

口腔保健からみたWHO疾病分類の問題点

花田 信 弘

The defects of WHO's classification of diseases related to oral health

Nobuhiro Hanada

1. はじめに

国際疾病分類 (International Classification of Diseases; ICD) 第8回修正の施行 (1965年) の際に世界歯科連盟 (the International Dental Federation; FDI) と世界保健機関 (WHO) により、口腔疾患の分類検討会議が招集された。この検討会議において、ICDを歯科学及び口腔科学へ適用するためのマニュアルの編集が提案され、4か国での試行の後、1973年にWHOから歯科医療に関連する国際疾病分類 (ICD-DA) が出版された¹⁾。ICDの第9回修正にともない1978年にICD-DA第2版が出版され、1995年の第10回修正 (ICD-10) にともないICD-DA第3版が出版されている。ICD-DA第3版の日本語訳は厚生労働省大臣官房統計情報部から2001年に出版されている²⁾。しかし、口腔保健の立場からみるとICD-DA第3版には改善すべきいくつかの問題点が存在する。

2. 健康、疾病および障害の定義と分類

健康問題に関連してWHOは健康の定義、疾病分類 (ICD) およびICDから派生した機能分類

(International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF)を公表している³⁾。障害については、WHOが1980年に「国際疾病分類 (ICD)」の補助として発表した「WHO国際障害分類 (ICIDH) が用いられてきたが、2001年5月の第54回総会において、その改訂版として「ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)」を採択した。

WHOの健康の定義は、これまで公衆衛生の考え方のバイブルとしての役割を果たしてきた⁴⁾。“Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity” (健康とは完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない)。これが1946年に発表され、60年間続く健康の定義 (WHO憲章1948年制定) である。生活の質 (Quality of Life) の視点で健康を質的に分類することも可能であるが、医学的な対応が難しいためか、いまのところ健康の分類は採用されていない。健康の概念には数値測定する基準もないのでこのままでは科学的な発展も難しい。従って健康の定義は改変できず60年間不変である。

一方、疾病と障害は医学・医療における現実的な対応の必要性があってWHOの疾病分類ICDは常に改変され、上述のように障害についても分類が行われている。ICDは1900年にICD-1が、WHOより刊行されてから、ほぼ10年ごとにバージョン

【著者連絡先】

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
国立保健医療科学院口腔保健部
部長 花田信弘
TEL : 048-458-6277 FAX : 048-458-6288
E-mail : nhanada@niph.go.jp

アップし現在はICD-10を使用している。なにが病気であり、なにが病気でないかは、判別に微妙な問題を含んでおり、医師、医学者では決めかねる場合もある。少なくとも医学だけで決めることではないようである。

3. 代理エンドポイントの活用

また、病気の原因が分からなかった100年以上前の時代とは異なり、ほとんどの疾患の原因が判明した今日では、発症前の診断を行い、真の病気に至るプロセスに適確に介入して発症を未然に防ぐ努力が日々行われている。臨床疫学でいう真のエンドポイントと代理エンドポイント（サロゲートエンドポイント）を区別し、真の疾患が発症する前に、血液検査の異常値などを根拠とする代理の疾患の診断をする場合が増加している。代表的な生活習慣病とされる高脂血症、高尿酸血症、高血圧症、糖尿病、骨粗鬆症などは、臨床症状よりも検査値の異常に基づいて登場した新たな疾病である。そして最近、さらに予防に向けて一歩踏みだし肥満症に関する正常と異常の境界領域の数値データを複数組み合わせることでメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）というこれまでにない疾患を創り出している。歯科医療においても、従来の削って、抜くだけの治療から脱却するために、適切な代理エンドポイントを設定して、不可逆的な疾患を発症する前に早期診断・早期治療を

行う必要がある（図1）。

疾病の定義あるいは疾病分類は、検査技術の進歩と治療薬の開発の程度によって常に改変されている。メタボリックシンドロームには批判が多いが、検査値の異常を基に新たに疾患を創り出すことが、患者の利益に本当につながるかどうかを臨床で評価して、患者と共に決定すべきだと思われる。

4. 齲蝕予防からみたWHO疾病分類の問題点

齲蝕の発症プロセスが解明された今日では、齲蝕窩に至るプロセスに医療費を投入して発症を未然に防ぐことも可能である。医療費を投入するためには、発症前の診断を行う必要がある。そのためには検査値の異常（代理エンドポイント）を定義し、疾患名をつけ、検査値が正常に戻るまで治療を続けることが必要である（図1）。たとえば、唾液検査値や光学的な検査（KAVO DIAGNOdent）、放射線や光学的画像検査（Quantitative Light-induced Fluorescence；QLF）で初期齲蝕が齲蝕窩に進行することを科学的に予測し、バイオフィルムを除去後、フッ化物により再石灰化させる技術がある。

このように齲蝕の発症プロセスに介入していくためには、それに対応できる疾患名が必要である。しかし、齲蝕におけるICD-DAは、再石灰化という概念を反映していないため、表1に示すK02.0が齲蝕なのか再石灰可能な初期齲蝕を意味するのかが区別できない。脱灰・再石灰化、再石灰化治療という概念が登場した今日では、齲蝕の定義は、それが回復可能な段階からなされ、積極的な再石灰化治療が医療の中でなされるべきである。これまで常に回復不可能な段階にまで重症化するのを

代理エンドポイントの活用

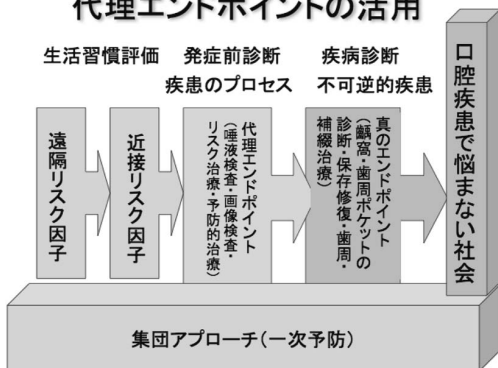


図1 歯科医療における代理エンドポイントと真のエンドポイント

表1 WHOの齲蝕分類（国際疾病分類ICD-DA）

- K02.0 エナメル質に局限した齲蝕
- K02.1 象牙質齲蝕
- K02.2 セメント質齲蝕
- K02.3 停止性齲蝕
- K02.4 齲蝕による歯の破折

待つて診断がなされることは患者の利益にならない。骨折するまえに骨粗鬆症の診断がなされるような仕組みが齶蝕の分野にあれば、回復可能な段階で治療が開始できるのである。

5. 歯周疾患予防からみたWHO疾病分類の問題点

齶蝕と同様に歯周疾患においても不可逆的な歯周ポケットが形成されるのを待つて診断が下されてきた。これから必要なことは、歯周炎へ進行することが予測できる慢性歯肉炎K05.1を科学的なデータに基づいて早期発見、早期治療することである(表2)。そのためには、診断補助として唾液の細菌・生化学検査やバイオフィルムの光学的画像検査を導入することが必要である⁴⁾。歯肉炎の起炎物質に関する分析がなされなければ、続発する歯周炎の発症予知、発症前診断をすることができない。歯周疾患予防からみたWHO疾病分類の本質的な問題点は、現在の病理学的な分類方法が、歯周疾患の原因論に立脚していないため治療に結びつかない点である。

表2 WHOの歯周疾患の分類(国際疾病分類ICD-DA)

K05	歯肉炎および歯周疾患
K05.0	急性歯肉炎
K05.1	慢性歯肉炎 <small>(K05.10単純性辺縁性――)</small>
K05.2	急性歯周炎
K05.3	慢性歯周炎 <small>(K05.30単純性、K05.31複雑性――)</small>
K05.4	歯周症(若年性歯周症)
K05.5	その他の歯周疾患

6. その他の問題点

ICDに基づくわが国における電子カルテ化の動きに歯科が対応する時にICD-DAが対応可能かどうか新たな問題点である。近年のわが国ではICDに基づく電子カルテによる患者情報の共有が進み多くの医療機関では診療情報が急速に電子化されつつある。しかし、齶蝕だけを見てもICD-DAの問題は多い。たとえば乳歯齶蝕と永久歯齶蝕の区別をどのようにするのか、小窩・裂溝齶蝕、隣接面齶蝕と平滑面齶蝕の区別をどのようにして

行うのか。これらは、同じ齶蝕としては表現できないので別のコードとして設定する必要がある。このような問題点を一つ一つ解決し、臨床現場や診療報酬請求にICD-DAが対応することが今後の課題であろう。

7. おわりに

高齢社会である21世紀の健康問題は、死に至らないが生活の質を低下させる慢性疾患に医療がどう対応するかである。ところが、ICDは基本的に死因の分類である。慢性疾患にICDだけで対応することはできない。慢性疾患は、疾病よりもむしろ健康分類として対応する課題だと思われる。高齢社会において慢性疾患は特別な人が罹患する疾患ではなく、比較的よい健康を維持している高齢者すべての課題である。死に至るプロセスの中で何をあきらめ、何を残すかを選択するのが人生である。従って障害分類ICFを発展させ、健康分類と融合するのが現実的な対応であろう。「障害があっても健康である」という考え方に立脚しなければ、WHOの健康の定義のように現実にはありもしない「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態」を医療が絶えず追いつき続けることになるからである⁵⁾。21世紀の高齢社会で健康問題を考えるにあたって「国際健康分類」の作成をWHOに対して提案すべき時期だと思われる。

文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：国際疾病分類歯科学及び口腔科学への適用，第3版，厚生労働省大臣官房統計情報部，2001。
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課：国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－(日本語版)，2002。
- 3) 白田 寛，玉城英彦，河野公一：WHOの健康定義策定過程と健康概念の変遷について，日本公衛誌，51：884-889，2004。
- 4) 武内博朗ほか：歯周病関連菌由来バイオフィルムの光学的検出評価法の検討，日本細菌学会誌，61：59，2006。
- 5) 花田信弘：WHOの健康の定義の問題点と口腔保健の役割，ヘルスサイエンス・ヘルスケア，4：9-12，2004。

口腔保健からみたWHO疾病分類の問題点

The defects of WHO's classification of diseases related to oral health

Nobuhiro Hanada

(Department of Oral Health, The National Institute of Public Health)