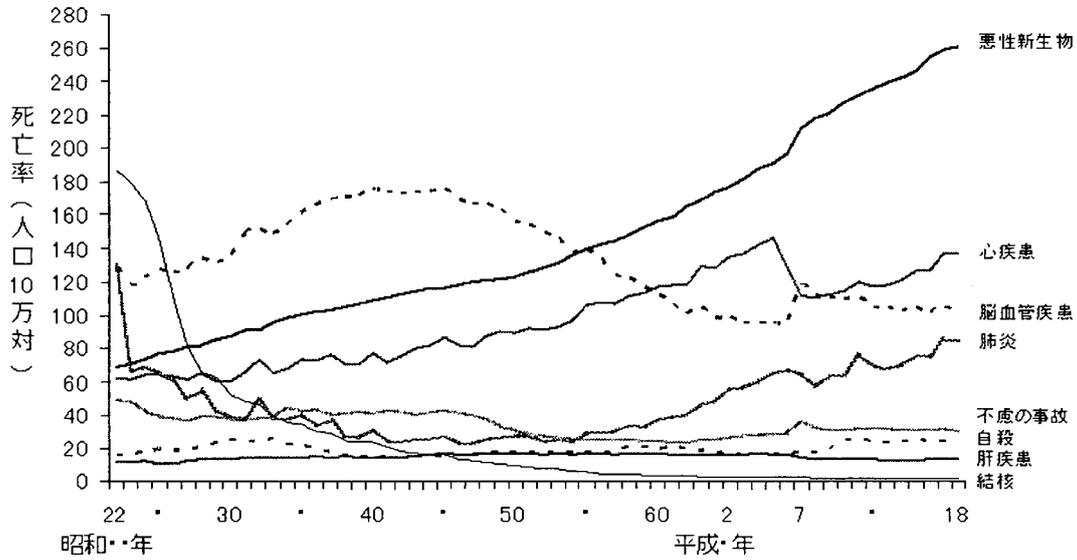


ICD 改正に伴う死因データの連続性確保について(メモ)

2008.2.8 中田

1. 日本で平成7年に行われたICD-9からICD-10への改正において、①ICD死因分類の変更、②死因選択ルールの変更、③死亡診断書の変更のため、心疾患、脳血管疾患等、さらには、胃がん、肝がん等においてその死亡率が統計的な連続性を保てなかった(平成18年人口動態統計月報年計(概数)の概況 図6、図8参照)。
2. 統計作成上の分類変更等が行われる場合、統計的な連続性が保てなくなることは致し方ないが、過去にさかのぼって新分類で再集計したり、新旧分類の変換率を算出したりして、分類変更等による統計の不連続を回避、緩和することが行われる。
3. ICD死因分類変更の場合、過去にさかのぼって新分類で再集計することは、実際には不可能でもあり、通常新旧ICD分類で同一データを集計しICD変更の影響を計測することがおこなわれる(これをbridge codingという)。平成7年のICD-9からICD-10への改正においてもbridge codingが行われ、ICD等の変更の影響が分析された(しかしながら、上記①-③それぞれの影響には分解されていない)。
4. こうしたbridge codingはICD-10からICD-11への改正においても行う必要があるが、作業量が膨大なため、方法論を含めあらかじめ準備しておく必要がある。また、ICD分類の変更は各国で一斉に行われるものではないため、特に変更期には国際的に見れば新旧ICD分類による統計が混在するためbridge codingを国際的に統一された方法で行い、変換率を計測した上で死因統計を国際的に使用しうるようにすることが望まれる。
5. このような状況に鑑み、次の点を要望したい。
  - (1) ICD-9からICD-10への改正において、どのような問題がおきたか事務局から本委員会に報告すること。加えて、死因統計の国際比較を行ううえでの問題を報告すること。
  - (2) 死因選択ルールの適用等、分類そのもののほかにもICD適用に関して各国間での相違点もあり、ICD-11適用に当たっては、そうした点も考慮・解決する必要があることをWHOに理解させ、対応をとらせること。特に、各国共通のbridge codingの仕組み、死因選択において世界的なデファクト・スタンダードとなっている米国ACMEの適用について検討すること。

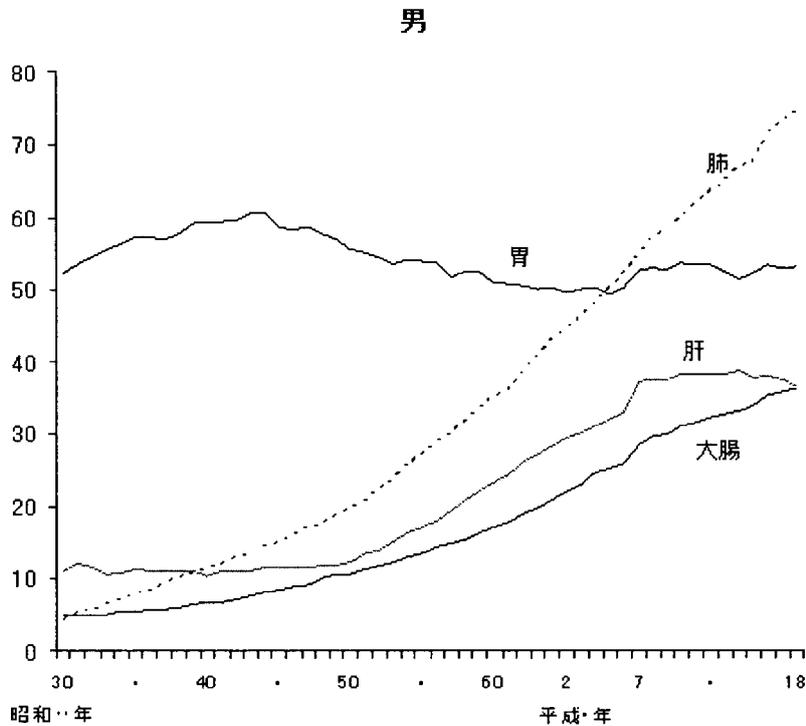
図6 主な死因別にみた死亡率の年次推移



注：1) 平成6・7年の心疾患の低下は、死亡診断書(死体検案書)(平成7年1月施行)において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。  
2) 平成7年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、ICD-10(平成7年1月適用)による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。

資料：平成18年人口動態統計月報年計(概数)の概況

図8 悪性新生物の主な部位別死亡率(人口10万対)の年次推移



資料：平成18年人口動態統計月報年計(概数)の概況