

診療情報管理

Health Information Management

ICD改訂特集 (4)



JHIM

日本診療情報管理学会誌

VOL.32. NO.1・2(合併号). 2020.7

2020年度第1回編集委員会	62
2020年度第1回生涯教育委員会	62
2020年度第1回国際統計分類委員会	63
2020年度第1回倫理委員会	63
2020年度第1回定款規約検討委員会	64
2020年度第1回POS等検討委員会	64
2020年度第1回医療ICT推進委員会	65
『研究論文投稿における倫理規程』及び会誌『診療情報管理』投稿規程	66
研究論文投稿における倫理規程、及び投稿規程に関する確認書	68
論文投稿者のCOI申告書	69
編集後記	70

以下はホームページに掲載しております

- | | |
|----------------------|--------------------|
| ■ 会則 | ■ 学術大会開催記録・予定 |
| ■ 施行細則 | ■ 診療情報管理士指導者認定について |
| ■ 日本診療情報管理学会倫理綱領2013 | ■ 電子カルテの記録・運用指針 |
| ■ 診療情報管理士の誓い | ■ 変更届 |
| ■ 診療情報管理士業務指針2018 | ■ 退会届 |
| ■ 診療情報の記載指針（改訂版） | |

特別企画

ICD-11伝統医学の章開発

Development of Traditional Medicine Chapter in ICD-11

渡辺賢治

横浜薬科大学特別招聘教授

WHO 医学科学諮問委員

WHO-FIC 伝統医学委員会共同議長

Eminent Professor, Yokohama University of Pharmacy

Member WHO Medical and Science Advisory Committee

Co-chair, WHO-FIC Traditional Medicine Reference Group

I はじめに

日本診療情報管理学会の公式学会誌に伝統医学のことを取り上げていただき、大変光栄に存じます。一般社団法人日本病院会の横堀由喜子教育部長とは2006年にチュニジアの首都、チュニスで開催されたWHO-FIC 会議でお世話になって以来、かれこれ15年近く懇意にさせていただいている。そんなご縁で、ICD-11に伝統医療分類を入れる際のフィールドテストでは、日本東洋医学会として日本診療情報管理学会には大変にお世話になった。2019年にICD-11が世界保健総会で承認され¹⁾、これから日本語への翻訳を経て2022年に日本での運用が開始される計画である。その際には再び日本診療情報管理学会のみなさまにお世話になることになり、それに向けての準備を今からは是非とも一緒に進めていただければ幸いです。

今回横堀氏のご厚意により、伝統医学として2回にわたって誌面を頂戴することになった。1回目は渡辺が担当し、2回目は今後日本東洋医学会としてICD-11伝統医学の章のデータ収集を、中心となって坦う星野卓之氏に執筆をお願いし、その責を果たしたいと思う。

第一回の本稿では伝統医学とは何か、ということ

から始め、私に関わってきた伝統医学分類開発の経緯について書かせていただく。この経緯に関して、学術的には保健医療科学に書かせていただき²⁾、また苦労話は漢方の臨床に4回にわたり連載させていただいた³⁻⁶⁾。今回はどのような文章にしようかと迷ったが、横堀氏の「ICD-11改訂物語」が、臨場感あふれて生き生きと書かれているのを読ませていただき、それを做って、読者である会員に、伝統医学に少しでも親しみを持っていただけるように書かせていただく。その意味では渡辺がICDと関わり始めた歴史を振り返るような形で大変恐縮だが、読み物と思ってお読みいただければ幸甚である。

II 伝統医学について

II-1 伝統医学とは何ぞや？

伝統医学とはいったい何であろう。定義はあるのであろうか？ 正直明確な定義はない。そこでWHOの文章を拾ってみよう⁷⁾。「伝統医学には長い歴史がある。それは、異なる文化に固有の、理論、信念、ならびに経験に基づく知識、スキル、および実践の総称である。合理的な説明が可能かどうかに関わらず、健康の維持と予防、診断、身体的および精神的疾患の改善または治療に使用される。」(渡辺訳)とある。なんだかまだるっこしくて、分かったような分からないような感じである。噛み砕いて言うならば、それぞれの地域文化を背景に発展した医療であり、文字または口伝で伝承されてきたものである。

例えばアマゾンに行けば、いまだに呪術とともに医学の知識を持ったシャーマンが存在する。日本で

Kenji Watanabe
 横浜薬科大学 特別招聘教授
 〒245-0066 横浜市戸塚区俣野町601
 TEL: 045-859-1300
 E-mail: k.watanabe@yok.hamayaku.ac.jp

言えば卑弥呼が有名である。古代においては呪術と医学は同じであったのである。それを打破したのが、西洋で言えばヒポクラテスであり、東洋では扁鵲（へんじゃく）である。司馬遷の『史記』「扁鵲倉公列伝」に出てくる医師であるが、実際には医師団として諸国を遍歴して医療に当たっていた。この扁鵲の六不治（治らない状態）の六番目に「まじないを信じて医療を信じない」というのが出てくる。ちなみにその他も現代に通じるので記載する。

第一の不治	傲慢で物事の道理に従わないひと
第二の不治	健康よりも金儲けを重んじるひと
第三の不治	衣食住が適切でないひと
第四の不治	陰陽の気が五臓に滞って安定しないひと
第五の不治	衰弱しきって、薬を服用できないひと
第六の不治	まじないを信じて医療を信じないひと

ヒポクラテスや扁鵲らが医学を呪術から切り離れたのであるが、一方東洋には「心身一如（しんしんいちにょ）」という考えがあり、精神の活動と身体活動は表裏一体であるという考え方がある。精神的ストレスは免疫を低下させ、癌治療でもストレスを軽減することは非常に重要な治療法である。がん治療における補完代替医療（西洋医学以外の治療法）で「祈り」というのが重要な手段となっているが、これはあくまでも現代医学があってこそ、精神的安定を求めたものであり、古代の呪術とは異なる。

II-2 古代中国医学

世界各地に伝統医学はあるが、きちんと体系化された古代中国起源の東洋医学、古代インド起源のアーユルヴェーダ、アラブ医学のユナニを世界三大伝統医学という。これらはいずれも拠り所とする古典があり、体系化されているのが特徴である。

古代中国医学の三大古典はいずれも漢代に著されている。主に理論と鍼灸治療を論じた『黄帝内経（こうていだいけい）』、薬物の解説書である『神農本草経（しんのうほんぞうきょう）』、病気の治療法について書かれた『傷寒雑病論（しょうかんざつびょうろん）』である。

『神農本草経』には365の生薬の記載があり、人間

に対する作用で上薬、中薬、下薬に分かれている。上薬は養命薬として、健康増進目的で、延命が期待できるものである。薬用人参、霊芝などがこの中に含まれる。中薬は養性薬として、病気を予防し虚弱な身体を強壮するもので、葛の根や生姜などである。下薬は治療薬であり、下剤の大黄や附子（とりかぶと）が含まれる。

『神農本草経』の序文には薬の組み合わせの法則（薬の七情）が書かれていて、組み合わせることを前提に、どのような組み合わせがよいかという方法も記載されている。

葛根湯の「湯」はスープの意味であり、複数の生薬を決まったレシピで煮出すのが古代中国医学の特徴である。薬の組み合わせがいつから始まったかは明らかではないが、前漢時代の生活を反映している馬王堆の漢墳墓に残された『五十二病方』という医書にも既に生薬の組み合わせが記載されている。

日本漢方で今も重んじている『傷寒論』に記載されている薬は、原則組み合わせである。例えば葛根湯は葛根、麻黄、桂皮、芍薬、大棗、甘草、生姜の七つの生薬から成り、その配合比まできちんと決められているので、現在でもそれが再現できるのである。ここが中国の大いなる知恵であり、西洋ハーブも、修道院などで組み合わせて使用していたが、秘密のレシピはその修道院の限られた人にしか伝授されず、文書に残されてこなかった。

II-3 漢方医学のはじまり

日本には朝鮮半島経由で古代中国医学が入ってきたと思われ、西暦414年に病弱だった允恭（いんぎょう）天皇の治療のために新羅から医師を呼んだ記録が日本書記に残されている。遣隋使、遣唐使が始まると仏典や医学書が直接中国から入るようになった。また、中国から直接生薬も入手できるようになった。

奈良東大寺の正倉院は、聖武天皇妃の光明皇后が聖武天皇の遺品を納めたのが始まりであるが、その中には生薬も納められている。そのリストである「種々薬徴（しゅじゅやくちょう）」は現存していて、60種類の生薬のリストには、インドサイの角や恐竜の化石など、貴重なものも多い。光明皇后は仏教に深く帰依（きい）して、施薬院、悲田院（ひてんいん）といった、病める貧しい人々を収容する施設を作り、正倉院の貴

重な生薬を与えていたというから驚きである。

日本最古の医書は丹波康頼による『医心方』である。唐代に存在した膨大な医学書を引用したもので、984年に朝廷に献上された。その後も医書は数多く書かれたが、中国の影響が大きく、生薬こそ日本で採取できるものを積極的に使ったであろうが、医学理論の日本化は江戸時代に入ってからである。

日本独特の診察方法である「腹診」は西洋医学的な臓器を診る腹診ではなく、おなかに出る反応を診る診察方法である。室町時代から徐々に診断方法として使われ始め、江戸時代中期に吉益東洞という医師が腹診の重要性を強調した。この頃から中国の医学と袂を分かち、日本独自の発展をしていくことになる。

ちなみに「漢方」という呼び方は江戸時代に「蘭方」が入ってきて、それまでの医学を称する言葉として作られたわが国における造語である。中国は「中医学」といい、韓国は「韓医学」と称する。起源を一にする日中韓の伝統医学はWHOが定義するように、「異なる文化に固有」のものとして、似て非なるものとしてそれぞれ発展してきた。

II-4 なぜICDに伝統医学が？

さて、ここで改めて、何故、いま、ICDに伝統医学が、という素朴な疑問を持たれている読者も大勢いるであろう。しかし、中国を起源とするアジア伝統医学の国際化はみなさまが思われているよりもはるかに進んでいる。筆者は海外の学会に行く機会も多く、海外の研究者との交流機会にも恵まれているが、日本国内での伝統医学に対する静かな雰囲気と海外での熱量との差はかなり大きい。米国の主要ながんセンターでは全身状態改善ならびに痛みのコントロール目的で針灸治療は普通に行われている。たとえばテキサス大学のMD アンダーソン病院でも大きな統合医療センターがあり、鍼灸はそのうちの大事な部門である⁸⁾。伝統医学の広まりはヨーロッパでも同様で、ドイツでは200時間の鍼灸の教育を受けた医師が3万人おり、医師向けの生薬専門薬局もある。

筆者が客員教授を務める慶應義塾大学医学部漢方医学センターには海外から多くの留学生が来るが、医学部では全米No.1のJohns Hopkins大学の学生も漢方の勉強に来る。欧州には国際日本漢方協会が

あり、アメリカには北米漢方協会がある。

世界は漢方を含むアジア伝統医学に熱い視線を送っているのである。研究論文はPubMedで検索すると、この1年間に中医学で1200報、漢方で118報ヒットする。

米国国立衛生研究所内には国立補完統合衛生センター（National Center for Complementary and Integrative Health: NCCIH）が設置され、今では年間予算が1億5000万ドルに達している。米国国立衛生研究所全体としては、3億ドルが投じられている⁹⁾。これは補完代替医療全体である。この補完代替医療にはいろいろな種類があるが、中でも古代中国由来の伝統医学とインド由来のアーユルヴェーダはwhole medical systemsとして扱われている。

II-5 なぜ伝統医学は国際化していったか

日本国内の医療だけを見ていると、こうした事実を知らない人がほとんどである。ではなぜ伝統医学国際化の流れは加速していったのであろうか？ しかもその潮流は西洋医学の発達している、先進国で加速している。西洋医学の届かない開発途上国において伝統医学が普及していくのは理解できる。しかし西洋医学が進歩している地域においてこそ伝統医学がブームとなるのはどのような訳であろうか？

伝統医学が国際的なブームになるのは1970年代である。大塚恭男が、次の3点をその理由として挙げている¹⁰⁾。

一つ目は西洋医学の細分化が進み、体全体を見る医療がおきざりにされる、という危機感である。医学の進歩は戦後目覚ましいものがあり、専門知識も膨大なものとなった。それに伴い医療の形も変わらざるを得なくなった。すなわち膨大な医学知識をすべて保有するのは不可能なことから、分野ごとの専門家に役割が分化していったのである。いわゆる臓器別医療の始まりである。これにより、専門分野にはまらない、もしくはいくつかの専門分野にまたがる疾患を有する患者の行き場がなくなったため、全人医療としての伝統医学に注目が集まった。

二つ目の理由は疾病の複雑化である。20世紀前半までは医療の戦いの相手は感染症であった。抗生物質の登場により、ある程度感染症に対応することが可能になり、代わって虚血性心疾患、脳血管障害、糖尿病や高脂血症といった生活習慣をベースとする

慢性的で複雑な疾患への対応に追われるようになった。こうした複雑な病態に対して伝統医学に期待が集まった。

三つは薬の副作用である。1960年代から薬物や化学物質による様々な問題がクローズアップされた。特にサリドマイドは睡眠薬として開発され、妊婦が服用することにより、胎児が奇形になり世界に衝撃を与えた。こうした化学合成の薬の副作用に対する警戒感からより自然な伝統医学への人々の目が向いていった。

こうした背景は先進国の方が顕著であったため、まずは先進国において、全人的で、生活習慣や気候なども考慮にいれ、自然で比較的安全な伝統医療へと関心が高まっていったのである。

そして欧米における補完代替医療のブームが1990年代に訪れる。この背景には上記のような医学の発達に対するアンチテーゼ的な要素に加えて、先進国における医療費の高騰が挙げられる。特に英国における医療制度の崩壊や米国における医療費の対GDP比の増大から、もっと効率のよい医療のシステムは何かという模索が始まっていた。

たとえば、米国においてWHI (Women's Health Initiative) が行った研究で、更年期障害に対してホルモン療法が動脈硬化や認知症を予防する、という仮説で行なった研究で、ホルモン療法により乳癌、卵巣癌の発症が増えるのみならず、動脈硬化性疾患に対しても抑制しない、という中間結果が出たため、研究は中断され、米国発で世界に衝撃を与えた。この時にNIHは大豆イソフラボンはじめ、さまざまな生薬による治療の可能性を考え、研究助成をつけた。後日談としては、イソフラボンの臨床研究は明らかに更年期障害を改善する、という結果は出なかった。その理由はエストロゲン作用を有するファイトエストロゲンの本体はイソフラボンの代謝物、エクオールであり、エクオール産生には腸内細菌の助けが必要で、大豆を食する習慣がない欧米人にはエクオール産生の腸内細菌が少なかったせいである。

Ⅲ ICD-11伝統医学分類の開発の経緯

Ⅲ-1 WHO 西太平洋地域事務局における国際伝統医学分類の開発

WHOの本部はジュネーブにあるが、194の加盟

国と地域を6つの地域事務局に分けている。日本が所属するのはWHO 西太平洋地域事務局 (West Pacific Regional Office: WPRO) で、事務所はフィリピンのマニラにある。このWPROには日本・中国・韓国を含む37カ国が加盟国として存在する。このWPROの伝統医学のコーディネーターとして韓国の慶熙大学病理学教授のスフン・チョイ氏が就任したのが2003年である。筆者は2003年からWHOの活動に参加することになった。スフン・チョイ氏は、伝統医学における用語、経穴、情報、ガイドラインと矢継ぎ早に国際標準化プロジェクトをスタートさせた。

国際伝統医学分類の標準化プロジェクトは2005年5月の北京会議でスタートした。この開発には日中韓に加え、ベトナム、モンゴルなど、WPRO加盟国とともに2008年まで継続した。当初はWPROで、日中韓を中心に伝統医学分類を開発するまでがゴールだった。その流れが変わったのは2006年6月にソウルで行われた会議にWHO本部のICD担当であったベディルハン・ウースタン氏を招いた時であった。会議で、ウースタン氏は、伝統医学分類をICD本体に入れたらどうか、と発言したのである。筆者は恥ずかしながらICDをよく知らなかった。研修病院で、先輩医師に言われて、レセプトのためにICDの一覧と睨めっこしたことがあるくらいである。診療情報管理士が制度化されるはるか前の話である。われわれに取ってラッキーだったのはWPROにはオーストラリアも加盟国で、WHO国際疾病分類ファミリー (WHO-FIC) オーストラリアセンターのローズマリー・ロバーツ氏がWPROの会議に参加してくれていたことであった。彼女からICDとは何か、を一から教わった。

ウースタン氏の発言から、WPRO内での分類作成から、WHO本部における国際疾病分類ファミリーへの参加へと、ビジョンが大きく広がった。ウースタン氏が言うように最初からICD本体は難しいと考え、関連分類をめざそうという話になった (図1)。

筆者はWPROにおける伝統医学分類開発プロジェクトの議長として会議のとりまとめを行なったが、苦労が多かった。WPRO会議は大体3日間であるが、会議後のワーキングで夜の10時、時に日を跨ぐこともあり、帰国するとげっそりとしていた。

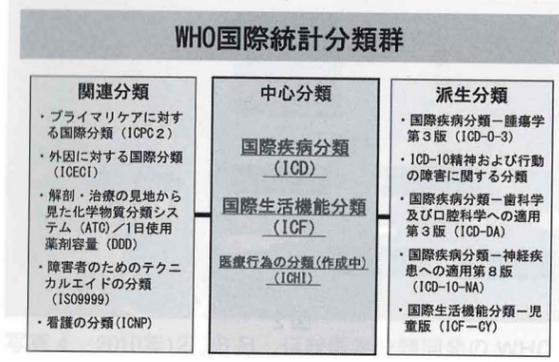


図1

時に日中韓が国を背負って激しい応酬を繰り返す中で、韓国出身でWPROコーディネーターのスフン・チョイ氏と中国出身でオーストラリア・ロイヤルメルボルン工科大学のチャーリー・シュエ氏の助けでどうにか議長を務めることができた。

このWPROでの会議は2008年にスフン・チョイ氏がWPROのコーディネーター任期を終え、韓国に帰国するまで続けられた (写真1)。その間に伝統医学分類のプロトタイプ (International Classification of Traditional Medicine, WPRO version; ICTM/WPRO) アルファ版が完成した。

Ⅲ-2 WHO-FIC ネットワーク年次会議に初参加

2006年10月、アフリカのチュニジアの首都チュニスでWHO-FIC ネットワーク年次会議が開催された。WHO 西太平洋地域事務局の伝統医学分類のチームから4名がオブザーバー参加を許され、筆者も加わった。これがWHO-FIC ネットワーク年次総会への初参加であった。この年次会議のテーマは「情報のパラドックス」であった。

この時、WHOが示した図は印象的であった。宇宙から見た夜の地球の写真であったが、ヨーロッパ、特に西の方は明るい、アフリカは真っ暗であった。アジアも日本、韓国は明るい、中国は沿岸部だけで、あとは真っ暗である。ICDの統計情報もこれと同じだと言うのである。国際疾病分類といいながらデータが取れているのは先進国のみで開発途上国ではほとんどデータが取れていない。WHOは開発途上国で使われている伝統医学をICDに組み入れることで、保健統計を取れる国が増えるという期待を抱いていた。

当時のチュニスはアラブの春以前で、警察国家で

あり、治安は非常に良かった。チュニジアはその昔、ローマ帝国の支配下にあり、コロッセオなどがあちこちに残っていて、古代ローマの遺跡が印象的であった。

2007年のイタリア・トリエステのWHO-FIC年次会議からは、厚労省推薦の正式メンバーとして参加させていただき、現在に至るまで参加させていただいている。

Ⅲ-3 WHO本部における伝統医学分類の開発

2008年4月にICDの改訂に関する主要関係者が一同に集まる会議がジュネーブで開催され、その席で、伝統医学分類の扱いについての討議もなされた。その結果、1) 伝統医学がグローバル化している中でWHO-FICの仲間として入れることには基本的に賛成であり、WHO本部の体制としては、ICD担当部署と伝統医学担当部署で協力して行う、2) 世界には数多の伝統医学があり、最初から東アジア伝統医学に絞るのは好ましくなく、どの伝統医学がWHO-FICの仲間入りをするかを検討する会議を行う必要がある、という結論になった。

それを受けてWHO本部主催の伝統医学の拡大会議が2009年5月に香港で開催された。この会議には世界の伝統医学の代表が集められた。東アジア伝統医学は、日本、中国、韓国、ベトナム、オーストラリア、アーユルヴェーダ代表としてインド、ホメオパシーとしてドイツ、英国、フランス、その他ブータン、モンゴルの伝統医学の政府関係者および専門家が集った。

各国の伝統医学の国際標準化の取り組みや国内標準の存在などが議論され、ICDに入れる準備が整っている伝統医学の候補について話し合われた。その結果WPROで、伝統医学分類の作成や用語の標準化を行ってきた、東アジア伝統医学をその候補とすることで決定された。こうして、WHO本部プロジェクトとして、正式に伝統医学分類を開発することが決定された (写真1)。

Ⅲ-4 伝統医学分類の開発

伝統医学分類の作成は2009年から本格化し、プロジェクト・アドバイザー・グループ (PAG) が組織され、日中韓豪から各2名ずつ、そしてオランダから1名で、計9名から構成された (写真2)。その



写真1 2008年6月 WPROにおける伝統医学分類最終会議



写真2 2010年3月 WHO本部で、伝統医学分類開発メンバーと



写真3 2010年3月 WHO本部で、伝統医学担当官のシャオリイ・ザン氏と。ザン氏はWHOを退官したあと、筆者とともに伝統医学分類開発の共同議長としてプロジェクトのまとめの苦勞を共に分かち合ったが、多くの困難は国際経験豊かなザン氏のお陰で解決することが可能であった。

中で共同議長としてWHO伝統医学担当官を退任したばかりのザン・シャオリイ氏と筆者が就任した(写真3)。ワーキンググループとして疾病分類、介入分類、用語、情報の4つが立ち上がることになっ

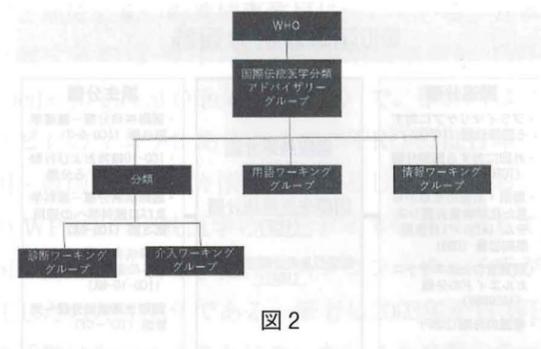


図2

た(図2)。ICDは疾病分類であるが、中心分類として介入分類を開発中であり、それと呼応する形で伝統医学の介入についても議論することになった。

この国際伝統医学分類作成チームは、内科、外因、精神などの領域と並列の分野別領域(トピック・アドバイザー・グループ)として位置づけられた(図3)。



図3

こうして国際伝統医学分類の作成を推進する体制が整った。

それを受けて、2010年12月に、WHOはジュネーブ-東京同時記者会見を開催し、伝統医学分類作成の正式なスタートを宣言した(写真4)¹¹⁻¹⁴⁾。

他の分野別領域(トピック・アドバイザー・グループ)と同様に、対面会議および電話会議を行い、開発を進めた。WHO-FIC会議への参加も含めると対面会議だけでも25回を数えた。その他にPAGメンバーによるウェブ会議や、マネージング・エディターを含めたウェブ会議なども年数回の頻度で行ってきた。WPROによるベースがあると言っても、



写真4 2010年12月6日 伝統医学分類開発のWHO日本同時記者会見

他の領域と異なり、一から作る伝統医学分類は相当の労力と神経を使いながら作業を進めてきた。幸い日中韓、欧米豪のチームワークがよく、効率的に機能したお陰で、開発は順調に進み、2016年にはピアレビューを、2016、2017年にはフィールドテストを行った。

III-5 伝統医学分類の構成

ICD-11の第26章の伝統医学分類は「伝統医学の疾病」と「伝統医学の証」の二つのカテゴリーに分けられている。

「伝統医学の疾病」は、「traditional medicine disorder」と表現されている。西洋医学的な「disease」を用いていない。

ICDにおいて「disease」という場合には、多くは病因・病理が明らかにされている。これに対し、伝統医学の疾病は、症状や症候である。その点においてはICD-10でのRコードに近い。西洋医学的な病名と区別するために、この伝統医学の疾病を「condition」や「illness」で表現することも検討したが、適切でないと判断され、最終的に「disorder」を用いることになった。

ここで問題になったのは翻訳の問題である。例えば「頭風」は症状としては頭痛と同義であり、headacheとするが、伝統医学的病理理論は西洋医学と異なる。その意味において西洋医学のheadacheとは完全には一致しない。このことから伝統医学的頭痛は末尾にTMを用いてheadach TMと表記することで、西洋医学のheadacheとは区別することにした。

次に「証」の英語表現であるが、「syndrome」、「symptoms」などが用いられてきたが、病気の種類というよりも人間の状態を表す言葉であり「pat-

tern」という表現にすることにした。「証」の用語の定義としては、「ある時点における患者の正確な臨床像を示す一まとまりの徴候、症状、所見(患者の体質を含む)」とした。

III-6 伝統医学分類の意義と使い方

伝統医学の章の意義と使い方についてはICD-11のコーディングレファレンスガイドに明記されている。

まずは、伝統医学分類については、あくまでも分類、診断、統計、情報交換、国際比較のための道具であって、ICD-11に伝統医学分類が入ったからといって、WHOが伝統医学の診療を正当化した、とか、その効果を認めた、というものではない。伝統医学分類は、伝統医学に関する安全性や効果を評価・検証するための研究を支援する目的で開発されたものであり、これを道具として用いることで、伝統医学が正しく評価されることが期待されている。

また情報パラドックスを埋めるという意味において、西洋医学の診断とともにコードをつけることが求められている。すなわち、西洋医学の診断(1-25章)をつけた上で、伝統医学の疾病と証をつけるルールになっている。ただし、一部の国においては、伝統医学の医師が、西洋医学的診断を行うことを禁じているため、これを配慮して伝統医学の診断だけでも成り立つようなコーディング・ルールとなっている。

IV 日本の漢方分類

IV-1 日中韓における伝統医学分類

国際伝統医学分類作成が本格化する中で、日本には標準化された診断分類は何一つ存在していなかった。中国は病名と証の分類については1995年に作成されたGB/T 15657-1995(通称GB95)があり、疾病が624、証が1624記載されている。さらに用語に関してはGB/T 16751.1-3-1997(通称GB97)があり、疾病930、証800、介入1037が記載されている。

韓国も韓医学分類作成の歴史は古く、1973年に最初に制定され、1979年にICD第9版(ICD-9)に基づいて、1次改正され、1993年のICD第10版に基づいてKCD-OM 2に2次改訂された。現在用いられているKCD-OM 3は画期的で、2008年から開発が開始されたが、2010年のICD-10の韓国版改正

(KCD)に伴い西洋医学分類と合体している。

韓国は電子カルテの導入率も高く、診療情報の電子化が進んでいる。慶熙大学のキョンモ・パク氏はオントロジーの専門家であり、2010年のWHO-FIC ネットワーク年次会議で、韓国が既にオントロジー手法によるインフォメーション・モデルに着手していることを発表していた。また、中国は2009年5月の香港でのWHO会議にて政府主導で中医学の病院のネットワークを作り、100万件のデータが既に入っていることを発表している。

それに引き換え、国際伝統医学分類作成が始まった時にはわが国には国家基準と呼べるものが一つ存在していなかった。

IV-2 漢方分類の作成

日本漢方分類を作成する上で、いくつか検討する課題があった。まずは誰を対象の分類にするか、である。日本の医師数は31万人として、いろいろなデータが示しているのは、医師の9割が漢方を日常診療で用いている、ということである。そうすると約28万人が漢方を使用していることになる。一方漢方専門医は2000名である。28万人の医師を対象とするのか、2000名の専門医を対象とするのか、という問いになる。ICDが西洋医療の現場で幅広く用いられていることを考えると、漢方にそれほど精通していない28万人の医師でも短いトレーニングで漢方分類ができるようなシンプルなものにしなければならない。

次に考えなくてはならないのはその数である。中国の国家標準分類であるGB95・97では証の分類が2300ある。2300から一つの分類を選択するのは大変なことである。データマイニングやAIなどの世界でも、データさえ入れればすぐにコンピュータが計算してくれる、というものではない。ノイズと呼ばれる不要なデータや欠損データを、如何にきれいに取り除くか、というクリーニング作業が必要である。

その意味において、分類方法がシンプルであればあるほど精度が高くなる。こうしたことから行き着いたのが日本漢方分類である(図4)¹⁵⁾。

こうしてどうにか中韓に遅れ、かつ国家標準ではないものの、伝統医学分類作成に向けての日本分類ができあがった。日本漢方の分類はいくつかの特殊性があったが、それらはポスト・コーディネーショ

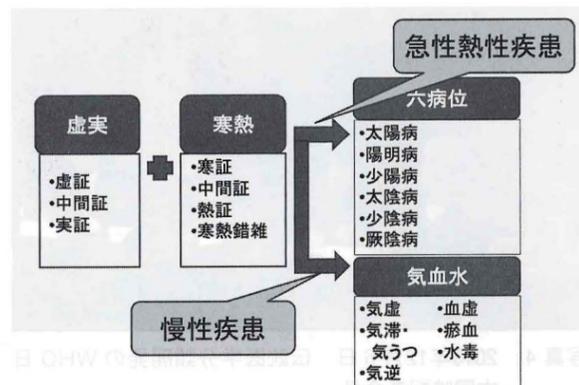


図4

ンとしてコードをつけることでクリアすることができた。

また、日本提案として鍼灸分類が入った。中韓からは鍼灸は介入であり、診断ではないという理由で提案がなかった。しかしながら日本鍼灸においては介入であると同時に診断である、ということで、日本提案をし、それが認められて伝統医学の章に入れることができた。

IV-3 漢方医学における伝統医学の証の用い方

伝統医学分類の2つのカテゴリー、「伝統医学の疾病」と「伝統医学の証」のうち、日本は、「伝統医学の疾病」は用いない方針とした。日本が伝統医学疾病を使わなくなったのは明治になり、医制から漢方がはずれたことと深い関係がある。漢方を処方する医師は、西洋医学の教育を受けることが必要とされた。1976年に、医療用漢方製剤が日常診療の中に入ってくるようになり、今では9割の医師が日常的に漢方薬を処方する時代になった。伝統医学疾病というのは例えば「霍乱」は水様下痢を指す。コレラ様の症状を指すが、コレラだけではなかったであろう。現代医学の中では、敢えて「霍乱」を用いる意味はなくなった。このような経緯で、日本における伝統医学分類は、「伝統医学の証」のみを用いることにした。

西洋医学病名と伝統医学の証の二つは、例えて言うならば地球儀の緯線と経線のような関係にあり、西洋医学病名だけでは漢方処方決定できないし、漢方の証のみでも処方決定できない。漢方治療の方針を決定するためには、西洋医学病名と漢方の証が補完し合っているのである。

IV-4 国際レビュー、国際フィールドテスト

2017年には伝統医学の章のベータ版に対して、ピアレビューを行った。レビューは22カ国の142名の専門家であり、伝統医学疾病155と証203をいくつかのグループに分けて担当を割り振りレビューしてもらった。この結果を踏まえてブラッシュアップを図った。

フィールドテストは、2018年には日中韓英で出した症例10例ずつ、合計40症例に対して伝統医学疾病と証のコーディングを上記4カ国で行い、その結果を比較した。その結果を踏まえて、伝統医学の章の修正を加えた。

日本でのフィールドテストは、日本診療情報学会が全面的に支援してくれたお陰で、比較的短期間で終了することができた。

IV-5 ICD改訂会議を経て世界保健総会で承認

2016年にはICD-11改訂に向けての準備がほぼ整い、10月にICD改訂会議が開催されたのである。この改訂会議と、WHO-FICネットワーク年次会議、第42回日本診療情報管理学会学術大会、第18回IFHIMA国際大会が同時に行われ、長年日本病院会としてWHO-FICに貢献してきた大井利夫大会長、横堀由喜子氏の尽力で日本に誘致したものである。開会式のオープニングは圧巻であった。会場が突然真っ暗になり、明るくなったと思ったら、静寂の中で能が演じられたのである。国際会議は多々参加しているが、これほど日本をアピールし、感動した開会式はなかったし、今後もないであろう。

1週間の会議のうち、前半は通常のWHO-FICネットワーク年次会議、後半がICD改訂会議に当てられた。WHO-FICネットワーク年次会議が日本で開催されるのは1986年、1996年及び2005年に次いで4回目である。このうち、2005年はICDの改訂に向けた準備を始めた年である。そして2016年はICD-11への改訂がほぼ見えてきたことを宣言する会議である。こうした節目に、日本がWHO-FICの会議を行うことは素晴らしいことである。

改訂会議に合わせ、伝統医学のサイドセッションを行った(写真5-10)。ここではWHOからは伝統医学担当官のチャー・ジャン氏、ICD担当官のネナード・コスタンジュセク氏、それに日中韓の代表が話をした。それにオーストラリア、英国、米国が



写真5 2016年ICD改訂会議時の懇親会でのマーガレット・チャンWHO事務局長とのショット。マーガレットチャン氏との最初の出会いは1999年に香港で行われた米国国立衛生研究所主催の研究会議。当時、1997年に香港で発生した鳥インフルエンザ流行への対応で名声を博していた。



写真6 2016年10月ICD改訂会議で、伝統医学のサイドセッションの開会式で、伝統医学分類の意義について熱弁を振るうマーガレット・チャンWHO事務局長

話をし、東アジア伝統医学の次にICDに入る候補として、インド政府の方がスピーチした。

改訂会議の最終日の全体会議でも伝統医学のセッションがあり、日本からは、厚生労働省の医事課長



写真7 2016年10月 ICD 改定会議で開催した伝統医学のサイドセッションでオーストラリアのローズマリー・ロバーツ氏と座長を務めた。



写真8 2016年10月 ICD 改訂会議での伝統医学サイドセッション後の懇親会。



写真9 2016年10月 ICD 改訂会議時の全体会議で、伝統医学分類の進捗について報告。

から、日本における伝統医学の現状について、お話いただいた。また、渡辺からはサイドセッションの報告を行った。

このように ICD 改訂において、伝統医学の存在がクローズアップされた意味において、この東京会議は大きなステップであった。



写真10 伝統医学分類開発チームの集合写真。WHO 本部の伝統医学担当官（向かって一番右）とともに日本・韓国・中国・オーストラリア・英国・米国のメンバー。将来の伝統医学分類候補であるインド政府の方も参加した。

V 伝統医学分類の維持

V-1 ICD-11の維持の仕組み

ICD-11は2018年6月のリリースを境に、それまでの開発のフェーズから維持・普及のフェーズに入った。維持に関しては、従来は WHO-FIC 協力センターから出た提案を、年に1回の WHO-FIC ネットワーク年次会議において審議してきたが、ICD-11は Wikipedia 方式で、いつでも誰でも内容に関する提案ができる仕組みになっている。それを、WHO でフィルターにかけた後、審議する組織体として、医学科学諮問委員会 (Medical and scientific advisory committee : MSAC) と分類統計諮問委員会 (Classification and statistics advisory committee : CSAC) が設置された。MSAC は医学的な見地から、提案について審議する委員会、20名の委員から構成されるが、日本からは4名の委員が参加している。筆者も伝統医学分野の代表として参加している。毎月ウェブ会議があるが、毎回かなり盛り沢山である。一方 CSAC は分類や統計そのものに関する重大な決定を行う委員会である。ICD-11の維持はこのように行われるが、伝統医学分類においても、同じ仕組みで維持されることになる。

V-2 伝統医学分類委員会

WHO-FIC における伝統医学分類の維持・普及そ

して、ICHI における伝統医学的介入に関しては、2018年10月のソウルにおける WHO-FIC ネットワーク年次会議の伝統医学会議において新たに伝統医学分類委員会 (traditional medicine reference group ; TMRG) が発足した。2017年のメキシコ・シティーにおいては、伝統医学分類に関する非公式の会議が行われ、多数の国からの参加があったが、2018年には正式な委員会となり、各国から50名ほどの専門家が参加した。2019年はカナダ・バンフで行われたが、活発な議論が交わされ、今後の活動方針を決めた。

東アジア伝統医学は伝統医学分類の module 1 であるが、module 2、module 3になる可能性のある、将来の伝統医学分類の候補国も参加している。

今後はこの伝統医学グループが核となって、伝統医学分類の維持・普及そして ICHI などの開発に当たっていく。

V-3 伝統医学の章の活用

伝統医学の章の活用としては、まずは保健統計である。ICD に入ったことで伝統医学に対するきちんとした保健統計を取る基盤ができた。今後、使用実態を含め、保健統計を取っていく必要がある。情報のパラドックスを埋めるためには、伝統医学分類のみならず、西洋医学の病名とともに、統計を取る必要がある。西洋医学と伝統医学をつなぐこと、これが求められているのである。

次に臨床研究である。伝統医学の治療方針は西洋医学的診断のみでは定まらない。しかし、現在までのところ、標準化された伝統医学分類が存在しなかったため、臨床研究に伝統医学的知識を入れることが不可能であった。今後は伝統医学の考え方を入れ込んだ臨床研究のデザインが組める。さらに、国際臨床研究や、臨床研究の結果の国際比較も可能となった。

また、教育の分野でも、標準化された基盤ができたことになる。今回は伝統医学分類に用語集がついたことで、国際的な共通認識が生まれたことになる。伝統医学の用語は長い歴史の中で、多義になっているものが多く、日中韓でも理解の異なる用語が多々あるが、今回の伝統医学分類で解説されているものに関しては共通の理解基盤ができたことになる。伝統医学教育に関して国を超えた理解のもと、しかも

英語という共通言語で行える意義は大きい。

VI 伝統医学分類開発を振り返って

ICD とは何か、が全くわかっていなかった私が、分類の世界に足をを入れて15年が経った。今現在は WHO-FIC の伝統医学分類委員会の共同議長と WHO 医学科学諮問委員を務めていて、後者は毎月ウェブ会議が定期的に行われ、ICD-11の維持を行っている。

ICD は1900年以来の歴史があるが、伝統医学が入るのは今回初めてである。一番最初に WHO-FIC ネットワーク年次会議に参加した2006年、場所はチュニスであったが、アジア・アフリカからの参加者があまりに少ないことに衝撃を受けた。ICD そのものも欧米と豪州中心に動いていたのであろう。そうした文化の中で、今回伝統医学分類が ICD-11 に入ったことは感慨深い。

開発の過程で、数々の困難に遭遇し、何度も開発自体が頓挫しそうになった。その度に国内外の友人たちに助けられた。最初は国を背負って喧々譁々の議論を戦わせたこともあるが、最終的には国や利害を超えたチームワークができたことが開発の成功につながった。

個人的には伝統医学分類開発には WPRO プロジェクト時代に12回、WHO 本部プロジェクトになってから24回の国際会議に参加した。この15年間に38回の国際会議に参加したことになる。WHO-FIC ネットワーク年次会議も2006年から毎年のように参加させていただいている。2012年のブラジルでの会議ではベストポスター賞も頂戴した。ライフワークとして辛いことも多かったが、勉強させていただいたことも多い。

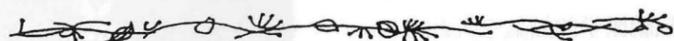
大井利夫先生、横堀由喜子氏はじめ、多くの日本病院会の先生方にお世話になった。また、日本診療情報管理学会には国内でのフィールドテストで大変お世話になった。この場をお借りし、深く感謝申し上げます。

参考文献

1. 厚生労働省 報道発表資料 国際疾病分類の第11回改訂版 (ICD-11) が公表されました <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000211217.html> (2020年5月アクセス)

2. 渡辺賢治 ICD-11における伝統医学の活用. 保健医療科学 2018 ; 67 : 471-479.
3. 渡辺賢治 伝統医学が国際疾病分類 (ICD) に入る意義 (その一) 漢方の臨床 64巻613-621
4. 渡辺賢治 伝統医学が国際疾病分類 (ICD) に入る意義 (その二) 漢方の臨床 64巻733-741
5. 渡辺賢治 伝統医学が国際疾病分類 (ICD) に入る意義 (その三) 漢方の臨床 64巻849-858
6. 渡辺賢治 伝統医学が国際疾病分類 (ICD) に入る意義 (その四) 漢方の臨床 64巻959-969
7. WHO Traditional, Complementary and Integrative Medicine. https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 (2020年5月アクセス)
8. Integrative Medicine Center, MD Anderson Cancer Center <https://www.mdanderson.org/patients-family/diagnosis-treatment/care-centers-clinics/integrative-medicine-center.html> (2020年5月アクセス)
9. 米国国立補完代替医療センター HP : <http://nccam.nih.gov/> (2020年5月アクセス)
10. 大塚恭男 東洋医学 岩波新書 岩波出版 1996
11. World Health Organization: Geneva, Switzerland.

- WHO to define information standards for traditional medicine [press release]. December 7, 2010. Available at: www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/trad_medicine_20101207/en/. Accessed December 29, 2010.
12. Dennis Normile: WHO Shines a Light on Traditional Medicine 6 December 2010 <http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2010/12/who-shines-a-light-on-traditional.html>
13. Lindsay Stafford: HerbalEgram: Volume 8, Number 1, January 2011 WHO Developing New Traditional Medicine Classification <http://cms.herbalgram.org/heg/volume8/01January/WHOClassifiesTM.html?t=1294841964>
14. Watanabe K, Zhang X, Choi S-H. Asian medicine: a way to compare data. Nature 2012 ; 482 : 162.
15. Yakubo S, Ito M, Ueda Y, Okamoto H, Kimura Y, Amano Y, Togo T, Adachi H, Mitsuma T, and Watanabe K. Pattern classification in Kampo medicine. Evid Based Complement Alternat Med 2014 ; 2014: Article ID 535146.



特別企画

ICF の基礎

中川原讓二
大阪なんばクリニック 院長

ICF の歴史と背景

1975年ジュネーブで開催された第9回国際疾病及び死因分類改訂会議において、疾病統計作成のためのルール(単一原因の選択)が定められるとともに、新たに病気<疾病>の結果として生じる機能障害と社会的不利についての補助分類や診療行為分類などへの展開(後の国際分類ファミリーの開発につながる)が承認された。そして、1980年に国際疾病統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD)の補助分類として、機能障害と社会的不利に関する分類である国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: ICIDH)が世界保健機関(World Health Organization: WHO)により採択された。

ICIDHでの障害モデルでは、病気<疾病>の結果として生じる機能障害(impairment)が、能力障害(disability)の原因となり、次いで社会的不利(handicap)をもたらす、とする障害の三層構造が示され、これらの構成要素の関係が一方向性に表された(図1)。同時期に国連総会は、1981年を国際障害者年と制定し、障害者の社会的不利の解消が大きなテーマとされ、各国における障害者に対する保健福祉政策も、この障害モデルをベースとして大きく前進することとなった。しかしながら、このモデルでは、①生活・人生の問題点が病気の結果としか捉えていない、②障害というマイナス面だけに着目し

ている、③障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていない、などの批判があり、2001年5月にWHOはICIDHの改訂版として国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)を採択した。ICFの最も大きな特徴は、心身機能の障害による生活機能障害を、単に能力障害や社会的不利などの否定的側面によって分類するのではなく、活動や社会参加などの肯定的側面、加えて背景因子などに光を当てて分類するものであった。分類の手法は、人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取りまく社会制度や社会資源まで、人が生きることの全体像をアルファベットと数字を組み合わせた方式で表記することになった。

ICFでは、ICIDHにおける障害モデルの三層構造を、生活機能と障害の観点から捉え直し、能力障害(disability)を活動制限(activity limitations)、社会的不利(handicap)を参加制約(participation restrictions)と表記することで、生活機能と障害については、健康状態、環境因子や個人因子など背景因子を含む、医学と社会の統合モデルの中で捉えるべきであること、そしてこれらの構成要素が双方向性に作用することが提唱された(図2)。図2の統合モデルを用いて、ICFの構成要素間の相互作用について解説すると、ある特定の領域における個人の生活機能と障害(中段)は、健康状態(上段)と背景因子(下段)(すなわち、環境因子と個人因子)との間の、相互作用あるいは複合的な関係とみなされる。これらの各要素は相対的に独立しているとともに、各要素の間にはダイナミックな相互関係が存在するため、1つの要素に介入するとその他の1つまたは複数の要素を変化させる可能性があり、相互作用は双方向性である。機能障害から活動制限を推定

Jyoji Nakagawara
大阪なんばクリニック 院長
〒542-0076 大阪市中央区難波5-1-60
なんばスカイオ9F
TEL: 06-6648-8930