

での定義がないということで、これをどうしたらいいだろうか。

海外からは起因菌が特定できる場合に対応するコードを新設してはどうかという意見もございます。例えばKの75.5。しかしながら、我が国は、私を含めた多分ドクターの間から細菌性肝炎の症例というのは果たしていかなものだろうか、どれほどの頻度であるのだろうか。こういった議論も出てきております。かなり地域性があるのではないか。

6番目は、「新生児の低酸素性虚血性脳症」でございます。現状コードはP91.0ですが、「新生児低酸素性虚血性脳症」を「新生児脳虚血」と分けて分類したいという提案でございます。しかしながら、果たしてこれら2つを厳密に分ける必要があるかどうかという議論も出ておまして、まだ決定されておられません。

7番目は、「受動喫煙」。これをコード付けをしようというのが提案でございますが、現状では対応するコードはございません。恐らく付けるとしたらZコードに付けるんでしょうけれども、果たして「受動喫煙」というのをどのような病態として定義付けるかという意見がございまして、取り上げるか・取り上げないかという議論も含めてまだ検討中という状況でございます。

8番目は、「くる病による脊柱後弯症」です。現状でのコードは、索引から引きますと、Eの64.3剣印(†)、M49.3星印(\*)となっております。これは問題点が非常に大きくて、Eの64.3というのはくる病の続発後遺症となっております。後遺症をあらわすコードでありまして、現在のICD-10コーディングルールでは第1次コードとしては使用しないこととしております。ルールに従って、この疾患をコードするのであれば、Mの40.1でございますが、これだけでは情報不足で、くる病による脊柱後弯症をあらわせないこととなります。すなわち、これは剣印、星印のルールを変えることにもなりかねないので、十分にコーディングの議論をする必要があるというところでございます。

9番目は、「性転換症／性同一性障害」です。現状コードは性転換症はFの64.0、性同一性障害Fの64といずれも精神科疾患のコードが付けられております。これも参考文献にございますが、これを先天奇形のカテゴリーに分類できないか、すなわち遺伝性があるのではないかというペーパーがイギリスセンターを中心に出されまして、コードが提案されました。しかしながら、果たしてこの病態そのものをこのような形でとらえていいのかどうかというところの議論が分かれまして、各国に持ち帰って、専門家の意見を聞くということになりました。

10番目は、「アルコール性膵炎」でございます。現状でのコードは急性の場合はKの85、慢性の場合はKの86となっておりますけれども、海外から急性膵炎でなくてもアルコール性膵炎の分類ができるようにしたいという意見が出ておまして、Kの85の中

にアルコール性膵炎だけではなくて、薬剤性、術後といったような細分類をつくったかどうか、細分類をつくるのであれば、どのような形にしたらいいのだろうかというところで、まだ、議論が進んでおりません。

11 番目、「先天性心疾患国際専門用語プロジェクト」。これは北米とカナダが中心となって提案したものでございますが、このプロジェクトそのものについては皆の異議はございませんでしたけれども、ここに用いる用語集といたしまして、International Paediatric Cardiac Code (IPCC) というのと European Pediatric Cardiac Code (EPC) と Flyer Codes (ボストンから) 等の候補が挙がっている。こういったプロジェクトが立ち上がったときに、果たして各国についての用語としての適用はどうか。用語集をこれを使っていいかどうか、ほかのものがあれば何か提案してくださいということで、これはコードというよりは用語の標準化に向かった動きでございます。

12 番目は、「副反応及び合併症を起こした医療器具」。現在のコードといたしましては Y の 70～80、「治療及び診断に用いて副反応を起こした医療用器具」のカテゴリー内のいずれかにコードすることにされております。しかしながら、この Y 70～82 と Y 83～84 (「患者の異常反応または術後反応等を生じた外科的及びその他の医学的処置で処置時には事故の記載がないもの」)、このカテゴリーとの分類条件が非常に曖昧だということで、ここの Y の 70～84 までをきれいに整理しようということでございます。具体的に幾つかの案は出されてはおりますけれども、まだ決定的なものがないということで、各国に持ち帰ることになりました。

13 番目、「家族性非溶血性先天性黄疸」。これは索引からの指摘でございますが、索引表によると E の 80.5 (クリグラー・ナジャー症候群) というふうになってまいります。

しかしながら、実際に索引から分類定領の内容例示を見てみますと、E の 80.4 にジルベール症候群といったものもございます。索引から引きますと E の 80.5 だけに行ってしまいまして、80.4 が取り残されることとなります。果たして、この扱いを一緒にするため索引を直すだけで済むのか、あるいはクリグラー・ナジャーとジルベール症候群、非常に有名な病気ではございますが、頻度としては少ない。2つの疾患を一緒にすることはできないのではないかと。そういう議論が出ております。

最後に 14 番目「弁膜疾患」でございます。現状でのコードは非リウマチ性の場合は I 34、35、36 のカテゴリー内のいずれかにコード。先天性の場合は Q 22、23 のカテゴリーいずれかにコード。リウマチ性またはリウマチ性かどうか不明の場合は I の 05～08 のカテゴリー内のいずれかにコードすることとなっておりますが、これは原本の問題でございます。内容例示表の中で、上記各コードの包含除外分に記載された表示が非

常にわかりにくく、リウマチ性、非リウマチ性、先天性の分類が正しくなされない可能性があるとの意見が海外からございました。

我が国でも、検討いただくということですが、我が国の方では言葉の問題から「リウマチ性の有無にかかわらず」というような但し書きがしてありますので、日本語版においては特に混乱の問題はないと考えております。

以上でございます。

続きまして、資料3をごらんいただきたいのですけれども、今まで申しあげました14項目につきまして、事務局で担当者の割り振りのご提案をさせていただきます。

まず、1番目の病的な付着胎盤は田中委員と松尾委員にお願いしたいと思います。2番目の遺伝性クロイツフェルト・ヤコブ病に関しては松尾委員。3番目、再発性心筋硬塞に関しては田中委員、山本委員。4番目、アイゼンメンゲル症候群に関しては松尾委員。5番目、細菌性肝炎は菅野委員、藤原委員。6番目、新生児の低酸素性虚血性脳症は松尾委員、山本委員。受動喫煙に関しましては松田委員。8番目のくる病による脊柱後弯症については田中委員と山本委員。9番目、性転換症／性同一性障害におきましては、松田委員。10番目アルコール性膵炎については、菅野委員、藤原委員。11番目、先天性心疾患国際専門用語プロジェクトに関しましては、大江委員と松尾委員。12番目、副反応及び合併症を起こした医療器具に関しましては田中委員。13番目家族性非溶血性先天性黄疸に関しましては菅野委員と藤原委員。14番目弁膜疾患に関しましては、松尾委員にお願いしたいと考えております。

以上でございます。

○山本委員長 ありがとうございます。各論の、しかも大変細かいところに入ってきました。今の御説明からよくわかりますように、ICD-10ができてもう既に10年以上過ぎて、最近の医学の進歩に対応できない部分がたくさんある。国際的にも考え方が随分違うということで、WHOでも結論に至らなかった14項目と伺っております。

それに関しまして、最終的には医師が専門的な立場でカテゴリーをどう考えるのか。どういう適切なコードの考え方があるのか。その辺を整理していただきたいので各専門家にお願いしたいというのが事務局のお話だと思います。今までの説明の中でご質問や御意見ございますでしょうか。

○藤原委員 一つ一つの項目について自分の担当分を整理整頓するというのは比較的困難な作業ではないとは思いますが、基本的なところで、例えばここに先天性疾患としてはどうかという話が出ています。例えば性転換の話だとか。「先天性」とは一体何であり、誰が定義したんですか。「先天性」というといかにも遺伝性素因があるように聞こえますが、

実際は性転換というのは、発生のプロセスの中でのある異常です。生まれたときはすでに異常になっているでしょうが。それも含めて先天性と言うのか。「先天性」の言葉一つを取り上げていろいろな内容が入ってくる。だから、それを位置付けながら我々は考えたいのか。その辺の議論が果たしてWHOにあったのかどうか。まず、それが第1点です。それについて、わからないならわからないで結構ですが、その場合には問い合わせただければいいですが。

○疾病傷害死因分類調査室長 先天性ということに関しては先ほども少し申し上げましたけれども、イギリスのセンターから提案されたもので、幾つかの論文に基づくものでございます。その論文というのは性転換症が遺伝しているのではないかというような論文でございます。それをイギリスが主張してきたということです。

我が国でも文献を当たってみたところ、未だ決着がついていない問題でございます。ヒト、人間それぞれ遺伝子で動いているわけですから、それをゲノムのレベルで考えますと全く遺伝のないものがないと言ってしまってもいいのかもしれないですけども、果たしてそれを遺伝性にとらえるかどうかというところで大きな議論になりました。それで、各国の意見としては否定的だったのですけれども、おそらくイギリスあるいはヨーロッパのセンターで非常に強く推す研究者グループのバックがあり、専門家の意見を聞いて、どの程度遺伝性とするものを受け入れられるかどうかと各国に持ち帰り見解を出していただきたいということでございます。

○藤原委員 もう一点、よろしいですか。例えば、細菌性肝炎です。これは日本では恐らくないと思う。外国はあるのかもしれない。汚い手で肝臓の中身をいじらない限り恐らく起こりはしない。日本はまずあり得ない。日本ではこういうのはありませんと答える程度でいいことなのか。あるいはそういう世界全体を視野にしながら、我々の意見を挙げていくのか。その辺も言っていただきたい。

○疾病傷害死因分類調査室長 先生方をお願いしたいのは、まず第一に日本の視野に立ってお答えいただくということです。もう一つ先生方はインターナショナルな場で御活躍の専門家ですらっしゃいますので、例えば国際的な頻度を考えると、我が国としても国際的にもそんなに数の多いものでないからこのコード自体は要らないと言ってくだされば、国内的にも国際的にも意義のあるお答えだと思います。

○藤原委員 要らないというのは我が国の立場で要らない、ということです。WHOは世界を視野にしていますから、ある国では結構発生するということはあることです。ですから、そういったことを整理しながら答えていけばいいということですか。

○疾病傷害死因分類調査室長 基本的には我が国の現状というスタンスでお答えいただき

たいと思います。尿路感染症の例をとっても、コードについてもただし書きというものがあります。感染症の有病率は各国の地域格差というものがございます。熱帯地域に行けば感染症も多いし、先進国に行けばそうではない。この場合は、有病率の高低に応じたコードの選択ができます。今回の問題では、例えば先進国で細菌性肝炎が少ない場合はこのコードはなしとか、そういう形での但し書きを付けることはできると思いますので、まず我が国の意見としてお出しいただきたい。

○山本委員長 よろしいですか。

○菅野委員 先ほどの細菌性肝炎は、そもそも「肝炎」なのかそれとも肝内胆管炎ではないかという問題があります。

○疾病傷害死因分類調査室長 そういった御意見を出していただいても非常に有意義なことでございます。WHOのセンター長会議自体に医者の資格を持っている人が少ないものですから、なかなか率直なディスカッションというのはできなかつたんですけれども、各国の意見では、細菌性肝炎は、余り見たことはない。しかしながら、先生のおっしゃるような意見が各国から出てくる可能性も大いにございますので、そうなれば、またコードの変更ということになると思います。

○菅野委員 アルコール性膵炎を私どもが担当することになっていますが、これについて対応案として、アルコール性急性膵炎が確かにICD-10にはないのですけれども、そのほかに最近では代謝性であるとか、自己免疫性であるとか、遺伝性だとかたくさんのカテゴリーが出てきて、いわゆる病態あるいは原因で分類するというのが学会の趨勢です。そのような提案というのも、対応案の中に含ませてよろしいのか。

○疾病傷害死因分類調査室長 勿論、それは是非お願いしたいところでございます。この項目はまさにアルコール性膵炎に関する細分類そのものを作り直すという意図でございますので、各国のコンセンサスを得ながら、一番使いやすいものにしていくというのが趣旨でございます。

○田中委員 よろしいですか。

○山本委員長 どうぞ。

○田中委員 参考資料3ですが、これに今御説明の問題点と対応が書かれているということでしょうか。

○疾病傷害死因分類調査室長 そうです。これは最終版でございますが、URCの意見調整というものは、もっともっと厚いものが何回にもわたって発信されます。例えば、この項に関しては何年版の修正案を参照とか、いろいろございますので、これらの文書を直接見ていただくと非常にわかりづらいということで、問題点を整理し、日本語にまとめさせ

ていただきました。ただ、基本的にはこの原本の方に基づいて作成したということです。参考原本に入っていないもので昔の資料に入っているものに関しては、適宜ピックアップしてこちらの日本語の方にまとめさせていただきます。

○田中委員 自分のタスクを考えると、例えば、1などでも分娩前診断が確実にできる今の現状の医学の進歩についてはどう考えるかという、バックグラウンドから理解しないと、とてもタスクに答えることはできないと思います。

○疾病傷害死因分類調査室長 出生前診断ができる国というのは、主に先進国に限られていますのでご指摘のとおりです。先ほども申し上げましたように、我が国のスタンスでお答えいただくというのが原則でございます。

○山本委員長 それでは、今の説明の中で、資料3で検討項目別の担当ということで、お願いするということでもよろしいでしょうか。では、お願いいたします。 それでは、宿題の14項目につきましては、事務局としては、4月末日途に対応案をお願いしたいということですが、いかがですか。それでは早過ぎるとか。よろしいですか。

○菅野委員 いわゆる様式ですが、提案原文に沿った様式で記載する必要はございますか。

○疾病傷害死因分類調査室長 それは特にこだわりません。こちらにお寄せいただく方法も、郵送いただいても結構ですし、メールに添付していただいても結構です。口述でおっしゃると、問題がございますが、それ以外でございましたら、どのような方法でも結構です。

○山本委員長 フォームとか媒体はどれを使ってもいいから、日本の専門家としてのスタンスで整理をしていただければよろしい、そういうことでよろしいですね。

○松尾委員 この11番の項目を大江先生と私が担当するのですけれども、これは4月末日では厳しいと思うんです。関連の学会に問い合わせる必要があるのではないかと思います。個人の意見を述べるのはできますけれど、どうでしょうか。

○疾病傷害死因分類調査委員長 最初に松尾委員個人の、御意見をいただいて、後ほど追加情報があれば御送付いただくということにさせていただきたいと思います。

○松尾委員 大江先生と私との間で一度話し合って、案を出し合えばいいということですね。

○山本委員長 はい、どうぞ。大江先生。

○大江委員 私も続いてこの11番の項目のことを質問しようと思ったところなんです、いろいろ候補に挙がっているものという資料は事務局でお持ちで、後で届けていただけるということでもよろしいのでしょうか。

○人口動態・保健統計課長 今、説明した内容に幾つか引用したのもございましたので、

是非事務局に問い合わせただけであれば、事務局から該当部分について資料提供させていただきますので、よろしく願いいたします。

○山本委員長 現在、配られている資料は資料1、2、3と参考資料がございますが、この中でとりあえずやってくれという話になりますか。新たに必要な資料は事務局に請求すればいただけるということですか。

○疾病傷害死因分類調査室長 こちらの方にお問い合わせください。

○山本委員長 それではそういうことで、この議題2はそれで進めさせていただきたい。今日の説明だけでは不十分な点もございますし、適宜事務局に御連絡をいただきまして、よろしく願いいたします。

それでは、一番重要な部分になるかと思いますが、ICDへの日本のスタンスあるいは国際的な立場など先ほどから幾つかの問題が提起されていきました。例えば、菅野委員からはICD-11は今後どうなるのか、その改訂は日本にどういうふうに関係してくるのかといったご発言があり、藤原先生からはICDは一体国際協力としてやるのか、日本のスタンスとしてもし合わないのだったら日本として独自に考えるのかという意味が入っていると思われる御発言がありました。とりあえず御質問いただいたことに関しまして、事務局の方から、答えてもらい、それから議論に入りたいと思います。

○疾病傷害死因分類調査室長 まず、ICD-11についての今のWHOの動向について、御説明させていただきます。WHOにおいては、10年以上経っているICD-10が、実際の臨床の現場に合わなくなってきたというような議論が出てきております。先ほど申し上げましたように、WHOの代表部はICD-10の何らかの形での大規模改正、ICD-11と呼ぶか、ICD-10の大規模改正版と呼ぶかはネーミングの問題ですが、大規模改正の必要性についてはWHOの名前で『国際精神科ジャーナル』に述べられております。

それから実際に、精神科領域に関しては、ワーキンググループも発足させて作業を始めております。

また、WHOのFICセンター長会議におきましては、参考資料の2に付けさせていただいたとおり、オーストラリアからICD-11に関する提案が出たというところでございます。このように、WHOの動向といたしましては、必要性があるけれども、どうしたらよいかという議論が始まった段階でございます。

ICD-10につきましては先ほどから申し上げておりますように1年ごとの小改正（マイナーアップデート）と3年ごとの大改正（メジャーアップデート）でやると決めておりますし、我が国としては、実際にWHOで改正（アップデート）されてきたものについての対応を検討していないという部分もございますので、まず、そのことを初めに検討

した後に、その次のステップに進むというスタンスでございます。

○人口動態・保健統計課長 先ほど、大江先生にもお答えしましたけれども、もともと ICD に関しては統計分科会の担当ということですので、今後の具体的な進め方等は分科会に諮り専門委員会あるいは分科会本会の対応ということになるかと思えます。

○山本委員長 今のお話は今後のこの委員会の役割にも関係してくるだろうと思えます。少しディスカッションを委員の間でやっていただきたい。いかがでしょうか。

○菅野委員 繰り返しますと、日本語による ICD の提要という本がございますけれども、あれには WHO が改正（アップデート）した分は収録されていないという理解でよろしいのでしょうか。

○疾病傷害死因分類調査室長 一部のアップデートは対応していますが、対応していないものもございます。

○山本委員長 どうぞ。

○大江委員 オーストラリアの ICD-11 の提案例 2 に糖尿病の分類の変更で、疾患概念に変更が生じて従来の分類では対応できなくなったとありますが、こういう例は糖尿病に限らず現在の ICD-10 をながめるとあちこちにあります。DPC の導入もあり、以前にも増してこういう分類概念の変更により ICD が対応できていないために、臨床現場が混乱しているという状況があると思われま。

そうしますと、小改正あるいは 3 年ごとの大改正では何がアップデートされていて、そのうちの部分が我が国日本としてはまだ提要に対応していないのかということ、どこかの委員会なりで議論されて、急ぐものは早く反映させるということが必須ではないかと思えます。

先ほど、課長から統計分科会で検討すべきことであるというふうにおっしゃいましたが、位置付けとしてはそれで理解できるんですが、それでは具体的にその問題をこの委員会で議論するのか、あるいは別の委員会をある時期に設置してそこで議論するのかというようなことも、方針としてはっきり出していただいた方が現実的になると思えますので、もし検討されているのであれば御説明いただきたい。この委員会の役割であるということであれば、そういうふうを考えて今後活動していくことも必要だろうと思うのですが、いかがですか。

○山本委員長 お願いします。

○人口動態・保健統計課長 了解事項について再度確認方々ご説明をさせていただきます。参考資料の 1 の、「委員会の設置について」という見出しが付いているところですが、もともと個別具体的な事項については、1 の「設置趣旨」にありますように、分野ごとの委



員会を設置して検討を行うということです。分科会の下に委員会を設置するに際しましては、予め検討の範囲を定めるということです。

それから、3番目に、「当面のスケジュール及び構成」とありますけれども、検討の必要が生じた場合に「統計分科会長の了解を得て設置」ということになっており、説明の中では省略させていただきましたけれども、統計分科会長の了解を得てこの委員会を設置しています。つまり、予め検討の範囲を設定して、分科会長の了解を得て設置したということです。資料の1をごらんいただきますと、今回の委員会の役割は、昨年、F I C、U R Cから提案された事項を検討するということです。この委員会は、先ほど説明しました14の事項についての検討を行うということで、この専門委員会の設置について、統計分科会長の了解を得て発足しているものでございます。

ですから、この委員会の役割は、この14項目についての検討を行うということではっきりしております。それ以外の問題につきましてここでいろいろな問題点等を御提起いただくことは差し支えないことですが、検討の設置の趣旨は資料1のとおりです。

次に、これまでのアップデートの内容、小さな単なる誤植から始まってあるわけですが、そのことについては、参考資料1にありますように、そもそもI C D自体が分科会における審議事項であり、分科会本会あるいは、この委員会の検討の範囲が異なりますので、別の専門委員会なりを設置して検討するのかがどうかです。これについては、事務局としても案をお出しして、統計分科会としてどう進めるかお諮りさせていただいて、進めていくことということでございます。現段階では、事務局案をお示しできる段階にはございませんが、そういうことでございます。

○山本委員長 よろしいですか。

○藤原委員 I C Dができ上がった過程の中で、新しい時代の医学を全く反映していないということに加えて、カテゴリーを分類するときに、どういう発想で分類されたものなのかが全く見えない。だから、ある疾患を分類する医者からすると、その人がどう考えるか、つまり医者の裁量によってその疾患の属するカテゴリーが変わってくる。

だから、最終的な目的であるいろんな統計をみても、何がなんだかわけがわからない。日本では肝硬変の原因はほとんどわからないとか、肝炎などは少ないという話になってしまう。それが今一番の問題であって、今問題提起しているんです。

どこか適当な場所で問題意識を持って検討してくれるのならば別にそれで結構です。その辺の展望についていかがですか。そもそもI C Dの担当室ができたというのは、国際協力と我が国の立場を考えるとメリットがあると見込んでのことだと思う。14項目以外のことの展望についても、担当室の責任で答えていただき、組織内で上にもち上げていくべき