

ICDのこれまでの経緯について

1. WHOによるICD-10一部改正の勧告

国際疾病分類（ICD）は、死因に関する国際的な標準分類として100年以上の歴史を有し、疾病の分類にも用いられ、我が国も適用してきた。概ね10年のサイクルで改訂が行われきており、1990年の第43回世界保健総会でICD-10（1990年版）が採択、勧告され、我が国でも1995年1月から適用された。

その後WHOは、ICD-10のままで行われた2003年までの改正を集積し、2004年10月に、ICD-10の一部改正（ICD-10（2003年版））の勧告を行った。わが国においてもWHOの最新の勧告の適用のため、社会保障審議会統計分科会のもとに疾病、傷害及び死因分類部会を設置し検討が行われ、ICD-10（2003年版）準拠として本年1月より適用されている。

2. 国際疾病分類（ICD）を巡る状況の変化

ICDの利活用の推進について、WHOは「分類に関するビジネスプラン（2005年第1.1版）」（資料3-3）をまとめ、その目標や方向性を定めている。当該ビジネスプランにおいて、ICDの適切な改正（アップデート）を行いつつ、2015年の施行を目途とするICD-11への改訂（リビジョン）の計画が盛り込まれている。

ICDの改訂プロセスについては、新しい科学知識の維持に努めながら、構造的な変化や新しい疾病項目を取り入れた、エビデンスに基づいた大規模なレビュープロセスをたどることとなっている。

一方、現行のWHO-FICネットワークの中に新たに疾病に関する専門的な委員会（疾病分類グループ（MbRG））を設置する方向でも検討が進められており、本年10月の年次会議（WHO-FICチュニジア会議）で正式に発足する予定である。

3. 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の設置

ICDに係るこのような国際的情勢の変化を踏まえつつ、わが国としても、時代の趨勢に対応したICDの適用が求められていることから、統計の基本事項として社会保障審議会統計分科会において審議し、WHOから発信される最新のICDに関する情報を検討し、積極的にICD-10のままの改正（アップデート）、ICD-11への改訂（リビジョン）に関与していく必要があること及びICDの正しい普及・啓発を図る必要があるとされた。

ICDは、広範囲に渡る専門的知識を必要とすることから社会保障審議会統計分科会において承認されている「疾病、傷害及び死因分類」に係る委員会の設置の規定（平成13年7月30日）に基づき、統計分科会長の了解を得て、常設の疾病、傷害及び死因分類専門委員会が設置された。

平成13年7月30日

社会保障審議会統計分科会

「疾病、傷害及び死因分類」に係る委員会の設置について

1 設置趣旨

「疾病、傷害及び死因分類」については、産業分類とともに我が国の統計に使用される分類として重要な位置を占めている。本分類の作成に当たっては、国際的な趨勢に配慮しつつ、最も適する医学用語等を考慮する必要がある、統計分科会において、統計の基本事項として審議を行う。

しかしながら、本分類は、極めて広範囲に渡る検討を要するため、個別具体的な事項については、分野ごとの委員会を設置し検討を行う必要がある。

2 審議事項

- (1) 「疾病、傷害及び死因分類」の普及を目的とする補助分類の作成
- (2) 「疾病、傷害及び死因分類」の軽微な変更
- (3) その他「疾病、傷害及び死因分類」に係る個別専門的事項

3 当面のスケジュール及び構成

検討の必要が生じた場合に統計分科会長の了解を得て、分野ごとの委員会を設置。

委員会に属する者は、各分野の学識経験者から別途任命された専門委員の中から統計分科会長が指名する。また、統計分科会長は、委員及び臨時委員も指名することができる。

委員会の検討結果は統計分科会に報告。

「疾病、傷害及び死因分類」の大規模改正の場合は別途検討。

ICD-10 に関連する状況

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ある。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る。

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」を作成している。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る。

(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）は厚生労働大臣の告示で規定。臨床病名ではない。DPC傷病名は以下のように決定される。

- 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。
- 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。

* 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。

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、傷害及び死因統計分類提要」による。

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するが、臨床病名の設定には関与しない。

ICDに関する状況 (図)

ICD-10
 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類)
 [約 1.4 万分類]

統計のための分類
 (告示)

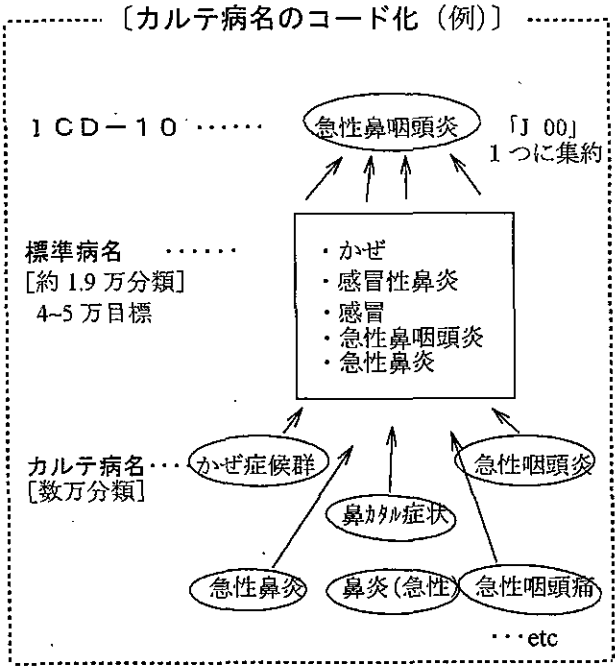
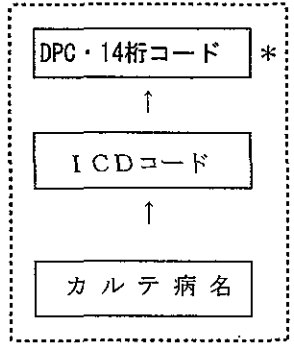


ICDの活用

電子カルテ

電子レセプト

DPC
 (診断群分類・
 包括評価)



(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、人工呼吸等)
- 13 副傷病名 (有無等)
- 14 重症度等 (有無)

WHO 本部
WHO Secretariat

企画実行委員会
Planning Committee
WHO-FIC ネットワーク
WHO-FIC Network
委員長：Ms. Marjorie S. Greenberg (アメリカ)

WHO-FIC 協力センター(2006年5月現在)

- オーストラリア (英語) : オーストラリア国立保健福祉研究所
- 中国 (中国語) : 北京医科大学病院
- オランダ (オランダ語) : 国立公衆衛生環境研究所
- フランス (フランス語) : 国立衛生・医学調査研究所
- ドイツ (ドイツ語) : ドイツ医療統計研究所
- スウェーデン (北欧諸国) : ウプサラ大学病院社会医学部
- ブラジル (ポルトガル語) : サンパウロ大学公衆衛生学教室
- ロシア連邦 (ロシア語) : セマスコ科学調査研究所
- ベネズエラ (スペイン語) : ベネズエラ疾病分類センター
- 北米 (アメリカ合衆国 (英語)) : 国立保健統計センター
- イギリス (英語) : 国立統計局
- +オブザーバー (協力センターとしての機能を有する) :
(日本、イタリア、メキシコ、ナイジェリア、南アフリカ)

普及委員会
Implementation Committee (IC)

委員長：Dr. Martti Virtanen
(スウェーデン)
(ICF 担当) Dr. Marijke W de Kleijn-de Vrankrijker (オランダ)

分類改正委員会
Updating and Revision Committee (URC)

委員長：Ms. Mea Renahan (カナダ)

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

委員長：Mr. Lars Age Johansson(スウェーデン)

教育委員会
Education Committee (EC)

委員長：Ms. Marjorie S. Greenberg (アメリカ)

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

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

委員長：Dr. Michael Shopen (ドイツ)

※疾病分類グループ
Morbidity Reference Group (MoRG)

国際分類ファミリー
Family Development Committee (FDC)

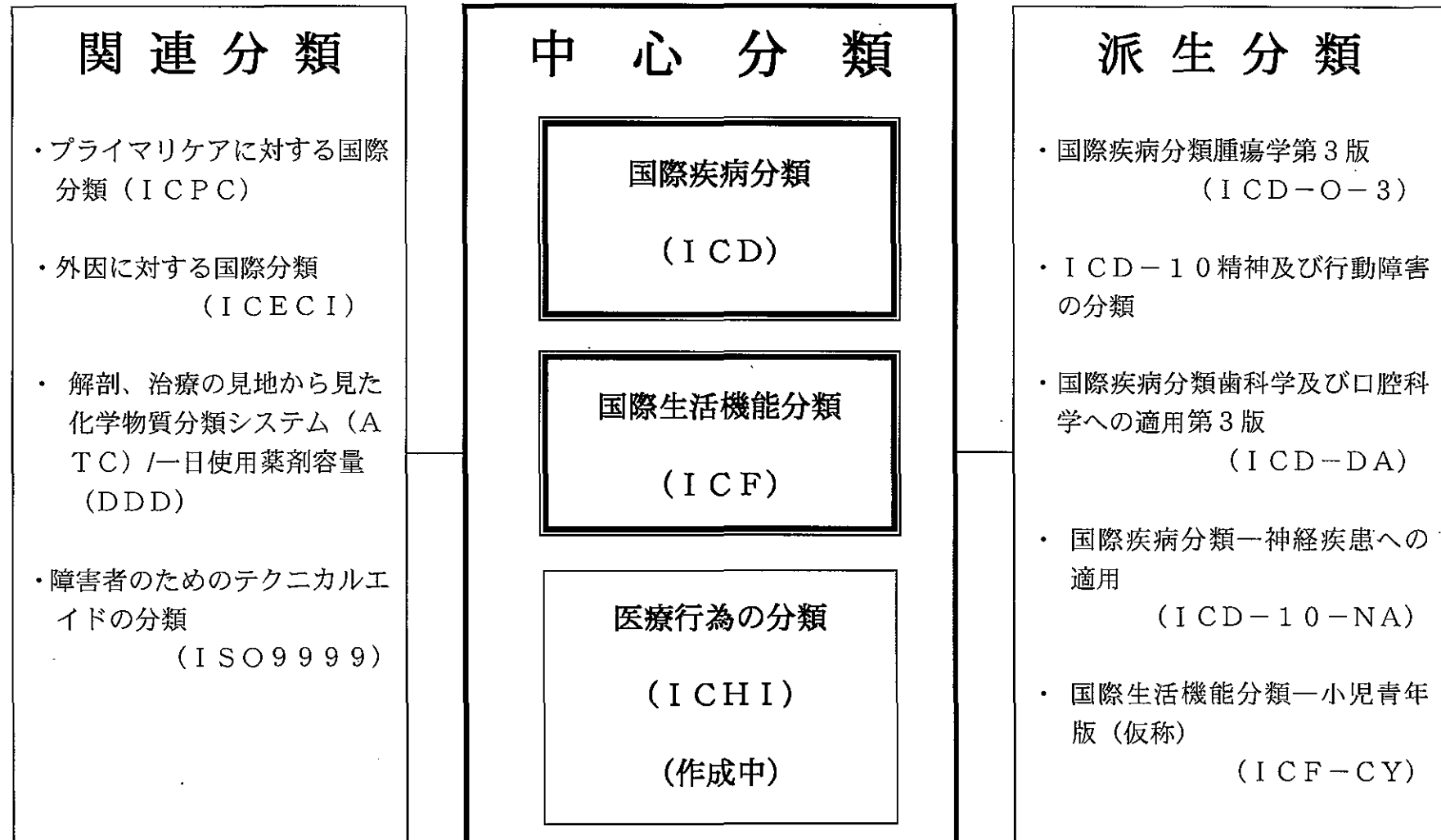
委員長：Mr. Richard Madden (オーストラリア)

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

※ 本年4月のWHO-FICネットワーク企画実行委員会にて年内の設置に向けグループ規約等が提案され、10月のWHO-FICネットワーク会議(チュニジア会議)で発足予定

世界保健機関国際分類ファミリー

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



分類に関する WHO のビジネス・プラン

・・・ 分類は保健情報の基本要素 ・・・

医療行為などの保健システム関連項目を含め、死因、疾病、障害、健康のような、
重要な健康指標を補足するための意味のある情報ツールとして、
世界共通で活用するための分類体系

WHO、ジュネーブ 2005 年第 1.1 版

本ビジネス・プランは、2005～2010 年を対象としている。
本ビジネス・プランは、年次進捗状況報告により毎年見直しされ、
たえず更新される。

謝辞

本ビジネス・プランは、以下の WHO-FIC 協力センターの協力により作成された。

オーストラリア：オーストラリア国立保健福祉研究所、および国立保健分類センター
ブラジル
カナダ：カナダ保健情報協会
中国
フランス：INSERM、CTHERNI
ドイツ：DIMDI
ロシア連邦
オランダ
北欧協力センター（デンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェイ、スウェーデン）
英国：ONS/NHS
アメリカ合衆国：国立保健統計センター
ベネズエラ

WHO 地域事務所

AFRO
AMRO (PAHO)
EMRO
EURO
SEARO
WPRO

WHO 技術部

WHO EIP 担当者

WHO アドバイザー・グループ（2004年11月1～2日に協議）

目次

要約	4
1. はじめに	6
1.1 ポートフォリオ：「国際分類ファミリー」	6
1.2 WHOの資産	7
1.3 課題	8
2. ポートフォリオの優先事項	10
2.1 インフォメーションパラドックス (information paradox)	10
2.2 全国疾病統計から国際疾病統計へ：ICD XM	16
2.3 ICDの改訂	19
2.4 スイス・アーミー・ナイフで保健活動を評価する：ICF	22
2.5 可能な任務：医療行為の分類	25
2.6 電子保健レコード：用語集と分類体系のリンク	28
3. 総合的な戦略の方向性	32

要約

- 全体のまとめ** このビジネス・プランには、WHO の分類体系とその支援構造を 21 世紀に取り入れ、患者の治療目的から保健統計にいたるまで、発展を続ける保健情報について WHO の分類体系を位置づけるために実施すべきことがらがまとめられている。戦略の方向性、ビジネスの推進要因、必要となるリソース、潜在的パートナー、および今後の活動が記載されている。現在そして未来の関係者にポートフォリオの優先順位を伝え、現在の保健イニシアティブにとって分類体系が有意義なものとなるよう、認識済みの多数の課題を提示する。
- 情報ベース** 保健関連の重要課題を効果的に処理するには、強力な情報ベースが必要である。問題を識別し、記述する必要がある。基本的な原因を調査し、文書化しなければならない。進捗状況を監視し、実施したアクションを評価する必要がある。「国際分類ファミリー (WHO-FIC)」として提示されている保健分野に関する WHO の分類体系は、保健情報の重要な情報ベースである。
- 分類ファミリー** WHO-FIC は、ICD (国際疾病分類) の死因と疾病、ICF (国際生活機能分類—国際障害分類) の障害と健康など、重要な保健状況を取り込むための意味のある情報ツールを提示することを目的としている。ファミリー財には、特殊使用やプライマリー・ケアのほか、コーディング、命名法、用語集などに対応するための「関連」財を含め、その他の「派生分類」も含まれている。これらの財は、多くの先進国で健康保険の基礎となっており、そうした制度自体が大規模な産業となっている。
- 国際的な公共財** WHO は、各種知識ネットワークの協力のもとに開発したこれらの国際的な公共財について、貴重な知的所有権を保有している。分類は国際標準として幅広く利用されており、平均寿命、疫学の変遷、疾病の負担など、前世紀の保健状況の進捗について非常に有益な知識を得ることができた。WHO は、加盟国でそうしたツールを利用できるように、開発と維持を実施するための合法的な権限を保有している。
- 知識ネットワーク：WHO 協力センター** WHO は、積極的な知識ネットワークの協力を得て、過去 50 年にわたり WHO-FIC を作成した。現在、このネットワークには 13 の協力センターが参加し、さらに拡大を続けている。ネットワークは、各国の統計部門で構成されており、主要な言語グループと主要な地域が含まれている。このネットワークは、WHO-FIC の実施と今後の展開について、莫大な知識リソースとなっている。

グローバル・ビレッジのための分類を考える
保健情報技術や保健ケア・システムが向上したことから、さまざまな次元の保健状況を取り込み、各国の国際比較を実施できるようにするため、データ収集の目的に適した分類体系を考えなおす必要がある。現在の世界には大きな差異がある。一方には、電子データベースにすべての保健情報が正確に保管されている人々があり、もう一方では、健康上の大問題を抱える数十億の人々について、情報がまったくない状況である。

WHO と国際保健情報標準
WHO は、国際的な公共財を維持するには定常的なリソースが不足している。したがって、WHO-FIC ネットワーク内部でさまざまな展開を実施するには、積極的な活動を実施して、他の関係者の協力を得る必要がある。WHO は保健情報の管理人として、この分野の国際標準を指導する必要がある。国際分類には多大な投資が必要になるが、多大な利益も得られる。さらに、優秀なスタッフを活用し、財務を節約することにより、多くの国で別々に実施されているさまざまな活動について、強化や融合性を実施できる。死因の国際標準として世界中で利用されている ICD は、HIV/AIDS、マラリア、結核、MDG（ミレニアム開発目標）などの主な保健イニシアティブの結果を監視するため、成功率評価項目に統合する必要がある。保健活動の成果の評価と生産性の評価については、ICF を利用することができる。さまざま異なる保健業務や環境の間で保健情報を電子的な保健記録として共有するには体系的な標準用語集が必要になることから、用語集の基礎を作成するために WHO-FIC の新しい活用方法もおこってくるであろう。

問題と解決のシナリオ
本プランでは、主な問題と考えられる解決策について概要を記述し、投資の根拠、継続的な改善と評価の実施、および回収可能な利益を記述することを目的に、投資対効果の検討を行なう。WHO-FIC ネットワークと他の団体機関の役割についても模索する。WHO-FIC の維持と展開を実施しない場合のリスクについても明確にする。世界の保健問題は緊急かつ重要であり、通常の業務では不十分である。死亡数や保健評価などの基本情報なしには、主な保健プロジェクトの達成度合いを評価することはできない。他の機関団体が営利目的でさまざまなコンポーネントを作成した場合には、保健情報が断片化し、整合性を失うリスクがある。結論として、多角的な投資対効果検討書ができあがった。本書には、中心分類体系の維持と開発を行なうための基本リソース、WHO-FIC をさらに展開するためのリソース割り当ての検討、およびその他の応用ビジネス項目が記述されている。

1. はじめに

WHOは、疾病、死因、その他の公共の保健項目について、必要に応じて国際分類を確立および検討するための合法的な権限を有している。こうした目的から、WHOはさまざまな国立機関や国際機関と協力し、保健および保健関連の総合的な分類体系を作成した。WHOは、貴重な知的財産として国際分類ファミリー（WHO-FIC）を保有し、国際社会のため、保健情報システムの基本要素となる分類の支援について指導的立場をとっている。

保健科学、管理科学、技術開発などが発展したことにより、最新の科学的な分類が求められている一方で、分類標準の普及率が低い地域での分類標準普及の必要性が高まっている。WHO-FICが直面する課題を解決するには、我々がすでに保有する知識資産を再認識し、有効に管理することが不可欠である。この目的から、WHO-FICの管理を改善するため、ビジネス・プランを作成する必要がある。

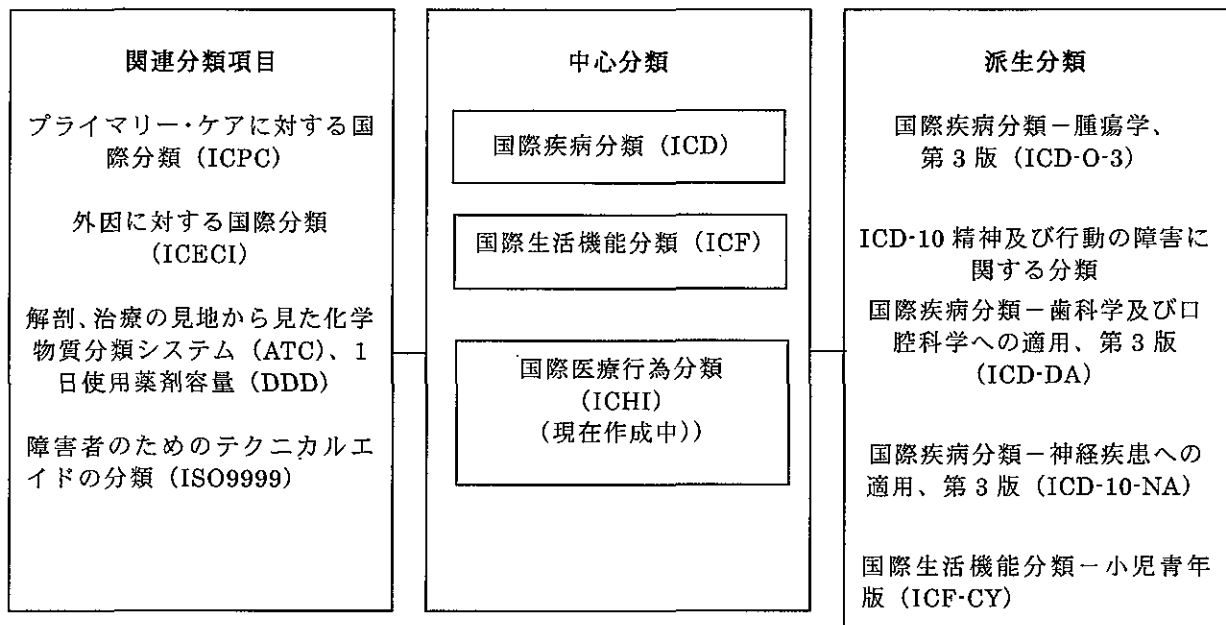
このビジネス・プランには、WHOの分類体系とその支援構造を21世紀に取り入れ、患者の治療目的から保健統計にいたるまで、発展を続ける保健情報についてWHOの分類体系を位置づけるために実施すべきことがらまとめられている。戦略の方向性、ビジネスの推進要因、必要となるリソース、潜在的パートナー、および今後の活動が記載されている。現在そして未来の関係者にポートフォリオの優先順位を伝え、現在の保健イニシアティブにとって分類体系が有意義なものとなるよう、認識済みの多数の課題を提示する。

1.1 ポートフォリオ：「国際分類ファミリー」

保健関連の重要課題を効果的に処理するには、強力な情報ベースが必要である。問題を識別し、記述する必要がある。基本的な原因を調査し、文書化しなければならない。進捗状況を監視し、実施したアクションを評価する必要がある。「国際分類ファミリー（WHO-FIC）」として提示されている保健分野に関するWHOの分類体系は、保健情報の重要な情報ベースである。「ファミリー」という概念では、一連の統合ツールを使用して、死因、疾病、障害、健康などの主な保健項目について実践的かつ評価可能な方法で分類を行い、付属ツールを使用して、ユーザーを教育したり、保健情報システム内でデータの入力や利用ができる。

WHO-FICは、ICD（国際疾病分類）の死因と疾病、ICF（国際生活機能分類－国際障害分類）の障害と健康など、重要な保健状況を取り込むための意味のある情報ツールを提示することを目的としている。ファミリー財には、特殊使用やプライマリー・ケアのほか、コーディング、命名法、用語集などに対応するための「関連」財を含め、その他の「派生分類」も含まれている。これらの財は、多くの先進国で健康保険の基礎となっている。図1は、WHO-FICの分類タイプを示している。

図1：WHO国際分類ファミリー（WHO-FIC）の構成内容



中心分類には、死因、疾病、機能、障害、健康、医療行為など、保健システムの主要項目が含まれている。WHOの中心分類は、国際的な合意の下に作成されている。使用については、公的な合意が得られており、保健に関する国際的な報告について、ガイドラインとして使用するよう、承認および推奨されている。派生分類は、中心分類を基準に、中心分類の構造とクラスを採用し、詳細項目を追加および再調整して作成されている。関連分類は、中心分類の一部が参照元となる資料、または構造の特定レベルについて、中心分類の関連資料となる資料である。「ファミリー」分類を維持することは、互換性問題の解決とファミリー加盟国での合同利用を促進し、時間の経過とともにより高い融合性が得られ、保健情報システムでの使用状況の改善につながる

(詳細は、www.who.int/classifications/familyを参照)。

1.2 WHOの資産

知的財産権：WHOは、複数の知的ネットワークの協力を得て、国際分類ファミリーを国際的公共財として作成したことにより、貴重な知的財産権を獲得した。分類は国際標準として幅広く利用されており、平均寿命、疫学の変遷、疾病の負担など、前世紀の保健状況の進捗について、非常に有益な知識を得ることができた。さらに分類は多くの先進国で、医療償還制度の基礎となっており、そうした制度自体が大規模な産業となっている。

知識ネットワーク：WHOは、積極的な知識ネットワークの協力を得て、過去50年にわたりWHO-FICを作成した。現在、このネットワークには13の協力センターが参加し、さらに拡大を続け、アフリカ、東南アジア、西太平洋にもセンターが設立されている。ネットワークは、各国の統計部門で構成されており、主要な言語グループと主要な地域が含まれてい

る。このネットワークは、WHO-FIC の実施と今後の展開について、莫大な知識リソースとなっている。

位置づけ：WHO は合法的な権限を有し、国際的な公衆保健の義務がある以上、合同で課題に対応し、解決策を構築するよう、すべての関係者を結集するための管理人として活動すべきである。財、使用者、提供者のあいだの相互依存関係は強化されており、これよりも優れた保健情報システムの作成を促進できる団体機関はほかにはない。

1.3 課題

WHO の分類について、開発、維持、実施、改正を行なうには、多くの課題がある。さまざまな分野の課題があり、活動中の業務に大きな影響を与えている。以下の記載の項目は、WHO のポートフォリオに存在する主な問題項目であり、これがすべてではない。

使用領域：WHO の分類は、歴史的にはもっぱら死亡原因を分類するための統計ツールとして開発されてきた。使用者のニーズが進化し、分類も進化して、疾病、障害、および保健報告にも利用されるようになった。こうした進化により、分類の使用方法を統計報告に限るか、あるいは償還制度や治療の監視などに使用範囲を拡大するかどうか、本来の目的をもう一度考える必要が生じている。多くの使用者は、分類の使用方法を単なる統計作業に限定することを望んではいない。

目的に応じた設計：現在の管理科学では、情報システムへの入力について、より正確な識別が求められている。たとえば、死亡原因の監視や保健システムの成果の評価を改善するため、ほかにも複数の次元が求められている。具体的には、ユーザー・ニーズの確認、問題の記述、疾病や介入のコード化、結果の評価などがあげられる。情報技術が大幅に発展したことにより、プライマリー・ケア、緊急状況、試験室、X線と画像、薬局など、さまざまな情報源で電子保健レコードを作成し、データを統合することができるようになった。このように、さまざまな情報システムのあいだで相互接続をする必要があり、さらに WHO-FIC の各種成果を統合的に使用するには、分類体系の設計で新たな青写真を作成する必要がある。

アプリケーション・ツール：完全な分類を作成しても、その分類が必ず実施されるとは限らない。使用者が財を実際に利用するかどうかは、現実世界での財のニーズと持続性の組み合わせによって異なる。分類を普及するには、適切なツールが必要になる。特定の加盟国のニーズに対応できるカスタマイズ可能な汎用ソリューションが必要である。この目的から、WHO-FIC ネットワークと関係者は、世界各国のユーザーのニーズに対応する一貫性のある見方を展開し、動作可能なプログラムと普及のためのビジネスウェアを作成する必要がある。

国際的差違：現在の保健情報には、大きな差異が存在する。一方には、電子データベースにすべての保健情報が正確に保管されている人々があり、もう一方では、健康上の大問題を抱える数十億の人々について、情報がまったくない状況である。体系的な対策がとられない限り、この差異は消えるどころか拡大すると考えられる。WHO-FIC ネットワークは、WHO 分類を世界各地に普及するため、体系的な作業を実施しているが、普及目標は達成されていない。基本的には、他のセクターのインフラストラクチャーの不足（人口動態統計など）、あるいは定常的な保健情報システムの欠如が原因で普及が阻まれている。このような問題に対応するには、問題解決のための知的な戦略が必要である（10 ページの第 2.1 項「インフォメーションパラドックス」を参照）。

電子健康アプリケーションの改訂、改正、同時性：分類体系は、使用されることにより、そして科学知識の発展により進化を続けている。1990 年に開催された世界保健総会の第 10 回改訂では、10 年以内の改訂周期の中でシステムの適切な改正を行なうものとするとして ICD が承認された。保健に使用されるアプリケーション、サービス、およびシステムは、異機種混合性があるため、ユーザーのニーズに応じて、国際的なツールの作成や改正を行なうことは大きな課題である。証拠に基づいてコンセンサスを構築するためには、共通フレームワークと透明なメカニズムが必要である。そうしたアプローチは、国内外の複数の関係者による協力を必要とし、実用的な共通ツールを目標とすべきである（各国の情報システムに利用可能な電子バージョンなど）。

プライマリー・ケア版：世界の大半の人は、プライマリー・ケアを求め、また実際の治療もプライマリー・ケアで受けている。しかしながら、現在の WHO-FIC の要素は、プライマリー・ケアでの使用には適していない。現在のものは複雑かつ詳細度が高く、ユーザーの便宜は考えられていない。プライマリー・ケア環境で、ユーザーが関連情報の取り込みや文書化をするための、使いやすい WHO-FIC を作成することは大きな課題である。

2. ポートフォリオの優先事項

2.1 インフォメーションパラドックス

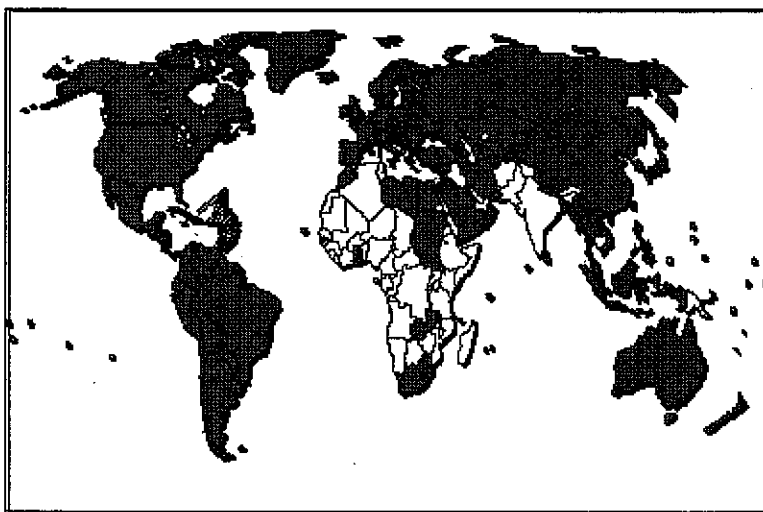
保健情報は、保健システムを一体で維持するための絆である。
ほとんどの国が、今より強力かつ統合性の高い情報システムを求めている。
たとえば、人口動態統計システムである。
これにより、出生数と死亡数を数えることができる。
こうしたシステムは、多くの国でまだ欠如している。
とくに疾病負荷の高い国で欠如している。
人々に数を数えさせるには、まず人を数えられるようにする必要がある。

J. W. リー (WHO 事務局長)

現在の世界には、残念ながら「インフォメーションパラドックス」がある。保健負荷が最も高く、保健を最も必要としている国ほど、情報の格差が大きい。そうした国は、情報が少ないばかりか、情報を生成、解析、提示、普及する能力（技能とシステム）も限られている。

図 2 は、WHO 加盟国から報告された死亡統計である。多くのアフリカ諸国および一部の東南アジア諸国は対象外となっている。このため、人口規模と保健負荷の両者について、重大な情報の格差が発生している。WHO 加盟国 192 カ国のうち 83 カ国は、最近の死亡データを提供することができない。その 83 カ国のうち 70 カ国の内訳は、アフリカ地域に 40 カ国、東地中海地域に 10 カ国、西太平洋地域に 20 カ国で、3 地域に集中している¹。

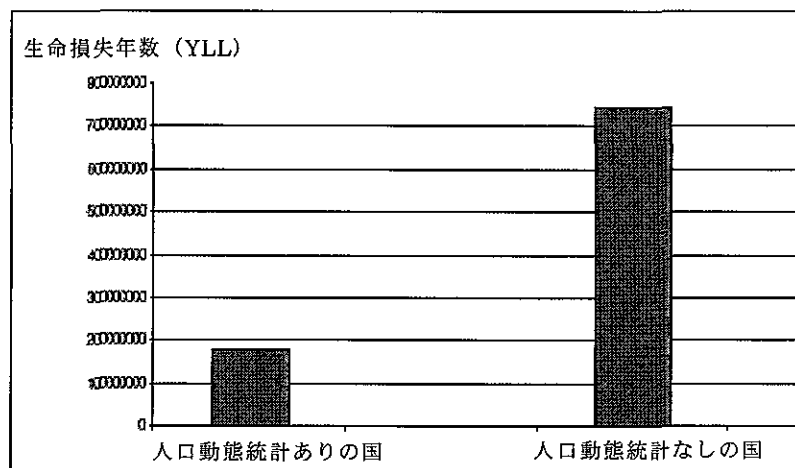
図 2：インフォメーションパラドックス：世界の死亡統計報告



基本的な死亡統計値を報告できない 83 カ国の死亡負荷は、報告が可能な国の 4.17 倍と推

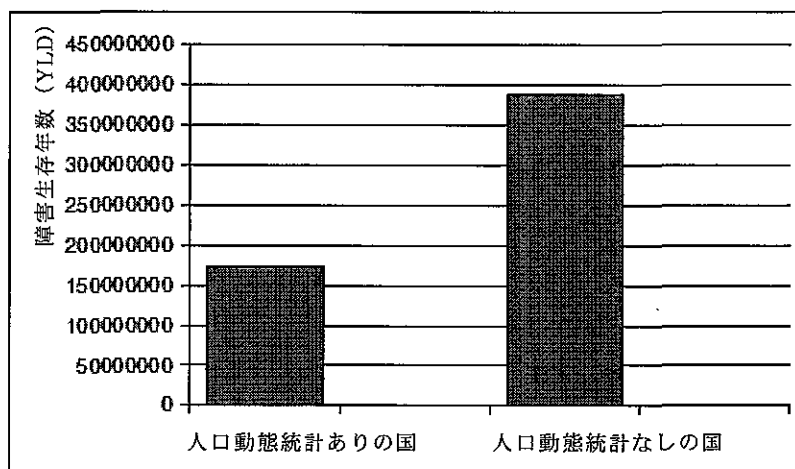
定されている。図3は、人口動態統計報告がある国とない国における、生命損失年数（YLL）による死亡負荷推定値の比較を示している。これらの国では、HIV/AIDS、結核、マラリアのほか、傷害や暴力の数値が大きいことから、この結果は驚くべき数値ではない。

図3：しっかりした人口動態統計システムがある国とない国の死亡負荷



死亡率のほか、健康の度合いも重要である。図4は、同様の条件で、障害生存年数（YLD）の比較を示している。

図4：しっかりした人口動態統計システムがある国とない国の障害負荷



現在、人口動態統計のない国では、出生数や死亡数に関する情報がない。さらに、ICDが普及されている国の場合でも、死亡原因の記録といった基本的な事項に対するICDの利用方法や整合性で大きな違いがある。多くの国がICD-9の使用を続けているが、完全分類の代わりに簡易分類リストを使用している国もある。コード処理が大幅に自動化されている国もあるが、すべて手動、またはほとんどが手動という国もある。コード処理が手動の国では、訓練を受けた事務員、またはレベルの高いコード処理担当者がコード処理を実施する場合、および認定医師が実施する場合がある。さらに、自動コード処理が利用されるか

どうかは、該当の言語バージョンが存在するかどうかも依存している。以上の要因により、死亡統計値を作成するときに大きな不整合が発生しており、リソースが豊富な WHO 加盟国のあいだでも、保健負荷の比較に悪影響が出ている。

戦略の方向性

- 「インフォメーションパラドックス」を主要フラグとして、各国政府と他の関係者の注意を引き、監視評価プログラムの一環として、人口動態統計システムを確立するための正しいインフラストラクチャーへの投資を推奨する。
- インフォメーションパラドックスがある国で利用できるような使いやすい ICD-10 死亡統計アプリケーションを開発し、世界医療行為プログラム (3by5、RBM、StopTB、IMCI など) 内部で使用できるようにして、実行可能性と実用性を示す。
- 加盟国を対象に、死亡率に関する ICD コード処理の普及についてレベルと品質を改善し、国内利用および国際利用のための死亡統計の品質と比較可能性を改善する。

ビジネスの推進要因

● 主な国際的保健イニシアティブの監視と評価

ミレニアム開発目標 (MDG) のほか、HIV/AIDS、マラリア、結核、小児疾病などの負荷を対象とした国際的な各種保健イニシアティブには、結果を監視するためのしっかりした情報ベースが必要である。ICD (できれば ICF も) と人口動態統計を普及し、成功率評価項目として構築すれば、死亡率の低下や健康の回復などにより、各種計画の有効性を評価できる。

● 信頼性のある情報を保健計画に提供する

アフリカ、南アジア、東南アジア、および東地中海地域に、死亡統計分類のための ICD-10 を徐々に普及できれば、これらの国の人々の健康が改善される。

● 加盟国の需要に応える

人口動態統計と保健情報システムの開発に関心を持つ国の多くは、独自の開発作業が困難である。適切な投資を行い、正しい教育と専門的なアドバイスがあれば、完成済みのソリューションを提供することにより、そうしたシステムを適用できる。

● 保健情報の改善の必要性

致命的な疾病の決定要因について影響度を定量化したり、不公平な保健を調査したりするため国のレベルや国際的なレベルの保健計画を支援するには、情報ツールの改善が必要である。

リスク便益分析

通常業務を実施した場合のシナリオ：WHO-FIC ネットワークは、分類の開発と普及について、通常の作業を実施しているが、実際に採用されるという保証はない。「WHO Nomenclature Regulations (WHO 用語体系規則)」という法的強制力はあるものの、これまでにそうした手段で状況が変化したことはない。「インフォメーションパラドックス」に対するこれまでの対応内容では、複数の重複する個別データ・システムが設立され、主に国際機関と支援団体のニーズを満足することであり、各国のニーズを満足するものではなかった。主な保健イニシアティブでは、現地データのスポット分析が行われ、大規模な国際比較は行なわれていない。情報格差を埋めるための調査は行なわれるが、検証や時系列的な検討は行なわれない。インフォメーションパラドックスがある国に人口動態統計システムを設立するための努力はほとんど実施されないか、あったとしても散発的である。資金がある場合は、翻訳や教育などの作業が必要に応じて実施されている。こうした問題に注意を向けず、リソースを割り当てることがなければ、格差は拡大し、将来の対応はさらに困難になる。

インフォメーションパラドックスに対する協力作業：人材や資金などのリソースについて、大規模な投資が必要となっている。リスクとしては、初期予想よりも多くのリソースが必要になると予想されている。しかし、死亡統計を監視するための複数の縦型プログラムを融合性することにより、大きな利益も得られる。重要な情報を入力することにより、保健システム・プラットフォームの融合性が取れる。重要なプログラムを採用、維持するだけの準備があるかなど、各国での情報レベルを評価することが重要になるであろう。その結果、国ごとに異なるアプローチをとることもできる。これにより、各地の利益を増加し、能力やネットワークを強化することもできる。

関連作業

- 人口動態統計は、人権問題として理解および提示する必要がある。一人ひとりの生命が重要である。そのことを示すために、少なくとも政府は登録を実施しなければならない。
- WHO は、加盟国における ICD データベースの普及についてデータベースを保有しており、特定の国については、その国のニーズ、人口動態統計システムに対するリソース、そして普及に対する障壁調査計画書を保有している。
- 死亡統計情報は重要な結果情報であり、すべての保健システムで、優先順位の高い保健情報項目として扱うべきである。すべての主要保健イニシアティブは、死亡統計情報を収集するために、正しい対策を実施する必要がある。
- パートナー機関との作業調整：国際的な主要保健イニシアティブ・プログラムの監視

と評価のため、ICDの普及を統合する。

- 死亡統計の報告は、「WHO Nomenclature Regulations (WHO用語体系規則)」により、1968年1月1日から法的義務となっていることを各国に喚起する。
- 死亡統計を改善するための戦略実施の準備状況について、「情報矛盾国」を等級付ける。国別の普及戦略では、死亡統計報告について国内の対象地域とその品質について考慮すべきである。
- 完全機能版の人口動態統計システムの開発を支援するほかに、代替オプションとして、維持可能で、コスト効率のよい抽出サンプル登録や口頭検視を制度化する。
- 正規の死亡診断書の使用、および自動コード処理ツールによる基本的な死亡原因の選択ができるように支援する。データ収集ツールの代わりに「簡易死亡統計リスト (SML)」を使用して、死亡統計報告を容易化する。
- WHO-FIC 協力センターの拡大（特にアフリカ、東南アジア、東地中海地域）。
- パートナーと支援提供者を見つけ、保健情報システムの一環として、人口動態統計の正しいシステムとICD（自動コード処理システムを含む）を普及するためのツールとプロジェクトを展開する。
- 死亡分類について、品質保証手順とベスト・プラクティスを作成、普及する。

予想される結果

- 死亡統計について、ICD対象範囲の拡大を強化する。特にインフォメーションパラドックスがある国に焦点を当て、2015年までに全世界を対象とすることを目標とする。
- インフォメーションパラドックスがある国を対象に、人口動態統計とICDの普及を支援するための支援提供者コミュニティの動員。
- 死因情報の品質と比較可能性の改善。

リソース

インフォメーションパラドックスを解決するには、出生数と死亡数のデータ収集を開始し、利用可能なすべての手段と各地のデータを利用して、文化と能力を構築する必要がある。情報の関連性、信頼性、有効性、比較可能性など、基本的な基準については、主な関係者との協議が必要である。

すでに実証済みの技術ソリューションも存在する。完全機能版の人口動態統計システムの開発を支援するほかに、代替オプションとして、維持可能で、コスト効率のよい抽出サン

ブル登録や口頭検視も制度化できる。個別調査によると、基本的な死因項目について、正しい死亡診断書と自動コード処理ツールを使用できることが実証されている。WHO-FICネットワークが作成した簡易死亡統計リスト（SML）によると、死亡の90%は、3文字コードによる100種類のICD-10で説明できることが示された。SMLには、関連ガイドラインと研修資料が付属している。さらに、116の追加原因項目があり、3by5諸国ではHIV/AIDSとその合併症について詳細度が改善された。加盟国と潜在的関係者との協力が得られれば、正しいツールを使用して、データ収集のためにこうした手段を普及できる。死亡の実態と原因については、適切なインフラストラクチャーがあれば記録ができる。維持可能な管理構造が存在しない場合でも、抽出サンプル登録調査により記録は可能である。その次の段階は、登録地域を拡大することと、死亡診断書の品質を改善することである。

一部のアフリカ諸国を対象にデモ・プロジェクトを実施し、人口動態統計や他の人口調査など、すべての基本手段を使用して、段階的かつ維持可能な方法で利用可能な技術を投入する必要がある。このような作業をすれば、これまで以上の死亡統計を得ることができ、対象地域でのデータ収集の例とすることができる。関連性、信頼性、有効性、比較可能性などのパラメーターについて証拠を提供し、そうした手段の文化適用性、輸送性、普及、採用を調査するには、集中的な詳細調査を実施する必要がある。

こうした調査を実施して、ICDの死亡統計対象範囲を拡大するには、資金と人材が必要である。資金と人材については、以下のようなリソースが考えられる。

- 関係加盟国
- 各国に対する税としての国際主要保健イニシアティブ
- ヘルス・メトリックス・ネットワークの応用プロジェクト
- 基金、その他の慈善金
- WHO-FIC 財による WHO の収益¹

すべての情報矛盾国を対象に、目標の規模で ICD の普及を実施するには、巨額の開発費用が必要になるが、そのためには人口動態統計システムの統合開発のパートナー機関（UNSD、UNDP、UNICEF、世界銀行など）の協力が必要である。関連加盟国にパッケージを採用するように説得することも重要である。

さらに、ICD-10 をさまざまな言語に対応させて、幅広い利用が行なわれると、世界全体の能力が高くなる。これにより、ICD 関連の研修財、研修担当者、専門家などの不足が低減す

¹ ICD-10 第 2 版（2004 年）のハードコピー版および電子コピー版のリリースにより、WHO は相当量の収益を得ることができると予想される。収益予想は、現在の課金方法、および分類を常に利用可能な状態に維持する WHO の態度に基づいている。WHO が 2002 年に採択したポリシーでは、財販売から得られる収益をプログラム分野で共有できる。この合意内容を運営、実施する必要がある。

る。研修に初期投資をすることは、システムの普及率を拡大するための人材の育成となる。

2.2 全国疾病統計から国際疾病統計へ：ICD XM

ICDは、死亡統計のほか、保健分野で疾病のコード処理にも利用できる。そうした利用のためには、国際対応のために、臨床応用版が必要であることがいくつかの国でわかっている。例としては、アメリカ合衆国（ICD-9 CM、ICD 10 CM）、オーストラリア（CD-10 AM）、カナダ（ICD-10 CA）、ドイツ（ICD-10 GM）がある。

変更は、主にケースミックス分類（aka 診断関連グループ DRG）に基づいて、償還制度とその関連目的のために使用されている。臨床応用版は、この目的で使用するために投資が正当化されたが、その後は定常報告にも使用されており、ケースミックス分類よりも幅広い用途で使用されている。

臨床応用版は、ICD 中心分類の延長である。これにより、中心分類に含まれない派生分類に、新しい項目を追加できる。したがって、これらの変更では、中心分類の改正や改訂で、準備済みの項目を提供できる。

臨床応用版を生成、維持するには、それぞれの国が巨額の投資をする必要があるが、その内容には共通点がたくさんある。しかし、さまざまな ICD-10 臨床応用版はそれぞれの互換性がなく、ICD-10 との完全な互換性もない。コード処理標準の少なくとも一部は、たとえば、罹病率の主要診断コードなど、国際規則とも異なる。この状態は、罹病データを国際比較するとき大きな問題となる。

他の多くの国でも、償還制度に利用するため、そしてケア購入計画の改善のため、機能するシステムを求めて、こうしたシステムの採用を試みている。

戦略の方向性

- WHO は、既存の臨床応用版の融合性を推進し、国際的な臨床応用版（作業名は「ICD-10-XM」）へと発展させ、連絡を推進して、可能であれば変更の収束を目指すべきである。
- ICD-10-XM は、システムの開発や維持を独自に実施するにはリソースが不足している国で、臨床応用版を（該当の追加項目を取り出すための「レゴ・システム」として）必要とする場合に利用できる。
- ICD-10-XM のバックボーンは、WHO が国際疾病統計を作成するのに利用できる。各国の変更は、ユーザーのニーズと科学の進歩を意味するので、WHO は、ICD の改正や改訂にもこれを利用できる。

- ICD-10-XM は、償還制度の業務用アプリケーションとして利用できる。マネージドケアと保険業界が国際化したことから、ICD-10-XM は、保健システムの管理に使用する業務用アプリケーションを開発するための論理ベースとなる。

ビジネスの推進要因

- 単一の共通プラットフォームによる効率

各国は、これまでに独自の臨床応用版を構築している。これらの変更は、積み重ねによる構築がされていないので相互に大きな差異が発生しており、さらに不足しているリソースを効率悪く使用している。さまざまなバージョンを保守することは、それぞれの臨床応用版を最新状態に維持するために、大量のリソースを必要とすることを意味する。単一の共通「XM」臨床応用版があれば、さまざまな開発内容のリンクと融合性が可能になる。重複を防止することもでき、開発計画を短縮することも可能だ。

- ICD の改正と改訂のための開発プラットフォーム

各国の臨床応用版は、ユーザーのニーズと科学の進歩を意味することから、ICD XM プラットフォームは当然の開発場所となる。

- ケースミックス分類を使用するには

十分な特異性と臨床現行性を得られるのは臨床応用版だけなので、ほとんどのケースミックスシステムは、ICD-9 または ICD-10 の臨床応用版を基本としている。分類の歴史の初めに WHO 推奨 XM 臨床応用版があることは、システム開発元にとって世界共通の基準が与えられることになる。

- 罹病データの比較可能性を国際レベルで確立するには

既存の臨床応用版と ICD-10 中心分類のあいだに互換性がないため、国際レベルでの罹病データの比較可能性が制限されている。

リスク便益分析

- ICD-10-XM が開発できない場合、各国は独自の臨床応用版を開発し、それぞれの差異はさらに拡大する。
- 作業には、高度の技術的な入力が必要となり、わずかながら省略とエラーも発生すると考えられる。
- 国際的な臨床応用版があれば、国際レベルでの罹病データの比較が可能になる。
- WHO は、臨床応用版を必要とし、独自の開発や維持ができない国を支援できる。ICD-10 の臨床応用版を独自に開発している国は、ICD-10-XM を基準とする可能性が高い。

- ICD-10-XM が開発されると、コーダーの教育訓練が容易になる。各国の教育計画と教育資料は、国際的な共通基準を使用して作成できる。これにより、リソースと技能スタッフを削減できる。

関連作業

- ICD-10 の XML データベース・バージョン、および既存臨床応用版のメタデータベースの開発。
- 融合性可能な分野の確認、使用規則の確立。
- 国際的な罹病報告に使用する簡易リストの作成：プライマリー・ケアでの利用の探索。
- 罹病分類に関する主要カリキュラムとベスト・プラクティスの開発と普及

予想される結果

ICD-10-XM は、電子ツール・データベースとして利用できるようにする。

ICD のプライマリー・ケア・バージョンについて考えられるコード体系。

リソース

臨床応用について ICD-XM メタデータベースを開発するには、時間とリソースが必要である。融合性は主に知的なプロセスであり、リソースを必要とする。WHO-FIC ネットワークは、リソースしだいであるが、この作業を指導および実行するのによい位置づけにある。

ICD XM は、国際的な保健情報標準として評価されることになる。ケースミックスシステム、DRG、臨床リスク・グループの基本となる。リソースの負荷を分散するため、システムの開発元やユーザーとの提携を模索すべきである。ICD-10-XM に関する国際的な教育作業もそのような提携業務に含むべきである。

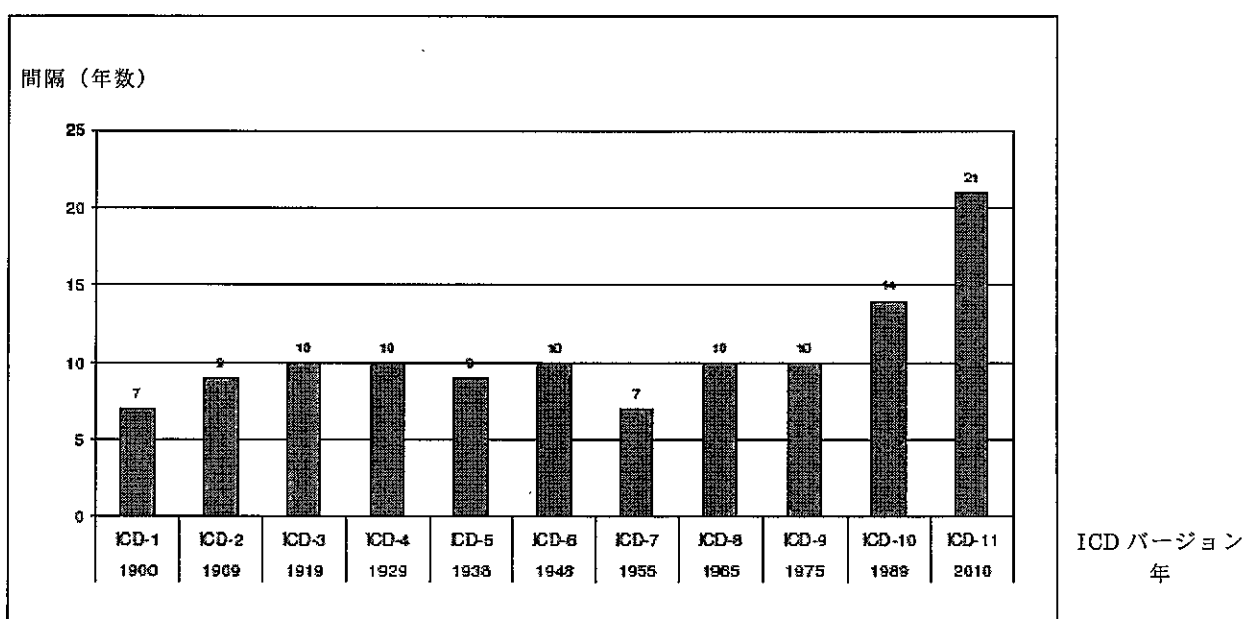
WHO の ICD に関する国際知的権利（IPR）と臨床応用版を保有する各国の国際知的権利を法的に整理し、ICD XM を開発するための明確な投資対効果を検討する必要がある。

ICD XM の作成に統合する用語は、科学的に既知の基本的な疾病過程を示す知的提示体系を介する必要がある。そのようなオントロジーのスペースが作成された場合、対応表を使用するのではなく、主要疾病項目との絶対的なマッピングができるので、ICD XM は比較的容易に作成できる。

2.3 ICDの改訂

ICDは、1989年の第10回改訂のための国際会議で承認され、1990年の第43回世界保健総会で採択された。同じ決議の条項(3)では、10年以内の改訂周期で改正プロセスを確立する必要が推奨されている(決議文は、[ハイパーリンク](#)で見ることができる: WHA ICD Resolution (WHA 43.24))。1900年から開始された改訂プロセスは、10年以内の周期でほぼ実施されてきたが、2010年に向けて意図的に20年の猶予期間があり、2010年以降にICDの広範囲な普及を目指している。

図5: ICD改訂の間隔



2010年までにICD-11の公布を準備するには、作業を今すぐ開始する必要がある。WHOは、ICDの改訂プロセスについて体系的な作業を開始し、加盟国とユーザーのニーズへの対応、および新しい科学知識の維持に努める必要がある。この作業は、構造的な変化や新しい疾病項目を必要とし、エビデンスに基づく大規模なレビュープロセスとなる。最終財は、使いやすい科学的なICD-11を目指す。このような改訂プロセスを実施すると、ICDを設計するときに、ICDを情報技術の中心要素として、また適切なリンクを備えた電子保健アプリケーションとして設計できる。

WHOは、ICDの大規模な改訂作業の開始を計画しているが、この作業に必要なリソースは、WHO-FICネットワークから調達される。改訂作業には複数の団体と専門家が参加し、病院、プライマリー・ケア、およびリハビリテーションや長期治療などのその他の保健環境における分類の使用方法を検討する。各種情報源から問題と対策提案を取得した後は、透過的な規則と知識共有ツールを利用して、エビデンスに基づく提案として統合する計画であ

る。この開発作業は、IT 技術とインターネットを使用して、定義済みのデータベース内で行なわれる。さまざまな専門家グループと協議を重ね、関連分類セクションをフィールド・テストで試す予定である。

戦略の方向性

- 加盟国、ユーザー、臨床医、管理者、患者、家族のニーズに対応する。使いやすい ICD-11。
- 新しい科学知識を取り入れ、エビデンスに基づくレビュープロセスを作成して、構造的変化、新しい疾病項目や情報などに対応する。
- 情報システムと電子保健アプリケーションの中心要素として ICD を再設計し、適切なリンクと用語や DRG などの支援ツールを準備し、すぐれた保健情報管理を目指す（例：電子保健記録の開発）。
- ネットワークの改善と複数のパートナーおよび関係者による普及。死亡統計記録、電子保健記録、臨床用語、運営計画、事業モデルなどを含む。

ビジネスの推進要因

- 文書化と分類のシステムに対するユーザーのニーズ
ICD-11 は現在の科学知識を統合し、分類を定期的に改正するメカニズムの確立を目指す。
- 保健情報システムとのリンク
近年、電子保健アプリケーションは大幅に拡張している。ICD -11 の設計では、電子保健記録、患者の安全と意思決定のための臨床ケア・システム、自動文書化、用語とのインターフェース、その他の分類などのニーズに対応する。

リスク便益分析

ICD-11 が今すぐには実施されない場合、保健科学が進歩しているために、ICD-10 は信頼性のあるシステムとしては陳腐化してしまう。専門グループは、独自の代替分類体系を使用しており、多くの国で大幅な変更を取り入れた独自の分類が開発されている。科学知識には、新しい疾病や遺伝因子が発見され、取り入れられており、ICD の分類は旧式化している。複数の体系が使用されると、比較可能性が大幅に失われる。

ICD-10 は、ICF および ICECI などのその他の関連分類以前に開発されたもので、概念的な不整合があるため、WHO-FIC 分類を総合的に統合して利用することはできない。

ICD の利用は、統計報告だけに制限されていた。しかし、今日の管理方式では、サービスの提供、治療の文書化、経費の説明義務などで、情報を積極的に利用する必要がある。ICD-11 は、そうした目的に沿って優れた設計を実施すれば、多くのユーザーが利用できるようになる。

関連作業

- 加盟国、複数の団体や専門家組織との協議により、保健ケアのさまざまな側面に対応する。
- インターネット・プラットフォームを複数言語で作成し、透過的な知識管理と共有メカニズムを使用して、すべての関係者が参加できるようにする。
- 各分野における重要な専門領域について専門家グループを召集する（腫瘍学、消化器病学、睡眠障害、精神衛生、その他）。
- WHO-FIC 内部の融合性の模索。ICD-0 のほか、ICECI や ICPC-2 の関連分類などの派生分類と ICD。さらに、ICF、ICHI も含めた、概念の重複と合同利用。
- 各国の分類体系の変更と ICD 臨床応用版 (ICDXM) を模索し、各国の分類体系のニーズがユーザーのニーズと科学の進歩を示すものとして、これに対応する。
- ICD-10 普及プロセスと ICD-10 改正プロセスの評価。
- 用語リンク、用語マッピング、索引、規則などの IT 要件と標準要件の模索。ICD-11 は、腫瘍学系の第三世代の分類として考案する。
- ドラフトの継続的な作成、承認前の体系的なフィールド・テストなどを含め、段階的開発プロセスを実施する。関連性、対象範囲、実用性、翻訳性、他の IT アプリケーションとのリンクなどを組み込む。
- トレーニング・ツールと普及ツール（コード処理ソフトウェア、IT システムとのリンク、翻訳ツール、ICD-10 とのブリッジ・コーディング、その他）のパッケージ化。
- 明確な連絡体系と普及戦略。

予想される結果

- 電子書式の ICD-11 を使用して、印刷、複数言語への翻訳、コーディング電子ツール、その他の複数のアプリケーションを実行できる。
- ICD-11 は、電子保健記録、患者の治療、管理ソフトウェアなど、その他の統合 IT ア

アプリケーションも利用できる。

● トレーニング用ツール

リソース

新しい知識を抽出し、分類体系を構築して、さまざまに活用できる技能者リソースは必要不可欠だが、見つけるのは難しい。中央保管場所から複数のチャンネルで情報を収集するようなシステムを設計するための中核的グループが必要である。

開発作業には、分類を現在使用中のユーザーと今後使用することになるユーザーの両者の協力が必要である。これには、技術専門家、臨床医、管理者、消費者などが含まれる。

事業全体を運営し、知識情報源から情報を常に抽出するには、大規模な資金が必要である。そのためには、XML 分類マークアップ言語を使用し、標準メタデータによる文書化を実施して、すべての開発作業をデータベース環境で実施するための IT リソースが必要となる。

2.4 保健活動の結果を評価するスイス・アーミー・ナイフ：ICF？

現在の保健情報システムは、どのような成果を達成できるかを証明するための評価が求められる段階にある。保健は改善されるのか。保健の結果を評価するには、共通の基準が必要である。たとえば、白内障がなくなれば、視力がよくなり、ヒザを取り替えれば動きがよくなる。さまざまな保健分野とその詳細項目は、ICF（国際生活機能分類－国際障害分類）によって分類が行なわれた。

WHO は、10 年にわたる一連のフィールド・テストの後、2001 年末に ICF を刊行した。以前の International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (WHO, 1980) の後、ICF が取って代わった。ICF は、複数の言語で作成され、アラビア語、中国語、英語、フランス語、ロシア語、スペイン語の 6 つの WHO 公式言語で同時に出版された。2001 年以降には、他の 28 言語のバージョンが準備されている。

ICF は、この分野の共通フレームワークの必要性を強調しているが、普及には、概念上のツール以上のものが必要である。ICF の活用分野は幅広く、各種調査、人口調査、統計、保健、社会保障、教育、労務、その他、多数の活動が含まれる。開発作業では、情報の共有、教育資材の作成、評価ツールの調整、フィールドでの使用評価などを確保し、総合的にダイナミックな普及戦略を開発する必要がある。

戦略の方向性

ICF を世界中に効果的に普及し、信頼性の高い意義のある情報を提供して、機能的な成果を達成する。

- ICF を保健成果の主要評価フレームワークとする。
- 世界の医療行為プログラム（3by5、RBM、StopTB、IMCI など）を使用して、効果的な治療の結果を評価するのに適し、使いやすく、ICF リンクがされた手段を開発する。
- 加盟国における保健および障害の ICF コード普及についてレベルと品質を改善し、国内外の保健と障害に関する統計の品質と比較可能性を改善する。

ビジネスの推進要因

● 各政府は結果について情報を望んでいる

政府は、保健システムの管理者として、結果に関するデータを求めている。現在は、生命を奪う疾病ではなく、障害をもたらす疾病が問題となっている。介入の効果をどのように評価するのか。ICF は、一連の治療を監視するためのデータを提供し、さまざまな業務を対象に比較ができる。高齢化による慢性疾患のため、保健状況の変化を監視する必要性が増加している。

● 消費者の権利が認識されている

保健に対する人々の権利について、また特に障害者に対する特別なニーズと障害者の社会参入について関心が高まっている。

● よりよいデータ収集に関する共通フレームワーク

結果データは重要であるが、標準が統一されていないと「バベルの塔」になってしまう。定義と評価方法を改善する必要がある。ICF を適用すると、保健成果を評価するときに通言語と共通基準を利用できる。

● 主要保健イニシアティブの効果の評価

主要保健イニシアティブは、他のすべての介入と同様に、パフォーマンス評価として成功度合いを評価する必要がある。たとえば、HIV/AIDS、結核、マラリアなどの介入を行った場合に、標準的な保健成果として、どのような成果を達成できたのかを知る必要がある。

リスク便益分析

現在の ICF の普及はまだ初期段階である。ICF は、国際標準として採用されているが、ICF の解釈はユーザーによって異なる。アプリケーション・ツールと専門知識は、現在も開発

中である。優れたアプリケーションに関する情報を潜在的ユーザーに伝えることができなければ、調整の欠如や重複作業はリスクとなる。

専門分野には独特の結果評価がある。共通フレームワークに専門分野を取り入れたり、移行したりすることは時間がかかり、ある程度の抵抗もある。共通の評価を実施することは、そうした評価を使用することで損失が発生することも考えられるので、歓迎されないかもしれない。

関連作業

- 調査、普及、使用、教育資料、各種作業に関する知識情報ネットワークの作成。
- 各種調査、人口調査、臨床環境に関する普及戦略の作成。評価と調整作業の調整。
- 主要保健イニシアティブの効果を監視するため、デモ・プロジェクトを選択し、ICFの実用性を示す。
- ICF系の評価手段およびアプリケーション手段を使用し、保健状況情報の説明値を改善する。例：ケースミックス・グルーピング（CMG）説明力の強化、および診断関連グルーピング（DRG）の展開において、ICFの付加価値を示す。
- SNOMED、その他の共通使用されているマイクロ分類と用語集について、ICFとのリンクを示す（例：国内の治療記録に関する米国の調査や英国の作業など）。
- 疾病管理プログラムと電子保健記録について、機能状況インディケータの組み込み。
- 障害証明書と年金制度をICFのビジネス・プランとして考慮する（通常は、保健省以外で扱われている）。

予想される結果

知識共有メカニズムの立ち上げと運営：ICFインターネット・サイトの調整とリンクにより、ICFの情報や調査結果を共有、促進する。

評価と調整に関する協力。

保健や障害の報告、臨床調査や疫学調査の結果評価、および障害証明などの戦略的に重要な分野で、2008年までにICF利用の実用性と可能性を示す。

2010年までに、ICF population norm、障害有病率などのICFに基づくデータ・セット。

リソース

ICF を効果的に普及し、デモ・プロジェクトを実施するには、健全な財政リソースと人的リソースが必要である。

現在の WHO のリソースは、ICF を普及し、インターネットで情報を普及するための総合的な支援を提供できる。

各国は、普及活動を実施するためのリソースを確認する必要がある。インフラストラクチャーの開発には、アプリケーション・ツールと教育資料（ICF イン・ボックス）やガイドラインの作成に集中する必要がある。資金調達活動では、さまざまな資源から必要な資金と人材を動員することに焦点を当てる。

- 関係ある国立機関および国際機関
- 民間および公共の提携先
- 国際的または各国の主な保健イニシアティブ
- 多国間または二国間の開発プログラム
- WHO-FIC 財の収益

2.5 可能な任務：医療行為の分類

医療行為は、実際に提供を行う保健システムに反映されるので、正しく評価することが重要である。そのためには、関連性のあるフレームワークが必要になる。しかし、医療行為に関する国際分類はない。WHO の International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) は 1979 年に作成され、現在では時代遅れになっている。しかし、各国が介入のための独自の分類を作成していることから、必要性は存在する。たとえば、Canadian Classification of Interventions (CCI)、NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP)、フランスの Classification des Actes Medicaux (CCAM)、英国の介入分類 (OPCS4)、Australian Classification of Health Interventions (ACHI) などがある。米国では、ICD-10 Procedure Classification System (ICD-10 PCS) が ICD-9-CM 第 3 巻に代わって ICD-10-CM とともに利用されている。

各国の分類体系の多くは、償還制度やケースミックス（診断関連）分類に使用されており、基本的には保健支出を説明する材料として利用されている。これらの分類は、特に医療介入と外科介入を対象としており、ほとんどは入院患者の治療に使用されている。開発ベースがそれぞれの地域にあることから、内容や形式が異なり、国際的な比較はできない。

医療行為については、WHO の分類体系の中にも食い違いがある。国際的にデータを比較でき、独自の介入分類がない国のニーズに対応し、そうした国が他の WHO WHO-FIC 加盟国と協力できるような分類が必要である。そうした必要性から、WHO-FIC ネットワークは、国際医療行為分類（ICHI）に向けての開始点として、Australian Classification of Health Interventions の国際化バージョンを作成および維持することを合意した。

現在の ICHI は、フィールド・テスト用ベータ版として、世界各地のユーザーのニーズに従って、可能性と実用性を検証している。現在は要約リストであり（死亡統計の ICD 専門表と同様のもの）、医療行為の分類については、拡張と詳細化が必要と考えられる。柔軟性の高い電子データベースがあれば、国際比較のための大分類と国内変更のための小分類のあいだをズームインしたり、ズームアウトしたりできる。国際比較では、国内版ほどの詳細度は必要ない。たとえば、国際レベルでは、帝王切開や子宮摘出の件数を必要とするが、詳細手順を知る必要はない。

戦略の方向性

1. 国際比較のための医療行為分類標準を提供する。
2. 手順分類のない国に基本的なフレームワークを提供し、医療行為に関する国内データの収集と重要介入項目の合意リスト（ICHI）について国際的な連絡ができるようにする。

ビジネスの推進要因

各国の介入分類が多数存在すること、国際的比較が必要なこと、さらに ICPM が長期にわたり成功していることから（オリジナル版と改訂版がまだ多くの国で使用されている）、国際分類ファミリーの枠組みで、医療行為に関する国際分類を新たに作成すべきである。

● WHO-FIC の加盟国として医療行為の格差に対応する

ICD と ICF は、医療行為分類と併せて使用すると、保健情報システム内部で診断データと監視データに実際の管理データを加えることができるので内容が強化される。

● 公衆保健、プライマリー・ケア、その他の非外科的治療について注意が必要である
外科と入院患者の治療は支出との関連性が深いことから、介入に関する既存の分類はこれらの項目に偏っている。しかし、医療行為の大半の項目は、外科以外の項目である。公衆保健、予防治療、プライマリー・ケア、その他の保健ケア（外科以外）の介入結果について、監視する必要がある。国際分類は、すべての医療行為項目を対象とする必要がある。

● 国際ケースミックス分類、または診断関連分類の計算に使用する

国際ケースミックス分類システムの多くは、リソースの割り振りや保健支出の流れの監視などで、意思決定のために使用されている。この目的では、ICD-9-CM（および今後のICD-10-AM）に基づく商用システムが求められている。十分な詳細度を備え、認知された国際的介入分類項目があれば、実用的な科学的基礎に基づいて、そうしたニーズに対応できる。

リスク便益分析

リソースのインプットを評価したり、個別の保健成果と公共の保健成果のアウトプットを評価したりするには、関連性のある介入分類が必要不可欠である。しかし、各国の開発作業には重複が多々あり、それぞれの国のシステムが異なるため、比較することはほぼ不可能である。

国際分類標準がないため、介入について意味のあるデータを国内で収集できない国がたくさんある。

関連作業

● 国際業務のための基準を確立する

目的：現在の ICHI ベータ版は、独自の分類体系を開発することができない国、および国家間比較を求める国を対象としている。独自の介入分類をすでに保有している国にとっては、ICHI は国際比較のために利用できる。

ICHI の開発プロセス：

- 第三世代分類体系のモデル・ケースとして使用し、用語コンポーネントと分類エレメントのリンク度合いを評価する。
- 各国の既存分類体系にある知識を収集および共有する。
- 索引と表のマージについて、可能性と実用性をテストする。
- 多軸分類化：医療行為は複雑かつ異種混合であること、さらにその提供方法を考慮した場合、情報は節減方式で取り込む必要がある。

● 分類科目を作成し、公衆保健、予防治療、プライマリー・ケア、関連保健、その他のコミュニティ関連の介入を対象とする。

● 分類は「目的に適している」必要がある。たとえば、英国では、介入分類は、償還制度のために必要とされている。ユーザーの観点からは、国際比較は、特定の目的に沿っている必要がある（原価計算のためなど）。

● 多くの国で保健制度の継続的な改革があり、ICHI のチャンスとなっている。ICHI の開

発では、プライマリー・ケアの介入と介入パッケージに関する課題も考慮する必要がある。

- 追加項目としては、「患者の安全」が考えられる。患者の安全に関する WHO の作業は、ICHI と併合する必要がある。

予想される結果

1. 介入分類を求める要望
2. 医療行為の国際比較に対する「共通の国際標準」

リソース

新しい国際分類を最初から作成するには、多くのリソースが必要になる。しかし、各国に既存の分類体系を使用して「共通構造」を開発する場合は、管理可能なコストで実施できる。そうした作業は、分類の専門家による小規模な国際チームを結成し、電子ツールを使用して実行できる。

健康保険の開発元にとって、国際的な介入分類の価値は明らかである。関係機関との提携によって、必要な基礎を得ることができる。

2.6 電子保健レコード：用語集と分類体系のリンク

患者の医療記録は、現代の情報技術により、電子書式の取り込みとコード化ができるようになった。この発展により、個別の患者または患者グループについて、データの記録、取得、分析が大きく進歩した。臨床医、患者の安全システム、結果報告、自動要約、統計監視、請求、リソースの割り振りについても、意思決定支援システムとの統合が可能になっている。

電子保健記録は、患者のデータを保存する主な手段として、標準用語で構成された臨床用語集を利用する。分類体系は、臨床保健と公衆保健に関する基本的な分類体系の集合体である。現在の用語集は、診断、保健状況、介入などに利用する場合、必要な分類体系としての構造が備えられていない。保健情報システムに一定の規則を組み込めば、関連用語を分類体系に「マッピング」することができる。証拠に基づくマッピングを使用して、用語集と分類体系をリンクすると、WHO-FIC は自動的にコード化でき、電子保健記録の情報価値は増加する。したがって WHO-FIC は、用語集の開発にとって重要なパートナーである。分類体系には用語集を使用し、すべての保健情報システムに標準機能として組み込むこと

により（WHO の貴重な知的財産を保護する）、分類体系はより普遍的に利用されるようになる。さらに、標準用語を使用することにより、整合性と比較可能性は増加する。

現在、先進国では大規模な開発作業が実施されている。特に米国と英国では、公共部門で SNOMED² Clinical Terminology を使用するためのライセンスが提供されている。この用語集は、College of American Pathologists が所有しているが、WHO-FIC の分類体系にマッピングすることが考えられている。用語集は、急成長中の新しい分野であり、競合開発元がほかにもたくさんいる。

戦略の方向性

保健情報システムで共通に利用される臨床用語集が、WHO-FIC の分類体系を正しく反映していることを確認する。

用語集の所有者にとって、WHO の知的財産が適切な条件で利用できるようにする。

ビジネスの推進要因

● 統合保健情報システムで使用する用語集と分類体系の効率

WHO-FIC 分類体系は、臨床用語集を使用し、包含条件と索引などの支援材料のほか、診断ガイドライン、正しいリンクを得るための基準などを部分的に利用する。必要なマッピングを生成するためのイニシアティブを開発する必要がある。統合が行なわれれば、自動コード処理を利用して、各国の保健統計の生成効率がよくなる。

● 罹病と障害のコードを比較可能にし、医療行為の有効性を得る。

用語集から分類体系にマッピングをすると、罹病統計（ICD）、結果評価（ICF）、および介入コード（ICHI）を得るための標準的な手段が得られ、医療行為の有効性を評価できる。

● WHO-FIC の幅広い適用によりリソースがさらに増加する

WHO-FIC 加盟国は、幅広い利用を行なう。マッピングが行なわれることで適用率が自然と広がり、WHO-FIC の維持と展開に有効となる。その結果、収益が生まれ、関連ツールをさらに開発することが可能になる。

リスク便益分析

臨床用語集に WHO-FIC 加盟国を加えることについて対応が不足していることは効率が悪

² SNOMED-CT : Systemized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms は、最大の臨床用語集である。米国では国家規格として、また英国の IT 国立プログラムの作業用プラットフォームとして採用されている（参照先：<http://www.snomed.org>）。

い。最悪の場合、他のオプションのために、WHO-FIC 加盟国が無視されることになる。存在論メカニズムが WHO の分類の基本となるべきである。21 世紀に、分類作業を用語集なしに進めることは考えられない。分類体系と用語集を代替要素として組み入れることは考え方が間違っている。意味のあるデータを作成し、意味のある要約メカニズムを作成するには、知識組織が低いレベルから高いレベルの分類体系を構築する必要がある。

用語集は、主に先進国で利用されている。言語バージョンの作成と検証については大きな課題がある。分類システムと用語集システムは、言語から独立した形態をとる必要があるが、言語に対する感性が必要である。真の国際的多言語フレームワークを作り、保健情報システムに分類体系と用語集を統合することが目的であるならば、巨額の投資を行って、偏った開発が行なわれないようにする必要がある。

米国や英国以外の英語圏の国では、SNOMED-CT によって、事実上のモノポリーができあがり、英語圏の国であっても参加できなくなるケースがあるのではないかと懸念がある。

臨床用語集は、分類体系よりも動的で進化が速いため、継続的なプロセスであるマッピング・プロセスにとっては課題である。

当面の課題は、SNOMED International に対する WHO-FIC 加盟国の支援である。技術課題や知的財産に関する課題も正しく処理する必要がある。SNOMED 関連の知的財産権の問題は、SNOMED を WHO-FIC 財にリンクする前に解決しておく必要がある。SNOMED の現在の IP モデルは、国際的に採用しても役に立たない。WHO が支援する用語集の基礎となり、すべての国と科学者コミュニティが受け入れられるような正しいモデルを見つける必要がある。

関連作業

- WHO-FIC ネットワークと主要用語集 (SNOMED、Galen、その他) のあいだに強力な関係を築く。
 - (i) 保健ケア・システムで共通に利用する臨床用語集が WHO-FIC の分類体系を支援するようにする。
 - (ii) WHO は、SNOMED CT の国際化など、国際的な用語集への努力をすべきである。
 - (iii) WHO は、信頼性と立場を活用して、指導的役割を果たし、国際標準となる用語集と分類体系が相互に尊重し、相互から独立するように確保する。
 - (iv) WHO の原則に従って、国際用語集標準に関する WHO の目標については、開放性、合意性、民主性を維持し、実績のある最新のコンピューター科学原理を使用する。

- 法的課題と著作権を調査する。
- マッピング検証プロセスを見つける。
- 言語バージョンの問題を考察する。

予想される結果

すべての臨床用語集から WHO-FIC へのマッピングについて、生産と検証のプロセスの合意。

臨床用語集からの検証済みマッピングが存在する WHO-FIC 分類体系の使用の拡大と整合性の改善。

保健情報システム内の臨床用語集の使用について、WHO-FIC 分類体系の商的使用に関する健全な法的基準と著作権。

WHO-FIC システムの継続的な長期利用と実用性の保護、および衰退や消滅の防止。

リソース

以下の開発には、十分な専門知識が必要である。

- 開発を継続するための健全な法的基準と著作権。
- マッピングの開発。
- 言語バージョンの問題の解決。

保健情報システムについて WHO-FIC と用語集の幅広い併用ができると、大規模な収益の流れを今後とも継続できる可能性がある。できるかできないかは、ビジネス・モデル、ライセンス契約、および著作権契約などが鍵となる。

3. 総合的な戦略の方向性

WHO は、過去 50 年にわたり最先端の分類体系財を提供し、世界的な利用ができるようになった。そうした分類体系は、これまでの世界の保健や保健ケアにおける変化を監視し、各国間、地域間、業務間の比較可能性を改善する役割を果たした。その結果、保健情報、分析、ポリシー支援など、WHO の中心的業務が改善された。

さらに優れた保健情報システムを構築し、管理性や実施義務の改善に向けて、多くの国で大規模な活動が実施されている。情報技術のおかげで大きな進歩があり、新しい標準が開発されている。WHO が分類体系の所有と開発を継続する場合（分類体系の開発を各国に任せたり、あるいは開発をまったく実施しない場合と比較して）、WHO は、開発作業に参加するだけにとどまらず、すべての関係者によるネットワークを作成し、分類体系の確立、維持、展開を率先して実行する必要がある。

さまざまな理由により、現在の考え方には問題がある。

- これまでの WHO の分類体系は、国際的な公共財として扱われ、開発は、WHO の内部基金と協力センターからの現物支給による寄付でまかなわれてきた。例外的に予算外の資金が調達された場合もあるが、そうした場合には、開発の意図がそれている、あるいは所有権や支持の方向がゆがんでいると見られた場合もある。活動は長期的に資金が不足しており、分類に関する定常作業でさえ十分なレベルで対応できていない。分類活動は、人の好意に甘んじて、ボランティアの利用可能性や時間枠に頼るわけにはいかない。分類体系に見合った収益を生むため、ビジネス・モデルの徹底的な再考察を緊急に開始し、官民の提携モデルを構築して、ユーザーにソリューションを提供する必要がある。
- 国際標準としての分類体系へのこれまでのアプローチは官僚的アプローチであり、財について、規制、決議、規定が強制的に採択されるなど、マーケット・ニーズに対する体系的な注意は払われなかった。その結果、インフォメーションパラドックスが発生し、市場の失敗を引き起こしている。情報を最も必要としている人々がこの情報ツールを最も利用できないでいる。このような市場の失敗に対応するには、官僚主義や技術主義を超えたソリューションが必要である。
- 分類作業による標準は、先進国と情報矛盾国の両方で、ともに共通標準として利用することができる。情報技術については、分類作業の標準は、簡単なシステムから複雑なシステムにいたるまで、さまざまなレベルで提示が可能である。
- 保健情報システムの世界は、急速な成長を遂げている。WHO の分類体系は、この分野のユーザー需要に追いつくことができず、インターネット上で利用や実行が可能な電

子版の分類バージョンを作成するなど、最小限の要件に対応しているに過ぎない。用語集や電子版の保健記録とリンクするなど、実用的なツールを普及し、保健情報システムにおける分類体系の利用方法を改善するには、リソースの追加と異なる管理アプローチが必要である。教育プログラムや品質保証手順を作成する場合も同様である。

幅広い作業範囲が大きな課題：一方には、先進諸国の電子保健システムに適した分類の作成があり、もう一方には、情報矛盾国での基本的な保健情報システムの普及がある。WHOとWHOネットワークは、このように幅広く多面的な作業にどのように対応できるであろうか。希望と目標をどのように設定すべきであろうか。WHOの総合的な国際作業プログラムの内部で、共通の理解をまとめる必要がある。

保健システムと分類体系に関するWHOの作業

保健システムに関するWHOの作業は、運営上、HISおよび該当の分類インフラストラクチャーにリンクする必要がある。このリンクを初期段階で確認し、開発課題に関する考慮事項を考える必要がある。WHOの該当地域ではプライマリー・ケアが重要であることから、プライマリー・ケア環境の間で保健情報システムと分類体系の実用性を確保するための体系的作業を優先すべきである。国民の健康、および保健制度について、1次、2次、3次レベルを包含するような統合システムの構築が必要である。分類体系とHISは、保健システム作業の「神経系統」としての主要情報ネットワークとして扱うべきである。

保健情報システムと分類体系

既存の「保健情報システム（HIS）」は、通常は利用可能なデータを収集して作成した非体系的なものであり、アーキテクチャーに関する総合的な詳細検討はされておらず、どのような情報を取得すべきか、どのような手段やツールを使用すべきか、意味のある報告を作成するためにデータをどのように分析するかなどは考慮されていない。WHO-FICは、保健情報システムについて、このような内容を便利な方法で提供している。こうした情報モデルは、新しいHISを構築したり、既存のHISを改善するときに、さまざまな複雑度合いで活用できる。死亡統計、罹病統計、障害統計、保健統計、医療行為統計、その他の保健システム項目など、さまざまな次元について、体系的な方法で情報を取り込むことが最も重要である。

分類ツールとアプリケーション・ツール

WHOの分類体系を普及する場合の基本的な問題として、実用的なツールが欠如していることがあげられる（コーディング機器、コンピューター・システム、教育資料など）。そうした欠如に対しては、必要に応じてツールを作成するなど、一貫性のある戦略で対応すべき

である。さらに資料やツールについては、開発と普及の両方の戦略で民間部門との協力が必要である。

保健情報標準の主要開発元としての WHO

WHO と WHO の協力ネットワークは、すべての経験と技能を活用し、戦略的作業計画を作成して、現在のビジネス・プランに組み込んでいる。さまざまな適用分野で問題が確認されており、問題解決のための提案もあるが、それにはリソースが必要である。現在のところ、WHO を保健情報標準の主要開発元として、また所有者として再確立するには、以下の問題に対応する必要がある。

- この作業の指導と管理を WHO はどのように実施できるか。WHO 本部、地域事務局、協力センター、その他の公共パートナーは、どのような調整をすべきか。
- WHO は、保健情報システムの分類ツールとして、そしてその利用率を拡大するため、各加盟国の作業を一貫性のある形態でどのようにまとめることができるか。
- ISO や CEN などの他の標準規格機関とどのような関係を結ぶべきか。分類体系における国際標準の要件について、開発、適用、維持をどのようにするか。
- HL7 や SNOMED International などの新しい標準機構に対して WHO をどのように位置づけるか。このような標準は分類と相互作用することから、エンド・ユーザーから大きな需要がある。
- WHO は、保健情報分野で、民間企業のパートナーをどのように活用できるか。

分類作業の資金

- WHO Executive Board と世界保健総会に対する分類作業の現状と見通し。参加する各国は、これを討議項目として扱う必要がある。
- WHO は、ICD や ICF などの既存の中心分類体系を支援することを最優先事項とすべきである。この作業を WHO が実施しない場合、WHO 以外に実施できる機関はないため、WHO は重要機能のひとつを実施できなくなる。最適なレベルで中心的な作業を実施できるように対策を講ずるべきである。
- WHO 内部の財政分散化により、分類作業に対する地域予算の使用方法を考える必要がある。
- 分類作業には、国際的な認知がさらに必要である。個別の加盟国と WHO との二者間会議で分類作業について討議を実施すれば、WHO にとって国際的な認知を得るための手

チャンスとなる。

- WHO は、国際的な公共財を管理するための「基礎」の確立を考慮すべきである。これにより、売上とライセンス供与による収益が生まれ、この分野での今後の開発の資金を作ることができる。PAHO は、そうしたことを PAHEF (Pan American Health and Education Foundation) と協力して実施しており、これと同様のアプローチを実行できる。そうしたアプローチを体系的に模索すべきである。
- WHO は、収益共有メカニズムを作成し、ICD と ICF の書籍販売とライセンス供与から得られる収益の一部を分類作業のために活用すべきである。現在、分類から生まれる収益は、すべて回転販売資金に使用されている。WHO は、「WHO プレス」を作成し、出版ポリシーの一貫性が高くなった。その結果、出版部門と技術部門のあいだの収益共有の課題の見直しが現在実施されている。WHO はポリシーを見直すことによって、収益共有メカニズムが見つかることを期待している。
- 追加の予算源を動員することが重要である。WHO 事務局は、総合的な分類作業計画に従って、寄付提供機関とプロジェクト設定活動について、契約の締結や可能性の模索を積極的に実施している。
- WHO は、International Standard Terminology Organization を収容し、SNOMED の国際化、および WHO-FIC と用語集のリンクを実施できる。WHO 内部に、国際的な財団や国政保健標準管理機構を設置できれば、特定の目的で資金を取り付けることができる。
- WHO の民間部門との契約規則は、情報技術産業の現実に応じた適用が必要である。現在の規則は、主に薬品産業を対象としている。

¹ AFRO : WHO アフリカ地域の加盟国 46 カ国のうち、WHO の死亡統計データベースにデータを提供しているのは 6 カ国だけである (カボ・ベルデ、ガーナ、モーリシャス、セイシェル、南アフリカ、ザンビア)。

AMRO : WHO アメリカ地域の加盟国 35 カ国は、すべての国で ICD-10 を普及しているが、死亡統計データを提供していないのは 3 カ国だけである (ドミニカ、グアテマラ、トリニダード・トバゴ)。

EMRO : WHO 東地中海地域の加盟国 21 カ国のうち、10 カ国は ICD-10 が未普及で、死亡統計データベースにデータを提供できない (アフガニスタン、ジブティ、イラク、レバノン、パキスタン、サウジアラビア、ソマリア、スーダン、チュニジア、アラブ首長国連邦)。

EURO : WHO ヨーロッパ地域の加盟国 52 カ国のうち、ICD-10 に従った死亡統計データを提供できないのは、現在 7 カ国だけである (アルメニア、ブルガリア、ギリシャ、カザフスタン、モナコ、サンマリノ、マケドニア旧ユーゴスラビア共和国)。

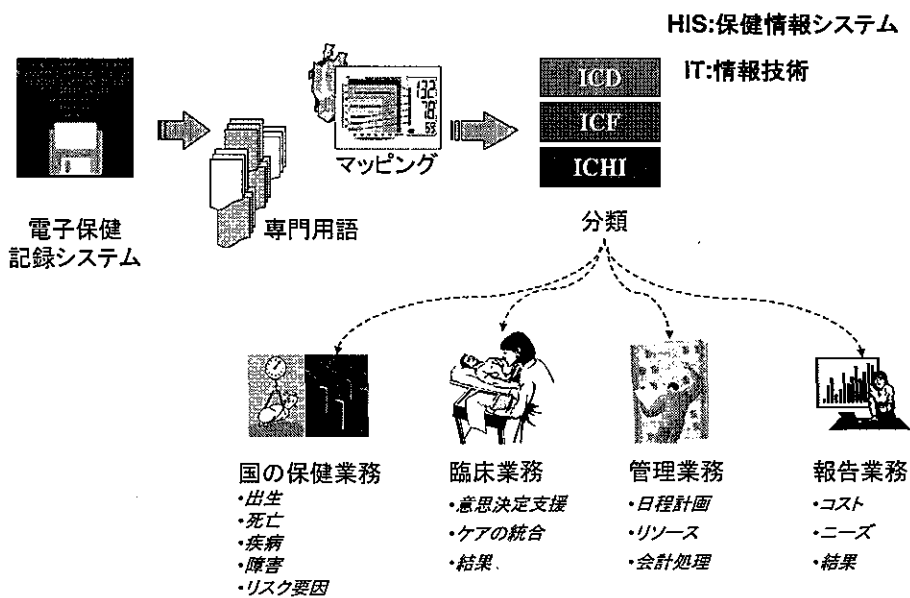
SEARO : WHO 東南アジア地域の加盟国 11 カ国のうち、ICD-10 が普及されていないのは 3 カ国だけである (ブータン、東ティモール、および最も重要なインド)。

WPRO : WHO 西太平洋地域の加盟国 27 カ国のうち、ICD-10 を普及したのは 7 カ国だけである (オーストラリア、中国、日本、ニュージーランド、パプアニューギニア、韓国)。

最近のICDの動向について

(WHO公表資料より抜粋)

HISおよびITを用いたWHO分類



ICD改訂プロセス

- 規則の起草
 - 分類ガイドライン
 - 定義・診断・索引化／マッピング・ガイドライン
- 全体構造の設計
- 各章の起草
- ICD全体の監督
 - アルファ草案－体系的な意見
 - ベータ草案－フィールド・テスト
- 最終草案
 - WHA(世界保健総会)による承認
(World Health Assembly)

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
 - 調査
 - 検証研究
 - 既存研究のアドオン・プロトコル
 - メタ分析
2. 臨床ストリーム
 - 臨床実用性－患者報告とのリンク
 - 治療反応
 - 表現型：性状形態に対する遺伝子
3. 公衆保健ストリーム
 - 保健制度－社会－サービス提供への影響
 - リソース管理－補償－会計処理
 - ITアプリケーション－用語体系

ICD改善アプリケーション

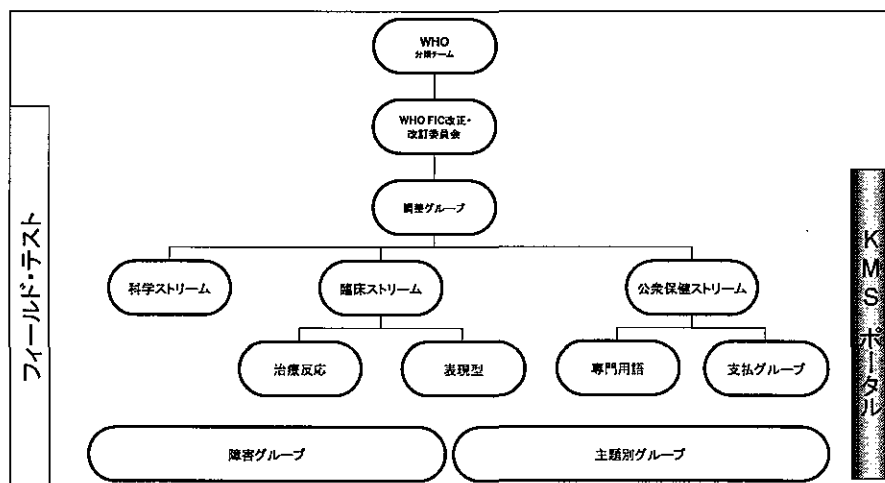
ICD知識ポータルの一環として、

三つの主要アプリケーションを構想：

1. ICD-10+アプリケーション
(ICD-10のままの一部改正)
2. ICD-11草案作成
3. (ICD -用語/オントロジーツール)*

*恐らくは表示のみ、直接的なWEB入力はなし

改訂プロセスの構造



平成18年7月18日
統計情報部人口動態・保健統計課

ICD-10（2003年版）適用に伴う人口動態統計月報（概数）における死因統計の変動等について【情報提供】

我が国の人口動態統計等に用いる疾病、傷害及び死因の統計分類については、平成18年1月1日より、世界保健機関（WHO）より勧告された「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」第10回修正（改訂：リビジョン）の2003年改正版（アップデート）（以下「ICD-10（2003年版）」という。）が適用されている。

ICD-10（2003年版）の新しい死因分類及び分類ルールが適用されたことに伴い、下記のとおり「人口動態統計月報（概数）（平成18年1月分）」の死因統計（「死因簡単分類」及び「感染症分類」）において、これまで用いていたICD-10（1990年版）から変動等が生じている。

ICD-10（2003年版）の適用に伴うICD-10（1990年版）からの主な変更点については、「ICD-10（2003年版）・主な変更点」（別紙）を参照されたい。

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ることに留意が必要である。

今後も引き続き、ICD-10（2003年版）の適用に伴う影響が死因統計上どのように現れるか調べていきたい。

記

1. C型肝炎の一部を慢性として取り扱うことによる影響（「感染症分類」（注1））
C型肝炎について、急性か慢性か不明なものについては全て、急性という取扱いを行ってきたところであるが、ICD-10（2003年版）の適用に伴い、期間不明又は6ヶ月以上のC型肝炎は、慢性として取り扱うこととなり、急性C型肝炎の範囲が縮小する。

人口動態統計月報（概数）の段階で公表される統計には、C型肝炎について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、感染症

分類の表でB型肝炎及びC型肝炎を含めた「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る。なお、C型肝炎を急性・慢性に区分した統計については、人口動態統計年報において公表する。

○ 感染症分類、死因簡単分類（注1） 死亡数・対前年同月比

感染症 分類コード	死因 (感染症分類)	1月		
		平成18年 (件数)	平成17年 (件数)	対前年同月比 (対前年=100)
In505	急性ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く)	36	444	8

※ 急性ウイルス性肝炎として分類されていたC型肝炎の一部が、慢性に分類されたことによる。

死因簡単 分類コード	死因	1月		
		平成18年 (件数)	平成17年 (件数)	対前年同月比 (対前年=100)
01402	C型肝炎	464	462	100

※ C型肝炎は急性も慢性も含むものであり、範囲の変更はない。

2. 耐性菌に関する新分類の追加による改変（「感染症分類」）

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った。

感染症 分類コード	死因 (感染症分類)	平成18年 1月(件数)
In528	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症	0
In529	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	0
In532	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	0
In538	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	116
In539	薬剤耐性緑膿菌感染症	1

※ バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、薬剤耐性緑膿菌（MDRP）

3. 分類ルール（原死因選択ルール）の変更による主な影響（「死因簡単分類」）
死因統計は、原死因（注2）による統計であり、原死因は死亡届に記載される死亡診断書の情報から、ルールに基づき選択・決定されている。

- (1) 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」に分類されてきたところであるが、今回の改正により、これらは「不明確な病態」とされ、死亡診断書の情報に基づき可能な限り原死因を選びなおし、他の病態を原死因に選択することとなった。

このため、当該ルールの変更による影響としては、「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、それらの病態と共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る。

- (2) 「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った。

このため、当該ルールの変更による影響としては、「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る。

- (3) 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った。

このため、当該ルールの変更による影響としては、「血管性及び詳細不明の認知症」の件数が増加する方向に、「脳内出血」及び「脳梗塞」の件数が減少する方向に働くこととなる。

○ 死因簡単分類 死亡数・対前年同月比

死因簡単分類コード	死因	1月		
		平成18年 (件数)	平成17年 (件数)	対前年同月比 (対前年=100)
03100	貧血	155	179	87
04200	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	594	592	100
05100	血管性及び詳細不明の認知症	403	332	121
06300	パーキンソン病	386	373	103
06400	アルツハイマー病	220	169	130
06500	その他の神経系の疾患	567	511	111
09206	不整脈及び伝導障害	2,354	2,357	100
09302	脳内出血	3,592	3,353	107
09303	脳梗塞	8,004	7,976	100
09500	その他の循環器系の疾患	589	633	93
10600	その他の呼吸器系の疾患	3,582	3,804	94

※ 人口動態統計月報（概数）（平成18年1月分）においては、「貧血」、「その他の循環器系疾患」及び「その他の呼吸器系の疾患」の件数は、減少傾向にある。また、「血管性及び詳細不明の認知症」、「パーキンソン病」、「アルツハイマー病」及び「脳内出血」の件数は増加傾向にある。

（注1） 人口動態統計に使用する主な死因の分類

	分類数
○ 疾病、傷害及び死因の統計分類 死因基本分類 (人口動態統計年報のみ)	約 14,000
○ 死因簡単分類	132 34 56 88
○ 選択死因分類	
○ 乳児死因簡単分類	
○ 感染症分類	

(人口動態統計月報でも対応)

（注2） 原死因：死亡の防止という観点から、病的事象の連鎖を切るか、ある時点で疾病を治すことが重要である。また、最も効果的な公衆衛生活動の目的は、その活動によって、原因を防止することである。この目的のためにWHOにより以下のように定義された死因。人口動態等では単に死因といている。

<定義>

- ・ 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
- ・ 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況

I C D - 1 0 (2 0 0 3 年 版) ・ 主 な 変 更 点

I I C D - 1 0 (2 0 0 3 年 版) 適 用 の 経 緯

疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正（ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision）は、1990年5月、第43回世界保健機関（WHO）総会において採択され、わが国では平成7年1月からこれを使用することとし、人口動態統計も平成7年1月分からICD-10に基づいて分類している。

その後、医学の進歩等に対応するため一部改正が行われ1998年以降2003年までの改正が集積されたICD-10（第2版）が2004年10月にWHOより勧告された。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））について平成17年7月に社会保障審議会統計分科会より答申がなされ、平成17年10月の総務省告示第1147号に基づき、人口動態統計においても平成18年1月分から適用することとなった。

II I C D - 1 0 (2 0 0 3 年 版) の 主 な 改 正 点

1. WHO 勧告に基づく改正

(1) 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

(2) 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

(3) 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

(4) 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た。

2. 法令の改正等に基づく名称の変更

精神分裂病 → 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

等

III 今後の対応

WHO は今後も継続的に ICD-10 の改正（アップデート）を行うとともに、ICD-11（リビジョン）に向けての検討についても開始したところである。

わが国においても、ICD の国内への普及・啓発及び国際的動向に対応するため社会保障審議会統計分科会の下に疾病、傷害及び死因分類専門委員会を設置し、恒常的な検討を行うこととしている。

死因简单分類別にみた死亡数 (2-1)

(月報 (概数) 第4表より抜粋)

死因简单 分類コード	死 因	1月		
		実 数		
		平成18年	平成17年	差引増減
	総 数	108 385	102 494	5 891
01000	感染症及び寄生虫症	2 278	2 139	139
01100	腸管感染症	205	229	△ 24
01200	結 核	205	184	21
01201	呼吸器結核	175	167	8
01202	その他の結核	30	17	13
01300	敗 血 症	862	693	169
01400	ウイルス肝炎	561	576	△ 15
01401	B型ウイルス肝炎	61	79	△ 18
01402	C型ウイルス肝炎	464	462	2
01403	その他のウイルス肝炎	36	35	1
01500	ヒト免疫不全ウイルス [H I V] 病	8	7	1
01600	その他の感染症及び寄生虫症	437	450	△ 13
02000	新 生 物	29 213	28 629	584
02100	悪性新生物	28 307	27 785	522
02101	口唇、口腔及び咽頭の悪性新生物	442	484	△ 42
02102	食道の悪性新生物	1 048	969	79
02103	胃の悪性新生物	4 333	4 341	△ 8
02104	結腸の悪性新生物	2 252	2 233	19
02105	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	1 184	1 175	9
02106	肝及び肝内胆管の悪性新生物	2 985	2 916	69
02107	胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	1 367	1 456	△ 89
02108	膵の悪性新生物	1 969	1 951	18
02109	喉頭の悪性新生物	85	101	△ 16
02110	気管、気管支及び肺の悪性新生物	5 589	5 240	349
02111	皮膚の悪性新生物	108	83	25
02112	乳房の悪性新生物	977	956	21
02113	子宮の悪性新生物 ¹⁾	451	454	△ 3
02114	卵巣の悪性新生物 ¹⁾	341	370	△ 29
02115	前立腺の悪性新生物 ²⁾	879	781	98
02116	膀胱の悪性新生物	488	530	△ 42
02117	中枢神経系の悪性新生物	155	148	7
02118	悪性リンパ腫	747	786	△ 39
02119	白 血 病	650	581	69
02120	その他のリンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物	364	338	26
02121	その他の悪性新生物	1 893	1 892	1
02200	その他の新生物	906	844	62
02201	中枢神経系のその他の新生物	270	259	11
02202	中枢神経系を除くその他の新生物	636	585	51
03000	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	423	407	16
03100	貧 血	155	179	△ 24
03200	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	268	228	40
04000	内分泌、栄養及び代謝疾患	2 116	1 983	133
04100	糖 尿 病	1 522	1 391	131
04200	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	594	592	2
05000	精神及び行動の障害	534	460	74
05100	血管性及び詳細不明の認知症	403	332	71
05200	その他の精神及び行動の障害	131	128	3
06000	神経系の疾患	1 373	1 245	128
06100	髄 膜 炎	30	40	△ 10
06200	脊髄性筋萎縮症及び関連症候群	170	152	18
06300	パーキンソン病	386	373	13
06400	アルツハイマー病	220	169	51
06500	その他の神経系の疾患	567	511	56
07000	眼及び付属器の疾患	1	-	1
08000	耳及び乳様突起の疾患	4	-	4
09000	循環器系の疾患	35 685	34 048	1 637
09100	高血圧性疾患	667	593	74
09101	高血圧性心疾患及び心腎疾患	390	352	38
09102	その他の高血圧性疾患	277	241	36
09200	心疾患 (高血圧性を除く)	19 822	18 514	1 308
09201	慢性リウマチ性心疾患	265	231	34
09202	急性心筋梗塞	5 512	5 241	271
09203	その他の虚血性心疾患	3 618	3 243	375
09204	慢性非リウマチ性心内膜疾患	804	734	70
09205	心 筋 症	347	315	32
09206	不整脈及び伝導障害	2 354	2 357	△ 3

死因簡単分類別にみた死亡数（2-2）

死因簡単 分類コード	死 因	1月		
		実 数		差引増減
		平成18年	平成17年	
09207	心不全	6 450	5 961	489
09208	その他の心疾患	472	432	40
09300	脳血管疾患	13 488	13 192	296
09301	くも膜下出血	1 456	1 458	△ 2
09302	脳内出血	3 592	3 353	239
09303	脳梗塞	8 004	7 976	28
09304	その他の脳血管疾患	436	405	31
09400	大動脈瘤及び解離	1 119	1 116	3
09500	その他の循環器系疾患	589	633	△ 44
10000	呼吸器系の疾患	17 837	15 773	2 064
10100	インフルエンザ	349	20	329
10200	肺炎	11 973	10 221	1 752
10300	急性気管支炎	133	101	32
10400	慢性閉塞性肺疾患	1 450	1 272	178
10500	喘息	350	355	△ 5
10600	その他の呼吸器系の疾患	3 582	3 804	△ 222
11000	消化器系の疾患	4 239	3 954	285
11100	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	366	336	30
11200	ヘルニア及び腸閉塞	559	458	101
11300	肝疾患	1 653	1 570	83
11301	肝硬変（アルコール性を除く）	955	904	51
11302	その他の肝疾患	698	666	32
11400	その他の消化器系の疾患	1 661	1 590	71
12000	皮膚及び皮下組織の疾患	106	91	15
13000	筋骨格系及び結合組織の疾患	449	427	22
14000	腎尿路生殖器系の疾患	2 713	2 582	131
14100	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	311	260	51
14200	腎不全	2 092	2 023	69
14201	急性腎不全	426	393	33
14202	慢性腎不全	1 126	1 116	10
14203	詳細不明の腎不全	540	514	26
14300	その他の腎尿路生殖器系の疾患	310	299	11
15000	妊娠、分娩及び産後 ¹⁾	7	8	△ 1
16000	周産期に発生した病態	74	83	△ 9
16100	妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	8	5	3
16200	出産外傷	1	-	1
16300	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	33	46	△ 13
16400	周産期に特異的な感染症	4	2	2
16500	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	16	20	△ 4
16600	その他の周産期に発生した病態	12	10	2
17000	先天奇形、変形及び染色体異常	200	186	14
17100	神経系の先天奇形	12	5	7
17200	循環器系の先天奇形	103	99	4
17201	心臓の先天奇形	75	76	△ 1
17202	その他の循環器系の先天奇形	28	23	5
17300	消化器系の先天奇形	7	4	3
17400	その他の先天奇形及び変形	57	56	1
17500	染色体異常、他に分類されないもの	21	22	△ 1
18000	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	3 996	3 421	575
18100	老 衰	2 889	2 594	295
18200	乳幼児突然死症候群	23	28	△ 5
18300	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に 分類されないもの	1 084	799	285
20000	傷病及び死亡の外因	7 137	7 058	79
20100	不慮の事故	4 418	4 218	200
20101	交通事故	751	772	△ 21
20102	転倒・転落	569	564	5
20103	不慮の溺死及び溺水	824	743	81
20104	不慮の窒息	1 295	1 270	25
20105	煙、火及び火災への曝露	268	201	67
20106	有害物質による不慮の中毒及び有害物質への曝露	96	101	△ 5
20107	その他の不慮の事故	615	567	48
20200	自 殺	2 288	2 344	△ 56
20300	他 殺	44	57	△ 13
20400	その他の外因	387	439	△ 52
22000	特殊目的用コード	-	...	...
22100	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	-	...	...

死因（感染症分類）別にみた死亡数（2-1）

（月報（概数）第7表より抜粋）

感染症 分類コード	死 因 (感染症分類)	1 月		
		平成18年	平成17年	差引増減
In 101	エボラ出血熱	-	-	-
In 102	クリミア・コンゴ出血熱	-	-	-
In 103	重症急性呼吸器症候群 (病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る)	-	-	-
In 104	痘そう	-	-	-
In 105	ペスト	-	-	-
In 106	マールブルグ病	-	-	-
In 107	ラッサ熱	-	-	-
In 201	急性灰白髄炎	-	-	-
In 202	コレラ	-	-	-
In 203	細菌性赤痢	-	-	-
In 204	ジフテリア	-	-	-
In 205	腸チフス	-	-	-
In 206	パラチフス	-	-	-
In 301	腸管出血性大腸菌感染症	-	-	-
In 401	E型肝炎	-	-	-
In 402	ウエストナイル熱	-	-	-
In 403	A型肝炎	-	1	△ 1
In 404	エキノコックス症	-	-	-
In 405	黄熱	-	-	-
In 406	オウム病	-	-	-
In 407	回帰熱	-	-	-
In 408	Q熱	-	-	-
In 409	狂犬病	-	-	-
In 410	高病原性鳥インフルエンザ	-	-	-
In 411	コクシジオイデス症	-	-	-
In 412	サル痘	-	-	-
In 413	腎症候性出血熱	-	-	-
In 414	炭疽	-	-	-
In 415	つつが虫病	-	-	-
In 416	デング熱	-	-	-
In 417	ニバウイルス感染症	-	-	-
In 418	日本紅斑熱	-	-	-
In 419	日本脳炎	-	-	-
In 420	ハンタウイルス肺症候群	-	-	-
In 421	Bウイルス病	-	-	-
In 422	ブルセラ症	-	-	-
In 423	発しんチフス	-	-	-
In 424	ボツリヌス症 (乳児ボツリヌス症を除く)	-	-	-
In 425	乳児ボツリヌス症	-	-	-
In 426	マラリア	1	-	1
In 427	野兔病	-	-	-
In 428	ライム病	-	-	-
In 429	リッサウイルス感染症	-	-	-
In 430	レジオネラ症	2	1	1
In 431	レプトスピラ症	-	-	-

死因（感染症分類）別にみた死亡数（2-2）

感染症分類コード	死因 (感染症分類)	1月		
		平成18年	平成17年	差引増減
In 501	アメーバ赤痢	2	1	1
In 502	RSウイルス感染症	3	2	1
In 503	咽頭結膜熱	-	-	-
In 504	インフルエンザ (高病原性鳥インフルエンザを除く)	349	20	329
In 505	急性ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く)	36	444	△ 408
In 506	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	-	-	-
In 507	感染性胃腸炎	203	228	△ 25
In 508	急性出血性結膜炎	-	-	-
In 509	急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び 日本脳炎を除く）	14	9	5
In 510	クラミジア肺炎（オウム病を除く）	2	1	1
In 511	クリプトスポリジウム症	-	-	-
In 512	クロイツフェルト・ヤコブ病	15	15	0
In 513	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	2	1	1
In 514	後天性免疫不全症候群	8	7	1
In 515	細菌性髄膜炎	18	22	△ 4
In 516	ジアルジア症	-	-	-
In 517	水痘	-	-	-
In 518	髄膜炎菌性髄膜炎	-	-	-
In 519	性器クラミジア感染症	-	-	-
In 520	性器ヘルペスウイルス感染症	-	-	-
In 521	尖圭コンジローマ	-	-	-
In 522	先天性風しん症候群	-	-	-
In 523	手足口病	-	-	-
In 524	伝染性紅斑	-	-	-
In 525	突発性発しん	-	-	-
In 526	梅毒	-	3	△ 3
In 527	破傷風	1	1	0
In 528	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症	-	...	...
In 529	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	-	...	...
In 530	百日咳	-	-	-
In 531	風しん	-	-	-
In 532	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	-	...	...
In 533	ヘルパンギーナ	-	-	-
In 534	マイコプラズマ肺炎	1	6	△ 5
In 535	麻しん（成人麻しんを除く）	-	-	-
In 536	成人麻しん	-	-	-
In 537	無菌性髄膜炎	-	-	-
In 538	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	116	...	...
In 539	薬剤耐性緑膿菌感染症	1	...	...
In 540	流行性角結膜炎	-	-	-
In 541	流行性耳下腺炎	-	-	-
In 542	淋菌感染症	-	-	-
In 601	結核	205	184	21

疾病、傷害及び死因分類に関する当面の検討課題について

1. 疾病、傷害及び死因分類のわが国への適用のあり方及び恒常的
見直しのあり方について
2. 疾病、傷害及び死因分類の改善に向けてのわが国の意見の集約
について
3. 普及啓発について

ICDの今後の予定について

WHO-FICネットワーク会議 2006 チュニジア会議開催概要
(WHO Family of International Classifications Network
Meeting Tunisia 2006)

開催期間 平成18年10月29日(日)～11月4日(土)
会 場 the Renaissance Tunis Hotel
WHO主催、WHO-FICフランス協力センター、チュニジア政府共催

参加者 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

会議主要議題

10月29日(日)

- WHO-FICネットワークアジア地域会議
- WHO-FICネットワーク計画委員会
- WHO代表部及び各国代表者の会議(戦略会議)

10月30日(月)～11月3日(金)

1. WHO代表部及びセンター代表者による会議(戦略会議)報告
2. 各委員会及びワークグループの重点項目討議
 - ・ 教育委員会(EC)
 - ・ 電子媒体委員会(ETC)
 - ・ 国際分類ファミリー拡張委員会(FDC)
 - ・ 普及委員会(IC)
 - ・ 分類改正委員会(URC)
 - ・ 死因分類改正グループ(MRG)
 - ・ 生活機能グループ(FDRG)
 - ・ 疾病分類グループ(MoRG)
 - ・ ターミノロジーグループ(TRG)

3. 各委員会合同討議
4. 全体会議
5. ポスター発表
6. インフォメーションパラドックスに関する特別セッション
7. ビジネスプラン及び戦略計画の検討

11月4日(土)

8. 会議報告書草案の採択
9. 会議の評価
10. 2007年会議の場所：イタリア、10月中旬(予定)