

目次

1	ICD の目的と多目的利用	8
1.1	使用目的	9
1.2	分類	9
1.3	WHO 国際統計分類 (Family of International Classifications: FIC) の中の ICD	9
1.4	WHO-FIC: 参照分類	10
1.4.1	障害と機能性 - ICF	10
1.4.2	医療行為 - ICHI	12
1.5	WHO-FIC: 派生分類	13
1.6	関連分類	13
1.7	健康情報システムにおける利用	13
1.7.1	デジタル環境における ICD-11 の使用	14
1.7.2	アナログ紙面環境における ICD-10 の使用	14
2	他の分類や専門用語とのリンク	14
2.1	専門用語との統合使用	14
2.2	ICF との共同使用 - “ミラーコーディング”	15
2.3	ICF との共同使用 - 機能属性	15
3	ICD 分類システムの構造および内容	16
3.1	ICD-10 と ICD-11 との全般的な違い	16
3.2	ICD-11 の基盤構成要素とリニアライゼーション	18
3.2.1	ステムコードと拡張コード	19
3.2.2	プレ-とポスト-コーディネーション、クラスタ	20
3.2.3	マルチプル・ペアレンティング	21
3.2.4	内容モデル	21
3.2.5	機能性属性	23
3.2.5.1	機能性属性の説明	23
3.2.5.2	機能性属性の実行	24
3.2.6	ICD 概念	27
3.2.7	定義	27
3.2.8	診断基準	27
3.3	適合システムの構築	27
3.4	ICD-11 規約	27
3.4.1	コードの構造	27
3.4.2	特定用語の使用	28
3.4.3	包含と除外	29
3.4.4	‘NEC’ と ‘NOS’	30
3.4.5	綴り、丸括弧、文法とその他の表現法	30
4	ジョイントリニアライゼーションのチャプター構造	31
4.1	チャプター01 - 感染性疾患	31
4.1.1	チャプター01の構造	31
4.1.2	チャプター01における ICD-10 および ICD-11 の違い	31
4.1.3	チャプター01の論拠	32
4.2	チャプター02 - 新生物	32
4.2.1	チャプター02の構造	32
4.2.2	チャプター02における ICD-10 と ICD-11 の違い	32
4.2.3	チャプター02の論拠	33
4.3	チャプター03 - 血液および造血臓器の疾患	33
4.3.1	チャプター03の構造	33
4.3.2	チャプター03における ICD-10 と ICD-11 の違い	34

4.3.3	チャプター03の論拠	34
4.4	チャプター04 - 免疫システムの障害	34
4.4.1	チャプター04の構造	34
4.4.2	チャプター04におけるICD-10とICD-11の違い	35
4.4.3	チャプター04の論拠	35
4.5	チャプター05 - 性的健康に関連する症状	35
4.5.1	チャプター05の構造	35
4.5.2	チャプター05の論拠	35
4.6	チャプター06 - 内分泌疾患、栄養性疾患と代謝性疾患	35
4.6.1	チャプター06の構造	36
4.6.2	チャプター06におけるICD-10とICD-11の違い	36
4.6.3	チャプター06の論拠	36
4.7	チャプター07 - 精神疾患と行動障害	37
4.7.1	チャプター07の構造	37
4.7.2	チャプター07におけるICD-10とICD-11の違い	37
4.7.3	チャプター07の論拠	37
4.8	チャプター08 - 睡眠覚醒障害	39
4.8.1	チャプター08の構造	39
4.8.2	チャプター08におけるICD-10とICD-11の違い	39
4.8.3	チャプター08の論拠	39
4.9	チャプター09 - 神経系疾患	40
4.9.1	チャプター09の構造	40
4.9.2	チャプター09におけるICD-10とICD-11の違い	40
4.9.3	チャプター09の論拠	41
4.10	チャプター10 - 眼と付属器の疾患	42
4.10.1	チャプター10の構造	42
4.10.2	チャプター10におけるICD-10とICD-11の違い	42
4.11	チャプター11 - 耳と乳様突起の疾患	42
4.11.1	チャプター11の構造	42
4.11.2	チャプター11におけるICD-10とICD-11の違い	43
4.12	チャプター12 - 循環系の疾患	43
4.12.1	チャプター12の構造	43
4.12.2	チャプター12におけるICD-10とICD-11の違い	43
4.12.3	チャプター12の論拠	43
4.13	チャプター13 - 呼吸器系の疾患	44
4.13.1	チャプター13の構造	44
4.13.2	チャプター13におけるICD-10とICD-11の違い	44
4.13.3	チャプター13の論拠	44
4.14	チャプター14 - 消化器系の疾患	44
4.14.1	チャプター14の構造	44
4.14.2	チャプター14におけるICD-10とICD-11の違い	45
4.14.3	チャプター14の論拠	45
4.15	チャプター15 - 皮膚の疾患	46
4.15.1	チャプター15の構造	46
4.15.2	チャプター15におけるICD-10とICD-11の違い	46
4.15.3	チャプター15の論拠	46
4.16	チャプター16 - 筋骨格系疾患と結合組織	46
4.16.1	チャプター16の構造	46
4.16.2	チャプター16におけるICD-10とICD-11の違い	47
4.16.3	チャプター16の論拠	47
4.17	チャプター17 - 泌尿生殖器系の疾患	47



6.1.2	段階的なコーディング - 追加の次元 - 電子のみ	69
6.2	詳細の追加 - 多重システムコードと拡張コードとクラスター	70
6.3	コードの特異性：未処理コード- “その他”および”不特定”	71
6.4	機能属性のコーディング	72
6.4.1	コーディングのバイナリルール	72
6.4.1.1	コーディングのための ICF 修飾子ルール	72
6.4.1.2	例	72
6.4.1.3	修飾子のコーディングルール	73
6.4.1.4	ICF 修飾子のコーディングルール	75
7	ICD の主な利用：死亡率	81
7.1	死亡統計	82
7.1.1	死亡のコーディングへの指示：根底にある死因	82
7.1.2	国際的な死亡証明	82
7.1.3	基本的な概念	83
7.2	死亡のコーディング指示：死亡の根本原因の選択	88
7.2.1	始点を探す（ステップ SP1 から SP8）	88
7.2.2	始点の修正の確認（ステップ M1 から M4）	96
7.2.3	認められた順序と却下された順序への特別な指示（ステップ SP3 と SP4）	101
7.2.4	明らか原因への特別な指示（ステップ SP6）	107
7.2.5	リンケージおよび他の規定に対する特別な指示（ステップ M1）	114
7.2.6	外因による死亡の主要な損傷への特別な指示（ステップ M4）	142
7.2.7	薬物、薬剤および生物学的物質による中毒に対する特別な指示（ステップ M4）	143
7.2.8	産婦死亡に関する特別な指示（ステップ M4）	148
7.2.9	手術やその他の医療処置への特別な指示（ステップ M4）	149
7.3	死亡に関するコーディングの指示：複数の原因	152
7.3.1	序論	152
7.3.2	不確定診断	152
7.3.3	二者択一	152
7.3.4	接続用語の影響	154
7.4	悪性新生物	157
7.4.1	後遺症	172
7.4.2	他の ICD カテゴリーへの特別な指示	172
7.4.3	患者の性別と診断との一貫性	174
7.5	周産期死亡：証明書のガイドラインおよびコーディングのルール	174
7.5.1	周産期死亡の証明書	175
7.5.2	死因の言及	176
7.5.3	原因別周産期死亡の一覧表	177
7.5.4	死因のコーディング	177
7.5.5	コーディングのルール	177
7.6	所定の使用および特別な事例	179
7.6.1	所定の死因	179
7.6.2	口頭剖検	180
7.6.3	母性死亡率	180
7.6.4	幼児死亡率	182
7.6.5	小児および幼児死亡率	182
7.6.6	周産期死亡率	182
8	ICD の主な使用方法：死亡率	182
8.1	何がコーディングされるのか：患者の症状	183
8.2	死亡率のコーディングに関連する文書化の原則	183
8.2.1	死亡率データの単一症状分析のための診断情報記録のガイドライン	183

8.2.2	コーディングを目的とした“主要症状”および“その他の症状”の選択のためのガイドライン	185
8.2.2.1	ポストコーディネーションを使用した症状のコーディング	186
8.2.2.2	疑わしい症状、兆候、異常所見および病気じゃない状態のコーディング	187
8.2.2.3	複数の症状のコーディング	188
8.2.2.4	組み合わせカテゴリーのコーディング	188
8.2.2.5	疾病の外因のコーディング	189
8.2.2.6	特定の症状の後遺症のコーディング	190
8.2.2.7	急性および慢性症状のコーディング	191
8.2.2.8	治療後の症状および合併症のコーディング	191
8.2.2.9	主要症状が不正確に記録されているときの再選択のルール	192
8.2.3	チャプターに特有の注釈	197
8.2.3.1	チャプター 1：感染性疾患および寄生虫性疾患	197
8.2.3.2	チャプター 2：新生物	198
8.2.3.3	チャプター 3：血液疾患および造血臓器の疾患	200
8.2.3.4	チャプター 5：内分泌疾患、栄養性疾患および代謝性疾患	200
8.2.3.5	チャプター 7：精神疾患および行動障害	201
8.2.3.6	チャプター 9：神経系の疾患	201
8.2.3.7	チャプター 10：眼および付属器の疾患	202
8.2.3.8	チャプター 11：耳および乳様突起の疾患	202
8.2.3.9	チャプター 12：循環系の疾患	202
8.2.3.10	チャプター 18：妊娠、出産および産褥期	203
8.2.3.11	チャプター 21：他に分類されない、症状と兆候および臨床と検査所見の異常	204
8.2.3.12	チャプター 22：外因による損傷、中毒または特定のその他の影響	205
8.2.3.13	チャプター 23：疾病率および死亡率の外因	206
8.3	特別な事例	206
8.3.1	臨床治療のための疾病率	206
8.3.2	疫学のための疾病率	207
8.3.3	品質および患者の安全のための疾病率	207
8.3.3.1	ICD-11 の品質および安全使用事例	207
8.3.3.2	治療品質および患者の安全の指標に関する報告	208
8.3.3.3	品質および患者の安全性のための概念モデル	209
8.3.3.4	品質または患者の安全性のための ICD-11 のコードセット概要	210
8.3.3.5	ICD-11 品質および安全性コーディングモデルの例	210
8.3.3.6	データキャプチャと編成の推奨	212
8.3.3.7	コーディングされたデータの使用および解釈の推奨	212
8.3.4	研究目的のための疾病率	213
8.3.5	一次治療における疾病率	213
8.3.6	ケースミックスのグループ分け	214
9	ICD の主な使用：疾病率-伝統的な医学	214
9.1	伝統医学における使用	214
9.2	ICD-11 の伝統的な医学セクションの更新およびメンテナンス	215
9.3	伝統医学のコーディング方法	215
9.3.1	データソース、報告および品質	215
9.3.2	伝統的な医学のコーディングのための一般原則&ルール	216
9.3.3	TM チャプター内からコードを選択する TM チャプターを単独チャプターとして使用	216
9.3.4	ICD-11 の他のチャプターと併せた TM チャプターの使用	217
10	統計に関する提言	218
10.1	一般的な統計上の提言	219
10.1.1	データ品質	219
10.1.2	特異性 vs 不明瞭なコード	219
5	最終版ではない - 承認されていない - 承認されたトライアルにのみ使用	

10.1.3	少ない人口の問題点 .....	219
10.1.4	“空白セル”と低い頻度のセル .....	220
10.1.5	作表リストが小計を含む場合に必要な事前注意 .....	220
10.1.6	倫理的側面 .....	220
10.1.7	潜在的危害の回避 .....	221
10.1.8	プライバシーの安全 - 守秘義務 .....	221
10.2	国際疾病率報告 .....	222
10.2.1	最小データセット .....	222
10.3	国際死亡率統計 .....	222
10.3.1	推奨される死亡率の特別作表リスト .....	222
10.3.2	死亡率リストを識別するための接頭文字の使用 .....	222
10.3.3	死亡率凝縮リスト .....	223
10.3.4	死亡率厳選リスト .....	223
10.3.5	死亡率のために局所的に設計されたリスト .....	223
10.4	国際比較のための統計表に関連する提言 .....	223
10.4.1	統計表 .....	223
10.4.2	死因の作表 .....	224
10.4.3	母性死亡率統計 .....	224
10.4.4	損傷死亡率 .....	224
10.5	死亡率統計のための定義 .....	225
10.5.1	周産期死亡率の定義 .....	225
10.5.1.1	国際比較のための周産期死亡率の定義 .....	225
10.5.1.2	比率と割合 .....	226
10.5.1.3	周産期死亡年齢の分類 .....	227
10.5.2	母性死亡率の定義 .....	228
10.5.2.1	妊産婦の死亡 .....	228
10.5.2.2	遅発性妊産婦死亡 .....	228
10.5.2.3	妊娠期間、出産および周産期に起きた死亡 .....	228
10.5.2.4	公表された産婦死亡率 .....	228
10.5.2.5	産婦死亡の分母 .....	228
10.5.2.6	産婦死亡の比率と割合 .....	228
10.5.3	損傷による死亡の定義 .....	229
10.5.3.1	輸送事故に関する定義 .....	229
10.5.3.2	輸送事故のための分類とコーディングの指示 .....	233
11	ICD メンテナンスの概要 .....	237
11.1	ICD-11 の更新プロセス .....	237
11.1.1	提案とレビューのメカニズムおよびワークフロー .....	237
11.1.2	毎年の公表 .....	237
11.1.3	更新プラットフォーム .....	238
11.2	信頼性 .....	238
11.3	適用性および知的所有権 .....	238
12	ツールのリスト .....	239
12.1	死亡率のルール - 知識ベース .....	239
12.2	死亡のための自動コーディングツール .....	239
13	ICD の開発の歴史 .....	240
13.1	初期の歴史 .....	240
13.2	国際死因リストの適用 .....	241
13.3	第五回目の10年毎の改訂会議 .....	242
13.4	疾病統計のための以前の疾病分類 .....	243
13.5	アメリカの死亡共有原因委員会 .....	243

## ICD-11 参照ガイド 作業草案 - ベータ版 17/5/15

13.6	第6回国際リストの改訂	244
13.7	第7回と第8回の改訂	245
13.8	第9回の改訂	245
13.9	第10回の改訂	246
13.10	WHO 国際統計分類	247
13.11	改訂間の ICD の更新	248
13.12	第11回改訂への準備	248
13.13	ICD の開発の歴史 - 参考文献	248
14	添付書類	250
14.1	死亡の原因の医療証明書の国際フォーム	251
14.1.1	死亡の原因の医療証明書の国際フォーム	251
14.1.2	ICD-10 に従った死亡証明書にある死因 - 簡易参照ガイド	252
14.1.3	周産期死亡の追加詳細の提案 (死産と誕生後 168 時間[一週間]以内に死亡した生産乳児)	256
14.2	医療処置の直接的結果と考えられる症状のリスト	257
14.3	不明確な症状のリスト	261
14.4	死亡の原因と考えにくい症状のリスト	261
14.5	HIV の原因	270
14.6	糖尿病を引き起こす可能性のある症状のリスト	270
14.7	ICD-10 損傷の性質に関するコードの優先順位	274
14.8	コードカテゴリーリスト 一方の性別に限られる、もしくはより発症しやすい	287
14.8.1	女性に限られる、もしくはより発症しやすいカテゴリーリスト	287
14.8.2	男性に限られる、もしくはより発症しやすいカテゴリーリスト	291
14.9	死亡のためのコーディング指示の改訂用語リスト	292
14.10	適合した機能属性セットが利用可能なリハビリテーション関連健康状態リスト	292
15	参考文献	295

この包括的 ICD-11 参照ガイドは、ICD の利用に必要な全ての使用説明を含んでいる。その構造と、報告、コーディングおよび分析のための使用方法が、ICD の全ての使用目的と予想されるユーザーを対象に記載されている。容易に作り直し可能なよう、セクションも並び替えられるように設計されているため、このソースからユーザー固有のガイドが提供できる。このソースはまたオンラインの知識基盤としても利用が可能であり、関連する ICD カテゴリーにリンクした具体的状況の情報を提供する。

## 1 ICD の目的と多目的利用

国際疾病分類（International Classification of Diseases : ICD）は健康に影響する状態や原因を報告および分類するためのツールである。疾病、健康に関連する疾患、病気や死亡の外因のためのカテゴリーを含む。ICD は異なる国や地域、異なる時代に集められた死亡率と疾病率のデータの体系的な記録、分析、解釈や比較を可能とすることを目的としている。ICD を使用して疾病の診断や他の健康問題を英数字にコーディングすることで、データの保管、検索および分析を可能にする。

ICD は全ての一般的な疫学目的や様々な健康管理目的の国際標準診断分類となった。これらには人口集団の一般的な衛生状態の分析、疾病の発生率と有病率の監視、および他の変数に関連するその他の健康問題、例えば個々の罹患者の特性や置かれた環境等を含む。ICD は、請求や資源の配分等の財政的側面を研究するのにも役立つ。

ICD は過去 150 年間をかけて、国際的な死因リスト（International List of Causes of Death）から包括的な分類システムへと進化して、死亡率、疾病率、ケースミックス、品質および患者の安全に使用されている。一次医療、二次医療および研究においても使用される。ICD は世界の医療資源の大部分の割り当てに使用される。ICD ユーザーには、医師、看護師、他の医療提供者、研究者、医療情報管理者、コーダー、医療情報技術者、政策決定者、保険業者、および患者組織が含まれている。

ICD は様々な環境において 100 から 10,000 コードのセットから成る異なるレベルの解決で使用されている。そのため、十分に規定されたヘルスコンセプトのセットおよびそれらの特性と関係性を含む情報枠組みを取り入れている。ICD-11 は過去の改訂を踏まえて構築されているため、以前の ICD バージョンの伝統的な使用事例との一貫性を確保している。ICD の旧バージョンに基づいた過去のデータ分析は ICD-11 に基づくデータ分析とリンクが可能である。

WHO 全加盟国は死亡や疾病の報告に ICD の最新版の利用を求められる（1967 年に世界保健総会で採択された国際協定“WHO Nomenclature Regulations（用語規定）”に従って）。

2015 年までに WHO の加盟国のほとんどが ICD を使用するようになった。ICD-10 は 43 カ国語に翻訳され、ICD-11 は発行以来 6 つ全ての公用語で入手が可能となった。ほとんどの加盟国（2017 年では 115 カ国）が健康状態の第一指標である死亡率データの報告にこのシステムを使用する。

ICD は本来正式な診断の付いた疾病や損傷を分類するために設計されたため、ヘルスサービスに接触する全ての問題や事由がこの方法で分類できるわけではない。その結果として、ICD は健康に関連する記録の内容を代表する幅広い種類の兆候、症状、異常所見、訴えおよび社会的要因を



含む（疾病率のセクション参照）。そのため治療、予防や患者の安全のために統計データが導き出された多種多様な健康記録に見られる、“診断”、“入院の理由”、“治療が行われた症状”および“診療の理由”等の項目の下で記録されたデータの分類に ICD の使用が可能である。

## 1.1 使用目的

ICD は広範囲に及ぶ使用事例のニーズに対処するために設計された：

- 死亡率
- 疾病率
  - 疫学
  - ケースミックス
  - 品質と安全性
  - 一次医療

使用目的に関する詳細はセクション 7 (mortality) と 8 (morbidity)を参照。

ICD の設計意図とは異なる目的で使用する必要性のある状況が生じる可能性がある。このような状況では、ICD のカテゴリー化およびその付加的な機能はそのような新しい使用事例に対処できない可能性もある。そのような場合、情報収集が新しい使用目的に適するよう WHO と相談することが推奨される。

## 1.2 分類

分類とは“特定の目的のために特化の事前規定水準においてデータ集計するための相互に排他的なカテゴリーの徹底したセット”である (ISO 17115)。

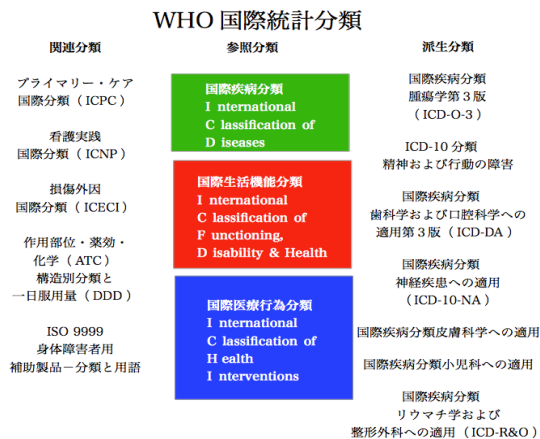
分類には、体系的な記録や分析を目的に関連する概念のカテゴリー化が含まれる。カテゴリー化は一つ以上の論理ルールに基づく。

分類の目的は多岐に渡る；例えば死因（死亡率）や疾病率の分析、行動制限や参加制限の分析に使用される場合がある。低頻度の概念はグループ化される傾向があるが、稀な概念もまた必要に応じて分けて分類する。コーディングのルールを分類に取り組む必要がある。

分類は統計目的のための情報の標準的コーディングに利用するために設計されているため、専門用語を補完する。

## 1.3 WHO 国際統計分類 (Family of International Classifications: FIC) の中の ICD

WHO 国際統計分類 (WHO-FIC) は世界保健機関 (WHO) に承認された分類から成り、一貫した方法で健康および医療システムの様々な側面を表している。WHO-FIC は健康情報システムの標準化された構成単位を提供している。国際統計分類 (FIC) は三つのグループに大別される：参照分類、派生分類および関連分類。参照分類は国際的な参照スタンダードで、そこから派生分類が医療の特定の分野の項目を詳細に適合できるように進化したものである。関連分類はただの死亡率や疾病率を超えてヘルスドメインを網羅する（例えば薬の分類）。図 1 は WHO-FIC 内の分類の種類を表す。



WHO-FIC の目的は地域、国家、および国際レベルにおいて信頼できる統計システムの発展を支援することであり、健康状態とヘルスケアの改善を目標としている。分類の使用権は WHO または他のグループに属する。

健康に関連する情報は、ICD に含まれるものへの更なる詳細が必要となる場合もある。健康関連分類のグループもしくは“ファミリー”はこれらのニーズを、ICD とは異なるドメインの分類および特定の使用方法への詳細の提供（例：がん登録）の両方を以って網羅する。WHO-FIC は類似する特徴をシェアし、健康の異なる側面およびヘルスケアシステムに対して情報を提供するために単独または連帯で使用可能な一連の統合された分類製品を指定する。例えば、参照分類としての ICD は死亡率や疾病率のキャプチャーに主に使用される。機能性は国際生活機能分類 (ICF) に分類され、医療行為は国際医療行為分類 (ICHI) に分類される。

一般的に、WHO-FIC は健康と健康管理に関連する情報次元の概念的枠組みの提供を目標としている。このようにして、コミュニケーションを向上させる共通言語を提供し、国内、各国間、ヘルスケア領域、サービス、そして時間を越えたデータ比較を可能とする。WHO と WHO-FIC ネットワークは、正しい科学と分類の原則に基づいた分類の群 (family) の構築に努め、様々なユーザーのニーズに合うように、文化的に適切で国際的に適用する、健康の多次的側面に重点を置いていることを確実とする。

## 1.4 WHO-FIC: 参照分類

参照分類は、死亡、疾病、機能性、障害、健康と医療行為のようなヘルスシステムの主な母数（パラメータ）を網羅している。WHO の参照分類は国際協定の産物である。参照分類は使用に関して広く認められ、公的な合意を得ている。更に健康に関する国際的な報告のためのガイドラインとしても認められ推奨されている。他の分類の開発や改訂のモデルとしての使用も可能である。

### 1.4.1 障害と機能性 - ICF

ICF は個人レベルや集団レベルの健康および機能性・障害を測定するための WHO の枠組みである。ICD は疾病や死亡の原因を分類する一方で、ICF は健康領域を分類する。ICD と ICF が一緒になり健康の全体像を捉えるツールを提供する。

ICF が健康および健康に関連する状態を二つのパートにおいて分類する。

一つ目のパートは身体、個人および社会の観点から表わされる機能性と障害を分類し、二つの構成要素に編成する：

(1) 身体機能と構造

(2) 活動と参加

二つ目のパートは、個人の機能性と障害は状況の中で生じるため、環境因子および個々人の状況因子から成る。

機能性 (Functioning) とは身体機能 (例、記憶)、身体構造 (例、後頭葉)、および活動と参加 (例、歩行、賃金労働への従事) の総称である。個人 (個人の健康面に関して) とその個人が置かれている状況因子 (環境および個人的な要素) の相互関係のはっきりしない側面を表す。

障害 (Disability) は機能的障害、活動の制限および参加の制約のための包括的用語である。個人 (健康状態とともに) とその個人が置かれている状況因子 (環境および個人的な要素) の相互関係のマイナスの側面を表す。障害は連続体としてみなされるため、ICF と ICF で使用されるコードは障害の有無という国際的なバイナリステータスをもたない。障害のレベルは症例の説明をおこなうときに、臨床設定において記述的に使用できる。プログラムと政策決定者は ICF を適用し、独自のスタンダードを障害レベルのための特定の目的に適切な適正基準として規定できる。

ICF は以下の定義を含む：

- 身体機能は体組織の生理学的機能 (心理学的機能を含む) である。
- 体組織は体の解剖的部位である。例えば臓器、四肢およびそれらの構成要素。
- 機能障害は身体機能や構造の問題である。例えば著しい逸脱および喪失。
- 活動は個人による役割または行動の実行である。
- 活動の制限は、個人が活動の実行時に伴う困難である。
- 参加 (Participation) は生活状況への関わりである。
- 参加の制約は、個人が生活状況への関わりの中で経験する困難である。
- 環境因子は人々が生きて生活を送る、身体的、社会的そして態度環境を作り上げる。

ICF は身体機能 (b)、体組織 (s)、活動と参加 (d)、および環境因子 (e) のためのコードを含む。ICF のコードは健康のレベルを示す修飾子 (qualifier) があって初めて完成する (つまり、問題の“問題なし”から“完全に問題がある”までの重症度)。修飾子がない場合、コードは固有の意味を持たない。ICF は“健康”と“障害”の概念に対して新しい見方をしている。それは全ての人間が健康の低下を経験する可能性があり、その結果としてある種の障害を経験すると認識している。障害は一時的で短い期間の場合もあり (風邪で数日会社を休み家で療養する等) ; 慢性的もしくは永久的な場合もあり、重症度が時間とともに変化する場合もある。ICF は障害の経験を“主流に組み込み”それを人類にとっての普遍的な経験として認識している。

### 1.4.2 医療行為 - ICHI

介入分類は、治療、診断や予防を目的とした全ての種類の医療行為を含むように設計されている。医療行為の記載および分類の重要性は以前から理解されてきた。医療行為の国際分類（**International Classification of Procedures in Medicine : ICPM**）は1978年にWHOにより発行されたものの継続しなかった。

ICHIの開発は2007年にWHO-FICネットワークとWHOの共同の取り組みとして開始された。その構造は完成し、アルファバージョンが2012年に、ベータバージョンが2015年に発行された。2017年の最終化を目指している。

ICHIは、医療行為の全範囲を含むため以前のICPMと比べはるかに範囲が広い。ICHIはヘルスシステムの機能的分野全体に渡る介入を含み、応急処置、一次医療、リハビリテーション、機能性の支援、予防、公衆衛生、そして付帯的なサービスを網羅している。全ての種類のプロバイダーから提供される介入が含まれる。

#### 第一軸：“対象（Target）”

対象軸は行動が実行されるエンティティを含む

- 例 解剖学
- 人間の機能
- 人／依頼人
- グループ／人口

#### 第二軸：“行動（Action）”

行動とはヘルスケア介入の間に行為者が対象に対して行った行為と定義する

- 例 調査
- 治療
- 管理
- 情報提供
- 援助
- 予防

#### 第三軸：“手段（Means）”

手段軸は行動が実行される手順や方法を表すエンティティを含む。手段は以下を含む：

- **アプローチ**：行動の対象が受けるプロセス、例、オープン、内視鏡
- **テクニック**：行動の一部として使用される、例、放射線療法、磁気共鳴
- **方法**：行動が実行される方法を表す、例、法の執行、交通の手段。

ICHI 内容モデル（下記詳細）では、介入に関わるその他の属性は手段（Means）として含まれる。軸の内容（content）は介入の広範囲に共通する属性に限られている。具体的には、

- 大半の介入はデバイスを含まず、デバイスは急速に変わるため、デバイスは軸に含まれない
- 介入時に投与された薬やその他の薬物は他に分類される（ATC が薬物を分類する）。

コーディングシステムは三つの軸に七文字カテゴリー構造を構成する：

対象のための三文字

行動のための二文字

手段のための二文字

ICHI は 3 軸の有効な七文字、コンビネーションから成るフラットファイルである。ICHI に含まれるそれぞれの介入に対して、適切な七文字コンビネーションが特定される。3 軸の可能性のある全てのコンビネーションが有効な ICHI ドメインを表すわけではない。

## 1.5 WHO-FIC: 派生分類

派生分類は参照分類に基づいている。派生分類は以下のように作成される：

- 参照分類の構造とクラスを採用
- 参照分類により提供されるものより、または一つ以上の参照分類からのアイテムの再配列やアグリゲーションを通じて、更なる詳細を提供する。

派生分類は国内や国際レベルまたは特定の分野で使用するために調整されることがある。WHO-FIC:

## 1.6 関連分類

関連分類は WHO-FIC に含まれ、参照分類や派生分類では網羅されない健康やヘルスシステムの重要な側面を表す。関連分類には以下が含まれる：

1. プライマリー・ケア国際分類 (ICPC)
2. 損傷外因国際分類 (ICECI)
3. 身体障害者用補助製品 (ISO9999)
4. 作用部位・薬効・化学構造別分類と一日服用量 (ATC/DDD)
5. 看護実践国際分類 (ICNP)

## 1.7 健康情報システムにおける利用

健康情報システムにはデータ収集、分析と使用のための様々なコンポーネントが含まれている。

情報源は、例えば人口に基づいたり、医療施設に基づいたり、特定の疾患に焦点を当てている場合がある。健康情報の主に人口に基づく情報源は、人口調査データ、世帯調査データ、および（サンプル）人口動態登録システムである。医療施設に基づくデータ源は、公衆衛生監視、ヘルスサービスデータ（健康管理情報システムや日常の健康情報システムと称される場合がある）、および医療制度監視データ（例：人的資源、保健インフラ、資金調達）を含む。国民医療口座は医療資金調達の包括的な実態を示すように設計されている。

コーディングにより言語に依存しない方法で健康情報の記録が可能となる。コーディングの標準化により国内および国際的なデータ比較が可能となる。例えば、同じコーディングのルールが適用されていれば、ICD でコーディングされたデータはヘルスシステムの異なるセクターを超えて比較が可能となる。

健康情報システムはますますデジタル（電子）報告やコーディングに基づくようになる。ICD-11 はそのような環境においても使用できるように作られている。多くの場所において情報収集は伝統的なアナログ方式の紙面による報告に基づいている。ICD-11 は紙面への印刷版でも作成できるため、そのような環境においても使用が可能である。

### 1.7.1 デジタル環境における ICD-11 の使用

電子医療記録や電子死亡証明書のように、電子的に報告される診断のコーディングには ICD が電子版で使用される。特殊ツールがコーディングを容易にし、ICD エンティティを定義するいくつかの側面のいずれかを使用して特定の ICD コードへのアクセスを可能とする。更なる詳細は一つの状態に対してマルチプルコードを使用することで可能となる。コーダーを導く関連するルールや指示は本文中に記載されている。データ分析は多様な側面を持つ ICD 枠組みを利用して、事前に承認されているグループ分けを作成し疫学的問題や臨床的問題に応える。コーディングされた ICD エンティティの固有識別子を維持することで、同じ情報を異なる ICD バージョンを超えた再利用（リニアライゼーション）を可能とする。

### 1.7.2 アナログ紙面環境における ICD-10 の使用

多くの国において ICD はアナログ式の印刷版で使用されている。情報は紙面で報告されてから ICD を使用してコーディングされる。その後、一般的には情報は電子システムに書き換えられて更なる分析が行われる。コーディングには広範囲に及ぶ訓練が必要で、適切なカテゴリーを特定するのに索引と表リストの併用が必要となる。

## 2 他の分類や専門用語とのリンク

治療エピソードや研究のための症例を十分に立証するために、ICD でコーディングされたエンティティは他の健康に関連した分類や専門用語と併せて使用することが可能である。

### 2.1 専門用語との統合使用

分類には論理ルールに従ったグループ分け情報が含まれる。グループ分けは特定の目的により決定される。専門用語により、情報の詳細を希望するレベルで報告が可能となる：例えば身体部位、

所見、または他の疾病を構成する要素。専門用語には過去に追加されていない新しい情報を報告するメカニズムがない。一方で、分類には未処理クラス ('other specified') があり、それにより全ての症例が常に分類される。現在の症例分類同様、専門用語で疾病は定義でき、例えば解剖学や所見のように、エレメント間のつながりを構築する。専門用語は記録された情報のいかなる側面も強調せずに情報を保持することが可能である。対象的に、分類はコンテンツの“要部(relevant part)”の識別を可能とする。例として、公衆衛生がある。これらの要部に関する国際協定は集約された情報が国際的に比較可能であることを確実とする。アグリゲーション論理が専門用語に組み込まれるか、分類として分けて表示されるかに関わらず、結果は同じとなる：比較可能性。国際協定プロセスはどちらの場合も必要となる - そして同じ質問へのアグリゲーション/分類の即座の回答は、同じである必要がある。専門用語と分類は互いに補足して検討するべきである。

国際医療用語集 (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms: SNOMED CT) と疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) は個別に作成され、最近まで互いに独立して使用されてきた。現在ではこれらのスタンダードシステムはデータの標準化および健康やヘルスケアの正確性や品質を改善する情報科学ツールとして連携して作動する。

二つのスタンダードを共に使用することで、データ収集へのより良いサポート、効率的な報告、および健康情報システムのデータの有益な交換を可能とする。WHO と IHTSDO の現在進行中のコラボレーションを通じて両方のシステムが強化され、臨床データや管理データのコーディングのプロセスを改善し、証拠に基づいたケアをサポートする。本パートナーシップは、有意義で信頼できる情報交換のための基盤内のデータの相互運用性を可能とする。

## 2.2 ICF との共同使用 - “ミラーコーディング”

歴史的に、ICD は特定の障害の概念を、例えば盲目、難聴、精神遅滞、学習障害や対麻痺のように、一般的な疾病や疾患のエンティティとして使用してきたと同様に、例えば“損傷の後遺症による障害”や“障害による活動の制限”のように、他の目的のために特定の障害概念を使用してきた。ICF は ICD-10 の公表の後に開発された。ICD-11 は ICF と概念を共有するため、そして ICF との共同使用のためという両方の目的で作成された。このパートナーシップは以下のタスクに役立つ可能性がある：

- 一般的な医療業務の評価 (学校、仕事の病気休暇、等)
- 社会的便益の評価 (障害、年金、等)
- 支払いまたは償還の目的
- ニーズの評価 (リハビリ、職務上の支援、長期介護、等)
- 介入の結果評価

調整された重複部分の追加項目は、ICD の兆候や症状と ICF の身体機能、および ICD の“健康状態に影響する要因”と ICF の状況要因 (contextual factors) である。

## 2.3 ICF との共同使用 - 機能属性

機能属性 (Functioning Properties: FPs) とは選ばれた ICF カテゴリーであり、活動と参加 (activities and participation: A&P) コンポーネントから引き出され、特定の健康状態と一般に関

連した機能上の制限を表すのを支援する。疾病／疾患の個人の日常への影響力は、状況要因（例：環境要因）や考えられる併存疾患と同様に疾患の重症度により異なる。ICD は重症度を疾病／疾患の属性として識別し、健康状況の個人の日常への影響力を機能属性（FPs）として表す方法を取っている。FPs の実施に関する詳細はセクション 3.2.5 に記載されている。FPs のコーディング方法に関する指示はセクション 6.4 に記載されている。

### 3 ICD 分類システムの構造および内容

このセクションでは ICD の内容およびその基本構造について説明する。ICD-11 は分類目的のために最も高いレベルの凝集グループ分けを提供する基本のチャプター構造とともに基盤構成要素の上に構築されている。

#### 3.1 ICD-10 と ICD-11 との全般的な違い

ICD-10 と ICD-11 の間の主な構造上の違いは、ICD-11 が基盤構成要素の上に構築されていて、そこから死因・疾病統計のジョイントリニアライゼーション（Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics: JLMMS）が派生することである。JLMMS は本来、疾病率と死亡率のための統計的分類で、表形式リストのフォーマットで表される。また ICD のパートの名称が変化している。以下の表は一致の手掛かりを与える。個々についての更なる詳細は、本ガイドの他のパートに記載されている。

ICD-11 の表現	ICD-10 変換
基盤 (Foundation)	ICD 内の全て
エンティティ	基盤内のもの
リニアライゼーション (Linearization)	分類
ステムコード	カテゴリー（主に 'ダガー-dagger'）
拡張コード (Extension code)	追加情報
セカンダリのペアレンツ	分類階層- プライマリペアレンツのみ（チャプター、ブロック、カテゴリー）

ICD-11 には五つの新しいチャプターがある。結果として、チャプターの番号付けが変更となり、新しいチャプターは以下の通り：

- **チャプター 3**      **血液疾患と造血臓器の病気、チャプター 4 免疫系疾患。** 免疫システムに影響する状態および血液に影響する状態は現在 2 つのチャプターに分かれている。
- **チャプター 6**      **性の健康に関連する状態。** 性の状態はこの新しいチャプターに分類された。
- **チャプター 8**      **睡眠障害。** 睡眠障害はこの新しいチャプターに再編成された。
- **チャプター 2 1** **症状、兆候、臨床型、および臨床所見や検査所見の異常、他のチャ**



プターに分類されない。

- **チャプター 2 6**      **拡張コード**
- **チャプター 2 7**      **伝統医学。**    伝統医学のチャプターを追加。

個々のチャプターにおける ICD-10 と ICD-11 との違いについての詳細はセクション 4 で説明されている。

コーディングの体系：

- チャプターの番号付けは現在アラビア数字で行われローマ数字は使用されない。
- カテゴリーのコーディング体系は現在四文字であり、サブカテゴリーが 2 レベルある。
- コーディング体系は ICD-10 のコードと区別するために、常に 2 番目の位置に文字を置く。
- ICD-11 ではコードの最初の記号は常にチャプター番号と関連している。それは数字または文字のどちらかである。単一のチャプターのコード範囲は最初の位置に常に同じ記号を持つ。ICD-10 ではコードの最初の記号は常に文字で 2 つの短いチャプターでは同じ場合もあり、2 つの文字が一つの長いチャプターに使われる場合もあった。

## 感染性疾患

チャプターの基本構造は ICD-10 のものと一致する。現在、臓器のチャプターでのみ言及されているインフルエンザやその他の感染症は、感染性のチャプターに移行した。感染性病原体に基づくチャプターへの二次的な見解および病原体への言及のない感染症が、感染性疾患疫学のための選択的作表を可能とする。

## 専門用語

- ICD-10 では症状の因果関係をコードタイトルに示すための多様な表現があった。ICD-11 では、優先使用用語は“～に起因する(due to)”である。
- ICD-10 は 2 つの症状の同時発生をコードタイトルに示すための多様な表現（例：“in” や “with”）があった。ICD-11 では、優先使用用語は“～と関連して(associated with)”である。

## ダガー - アスタリスクシステムと付加的な下位分類

ICD-10（および ICD-9）は、一次作表（ダガーコード）のための病因症状を表すのにダガーアスタリスクシステム、臨床症状、関連部位および／または他の側面（アスタリスクコード）を使用した。その上、更なる詳細を追加するために使用されるコードの一式（例、B95-B97）または解剖学的詳細をカテゴリーに追加するための下位分類のリストがあった。ICD-11 は以下の方法でこれらのメカニズムを置き換えた：

1. 拡張コードチャプターが、コードに詳細を加えるのに使われる可能性のある解剖学、病原体病理組織学および他の側面をグループ分けする。詳細を加えるのに役立ったアスタリスクや他のコードは、今は拡張コードチャプターの一部となった。
2. チャプター 2 1 症状、兆候、臨床型、および臨床所見や検査所見の異常、他のチャプターに分類されない、にある“臨床型”。臨床型とは、引き起こした症状とは無関係に特別な臨

床注意を必要とする疾病の現れである。疾病の現れに表していた以前のアスタリスクコードは現在、チャプター 2.1 症状、兆候、臨床型、および臨床所見や検査所見の異常、他のチャプターに分類されない、にリストアップされている。反論する根拠と治療の権利はあるものの、チャプター 2.1 に配置されていることで、原因論が不足しているためその診断は不完全であることを示す。

3. “code also”の指示は、その追加情報が一次作表に必要なため、特定の категорияと併せてコーディングが必要な追加情報について知らせる。
4. ダガーコードの繰り返しであったアスタリスクコードは除外された。
5. 一つの状態に対する多重コードの使用には、ICD-10 では他の categoriaの更なる詳細を特定するのに使用される categoriaがあった。例えば、感染性病原体 (B95-B97)、アスタリスクコード。更に、チャプター XIII、筋骨格系と結合組織の疾病 (*Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue*) 内には選択的解剖学的詳細のコーディングのリストがあり、希望に応じて、他のチャプターの categoriaと共に外因 categoriaの追加使用の提案があった。ICD-11 にはコードのクラスタを印付ける明示的な方法があり、併せて使用することで一つの状態をコーディングするクラスタコーディングと呼ばれる。更に、補足的にまたは追加コードとしてのみ使用される全ての categoriaは新しいチャプター 2.7 拡張コードにグループ分けされる。

#### その他全般的な違い：

- ICD-11 の全ての categoriaには長短両方の定義がある。短い定義は categoriaの意味を 100 文字以内で表し、分類の印刷版に記載される。長い定義は長さ制限のない、内容モデルに記載されている詳細情報を含む完全な定義である。
- ICD-11 の全ての categoriaは解剖学、原因論やその他の側面に関する区別された情報があり、それらは検索用に、または JLMMS の表形式リストを閲覧するときにアクセスが可能である。
- ICD-10 の特別な表形式リストは存続し続けるが、二つの追加リストがある。単純死亡リスト (Simple Mortality List: SMoL) と口頭剖検用リスト。追加の特別表は新しいマルチプル・ペアレンティング・テクニック (multiple parenting technique) から得られる。例えば全ての WHO の届出疾患、感染症チャプターに関連するセクションに割り当てられる全ての症状をリストを作る
- 疾病率に関しては、主診断の定義は退院時評価の後に決まる入院の理由に変更した。この定義は解釈されにくく、'最大の資源 (biggest resources)' 定義から '退院時の入院の理由' に変更した国は活動統計に少ししか変化がなかったことに気づいた。

### 3.2 ICD-11 の基盤構成要素とリニアライゼーション

基盤構成要素は全ての ICD エンティティの多次元の集まりである。エンティティは疾病、疾患、損傷、外因、兆候と症状である。例えば「腕の損傷」のようにとっても広範なエンティティもあれば、「親指の皮膚の裂傷」というようにより詳細なものもある。

基盤構成要素はリニアライゼーションを構築するためにエンティティを使用するのに必要な情報も含む (伝統的な統計分類形式の単純階層)。基盤は特定のエンティティがどこで、どのようにリニアライゼーションの中で表されるのかという情報を含む； エンティティがグルーピングになるのか、ステムコードのある categoriaになるのか、または特定の categoriaの中の包含用語として言及されるのか。

いくつかの異なるリニアライゼーションが基盤構成要素から構築可能である。同じ基盤に基づいて、同じ階層ツリーに築かれる一連のリニアライゼーションが作成される一連のいわゆる合同リニアライゼーションである。そのような合同セットの全てのリニアライゼーションにより集められたデータは常に最小公分母に凝縮ができる（報告が同じルールだとすると、コーディングと選択が適用されている）。

基盤構成要素にはリニアライゼーションにおいて特定のコードをどのように組み合わせるかの指示が含まれ、コーディングにおける更なる詳細が得られる。基盤構成要素内のこの一連の指示は'統括ルール (sanctioning rules)'と呼ばれている。これらのルールはコーダーおよびコンピュータシステムがリニアライゼーションを使用するときに許可されたコードの組み合わせを可視化するのに役立つ。

基盤構成要素内の ICD エンティティは必ずしも相互排他的ではなく、一つ以上のロケーションで見つかる場合がある。これは'マルチプル・ペアレンティング (multiple parenting)'として知られる。例えば、肺炎連鎖球菌による肺炎は感染症であると同時に、呼吸状態でもある。

リニアライゼーションでは、基盤のエンティティはカテゴリーとなる。カテゴリーは相互排他的で連帯で完全であり、単一階層ツリーとリンクしている（一つの親 (parent) しか持たない）。カテゴリーとなった、マルチプルペアレンツを持つエンティティの情報はそれでも基盤から入手可能である。この情報はそれらのカテゴリーをリニアライゼーションにおいて一つ以上の場所で可視化するのに使用できる； 例えば、参照作表 (reference tabulation) にあたる位置を黒く表し、ブラウジングまたは代替作表 (alternative tabulations) の位置はグレーで表す。マルチプル・ペアレンティングは他のセクションで説明されている（コーディングの基本的なガイドラインを参照）。

ICD-11 は異なるレベルの詳細を持つ多重合同リニアライゼーションがある。

国際的な利用のためのコアリニアライゼーション：

- 死因・疾病統計のジョイントリニアライゼーション (Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics : JLMMS)
- 低い資源環境の一次医療 (Primary care low resources settings : PCL)
- 中間資源環境の一次医療 (Primary care intermediate resources setting : PCM)
- 口頭剖検 (VA)
- 単純死亡リスト (Simple Mortality List : SMoL)

上記のリニアライゼーションの完全名称は常に“ICD-11”を含む； 例、ICD-11-JLMMS。

### 3.2.1 ステムコードと拡張コード

ステムコードは特定のリニアライゼーションに存在する、単一で使うことが可能なコードである。ステムコードはエンティティや高い関連性を持つグループ、または臨床単位であり常に一つのエンティティとして表記されなくてはならない。ステムコードの設計により、一つの事例に一つのコードのみが必要な使用事例において、有意の最小限の情報が集められることを確実にする。

ステムコードは以下の基準に従って選択されている：

レガシー（以前 ICD-10 において死亡率に使用されていた場合）

科学的根拠

分類上および存在論的な一貫性ルール

コーディングの実用性

特定のリニアライゼーションに対する実践環境における頻度

有用性

臨床

公衆衛生

ユーザーや環境によってはステムコードに含まれている情報より、より詳細に報告することに興味がある。この詳細の追加は拡張コード（Extension code）を使用することでコーディングできる。拡張コードはステムコードと離しては使用できない。全ての拡張コードはその名を冠した各々のチャプターにリストアップされている。一つの疾患のコーディングのために2つのコードを組み合わせることは、ポストコーディネーション（postcoordination）とも呼ばれる。（“プレとポスト-コーディネーション Pre- and post-coordination”を参照して、“拡張コードチャプター”、そして“Adding detail-postcoordination with multiple stem codes and extension codes”を参照する）

拡張コードは追加詳細の追加が必要なステムコードのためにある。これは疾病コーディングのときに当てはまる場合がある。一次医療および死亡率では拡張コードはあまり使用されない。

### 3.2.2 プレとポスト-コーディネーション、クラスタ

健康状態は一つ以上のコードを適用したり、以下を組み合わせることで、いかなるレベルの詳細でも記述が可能

1. 2つ以上のステムコード、
2. 一つ以上の拡張コードを伴うステムコード。

このように、分類は多数のアイテムを限られたカテゴリーで取り組むことができる。

ステムコードは前結合方法で全ての関連情報を含む。これは“プレ-コーディネーション”と呼ばれる。追加の詳細が多数のコードを結合することで得られる場合、これは“ポスト-コーディネーション”と呼ばれる。

以下に二つの例を示す。最初の例はプレ-コーディネーションされた診断概念、次にコードのポスト-コーディネーションによって得られる例を示す。

例：           プレコーディネーション

単一コード：“気管支と肺の扁平上皮細胞がん”

（この例では、部位と病状が一つのプレコーディネーションされた診断コード内

に組み合わさっている)

例:           ポストコーディネーション

                ステムコード: 気管支と肺の他の特定新生物

                拡張コード: 大細胞がん

ポストコーディネーションにおいて、'気管支と肺の大細胞がん'という症状は2つのリンクするコードの組み合わせによって表される。

クラスターとは単一の症状をコーディングするのに使うコードのグループを表すのに使われる用語である。クラスターは最後の桁 (terminal digit) 'または'順次文字列 (string sequential) 'コーディングスタイルを特徴とする。更なる詳細は'拡張コードの使用とクラスターコーディング Using extension codes and cluster coding'参照。

### 3.2.3 マルチプル・ペアレンティング

エンティティは異なる二カ所に正しく分類される場合がある、例えば、部位によるまたは原因論による分類。食道癌のような疾病にとっては、これは癌 (悪性新生物) または消化器官の状態に分類されることを意味する。同様にして、脳虚血症状は血管系-問題が生じる箇所-または神経系-虚血が影響を及ぼし症状が現れる箇所、-に分類される。

これらの例に対し、基盤構成要素は上述の可能性のある両方のペアレンツを含む。しかしながら、いかなるリニアライゼーションからの統計アウトプットの作表のために、一次作表 (primary tabulation) には一つの場所しかない。そのようにマルチプルペアレンツがある場合、基盤では両方のペアレンツを同じ様に配置すると判断する。しかしながら、リニアライゼーションにおいては、プライマリペアレンツの場所はエンティティおよびペアレンツを黒く示し、セカンダリペアレンツとなる場所 (例えば、食道癌の腸内システム) はグレーで示す。オンライン版に類似して、リニアライゼーションの印刷版 (つまり、ハードコピー) は特別な書式設定を使用して、エンティティの一次ロケーション (プライマリペアレントにより決定される) とそのセカンダリペアレント (グレーまたは、参照として表示する) との区別を付ける。

エンティティが他の場所でペアレントとなるたびに、プライマリペアレントからのコードを表示し続ける。

プライマリペアレントは”リニアライゼーションペアレント”と呼ばれる場合もある。

### 3.2.4 内容モデル

ICD-11 はその全ての内容 (content) を基盤構成要素の中に保持する。ここでは全てのエンティティは定義、価値ある機械可読な属性 (property)、そして一つ以上のペアレント-チャイルド関係により特定される。追加のリンクはポストコーディネーションへの情報を提供する。これら全ての多次元情報は、相互排他的なカテゴリーと一つのラインに投影され、これがリニアライゼーションである。基盤には特定のエンティティがリニアライゼーションの何処に、どのように表現されたかの情報が含まれる。エンティティはグループ、カテゴリー、またはただの用語となる (例えば、索引にリストアップされる) 場合がある。

内容モデルは構造化された枠組みであり、ICD にあるそれぞれのエンティティを標準的な方法で

定義する。内容モデルの目的は、コンピュータ化できるように体系的な方法でそれぞれの ICD エンティティの定義のための基礎を提供する背景知識を示すことである。それぞれの ICD エンティティは異なる側面から見る事ができる。内容モデルはこれらの側面の一つずつを“属性”として示す。例えば、ICD のエンティティを表すのに内容モデル内には現在 13 の定義された主な属性がある。

ICD エンティティは以下の可能性がある：

- カテゴリー
- グループ
- チャプター

カテゴリー（リニアライゼーション内で ICD クラスへの最も一般的な参照）は、疾病、障害や症候群、兆候や症状、例えば損傷のような他の健康問題、またはそれらの組み合わせかもしれない。更に、ICD は“外因”や“衝突の他の理由”も分類する。グループとはカテゴリーの一式を言い、少なくとも一つの共通属性を持ち、一方でチャプターは ICD 内での一番高いレベルの凝集である。

疾病とは全ての体組織内の一連の機能障害であり、以下のように定義される：

1. 兆候学／兆候： 兆候と症状、および関連する所見の既知のパターン
2. 原因論： 根本的な説明的メカニズム
3. 経過と結果： 経時的進展の特徴的パターン
4. 治療反応： 治療への反応の既知のパターン
5. 遺伝因子への繋がり： 例、遺伝子型、遺伝子発現のパターン等
6. 環境要因への繋がり

疾病定義の鍵となる要素は、内容モデル内での異なる属性として含まれる。

表：内容モデルの 13 の主要属性

1.	ICD エンティティタイトル
2.	分類属性
3.	テキスト定義
4.	用語
5.	体組織／身体部位
6.	時間的属性
7.	サブタイプ属性の重症度
8.	兆候属性 兆候／症状 調査所見
9.	因果的属性
10.	機能性属性

1 1.	特定状態属性
1 2.	治療属性
1 3.	診断基準

それぞれの ICD エンティティのために、様々な属性に異なる価値が与えられる。

例えば：

ICD エンティティ： 心筋梗塞

<b>属性：</b>	<b>価値：</b>
体組織	心臓血管系
臓器	心臓
兆候／症状	激しい胸の痛み、等
調査所見	心電図の ST 上昇型

全てのエンティティが全ての属性を必要としない。エンティティの表記に関連する属性だけが使用される。

特定の属性に対する全ての範囲の異なる価値が標準用語やオントロジーを使用して事前に規定される。この価値の範囲は“選択値群 (Value set)”と呼ばれる。

### 3.2.5 機能性属性

このセクションでは機能性属性 (Functioning properties: FPs) の異なる側面およびどのように機能性属性を実施するかについて詳細に説明する。FPs のコーディング方法の指示はセクション 6. 4 を参照。

#### 3.2.5.1 機能性属性の説明

FPs とは潜在的に特定の健康状態に関連している機能性の側面を言う。例えば、良好な手の使用 (fine hand use) はリウマチ性関節炎の患者に使用される傾向がある (Kohler et al., 2012; Kostanjsek et al., 2011)。ICD においては、FPs は ICF で表されるこれらの側面で、疾病エンティティのアライメントとしての役割を果たす (Selb et al., 2015)。更に具体的には、**FPs は特定の健康状態にとって最も重要と思われる ICF の活動と参加 (A&P) コンポーネントからの定義済みの ICF カテゴリーである。**これは個人が機能性の他の面で問題を経験している可能性を除外はしない。ICD では、これらの ICF カテゴリーは以下のドメインにグループ分けされる：

□□□□	□□□□□□□□
理解への影響	理解、思考と意味の解釈に関わる認知処理、精神機能や心理作用。
コミュニケーションへの影響	2人以上の人々との間での情報の伝達や共有を含む、言語または非言語のプロセス。
生活管理活動への影響	家庭、学校や職場等、異なる文脈における日常行動、業務および日課を含む活動。

運動性への影響	体位を変えたりすることで、容易に自由に動き回る能力またはある位置から別の位置に移る能力。
自己管理への影響	健康および衛生状態を保つために自分自身の面倒をみるのに必要な活動。
家事活動への影響	生活圏の掃除、衣類の洗濯と乾燥、または買い物等、日々の家庭内に関連した活動。
対人関係への影響	社会的に適切な方法での対人交流（例えば、家族、友人、親戚、他人）。
学校活動への影響	学校活動に関連した活動および学校活動への参加。
職業活動への影響	仕事に関連する活動および仕事への関与。
社会参加への影響	社会的および政治的生活への関与と参加。
子供と若者への影響	子供と若者の特定の発達特性を考慮した機能性の側面。

FPs を通じた機能性ドメインの ICD-11 内容モデルへの組み込みは、医療従事者および関連分野の専門家を以下の面で支援するように作成されている；

- 個人の健康状態に関連する機能性の側面を総合的に表す。
- 日常の意思決定において（例えば、診断を下す）、治療計画において、長い期間をかけて一連の治療に沿って結果および治療反応の監視。
- 障害年金資格およびその他の社会福祉給付金や特定の公共医療サービスおよびプログラムの検討時。

プログラム計画や資源の配分に責任を持つステークホルダーによるヘルスシステム内の FPs の使用は、健康および健康関連問題と特定の健康状態で生活している患者のニーズ情報の体系的な収集を可能とすることを目的としている。このデータは以下に使われる；

- プログラムおよび治療介入の計画
- 資源の配分への情報提供
- 最適な治療計画への情報提供のためのリスク調整のためのデータ提供。

ヘルスシステムに関係する全てのステークホルダー、研究者を含め、機能性は異なる治療法の比較において一定しない意義のある転帰である。

注目すべきは、FPs は ICD の文脈内での ICF の使用を指摘する。特定の健康状態が ICD の文脈内でコーディングされるための事前に選択されたカテゴリーのセットの開始を引き起こすのはこの文脈の中だけである。この文脈における ICF の使用は、機能性および健康のドメイン間の多重相互作用認識する ICF を支える概念モデルをオーバーライドしない。

### 3.2.5.2 機能性属性の実行

ICD-11 では、FPs を任意の健康状態に特定するのに使用可能な三つの事前定義されたオプションがある。これらの仕様はコーディングの対象となる機能性の側面を定義する。更に具体的には、特定の時点でこれらの側面に関連した個人の問題がコーディングされる。

セッティングはどのオプションが各セッティングで利用可能かを事前に特定する必要がある；これらのオプションだけがユーザーが健康状態を入力すると開く。

オプション 1 は全ての健康状態のためのデフォルトである。オプション 2 は、例えば関節リウマチ、肥満、または鬱病等の 100 のリハビリテーション関連の健康状態に適用する。オプション 3



はオプション1と2の延長を構成する。

**オプション1：全ての健康状態のデフォルト：**

全ての健康状態のためのデフォルトセットは、四つのICFカテゴリーのセットである。これらの四つのICFカテゴリーは最小の一般的セットの選択であり、様々な健康状態の人々に対する機能性の多様性を最も良く表記できる（Cieza, Oberhauser, Bickenbach, Chatterji, & Stucki, 2014）。カテゴリータイトルの後の（G）は、最小の一般的セット、いわゆる“一般的セット（generic set）”に由来するA&Pコンポーネントからの、これらが4ICFカテゴリーであることを常に示す。

生活管理活動への影響	
d230	日課を遂行する（G） 一日を通して予算管理時や他の活動のための計画を立てるような、毎日の手順や義務の計画、管理および要求を達成するための単純または複雑な行動や協調的行動の遂行とされている。
運動性への影響	
d450	歩行（G） 例えば散策、ゆっくり歩く、前方、後方、横に歩くように、片方の足が常に地面に着いているように足で少しずつ面を移動するとされている。
d455	移動（G） 例えば岩を乗り越えるや道をかけ下りる、スキップをする、跳ね回る、ジャンプをする、回転する、または障害物の周りを走る等、歩行以外の手段で全身を一つの場所から他の場所へ移動するとされている。
職業活動への影響	
d850	利益のある雇用（G） 職業、仕事、専門家やその他の雇用の形式として、給与のために、雇用者として、フルタイムまたはパートタイム、または雇用を探し仕事を得て、仕事の要求される任務を遂行する自営業者、定められた時間に仕事に出勤する、他の作業者の監督または監督される、要求される任務を個人またはグループで遂行するように、仕事の全ての面に従事するとされている。

**オプション2：リハビリテーション関連の健康状態の更なる特定**

例えばリウマチ関節炎、肥満、および鬱病のように、100の選択されたリハビリテーション関連の健康状態に対して、ICD-11には適合したFPsのセットが利用可能である。<sup>1</sup> ユーザーが100ある健康状態の一つをコーディングすると、ドロップダウン欄が現れ、ユーザーはオプション1で示された一般的FPsセットで継続するか、この一般的セットに特定の健康状態に対して具体的に適合するFPsを追加するかの決定が可能となる。常に四つの一般的セットのカテゴリーをFPsに含むことにより、一連の治療のどの時点においても利用可能な機能性情報の最小セットがあることを確実とする。これらの100ある健康状態の完全リストはAppendixに記載されている。

**オプション3：ICD-11内のいかなる健康状態のための更なる特定**

健康状態に関するおよび一連の治療に沿って、異なるレベルの機能性を最良に表すためには、ICD-11ユーザーは追加の13ICFカテゴリーを、オプション1（Cieza et al., 2014; Prodinger, Bickenbach, Stucki, & Cieza, 2014）でデフォルトとして定義される四つの一般的セットカテゴリーを超えてコーディングを決定できる。この17FPsのより包括的なセットは、オプション1からの4FPsを含み（一般的セットを意味する（G）で示される）は以下の表に記載されている。こ

の包括的なセットはコーディングするときに現れるドロップダウン欄から選択できる。

<b>生活管理活動への影響</b>	
d230	日課を遂行する(G)
d240	ストレスと他の心理的要求への対処
<b>運動性への影響</b>	
d410	基本的な体位を変える
d415	体位の維持
d420	自分自身での移動
d450	歩行 (G)
d455	移動 (G)
d465	器具を使用した移動
d470	輸送機関の利用
<b>自己管理への影響</b>	
d510	自身で入浴
d520	身体部位へのお手入れ
d530	排泄
d540	着替え
d550	摂食
d570	自身の健康管理
<b>家事活動への影響</b>	
d640	家事を行う
d660	他者の世話
<b>対人関係への影響</b>	
d710	基本的な対人交流
d770	親密な関係
<b>職業活動への影響</b>	
d850	利益のある雇用 (G)
<b>社会参加への影響</b>	
d920	娯楽とレジャー

編集注記：一般の ICD ユーザーにとって、（オプション 2 のために）ドロップダウン欄がコーディング対象の健康状態にそれぞれの ICF コアセットを反映する FPs のみ、または 17 カテゴリーの拡張セットのみ（オプション 3 のために；これはいわゆるリハビリテーションセットの中の A&P カテゴリーである）のいずれか一つを示す方が適しているか、もしくはその代案として、ユーザーに ICF コアセットまたは 17 カテゴリーの拡張セットの選択を与えられるように、ドロップダウン欄が全ての ICF コアセットおよび 17 の拡張セット全てを示すかどうかを WHO が決定する。

ICD-ICF 共同使用イニシアチブの専門家が、既存の証拠に基づいてこの健康状態に最も適している FPs を特定するアプローチを開発した。詳細な過程は他の箇所に概説されている (Kohler et al., 2012; Selb et al., 2015)。

### 3.2.6 ICD 概念

ICD-11 の内容モデルは言語非依存で、その基盤の構成要素へ求められる全ての言語の結合を許可する。このようにして、国際的な翻訳ベースは翻訳または多言語ブラウジングを促進する。

### 3.2.7 定義

定義は ICD-11 のコアにあり、医療従事者、アナリスト、および翻訳者にエンティティの意味とその記述的特性に関する情報を提供する。2つの異なるタイプの定義がある：短い定義（最大 100 語）は電子版および印刷版で入手可能、そして詳細定義は各エンティティに要求されるレベルに対して包括的な詳細を含む。詳細定義は電子版のみに現れ、オンライン上で入手可能である。

コーダーは診断を確立するのに定義を使用しないように警告される。コーダーは提供者により文書化された診断に基づいてコードを割り当てるべきである。

### 3.2.8 診断基準

診断基準は医療従事者がエンティティに分類される症例の診断をどのように決定するかを診断方法論を説明する。カテゴリーを説明するのに必要で十分なコア診断情報を含み、SNOMED-CT や必要に応じて他の構成要素を使用して診断アルゴリズムのデジタル表現を可能とする。

異なる環境に対して診断基準が異なる場合もある。診断基準は他の属性の内容を利用する。ICD 診断基準は、診断ルールを特定した様々な WHO ガイドライン（例、ガイドラインや基準）を利用する。特殊リニアライゼーションとしての ICD への拡張は、そのような診断ルールを利用する。

## 3.3 適合システムの構築

全ての使用事例に単一のコーディングシステム（リニアライゼーション）を使用する国が多い。伸縮自在に拡張できる適合、および疾病率リニアライゼーションの折り畳み式の目的非依存型のサブセット（口頭剖検、または死亡率の初期実装リストと比較可能）は、異なる詳細レベルでの情報収集を可能とし、更に集めた情報の共通の定義レベルでの比較を可能とする。

## 3.4 ICD-11 規約

ICD-11 は内容を示すのに標準的な方法がある。規約はテキスト内容を記載し、更にコーディング構造に適用している。

### 3.4.1 コードの構造

ICD-11 のコードは英数字で 1A00.00 から ZZ9Z.ZZ までの範囲を網羅する。現在では 1A00 から

TF7Z までのみで使用されている。“X” から始まるコードは拡張コードを示す（拡張コードチャプタを参照 see Extension code chapter）。

三つ目の文字位置への強制番号の組み入れは“好ましくない用語”の綴りを防ぐことができる。二つ目の文字位置の文字は ICD-11 のコードと ICD-10 からのコードとの間の明確な区別となる。

文字“O”および“I”は数字の“0”と“1”との混乱を防ぐために除外される。

厳密には、コード体系は以下のように表記される：

$E_1 D_2 1_3 E_4 . E_5 E_6 (E_7)$

- E は ‘基本数 34’（0-9 および A-Z ; 0 と I を除く）と一致する；
- D は ‘基本数 24’（A-Z ; 0 と I を除く）と一致する；および
- 1 は ‘基本整数 10’（0-9）と一致する
- 最初の E は “1” で始まり、チャプターに割り当てられる（つまり、1 は最初のチャプター、2 : チャプター 2、... A チャプター 10、等）。

末端の文字 Y は未処理のカテゴリ“他に特定（other specified）”のために確保されている。また末端文字“Z”はのカテゴリ“詳細不明（unspecified）”のために確保されている。240 以上のグループを持つチャプターには、“F”（“他に特定（other specified）”）および“G”（“詳細不明（unspecified）”）もまたのカテゴリを示すのに使用される（コーディングスペースの問題のため）。

チャプターは最初の文字に示される。例えば、1A00 はチャプター 1 のコードで、BA00 はチャプター 1 1 のコードである。

グループはこのコード構造の中でコーディングされない。しかしながら、階層的關係は 4 桁コードに維持される。使用されないコーディングスペースがあり、後の更新許可やコードを安定させるために全てのブロックに割り当てられる。

追加の末尾の 1 0 進数は、コードクラスター内のコードをリンクするために使用できる（see “Using extension codes”）。“0（ゼロ）”は留保され、この入力にはクラスタ化されたコードはないことを示す。

### 3.4.2 特定用語の使用

“および（And）”と“または（Or）”

ICD-10 に見られた用語“および（and）”は“および/または”を意味し、ICD-11 には引き継がれていない。

ICD-11 の中の単語“および（and）”と“または（or）”は形式論理学の意味で使用される。

‘A と B（A and B）’のような言い回しを含む用語は、A と B 両方が、そのカテゴリを使用するためには存在しなくてはならないことを意味する。

‘A または B（A or B）’のような言い回しを含む用語は、A または B のどちらかが、または両方が、そのカテゴリを使用するために存在しなくてはならないことを意味する。

“起因する（Due to）”と“伴う（With）”

“起因する（Due to）”は 2 つの症状が言及され、因果關係が存在するカテゴリに好ましい用語

である。その他の用語、例えば“原因で起きる (caused by)”や“帰属する (attributed to)”も同義語として認められる。“続発する (secondary to)”というフレーズも同等であり、同義語として含まれる。

“伴う (associated with)”は2つの症状が言及され、因果関係が暗示されていないカテゴリーに好ましい用語である。

### 3.4.3 包含と除外

コーディングされたカテゴリーの中には概して他の選択的診断用語がある。これらは“包含用語 (inclusion terms)”として知られ、そのカテゴリーに分類される診断文書の例として、タイトルに加えて提示される。他の症状や、場合により同意語を引用する場合もある。包含用語はカテゴリーの従属分類ではない。

含有用語は、定義に加え、主にカテゴリーの内容への指針として記載される。記載された多くのアイテムはカテゴリーに属する重要もしくは共通の用語に関連する。他は境界線上の症状または部位であり、従属カテゴリーとその他の間の境界を区別するために記載されている。含有用語のリストは決して完全ではない。診断エンティティの代替え名称 (同意語) も含まれ、電子コーディングツールとアルファベット順の索引に示され、与えられた診断文書をコーディングするときに最初に参照するべきである。

場合によってはタイトルと併せて包含用語を読む必要がある。これは通常包含用語が部位のリストや医薬製品を表す場合で、タイトルの中の適した言葉 (例えば、“～の悪性新生物”、“～による損傷”、“～の毒性作用”) の理解が必要となる。

様々なカテゴリーまたは四文字カテゴリー内の全てのサブカテゴリーに共通する診断概要は、チャプター、グループまたはカテゴリータイトルのすぐ後に続く見出しが“包含 (Inclusions)”の注釈にある。

特定のカテゴリーは“除外 (Exclusions)”という言葉で始まる症状のリストを含む。これらの用語は他の箇所にも分類される。この例として、クッシング症候群 (6A50) を除外する 6A40 脳下垂体の機能亢進がある。

除外は ICD では相互参照として機能する；これらの用語は、タイトルがここに分類されたことを示唆しているかも知れないが、実際は他の箇所にも分類されている。

除外は、他のエンティティの役立つ例を通して単一コーディングのためのエンティティの概念空間の境界の理解に役立つ

除外 1： 他の箇所にも分類され、よく混同される

除外 2： いずれかのカテゴリー (主にメンタルヘルス) に分類されるエンティティ

除外 3： ここには含まれない

除外は相互に排他的な同胞の単一階層の要求に従う。一番の除外は特定の症状の子供と考えられる症状である。しかしながら、分類の他の箇所でも現れるため、これらの事例が子供だとする表示から除外しなくてはならない。その他の除外は、症状から区別される必要のある、可能性のある合併症状を示すコードである。

注釈：除外は異なるリニアライゼーションを越えて一貫性を持ち、常に他の ICD エンティティについて言及する必要がある。そのため、編集のためのソフトウェアインターフェイスは新しい除外を追加するときに他のカテゴリーの選択を強制する。

様々なカテゴリー、または四文字カテゴリー内の全てのサブカテゴリーのための一般的な除外は、

チャプター、グループまたはカテゴリタイトルのすぐ後に続く見出しが“除外 (Excludes) ”の注釈にある。

除外の中には言語依存のものもある。ICD エンティティの意味は、全ての言語において同じになるように設計されている。しかしながら、異なる言語は同意語が異なる。その結果として、言語依存用語は分類の異なる箇所に言語依存同音異義語が存在する可能性があり、一方でそのような同音異義語が英語に存在しない可能性がある。このような例では、言語依存除外注釈はユーザーに警告し、相互参照を付ける。

### 3.4.4 ‘NEC’ と ‘NOS’

#### ‘NEC’

“他に分類されていない”という単語がカテゴリタイトルに使用されるとき、リストアップされた状態のある特定の異形が、分類の他の部分に現れる可能性があるという警告になる。

#### ‘NOS’

NOS という文字は“not otherwise specified (他に規定のない限り)”の略語であり、分類に使用された文書はその用語以外の詳細は提供しないことを暗示する (“詳細不明 (unspecified)”, “特定が不完全 (incompletely specified) ” や “非限定 (unqualified) ”を含む)。それにもかかわらず、症状の更に特定のタイプのために非限定の用語が rubric に分類されることもある。この原因は、医学用語には、症状の最も一般的な形式が症状そのものの名称で知られることがあり、より一般的ではないタイプだけが制限される。例えば、“咽頭炎 (pharyngitis) ”は一般的に“急性咽頭炎 (acute pharyngitis) ”という意味で使用される。これらの固定された思い込みも不適切な分類を避けるために考慮されなくてはならない。包含用語の注意深い調査により、どこに原因があったのかを明らかにする；より特定の割り当てを他の箇所に許可する情報はないことが明確でない限り、コーダーは用語が非限定だとコーディングしないように注意しなくてはならない。同様に、ICD に基づく統計データを解釈する場合、明らかに特定されたカテゴリに割り当てられた症状の中には、コーディングされた記録上ではそれほど特定されないものもある。時間をかけて傾向の比較や統計の解釈をするときには、仮定は ICD の改訂毎に変化する可能性があることに留意する必要がある。例えば、8 回目の改訂の前には非限定の大動脈瘤は梅毒に起因すると仮定されていた (ICD-10 以降はもはや当てはまらない)。

### 3.4.5 綴り、丸括弧、文法とその他の表現法

ICD-11 の綴りと文法はイギリスのルールに従い、例外および修正は WHO スタイルガイドに表記されている。表現法の詳細は以下のリストに挙げられている。

アルファベット順索引は以下の表現法に従う：

- 用語は単数形で表記される
- アポストロフィーは除外される  
例：(‘Hodgkin’s lymphoma’の代わりに) ‘Hodgkin lymphoma’
- エンティティは自然言語を使用して表記される  
例：(‘infarction, myocardial’の代わりに) ‘myocardial infarction’
- 略語は大文字を使用して書かれ、続けて省略しない完全なタイトルを表記する。例えば：

‘MI – myocardial infarction’

丸括弧は表形式のリストに使用され、除外用語を示すコードを囲む。例えば：

1M7L 感染性眼瞼炎

除外：眼瞼結膜炎（AD56）

## 4 ジョイントリニアライゼーションのチャプター構造

国際的なコア参照リニアライゼーションは死因・疾病統計のジョイントリニアライゼーション（JLMMS）である。国際的に比較するためにコーディングおよび病気や死因の報告に使用される。このリニアライゼーションの名称がその2つの主な使用事例を強調する。

このコアリニアライゼーションは27のチャプターに分割され、過去のICDバージョンと同様にその内の24が健康状態に言及し、その他一つは死亡率と疾病率の外因を特定し、もう一つは伝統薬の概念を含む。最後に、別立てのチャプターで選択的追加使用のための拡張コードを含む：疾病の異なる側面に更なる詳細を追加するために（例えば、解剖学）、入院時に現れる症状または家族歴に関連のある疾病に印を付ける（“Extension Code Chapter”も併せて参照）。

以下は27のチャプター（拡張コード含む）の組織原理と分類構造（階層）の要旨である。ICD-11の機能性の構造と新しいセットは、科学的な更新情報を組み込んだ結果および分類をよりコンピュータ化に適切にした結果である。ICD-10のエンティティの中にはより科学的に正確な概念に置き換えられたり、除外、改名、または他の箇所に再編成されたものもある。

### 4.1 チャプター01 – 感染性疾患

#### 4.1.1 チャプター01の構造

チャプター01を2つの主要なセクションに分ける：

**セクション I** は感染性因子による感染性疾患または臨床目的である。感染性因子に従って構造化される。特定の臨床状態のコード（例、敗血症、SIRS：全身性炎症反応症候群）、および体組織による感染性疾患を含む。

**セクション II** は疫学的目的のための感染性疾患のグループであり、WHO 届出疾患のためのコードおよび他の主要な公衆衛生グループ分けを含む。

#### 4.1.2 チャプター01におけるICD-10およびICD-11の違い

チャプターの体裁は、全ての感染性疾患を一緒に分類の中に列挙し、微生物に起因する各症状を主要な疾患ごとに表すことを目標に再編成された。“特定の（certain）”という用語はチャプタータイトルから削除され、全ての感染性がここに分類される。寄生虫感染症は“感染症（infection）”という用語に既に網羅されているため、“寄生虫（parasitic）”という用語はタイトルから削除された。

#### 4.1.3 チャプター01の論拠

これらの変更の目的は、コーディングの正確性と特性を向上させることであり、病原体、部位、臨床型や他の情報を考慮した感染症の性質および原因論を特定するための追加を含む。これらの追加情報は異なるタイプの疫学、臨床、および公衆衛生のグループ化のためのデータの再利用を可能とする。特定の感染症疾患（例、HIV、デング熱、ヘリコバクター）の最新の科学的理解の反映が現在では可能となった。この新しい構造は新たに出現する感染症疾患（例、SARS、H1N1、新たなコロナウィルス感染症）がチャプター01にコーディングされるための合理的な基礎を提供する。

### 4.2 チャプター02 - 新生物

#### 4.2.1 チャプター02の構造

チャプター02の全体的な階層は以下のように構成される：

性質

- 広範な部位やシステム
- 特定の部位
- 形態（組織構造）型

上記の階層の例外となる三つの領域がある：

脳および中枢神経系の新生物

- 広範な部位
- 性質
- 形態（組織構造）型

造血組織およびリンパ系組織の新生物

- 広範の形態（組織構造）型
- 特定の形態（組織構造）型

悪性間葉性主要

- 特定の形態（組織構造）型
- 部位

#### 4.2.2 チャプター02におけるICD-10とICD-11の違い

チャプター02の階層における最も重要な変更は特定のタイプの形態型をチャプターに取り入れたことである（以前はICD-10のAppendixAにあった）。現在では形態型と部位の両方から構成されるプレコーディネーションされたコードがある。チャプター02に含まれない形態型の他のタイプと、より大きな部位の特異度はチャプター21拡張コードに属し、ポストコーディネーションに使用される。



他の変更には以下が含まれる：脳および中枢神経系の全ての新生物を一緒にグループ化；全ての造血組織およびリンパ系組織を一緒にグループ化；更に新しいグループの悪性間葉性腫瘍の追加。以前の ICD-10 不確かな性質の新生物および未知の性質の新生物グループは、2つの別々のグループに分けられた-不確かな性質の新生物、および未知の性質の新生物。

#### 4.2.3 チャプター 0 2 の論拠

腫瘍学の進歩は、部位のみに基づいた悪性腫瘍と良性腫瘍の分類は、予防、治療および腫瘍に冒された患者の予後に対して、限られた情報しか提供できないことを明確に示した。ICD-10 は既に組織病理学に基づいたいくつかのカテゴリーを含んでいた（例、リンパ系腫瘍）。

ICD-11 では、主な腫瘍の部位は最初に組織病理学の再分割がある。選択されたグループは、国際的な死亡率と疾病率の報告、癌登録および臨床報告の分析に基づいてる。再設計されたセクションは ICD 使用事例に関連して不足していた詳細について見直された。

中心となる解剖学軸を完全なまま保持することで、後方互換性を可能とする。しかしながら、TNM 分類で使用されている新しい知識と適合するために構造は数カ所において調整されている。

中枢神経系の腫瘍に関しては、良性と悪性との組織学的および性質的区別はグレーな領域である。そのようなものとして、全ての中枢神経系の腫瘍を性質の基本的な枠組みから他へ移動させ、ひとまとまりにすることに決まった。

遺伝子マーカーの分野が急速に変化をしている。その一方で、ある腫瘍に対してはそのようなマーカーが長年使用され、他の腫瘍に対してはそうではない。そのようなものとして、血液系腫瘍は除き、遺伝子マーカーは含まれず、分類には使用されていない。しかしながら、遺伝子マーカーはチャプター 2 1 拡張コードに含まれ、新生物チャプターの関連するコードへ二次コードとして追加でき、関連する腫瘍エンティティを十分に説明することができる。

### 4.3 チャプター 0 3 - 血液および造血臓器の疾患

#### 4.3.1 チャプター 0 3 の構造

階層の概要

三つの主なセクション：

第 1 レベル 血液疾患および造血臓器疾患への臨床的見解

第 2 レベル - 疾患/障害タイプの広義カテゴリー

第 3 レベル - - 特定の疾患/障害タイプ

第 4 レベル - - - 疾患/障害タイプの更なる特異性

第 1 レベル 血液疾患および造血臓器疾患への病原学的見解

第 2 レベル - 疾患/障害タイプの広義カテゴリー

- 第3レベル -- 特定の疾患／障害タイプ
- 第4レベル --- 疾患／障害タイプの更なる特異性
  
- 第1レベル 脾臓の疾患**
- 第2レベル - 先天性 vs 後天性
- 第3レベル -- 特定の疾患／病気のタイプ

#### 4.3.2 チャプター03におけるICD-10とICD-11の違い

ICD-10のチャプター03 血液および造血臓器の疾患と免疫機能に関連する特定の障害は2つのチャプターに分けられた：一つは血液および造血臓器の疾患（チャプター03）、もう一つは免疫システムの障害（チャプター04）。

#### 4.3.3 チャプター03の論拠

チャプター03において、チャプターの再編成が行われ、血液疾患の臨床的見解、血液疾患および脾臓疾患への病原学的な見解となった。全ての貧血が一つのグループとなり、凝血障害、紫斑病や他の出血性および関連した症状のための別グループがある。

### 4.4 チャプター04 - 免疫システムの障害

#### 4.4.1 チャプター04の構造

階層の概要

四つの主なセクション：

**第1レベル 臨床的な症候群による免疫システム障害**

第2レベル - 疾患／障害タイプの広義カテゴリー

第3レベル -- 特定の疾患／障害タイプ

第4レベル --- 疾患／障害タイプの更なる特異性

**第1レベル 白血球系統による免疫システム障害**

第2レベル - 疾患／障害タイプの広義カテゴリー

第3レベル -- 特定の疾患／障害タイプ

第4レベル --- 疾患／障害タイプの更なる特異性

**第 1 レベル 非臓器特異的自己免疫疾患**

第 2 レベル - 疾患／障害タイプの広義カテゴリー

第 3 レベル - - 特定の疾患／障害タイプ

第 4 レベル - - - 疾患／障害タイプの更なる特異性

**第 1 レベル 自己炎症性症候群**

第 2 レベル - 特異的な症候群

**第 1 レベル アレルギーと過敏性症状**

第 2 レベル - 体組織のための広義カテゴリー

**4.4.2 チャプター 0 4 における ICD-10 と ICD-11 の違い**

ICD-10 のチャプター 0 3 血液および造血臓器の疾患と免疫機能に関連する特定の障害は 2 つのチャプターに分けられた：一つは血液および造血臓器の疾患（チャプター 03）、もう一つは免疫システムの障害（チャプター 04）。

**4.4.3 チャプター 0 4 の論拠**

チャプター 04 において、免疫障害のために五つの新しいセクションが作られ、以前の ICD-10 のチャプター 03 に配置されていたセクションとは異なる。免疫システムに関しては、主に臨床的症候群により分類され、代替的見解では免疫システム症状は細胞株で示される。アレルギーおよび過敏性症状のためのセクションはこのチャプターに含まれるようになった。全体的に本チャプターには更なる詳細が付け加えられた。

**4.5 チャプター 0 5 - 性的健康に関連する症状**

**4.5.1 チャプター 0 5 の構造**

- 症状の広義カテゴリー

- - 症状の特異型

**4.5.2 チャプター 0 5 の論拠**

このチャプターは性別に関連した症状をグループ化するように考案された。これはまた非難をせずに性別認識に関連する症状のカテゴリー化を可能とする一方で、現実の症状としてこれらのエンティティの認識を維持することで関連する医療介入がヘルスシステム内に適合される。

**4.6 チャプター 0 6 - 内分泌疾患、栄養性疾患と代謝性疾患**

#### 4.6.1 チャプター06の構造

チャプター06には四つの主なセクションがある：

内分泌疾患

栄養性障害

代謝性障害

治療後の内分泌および代謝性障害

内分泌疾患のセクションは腺やホルモンシステムから構成される階層があり、その上に特異的疾患／障害がある。一方で栄養性障害や代謝性疾患のセクションは疾病／障害の広義カテゴリー、それに続いて特異的疾患／障害により構成される。

- 疾患／障害タイプの広義カテゴリー
- 疾患／障害の特異型
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

#### 4.6.2 チャプター06におけるICD-10とICD-11の違い

糖尿病には変更および追加が行われ、グルコース調節障害およびインスリン抵抗症候群のカテゴリーが含まれた。栄養性障害のセクションは最新の用語および肥満同様にビタミンとミネラル欠乏症のための詳細分類が含まれるようになった。代謝性障害のセクションもまた更なる詳細を含み、様々なタイプの代謝性障害の構成も改善された。

#### 4.6.3 チャプター06の論拠

内分泌症状の複雑な性質を表すのに使用される内分泌疾患用語の国際標準化が進展している。その意図は特定の内分泌疾患に繋がる全ての機能障害を含むことにある。

糖尿病と中間高血糖は拡大され、国際的に使用されている最新の用語を反映できるようになった。糖尿病にしばしば伴う合併症は、様々な臨床的変更箇所に合わせて広範な概念として継続して分類に含まれる。このセクションの変更の源は最新のWHO糖尿病と中間高血糖の分類2011（WHO Classification of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia 2011）およびWHOのヘルスプロモーション、慢性的疾患部門（the Department of Chronic Diseases, Health Promotion, WHO）である。

栄養ガイドライン専門家諮問グループ（Nutrition Guidance Expert Advisory Group: NUGAG）からこのセクションの分類に関する更新のアドバイスを受け、WHOの健康と発育のための栄養部門（Department of Nutrition for Health and Development）が栄養性障害のセクションへの変更を提案した。

代謝性疾患は病因学的見地に基づき、三つの特徴ある領域に分類されるようになった；関連する代謝性疾患の国際的な協会の臨床的なアドバイスに従って、“先天性の代謝異常”、“代謝産物吸収と輸送の障害”および“水分、電解質と酸塩基平衡の障害”。

## 4.7 チャプター 07 - 精神疾患と行動障害

### 4.7.1 チャプター 07 の構造

チャプター07の階層は以下のように構成される：

- 疾患／障害タイプの広義カテゴリー
- 疾患／障害の特異型
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

### 4.7.2 チャプター 07 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターへの変更には階層の再編成、最新の用語の導入、および薬物の種類による中毒、有害な使用と依存症の特定のグループ分けが含まれる。

### 4.7.3 チャプター 07 の論拠

ICD-11 に提案されている精神疾患と行動障害チャプターの全体的な線形構造が、精神疾患と行動障害諮問グループ (Mental and Behavioural Disorders Advisory Group) による実質的で包括的な議論の課題であり、同様に発行されたばかりの第5版精神疾患の分類と診断の手引 (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) に関連した、諮問グループによる 2007 年の最初の指名以来の 米国精神医学会との膨大なやり取りの課題である。

ICD-10 では、障害の大きなグループ化の番号、または“ブロック”は、分類に使用される 10 進コーディングシステムにより人為的に制約され、そのため精神疾患と行動障害チャプターの中では最大で 10 個の障害の主要グループのみの作成が可能であった (0 から 9 の数字に相当)。これはいくつかのグループが、臨床的有用性や科学的根拠に基づかずに作成されたことを意味した。例えば ICD-10 では、一つのブロック (F30-F39) は気分 (情動) 障害に当てられる一方で、不安障害は“神経症、ストレス障害、および身体表現性障害”と呼ばれる、広範囲で異種のブロック (F40-F49) の一部のみを表していた。もう一つのブロック“生理学的機能異常と物理的要因に関連する行動症状”では身体に関係しているということ以外は臨床症状および症候学の観点からは無関係の障害がまとめてある。

ICD-10 の制約された構造のパラメーターがあるため、分類の開発者達は診断グループ化の合理的なセットを用意した。しかしながら、ICD-11 のより柔軟な構造上の特徴は、入手可能な科学的根拠および最新医療に基づく重要な特徴をより最適な疾病分類学のために組み入れることを可能とする。

精神疾患と行動障害の診断分類の適切なアーキテクチャーは、改訂の期間に大きな注目を浴びた課題である (例えば、Andrews et al, 2009; First, 2009a; Jablensky, 2009; Wittchen, Beesdo, & Gloster, 2009)。ICD-11 の指針の一つは、例えば、脆弱な構成概念と予測的妥当性を持つ“神経症”のような昔ながらの概念よりも、障害との関連性を考慮して最新の科学的根拠を反映することである (Hyman, 2010)。更に、WHO メンタルヘルスと薬物乱用部門の最新改訂のための主な目標は、ICD-11 のこのような部分の臨床的有用性の改善である (Reed, 2010; International

Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 2011)。ICD-11は10進法の番号付けシステムに基づかない異なるコーディング構造を使用するため、ブロックまたはグループのより大きな数がチャプターの中に収容できるため、障害のグループ化がどのように表されるかという観点から、最新の研究や臨床業務に分類を更に一致させる重要な機会が提供された。

三つの研究の流れが、ICD-11における精神疾患と行動障害の線形構造への論拠と証拠を与える。

### ICD-11 精神疾患と行動障害のための作業グループによる証拠の再検証

最初の研究の流れは、14の作業グループによる諮問グループへの証拠の再検証の結果に関連し、それぞれが多数の対面式の会議を少なくとも2年間行ってきた。作業グループは世界中での様々な状況における分類の臨床的応用に関する入手可能な科学的証拠およびその他の情報の再検証を依頼され、そしてグループ化の中のカテゴリーの内容と調整同様に、そのグループ化の証拠と論理的根拠を提供することを依頼された。この作業は、論文審査のある専門誌で既に公表または提出されている、ほとんどの障害のグループ化の論理的根拠を表す原稿という結果となった(e.g., Al-Adawi et al., 2013; Creed & Gureje, 2012; Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012; Gaebel, 2012; Maercker et al., 2013; Maj & Reed, 2012; Pozynak, Reed, & Clark, 2011; Rutter, 2012)。ここでは各構造上の変更に関する論理的根拠や基づく証拠の詳細を述べることはできないが、この情報は特定の決断に関連するため、作業グループにより作成された資料によるリクエストに応じて提供が可能である。

### 線形構造の臨床的有用性の形成的実地調査

精神疾患と行動障害の線形構造に関連する2つ目の研究の流れは、臨床的有用性に焦点を置き、諮問グループに報告をするWHOおよび実地調査調整グループ(Field Studies Coordination Group)により行われている2つの形成的実地調査に代表される(Reed et al., 2013; Roberts et al., 2012)。これらの研究の目的は、分類の構造に関する決定について伝えるために精神疾患の間の関係について、世界中でメンタルヘルスの専門家が保有する概念化の検証である。臨床的有用性の見解から、特に医療情報と臨床業務の間のインターフェイスの改善に関して、分類の組織の最も重要で理想的な特徴は、(a)それが臨床医がやり取りをする患者について可能な限り迅速に、簡単に、そして直感的に、最も的確に表現するカテゴリーを探すのを支援して(b)そのようにして得られた診断カテゴリーが臨床医に治療や管理に関する臨床的に有益な情報を提供することである。臨床業務において実行するのが難しく扱い難く、臨床医にとってすぐに役立つ情報を提供しない精神疾患分類は、実際の医療現場のやり取りレベルにおいて正確に実施される見込みがない。その場合には、分類に固有の標準化および概念とカテゴリーの操作運用には臨床業務は導かれず、業務改善および成績評価の重要な機会が失われる。次に、実際のやり取りレベルにおいて不十分な臨床的有用性を特徴とする診断システムは、医療プログラムや政策または世界規模の保健統計のための有効な根拠となる実際のやり取りに基づいたデータを作成できない。これら2つの調査の背後にある論理的根拠は、仮に臨床医が日常的な臨床業務で経験するように精神疾患の組織を概念化する方法が(a)国、言語および習慣を越えて一貫していて、(b)ICD-10の組織とは異なると認識できる場合、これらの情報は精神疾患の分類の作成に使用可能であり、臨床医の経験的知識に基づいたカテゴリーの組織により一層近くなり、そして現実世界のヘルスケア環境においての使用がより直感的で効率的となる。

最初の形成的実地調査(Roberts et al., 2012)はインターネットを使った調査であり、英語とスペイン語両方で行われ、64カ国、1,371名の精神科医と心理学者が参加した。2つ目の形成的実地調査(Reed et al., 2013)は、8カ国、五つの言語による517名のメンタルヘルス専門家に対

する標準化されたソートと階層形成タスクの直接の管理を伴った。両方の調査で臨床医の精神疾患に関する概念の地図は、職業、言語および国の所得水準を越えて合理的で高度に安定していることが分かった。更に、両方の調査で ICD-10 や DSM-IV のいずれの構造よりも、ICD-11 で精神疾患と行動障害に関して提案されている構造が臨床医の概念モデルと一致している分かった。2つ目の調査はまた、ICD-10 に見られるような少ない数のグループのより階層的な構造より、より大きな数のグループの“よりフラットな (flatter)” 構造を臨床医が好むことが明らかになった。

## DSM-5 との調和

三つ目の調査の流れは ICD-11 の精神疾患と行動障害チャプターの構造を可能な限り DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) の構造と一致させる努力に関連する。全体的に見て、DSM-5 の全体的な構造と提案されている ICD-11 精神疾患と行動障害の線形構造の高い類似の度合いは、ICD-DSM を一致させる努力の大成功を示す。比較的わずかな相違は主に以下に関連する：1) 例えば ICD-11 では別々のチャプターにある睡眠障害と性機能障害を、より最新証拠と臨床業務に一致する方法で、症状の“器質性”と“非器質性”側面の分類を組み合わせる提案、そしてそれは精神疾患分類は定義に基づく DSM-5 にはなかった選択肢である；そして 2) ICD-11 では他の根本疾患に関係するカテゴリーと精神疾患に関連する規約と、DSM-5 におけるそのようなカテゴリーの組織に関する決定の違い。2つの分類の間の全体的な構造において残るいくつかの本質的な違いの論理的根拠に関する追加情報は、請求に応じて入手可能である。2つのシステムの間組織における結果的な類似点は、数年間に渡る複雑な交渉の賜物であることが強調されるべきである。DSM-5 が既に発行されていることを考慮すると、ICD-11 構造への更なる変更は、間違いなく ICD-11 を DSM-5 との類似点と調和を減らす方向に動かすだろう。

## 4.8 チャプター 08 - 睡眠覚醒障害

### 4.8.1 チャプター 08 の構造

チャプター08はICD-11の中の新しいチャプターである。以前は呼吸器、神経学またはメンタルヘルスのチャプターに位置していた睡眠覚醒障害が含まれている。これらの障害を一つのチャプターにまとめることで、多数の障害のための更なる詳細が含まれるようになる。階層は以下で構成される：

- 疾患／障害タイプの広義カテゴリー
- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

### 4.8.2 チャプター 08 における ICD-10 と ICD-11 の違い

チャプター08はICD-11に新たに加えられ、以前の版には存在しなかった。

### 4.8.3 チャプター 08 の論拠

睡眠覚醒障害はメンタルヘルス、神経障害と肺疾患が重なる領域に関連するため、全てを一つのチャプターにまとめる決断に至った。

## 4.9 チャプター09 - 神経系疾患

### 4.9.1 チャプター09の構造

第1レベル -疾患、障害と部位の混合、および両方の組み合わせ。

第2レベル -疾患や障害の特異型、時には部位のサブカテゴリーの混合。

### 4.9.2 チャプター09における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターでは前の ICD-10 の大きな再構築と移動があった。いくつかの新しい概念も追加されている。

脳血管疾患は神経学チャプターに移動し、循環チャプターに multiply parented。一過性脳虚血発作 (TIA) は脳血管疾患の下に位置し、循環チャプターに登場するようになった。

表 : ICD-10 ブロック構造と ICD-11 の同等構造の比較

ICD-10 ブロック見出し	ICD-11 同等の構造
G00-G09 神経系の炎症性疾患	神経系の感染症
G10-G14 主に中枢神経系に影響する全身性委縮症	行動障害と運動ニューロン疾患および関連する障害との間の分裂
G20-G26 錐体外路疾患と行動障害	行動障害
G30-G32 神経系の他の変性疾患	神経認知障害
G35-G37 中枢神経系の脱髄疾患	多発性硬化症と他の白質疾患
G40-G47 一過性と発作性疾患	てんかんと発作、頭痛障害と脳血管遮断。睡眠障害は現在は独立したチャプターである (チャプター07)。
G50-G59 神経、神経根と神経叢の障害	神経根、神経叢と末梢神経の障害
G60-G64 多発ニューロパシーと末梢神経系の他の障害	神経根、神経叢と末梢神経の障害
G70-G73 神経筋接合部と筋肉の疾患	神経筋接合部と筋肉の疾患
G80-G83 脳性麻痺と他の麻痺症候群	脳性麻痺
G90-G99 神経系の他の障害	神経系の他の障害、自律神経系の疾患、髄液圧と流れの障害および脊髄障害、外傷によるものを除く



	主な特徴として中枢神経系の異常症候群
	主な特徴として中枢神経系異常症候群
	神経系の栄養と中毒の障害
S00-T98 損傷、中毒および外因による特定の他の結果	神経系の損傷
C00-D48 新生物	神経系の新生物
	神経系の腫瘍随伴性障害と自己免疫疾患
A81 中枢神経系の非定型ウイルス感染	プリオン病
	意識障害
	神経系の機能性疾患

#### 4.9.3 チャプター09の論拠

ICD-11 では神経学チャプターを作り上げるブロックの組織の中の大きな総点検が行われる。これらの変更は ICD-10 のブロックを ICD-11 の新しいブロック構造と比較して上述されている。ICD-10 の制限的 10 進コーディングシステムは、各チャプターに 11 ブロックの障害のみを包含するキャパシティーしかなく、その結果として、例えば一過性と発作性の障害のブロックは頭痛疾患、てんかん、一過性脳虚血発作および睡眠障害のように、論理的に互いに適合しない種々雑多なものから成る神経学のエンティティを含むブロックとなった。ICD-11 では頭痛疾患、てんかんおよび脳血管障害をブロックレベルに配置し、睡眠障害をチャプターレベル（チャプター8）に配置するようになった。

神経学のチャプターの構造が変更になっただけでなく、分類へのアプローチもまた神経系の病気の理解における最新の臨床業務と進歩を統合するようになった。ICD-10 が発行されて以降、遺伝子、分子生物学や医療技術の分野における大きな進展があった。一つが神経学における最新の得られた知識を反映するときコード数の増加は避けられないため、包括性、臨床的有用性との間のバランスおよび公衆衛生アプローチの維持が目標となる。“二重コーディング（double coding）” “テクニックの対象となる、あまり一般的ではないこれらの障害の原因論バリエーションに対して、作業グループがチャプターで扱うのにより一般的な障害を検討することでこの課題に取り組んだ。知識の向上を示した大きな変更の一つは、“神経システムの腫瘍随伴症障害と自己免疫疾患”という名称のブロックの追加である。このブロックには、近年知識が急速に発展した分野である、免疫介在性の神経疾患が含まれる。新しいバージョンがどのように分子生物学の進歩を反映したかの二つ目の例は、その希少性に関わらずプリオン病にブロックの地位を与えたことである。以前は、中枢神経系ブロックの中の感染症の一部として扱われたが、1990年代のヨーロッパにおける大きな公衆衛生問題後の研究的興味はプリオン病の新たな異形の発見へと繋がった。

1990年代以降、世界で高齢人口の大幅な増加が見られた。

神経認知障害が主な公衆衛生問題として宣言され、その原因論と神経薬理学への研究の人气が拡がった。神経認知障害に関する ICD-11 ブロックは、この領域への更なる理解を反映している。

最後の特筆すべき変更点は“神経システムの他の障害”ブロックに見られる。このブロックは他の神経学のブロックから“こぼれ出て”、そして他の箇所には分類ができないそれらの障害をキャプチャーするために配置されている。ICD-10 では、上述の 10 進コーディングシステムのため、このブロックは一致しない疾患の集まりであった。このブロックは新しい合理化された神経学チャプターのおかげで現在では大幅にサイズを縮小し、以前は ICD-10 の“神経システムの他の障害”セクションに含まれていた障害の新しいブロックを含んでいる。これらには“意識障害”、“髄液圧と脳脊髄の流れの障害”、“自律神経系の障害”、“神経システムの栄養と中毒障害”および“外傷を除く脊髄障害”が含まれる。これらのブロックステータスへの昇格は、コーディング実務への肯定的な影響が期待される。

神経学主題諮問 (Neurology Topic Advisory) が直面する複雑な問題の一つとして、神経学のチャプターの中で、他のチャプターやブロックの中の病因の本質に、神経学的な説明もしくは表現型を持つ障害をクロスリンクさせる必要性である。この様な関係性の数多くの例の中の一つは、神経筋接合部のミトコンドリア異常である。この場合、神経学チャプター、および内分泌、栄養代謝性疾患のチャプターとの両方においてクロスリンクが必要である。

## 4.10 チャプター 10 - 眼と付属器の疾患

### 4.10.1 チャプター 10 の構造

チャプター 10 の全体的な階層は以下のように構成される：

解剖学の広義カテゴリー

- 特定の解剖学カテゴリー
- 疾患／障害の種類の大義カテゴリー
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

### 4.10.2 チャプター 10 における ICD-10 と ICD-11 の違い

ICD-11 のこのチャプターには構造と階層に大きな変更があった。ICD-10 の原因論／兆候の表現法 (ダガー／アスタリスク) は ICD-11 には継続されず、これはチャプター 10 の中のたくさんの“併せてコーディング (code also)”指示となった。

## 4.11 チャプター 11 - 耳と乳様突起の疾患

### 4.11.1 チャプター 11 の構造

チャプター 11 の全体的な階層は以下のように構成される：

解剖学の広義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

#### 4.11.2          チャプター 1 1 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターは若干変更されただけで ICD-10 と類似する構造を維持している。

### 4.12   チャプター 1 2 - 循環系の疾患

#### 4.12.1          チャプター 1 2 の構造

チャプター 1 2 には二つの主階層がある。

疾患／障害の種類の大義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

または

解剖学の広義カテゴリー

- 特定の解剖学タイプ
- 特定の疾患／障害タイプ

#### 4.12.2          チャプター 1 2 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターではいくつかの再構築と再グループ化が行われ、最新の医学の進歩に基づく新しい概念が追加されている。医学用語も更新されている。高血圧と心臓弁膜症のセクションが拡張された。心臓弁膜症は階層においても変更がされた：原因論（リウマチ性／非リウマチ性）を主要原理として、心臓弁型が続いていたのが、心臓弁型が主要原理となり、原因論がそれに続くようになった。脳血管疾患は、循環チャプターのプライマリペアレントがセカンダリペアレントとなったため、神経学のチャプターに移動した。

#### 4.12.3          チャプター 1 2 の論拠

心臓と大血管の先天異常および関連する後天性異常のセクションは、国際小児先天性心疾患命名法学会（International Society for Nomenclature of Paediatric and Congenital Heart Disease : ISNPCHD）により過去十年間で作成された国際小児先天性心臓疾患コード（International Paediatric and Congenital Cardiac Code: IPCCC）に基づいている。参照もまた Anatomic and clinical classification of congenital heart defects (ACC-CHD)に合わせて作成され、IPCCC および ICD-10 のコードに一致する。

肺性心と肺循環の疾患への変更は、2013年フランス、ニースで開催された第5回世界シンポジウムを受けて作成された成果論文（Updated Clinical Classification of Pulmonary Hypertension）に基づいている。

## 4.13 チャプター 1 3 - 呼吸器系の疾患

### 4.13.1 チャプター 1 3 の構造

チャプター 1 3 には二つの主階層がある。

疾患／障害の種類の大義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ、解剖学をいくらか含む
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

または

解剖学の大義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

### 4.13.2 チャプター 1 3 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターではいくつかの再構築と再グループ化が行われ、新しい概念と更新された最新の用語も含まれている。

新しいセクション、吸入性肺疾患、職業性肺疾患および環境性肺疾患が、それらの原因論に応じて呼吸器疾患の分類を改善するために追加された。

呼吸制御と呼吸調節による睡眠障害がチャプター08に追加され、呼吸のチャプターに二次的にペアレント化された。

### 4.13.3 チャプター 1 3 の論拠

チャプター 1 3 への変更は、主として最新の臨床的用語および主に呼吸器系に影響する症状の分類を提供するために行われ、国際社会やステークホルダーからのインプットに基づいている。感染性肺疾患は、これらの症状の感染性の性質をより良く反映するためにチャプター01に移行された。

吸入性肺疾患、職業性肺疾患および環境性肺疾患に関するセクションは WHO の労働衛生部門（Occupational Health Division）からのインプットに基づいている。

## 4.14 チャプター 1 4 - 消化器系の疾患

### 4.14.1 チャプター 1 4 の構造

チャプター 1 4 の全体的な階層は以下のように構成される：

詳細な解剖学

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

#### 4.14.2          チャプター 1 4 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターでは以前の ICD-10 の概念に劇的な再構築と変更が行われた。詳細な解剖学的グループが階層に加えられた。例えば、‘十二指腸疾患’、‘肛門管疾患’や‘膵臓疾患’等。広い解剖学的部位を網羅するために、機能性胃腸疾患および炎症性腸疾患のための独立したカテゴリーもまた含まれた。ポストコーディネーションでの利用のために、追加の次元がチャプター 2 1 およびチャプター 2 6 拡張コードの臨床型セクションより入手可能である。例えば、出血を伴う／伴わない、閉塞を伴う／伴わない、腹水を伴う／伴わない、左右差およびより大きな部位特異性等。

**表：ICD-10 ブロック構造と ICD-11 同等の構造との比較**  
最終コードがセットされた時点で追加される

#### 4.14.3          チャプター 1 4 の論拠

このチャプターには、大きな変更が加えられ、吻側尾側順（rostral-caudal order）に従い、ヘルニア、機能性胃腸疾患および炎症性腸疾患のカテゴリーを除いた、非常に詳細な解剖学的グループが階層に追加された。

機能性胃腸疾患は、その病態生理学が胃腸管への影響からだけでなく、“脳腸軸”の観点から考察されるため独立して表記されている。クローン病が複数の臓器に影響するため、炎症性腸疾患もまた独立して表記されている。

それぞれの解剖学的グループ（臓器グループ）において、原因論に基づいた分類は従属分類（sub-classify）するために使用される。特に、GI 障害は以下のカテゴリーに配置される：

- A. 後天的な解剖学的変化または形態学的変化
- B. 運動障害
- C. 潰瘍を含む炎症（チャプター 1 4 に適さないアイテムの感染症を含む）
- D. 血管障害
- E. 非腫瘍性ポリープ

更に、チャプター 1 4 がそれらの障害の第一の場所ではないが、他に二つのカテゴリーが記載されている。

- F. 構造的発育異常
- G. 新生物

重要または一般的な消化器系の病気は独自のカテゴリーに配置されている。例えば胃・食道逆流症、円柱上皮化生、腸吸収不良とタンパク喪失性腸症、潰瘍性結腸炎、非アルコール性脂肪肝疾患、および憩室疾患。ポリープは独立して分類されるようになり、解剖学的部位の“他の疾患”セクションではない。

いくつかの臓器に広がる一般的な消化器系の病気は主に吻側嚙臓器（rostral organ）の疾患カテゴリーに分類される。例えば‘胃腸炎’は‘胃炎’に分類され、‘胃十二指腸潰瘍’は‘胃潰瘍’に分類される。

‘消化性潰瘍、部位不明’のアイテムは医療技術の進歩のため使用するべきではない。それは‘食道潰瘍、胃潰瘍、十二指腸潰瘍または吻合部潰瘍’のいずれかに疾患の部位に応じて分類されるべきである。

GI 臓器の血管障害は独自のカテゴリーに配置された。食道静脈瘤、胃静脈瘤、および痔核はチャプター 14 に分類されることになった。

‘肝臓疾患’において、新たな独立したカテゴリーがあり、代謝性肝疾患と輸送体肝疾患、自己免疫性肝疾患、非アルコール性脂肪肝疾患および肝臓の血管障害が含まれる。

硬変を伴う慢性肝疾患の分類には、‘肝線維症と肝硬変’のアイテムである‘肝硬変’（提案されている）が使用される。例えば、‘慢性 B 型肝炎’と‘肝硬変’、‘慢性 C 型肝炎’と‘肝硬変’、‘自己免疫性肝炎’と‘肝硬変’、‘原発性胆汁性胆管症’と‘肝硬変’、等。

‘胆嚢と胆管疾患’および‘膵臓疾患’のための新しい独立したセクションがある。これらの新しいセクションの中で、構造的発育異常、先天性疾患、後天性解剖学的変化、胆管炎、胆嚢性の膵臓疾患、慢性膵炎および自己免疫性膵炎を含む新しく独立したカテゴリーがある。

## 4.15 チャプター 15 - 皮膚の疾患

### 4.15.1 チャプター 15 の構造

チャプター 15 の全体的な階層は以下のように構成される：

疾患／障害の種類の大義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ、解剖学的部位をいくらか含む
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

### 4.15.2 チャプター 15 における ICD-10 と ICD-11 の違い

チャプター 15 では大規模な再構築が行われ、更に詳細なエンティティが加わった。用語も更新され、より最新のものになっている。

### 4.15.3 チャプター 15 の論拠

このチャプターへの大きな変更である詳細の追加はアメリカ、イギリスとドイツの皮膚科学の用語の融合から来ている。

## 4.16 チャプター 16 - 筋骨格系疾患と結合組織

### 4.16.1 チャプター 16 の構造

チャプター 16 の全体的な階層は以下のように構成される：

疾患／障害の種類の大義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ、解剖学的部位をいくらか含む
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

#### 4.16.2          チャプター 16 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターのブロックは再整理され、新しいブロックである自己炎症性症候群が免疫のチャプターに追加され、ここにセカンダリペアレンツされている。脊髄症状の領域は再構築されて脊柱に関連する症状に改名した。

#### 4.16.3          チャプター 16 の論拠

米国リウマチ学会およびヨーロッパリウマチ学会（ACR/EULAR）によるリウマチ性関節炎の診断基準（作成中）がリウマチ性関節炎に属するコード階層と内容モデルへの情報提供に使用された。“全身性結合組織疾患”から“非臓器特異的な全身性自己免疫疾患”へとタイトルが変更されたのは最新の文献からの情報による。血管炎に関する変更は、チャペルヒル国際コンセンサス会議（Chapel Hill International Consensus Conference）の全身性血管炎の命名法の分類に基づいて行われた。

カテゴリー“**Dermatopolymyositis**”は“突発性炎症性筋疾患”に変更され、軸の変更および更なる粒度の導入が追加された。

脊柱関節炎の分類への改訂は、最新の専門家の意見、Dr Robert Landewé のコメントである軸性と末梢性との分離をを反映している。併せて、軸性と末梢性の関節炎の基準は以前は（未分化）脊柱関節炎と（強直性）脊柱炎と呼ばれていた全領域を網羅する。感染過程の主要タイプの副軸、つまり細菌性、真菌性等、および特異的感染症に使用するための補足コードにおいて、感染性の脊柱関節炎の再配列が行われた。

自己炎症性症候群のための新しいカテゴリーは、自己炎症性疾患の国際学会（International Society of Systemic Auto-inflammatory Disease: ISSAID）の研究に基づいている。

### 4.17   チャプター 17 - 泌尿生殖器系の疾患

#### 4.17.1          チャプター 17 の構造

チャプター 17 の全体的な階層は以下のように構成される：

体組織の広義カテゴリー

- 広義の疾患／障害タイプ（解剖学をいくらか含む）
- 特定の疾患／障害タイプ（解剖学をいくらか含む）

#### 4.17.2          チャプター 17 における ICD-10 と ICD-11 の違い

チャプター 17 は女性生殖器系、男性生殖器系、および泌尿器系を区別するために再整理された。最新の科学的理解を反映して女性生殖器系のセクションの中では更に特異性がある。階層は非炎症性疾患と炎症性疾患に区別されるようになり、更に解剖学的グループで細分化される。これら

のグループ分けは婦人科と産科診断へと続く、すなわち外部から内部生殖器への順番である。

慢性腎疾患（Chronic kidney disease: CKD）は CKD の現在使用されている病期分類を組み入れるようになった。糸球体疾患の分類は再構築され、臨床兆候／症候群に分けられるようになった。嚢胞性腎疾患と異形成腎疾患には、関連するエンティティと一緒にグループ化された新しいブロックが追加された。

#### 4.17.3            チャプター 17 の論拠

チャプター 17 への変更は、WHO のリプロダクティブヘルス研究部門、世界産婦人科連合（the International Federation of Gynaecology and Obstetrics: FIGO）、国際腎臓病予後改善委員会（National Kidney Foundation and the Kidney Disease International Global Outcomes: KDIGO）を含む様々な国際的ステークホルダーにより提供される最も科学的に正確で国際的に合意されている用語と定義を含めることで、使い勝手の良い階層構造、尿生殖器症状の国際的な互換性と標準化を提供することにより分類の臨床的有用性の向上を目的としている。

チャプター階層は女性生殖器系疾患、男性生殖器系疾患、および泌尿器系疾患に細分化される。女性生殖器系と男性生殖器系のアーキテクチャーは、エンドユーザーの体験を改善するために設計された。女性生殖器系階層は非炎症性と炎症性障害に分類され、該当する場合は、その後更に婦人科（および産科）診察（外部から内部生殖器へ）の順に解剖学的グループにより細分化される。

外陰部

膣

頸部

子宮

卵管

卵巢

骨盤腔

該当する場合、これらのグループ分けは先天性と後天性異常に応じて更なる再分化が行われる。

特定の尿生殖器の症状の最新の科学的理解を反映するために、追加の詳細が以下の領域において含まれるようになった：

無月経

卵巢機能不全

女性骨盤痛

子宮内膜症

腺筋症

女性不妊

男性不妊



早期妊娠喪失

妊娠転帰

分類の中の腎不全セクションは最新の証拠に基づいた、急性腎疾患、対、慢性腎疾患の定義、および KDIGO の新しい定義と AKI のための病期分類システムを反映するように改訂された。

## 4.18 チャプター 18 - 妊娠、出産、および産褥期

### 4.18.1 チャプター 18 の構造

チャプター 18 の全体的な階層は以下のように構成される：

妊娠、出産と産褥期のステージに関連する広義カテゴリー

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

### 4.18.2 チャプター 18 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターは再編成されたが ICD-10 のチャプターと未だ類似している。胎児と羊膜腔と起こりうる分娩時の問題や分娩合併症に関連した妊婦管理セクションへのいくつかの変更と追加が加えられた。新しいセクション、産科的出血が全ての種類の出血をまとめるために追加された。妊娠転帰セクションの拡大は、未熟児であること、先天性奇形、正常でない出生時体重等の赤ちゃんの状態に関連する情報を含むようになった。

### 4.18.3 チャプター 18 の論拠

このチャプターへの変更は使い勝手の良い階層構造を提供することにより分類の臨床的有用性の向上を意図している。WHO RHR 部門、世界産婦人科連合 (FIGO) 等の様々な国際的ステークホルダーにより提供される、最も科学的に正確で国際的に合意されている用語と定義を含めることで妊娠、出産、産褥期に関連する症状の国際的な互換性と標準化を向上させることも改良の非常に重要な一面であった。国際 ART 監視機関 (International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies: ICMART) の概念と定義の統合の訂正には特別な注意が払われた。

妊娠、出産および産褥期に関連する特定の症状現時点での理解を変更に反映している。追加の明細は以下の領域に含まれている：

1. 早期妊娠喪失
2. 妊娠転帰

## 4.19 チャプター 19 - 周産期に起因する特定の症状

### 4.19.1 チャプター 19 の構造

チャプター 19 の全体的な階層は以下のように構成される：

疾患／障害タイプの広義カテゴリーおよびいくつかの解剖学

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

#### 4.19.2          チャプター 19 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターは ICD-10 のものと類似する。

#### 4.19.3          チャプター 19 の論拠

### 4.20   チャプター 20 - 発育異常

#### 4.20.1          チャプター 20 の構造

チャプター 20 は以下の階層により主に四つのセクションに分割される：

##### **構造発育異常**

- 解剖学の広義カテゴリー
- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

##### **多重発育異常と症候群**

- 解剖学の広義カテゴリー
- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

##### **染色体異常、遺伝子突然変異を除く**

- 特定の疾患／障害タイプ
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

##### **関連性のある臨床的特徴としての知能発達障害の症状**

- 非症候群型 vs 症候群型の症状
- 疾患／障害タイプの更なる特異性

#### 4.20.2          チャプター 20 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターでは大規模な再構築が行われ、先天性形成異常、奇形および染色体異常か

ら発育異常へとタイトルの変更もされた。構造発育異常以外の全ての遺伝的症候群は、影響される体組織によって、ICD の該当するチャプターへと再配置されている。

#### 4.20.3 チャプター 20 の論拠

発育異常の ICD-10 の分類はチャプター XVII: Q00-Q99 先天性形成異常、奇形および染色体異常により網羅されている。

奇形、遺伝的症候群（奇形を伴うもしくは伴わない）および染色体異常を含む、非常に多様なチャプターである。疾患の遺伝的原因や奇形との間の混乱に繋がる。そのため、構造発育異常のない全ての遺伝的症候群はこのチャプターから除外され、影響される体組織によって、ICD の該当するチャプターに再配置される。

新しいチャプター 20 は三つの主な区分がある：

構造発育異常／奇形

多発発育異常と症候群

染色体異常と遺伝子欠損

最初の区分“形態発生的異常／奇形”は一つの体組織のみに影響する単独症状を含む。それらの体組織に一致するセクションにまとめられ、ICD-11 の他の関連するチャプターにも分類される。

二つ目の区分“多発発育異常と症候群”は一つの体組織の中でいくつかの部位に、またはいくつかの体組織に同時に影響を及ぼす症状を含む。一つの体組織に主に影響を与え得る症候群は、この区分内の一致するセクションに配置される。明確に主な一つに影響しない、いくつかの体組織に影響する症候群は、この区分の最後の特定のセクションにまとめられる。代謝の先天異常による形成異常症候群のためのセクションもあり、それら全て代謝性疾患のチャプターに主に分類される。

遺伝学と細胞遺伝学の間には明確な区別がないため、三つ目の区分“染色体異常および遺伝子的欠陥”は ICD が全体的に従い、遺伝子学的または細胞遺伝学的に定義された発育異常を分類する臨床的アプローチから逸脱する。今後更に多くが表現されることが分かっているため、我々は明確な表現型に一致する特異的欠失と重複を含め始めた。ICD-11 の今後の発行改訂の間に、必要に応じて将来のものは追加される。

特殊な問題は、歴史的に臨床的に定義されたが、原因論として染色体／遺伝子異常を含む疾患をどのように処理するかである。場合によっては、臨床的エンティティのためにいくつかの原因論があり、その全てが染色体異常ではない：例えば、シルバーラッセル症候群の原因は 11p15 の重複、7p11.2p13 の重複だけでなく、更に第 7 番と 11 番染色体母親性ダイソミーおよび 11p15 のインプリンティング欠損にもよる。他の事例では、臨床的エンティティと細胞遺伝学的原因論には圧倒的な一致がある：例えば、ウィリアムス-ボイレン症候群は 7q11.23 欠失と一致する。

多重階層はこのチャプターの枠組みの中で制限された方法で使用される：一度疾患がセクションに配置されると、一般的にチャプター内の他の場所には二次的に分類されない。そのようにしないと構造が複雑になり過ぎてしまう。一方では、このチャプター内の全てのエンティティは、適切な場合には、ICD-11 の他のチャプターに分類される。

## 4.21 チャプター 2 1 - 症状、兆候、臨床型、および臨床所見や検査所見の異常、他の箇所に分類されない

### 4.21.1 チャプター 2 1 の構造

チャプター 2 1 は体組織に基づいて大きなセクションに分けられている。これらの各セクションはそれぞれに応じて以下のカテゴリーがある：

症状と兆候

異常所見

機能性研究の異常な結果

特定の臨床型

不可解な理由と原因不明の死亡のための追加のセクションは、このチャプターの最後に配置されている。

### 4.21.2 チャプター 2 1 における ICD-10 と ICD-11 の違い

このチャプターでは大きな再構築が行われ、以前は他のチャプターにアスタリスクコードとして配置されていたたくさんの臨床型を含むようになった。

### 4.21.3 チャプター 2 1 の論拠

ICD-10 の異なるチャプターがいくつかの臨床症状カテゴリーを含んでいて、そのうちのいくつかはアスタリスクコードとして表されていた。構造の簡素化、ポストコーディネーションの利用改善、また臓器のチャプターから“不明確な”症状を取り除くため、いくつかの元アスタリスクコード、多様な症状のための追加詳細、および上述の不明確な症状がこのチャプターに移動してきた。全てが解剖学に基づく主要組織に従い、解剖学的グループ分けは関連する臓器チャプターに二次的なペアレントを持つことでユーザーガイダンスが改善される。

## 4.22 チャプター 2 2 - 損傷、中毒および外因による他の特定の結果

### 4.22.1 チャプター 2 2 の構造

チャプター 2 2 の全体的な階層は以下のように構成される：

解剖学の広義カテゴリー（例、頭；腰と太腿）

- 損傷タイプの広義カテゴリー（例、骨折；開放創）

-- 更なる特定

または

損傷の原因の広義カテゴリー

- 特定の損傷タイプ
- 損傷タイプの更なる特定

#### 4.22.2          チャプター 2 2 における ICD-10 と ICD-11 の違い

三文字レベルはほとんど変更がなかった。変更は主に四文字レベルで行われ、損傷のタイプと損傷の身体的部位の更に詳細なカテゴリーが加わった。左右差、火傷の深さや意識喪失の期間等、更なる詳細を追加するためのポストコーディネーションのための追加次元はチャプター 2 1 拡張コードにおいて入手が可能である。

#### 4.22.3          チャプター 2 2 の論拠

改訂時の原則は以下の通り：

特に以前の三文字レベルの変化を最小にすることで、ICD-10 との良好な後方互換性を維持する。以前の四文字レベルの変化はより広範に及ぶが、この原則を念頭に置いている。

ICD-10 の臨床的修正箇所においてこのチャプターへの拡張を以下の理由において考慮に入れる：

a) これらは拡張の推定的証拠であり、特定の状況において臨床的目的を果たすことを求められる。

b) これらの分類との非互換性を最小限に留めることが好ましい。

このチャプターの対象となっている症状に対して広く臨床的に使用されている ICD の他の分類を考慮に入れる。

求められたアドバイスと提供されたアドバイスを考慮に入れる。

身体障害を含め、治療選択および治療結果に関する区別に対するより一層の注意。

これらは臨床的および予後的に骨折（特に関節まで及んだかどうか）と臓器／血管損傷（程度）の重要な側面の識別許可を含む。

両側性の場合、症状の中にはより一層重要となるものがあり、そのような場合において片側はポストコーディネーションが提案される（例、両目の損傷）。その損傷チャプターが多数の区別を行うため、ICD-10 を超えて、ICD-10-CM はこの点においては特に有益であった。そしてそれは信頼でき広く使用される損傷の治療と結果に関連する臨床的分類に従うまたは一致する。

小児期に特有の損傷の症状（例、若木骨折と骨端骨折）および意図的な傷害（例、後部肋骨骨折、“バケツ柄型”と“骨幹端”骨折）を示す損傷症状に対しては、より一層の注意が払われてきた。

このチャプターは死亡の根本にある原因をコーディングするために使用されるわけではないという認識の下で作業が行われた。

このチャプターでは疾病使用事例が特に重要となる。

## 4.23 チャプター 23 - 疾病と死亡の外因

### 4.23.1 チャプター 23 の構造

チャプター 23 の全体的な階層は以下のように構成される：

外因の意図（故意ではない、故意の自傷、暴行、不確定の意図と未解決の意図）。

- 外因メカニズムの広義カテゴリー
- 損傷を引き起こすのに関係した更に特異的なメカニズムおよび対象物／物質
- 外因の更なる特性化

### 4.23.2 チャプター 23 における ICD-10 と ICD-11 の違い

主軸は“意図”に基づく。コードは損傷の発生に関わった意図と、続いてメカニズムと対象や物質の組み合わせである。車両タイプ、発生場所、活動の種類、合法／戦争コード、および物質の領域が拡張された。医療的治療と外科的治療の合併症および虐待症候群の領域が改訂、改良された。戦争活動のセクションに“武力紛争”という用語が含まれ、民間人と軍人は別のコードとなる。ポストコーディネーションでの使用のための追加次元はチャプター 21 拡張コードにおいて入手が可能である。

### 4.23.3 チャプター 23 の論拠

変更の主な目的は、ICD-10 との高い互換性を維持し続ける一方で、更に統一されたコーディング構造を提供することである。交通事故カテゴリーへの変更は、コード選択の簡素化を目指し、一方で軍事行動と武力紛争は、武力紛争の最新の状況を捉えるために改訂された。他の改善は、損傷と外因チャプターに役立つための、有害物質の単一の階層リストの作成である。このリストは参考情報を適切な外部システム（例：SNOMED-CT）から引用している。

#### 全ての意図のためにコーディング可能な全てのメカニズム／対象

更に統一されたコード構造

改訂された次元“意図”（注意：保留の意図；ISH：自滅的／非自滅的）

輸送コードはそのまま、車両タイプを拡張

発生場所コードの拡張

活動次元の拡張と改訂（注意：仕事への関連性）

医療的治療と外科治療の合併症の改訂

合法／戦争コードの拡張

虐待症候群のための規定の改善

追加の次元（選択制）の導入

外因の索引、ルールやガイドラインの改訂

死亡率、疾病率、低い資源環境、研究への提供

これらのポイントの全てにおいて進展がみられたものの、いくつかの点においては制約があり、特に死亡の使用事例（コードスペースに関する厳しい制約とポストコーディネーション/クラスターコーディングに対する規定の不足とが組み合わさって）。制約のあるセクションはこれらの注釈の最後にある。

ここで挙げられた注釈は、これらの点のいくつかに焦点を合わせている；要求に応じて他の側面に関する追加材料が提供される。外因チャプターおよび損傷チャプター（二つは更にチャプター 2 1 拡張コードにも関係する）の両方に関わる二つの主要課題に対するコメントがここで提供される：薬物；治療の合併症（安全と品質）。改訂された分類のいくつかの側面が、主にポストコーディネーションとチャプター 2 6 拡張コードが含まれるものの中に、iCAT とブラウザーに不完全に表現されている。

## 輸送

四つの次元が ICD-10 範囲 V01-V89 に潜在する：負傷者の交通手段（例、オートバイ）、損傷を与えた出来事が道路交通で起きたのか（その場合はその損傷は道路で起きた損傷）、負傷者の役割（例、乗客）、および関係した他の車両の種類、もしあれば（相手）。ICD-10 の四文字レベルにおいて“輸送事故”モジュールと概念上は同等である、改訂された構造において四つの全ての次元が求められる。

四つ全ての次元が意図的ではない輸送損傷モジュールに事前調整（pre-coordinated）されている。これは四文字レベルにおいて ICD-10 V-- と高い後方互換性を持つ構造を生み出す。輸送カテゴリー（いくつかは現在は分割されている）の全てのトップレベルのモードおよび四つの概念上の次元を維持する（モード；および陸上輸送モード：交通、輸送ユーザー役割および相手かどうか）。

コードスペースの制限を認めて、ほとんどの輸送損傷事例が意図的ではない事実から、他の主要意図ブロック（意図的な自傷行為、攻撃、不確定の意図と未解決の意図）の中の輸送事例のプレコーディネーションは、輸送のモードによる意図に制限される。しかしながら、他の次元も選択的使用が可能である。

改訂された輸送ブロックは ICD-10 輸送セクションで識別された問題を解決するための変更を含む。

ICD-10 では特定できない、いくつかの輸送のモードを分割して重要で新たに出現したタイプの特定を可能とした。

用語と定義を改良および改訂した（明確にするために、ICD-10 で提供されたセットとのギャップを埋め、交通安全において国際的に使用されている用語との相互互換性を改良するため）。

他の様々な改訂（例、水上交通セクションの船舶のタイプ）。

調整の順序が ICD-10 内の同等のものに変化していることに留意する：

変更前：モード、相手、そしてユーザー役割と交通状況の組み合わせから、変更後：モード、交通状況、ユーザー役割、相手。

この変更の主な理由は、道路上の損傷を報告するときに高い頻度で要求される“交通事故”カテゴリ

一の選択の簡素化である。

## 戦争と武力紛争

軍事行動と武力紛争（ICD-10 の軍事行動）の意図のカテゴリーの拡張に伴い、分類改訂が包含のために行われた。分類は、アメリカの ICD-10 の臨床的改良（ICD-10-CM）の中の Y36 の拡張に大部分が従う。これは ICD-10 の四文字カテゴリーに従い、ICD-10 の中で包含注釈に従う再分割を提供する。更に、負傷者が軍人または民間人かを区別するためのサブカテゴリーがある。

“～および武力紛争”から“軍事行動”の追加により rubric は変更され、包含用語はそれに応じて変更された。“戦争”と“市民の暴動”（包含用語の一部も形成した）は ICD-10 では定義されなかった。戦争は正式に宣言された国家間（または地方エンティティ）の紛争という意味が一般的ではなくなったため、“戦争”より広義の用語の使用が望ましい。あまり一般的でなくなってきたものの、様々な種類と激しさの武力紛争は未だに戦争より多い。宣戦布告された戦争、および／または一般的に使用される激しさの基準（暦年で戦闘に関連した死亡者が 1,000 人以上＝戦争）を満たす武力紛争に対してこのカテゴリーを使用する制限は、不当に制限されていると考えられていた。ここで提案されている選択肢は、暦年で 25 人から 1,000 人以下の戦闘に関連した死亡者数と定義された“小規模”武力紛争に関連した損傷も含む。定義の適用は、それを満たす紛争を掲載した公的にアクセス可能なデータベースの存在によって促進される。

## 交差する課題

これらは損傷と外因チャプターの両方、および ICD の他の部分にも影響する問題である。

## 物質の毒作用

有害物質の毒作用は ICD-10 内のいくつかの点において、損傷と外因チャプター、およびその他のチャプターに登場する。それらのポイントにおけるコードリストは特異性において異なり、完全に一致していない。ICD-11 の設計目標は単一の、有害物質の階層リストを作成することで、それにより損傷と外因チャプターに求められる全ての目的を果たすことである。また参考情報提供するために、適切な外部システム（注意、SNOMED-CT）より引用とリンクすることを意図している。これによる利点は：外部ソースは ICD-11 リストの包含を例により定義できる；更に、もし外部ソースが活発に更新されていると、これが ICD-11 の物質の網羅を最新に保つ方法を提供する。

“毒作用”という用語は、全てのタイプの有害な化学物質作用が引き起こす全ての害のタイプに使用される。例えば“中毒”、“化学的腐食”および“毒物注入”のような他の用語は時として特定の物質に照らして使用されることが認識されている。これらの用語は一般的な用法で使用されるときは同義語や従属用語として含まれる。ICECI Objects & Substances dimension; Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification; TAG-IEG advisory groups on drugs and poisons; Quality and safety TAG; SNOMED; IPCS INTOX を含む多数のソースが検討された。

リストには二つの主な階層レベルがある。

最初のレベルには 16 のガテゴリーがあり、ICD-10 の X40-X49 にあるコードリスト（有毒物質による偶発的中毒および有害物質への暴露）および国際的な自傷行為および不確定の意図のコードブロックとの同等点に概念上関連する。リストは以下の原則を適用して作成された：

いくつかのカテゴリーが必要である。これは実用性のために必要で、特に死因のコーディングとの関連、および外因チャプターのブロック構造が各追加カテゴリーがいくつかの行を追加するため影響を受ける。



カテゴリーは死亡や疾病の重要な原因である物質または物質のクラスについて言及する必要がある。

できる限り多くのカテゴリーが報告グループのように効果的に特異的である必要がある（比較すると、X40-X49のようにICD-10ブロックの中のいくつかのカテゴリーはあまりにも広範で解釈が困難である）。

いくつかの主な暴露の状況はカテゴリーを特定するときに留意する（つまり、娯楽目的/路上使用；臨床用途；自傷；産業暴露やその他暴露）。

16あるカテゴリーは、単独もしくは他と組み合わせ、ICD-10 X40-X49（およびISHと不確定の意図ブロック内の同等のグループ）の中の10個中8個のカテゴリーとの後方比較可能性を可能とする。唯一の例外は二つの残ったグループである：“・・・その他のガスや蒸気”および“・・・その他と詳細不明の化学薬品および有害物質”。

第二のレベルはカテゴリー（n=381）を提供し、ICD-10の損傷と外因チャプターに提供されているのと大体同じ数と物質の特異性を持っている。品質と安全性TAG分類の“危害の原因”構成要素に特定されている物質の全てのカテゴリーを含んでいる。

いくつかのカテゴリーが追加された：薬学的な革新および薬物使用の変化を考慮に入れるため（例、合成カンナビノイド）；臨床的変更で行われたICD-10への追加を反映するため（例、抗凝固剤に関する更なる特異性）；有名な薬物の更なる特異的同定を許可するため（例、パラセタモール）；追加の広く用いられている快楽を得るための麻薬の規定（例、カチノン、アラビアチャノキの中の主要な活性物質）；および他のTAGsからのアドバイスに従って（例、品質と安全性のTAGにより追加された物質の種類）。薬物の入手可能性と使用の変化を反映するために、今後の更新時に更なるカテゴリーが追加されることを予想する。

物質のより包括的なリスト、多数の入力のための同義語を含んだ階層リストの上位集合はチャプター26拡張コードの中に提供される。このリストは事前調整（pre-coordinated）されたコードと同じ階層構造を共有する。また皮膚科TAGにより作成されたICD-11接触アレルギーの補足分類（Supplementary Classification of Contact Allergens）を考慮に入れている。チャプター26拡張コードへの入力、物質リストはSNOMED-CTの中の用語と同等の用語で定められる。

### 治療の合併症（品質と安全性）

このセクションでは、品質と安全性TAGにより開発された治療の合併症のコーディングのためのモデルを簡潔に記述する。またこのセクションはコードセットがどのように現在実施されているか、最良の実施方法（チャプター26拡張コードを考慮して）およびこのコードコーディングモデルを実施するのに不可欠であるが未だしっかりと収まっていない、クラスターコーディングの調整に関する注釈についての検討事項の記述をしている。

概略では、モデルは三つのパートから成り、それぞれがコーディングの必要がある。全てのパートのためのコードはクラスターに属するように指定される必要がある。三つの概念は：（1）危害の“原因”；（2）危害の“モード”または“メカニズム”；そして（3）損傷や危害による結果、である。

分類およびコードセットは（1）と（2）のために品質と安全性TAGにより開発された。カテゴリーは外因チャプターの一部となった。危害による結果（3）はICD-11のいずれのパートの中から最も適切な疾病や損傷コードを使用してコーディングされる。治療の合併症の状況において関連していると考えられるいくつかの症状は、ICD-11のドラフトの中に相応しいコードが無いように見える。これらの症状は損傷チャプターの中のカテゴリーを用いて提供されている。これら

は ICD-10 ブロック T8-に関連している；しかしながら、そのブロックの中のほとんどのカテゴリーは ICD-11 から除外されている。なぜなら T8-カテゴリーが言及している症状に適切なカテゴリーは ICD-11 の他の箇所でも入手可能だからである。

この構成概念の操作運用には、チャプター 2 6 拡張コードの役割、および死亡率リニアライゼーションの中の（ある場合の）ポストコーディネーションの役割に関連した未解決の課題があるため、いくつかの問題が残る。

概略では、構成概念は原理上、以下のように ICD-11 にうまく適合する：

- (1) 危害の“原因”：外因チャプターの関連するブロックから選択されたコード
- (2) 危害の“モード”または“メカニズム”：選択された“原因”を前提として、統括ルールがコーダーを関連する“モード”コードのサブセットに導く（例、もし“原因”が薬物の場合、関連する“モード”は過剰投与や不十分な投与のようなカテゴリーである）。現在では、“モード”のカテゴリーは外因チャプターにあり、第二の外因コードの選択が必要であることを暗示している。もしもチャプター 2 6 拡張コードのメカニズムが前兆として機能する場合、“モード”カテゴリーのための適切な場所となる。しかしながら、もしチャプター 2 6 拡張コードおよびポストコーディネーションが死亡率リニアライゼーションの一部を形成しないという結果となったときに、それは死因としての治療の合併症のコーディングにとっては問題となる可能性がある。
- (3) 損傷や危害の結果。ICD-11 のどの箇所からでもコードを選択できる。

チャプター 2 6 拡張コードは ICD-11 コードのポストコーディネーション基盤を提供すると想定され、ステムコードとして使用されるのに相応しくないリニアライゼーションにおける全てのコードの保存場所となる。このメカニズムは、疾病率リニアライゼーションとの使用が明らかに想定され、そのような状況では強制的な（つまり、要求される）ポストコーディネーションが適応される。チャプター 2 6 拡張コードの役割、および死亡率リニアライゼーションの状況におけるポストコーディネーションは更に不明確であり、チャプター 2 6 拡張コードの強制的なポストコーディネーションへの提供は、死亡率リニアライゼーションの次元においては見込みがないと判断された。

## 4.24 チャプター 2 4 - 健康状態に影響する要因とヘルスサービスとの接触

### 4.24.1 チャプター 2 4 の構造

チャプター 2 4 の全体的な階層は以下の軸により構成される：

特定の健康状態やサービスの広義カテゴリー

- 特定の症状

### 4.24.2 チャプター 2 4 における ICD-10 と ICD-11 の違い

主な階層は入院の理由よりも、健康状態やサービス環境に関連するようになった。

#### 4.24.3 チャプター 24 の論拠

最初に、Functioning Topic Advisory Group for ICD-11 (fTAG)は、原因チャプターの見直しの任務を負っていた。それぞれの 801 コードの必要性の評価をするというリクエストの下、および臨床的関連性があり使いやすい上に、必要に応じて拡張コードを使用した進展のために必要なスペースも許容する、その後も残る必須のコンテンツのために見直された階層構造を提案する。fTAG は見直し案をまとめ、コードの主要な“タイプ”を、“診断”、“介入”、“状況要因”および“その他／討論対象”と定義した。この見直しは“社会問題”に関しては ICPC2 分類セクションの全体構造と組み合わせられ、ICPC2 階層と ICD-11 コードを組み合わせさせた新しい組織が設計された。JLMMS に対しては、不必要とされる粒度を減らすため *shoreline exercise* が新しい構造に引き継がれた。

### 4.25 チャプター 25 - 特別な目的のためのコード

#### 4.25.1 チャプター 25 の構造

このチャプターは二つのブロックを含む。原因論の不明確な新しい疾病の国際的な一時的な任務は国際的な緊急コードを含み、不明確な原因論の新しい疾病の国内の一時的な任務は、各国の使用のためにある。

#### 4.25.2 チャプター 25 における ICD-10 と ICD-11 の違い

以前ここでコーディングされた疾病は ICD-11 内のそれぞれの第一の場所に移された。国際的な仮のコードとして使用される新しいコードが追加された。

### 4.26 チャプター 27 - 伝統医学

#### 4.26.1 チャプター 27 の構造

TM チャプターの内容と構造は、伝統医学の臨床医、研究者、学者および分類専門家による国際的な協力を通じて、伝統医学における治療および疾病パターンの報告の国際的な相互互換性を可能とするために共同開発された共通言語を表す。この TM 分類の標準化は異なる国における臨床的文書化を可能とし、同じ概念を組み込み、コーダーとユーザーが相当する疾病データをその文書から引き出すことを可能とする。コーダーはまた臨床的診断決定プロセスを反映したルールに従う必要がある。しかしながら、以下に概説されているルールは比較的柔軟であり、国家ごとの適応、および疾病、障害とパターンの関係性に関する研究課題をいくつもの異なる角度から作成することを可能とする。

英語の用語は中国語、韓国語や日本語の TM 用語の最も一般的な訳を必ずしも表すわけではない。これにはいくつかの理由がある。全体的な ICD 専門用語、例えば“疾病”や“症候群”に用語が適合しない場合、これらの使用は好まれない。またお互いが同じ用語を異なる定義で使用しているため、西洋医学 (WM) 概念と TM 概念との違いを示す必要があった。一つの例として、“コレラ”という用語の TM における使用は、コレラの症状や兆候を表す用語に定義され、微生物は同一視されていない。そのような場合、伝統医学チャプターではコレラのような障害 (TM) という用語が使用される。TM チャプターを通じて、リウマチのような障害 (TM) のような一般的な概念同様に、特異性障害 (TM) のためのそのような例が多数存在する。

## 専門用語：

伝統医学チャプターは概念を説明するのに“不調 (disorder)”や“パターン (pattern)”という用語を使用する。疾病（臨床像）と症候群（臨床症状）に言及する西洋医学チャプターにおける概念説明とは異なる。

## 定義

伝統医学における不調 (disorder (TM)) は、関連した兆候、症状や所見を示す、いずれの体組織における一連の機能障害について言及する。それぞれの disorder (TM)はその兆候学、伝統医学に基づく病因説明、進行と結果、または治療反応や影響する環境因子との繋がりにより定義することができる。不調 disorder (TM)は比較的安定した臨床像である。

伝統医学におけるパターン(pattern (TM)) は患者の完全な臨床所見について言及し、ある時間における瞬間の以下の全ての所見を含む：

兆候学：脈拍を測る、舌の診察、腹部診察および他の方法を含む、伝統医学診断法による兆候、症状や珍しい所見。

体質：個人の特性であり、体格と機能特性、気性、環境変化への適応能力や様々な健康状態に対する感受性を含む。

伝統医学の不調およびパターンは、臨床試験と診断のために、身体構造、原因、属性、重症度等にちなんで名付けられているところが似ている。しかしながら、臨床像の異なる側面に対処する。TM パターンは WM 疾病や TM 不調の特定の患者の重複する臨床像である場合もある。TM パターンは WM 疾病や TM 不調に対する個々に異なる全身性反応のパターンを意味することもある。TM パターンは TM 不調と以下の点で異なる場合がある：

伝統医学における不調はその不調の期間は比較的持続的な臨床像である。伝統医学におけるパターンは比較的一時的なものである。（持続的／一時的）

伝統医学における不調は一般的に病変の局所症状を反映した情報を伝える。伝統医学におけるパターンは一般的に患者の全身症状や全身性反応を反映した情報を伝える。（局所病変／全身反応）

伝統医学における不調は研究中的病的過程に特有の所見を要約する概念である。伝統医学におけるパターンは、特有の症状／兆候および脈診断や舌診断のような非特定の所見の両方を包含する兆候の組み合わせのパターン意味する。（特異的／非特異的）

不調は期間に適用される場合がある。不調のコーディングは患者の主兆候の因果関係を示す主な病理過程に基づく場合がある。またパターンは特定の期間に適用される場合がある。しかしながら、パターンコードは、伝統医学理論の見解に基づいて患者に見られる要約された全体像に基づく。パターンの認識は、病理過程、病理過程への反応、その他の付随所見、および先天性もしくは後天性の患者の体質的特性を反映する患者の体および精神の全身所見の分析に基づく。（線形／多因子性）

伝統医学における不調は一般集団に比較的好くあると考えられる一般的な特徴を表すのに使用される。伝統医学におけるパターンは、その時の患者にとって比較的特異的だと考えられる個々の特性を表すのに使用される。（共通性／個性）

伝統医学における不調は、兆候と症状の用語と併せて、解剖学と生理学の一般用語で通常表す。伝統医学におけるパターンは、陰陽バランス、冷えとのぼせ、経絡、

または気質のように患者に見られる全体像所見を要約するのに使用される伝統医学理論の用語を使用して通常は表す。(一般的/理論的)

#### 4.26.2          チャプター 27 の論拠

この伝統医学 (TM) チャプターは ICD の新しいチャプターである。ICD-11 への追加の根拠は伝統医学医療サービスや接点を国内および国際的に考慮または考慮されることを可能とするためである。チャプターは最新のフォームで (モジュール 1) 古代漢方医学に起源を持ち、中国、日本、韓国や世界中で一般的に使用される、不調とパターンについて言及している。分類の rubrics は、中国、日本および韓国の国家分類から、調和した伝統医学の不調とパターンの統一されたセットを表す。

#### 4.27 チャプター 26 - 拡張コード

拡張コードチャプターは追加情報がシステムコードに結び付けられる方法を標準化するように設計されている。また、多次元コーディングの適用は結果として、明らかに小さい事前調整（pre-coordinated）されたコーディングスペースとなり、多数の事前調整用語の組み合わせの進展を阻む（すなわち、様々な次元の個別に書き出された配列）。

拡張コードチャプターのエンティティは単独で使用されてはならず、常にシステムコードにリンクされている必要がある。特定の症状をコーディングするとき、一つ以上の拡張コードがリンクされる。

拡張コードチャプターには三つの主なコードのタイプがある：

タイプ1 拡張コードは、ユーザーがシステムコードに詳細を付け加えることを可能とする。カテゴリは、タイプ1 拡張コードがあっても無くても同じ診断について言及している。これらの拡張コードは、症状が急性か、昔ながらか、およびその部位がどこか等、重要な追加情報を提供する。例えば：

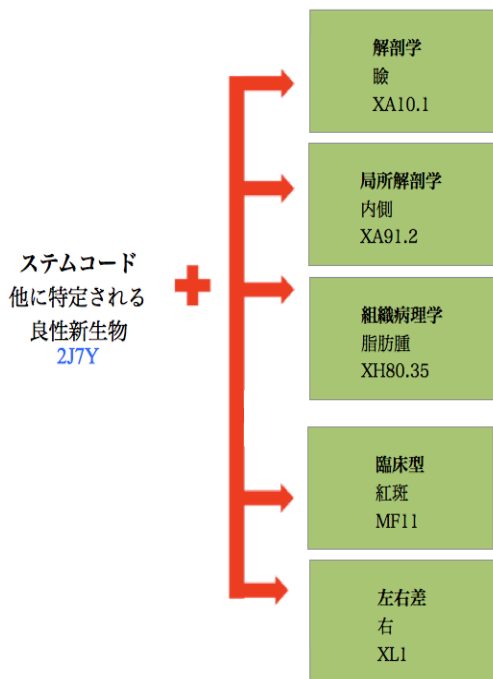


図1：多重コーディング-‘紅斑を伴う右側内側眼の脂肪腫’のポストコーディネーション

タイプ2 拡張コードは診断の種類を表す；医療やその他の記録または管理上の詳細における、同じ ICD コードの異なる使用方法を定義する。同一の ICD コードは主要症状として使用、もしくははその症状が入院時に現れていたのか、またはその症状が入院後に現れた場合は、選択的に使用されたのかを特定するために使われる（主要症状の国際的な定義のために“疾病率のルール”セクションを併せて参照）。コードの意味は同じ症状に言及するが、拡張コードは解釈を変える。例えば：

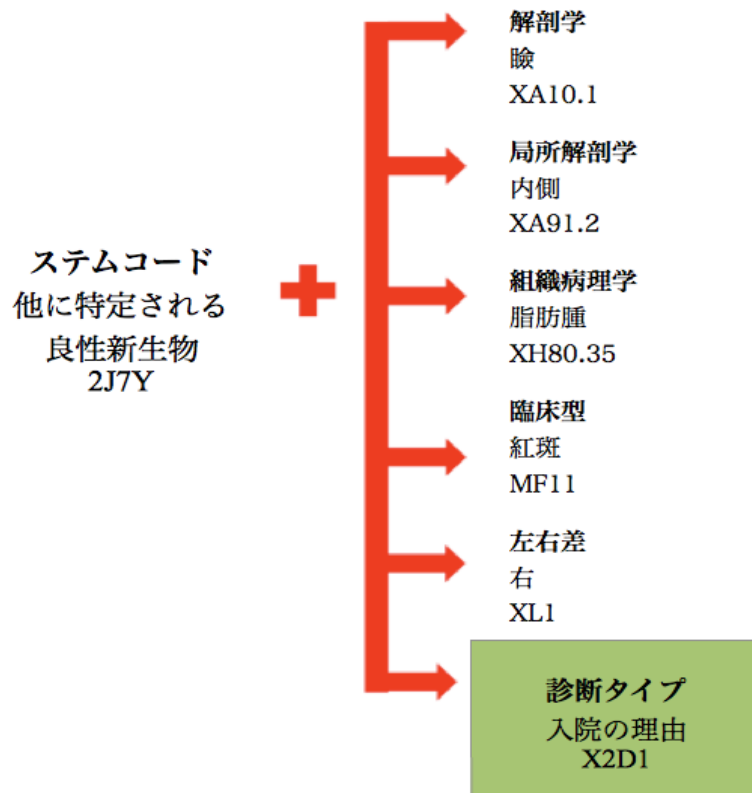


図2：タイプ2拡張を使用 - ‘入院の理由、紅斑を伴う右側内側眼の脂肪腫’のポストコーディネーション

両方の場合でも“他に特定される良性新生物”は同じ ICD コード、および患者にとっての同じ診断状況について言及するが、タイプ2拡張コードの使用は、脂肪腫の診断が入院の理由だったという追加の詳細情報を提供する。

タイプ3拡張コードはコードの意味を変える。これらは例えば患者の病歴の文書化において関連するステムコードが参照として使用されているときを示すために使用される。例えば

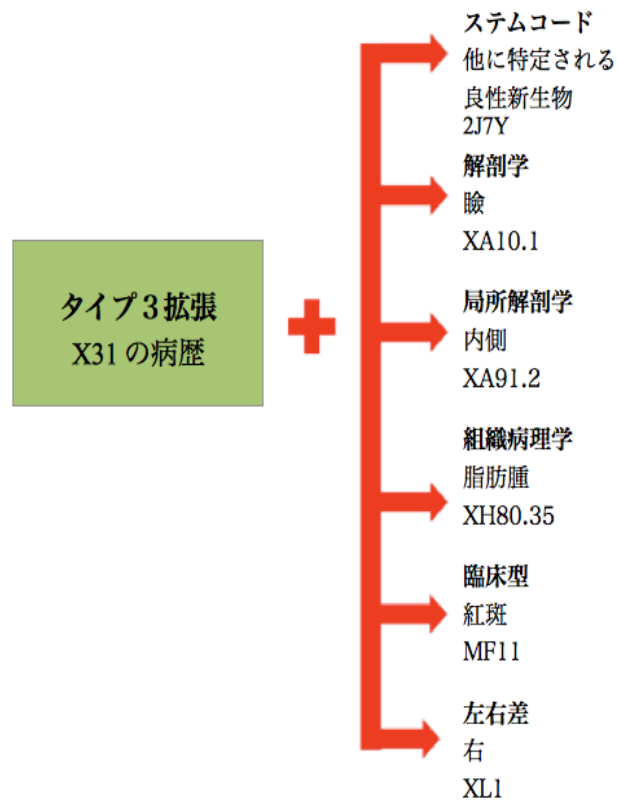


図3：タイプ3拡張を使用 - ‘紅斑を伴う右側内側眼の脂肪腫の歴’のポストコーディネーション

全てのケースにおいて“他に特定される良性新生物”はステムコードであるが、上記の二つの例が患者が脂肪腫の診断があるのを示す一方で、三つ目の例は患者に脂肪腫の診断があることを示さない、それどころか患者がいずれかの時点で診断があったことを示さない。タイプ3コードが診断コードの接頭（prefix）として使用されることが強く推奨されている。最初のコードをデータ収集において失う可能性は後続のコードを失う可能性より低い。タイプ3コードを最初にコーディングすることは、言及されている症状が現在現れていなくても、病歴における何かの特定、もしくは何かの除外を可能とする。

表：チャプター2 1 拡張コードの内容の概要

タイプ1	タイプ2	タイプ3
重症度	主症状 受診の理由 入院の理由 主資源状態	歴
一時性	入院時の出現	家族歴



(症状の経過) 一時性 (人生のいつ)	入院後の発症 暫定診断	スクリーニング/評価
原因論  解剖学的詳細 局所解剖学 解剖学的部位 組織病理学 生物学的指標 意識 外因の詳細 損傷に特異的な詳細	以下により確認された診断 - 研究所 - 血清学 - 組織学 - 遺伝学 - 画像化 - 詳細不明の手段  除外 / 鑑別診断	

#### 4.27.1 拡張コードの使用およびクラスターコーディング

ICD の他の部分からのコードと同様に拡張コードも診断を詳細に表記するのに使用できる。コードのグループはクラスターと呼ばれる。クラスターは以下の表現法により記される：

**最終桁クラスターコーディングスタイル：**チャプター 2 1 拡張コードからの適切な各入力が入力の一列の行にリストされ、その一式全てが特定のクラスターを示す特定の桁が続く。例えば：

- 2J7Y.--1 (他に特定される良性新生物)
- XA10.1-1 (瞼)
- XA91.2-1 (内側)
- XH80.351 (脂肪腫)
- MF11.--1 (紅斑)
- XL11.--1 (右)

最終桁（太字で 1）がクラスターコードである。

末尾の 7 桁目の 1 はコード A、B、C、D、E および F が全て同じクラスターの一部であり、“紅斑を伴う右側の内側瞼の脂肪腫”（“コードフォーマット”および“拡張コード”チャプターを参照）の症状のための全ての情報を提供することを示す。

（Note：末尾の 7 桁目“0”は、そのコードにはクラスターが存在しない！ことを示す）

**チェーンまたは文字列（string）順次的なクラスターコーディングスタイル：**コードは一つの行に記載され、セパレーター（/）により分けられる。各拡張コード入力は追加コードとして文字列に追加され、セパレーターがそれに続く。例えば：

2J7Y / XA10.1 / XA91.2 / XH80.35 / MF11 / XL1

他に特定される良性新生物 / 瞼 / 内側 / 脂肪腫 / 紅斑 / 右

タイプ 3 拡張コードは接頭として使用される（チャプター 2 1 拡張コード参照）。

コーディングに関する更なる詳細には、“プレ-とポスト-コーディネーション、クラスタ”と“詳細の追加 - 多重ステムコードと拡張コードとクラスター”セクションも参照。

ステムコードと拡張コードの許容される組み合わせは、許容ルールにより表記され、ICD-11 の基盤に組み込まれている。それが不可能な組み合わせを阻止し、当該のリニアライゼーションのプレコーディネーションにある既存の組み合わせの作成を阻止する。

#### 4.27.2 拡張コードを使用した診断タイミングのコーディング

ICD-11 への新しいチャプター 2 1 拡張コードの追加は、リンクされたステムコードの適格な情報をコーディングする能力を与える。チャプター 2 1 拡張コードの新しい適格な特性の中で、入院時に出現していた診断と入院開始後に現れた診断の区別を可能とする診断タイミング特性は特に重要である。

ヘルスケアに関連した有害事象を表す可能性のある、多数の入院中の診断をターゲットとした識別を可能とするため、後者の区別は特に重要である。病院の記録の中のコーディングされた概念の大半は入院時に存在する。これを認識して、ICD-11 における最も一般的な運営上の要求は入院した後に発症した診断をフラグすることである。

例 1：長期 1 型糖尿病の患者、心筋梗塞のため入院。

主症状： 心筋梗塞

その他の症状： 糖尿病、1 型

この例では、“入院時に現れている”ため拡張コードに繋げることなく、それぞれにステムコードを使いこれら二つの症状を単純にコーディングするので通常は十分である。なぜならそれはデフォルト解釈だからである。しかしながら入院の終わりの評価の後、最初のを入院の理由と位置付けるだろう。

例 2：長期 1 型糖尿病の患者、心筋梗塞のため入院。患者は入院中の治療の合併症として深部静脈血栓症を発症する。

- 主症状： 心筋梗塞  
その他の症状： 糖尿病、1型  
その他の症状： 深部静脈血栓症（入院した後発症）

この例では、“入院後発症”のための拡張コードは“深部静脈血栓症”の診断ステムコードへのクラスタリングを通してリンクされる必要がある。クラスタリング（ポストコーディネーション）メカニズムは他の部分で議論されている（6.1.2 参照）。また、デフォルト解釈はこれらが入院時に存在していたとしているため、心筋梗塞や糖尿病のコードの“入院時に存在する”コーディングは予想しないことに注意する。

#### 4.28 キー一覧表

ジョイントリニアライゼーションと専門科リニアライゼーションにおける ICD-11 のコンテンツはコーディングと表形式化のために示される。表形式化のためだけのキー一覧表もある。“特別な表形式化リスト”が疾病率のために設計され、その他は死亡率のためにある。

特別な表形式化リストは四文字リストが詳細過ぎる場合や、チャプターによるグループ化が広範過ぎる場合を対象としている。これらのリストは重大な疾病と疾病のグループの国際的な比較を促進し、その結果として異なる国々で使用される異なるグループ化が障害とならない。

特別な表形式化リストは：

- リスト 1 一般的な死亡率の要約リスト（103 要因）
- リスト 2 一般的な死亡率の厳選リスト（80 要因）
- リスト 3 幼児と小児の死亡率の要約リスト（67 要因）
- リスト 4 幼児と小児の死亡率の厳選リスト（51 要因）
- リスト 5 一般的な疾病（298 要因）
- リスト 6 病院の疾病表形式化用の国際的なショートリスト（ISHMT）（148 グループ）

## 5 ICD の印刷版と電子版

ICD は異なる使用事例のための症状の報告、コーディング、選択および表作成のための基準を提供する。報告された症状から適切なコードを探すためのガイダンスを提供する。

ICD の電子版では、この情報は連結していて関連するコンテキストで見ることができる。

印刷版では、情報は表リスト、参照ガイド、および索引の 3 巻に分かれている。ICD を正確に使用するには 3 巻全てが必要となる。

### 5.1 第 1 巻：リニアライゼーション、特別作表リスト、修飾子と変更子

第 1 巻は疾病と疾病グループ、包含と除外の注釈、およびいくつかのコーディングのルールの実数字順一覧の作表リストである。

ICD は 25 のチャプターから構成され、4、5 または 6 文字レベルのエンティティが約 17,000 個ある。

第 1 巻の最後に五つの特別な作表リストが掲載されている。これらはコーディングのためではなく、作表のためだけに設計されている。

第 1 巻はまたカテゴリーへの詳細追加を可能とする拡張コードを含む。

## 5.2 第 2 巻：参照ガイド

参照ガイドはコンテンツ、構成要素、および ICD の使用目的への導入を含む。

ICD-11 の異なる構成要素について説明し、認定のためのガイドライン、および死亡率コーディング（つまり、死因）のためのルール、記録および疾病率コーディング（例、病院統計）のルール、統計データの作表ルールを提供する。

## 5.3 第 3 巻：索引

アルファベット順索引は約 120,000 個の臨床用語のリストである（同意語やフレーズを含む）。索引は用語に関連する ICD コードやコードの組み合わせを検索するために使用される。

## 5.4 オンラインツール

WHO は ICD を多言語でブラウジングするために、ICD-11 にベータブラウザを提供する。このツールは用語、解剖学や内容モデルのその他の要素を探することで、ユーザーの概念検索が可能となる。このブラウザにより、ユーザーはコメントや解決策をもって ICD に貢献することもできる。

ICD-11 はまたユーザー固有のソフトウェアでウェブサービスを使用することでアクセスが可能である。ICD の IT ガイドが互換性条件に関する更なる詳細を提供する。

ウェブサービスとオンラインブラウザの両方が、死亡率、疾病率、一次医療、または特定の専門領域に対する専門適合のために、ICD リニアライゼーションの全てへのアクセスを認める。

# 6 コーディングの基本的ガイドライン

コーディングとは、ある症状の意味を必要なだけ詳細に表すために、一つまたはそれ以上のコードを割り当てることである。コーディングを試みる前に、コーダーは分類とコーディングの原則を知る必要があり、実践的な演習の経験が求められる。

場合によっては、一つのコードを使用することで十分な詳細が提供される。その他の場合、使用事例、状況や法律が求めるレベルの詳細を表すために、いくつかのコードを併せて使用する必要がある。

ユーザーはコーディングのために ICD の印刷版、オンライン版またはローカルソフトウェアを使用してもよい。

## 6.1 ステムコードの検索

### 6.1.1 段階的なコーディング - 臨床用語

以下の表は紙面および電子環境におけるコーディングの手順を比較する。コーディングの不可欠な要素は、報告された用語との一致を探すことである-対象言語の良い辞書と、結果のコードを追加ルールに対して認証することである。電子環境において、統括メカニズムがコーディングルールとの認証を可能とする。

電子	紙面
ユーザーのユーザー・インターフェースの検索ウィンドウに文章や単語を入力する	単語を索引で調べる
表示されたオプションの中から、一致する用語、または探しているものに一番近い用語を選択する	一覧の選択肢の中から、一致する用語、または探しているものに一番近い用語を選択する
そのカテゴリーのレベル、グループ分けレベルおよびチャプターレベルで示される除外、包含と注釈のための表リストブラウザ表示で結果を認証する	そのカテゴリー、グループ分けレベルおよびチャプターレベルで示される除外、包含と注釈のための、表リスト（第1巻）で結果を認証する

WHO はジョイントリニアライゼーションのためのオンラインのコーディングツールを利用可能とした：[ここをクリック click here.](#)

WHO オンラインブラウザはここで入手可能 [here.](#)

### 6.1.2 段階的なコーディング - 追加の次元 - 電子のみ

ICD-11 エンティティの内容モデルは、解剖学、病因や基本的な原因論のように、エンティティの属性の範囲を特定する。内容モデルの全ての属性は検索に使用することができる。

属性とは：

1. タイトル	2. 意図
3. 同意語	4. 損傷のメカニズム
5. 下位語	6. 損傷を作り出した対象または物質
7. 十分に規定された名称	8. 発生場所
9. 定義	10. 損傷時の活動
11. 長い定義	12. 物質使用
13. 包含	14. 子供と若者への影響
15. 除外	16. コミュニケーションへの影響
17. 身体部位	18. 対人関係への影響

19. 体組織	20. 家事活動への影響
21. 組織病理学	22. 生活管理活動への影響
23. 兆候と症状	24. 学校活動への影響
25. 調査所見	26. 就労活動への影響
27. 原因論タイプ	28. 移動への影響
29. 病原体	30. 自己管理への影響
31. 原因メカニズム	32. 社会参加への影響
33. ゲノム特性	34. 理解力への影響
35. 索引用語	

いずれの属性も関連するエンティティを検索するのに使用が可能である。全てのエンティティのために全ての属性が入力される必要はない。

## 6.2 詳細の追加 - 多重ステムコードと拡張コードとクラスター

ユーザーは特定の疾病に対して、ステムコードに含まれているより多くの詳細を表したい場合がある。そのような場合、希望する詳細を追加するのに異なる方法がある：

1. 二つのステムコードを組み合わせる。
  - ステムコードは両方ともに‘特定の’チャプターから引用され、コーダーはどのコードが原因論的にリードする方かを識別する（作表、DRG 等のために）。
  - 一つのステムコードは特定のチャプターからで、もう一つは“兆候と症状”チャプターからのもの-ここでは特定のチャプターからのコードが原因論的にリードする方であると予想される。
2.           2J7Y.--1       (他に特定される良性新生物) 特定のチャプター
3.           XA10.1-1       (脛)
4.           XA91.2-1       (内側)
5.           XH80.351       (脂肪腫)
6.           MF11.--1       (紅斑) 兆候や症状
7.           XL11.--1       (右側)
  
8. ステムコードをチャプター 2 1 拡張コードの中の拡張コードと組み合わせる。統括表がどの組み合わせが許可されるかのガイドを提供し、正しくない組み合わせを防ぐ。これらの統括表は ICD-11 に組み込まれている（チャプター 2 1 拡張コードを参照）。

特定のチャプターから二つのステムコードを使用する場合は、関連あるステムコードを個別に検索する。

一つのチャプターにのみ特定のステムコードを使用する場合、検索フィールド（または紙の索引）に症状のフルネームを使用して検索する。このネームは、その症状をコーディングするためにはどのステムコードおよびどの拡張コードが組み合わさるかについての情報を既に含む基盤の中のエンティティを指す場合がある。そのようなエンティティが無い場合、ステムコードと拡張コードを個別に検索する必要がある。場合によっては、最も近いステムコードを識別するためには医療知識が必要になる。

既存のステムコードの意味を複製するのにクラスターを使用してはならない。

例えば：尺骨骨折のコードがあるため、二つのコード、1. 前腕の他の特定骨折および2. 尺骨、からクラスターを形成してはならない。より分かりにくい事例が ICD を通して存在する場合がある。電子環境では、統括ルールがこのような間違いを避けるのを助けてくれる。

報告目的のために、関連コードはリンクされ、コード間にセパレーターが使用される（“拡張コードの使用；チェーンまたは文字列コーディングスタイル”を参照）。他の選択肢はコードの最終桁を使用してクラスターコードを示すことである。

両方の事例において、最初のコードがヘルスケアへの接触を駆り立てたより特定の症状に充てられる（つまり、外因でも慢性の基礎疾患でもない）。“拡張コードの使用；クラスターコーディングスタイル”を参照。

事例にいくつもの症状がある場合、一つ以上のコードを使用してコーディングされる。全ての症状がそれ自体でクラスター（またはリンクされる）となり、個別のデータフィールドやセクションに報告される。

### 6.3 コードの特異性：未処理コード-“その他”および”不特定”

ICD のコーディングは、上述のように一つのコードまたは多重コードを使用して、可能な限り最も詳細なレベルを含んで常に仕上げなくてはならない。しかしながら、それが可能ではない状況や、そのために ICD が“その他”と“不特定”のカテゴリータイトルを含む。

場合によっては、特定のカテゴリーを選ぶのに必要な情報はソースのドキュメンテーションにおいて入手が不可能である。このような場合、未処理のカテゴリー“不特定”が選ばれる。逆に、ソースのドキュメンテーションにある情報が非常に明確であるが、リニアライゼーションが特定のカテゴリーを含まない場合もある。このような場合、ユーザーは最も近い一致するカテゴリーを識別して、“その他”という名の未処理カテゴリーにコーディングする。

更に特定の症状のタイプのために非適格の用語が rubric に分類される場合がある。これは医学用語において、症状の最も一般的な型がその症状そのものの名称として知られ、より一般的でないタイプのみが適格とされる。例えば、“僧帽弁狭窄症”は歴史的に“リウマチ性僧帽弁狭窄”を意味した。これらの思い込みも不正確な分類を避けるために考慮に入れる必要がある。包含用語の慎重な検査はどこで原因の仮定が作られたかを明らかにする；他の箇所に、より特定の割り当てを許可する情報がないことが明白でない限り、コーダーは用語を非適格にコーディングしないように慎重になる必要がある。同様に、ICD に基づく統計の解釈に際して、明らかに特定されたカテゴリーに割り当てられている症状の中には、コーディングされた記録ではそれほど特定されていない場合もある。時間を越えた傾向を比較したり統計を解釈する場合、ICD の改訂ごとに仮定が変更しているかもしれないことに注意することが重要である。例えば、第8回目の改訂の前は、非適格な大動脈瘤は梅毒によるものだと仮定されていた。

## 6.4 機能属性のコーディング

ユーザーが一度 ICD コードを選択すると、機能属性 (FPs) のリストが開く。FPs には二つのコーディングルールがある。各設定は前もってどのコーディングルールを適用するかを特定する必要がある。

FPs を実行に関する詳細はセクション 3.2.5 に記載されている。

### 6.4.1 コーディングのバイナリルール

コーディングのためのバイナリルールは各機能属性 (FP) が“.0”で事前調整 (pre-coordinated) されていることを意味する。ある ICF カテゴリーにおいて個人に制限がないことをゼロで示す、または“.8”が個人がある ICF カテゴリーにおいて制限があることを示す。

FPs のためのコードは別のデータフィールドで報告されている。

#### 6.4.1.1 コーディングのための ICF 修飾子ルール

ICF の修飾子のコーディングは、ユーザーが ICD-11 の外へ、ICF へ案内されたことを意味する。ユーザーは ICF で概説されているコーディングの指示 (WHO, 2001) に従う。0‘問題無し’から 4‘完全な問題’までの一般的なスケールは、機能障害と制限の及ぶ範囲のコーディングというこの状況において使用される。

このコーディングのルールをもって a)FPs のコーディングが目立つデータフィールドに文書化される。

注釈：特定の目的のためには、例えば死亡の予知、再入院率、入院期間、または長期の疾患活動性および機能性の監視、患者の機能性のような、単一スコアが重要となる可能性がある。そのようなスコアの作成は、単一の次元性とグループを越えた不変性のような、測定の特徴的な特性を満たす必要がある。そのようなスコアを確立するためには更なる研究が必要である。関連する心理測定法に基づいて、日常業務において既に収集された情報を統合することで将来インパクトスコアが作成されることが期待される。スコア変換のためのそのようなシステムが一度利用可能となれば、ICD-11 の電子フォーマットに組み込むことができる。

#### 6.4.1.2 例

後続のセクションにおいて、FPs のためのコーディング指示は四つの症例により解説されている。各症例に両方のコーディングルール、バイナリコーディングルールの拡張を含む、が概説されている。症例は FPs を特定するのに異なるオプションを適用する：例 1 はオプション 1 を展開させ；例 2 はリハビリテーションに関連した健康状態から成り、FPs の特定のためにオプション 2 を利用する；例 3 はオプション 3 に言及し、例 4 は多病患者の症例において FPs がどのように特定されるかを示す。

#### 例 1：インフルエンザ (J10.0 肺炎を伴うインフルエンザ、確認された他のインフルエンザウイルス、ICD-10)

35 歳の小さなお店の店主の Mburu 氏が、6 日前に極度の倦怠感、38 度の熱、激しい頭痛と関節痛を感じ始めた。これらの症状は日々重症化していき、更に咳、火照りと寒気も現れた。非常に具合が悪いにも関わらず、生計がお店の営業にかかっているため働き続けた。しかしながら、二日目の終わり、Mburu 氏は日常活動に重大な問題が生じ始め、動き回るのが非常に大変になってきた。これらの症状が数年前に経験したマラリアと類似しているため、彼は再びマラリアに罹



ったと考えた。地元の診療所は抗マラリアの治療であるクロロキンを初期投与量 10 mg/kg に続き、二日間は 5mg/kg で処方した。しかしながら、症状は治らず、肺炎に似た症状が現れは始めた。胸の痛みと呼吸困難。彼の妻が病院に連れて行く決断をした。彼は駐車場から院内への歩行もやっとであった。医師が彼の症状を肺炎を併発したインフルエンザと診断し、入院治療を薦めた。しかしながら、入院治療のための健康保険の不足と資金の不足のため、Mburu 氏は医師に処方された 6 時間置きの経口クロキサシリン 500 mg の処方箋を持って帰宅することを決めた。インフルエンザウィルスそのものの治療には遅すぎたため、医師は抗ウィルス薬を処方しなかった。

### FPs の仕様

Mburu 氏はインフルエンザと診断された。オプション 1、全ての健康状態のためのデフォルトが FPs を特定するために使用された。

#### コーディングのためのバイナリルール

Mburu 氏の例では、FPs は以下のようにコーディングされた：

生活管理活動への影響	
日課を遂行する (G)	d230.8
運動性への影響	
歩行 (G)	d450.8
移動(G)	d455.8
職業活動への影響	
利益のある雇用 (G)	d850.8

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

#### 6.4.1.3 修飾子のコーディングルール

生活管理活動への影響						
日課を遂行する (G)	0	1	2	3	4	d230.3
運動性への影響						
歩行 (G)	0	1	2	3	4	d450.2
移動(G)	0	1	2	3	4	d455.3
職業活動への影響						
利益のある雇用 (G)	0	1	2	3	4	d850.3

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

#### 例 2：再発性抑鬱障害 (F33, ICD-10)

Dupont 氏は 70 歳の元簿記係で、十代後半から断続的な鬱病を患っている。臨床的鬱病と承認されず、当時の担当医に理解されていないという気持ちから、再び診療には行かず、鬱病の治療を受けずにいた。妊娠したとき、彼女のパートナーは協力的であったが、数ヶ月後に二人は別れた。

仕事ができず、財政的な不安とストレスに対処することができず、Dupont 氏の既存の睡眠障害を悪化させた。様々な医療専門家を受診しても、彼女の根本的な鬱病はきちんと治療されないままであった。息子の誕生後、彼女は情緒の問題を病気によるものではなく彼女の置かれている状況の結果だと思ふことで、症状を抑えようとしたが上手くいかなかった。新生児がいるとなおさら、彼女は決断を下すことや日常業務をやりくりすることに頻繁に困難を覚えた。息子が就学して、彼女の鬱病が治った。しかしながら、数年後、鬱病が再発した。定期的に偏頭痛と腰痛が起り、徐々に仕事を休む日が増えていった。同僚から非難を受け、Dupont 氏は大きな孤独を感じた。彼女の健康問題に対して、彼女の一般開業医は器質的原因を発見できなかったが、他の医師が彼女を鬱病と診断し、薬を処方した（プロザック）。いくらか改善が見られたものの、彼女は職を失った。その後プロザックの服用を中断し、自殺願望を抱くようになった。その結果として、Dupont 氏の家族が精神科医と連携した心理学者とのセラピーを手配した。精神科医はアミトリプチリンを 1 日 60 mg 処方した。心理的なカウセンリングと薬物療法により、Dupont 氏は何年も自身の鬱病をコントロールすることが可能となった。薬物治療により安定化して、心理的なカウセンリングを 10 年前に終了している。

彼女の息子も成人して家を出たが、定期的に電話で連絡を取り合っている - 週一回の喜びである。一般的な高齢者同様、彼女はほとんどの時間を一人で過ごす。時には自分の面倒を含め、日常の業務をこなすのに苦勞をするし、決断を下すことが難しいことも多い。彼女の精神科医はアミトリプチリンの 1 日の投与量を 60 mg から 75 mg に増やすことを提案した。しかしながら、彼女が長年経験している、日中の眠気と定期的な目眩が結果的に強まる懸念があった。これらの副作用のために Dupont 氏は最近、階段を数段落ちてしまった。更に、ほとんど 1 日おき、彼女はますます便秘になってしまった。

### FPs の仕様

Dupont 氏は再発性抑鬱障害と診断された。鬱病は 100 あるリハビリテーションに関連する健康状態の内の一つとして認定され、証拠に基づいた FPs の仕様が ICD-11 で入手可能である。このセットは 16 の FPs から構成され、オプション 1 に規定されている 4 FPs も含む。

### コーディングのためのバイナリルール

Dupont 氏の例において、FPs は以下のようにコーディングされた：

理解への影響	
問題の解決	d175.0
決断を下す	d177.8
考える	d163.0
生活管理への影響	
日課を遂行する (G)	d230.8
日課を管理する	d2301.8
自分自身の活動レベルを管理する	d2303.8
ストレスと他の心理的要求への対処	d240.0
対人関係への影響	
会話	d350.0
運動性への影響	
歩行 (G)	d450.0
移動(G)	d455.8
自己管理への影響	

自身で入浴	d510.0
自身の健康管理	d570.0
<b>対人関係への影響</b>	
家族関係	d760.0
親密な関係	d770.0
<b>職業活動への影響</b>	
仕事を得る、継続するおよび辞める	d845.0
利益のある雇用 (G)	d850.0

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

#### 6.4.1.4 ICF 修飾子のコーディングルール

<b>理解への影響</b>						
問題の解決	0	1	2	3	4	d175.0
決断を下す	0	1	2	3	4	d177.1
考える	0	1	2	3	4	d163.0
<b>生活管理への影響</b>						
日課を遂行する (G)	0	1	2	3	4	d230.2
日課を管理する	0	1	2	3	4	d2301.2
自分自身の活動レベルを管理する	0	1	2	3	4	d2303.1
ストレスと他の心理的要求への対処	0	1	2	3	4	d240.0
<b>対人関係への影響</b>						
会話	0	1	2	3	4	d350.0
<b>運動性への影響</b>						
歩行 (G)	0	1	2	3	4	d450.0
移動(G)	0	1	2	3	4	d455.2
<b>自己管理への影響</b>						
自身で入浴	0	1	2	3	4	d510.0
自身の健康管理	0	1	2	3	4	d570.0
<b>対人関係への影響</b>						
家族関係	0	1	2	3	4	d760.0
親密な関係	0	1	2	3	4	d770.0
<b>職業活動への影響</b>						
仕事を得る、継続するおよび辞める	0	1	2	3	4	d845.0
利益のある雇用 (G)	0	1	2	3	4	d850.0

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

#### 例 3 : リウマチ性関節炎 (M05, ICD-10)

Baker 氏は42歳の女性、10年ほどリウマチ性関節炎（リウマチ因子血清反応陽性、赤血球沈降速度（ESR）25 mm/h、ヘモグロビン 10 g/dl）を患っている。両手、右肩と右膝が疾病の影響を受けている（中手指関節2および右3垂脱臼、右手尺骨が偏位し始めている；右手の近位指節間関節と遠位指節間の退行性変化、**dig.2**と3）。身体検査により小指の尺骨偏位、スワン・ネック変形、右手の人さし指にボタン穴変形および右膝は中程度の腫れが見つかった。可動域（ROM）は右肩（140°/0/30°）、手の関節（掌屈/背屈 右側 30°/0/0° と左側 35°/0/10°；橈屈/尺骨屈 右側 0°/5/20° と左側 0°/0/20°）および膝（屈曲/伸展 右側 95°/10/0° と左側 120°/0/0°）と減っていた。更に Baker 氏は特に朝、全ての動きに痛みを感じる。

特に彼女の指と肩の腫れと痛みで動きが制限されることで、自分で着替えることも難しく、その他の自己管理活動を困難にさせる。更に、掃除や炊事のような日常の業務を実行することは Baker 氏の右肩と手のため問題がある。日々の生活活動での困難に加え、Baker 氏は秘書としての仕事を断念せざるおえなかった。なぜなら、仕事の業務の大半であるタイピングが指の腫れと変形およびタイピングの結果として起こる痛みにより非常に難しくなった。

治療と介入は投薬治療と一週間に一度関節を動かすための理学療法を含んだ。通院の間、作業療法士が缶を開けるのに電子缶切りと調理に役立つナイフ用の特別なグリップを薦め、Baker 氏に関節を守り、炎症を和らげる手首副子を与えた。Baker 氏は未だ仕事をすることはできなかった。

### FPs の仕様

Baker 氏はリウマチ性関節炎と診断され、ICD-11 には証拠に基づく FPs のセットが利用可能である。このセットは7つの FPs から成り、オプション1で特定される四つの FPs を含む。この例において、コーディングが行われる状況では、FPs の特定のためにオプション3を配置することを決めた。以下の表はどのように FPs をまとめたかを示している：

		全ての健康状態のためのデフォルト	特にリウマチ性関節炎のための仕様	関連する健康状態を越えた拡張仕様
<b>生活管理活動への影響</b>				
d230	日課を遂行する (G)	x	x	x
d240	ストレスと他の心理的要求への対処			x
<b>運動性への影響</b>				
d410	基本的な体位を変える		x	x
d415	体位の維持			x
d420	自分自身での移動			x
d440	良好な手の使用		x	
d445	手と腕を使用		x	
d450	歩行 (G)	x	x	x

d455	移動(G)	x	x	x
d465	器具を使用した移動			x
d470	輸送機関の利用			x
<b>自己管理への影響</b>				
d510	自身で入浴			x
d520	身体部位へのお手入れ			x
d530	排泄			x
d540	着替え			x
d550	摂食			x
d570	自身の健康管理			x
<b>家事活動への影響</b>				
d640	家事を行う			x
d660	他者の世話			x
<b>対人関係への影響</b>				
d710	基本的な対人交流			x
d770	親密な関係			x
<b>職業活動への影響</b>				
d850	利益のある雇用 (G)	x	x	x
<b>社会参加への影響</b>				
d920	娯楽とレジャー			x

**コーディングのためのバイナリルール**

コーディングのためのバイナリルールに基づいて、Baker 氏のための FPs が以下のようにコーディングされた：

<b>生活管理活動への影響</b>	
日課を遂行する (G)	d230.8
ストレスと他の心理的要求への対処	d240.8
<b>運動性への影響</b>	
基本的な体位を変える	d410.0
体位の維持	d415.0
自分自身での移動	d420.0

良好な手の使用	d440.8
手と腕を使用	d445.8
歩行 (G)	d450.0
移動(G)	d455.0
器具を使用した移動	d465.0
輸送機関の利用	d470.0
<b>自己管理への影響</b>	
自身で入浴	d510.8
身体部位へのお手入れ	d520.8
排泄	d530.0
着替え	d540.8
摂食	d550.0
自身の健康管理	d570.0
<b>家事活動への影響</b>	
家事を行う	d640.8
他者の世話	d660.0
<b>対人関係への影響</b>	
基本的な対人交流	d710.0
親密な関係	d770.8
<b>職業活動への影響</b>	
利益のある雇用 (G)	d850.0
<b>社会参加への影響</b>	
娯楽とレジャー	d920.8

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

**ICF 修飾子のコーディングルール**

<b>生活管理活動への影響</b>						
日課を遂行する (G)	0	1	2	3	4	d230.3
ストレスと他の心理的要求への対処	0	1	2	3	4	d240.1
<b>運動性への影響</b>						
基本的な体位を変える	0	1	2	3	4	d410.0
体位の維持	0	1	2	3	4	d415.0
自分自身での移動	0	1	2	3	4	d420.0
良好な手の使用	0	1	2	3	4	d440.2
手と腕を使用	0	1	2	3	4	d445.3
歩行 (G)	0	1	2	3	4	d450.0
移動(G)	0	1	2	3	4	d455.0
器具を使用した移動	0	1	2	3	4	d465.0
輸送機関の利用	0	1	2	3	4	d470.0

自己管理への影響						
自身で入浴	0	1	2	3	4	d510.1
身体部位へのお手入れ	0	1	2	3	4	d520.1
排泄	0	1	2	3	4	d530.0
着替え	0	1	2	3	4	d540.2
摂食	0	1	2	3	4	d550.0
自身の健康管理	0	1	2	3	4	d570.0
家事活動への影響						
家事を行う	0	1	2	3	4	d640.1
他者の世話	0	1	2	3	4	d660.0
対人関係への影響						
基本的な対人交流	0	1	2	3	4	d710.0
親密な関係	0	1	2	3	4	d770.1
職業活動への影響						
利益のある雇用 (G)	0	1	2	3	4	d850.4
社会参加への影響						
娯楽とレジャー	0	1	2	3	4	d920.1

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

#### 例 4 : 病的肥満 (E66, ICD-10) および 2 型糖尿病 (E11, ICD-10) と本態性高血圧症 (I10, ICD-10) の併存疾患

Chen 氏、36 歳男性のコンピュータエンジニアは、両側性膝関節痛、高血圧、高血糖症の病歴がある。減量クリニックでの治療の開始時、Chen 氏は肥満で 135 kg (297.6 lbs.)、体格指数 (BMI) は 45.1 kg/m<sup>2</sup> (99.4 lbs/ms) および体脂肪 43.6%であった。胴囲は 125.98 cm (49.6 インチ) であり、ヒップ周りは 124.46 cm (49 インチ) あった。Chen 氏は 2 型糖尿病と診断され、経口投薬治療 (1 日に Acarbose 300 mg、Glimepiride 4 mg、および Metformin HCl 1,000 mg) とインスリン注射 (インスリン グラルギン 35 unit、HS) により管理されていた。彼の血圧は 156/91 mmHg と高く、糖化ヘモグロビン HbA1C (または血糖値) は 8.2%と低く、高トリグリセリドは高く 285 mg/dL、総コレステロールと LDL-C (いわゆる“悪玉コレステロール”) は共に高境界値でそれぞれ 235 mg/dL と 140 mg/dL であった。彼は高血圧のためにアムロジピン 5 mg/day および高脂血症のために Lipitor 10 mg/day の投与を受けていた。

減量のために様々な方法を試みるも、Chen 氏の体重は増え続けた—主に甘いもの、高脂肪の食事と不規則な食事の摂取のため。膝関節痛のため、運動はほとんどせず、階段を昇ることもできなかった。その他の仕事関連の問題は Chen 氏の同僚にあり、自分自身を洗うのに困難がある結果、体臭がひどく話すのも一緒に仕事をするのも嫌がった。彼の肥満は上司との間にも問題となった。

#### FPs の仕様

Chen 氏の多重疾患により、これらの健康状態の彼の日常生活への影響を最も反映するために、事前定義された FPs セットの異なる組み合わせが適用された。以下の表で示すように、これら三つの健康状態に最も適していると特定される ICF カテゴリーにいくつかの重なりがある。

		FPs セット 肥満	FPs セット 糖尿病	FPs セット 虚血性心疾患
<b>生活管理への影響</b>				
d230	日課を遂行する (G)	X	X	X
d240	ストレスと他の心理的 要求への対処	X	X	X
<b>運動性への影響</b>				
d450	歩行 (G)	X	X	X
d455	移動(G)	X	X	X
<b>自己管理への影響</b>				
d520	身体部位へのお手入れ		X	
d570	自身の健康管理	X	X	X
<b>家事活動への影響</b>				
d620	商品やサービスの取得			X
<b>対人関係への影響</b>				
d760	家族関係			X
d770	親密な関係			X
<b>職業活動への影響</b>				
d850	利益のある雇用 (G)	X	X	X

**コーディングのためのバイナリルール**

これら全ての ICF カテゴリーは Chen 氏のために事前定義された FPs セットの基盤として役立つ。これらの 10 個の FPs はその後以下のようにコーディングされる：

<b>生活管理への影響</b>	
日課を遂行する	d230.8
ストレスと他の心理的 要求への対処	d240.8
<b>運動性への影響</b>	
歩行	d450.8
移動	d455.8
<b>自己管理への影響</b>	
身体部位へのお手入れ	d520.8
自身の健康管理	d570.8
<b>家事活動への影響</b>	
商品やサービスの取得	d620.8



対人関係への影響	
家族関係	d760.0
親密な関係	d770.0
職業活動への影響	
利益のある雇用	d850.8

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

### ICF 修飾子のコーディングルール

生活管理への影響							
d230	日課を遂行する	0	1	2	3	4	d230.3
d240	ストレスと他の心理的要求への対処	0	1	2	3	4	d230.2
運動性への影響							
d450	歩行	0	1	2	3	4	d450.2
d455	移動	0	1	2	3	4	d455.2
自己管理への影響							
d520	身体部位へのお手入れ	0	1	2	3	4	d520.1
d570	自身の健康管理	0	1	2	3	4	d570.2
家事活動への影響							
d620	商品やサービスの取得	0	1	2	3	4	d620.1
対人関係への影響							
d760	家族関係	0	1	2	3	4	d760.0
d770	親密な関係	0	1	2	3	4	d770.0
職業活動への影響							
d850	利益のある雇用	0	1	2	3	4	d850.2

一番右側の欄にリストアップされたコードは、ICD-11 内の FPs のための区別可能なデータフィールドに文書化される。

## 7 ICD の主な利用：死亡率

このセクションでは、所定の作表のために死亡証明書および死亡記録から単一の原因や症状の選択に関する世界保健総会で採用されているルールとガイドラインを扱っている。ガイドラインはまたルールの適用と作表のために選択された症状のコーディングに提供されている。

死亡率のための ICD の導入は、情報の報告と管理、情報フロー設計、品質保証とフィードバック、およびデータの入力や出力を担当する分類ユーザーへの訓練のための、基盤の設置を必要とする。

## 7.1 死亡統計

死亡統計は医学研究、公衆衛生の監視、保健介入の評価、ヘルスケアの計画とフォローアップのために広く使用されている。死亡データの分析は、例えば異なる領域や異なる時点を表すようなデータセットの比較を通常は含む。データが同じ方法や同じ標準に従って作成されていない限り、そのような比較は誤解を与える結果を生み出してしまふ。死亡データの作成の標準化には、WHO がデータ収集、コーディングと分類、および死因の統計結果の提示に関する国際的な指示を発行している。国際的な指示からのいかなる逸脱も国際比較可能性を損なうため、死亡データの作成が次に詳述されている手順に従うことが最も重要である。

単一の根本にある死因の定義、および複数の死因に対する選択されたアプローチ法が、一定の集団の健康の傾向の識別を可能とする。死亡データの分析は通常はデータセットの比較を含み、例えば異なる領域や異なる時点を代表するデータセット。同じ標準に従う同じ方法によりデータが作成されない限り、そのような比較は誤解を与える結果を生み出してしまふ。

以下のセクションは死亡統計のための死因のコーディングに関する情報を含む。複数の原因のコーディング方法、および根本死因の選択方法の基本概念を説明する。

これらの指示の目的は、公衆衛生の視点から死亡統計を最適化することである。純粋な医療の観点からみると、指示の中には間違っていたり、疑問の余地があるものもあるかもしれない。根拠の確かな疫学原理や公衆衛生原理によって動機付けられている場合もあるため、それらも除外すべきではない。明らかなエラーが見つかった場合、WHO への報告が必要となる。WHO は論拠の説明もしくは国際レベルでエラーの修正への手続きを進める。国家レベルでの変更は他国のデータとの比較可能性が低く、分析のための有用性の低いデータへと繋がるため、それぞれの国でエラーだと思われるものを修正してはならない。

### 7.1.1 死亡のコーディングへの指示：根底にある死因

一次作表のための死因は根底にある死因に指定されるべきであると第6回目の10年ごとの国際改定会議（the Sixth Decennial International Revision Conference）において承認された。

死亡の回避という観点からすると、一連の出来事を阻止したり、ある時点で治療を行う必要がある。最も有効な公衆衛生の目標は増悪原因を阻止することである。この目標のためには、根本原因は“(a) 死へと直接結びついた一連の病気の事象の始まりとなった疾病や損傷、または (b) 致命傷となった事故や暴力の状況”と定義されている。しかしながら、疾病や損傷によっては特別なルールが適用される。

セクション 7.1-7.3 は死亡統計のための死因のコーディングへの指示を含む。最初のセクションである 7.1 は基本的な概念を説明し、セクション 7.2 は死亡の根本要因の特定する方法を説明する。そしてセクション 7.3 は死亡の多重要因のコーディング方法への更なる詳細を説明する。

### 7.1.2 国際的な死亡証明

国際的な死亡コーディング指示は、死亡の原因の医療証明の国際形式（Annex 14.1 参照）に従う死亡証明とともにデータが収集されていることを前提としている。そうでなければ、国際的な標準に合わせて死因のコーディングができず、データが国際的に比較可能とならない。例えば、いくつかのコーディングの指示は、明確な他の条件により引き起こされたと報告された条件に適用

し、そのような場合は、証明書のパート1とパート2で報告された原因の間に明確な区別を持つことが重要である。更に、証明書の他の箇所に報告された情報は、死の様態や妊娠が死亡の原因となったか等、証明書に記載されている条件に対して多重要因コードを割り当てるときに必要な不可欠となる。

どの病的状態が直接の死因となったかを示すことと、この原因の元となった全ての先行条件を提示することが死亡証明書にサインをした医師または資格を持つ証明者の責任である。死因の医療証明書を仕上げるのに証明者は彼または彼女の臨床上の判断を下す必要がある。必然的に診断の範囲を制限し、そのため報告書の正確性と有用性に悪影響を及ぼすため、自動システムは証明者を導くようなリストや他のプロンプトを含んではいけない。

形式の医療パートは二つのパートに分かれている：パート1は、死へと直接繋がった一連の事象に関連する疾病、そしてパート2は無関係ではあるが一因となった疾患。証明書には、正確な根本的原因をコーディングするのに必要な全ての追加データが記録され、そしてその形式（Annex 14.1 参照）が他にどのような情報が収集されるべきかを示す。この情報が国際的に収集される方法を合わせるために、形式に可能な限り正確に従う必要がある。その後で情報は死亡の根本原因や多重要因のマニュアルまたは電子によるコーディングに使用が可能となる。

### 7.1.3 基本的な概念

死亡のコーダーはこのセクションで紹介される基本的な概念について良く理解する必要がある。

#### 順序 (Sequence)

用語「順序 (Sequence)」は、各段階が前段階の合併症であったり、前段階により引き起こされた医療事象の連鎖や一連の医療事象について言及している。

- 例 1:
- 1(a) 心筋梗塞  
以下に起因
  - (b) 冠状動脈血栓  
以下に起因
  - (c) 冠動脈アテローム性動脈硬化。

心筋梗塞は冠状動脈血栓に起因し、冠状動脈血栓は冠動脈アテローム性動脈硬化の合併症である。結果として、順序は心筋梗塞は冠状動脈血栓に起因し、冠動脈アテローム性動脈硬化に起因する。

- 例 2:
- 1(a) 広範な出血  
以下に起因
  - (b) 右脚の外傷性切断  
以下に起因
  - (c) 路面電車でひかれる

出血は外傷性切断の合併症で、外傷性切断は路面電車事故に起因している。結果として、順序は広範な出血は右脚の外傷性切断に起因し、路面電車でひかれたことにより引き起こされた。

#### 因果関係

証明書に記載された症状が、証明書に同じ様に記載された他の症状に起因する場合、因果関係が存在する。しかしながら、因果関係が死亡コーディングにとって適切かどうかは医療的評価だけでなく、疫学および公衆衛生の判断に基づいている。そのため、医療的に条件を満たしている



(c) カーペットへのつまずき

死へと繋がる事象の順序を開始したため、カーペットへのつまずきが始点である。

### 仮の始点

正確に埋められた証明書では、パート1の最終行で報告されている症状が始点であるが、証明書が正確に記入されていない場合、始点は他の箇所に記入されている可能性がある。そのような場合において始点を特定する方法の指示は複雑となる。時々、いくつかの指示が同じ死亡証明書に適用し、セクション 7.2.1 '始点を探ずに記載されているように指示を段階的に適用することが重要となる。仮の始点が特定される各段階において、暫定的に始点とみなされる症状でも、後の段階において、他により引き起こされたと判明する可能性がある。証明書に指示が適応される度に仮の始点は何度も変わる可能性もある。

更に、証明者が提供した因果関係に関する追加の情報を考慮に入れる。これは情報が証明書の '間違った' 場所に記載されている場合も適用する。例えば、パート1の順序が疾病 A から始まる場合、そして証明書の他の箇所の情報が疾病 A が疾病 B に起因すると言及した場合、B を仮の始点とみなす。

### 明白な原因

いくつかのコーディングの指示は、仮の始点がそれ自体が明らかに証明書の同じ行や下の行で言及されている他の症状によって引き起こされていないかを確認するように指示している。 '明らかに' という表現は重要で、症状と症状の関係性に疑いの余地があってはならない。更なる詳細はセクション 7.2.1 ステップ SP6-始点の明白な原因、およびセクション 7.2.4 明白な原因に対する特別な指示 (Step SP6) に記載されている。

- 例 6:
- 1(a) 敗血症  
以下に起因
  - (b) 腹膜炎
  - 2 穿孔性虫垂炎

腹膜炎がパート1で報告された事象の順序の始まりのため、仮の始点となる。しかしながら、穿孔性虫垂炎は腹膜炎の明らかな原因である。そのため、事象の順序は虫垂炎で始まり、それが結果的に死に至る原因となった敗血症で終わる事象の順序の始点となる。

### 最初に言及された順序

死亡証明書はいくつかの順序を含む場合があり、コーディングの指示は最初に言及された順序の始点を探るように指示している。

最初に述べた順序の始点を特定するには、死に至った原因から開始する (パート1の一番目の行にある最初に言及された症状)。パート1の次の行に記載されている最初の症状が死に至った原因を引き起こすことができるかを立証する。引き起こすことができない場合、および同じ行に他にも症状が記載されている場合、同じ行にある二番目の症状が死に至る原因を引き起こすことができるかを立証する。この作業を、死に至る原因を引き起こす症状を探せるまで繰り返す。これが順序の仮の始点となる。

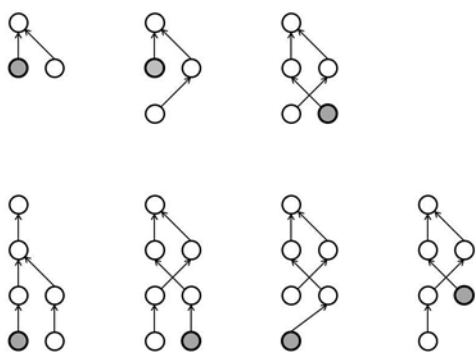
二番目の行で死に至る原因を引き起こす症状が認められない場合、死に至る原因で終了する順序は存在しない。

仮の始点を探せたけれど、パート1の更に下の行にも症状が報告されている場合、次の行でも同

じ作業を繰り返す。前の段階で特定した仮の始点から開始する。パート 1 の次の下の行に記載されている最初の症状が仮の始点を引き起こすことができるかを立証する。できない場合、そして同じ行に更に症状が記載されている場合、その行に記載されている次の症状が仮の始点を引き起こすことができるかを確認する。仮の始点を引き起こすことができる症状を探すことができるまで繰り返す。これが新しい仮の始点となる。

パート 1 の更に下の行に未だ他の症状が報告されている場合は、新しい仮の始点が特定できる限り、同じ作業を繰り返す。仮の始点を引き起こすことができる状態がそれ以上見つけられなくなったら、最後に特定された仮の始点が最初に述べた順序の始点でもある。

図ではいくつかの順序のある証明書の例を示す。最初に述べた順序の始点は灰色の太い黒丸で表される。



例 7:

- 1(a) 肺炎  
以下に起因
- (b) 股関節骨折と心不全  
以下に起因
- (c) カーペットにつまずく、冠動脈アテローム性動脈硬化

肺炎は股関節骨折に起因することもあるため、股関節骨折が仮の始点となる。股関節骨折はつまずくことで起こることもあるので、新しい仮の始点となる。1(c)行の下に報告されている原因はないため、最初に述べた順序の始点はカーペットにつまずくことになる。

例 8:

- 1(a) 肺炎  
以下に起因
- (b) 心不全と股関節骨折  
以下に起因
- (c) 冠動脈アテローム性動脈硬化とカーペットにつまずく

肺炎は心不全に起因することもあるため、心不全が仮の始点となる。心不全は冠動脈アテローム性動脈硬化に起因することもあるため、新しい仮の始点となる。1(c)行の下に報告されている原因はないため、最初に述べた順序の始点は冠動脈アテローム性動脈硬化になる。

例 9:

- 1(a) 肺炎  
以下に起因
- (b) 股関節骨折と心不全

以下に起因

- (c) 冠動脈アテローム性動脈硬化とカーペットにつまずく

肺炎は股関節骨折に起因することもあるため、股関節骨折が仮の始点となる。しかしながら、股関節骨折は冠動脈アテローム性動脈硬化に起因することはない、カーペットへのつまずくことに起因するため、これが新しい仮の始点となる。1(c)行の下に報告されている原因はないため、最初に述べた順序の始点は股関節骨折になる。

### 最初に言及された症状

いくつかのコーディング指示は‘最初に言及された’症状に言及する。最初に述べた症状を特定するとき、パート 1 の一番上の行から始め下方向、および左から右方向に進む。

[翻訳者への注釈：現地の言語が左から右に、そして上から下に向かって表記されていない場合、記述の方向に合致するように指示の内容を調整する]

### 死亡の根本原因

証明書にいくつか症状が報告されていたかに関わらず、全てではないが、ほとんどの死亡統計は各個人に対して単一の死亡原因を示す。死亡の根本原因はそのような単一の原因の作表のために選ばれた症状である。ほとんどの事例では、死亡の根本原因は始点と一致する。しかしながら、始点と異なる症状が、統計で使用する死亡の根本原因として選ばれる時もある。次の“修正 (Modification)”も参照する。

- 例 10:
- 1(a) 気管支肺炎  
以下に起因
  - (b) 片麻痺  
以下に起因
  - (c) 脳梗塞

脳梗塞が死に至る一連の事象の始まりのため、始点となる。この事例では、脳梗塞が死亡の根本原因でもある。

### 修正

特定の順序および ICD カテゴリーへの特別なコーディングの指示は、統計で使用する死亡の根本原因として始点以外の症状が選択されることに影響する可能性がある。そのような事例では、根本原因のためのコードは、始点と他の報告された症状の組み合わせ、または公衆衛生にとって特に重要な始点の合併症や結果を表す。始点のための ICD コードが他のコードに置き換えられる手順を修正と呼ぶ。

- 例 10:
- 1(a) 心臓疾患  
以下に起因
  - (b) 全身性アテローム性動脈硬化症

全身性アテローム性動脈硬化症が死に至る一連の事象の始まりのため、始点となる。しかしながら、全身性アテローム性動脈硬化症に関する特別な指示に従い、心臓疾患に繋がる全身性または詳細不明のアテローム性動脈硬化症は、死亡統計ではアテローム硬化性心疾患に割り当てられる。この修正により、アテローム硬化性心疾患が死亡の根本原因となる。

## 仮の死亡の根本原因

修正に関するいくつかの特別な指示が同じ死亡証明書に適用する場合がある。そのような場合、は指示を段階的に適用していく。プロセスの各段階の結果として選ばれたコードは、仮の死亡の根本原因と呼ばれる。

- 例 11:
- 1(a) 心筋梗塞  
以下に起因
  - (b) 冠動脈アテローム性動脈硬化  
以下に起因
  - (c) 全身性アテローム性動脈硬化症

全身性アテローム性動脈硬化症が死に至る一連の事象の始まりのため、始点となる。ICD ではアテローム性動脈硬化症および冠動脈性心疾患に関連する特別な修正指示があり、更に、次の段階では、冠動脈アテローム性動脈硬化が仮の死亡の根本原因として選択される。しかし、冠動脈アテローム性動脈硬化および心筋梗塞には更なる指示があり、最終段階では、心筋梗塞が根本原因に選択される。

## 7.2 死亡のコーディング指示：死亡の根本原因の選択

死亡の原因をコーディングおよび分類するとき、最初に死亡証明書に記載されている全ての状態に ICD コードを割り当てる。たくさんのコーディング指示が特定の ICD コードに基づいていて、指示のいずれかが適用するかの決断には、証明書の全ての症状に対応する ICD コードを知っている必要がある。これは複数の原因のコーディングと呼ばれる（セクション 7.37.3 死亡に関するコーディングの指示：複数の原因 を参照する）。次に死亡統計に使用する死亡の根本原因を選択する。これは死亡の根本原因の分類と呼ばれる。

ほとんどの死亡証明証にとって、死亡の根本原因の選択は極めて簡単な作業である。しかしながら、根本原因が一見して明らかではない事例がたくさんある。単純な事例も複雑な事例も共に国際的な規制に従ってコーディングされることを確実にするために、コーディングの指示に慎重、段階的に、従うのが大事である。さもなければ、結果的な死亡統計は国際的に比較可能とならず、公衆衛生目的のためのデータの価値を著しく下げることになる。

死亡の根本原因の選択は二つの別々の段階がある。最初に、始点を特定する-死に至った事象の連鎖の始まりとなった疾病または事象。次に、特定した始点に特別な指示が適用しないかを確認する。適用する場合、次の段階は、最初の段階で特定した始点を修正することである。

留意すべきは、選択手順の目的は、可能な限り役立つ死亡統計を作成することである。そのため、以下の指示は、純粹に医療の観点から見て正しいことより、公衆衛生への重要性を反映しているかもしれない。医学的に見て正しいかどうかは関係なく、以下の指示は常に適用される。

以下のコーディングの例では、パート 1 の行間の「以下に起因」の文は含まれない。それでも、パート 1 において上の行で報告されたことは、それより下の行に起因したという意味があるということに気がとめるのが大切である。

### 7.2.1 始点を探す（ステップ SP1 から SP8）

始点を特定するのに、このセクションで定められている 8 つのステップに従う。ステップは SP1 から SP8 まで（始点（starting point）ルール 1 から始点ルール 8 まで）名付けられている。各ステップには一つの選択ルールがある。各ステップにおいて、選択ルールそのものの説明があり、



そして次に何をやるかの指示がある。いくつかのルールには、更なる詳細な指示の箇条書きもある。

### ステップ SP1 - 証明書に単一の原因

証明証に一つだけ症状が報告されている場合、パート1とパート2のいずれかに、これが始点であり更に根本原因でもある。次にステップ M4に進む。

証明書に二つ以上の症状がある場合は、ステップ SP2に進む。

### ステップ SP2 - パート1の一行のみの使用

証明者がパート1の一行のみを使用しているが、二つ以上の症状をその行に入力している場合、最初に述べた症状が仮の始点である。次にステップ SP6に進む。

また、パート1に一つの症状だけが報告されているものの、パート2には一つ以上の症状がある場合、パート1の唯一の症状が仮の始点となる。次にステップ SP6に進む。

証明者がパート1で一行以上使用している場合は、ステップ SP3に進む。

- 例 1:
- 1(a) 心筋梗塞と糖尿病
  - (b)
  - (c)
  - (d)
  - 2

心筋梗塞が証明書の最初に述べられていて、仮の始点となる。次にステップ SP6に進み、更なる選択と修正のルールが適用するかを確認する。

- 2:
- 1(a) 心筋梗塞
  - (b)
  - (c)
  - (d)
  - 2 糖尿病

心筋梗塞が証明書の最初に述べられていて、仮の始点となる。次にステップ SP6に進み、更なる選択と修正のルールが適用するかを確認する。

### SP3 - パート1で一行以上が使用され、一番下の行の最初の原因が上述の全ての入力を説明する

パート1で一行以外に報告されている症状があれば、パート1で使用されている一番下の行より上の行に報告された全ての症状が、使用されている最も下の行の最初の症状により引き起こされるかを確認する。

パート1で使用されている一番下の行より上の行で報告された全ての症状が、使用されている最も下の行の最初にある症状により引き起こされる場合、この症状は - 暫定的に - 始点である。次にステップ SP6に進む。

パート1で使用されている一番下の行より上の行に報告された全ての症状が、使用されている最も下の行の最初にある症状により引き起こされない場合、証明者から説明を得るように試みる。更なる情報が入手できない場合は、ステップ SP4に進む。

ステップ SP3では、使用された一番下の行より上の行で報告された症状との因果関係を評価する必要はない。使用された一番下の行より上にある各症状が、一番下の行の最初に報告された症状

により引き起こされる可能性があれば十分である。

ステップ SP3 では、使用された一番下の行より上の行で報告された症状が、上の行から下方向に順番に長い期間である必要はない。使用された一番下の行の最初に述べられた症状より長い期間のものが無い限り、使用された一番下の行の最初に述べられた症状が、上の行に報告されている全ての症状を引き起こした可能性が未だある。

- 留意すべきは、因果関係が正確かどうかは、純粹に医療の観点から見て正しいことより、公衆衛生への重要性を反映する。そのため、最初にセクション 7.2.3 認められた順序と却下された順序への特別な指示、の中の指示を確認する。医学的に見て正しいかどうかは関係なく、セクション 7.2.3 の指示に常に従うこと。
- 言及されている関係が、セクション 7.2.3 において却下と記載されていない場合は可能な限り認められるべきである。死に繋がった原因についての証明者の意見が反映されているため、軽視されるべきではない。
- 言及されている関係がほとんどありそうもないとみなされる場合、死亡のコーディングに関して国際的に認知されている意思決定表を参照する。

例 3:           1(a)  気管支肺炎  
                  (b)  片麻痺  
                  (c)  脳梗塞  
                  (d)    
                  2

気管支肺炎および片麻痺は共に脳梗塞により引き起こされる。つまり脳梗塞が仮の始点である。

例 4:           1(a)  カポジ肉腫                   1 年  
                  (b)  HIV                       3 年  
                  (c)  輸血                       5 年  
                  (d)  血友病                   生まれつき  
                  2

カポジ肉腫、HIV および輸血は全て血友病により引き起こされ、それがパート 1 の最下行で最初（そして唯一）に言及されている症状である。これは血友病が仮の始点であることを意味する。

例 5:           1(a)  ニューモシスティス症       半年  
                  (b)  HIV                       5 年  
                  (c)  脾臓破裂                   7 年  
                  (d)  暴行 - 殴り合い           7 年  
                  2

殴り合いによる暴行がパート 1 の最下行に言及されている唯一の状態である。脾臓破裂の治療として輸血をしたと仮定すれば、上の行の全てを引き起こす可能性がある。介在原因の仮定が因果関係のセクションで説明されているセクション 7.1.3 基本概念も併せて参照。

例 6:           1(a)  肝転移                       2 ヶ月  
                  (b)  気管支肺炎               4 日  
                  (c)  胃癌                         半年

(d)

2

肝転移と気管支肺炎は共に胃癌により引き起こされる。気管支肺炎は肝転移を引き起こすことができず、気管支肺炎が肝転移より短い期間であるにも関わらず、これは胃癌が仮の始点であることを意味する。

例 7: 1(a) 肝転移および肺水腫

(b) 気管支肺炎

(c) 胃癌

(d)

2

肝転移、肺水腫および気管支肺炎は全て胃癌により引き起こされる。気管支肺炎が肝転移を引き起こすことがないにも関わらず、これは胃癌が仮の始点であることを意味する。

例 8: 1(a) 肝転移 2 ヶ月

(b) 気管支肺炎 4 日

(c) 胃癌および脳梗塞 半年

(d)

2

肝転移および気管支肺炎は共に、パート 1 の最下行で最初に述べられた症状である胃癌により引き起こされる。気管支肺炎が肝転移を引き起こすことがなく、気管支肺炎の期間が肝転移より短いにも関わらず、これは胃癌が仮の始点であることを意味する。

例 9: 1(a) 肝転移

(b) 気管支肺炎および胃癌

(c)

(d)

2

肝転移は気管支肺炎に起因しない。これはステップ SP3 では仮の始点が特定できないことを意味する。そのため、ステップ SP4 に進む。

#### ステップ SP4 - 使用された最下行の最初の原因が上記の全ての入力を説明できないが、順序は最終状態で終わる

最終状態で終わる順序が一つだけの場合、この順序の始点を探す。これが新しい仮の始点となる。次にステップ SP6 に進む。

症状や事象の順序が最終状態で終わるものが二つ以上ある場合、セクション 7.1.3 で説明されたように最初に述べられた順序を特定し、この最初に述べられた順序の始点を探す。次にステップ SP6 に進む。

最終状態で終了する順序がない場合、ステップ SP5 に進む。

- ステップ SP3 で言及されたように、医学的に見て正しいかどうかは関係なく、セクション 7.2.3 の指示に常に従う。
- 言及されている関係が、セクション 7.2.3 において却下と記載されていない場合は可能な

限り認められるべきである。死に繋がった原因についての証明者の意見が反映されているため、軽視されるべきではない。

- 言及されている関係がほとんどありそうもないとみなされる場合、死亡のコーディングに関して国際的に認知されている意思決定表を参照する。
- また覚えておきたいのは、順序を評価するとき、セクション 7.2.3 認められた順序と却下された順序への特別な指示、に従うと症状 A が症状 B より長い期間継続している場合、症状 A は症状 B により引き起こされることは有り得ない。

例 10:	1(a)	肝転移	2 ヶ月
	(b)	脳梗塞および胃癌	半年
	(c)		
	(d)		
	2		

脳梗塞は肝転移を引き起こすことはできないが、肝転移は胃癌に起因することはある。胃癌が仮の始点である。

例 11:	1(a)	気管支肺炎	2 ヶ月
	(b)	脳梗塞および肝転移	半年
	(c)	アテローム性動脈硬化症および胃癌	
	(d)		
	2		

アテローム性動脈硬化症は肝転移を引き起こすことはできない。しかしながら、証明書には三つの考えられる順序がある：（1）アテローム性動脈硬化症に起因する脳梗塞に起因する気管支肺炎；（2）胃癌に起因する脳梗塞に起因する気管支肺炎；および（3）胃癌に起因する肝転移に起因する気管支肺炎。しかし最初に言及した順序は脳梗塞に起因する気管支肺炎、そして脳梗塞はアテローム性動脈硬化症に起因する。結果として、アテローム性動脈硬化症が仮の始点となる。

### ステップ SP5 - パート 1 の中に順序がない

最終状態で終わる順序がない場合、最終状態は仮の始点でもある。次にステップ SP6 に進む。

例 12:	1(a)	肝転移
	(b)	脳梗塞
	(c)	アテローム性動脈硬化
	(d)	
	2	胃癌

アテローム性動脈硬化は肝転移を引き起こすことはない。更に、脳梗塞が肝転移を引き起こすこともないため、パート 1 には最終状態で終わる順序がない。最終状態で終わる順序がないため、最終状態そのもの - 肝転移 - が仮の始点となる。

### ステップ SP6 - 明白な原因

ここでステップ SP1 から SP5 で選択した仮の始点が、証明書に記載された他の症状に明らかに起因したのかを確認する。仮の始点がパート 1 にある場合、この他の症状は同じ行、パート 1 のずっと下の位置、またはパート 2 になくなくてはならない。もし仮の始点がパート 2 にある場合、この他の症状もまたパート 2 になくなくてはならない。

次に、この新しい仮の始点を明らかに引き起こした特定したばかりの新しい仮の始点のように、証明書の同じ行またはずっと下の位置に言及されている他の症状があるかどうかを確認する。明らかに証明書の同じ行または下の位置に報告されている症状に起因しない始点を探せるまで、新たな仮の始点を探し続ける。その後ステップ SP7 へ進む。

ステップ SP1 から SP5 で選択した仮の始点を明らかに引き起こした症状が証明書に言及されていない場合は、ステップ SP7 へ進む。

- 仮の始点がパート 1 にある場合、最初に仮の始点の明白な原因をパート 1 の同じ行に探し、次にパート 1 の下の行、そして最後にパート 2 の中に探す。仮の始点より上の行に始点の明白な原因を探してはならない。
- 仮の始点がパート 2 にある場合、始点の明白な原因をパート 2 の中で探す。明白な原因をパート 1 の中に探してはならない。
- 症状 A が症状 B より長い期間の場合、症状 B は症状 A の明白な原因にはならない。
- 仮の始点の明白な原因となり得るいくつかの症状がある場合、最初に述べられた症状を選択する。
- ‘明白な原因’は仮の始点が証明書に言及されている他の症状に起因したことに疑う余地が無いことを意味する。仮の始点が他の症状に起因すると報告されている場合、順序が認められたのだとしたら十分ではない。
- 更なる指示には、セクション 7.2.4 明らか原因への特別な指示（ステップ SP6）を参照。留意すべきは、症状 B が症状 A の明白な原因と考えられているかは、純粋な医療の観点からの動機付けより、公衆衛生への重要性を反映する。そのため、医学的に見て正しいかどうかは関係なく、セクション 7.2.4 の指示に常に従う。

例 13:           1(a) 肝転移  
                  (b) 脳梗塞  
                  (c)  
                  (d)  
                  2 胃癌

脳梗塞は肝転移を引き起こすことはなく、肝転移が仮の始点である。しかし胃癌は肝転移の明白な原因であり、そして胃癌が新たな仮の始点となる。

例 14:           1(a) 敗血症  
                  (b) 腹膜炎  
                  (c)  
                  (d)  
                  2 腸の壊死、腸間膜梗塞

敗血症は腹膜炎が引き起こすことがあり、腹膜炎が仮の始点である。しかし腸の壊死は腹膜炎の明白な原因であり、そして腸の壊死が新しい仮の始点となる。次に、腸間膜梗塞は腸の壊死の明らかな原因であり、腸間膜梗塞が最終的な始点となる。

例 15:           1(a) 敗血症  
                  (b) 腹膜炎  
                  (c)

(d)  
2 腸間膜動脈塞栓症、穿孔性虫垂炎

敗血症は腹膜炎が引き起こすことがあり、腹膜炎が仮の始点である。次に、腸間膜動脈塞栓症および穿孔性虫垂炎は共に腹膜炎の明白な原因である。腸間膜動脈塞栓症が最初に述べられているため、新たな仮の始点となる。

ステップ SP7 – 不明確な症状

ここで仮の始点が不明確な症状の表にリストアップされていないかを確認する (Annex 14.3 不明確な症状のリスト、を参照)。表に載っている場合、仮の始点是不明確な症状と考えられる。その場合は以下に従う：

証明書に他の症状が報告されている場合、それらが全て不明確な症状かを確認する。全ての症状が不明確の場合は、ステップ M1 に進む。

不明確な症状に当てはまらない症状が少なくとも一つある場合は、不明確な症状を無視する。不明確な症状が証明書に言及されていないと考え、ステップ SP1 に進み、他の始点を選ぶ。

仮の始点が不明確な症状ではない場合、ステップ SP8 に進む。

留意すべきは R57.2 敗血性ショック、R65.0 臓器不全を伴わない感染性全身性炎症反応症候群、R65.1 臓器不全を伴う感染性全身性炎症反応症候群、および R95 乳幼児突然死症候群、は不明確な症状とみなされない。

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □ **コーディング** □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □ **コーディング** □□□□□□□□□□□□

- 16: 1(a) 呼吸不全
- (b)
- (c)
- (d)
- 2 腸間膜動脈塞栓症

呼吸不全はパート 1 において言及されている唯一の症状であり、ステップ SP2 と SP6 に従い仮の始点である。しかし、呼吸不全は不明確な症状の表に載っているため、呼吸不全は無視をして、ステップ SP1 から選択手順を再開させる。ステップ SP1 に従い、腸間膜動脈塞栓症が新たな始点となる。

- 例 17: 1(a) 貧血
- (b) 脾腫
- (c)
- (d)
- 2

ステップ SP3 に従い仮の始点となった脾腫は、不明確な症状の表に載っている。脾腫を無視し、ステップ SP1 から選択の手順を再開させる。ここでステップ SP2 に従うと貧血が新たな始点となる。しかしながら、脾腫は貧血のコーディングを修正する (アルファベット順索引を参照)。「脾腫性貧血」にコーディングする。

ステップ SP8 – 死亡の原因と考えにくい症状のリスト

次に、仮の始点が死因となりにくい症状の表にリストアップされていないかを確認する (Annex 14.4 死亡の原因と考えにくい症状のリスト、を参照)。表にある場合は以下に従う：

証明書に他の症状が報告されている場合、それらが全て不明確な症状か、死因となりにくい症状かを確認する。全ての症状が不明確もしくは死因となりにくい症状の場合は、ステップ M1 に進む。

報告されている他の症状が、不明確もしくは死因となりにくい症状以外の場合、最初に仮の始点として選択した死因になりにくい症状への治療反応として死亡が引き起こされたのかを確認する。そうであれば、治療への反応を始点として選択する。次に、ステップ M1 に進む。

死因とはなりにくい症状の治療への反応が死因ではない場合、その症状が死因となりにくい状態のリストに載っていない、不明確ではない、他の症状に起因していないかを確認する。そうであった場合、死因になりにくい症状は未だ仮の始点である。次に、ステップ M1 に進む。

死因になりにくい症状への治療反応ではなく、その合併症でもない場合、死因になりにくい症状を無視する。ステップ SP1 に進み、死因になりにくい症状が証明書に記載されていないと考え、他の始点を選ぶ。

- 証明書が死因になりにくい症状に対するいくつかの治療に言及している場合、初期治療を選択する。
- ‘合併症’は、死因になりにくい症状に起因する症状、または死因になりにくい症状への治療に起因する症状を意味する。

始点が死因になりにくい症状ではない場合、ステップ M1 に進む。

- 18:
- 1(a) 難聴
  - (b)
  - (c)
  - (d)
  - 2 虚血性心疾患

ステップ SP2 に従うと難聴が始点であるが、難聴は死因になりにくいと考えられる症状の表に載っている。証明書には他の症状が載っていて、虚血性心疾患は死因になりにくいと考えられる症状の表に含まれない。難聴を無視し、ステップ SP1 から選択手順をやり直す。ステップ SP1 に従うと虚血性心疾患が新たな始点となる。

- 例 19:
- 1(a) 肝不全
  - (b) パラセタモールの過剰摂取
  - (c) 片頭痛
  - (d)
  - 2

ステップ SP3 に従うと片頭痛が仮の始点である。死因になりにくいと考えられる症状の表に含まれる。この症状はパラセタモールによって治療され、治療への反応として肝不全となった。死因になりにくい症状を無視し、治療への反応である肝不全を始点として選択する。

- 例 20:
- 1(a) 敗血症
  - (b) 顎下腺膿瘍
  - (c) 骨瘍
  - (d)
  - 2

ステップ SP3 に従うと骨瘍が仮の始点である。骨瘍は死因になりにくいと考えられる症状の表に含まれるが、この事例では死因になりにくいと考えられていない合併症を引き起こした。そのために、骨瘍が始点として選択される。

- 例 21:
- 1(a) 頭痛
  - (b) 骨瘍
  - (c)
  - (d)
  - 2 虚血性心疾患

ステップ SP3 に従うと骨瘍が仮の始点である。骨瘍は死因になりにくいと考えられる症状の表に含まれる。頭痛の合併症が報告されているが、頭痛は不明確な症状の表に含まれている。骨瘍と頭痛を共に無視し、ステップ SP1 からの選択手順をやり直す。ステップ SP1 に従い、虚血性心疾患が新たな始点となる。

### 7.2.2 始点の修正の確認 (ステップ M1 から M4)

ステップ SP1 から SP8 を使用して特定した始点は、今度は仮の根本原因とみなされる。仮の根本原因に対して特別なコーディング指示、または仮の根本原因を修正するための他の理由がある。仮の根本原因がステップ M1 から M3 (修正ルール 1 から修正ルール 3) で記載された修正ルールを適用して修正されるべきかを確認する。各ステップが一つの修正ルールを含む。各ステップにおいて、修正ルールそのものの記載があり、そして次に何をするか説明がある。更なる詳細な指示と説明の箇条書きもある。

#### ステップ M1 – 特別な指示

仮の根本原因に特別なコーディングの指示が当てはまるかを確認する。特別なコーディング指示が当てはまる場合、指示に従って新たな仮の根本原因を割り当てる。

次に、この新たな仮の根本原因に特別な指示が適用するかを確認する。つまり、Step M1 を繰り返す。更なる特別なコーディングの指示の対象とならない仮の根本原因を探すまで繰り返す。次にステップ M2 に進む。

- 特定の仮の根本原因の詳細な指示のために、セクション 7.2.5 リンケージおよび他の規定に対する特別な指示 (ステップ M1) 、を参照。
- これらの特別な指示のいくつかに従うと、仮の根本原因は死亡証明証に報告されている他の死因と組み合わせたり、新たな仮の根本原因となる。仮の根本原因に当てはまるそのような組み合わせがいくつもある場合、これらのその他の症状の最初に述べられたものとの組み合わせを適用する (最初に述べられたリンケージ) 。
- 留意すべきは、いくつかの特別な指示は特定の状況にのみ適用する。例えば、症状 A が症状 B の原因としてまたは、特定の年齢の死因として報告される等。
- 第 1 巻またはアルファベット順索引が、仮の根本原因と証明書に言及される他の原因との組み合わせコードを示すことがある。コードタイトルが症状の原因論を明確に示す場合のみ、組み合わせコードを使用する。

特別なコーディング指示が適用しない場合、ステップ SP1 から SP8 までを使用して探した始点が仮の根本原因となる。次に、ステップ M2 へ進む。

- 例 1:           1(a) 心筋梗塞



- (b) 虚血性心疾患
- (c)
- (d)

2

ステップ SP3 に従うと、虚血性心疾患が仮の始点である。心筋梗塞と共に報告されている虚血性心疾患に対する特別な指示があり、この指示に従うと、心筋梗塞が新たな仮の根本原因となる。

例 2:

- 1(a) 虚血性心疾患
- (b) アテローム性動脈硬化
- (c)
- (d)

2 心筋梗塞

ステップ SP3 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。虚血性心疾患と共に報告されているアテローム性動脈硬化に対する特別な指示があり、更に心筋梗塞と一緒にアテローム性動脈硬化に対するもう一つ指示がある。証明書には最初に虚血性心疾患が報告されているため、虚血性心疾患と共に報告されているアテローム性動脈硬化に対する指示に従い、虚血性心疾患を新たな始点として選択する。次に、心筋梗塞と共に報告されるアテローム性動脈硬化に対する特別な指示がある。指示を適用し、心筋梗塞を新たな仮の根本原因として選択する。

例 3:

- 1(a) 虚血性心疾患
- (b) アテローム性動脈硬化
- (c)
- (d)

2 脳梗塞

ステップ SP3 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。虚血性心疾患と共に報告されているアテローム性動脈硬化に対する特別な指示があり、更に脳梗塞と一緒にアテローム性動脈硬化に対するもう一つの指示がある。証明書には最初に虚血性心疾患が報告されているため、虚血性心疾患と共に報告されているアテローム性動脈硬化に対する指示に従い、虚血性心疾患を新たな仮の根本原因として選択する。

例 4:

- 1(a) 脳血管梗塞
- (b) アテローム性動脈硬化
- (c) 高血圧
- (d)

2 心筋梗塞

ステップ SP3 に従うと、高血圧が仮の始点である。脳血管梗塞および心筋梗塞と共に報告されている高血圧に対する特別な指示がある。証明書には最初に脳血管梗塞が報告されているため、脳血管梗塞と共に報告されている高血圧に対する指示に従い、脳血管梗塞を新たな仮の根本原因として選択する。

例 5:

- 1(a) 認知症
- (b) アテローム性動脈硬化
- (c)
- (d)

2

ステップ SP3 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。認知症の原因として報告されているアテローム性動脈硬化に対する特別な指示がある。この指示に従い、アテローム性動脈硬化を新たな仮の根本原因として選択する。

- 例 6: 1(a) アテローム性動脈硬化  
(b)  
(c)  
(d)  
2 認知症

ステップ SP2 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。アテローム性動脈硬化に起因すると報告された認知症に対する特別な指示があるものの、この指示はここでは適用されない。なぜなら認知症はパート 2 で報告され、アテローム性動脈硬化により引き起こされたと報告されていないからである。このような場合、アテローム性動脈硬化が仮の始点のままである。

- 例 7: 1(a) てんかん  
(b) アルコール依存症  
(c)  
(d)  
2

ステップ SP3 に従うと、アルコール依存症が仮の始点である。第 1 巻では、G40.5 特別なてんかん症候群、の包含用語のリストは‘てんかん症候群の発作はアルコールに関係する’と言及している。しかしながら、G40.5 特別なてんかん症候群、のコードタイトルはアルコールについては言及していない。そのため、アルコール依存症を仮の始点のままにしておく。

## ステップ M2 - 特異性

仮の根本原因が症状を一般用語で説明し、この症状の部位や性質についてより正確な情報を提供する用語が証明書に報告されている場合、このより情報の多い用語が新たな仮の根本原因となる。

次に、この新たな仮の根本原因が死亡証明書の他の用語により、更に詳細に記述されていないか確認する。つまり、ステップ M2 を繰り返す。それ以上詳細に記述できない仮の根本原因を探せるまで繰り返す。

- 更に詳細な記述は、仮の根本原因として同じ症状について言及していなくてはならない。更に詳細ではあるものの、関連しない症状が証明書に報告されるため、アテローム性動脈硬化のような全身性の症状を無視してはならない（例 9 も参照する）。
- 留意すべきは新たな仮の根本原因そのものは一般用語により更に明確にされる場合もある（例 10 を参照する）。
- 証明書のいくつかの他の表現が、仮の根本原因についての更に詳細な情報を提供している場合、これらの他の症状の中の最初に述べられたものから始める。
- 留意すべきは特異性に関するいくつかの指示は特定の状況においてのみ適用される。例えば症状 A が症状 B の原因として報告される場合、等。

- 例 8: 1(a) 脳血管障害

- (b) アテローム性動脈硬化
- (c)
- (d)

2 脳幹動脈塞栓症

ステップ SP3 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。脳血管障害と一緒に報告されるアテローム性動脈硬化には特別な指示がある；この指示を適用して脳血管障害をステップ M1 に従い新たな始点として選択する。脳血管障害の種類はパート 2 において、脳幹への動脈塞栓症としてより詳細に説明されている。これが新たな仮の根本原因である。

例 9:

- 1(a) 脳血管障害
- (b) アテローム性動脈硬化
- (c)
- (d)

2 右上葉に由来する燕麦細胞癌

ステップ SP3 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。脳血管障害と一緒に報告されるアテローム性動脈硬化には特別な指示がある；この指示を適用して脳血管障害を新たな仮の根本原因として選択する。脳血管障害の種類に関して証明書には更なる特定の記載がないため、脳血管障害が依然仮の根本原因となる。

例 10:

- 1(a) 髄膜炎
- (b) 結核
- (c)
- (d)

2

ステップ SP3 に従うと、結核が仮の始点である。兆候は髄膜炎とされていて、二つの用語は結核性髄膜炎に組み合わせたり、仮の根本原因となる。

### ステップ M3 – ステップ SP6、M1 から M2 までの再確認

もしこの時点で、仮の根本原因が、ステップ SP1 から SP8 までを使用して選択した始点と同じでない場合、ステップ SP6 まで戻る。ステップ SP6、M1 および M2 に表記された手順を繰り返す。

- ステップ M1 または M2 で選択した原因が他の症状に起因して正確に報告されている場合、この症状が不明確な場合を除き、ステップ SP6 まで戻らない。
- また、ステップ SP8 で選択されているように、仮の根本原因が死亡の原因と考えにくい症状への治療反応である場合は、ステップ SP6 まで戻らない。

例 11:

- 1(a) 敗血症
- (b) 動脈疾患、左脚の動脈塞栓症
- (c)
- (d)

2 結腸癌

ステップ SP3 に従うと、動脈疾患が仮の始点である。1(b)の行に二つ目の状態として報告されている左脚の動脈塞栓症は、動脈疾患の特定のタイプである。そのため、ステップ M2 では、左脚の動脈塞栓症を仮の根本原因として選択する。ステップ SP1 から SP8 において選択された仮の始点と異なるため、ステップ SP6

を繰り返す。結腸癌は動脈疾患の明らかな原因であり、結腸癌が新たな始点である。更なる修正は適用されない。結腸癌（C18.9、結腸の悪性新生物、詳細不明）を死亡の根本原因としてコーディングする。

- 例 12:
- 1(a) 敗血症
  - (b) 動脈疾患、左脚の動脈塞栓症
  - (c) アテローム性動脈硬化
  - (d)
  - 2 結腸癌

ステップ SP3 に従うと、アテローム性動脈硬化が仮の始点である。動脈疾患の原因として報告されるアテローム性動脈硬化には特別な指示があり、この指示に従うとステップ M1 に従い動脈疾患が新たな始点である。1(b)の行に二つ目の症状として報告されている左脚の動脈塞栓症は、動脈疾患のタイプの更に詳細な記述であり、ステップ M2 において仮の始点として選択される。左脚の動脈塞栓症は動脈疾患に起因すると報告されていて、これは正確な因果関係であるため、ステップ SP6 を繰り返さない。更なる修正は適用されない。左脚の動脈塞栓症（I74.3、下肢動脈の塞栓症と血栓症）を死亡の根本原因としてコーディングする。

#### ステップ M4 – 医療処置、中毒、主要損傷と妊産婦の死亡に対する指示

最終的に、たどり着いた根本原因に以下の指示を適用する：

- ステップ SP1 から SP8 およびステップ M1 から M3 を適用することでたどり着いた根本原因が手術やその他の医療処置である場合、セクション 7.2.9 手術やその他の医療処置への特別な指示（ステップ M4）、の指示を適用する。
- ステップ SP1 から SP8 およびステップ M1 から M3 の選択や修正のルールを適用することでたどり着いた根本原因が損傷や中毒（S00-T98 の中のコード）の場合、損傷の外因や中毒を死亡の根本原因としてコーディングする。
- チャプター 2 3 疾病と死亡の外因、の中に根本原因がある場合、主要な損傷も選択する。セクション 7.2.6 外因による死亡の主要な損傷への特別な指示（ステップ M4）、の指示も参照（ステップ M4）。
- ステップ SP1 から SP8 およびステップ M1 から M3 を適用すること選んだ始点が中毒の場合、更に証明書に一つ以上の毒性物質が報告されている場合、セクション 7.2.7 薬物、薬剤および生物学的物質による中毒に対する特別な指示（ステップ M4）、にある指示を適用して、最も重要な関連薬を特定する。
- 死亡者が女性で、妊娠、分娩や産褥期が証明書に報告されている場合、根本原因をチャプター 1 8 妊娠、分娩および産褥期、にコーディングするかどうかを、セクション 7.2.8 産婦死亡に関する特別な指示（ステップ M4）に従い判断する。

死亡の原因がステップ SP6 やステップ M1 から M3 でもこれ以上変更がないと分かったら、死亡の根本原因にたどり着いたことになる。

特定した死亡の原因が SP6 やステップ M1 から M3 においてもこれ以上変更がなくても、他の制限が適用される場合があり、例えば原因は片方の性に限られる、または特定の年齢層に限られる、または地理的背景を考え死因は有りそうもない等。そのため、そのような制限が選択した根本原因に適用しないかを常に確認する。

### 7.2.3 認められた順序と却下された順序への特別な指示 (ステップ SP3 と SP4)

このセクションは、死亡の根本原因を選択するときに認められるか、もしくは却下される死亡の原因の順序を記載する。この目的は可能な限り最も有用な死亡統計を作成することである。そのため、順序が‘却下’もしくは‘認められる’にリストアップされるかは、純粹に医療の観点からみて認められることより、公衆衛生への重要性の利益を反映している場合がある。そのため、医学的に合っているかに関わらず、常にこれらの指示を適用する。国家レベルでの変更は他国のデータとの比較可能性が低く、分析のための有用性の低いデータへと繋がるため、それぞれの国でエラーだと思われるものを修正してはならない。

#### A. 認められる順序

ステップ SP3 と SP4 を適用する場合、以下に記載される関係性を認める。

##### (a) 他の症状に起因する感染性疾患

セクション 7.2.3B 却下される順序、サブセクション(a)他の症状に起因する感染性疾患、を除いて、他の症状に起因する感染性疾患を認める。

##### (b) 他の症状に起因して報告された HIV

HIV を以下に起因すると認める：

- 輸血を要する症状、例えば血友病、貧血症および主要損傷
- 侵襲的方法、例えば手術
- 薬物乱用。

そのような症状の例は Annex14.5 HIV の原因に挙げられている。Annex14.5 のリストは完成していないことに留意する。

##### (c) HIV に起因する感染性疾患

以下の感染性疾患を HIV、悪性新生物および免疫システムを害する症状に起因すると認める：

- 腸チフスとパラチフス、その他サルモネラ菌食中毒、細菌性赤痢 (A01-A03) ；
- 結核 (A15-A19)
- 結核の後遺症 (B90)

##### (d) 悪性腫瘍と HIV

以下の悪性新生物をヒト免疫不全ウイルス[HIV] (B20-24) に起因すると認める：

- 中咽頭の悪性新生物 (C10)
- 肛門と肛門管の悪性新生物 (C21)
- カボジ肉腫 (C46)
- 外陰の悪性新生物 (C51)
- 膣の悪性新生物 (C52)
- 子宮頸の悪性新生物(C53)、侵襲性と特定された場合

- 陰茎の悪性新生物 (C60)
- ホジキンリンパ腫 (C81) 、脳に原発すると特定された場合
- 濾胞性リンパ腫 (C82) 、脳に原発すると特定された場合
- 非濾胞性リンパ腫(C83)、脳に原発すると特定された場合
- びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(C83.3)、免疫芽球性と特定された場合
- バーキットリンパ腫(C83.7)
- 成熟 T/NK 細胞リンパ腫(C84)、脳に原発すると特定された場合
- その他および非ホジキンリンパ腫詳細不明の種類 (C85) 、脳に原発すると特定された場合
- その他 T/NK 細胞リンパ腫の特定種類(C86)、脳に原発すると特定された場合

**(e) 他の症状に起因する糖尿病**

1型糖尿病 (E10.-) は B 細胞の自己免疫破壊を引き起こす症状に起因すると認める。

2型糖尿病 (E11) はインスリン耐性を引き起こす症状に起因すると認める。

他の特定および詳細不明の糖尿病 (E13-E14) を、膵臓に損傷を与える症状に起因すると認める。

糖尿病を引き起こす可能性のある症状のリストは Annex 14.6 参照。

**(f) 他の症状に起因するリウマチ熱**

急性リウマチ熱 (I00-I02) および慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09) を以下に起因すると認める：

- 猩紅熱 (A38)
- 連鎖球菌に起因する敗血症、グループ A (A40.0-)
- 連鎖球菌性咽頭炎 (J02.0)
- 連鎖球菌性扁桃炎 (J03.-)□

**(g) 他の症状に起因する高血圧**

高血圧性の症状を以下に起因すると認める：

- 内分泌腫瘍
- 腎腫瘍
- カルチノイド腫瘍。

**(h) 他の症状に起因する脳血管疾患**

脳内出血 (I61.-) を肝臓疾患 (K70-K76) に起因すると認める。

脳血管の塞栓症、脳血栓症および詳細不明の脳血管発作 (I63-I66、I69.3 および I69.4) を心内膜

炎 (I05-I08、 I09.1、 I33-I38) に起因すると認める。

**(i) 他の症状に起因する先天性奇形**

- 先天性奇形を染色体異常または先天性奇形症候群に起因すると認める。
- 肺形成不全を先天性奇形に起因すると認める。

**(j) 他の症状に起因する事故**

- 転倒 (W00-W19) を骨密度と骨構造の障害 (M80-M85) に起因する、または骨密度と骨構造の障害 (M80-M85) により引き起こされた (病的) 骨折に起因すると認める。
- 他の原因により引き起こされた呼吸停止および誤嚥 (W78-W80) を認める。

**(k) 他の症状に起因する急性または末期的な循環器疾患**

以下の急性または末期的な循環器疾患は悪性新生物、糖尿病または喘息に起因すると認める：

- 急性と続発性の心筋梗塞 (I21 と I22)
- 他の急性虚血性心疾患 (I24)
- 肺塞栓 (I26)
- 急性心膜炎 (I30)
- 急性と亜急性の心内膜炎 (I33)
- 急性心筋炎 (I40)
- 房室と左脚グループ (I44)
- 他の伝導疾患 (I45)
- 心停止 (I46)
- 発作性頻脈 (I47)
- 心房細動と心房粗動 (I48)
- 他の心不整脈 (I49)
- 心不全 (I50)
- 他の不明確な心臓疾患 (I51.8) および I60I66、 I67.6I67.8 および I69 の脳血管疾患

**B. 却下された順序**

ステップ SP3 と SP4 を適用するとき、以下に記載された関係を却下する。

**(a) 他の症状に起因する感染症**

以下の感染症および寄生虫性疾患を他の原因 (HIV/AIDS、悪性新生物または免疫システムを弱める症状を含め) に起因すると認めないこと：

- コレラ (A00)

- ボツリヌス中毒症 (A05.1)
- 腺ペスト、野兔病、炭疽病、ブルセラ症 (A20-A23)
- レプトスピラ症 (A27)
- ハンセン病 (A30)
- 破傷風、ジフテリア、百日咳、猩紅熱、髄膜炎菌性疾患 (A33-A39)
- オウム病クラミジアに起因する疾病 (A70)
- トラコーマ (A71)
- リケッチア症 (A75-A79)
- 急性灰白髄炎 (A80)
- クロイツフェルト・ヤコブ病 (A81.0)
- 亜急性硬化性全 [汎] 脳炎 (A81.1)
- 狂犬病、蚊媒介性のウイルス性脳炎、ダニ媒介性のウイルス性脳炎、詳細不明のウイルス性脳炎 (A82-A86)
- デング熱とその他蚊媒介性のウイルス性熱病 (A92 と A97)
- 黄熱病 (A95)
- フニン、マチュポ出血熱とラッサ熱 (A96.0-A96.2)
- 他のウイルス性の出血熱 (A98)
- 天然痘、サル痘、麻疹、風疹 (B03-B06)
- 急性 B 型肝炎と急性 C 型肝炎 (B16 and B17.1)
- 慢性 B 型肝炎と慢性 C 型肝炎 (B18.0-B18.2)
- 流行性耳下腺炎 (B26)
- マラリア、リーシュマニア症、シャーガス病 (B50-B57) (B50-B57)
- ポリオウイルス感染症の後遺症 (B91)
- ハンセン病の後遺症 (B92)
- トラコーマの後遺症 (B94.0)
- ウイルス性脳炎の後遺症 (B94.1)
- ウイルス性肝炎の後遺症 (B94.2)
- WHO へ報告義務のあるその他の新興疾患 (例、U04、重症急性呼吸器症候群[SARS]、J09)
- 特定の識別されたインフルエンザウイルスに起因するインフルエンザ (J09)。

HIV 疾患、悪性新生物および免疫システムを弱める症状を除き、以下の感染症を他の原因に起因



すると認めないこと：

- 腸チフスとパラチフス、その他サルモネラ菌食中毒、細菌性赤痢（A01-A03）
- 結核（A15-A19）
- 結核の後遺症（B90）。

**(b) 他の症状に起因する悪性新生物**

HIV に起因する以下の悪性新生物を除いて、悪性新生物を他の原因に起因すると認めない：

- 中咽頭の悪性新生物（C10）
- 肛門と肛門管の悪性新生物（C21）
- カボジ肉腫(C46)
- 外陰の悪性新生物（C51）
- 膣の悪性新生物（C52）
- 子宮頸の悪性新生物(C53)、侵襲性と特定された場合
- 陰茎の悪性新生物（C60）
- ホジキンリンパ腫（C81）、脳に原発すると特定された場合
- 濾胞性リンパ腫(C82)、脳に原発すると特定された場合
- 非濾胞性リンパ腫(C83)、脳に原発すると特定された場合
- びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(C83.3)、免疫芽球性と特定された場合
- バーキットリンパ腫(C83.7)
- 成熟 T/NK 細胞リンパ腫(C84)、脳に原発すると特定された場合
- その他および非ホジキンリンパ腫の詳細不明の種類（C85）、脳に原発すると特定された場合
- その他 T/NK 細胞リンパ腫の特定種類(C86)、脳に原発すると特定された場合。

**(c) 他の症状に起因する血友病**

血友病(D66, D67, D68.0-D68.2)を他のいずれの原因に起因すると認めない。

**(d) 他の症状に起因する糖尿病**

1 型糖尿病（E10.-）は B 細胞の自己免疫破壊を引き起こす症状を除いて、他のいずれの原因に起因すると認めない。

2 型糖尿病（E11）はインスリン耐性を引き起こす症状を除いて、他のいずれの原因に起因すると認めない。

その他の糖尿病および詳細不明の糖尿病（E13 と E14）を、膵臓に損傷を与える症状を除いて、他のいずれの原因に起因すると認めない。

糖尿病を引き起こす可能性のある症状のリストは Annex 14.6 を参照。

**(e) 他の症状に起因するリウマチ熱**

リウマチ熱 (I00-I02) またはリウマチ性心疾患 (I05-I09) を他の原因に起因すると認めないが、以下を除く：

- 猩紅熱 (A38)
- 連鎖球菌性敗血症 (A40)
- 連鎖球菌性咽頭炎 (J02.0)
- 急性扁桃炎 (J03)□

**(f) 他の症状に起因する高血圧**

高血圧性の症状を新生物に起因すると認めない、以下を除く：

- 内分泌腫瘍
- 腎腫瘍
- カルチノイド腫瘍。

**(g) 他の症状に起因する慢性虚血性心疾患**

慢性虚血性心疾患 (I20、 I25) を新生物に起因すると認めない。

**(h) 他の症状に起因するアテローム性動脈硬化症**

アテローム性動脈硬化の症状を新生物に起因すると認めない。

**(i) 他の症状に起因するインフルエンザ**

インフルエンザ (J09-J11) を他のいずれの原因に起因すると認めない。

**(j) 他の症状に起因する先天性奇形**

先天性奇形 (Q00-Q99) を他のいずれの原因に起因すると認めない、未熟を含み、以下は除く：

- 染色体異常または先天性奇形症候群に起因する先天性奇形
- 先天性奇形に起因する肺形成不全 (Q33.6) □

**(k) 相反する期間**

より短い期間の症状に起因する期間が記載された症状を認めない（例外には、セクション 7.2.1 ステップ SP3 の例 6 および例 8 を参照）。

**(l) 他の症状に起因する事故**

事故 (V01-X59) を他のチャプターでコーディングされた原因に起因すると認めないが、以下は除く：

- 骨密度と骨構造の障害 (M80-M85) に起因する転倒 (W00-W19)
- 骨密度と骨構造の障害 (M80-M85) により引き起こされた (病的) 骨折に起因する転倒 (W00-W19)
- 他の原因により引き起こされた呼吸停止および誤嚥 (W78-W80)。

**(m) 他の症状に起因する自殺**

自殺 (X60-X84) を他のいずれの原因に起因すると認めない。

**7.2.4 明らか原因への特別な指示 (ステップ SP6)**

このセクションは、ステップ SP1 から SP5 において仮の始点として選択された症状の明らか原因とみなされる症状を記載する。

**A. HIV の合併症**

**(a) 感染性疾患と HIV**

[HIV]疾患 (B20-B24) は、HIV 陽性反応 (R75) を除き、感染性疾患の明らかな原因とみなすが、セクション 7.2.3 認められた順序と却下された順序への特別な指示、セクション B、却下された順序、サブセクション (a)、他の症状に起因する感染症にリストアップされたものは除く。

また、HIV 陽性反応ではなく、HIV 疾患を腸チフスとパラチフス、その他サルモネラ菌食中毒と細菌性赤痢 (A01-A03) の明らか原因とみなす；これらはセクション 7.2.3B の二つ目のパート、サブセクション (a) にリストアップされている。

HIV 疾患および HIV 陽性反応共に以下の感染性疾患の明らかな原因とみなす：

- サルモネラ菌敗血症 (A02.1)
- クリプトスポリジウム症 (A07.2)
- イソスポーラ症 (A07.3)
- 結核 (A15-A19)
- 他の抗酸菌に起因する感染症 (A31.-)
- 進行性多巣性白質脳症 (A81.2)
- 慢性潰瘍、気管支炎、肺炎、または食道炎と特定される単純ヘルペス感染 (B00.0-B00.2, B00.7-B00.8)
- B25.0、B25.2、B25.8 および B25.9 の中のサイトメガロウイルス感染、肝臓、脾臓、リンパ節は除く
- 他の部位のカンジダ症 (B37.8)、肺または食道のものと特定される
- コクシジオイデス症 (B38.-)
- ヒストプラスマ症 (B39.-)
- クリプトコッカス症 (B45.-)

- ニューモシステイス症 (B59†)
- 結核の後遺症 (B90)□

### **(b) 悪性新生物と HIV**

HIV 疾患 (B20–B24) および HIV 陽性反応 (R75) の両方を以下の悪性新生物の明らかな原因とみなす：

- カボジ肉腫 (C46)
- 侵襲性子宮頸の悪性新生物と特定された頸癌 (C53)
- 原始脳と特定されたリンパ腫 (C81–C85)
- 免疫芽球性と特定されたびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (C83.3)
- バーキットリンパ腫 (C83.7)□

### **(c) 免疫の不全症と HIV**

HIV 疾患 (B20–B24) を免疫不全症の明らかな原因とみなす。

### **(d) 肺炎と HIV**

HIV 陽性反応 (R75) ではなく、HIV 疾患 (B20–B24) を肺炎 (J12–J18) の明らかな原因とみなす。

### **(e) 消耗性疾患と HIV**

HIV 疾患 (B20–B24) と HIV 陽性反応 (R75) 両方を消耗性疾患 (R64) の明らかな原因とみなす。

### **B. クロストリジウムディフィシレに起因する腸炎**

クロストリジウムディフィシレに起因する腸炎を、抗生物質治療の明らかな結果とみなす。

### **C. 敗血症と全身性炎症反応症候群**

免疫システムを弱める症状、消耗性疾患（悪性新生物および栄養失調等）、麻痺を引き起こす疾患（脳出血および血栓症等）、深刻な呼吸症状および深刻な損傷（Annex 14.7 の損傷優先順位リストのグレード1から4）を A40–A41、B37.7 および B49 の敗血症、そして R65.0、R65.1 および R65.9 の全身性炎症反応症候群 [SIRS] の明らかな原因とみなす。

### **D. 糖尿病の合併症**

糖尿病 (E10–E14) を以下の症状の明らかな原因とみなす：

- アシドーシス (E87.2)
- 他に特定される代謝異常 (E88.8)
- 他の単ニューロパシー (G58.-)
- 多発ニューロパシー、詳細不明 (G62.9)

- 末梢神経系の他の疾患 (G64)
- 他の原発性筋疾患 (G71.8)、原因論による詳細無しの筋萎縮と特定される
- 自律神経系障害、詳細不明 (G90.9)
- 虹彩毛様体炎 (H20.9)
- 白内障、詳細不明 (H26.9)
- 脈絡網膜の炎症、詳細不明 (H30.9)
- 網膜血管閉塞 (H34)
- 底辺網膜症と網膜の血管変化 (H35.0)
- □□増殖網膜症 (H35.2)
- 網膜出血 (H35.6)
- 網膜疾患、詳細不明 (H35.9)
- 四肢動脈のアテローム性動脈硬化 (I70.2)
- 末梢血管障害、詳細不明 (I73.9)
- 他に分類されない、リポイド類壊死症 (L92.1)
- 他の箇所に分類されない、下肢の潰瘍 (L97)
- 関節炎、詳細不明 (M13.9)
- 神経痛および神経炎、詳細不明 (M79.2)
- 腎炎症候群とネフローゼ症候群 (N03-N05)
- 慢性腎疾患 (N18.-)
- 詳細不明の腎不全 (N19)
- 詳細不明の萎縮腎 (N26)
- 腎臓と尿管の疾患、詳細不明 (N28.9)、腎疾患と特定
- 持続性タンパク尿、詳細不明 (N39.1)
- 壊疽、他の箇所に分類されない (R02)
- 昏睡状態、詳細不明 (R40.2)
- 他に特定される血液科学の異常所見 (R79.8)、アセトン血症、高窒素血症、および関連する症状に特定される。

#### **E. 脱水症**

全ての腸感染症を脱水症の明らかな原因とみなす (E86)。

#### **F. 認知症**

他に認知症の原因が言及されていない場合、典型的に不可逆的な脳障害を含む状態を認知症の明らかな原因とみなす。

ダウン症候群 (Q90.-) を詳細不明の認知症 (F03) およびアルツハイマー病 (G30.-) の明らかな原因とみなす。

#### G. 知能発育不全(F70-F79)

以下の状態を知能発育不全の明らかな原因とみなす：

- P00-P04 の周産期状態、母体要因や妊娠合併症、分娩に影響を受けた胎児および新生児
- 胎児成長遅滞および胎児栄養失調 (P05)
- 短い妊娠期間に関連した障害および低出生体重、他の箇所に分類されない (P07)
- 分娩外傷による頭蓋内裂傷および出血 (P10)
- 分娩外傷による脳浮腫 (P11.0)
- 他に特定される分娩外傷による脳損傷 (P11.1)
- 分娩外傷による詳細不明の脳損傷 (P11.2)
- 中枢神経系への分娩外傷、詳細不明 (P11.9)
- 分娩外傷、詳細不明 (P15.9)
- 子宮内低酸素症 (P20)
- 出生時仮死 (P21)
- 先天性ウイルス性疾患 (P35)
- 他の先天性感染性疾患および寄生虫性疾患 (P37)
- 胎児および新生児の頭蓋内非外傷性出血 (P52)
- 核黄疸 (P57)
- 新生児痙攣 (P90)
- 新生児の脳状態の他の障害 (P91).

#### H. 心不全および詳細不明の心臓疾患

他の心臓症状を心不全 (I50.-) および詳細不明の心臓疾患 (I51.9) の明らかな原因とみなす。

#### I. 塞栓症

静脈血栓症、静脈炎または血栓性静脈炎、心臓弁膜症、分娩またはいずれの手術は、‘塞栓症の’と表記される疾病の明らかな原因とみなす。しかしながら、血栓が形成された場所と塞栓症の出現した場所の明らかなルートが求められる。

#### J. 食道静脈瘤

B18.-、K70.-、K73.-、K74.-、およびK76.-に分類される肝疾患は、食道静脈瘤 (I85.-) の明らかな原因とみなす。

#### K. 肺炎

アルコールの使用 (F10.2) に起因する依存症候群は、大葉性肺炎、詳細不明 (J18.1) の明らかな原因とみなす。

免疫システムを弱める症状、消耗性疾患（悪性新生物および栄養失調等）、麻痺を引き起こす疾患（脳出血および血栓症等）、深刻な呼吸状態、伝染性疾患、嚥下過程に影響する症状、認知症および神経系の変性疾患を含む自己管理能力を制限するその他の疾病、中毒や深刻な損傷（Annex 14.7 の損傷優先順位リストのグレード1から4）は、いずれの肺炎（J12-J18、J69.0 および J69.8）の明らかな原因とみなす。

#### L. 肺水腫

以下の症状を肺水腫（J81）の明らかな原因とみなす：

- 心臓疾患（肺性心を含む）
- 肺実質に影響する症状、例えば：
  - 肺感染症
  - 誤嚥と吸入
  - 呼吸窮迫症候群
  - 高度
  - 循環毒素
- 体液過剰を引き起こす状態、例えば：
  - 腎不全
  - 低アルブミン血症
- 肺循環に影響する先天性奇形、例えば：
  - 肺静脈の先天性狭窄。

#### M. 腎炎症候群

いずれの連鎖球菌感染（猩紅熱、連鎖球菌性咽頭炎、等）も、腎炎症候群およびネフローゼ症候群（N00-N05）の明らかな原因とみなす。

#### N. 腎盂腎炎

前立腺や尿管狭窄の過形成等の症状からのいずれの尿路閉塞も、腎盂腎炎（N10-N12）の明らかな原因とみなす。

#### O. 急性腎不全

腎不全が尿路感染が起こる前に出現したという兆候が無いという条件で、尿路感染を急性腎不全（N17）の明らかな原因とみなす。

#### P. 新生児の原発性無気肺

先天性肝臓病（Q60、Q61.0-Q61.1、Q61.3-Q61.9、Q62.1、Q62.3、Q62.4）を早期破水（P01.1）および羊水過少症（P01.2）を新生児の原発性無気肺（P28.0）の明らかな原因とみなす。

#### Q. 早期破水および羊水過少症

先天性肝臓病（Q60、Q61.0-Q61.1、Q61.3-Q61.9、Q62.1、Q62.3、Q62.4）を早期破水および羊水過少症（P01.1 と P01.2）に影響を受けた胎児および新生児の明らかな原因とみなす。

## R. 出血

抗凝固剤中毒または過剰摂取を出血の明らかな原因とみなす。しかしながら、中毒や過剰摂取についての言及がない限り、抗凝固療法を出血の明らかな原因とみなさない。更に、ステロイド、アスピリン、および非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）を胃出血の明らかな原因とみなす。

胃出血を続発性貧血や詳細不明の貧血の明らかな原因とみなす。

## S. 誤嚥と吸入

セクション 7.2.4K 肺炎、の中にリストアップされた症状を誤嚥と吸入の明らかな原因とみなす。

## T. 手術およびその他の医療処置

手術を、一般的な処置後の合併症と考えられる症状の明らかな原因とみなす。Annex 14.2 医療処置の直接的な結果と考えられる症状のリストを参照。

証明書の中で報告されている、全ての手術の症状（悪性腫瘍や損傷等）を、同じ臓器に行われた手術や他の医療処置の明らかな原因とみなす。

## U. 一般的な二次的疾患

消耗性疾患（悪性新生物および栄養失調等）、麻痺を引き起こす疾患（脳出血および血栓症等）、伝染性疾患、認知症および神経系の変性疾患を含む自己管理能力を制限するその他の疾病、および深刻な損傷を、表 1 にリストアップされる一般的な二次的疾患の明らかな原因とみなす。しかしながら、そのような二次的疾患は呼吸状態の明らかな結果としてみなすべきではない。

‘M (Maybe)’ で印されたカテゴリーに含まれる症状は、表の最後の欄に記されたコード割り当ての必要条件を満たした場合のみ、消耗性疾患および麻痺疾患の明らかな原因とみなす。

表：一般的な二次的疾患

コード	説明	条件反応	修飾子
D50.0	失血（慢性）に続発する鉄欠乏性貧血		
D62	急性出血後貧血		
D64.9	貧血、詳細不明		
E40-E46	栄養不良		
E86	体液量減少		
G81-G83	他の麻痺症候群		
I26.0-I26.9	肺塞栓		
I74.2-I74.4	四肢の動脈塞栓症および血栓症		
I80.1-I80.3	下肢の静脈炎および静脈血栓症		



コード	説明	条件反応	修飾子
I80.9	部位不明の静脈炎および静脈血栓症		
I82.9	詳細不明の静脈の塞栓症および血栓症		
K55.0	腸の急性血管障害	M	K55.0 の症状は塞栓症として特定される必要がある
K56.4	腸の他の塞栓		
K59.0	便秘		
L89	褥瘡性潰瘍		
N10-N12	尿細管間質性の腎炎	M	麻痺または膀胱の制御不能を引き起こす疾病
N17-N19	肝臓疾患、急性、慢性または詳細不明		
N28.0	腎臓の虚血および梗塞	M	N28.0 の症状は腎動脈の塞栓症として特定される必要がある
N30.0-N30.2	膀胱炎、急性、（慢性）間質性および他の慢性	M	麻痺または膀胱の制御不能を引き起こす疾病
N30.9	膀胱炎、詳細不明	M	麻痺または膀胱の制御不能を引き起こす疾病
N31	膀胱の神経筋機能障害、他の箇所に分類されない		
N34.0-N34.2	尿道の膿瘍および尿道炎	M	麻痺または膀胱の制御不能を引き起こす疾病
N35.1-N35.9	尿道狭窄（非外傷性）	M	麻痺または膀胱の制御不能を引

コード	説明	条件反応	修飾子
			き起こす疾病
N39.0	尿路感染症、部位特定されない	M	麻痺または膀胱の制御不能を引き起こす疾病
R64	悪液質		

### 7.2.5 リンケージおよび他の規定に対する特別な指示（ステップ M1）

ステップ M1 ではこのセクションのリストを使用する。

仮の根本原因は左欄にリストアップされている。右側の欄に特定されている条件が当てはまる場合、新たな仮の根本原因として太字のコードを使用する。

二つのタイプの組み合わせがある：

「以下への言及とともに」は他の症状が証明書のどこかに表記されている可能性を意味する；

「以下の原因として報告される場合」は他の症状が正確な因果関係として表されるまたはそうではない場合は、他の症状が仮の根本原因に起因するとして示される。

症状によっては、更なる前提条件があり、例えば特定の用語が仮の根本原因または根本原因コードを変更させる可能性のある症状のいずれかに対して使用されている。

#### A00-B99 特定の感染性疾患および寄生虫性疾患

以下の原因として報告される場合：

C00-C97（悪性新生物）、**C00-C97** にコーディング；

例外： HIV 疾患に起因すると報告されている、セクション 7.2.3A 認められた順序、サブセクション（d）、悪性腫瘍と HIV、にリストアップされている悪性新生物に対して：適応する **B21.**-または **B22.7** にコーディングする。

#### A02.1 サルモネラ敗血症

以下への言及とともに：

B20-B24（ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B20.1**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

R75（ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値）、適応する **B20.1**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

#### A07.3 イソスポーラ症

以下への言及とともに：

B20-B24（ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B20.7**、**B20.8** または **B22.7** にコーディングする。

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.7**、**B20.8** または **B22.7** にコーディングする。

A15-A19 結核

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.0**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.0**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

A15.- 呼吸性結核症、細菌学のおよびに組織学的に確定された、または

A16.- 呼吸性結核症、細菌学のおよびに組織学的に確定されていない

以下への言及とともに：

J60-J64 (塵肺症)、**J65** にコーディング

A17.-† 神経系の結核症または

A18.- 他臓器の結核

以下への言及とともに：

A15 または A16 (呼吸性結核症)、A15.-または A16.-の症状の原因として報告されず、その症状の期間を超える特定された期間が報告されない限り、**A15**、**A16** にコーディングする。

A31.- 他の抗酸菌に起因する感染症

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.0**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.0**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

A39.2 急性髄膜炎菌血症、または

A39.3 慢性髄膜炎血症、または

A39.4 髄膜炎菌血症、詳細不明

以下への言及とともに：

A39.0† (髄膜炎菌性髄膜炎)、**A39.0** にコーディング

A39.1† (ウォーターハウス・フリーデリクセン症候群)、**A39.1** にコーディング

A51.- 早期梅毒

以下への言及とともに：

A52.- (後期梅毒)、**A52.-**にコーディング

A81.2 進行性多巣性白質脳症

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.3**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.3**、

**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

- B00.0 ヘルペス性湿疹、または
- B00.1 ヘルペスウイルス性の小水疱性皮膚炎、または、
- B00.2 ヘルペスウイルス性の歯肉口内炎および咽頭扁桃炎、または
- B00.7 播種性ヘルペスウイルス性疾患、または
- B00.8 他の型のヘルペスウイルス性感染症、慢性潰瘍、気管支炎、肺炎、または食道炎と特定される

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.3**、**B20.7** または **B24** にコーディングする。

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.3**、**B20.7** または **B24** にコーディングする。

- B16.- 急性 B 型肝炎、または

- B17.- 他の急性ウイルス性肝炎

以下の原因として報告される場合：

K72.1 (慢性肝不全)、**B18.-**にコーディングする

K74.0-K74.2, K74.4-K74.6 (肝線維症および肝硬変)、**B18.-**にコーディングする

- B20-B24 ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患

死亡の型、不明確な症状および死亡の原因となりにくい症状は、その効果への第3巻の特定の入力がない限り、**B20-B23** のカテゴリーにリンクするべきではない。

同じカテゴリーの二つ以上のサブカテゴリーに分類可能な症状は、関連するカテゴリー (**B20** または **B21**) の **.7** サブカテゴリーにコーディングされるべきである。必要に応じて、グループ **B20-B24** の中から追加のコードがリストされた個別の症状を特定するのに使用される場合がある。

- B20.- 感染性疾患および寄生虫性疾患を引き起こすヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患

以下への言及とともに：

B23.8 (他の特定の症状をもたらす HIV 疾患、死亡の型不明確および死亡の原因となりにくい症状のコーディングに使用される場合)、その効果への第3巻の特定の入力がない限り、**B20.-**にコーディングする。

- B21.- 悪性新生物を引き起こすヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患

以下への言及とともに：

B23.8 (他の特定の症状をもたらす HIV 疾患、死亡の型不明確および死亡の原因となりにくい症状のコーディングに使用される場合)、その効果への第3巻の特定の入力がない限り、**B21.-**にコーディングする。

- B22.- 他の特定の疾患を引き起こすヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患

以下への言及とともに：

B23.8 (他の特定の症状をもたらす HIV 疾患、死亡の型不明確および死亡の原因となりにくい症状のコーディングに使用される場合)、その効果への第3巻の特定の入力がない限り、**B22.-**にコーディングする。

- B22.7  他の箇所に分類される複数の疾患を引き起こす HIV 疾患  
B20-B22 の中の二つ以上のカテゴリーに分類可能な症状が証明書に記載されている場合、このサブカテゴリーが使用されるべきである。必要に応じて、グループ B20-B24 の中から追加のコードがリストされた個別の症状を特定するのに使用される場合がある。
- B24  詳細不明のヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患  
以下の原因として報告される場合：  
I42.0  （拡張型心筋症）、 **B23.8** にコーディング  
I42.9  （心筋症、詳細不明）、 **B23.8** にコーディング
- B25.0† サイトメガロウイルス性肺炎、または  
B25.2† サイトメガロウイルス性膵炎、または  
B25.8  他のサイトメガロウイルス性疾患、網膜炎と特定、または  
B25.9  サイトメガロウイルス性疾患、詳細不明、肝臓、脾臓およびリンパ節を除く  
以下への言及とともに：  
B20-B24  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B20.2**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする  
R75  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値）、適応する **B20.2**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする
- B37.1  肺カンジダ症、または  
B37.8  他の部位のカンジダ症、食道と特定  
以下への言及とともに：  
B20-B24  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B20.4**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする  
R75  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値）、適応する **B20.4**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする
- B38.-  コクシジオイデス症  
以下への言及とともに：  
B20-B24  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B20.5**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする  
R75  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値）、適応する **B20.5**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする
- B39.-  ヒストプラズマ症  
以下への言及とともに：  
B20-B24  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B20.5**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする  
R75  （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値）、適応する **B20.5**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする
- B45.-  クリプトコッカス症  
以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.5**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.5**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする。

B58.- トキソプラズマ症

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.7**、**B20.8** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.7**、**B20.8** または **B22.7** にコーディングする

B59† ニューモシスティス肺炎

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.6**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.6**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする

B90.- 結核の後遺症

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B20.0**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B20.0**、**B20.7** または **B22.7** にコーディングする

B95.0-B95.5 他のチャプターに分類される疾患の原因としての連鎖球菌

死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.1** にコーディングする。

B95.6-B95.8 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのブドウ球菌

死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.0** にコーディングする。

B96.0 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのマイコプラズマ肺炎菌

死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.3** にコーディングする。

B96.1 他のチャプターに分類される疾患の原因としての肺炎桿菌

死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.8** にコーディングする。

B96.2 他のチャプターに分類される疾患の原因としての大腸菌

死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.8** にコーディングする。

B96.3 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのインフルエンザ菌

死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.2**

にコーディングする。

- B96.4-B96.8 他のチャプターに分類される疾患の原因としての他の特定細菌物質  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.8**  
にコーディングする。
- B97.0 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのアデノウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.0**  
にコーディングする。
- B97.1 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのエンテロウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.1**  
にコーディングする。
- B97.2 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのコロナウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.2**  
にコーディングする。
- B97.3 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのレトロウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B33.3**  
にコーディングする。
- B97.4 他のチャプターに分類される疾患の原因としての呼吸器合胞体 (RS) ウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.8**  
にコーディングする。
- B97.5 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのレトロウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.8**  
にコーディングする。
- B97.6 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのパルボウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.3**  
にコーディングする。
- B97.7 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのパピローマウイルス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.4**  
にコーディングする。
- B97.8 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのウイルス性因子  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**B34.8**  
にコーディングする。
- B98.0 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのヘリコバクターピロリ [*H.ピロリ*]  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.8**  
にコーディングする。
- B98.1 他のチャプターに分類される疾患の原因としてのビブリオバルニフィカス  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。疾患が言及されない場合、**A49.8**  
にコーディングする。
- C46.- カポジ肉腫

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B21.0**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B21.0**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

C53.- 子宮頸の悪性新生物、侵襲性子宮頸と特定

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B21.7**、**B21.8** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B21.7**、**B21.8** または **B22.7** にコーディングする

C77-C79 続発性悪性新生物

死亡コーディングの根本原因として使用されない。悪性新生物の原発部位が不明または特定されていない場合、部位の詳細の無い悪性新生物にコードかする (**C80.-**)。

C81-C86.5 リンパ腫、原始脳と特定

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B21.2**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B21.2**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

C83.3 びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、免疫芽球性と特定

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B21.2**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B21.2**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

C83.7 バーキットリンパ腫

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B21.1**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B21.1**、**B21.7** または **B22.7** にコーディングする

C97 独立 (原始) 複数部位の悪性新生物

死亡コーディングの根本原因として使用されない。複数ではあるが独立した悪性新生物が死亡証明書に報告されている場合、通常の方法で選択および修正ルールを適応することで根本原因を選択する。セクション 7.3.5 悪性新生物も併せて参照する。

D50-D89 血液および造血臓器の疾患および免疫構造に関連する特定の疾患

以下の原因として：

B20-B24 ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患および、HIV 疾患が元々の症状への治療として行われた輸血の結果であると証明書が示す場合、**B20-B24** にコーディン



グする

E10-E14 糖尿病

以下への言及とともに：

- E87.2 (アシドーシス)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.1** とする
- E88.8 (他の特定された代謝異常)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.1** とする
- G58.- (他の単神経障害)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- G62.9 (多発性神経障害、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- G64 (末梢神経系の他の疾患)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- G71.8 (筋肉の他の原発性疾患)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- G90.9 (自律神経系の疾患、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- H20.9 (虹彩毛様体炎、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H26.9 (白内障、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H30.9 (脈絡網膜の炎症、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H34 (網膜血管閉塞)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H35.0 (底辺網膜症および網膜の血管変化)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H35.2 (他の増殖性網膜症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H35.6 (網膜出血)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H35.9 (網膜疾患、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- I70.2 (四肢の動脈内にできるアテローム性動脈硬化症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.5** とする
- I73.9 (末梢血管疾患、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.5** とする
- L92.1 (リポイド類壊死症、他の箇所に分類されない)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- L97 (下肢の潰瘍)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.5** とする
- M13.9 (関節炎、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- M79.2 (神経痛および神経炎、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- N03-N05 (ネフローゼ症候群および腎炎症候群)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.2** とする
- N18.- (慢性腎疾患)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.2** とする
- N19 (詳細不明の腎不全)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.2** とする

- N26 (詳細不明の萎縮腎)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.2** とする
- N28.9 (腎障害および尿管疾患、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.2** とする
- N39.1 (タンパク尿、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.2** とする
- R02 (壊疽、他の箇所に分類されない)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.5** とする
- R40.2 (昏睡状態、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.0** とする
- R79.8 (他に特定される血液化学の異常所見)、アセトン血症、高窒素血症および関連する症状の場合、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.1** とする  
上記のいずれかの組み合わせの場合、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.7** とする

以下の原因として報告されたとき：

- A09.- (感染性および詳細不明の原因の他の胃腸炎および大腸炎)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- A40.- (連鎖球菌性敗血症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- A41.- (他の敗血症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- A49.- (部位不明の細菌感染症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- B35.- (皮膚糸状菌症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- B36.- (他の表在性真菌症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- B37.- (カンジダ症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- D65 (播種性血管内凝固症候群[脱線維素症候群])、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E15 (非糖尿病性の低血糖性昏睡；詳細不明の低血糖性昏睡のみ対象)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.0** とする
- E16.2 (低血糖症、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E78.0 (純型高コレステロール血症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E78.1 (純型高グリセリド血症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E78.2 (混合型脂質異常症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E78.5 (脂質異常症、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E87.5 (高カリウム血症)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- E88.9 (代謝異常、詳細不明)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- G04.8 (他の脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする

- G04.9 (脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- G70.9 (筋肉の筋神経疾患)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- G98 (神経系の他の疾患、他の箇所に分類されない; シャルコー関節症、非梅毒性を除く)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- G98 (神経系の他の疾患、他の箇所に分類されない; シャルコー関節症、非梅毒性の場合)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- H49.9 (麻痺性斜視、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- H54 (失明および低視力)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.3** とする
- I10 (本態性(原発性)高血圧症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I11.- (高血圧性心疾患)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I20-I25 (虚血性心疾患)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I33.0 (急性および亜急性感染性心内膜炎)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I38 (心内膜炎、弁非特定)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I42.0 (拡張型心筋症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I42.9 (心筋症、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I48.- (心房細動および粗動)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I49.- (他の心不整脈)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I50.- (心不全)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I51.6 (心血管疾患、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I61.- (脳内出血)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I62.- (他の非外傷性頭蓋内出血)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I63.- (脳梗塞)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I64 (脳卒中、出血または梗塞と特定されない)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I67.2 (脳アテローム性動脈硬化)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I67.8 (他の特定された脳血管疾患)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I67.9 (脳血管疾患、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I69.1 (脳内出血の後遺症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I69.2 (他の非外傷性頭蓋内出血の後遺症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする

- I69.3 (脳梗塞の後遺症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I69.4 (脳卒中の後遺症、出血または梗塞と特定されない)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I69.8 (他の特定された脳血管疾患の後遺症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I70.0 (大動脈粥状硬化症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I70.1 (腎動脈のアテローム性動脈硬化)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I70.8 (他の動脈のアテローム性動脈硬化)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I70.9 (全身性および詳細不明のアテローム性動脈硬化)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I74.2 (上肢動脈の塞栓症および血栓症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I74.3 (下肢動脈の塞栓症および血栓症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I74.4 (四肢動脈の塞栓症および血栓症、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I80.- (静脈炎および静脈血栓症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I82.9 (非特定の静脈の塞栓症および血栓症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- I99 (循環系の他の疾患および詳細不明の疾患)、血管障害のみ対象、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.5** とする
- J12-J18 (肺炎)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- K25-K28 (胃腸、十二指腸、消化性および胃空腸潰瘍)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- K31.8 (胃および十二指腸の他の特定された疾患；胃不全麻痺のみ対象)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.4** とする
- K92.2 (消化管出血、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- L03.- (蜂巣炎)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- L08.- (皮膚および皮下組織の他の局所性感染)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- L30.9 (皮膚炎、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- L89.- (褥瘡性潰瘍および圧迫部)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- L98.4 (慢性皮膚潰瘍、他の箇所に分類されない)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.5** とする
- M11.2 (他の軟骨石灰化症)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- M72.6 (壊疽性筋膜炎)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする
- M89.9 (骨の疾患、詳細不明)、 **E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6** とする

る

N39.0 (尿路感染症、部位非特定)、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.6**とする

上記のいずれかの組み合わせの場合、**E10-E14** にコーディングして四文字目を**.7**とする

E86 体液量減少

以下への言及とともに：

A00-A09 (腸感染症)、**A00-A09** にコーディング

E89.- 処置後の内分泌疾患および代謝異常、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4) 参照。

F03-F09 器質性障害、症候性、精神疾患含む

根本的な物理的症状がわかっている場合、使用されない。

F10-F19 精神活性物質の使用に起因する精神疾患および行動障害

以下への言及とともに：

X40-X49 (中毒事故および有害物質への暴露)、**X40-X49** にコーディング

X60-X69 (意図的な自己中毒および有害物質への暴露)、**X60-X69** にコーディング

X85-X90 (有害物質により攻撃を受ける)、**X85-X90** にコーディング

Y10-Y19 (薬物への中毒および暴露、化学物質および有害物質)、**Y10-Y19** にコーディング

F10-F19 四文字目.0 (急性中毒)、**X40-X49**, **X60-X69**, **X85-X90** または **Y10-Y19** にコーディング

四文字目.1 (有害な使用)

以下への言及とともに：

依存症候群 (.2)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.2**とする

精神錯乱を伴う離脱状態 (.4)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.4**とする

健忘症候群 (.6)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.6**とする

後遺症または遅発性の精神異常 (.7)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.7**とする

四文字目.2 (依存症候群)

以下への言及とともに：

精神錯乱を伴う離脱状態 (.4)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.4**とする

健忘症候群 (.6)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.6**とする

後遺症または遅発性の精神異常 (.7)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.7**とする

四文字目.5 (精神異常)

以下への言及とともに：

依存症候群 (.2)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.2**とする

精神錯乱を伴う離脱状態 (.4)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.4** とする  
健忘症候群 (.6)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.6** とする  
後遺症または遅発性の精神異常 (.7)、**F10-F19** にコーディングして四文字目を**.7** とする

F10.- アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害

以下への言及とともに：

- E24.4 (アルコール性クッシング症候群)、**E24.4** にコーディング
- G31.2 (アルコールに起因する神経系の変性)、**G31.2** にコーディング
- G62.1 (アルコール性多発ニューロパシー)、**G62.1** にコーディング
- G72.1 (アルコール性ミオパシー)、**G72.1** にコーディング
- I42.6 (アルコール性心筋症)、**I42.6** にコーディング
- K29.2 (アルコール性胃炎)、**K29.2** にコーディング
- K70.- (アルコール性肝臓疾患)、**K70.-**にコーディング
- K72.- (肝不全、他の箇所に分類されない)、**K70.4** にコーディング
- K73.- (慢性肝炎、他の箇所に分類されない)、**K70.1** にコーディング
- K74.0 (肝線維症)、**K70.2** にコーディング
- K74.1 (肝硬化)、**K70.2** にコーディング
- K74.2 (肝硬化を伴う肝線維症)、**K70.2** にコーディング
- K74.6 (他および詳細不明の肝硬変)、**K70.3** にコーディング
- K75.8 (他の炎症性肝疾患)、非アルコール性脂肪性肝炎ではなく脂肪性肝炎と特定された場合、**K70.1** にコーディング
- K75.9 (炎症性肝疾患、詳細不明)、**K70.1** にコーディング
- K76.0 (脂肪肝 (の変化) ) 他の箇所に分類されない、**K70.0** にコーディング
- K76.9 (肝疾患、詳細不明)、**K70.9** にコーディング
- K85.2 (アルコール性急性膵炎)、**K85.2** にコーディング
- K86.0 (アルコール性慢性膵炎)、**K86.0** にコーディング
- O35.4 (アルコールによる胎児への (推測される) 影響のための妊婦管理)、**O35.4** にコーディング

以下の原因として報告される場合：

- I42.7 (薬物や他の外部物質に起因する心筋症)、**I42.6** にコーディング

F17.- 煙草の使用に起因する精神疾患および行動障害

結果的な物理的症狀がわかっている場合、使用されない。

F70-F79 精神遅滞

根本的な物理的症狀がわかっている場合、使用されない。

F80.- 言語障害の特定の発達障害

F81.- 学力の特定の発達障害

根本的な物理的症狀がわかっている場合、使用されない。

G25.5 他の舞踏病

以下への言及とともに：

I00-I02 (急性リウマチ熱)、**I02.-**にコーディング

I05-I09 (慢性リウマチ性心疾患)、**I02.-**にコーディング

G81.- 片麻痺、または

G82.- 対麻痺および四肢麻痺、または

G83.- 他の麻痺症候群

麻痺の原因がわかっている場合は使用されない。

G93.4 脳症、詳細不明

以下への言及とともに：

B20-B24 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患)、適応する **B22.0** または **B22.7** にコーディングする

R75 (ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値)、適応する **B22.0** または **B22.7** にコーディングする

G97.- 処置後の神経系の疾患、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 4.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4) 参照。

H54.- 失明を含む視力障害 (両眼または単眼)

選考症状がわかっている場合は使用されない。

H59.- 処置後の眼および付属器の疾患、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4) 参照。

H90.- 伝音難聴および感音性難聴

H91.- 他の難聴

難聴の原因がわかっている場合は使用されない。

H95.- 処置後の耳および乳様突起の疾患、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4) 参照。

I05.8 他の僧帽弁疾患、または

I05.9 僧帽弁疾患、詳細不明

詳細不明の原因が以下へ言及するとき：

I34.- (非リウマチ性の僧帽弁疾患)、**I34.-**にコーディング

I08.- 複数の弁疾患

非リウマチが原因、特定されている複数の弁膜疾患には使用せず。非リウマチが原因の複数の弁膜疾患が同じ死亡証明書に報告されている場合、根本原因は通常の方法の選択および修正ルールを適応することで選択される。

I09.1 心内膜のリウマチ性疾患、弁詳細不明、または

I09.9 リウマチ性心疾患、詳細不明

以下への言及とともに：

I05-I08 (慢性リウマチ性心疾患)、**I05-I08** にコーディング

110 (本態性 (原発性) 高血圧症)

以下への言及とともに：

I11.- (高血圧性心疾患)、**I11.-**にコーディング

I12.- (高血圧性腎疾患)、**I12.-**にコーディング

I13.- (高血圧性心疾患および高血圧性腎疾患)、**I13.-**にコーディング

I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコーディング

I50.- (心不全)、末期的または急性、突然、または短い期間 (24時間より短い) を表す同様の表現と特定された場合を除く、**I11.0** にコーディング

I51.4-I51.9 (心臓疾患の合併症および不明確な説明)、末期的または急性、突然、または短い期間 (24時間より短い) を表す同様の表現と特定された場合を除く、**I11.1**-にコーディング

I60-I69 (脳血管疾患)、**I60-I69** にコーディング

N00.- (急性腎炎症候群)、**N00.-**にコーディング

N01.- (急速進行性腎炎症候群)、**N01.-**にコーディング

N03.- (慢性腎炎症候群)、**N03.-**にコーディング

N04.- (腎炎症候群)、**N04.-**にコーディング

N05.- (詳細不明の腎炎症候群)、**N05.-**にコーディング

N18.- (慢性腎疾患)、**I12.-**にコーディング

N19 (詳細不明の萎縮腎)、**I12.-**にコーディング

N26 (詳細不明の萎縮腎)、**I12.-**にコーディング

以下の原因として報告される場合：

H35.0 (底辺網膜症および網膜の血管変化)、**H35.0** にコーディングする

I05-I09 (**I05-I09** に分類される症状、リウマチには特定されない)、**I34-I38** にコーディング

I34-I38 (非リウマチ性弁疾患)、**I34-I38** にコーディング

111.- 高血圧性心疾患

以下への言及とともに：

I12.- (高血圧性腎疾患)、**I13.-**にコーディング

I13.- (高血圧性心疾患および高血圧性腎疾患)、**I13.-**にコーディング

I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコーディング

N18.- (慢性腎疾患)、**I13.-**にコーディング

N19 (非特定の腎不全)、**I13.-**にコーディング

N26 (詳細不明の萎縮腎)、**I13.-**にコーディング

112.- 高血圧性腎疾患

以下への言及とともに：

I11.- (高血圧性心疾患)、**I13.-**にコーディング

I13.- (高血圧性心疾患および高血圧性腎疾患)、**I13.-**にコーディング



I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコーディング

I50.- (心不全)、末期的または急性、突然、または短い期間 (24時間より短い) を表す同様の表現と特定された場合を除く、**I13.0** にコーディング

I51.4-I51.9 (心臓疾患の合併症および不明確な説明)、末期的または急性、突然、または短い期間 (24時間より短い) を表す同様の表現と特定された場合を除く、**I13.-**にコーディング

I13.- 高血圧性心疾患および高血圧性腎疾患

以下への言及とともに：

I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコーディング

I15.0 腎血管性高血圧症

腎血管性高血圧症の原因がわかっている場合または SP6 の適用により推定される場合は使用しない。原因がわからず、または推定されない場合、**I15.0** にコーディングする。

I15.1 他の腎障害に続発する高血圧

腎障害の原因がわかっている場合または SP6 の適用により推定される場合は使用しない。原因がわからず、または推定されない場合、**N28.9** にコーディングする。

I15.2 内分泌疾患に続発する高血圧

内分泌疾患の原因がわかっている場合または SP6 の適用により推定される場合は使用しない。原因がわからず、または推定されない場合、**E34.9** にコーディングする。

I15.8 他の続発性高血圧

続発性高血圧の原因がわかっている場合または SP6 の適用により推定される場合は使用しない。原因がわからず、または推定されない場合、**I15.8** にコーディングする。

I15.9 続発性高血圧、詳細不明

続発性高血圧の原因がわかっている場合または SP6 の適用により推定される場合は使用しない。原因がわからず、または推定されない場合、**I15.9** にコーディングする。

I20.- 狭心症、または

I24.- 他の急性虚血性心疾患、または

I25.- 慢性虚血性心疾患

以下への言及とともに：

I21.- (急性心筋梗塞)、**I21.-**にコーディング

I22.- (続発性心筋梗塞)、**I21.-**にコーディング

I22.- 続発性心筋梗塞

死亡コーディングの根本原因として使用されない。**I21.-**にコーディングする。

I23.- 急性心筋梗塞に続く明らかな現在の合併症

死亡コーディングの根本原因として使用されない。急性心筋梗塞 (**I21.-**) にコーディングする。

I24.0 心筋梗塞を引き起こさない冠状動脈血栓症

死亡コーディングの根本原因として使用されない。死亡には、心筋梗塞の発生が前提

とされ、**I21.-**に割り当てられる。

- I25.2 陳旧性心筋梗塞  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。原因が言及されない場合、慢性虚血性心疾患の他の型 (**I25.8**) にコーディングする。
- I27.9 肺性心、詳細不明  
以下への言及とともに：  
41.- (脊柱側彎症)、**I27.1** にコーディング
- I44.- 房室と左脚グループ、または
- I45.- 他の伝導疾患、または
- I46.- 心停止、または
- I47.- 発作性頻脈、または
- I48.- 心房細動と心房粗動、または
- I49.- 他の心不整脈、または
- I50.- 心不全、または
- I51.4-I51.9 心臓疾患の合併症および不明確な説明  
以下への言及とともに：  
B57.- (シャーガス病)、**B57.-**にコーディング  
I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコーディング
- I50.- 心不全、末期的または急性、突然、または短い期間 (2 4 時間より短い) を表す同様の表現と特定された場合を除く、または
- I51.9 心臓疾患、詳細不明、末期的または急性、突然、または短い期間 (2 4 時間より短い) を表す同様の表現と特定された場合を除く  
以下への言及とともに：  
I10 (本態性 (原発性) 高血圧症)、**I11.0** にコーディング  
I11.- (高血圧性心疾患)、**I11.0** にコーディング  
I12.0 (腎不全を伴う高血圧性腎疾患)、**I13.2** にコーディング  
I12.9 (腎不全を伴わない高血圧性腎疾患)、**I13.0** にコーディング  
I13.0 ((鬱血性) 心不全を伴う高血圧性心疾患および腎疾患)、**I13.0** にコーディング  
I13.1 (腎不全を伴う高血圧性心疾患および腎疾患)、**I13.2** にコーディング  
I13.2 ((鬱血性) 心不全および腎不全両方を伴う高血圧性心疾患および腎疾患)、**I13.2** にコーディング  
I13.9 (高血圧性心疾患および腎疾患、詳細不明)、**I13.0** にコーディング  
M41.- (脊柱側彎症)、**I27.1** にコーディング
- I50.9 心不全、詳細不明、または
- I51.9 心疾患、詳細不明  
以下への言及とともに：

J81 (肺水腫)、**I50.1** にコーディング

160-169 脳血管疾患

以下の症状の原因として報告される場合：

F01-F03 (認知症)、**F01.-**にコーディング

165.- 脳梗塞を引き起こさない脳実質外動脈の閉塞および狭窄、または

166.- 脳梗塞を引き起こさない大脳動脈の閉塞および狭窄

死亡コーディングの根本原因として使用されない。死亡には、脳梗塞の発生が前提とされ、**I63.-**に割り当てられる。

167.2 大脳アテローム性動脈硬化

以下への言及とともに：

I60-I66 (くも膜下出血、脳内出血、他の非外傷性頭蓋内出血、脳梗塞、発作、出血および梗塞と特定されない、脳実質外動脈および大脳動脈の閉塞および狭窄)、**I60-I64** にコーディング

以下の症状の原因として報告される場合：

F03 (詳細不明の認知症)、**F01.-**にコーディング

G20 (パーキンソン病)、**G21.4** にコーディング

G21.9 (続発性パーキンソン病、詳細不明)、**G21.4** にコーディング

170.- アテローム性動脈硬化症

以下への言及とともに：

I10-I13 (高血圧性疾患)、**I10-I13** にコーディング

I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコーディング

I50.- (心不全)、**I50.-**にコーディング

I51.4 (心筋炎、詳細不明)、**I51.4** にコーディング

I51.5 (心筋変性)、**I51.5** にコーディング

I51.6 (心血管疾患、詳細不明)、**I51.6** にコーディング

I51.8 (他の不明確な心疾患)、**I51.8** にコーディング

I60-I69 (心血管疾患)、**I60-I69** にコーディング

以下の原因として報告される場合：

I05-I09 (I05-I09 に分類される症状、しかしリウマチには特定されない)、**I34-I38** にコーディング

I34-I38 (非リウマチ性の弁疾患)、**I34-I38** にコーディング

I51.9 (心疾患、詳細不明)、**I25.1** にコーディング

I71-I78 (動脈、細動脈および毛細血管の他の疾患)、**I71-I78** にコーディング

K55.- (腸の血管障害)、**K55.-**にコーディング

N03.- (慢性腎炎症候群)、**I12.-**にコーディング

N26 (詳細不明の萎縮腎)、**I12.-**にコーディング

170.9 全身性および詳細不明のアテローム性動脈硬化

以下への言及とともに：

R02 (壊疽、他の箇所に分類されない)、**I70.2** にコーディング  
以下の原因として報告される場合：

F01.- (血管性認知症)、**F01.-**にコーディング

F03 (詳細不明の認知症)、**F01.-**にコーディング

G20 (パーキンソン病)、**G21.4** にコーディング

G21.9 (続発性パーキンソン病、詳細不明)、**G21.4** にコーディング

I71.1 胸部大動脈瘤、破裂性

以下への言及とともに：

I71.3 (腹部大動脈瘤、破裂性)、**I71.5** にコーディング

I71.2 胸部大動脈瘤、破裂についての言及を伴わない

以下への言及とともに：

I71.4 (腹部大動脈瘤、破裂についての言及を伴わない)、**I71.6** にコーディング

I71.3 腹部大動脈瘤、破裂性

以下への言及とともに：

I71.1 (胸部大動脈瘤、破裂性)、**I71.5** にコーディング

I71.4 腹部大動脈瘤、破裂についての言及を伴わない

以下への言及とともに：

I71.2 (胸部大動脈瘤、破裂についての言及を伴わない)、**I71.6** にコーディング

I97.- 処置後の循環系の疾患、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4) 参照。

J00 急性上咽頭炎[風邪]、または

J06.- 複数部位および部位不明の急性上気道感染

以下への言及とともに：

R26.3 (不動性)、**J18.2** にコーディング

以下の原因として報告される場合：

G03.8 (髄膜炎)、**G03.8** にコーディング

G06.0 (頭蓋内腫瘍および肉芽腫)、**G06.0** にコーディング

H65-H66 (中耳炎)、**H65-H66** にコーディング

H70.- (乳様突起炎および関連する症状)、**H70.-**にコーディング

J09-J18 (インフルエンザおよび肺炎)、**J09-J18** にコーディング

J20-J21 (気管支炎および細気管支炎)、**J20-J21** にコーディング

J40-J42 (詳細不明および慢性気管支炎)、**J40-J42** にコーディング

J44.- (他の慢性閉塞性肺疾患)、**J44.-**にコーディング

N00.- (急性腎炎症候群)、**N00.-**にコーディング

J18.- 肺炎、微生物詳細不明

以下への言及とともに：

R26.3 (不動性)、**J18.2** にコーディング

J20.- 急性気管支炎

以下への言及とともに：

J41.- (単純性および粘液膿性慢性気管支炎)、**J41.-**にコーディング

J42 (詳細不明の慢性気管支炎)、**J42** にコーディング

J44 (他の慢性閉塞性肺疾患)、**J44** にコーディング

J40 気管支炎、急性または慢性と特定されない、または

J41.- 単純性および粘液膿性慢性気管支炎、または

J42 詳細不明の慢性気管支炎

以下への言及とともに：

J43.- (肺気腫)、**J44.-**にコーディング

J44.- (他の慢性閉塞性肺疾患)、**J44.-**にコーディング

以下の原因として報告される場合：

J45.- (喘息)、**J44.-**にコーディング (以下の J45.-、 J46 の注釈を併せて参照)

J43.- 肺気腫

以下への言及とともに：

J40 (気管支炎、急性または慢性と特定されない)、**J44.-**にコーディング

J41.- (単純性および粘液膿性慢性気管支炎)、**J44.-**にコーディング

J42 (詳細不明の慢性気管支炎)、**J44.-**にコーディング

J44.8-J44.9 他のおよび詳細不明慢性閉塞性肺疾患

以下への言及とともに：

J12-J18 (肺炎)、**J44.0** にコーディング

J20-J22 (他の急性下気道感染症)、**J44.0** にコーディング

J45.- 喘息、または

J46 喘息重積状態

死因医療証明書に喘息および気管支炎(急性)(慢性)または他の慢性閉塞性肺疾患が一緒に報告されている場合、根本原因を通常の方法で選択する。いずれの用語も、もう一方の用語の形容詞的修飾要素として扱わない。

J60-J64 塵肺

以下への言及とともに：

A15-A16 (呼吸性結核症)、**J65** にコーディング

J81 肺水腫

以下への言及とともに：

I50.9 (心不全、詳細不明)、**I50.1** にコーディング

I51.9 (心疾患、詳細不明)、**I50.1** にコーディング

J95.- 処置後呼吸器疾患、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の

医療処置への特別な指示（ステップ M4）参照。

- K71 中毒性肝疾患  
以下への言及とともに：  
F10.- （アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害）、**K70.-**にコーディング  
K70.- （アルコール性肝臓疾患）、**K70.-**にコーディング  
T51.- （アルコールの中毒作用）、**K70.-**にコーディング
- K72.- 肝不全、他の箇所に分類されない  
以下への言及とともに：  
F10.- （アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害）、**K70.4** にコーディング  
K70.0-K70.4 （アルコール性肝臓疾患）、**K70.0-K70.4** にコーディング  
K70.9 （アルコール性肝臓疾患、詳細不明）、**K70.4** にコーディング  
T51.- （アルコールの中毒作用）、**K70.4** にコーディング
- K73.- 慢性肝炎、他の箇所に分類されない  
以下への言及とともに：  
F10.- （アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害）、**K70.1** にコーディング  
K70.- （アルコール性肝臓疾患）、**K70.1** にコーディング  
T51.- （アルコールの中毒作用）、**K70.1** にコーディング
- K74.0 肺線維症  
以下への言及とともに：  
F10.- （アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害）、**K70.2** にコーディング  
K70.- （アルコール性肝臓疾患）、**K70.2** にコーディング  
T51.- （アルコールの中毒作用）、**K70.2** にコーディング
- K74.1 肝臓硬化  
以下への言及とともに：  
F10.- （アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害）、**K70.2** にコーディング  
K70.- （アルコール性肝臓疾患）、**K70.2** にコーディング  
T51.- （アルコールの中毒作用）、**K70.2** にコーディング
- K74.2 肝臓硬化を伴う肺線維症  
以下への言及とともに：  
F10.- （アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害）、**K70.2** にコーディング  
K70.- （アルコール性肝臓疾患）、**K70.2** にコーディング  
T51.- （アルコールの中毒作用）、**K70.2** にコーディング

K74.6 他および詳細不明の肝硬変

以下への言及とともに：

F10.- (アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害)、**K70.3** にコーディング

K70.- (アルコール性肝臓疾患)、**K70.3** にコーディング

T51.- (アルコールの中毒作用)、**K70.3** にコーディング

K75.8 他の特定された炎症性肝疾患、脂肪性肝炎に特定された場合

以下への言及とともに：

F10.- (アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害)、**K70.1** にコーディング

K70.- (アルコール性肝臓疾患)、**K70.1** にコーディング

T51.- (アルコールの中毒作用)、**K70.1** にコーディング

K75.9 炎症性肝疾患、詳細不明

以下への言及とともに：

F10.- (アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害)、**K70.1** にコーディング

K70.- (アルコール性肝臓疾患)、**K70.1** にコーディング

T51.- (アルコールの中毒作用)、**K70.1** にコーディング

K76.0 (脂肪肝 (の変化)) 他の箇所に分類されない

以下への言及とともに：

F10.- (アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害)、**K70.0** にコーディング

K70.- (アルコール性肝臓疾患)、**K70.0** にコーディング

T51.- (アルコールの中毒作用)、**K70.0** にコーディング

K76.9 肝臓疾患、詳細不明

以下への言及とともに：

F10.- (アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害)、**K70.9** にコーディング

K70.- (アルコール性肝臓疾患)、**K70.9** にコーディング

T51.- (アルコールの中毒作用)、**K70.9** にコーディング

K85.9 急性膵炎、詳細不明

以下への言及とともに：

F10.- (アルコールの使用に起因する精神疾患および行動障害)、**K85.2** にコーディング

K91.- 処置後の消化器系の疾患、他の箇所に分類されない

死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4) 参照。

L89.- 褥瘡性潰瘍および圧迫部

先行原因に起因するとして報告されている場合：

L89.- 更に進行した段階の（褥瘡性潰瘍および圧迫部）、**L89.-** にコーディングし、四文字目を更に進行した段階にする。

M41.- 脊柱側彎症

以下への言及とともに：

I27.9 （肺性心、詳細不明）、**I27.1** にコーディング

I50.- （心不全）、**I27.1** にコーディング

I51.9 （心疾患、詳細不明）、**I27.1** にコーディング

M96.- 処置後筋骨格障害疾患、他の箇所に分類されない  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示（ステップ M4）参照。

N00.- 急性腎炎症候群

以下の原因として報告される場合：

N03.- （慢性腎炎症候群）、**N03.-** にコーディング

N18.- 慢性腎疾患

先行原因に起因するとして報告されている場合：

N18.- 更に進行した段階の（慢性腎疾患）、**N18.-** にコーディングし、四文字目を更に進行した段階にする。

N18.- 慢性腎疾患、または

N19 詳細不明の腎不全、または

N26 詳細不明の萎縮腎

以下への言及とともに：

I10 （本態性（原発性）高血圧症）、**I12.-** にコーディング

I11.- （（高血圧性心疾患）、**I13.-** にコーディング

I12.- （（高血圧性腎疾患）、**I12.-** にコーディング

N46 男性不妊、または

N97.- 女性不妊

不妊の原因がわかっている場合は使用しない。

N99.- 処置後泌尿生殖器系の疾患、他の箇所に分類されない  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。セクション 7.2.9 手術および他の医療処置への特別な指示（ステップ M4）参照。

O08.- 中絶および子宮外妊娠および奇胎妊娠に続く合併症  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。カテゴリ **O00-O07** を使用する。

O14.- 子癇前症

以下への言及とともに：

O15.- （子癇）、**O15.-** にコーディング

O30.- 多胎妊娠

更に明確な合併症が報告されている場合、死亡コーディングの根本原因として使用さ



れない。

- O32.- わかっているもしくは推測される胎位異常のための妊婦管理  
以下への言及とともに：  
O33.- （わかっているもしくは推測される不均衡のための妊婦管理）、**O33.-**にコーディング
- O33.9 胎児骨盤不均衡  
以下への言及とともに：  
O33.0-O33.3 （母体の骨盤異常に起因する不均衡）、**O33.0-O33.3** にコーディング
- O64.- 胎児の位置異常および胎位異常に起因する閉塞性分娩  
以下への言及とともに：  
O65.- （母体の骨盤異常に起因する閉塞性分娩）、**O65.-**にコーディング
- O80-O84 分娩  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。産婦死亡の他の原因が報告されていない場合、分娩合併症、詳細不明（**O75.9**）にコーディングする。
- O94 妊娠、出産および産褥期の合併症の後遺症  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。妊娠、出産および産褥期の合併症の後遺症の結果死亡した場合、産科原因の後遺症による死亡（**O97.-**）にコーディングする。
- P07.- 短い妊娠期間および低出生体重に関連する疾患、他の箇所に分類されない、または
- P08.- 長い妊娠期間および高出生体重に関連する疾患  
周産期死亡の他の原因が報告されている場合、使用されない。周産期死亡の報告されている唯一の他の原因が新生児の呼吸不全の場合、これは適用されない（**P28.5**）。
- P70.3-P72.0 胎児および新生児に特有の一過性内分泌疾患および代謝異常  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。周産期の他の原因が報告されていない場合、周産期に発生した症状、詳細不明（**P96.9**）にコーディングする。。
- P72.2-P74 胎児および新生児に特有の一過性内分泌疾患および代謝異常  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。周産期の他の原因が報告されていない場合、周産期に発生した症状、詳細不明（**P96.9**）にコーディングする。。
- Q44.6 肝嚢胞性疾患  
以下への言及とともに：  
Q61.1-Q61.3 （多発性嚢胞腎）、**Q61.1-Q61.3** にコーディング
- R57.2 敗血性ショック、または
- R64 悪液質  
以下への言及とともに：  
B20-B24 （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患）、適応する **B22.2** または **B22.7** にコーディングする  
R75 （ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値）、適応する **B22.2** または **B22.7** にコーディングする

- R65.0 臓器不全を伴わない感染性全身性炎症反応症候群、または
- R65.1 臓器不全を伴う感染性全身性炎症反応症候群、または
- R65.9 全身性炎症反応症候群、詳細不明  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。最初の感染性疾患 (**A00-B99**) にコーディングする。最初の感染性疾患が言及されている場合、敗血症、詳細不明 (**A41.9**) にコーディングする。 .
- R69.- 原因不明および詳細不明の死亡原因  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。適応する **R95-R99** を使用する。 .
- R75 ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患の臨床検査値  
以下の原因として報告される場合：  
A00-B99 (明らかな感染性疾患および寄生虫性疾患)、適応する **B20.-**または **B22.7** にコーディング
- S00-T98 損傷、中毒および外因によるその他の特定の結果  
V01-Y89 の関連するカテゴリーの追加コードとして以外、死亡コーディングの根本原因として使用されない。 .  
骨折の次もしくはは原因として骨密度疾患が報告される場合、骨折は病的とみなし、**M80.-**にコーディングする。
- T79.- 外傷の明らかな早期合併症、他の箇所に分類されない  
最初の損傷がわかっている場合は使用しない。 .
- V01-X59 事故  
以下への言及とともに：  
A35 破傷風、**A35** にコーディング
- Y90-Y98 死亡の原因および他の箇所に分類された死亡に関連する補足要因  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。 .
- Z00-Z99 健康状態に影響する要因および公共医療サービスへの接触  
死亡コーディングの根本原因として使用されない。

死亡コーディングの根本原因に使用されないコードの要約

拡張コードに加える

死亡コーディングの根本原因に使用されないコード（丸括弧内のアイテムにコーディングする；コードが示されない場合は **R99** にコーディングする）

B95.0–B95.5	(A49.1 にコーディング)
B95.6–B95.8	(A49.0 にコーディング)
B96.0	(A49.3 にコーディング)
B96.1–B96.2	(A49.8 にコーディング)
B96.3	(A49.2 にコーディング)
B96.4–B96.8	(A49.8 にコーディング)
B97.0	(B34.0 にコーディング)
B97.1	(B34.1 にコーディング)
B97.2	(B34.2 にコーディング)
B97.3	(B34.3 にコーディング)
B97.4–B97.5	(B34.8 にコーディング)
B97.6	(B34.3 にコーディング)
B97.7	(B34.4 にコーディング)
B97.8	(B34.8 にコーディング)
B98.0–B98.1	(A49.8 にコーディング)
C77–C79	(C80.-にコーディング)
C97	(C00–C76 または C81–C96 にコーディング)
E89.-	
F10.0	(X45, X65, X85 または Y15 にコーディング)
F11.0	(X42, X62, X85 または Y12 にコーディング)
F12.0	(X42, X62, X85 または Y12 にコーディング)

死亡コーディングの根本原因に使用されないコード（丸括弧内のアイテムにコーディングする；コードが示されない場合は **R99** にコーディングする）

F13.0	(X41, X61, X85 または Y11 にコーディング )
F14.0	(X42, X62, X85 または Y12 にコーディング )
F15.0	(X41, X61, X85 または Y11 にコーディング )
F16.0	(X42, X62, X85 または Y12 にコーディング )
F17.0	(X49, X69, X89 または Y19 にコーディング )
F18.0	(X46, X66, X89 または Y16 にコーディング )
F19.0	(X40-X49, X60-X69, X85-X90 または Y10-Y19 にコーディング )
G97.-	
H59.-	
H95.-	
I15.1	(不明の場合は N28.9 にコーディング )
I15.2	(不明の場合は E34.9 にコーディング )
I22.-	(I21.-にコーディング)
I23.-	(I21.-にコーディング)
I24.0	(I21.-にコーディング)
I25.2	(I25.8 にコーディング )
I65.-	(I63 にコーディング )
I66.-	(I63 にコーディング )
I97.-	
J95.-	
K91.-	
M96.-	
N99.-	

死亡コーディングの根本原因に使用されないコード（丸括弧内のアイテムにコーディングする；コードが示されない場合は **R99** にコーディングする）

O08.- (O00-O07 にコーディング )

O80-O84 (O75.9 にコーディング )

O94 (O97.-にコーディング)

P70.3-P72.0 (P96.9 にコーディング )

P72.2-P74 (P96.9 にコーディング )

R57.2 (A41.9 にコーディング )

R65.0-R65.1 (A41.9 にコーディング )

R65.9 (A41.9 にコーディング )

R69.- (R95-R99 にコーディング )

S00-T98 (V01-Y89 にコーディング )

Y90-Y98

Z00-Z99

根本原因が分かっている場合は使用しないコード

F03-F09

F17.-

F70-F79

G81.-

G82.-

G83.-

H54.-

H90-H91

I15.0

I15.8

I15.9

N46

N97.-

O30.-

---

根本原因が分かっている場合は使用しないコード

---

P07.-

---

P08.-

---

T79.-

---

## 7.2.6 外因による死亡の主要な損傷への特別な指示 (ステップ M4)

ステップ SP1 から SP8 およびステップ M1 から M3 の選択や修正のルールを適用することでたどり着いた根本原因が外因の場合、損傷の外因を死亡の根本原因としてコーディングする。チャプター 2 3 疾病と死亡の外因、からの根本原因に加え、主要な損傷のコーディングも行う。これは身体の損傷および中毒の両方に適用する。中毒死における主要損傷の特定方法に関する特別な指示は、セクション 7.2.7 を参照する。

一つ以上の損傷が死亡証明書に報告されている場合、以下の指示を適用する：

(a) 報告された損傷が表在性および些細な損傷を含む場合 (Annex 14.4 死因となりにくい状態のリスト、を参照)、パート 1 またはパート 2 に関わらず、表在性および些細な損傷の報告がなかったように、主要損傷を選択する。

例 1:           1(a) 腕の挫傷および頭蓋骨折  
                  (b) 足場からの落下  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

足場からの落下が死亡の根本原因となる。根本原因を W12 足場からの転倒と落下、にする。主要損傷として、頭蓋骨折 (S02.9、頭蓋および顔面骨の骨折、部位詳細不明) にコーディングする。Annex 14.4 死因となりにくい状態のリストに載っているため、腕の挫傷 (T11.0 上肢の表在性損傷、損傷レベル詳細不明) は無視する。

(b) パート 1 およびパート 2 において、深刻な損傷 (表在性および些細な損傷ではない) が報告されている場合、パート 1 から主要損傷を選択する。これはパート 2 で言及されている損傷が Annex 14.7 ICD-11 損傷の性質コードの優先順位ランキング、の中でパート 1 の損傷より高いランクにある場合でも適用する。

□ 2:           1(a) 多発性胸腔内損傷  
                  (b) 車の運転者、バスと衝突  
                  (c)  
                  (d)  
                  2       脳損傷

死亡の根本原因として、バスとの衝突で損傷した車の運転者 (V44.5、自動車の乗員が大型輸送車両またはバスとの衝突で損傷、交通事故による運転者損傷) にコーディングする。主要損傷として、'胸部の多発性損傷' (S29.7) にコーディングする。Annex 14.7 の中で胸部多発性損傷より詳細不明の脳損傷 (S06.9) の方が高いランク付けであるが、胸部多発性損傷はパート 1 において言及されているため、パート 2 で言及される損傷より優先される。

深刻な損傷がパート2でのみ報告されている場合、主要損傷をパート2の中から選択する。

(c) 一つ以上の深刻な損傷が証明書の関連パートの中で報告されている場合、Annex 14.7 ICD-11 損傷の性質コードの優先順位ランキング、に従って主要損傷を選択する。1が最も優先順位が高く、6が最も低いことに注意する。

- 例 3:
- 1(a) 多発性胸腔内損傷および脳損傷
  - (b) 車の運転者、バスと衝突
  - (c)
  - (d)
- 2

死亡の根本原因として、バスとの衝突で損傷した車の運転者（V44.5、自動車乗員が大型輸送車両またはバスとの衝突で損傷、交通事故による運転者損傷）にコーディングする。主要損傷として、胸部の多発性損傷（S29.7）より優先リストにおいて高いランク付けにある、脳損傷（S06.9、頭蓋内損傷、詳細不明）をコーディングする。

(d) 証明書の関連パートの中で報告されている一つ以上の深刻な損傷が同じ、最も高いランクの場合、これらの損傷の中で最初に言及されたものを選択する。しかしながら、同じ優先順位ランクでは、T00-T07 グループの複数の体の部位を伴う損傷、の中の損傷より、特定の損傷を選択する。

- 例 4:
- 1(a) 多発性大動脈破裂損傷
  - (b) 車の運転者、バスと衝突
  - (c)
  - (d)
- 2

死亡の根本原因として、バスとの衝突で損傷した車の運転者（V44.5、自動車乗員が大型輸送車両またはバスとの衝突で損傷、交通事故による運転者損傷）にコーディングする。主要損傷として、大動脈破裂（S25.0、胸部大動脈の損傷）にコーディングする。多発性損傷（T07）および大動脈破裂は優先順位リストにおいて同じランクであるが、特定の損傷は T00-T07 グループ複数の体の部位を伴う損傷、の中の損傷より優先される。

## 7.2.7 薬物、薬剤および生物学的物質による中毒に対する特別な指示（ステップ M4）

### A. 根本的な原因

ステップ SP1 から SP8 およびステップ M1 から M3 を適用することでたどり着いた根本原因が中毒である場合、一つ以上の薬物が証明書の中に報告され、その薬物は同じ外因コードではないため、以下の方法で根本原因のコードを選択する：

(a) 死亡を引き起こした最も重要な物質であると、一つの薬物が特定される場合、その薬物の外因コードを死亡の根本原因としてコーディングする。

- 例 5:
- 1(a) 事故によるヘロインの過剰摂取
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2 ジアゼバムおよびアミトリプチリンの存在

パート1にヘロインの過剰摂取を配置し、他の薬物を死亡の一因になったとパー

ト2で報告することで、証明者はヘロインを死亡を引き起こした最も重要な薬物と特定している。根本原因としてヘロインによる中毒事故を選択する（X42、麻薬および精神異常発現薬[幻覚剤]による、および暴露による中毒事故、他の箇所に分類されない）。

- 6: 1(a) アンフェタミンによる中毒  
(b)  
(c)  
(d)

2 ヘロインおよびフルニトラゼパムの毒性量

アンフェタミンを単独でパート1に配置し、他の薬物をパート2の死亡の一因となったと報告することで、証明者はアンフェタミンを死亡を引き起こした最も重要な薬物と特定している。アンフェタミンによる中毒事故を根本原因として選択する（X41、抗てんかん薬、催眠鎮静薬、抗パーキンソン病薬および向精神薬による、および暴露による中毒事故、他の箇所に分類されない）。

- 7: 1(a) アルコール中毒  
(b)  
(c)  
(d)

2 ヘロインおよびフルニトラゼパムの毒性量

アルコール中毒を単独でパート1に配置し、他の薬物をパート2の死亡の一因となったと報告することで、証明者はアルコールを死亡を引き起こした最も重要な薬物と特定している。アルコールによる中毒事故を根本原因として選択する（X45、アルコールによる、および暴露による中毒事故）。

(b) 死亡を引き起こした最も重要な物質としていずれの薬物も特定されていない場合、最初に証明書から更なる詳細を得ることを試みる。もし説明が得られない場合、以下のようにコーディングする：

- アルコールと薬物の組み合わせは、薬物に；
- 他の多剤併用による死亡は‘その他’[X44]カテゴリーへ。

- 8: 1(a) ヘロインおよびアンフェタミンの毒性量  
(b)  
(c)  
(d)

2

死亡を引き起こした最も重要な物質として、ヘロインおよびアンフェタミンのいずれも特定されていない。X44、他のおよび詳細不明の薬物、薬剤および生物学的物質による、または暴露による中毒事故にコーディングする。

- 9: 1(a) アルコール、ヘロインおよびジアゼパムによる中毒事故  
(b)  
(c)  
(d)

2

死亡を引き起こした最も重要な物質として、特定される物質がない。 アルコール



と薬物の組み合わせは、薬物をコーディングする。X44、他のおよび詳細不明の薬物、薬剤および生物学的物質による、または暴露による中毒事故にコーディングする。

最も危険な薬物を特定しながら進み、それを主要損傷としてコーディングする。

## B. 主要損傷

根本原因が中毒の場合、チャプター 2 2、損傷、中毒および外因チャプターの他の明らかな結果の中の中毒のコードを主要損傷として使用する。一つの毒性物質だけが報告されている場合、その物質を主要損傷としてコーディングする。いくつかの中毒物質が報告されている場合、最も危険な物質を特定し、主要損傷としてコーディングする。最も危険な物質を特定するには、以下の指示に従う。

(a) 死亡の原因として一つの毒性物質が特定されている場合、その成分物質をコーディングする。

- 10:           1(a)    ヘロインによる過失過量投薬  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)

2            ジアゼパムおよびアミトリプチリンの存在

ヘロイン過剰摂取を単独でパート 1 に配置し、他の薬物をパート 2 で死亡の一因となったと報告することで、証明者はヘロインを死亡を引き起こした最も重要な薬物と特定している。ヘロインによる中毒事故を根本原因として選択する (X42、麻薬および精神異常発現薬[幻覚剤]による、および暴露による中毒事故、他の箇所に分類されない)。主要損傷として、ヘロインによる中毒 (T40.1、麻薬および精神異常発現薬[幻覚剤]による中毒、ヘロイン) にコーディングする。

- 11:           1(a)    アルコール中毒  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)

2            ジアゼパムおよびアミトリプチリンの存在

アルコール中毒を単独でパート 1 に配置し、他の薬物をパート 2 で死亡の一因となったと報告することで、証明者はアルコールを死亡を引き起こした最も重要な薬物と特定している。アルコールによる中毒事故を根本原因として選択する (X45、アルコールによる、および暴露による中毒事故)。主要損傷として、アルコールによる中毒 (T51.9、アルコールによる中毒作用、詳細不明) にコーディングする。

(b) 単一の毒性物質が死亡の原因として特定されていない場合、アルコールと薬物の組み合わせは、薬物をコーディングする。

- 12:           1(a)    アルコールおよびフルニトラゼパムの毒性量  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)

2            ジアゼパムおよびアミトリプチリンの存在

アルコールおよびフルニトラゼパムの毒性量をパート 1 に配置し、他の薬物をパート 2 で死亡の一因となったと報告することで、証明者はアルコールおよびフルニトラゼパムを死亡を引き起こした最も重要な薬物と特定している。この二つの

うち、アルコールと薬物の組み合わせは薬物をコーディングするため、フルニトラゼパムによる中毒を選択する。フルニトラゼパムによる中毒を根本原因として選択する（X41、抗てんかん薬、催眠鎮静薬、抗パーキンソン病薬および向精神薬による、および暴露による中毒事故、他の箇所に分類されない）。主要損傷として、フルニトラゼパムによる中毒（T42.4、抗てんかん薬、催眠鎮静薬および抗パーキンソン病薬、ベンゾジアゼピン）にコーディングする。

(c) 適切な組み合わせカテゴリーが無い場合、損傷コードの主要性質を以下の優先順位で選択する：

1. オピオイド作動薬および部分的作用薬および他の、詳細不明な麻酔薬（T40.0-T40.4、T40.6）  
T40.0-T40.4、T40.6の4文字目サブカテゴリーの一つ以上に分類される多重オピオイドを含む死亡は、以下のように優先される：
  - 1a. ヘロイン（T40.1）
  - 1b. メタドン（T40.3）
  - 1c. アヘン（T40.0）
  - 1d. 他のオピオイド（T40.2）
  - 1e. 他の合成麻薬（T40.4）
  - 1f. 他の、および詳細不明の麻薬（T40.6）
2. 吸入および静脈麻酔薬（T41.0-T41.2, T41.4）  
□□: プロポフォール
3. 三環系および四環系抗鬱薬（T43.0）
4. バルビツレート（T42.3）
5. 4-Aminophenolderivatives（T39.1）  
含む：APAP、アセトアミノフェン、パラセタモール
6. 抗精神病薬および神経弛緩薬（T43.3-T43.5）  
□□:  
フェノチアジン系抗精神病薬および神経弛緩薬  
ブチロフェノンおよびチオキサテン神経弛緩薬  
その他、詳細不明の抗精神病薬および神経弛緩薬
7. 抗てんかん薬、抗パーキンソン病薬および詳細不明の鎮静剤（T42.0-T42.2, T42.5-T42.8）
8. コカイン（T40.5）
9. 乱用の可能性のある神経刺激薬（T43.6）  
□□:  
アンフェタミンおよび派生物
10. モノアミンオキシダーゼ性阻害（MAO）抗鬱薬および他のおよび詳細不明の抗鬱薬（T43.1, T43.2）

□□:

選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRIs)、ベンラファクシン

11. ベンゾジアゼピン (T42.4)

12. 上記に記載されていない薬物および物質

同じ優先グループに一つ以上の薬物がある場合、最初に言及された方をコーディングする。

中毒では、選択した根本原因が必ずしも主要損傷のためのコードと一致しないことに留意する。例えば、根本原因は毒性物質の組み合わせを表すが、主要損傷コードは最も危険な成分を特定する場合がある。

- 例 13:           1(a) コカイン、ヘロイン、ジアゼバムおよびアミトリプチリンの毒性量  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

死亡を引き起こした最も重要な物質として特定される物質がなく、これらの物質の組み合わせのための特定のコードカテゴリーもない。死亡の根本原因として、X44、他のおよび詳細不明の薬物、薬剤および生物学的物質による、または暴露による中毒事故にコーディングする。

主要損傷として、ヘロインの中毒にコーディングする。上記の優先リストでは、コカイン (T40.5) がグループ 8、ヘロイン (T40.1) がグループ 1a、ジアゼバム (T42.4) がグループ 1 1 およびアミトリプチリン (T43.0) がグループ 1 0 に属している。一番優先順位の高いヘロインを選択する (T40.1、麻薬および精神異常発現薬[幻覚剤]による中毒、ヘロイン)。

- 14:           1(a) ヘロイン、コカイン、ジアゼバムおよびアミトリプチリンの過剰摂取  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

死亡を引き起こした最も重要な物質として特定される物質がなく、これらの物質の組み合わせのための特定のコードカテゴリーもない。死亡の根本原因として、X44、他のおよび詳細不明の薬物、薬剤および生物学的物質による、または暴露による中毒事故にコーディングする (X44)。

次に主要損傷として、ヘロインの中毒にコーディングする。上記の優先リストでは、ヘロイン (T40.1) がグループ 1a、コカイン (T40.5) がグループ 8、ジアゼバム (T42.4) がグループ 1 1 およびアミトリプチリン (T43.0) がグループ 1 0 に属している。一番優先順位の高いヘロインを選択する (T40.1、麻薬および精神異常発現薬[幻覚剤]による中毒、ヘロイン)。

- 15:           1(a) アルコール、ヘロインおよびジアゼバムの中毒事故  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

アルコールおよび薬物の組み合わせによる中毒は薬物にコーディングされる。上

記、セクション 7.2.7B サブセクション (b) の指示を参照。死亡を引き起こした最も重要な物質として、パート 1 で報告され特定される物質がなく、これらの物質の組み合わせのための特定のコードカテゴリーもない。死亡の根本原因として、X44、他のおよび詳細不明の薬物、薬剤および生物学的物質による、または暴露による中毒事故にコーディングする。

次に主要損傷として、ヘロインの中毒にコーディングする。上記の優先リストでは、ヘロイン (T40.1) がグループ 1a、ジアゼパム (T42.4) がグループ 1 1 に属している。一番優先順位の高いヘロインを選択する (T40.1、麻薬および精神異常発現薬[幻覚剤]による中毒、ヘロイン)。

## 7.2.8 産婦死亡に関する特別な指示 (ステップ M4)

妊娠、分娩、または産褥期が証明書のだこかに言及されている場合、ほとんどの事例では根本原因はチャプター 1 8 妊娠、分娩および産褥期、にコーディングされる。ステップ SP1 から SP8 および M1 から M4 を適応することで選択した根本原因が、アルファベット順索引に従いチャプター 1 8 に分類、または妊娠、分娩、および産褥期に現れた症状に対してチャプター 1 8 に特別なコードがあるためである。

ICD の他のパートに索引付けされている根本原因がチャプター 1 8 に分類されるべきかを判断するために以下の指示に従う。これらの指示がアルファベット順索引のチャプター 1 8 に索引付けされる症状には適用しないことに留意する。

- 妊娠、分娩、または産褥期が証明書のだこかに報告されているものの、妊娠、分娩、または産褥期が死亡を引き起こしたと明確に記載されていない場合、最初に証明者に連絡を取り、追加情報を求める。
  - 証明者が死亡が妊娠、分娩、または産褥期の合併症であったと言及した場合、根本原因をチャプター 1 8 妊娠、分娩および産褥期、にコーディングする。
  - 証明者が死亡が妊娠、分娩、または産褥期の合併症ではなかったと言及した場合、根本原因をチャプター 1 8 にコーディングしない。
  - 追加情報が得られないものの、妊娠、分娩および産褥期が証明書のパート 1 またはパート 2 で言及されている場合、根本原因をチャプター 1 8 にコーディングする。
- 選択した根本原因が O98-O99 (妊娠、分娩および産褥期合併症以外の他の箇所に分類可能な妊娠期感染性疾患および寄生虫性疾患、および妊娠、分娩および産褥期合併症以外の他の箇所に分類可能な他の母体の疾患) に分類可能な場合、死亡の複数の原因としてチャプター 01-19 から一致するコードを追加する。死亡に関する重大な情報が検索できなくなってしまうため、これは重要である。
- 妊娠、分娩および産褥期に発症したにも関わらず、いくつかの状態はチャプター 1 8 にコーディングされないことに留意する。チャプター 1 8 の最初にある [\[O00-O09\]](#) を参照する。

例 1:           1(a) 羊水塞栓症  
                   (b)  
                   (c)  
                   (d)  
                   2

根本原因である、羊水塞栓症は、チャプター 18 (O88.1) に索引付けされる。

- 例 2:           1(a) 肺水腫  
                  (b) 僧帽弁逆流、妊娠  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

妊娠がパート 1 において言及されているため、根本原因である僧帽弁逆流が、チャプター 18 にコーディングされる。根本原因を、妊娠、分娩および産褥期の合併症である循環系の疾患にコーディングする (O99.4)。また、死亡の一因として僧帽弁逆流のためのコード (I34.0) を追加する。

- 例 3:           1(a) 出血  
                  (b) 子宮頸癌  
                  (c)  
                  (d)  
                  2 妊娠による治療の遅れ

妊娠がパート 2 において言及されているため、根本原因である子宮頸癌が、チャプター 18 にコーディングされる。根本原因を、妊娠、分娩および産褥期の合併症である他の特定された疾患および症状にコーディングする (O99.8)。また、死亡の一因として子宮頸癌のためのコード (C53.9) を追加する。

- 例 4:           1(a) 肺不全  
                  (b) デング出血熱           5 日間  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

□□□□ 分娩後 40 日目

根本原因を妊娠、分娩および産褥期の合併症である他のウイルス性疾患にコーディングする (O98.5)。また、死亡の一因としてデング熱のためのコード (A97) を追加する。

## 7.2.9 手術やその他の医療処置への特別な指示 (ステップ M4)

### A. 言及されている手術または処置の理由

ステップ SP1 から SP7 およびステップ M1 から M4 を適用することでたどり着いた仮の始点が手術やその他の医療処置であり、手術または他の医療処置が行われた理由について証明書が言及している場合、手術または他の医療処置が行われた理由を新たな始点として選択する。次に、既に記載されたように、ステップ SP7 およびステップ M1 から M4 までの指示を適用する。

### B. 言及の無い手術または他の医療処置の理由、合併症が報告されている

手術または他の医療処置の理由が言及されてなく、合併症について報告されている場合、以下に記載されているように進める。

- 最初にアルファベット順索引が手術または処置の理由に対して既定のコードを与えるかを確認する。与えている場合は、これが新しい始点である。次に、既に記載されたように、ステップ SP7 およびステップ M1 から M4 の指示を適用する。
- アルファベット順索引が手術または処置の理由に対して既定コードを与えていない場合、

手術または処置の種類が特定の臓器や部位を示すかを見つける。示す場合、新たな始点として、手術を受けた臓器または部位のために未処理のカテゴリのコードを使用する。次に、既に記載されたように、ステップ SP7 およびステップ M1 から M4 の指示を適用する。

- アルファベット順索引が手術または処置の理由に対して既定コードを与えていない場合、更に手術または処置の種類が特定の臓器や部位を示さない場合、証明書が処置の段階で偶発事故について言及しているかどうかを確認する。言及している場合、O74、O75.4 または Y60-Y69 から適切なコードを死亡の根本原因として使用する。
- アルファベット順索引が既定コードを与えず、手術または処置の種類が特定の臓器や部位を示さず、そして処置の段階で偶発事故についての言及がない場合、O74、O75.4 または Y83-Y84 から適切なコードを死亡の根本原因として使用する。

### C. 言及の無い手術または医療処置の理由、合併症が報告されて無い

手術または医療処置の理由が言及されず、合併症の報告が無い場合、以下に記載されているように進める。

- 最初にアルファベット順索引が手術または処置の理由に対して既定のコードを与えるかを確認する。与えている場合は、これが新しい始点である。次に、既に記載されたように、ステップ SP7 およびステップ M1 から M4 の指示を適用する。
- アルファベット順索引が手術または処置の理由に対して既定コードを与えていない場合、手術または処置の種類が特定の臓器や部位を示すかを見つける。示す場合、新たな始点として、手術を受けた臓器または部位のために未処理のカテゴリのコードを使用する。次に、既に記載されたように、ステップ SP7 およびステップ M1 から M4 の指示を適用する。
- アルファベット順索引が手術または処置の理由に対して既定コードを与えていない場合、更に手術または処置の種類が特定の臓器や部位を示さない場合、R99 他の不明確および詳細不明の死亡の原因、にコーディングする。

- 例 1:
- 1(a) 肺塞栓
  - (b) 虫垂切除
  - (c)
  - (d)
- 2

証明書は手術の理由を明記しないが、虫垂切除という用語が虫垂を手術を受けた臓器として示す。死亡の根本原因として K38.9 虫垂疾患、詳細不明にコーディングする。

- 例 2:
- 1(a) 偶発的大動脈穿刺
  - (b) 開腹術
  - (c)
  - (d)
- 2

証明書は手術の理由を明記せず、開腹術という用語は特定の臓器を示さない。しかしながら、手術時の偶発事故に関する言及がある。死亡の根本原因として偶発事故、開腹術時に起きた偶発的穿刺にコーディングする (Y60.0、手術および医療処置、外科手術時に起きた、意図的ではない切断、穿刺、穿孔または出血)。

- 例 3:
- 1(a) 術後出血

- (b) 帝王切開
- (c) 長引く陣痛
- (d)

2

証明書が手術の実施理由について言及している。死亡の根本原因として、手術の理由、長引く陣痛をコーディングする（O63.9、長い陣痛、詳細不明）。

- 例 4:
- 1(a) 開腹術
  - (b)
  - (c)
  - (d)

2

証明書は手術実施の理由を明記せず、開腹術という用語は特定の臓器を示さない。合併症についての言及もない。死亡の根本原因とし、R99 他の不明確および詳細不明の死亡の原因にコーディングする。

#### D. 外因に起因する有害事象に関係する医療機器

医療機器が関係する事故により死亡が引き起こされたものの、その事故が機器そのものの故障や不良ではなく、外因に起因する場合、死亡の根本原因として外因をコーディングする。

- 例 5:
- 1(a) 吸入性肺炎
  - (b) 気管出血
  - (c) 人工呼吸器装着中にベッドから落下
  - (d)

2 肝臓移植後の人工呼吸器による治療

人工呼吸器または気管チューブの故障や不良に関する言及はない。出血を引き起こした事故である、ベッドからの落下（W06）を死亡の根本原因としてコーディングする。

- 例 6:
- 1(a) 肺水腫
  - (b) 大動脈内バルーンポンプの停止
  - (c) ハリケーンによる停電
  - (d) 僧帽弁閉鎖不全症を伴う亜急性心筋梗塞

2

故障や不良ではなく、停電によるバルーンポンプの作動停止。死亡の根本原因として、停電の理由、破壊的な暴風をコーディングする（X37 破壊的な暴風の犠牲者）。

事故の外因が特に分類されていない場合、他のおよび詳細不明の損傷を引き起こす詳細不明の要因への暴露（X59.9）にコーディングする。

- 例 7:
- 1(a) 心不全および呼吸不全
  - (b) 変力薬の投与停止
  - (c) 鎖骨下動脈のラインの偶発的除去
  - (d)

2 胆嚢急性破裂のための手術

装置の不良や故障についての言及はない。鎖骨下動脈のラインの除去を引き起こ

した事故についての記述はないため、他のおよび詳細不明の損傷を引き起こす詳細不明の要因への暴露 (X59.9) にコーディングする。

## 7.3 死亡に関するコーディングの指示：複数の原因

### 7.3.1 序論

例えば特定の根本原因の深刻ではあるが回避できる合併症、および疾患過程の結果への共存する症状の影響等、複数の原因のコーディングは死因の徹底分析を可能とする。そのため、死亡のコーディングにおいて、根本原因および複数原因の両方が記録される必要がある。更に、完全な複数原因のコーディングが、死亡の根本原因の選択および修正のための ICD 指示の正確な適用に必要不可欠である (セクション 7.2 参照)。

全ての複数原因症状を含む記録は、証明書に記録されている症状の選択だけの記録よりも徹底分析を可能とするため、可能な限り全ての詳細が複数原因コーディングに保持される必要がある。具体的には：

- 分析の中には最終的な死因、またはパート 2 に報告されている症状に焦点を当てているものもあるため、データ記録の中の個々のコードの位置は、証明者により入力された一致する診断表現が証明書のどこにあるかを反映する必要がある；
- 一般的な症状、または症候性や情報が少ないとみなされる症状のためのコードは、回避できた合併症の分析において特定の関心事となったり、証明書に報告された他の症状の深刻さの度合いの指標として役立つ場合もあるため、削除や省略してはならない；
- 複数原因データは二つのフォーマットで保存する必要がある：証明者が証明書にどの用語を使用したか、および証明書のどの箇所に各用語が報告されているかを可能な限り明確に示す一つのフォーマット：および、報告された症状の間の言及されたもしくは暗示された関係性を考慮に入れたもう一つのフォーマット、そしてそこに ICD 巻の指示に従いコードが調和されている。

### 7.3.2 不確定診断

例えば、「明らかに」、「多分」、「恐らく」または「もしかすると」(‘apparently’, ‘presumably’, ‘probably’ または ‘possibly’) のような、診断の確実性に対して疑いを示す表現は無視をする。不確定ではあるものの、診断が全く存在しないよりは仮診断が死亡分析に役立つ。

### 7.3.3 二者択一

証明者は代替診断「診断 A かまたは診断 B」を報告する可能性がある。そのような場合、以下のように進める。

#### A. 一つの症状、一つの部位もしくは他の部位のいずれか

(a) 両方の部位が同じ身体構造上のシステムにある場合、報告されている部位が分類されるグループまたは身体構造上のシステムのための未処理カテゴリーにコーディングする。

例 1:           1(a) 肝臓または膀胱の癌  
                  (b)



(c)

(d)

2

悪性新生物、泌尿器、詳細不明 (C68.9) にコーディングする。

(b) 報告されている部位が異なる身体構造上のシステムにある場合、またはグループや身体構造上のシステムを対象とした未処理カテゴリーが存在しない場合、特定された疾患または症状のための未処理カテゴリーにコーディングする。

例 2: 1(a) 副腎または肝臓の癌

(b)

(c)

(d)

2

副腎および肝臓は異なる身体構造上のシステムにあるため、悪性新生物、主要部位詳細不明 (C80.9) にコーディングする。

## B. 一つの部位またはシステム、一つの症状または他の症状のいずれか

(a) 報告されている症状が同じ三文字カテゴリーの異なる四文字サブカテゴリーに分類可能な場合、四文字サブカテゴリーの「詳細不明」にコーディングする。

例 3: 1(a) 動脈硬化性心臓疾患または冠状動脈瘤

(b)

(c)

(d)

2

慢性虚血性心疾患、詳細不明 (I25.9) にコーディングする。

(b) 報告されている症状が異なる三文字カテゴリーに分類可能ではあるが、ICD-11 が疾患に対して一般的な未処理カテゴリーを与えている場合、未処理カテゴリーにコーディングする。

例 4: 1(a) 心筋梗塞または冠状動脈瘤

(b)

(c)

(d)

2

虚血性心疾患のための未処理カテゴリー (I25.9) にコーディングする。

(c) 報告されている症状が異なる三文字カテゴリーに分類可能であり、疾患に対して一般的に未処理カテゴリーがない場合、身体構造上の部位/システムの疾患に関連する未処理カテゴリーにコーディングする。

例 5: 1(a) 結核または肺の癌

(b)

(c)

(d)

2

肺の他の疾患 (J98.4) にコーディングする。両方の状態が肺に関連する。

例 6: 1(a) 発作または心臓麻痺

- (b)
- (c)
- (d)

2

他のおよび詳細不明の循環系疾患 (I99) にコーディングする。両方の状態が循環系に属する。

### C. 一つの症状または他の症状のいずれか、異なる身体構造上のシステム

異なる身体構造システムの異なる疾患が「または... いずれか (either ... or)」と報告されるとき、他の特定の一般症状および兆候 (R68.8) にコーディングする。

- 例 7:
- 1(a) 胆嚢疝痛または冠状動脈血栓
  - (b)
  - (c)
  - (d)

2

他の特定の一般症状および兆候 (R68.8) にコーディングする。

### D. 疾患または損傷のいずれか

死亡が疾患または損傷のいずれかに起因すると報告されるとき、他の不明確および詳細不明の死亡の原因 (R99) にコーディングする。

- 例 8:
- 1(a) 冠動脈閉塞または戦傷
  - (b)
  - (c)
  - (d)

2

他の不明確および詳細不明の死亡の原因 (R99) にコーディングする。

## 7.3.4 接続用語の影響

証明者が接続用語を使用するとき、割り当てられるコードは証明者の意図を反映するために調整される必要がある。

接続用語には二つのタイプがある：報告された死因の間に、因果関係を暗示するものおよび因果関係を暗示しないもの。

### A. 因果関係を暗示する接続用語

因果関係は二つの方法で表現ができる：表記された「起因する (due to)」または類似する用語で暗示された；または、表記された「もたらす (resulting in)」または類似する用語で暗示された。

#### (a) 表記された「起因する (due to)」または類似する用語で暗示

一つの原因が、他の原因に起因することを暗示する接続用語で認定される場合、最初の原因のコードを報告されている行に入力し、他の原因ためのコードを次の下の行に入力する。パート1の残りの行で報告される全ての原因を、次の下の行にコーディングする。

- 例 1:
- |                      |       |
|----------------------|-------|
| 1(a) 心不全、虚血性心疾患に起因する | I50.9 |
| (b) 糖尿病              | I25.9 |

(c) E14.9  
 (d)  
 2

行 (a) にある最初の原因は心不全なので、行 (a) にコーディングする。虚血性心疾患に起因すると報告されているので、虚血性心疾患を行 (b) にコーディングする。行 (b) に記載されている糖尿病を、行 (c) に移動させる。

例 2: 1(a) 心不全、肝細胞癌による I50.9  
 (b) 虚血性心疾患 C22.0  
 (c) 糖尿病 I25.9  
 (d) E14.9  
 2

行 (a) にある最初の原因は心不全なので、行 (a) にコーディングする。肝細胞癌に起因すると報告されているので、肝細胞癌を行 (b) にコーディングする。行 (b) に報告されている虚血性心疾患を、行 (c) に移動させる。また行 (c) に記載されている糖尿病を、行 (d) に移動させる。

これは「起因」関係を暗示する他の接続用語またはサインにも適用する。例えば、「により引き起こされる (caused by)」、「による (because of)」、または類似するもの。

**(b) 表記された「もたらす (resulting in)」または類似する用語で暗示**

一つの原因が、他の原因の結果 (もたらす) であることを暗示する接続用語で認定される場合、接続用語の前にある原因のコードを報告されている行に入力し、接続用語に続く原因のコードを次の下の行に入力する。パート 1 の残りの行で報告される全ての原因を、次の下の行にコーディングしていく。

例 3: 1(a) 心不全をもたらす虚血性心疾患 I50.9  
 (b) 糖尿病 I25.9  
 (c) E14.9  
 (d)  
 2

接続用語「もたらす (resulting in)」の前に報告されている心不全を (a) 行にコーディングする。接続用語に続いて報告されている虚血性心疾患を (b) 行にコーディングする。(b) 行に報告されている糖尿病を一行下の (c) 行に移動してコーディングする。

例 4: 1(a) 心不全を引き起こす肝細胞癌 I50.9  
 (b) 虚血性心疾患 C22.0  
 (c) 糖尿病 I25.9  
 (d)  
 2

「引き起こす (causing)」の前に報告されている心不全を行 (a) にコーディングする。接続用語の後に報告されている肝細胞癌を行 (b) にコーディングする。行 (b) に報告されている、虚血性心疾患を行 (c) に移動し、行 (c) に報告されている糖尿病を行 (d) に移動する。

これは「もたらす (resulting in)」関係を示す他の接続用語やサイン、例えば「引き起こす (

causing)」、「至る (leading to)」、「発展する (developing into)」、および類似するものにも適用する。

## B. 因果関係を暗示しない接続用語

### (a) 行の最初または最後に表記された「および (And)」または類似用語による暗示

接続用語「および (and)」は因果関係を暗示しないが、その前後の用語が共に列挙に属することを示す。そのため、行が「および (and)」で終わるとき、下の行にある原因または複数の原因を上記の行の最後に付けてコーディングすることで、コーディングが接続用語により暗示される列挙を反映する。

同様に、行が「および (and)」で始まる場合、上記の行から始まった列挙の継続と考え、原因または複数の原因を上記の行の末尾にコーディングする。パート1の残りの行に報告されている全ての原因を、報告されている場所にコーディングする。

これは列挙を示すが因果関係を暗示しない他の接続用語やサイン、例えば「また (also)」、「プラス (plus)」、「加えて (besides)」、「その上 (in addition)」、「+」、またはコンマにも適用する。

例 5:	1(a) 心不全および	I50.9 I25.9
	(b) 虚血性心疾患	
	(c) 糖尿病	E14.9
	(d)	
	2	

行 1 (a) は「および (and)」で終わるため、行 (b) に報告されている「虚血性心疾患」を列挙の一部「心不全および虚血性心疾患」として考える。適切にコーディングし、心不全および虚血性心疾患両方のコードを行 1 (a) に置く。糖尿病を報告されている箇所、行 (c) にコーディングする。

例 6:	1(a) 心不全	I50.9
	(b) 虚血性心疾患	I25.9 E14.9
	(c) および糖尿病	
	(d)	
	2	

行 1 (c) は「および (and)」で始まる。行 (c) に報告されている糖尿病を列挙の一部「虚血性心疾患および糖尿病」として考える。適切にコーディングし、虚血性心疾患および糖尿病両方のコードを行 1 (b) に置く。

### (b) 行の最初または最後以外に表記された「および (And)」または類似用語による暗示

因果関係を暗示しない接続用語が行の最初や最後以外に表記されている場合、コンマとして扱う。文書の再設定は行わず、原因のいかなる部分も他の行に移動させない。

## C. 行の最後で終わらない診断用語

診断用語がパート1の一つの行で始まり次の行に続く場合、診断用語全体が診断用語が始まった行に記載されているかの様にコーディングする。パート1の残りの行に報告されている全ての原因を、報告されている場所にコーディングする。

例 7:	1(a) 虚血性	I25.9
------	----------	-------

- (b) 心疾患
- (c) 2 型糖尿病 E11.9
- (d)
- 2

「虚血性心疾患」は二つの行にまたがって報告されている診断用語である。用語全体が行 (a) に記載されているようにコーディングする。糖尿病を報告されている行 (c) にコーディングする。

- 例 8:
- 1(a) 肺炎 J18.9
  - (b) 慢性腎 N18.9 E11.9
  - (c) 疾患、 2 型糖尿病
  - (d)
  - 2

「慢性腎疾患」は二つの行にまたがって報告されている診断用語である。証明書を再設定し、完全な用語「慢性腎疾患」を行 (b) にコーディングする。また「慢性腎」が記載されている行に継続しているため、糖尿病を行 (b) にコーディングする。

## 7.4 悪性新生物

新生物に正しい複数原因コードを割り当てるのに、最初に死亡証明書に報告されている各々の新生物性状（悪性、上皮内、良性、不明確または未確認）を決める必要がある。悪性新生物に関しては、原発性または続発性にコーディングするかも決める必要がある。そのためには、以下のセクション 7.4A および 7.4B に概説されている指示に従う。

### A. 性状：悪性、上皮内、良性または不明確／未確認の性状

性状の主な 4 タイプは：

- 悪性：新生物が周辺の組織に浸潤または起点から広がり、他の部位で成長し始める；
- 上皮内：新生物が悪性ではあるが、まだ起点の組織に完全に閉じ込められている；
- 良性：新生物が転移の可能性無しに起点で成長している；
- 不明確／未確認の性状：新生物が良性または悪性かが不確定または未確認。

一致する ICD コード範囲は

- 悪性の場合、C00–C96
- 上皮内の場合、D00–D09
- 良性の場合、D10–D36
- 不明確／未確認の性状の場合、D37–D48□

以下のように、どのコードグループを使用するかを決定する：

#### (a) 用語自体が性状を示す

新生物を表現するのに証明書で使用されている用語をアルファベット順索引の中で調べる。形態

および位置の両方が記述されている場合、最初に形態用語を調べる。特定の形態には、アルファベット順索引は使用するための ICD コードもしくは、アルファベット順索引の「新生物」のリストの適切な位置に導く。形態が言及されていない場合、アルファベット順索引の「新生物」リストに進み、部位または性状によりコーディングする。

### (b) 証明書の他の情報が性状を示す

証明書に使用されている用語が特定の性状を示さない場合、性状を表す他の情報を探す。

転移や浸潤の原因として、または転移や浸潤と併せて報告されている場合は、詳細不明の性状の新生物、もしくは「上皮内」と表記された新生物を悪性としてコーディングする。セクション 7.4B 悪性新生物：原発性または続発性？、サブセクション (c) 原発性悪性新生物の他の兆候も併せて参照する。

例 1:           1(a) 肝臓への転移を伴う結腸腫瘍  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

結腸腫瘍が肝臓への転移と併せて報告され、悪性と考えられる。結腸腫瘍を原発性としてコーディングする (C18.9)。

これは、例えば明らかなポリープのように、CHAPTER02 の索引に載っていない他の種類の増殖にも適用する。それらが転移や続発性腫瘍の原因として報告されている場合、悪性とみなされ、悪性新生物としてコーディングされる。

また、悪性新生物に起因すると報告される場合、詳細不明の性状の新生物も悪性とみなす。原発性か続発性かを定めるには、セクション 7.4B 悪性新生物：原発性または続発性？、サブセクション (c) 原発性悪性新生物の他の兆候、を参照する。

腫瘍が CHAPTER02 良性新生物のセクションに索引付けされているが、転移や浸潤の原因として報告されている場合、第 1 巻とアルファベット順索引で、悪性の種類に対してコードが存在するかを確認する。存在する場合、悪性としてコーディングする。悪性の種類に対してコードが存在しない場合、最初に証明者から説明を得ることを試みる。更なる詳細が入手不可能な場合、証明書の表現を受け止め、良性腫瘍のためのコードを使用する。

悪性についての兆候がない場合、詳細不明または未確認の性状としてコーディングする (D37-D48)。

### B. 悪性新生物：原発性または続発性？

新生物が C00-C96 にコーディングされている場合、次に原発性または続発性かを定める。

原発性部位は悪性新生物が発生した解剖学的部位である。悪性新生物は身体の他の箇所に拡がる可能性があり、これらの部位は続発性または転移と呼ばれる。原発性部位を決定することが最も重要である。死亡証明書が原発性部位に関して不明瞭な場合、証明者から説明を得るためにいかなる努力も惜しんではならない。説明が得られない場合のみ、以下の指示に従う。

ICD は原発性悪性新生物のために以下のコード範囲を提供する：

C00-C75 悪性新生物、特定の解剖学的部位の、原発性であると記載または推定される。このグループはリンパ系組織、造血組織および関連する組織を含まない

C76 不明瞭な部位の悪性新生物

C80 悪性新生物、部位の特定がない

C81-C96 悪性新生物、リンパ系組織、造血組織および関連する組織の、原発性であると記載または推定される

続発性悪性新生物に対して、ICD はコード範囲を提供する：

C77-C79 続発性および詳細不明悪性新生物、他の部位から転移拡散したと記載または推定される

詳細不明部位の、原発性または続発性が記載または推定されない悪性新生物に対して、ICD はコード C80.9 悪性新生物、原発性部位詳細不明、を提供する。

### (a) 転移の好発部位

原発性と続発性の悪性新生物いずれかのコードを選択するとき、転移の好発部位の以下のリストを参照する：

- 骨
- 脳
- 横隔膜
- 不明確な部位 (C76 に分類可能な部位)
- 肝臓
- 肺
- リンパ節
- 縦隔
- 髄膜
- 腹膜
- 胸膜
- 後腹膜
- 脊髄。

このリストの使用法に関する更なる指示は以下を参照。

### (b) 原発性と報告されている悪性新生物

証明者が悪性新生物を「原発性 (primary)」、「に原発 (primary in)」、「に起因する (originating in)」、または類似の用語で表現する場合、原発性悪性新生物用のコード (C00-C76、C80.0 または C81-C96) を使用する。アルファベット順索引を使用して適切なコードを検索する。

形態が言及されている場合、常に最初に第 3 巻の中の形態を探す。なぜなら、いくつかの形態には、部位および性状によって、「新生物」表で示されるコードとは異なる特定の ICD コードがあ

るためである。

### (c) 原発性悪性新生物の他の兆候

以下の場合、証明者によって原発性と表記されていなくても、悪性新生物を原発性にコーディングする：

- 証明書の中の他の全ての悪性新生物が続発性または転移と表記されている；
- C81-C96 のコード範囲の中にある：
  - C81-C96 の原発性新生物は同じコード範囲の他の原発性新生物と同時に発生することがある。証明者が続発性と特定していない限り、C81-C96 に分類される全ての悪性新生物を原発性とコーディングする；
- その部位が転移の好発部位のリストに載っていない。

転移の好発部位のリストにその部位が載っている場合、以下の場合には悪性新生物を原発性にコーディングする：

- 形態により、それが報告された部位の原発性だと示す；
- それが記載されている部位の悪性新生物にとって既知の危険因子により引き起こされたと表記されている；
- それが死亡証明書に記載された唯一の悪性新生物で、「転移性」と記載されていない：
  - 例外：リンパ節新生物が原発性と記載されていない限り、証明書に唯一報告されている新生物である場合でもリンパ節の悪性新生物は続発性にコーディングする；
  - 注釈：証明書に唯一報告されている新生物が肝臓の悪性新生物である場合、および原発性か続発性かが特定されていない場合、コード C22.9 肝臓の悪性新生物、詳細不明、を使用する；
- 肺の悪性新生物で、証明書に記載されている全ての他の悪性新生物が転移の好発部位リストに記載されている：
  - 証明書の同じ箇所（パート1またはパート2）に他の悪性新生物が報告されていて、この他の悪性新生物が原発性悪性新生物とコーディングされている場合のみ、肺を続発性にコーディングする。

悪性新生物が気管支性または気管支のと表記されている場合、常に肺を原発性にコーディングする

悪性と索引付けされていない新生物をコーディングする、例えば髄膜腫、続発性または転移拡散を引き起こすと報告されている場合、および新生物の悪性の種類に対応するコードが利用可能な場合は原発性悪性とする。上記のセクション 7.4A 性状：悪性、上皮内、良性または不明確／未確認の性状、サブセクション (b) 証明書の他の情報が性状を示す、も併せて参照する。

例外は以下に記載される。

- 期間が言及されている場合、続発性新生物は推定される原発性悪性新生物より長い期間があってはならない。
- 形態が言及されている場合、続発性および推定される原発性悪性新生物も同じ形態でなくてはならない。



- 悪性新生物にコーディングされない新生物が、悪性新生物とコーディングされない他の新生物の原因であると報告されている場合、両方の新生物をアルファベット順索引に従ってコーディングする。悪性または転移拡散を想定しない。

例 2:           1(a)  脳転移  
                  (b)  肺腫瘍  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

肺腫瘍が転移拡散を引き起こし、悪性とみなされる。また、言及されている他の部位（脳）が転移のため肺腫瘍が原発性と考えられる。肺腫瘍を肺に原発（C37.9）とコーディングする。

例 3:           1(a)  膵臓癌  
                  (b)  胃癌  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

膵臓および胃は転移の好発部位リストに記載されていない。両方の癌を原発性（C25.9 および C16.9）にコーディングする。

例 4:           1(a)  肝臓癌と肺癌  
                  (b)  慢性肝炎  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

慢性肝炎は原発性肝臓癌のリスクを増加させる。そのため、肝臓癌を原発性とみなし、C22.9（肝臓の悪性新生物、詳細不明）にコーディングする。肝臓の続発性悪性のコード C78.7 を使用しない。証明書にある唯一の他の悪性新生物が原発性であるため、肺癌を続発性（C78.0）にコーディングする。

例 5:           1(a)  腎臓癌と肺癌  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)  
                  2

転移の好発部位リストに記載されていないため、腎臓癌を原発性（C64）にコーディングする。証明書の中で、腎臓癌と同じ箇所に報告されていて、腎臓癌が原発性とみなされるため、肺癌を続発性（C78.0）にコーディングする。

例 6:           1(a)  肺癌  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)  
                  2       腎臓癌

肺癌を原発性（C34.9）にコーディングする。証明書において肺癌が報告されたのと同じ箇所に報告されている原発性悪性新生物はなく、肺癌のコードは証明書の他の箇所で言及されている新生物には影響されない。転移の好発部位リストに記

載されていないため、腎臓癌を原発性（C64）にコーディングする。

- 例 7: 1(a) 脳腫瘍  
(b)  
(c)  
(d)

2 肺腫瘍、おそらく続発性

証明者が、悪性性状の証拠である、二つの内の一つを続発性と表記しているため、両方の腫瘍を悪性とみなす。セクション 7.4A 性状：悪性、上皮内、良性または不明確／未確認の性状、(b) 証明書の他の情報が性状を示す、を参照する。証明書の他の悪性新生物が続発性と表記されているため、脳腫瘍を原発性にコーディングする。修飾語「おそらく (probably)」は無視される；セクション 7.3.2 不確定診断を参照する。

- 例 8: 1(a) 胸壁への転移  
(b) 胸の上皮内癌  
(c)  
(d)

2

胸の上皮内癌を原発性悪性乳房新生物（C50.9）にコーディングする。乳房の腫瘍が胸壁へと広がったため、もはや上皮内ではない。

- 例 9: 1(a) 肺および脳の続発性悪性新生物  
(b) 胃のポリープ  
(c)  
(d)

2

ポリープを原発性悪性胃新生物（C16.9）にコーディングする。ポリープが続発性拡散の原因として報告されているため、悪性とみなされる。

- 例 10: 1(a) 脳腫瘍  
(b)  
(c)  
(d)

2

脳は転移の好発部位リストに記載されているが、この事例では証明書において言及されている唯一の悪性新生物である。原発性悪性脳腫瘍のコード（C71.9）を使用する。

- 例 11: 1(a) 頸部リンパ節癌  
(b)  
(c)  
(d)

2

頸部リンパ節癌を続発性（C77.0）にコーディングする。詳細不明の原発性悪性新生物に続発したとみなされる。

- 例 12: 1(a) 膀胱癌

- (b) 前立腺に原発
- (c)
- (d)

2

前立腺癌が原発性と表記されている。原発性悪性新生物のグループに属する C61 にコーディングする。証明書に癌が他の部位に原発したと記載してあるため、膀胱癌を続発性 (C79.1) にコーディングする。セクション 7.4B 悪性新生物：原発性または続発性？、サブセクション (e) 続発性悪性新生物の他の兆候も併せて参照する。

- 例 13:
- 1(a) 膀胱腫瘍
  - (b) 肺腫瘍
  - (c)
  - (d)

2

いずれの腫瘍も悪性か良性かを特定されていない。そのため、悪性または転移拡散を想定しない。不明確／未確認の性状の新生物のグループの中からコード、D41.4 (膀胱) および D38.1 (気管、気管支および肺) を使用する。

#### (d) 続発性と報告されている悪性新生物

証明者が新生物を続発性と表記している場合、C77-C79 のの中からコードを使用する。アルファベット順索引の「新生物、続発性」のリストを使用して適切なコードを探す。

#### (e) 続発性悪性新生物の他の兆候

悪性新生物が原発性または続発性と表記されていないものの、形態が言及されている場合、最初にアルファベット順索引の中で形態を探す。形態が新生物の言及されている部位と矛盾する場合 (すなわち、テキストおよび他の参考文献に従うと、その新生物が言及されている部位において原発する可能性がない)、示された形態に詳細不明部位の悪性新生物のコードを割り当てる。

新生物が以下の場合、悪性新生物を続発性にコーディングする：

- 証明者により続発性であると特定されている；
- 原発性か続発性かが特定されず、部位が転移の好発部位リストに載っている：
  - 例外：一つの悪性新生物のみが言及されていて、転移の好発部位リストに部位が載っている場合、転移の好発部位リストに載っているが新生物を原発性にコーディングする。これは常に続発性にコーディングされるリンパ節には適用しない。セクション 7.4B 悪性新生物：原発性または続発性？、サブセクション (b) 原発性悪性新生物の他の兆候、も併せて参照する；
  - 例外：証明書の同じ箇所 (パート 1 またはパート 2) の全ての他の部位が転移の好発部位リストに記載されている場合、肺を原発性にコーディングする；
- 原発性または続発性かが特定されず、証明者が癌が他の部位に原発していると言及している。その部位が転移の好発部位リストに記載されているかどうかで、これが適用される：
  - 部位に関係なく、原発性とされている他の新生物とは異なる形態である新生物を続発性にコーディングしない。セクション 7.3.5C 一つ以上の原発性悪性新生物、も併せて参照する；

- 悪性、上皮内または良性かが特定されず、悪性新生物に起因すると報告される：
  - 例外：期間が言及されている場合、詳細不明の新生物の原因として報告されている悪性新生物の期間より期間が長い場合、詳細不明の新生物を続発性とコーディングしない；
- 形態が新生物が言及されている部位に原発しないことを示す。

悪性と特定された新生物が原発性か続発性を判断するのに入力 of 順番を利用しない。続発性、転移拡散または同様の意味に表記された場合のみ、またはそれが転移の好発部位リストに記載されている場合、他の悪性新生物に起因すると報告されている悪性新生物を続発性にコーディングする。

「原発性 (primary)」と「に原発する (primary in)」を混同しない。「に原発する (primary in)」はいくつかの悪性腫瘍の中の一つを原発腫瘍として特定している一方で、「原発性 (primary)」は単純に悪性新生物が続発性ではなかったということを意味する。証明書に記載されている他の全ての悪性新生物が続発性であるとは必ずしも意味しない。

- 例 14:
- 1(a) 副腎癌
  - (b)
  - (c)
  - (d)
  - 2 腎臓に原発

証明書が癌が腎臓に原発したと言及しているため、副腎の悪性新生物は続発性とみなされる。副腎癌を続発性 (C79.7) にコーディングし、腎臓の原発を悪性原発性腎臓新生物 (C64) にコーディングする。

- 例 15:
- 1(a) 前立腺癌
  - (b) 原発部位不明
  - (c)
  - (d)
  - 2

原発部位は不明と表記されている。不明原発部位の悪性新生物 (C80.0) にコーディングする。原発性悪性新生物は明らかに他の部位にあったため、前立腺癌を続発性 (C79.8) にコーディングする。

- 例 16:
- 1(a) 脳腫瘍
  - (b) 肺癌
  - (c)
  - (d)
  - 2

肺癌に起因すると報告されているため、脳腫瘍は悪性とみなされる。更に転移の好発部位リストに記載されていて肺癌と共に報告されているため、続発性とみなされる。脳腫瘍を続発性悪性 (C79.3) にコーディングする。唯一の報告されている他の新生物は転移の好発部位リストに記載されているため、肺癌を原発性 (C34.9) にコーディングする。

- 例 17:
- 1(a) 肝臓およびリンパ節における癌
  - (b)
  - (c)
  - (d)

2 胃の悪性新生物

共に転移の好発部位リストに記載されているため、肝臓およびリンパ節における癌の増殖は続発性とみなされる。肝臓 (C78.7) およびリンパ節 (C77.9) の続発性悪性新生物、および胃の悪性原発性新生物 (C16.9) にコーディングする。

- 例 18: 1(a) 肺、胸膜および胸壁の癌  
(b)  
(c)  
(d)  
2

証明書に言及されている他の部位である、胸膜および胸壁が転移の好発部位リストに記載されているため、肺の癌を原発性 (C34.9) にコーディングする。胸膜および胸壁の癌を続発性 (C78.2 および C79.8) にコーディングする。

- 例 19: 1(a) 胸膜およびリンパ節の中皮腫  
(b)  
(c)  
(d)  
2

胸膜の中皮腫は、原発性悪性新生物のコード範囲に含まれる C45.0 に索引付けされる。リンパ節は転移の好発部位リストに記載されているため、リンパ節の悪性新生物は続発性とみなされる (C77.9)。

- 例 20: 1(a) 肺癌  
(b)  
(c)  
(d)  
2 胃癌

肺癌および胃癌、共に原発性 (C34.9、C16.9) にコーディングする。肺は転移の好発部位リストに記載されているが、証明書のパート 1 で言及されている唯一の悪性新生物であり、肺癌のコーディングは証明書の他の箇所と言及される新生物に影響されない。

- 例 21: 1(a) 膀胱癌  
(b) 腎臓癌  
(c)  
(d)  
2

いずれも転移の好発部位リストに記載されず、いずれも原発性であると表記されていないため、膀胱癌および腎臓癌共に原発性 (C67.9、C64) にコーディングする。

- 例 22: 1(a) 仙骨の骨肉腫  
(b) 腎臓の明細胞癌  
(c)  
(d)  
2

両方の悪性新生物を原発性にコーディングする。骨は転移の好発部位リストに記

載されているが、骨肉腫は骨の原発性癌（C41.4）に索引付けされている。また、腎臓の明細胞癌（C64）とは異なる形態である。

- 例 23:
- 1(a) 肺の骨肉腫
  - (b)
  - (c)
  - (d)
  - 2

形態が骨の原発性新生物を示し、報告されている部位（肺）が形態と矛盾する。詳細不明部位の骨肉腫（C41.9）をコーディングし、続発性悪性肺新生物のコード（C78.0）も追加する。

全ての部位が転移の好発部位リストに記載されている場合、全ての部位を続発性にコーディングする。更に原発の未確認コードを追加することも推奨される。いずれの形態も言及されない場合、C80.9を使用する。形態が言及されている場合には、関連する形態のために第3巻にある「詳細不明部位」にコーディングする。

### C. 一つ以上の原発性悪性新生物

同じ証明書において一つ以上の原発性悪性新生物が報告される場合がある。それぞれの原発性悪性新生物を C00-C76、C80.0、または C81-または C81-C96 の中のコードからコーディングする。

いくつかの原発性悪性新生物の兆候は：

- 異なる形態；
- 転移の好発部位リストに記載されていない他の部位の悪性新生物と併せて報告されている、部位が特定された形態；
- 部位が転移の好発部位リストに記載されていない：
  - 一つの形態の用語がより明確でなく、証明書の中で同様に使用されるより明確な用語をカバーする場合、それら二つが同じ新生物について言及しているとみなす；
  - 「悪性腫瘍（cancer）」または「癌腫（carcinoma）」を形態用語ではなく、「悪性新生物」の同意語とみなす。

- 例 24:
- 1(a) 膀胱移行上皮癌
  - (b)
  - (c)
  - (d)
  - 2 骨肉腫、膝に原発

1 (a) の膀胱は転移の好発部位リストに記載されていない。パート2に報告される悪性新生物が原発性と明記されている。更に、二つの新生物は異なる形態のもので、共に原発性とみなされる。膀胱の悪性新生物（C67.9）および膝の原発性骨肉腫（C40.2）にコーディングする。

- 例 25:
- 1(a) 肝臓癌
  - (b) 乳癌
  - (c)
  - (d)
  - 2

形態「肝臓癌」は肝臓の原発性悪性新生物を示す。乳房は転移の好発部位リスト

に記載されていないため、乳癌もまた原発性とみなされる。肝臓癌（C22.0）および乳房の原発性悪性新生物（C50.9）にコーディングする。

- 例 26: 1(a) 燕麦細胞癌  
 (b) 乳癌  
 (c)  
 (d)  
 2

形態「燕麦細胞癌」は肺の原発性悪性新生物を示す。乳房は転移の好発部位リストに記載されていないため、乳癌もまた原発性とみなされる。転移の好発部位リストに肺は記載されてはいるが、原発性（C34.9）にコーディングし、および乳房の原発性悪性新生物（C50.9）にコーディングする。

#### D. 明記されていない部位

悪性新生物が、部位の「エリア（area）」または「領域（region）」として表記されている場合、または部位に「peri」、「para」、「pre」、「supra」、「infra」または同様の表現の接頭語が付いている場合、最初にこの複合語がアルファベット順索引に含まれているかを確認する。

複合語がアルファベット順索引に含まれていない場合、ガテゴリーの一つに分類可能な形態をコーディングする：

- C40, C41, (骨および関節軟骨)、
- C43, (皮膚悪性黒色腫)、
- C44, (他の皮膚の悪性新生物)、
- C45, (中皮腫)、
- C46, (カポジ肉腫)、
- C47 (末梢神経および自律神経系)、
- C49, (結合組織および軟部組織)、
- C70, (髄膜)、
- C71, (脳)、
- C72, (中枢神経系の他の部分)、

そのカテゴリーの適切な下位区分へ。

複合語がアルファベット順索引になく、形態が上記のカテゴリーに分類不可能、または形態が言及されていない場合、C76の適切な下位区分（他のおよび不明確な部位）にコーディングする。

- 例 27: 1(a) 膵臓の領域に発現した線維肉腫  
 (b)  
 (c)  
 (d)  
 2

腹部の結合組織および軟部組織の悪性新生物（C49.4）にコーディングする。

- 例 28: 1(a) 肺エリアの癌  
 (b)

- (c)
- (d)
- 2

他のおよび不明確な部位の悪性新生物、胸部内（C76.1）にコーディングする。

原発性悪性新生物の部位が特定されない場合、穿孔、閉塞または出血等の報告されている他の症状の位置から原発部位の推測をしてはならない。これらの症状は新生物とは無関係の部位に出現する可能性がある。例えば、腸閉塞は卵巣の悪性新生物の拡がりに起因する場合もある。

- 例 29:
- 1(a) 腸閉塞
  - (b) 癌
  - (c)
  - (d)
  - 2

部位の特定をせずに、癌を悪性新生物にコーディングする（C80.9）。

#### E. 原発部位不明

証明書に原発部位は不明と記載されていて、考えられる原発部位についても言及がない場合、関連する形態の種類に対応する詳細不明部位のカテゴリーにコーディングする。例えば、腺癌を C80.0 に、線維肉腫を C49.9 に、および骨肉腫を C41.9 にコーディングする。

- 例 30:
- 1(a) 肝臓の続発性癌
  - (b) 原発部位不明
  - (c)
  - (d)
  - 2

証明書には原発部位は不明と記載されている。行 1 (b) には、部位の特定をせずに原発性癌のためのコード（C80.0）を使用する。

- 例 31:
- 1(a) 全身性転移
  - (b) 黒色腫
  - (c) 原発部位不明
  - (d)
  - 2

証明書には原発部位は不明と記載されている。詳細不明部位の原発性悪性黒色腫（C43.9）にコーディングする。

しかしながら、証明書に推定もしくは可能性のある原発部位が言及されている場合、懸念を示す表現は無視してそれを部位としてコーディングする。セクション 7.3.2（不確定診断）も併せて参照する。

- 例 32:
- 1(a) 肝臓の続発性癌
  - (b) 原発部位不明、おそらく胃
  - (c)
  - (d)
  - 2

証明書には原発部位は不明と記載されているが、胃を可能性のある原発部位とも言及している。「おそらく」を無視し、行 1 (b) を胃の原発性悪性新生物（C16.9）にコーディングする。



証明書がいくつかの可能性のある原発部位について言及している場合、上記のセクション 7.3.3 A の指示（一つの症状、一つの部位もしくは他の部位のいずれか）に従いコードを選択する。

- 例 33:           1(a) 肝臓の続発性癌  
                   (b) 原発部位不明、おそらく胃または腸。  
                   (c)  
                   (d)  
                   2

証明書には原発部位は不明と記載されているが、胃または腸を可能性のある原発部位とも言及している。行 1 (b) を消化器系内の不明確部位の原発性悪性新生物 (C26.9) にコーディングする。

#### F. 重複する部位

チャプター02 への導入は、サブカテゴリー.8 の重複部位の悪性新生物の内容および使用目的を説明する。しかしながら、死亡コーディングにおいて、重複部位の悪性新生物のためのコードは、病変が重複していると明確に表記されている場合、または死亡証明書に使用されている解剖学用語が重複部位を示す場合のみ使用されるべきである。悪性新生物が器官や器官系の一つの箇所から同じ器官や器官系の他の箇所へ拡散した場合は、重複病変のためのコードは使用しない。

- 例 34:           1(a) 舌および口腔底部の重複悪性新生物  
                   (b)  
                   (c)  
                   (d)  
                   2

C14.8 口唇、口腔および咽頭の重複病変にコーディングする。新生物は重複すると表現されている。

- 例 35:           1(a) 直腸 S 状結腸の悪性新生物  
                   (b)  
                   (c)  
                   (d)  
                   2

C19 直腸 S 状結腸移行部の悪性新生物にコーディングする。「直腸 S 状部」という用語は重複部位を示す。

証明書が重複部位を列挙するのでは十分ではない。そのような場合、上記の指示に従い部位を一つずつコーディングしていく。

- 例 36:           1(a) 結腸および胆嚢の悪性新生物  
                   (b)  
                   (c)  
                   (d)  
                   2

「結腸および胆嚢」が重複新生物に言及しているという記載はない。転移の好発部位リストに記載されている部位はなく、その結果としてそれらは二つの独立した原発性部位とみなされる。結腸の原発性悪性新生物 (C18.9) および胆嚢の原発性悪性新生物 (C23) にコーディングする。

## G. 「転移性」癌

注釈：「転移性 (metastatic)」という表現は主に英語の言語の問題である。他の言語はセクション 7.3.5G の必要に合わせて訳す。

転移性とみなされる新生物は、原発性または続発性に関わらず、常に悪性である。

しかしながら、形容詞「転移性」は二つの意味を持つ；他の原発からの続発の意味、および転移を引き起こした原発を意味する。

### (a) 特定の部位から「から転移した」悪性新生物

悪性新生物が特定の部位から「から転移した (metastatic from)」と表現されている場合、または「起因する (due to)」関係性が特定の部位からの拡がりを意味する場合、その部位は原発性とみなされる。これはまた転移の好発部位リストに記載されている部位にも適用する。原発性部位に対して C00-C76、C80.0 または C81-C96 からのコードを使用する。

### (b) 特定の部位「に転移した」悪性新生物

悪性新生物が特定の部位「に転移した (metastatic to)」と表現されている場合、または「起因する (due to)」関係性が特定の部位への拡がりを意味する場合、その部位は続発性とみなされ、転移の好発部位リストに部位が記載されているかどうかは関係しない。この続発性部位には C77-C79 の中からコードを使用する。しかしながら、C40-C47、C49 または C70-C72 に分類可能な形態が報告されている場合、その形態のタイプのサブカテゴリーの「詳細不明の部位」にコーディングする。

### (c) 部位 A から部位 B への悪性新生物の転移

部位 A から部位 B への転移性と表記された悪性新生物は、部位 A に原発してから部位 B に続発したと解釈される。原発部位に対して C00-C76、C80.0 または C81-C96、続発部位には C77-C79 の中からコードを選択する。

### (d) 転移の好発部位リストに記載されている「転移性」悪性新生物

肺を除き、転移の好発部位リストに記載されている「転移性」新生物は、証明書に他の新生物が言及されていない場合でも、続発性 (C77-C79) にコーディングする。肺における「転移性」新生物は、セクション 7.3.5G 転移性癌、サブセクション (f) 肺の「転移性」癌を参照する。

- 例外：その部位や細胞の悪性新生物のリスクを増加させる状態に起因すると報告されている場合は、転移の好発部位リストに記載されている部位の新生物は原発性としてコーディングする。
- 例外：証明書に唯一記載されている悪性新生物の場合は、転移の好発部位リストに記載されている部位の新生物は原発性としてコーディングする。

### (e) 転移の好発部位リストに記載されていない「転移性」悪性新生物

唯一の悪性新生物が「転移性」と特定されていて、その部位が転移の好発部位リストに記載されていない場合、その特定の部位の原発性悪性新生物にコーディングする。C00-C76、C80.0 または C81-C96 の中のコードを使用する。

「転移性」と特定される一つ以上の新生物が証明書に報告されていて、「転移性」と特定されていない他の悪性新生物もある場合、「転移性」と特定されていない他の新生物を原発性にコーディングして、「転移性」と特定されているものを続発性にコーディングする。これは、転移性と

特定されている場合、転移の好発部位リストに記載されていない新生物にも適用する。

- 例 37:           1(a) 膀胱癌  
                  (b) 転移性前立腺癌  
                  (c)  
                  (d)

2

続発性前立腺癌（C79.8）および原発性膀胱癌（C67.9）にコーディングする。入力の順序はコーディングに影響しない。

#### (f) 肺の「転移性」癌

言及されている唯一の悪性新生物が肺の「転移性」新生物の場合、肺の原発性悪性新生物（C34.-）にコーディングする。

また、死亡証明書に報告されている他の全ての新生物の部位が転移の好発部位リストに記載されている場合、肺の「転移性」新生物を肺の原発性悪性新生物（C34.-）にコーディングする。

転移の好発部位リストに記載されていない他の悪性新生物が言及されている場合、肺の「転移性」悪性新生物を肺の続発性悪性新生物（C78.0）にコーディングする。

#### (g) 特定の形態の「転移性」新生物

C40-C47、C49 または C70-C72 に分類可能な形態型の「転移性」と特定された悪性新生物が証明書の中に報告され、報告されている部位が形態型と一致する場合、特定の形態型の原発性悪性新生物にコーディングする。特定の形態型には適切な部位のサブカテゴリーを使用する。

証明書に報告されている「転移性」癌および部位が形態型と一致しない場合、特定部位の続発性悪性新生物（C77-C79）にコーディングする。更に言及されている形態型のために、詳細不明部位の原発性悪性新生物のコードを追加する。

- 例 38:           1(a) 仙骨の骨肉腫、転移性  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)

2

仙骨部位は原発性骨癌と一致する。仙骨の原発性骨肉腫（C41.4）にコーディングする。

- 例 39:           1(a) 腎臓の骨肉腫、転移性  
                  (b)  
                  (c)  
                  (d)

2

特定部位（腎臓）は主に骨に原発する骨肉腫と一致しないため、腎臓の骨肉腫を続発性悪性新生物（C79.0）にコーディングする。また C41.9 詳細不明部位の骨肉腫にもコーディングする。

#### 7.4.1 後遺症

##### A. 結核の後遺症 (B90.-)

活動性結核の証拠がない限り、結核の後遺症にはそのように明記されているもの、または進行が停止、完治、治癒、症状として現れない、古いまたは休止状態と明記されている状態が含まれる。慢性結核は含まれず、それは活動性感染症としてコーディングされる。

##### B. トラコーマの後遺症 (B94.0)

活発性感染の証拠がない限り、トラコーマの後遺症には、完治または症状として現れないトラコーマの残留、および明確に特定された後遺症、例えば失明、瘢痕性内反や結膜瘢痕が含まれる。慢性トラコーマは含まれず、それは活動性感染症としてコーディングされる。

##### C. ウイルス性脳炎の後遺症 (B94.1)

ウイルス性脳炎の後遺症にはそのように明記されているものおよび、因果的発症後 1 年以上後に現れた遅発影響が含まれる。慢性ウイルス性脳炎は含まれず、それは活動性感染症としてコーディングされる。

##### D. その他感染症および寄生虫性疾患の後遺症 (B94.8)

その他の感染症および寄生虫性疾患の後遺症には、そのように明記されているもの、または進行が停止、完治、治癒、症状として現れない、古いまたは休止状態と明記されている状態が含まれる。更に、活発性感染の証拠がない限り、後遺症には A00-B89 カテゴリーに分類可能である症状の発症後 1 年以上後に現れた遅発影響も含まれる。慢性感染症および寄生虫性疾患は含まれず、それらは活動性感染症および寄生虫性疾患としてコーディングされる。

##### E. くる病の後遺症 (E64.3)

くる病の後遺症は、くる病の後遺症または遅発影響として言及されているもの、またはくる病の発症後 1 年以上後に現れた状態の原因となる既往のくる病を含む。慢性的な栄養失調や栄養不足は含まれず、それらは現行の栄養失調や栄養不足としてコーディングされる。

##### F. 中枢神経系の炎症性疾患の後遺症 (G09)

このカテゴリーは G00.-、G03-G04、G06.-および G08 に分類可能な症状の後遺症のコーディングを扱う。中枢神経系の慢性炎症性疾患には使用しない。これらは中枢神経系の現行の炎症性疾患にコーディングする。

#### 7.4.2 他の ICD カテゴリーへの特別な指示

##### A. 心合併リウマチ熱 (I00-I09)

死亡時にリウマチの進行が活発だったという言及がない場合、リウマチと特定されるまたはリウマチ熱に起因すると言及されている心臓の状態（末期的状態および細菌性心内膜炎以外）が急性または亜急性であると表記されている場合、活発だったことを推定する。そのような表記がない場合、「心臓炎」、「心内膜炎」、「心臓疾患」、「心筋梗塞」および「汎心炎」は、発症からの期間が 1 年以内、または期間が言及されていない場合は、年齢が 15 歳以下だと急性であったとみなすことができる。「心膜炎」は年齢を問わず急性とみなすことができる。

##### B. 肺炎および不動状態 (J18)

不動状態を伴う肺炎を J18.0-J18.1 および J18.8-J18.9 にコーディングし、または可動性の低下を伴う肺炎を J18.2 沈下性肺炎、詳細不明にコーディングする。

**C. 詳細不明の原因による産科的死亡、分娩後 42 日から 1 年以内の産科的死亡、直接的な産科原因による後遺症 (O95、O96 および O97)**

カテゴリー O95、O96 および O97 は産科的死亡を、産科的事象と女性の死亡との経過時間で分類する。カテゴリー O95 は妊娠、陣痛、分娩の間または産褥期に女性が死亡した場合に使用され、分かっている情報は「妊婦」または「産科的」死亡のみである。産科的死亡の原因が特定される場合、O95 は使用せず、適切なカテゴリーにコーディングする。カテゴリー O96 は、42 日以上 1 年以内に妊娠の終了後に起きる直接および間接的な産科的原因による死亡を分類するのに使用される。カテゴリー O97 は妊娠の終了後 1 年以上後に起きた直接的な産科的原因を分類するのに使用される。

**D. 周産期死亡 (P00-P96)**

以下の場合、チャプター 19 周産期に起きた明らかな症状からのコードを使う：

- 症状がチャプター 19 のコードに索引付けされている；
- 特定の症状に対して、先天的／周産期／新生児の索引項目があり、症状の期間が、新生児または周産期に起きたことを示す。症状が新生児の期間または周産期と証明書において特定されていない場合でも適用する。
- 特定の年齢以下で診断されたいくつかの症状に対しては、症状が先天的であったと推定される。以下のセクション、先天性奇形、変形および染色体異常を参照する。
- 更に、生後 28 日未満の子供に対しては、期限が言及され発症が生後満一週間の後でない限り、報告された症状は周産期に発症したと推定する。
- チャプター 19 から除外されるいくつかの症状があることに注意する、以下参照：
  - 新生児破傷風 (A33)
  - 先天性淋菌感染症 (A54)
  - 先天性梅毒 (A50)
  - ヒト免疫不全ウイルス[HIV] (B20-B24)
  - 後天的な感染性疾患 (A00-B99)
  - 腸感染症 (A00-A09)
  - 新生物 (C00-D48)
  - 遺伝性溶血性貧血(D55-D58)
  - 乳児一過性低  $\gamma$  グロブリン血症 (D80.7)
  - 内分泌疾患、栄養性疾患および代謝性疾患 (E00-E90)
  - G00-G99 に分類される神経系の特定の先天性疾患
  - 先天性心筋症
  - K56.0-K56.5 に分類される腸閉塞
  - 新生児天疱瘡およびブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (L00)
  - (新生児頭部皮膚炎) (L21.0)

- おむつ皮膚炎 (L22)
- 先天性奇形、変形および染色体異常 (Q00-Q99)
- ヒト免疫不全ウイルス[HIV]の臨床検査値 (R75)
- 損傷、中毒および外因による明らかな結果 (S00-T98)。

#### E. 先天性奇形、変形および染色体異常 (Q00-Q99)

先天性奇形、変形および染色体異常 (Q00-Q99) に分類される症状は、証明書において症状が先天性と特定されていない場合でも、症状の期間が誕生時から存在する場合はそのようにコーディングされる。

更に、誕生後に発症したという表記がないときに、以下の症状は発症した年齢時で先天性にコーディングされる。

- 1歳以下：動脈瘤、大動脈弁狭窄症、閉鎖症、脳萎縮、脳の嚢腫、変形、臓器の偏位、転位、臓器の低形成、奇形、肺動脈弁狭窄症、心臓弁膜症。
- 4週間以下：心臓疾患 NOS、水頭症 NOS。

#### F. 外科的治療および医療的治療による合併症 (T80-T88)

治療の合併症が索引に載っていないもしくは、含有語または索引用語の同意語ではないときにはいつでも、早期合併症および機械的な合併症を T80-T88 にコーディングする。臓器機能の後期合併症および長期合併症を適切なシステムのチャプターにコーディングする。

### 7.4.3 患者の性別と診断との一貫性

ICD-11 のほとんどカテゴリーは両方の性別に当てはまる。しかしながら、どちらか一方の性別に多く発症する疾患もある。そのような症状のリストは Annex14.8 を参照する。

死亡した人の性別と証明書において死亡原因として選択されたコードとの間に明らかな矛盾がある場合、コーダーは情報を確認して報告に間違いが起きていないことを確認する。

証明者により提供される全ての追加情報に従う。コードが実際に合っていたことが判明した場合、明らかな矛盾に関わらず、コードをそのまま残す。そのような場合、統計データに注釈を追加して、報告された死因が確認され、正確に報告およびコーディングされていると記載すると役立つ可能性がある。

追加情報が得られず、報告されている死因が死亡した人の性別と完全に矛盾し、性転換治療が示唆されていない場合、コード R99 他の不明確および詳細不明の死因、を使用する。そのような場合、統計の公表に注釈が追加され、性別と死因が矛盾し確認が取れなかったために、R99 に記録された事例数を特定する。

## 7.5 周産期死亡：証明書のガイドラインおよびコーディングのルール

2016年の死亡原因の医療診断書の国際的な形式 (*International form of medical certificate of cause of death*) の更新に伴い、全ての事例に対して一つの証明書のみを使用することが推奨される (Annex 14.1 参照)。

以前推奨されていた周産期死亡証明書は Annex14.1 の形式に取って代わられるべきである。法的または他の制約により、Annex14.1 の周産期死亡のための形式の導入が遅延する場合、以下のル

ールが適用される。

以下のパラグラフで言及される追加情報が、国または地域の周産期および乳児死亡の監視に役立つ可能性がある。しかしながら、この情報は ICD-11 に従うコーディングの結果には影響せず、そのため死亡証明書の異なるセクションで集められる必要がある。

### 7.5.1 周産期死亡の証明書

周産期死亡の原因の個別の証明書が作成される必要がある場合、原因は以下のように明記する必要がある：

- (a) 胎児または乳児の主要な疾病や症状
- (b) 胎児または乳児の他の疾病や症状
- (c) 胎児または乳児に影響する母体の主要な疾病や症状
- (d) 胎児または乳児に影響する母体の他の疾病や症状
- (e) 他の関連性のある状況。

関連する日付および時間、赤ちゃんが生産だったのか死産だったかの言及、および死体解剖の詳細とともに、明細の特定を証明書に含める必要がある。

周産期死亡の徹底解析のためには、死因の情報に加え、周産期死亡の事例だけでなく、全ての生児出生に関しても、母親および子供に関する以下のデータが必要である。

母親

出生日

過去の妊娠経験数：生児出生／死産／中絶

最後の妊娠の日付および結果：生児出生／死産／中絶

現在の妊娠：

最終月経開始日（不明の場合、妊娠の推定期間を満週数で表記）

妊婦管理-二回以上の訪問：はい／いいえ／不明

分娩：通常自然頭位／その他（明記）

子供

出生時体重グラムで表記

性別：男児／女児／不確定

単胎出産／双子第1児／双子第2児／他の多子出産

死産の場合、いつ死亡したか：陣痛前／分娩時／不明。

基本の証明書に記載される可能性のある他の変数には助産師の詳細が以下のように含まれる：医師／訓練を受けた助産師／その他の訓練を受けた人（明記）／その他（明記）。

補足データの収集方法は各国において導入されている市民登録制度システムにより異なる。死産または早期新生児死亡の登録において集められる場合、以下のような「周産期死亡原因の証明書」に類似したフォームが使用可能となる。そうでなければ、補足データと死因を結びつけるための特別な段取りが必要となる（例えば、出産と死亡記録をリンクさせる）。

市民登録制度の要件が生産児および死産児のための共通の死亡証明書の導入を困難にする場合、各々に死因のための推奨されるフォーマットを組み込んだ、死産および早期新生児死亡のための別々の証明書により問題が解決できる。

### 7.5.2 死因の言及

証明書には周産期死亡の原因入力のために、(a) から (e) まで分類される五つのセクションがある。乳児や胎児の疾病または症状はセクション (a) および (b) に入力される。唯一最大のものをセクション (a) に、ある場合は残りをセクション (b) に入力する。「唯一最大」は証明者の選択肢の中で乳児や胎児の死亡に最も影響した病的状態を意味する。死に方、例えば心不全、仮死や無酸素症は、胎児や乳児の判明している唯一の症状でない限りはセクション (a) には入力しない。未熟児においても同様である。

証明者の判断で、乳児や胎児に悪影響を及ぼした母親の全ての疾病または症状はセクション (c) および (d) に入力される。上記同様に、これらの中で唯一最大は (c) そしてその他は存在する場合はセクション (d) に入力する。セクション (e) は死亡に影響したものの乳児や母親の疾病や症状として表記ができないその他の状況、例えば、付添人不在の分娩等、の報告に使用する。

以下の例は、記載された症例の死因のステートメントを示す。

例 1: 以前の妊娠が 1 2 週目および 1 8 週目における自然流産に終わった女性が早期分娩で妊娠 2 4 週目に入院。700g の乳児の自然分娩の後、生後 1 日目で乳児が死亡。剖検主要所見は「肺の未成熟」であった。

周産期死亡の原因：

- (a) 肺の未成熟
- (b) —
- (c) 早期分娩、原因不明
- (d) 反復流産
- (e) —

例 2: 月経周期が規則的で妊娠 1 0 週目に開始された所定の妊婦管理を受けた 2 6 歳の初妊婦。3 0 - 3 2 週目で胎児の成長遅延が臨床的に判明、3 4 週目で確定した。無症状の細菌尿以外に明白な原因はなかった。帝王切開が行われ生産の男児が 1,600 g で娩出された。胎盤は重さ 300 g で梗塞と表記された。呼吸窮迫症候群が起きたが、治療効果を示していた。3 日目に赤ちゃんは急死した。剖検で広範囲の肺硝子膜症および大量の脳室内出血が明らかになった。

周産期死亡の原因：

- (a) 脳室内出血
- (b) 呼吸窮迫症候群  
胎児成長遅延
- (c) 胎盤機能不全
- (d) 妊娠中細菌尿  
帝王切開

例 3: 明らかな糖尿病で最初の妊娠時にほとんど管理がされなかった患者は、3 2 週目で巨赤芽球性貧血を発症した。3 8 週目で陣痛を誘発。自然分娩で 3,200 g の乳児が生まれた。赤ちゃんは低血糖を起こし、生後二日で死亡した。剖検で総動脈幹が明らかになった。

周産期死亡の原因：



- (a) 総動脈幹
- (b) 低血糖
- (c) 糖尿病
- (d) 巨赤芽球性貧血
- (e) —

例 4: 健康な4歳男児の30歳の母親、羊水過多以外は正常妊娠であった。36週目のレントゲン検査で無脳症の可能性が示唆された。陣痛を誘発し、死産の1,500gの無脳児が娩出された。

周産期死亡の原因:

- (a) 無脳症
- (b) —
- (c) 羊水過多
- (d) —
- (e) —

### 7.5.3 原因別周産期死亡の一覧表

添付書類に示される証明書のフォームから抽出された周産期死亡の統計には(7.4.1.参照)、報告された全ての症状の完全な複数原因の分析が最大限の利益を生む。実行不可能な場合、胎児または乳児の主要疾患または症状(パート(a))の分析および胎児または乳児に影響を及ぼす母体の主要症状(パート(c))の分析、これらの症状のグループのクロス集計と併せて、最小限とみなされるべきである。一つだけの症状を選択する必要がある場合(例えば、早期新生児死亡を全年齢層の死亡の単一原因表に組入れる必要がある場合)、胎児や乳児(パート(a))の主要疾患や症状から選択する。

### 7.5.4 死因のコーディング

セクション(a)、(b)、(c)および(d)に入力される各々の症状は個別にコーディングされるべきである。セクション(c)および(d)に入力された、胎児または乳児に影響を及ぼす母体の症状はカテゴリーP00-P04にコーディングされ、これらのコードはセクション(a)および(b)には使用されない。セクション(a)に入力された胎児または乳児の症状はカテゴリーP00-P04以外のどのカテゴリーにもコーディング可能であるが、一般的にはカテゴリーP05-P96(周産期の症状)またはQ00-Q99(先天異常)にコーディングされる。セクション(a)および(c)にはコードは一つだけ入力されるべきであるが、セクション(b)および(d)は報告されている限り全てのコードが入力される。

セクション(e)は個々の周産期死亡のレビューを目的とするため、一般的にはコーディングは必要ではない。しかしながら、セクション(e)に入力された状況の統計分析が要求された場合、いくつかの適切なカテゴリーがチャプター23および24にある可能性がある;これが当てはまらない場合、この情報に対してユーザーは独自のコーディングシステムを考え出す必要がある。

### 7.5.5 コーディングのルール

一般的な死亡の選択時のルールは、周産期死亡証明書には適用しない。しかしながら、周産期死亡証明書の死因が上記のガイドラインに従って入力されていないものを受け取る場合もある。可能な限り、これらの証明書は証明者により訂正されるのが望ましいが、それが可能でない場合は、

以下のルールが適用される。

**ルール P1 - セクション (a) に入力された死亡または早産の形式**

心臓麻痺や心不全、仮死や無酸素症 (P20.-, P21.-の中の全ての状態) または早産 (P07.-の中の全ての状態) がセクション (a) に入力され、乳児や胎児のその他の症状がセクション (a) またはセクション (b) のいずれかに入力されている場合、これらの他の症状の中の最初に言及されたものをそれがセクション (a) に単独で入力されたかのようにコーディングし、実際にセクション (a) に入力された症状をセクション (b) に入力されていたようにコーディングする。

例 1:	生産 ; 生後 4 日目に死亡	コーディング
	(a) 早産	Q05.9
	(b) 脊椎披裂	P07.3
	(c) 胎盤機能不全	P02.2
	(d) —	

早産は (b) に、脊椎披裂は (a) にコーディングされる。

例 2:	生産 ; 生後 50 分後に死亡	コーディング
	(a) 重度の出生時仮死 水頭症	Q03.9
	(b) —	P21.0
	(c) 閉塞性分娩	P03.1
	(d) 重度の子癇前症	P00.0

重度の出生時仮死は (b) に、水頭症は (a) にコーディングされる。

**ルール P2 - セクション (a) または (c) に入力された二つ以上の症状**

二つ以上の症状がセクション (a) またはセクション (c) に入力された場合、これらの中で最初に言及されたものをそれがセクション (a) または (c) に単独で入力されたかのようにコーディングし、その他のものをセクション (b) や (d) に入力されていたようにコーディングする。

例 3:	死産 ; 分娩開始前に死亡	コーディング
	(a) 重度の胎児栄養失調 月齢より軽い 分娩前無酸素症	P05.0
	(b) —	P20.9
	(c) 重度の子癇前症 前置胎盤	P00.0
	(d) —	P02.0

胎児栄養失調と月齢より軽いは (a) に、分娩前無酸素症は (b) にコーディングされる ; 重度の子癇前症は (c) に、前置胎盤は (d) にコーディングされる。

例 4:	生産 ; 生後二日目に死亡	コーディング
	(a) 外傷性硬膜下出血 胎便の大量吸入 子宮内無酸素症	P10.0
	(b) 低血糖症 遷延妊娠	P24.0 P08.2P20.9 P70.4 P08.2
	(c) 鉗子分娩	P03.2
	(d) 重度の子癇前症	P00.0

外傷性硬膜下出血は (a) に、その他の (a) に入力されていた症状は (b) にコーディングされる。

**ルール P3 - セクション (a) または (c) に入力がない**

セクション (a) には入力がないが、乳児や胎児の状態についての入力がある場合、これらの中で最初に言及されたものをそれがセクション (a) に入力されたかのようにコーディングする；セクション (a) または (b) のいずれにも入力がない場合、死産には P95 詳細不明の原因による胎児死亡、または 早期新生児死亡には P96.9 周産期に起因する症状、詳細不明、のいずれかのコードがセクション (a) に使用される。

同様に、セクション (c) に入力がないが、母体の状態についての入力がある場合、これらの中で最初に言及されたものをそれがセクション (c) に入力されたかのようにコーディングする；セクション (c) または (d) のいずれにも入力がない場合、セクション (c) に例えば xxx.x のような人為的なコードを使用して、母体状態の報告はなかったことを示唆する。

例 5:	生産；生後 15 分後に死亡	コーディング
	(a) —	P10.4
	(b) テント裂傷	P22.0
	呼吸窮迫症候群	
	(c) —	xxx.x
	(d) —	

テント裂傷は (a) にコーディングされる；xxx.x は (c) にコーディングされる。

例 6:	生産；生後 2 日目に死亡	コーディング
	(a) —	P96.9
	(b) —	
	(c) —	P00.0
	(d) 子癇（長期に及ぶ本態性高血圧症）	

詳細不明の周産期の原因が (a) にコーディングされる；子癇は (c) にコーディングされる。

**ルール P4 - 間違ったセクションに入力された症状**

母体の状態（つまり P00-P04 に含まれる状態）はセクション (a) やセクション (b) に入力された場合、または乳児や胎児の状態がセクション (c) やセクション (d) に入力された場合、状態がそれぞれの正しいセクションに入力されたようにコーディングする。

乳児や胎児の状態または母体の状態として分類可能な状態が間違っセクション (e) に入力されている場合、それをセクション (b) や (d) に胎児または母体の追加状態としてそれぞれにコーディングする。

例 7:	死産；分娩開始後に死亡	コーディング
	(a) 重度の子宮内低酸素症	P20.9
	(b) 持続性後方後頭位	
	(c) —	P03.1
	(d) —	P03.2
	(e) 鉗子分娩困難	

持続性後方後頭位は (c) にコーディングされ；鉗子分娩困難は (d) にコーディングされる。

**7.6 所定の使用および特別な事例**

**7.6.1 所定の死因**

所定の死因報告システムでは、全ての個体死は正確な死後検査を行い、親戚から故人の病歴を集

め、故人に関する全ての既存医療情報にアクセスが可能な有資格医師により証明される。死因の医療証明書は通常主治医の責任であり、国際勧告に従う必要がある。死亡証明書やその他の医療記録のデータの機密性を行政手続きにより保証する必要がある。

検視官やその他の法的権限により証明された死亡の事例では、証明者に提供された医学的証拠は全ての法的所見に付随して証明書に言及される必要がある。

所定の死因報告は通常死亡証明書プロセスに組み込まれる。死亡証明書は埋葬および相続のための法的要求事項である。

### 7.6.2 口頭剖検

口頭剖検とは、最近親者または他の介護人へのインタビューに基づいて、死因の特定に使用される方法である。症状、兆候、病歴、および死亡前の状況についての情報を引き出すために、標準化された質問票に基づいて行われる。質問票に基づいて集められたデータおよび他の利用可能な情報から、死因または死亡へと繋がった一連の原因が割り当てられる。ルールおよびガイドライン、アルゴリズムやコンピュータプログラムが死因の決定のための情報評価の支援に役立つ（11）。口頭剖検の主な目的は、市民登録制度および死亡証明書制度が脆弱で医療制度との接触なしにほとんどの人々が自宅で死亡するような地域において、コミュニティや集団レベルで死因を表すことである。

標準的な VA 道具は、VA 質問票、死因や死亡分類システムおよび死因を抽出するための診断基準（専門またはデータ派生アルゴリズム）から成る。VA プロセスは、インタビュー、データ記録、および報告から死因の識別から構成される。いずれの段階においても、プロセスを通じて予想された原因特定死亡画分に要因が影響する。調査の他にも、医師が死者を診断できない環境において VA は死因特定のための実際的な方法である。

### 7.6.3 母性死亡率

妊婦の死亡とは、妊娠中または妊娠の終了後 42 日以内の女性の死亡、妊娠の期間および妊娠部位に関係なく、妊娠やその管理に関連する、またはそれにより悪化した全ての原因、しかし事故や付随して起きた原因は除外する、と定義される。

妊婦の死亡は二つのサブグループに分けられる。

- 直接的な産科学に関係する死亡：妊娠状態（妊娠、分娩、および産褥期）の産科的合併症、および治療介入、過失、不適切な治療、または上記いずれかの一連の出来事の結果として生じた死亡。
- 間接的な産科学に関係する死亡：既存の疾患や妊娠中に発症した疾患、そして直接的な産科学的原因に起因しないが、妊娠の生理学的影響により悪化した結果生じた死亡。

母性死亡率データの質を改善および妊娠中や妊娠に関連する全ての死亡のデータ収集方法の選択肢を提供するために、また、妊娠の終了後 42 日目以降に起きた産科的原因による死亡を記録することを奨励するため、1990 年に開催された第 43 回世界保健総会で、現在の妊娠および死亡前の一年以内の妊娠に関連する質問を死亡証明書に含めることを各国で検討する勧告を採択した。

この分野における国際コミュニティの共同作業の影響を監視する役割を担う、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）、および持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDG）に母性死亡率も含まれる。

妊娠、出産、または産褥期が証明書のどこかに言及されている場合、ほとんどのケースでは根本原因はチャプター 18（妊娠、出産および産褥期）にコーディングされる。これはむしろステップ SP1-M4 を適用することで選択された根本原因がアルファベット順索引に従いチャプター 18 に分類されるため、もしくはチャプター 18 には妊娠、出産、または産褥期に現れた症状のための特別なコードがあるためである。

ICD の他のパートに索引付けされている根本原因がチャプター 26 拡張コードに分類されるべきかの判断をするのに以下の指示を適用する。これらの指示はアルファベット順索引のチャプター 18 に索引付けされている症状には適用しないことに留意する。

- 妊娠、出産または産褥期が証明書のどこかに報告されているものの、妊娠、出産または産褥期が死亡に関与したと明記されていない場合、最初に証明者に連絡を取り、追加情報を求める。
- 証明者が死亡は妊娠、出産または産褥期の合併症であったと言及した場合、根本原因をチャプター 18 妊娠、出産および産褥期にコーディングする。
- 証明者が死亡は妊娠、出産または産褥期の合併症ではなかったと言及した場合、根本原因をチャプター 18 妊娠、出産および産褥期にコーディングしない。
- 追加情報を得られないが、妊娠、出産または産褥期について証明書のパート 1 またはパート 2 において言及されている場合、根本原因をチャプター 18 妊娠、出産および産褥期にコーディングする。
- 選択した根本原因が O98-O99（「妊娠、出産または産褥期の合併症以外に分類される母体の感染性疾患および寄生虫性疾患」および「妊娠、出産または産褥期の合併症以外に分類される他の母体の疾患」）に分類可能な場合、チャプター 1-18 の中から適用するコードを複数の死因として追加する。死亡に関する重大な情報が検索できなくなるため、これは重要なことである。
- 妊娠、出産および産褥期に発症したにも関わらず、チャプター 18 妊娠、出産および産褥期にコーディングされない症状もあることに留意する。チャプター 18 妊娠、出産および産褥期の最初に記載される除外に関する注釈を参照する。

[Ex00223] (a) 羊水塞栓症

根本原因である羊水塞栓症はチャプター 18（O88.1）に索引付けされている。

[Ex00225] (a) 肺水腫

以下に起因する

(b) 僧帽弁逆流、妊娠

根本原因である僧帽弁逆流はパート 1 に妊娠が言及されているため、チャプター 18 にコーディングされる。根本原因を妊娠、出産および産褥期の合併症である循環系の疾患（O99.4）にコーディングする。更に僧帽弁逆流のコード（I34.0）も死亡への寄与原因として追加する。

[Ex00230] (a) 出血

以下に起因する

(b) 子宮頸癌

妊娠による治療の遅延

根本原因である子宮頸癌は、パート 2 に妊娠が言及されているため、チャプター 18 にコーディングされる。根本原因を妊娠、出産および産褥期の合併症である他の特定疾患および症状（O99.8）にコーディングする。更に子宮頸癌のコード（C53.9）も死亡への寄与原因として追加する。

- [Ex00235] (a) 肝不全  
以下に起因する
- (b) デング出血熱 5日間
- 追加情報：分娩後40日目

根本原因を妊娠、出産および産褥期の合併症である他のウイルス性疾患（O98.5）にコーディングする。更にデング出血熱のコード（A91）も死亡への寄与原因として追加する。

#### 7.6.4 幼児死亡率

幼児死亡率は1歳以下で生後28日以上の小児の死亡を言う。生活の質および保健インフラの指標である。

#### 7.6.5 小児および幼児死亡率

小児死亡率（5歳以下の死亡率-5歳未満で死亡する確率、および幼児死亡率-1歳未満で死亡する確率）は小児の健康、生活の質および保健インフラのレベル、更に各国の全体的な発展の先行指標である。更にMDG指標番号4である。

#### 7.6.6 周産期死亡率

胎児死亡および生産の登録に関する法的要件は国によっておよび国家間で異なる。可能な場合、生死に関わらず、分娩時500g以下だった全ての胎児および乳児は統計に含まれるべきである。出生時体重についての情報が入手できない場合、在胎期間（満22週）または身長（頂踵長25センチ）に一致する基準を使用する。事象が周産期において起きたかどうかの判断基準は以下の順に適用される：1）出生時体重、2）在胎期間、3）頂踵長。国家統計が言及するように体重500gから1,000gまでの胎児および乳児を含むことは、内在する価値およびそれが1,000g以上の報告の範囲を改善するという両方の理由から推奨される。

周産期死亡統計にとって、報告される全ての症状の全面的な複数原因の分析が最大の価値となる。

可能な限り、周産期死亡の原因の個別の証明書が記入され、そこには原因が以下のように設定される：

- (a) 胎児または乳児の主要疾患および症状
- (b) 胎児または乳児の他の疾患および症状
- (c) 胎児または乳児に影響する母体の主要疾患および症状
- (d) 胎児または乳児に影響する母体の他の疾患および症状
- (e) その他の関連する状況。

新生児死亡率推定の信頼性は、生死の報告および記録の正確性および完全性による。特に新生児の死亡に関しては、未報告および誤分類は一般的に起こる。

## 8 ICDの主な使用方法：死亡率

死亡率データはほとんどの場合、国や地域レベルでの統計報告に使用される。学術研究の中で実

施される統計報告もあり、またある時には、保健制度および公衆衛生当局の意思決定に情報を提供するための設定の中で実施されることもある。ICD コーディングデータはまた、例えば、診断別分類（DRGs）の異なる種類等、異なるケースミックスシステムの基礎を形成する。コーディングされた死亡率データは、疾病の負担についての基本的な情報の提供を通して様々な臨床ガイドラインへの情報提供にも使用が可能である。

## 8.1 何がコーディングされるのか：患者の症状

患者の治療に責任のあるヘルスケア専門家は、患者の病状を文書化する責任もある。理想的には、この情報は標準記録方式を使用して統計的にまとめられるべきである。適切に入力された記録は良い患者管理に必要不可欠であり、また患者診断の有効なコーディング記録の作成に必要不可欠な前提条件であり、患者の病状を記載した手書きの情報からコーディングするプロセスから導き出される。患者の病状に関する正しい記述記録が利用可能ならば、ICD および関連する分類におけるこの情報の正確なコーディング、そして疫学および死亡率や他のヘルスケア問題に関する他の統計データにとっての有益な情報源を作り出す。

## 8.2 死亡率のコーディングに関連する文書化の原則

死亡率データは、健康政策およびプログラムの策定、およびその管理、監視と評価、疫学において、リスク集団の特定、および臨床研究（異なる社会経済的集団における疾病の発生研究を含む）において益々使用されるようになっていく。

入院の理由となったと判断された、ヘルスケアのエピソードの最後に確定された症状を主要症状として記録する（重要なことは、また上記で述べたように、これは ICD-10 に存在した WHO の主要症状の定義の変更である）。

主要症状に加え、記録は、可能なときはいつでも、ヘルスケアのエピソードの間に扱われた他の症状や問題を分けてリスト化する必要がある。他の症状とは、ヘルスケアのエピソードの間に合併や発症し、患者の管理に影響したそれらの症状と定義される。

実行できる場合、ルーチンデータを補足するために複数状態のコーディングおよび分析を実施することが推奨される。

### 8.2.1 死亡率データの単一症状分析のための診断情報記録のガイドライン

#### 一般的

患者の治療に責任のあるヘルスケア専門家は、ヘルスケアの各エピソードのために、記録の対象となる主要症状およびその他の症状を選択する。この情報は標準記録方式を使用して統計的にまとめられるべきである。適切に入力された記録は、良い患者管理に必要不可欠であり、そして疫学および死亡率に関する他の統計データおよび他のヘルスケア問題にとっての有益な情報源となる。

#### 特異性および詳細

各診断明細は、もっとも特異的な ICD カテゴリーに症状を分類できるように可能な限り有益である必要がある。そのような診断明細の例は以下を含む：

- 膀胱三角部移行上皮癌
- 急性虫垂炎を伴う限局性腹膜炎

- 髄膜炎菌性心膜炎
- 妊娠高血圧症
- 処方通りに投与された抗ヒスタミン剤反応に起因する複視
- 過去の股関節骨折に起因する股関節の変形性関節症
- 自宅での転倒による大腿骨頸部骨折
- 調理事故に起因する左手のひら全層火傷

#### 未確認診断

ヘルスケアのエピソードの終わりまでに確定診断が確立されない場合、治療や調査を必要とした症状について最も明確で多い知識の量を提供する情報を記録する。これは、検討されたが確立はされていない未確定診断を“可能性がある”、“疑問の余地がある”または“疑わしい”として適させるよりも、兆候、異常所見や問題に言及することで行われる。

コーディングのルールが不確かな原因の報告も必要とする場合、チャプター 2 6 拡張コードから関連する接頭が、確実性のレベルおよび種類に合わせたコーディングを可能とする。

#### 病気以外の理由で公共医療サービスに連絡を取る

ヘルスケアのエピソードまたは公共医療サービスとの接触は、現在の病気や損傷の特定、治療や調査に制限されない。現在は病気ではない人が限られた治療やサービスを要求や受ける場合にもエピソードは起きる可能性がある；関連する環境に関する詳細は“主要症状”として記録される必要がある。例には以下を含む：

- 以前に治療した症状の監視
- 予防接種
- 避妊の管理、出産前および分娩後のケア
- 本人または家族の病歴によるリスクにある人の監視
- 健康な個人の検査、例えば、保険や職業上の理由
- 健康関連のアドバイスを求める
- 社会問題のある個人によるアドバイスの要求
- 第三者に代わっての相談。

チャプター 2 4（健康状態に影響する要因および公共医療サービスへの連絡）がこれらの状況を分類するための広範におよびカテゴリー（QA00-QF9Z）を提供する；このチャプターを参照することで、最も関連するカテゴリーへの分類を可能とするのに求められる詳細の指標を提供する。

#### 外因に起因する症状

外因による損傷、中毒または他の影響のような状態が記録されている場合、状態の性質およびその状態を引き起こした状況を共に完全に文書化することが重要である。例えば：“歩道で滑って転倒したことによる大腿骨頸部骨折”；“患者が車の操作を誤り、木に激突したことによる脳挫傷”；“中毒事故-患者がソフトドリンクと間違えて殺虫剤を誤飲”；または“重度の低体温症-寒い天候の中、患者が庭で転倒”。

#### 後遺症の文書化

治療のエピソードが、現在は発現していない疾患の残った症状（後遺症）の治療や調査を対象としている場合、後遺症は完全に文書化する必要があり、起源となった疾患がもはや発現していないという明らかな表示と併せて起源に言及する。例えば：“湾曲した鼻中隔 - 幼少期の鼻骨骨折”、



“アキレス腱の拘縮 - 腱損傷の遅発影響”、または“過去の結核症による卵管閉塞に起因する不妊症”。

複数の後遺症が現れ、治療や調査が主に一つの後遺症に向けられていない場合、“脳血管障害の後遺症”または“多発性骨折の後遺症”のような文章が適している。

### 8.2.2 コーディングを目的とした“主要症状”および“その他の症状”の選択のためのガイドライン

主要症状とは、ヘルスケアのエピソードの最後に確立された、入院の理由であると確定された症状である。一つ以上の症状が主要症状として記録されている場合、元々の選択が間違っている場合の主要症状の再選択に関する以下のセクションのコーディングルール MB1 を参照する。

ヘルスケアのエピソードが入院時に発症しているいくつかの関連する症状を含み、入院の必要性に寄与している場合（例えば、複数の損傷、過去の病気や損傷による複数の後遺症、またはヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患に発症する複数の症状）、他のものより明らかに最も深刻で援助を必要としているものを“主要症状”として、その他を“その他の症状”として記録する。

ヘルスケアのエピソードに関連する“主要症状”および“その他の症状”は責任者であるヘルスケア専門家により記録されているはずである。可能なときはいつでも、明らかに矛盾した記録または主要症状の不正確な記録は解明のために戻す必要がある。解明の失敗、MB1 から MB5 までのルール（以下の疾病率ルールのセクション）はよくある記録間違いの原因にコーダーが取り組むのに役立つ。以下のガイドラインはコーダーがどのコードを使用すべきかが不明確なときに役立つ。

臨床および資源配分目的で、多くの場合、疾患の兆候（種類および重症度、例えば潰瘍期 3）が基礎疾患（例えば糖尿病）より特定の治療エピソードにおいては重要な場合がある。国レベルの予防プログラムにとって、根本的な原因論の方が重要であるかもしれない。品質と安全性には入院に関連した付随する詳細の報告が必要である。総合的な解析および疾病率データの使用には、上記の側面全てを網羅する複数の分野のデータセットがあることが非常に重要である。

タイプ 2 拡張コード（ICD-11 のコードの新たなセクション）は多数の独特のコードを提供し、どのように診断が使用されるかおよび／または解釈されるかを印を付ける、概念修正フラグとしての役割を果たす。このような拡張コード修飾子には以下が含まれる：

- 入院の理由
- 最も資源集約的な症状
- 仮の（暫定）診断
- 鑑別診断
- 除外診断
- 入院時に存在する
- 入院開始後、入院中の発症

診断に関する追加の特徴を特定する拡張コードの使用に関する更なる詳細には、セクション 4.2.7 を参照する。

#### 例 1:

心筋梗塞で入院した患者は、目立つ合併症はなく病院に 5 日間入院する。

心筋梗塞が主要症状である。

**例 2:**

患者は心筋梗塞で入院し、その後発作を発症し一ヶ月の入院期間となった。

入院の理由である心筋梗塞が主要症状である。次に、発作がクラスターにリンクされた診断タイプ拡張コードフラグで印付けされ、診断が入院の後に発症したことを示す。

**例 3:**

患者は肺炎および鬱血性心不全で入院した。責任者であるヘルスケア専門家による最終診断記録は以下の通り：

肺炎

鬱血性心不全

可能性のある二つの主要症状がある。肺炎が最初に言及されたため、主要症状に選ばれた。上記に言及した通り、コーダーは提供者の文書に基づいて候補になっている二つの症状の内、どちらが最も重症または多くの資源を消費するかの判断を試み、主要症状として選択する。重症度または資源の使用で、二つの可能性のある主要症状の区別が難しい場合は、どちらを選んでもよい。

診断フラグを使用するそのようなシステムは、入院理由のコーディングルールを求める国々の目的を満たす一方で、治療および資源消費の複雑な関係に関する影響を持てるようになりたい国々の目的もまた満たす（ケースミックスシステムに関連性がある）。

先に言及したように、現在の損傷や病気の治療または調査とは無関係のヘルスケアエピソードがある（例、以前治療した症状の監視、予防接種の訪問、健康関連アドバイスを求める）。そのような状況では、主要症状は ICD-11 チャプター 2 4（健康状態に影響する要因および公共医療サービスへの接触）において見つかる可能性がある。

ヘルスケアエピソードに関連する“主要症状”および“その他の症状”は最も責任のあるヘルスケア専門家により記録されるべきである。それに率直なコーディングが続く。可能なときはいつでも、明らかに矛盾した記録または主要症状の不正確な記録は解明に戻す必要がある。解明の失敗、MB1 から MB5 までのルールが、よくある記録間違いの原因にコーダーが取り組むのに役立つ。以下のガイドラインはコーダーがどのコードを使用するかが不明確なときに役立つ。

この情報が主要症状のための正しい ICD コードの選択に役立つ可能性があるため、単一原因分析に関しても、“その他の症状”は、治療のエピソードに関連して、主要症状に付随して記録されるべきだと推奨される。

**選択的追加コード**

以下のガイドラインには、更なる情報を提供するために選択的追加コードとともに、“主要症状”に望ましいコードが示される場合がある。望ましいコードは単一原因分析のための“主要症状”を示し、複数原因分析のために追加コードも含まれる場合がある。

**8.2.2.1 ポストコーディネーションを使用した症状のコーディング**

ICD-11 における新しい顕著な特徴は、治療のエピソードを取り巻く臨床的環境をより良くキャプチャーするのに関連する診断概念を連結（またはクラスタリング）するための埋め込まれた機能

性である。このいわゆる診断概念のポストコーディネーション (post-coordination) は ICD-11 で可能となった。症状の調整後のコーディングの例を以下に示す。追加詳細にはセクション 5 を併せて参照する。

患者 X は以下のように報告されている

1. 2 型 (真性) 糖尿病
2. 糖尿病性網膜症
3. 動脈性高血圧症。

症状 1 を以下のようにコーディングする :

6A11 2 型 (真性) 糖尿病

AND

ME90.Z 糖尿病性網膜症、詳細不明

症状 2 を以下のようにコーディングする :

CA10 本態性高血圧症

ファイルの中の記録はその後クラスタスタイルまたは文字列連続スタイルで行われる (コードのリンク方法はローカル決定に任せる) :

文字列連続スタイル :

6A11/ME90.Z

CA10

クラスタリングスタイル-7 桁目 (太字) がクラスタ桁 (つまり、柔軟な英数字の一桁の領域) であり同じクラスタのコードを特定する。

6A11.- -1

ME90.Z-1

CA10.- -2

### 8.2.2.2 疑わしい症状、兆候、異常所見および病気じゃない状態のコーディング

ヘルスケアの期間が入院患者向けであったとき、コーダーは主要症状をチャプター 2 1 および 2 4 に分類することに注意しなくてはならない。より特異度の高い診断が入院患者の入院期間の終了までに下されない場合、または実際にコーディングできる現行の疾病や損傷がない場合、上記のチャプターからのコード使用が許容される (セクション 8.2.2.9 のルール MB3 と MB5 を併せて参照する)。カテゴリーは他のヘルスサービスとの接触エピソードには通常の方法で使用できる。

ヘルスケアエピソードの後に、主要症状が未だ“疑わしい”や“疑問の余地がある”等と記録されていて、更なる情報や分類がない場合、疑わしい診断は確定されたようにコーディングされる必要がある。

カテゴリー Z03.- (疑わしい疾患や症状の医学的観察および評価) は、調査の後に排除された疑

わしい診断に適用する。

例 4: 主要症状: 急性胆嚢炎の疑い  
他の症状: —

“主要症状”として急性胆嚢炎 (EE72,1) にコーディングする。

例 5: 主要症状: 悪性頸新生物の疑いで調査のために入院-排除  
“主要症状”として悪性新生物の疑いのための観察 (Z03.1) にコーディングして、チャプター 2 6 拡張コードから接頭コード「排除された」を追加する。

例 6: 主要症状: 排除された心筋梗塞  
他の症状: —

“主要症状”として心筋梗塞の疑いのための観察 (Z03.4) にコーディングして、チャプター 2 6 拡張コードから接頭コード「排除された」を追加する。

例 7: 主要症状: 深刻な鼻出血  
他の症状: —

1 日の入院。治療や調査の報告は無い。

鼻出血 (R04.0) にコーディングする。患者は明らかに緊急事態のためだけに入院したため、これが許容される。

### 8.2.2.3 複数の症状のコーディング

“複数...”と題されたカテゴリーに複数の症状が記録されていて、その中主要な症状が一つもない場合、“複数...”カテゴリーのためのコードは優先コードとして使用され、データシステムが一つのコードしか保持できない場合だけ、選択的な追加コードがリストアップされている個々の症状に追加される。理想的には全ての複数症状がクラスタとしてコーディングされる (クラスタコーディングを参照)。

そのようなコーディングは主に HIV 疾患、損傷および後遺症に関連する症状に適用する。

### 8.2.2.4 組み合わせカテゴリーのコーディング

ICD では、二つの症状または一つの症状および関連する二次的プロセスが一つのコードで表すことができる、明確なカテゴリーを提供する。そのような組み合わせカテゴリーは主要症状として使用され、そこに適切な情報が記録される。アルファベット順索引はそのような組み合わせがどこで提供されるか、“伴う (with)” インデントの下に、先導する用語のすぐ後に示す。“主要症状”の下に記録される二つ以上の症状は、その内の一つが他方の形容詞的修飾要素とみなされる場合にはリンクされることがある。

例 8: 主要症状: 腎不全  
他の症状: 高血圧性腎疾患

“主要症状”として腎不全を伴う高血圧性腎疾患（I12.0）にコーディングする。

例 9: 主要症状： 目の炎症に続発した緑内障  
他の症状： —

“主要症状”として目の炎症に続発した緑内障（H40.4）にコーディングする。

例 10: 主要症状： 腸閉塞  
他の症状： 左鼠径ヘルニア

片側性のまたは詳細不明の鼠径ヘルニア、閉塞を伴う、壊疽は伴わない（K40.3）にコーディングする。

例 11: 主要症状： 白内障。1型糖尿病  
他の症状： 高血圧症  
専門科： 眼科

クラスターを1型糖尿病および“主要症状”として糖尿病性白内障と共に型についての言及をせず糖尿病にコーディングする。関連する診断概念、およびその方法に関するメカニズムに対する、ポストコーディネーションまたはクラスターリングに関する先の記載を参照する。ストリングコーディングシステムにおいては、診断は一つのデータ領域に集合可能である（つまり、dx1/dx2）。その一方で、接尾辞コーディングシステムにおいては、接尾辞ポジションにクラスターリング桁と共に、二つの関連する概念の一つは最初のコーディング領域に現れるように選択する必要がある（例、'1'）。その次に関連する診断が同じ接尾辞で二つ目のコーディング領域位置に現すことができる。

例 12: 主要症状： 2型糖尿病  
他の症状： 高血圧症  
リウマチ性関節炎 白内障  
専門科： 総合内科

“主要症状”として2型糖尿病（E11.9）にコーディングする。この例において、共に“主要症状”の元に両方が記録されないため、白内障と糖尿病のリンケージを作成してはならないことに留意する。

#### 8.2.2.5 疾病の外因のコーディング

外因に起因する損傷および他の症状に対して、症状の性質および外因の状況両方をコーディングする必要がある。優先される“主要症状”コードは症状の性質を表したものでなくてはならない。ほとんどの場合、常にではないが、チャプター 2 2 に分類可能である。外因を示すチャプター 2 3 からのコードは選択的追加コードとして使用される。

例 13: 主要症状： 起伏のある歩道における転倒による大腿骨頸部骨折  
他の症状： 肘および上腕への挫傷

“主要症状”として大腿骨頸部骨折（S72.0）にコーディングする。道や道路（W01、起きた場所 4）で滑る、つまづくまたはよろめくことによる同じレベルから転倒の外因コードが選択的追加コードとして使用され、クラスターリングを通じて骨折コードにリンクされる（ストリングコードの表現または接尾辞'1'とともに接尾辞コーディングクラスター

のいずれかにおいて)。

例 14: 主要症状: 重度の低体温症 - 寒い天候の中、患者が庭で転倒  
他の症状: 認知症  
“主要症状”として低体温症 (ND22) にコーディングする。自宅での過度の自然の寒さに晒される外因コード (X31、起きた場所 0) 選択的追加コードとして使用される場合がある (上記のようにポストコーディネーションクラスタリングを通してリンクされる)。

例 15: 主要症状: 処方通りに投与された抗ヒスタミン剤反応に起因する複視  
他の症状: —  
“主要症状”として複視 (H53.2) にコーディングする。治療上の使用において副作用を引き起こす抗アレルギー薬および抗嘔吐薬の外因コード (Y43.0) が選択的追加コードとして使用される場合があり、同様に、薬物、薬および薬剤-“適切な服用量として処方され服用された薬剤”の危害の作用様式も選択的追加コードとして使用される。このような場合、三つ全てのコードがストリングコードメカニズムまたは接尾辞コードメカニズム (つまり、三つのコードそれぞれに接尾辞'1'が割り当てられる) を通してリンクされる。

例 16: 主要症状: マラソン走行の練習に起因するヘモグロビン尿症 (競技場の屋外トラックでのトレーニング)  
他の症状: —  
“主要症状”として、他の外因による溶血に起因するヘモグロビン尿 (D59.6) にコーディングする。スポーツや運動競技分野の過剰練習および激しい、反復運動の外因コード (X50、起きた場所) は選択的追加コードとして使用される場合がある (上記のようにポストコーディネーションクラスタリングを通してリンクされる)。

#### 8.2.2.6 特定の症状の後遺症のコーディング

ICD は“~の後遺症” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) という名称のいくつかのカテゴリーを提供していて、治療または調査対象となっている現在の問題の原因として既に存在しない症状を示すのに使用される。“主要症状”の優先されるコードは、しかしながら、後遺症そのものの性質を対象としたコードで、そこに“~の後遺症”のコードが選択的追加コードとして追加される場合がある。

多数の異なる非常に特殊な後遺症が存在していて、その中で重症度および治療資源の使用の優位に立つ症状がない場合、“~の後遺症”という表現が“主要症状”として記録されることが許容され、それが適切なカテゴリーにコーディングされることになる。これが適用されるには、因果的症状が“昔の”、“既に存在しない”等として表記される、または結果的な症状が“~の遅発作用”、または“~の後遺症”として表記されれば十分であることに留意する。最短の時間間隔はない。

例 17: 主要症状: 昔の脳梗塞による不全失語症

他の症状: —

“主要症状”として、不全失語症 (R47.0) にコーディングする。脳梗塞の後遺症 (I69.3) が選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 18: 主要症状: 10年前の交通事故による昔の股関節骨折に起因する変形性股関節症

他の症状: —

“主要症状”として、その他の外傷後の変形性股関節症 (M16.5) にコーディングする。大腿骨骨折の後遺症コード (T93.1) および交通事故の後遺症コード (Y85.0) が選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 19: 主要症状: 急性灰白髄炎の後遺症

他の症状: —

他の情報がないため、“主要症状”として、急性灰白髄炎の後遺症 (B91) にコーディングする。

### 8.2.2.7 急性および慢性症状のコーディング

症状が急性（または亜急性）および慢性の両方として記録されていて、ICD がそれぞれに対して異なるカテゴリーまたはサブカテゴリーを提供しているが、組み合わせはない場合、順序として急性症状のためのカテゴリーが最初、次に慢性症状となる。急性および慢性症状の両方のための適切な組み合わせコードが提供されている場合は、組み合わせコードのみを採用する。

例 20: 主要症状: 急性および慢性胆嚢炎

他の症状: —

“主要症状”として、急性胆嚢炎 (K81.0) にコーディングする。慢性胆嚢炎のコード (K81.1) が選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 21: 主要症状: 慢性気管支炎の急性増悪

他の症状: —

ICD がその組み合わせに対して適切な単一の事前調整コードを提供するため、“主要症状”として、急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患 (J44.1) にコーディングする。

### 8.2.2.8 治療後の症状および合併症のコーディング

手術創感染、埋め込みデバイスの機械的な合併症、またはショック症状等、手術および他の治療に関連する明確な急性合併症を対象としたカテゴリーはチャプター 21 (ND40-ND4Z) に示されている。ほとんどの体組織チャプターは、特定の治療および技術の結果、もしくは臓器の摘出の結果としての起きた、例えば乳房切除術後のリンパ浮腫症候群、放射線治療後の甲状腺機能低下症等の、永続的な症状を対象としたカテゴリーも含む。治療後の期間に発症する場合があるいくつかの症状（例えば、肺炎、肺塞栓症）は、特有の存在としてみなされず、そのため、通常の方法でコーディングされる。しかし、PC70-PD5Z の選択的追加コードが治療への関係性を特定するのに追加される場合もあり、診断のタイミングを示す拡張コード（例えば、「入院後の診断」）

が追加される場合もある。

治療後の症状および合併症が主要症状として記録される場合、正しいコードを選択するためにアルファベット順索引の中の変更子や修飾子への参照が必要となる。

例 22:      主要症状：           1 年前の甲状腺摘出以来の甲状腺機能低下  
          他の症状：           —  
          専門科：            総合内科

“主要症状”として、術後甲状腺機能低下（E89.0）にコーディングする。必要に応じて、前述したクラスタリングメカニズムを通して主要症状にリンクされた“損傷の原因としての内分泌腺の治療”のコードも含むことができる。（注釈：損傷の離散型モードが医療記録の中で明確なら、損傷の原因として外科的治療に関連した三つ目のモード／メカニズムのコードも、クラスタに含めることができる。ヘルスケア介入に関連するモード／メカニズムのコードは以下のセクション 8.4.3 の中で詳細に説明されている）

例 23:      主要症状：           抜歯後の過度の出血  
          他の症状：           痛み  
          専門科：            歯科

“主要症状”として、治療の結果としての出血（T81.0）にコーディングする。“損傷の原因としての歯科処置”もコーディングして、クラスタリングメカニズムを通じて主要症状にリンクできる。（特定のモードが明確なら、損傷の原因として外科的治療に関連した三つ目のモード／メカニズムのコードも含めることができる。）

例 24:      主要症状：           美容整形手術の後の術後精神病  
          他の症状：           —  
          専門科：            精神科

“主要症状”として、精神病（F09）にコーディングし、治療後の関係を示すために Y83.8（[患者の異常反応の原因としての]他の特定の外科的治療）で補足する。その後関連する診断を利用可能なクラスタリングメカニズムを通してリンクできる。

### 8.2.2.9 主要症状が不正確に記録されているときの再選択のルール

責任ある医療従事者がコーディングの対象となる“主要症状”を示し、これが通常上記のガイドラインのコーディングおよびセクション 8XXX のチャプターに特異的な注釈の対象として受け入れられる。しかしながら、特定の状況や他の情報の入手可能性は、医療従事者が正しい手順に従わなかったことを示す。このような場合、主要症状の分析は責任ある医療従事者から得られるはずである。医療従事者から分析を得ることができない場合、以下のルールの内の一つが適用され、“主要症状”が再選択される。

#### 主要症状の再選択のルール

##### ルール MB1. “主要症状”として記録された複数の症状

いくつかの異なる症状（単一のステムコードに分類されない）が“主要症状”として記録され、記録上のその他の詳細がその内の一つを患者が治療を受けた“主要症状”として示す場合、その症状を選



択する。一つ以上の主要症状を記録する能力がある場合、チャプター 2 6 拡張コードからのコードを割り当てられる（例えば、主要資源の症状）。

“主要症状”がドキュメンテーションに基づいて決定できない場合、提供者に問い合わせる。状況により提供者に問い合わせができない場合は最初に言及されている状況を選択する。

**ルール MB2. “主要症状”として記録された症状は診断された治療を受けた症状の兆候を表す**

症状や兆候（通常チャプター 2 1 に分類可能）、またはチャプター 2 4 に分類可能な問題が“主要症状”として記録され、これが他の箇所に記録された診断された症状の明らかな主兆候、症状または問題で、後者が治療を受けている場合、診断された症状を“主要症状”として再選択する。

**ルール MB3. 症状や兆候**

症状や兆候が、他の一つ症状もしくは他のに起因する可能性があるという説明と共に“主要症状”として記録されている場合、兆候（symptom）を“主要症状”として選択する。“主要症状”の診断オプションとして二つ以上の症状が記録されている場合、最初に記録された症状を選択する。

主要症状の再選択のためのルールの適用例

「複数の症状のコーディングおよび組み合わせカテゴリーのコーディング」も併せて参照。

例 11:      主要症状：            血尿  
              他の症状：            下肢静脈瘤  
                                      後膀胱壁の乳頭腫  
  
              治療：              乳頭腫のジアテルミー切除  
  
              専門科：            泌尿器科

後膀胱壁の乳頭腫を“主要症状”として再選択し、それに応じてコーディングする。

例 12:      主要症状：            昏睡症状  
              他の症状：            虚血性心疾患  
                                      耳硬化症  
                                      1型糖尿病  
  
              専門科：            内分泌学  
  
              治療：              インスリンの正しい投与量の確立

1型糖尿病を“主要症状”として再選択し、“1型糖尿病&糖尿病性昏睡を伴う詳細不明型の糖尿病”の二つのコードにコーディングする。提供された情報は昏睡症状が糖尿病に起因することを示し、昏睡症状はコーディングを修正するため考慮に入れる。

例 13:      主要症状：            腹痛  
              他の症状：            急性虫垂炎  
  
              手術：                    虫垂切除

急性虫垂炎を“主要症状”として再選択し、適切にコーディングする。

例 14: 主要症状: ストレスや緊張または急性副鼻腔炎に起因する頭痛  
 他の症状: —

頭痛を“主要症状”として選択し、適切にコーディングする。

**主要症状の不正確な報告**

症状または偶発的問題が“主要症状”として記録されていて、実施された治療および／または患者を治療した専門科に関連する更に重要な症状が“その他の症状”として記録されている場合、入院の理由を検証する。入院の理由が不正確に報告された場合のみ、後者を“主要症状”として再選択が必要となる。

例 1: 主要症状: 急性副鼻腔炎  
 他の症状: 子宮頸部の癌 高血圧  
 3週間の入院患者  
 手術: 子宮全摘出  
 入院: 急性副鼻腔炎、入院中偶然発見された頸癌  
 入院専門科: 耳鼻咽喉科  
 治療専門科: 婦人科

急性副鼻腔炎を“主要症状”のままとする。診断のタイミングという点では、事例は明らかに正確に報告されている。

例 2: 主要症状: リウマチ性関節炎  
 他の症状: 糖尿病  
 絞扼性大腿ヘルニア 全身動脈硬化症  
 2週間入院している患者。  
 手術: ヘルニア縫合術  
 専門科: 手術-他の専門科は関与せず。

入院の理由が本当にリウマチ性関節炎かを明確化させ、その通りであれば、リウマチ性関節炎を主要症状としてコーディングし、クラスタコード絞扼性大腿ヘルニアを拡張コードチャプターからのコードでコーディングし、入院中に発症した症状として識別する。しかしこの例ではありえそうな入院の理由はヘルニアのため、絞扼性大腿ヘルニアを“主要症状”として再選択し K41.3 にコーディングする。

例 3: 主要症状: てんかん  
 他の症状: 耳真菌症  
 専門科: 耳鼻咽喉科

耳真菌症を“主要症状”として再選択する。治療専門科および文書化された手順の点からみて、事例が明らかに不正確に報告されている。

例 4: 主要症状: 鬱血性心不全  
 他の症状: 入院中の転落に起因する大腿骨頸部骨折  
 4週間入院している患者  
 手術: 骨折内固定法

専門科: 内科に一週間入院した後、骨折の治療のために整形外科に移動

鬱血性心不全を主要症状のままとし（入院の理由）、クラスタコード大腿骨頸部骨折を拡張コードチャプターからのコードをコーディングし、入院中に発症した症状として識別する。患者の安全性分析の目的から、この事例の全ての側面を識別するのに追加のコーディングが必要となる場合がある。

**ルール MB1. “主要症状”として記録された複数の症状**

まとめてコーディングできない複数の症状が“主要症状”として記録されている場合、記録上のその他の詳細がそのうちの一つを患者が治療を受けた“主要症状”として示す場合、その症状を選択する。そうでなければ最初に言及された症状を選択する。

注釈：「複数の症状のコーディングおよび組み合わせカテゴリーのコーディング」も併せて参照。

例 6: 主要症状: 白内障  
ブドウ球菌性髄膜炎  
虚血性心疾患  
他の症状: —  
5週間入院している患者  
専門科: 神経学  
“主要症状”としてブドウ球菌性髄膜炎を選択し、G00.3 にコーディングする。

例 7: 主要症状: 慢性閉塞性気管支炎  
前立腺肥大 尋常性乾癬  
皮膚科で治療を受ける外来患者  
“主要症状”として尋常性乾癬を選択し、L40.0.にコーディングする。

例 8: 主要症状: 僧帽弁狭窄症  
急性気管支炎  
リウマチ性関節炎  
他の症状: —  
専門科: 総合内科  
治療についての情報無し  
最初に言及された症状である、僧帽弁狭窄症を“主要症状”として選択し、I05.0 にコーディングする。

例 9: 主要症状: 慢性胃炎  
腋窩リンパ節の二次性悪性腫瘍  
乳癌  
他の症状: —

手術: 乳腺切除

“主要症状”として乳房悪性新生物を選択し、C50.9 にコーディングする。

例 10: 主要症状: 早期破水  
骨盤位 貧血  
他の症状: —  
手術: 自然分娩

“主要症状”として、最初に言及された症状である早期破水を選択し、O42.9 にコーディングする。

**ルール MB2.** “主要症状”として記録された症状は、診断された、治療の対象となった兆候を表している

症状や兆候（通常チャプター 2 1 に分類可能）、またはチャプター 2 4 に分類可能な問題が“主要症状”として記録され、これが他の箇所に記録された診断された症状の明らかな主兆候、症状または問題であり、後者が治療を受けている場合、診断された症状を“主要症状”として再選択する。

例 11: 主要症状: 血尿  
他の症状: 下肢静脈瘤  
後膀胱壁の乳頭腫  
治療: 乳頭腫のジアテルミー切除  
専門科: 泌尿器科

後膀胱壁の乳頭腫を“主要症状”として再選択し、D41.4 にコーディングする。

例 12: 主要症状: 昏睡症状  
他の症状: 虚血性心疾患 耳硬化症 1  
1 型糖尿病  
専門科: 内分泌学  
治療: インスリンの正しい投与量の確立

1 型糖尿病を“主要症状”として再選択し、昏睡と共に、詳細不明型の糖尿病を追加でコーディングする。提供された情報は昏睡症状が糖尿病に起因することを示し、昏睡症状はコーディングを修正するため考慮に入れる。

例 13: 主要症状: 腹痛  
他の症状: 急性虫垂炎  
手術: 虫垂切除

急性虫垂炎を“主要症状”として再選択し、K35.9 にコーディングする。

例 14: 主要症状: 熱性痙攣  
他の症状: 貧血  
治療についての情報無し

熱性痙攣を“主要症状”として、R56.0 にコーディングする。報告されている“主要症状”が他の報告されている症状の兆候を表していないため、ルール MB3 は適用されない。

### ルール **MB3.** 兆候と症状

“主要症状”として記録された診断が一般用語で症状を説明し、他の箇所に症状の部位や性質の正確な情報を提供する用語がある場合、後者を“主要症状”として再選択する。

例 15:            主要症状:            脳血管障害  
                  他の症状:            糖尿病  高血圧  
                                  脳出血

脳出血を“主要症状”として再選択し、I61.9 にコーディングする。

例 16:            主要症状:            先天性心疾患  
                  他の症状:            心室中隔欠損

心室中隔欠損を“主要症状”として再選択し、Q21.0 にコーディングする。

例 17:            主要症状:            腸炎  
                  他の症状:            回腸クローン病

回腸クローン病を“主要症状”として再選択し、K50.0 にコーディングする。

例 18:            主要症状:            異常分娩  
                  他の症状:            水頭症胎児  
                  胎児ジストレス  
                  手術:                帝王切開

他の胎児の異常に起因する閉塞性分娩を“主要症状”として再選択し、O66.3 にコーディングする。

## 8.2.3 チャプターに特有の注釈

より最適な“主要症状”コードの選択するときに問題が生じる可能性のある特定のチャプターに対するガイダンスが下に示される。前述の一般的なガイドラインおよびルールは、特定のチャプターの注釈で言及がない限り、全てのチャプターに適用する。

### 8.2.3.1 チャプター 1：感染性疾患および寄生虫性疾患

#### **B20-B24** ヒト免疫不全ウイルス[HIV]疾患

HIV 疾患に起因する免疫不全患者は、一つ以上の疾患のために同じ治療のエピソードの間に治療を必要とする場合がある。例えば、マイコバクテリア感染症およびサイトメガロウイルス感染症。様々な他の結果としての疾患と共に、HIV 疾患のためのカテゴリーおよびサブカテゴリーがこのブロックで提供される。ヘルスケア専門家が選択したように、適切なサブカテゴリーを“主要症状”のためにコーディングする。

“主要症状”が複数の付随する疾患と共に HIV 疾患として記録されている場合、B20-B22 からの適切な 7 サブカテゴリーがコーディングの対象となる。同じカテゴリー内の二つ以上のサブカテゴリーに分類可能な症状は関連するカテゴリーの 7 カテゴリー（例、B20 や B21）にコーディングされる。B20-B22 からの二つ以上のカテゴリーに分類可能な症状が存在するとき、サブカテゴリー B22.7 が使用される。リストアップされている個別の症状を識別するために、必要に応じて、B20-B24 ブロック内からの追加コードが使用される。

関連する症状が明らかに HIV 感染より前に存在する珍しい事例において、その組み合わせはコーディングされず、選択ルールに従う。

- 例 1:            主要症状:            HIV 疾患およびカポジ肉腫  
                   他の症状:            —  
                   カポジ肉腫に至る HIV 疾患 (B21.0) にコーディングする。
- 例 2:            主要症状:            HIV 患者のトキソプラズマ症およびクリプトコッカス症  
                   他の症状:            —  
                   複数の感染症に至る HIV 疾患 (B20.7) にコーディングする。B20.8 (他の感染症および寄生虫性疾患に至る HIV 疾患) および B20.5 (他の真菌症に至る HIV 疾患) を、必要に応じて、追加コードとして使用する。
- 例 3:            主要症状:            ニューモシスティス・カリニ肺炎、バーキットリンパ腫および鷺口瘡を伴う HIV 疾患  
                   他の症状:            —  
                   複数の疾患に至る HIV 疾患 (B22.7) にコーディングする。追加コード B20.6 (ニューモシスティス・カリニ肺炎に至る HIV 疾患)、B21.1 (バーキットリンパ腫に至る HIV 疾患)、および B20.4 (カンジダ症に至る HIV 疾患) が、必要に応じて、使用される。

B20-B23 のサブカテゴリーは ICD-10 の四文字版を使用している国にとっての唯一の四文字コードオプションである。これら選択的四文字サブカテゴリーの使用が望ましくない場合、分類の他の箇所からのコードが選択的コードとして使用され、特定の後遺症を識別する。上記の例 1 では、“主要症状”は B21 (悪性新生物に至る HIV 疾患) にコーディングされる。コード C46.9 (カポジ肉腫) は追加コードとして使用される。例 2 においては、“主要症状”は B20 (感染性疾患および寄生虫性疾患に至る HIV 疾患) にコーディングされる。コード B58.9 (トキソプラズマ症、詳細不明) および B45.9 (クリプトコッカス症、詳細不明) は追加コードとして使用される。

特定の症状を識別するのに B20-B23 の四文字サブカテゴリーまたは複数原因コーディングを使用するかどうかは政策決定であり、ICD-10 が施行されるときに決定される。

**B90-B94 感染症疾患および寄生虫性疾患の後遺症**

後遺症の性質が記録されている場合、これらのコードは“主要症状”の優先コードとして使用されない。後遺症にコーディングするとき、B90-B94 が選択的追加コードとして使用される場合がある (セクション 4.4.2 明確な症状の後遺症のコーディングを参照)。

**8.2.3.2            チャプター 2 : 新生物**

新生物をコーディングするとき、コードの割り当ておよび形態学的記述に関する第 1 巻のチャプター 2 を導入する注釈およびアルファベット順索引 (第 3 巻) の導入を

参照する。

原発性や転移性に関わらず、関連するヘルスケアエピソード期間の治療の焦点である新生物は、記録され“主要症状”としてコーディングされる。ヘルスケア専門家により記録されたように“主要症状”がもはや存在しない原発性新生物（以前の治療エピソードの間に取り除かれた）の場合、“主要症状”として続発性部位の新生物、現在の合併症、または現在の治療のエピソードの間の治療や調査の焦点であったチャプター 2 4（セクション 4.4.1 病気以外の理由でのヘルスサービスとの接触）にコーディング可能な適切な環境をコーディングする。チャプター 2 1 からの新生物の既往歴の適切なコードは選択的追加コードとして使用される。

例 6:            主要症状:            前立腺癌  
                  他の症状:            慢性気管支炎  
                  手術:                前立腺切除  
  
                  “主要症状”として前立腺の悪性新生物（C61）にコーディングする。

例 7:            主要症状:            乳癌-2年前に切除  
                  他の症状:            続発性肺癌  
                  手術:                生検を伴う気管支鏡検査法  
  
                  “主要症状”として続発性肺の悪性新生物（C78.0）にコーディングする。  
                  Z85.3（乳房の悪性新生物の既往歴）を選択的追加コードとして使用する。

例 8:            主要症状:            前に切除した膀胱癌-膀胱鏡検査によるフォローアップ検査のための入院  
                  他の症状:            —  
                  手術:                膀胱鏡検査  
  
                  “主要症状”として、悪性新生物の手術後のフォローアップ検査（Z08.0）にコーディングする。Z85.5（尿路の悪性新生物の既往歴）を選択的追加コードとして使用する。

### **C79.9 続発性悪性新生物、詳細不明部位**

悪性腫瘍が「播種性癌腫症」または「全身性悪性腫瘍」（または C79.9 の包含リストに表記されているその他類似する用語）と表記され、特定の部位が表記されていない場合のみ、C79.9 は“主要症状”のコーディングに使用される。

### **C80部位の特定のない悪性新生物**

#### **C80.0 悪性新生物、原発部位は不明のため、そのように言及される**

#### **C80.9 悪性新生物、原発部位詳細不明**

ヘルスケア専門家が新生物を原発部位不明または詳細不明悪性腫瘍、原発性と推定される、と明確に記録している場合のみ、C80.9 は“主要症状”のコーディングに使用される。

### **C97 独立した（原発性）複数部位の悪性新生物**

ヘルスケア専門家が“主要症状”として、いずれも優位ではない、二つ以上の独立した原発性悪性新生物を記録する場合、C97 が使用される。リストアップされた個々の悪性新生物を識別するのに追加コードが使用される場合がある。

例 9:            主要症状：            癌腫症  
                   他の症状：            —  
                   続発性悪性新生物、詳細不明部位（C79.9）にコーディングする。原発性部位が詳細不明の場合、C80.9（悪性新生物、原発部位詳細不明）は追加コードとして使用される。新生物の既往歴のためのチャプター 2 1 からの適切なコードはもはや存在しない原発性新生物に使用される。

例 10:           主要症状：            前立腺の多発性骨髄腫および原発性腺癌  
                   独立（原発性）複数部位の悪性新生物（C97）にコーディングする。C90.0（多発性骨髄腫）および C61（前立腺の悪性新生物）は選択的追加コードとして使用される。

### 8.2.3.3    チャプター 3：血液疾患および造血臓器の疾患

このチャプターに分類可能な特定の症状は薬物や他の外因に起因する場合がある。チャプター 2 0 からのコードが選択的追加コードとして使用される。

例 11:           主要症状：            トリメトプリム誘導性の葉酸欠乏性貧血  
                   他の症状：            —  
                   薬物誘発性葉酸欠乏性貧血（D52.1）を“主要症状”としてコーディングする。Y41.2（治療的使用に副作用を引き起こす抗マラリア薬および他の血液原虫に作用する薬物）は選択的追加コードとして使用される。

### 8.2.3.4    チャプター 5：内分泌疾患、栄養性疾患および代謝性疾患

このチャプターに分類可能な特定の症状は薬物や他の外因に起因する場合がある。チャプター 2 0 からのコードが選択的追加コードとして使用される。

## **E10–E14 糖尿病**

“主要症状”のコーディングにおいて、これら全てのカテゴリーに適用するリストからの適切なサブカテゴリーの選択は、ヘルスケア専門家が記録したように“主要症状”に基づく必要がある。いずれの合併症を優先することなく、糖尿病の複数の合併症が“主要症状”として記録されている場合のみ、サブカテゴリー.7 は“主要症状”コードとして使用される。リストアップされたいずれの個々の合併症のコードは選択的追加コードとして追加される。

例 12:           主要症状：            糖尿病性糸球体腎炎に起因する腎不全  
                   腎臓の合併症を伴う詳細不明糖尿病（E14.2†と N08.3\*）にコーディングする。

例 13:           主要症状：            腎症、壊疽および白内障を伴う 1 型糖尿病  
                   他の症状：            —



複数の合併症を伴う 1 型糖尿病 (E10.7) にコーディングする。コード E10.2†と N08.3\* (腎症を伴う 1 型糖尿病)、E10.5 (抹消循環合併症を伴う 1 型糖尿病) および E10.3†と H28.0\* (白内障を伴う 1 型糖尿病) は個々の合併症を識別するための選択的追加コードとして追加される。

### **E34.0 カルチノイド症候群**

治療のエピソードが主に内分泌症候群そのものを対象とした場合でない限り、カルチノイド腫瘍が記録されている場合はこのコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。腫瘍にコーディングする場合、E34.0 は機能活性を識別するための選択的追加コードとして追加される。

### **E64.- 栄養失調および他の栄養不足の後遺症**

#### **E68 過栄養の後遺症**

後遺症の性質が記録されている場合、これらのコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。後遺症にコーディングする場合は、E64.- や E68 は選択的追加コードとして追加される。

### **8.2.3.5 チャプター 7：精神疾患および行動障害**

このチャプターのカテゴリーおよびサブカテゴリーの定義はヘルスケア専門家が診断ラベルを確立するのを支援するために提供される；コーダーはそれらを使用しない。記録されたような症状および定義との間に矛盾があるように見えたとしても、“主要症状”コードは専門家により記録された診断に基づいて割り当てられる。選択的追加コードへの規定のあるカテゴリーもある。

### **8.2.3.6 チャプター 9：神経系の疾患**

このチャプターに分類可能な特定の症状は薬物や他の外因から起因する場合がある。チャプター 20 からのコードは選択的追加コードとして使用される。

### **G09 中枢神経系の炎症性疾患の後遺症**

後遺症の性質が記録されている場合、このコードは“主要症状”の優先コードとして使用されない。後遺症にコーディングするとき、G09 が選択的追加コードとして使用される場合がある。カテゴリーG01\*、G02\*、G05\*および G07\*の後遺症が G09 に割り当てられず、むしろ根本症状の後遺症のために設立されたカテゴリー（例、B90-B94）に割り当てられることに注意する。根本症状のための後遺症カテゴリーが存在しない場合は、根本症状そのものにコーディングする。

例 14:            主要症状：            結核性髄膜炎に起因する難聴  
                     専門科：            言語および聴覚のクリニック  
  
                     難聴、詳細不明 (H91.9) を“主要症状”としてコーディングする。  
                     B90.0 (中枢神経系結核の後遺症) は選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 15:            主要症状：            昔の脳膿瘍に起因するてんかん  
                     専門科：            神経科

てんかん、詳細不明 (G40.9) を“主要症状”としてコーディングする。G09 (中枢神経系の炎症性疾患の後遺症) は選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 16: 主要症状: 脳炎予防接種後の軽度精神遅滞  
専門科: 精神科

軽度精神遅滞 (F70.9) を“主要症状”としてコーディングする。G09 (中枢神経系の炎症性疾患の後遺症) は選択的追加コードとして使用される場合がある。

### **G81-G83 麻痺症候群**

治療のエピソードが主に麻痺そのもののためでない限り、現在の原因が記録されている場合、これらのコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。原因にコーディングする場合、G81-G83 は選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 17: 主要症状: 片麻痺を伴う脳血管障害  
他の症状: —  
専門科: 神経科

出血や梗塞に特定されない脳卒中 (I64) を“主要症状”としてコーディングする。G81.9 (片麻痺、詳細不明) は選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 18: 主要症状: 3年前の脳梗塞  
他の症状: 左脚の麻痺  
理学療法を受ける患者

下肢の単麻痺 (G83.1) を“主要症状”としてコーディングする。I69.3 (脳梗塞の後遺症) は選択的追加コードとして使用される場合がある。

### **8.2.3.7 チャプター 10 : 眼および付属器の疾患**

#### **H54.- 失明 (両眼または単眼) を含む視力障害**

治療のエピソードが主に失明そのもののためでない限り、原因が記録されている場合、このコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。原因にコーディングする場合、H54.- は選択的追加コードとして使用される場合がある。

### **8.2.3.8 チャプター 11 : 耳および乳様突起の疾患**

#### **H90-H91 難聴**

治療のエピソードが主に難聴そのもののためでない限り、原因が記録されている場合、これらのコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。原因にコーディングする場合、H90.- または H91.- は選択的追加コードとして使用される場合がある。

### **8.2.3.9 チャプター 12 : 循環系の疾患**

#### **I15.- 続発性高血圧**

治療のエピソードが主に高血圧のためでない限り、原因が記録されている場合、こ

のコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。原因にコーディングする場合、I15.- は選択的追加コードとして使用される場合がある。

### 169.- 脳血管障害の後遺症

後遺症の性質が記録されている場合、このコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。後遺症にコーディングする場合、I69.- は選択的追加コードとして使用される場合がある。

#### 8.2.3.10 チャプター18：妊娠、出産および産褥期

### 008.- 中絶および子宮外妊娠と奇胎妊娠に続く合併症

新しい治療のエピソードが主に合併症だけのためでない限り（例、以前の中絶に起因する現在の合併症）、このコードは“主要症状”のための優先コードとして使用されない。カテゴリO00-O02 と共に選択的追加コードとして関連する合併症を識別するため、およびカテゴリO03-O07 と共に合併症の完全な詳細を提供するために使用される場合がある。

O03-O07 のサブカテゴリの4番目の文字を割り当てるときに、O08 のサブカテゴリにおいて提供される包含用語を参照する。

例 19: 主要症状: ショックを伴う卵管妊娠破裂  
専門科: 婦人科

卵管妊娠破裂（O00.1）を“主要症状”としてコーディングする。O08.3（中絶および子宮外妊娠と奇胎妊娠に続くショック）は選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 20: 主要症状: 子宮穿孔を伴う不全流産  
専門科: 婦人科

他の詳細不明の合併症を伴う不全流産（O06.3）を“主要症状”としてコーディングする。O08.6（中絶および子宮外妊娠と奇胎妊娠に続く骨盤内器官と組織への損傷）は選択的追加コードとして使用される場合がある。

例 21: 主要症状: 二日前に他の施設で実施された中絶に続く播種性血管内凝固症候群  
専門科: 婦人科

中絶および子宮外妊娠と奇胎妊娠に続く遅発性出血や過剰出血（O08.1）にコーディングする。中絶は以前の治療エピソードの期間内に実施されたため他のコードは不要。

### 080-084 分娩

これらのコードを使用して“主要症状”を表すことは、唯一の記録された情報が分娩や分娩の方法を記述した事例に限定される。個別のデータアイテムや手順分類がこの目的のために使用されていない場合、コード O80-O84 は選択的追加コードとして使用され、分娩の方法や種類を示す。

- 例 22: 主要症状: 妊娠  
 他の症状: —  
 手術: 低位鉗子分娩  
 他の情報が提供されていないため、低位鉗子分娩（O81.0）を“主要症状”としてコーディングする。
- 例 23: 主要症状: 妊娠出産  
 他の症状: 試験分娩の失敗  
 手術: 帝王切開  
 試験分娩の失敗、詳細不明（O66.4）を“主要症状”としてコーディングする。帝王切開による出産、詳細不明（O82.9）は、選択的追加コードとして使用される場合がある。
- 例 24: 主要症状: 双胎妊娠出産  
 他の症状: —  
 手術: 自然分娩  
 双胎妊娠（O30.0）を“主要症状”としてコーディングする。O84.0（多胎出産、全て自然分娩）は、選択的追加コードとして使用される場合がある。
- 例 25: 主要症状: 満期妊娠死胎出産、2,800 g  
 他の症状: —  
 手術: 自然分娩  
 胎児死亡の特定の理由が決定されない場合、子宮内死のための妊婦管理（O36.4）を“主要症状”としてコーディングする。

### 098-099 妊娠、出産および産褥期の合併症以外の他の箇所に分類可能な母体の疾患

分類された症状が妊娠状態の合併症であり、妊娠により悪化したまたは産科治療の原因となったとヘルスケア専門家により示されている場合、与えられたサブカテゴリーはチャプター 15 以外のカテゴリーに優先して“主要症状”コードとして使用される。症状の特定ののために、他のチャプターの関連コードが選択的追加コードとして使用される場合もある。

- 例 26: 主要症状: トキソプラズマ症  
 他の症状: 出産に至らない妊娠  
 専門科: 高リスクマタニティ・クリニック  
 妊娠、出産および産褥期に合併する原虫症（O98.6）を主要症状としてコーディングする。B58.9（トキソプラズマ症、詳細不明）は特定の病原体を識別するのに選択的追加コードとして使用される場合がある。

8.2.3.11 チャプター 21：他に分類されない、症状と兆候および臨床と検査所見の異常症状、兆候および異常所見が治療エピソードの期間中に明確に治療または検査の対

象となった主要症状であったおよびヘルスケア専門家が記録した他の症状に関連していないし、このチャプターからのカテゴリーは“主要症状”コードとして使用されない。更なる詳細には、ルール MB3 (4.4.3) および第 1 巻のチャプター 1 8 への導入部も併せて参照する。

### 8.2.3.12 チャプター 2 2 : 外因による損傷、中毒または特定のその他の影響

複数の損傷が記録されいづれも“主要症状”として選択されていない場合、以下の複数の損傷の言及のために提供されるカテゴリーの一つにコーディングする：

- 同じ身体領域への同じ型（通常カテゴリー S00-S99 の中の四文字目.7）；
- 同じ身体領域への異なる型（通常各ブロックの最後のカテゴリーの中の四文字目.7、つまり S09、S19、S29 等）；および
- 異なる身体領域への同じ型（T00-T05）。

以下の例外に注意する：

- 浅い傷および／または開放創のみと共に記録された内臓損傷は、内臓損傷を“主要症状”としてコーディングする；
- 関連する頭蓋内損傷を伴う頭蓋骨および顔面骨骨折は、頭蓋内損傷を“主要症状”としてコーディングする；
- 頭のみへの他の損傷と共に記録された頭蓋内出血は、頭蓋内出血を“主要症状”としてコーディングし；更に
- 同じ領域に限り開放創と共に記録された骨折には、骨折を“主要症状”としてコーディングする。

複数損傷カテゴリーが使用される場合、リストアップされた全ての個々の損傷のコードは選択的追加コードとして使用できる。例外が言及されている場合、主要症状コードに加え、選択的追加コードまたはそのために提供される一つの桁により関連する損傷は識別される。

例 27:            主要症状:            膀胱および尿道の損傷  
                      他の症状:            —

複数の骨盤内器官への損傷（S37.7）を“主要症状”としてコーディングする。 S37.2（膀胱の損傷）および S37.3（尿道の損傷）は、選択的追加コードとして使用される。

例 28:            主要症状:            小脳出血を伴う頭蓋内の開放創  
                      他の症状:            —

外傷性の小脳出血（S06.8）を“主要症状”としてコーディングする。コード S01.9（頭の開放創、部位詳細不明）の追加により、またはコード S06.8 に桁 1（頭蓋内の開放創を伴う）を追加することにより（S06.8.1）、必要に応じて頭蓋内の開放創を示す。

手術および他の治療に関連する明らかな合併症のためのカテゴリーはチャプター 2 2（'ND70-'ND77）に提供される。例えば、手術創感染、埋め込みデバイスによる機械的な合併症、ショック症状等。ほとんどの体組織チャプターは特定の処置や技術の結果または臓器の切除の結果として起きた症状のためのカテゴリーも含む。例えば、乳房切除術後のリンパ浮腫症候群、照射後甲状腺機能低下症。処置後の期間に発症する場合があるいくつかの症状（例えば、肺炎、肺塞栓）は特有のエンティティとして扱われず、そのため、通常の方法でコーディングされるが、PC90 - PC9Z からの選択的追加コードが処置との関係を識別するために追加される場合がある。

**ND50-ND5Z 外因による損傷、中毒またはその他結果の後遺症**

後遺症の性質が記録されている場合、これらのコードは“主要症状”の優先コードとして使用されない。後遺症にコーディングするとき、T90-T98 が選択的追加コードとして使用される場合がある。

**8.2.3.13** チャプター 23：疾病率および死亡率の外因

これらのコードは“主要症状”コードとして使用されない。チャプター 19 に分類される症状の外因を識別するための選択的追加コードとしての使用を目的としていて、また外因を持つ他のチャプターに分類された症状と共に選択的追加コードとして使用される場合もある。

**8.3 特別な事例**

疾病率特別作表リストは国家リストおよび国家間比較の基盤となることを目的としている。国家リストは、コアとなる分類を必要に応じて凝縮または拡張のいずれかを行うことにより構築できる。このリストは、入院患者治療のデータに適している、適切な適応をもって-チャプター 21（症状、兆候および臨床と検査所見の異常）およびチャプター 24（健康症状に影響する要因および公共医療サービスへの接触）に関連するいくつかのアイテムの重要な凝集およびアイテムの拡張-外来診療および調査のような、他のソースからの情報のために。ローカルリストが構築されたとき、凝縮カテゴリーへのキーは、コア分類の三つ（または四つ）のキャラクターコードを含む必要がある。

二重分類の臨床形式が分析に含まれている場合、疾病率リストは使用のためにチャプター 21 の臨床形式カテゴリーからのコード番号含む。このリストは条件ベースまたは臨床形式ベースの作表のいずれにも使用ができ、そのため、各表においてどのベースが使用されたかを示すことが重要である。

このリストは病院の疾病率統計の国際的な比較のためにデザインされた。この簡潔なリストは、病院活動の比較を可能とし、ヘルスシステムとは独立し、利用している ICD のバージョンに基づいている。

少なくとも 24 時間以内の入院に必ず対処できるように条件は選択されている。

仮に、ICD 三文字 rubrics の頻度の審査の後、リストの拡張が必要となると、コア分類に従い、または四文字レベルにまで ICD カテゴリー内のいくつかのアイテムは細分化が可能である。推奨されるリストが細か過ぎるもしくはもっと短いリストが必要な場合、国家または地域の健康問題に基づいて選択を行うこともできる。国家の“疫学的プロフィール”に基づいて、リストを短縮するためにカテゴリーを組み合わせることもある。

**8.3.1 臨床治療のための疾病率**

臨床治療は異なるレベルの治療から成り、それら全てが一次医療のものより高度である診断能力レベルを意味する。ICD が主に多次元コーディングを通してこの詳細レベルに取り組む。

二次医療とは、一般的には患者と最初に接触しない、例えば心臓専門医、泌尿器科医や皮膚科専門医のような専門医や医療従事者により提供されるヘルスケアサービスをいう。

病院の救急外来のような、救急処置、短いが深刻な病気、損傷やその他の健康症状のための短期間に必要な治療を含む。更に、出産時、集中治療時の熟練した看護師および医療画像サービスも

含む。

“二時医療”は“病院での治療”と同意語として使用される。しかしながら、例えば精神科医、臨床心理学者、または理学療法士のように、二次医療提供者のほとんどは必ずしも病院に勤務せず、一次医療サービスによっては病院内で提供されている。ナショナルヘルスシステムの組織や政策により、患者は二次医療にアクセスする前に、紹介を受けるために一次医療提供者の診察を求められる場合がある。

三次医療は専門別諮問的診療を指し、一般的には入院患者および一次・二次医療専門家からの紹介を対象としている。三次医療委託病院のように、先進医学研究と治療のための職員および設備がある施設で行われる。

### 8.3.2 疫学のための疾病率

疫学とは、健康関連の症状や事象（疾病を含め）の分布と決定因子の研究であり、この研究の疾病およびその他の健康問題の管理への応用である。疫学的調査を実施するのに様々な手段が利用される：分布の研究に監視および記述的研究が使用され、分析的研究は決定因子を研究するのに使用される。ICD のコーディングされたデータ、疾病率および死亡率ソースに関わらず、人口の健康理解に貢献する。

### 8.3.3 品質および患者の安全のための疾病率

コーディングされた健康情報は治療の品質や患者の安全の様々な側面を測ったり報告するために使用される（例えば、入院死亡率や様々な状況に対する有害事象発生率に関する報告、または患者の安全指標に関する報告）。

このような健康情報のユーザーはヘルスシステムの支払人であり（例えば、厚生省、または個人から資金提供されるヘルスケアシステム、健康保険会社）、他は医療品質評議会、病院管理者、臨床指導者／グループまたは民間の支持組織のようなステークホルダーである。

#### 8.3.3.1 ICD-11 の品質および安全使用事例

疾病率データの国際的な比較可能性の戦略的配慮：

ICD-11 の品質および安全使用事例は、本来 ICD-10 に基づいている多くの方法論的ツールの利用可能性に基づく。具体例には Charlson and Elixhauser 共存疾患指数、AHRQ 患者の安全指標、標準化病院死亡比および様々な他の管理データの品質指標が含まれる。これらのツールのほとんどは実際に最初は ICD-9 や ICD-9-CM コーディングアルゴリズム方法論として開発され、最近になって綿密な研究を通して ICD-10 に翻訳された。ICD-11 の開発は（ICD-10 に関連する）コーディング論理や構造体への再構築を含む。また、品質や患者の安全報告のための前から存在するツールは、ICD-11 に適用できるように同様の翻訳作業を行う必要がある。

WHO の病院別エピソードのためのコーディングルールに関する提言は、病院や管轄を超えた記録の比較可能性を改善した。コーディングルールの具体例は以下を含む：a) 最も重要な診断を特定するためのルール、b) 一つの記録に対するコードの数、c) コードクラスタリングのメカニズム、および d) 診断タイミングシステムの使用により、入院中に発症した診断と入院時のものとを区別する。

品質および患者安全報告は、国際疾病分類の中で利用可能な診断情報だけでなく、現在は様々な国で特有の手順コーディングシステムを使用してコーディングされている手順情報もしばしば注

目される。国際的手順コーディングシステムの存在論的概念の調和は将来重要となってくる。利用可能な ICD-11 の医療合併症コードは、安全性と有害事象のドメインの中の現在の知識と一致している。

### 8.3.3.2 治療品質および患者の安全の指標に関する報告

この使用事例は、治療の品質と患者の安全性に関する様々な側面を測定、報告するためのコーディングされた健康情報の使用に関連する（例えば、入院死亡率や様々な状況に対する有害事象発生率に関する報告、または患者の安全指標に関する報告）。

開始する当事者は常にではないが、一般的にヘルスシステムの支払人である（例えば、厚生省、または個人から資金提供されるヘルスケアシステム、健康保険会社）。開始する当事者は、また医療品質評議会、病院管理者、臨床指導者／グループまたは民間の“監視役”支持組織でもよい。

参加者は、病院管理者、臨床医、ヘルスシステムの政策決定者、民間の代表者、およびときにはマスメディアの場合もある。

前提条件は：

- ヘルスケアの提供エピソードの個人レベルデータの入手可能性（例えば、入院、医師を受診）
- 提供者、提供者グループ、または特定の保健医療施設／病院に、ヘルスケアの提供エピソードの属性を可能とする識別子。
- 現在の診断に関する臨床情報およびヘルスケア提供エピソードの間に実施された治療。
- 死亡率、入院の期間および特定の有害事象のような関連する結果に関する臨床情報
- 開始する当事者間の分析のための専門知識により、データの有効性判断、“最適”識別子の知識（例えば、最も有効な患者安全識別子）、リスク調整方法論等に注意を払うことができる。

アウトプットはシステム品質の側面に関する情報を含む報告である。これらはシステムパフォーマンスに関するグローバルな情報か、提供者ユニット（例えば、医師レベル、病院レベル、または地域報告）により分類された比較可能な情報を提供する。

## 1 機能性：

そのような使用の理想的な流れは以下を含む：

- 開始する当事者は関係するステークホルダーに品質／安全性の測定の実施および報告を行う意志を伝える。
- 適切なアプリケーションが計画された報告の実施に必要なデータへのアクセスの安全性の確保のために作られている。
- 適切な方法論的知識および臨床的専門知識は、最適な方法論的実践が計画された報告に組み込まれ、そしてその臨床的表面的妥当性および受容性が検討されることを確実とするために求められる。
- データ分析および報告が行われる。
- ステークホルダーへの広範な普及および知識翻訳が行われる。

（品質改良介入、および介入のちの反復測定への考慮とともに）報告に応じて継続的な品質改良



プロセスが行われる。

**例外：**上記の一連のステップに従わない品質／安全性報告は妥協となる。実際に、ステップを飛ばしたために、管理データの失敗または準最適な品質／安全性報告の歴史上の例はたくさんある（例、1.有効な指標またはリスク調整のための適切な方法論のない品質報告、2.良い表面的妥当性のない品質報告、3.継続的品質改善（CQI）理念のない品質報告、等）。

サブユーズ事例の例（有効性、効率性、安全性、アクセスの品質次元に取り組む）

- 施設ごとの世界規模の死亡率の報告（例、標準化病院死亡比 - HSMR）
- 条件特有の死亡率の報告
- AHRQ 患者安全性指標の報告
- 世界規模または条件特有の入院期間の報告
- 退院後の再入院率の報告
- 世界規模または条件特有の治療費の報告（例、入院毎の費用）
- 待ち時間の報告
- 利用における狭い場所の可変生の報告

## 2 追加情報：

前提条件：上記の“前提条件”セクションを参照。品質報告方法論には継続的発展および改良が求められる（要するに、新しい管理データ品質指標および結果／品質報告のリスク調整のための新しい方法論の開発に対する継続的研究）。

前提：管理データの品質または患者の安全性報告の根底にある前提は、コンパレータユニットを越えたデータフォーマットの統一性およびデータ有用性である（つまり、供給、病院や管轄を越える）。データフォーマットおよび有用性の統一性は常に存在せず、管理データから得られた品質または患者の安全性報告への批判の共通の理由であった。

この点については、指示的なコーディングルールを得るための全ての進行中の WHO の取り組みは、コンパレータユニット間のデータ変動制を減らすことにより、比較報告を促進するのに役立つ（例、“最も責任のある診断”の定義、記録ごとの可能性のあるコード数、および診断タイミングコードの実施のような要因に対するルール）。

国際的な比較報告には個別の使用事例の記述も併せて参照。

### 8.3.3.3 品質および患者の安全性のための概念モデル

ヘルスケアイベントへの暴露は意図的ではなく、好ましくない結果のときもある。ヘルスケアは、提供された人々および治療の過程で生じることのある合併症は多様性に富み、複雑である。それらを包括的に情報システムの中で表すのは困難であり、ICD を利用する目的のタイプの日常管理情報システムの実用性の域を現在は越えている。しかしながら、実行可能性の範囲内に留まりながら、ICD-10 より ICD-11 において品質および患者安全性のより有益で明確な範囲を提供するのは実行可能であるというのが ICD-11 RSG および、品質および患者安全性 TAG の見解であった。概念モデルはこの見解を実行する。三つの構成要素を持つ：

- 品質または患者の安全性の危害の原因または源：何が危害の原因か？
- 品質または患者の安全性のモードまたはメカニズム：どの方法で？危害の源は実際にどの

ように危害を起こしたのか？

-品質または患者の安全性の危害：患者の健康に主にどのような結果を及ぼすか？

### 8.3.3.4 品質または患者の安全性のための ICD-11 のコードセット概要

ICD-11 における品質および安全性コードセットの主な特徴は、コードのクラスタは事例を表すのに必要とされることである。クラスタコーディングへの対策は第6回目の改訂以来 ICD のアスペクトであり、損傷およびその外因のコーディングのために個別のチャプターを導入した。また、事例に対して追加関連情報を提供するための二つ目の概念“併せてコーディング(code also)”の必須要件としてしばしば、ICD-9 や ICD-10 の臨床的修正で重要であった。“クラスタ”という用語の使用は ICD-11 において新しく、またクラスタコーディングのための必須要件の範囲と形式化も同様である。

品質および安全性事例のコーディングに必要とされるクラスタには三つのコードがあり、上記のモデルの三つの構成要素の一つずつ存在する。

品質および安全性の危害の原因および源は、以下に起因するイベントを捉えるトップレベルで四つの原因のタイプに当てはまる：

1. 薬物（薬および薬剤、等）、
2. 手術、
3. 器具、および
4. 原因の他のタイプの寄せ集め（例、輸血に関連する問題、または見逃された診断、間違っ  
た診断等を含めた診断に関連する問題、等）。

完全な品質および安全性の原因コードリストは、チャプター 2 2 外因、の一部である。

品質および安全性モードまたはメカニズム（ここでは“モード”を使用）は、品質および安全性の原因が三つ目の概念、品質および安全性、危害、で表現される危害に繋がる主な方法について言及する。品質および安全性モードは品質および安全性原因のタイプに特有である。例として：

品質および安全性の原因	品質および安全性モードまたはメカニズムの一致の例
薬物	過量摂取、不十分な投与量、間違っ た薬物。
手術	手術中の臓器の事故穿孔。
装置	抜去。故障。
その他の原因	血液不適合。手術台からの移動中の患者の落下。

三つ目の構成要素、品質および安全性危害は、分類の[ほとんど]全てのチャプターから、通常標準 ICD-11 診断コードにより表される。品質および安全性イベントから生じる危害の形式の中には標準 ICD-11 診断コードにより的確に表されていないものもある。これらの危害の形式を表すためのカテゴリーの特別なセットは、手術および医療的ケアの合併症、他に分類されない、の見出しの下で、ICD-11 の損傷チャプターの中に提供されている。

### 8.3.3.5 ICD-11 品質および安全性コーディングモデルの例

ICD-11 品質および安全性コーディングモデルは以下の表の例により示される。

[“危害”欄のコードが追加される]

	ケースビネット	品質および安全性 危害	品質および安全性 モードまたはメカニズム	品質および安全性 原因
E1	女性が糖尿病の安定化のために入院した。女性は誤って通常の3倍の投与量を処方された。この異常に高い用量が投与され、低血糖発作を起こした。	低血糖を伴う糖尿病	薬物の過量摂取	薬物、薬剤や生物学的物質への暴露 - インスリンおよび経口血糖降下[抗糖尿病]薬
E2	主に悪性腫瘍の可能性を排除するために、男性が皮膚のしこりの切除のために一次診療医を受診。病斑は切除され、創傷は縫合された。後に医師がC型肝炎だったことが判明し、患者がこの病気に感染した。	急性C型肝炎	無菌予防措置の失敗	損傷や関連する手術や治療上の使用危害 - 生検方法
E3	年配の女性が大腿骨頸部骨折による入院。外科的固定術が行われた。手術の翌日、手術部位がひどく出血し、手術室に戻る必要があった。	出血	外科手術に関連する損傷のモード - 詳細不明	医療処置または外科手術 - 整形外科手術
E4	63才の男性が関節炎のため、過去一年以内に膝の代替手術を行っていた。埋め込み装置が緩み、その結果痛みと機能が低下した。	“内部人工関節の機械的な合併症” (または選択肢として: “膝の問題”)	装置故障	有害事象人工装具および他のインプラント、材料や付属装置に関連する整形外科的装置

E5	大腸癌の男性。大腸の罹患部を切除して、大腸の保存部と再接合するために数日前に開腹手術が行われた。吻合が漏れ、再手術が必要となった。	“消化器官のその他の手術後の障害、他に分類されない”  (または選択肢として：吻合の漏れが明らかな漏れを生じさせた場合は“腹膜炎”)	その他の特定のモード。[吻合の失敗をもたらしたより特定の種類は他に存在しないため]	内科的または外科的治療-胃腸の外科的治療
E6	精神錯乱と興奮の検査のために女性が入院した。興奮を抑えるため通常量のベンゾジアゼピン系鎮静薬の投与治療が行われた。部屋に歩いて入るときに、鎮静剤の影響で転倒し、右手首の骨折を起こした。	橈骨および尺骨の下端の骨折、関節までは及ばない  (必要な場合、“転倒”コードの選択も可能)	正確な投与と投与量の状況下での薬関連の損傷または危害。	薬物、薬剤および生物学的物質 - ベンゾジアゼピン

これらの各例において、危害のモード/メカニズムは全ての事例において危害の原因と一緒にコーディングされていることに留意する。これは危害のモードが明らかでない場合も当てはまる。後者の状況では、薬物関連の危害、治療関連危害、または装置関連危害の全てに対して、“詳細不明の損傷のモードまたはメカニズム”のためのコードが選択される。

ヘルスケア関連の危害の原因の“治療の他の側面”カテゴリーはこれの例外にあたり、一般的には分類のどこからでも、実際の危害や損傷コードと共にチャプター 2 3 からの“治療の他の側面のコード”のコーディングのみが必要である。

### 8.3.3.6 データキャプチャと編成の推奨

情報システムは以下の能力が必要である：

クラスタの三つの構成要素のキャプチャリング

同じクラスタに所属するように三つのコードをマーキングする

コーディングの体系には“X チャプターの使用”セクションを参照する。

### 8.3.3.7 コーディングされたデータの使用および解釈の推奨

これらの推奨は、前のセクションで推奨された方法でデータがキャプチャされ編成された記録への使用に当てはまる。

- 品質または患者の安全性事象を含んだ記録を選択する：これらは全て品質または患者の安全性への危害コードを伴う記録である。
- 一連の記録セットに表記されている品質または患者の安全性への危害のタイプを要約する：品質または患者の安全性への危害コードを伴う記録を選択する。選択したセットの中に表される品質または患者の安全性への危害コードの分布を要約する。

- 品質または患者の安全性への危害の原因を一連の記録のセットに要約する。
- 品質または患者の安全性のメカニズムを一連の記録のセットに要約する。
- 品質または患者の安全性の危害を一連の記録のセットに要約する。

#### 8.3.4 研究目的のための疾病率

ICD-11 のための疾病率の使用事例は、主要目的が疾病の負担、疾病の集団（クラスター）、疾病の地理的分布、および様々な疾病に関連した健康への影響を研究するために ICD-11 でコーディングされたデータからの情報を抽出するための学術研究のパラダイムの中で機能するいくつかの状況を含む。ヘルスシステム政策または公衆衛生政策のいずれかと翻訳適合性があるときは当然研究パラダイムが最重要であり、そのように研究パラダイムがそのように名称付けされた事象で、保健計画の目的で実施された応用疾病率分析と区別が出来なくなる。それにも関わらず、研究ツールとしての分類の可能性を強化する新しい特徴およびコーディングルールを伴う、臨床的に豊かで詳細な分類システムの発展のためにはこれが重要な牽引役の一つであることを認識して、研究パラダイムにおける ICD-11 コーディングデータの広範な使用についてはここでは明白な言及が行われる。

#### 8.3.5 一次治療における疾病率

一次医療は、全員参加とコミュニティーや国が金銭的に維持可能な費用を通じて、コミュニティーの個人や家族が一般に利用可能な、実用的な、科学的根拠のある、社会的に認められた方法および技術に基づく、必要不可欠な最前線のヘルスケアとして定義されている。一次医療に関連して、ICD-11 はたくさんの診断および疾病エンティティを含み、それはヘルスサービスの最初のレベルにおいてヘルスシステムとの接触を検索する共通理由である。ICD-11 はリソースレベルに応じて様々な一次医療リニアライゼーションがある。低いリソース設定のための一次医療リニアライゼーションは広範な概念の単純な報告を可能とする。高いまたは中程度のリソース設定のリニアライゼーションはより高度な診断および治療が利用可能な場合に使用される。

一次医療のための国際疾病分類（ICD-PCI）は *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)* の *WONCA International Classification Committee (WICC)* を通じて開発された。WONCA および WHO は連携して分類の更新を行い、ICD-11 に関しては連携して一次医療使用のために ICD の中の以前の溝を埋めた。結果として、WONCA の一次医療国際分類の新しいバージョンと ICD-11 は共通のカテゴリーサブセットを共有する。両方の分類は現在では ICD から完全に由来する分類であり、一次医療と病院活動の相互間のような、組織横断的な比較可能性を実現する。

**ICD-11 には異なる一次医療設定に合わせたバージョンがある：**

- 低いリソース設定 - 簡略化バージョン。
- 中程度のリソース設定。
- 高いリソース設定、死亡率および疾病率解析のためのジョイントリニアライゼーションは一次医療に関連する要素を含み、そのため、二次医療および三次医療のため同様、一次医療のために高いリソース環境においても使用が可能である。

中程度リソースバージョン ICPC と全ての概念を共有することで、一次医療薬物療法環境において ICD または ICPC を交互に用いることが可能である。

### 8.3.6 ケースミックスのグループ分け

Diagnosis Related Group (DRG)システムのようなケースミックスのグループ分けにおいて、ICDに基づくデータは返済や資源の配分に使用される。そのようなシステムは22カ国以上において返済や資源の配分のために体系的（全国的）に使用されている。グループへの患者の症例の割り当ては、コーディングされた診断情報に加え、コーディングされた治療や多数のその他の変数を使用するアルゴリズムに基づく。

ケースミックスシステムの科学的根拠はヘルスケア経済および医学理論に基づいている。

ケースミックスシステムはそれを使用する国の運営に必要不可欠な部分であるため、これらのシステムの中でICDの新しい改訂へのスムーズな移行は新しい改訂の承認および導入にとって必要不可欠である。

多様なケースミックスシステムの管理人との密接な協力において、ICD-11は診断関連ケースミックスのグループ分けに必要とされる詳細の異なるレベル適合のために開発された。特定のケースミックスシステムにおける共同使用は、関連するグループ共有のアルゴリズムによって決定され、一部は国の法令にも基づく。

病院活動の国際比較可能性に関しては、国が主診断の新しいWHO定義を導入して、その国のICD-11実施においてICD-11で提供されている診断タイプのための新しいフラグを適用することが推奨される。国際的な作表については、結果診断が病院疾病作表の国際ショートリスト（International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation）の助けを借りてリストアップされている。

## 9 ICDの主な使用：疾病率-伝統的な医学

伝統医学は多くの国で提供されているヘルスサービスの要部である。ICD内の伝統的な医学に関する国際標準化は、長い期間の比較および監視を可能とする。ICD-11の伝統的な医学疾病に関するチャプターは単独で使用できるように、またはICDチャプター1から25までの西洋医学概念と併用した二重コーディングケースのために設計されている。

### 9.1 伝統医学における使用

地域、国および国際レベルでの報告：

1. 疾病データ報告目的のための西洋医学パターン疾病と同じ方法で、伝統的な医学疾病および/またはパターン（チャプター27の説明も併せて参照）のための治療エピソードの集計
2. 西洋医学および伝統医学の専門用語の組み合わせを使用する可能性のある伝統医学医による治療エピソードの集計
3. 伝統的な医学のサービス利用および受診の理由の表記および数値化
4. 伝統的な医学サービスのリソース利用の監視

調査：

- 伝統的な医学介入の安全性および有効性について - 証拠に基づく研究
- TM 枠組み内の臨床研究および WM と TM 間の臨床研究

- WM 疾病、TM 疾患およびパターンとの相互関係について
- 国に特定の手順分類と意図する治療介入の国際分類 (ICHI) の TM 構成要素と併せて ICD-11 を使用した、治療パターンおよび特定の疾患およびパターンの結果を研究するため

#### 支払いと保険金のケースミックス：

- 中国、日本と韓国において病院の支払いや保険金請求に既存の TM 分類 (WM の概念を伴う、または伴わない) の使用に関する前例がある。
- ICD-11 のチャプターとして TM を組入れることは、患者の合併症や併存疾患と同様に患者の症状 (WM と TM チャプターを超えた疾病、障害とパターン) を表すのにはるかに大きな見解を与える。

#### 治療の品質および安全性：

- WM 疾病および TM 疾患との間の治療の品質と安全性を反映したコード使用の標準化は、TM 医が ICD-11 からのデータの治療の品質、安全性と効率性に関して解釈するのを可能とする

#### 教育：

- TM 医の診断の標準化に関する教育
- TM 臨床医とコーダーの ICD-11 データの適用と解釈に関する教育。

#### 電子医療記録での使用のための専門用語の標準化：

- データのより効率的な記録および抽出を可能とするため
- 疾患やパターンのコンピュータ支援されたコーディングを可能とするため

## 9.2 ICD-11 の伝統的な医学セクションの更新およびメンテナンス

- 利用者のフィードバックを通して、TM と WM コードの使用およびコーディングガイドラインの必要性が監視される。これにより、伝統医学医とユーザーを WHO-FIC メカニズムに導き、ICD をアップデートしてその臨床的、技術的最新版を確実とする。
- 異なるフィルター、制約やフォーマットを適用することで、データを一度収集し、頻繁に使用することを可能とする。
- 標準化された分類を使用することで、データ作成者と利用者が分類の発展に関する現在行われている議論への参加が可能となる。
- 異なる国々の実践や要望の調和と適合のために議論への利用者の関与の必要性が生まれることにより、分類がそれら全ての目的を遂行し続けることができる。

## 9.3 伝統医学のコーディング方法

### 9.3.1 データソース、報告および品質

#### 入院患者、外来患者および一次医療環境のためのデータソース

- 病歴、身体検査、調査、治療および最終診断を含む患者記録

- 退院要約

## データ品質

- 臨床医、コーダーおよびデータ利用者の教育はデータ品質を確保するのに最重要である。これは主要症状の定義を含め、表形式リストへの索引用語に関連するルール、包含注釈、除外注釈の利用および分類内でも留意するコード、標準のコーディングルール同様、ICD-11 がどのように適用されるかの理解を含む。
- ICD データの編集と監査のために特定ツールが存在する。コーディングルールおよび定義とのコーディング信頼性および有効性および順守を識別するために、これらは両立しないコードおよびまれな疾患、他のソースとの ICD データの比較（例、感染対策、検査データ）、コーディング-再コーディング研究のサンプルを含む。
- 技術的コーディングツールは、コーディングルールおよびガイドラインの適用と同様にコード決定の評定者間信頼性を測定するのに採用される。

### 9.3.2 伝統的な医学のコーディングのための一般原則&ルール

伝統的な医学チャプターからのコードは環境を越えて使用できるが（病院入院または病院やコミュニティでの外来診療）、**死亡の原因の報告には使用すべきではない**。一次医療においてコーディングする場合、疾患およびパターンは完全に発現していない可能生があるため、主要症状や関連する症状よりむしろ受診の理由を識別した方が適しているかもしれない。

一般原則：

- 関連する情報、つまりこの治療のエピソードに関連する情報をコーディングする。コーディングはこのエピソードの間の治療の理由に関連するべきで、過去の症状が現在の治療に影響しない限りは患者の既往歴を記述する必要はない。
- 明示的な情報をコーディングする
- 特異的な情報をコーディングする
- TM 診断テストの結果をコーディングにおいて使用する
- コードは TM 症状の原因論および兆候を示す必要がある
- 急性および慢性の症状をコーディングする
- 切迫している TM 症状をコーディングする

伝統医学医または臨床コーダーは TM チャプターの中のコードを二つの方法で使用する場合があります：**TM** チャプター内からコードを選ぶ単独チャプター、または ICD-11 の他のチャプターとの組み合わせのいずれか。

### 9.3.3 TM チャプター内からコードを選択する TM チャプターを単独チャプターとして使用

この場合、コードは疾患または TM チャプターからの疾患に適用され、パターンまたは TM チャプターからのパターンをプラスする。しかしながら、パターンコードが単独で適用される、または疾患<sup>(TM)</sup> コードが単独で適用される状況もある。



## コーディング

- 患者概要または診療記録を読む
- コーディングする疾患<sup>(TM)</sup> および／またはパターン<sup>(TM)</sup> を選択する
- 部位よりむしろ疾病プロセスに従い通常アレンジされている TM (セクション 3) のアルファベット順索引を調べ、適切な入力を選択してコーディングする (先行の用語および修飾語句、更に“参照”および“併せて参照”に注意する)
- そのコードのために作表リストに進む。包含注釈と除外注釈および本文定義に留意する。
- 適切なコードを割り当て、そのコードに特定のガイドラインに従う

## 優先順位付け

最初に、“主要症状”コードが選択される。治療のエピソードのために患者の症状の全体像を確実に反映するように、患者記録に記載されている現在の疾患やパターンを全てコーディングすることが重要である。パターン<sup>(TM)</sup> を単独で、疾患<sup>(TM)</sup> を単独で、パターン<sup>(TM)</sup> と疾患<sup>(TM)</sup> の組み合わせでコーディングする必要があるかもしれない。しかしながら、パターン<sup>(TM)</sup> と疾患<sup>(TM)</sup> の組み合わせがコーディングされるとき、疾患<sup>(TM)</sup> を主要症状に選択する。

最も一般的なシナリオは疾患とパターン両方を、その順序でリストアップされたコードと共に持つことである。疾患<sup>(TM)</sup> のコーディングが不可能な場合、パターン<sup>(TM)</sup> が主要症状として順序付けられる。

## 伝統的な医学のためのコーディング方法

最初にコーディング： 疾患<sup>(TM)</sup>

次にコーディング： パターン<sup>(TM)</sup>

## 国内 vs 国際ルール

TM チャプターのセクションが使用される、もしくは疾患<sup>(TM)</sup> およびパターン<sup>(TM)</sup> と共に WM 疾病の使用のされ方には、国によりいくつかのバリエーションがあるかもしれない。

## 例

- 疾患  
パターン
- ポストコーディネーションの例  
一つの疾患に対して二つのコード  
一つのパターンに対して二つのコード
- 疾患またはパターンのみ

### 9.3.4 ICD-11 の他のチャプターと併せた TM チャプターの使用

このオプションは、WM 疾病のためのコードや TM 疾患および／または特定の臨床像のための伝統的な医学パターンのコード実践のバリエーションを考慮に入れる。この事例においては、コードはチャプター 01-25 から WM 疾病および／または疾患<sup>(TM)</sup> に適用され、パターンまたはチャプター 27 からのパターンを加える。

## コーディングのルール

これは主要症状として疾患<sup>(TM)</sup>やWM疾病、および/または関連する疾患<sup>(TM)</sup>やWM疾病のいずれかの選択である。このシナリオにおいては、疾病のためまたはICD-11のチャプター01-25からの疾病に加え、疾患<sup>(TM)</sup>またはチャプター27からの疾患<sup>(TM)</sup>のためにコードが選択される。いずれの事例においても、疾患<sup>(TM)</sup>やチャプター27からの疾患<sup>(TM)</sup>は、疾病や疾患<sup>(TM)</sup>のためのコードに関連して使用されるべきである。チャプター01-25からコーディングするには、コードを割り当てるために、西洋医学チャプターのためのアルファベット順索引を参照し、セクション6に概説されているステップに従う。伝統的な医学のために全てのICD-11チャプター(01-26)を使用することは、特に新生物および損傷(索引のセクション1を使用)、慢性的な症状や合併症症状、損傷の外因や副作用等に適している。

### 優先順位付け

西洋医学疾病と伝統的な医学疾患の両方がある場合、ICD-11に概説されている「主要症状」の定義にどちらが適しているかにより、いずれかを主要症状として使用する。パターン<sup>(TM)</sup>または複数のパターン<sup>(TM)</sup>は西洋医学疾病または疾患<sup>(TM)</sup>のいずれかに従う。

### 国内のコーディングと国際的コーディング

伝統医学医は他国の同業者や国内の西洋医学医と連携することでICD-11を自らの実務を理解し、現在は入手不可能な伝統医学の利用と結果に関する情報に貢献するための建設的なツールにする。

### 例

#### 1. チャプター 01-25 を使用する損傷

**主要症状:** チャプター27から。QA 80.5 腰神経障害<sup>(TM)</sup>または損傷チャプター(チャプター22)は以下と併せて使用する

- 外因チャプター(チャプター23)からのコード
- パターンコード、必要に応じて。

#### 2. 偏頭痛のような障害は(チャプター01-25を使用して)以下のようにコーディングされる:

チャプター(09)からの**主要症状** 偏頭痛以下と併せて

- チャプター27(QA51.1 頭痛障害<sup>(TM)</sup>)からの障害<sup>(TM)</sup>および/または

#### 3. 陰陽パターンの両虚<sup>(TM)</sup>またはQE71 小さい陰タイプ陽減少パターンのようなパターン<sup>(TM)</sup>

#### 4. 糖尿病のような疾病はチャプター01-25を使用して以下のようにコーディングが可能:

チャプター(06)糖尿病やメタボリックシンドローム、からの**主要症状**に加え

- 消渴疾患<sup>(TM)</sup> (QB00)
- 燥熱を伴う陰虚(QE63 大陰タイプ燥熱パターン<sup>(TM)</sup>)

またはチャプター27から以下のように単独で:

チャプター27消渴疾患<sup>(TM)</sup>、からの**主要要症状**に加え

- 燥熱を伴う陰虚(QE63 大陰タイプ燥熱パターン<sup>(TM)</sup>)

## 10 統計に関する提言

## 10.1 一般的な統計上の提言

### 10.1.1 データ品質

データの高い品質を確保するために、データ品質の監視のためのプロセスの実施が必要となる。これが品質保証と呼ばれる。以下のページで、死亡率と疾病率の統計にどのように品質保証を適用するかについての提案がある。基本原則として、データの収集と分析の責任者達は、診断データの処理とコーディング、更にそれらと交差作表される他のアイテムのためにプロトコルの作成に関与する必要がある。

品質データの収集は明確に設計されたワークフローと（報告からコーディング、分析まで）、全ての関係者への適切な訓練を必要とする。特に、全ての関係者がプロセスを理解し、その中の自らの担当を理解する必要がある。このプロセスの基本的なステージは以下を含む：

- (a) 報告 - 情報はここから始まる。症状を特定し、それを死亡証明書または他の医療診断書において報告することは正確性と可能な限り最良の証拠を使用して実施される必要がある。この理由により、このパートは常に十分に訓練された経験のある医師により実行される必要がある。注意 - コンピューターがどんなに高性能でも、不完全なデータを入力すれば、不完全な答えしか得られない。
- (b) 検証または報告 - 報告者へのフィードバックのループおよび質問が、不明確な情報や不合理な文章を更に特定することに役立つ。

グループ化と分析 - 多様な使用事例により決定された方法で、グループ化と分析共にデータの集計に役立つ。タスクの実行とこのタスクを提示するときに、ルールと制約は明確に理解され、伝えられる必要がある。

### 10.1.2 特異性 vs 不明瞭なコード

報告された情報は可能な限り高いレベルの詳細でコーディングする必要がある。場合により、多くない情報やささいな情報しか得られない。ICD はこれらのケースのためにカテゴリーを提供するものの、そのような情報は疾病の治療にも予防にも実際役に立たない。

セクション 7.2.2“開始時点の修正のための確認”。

### 10.1.3 少ない人口の問題点

人口の健康状態を死亡率や疾病率データによって評価するときに、人口の規模は考慮しなくてはならない要因の一つである。人口の少ない国では、多くのカテゴリーにおける年間行事数は非常に小さく、年により変動する可能性もある。例えば、特に年齢や性別で分けた場合。問題は以下の一つ以上の方法により軽減される：

- チャプターのような ICD rubrics の広範なグループ分けの使用や提示
- 更に長期間に渡るデータの集約、例えば、2年前からのデータを今年の分と併せて“移動平均”図を作成する
- 可能な限り広範な年齢グループ分けの採用が推奨される

少ない人口の国に適用する提言は、一般的に、より大きな人口の国の地方セグメントにも当ては

まる。人口サブグループの健康問題の調査は、使用する分析種類への各サブグループ規模の影響を考慮しなければならない。標本調査を取り扱うときにこの必要性は一般的に認識されているが、調査が国の人口の中の特別なグループの健康問題を考慮するときには見落とされがちである。

#### 10.1.4 “空白セル”と低い頻度のセル

使用される原因リストに関わらず、一つ以上のリストアップされた原因のために、統計表の特定のセルに存在する事例がないことが分かる場合がある。表に空白の行がたくさんある場合、公表された表やコンピュータのプリントアウトからそのような空白行の削除は考慮に値する。国で疾病の偶発症例が起きただけの場合、行は公表された統計表より定期的に削除可能で、症例がなかったのか、または散発性症例が実際に起きた場合、症例が記載されるべきセルはどれか、のいずれかを示すために脚注が加えられる。

非常に低い頻度のセルには、発症が予期されなかった疾病に関連するものには特に、症例が存在したことおよびコーディングや処理のエラーの結果ではないことを証明することが重要である。これは一般的なデータの品質管理の一環として実施されるべきである。

#### 10.1.5 作表リストが小計を含む場合に必要な事前注意

データを処理する者にとって作表リストの中のいくつかのアイテムが実際には小計だということが、常に明確ではない場合がある。これらのアイテムにはブロックのタイトルや（ICD-11の四字リストの中の）三文字カテゴリーのタイトルまたは（死亡率作表リストの凝縮版の中の）チャプタータイトルのためのアイテムを含む場合がある。症例が重複して数えられてしまうため、合計が計算されている場合はこれらの入力は無視をする。

#### 10.1.6 倫理的側面

機密性とは、第三者に内密に伝えられた情報に関して、情報（データ）を開示しない義務を言う。この義務は紀元前四世紀に倫理綱領（Hippocratic Oath）において成文化され、現在も医療倫理の中核原理の一つである。

特定の個人を識別する可能性のあるいかなる情報は権限を持つ人々によってのみ閲覧されるべきである。権限付与とは個人が情報を閲覧することを法的に許可されていることを意味する。例えば、医療スタッフ、検視官、およびコーダーは全て機密情報を閲覧する権限を付与された人に当たる。

プライバシーは個人情報および個人的意思決定を他者と共有すべきか、すべきではないかに対して個人の権利を守ることに関係する。例えば、医師が患者の検査や会話をするとき、医師と患者間で交換される情報が他者に聞かれないよう、通常はプライベートな空間で行われる。データは患者の同意の下に転送される。

一般的に、機密情報が公的にアクセス可能になる唯一の方法は、法律、法規および規則による場合である。機密情報が一定の期間を経て公記録となる場合もある。例えば、世界の地域によっては時の経過のみが死亡証明書を公記録として提供できるため、もはや機密事項ではなくなる。

権限を与えられた機密情報提供者は、情報を要求している人が権限のあるユーザーであることを認証し、ユーザーの権限レベルを決定しなくてはならない。提供者は権限のあるユーザーに利用可能となる情報のレベルに注意し、無認可開示に対して適切な措置を取る必要がある。

権限のあるユーザーは閲覧権限のない情報へのアクセスを試みてはならない。更に、ユーザーもまた情報への権限のないアクセスを警戒する必要がある。これはユーザーが機密情報を守り、権限のない閲覧を避ける方法での情報の記録を意味する。ユーザーは適切な目的にのみ情報を使用し、必要に応じて情報を返却する必要がある。

国の法的枠組み、州や地域の規制、および組織のガイドラインが機密性の保持方法に関する特定のルールや情報を提供する。

### 10.1.7 潜在的危害の回避

直接的、深刻な危害は守秘義務違反の結果生じることがある。例えば、機密情報の開示は個人に対する汚名や差別へと潜在的に繋がる可能性がある。反対に、守秘義務を守ることにより、守らなかった場合よりも大きな危害が生じることもある。

患者、死亡者や他の関係者の危害と利益のバランスに関する判断を必要とする状況がある。

守秘義務違反の結果として、個人が肉体的に、社会的に、または心理的に“危害”を被る場合がある。違反された機密診断により、患者は医師への信頼と信用を失い、患者が他者から虐待を受けたり、特定の状態に関連した汚名を着せられる場合がある。

他の状況においては、個人の機密情報の非公開が結果として他者やコミュニティが危害のある状態になるリスクや危害のある状況に晒される場合がある。

これは難しい概念であり、思慮深く検討しなくてはならない。前述の通り、伝染性疾患の発生を報告する場合のように、他者に機密情報を提供した方が正当な場合もある。そのような状況では、機密情報の報告は通常行われる。これは疾病の非公開が多数の他者の深刻な危害に繋がる可能性のある例である。

情報の公開が必要な場合、関係する個人と話し合いその必要性を知らせることが理想である。

場合によっては、これは不可能または不適切であるため、ユーザーは法的、組織的ガイドラインに従うべきである。

特定の情報の公開により引き起こされる危害についても真剣に検討する必要がある。特に慎重に扱うべき情報には遺伝性疾患や疾病のテスト、伝染性疾患の発生、および HIV テストの結果が含まれる。

機密保証のレベルの格上げを必要とする、守秘義務に対して特別な依頼がある。これらの特別な依頼は開示に関する法的要件に優先されることはないものの、可能な場合は尊重されるべきである。

### 10.1.8 プライバシーの安全 - 守秘義務

権限付与とは個人が情報を閲覧することを法的に許可していることを意味する。例えば、医療スタッフ、検視官、およびコーダーは全て機密情報を閲覧する権限を付与された人に当たる。

プライバシーは、個人情報および個人的意思決定を他者と共有すべきか、すべきではないかに対して個人の権利を守ることに関係する。例えば、医師が患者の検査や会話をするとき、医師と患者間で交換される情報が他者に聞かれないよう、通常はプライベートな空間で行われる。また医師が内々に患者に診断を伝えることを可能とする。データは患者の同意の下に転送される。

プライバシーの保護や健康（およびその他）データの機密性は一般的に国家法や規則により扱われている。

## 10.2 国際疾病率報告

国際的な疾病率報告と他国間でのデータ比較は、以下の国際的に同意された定義の欠如により制限される：

- 入院、外来患者の記録、通院患者
- 病院
- 治療エピソード
- 診断の代わりに受診が使用される理由

### 10.2.1 最小データセット

国際比較に適している最小データセットには年齢、性別、主要診断（入院の最後に評価をした上での入院理由）、および医療部門（病院、開業医、その他）が含まれ、理想的には上述の変数のための定義を伴う。

## 10.3 国際死亡率統計

提言は異なる国や地域の国際比較を可能とするデータの表記を標準化する。

### 10.3.1 推奨される死亡率の特別作表リスト

ICD に従ってコーディングされた原因を記載する標準的方法があり、国際比較を可能とする作表のためのリストを考慮した公式な提言がある。他の作表においては、ICD の階層構造は考えられるグループ分けに対し相当な柔軟性を可能とする。

死亡率に対して ICD は第 1 版の四つの特別作表リストを含み、三文字リストが細か過ぎる環境を対象としている。そして重大な疾患および疾患グループの国際比較が他国で他のグループ分けが採用されていることにより妨げられないように設計されている。

リスト 1 - 一般的な死亡率 - 凝縮リスト（103 の原因）

リスト 2 - 一般的な死亡率 - 厳選リスト（80 の原因）

リスト 3 - 乳幼児死亡率 - 凝縮リスト（67 の原因）

リスト 4 - 乳幼児死亡率 - 厳選リスト（51 の原因）

### 10.3.2 死亡率リストを識別するための接頭文字の使用

ICD の四文字コードが一桁目に文字があるため、接頭に数字を使用することにより特別作表リストとの混乱を防ぐ。適合リストが国家や地方の目的で使用される箇所では、代替えの識別接頭文字が使用されるべきである。

### 10.3.3 死亡率凝縮リスト

二つの凝縮リスト、リスト1とリスト3は、各ICDチャプターにアイテムを提供し、更にほとんどのチャプター内で、選択されたリストのアイテムを“残りの (remainder of...)”で名称付けされている未処理アイテムと共に識別する。併せて、これらのリストは該当するチャプターの対象範囲を完成する。ICDの三文字コード全ての範囲を非常に多くの公表目的に扱いやすいアイテム数に凝縮している。

### 10.3.4 死亡率厳選リスト

国内、国際の両レベルにおける公衆衛生状況や死亡率関連の健康問題の監視と分析に重要な症状および外因のために、二つの厳選リストであるリスト2とリスト4は、ほとんどのICDチャプターにあるアイテムを含む。チャプターの合計数は提供されず、いくつかのチャプターのみがそのような合計が得られることを可能とする未処理 rubrics がある。

### 10.3.5 死亡率のために局所的に設計されたリスト

ほとんどの国にとって、四つの特別な作表リストが重要な疾病や死亡の外因に関する十分な情報を提供する。また、例えば感染性疾患や変性疾患に対する、健康促進プログラムが効果を発揮するに従い、時間をかけた比較や相対頻度の推移の観察を促進する。地方エリアや人口のサブグループ間の比較を可能とする。更に、死亡原因の有意義な国際比較を可能とすることができる。

国際的な比較が不要の場合、特別作表リストに類似したリストをローカル使用のために設計可能である。そのようなリストにおけるICD rubrics はどのような方法でも選択およびグループ分けが可能である。例えば、監視の進捗、疾病率や死亡率に関して、多数の地域健康プログラムにおいて、特別リストは必要となる。

特別作表リストを国内の要求に適応させる場合、または新しい、特別なプロジェクトのために作表リストが考案される場合、各四文字カテゴリーの事例の数を集計することによる試運転が役立つ。そのようにして、広範のグループ分けのためにどの症状が適切か、およびサブカテゴリーがどこで必要となるかが決定される。

ローカルリストが構築される場合、凝縮カテゴリーへの鍵には、中核分類と同じ三（または四）文字コードが含まれるべきである。

## 10.4 国際比較のための統計表に関連する提言

### 10.4.1 統計表

原因、性別、年齢および地理的エリアによるクロス分類の詳細の程度は、統計の目的と範囲、およびその作表の物理的限界の両方に依る。国際比較を促進するために設計された以下のパターンは様々な特性を表現する標準方法を表す。

異なる分類が公表された表で使用されている場合（例、年齢によるグループ分けにおいて）、推奨されるグループ分けの一つに縮小するべきである。

(a) 国際疾病分類による分析は、必要に応じて、以下に従う：

三文字カテゴリーの詳細リスト、四文字サブカテゴリーの有無に関わらず；

死亡率のための特別作表リストの一つ；

疾病率のための特別作表リスト。

(b) 一般的な目的のための年齢による分類：

1 歳以下、4 歳までの各年齢、5 から 8 4 歳までの 5 歳単位、8 5 歳以上；

1 歳以下、1 から 4 歳、5 から 1 4 歳、1 5 から 2 4 歳、2 5 から 3 4 歳、3 5 から 4 4 歳、4 5 から 5 4 歳、5 5 から 6 4 歳、6 5 から 7 4 歳、7 5 歳以上。

1 歳以下、1 から 1 4 歳、1 5 から 4 4 歳、4 5 から 6 4 歳、6 5 歳以上。

(c) 地域による分類は、必要に応じて、以下に従う：

主要な市民区分ごと；

人口 100 万人以上の町や大都市圏、もしくは人口が少なくとも 10 万人の一番大きな町；

人口 10 万人以上の都市部の国家集合体；

人口 10 万人未満の都市部の国家集合体；

地方の国家集合体。

注釈 1. (c) に関連する統計は使用した都市部と地方の定義も含む必要がある。

注釈 2. 死因の医療証明証が不完全または特定の地域に限定されている国では、医療的に証明されない死亡に関する数字は分けて公表する必要がある。

#### 10.4.2 死因の作表

定義された地域における死因の統計は上記の提言“統計表” (a) (1) に従うべきであり、これが不可能な場合には、提言“統計表” (a) (2) に従う。提言“統計表” (b) (3) にあるように、死亡は性別と年齢グループにより分類されるのが望ましい。

提言“統計表” (c) の地域における死因の統計は提言“統計表” (a) (2) に従うべきであり、これが不可能な場合、提言“統計表” (a) (3) に従う。提言“統計表” (b) (2) にあるように、それらは性別と年齢グループにより分類されるのが望ましい。

#### 10.4.3 母性死亡率統計

公表されている母性死亡率は分子を常に特定する必要があり、以下のように示される：直接的な産科死亡の記録数、または産科死亡記録数（直接的に加え間接的も含む）。母性死亡率の国際報告の目的のために、産後死亡記録は国内の分析目的に役立つものの、参考期間の 4 2 日目までの母性死亡のみが様々な比率や割合の計算に含まれるべきである。

#### 10.4.4 損傷死亡率

損傷死亡率は従来以下の原因による損傷とは区別される：

- 対人暴力と性的虐待



- 戦争、集団暴力、市民反乱や暴動を含む集団暴力
- 交通事故
- 自宅、職場およびスポーツやその他のレクリエーション活動への参加中の事故

死亡率において、WHO はその損傷と外因の保存を推奨する。これが実行できない場合、外因コードが保たれる。損傷に関連した死亡においては、外因コードが死亡コードの唯一の根本原因となり、ICD-11 外因コードが故人の意図、メカニズム、そして目的を一つのコードの中に具体化する。起きた場所や活動は分けてコーディングされる。

## 10.5 死亡率統計のための定義

### 10.5.1 周産期死亡率の定義

#### 10.5.1.1 国際比較のための周産期死亡率の定義

生産とは、受胎産物として母親からの完全な排出や摘出であり、妊娠期間の長さに関わらず、分離後に呼吸や、心臓の鼓動、臍帯の拍動または筋肉の明白な動き等の生きている証拠を見せる、臍帯が切られているか、胎盤が付着しているかに関わらず；そのような出生の各結果は生産とみなされる。

胎児の死亡とは 受胎産物として母親からの完全な排出や摘出の前の死亡であり、妊娠期間の長さに関わらない； 分離後に胎児が呼吸しないことや、心臓の鼓動、臍帯の拍動や、随意筋の明確な動き等、生きている証拠を見せないという事実により死亡が示される。

胎児または新生児の出産後に計測した最初の体重。

生産では、出生体重は明らかな出生後の体重減少が起きる前の出産後 1 時間以内に測られるのが望ましい。統計作表は出生体重に関して 500g 毎のグループ分けを含むが、体重はそのようなグループ分けで記録してはならない。計測された精度で実際の体重が記録される。

“低出生体重”、“非常に低い出生体重”、および“超低出生体重”の定義は、相互排他的なカテゴリーを構成しない。設定された限度を下回るに全てが含まれ、そのため重複している（つまり“非常に低い”、および“極端に低い”は“低い”に含まれる一方で、“極端に低い”は“非常に低い”に含まれる）。

- **低出生体重 (Low birth weight)**  
: 2,500 g 以下 (2,499 g を含むそれ以下)
- **非常に低い出生体重 (Very low birth weight)**  
: 1,500 g 以下 (1,499 g を含むそれ以下)。
- **超低出生体重 (Extremely low birth weight)**  
: 1,000 g 以下 (999 g を含むそれ以下)。

妊娠期間は最終正常月経の初日から計算される。在胎週数は満日数や満週数で表される（例、最終正常月経の開始後、満 280 から 286 日目に起きた事象は妊娠第 40 週目に起きたと考えられる）。

妊娠期間は生理日を基に計算されている場合、度々混乱の元となる。最終正常月経の初日から出

産日までの妊娠期間の計算を目的としている場合、初日は0日目であり、第1日目ではないことを念頭に置く必要がある；つまり第0-6日目が“満0週”に一致し；第7-13日目が“満1週”に一致し；そして実際の妊娠の第40週目が“満39週”と同じ意味である。最終正常月経の初日が不明の場合、妊娠期間は最適の臨床的推定に基づく。誤解を避けるため、作表は週と日数共に示す必要がある。

- **早産**

：妊娠期間が満37週（259日未満）に満たない。

- **予定日**

：妊娠期間が満37週目以上、満42週目未満（259から293日）。

- **過期産**

：妊娠期間が満42週目以上（294日以上）。

- **周産期**

：周産期は妊娠期間の満22週目（154日）から始まり（出生時体重が通常500gのときから）、産後満7日目で終了する。

- **新生児期**

：新生児期は出産で始まり産後満28日目で終了する。新生児死亡（生後最初の満28日の間の生産児の死亡）に生後最初の7日間で起きる早期新生児死亡および、生後7日目以降、満28日目の前に起きる後期新生児死亡に細分化される。

生後第一日目（0日目）に起きた死亡の年齢は生きた満分や満時間単位で記録される。二日目（1日目）、三日目（2日目）および生後満27日目までには、享年は日数で記録される。

国際比較の統計において、超低出生体重群を含めることは比較の有効性を混乱させるため推奨されない。各国で登録や報告手続きを調整し、その事象やその群を統計に含める基準が容易に特定できるようにする。これらの基準に一致しない未成熟胎児や乳児（つまり1,000g以下の体重）は、周産期統計から除外する必要がある、法的または他の有効な理由で含める場合はそのことを明記する必要がある。出生体重、在胎期間や頂踵長が不明の場合、周産期の死亡率統計から事例は除外するよりも含まれるべきである。各国は全ての比率や割合の分子と分母の両方が1,000g以上（体重特定の比率や割合）の胎児や乳児に限定されている統計を示す必要がある；出生体重に関する情報が入手できない場合、一致する周産期年齢（満28週）または身長（頂踵長35cm）が使用される。

胎児、周産期、新生児および乳児の死亡率統計の報告において、先天性異常に起因する死亡数を生産と胎児死亡、および出生体重500gから900gおよび1,000g以上に関連して可能な限り識別する。先天性異常に起因する新生児死亡は早期と後期新生児死亡に細分化する。この情報により周産期と新生児死亡率統計の先天性異常による死亡の有無の報告が可能となる。

#### 10.5.1.2 比率と割合

公表された比率と割合は常に分母を特定する必要がある、つまり生産または総出産数（生産数足す胎児死亡数）。各国で以下に列挙される比率と割合を示すこと、またはデータ集計システムが可能な限り多くを提供することが推奨される。例えば：

- 胎児死亡比率
- 胎児死亡割合
- 胎児死亡割合、体重特定
- 早期新生児死亡割合
- 早期新生児死亡割合、体重特定
- 周産期死亡比率
- 周産期死亡割合

周産期死亡割合は少なくとも500グラムの体重のあった胎児の死亡数（または、出生体重が入手不可能な場合、妊娠期間満22週後または頂踵長22センチ以上）、加えて早期新生児死亡数、総生産数1,000人ごと。各構成要素の異なる分母のため、必ずしも胎児死亡割合と早期新生児死亡割合の合計と等しくならない。

- 周産期死亡割合、体重特定
- 新生児死亡割合
- 新生児死亡割合、体重特定
- 乳児死亡割合
- 乳児死亡割合、体重特定

国際比較のための統計において、超低出生体重群を含めることは比較の有効性を混乱させるため推奨されない。各国で登録や報告手続きを調整し、その事象やその群を統計に含める基準が容易に特定できるようにする。これらの基準に一致しない未成熟胎児や乳児（つまり1,000g以下の体重）は、法的または他の反する有効な理由がない限り、周産期統計から除外する必要がある、含める場合は明記する。出生体重、在胎期間や頂踵長が不明の場合、周産期の死亡率統計から事例は除外するよりも含まれるべきである。各国は全ての比率や割合の分子と分母の両方が1,000g以上（体重特定の比率や割合）の胎児や乳児に限定されている統計を示す必要がある；出生体重に関する情報が入手できない場合、一致する周産期年齢（満28週）または身長（頂踵長35cm）が使用される。

### 10.5.1.3 周産期死亡年齢の分類

#### 乳児死亡の特別な統計のための年齢分類

1. 生後最初の一週間の1日毎に（24時間以内、1、2、3、4、5、6日目）、7-13日目、14-20日目、21-27日目、28日目以上2ヶ月まで、2ヶ月から1年まで一ヶ月毎に（2、3、4から11ヶ月）。
2. 24時間以内、1-6日目、7から27日目、28日以上、ただし3ヶ月、3-5ヶ月、6ヶ月を含まず、ただし一年以内。
3. 7日以内、7-27日目、28日目ただし一年未満。

#### 早期新生児死亡の年齢分類

1. 1時間、1-11時間、12から23時間、24-47時間、48-71時間、72-167時間以内。
2. 1時間、1-23時間、24-167時間以内。

## 周産期死亡統計の出生体重分類

500グラム毎の体重、つまり 1,000-1,499 グラム、等。

## 周産期死亡統計の在胎期間分類

28週目以下（196日以下）、28-31週（196-223日）、32-36週（224-258日）、37-41週（259-293日）、42週以上（294日以上）。

### 10.5.2 母性死亡率の定義

#### 10.5.2.1 妊産婦の死亡

妊産婦の死亡は以下のように定義される：事故や偶発的な原因は除く、妊娠の期間および部位に関係なく、妊娠またはその管理により起因もしくは悪化したことによる、妊娠中または妊娠の終了に続く42日以内の女性の死亡。

#### 10.5.2.2 遅発性妊産婦死亡

遅発性の妊産婦の死亡は以下のように定義される：妊娠の終了後42日以上、一年以内に起きた、直接または間接的な産科的原因による女性の死亡。

#### 10.5.2.3 妊娠期間、出産および周産期に起きた死亡

妊娠期間、出産および周産期に起きた死亡は以下のように定義される：妊娠中または妊娠の終了に続く42日以内の女性の死亡、死亡原因は関係しない（産科および産科以外）。

#### 10.5.2.4 公表された産婦死亡率

公表された産婦死亡率は常に分子を特定する必要がある（記録された産婦死亡数）、以下のよう  
に示される：

- 記録された直接的な産科死亡の数、または
- 記録された産科死亡数（直接的に加え間接的）

産婦死亡率を計算するときに、チャプター18（Jコード）にコーディングされていない事象が対象となる。これらは妊娠により悪化したまたは逆に妊娠状態を悪化させたという条件で、チャプター18の最初の“除外注釈”に示されるカテゴリーを含む。

#### 10.5.2.5 産婦死亡の分母

産婦死亡率を計算するときに使用される分母は生産数もしくは総出産数（生産数に加え胎児死亡数）のいずれかに特定する必要がある。両方の分母が利用可能な場合、両方の計算を公表する。

#### 10.5.2.6 産婦死亡の比率と割合

結果は分母に対する分子の比率として、 $k$  を掛けて（ $k$  は国により 1,000、10,000 および 100,000 を選択し、表記される）表される。そのため産婦死亡の比率と割合は以下のように表される：

1. 産婦死亡率
2. 直接的産科死亡割合
3. 妊娠中、出産時および周産期の死亡の比率

### 10.5.3 損傷による死亡の定義

WHOによる“損傷”の定義は：“損傷は物理的変化を生じさせるものへの突然の暴露により引き起こされる、人体の耐え得る限界を超えた量や割合で身体に作用する、例えば、力学的エネルギー、熱、電気、化学薬品、および電離放射線等。場合によっては、損傷は酸素や熱のように必要不可欠なもの突然の不足の結果として生じる（例えば、溺死や凍傷）”。

損傷は様々な方法で分類される。しかしながら、ほとんどの分析の目的および治療介入機会の特定のためには、損傷を故意に負わせたかどうか、および誰が負わせたかに従って分類するのが特に有効である。一般的に使用されるカテゴリーは：

- 故意でない（つまり、偶発的）
- 故意の（つまり、意図的）：
  - 対人間の（例、暴行や殺人）
  - 自傷（例、薬物やアルコールの乱用、自傷、自殺）
  - 法的介入（例、軍事活動やその他警察による活動）
  - 戦争、民間暴動や騒乱（例、デモや暴動）
- 不確定の意図

損傷を引き起こすイベントの集計に関して、一連の定義が適用する。セクション“輸送事故に関する定義”参照。

#### 10.5.3.1 輸送事故に関する定義

(a)“輸送事故”（V01-V99）とは、主にある場所から他の場所へ人や物資を運ぶために設計されたデバイスまたは使用されるデバイスが関わる全ての事故である。

(b)公共道路〔道路〕または道は、土地の境界線（または他の境目）の間の全ての幅である。人や所有物を一つの場所から他の場所へ移動させる目的で使用される空いている公有地を含む。公共道路の設計、舗装、および習慣的に車両交通のために使用されている部分が車道である。

(c)交通事故は、公共道路上で起きる全ての車両事故〔つまり、道路上で始まる、終わる、部分的に道路上にある車両を含む〕。車両事故は、他の場所が特定されない限りは公共道路上で起きたと推測される。道路外の自動車のみを巻き込んだ事故の場合を除き、これは交通事故に関する言及がない限りは非交通事故に分類される。

(d)非交通事故とは、公共道路以外の場所で起きた全ての車両事故である。

(e)歩行者とは、事故が起きたときに車両、鉄道車両、路面電車や動物が引く車両、自転車や動物に乗っていなかった事故に巻き込まれた全ての人である。

歩行者は以下を含む：

- 車両のタイヤ交換
- 車両のエンジン調整
- 歩行

歩行者の輸送を支援するアイテムは以下を含む：

- 乳母車（寝かし式）
- アイススケート
- 乳母車
- ベビーカー
- ローラースケート
- スクーター
- スケートボード
- スキー
- そり
- 車椅子（電動）

(f) 運転手とは 輸送車両の乗員でそれを運転もしくは操作を目的としている人物である。

(g) 乗客とは輸送車両の運転手以外の全ての乗員である。

除外：車両の外側で移動している人 - 定義 (h) 参照

(h) 輸送車両に“乗って移動している”人は車両により輸送されている全ての人を含むが、通常運転手や乗員のための空間にいない、または所有物の輸送を目的とする空間にいない人である。

“乗って移動している”は以下を含む：

- 車体
- バンパー [泥よけ]
- 外側につかまる
- ルーフ（ラック）
- 歩み板
- ステップ

(i) ペダルサイクルはペダルのみで走行する全ての陸上交通車両である。

含む：

自転車

三輪車

除外：原動機付自転車 - 定義 (k) 参照

(j) ペダルサイクリストはペダルサイクルまたはそれに取り付けられているサイドカーやトレーラーに乗っている人である。

(k) オートバイは二輪の動力車で一つか二つの乗用サドルがあり、サイドカーのサポートのために三つ目の車輪がある場合もある。サイドカーはオートバイの一部とみなされる。

含む：

原動機付き自転車（モペット）

スクーター

オートバイ：

- 他に規定のない限り
- コンビネーション
- サイドカー付き
- 原動機付き自転車
- 速度制限付きモーター駆動二輪車

除外：モーター駆動三輪車 - 定義 (m) 参照

(l) オートバイ運転手はオートバイまたはそれに取り付けられているサイドカーやトレーラーに乗っている人である。

(m) 三輪動力車は原動機付きの三輪車であり、主に路上使用のためにデザインされている。

含む：

モーター駆動三輪車

原動機付き人力車

三輪自動車

除外：

サイドカー付きオートバイ - 定義 (k) 参照

特別なオール・テライン・ビークル - 定義 (x) 参照

(n) 車 [自動車] は四輪の動力車であり、主に 10 名までを輸送する目的でデザインされている。車によって引かれるトレーラーやキャラバンは、車の一部とみなされる。

含む：ミニバス

(o) 動力車または車両は様々な輸送車両を意味する。用語のローカル使用は適切なコードを決めるためにも確立される必要がある。用語が曖昧に使用されている場合、“詳細不明”コードを採用する。車両により引かれるトレーラーやキャラバンは車両の一部としてみなされる。

(p) ピックアップトラックやバンは 4 または 6 輪の動力車であり、主に所有物の輸送を目的にデザインされ、重量物運搬車として分類されるローカル制限より軽く、特別な運転手免許を必要としない。ピックアップトラックやバンにより引かれるトレーラーやキャラバンは車両の一部としてみなされる。

(q) 大型輸送車両は主に所有物の輸送を目的でデザインされた動力車である。カーブサイド重量（通常 3,500 kg 以上）という点で、重量物運搬車としての分類のローカル基準を満たし、操作に特別な運転免許が必要となる。

(r) バスは主に 10 人以上を輸送する目的でデザインまたは適合した動力車であり、操作に特別な運転免許が必要となる。

(s) 列車や鉄道車両は、車両が連結されているかの有無に関わらず、鉄道の輸送のためにデザインされた全てのデバイスである。

含む：

インターアーバン：

- 電気自動車
- 路面電車

(他の輸送手段は使用できない、主に専用敷設用地の中で運営)

列車、全てのパワー [ディーゼル] [電気] [蒸気]：

- ケーブルカー
- モノレールまたはツーレール
- 地下または高架鉄道

線路の上を走行するようにデザインされたその他の乗り物

除外：公道や幹線道路の一部を構成する敷設用地で運行されるように規定されているインターアーバン電気自動車 [路面電車] - 定義 (t) 参照

(t) 路面電車は主に自治体内を人を輸送するためにデザイン、使用される乗り物であり、線路を走り、通常は一般的な交通制御信号に従い、主に車道の一部を構成する敷設用地で運行されている。路面電車により引かれるトレーラーは路面電車の一部とみなされる。

含む：

道路や公共道路で運行されることが規定されているインターアーバン電気自動車または路面電車

トラム (自動車)

トロリー (自動車)

(u) 産業用地で主に使用される特別な乗り物は、主に工業や商業ビルや施設内での使用のためにデザインされた動力車である。

含む：

バッテリー式：

- 空港乗用車
- (荷物) (郵便)
- 鉱山の石炭運搬車
- フォークリフト (トラック)
- 木材運搬車
- 自走式トラック、工業用
- 荷物専用トラック (電動)
- 鉱山や採石場のトラム、トラックや鉱車 (電動)

(v) 主に農業で使用される特殊な乗り物は、畜産業や農業 (園芸) での使用専用でデザインされた動力車である。例えば、農地を耕す、作物の世話や収穫および農場の原料の輸送。

含む：

コンバイン収穫機



自走式農業機械

トラクター（およびトレーラー）

(w) 特殊な建設車両は道路、ビルや他の建造物の建設（および取り壊し）の使用専用デザインされた動力車である。

含む:

ブルドーザー

掘削具

ダンプカー

地ならし機

機械式シャベル

ロードローラー

(x) 特殊なオール・テライン・ビークルは特別なデザインがされた動力車であり、起伏の多いまたはぬかるんだ地形および雪道にも対処ができる。特殊デザインの例として、高い車高、特殊ホイールと車輪、左右の間隔、およびエアークッションのサポート。

含む:

陸上と湿地用ホバークラフト

雪上車

除外：開水域用ホバークラフト - 定義 (y) 参照

(y) ウォータークラフトは水上で乗客や物資を輸送するための全てのデバイスである。

含む：ホバークラフト、他に規定のない限り

(z) 航空機は空で乗客や物資を輸送するための全てのデバイスである。

### 10.5.3.2 輸送事故のための分類とコーディングの指示

その出来事が交通事故か交通事故ではないかの詳細が不明の場合、以下の分類が解釈に役立つ：

- a) 次のように分類する：交通事故はその出来事がカテゴリ-V10 -V82 および V87 に分類可能なときに起きる。
- b) 次のように分類する：交通事故以外の事故はその出来事がカテゴリ-V83 -V86 に分類可能なときに起きる。これらのカテゴリでは犠牲者は歩行者もしくは主に一般道路外の使用のためにデザインされた乗り物の乗員である。

2. 一つ以上の輸送手段を含む事故が報告された場合、以下の優先順位が使用される：

航空機と宇宙船 (V95 -V97)

ウォータークラフト (V90 -V94)

その他の輸送手段 (V01 -V89、V98 -V99)

3. 輸送事故の説明が犠牲者を乗り物の乗員と特定せず、以下のように表記される場合：

押しつぶされる

引きずられる

ぶつかる

負傷

殺される

はねられる

ひかれる

以下を含む全ての乗り物

人が乗っている動物

動物が引いている乗り物

自転車

ブルドーザー

バス

車

オートバイ

電動三輪車

ピックアップ（トラック）

RV 車

路面電車

トラクター

電車

トラム

トラック

バン

犠牲者を歩行者（カテゴリーV01-V09）として分類する。

4. 輸送事故の説明が犠牲者の役割示さない場合、以下のような乗り物が表記される場合、犠牲者を乗り物の乗員または運転手に分類する：

飛行機

自転車

船

ブルドーザー

バス

車

オートバイ

電動三輪車

ピックアップ (トラック)

RV 車

宇宙船

トラクター

電車

路面電車

トラック

ライトバン

ウォータークラフト

事故

衝突

墜落

難破

他に規定のない限り

犠牲者を言及されている乗り物の乗員または運転手として分類する。

一つ以上の乗り物が言及されている場合、乗り物が同じでない場合は犠牲者が乗っていた乗り物がどちらかに関する推測は行わない。代わりに、上記 note2 に示される優先順位を考慮して、適切なカテゴリ-V87 -V88、V90 -V94、V95 -V97 にコーディングする。

5. 以下のような輸送事故の場合：

乗り物 (モータの有無)：

制御不能に陥る (以下に起因)：

イヤの破裂 [パンク]

運転手の居眠り

運転手の不注意

スピードの出し過ぎ

機械部分の故障

後続の衝突という結果の場合、事故を衝突に分類する。衝突以外の事故という結果の場合、巻き込まれた乗り物の種類に応じて無衝突事故に分類する。

6. 輸送事故が以下の動いている乗り物を巻き込んだ場合：

排出ガスにより引き起こされた中毒事故

破損

爆発

転落、飛び降り、または間違っって押し出された

出火

投げ込まれたまたは上に投げられた物体に当たる

一部または中の物体に対して投げつけられたことによる損傷

動いている一部による損傷

中または上に落下した物体

走行中の車両

後続の衝突という結果の場合、事故を衝突に分類する。衝突以外の事故という結果の場合、巻き込まれた乗り物の種類に応じて無衝突事故に分類する。

以下のように記述される陸上輸送事故：

乗り物同士の衝突（制御不能による）（幹線道路上）および：

橋台（橋）（陸橋）

落石

ガードレールや境界柵

幹線道路間分離帯

地滑り（動かない）

車両前に投げ込まれた物体

安全地帯

木

交通信号や標識（一時的）

電柱

道路のために作られた切断された壁

他の物体、固定、移動式または移動している V67 と V77

転倒（衝突なし） V18、V28、V38、V48、V58、V68 および V78 に含まれる

動物との衝突（群れ）（野生）は V10、V20、V30、V40、V50、V60 および V70 に含まれる

動物が引く車両または人が乗っている動物との衝突 V16、V26、V36、V46、V56、V66 および V76 に含まれる。

## 11 ICD メンテナンスの概要

ICD のメンテナンスプロセスは、疾病、治療および予防の理解に対する進行中の進化に対する ICD の継続的な適応を可能とする。提案とレビューのメカニズムはオンラインプラットフォームの透過的な方法を使用して実施される。ワークフローは提案された変更が医療および科学的観点の両方から検討されること、更にその価値や特定の使用事例の立場で検討されることを確実にする。その結果として、基盤構成要素と関連するリニアライゼーションは年に一回、更新版で公開される。

### 11.1 ICD-11 の更新プロセス

ICD は継続的に更新されている。死亡率と疾病率の国際的な利用のために、公式な発表は毎年行われている。提案された更新が集計、転送、レビューそして実施される前に十分に検討されたかを確認するための標準化プロセスが確立されている。

#### 11.1.1 提案とレビューのメカニズムおよびワークフロー

ICD の更新のためにいかなる個人も提案を提出できる。そのような更新は一つ以上の ICD のエンティティについて言及することができる。それらはリニアライゼーション、基盤におけるエンティティの位置および内容モデルのいかなるエレメントも扱うことができる。提案は基礎となる文献や証拠を参照した短いフォーマット（約 500 文字）の説明で提出する。提案はまた位置の変更を可視化し、提案外のエンティティへの潜在的な影響を扱う必要がある。

専門評論家の国際的な集まりが個々の提案をレビューする。提言に従い、関連する縦の（専門科）TAG が、ICD の同じ部分に取り組んでいる可能性のある提案の統合体を形成する。分野横断的な TAG による統合体のレビューは、ICD の多様な使用事例への提案されている変化の適合性を確認する。提案されている変化について同意を得るために、縦および分野横断的な TAG による相互編集の二つのラウンドがプロセスに含まれる。同意が得られない場合、WHO の調停の結果が出るまでの提案は後続の編集サイクル先送りされる。その他の全てのケースでは、合意提言は最終決定のために WHO に提出される。

#### 11.1.2 毎年の公表

ICD は国際使用のため毎年“安定した”版として公表される。毎年の公表は、コードと併せた報告に使用されるバージョン識別子により補足される。違いを示す遷移表や資料は各バージョンと共に提供される。

### 11.1.3 更新プラットフォーム

完全性の認証、議論や編集のために、全ての提案はオンライン更新プラットフォームに入力されている。プラットフォームは提案を評論家や TAG に送付するため、および提案者にフィードバックを提供するため、インフラを提供する。更新プラットフォームはまた、オーサリングプラットフォームに入力され ICD の一部となった提案の最終的な結果を示す。

## 11.2 信頼性

WHO は ICD および異なるバージョンや改訂版に含まれる情報を認証するための全ての合理的な予防措置をとっている。しかしながら、ICD は表記や暗示もせず、いかなる種類の保証もなく分配されている。ICD の解釈と使用の責任はユーザーにある。いかなる場合も WHO はその使用により生じたダメージに対して責任を持たない。

ICD でコーディングされた情報の発行者は、ICD の適切な使用を確認すること、および提示された結果の比較可能性を示すためにオリジナルデータを変更するのに使用したデータ収集方法論とメカニズムを明確に示すことに責任を持つ。

死亡率データに関しては、ICD に示される方法論からの逸脱は許可されない。

## 11.3 適用性および知的所有権

ICD は無料の国際公共リソースである。ICD への変更は、更新メカニズムにより承認されない限り、許可されない。ICD は国際報告に必須のカテゴリーと共に中核リニアライゼーションのセットを提供する。

WHO 加盟国の私的、研究、政府や他の非営利使用に対して ICD は著作権使用料無料で配布される。ICD の商用ユーザーは WHO へ使用料の支払いが生じ、このように分類の維持継続に貢献する。

個人使用にはユーザーは ICD にインターネットでアクセスして使用できる。

ICD ファイルのダウンロードにアクセスする前に、ユーザーはエンドユーザー用の使用許諾契約に登録と同意をする。

WHO 書店で印刷版が購入できる。ICD コーディングと閲覧のウェブサービスは関連する契約への署名をすることで利用可能である。

ICD は全ての言語に翻訳が可能である。翻訳には、関係者が WHO と契約し、署名した契約書にある規則に従う。これらの規則は翻訳者が WHO 翻訳プラットフォームを使用する義務を負わせ、それにより WHO が翻訳の正確性と完全性を認証することを可能とする。非公式言語を含め、ICD-11 の全てのバージョンは WHO に属する。ICD-11 の他言語ツーリングを考慮して、全てのバージョンの品質管理が保証される。

ICD は現状通りに使用される。いかなる変更も許可されない。コーディングや閲覧ページにおいていかなる宣伝も表示されない。オンライン使用の場合、WHO の ICD ホームページへのリンクが含まれなくてはならない。理想的にはユーザーは WHO のウェブサービスを介して ICD にアクセスをする。これにより、索引、内容モデルやリニアライゼーションの適切な共同使用を確実とし、必要に応じて更新を促進する。

Nomenclature Regulation (1967) に規定されているように、国際報告には ICD の最新版が使用される。

場合によっては、ユーザーは ICD の一部を変更する必要性を感じるかもしれない。変更は分類のカテゴリの意味に影響を与える。変更はまた他のユーザーにとっても役立つ特定のニーズを反映する場合もある。ICD への変更のリクエストは WHO-ICD 更新プラットフォームに提出しなくてはならない（詳細は ICD の更新に関するセクション参照）。

ICD は単独で使用または SNOMED-CT と併せて役立つように設計されている。SNOMED-CT と ICD の共同使用は法的枠組みが規制する。関連する規制はリクエストに応じて入手可能である。

他の専門用語や命名への ICD のリンクは、WHO と利害関係者との個別の法的および専門的調整の承認が必要となる。ICD-11 およびその構成要素への全てのインプットは、適切なソースへの言及および著作権の所有者の許可が必要である。

ICD-11 にはその内容を表す標準的な方法がある。協定が本文の内容を表し、またコーディング構造に適応する。

## 12 ツールのリスト

### 12.1 死亡率のルール - 知識ベース

死亡率知識データベース (Mortality Knowledge Database) はルールの集まりであり、死亡証明証の中の根本にある死亡原因を決定するのに使われる。これらのルールは ICD の死亡率コーディングガイドラインに基づいている。ルールは、疾病“a”は疾病“b”に起因するような認められた順序、および選択された原因がより公衆衛生に関連する情報を提供できるように修正される場合のあるケースを網羅する。短い要約がルールの範囲を表し、コード表が明確に特定し、言語に関係なく疾病リニアライゼーションのコードと併せたルールの使用を説明する。

コード表の“コードセット”が、例えばいくつかの共通特徴がある疾病の原因や結果として、知識ベースに同時に現れる、または選択や修正ルールにより同様に扱われる、ICD コードをまとめる。

ルールに関する情報はデータベースで維持され ICD 基盤コンポーネントにリンクすることで、ルールコード表にあるデータが分類における変更に対して簡単に認証でき、逆もまた同様に可能となる。

コード表は手動のコーディングと根本死因の選択、またはこのタスクを支援するソフトウェアのプログラミングに使用できる。

### 12.2 死亡のための自動コーディングツール

IRIS は複数の死因のコーディングおよび根本死因の選択のための相互コンピュータベースシステムである。このソフトウェアはフランス、ドイツ、ハンガリー、イタリア、スペイン、スウェーデン、およびアメリカを含む数カ国による長期に渡る共同作業により開発された。IRIS は言語非依存型ソフトウェアシステムであり、PC で操作が可能である。IRIS の主な目的は死亡データの品質向上および国際レベルにおける比較可能性の向上である。死亡証明証に報告されているデータはコーディングフォーマットまたはプレーンテキストで入力が可能である。システムは英語、フランス語や他言語の辞書を搭載している。ソフトウェアは元々 ACME ソフトウェアおよび USA

決定表に基づいている。IRIS はシステムを利用する国内官庁の国際コミュニティーにより維持され、WHO の死亡ルールベースを使用している。

## 13 ICD の開発の歴史

### 13.1 初期の歴史

著名なオーストラリアの統計学者である George Knibbs 卿が、Sauvages という名称で良く知られている François Bossier de Lacroix (1706-1777) で、疾病を統計的に分類した初めての試みで高い評価を得た (10)。Sauvages の総合的な論文は Nosologia methodica というタイトルで発行された。Sauvages の同年代の偉大な方法論学者 Linnaeus (1707-1778) は、疾病のカタログである Genera morborum の著者である。最近では、Moriyama et al (11) が 16 世紀と 17 世紀の先人である Fernel や Sydenham について言及している。19 世紀の初頭、疾病の分類の最も一般的な使用はエジンバラの William Cullen (1710-1790) による 1785 年に Synopsis nosologiae methodicae のタイトルで出版されたものである。

しかしながら、全ての実用的な目的のために、疾病の統計研究は、1662 年に出版された London Bills of Mortality の John Graunt により一つ前の世紀に始まっていた。このパイオニアにより想定された分類の種類は 6 歳以下で死亡した生産児の比率を見積もる試みにより例示され、死亡年齢に関する入手可能な記録がなかった。鵝口瘡、痙攣、くる病、歯や蠕虫病、流産、chrysoemes、乳児、肝の肥大および窒息に分類された全ての死亡例を対象にし、それらに天然痘、豚痘、麻疹、および痙攣を伴わない蠕虫病に分類された死亡の半数を追加した。この分類の未熟さにも関わらず、彼の 6 歳以下の死亡率 36% という見積もりは、後の証拠により良いものであったことがわかった。その後 3 世紀で疾病分類に対して科学的正確性が向上したものの、分類の難しさのため、疾病統計だけでなく死亡原因さえも集める試みに対して有用性を疑う人は多い。これに対しては、Major Greenwood から引用できる：“医療統計が疾病の分類に関して正確になるまで待つ科学的純粋主義者は、川が氾濫するのを待つホレスの田舎者と変わらない (12)”。

幸いにも予防医学の進化により、1837 年に始まった General Register Office of England and Wales は、William Farr (1807-1883) を見つけた - 最初の医学統計学者-その当時入手可能であった不完全な疾病分類を最大限に利用しただけでなく、より良い分類およびその使用の国際的な統一を確保する努力をした。

Farr は Cullen の分類が公共サービスで使用されているのを発見した。医療科学の進歩を取り入れた改訂がされてなく、統計目的には不十分と判断された。Farr は詳細な分類の結果生じる小さな数字は、統計的推定の確立を可能にしないことを実感した (11)。そのため、Registrar General の最初の年次報告書 (13) において、疾病の統計的分類を統治すべき原則について論じ、以下のような統一された分類の適用を勧めた：

完全ではないものの、統一された統計的術語体系の利点は非常に明確であり、Bills of Mortality (死亡率の法) においてその実施に対して注意を向けていないことに驚いた。多くの場合、各疾病は三つか四つの用語で示され、各用語は多種の異なる疾病に使われている：曖昧で不便な名称が使用されたり、原疾患ではなく合併症が登録されている。この部門において術語体系は、物理学において計量・測定が重要なと同様であり、今すぐに決定する必要がある。

Farr の Registrar General に向けた毎年の“レター”の中で、術語体系および統計分類は共に絶え間なく研究と考察され、Registrar General の年次報告書に発表された。Farr は分類を促進するために多くを行ったものの、一般に受け入れられることはなかった (11)。統一された死因分類



の有用性は、1853年にブリュッセルにおいて開催された最初の国際統計会議（International Statistical Congress）において非常に強く認識されていて、William Farr と Genevan Marc d’Espine に国際的に適用可能な、死因の統一された分類の準備を要請した。

1855年のパリで開催された二回目の会議において、Farr と d’Espine は二つの個別のリストを提出し、それぞれが非常に異なる原則に基づいていた。Farr の分類は五つのグループの下にアレンジされていた：流行性疾患、体質性（全身的）疾患、解剖学的位置で配置されている局所性疾患、発育異常疾患、および暴力の直接的な結果生じる疾患。D’Espine は性質（通風性、ヘルペス性、血液性、等）に応じて疾病を分類した。会議は 139 の rubrics をつけた妥協リストを採用した。1864年この分類はFarrのモデルを基にパリにおいて改訂され、続いて1874年 1880年 および 1886年において更に改訂された。この分類は万人に受け入れられることはなかったものの、Farrにより提案された一般配置は、原因論に続いて解剖学位置による疾病の分類の原則を含め、国際死因リスト（International List of Causes of Death）の基本として存在し続けている。

重要なことには、1855年の会議において、各国が死因に関する情報を故人の主治医であった医師に求めること、そして各国が全ての死亡が医師により証明されることを確実にする措置をとることも推奨した（11）。

## 13.2 国際死因リストの適用

国際統計会議の後継である国際統計学会が1891年ウィーンの会議において、Chief of Statistical Services of the City of Paris の Jacques Bertillon (1851-1922)を議長とする委員会に、死因分類の準備を委託した。この委員会による報告は1893年シカゴで開催された国際統計学会において Bertillon が発表し、承認された。

Bertillon は Farr のプランに従い、見出しに疾病の性質ではなく解剖学的位置を採用した。Bertillon のリストは、その伝染性の性質や発症の頻度のために最も研究に値する定義された疾病を含んでいた。ウィーン会議の決定に従い、Bertillon は三つの分類を含んだ：最初に 4 4 タイトルを要約した分類；二番目は 9 9 タイトルの分類；そして三番目は 1 6 1 タイトルの分類。Bertillon は問題の解決のためにいくつかのルールやガイドラインを用意した：例えば、統計担当者が医師が意味したかもしれないことを入力せずに書かれていることをどのように分類すべきか（11）。

“Bertillon の死因分類（Bertillon Classification of Causes of Death）”と当初呼ばれていたものは、一般的な承認を得て、多数の都市と国で採用された。この分類は最初にメキシコの San Luis de Potosi の統計のために北米の Jesus E. Monjaras により採用された（14）。1898年、米国公衆衛生協会（American Public Health Association）がカナダのオタワで開催された会議において、カナダ、メキシコおよびアメリカの登録機関による Bertillon 分類の採用を推奨した。更に協会は 10年毎の分類の改訂を提案した。

1899年にクリスチャニアで開催された国際統計学会（International Statistical Institute）の会議において、Bertillon は米国公衆衛生協会による 10年毎の改訂の推奨を含め分類の進歩についてレポートを発表した。国際統計学会は以下の決議を採択した（15）：

国際統計学会は、異なる国において比較可能な術語体系の使用の必要性を確信している：

北米の全て、南米の数カ所、およびヨーロッパの数カ所の統計事務所による採用により、1893年に発表された死因術語体系のシステムを喜んで学ぶ；

この術後体系が原則的に改訂なくヨーロッパの全ての統計機関において採用されることを

積極的に主張する；

少なくとも一般方針において、オタワのセッション（1898年）において米国公衆衛生協会により提案された10年毎の改訂のシステムを承認する；

未だ支持していない統計事務所に即刻従うこと、また死因術語体系の比較可能性に貢献することを要請する。

そのため、フランス政府は1900年8月に Bertillon 国際死因リストの改訂のための第一回国際会議（International Conference for the Revision of the Bertillon or International List of Causes of Death）を招集した。26カ国の代表者がこの会議に参加した。179のグループと要約した35グループの分類から構成される詳細な死因の分類が1900年8月21日に採択された。10年毎の改訂が望ましいことが認識され、フランス政府は1910年に次の会議の招集をリクエストされた。実際、次の会議は1909年に開催され、フランス政府はそれ以降1920、1929、および1938年に会議を開催した。

Bertillon は死因国際リストの促進のための案内役として活躍し続け、1900、1910、および1920年の改訂が彼のリーダーシップの下で実施された。国際会議の事務局長として、1920年のための暫定的な改訂に対する意見を求め、500人以上に送付した。1922年の死去により国際会議は導き手を失った。

1923年の国際統計学会のセッションにおいて、Bertillon のフランスの後継者である Michel Huber がリーダーシップの欠如に気付き、国際統計学会のための解決策として1893年の死因の国際分類に対する立場を一新して、後続の改訂の準備のために他の国際機関との提携を導入した。国際連盟の保健機関（Health Organization of the League of Nations）もまた人口動態統計に対して積極的関心を持ち、Commission of Statistical Experts に、医療統計分野の他の問題同様に、疾病と死因の分類の研究を指示していた。Medical Statistical Service of the German Health Bureau のチーフであり Commission of Expert Statisticians の一員である、E. Roesle が、疾病統計の作表において分類が使用される場合必要となる1920年の国際死因リストの rubrics の拡張をリストアップしたモノグラフを用意した。この徹底した調査は、1928年の国際連盟の保健機関により発表された（16）。両方のエージェンシーの作業を調整するために、“Mixed Commission”として知られる国際調査委員会が国際統計学会 および国際連盟の保健機関から同数の代表者により設立された。この委員会が、国際死因リストの4回目（1929）と5回目（1938）の改訂のための草案を作成した。

### 13.3 第五回目の10年毎の改訂会議

先の会議同様に、第5回目の国際死因リストの改訂のための国際会議はフランス政府により招集され1938年10月にパリにおいて開催された。会議では三つのリストが承認された：200タイトルの詳細リスト、87タイトルの中間リストおよび44タイトルの要約リスト。特に感染性疾患と寄生虫性疾患に関するチャプターにおいて、および産後症状や事故のチャプターにおける変更に対して、科学の進歩に合わせてリストを更新することとは別に、内容、数、アイテムの番号付けに関しても会議では可能な限り少ない変更にとどめた。死産の原因のリストも作成され、会議において承認された。

疾病率統計のための疾病の分類に関しては、例えば健康保険組織、病院、軍事医療サービス、健康管理局や類似する機関で大きく異なる統計上の要求に応えるための疾病の該当リストへの高ま

る要求を会議で認識した。そのため、以下の解決策が承認された (15) :

## 2. 疾病国際リスト

国際死因リストに一致する疾病の国際リストの編集の重要性を考慮して :

会議では、1929 年のように **International Institute of Statistics** および国際連盟の保健機関により指名された **Joint Committee** が、専門家や特に関連のある組織の代表者と共に、疾病の国際リストの準備を担当することが推奨された。

国際的な疾病リストの編集までの間、会議では現在使用されている多様な国内リストは、可能な限り、詳細な国際死因リストと調和させること (上述のリストを括弧付けで表記し、チャプター数、見出しや小見出し) が推奨された。

会議では更に、以下の決議において (17) 、アメリカ政府が死亡の共有原因の統計的処理の研究を継続することを推奨した :

## 3. 一つ以上の原因が示されている場合の死亡証明書および死因の選択 (共有の原因 : **Joint Causes**)

会議では、

1929 年アメリカ政府は、死亡証明書に二つ以上の原因が言及されている事例において、一覧にする主要死因の選択方法を統一する手段の研究を担当してくれ、

また、数カ国で実施された多数の調査または準備されている調査において、未だに解決されていない、この問題の重要性を明らかにして、

また、これらの調査によると、様々な疾病による死亡率の国際的な比較可能性は、一覧の主な死因の選択の問題の解決策だけでなく、多数の他の問題の解決策も必要とする ;

- (1) これに関連してアメリカ政府が成し遂げたまたは促進した業績に心から感謝する ;
- (2) 少し規模を広げ、他の国や組織との協力の下、アメリカ政府に今後 10 年間の調査の継続をお願いし、また
- (3) 将来の調査において、アメリカ政府がこれに関連して実施されている調査に参加している各国や組織の代表から構成される小委員会を設立することを提案する。

## 13.4 疾病統計のための以前の疾病分類

これまでの議論では、疾病分類はほとんど完全に死因統計に関連して示されてきた。しかしながら、Farr はこれが望ましいと認識していた。

## 13.5 アメリカの死亡共有原因委員会

第 5 回目の国際会議の決議に従い、アメリカの国務長官が 1945 年にアメリカ死亡共有原因委員会 (**United States Committee on Joint Causes of Death**) を設立し、ジョンズ・ホプキンス大学の生物統計学教授である **Lowell J. Reed** を議長に指名した。この委員会のメンバーとコンサルタントにはカナダ、イギリス政府および国際連盟の保健部門 (**Health Section of the League of Nations**) からの代表者含まれた。委員会は疾病と死亡統計のリストに対する一般の思想傾向を認識し、共有原因の問題を取り上げる前に、共有原因の問題は疾病と死亡統計両方に関連するため、疾病率と死亡率の観点から分類を考慮することが好都合であると決めた。

委員会はまた以前の国際会議の国際疾病リスト (International Lists of Diseases) に関する決議の一部、“使用されている多様な国内リスト、可能な限り、詳細な国際死因リストと調和させること”、を考慮に入れた。病気と損傷の分類は死因分類と密接に繋がっていると認識した。そのようなリストは根本的に異なるという見解は、国際リストは死に至る原因を扱っているという誤った観念から起こり、実際は最終的に死に至る一連の出来事の発端となった病的状態に基づいている。委員会は、疾病と死亡統計両方を十分に活用するためには、両方の目的のための疾病分類が比較可能であるだけでなく、可能なら単一のリストが必要だと考えた。

更に、病気と死亡両方を含む医療記録を使用している統計組織の数が増加していた。疾病統計のみを編集する組織においても、非致死例同様に致死例のコーディングも求められた。そのため、単一のリストはそのコーディング業務を大きく促進させる。また疾病と死亡統計の比較のための共通のベースを提供する。

そのための小委員会が設立され、疾病、損傷および死因の統計分類の提案 (Proposed Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) の草案を作成した。カナダ、イギリスとアメリカの様々なエージェンシーにより実施されたトライアルを元に修正された最終草案が委員会により承認された。

### 13.6 第6回国際リストの改訂

1946年6月と7月にニューヨークで開催された国際保健会議 (International Health Conference) (20) において以下が世界保健機関の暫定委員会 (Interim Commission of the World Health Organization) に委託された：

既存の機械のレビューおよび以下に関連して必要となるためそのような予備作業を請け負うこと：

- (i) “国際死因リスト”の次の10年後の改訂 (死因統計に関連して、1934年に国際協定で承認されたリストも含む) ；および
- (ii) 国際疾病原因リストの確立

この責任を果たすため、暫定委員会は第六回10年毎の国際疾病と死因リストの改訂準備専門委員会 (Expert Committee for the Preparation of the Sixth Decennial Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death) を任命した。この委員会は、疾病と死亡分類を検討した有力な意見を十分に考慮し、アメリカの死亡共有原因委員会により作成された上記の分類提案のレビューおよび改訂をした。

結果として作成された分類は、疾病と死亡統計を準備していた各国政府に配布され、国際疾病、損傷、および死因の分類 (International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death) というタイトルで意見や提案を求めた。専門委員会が回答を検討し、分類の有用性と受容性を改善できる変更点を取り入れた改訂版を作成した。専門委員会はまた分類の各タイトルの下に診断用語のリストを表記するように編集をした。更に小委員会が設立され、分類の適切なカテゴリーに分類される診断文章の包括的アルファベット順索引作成した。専門委員会はまた、作表のための原因の特別リストの構造と使用および疾病と死亡統計の発行を検討し、医療証明書の形式や分類のためのルール等、国際比較可能性に関連する他の問題を研究した。

1938年の第五回改訂会議の最後に承認された契約条件に従い、フランス政府により1948年4月26日から30日まで第六回国際疾病と死因リスト改訂のための国際会議 (International Conference for the Sixth Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death) がパリにて招集された。事務局長は、1946年に国際保健会議に出席した各国政府により終結され

た協定に従い (20) 準備作業を実施した、有能なフランス当局と WHO 両方に委託された。

会議では国際リストの6回目の改訂 (21) として専門委員会が作成した分類を採用した。専門委員会による、疾病と死亡統計の編集、作表と公表に関する他の提案も検討した。会議では死因の医療証明書の国際形式 (International Form of Medical Certificate of Cause of Death) を承認、主要原因として根本死因を作表することを承認、および疾病と死亡データの作表のための特別リスト同様に根本死因の選択のためのルールを支持した。更に世界保健総会が、国際統計分類に従い疾病と死亡統計の編集において加盟国を導くために WHO Constitution の Article 21(b)の規則を採用することを推奨した。

1948年の第一回世界保健総会において第六回改訂会議の報告を支持し、会議の推奨に基づいて作成された世界保健機関 Regulations No. 1 を採用した。カテゴリーのコンテンツを定義する包含表リスト (Tabular List of Inclusions) を含む国際分類が、死亡原因の医療証明証のフォームと、分類のルールおよび作表の特別リストと共に、疾病、損傷および死因の国際統計分類マニュアル (Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death) (22)に組み込まれた。マニュアルは2巻から構成され、第2巻は適切なカテゴリーにコーディングされている診断用語のアルファベット順の索引である。

第6回改訂の中で、損傷、中毒および他の外因の結果生じた疾病状態は損傷の原因となった外的環境および損傷の種類の両方により分類されていた。この二重分類の適用は、損傷の一つ以上の側面に同時に存在する利益に対処する大胆な措置として当時はみなされた。

第六回目の10年毎の改訂会議は、国際的な人口動態統計と保健統計の新たな時代の始まりとなった。死亡と疾病両方の包括的なリストの承認および根本的な死亡原因の選択の国際ルールの承認の他に、人口動態統計と保健統計の領域における国際協力の包括的なプログラムの採用を推奨した。

このプログラムにおける重要な項目は、政府が国内の統計活動を調整するため、および国家統計機関と WHO との間の繋がりとして役立つために、人口動態統計と保健統計を扱う国家委員会の設立を推奨したことである。更に、そのような国家委員会は、単一または他の国家委員会と協力して、公衆衛生の重要性に関する統計問題を研究し、その調査の結果を WHO に利用可能とする想定された。

### 13.7 第7回と第8回の改訂

国際疾病分類の第7回の改訂のための国際会議は WHO の下で 1955年2月にパリで開催された (23)。WHO 健康統計専門委員会 (Expert Committee on Health Statistics) の提言に従い、この改訂は必要不可欠な変更と間違いと矛盾点の修正に限られた (24)。

WHO が招集した第8回目の改訂会議は 1965年7月6日から12日までジュネーブで開催された (25)。この改訂は第7回より急進的ではあったが、分類の基本構造および疾病分類の全体的な原理は変更せずに残し、可能な限り、特定の政策よりそれらの原因論に従った。

ICD の第7回と第8回の改訂が有効であった期間、病院の医療記録の索引付け作業における ICD の使用は急速に増加し、自国への適合を作成した国もあったため、ICD の応用のために追加詳細の必要性をもたらした。

### 13.8 第9回の改訂

WHO が招集した国際疾病分類の第9回目の改訂のための国際会議は 1975年9月30日から10

月 6 日までジュネーブで開催された (26)。会議に繋がる討議において、当初は分類の更新以外の変化は最小限に留めることを意図していた。これは主に、分類が改訂される度にデータ処理システムを適応させる費用が理由であった。ICD に対する興味は大きく成長し、分類そのものを部分的に修正したり特別なコーディングの規定を導入することで、これに対応するための方法を見つける必要が生じた。自らの統計に ICD を使用することに興味を持った専門家団体から多くの異議が示された。分類の中の主題領域のいくつかは不適切に調整されているとみなされ、症状を根本的な全身性疾患に取り扱う分類ではなく、影響を受けた身体部位のチャプターに分類することで、医療的ケア評価のためにより適切にするよう、分類の更なる詳細化および分類の適応のための相当な圧力があつた。一方では、詳細で高機能な分類は重要ではないが、それでもなお、彼らの医療の進歩を評価するためおよび疾病を管理するための ICD に基づいた分類が必要である国々やエリアからの異議があつた。

会議に提出、承認された最終提案は ICD の基本構造は維持し、しかしながら四桁のサブカテゴリーレベルと、いくつかの選択的五桁下位区分におけるたくさんの更なる詳細情報があつた。そのような詳細を必要としないユーザーのために、三桁レベルのカテゴリーが適切であることを保証する配慮がされた。

医療的ケア志向の統計と索引の開発を希望するユーザーのために、根本的全身性疾患と特定の臓器や部位での兆候の両方についての情報を含む、第 9 回目の改訂は診断文章を分類する選択的代替方法を取り入れた。このシステムはダガーおよびアスタリスクシステムとして知られるようになった。

第 29 回世界保健総会、国際疾病分類の第 9 回改訂のための国際会議の提言に注目し、トライアル目的のために、国際疾病分類への補足として、しかし不可欠な部分としてではなく、機能障害とハンディキャップおよび医薬手順 (Impairments and Handicaps and of Procedures in Medicine) の補足的な分類の公表を承認した。

### 13.9 第 10 回の改訂

第 9 回の改訂のための会議の前から、WHO は第 10 回の改訂の準備をしてきた。ICD の使用の大幅な拡大は、その後しばらく根本的な改革を必要としない、その構造の全体的な見直しと安定した柔軟な分類を考案する努力を必要とすることを認識していた。ICD-10 の代替え構造のモデルを試みるために WHO 疾病分類協力センター (Collaborating Centres for Classification of Diseases) ([www.who.int/classification](http://www.who.int/classification) 参照) が指名された。

設定されている 10 年間の間隔が短すぎることもまた明らかとなった。現在の ICD バージョンが十分に評価されるために十分な期間使用される前に改訂プロセスの作業を開始する必要があつた。主にあまりにも多くの国や組織に意見を聞く必要性がプロセスを非常に長いものとした。そのため、WHO の事務局長が加盟国に手紙を送付し、本来 1985 年に予定されていた第 10 回改訂会議を 1989 年まで延期すること、および 1989 年が期限であつた第 10 回改訂の導入を遅らせることへの同意を得た。ICD 構造の代替モデルの実験を許可することに加え、例えばいくつかの WHO Regional Offices による会議を通して、また本部でまとめられた調査を通して等、このことにより ICD9 の評価のための時間もできた。43 の加盟国からの代表者が出席した国際疾病分類の第 10 回改訂のための国際会議は WHO により 1989 年 9 月 26 日から 10 月 2 日までジュネーブにおいて招集された。国際医科学機構評議会、およびその他 12 の非政府組織 (がん登録、難聴、感染症、家庭医学、婦人科と産科、高血圧、健康記録、予防と社会医学、神経学、精神医学、リハビリおよび性感染症に関係する) と同様、国際連合、国際労働機関、および WHO 地域事務局は会議に参加するための代表者を派遣した。

死亡やヘルスケアデータの多岐に渡るニーズを満たすために、基本的に疾病や他の健康問題の統計的分類の、大規模な準備活動が ICD 構造の適切性の根本的な見直しに費やされた。ICD の異なるチャプターのコンテンツ間のより良いバランスを提供する可能性の様に、後続の改訂における混乱を最小限に抑えるためのコーディングシステムを安定化させる方法が研究された。

新しい構造においても、一つの分類では極端な要求に対処できないことは明らかであった。そのため、概念は分類の“ファミリー”として展開され、そこでは伝統的な死亡と疾病統計のための ICD を含み、一方で更なる詳細、簡素化や異なる分類へのニーズと関連する事項にはファミリーの他のメンバーにより対処する。

社会的、物理的環境同様、健康のみならず、日常生活の活動に関連して、医療社会と多次元評価における“ファミリー”の異なるメンバーのポテンシャルが認識された。効果的な情報が ICD と **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) (27)** の使用を通じて、および第 10 回改訂の XXI からのコードの使用を通じて取得できることが証明された。

第 10 回改訂の主な革新は、四文字レベルで一文字の後に三つの数字が続く、英数字コーディング構想の使用であった。これは第 9 回改訂と比較してコーディングの枠を二倍以上のサイズにする効果があり、チャプターの大部分を固有の文字や文字グループ（それぞれが 100 の三文字カテゴリーを提供することが可能）に割り当てておくことを可能とした。利用可能な 26 文字の内、25 が使用済みで、文字 U が将来の追加と変更および改訂毎に国と国際レベルで浮上する問題解決のための可能性のある暫定的な分類のために空白となっている。

重要革新は手術後の障害のためのカテゴリーの特定のチャプターの終わりに向けた創造であった。これらはそれ自体で、医療治療問題の構成要素となった重要な症状を識別した。特定の身体システムに限定されない手術後の症状は“損傷、中毒および他の外因による明らかな結果”のチャプターに分類され続けた。

改訂には産婦死亡率と胎児、周産期、新生児と幼児死亡率に関連する定義、標準および報告要件が含まれた。それは 3 巻に分けて発表された：1 巻は作表リストを含み、2 巻は関連する全ての定義、標準、ルールと指示を含み、そして 3 巻はアルファベット順索引を含んでいる。

第 10 回改訂会議は、新しい疾病の出現とそれらを調整するための更新メカニズムの欠落に関連して、第 9 回改訂の使用延長期間に経験した問題点について討論した。改訂会議を 10 年毎より頻繁に開催することは不可能であると認識した。また第 10 回改訂の存続期間中に導入されたいかなる変更も、分析や動向への影響力を慎重に考慮する必要があると認識した。

### 13.10 WHO 国際統計分類

ICD はたくさんの異なるアプリケーションに適しているものの、その様々なユーザーの全てのニーズに応えることはできない。いくつかの専門領域に十分な詳細を提供できないし、ときには健康状態に関する異なる属性の情報が必要となる。また、健康の側面として機能性や障害を記載するのに ICD が役立たず、または保健介入や受診の理由も揃えていない。

ICD-10 の国際会議が 1989 年に設定した基盤は、健康分類の“ファミリー”の開発の基礎を提供した。これは 1990 年代に、世界保健総会により 2001 年承認された 国際生活機能分類 (**International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF**) (28) の開発で更に勢いが付いた。

2001 年に WHO 国際統計分類 (WHO-FIC) が設立された。ファミリーの中核はその参照分類であり、現在は ICD と ICF である；現在開発中の国際医療行為分類 (**International Classification of Health Interventions : ICHI**) は三つ目の参照分類である。WHO-FIC はまた派生分類を含み、

中核分類に追加詳細を提供したり、または中核分類の用語の再配列や集合である；WHO は数カ国に派生分類として ICD の国家修正を開発する権限を与えている。同様に WHO-FIC は他の WHO-FIC メンバーにより網羅されていない（または部分的のみ）健康機能を網羅することに関連する分類を含む。

WHO-FIC は以前の ICD と ICF のための協力センターに基づく、新しいセンターの追加により継続的に拡大した、協力センターのネットワークにより支えられている。

### 13.11 改訂間の ICD の更新

第 10 回改訂会議で予示されたように、ICD の第 10 回改訂の更新は 2000 年に開始された。更新の提案は WHO と協力センターからなされ、動向への影響も含め、慎重に検討された。更新プロセスは、その臨床的、科学的流布を維持しながら、第 10 回改訂の存続期間の延長を可能とした。

### 13.12 第 11 回改訂への準備

2003 年までに、WHO と協力センターにとって ICD の更なる改訂は長く遅延してはならないことが明らかになってきていた。新たに出現した発展を ICD 更新がカプセル化できる範囲は ICD-10 の構造により制限されていて、また発展拡張と専門家グループとの議論が必要な問題もあった。

2004 年にヘルシンキで開催された協力センターの特別会議は、改訂プロセスの一部として取り組むべき改訂と問題の必要性を話し合った。続いて 2004 年の WHO-FIC 会議が改訂プロセス作業計画を承認し、この作業計画は次の会議で革新的に発展した。

2007 年、WHO は公式に改訂プロセスに着手した。幅広い改訂運営グループ（Revision Steering Group）により監視された。技術的な作業は一連の技術顧問団（Technical Advisory Groups）が担当し、分野横断的なグループが死亡率、疾病率および品質と安全性の問題を研究した。初めて、伝統医学の見地から疾病と疾病パターンを記載したチャプターが含まれた。

各 ICD エンティティーのための様々な構成要素を含んだ、内容モデルが開発されたことで、ICD に豊かな基盤を提供した。他の分類や専門用語は ICD がそれらと連携していることが保証できる箇所にリンクまたは含まれ、そして WHO 国際統計分類の他のメンバーが使用しているアイテムが可能な限り連携される。死亡率と疾病率のための更に伝統的な統計分類は、ICD-11 の基盤構成要素からリアライゼーションとして得られる。拡張コードはコンテンツボリュームを制限しつつも疾病エンティティーに詳細な分類を可能とするために使用される。

### 13.13 ICD の開発の歴史 - 参考文献

#### 参考文献

1. International classification of diseases for oncology (ICD-O), second ed. Geneva, World Health Organization, 1990.
2. Systematized nomenclature of medicine (SNOMED). Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. Manual of tumour nomenclature and coding (MOTNAC). New York, American Cancer Society, 1968.
4. Systematized nomenclature of pathology (SNOP). Chicago, College of American



Pathologists, 1965.

5. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
6. International classification of procedures in medicine (ICPM). Vols 1 and 2. Geneva, World Health Organization, 1978.
7. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, World Health Organization, 1980.
8. International Nomenclature of Diseases. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization; for details of individual volumes, see text.
9. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.
10. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12.
11. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Rosenberg HM, Hoyert DL, eds. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011.
12. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
13. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
14. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.
15. Bulletin of the Institute of International Statistics, 1900, 12:280.
16. Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva, League of Nations Health Organization, 1928 (document C.H. 730)
17. International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
18. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
19. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
20. Official Records of the World Health Organization, 1948, 11, 23.
21. Official Records of the World Health Organization, 1948, 2, 110.
22. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organization, 1949.

23. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organization, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1.

24. Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).

25. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organization, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4.

26. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volume 1. Geneva, World Health Organization, 1977.

27 International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organization, 1980.

28 International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health Organization, 2001

## 14 添付書類

分野別専門委員会 (Topic advisory groups)

関連するリンク

## 14.1 死亡の原因の医療証明書の国際フォーム

### 14.1.1 死亡の原因の医療証明書の国際フォーム

各国の報告システムに必要となる追加のデータは証明書に追加が可能である。以下の情報に取って代わることはできない。

管理データ (国により更に特定される)																	
性別	<input type="checkbox"/> 女性					<input type="checkbox"/> 男性					<input type="checkbox"/> 不明						
生年月日	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	死亡日	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
フレーム1：医療記録：パート I と II																	
1 a 行に死亡に直接繋がった疾患や症状を報告  順序に従い一連の事象を報告 (該当する場合)  最下行に根本原因を記入			死亡の原因	発症から死亡までの時間間隔													
		a															
		b	以下に起因														
		c	以下に起因														
		d	以下に起因														
2 死亡に影響した他の重要な症状 (時間間隔は症状の後ろに括弧付けで表記)																	

フレーム2：他の医療記録：																
手術は過去4週間以内に実施されましたか？									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		
「はい」の場合、手術日を記入する									D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
「はい」の場合、手術の理由を記入する (疾患や症状)																
剖検を希望しましたか？									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		
「はい」の場合、所見は証明書に使用されましたか？									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		
死の標識：																
<input type="checkbox"/> 疾病					<input type="checkbox"/> 暴行					<input type="checkbox"/> 確定不能						
<input type="checkbox"/> 事故					<input type="checkbox"/> 法的介入					<input type="checkbox"/> 調査中						
<input type="checkbox"/> 意図的な自傷					<input type="checkbox"/> 戦争					<input type="checkbox"/> 不明						
外因や中毒の場合：			損傷の日付			D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
どのように外因が発生したかを記載してください (中毒の場合は物質を特定してください)																
外因が発生した場所：																
<input type="checkbox"/> 自宅				<input type="checkbox"/> 居住型施設				<input type="checkbox"/> 学校、他の施設、公共エリア				<input type="checkbox"/> スポーツや競技用エリア				
<input type="checkbox"/> 道や道路				<input type="checkbox"/> 商業エリア				<input type="checkbox"/> 工業や建設現場				<input type="checkbox"/> 農場				
<input type="checkbox"/> 他の場所 (特定してください)：												<input type="checkbox"/> 不明				
胎児や乳児の死亡																
多胎妊娠									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		
死産									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		
24時間以内の死亡は生存時間を特定									出生時体重 (グラム)							
妊娠の週数									母親の年齢 (何歳)							
周産期死亡の場合、胎児や乳児に影響した母親の症状を表記する																
女性：死亡者は妊娠していましたか？									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 死亡時妊娠していた									<input type="checkbox"/> 死亡の42日前まで妊娠していた							
<input type="checkbox"/> 死亡の43日前から1年前までの間で妊娠していた									<input type="checkbox"/> 不明							
妊娠が死亡に影響しましたか？									<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 不明		

14.1.2 ICD-10 に従った死亡証明書にある死因 - 簡易参照ガイド



**死亡証明書  
にある  
死亡の原因**

**ICD-10 に従って**

- 簡易参照ガイド -

死因情報は以下に役立つ

- 疫学と予防
- ヘルスケア管理
- 異なる人口の健康比較

死亡証明書は人々の健康の概要を捉えるための最初の段階の一つである。

死亡証明書に記録されている疾病や症状が最良の医学的所見を表す。

適切に記入された死亡原因証明書は、死亡へと繋がった順序、種類および関連した事象の説明を提供する。

証明書に報告された診断は、第10版国際疾病分類（ICD-10）によりコード化される。このコード化されたデータは、証明書を作成するのに使用された言語に関わらず、国内と国際的に分析および使用される。

## 証明書の死亡の原因 - 記入方法は？

**フレーム A:** 証明書は国により異なってみえる。しかし死亡の原因に関するセクションは世界中で同一である。これはまた「フレーム A」とも呼ばれている。パート 1 とパート 2 と呼ばれる二つのパートがあり、各症状の発症から死亡の日付までの時間間隔を記録するためのセクションがある。

**パート 1** - 死亡に直接繋がる一連の事象の一部を形成する疾病や症状に使用される。

死亡の直接の原因は最初の行、I(a)に入力する。

行 I(a)には必ず入力が必要である。

行 I(a)への入力が証明書のパート 1 に報告される唯一の症状である場合もある。

死亡に直接繋がる一連の事象の一部を形成する二つ以上の症状がある場合、一連の各事象は個別の行に記録される。

全ての事象において、死亡へと繋がる、疾病、損傷や外因を記録する必要がある。心停止、呼吸不全、心不全等の死の様態を記録しない。出来る限り具体的に記入する。

死亡の原因“不明”は、徹底した検査や剖検検査が死因を特定できない症例に記録される。

死因の可能性の推測よりは“不明”の方が良い。

常に用語を完全表記する。略語は異なる方法で解釈される可能性がある。“疑いのある”や“可能性がある”のような用語は入力評価で無視される。例えば“糖尿病の疑いがある”は“糖尿病”と解釈される。

一連の事象のためのスペースは 4 行では足りないかもしれない。不必要な用語でスペースを埋めないこと。臨床用語にはとても曖昧なものがある。例えば“腫瘍”は性状を特定しない（この小冊子の最後のページも併せて参照）。

**期間** - 証明書に記載されている各症状の発症（症状が診断された時点ではない）と死亡日付の間の時間間隔である。期間に関する情報は特定の疾病をコード化するにあたり役立ち、また報告されている症状の順序への有益なチェック機能となる。

**パート 2** - パート 1 に属さないものの、その存在が死亡に関与した症状に使用される。

**フレーム B:** パート 1 や 2（フレーム A）で頻繁に忘れられる詳細がある。詳細な質問を分けて、過去の手術、死の様態や発生場所のような詳細を尋ねる。フレーム B はこの情報シートには掲載されていない。

## 証明書にある死亡の原因 - 段階的

### 初めは

行 1 (a) から直接原因を記入し、その後時間を遡り、一連の事象の始まりとなった症状にたどり着くまで先行する症状を戻す。患者が健康であった時代の近くまでたどり着く。

### 今、

根本原因または起因する原因を最下行に報告し、根本原因から最初の行 1 (a) の直接的な死因まで一連の事象が報告できる。

### 最終的に、

証明書に入力された各症状の発症から死亡の日付までの時間間隔を記録する。発症の時点や日付が不明の場合、最良推測時間を記録する。

時間の単位を記入する（秒、時間、日、週、月、年）。

### 例

		死亡の原因	発症から死亡までの時間間隔
<b>1</b> a 行に死亡に直接繋がった疾患や症状を報告 順序に従い一連の事象を報告 (該当する場合) 最下行に根本原因を記入	a	死亡の直接原因 脳出血	4 時間
	b	以下に起因 脳への転移	4 カ月
	c	以下に起因 乳癌	5 年
	d	以下に起因	
<b>2</b> 死亡に影響した他の重要な症状 (時間間隔は症状の後ろに括弧付けで表記)	動脈性高血圧症 (3 年) : 糖尿病 (10 年) ----- -----		
* これは死亡の様態を意味しない、例えば心不全、呼吸不全等。 死亡を引き起こした疾病、損傷、または合併症を意味する。			

- 明確に記載し、略語は使用しない。
- 情報が完全であることを確認する。
- 死亡の原因を推測しない。
- “パートナーが発見した”かのように検査結果や説明を記入しない。  
(このような情報のためには個別の欄がある場合がある)
- 行ごとに一つの症状が適している。

### 良く使われる不明確な用語

事故	状況を特定 意図を特定、「自動車事故」自滅的、または攻撃； 発生した場所を特定
アルコール、薬	使用を特定：長期または単発、依存
手術の合併症	疾病を特定：手術の原因となった疾病
認知症	原因を特定：アルツハイマー、梗塞、高齢、その他
肝臓炎	進行、病因論を特定：急性や慢性、アルコール依存 ウイルス性の場合：型の特定（A、B、C等）
梗塞	部位を特定：心臓、脳等 原因を特定：動脈硬化性の、血栓症の、塞栓症の、等
感染症	特定する：初感染か二次感染か、原因細菌 初感染の場合：細菌性かウイルス性かを特定 二次感染の場合：一次感染を特定
白血病	特定する：急性、亜急性、慢性リンパ性、骨髄性、単球性
肺炎	特定する：原発性、誤嚥性、原因、原因細菌 不動性に起因する場合：不動性の原因を特定する
肺塞栓症	原因を特定：塞栓の原因 術後や不動性に起因する場合：手術や不動性の原因となった疾病を特定する
腎不全	特定する：急性、慢性または末期的、動脈硬化症や感染症のような、 機能不全の根本原因 不動性に起因する場合：不動性の原因を特定する
血栓症	特定する：動脈または静脈 特定する：血管 術後や不動性に起因する場合：手術や不動性の原因となった疾病を特定する
腫瘍	特定する：性状、位置、転移
尿路感染症	特定する：尿路の部位、原因細菌、感染の根本原因 不動性に起因する場合：不動性の原因を特定する

[www.who.int/classifications](http://www.who.int/classifications)

#### 14.1.3 周産期死亡の追加詳細の提案（死産と誕生後 168 時間[一週間]以内に死亡した生産乳児）



詳細の特定								
生産の日付	D	D	M	M	Y	Y	hh:mm	時間
死産の日付	D	D	M	M	Y	Y	hh:mm	時間
			<input type="checkbox"/> 分娩前に死亡		<input type="checkbox"/> 分娩中に死亡		<input type="checkbox"/> 不明	

母親	生年月日	D	D	M	M	Y	Y
----	------	---	---	---	---	---	---

過去の妊娠の回数	先行妊娠の日付	D	D	M	M	Y	Y
生産 _____	先行妊娠の結果						
死産 _____	<input type="checkbox"/> 生産						
中絶 _____	<input type="checkbox"/> 死産						
	<input type="checkbox"/> 中絶						

最終月経の初日	D	D	M	M	Y	Y
---------	---	---	---	---	---	---

分娩： <input type="checkbox"/> 通常自然頭位 <input type="checkbox"/> その他（詳細を記入）	妊婦管理、二回以上の訪問： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
---	---

出産時付き添い人			
<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 訓練を受けた助産師	<input type="checkbox"/> その他の訓練を受けた人 詳細を記入_____	<input type="checkbox"/> その他 詳細を記入_____

幼児			
<input type="checkbox"/> 単胎出産	<input type="checkbox"/> 双子の第一子	<input type="checkbox"/> 双子の第二子	<input type="checkbox"/> その他多胎児 (詳細を記入)

#### 14.2 医療処置の直接的結果と考えられる症状のリスト

- 医療処置が死亡前の4週間以内に行われている場合、リストに記載された症状は医療処置の直接的結果であると考えられる。
- 医療処置が行われる以前にその症状が存在した証拠がある場合、リストに記載された症状のいずれも医療処置の直接的結果とは考えられない。
- 処置を実施した他の理由が証明書に記載されている場合のみ、‘OCPR’（処置の他の原因が必要）の印の付いた症状が処置の明らかな結果と考えられる。
- 症状が処置後に出現した明らかな証拠がある場合のみ、‘DSAP’（期間の記載、処置後に出現）の印の付いた症状は医療処置の明らかな結果と考えられる。
- 4週間以上経過していても、同じ部位や領域の癒着は処置の明らかな結果と考えられる。処置が死亡の一年以上前に実施されている場合、医療処置の後遺症コードを使用する。

<b>感染症</b>	<b>フラグ</b>
膿瘍	OCPR
菌血症	
瘻孔	OCPR、および同じ部位や領域の治療のみ
ガス壊疽	
感染症、溶血性	
感染症 NOS	DSAP
手術創傷の感染症	
敗血症	
敗血性の	
<b>出血、溶血</b>	
凝固障害、消費性	
種性血管内凝固症候群	
出血 NOS	
出血、消化管	OCPR
出血、腹腔内	OCPR
出血、直腸	OCPR
出血、手術創	
出血、特定の部位	同じ部位や領域の治療のみ
吐血	OCPR
血腫	OCPR
血胸	OCPR
溶血	
下血	OCPR
<b>心臓合併症</b>	<b>フラグ</b>
心不全	
不整脈 NOS	DSAP
心停止	
グループ、心臓	DSAP
麻痺/不全、心臓	
細動、心房性	DSAP
細動、心室	
梗塞（心筋）	
虚血、心筋（急性）	
破裂、心筋	
<b>脳血管系合併症と他の脳の合併症</b>	<b>フラグ</b>
卒中	DSAP
損傷、脳（無酸素症）	DSAP

卒中、脳	DSAP
出血、脳／頭蓋内	DSAP
梗塞、脳	DSAP
虚血、脳／脳血管	DSAP
病変、脳／脳血管	DSAP
髄膜炎	DSAP
浮腫、脳	DSAP
発作	DSAP
血栓症、脳	DSAP
<b>他の血管合併症</b>	<b>フラグ</b>
停止、循環	
塞栓症（動脈）	
塞栓症、脂肪／空気	
塞栓症、肺	
塞栓症、静脈	
不全／障害、循環	
低血圧症	
梗塞、肺	
梗塞（全ての部位）	
閉塞（全ての部位）	
静脈炎（全ての部位）	
静脈血栓症（全ての部位）	
血栓性静脈炎（全ての部位）	
血栓症、動脈	
血栓症、静脈	
血栓症 NOS（全ての部位）	
<b>呼吸器合併症</b>	<b>フラグ</b>
成人呼吸窮迫症候群(ARDS)	
アルカローシスおよびアシドーシス、呼吸性	
停止、呼吸	
誤嚥	
無気肺	
気管支炎	DSAP
滲出、胸膜	
膿胸	OCPR
瘻、気管支胸腔または食道	OCPR
不全／機能不全、肺	
不全／機能不全、呼吸器	
縦隔炎	

閉塞、上気道	OCPR
浮腫、喉頭部	OCPR
浮腫／沈渣、肺	
肺炎	
気胸	OCPR
<b>消化管の合併症</b>	<b>フラグ</b>
膿瘍、腹内の	OCPR
便秘	OCPR
拡張、胃	OCPR
疾患、循環、消化器	OCPR
塞栓症、腸間膜動脈	OCPR
不全、肝	DSAP
瘻孔、胆管／小腸／直腸腔	OCPR
腸閉塞	OCPR
虚血、腸	OCPR
壊死、胃腸	OCPR
閉塞、腸管（機械的）	OCPR
腹膜炎	OCPR
潰瘍、胃腸（ストレス）	OCPR
腸軸捻	OCPR
<b>腎臓および尿の合併症</b>	<b>フラグ</b>
無尿症	
不全／障害、腎	
瘻、尿路	OCPR
感染、尿路	
腎盂腎炎	DSAP
貯留、尿	
狭窄、尿道	OCPR
尿毒症	
尿性敗血症	
<b>他の合併症</b>	<b>フラグ</b>
癒着	同じ部位や領域の治療のみ
筋区画症候群	OCPR
'合併症' NOS	
クリーゼ、甲状腺	DSAP
置き換え、人工器官	
不全、（多）臓器	

壊疽	
不全、吻合	OCPR
壊死、脂肪／創傷	OCPR
発作（てんかん）	DSAP
ショック NOS	
ショック、アナフィラキシー	
潰瘍、褥瘡性	

### 14.3 不明確な症状のリスト

ステップ SP7 でこの表を使用する。この表の症状は不明確とみなされる。

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
I46.1	突然心臓死、そのように記載されている
I46.9	心不全、詳細不明
(I50.-)	I50.-の急性心不全
I95.9	低血圧、詳細不明
I99	他のおよび詳細不明の循環系障害
J96.0	急性呼吸不全
J96.9	呼吸不全、詳細不明
P28.5	新生児呼吸不全
R00-R57.1, R57.8-R59.9, R65.2-R65.3, R68.0-R94, R96-R99	症状、兆候と異常検査所見、他の箇所に分類されない

### 14.4 死亡の原因と考えにくい症状のリスト

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
A31.1	皮膚のマイコバクテリア感染
A42.8	放線菌症の他の種類
A60.0	性器および尿生殖器のヘルペスウイルス感染
A71.0-A71.9	トラコーマ
A74.0†	クラミジア結膜炎
B00.2	ヘルペスウイルス性歯肉口内炎および咽頭扁桃炎
B00.5	ヘルペスウイルス性眼疾患
B00.8	ヘルペスウイルス性ひょう疽†

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
B07	ウイルス性疣贅
B08.1	伝染性軟属腫
B08.8	手足口病
B30.0–B30.9	ウイルス性結膜炎
B35.0–B35.9	皮膚糸状菌症
B36.0–B36.9	他の表在性真菌症
B85.0–B85.4	シラミ寄生症およびシラミ症
F45.3–F45.9	身体表現性障害
F50.1, F50.3– F50.9	摂食障害
F51.0–F51.9	非器質性睡眠障害
F52.0–F52.9	性機能障害、器質性障害や疾病に起因しない
F60.0–F60.9	特異的人格障害
F61	混合型および他の人格障害
F62.0–F62.9	脳の損傷や疾病に起因しない、永続的人格変化
F63.0–F63.9	習慣および衝動障害
F64.0–F64.9	性同一性障害
F65.0–F65.9	性的嗜好の異常
F66.0–F66.9	性的発育および嗜好に関連する精神的疾患および行動障害
F68.0–F68.9	成人の人格および行動のその他の障害
F69	成人の人格および行動の詳細不明の障害
F80–F89	精神発達の障害
F95.0–F95.9	チック障害
F98.0–F98.9	通常幼児期と青年期に発症する他の行動障害と情緒障害
G43.0–G43.2, G43.8–G43.9	偏頭痛、複雑型片頭痛を除く (G43.3)
G44.0–G44.2	他の頭痛症候群
G45.0–G45.9	一過性脳虚血発作と関連する症候群
G50.0–G50.9	三叉神経の障害

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
G51.0-G51.9	顔面神経障害
G54.0-G54.9	神経根および神経叢の障害
G56.0-G56.9	上肢の単ニューロパシー
G57.0-G57.9	下肢の単ニューロパシー
G58.7	多発単神経炎
H00.0-H00.1	麦粒腫および霰粒腫
H01.0-H01.9	他の眼瞼の炎症
H02.0-H02.9	他の眼瞼の障害
H04.0-H04.9	涙器系の障害
H10.0-H10.9	結膜炎
H11.0-H11.9	他の結膜炎障害
H15.0-H15.9	強膜の障害
H16.0-H16.9	角膜炎
H17.0-H17.9	角膜癒痕および混濁
H18.0-H18.9	他の角膜障害
H20.0-H20.9	虹彩毛様体炎
H21.0-H21.9	他の虹彩および毛様体の障害
H25.0-H25.9	老人性白内障
H26.0-H26.9	他の白内障
H27.0-H27.9	他の水晶体の障害
H30.0-H30.9	脈絡網膜の炎症
H31.0-H31.9	他の脈絡膜の障害
H33.0-H33.5	網膜剥離および破裂
H34.0-H34.9	網膜血管閉塞
H35.0-H35.9	他の網膜疾患
H40.0-H40.9	緑内障
H43.0-H43.9	硝子体の疾患
H46	視神経炎
H47.0-H47.7	他の視神[第二]経炎および視覚伝導路の疾患

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
H49.0-H49.9	麻痺性斜視
H50.0-H50.9	他の斜視
H51.0-H51.9	他の両眼運動障害
H52.0-H52.7	屈折および調節障害
H53.0-H53.9	視覚障害
H54.0-H54.9	失明（両眼または単眼）を含む視力障害
H55	眼振および他の不規則な眼球運動
H57.0-H57.9	他の眼および付属器の障害
H60.0-H60.9	外耳炎
H61.0-H61.9	他の外耳疾患
H80.0-H80.9	耳硬化症
H83.3-H83.9	他の内耳疾患
H90.0-H90.8	伝音および感音性難聴
H91.0-H91.9	他の難聴
H92.0-H92.2	耳痛および滲出
H93.0-H93.9	他の耳の疾患、他の箇所に分類されない
J00	急性上咽頭炎[一般的な風邪]
J06.0-J06.9	複数および詳細不明部位の急性上気道感染
J30.0-J30.4	血管運動神経性鼻炎およびアレルギー性鼻炎
J33.0-J33.9	鼻ポリープ
J34.2	鼻中隔湾曲症
J35.0-J35.9	扁桃腺および咽頭扁桃腺の慢性疾患
K00.0-K00.9	歯の発生および歯牙萌出の疾患
K01.0-K01.1	埋込および埋伏歯
K02.0-K02.9	虫歯
K03.0-K03.9	他の歯の硬組織の疾患
K04.0-K04.9	歯髓組織および根尖周囲組織の疾患
K05.0-K05.6	歯肉炎および歯周疾患
K06.0-K06.9	歯肉と無歯歯茎の他の障害



コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
K07.0–K07.9	顎顔面奇形[(不正咬合を含む)]
K08.0–K08.9	歯と支える組織のその他の障害
K09.0–K09.9	口部の嚢胞、他の箇所には分類されない
K10.0–K10.9	顎の他の疾病
K11.0–K11.9	唾液腺の疾病
K14.0–K14.9	舌の疾病
L01.0–L01.1	膿痂疹（一歳以上の幼児）
L03.0	指およびつま先の蜂巣炎
L04.0–L04.9	急性リンパ節炎
L05.0–L05.9	毛巣嚢胞
L08.0–L08.8	皮膚と皮下組織の他の局所性感染
L20.0–L20.9	アトピー性皮膚炎
L21.0–L21.9	脂漏性皮膚炎
L22	おむつ [ナプキン] 皮膚炎
L23.0–L23.9	アレルギー性接触皮膚炎
L24.0–L24.9	刺激性接触皮膚炎
L25.0–L25.9	詳細不明接触性皮膚炎
L28.0–L28.2	慢性単純性苔癬と痒疹
L29.0–L29.9	掻痒症
L30.0–L30.9	他の皮膚炎
L41.0–L41.9	類乾癬
L42	バラ色糝糠疹
L43.0–L43.9	扁平苔癬
L44.0–L44.9	その他の丘疹落屑性障害
L55.0–L55.1, L55.8–L55.9	日焼け、第3度の日焼けを除く(L55.2)
L56.0–L56.9	紫外線放射に起因するその他の急性皮膚変化
L57.0–L57.9	非電離放射線への慢性暴露に起因する皮膚変化
L58.0–L58.9	放射線皮膚障害

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
L59.0-L59.9	紫外線に関連する他の皮膚と皮下組織障害
L60.0-L60.9	爪の障害
L63.0-L63.9	円形脱毛症
L64.0-L64.9	アンドロゲン性脱毛症
L65.0-L65.9	その他の非瘢痕性脱毛
L66.0-L66.9	瘢痕性脱毛症[瘢痕性脱毛]
L67.0-L67.9	ヘアカラーと毛幹異常
L68.0-L68.9	多毛症
L70.0-L70.9	にきび
L72.0-L72.9	皮膚と皮下組織の毛包嚢腫
L73.0-L73.9	その他の濾胞状障害
L74.0-L74.9	エクリン汗障害
L75.0-L75.9	アポクリン汗障害
L80	白斑
L81.0-L81.9	色素沈着のその他の障害
L83	黒色表皮症
L84	まめと皮膚硬結
L85.0-L85.9	他の表皮肥厚
L87.0-L87.9	経皮排泄障害
L90.0-L90.9	皮膚の萎縮性障害
L91.0-L91.9	皮膚の異常肥大障害
L92.0-L92.9	皮膚と皮下組織の肉芽腫性の障害
L94.0-L94.9	他の結合局所組織の障害
L98.0-L98.3, L98.5-L95.9	皮膚と皮下組織の他の障害、他の箇所に分類されない
M20.0-M20.6	手足の指の後天的変形
M21.0-M21.9	他の四肢の後天的変形
M22.0-M22.9	膝蓋骨の障害
M23.0-M23.9	膝関節内障

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
M24.0-M24.9	他の特定の関節障害
M25.0-M25.9	他の関節障害、他の箇所に分類されない
M35.3	リウマチ性多発（性）筋痛
M40.0-M40.5	後彎症および脊柱前彎症
M43.6	斜頸、詳細不明
M43.8-M43.9	他のおよび詳細不明の変形性背中、脊柱の障害
M48.0	脊髄の狭窄、（頸部を除く）
M53.0-M53.9	他の背中、脊柱の障害、他の箇所に分類されない
M54.0-M54.9	背痛
M60.0-M60.9	筋炎
M65.0-M65.9	滑膜炎および腱滑膜炎
M66.0-M66.5	滑膜と腱の自然断裂
M67.0-M67.9	滑膜と腱の他の障害
M70.0-M70.9	使用、酷使と圧力による軟部組織異常
M71.0-M71.9	他の滑液包〔囊〕疾患
M75.0-M75.9	肩の損傷
M76.0-M76.9	下肢の筋腱付着部症、足を除く
M77.0-M77.9	他の筋腱付着部症
M79.0-M79.9	他の軟部組織異常、他の箇所に分類されない
M95.0-M95.9	筋骨格系と結合組織の他の後天的変形
M99.0-M99.9	生物力学的損傷、他の箇所に分類されない
N39.3	緊張性尿失禁
N46	男性不妊
N47	過長陰茎包皮、包茎、および嵌頓包茎
N60.0-N60.9	良性乳腺異形成
N84.0-N84.9	女性生殖管のポリープ
N85.0-N85.9	頸部を除く子宮の他の非炎症性疾患
N86	子宮頸のびらんと外反
N87.0-N87.9	子宮頸の異形成

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
N88.0–N88.9	子宮頸の他の非炎症性疾患
N89.0–N89.9	膣の他の非炎症性疾患
N90.0–N90.9	外陰部と会陰の他の非炎症性疾患
N91.0–N91.5	無月経、量の乏しい月経と不規則月経
N92.0–N92.6	出血過多、頻発月経と月経不順
N93.0–N93.9	その他異常子宮出血と膣出血
N94.0–N94.9	女性生殖器と月経周期に関連した痛みや他の症状
N96	習慣流産
N97.0–N97.9	女性不妊
Q10.0–Q10.7	瞼、涙器と眼窩の先天性奇形
Q11.0–Q11.3	無眼球体、小眼球症と巨大眼球
Q12.0–Q12.9	先天性水晶体奇形
Q13.0–Q13.9	先天性前眼部奇形
Q14.0–Q14.9	先天性後眼部奇形
Q15.0–Q15.9	他の先天性眼の奇形
Q16.0–Q16.9	聴覚障害を起こす先天性耳の奇形
Q17.0–Q17.9	他の先天性耳の奇形
Q18.0–Q18.9	他の先天性顔や首の奇形
Q38.1	舌小帯短縮
Q65.0–Q65.9	臀部の先天的奇形
Q66.0–Q66.9	足の先天的奇形
Q67.0–Q67.8	頭部、顔、脊柱および胸部の先天性筋骨格奇形
Q68.0–Q68.8	その他の先天性筋骨格奇形
Q69.0–Q69.9	多指症
Q70.0–Q70.9	合指症
Q71.0–Q71.9	上肢欠損
Q72.0–Q72.9	下肢欠損
Q73.0–Q73.8	詳細不明の肢の欠損
Q74.0–Q74.9	その他の四肢の先天性奇形

コード	カテゴリーまたはサブカテゴリーのタイトル
Q80.0-Q80.3, Q80.8-Q80.9	先天性魚鱗癬、道化胎児は除く (Q80.4)
Q81.0	単純型表皮水疱症
Q81.2-Q81.9	表皮水疱症の他の形、致死型表皮水疱症(Q81.1)は除く
Q82.0-Q82.9	その他の皮膚の先天性奇形
Q83.0-Q83.9	胸部の先天性奇形
Q84.0-Q84.9	その他の外皮の先天性奇形
S00.0-S00.9	頭部の浅い傷
S05.0, S05.1, S05.8	目および眼窩 (全ての部位) の浅い傷 (全ての種類)
S10.0-S10.9	首の浅い傷
S20.0-S20.8	胸部の浅い傷
S30.0-S30.9	腹部、腰部および骨盤の浅い傷
S40.0-S40.9	肩および上腕の浅い傷
S50.0-S50.9	前腕の浅い傷
S60.0-S60.9	手首および手の浅い傷
S70.0-S70.9	臀部および大腿部の浅い傷
S80.0-S80.9	下腿の浅い傷
S90.0-S90.9	足首および足の浅い傷
T09.0	胴体の浅い傷、レベル不明
T11.0	上肢の浅い傷、レベル不明
T13.0	下肢の浅い傷、レベル不明
T14.0	体の領域不明の浅い傷
T20.1	頭部および首の第1度熱傷
T21.1	胴体の第1度熱傷
T22.1	手首および手を除く、肩および上肢の第1度熱傷
T23.1	手首および手の第1度熱傷
T24.1	足首および足を除く、臀部および下肢の第1度熱傷
T25.1	足首および足の第1度熱傷

## 14.5 HIV の原因

ステップ SP3 と SP4 においてこのリストを使用する。

C00–C96	S55	T15–T32
D47.7	S57–S59	T80.2
D50–D53	S65	T80.8–T80.9
D55–D59	S67–S69	T90.1
D60–D64	S71–S72	T90.8–T90.9
D65–D69	S75	T91.1–T92.2
F11	S77–S79	TT92.6–T92.9
F13–F16	S81–S82	T93.0–T93.2
F19	S85	T93.6–T93.9
R75	S87–S89	T94–T95
S01–S02	S95	T98
S07–S09.0	S97–S99	Y60
S09.7–S09.9	T01–T08	Y62
S11–S12	T09.1	Y64
S15	T09.8–T09.9	Y83–Y84
S17–S19	T10	
S21–S22	T11.1	
S28–S29	T11.6–T11.9	
S31–S32	T12	
S35–S39	T13.1	
S41–S42	T13.6–T13.9	
S45	T14.1–T14.2	
S47–S49	T14.5	
S51–S52	T14.7–T14.9	

## 14.6 糖尿病を引き起こす可能性のある症状のリスト

他の疾病に‘起因する（due to）’糖尿病の条件に合う順序

### 糖尿病の種類（ 起因する（Due to） Type of diabetes)

E10	B25.2
	E40–E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	M35.9
	P35.0

糖尿病の種類 ( 起因する (Due to)  
Type of  
diabetes)

E11	E24
	E40-E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	M35.9
	O24.4
	P35.0
E12	E40-E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
E13	B25.2
	B26.3
	C25
	C78.8 (膵臓のみ)
	D13.6-D13.7
	D35.0
	E05-E06
	E22.0
	E24
	E80.0-E80.2
	E83.1
	E84
	E89.1
	F10.1-F10.2
	G10
	G11.1

糖尿病の種類 ( 起因する (Due to)  
Type of  
diabetes)

G25.8
G71.1
K85
K86.0–K86.1
K86.8–K86.9
M35.9
O24.4
P35.0
Q815.1
Q90
Q96
Q98
Q99.8
S36.2
T37.3
T37.5
T38.0–T38.1
T42.0
T46.5
T46.7
T50.2
Y41.3
Y41.5
Y42.0–Y42.1
Y46.2
Y52.5
Y52.7
Y54.3



糖尿病の種類 ( 起因する (Due to)  
Type of  
diabetes)

E14	B25.2
	B26.3
	C25
	C78.8 (膵臓のみ)
	D13.6–D13.7
	D35.0
	E05–E06
	E22.0
	E24
	E40–E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	E80.0–E80.2
	E83.1
	E84
	E89.1
	F10.1–F10.2
	G10
	G11.1
	G25.8
	G71.1
	K85
	K86.0–K86.1
	K86.8–K86.9
	M35.9
	O24.4
	P35.0

糖尿病の種類 ( 起因する (Due to)  
Type of  
diabetes)

Q87.1
Q90
Q96
Q98
Q99.8
S36.2
T37.3
T37.5
T38.0–T38.1
T42.0
T46.5
T46.7
T50.2
Y41.3
Y41.5
Y42.0–Y42.1
Y46.2
Y52.5
Y52.7
Y54.3

14.7 ICD-10 損傷の性質に関するコードの優先順位

(1 = 最優先ランク)

コード	ランク
S00.0–S00.9	6
S01.0–S01.8	6
S01.9	5

コード	ランク
S02.0	3
S02.1	4
S02.2-S02.6	6
S02.7	3
S02.8	4
S02.9	3
S03.0	5
S03.1-S03.2	6
S03.3	5
S03.4-S03.5	6
S04.0-S04.9	6
S05.0-S05.6	6
S05.7	5
S05.8-S05.9	6
S06.0	6
S06.1-S06.2	1
S06.3-S06.6	2
S06.7	1
S06.8	2
S06.9	2
S07.0	5
S07.1	1
S07.8-S07.9	1
S08.0-S08.1	6
S08.8-S08.9	4
S09.0	5
S09.1-S09.2	6
S09.7	4
S09.8	6
S09.9	3
S10.0-S10.2	6
S10.7-S10.9	6
S11.0	4

コード	ランク
S11.1	5
S11.2	4
S11.7	5
S11.8	6
S11.9	3
S12.0-S12.7	3
S12.8	3
S12.9	3
S13.0	6
S13.1	3
S13.2	5
S13.3	3
S13.4	5
S13.5-S13.6	6
S14.0	5
S14.1	3
S14.2-S14.5	6
S14.6	5
S15.0	1
S15.1	2
S15.2-S15.3	3
S15.7-S15.9	1
S16	6
S17.0	3
S17.8	3
S17.9	3
S18	1
S19.7	3
S19.8	4
S19.9	5
S20.0-S20.8	6
S21.0	6
S21.1-S21.9	5

コード	ランク
S22.0-S22.1	5
S22.2-S22.3	6
S22.4	5
S22.5	2
S22.8-S22.9	5
S23.0	6
S23.1-S23.2	5
S23.3-S23.5	6
S24.0-S24.1	4
S24.2-S24.6	5
S25.0	1
S25.1	5
S25.2	1
S25.3	3
S25.4	1
S25.5	4
S25.7	3
S25.8	4
S25.9	4
S26.0	3
S26.8-S26.9	2
S27.0-S27.2	3
S27.3-S27.5	2
S27.6	4
S27.7	1
S27.8-S27.9	2
S28.0-S28.1	3
S29.0	6
S29.7	3
S29.8	6
S29.9	3
S30.0-S30.9	6
S31.0-S31.1	6

コード	ランク
S31.2-S31.3	5
S31.4-S31.8	6
S32.0-S32.3	6
S32.4	5
S32.5	6
S32.7-S32.8	5
S33.0-S33.2	6
S33.3	5
S33.4-S33.6	6
S33.7	5
S34.0-S34.6	6
S34.8	5
S35.0-S35.1	1
S35.2	3
S35.3	2
S35.4	5
S35.5	3
S35.7	2
S35.8-S35.9	5
S36.0-S36.9	3
S37.0-S37.9	5
S38.0	6
S38.1	5
S38.2	4
S38.3	3
S39.0	6
S39.6	3
S39.7	4
S39.8	6
S39.9	4
S40.0-S40.9	6
S41.0-S41.7	6
S41.8	5

コード	ランク
S42.0	6
S42.1–S42.2	5
S42.3	5
S42.4	6
S42.7–S42.8	5
S42.9	5
S43.0–S43.7	6
S44.0–S44.9	6
S45.0–S45.1	3
S45.2–S45.9	5
S46.0–S46.9	6
S47	5
S48.0–S48.9	3
S49.7	5
S49.8–S49.9	6
S50.0–S50.9	6
S51.0–S51.9	6
S52.0–S52.9	5
S53.0–S53.4	6
S54.0–S54.9	6
S55.0	6
S55.1–S55.9	5
S56.0–S56.9	6
S57.0–S57.9	6
S58.0–S58.9	4
S59.7	4
S59.8	6
S59.9	5
S60.0–S60.9	6
S61.0–S61.9	6
S62.0–S62.7	6
S62.8	5
S63.0–S63.7	6

コード	ランク
S64.0-S64.9	6
S65.0	6
S65.1	5
S65.2-S65.8	6
S65.9	5
S66-S68.3S66.0-S66.9	6
S67.0-S67.8	6
S68.0-S68.3	6
S68.4-S68.9	4
S69.7-S69.9	5
S70.0-S70.9	6
S71.0-S71.8	6
S72.0-S72.2	3
S72.3-S72.9	4
S73.0-S73.1	6
S74.0-S74.1	6
S74.2-S74.7	5
S74.8-S74.9	6
S75.0	4
S75.1	5
S75.2	6
S75.7	5
S75.8	6
S75.9	5
S76.0-S76.7	6
S77.0-S77.2	5
S78.0-S78.9	3
S79.7-S79.9	5
S80.0-S80.9	6
S81.0-S81.9	6
S82.0-S82.9	5
S83.0-S83.7	6
S84.0-S84.9	6



コード	ランク
S85.0	5
S85.1–S85.2	6
S85.3	5
S85.4–S85.5	6
S85.7	5
S85.8	6
S85.9	5
S86.0–S86.7	6
S86.8	5
S86.9	6
S87.0	6
S87.8	5
S88.0–S88.1	3
S88.9	4
S89.7–S89.9	5
S90.0–S90.9	6
S91.0–S91.7	6
S92.0–S92.9	6
S93.0–S93.6	6
S94.0–S94.9	6
S95.0	6
S95.1	5
S95.2–S95.9	6
S96.0–S96.9	6
S97.0	6
S97.1	5
S97.8	6
S98.0	4
S98.1–S98.3	6
S98.4	4
S99.7–S99.9	5
T00.0–T00.9	6
T01.0	6

コード	ランク
T01.1	4
T01.2-T01.6	6
T01.8	5
T01.9	6
T02.0-T02.1	3
T02.2-T02.4	5
T02.5-T02.9	3
T03.0-T03.8	6
T03.9	5
T04.0	4
T04.1-.3T04.1-T04.3	5
T04.4	5
T04.7	5
T04.8	4
T04.9	5
T05.0-T05.9	3
T06.0-T06.1	3
T06.2-T06.4	5
T06.5	3
T06.8	5
T07	2
T08	5
T09.0	6
T09.1	5
T09.2	6
T09.3	3
T09.4	4
T09.5	6
T09.6	1
T09.8-T09.9	5
T10	5
T11.0-T11.1	6
T11.2	6

コード	ランク
T11.3	5
T11.4	4
T11.5	6
T11.6	3
T11.8-T11.9	5
T12	5
T13.0-T13.3	6
T13.4	5
T13.5	6
T13.6	3
T13.8	4
T13.9	5
T14.0	6
T14.1	5
T14.2	5
T14.3-T14.4	6
T14.5	5
T14.6	6
T14.7	2
T14.8-T14.9	6
T15.0-T15.8	6
T15.9	5
T16	6
T17.0-T17.9	5
T18.0-T18.2	6
T18.3-T18.4	5
T18.5-T18.9	6
T19.0-T19.1	6
T19.2	5
T19.3-T19.8	6
T19.9	5
T20.0-T20.2	6
T20.3	3

コード	ランク
T20.4-T20.6	6
T20.7	3
T21.0-T21.2	6
T21.3	3
T21.4-T21.6	6
T21.7	3
T22.0-T22.2	6
T22.3	5
T22.4-T22.6	6
T22.7	5
T23.0-T23.2	6
T23.3	5
T23.4-T23.6	6
T23.7	5
T24.0-T24.2	6
T24.3	5
T24.4-T24.6	6
T24.7	5
T25.0-T25.2	6
T25.3	5
T25.4-T25.6	6
T25.7	5
T26.0-T26.2	6
T26.3	5
T26.4-T26.6	6
T26.7-T26.9	5
T27.0-T27.7	3
T28.0	5
T28.1-T28.4	3
T28.5	6
T28.6-T28.9	3
T29.0	3
T29.1-T29.2	6

コード	ランク
T29.3	3
T29.4-T29.6	6
T29.7	3
T30.0	3
T30.1-T30.2	6
T30.3-T30.4	3
T30.5-T30.6	6
T30.7	3
T31.0-T31.1	5
T31.2	4
T31.3	3
T31.4-T31.6	2
T31.7-T31.9	1
T32.0-T32.1	5
T32.2	4
T32.3	3
T32.4-T32.5	2
T32.6	3
T32.7-T32.9	1
T33.0-T33.9	6
T34.0-T34.4	6
T34.5	5
T34.6-T34.9	6
T35.0	6
T35.1	4
T35.2-T35.5	6
T35.6	6
T35.7	5
T66	6
T67.0	3
T67.1-T67.3	6
T67.4	3
T67.5-T67.6	6

コード	ランク
T67.7	2
T67.8	6
T67.9	5
T68	3
T69.0	6
T69.1	5
T69.8	4
T69.9	4
T70.0	5
T70.1	4
T70.2	3
T70.3	5
T70.4-T70.8	6
T70.9	5
T71	1
T73.0	3
T73.1	5
T73.2	6
T73.3	5
T73.8-T73.9	6
T74.0-T74.9	6
T75.0	4
T75.1	2
T75.2-T75.3	6
T75.4	3
T75.8	6
T90.0-T90.4	6
T90.5	3
T90.8	6
T90.9	3
T91.0-T91.1	6
T91.2-T91.3	4
T91.4	3

コード	ランク
T91.5–T91.8	6
T91.9	1
T92.0–T92.2	5
T92.3–T92.8	6
T92.9	3
T93.0	6
T93.1	5
T93.2–T93.3	6
T93.4	5
T93.5–T93.9	6
T94.0–T94.1	3
T95.0	6
T95.1	5
T95.2–T95.3	6
T95.8–T95.9	3
T98.0–T98.1	1
T98.2	6

## 14.8 コードカテゴリーリスト 一方の性別に限られる、もしくはより発症しやすい

### 14.8.1 女性に限られる、もしくはより発症しやすいカテゴリーリスト

A34	C54.0	C57.4	D07.2	D28.1
B37.3	C54.1	C57.7	D07.3	D28.2
C51.0	C54.2	C57.8	D25.0	D28.7
C51.1	C54.3	C57.9	D25.1	D28.9
C51.2	C54.8	C58	D25.2	D39.0
C51.8	C54.9	C79.6	D25.9	D39.1
C51.9	C55	D06.0	D26.0	D39.2
C52	C56	D06.1	D26.1	D39.7
C53.0	C57.0	D06.7	D26.7	D39.9
C53.1	C57.1	D06.9	D26.9	E28.0
C53.8	C57.2	D07.0	D27	E28.1
C53.9	C57.3	D07.1	D28.0	E28.2

E28.3	N75.9	N83.5	N90.0	N97.1
E28.8	N76.0	N83.6	N90.1	N97.2
E28.9	N76.1	N83.7	N90.2	N97.3
E89.4	N76.2	N83.8	N90.3	N97.4
F52.5	N76.3	N83.9	N90.4	N97.8
F53.0	N76.4	N84.0	N90.5	N97.9
F53.1	N76.5	N84.1	N90.6	N98.0
F53.8	N76.6	N84.2	N90.7	N98.1
F53.9	N76.8	N84.3	N90.8	N98.2
F84.2	N77.0	N84.8	N90.9	N98.3
I86.3	N77.1	N84.9	N91.0	N98.8
L29.2	N77.8	N85.0	N91.1	N98.9
L70.5	N80.0	N85.1	N91.2	N99.2
M80.0	N80.1	N85.2	N91.3	N99.3
M80.1	N80.2	N85.3	N91.4	O00.0
M81.0	N80.3	N85.4	N91.5	O00.1
M81.1	N80.4	N85.5	N92.0	O00.2
M83.0	N80.5	N85.6	N92.1	O00.8
N70.0	N80.6	N85.7	N92.2	O00.9
N70.1	N80.8	N85.8	N92.3	O01.0
N70.9	N80.9	N85.9	N92.4	O01.1
N71.0	N81.0	N86	N92.5	O01.9
N71.1	N81.1	N87.0	N92.6	O02.0
N71.9	N81.2	N87.1	N93.0	O02.1
N72	N81.3	N87.2	N93.8	O02.8
N73.0	N81.4	N87.9	N93.9	O02.9
N73.1	N81.5	N88.0	N94.0	O03.0
N73.2	N81.6	N88.1	N94.1	O03.1
N73.3	N81.8	N88.2	N94.2	O03.2
N73.4	N81.9	N88.3	N94.3	O03.3
N73.5	N82.0	N88.4	N94.4	O03.4
N73.6	N82.1	N88.8	N94.5	O03.5
N73.8	N82.2	N88.9	N94.6	O03.6
N73.9	N82.3	N89.0	N94.8	O03.7
N74.0	N82.4	N89.1	N94.9	O03.8
N74.1	N82.5	N89.2	N95.0	O03.9
N74.2	N82.8	N89.3	N95.1	O04.0
N74.3	N82.9	N89.4	N95.2	O04.1
N74.4	N83.0	N89.5	N95.3	O04.2
N74.8	N83.1	N89.6	N95.8	O04.3
N75.0	N83.2	N89.7	N95.9	O04.4
N75.1	N83.3	N89.8	N96	O04.5
N75.8	N83.4	N89.9	N97.0	O04.6



O04.7	O10.0	O24.0	O32.0	O36.4
O04.8	O10.1	O24.1	O32.1	O36.5
O04.9	O10.2	O24.2	O32.2	O36.6
O05.0	O10.3	O24.3	O32.3	O36.7
O05.1	O10.4	O24.4	O32.4	O36.8
O05.2	O10.9	O24.9	O32.5	O36.9
O05.3	O11	O25	O32.6	O40
O05.4	O12.0	O26.0	O32.8	O41.0
O05.5	O12.1	O26.1	O32.9	O41.1
O05.6	O12.2	O26.2	O33.0	O41.8
O05.7	O13	O26.3	O33.1	O41.9
O05.8	O14.0	O26.4	O33.2	O42.0
O05.9	O14.1	O26.5	O33.3	O42.1
O06.0	O14.2	O26.6	O33.4	O42.2
O06.1	O14.9	O26.7	O33.5	O42.9
O06.2	O15.0	O26.8	O33.6	O43.0
O06.3	O15.1	O26.9	O33.7	O43.1
O06.4	O15.2	O28.0	O33.8	O43.2
O06.5	O15.9	O28.1	O33.9	O43.8
O06.6	O16	O28.2	O34.0	O43.9
O06.7	O20.0	O28.3	O34.1	O44.0
O06.8	O20.8	O28.4	O34.2	O44.1
O06.9	O20.9	O28.5	O34.3	O45.0
O07.0	O21.0	O28.8	O34.4	O45.8
O07.1	O21.1	O28.9	O34.5	O45.9
O07.2	O21.2	O29.0	O34.6	O46.0
O07.3	O21.8	O29.1	O34.7	O46.8
O07.4	O21.9	O29.2	O34.8	O46.9
O07.5	O22.0	O29.3	O34.9	O47.0
O07.6	O22.1	O29.4	O35.0	O47.1
O07.7	O22.2	O29.5	O35.1	O47.9
O07.8	O22.3	O29.6	O35.2	O48
O07.9	O22.4	O29.8	O35.3	O60.0
O08.0	O22.5	O29.9	O35.4	O60.1
O08.1	O22.8	O30.0	O35.5	O60.2
O08.2	O22.9	O30.1	O35.6	O60.3
O08.3	O23.0	O30.2	O35.7	O61.0
O08.4	O23.1	O30.8	O35.8	O61.1
O08.5	O23.2	O30.9	O35.9	O61.8
O08.6	O23.3	O31.0	O36.0	O61.9
O08.7	O23.4	O31.1	O36.1	O62.0
O08.8	O23.5	O31.2	O36.2	O62.1
O08.9	O23.9	O31.8	O36.3	O62.2

O62.3	O69.2	O75.6	O87.9	O98.2
O62.4	O69.3	O75.7	O88.0	O98.3
O62.8	O69.4	O75.8	O88.1	O98.4
O62.9	O69.5	O75.9	O88.2	O98.5
O63.0	O69.8	O80.0	O88.3	O98.6
O63.1	O69.9	O80.1	O88.8	O98.7
O63.2	O70.0	O80.8	O89.0	O98.8
O63.9	O70.1	O80.9	O89.1	O98.9
O64.0	O70.2	O81.0	O89.2	O99.0
O64.1	O70.3	O81.1	O89.3	O99.1
O64.2	O70.9	O81.2	O89.4	O99.2
O64.3	O71.0	O81.3	O89.5	O99.3
O64.4	O71.1	O81.4	O89.6	O99.4
O64.5	O71.2	O81.5	O89.8	O99.5
O64.8	O71.3	O82.0	O89.9	O99.6
O64.9	O71.4	O82.1	O90.0	O99.7
O65.0	O71.5	O82.2	O90.1	O99.8
O65.1	O71.6	O82.8	O90.2	P54.6
O65.2	O71.7	O82.9	O90.3	Q50.0
O65.3	O71.8	O83.0	O90.4	Q50.1
O65.4	O71.9	O83.1	O90.5	Q50.2
O65.5	O72.0	O83.2	O90.8	Q50.3
O65.8	O72.1	O83.3	O90.9	Q50.4
O65.9	O72.2	O83.4	O91.0	Q50.5
O66.0	O72.3	O83.8	O91.1	Q50.6
O66.1	O73.0	O83.9	O91.2	Q51.0
O66.2	O73.1	O84.0	O92.0	Q51.1
O66.3	O74.0	O84.1	O92.1	Q51.2
O66.4	O74.1	O84.2	O92.2	Q51.3
O66.5	O74.2	O84.8	O92.3	Q51.4
O66.8	O74.3	O84.9	O92.4	Q51.5
O66.9	O74.4	O85	O92.5	Q51.6
O67.0	O74.5	O86.0	O92.6	Q51.7
O67.8	O74.6	O86.1	O92.7	Q51.8
O67.9	O74.7	O86.2	O95	Q51.9
O68.0	O74.8	O86.3	O96.0	Q52.0
O68.1	O74.9	O86.4	O96.1	Q52.1
O68.2	O75.0	O86.8	O96.9	Q52.2
O68.3	O75.1	O87.0	O97.0	Q52.3
O68.8	O75.2	O87.1	O97.1	Q52.4
O68.9	O75.3	O87.2	O97.9	Q52.5
O69.0	O75.4	O87.3	O98.0	Q52.6
O69.1	O75.5	O87.8	O98.1	Q52.7

Q52.8	R87.3	Y76.1	Z35.0	Z36.9
Q52.9	R87.4	Y76.2	Z35.1	Z37.0
Q96.0	R87.5	Y76.3	Z35.2	Z37.1
Q96.1	R87.6	Y76.8	Z35.3	Z37.2
Q96.2	R87.7	Z01.4	Z35.4	Z37.3
Q96.4	R87.8	Z12.4	Z35.5	Z37.4
Q96.8	R87.9	Z30.1	Z35.6	Z37.5
Q96.9	S31.4	Z30.3	Z35.7	Z37.6
Q97.0	S37.4	Z30.5	Z35.8	Z37.7
Q97.1	S37.5	Z31.1	Z35.9	Z37.9
Q97.2	S37.6	Z31.2	Z36.0	Z39.0
Q97.3	T19.2	Z32.0	Z36.1	Z39.1
Q97.8	T19.3	Z32.1	Z36.2	Z39.2
Q97.9	T83.3	Z33	Z36.3	Z64.0
R87.0	Y42.4	Z34.0	Z36.4	Z64.1
R87.1	Y42.5	Z34.8	Z36.5	Z87.5
R87.2	Y76.0	Z34.9	Z36.8	

#### 14.8.2 男性に限られる、もしくはより発症しやすいカテゴリーリスト

B26.0	D29.3	N42.0	N48.8	Q54.4
C60.0	D29.4	N42.1	N48.9	Q54.8
C60.1	D29.7	N42.2	N49.0	Q54.9
C60.2	D29.9	N42.3	N49.1	Q55.0
C60.8	D40.0	N42.8	N49.2	Q55.1
C60.9	D40.1	N42.9	N49.8	Q55.2
C61	D40.7	N43.0	N49.9	Q55.3
C62.0	D40.9	N43.1	N50.0	Q55.4
C62.1	E29.0	N43.2	N50.1	Q55.5
C62.9	E29.1	N43.3	N50.8	Q55.6
C63.0	E29.8	N43.4	N50.9	Q55.8
C63.1	E29.9	N44	N51.0	Q55.9
C63.2	E89.5	N45.0	N51.1	Q98.0
C63.7	F52.4	N45.9	N51.2	Q98.1
C63.8	I86.1	N46	N51.8	Q98.2
C63.9	L29.1	N47	Q53.0	Q98.3
D07.4	N40	N48.0	Q53.1	Q98.4
D07.5	N41.0	N48.1	Q53.2	Q98.5
D07.6	N41.1	N48.2	Q53.9	Q98.6
D17.6	N41.2	N48.3	Q54.0	Q98.7
D29.0	N41.3	N48.4	Q54.1	Q98.8
D29.1	N41.8	N48.5	Q54.2	Q98.9
D29.2	N41.9	N48.6	Q54.3	R86.0

R86.1	R86.4	R86.7	S31.2
R86.2	R86.5	R86.8	S31.3
R86.3	R86.6	R86.9	Z12.5

## 14.9 死亡のためのコーディング指示の改訂用語リスト

ICD-10、以前の版	ICD-10、2016年版と ICD-11
起因する先行原因	始点
起因する原因	始点
起因する先行原因の選択ルール	始点を探す
一般原則	ステップ SP3 – パート 1 で使用される一つ以上の行、最下行の最初にある原因が上述の全ての入力を説明する
ルール 1	ステップ SP4 – 最下行の最初にある原因が上述の全ての入力を説明できないが、順序は末期症状で終わる
ルール 2	ステップ SP5 – パート 1 に順序は認められない
ルール 3	ステップ SP6 – 明確な原因
ルール A. 老衰と他の不明確な症状	ステップ SP7 – 不明確な症状
ルール B. 些細な症状	ステップ SP8 – 死亡の原因となりにくい症状
変更のルール	始点の修正を確認
ルール C. リンケージ	ステップ M1 – 特別な指示
ルール D. 特異性	ステップ M2 – 特異性
「起因する先行原因として報告される場合」	「以下の原因として報告される場合：」
損傷の性質	主要損傷

## 14.10 適合した機能属性セットが利用可能なリハビリテーション関連健康状態リスト

急性心筋梗塞  
アルツハイマー病と他の認知症  
切断術（外傷性切断、多重身体領域を含む）  
筋萎縮性疾病（筋萎縮性側索硬化症）  
強直性脊椎炎と他の脊柱炎  
喘息

良性前立腺肥大症  
双極性情動障害  
出生時仮死と出生時外傷  
膀胱癌  
脳損傷（外傷性脳損傷や後天的脳損傷）  
乳癌  
脳性麻痺  
脳血管疾患 脳卒中含む  
子宮頸癌  
シャーガス病  
慢性閉塞性肺疾患  
口唇裂  
口蓋裂  
結腸と直腸癌  
複合性局所疼痛症候群  
先天性心疾患  
子宮体部癌  
鬱病  
糖尿病  
ダウン症候群  
薬物使用による障害  
内分泌障害  
てんかん  
大腿骨骨折  
下腿骨折、くるぶし含む  
腰椎骨折と骨盤骨折  
痛風  
血友病  
手の症状  
難聴、成人発症  
心不全  
ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群  
高血圧性心疾患  
衝突〔インピンジメント〕症候群  
炎症性腸疾患  
虚血性心疾患  
日本脳炎  
リーシュマニア症

ハンセン病とその後遺症  
白血病  
肝臓癌  
腰痛症（背痛）  
低出生体重  
下肢骨折  
下気道感染症  
リンパ管フィラリア症  
リンパ腫と多発性骨髄腫  
黄斑変性症と他の感覚障害  
マラリア  
黒色腫と他の皮膚癌  
髄膜炎  
アルコールに起因する精神疾患と行動障害  
鉛暴露による軽度精神遅滞（非特定の精神遅滞）  
口腔癌と中咽頭癌  
運動障害（例、運動失調、片麻痺、拮抗運動反復不全）  
多発性硬化症  
筋ジストロフィー  
筋骨格系疼痛症候群（線維筋痛、絞扼）  
筋疾患  
腎炎とネフローゼ  
ニューロパシー  
肥満  
食道閉鎖症  
食道癌  
回旋糸状虫症  
変形性関節症  
骨粗しょう症  
他の関節障害、他の箇所に分類されない  
他の神経症の症状  
卵巣癌  
膵臓癌  
パーキンソン病  
急性灰白髄炎と急性灰白髄炎の後遺症  
心的外傷後ストレス障害  
前立腺癌  
蛋白エネルギー栄養障害

肺高血圧症  
腎不全  
リウマチ性心疾患  
リウマチ性関節炎  
統合失調症  
強皮症、皮膚筋炎  
皮膚疾患 例：乾癬、褥瘡性潰瘍と圧迫部、他の箇所に分類されない皮膚  
&皮下組織の他の障害  
睡眠障害（閉塞性睡眠時無呼吸、ナルコレプシー、不眠症、概日睡眠覚醒  
リズム障害、脚不穩症）  
二分脊椎  
脊髄損傷  
胃癌  
梅毒  
破傷風  
気管、気管支と肺の癌  
結核と結核の後遺症  
上肢の骨折  
脊椎骨折  
目眩

## 15 参考文献

1. International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1990.
2. Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). Chicago: College of American Pathologists; 1976.
3. Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC). New York: American Cancer Society; 1968.
4. Systematized Nomenclature of Pathology (SNOP). Chicago: College of American Pathologists; 1965.
5. Alexander S, Shrank AB. International Coding Index for Dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1978.
6. Application of the International Classification of Diseases to dentistry and stomatology, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1995 ([http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40919/1/9241544678\\_eng.pdf](http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40919/1/9241544678_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
7. Application of the International Classification of Diseases to neurology (ICD-NA), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
8. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, accessed 22 May 2015).
9. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.

- Geneva: World Health Organization; 1993 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>, accessed 22 May 2015).
10. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD–10. Chapter 5, Primary care version. Göttingen: WHO/Hogrefe & Huber Publishers; 1975 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0889371482\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0889371482_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
  11. Rutter M, World Health Organization. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD–10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 1996.
  12. International Classification of Procedures in Medicine (ICPM), volume 1. Geneva: World Health Organization, 1978 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9241541245\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9241541245_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
  13. International Classification of Procedures in Medicine (ICPM), volume 2. Geneva: World Health Organization, 1978, reprinted 1990 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40527/2/9241541253\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40527/2/9241541253_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
  14. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001 (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 22 May 2015).
  15. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
  16. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, accessed 22 May 2015).
  17. Bacterial diseases. International Nomenclature of Diseases. Volume II Infectious diseases. Part 1. Geneva: World Health Organization; 1983.
  18. Mycoses. International Nomenclature of Diseases. Volume II Infectious diseases. Part 2. Geneva: World Health Organization; 1982.
  19. Viral diseases. International Nomenclature of Diseases. Volume II Infectious diseases. Part 3. Geneva: World Health Organization; 1985.
  20. Bacterial diseases. International Nomenclature of Diseases. Volume II Infectious diseases. Part 4. Geneva: World Health Organization; 1987.
  21. International Nomenclature of Diseases. Volume III Diseases of the lower respiratory tract. Infectious diseases. Part 1 Geneva: World Health Organization; 1979.
  22. International Nomenclature of Diseases. Volume IV Diseases of the digestive system Geneva: World Health Organization; 1990.
  23. International Nomenclature of Diseases. Volume V Cardiac and vascular diseases. Geneva: World Health Organization; 1989.
  24. International Nomenclature of Diseases. Volume VI Metabolic, nutritional and endocrine disorders. Geneva: World Health Organization; 1991.
  25. International Nomenclature of Diseases. Volume VII Diseases of the kidney, the lower urinary tract, and the male genital system. Geneva: World Health Organization; 1992.
  26. International Nomenclature of Diseases. Volume VIII Diseases of the female genital system. Geneva: World Health Organization; 1992.
  27. Sixteenth annual report. Appendix. London: Registrar General of England and Wales; 1856:73.
  28. Report of the International Conference for the Sixth Decennial Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. In: Official Records of the World Health Organization. No. 11. Report



- of expert committees and other advisory bodies to the Interim Commission. New York and Geneva: United Nations and World Health Organization; 1948:23–32 ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/11e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/11e.pdf), accessed 24 May 2014).
29. Knibbs GH. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Med J Aust.* 1929;1:2–12.
  30. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr.* Cambridge: Cambridge University Press; 1948.
  31. Committee on Organization. *First annual report of the Registrar-General of births, deaths and marriages in England.* London: W Clowes and Sons; 1839.
  32. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography, Washington September 28 1912.* Washington, DC: Government Printing Office; 1912.
  33. *Bulletin of the International Statistical Institute.*, 1900;12:280.
  34. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité.* Geneva: League of Nations Health Organization; 1928 (document CH 730).
  35. *International List of Causes of Death.* The Hague: International Statistical Institute; 1940.
  36. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics.* London: Her Majesty's Stationery Office; 1944 (Special Report Series No 248).
  37. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics.* Washington, DC: Government Publishing Office; 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
  38. Arrangement concluded by the governments represented at the International Health Conference for the establishment of an Interim Commission of the World Health Organization. In: *Official records of the World Health Organization. No. 2. Proceedings and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946.* New York and Geneva: United Nations and World Health Organization; 1948:110–12 ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf), accessed 24 May 2015).
  39. *Constitution of the World Health Organization.* Geneva: World Health Organization; 1946 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, accessed 1 June 2015).
  40. *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Sixth revision.* Geneva: World Health Organization; 1949.
  41. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death.* Geneva: World Health Organization; 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1).
  42. *Third Report of the Expert Committee on Health Statistics.* Geneva: World Health Organization; 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
  43. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases.* Geneva: World Health Organization; 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4).
  44. *International Classification of Diseases. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Based on the recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly. Volume 1.* Geneva: World Health Organization; 1977.

