保健医療科学　2018　Vol.67 No.5 p.452－454

特集：WHO 国際疾病分類第 11 回改訂（ICD-11）および ICF，ICHI の導入に向けて

＜解説＞

筋骨格系領域における ICD-11 改訂の意義

加藤真介 [1,2]

[1] 徳島大学病院リハビリテーション部
[2] 日本整形外科学会 ICD 委員会

The significance of ICD-11 revision in musculoskeletal diseases

Shinsuke Katoh [1,2]

[1] Department of Rehabilitation Medicine, Tokushima University Hospital
[2] The ICD Committe, The Japanese Orthopaedic Association

抄録

「活動と参加」の維持・回復を主な治療目標とする筋骨格系疾患にとって，過去のICDは必ずしも使いやすいものではなかった．ICD-11改訂にあたっては，整形外科医・リウマチ医を中心とした筋骨格系TAGでは臨床の診断過程を追った体系とした素案を作成した．完成したICD-11は論理的な診断過程を追うことができ，さらに充実したextension codeにより詳細な病態の把握が可能となっている．ただ，これを適切に活用していくためには，今後の様々な工夫・努力が必要と考えらえる．

キーワード：筋骨格系疾患，国際疾患分類，活動，国際生活機能分類

Abstract

One of the main targets in the treatment of musculoskeletal diseases is maintaining or improving activities in daily life and social life, and previous versions of ICD were not well suited for musculoskeletal diseases. Orthopedists and rheumatologists established the musculoskeletal topic advisory group and proposed the drafts that fit for clinical diagnostic processes. In the revised ICD-11, the logical processes of diagnosis have been described, and the extension codes seem to be very useful to code complicated musculoskeletal conditions. Further efforts are necessary to utilize these data.

keywords: musculoskeletal diseases, ICD, acitivities, ICF

(accepted for publication, 3rd December 2018)

I. 緒言

筋骨格系疾患は，人の人らしい活動に直結する重要な疾患群である．20世紀末には「運動器の10年」世界運動（Bone & Joint Decade: BJD）が計画され，2000年にはWHO（世界保健機構）により発足が宣言された．この活動には，整形外科医，リウマチ医のほか，関連職種もかかわり，10年にわたって運動器に関わる病気の予防法

連絡先：加藤真介
〒770-8503　徳島県徳島市蔵本町２丁目50-1
2-50-1 Kuramoto, Tokushima 770-8503, Japan.
Tel: 088-633-9313
fax: 088-633-7204
E-mail: skatoh@tokushima-u.ac.jp
［平成30年12月３日受理］

の開発・本質的な治療を目指した運動が展開された．死亡に結び付くことは少ない筋骨格系疾患を，「活動と参加」という観点から包括的に捉えなおすにあたり，死因統計として始まり発展してきた過去のInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（ICD）には課題が少なくなかった．WHO Family of International Classifications Network（WHO-FIC）の重要な一員であるInternational Classification of Functioning, Disability and Health（ICF, 国際生活機能分類）の開発・発展と共に，今回の抜本的な改訂は正に時期を得たものといえる．本稿では，ICD-11改訂作業のなかでの筋骨格系疾患に対する活動を振り返るとともに，今回の改訂の意義を考察する．

II. 筋骨格系（Musculoskeletal）Topic Advisory Group（MSK-TAG）の発足と活動

1．MSK-TAG発足まで

先に述べたように運動器を中心とする筋骨格系の健康は人の活動に直結し，人が人らしい生活を送るのに重要であるとの認識が徐々に広まるなかで，筋骨格系疾患の国際的な統計の重要性が再認識された．

筋骨格系疾患は21章からなり約14,000分類の疾病があるICD-10の中で，13章「筋骨格系および結合組織の疾患」のMで始まるコードを中心に，2章「新生物」のC, Dコード，19章「損傷,中毒およびその他の外因の影響」のS，Tコード，17章「先天性奇形，変形および染色体異常等」のQコード，リハビリテーション，内固定材などに関する項目がある第21章「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」のZコードなどに散在していた．

よく探してみるとほとんどの筋骨格系疾患はICD-10どこかにはあるが，探すのが困難な場合が少なくないし，複雑な病態だと入力者によって使用するコードに大きな差が出る可能性があった．さらに身体部位が適切に指定できない（手であればどこであっても「手の骨」となってしまう）ことは，診療面での重要度の評価や臨床研究目的での使用を困難にしていた．

日本整形外科学会は，それまでもICD検討委員会を設置し，厚生労働省と共にICD-10を活用する上での様々な問題に対応してきた．この過程で，ICD-10の課題を学会として明確に認識するに至っていた．また，筋骨格系疾患では生活活動制限が主な問題であるが，「活動と参加」を包括的にとらえようとするICFが整備されていく過程で開催された，腰痛・脊髄損傷などの病態別のconsensus meetingに学会員が参加するようになったこともあり，WHO-FICそのものに対する認識が学会内でも徐々に広まっていた[1,2].

このような中，2007年からICD-11改訂作業が開始されていること，その中に筋骨格系疾患を討議する場が設けられていないことが伝わり，筋骨格系疾患がICD-11改訂作業に取り残されることが，筋骨格系の健康増進に対して大きな阻害因子となる危険性を孕んでいるとの認識が学会の首脳部に共有された．この時点では，この危機感は世界的に理解が広がって共有されていなかった．厚労省ICD-11室や日本診療情報管理学会の協力のもと，BJDと国際整形災害外科学会に働きかけて共同歩調をとってWHOに筋骨格系疾患も改訂作業を行いたい旨を申し出た．この結果，2008年に開催されたWHO-FIC network meetingで筋骨格系Topic Advisory Group（MSK-TAG）設置が認められることとなった．

この許可を受けて，日本整形外科学会は2009年春にはBJD steering committeeの主なメンバーを東京に招き，MSK-TAGの発足と活動方針を決定する第一回対面会議を主催した．ここには，同時期に開催された内科TAG会議に来日したWHOの担当官の出席を仰ぎ，ICD-11についての認識を深め，その後の議論の枠組みを決めた．その結果，MSK-TAGの議長はBJDが指名し，日本整形外科学会からは共同議長を出して支援することとした．また，分野別にワーキンググループ（WG）を作り（表１），そこでの議論もBJDからのWG議長と日本からの共同議長が協力して進めていくこととなった．

表１　MSK-TAGでの検討対象となった８分野

Rheumatology
Paediatric Orthopaedics & Orthopaedic Infections
Orthopaedic Oncology & General Orthopaedics
Spine
Trauma & Sports Medicine
Joints Except Rheumatology
Osteoporosis – Fragility Fractures
Rehabilitation

2．MSK-TAGの活動

以後，ロンドンでWG長を集めたFace to Face meetingを数回開催し，日本からはMSK-TAG Co-chairである清水克時先生と当時のICD-11検討委員会委員長でSpine WG chairの筆者が参加した（図１）．

実臨床でのユーザーが利用しやすいことを大前提とし，ICD-11が目指すweb platformを基本とする一方，開発途上国での利用を想定にいれて，理解しやすい基本骨格を目指して議論を進めた．基本構想を進めるにあたって, multiple codingを認めること, 部位コード, 重症度コードの作成が不可欠であるとの共通認識から，これらの点を早期からWHOに求めた．

医療の現場では，患者が病院に足を踏み入れた段階から診断が始まるが，その後の診断は医療技術の水準によって，異なってくる．例えば，腰痛患者であれば医療面接の段階では「腰痛」であり, 身体所見によっては「坐骨神経痛」という診断が加わることもある．単純X線によって，「変形性脊椎症」「腰椎分離症」などの診断が，

図１　ロンドンで開催された第２回対面会議

MRIを撮像すれば「腰椎椎間板ヘルニア」「腰部脊柱管狭窄症」という診断が加えられることとなる．一方，陽性画像所見が症状の原因となっているかどうかの診断は容易ではない．また，高齢社会では重複障害も少なくない．

実際の作業では脊椎分野の素案を作成し，これを基に診断過程を反映できる疾病分類という考えがWHOとして許容できるかどうかを確認しながらWG毎の作業を進めた（表２）．実際の作業ではWG間の温度差が大きく，MSK-TAG議長も日本整形外科学会が担当することになるなどの紆余曲折を経て，Rheumatology，Osteoporosis以外の分野の素案は日本整形外科学会ICD-11検討委員会の委員が作成し，国際的に検討・修正した後にWHOに提出した．

表２　筋骨格系TAGの当初の基本方針

診断がまだついていない段階で運動器疾患を診る臨床医をユーザーとして想定する
診断機器などの不十分な開発途上国でも使用できる
診断の過程が反映されるものにする
症状だけで診断がついていないもの（腰痛，膝痛など）は別の section とし，診断がつけばそれぞれの部分（例：椎間板変性，変形性関節症）に移動する
各疾患の病態・部位・重症度などを反映するような層状構造とする（例：椎間板変性→椎間板突出の有無→脊椎高位→腰痛もしくは下肢痛の有無→麻痺症状の有無）
部位コードは WHO が別途作成するが，これに積極的に関与していく

III．ICD-11 における筋骨格系疾患

MSK-TAGからの提案が最もよく反映されているのは脊椎分野であり，腰痛などの症状が他の診断名と並列され，診断および疾患の進行過程がある程度追える構造になった．

他の部分もICD-10に比べてはるかに論理的かつ分かりやすい構造となっている．例えば，いわゆる骨軟部腫瘍は筋骨格系の一般的疾患とは別の章であったのが，ICD-11では筋骨格系の章に包含された．組織型・発生部位の多様さがICD-10を複雑かつ不完全なものにしていたが，ICD-11ではextension codeを用いると組織型およびその良悪性が分類できることになっている．また，site codeを用いると，部位を詳細に特定できる．

このように筋骨格系疾患において，今回充実したextension codeが設けられたことの意義は大きい．骨折では，粉砕の有無，開放性か否か，関節内に及んでいるかどうかは治療の難易度に大きく影響するが，これらはextension codeを駆使すれば表現可能である．また，交通事故，スポーツ等，様々な受傷原因もリスト化されている．

さらにextension codeを用いれば入院時・受診時・退院時などの診断のタイミングを詳細に記録できるだけでなく，診断確定できた手段も臨床検査・画像・組織が記載でき．手術関連では診断できた時期が術前・術中・術後であるかどうかなどを示すコードがある．このようにextension codeには，MSK-TAGが当初に要望していた項目が実装されている．さらにWHODAS2.0（The World Health Organization Disability Assessment Schedule）に基づいたchapter Vでは，セルフケア能力だけでなく，筋骨格系疾患では重要な生活の自立度，社会との関連性など「活動と参加」が大まかに記載できることになっている．

以上のようにweb platformを前提としたICD-11は，筋骨格系疾患のほとんどの病態が適切にcodingできることが期待できる．それであるが故，日常業務の中でどの程度まで詳細なcodingを行うのかについて，ある程度の共通認識の確立が必要である．さらに，臨床で得られている情報がcoderに分かりやすい場所に格納するなど，莫大な情報を活用するためには臨床の現場とcoderの一層の連携が不可欠となる．

IV．まとめ

筋骨格系疾患からみてICD-11はICD-10に比べて極めて大きな進化をみせている．そこには莫大な情報を蓄積することができるが，それを適切に記録し，活用するためには，更なる工夫と努力が必要である．

文献

[1] Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sorensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, et al. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. Spinal Cord. 2010;48(4):305-312.

[2] Kirchberger I, Cieza A, Biering-Sorensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, et al. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. Spinal Cord. 2010;48(4):297-304.