

2015年ICD-11改訂に日本の漢方をはじめとした伝統医学が導入



新たな潮流として歴史的改革に世界が注目

世界保健機関(WHO)では、1989年以来25年ぶりとなる国際疾病分類の2015年改訂(ICD-11)に向け、西洋医学情報と整合性の取れた伝統医学の国際分類を盛り込む作業が進められている。そのなかで日中韓を中心とした東アジア伝統医学分類(ICTM EA)の導入が今年5月のWHOの会議で決定した。ICTM EA共同議長の1人を務め、日本オリジナルの漢方療法をはじめICTM EA 草案を作成した慶應義塾大学漢方医学センターの渡辺賢治センター長に、1900年から西洋医学のみで110年以上続いてきたICDの歴史において、新たな潮流として注目されるICTM EAの世界標準化への道について聞いた。



渡辺賢治氏

インフォメーション・パラドックスの解決策は伝統医学

ICDの正式名称は、「疾病、障害および関連保健問題の国際的統計分類」。疾患に関する世界的な保健統計を可能とするために、共通番号(コード)を用いて分類している。世界標準のコードシステムがあることから、疾患ごとの死因統計などは国際的な比較や医療機関の診療記録管理などにおいて重宝されている。これまでは10~20年サイクルで改訂がなされてきたが、2015年のICD-11が大きな改訂になると言われているのは、用語の定義が付くことや、これまでの紙媒体と違って電子化されることにより、疾患同士の関連付けをより明らかにできるというコンテンツモデルを構築することにある。

ところが、ICDを活用しているのは先進国がほとんどであり、途上国や死亡率が高い国に関する正確な医療情報を捉えることが難しい現状にある。すなわち、「インフォメーション・パラドックス」に陥っていることが問題視されている。とりわけ、人口が多いアジアやアフリカの地域においては、ICDのコードを用いたデータ収集ができていないことや西洋医学のICDコード分類しかなく、各国オリジナルの伝統医学としてのプライマリケアを取り込んでいないことが挙げられる。

そこで、WHOではICDの普及においては人口面から考えるとアジアを注目すべきターゲットとしている。2003年からWHO西大洋地域事務局において、伝統医学としては同じルーツの日中韓を中心とする東アジア伝統医学に着目し、鍼灸のツボの位置や用語などに関する標準化のための作業を進めた。そうした活動の一環として、2005年からはICTM EAの作成に着手した。

WHOでは1978年、プライマリケアの必要性を強調したアルマータ宣言のなかで、伝統医学の重要性を強調している。2008年11月には北京でアルマータ宣言の30周年記念式典が開かれ、伝統医学の見直しへの気運が高まった。また、2009年のWHOの会議において、東アジア以外の世

界も視野に入れ、インドのアーユルヴェータや、チベット伝統医学、ブータン伝統医学などの導入に関しても議論された。

その結果、今年5月のWHOの会議で、2015年のICD-11改訂に関しては、初めに東アジア伝統医学を導入する計画が決まった。

渡辺センター長は「日本で考えられている以上に、世界的には伝統医学に対する注目度が高まっている」と強調する。

日中韓の伝統医学に相違

日中韓の伝統医学は古代中国医学に起源を発しているが、各国で独自の発展を遂げてきた。中国では患者を分類する証(診断)に関して国家が定めた3,000のコード分類が既に存在する。

一方、日本の漢方は江戸時代に中国の複雑な理論を否定することで成り立ってきた歴史もあり、そもそも証の数が少ない。さらに、今では全医師の83.5%が漢方を用いている日本の現状を考えると、複雑なコードにしても利用されない恐れがある。

また、日本の特徴である、「葛根湯の証」(上気道炎などの急性熱性疾患の初期で、頭痛、発熱、うなじのこわばりがあって、汗をかかない患者)といった「薬方の証」は独特である。また、腹診(お腹の所見)は日本においては重要な診断的所見である。

韓国は中国と近いが、体質医学である四象医学(ししょういがく)が存在する。各国の多様性を認めつつ、データを相互に比較できる共通プラットフォームの作成が必要となる。

陰陽、虚実、表裏、寒熱、六病位、気・血・水、腹診所見が草案

渡辺センター長らは、平成19・20年度厚生労働科学研究費補助金(統計情報総合研究事業)「漢方医学の証に関する分類の妥当性」研究班において、ICD-11の日本の漢方療法に関するコーディング草案(表)を作成した。

虚実(体力や疾患などに対する強弱の度合い)、寒熱(患者の自覚によるもの)それぞれのコードを必須項目

とし、急性疾患では六病位として疾患の進行度について抗病反応が陽性(陽病)か陰性(陰病)として三陰三陽に分類し、かぜの初期に投与する際は太陽病、咳を呈した際は少陽病と捉えられる。

慢性疾患では気・血・水の異常に関するコードを付与し、腹診をした場合は特徴的な腹診所見および腹力のコードを付与する。

現在、日本の伝統医学に関する学術団体とWHO伝統医学協力センターから成る東洋医学サミット会議では、わが国としてのコードを作成中である。ICD-11でコードを付与(コーディング)する際には、重複したコーディングがなされないようなルールも必要になる。

日本の「薬方の証」などもICD-11のなかではコンテンツモデルとして盛り込まれていく予定である。

同センター長は「日本人医師の大半が漢方療法の経験がある一方で、国内で集計したデータがないのが現状である。漢方療法の証コードを専門医以外の日常診療レベルで標準化できれば、疾患ごとの関連付けも含めて漢方療法の実態が明らかになり、どのような使われ方をしているのかも把握できるであろう」としている。

2011年からフィールド・テストを開始

今年の9月末には、世界各国からWHO α版が提出され、さらに来年の2011年5月にはβ版としてデータに基づく検証を行うためのフィールド・テスト用の草案が提出される。

その後、科学的知見の収集にとどまらず試験的に改訂版として運用して実際に活用可能かどうかなどについての検証が行われる予定である。

日中韓それぞれでデータを取るものの、上位概念を用いて証を捉える日本に対し、下位概念まで広げる中国との証コードはリンクが可能であり、日中韓での伝統医学の使用実態の国際比較も行う予定である。

そうした検証を踏まえて、2014年に最終版が決定、2015年にWHO総会で承認される予定となっている。

最後に、渡辺センター長は「2015年のICD-11改訂に伝統医学が盛り込まれ、先駆けとして日本の漢方療法をはじめとしたICTM EAの導入が実現されたときは歴史的快挙である」とし、「今回の草案を用いて、日本の漢方療法の実情を明らかにしたうえで、グローバルな視点からのハーモナイゼーションを達成していきたい」と抱負を述べた。

〈表〉ICD-11の日本の漢方療法に関するコーディング草案

漢方の証コード だれもが使えるシンプルなコード	漢方の証コード付与のルール																		
1. 陰陽 2. 虚実 3. 表裏 4. 寒熱 5. 六病位 6. 気・血・水 7. 腹診所見	ルールⅠ: 2. 虚実のコードは必須項目とする。 ルールⅡ: 4. 寒熱のコードは必須項目とする。ただしその他の特徴的な症状は追加で付与する。 ルールⅢ: 急性疾患の場合 5. 六病位のコードを付与する。 ルールⅣ: 慢性疾患の場合 6. 気・血・水のコードを付与する。 ルールⅤ: 腹診をした場合 7. 腹診所見を付与する。ただし腹力のコードは必須項目とする。																		
ルールⅠ 虚実 下記から1つ選択 (必須項目) 2.1 虚証 2.2 虚実中間証 2.3 実証																			
ルールⅡ i) 寒熱 下記から1つ選択 (必須項目) 4.1 寒証(冷症) 4.2 寒熱中間証 4.3 熱証 ii) 寒熱に関するその他特徴的な症状は追加で付与する。 4.4 上熱下寒 4.5 手足煩熱 4.6 厥冷 4.7 寒疝																			
ルールⅢ 急性疾患の場合 六病位から選択 5.1 太陽病 5.2 陽明病 5.3 少陽病 5.4 太陰病 5.5 少陰病 5.6 厥陰病 5.7 壊病																			
ルールⅣ 慢性疾患の場合 気・血・水から選択 6.1 気虚 6.2 気うつあるいは気滞 6.3 気逆 6.4 血虚 6.5 瘀血 6.6 水毒 6.7 亡津液																			
ルールⅤ i) 腹診をした場合 腹力から1つ選択 (必須項目) 7.1 腹力虚 7.2 腹力中等度 7.3 腹力実 ii) 腹診所見で特徴的な症状は追加で付与する。 7.4 腹部膨満 7.5 胃内停水 7.6 心下痞鞭 7.7 胸脇苦満 7.8 腹裏拘急あるいは腹直筋急 7.9 腹部動悸 7.10 臍痛点 7.11 瘀血の圧痛 7.12 小腹痛満 7.13 小腹痛急 7.14 小腹痛不仁 7.15 小腹痛拘急 7.16 正中芯 7.17 腹鳴																			
コード例 65歳男性 主訴 腰痛	<table border="1"> <tr> <td>虚実</td> <td>虚証</td> <td>2.1</td> </tr> <tr> <td>寒熱</td> <td>寒証</td> <td>4.1</td> </tr> <tr> <td>気・血・水</td> <td>気虚</td> <td>6.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>気うつ</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td>腹診所見</td> <td>腹力虚</td> <td>7.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>小腹痛不仁</td> <td>7.14</td> </tr> </table>	虚実	虚証	2.1	寒熱	寒証	4.1	気・血・水	気虚	6.1		気うつ	6.2	腹診所見	腹力虚	7.1		小腹痛不仁	7.14
虚実	虚証	2.1																	
寒熱	寒証	4.1																	
気・血・水	気虚	6.1																	
	気うつ	6.2																	
腹診所見	腹力虚	7.1																	
	小腹痛不仁	7.14																	

(平成19・20年度厚生労働科学研究費補助金(統計情報総合研究事業)「漢方医学の証に関する分類の妥当性」研究班)