

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5号(2017)別刷

渡 辺 賢 治

伝統医学が国際疾病分類 (ICD) に入る意義 その一

慶應義塾大学 渡辺賢治

本誌1月号の新年の言葉として、WHO国際伝統医学分類について触れたが、短い誌面では書ききれないため、改めて報告すると約束したので、ここに記させていただく。

新年の言葉で書かせていただいたとおり、2016年10月にWHO-FICネットワーク会議^{註1}ならびに国際疾病分類 (ICD)^{註2}の改訂会議が開催され、WHO事務局長のマーガレット・チャン氏が、改訂会議のレセプション、開会式の席でICD改訂にあたり、伝統医学が新しい仲間に入ることは歴史的だというスピーチをした。

さらに圧巻だったのは10月12日に行われた伝統医学のサードセッションの開会の挨拶の席で、優に5分を超えるスピーチを行い、伝統医学がICDに入ることが、如何に大きな意味を持つかについて熱弁をふるわれた。

2005年から始まったこのプロジェクトの経緯を知る

者としては感無量であった。2005年からはWHO西太平洋事務局^{註3}のプロジェクトとして、2009年からは世界保健機関 (WHO) 本部 (ジュネーブ) のプロジェクトの議長として国際チームを取りまとめてきたが、振り返ってみるとここまで来れたのは本当に多くの人たちの支援があり、幾多の困難を乗り越えて奇跡的なことだったと考える。

本稿では長い経緯を冗長に書くことを避け、今後の漢方の国際戦略に少しでも役立てれば幸いと思ひ、ポイントポイントを読者の方々と共有したい。

WHO西太平洋地域事務局の

プロジェクトとしてスタート

2003年、WHO西太平洋地域事務局の伝統医学のコーディネーターとして慶應大学病理学教授のスンプン・チ

ヨイ氏が就任したことに始まる。前任者は中国のケン・チエン氏であったが、チェン氏とチヨイ氏の二人が揃って参加した2003年11月のメルボルンの会議に私も参加していた。伝統医学教育に関するWHO会議であったが、チェン氏が明るくよく話すのに比べてチヨイ氏は芯の強い物静かな方であったのが印象的であった。

チヨイ氏は2003年にマニラにあるWHO西太平洋地域事務局に赴任してから、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。このうち用語と経穴に関しては日中韓を中心としたプロジェクトとしてまとめ上げ、WHOの出版物として形になった。クリニカルガイドラインについては、十分なエビデンスがなく、途中で断念している。

国際伝統医学分類の標準化プロジェクトは2005年5月北京会議でスタートした。このときは情報の標準化の全般に関する会議としてスタートし、会議の名前も「伝統医学情報標準化に関する非公式会議」であった。情報の中の一つとしてICDの話題があった。この会議でオーストラリアから参加したローズマリー・ロバーツ氏はWHO国際疾病分類ファミリー(WHO FIC)のオーストラリア支部で活躍した人で、ICDのことを知り尽くした人物であった。オーストラリアはICDに関して熱心で、今でもW

HO FIC会議の席においてオーストラリアの存在は大きい。

第2回伝統医学情報標準化に関する非公式会議は、2006年1月に筑波技術大学が主管となり、研究交流センター(つくば市)で開催された。非常に多岐にわたる情報に関する議論がなされ、ICD(国際疾病分類)、MeSH(医学検索用語)、オントロジー(情報科学)の3つのワーキンググループに分かれて討議を行った。

この会議において特筆すべきことは日本の厚労省が全面的に参加してくれるようになったことである。開会式においては厚生労働省医政局研究開発振興課岡田就將課長補佐が挨拶されたのに加え、オブザーバー参加として厚生労働省統計情報部ICD室の首藤健治氏と及川恵美子氏が参加してくれた。

この参加には日本東洋医学サミット会議(JLOM)の存在が大きい。JLOMは2005年5月に日本東洋医学会の石橋晃会長と、その後を継がれた石野尚吾会長の尽力で設立された。それまではWHOの会議は個人の一本吊りでテンポラリー・アドバイザーが指名される仕組みだったのを、伝統医学に関する国際活動の窓口が必要ということで設立された。日本東洋医学会、全日本鍼灸学会、和漢医薬学会、日本生薬学会とWHOの伝統医学協力センターで

ある北里大学と富山大学が構成員となり発足した。これで国内外の国際活動の窓口をJLOMが担うことになったが、そのお陰で厚労省とも連携が密になった。

ICD本体に入れることを目指す

情報に関する標準化で、MeSHやオントロジーを議論するのは非常に幅が広すぎるということで、2006年からICDプロジェクトが独立し、6月8日〜10日まで、ソウルにおいて東アジア国際分類に関する会議(International Classification of East Asian Traditional Medicine: ICEA-TM)として独立した。

この会議で特筆すべきことは2つある。ジュネーブのWHO本部のICDを担当するベディルハン・ウースタン氏が参加したことで、厚労省から首藤氏と及川氏が政府代表として正式に参加してくれたことである。

日本を代表して首藤氏が日本の伝統医学分類について発表した。伝統医学が保険診療の中で用いられている、という一通りの説明の最後に「日本には伝統医学に関する統計は一切ない」という非常に分かりやすい結論を述べたのは衝撃であった。ICD室の室長という立場からは保健統計の基礎であるICDに入ってもいいない伝統医学に関して国が関与するような統計は一切ない、というのは本当のこ

とではあるが、それははっきりと突きつけられたのである。

2005年5月の北京会議、2006年1月のつくば会議でロバーツ氏からは国際伝統医学分類を作成したらWHO FICの関連分類に入れればいいのか、という助言をもらっていた。WHO FICの中心分類にはICDとICF(国際生活機能分類)がある。派生分類はICDで表現しきれない専門的な分類であり、腫瘍、精神・行動障害、歯科・口腔外科、神経疾患の4つである。一方関連分類はICDと直接関係がない分類であり、プライマリケアなどがこれに相当する。新たに国際伝統医学分類を作ったところで急に中心分類や派生分類に入れるはずがない、というのが会議参加者の思いであった。

それを一変させたのが、WHO本部のウースタン氏の発言であった。国際伝統医学分類を中心分類に入れ、足りないところを派生分類にしたらい、というのである。これには度肝を抜いた。新参者でしかも伝統医学が、中心分類であるICDに入れるはずがない、というのが一般的な感覚であろう。それをWHOのICD担当官が自ら覆すような発言をしたのである。しかしWHO FICを知り尽くすロバーツ氏はそんなことはあり得ない、という調子であった。

この会議ではICDについてそもそも知らない参加者は

かりなので、ICDとは何かを知るのが主で、内容の進捗はなかった。それ以上にプロジェクト名について大もめにもめた。East Asian Traditional Medicineの順番を入れ替えてTraditional East Asian Medicine (TEAM)にしようという意見も出たのだが、中国の猛反対にあった。最初はその反対の理由がよく理解できなかったが、East Asia (東亜)は日本のアジア侵略構想の「大東亜共栄圏」を想起させる、ということであることであった。少し神経質な問題でもあり、中国側も明言を避けて感情的に反対するものだからよく分からなかったのである。結局タイトルでもめにもめて、議事が進行しなかった。3日間の会議をオーストラリアのチャリー・シュエ氏と私で議長をしていたのだが、2人とも疲れ果てて2日目の会議のあと、二人でソウルの公衆浴場に行った。英語が全く通じない異国での公衆浴場は冒険であったが貴重な経験であった。ヨモギサウナや塩サウナなどが完備していて、シュエ氏と大いに語り合った。シュエ氏はオーストラリア・メルボルン工科大学で中医学の講座を立ち上げた時に講演に招待してもらって以来の親友で、シュエ氏の存在はこのプロジェクトを進める上で不可欠であった。

関心を持った理由はこれだったのである。すなわち、開発途上国で使われている伝統医学を入れることで、保健統計を取れる国が増えるという期待からである。

WHO FICはクロースな会であり、われわれは全くの傍観者であったが、期間中サバーセミナーを開催させてもらった。ディナーほど豪華ではないが、軽食を出してWHO西太平洋地域事務局での国際伝統医学分類の計画を紹介しようという企画であった。これに対して当時の日本東洋医学会の会長でJLOM議長の石野尚吾先生が予算を組んでくれた。

この目論みは大成功であった。白人が多く、アジアから変なやつが来て伝統医学の話をする、ということに対して否定的な意見を持つ人が多かったが、ウースタン氏自らが司会進行を務めてくれて、最初の堅い雰囲気は食事をしながらのセミナーで雪解けしていくのを感じた。特に日本は最先端の医療とともに伝統医学を同時に行っているわけで、ダビンチ手術をしながら大建中湯を服用している、という話をしたが、これは説得力があったようである。

少なくとも西洋医学一辺倒の人たちに対して、伝統医学がかなり体系だっていることを納得させることができたことは非常に意義深かった。

チュニスもアラブの春後、現在では治安が悪化している

WHO FIC会議への参加

2006年10月29日～11月4日にWHO FIC年次会議がアフリカのチュニジアの首都チュニスで開催された。伝統医学分類がICDと何らかの関連が持てるかどうかを探る目的もあり、WHO西太平洋地域事務局の伝統医学分類のチームから4名が参加した。肝心のチョイ氏が不参加だったが、中国からはジュ・ハイドン氏、韓国からはチョイ氏の慶熙大学の教え子であるBUMサン・シム氏、それにオーストラリアのロバート氏と渡辺の4名で参加した。

WHO FICの会議に参加するのはもちろん初めてであったが、白人が多いことに驚かされた。これは国際分類に力を持つのが、ドイツ、北欧、オーストラリアなどであり、白人が多いのも頷ける。一方アジア・アフリカからの参加者は非常に少なかった。

この会議のテーマは「情報のパラドックス」であった。ウースタン氏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、アフリカは真つ暗であった。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。ウースタン氏が伝統医学に

が、当時は強権を持つペンアリ大統領の下、治安のよい町であった。

国際伝統医学分類が具体化した

2007年東京会議

こうしてWHO FICに対して一定の存在感を示せた国際伝統医学分類チームは、2007年3月13日～15日に東京で会議を行った。会場は日本東洋医学会事務局であった。国際伝統医学分類の名称は仮ではあったがICTM/WPRO (International Classification of Traditional Medicine/ West Pacific Region)とした。

メンバーは前年のソウルとほとんど変わらず、厚労省ICD室の首藤氏と及川氏もフルに参加してくれた。この会議ではいまだに伝説になっていることがある。それは2日目の夜に屋形舟で東京湾クルーズをしたことである。飲めや歌えやの大騒ぎで、首藤氏が西城秀樹のヤングマンのYMCAをICTMと替え歌にて熱唱したことはない。まだに語りぐさになっている。これも石野先生のおもてなしの精神であり、一気に連帯感が高まった。翌日の最後の日のためにシュエ氏がユーモアたっぷりのプレゼンテーションを用意してくれて和ませてくれた。

会議の内容として国際伝統医学分類は霍乱、消渴などの

伝統医学の「病名」と虚証、実証などの「証」に分けて考
えることにする、などかなり具体的な方針が決定された。
用語の内容はWHO西太平洋地域事務局で作成した国際伝
統医学用語に則ることとした。
そして2007年10月に行われるイタリア・トリエステ
で開催されるWHO-FIC年次会議までに国際伝統医学
分類を作成する、という目標を立てた。

JLOM国際伝統医学分類特別委員会 による暑い夏

東京会議での方針を受けて、日本の漢方分類作成特別チ
ームがJLOM内に結成された。メンバーは石野尚吾、石
川友章、米田諒典、崎山武志、鳥居塚和生、津嘉山洋、東
郷俊宏、足立秀樹各氏と私、それに当時慶義塾大学に留
学していたアメリカ人のグレゴリー・プロトニコフ氏とヤ
ナ・ゲプシュタイン氏というメンバーであった。与えられ
た半年間は非常にハードワークであった。

まずは証と伝統医学病名のピックアップをし、そのうち
どれを日本提案として採択するかという選択を行った。そ
れらをプロトニコフ氏、ゲプシュタイン氏に英訳してもら
い、8月には英訳を確定させた。その上で、9月に構造化
を行い、10月にWHO西太平洋地域事務局に送った。

腹症も入れ、日本漢方の独自性を主張した。

ブリスベンで会議を行ったもうひとつの理由は同時期に
行われていた国際標準化機構(ISO)の技術委員会(TC)
の一つであるTC215のヘルス・インフォマティクスの
委員会に参加するためであった。この技術委員会のワーキ
ング・グループ3に、中国が伝統医学の小委員会を作るよ
うに提案していたからである。しかしながらブリスベンの
会議には中国からの参加者はほとんどなく、ブリスベンで
は伝統医学に関しての大きな動きはなかった。

ブリスベン会議の結果を持って2007年10月にイタリ
ア・トリエステで開催されたWHO-FIC年次会議に臨
んだ。この会議から厚労省からの正式な派遣メンバーに加
えていただき、委員会に正式メンバーとして出席すること
が可能となった。

数ある委員会の中に、新しい分類について協議するファ
ミリー開発委員会がある。その席で伝統医学分類について
ブレゼンを行い、基本的に関連分類として認める方向で決
定された。一部にはICD10とのマッピング等細かい点で
の修正をし、2008年4月に再度審議されることになっ
た。またこの結果は中心分類を目指す立場からは不本意で
あり、会議外で中心分類に入れないかというロビーを相当
に行ったが、次回以降ということになった。タイトルは国

この作業の過程で伝統医学病名については、日本として
は使わないという方針を決めた。その理由としては、「霍
乱」を例にとると水様性の下痢であり、コレラに近いもの
であるが、コレラの感染によるものがコレラであり、霍乱
といった場合コレラよりも幅広い概念になる。現代医学で
はコレラかコレラでないかは判定がつくため、あえて霍乱
という言葉を使うことはない、という理由で、むしろ西洋
医学病名をつかいながら漢方の「証」をしっかりと決める、
という方針でいくことにした。これはのちのちまで影響す
る非常に重要な決定であった。

ICTM/WPROを完成させWHO-FIC 年次総会で関連分類とする方向で決定

ICTM/WPROの完成のため、2007年8月に2
週間にわたりオーストラリアのブリスベンに滞在し、作業
を行った。参加者はWHO西太平洋地域事務局のチョイ氏、
慶熙大学のキユンモ・パク氏、シム氏、オーストラリアの
ロバーツ氏、シュエ氏と渡辺であった。

2週間の缶詰の会議でICTM/WPROアルファ版
version 0.95を作成させた。これは完成版をversion 1とす
るために、0.95と命名したものである。

日本からは虚寒・寒熱などの証のほか、胸脇苦満などの

際分類なのにWHOの一つの管轄地域の名前を冠するのは
おかしいということになり、ICTM-EA (International
Classification of Traditional Medicine/East Asia) となった。
East Asiaに戻ってしまったのである。

2008年ソウル会議

2003年にWHO西太平洋地域事務局の伝統医学担当
官に就任したチョイ氏も就任期間を終えて韓国に帰国する
こととなり、2008年6月にソウルで行ったICTM-E
A作成会議が本プロジェクトのWHO西太平洋地域事務局
として最後の会議となった。

2003年にWHO西太平洋地域事務局の伝統医学担当
官に就任して以来、数多くの伝統医学標準化のプロジェクト
を成し遂げたチョイ氏がその担当を離れることは伝統医
学標準化にとって大きな打撃であり、道半ばの国際疾病分
類がその後どうなるかは暗礁に乗り上げた状態であった。

WHO西太平洋地域事務局で行った用語の標準化プロジ
ェクトは2007年に出版されたが、いくつかの課題を残
すことになった。一つはどの用語を採用し、どの用語を切
り捨てるか、という選択が日中韓の三国のうちの二カ国が
賛成すれば採択、というルールに、日中韓それぞれが不満
としこりを残す結果となったこと。それともう一つはWH



図 1

人口動態統計の国際分類として制定されたが、現在では異なる国や地域から、異なる時点で集計された疾病、傷害及び死因の統計を国際比較するため、世界保健機関憲章に基づいてWHOが管理している。現行のICDは1990年にWHO総会で採択された第10回修正 (ICD-10) であり、現在ICD-11に向けて改訂作業が進められている。

註3 WHO西太平洋地域事務局
 WHOは193の加盟国からなる。地域事務局は六つあり、日本が所属する西太平洋地域はマニラに本部があり、37の国と地域から成る。

註4 MeSH (Medical Subject headings)
 米国立医学図書館が定める生命科学の用語集を指す。文献検索をする際のキーワードとして用いられる。

註5 オントロジー
 用語同志の関連性を見出すために、用語の内容を説明する意味情報 (メタデータ) を付加して、意味情報を記述する用語を定義する構造を構築する。この構造をオントロジーと呼ぶ。これにより、例えば糖尿病性網膜症と高血糖状態の関連は用語だけでは分からないが、意味情報を付加することで関連性が明らかになる。

註6 テンポラリー・アドバイザー
 WHOの一時的なアドバイザーとして契約して活動すること。WHO主催の会議などの公式出席者などが対象となる。

○本部からはWHO西太平洋地域事務局の仕事国際標準とするのはおかしい、というクレームがついたことである。出版物のタイトルである「WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region」にもクレームがつき、西太平洋地域事務局だけの標準化なのにインターナショナルがつくのはおかしい、という指摘があった。

このような状況下で、チヨイ氏がWHO西太平洋地域事務局から退任し、その先が見えない状況になった。

註1 WHO国際分類ファミリー (WHO-FIC)
 WHOには保健統計に関する多くの国際分類があり、それらがたがいに関連したひとまとまりの「ファミリー」をなしている。国際分類ファミリーは図1のような構成になっている。ここにもみるように、大きく3つのグループからなり、中央に「中心分類」、その両脇に「関連分類」と「派生分類」がある。中心分類はその保健統計の基礎となるもので、国際疾病分類と国際生活機能分類がある。派生分類中心分類に入っている分類だが詳細な専門的分類である。関連分類は中心分類と直接的な関連を有さない。

註2 国際疾病分類 (ICD)
 正式な名称を「疾病及び関連保健問題の国際統計分類: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」と表す。1900年に国際統計協会により、

参考文献

1. WHO西太平洋地域事務局 (伝統医学) http://www.wpro.who.int/traditional_medicine/about/en/ (2017年4月5日アクセス)
2. WHO-FIC <http://www.who.int/classifications/en/>
3. 秋山光浩, 松浦恵子, 今津嘉宏, 及川恵美子, 首藤健治, 渡辺賢治. 疾病及び関連保健問題の国際統計分類について. 日本東洋医学雑誌 2011; 62: 17-28
4. Gao PF, Watanabe K. Introduction of the World Health Organization project of the international classification of traditional medicine. J Chin Integ Med. 2011; 9: 1161-4
5. 津嘉山洋, 東郷俊宏. WHO西太平洋事務局「第一回伝統医学の情報標準化に関する非公式協議」参加報告全日本鍼灸学会雑誌, 2005; 55(4): 621-630
6. 渡辺賢治. グローバル化時代の漢方ICD-11への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成. 医学のあゆみ 2009; 231(3): 243-245
7. 渡辺賢治. 21世紀の日本の東洋医学の進路を探る 漢方の国際化に向けての戦略. 日本東洋医学雑誌 2007; 58(4): 594-599

(医師: 千160 8582 東京都新宿区信濃町35)