

学上、感染症および寄生虫症の章へ移動すべきと考える。

○仮性クループが紛らわしい。

現在 ICD 索引から以下が現在の WHO の「クループ」についての定義と理解している。

\*クループ …… ジフテリア性クループ …… A36.2

\*クループ …… 非ジフテリア性クループ …… J05.0

\*仮性クループ …… J38.5

一方、今日 日本の小児科では下記の定義による診断名が一般的である。

「真性クループ」⇒ジフテリア性

「仮性クループ」⇒非ジフテリア性

以上から日本の定義に従えば「仮性クループ」のコードは J05.0 となり、ICD 索引のコード J38.5 は適用できない。

「仮性クループ」特に「J38.5」についての国際的な定義を確認し、必要があれば修正する必要がある。

○ウィルス性肝硬変は概念がないので K74.6 にコードし、ウィルス性肝炎、ウィルス性肝不全は B 群に分類をする。統一をしないと同様な疾病が異なったアルファベット群で分離する事になってしまう。

○B 型肝硬変および C 型肝硬変について：現行では K74.6 になる。しかしこれらは B 型および C 型慢性肝炎のうち線維化（偽小葉の完成）の完成したものであるから、新たな細分類を設けて B18.-†（剣）、K77.1\*（星）とでもすべきである。

→主要病態か原死因選択かにもよるが、現状は確かに曖昧。索引と内容例示の一致や、包含・除外の記述を丁寧にチェックする必要がある。

第 3 巻の索引には C 型肝硬変がウィルス性肝炎の感染症にコードされるとあるが、2 巻には包含、除外の明示がないため混乱している。

○食道静脈瘤は I85\$（出血の有無により分類）、他に分類される疾患における場合は I98.2\*となっているが、肝障害を伴った静脈瘤が破裂した場合は適切なコードが設定されていない。

食道静脈瘤は門脈圧亢進の結果であり（原因は肝硬変、先天性肝線維症、特発性門脈圧亢進症＝昔のバンチ氏症候群などだが頻度からはほとんど肝硬変）、消化器グループと循環器グループとで（†と\*ルールも含め）議論すべき。もちろん B 型 C 型肝硬変だと B18.-と K74.6 の問題が絡んでくる。

○甲状腺腫について

甲状腺腫は、第3巻で調べるとE04.9になるがD34 甲状腺の良性腫瘍との違いは何か。以前は腺腫様(adenoma)がD34と理解していたが、E04の方がよいのではないかとすると、D34に該当する傷病名もわからない(甲状腺腫と甲状腺良性腫瘍が同義語のように使用されているものが多い)。

#### ○リン脂質抗体症候群

2003改訂の第3巻p322 L22-抗リン脂質(抗体) D68.8と示す一方で、巻末症候群のp945 R16・抗リン脂質抗体症候群 E89.8となっている。

第2巻をみると、D68.8はその他の明示された凝固障害

全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡>\_SLE\_阻害因子の存在

E89.8は、その他の治療後内分泌および代謝障害となっている。

抗リン脂質抗体は、抗カルジオピリンと同義との考えあり。血液中に抗リン脂質抗体(抗カルジオピリン抗体やループスアンチコアグラント)という自己抗体が証明され、習慣性に流産を起こしたり、血栓症を発症するというような説明になっている。

第2巻ではそれぞれ、「抗リン脂質抗体症候群」という病名は掲載されていないが、どちらが本当なのかそれとも、どちらもありなのか、専門家の判断を待ちたい。

## 2.各章別の問題

### [I. 感染症]

A09の粒度が粗い。

肺結核でTB-PCRで診断されたものがコードできない。細菌学的検査で確定したものの、項目が欲しい。

### [II 新生物]

#### ○新生物の問題点

食道の悪性新生物における二種類の分類への異議が複数あった。(下記代表例の①②) 脳腫瘍における良性、悪性の分類法に対する問題点等についても指摘があった。(同③④) 膀胱腫瘍の部位別分類は無意味との提言も見られた。(同⑤⑥) さらに、耳鼻科領域の新生物分類に対する問題点も指摘された。(同⑦) 扁桃=中咽頭側壁なので、「扁桃の悪性新生物」と「中咽頭の悪性新生物」とが別なのは誤りであり、梨状陥凹は下咽頭の一部であるので、「梨状陥凹の悪性新生物」と「下咽頭の悪性新生物」とが別なのもまた誤りであるという耳鼻科医の意見は正しい。

具体的意見の代表例：

意見①食道の悪性新生物C15について、「解剖学的記述による細分類」と「区分による細分類」はどちらかが選択できるとありますが、同一部位でコードが複数存在するのは、やはり矛盾があると思います。細分類コードはどちらかに統一されていたほうが、使いやすいと思います。

意見② C15 食道の悪性新生物で、C10.5 頸部、C15.1 胸部、C15.2 腹部の分類と C15.3 上部、C15.4 中部、C15.4 下部とがあり、部位の選択方法が重複している。

意見③脳腫瘍については、腫瘍の部位。又良性か悪性という分類で、臨床一般の分類とは全く異なる。

意見④各臓器別の分類体系でなく傷病別の分類体系となっているため適切な分類に到達できないこともありうる。・脳腫瘍は部位別に分類されており、詳細な病理学的組織分類が反映されていない。

意見⑤膀胱腫瘍（癌）の部位別分類は臨床的に意味がないと思う。それよりも、単発か多発か。表在性か浸潤性かの方が、医療経済的にも重要と思う。又、TUR 以外の治療の有無なども重要。

意見⑥膀胱の悪性腫瘍（C67）の場合発生部位を細かくわける必要はない。多部位発生が多く、がん病名に細かい記載する訳がない。腸管のように明らかな部位が判別できない。

意見⑦扁桃の悪性新生物”と“中咽頭の悪性新生物”が別になっている。  
“梨状陥凹” C12 と“下咽頭” C13 も別になっている。“悪性新生物 C”と上皮内癌 D が別になっている。

○一昨年 ICD-03 版が改定されたが、ICD-10 と連動していない。関連することはできるだけ対応が必要。

○死因統計では良性新生物を細かく分ける必要性に乏しいが、疾病統計では重要である。また、血管腫など全臓器が同一コードになってしまう。

→新生物は悪性・良性・性状不明／不詳ともに粒度を統一する。

例えば、悪性 1000～1999、良性 2000～2999、性状不明／不詳 3000～3999 などとし、000～999 はすべて共通とするなど。これなら悪性新生物のみを検索抽出するのに容易である（ICD-0 の Mコードのように末尾で性状を示す方法では、範囲をもって検索抽出するのが容易でない）。

○食道癌（C15）は解剖学的に統一すべき。

○C22 肝および肝内胆管では部位と病理が混在している。

○「D18 血管種およびリンパ管種 各部位」が皮膚も肝臓もすべて同一コードというのは納得できない。D17（良性脂肪種性新生物のように4桁目で部位を示すべきである。

○臨床において悪性新生物の部位分類をあまり重要視していないもの

- ・肺癌は部位分類よりも組織型により治療が変わるため、部位分類に意味がない。
- ・膀胱癌は多発するため、部位分類に意味がない。

○C67 膀胱の悪性新生物には再発が多く、しかも多発も多いので C67.0-C67.7 に細分類が困難で C67.9 多発性膀胱癌にコードされてしまう。

○造血器の悪性疾患：

非ホジキンリンパ腫の分類が臨床分類より大雑把である。

現在分類されている（C82\$/C83\$）以外の組織型のわかる詳細分類は、すべてその他の明示された型の C85.7 に入れることになっているので、次回は臨床分類と同じ体系にしてほしい。T細胞リンパ腫、B細胞リンパ腫においてももう少し分類しやすいと良いのではないだろうか。

成人 T細胞白血病は ICD10 では C91.5 白血病に分類されている。成人型 T細胞白血病・リンパ腫（ATLL）の病型分類は、非ホジキンリンパ腫の分類になり、白血病の病型分類の FAB 分類にはならない。

○非ホジキンリンパ腫の分類はB細胞、T細胞など臨床では詳細な分類がされるが、ICD 分類は粗すぎる。

○リンパ組織、造血組織などの悪性新生物について、病理で分類されているが、部位コードとして再構築できないのか。M（病理コード）コードとの関係が連動できるようにする。

○悪性新生物の続発についてさらに詳細とすべき。多臓器転移・浸潤についての選択肢が少ない。

○続発性新生物について、非常にコードが粗く現実にそぐわない。大きな枠組みを崩さず対処できないのか。

○利用者が各機関の医療レベルに合わせて利用できるように任意の 5 桁細分類項目を設けることができる章を増やすなどの工夫があってもよいと思う。具体的には第Ⅱ章新生物の特に悪性新生物に対し、癌の程度（ステージ、グレード、クラスなど）や類型（高分化、未分化など）を任意でコードできるようになると活用範囲が広がる。

第Ⅱ章について、病理診断など最終診断結果に忠実にコードをした場合、診療の感覚とは大きなギャップがある。

例：膀胱癌にて外来で BCG を施行。その後生検により病理を確認した結果、悪性所見はなく、炎症所見のみであった場合。診療情報管理士は主診断を「膀胱炎」とコードするが、臨床的には“膀胱癌が炎症レベルまで改善した”のであくまで主診断は「膀胱癌」となる。

#### [IV. 内分泌、栄養]

##### ○甲状腺腫について

甲状腺腫は、索引によると E04.9 となる。D34 甲状腺の良性腫瘍との違いは何か。以前は腺腫様 (adenoma) が D34 と理解していたが、E04 の方がよいのではないかとすると、D34 に該当する傷病名もわからない (ネットで調べると、甲状腺腫と甲状腺良性腫瘍が同義語のように使用されているものが多い)。

##### ○糖尿病の名称について

糖尿病は世界糖尿病連盟 IDF で 2-3 年前から 1 型、2 型と分類されている。しかし 2003 年版の内容例示でも未だにインスリン依存性糖尿病と書かれている。

OE12：栄養障害に該当する糖尿病は、具体的な例示がなければ分類不可能ではないか (諸外国では必要なのか)。

##### ○リン脂質抗体症候群

2003 改訂の第 3 巻 p322 L22-抗リン脂質 (抗体) D68.8 と示す一方で、巻末症候群の p945 R16・抗リン脂質抗体症候群 E89.8 となっている。

第 2 巻をみると、D68.8 はその他の明示された凝固障害

全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡>\_SLE\_阻害因子の存在

E89.8 は、その他の治療後内分泌および代謝障害となっている。

抗リン脂質抗体は、抗カルジオピリンと同義との考えあり。難病情報センターによると、原因は不明としながらも、血液中に抗リン脂質抗体 (抗カルジオピリン抗体やループスアンチコアグランド) という自己抗体が証明され、習慣性に流産を起こしたり、血栓症を発症するというような説明になっている。第 2 巻ではそれぞれ、「抗リン脂質抗体症候群」という病名は掲載されていないが、どちらが本当なのかそれとも、どちらもありなのか、専門家の判断を待ちたい。

## [V. 精神および行動の障害]

○「登校拒否症」について疾患の明示とコードの明示をしてほしい。

## [VI. 神経系の疾患]

○高次脳機能障害：交通外傷や脳卒中で負った脳への障害であるが適切なコードがない。

## [IX 循環器系(I00-I99)]

### ☆Iの1 心臓血管系

○各カテゴリーについて、専門的見地からは少なからずの問題点が指摘されると思うが、正直自らの専門領域以外については客観的評価が困難であることから、ここでは筆者の専門分野である循環器疾患についての問題を指摘するに止める。

#### 1)急性リウマチ熱 (I 00 – I 02)

急性リウマチ熱は先進諸国においては殆ど見られなくなっており、開発途上国においてもその発生頻度は激減している状況にあって、この項目にこれだけのウエイトを置く必要があるか多分に疑問を感じる。かつて経験した急性リウマチ熱の症例の臨床像を思い起こしてみても、心膜炎、心内膜炎、心筋炎を区別して考えることは実際上大変困難であり、ここまでのコードはより大きな混乱の原因となるのではないだろうか。

#### 2)慢性リウマチ性心疾患 (I 05 – I 09)

リウマチ性の弁膜症の患者は減少しつつあるが、未だある程度の数が見られる点から、項目としては残す必要があると思う。しかし各項目に「包含：リウマチ性の記載の有無にかかわらない」と記載されていることに関して、昔の“弁膜症の原因がはっきりしない場合はリウマチ性とみなす”といった姿勢が見てとれ、これは明らかに現状に即していない。超音波検査等で各弁の形態評価が容易になり、リウマチ性弁疾患の確定診断は決して困難でない点から、この記載ははずすべきであると思われる。

#### 3)高血圧性疾患 (I 10 – I 15)

原発性高血圧、高血圧性心疾患、高血圧性心腎疾患、2次性高血圧が同列に分類されているのに違和感を感じる。原発性高血圧、2次性高血圧は対比させて分類されるべきであるが、高血圧性心疾患は2次性高血圧に合併することもあり得るので、分類体系に多少の改善が必要なのではないだろうか。

#### 4)虚血性心疾患 (I 20-I 25)

この部分に関しては、近年の疾病概念の変化、診療体制の変化に伴い臨床現場での感覚との乖離が顕著である。

I 20 狭心症：この項目については「安定狭心症」「不安定狭心症」「労作性狭心症」「安静時狭心症」「冠攣縮型狭心症」のより明確な定義に基づいた、理にかなった分類が必要であると思われる。不安定狭心症について「急性冠症候群」の概念をどのように取り入れるかが大きな問題となる。

I 21 急性心筋梗塞：現在では貫壁性心筋梗塞、心内膜下梗塞の臨床での厳密な区別は困難であり、Q波、非Q波といったより現実的な区分がされており、これらの用語に統一する方が望ましいと思われる。また「急性冠症候群」をどのように組み込むかの議論が必要である。

I 22 再発性心筋梗塞：この項目を別立てで設定する必要性に疑問を感じる。

#### 5)その他の型の心疾患

I 34 - I 37 非リウマチ性弁疾患：これらいずれも除外の欄に“原因不明であるがI 05, I 08 の記載をともなうもの”という記載があるが、これらは前述の通り、“原因不明の場合はリウマチ性とみなしていた”時代の名残であり不適切だと思われる。

I 40 急性心筋炎：現在最も多くみられるのはウィルス性であり、しかも必ずしもウィルスは同定されない。「細菌性」「ウィルス性」がもう少し明確に区別できるような表記が望ましい。

I 51 心疾患の合併症および診断不明確な心疾患の記載：これらの分類がはたしてどの程度必要なのか疑問を感じる。後天性心中隔欠損はまず間違いなく心筋梗塞に合併するものであろうし、腱索の断裂なども外傷でなければ、心筋梗塞後と考えると問題なさそうである。心筋変性はある程度必要があると思われるが、その他の診断名不明確な心疾患（心炎、汎心炎）などは混乱の原因以外の何ものでもないように思われる。

○臨床に携わる立場での意見として、ここでは専門分野である「循環器疾患領域」について幾つか意見を述べたい。

- (1) 虚血性心疾患 (I 20-I 25) の診療については日進月歩の領域であり、病態の解明に加え、治療法に関しての革新的進歩・発展が世界的に広く行き渡りつつあり、この分野の専門家集団による疾病分類の改訂が必要と考える。
- (2) 「不整脈」の領域 (I 44-I 49) に関しても、実地診療の観点からみると病態の解明や新しい治療法開拓に伴う病態変化など、疾病分類に追加が必要な現状である。また、わが国を初め、世界の高齢化がとくに先進国では進み、その影響を踏まえたこの分野の変遷にも手を加えるべき時代である。とくに「心房細動および粗動」(I-48) については多くの新たな知見が得られている。現在のこの分類では到底日々の

臨床に役立たない状況である。

また、新たな疾患概念が確立されたものもあり、わが国でしばしばみられる病態については加えられる必要がある。たとえば「ブルガダ症候群 Brugada 症候群」はその一つである。

(3) 「心不全」( I 50 ) についても予後不良な、または心疾患の終末像としての臨床的重要性が高まり、現下の分類では不十分である。

(4) 「弁膜疾患」については「先天性」「リウマチ性」「非リウマチ性」「心内膜炎に合併するもの」等に分類されているがこの分類についても専門学会による意見統一が必要であり、さらなる詳細な分類が臨床的に必要である。

(5) 「大動脈瘤および解離」( I 71 ) については、とくに「大動脈の解離、各部位」( I 71.0 ) だけでは到底不十分であり、実際、臨床上役立たない。これについても、診断面、治療法選択、退院後経過観察の観点からみた分類の補完が必要である。

○心不全が慢性と急性どちらもコードが同じというのは問題。

○I23 再発性心筋梗塞について、再発性の定義が不明確。設定項目の中に説明が欲しい。

○循環器疾患の分類が古くて粗い、という問題

心疾患に関しては、分類の粗さ、細かさのみではなく、この分野の進歩に分類が著しく立ち遅れているという指摘が目立つ。

具体的意見の代表例：

意見①たとえば、狭心症 I20：不安定狭心症、攣縮性狭心症、その他の型の狭心症、詳細不明の狭心症に分類されているが、その他の型の狭心症を労さ性狭心症、攣縮性と労作性の合併狭心症にわけたほうがよい。心不全 I50.：うっ血性心不全、左室不全、心不全詳細不明としているが、解剖的に分類するのであれば右室不全、左室不全、両室不全とすべきである。動脈瘤 I71.0：大動脈瘤の解離がありますが、臨床的には解離の部位が大切ですが分類が大まか過ぎる。発作性頻拍 I47 の分類で、I47.1 リエントリー性心室性不整脈と I47.2 心室性頻拍の分類が重複する部位がある。解剖的分類と機序的分類が交錯している。たとえば I47.0 発作性心室性頻拍（リエントリー性）、I47.1 発作性上室性頻拍（リエントリー性）房室結節性、I47.2 発作性上室性頻拍（リエントリー性）房室回帰性、I47.3 発作性上室性頻拍（リエントリー性）心房性、I47.4 心室性頻拍（非リエントリー性）I47.5 発作性上室性頻拍（非リエントリー性）房室結節性、I47.6 発作性上室性頻拍（非リエントリー性）心房性、I47.7 発作性上室性頻拍（非リエントリー性）その他、I47.8 発作性上室性頻拍 詳細不明、I47.9 発作性心室



性頻拍 詳細不明とすると明確となる。I48 心房細動、心房粗動もより細分類すべきである。I49 その他の不整脈もより分類を明確化すべきである。最近の特発性心室細動などを分類項目として入れるべきである。

## ☆Iの2 脳血管障害

### 1)脳血管障害における医学用語の差異について

(1)precerebral artery という用語は ICD 特有であり、臨床医学、基礎医学のどの分野にも使用されず、代表的医学辞書にも掲載されず、定義が不明である。語源からは脳よりも近位側の動脈の意味であろうが、実際の分類上所属する動脈は以下の通りとなっている。頭蓋外のみを走行する動脈は4動脈で大動脈弓より出る大血管として無名（腕頭）動脈、鎖骨下動脈、その分枝として左右の総頸動脈とさらにその分枝の外頸動脈がある。頭蓋外と頭蓋内ともに走行する動脈は内頸動脈と椎骨動脈が左右一対、頭蓋内のみを走行するのは脳底動脈の1本のみである。つまり大動脈弓から出た、無名動脈、鎖骨下動脈から脳底動脈まで計7種類の動脈であり、「頭蓋内外主幹動脈」と和訳されるのが最も適当であったと考えられる。だが、現実には「脳実質外動脈」と和訳され、脳を栄養する動脈は cerebral artery 脳動脈と precerebral artery 脳実質外動脈に二大別されたのが ICD-10 である。そもそも頭蓋内の動脈はクモ膜下腔を走行し、決して脳実質内動脈ではなく、末梢の穿通枝動脈になって初めて脳実質を穿通するのである。原文の precerebral artery を国際的に臨床医が使用しない上に、日本語版の「脳実質外動脈」という和訳がさらに現場での誤解を招いた問題点と考えられる。

(2)脳出血やくも膜下出血の定義に問題があるとの指摘が複数の専門家から寄せられた。

○ I61 脳内出血 の分類の基礎となっている「皮質下」「皮質」の定義が、臨床的病名と差異がある。ICD では、「皮質下」とは、大脳基底核等の深部脳内出血を、「皮質」とは、脳葉出血を指すが、臨床医は「皮質下＝白質」、「皮質＝灰白質」と考えるのが一般的である。

○以下に脳血管疾患の分類を中心にした意見を述べる。例えば、『I60：くも膜下出血』では、脳動静脈奇形の出血が『I60.8 のその他のくも膜下出血』に分類されるが、脳動静脈奇形の出血はくも膜下出血よりも脳内出血の方がはるかに多く、脳内出血については部位分類が必要となる。また、未破裂であっても、てんかんや脳虚血等の症候で発症した場合には、脳血管疾患分類の I60～I69 では対応出来ないなど、現行の脳動静脈奇形の分類体系には矛盾あるいは不十分な点が見られる。『I61：脳内出血』の分類は部位別分類に特化しているが、『I60.0：大脳半球の脳内出血、皮質下』の皮質下出血は基底核、視床を表しているが、臨床で用いられている脳内出血の分類での皮質下出血は大脳の皮質下白質に首座を有

する出血で、『I60.1：大脳半球の脳内出血、皮質』に相当し、用語の使用に臨床との乖離がみられる。

## 2)脳梗塞の分類について

○脳梗塞の分類においては臨床的に表現されるのは発生部位の「小脳」「脳幹」「放線冠」「被殻部」等の病名であり、血栓・塞栓によるという発生原因については言及されないことがほとんど、との意見多し。

→梗塞に関して（1）詰まった血管と詰まり方で分類するのか、（2）血管が詰まった結果壊死した脳の部位で分類するのか、議論を要する。ここで、(1)による分類がまさしくICD-10であり、責任血管と病因によるこの分類の長所を生かしつつ、脳出血のように部位分類を加えることが必要となる。アテローム血栓性、心原性脳塞栓症、ラクナ梗塞の三大分類できるように工夫することがICD-11では求められる。

○脳梗塞の分類では、ラクナ梗塞の取り扱いを明確に規定するルールが必要である、との意見あり。→現状ではラクナ梗塞のほとんどは、脳動脈の穿通枝の血栓症としてI63.3に分類されるべきだが、I63.9に分類されていることが多いのは残念である。

○脳虚血発作（TIA）はG45.9にコードされているが、脳血管疾患I60-I69の範疇に入るのではと考える。G46\* 脳血管疾患における脳の血管（性）症候群（I60-I67†）の存在理由は何か。脳梗塞疾患I63とG46の詳細な違いが専門医でも判りにくい。

## [X. 呼吸器の疾患]

インフルエンザ：J10について

現在、このように呼吸器疾患の範疇にあるが、感染問題、公衆衛生上、疫学上、I感染症への章へ移動すべきと考える。

## [XI. 消化器の疾患]

○ウィルス性肝硬変は概念がないのでK74.6にコードし、ウィルス性肝炎、ウィルス性肝不全はB群に分類をする。統一をしないと同様な疾病が異なったアルファベット群で分離する事になってしまう。

○K76.0 脂肪肝：脂肪性肝炎（NASH, Non-alcoholic steatohepatitis）はコード困難。現実にはK46.0にしているが、脂肪肝と脂肪性肝炎は異なる。独立したコードが必要。

○食道静脈瘤はI85\$（出血の有無により分類）、他に分類される疾患における場合はI

98. 2\*となっているが、肝障害を伴った静脈瘤が破裂した場合は適切なコードが設定されていない。

### [XIII. 筋骨格結合組織の疾患]

○骨粗鬆症について、ICD で設定されている 4 桁に見合うような発症機序を確定できるかどうか疑問である。4 桁細分項に関して、ここまで詳細に項目立てする必要性もないのではと思われる。逆にいうと、誰が必要としているのか。

骨粗鬆症では、ICD の主たる目的である“統計”においてここまで出す必要性は現状ではあまり見出せない。もう少し粗くてもよいのではないか。

○横紋筋融解症：具体的コードの明示なし。コードの創設を。

### [XIV. 腎尿路生殖器の疾患]

○腎不全の扱い方の検討を。糖尿病性の腎不全は糖尿病性腎症でダブルコーディングでよいと考えるが、実際の問題としてダブルコーディングと、追加として腎不全をコードしている。もっとルールを明確にするべき。

○バルトリン腺の疾患について、N75. 0、N75. 1 の分類は同一化しても良いのではないか。日本産科婦人科学会の用語集では、N75. 0 バルトリン腺嚢胞が化膿すると膿瘍 (N75. 1) になると記載されている。嚢胞は分泌物の貯留により増大した無痛性の腫瘤形成を指し、感染を伴うと有痛性となるとのこと。感染の有無・痛みの有無で分類すべきなのか疑問に思う。

### [XV 妊娠、分娩および産褥(O)] 、[XVI 周産期(P)]

### [XVII 先天奇形、変形および染色体異常(Q)]

○妊産婦につける病名コードは、主に 0 (オー) のつく ICD コードとなっているが、他のコードに分類できる病名のときは、原疾患コードをつけて妊産婦だけに限定される疾患のみ 0 (オー) コードにした方が良いのではないか。

産科のコードが索引表から引きにくい。

○胎児診断の精度が向上してきているので、胎児に対する病名付与の在り方について議論することが望まれる。現状では、O35 で分類できるのみ。染色体異常もより細分化が必要。

- ①両側と片側でコードが変化する場合があるが、対の臓器全てが変化するわけでない。コードが変化する例)Q53.X 異所性精巣<睾丸>。
- ②基礎疾患を持っている妊婦の場合、妊娠と同時に第15章にコードが変化することになる。糖尿病は、O24に細分コードが存在するが、他の傷病名の場合はO99に包括的にコーディングせざるを得ない。
- ③新生物の場合、部位により詳細分類のある傷病名と詳細分類のない傷病名と混在している。血管腫・リンパ管腫はD18のみである。また、神経芽細胞腫の場合、部位によりコードが分かれるため、ICD-Oを使用しない場合、後利用が困難となる。→①対の臓器には、5桁目に左・右・両を選択できるように統一する。③部位は別コードとし、病態+部位の多軸分類を考慮するのはいかがでしょうか。

○循環器内科医からの意見として

先天性心疾患：循環器系の先天奇形（Q20-Q28）

先天性心疾患は極めて多くの病気があり、しかも同様な名称の疾患でも幅広いスペクトラムを有する点から、その分類は複雑である。分類方法および疾患のとらえ方にも諸説あり（発生学的見地からの分類、形態学主体の分類等）、あまり微に入り細にわたる分類はここでは適切ではない。しかし疾病の統計をとる目的からはある程度、病気の種類が大分けに出来るものが必要であり、こうした点からはICD 10は9に比較して格段に進歩しており、基本的に現状で十分使用に耐えるものと思われる。細かい部分で改善が必要と思われるのは以下の部分である。

Q21.8 心中隔のその他の先天奇形：ここに Eisenmenger 症候群が記載されているのは不適切である。これは心室中隔欠損、心房中隔欠損等の合併症であり、基本的には基礎となる短絡性疾患に分類されるべきである。またファロー五徴の不適当である。これはファロー四徴に心房中隔欠損を合併したものであり、あくまでファロー四徴の一部である。

Q22.6 右心低形成症候群：通常肺動脈弁閉鎖、または三尖弁閉鎖を指し、別立てで分類するのは紛らわしい。

Q25.1 大動脈縮窄：大動脈縮窄と大動脈弓離断が同じ分類になっているが、心室中隔欠損を伴う大動脈縮窄と大動脈弓離断は同類としても、孤立性の大動脈縮窄とは区別する方が望ましい。

Q25.5 肺動脈閉鎖：心疾患から独立してこうした状況が存在する可能性は極めて低い。間違えてコーディングされやすい分類である。

○臨床の診断病名と ICD で示されている項目とは、余りに乖離しすぎている。比較的大きな病院でも4桁で示されているような詳細な診断は困難。

先天異常で内分泌疾患のみが除外となっている。

## [XVIII. 症状、兆候]

R04 気道出血（鼻出血、肺出血）は呼吸器疾患に移してはどうか。

## [XIX. 損傷・中毒]

- 手術創感染が表層の感染、内部の感染ともに T81.4 になるが、分けられた方がよい。
- 多発外傷の領域を超えた具体的コードが不足している。
- 多発外傷（T00～T07）は、主病名などの統計をとるためには有効なコードだと考えられるが、実際临床上に使用するには、具体的な部位が不明瞭で判り難いため、各損傷ごとのコードを使用する方が便利。

## [XXI. 保健サービス]

第XXI章の拡充。在宅ケアでできることが多くなりつつあり、ケアの程度や種類による分類をもう少し充実させたい。ほか、悪性新生物に関することはひとつにまとめ、新生物に対する治療の目的を表現できると良い。

以上