

第 3 回 社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類部会議事録

大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室

【日時】 平成25年11月 6 日（水）13:00～15:00

【場所】 厚生労働省共用第9 会議室

【出席者】 赤川安正委員、五十嵐隆委員、今村聡委員、大江和彦委員、金子あけみ委員、金子隆一委員、栗山真理子委員、末松誠委員、菅野健太郎委員、田嶋尚子委員、辰井聡子委員、永井良三委員、中村耕三委員、西田陽光委員、堀田知光委員、松谷有希雄委員、宮崎元伸委員 <五十音順>

【議題】 (1) 部会長の選出
(2) 世界保健機関勧告による ICD-10（2010年版）の日本への適用について
(3) その他

【議事】

○事務局

それでは、予定の時刻となりましたので、第3回「社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類部会」を開催いたします。

委員の先生方におかれましては、お忙しいところ御出席賜りまして、まことにありがとうございます。

部会長が選出されるまでの間、進行を務めさせていただきます統計情報部企画課国際分類情報管理室長の谷でございます。よろしく願いいたします。

座って説明させていただきます。

まず、お手元の資料の確認をさせていただきます。

資料が多くなっておりますが、資料1から参考資料14、あと、机上配付の資料が1部となっております。

資料1-1「ICDの概要について」。

資料1-2「ICD-10（2010年版）の主な変更点について」。

資料2「疾病、傷害及び死因に関する分類・新旧対照表（案）」でございます。

内容としては2-1から2-3までございまして、資料2-1「基本分類表・新旧対照表（案）」。

資料2-2「疾病分類表・新旧対照表（案）」。

資料2-3「死因分類表・新旧対照表（案）」となっております。

続きまして、資料3「ICD-10（2010年版）和訳にあたっての基本方針（案）」でございます。

次から参考資料となります。

参考資料1「疾病、傷害及び死因分類部会の再開について」。

参考資料2「疾病、傷害及び死因分類部会運営要綱」。

参考資料3「疾病、傷害及び死因分類部会委員名簿」。

参考資料4「社会保障審議会統計分科会について」。

参考資料5「疾病、傷害及び死因分類専門委員会委員名簿」。

参考資料6「第20回社会保障審議会統計分科会議事録（抜粋）」。

参考資料7「厚生労働大臣諮問書」。

参考資料8「疾病、傷害及び死因統計分類提要第1巻総論・新旧対照表（事務局仮訳）」。

参考資料9「疾病、傷害及び死因統計分類提要第2巻内容例示・新旧対照表（事務局仮訳）」。

参考資料10「疾病、傷害及び死因統計分類提要第3巻索引・新旧対照表（事務局仮訳）」。

参考資料11「社会保障審議会令、社会保障審議会運営規則」。

参考資料12「WHO国際統計分類ネットワーク組織図」。

参考資料13「世界保健機関国際統計分類（WHO-FIC）」。

参考資料14「WHO国際統計分類協力センター体制」。

最後に、机上配付資料といたしまして「疾病、傷害及び死因に関する分類（平成21年総務省告示第176号）」でございます。

以上、資料に過不足等がございましたら、事務局までお声かけください。よろしいですか。

本部会につきましては、WHOから勧告されております国際疾病分類、ICDの日本国内への適用につきまして御審議いただくということを目的として、部会を再開させていただくこととなりました次第です。

では、初めに統計情報部長の姉崎より御挨拶させていただきます。

○姉崎統計情報部長

この7月から統計情報部長をしております姉崎と申します。よろしくお願いたします。

先生方、きょうは大変お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

また、この部会の開催に当たり、委員の御就任につきまして御快諾をいただきまして、改めて御礼を申し上げる次第でございます。

きょうの議事次第、「ICD-10の日本への適用について」ということになっております。ICD、疾病、傷害及び死因に関する分類ですが、法律に基づく分類として定められておまして、産業分類とともに我が国の統計において使用されている大変重要な位置を占めているものであり、私どもでやっております死亡統計、疾病統計などの統計調査だけではなく、

いろいろと民間、医療保険分野でも幅広く御利用されているところでございます。

現在、我が国では平成18年からICD-10の2003年版というのを適用しておりますけれども、今般、WHOの勧告に基づく2010年版を国内に適用しようということでございます。この適用に当たりまして、専門的かつ広範囲な医学的知識が必要ということで、本部会を開催させていただきまして、皆様方に御参画いただき、御審議をいただこうということでございます。

大変限られた時間になりますけれども、本部会の趣旨を御理解いただきまして御協力をいただければと思っておりますので、これからどうかよろしく願いいたします。

○事務局

続きまして、本日、新たなメンバーでの再開となりますので、委員の皆様方の御紹介をさせていただきます。参考資料3の名簿をごらんください。

五十音順で御紹介させていただきます。

奥羽大学学長、赤川安正委員です。

○赤川委員

赤川です。どうぞよろしく申し上げます。

○事務局

独立行政法人国立成育医療研究センター総長、五十嵐隆委員です。

○五十嵐委員

五十嵐です。どうぞよろしく申し上げます。

○事務局 公益社団法人日本医師会副会長、今村聡委員です。

○今村委員 今村でございます。よろしく願いいたします。

○事務局

東京大学大学院医学系研究科医療情報経済学分野教授、大江和彦委員です。

○大江委員

大江です。よろしく願いいたします。

○事務局

東京医療保健大学東が丘看護学部看護学科准教授、金子あけみ委員です。

○金子あけみ委員

金子でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

国立社会保障・人口問題研究所副所長、金子隆一委員です。

○金子隆一委員

金子でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局

NPO法人「アラジーポット」専務理事、日本患者会情報センター代表、栗山真理子委員です。

○栗山委員

栗山でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

一般財団法人救急振興財団救急救命九州研修所教授の郡山一明委員。慶應義塾大学経済学部教授の駒村康平委員。お二人とも今回は御欠席でございます。

続きまして、慶応義塾大学医学部長、末松誠委員です。

○末松委員

末松でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

自治医科大学消化器内科主任教授、菅野健太郎委員です。

○菅野委員

菅野でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

東京慈恵会医科大学名誉教授、田嶋尚子委員です。

○田嶋委員

田嶋でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局

立教大学大学院法務研究科教授、辰井聡子委員です。

○辰井委員

辰井と申します。よろしくお願いいたします。

○事務局

自治医科大学学長、永井良三委員です。

○永井委員

永井でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

国立障害者リハビリテーションセンター総長、中村耕三委員です。

○中村委員

中村でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

一般社団法人日本家庭生活研究協会理事の西田陽光委員です。

○西田委員

西田委員でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局

御欠席でございますが、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター理事長の樋口輝彦委員です。

続きまして、独立行政法人国立がん研究センター理事長、堀田知光委員です。

○堀田委員

堀田です。よろしくお願いいたします。

○事務局

国立保健医療科学院院長、松谷有希雄委員です。

○松谷委員

松谷です。よろしく申し上げます。

○事務局

さいたま市健康科学研究センター所長、宮崎元伸委員です。

○宮崎委員

宮崎でございます。よろしくお願ひいたします。

○事務局

続きまして、事務局の紹介をさせていただきます。先ほど挨拶いたしました大臣官房統計情報部長の姉崎猛でございます。

○姉崎統計情報部長

よろしくお願ひいたします。

○事務局

大臣官房統計情報部企画課長、本田達郎でございます。

○本田企画課長

本田でございます。よろしくお願ひいたします。

○事務局

大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室室長補佐の佐藤直行でございます。

○事務局

佐藤でございます。よろしくお願ひいたします。

○事務局

大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室国際分類分析官の及川恵美子でございます。

○事務局

及川でございます。よろしくお願ひいたします。

○事務局

私、国際分類情報管理室長の谷でございます。よろしくお願ひいたします。

頭撮りはございませんが、マスコミの方々、円滑な議事のために御協力、よろしく願いいたします。

それでは、本部会の運営について御説明いたします。参考資料11及び参考資料2をごらんください。

本部会の運営につきましては、社会保障審議会令及び社会保障審議会運営規則のほかに、疾病、傷害及び死因分類部会運営要綱にのっとりすることとなります。部会につきましては原則公開となります。議事録につきましても原則公開でございます。

本日の御欠席につきましては、郡山委員、駒村委員、樋口委員の3名でございますので、出席委員が全体の3分の1を超えておりますので、本会議が成立していることを御報告いたします。

それでは、議事1に移りたいと思います。

まず、部会長の選出でございます。

社会保障審議会令第6条第3項に「部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。」となっております。ここで「委員」というのは、社会保障審議会の本委員ということを指しますので、今回は御出席いただいておりませんが、駒村委員と永井委員が本委員となります。駒村委員から永井委員を推薦するとの推薦状をいただいておりますので、部会長につきましては永井先生にお願いしたいと思っておりますが、永井先生、いかがでしょうか。

○永井委員

かしこまりました。

○事務局

ありがとうございます。では、永井先生、部会長席に移動をお願いいたします。

(永井委員、部会長席へ移動)

○永井部会長

ただいま部会長に御指名いただきました自治医科大学の永井でございます。

これは多くの方々がこれまで積み上げられてきた部会でもありますし、また、最近では情報化、あるいは臨床のデータベースという話題もございます。ぜひ委員の皆様方の御協力をいただきまして円滑に議事を進めたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(拍手)

○事務局

それでは、以降の議事の進行につきましては、永井部会長からお願いいたします。

○永井部会長

それでは、議事を進めますが、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

社会保障審議会令第6条第5項に「部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長があらかじめ指名する者がその職務を代理する。」とあります。部会長代理を永井部会長に、どなたか御指名をお願いいたします。

○永井部会長

田嶋尚子委員を部会長代理に指名したいと思います。田嶋先生、お受けいただけますでしょうか。

○田嶋委員

お受けさせていただきます。

○永井部会長

ありがとうございます。

それでは、お席の移動をお願いいたします。

(田嶋委員、部会長代理席へ移動)

○永井部会長

では、早速議事2に入ります。議事2は「世界保健機関勧告のICD-10（2010年版）の国内への導入について」ということです。

まず、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

事務局でございます。まず、参考資料7をごらんください。

このたび厚生労働大臣から、参考資料7のとおり、社会保障審議会会長に対して、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」第10回改訂分類に係る一部改正の諮問書が提出されております。

まずはICDにつきましてなじみのない先生方等もいらっしゃるかと思いますので、概要について私のほうから説明させていただきまして、その後、今回の改正の具体的内容については、分析官の及川から説明させていただきたいと思っております。

それでは、資料1-1をごらんください。表紙が「ICDの概要について」というもので、2アップで配られているものでございます。

まず、ICD（国際疾病分類）というのは、WHOの勧告に基づき、国際的に統一した基準で定められた死因・疾病の分類でございます。

1 ページ目の下の欄でございます。

現行のICD-10につきましては、約1万4,000項目から構成されているという内容です。

ICDにつきましては、1900年（明治33年）に初めて国際会議で承認を受けまして、日本も同年より採用しております。

以降、WHOにおいておおむね10年に一度の改訂が行われておりますが、ICD-10につきましては、1990年のWHO総会において承認されたものでございます。

日本においては、統計法において「疾病、傷害及び死因の統計分類」として定められております。使用としては、公的統計、人口動態統計、これは全数調査でございますが、患者調査、社会医療診療行為別調査、診療報酬等の改定に用いるものでございますが、こういったもの、診療報酬の明細書、DPC、電子カルテといったようなもので、死因・疾病分類として現状活用されているというものでございます。

1 ページおめくりください。ICD（国際疾病分類）の基本原則というのが2つございまして、網羅性、全ての疾患を網羅しているということ。もう一点は排他性。分類同士が重複しない。一部重複している部分もございまして、ほぼ全て重複していないというふうになっております。

その下をごらんいただければ全体像がわかるかと思えます。国際統計分類群というのがございまして、今回改正を行おうとしているものは、真ん中の中心分類というところの国際疾病分類（ICD）でございます。ほかに、国際生活機能分類は、国際的な障害の分類、ICIDHというのがございまして、そこから発展してできたものでございまして、ICFというもの。また、現在、WHOで医療行為というよりは、医療介入の分類というものが作成されてございまして、ICHIという名前と呼ばれておるものがございまして、

その中心分類から枝分かれして、中心分類の構成・項目を細分化したものが、右側の四角の中にございます派生分類でございます。こちらには、がん登録等で用いることを予定しております腫瘍学の第3版、ICD-O-3と言われているもの。精神および行動の障害に関する分類。国際疾病分類の歯科の部分、ICD-DAでございます。国際疾病分類の神経疾患への適用第8版。生活機能分類の児童版、ICF-CYというものがございまして、

直接的ではないのですが、関連した分類といたしまして、左側の四角の中にありますが、プライマリケアに対する国際分類。外因に対する国際分類。解剖・治療の見地から見た化学物質分類システム。障害者のためのテクニカルエイドの分類。看護の分類といったもので全体を構成している分類でございます。

次に3 ページ目でございます。ICD分類、国内においてはどのような構成になっているかということでございます。統計法の告示といたしましては、先ほど申しましたとおり、1万4,000項目の基本分類、真ん中のところの「基本分類」というところで、これがおおむねDPCで使用されております。その後、疾病分類というもので、疾病分類のほうは、大、中、

小と3つの区分がございまして、患者調査や社会医療行為別調査で使用しております。

これとは別に、死因分類というのがございまして、こちらは、選択死因分類であるとか、乳児死因分類、周産期死亡及び死産の分類といったことで、人口動態統計で使用されているものです。それぞれ分類の数は違いますので、大体こういった構成で全体を分類しているものです。

それに対しまして、政策統括官通知で厚労省の標準ということで出ておりますのが「ICD10対応標準病名マスター」というもので、MEDISのほうで作成されたものでございます。こちらのほうは、索引としては4万3,000強が含まれているということになります。

その下のほうはICDの改訂に関する歴史でございしますが、第1版が1900年（明治33年）に出されております。実はこの前にICD-0と言われているものがございまして。こちらのほうは世界的な標準ではないということで、今回は載せておりません。その後、おおむね10年ごとに改訂をしておるところですが、今回の改訂につきましては、一番下のところ、第10版、1989年（平成元年）にWHOから勧告をされたものでございまして。現状国内で用いているものは2003年版ということで、下から1つ上のところで、18年からの適用でございまして。

第10版になってからも既に二十数年がたっており、本来であれば改訂をということで、現状、WHOにおきましては、ICD-11の改訂作業を進めているところでございしますが、やはり診断技術であるとか、疾病概念というのが非常に細分化していること。あと、今までどおりの分類では全てがおさまり切らないということで、調整をしているような状態です。前提としては、2015年にICD-11の勧告とは言っているのですが、中身の調整が非常に難航しておるといってございまして、先日、北京で行われた会議では、WHOのほうも時期的に少しずれる可能性が出てきたというふうにある程度認めているところでございまして。

では、1ページおめくりください。「死亡統計への活用」でございまして。こちらは、国民の皆さんが亡くなられた時点で、ドクターが作成いたします死亡診断書というものの届け出を受けて、各自治体から厚労省に報告が挙げられた結果を、我が国においては人口動態統計としてWHOに報告して、World Health Statisticsという形で公開をしているというものでございまして。1つ例示として挙げます人口動態統計につきましては、統計法に基づく基幹統計調査となっております。その実施については、人口動態調査令及び人口動態調査令施行規則によって規定されております。

人口に関する統計調査というのは、静態調査、動態調査という2種類がございまして、これは皆さん御存じの国勢調査、5年に1回、10月1日の状態を全員調査するという、これが静態調査です。動態調査の主なものとして人口動態がございまして。調査につきましては、出生、死亡、死産、婚姻、離婚といったものが対象になって報告を受けているといったものです。

次のページでございまして。5ページの上、ICDの改訂のルールというのは、ICD-10から11、9から10といったような大きい版を変えるような変更がリビジョン作業としてございまして、今回対象としておりますのは、ICD-10の中のアップデートのところでございます。

これを我々は「改正」と呼んでおりますが、3年に一度大きい改正、その間の2年間は小さい改正を繰り返しながら行っているということです。大きい改正が大体3年置きに行われると御理解いただければと思います。大きい改正とは何かというと、ICDコードというのは、4桁の英字と数字から成り立っておりますが、3桁の比較的大きい分類のところを消したり、追加したりという操作といったものは、ある程度統計データに影響を大きく及ぼすものですから、そういったものを3年に一度やるということ。小改正については、わかりにくいという分類に対して、どういう疾患が含まれるかというのを随時加えたり、逆に小さく変更したりということをやっているものでございます。

ICDの主な変更点というのは現在、分類コードといったようなものでございまして、今回の2010年の改正につきましては、新設が114、修正が106、削除が26でございます。大きいものの代表例を5ページの下の方に載せていますが、白血病、リンパ腫についての変更が大幅に変わっております。腎不全、食道疾患、皮膚疾患、地震による受傷、急性膵炎、産科的死亡といったようなものが今回大きく変わってきた内容でございます。

最後のページでございます。これは統計に非常に大きい影響を及ぼすのですが、死因選択ルール、どうやって死因を選択するかといったことについても今回変わってきておりまして、明らかに因果関係があると考えている病態の明確化。要するに、どれが原死因、病気の大本となっているかというのを明確化するということ。老衰及びその他の診断名不明確の病態（心不全）とか、そちらのほうの取り扱いが簡素化されております。というのは、今まで心不全とか老衰というのは、比較的書かないとか、死因としてはとらないという情報だったのですが、そこを余り厳密にやり過ぎると実態がわからないということもあり、死因の中で、心不全、老衰等も対象にしていくといったことの変更でございます。一番大きいのは悪性新生物に関するルールの変更でございます。今まで2カ所以上のがんが発生した場合には、C97というコードがございまして、多発がんという形で1つでおさまっていたのですが、今後は、取り扱いとしてはどちらのがんが命に対してより影響を出したかというものを選択するといった内容が、今回の改正では含まれてくるということです。

本委員会の告示までの手続でございます。本委員会につきましては、今回厚生労働大臣から社保審に対する諮問を受けて、本部会において審議を行い、社保審から大臣への答申を行います。その後、本告示自体は統計法に基づく告示ということもございまして、統計法の所管の総務省に送致して、総務大臣から統計委員会への諮問、あと大臣への答申、告示の官報掲載手続、官報掲載という手続を経た上で告示が完成するということです。おおむね周知期間を3カ月以上とらないと、大きく変わった場合には社会的な影響も出てくるだろうということ。そして施行。こういった流れで行うこととなっております。

今回の改正の詳細につきましては、この後すぐに及川から御説明をさせていただきます。

○事務局

それでは、ICD-10（2010年版）の主な変更点について、私から御説明をさせていただきます。

先ほど来選択ルールの変更があったと申し上げておりますが、そもそもWHOは、死亡の原因、死因について、1967年の第20回世界保健総会において、死亡診断書に記載される死亡の原因、いわゆるcause of death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」と定義をいたしました。

この定義の目的は、死亡に関与した全ての事項が死亡診断書に記載されるようにするというのを目的としておりました。

WHOはICD-6、第6回改訂のときに、統計をとるための死因というのは原死因にしましょう。「underlying cause of death」と言いますが、原死因をとるということに決めました。死亡診断書に複数の死因が記載されている場合は、ルールに従って選択しましょうということが決められました。それで、原死因の選択ルールというものがございます。ここに記載してございますように、一般原則、選択ルール、修正ルールというものがございます。

基本的には死亡診断書のI覧の一番上に直接死因が書かれて、その下、イの欄に直接死因の原因となったもの、ウの欄にイの原因となったもの、エの欄にウの原因となったものというように、直接死因に向かって原因となるものを順に書くというのを決めております。

そのようにルールに従って書いていただければ、一番下に書かれたものがその上の全てに因果関係があるというふうに判断されて、それが原死因となります。それが一般原則というものでございます。

しかしながら、残念ながらこのルールに沿わないものも若干ございます。例えば一番下に複数の病態、病名が書かれてしまったら、既にそこで一般原則は使えなくなります。そうしますと、次は選択ルールというものを適用します。選択ルールには1、2、3と3種類ございます。その次に修正ルール。仮の原死因というものを選んで、その原死因が本当に正しいのかどうかを検証する作業をするときに、例えば老衰とか診断名不明確といった病態が選ばれたら、これは原因とするには不正確だから、なるべく正確なものをとろうというルールが決められているということでございます。

次のページをごらんください。概念図として手順を記載してございます。死亡診断書に書かれた病態がまず一般原則に当てはまるかどうかを見ます。当てはまらなければ、ルール1、ルール2として調べます。次に、ルール3は、選ばれた仮の死因をもっと具体的に、そして重要なものがないかということを調べていく作業を行います。そうしまして、最終的に原死因が決定されるということになっております。

今回変更がございましたルール3は、明らかに因果関係があると考えられる病態をより明確化しましょう、というものです。WHOが発行しておりますICDの本、マニュアルは、非常に概念的な文章が多くて、私たちがコードをつけるときに迷うものもございます。そういう中で、WHOはなるべく明確化してあげましょうということで、今回ルール3の明確化が

ございます。

ここに例がございますが、例えば死亡診断書に心不全、心疾患、詳細不明と他の心臓の病態、心筋症等が記載されている場合は、明らかに心筋症等のほうが明確だろうということで、原因と考えられるというふうにして、後者を原死因とするというルールでございます。もう一つの例としましては、例えば肺水腫と肺実質に影響のある病態、例えば肺感染症等が記載されていたら、明らかに因果関係があるだろうというふうに判断して、肺水腫ではなくて、肺感染症のほうを原死因としないというふうなルールでございます。

次のページをごらんください。ルールAと呼んでおります老衰及びその他の診断名不明確の病態（心不全）等の取り扱いをよりわかりやすく簡素化しましょうと。先ほども申し上げましたが、なるべくとらないようにしましょうと言いながら、しかしながら、それしかなければとることになるということが明示されました。

悪性新生物に関しましては、原死因の選択ルールを適用しましょうということになりました。先ほど来申し上げております選択ルールとか修正ルールといったものを悪性新生物に関しても取り入れていこうということになりました。ですから、死亡診断書に書かれた悪性新生物の病名だけではなくて、その性状、形態、部位等、お医者様が書いてくださった内容を全て吟味、考慮し、より因果関係がある重篤なほうをとるというふうに明確化しました。

次のページをごらんください。今まで悪性新生物は原発部位をとりますということだったのですけれども、お医者様が一生懸命その原発部位を複数書いてくださる。ここも原発だろう、ここも原発だろうと書いてくださると、ICDから言うと、「独立した原発性多部位の悪性新生物」というC97にコードされてしまう。せっかくお医者様がきちっと書いてくださるのに、「多部位」ということになってしまっただけでは使い道が悪いということで、WHOもそこは考慮しまして、これは使わない、きちっと原発をとるようにしようということをも明確化いたしました。そうしますと、これまでどおりお医者様に書いていただいたものを拝見しますと、死亡診断書の上のほうに書かれた原発の悪性新生物が死因としてとられることになるのではないかと思います。

次に、コードの変更について御説明を申し上げます。

資料2-1をごらんください。これは、告示の対象となる1万4,000項目の中のWHOが改正すると指示をしている内容のものでございます。今回、白血病、リンパ腫のところが大きく変わっておりますけれども、2ページから7ページに該当箇所がございますので、ごらんください。例えばC81からC81.3にかけては、現行のところ、改正のところに両方病名が載っております。これはコードのタイトル、項目名を変更するという内容でございます。

3ページの上から3行目をごらんいただきますと、C81.4というコードがございます。現行は白紙になっております。これは現行にコードがなくて、改正として新しくコードが追加されたということでございます。タイトルは、仮訳でございますが、「リンパ球豊富

型古典的ホジキンリンパ腫」というものが新規コードとして追加されたということでございます。その下のC81.7からC82.2までは項目名のみが変更になりました。C82の「ろ胞性リンパ腫」に関しましては、グレードを採用するということになりましたので、C82.0以降82.2までグレードI、II、IIIと分けてございます。その下の82.3以降82.6までは新規コードとなっております。新しく追加されたコードでございます。

次に、4ページ目をごらんください。C83.2、C83.4、C83.6、C84.2、C84.3、C85.0は、現行にコードがございましたけれども、改正によって削除、使わないコードとされました。右側の改正のところで例えばC84.6からC84.9は、新規コードとして追加されております。

次のページも同じような内容となっております。

次に、11ページをごらんください。ここは急性膵炎のところの変更でございます。今まで急性膵炎はK85、3桁のコードのみでございました。ところが、WHOはそこに細分化コードをつくっております。K85.0は「特発性急性膵炎」というふうに原因の分類を導入しております。

12ページをごらんください。これは皮膚の疾患、L89の3桁コードが同じく変更になりました。改正では、それまで「じょく〈褥〉瘡性潰瘍」というタイトルでございましたけれども、「圧迫領域」というものが追加されて、項目名が変更になりました。その下に4桁の分類、L89.0からL89.9まで、ここも同じく病期別の分類を導入しております。下のほうのN18は腎不全のところですが、疾病概念が大幅な変更になりました。N18は、これまでは「Chronic renal failure」という英語名でございまして、日本語としては「慢性腎不全」と呼んでおりました。ところが、N18のタイトルが「Chronic kidney disease」と変更になりまして、私どもでは「慢性腎臓病」と仮訳をつけさせていただきました。これは項目名が変更になりました。N18.0は、今まで「末期腎疾患」と言っておりました4桁のコードを削除いたしました。そして、N18.1「Chronic kidney disease, stage 1」、慢性腎臓病をステージ1、N18.2はステージ2、N18.3はステージ3、N18.4はステージ4というふうに病期別分類が導入されております。

次に、13ページをごらんください。真ん中下方にO96.0からO96.9とございます。これは産科的死亡、O96という3桁コードは、今まで「分娩満42日以後1年未満に発生したあらゆる産科的原因による母体死亡」というコードがございました。ですけれども、今般4桁コードといたしまして、O96.0に「直産科的原因による死亡」、O96.1に「間接産科的原因による死亡」、O96.9は「詳細不明の産科的原因による死亡」というふうに分類を加えてございます。

次に、15ページをごらんください。「第XX章 損傷及び死亡の外因」のところですが、X34が「地震による受傷者」というコードでございました。ところが、日本のように地震ばかりではなく津波によっても亡くなる人がいて、やはりこれは分けるべきであろうということで、日本からWHOに提案をしておったものが採用され、今般勧告されたもの

でございます。X34.0「地震による地殻変動の犠牲者」、X34.1「津波による犠牲者」、X34.8「その他の明示された地震の影響による犠牲者」、X34.9「その他詳細不明の地震の影響による犠牲者」と細分化されました。

続きまして、資料2-2「疾病分類表（大分類、中分類、小分類）」をごらんください。この疾病分類に関しましては、我が国の疾病罹患の状況を概括できるように作成されているものでございます。それぞれ相互の包含関係を明確にするということがございまして、例えば中分類には大分類のコードを、小分類には中分類のコードを加えてございます。今般はWHOが新規に追加したもの、削除したものが該当箇所として記載してございます。分類名の変更はございません。

3 ページの「疾病分類表（中分類）」をごらんください。上から4行目、中分類コードの「b-0208 悪性リンパ腫」に関しまして、今まで基本分類コードは、C81からC85までをまとめておりました。ところが、WHOがC86に「NK細胞リンパ腫のその他の明示された型」を新しく追加して作成しましたので、私どももこれを悪性リンパ腫のグループに入れるということで変更させていただきました。右側に細かく4桁のコードを付しておりますが、例えばC86は3桁のみ記載してございます。これはC86に含まれる4桁、C86.0からC86.6全て該当するという意味で3桁のみ記載してございます。

5 ページ「疾病分類表（小分類）」をごらんください。今般、「c-0233 非ホジキンリンパ腫」の項目のところに、今までC82からC85だったものにC86を追加してございます。右側に「中分類コード」と記載してございますが、包含関係を示すという意味で、c-0233に当たるものは中分類のb-0208に当たるものがここに含まれるのだということを示すために記載してございます。

次に、資料2-3「死因分類表」をごらんください。死因分類については、一定数を超える死因または社会的に重要であると考えられる死因を項目としてICD-10の初版から採用してございます。死因分類コード「2118 悪性リンパ腫」のところは、WHOがC86の項目を追加したことによりまして、そこに新しく範囲が広がってございます。新規の追加、削除に関しましては、疾病分類と同様、基本分類にWHOが追加したもの、削除したものを反映させて表作成をしてございます。

次に、資料3は、「ICD-10（2010年版）和訳にあたっての基本方針（案）」でございます。前回、ICD-10（2003年版）を告示する作業をいたしまして以降、平成20年2月15日付で日本医学会、高久会長から厚生労働大臣宛てに「ICD-11へ向けて」という要望書が出されました。内容といたしましては、私どもが作成している疾病、傷害及び死因統計分類提要、いわゆる日本語版の収載の日本語タイトルは「日本医学用語辞典」の用語との間に整合性を保ってほしい、整合性がある和訳としてほしいという要望が出されました。ICD-11へということですが、ICD-11がいつできるかもわかりませんので、なるべく早くということですが、前倒しで2010年版の和訳からこれを適用させていただくことにいたしました。まず、分類名及び病名の和訳にあたって使用する病名あるいは字体は、日本医学会が

取り決めている病名、字体を基本とします。それに当たらないものがあれば、上記以外のものは、従来使っていた疾病、傷害及び死因に関する分類、告示の内容、分類名及び病名に使用されているものを踏襲するというふうにさせていただこうと思っております。

例といたしましては、裏側をごらんくださいませ。まだまだたくさんございますが、一例として記載してございます。略字が少し難しい字に戻るものもございますが、パソコンの時代でございます。そういった変換に耐え得る漢字にさせていただこうと思いました。

以上でございます。

○永井部会長

ありがとうございました。

今後の取りまとめの期日について教えていただけますでしょうか。

○事務局

事務局でございます。

おおむね来年6月までに厚生労働大臣への答申案としてまとめては思っております。

○永井部会長

内容の精査の方法についての事務局案を御説明いただけますでしょうか。

○事務局

参考資料4及び参考資料5をごらんください。

本部会は、統計分科会のもとに設置されている部会ではございますが、統計分科会には、ほかに「疾病、傷害及び死因分類専門委員会」というICDに関して調査、検討を行うことを目的とした専門委員会が設置されております。通常、WHOへ提出するICDの一部改正案について御意見をいただいたり、各国からの提案についての賛否に関して意見をいただいたり、個別具体的な内容の審議をいただいている専門委員会でございます。

また、国内においては具体的な疾病や死因のコーディング、それぞれ先生方から提出されたものに対してICDコードを出す、コードを付していくという作業でございますが、コーディングについての専門的な見解をいただくといったことをお願いしております。

こちらの専門委員会において、今回の告示の改正に関する内容精査を依頼してはどうかと考えておりますが、いかがでございましょうか。

○永井部会長

ただいまの事務局案につきまして御意見をいただけますでしょうか。

よろしいでしょうか。作業を進めながら、またいろいろと御意見をいただければと思いますが、まずはただいまの方向で進めたいと思います。

ありがとうございます。

では、本件の具体的内容精査につきましては、同じ統計分科会の専門委員会であります「疾病、傷害及び死因分類専門委員会」において行っていただきまして、その結果を本部会で確認、検討するという流れでお願いしたいと思っております。

告示改正案につきましては、専門委員会での検討結果を待ちまして、次回の部会でさらに議論を深めたいと思っております。

「疾病、傷害及び死因分類専門委員会」の委員長の菅野先生は大変かと思っておりますが、よろしくお願ひしたいと思っております。

よろしいでしょうか。

それでは、今回の改正の内容であります、ICDについては3年に1回の大改正があるということでございますが、WHOから公開されていますICD-10の主なアップデートというのは何年のものがあるのでしょうか。

○事務局

現状、WHOから提出されて、勧告というか、発表されておりますメジャーアップデートにつきましては、2013年、ことしの1月に発表されたものが最新のものとなっております。

○永井部会長

最新のものが2013年版ということですので、今回の告示の改正では2010年版ではなくて、最新の2013年版を適用するということではないわけですね。そこがちょっとわかりにくいと思っておりますので、御説明いただけますでしょうか。

○事務局

事務局でございます。

実はWHOの勧告につきましては、3年に一度のメジャーアップデートの発表と、毎年のマイナーアップデートの発表がございます。今回2010年版につきましては、ちょうどメジャーアップデートに合わせてWHOからICD-10の2010年版の書籍が刊行されております。

実はWHOのアップデートの内容というのは、最近は常にウェブ上で公開されるのですが、公開された後に、少し手直しというものではないのですけれども、内容の変更がかかるような事態が過去何度か発生しておりまして、それを受けて、書籍版であれば変更があまりかからないだろうということもあり、慣例として書籍の版を基本として改正を行ってきたというのが過去の経緯でございます。それを受けて今回2010年の版の改正ということです。

○永井部会長

この辺、よろしいでしょうか。今までの経緯を御存じの委員の方がおいででしたら、追加発言をお願いしたいのですが。田嶋先生、よろしくお願ひします。

○田嶋委員

糖尿病の疾病分類についてもぜひ最新版を適用していただきたいと前から思っておりました。

と申しますのは、糖尿病の分類が国際標準化されたのは、実は1980年に戻ります。WHOの専門委員会の勧告によって国際的な標準化が行われて、そのときには「インスリン依存型糖尿病」「インスリン非依存型糖尿病」、この2つのメジャーな疾病の名前とともに「I型」「II型」というのが併用されていたわけです。

しかし、その後、糖尿病の遷移についての知識といいますのは飛躍的に高まりまして、1997年、98年、99年とアメリカ糖尿病学会、WHOの暫定委員会、日本の糖尿病学会は、「インスリン依存型」「非依存型」ということは使わないことに決めたわけです。そして「1型」「2型」に大別、分類することにしました。しかも、それはローマ数字ではなくて、アラビア数字に変えたということでもあります。

現在は基礎、臨床、疫学全てにわたって数字で「1型」「2型」ということを使っておりますので、2010年版をそのまま持ってくると、まだ「インスリン依存型」という名前が出てきてしまう。

ということで、ぜひ糖尿病に関しましては2013年版で適用していただきたいということを強く希望してきたわけでございます。

○永井部会長

ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

菅野委員からも、機能性ディスペプシアについて御説明いただけますか。

○菅野委員

そのほかにも、前回の改正のときも、2003年版では既に古くなっておりましたので、2005、2006年までの版で実際には日本語に翻訳をして、現在に至っているという状況だったというふうに記憶しております。

今回も2010年版では「機能性ディスペプシア」というのは、「ディスペプシア」のままとどまっております、大江先生が御尽力され、日本ではもう既に保険病名として「機能性ディスペプシア」が認知されておまして、それが無いというのは極めて不都合でございますので、ぜひ最新のものにしていただくと、そのあたりの齟齬が解消されると思っております。

○永井部会長

ほかに追加の御発言おありの方はいらっしゃいませんか。

要するに、2010年版で作業を進めるか、2013年版かということですが、どうせならば2013年版のほうが妥当ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。どうぞ。

○今村委員

私も賛成なのですがけれども、私は専門でないので、死亡診断書というのをかかりつけ医がしょっちゅう書かなければいけないので、改めて厚生労働省が出しているこういう冊子（死亡診断書記入マニュアル）をちょっと眺めてきたのですが、今、田嶋先生がおっしゃったように、この中でも、アラビア数字ではないのですが、「2型糖尿病」という記載がもう既に入っているのですね。したがって、厚生労働省がこういう公の文書の中にそういうことを書かれているのであれば、最新のものを書き込むのが望ましいのではないかなど改めて思いましたので、補足させていただきます。

○永井部会長

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

もし御異議ございませんでしたら、2013年版での適用をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

事務局、いかがでしょうか。

○事務局

事務局でございます。

委員の先生方が2013年版ということであれば、2013年版を基準に今回はやらざるを得ないかなというところでございます。

今回の資料につきましては、2010年版までの資料作成をしておりますので、2013年版の内容については、先生方のお手元には今、配付しておりません。

もし2013年版ということであれば、追加分について早急にまとめましてお送りするのと、専門委員会に作業をお願いするということになりますので、そういった場合にはある程度先行してお送りせざるを得ないかなと思っておりますが、その辺は御了解いただければと思っておるところでございます。

○永井部会長

よろしいでしょうか。それは、一応、私のほうで確認させていただいた上で専門委員会にお送りして、作業を進めていただくという手順にしたいと思いますが、よろしいでしょうか。どうぞ。

○堀田委員

がんセンターの堀田ですが、私どもが事前にいただいていた資料では、2010年版を基本にして、2013年版のものを一部取り入れるように理解していたのですけれども、今回この場で2013年版を基本にするということになるのですか。

○永井部会長

2013年版で。

○堀田委員

それは分類に相当に違いがあるものですか。先ほど議論したような内容ぐらいで済むのかどうかはどんなものなのですか。

○永井部会長

事務局、いかがでしょうか。

○事務局

2010年版と2013年版の大きな違いとしては、ルールのところ若干変わっている点です。例えば先ほど選択ルールというのがございましたけれども、一番下のほうのEとFが2013年版ではなくなります。そういう意味では、2010年版を基本にして、少しいじるというのではなく、2013年版として決めていただいたほうが多分作業はしやすいと思います。

○堀田委員

わかりました。

○永井部会長

よろしいでしょうか。どうぞ。

○松谷委員

確認だけなのですけれども、2010年版が冊子になっていて、変更にならないという御説明ですね。2013年版は動く可能性がある。だから、2010年版をもとにしたいという事務局の御提案だったと思うのですが、2013年版を基本するという事になった場合は、どの時点のものを基本とするのかとか、それは確定できるのでしょうか。

○事務局

現状、2013年版というのは、実は昨年のブラジルで行いましたフェース・トゥ・フェースのミーティングの結果が反映されるというものでございまして、告示というか、発表さ

れたのはことしの1月の段階です。

2月の段階でこの議論をしているということであれば、内容の変更がある可能性は出てくるのですけれども、現段階、年末になりつつあり、来年の1月には2014年版の一部マイナーチェンジ分が発表される段階でございますので、そういう意味では、ある程度確定しているとも見ることが可能かと。回りくどい言い方をして済みません。ある程度確定していると我々は認識しております。

○永井部会長

どうぞ。

○松谷委員

ということは、例えば今日時点で入手し得る2013年版をもとにやる。そういうルールでやるということですね。

○事務局

はい。部会での御決定であれば、そういうことになります。

○永井部会長

よろしいでしょうか。では、御異議がなければ、そのように進めさせていただきます。

あと、今後のことでありますけれども、こうした古い分類を用いるということの問題がございますので、WHOの書籍刊行とは関係なしに、3年ごとに改正したバージョンを使う。アップデートに対応して最新の分類によって国内の分類を見直す。そういう進め方にしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

事務局、そこもよろしいでしょうか。

○事務局

その点につきましては、先ほども御説明させていただいたとおり、告示自体につきましては総務省の告示となっております。我が省だけでこのサイクルでというのを一律決めるのはなかなか難しいところがございますので、改正サイクルにつきましては、事務局で預からせていただいて、関係各所と調整の上、次回御検討させていただければ幸いです。

○永井部会長

確かにそれはここだけでは決められないということですね。

そうしましたら、これについては次回さらに議論をするということでもよろしいでしょうか。

では、事務局もそれまでに資料等をお願いできますか。

○事務局

はい。各所にちょっと問い合わせしてみた上で、御回答というか、どれぐらい可能かというところは次回の会議で発表したいと思います。

○永井部会長

ありがとうございます。では、それは次回引き続き検討ということにしたいと思います。よろしいでしょうか。

では、議事3に参ります。「その他」について事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

それでは、参考資料6をお手元に御用意ください。8月30日に開催されました統計分科会において本部会へ提起された案件について御説明させていただきます。

参考資料6「第20回社会保障審議会統計分科会」の議事録の抜粋でございます。こちらの資料の4ページ目、委員の皆さんのところには下線が引いてあると思いますが、傍聴の皆様は資料にはもしかしたら下線が引いていないかと思いますが、第3パラグラフのところ、8行目「というのは、死因分類と疾病分類というのは根本的に違う部分があるわけですが、そこをかなり強引に結びつけている。しかも、ICDの分類では疾病分類群になってグループでやっているものですから、必ずしも細かな疾病が表に出てこないということがあります」。グループ分類であるということでございます。

「WHOのルールで、原死因をとる場合に、我々が死亡診断書を書いて、最終診断名の手前に、よって来る疾病というのを下に2つ3つ書くわけですが、1つだけ選択するというWHOのルールがあるものですから、ほかのものも消えてしまうということで、複合的な死因の分析が、WHOに準拠しただけではできなくなってしまうということがあります。我が国としてどういう分類をしていったらいいのかということを含めて、これは継続的に御審議をしていただく必要があるのではないか」という問題提起が土屋委員からされております。

それに基づきまして、6ページ目の最後、西郷分科会長から「今回の御提案はこれを再開させるということなので」ということで、「今回の御提案」というのは、ICD(2010年版)の改正ということ。「これを今後どういうふう運営していくのかということも含めて、再開後に検討していただければと思います」。本部会において検討していただきたいということでまとまっております。

こちらに関しまして、本日、まず委員の皆様方から忌憚のない御意見をいただければと思っております。

○永井部会長

ありがとうございます。

おわかりいただけましたでしょうか。例示でもう少し詳しく御説明いただけるとよろしいのですが、何か資料を用意していただいているということですね。

○事務局

資料をお配りさせていただきます。

○永井部会長

はい。

(追加資料配付)

○事務局

急遽つくらせていただきました。

まず、大江先生がまとめられてりう病名マスターを基準につくらせていただきましたことに対するお礼と、御了解をいただければと思っております。

まず、1枚おめくりいただきますと死亡診断書がございます。

土屋委員が御発言いただいた理由というのは、「死亡の原因」のI欄のア、イ、ウ、エとII欄のところでございます。

現状、模式図的に考えますと、下のページになりますが、「死亡の原因」のI欄とII欄、「手術」「解剖」「死亡の種類」といったようなものから、それぞれの先生方が書かれた病気に対してICDコードを仮で決めて、その後確定を行った上で、原死因選択の中でどれが完全な死因なのかというものに基づいて死因の選択を行っております。

死因の選択でございますが、1枚おめくりいただきますと、より詳細なICD-10自体は1万4,000項目で、傷病名マスターは4万3,000強の分類がございますので、こちらを対比させた図でございます。

こちらを対比させると、上のほうが「くも膜下出血」の分類になるのですが、こちらは比較的1対1に近い状態に対応していますが、「I 60.6 その他の頭蓋内動脈からのくも膜下出血」のあたりから2つぶら下がりがして、「I 60.8 その他のくも膜下出血」「I 60.9 くも膜下出血、詳細不明」につきましては、3つ、4つとぶら下がってくるようになっております。

次に、潰瘍性大腸炎につきましては、同じように分類をしたところ、「K 51.0 潰瘍性全腸炎」の部分には4つの類型が、「K 51.8 その他の潰瘍性大腸炎」というところについては2つ、「K 51.9 潰瘍性大腸炎、詳細不明」については12個程度ぶら下がるというふうな関係になっております。

では、実際にクリニックで書かれた病気はどのようなふうになるかということ、1枚おめくりいただきますと、傷病名マスターを基準に考えておりますが、傷病名マスターからこの中の1つを選んでいただいたときに、わかりやすい例からすると、一番下の「K 51.9 潰

瘍性大腸炎、詳細不明」のところに集まる12個の疾患については、12個のどれを書いてもK51.9という1つの疾患にまとめられていくということになります。これがICDのコーディングを行うということになります。

あと、原死因選択を行うということにつきましては、その中からこういうふう選ばれた疾患が第I欄、第II欄に5つございますが、その中で、例えば高血圧があつて、糖尿病があり、腎不全があつた状態で末梢血管の循環不全が起こっているケースで、敗血症で亡くなったというのを勝手に事務局でつくらせていただきました。

この中で出てくる死因というのは、現状での原死因選択を行うと、エ欄の「E14.7 詳細不明の糖尿病（多発合併症を伴うもの。）」、この場合だと腎不全と末梢血管血行不全のところだと思いますが、この2つを伴うものというのと、ウ欄「慢性腎不全」のところから「E14.2 詳細不明の糖尿病（腎合併症を伴うもの。）」という死因が選択され、これが1つの死因となるということになっております。

ですので、敗血症であるとか壊疽といったもの、あと、バックグラウンドで高血圧があつたというものについては、現状のWHOのルールに基づいて選択をした場合には、統計的には出してこれられないというのが実態かと思ひます。

以上でございます。

○永井部会長

ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、御意見、いかがでしょうか。

これは今後どのように展開するのですか。今後議論するとしたら、このあたりについて、もう少し背景も出せるようにしようということですか。

○事務局

そこを含めての御議論をいただきたいところではございますが、WHOのICDというのは、WHOの加盟国の全体を考えると、どうしても発展途上国が非常に多い。要するに、感染症であるとか事故といったものが非常に重要になってくるということが前提にあるということベースに考えると、先進国の我々の国、アメリカもそうですが、そういった国の中での疾病構造の分析を行い、それに基づいて政策展開につなげていくとなったときに、少し粗い結果にならざるを得ないというのが現状かと思ひます。

こういった中で、実際に日本国内における現実としての数値データについて適切に現状把握を行うに当たっては、ICDのルールというのが適切な網になっているのか、それとももう少し細かい網をかけなければいけないかという課題になってくると思ひます。

それにおいて、まずICDのコーディングという問題については何かというと、網が非常に粗いものからもう少し細かくしていくことによって、個別の疾患における動態であるとか変化というのを追っかけるということにつながっていく内容かと思ひます。

もう一点、統計データとして発表するに当たっては、どういう形で複合死因分析をするのかというのは非常に難しい問題でございますので、基本的にはICDに準拠した形での発表というのが国からの基本ベースのラインになるのですが、では、具体的にどういう疾患の方がどういう状態で亡くなっているのかとか、あとはバックグラウンドにどういう疾患を持っていたのかということを見ることによって、予防対策のところと、実際に入院して今、まさに亡くなりそうだというときにどういうリスクがあるのかというのが双方見えてくるような分析については、十分可能かと思うのです。

となると、ある程度の分析能力、発展途上国ではなくて、先進国の日本としてある程度独自性を持ちながら、WHOに対してもある程度意見を出していくというものをつくっていくということは非常に重要であり、かつ国際的にもそれが先進国としての責務を果たすことにつながるかと思っておりますが、そういったニュアンスで土屋先生はお話しいただいていましたので、そういった面から、どういう形で持っておくのがいいか、どこまで細分化するのか、具体的にどういう作業かという前に、まず、それでやるという意味決定を我々がするに当たっても、官僚サイドが勝手に走ってしまって、結果的に実際の現場で使えないものになってしまうのは元も子もないことでございますので、専門の委員の先生方の御意見に基づいての判断を今後加えるために、意見とある程度の方向性をまとめていただければと思っております。

○永井部会長

どうぞ。

○田嶋委員

谷室長は総論の少し高いところからお話をなさいましたけれども、私は、「原死因選択を行うとは？」というところの症例を見ますと、糖尿病の専門医としては、こういう亡くなり方をなさったのだと思うわけです。

糖尿病があって、高血圧があって、長い糖尿病の歴史があって、そして腎症も起こっている。でも、日本の末期腎症というのは管理が非常にいいから、透析をしながら元気だったかもしれない。でも、この方は壊疽を起こしてしまった。壊疽から感染症を起こした。そしてそのコントロールがうまくいかないから敗血症で亡くなってしまわれた。したがって、原死因は、ひょっとすると糖尿病をもとにした壊疽かもしれない。ゼプシスそのものかもしれない。そういうことが今のWHOの分類では出てこないではないか。

つまり、日本の糖尿病の患者さんは、大体こういうふうになったら腎臓で亡くなるのだということではないことが起こっているかもしれないのに、それがつかまえないではないか。そういうことだと思っております。

○永井部会長

そういうことですね。

○田嶋委員

今、日本の糖尿病の患者さんの合併症としては、腎症、目、神経障害よりも、欧米化して心血管疾患が死因になるというふうな傾向になっているということが大規模臨床試験でも出ているわけです。

ですから、そういう疾病と合併症の出方の変化というものをきちっとキャッチできるような、臨床家から見ても使いやすい、使えるような死因分類を日本から提言しようではないかということをお考省はお考えになっていらっしゃるのではないかと考えております。

どうぞ御批判はお聞かせいただきたいのですけれども、糖尿病の専門医としてはそのようなことが読み取れるというふうに感じております。

○永井部会長

確かに腎合併症を持った糖尿病の方が、透析が不十分で亡くなられた場合と、長く透析をされて壊疽、感染症、敗血症というコースをたどった方とをこれでは区別できないわけですね。

臨床側は、その辺の情報がもう少し出るようにしたい。できればフォローアップ、予後の調査にも役に立てたいということですね。

○田嶋委員

ええ。それはガイドラインに反映することができるかもしれないということですね。

○永井部会長

そうですね。

○田嶋委員

だから、臨床にずっと近くなってくる疾病分類ができるのではないかと、そういうチャンスではないかという発想だろうというふうに私は伺っているのです。

○永井部会長

いかがでしょうか。では、先に西田委員、続いて栗原委員、お願いします。

○西田委員

専門ではない分野からなのですからけれども、公の仕事としてこの制度をつくっていくという省庁の役割として、やはり現状をリアルに把握するために大福帳ではなくて、明細のついた、明確な実態のわかる、そういうデータが今、本当に求められているのかなど。先ほ

どからお話を聞いていて、日本の先進的な皆様のような専門の方が原因追求をしてきたものをデータに残さないということは、大変国益を損することではないかなと思うので、皆様が丁寧に記録されたこと、診断されたことをきちっとデータとして残していくことによって、次なる政策がより明確な、的確な政策に変わっていくのかなというふうに一国民として感じたのですが。

○永井部会長

栗山委員、どうぞ。

○栗山委員

厚労省がこれで何を狙っているのかがちょっとわからないのであれなのですが、まさに田嶋先生、西田委員がおっしゃったように、次の治療、施策に生かせる、使えるデータにしていきたいなと思います。

私は義理の関係も入れて親を4人亡くしておりますが、死亡診断書は埋葬許可が出るためだけに使っているのではないと思いますが、それ以外のこと、次のものに強く生かせるものにしていく、そのためのことをしていただければなと思っております。

すごく大変かなと想像するのですが、よろしくお願いします。

○永井部会長

どうぞ。

○田嶋委員

栗山先生がおっしゃるように、新しい分類法があるときに、それがドラスティックに変わるということは、仕組みをつくる側としては大変な労力だと思うのです。でも、継続性もとても大切である。したがって、その辺のところを合致させていかななくてはいけないわけです。

でも、最近はITのテクニックを駆使すればそれもできるような世の中になってきたのではないかという気がするものですから、その辺はぜひ国が動いていただければ大変ありがたいなと思います。

それは医学教育にとってもすごく大切であり、今、栗山先生がちょっとおっしゃいましたけれども、患者さんが亡くなられたときというのは、死亡診断書を書くのでてんでこ舞いで、よく考えないうちに、とにかく早く死亡診断書を書いてほしいというようなことだあって起こっている。

したがって、臨床医、研修医から見てわかりやすい疾病分類というものがあるべきであり、今度の2010年の改正版をつくるという方向性は、そこに位置するものではないかと私は考えております。

○永井部会長
今村委員。

○今村委員

確認なのですけれども、死亡診断書そのもののあり方は今のままで、要するに、死亡診断書に記載されているさまざまな原因について、統計的にどのように処理をするかという方法を新たに考えるという理解でよろしいですか。

○事務局

事務局でございます。

基本的にはおっしゃるとおりでございます。というのは、死亡診断書自体については、医師法の中での様式決定でございますので、我々どもではいかんともしがたい部分がございますので、まず先生方から御提出されている情報をどれだけ十分な分析ができるかというところが課題かと思えます。

○今村委員

そもそもこの会で検討することではないのだと思うのですけれども、今、「死亡診断書（死体検案書）」ということになっていますが、高齢化を迎えて在宅医療がふえてくる中で、在宅でお亡くなりになった方が、診療の継続中でない場合には、同じ書式で検案書を発行するということになるわけです。2本の線で消すということになってはいますが、実際にはきちんとした処理がされていない診断書もしくは検案書が非常に多い。だから、検案書が何通発行されているかもよくわからないという状況にあるということもございまして、これは厚労省の違った部門のことなのかもしれませんが、このあり方そのものも、我々かかりつけ医とすると、今のICD-10について、こういう活用をされているということ余りよくわからないで診断書を書かれているという実態がある。

今、御議論されたような方向性には大賛成なのですが、そういう活用をされるということがわかった上で書かないと、書くほうがきちんとした死亡診断書を書けないということになりますので、項目そのものについても、どこかで御検討いただける機会があるのかどうかということも含めてちょっと御検討いただければと思っています。大変大きなお話で申しわけないです。

○永井部会長
末松委員、どうぞ。

○末松委員

私も先ほどの糖尿病の例にとどまらず、メジャーな介入・治療が入ったか入らないかがひもづけされていない分類の仕方は将来を考える上で国益に反するのではないかと思います。

私は細かい内容を完璧に理解しているわけではないのですが、今、追加資料で配られたものをちょっと見て、「ICD-10 (2003) と標準病名マスターとの対比」の「くも膜下出血」のページを見てください。その下に「潰瘍性大腸炎」のページがありますが、くも膜下出血のほうは解剖学的な部位だけでほとんど分類されていて、そこに高血圧の有無、降圧剤の服用歴などがどうだったかとかいうことが全くひもづけされない形で分類されています。

一方、潰瘍性大腸炎のほうは、若干の介入のありなしとか、治療反応性とかが入っています。

これは現行の全体の分類としてはどちらのやり方が一般的なのでしょう。つまり、インターベンションが入っているものと入っていないものの分類、どちらがどういうふうに多いのかというのは、全部めくったわけではないのでわからないのですけれども。

○事務局

基本的には部位がもとになってできているというのがベースです。というのは、もともと解剖学を基準にそれぞれ構築をしてきた歴史がございますので、部位です。

特に今回のステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎とかは、逆に大江先生の委員会が現場の意見を反映してここに入ってきたというもののひもづけですので、ICDのほうとしては、「潰瘍性大腸炎、詳細不明」という1項の中での分けというのが現状かと思います。

○末松委員

先ほどの透析のありなしとか、高血圧がどうだったかとか、超高齢化社会では複合要因でお亡くなりになる方がこれからどんどんふえるわけで、今もふえているのだと思いますが、そこにメジャーな介入、治療がどういう役割を果たしたのかということをきちんと分析できるような体裁にしていくべきではないかと私も思いました。

解剖学にとらわれて分類をすると、では、その分類は一体何のためにやっているのだろうということにもなりかねないと思いました。

○永井部会長

事務局、どうぞ。

○事務局

そもそもICDの分類でございますが、どうしても国際機関での設定ということになり、かつICD自体も今、コラボレーションセンターで30ぐらいの国々の協力センターの意見に基づき分類がされております。歴史的経緯もありということで、医学的に妥当な形を継承して

いるかという、そうではございませんで、基本的には過去の経緯と政治的判断を含めてこういった分類ですので、我々どもとしては、ICDの分類が医学に基づいたものかという、もろ手を挙げてイエスとは答えられない状態ですが、ただ、国際標準であるということを見ると、ここについてはある程度活用せざるを得ないだろう。それは国連への批准国でもございますので、そういった意味では国際的な協力は必要だと。

となると、次のステップとしては、国内においてどうなのかというのと国際協力というのをリンケージさせながら、かつ国内の状態をどういうふうに把握するのが最もいいのかという議論が必要で、その方向性がある程度見えてくる段階で、それぞれの具体的な策に対しての次の展開になると思いますので、そこがないと、どうしても独断専行的なものになってしまっても困りますし、余りにも現場とかけ離れるものも困るし、あと医学的にも離れるということになってしまっただけでは元も子もないと思います。

ですので、どちらかという、こういった現状に対して、日本としてどちらにかじを切るのかという議論をここで出していただけなのが、我々としては一番望ましい形かと思います。

○永井部会長

よろしいでしょうか。

ただ、国際比較のときには国際基準で分類しないといけないと思うのですが、もっと汎用性のある使い方を目指すという意味で、二者択一的ではない道というものもあるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

○事務局

十分あるかとは思いますが。アメリカについては確認が完璧に行われていないところなのですが、ICD-9-CM、クリニカルモディフィケーションというのをアメリカ国内では使っていて、そちらの詳細分類に基づいて分析をしている。

WHOに対しての報告についてはICD-10に準拠した形での報告を行っているというふうに聞いております。

EUについては、ICDに準拠した形、要するに、多国籍、かつ多民族、多国という連合体でございますので、どうしても標準化せざるを得ないということで、EUについてはICDということで、二大的なところがあるかと思えます。

ですので、そういった面から考えると、日本としてはどういうやり方をするか。どういう方向で、かつそこがリーズナブルであるということが重要なのかなと思っております。

○永井部会長

大江先生、どうぞ。

○大江委員

後で配られた追加資料は、私から見れば、2つの次元の違うことが表現されていると思うのです。

最後のページを除いて、それまでの部分というのは、ICD-10の分類と実際に私たちが直面する患者さんが持っている疾患名との対応が、ところどころで分類の粗さ、細かさが食い違っているという問題だと思います。

特に目立つところは「その他の」何とかとか、「詳細不明」というふうにまとめられているWHOの分類のところに、実際には統計的、あるいは臨床医学的にももう少し細かく分類しなければ、余りにも大ざっぱ過ぎて、後で役に立たなくなっている。その部分がまず1つあると思います。

これについては、恐らくWHOのこの体系は維持しつつも、その他、あるいは詳細、あるいは幾つかそうでないところに対しても、細分類を日本として医学系の先生方が枝番というか、枝をつくっていくということが必要なのではないかと思うのです。

一方で、直接死因を引き起こす疾患の表現をどうするかということは、分類をいかに詳細に用意したところで、もう少し違った次元で死亡診断書の死因欄の書き方のガイドライン、あるいは場合によっては、将来的に死亡診断書自体の欄の構成を再検討するという方向に持っていかないと解決しない問題がたくさんあります。

最後の問題は、そういう意味で、分類だけをいかにうまくつくっても、ここにあるように欲しい原死因が手に入るというのは、ITでも多分無理だと思うのです。

そういう意味で、まずこの部会として取りかかれることは、こういう前者の分類を本当に必要な部分についてはきちんと詳細化する。

ただし、標準病名マスターは、実際に出てくる患者さんの病名一つ一つが割り当てられています。ここまで細かくする必要はなくて、その中間にある適正な小分類といいますか、細分類を追加していくということが今後の統計処理、あるいはいろいろなデータの利用に重要なのではないかと思います。

以上です。

○永井部会長

では、菅野先生。

○菅野委員

大江先生がおっしゃったとおりだと思うのです。ですから、これは2つのことが問題になっていて、2つを資料にごっちゃにくっつけてしまったところに若干議論が混乱しやすくなった点があるのではないかと思うのです。

死因のほうは、WHOが決めている死因の割りつけのルールをどうするか、それをどう普及していくかということが重要であって、実際に死亡診断書の分析をした厚労省の研究班の

データを見ても、実際は相当は違っているというデータもあるわけですので、そこはそことして、ここの委員会とは別個にきちっと論議すべきだろうと思います。

もう一つ、大江先生が頑張って標準病名を非常に迅速に改正されていて、ICDよりも圧倒的に、毎月のようにアップデートされているわけですが、私は消化器をやっていますから、資料の潰瘍性大腸炎のところを見ますと相当ごちゃごちゃになっていて、これのひもづけは相当変えないと間違ったところにコーディングされますね。今、実際に「その他」になっているところは、実はそうでないところに分類すべきだと思う点が多々あるわけでありまして、そこの吟味は実はほとんどなされていない。

標準病名は標準病名のほうでやっていらっしゃいますし、ICDとのリンクづけはそちらで多分やられていらっしゃるので、十分相互の意思疎通ができていないために、できれば避けたい「その他の大腸炎」とか、そういうものに山のような病名が押しつけられておりますけれども、専門家の目から見ますと、「活動期潰瘍性大腸炎」が「潰瘍性大腸炎、詳細不明」になっていますが、「全腸炎」とかにやったほうがいいのかの問題は、標準病名とICDとの対比についてはほとんどなされていないためではないかと思いますので、ぜひ日本版の新しいアップデートをやるときには、そのあたりも考慮されて行われるのがよろしいかと思います。

WHOは、もちろん世界標準ではございますけれども、先ほど御説明があったように、アメリカだけではなくて、ドイツもそのほかのアジアの国もそれぞれの国のモディフィケーションというのをつくって、やりやすいような形の多少の修正をやっているわけです。ですから、日本型の修正は、厚労省としてもぜひ採用していただいて、IT化がしやすいような、あるいは将来に向けたナショナルデータベースが作りやすいような形的设计にさせていただくのがよろしいのではないかと思います。

そうであれば、将来の医療制度の設計でありますとか、医療資源の配分でありますとか、疾病動向の予測でありますとか、そういったものに非常に有用になっていくわけでありまして、その意味で税金を有用に使う、国民に還元するという最も基本的な統計のあり方になるのではないかと考えております。

○永井部会長

いかがでしょうか。

大江先生は、ITではいかんともしがたいということですが、厳密でなくても、どういうことが起こっているか、おおよその疫学データ、あるいはもっとプラクティカルな分類は、同じ死亡診断書からでもある程度はつくれるのではないですか。

○大江委員

ほとんどの場合は大丈夫なのですが、最後のページに出ているようなケースだと、ウのN18.0とエのE14.7が書かれたものをE14.2に自動的に変換するということは、精度よく

できるとは限らないと思うのです。ですから、そこに頼り過ぎるのはちょっと危険で、やはり一定のガイドラインをさらに充実するということは必要だろうと思います。

○永井部会長

ですから、その問題とエ、ウ、イ、アの順番で起こってきたことを臨床上の状況把握に使っていくというのは、また別のことだと思うのです。

○大江委員

例えばこのケースで言うと、エからアに向かって先ほど田嶋先生がおっしゃったような形で起こったのだということを今の計算機で精度よく推論させるのは、まだそんなにはうまくいかないと思うのです。

だから、そこそこはいけるというのでよければ、もちろんできると思うのですが、統計的にきちんと処理しようとする、やはりもう少し書き方のガイドラインを充実しないと危ないなと思います。

○永井部会長

それでも田嶋先生としてはもっと臨床的にこれを使いたいと思われるのではないかと思います。

○田嶋委員

きっと大江先生が新しいソフトをつくってくださるだろう。

私がこの症例から思うのは、日本は、壊疽がきっかけでそこからどんどんと死亡に行くような、そういうケースは余りないと言われていたわけですね。ところが、そういう患者さんがふえてくる。でも、日本の治療というのは非常に進んでいますので、壊疽の段階であれば患者さんは命を落とすことはない。そこに感染が起こるから切断が起こり、そして死亡に近づいていく。そういう今までなかったような亡くなり方をされている方がいるということが死亡診断書の中から見えるようであってほしいということなのです。

○永井部会長

今、科学技術政策でアンメットニーズはどこにあるかというときに、多くの企業の研究者は、実はこの死因を見ているのです。そのため、少し方向違いのところがあって、現場のアンメットニーズはもっと別のところにあるということに意外と気づかれていないのです。ですから、日本の開発研究にまで死因分類が影響を及ぼしていて、誤解を招きやすいと感じています。印刷された統計資料が出てきたときには非常にミスリーディングなことが起こります。そういう意味でももう少しきめ細かい、多少不確実でも状況がわかるような資料が必要です。

○田嶋委員

あるといいですね。それはすばらしい。

○永井部会長

それはそれで留保つきで読んでいけばよいと思うのです。

オフィシャルに出す話と、プラクティカルに使うという話は、少し別のような気がするのです。

厳密さに余りこだわると統計はできないと思います。厳密に調べないといけない部分と、どう使うかという部分を少し分けて考える必要があるのではないかという気がしますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○大江委員

いろんなアプローチがあって、永井座長がおっしゃっているようなアプローチは、大量のデータ、今のビッグデータというような形であれば、ある程度いい精度で出せるものも多いと思うのです。

一方で、難病に合併するような病態とか、 n が必ずしもたくさん集積できないような患者さんの状態もありますので、そういったものに対しては、きちんと精度よく出せるようにするために、先ほど来お話ししているように、本来死亡診断書の死因欄の書き方というのは、紙に自由に記載できるという状態ではなくて、少しずつITの活用を取り入れて、コンピュータの支援に基づいてア、イ、ウ、エの欄を選んでいけるような、そういう方向を、すぐにはできないでしょうけれども、目指すということが大事だと思います。

この例で言うと、イの欄の「壊疽、他に分類されないもの」というのが、もし「糖尿病性壊疽」と書いてあれば、コンピュータも全体の病態を解析するのに非常に精度がよくなると思うのですが、そこが1つ違うだけで違ってくる。

そういうのは、ぱっと思いついたものを人に書いてもらうとかいうのだと、なかなかできませんので、方向性としてソフトウェア的な支援も現場にどんどん導入していくということが必要だろうと思うわけです。

以上です。

○永井部会長

どうぞ。

○金子隆一委員

私は統計の専門なのですが、統計の専門というのは、基本的には整合性といいますか、先ほどの国際分類という観点に関しても、時系列という観点についても整合性が最

も気になるところなのです。

先ほどうまく整理していただいて、2つの問題があると。日本独自の細かい分類をします。その点については、日本の高齢化についてちょっと考えがありますが、それは一つ置いておいて、原死因分類、一番最後のページのようなものに関して、コンピュータ上で活用できるような形で単純に複数の情報を残しておく、それだけでも随分とその情報が使えると思うのです。

もしかすると、事務局としてもそのあたりの御提案を持っているのではないかなという気がするのです。確認です。

○事務局

基本的に統計分科会の土屋先生の見解からの発展でございますので、事務局としては、まさにどういう形をとるかを含めて御議論いただきたいと思っております。

ですので、金子委員がおっしゃったように、データの保存というのをしておく。要するに、生の情報で保存しておき、基幹統計でございますので、目的外使用というのも一部可能になっております。そういった活用で展開していく。国としては、現状の発表方式、要するに、WHOの分類に基づき定期刊行物については策定するとか、いろんなやり方が考えられると思うのです。

先生方がおっしゃっているような細かい分析、何をどこまで細かくするかというのは、その時々によってニーズが変わってくるとなると、国で固定化してしまうと逆に身動きがとれなくなってしまうということを考えると、国は継続性を考えたある程度一定的なものを発表しつつも、先生方の意見に応えられるような状態での情報提供ができる体制というのが、土屋先生がマルチプルな分析をとおっしゃいますが、やはり予算的にも人員的にも限界というのがあるし、今、人口動態をやっております人口動態・保健社会統計課もいっぱい定削の中で頑張っているところがございますので、その辺を踏まえながらの方向性を出していただけると、国としては実現性があるかなと思っております。

○永井部会長

栗山先生、どうぞ。

○栗山委員

実現性と予算と大変さの中で、学会の存在というのはどうなのでしょう。あと、細かなところまで国がやるのではなくて。

覚えていらっしゃるかどうか分かりませんが、昨年12月に小学校の給食を食べたお子様が食物アレルギーで亡くなったのです。

そのときに、ごく最近の学会で学会も想定していなかった、専門医も想定していなかったというお話があって、亡くなることは実際にあっても、何で亡くなったのだろうという

事例の集積がないこともあるし、それからこういうことが起きて初めて、ひょっとしたらこの後ろにはこういうことがあったのではないかということで、それを見直して例えばガイドラインに反映させるというようなことをある時点で気がついて、これをやりたいと思うようになることがあると思うのです。そんなことに気がつける人たちが詳細を検討できるような場というか、機会というか、そんなものもある中でお話をしていただけたいなと思いました。

○永井部会長

ほかにいかがでしょうか。五十嵐先生。

○五十嵐先生

今までの議論を伺いまして、小児科の立場から申し上げさせていただきます。ヒブとインフルエンザ菌bのワクチンがなかった2003年ごろのデータを調べてみますと、我が国では1歳から3歳までの肺炎の死亡が200人ぐらいおりまして、先進諸国としては高く、理由がわからなかったのです。

先進諸国ではヒブやインフルエンザ菌bのワクチンが行われており、細菌性肺炎になりにくいという状況がありました。

一方、我が国では1から3歳の肺炎の死亡者の中に、低出生体重児で肺の低形成があって、ずっとレスピレーターがついているような子が入っていると、あるいは脳性麻痺になっていて、嚥下障害等で誤嚥性肺炎になりやすい子とかが含まれていることがわかりました。このように、原死因選択によって一つの傷病を死因としてしまうことによって、基礎疾患の病名が出てこないで、ただ原死因だけが評価されてしまうことがあります。

ですから、コンピュータソフトが自動的にそんなことが推測できるようなことはなかなか難しいと思いますが、病名等については国際比較するためにはICDコーディングをやらざるを得ないのだけれども、臨床の場、臨床家としては標準病名マスター等を使いたいと考えています。

もう一つ、日本での特徴を評価するとき、原死因だけで評価するのではなくて、複合的にバックグラウンドを考えた上で報告書を書かないと、正しく評価することはなかなか難しいのではないかと思います。

以上です。

○永井部会長

ありがとうございます。

いかがでしょうか。大江先生、どうぞ。

○大江委員

先ほど私は、死因選択に関してガイドラインがさらに充実される必要があるというようなことを申しましたが、当然そのベースにあるのは、第I欄、第II欄に書かれている全ての疾患はきちんと1つのデータベースに集約されるべきであるというのが前提だと思うのです。

それがなされていれば、今、五十嵐先生がおっしゃったような解析にも必要に応じて使えますので、もとのデータを入力するときの質を担保するのと並行で、当然のことながら入力されたデータは全て情報を失わないままで1つのデータベースにしていくということが大事だろうと思います。

○永井部会長

まだ御議論がおありかと思いますが、大体時間になりましたので、この点については次回以降、引き続き議論を進めたいと思います。

本件については、統計分科会より受けました検討依頼事項ということでありますので、告示改正の審議と並行しまして今後も引き続き議論を進めた上で、方針を取りまとめて分科会報告としたいと思います。

事務局から連絡事項をお願いいたします。

○事務局

今の議論は、次回また少しおまとめさせていただくところでございますが、いかんせん分類の委員会でございますので、抜本的あり方まで行ってしまうと、部長を含めて、我々は非常に困ってしまうところでございますので、そういった概念に基づいたときに必要な分類とは何ぞやというような議論に収束していただけると、私的には非常にやりやすいところでございます。

1点ちょっと気になっているところがございまして、本部会につきましては、現状、ICD-10（の2010年版）の変更についての国内適用を行うためということで設置をされた部会となっております。このために設置が暫定的というか、改正が終わった時点で開催はとまるということで、今回が3回目になっているのも、実は2003年版適用のときに2回やって、その後休眠したという経緯がございます。そういった面でございます。

実際に今、御議論いただいたような個別具体的な傷病に基づく分類とか、複合死因分析といったような内容についての検討をICD-10（2013年版）改正の後に引き続き行うということになると、設置形態をアドホックなものではなくて、要するに、何を検討しなければいけないかということのアジェンダの追加の部分と、設置自体の常設化ということについて、分科会に対して意見を出していく必要があるかと思っております。

アジェンダの追加の部分、常設化については、分科会に御報告をさせていただいて御了解を得るという手続が必要かと思っておりますが、いかがでございでしょうか。

○永井部会長

いかがでしょうか。これは御異議ないでしょうか。よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○永井部会長

では、異議なしということで、よろしく願いいたします。

それでは、統計分科会に対して、部会の常設化及び検討議題の追加を報告しますとともに、了解を得るといふことにしたいと思います。

報告する検討議題の詳細につきましては、部会長にお任せいただきたいと思います。この点もよろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○永井部会長

ありがとうございます。

それでは、事務局とまとめて分科会に報告させていただきます。

本日はこれで閉会とさせていただきますが、次回の予定につきまして、事務局から御連絡をお願いいたします。

○事務局

次回の開催につきましては、今年度末、3月中を考えております。近々日程調整をさせていただきますので、その折には御回答よろしく願いいたします。

○永井部会長

それでは、これで閉会とさせていただきます。どうもありがとうございました。