

[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, 086 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、副鼻腔ののう胞については J34.1（副鼻腔の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必要ではないか。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。

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