保健医療科学　2018　Vol.67 No.5 p.471－479

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

＜総説＞

東洋医学における ICD-11 活用

渡辺賢治

慶應義塾大学医学部漢方医学センター

Use of Traditional medicine classification in ICD-11

Kenji Watanabe

Keio University, Center for Kampo Medicine, School of Medicine

抄録

目的：ICD-11に東洋医学分類が組み入れられるに至った背景，開発の経緯を概説し，その意義，課題，ならびに今後の展望につき解説する．

伝統医学分類の開発の経緯：WHOにおける伝統医学分類の作成はWHO西太平洋地域事務局（WPRO）における伝統医学の標準化プロジェクトの一環として開始された. 2008年まではWPROでの開発であったが，2009年からWHO本部としてのプロジェクトに移行し，2009年に世界中の伝統医学の代表が一同に介する会議を経て，2010年に，伝統医学の中で，東洋医学をICDの中に入れようということで，開発をスタートさせた. 2013年にはベータ版が完成し, 22カ国の東洋医学の専門家と言語の専門家142名によるピアレビューと，日中韓英によるフィールドテストを経て2018年 6 月にリリースされたICD-11の第26章として位置づけられた.

伝統医学分類の開発の意義：1900年からのICDの歴史の中で，伝統医学がその中に入ったのは初めてである．その意味において，前WHO事務局長のマーガレット・チャン氏が歴史的といったのは必ずしも大げさなことではないであろう.

その一方で，西洋医学の分類に遅れること118年で，ようやく診断の体系が国際化されたに過ぎない. ICD-11に入ったことは，WHOが伝統医学の効果や安全性を認めたことではない．むしろ，有効性安全性を検証するための国際的なツールができたに過ぎない．よってこの伝統医学の章を用いてこれから説得力のあるデータを取っていくことが求められているのである.

伝統医学分類の今後の展望：伝統医学の章の開発は日中韓を核とした国際チームによって成し遂げられた．今後は維持・普及のフェーズとなる．また，鍼灸などの介入に関してはICHIの中で位置づけられていく計画である．こうした活動の中心になる母体組織として, 2018年，WHO-FICの中に伝統医学分類委員会が設置された．今後新たな伝統医学の開発も視野にいれて活動を行っている．活動の大きな柱の一つは普及である．東洋医学はアジア，オーストラリア，ニュージーランド，欧米はもちろんのこと，コロンビア，ブラジルなどの南米諸国，ロシアなどでも盛んに行われている．今後は東洋医学を行うすべての国において，伝統医学の保健統計が取得され，また，教育・研究などの分野で活用されることが期待される.

結論：ICDの歴史の中で初めて伝統医学の章が入り，伝統医学保健統計の国際基盤ができた．今後伝統医学の統計・教育・研究の分野で活用されることが期待される.

キーワード：ICD-11，伝統医学分類，東洋医学，漢方医学，伝統医学疾病，証

連絡先：渡辺賢治
〒160-8582　東京都新宿区信濃町35
35 Shinanomachi, Shinjuku, Tokyo 160-8582, Japan.
E-mail: watanabekenji@keio.jp
[平成30年12月 3 日受理]

Abstract

Purpose: To outline the background and development of Oriental medicine classification into ICD-11, and to explain its significance, tasks, and future prospects.

Development of traditional medical classification: The development of traditional medical classification at WHO was initiated as part of standardization headquarters projects of traditional medicine by the WHO Western Pacific Regional Office (WPRO). In 2009, WHO headquarters held a conference in Hong Kong, inviting representatives of traditional medicine from around the world. Subsequently WHO started the development of traditional medicine classification for ICD revision. In 2013 a beta version was completed and peer reviewed by 142 experts in 22 countries. After the field test, ICD-11 was released in June 2018, and traditional medicine classification was positioned as chapter 26 of ICD-11.

Significance of the traditional medical classification in ICD-11: In the history of ICD since 1900, this is the first time that traditional medicine has been incorporated. Former Director General Margaret Chan of WHO emphasized that this is a historical event in ICD history.

On the other hand, lagging behind Western medicine classification by 118 years, the diagnosis system of traditional medicine is internationalized. This does not mean that WHO endorsed the effectiveness or safety of traditional medicine. It is only an international tool for the future validation of effectiveness and the safety. Therefore, using this chapter on traditional medicine is required to take health informatics data from now.

Future prospects of traditional medicine classification: Development of the chapter on traditional medicine was accomplished by an international team. It will be shifted to the phase of maintenance and implementation. In addition, interventions such as acupuncture and moxibustion are planned to be within ICHI. The Traditional Medicine Reference Group (TMRG) was established in WHO-FIC in 2018. Oriental medicine is actively employed all over the world. In the future, health statistics, education, and clinical research using the ICD traditional medicine chapter are required to spread to all countries where oriental medicine is employed.

Conclusion: The traditional medicine classification chapter was incorporated in ICD for the first time in the history of ICD since 1900. The international foundation of traditional medicine statistics is ready, and by utilizing this, the implementation of health statistics, education and research are expected to be promoted.

keywords: ICD-11, traditional medicine conditions, Oriental medicine, Kampo medicine, traditional medicine disorder, traditional medicine pattern

(accepted for publication, 3rd December 2018)

I. 緒言

WHOは2018年６月，ICD-11をリリースした[1]．このICD-11はICDの歴史の中で初めて電子化され，説明がつくことで，オントロジーによる検索やグループ化が簡便にできるようになるなど，技術的にも革新的であったが，コンテンツとしても現代の医療状況を反映して，革新的な内容となった[2]．コンテンツの一つとして伝統医学分類が入った．1900年に始まる国際疾病分類の長い歴史の中で，伝統医学の分類が入るのは初めてのことになるため，大きくクローズアップされた．

今回ICD-11に第26章として入った伝統医学は「Traditional Medicine Conditions Module1」である．このModule 1は説明を読んでいただければ分かる通り，古代中国を起源とする伝統医学，いわゆる東洋医学である．伝統医学は，それぞれの地域で発展したローカルな医療であり，文字または口伝で伝承されてきたものである．世界三大伝統医学というと，東洋医学，アーユルベーダ（古代インド起源），ユナニ（アラブ医学）を指す．これにチベット医学を入れて，四大伝統医学と称する場合もある．

このTraditional Medicine Conditions Module1の開発はICD-11への改訂の過程で，2010年にWHO本部主導で開始されたが，それに先立つこと2005年にWHOの西太平洋地域事務局において伝統医学疾病分類の標準化プロジェクトが開始されており，この産物がWHO本部のプロジェクトに引き継がれた形となった[3-6]．

筆者は2005年のWHO西太平洋地域事務局でのプロジェクトの議長，そして2010年からのICD-11改訂における伝統医学トピックアドバイザリーグループの共同議長として，そしてWHO-FICにおける伝統医学分類委員会の共同議長として，この伝統医学分類の開発に関わってきた立場として，本稿ではICD-11に東洋医学が入った経緯を概説するとともに[7-9]，その活用を含めた将来展望について若干の私見を述べさせていただく．

II. 目的

ICD-11に東洋医学分類が組み入れられるに至った背景，開発の経緯を概説し，その意義，課題，ならびに今後の展望につき解説する．

III. 背景

1．世界に広がる伝統医学

本稿の読者の考えの中では，医療といえば，西洋医学をまず思い浮かべるであろう．伝統医学が国際的に拡がりを見せ始めたのは1970年代頃からである．最も象徴的な出来事は，1971年にキッシンジャー氏の訪中に随行したニューヨーク・タイムズ紙の記者が自身の鍼灸治療の経験を記事にしたことである．

その後米国においては代替医療として，英国においては補完医療として，西洋医療以外の鍼灸や生薬療法に関心が高まったが，米国においてはハーバード大学医学部のDavid Eisenberg氏が，補完代替医療の利用者が西洋医療の利用者よりも多いという調査結果を1993年のNew England Journal of Medicineに発表したことがきっかけで[10]，NIH内に国立補完代替医療センターが設置され，今では年間予算も 1 億5000万ドルに達している．NIH全体としては，3 億ドルが投じられている[11]．これは補完代替医療全体である．この補完代替医療にはいろいろな種類があるが，中でも古代中国由来の伝統医学とインド由来のアーユルベーダはwhole medical systemsとして扱われている[12]．伝統医学の広まりはヨーロッパでも同様で，ドイツでは200時間の鍼灸の教育を受けた医師が2～3万人おり，医師向けの生薬専門薬局もある．米国においても鍼灸の普及は進んでおり，ダナ・ファーバー，MD アンダーソンといった主要ながん病院には鍼灸部門が疼痛緩和目的で設置されている．

こうした世界の状況をご理解いただければ，WHOがICDの今回の改訂で，なぜ伝統医学を取り上げたかがお分かりいただけると思う．

2．なぜ伝統医学は国際化していったか

伝統医学の国際化の流れは何故加速していったのであろうか？しかもその潮流は西洋医学の発達している，先進国でその動きが加速した．西洋医学の届かない開発途上国において伝統医学が普及していくのは理解できる．しかし西洋医学が進歩している地域においてこそ伝統医学がブームとなるのはどのような訳であろうか？

伝統医学が国際的なブームになるのは1970年代である．前述の通り，ニューヨーク・タイムズ記者の中国における鍼灸の記事もそのきっかけとはなったが，その背景にはいくつかの理由がある．

一つ目は西洋医学の細分化が進み，体全体を見る医療がおきざりにされる，という危機感である．医学の進歩は戦後目覚ましいものがあり，専門知識も膨大なものとなった．それに伴い医療の形も変わらざるを得なくなった．すなわち膨大な医学知識をすべて保有するのは不可能なことから，分野ごとの専門家に役割が分化していったのである．いわゆる臓器別医療の始まりである．これにより，専門分野にはまらない，もしくはいくつかの専門分野にまたがる疾患を有する患者の行き場がなくなった．

二つ目の理由は疾病の複雑化である．20世紀前半までは医療の戦いの相手は感染症であった．抗生物質の登場により，ある程度感染症に対応することが可能になり，代わって虚血性心疾患，脳血管障害，糖尿病や高脂血症といった生活習慣をベースとする慢性的で複雑な疾患への対応に追われるようになった．

三つは薬の副作用である．1960年代から薬物や化学物質による様々な問題がクローズアップされた．特にサリドマイドは睡眠薬として開発され，妊婦が服用することにより，胎児が奇形になり世界に衝撃を与えた．こうした化学合成の薬の副作用に対する警戒感から，より自然な伝統医学へと人々の目が向いていった．

こうした背景は先進国の方が顕著であったため，まずは先進国において，全人的で，生活習慣や気候なども考慮にいれ，自然で比較的安全な伝統医療へと関心が高まっていったのである．

そして欧米における補完代替医療のブームが1990年代に訪れる．この背景には上記のような医学の発達に対するアンチテーゼ的な要素に加えて，先進国における医療費の高騰が挙げられる．特に英国における医療制度の崩壊や米国における医療費の対GDP比の増大から，もっと効率のよい医療のシステムは何かという模索が始まっていた．

たとえば，米国においてWHI (Women's Health Initiative) が行なった研究で，更年期障害に対してホルモン療法が動脈硬化や認知症を予防する，という仮説で行なった研究で，ホルモン療法により乳がん，卵巣癌の発症が増えるのみならず，動脈硬化性疾患に対しても抑制しない，という中間結果が出たため，研究は中断され，世界に衝撃を与えた．この時にNIHは大豆イソフラボンはじめ，さまざまな生薬による治療の可能性を考え，研究助成をつけている．

FDAも新薬開発の対象として，生薬を認め，イチョウ葉エキスやセントジョンズワートといった一つの生薬のみならず，東洋医学の複合的な生薬の組み合わせに対しても認可を認める方向で大きく舵をきった．

IV. 国際伝統医学分類の開発

1．WHO西太平洋地域事務局における国際伝統医学分類の開発

WHO西太平洋地域事務局 (West Pacific Regional Office: WPROは，WHOの地域事務局の一つで，フィリピンのマニラにある．このWPROには日本・中国・韓国を含む

37カ国が加盟国として存在し，伝統医学の部門が存在する．このWPROの伝統医学のコーディネーターとして慶熙大学病理学教授のスンフン・チョイ氏が就任したのが2003年であるが，伝統医学における用語，経穴，情報，ガイドラインと矢継ぎ早に国際標準化プロジェクトをスタートさせた．

国際伝統医学分類の標準化プロジェクトは2005年５月の北京会議でスタートした[13]．この開発には日中韓に加え，ベトナム，モンゴルなど，WPRO加盟国とともに2008年まで継続した．WPROの伝統医学のコーディネーターのスンフン・チョイ氏が韓国に戻ることになったため，開発を中止せざるを得ない状況になったが，一応の形を成すまでに至った．これには用語の標準化が同時になされたことが大きい．東洋医学は，日中韓において共通の部分が多いが，その一方長い歴史の中での相違も大きい．こうした違いを乗り越えて用語の統一がなされ，「WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region」として出版された[14]．

伝統医学分類を作成する際には用語が必要であり，この用語集を参照しながら作業を進めた結果，比較的短期間で成果物を完成させることができた．

２．情報のパラドックス

WHO本部が伝統医学をICDの一員として考えてくれるようになった背景には「情報のパラドックス」がある．

この「情報のパラドックス」は2006年のWHO-FIC年次会議のテーマでもあった．アフリカのチュニジアの首都チュニスで開催されたが，WHO西太平洋地域事務局の伝統医学分類のチームから４名が参加し，筆者もその一員であった．

この時，WHOが示した図は印象的であった．宇宙から見た夜の地球の写真であったが，ヨーロッパ，特に西の方は明るいが，アフリカは真っ暗であった．アジアも日本，韓国は明るいが，中国は沿岸部だけで，あとは真っ暗である．ICDの統計情報もこれと同じだと言うのである．「国際」疾病分類といいながらデータが取れているのは先進国のみで開発途上国ではほとんどデータが取れていない．WHOは開発途上国で使われている伝統医学をICDに組み入れることで，保健統計を取れる国が増えるという期待をしていた．

３．WHO本部における伝統医学分類の開発

2008年４月にICDの改訂に関する主要関係者が一同に集まる会議がジュネーブで開催され，その席で，伝統医学分類の扱いについての討議もなされた．その結果1）伝統医学がグローバル化している中でWHO-FICの仲間として入れることには基本的に賛成であり，WHO本部の体制としてはICD担当部署と伝統医学担当部署で協力して行う，2）世界には数多の伝統医学があり，最初から東アジア伝統医学に絞るのは好ましくなく，どの伝統医学がWHO-FICの仲間入りをするかを検討する会議を行う必要がある，という結論になった．

それを受けてWHO本部主催の伝統医学の拡大会議が2009年５月に香港で開催された．この会議には世界の伝統医学の代表が集められた．東アジア伝統医学は，日本，中国，韓国，ベトナム，オーストラリア，アーユルヴェーダ代表としてインド，ホメオパチーとしてドイツ，英国，フランス，その他ブータン，モンゴルの伝統医学の政府関係者および専門家が集った．

各国の伝統医学の国際標準化の取り組みや国内標準の存在などが議論され，ICDに入れる準備が整っている伝統医学の候補について話し合われた．その結果WPROで，伝統医学分類の作成や用語の標準化を行ってきた，東洋医学をその候補とすることが決定された．

４．伝統医学分類の開発

伝統医学分類の作成は2009年から本格化し，プロジェクト・アドバイザリー・グループ（PAG）が組織され，日中韓豪から各２名ずつ，そしてオランダから１名で，計９名から構成された．その中で共同議長として，WHO伝統医学担当官を退任したばかりのシャオルイ・ザン氏と筆者が就任した．ワーキンググループとして疾病分類，介入分類，用語，情報の４つが立ち上がることになった（図１）．ICDは疾病分類であるが，中心分類として介入分類を開発中であり，それと呼応する形で伝統医学の介入についても議論することになったのである．

この国際伝統医学分類作成チームは，内科，外因，精神などの領域と並列の分野別領域（トピック・アドバイザリー・グループ）として位置づけられた（図２）．

こうして国際伝統医学分類の作成を推進する体制が整った．

それを受けて，2010年12月に，WHOはジュネーブ-東京同時記者会見を開催し，伝統医学分類作成の正式なスタートを宣言した[15-18]．

他の分野別領域（トピック・アドバイザリー・グループ）と同様に，対面会議および電話会議を行い，開発を進めた．WHO-FIC会議への参加も含めると対面会議だけでも25回を数えた．その他にPAGメンバーによるウェブ会議や，マネージング・エディターを含めたウェブ会議なども年数回の頻度で行ってきた．WPROによるベースがあると言っても，他の領域と異なり，一から作る伝統医学分類は相当の労力と神経を使いながら作業を進めてきた．幸い日中韓，欧米豪のチームワークがよく機能したお陰で，開発は順調に進み，2016年にはピアレビューを，2016, 2017年にはフィールドテストを行い，現在公開されている形となった．

５．伝統医学分類の構成

CD-11の第26章の伝統医学分類は「伝統医学の疾病」と「伝統医学の証」の二つのカテゴリーに分けられている．

「伝統医学の疾病」は，「traditional medicine disor-

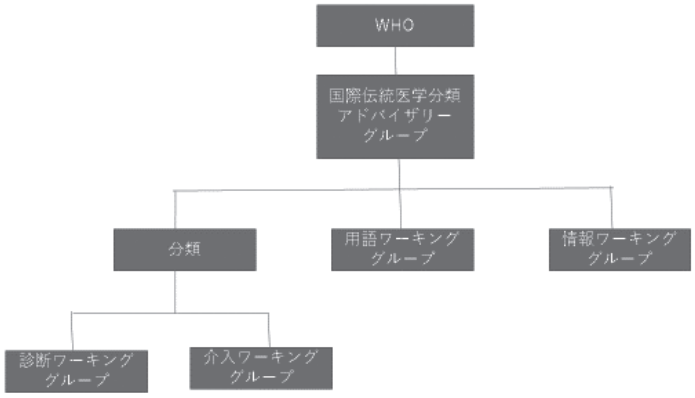

図１　WHOにおける伝統医学分類開発組織図

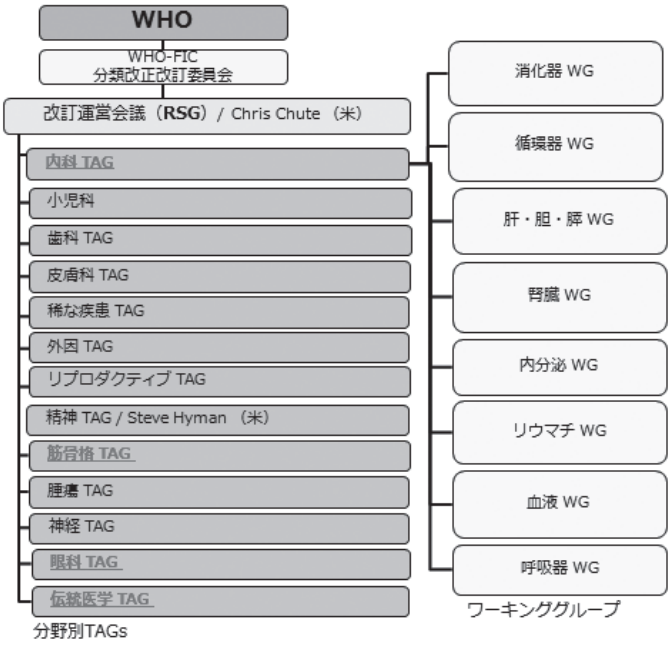

図２　WHO-FIC ICD改訂 組織

der」と表現されている．西洋医学的な「disease」を用いていない．

ICDにおいて「disease」という場合には多くは病因・病理が明らかにされている．これに対し，伝統医学の疾病は症状や症候である．その点においてはICD-10でのRコードに近い．西洋医学的な病名と区別するために，この伝統医学の疾病を「condition」や「illness」で表現することも検討したが，適切でないと判断され，最終的に「disorder」を用いることになった．

ここで問題になったのは翻訳の問題である．例えば頭風は症状としては頭痛と同義であり，headacheとするが，伝統医学的病理理論は西洋医学と異なる．その意味において西洋医学のheadacheとは完全には一致しない．このことから伝統医学的頭痛は末尾にTMを用いてheadach ™と表記することで，西洋医学のheadacheとは区別することにした．

次に「証」の英語表現であるが，「syndrome」，「symptoms」などが用いられてきたが，病気の分類というよりも人間の状態を表す言葉であり「pattern」という表現にすることにした．「証」の用語の定義としては，「ある時点における患者の正確な臨床像を示す一まとまりの徴候，症状，所見（患者の体質を含む）」とした．

６．伝統医学分類の意義と用い方

伝統医学の章の意義と用い方についてはICD-11のコーディングレファレンスガイドに明記されている．

まずは，伝統医学分類については，あくまでも分類，診断，統計，情報交換，国際比較のための道具であって，ICD-11に伝統医学分類が入ったからといって，WHOが伝統医学の診療を正当化した，とかその効果を認めた，というものではない．伝統医学分類は，伝統医学に関する安全性や効果を評価・検証するための研究を支援する目的で開発されたものであり，これを道具として用いることで，伝統医学が正しく評価されることが期待されて

いる．

また，前述した，情報パラドックスを埋めるという意味において，西洋医学の診断とともにコードをつけることが求められている．すなわち，西洋医学の診断（1-25章）をつけた上で，伝統医学の疾病と証をつけるルールになっている．ただし，一部の国においては，伝統医学の医師が西洋医学的診断を行うことを禁じているため，これを配慮して伝統医学の診断だけでも成り立つようなコーディング・ルールとなっている．

V．日本における漢方分類の開発

1．日中韓における伝統医学分類

国際伝統医学分類作成が本格化する中で，日本には標準化された診断分類は何一つ存在していなかった．中国は病名と証の分類については1995年に作成されたGB/T 15657-1995（通称GB95）があり，疾病が624，証が1624記載されている．さらに用語に関してはGB/T 16751.1～3-1997（通称GB97）があり，疾病930，証800，介入1037が記載されている．

韓国も韓医学分類作成の歴史は古く，1973年に最初に制定され，1979年にICD第９版（ICD-9）に基づいて，１次改正され，1993年のICD 第10版に基づいてKCD-OM2に２次改訂された．現在用いられているKCD-OM3は画期的で，2008年から開発が開始されたが，2010年のICD-10の韓国版改正（KCD）に伴い西洋医学分類と合体されている．

韓国は電子カルテの導入率も高く，診療情報の電子化が進んでいる．慶熙大学のキュンモ・パク氏はオントロジーの専門家で，2010年のWHO-FICネットワーク年次会議にて韓国が既にオントロジー手法によるインフォメーション・モデルに着手していることを発表した．また，中国は2009年５月の香港でのWHO会議にて政府主導で中医学の病院のネットワークを作り，100万件のデータが既に収集されたことを発表している．

それに引き換え，国際伝統医学分類作成が始まった時にはわが国には国家基準と呼べるものが何一つ存在していなかった．

2．漢方分類開発の体制

2011年の南アフリカ・ケープタウンにおけるWHO-FIC年次会議で，日本が正式にWHO-FICの協力センターとなった．日本東洋医学会の用語および病名分類委員会が入ったことである（図３）．厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室（ICD室）が中心で，センター長はICD室の室長である．その下に国立保健医療科学院研究情報支援研究センター，国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部，日本病院会日本診療情報管理学会，日本東洋医学会用語及び病名分類委員会（日本東洋医学サミット会議）が協力センターメンバーとして位置づけられた．

これにより，伝統医学分類開発のミラー委員会として，日本東洋医学会用語及び病名分類委員会が，WHO-FICの協力センターの一員として機能し始めた．

3．漢方分類の作成

日本漢方分類を作成する上で，いくつか検討する課題があった．まずは誰を対象の分類にするか，である．日本の医師数は30万人として，いろいろなデータが示しているのは，医師の９割が漢方を日常診療で用いている，ということである．そうすると約27万人が漢方を使用していることになる．一方漢方専門医は2000名である．27万人の医師を対象とするのか，2000名の専門医を対象とするのか，という問いになる．ICDが西洋医療の現場で

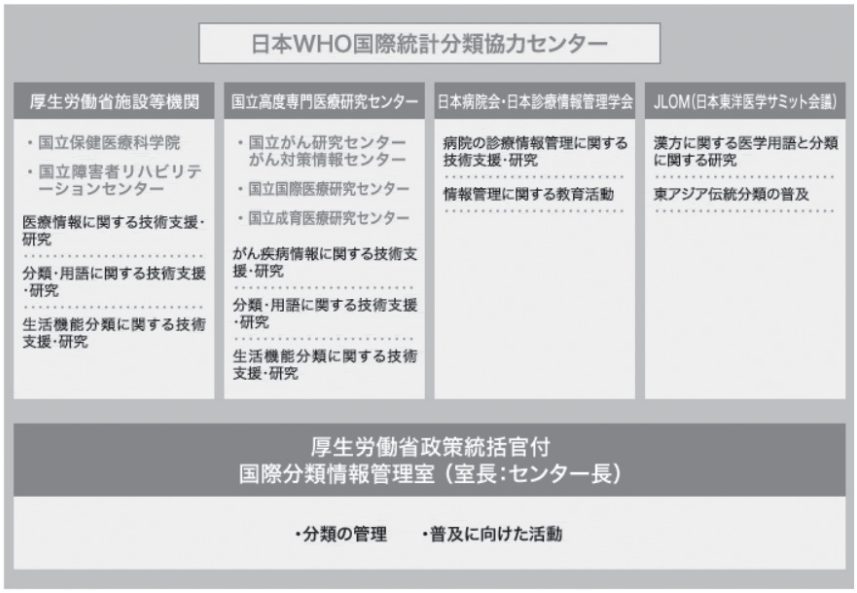

図３　日本WHO国際統計分類協力センター体制　2015～2019年

幅広く用いられていることを考えると自ずから答えは明らかである.

漢方にそれほど精通していない27万人の医師でも短いトレーニングで漢方分類ができるようなシンプルなものにしなくてはならない.

次に考えなくてはいけないのはその数である．中国の国家標準分類であるGB95・97では証の分類が2300ある. 2300から一つの分類を選択するのは大変なことである. データマイニングやAIなどの世界でもデータさえ入れればすぐにコンピュータが計算してくれる，というものではない．ノイズと呼ばれる不要なデータや欠損データを如何にきれいに取り除くか，というクリーニング作業が必要である.

その意味において，分類方法がシンプルであればあるほど精度が高くなる．こうしたことから行き着いたのが日本漢方分類である[19].

こうしてどうにか中韓に遅れ，かつ国家標準ではないものの，伝統医学分類作成に向けての日本分類ができあがった．日本漢方の分類はいくつかの特殊性があったが, それらはポスト・コーディネーションとしてコードをつけることでクリアすることができた.

また，日本提案として鍼灸分類が入った．中韓からは鍼灸は介入であり，診断ではないという理由で提案がなかった．しかしながら日本鍼灸においては介入であると同時に診断である，ということで，日本提案をし，それが認められて伝統医学の章に入れることができた.

４．漢方医学における伝統医学の証の用い方

日本では，伝統医学疾病は用いない方針とした．日本が伝統医学疾病を使わなくなったのは明治になり，医制から漢方がはずれたことと深い関係がある．漢方を処方する医師は西洋医学の教育を受けることが必要とされた. 1976年に医療用漢方製剤が日常診療の中に入ってくるようになり，今では９割の医師が日常的に漢方薬を処方する時代になった. 伝統医学疾病というのは例えば「霍乱」は水様下痢を指す．コレラ様の症状を指すが，コレラだけではなかったであろう．現代医学の中では，敢えて霍乱を用いる意味はなくなった．このように日本における伝統医学分類は「伝統医学の証」のみを用いることにした.

西洋医学病名と伝統医学の証の二つは，例えて言うならば地球儀の緯線と経線のような関係にあり，西洋医学病名だけでは漢方処方は決定できないし，漢方の証のみでも処方の決定はできない．漢方治療の方針を決定するためには，西洋医学病名と漢方の証の両者が必要になるのである.

VI. 国際レビュー，フィールドテストそして ICD 改訂会議を経て 2018 年リリースへ

１．伝統医学の章の国際レビュー

2017年には伝統医学の章のベータ版に対して，ピアレビューを行った．レビュワーは22カ国の142名の専門家であり，伝統医学疾病155と証203をいくつかのグループに分けて担当を割り振りレビューしてもらった．この結果を踏まえてブラッシュアップを図った.

２．伝統医学の章の国際フィールドテスト

2018年には日中韓英で出し合った症例10例ずつ，合計40症例に対して伝統医学疾病と証のコーディングを上記４カ国で行い，その結果を比較した．その結果を踏まえて伝統医学の章の修正を加えた.

日本でのフィールドテストには日本診療情報学会が全面的に支援してくれたお陰で，比較的短期間で終了することができた.

３．改訂会議における伝統医学

2016年10月はICDの改訂にとっても伝統医学の章にとっても重要な時であった．ICD-11改訂に向けての準備がほぼ整い，ICD改訂会議が開催されたのである．しかも場所は東京であった.

１週間の会議のうち，前半は通常のWHO-FIC年次総会，後半がICD改訂会議に当てられた．WHO-FIC年次総会が日本で開催されるのは1986年，1996年及び2005に次いで４回目である．このうち，2005年はICDの改訂に向けた準備を始めた年である．そして2016年はICD-11への改訂がほぼ見えてきたことを宣言する会議である．こうした節目に日本がWHO-FICの会議を行うことは素晴らしいことである.

改訂会議に合わせ，伝統医学のサイドセッションを行った．ここではWHOからは伝統医学担当官のチー・ジャン氏，ICD担当官のネナード・コスタンジュセク氏, それに日中韓の代表が話をした．さらに，オーストラリア，英国，米国の代表が話をし，東アジア伝統医学の次にICDに入る候補として，インド政府の方がスピーチした.

改訂会議最終日の全体会議でも伝統医学のセッションがあり，日本からは厚生労働省医事課長に日本における伝統医学の現状についてお話いただいた．また，渡辺からはサイドセッションの報告を行った.

このようにICD改訂において，伝統医学の存在がクローズアップされた意味において，この東京会議は大きなステップであった.

VII. 今後の展望と課題

１．ICD-11の維持の仕組み

ICD-11は2018年６月のリリースを境に，それまでの開発のフェーズから維持・普及のフェーズに入った．維持に関しては，従来はWHO-FIC協力センターから出た提案を，年に１回のWHO-FIC年次会議において審議してきたが，ICD-11はWikipedia方式で，いつでも誰でも内容に関する提案ができる仕組みになっている．それを,

WHOでフィルターにかけた後，審議する組織体として，医学科学諮問委員会（Medical and scientific advisory committee: MSAC)と分類統計諮問委員会（Classification and statistics advisory committee: CSAC)が設置された[20]．MSACは医学的な見地で，提案について審議する委員会で，20名の委員から構成されるが，日本からは３名の委員が参加している．小生も伝統医学分野の代表として参加している．一方CSACは分類や統計そのものに関する重大な決定を行う委員会である．ICD-11の維持はこのように行われるが，伝統医学分類においても同じ仕組みで維持されることになる．

２．伝統医学分類グループ

WHO-FICにおける伝統医学分類の維持・普及そして，ICHIにおける伝統医学的介入に関しては，2018年10月のソウルにおける伝統医学会議において新たに伝統医学分類委員会（traditional medicine reference group; TMRG)が発足した．2017年のメキシコ・シティーにおいては，伝統医学分類に関する非公式の会議が行われ，多数の国からの参加があったが，2018年には正式なグループとなり，その会議には各国から50名ほどの専門家が参加した．

この中にはインド・タイなど，伝統医学分類のmodule 2, module 3になる可能性のある，将来の伝統医学分類の候補国も参加した．

今後はこの伝統医学グループが核となって，伝統医学分類の維持・普及そしてICHIなどの開発に当たっていく．

３．伝統医学の章の活用

伝統医学の章の活用としては，まずは保健統計である．伝統医学に対するきちんとした疾病保健統計を取る基盤ができたので，その使用実態を含め，疾病保健統計を取る必要がある．その際，IV-2で述べたように，情報のパラドックスを埋めるためには，伝統医学分類のみならず，西洋医学の病名とともに，統計を取る必要がある．IV-6伝統医学分類の意義と用い方で述べたように，コードの方法はICD-11のレファレンスガイドに記載されている通り，西洋医学病名と伝統医学的疾病，伝統医学の証を３つ付与することが推奨されている．西洋医学と伝統医学をつなぐこと，これがまず求められていることになる．

次に臨床研究である．伝統医学の治療方針は西洋医学的診断のみでは定まらない．しかし，現在までのところ，標準化された伝統医学分類が存在しなかったため，臨床研究に伝統医学的知識を入れることが不可能であった．今後は伝統医学の考え方を入れ込んだ臨床研究のデザインが組める．さらに，国際臨床研究や，各国における臨床研究の結果の国際比較も可能となる．

また，教育の分野も標準化された基盤ができたことになる．伝統医学分類に用語集がついたことで，国際的な共通認識が生まれた．伝統医学の用語は長い歴史の中で，多義になっているものが多く，日中韓でも理解の異なる用語が多々あるが，今回の伝統医学分類で解説されているものに関しては共通の理解基盤ができたことになる．伝統医学教育に関して国を超えた理解のもと，しかも英語という共通言語で行える意義は大きい．

４．伝統医学の章の今後の課題

伝統医学分類の今後の普及に関してはまずは国内での周知が必要である．この点に関しては日本東洋医学会用語および病名分類委員会が中心となって，まずは日本東洋医学会会員に向けて普及を開始している．ICD-11伝統医学の章に関する動画も配信予定である．

普及に関しては，コーディングの教育ツールも必要であるが，これに関しても日本診療情報管理学会にご理解をいただいており，一緒に教育ツールを作っていければ大変ありがたいことである．

国際普及に関しては各国の事情に拠るところが大きい．2018年のWHO-FICソウル会議では，日中韓に加えてコロンビアからプレゼンテーションがあった．米国とコロンビアでも東洋医学は普及しているが，制度がきちんと整っていない．それ故，伝統医学の章を用いて制度の整備を行い，効果や安全性の検証をしたい，ということであった．

東洋医学は鍼灸を中心に世界中に広がっている．たとえばドイツのように，一般医対象に200時間の鍼灸教育が義務付けられているところもあるが，まだ制度的に整っていないところも多い．こうした国々ではコロンビアのように，伝統医学の章を活用して，制度を整えて行くことになるであろう．

VIII. 結論

ICD-11伝統医学の章は開発が終了し，今後は維持・普及のフェーズに入る．ICDそのものは1900年に開始され，100年以上経った今も改訂が続けられている．伝統医学に関してもまだスタートしたばかりであり，完全なものではないが，今後の維持・普及の過程で，より目的に資するものに変わっていくことが期待される．東洋医学の普及はこの30年ほどの間に急速に進んだが，今後さらなるグローバル化が進む中で，国際的にもますます用いられることが予想される．そうした次の時代に向けてこの伝統医学の章は進化しつづけなくてはならない．そして，伝統医学の国際統計・教育・研究の分野で活用されることが期待される．

謝辞

本研究に関する研究支援として，厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究（統計情報総合研究）「国際比較を通じたICD-11に向けた漢方分類の妥当性の研究」2015-2016年，「ICD-11での漢方医学分類の国際展開に向けた調査研究」2017年（研究代表者：渡辺賢治）で行った．

利益相反

本稿に関して開示すべき利益相反はありません.

参考文献

[1] 厚生労働省．報道発表資料 国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）が公表されました．https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000211217.html (accessed 2018-11-28)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hodo happyo shiryo kokusai shippei bunrui no dai 11 kai kaiteiban (ICD-11) ga kohyo saremasita.] https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000211217.html (accessed 2018-11-28) (in Japanese)

[2] 秋山光浩，松浦恵子，今津嘉宏，及川恵美子，首藤健治，渡辺賢治．疾病及び関連保健問題の国際統計分類について．日本東洋医学雑誌. 2011;62:17-28.
Akiyama M, Matsuura K, Imazu Y, Oikawa E, Shuto K, Watanabe K. [International Classification of Diseases.] Japanese journal of oriental medicine. 2011;62:17-28. (in Japanese)

[3] 渡辺賢治．伝統医学が国際疾病分類(ICD)に入る意義（その一）．漢方の臨床. 2017;64(5):613-621.
Watanabe K. [Dento igaku ga kokusai shippei bunrui (ICD) ni hairu igi. (sono 1).] Journal of kampo medicine. 2017;64(5):613-621. (in Japanese)

[4] 渡辺賢治．伝統医学が国際疾病分類(ICD)に入る意義（その二）．漢方の臨床. 2017;64(6):733-741.
Watanabe K. [Dento igaku ga kokusai shippei bunrui (ICD) ni hairu igi. (sono 2).] Journal of kampo medicine. 2017;64(6):733-741. (in Japanese)

[5] 渡辺賢治．伝統医学が国際疾病分類(ICD)に入る意義（その三）．漢方の臨床. 2017;64(7):849-858.
Watanabe K. [Dento igaku ga kokusai shippei bunrui (ICD) ni hairu igi. (sono 3).] Journal of kampo medicine. 2017;64(7):849-858. (in Japanese)

[6] 渡辺賢治．伝統医学が国際疾病分類(ICD)に入る意義（その四）．漢方の臨床. 2017;64(8):959-969.
Watanabe K. [Dento igaku ga kokusai shippei bunrui (ICD) ni hairu igi. (sono 4).] Journal of kampo medicine. 2017;64(8):959-969. (in Japanese)

[7] 渡辺賢治．伝統医学国際化の潮流．医学のあゆみ. 2009;231(2):169-170.
Watanabe K. [Dento igaku kokusaika no choryu.] Journal of clinical and experimental medicine. 2009;231(2):169-170. (in Japanese)

[8] 渡辺賢治．ICD-11への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成．医学のあゆみ. 2009;231(3):243-246.
Watanabe K. [ICD-11 eno igaku kokusaika no choryu.] Journal of clinical and experimental medicine. 2009;231(3):243-246. (in Japanese)

[9] 渡辺賢治．漢方医学をめぐる国際的諸問題．医学のあゆみ. 2009;231(4):311-312.
Watanabe K. [Kanpo igaku wo meguru kokusaiteki shomondai.] Journal of clinical and experimental medicine. 2009;231(4):311-312. (in Japanese)

[10] Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States．Prebalence, costs, and patterns of use. New Engl. J. Med. 1993;328(4):246-252.

[11] 米国国立補完代替医療センター National Center for Complementary and Integrative Health．http://nccam.nih.gov/ (accessed 2018-11-28)

[12] WHO. WHO traditional medicine Fact Sheet Number 134 December 2008. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html (accessed 2018-11-28)

[13] 渡辺賢治. 21世紀の日本の東洋医学の進路を探る漢方の国際化に向けての戦略．日本東洋医学雑誌. 2007;58(4):594-599.
Watanabe K. [Strategy for the Globalization of Kampo Medicine: In Search for the Road Map of Kampo Medicine through the 21st Century.] Japanese journal of oriental medicine. 2007;58(4):594-599. (in Japanese)

[14] WHO WPRO. WHO international standard terminologies on traditional medicine in the Western Pacific Region, 2007 WHO Regional Office for the Western Pacific. http://www.wpro.who.int/publications/who_istrm_file.pdf (accessed 2018-11-28)

[15] WHO. WHO to define information standards for traditional medicine. www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/trad_medicine_20101207/en/ (accessed 2018-11-28)

[16] Normile D. WHO Shines a Light on Traditional Medicine 6 December 2010. http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2010/12/who-shines-a-light-on-traditional.html (accessed 2018-11-28)

[17] Stafford L. WHO Developing New Traditional Medicine Classification. HerbalEGram. 2011;8(1). http://cms.herbalgram.org/heg/volume8/01January/WHOClassifiesTM.html?t=1294841964 (accessed 2018-11-28)

[18] Watanabe K, Zhang X, Choi SH. Asian medicine: a way to compare data. Nature. 2012;482(7384):162.

[19] 渡辺賢治．漢方薬使い分けの極意．東京：南江堂；2013.
Watanabe K. [Kanpoyaku tsukaiwake no gokui.] Tokyo: Nankodo; 2013. (in Japanese)

[20] WHO. ICD. https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/ (accessed 2018-11-28)