

WHO-FIC トリエステ会議について

- 主 催： WHO、WHO-FIC イタリア協力センター共催
開催期間： 平成 19 年 10 月 28 日(日)～11 月 3 日(土)
会 場： イタリア国フリウーリ＝ヴェネツィア・ジュリア州トリエステ市
Plalazzo dei Congressi (議会堂)
参 加 者： WHO、協力センター10カ所、厚生、統計関係部局、オブザーバー等 27 カ国
168 名が参加

主な議題について：

(1) ICD-11 改訂及び改訂運営会議(RSG)からの進捗状況報告

- * ICD revision の方向性及び最終イメージについて RSG シュート議長より提示
- * 各 TAG のチェアより改訂の現状報告
 - ・ 精神(2007 年 1 月に第一回会合を開催。改訂に関するペーパーを準備中。)
 - ・ 希な疾患(Orphanet のデータベースと ICD をリンク。第 17 章を担当。)
 - ・ 外因(ICECI 等の分類との整合性を図る。改訂に関するペーパーを作成。)
 - ・ 内科(担当範囲の検討とWGの準備。)
 - ・ 腫瘍(IARC 等と協調。ICD-O 等の既存の分類の考え方を導入。)
 - ・ その他(感染症、歯科、眼科、産科、小児科領域等の専門家とコンタクト。)

(2) ICF 活用の新しい展開についての報告

- * ICF-CY に関するベニス会議の報告
- * ICF におけるターミノロジーの開発など

(3) 各種委員会報告

● 企画実行委員会(Planning Committee)

1)planning committee から council(仮称)へ組織が変更(詳細未定)

- * council のメンバーは以下のとおり
 - ・WHO 担当官(地域事務局を含む)

- ・各委員会及びレファレンスグループのチェア (RSG のチェアを含む)
- ・協力センター長 (申請中も含む)

- * 初代 council (仮称) のチェアを選出 (任期 2 年)
- ・マハティ・ベトナム氏 (ノルディックセンター長)
- ・マージョリー・グリーンバーグ女史 (北米センター長)

2) annual meeting (年次会議) から assembly (仮称) へ組織を変更 (詳細未定)

- * assembly (仮称) の参加資格 (WHO 担当官以外)
- ・協力センターからの代表
- ・WHO と公式な関係を有する NGO からの代表
- ・WHO 本部が参加を認めた WHO 加盟国からの代表 (日本はここに該当することになる)

● 普及委員会 (Implementation Committee (IC))

- * 第 2 回アジア・パシフィックネットワーク京都会議について報告
- * アジア・パシフィック地域以外の地域の情報の共有化、連携の可能性についての検討

● 分類改正改訂委員会 (Updating and Revision Committee (URC))

- * ICD の改正について 125 議題について審議;
- ・89 提案受け入れ

● 教育委員会 (Education Committee (EC))

- * 死因コーディング認定プログラムの完成
- * 疾病コーディング認定プログラム作業の開発

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

- * ICD メンテナンスツールの改訂作業
- * ICD-11 改訂作業ツールの開発

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

- * 看護の国際分類 (International Classification of Nursing Practice (ICNP)) (仮称) の国際分類ファミリーへの加入 (関連分類) を勧告
- * 伝統医学 (Traditional Medicine) の国際分類ファミリーへの加入 (関連分類) を検討

- 死因分類改正グループ(Mortality Reference Group (MRG))
 - * 死因分類に関する 50 議題を議論；
 - ・15 合意(URC へ提出)
 - ・ 5 要点合意(修正ののち URC へ提出)
 - * RSG への参加(共同議長のオブザーバー参加を提案)

- 疾病分類グループ(Morbidity Reference Group (MbRG))
 - * 疾病分類について 12 提案を URC へ提出
 - * 共同議長の交代(R.マッデン氏から K.アイネス氏へ)

- ターミノロジーグループ(Terminology Reference Group (TRG))
 - * WHO-FIC と IHTSDO の連携について議論
 - * 分類とのマッピング作業を検討

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

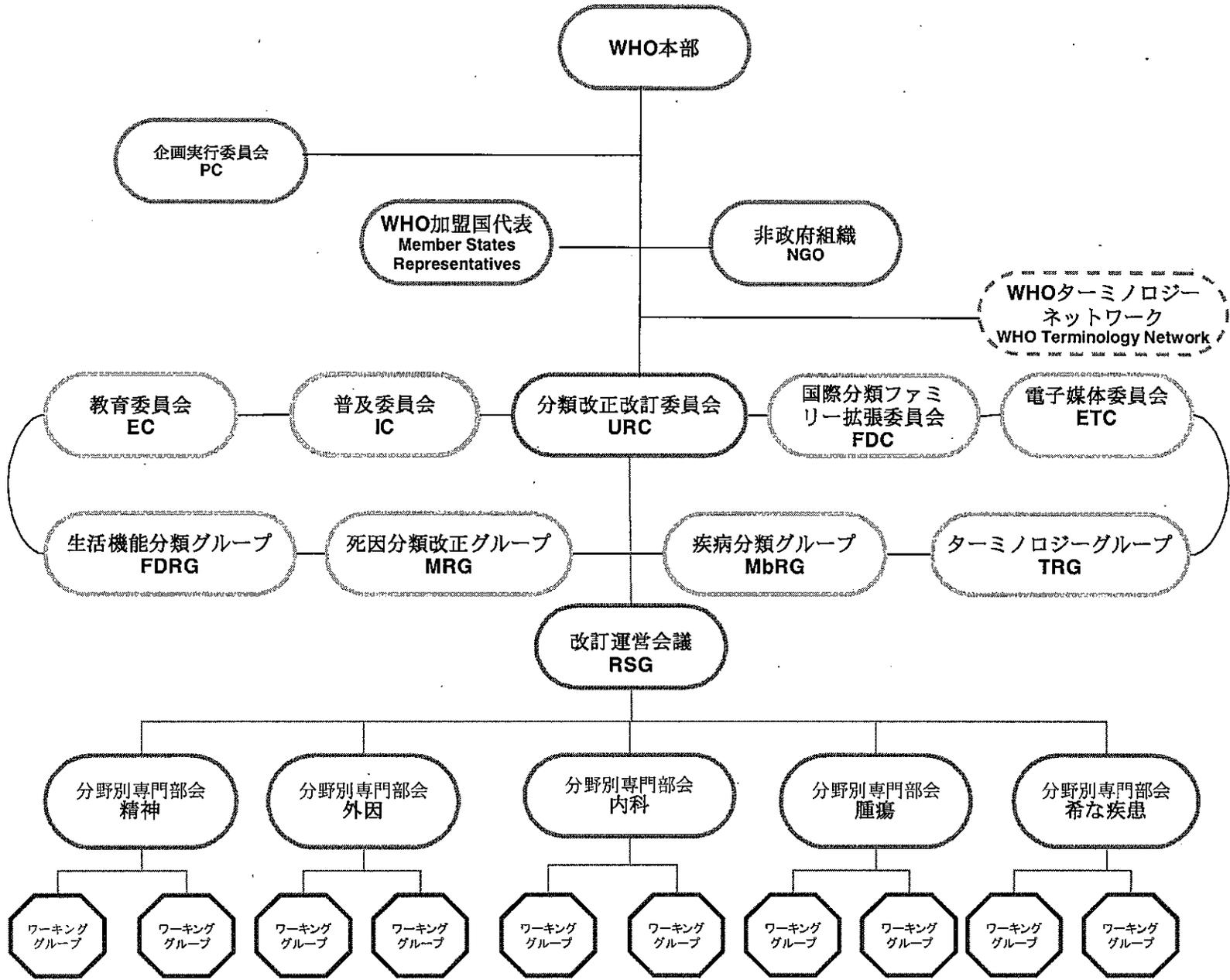
(基準、改正、ICD との調和、測定と活用、教育、倫理、環境因子、ターミノロジーに関する 8 つのプログラムにより構成)

 - * 改正のサイクルを提案
 - * オントロジーの作成を検討

- URC、MRG、MbRG 合同会議
 - * 大改正(Major update)は、当初予定の 2009 年から 2010 年に延期。小改正(Minor update)は 2012 年まで実施
 - * MRG の共同議長が、RSG にオブザーバー参加することを WHO 事務局に提案

次年度開催予定:平成 20 年 10 月 26 日(日)~11 月 1 日(土)インド

WHO - F I C 組織図



KMSポータル(知識管理インターネットプラットフォーム)

フィールドテスト

I C D改訂に関する動向について

資料 2

1. これまでの動向

平成19年

- ・ 10月 5日 国際WG協力員説明会
- ・ 10日 第12回社会保障審議会統計分科会
- ・ 25日～
26日 死因分類改正グループ (MRG) 会議
- ・ 27日 生活機能分類グループ (FDRG) 会議
疾病分類グループ (MbRG) 会議
ターミノロジーグループ (TRG) 会議
- ・ 28日～
11月 3日 WHO-FICネットワーク会議2007
- ・ 11月12日 オントロロジー勉強会
- ・ 26日 国内内科TAG検討会

平成20年

- ・ 1月18日 国内内科TAG検討会

2. 今後の予定

- ・ 2月28日～
3月 1日 疾病分類グループ (MbRG) 会議

ICD-11への改訂に係るWHOに対する意見提出について

1. 学会から寄せられた主な意見

(1) ICD-11 改訂に係る WHO 組織体制について

(日本整形外科学会)

- ・ 死因とはならない整形外科疾患はどの TAG で検討されるのか明確にしてほしい。もし、該当しないのであれば新設を希望する。

(2) ICD-11 への改訂ビジョンについて

(日本産科婦人科学会)

- ・ 病因を基に体系付けているため、同一病態でコードが異なるが、周産期では病因が特定できないものも多いので特有の病態でコードを付けて欲しい。
新生児低酸素性虚血性脳症、新生児頭蓋内出血、周産期に特異的な神経障害、PVL 未熟児無呼吸。
- ・ 下記はP章に独立して分類すべき。
新生児脳梗塞、新生児心筋症、新生児特発的胃破裂、双胎1児胎内死亡による生児の障害、新生児不整脈(細かな病名だとI章になってしまう)、未熟児、胎児動脈管早期収縮症、未熟児くる病、先天性乳糜胸、先天性乳糜腹水、先天性腹水。

(3) ICD の構造について

(日本癌治療学会)

- ・ C50～C50.9 乳癌発生部位にこだわる必要はない。病期や組織型を入れる方が重要。
- ・ 上皮内がんが各臓器のがんから切り離されている。各臓器の上皮内がんを各臓器がんの中に組み込むべき。
- ・ 多臓器にわたる疾患や重症度、組織型により病態が異なる疾患等は疾患名でコード化しただけでは、統計解析における有用度が低下すると思う。異なる3桁分類から共通した4桁分類に到達できるシステムあるいは、多種のコード番号の共有化、キーワード入力による検索システムの強化が必要である。また正確な病態や予後等を反映する因子、組織型や進行記もコード化することで、医療統計の有用性を向上させることができる。

(日本産科婦人科学会)

- ・ O00～O48 は、妊娠合併症としてくる。O20～O29「主として妊娠に関連するその他の母体障害」の中に妊娠に関連しない偶発合併症に関しては分類を削除するか、別項目を作成すべき。

- ・ O13～O15 の妊娠高血圧症については国際基準や最近改定された妊娠高血圧症候群の分類に沿った内容に改正されるべき。
- ・ O30.0 双胎妊娠の分類は、近年の超音波診断の発達とその分娩管理の相違から1絨毛膜性双胎と2絨毛膜性双胎に分類すべき。
- ・ 現状では更年期の精神神経障害を適切に反映する項目が見あたらないので、F53 の「産褥に関連した精神および行動の障害」のように新項目を作成してはどうか。
- ・ 更年期を一つの項目として新設することが理想なので、更年期・閉経期に発症する病態は新たな章立てをしてはどうか。
- ・ C51,C52 外陰、膣の悪性新生物の部位を特定することの意義は不明。むしろ、発生母地や病理所見で分類すべき。
- ・ C53 子宮頸内膜、頸外部、境界部を分類するより病理組織分類の方が重要。
- ・ C54 子宮体部の悪性新生物の発生母地の分類がある一方で、解剖学的位置の分類が併存しており、一人の患者が複数のコードで分類されることが起こりうるので、病理学的分類を導入することが重要。
- ・ C56 卵巣の悪性新生物について病理学的な分類を導入すべき。さらに境界悪性腫瘍のコードを作るべき。
- ・ C57 その他および部位不明の女性性器の悪性新生物について卵管の腫瘍をその他ではなく、大項目の一つとして取り上げるべき。また、腹膜に発生する腫瘍も考慮すべき。
- ・ C58「胎盤の腫瘍」は「絨毛性疾患」とすべき。
- ・ D06 子宮頸部の上皮内癌について良性・上皮内・悪性と分類する前に子宮頸部に発生する新生物を大項目としてあげたあとに細分類すべき。
- ・ D07 子宮内膜増殖症がどこにも分類されていない。
- ・ 子宮平滑筋腫だけが大きく取り上げられているが、子宮体部の腫瘍として良性的のところに分類したい。

(日本法医学会)

- ・ 第 XX 章の自殺、他殺その他及び不詳に関しては、窒息だけでなく、転落や溺水、煙・火焰についても詳細な分類が必要である。
- ・ 疾病や損傷という「結果」と外因の種類や状況という「原因」を分けて両者の分類を同時に行ってはどうか。

(日本皮膚科学会)

- ・ 皮膚科は、皮膚及び皮下組織の疾患(L00-L99)を主体とし、感染症及び寄生虫症(A00-B99)、新生物(C00-D48)、筋骨格系及び結合組織の疾患(M00-M99)、損傷、中毒及びその他の外因の影響(S00-T98)でおおよその皮膚疾患は網羅されることから全体的な構築の改訂は必要ないと考える。

(日本救急医学会)

- ・ 胸部のコードについて重症度を加味したコード体系が必要。
- ・ ICD-10CM や AIS2005 を考慮にいれ、細分化や階層化を図った方がよいのでは。

- ・ 足首及び足の損傷のコード(S90-99)で解剖学的な損傷部位や損傷部位の状態が明らかになっていない。
- ・ 手首及び手の損傷の表在損傷(S60.8)に関する定義がないので、明らかにしてほしい。
- ・ 医療事故、合併症、続発症が体系的にコード化されていない。
- ・ 原因(XX 章)と生理学的兆候(XVⅢ章)、損傷(XIX 章)を一度に表現する複数のコード化にはどうか。
- ・ 多発外傷を表現するため、身体区分をコード化し、AIS スコア多発コード、ISS コードを追加してはどうか。
- ・ 中毒(T36-65)も重症度を追加すべき。
- ・ 熱傷は多部位になることが多いため、多発性を表現するための構造が必要。また、深度と面積を併記できることが望ましい。さらに解剖学的な損傷部位を表現するコードを複数できることが望ましい。

(日本消化器病学会)

- ・ K20 の中の術後食道炎、消化性食道炎は、胃十二指腸液の逆流によって生じるため、K21 にコードすべき。
- ・ K21 胃食道逆流症について食道炎の有無で区別されているが、今はびらん(粘膜欠損)の有無によって分類される。中には潰瘍を伴うものが存在するので、K22.1 との異同も問題。
- ・ K20 に感染性食道炎が例示されているが、K23.8 と重複する可能性が高い。
- ・ K22.0 と K22.4 は食道運動障害として項目を新設すべき。
- ・ K22.1 食道潰瘍の例示に潰瘍ではない病名が包含されているので整理が必要。
- ・ 機能的食道障害を追加してほしい。
- ・ 潰瘍について原因に関する分類がないので、細分類すべき。
- ・ K28 胃空腸潰瘍は吻合部潰瘍であるが、吻合は胃十二指腸にも多く行われるので、胃空腸潰瘍しかないのは不十分である。
- ・ 胃炎についての分類は急性、慢性、原因(アルコール)と内視鏡的・病理所見(表層性、萎縮)などの分類の軸が不明確になっている。
- ・ K31.1 の中の術後幽門狭窄は K 91 として整理すべき。
- ・ K31.2 は通常胃潰瘍の結果であるため、潰瘍の項目に移動したほうがよいのでは。
- ・ K31.4 は胃憩室だけでなく、十二指腸憩室も追加すべき。
- ・ B15 急性A型肝炎に B15.1 腎障害を伴うものを追加してはどうか。
- ・ B17.1 急性C型肝炎、B17.2 急性E型肝炎に肝性昏睡を伴うものを追加してはどうか。
- ・ B18.9 慢性ウイルス性肝炎、詳細不明に他臓器障害を追加してはどうか。
- ・ 病因や部位、病理診断の分類になっていて一貫性がないので、コードを部位、病因、病理、その他の重要な分類項目(合併症や重症度など)を一定の順番で並べてはどうか。
- ・ K80 を膵炎を合併する胆管胆石とする。
- ・ K83.0 に胆管膿瘍を移動、また胆汁うっ滞や閉塞性黄疸は症候であり R に分類すべき。
- ・ K81 について、有石胆嚢炎と無石胆嚢炎の分類概念をいれるべき。

- ・ 肝硬変の分類として重要な肝炎ウイルスによる肝硬変のコードを K74 に加えるためにウイルス肝炎(B15-19)を消化器系の疾患に移すべき。
- ・ K73 慢性肝炎は原因による分類に変更すべき。
- ・ 急性ウイルス肝炎のうち昏睡のあるものは K72 に分類すべき。
- ・ 自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変、原発性硬化性胆肝炎は、自己免疫性疾患としてまとめてはどうか。
- ・ 肝炎ウイルスによる肝硬変についてコードがないので、K74 に追加してはどうか。
- ・ 新しい疾患概念である非アルコール性脂肪性肝炎を追加してはどうか。
- ・ K71 中毒性肝疾患についてほとんど使われていないコードの削除など整理が必要。
- ・ A56.5 に肝周囲のクラミジア感染症を追加してはどうか。

(日本口腔科学会)

- ・ K02 に K02.5 一次う蝕、K02.6 二次う蝕を追加すべき。
- ・ K05.1について世界的に用いられている歯周病分類に合わせるべき。
- ・ K06.0 歯肉退縮は K05 の歯周疾患に移動すべき。
- ・ 顎関節症に関する項目を新たに新設すべき。
- ・ K09.0 の中の角化嚢胞は、骨および関節軟骨の良性腫瘍に分類されるべき。
- ・ K09.0 に腺性嚢胞を加えるべき。
- ・ WHO の最新腫瘍組織分類を取り入れるべき。
- ・ 口内炎について原因別の分類になっていない。

(4) 現状の問題点について

(日本癌治療学会)

- ・ 発生部位にこだわりすぎ。病期、組織型の項目がない。
- ・ ICD-10 と ICD-O-3 を統一すべき。
- ・ N87、N89、N90(子宮頸部の異形成、膣のその他の非炎症性障害、外陰会陰のその他の非炎症性障害)に記載されている異形成は neoplastic lesion と考えられるのに第 14 章 腎尿路生殖器系の疾患に記載されている。第2章 新生物に移動すべき。
- ・ C53 子宮頸部の悪性腫瘍 C54 子宮体部の悪性腫瘍の中の細分類に意味があるのか？ C55 子宮の悪性新生物、部位不明があるから、C53 と C54 だけで十分。むしろ、組織型と浸潤の程度で分類してはどうか。
- ・ C56 卵巣の悪性新生物の中に境界悪性病変が含まれていない。C56 に境界悪性腫瘍、悪性腫瘍の項目で細分類。さらに上皮性、性索間質性、胚細胞性に細分類してはどうか。
- ・ 異型内膜増殖症は第 14 章 腎尿路生殖器系の疾患 N85.1 子宮内膜腺腫性増殖症に含まれるが、新設すべき。
- ・ HPV 感染症は第 1 章 感染症及び寄生虫症 B97.7「他章に分類される疾患の原因である乳頭腫ウイルス」に分類されており、子宮頸部との関連性が分からない。細分類として他章に分類される疾患を列挙すべき。

- ・ 実際に業務で使っている人たち(若手医師、医療統計担当、行政担当等)が問題点を具体的に把握できているか疑問。また、ICD-11 をどの分野で活用したいのかが不明。分野によって適切な構造は異なると思う。

(日本耳鼻咽喉科学会)

- ・ 下記の該当コードがないため追加してほしい。
H65 に「コレステリン肉芽腫」、「好酸球性中耳炎」、H83 に「外リンパ瘻」、
J32 に「好酸球性副鼻腔炎」、J39 に「咽(喉)頭異常感症」、
Q16 に「先天性真珠腫」、「前庭水管拡大症」

(日本産科婦人科学会)

- ・ P00、P01、P04 のコードは使用しにくい。
- ・ 下記のコードに病名を追加してほしい。
P87.0 に「新生児限局性腸管穿孔」、P43.2 に「ヒルシュスプルング病類縁疾患」
Q04.8 に「脳回形成異常」、Q04.5 に「片側巨脳症」

(日本法医学会)

- ・ アルファベットと2桁の数字の組み合わせでは足りないので、数字の桁数を増やし、全体として統一的な分類を検討すべき。
- ・ S06 頭蓋内損傷について頭蓋骨骨折の有無で分類する方がわかりやすいのではないか。
- ・ S06「頭蓋骨または顔面骨の骨折が頭蓋内損傷と関連する場合、骨折が優先される」というルールに疑問。
- ・ 下記のように分類できない損傷がある。
脳挫傷、脳挫滅、外傷性脳内出血(血腫)
- ・ びまん性脳損傷に脳裂傷があるが、裂傷ではなく挫滅と考えられる。(挫傷と裂傷の区別)
- ・ 急性・慢性硬膜下(外)血腫の区別がない。
- ・ 重篤度の軽重のつけにくい複数種の損傷の記載法が不明確。
- ・ 開放創について詳細な分類が必要。
- ・ 各部位の神経損傷について、形態学的変化と機能的変化が混在しているので区別してほしい。
- ・ 血管の損傷について、具体的な程度や損傷の性状についての分類がない。
- ・ 複数車両が関与した路上交通事故を単独項目として新設してほしい。また、オートバイ・自転車については、自己路上転倒、路側の器物との衝突が必要。
- ・ アルコール・薬物の影響下の事故を分類してはどうか。
- ・ 衝突後の火災による熱傷、火傷、道路外への転落、水中への転落を追加すべき。
- ・ 発生場所コードをもっと詳細に分類すべき。
- ・ 窒息について、鼻口部閉鎖・絞頸・扼頸・体位性窒息・胸腹部圧迫等、細かく分類すべき。
- ・ 窒息に二酸化炭素、その他の不活性ガス・袋による低酸素を追加してはどうか。
- ・ 溺水についてカテゴリーを独立させた上、受傷場所や水の種類による詳細な分類が必要。
- ・ 入浴中の予期しない死亡について、明確な溺死以外は、外因死・内因死を区別せず別途分類すべき。

- ・ 入浴中の死亡、立会人不在、救急搬送後未診断の場合、明確な根拠がない限り虚血性心疾患ではなく、不詳の内因死、または内因死・外因死不詳として R96-99 に分類すべき。
- ・ 詳細不明の内因死は独立したコードとして R69 を原死因コーディングに使用すべき。また、原因不明・詳細不明とした根拠や診断方法をコードに表示することが望ましい。
- ・ 覚醒剤中毒と明示した分類がないので、項目を独立させてはどうか。
- ・ 多剤併用の中毒例またはアルコールとの併用の分類がないので、「多種向精神薬の作用」、「アルコールと薬剤の併用」、「その他、多数の薬剤の併用」の項目を作ってはどうか。
- ・ 一酸化炭素中毒について、発生源の分類がないので、コードを作るべき。
- ・ 火災による傷害について細分類がないので、「火災による損傷」の項目を作ってはどうか。
- ・ タリウムは殺鼠剤(T60.4)に分類されているが、金属(T56)に分類すべき。
- ・ 農薬の分類について、メカニズムの異なるものが混在しているので、細分類すべき。

(日本皮膚科学会)

- ・ ICD 登録病名と皮膚疾患名を突合せ、未収録の病名の洗い出しをしている。この作業の際に、病名と ICD 対応コードの確認も合わせて行う。平成20年1月末を目途に未収録病名を洗い出す予定である。

(日本救急医学会)

- ・ 十二指腸損傷がなく、小腸 S36.4 に包含されている。
- ・ T39.1 4-アミノフェノール誘導体による中毒にアセトアミノフェン中毒を例示として追加してはどうか。
- ・ 乱用薬物がコードとして散在しているので、整理すべき。(T40,T43.6,T50.7)
- ・ 本来の薬効分類と違う用途で用いられる薬剤について、注意書き(包含・除外)を追加してはどうか。
- ・ T47.1 その他の制酸薬および胃液分泌抑制薬にコードされるプロトンポンプインヒビター(PPI)は独立の項目とすべき。
- ・ T50.9 その他及び詳細不明の薬物による中毒の例示に制酸剤が含まれており、T47.1 と矛盾するのでは。
- ・ 漢方薬による中毒はどこに分類されるべきか。独立した項目とすべきか。
- ・ 数字の桁数を増やして、全体として統一的な分類にすべき。
- ・ 農薬・殺虫剤に関して細項目の検討が必要。

(日本消化器病学会)

- ・ 食道ポリープはどこに分類されるか不明。
- ・ 潰瘍の分類は急性か慢性かの分類を行っているが、どう区別するのか基準を明確にしてほしい。
- ・ K30 ディスペプシアは症状であり、病名として用いるのは妥当ではない。
- ・ 消化器における脈管疾患が循環器に入っている。
- ・ 静脈瘤の程度、出血の有無、治療の有無等が分かるようなコードが欲しい。
- ・ K50 と K51 について、重症度、消化管の合併症、その他(肝胆膵、皮膚、関節、血管系、自己免

疫疾患等)の合併症、手術既往の有無等のわかるコードを追加してはどうか。

- ・ D12 や D13 は罹患部位で D17 や D18 は病理診断で分類している矛盾がある。
- ・ 大腸の良性腫瘍のみ独立となっているので、食道、胃、小腸、肝、胆嚢、膵臓も独立させるべき。
- ・ K62.1 直腸ポリープ、K63.5 大腸ポリープは良性新生物に入るのでは。
- ・ 大腸(結腸、直腸)で、絨毛腺腫,serrated polyps,LST を加える。
- ・ Collagenous Collitis , Lymphocytic Collitis を K52.4 として新しく項目立て。
- ・ 蛋白漏出胃腸症は K90.5 に独立させてはどうか。
- ・ 腸リンパ管拡張症は K55 にコードすべき。
- ・ A04 にコードされるもののうち、最近増加している重要な感染性腸炎の起因菌を独立させるべき。
- ・ K58 と K59 について、機能性腸管障害と非特異的機能性腸管障害で分類してはどうか。
- ・ K59.2、K59.3 は K56 のイレウスで項目立てすべき。
- ・ GIST や MALToma など病理学的あるいは臨床的に新しい概念の腫瘍は独立させるべき。
- ・ K63.3 の腸潰瘍は部位、性状、二次的な原因によるものなどが分かるように項目立てした方がよい。
- ・ 遺伝性の大腸ポリポーシスが D12.6、その他の胃腸ポリポーシスが D13.9 にコードされるのでややこしいので、消化管ポリポーシスとして大きなコード番号にまとめた方がよい。
- ・ K91 について外科的手術後の合併症の他に内視鏡下手術後の合併症もあるのでコードを新設してほしい。
- ・ K63.8 腸管気腫性嚢胞症を入れる。
- ・ D12 の良性腫瘍では横行結腸に含まれているので、C18.3 右結腸曲と C18.5 左結腸曲は不要ではないか。
- ・ D12.1、D12.2 の病名が良性腫瘍で他は腺腫となっており、他の良性腫瘍の名前がない。
- ・ K35 について汎発性腹膜炎や膿瘍を伴わない急性虫垂炎の分類がない。
- ・ K40 と K41 について最も症例の多いえ(壊)死や閉塞を伴わない一側性のヘルニアに単独のコードがない。
- ・ K61 肛門部直腸部の膿瘍の細分類を訂正。
- ・ R17 について詳細不明の黄疸だけでなく、黄疸の独立したコードを新設すべき。
- ・ D12 と D13 について、胆のうポリープに代表される胆嚢の良性新生物のコードがない。
- ・ K72.0 の急性および亜急性肝不全の分類に何が含まれるのか、定義をはっきりさせる必要がある。

(日本口腔科学会)

- ・ 異質な K02.3 の停止性齲蝕を削除し、露髄を伴う齲蝕を追加してはどうか。
- ・ K04.0 の中の歯髄膿瘍及び化膿性歯髄炎は現在使われていないので、削除すべき。また歯髄ポリープは慢性増殖性歯髄炎と同義なので、削除すべき。歯髄炎の分類に可逆性歯髄炎及び不可逆性歯髄炎を追加してはどうか。

- ・ コステン症候群は疾患単位として根拠がないため、削除すべき。
- ・ K10.2 骨髄炎を新生児に限定することは適切ではないので、削除すべき。
- ・ K12.2 口底蜂窩織炎が口内炎と同列に扱われるのは不適切。
- ・ Q35-37 について顎裂・粘膜下口蓋裂が明記されていない。
- ・ Q38.1 に上唇、頬小帯の短縮が含まれていない。
- ・ S02 のタイトルに歯の破折を追加すべき。
- ・ S03 のタイトルに歯の脱臼を追加すべき。
- ・ S03.0 顎の脱臼の分類項目を新鮮、陳旧性、習慣性に変更。

(5) その他

(日本診療録管理学会)

(中田委員)

- ・ 資料3 別紙を参照。

2. WHOに対する意見提出スケジュール及び今後の対応について(案)

(1) WHOへの意見提出方法の1つとして、ようやくICD改正・改訂プラットフォームの形が整ってきており、これに掲載する際の様式も定められている。

(2) これを受けて、各学会から提出された意見のうち、特段の国内調整を必要とせず、また国際的な議論にも十分耐えられるエビデンスが準備でき、WHO内での合意形成が見込まれるものについて、順次このプラットフォームに掲載することとしたい。

(3) 今回各学会から提出していただいた意見のうち、上記の条件を満たすものについて、事務局で座長及び各学会と相談しつつ決定したいと考えている。また、プラットフォームへ入力する際には所定の様式に従う必要があること、また、意見提出後、関係者の議論の過程で質問への回答や根拠資料の提出を求められることがあるので、これらの作業に当たっては各学会のご協力をお願いしたい。

(4) ICD室では、今回提出することとした意見を、3月31日までにプラットフォームへの掲載を行う予定。

(5) 来年度以降のプラットフォームへの意見掲載手順については、例えば学会間の調整を必要としない意見であれば学会より掲載していただくなどの方法も含め、WHOにおける今後のプラットフォームの運用方針に応じて検討する。

(6) 意見掲載後のWHO内での手続きについて

● URCメンバーによる投票

- ・ 11の協力センター(日本は、ICD室長が投票権をもつ)、MRG、MbRG、WHOによる 14 票によって決定。
- ・ プラットフォームでの投票は、年2回、年次会議前に行われる。
- ・ “yes”、“no”、“can’t decide”により意思表示し、第1回の投票で no とする場合は、そのロジックを示し、can’t decide の場合はコメントを付さなければならない。
- ・ 第1回投票は、6月30日締め切り。第2回投票は、8月31日締め切り。
- ・ URC は WHO と相談しながらすべての提案を確認し、意見が分かれた等の案件は、年次会議で議論し、決定する。年次会議で意見の一致が見られない場合は、発案者は、翌年に再提案するか、提案を取り下げるかの選択が与えられる。

※ 投票に際し、事務局より必要に応じ、専門委員・学会へ意見照会を行いたいと思っております

ので、ご協力をお願い致します。

● WHOにおいて採択された意見について

- ・ 1月末までに勧告するリストが作成され、WHOのホームページに掲載される。

<http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

(以上は、WHO資料 WHO/FIC2007/_A017_Att_B に基づく現時点での運用方針である)

[ICD-10 の全体的問題：構造総論]

1. ICD の構造的な問題点：ICD の構造上の問題から発生する問題

1) コードの構造そのもの

まず根本的な問題として、現在の ICD-10 においては、先頭にアルファベットが、それに続いて、2桁の数値、さらにピリオドを挟んで2桁の数値で構成されるが故の問題がある。

大きな分類を先頭のアルファベットで表現しているために、十進法になっておらず、最大26文字、すなわち最も基礎となる分類は26種類しか拡大出来ないことになっている。

さらに、そのアルファベット1桁目の分類は、後に続く4桁の分類のうち、ピリオド前の分類が事実上の詳細分類を表し、すなわち、2桁、100種類の表現が限界となっている。

この限界を露呈しているのが新生物や損傷の分野であり、本来同じカテゴリーで整理すべきものが、アルファベットをまたがる、もしくは、一つのアルファベットに複数のカテゴリーを含むという結果となっている。恐らく、実用的に用いる場合の最大のコード桁数を5桁に設定しないとイケない事情があったと推察するが、アルファベットの代わりに2桁の数値であったとしたら、より分かり易いものになったはずであり、それは同時により詳細な大分類を表現出来たことを意味する。

もちろん、ICDは世界標準であることが必要であるためにコード長は短ければ短いほど良いと理解するが、であれば、詳細な情報は末尾のコード体系に持たすことによって、実用上のコードとフル桁コードを区別して使用することによって対応は可能と考える。

いずれにしても、コード体系、コードの桁数、コードの桁の意味等を十分に考えておく必要がある。

それぞれの桁に意味を持たせる構造を考案してみた。下表を参照していただきたいが、これは、コードに解剖学的意味（一般的にいう部位）、その数（多発か単発か）、左右（側）等の意味をもたせ、それぞれのICDに付加し整理したものである。このような構造を取ることによって、どこまで切るかということで、その粒度に差を設けられるし、逆に粒度を一定に整理することが出来る。既に、ICDの業務もデジタルベースが前提であり、例え、用手法であっても、桁数の制限をすることによって、それほどの粒度を必要としない用途にも十分に対応が出来る。つまり、詳細なデータ保存が必要であれば、長い桁を用い、非常に簡単なデータであれば、上位3桁まで等と制限すればよい。ICD-10でその整理を行なうことにより、粒度の違いなどの問題点やそのICDの持つ特徴を明確にすることが可能となり、そのままICD-11整理に継げることが出来ると思う。それはICD-10からICD-11へ

の紐付けも可能となり、統計の継続性につなげていけるのではないかと考えている。

ICD	ICD分類名	Core病名	部位・解剖学的亜分類	数	サイド	病勢・病態	病原菌・病因	重症度	組織型
D130	食道の良性新生物	食道ポリープ 食道乳頭腫 食道粘膜下良性腫瘍 食道粘膜下筋腫 食道良性腫瘍	○ 上部、中部、下部、頸部、胸部、腹部	○ 多発	×	○ 出血性、閉塞性	×	×	◎ 良性腫瘍、ポリープ、乳頭腫
C150	頸部食道の悪性新生物	頸部食道癌 頸部食道悪性腫瘍	◎ 頸部	○ 多発	×	○ 早期、進行、再発	×	○ Stage1 Stage2 ...	◎ 癌、悪性腫瘍
C151	胸部食道の悪性新生物	胸部食道癌	◎ 胸部	○ 多発	×	○ 早期、進行、再発	×	○ Stage1 Stage2 ...	◎ 癌、悪性腫瘍
C152	腹部食道の悪性新生物	腹部食道癌 腹部食道悪性腫瘍	◎ 腹部	○ 多発	×	○ 早期、進行、再発	×	○ Stage1 Stage2 ...	◎ 癌、悪性腫瘍
C153	上部食道の悪性新生物	上部食道癌	◎ 上部	○ 多発	×	○ 早期、進行、再発	×	○ Stage1 Stage2 ...	◎ 癌、悪性腫瘍
C154	中部食道の悪性新生物	中部食道癌	◎ 中部	○ 多発	×	○ 早期、進行、再発	×	○ Stage1 Stage2 ...	◎ 癌、悪性腫瘍

○○○○○. ○○ - ○○○○○○

<付加されるコードの桁それぞれに意味付けするイメージの例>

2) ICDの構造的問題点：

ここでは、どのように正確なコーディングを行っても ICD の構造的な問題点から「臨床家の求める条件を満たせない」ことを前提に問題点を考えてみる。

ICDは死因統計から始まっていることから、臨床家の求める要件とは乖離があると指摘されることが多い。しかしその特徴は、それ以前に、すなわち、死因統計 oriented という以前に、その傷病、病態を何らかのコードに分類出来る必要があるということがある。つまり、何らかのコードを必ず与えないといけないという使命があるということである。

この使命が臨床からみて、ICDの構造の最大の弱点を生んでいるという事実は皮肉なことである。次にこれらの構造的な弱点を列記してみる。

(1) 分類によっては、非常にカバーする範囲が広いカテゴリーがあり、裏返しとして、結果として臨床家が意図したような正確なコーディングが出来ない

※ICD 的には「広い範囲のカテゴリー」や「unspecified」としてコーディング出来るが、臨床上の差異を表現するためには、事実上、意味のないデータとなることが多い。すなわち臨床家が期待する詳細な分類が ICD コード上では出来ない。

(2) 新生物については、悪性→良性→性状不詳と粒度が著しく下がる(続発性も)

※この問題は、ICDが死因統計であることと、前述の「コードの構造」にも深く関わっている。先頭桁がアルファベットでなければ改善は容易であったはずである。

(3) 悪性リンパ腫、血管腫、リンパ管腫のような全身にわたる疾患の分類(部位を分類出来ない)に対しての臨床現場の認識との乖離

※これは後述するように部位や病態等、詳細な分類をおこなうためには明らかにコード体系が未熟であり(桁数を多くとることを避けたことと関連するのかわ?)、死因統計であれば十分であると判断されたのかもしれない(ただし、臨床家からすると大きな欠落である)。

(4) 妊娠、処置後障害等、正確にコーディングするとかえって粒度が落ちる

※これは、ほとんど「その他」をカバーするためにとった手段に関連するものであり、前述の桁数とも大いに関連する。

(5) 多軸分類が存在する(例えばC15:食道癌)ので、同一の傷病名に異なるコードが振られる可能性がある。

(6) 複数の意味をもつコードが多数存在する。例えば、Aを伴うB、という表現。恐らくは死因統計のために、主要病態を制限するために、もしくは、元々、コード化する領域が狭いために工夫したとも思われるが、単独の分類との関連性が整理出来ない、粒度の差にも関連する、等の問題点が指摘される。

ことの根本的問題は世界で使うことを意識するあまり、コンピュータ処理やデジタル保存を意識されていないような傾向がみえる。実際問題、紙ベースで行うような処理と詳細なデジタル処理を並列に行うことは可能で、前述のようにコードに意味をもたせて、例えば、上位×桁で大まかな処理を可能とさせ、下位○桁でより詳細な分類を可能とさせるような構造をとることは十分に可能である。

3) ICD コーディングについての問題点(標準化)

第一巻が難解な部分、日本語化がうまく出来ていない部分があったり、そもそも、コーディングの標準化がなかなか難しいことがある。そのような状況を生む要因は、コーディングルールが難解であることでコーディングの標準化が難しく、日本語化する時点でさらに難解になっているように思われる(教育にも大きく影響する)。例えば、unspecifiedを詳細不明等というのは、ほとんど誤訳に近い。このために、「.9」を増やしている現実がある。恐らく、同じ環境でコーディングをさせたとしたら、明らかに諸外国に比較して日本のコーダーは「.9」を選択するのではないかと推察する。

Unspecifiedを特に指示がない場合、記載がない場合と訳したなら恐らく違うコーディングをしたか、もしくはもう少し第一巻を読み理解の高いものであったなら、再度、医師に確認する、もしくは診療記録を再調査するという方法をとったはずである。

4) 構造についてのその他の意見

○医学・医療レベルの異なる諸国で利用され、しかもその使用法も各々の立場によって異なるという面から、完全無欠の ICD は不可能である。従来の統計との一貫性を図る意味からも、その構造を大きく変更することは望ましくなく、現在のバージョンでの基本構造に根本的な問題はないと考える。ただし部分的には、疾病に対する考え方の進歩、治療システムの時代による変化などに伴い、診療現場の感覚との乖離が著しくなっているものが少なからずあり、これらに関しては分類の整理、改善が必要であると思われる。

○疾病の種類により、病態で整理したほうが分かりやすいものと、部位別に整理したほうが分かりやすいものがあるのは当然である。ただし病因、病理、形態、部位などによる分類に整合性がないものも見受けられる。

○分類が大雑把過ぎるとも言われるが、診療の各専門分野にはその疾病固有の詳細な分類が存在すると思われるので医学研究等はそちらで対応すればいいと思っている。ICD はより、グローバルな疾病・死因の動向等を見るためのものと考えられるので、いずれの医療レベルでも採用できることを重視するべきだと考える。ただし、利用者が各機関の医療レベルに合わせて利用できるように任意の 5 桁細分類項目を設けることができる章を増やすなどの工夫があってもよいと思う。具体的には第Ⅱ章新生物の特に悪性新生物に対し、癌の程度（ステージ、グレード、クラスなど）や類型（高分化、未分化など）を任意でコードできるようにすると活用範囲が広がる。

○章構造が徹底していない。新生物が C, D に、外傷が S, T にわたっている一方で、D は新生物と血液・造血器の両者を含んでいる。アルファベットをあきらめて、基本コードを数字 4 桁とする他ないのではないか。

○コードがすき間なく詰め込んであるために、新たな概念が生まれたときに、それにふさわしい位置にコードを追加できない。きりのいいところで、（現行のシステムで言えば）3 桁コードにとりどころ空きを設けておくと項目の追加や創設が容易であろう。

○全てを解剖学的に分類し、その中を感染症、新生物、奇形などと再分類も可能な体系作りはできないか。

2. 桁構造について

○ケタによって疾患の性質を表す部分と部位を表す部分にコードを振り分けることはできないか（前出）。

○4 桁目の問題

4桁目の意義が一定しておらず曖昧である。「. 9」が unspecified であつたり（細菌性肺炎）、合併症無しであつたり（糖尿病、虫垂炎やソケイヘルニア）など一定していない。

「. 8」は「certainly specified, not elsewhere classified」、「. 9」は「unspecified」などとして全てのコードで統一する必要がある。

どの疾患においてもA-Z00.8、A-Z00.9に重要な疾患が含まれている。再検討が必要。

「. 8」に分類されるものを極力減らす工夫が必要。（ICDコード4桁目（. 8）の多くは、その他の明示された〇〇となっている。4桁目（. 0-7）のいずれにも当てはまらず、「. 8」とコーディングしても、後からそれをみて何という病名だったか判らない）。

○4桁目分類での不統一性： 4桁目の使い方について、糖尿病のみ別という印象を受ける。

○4桁目や部位の表現に統一性がないとの意見が多くみられた。

具体的意見の代表例：

意見①ヘルニア（鼠径ヘルニア、臍ヘルニア）の細分類で、最も多い閉塞や血行障害などのないタイプが 9 コードのその他に入ってしまう点はおかしいと思う。特に鼠径ヘルニアで、両側は末尾が 2（K40.2）になるのに、通常の片側は末尾が 9（K40.9）になるのは違和感を感じる。

意見②部位分類で別々の表現となるものを同列に示している場合がある（悪性食道新生物で C150-152 と C153-155 はどちらも部位だが用語の定義が異なるだけでどちらかで十分、胃でも縦軸の部位分類と横軸の部位分類が並べられているなど）また、実際の医療に即した場合には細かすぎて分類できない場合もある。

意見③ N11 慢性間質性腎炎、N17 急性腎不全、N18 慢性腎不全の 4桁目分類が粗すぎ

腎生検や臨床所見により診断できた病名を、「その他」や「詳細不明」にしか入れられないのはおかしい。例えば、特発性慢性間質性腎炎、腎前性急性腎不全、びまん性メソグリア増殖性糸球体腎炎（IgA 腎症）による（末期ではない）慢性腎不全など。

意見④細かいコード 例1：K40-K46のヘルニア 例2：K80胆石症、K81胆嚢炎など多数。

意見⑤ A15、16の結核の分類がこまかすぎる。PCRにも対応すべき。

意見⑥膠原病などは分類が粗い。ベーチェット病は神経ベーチェットも腸管ベーチェットも同じコード。

意見⑦脳および脊髄の海綿状血管腫は脳神経外科では重要疾患であるが、D18.0 haemangioma 血管腫 のみで、あまりにも粗い分類である。

意見⑧その他の区分がわからない。婦人科疾患がわかりにくい。

意見⑨K 3 5 9急性慢性等、詳細不明：通常の虫垂炎がすべて詳細不明に入る。穿孔、膿瘍をとみなわない虫垂炎の項目をつくるべきでは。

3. 処置後障害について

○「術後合併症、処置後障害の明確な区分が困難」という構造的問題への意見のほとんどは診療情報管理士が指摘し、医師からは少なかった。この事実は、ICD への認識の格差を物語っている。

○ICD-10 より、各章で処置後障害が分類できるようになったが、T 節にある処置後合併症との使い分けの定義づけがない。

各章にある処置後障害と T 節の処置後合併症の使い分け・定義についての説明が明確でない。

処置後障害コードが T80-T88 の場合と、G97, I97, J95, K91, O86 など各章の場合があって判りづらい。大分類にした際に、術後でありながら分類が分かれてしまう。

処置後の合併症について、各章の最後にコードする場合と、Tコードに分かれるが、医療事故は別として、実際の病変への分類が現実的ではないか。

処置後の合併症でK、Iの後ろにはコードするところがあるが、他にTコードできる時もあり、紛らわしい。

○術後イレウス K913 は手術後どれくらいの期間をいうのかが曖昧。期間を含めた定義の明記が必要。

○「術後（処置後）障害」の「術後」の基準が不明確。臨床的にもこれといった決まりや基準があるわけではないようで、コーディング時の留意点として基準を設けても良いと思われる。同じ物差しを持つことで臨床上の術後基準が明確になる可能性がある。

例：5年前に大腸癌で横行結腸部分切除術を施行。今回腸閉塞で入院の場合。医師の間でも「術後腸閉塞」と単なる「腸閉塞」で意見が分かれる。

○「処置後合併症」について

索引によると下記①および②のとおりであるが、「T 8 0 - T 8 8」には例が表示されている。同様に「身体系の章」のその他の処置後合併症「. 8」についても例の表示があれば分かり易いので追加する。

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| ① T 8 0 - T 8 8 の対象 | 医学的処置の早期の合併症
機械的な合併症 |
| ② 適切な身体系の章 | 時間が経過して生じた合併症 |

機能的な合併症

4. 原死因分類と疾病分類について

Mortality rule と morbidity rule が内容例示表からつかみにくい。両者でコードを変えてよいのではないか。

例：C型肝硬変＝原死因はB18.2、主要病態＝K74.6

○原死因と主病名のコーディングは相反する立場にある。傷病名の分類と死因分類を切り離して、別々の分類にすることはできないか。

○原死因のコードに用いないものが混在していることも混乱の一因である。第1巻（日本語版、原版ではVolume 2）に原死因に用いないコードや連鎖などが列記されているが、判りにくく間違いに気付きにくい。内容例示表に逐一註記しておくと思われる。

5. 粒度について

○A09, D18, D70, I48, I71, J44, J96, K65 など分類の粒度が粗い。

○分類体系の細かさにバラツキがある。

○解剖学的部位で分類される場合と組織型で分類される場合とがあり、統一されていない部分がある。

○部位分類が妥当ではない（一般的ではない）例がある。

○部位の粒度が項目によってことなる。

○新生物の場合、部位により詳細分類のある傷病名と詳細分類のない傷病名と混在している。血管腫・リンパ管腫はD18のみである。また、神経芽細胞腫の場合、部位によりコードが分かれるため、ICD-0を使用しない場合、後利用が困難となる。

○腫瘍でも悪性と詳細不詳、良性では分類粒度が異なる。

○その他の具体的意見の代表例：

意見①粗いコード：D10・D36の良性新生物の分類

意見②良性新生物がおおざっぱすぎる。血管腫や脂肪腫のみ何故全ての部位なのか。

意見③ J01、J32（急性及び慢性の副鼻腔炎）については部位別に細かく分けられて

いる。しかし、副鼻腔のう胞については J34.1（副鼻腔のう胞または粘液のう胞）の 1 つで部位分類はない。

意見④感染症については一般に分類が細かい。

意見⑤肺炎の分類は細かい

耳鼻科領域の良性腫瘍の部位が粗すぎる（下記代表例の①）などの指摘があった。

具体的意見の代表例：

意見①良性の腫瘍は臨床的には扱うことの多い疾患であるが、例えば、唾液腺腫瘍は D11.0（耳下腺）、D11.7（その他の大唾液腺）と、とても粗い分類になっている。さらに、D14.0（中耳、鼻腔及び副鼻腔）と耳と鼻、副鼻腔が全部一つの分類になってしまう。

○非ホジキンリンパ腫の分類は B 細胞、T 細胞など臨床では詳細な分類がされるが、ICD 分類は粗すぎる。

○章ごとに分類体系、粒度が異なり、コンピューター処理に向かない。→コンピューター処理に適切な統一性を持った分類体系として欲しい。

○部位の粒度が項目によって異なり、1) 腫瘍でも悪性と詳細不詳、良性では分類体系が異なる。2) S01 と S02 でも分類のされ方が異なり、鼻は表在損傷では S012、開放創では S013 であり（2 と 3 が異なり）、わかりにくい。→疾患の性質を表す部分と部位を表す部分にコードを振り分け部位を表す部分は同じ部位なら同等のコード（例えば 4 桁を使って粗くていいときは後ろは 99 など多少の粗さの違いは必要）を割り当てる構造とすることで分かりやすく統計上の利用利点も得られると考える。

6. 総論（第 1 巻）について

○第 1 巻が非常に理解し難く、原死因コーディングのルールは何度読み直してもすっきりとしない。例題があまりの的を射ておらず、現場で悩んでいるのはもう少し異なったレベルの選択で行き詰っている。例外が多すぎてどちらを最終的に選択すべきか一瞥で判断できない。

○第 1 巻総論をもう少し簡潔に解説したものが需要ではないか。特に死因コーディングについては悩むところが多く、はじめから外因死と疑われるものの殆どは「検死」となり、医療機関では真の死因を確認することはできないため、どこまで意味のある分類になっているのか疑問である。

7. 部位の問題

- 多部位が設けられている章、ない章があり上記同様一貫性がない。
- 血管腫、大動脈乖離、膿痂疹のように各部位を1つのコードに集約してある。
- 新生物における部位の詳細分類については、それを必要とする意味づけが必要。
- 部位を表す部分は同じ部位なら同等のコード(例えば4桁を使って粗くてよい場合は後ろを99など)を割り当てることはできないか。(分かりやすく統計上の利用利点も得られる)。
- 悪性リンパ腫や血管腫、リンパ管腫など全身性疾患が部位別ににならないため粒度が粗い。
- 筋骨格系の章のように詳細部位をつけられるようにしてはどうか。
部位は別コードとし、病態+部位の多軸分類を考慮してはどうか。

8. 新たな疾患概念について

- 第2巻、第3巻とも医師がよくつける病名であるが索引にもなくて、第3巻から探ろうとしても正確なコードがよく分からないということがある。比較的最近発見された新しい病気、合併症等は特に分類に悩むことがある。
- 新しい病名の発見や原因の特定、または、あたらしい治療方法の確立により ICD -10 が実態とそぐわないものになっている場合は少なくない。広くそれぞれの学会との意見調整をしつつ、EBMによるコードの決定システムが欲しい。
- 病名の正確な表現 特に最近の病名と合わない部分が多々あり、その他に登録することになる。

9. 内容例示について

- そのコードがどういった病名を指しているのかさえよく分からない場合がある。第3巻での細分項の「. 8」についても具体的な病名(一般的な表現での病名)が載っていると参考になる。

10. 索引(第3巻)について

- 索引表がデジタル化できないか。
- 第3巻(索引)の第Ⅲ編「薬物および化学物質の索引表」で、“抗糖尿病”とあるが、このような表現が一般的なのだろうか?“経口血糖降下薬”の方が良く使われると思う。2巻

でも T38.3 のところに同様の表現あり。

○産科のコードが索引表から引きにくい。医師の記載する病名と ICD に例示された病名とがうまく合致しない。

○第 3 巻の索引表の索引語について：

疾病名とかけ離れた索引語で引かなければならないものが多々ある。例えば、腋臭症と傷病名は存在するのに、臭汗症やわきがでないと引けない。①鎖肛を引くと無孔を、椎間板ヘルニアは位置異常を参照とあるように、疣贅はいぼを参照など。すべてを・・・を参照のように引きやすくしてもらいたい。②また、鎖肛でも、無孔でも、どちらからでも索引できるようにならないか。

11. そのほか

○ICD コードだけでは重症度合いが判らない。

○産科の分娩等、新生児などが分類しにくい。

○薬物・薬剤による中毒（T36～T50）のコードをつけるには、薬剤の成分などがコーディングの際に必要となり、第 2 巻・3 巻だけでは容易にコードを捜すことができない。

[ICD-10 利用上の問題点]

1. アップデートの問題

改訂が頻回ではないため、臨床医からは古い分類と言われることがある。臨床の各分野の動きにもっと近づくように改訂の期間を短くする。

2. 利用上の問題

○病院情報システムの導入により、病名登録の方法が変化している。疾病分類としての ICD から、病名コードブックとしてのニーズが増してきている。その対応が求められている。

○ICD に使用されている病名と臨床で使われる病名との乖離に臨床医がなじめず、はなから拒絶反応をおこす現実をなんとか打開したい。

○急性冠症候群、代謝症候群（メタボリックシンドローム）や COPD（慢性閉塞性肺疾患）のように、逆に大まかで漠然とした症候群的傷病名が流布する傾向にある。より精緻な傷病名を選ぶべきではないか。Not elsewhere classified として標榜するのは構わない

にしても。

○2巻に〇〇症候群として載っているもので、3巻では（症候群の付録も含めて）引けない疾患がある。例）ウィスコット・アルドリッチ症候群、スチーブン・ジョンソン症候群など。

○インターネットで病名コードがわかる時代になっているので、正しいコードがつけられるような導き方、標準病名マスターのあり方が問題である。

○SARS, トリインフルエンザなど病名をそのまま索引に含める。

○索引のデジタル化。

○関連分類、波状分類について

ICF（国際生活機能分類）の利用について、(1)慢性期医療機関や介護施設での利用の推進、(2)連携パスへの利用で普及が進むのではないか（日本の問題だが）。

○その他の関連・派生分類

ICD-10の歯科口腔外科領域の章とICD-DAとの関連が明白ではない。ICD-10でコーディングして統計に使用しているところもあるのではないか？

ICPMを新しくしてほしい。（9-CMは米国版であり、Kコードでは、分類に限界があることに由来する。）

新生物のICDコードについて、ICD-03との整合性を検討してはどうか。合併症のコードで消化器はKコードに分かれているが、TコードとKコードの位置づけ。

[提言各論]

1. 章をまたぐ問題

○基礎疾患としての全身的分類と、臓器別分類との問題

1章（感染症）～5章（精神障害）までの全身的分類と、6章（神経系疾患）～14章（尿路性器系疾患）までの臓器別分類との問題が取り上げられたが、眼疾患単独についての意見はなかった。消化器系感染症の多く（消化管感染症や肝炎）はA、B(1章：感染症及び寄生虫症)に含まれ、呼吸器感染症の多くはJ(10章：呼吸器系の疾患)に含まれること、感染症に含まれるものと臓器別に分類されるものに分かれていることへの違和感の指摘が多い。病理組織別と臓器部位別との分類も同様の意見である。

具体的意見の代表例：

意見①もともと死因統計分類として構築されたものであり、全身性疾患分類（Ⅰ～Ⅳ）と解剖学的系統別疾患分類（Ⅴ～ⅩⅣ）という全く異なる体系を同列で並べているために、特に感染症の場合には、本来臓器ごとの診断や治療手段、重症度や治療法に即した分類があるべきであるのに、感染症としてコーディングされ、別に臓器別のコードも振るという矛盾が生じる。治療対象となる病名を的確に示せないことがある。感染症の中にも臓器別分類らしい領域も混在している。

意見②感染症、呼吸疾患の間で混在（混乱）している、等がみられる。

意見③A～Bに感染症があるが、第10章の呼吸器にもJ. 10～18（インフルエンザおよび肺炎）の形で病原体別の分類がある。統一がとれていない。

意見④消化器系感染症はB項にあるが、呼吸器感染症の大半はJ項にあり、B項とJ項が共存することもあり、違和感がある。J項にあるインフルエンザは全身性を考えてウイルス感染症の所へ一括した方がよい。

意見⑤病因別分類と臓器別分類が多層化されずに、同一レベルで並べられているのでコーディングがしにくい理由のひとつである。

意見⑥分類の構造は現在よりもすぐれた体系を思いつかない。治療法や予後の異なるものは分けた方がよいと思う。肺癌では部位よりも組織型（小細胞癌と非小細胞癌）に分ける方がよい。肝の悪性新生物のように。なぜSARSにUコードを設けたのか（コロナウイルスと判ってるならJ12のなかでもよかったのでは。全身疾患というならインフルエンザもJ10-J11から第1章A～Bに移すべきではないか。全身感染症と臓器別の病気の境が曖昧。B型、C型肝炎はウイルス肝炎の進行した病態であるから、K74.6でなくB18.x†、K77.0*などとすべき。

意見⑦疾患名と部位、起因微生物の関係で、どちらを選ぶか迷うことがある。

意見⑧確かに、大分類が部位別の分類と組織別の部位とがある点もその通りである。他には死因に基づいた分類ということなので、現在の診療体系と合わない点が多い。特に、退院サマリーなどを考えると、ほとんど軽快して帰る方々が大半なので、そのあたりの分類は難しい。

○症候群が、コードブックに反映できないことは新規が多いためか。

○早期合併症と晩期でTコードと各章別コードにわけてはどうか。「T80-T88」には例が表示されている。同様に「身体系の章」のその他の処置後合併症「. 8」についても例の表示があれば分かり易いので追加してはどうか。

T80-T88の対象：医学的処置の早期の合併症、機械的な合併症

適切な身体系の章：時間が経過して生じた合併症、機能的な合併症

○インフルエンザ：J10-J11は現在呼吸器疾患の範疇にあるが、感染問題、公衆衛生上や疫

学上、感染症および寄生虫症の章へ移動すべきと考える。

○仮性クループが紛らわしい。

現在 ICD 索引から以下が現在の WHO の「クループ」についての定義と理解している。

*クループ …… ジフテリア性クループ …… A36.2

*クループ …… 非ジフテリア性クループ …… J05.0

*仮性クループ …… J38.5

一方、今日 日本の小児科では下記の定義による診断名が一般的である。

「真性クループ」⇒ジフテリア性

「仮性クループ」⇒非ジフテリア性

以上から日本の定義に従えば「仮性クループ」のコードは J05.0 となり、ICD 索引のコード J38.5 は適用できない。

「仮性クループ」特に「J38.5」についての国際的な定義を確認し、必要があれば修正する必要がある。

○ウィルス性肝硬変は概念がないので K74.6 にコードし、ウィルス性肝炎、ウィルス性肝不全は B 群に分類をする。統一をしないと同様な疾病が異なったアルファベット群で分離する事になってしまう。

○B 型肝硬変および C 型肝硬変について：現行では K74.6 になる。しかしこれらは B 型および C 型慢性肝炎のうち線維化（偽小葉の完成）の完成したものであるから、新たな細分類を設けて B18.-†（剣）、K77.1*（星）とでもすべきである。

→主要病態か原死因選択かにもよるが、現状は確かに曖昧。索引と内容例示の一致や、包含・除外の記述を丁寧にチェックする必要がある。

第 3 巻の索引には C 型肝硬変がウィルス性肝炎の感染症にコードされるとあるが、2 巻には包含、除外の明示がないため混乱している。

○食道静脈瘤は I85\$（出血の有無により分類）、他に分類される疾患における場合は I98.2*となっているが、肝障害を伴った静脈瘤が破裂した場合は適切なコードが設定されていない。

食道静脈瘤は門脈圧亢進の結果であり（原因は肝硬変、先天性肝線維症、特発性門脈圧亢進症＝昔のバンチ氏症候群などだが頻度からはほとんど肝硬変）、消化器グループと循環器グループとで（†と*ルールも含め）議論すべき。もちろん B 型 C 型肝硬変だと B18.-と K74.6 の問題が絡んでくる。

○甲状腺腫について

甲状腺腫は、第3巻で調べるとE04.9になるがD34 甲状腺の良性腫瘍との違いは何か。以前は腺腫様 (adenoma) がD34と理解していたが、E04の方がよいのではないかとすると、D34に該当する傷病名もわからない(甲状腺腫と甲状腺良性腫瘍が同義語のように使用されているものが多い)。

○リン脂質抗体症候群

2003改訂の第3巻p322 L22-抗リン脂質(抗体) D68.8と示す一方で、巻末症候群のp945 R16・抗リン脂質抗体症候群 E89.8となっている。

第2巻をみると、D68.8はその他の明示された凝固障害

全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡>_SLE_阻害因子の存在

E89.8は、その他の治療後内分泌および代謝障害となっている。

抗リン脂質抗体は、抗カルジオピリンと同義との考えあり。血液中に抗リン脂質抗体(抗カルジオピリン抗体やループスアンチコアグランド)という自己抗体が証明され、習慣性に流産を起したり、血栓症を発症するというような説明になっている。

第2巻ではそれぞれ、「抗リン脂質抗体症候群」という病名は掲載されていないが、どちらが本当なのかそれとも、どちらもありなのか、専門家の判断を待ちたい。

2.各章別の問題

[I. 感染症]

A09の粒度が粗い。

肺結核でTB-PCRで診断されたものがコードできない。細菌学的検査で確定したもの、の項目が欲しい。

[II 新生物]

○新生物の問題点

食道の悪性新生物における二種類の分類への異議が複数あった。(下記代表例の①②) 脳腫瘍における良性、悪性の分類法に対する問題点等についても指摘があった。(同③④) 膀胱腫瘍の部位別分類は無意味との提言も見られた。(同⑤⑥) さらに、耳鼻科領域の新生物分類に対する問題点も指摘された。(同⑦) 扁桃=中咽頭側壁なので、「扁桃の悪性新生物」と「中咽頭の悪性新生物」とが別なのは誤りであり、梨状陥凹は下咽頭の一部であるので、「梨状陥凹の悪性新生物」と「下咽頭の悪性新生物」とが別なのもまた誤りであるという耳鼻科医の意見は正しい。

具体的意見の代表例：

意見①食道の悪性新生物 C15 について、「解剖学的記述による細分類」と「区分による細分類」はどちらかが選択できるとありますが、同一部位でコードが複数存在するのは、やはり矛盾があると思います。細分類コードはどちらかに統一されていたほうが、使いやすいと思います。

意見② C15 食道の悪性新生物で、C10.5 頸部、C15.1 胸部、C15.2 腹部の分類と C15.3 上部、C15.4 中部、C15.4 下部とがあり、部位の選択方法が重複している。

意見③脳腫瘍については、腫瘍の部位。又良性か悪性という分類で、臨床一般の分類とは全く異なる。

意見④各臓器別の分類体系でなく傷病別の分類体系となっているため適切な分類に到達できないこともありうる。・脳腫瘍は部位別に分類されており、詳細な病理学的組織分類が反映されていない。

意見⑤膀胱腫瘍（癌）の部位別分類は臨床的に意味がないと思う。それよりも、単発か多発か。表在性か浸潤性かの方が、医療経済的にも重要と思う。又、TUR 以外の治療の有無なども重要。

意見⑥膀胱の悪性腫瘍（C67）の場合発生部位を細かくわけする必要はない。

多部位発生が多く、がん病名に細かい記載する訳がない。腸管のように明らかな部位が判別できない。

意見⑦扁桃の悪性新生物”と“中咽頭の悪性新生物”が別になっている。

“梨状陥凹” C12 と“下咽頭” C13 も別になっている。“悪性新生物 C”と上皮内癌 D が別になっている。

○一昨年 ICD-03 版が改定されたが、ICD-10 と連動していない。関連することはできるだけ対応が必要。

○死因統計では良性新生物を細かく分ける必要性に乏しいが、疾病統計では重要である。また、血管腫など全臓器が同一コードになってしまう。

→新生物は悪性・良性・性状不明／不詳ともに粒度を統一する。

例えば、悪性 1000～1999、良性 2000～2999、性状不明／不詳 3000～3999 などとし、000～999 はすべて共通とするなど。これなら悪性新生物のみを検索抽出するのに容易である（ICD-0 の M コードのように末尾で性状を示す方法では、範囲をもって検索抽出するのが容易でない）。

○食道癌（C15）は解剖学的に統一すべき。

○C22 肝および肝内胆管では部位と病理が混在している。

○「D18 血管種およびリンパ管種 各部位」が皮膚も肝臓もすべて同一コードというのは納得できない。D17（良性脂肪種性新生物のように4桁目で部位を示すべきである。

○臨床において悪性新生物の部位分類をあまり重要視していないもの

- ・肺癌は部位分類よりも組織型により治療が変わるため、部位分類に意味がない。
- ・膀胱癌は多発するため、部位分類に意味がない。

○C67 膀胱の悪性新生物には再発が多く、しかも多発も多いので C67.0～C67.7 に細分類が困難で C67.9 多発性膀胱癌にコードされてしまう。

○造血器の悪性疾患：

非ホジキンリンパ腫の分類が臨床分類より大雑把である。

現在分類されている（C82\$/C83\$）以外の組織型のわかる詳細分類は、すべてその他の明示された型の C85.7 に入れることになっているので、次回は臨床分類と同じ体系にしてほしい。T細胞リンパ腫、B細胞リンパ腫においてももう少し分類しやすいと良いのではないだろうか。

成人 T 細胞白血病は ICD10 では C91.5 白血病に分類されている。成人型 T 細胞白血病・リンパ腫（ATLL）の病型分類は、非ホジキンリンパ腫の分類になり、白血病の病型分類の FAB 分類にはならない。

○非ホジキンリンパ腫の分類はB細胞、T細胞など臨床では詳細な分類がされるが、ICD 分類は粗すぎる。

○リンパ組織、造血組織などの悪性新生物について、病理で分類されているが、部位コードとして再構築できないのか。M（病理コード）コードとの関係が連動できるようにする。

○悪性新生物の続発についてさらに詳細とすべき。多臓器転移・浸潤についての選択肢が少ない。

○続発性新生物について、非常にコードが粗く現実にそぐわない。大きな枠組みを崩さず対処できないのか。

○利用者が各機関の医療レベルに合わせて利用できるように任意の 5 桁細分類項目を設けることができる章を増やすなどの工夫があってもよいと思う。具体的には第II章新生物の特に悪性新生物に対し、癌の程度（ステージ、グレード、クラスなど）や類型（高分化、未分化など）を任意でコードできるようにすると活用範囲が広がる。

第Ⅱ章について、病理診断など最終診断結果に忠実にコードをした場合、診療の感覚とは大きなギャップがある。

例：膀胱癌にて外来で BCG を施行。その後生検により病理を確認した結果、悪性所見はなく、炎症所見のみであった場合。診療情報管理士は主診断を「膀胱炎」とコードするが、臨床的には“膀胱癌が炎症レベルまで改善した”のであくまで主診断は「膀胱癌」となる。

[IV. 内分泌、栄養]

○甲状腺腫について

甲状腺腫は、索引によると E04.9 となる。D34 甲状腺の良性腫瘍との違いは何か。以前は腺腫様 (adenoma) が D34 と理解していたが、E04 の方がよいのではないかとすると、D34 に該当する傷病名もわからない (ネットで調べると、甲状腺腫と甲状腺良性腫瘍が同義語のように使用されているものが多い)。

○糖尿病の名称について

糖尿病は世界糖尿病連盟 I D F で 2-3 年前から 1 型、2 型と分類されている。しかし 2003 年版の内容例示でも未だにインスリン依存性糖尿病と書かれている。

○E12：栄養障害に該当する糖尿病は、具体的な例示がなければ分類不可能ではないか (諸外国では必要なのか)。

○リン脂質抗体症候群

2003 改訂の第 3 巻 p 322 L22-抗リン脂質 (抗体) D68.8 と示す一方で、巻末症候群の p 945 R16・抗リン脂質抗体症候群 E89.8 となっている。

第 2 巻をみると、D68.8 はその他の明示された凝固障害

全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡>_SLE_阻害因子の存在

E89.8 は、その他の治療後内分泌および代謝障害となっている。

抗リン脂質抗体は、抗カルジオピリンと同義との考えあり。難病情報センターによると、原因は不明としながらも、血液中に抗リン脂質抗体 (抗カルジオピリン抗体やループスアンチコアグラント) という自己抗体が証明され、習慣性に流産を起こしたり、血栓症を発症するというような説明になっている。第 2 巻ではそれぞれ、「抗リン脂質抗体症候群」という病名は掲載されていないが、どちらが本当なのかそれとも、どちらもありなのか、専門家の判断を待ちたい。

[V. 精神および行動の障害]

○「登校拒否症」について疾患の明示とコードの明示をしてほしい。

[VI. 神経系の疾患]

○高次脳機能障害：交通外傷や脳卒中で負った脳への障害であるが適切なコードがない。

[IX 循環器系(I00-I99)]

☆Iの1 心臓血管系

○各カテゴリーについて、専門的見地からは少なからずの問題点が指摘されると思うが、正直自らの専門領域以外については客観的評価が困難であることから、ここでは筆者の専門分野である循環器疾患についての問題を指摘するに止める。

1)急性リウマチ熱 (I 00 – I 02)

急性リウマチ熱は先進諸国においては殆ど見られなくなっており、開発途上国においてもその発生頻度は激減している状況にあつて、この項目にこれだけのウエイトを置く必要があるか多分に疑問を感じる。かつて経験した急性リウマチ熱の症例の臨床像を思い起こしてみても、心膜炎、心内膜炎、心筋炎を区別して考えることは実際上大変困難であり、ここまでのコードはより大きな混乱の原因となるのではないだろうか。

2)慢性リウマチ性心疾患 (I 05 – I 09)

リウマチ性の弁膜症の患者は減少しつつあるが、未だある程度数が見られる点から、項目としては残す必要があると思う。しかし各項目に「包含：リウマチ性の記載の有無にかかわらない」と記載されていることに関して、昔の“弁膜症の原因がはっきりしない場合はリウマチ性とみなす”といった姿勢が見てとれ、これは明らかに現状に即していない。超音波検査等で各弁の形態評価が容易になり、リウマチ性心疾患の確定診断は決して困難でない点から、この記載ははずすべきであると思われる。

3)高血圧性疾患 (I 10 – I 15)

原発性高血圧、高血圧性心疾患、高血圧性心腎疾患、2次性高血圧が同列に分類されているのに違和感を感じる。原発性高血圧、2次性高血圧は対比させて分類されるべきであるが、高血圧性心疾患は2次性高血圧に合併することもあり得るので、分類体系に多少の改善が必要なのではないだろうか。

4)虚血性心疾患 (I 20-I 25)

この部分に関しては、近年の疾病概念の変化、診療体制の変化に伴い臨床現場での感覚との乖離が顕著である。

I 20 狭心症：この項目については「安定狭心症」「不安定狭心症」「労作性狭心症」「安静時狭心症」「冠攣縮型狭心症」のより明確な定義に基づいた、理にかなった分類が必要であると思われる。不安定狭心症について「急性冠症候群」の概念をどのように取り入れるかが大きな問題となる。

I 21 急性心筋梗塞：現在では貫壁性心筋梗塞，心内膜下梗塞の臨床での厳密な区別は困難であり、Q波，非Q波といったより現実的な区分がされており、これらの用語に統一する方が望ましいと思われる。また「急性冠症候群」をどのように組み込むかの議論が必要である。

I 22 再発性心筋梗塞：この項目を別立てで設定する必要性に疑問を感じる。

5)その他の型の心疾患

I 34 - I 37 非リウマチ性弁疾患：これらいずれも除外の欄に“原因不明であるがI 05, I 08の記載をとまなうもの”という記載があるが、これらは前述の通り、“原因不明の場合はリウマチ性とみなしていた”時代の名残であり不適切だと思われる。

I 40 急性心筋炎：現在最も多くみられるのはウィルス性であり、しかも必ずしもウィルスは同定されない。「細菌性」「ウィルス性」がもう少し明確に区別できるような表記が望ましい。

I 51 心疾患の合併症および診断不明確な心疾患の記載：これらの分類がはたしてどの程度必要なのか疑問を感じる。後天性心中隔欠損はまず間違いなく心筋梗塞に合併するものであろうし、腱索の断裂なども外傷でなければ、心筋梗塞後と考えると問題なさそうである。心筋変性はある程度必要があると思われるが、その他の診断名不明確な心疾患（心炎、汎心炎）などは混乱の原因以外の何ものでもないように思われる。

○臨床に携わる立場での意見として、ここでは専門分野である「循環器疾患領域」について幾つか意見を述べたい。

- (1) 虚血性心疾患 (I 20-I 25) の診療については日進月歩の領域であり、病態の解明に加え、治療法に関する革新的進歩・発展が世界的に広く行き渡りつつあり、この分野の専門家集団による疾病分類の改訂が必要と考える。
- (2) 「不整脈」の領域 (I 44-I 49) に関しても、実地診療の観点からみると病態の解明や新しい治療法開拓に伴う病態変化など、疾病分類に追加が必要な現状である。また、わが国を初め、世界の高齢化がとくに先進国では進み、その影響を踏まえたこの分野の変遷にも手を加えるべき時代である。とくに「心房細動および粗動」(I-48) については多くの新たな知見が得られている。現在のこの分類では到底日々の

臨床に役立たない状況である。

また、新たな疾患概念が確立されたものもあり、わが国でしばしばみられる病態については加えられる必要がある。たとえば「ブルガダ症候群 Brugada 症候群」はその一つである。

(3) 「心不全」(I 50) についても予後不良な、または心疾患の終末像としての臨床的重要性が高まり、現下の分類では不十分である。

(4) 「弁膜疾患」については「先天性」「リウマチ性」「非リウマチ性」「心内膜炎に合併するもの」等に分類されているがこの分類についても専門学会による意見統一が必要であり、さらなる詳細な分類が臨床的に必要である。

(5) 「大動脈瘤および解離」(I 71) については、とくに「大動脈の解離、各部位」(I 71.0) だけでは到底不十分であり、実際、臨床上役立たない。これについても、診断面、治療法選択、退院後経過観察の観点からみた分類の補完が必要である。

○心不全が慢性と急性どちらもコードが同じというのは問題。

○I23 再発性心筋梗塞について、再発性の定義が不明確。設定項目の中に説明が欲しい。

○循環器疾患の分類が古くて粗い、という問題

心疾患に関しては、分類の粗さ、細かさのみではなく、この分野の進歩に分類が著しく立ち遅れているという指摘が目立つ。

具体的意見の代表例：

意見①たとえば、狭心症 I20：不安定狭心症、攣縮性狭心症、その他の型の狭心症、詳細不明の狭心症に分類されているが、その他の型の狭心症を労作性狭心症、攣縮性と労作性の合併狭心症にわけたほうがよい。心不全 I50.：うっ血性心不全、左室不全、心不全詳細不明としているが、解剖的に分類するのであれば右室不全、左室不全、両室不全とすべきである。動脈瘤 I71.0：大動脈瘤の解離がありますが、臨床的には解離の部位が大切ですが分類が大まか過ぎる。発作性頻拍 I47 の分類で、I47.1 リエントリー性心室性不整脈と I47.2 心室性頻拍の分類が重複する部位がある。解剖的分類と機序的分類が交錯している。たとえば I47.0 発作性心室性頻拍（リエントリー性）、I47.1 発作性上室性頻拍（リエントリー性）房室結節性、I47.2 発作性上室性頻拍（リエントリー性）房室回帰性、I47.3 発作性上室性頻拍（リエントリー性）心房性、I47.4 心室性頻拍（非リエントリー性）I47.5 発作性上室性頻拍（非リエントリー性）房室結節性、I47.6 発作性上室性頻拍（非リエントリー性）心房性、I47.7 発作性上室性頻拍（非リエントリー性）その他、I47.8 発作性上室性頻拍 詳細不明、I47.9 発作性心室

性頻拍 詳細不明とすると明確となる。I48 心房細動、心房粗動もより細分類すべきである。I49 その他の不整脈もより分類を明確化すべきである。最近の特発性心室細動などを分類項目として入れるべきである。

☆I の 2 脳血管障害

1)脳血管障害における医学用語の差異について

(1)precerebral artery という用語は ICD 特有であり、臨床医学、基礎医学のどの分野にも使用されず、代表的医学辞書にも掲載されず、定義が不明である。語源からは脳よりも近位側の動脈の意味であろうが、実際の分類上所属する動脈は以下の通りとなっている。頭蓋外のみを走行する動脈は4動脈で大動脈弓より出る大血管として無名（腕頭）動脈、鎖骨下動脈、その分枝として左右の総頸動脈とさらにその分枝の外頸動脈がある。頭蓋外と頭蓋内ともに走行する動脈は内頸動脈と椎骨動脈が左右一対、頭蓋内のみを走行するのは脳底動脈の1本のみである。つまり大動脈弓から出た、無名動脈、鎖骨下動脈から脳底動脈まで計7種類の動脈であり、「頭蓋内外主幹動脈」と和訳されるのが最も適当であったと考えられる。だが、現実には「脳実質外動脈」と和訳され、脳を栄養する動脈は cerebral artery 脳動脈と precerebral artery 脳実質外動脈に二大別されたのが ICD-10 である。そもそも頭蓋内の動脈はクモ膜下腔を走行し、決して脳実質内動脈ではなく、末梢の穿通枝動脈になって初めて脳実質を穿通するのである。原文の precerebral artery を国際的に臨床医が使用しない上に、日本語版の「脳実質外動脈」という和訳がさらに現場での誤解を招いた問題点と考えられる。

(2)脳出血やくも膜下出血の定義に問題があるとの指摘が複数の専門家から寄せられた。

○ I61 脳内出血 の分類の基礎となっている「皮質下」「皮質」の定義が、臨床的病名と差異がある。ICD では、「皮質下」とは、大脳基底核等の深部脳内出血を、「皮質」とは、脳葉出血を指すが、臨床医は「皮質下＝白質」、「皮質＝灰白質」と考えるのが一般的である。

○以下に脳血管疾患の分類を中心にした意見を述べる。例えば、『I60：くも膜下出血』では、脳動静脈奇形の出血が『I60.8 のその他のくも膜下出血』に分類されるが、脳動静脈奇形の出血はくも膜下出血よりも脳内出血の方がはるかに多く、脳内出血については部位分類が必要となる。また、未破裂であっても、てんかんや脳虚血等の症候で発症した場合には、脳血管疾患分類の I60～I69 では対応出来ないなど、現行の脳動静脈奇形の分類体系には矛盾あるいは不十分な点が見られる。『I61：脳内出血』の分類は部位別分類に特化しているが、『I60.0：大脳半球の脳内出血、皮質下』の皮質下出血は基底核、視床を表しているが、臨床で用いられている脳内出血の分類での皮質下出血は大脳の皮質下白質に首座を有

する出血で、『I60.1：大脳半球の脳内出血、皮質』に相当し、用語の使用に臨床との乖離がみられる。

2)脳梗塞の分類について

○脳梗塞の分類においては臨床的に表現されるのは発生部位の「小脳」「脳幹」「放線冠」「被殻部」等の病名であり、血栓・塞栓によるという発生原因については言及されないことがほとんど、との意見多し。

→梗塞に関して（１）詰まった血管と詰まり方で分類するのか、（２）血管が詰まった結果壊死した脳の部位で分類するのか、議論を要する。ここで、（１）による分類がまさしくICD-10であり、責任血管と病因によるこの分類の長所を生かしつつ、脳出血のように部位分類を加えることが必要となる。アテローム血栓性、心原性脳塞栓症、ラクナ梗塞の三大分類できるように工夫することがICD-11では求められる。

○脳梗塞の分類では、ラクナ梗塞の取り扱いを明確に規定するルールが必要である、との意見あり。→現状ではラクナ梗塞のほとんどは、脳動脈の穿通枝の血栓症としてI63.3に分類されるべきだが、I63.9に分類されていることが多いのは残念である。

○脳虚血発作（TIA）はG45.9にコードされているが、脳血管疾患I60-I69の範疇に入るのではと考える。G46* 脳血管疾患における脳の血管（性）症候群（I60-I67†）の存在理由は何か。脳梗塞疾患I63とG46の詳細な違いが専門医でも判りにくい。

[X. 呼吸器の疾患]

インフルエンザ：J10について

現在、このように呼吸器疾患の範疇にあるが、感染問題、公衆衛生上、疫学上、I感染症への章へ移動すべきと考える。

[XI. 消化器の疾患]

○ウィルス性肝硬変は概念がないのでK74.6にコードし、ウィルス性肝炎、ウィルス性肝不全はB郡に分類をする。統一をしないと同様な疾病が異なったアルファベット群で分離する事になってしまう。

○K76.0 脂肪肝：脂肪性肝炎(NASH, Non-alcoholic steatohepatitis)はコード困難。現実にはK46.0にしているが、脂肪肝と脂肪性肝炎は異なる。独立したコードが必要。

○食道静脈瘤はI85\$（出血の有無により分類）、他に分類される疾患における場合はI

98.2*となっているが、肝障害を伴った静脈瘤が破裂した場合は適切なコードが設定されていない。

[XIII. 筋骨格結合組織の疾患]

○骨粗鬆症について、ICDで設定されている4桁に見合うような発症機序を確定できるかどうか疑問である。4桁細分項に関して、ここまで詳細に項目立てする必要性もないのではと思われる。逆にいうと、誰が必要としているのか。

骨粗鬆症では、ICDの主たる目的である“統計”においてここまで出す必要性は現状ではあまり見出せない。もう少し粗くてもよいのではないか。

○横紋筋融解症：具体的コードの明示なし。コードの創設を。

[XIV. 腎尿路生殖器の疾患]

○腎不全の扱い方の検討を。糖尿病性の腎不全は糖尿病性腎症でダブルコーディングでよいと考えるが、実際の問題としてダブルコーディングと、追加として腎不全をコードしている。もっとルールを明確にするべき。

○バルトリン腺の疾患について、N75.0、N75.1の分類は同一化しても良いのではないか。日本産科婦人科学会の用語集では、N75.0 バルトリン腺嚢胞が化膿すると膿瘍（N75.1）になると記載されている。嚢胞は分泌物の貯留により増大した無痛性の腫瘤形成を指し、感染を伴うと有痛性となるとのこと。感染の有無・痛みの有無で分類すべきなのか疑問に思う。

[XV 妊娠、分娩および産褥(O)]、[XVI 周産期(P)]

[XVII 先天奇形、変形および染色体異常(Q)]

○妊産婦につける病名コードは、主に0（オー）のつくICDコードとなっているが、他のコードに分類できる病名のときは、原疾患コードをつけて妊産婦だけに限定される疾患のみ0（オー）コードにした方が良いのではないか。

産科のコードが索引表から引きにくい。

○胎児診断の精度が向上してきているので、胎児に対する病名付与の在り方について議論することが望まれる。現状では、O35で分類できるのみ。染色体異常もより細分化が必要。

○①両側と片側でコードが変化する場合があるが、対の臓器全てが変化するわけでない。
コードが変化する場合)Q53.X 異所性精巣<睾丸>。

②基礎疾患を持っている妊婦の場合、妊娠と同時に第15章にコードが変化することになる。糖尿病は、O24に細分コードが存在するが、他の傷病名の場合はO99に包括的にコーディングせざるを得ない。

③新生物の場合、部位により詳細分類のある傷病名と詳細分類のない傷病名と混在している。血管腫・リンパ管腫はD18のみである。また、神経芽細胞腫の場合、部位によりコードが分かれるため、ICD-Oを使用しない場合、後利用が困難となる。→①対の臓器には、5桁目に左・右・両を選択できるように統一する。③部位は別コードとし、病態+部位の多軸分類を考慮するのはいかがでしょうか。

○循環器内科医からの意見として

先天性心疾患：循環器系の先天奇形（Q20-Q28）

先天性心疾患は極めて多くの病気があり、しかも同様な名称の疾患でも幅広いスペクトラムを有する点から、その分類は複雑である。分類方法および疾患のとらえ方にも諸説あり（発生学的見地からの分類、形態学主体の分類等）、あまり微に入り細にわたる分類はここでは適切ではない。しかし疾病の統計をとる目的からはある程度、病気の種類が大分けに出来るものが必要であり、こうした点からはICD 10は9に比較して格段に進歩しており、基本的に現状で十分使用に耐えるものと思われる。細かい部分で改善が必要と思われるのは以下の部分である。

Q21.8 心中隔のその他の先天奇形：ここに **Eisenmenger** 症候群が記載されているのは不適切である。これは心室中隔欠損、心房中隔欠損等の合併症であり、基本的には基礎となる短絡性疾患に分類されるべきである。またファロー五徴の不適當である。これはファロー四徴に心房中隔欠損を合併したものであり、あくまでファロー四徴の一部である。

Q22.6 右心低形成症候群：通常肺動脈弁閉鎖、または三尖弁閉鎖を指し、別立てで分類するのは紛らわしい。

Q25.1 大動脈縮窄：大動脈縮窄と大動脈弓離断が同じ分類になっているが、心室中隔欠損を伴う大動脈縮窄と大動脈弓離断は同類としても、孤立性の大動脈縮窄とは区別する方が望ましい。

Q25.5 肺動脈閉鎖：心疾患から独立してこうした状況が存在する可能性は極めて低い。間違えてコーディングされやすい分類である。

○臨床の診断病名と ICD で示されている項目とは、余りに乖離しすぎている。比較的大きな病院でも4桁で示されているような詳細な診断は困難。
先天異常で内分泌疾患のみが除外となっている。

[XVIII. 症状、兆候]

R04 気道出血（鼻出血、肺出血）は呼吸器疾患に移してはどうか。

[XIX. 損傷・中毒]

- 手術創感染が表層の感染、内部の感染ともに T81.4 になるが、分けられた方がよい。
- 多発外傷の領域を超えた具体的コードが不足している。
- 多発外傷（T00～T07）は、主病名などの統計をとるためには有効なコードだと考えられるが、実際临床上に使用するには、具体的な部位が不明瞭で判り難いため、各損傷ごとのコードを使用する方が便利。

[XXI. 保健サービス]

第XXI章の拡充。在宅ケアでできることが多くなりつつあり、ケアの程度や種類による分類をもう少し充実させたい。ほか、悪性新生物に関することはひとつにまとめ、新生物に対する治療の目的を表現できると良い。

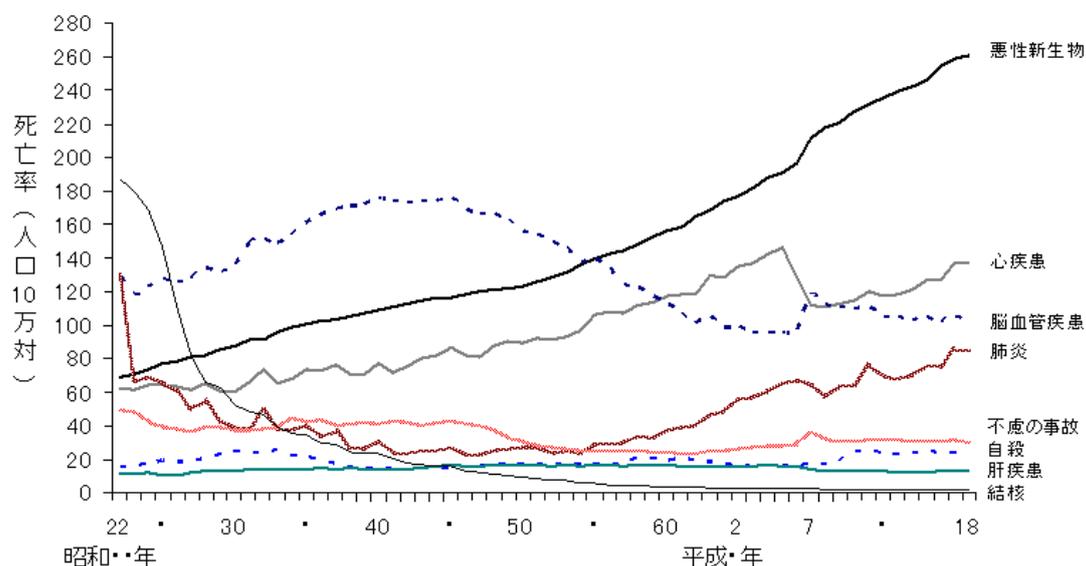
以上

ICD 改正に伴う死因データの連続性確保について(メモ)

2008.2.8 中田

1. 日本で平成7年に行われた ICD-9 から ICD-10 への改正において、①ICD 死因分類の変更、②死因選択ルールの変更、③死亡診断書の変更のため、心疾患、脳血管疾患等、さらには、胃がん、肝がん等においてその死亡率が統計的な連続性を保てなかった（平成18年人口動態統計月報年計（概数）の概況 図6、図8参照）。
2. 統計作成上の分類変更等が行われる場合、統計的な連続性が保てなくなることは致し方ないが、過去にさかのぼって新分類で再集計したり、新旧分類の変換率を算出したたりして、分類変更等による統計の不連続を回避、緩和することが行われる。
3. ICD 死因分類変更の場合、過去にさかのぼって新分類で再集計することは、実際には不可能でもあり、通常新旧 ICD 分類で同一データを集計し ICD 変更の影響を計測することがおこなわれる（これを **bridge coding** という）。平成7年の ICD-9 から ICD-10 への改正においても **bridge coding** が行われ、ICD 等の変更の影響が分析された（しかしながら、上記①-③それぞれの影響には分解されていない）。
4. こうした **bridge coding** は ICD-10 から ICD-11 への改正においても行う必要があるが、作業量が膨大なため、方法論を含めあらかじめ準備しておく必要がある。また、ICD 分類の変更は各国で一斉に行われるものではないため、特に変更期には国際的に見れば新旧 ICD 分類による統計が混在するため **bridge coding** を国際的に統一された方法で行い、変換率を計測した上で死因統計を国際的に使用しうるようにすることが望まれる。
5. このような状況に鑑み、次の点を要望したい。
 - (1) ICD-9 から ICD-10 への改正において、どのような問題がおきたか事務局から本委員会に報告すること。加えて、死因統計の国際比較を行ううえでの問題を報告すること。
 - (2) 死因選択ルールの適用等、分類そのもののほかにも ICD 適用に関して各国間での相違点もあり、ICD-11 適用に当たっては、そうした点も考慮・解決する必要があることを WHO に理解させ、対応をとらせること。特に、各国共通の **bridge coding** の仕組み、死因選択において世界的なデファクト・スタンダードとなっている米国 ACME の適用について検討すること。

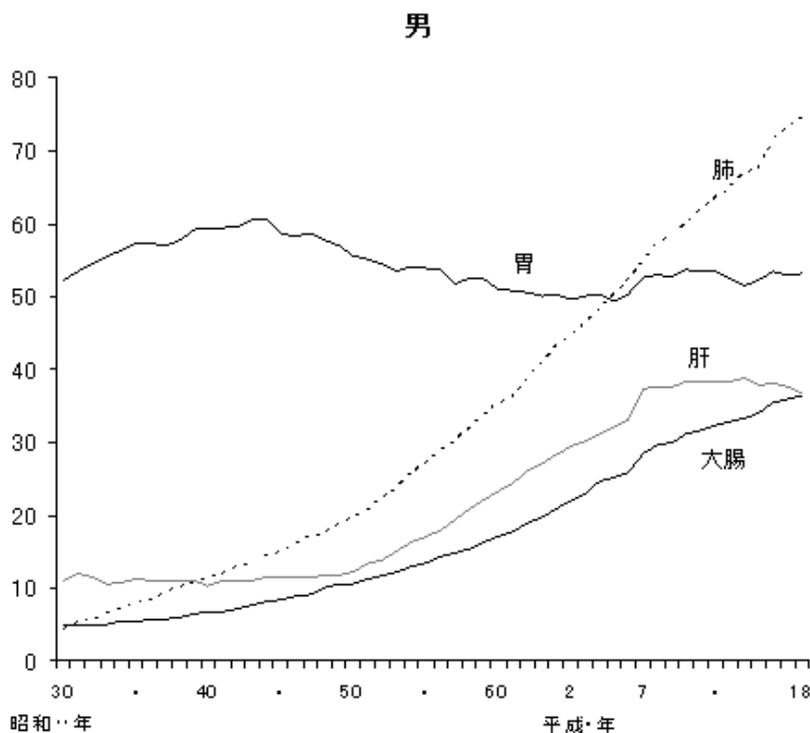
図6 主な死因別にみた死亡率の年次推移



注：1）平成6・7年の心疾患の低下は、死亡診断書（死体検案書）（平成7年1月施行）において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
 2）平成7年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、ICD-10（平成7年1月適用）による原死因選択ルールの特異化によるものと考えられる。

資料：平成18年人口動態統計月報年計（概数）の概況

図8 悪性新生物の主な部位別死亡率（人口10万対）の年次推移



資料：平成18年人口動態統計月報年計（概数）の概況

WHO-FIC トリエステ会議要旨 (暫定版)

WHO Family of International Classifications Network Annual Meeting 2007

Trieste, Italy

28 October - 03 November 2007

DRAFT Summary Report

Version 2008-01-11

final version expected by 2008-01-31

Summary

The meeting served to review all elements of the WHO Family of International Classifications. Highlights of this year's meeting were the revision of ICD, implementation strategies, linkages between WHO classifications and terminologies. Special attention was given to broaden participation in the Network's governance and improving outcomes with streamlined strategic planning. The meeting assessed the work of the WHO-FIC Network, including Collaborating Centres (CC) themselves, and the various committees [Planning Committee (PC), Implementation Committee (IC); Education Committee (EC); Update, and Revision Committee (URC); Family Development Committee (FDC); Electronic Tools Committee (ETC)], and four reference groups [Mortality Reference Group (MRG), the Morbidity Reference Group (MbRG), the Functioning, and Disability Reference Group (FDRG), and the Terminology Reference Group (TRG)].

Special topic of the Annual meeting was "Information Power - Sharing Knowledge". The WHO FIC Reference Classifications (ICD and ICF) provide a framework to sharing information across different settings, sectors, and disciplines. A round table panel of international experts discussed policies, technologies, and institutional arrangements needed to make best possible use of ICD, and ICF as a common language for disease, health, and disability, and the lessons learned in implementing information sharing initiatives. A second panel addressed how WHO FIC classifications can empower users through issues of confidentiality, and patient safety.

Papers presented in the conference are available at the meeting web site (<https://crs.sanita.fvg.it/WHO/> and www.who.int/classifications/ <to be completed>). **The views expressed in these papers are those of the named authors only, and do not necessarily represent WHO's or the WHO-FIC Network's views.**

Table of Contents

1	Opening	1
2	Participants and election of officers	1
3	Committees, and Reference Groups	1
4	International Classification of Diseases (ICD)	2
	4.1 ICD Implementation	2
	4.2 ICD Education	2
	4.3 ICD Updates	3
	4.4 ICD Electronic Tools	4
	4.5 ICD Revision	4
5	International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)	6
	5.1 ICF Implementation	6
	5.2 ICF Education	7
	5.3 ICF Updates	7
	5.4 ICF Use	7
	5.5 ICF Electronic tools	7
6	International Classification of Health Interventions (ICHI)	8
7	WHO-FIC - other Fields	8
	7.1 International Classification of Traditional Medicine (ICTM)	8
	7.2 International Classification of Nursing Practice	8
	7.3 Links among WHO-FIC Classifications	8
8	WHO-FIC, and Terminologies	9
9	Business Plan	9
10	Strategic Work Plan	10
11	Network Governance	10
12	Network Meetings	11

Annex: References to the committees' and reference groups' reports

1. Opening

The WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) Network meeting was opened on 28 October 2007 by Senator Milos Budin, on behalf of His Excellency The Minister of Health, Italy; the Regional Minister of Administrative Affairs, Mr. Gianni Pecol Cominotto; and the Vice President of the Province of Trieste, Walter Godina. The officials welcomed the delegates to Trieste, and emphasized the importance of sharing information, and the power of knowledge in the context of health information systems ensuring that the information can be combined from different sources, and is used in an appropriate fashion to the cause of health of all citizens.

The Regional Minister of Health, Dr. Ezio Beltrame; Assessor of Social Affairs of the Municipality of Trieste, Mr Carlo Grilli; the Head of the newly designated Italian Collaborating Centre for the WHO-FIC, Dr Carlo Francescutti; the Chair of the WHO-FIC Planning Committee Ms Marjorie Greenberg; and Dr Bedirhan Üstün, WHO Coordinator, Classifications, and Terminology, welcomed the participants, and introduced the agenda, emphasizing the normative role of WHO, and the function of classifications as the building blocks for sound health information systems. In this respect, the WHO-FIC Network is working towards producing international public goods, which aim to enhance sharing information, local implementation, and global comparability.

2 Participants and election of officers

168 international participants attended the meeting from 10 WHO Collaborating Centres, and representatives from Ministries of Health or National Statistical Bureaus from 27 countries. The Agenda (annex 2), and the List of Participants (annex 3) are attached.

Members of the Network noted with regret that of the six WHO Regional Offices, only 3 (EURO, AFRO, and PAHO) had been able to attend the meeting. In addition, Spanish language centre (Caracas, Venezuela), and the former UK CC had been unable to send representatives. Members also urged continuing efforts to finalise the arrangements for proposed additional centres with the widest possible geographic coverage.

The WHO secretariat undertook to investigate more flexible solutions, both short, and long-term, to enable these delegates to attend the annual Network meetings, including the removal of possible financial obstacles.

The WHO Secretariat, assisted by representatives of the Australian, and North American Centres, were designated rapporteurs.

3 Committees, and Reference Groups

Each of the committees, and reference groups presented an annual report of its activities, and compiled a detailed meeting report for the relevant stream of work. These reports are available on the meeting website. (see annex 1).

All Reference Groups had their initial meetings ahead of the WHO-FIC meeting. The plenary meeting heard the progress reports of the various reference groups, and cleared them for implementation.

The documents defining the role, and general governance of the reference groups are available on the WHO Classification website www.who.int/classifications/.

4 International Classification of Diseases (ICD)

The work on ICD is organized in committees for education, implementation, technical tools and relationship to other members of the WHO-FIC. Technical issues are addressed by a morbidity, and a mortality reference group.

4.1 ICD Implementation

The status of implementation of ICD, and approaches for implementation were analyzed, based on experiences from several regions, and countries, as India, Brazil, and Thailand. A WHO database for the implementation of ICD, and other members of the WHO-FIC will be put online by end January 2008. Information is gathered through a questionnaire that is distributed to all applicants of translation rights, implementation support, and other key informants. A current morbidity use survey by the MBRG will further enhance the quality of information, and inform the ICD revision process, and existing information will inform the database.

Regional implementation networks of the WHO-FIC will address fostering information sharing, and implementation strategies. Procedures for regional networks will be based on experience, and the action plan for the Asia-Pacific Network. This Network was first convened in Tunis, October 2006, and had its second meeting in Kyoto, Japan, on 10, and 11 September 2007. Its three working groups will focus on a set of use cases: (1) Mortality, (2) Morbidity, disability, and functioning, and (3) Health information systems. This network also presented a pragmatic approach to (a) information sharing, (b) human resource development, and (c) academic activities. WHO-EURO will consider a European network in cooperation with the WHO-FIC IC. More regional networks will follow.

A small working group will develop a draft implementation toolkit at country level that includes details for rationale, steps, material needed, and possible stakeholders. A draft will be presented at the mid year meeting of the Planning Committee.

ICD-XM: National modifications of ICD are being combined in a common framework that is based on LexGrid, and ClAML. Some modifications are already available in this format. Others will follow as soon as the necessary confidentiality agreements are made.

Verbal Autopsy Manual for ICD: Verbal Autopsy is used for assessment of death, where no better alternative exists. WHO in cooperation with HMN, and other Networks has published a manual that teaches the appropriate use of ICD in this particular context. In addition, the manual contains a set of standard questionnaires for interviewers.

4.2 ICD Education

Education strategies are applicable to more than one classification. Cross-cutting activities are mentioned here. Specific efforts that relate to ICF are mentioned in the relevant paragraph, there.

An **orientation session** at the Annual Meeting informed new participants of the Network about the WHO-FIC and its overall activities. A tool kit for new WHO-FIC Collaborating Centres, and Centre Heads is being compiled. It will provide basic guidance on the Network, activities and committees. An initial version should be available in 2008. A list of abbreviations, and acronyms is updated regularly. A brochure on the WHO-FIC Network has been finalized and distributed at different meetings.

A **tool for electronic training** of certifiers of cause of death, and ICD-10 coders is under development in cooperation between WHO and members of the Education Committee. This tool can be used web-based or on stand-alone computers. A set of ICD materials has already been compiled, and reviewed. More materials will follow by the end of 2007 and cover the whole ICD. WHO is in the process of identifying a specialized company that will

convert the content of lessons and assessments into electronic training. The final set of materials will also permit paper-based training. The first version will be ready for pilot testing in May 2008.

Presentations of **best practice** of several countries for training and coding showed advantages, and disadvantages of different approaches. Training of the use of classifications should include improving the clinical documentation that is the basis for coding. The need to develop an empirical basis for the selection of training methods was discussed.

The Joint Collaboration (JC) of the Education Committee with the International Federation of Health Records Organizations (IFHRO) is carrying out the International **Training and Certification Program**. The work made considerable progress during 2007. An exam on underlying cause-of-death coding was developed with the Mortality Reference Group, and pilots of the examination, and certification processes for practicing mortality coders, and trainers were conducted by Korea, Canada, and the United States. First certificates were awarded to coders, and trainers at the 15th IFHRO Congress in Seoul, Korea in May 2007. Evaluation of the examination pilots will be completed by mid-2008.

4.3 ICD Updates

The high number of proposals for update required holding an additional session of the Update and Revision Committee (URC) before the start of the Annual Meeting of the WHO-FIC Network. Enhancements to the process for achieving consensus on proposals (Document A017_URC_Att_B) were decided.

125 proposals were reviewed by the Update, and Revision Committee in 2007. There were 113 new proposals, with 12 being brought forward from the previous year. 89 proposals were accepted, 14 proposals were held over for further research, 10 were converted to information only from the MRG as no change to the ICD was required, 5 proposals were submitted that affected the CIM-10 (French) only, 1 item was withdrawn during the meeting, and 6 items were rejected. Special attention was given to new codes for dysplasia of prostate; HIV complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, Chronic kidney disease redefining the stages, and terminology used to describe chronic kidney disease as opposed to chronic renal failure; and tumour lysis syndrome. All changes will be published on the WHO website. The next major update of ICD-10 is deferred from 2009 to 2010.

The amount of parallel work updating, and revising ICD at the same time could be reduced, if consolidated revised parts of ICD-11 could be introduced step by step in national clinical modifications. This may allow a more seamless transition from ICD-10 to ICD-11. Such an approach would require WHO revising the copyright agreements of the relevant countries. No decision was taken.

Discrepancies between the French, and the English editions of ICD currently hamper the publication of the French edition. A decision process will allow systematic handling of these variations (Document A017_URC_Att_B).

The ICD-O-3 in French is in the final steps of its publication.

4.3.1 Mortality Reference Work

The amount of work required the Mortality Reference Group (MRG) to hold a 2 day pre-meeting. Nearly 80 issues were discussed in the pre-meeting. There were 10 decisions where no change was required. 21 proposals were brought forward to the URC. The remaining topics require further discussion.

Progress was made on drafting a unified perinatal, and standard certificate of death. The tool for automated coding (IRIS) will be ready April 2008. Other topics included sudden infant death syndrome, and mechanisms for improvement of cause of death information.

The MRG wished to define its role in the ICD revision process. Appropriate mechanisms were decided in the ICD Revision session.

4.3.2 Morbidity Reference Work

Ongoing work on clarifying ICD conventions for ICD-11, and revision topics for topical advisory groups (TAGs). The current early drafts were submitted to the Revision Steering Group for information. Proposal of new, and updated codes, and terminology for sepsis, nosocomial infections, bacteria, and patient safety concepts.

ICD-10 (Chapter 21) and ICF differ in classification of the same environmental factors. The two classifications should be harmonized. In the same context pro and con of a risk factors classification were discussed.

ICD-9 related corrections to the International Shortlist of Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT) were agreed, and some changes to definitions using ICD-9-CM codes were recommended. The changes will be published on the WHO website.

The MbRG submitted 12 proposals to the Update, and Revision Committee (URC) in 2007, with nine accepted during this WHO-FIC meeting.

The MbRG wished to define its role in the ICD revision process. Appropriate mechanisms were decided in the ICD Revision session

Kerry Innes (Australia) succeeds Dr Richard Madden (Australia) as co-chair of the MbRG.

4.4 ICD Electronic Tools

A Classification Tool Kit (CTK) will support the WHO and its WHO-FIC-Network in maintaining and publishing the WHO-FIC classifications. After 2 years of joint development, the German-CC and WHO were able to present now the beta version of the CTK. A training workshop with 16 participants took place previous to the Annual Meeting. The trainees were able to work well with the CTK; and gave useful suggestions for further development of the tool. Copies of the tool were distributed to the participants of the workshop and the Annual Meeting.

The eFHROM tool (electronic Function, and Health Related Outcomes Module) needs technical improvements. Different business models for its implementation, maintenance, and further development have to be identified, as committing national resources, or donating the intellectual property to the international common good through WHO, and it's Network of collaborating centres.

The CTK and the Revision tooling environment relate to ICD, and the Classification Mark-up Language. The two groups of developers should jointly formulate an information model for ICD, ensuring consistency in their mutual software development.

4.5 ICD Revision

Following discussion at previous Network meetings, the World Health Organization (WHO) started the revision of the International Classification of Diseases (ICD) to keep up with recent progress in health care and the use of information technology in the field of health, and to improve the basis for comparison of health information across countries.

WHO started the revision process in April 2007 with a press conference and a letter of its Director General to the Member States. The first meeting of a Revision Steering Group (RSG) to oversee the revision took place in Japan from 16 to 18 April 2007. The committee is chaired by Dr Christopher Chute and includes members of the WHO-FIC Network, chairs of Topic Advisory Groups and WHO. The Revision Steering Group has been established as an oversight mechanism, as the planning, and steering authority in the revision process. Each

main area of revision will be worked through a Topic Advisory Group, and multiple workgroups.

The ICD 11 revision will proceed in three phases: (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. There will be three interoperable views for 1) primary care, 2) clinical specialty care, and 3) research. The evolution in computer sciences offers a set of tools that allow capturing the semantic dimensions of diseases in an ontology, meaning clear knowledge representation in ICD, linkage to the various other systems mentioned above, and usability in the context of electronic health information systems. Material from other WHO classifications, notably the (ICF), and national modifications of ICD will improve the ICD content. The revision process will also re-align ICD with the other WHO FIC members. Agreed collaboration with the International association of primary care physicians (WONCA) will harmonize the revised ICPC with ICD.

The revision process will make use of distributed web-based tools such as a structured open database platform to collate suggestions, discussions, and evidence. 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. Relevant rules, taxonomic guidelines, and the organization of the revision work have been described in a basic document that outlines the full revision process.

Currently, Mortality and Morbidity are the most relevant use cases for ICD. Long standing expertise of the WHO-FIC Network in this field will be used to inform the RSG. To facilitate this, the co-chairs of the MRG and MbRG will be regularly briefed by the RSG on developments. During the revision process, the MRG and MbRG will discuss relevant issues and submit appropriate advice to the RSG and TAGs to ensure that ICD-11 has a sound taxonomic foundation and strikes a balance between innovation and stability, upon request.

Different Topic Advisory Groups will deal with the fields of medicine. A TAG for mental health has been convened under the auspices of the WHO Department of Mental Health, and Substance Abuse, has met and started work. A special highlight is the envisaged alignment between ICD, and DSM IV. The TAG Rare Diseases is formed by ORPHANET, and a European Taskforce for Rare diseases that are funded by the European Commission, and the French Government. Collaboration with the US NIH will provide additional resources, and input. The group has compiled a database of 7000 phenotypes of rare diseases. The work of this group will include the ICD chapter for malformations, genetic diseases, and malformations. The TAG for injuries, and external causes will thoroughly revise the anatomy axis or the "intent" and "mechanism" of accident of the relevant chapters of ICD. Categories of ICD-11 have to be in line with the ICECI (International Classification of External causes of Injuries), ATC (drugs), and Patient Safety Classification (under development). The group is being formed; resources have to be identified. A TAG for Internal Medicine will work on haematological, metabolic, respiratory, circulatory and gastrointestinal diseases, nephrology, and rheumatology. Working groups for gastrointestinal, and for renal diseases are ready to start work. The group is exploring possible experts to work on the other specialities of internal medicine. For neoplasms, a group group is being formed in collaboration with IARC. The IARC publication on WHO Classification of Tumours series (Blue Books) contains definitions of all tumours (e.g. histology, imaging, genetic), the ICD-O, and the TNM classification will play a major role in the revision work.

WHO is exploring chairs and experts for TAGs of not yet covered areas of medicine. Contacts have been established for infectious diseases, diseases of the eye, dental diseases, maternal, and perinatal conditions, as well as children, and youth diseases. ICD-11 will improve representation of differences in disease in adults, children and elderly.

WHO has secured initial resources covering meetings of the RSG, and the development of the internet-based revision platform. Extensive work will be done on this knowledge sharing platform. WHO is informing relevant experts through NGOs, collaborating centres and ministries. More funds are necessary to ensure that TAGs can meet, and work effectively. The WHO Business Plan for Classifications will seek to generate resources from public-private partnerships with adequate precautions on possible conflict of interest.

Members of the WHO-FIC network see many benefits in linking ICD (and all WHO classifications) with terminologies. They understand that WHO sees this as one of the main aims of the revision. It is WHO's intention to "identify core constructs and concepts of ICD 11 using terminology/ontology tools to formalize the concepts and constructs using SNOMED-CT 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 and possible Decision Support Systems." They also understand that the ICD in different views for different purposes would be derived by aggregation rules from this knowledgebase. This forms Stage 3 of the revision process.

Stages (1) and (2) of the process involve the creation of ICD 10+ (a compilation of scientific, clinical and public health evidence for revision) and the creation and field testing of a draft ICD 11. The extensive work of the Topic Advisory Groups and the WHO-FIC, which is already underway, is expected to deliver these first 2 stages. These improvements to the classification for statistical purposes are seen by the network members as a mandatory and minimum outcome of the revision process.

Network members note that – besides the technical platform – the enormous amount of intellectual work that will be necessary to undertake Stage 3 of the revision process is seriously underfunded. They consider this to be a significant risk to the achievement of all stages of the process and feel that a thorough risk analysis is necessary.

Network members therefore propose that the results of stages 1 and 2 should be made available periodically to the ICD-10 update process. Depending on whether the structure and content of material developed in stages 1 and 2 is conducive to being added into the older ICD-10 structure, when appropriate it should be used to update and enhance ICD 10. This will facilitate the transition from ICD 10 to ICD 11 as smoothly as possible to avoid major disruptions of health statistics and case-mix systems and provide a means of "field testing" for ICD 11.

5 International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)

ICF work is structured along different streams of work that relate to implementation, education, updates and electronic tools. Technical issues are solved by the Functioning and Disability Reference Group.

5.1 ICF Implementation

The state of the art of ICF implementation at country level according to the four strategic areas for ICF implementation was reported from 16 countries, and relevant issues for an implementation toolkit for ICF were discussed. A new template for information collection on ICF use (implementation, educational materials, and electronic tools) will be used for updating the information database on ICF. This information will be included in the WHO implementation database on the WHO-FIC members.

The meeting reviewed the progress in several strategic directions for ICF implementation. The four strategic directions are (1) health, and disability statistics, (2) health outcomes at clinical, and service level, (3) information systems, and (4) social policy. A proposal for a work plan for an ICF personal factors classification will be prepared by the ICF Research Branch of the German Centre with advice from FDRG volunteers. Possible collaboration with interRAI is to be explored

South Africa, the Nordic Centre, and Italy informed about current use of ICF in statistics, and related measurement; social science and children's rights. The adaptation of ICF for Children and Youth (ICF-CY), and a global project on monitoring health, and disability of children have been launched immediately preceding the Annual Meeting. ICF ontology development, and terminology mapping was discussed.

A Project Group will summarize a literature review, and prepare a draft outline of generic guidelines that will assist people wishing to use the ICF for the wide range of its possible uses.

The Italian Centre with advice from FDRG interested members will prepare a work plan for Global Program on Monitoring Health of children

A SharePoint site will be established for communication and information sharing among the FDRG contributors.

5.2 ICF Education

A project to develop basic training materials for ICF is being conducted jointly by the EC and the FDRG. A draft core curriculum for introductory courses on ICF was developed during 2007, for further comment, and revision in 2008. Existing ICF training materials have been solicited, and a questionnaire regarding best practices, and coding guidelines circulated to the developers. These materials, and questionnaires will be reviewed, and analyzed, and will contribute to development of the basic training material for introducing ICF. The ICD training tool project will inform the process for training tools for the ICF.

5.3 ICF updates

In 2008, a working group of the FDRG will draft an ICF update strategy for agreement with URC. The WHO secretariat will arrange for the ICF Update Platform to be running so that update proposals can be submitted, as from ICF-CY. In addition, it was suggested that each collaborating centre put forward at least one expert in this field to support this initiative. ICD chapter 21 has common topics with parts of ICF. A group will identify Key ICF terms, towards harmonising the language across the two classifications. The potential for broader work will be reported to FDC.

The ICF Children and Youth version was launched on a meeting on 25-26 October 2007 in Venice, Italy.

The FDRG is planning a range of work around ontology and terminology for ICF. This includes identifying top level entities, and an information model for ICF, modeling selected ICF components in Protégé, identifying use cases, linkages with other classifications, and assessment instruments

5.4 ICF use

ICF use has to be harmonized collaborating with the "Washington City Group", mapping measures and assessment systems to ICF, and developing category reference scales. A first version of the Generic ICF Core Set, and ongoing development and improvement of context oriented ICF Core Sets will further improve usability of ICF. During the year, a draft paper on 'Relating ICF to UN Convention for Monitoring' will be completed and elaborate this use of ICF. A draft paper on 'Operationalising EF' will be prepared for publication, and work will

continue on a literature review expanding on measurement of Environmental Factors for children, and youth.

5.5 ICF Electronic tools

The eFHRM tool (electronic Function, and Health Related Outcomes Module) needs some minor technical improvements. Different business models for its implementation, maintenance, and further development have to be identified, as committing national resources, or donating the intellectual property to the international common good through WHO, and it's Network of collaborating centres.

6 International Classification of Health Interventions (ICHI)

ICHI is included as a reference classification within WHO-FIC. To date, the classification has been marked as under development. In line with the decisions of the 2006 meeting, there was work during 2007 on the background, need for, and possible structure of ICHI. This work was presented, and discussed.

The overall approach, and suggested dimensions were broadly supported. In particular, ICHI should not include the provider of the intervention or diagnostic of functioning information. A broader group will take forward the work in 2008. The aims include a sound structure consistent with relevant information standards. To populate the structure, the intention will be to begin with existing material, and then expand the scope progressively. Selected EU short list interventions will be included as examples.

7 WHO-FIC - other Fields

7.1 International Classification of Traditional Medicine (ICTM)

In line with the outcomes of the 2006 meeting, an alpha version of the classification was provided for this meeting. The Network welcomed progress since 2006. It was agreed in principle to include the alpha version of ICTM-EA as an alpha version of a related classification in the WHO Family of International Classifications. The comment of the WHO-FIC-Network on the alpha version will be sought by 31 January 2008; feedback from the ICTM-EA group on these comments will be sought by mid March, so that a final decision of the WHO-FIC alpha status can be made in April 2008.

7.2 International Classification of Nursing Practice

The International Council of Nurses had sought inclusion of ICNP in WHO-FIC as a related classification, and had submitted the appropriate formal application material. The WHO-FIC welcomes ICNP. More time is necessary to review the classification. As a result, the initial WHO-FIC status will be as a beta version of a related classification. The FDC will receive comments and accordingly review the beta status, in April 2008. The Council will be asked to answer comments and questions of the FDC and possible issues of alignment of ICNP with other WHO-FIC classifications, in a paper at the 2008 Annual Meeting.

The Hospital Data Project 2 has formulated a selected list of hospital procedures for international comparison of hospital activity, and will report further progress.

The FDC will undertake a scoping study on the classification of health services.

7.3 Links among WHO-FIC Classifications

After an update on development of the ATC by the WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, it was agreed that that Centre, and the WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring would bring to the Revision Steering Group a proposal for

use of the ATC in ICD-11. Links between ICD and ICPC and ICF are addressed in the revision of ICD.

8 WHO-FIC and Terminologies

A Terminology Reference Group is meant to address the linkage between classifications and terminologies. Martti Virtanen, and Marcy Harris will continue as chairs. Pierre Lewalle from WHO-CAT was elected to secretary of the TRG.

TRG will develop a workplan and identify resources and centres of excellence with responsibility. It will identify terminology representation issues within classifications. Collaboration around SNOMED-CT has been arranged with the International Health Terminology Standard Development Organisation (IHTSDO). The property rights of SNOMED-CT have been transferred to this organisation. WHO-CAT together with some members of WHO-FIC network had a meeting with IHTSDO board members in August 2007. Discussions will continue in a second meeting with IHTSDO in Geneva November 2007, to share ideas about ICD-11 between WHO, and IHTSDO, and types of relations to be built, resources, and IP issues. A key issue in the co-operation will be the mapping of SNOMED-CT with ICD, and other WHO-FIC classifications. The practical forms of this work are still open. The technical demands are considerable.

TRG membership will be expanded with representation across regions, and languages with responsibility at TRG. This is a key issue, because WHO desires to publish in six official languages. TRG should work on this to assure multi-lingual representation, and the tools to assure this. This also contributes to concept validity of the concept representation. We need to create a background, multi-lingual conceptual representation as a paper to share with constituency, and assure across network distribution.

A new item for plan of work was proposed: To bring to the discussion table all those who engage in mapping terminologies, and classifications around the world. This was regarded to be an important topic, and the chairs, and WHO-CAT secretariat will look for possibilities to accomplish this as an electronic forum. During the meeting, there was a report from the floor about mapping of Korean terms of both western, and traditional medicine to English. This work needs to be reported in more details in the future.

Different statements were made: Conventional lexical matching is useful for bridging at key points. Mapping has to be fit to purpose; mapping has to be carried out by persons knowledgeable of both source, and target systems. A harmonization board that will focus initially on conventional mapping efforts, and shared opportunities to build on existing maps, standards, guidelines, validation processes, etc. Terms of reference for a harmonization board have to be formulated by a working group (Lewalle, Harris, Virtanen, Innes).

The Semantic Health Project is working on a roadmap towards semantic interoperability of health information systems, presentation made by Pieter Zanstra

9. Business Plan

In 2004, WHO-CAT produced a "Business Plan" (BP hereafter) with the involvement of the WHO FIC Network including regional offices, and possible other stakeholders, to ensure sustainable maintenance, and work on WHO's classifications. The BP formulated the strategy, and vision for WHO FIC in selected areas open to partnerships with external public, and private parties in six areas: Information Paradox, ICD Revision, ICD-XM and case mix groupings, ICF, Classifying Interventions and Linkages with Health Terminologies. It was envisaged for 2005-2011 with periodic reviews. A consultation meeting on the business plan was held in Tokyo/Odawara, Japan, on 22-24 April 2007 evaluating the progress, and exploring possible alternative business models with potential public or private partners. Two work streams were added:

traditional medicine, and primary care. Professional business consultants will be invited to review the BP, and specify the alternative business models, and seek relevance, and feasibility of the BP work streams to potential stakeholders. The eight relevant fields of activity of CAT were analyzed for Business as Usual (BAU) versus proposed Alternative Business Models (ABMs) in low, medium, and high resource environment. Potential economic & business parameters, stakeholders, and interested parties of the proposed ABM were identified:

- Sales of WHO FIC books and other electronic products
- Royalties from intellectual property
- Re-organization of the some parts of the WHO FIC Network as a Classifications Standards Development Organization. In this model, a non-for-profit SDO generates fees directly from countries that use the current classifications.
- Finding new partners to support main lines of development.

10. Strategic Work Plan

The Network updated its "strategic work plan" as the key monitoring and evaluation tools to track progress, plan and distribute tasks.

The strategic work plan lists detailed tasks and activities to be carried out by various entities such as the WHO/HQ, Regional Offices, Committees, Reference Groups or others. The work plan is reviewed annually. In the past, the workplan was discussed and updated in a plenary session; and it was structured like a simple list. This year, the work plan was reviewed two months before the Annual Network Meeting in the Planning Committee. Each chair took it back to their corresponding group that discussed outcomes, and suggested additions or deletions for next year. The Network reviewed and agreed on the plan without additional changes in a plenary session. WHO-CAT will transfer the current workplan to a project management tool. The new structure will improve identification of gaps, overlaps, and missing information. Higher precision in task assignments and time estimates will improve reality based planning. The level of granularity in the representation of individual tasks has to be determined, yet. WHO-CAT will gather the necessary additional information from relevant chairs.

12 Network Governance

A new, broader executive structure of the WHO-FIC Network now includes all relevant stakeholders of the WHO-FIC Network. In the past, decisions for the WHO-FIC Network were prepared by a Planning Committee (PC) that was composed of chairs of Committees and Reference Groups, and the heads of collaborating centres that carried out the Annual Meeting of the previous year, the current year and the next year. Only some Heads of Centres were part of this central body. All centres (designated, and under designation) contribute to WHO's efforts, and should be part of the executive discussion.

Under the new proposal A "Council" will accommodate the need of broader participation in the core decision process of the WHO-FIC Network. The "Council" is composed by the Heads of Centres (designated, and under designation), Committee Chairs, Reference Group Chairs, and the Chair of the RSG will collaborate with WHO in the governance of the Network.

A Small Executive Group will prepare relevant decisions that will be discussed in the Council. The Council will discuss the decisions on quarterly conferences, of which two will be conducted via phone, and two will be held face-to face (mid-year meeting, and annual meeting). The chair will be elected by the Heads of nominated Collaborating Centres because these centres are the only legal bodies of the Network that have official

(contractual) relationship to WHO. Only heads of such a centre are eligible for this post. The members of the Council will propose candidates for the election.

This year, 2007, the term for the chair of the PC ended. The heads of the designated centres held an election for the post of a chair of the Council. Two candidates were proposed by members of the "Council". Both candidates received an equal number of votes in two ballots. The Heads of Centres, and the two candidates agreed on co-chairing of the two chairs. The Network agreed that each Collaborating Centre would continue to have one vote for decisions that relate to Network and WHO-FIC. In meetings of committees, and reference groups, in cases where the sense of the group is required, each country will have one vote.

13 Network Meetings

In 2008, the WHO-FIC Network will meet from 26 October to 1 November 2008 in Delhi, India. The meeting will be organized by WHO-SEARO, with additional support from the Indian Collaborating Centre (under designation). "Public Health Informatics " will be the special topic 2008.

Dates and venue for the mid year meeting of the Council will be determined by WHO in discussion with the Small Executive Group.

Annex 1, References to committee reports

All documents are published on the website of the 2007 Annual Meeting of the
WHO-FIC Network

<https://crs.sanita.fvg.it/WHO/>

- Planning Committee (Documents C004, __)
- Implementation Committee (Documents C010, __)
- Family Development Committee (Documents C008, __)
- Update, and Revision Committee (Documents C005, __)
- Education Committee (Documents C002, __)
- Electronic Tools Committee (Document C007, __)
- Mortality Reference Group (Documents C001, __)
- Morbidity Reference Group (Documents __, __)
- Functioning, and Disability Reference Group (Documents C009, __)
- Terminology Reference Group (Documents C006, __)

4.5 ICD 改訂

前年のネットワーク会議での議論を受けて、WHO は ICD の改訂に向けた作業を開始しており、医療分野での近年の進展や保健分野での IT 活用と整合性のとれるものにし、国際的な医療情報の比較を可能にする基礎を改善させていく予定である。

WHO は 2007 年 4 月に改訂作業を開始し、記者会見を行い、事務総長から WHO 加盟国に対する手紙を発出した。改訂を監督するための改訂運営会議 (RSG) の第 1 回は、2007 年 4 月 16 日から 18 日まで日本で行われた。RSG はクリストファー・シュート医師が議長を務め、他に WHO-FIC ネットワーク委員、分野別専門部会 (TAG) の議長や WHO からも出席した。RSG は改訂プロセスにおける管理機構すなわち計画・舵取りを担当するものとして設立された。改訂の主要分野はそれぞれ 1 つの分野別専門部会 TAG と複数の作業班 workgroups によって仕事が行なわれる。

ICD-11 への改訂は次の 3 段階で進む：(1) 分類に関連する科学、臨床、公衆衛生分野でのエビデンスの体系的な見直し、(2) ICD-11 の草案の作成とその実地試験、(3) 標準化された保健医療用語集との有用なリンクを作成することで、コミュニケーション、標準化された情報処理や研究を促進するが、従来の形式で ICD を死因、疾病報告に使用することはこれからも維持される。3 つの使用想定、すなわち、1) プライマリケア、2) 専門的な臨床ケア、3) 研究、で互換性が保たれるようにする予定である。コンピュータ・サイエンスの進化は、疾患相互の意味関連付けを可能にする一連のツールをオントロジーによって与える、すなわち ICD における明確な知識表現が可能になり、上述のさまざまなシステムとのリンクも可能になり、また電子医療情報システムにおける使い勝手も向上させることができる。他の WHO 分類、とりわけ ICF や、ICD の国修正版からの題材も用いて ICD 本体の内容を向上させる予定である。さらに、ICD はその改訂プロセスによって、他の WHO-FIC メンバーを再編成させるであろう。既に合意に達した世界一般医・家庭医学会 (WONCA) との協力により、改訂された ICPC (プライマリケアに対する国際分類) と ICD が調和されるだろう。

改訂プロセスは、例えばストラクチャード・オープン・データベース・プラットフォーム (訳注：公開論壇での情報のやり取りを入場管理・情報整理等によって可能にするもの) など、寄せられた示唆、議論やエビデンスなどを整理・統合するためのウェブ上のツールを利用して行うことになる。それに続いて行われる ICD-11 の草案作成には、構造化された Wiki のようなツールが用いられる。ユーザはウェブ上の全世界的論壇で実施試験に従事することになる。イン

ターネット上でのこの知識管理・共有プロセスは、新分類の作成とその検討において、さまざまな関係者の幅広い参加を可能にするものである。関連したルール、分類ガイドラインや改訂作業の組織化については、全改訂プロセスを概説した基本文書の中で述べられてきた。

現在のところ、死因・疾病統計が ICD の最も実地的な使用である。この分野での WHO-FIC ネットワークの長年の専門知識は、RSG（改訂運営会議）に情報提供するのに用いられるであろう。これを促進するため、MRG（死因分類改正グループ）と MbRG（疾病分類グループ）それぞれの共同議長は進捗について RSG による定期的なブリーフィングを受けることになる。改訂プロセスの間、MRG と MbRG は、関連問題について話し合い、要望があれば RSG と TAG（分野別専門部会）に、ICD-11 が堅固な分類基礎を持ち、革新と安定の間の均衡点を見出すことを目的として適切な助言を提出する。

異なった TAG がそれぞれの医学分野について担当する。精神の TAG は、WHO の精神保健・薬物乱用部門の後援のもと召集され、会合を持ち作業を開始した。特別な強調点は、ICD と DSM IV の間の予定された調整にある。稀な疾患の TAG は「オーファネット」（ORPHANET）と「稀な疾患のための欧州タスクフォース」によって組織され、これらは、欧州委員会と仏政府の資金提供を受けている。米国の国立衛生研究所（NIH）との協力により、さらなる資金と、ノウハウ・情報等が投入される予定である。部会は、既に稀な疾患の 7,000 の表現型を蒐集した。この部会の所掌範囲には、ICD の「先天奇形、変形および染色体異常」の章が含まれる。損傷及び外因に関する TAG は、ICD の関連する章における構造分析の軸、すなわち事故の動機と機構について、徹底して見直しをかける予定である。ICD-11 のカテゴリーは、ICECI（外因に対する国際分類）、ATC（解剖、治療の見地から見た化学物質分類システム）と患者安全分類（現在作成中）との整合性を図る。この部会は現在形成段階にあり、資金源を見付ける必要がある。内科の TAG は、血液、新陳代謝（メタボリック）、呼吸器、循環器、消化器の疾患や腎臓病学、膠原病学について担当する予定である。消化器病と腎臓病の作業班は開始の準備が出来ている。この部会は内科学の他の分野についても担当する専門家を募れないかその可能性について探っている。新生物については、IARC（国際癌研究機構）と共同して部会が形成されつつある。WHO の腫瘍分類に関する IARC の一連の出版物（ブルー・ブック）には、すべての腫瘍の定義（組織学、画像診断、遺伝型など）が含まれており、ICD-O（国際疾病分類腫瘍学）や TMN 分類は、改訂作業において主要な役割を果たすであろう。

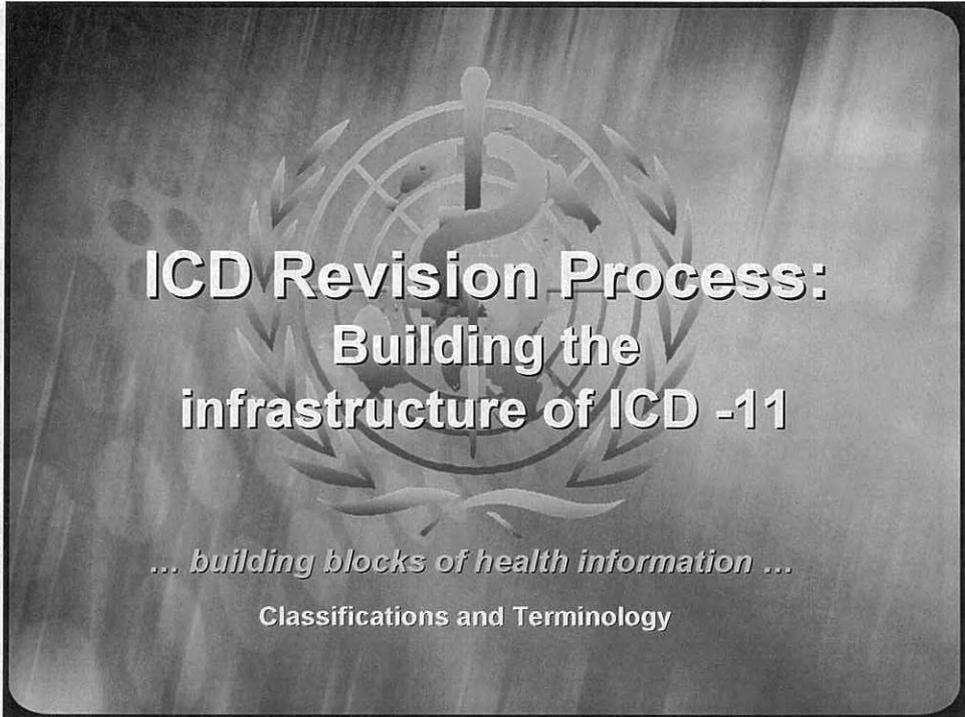
WHO はまだ担当のない医学分野の TAG の議長や専門家を探っている。感染症や眼科疾患、歯科疾患、母性・周産期疾患と青少年の疾患について、連絡体

制がとられた。ICD-11は、成人、小児、高齢者における疾患の差異をより正しく反映させることになるだろう。

WHOはRSGの会議開催とインターネット上の改訂プラットフォーム(論壇)開発のための初期費用を確保した。この知識共有プラットフォームには広範な労力があてられるであろう。WHOはNGO、協力センターや省庁を通して適切な専門家に情報提供を行っている。TAGが会合をもち、適切に機能するためにはさらなる資金が必要である。WHOの分類のための「ビジネスプラン」は、起こりうる利害衝突には十分な予防策を以って、官民連携によって資金を生み出すべく模索する。

WHO-FICのメンバーは、ICD(及びすべてのWHO分類)と用語の対応付けにはメリットが多いと考えている。彼らは、これが改訂の主な目的の一つであるとWHOが考えていることを理解している。WHOの意図は、ICDの中心となる構造や概念をターミノロジー/オントロジーのツールを使って特定し、その概念や構造をSNOMED-CTその他のターミノロジーを使って明確な形を与えることである。この形成化は、臨床インターフェイスや意思決定支援システム(DSS)などの評価ツールが用いる知識対応付け(“マッピング”ともいう)やアルゴリズムを作成するにあたって有用であろう。また彼らは、ICDの異なる用途のためにインターフェースを変えることは、この知識データベースの集成ルールの組み換えによって達成できることを理解している。これは改訂プロセスの第3段階にあたる。プロセスの第1、2段階には、ICD10+(改訂のための科学、臨床、公衆衛生エビデンスの編纂)の作成と、ICD11の草案作成と実地試験が含まれる。既に始まっているTAGとWHO-FICの広範な作業は、この最初の2つの段階を担当することが期待されている。分類の統計目的に資するこれらの改善は、改訂作業の必要最低限の成果だとネットワークメンバーは考えている。ネットワークメンバーは、技術的なプラットフォームに加えて、改訂の第3段階を請け負うのに必要な膨大な知的作業に対する深刻な資金不足を指摘している。彼らは、これを改訂プロセスのすべての段階を完遂することに対する重大なリスクであると見做し、徹底したリスク分析が必要であると感じている。

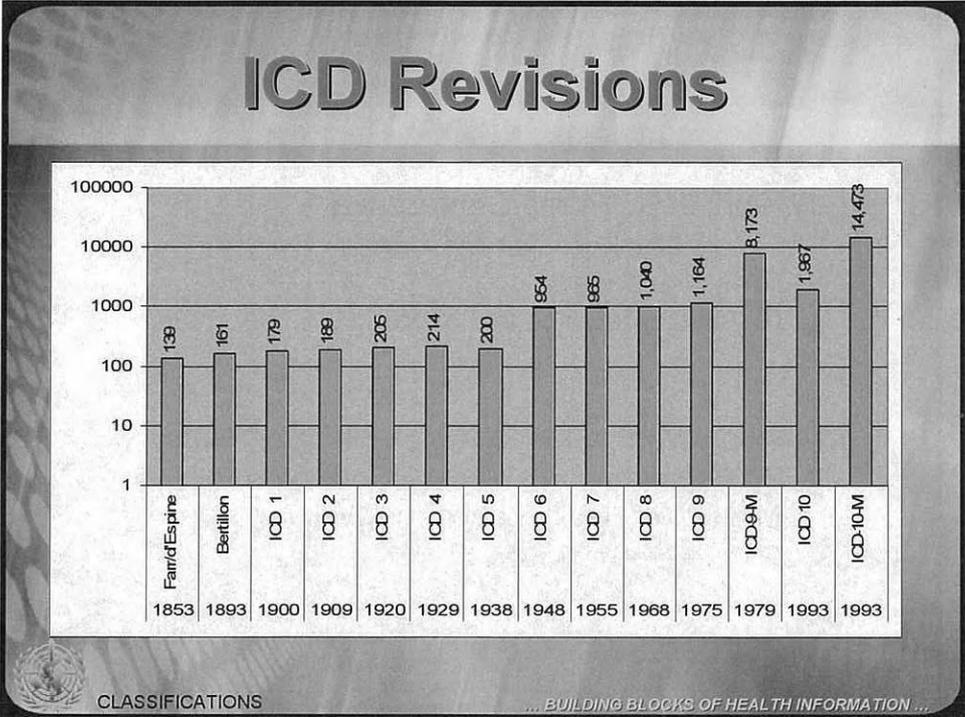
それ故に、第1、2段階の結果は定期的にICD-10の改正プロセスで利用可能になるべきだとネットワークメンバーは提案している。第1、2段階で開発された題材の構造と内容は、ICD-10のままの構造に追加されるのに合っているかどうかによって、もし適切であれば、ICD10を改正し充実させるのに使用されるべきである。これは、ICD10からICD11への移行を可能な限り円滑なものにし、保健統計や“ケアミクス”(case-mix systems)での大きな混乱を避け、ICD11の実地試験が提供できるようにするものである。



**ICD Revision Process:
Building the
infrastructure of ICD -11**

... building blocks of health information ...

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



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

ICD Revision Process Start

- **17 April 2007 Press Conference**
 - Note Verbale DG Dr M Chan
 - Press Release
 - Press Conference in Tokyo
- **Meeting with Japanese Scientific Societies**
 - 29 Representative Medical Societies
 - Ministry of Health Labor and Welfare



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

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*



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

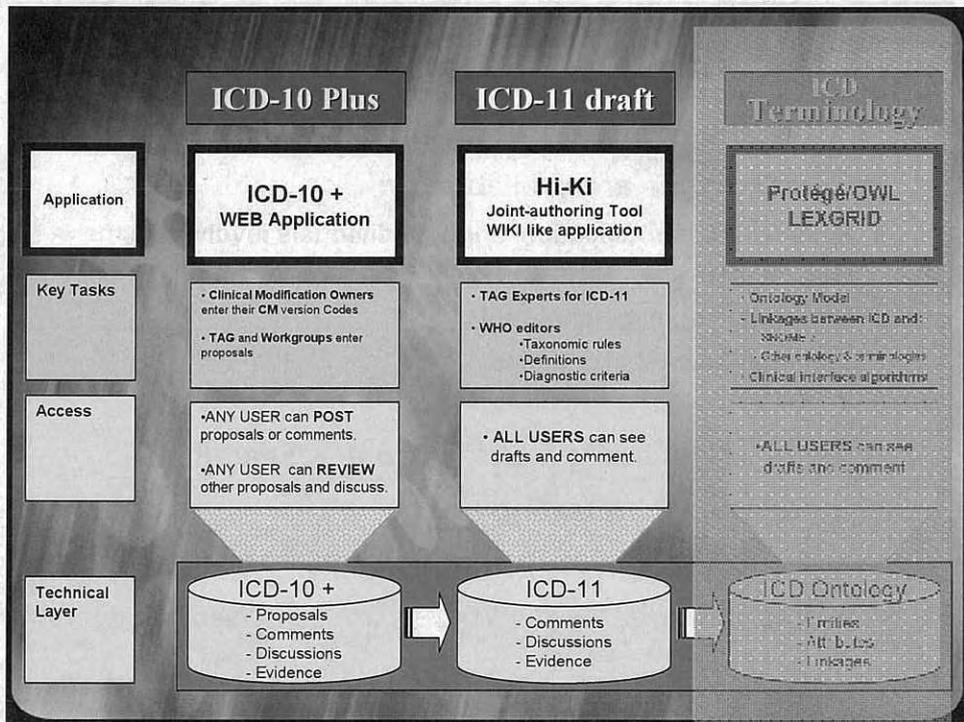
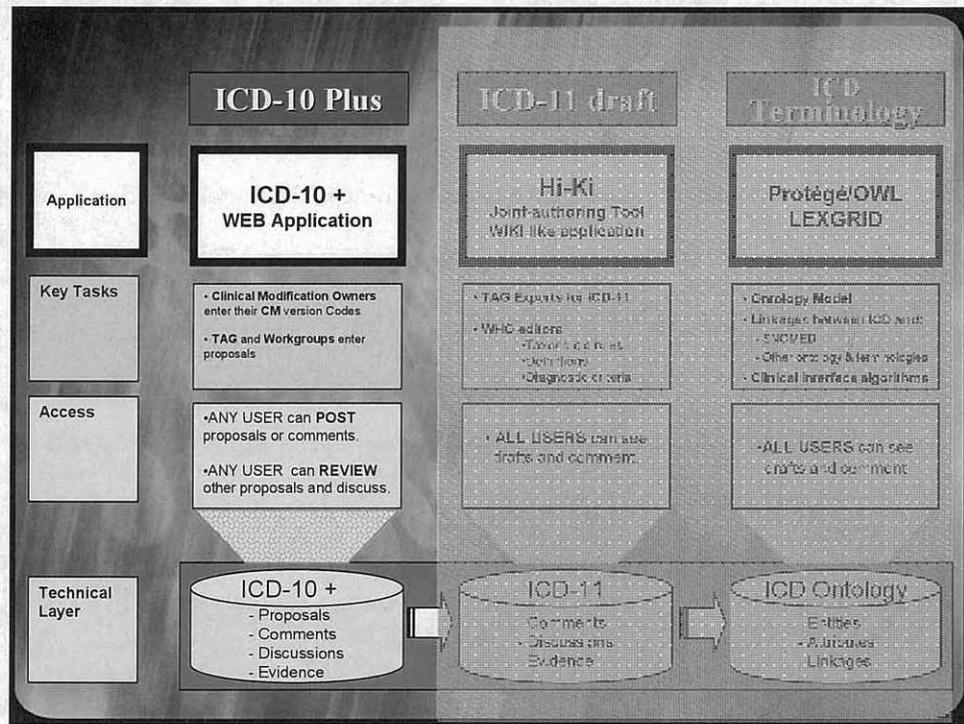
ICD Revision – Key Messages

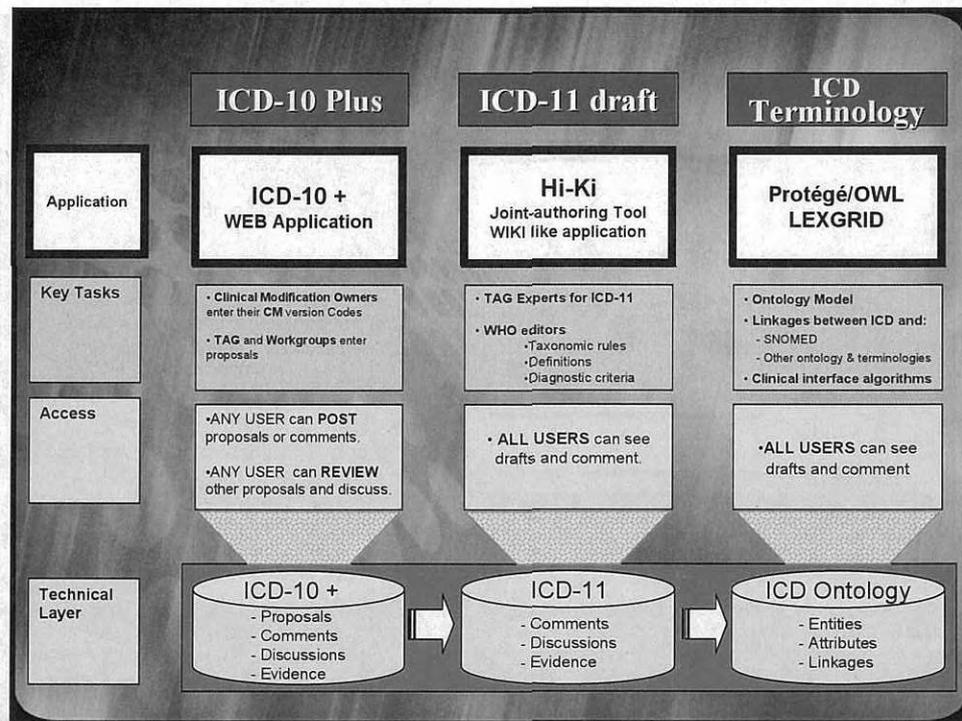
- Web based tools are available for:
 - Enhanced communication among individuals involved in the revision process
 - Knowledge management tools
 - Commons-based production
- *Firmer grounding in **science and research***
- *Rigorous **field testing***
- *Increased **feedback** from global users*
- *Use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



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...





Some Conclusions

- ICD Revision cannot ignore linkages to Terminologies
 - SNOMED CT and others
- Joint use of classifications and terminologies is the key
 - enables all Reuse and Secondary Uses of Patient Data
- Use of a common ontology model is essential to integrate with:
 - Gene ontology
 - Molecular biology
 - Clinical information systems



Aug. 4, 1986 **THE NEW YORKER** Price \$1.50

What is Ontology?

- **Ontology (philosophy)**
 - the Organization of Reality ☺ !!!
- **Ontology (computer science)**
 - the explicit – operational description of the conceptualization of a domain:
 - Concepts: **entity and quality** (*properties and attributes*)
- An ontology defines:
 - a **common vocabulary** → a shared understanding/exchange:
 - among people
 - among software agents
 - between people and software
 - to reuse data - information
 - to introduce standards to allow interoperability

CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

Each entity in ICD is to be defined with the following attributes

1. **is_a** disease, disorder, syndrome, injury, sign, symptom...
2. **Function/Dysfunction_of** Body functions
3. **Site:** body structure (*either use ICF or FMA...*)
4. **Has signs_of:** Manifestations, Signs, Symptoms
5. **Caused by:**
 - External (*Injury, Trauma, Pathogenic...*)
 - Internal (*Genes, Autoimmune process, embryogenic development ...*)
6. **Temporal Relations**
 - Onset (*Acute, subacute, chronic...*); offset; course: (*Episodic, relapsing, recurring...*)
7. **Extent (severity):** Progress, Spread level
8. **Impact:** Limitations (activity limitations, participation restrictions)
9. **Related Interventions_for:**
 - Investigation (*Lab, diagnostic examination, ...*)
 - Treatment (*drugs/ medications, interventions - Surgical, mental, other*)
10. **Used_in:**
 - Primary Care, Clinical Care, Research,
 - Special indices (e.g. public health Indices or resource groupings)

CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

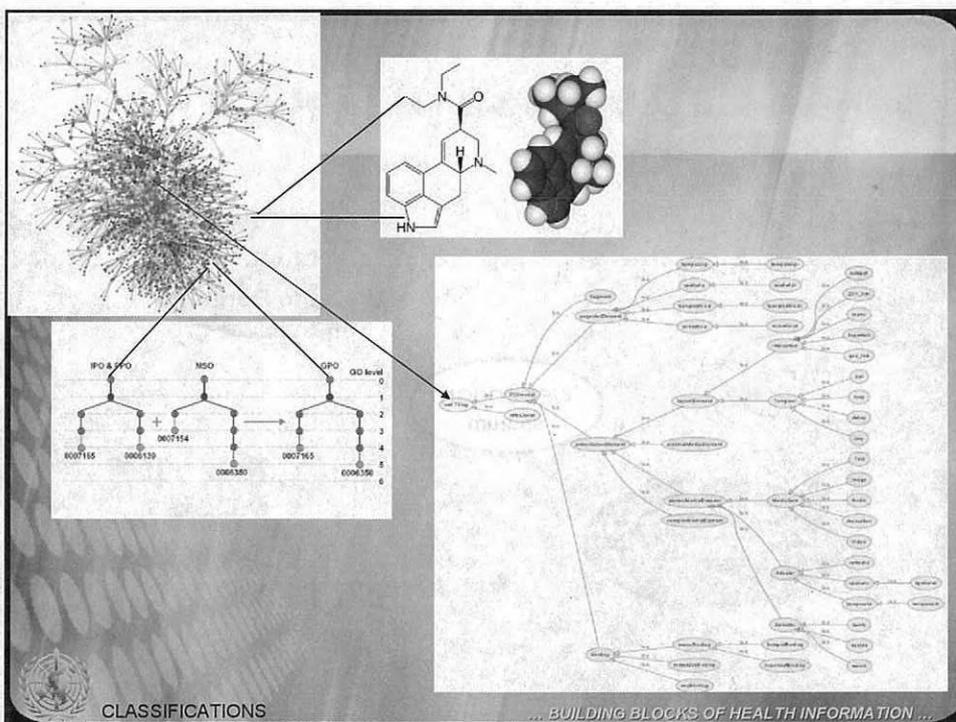
Rewriting ICD Using SNOMED example of Depressive Disorder F32.0

- A. Low mood {41006004}
 Loss of interest {417523004}
 Low energy {248274002}
- B. 1. Appetite (*decrease, increase*) {64379006, 72405004}
 2. Body weight (*decrease, increase*) {89362005, 8943002}
 3. Sleep (*decrease, increase*) {59050008, 77692006}
 4. Psychomotor (*decrease, increase*) {398991009, 47295007}
 5. Libido loss {8357008}
 6. Low self esteem {286647002, 162220005}
 7. Guilt, self blame {7571003}
 8. Thoughts of death ...
 9. Suicide Ideation {102911000, 6471006}



CLASSIFICATIONS

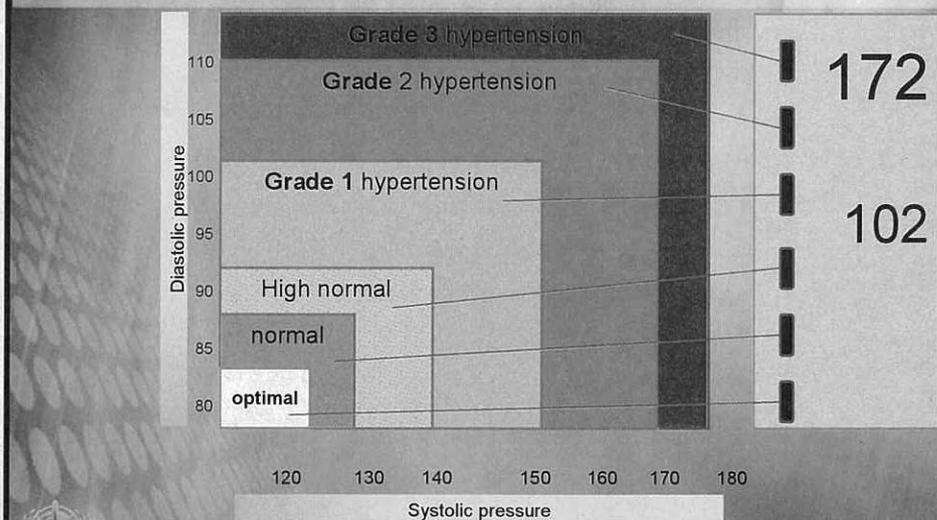
... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

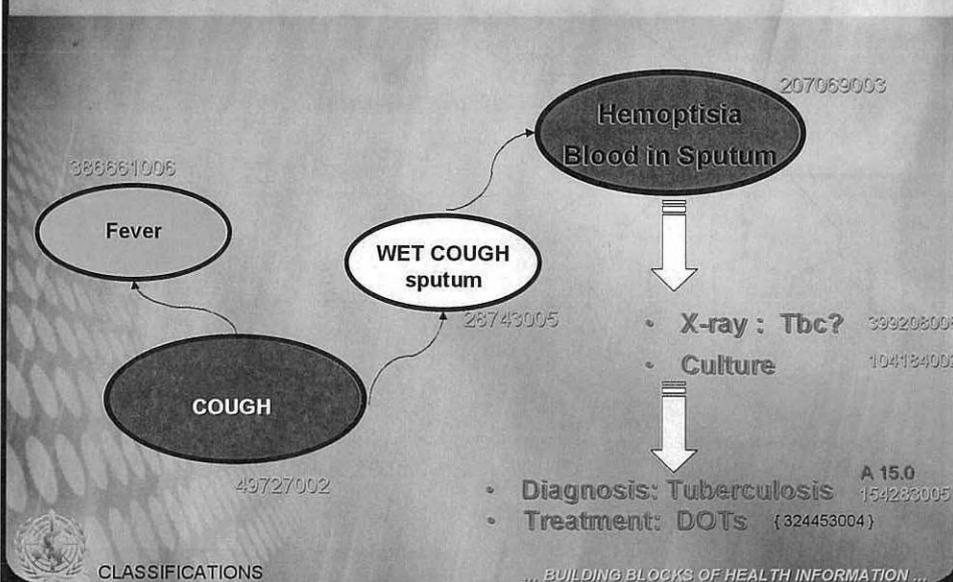
Knowledge Representation



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

Exploration of Cough



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

Health Information Granularity

Casemix
Groups

- ~ 700 groups
- Economic classification

Classifications

- ICD 12,000 categories
- Higher order abstraction

TERMINOLOGIES

- e.g. SNOMED 400,000 concepts
- Identification of clinical picture and activities



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

Tentative Timeline

- 2010 : Alpha version (ICD 10+ → ICD 11draft)
 - +1 YR : Commentaries and consultations
- 2011 : Beta version & Field Trials Version
 - +2 YR : Field trials
- 2013 : Final version for public viewing
 - 2014 : WHA Approval
- 2015+ implementation



CLASSIFICATIONS

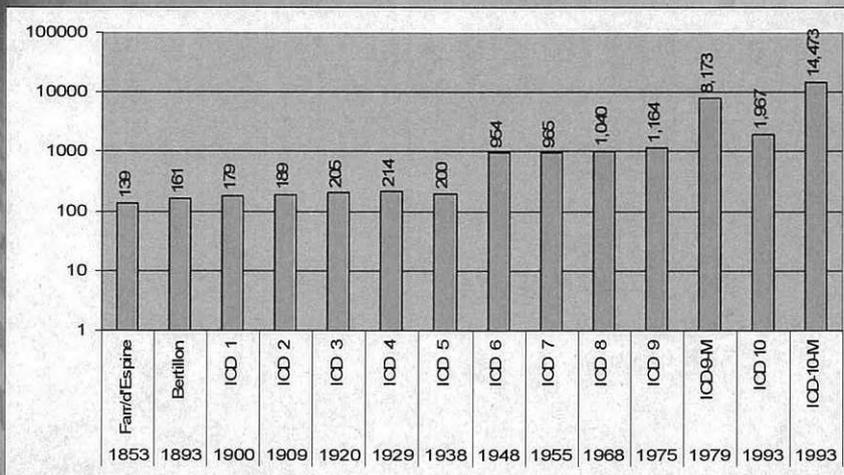
... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

ICD 改訂プロセス: ICD -11のインフラ構築

医療情報を作り上げる基本要素

分類とターミノロジー

ICD 改訂



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

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
- **新たな科学知識に対応した更新**
 - ▶ 新しい疾患、治療法、ターミノロジーなど
 - ▶ 訂正治療法: 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



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

ICD 改訂プロセス開始

- **2007年4月17日 記者会見**
 - ▶ Note Verbale DG Dr M Chan
 - ▶ プレスリリース
 - ▶ 東京で記者会見
- **日本の医学界と会合**
 - ▶ 29学会
 - ▶ 厚生労働省



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

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、総括することはできない
- 多種多様な利害関係の大規模化



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

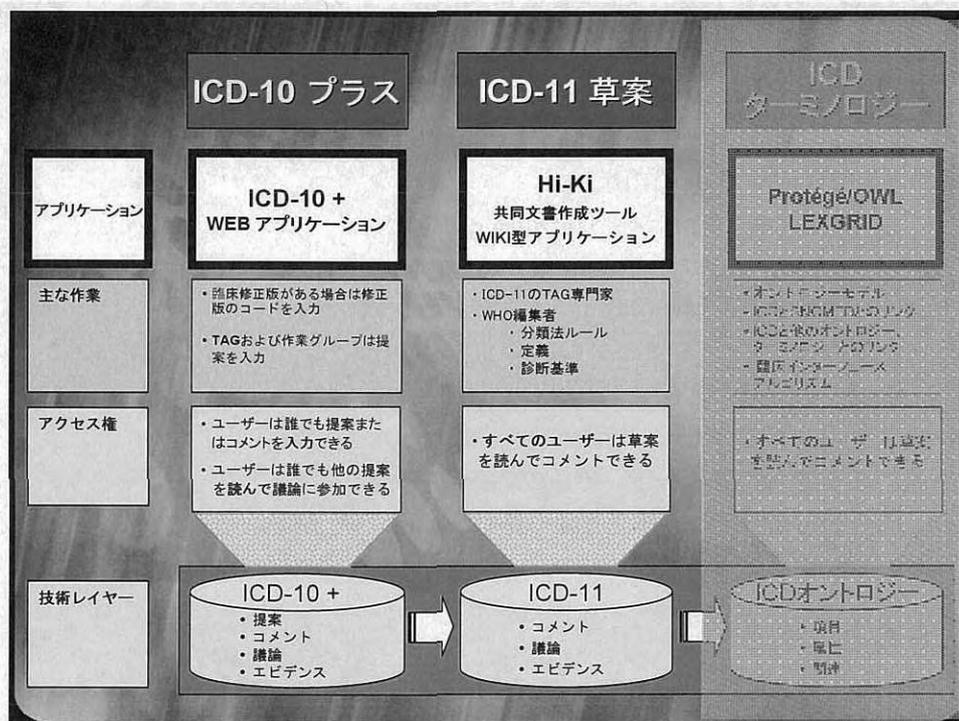
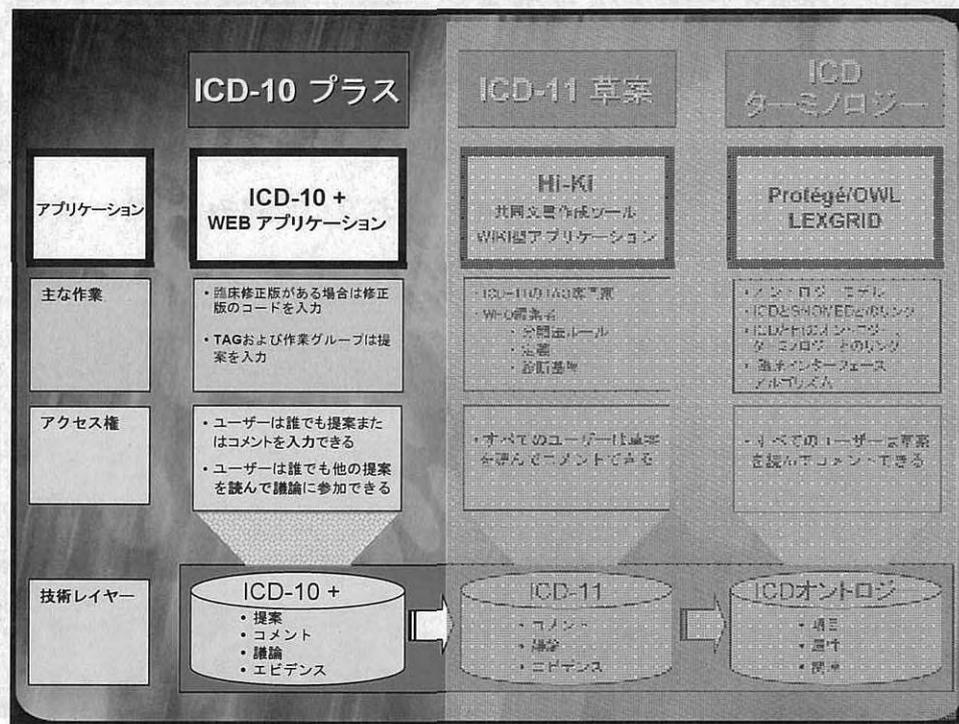
ICD改訂：キーメッセージ

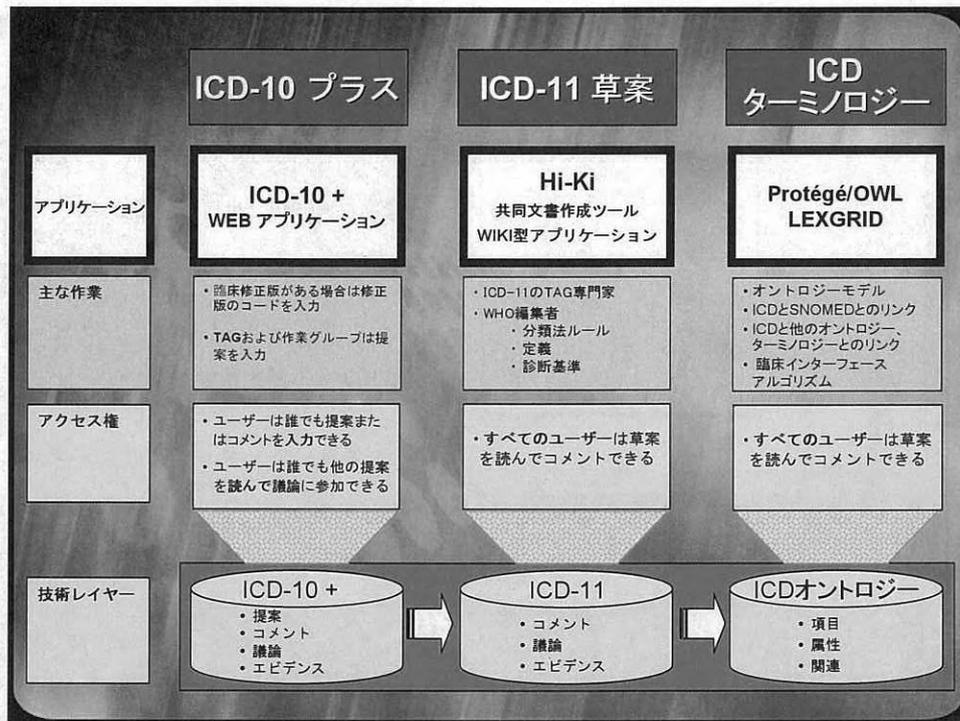
- ウェブベースツールの用途：
 - ▶ 改訂プロセスコミュニケーションの向上
 - ▶ 知識マネージメントツール
 - ▶ 共有財産による知の生産
- 科学と研究による強固なうらづけ
- 正確なフィールドテスト
- 全世界のユーザーからのフィードバックの増大
- 分類を構築するためのデジタルツール(オントロジー)の使用



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...





結論

- ICD改訂はターミノロジーとの関連を無視できない
 - SNOMED CT その他
- 分類とターミノロジーの共同利用が鍵
 - 患者データの再利用と二次利用が実現
- 下記との統合には共通のオントロジーモデルの使用が重要
 - 遺伝学オントロジー
 - 分子生物学
 - 臨床情報システム



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

Aug. 4, 1986 THE NEW YORKER Price \$1.50

オントロジーとは?

- ・ オントロジー (哲学)
 - 存在論 現実とは何か ☺ !!!
- ・ オントロジー (コンピュータ・サイエンス)
 - ある領域の概念化の明示的な仕様:
 - ・ 概念: 実態と質 (プロパティと属性)
- ・ オントロジー が定義するのは:
 - 共通の用語 → 理解・交換の共有:
 - ・ 人々の間
 - ・ ソフトウェア間
 - ・ 人とソフトウェア間
 - データの再利用
 - 相互運用性をはかる標準の導入

CLASSIFICATIONS ... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

ICDの各項目: 属性による定義

1. **is_a** 疾病、障害、症候群、損傷、徴候、症状等
2. **Function/Dysfunction_of** 体の機能
3. **Site:** 体の構造 (ICFまたはFMA等)
4. **Has_signs_of:** 発現、徴候、症状
5. **Caused by:**
 - 外因性 (傷害、外傷、病原性等)
 - 内因性 (遺伝子、自己免疫性、胚形成等)
6. **Temporal Relations**
 - 発現 (急性、亜急性、慢性) 消失、経過 (突発性、再発性等)
7. **Extent (severity):** 進行、伝播度
8. **Impact:** 制限 (活動の制限、参加への制限)
9. **Related_Interventions_for:**
 - 調査 (臨床検査、診断検査等)
 - 治療 (薬剤、投薬、処置—外科的、精神的、その他)
10. **Used_in:**
 - プライマリケア、臨床ケア、研究、特別な指標 (例 公衆衛生指標、リソースグルーピング)

CLASSIFICATIONS ... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

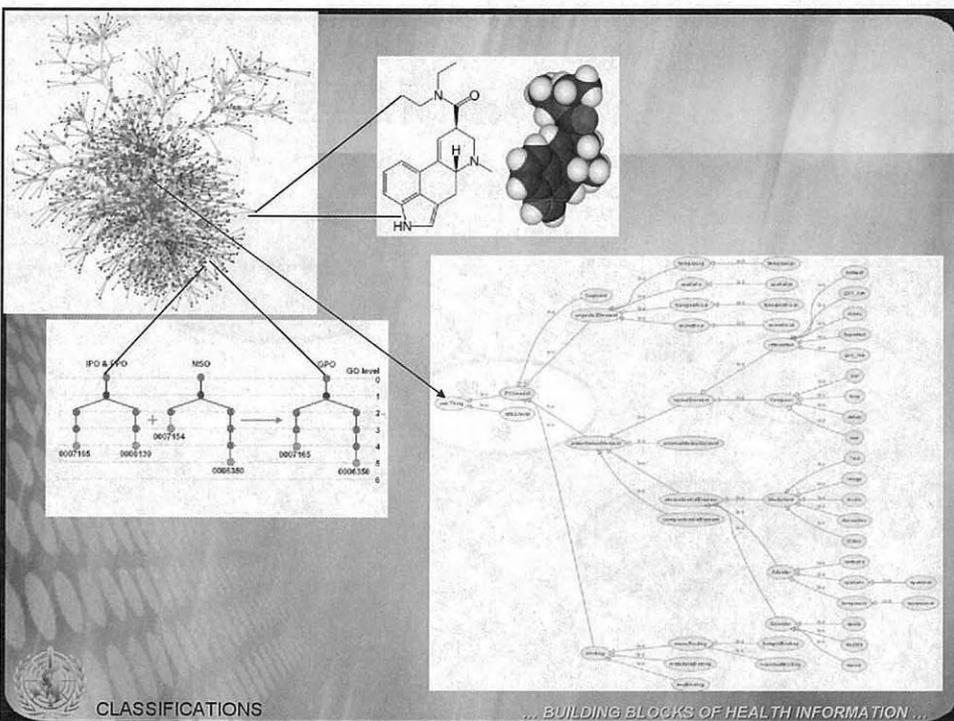
ICD分類F32.0「うつ病障害」に SNOMEDを使った場合

- | | | |
|----|------------|-------------------------------|
| A. | 抑うつ気分 | { 41006004 } |
| | 興味喪失 | {417523004 } |
| | エネルギー低下 | {248274002 } |
| B. | 1. 食欲 | (増進、減退) {64379006, 72405004} |
| | 2. 体重 | (増加、減少) {89362005, 8943002} |
| | 3. 睡眠 | (増加、減少) {59050008, 77692006} |
| | 4. 精神運動 | (増進、減退) {398991009, 47295007} |
| | 5. リビド消失 | {8357008} |
| | 6. 自信喪失 | {286647002, 162220005} |
| | 7. 罪責感、自責感 | {7571003} |
| | 8. 死を考える | |
| | 9. 自殺の観念 | {102911000, 6471006} |



CLASSIFICATIONS

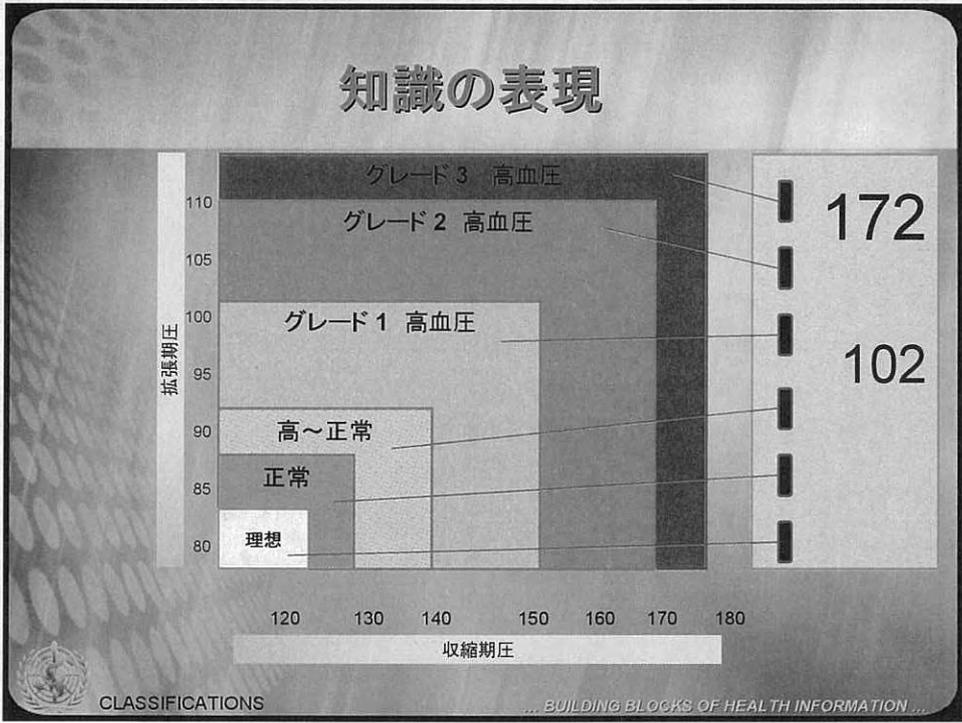
... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...



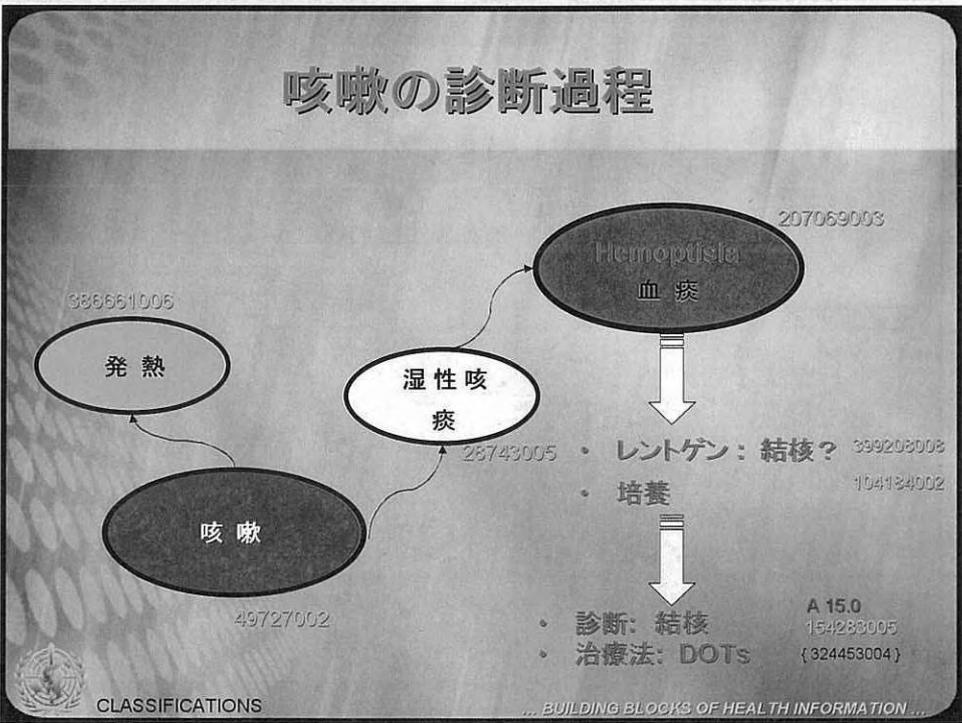
CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

知識の表現



咳嗽の診断過程



医療情報粒度

ケース
ミックス
グループ

- 700 グループ以下
- 経済的な分類

分類

- ICD 12,000 区分
- 高階抽象

ターミノロジー

- 例: SNOMED 400,000 概念
- 医療の全体像と活動の明確化



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

暫定スケジュール

- 2010年 : アルファ版 (ICD 10+ → ICD 11草案)
 - +1年 : 内容についての議論や協議
- 2011年 : ベータ版およびフィールド・テスト版
 - +2年 : フィールド・テスト
- 2013年 : 一般レビュー用の最終版
 - 2014年 : WHA による承認
- 2015年+ 導入



CLASSIFICATIONS

... BUILDING BLOCKS OF HEALTH INFORMATION ...

URC agenda item #4 – Attachment B

DRAFT: WHO Update and Revision Committee - The road to success

Purpose

To ensure the continued relevance of ICD-10 it is critical that all URC members contribute to the updating and revision of ICD-10 through active participation in all three phases of this process. Active participation defined - -

- Any member may post recommendations to the ICD-10+ Platform in compliance with deadlines for submissions
- All members review and comment on all proposals in round one of voting. This may include recommending alternatives or modifications to the initial proposal
- All voting members provide rational for a `no' or `can't decide' vote in both round one and two
- All members are prepared to discuss all proposals not accepted during rounds one and two on the ICD-10+ Platform, at the annual general meeting of WHO-FIC

The intent of this three phased approach, that is, two voting rounds on the ICD-10+ platform and one face-to-face meeting, is to - -

- Provide extensive input to the first round of the review
- Achieve consensus on as many proposals as possible by the end of the second round
- Only bring proposals to the annual face-to-face meeting, for resolution where consensus has not been achieved.

ICD-10+ Platform Protocols

For proposals that are for decision, every country has a single voice for posting recommendations for consideration by all URC members and for providing feedback on recommendations proposed by other members of the URC.

Currently there are 14 voting members, 11 members represent various countries or Collaborating Centres and one voting membership exists for each of the Mortality and Morbidity Reference Groups (MRG and MbRG) and the WHO.

For consideration in the annual process, all proposals - -

- Are posted by the end of March for individual countries or Collaborating Centres, and by the end of April for the MRG and MbRG. Entries received after these dates will be considered in the following year
- Have all sections of the submission form completed

It is the responsibility of each voting member to review and vote on each submission to the ICD-10+ Platform in both Round 1 and Round 2.

10/18/2007

Exception – The MRG and MbRG will only post proposals and votes where they have gained consensus within their respective groups.

Round 1 – voting closes on June 30th

- A negative vote is accompanied by rationale for disagreeing with the proposal and, if appropriate, suggested modifications or alternatives.
- A positive vote may add to the information in support of the proposal
- A can't decide vote should be accompanied by a comment

Round 2 – voting closes on August 31st

- All proposals are reviewed again and a vote is made
- Proposals with recommended amendments - voters indicate if they support the original submission or the submission as amended. This includes the originator of the initial proposal.
- Original submissions without amendments must also be voted upon as initial votes may be changed in light of new information provided in the comments

Approval Process

It is the intent of this process to achieve consensus among the members on each proposal.

At the end of Round Two on the ICD-10+ platform - -

- The chair and secretariat of the URC will review all proposals and make a determination of approval status. This process is done in consultation with WHO Classifications and Terminology team
- Members will be notified when the final status has been determined
- Members are prepared to discuss outstanding proposals at the annual general meeting.

Protocol for finalizing proposals brought forward to the Annual General Meeting

1. All members are to be familiar with each proposal on the agenda for discussion.
2. The originator of the proposal will have a maximum of two minutes to present rationale or rebuttal to the comments from those who voted 'No' or who could still 'not decide' on Round Two of the ICD-10+ Platform.
3. Members of the URC will have one opportunity to raise a question or counterpoint.
4. Once each member has had the opportunity to address the proposal and the originator an opportunity to respond then the final status of the proposal will be determined.
5. If consensus is not achieved then the originator will be given the choice to resubmit in a future year or withdraw the proposal.

10/18/2007

At the end of the annual meeting the status of all submissions will be categorized as follows - -

- Accepted
- Accepted with amendments
- Withdrawn
- Held over for consideration in a future year
- Rejected

10/18/2007

分類改正改訂委員会(URC) 運営方針(案)

目的

ICD-10の妥当性の継続を確保するため、分類改正改訂委員会(URC)のメンバー全員がICD-10の改正改訂の全3フェーズに積極的に参加し、貢献することが不可欠である。積極的な参加が意味するところは、下記の通りである。

- いかなるメンバーも投稿の提出期限内においてICD-10プラスプラットフォーム上で提案の投稿を行なうことができる。
- メンバーは全員、第1次投票においてすべての提案を検討しコメントを行なう。これには、原提案の代替案または修正案の提案を含むこともある。
- 投票メンバーは全員、第1次および第2次投票において、“no”または“can't decide”の理由を明記する。
- メンバーは全員、世界保健機関の国際分類ファミリー(WHO-FIC)の年次総会で、ICD-10プラスプラットフォーム上の第1次および第2次投票で受理されなかった提案をすべて討議する用意があるものとする。

ICD-10プラスプラットフォーム上での2回に渡る投票と年次総会という、この3フェーズによるアプローチの意図するところは、下記の通りである。

- 第1次投票に係るレビューに幅広く知識を投入すること。
- 第2次投票の終了時まで可能な限り多くの提案に同意を得ること。
- 年次総会ではコンセンサスが得られていない提案の決議に限定すること。

ICD-10プラスプラットフォーム手順

決定が待たれる提案に関して、各国は分類改正改訂委員会のメンバー全員によって検討される提案、および、分類改正改訂委員会のほかのメンバーによる提案に対するフィードバックをするための1枠を持つ。

現在、投票メンバーは、各国代表者または協力センター代表者11名、および死因分類改正グループ(MRG)、疾病分類グループ(MbRG)、WHOからそれぞれ1名の計14名で構成されている。

年次プロセスで検討されるためには全ての提案は

- 各国および協力センターに関しては3月末まで、死因分類改正グループと疾病分類グループに関しては4月末までに投稿が行なわれること。この期日以降の投稿は、次年度に検討されることとする。
- 投稿フォームの全項目に入力を行なうこと。

ICD-10プラスプラットフォーム上の第1次および第2次投票において各提案を検討し投票を行なうのは、各投票メンバーの責任である。

例外 死因分類改正グループと疾病分類グループは、各グループでコンセンサスが得られた提案と投票のみ投稿する。

第1次投票 投票期限は6月30日

- “no”には、反対の理由を添え、さらに修正案または代替案を適宜提案する。
- “yes”には提案の支持理由を添えても良い。
- “can't decide”には、コメントを添えることとする。

第2次投票 投票期限は8月31日

- すべての提案について再検討され、投票が実施される。
- 修正された提案 - 投票者は、原提案と修正案のどちらを支持するか表明する。原提案の投稿者も含まれる。
- 修正なしの提案に関しても投票されなければならない。これは、コメントによって提供された新しい情報を考慮した結果、投票の結果が変わる可能性があるためである。

承認プロセス

本プロセスの目的は、各提案に関してメンバー間でコンセンサスを得ることである。

ICD-10プラスプラットフォーム上の第2次投票の終了時には、下記の事項が行なわれる。

- 分類改正改訂委員会の議長と事務局は、全提案を検討し、承認を決定する。このプロセスは、WHO分類・ターミノロジーチームとの協議により行なわれる。
- 最終決定が下された時点で、メンバーはその旨通知される。
- メンバーは年次総会で未解決の提案について討議することとする。

年次総会における提案の最終的な扱いを決める手順

1. 全メンバーは討議される提案について熟知していなければならない。
2. 提案の投稿者は、ICD-10プラスプラットフォームの第2次投票において出された、“no”または“can't decide”のコメントに対して、2分間以内で理由または反証を述べる。
3. 分類改正改訂委員会のメンバーは、質問または反論を1回行なうことができる。
4. 各メンバーが提案を検討する機会を得、投稿者が回答する機会を得た後、最終決定が下される。
5. コンセンサスが得られない場合、投稿者は翌年度以降に再提出するか、提案を取り下げるか、選択する。

年次総会の終了時に、すべての投稿は下記に振り分けられる。

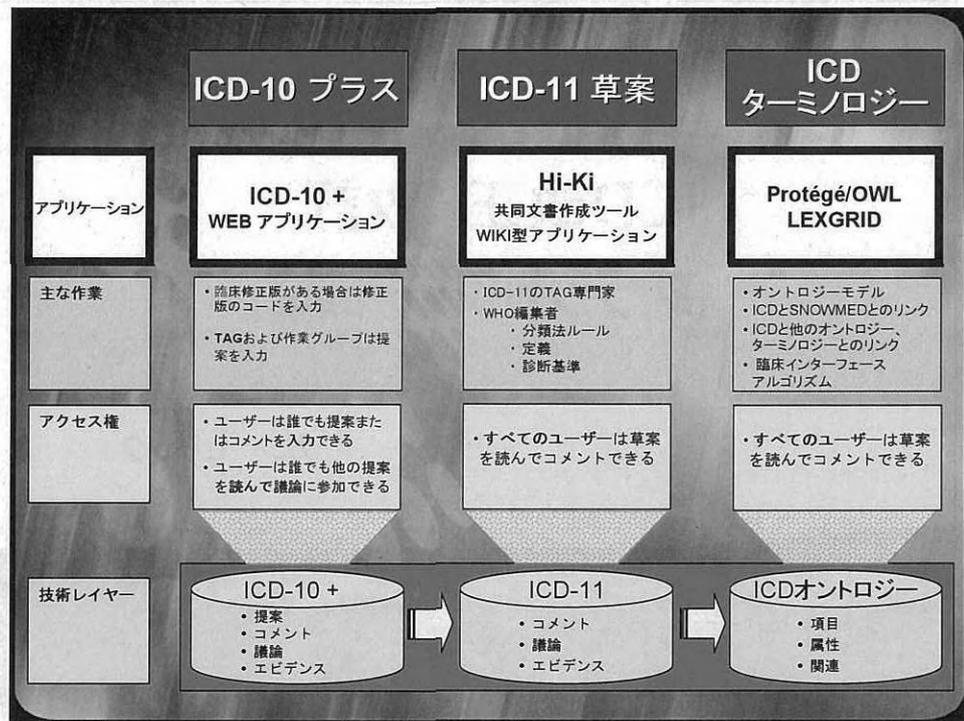
- 受理
- 修正つき受理
- 取り下げ
- 翌年度以降に持ち越し
- 却下

ICD改正・改訂 プラットフォーム

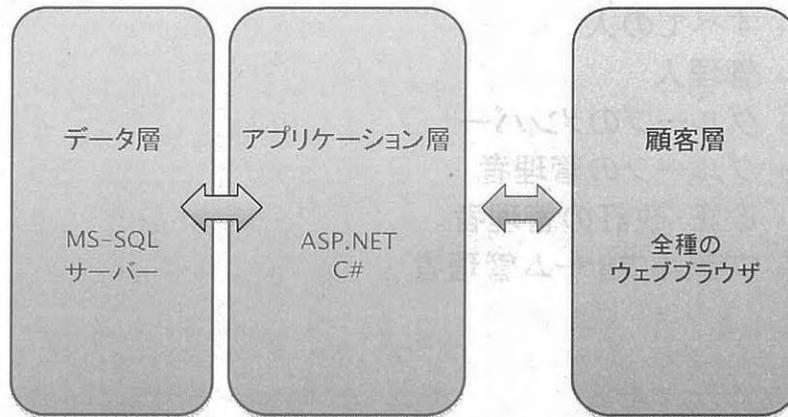
カン・セリック

主な目的

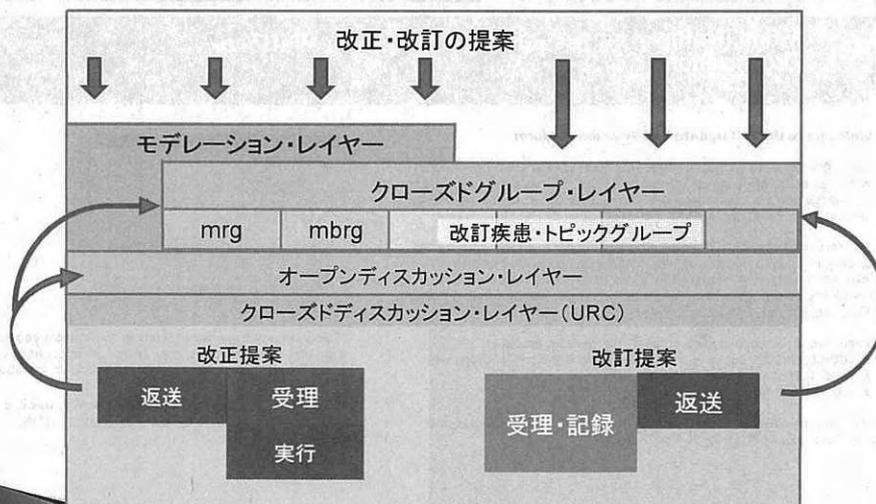
- 専門家同士のコミュニケーションを促進する
 - ・ インターネットによって広範囲の専門家が参加
- 情報の保管整理
 - ・ 継続作業
 - ・ 完了作業
- ワークフローの促進
 - ・ 改訂用に指定されたワークフローに基づいた指導
 - ・ 適正化が可能
 - ・ 粒度の細かいユーザーアクセス／役割管理



三重構造



提案ライフサイクル



ユーザーの役割とアクセス権

- ▶ すべての人
- ▶ 管理人
- ▶ グループのメンバー
- ▶ グループの管理者
- ▶ 改正・改訂の管理者
- ▶ プラットフォーム管理者

The screenshot shows a web browser window titled "Login Page - Windows Internet Explorer". The address bar contains the URL: <http://hqsw0041311.hq.intra.who.int/icdrevision/ni/login.aspx?ReturnUrl=%2fdefault.aspx>. The page header features the WHO logo and the text "World Health Organization ICD Update and Revision Platform".

Welcome to the ICD Update and Revision Platform.

Given the mandate by the World Health Assembly in 1990 (WHA 43.24), WHO has established an updating process to incorporate new scientific knowledge 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 fruitful 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. [Click here for detailed information](#)

There are three consecutive steps in the revision process:

1. **ICD 10 Plus** for entering and commenting ICD Revision proposals
2. **Draft ICD -11** for comments and field trials
3. ICD -11 and terminology /ontology work

This current platform is the first step to allow all users to enter and comment on proposals for ICD revision

Log In

User Name:

Password:

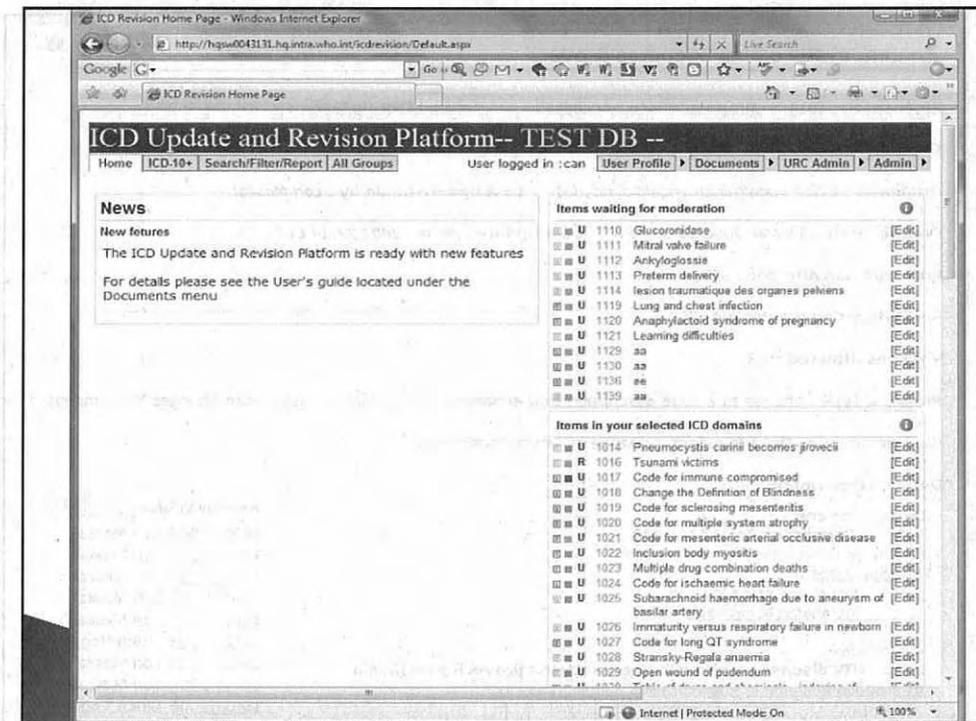
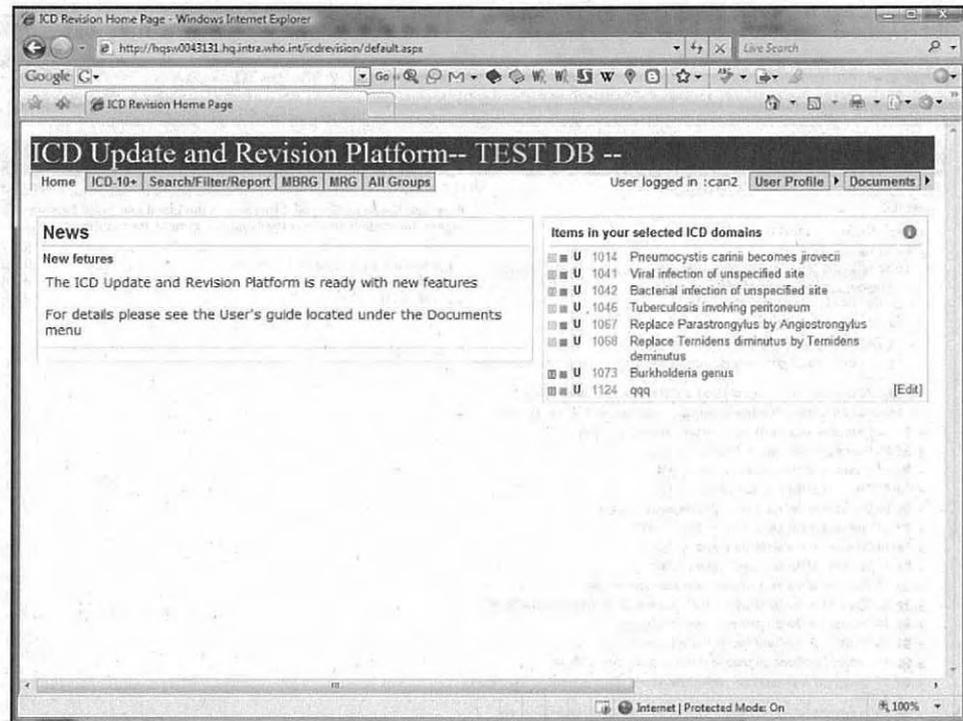
Remember me next time.

[Not a member? Create an account](#)

[Forgot your User Name or Password?](#)

If you already have an account in the system you may login directly. If not you may create an account in our system by following the "Create an account" link above.

More information on the system and how to use it is available in our [User's Guide](#) [[PDF format](#) - [HTML format](#)]



ICD Revision Platform - Windows Internet Explorer
 https://hcrw043131.hq.mha.gov/who.int/icdrevision/icd10p.aspx

ICD Update and Revision Platform-- TEST DB --

Home | ICD-10+ | Search/Filter/Report | All Groups | User logged in : can | User Profile | Documents | URC Admin | Admin

ICD

- 01 Certain infectious and parasitic diseases 7 add
- 02 Neoplasms 4 add
- 03 Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 3 add
- 04 Endocrine, nutritional and metabolic diseases 7 add
- 05 Mental and behavioural disorders 5 add
- 06 Diseases of the nervous system 5 add
- 07 Diseases of the eye and adnexa 2 add
- 08 Diseases of the ear and mastoid process 2 add
- 09 Diseases of the circulatory system 2 add
- 10 Diseases of the respiratory system 2 add
- 11 Diseases of the digestive system 5 add
- 12 Diseases of the skin and subcutaneous tissue add
- 13 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 3 add
- 14 Diseases of the genitourinary system 2 add
- 15 Pregnancy, childbirth and the puerperium 3 add
- 16 Certain conditions originating in the perinatal period 2 add
- 17 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities 1 add
- 18 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 2 add

Proposals linked to: Chapter 3 Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

- U aa [Edit]
- U Code for immune compromised [Edit]
- U Stransky-Regala anaemia [Edit]
- U Add HbAS [Edit]

Pneumocystis carinii becomes jirovecii

Proposal ID : 1014 - Proposal State : Accepted **Proposal for Update**

Implementation Date : 1/2008

Originator : Ulrich Vogel(ulrich.vogel@dimdi.de) - Last Update made by : Lori Moskal

Creation Date : 16-Mar-2006 19:53 CET - Last Update : 24-Jan-2007 22:14 CET

Primary Code Affected : B59

Secondary Codes Affected : B20.6

Volumes Affected : 1,3

Proposal Type : Change to a code description that enhances the description rather than changes the concept

Change Reason : Need to reflect a change in clinical terminology

Detailed Description

Revised inclusions:	Archived Versions
B59† Pneumocystosis (J17.3*)	24/01/2007 Lori Moskal
Pneumonia due to Pneumocystis carinii	24/01/2007 Lori Moskal
<u>Pneumonia due to:</u>	19/01/2007 Lori Moskal
· Pneumocystis carinii	19/01/2007 Lori Moskal
· Pneumocystis jirovecii	13/12/2006 Lori Moskal
	13/12/2006 Ulrich Vogel
Add inclusion:	17/11/2006 Lori Moskal
B20.6 HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia	03/04/2006 Lori Moskal
HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia	16/03/2006 Ulrich Vogel

通知

- ▶ プロフィールを設定することで新規提案、最新提案および新規追加コメントの通知を受けることができる。
- ▶ システムを設定し、特定するICDDメインに関する通知を受けることができる。
- ▶ システムをデフォルトに設定してもEメールによる通知は行われない。

通知Eメールのサンプル

- ▶ ICD改訂プラットフォームのユーザーの方へ

本自動通知Eメールは、下記の改正／改訂提案が我々のプラットフォームで新規または改正された旨を通知することを目的としています。

下記が新規に追加された提案です。

- ▶ 血管性認知症の判定表で

<http://extranet.who.int/icdrevision/PropD.aspx?prop=1214>

通知Eメールの受信頻度の変更や、受信を希望しない場合は、我々のポータルにある「ユーザープロフィール」メニューから通知設定の変更を行うことができます。

ICD Update and Revision Platform-- TEST DB --

Home ICD-10+ Search/Filter/Report MBRG MRG All Groups User logged in :can2 User Profile Documents

New Search

Search text (optional)

All words match (AND)

Predefined Searches

- > Update Proposals for Decision
- > Accepted Proposals
- > Proposals that you can vote for

Limit results to my selected ICD Domains

Limit results to certain ICD domains

Find proposals that affect: Volume I Volume II Volume III

Limit results to the ones originated by me

Include: Major Updates Minor Updates

Include: Update Proposals Revision Proposals

Limit the results according to the proposal state

- In Moderation Layer
- In Open Discussion Layer
- In Closed Discussion Layer
- Accepted
- Implemented
- In the group MRG
- In the group MBRG
- Rejected
- Deleted

Limit the results to ones with the Implementation Date (Year)

From: To: (valid only for Scheduled or Incorporated proposals)

Sort the results according to: --Select one-- and --Select one--

Search

Search will give you a list of proposals that meet the criteria you define above. You will be able to generate a combined printout of the results from that screen.

ICD Update and Revision Platform

Home ICD-10+ Search/Filter/Report MBRG MRG All Groups User logged in :can2 User Profile Documents

Group Name : Mortality Reference Group

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1034	Code for hip infection	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1126	Tumor lysis syndrome	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1130	Revise term highly improbable	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1131	Mortality coding instructions for malignant neoplasm	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1132	Wernicke Korsakov syndrome	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1142	Diabetes complications and obvious consequences	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1174	Autoimmune hepatitis	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1209	Secondary neoplasm due to stomach polyp	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1210	Intoxication and liver disease	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1211	GIST tumour	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1212	MALT lymphoma	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1213	Relationship between N94.8 and C52 and C53.9	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1214	Decision tables for vascular dementia	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1215	HIV (B24) and esophagitis (K20) - Linkages for HIV	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1216	Causal table for D84.9 (unspecified immune deficiency)	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1217	Review ACME causal tables on I70.	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1218	Value of combination codes	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1219	Multiple injuries	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1220	Deaths from smoke inhalation	Hoyert Donna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U 1221	Interpretation of sequelae	Hoyert Donna

ICD Revision Platform - Windows Internet Explorer

http://localhost:8085/icdrevision/PropD.aspx?prop=1095

ICD Revision Platform

Voting

[Show Details](#)

Year/Round	Status	Your Vote	Results
2007- 1	Voting process is open for this round. End Date :17/05/2007	You haven't voted yet <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Can't Decide Voting Comment (optional) <input type="text"/> <input type="button" value="Vote"/>	Yes 0 No 0 Can't Decide 0 Not Voted 14
2007- 2	Voting process has not started for this round Start Date :01/01/2007		Yes 0 No 0 Can't Decide 0 Not Voted 14
2007- 3	Voting process has not started for this round Start Date :01/01/2007		Yes 0 No 0 Can't Decide 0 Not Voted 14

Done Internet | Protected Mode: On 100%

題名 Title

第一に影響を受けるコード(または章番号) Primary Code Affected

第二に影響を受けるコード(オプション) Secondary Codes Affected

影響を受ける巻(複数選択可) Volumes Affected

Volume I(内容例示) Volume II(総論) Volume III(索引)

提案の型 Proposal Type(どれか一つを選ぶ)

- #1 新しいコードの追加 Addition of new code
- #2 コードの削除 Deletion of code
- #3 コードの他カテゴリー(3桁分類項目または中間分類項目)または章への移動
Movement of a code to another category or chapter
- #4 新しい用語の索引への追加 Introduction of a new term into the index.
- #5 既存の検索用語の割当コードの3桁分類項目レベルでの移動 Change to an existing index entry that changes the code assignment from one three-character category to another three-character category (movement of terms)
- #6 既存の検索用語の割当コードの同じ3桁分類項目内での移動 Correction or clarification of existing index entry that only changes the code assignment to a code within the same three-character category
- #7 内容例示の充実(包含、除外への追加など) Enhancements to the tabular list (such as the addition of an inclusion term to an existing code; the addition of an exclusion note)
- #8 コード説明(注など)を疾病概念を変えない範囲で変更 Change to a code description that enhances the description rather than changes the concept
- #9 索引の充実(既存の索引用語を他の用語の下にもぶら下げて再提示するなど) Enhancements to the index (such as the duplication of an existing index entry under another main term)

- # 10 疾病・死因データ収集規準に影響するルールまたはガイドラインの変更
Change to a rule or guideline that affects the integrity of morbidity or mortality data collections
- # 11 疾病・死因データ収集規準には影響しないルールまたはガイドラインの変更
Change to a rule or guideline that does not affect the integrity of morbidity or mortality data collections
- # 12 誤字・脱字等の修正 Correction of a typographical error
- # 13 出版物の修正には至らない明確化 Clarification that does not require change in the volumes

変更理由 Change Reason (どれか一つを選ぶ)

- # 1 新しい疾患を同定する必要があるため Need to identify a new disease.
- # 2 医療知識の変更を反映する必要があるため Need to reflect a change in clinical knowledge
- # 3 医療用語の変更を反映する必要があるため Need to reflect a change in clinical terminology
- # 4 他のファミリー分類との整合性を保つ必要があるから Need for compatibility within the WHO Family of Classifications
- # 5 ルール、ガイドラインまたは取り決めの変更による Change in rules, guidelines or conventions
- # 6 内容例示をより明確にするあるいは曖昧さをなくす必要があるから Need to improve clarity or reduce ambiguity in the tabular list
- # 7 検索用語を追加、削除または修正する必要があるから Need to create, delete or correct an index entry
- # 8 より詳細にあるいは反対に一般的にするなど詳細さのレベルを変える必要があるから Need for greater or less specificity
- # 9 誤字・脱字等の修正 Need to correct typographical errors

言語版に特徴的な改正 Update Specific to a Language Version

(普通は該当しない)

詳細な記述 Detailed Description

(実際に出版物の記載がどう変更されるかを見え消しで記載する、提案の型で# 13を選んだとき以外は記載)

上記の変更が必要なロジック Rationale

上記の変更を支持する論文等(もしあれば) Supporting Publication

(ファイル、URL など)

VATER syndrome

Proposal ID : 1163 - **Proposal State** : In Open Discussion Layer
Proposal for Update

Originator : *Ulrich Vogel* - **Last Update made by** : *Lori Moskal*

Creation Date : 22-Mar-2007 12:06 CET - **Last Update** :
30-Nov-2007 18:56 CET

Previously Discussed in the group(s):

Primary Code Affected : Q87.2

Secondary Codes Affected : Q87.8

Volumes Affected : 1,3

Proposal Type : Enhancements to the tabular list (such as the addition of an inclusion term to an existing code; the addition of an exclusion note)

Change Reason : Need to reflect a change in clinical terminology

Detailed Description

Delete inclusion:

Q87.2 Congenital malformation syndromes predominantly involving limbs

Syndrome:

- Holt-Oram
- Klippel-Trénaunay-Weber
- nail patella
- Rubinstein-Taybi
- sirenomelia
- thrombocytopenia with absent radius [TAR]

~~-VATER~~

Add inclusion:

Q87.8 Other specified congenital malformation syndromes, not elsewhere classified

Syndrome:

- Alport
- Laurence–Moon(–Bardet)–Biedl
- Zellweger

[VATER association](#)

Revise code:

VATER association (syndrome) Q87.28

Rationale

The VATER syndrome is known today as VATER association which means that the linkage between the different malformations is not as strong as it is in syndromes (see ref.).

Apart from this in patients with VATER association type of malformation involvement of limbs is not predominantly (see ref.).

Thus we would suggest moving VATER from **Q87.2** to **Q87.8** and adding 'association'.

Supporting Publication Web Links

[VATER association at OrphaNet](#)

Voting

[Hide Details](#)

Year/Round	Status	Your Vote	Results
2008- 1	Voting process has not started for this round. Start Date :01/01/2008		Yes 0
			No 0
			Can't Decide 0
			Not Voted 14

Year/Round	Status	Your Vote	Results
------------	--------	-----------	---------

Year/Round	Status	Your Vote	Results
2008- 2	Voting process has not started for this round. Start Date :02/06/2008		Yes 0
			No 0
			Can't Decide 0
			Not Voted 14

Year/Round	Status	Your Vote	Results
2008- 3	Voting process has not started for this round. Start Date :02/09/2008		Yes 0
			No 0
			Can't Decide 0
			Not Voted 14

Comments

[Add a new comment](#)

28-Jun-2007 02:42 CET by [Julie Rust](#)

**Comment attached to the vote of the user for Round 1 of year 2007.
Voted:Can't Decide**

Agree with adding 'association' but not sure about moving to Q87.8. Also suggest adding the synonym 'VACTERL association' as an inclusion term and index entry.

06-Aug-2007 15:50 CET by [Marion Mendelsohn](#)

**Comment attached to the vote of the user for Round 2 of year 2007.
Voted:Can't Decide**

we agree with Julie's comment

30-Aug-2007 22:01 CET by [Robert Jakob](#)

**Comment attached to the vote of the user for Round 2 of year 2007.
Voted:Can't Decide**

agree with code change, name edit and VACTERL, unless ORPHANET objects regarding the non-predominance of the limbs.

07-Sep-2007 19:04 CET by [Lori Moskal](#)

Comment attached to the vote of the user for Round 2 of year 2007.

Voted:Can't Decide

AGree with Julie's comments. The following excerpt is from Oski's Pediatrics: The nonrandom association of vertebral defects, anal defects, tracheoesophageal fistula, and renal and radial abnormalities was initially designated as VATER association, but has been expanded to VACTERL to recognize the increased incidence of cardiac and limb defects. These patients usually do not show facial dysmorphism. The presence of at least three of the features is considered necessary for diagnosis.

18-Dec-2007 15:52 CET by [Michael Schopen](#)

Comment attached to the vote of the user for Round 3 of year 2007.

Voted:Can't Decide

Trieste decision was to hold over. Thus no voting.

WHO | List of Official ICD-10 Updates - Microsoft Internet Explorer

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) お気に入り(A) ツール(T) ヘルプ(H)

戻る 検索 お気に入り

アドレス http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html

عربي | 中文 | English | Français | Русский | Español

 **World Health Organization**

All WHO This site only

Home	Classifications
About WHO	WHO > Programmes and projects > Classifications > International Classification of Diseases (ICD)
Countries	 printable version
Health topics	
Publications	List of Official ICD-10 Updates
Data and statistics	The Official Updates to the published volumes of ICD-10 are available as annual lists of changes
Programmes and projects	The lists indicate the source of recommendation and implementation date. Date of approval has been indicated for all changes except the corrigenda.
Family of International Classifications	These updates are approved annually at the October meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications.
Family of International Classifications network	LIST OF UPDATES
Classification of Diseases (ICD)	ICD-10 Updates 1996 [pdf 24kb] ICD-10 Updates 1997 [pdf 88kb] ICD-10 Updates 1998 [pdf 39kb] ICD-10 Updates 1999 [pdf 75kb]
Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	ICD-10 Updates 2000 [pdf 34kb] ICD-10 Updates 2001 [pdf 83kb] ICD-10 Updates 2002 [pdf 288kb] ICD-10 Updates 2003 [pdf 319kb]
Classification of Health Interventions (ICHI)	ICD-10 Updates 2004 [pdf 256kb] ICD-10 Updates 2005 [pdf 400kb] ICD-10 Updates 2006 [pdf 355kb] ICD-10 Cumulative Updates 1996-2006 [pdf 1.63Mb]
Frequently asked questions	RELATED LINKS
	The WHO-FIC Update and Revision Committee

[E-mail scams](#) | [Employment](#) | [FAQs](#) | [Feedback](#) | [Other UN sites](#) | [Privacy](#) | [RSS feeds](#)
© World Health Organization 2008. All rights reserved