

ではないかと私は思うのですが、いかがですか。

○山本委員長 今、藤原委員、非常に重要な問題を提起していると思います。まさに I C D の日本における根本的な問題が今の問題に含まれていると思います。どなたか御意見ございますでしょうか。

○菅野委員 今の 14 項目は非常にマイナーな問題が多いんですけども、先ほど大江委員がおっしゃったように、新しい疾患概念がこの十数年の間に随分出てまいりまして、治療もそれに応じて異なってくる。実際に、恐らく I C D - 10 の精神はそういった疾病、障害の原因を明らかにして、それに伴う統計を取り、それに対する対策を立てる、つまり治療法を考える、予防を考える、こういったことにあったのだらうと思います。そうであれば、疾病の原因に応じて医学上わかってきたものは、分類あるいは項目を設けて対応していくことが妥当なのではないかと個人的には思っています。先ほどの肺炎もそうでございますし、私どもは消化器でございますので、胃炎、肝炎などたくさん問題があるということを学会でも討議いたしたことがございます。

そういったことを考えますと、例えばヘリコバクター・ピロリという感染症がないとか、そういったことを日本から逆に提案していくという役割を持っているのではないかと思います。この専門委員会では、そういったことを含めて討議をしていくのかどうか。位置付けのこととも関係すると思いますけれども。

○山本委員長 今のお 2 人の委員の御意見に対していかがでしょうか。

○疾病傷害死因分類調査室長 先ほど来、人口動態・保健統計課長が繰り返しているように、御提案いただくことはこちらにとっても有意義なことでございます。ただ、本委員会の役割というのは、何度も申し上げて恐縮でございますけれども、14 項目を扱うこと。ただ、それ以外に、このような場で御意見をいただくということは非常に喜ばしいこと、有益なことだと考えております。

○人口動態・保健統計課長 2 つ申し上げます。まず事実関係です。今おっしゃっている医学の進歩に応じて I C D - 10 がついてこれないところがある部分に関しては、公式に W H O がホームページで示している資料には、そういう医学の進歩等に応じて 1 年ごとあるいは 3 年ごとのアップデートという新しい仕組みをつくり、そのために U R C という改正委員会をつくり、その中で、それぞれのセンター長から意見を聞き、最終的に 10 月の F I C センター長会議の中で議論し、アップデートという形で W H O として認めるという枠組みが公式に示されております。

それからもう一つ、分科会からこの委員会に託された使命は 14 項目の検討ということでございますが、分科会には、専門委員会で検討した結果について報告しなければいけませ

ん。託された使命の結果について報告するのは当然ですが、それ以外にこのようにいろいろ御意見がございますから、御議論があったことを報告することは当然可能だと考えております。検討の中で、本来の回答のほかにこんな御意見があったという形では報告はできると考えております。

○山本委員長 はい、どうぞ。

○田中委員 課長に一步踏み込んで説明いただきたい。この委員会の任務はよくわかったのですが、問題はやはりこの I C D - 10 が我が国でどのように普及していくかと、これからどのように I C D に対応していくかということです。分科会が親委員会ですから、分科会で当然討論していることをこの委員会がまた同じようなことを言っても意味ないわけです。これまでどういう方向で分科会で討論されたか、あるいはどういう方向に行こうとしているか見えてきているのでしょうか。そこを踏み込んで説明していただけないでしょうか。この委員会の付帯事項としてこういう意見提言は可能と思いますが、このタスクだけを粛々とやってほしいということなのか、その辺はいかがですか。

○人口動態・保健統計課長 実は一昨日、統計分科会が開催されましたので、この委員会の設置について事前に当然分科会長の了解を得ており検討を進めますという報告をいたしました。少なくとも現段階ではこの分科会において I C D そのものを議題として取り上げていません。

○田中委員 これからということですか。

○人口動態・保健統計課長 これから分科会の運営の中でどのように扱っていくかというところでございます。現段階では、I C D について分科会では専門委員会の設置以外特に議論していることはございません。

○山本委員長 どうぞ。

○大江委員 この委員会に与えられた役割は非常に限定的であるということは理解しました。ですから、統計分科会にこういう限定的な問題だけではなくて、I C D - 10 の改訂に対する国内の要望あるいは考え方の提出方法を議論する専門委員会を設置してもらいたいというような意見を分科会にだしていただきたい。実は松尾先生と私は統計分科会の委員ですが、この1年、このような話題が統計分科会が出たことはありません。報告事項だけだったと記憶しております。用意していない議題を突然提案するという状況ではありませんので、今後そのような準備をしていただきたいと思います。

それからもう一つ、よろしいでしょうか。

○山本委員長 はい。

○大江委員 聞くところによりますと、日本は現在 F I C 協力センターのオブザーバーで

はなかったかと思いますが、事実として間違いはないでしょうか。

○疾病傷害死因分類調査室長 間違いございません。

○大江委員 私はオブザーバーの地位と、オブザーバーでない正規のセンター長会議の出席者の地位とでどの程度差があるのか存じ上げないで申し上げるのですが、我が国は先進国でICD-10を翻訳して、これだけ臨床の現場でも使っている国なわけですから、オブザーバーという地位ではなくて、きちっとした地位を確保して、国内に体制をつくって改訂すべきことはこういう事項であるということをも主張してICDに反映していただくという体制づくりを是非お願いしたい。

ICD室長はURC委員会の委員であるという理解でよろしいでしょうか。このような体制づくりについても是非、統計分科会に持ち上げて考えていただくようにしてほしい。

○疾病傷害死因分類調査室長 今の大江委員からのオブザーバー国とオブザーバーでないものの差、地位の差、について御説明申し上げます。

私は就任以来2回のセンター長会議に出席しておりますが、オブザーバー国とオブザーバーでない国の差はございません。発言したいと思えば発言できます。

このオブザーバー国になるか、ならないかという問題につきましては、他のセンター長は政策決定権のある国そのものが代表となっていないので状況が違います。形式的なことではWHOの協力センターになるには、いろいろなWHOの基準がございます。これはFICに限らず、WHOの様々な活動に対応して設定される協力センター（コラボレーティングセンター）として認められるためにはさまざまな条件があるということです。それを国としてクリアすることはなかなか難しいということで、今はオブザーバー国となっています。WHOコラボレーティングセンターという、いわゆるWHOのロゴが入った看板を厚生労働省の玄関に掲げることはできません。

実務も、国際的な視野から見ましても、オブザーバー国とオブザーバーでないということはほとんど差がなく不都合もないということです。ドイツがケルンでの会議を機会に正式なセンター長国として認められたのですが、主催した組織にとってWHOの正式センターとして認められるということは非常に大きなことです。何故かと言えば、この組織は研究所ですから、そこがWHOのコラボレーティングセンターというロゴをもらうということはドイツ国内におけるその研究所の地位という意味で非常に意義があることです。しかしながら、我が国は国としてWHOにICDの代表を送っていますので、発言権においても、あるいは国内の活動におきましても何ら差し障りがないということは御理解いただけるとと思います。

○山本委員長 はい、ありがとうございました。松田委員はDPCに関して今、大変な役

割を果たしておられませぬけれども、DPCのベースになるICDの疾病分類に関しまして、この委員会で、こういう問題点がある、あるいはこういうことを言っておきたいということはございませぬでしょうか。

○松田委員 私が申し上げたいことは、既に大江委員から御指摘がありましたように、臨床現場で行われている活動とICD-10が合わないために、一部の現場で混乱が出ているという事実です。

今、私たちの研究班ではこの問題を解消しようという目的で、すべての医療機関から集めさせていただいた疾病、診断名について、日本語のICD-10と、大江先生のおつくりになったメディス(MEDIS)のいわゆる標準病名との対応表を今つくっております。それを大江先生に御提示して、この後の改訂に活用していただくための資料づくりをしているところでございます。ICD-10と臨床現場の分類があわない例として、例えば心不全などですと、右心不全、左心不全の分類はありますけれども、急性心不全と慢性心不全の分類がないことなどがあります。このように現行ICD-10にはいろいろと現場に合わない点がありますので、実際の運用上問題があると思っております。

○山本委員長 どうぞ。

○企画課長 ICD-10をめぐる課題が3つあります。1つはこの委員会で今まさに検討していますが、14項目を検討して意見をくれと言われていたこと。次に、この14項目が今年の秋のセンター長会議で話しWHOが決定すればこれも入るでしょうけれども、今までセンター長会議を経てWHOで決められてきたことについて我が国としてまだ消化していない課題があるというのが2点目。それからICD-10そのものについての問題というのが3点目。この3つは後にあげたものほど非常に重い問題だと思います。

そこで、まずできることから進めた方がいい。それから急ぐことから進めた方がいい。そうすると、14項目について意見を求められているわけですから、その対応をまずやらなければいけない。

2点目のこれまでの改正分の我が国として受入れ問題について、ICDの日本語版のコードは、総務省の告示という形で行われるものなので、厚生労働省の意見だけでできるものではありません。日本語版を見直すということになれば、当然総務省とも調整をし、どのようなやり方で進めればいいのか検討が必要です。この場合には14項目以外の項目が入ってくるので、どういう方にお集まりいただければいいのか、項目を見て検討することも必要でしょう。

3点目の、更にICD-10そのもの問題については、ここにお集まりのみなさんいろいろな意見をお持ちだと思います。ICDそのものは国際的にも死因、疾病統計の分類の

ためのコードとしてつくられたもので、どちらかと言うとその専門家が集まってつくったという色彩が強い。それが時を経て、特にアメリカなど医療保険の包括払いが導入され、そのために使われるようになった。医学担当者の方からの関心も一気に高まった。また、病院のIT化の推進により傷病コードという今のICDコードより細かいコードの必要性が高まって、関心が高くなった。

ICD-10 そのものは統計のための分類という性格がもともとありますが、それが包括払いなどいろいろ使われるようになってきたことによって、医療の現場でだんだん細かいものが必要になってきた。このためICDはどのような性格のものなのかというのが非常に曖昧になってきていると思います。

後進国から見ると余り細かくされても使えないだろうし、統計を取るのであればそんなに要らないという議論もあります。一方、先進国ではもっと細かくしてくれないと医療の現場では使えない。そういう性格付けの問題が今後議論されていかなければいけないし、国際的にも必要だと思います。このため、ICD-10をどうするかということにしても方向性が見えないところがあります。医学的な常識が変わったのに、それが反映されていないというご指摘ですが、その反映のためにも性格付けの問題が大きいと思います。

ICD-10 そのものについて、我が国として意見を言うとなると相当大掛かりな組織をつくらないと難しい。仮に国をあげて組織を作ってもそれがきちっと国際的に反映されていくという土俵がない中では、せっかく本当にお忙しい人に集まってもらったにもかかわらず、国際的に生かされないということになります。そのため、WHOの議論をよく見ていて、WHOがそういう大改正をやっていくということがはっきりすれば、当然我が国としても何らかの関与を求められるので、そのとききちっと対応すれば、むだなこともありません。

WHOの動向、今はまだそういう議論が始まったばかりだと思うんですけども、動向を見極めて対応していく方がいいのではないかと、考えております。

○藤原委員 現実は今、電子カルテの導入に向けて各施設は困っている。標準病名事務も不備である。電子カルテというのは非常に高い金を掛けてつくっても病名一つ直すにも結構金が掛かると聞いております。例えば200万円程度かかるとか。そういう話が今国として推進されています。例えばアメリカはICD-9か何かをモディフィケーション（自国に合わせる）して使っていると伺っていますので、日本でもICD-10を日本風にモディフィケーションして、それを国内で使い、国際的に流通するデータはWHO用に編集して提供するという考え方はございませんか。

○疾病傷害死因分類調査室長 先生がお話しになっていらっしゃるの、WHOで

も話し合われているXMというモディフィケーションのことだと思います。先ほど、先生おっしゃいましたように、アメリカではICD-9CMというのを使っておりますし、オーストラリアではAM、その他の国でも、いろいろなものを使っております。ただ、モディフィケーションを、つくっているのはDRGなど包括払いが入った国だけです。包括払いが入った国が何故そういうものをつくったかと申しますと、主にその国の医療費の支払い制度に適合するようにしなければならなかったからです。

仮に我が国で日本版の議論をするにしても、ICDそのものはどんなに細分化されても、統計を取るための分類である。それが基本ですから、各国と同じようなスタンスでつくることは問題があるのではないかと。

それから、日本版の議論をする前に、ICD-10そのものの適正普及がまだまだ不十分でございますので、我が国としてはまずそれを推進した上で議論を進ることになるだろうと考えております。

○菅野委員　ここで討議すべきかどうかかわからないのですが、標準病名では大江先生が御苦勞されておられますし、包括払いのDPCの分類では松田先生が御苦勞されていますが、それらとICD-10がリンクしてしまっただけです。その理由は、電子カルテの問題と保険の支払いの問題。この2つの問題は厚労省の中で担当が分かれていて、ICD-10をこれらの日本のシステムと調整しようとする、話し合いの場が必要になると思います。

そういった場を設けないと、焦眉の懸案が放っておかれてしまう。しかし討議をする場が実際にはないのではないかと私は感じております。私は大学で保険委員長をやっていて、そういう問題に直面し、このICD-10の問題に気付きました。国としてどう取り上げていくのか。それは対外的な問題よりも前に、我が国では統合の問題が非常に急がれるのではないかと私は思います。そこはどうお考えになっておられて、政策的にどういうふうに進めていこうされているのか。その辺の見通しは、将来的な方向を考える上で非常に重要なものになってくるとは思います。いかがでしょうか。

○企画課長　標準病名や電子カルテは医政局の所管で、そこで取りまとめているので、どういう進め方をしようとしているのか現時点では聞いていませんので、きちっとしたお答えはできません。

医療の現場でいろいろ困っているという話がありましたが、それは電子カルテや標準病名の話であって、医政局で進めている政策の話だと思います。当部は、統計という面からのかかわり合いになります。現場で使う細かい傷病名といった話は、医政局が中心になって、考えていくことになるのではないのでしょうか。

○菅野委員　ICD-10は、医学的に見てその進歩を反映していかないといけないという

問題が1つあります。それは臨床の場にリンクしている問題であり、そうでないと例えば、ICD-11や3年後の大改正に対しても恐らく対応できないと思います。オーストラリアが既にICD-11の案を出しておりますけれども、案を我が国として、我が国の現状あるいは医学の現状を見た上で出していくとすれば、それなりの準備が必要です。小項目でも2か月、3か月掛かるわけですから。

それから、もう一つは、保険の包括払い問題と、標準病名の問題がICD-10とにリンクした。それが第2のICD-10の問題点です。それについて調整を図るということが必要なのではないかと考えています。本委員会とは別個に扱うとしても、別個厚生労働省としては検討していただかないと、現場の人間が非常に困ります。

この2つのうち、少なくとも前半については統計分科会の仕事とすれば準備は可能ではないかと思えます。日本版というものをこの委員会とは別に、準備委員会というようなものを大改正に備えてつくっていくことが必要なのではないかと思えます。

○山本委員長 先生、どうぞ。

○藤原委員 先ほどの問題に関連すると思えますが、去年の3月に『死亡診断書記入マニュアル』というのが出ています。その主体は統計情報部と医政局。ところが面白いことに死亡原因の診断名の一般的な注意事項の中に「傷病名は医学界で通常用いられているものを記入し」となっています。

つまり、診療現場では死亡診断書を書くときには今まで医学界で使っているからこれだと書きますが、一方で、電子カルテという別の話が出てくる。このようなことも現実になりますので、できるだけ急いで厚生労働省内で調整していただければと考えます。

○企画課長 標準病名の話についてはいろいろ御意見が出ましたので、医政局にも伝えたいと思えます。それから、ICDそのものについて国際的に意見をいろいろ言うていくということについては、先ほど申し上げた3番目の課題です。1番、2番目をまず消化しておきたいというのと、WHOそのものが大きな改正に向かってどうするかという議論を始めたところですから、それを見て、我が国として対応していくことになると思えます。

○山本委員長 田中先生、何かございますか。

○田中委員 だんだん提言の方向になっていって、事が大きくなってきていますが、医療の現場では、大江先生のところはどうか知らないですけれども、京大病院では、このICD-10を手元に置いている状況ではない。日本の医療経済あるいはEBMが最近言われていますし、私も最近国際共同研究をしたのですが、そういう中でICD-10の普及は非常に重要で切羽詰まった状況です。ICD-10の普及は重要な問題で、ICD-10を普及する総合的な部門をもっと強化することが非常に重要であるというのが我が国の今の医

療現場の実態ではないかと思う。

そういう中で、恐らく大江先生たちの御努力も、非常に重要と考えているのですが、京大ですと、関係病院が128あるんだけど、大学ですらそういう状況ですから、ましてそういう現場の関係病院では更に遅れている状況です。

提言は、提言としてまとめるにしても、統計分科会の先生方も2人お見えですので、ICD-10の普及は急いで何らかの形で強化する必要がある。このままでは非常に遅れるのではないかと考えています。医療の現場でICD-10を普及させていないのに、日本に国際的な発言力があるかといったら、そんなものはあり得ないと思う。だから、是非ともこの点についてはもっと皆さん頑張られたらどうですか。

○山本委員長 わかりました。

○人口動態・保健統計課長 皆さんにお配りしてなくて恐縮なんですけど、「死亡診断書の記入マニュアル」と藤原先生がおっしゃったのはこれです。それ以外に、もう一つ今の田中先生の御発言に関連いたしまして、昨年、『ICDのABC』というパンフレットをつくりまして、現在は臨床研修の方々には私どもの方から配布して御理解をいただくという形で普及活動をしているところでございます。更に普及せよということは勿論そのとおりでございます。

○田中委員 それは非常に賛成です。ただ、普及というのは結構継続的にする、持続的にすることが非常に重要です。だから、うちの研修医も使っているんですけども、最近の若い人はすぐコンピュータでアクセスします。だから、是非もっと政策的に強くしていただきたいと思う。

○山本委員長 松尾先生、何かございますか。

○松尾委員 私は政府の機関にいますが、ほとんど皆様の問題認識と同じです。小児科というのはICD-10と合わない病名が非常に膨大にある領域で、成育医療センターに入院してくるような複雑な患者さんというのは病名を付けるという作業自体が非常に大変なので、病名が付いていない、あるいは適切な病名が付いていないというカルテは山積しております。14項目だけではなくて、是非全体にチャレンジするテーマを与えていただいた方がいいのではないかと思います。

○山本委員長 はい。藤原委員。

○藤原委員 田中先生の追加になるかと思いますが、実はほとんどの医者はICDの何が重要かわかっていない。過去はそうだし、今でもまだ田中先生のように管理職になってやっと身にしみてくる状況です。それで、是非、必要性の普及活動を、もっと広く、いろいろと広報活動をしてほしい。



○人口動態・保健統計課長 広報活動を進めたいと思います。

○山本委員長 大分時間も経ってききましたけれども、まだ御意見、どうしてもこれだけは言っておきたいということはいかがでしょうか。よろしいですか。

私、今日の議論を聞いておりまして、今日お集まりの専門家の先生がICD-10に関して深い理解と関心をお持ちであるとわかり、この専門委員会の設置は意味あることだと考えております。ICD-10というのは病名なのか病名ではないのかという問題がございます。医師の目で見ると、病名をコード化しているという気がしますが、ICDは立ち上がりは死因分類ですから、病理がベースになった分類になっていて、臨床病名の分類になっているわけではない。

ですから、脳外科の先生などがよく言うことは、脳動脈瘤はメインの疾患なんですが、ICD-10のどこにあるかという循環器・血管の一番末梢のところちょこちょこ出てくる。こんなことは認められるかというニュアンスでお話しをされる方もいます。確かにそのとおりで、ICD-10は病名の分類ではなくて、病理をベースにした分類ですから、感染症はどうだ、腫瘍はどうだという形で分類されているので、どうしても臨床とは合わない。

現在、診療記録からICD-10の病名コードを付けていく専門職がございます。診療情報管理士と言っていますが、この診療情報管理士の教育に関して私は10年ほどかわってききましたが、その人たちは現場で非常に大きな解決がつかない問題を数多く抱えています。

そこで、先生方が関心をお持ちになって、専門家として疾病のカテゴリー、分類に対する考え方というものを整理されますと、現場でも働きやすくなって、ICD-10をベースにした疾病統計が本当にできるようになる。現在は恐らく厚生労働省でもお持ちではないと思います。

そういう意味では、今日の議論は大変重要だったと思います。このICDの関与する部分は疾病統計だけでなく、やはり疾病記録から治療を行う段階でのEBMにも関係してまいりますし、いろんな分野で関係してきます。ですから、医師への普及のほかに、ICDの卒前教育が必要なかどうかといったような問題も含め、いろんな問題が提起されています。そういうものを含んだ意見などをこの委員会としてもっと事務局に出して、きちんと整理されていくようなシステムを作る方向に、例えば委員会を立ち上げるか、そうした方向に是非進んでいただきたいと思います。

ほかにどなたか御意見ございませんでしょうか。

今日のタスクは大変限定されたところでございましたけれども、そろそろ時間も来まし

たが、これでよろしいですか。先生、何か一言ございますか。

○松田委員 D P C 絡みでいろんな国の調査をさせていただいていますけれども、多分、いわゆる臨床病名と I C D - 10 が臨床現場でくっついてしまったのは日本だけだろうと思います。ほかの国は臨床病名は臨床病名で医師が記入して、そのサマリーを基にしてクリニカルコーダーたちがコーディングするという形で整理をしているのですが、日本は両方ともくっついてしまった。ある意味で世界の最先端に行ってしまうので、W H O の動向もありますが、そのことが現場の混乱も生んでいる。現在の状況を前提にその改革等を議論する場が必要になってくるだろうと思います。

○山本委員長 確かにそのとおりでと思いますが、一方で、ドイツのように各学会の専門医の資格を取得するのに、自分の専門分野の I C D を付けることができることが資格取得の条件の中に入っていますので、そういう国も出てきている中で、日本がどう考えていくかという話になるのではないかと思います。

ほかにございませんですか。はい、どうぞ。

○大江委員 今回、保留 14 項目の検討ということでしたが、そうすると、この直近に開かれた U R C で保留でなかった解決した項目はどれぐらいの数があってどのような内容だったかという情報は要求すればいただけるのでしょうか。

○疾病傷害死因分類調査室長 これはインターネットにアクセスすれば手に入ります。申し訳ございませんが、今、具体的に何項目かというのをきちんと覚えていません。W H O のホームページではアップデートされておられません。W H O の方も、2 人半で対応している状況でございますので、なかなかアップデートがままならない。それで W H O が許可した形で、U R C の責任国でありますオーストラリア、委員長がオーストラリアの人でございますので、オーストラリアセンターのホームページに、このような形でアクセスすることが可能です。（ホームページアドレスは、[http://www2.fhs.usyd.edu.au/ncch/who%20urc/who\\_urc.html](http://www2.fhs.usyd.edu.au/ncch/who%20urc/who_urc.html)）

○山本委員長 大分時間が迫りましたけれども、もしこれで御意見がなければ、次の委員会はどのようなふうな設定になりますか。

○疾病傷害死因分類調査室長 それでは、次回の委員会は 4 月末までに御回答いただいた対応案を事務局の方で整理いたしまして、委員長とも御相談の上、開催について改めて御連絡させていただくということにしたいと思っておりますので、皆様よろしく願いいたします。

○山本委員長 それでは、大変今日はお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございました。以上で本日の第 1 回「社会保障審議会統計分科会疾病、障害及び死因分類専

門委員会」を閉会させていただきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

照会先 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課  
疾病傷害死因分類調査室

電話 (代表) 03-5253-1111 (内線) 7493