

平成 24 年度

第 2 回 WHO 国際統計分類協力センター 運営会議

- 日 時■ 2012 年 9 月 4 日 (火) 14:00-16:00
- 会 場■ 厚生労働省 専用第 10 会議室 (本館 2 階)

平成 24 年度 第 2 回 WHO 国際統計分類協力センター運営会議

日時

2012年9月4日（火）14:00～16:00

場所

厚生労働省専用第10会議室（2階）

議題

1. WHO-FIC ネットワーク年次会議にむけて
2. 年次報告書について
3. その他

資料

- 資料1 WHO-FIC ネットワーク年次会議スケジュール・出席者（案）
- 資料2 URC の投票リスト
- 資料3 日本提案についての対策ポイント
- 資料4 年次報告書（案）
- 資料5 WHO 国際統計分類協力センターウェブサイト構成（案）

参考資料 WHO 国際統計分類協力センターの活動について

WHO-FIC ネットワーク年次会議 スケジュール-出席者(案)

○ voting member

□ observer

☆ 出席担当者

	土曜日 10月13日			日曜日 10月14日			月曜日 10月15日			火曜日 10月16日			水曜日 10月17日		木曜日 10月18日		金曜日 10月19日	
							登録						登録				登録	
8:00	登録			登録			オリエンテーションコース			登録			EIC	ITC	登録		ポスターセッション II	
8:30													○及川 □横堀	○室長 ○西本 ☆渡辺				
9:00	MRG	FDRG	mbTAG	MRG	fTAG	FDC	WHO-FIC諮問会議			MRG/ mTAG	URC ICF		休憩		WHO FIC 開会式		本会議 II ICD改訂 Part1:進捗状況	
9:30	○及川	○室長 ☆小川	☆西本	○及川 ☆西本		○室長 ☆病院会 (□渡辺) ☆小川	○室長			○及川 ☆西本	☆室長 ☆小川		EIC	ITC				
10:00													○及川 □横堀	○室長 ○西本 ☆渡辺	休憩			
10:30	休憩			休憩			休憩			休憩								
11:00	MRG	FDRG	mbTAG	MRG	fTAG	FDC	WHO-FIC諮問会議			MRG/ mTAG	URC ICF		ランチ - バス乗車		重点諮問会議 戦略的作業計画 地域アドバイザーとの議論		休憩	
11:30	○及川	○室長 ☆小川	☆西本	○及川 ☆西本		○室長 ☆病院会 (□渡辺) ☆小川	○室長			○及川 ☆西本	☆室長 ☆小川						本会議 III Part1:今後の作業	
12:00																		
12:30	ランチ			ランチ			ランチ			ランチ					ランチ		会議閉会	
13:00																	ランチ	
13:30	MRG	FDRG	mbTAG	FDRG	URC ICD		EIC	URC ICD	FDRG	EIC	URC ICD	地域 会合			本会議 I WHO-FICの質と実施 地域的見地		WHO-FIC諮問会議	
14:00	○及川	○室長 ☆小川	☆西本	○及川 ☆小川	○室長 ☆西本		□横堀	○室長 ☆西本	○及川 ☆小川	○及川 □横堀	○室長 ☆西本							
14:30																		
15:00	休憩			休憩			休憩			休憩								
15:30	mTAG	fTAG	mbTAG	FDRG	URC ICD		FDC	URC ICD	FDRG	ITC	URC ICD	地域 会合	ソーシャルイベント		休憩			
16:00																		
16:30	○及川		☆西本	○及川 ☆小川	○室長 ☆西本		☆病院会 (□渡辺)	○室長 ☆西本	○及川 ☆小川	☆及川 ☆小川	○室長 ☆西本				本会議 II WHO-FICの質と実施 国際的見地		地域会合	
17:00																		
17:30																		
18:00																		
18:30																		
19:00																		
19:30																		
20:00													レセプション 歓迎ディナー		ガラディナー			

上記リストに用いた略語

MRG 死因分類改正グループ

FDRG 生活機能分類グループ

fTAG 生活機能専門部会

URC 分類改正改訂委員会 ICD

qTAG 質と安全専門部会

EIC 教育・普及委員会

mTAG 死亡専門部会

ITC 情報科学・用語委員会

FDC 国際分類ファミリー拡張委員会

mbTAG 疾病専門部会

各委員会の議長選挙投票メンバーリスト

Centre	Comittee	CENTRE HEADS and NGO verify that distinction between observer and other functionis correct	Name	Country
Japan	URC	Voting member – ICD	Nobuyoshi Tani	Japan
Japan	URC	Voting member – ICF	Emiko Oikawa	Japan
Japan	URC	Observer	Hiroshi Nishimoto	Japan
Japan	FDC	Voting member	Nobuyoshi Tani	Japan
Japan	FDC	Voting member	Emiko Oikawa	Japan
Japan	FDC	Observer	Kenji Watanabe	Japan
Japan	FDRG	Voting member	Nobuyoshi Tani	Japan
Japan	FDRG	Voting member	Emiko Oikawa	Japan
Japan	FDRG	Observer	Hisao Sato	Japan
Japan	FDRG	Observer	Satoshi Ueda	Japan
Japan	FDRG	Observer	Yayoi Ookawa	Japan
Japan	ITC	Voting Member	Nobuyoshi Tani	Japan
Japan	ITC	Voting Member	Hiroshi Nishimoto	Japan
Japan	MRG	Voting member	Nobuyoshi Tani	Japan
Japan	MRG	Voting Member	Emiko Oikawa	Japan
Japan	EIC	Observer	Yukiko Yokobori	Japan
Japan	EIC	Voting member	Nobuyoshi Tani	Japan
Japan	EIC	Voting member	Emiko Oikawa	Japan

委員会及びレファレンスグループの議長選挙における
(Elections for the Chairs of the Committees and Reference Groups)
メンバーの確認及び投票ルールに関する説明(仮訳・抜粋)

投票資格のあるメンバー、その他: 実際にはレファレンスグループ及び委員会のメンバーである方は、投票できます。全関係者のコンセンサスに基づき、センターのスタッフ (Centre's staff) の常任メンバー (regular membership) は、各センター最大2名までとされています。

投票権は、協力センターのある国ごとに1票とされています。各 NGO には1票与えられています。協力センター(または NGO)が、一人より多いメンバーを指定した際、そのいずれか一人のみが投票できます。

複数の国からなる協力センターについては、メンバーの最大人数は4名で、投票できるのはそのうち2名、各々別の国の者であることとされています。

選挙プロセスは、一般的に以下のとおり執り行われます。

1. 各組織には、2人の共同議長 (co-chair) が設けられ、1年おきに選出されます。ご自身の委員会またはレファレンスグループについて、常任メンバーの中から、共同議長2名の候補者を推薦することが求められています。推薦する候補者は、委員会及びレファレンスグループのメンバーのどなたでも構いませんが、センター長または関係する NGO の正式な推薦であることが確認され、2012年10月13日正午より前のできるだけ早くに WHO 事務局 (ヤコブ氏、ファウスト氏に cc) に提出される必要があります。
2. 選挙は、WHO-FIC 年次ネットワーク会議の議事内の指定の時間に行われます。通常は、当該組織の最初の正式な会合にて行います。
3. WHO 事務局のフォーカルポイントとされている者が、投票官の役割を果たします。投票イベントは、ネットワークが採択した手続きルールに従って実施されます。
4. 選挙: 会議の出席者による投票のみが有効とされます (即ち、電子メールや電話による投票は認められません)。投票資格のあるメンバーは、出席し、投票行動を代わりに行う代理の者を送ることができます。代理を送る際は、書面にて WHO (ヤコブ氏) に連絡することが必要です。
5. 候補者
 - a. 候補者は、委員会またはレファレンスグループのメンバーでなければなりません (即ち、オブザーバー、その他は、共同議長の候補者にはなりません)
 - b. 一つの組織で最大で連続する2期選出されることができます。
 - c. 候補者は、2年間、在任し、貢献する意思を有することが必要です。推薦を受託する場合は、このことを明確に表明するステートメントを出す必要があります。

- d. 協力センター(または関係する NGO)は、候補者の推薦を承認する必要があります。(センター長の方は、候補者の承認をしているかどうかお知らせください)
- e. 選挙の時点が異なる場合も、候補者となれるのは、一つのレファレンスグループまたは委員会のみです。一つより多いグループに推薦された場合は、当該協力センターと本人は、どれを選ぶかを示さなければならず、別の選挙への参加は控えなければなりません。

センター長

Australia CC	Jenny Hargreaves
Brazil CC	Ruy Laurenti
China CC	Dong Jingwu
France CC	Gérard Pavillon
Germany CC	Weber, Stefanie
India CC	Pradeep Saxena
Italy CC	Lucilla Frattura
Japan CC	Nobuyoshi Tani
Korea (Republic of) CC	Sukil Kim
Mexico CC	Juan Carlos Reyes Oropeza
Netherlands CC	Marijke de Kleijn-de Vrankrijker
Nordic CC	Lars Berg
North America CC	Marjorie Greenberg
Russia CC	Vitaly Belov
South Africa CC	Lyn Hanmer
Thailand CC	Wansa Paoin
Venezuela CC	José J. Chique G.

NGO 代表

IFHIMA	Margret Skurka
International Council of Nurses	Claudia Bartz
World Confederation for Physical Therapy	Catherine Sykes

委員会、レファレンスグループ議長

EIC:	Cassia Maria Buchalla*, Sue Walker
URC:	Mea Renahan*, Francesco Gongolo
FDC:	Richard Madden*, Huib ten Napel
ITC:	Stefanie Weber*, Sukil Kim
MRG:	Donna Hoyert*, Patricia Wood
FDRG:	Ros Madden*, Gerold Stucki*

URCの投票リスト

改訂/日本からの提案	ID	提案タイトル	第1に影響を受けるコード	第2に影響を受けるコード	該当する提案	提案概要	賛成:○ 反対:× 保留:△	理由・コメント	投票
1	1691	Follow-up examination after organ and tissue transplant 臓器及び組織移植後の経過観察<フォローアップ>検査	Z09	-	内容例示 索引	項目、索引の修正	△	Z09.0の中に入る可能性もあるが、「移植」と明示されていれば新規項目を作ることに問題はない。 Can't decide. We agree to make a new independent code Z09.5 for transplantation, though, it should be included into Z09.0 fundamentally.	
2	1857	Reticuloendotheliosis malignant 細網内皮増殖症、悪性	D76	C96.9	内容例示	誤植の修正	○	誤植の修正:問題無い	7/12
3	1868	Hand arm vibration syndrome 手振動症候群	I70-I79	-	内容例示 索引	手振動症候群をI73.8の包含、索引に明示する。	○	内容例示への包含項目の追加に問題は無いが、索引項目を追加して血管障害から引けるようにすべき。 Agree. However, a guide might be necessary to choose I73.8. Perhaps a few people refer vascular diseases from initially-chosen Z57.7 (vibration).	
4	1869	Coding of asbestos-related mesothelioma アスベスト関連中皮腫のコーディング	C45	T57	内容例示 索引	アスベストに関して新規4桁項目の提案	○		
5	1873	Type 1 diabetes mellitus, type 2 diabetes mellitus 1型、2型糖尿病	4章	E10,E11	内容例示 索引	3桁タイトルの変更	○	日本からの提案であり、表彰するタイトルの変更なので、問題は無い。包含用語の不足分を追加する。	
6	1883	Axial spondyloarthritis 軸性脊椎関節炎	M45	H22,J99	内容例示 索引	3桁タイトルの変更と細分4桁項目の追加提案	→	整形外科学会へ確認中	
7	1897	P94 due to G12 G12(脊髄性筋萎縮症および関連症候群)によるP94(新生児の筋緊張障害)	P94	G12	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
8	1898	R13 due to forms of cancer がんの種類によるR13(嚥下障害)	R13	C15	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
9	1899	HIV and influenza ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病とインフルエンザ	B20-B24	J09	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
10	1900	Osteomyelitis and diabetes 骨髄炎と糖尿病	M86	E10-E14	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
11	1901	Hypoaalbuminemia due to lymphocytic colitis リンパ球性大腸炎による低アルブミン血症	K52.8	E88.0	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
12	1902	Coding of aspiration NOS 嚥下NOSのコーディング	W84	W80	内容例示 索引	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	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
13	1903	Making decision tables more robust example with N34 versus complication code 合併症のコードに対しN34を用いてDecision tablesをより強固にする	N34.2	-	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
14	1904	Polycystic disease of liver and kidney 多発性のうき<囊>胞腎と、多発性肝のうき<囊>胞性疾患	総論 4-1	-	総論	疾病・死因データ収集規程には影響しないルールまたはガイドラインの変更	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
15	1905	Default code for hematoma and hemorrhage 血腫および出血のデフォルトコード	I62.0	S06.2	索引	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	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
16	1910	Making decision tables more robust example with D849 and D899 D849, D899を用いてDecision tablesをより強固にする	D84.9	D89.9	索引	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
17	1913	Excess and redundant skin 皮膚の過剰	L98	-	内容例示 索引	新しいコードの追加	×	手術、治療によって引き起こされた人工的状態で、皮膚の病気に当てはめるべきではない。コードするとしたらむしろ外因とするべき。 Not agree. Excess and redundant skin is not a skin disease.	
18	1914	Necrosis of cornea 角膜のえく壊>死	H18.4	-	索引	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	○	Agree. Cause of ischaemic necrosis is included in circulatory disturbance which may not be included among other corneal degeneration (H18.4)	
19	1915	The example 6 of 4.3.5 Coding rules in Volume II 総論 4.3.5コーディングルールの例6	OTH	総論 4-3	総論	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
20	1916	Microcystic pancreas adenoma 微小のうき<囊>胞腺腫	D13.7	-	索引	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	○	問題無い。	7/12
21	1917	The example 25 of Rule 3 in Volume II 総論におけるルール3の例25	OTH	総論 4-1	総論	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	
22	1918	Lateral cervical cyst 側頸のう胞	Q18.1	-	索引	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	○	問題無い。	7/12
23	1920	Postoperative cardiac complications 術後心臓合併症	I97.9	-	索引	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	△	Cardiac complication should be specified, otherwise, unspecified (I97.9). Therefore, conditions which are included in I97.8 are rare.	
24	1921	Muscle disorders due to encephalitis 脳炎による筋障害	M62	-	内容例示	出版物の修正には至らない明確化	/	投票不要。死亡班へ情報提供。	

改訂/日本からの提案	ID	提案タイトル	第1に影響を受けるコード	第2に影響を受けるコード	該当する提案	提案概要	賛成:○ 反対:× 保留:△	理由・コメント	投票
25	1922	Maternal care for known or suspected malpresentation of fetus - prolapse of arm or leg 既知の胎位異常またはその疑いのための母体ケア - 腕または脚の脱出	O32.2	-	索引	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	○	提案には賛成だが、O32は、分娩前の妊娠中の状態であり、O34は、分娩開始後のことである。Agree. O32 stands for complications 'before' onset of labour and O64 stands for those 'after' onset of labour. Those codes might be confusing. A condition as prolapse of arm or leg which is included in O64 might be miscoded as O32. This kind of miscoding causes serious mistake to international statistics as frequency of complications during pregnancy and during labour. Emphasis should be made to avoid confusion between O32 and O64.	
26	1923	Kidney failure due to hypertension 高血圧(症)による腎不全	N19	-	内容例示	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	○	問題無い。	7/12
27	1924	Charcot's arthropathy シャルコー関節障害	A52.1	M14.6, G98	索引	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	○	糖尿病、非梅毒性、梅毒性のいずれかに振り分けるといふ提案は問題無い。	7/12
28	1925	Brugada syndrome ブルガダ症候群	I49	Q24	内容例示 索引	新しい用語の索引への追加	○	Agree. Agree with Jurie's proposal. Principally diseases should be classified depending on their cause. Brugada syndrome is a disease of ion channel.	
29	1926	Castleman disease キャッスルマン病	Ch02	-	内容例示 索引	新しい用語の索引への追加	→	良性、悪性不祥か、良性にするのか、血液学会に確認 岡本先生から回答あり。(7/18) Castleman病は良性疾患と考えます。	
30	1927	Internet addiction disorder インターネット依存症	Ch05	Z72.8	内容例示 索引	新しいコードの追加	→	精神神経学会に確認 丸田先生から回答あり。(7/20) 「インターネット依存症」ですが、個人的な見解としては1).エビデンスが不足している、2).どこからどこまでを「インターネット依存症」とするのかが非常に難しい等の理由から、現時点ではコードを与えるべきではないと考えます。現在作成中の米国のDSM-5でも今後より研究が必要なカテゴリーとして本体では含めない方向です。	
31	1928	Akathisia アカシジア(坐位不能)	G25.8	G21.0	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	○	Agree. Akathisia is known as a complication accompanying Parkinson's disease, however, not a few people cause this without previous complications.	
32	1929	Sequestration, sequestrum of intervertebral disk 分面症、椎間板の腐骨	M51	M50, M86.6	索引	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	○	日本語訳の時に腐骨とすることは問題がある。修正を要する。	
33	1930	Low, high grade squamous intraepithelial lesion 低、高異型度の扁平上皮内の病変	N87.0	D06.9	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	×	Not agree. LSIL and HSIL are terms for cytology, used limited in the Bethesda system. If we use the term LSIL and HSIL, are those terms used also for the similar lesions of the esophagus?	
34	1931	Thickening of endometrium 子宮内膜肥厚	N85.9	-	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	△	子宮内膜肥厚は、N85.9「子宮の非炎症性障害、詳細不明」ではなく、N85.8.8「子宮のその他の明示された非炎症性障害」としたらどうか。 Can't decide. Non cancerous thickening of the endometrium is caused due to various conditions as irregular shedding and persistent proliferating endometrium, though, not all of the patients with thickening of the endometrium are precisely examined to reveal the cause of thickening. Those patients are included in N85.9	
35	1932	confusion between ONJ and other osteonecrosis ONJ(顎骨えく壊>死)とその他の骨えく壊>死の混乱	M87	K10.2	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	○	Can't decide. Osteonecrosis of the jaw is recently famous for a side effect of drugs against osteoporosis. Though, histopathological findings are consistent with other osteonecrosis (M87) and not necessarily be independent.	
日本からの提案	1934	thoracic endometriosis 胸郭子宮内膜症	N80	-	内容例示 索引	新しいコードの追加	○		
日本からの提案	1935	non-ST elevation myocardial infarction 非ST上昇型心筋梗塞	I21	-	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	○		
38	1937	Malignant leukopenia 悪性白血球減少症	D70	D72.8	索引	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)	→	白血球減少症に悪性はあるのか。血液学会に確認。 岡本先生から回答あり。(7/18) 白血球減少症に悪性はありません。	
39	1938	Melanocytoma, eyeball 褐色(黒色)細胞腫、眼球	D31.4	D31.9	索引	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	○	眼科学会に確認 柏井先生より回答あり。(7/18) Melanocytomaは、日本語名は黒色細胞腫で、良性の黒色腫を意味します。 通常、眼科領域では、結膜や虹彩ないしD31.4の毛様体に好発し、眼底では、視神経乳頭に好発します。 D31.4毛様体を削除して、D31.9のEye, unspecifiedへ統一するという提案で、毛様体だけ、わざわざ、取り出してコードをつけなくても、D31.9で十分ではないかという指摘と思います。 毛様体以外の部位についてのコードが割り当てられていないようですので、毛様体の黒色細胞腫は、なるほど、比較的、よく見ますが、結膜のものや、視神経乳頭でもよく見ますので、提案どおりで良いように思います。	
40	1939	Chronic Kidney disease update to proposal 1241 慢性腎不全 提案1241更新	N18	-	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	→	腎臓学会に確認中	
41	1940	Transient hypertension of pregnancy 一過性妊娠高血圧(症)	O13	-	内容例示 索引	内容例示の充実(包含、除外への追加など)	○		
42	1941	S79 Other and specified injuries of hip and thigh S79 その他および明示された股関節部および大腿の損傷	S79	-	内容例示	誤字・脱字等の修正	○	誤字・脱字等の修正:問題無い。	
43	1942	Use of harmful drugs 有害な薬物の使用	F10-F19	-	索引	誤字・脱字等の修正	○	誤字・脱字等の修正:問題無い。	

改訂/日本からの提案	ID	提案タイトル	第1に影響を受けるコード	第2に影響を受けるコード	該当する提案	提案概要	賛成:○ 反対:× 保留:△	理由・コメント	投票
44	1943	Infectious and viral hepatitis 感染性肝炎およびウイルス肝炎	B17.9	-	内容例示 索引	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	○	急性肝炎, NOSと感染性肝炎, NOSを同じところにコード する提案。問題無い。	
45	1944	Additional index entries for URC 1872 URC1872への追加項目の登録	Z95.0	-	索引	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	○		
46	1945	Note in the neoplasm table below 'connective tissue NEC' 腫瘍テーブルにある"結合組織NEC"下 の注	OTH	-	索引	誤字・脱字等の修正	○	誤字・脱字等の修正:問題無い。	
47	1946	Choking game 窒息ゲーム	W83	-	内容例示 索引	新しいコードの追加	○		

ICD-10 Update に関する対応(案)

国立がん研究センター 西本 寛

【特に問題なく Yes】

1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1910,
 1914, 1915, 1917, 1918, 1921, 1923, 1924, 1926, 1928, 1929,
 1932, 1938, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945

1691 Can't Decide

Z09 Follow-up examination after treatment for conditions

Z09.5 移植後の Follow up

さらに臓器を特定する Subcode を追加

昨年(2019)の日本からの意見

To code Z09.0 and use additional code, if desired Z94.- seems to be sufficient.

1868 Can't Decide

I73.8 Other specified peripheral vascular diseases に 例示を追加

Hand arm vibration syndrome

1869 Can't Decide

アスベスト関連中皮腫

「悪性腫瘍の原因については、タバコを含めコードを付すことはしないという原則」
 と MRG の Lars が主張していることから、他との整合が問題。

1883 Can't Decide

~~Ankylosing spondylitis~~ → Spondyloarthritis

用語の変更による影響を検討する必要がある

日本の専門家に聞くこと！

1913 Yes (but Lori's work should be reflected)

L98.7 Excessive and redundant skin and subcutaneous tissue

をコードとして新設

索引での追加などの作業が必要

1916 Yes

Microcystic Adenoma (M8202/0) -Pancreas を D13.7→D13.6 に変更

1920 Can't Decide agree with Lori.

合併症 - Cardiac - 術後 I97.9 → I97.8

【追加変更】 by Lori

合併症 - vascular - 術後 I97.8 → I97.9

1922 Can't Decide

O32.2 → O64.4 に索引を移動

Maternal care for known or suspected malpresentation of fetus

- prolapse of arm or leg

1925 Can't Decide

I49.0 Ventricular fibrillation and flutter に 例示の追加

Brugada syndrome

* We suggest, temporally, Brugada syndrome would be classified in I49.8.

1927 Can't Decide

Internet addiction の新設

1930 Can't Decide

D06 Carcinoma in situ of cervix uteri に包含を追加

HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion)

N87.0 Mild cervical dysplasia に 例示として追加

LSIL

1931 Can't Decide

N85.9 Noninflammatory disorder of uterus, unspecified に 例示の追加

Thickening of endometrium

1937 Can't Decide

Leukopenia (malignant) D70 を細分化して、行き先変更

Leukopenia D72.8

—Malignant D70

1939 Yes

Chronic uraemia を N18.5 Chronic kidney disease, stage 5 から

→ N18 Chronic kidney disease に包含されるものに

1946 Can't Decide

W83.0 Choking game を新設

日本提案についての対策ポイント

★1873 DM の呼称変更 Type1,Type2

Yes 9, No 0

- ◆URC では従来用語を保持するという決定をしているので、Vol1 に Incl.の形で追記してはどうか。
- ◆また、若年性インスリン依存性糖尿病という表現はなくなったのか？

上記を受け入れるとともに、若年性・・・について、確認作業を行う。

★1934 胸郭内子宮内膜症

Yes 5, No 0, CD 4

- ◆胸郭内以外に発症しないのであれば、N80.8 でのよいのではないか。
- ◆原則賛成だが、EndoM. Of Thoraxの方が、よくないか。
TES の表記も含めて検討すべきかどうか。

・There is ureteral endometriosis.という点にも言及し、
N80.8 に分類すべき他部位の内膜症の存在も強調した上で、胸郭内の内膜症による特異的な症候があるため、独立すべきと主張すべき。

★1935 ST 上昇性心筋梗塞(STEMI)と ST 非上昇性心筋梗塞(Non-STEMI)

- ◆ 原則賛成だが、統計的に区別できる方法を考えるべき。
- ◆ オーストラリアでは、I21.3 に STEMI NOS を I21.4 に Non-STEMI を付加して、適切な索引上の表記で対応している。

I21.0 Acute transmural myocardial infarction of anterior wall

案 1

Transmural infarction with ST elevation of ECG (acute) (of):

.....

案 2

Transmural infarction (acute) (of):

.....

ST elevation myocardial Infarction (of) :

.....

I21.4 Acute subendocardial myocardial infarction

Nontransmural myocardial infarction NOS

Non-ST elevation myocardial Infarction NOS

(案)

WHO 国際統計分類協力センター

年次報告書

(2012)

報告書刊行にあたって

2011年9月9日、日本は、WHO西太平洋地域事務局長から、WHO国際統計分類協力センターの指定を受けました。厚生労働省国際分類情報管理室長をセンター長として、国立保健医療科学院、国立がん研究センター、日本病院会・日本診療情報管理学会、日本東洋医学会とともにセンターを構成し、分類の質の向上、普及啓発に貢献することを目指しています。これまで日本は、「センター」という組織整理ではないものの、先人達が日本としての誇りと高い知見をもって、他国のセンターと同等の貢献をしてきたと自負しております。

センターとしての指定を受けたことで、名実ともにセンターとして歩むことになり、WHOの日本のセンターに対する大きな期待もしっかり受け止めています。

今年(2012年)2月7日には、日本国内の関係者に協力センターになったことを広く知っていただくため、WHOのベデラン・ウースタン氏を招いて発足記念会を開催いたしました。関係者が一同に介して大変盛況な会となりましたが、先人達のこれまでの努力をお褒めいただいたり、更に今後に期待するという声もたくさんいただきました。身がひきしまる思いでお聞きし、室員一同と決意をあらたにいたしました。

日本のセンターは、ネットワークの中でも珍しく官、民の連携による組織となっています。5つの組織が、それぞれの特徴を活かしつつ、さらに連携を綿密にし、チーム日本として発信ができるように、励みたいと思います。

今回センター発足後の第1回目の報告書となりますので、センターの活動状況の報告とともに、センター発足までのあゆみや、センターの特色、これまで日本が取り組んで来たことなどもまとめました。是非、多くの方に一読いただき、より広くセンターの活動に対して理解が得られることを祈念いたします。

最後になりましたが、日本の長年の取り組みにおける重要な節目にあたり、これまでご尽力いただいた多くの方々に、この機会を借りて、厚く御礼申し上げます。

WHO国際統計分類協力センター長 谷 伸悦

目次

報告書刊行にあたって

第 I 部

1. 巻頭言 (敬称略)

WHO 国際統計分類協力センター始動に寄せて 藤原研司
我が国の WHO 国際統計分類協力センターに向けて 大井利夫

2. 協力センター発足までのあゆみ

- 1) 人口動態統計と ICD
- 2) 協力センターとして

3. WHO 国際統計分類協力センターの特色

4. 現状～日本における国際分類の取り組み

第 II 部 WHO 国際統計分類センターの活動

1. 日本における ICD 及び ICF の利用・普及・教育・情報提供

1.a 日本における ICD に関する取り組み

1. ICD-10 (2010 年版) の国内適用
2. 診療情報管理士教育
3. 死亡診断書の改善
4. ICD 手引き書 (ICD の ABC) の作成・配付
5. 一般の ICD 利用者への情報提供
6. ICD に関する体系的な情報収集

1.b 日本における ICF に関する取り組み

1. ICF シンポジウム
2. WHODAS2.0 の日本語版作成
3. 「疾病」と「生活機能」の関係性に関する研究

2. WHO-FIC ネットワークにおける活動

2.a ネットワークへの参加

1. 諮問委員会 (Council)
2. 改訂改正委員会 (URC)
3. 教育普及委員会 (EIC)
4. 死因分類改正グループ (MRG)
5. 生活機能分類グループ (FDRG)
6. 改訂運営会議 (RSG) : 後述

2.b ICD-11 改訂へ向けた動き

1. 内科 TAG
2. 腫瘍 TAG
3. 伝統医学 PAG

- (1) 日本版漢方分類の作成
 - (2) ターミノロジーの構築
 - (3) 情報モデル
 - 4. 保健情報モデリング TAG (HIM-TAG)
 - (1) ICD11 におけるオミックス情報モデルの研究
 - 5. 死因分類 TAG (M-TAG)
- 2.c アジア太平洋地域における ICD の普及**

第Ⅲ部 今後の活動計画

重点テーマ ～質と普及～

1. ICD-11β版の改善

- 1.a 内科 TAG
- 1.b 腫瘍 TAG
- 1.c 伝統医学 TAG
- 1.d フィールドテスト

2. ICF の導入 WHODAS2.0

3. アジア・パシフィック地域での日本の経験の反映・普及

4. 教育モデルの普及

5. 品質管理日本モデルの構築

別添

- 1. 2011～2015 年ワークプラン一覧表 計画と実行状況
- 2. 協力センターメンバー写真
- 3. 日本の基本統計データ

第 I 部

巻頭言

WHO 国際統計分類協力センター始動に寄せて

日本がWHO国際統計分類協力センターとなったことに深い感慨を持つ 1 人として、担当官と関係者の方々にエールを送りたいと思います。

私が ICD と関わりを持つことになったのは、2003 年の第 89 回日本消化器病学会総会において ICD-10 を特別企画のテーマとしてとりあげたことによります。

当時、医療現場では、ICD-10 が使いづらいということで様々な点で問題提起がなされていました。日本消化器病学会理事長として、ICD-10 に見られる消化器疾患の疾病分類と包括医療などに用いる保険病名との違いが極めて不合理で、これを改善しなければ日常診療がますます混乱すると考え、厚生労働省に直接申し入れを行いました。その結果、ICD は WHO 所管のもので、日本は ICD の改善システムに直接関与する機会はず、単にそれを受け入れて使用するだけの立場であることが判明しました。

そこで、ICD 分類の構成が西洋的な思考に偏り、日本の高い医療水準、医療知識が反映されていないことは、国内はもとより国際的にも大問題であると認識し、当時の ICD 室長に、日本の立場から WHO に意見を述べるように進言しました。また、WHO の担当官とも直接会う機会があり、日本の意気の高さを伝え、WHO の改善システムの中に日本を関与させるよう話しましたが、日本が WHO の協力センターとなることは、当時、組織上の問題から難しく、オブザーバーの立場に留まらざるを得ない状況でした。

その後、ICD-11 への改訂に向け、社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会を設置するなど国際分類情報管理室をはじめとする関係者の尽力により、2006 年の WHO 国際統計分類協力センターネットワーク会議組織の変更に伴って、日本が協力センターとして登録することが可能となって参りました。ここに至るまでには、担当官らはその登録に必要な手続きにかなりの時間と労力を要したと聞いておりますが、その精力的な努力の成果が実り、2011 年 9 月に無事に協力センターに承認されたことを大変に喜んでおります。

これを機に日本人の底力を発揮して、ICD の発展に日本が実質的に国際貢献するよう心より願っています。

疾病、傷害及び死因分類専門委員会委員長 藤原研司

我が国のWHO国際統計分類協力センターに向けて

我が国がWHO国際統計分類協力センターとして活動を始めたことにたいし、関係者の一員として大変うれしく思うとともに、心よりお喜びを申し上げます。

日本病院会は、我が国における診療情報管理士育成に1972年以来40年の長きにわたり取り組み、また、日本診療情報管理学会は日本病院会と協調して、診療情報管理の学問的検討と質的向上に尽力してきました。昨今の医学、医療の発展が急速に進む中、ICDを用い病院の診療データを管理・活用する診療情報管理士および関係者にとって新たな時代に則したICDの改善は必須のものと考えられ、かかる観点から日本病院会は、多くの方々のご賛同をいただいて、2006年よりICDの改善と普及を目的にWHOへ資金および技術支援の貢献を続けてきているところであります。

この度、我が国において国際疾病分類に深く関係する5つの組織（厚生労働省国際分類情報管理室、国立保健医療科学院、日本病院会・日本診療情報管理学会、国立がん研究センター、日本東洋医学会）が国際分類情報管理室長をセンター長に連合体としてWHOに正式なセンターとして承認されました。このことは、ICDやICFなどの国際分類の向上に、5つの組織が連携して多面的に取り組む国際的には珍しい協力センターが誕生したことを意味します。

わが国にこのような連合体の組織がWHO-FICの協力センターとして実現できたことは、保健、医療、福祉と多岐にわたるこれからの国際分類の活用を思うとき、日本にとって、たいへん喜ばしいことであります。

今回の日本協力センター指定においては、多くの関係者の多年にわたる献身的なご尽力がありましたことに深く感謝を申し上げますとともに、今後は、この5つの組織が緊密に連携し、国内外の国際疾病分類の発展に協力し、大きく貢献して行くことを心より望んでいます。

日本診療情報管理学会 理事長 大井 利夫

2. 協力センター発足までのあゆみ

1) 人口動態統計とICD

日本におけるICDの歴史を辿るには、まず日本の人口動態統計の歴史を振り返らねばならない。

そもそも日本の人口動態統計は、1871(明治4)年に定められた民部省(内務省の前身)所管の府藩県一般戸籍ノ法に基づく表式調査の方法によって行われたことが始まりであり、そのなかで死因統計のための分類として、1875(明治8)年に、大分類に該当する11項目からなる死因分類が創定された。

その後、1898(明治31)年に戸籍法が制定され、これに伴って人口統計材料統計小票取扱手続が定められ、近代的な人口動態調査が実施されることとなる。ここで、死因分類についても公衆衛生の新たな視点による分類が検討され、1899(明治32)年から、当時の国際死因標準分類(ICD-1)に準拠した統計分類がスタートした。

戦後、我が国の再建のために保健及び衛生行政を重視したGHQは、基礎となる統計資料を体系的に得ることができるよう、保健衛生の統計事務組織の改善を指令し、これを受けて、1946(昭和21)年11月に、厚生省公衆保健局に調査課が設置され、翌年8月には統計行政を専任とする衛生統計課が誕生した。さらに1947(昭和22)年9月、人口動態調査が、当時所管していた総理府統計局から厚生省(現厚労省)に移管された。

以降、我が国の死因統計分類は、国際的な改訂の勧告に従って改訂が行われてきた。1948(昭和23)年にICDが疾病と死因分類を同一の分類として統一する大規模な改訂を行った際(ICD-6)、ICDは、統計法に基づく統計分類として位置づけられた。

やがて、ICDの細分類項目は7千を超える規模となり(ICD-9)、ICD-9の勧告後の1976(昭和51)年に、厚生省に疾病、傷害及び死因の分類について専門に担当する「疾病傷害死因分類調査室」が誕生。2010(平成22)年4月には、さらに、統計の国際関係窓口を所掌に加えた「国際分類情報管理室」となり、現在に至っている。

ICDの沿革

国際会議	所轄機関		細分類項目数	適用期間	備考
第1回 1900(明33)	国際統計協会	内閣統計局	179	明治32~41年	
第2回 1909(明42)	国際統計協会	内閣統計局	189	明治42~大正11年	
第3回 1920(大9)	国際統計協会	内閣統計局	205	大正12~昭和7年	
第4回 1929(昭4)	国際統計協会	内閣統計局	200	昭和8~18年	
第5回 1938(昭13)	国際連盟	厚生省予防局 衛生統計部	200	昭和21年~24年	伝染病の分類の合理化、癌の分類の詳細化
第6回 1948(昭23)	WHO	厚生省大臣官房 統計調査部	953	昭和25~32年	斬新的な大改正 ①疾病、死因分類が同一の分類表に統一された。 ②基準分類項目を3桁数字で表す10進法を採用した。 ③準則を設け、原死因の取り方を国際的に統一した。 ④各国の死亡診断書の様式が統一された。
第7回 1955(昭30)	WHO	厚生省大臣官房 統計調査部	953	昭和33~42年	従来の分類とほとんど変更なく、新生物の部位に関する4桁細分類項目が詳細となった。
第8回 1965(昭40)	WHO	厚生省大臣官房 統計調査部	3,489	昭和43~53年	死産原因、精神障害、循環器疾患の分類の改正が重点に取り上げられた。
第9回 1975(昭50)	WHO	厚生省大臣官房 統計情報部	7,129	昭和54~平成6年	第8回修正とほぼ同様の内容であるが、より詳細な分類区分が示された。
第10回 1990(平2)	WHO	厚生省大臣官房 統計情報部	14,195	平成7~	①コード番号が3桁及び4桁の数字から、最初の文字がアルファベットの英数字になり、項目数が大幅増加した。 ②項目数が倍増され、ICDの応用範囲は、世界的な電算機の普及とあいまって、疾病統計、病歴管理、医療保健統計等に広げられることとなった。
一部改正 2003(平15)			14,258		③医療の進歩に伴う新たな分類項目の設定等

2) 協力センターとして

我が国は、センターとして指定される以前から WHO 協力センターとのかかわりがあり、WHO の要請によって 1980 年からオブザーバーとして WHO 協力センター長会議（後に、WHO 国際統計分類ネットワーク「WHO-FIC」となる）に参加してきた。さらに、1986 年、1996 年及び 2005 年には、日本で同会議が開催され、2005 年以降、WHO-FIC の地域別会議の嚆矢となる Asian-Pacific Network を確立し、事務局としての機能を果たしてきた。また、WHO-FIC 内部においても ICD 室長が Implementation Committee の議長となり、ICD の普及に多大な貢献をするとともに、WHO が ICD-11 への改訂作業や、伝統医学分類の導入提案作業を開始するにあたり、世界に向けたプレスリリースを日本において実施した。そして、ICD-11 への改訂作業においては、内科分野部会の議長や伝統医学分類部会の議長などの重要な責務を我が国の医師が担当し、WHO と我が国は緊密な連携を図り、ICD の改訂作業等に対処してきた。

我が国はオブザーバーとはいえ、各センターと同じテーブルに着き、2003 年以降導入された ICD の一部改正手順では、毎年、日本から多くの提案がなされ、多くのものが採用されており、このような我が国の実績を背景に、2007 年の WHO-FIC の制度改編を契機として、2011 年 9 月、我が国は WHO 国際統計分類協力センターの指定を受け、2012 年 2 月に協力センターとして発足した。

3. WHO 国際統計分類協力センターの特色

1) WHO 国際統計分類協力センターは、厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長をセンター長とし、同室が下記の 4 機関と密接に協力し、5 機関が一体となって活動を行うものである。

- ・国立保健医療科学院
- ・国立がん研究センター がん対策情報センターがん統計研究部
- ・日本病院会 日本診療情報管理学会
- ・日本東洋医学会 用語及び分類委員会

①国際分類情報管理室は、国の人口動態統計、患者調査その他の保健統計を作成する厚生労働省大臣官房統計情報部の中にあつて、傷害・疾病・死因分類、生活機能分類等を所管するもので、同室は、2. で述べたように 1980 年から WHO 国際統計分類ネットワーク会議に参加するとともに、分類の改正・改訂に大きく関与し、これまで 3 回の WHO 国際統計分類ネットワーク年次会議を日本で開催してきた。この間、WHO 国際統計分類ネットワークの内科 TAG や内科 TAG 国内メンバーの支援を行うとともに、国内における、ICD や ICF の日本語版の作成を所管し、ICD については、国の統計基準として総務省から告示されるため、その手続きを行っている。

②国立保健医療科学院は、保健医療・生活衛生に関する厚生労働省付属の研究所であり、保健医療専門家の研修も行っている。WHO 国際統計分類協力センターの中では、分類につ

いての保健医療情報の専門的技術支援、分類・用語についての専門的技術支援を行う。

③国立がん研究センターは、がんの医療・研究・予防を行う日本を代表する専門機関である。がん統計研究部にある院内がん登録室は、全国の院内がん登録を行っており、WHO 国際統計分類協力センターの中では、日本の死因の第一位であるがんについての技術支援を行う。

④日本病院会は、病院医療の向上発展のための人材育成、セミナーの開催、調査活動等を行っている。日本診療情報管理学会は日本病院会と密接な関係にあり、診療情報管理士及び学識経験者を主なメンバーとする学会であり、診療情報管理士の育成に努めている。WHO 国際統計分類協力センターの中では、病院の診療情報管理に関する技術支援・研究及び教育活動を行う。

⑤日本東洋医学会は、東洋医学に関する学術活動、専門委の認定、調査研究等を行っている。分類・用語委員会は、東洋医学の分類及び用語に関する調査・研究を所管している。WHO 国際統計分類協力センターの中では、漢方に関する医学用語と分類の調査・研究、東アジア伝統分類の普及を行う。

2) 日本では、さらに、WHO 国際統計分類協力センターに対して専門的アドバイスを行う国内の組織として、ICD 専門委員会及びICF 専門委員会を設置している。

a) ICD 専門委員会

先述のとおり、我が国では、ICD の日本語版は、産業分類や職業分類とともに国の統計基準として総務省より告示され、国内の統計作成に使用すべきものとして規定されている。そのため、日本では、ICD は国の統計における基本事項であるとの認識の下、ICD の内容について恒常的に検討し、日本の意見を発信するために、2006 年、社会保障審議会統計分科会の下に疾病、傷害及び死因分類専門委員会 (ICD 専門委員会) を設置し、ICD の国内適用、普及、さらには ICD の改訂・改正に関する専門的な事項等について審議を行うこととした。

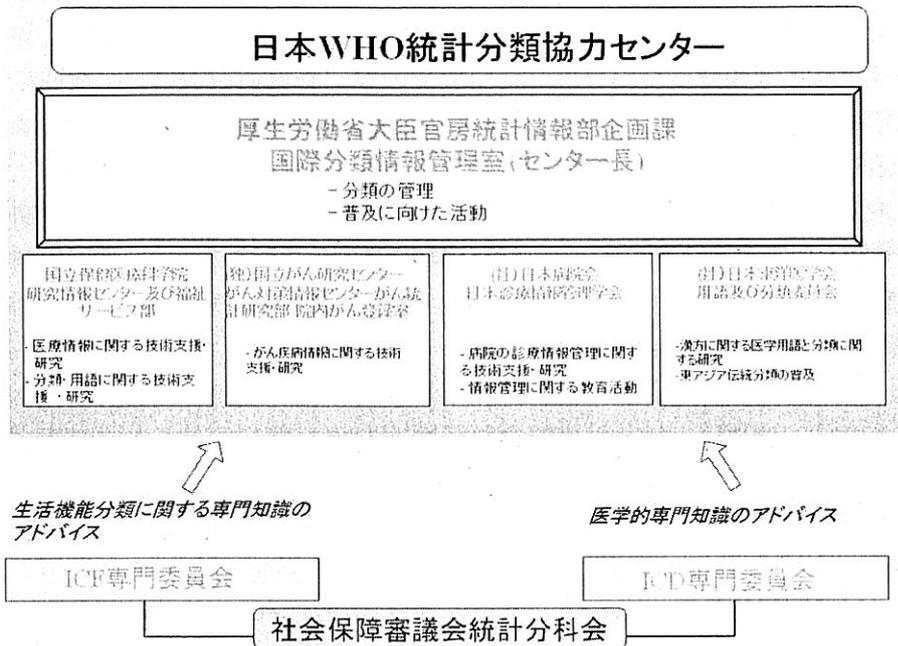
ICD 専門委員会は、ICD に関係する 29 の学会から推薦される委員により構成され、当センター (国際分類情報管理室) が事務局を務めている。その会議は、通常、年に 2 回開催されるほか、ICD の一部改正へ向けた意見照会など、随時対応を求めている。

b) ICF 専門委員会

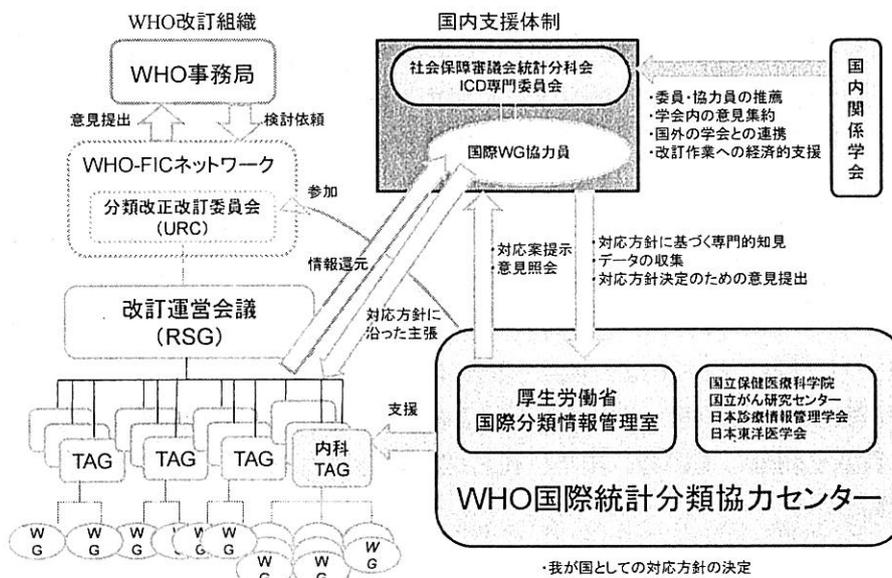
ICF (国際生活機能分類) は、もともと ICD における障害に関する補助的な分類として用いられてきた WHO 国際障害分類 (ICIDH) の改訂版として 2001 年の WHO 総会において採択されたものである。日本では、ICD と同様に ICF についても ICF の専門家である医療や福祉の研究者、現場従事者、当事者などから構成される ICF 専門委員会を設け、通常、年に 2 回、会議を開催している。また、ICF の一部改正へ向けた意見照会など、随時対応を求めている。

3) 以上のように、日本では、WHO 国際統計分類協力センターの組織においても、また、

国内の支援体制においても、行政、学会、病院組織、研究所が協力していることに特徴があり、それにより、分類作成、理論構築、実践、研究、教育が一体となって効果的に行われている。



WHO国際統計分類協力センター体制図



4. 現状～日本における国際分類の取り組み～

WHO 国際統計分類協力センターは、ICD、ICF を中心とする国際分類の精度向上・改善へ向けて、国内での利用、普及、教育等における恒常的な取り組みを促進し、東アジアにおける ICD の普及に貢献するとともに、目下の重要課題である ICD-11 改訂に対して財政的、人的に多くの支援を行っている。

ICD-11 については、基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見の導入を図るため、医学の専門家を中心とした検討がなされており、補完代替医療に対する世界的注目を背景に伝統医学分類の導入が予定され、さらには、病名コードの体系から症状所見的／解剖学的／組織病理学的／遺伝学的等を含めた疾患概念を含む情報体系への進化、様々な切り口による活用を可能とする電子環境での運用を前提としたシステムの構築等の新たな方向性が追求されている。我が国では、協力センターとして、この画期的な ICD-11 の策定の中心的な分野である内科 TAG（議長：菅野健太郎自治医科大学教授）、伝統医学 TAG（議長：渡辺賢治慶応大学漢方医学センター副センター長）を全面的に支援しており、ICD に体系化する改訂作業に貢献している。

このように、日本では、これまで国際分類の改善に向けて多くの人々の労力と時間が費やされてきた。今後も、協力センターを中心にこうした活動が継続され、活動に携わった全ての人々の努力が、よりよい国際分類に結実することを強く期待したい。当協力センターにおける取り組みの現状、今後の課題について、第Ⅱ部、第Ⅲ部にまとめたので、具体的な活動について、是非各項目を参照されたい

第Ⅱ部 WHO 国際統計分類センターの活動

1.a 日本における ICD に関する取り組み

我が国では、ICDは、死亡統計や疾病統計で使用されるだけでなく、臨床、医学研究、DPC、更には、生命保険の保険請求資料の情報として活用されるなど、様々な場面で広く利用されている。そのため、当センターの国内における活動は幅広く、統計を作成する部門との連携（１）だけでなく、コーディングを行う診療情報管理士の教育（２）、死亡診断書の恒常的な改善（３）、さらには、研修医や、ユーザーとしての一般国民や保険会社への情報提供・教育（４）、（５）も重要なものである。

また、こうして ICD の利用が臨床や公衆衛生の現場へと広がるなか、ポータルサイトの構築を通じて利用者に関するデータを体系的に把握し、ICD の品質向上及び品質保証につなげる取り組みを始めているところである（６）。その他、2012年5月に ICD-11 のβ版が公表されたことを受け、翻訳作業が計画されており、ICD-11β版が確定後、ただちに開始する予定である。

1.a.1 ICD-10 (2010年版) の国内適用

我が国では、政令に基づく総務省告示により、2006年1月1日から ICD-10（2003年版）に準拠した ICD を適用しており、現在は、ICD-10（2010年版）の国内適用に向けた検討を進めている。具体的には、人口動態統計における ICD-10（2010年版）の適用に向けてのシステム改修やテストといった人口動態統計側におけるスケジュールと、ICD 専門委員会や統計委員会における審議、総務省告示、改訂版提要の刊行等といった当センター側のスケジュールを確認し、2003年版との新旧対照表を作成の上、人口動態・保健社会統計課へ提供した。今後、2010年版の改正ポイント（白血病・リンパ腫、腎炎などの概念の変更、病期・原因別分類の導入など）に準じた種々の照会事項に対応していく予定である。

1.a.2 診療情報管理士教育

わが国では、日本病院会において、1972年より2年制の通信教育による診療情報管理士の育成が始まった。診療情報管理士は、診療記録の内容を高い精度で機能させ、そこに含まれるデータや情報を ICD などの国際分類を使用し加工、分析、編集し活用することにより医療の安全管理、質の向上および病院の経営管理に寄与する専門職である。

日本病院会では、1990年より学校における診療情報管理士育成教育を支援し、日本病院会が作成するカリキュラム、教材を提供、支援している。2012年現在、指定校は、49 専門学校、24 大学となっている。

<カリキュラム、教材>

現在実施されている診療情報管理士カリキュラムは、基礎分野 12 科目、専門分野 8 科目、分類法 1 科目からなる。基礎分野では、ICD に沿って疾病を診療情報管理士に解りやすく解説している。専門分野では、医療制度、医療法規、医療情報、統計をはじめ、診療情

報管理室を運営するために必要な知識を学ぶ。分類法では、ICD-10 を使用して、コーディングの技術を学ぶ。この全 21 科目は、4 冊のテキストからなり、それぞれのテキストに沿った 3 冊のリポート問題集で学習を効率よく進めることができる。

<診療情報管理士の認定制度>

1974 年に日本病院会の通信教育を修了した 82 名に対し、日本病院会認定の診療録管理士として認定が開始した。2008 年には 5 つの医療団体が協力して行う認定事業となり、資格名称も「診療情報管理士」となった。

【結果と影響】

わが国では、診療情報管理士教育が始まって以来、年々受講生が増加し、専門学校、大学の教育も年々、普及の一途をたどっている。現在では、診療情報管理士の専門家のみならず、医師、看護師などの他職種も学習する教育となっている。

診療情報管理士認定試験は、毎年、約 4,000 名が受験し、約 50%の合格率で、24,454 名が認定を受けている。

【評価】

わが国の医療においても IT 化が進み、電子カルテも急速に普及しつつある。診療情報管理士が管理、提供する精度の高いデータ、情報は、医療政策、病院経営、医学研究など多方面で活用されており、一層の活躍が期待されている。

【問題・課題】

質の高い診療情報管理と提供が急速に求められる一方で、病院における診療情報管理士の雇用体制が整備されていない。診療情報管理士の専門家としての、国家レベルの認証が求められる。

【WHO スタッフのセンター訪問】

2005 年～2012 年の間、毎年、WHO の ICD ベデルハム・ウースタン担当官による日本病院会および日本診療情報管理学会への表敬訪問が行われ、ICD の改善、普及について活発な議論と協力体制への具体的な提案がされている。

【センタースタッフの WHO 訪問（本部、地域オフィス）】

2005 年～2012 年の間、日本病院会および日本診療情報管理学会から訪問を実施し、特に ICD 改訂における主要な会議へ参加を実施している。

2006 年 WPRO の地域事務局を 2 回訪問し、地域の ICD 普及状況について調査を行い、活発な議論を交わした。公私の病院を視察した。

2008 年 SEARO の地域事務局を表敬訪問し、地域の ICD 普及状況について調査を行い、活発な議論を交わした。

【WHO・センターの支援関係（技術的・財政的）】

2005年日本病院会は、2005年「ICDの改善と普及」のためにWHOへの技術・資金の支援について調印を行い、2006年より毎年、300,000ドルの資金援助を行っている。この資金により、ICD-11の改定が開始、アジア・パシフィックネットワークが構築された。

また、WHOが作成するICDウェブ・トレーニングツールにおいては、日本診療情報管理学会においてその分野に精通した医師により、全問題の精査協力を行った。

1.a.3 死亡診断書の改善

我が国における死因統計の精度向上を図るべく、2005年から日本病院会と日本診療情報管理学会が協力し、厚生労働省科学研究として死亡診断書の改善に向けた研究を行っている。

2005年～2006年：「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」

2007年～2008年：「わが国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策についての研究」

2009年～2010年：「死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく死亡診断書の記載適正化に関する研究」

2011年：「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の研究」

2012年：「死亡診断書の精度向上における診療情報管理士の介入による記載適正化の研究」

【評価】

2005年から8年にわたり実施しているこの死亡診断書の改善に関する研究は、学術的、行政的に高い評価を得ている。

ICD-10の臨床面における普及のための基礎として、傷病名記載の精度について検討を実施し、特に死亡診断書に記載された傷病名の精度と誤謬要因を明らかにした。さらに死亡診断書の適正な記載のための取組みを具体的に実施し、原死因記載上の問題点と正確なコーディングのための研究を行った。

この研究の実践的成果として、ICDおよび死亡診断書に精通した診療情報管理士の関与が死亡診断書の精度向上に有効であることが示唆され、診療情報管理士を対象としたテキストの作成と教育プログラムに基づく研修会を実施した。

この長年にわたる死亡診断書の精度向上の研究は、社会的、行政的、学術的に高くその意義が評価され、今後、ICDを使用した死亡診断書ならびに診療記録から得られるデータの国際比較の可能性が期待されている。

【問題・課題】

我が国における死亡診断書と退院時要約におけるICD精度の全国調査から、原死因のICD3桁目一致率が約8割、うち新生物では9割以上が3桁以上で一致する一方で、呼

吸器系・腎泌尿器生殖器系での一致率は半数未満と判明した。問題点を総合集計すると、診断書の半数、要約の約 4 割の粒度に問題があり、今後診断書の記載様式の改良および要約様式の標準化が必要である。

また、死亡診断書を記入する医師への記載適正化と死亡統計の精度向上に資する啓発を試みたが、死亡診断書の精度向上に大きな成果は得られなかった。

わが国の死亡診断書の精度向上には、死亡診断書に精通した診療情報管理士が記載する医師への助言・関与をすることが重要である。

1.a.4 ICD 手引き書 (ICD の ABC) の作成・配布

我が国では、研修医を対象とした ICD の入門手引き書「ICD の ABC」を毎年刊行しており、今年では 2011 年 3 月に約 10,000 部作成し、臨床研修指定病院へ配布した。

本書は、ICD の正しい理解、普及・啓発並びに有効活用に資する教材となっている。本年刊行分の内容は以下のとおりとなっている。これまで、基本的な構成は保ちつつ、毎年全体の内容を再精査してきているが、今後も、普及・啓発の観点からより効果的な教材となるよう検討を行っていく予定である。

「ICD の ABC」(2012 年 3 月発行) の内容

1. ICD (国際疾病分類) とは
ICD の概略について説明。
2. 我が国における ICD の利用
死因分類と疾病分類を使用している調査について。また、調査以外での利用について。
3. ICD-10 (2003 年版) 準拠の分類体系
4. ICD-10 (2003 年版) 準拠コードの構成
3 桁から 5 桁のコードについて、コードの仕組みや見方の説明。
5. ICD と医学用語集との違い
ICD は統計分類であること、統計分類とは何かということについて。
6. コーディングの実例
「アトピー性喘息」「肺塞栓症」について、コードの特定方法の説明。
7. 死因コーディング
死亡診断書の記載内容から原死因を選択する方法について、具体的事例について、正しい例と誤った例を用いて説明。
8. 疾病コーディング
死因コーディングとの違い、疾病データの基、疾病コーディングの原則について。
9. ICD 関連の HP アドレス

1.a.5 一般の ICD 利用者への情報提供

生命保険の保険請求資料の情報として ICD コードが活用されているが、保険会社の担当者における ICD の理解が十分でない現状があり、被保険者の誤解をまねく対応が多々見受けられる。そのため生命保険協会において講演会の場を設定してもらい、保険会社の担当者向けに、ICD の理解についての講演を行った。

この他、国民からの種々の問い合わせに対しては、必要に応じて資料の提供等を行い、ICD の普及も兼ねて丁寧に対応を行っている。

1.a.6 ICD に関する体系的な情報収集

ICD の品質向上と品質保証のためには、ICD に関する体系的な情報収集と情報提供が必要不可欠であり、これにより ICD の科学的な根拠の集積や臨床または公衆衛生における ICD の有用性を確保することにつながる。

【ICD に関する情報】

ICD に関する情報には主として以下の 3 種類がある。第 1 は ICD の科学的根拠であり、第 2 は臨床・保健医療システムにおける利用に関する情報であり、第 3 は公衆衛生における利用に関する情報である。

このうち、本活動では主に第 2 と第 3 の情報に関して、日本の保健医療の現状に応じた情報収集と情報提供の方法について検討した。

まず、臨床・保健医療システムにおいては、専門的な診断・治療や研究などに ICD が有効かつ適切に活用されなければならない。そのためには、関係する利用者の多様な目的に応じて、ICD と徴候・症状に関する標準的な記述との関連や、他のターミノロジーとの関連などについて、利用者からのニーズを把握し、それらに対して詳細な情報を提供する必要がある。

次に、我が国の公衆衛生においては、ICD が様々な健康指標の測定や医療の経済的評価などに用いられている。したがって、さらに ICD が有効に活用されるためには、公衆衛生分野の研究者や保健医療施策に関わる行政担当者などから利用状況に関する情報を収集し、他の保健医療情報システムとの互換性やデータの比較可能性を高める必要がある。

【ネットワークの構築】

ICD の利用に関する情報収集と ICD の利用普及を行うためのアプローチとして、ICD の利用に関して全体を 1 つのフレームワークにまとめたうえで、国内の利用者のネットワークを構築することを検討した。このネットワークには臨床医、医学研究者、公衆衛生研究者、医療従事者、行政担当者、政策立案者、一般国民などの参加が想定され、このネットワークを用いたコミュニケーションを通じて、ICD の普及、ICD に対する理解の促進、ICD の利用に関する標準化などが期待されるとともに、利用者から集められたデータを解析することにより、利用者のニーズ把握、他のデータとの比較可能性の向上、ICD 改訂へ

の支援などへの有効な情報の収集が期待される。

現段階では、上記のネットワークのためのポータルサイト構築について、その課題等を検討しているところである。このサイトは ICD 利用者間のコミュニケーション（情報発信と情報収集）のためのツールであり、その要素として ICD 利用に関する議論のためのフォーラム、共同文書作成ツール、ライブラリーなどを想定している。これにより ICD の改善と普及に関して我が国の様々な利用者の意見を集約することが可能である。

【センターと WHO 間の協業】

WHO においても ICD 改訂・改正プロセスにおいて利用者からのフィードバックを想定しており、我が国で得られる情報との整合性や我が国の独自性などを、国際的な情報と比較検討している。

1.b 日本における ICF に関する取り組み

ICF は、ICD に比べると新しい概念であるが、人の生活する全体像を把握することができる分類として日本でも医療・福祉現場や利用者から注目を集めている。当センターでは、シンポジウムの開催（1）等を通じてその普及に努めるとともに、ICF を踏まえて作成されている WHODAS2.0 について、妥当性検証を踏まえた日本語版の作成を開始したところである（2）。

また、日本は、世界の中でも著しく高齢化が進んでおり、「疾病」と「生活機能」の両面の問題をもつ人が急激に増加している。そうした中で、「疾病」と「生活機能」のそれぞれの関係性を調査することにより、将来的には両者を統合的に評価する方法についての開発にも取り組んでおり、こうした意欲的な研究によって日本国内に止まらず、世界における ICF の普及にも貢献できると考えている（3）。

1.b.1 ICF シンポジウム

2012 年 12 月に一般の医療・福祉関係研究者、現場従事者を対象とした、シンポジウムの開催を予定しており、それに向けての準備が進められている。

過去 2 回のシンポジウム開催の経験を活かし、①医療現場への活用、②教育・普及について等の内容を検討しているところである。

シンポジウムにより ICF に興味をもった参加者には、ICF の勉強ができるようトレーニングコースを案内する等、次につなげることができる仕組みを構想中である。

1.b.2 WHODAS2.0 の日本語版作成

【実施方法】

日本では、今後の定期的なデータ収集における ICF の導入を図るために、ICF の理念に基づいた簡約調査票である WHO-DAS2.0 の日本語版を作成し、その妥当性を検証する調査研究を実施している。

現在、前年度までの研究において作成された仮訳版 WHO-DAS2.0 の調査項目について、その有効性を検証、再開発し、これを用いた調査を新たに計画している。

<プロセス>

- 1) 日本語に翻訳された調査項目を用いた調査。
- 2) 臨床家や保健医療分野のサービス評価の専門家を集めた委員会で調査結果を検討。
- 3) 調査項目の意図が調査者に通じていないこと、調査の拒否が多いことを鑑み、再度、日本語への翻訳。
- 4) 調査項目だけでなく、これに伴うマニュアルの日本語化。
- 5) 調査項目の再翻訳が終了後、調査員に対して、WHO-DAS の調査項目に対するマニュアルを用いて、調査の意義や、調査項目の理解を深めるための説明会を実施する。
- 6) 50 名を調査対象とした再調査を実施する。
- 7) 調査結果を基に、さらに調査項目の翻訳の適切性や項目そのものの妥当性を検討するための委員会を開催する。

すでに、4) までの事業内容を実施し、5) の調査員への説明を随時、実施している状況であり、説明会を終了した調査員から再調査が実施されている。

【状況】

2) の専門家等による調査結果の検討により、以下のような問題が明らかになった。

- ①単純に日本語に置き換えただけでは、調査項目が意図している本来の意味が伝わらない場合が少なくない。
- ②調査項目の主旨において、日本の文化的背景と一致しないことを理由に、回答ができないとされることが多い。

当初の日本語訳の調査項目では、調査の回答を拒否されることが多く予想され、調査を継続することは困難な状況であった。

このため、3) 及び4) の調査項目の再翻訳、マニュアルの翻訳も行ったところで、

今後は、以降の5) から7) を実施するにあたって、障害福祉分野の臨床家や、言語学の専門家も委員として採用し、日本文化に適した調査項目の表現の修正を重ねて、さらに6) の調査結果を踏まえて、WHO-DAS2.0 の日本語版を完成させたいと考えている。

1.b.3 「疾病」と「生活機能」の関係性に関する研究

以下の課題について研究を進めることを目的として、厚生労働科学研究費補助金事業の申請を行っている。申請が認められると、研究にあたり政府予算の支援を受けることができ、ICF の研究について大きく貢献できることが期待できる。

【研究課題】

我が国では、急速な高齢化により、「疾病」と「生活機能」の両面の問題をもつ人が急激に増加しているが、現状では一方の側面からの情報収集、活用になっている。本来、この

両面の問題は大きく関係し合うものであるが、その関係性の研究は国際的にも皆無に等しい。

そこで、1) 疾病と生活機能の両面の関係性を明らかにすると共に、2) 医療・介護・福祉各々の連携といった必要性を検討して、各分野の連携上必須と成る項目、評価方法及びその啓発用法を明らかにすることが重要である。

その際、国際的指標を用いて、現状でのカルテ等の情報内容の分析、および医療・介護・福祉分野の患者あるいは利用者の啓示的調査（後方視、前方視とも）を行い、「疾病」と「生活機能」の両面を統合した評価手法を用いて必須項目と評価方法の試案を具体的に作成し、臨床上の実用性の向上を図る。

将来的にこうした統合的な評価方法を活用して、集計・分析を行うことにより保健医療福祉施策の統合的かつ効果的な政策評価に資することができる。

【今後の予定】

研究が始まるのは、2013年4月以降であり、結果がまとまるのは早くても2014年3月末となる。

当センターとしては、確実に研究が行えるよう、課題の重要性等について引き続きアピールしていくものである。

2 WHO 国際統計分類ネットワークにおける活動

2.a WHO 国際統計分類ネットワークへの参加

先述のように我が国は、WHO 協力センター長会議時代から、国際分類情報管理室長が会議に参加してきたが、組織がネットワークとなって複数の委員会からの情報収集が必要となったことを受け、2005年のWHO 国際統計分類ネットワーク東京会議より室長に加えて、室員、専門家による複数体制で各種委員会へ参加し、情報収集、意見提出を行っている。

2.a.1 諮問委員会 (Council)

センター長が、WHO の依頼による電話会議へ参加し、また年次会議においては、センターを代表し議長選挙の投票を行う。

2.a.2 改訂改正委員会 (URC)

- ICD 一部改正

本年3月末までのICD-10 (2012年版) への改正の提案にあたり、ICD 専門委員会委員及び国際 WG 協力員へ意見の提出を募り、当センターにおいてとりまとめた結果、3点について改正の提案を行った。

また、本年5月にURCより提示された改正案提示に対し、当センター内で予備的検討を行った後、ICD 専門委員会委員及び国際 WG 協力員に対して検討を依頼した。また、センターの構成メンバーである日本病院会診療情報管理学会において集中的に検討を行った。

6月下旬から9月上旬にかけて、各検討結果を受け取り、当センターにおいて内容を精査してとりまとめを行い、9月6日の投票期日までにプラットフォーム上での投票を行った。

- ICF 一部改正

本年5月にURCより提示された改正案について、当センター内で予備的検討を行った後、ICF 専門委員会委員へ検討を依頼した。6月下旬から9月上旬にかけて、各検討結果を受け取り、当センターにおいて内容を精査してとりまとめを行い、期日までにプラットフォーム上での投票を行った。

2.a.3 教育普及委員会 (EIC)

概ね毎月開催される電話会議に参加、また、本年3月にワシントンで開催された中間年次会議に参加し、情報収集及び意見提出を行った。

2.a.4 死因分類改正グループ (MRG)

日本の人口動態統計作成を担当する人口動態・保健社会統計課と綿密に連携を図りながら、新しい死亡診断書や原死因の選択ルールの変更等議題に対して日本としての意見をのべ、情報収集を行い、担当課に情報提供を行った。

2.a.5 生活機能分類グループ (FDRG)

2012年6月にFDRGから提案のあったICFユーザーガイドについて、国内専門家（主にICF専門委員会）に対して意見を求め、出された修正提案を11点に集約し提出した。

その後、6月29日に開催されたFDRG電話会議に出席し、提出された意見に対する対応について、また、ユーザーガイドに関する今後の展開についての議論に参加した。

2.a.6 改訂運営会議 (RSG)

月1回行われる電話会議には、協力センターから、伝統医学TAGの共同議長も務める渡辺賢治氏が参加し、ICD改訂全体の中でも伝統医学分類の進捗につき報告している。ICD-11改訂に向けた具体的な議論については、次項参照。

2.b ICD改訂 ～1CD-11へ向けて～

ICD-1以降、WHOは概ね10年ごとの改訂作業を行っていたが、ICD-9からICD-10の改訂に14年の歳月を要し、1990年に発表されたICD-10以降、10年後に改訂作業を行うことは、資金的にも人材的にも難しいというWHOの判断から、1993年以降1年ごとの小改正、3年ごとの大改正によってICDの改訂を行うことを予定していた。

しかし、各国からは、ICD-11への大改正を強く求める意見が出され、2006年日本病院会からICDの改訂のための資金提供が開始されたこと等により、ICD-11の改訂のための環境が整備されたとして、2007年、日本においてICD-11改訂のための第1回改訂運営会議(RSG)が開催され、改訂へ向けた動きが本格化した。現在は、2015年の世界保健総会における勧告を目指して、改訂作業が進められている。

我が国は、日本病院会、日本東洋医学会からの財政的支援に加え、分野別専門部会(TAG)の議長、WGの議長などの要職につき、人的にも大きく貢献をしている。

2.b.1 内科TAG

1. 活動の実施について

ICD-11の改訂における内科TAGの議長は、我が国の菅野健太郎氏(自治医科大学教授)が務めている。また、内科TAGの8つのWG(消化器、循環器、肝・胆・膵、腎臓、内分泌、リウマチ、血液、呼吸器)のうち、血液WGを除く全てのWGにおいて、議長、副議長、マネージングエディターのいずれかを日本人の研究者が担当している。このことから、内科TAGの活動に関し、進捗管理や基盤整備等の支援を当センターにおいて行っているところである。

(1) i-CAT入力作業進捗管理

今年度半ばの状況では、作業の進捗においてWG間で差が見られ、一部WGでは作業が止まってしまっているという事態が見られた。

当センターでは、2012年5月から6月にかけて、センター長が課題が発生していると考えられたWGの議長のもとへ直接赴き、状況を聴取した。その上で、全体のス

ケジュール、当該 WG の遅延状況を説明して、ただちに作業を進めてもらうことを依頼、また、必要な場合は、メンバーの交替等の対応を行った。実際に、内分泌 WG では議長が交替した。

その結果、内科 TAG の全ての WG において i-CAT 入力作業が進行し、2012 年 8 月未までの構造変更の確定作業まで滞りなく終了している。

(2) 国内内科 TAG 検討会の開催

各 WG における作業の相互確認、また、WG 間での重複の調整等については、逐次メールや電話において行っているところであるが、年に 2 回、対面による国内関係者の検討会を行っている。各 WG の進捗状況の報告、問題の提起等を行い、議論、調整を行っている。今年 9 月の検討会では、ウースタン氏を招き ICD 改訂の展望と改題について講演を行っていただき、TAG メンバーの士気向上に大いに資することとなった。

内科は ICD において半分以上を占める大きな分野であり、内科 TAG に課せられた責務も重大なものである。内科 TAG の活動が滞りなく進むよう、当センターが行う体制整備などの支援は、ICD-11 改訂作業の進行への大きな貢献になると考えている。

今後も引き続き、各 WG、TAG のメンバーと密な連絡をとりあうことにより、これまで同様の支援を行っていく。

2.b.2 腫瘍 TAG

分野別専門部会 (TAG) の中でも特に各専門部会との調整が必要となる腫瘍 TAG は、各 TAG の構造提案の確定を待つて調整が開始されたため、現在はまだ調整が行われている状況である。腫瘍 TAG と他の TAG との調整のための電話会議やメールなどが頻回に行われている。

【国内腫瘍 TAG】

ICD に関する審議を行っている ICD 専門委員会は、ICD の章ごとに担当の委員を設定しており、「悪性新生物」についても 1 名担当者がいる。先に、WHO が腫瘍 TAG を設置したこと、また、ICD 専門委員の腫瘍の担当業務は専門分野を横断する内容であることから、ICD 専門委員を補助するとともに、WHO の腫瘍 TAG と連携を図る体制が必要であることから、国内腫瘍 TAG 検討会を設置した。

今年は、7 月に検討会を開催し、ICD-11 改訂の動向について、メンバーに周知し、ICD-11 β版への意見提出を求めた。

泌尿器科学会、脳神経外科学会、皮膚科学会、呼吸器学会、整形外科学会について構造変更に関する提案があり、とりまとめて腫瘍 TAG やその他関係 TAG へ提出した。

2.b.3 伝統医学 TAG

西洋医学については、WHO は国際疾病分類 (ICD) などの周知の分類体系を使用し、死

亡、疾病、リスク要因、結果などを集計しているが、伝統医学についてはそのような世界標準がない。そこで伝統医学のための国際標準の用語集と分類体系を作成するため、協力プロジェクト計画が準備された。伝統医学（補完代替医学を含む）向けに新たに開発する世界標準の医療情報の名称を伝統医学国際分類（ICTM）という。

(1) ICD と ICTM に資する漢方医学のための分類とターミノロジーの構築

1. 活動の実施について

【目的】

ICD ならびに ICTM に資する漢方医学の分類と用語を構築する。

【背景】

伝統医学の国際的広がりは 1990 年代の補完代替医療の世界的ブームに端緒を発する。伝統医学は長い歴史に支えられてきた体系があり、新たな代替医療とは区別すべきという意見が以前よりあった。2005 年に米国 NIH、2006 年に FDA が東アジア伝統医学を Whole Medical Systems と称し西洋医学と同レベルの体系化医学として扱うようになった。

WHO でも、多人口のアジア・アフリカ地域では伝統医学が主流で、1978 年アルマータ宣言でプライマリケアの中で伝統医学が重要な地位を示すことを謳ったが、2008 年には北京においてアルマータ宣言で伝統医学が初めて WHO の宣言に入ってから 30 周年の記念行事を行った。

WHO の伝統医学政策はジュネーブ本部に伝統医学の専門部局がある他、西太平洋事務局にも伝統医学を管轄する部署があり、日中韓の伝統医学を中心にその国際化を推進している。

国際疾病分類に関する WHO の関与は 2006 年に始まった WHO 西太平洋事務局での伝統医学の診療情報の標準化プロジェクトの一つとして始まり、2008 年には西太平洋地域事務局における伝統医学分類が作成された。

本プロジェクトは 2009 年から WHO 本部のプロジェクトとして引き継がれ、2010 年に正式に国際伝統医学分類 (international classification of traditional medicine: ICTM) 計画がスタートし、2010 年から計 4 回の全体会議が行われる中、2010 年 12 月 6 日にはジュネーブ東京同時開催の国際記者会見を行い、WHO として正式に国際伝統医学分類を作成し、そのコアの部分に関しては ICD-11 の 23 章に入れる計画を公開した。

世界各地にある伝統医学の中でも日中韓で行われている伝統医学は欧米のみならず世界中で広く用いられ、公式な保健システムに組み込んでいる国も多く、ICD-11 には日中韓を中心に行われている伝統医学を入れる計画である。

【実施方法、状況】

わが国には伝統医学の国家分類が存在しなかったため、WHO 国際統計分類協力センターの一員である日本東洋医学会用語および病名分類委員会を中心に、漢方医学の専門家が集まり、漢方医学の分類を作成している。また、用語に関しては同委員会が作成した日本語

の用語集はあったものの、その英訳を行った。

その中で、中韓が伝統医学分類には2つの分類（伝統医学病名、証）があるのに対し、日本は伝統医学分類が西洋医学病名と混同する要素が大きいと考え、証分類のみを採用することにした。

日本は中韓と異なり、医師ライセンスが一つという事情から、医師の多くが西洋医学と漢方医学を日常診療の中で併用している。こうした事情を考慮し、西洋医学病名（ICD1-22章）と証分類（ICD23章）の併記を想定している。

また、日本では処方単位で診断を考える「薬方の証」があるが、これに関しては英訳作業ならびに用語の作成を行った。

【結果と影響】

日本版漢方分類の作成

まず、日本漢方の診断体系について整理した。漢方医学は虚実・寒熱の分類が重要であり、それらを必須項目とし、急性熱性感染症の場合には六病位の中から選択し、慢性疾患の場合には気血水の異常から選択する、というロジックを構築した。こうした分類方法は図らずも WHO が ICD-11 で推進しようとしているポストコーディネーションの方法である。

しかしながら ICTM の中ではポストコーディネーションの方式にするかどうかの議論が成熟していないため、それらを組み合わせたプレコーディネーションの分類を作成した。

用語に関しては予めポストコーディネーションとして各々作成した定義を組み合わせることで作成した。

また、日本が提案している「薬方の証」については当初ローマ字表記を提案していたが、WHO 側から表音文字であり、英文として意味が通じないということで、WHO から英文を作成するよう指示があった。まず欧米で出版されている伝統医学の本から処方名の英文リストを作成し、英文表記のルールを作成し、薬方の証分類を作成した。

【評価】

ICD は 1900 年来 110 年の歴史を有する死因統計、疾病統計など国際保健統計の基礎をなす分類であるが、現在に至るまで西洋医学のみしか対象とされてこなかった。しかしながら昨今の世界的な伝統医学の普及により、次回改訂時に伝統医学をも取り入れることが計画されている。現在日中韓を中心に世界の専門家が集まり、その作成を行っているが、各国の事情に合わせた分類も同時に作成する。WHO 国際統計分類協力センターとしては日本版の漢方分類を作成してきた。漢方の証およびコンテンツモデル作成は WHO の ICD 改訂作業と同期する形で順調に進捗している。

【問題・課題】

中国には国家としての病名分類である GB95 および GB97 が存在する。また、韓国も 2010 年から ICD-10 の韓国版に組み込まれた形で伝統医学分類が実際の診療で用いられている。

今後は漢方の証分類および定義などの整理を進めるとともに、日中韓での比較のできる国際分類としての位置づけを明確にする。

2. センターと WHO 間の協業

ICTM プロジェクトへの拠出

ICTM プロジェクトに関する必要な資金の拠出を日本東洋医学会および日本漢方医学研究所から行っている。

WHO-FIC ネットワーク会議での報告ならびに情報交換

日本の漢方の証分類に関する進捗ならびに ICD との関連については WHO-FIC(WHO 国際統計分類)ネットワークで報告してきた。

2010 年のカナダトロントの会議では、ICD コード漢方の証分類との関連について (ICD Code and Kampo Code in Kampo Clinic in Japan) 報告した。2011 年の南アフリカのケープタウンでは、ICTM プロジェクトの共同議長として ICTM プロジェクトの進捗状況を発表するとともに、漢方の証コードの実際 (Kampo Codes in Japan) を報告した。

ICTM プロジェクトの国際記者会見

2010 年 12 月に第 2 回 ICTM 会議を東京で行った際に会議に先立ち、WHO 本部が東京と同時国際記者会見を行い、ウースタン氏はじめ PAG のメンバーが ICD-11 に新たに伝統医学を入れる計画を明らかにした。

WHOICTM 会議への参加ならびに情報交換

国際伝統医学分類会議は 2009 年から WHO ジュネーブ本部のプロジェクトとなったが、実務は日中韓を中心としたプロジェクトアドバイザーグループ(PAG)および分類、用語、介入、情報の各 WG の活動で構成されている。

現在までに全体会議を 4 回、介入に関する会議を 2 回、用語に関する会議を 2 回行った。その他、PAG の電話会議およびメーリングリストで情報交換をしている。

この 1 年の活動としては、2011 年 11 月には韓国・大田で WHO 国際伝統医学分類プロジェクトの用語委員会が開催され、日中韓を中心にして用語の統一のための会議を行った。また、2012 年 3 月には上海において用語 WG ならびに PAG のメンバーによる会議が行われた。2012 年 5 月には香港で全体会議が行われた。

(2) ICD 改訂及び ICTM の構築に向けた伝統医学情報モデル

1. 活動の実施について

【背景】

ICD-10 から ICD-11 への改訂の中で大きく変わるのは 1) 電子版ができる、2) 用語がつく、3) 情報モデルがつくことによってオントロジーエンジンの使用が可能となる、の 3 点であるが、中でも情報モデルは大きな変化である。

ICD11 の 1-22 章の情報モデルは ICTM の情報モデルに先行する形でスタンフォード大学が中心でプロテジェを使って構築が行われた。ICTM プロジェクトは他の改訂作業に遅れたが、同じくプロテジェを用いて構築された。しかし、日中韓の母国語による定義や表音表記をするなど他の章における情報モデルとは別立てで作成されている。しかしウェブ上の ICD-11beta では同じ画面で見せられるようになっている。

漢方の証分類もこの情報モデルに則した形で作成される必要がある。

【実施方法、状況】

日本版漢方分類の用語および情報モデル作成

用語の作成ならびに情報モデルの作成ならびに iCAT への入力作業も証分類と同様 WHO 国際統計分類協力センターの日本東洋医学会用語および病名分類委員会を中心に作成を進めてきた。

薬方の証の用語および情報モデル作成

日本が提案する薬方の証については、「一般用漢方処方の手引き」に則って用語および情報モデルの作成を行った。

iCAT への入力

上記で作成した情報モデルをマネージング・エディターが中心となって iCAT 上へ入力した。

【結果と影響】

日本版漢方分類の用語および情報モデル作成

日本東洋医学会でこれまでに作成してきた用語集を元に証分類の定義ならびに情報モデルを作成し、エクセルに整理した（資料 1）。

薬方の証の用語および情報モデル作成

薬方の証に関しては、わが国で医療用漢方製剤として用いられている 148 処方（147 の経口薬および 1 軟膏）について作成した。当初ローマ字表記を予定していたが、中国もピンイン表記ではなく、英語表記にする中、ローマ字表記はピンインと同じく表音文字であり、ローマ字表記ではなく、英語表記を作成した。作成に当たっては、まず欧米で出版されている伝統医学の本から処方名の英文リスト（資料 2）を作成し、英文表記のルールを作成し（資料 3）、薬方の証分類（資料 4）を作成した。

iCAT への入力

2012 年 8 月現在、分類および用語の日本提案はスタンフォード大学が管理する iCAT 上への入力がほぼ完了した。

【評価】

日本の証分類が元々がポストコーディネーションの方式で作成されたものであるため、それらの定義を組み合わせたプレコーディネーションの形での定義作成となった。

将来的にポストコーディネーションになった場合にも容易に対応可能である。

【問題・課題】

漢方の証分類と薬方の証の関係については、日本の専門家の中でも意見が集約できておらず、将来的に整理する必要がある。

2. センターと WHO 間の協業

(1) に記載済み。

3. 他の WHO 協力センターとの協業

伝統医学情報モデルに関しては、日中韓を中心に ICTM のマネージングエディターが電話会議などで連絡を取り合って調整してきた。日本のローマ字、中国のピンインはアルファベット表記ではあるが、実際には表音文字であり、英語としての意味をなさないことから、最低限のピンイン (yin/yang と qi) を除いては使用しないことが合意された。

また、伝統医学情報モデルとして iCAT 上には各国語表記ならびに各国の表音表記 (日本はローマ字) 表記もできるようになっている。

2.b.4 保健情報モデリング TAG (HIM-TAG)

厚生労働科学研究費補助金事業により、ICD-11 におけるオミックス情報モデルの研究を行った。

【研究目的】

標準臨床医学情報モデルとの連携性、概念対応の違いなど、臨床オミックス情報モデルを ICD11 の中で実効させるために必要な情報を明らかにしつつ、臨床オミックス情報モデル (ベータモデル) の作成を行う。

【研究方法】

臨床オミックス情報モデル (ベータモデル) の作成臨床オミックス情報モデル (ベータモデル) の電子化を行った。電子化は、主にアルファバージョンを XML 化することで達成する予定であったが、実際の XML 作成にあたっては、ベクトル表現をするためのサブモジュールを導入するなど多くのアイデアと改造を必要とした。その際、XML Editor などを用い作成を行ったが、必要に応じて Protege や LexWiki というオントロジーツールの利用も行った。ICD11 コンテンツモデルとの整合性検証整合性検証は、ベータモデルで定義される項目ごとの意味的整合性とオミックス情報記述性、GSVML などの標準モデルとの整合性の観点から行った。また、臨床オミックス情報モデル作成に必要な構成要素、他の標準臨床医学情報モデルとの連携性、概念対応の違いなど、臨床オミックス医学情報モデルを ICD11 の中で実効させるために必要な情報を明らかにした。WHO-TAG-HIM 会議への参加

ならびに情報交換随時ジュネーブで行われる会議に出席し、ICD のモデル化作業に関する情報収集と意見交換を行った。また、随時、WHO-FIC, 内科 TAG などへも参加し、情報交換を行った。

【結果と考察】

ICD11 対応した臨床オミックス情報モデル（ベータモデル）を作成した。本モデルでは代表的なオミックス構造を列挙した上で、other_omics_annotation でユーザーがオミックスの種類ごとにアノテーション定義を行うことができる。この other omics annotation は、ネスト（階層再帰呼び出し；入れ子）できるので、オミックス階層内だけでなくオミックス階層間にわたる情報も同時に記述することができる。このオミックス表現は、オミックス研究自体の発展に合わせて、その構造を変化させていく必要がある。

【結論】

今後は、本研究で作成した臨床オミックス情報モデル（ベータモデル）を実データを用いて検証しつつ、現実化に向けた改善を行う必要がある。我々の持つ国内唯一の臨床オミックスデータベースである、iCOD (integrated Clinical Omics Database)のデータを用いて、臨床オミックス情報モデル（ベータモデル）を真の国際標準とすることができるように、今後とも努力したい。

2.b.5 死因分類 TAG (M-TAG)

M-TAG の stability analysis の検討グループメンバーとして、数回の電話会議への参加、分析作業への協力をを行い、今後も継続する予定。

2.c アジア太平洋地域における死亡・疾病データの改善及び診療情報システムの普及

1. 活動の実施について

【実施方法、状況】

わが国では、日本病院会によって 2006 年より「ICD の改善と普及」を目的に WHO への技術および資金の支援が行われている。その「普及」の目的を達成するために WHO は 2006 年に WHO-FIC ネットワークの下にアジア・パシフィックネットワーク会議を構築した。わが国は、2007 年京都、2009 年静岡、2010 年東京と開催地を務め、2007 年から当時の ICD 室長が議長を務め今日に至っている。

議長：首藤健治（日本）

共同議長：スクル・キム（韓国）

また、開催当初より日本病院会が事務局となり、アジア・パシフィックネットワークのホームページを立ち上げ、地域の ICD の普及活動に貢献している。

ネットワークでは、地域の ICD 普及状況の現状を把握し、地域の共通の目標の確立をめざし、発展途上国の参加を支援した。

本活動は、世界的な ICD の普及にむけての先進的な地域活動として、期待されている。

ネットワークでは、2007年より3つのWGを設置し、具体的な活動を行っている。

- ①死亡 WG 議長：ワンサ・パオイン
- ②疾病 WG 議長：シェド・アルジュニド
- ③保健情報システム WG 議長：チェン・アン・リー

【結果と影響】

第1回から第5回の面接会議において19カ国が参加し、各国の現状の把握と参加者相互の活発な意見交換が行われ、アジア・パシフィック地域のネットワークの基盤を構築した。本地域のICD普及状況を調査し、各国の情報を共有することにより、今後のICDおよび診療情報管理の普及活動の戦略に有益な情報を得ることができた。

健康情報システムによる分類の活用を推進するため知識や資源の共有が図られた。

＜活動状況＞

- 【第1回】2006年 チュニジア、チュニス 参加9カ国 55名+WHO
- 【第2回】2007年 日本、京都 参加13カ国 39名+WHO
- 【第3回】2008年 インド、デリー 参加10カ国 16名+WHO+SEARO
- 【第4回】2009年 日本、浜松 参加9カ国 30名+WHO
- 【第5回】2010年 日本、東京 参加6カ国 46名+WHO

＜参加国＞オーストラリア、インド、インドネシア、中国、日本、韓国、カンボジア、マレーシア、ベトナム、香港、タイ、パプア・ニューギニア、タイ、モンゴル、シンガポール、ベトナム、ラオス、ネパール、パキスタン

【評価】

WHO-FICにおけるICDを中心とした国際疾病分類の普及に地域としてのネットワークの基盤の構築が図られた。今後、各地における地域普及活動の広がりが期待されている。

【問題・課題】

アジア・パシフィック地域におけるICD、ICFの具体的な普及戦略を作成し、推進する。

【WHOスタッフのセンター訪問】

2008年第3回のインド、デリーで開催した際には、日本からの参加団とWHOのメンバーがWHO、SEAROの地域事務局(Dr.Samlee Plianbangchang 事務局長)を表敬訪問し、SEARO地域におけるICDの普及問題について意見交換を行った。

第Ⅲ部 今後の活動計画 重点テーマ ～質と普及～**1. ICD-11 β版の改善****1.a 内科 TAG**

・内科 TAG における構造変更に関しては、内科 TAG のマネージングエディターである、ジュリー・ラスト氏、ミーガン・クメルラト氏が分類の専門家としての知見を駆使し、構造の不整合を正し、精力的に各 WG 間との調整を行った結果、2012 年 8 月末に icat への構造変更入力を終了した。

全体の構造変更が終了した後は、個別の定義入力に入るが、現在 8 つの WG のすべてにマネージングエディターが揃っている訳ではないため、まだ人選が終了していないところでは早急に人選を進め、個別の定義入力作業に対応することになっている。

定義の入力作業のための基礎データは、日本消化器病学会、日本内分泌学会、日本糖尿病学会、日本リウマチ学会、日本血液学会、日本呼吸器学会の各学会が総力をあげて作業に協力をし、現在集約を行っているところである。当面、第 3 レベルまでを目標としている。

今後フィールドテスト、レビュー等を順次行って行くが、引き続き、日本消化器病学会、日本内分泌学会、日本糖尿病学会、日本呼吸器学会、日本リウマチ学会、日本循環器病学会、日本血液学会、日本腎臓学会など、専門家の協力を得ながら、日本の知見が反映されより精緻なものになるように、進めて行きたい。

1.b 腫瘍 TAG

ICD の腫瘍部分の改善については、ICD-11 に関する TAG (Neoplasm TAG) の中で検討されている。WHO-FIC 協力日本センターから、国立がん研究センターの西本がこの TAG に参加することで改善プロセスに関与してきた。Neoplasm TAG は臓器別の TAG と異なり、全身の臓器を横断的に俯瞰して、改善を図る必要があることから、日本国内の関連学会からの代表を集めて組織された腫瘍 TAG (国内 TAG と称す) を策定し、組織化した。この国内 TAG から提案される内容は、Neoplasm TAG の議論に反映するように取り組みを進めており、食道胃接合部の扱いなど、わが国のがん診療の独自性に関わる部分等について、情報を発信してきた。

疾病構造は人種・民族などによる差異が存在することから、ICD の改善・策定にあたっては、こうした差異を統計的に示しつつ、国際的に利用しうる分類体系を構築する必要がある。私たちは国立がん研究センターに集積された日本のデータを用いて、差異を明らかにしつつ、国際疾病分類としてのあるべき姿を提案する活動を続けている。一例として、前述の食道胃接合部の悪性腫瘍については、IARC 刊行の『5 大陸のがん罹患第 9 版』(Cancer Incidence in 5 continents - Vol.IX) でのデータでは、食道の悪性腫瘍の組織

型別頻度が Squamous cell ca. : 43%, Adenocarcinoma : 35%、日本の院内がん登録データでは Squamous cell ca. : 82%, Adenocarcinoma : 12%、食道胃接合部の悪性腫瘍の組織型別頻度では CI5 は Adenocarcinoma : 85%、日本は Adenocarcinoma : 93%と異なる頻度分布であることから、食道胃接合部の腺癌を食道癌で分類するという UICC TNM 分類での扱いが、日本の実態には適合しないことを国立がん研究センターに集積された日本のデータを示すことで、食道/食道胃接合部/胃を独立した3部位として体系づけるべきであるという方向性を提示し、Neoplasm TAG での議論に反映させてきた。

この他にも、国内 TAG からの意見は、Neoplasm TAG や内科 TAG での議論に反映させるように、国内での集約後、肺癌の組織型分類や下垂体腫瘍の部位コードに関する提案等を各 TAG に提示している。

このように、国内からの専門家からの意見収集を図る他、Asian Cancer Registry Network 等との国際的な地域連携も図りつつ、東アジアからの腫瘍関連情報の情報発信の拠点としての機能の向上に努めている。

以上のように、毎年数十万件のがん登録データを集約する国立がん研究センターが国内的・国際的に情報のハブの役割を果たしつつ、日本の国際分類統計センターの一翼を担う組織として参加することで、ICD の改訂・改善において大きな貢献が期待できる。

1.c 伝統医学

2012年8月現在 ICD-11 beta には 23 章として伝統医学分類が入っている。伝統医学が入るのは 110 年以上の ICD の歴史の中でも初めてのことであり、ICD の他の章との整合性など、今後の課題も多い。以下それらを整理し、WHO 国際統計分類協力センターとして、今後貢献すべき事項について整理する。

1. 伝統医学病名 (traditional medicine disorder) と ICD 他章との関係について
2. レビュープロセスについて
3. 23 章の使い方について
4. 証分類のポストコーディネーションについて
5. 国際比較のための課題
6. 薬方の証とその他の証との関係について
7. 日本独特の証について

1. 伝統医学病名 (traditional medicine disorder) と ICD 他章との関係について

伝統医学病名はわが国では用いないが、中国・韓国に取っては重要な分類であり、23 章の一部になっている。しかし、ICD 他章には似たような病名があり、混乱をきたす可能性がある。

まず伝統医学病名の「病名」を disease とすると西洋医学的病名と混乱をきたすため、disorder と称することにした。

問題は伝統医学病名が症候を中心に命名されているのに対し、西洋医学が病因に基づいて

分類されていることによる混乱である。

たとえば霍乱は激しい水様の下痢であり、コレラを指すと考えられているが、伝統医学ではコレラ毒素による、という定義がないため、同一かどうかははっきりしない。コレラ毒素による激しい下痢を含む水様下痢を霍乱と称する、としかいいようがない。

混乱を避けるために cholera-like disorder とした。

同様に瘧はマラリアとほぼ同一であるが、マラリア原虫を証明しなくても瘧というために、malaria-like disorder とした。

マネージングエディターを中心に今現在も見直しが行われており、ICD 全体のレビュープロセスで、他の TAG から指摘を受ける可能性もある。

日本では伝統医学病名を用いないが、ICD の他章と整合性がとれた 23 章になるように貢献する必要がある。

2. レビュープロセスについて

ICD-11alpha が専門家に公開されたのは 2011 年 10 月であるが、現在までに 1600 余りのコメントが寄せられている。これらに対し日中韓を中心に 60 名（日本からは 13 名）のレビュワーが推薦されており、WHO で整理した後、レビュワーにコメントを求める。レビュワーが円滑にコメントできるように WHO 国際統計分類協力センターとしても支援する必要がある。

3. 23 章の使い方について

まずはユースケースであるが、死因統計に使われることはない。疾病統計に用いられることはおおそ合意されている。

中国、韓国では既に保険病名として伝統医学分類が用いられている。わが国では医療保険の中で「証」が組み込まれているが、実際にはほとんど使われていない。

たとえば大柴胡湯を例にとると、

「比較的体力のある人で、便秘がちで、上腹部が張って苦しく、耳鳴り、肩こりなど伴うものの次の諸症」と証の記載が現代的な文章であり、適応症として西洋病名が以下のように挙げられている。

- 胆石症、胆のう炎、黄疸、肝機能障害、高血圧症、脳溢血、じんましん、胃酸過剰症、急性胃腸カタル、悪心、嘔吐、食欲不振、痔疾、糖尿病、ノイローゼ、不眠症。

この意味においては薬方の証で、薬が決まれば伝統医学的証がある程度限定されることになる。

これらを参考にしながらわが国におけるユースケースを想定していく必要がある。

23 章のコーディング・ルールについては現在 ICTM PAG メンバーで検討中である。ICD の 1-22 章との関係ならびに、23 章内での伝統医学病名分類と証分類とのコーディングの順番、プライマリにはどれを選択すべきかなどが課題である。

漢方の日常診療では医師免許が一つであり、西洋医学病名がプライマリで、そこに証を当てはめて漢方の処方を選択することが多い。たとえば実証で熱証であっても、高血圧であ

れば黄連解毒湯が選択されるし、頭痛であれば大柴胡湯が選択されるかもしれない。このように漢方処方を選択するには西洋医学病名が大きく関与するケースが多く、西洋医学病名をプライマリに置くのが日本の場合には妥当であろう。

一方香港のように伝統医学の医師が西洋病名を診断してはならない地域もある。ただしこの場合でも西洋医学病名を既に診断されているケースが多いと思われる。

中国はモデル病院においては既に 1) 西洋病名、2) 伝統医学病名、3) 証の 3 通りを行っている。しかも病棟で入院患者も多く持っている。

韓国の場合 2010 年から施行されている KCD-6 (ICD-10 の韓国版) では U コードとして伝統医学分類が入っている。

コーディングルールとしては、西洋医学病名または U コードの伝統医学病名または U コードの証分類から 1 つ選択する。

各国でコーディングルールが異なるが、今後国際分類のためには統一したガイドラインが必要となる。

4. 証分類のポストコーディネーションについて

伝統医学の証分類には繰り返し用いられる用語がある。たとえば臓器、気血水、虚実を組み合わせて「肝血虚証」などである。これらを因子毎に分解すればポストコーディネーションとなり、コードの数は大幅に減らすことができる。

しかし既に中韓ではそれらを組み合わせたプレコーディネーションで使用してきた実績があり、どう扱うかはこれからの課題である。

漢方の証分類に関してはプレコーディネーションでもポストコーディネーションでも対応可能であり、ICTM プロジェクト全体の合意形成の元にどちらかにする予定である。

5. 国際比較のための課題

伝統医学病名は中国では重んじられるが、韓国はなるべく用いないようにし、西洋医学病名と混乱しないものだけを残している。日本は使用しないことを決めている。こうした違いをどのように解決するかは今後の課題である。

また、証分類に関しても日中韓で異なるものが多々あり、国際比較のためにそれらをどのように扱うかは今後の検討となる。

6. 薬方の証とその他の証との関係について

さきほどの大柴胡湯の例ではないが、処方漢方は漢方のある一定の証の患者に用いられるのが原則である。そうすると薬方の証と漢方の証分類にはオーバーラップが出てくる。

また、薬方の証に基づいてその薬方を処方した場合に、きちんとした統計が取れるかどうかについても今後の検討課題である。

7. 日本独特の証について

日本では虚実中間証というのがあるが、これは中国韓国から「正常」のことではないかと

いう疑義がなされた。日本の場合、西洋医学的病名と漢方の証が組み合わさっているため、漢方の証が必ずしも病的ではない場合がある。

伝統医学だけ考えるとたしかに虚実中間証は「正常」かもしれないが、わが国にとってはなくてはならない証分類である。

こうしたわが国独自の証分類を国際的にどのようにマッピングするのも検討しなくてはならない。

8. フィールドトライアル

フィールドトライアルについてはコーディングトライアルは専門家の協力のもと実現可能である。

問題は inter rater trial である。これは同一の患者を複数の医師が同じ診断を下すかどうかを検証するものであるが、国内でどのように行うか、また国際的にどのように行うか、プロトコール作成含め、今後の課題である。

まとめ

ICD-11beta に対する今後の検討課題とわが国の課題を整理した。

2015 年まで残り 3 年であるが、まだまだ完成させるための課題は多い。これら課題について WHO、関係各国、国内専門家と連携を密にして推進していく必要がある。

1.d フィールドテスト

フィールドテストは、ICD の適用性や信頼性をテストするためだけでなく、実際に使用される際の問題や特徴を把握する上で重要なプロセスである。また、フィールドテストを行うことで ICD の適用における言語や文化に関わる問題を明らかにし、ICD に関する知識を広めることに役立てることができる。

WHO では、ICD-11 のβ版について全世界に発信してフィールドテストを行う予定であり、医療関係者の国際的なコミュニティおよびその他の多様な関係者が全体の改訂プロセスへ参加することが期待されている。WHO は、このβ版に対する体系的なフィールドテストにより、β版の実行可能性、信頼性、臨床における有用性、妥当性を試験する予定である。

我が国においても WHO のフィールドテストガイドラインに沿って、フィールドテストが行われる予定である。その際、テストの対象者には、ICD-11 のβ版の各項目について、それらがわかりやすいかどうか、文化の違いを超えて適用できるかどうか、日本の文化・社会の中の各年齢層、性別、その他様々なグループに適用する際に問題がないかどうか、などが質問される。もし問題がある場合には、その問題を解決するためにはどのような対応方法があるかなどの提案も尋ねることが可能である。本センターでは、フィールドテストへの適切な参加者の選定、テストの具体的な実施方法、質問事項の翻訳、集計・解析方法など、医療情報学および医療統計学などの観点から技術的な助言を行う。

2. ICF の導入 WHODAS2.0

-日本における WHO-DAS2.0 日本語版の意義-

日本では、近年、高齢者福祉領域において、ノーマライゼーションの理念に基づき、在宅生活の継続が図られるようになり、そのため医療と介護の連携を含む多職種によってコーディネートされた integrated care のアプローチが採用されつつある。

このため、integrated care のアプローチを基にしたサービス提供システムの整備が全国で進められているが、これに重要な要素としては、クライアントの情報を多職種で共有することがある。

また、障害福祉領域においても、脱施設化が進められている知的障害の領域では、この integrated care のアプローチを検討した先行研究 (JANSEN2003) がなされ、身体・精神・知的といった領域を問わず障害者の在宅生活を支えるには、こうしたアプローチが求められてくるものと考えられる。

さらに、平成 24 年に閣議決定された「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」では、障害の範囲に「難病」が新たに含まれ、障害福祉サービスの提供システムを考える上で、医療と介護の連携をも含む、上記アプローチは、今後、より重要になってくると考えられている。

こうした観点から、障害領域の特殊性を反映したアセスメントツールが求められており、WHO-DAS2.0 日本語版は、これらの領域に有効に利用できるものと考えられる。したがって、この国際的に共通するアセスメントツールとしての WHO-DAS2.0 日本語版の開発とその妥当性の検証は、日本にとっては、喫緊の課題と位置づけられるべきものであると考えられる。

The potential value of integrated care for people with disability living in the community

Goals of an integrated care approach

(a) reduce fragmentation and discontinuities in medical care

(b) improve patient satisfaction and outcome

(c) Provide efficient and effective medical care.



WHO-DAS2.0 have potential for applying to comprehensive assessment in the integrated care approach

An integrated care approach is needed for comprehensive assessment, treatment and management in order to meet these goals set by the World Health Organization (2002) and Glendenning (2003)

【問題・課題】

現在、利用されている障害福祉サービスの支給決定に係るアセスメントは、高齢者領域において開発された介護保険制度における要介護認定の項目が代用されている。そのアセスメント項目とは、日常生活行為、意思疎通、行動等に関する79項目である。障害分野におけるサービス量決定においては、これにIADL（調理・買い物等）を評価する7項目を加えて一次判定が行われ、二次判定においてはさらに行動障害（多動やこだわり等）に関する9項目、精神面等に関する11項目（話がまとまらないなど）の評価が行われ、これらを鑑みて、総合的に判定が行われている。

だが、これらプロセスは煩雑であり、膨大なアセスメントをしているにも関わらず、その結果が、当該障害者のサービスの必要性和必ずしもマッチしない状況となっており、多くの問題があるとされている。

すでに日本では、障害に対する考え方にICFの考え方が浸透しつつあり、本活動で進めつつあるWHO-DAS2.0の日本語版の開発によって、定期的なデータ収集におけるICFの導入ができれば、高齢領域における心身状態の評価（disability）とは異なり、社会生活上において発生する障害(handicap)を含めた評価を障害領域に確立できる可能性がある。

WHO-DAS2.0はICFの考え方を基に開発され、その妥当性が検証され、国際的に共通するアセスメントツールである。だが、その内容を日本語化することについては、現時点で多くの課題があることがわかっている。このため、現在の課題の解決のためには、まずは本活動を進め、WHO-DAS2.0の主旨を正確に反映した、日本語版を開発することが重要である。

そのうえで、障害者領域における評価データを収集し、これを基礎として、現在、多くの問題があるとされている障害者のサービス支給決定プロセスに利用できる方法を検討することが、WHO-DAS2.0を今後、普及していくための方策となると考える。

3. アジア・パシフィック地域での日本の経験の反映、普及

アジア・パシフィックネットワークでは、6年間のネットワーク会議活動において本地域のICD・ICFの普及状況の把握が図られた。

2012年～2013年では、この基盤を基に次のステップに向けての組織固めと、普及戦略の再構築を行い、2013年に具体的な活動を開始できるよう支援する。

2012年6月、中国・北京で開催予定であった第6回アジア・パシフィック会議が中止となったため、ブラジルで開催されるWHO-FIC年次大会において、アジア・パシフィックネットワークのコアメンバーによる計画立案のための会議を開催し、短期、中期の活動戦略の作成に向け支援を行う。

首藤前議長の退任意向を受け、新たな議長、事務局、WGにおいて、我が国として広く人材を検討し、適任者をセンターとして推薦し、確実なネットワークの構築、運営を図る。ウェブ会議、電話会議、メールを活用した意見交換を実施し、活動計画の迅速な遂行およ

ウェブ会議、電話会議、メールを活用した意見交換を実施し、活動計画の迅速な遂行および情報の共有化を推進する。

また、WHO-FICにおけるアジア・パシフィックネットワーク会議の位置づけを明確化し、WHO-FICの地域活動としての確実な国際活動を実行する。

各国際分類の普及に向けての継続的な調査を実施し、発展途上国の診療情報管理士育成のためのカリキュラム・教材を支援し、人材の育成に貢献する。

更に、海外から我が国の診療情報管理士教育研修の受け入れを模索する。

<WHO-FICへの貢献>

- ・WHOが作成するICD、ICFウェブトレーニングツールのアジア・パシフィック地域への普及に貢献する。
- ・WHOが進めているICD-11改訂におけるβ版のアジア・パシフィック地域からのアプローチとして、フィールドテストに貢献する。

4. 教育モデルの普及

<我が国の診療情報管理士教育>

我が国では、日本病院会診療情報管理士教育委員会が診療情報管理士教育のための教材を医学の発展と医療情勢の変化に伴い3年に1回改訂しており、2012年に第6回の改訂として発行する。本改訂においては、上記に示した各国の調査結果も反映して掲載する。

<病院における診療情報管理士実務のDVD>

日本の病院で実際に行われている診療情報管理の状況について映像によって紹介できるDVDを作成し、さまざまな経営主体、地域、規模の病院において、また、電子カルテや紙ベースでの異なった方法によってどのように診療情報管理が行われているかをまとめる。代表的な5つの病院を収録、編集し、英語版を作成する。

WHO-FIC、アジア・パシフィック、IFHIMAなどのホームページなどを活用し、提供して行く。

<WHO-FICへの貢献>

WHOが作成するウェブトレーニング・ツールについては、日本病院会と日本診療情報管理学会が日本語翻訳の実施および普及を推進する。

2008年から実施している各国の診療情報管理士教育の普及情報の調査について、さらに再調査を実施し、2012年版として情報の更新を行うとともに、42カ国へと調査対象国を増加した改訂を行う。本調査は、データベースと各国の情報をまとめた冊子を作成し、WHO-FIC、アジア・パシフィックネットワークおよびIFHIMAなどの関係者に提供し、情報の共有を図る。

5. 品質管理日本モデルの構築

ICD の精度を向上させるには、コード付与のプロセスの評価が必要であり、特に複数コード間の論理矛盾の検討や関連からのコード統合などの点検が必要となる。

複合病態分類（例えば、急性胆嚢炎、胆嚢胆石症の 2 コードから「胆嚢胆石を伴う急性胆嚢炎」の 1 コードにまとめる）におけるコードの統合、複数病態分類（例えば、MRSA 肺炎に対して B95.8：他章に分類される疾患の原因としての黄色ブドウ球菌、J15.2：ブドウ球菌による肺炎、U80.1：メチシリン耐性病原体の 3 コードを付与）における関連コードの付与と重点コードの抽出など、コーディングにおけるルール策定が必要であり、かつ、実際のデータ収集・コード点検業務の合理化を図る意味から、こうしたロジックをある程度普及させ、自動化するためのツールの開発が必要となる。

日本センターの一翼を担う国立がん研究センターでは、日本の院内がん登録において、品質管理ロジックの策定および品質管理ツールの開発を行ってきており、今後、この品質管理に関するノウハウを ICD 全般に拡張することを検討している。

日本の院内がん登録では、毎年 50 万件（1 件あたり 40 項目）を超える全国集計が行われており、この Call for data が行われる際に、提出医療機関は国立がん研究センターのサーバーにデータファイルを Upload することになっている。Upload の際には 300 ものロジックチェックが行われ、エラーが皆無となって初めて提出が終了となるため、院内がん登録データの品質はかなり高い。このインターネットを介した 1)データ Upload、2)エラー Check（品質管理）の仕組みは、今後データ提出時だけでなく、常時 Upload-Check がネット上で可能となるようにシステムの改善が図られつつある。

各医療機関における疾病統計の作成においても、入院単位での病名付与と、この品質管理サーバーを用いたコードチェックを試験的に運用できるかを、現在、国立がん研究センター中央病院において実証実験中であり、複数施設での検証を経て、サーバーを用いたコードチェック（品質管理）システムを運用することを検討している。こうした中央サーバー型品質管理システムの利点はエラーロジックなどの改善の度に、1）利用者側が Update する手間が省け、ロジックの改善が図りやすいこと、どういうエラーが多いかを解析して利用者側に通知することで、2）国内全体でのコード精度の向上が図りやすいこと、死亡統計等の関連統計作成時に、同様のシステムを用いれば、3）システムの共通化によるコストが軽減できること、などの利点が多い。

今後、がん登録システムのノウハウを活かしつつ、疾病統計における品質管理サーバーの運用を試験的に進め、医療機関－国際分類統計センター（国立がん研究センター）の間でネットを介した品質管理を実行することで日本における ICD の精度向上を図っていくとともに、品質管理で把握される ICD の利用実態（コーディングの問題点の把握）から、改善策を利用者に提示していくことを進める予定である。

3. 日本の基本統計データ

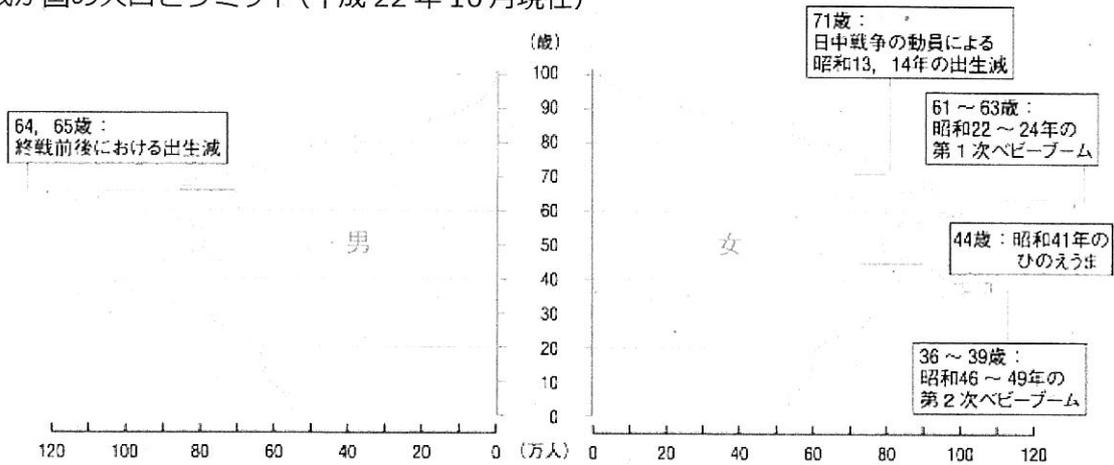
国土面積 37,950 平方キロメートル

人口 1億7805万7352人
(平成22年国勢調査)

首都 東京

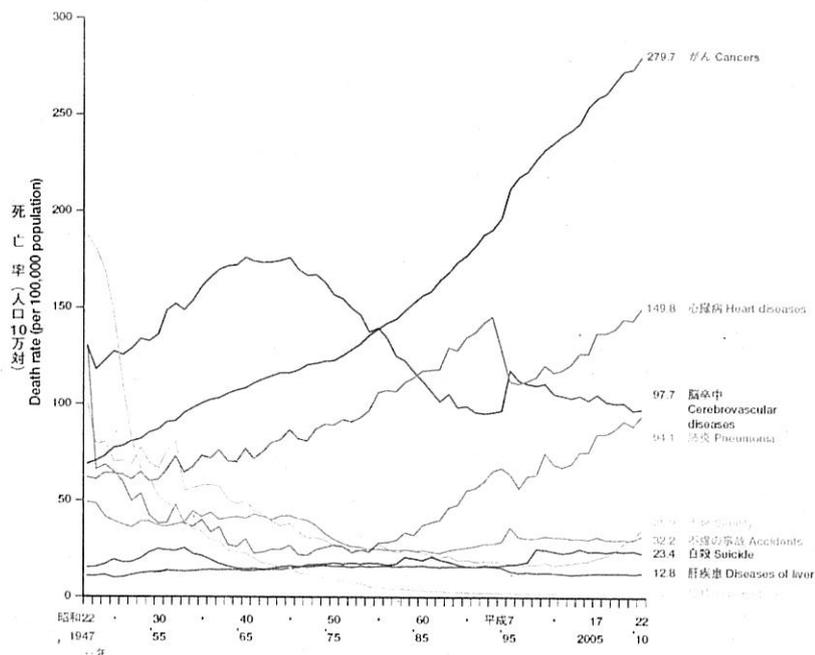
言語 日本語

我が国の人口ピラミッド(平成22年10月現在)



2-4表参照

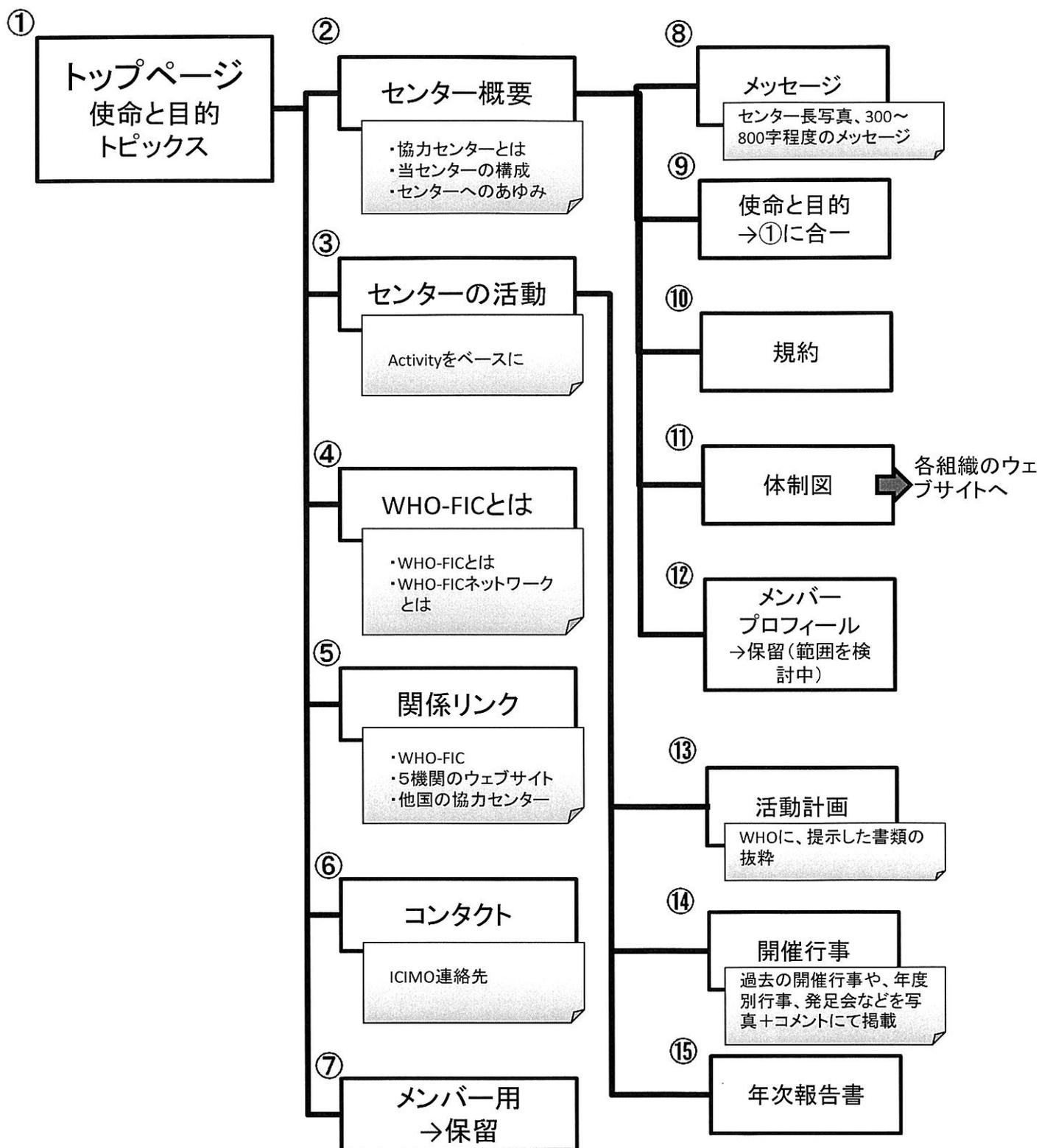
主な死因別に見た死亡率の年次推移 (昭和22年～平成22年)



WHO国際統計分類協力センター ワークプラン一覧

No.	活動No.	活動名	責任者	説明	期待される具体的な成果	WHOの活動との関連	活動の資金源	成果の普及方法	活動開始	活動終了予定	具体的活動	備考
1	活動2	ICD情報収集及び提供	及川恵美子	質疑応答、ICD利用のための解釈と基準に関する事項についての情報の収集と普及。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 谷仲悦、首藤健治、鎌ヶ江葉子、緒方裕光、西本寛、塚常雄、大井利夫、横堀由喜子	ICDの国際標準に従った利用、データの比較可能性の改善のための手順等の報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告はWHOの産出物とする。	ICDの改善と普及	公的予算	Eメール、概要報告	2011年	2015年	・国民からの問い合わせに対する対応 ・標準病名マスタ作成に対する協力 ・人口動態・保健社会統計課との協議 ・WHO本部、WHO-FICネットワークMRGメンバーとの協議	
2	活動3	ICD-10の各部分の評価	谷仲悦	ICD専門委員会臨床専門家によるICD改善への取組みの支援 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、塚常雄、大井利夫、横堀由喜子、藤原研司	ICDの様々な部分の妥当性に関する、エビデンスに基づいたフィードバックの報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告及びエビデンスはWHOの産出物とする。	WHO-FICの改善と普及	公的予算	WHO-FIC会議での報告、WHOのICD改訂運営会議における投票。	2011年	2015年	・ICD専門委員会委員からのICD改正提案意見のとりまとめ ・WHOに対する提案提出 ・プラットフォーム上の投票及び他のセンター等からの質問及び意見への対応	
3	活動5	ICD、ICF及び診療情報に関する訓練	横堀由喜子	国内外において診療情報と統計に関する講演・会議を実施すること(日本診療情報管理学会の年次会議、ICDに関するスクーリング講義、その他の医学会、学校、大学での講演)。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 谷仲悦、首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、塚常雄、大井利夫	会議報告、データプロファイル改善に関するエビデンス、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告及びエビデンスはWHOの産出物とする。	WHO-FICの改善と普及活動	日本病院会	WHO-FIC会議での報告、WHO資料(電子媒体、小冊子)修正への貢献。	2011年	2015年	・WHO-FIC教育普及委員会への参加 ・日本診療情報管理学会の年次会議、研修会の開催 ・ICD、ICFIに関するスクーリング講義 ・医学会、学校、大学での講演	
4	活動7	ICD及びWHO-FIC普及戦略への貢献	谷仲悦	診療情報の品質並びにICD及び他のWHO-FICの普及に関する調査研究。この研究内容には、診療情報システムにおける分類の利用及び伝統医学における分類の開発に関するものが含まれる。(政府出資研究プロジェクト: 大井利夫他、死因統計の精度及び国際比較可能性向上のための方策に関する研究。渡辺賢治他、漢方医学の証に関する分類の妥当性検討に関する研究。渡辺賢治他、東アジア伝統医学のインフォメーションモデルの研究) 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、塚常雄、大井利夫、横堀由喜子、渡辺賢治、藤原研司	診療情報の普及及びWHO-FIC分類の利用におけるベストプラクティスに関するエビデンスに基づいたフィードバックの報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告及びWHO普及データベースへ提供された内容はWHOの産出物とする。	WHO-FICの改善と普及	公的予算	WHO-FIC会議への意見出し、小冊子、WHO手引書への貢献	2011年	2015年	・厚生労働科学研究費補助金事業の事務局及び研究成果の提示	
5	活動8	ICD教材の普及	及川恵美子	ICDの入門手引書の年1回の刊行及び得られた経験をWHO-FICネットワークへフィードバックすること。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 谷仲悦、首藤健治、鎌ヶ江葉子、緒方裕光、西本寛、塚常雄、大井利夫、横堀由喜子	ICD手引書、WHO-FIC関連資料の改善に資するエビデンスを伴うICDデータプロファイルの改善に関する報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、報告はWHOの産出物とする。WHO CC規定3.1.1に基づき、手引書はWHO協力センターの産出物とする。	WHO-FICの改善と普及	公的予算	オンライン、WHO-FIC会議での報告	2011年	2015年	・「ICDのABC」の内容検討及び刊行	
6	活動10	ICD改訂プロセスへの多言語支援	谷仲悦	ICD-11の翻訳の早期実施により、分類の多言語翻訳への適切性を確保する。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、大井利夫、藤原研司、菅野健太郎、飯野靖彦、田嶋尚子、柏井聡	アルファ版、ベータ版及び最終版の各段階におけるICD-11の翻訳リスト並びに不明確及び明確な概念についてのフィードバックの報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告とリストはWHOの産出物とする。	ICDの保守と改訂	公的予算	オンライン、ニュースレター、紙媒体及び電子媒体製品	2011年	2015年	・ICD-11 β版、最終版の翻訳	
7	活動11	ICD-10の保守及びICD-11に関する情報	谷仲悦	ICD専門委員会を通じた医学会による及び統計的エビデンスに支えられた疾病及び死亡統計の適用によるICDの改訂・改正に関する提案の準備。(政府出資研究プロジェクト: 中谷 純他、ICD-11におけるオミックス情報モデルの研究) 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、大井利夫、藤原研司、菅野健太郎、飯野靖彦、田嶋尚子、柏井聡	ICD-10のエビデンスに基づいた改正及びICD-11に関するエビデンスを含む報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告及びエビデンスはWHOの産出物とする。	ICDの保守と改訂	公的予算	オンライン、ニュースレター、紙媒体及び電子媒体製品	2011年	2015年	・厚生労働科学研究費補助金事業における研究成果を踏まえた提案 ・改訂TAGへの参画	
8	活動15	ICFの普及	大川弥生	ICF専門委員会の専門家によるICFの調査研究と利用についての討議。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 谷仲悦、首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、筒井孝子、有馬正高	ICFの改善のための科学的根拠を含む報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告はWHOの産出物とする。	ICFの改善と普及	公的予算	WHOのオンライン・アップデート、プラットフォームへの提出、WHO-FIC会議での報告	2011年	2015年	・ICF専門委員会の開催	
9	活動16	ICFの普及戦略	谷仲悦	ICFの利用に関する経験及び知見の収集と普及。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、筒井孝子、大川弥生、有馬正高	ICF保守のためのエビデンスに基づいた提案を含む報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告と提案はWHOの産出物とする。	ICFの改善と普及	公的予算	WHO-FIC会議での報告、オンライン	2011年	2015年	・ICF専門委員会でのICF改正提案及び他の提案に対する意見のとりまとめ	
10	活動17	定期的なデータ収集におけるICFの導入	谷仲悦	高齢化、リハビリ、障害及び教育などの分野におけるICFに関する研究。(政府出資研究事業: 上田敏他、生活機能のコード化に関する研究。藤田伸輔他、ICFに基づいた慢性疾患管理システム) 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、筒井孝子、大川弥生、有馬正高	WHO-FICの普及活動のための経路の概要報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告とエビデンスはWHOの産出物とする。	ICFの改善と普及	公的予算	オンライン	2011年	2015年	・厚生労働科学研究費補助金事業 ・省内勉強会	
11	活動21	死亡診断書の改善	小野峯史	死亡診断書の入門手引書の開発と年1回の刊行及びその結果をWHO-FICネットワークと共有すること。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 谷仲悦、首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、塚常雄、大井利夫、横堀由喜子	国際的に承認される死亡診断書のためのガイドラインの意見を含む報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、前述の報告と意見はWHOの産出物とする。日本における死亡診断書の質の向上。	WHO-FICの改善と普及	公的予算	紙媒体及び電子媒体の手引書、WHO-FIC年次会議での報告	2011年	2015年	・死亡診断書記入マニュアルの作成	
12	活動23	ICD改訂に向けた内科におけるエビデンスに基づいた貢献の調整	谷仲悦	内科の各分野の日本人専門医によって構成される国内ワーキンググループを通してICD改訂のための内科分野専門部会を支援すること。(政府出資研究事業: 今村知明他、医療における情報活用を行う上での適切な疾病分類に関する研究) 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 首藤健治、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、西本寛、大井利夫、藤原研司、菅野健太郎、飯野靖彦、田嶋尚子	ICDの中の内科に関連する部分をエビデンスに基づいて定義し、編集すること、WHO CC規定3.1.2に基づき、これらの定義、編集はWHOの産出物とする。	ICDの保守と改訂	公的予算	ICD改訂プロセスへの情報の統合、オンライン刊行、ニュースレター、紙媒体・電子媒体製品	2011年	2015年	・内科TAG国際会議の実施 ・国内検討会の開催	
13	活動24	ICDとICTMに資する漢方医学のための分類とターミノロジーの構築	渡辺賢治	漢方医学(日本の伝統医学)の分類とターミノロジーを構築し、ICD改訂への導入及びICTMの構築に貢献するために、それらを英訳すること。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 日本東洋医学会用語分類委員会、首藤健治	ICD-11及びICTMへの導入向け、漢方医学の分類、定義、ルール及び指示から得られた経験に基づく報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、これらの報告、定義、ルール及び指示はWHOの産出物とする。WHO CC規定3.1.1に基づき、漢方医学の分類はWHO協力センターの産出物とする。	ICDの改訂、WHO/WPRO、WHO-FIC国際分類ファミリー拡張委員会、改訂運営委員会、アジア太平洋ネットワークに有益なICTMの構築	日本東洋医学会	オンライン(WHOプラットフォーム)、WHOへの報告	2011年	2015年	・WHO-FICネットワーク年次会議の参加 ・改訂委員会電話会議の参加 ・ICTM対面会議、電話会議の参加 ・日本東洋医学会サミット会議における伝統医学関係団体との調整	
14	活動25	ICD改訂及びICTMの構築に向けた伝統医学情報モデル	渡辺賢治	日本の伝統医学からの情報を踏まえた伝統医学の情報モデルの構築、また、ICTMの構築及びICDの改訂に資するようそれを英訳すること。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 日本東洋医学会用語分類委員会、首藤健治	ICDの改訂とICTMの構築に向けた伝統医学の情報モデル、WHO CC規定3.1.2に基づき、この情報モデルはWHOの産出物とする。	伝統医学国際分類 (ICTM) の構築、ICD改訂、WHO/WPRO、WHO-FIC改訂運営委員会、及びアジア太平洋ネットワークに有益である。	日本東洋医学会	科学論文、報告、ICTM及びICD、WHOオンラインプラットフォーム	2011年	2015年	同上	
15	活動27	アジア・太平洋地域における死亡・疾病データの改善及び診療情報システムの普及	首藤健治	アジア太平洋ネットワーク内で会議を主催し、また資源の少ない国々が、それらの会議に参加できるように支援することによって、死亡・疾病統計や診療情報システムの品質の向上のための模範となる実践方法について情報を共有できるようにするとともに、会議の進行役を務め、ウェブサイトを設置する。 次の方々との緊密な連携の下に活動する: 谷仲悦、鎌ヶ江葉子、及川恵美子、緒方裕光、塚常雄、大井利夫、横堀由喜子	普及を目的とした、地域を重視したアプローチに関する概要報告、WHO CC規定3.1.2に基づき、これらの報告と提案はWHOの産出物とする。	WHO-FICの改善と普及	公的予算	オンライン、WHO-FIC年次会議での報告及びWHO-FIC地域会議での報告	2011年	2015年	・アジアパシフィックネットワーク会議の開催 ・ウェブサイトの更新	

WHO国際統計分類協力センターウェブサイト
【構成(案)】



WHO 国際統計分類協力センターの活動について

2012 年 2 月 7 日

一部改正 2012 年 6 月 15 日

厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室
国立保健医療科学院研究情報支援研究センター
国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部
日本病院会日本診療情報管理学会
日本東洋医学会用語及び病名分類委員会(日本東洋医学サミット会議)

2011 年 9 月 9 日、WHO 西太平洋地域事務局長により、Collaborating Centre for the WHO-FIC in Japan(以下、「WHO 国際統計分類協力センター」という)の指定を受け、当センターの長は厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長とされた(指定期間は 2011 年 9 月 9 日から 2015 年 9 月 8 日まで)。

国際分類情報管理室及び4組織(「国立保健医療科学院研究情報支援研究センター」、「国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部」、「日本病院会日本診療情報管理学会」、及び「日本東洋医学会用語及び病名分類委員会(日本東洋医学サミット会議)」をいう。以下同じ。)は WHO 国際統計分類協力センターの活動について、以下の点に留意する。

(WHO-FIC ネットワーク年次会議)

1. 国際分類情報管理室及び4組織は、WHO-FIC ネットワーク年次会議の開催前に、その対処方針等について協議する。
2. センター長は、WHO-FIC ネットワーク年次会議の参加者を毎年決定する。
3. 国際分類情報管理室及び4組織は、毎年、WHO-FIC ネットワーク年次会議に WHO 国際統計分類協力センター年次活動報告書を提出するため、それぞれ WHO-FIC に関する活動の一環として実施した成果に関する報告書を作成し、これらを国際分類情報管理室がとりまとめる。

(WHO 旗)

4. WHO 旗は、国際分類情報管理室が保管し、センター長が必要と認めた会合以外には使用しない。

(ウェブサイト)

5. センター長は、センターのウェブサイトを開設し、センターの活動について公表する。

(重点検討事項)

6. センター長は、必要に応じて重点的に検討すべき事項を定める。

(その他)

7. その他、センターの活動に必要な事項はセンター長が決める。

以上

10. 3-5- 看護室 内科 TAG
6:30 reception
4000円

Reviewer
nephrology 3人
[reviewer
FIT
2012
2014]

11.

12

3/27 (水)