に関して整備され、根拠となるエビデンスと分類の関連付けが行われている。この情報インフラには、知識とメタデータの表現の向上も含まれる。当然ながら、情報インフラは各分野の科学的な内容以上に成果物の質を高めるものではない。腫瘍学、精神・嗜癖障害、内科学、損傷の外因等の特定分野については、WHO-FIC ネットワークがそれを改正・改訂プロセスの主な焦点として定めている。医療の各分野において、医療情報を次の相互に関連する三つの視点から体系的に検討する。三つの視点とは、①科学ストリーム、②臨床ストリーム、③公衆衛生ストリームである。この作業は WHO-FIC の専門家で構成するチームを中心に、世界各地の協力者とアドバイザーと共同しながら、インターネット上に常設する知識管理共有ポータルを使って行う。

¹ 決議は [WHA ICD Resolution \(WHA 43.24\)](#)を参照。

2. 改正・改訂プロセスの具体的な目的

改訂 (revision) プロセスの目的は、ICD のためのプラットフォームを構築し、以下の三つの視点から継続的な向上を図ることである。

1. 科学的なエビデンス : ICD は医学と保健科学の進歩を反映するべきである。根底にあるプロセスについての科学的な理解に基づいて分類を行い、分類における知識の表現がなされるべきである。
2. 臨床および保健システムにおける有用性 : ICD は利用が簡単で、臨床判断や保健システム管理に役立ち、プライマリケア、より専門的な臨床ケア、そして研究といった異なる状況でも簡単に日常業務に統合できなくてはならない。したがって、互換性のある異なる ICD バージョンを用意し、医療の異なる状況で異なるバージョンを互換して利用する。
3. 公衆衛生における有用性 : ICD は公衆衛生政策、資源配分、成果のモニタリングに資するために、死亡率、罹患率、その他の人口保健要因を記録するのに用いられるべきである。また、他の分類や医療情報システムの他の構成要素との互換性を有するべきである。

上記の視点に基づいて、改訂プロセスの具体的な目的を以下の通りさらに拡張する。

1. 科学的なエビデンス : 科学的な根拠と疾病の疫学を検証することで、ICD 改訂が入手可能なもっとも優れたデータに基づいて行われるようにする。この特定の目的を果たすために、文献の体系的な調査を選抜の専門家グループが行う。調査対象となる科学出版物の選定には標準プロトコルに使用する。ICD-10 発行 (1990 年) 以降に **Index Medicus** および **Science Citation Index** に収録された雑誌を体系的に調査し、ICD 分類への示唆を検証する。特定の質問を専門家グループが設定して調査指針とする。質問の例を以下に示す。
 - a. 新たな感染因子の発見またはその感染因子の広がりもしくは疾病におけるその感染因子の役割についての新たな知識が、新たな分類またはコードの変更を必要とするか(ヘリコバクターピロリ、SARS コロナウィルス、エボラウィルス等)。
 - b. 治療またはその他の介入についての新たな発見が、コードの変更を必要とするか(薬剤耐性、難病治療、異なる疾病における同様の治療反応、新しい診断法や新しい治療法のコーディング)。
 - c. 疾病のリスク遺伝子、体細胞突然変異、遺伝子発現パターンに関する新しい情報が急速に蓄積されることに伴って分類法の変更を必要とするか(リンパ腫または乳癌における遺伝子発現パターン、遺伝子的に複雑な障害における最初の確証的なリスクアレル等)。
 - d. 分類法は発達過程に対応していてライフスパンを通して適用することができるか。例えば、疾病の定義を小児、成人、高齢者に同じく適用できるか。

2. 臨床および保健システムにおける有用性：様々な臨床家がプライマリケア、入院、リハビリ、長期医療等の様々な状況でその日常業務において ICD を使用していることを考慮した場合、分類はユーザーのニーズに対応し、適切なレベルの詳細を提供するべきである。
 - a. 分類区分はそれぞれの状況でもっとも頻繁に観察、治療される疾病の区分を反映し、余剰を排し、鑑別診断について十分な詳細を提供するべきである。（例えば、ICD の同じ分類であっても、プライマリケアでは単一の区分で虫垂炎、抑うつ、糖尿病などを表すことができる。しかし、このような診断記述は臨床ケアでは不十分である可能性があり、研究ではさらに不十分であろう。臨床ケアや研究では、ユーザーは種類、治療ニーズ、合併症等の情報が必要となる。）
 - b. 改正・改訂プロセスでは、異なるユーザーのニーズおよび業務を検討し、ICD 全体のマスター標準を変更することなく異なるユーザーのために適切なレベルの詳細を提供する。ICD は死亡率、罹患率、患者安全、品質評価等の多様な目的に活用されている。上記の目的を達成するため、異なる国々の臨床専門家に開かれた インターネット上のフォーラム を設置する。
 - c. ICD は電子医療記録における活用にも対応するべきである。分類項目をさらに詳細にし、分類項目を徴候・症状の標準的な記述や疾病の他の記述語と関連付ける必要があるかもしれない。これらの記述語は世界中で標準的なターミノロジーとして公式に開発されている。改訂プロセスでは、ターミノロジー（SNOMED-CT や他のターミノロジー）と ICD-11 との関連性を積極的に明らかにしてゆくべきである。
 - d. 各国の臨床現場で行われた変更の根拠について調査し、改訂プロセスに資するようにする。このような変更には米国の ICD-10-CM、オーストラリアの ICD-10 AM、カナダの ICD-10 CA、ドイツの ICD-10 GM 等が含まれる。他国もその変更を取り入れる可能性はあるか。あるとした場合、標準化と比較可能性を維持する最適な方法は何か。改訂プロセスでは、さらなる国別の変更ニーズを最小限に抑えることを目的とするべきである。
 - e. 変更の提案については様々な臨床家の参加を得てフィールドテストを グローバル保健業務ネットワーク（Global Health Practice Network） として構築して行う。フィールドテストでは、提案の使い勝手、妥当性、有用性、信頼性等の属性を試験する。
3. 公衆衛生における有用性：検討する主な項目には以下の項目が含まれる。
 - a. ICD をどのように活用して異なる国々で死亡（死亡率）を記録しているか。主に使っているのはどのコードか。誰がコーディングを行っているか。どのようなツールを利用しているか。コーディングの正確さ。比較可能性、正確さ、信頼性を確保するための標準化についての提案。ICD を導入する際のコードの解釈に関する文化的な問題やその他の現地特有の問題。

- b. ICD をどのように活用して異なる国々で疾病（罹患率）を記録しているか。主に使っているのはどのコードか。誰がコーディングを行っているか。どのようなツールを利用しているか。コーディングの正確さ。比較可能性、正確さ、信頼性を確保するための標準化についての提案。
- c. ICD を医療財務、医療費償還業務にどのように活用しているか。ICD をどのように活用したらケースミックス分類によりよいインプットを多くの保健制度の中で提供できるか（各種の診断群分類（DRG）等）。改訂プロセスでは、ケースミックスのユーザーが十分なインプットを得て WHO-FIC 分類と合わせて活用することでケースミックス分類を作れるようにすべきである。
- d. ICD をどのように疾病監視、臨床登録、公衆衛生報告、疾患予防、人口調査等に活用しているか。どのような方法で個人レベルのデータを集計して人口レベルの指標を作成しているか。
- e. 国際生活機能分類（ICF）を人間の生活機能と障害を記述、報告するための WHO の国際的な枠組みとすることを世界保健総会が採択したことを受け、ICD のコードと定義を ICF に整合させ、ICD と ICF を公衆衛生のための WHO の参考分類として併用することを検討する必要がある。

これらの三つの視点から行う作業をひとつの枠組みにまとめ、プライマリケア、専門的な臨床ケア領域、研究やその他の領域にまたがって活用できるようにする必要がある。この枠組みは、従来の ICD 区分を土台とし、各区分のオントロジーの詳細を明瞭に記述し、区分間の関係を明らかにする。

この枠組みの目的は、ICD を他の医療情報システム基準と関連付けて多様な用途に用いることのできる情報源・コーディング体系とし、その体系を電子医療アプリケーションの様々なユーザーのために修正して利用できるようにすることである。

3. 活動計画

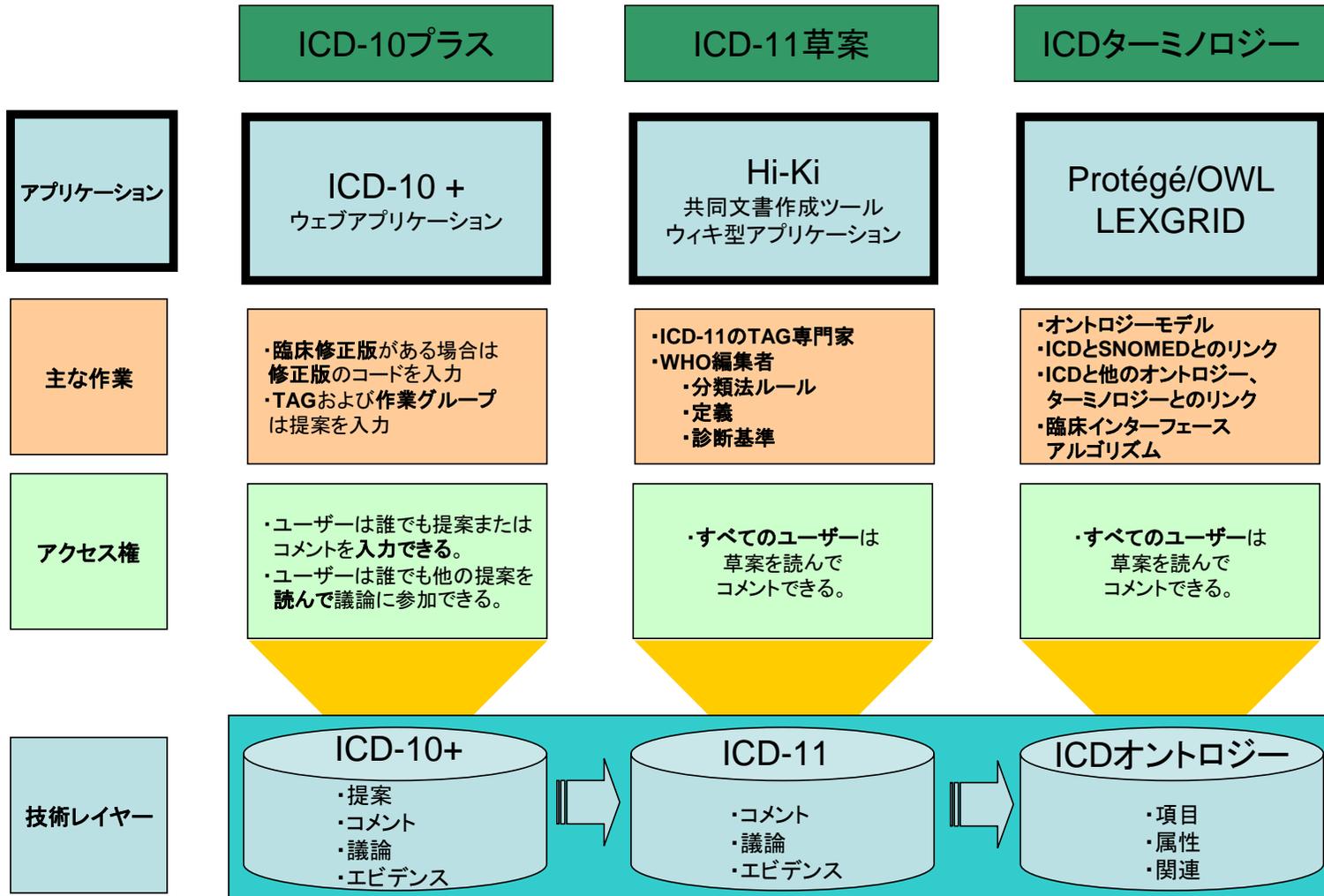
上記の具体的な目的の達成に向けて、上記の課題をひとつの作業計画と行動にまとめるための一連の活動を設定する。この作業計画と行動を「ICDのための改正・改訂プロセス」と呼ぶこととする。このプロセスでは、

- ・ WHO 本部が調整を行い、WHO ネットワーク全体が積極的に参加する。すべての関係者の参加を呼び掛け、ICD の科学的根拠、臨床および公衆衛生における有用性を向上する。
- ・ ユーザーのネットワークを構築して、研究者、医療従事者、行政担当者、政策立案者、消費者の参加を得て、ICD を医療の理解、コミュニケーション、計画、管理のためによりよく活用する。
- ・ エビデンスに基づいた最新式の検討を行うことで最新の科学知識を ICD に反映させる。医学や保健科学、情報技術における新しい進歩を反映する。
- ・ フィールドテストを行う。フィールドテストは ICD の適用性をテストするとともに、信頼性等の実際の使用上の特徴を把握する上で重要である。また、フィールドテストを行うことで ICD の適用における言語や文化にまつわる問題を明らかにし、知識を広めるのに役立つ。
- ・ 他の分類や臨床ターミノロジーとの関連付けを適正な知識の表現（診断記述の定式化）を通して可能にする。診断記述の定式化は徴候、症状、検査所見等を含む診断記述を標準的な用語で行うための公式の手順である。
- ・ 21 世紀の医療情報システムのニーズに対応した修正を行い、医療成果の監視および評価を行えるようにする。

一連の連係の取れた手法を活用して体系的に既存のエビデンスを調査し、現行の ICD-10 の改訂を行うことで、多様なユーザーのニーズを満たすことのできる新世代の分類に到達する。このプロセスは次の三つの段階を経て行われる。

- ① 科学、臨床、公衆衛生に関するエビデンスを調査の目的でまとめる。このまとめたものを ICD-10 プラス (ICD-10 Plus) と呼ぶ。
- ② ICD-11 の草案を起草し、フィールドテストを行う。
- ③ 標準的な医療ターミノロジーとの体系的な関連付けを行い、コンピューターを使った情報処理を可能とする。

図1 ICD改訂プラットフォーム



3.1 ICD-10 プラス

ICD-10 プラスはウェブ上のアプリケーションであり、ユーザーはそのアプリケーションを通して ICD 改訂の各項目の提案をすることができる。提案は、例えば既存のコードの変更や新しいコードの追加だったりするかもしれない。ユーザーは入力フォームに入力して提案を説明し、その根拠と PubMed の参考文献を提示するか、提案に関連する文書をアップロードすることができる。提案は既存の ICD-10 の各部門に整理され、そのためすべてのユーザーは分類をブラウズしながらどのような提案が ICD-10 の各部門でなされているかを見ることができる。ICD-10 プラスのアプリケーションでは、提案を検索して報告書やその他の生成物を作成するための「ワークフローエンジン」としての機能を果たし、提案や関連する注釈の決定プロセスを記録する。このシステムでは調整機能を導入して関連性のない提案を除外する必要がある。登録済みのユーザーが行った関連性のあるすべての提案はインターネット上に表示され、議論やコメントの対象になる。

ICD-10 本体から派生して各国で行った修正で関連性のあるものも ICD-10 プラスに加える。これらの修正は明らかにユーザーのニーズを反映しているからである。また、WHO-FIC の他のメンバーからの提案も ICD-10 プラスに加える。ICD-11 は分類ファミリーが設定されてから初めての ICD 改訂版となる。例外的な場合にのみ ICD コードを削除し、ユーザーを別の分類を参照するように求める。一方、他の多くの分類は ICD コードの開発に有用な情報を提供している場合がある。例えば、ICF 領域（特に第 18 章および第 21 章）の活用、ICECI（外因に対する国際分類）と第 20 章との整合性、ATC-DDD と ICD の製薬リストの整合性などが有用である。

3.2 ICD-11 草案

ICD-11 草案はウィキ (Wiki) のような共同文書作成ツールの活用を考えている。複数の選抜された専門家グループに対して ICD-11 のそれぞれの部門の草案を起草する任務が与えられる。各専門家グループは起草した草案をウェブ上の共同文書作成ツールを使って WHO のウェブポータルにアップロードする。ICD-11 草案は可能な限り、次の要素を含むものとする。①項目の名称、包含または除外する用語、記述、②詳細な臨床記述（臨床、研究、またはその両方における診断の規則を含む）。各要素をウィキのアプリケーションにおいて記載する。分類法の検討を行い、WHO の専門家による説明を必要に応じて得た後に、WHO は科学的なピアレビューを依頼する。その成果物はコメントを得るために公開され、その後には後述するようにフィールドテストを行う。

3.3 ICD とターミノロジーの関連付け

ICD（またすべての WHO 分類）をターミノロジーと関連付けることは ICD 改訂プロセスの主な目的のひとつである。ICD-11 草案のコード、題名、その他のすべての要素は、統

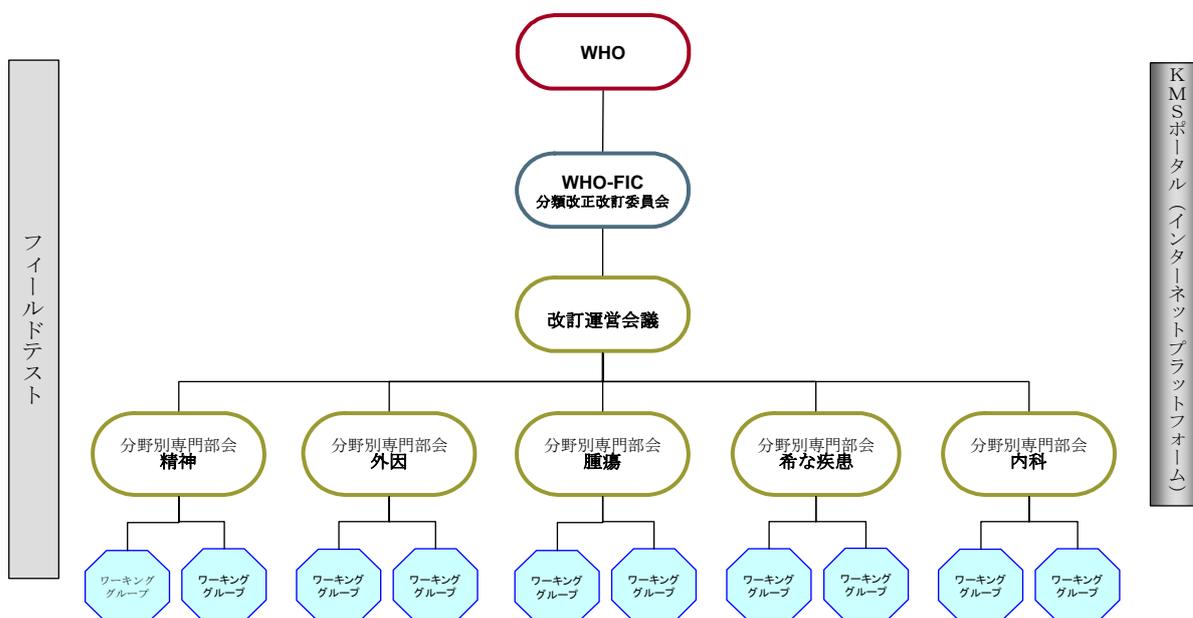
一性のある一貫したオントロジーの枠組みに基づくしっかりとしたターミノロジーを土台とする。この関連付けは、すべての包含項目（関連する歴史的な情報と索引の用語を含む）と除外項目が対象となる。この関連付けには、オントロジーに基づく項目の定義を要し、定義には分類法上の現状（例えば、分類ツリーのどの章、項にあるか。それは疾病、障害、損傷、症候群、徴候、症状またはその他であるか。プライマリケア、臨床ケアまたは研究のどのレベルの用途での活用が可能か。エピソード、重症度、慢性等のその他の特徴など）が含まれる。起草を行う専門家グループには ICD-11 の基本的な構造および概念をターミノロジーおよびオントロジーのツールを使って明確にする任務が与えられ、この構造および概念をまとめる上では SNOMED やその他のターミノロジーを利用する。構造および概念をまとめることで知識の関連付け（マッピング）を行い、アルゴリズムを評価ツールまたは臨床インターフェース（例えば、Map of Medicine）、意思決定支援システム（DSS）用に作成する上でも有用である。

上記の三つのウェブアプリケーションは、第 4.3 章で詳述する知識管理共有ポータルの中核を成す。

4.1 組織および活動計画の詳細

WHO 本部は全体の ICD 改訂作業の調整を行い、WHO 加盟国、WHO-FIC ネットワーク、多様な専門家団体と協議しながら、最終的な改訂版が医療の様々な異なる側面に幅広く対応できるようにする。この作業は主に改訂運営会議（Revision Steering Group）とワーキンググループが図 2 および下記に示す通りに行う。

図2 改訂プロセスの構造



A. 改訂運営会議（RSG）

改訂運営会議（RSG）は、改正・改訂プロセスにおける企画運営の権限を持つ。その主な委任事項は以下の通りである。

- ・ 改訂プロセスを監督し、ワーキンググループ間の連携について助言する：RSG は改訂プロセスの内容を検査し、すべての章およびコードが網羅されていることを確認し、ICD の既存の臨床修正および WHO-FIC の他のメンバーからの提案を確認し、第 10 回改訂版と第 11 回改訂版との間の継続性を維持する。
- ・ また、疾病および関連する健康状態（例えば、従来の製薬の項目）の全項目と全体の構造との調和が取れているか確認する。RSG は改訂プロセスの全体の進捗について提案を行い、フィールドテストや異なる地域、国々、言語、NGO を含む多様な関係団体、関係者の参加から得られる提案等の情報の取りまとめについて提案を行う。

- ICD の用途について明らかにし、改訂プロセスを通してユーザーのニーズに確実に向き合うようにする：RSG は死亡率および罹患率に関連する ICD の利用といった ICD の主な用途を維持し、ICD のその他の用途についての提案に関連して調整を行う。また、項目の記述に関する統一性および一貫性を ICD のプライマリケア、臨床ケア、研究の相互に関連する異なるバージョン間で維持する。
- 分類法およびオントロジーに関する基本原則を明らかにする：RSG は全体の改訂プロセスを通して、分類法およびオントロジーに関する基本原則の統一性および一貫性が保たれるように監視する。この点については、以下の項目が含まれる。
 - 主な定義：疾病、障害、症候群、徴候、症状、精神的外傷、外因等
 - 能力障害との区別、ICF との併用
 - 属性：病因、病態生理、医療介入への反応、遺伝的背景等
 - 他の分類、オントロジーとの関連
- 問題の解決に向けた提案を行い、必要に応じてフィールドテストを随時行うための方法を考える：RSG は問題や異なる提案の間で生じる対立を解決するための提案を行う。また、フィールドテストを行って問題解決のための実証データを集めるための提案を行うこともできる。この機能は、同時罹患コーディング、コーディングルールにおける因果関係の推測、索引に関連して適用できる。
- ICD-10 から ICD-11 への移行のための計画、ツールを立案、開発する：ユーザーが ICD-11 を導入する上で必要とするコーディング指針、クロスウォーク、電子ツール、教材等を明らかにする。

RSG は電子メールで継続的に連絡を取り合い、月次の電話会議を開き、少なくとも年に 2 回の会議を開催する。RSG の構成員は以下の通りである。

1. 改訂プロセスの分野別専門部会（Topic Advisory Group）の議長
2. WHO-FIC ネットワークの代表者（分類改正委員会、国際分類ファミリー拡張委員会、企画実行委員会の委員長）
3. ターミノロジー、分類、公衆衛生の専門家
4. WHO の担当官

RSG は分野別専門部会および関連するワーキンググループのコンサルタントやその他のメンバーを RSG の会議に招聘することができる。

B. 分野別専門部会 (TAG)

分野別専門部会 (TAG) は企画・連携のための諮問機関として改正・改訂プロセスの主題である特定の問題を扱う。これらの主題は、腫瘍、精神、損傷の外因、感染症、非感染症、希な疾患であり、その他にも主題を設定する。

各 TAG の主な任務は WHO に助言を与えることであり、ICD の各主題の改訂のすべての段階で全体の改訂プロセスに合わせて WHO に助言する。特に、

- ・ 特定の主題についての改訂手順について助言し、ワーキンググループを設置し、作業に参加してもらうパートナーを特定する：TAG は WHO に対してワーキンググループの構成員について助言を与える。このワーキンググループ必要なエビデンスを用意し、変更への提案を作成し、必要に応じて特定の問題を検討する。各 TAG は (a) ワーキンググループの数と作業内容を決定し、(b) ワーキンググループのメンバーと議長を決め、(c) 各ワーキンググループの任務を提示し、(d) ワーキンググループの活動手順を定め、(e) 意見交換を促し、ワーキンググループがお互いの活動内容を知ることによって活動の重複を回避する。
- ・ 主題の小部門毎の草案の起草について助言し、起草作業を ICD-11 全体の作成スケジュールに合わせて調整する：TAG はワーキンググループの勧告を検討し、それらの勧告を取りまとめて、ワーキンググループ間、分野間において提案の一貫性を確保する。
- ・ フィールドテストのためのプロトコルの作成とフィールドテストの実施について助言する：TAG は WHO を支援して様々な関係者の適切な代表者を特定し、連携・協議のための効果的な枠組みを定める。

TAG は ICD の章の主な領域の専門家によって構成される。現在の構成員は以下の通りである。

- | | |
|-------|------------------------------|
| ・精神 | S. Hyman |
| ・外因 | J. Harrison |
| ・希な疾患 | S. Ayme |
| ・腫瘍 | IARC 編集者 |
| ・内科 | K. Sugano |
| ・その他 | 今後、その他の主題を設定する（例えば、小児・青年保健等） |

各 TAG は二つのレベルで機能する。つまり、議長およびメンバー、そして必要である場合は、ワーキンググループ組織。TAG はメンバー間およびワーキンググループ間で定期的に連絡を取り合う。コミュニケーションの手段としては、ICD 改正・改訂プラットフォームを主な情報管理共有ポータルとして活用するとともに電話、電子メールを活用する。

C. ワーキンググループ

ワーキンググループは主な機能単位として ICD の特定の主題に関するエビデンスを調査し、主な提案を作成する。例えば、精神分野の TAG は第 5 章全体と第 5 章からのリンクを担当するが、そのために 5～10 のワーキンググループを設置する。各ワーキンググループは第 5 章の一部を体系的に検討する。例えば、それは統合失調症と精神病、気分障害と不安障害であったり、主題としての小児および青年、脳障害などであったりする。

各ワーキンググループを二人の共同議長が率いるのが望ましい。共同議長の一人は関連する TAG のメンバーとする。共同議長はその責任としてワーキンググループのメンバーの選定、メンバーの確定、小グループの課題の選定を行う。また、ワーキンググループの活動を監督し、進捗状況を監視し、品質管理を行う。必要であれば、各ワーキンググループは小グループを設置することができる。小グループは障害の小分類またはワーキンググループ領域の中の特に注意を必要とする分野に対応する。各ワーキンググループはおおよそ 10～12 人で構成される。小グループではワーキンググループのメンバーでない者を参加させることができるが、小グループの議長はワーキンググループのメンバーでなければならない。ワーキンググループおよび小グループのメンバーの選定には、多様な専門分野、国々から集める努力をする。

すべてのワーキンググループの共同議長は ICD 改正・改訂ポータルへの特権的なアクセス権を持つ。また、TAG の月次電話会議に参加することで他のワーキンググループの活動内容について知ることができる。

ワーキンググループの任務は以下の通りである。

- ・ ポジションステートメントを診断に関わる主要な課題について予め作成する：ワーキンググループは扱う領域の各診断項目について主要な課題を検討することが求められ、各課題についてのポジションステートメントをその領域に関するワーキンググループの既存の知識に基づいて予め作成する。ポジションステートメントを予め用意することでそのワーキンググループの議題が設定され、そのワーキンググループが検討する問題の範囲が決定される。各ワーキンググループがまず始めに検討する診断記述に関わる主要な課題のリストを枠 1 に記載する。各ワーキンググループはこれを例として関心のある主題について分類に関する主要な課題をさらに検討することができる。

枠 1：診断記述に関わる主な課題として各ワーキンググループが検討する問題

- I. **診断項目の医療疾病または障害としての定義。** 主な分類指針および定義に基づいて、各ワーキンググループは関心のある項目の境界線を設け、その項目の主な特徴を明らかにするべきである。ワーキンググループが担当する章に記載されるすべての疾病、障害の分類についてのワーキンググループの基本的な見解はどのようなものか。主な基準とエビデンスの水準を明確にする。
- II. **徴候、症状、使用上の特徴の整理。** 疾病、障害を定義するのに必要で十分な特徴を明らかにする。
- III. **病態生理および遺伝子マーカーとの関連。** 疾病、障害に関連する個体内のマーカーを明らかにし、そのマーカーの生物学的信頼性、測定条件（例えば、特異度、予測能）、治療反応における役割を検討する。
- IV. **臨床における分類項目の有用性。** 分類項目の診断、治療反応の予測、経過、予後、転帰における有用性を検討する。
- V. **分類項目の使用における信頼性。** 分類項目の時の経過における安定性、異なる診断者、測定器具における診断の一貫性を検討する。
- VI. **分類項目の妥当性。** 理論的に関係のある要素の関連を障害の測定との関連で検討し、それらの変数が診断構造の妥当性に裏づけを与えているか検討する。
- VII. **疾病と能力障害の分離。** 疾病、障害の存在を示唆する特徴を明らかにし、疾病、障害の定義をその疾病、障害が引き起こす窮迫、機能障害等とは関係なしに行う。ICF へのリンクの提案。能力障害、窮迫に関連する要素についての利用可能で具体的な基準を設定する。
- VIII. **文化的要素の検討。** 異なる文化における疾病、障害の表現の多様性について検討する。診断基準の比較可能性および有用性を異文化間で達成するための方法を明らかにする。異なる文化特有の症候群や製剤のリストは作成しない。
- IX. **境界の検討。** 分類項目に該当するための診断基準の数とその内容について明らかにする。疾病、障害と正常を区別する境界線の特徴を検討し、この検討には分類別または連続性における区別のエビデンスの検討も含む。分類項目の境界線を他の類とともに検討し、鑑別診断の課題についても検討する。
- X. **分類項目に関するその他の疾病分類学上の問題。** 分類項目のその他の側面についてワーキンググループが検討を要すると考えるものを明らかにする。論争的になり得る障害の側面についても議論が必要であればそれを含める。この追加課題のリストは、障害に関するエビデンスを調査する過程の中でリストを変更することもあり得る。

- 実証的エビデンスの調査を行う：ワーキンググループは各診断項目について入手可能なエビデンスを調査し、枠 1 に記載した診断記述に関わる主な課題に取り組む。エビデンスの調査では 3 段階の反復的なプロセスを経て、もっとも容易に入手可能な情報源を最大限活用する。この段階とは、①出版された文献の体系的な調査、②必要があり、それが可能であれば、既存データの焦点を絞った二次的分析、③必要であれば、新しいデータの収集と分析。最後の新しいデータの収集と分析は、未解決の問題を解決するために行われ、特定の調査への参加を改訂ネットワークの臨床家に素早く呼び掛け（第 4.2 章参照）、その調査を臨床家自身または臨床家の患者が記入して回答することによって成り立つ。
- 結果および勧告を TAG およびグローバルコミュニティに報告する：エビデンスの調査結果に基づいて、障害部会は ICD-10 の診断区分、使用基準、全体のコーディング構造についての改正・改訂を提案する。各障害部会には知識管理共有（KMS）ポータルに進捗報告書を半年毎に掲載するとともに、最終的な結果と勧告を記した最終報告書に掲載することが求められる。
- ピアレビューからのフィードバックに対応する：ワーキンググループの報告書に対するコメントをすべての研究者、その他の ICD 関係者から広く求める。公のコメントは継続的に WHO のスタッフが収集、検査し、コメントの内容と関連性に基づいてコメントを振り分け、関連性のあるものは適切なワーキンググループに送付する。ワーキンググループはそのコメント、ワーキンググループの年毎の最新の文献調査の結果を考慮に入れて提案を完成させ、最終報告書に記載する情報が可能な限り包括的で最新であるようにする。
- フィールドテストからの提案および評価：ワーキンググループが勧告する暫定的な診断基準の改訂はひとつまたは複数のフィールドテストを通して試験する（第 4.2 章参照）。フィールドテストは精神衛生業務従事者の国際的ネットワークと連携して行い、精神衛生業務従事者は暫定基準を臨床業務に適用して試験を行う。このグローバル保健業務ネットワーク（GHPN）を通して得られた結果を追加のフィードバックとしてワーキンググループに提供し、診断基準でさらに改善が期待できる側面についてワーキンググループの注意を促す。ワーキンググループには、改訂プロセスを通して明らかになった主な問題点についてアンケートを作成することが求められる。フィールドテストの結果は、ワーキンググループによる最終的な改訂および勧告の作成に役立てる。
- 最終的な改訂および勧告：ワーキンググループは最終報告書を作成する。最終報告書は、主なエビデンスを信頼できる情報源として注釈として付した文書となる。最終報告書を改訂運営会議（RSG）に提出し、ICD 改正・改訂プラットフォーム上にも掲載する。また、最終報告書では未解決の問題や新たに出現しつつある問題にも言及し、これらの問題について継続的に最新の情報が提供されるようにする。最終報告書の提案はひとつまたは複数のフォーラム上にて掲載する。これらのフォーラムには、ICD 本文、ICD

のウェブページ、WHO が出版する ICD 改正・改訂プロセスについての書籍、ICD-11 とともに出版されるガイドブック等が含まれる。

4.2 ICD 改訂のフィールドテスト

医療従事者による国際的ネットワークを、WHO-FIC ネットワークおよび WHO と関係のある NGO と協力して創設する。このグローバル保健業務ネットワーク (GHPN) には全世界から数多くの医療専門家に参加してもらい、参加する医療専門家は四半期毎の電子調査 (e-survey) に参加することに同意する。この電子調査の目的は患者の特徴に関する多様な情報を収集し、ICD 改正・改訂プロセスに役立たせることである。臨床家による個別の患者の調査と患者自身がアンケートに答えてそのアンケートを臨床家が回収するという両方の調査方法を継続的な調査の一部として行う。GHPN はリアルタイムの提携を可能にし、診断に関わる重大な問題について現在患者になっている人々の直接の評価を全世界の医療現場から得ることを可能にする。GHPN は大量のデータを迅速に収集し、エビデンスの検査と診断基準の開発に役立たせるための環境を提供するだけでなく、フィールドテストの主な手法として暫定的な診断基準の改訂を試験し、その暫定的な基準の信頼性、妥当性、臨床における有用性を世界中の様々な臨床環境の中で評価することを可能にする。

4.3 ICD 改訂の知識管理共有ポータル

ワーキンググループのメンバー間のコミュニケーションを円滑にし、専門家グループの作業の透明性を高め、医療現場に伝えるために、インターネット上に知識管理共有 (KMS) ポータルと言うシステムを常設する計画である。

世界中から数多くの専門家が改正・改訂プロセスに様々な形で参加することになる。コミュニケーションと連携を円滑にするために、改正・改訂プロセスは一般およびワーキンググループに公開され、参加者はそれぞれが異なるレベルのアクセス権を持つ。この KMS ポータルは改正・改訂プロセスへのアクセスを可能とする唯一の窓口とする。一方、KMS ポータルを通じたコミュニケーションは従来のウェブサイトのように一方向のコミュニケーションに限定されない。むしろ、KMS ポータルのサイトのほとんどのコンテンツをユーザーが作り出すことになる。サイトは異なる要素によって構成され、それらの要素には活動スケジュール、議論ためのフォーラム、共同文書作成プロセス、ライブラリーが含まれる。

KMS ポータルの重要な要素は以下の通りである。

- a) ICD 改訂プラットフォーム：このプラットフォームは第 3.1 章、第 3.2 章、第 3.3 章で既述した ICD-10 プラス、ICD-11 草案、ICD ターミノロジーである。このプラットフォームは専門家グループ内のコミュニケーションを円滑にし、専門家グループの作業の透明性を高めて医療現場に伝える。専門家グループはその議論の中間成果物を定期的にプラットフォーム上に掲載して成果物に対するコメントを求めなければならないが、こ

れを「ブログ」形式（ウェブログの略語で、意思決定の根拠となるエビデンスを注釈として表示する）、「ウィキ」形式（共同文書作成ツールを指し、インターネット上で数多くの参加者、論評者が予め定められた文体を使って共同で文書を作成する）による幅広い参加を通して行ってエビデンスと提案を結びつける（例えば、参加者にはそのコメントを裏づける文献を PUBMED やその他の公開の文献データベースの中から示すことが求められる）。

- b) 公開フォーラム：エンドユーザーは専門家グループに対して開発プロセスの期間を通してフィードバックを提供することができる。
- c) 体系的なフィールドテスト：フィールドテストでは重要な問題に焦点を当て、様々な選択肢の実現可能性、有用性、関連性を試験する。

上記の要素は、現場の専門家が定める一定の構造に従ってまとめられる。各ユーザーが KMS ポータルにアクセスすると、そのユーザー独自のカスタムページが表示される。カスタムページはそのユーザーの改正・改訂プロセスにおける役割に応じて異なる。この点が重要なのは、参加者の専門性は幅広い分野の主題に及ぶからである。各参加者の専門分野と関連する情報を表示することで、各参加者はより効率的に機能することができる。各参加者の参加のレベルも異なる。例えば、一部の参加者は議論にだけ参加するが、別の参加者は文書の編集を議論を考慮に入れて行う。以上を要約すると、我々は**役割**を定義し、それぞれのユーザーに役割を割り当て、各ユーザーは割り当てられた役割に基づく視点から KMS ポータルにアクセスする。

KMS ポータルを導入することで、最終的な改訂版は医療の数多くの異なる側面に広く対応することができるようになり、これまで金銭的な制約やハードコピーの部数が足りなかったために ICD を手にすることのできなかった数多くのユーザーも最終的な改訂版にアクセスすることが可能になるとことが期待される。このように透明性を確保し、常に双方向の意見交換を専門家グループと医療現場との間で行うことが、ICD の最終的な改訂版を利用することが想定される幅広いユーザーにとって有用なものとする最善の方法であると考えられる。

ICD 改正・改訂プロセスの各段階の記録をインターネット上の知識ベースのプロセスとして行う。このシステムへのアクセスも公開し、オンライン上のデータの共有を可能にし、関連する分野にいる参加者が世界中から制限のない議論に加わって改訂プロセスが進行してゆく。このシステムの最終的な目的はエビデンスに基づく結論を段階的に高めてゆくことにあるが、このシステムの重要な機能のひとつがデータギャップに関する書き込みである。前の段落で述べた通り、その目的は関連する研究者がデータギャップについて認識を持つようになり、いつか欠落しているデータを入手し、焦点を絞った二次的分析を行うことで重大な知識の欠落を埋めることである。

したがって、上記の活動を通してインターネット上に常設の作業空間を作ることになり、そこではエビデンスに基づく体系的な調査、入手可能なデータのメタアナリシス、多様な

分野の参加者が世界中から参加するフォーラムの議論が記録される。このインターネット上のプラットフォームを複数の言語で提供し（国連の公用語である英語、スペイン語、フランス語、中国語、ロシア語、アラビア語の他、日本語など他のパートナーが使用する言語）、すべての関係者が透明性のある知識管理共有システムを通して参加できるようにする。また、この同じインターネットプラットフォームを使って我々の活動から得られた成果を全世界に向けて国際的な公共財として発信してゆく。このように透明性を確保し、常に双方向の意見交換を専門家グループと医療現場との間で行うことが、ICD の最終的な改訂版をそれを利用することが想定される幅広いユーザーにとって有用なものとする最善の方法であると考えられる。

KMS ポータルは医療関係者の国際的なコミュニティからより多くのフィードバックを得ることを可能にする。従来は、改訂提案の草案のレビューはワーキンググループのみが行った。WHO の専門家たちも改訂提案の最終案のひとつ前の草案と最終草案だけを点検し、基準の改訂案に関しては出版されるまで誰もそれを見ることはなかった。今回の ICD 改正・改訂プロセスではこれを改め、早い段階からフィードバックが得られるようにする。具体的には、ICD の改訂提案の中間草案を TAG が精査するとともに KMS ポータルにそれを公開して中間草案が出来上がり次第それに対するコメントを得られるようにし、議論を始める。また、より多くの人々を改正・改訂プロセスに参加させるとともに、ワーキンググループの活動内容を公開して透明性を高めるための措置を取る。ワーキンググループは TAG、そして研究者の国際的なコミュニティとして KMS ポータルに掲載される改訂案へのコメント、議論、段階的な改善に参加する人々からのフィードバックを検討して統合する。したがって、インターネット上に常設のプラットフォームを作り、継続的な情報提供と質の向上が図られることで、年次会議の効果も増大する。

5. 分類法の基本原則および医療情報システムへの影響

ICD という主要な分類における分類法の必要条件について検討することも重要であり、医療の知識を適切な方法で表現し、医療情報システムでも使えるようにしなければならない。ICD に含まれるデータは公衆衛生に関する意思決定に有用であり、ICD は国際的な標準として特に死亡率・罹患率の統計、臨床における意思決定、その他の管理上の意思決定に関わる問題の解決に役立つ。

WHO および改訂プロセスへの参加者は、分類法の共通の原則について検討、合意、遵守すべきであり、それによって ICD の一貫性と統一性を維持するだけでなく、医療情報システムの他の要素との相互運用性を確保すべきである。

分類はその分類の対象となるものを明確にしなければならない。その分類の領域、主な分野、分類の項目とその項目の定義、分類の構造と分類項目間の関係、異なるバージョンにおける表現方法を明らかにしなければならない。分類法の主な原則には、認識論に基づく解明、オントロジーに基づく定義、実用的な規則を共通のコンセンサスとして確立する

必要がある。例えば、疾病の分類である ICD は疾病という用語を定義しなければならない。これまで ICD では疾病の定義を公式に採用していない。そこで我々は、改訂作業の指針となるべく疾病の基礎的定義を示した。この定義を改訂作業が進む中でさらに改善することもできる。現在の基礎的定義は以下の通りである。

疾病とは体の器官の機能障害（群）であり、次の定義を持つ。

1. 症候学における徴候：徴候、症状、関連する所見に関する既知のパターン
2. 病因学：根底にある説明機序
3. 経過、予後、転帰：時間の経過とともに見られる展開の明らかなパターン
4. 治療反応：介入に対する反応に関する既知のパターン
5. 遺伝的要素との関連：遺伝子型、遺伝子発現パターン等
6. 相互作用を及ぼす環境的要素との関連

以上の定義は、オントロジー分析によって ICD の各項目を分類することを可能にするためにも用意された。オントロジー分析の対象は、疾病の他に障害、損傷、徴候、症状、その他の項目で定義が必要なものすべてを含む。項目を定義することでそれらの項目の属性が作成され、この属性がオントロジーシステムを構築するために必要になる。その結果として、ICD-11 を疾病および関連する健康状態の機能的な関係モデルとして定義することが可能になる。このモデルでは、各項目とその属性が明確に記載される。属性には、関連する体の器官、構造、機能、原因因子、時間の関連（発現、経過、消失）、重症度（広がり、度合い、重さ等）、影響（活動の制限、参加への制限、苦痛等）が含まれる。

ICD が異なる状況で使用されていることは明らかであり、その異なる状況で ICD の内容の精密さも 100 コードから 1 万単位までの範囲で異なっている。したがって、互換性のあるコーディング体系を作り、状況に応じて精密度を高めたり、低めたりする必要がある。これはコンピューターアプリケーションを使って ICD のマスターバージョンからプライマリケアバージョン、臨床ケアバージョン、研究バージョンを作ることによって可能である。例えば、ICD-11 プライマリケアバージョンでは、プライマリケアでもっとも頻りに治療が行われる状態に焦点を当てるが、これらの状態は一般的に広い括りの分類である（例えば、抑うつ障害）。臨床バージョンでは、臨床治療のすべての状態と診断指針を含む（例えば、単極型、双極型抑うつ障害、軽度、中程度、重度等）。研究バージョンでは、すべての障害に関する詳細な基準を研究分類群を明らかにするために含むとともに、暫定的な疾病名で公式分類されていないものを含む。

ICD において各分類の診断記述を臨床用語を使ってさらに詳述し、その記述を使用可能な定義でまとめることが重要である。例えば、「F32 抑うつ障害」を SNOMED CT の用語を使ってそれぞれにコードと定義を与え、「気分の落ち込み、無関心、無気力、睡眠障害（不眠症、早朝の目覚め等）、食欲の問題（食欲の低下、暴飲暴食等）、性欲の問題（性欲の喪失）、罪悪感、死・自殺行為の観念」などとすることができる。同様に、「結核」をさらに詳述して、「一次感染、ツベルクリン陽性反応、感染部位（肺、骨、腎等）、症状（咳、痰、

発熱、発汗、体重減少等)、所見(菌陽性、培養陽性等)」などとすることができる。同様のことを医療のすべての分野におけるすべての診断スキームを捉えるために、WHO 分類指針に基づいて関連する分野の国際的な専門家と共同で行う。

ICD をターミノロジーを使って表現をまとめることで、次の二通りの医療情報の処理が可能になる。①陳述型検索：診療記録の自動的なコーディングを電子環境の中で行い、総体的症状の存在を明らかにし、その存在がある場合は、可能であれば正式な診断の確認を行う。②手順型検索：Map of Medicine のように、コーディングされた情報がテンプレートを作成し、診断過程をコンピューター支援診断システムと同様に確認する。

6. おわりに

2007 年から ICD 改正・改訂プロセスの活動段階に入る。この作業は二つの流れで進められる。ひとつは ICD-10 の改正で、これは従来通り、毎年の改正が行われる。また、3 年毎に大改正が行われ、それまでの改正が出版される。

他方、ICD-11 に向けて主に二つの草案が作成される。一つは α 版 であり、内部ユーザー (WHO-FIC ネットワーク、専門家等) がこれを検証する。もう一つは β 版 であり、これは全世界に発信してフィールドテストを行う。予定では β 版を 2010 年までに作成する。多様な関係者が ICD 改訂に関心を示しており、またそのために利用することのできる資源を活用することで、医療関係者の国際的なコミュニティおよびその他の多様な関係者が全体の改訂プロセスへ参加することが見込まれる。ウェブ上のツールを利用することで、改訂プロセスのすべてのユーザーに対する透明性を維持し、実証的文献をまとめ上げる能力をワーキンググループおよび分野別専門部会 (TAG) を活用することでさらに増強してこれを活用する。ICD-11 の β 版の体系的なフィールドテストを行い、その実行可能性、信頼性、臨床における有用性、妥当性を試験する。

2007 年から ICD 改訂プロセスの活動段階に入ることから、ICD-11 の β 版を 2010 年までに作成してフィールドテストを行う。フィールドテストでは、β 版の実行可能性、信頼性、臨床における有用性、妥当性に焦点を当てる。フィールドテスト終了後、最終草案のひとつ前の草案を公開し、すべての関係者からのコメントを求める。その後、最終草案を世界保健総会の承認を得るために 2014 年までに提出する計画である。

参考文献:

- Chronicle WHO Vol.II, No 6, 1948, WHO press
- WHO (2004), International Classification of diseases, 10th revision, 2nd edition, WHO press
- World Health Assembly (1948), WHO Constitution 1948
- World Health Assembly (1990), ICD Resolution (WHA 43.24)
- World Health Assembly (1967), Regulations regarding nomenclature, in WHO, (2004) ICD-10, 2nd edition, WHO press, p.1194-1196
- Wikipedia, online encyclopedia; www.wikipedia.org
- Foundational model of anatomy; sig.biostr.washington.edu/projects/fm/
- Map of medicine; www.mapofmedicine.com



ICD Revision Process: Connecting with Users towards ICD-11

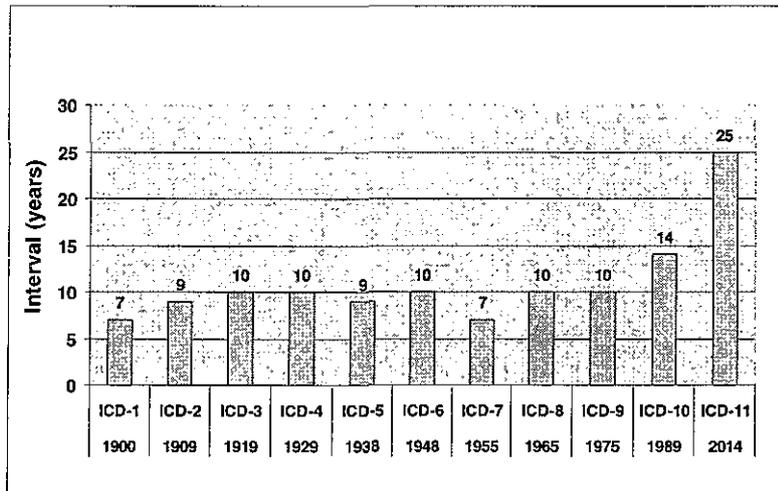
. building blocks of health information .

Dr. T. Bedirhan Üstün
Classifications and Terminology

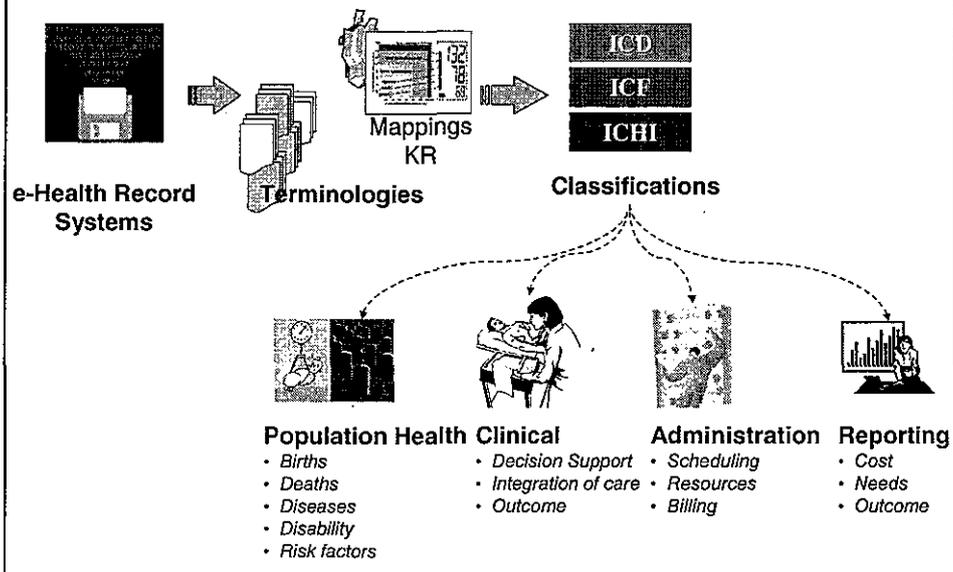
Key Drivers

- **Mandated by WHA and EB**
- **Respond to consumer-needs**
 - Clinicians, Administration, Patients, families, Data-users
- **Keep up with new scientific knowledge**
 - New Diseases, Treatments, Terminology...
 - Corrections: pruning and grafting, deletions
 - Change in rules, guidelines, conventions...
- **Compatibility within the WHO-FIC members**
 - ICF, ICHI, ICECI, ICD-O...
- **Creation of an improved network and dissemination**
- **Better implementation within Health Information Systems**
 - Electronic Health Record, Clinical Terminologies, Mortality Database

ICD Revisions



WHO Classifications in HIS & IT



ICD Revision – Key Messages

- Concepts in Health Sciences have become complex and intertwined
 - Genomic information ↔ Clinical manifestations ↔ Public Health
 - Comparable and consistent data across HIS
- *Single person – workgroup function is not sufficient to capture and synthesize information*
- *Large scale involvement of multiple stakeholders*

ICD Revision Work Streams

1. Scientific Stream

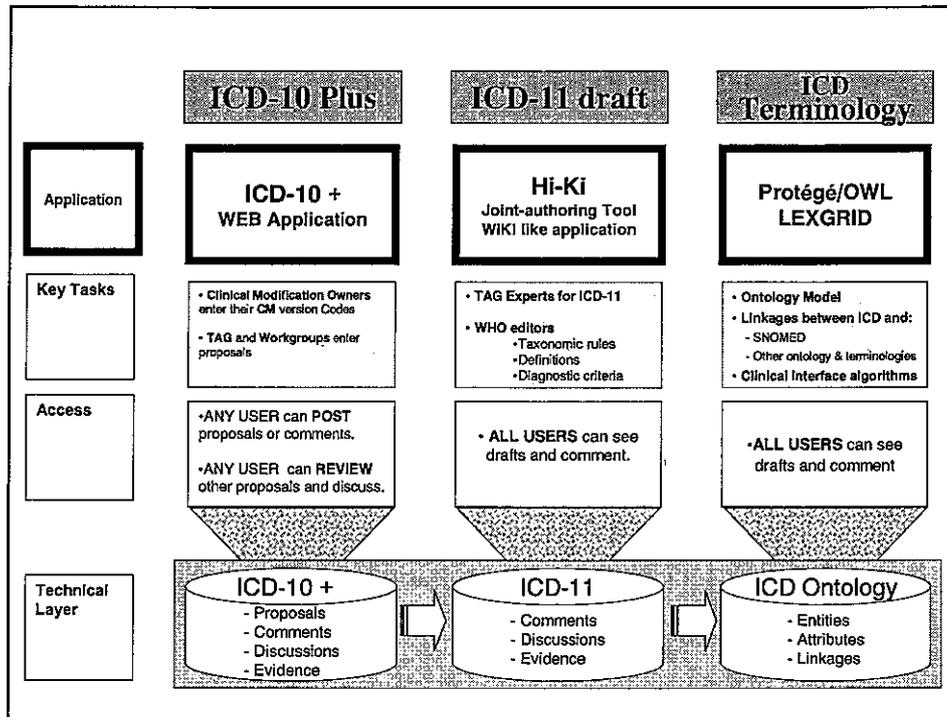
- Evidence Based Reviews
- Meta analyses
- Surveys
- Validation Studies
- Add-on protocols for existing studies

2. Clinical Stream

- Clinical utility – linkage to patient reports
 - Treatment Response

3. Public Health Stream

- Impact on Health Systems –society –service delivery
- Resource management -reimbursement - accounting
- IT applications – terminology – Health Information Systems

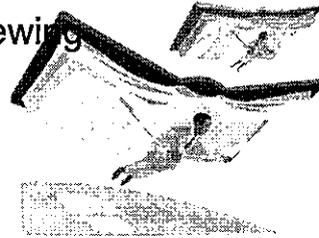


ICD Revision – Key Messages

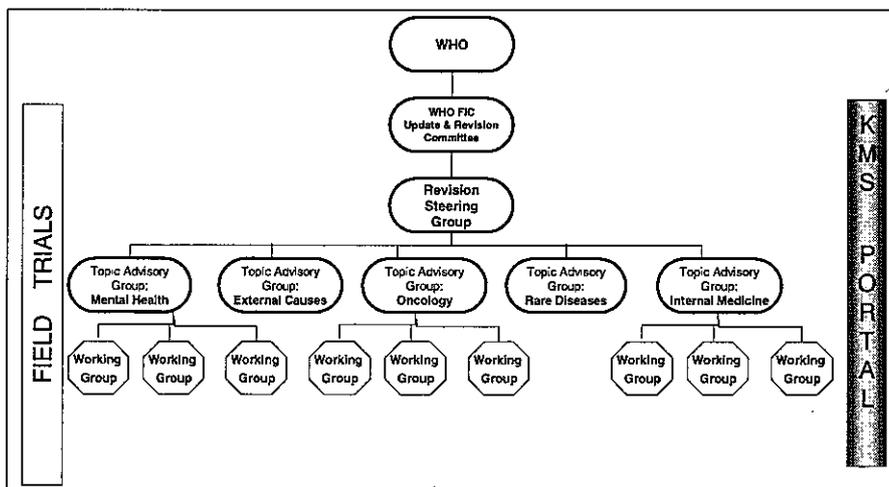
- **Web based tools are available for:**
 - Enhanced communication among individuals involved in the revision process
 - Knowledge management tools
 - Commons-based production
 - *Firmer grounding in science and research*
 - *Rigorous field testing*
 - *Increased feedback from global users*
 - *Use digital tools (Ontologies) to build classifications*

Tentative Timeline

- 2006 : International Consultations for Start of multiple streams of workplan
- 2008 : Alpha version (ICD 10+ → ICD 11draft)
 - 2009 : Commentaries and consultations
- 2010 : Beta version & Field Trials Version
 - 2011 : Field trials
- 2012 : Final version for public viewing
 - 2014 : **WHA Approval**
- 2015+ implementation



Structure of Revision Process



Involvement Strategy

- **International:**
 - Multiple countries
 - Multiple languages
 - Multiple health care systems
- **Multiple Parties & Professionals**
 - Different clinical specialties, nursing & midwifery; other professionals
 - Different health care aspects:
 - primary care
 - home care
 - rehabilitation
 - long term care
 - Consumers from different sectors

ICD for multilevel use: Primary Care, Clinical Care, Research

- **Zoom in and out across levels**
 - congruent – compatible coding scheme
 - Possible computer application
 - Tailoring: use of a master version to generate Paper Copies to print segments
- **Primary Care**
 - Focus on most frequent conditions in PC – that are treated in PC
 - Generally broad categories: e.g. Depressive Disorder
- **Clinical Care**
 - All clinical conditions with diagnostic guidelines
 - e.g. unipolar, bipolar depressive disorder mild, moderate, severe...
- **Research**
 - Detailed standardized criteria for all disorders for identifying research groups
 - Tentative disease labels that are not yet in official classification

Definition of Disease

a set of dysfunction(s) in any of the body systems including:

- with a known pattern of signs, symptoms & findings
 - » *symptomatology - manifestations*
- probably with an underlying explanatory mechanism
 - » *etiology*
- a distinct pattern of development over time
 - » *course and outcome*
- a known pattern of response to interventions
 - » *treatment response*
- with linkage to underlying genetic factors
 - » *genotypes, phenotypes and endophenotypes*
- with linkage to interacting environmental factors



ICD 改訂プロセス: 利用者と連携したICD-11に向けて

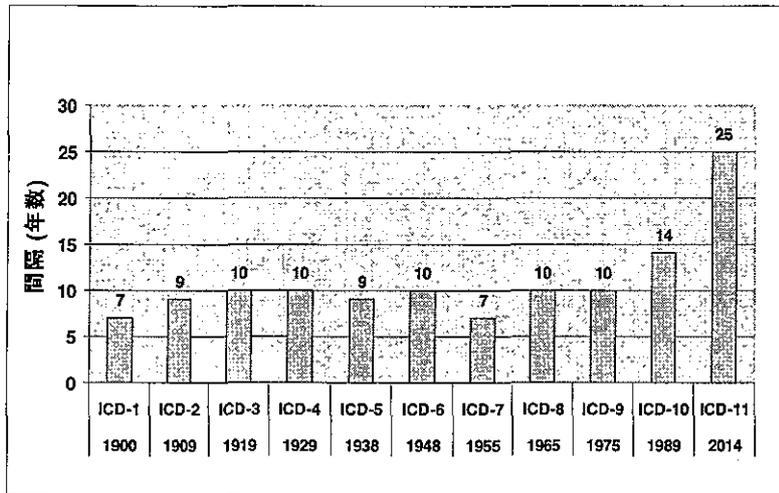
・ 医療情報を作り上げる基本要素。

Dr. T. Bedirhan Üstün
分類及びターミノロジー担当

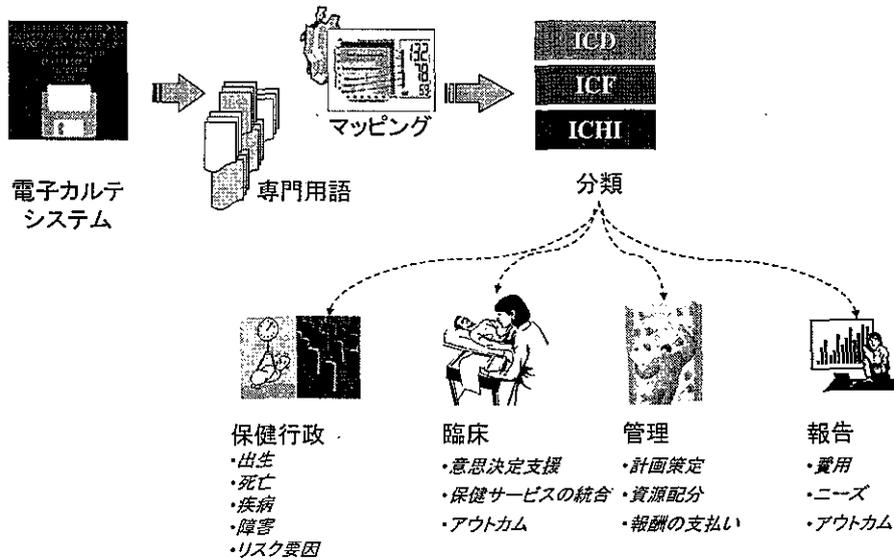
改訂の背景

- ・ WHAおよびEBによる委任
- ・ 消費者ニーズへの対応
 - 臨床医、行政組織、患者およびその家族;データ利用者
- ・ 新たな科学知識に更新
 - 新しい疾病、治療法、用語等
 - 訂正:加筆修正、削除
 - 規則、ガイドライン、慣習等の変更
- ・ WHO-FICメンバーとの互換性
 - ICF, ICHI, ICECI, ICD-O等
- ・ ネットワークや普及システムの改良
- ・ 医療情報システムにおけるより有用性の改善
 - 電子カルテ、医療用語、死亡統計データベース

ICD 改訂の間隔



HISおよびITで使用されるWHOの分類



ICD 改訂 – キーメッセージ

- 保健科学における概念は、複雑化し、お互いに絡みあっている
 - ゲノム情報 ↔ 臨床症状 ↔ 公衆衛生
 - HIS間で比較可能な一貫したデータ
- 一人の個人や一つの集団の力では、情報を収集し、総括することは出来ない
- 多種多様なステークホルダーの参加が大規模化している

改訂作業ストリーム

1. 科学ストリーム

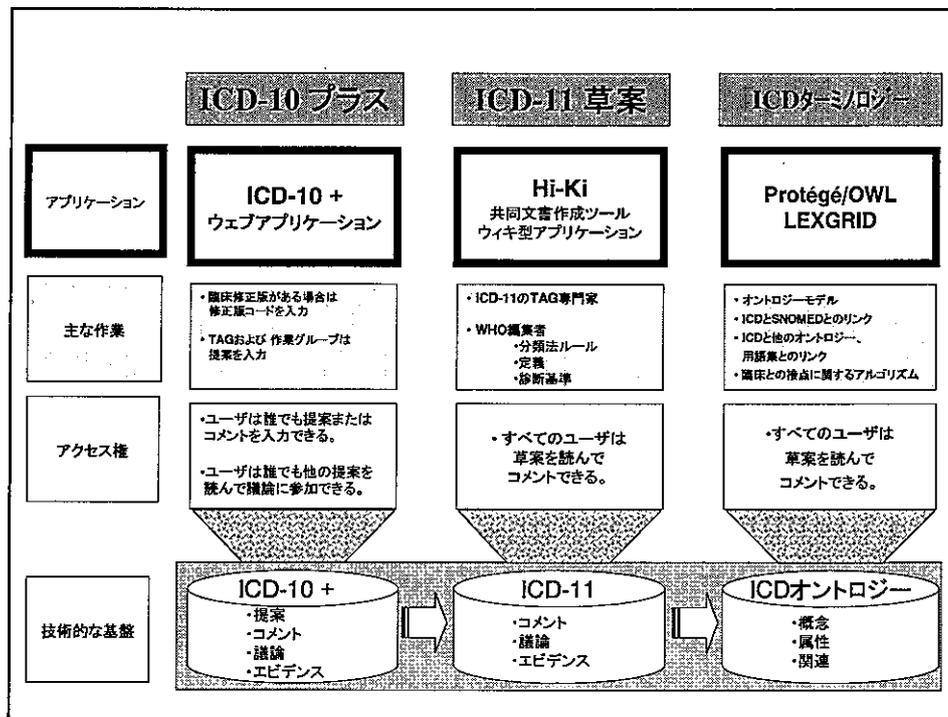
- エビデンスに基づくレビュー
- メタ分析
- 調査
- 妥当性を確認する研究
- 既存研究への相乗り

2. 臨床ストリーム

- 臨床現場での実用性 – 患者情報との関連
 - 治療に対する反応

3. 公衆衛生ストリーム

- 医療制度 – 社会 – サービス提供への影響
- 資源管理 – 報酬の支払い – 会計
- ITアプリケーション – 用語 – 医療情報システム

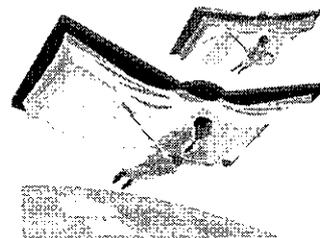


ICD 改訂 – キーメッセージ

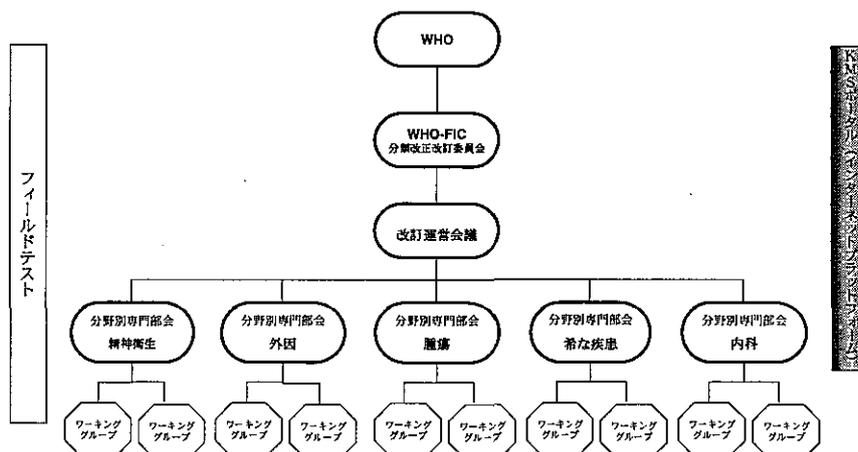
- ウェブベースツールの用途:
 - 改訂プロセスコミュニケーションの向上
 - 知識マネージメントツール
 - 共有財産による知の生産
 - 科学と研究による強固なうらづけ
 - 頻回のフィールドテスト
 - 全世界のユーザーからのフィードバックの増大
 - 分類を構築するためのデジタルツール(オントロジー)の使用

暫定スケジュール

- 2006年:作業計画の複数ストリームを開始するための国際協議
- 2008年:アルファ版(ICD10+→ICD 11草案)
 - 2009年: 内容についての議論や協議
- 2010年:ベータ版およびフィールド・テスト版
 - 2011年:フィールド・テスト
- 2012年:一般レビュー用の最終版
 - 2014年: WHAによる承認
- 2015年+ 導入



改訂プロセスの枠組み



参加を促進させるための戦略

- 国際社会：
 - 多数の諸国
 - 多数の言語
 - 多数の医療制度
- 多数の関係者および専門家：
 - 多様な臨床分野・看護師・助産師、その他の専門家
 - 多様な医療の局面：
 - プライマリ・ケア
 - 在宅ケア
 - リハビリ
 - 介護
 - 多様な分野における利用者

ICDの多面的活用： プライマリ・ケア, 臨床, 研究

- あらゆる局面に渡った活用
 - 一致する - 比較可能なコーディング体系
 - コンピュータアプリケーション の利用
 - 調整: マスターバージョンの一部を印刷物として打ち出して利用
- プライマリ・ケア
 - プライマリ・ケアにおいて最も頻度の高い状況を中心として - プライマリ・ケアとして扱われるものの中で
 - 一般的には幅の広い分類; 例) 抑うつ性の障害
- 臨床
 - 診療ガイドラインの存在する全ての臨床状況
 - 例) 単極、両極性の抑鬱性の障害、軽度、中程度、重度...
- 研究
 - 研究対象を特定するための全ての障害に対する標準化された詳細な基準
 - 公式に分類されていない暫定的な病気の分類項目

疾病の定義

身体のあらゆる部位における一連の機能不全、以下その例:

- ・ 既知の兆候・症状・所見パターンを伴うもの
 - » 症候-症状発現
- ・ 恐らく原因となる説明可能な仕組みを伴うもの
 - » 病因学
- ・ 明確な経時的進行パターンを伴うもの
 - » 経過と結果
- ・ 介入に対する既知の反応パターンを伴うもの
 - » 治療反応
- ・ 原因となる遺伝要因と関連するもの
 - » 遺伝子型、表現型、中間表現型
- ・ 相互作用する環境要因と関連するもの