

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)脳出血やくモ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。

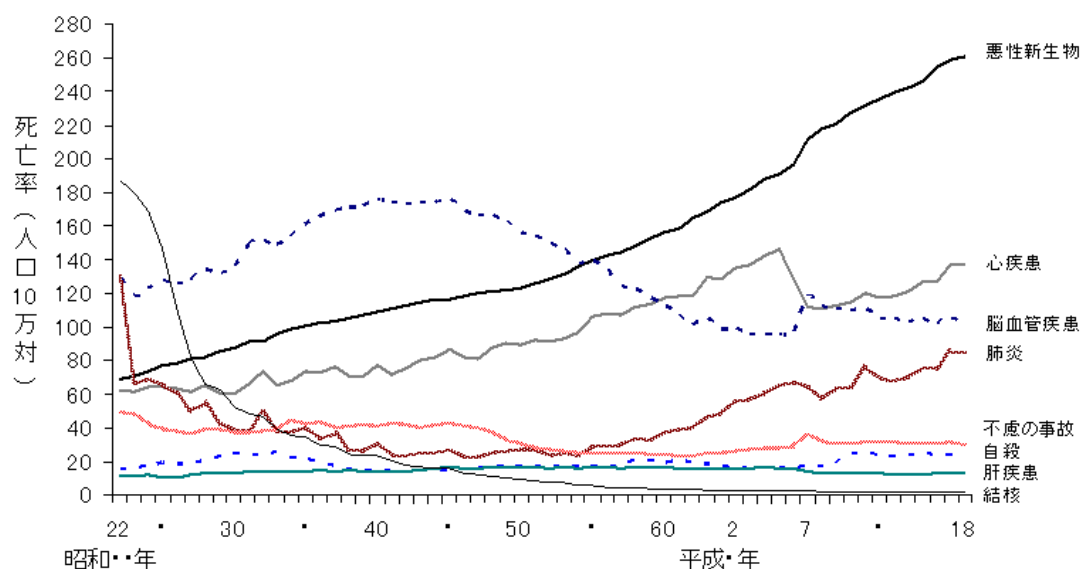
以上

## 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。

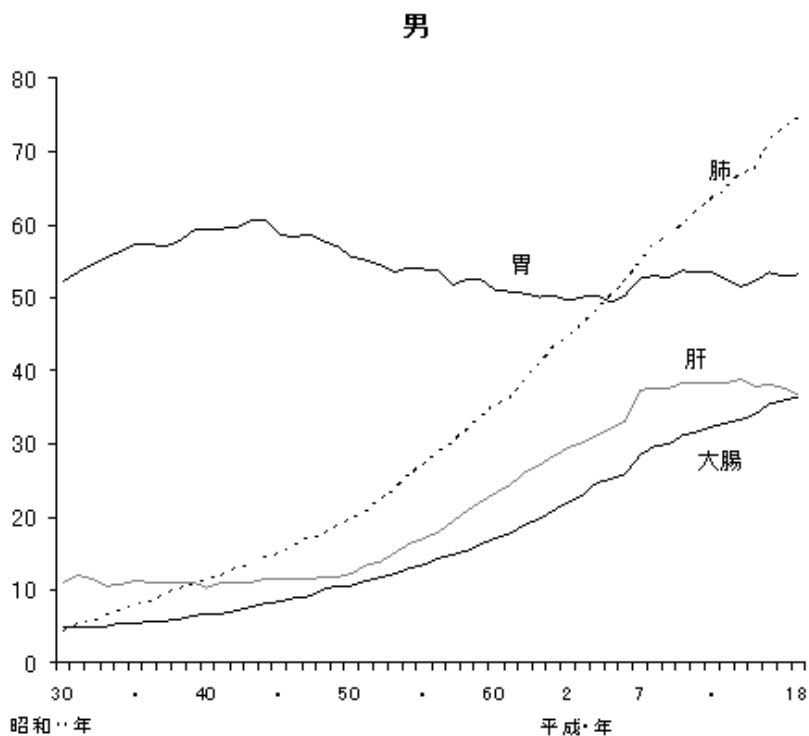
図6 主な死因別にみた死亡率の年次推移



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