

ICD-11

死亡及び疾病統計のための国際疾病分類
第 11 回改訂版

レファレンスガイド

世界保健機関

本資料は、2023 年公表の「ICD-11 Reference Guide」の日本語訳である。日本語翻訳権は、世界保健機関から厚生労働省政策統括官（統計・情報システム管理、労使関係担当）に対して与えられており、翻訳の正確性については、同政策統括官がその責めを負うものである。

原文は、<https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en-2023-01/html/index.html> から利用可能である。なお、原文は世界保健機関により毎年更新され、最新版は <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> から利用可能である。翻訳にあたっては、2023 年版以降、本資料の公表までに誤植の修正や追補のあったものを一部日本語訳に反映させている。

目次

0 ICD-11 レファレンスガイド	1
0.1 著作権ページ	1
0.2 本レファレンスガイドの使い方	1
0.3 略語集	1
0.4 用語集	3
1. 第1部－ICD-11 の紹介	6
1.1 国際疾病分類 (ICD)	7
1.1.1 想定される用途	8
1.1.2 分類	8
1.1.3 WHO 国際統計分類ファミリー (WHO-FIC) の中の ICD	9
1.1.4 WHO-FIC：中心分類	10
1.1.4.1 国際生活機能分類 (ICF)	10
1.1.4.2 保健・医療関連行為に関する国際分類 (仮訳) (ICHI)	12
1.1.4.3 WHO-FIC：派生分類	13
1.1.4.4 関連分類	13
1.1.5 保健医療情報システムにおける ICD の利用	13
1.1.5.1 デジタル環境での ICD-11 の利用及びウェブサービスとの併用	14
1.1.5.2 アナログ方式の紙を使った環境での ICD-11 の利用	14
1.1.5.3 電子版	15
1.1.6 他の分類及びターミノロジーとの関連性	15
1.1.6.1 ターミノロジーとの統合的利用	15
1.1.6.2 ICD の中の生活機能及び ICF との併用：概要	16
1.2 ICD の構造及び分類法	17
1.2.1 分類法 (Taxonomy)	17
1.2.1.1 コンテンツモデル及び疾病の定義	18
1.2.2 章の構造	18
1.2.3 特殊概念の分類のための指導原則	19
1.2.4 ICD-11 の一般的な特徴	20
1.2.4.1 コード体系	20
1.2.4.2 統一資源識別子	21
1.2.4.3 中間分類項目コード	21
1.2.4.4 ステムコード	21
1.2.4.5 エクステンションコード及びポストコーディネーション	21
1.2.4.6 その他の一般的な特徴	22
1.2.5 ICD-11 のファウンデーション・コンポーネント及び内容例示表	22
1.2.5.1 ICD-11 のプレコーディネーション及びポストコーディネーション	23
1.2.5.2 マルチプル・ペアレンティング	23
1.2.6 言語非依存の ICD 構成要素	24
1.3 ICD の主な用途：死亡	24

1.3.1 コーディングの対象：死因	24
1.4 ICD の主な用途：疾病	24
1.4.1 コーディングの対象：患者の状態	24
1.5 伝統医学	25
1.6 ICD の保守	25
1.6.1 構成編集プロセスにおける指導原則	26
1.6.2 ユーザー・ガイダンスの改善	26
1.6.3 序論：ICD-11 改正プロセス	27
1.6.4 疾病コーディングのための各国修正版	27
 2. 第2部－ICD-11 の活用	29
2.1 コーディング及び報告の基本指針	30
2.2 内容例示表、特定製表用リスト、限定語及び修飾語	30
2.3 索引表	30
2.4 レファレンスガイド	30
2.5 ブラウザー及びコーディングツール	31
2.6 コーディングの流れ－医学用語	31
2.7 ICD-11 の規約	32
2.7.1 包含用語（インクルージョン）	32
2.7.2 除外用語（エクスクルージョン）	32
2.7.2.1 「～もコードする」及び「必要に応じてコードを追加する」の指示	33
2.7.3 「NEC」及び「NOS」	33
2.7.3.1 「NEC」	33
2.7.3.2 「NOS」	33
2.7.4 「特定の」	34
2.7.5 残余の分類項目－「その他の」及び「詳細不明」	34
2.7.6 「及び」と「又は」の使い分け	34
2.7.7 「～による」と「～を伴う」	35
2.7.8 綴り、括弧、文法、その他の規約	35
2.7.9 一般的な特徴	35
2.8 ステムコード	37
2.9 エクステンションコード	37
2.10 プレコーディネーション及びポストコーディネーション	38
2.10.1 詳細を追加する－複数のステムコード及びエクステンションコードを使用したポストコーディネーション及びクラスターコーディング	40
2.10.2 ステムコード及びエクステンションコードの組合せ並びに複雑なコードクラスター内の順序	40
2.10.3 診断のタイピング－「入院時の病態」又は「入院後に発症」	43
2.11 生活機能セクション	44
2.11.1 生活機能評価	44
2.11.1.1 WHO DAS 2.0：機能及びユースケース	44
2.11.1.2 WHO DAS 2.0：記載法及びコーディング体系	46

2.11.2 一般的な機能の項目	47
2.11.2.1 生活機能の項目：特徴及びユースケース	47
2.11.2.2 生活機能の項目：記載法及びコーディング体系	47
2.12 電子的記録・報告	47
2.13 ファウンデーション・コンポーネント及び内容例示表	47
2.14 ICD の主な用途：死亡	49
2.15 死亡統計	49
2.15.1 集計されているのは：原死因	49
2.15.2 データの出典：死因の医学的診断書の国際様式（MCCD）	50
2.15.3 通常の使用及び特殊な事例	52
2.15.3.1 通常の死因報告制度	52
2.15.3.2 口頭剖検	52
2.16 基本概念	52
2.16.1 終末死因	53
2.16.2 因果関係及び上下の因果関係	54
2.16.3 起点	55
2.16.4 期間	56
2.16.5 最初に記載された上下の因果関係	56
2.16.6 原死因（UCOD）	58
2.16.7 優先原因病態	59
2.16.8 修正	59
2.17 死亡のためのコーディング指示	60
2.17.1 基本コーディング及び複数死因コーディングのガイドライン	60
2.17.2 原死因を選択する	61
2.17.3 起点を探す（ステップ SP1～SP8）	62
2.17.4 ステップ SP1：診断書に単独で記載された死因	62
2.17.5 ステップ SP2：1 行だけ使用された場合の最初に記載された病態 ...	62
2.17.6 ステップ SP3：使用された最下欄に最初に記載された病態であって、上 に記載されたすべての原因となりうるもの	63
2.17.7 ステップ SP4：最初に記載された上下の因果関係の起点	64
2.17.8 ステップ SP5：上下の因果関係がない場合の終末死因	65
2.17.9 ステップ SP6：明らかな原因	65
2.17.10 ステップ SP7：診断名不明確な病態	67
2.17.11 ステップ SP8：死亡を引き起こす可能性の低い病態	68
2.18 起点の修正を確認する（ステップ M1～M4）	69
2.18.1 ステップ M1：特別指示	69
2.18.2 ステップ M2：特異性	71
2.18.3 ステップ M3：ステップ SP6、M1 及び M2 の再確認	72
2.18.4 ステップ M4：医学的処置、主要損傷、中毒及び妊産婦死亡に関する指 示	73
2.19 原死因選択に関する特別指示	74

2.19.1 受け入れられる上下の因果関係及び受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示（ステップ SP3 及び SP4）	74
2.19.1.1 期間の矛盾	74
2.19.1.2 他の病態による感染症	75
2.19.1.3 他の病態による悪性新生物	77
2.19.1.4 他の病態による先天性又は体質性出血性病態	78
2.19.1.5 外因によるアナフィラキシー	78
2.19.1.6 他の病態による糖尿病	78
2.19.1.7 他の病態によるリウマチ熱	79
2.19.1.8 他の病態による高血圧	79
2.19.1.9 他の病態による特定の虚血性心疾患	80
2.19.1.10 他の病態による動脈硬化	80
2.19.1.11 他の病態による発生異常	80
2.19.1.12 他の病態による傷病又は死亡の不慮の原因	80
2.19.1.13 他の病態による自殺	81
2.19.2 明らかな原因に関する特別指示（ステップ SP6）	81
2.19.2.1 HIV 病の合併症	81
2.19.2.2 クロストリジウム・ディフィシルによる腸炎	82
2.19.2.3 敗血症	82
2.19.2.4 糖尿病の合併症	83
2.19.2.5 脱水症状	83
2.19.2.6 認知症	83
2.19.2.7 知的発達症	84
2.19.2.8 心不全及び詳細不明の心臓疾患	84
2.19.2.9 塞栓症	85
2.19.2.10 食道静脈瘤	85
2.19.2.11 肺炎	85
2.19.2.12 肺水腫	85
2.19.2.13 ネフローゼ症候群	86
2.19.2.14 腎盂腎炎	86
2.19.2.15 急性腎不全	86
2.19.2.16 新生児の一次性無気肺	86
2.19.2.17 前期破水及び羊水過少	87
2.19.2.18 出血	87
2.19.2.19 誤嚥と吸入	87
2.19.2.20 手術及びその他の侵襲的な医学的処置	87
2.19.2.21 一般的な二次性病態	87
2.19.3 連鎖等に関する特別指示（ステップ M1）	89
2.19.3.1 第 1 章 特定の感染症又は寄生虫症に関する特別指示	90
2.19.3.2 第 2 章 新生物に関する特別指示	93
2.19.3.3 第 3 章 血液又は造血器の疾患に関する特別指示	93
2.19.3.4 第 4 章 免疫系の疾患に関する特別指示	93

2.19.3.5 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患に関する特別指示	94
2.19.3.6 第6章 精神、行動的又は神経発達 of 疾患群に関する特別指示 ...	94
2.19.3.7 第7章 睡眠・覚醒障害群に関する特別指示	97
2.19.3.8 第8章 神経系の疾患に関する特別指示	97
2.19.3.9 第9章 視覚系の疾患に関する特別指示	98
2.19.3.10 第10章 耳又は乳様突起の疾患に関する特別指示	98
2.19.3.11 第11章 循環器系の疾患に関する特別指示	98
2.19.3.12 第12章 呼吸器系の疾患に関する特別指示	102
2.19.3.13 第13章 消化器系の疾患に関する特別指示	103
2.19.3.14 第14章 皮膚の疾患に関する特別指示	105
2.19.3.15 第15章 筋骨格系又は結合組織の疾患に関する特別指示	105
2.19.3.16 第16章 腎尿路生殖器系の疾患に関する特別指示	105
2.19.3.17 第17章 性の健康に関連する状態群に関する特別指示	105
2.19.3.18 第18章 妊娠、分娩又は産褥に関する特別指示	105
2.19.3.19 第19章 周産期に発生した特定の状態に関する特別指示	106
2.19.3.20 第20章 発生異常に関する特別指示	106
2.19.3.21 第21章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないものに関する 特別指示	106
2.19.3.22 第22章 損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響に関する特別指 示	106
2.19.3.23 第23章 傷病又は死亡の外因に関する特別指示	106
2.19.3.24 原死因に使用してはならないコード	106
2.19.3.25 原死因がわかっている場合又は他の特定の条件に当てはまる場合に は使用しないコード	110
2.19.4 手術及びその他の医学的処置に関する特別指示（ステップ M4） ...	112
2.19.4.1 手術又は処置の理由が記載されている	112
2.19.4.2 手術又は処置の理由が記載されておらず、合併症が報告されている	112
2.19.4.3 手術又は処置の理由が記載されておらず、合併症の報告がない .	112
2.19.4.4 外因による有害なインシデントを起こした医療機器	114
2.19.5 外因による死亡における主要損傷に関する特別指示（ステップ M4）	115
2.19.6 薬物、医薬品及び生物学的製剤による中毒に関する特別指示（ステッ プ M4）	116
2.19.6.1 死亡の原因となった可能性が最も高い薬物が特定されている ...	116
2.19.6.2 死亡の原因となった可能性が最も高い薬物が特定されていない .	118
2.19.6.3 死亡の原因となった可能性が最も高い薬物の特定	119
2.19.7 妊産婦死亡に関する特別指示（ステップ M4）	121
2.20 死亡のためのコーディング指示：複数死因コーディング及びその他の特 別指示	122
2.21 死亡ルール：ナレッジベース	123
2.21.1 疑い診断	123
2.21.1.1 甲又は乙のどちらか	123

2.21.1.2	1つの病態に対して甲又は乙の部位のどちらか	124
2.21.1.3	1つの病態又系統に対して甲又は乙の病態のどちらか	124
2.21.1.4	異なる解剖学的系統の甲又は乙の病態のどちらか	125
2.21.1.5	疾患又は損傷	126
2.21.2	接続用語の影響	126
2.21.2.1	因果関係を示す接続用語	126
2.21.2.2	因果関係を示さない接続用語	128
2.21.3	病態の罹患期間	129
2.21.3.1	複数の病態に対して、期間が1つ記載されている場合	129
2.21.3.2	病態の時間性を規定時間で変更する	129
2.21.4	死亡のユースケースにおける「～もコードする」指示	129
2.21.5	悪性新生物	130
2.21.5.1	性状：悪性、上皮内、良性、性状不詳又は性状不明	131
2.21.5.2	悪性新生物：原発性又は二次性？	134
2.21.5.3	複数の原発性悪性新生物	143
2.21.5.4	部位が明確に示されていない	144
2.21.5.5	原発部位が不明	145
2.21.5.6	「転移性」がん	146
2.21.6	続発症	150
2.21.6.1	後遺症とみなされる病態	150
2.21.6.2	結核の後遺症	150
2.21.6.3	トラコーマの後遺症	150
2.21.6.4	ウイルス性脳炎、ジフテリア又はその他の明示された感染症の後遺症	151
2.21.6.5	くる病の後遺症	151
2.21.6.6	第22章及び第23章の後遺症	151
2.21.7	患者の性別と診断の整合性	151
2.21.8	その他のICD分類項目に関する具体的な指示	152
2.21.8.1	急性又は慢性リウマチ性心疾患	152
2.21.8.2	原因不明の産科的死亡、分娩後42日以後1年未満の産科的死亡、産科的原因の続発症	152
2.21.8.3	周産期に発生した特定の病態による死亡	153
2.21.8.4	胎児死亡に関する特別指示	155
2.21.8.5	発生異常	156
2.21.8.6	同一身体部位における複数の損傷及び複数の身体部位が関与する損傷	156
2.21.8.7	外科的及び内科的ケアの合併症	156
2.21.8.8	外因の意図	157
2.21.8.9	輸送損傷事象のコーディング	157
2.21.8.10	健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因	158
2.21.8.11	死亡診断書に単独で報告された感染病原体	158

2.22 死亡デジタルエンドツーエンドソリューション（様式、ツール、トレーニングモジュール）	158
2.23 主な ICD の用途：疾病	160
2.23.1 臨床ケアにおける ICD の使用	160
2.23.2 疫学目的での ICD の使用	160
2.23.3 質と患者の安全における ICD の使用	161
2.23.3.1 ICD-11 の質と安全のユースケース	161
2.23.3.2 ケアの質及び患者の安全の指標に関する報告	161
2.23.3.3 機能性	162
2.23.3.4 追加情報	162
2.23.3.5 コードされたデータの使用及び解釈に関する推奨事項	163
2.23.3.6 研究目的での ICD の利用	163
2.23.3.7 プライマリ・ケアにおける ICD の使用	164
2.23.3.8 ケースミックスグループ化（Casemix groupings）での ICD の使用	164
2.23.4 コードされるもの：患者の病態	165
2.23.4.1 主要病態	165
2.23.4.2 入院の必要性に寄与する複数の病態	165
2.23.4.3 その他の病態	165
2.23.5 疾病コーディングのための医療従事者文書化ガイドライン	165
2.23.5.1 「複数」という用語を含む文書化ガイドライン—単一病態報告の場合	167
2.23.5.2 特異性と詳細性	167
2.23.5.3 未確定の診断	167
2.23.5.4 除外された病態の文書化	167
2.23.5.5 疾病以外の理由による保健サービスへの連絡	168
2.23.5.6 外因による病態	169
2.23.5.7 続発（後遺）症の記載	169
2.23.6 コーディング目的に「主要病態」と「その他の病態」を選択するためのコーディングガイドライン	169
2.23.6.1 MB1—「主要病態」として複数の病態が記録されている	170
2.23.6.2 MB2—「主要病態」として記録された病態が、診断・治療された病態の症状である	171
2.23.6.3 MB3—「主要病態」として記録された徴候・症状とともに原因となる複数の病態が記録されている	172
2.23.7 疾病におけるポストコーディネーションを用いたコーディング ...	172
2.23.7.1 エクステンションコードを使用するためのコーディングルール ...	173
2.23.8 医療従事者による「因果関係」の記述	173
2.23.9 病態又は症状の疑い、異常所見及び非疾病状況のコーディング ...	174
2.23.10 組み合わせ分類項目を使用したコーディング	174
2.23.11 傷病の外因を利用したコーディング	175
2.23.12 主要病態として記録された急性・慢性病態のコーディング	176

2.23.13	外科的又は医療的ケアから生じる傷害又は危害のコーディング ..	177
2.23.14	実際の損傷又は危害を引き起こさない医療における有害事象及び状況のコーディング	177
2.23.15	慢性術後病態のコーディング	177
2.23.16	「既往歴」と「家族歴」のコーディング	177
2.23.17	「除外された」病態のコーディング	178
2.23.18	続発症（後遺症）として記録された病態のコーディング	179
2.23.19	損傷事象の基準及びコーディング指示	179
2.23.19.1	輸送損傷事象に関する解説	180
2.23.19.2	輸送による不慮の損傷の分類及びコーディング指示	184
2.23.20	医療の質と患者安全に関する概念モデル	186
2.23.20.1	ICD-11 の質と患者安全のコードセットの概要	187
2.23.20.2	質と安全の関連における因果関係	193
2.23.20.3	処置後の慢性的な病態	196
2.23.20.4	実際の損傷又は被害をもたらさない医療における有害事象及び状況	196
2.23.20.5	データの取得及び整理に関する推奨事項	198
2.23.21	各章固有の注釈	198
2.23.21.1	第 1 章：特定の感染症又は寄生虫症	199
2.23.21.2	第 2 章：新生物	200
2.23.21.3	第 3 章：血液又は造血器官の疾患	202
2.23.21.4	第 5 章：内分泌、栄養又は代謝疾患	203
2.23.21.5	第 6 章：精神、行動又は神経発達 of 疾患群	204
2.23.21.6	第 8 章：神経系の疾患	204
2.23.21.7	第 9 章：視覚系の疾患	205
2.23.21.8	第 10 章：耳又は乳様突起の疾患	205
2.23.21.9	第 11 章：循環器系の疾患	205
2.23.21.10	第 15 章：筋骨格系又は結合組織の疾患	205
2.23.21.11	第 18 章：妊娠・分娩又は産褥	205
2.23.21.12	第 21 章：症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの ..	208
2.23.21.13	第 22 章：損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響	208
2.23.21.14	第 23 章：傷病又は死亡の外因	209
2.23.21.15	第 24 章：健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因	209
2.23.22	補章 伝統医学の状態—モジュール 1（TM1）	209
2.23.23	伝統医学での使用	209
2.23.24	伝統医学の状態コーディングの手引き—モジュール 1（TM1）	210
2.24	一般的な統計の推奨事項	212
2.24.1	データ品質	212
2.24.2	詳細さと診断名不明確なコード	212
2.24.3	人口の少ない場合の問題	212
2.24.4	「空欄」及び低頻度の欄	213

2. 24. 5 製表用リストが小計を含む場合の注意	213
2. 24. 6 倫理的側面	213
2. 24. 7 潜在的な危害の回避	214
2. 24. 8 プライバシー保護：守秘義務	214
2. 25 国際間比較の統計表に関する勧告	215
2. 25. 1 勧告された特定製表用リスト	215
2. 25. 2 国際疾病統計報告	216
2. 25. 2. 1 ポストコーディネーションのための最小データセットとマークアップ	217
2. 25. 3 統計表の表示	217
2. 25. 3. 1 死因の製表	218
2. 25. 3. 2 損傷死亡	218
2. 25. 4 周産期死亡及び新生児期死亡に関連する基準及び報告要件	219
2. 25. 4. 1 周産期及び新生児死亡における用語	219
2. 25. 4. 2 周産期及び新生児死亡における定義	220
2. 25. 4. 3 周産期又は新生児死亡の記録及び表示に用いられるその他の用語	221
2. 25. 4. 4 新生児期の死産及び出生の認定	222
2. 25. 4. 5 胎児死亡、死産及び出生に関する報告基準	223
2. 25. 4. 6 周産期、新生児、乳児又は 5 歳未満児死亡の統計表示	224
2. 25. 4. 7 5 歳未満死亡 (Under-five mortality)	224
2. 25. 4. 8 乳児死亡 (Infant mortality)	225
2. 25. 5 妊産婦死亡に関する基準及び報告要件	225
2. 25. 5. 1 妊産婦〈母体〉死亡 (Maternal death)	225
2. 25. 5. 2 後期妊産婦〈母体〉死亡 (Late maternal death)	225
2. 25. 5. 3 総合妊産婦〈母体〉死亡 (Comprehensive maternal death) ...	225
2. 25. 5. 4 直接及び間接産科的死亡	225
2. 25. 5. 5 妊娠、分娩中及び産褥の期間中の死亡	225
2. 25. 5. 6 妊産婦〈母体〉死亡の記録	226
2. 25. 5. 7 妊産婦〈母体〉死亡の国際報告	226
2. 25. 5. 8 公表妊産婦〈母体〉死亡の分子、分母及び比	226
3. 第 3 部－ICD-11 の新機能	227
3. 1 ICD-11 の新しい慣例と用語	228
3. 1. 1 短い説明文	230
3. 1. 2 追加情報	230
3. 1. 3 コード構成	230
3. 2 ICD-11 の章構成	231
3. 2. 1 第 1 章－特定の感染症又は寄生虫症	231
3. 2. 1. 1 第 1 章－第 1 章の構成	231
3. 2. 1. 2 第 1 章－第 1 章の根拠	232
3. 2. 1. 3 抗微生物薬耐性	232
3. 2. 2 第 2 章－新生物	232

3.2.2.1 第2章－第2章の構成	232
3.2.2.2 第2章－第2章の根拠	233
3.2.3 第3章－血液又は造血器の疾患	233
3.2.3.1 第3章－第3章の構成	233
3.2.3.2 第3章－第3章の根拠	234
3.2.4 第4章－免疫系の疾患	234
3.2.4.1 第4章－第4章の構成	234
3.2.4.2 第4章－第4章の根拠	235
3.2.5 第5章－内分泌、栄養又は代謝疾患	235
3.2.5.1 第5章－第5章の構成	235
3.2.5.2 第5章－第5章の根拠	235
3.2.6 第6章－精神、行動又は神経発達の疾患群	236
3.2.6.1 第6章－第6章の構成	236
3.2.6.2 第6章－第6章の根拠	236
3.2.7 第7章－睡眠・覚醒障害群	239
3.2.7.1 第7章－第7章の構成	239
3.2.7.2 第7章－第7章の根拠	240
3.2.8 第8章－神経系の疾患	240
3.2.8.1 第8章－第8章の構成	240
3.2.8.2 第8章－第8章の根拠	240
3.2.9 第9章－視覚系の疾患	241
3.2.9.1 第9章－第9章の構成	241
3.2.10 第10章－耳又は乳様突起の疾患	241
3.2.10.1 第10章－第10章の構成	241
3.2.11 第11章－循環器系の疾患	241
3.2.11.1 第11章－第11章の構成	241
3.2.11.2 第11章－第11章の根拠	242
3.2.12 第12章－呼吸器系の疾患	243
3.2.12.1 第12章－第12章の構成	243
3.2.12.2 第12章－第12章の根拠	243
3.2.13 第13章－消化器系の疾患	244
3.2.13.1 第13章－第13章の構成	244
3.2.13.2 第13章－第13章の根拠	244
3.2.14 第14章－皮膚の疾患	246
3.2.14.1 第14章－第14章の構成	246
3.2.14.2 第14章－第14章の根拠	246
3.2.15 第15章－筋骨格系又は結合組織の疾患	246
3.2.15.1 第15章－第15章の構成	246
3.2.15.2 第15章－第15章の根拠	246
3.2.16 第16章－腎尿路生殖器系の疾患	247
3.2.16.1 第16章－第16章の構成	247
3.2.16.2 第16章－第16章の根拠	247

3.2.17 第17章－性の健康に関連する状態群	248
3.2.17.1 第17章－第17章の構成	248
3.2.17.2 第17章－第17章の根拠	248
3.2.18 第18章－妊娠、分娩又は産褥	248
3.2.18.1 第18章－第18章の構成	248
3.2.18.2 第18章－第18章の根拠	248
3.2.19 第19章－周産期に発生した特定の状態	249
3.2.19.1 第19章－第19章の構成	249
3.2.20 第20章－発生異常	249
3.2.20.1 第20章－第20章の構成	249
3.2.20.2 第20章－第20章の根拠	250
3.2.21 第21章－症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの	251
3.2.21.1 第21章－第21章の構成	251
3.2.21.2 第21章－第21章の根拠	251
3.2.22 第22章－損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響	251
3.2.22.1 第22章－第22章の構成	251
3.2.22.2 第22章－第22章の根拠	251
3.2.23 第23章－傷病又は死亡の外因	252
3.2.23.1 第23章－第23章の構成	252
3.2.23.2 第23章－第23章の根拠	252
3.2.24 第24章－健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の 要因	256
3.2.24.1 第24章－第24章の構成	256
3.2.24.2 第24章－第24章の根拠	257
3.2.25 第25章－特殊目的用コード	257
3.2.25.1 第25章－第25章の構成	257
3.2.26 第26章－補章 伝統医学の状態－モジュール1	257
3.2.27 第Ⅴ章－生活機能評価のための補助セクション	259
3.2.28 第Ⅹ章－エクステンションコード	260
3.3 マルチプル・ペアレンティング	260
3.4 コンテンツモデル	260
3.5 言語非依存の ICD 項目	263
3.6 ICD-11 の死亡コーディングにおける革新	264
3.7 ICD-11 の疾病コーディングにおける革新	267
3.8 生活機能セクション	267
3.9 ICD-11 の一般的な特徴	268
3.10 伝統医学の状態・モジュール1 (TM1)	268
3.11 第11回改訂の準備	268
3.12 付属資料A：ICD-11の改正及び保守	269
3.12.1 適用性及び知的財産権	278
3.13 付属資料B：ICDの歴史的沿革	281
3.13.1 初期の歴史	281

3.13.2 国際死因分類リストの採択	282
3.13.3 第5回改訂国際会議	284
3.13.3.1 国際疾病リスト (International Lists of Diseases)	284
3.13.4 疾病統計に関する以前の疾病分類	285
3.13.5 複合死因についてのアメリカ合衆国委員会	286
3.13.6 国際リストの第6回改訂	287
3.13.7 第7回及び第8回改訂	288
3.13.8 第9回改訂	288
3.13.9 第10回改訂	289
3.13.10 WHO 国際統計分類ファミリー	290
3.13.11 改訂間の ICD の改正	291
3.13.12 改訂の主要段階	291
3.13.13 第11回改訂の準備	292
3.13.14 ICD の歴史に関する参考文献	292
3.14 付属資料 C 死亡コーディング用付属資料	294
3.14.1 死因の医学的診断書 (死亡診断書) の国際様式	294
3.14.2 死因の医学的診断書 (死亡診断書) の国際様式のクイック・レファレンスガイド (MCCD パンフレット)	295
3.14.3 周産期死亡に関わる追加詳細事項の提案	299
3.14.4 死因コーディング用フロー図	300
3.14.5 損傷の性質コードの優先順位	301
3.14.6 診断名不明確な病態	319
3.14.7 HIV 病を引き起こしうる病態リスト	319
3.14.8 糖尿病を引き起こしうる病態リスト	322
3.14.9 手術及びその他の侵襲的な医学的処置の明らかな結果と考えられる病態リスト	323
3.14.9.1 手術の直接影響と考える病態のリスト	324
3.14.9.2 他の侵襲的な医学的処置の明らかな結果と考えられる病態リスト	327
3.14.10 死亡を引き起こす可能性の低い病態リスト	330
3.14.11 発症が女性に限られるか女性に起こりやすい分類項目リスト	337
3.14.12 発症が男性に限られるか男性に起こりやすい分類項目リスト	340
3.15 付属資料 D: ICD-10 と ICD-11 の相違点	342
3.15.1 第1章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	342
3.15.2 第2章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	343
3.15.3 第3章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	343
3.15.4 第4章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	344
3.15.5 第5章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	345
3.15.6 第6章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	346
3.15.7 第7章は ICD-11 に新たに加えられたため、過去の改訂版には存在しなかった	347
3.15.8 第8章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	347
3.15.9 第9章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	348

3.15.10	第10章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	349
3.15.11	第11章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	349
3.15.12	第12章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	351
3.15.13	第13章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	352
3.15.14	第14章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	352
3.15.15	第15章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	353
3.15.16	第16章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	353
3.15.17	第17章は ICD-11 に新たに加えられたため、過去の改訂版には存在し なかった	355
3.15.18	第18章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	355
3.15.19	第19章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	356
3.15.20	第20章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	357
3.15.21	第21章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	358
3.15.22	第22章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	359
3.15.23	第23章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	360
3.15.24	第24章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	361
3.15.25	第25章における ICD-10 と ICD-11 の相違点	361

0 ICD-11 レファレンスガイド

0.1 著作権ページ

国際疾病分類、第 11 回改訂 (ICD-11)

©世界保健機関 2022

一部の権利は留保されている。この作品は、クリエイティブ・コモンズ表示-改変禁止 3.0 政府間機関ライセンス (CC BY-ND 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>) において利用可能である。

このライセンスでは、WHO の許可なく作品の改編 (翻訳を含む) ことは許可されない。

このライセンスの条件では、作品が以下に示すとおり適切に引用されている場合は、作品を複製及び再配布することができる。この作品の利用にあたり、WHO が特定の組織、製品又はサービスを承認することが示唆されてはならない。WHO のロゴの使用は許可されない。

ライセンスに基づいて生じる紛争に関連する調停は、世界知的所有権機関の調停規則に従い実施されるものとする。

この ICD-11 の PDF 版は、ICD-11 を持ち運び可能な形式で利用したいというユーザーの期待に応えるために作成されたものである。ICD-11 の最終版は、<https://icd.who.int/browse11/l-m/en> から利用可能である。

0.2 本レファレンスガイドの使い方

このレファレンスガイドは、3 部構成となっている。各部には、ICD-11 の理解と使用に役立つ情報が含まれ、それぞれガイドを利用する主な目的に沿うように作成されている。

ICD についての経験がほとんど又は全くなく、**ICD-11** についての一般的で幅広い理解を得たい場合は、**第 1 部**から始めるのをお勧めする。

コードがどのようにできているか、ICD-11 の背後にある機構の詳細について理解したい場合は、**第 2 部**から始めるのがお勧めである。

既に ICD をよく知っており、特に ICD-10 を利用したことがある場合は、**第 3 部**から始め、**ICD-11** では何が新しくなったか (そして何が変わっていないか) を見てみるのがお勧めである。

0.3 略語集

略語	英語名称	日本語名称
AMR	Antimicrobial Resistance	抗菌薬耐性
ATC/DDD	The Anatomical Therapeutic Chemical Classification with Defined Daily Doses	解剖治療化学分類法／規定一日用量
DRG	Diagnostic Related Group	診断群分類
DSAP	Duration Stated, developed After	処置後に発症したことを示す期

	Procedure	間の記載が必要（訳注：死亡コーディングで使用）
DSM-（5 又は V）	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders （fifth edition）	精神障害の診断・統計マニュアル（第 5 版）
ICD	The International Classification of Diseases and Related Health Problems	疾病及び関連保健問題の国際統計分類
ICD-O	The International Classification of Disease for Oncology	国際疾病分類－腫瘍学
ICECI	The International Classification of External Causes of Injury	外因に対する国際分類
ICF	The International Classification of Functioning, Disability, and Health	国際生活機能分類
ICHI	The International Classification of Health Interventions	保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）
ICNP	The International Classification of Nursing Practice	看護実践国際分類
ICPC	The International Classification of Primary Care	プライマリ・ケア国際分類
INN	International Non-proprietary Names	国際一般名
ISO9999	International Standards Organization for Technical aids for persons with disabilities	福祉用具の分類及び用語に関する国際規格
MMS	Mortality and Morbidity Statistics	死亡・疾病統計用分類
NEC	（ICD 分類項目において）Not Elsewhere Classified	他に分類されないもの
NOS	（ICD 分類項目において）Not Otherwise Specified	他に記載のないもの
OCPR	Other Cause of Procedure Required	処置の原因の記載が必要（訳注：死亡コーディングで使用）
PCL	Primary Care Low Resources Settings	低資源環境でのプライマリ・ケア
SMoL	Startup Mortality List	スタートアップ死因分類表
TAG	Topic Advisory Group	部門別アドバイザーグループ
TM	Traditional Medicine	伝統医学
URI	Uniform Resource Identifier	統一資源識別子
WHODAS	The World Health Organization Disability Assessment Scale	世界保健機関障害評価スケール
WHO-FIC	The World Health Organization - Family of International Classifications	世界保健機関国際統計分類ファミリー
WM	Western Medicine	西洋医学

WONCA	World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practice/Family Practitioners	一般医／家庭医の国立大学、学会、学術組織の世界機構（訳注：世界家庭医機構）

0.4 用語集

用語	説明
活動制限 (Activity limitations)	個人の活動の機能レベルにおける制約
身体機能 (Body functions)	身体系の物理的機能（心理的機能を含む）
身体構造 (Body structures)	身体の解剖学的部分；臓器、四肢、その他の部分等
ケースミックス (Casemix)	患者を診断、治療、複雑性や必要とするもの等の情報に基づいてグループ化したもの、医療資源配分に使用される
因果関係 (Causal relationship) (コーディングで使用)	ある状態が他の状態により引き起こされる関係
分類 (Classification)	特定の専門分野のデータを特定の目的で網羅的に振り分けること
クラスター (Cluster)	ポストコーディネーションにより、スラッシュ (/) 又はアンパサンド (&) で結合されたコード
コンテンツモデル (Content Model)	分類から抽出されたある項目の定義の基礎となる知見を捕えるフレームワーク
派生分類 (Derived Classifications)	中心分類に基づいた、特定の分野に特化した国内、又は国際的に使用される分類
二重コーディング (Dual coding)	特定の臨床的用語が2つの異なる分類系、又は版にコードされること。比較、移行、マッピング、ケースミックス分類、又はシステムの移行の際の意味の理解等の目的で使用される。
期間 (Duration) (コーディングで使用)	疾病の発症から入院又は死亡までの時間経過
環境因子 (Environmental Factors)	人々が生活する物理的、社会的要素
エクステンションコード (Extension code)	ステムコードに更に詳細な情報を付加するため、ステムコードに続いて列記される。独立したものではなく、単独で分類統計に使用することはできない。ただし、他の目的、例えばデバイスの特定などには単独で使うことができる。すべてのエクステンションコードが各ステムコードに付加的とは限らない。エクステンションコードがクラスターの頭に出現することは

ファウンデーションコンポーネント (Foundation Component)	あり得ない。 保健及び保健関連領域を記述するための用語及びその関係の大きな集合。基礎となるデータベースコンテンツは内容例示表 ¹ 及び索引表のために必要なすべての情報を含み、ICD-11 の各専門領域リニアライゼーション、又は各国仕様の版の作成に必要なすべての情報を含む。ファウンデーションにおける用語、又は項目はオントロジック目的、索引の為にのみ使われるものであるが、特定の状態における公認を意味するものではない。
障害 (Impairments) 統合コーディング (Integrated coding) 修正ルール (Modification rule)	身体機能又は構造的な問題、重大な偏移又は喪失などある疾病名の分類に際して、ICD-11 の全章（西洋医学章から伝統医学章（TM1））を使用する。 死亡診断書からの死因コーディングに際して、起点での ICD コードが、特定の指示に従って他のコードに変換される。
プレコーディネーション (Pre coordination) ポストコーディネーション (Post coordination)	ステムコードが当該病態の臨床概念に関するすべての情報を含む ある病態を表現するにあたって、複数のコード（複数のステムコード、又はステムコード+エクステンションコード）を使用すること。ポストコーディネーションは原則として、少なくとも 1 つのステムコードが使用されている場合に許可される。
プライマリー・ペアレント (Primary parent)	他の項目のすべての範囲・領域をカバーする高位の項目
中心分類 (Reference Classifications)	保健システムの主要指標を包括する分類—疾病 (ICD)、障害、生活機能、健康 (ICF)、保健介入 (ICHI) を含む。
セカンダリー・ペアレント (Secondary parents)	分類の中で、特定の項目を 2 つ以上の親分類の下に配置することができる機能。
上下の因果関係 (Sequence) (コーディングで使用)	死因コーディングにおいて、死因として複数の病態が複数の行に記載されそれらの間に因果関係が認められる。
起点 (Starting point) (コーディングで使用)	死因コーディングにおいて、ある特定の状態又はイベントが、死亡に至る経過が適切に記載されている場合、その最初の状態又はイベント。死亡診断書が正しく記載されている場合は、1 欄の最下行に記載されている病態。
ステムコード (Stem)	ICD-11 内容例示表 ² に示される、コーディングに際し

¹ 訳注：直訳は「表形式のリスト (tabular list)」。従来、内容例示表という用語が当てられ、利用者に浸透しているため、引き続き「内容例示表」を用いている。ICD-10 では 1 つの分類表（第 2 巻）を意味していたが、ICD-11 では複数の分類表が想定されることに留意が必要。

code)	て単独に使用できるコード。ステムコードは、ある分類項目を指す場合、又はより高位の関連する病態群を指す場合があるが、いずれの場合も臨床的病態が1つの分類項目として表現されている。ステムコードは、正確な情報が提供された場合、各症例につき単独のコードで表現可能なようにデザインされている。
最終死因 (Terminal cause of death) (コーディングで使用)	死亡診断書の1欄の最初の行に記載される病態。直接死因。
原死因 (Underlying cause of Death)	直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病若しくは損傷、又は致命傷を負わせた事故又は暴力の状況
口頭剖検 (Verbal autopsy)	医師が直接死者の評価ができない場合、親族又は直接の介護者から聞き取りを行い、死因確認を行う方法。

1. 第 1 部－ICD-11 の紹介

1.1 国際疾病分類（ICD）

疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Classification of Diseases and Related Health Problems）（ICD）は、ヒトの健康に影響を及ぼす様々な病気、その他の要因を記録、報告、集計するためのツールである。ICDには、各種の疾病及び障害をはじめ、保健関連問題、疾患又は死亡の外因、及びそれらの解剖、部位、そして保健関連の活動、薬剤、ワクチン等、極めて多くの分類項目が含まれる。

ICDの目的は、様々な国・地域における、死因及び疾病データの体系的な記録、分析・解釈、比較を可能にすることである。

ICD-11は、個々のデータのセマンティック・インターオペラビリティ（訳注：意味論的相互運用性）を確保し、記録されたデータの再利用を可能とし、さらに、単なる保健統計以外の利用、すなわち方針決定支援、資源配分、診療報酬、各種ガイドラインなどのユースケースにも利用できるように設計されている。

ICDの維持管理及び導入支援におけるWHOの役割は、WHO憲章に明記されている。さらに、すべての加盟国は、最新版のICDの導入及び使用を「世界保健機関国際分類規則」（WHO International Nomenclature Regulations）により法的に義務づけられており、世界保健総会が採択するICDの各改訂版についても、その都度改訂しなければならない。これには、各改訂の間の変更の内容、及び国際統計分類ファミリー（WHO-FIC）の継続的な開発及び実施も含まれる。ICDは、中核の分類として、他の関連分類、専門分野版、ターミノロジーと紐付けられる。

医療保健情報システムにおいては、疫学的分析、資源配分、調査研究、さらには診療記録、方針決定支援、診療報酬等の個人レベルの使用においても、データを再利用できなければならない。ICDは一意識別子（unique identifier）の使用により、統計分類での必要性をはるかに超える非常に詳細な情報を提供できる。これにより、例えば、稀少疾患、特殊な所見、個別の医薬品等の情報を記録し、報告することもできる。

ICDは疾病及びその他の保健問題の診断名をアルファベットと数字から成るコードに置換し、そうすることによりデータの保存、検索、分析を可能にする。ICDは、すべての疫学分野、また数多くの保健管理の用途における国際標準的な診断分類であり、その用途には、特定の母集団の全般的な健康状態の分析、疾病の発現率及び有病率のモニタリングなどが含まれ、その他の保健問題の、対象者個人の特徴、状況等の他の変数との関連で調査することなどに使用されている。また、ICDは、診療請求又は資源配分等、医療制度の財政面の調査研究にも応用可能である。

ICDはこの150年間で「国際死因分類リスト」（International List of Causes of Death）から、包括的な分類・ターミノロジーシステムへと進化を遂げた。ICD-11はオントロジーベースの設計となっており、その姉妹分類であるICF及びICHIを共通のオントロジー・インフラに移行させたことにより、ターミノロジー及び分類を共通のプラットフォーム上で完全に統合させることが可能になった。そうすることで、漏れない臨床記録が可能になり（情報を必要な詳細度でコーディングができる）、統計的な集計を機能として内蔵し、エンドツーエンドのデジタルソリューションが提供され、他のターミノロジーと連結させて様々な用途に使用できるようになった。

ICD は世界の大部分の保健資源の配分に使用されている。ICD の利用者には、医師、看護師、その他の医療従事者、研究者、診療情報管理士、コーディング担当者、医療情報技術者、アナリスト、政策立案者、保険関係者、患者団体等が含まれる。

ICD は、多彩な使用現場で、多様な詳細度での分類に活用されている。したがって、ICD は保健概念とその特徴や関係性が明確化された中から、適切なコード群を選ぶことを可能にする情報の枠組みであると言える。ICD-11 は過去の ICD 改訂版を考慮して構築されており、過去の ICD 改訂版の従来からの用途との一貫性を確保している。古い ICD 改訂版に基づいてなされた過去のデータ分析も、ICD-11 に基づくデータ分析と関連性を持たせることができる。

このように、ICD は「死因」、「診断」、「入院理由」、「治療された病態」、「他の傷病名」、「危険因子」、「受診理由」等の統計の基礎となる各種の診療記録や書類に記載されたデータを分類、整理、活用することを可能にする。

1.1.1 想定される用途

ICD は、極めて広範囲のユースケース、すなわち死因、疾病、疫学、ケースミックス（DRG：診断群分類）、医療の質と安全、プライマリ・ケア、生活機能評価、研究、予防、物質（医薬）又は医療器具の安全、抗微生物薬耐性（AMR）等のサーベイランス、がん登録、傷害研究等の幅広いニーズに対応できるように設計されている。さらには、臨床記録、意思決定支援、ガイドライン、勧告等のためのセマンティック・インターオペラビリティも確保している。

死因や疾病に関わる各用途の詳細及び使用方法の説明は、本書の他のセクションに記載されている。更に革新的な形で ICD を使用することを想定されている場合は、ICD-11 の機能とその柔軟性を最大限生かすために、WHO と事前に協議することが推奨される。

1.1.2 分類

分類とは、「相互に排他的な項目を網羅する集合体であり、特定の目的のために、事前に決められた専門度でデータを集計するものである」（ISO 17115）。分類は、体系的な記録又は分析を目的として、関連する概念を分別化することである。この分類化は、1 つ又は複数の論理的な規則に基づく。保健分類の目的は様々である。例えば、死亡の原因（死因）、疾病、人の生活機能の分析などである。頻度の低い概念は 1 つにまとめられる傾向がある一方で、稀な概念は個別に分類される場合もあり得る。

コーディングとは、分類から特定のコードを割り当てて特定の目的のために臨床概念を表示する過程である。コーディングの一貫性を担保し、異なる場所で異なる時にコーディングされたデータを比較できるようにするには、コーディング規則が分類と一体化されている必要がある。分類はターミノロジーを補完するものである。なぜなら、分類は統計のために情報の標準的なコーディングを行うように設計されているからである。

ICD-11 は、分類とターミノロジーの両者を合体させたものであり、また、より詳細な情報を提供し、様々な異なる用途を満たす他のターミノロジーとも関係できるよう

に設計されている。ICD-11 を使ったコーディングにより、統計に必要なコードを導き出すのみならず、統一資源識別子（Uniform Resource Identifier）（URI）も活用できる。

1.1.3 WHO 国際統計分類ファミリー（WHO-FIC）の中の ICD

WHO 国際統計分類ファミリー（WHO Family of International Classifications）（WHO-FIC）は、健康や保健医療制度の様々な側面を一貫性のある形で記述するために WHO が推奨した分類群である。

WHO-FIC は、保健医療情報システムの標準化された基盤であり、中心分類、派生分類、関連分類の 3 つのグループに大別される。

中心分類及び派生分類はファウンデーション・コンポーネントを土台としている。ファウンデーション・コンポーネントとは、健康及び保健関連領域に関わる概念（同義語及び推奨される項目名を含む）並びにその関係性を 1 つの大きな括りとしてまとめたものである。

疾病及び保健関連問題に関わる用語及び項目は ICD に、生活機能に関わるものは ICF に、医療行為に関わるものは保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）（International Classification of Health Interventions）（ICHI）にそれぞれ網羅されている。ファウンデーション・コンポーネントからの用語は、複数の中心分類で使うことができる。

派生分類では、1 つ又は複数の中心分類からの用語を使うことができる。WHO-FIC の中では、関連分類は、中心分類及び派生分類を補足するものとしてみなされている。関連分類は独自の用語を使うこともできるし、WHO-FIC の一部を構成する分類として他の WHO-FIC 分類と共通の用語を使うこともできる。

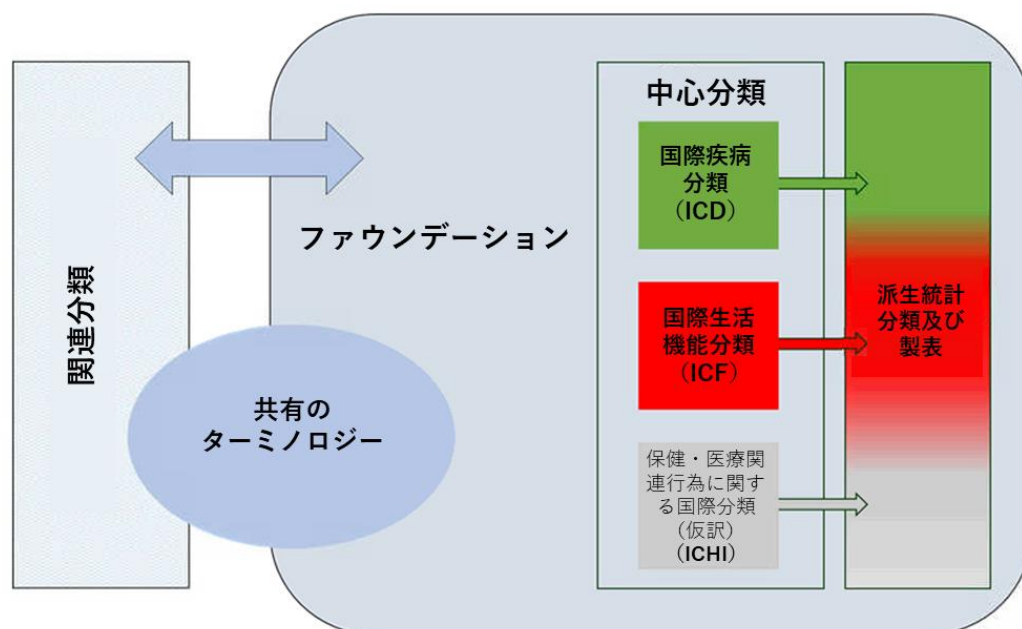


図 1. WHO 国際統計分類ファミリー（WHO-FIC）、関連分類、ファウンデーション・コンポーネント、共有用語の関係

WHO-FIC の目的は、地域、国、国際レベルで信頼性の高い統計システム及びその他のデータ・システムの開発を支援し、健康状態及び医療の改善を促すことである。保健関連情報には、ICD が網羅していないような情報が更に必要になる場合もあるであろう。保健関連分類群又は「ファミリー」は、ICD とは異なる領域の分類を提供すると同時に、特定用途（例えば、がん登録）のための ICD よりも詳細な情報を提供することで、上記のようなニーズに対応している。WHO-FIC の提供する一連の統合された分類群は、似たような特徴を共有すると同時に、それを単独又は組合わせて使うことで、健康及び医療システムの様々な側面の情報の提供を可能にする。例えば、ICD は中心分類として主に死因と疾病の情報を把握するために使われる。生活機能は国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health）

（ICF）に分類され、医療行為は保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）（International Classification of Health Interventions）（ICHI）に分類される。

WHO-FIC は、健康及び健康管理に関連する情報の様々な次元の概念的枠組みを提供する。これにより、WHO-FIC はコミュニケーションを改善させ、国内はもとより、国境、医療分野、サービス、時間を超えてデータの比較を可能にする共通言語を提供しているのである。WHO 及び WHO-FIC ネットワーク（協力センター、非政府組織（NGO）、選定された専門家が含まれる）（<https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance>）は、国際統計分類ファミリーが科学及び分類学上の確かな原則に裏打ちされ、最新であり、文化的に適切で国際的に適用でき、健康の多面性に焦点を当てることで様々な利用者のニーズを満たすことができるように分類ファミリーを構築することに取り組んでいる。

1.1.4 WHO-FIC：中心分類

中心分類は、保健医療システムを規定する主な要因である死亡及び疾病（ICD）、障害、生活機能、健康（ICF）、医療行為（ICHI）を対象としている。これら WHO-FIC 中心分類は、国際合意の産物である。その使用は幅広く受け入れられ、公式な合意が存在し、健康の国際的な報告のための標準として承認され、推奨されている。中心分類は、他の分類の開発又は改訂の規範としても用いることができる。3つの中心分類は、以下の通りである。

1. 疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）
2. 国際生活機能分類（ICF）
3. 保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）（ICHI）

中心分類は共通のファウンデーション・コンポーネントを土台とし、エクステンションコードを共有する。

1.1.4.1 国際生活機能分類（ICF）

ICF は、健康及び生活機能又は障害を、個人レベル及び集団レベルの両方で評価するための WHO の枠組みである。ICD が疾病及び死因を分類するのに対して、ICF は健康及び健康関連領域の分類である。ICD 及び ICF は合わせて健康の全体像を捉える枠組みを提供する。

ICF は健康及び健康関連状況を二部において分類する。第一部は生活機能及び障害に対応するもので、これを身体、個人、社会の視点から記述する。第一部は更に2つの部分で構成される。つまり、「心身機能・構造」及び「活動と参加」である。第二部は背景因子に対応するもので、これも更に2つの部分、「環境因子」及び「個人因子」で構成される。これは、個人の生活機能は一定の背景の中で規定されるからである。個人因子の分類を作成し、それを背景因子に統合する作業が進められているところである。

「生活機能」は、心身機能（例：記憶）、身体構造（例：後頭葉）、活動と参加（例：歩行、報酬を伴う仕事）を総称する用語である。生活機能は、個人（その個人の健康との関連）とその個人の背景因子（環境因子及び個人因子）との相互関係の肯定的側面を示す。

「障害」は、機能障害、活動制限、参加制約を広く包含する用語である。障害は、個人（その個人の健康状態）とその個人の背景因子（環境因子及び個人因子）との相互関係の否定的側面を示す。障害は1つの連続体として認識され、そのため、ICF 及びその中に含まれるコードは、「障害がある」又は「障害がない」といった国際的なバイナリー（訳注：原義は、2進法。コンピューター用語では、データが「0」と

「1」で表現されているデータ形式）の状態を割り当ててをしない。障害の程度は、臨床現場で症例を定式化する際の記述に使うことができる。制度や政策の立案者は、ICF を使って、特定の目的に応じた認定基準となる独自の障害レベルを設定できる。

ICF には、以下に示す、その他の関連する記述用語がある。

- 「心身機能」とは、身体系の生理的機能（精神機能を含む）である。
- 「身体構造」とは、身体の解剖学的部位を指し、例えば、器官、体肢とその構成部分等である。
- 「機能障害」とは、心身機能又は身体構造上の問題を指し、例えば、著しい偏位や欠損等である。
- 「活動」とは、個人による課題や行為の遂行のことである。
- 「活動制限」とは、個人が活動を実行する時に生じる難しさのことである。
- 「参加」とは、生活・人生場面への関わりのことである。
- 「参加制約」とは、個人が生活・活動場面に関わる時に経験する難しさのことである。
- 「環境因子」とは、人々が生活し、人生を送っている物理的、社会的な環境や人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。

ICF では、心身機能（b）、身体構造（s）、活動と参加（d）、環境因子（e）にそれぞれコードが設けられている。

ICF のコードは評価点があってはじめて完結する。評価点は、健康状態の程度（「問題なし」から「完全な問題」までの間の問題の大きさ）を示し、評価点がなければ、コード自体は何ら意味を持たない。ICF では、人間は誰でも健康の減退を経験する可能性があり、したがって、何らかの障害をも経験することを認識している。障害は、一時的で短期間の場合（かぜで仕事を数日間、休んで家で療養するなど）もあるし、慢性的又は永久的の場合もあるし、その程度が時と共に変化する場合もある。

個人因子も ICF の生活機能及び障害モデルに含まれているが、社会、文化によって個人因子に関わる変動が大きいため、個人因子は ICF に分類されていない。異文化間の適合性の確立に関わる課題、財源の制約、倫理面の考慮から、これ以上の分類は実施されていない。

1.1.4.2 保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）（ICHI）

保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）（International Classification of Health Interventions）（ICHI）は、急性期医療、プライマリ・ケア、リハビリテーション、生活機能支援、予防、公衆衛生、支援サービスなどの保健医療システムの中で機能しているあらゆる分野の介入行為を対象としている。したがって、全種類の医療提供者が行う医療行為が含まれている。医療行為を記述し、それを分類することの重要性が長い間、認識されてきた。医療行為の国際分類（ICPM）を WHO が 1978 年に公表したが、この分類が保守されることはなかった。ICHI は旧来の ICPM よりもかなり広範であり、あらゆる医療行為が含まれている。ICHI の開発は 2007 年に WHO 国際統計分類ファミリー（WHO-FIC）ネットワーク（WHO-FIC Network）と WHO の共同の取り組みとして開始され、それまで数か国で開発が進められていた医療行為の国内分類で蓄積された経験が活かされた。

表 1. ICHI の開発における記述及び用語

軸	包含	例示
対象（Target）の軸：行為の対象となる項目が含まれる。	解剖学、人間の機能、個人又はクライアント、グループ又は人口集団	胃、日常生活動作
行為（Action）の軸：医療介入時にある行為者がある対象に対してする行為をいう。	調査、治療、管理、情報提供、支援、予防	生検、ワクチン接種
手段（Means）の軸：その行為が行われる過程や方法を記述する項目が含まれる。	アプローチ（Approach）：その行為の対象に至る過程	開放、内視鏡的
	技術（Technique）：その行為の一部をなす技術	放射線、磁気共鳴
	方法（Method）：その行為がどのようになされたかを記述	法の執行、輸送手段

各軸の内容は、多数の医療行為に共通したものに限定した。特に：

- 機器・器具は軸として採用されていない。これは、多くの医療行為で機器・器具の関与がなく、機器・器具の変化が急速であるからである。しかしながら、機器・器具がエクステンションコードに含まれて来る可能性はある。
- 医療行為を通して投与される薬物やその他の物質は他に分類されている（例：ICD、解剖、治療の見地から見た化学物質分類システム（ATC）／一日使用薬剤容量（DDD）、INN）。

コーディング体系は、3つの軸に対応する7桁の項目によって構成される。

- 対象 (Target) に3文字
- 行為 (Action) に2文字
- 手段 (Means) に2文字

ICHIのコードは、3つの軸の有効な7文字の組合せで構成される。ICHIに分類されるそれぞれの医療行為に対して、適切な7文字の組合せが明示されている。3つの軸を様々な形で組合せることができるが、そのすべてがICHI領域として有効なわけではない。

1.1.4.3 WHO-FIC：派生分類

派生分類は、国レベル若しくは国際レベルでの使用又は特定の専門分野での使用に合わせて作られる場合が多い。派生分類は中心分類（ICD、ICF、ICHI）を基にしている。派生分類の作成のあり方としては、以下の方法を取ることもできる。

- 中心分類の構造及び部類を採用する。
- 中心分類が提供する詳細度よりも更に細かい詳細度を提供する。
- 1つ又は複数の中心分類から項目を再編成、又は再統合する。

ICD-11には、共通のファウンデーションから派生する専門リニアライゼーションがある。現時点では、皮膚学、プライマリ・ケア、精神保健の専門リニアライゼーションが作成されている。今後、更に専門リニアライゼーションが作られる可能性もある。

1.1.4.4 関連分類

関連分類もWHO国際統計分類ファミリーの一部を構成する。関連分類は、健康又は保健医療システムの重要な側面でありながら、中心分類又は派生分類の対象となっていないものを記述する。関連分類は以下の通りである。

- 国際プライマリ・ケア分類（ICPC）
- 外因に対する国際分類（ICECI）
- 福祉用具の分類及び分類に関する国際規格（ISO9999）
- 解剖治療化学物質分類法／規定一日用量（ATC/DDD）
- 看護実践国際分類（ICNP）

1.1.5 保健医療情報システムにおけるICDの利用

保健医療情報システムは、保健医療データの収集、分析、使用のための様々な構成部分から成っている。情報の出所は、例えば、集団ベースのもの、医療施設ベースのもの、特定疾病に焦点を当てたものなどである。集団ベースの保健医療情報の主なソースは、住民登録・人口動態統計（CRVS）、国勢調査、世帯調査である。

医療施設関連データのソースは、公衆衛生サーベイランス、保健医療サービスデータ（保健管理情報システム又は定期的健康情報システム（RHIS）とも呼ばれているも

の)、保健医療制度モニタリングデータ(人材、保健医療インフラ、財政等)である。

国民保健医療支出推計(NHA)は、保健財政の全体像を把握できるように設計されている。コーディングを行うことによって、保健医療情報の記録を特定の言語に依存せずに行うことができるようになる。コーディングを標準化することで、国内及び国際的なデータ比較が可能になる。例えば、ICDを使ってコーディングされたデータは保健医療システムの様々な領域を超えて比較が可能である。ただし、そのためには共通のコーディング規則が適用されなければならない。

保健医療情報システムは急速に、デジタル(電子)での報告及びコーディングに移行している。ICD-11はそのような環境で使えるように設計されている。本レファレンスガイドのコンテンツは、ICD-11コーディングに必要な唯一の追加的資料である。

多くの場所では、従来のアナログ方式である紙での報告に基づく情報収集がなされている。ICD-11は、必要に応じて、紙ベースのシステムでの利用のために印刷版としても製作することができる(1.1.5.2節を参照)。

1.1.5.1 デジタル環境での ICD-11 の利用及びウェブサービスとの併用

ICD-11を使って電子カルテ、電子死亡診断書、その他のデジタルデータ群から診断名のコーディングが可能である。ICD-11コーディングツール等の特殊なツールを使えば、ICD-11の項目又は部門を定義する複数の側面のいずれに該当する特定のICD-11コードを容易に見つけることが可能である。1つの状態に対して複数のコードを使うことで、より詳細な情報を付加することができる。コーディングされたICD-11項目の一意識別子(unique identifier)を残すことで、異なる翻訳版の間でも同じ情報の再利用ができるようになる。WHOではICDウェブサービス(web services)(<https://icd.who.int/icdapi>)を開発しており、M2M(訳注:コンピュータネットワークに繋がれた機械同士が人間を介在せずに相互に情報交換し、自動的に最適な制御が行われるシステム)の相互作用(machine-to-machine interaction)による情報交換をサポートしている。

1.1.5.2 アナログ方式の紙を使った環境での ICD-11 の利用

ICD-11をアナログ方式の印刷版としても必要であれば使用できる。情報はハードコピーの書類に記録され、ICD-11を使って手作業でコーディングする。留意すべきは、紙による記録は情報を手作業で電子システムに転記することが必要になり、情報連鎖の中で可能な限り早期に電子報告に移行することが検討されるべきである。紙による記録は、判読性の問題やコーディングされたデータの即時性上で問題を生じさせる場合がある。ICD-11は様々な方法でコンピューター支援コーディングをサポートしており、その中にはコードの組合せの制限やその他の妥当性確認の機能が提供されている。すべての利用者は、長期目標として、ICD-11を電子環境の中での使用、コーディングを目指すべきである。

印刷版では、情報を内容例示表、レファレンスガイド、索引の3冊に分けている。ICDを正しく使用するにはこの3冊すべてが必要である。

1.1.5.3 電子版

ICD のブラウザー版では、大部分の情報が相互に関連づけられ、関連性のある場所で見えるようになっている。WHO はこの ICD-11 ブラウザー版を多言語で提供している (<https://icd.who.int>)。このツールを使うことで、利用者は用語、解剖学的部位、コンテンツモデルのその他の要素を検索して、探している概念を見つけることができる。また、ブラウザーでは、利用者がコメントや提案を通して、ICD の改正や継続的な改善に貢献できるようになっている。このようなコメントや提案を分類に取り込む検討が年単位で行われる。

ICD-11 はウェブサービス (web services) を使うことで、利用者が使っている特定のソフトウェアからもアクセスが可能である。互換性の要件の詳細については、ICD の IT ガイドに記載する (<https://icd.who.int/icdapi>)。ウェブサービスでもオンライン・ブラウザーでも、ICD のすべての内容例示表へのアクセス及び検索が可能であり、内容例示表には死因疾病統計、プライマリ・ケア、特定の専門領域の専門リニアライゼーションに関わるものが含まれる。

1.1.6 他の分類及びターミノロジーとの関連性

ICD を使ってコーディングされた項目又は分類項目は、他の関連する保健分類及びターミノロジーと併用することによって、ケアのエピソード又は研究対象の症例を完全に記述することができる。

1.1.6.1 ターミノロジーとの統合的利用

分類とは、論理的規則に従って情報を集まりに分けるものである。ターミノロジーは、望まれるあらゆる詳細度で情報を報告することを可能にする。例えば、身体部位、所見、疾病を構成するその他の要素などの情報である。伝達されるのは、ターミノロジーで定義済みの項目に限られる（つまり、ターミノロジーは、既にターミノロジーに追加されている情報以外の新しい情報を報告する機構を持たない）。対照的に、分類には残余部門（「その他の明示された」及び「詳細不明」）があり、あらゆる場合でも必ず分類することができる。ターミノロジーは、近代の分類と同様に、疾病を例えば解剖学又は所見等のその疾病の各要素間の関連性を確立することで、その疾病を定義できる。ターミノロジーでは、記録された情報の特定の側面を強調せずにその情報を保持する。

対照的に、分類では、内容の中から例えば公衆衛生を目的として「特に関連性のある部分」を明示できる。この関連性のある部分について国際的な合意を結ぶことで、集計された情報の国際比較が可能になる。分類の集計論理の標準的利用も、ターミノロジーの詳細情報の標準的利用も、比較可能性という同じ目的を目指すものである。いずれの場合も、透明性のある国際的な合意形成過程が必要である。索引及び内容例示表を統合することで、ICD は独自のターミノロジーを持つ方向に動いた。

ターミノロジーと分類は補完し合うものとして認識すべきである。ICD-11 ファウンデーションは、ICD-11 のターミノロジーを形成する部分であり、従来の ICD-10 索引及びその他の情報源に由来している。第三者のターミノロジーとの関係は、可能である場合は ICD-11 ファウンデーションと 1 個対 1 個の関係性でなされているが、そうで

ない場合は ICD-11 ファウンデーションから 1 個対複数個の関係性で示されている。これらの関係は、マッピング・ペーパーの勧告に従うものとする。

1.1.6.2 ICD の中の生活機能及び ICF との併用：概要

ICD は特定の障害概念を一般的な疾病又は障害項目として扱ってきた歴史がある。これは例えば、盲、聾、学習不能、四肢麻痺などである。また、その他の目的で特定の障害概念を「損傷の続発・後遺症」や「能力低下による活動の制限」などとして使ってきた。ICF が作成されたのは ICD-10 が公開された後である。

ICD-11 では、疾病及び生活機能の概念を整合させ、その併用を促す観点から、ICF との関連づけがなされている。

ICD-11 と ICF との間の概念の整合が複数の部分でなされている。

- ICD の徴候及び症状は ICF の心身機能と整合が図られ、ICD の「健康状態に影響を及ぼす要因」は ICF の背景因子と整合が図られている。
- ICD-11 の眼科の章（第 9 章）にある視覚障害関連の項目は、それぞれ ICF の視覚機能の分類法及び定義と整合が図られている。

さらに、特定の ICF の項目を活動（Activities）及び参加（Participation）の構成要素から抽出し、特定の病態と関連する傾向があることが広く認められている生活機能上の制約が記述できるようになっている。疾患又は障害が個人の日常生活に及ぼす影響は、その疾患又は障害の重症度のほか、背景因子（例えば、環境因子）や共存疾患の有無によって左右される。ICD では、このような疾患又は障害の重症度を、その疾患又は障害の特性の 1 つとして捉え、その疾患又は障害の個人の日常生活への影響を生活機能コードで表せるようにするアプローチを取っている。

オプションで利用できる生活機能セクションが ICD-11 に盛り込まれ、健康状態への影響を生活機能の観点から分類し、測定できるようになっている。

ICD-11 の生活機能セクションでは、影響評価及び記録のための以下の 2 つの選択肢を用意している。

- ICF に基づく包括的評価ツール（すなわち、WHO 障害評価面接基準（World Health Organization Disability Assessment Schedule）（WHO-DAS 2.0））及びモデル障害調査（Model Disability Survey）（MDS）を使って、総合的な生活機能スコアと領域別の生活機能スコアを算出する。このようなスコアを算定するには、他の臨床評価尺度と同様に、WHO-DAS 2.0 の全体（すなわち、全質問項目）を使わなければならない。WHO-DAS 2.0 の利用の詳細は WHO-DAS のマニュアルに記載されている。
- ICF 付録 9 に由来する生活機能項目の短いリストを使用する。これらの項目は、重症度を示す 5 点までの共通評価点と一緒に使って、保健医療情報システムの中での生活機能の記載を行うべきである。

一般的に、ICD-11 と ICF を関連づけることで、以下の用途に役立つことが想定される。

- 一般医療での評価（例：能力評価）
- 社会給付の評価（例：障害年金）

- 支払い又は診療報酬請求
- ニーズ評価（例：リハビリテーション、職業支援、介護）
- 介入の成績評価

「生活機能」に関する完全な報告が求められる場合は、必ず ICF を使用するべきである（詳細は [2.11 節](#)を参照）。

1.2 ICD の構造及び分類法

ICD の章及び中間分類項目の構造は、150 年に渡る分類の 11 回の改訂の中で進化を遂げたものである。ICD の執筆は一定の規則に従って行われ、分類の機能・構造面の整合性が確保されている。ICD の進化においては、最新知識を反映した分類項目を設ける必要性和、時空を超えて統計的な比較可能性を確保する必要性との間で慎重に均衡が取られている。

ICD の章構造は、疾病の主な側面を反映している。章は、医学の専門分野や領域を限定するために設けているのではなく、特定の専門分野又は診療報酬制度との関連性は二次的なものである。ICD の分類項目には、疾病、障害、症候群、徴候、症状、所見、損傷、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因、保健制度を利用する理由、伝統医学の項目がある。ICD-11 では、上記の項目を補足する目的で、解剖学、物質、医薬品、医療機器・器具、病原体、損傷の場所等の詳細な情報を追加して記録することが可能となっている。また、ICD-11 では、その使用に関する一連の規則及び説明並びに必要なメタデータ（訳注：データについてのデータ。あるデータそのものではなく、そのデータを表す属性や関連する情報を記述したデータのこと）が提供されている。さらに、必要な報告様式も掲載されている。

ICD が時空を超えて最も広範に使用される用途は死因統計である。また、ICD は臨床記録のための分類としても使用され、資源配分、ケースミックス、患者安全及び医療の質、さらにはプライマリ・ケア及び研究等の疾病の情報を、標準化された、言語に依存しない形で提供できるようになっている。ICD 及びその記述は法制度における枠組みとしても使用されている。

1.2.1 分類法 (Taxonomy)

疾病統計分類は、病態の全体を網羅しながらも相互に排他的な限られた数の分類項目に限定されなければならない。分類項目の選定においては、疾病による現象の統計的調査研究に有用なものが選ばれる。すべての疾病又は病態に対して、分類項目リストの中で明確に定義された場所が与えられなければならない。そのため、分類を通して、それ独自の分類項目を持たない、又はより具体的な分類項目に入らないその他の雑多な病態のために、残余の分類項目が用意されている。しかしながら、ICD-11 統一資源識別子 (Uniform Resource Identifier) (URI) を使うことで、そのような詳細な情報も将来の分析のために保持できる。ある病態が固有の分類項目になるかを決定する上では以下の措置が適用される。

1. 疫学的エビデンス：コーディングされた死因疾病データの頻度分析
2. 臨床的エビデンス：医学の専門領域から提供される疾病エビデンス

3. 粒度：死因又はプライマリ・ケアで最低限の詳細度で有用性を持って報告されるもの
4. 継続性：ICD の従来からの詳細度の保持
5. 節約：分類項目の数を国際的な報告義務の目的において限定する必要性

統計分類は、それに階層構造及び区分を持たせることによって異なる詳細度の情報を扱えるようになる。疾病統計分類が保持すべき機能には、特定の個別の疾病を明示することと、疾病群のデータから統計的記述を可能にするものの両方が求められ、これは有用かつ理解しやすい情報を提供するために必要である。この一般原則は、その他の保健問題及び医療サービス利用の理由の分類にも適用され、これらの分類も ICD に統合されている。ICD は、純粋に理論的な分類というより実用的な分類として開発されており、その中で分類の基軸として病因、解剖学的部位、発症状況、その他の条件などに関して多くの妥協がなされてきた。

ICD-11 では、ある臨床状態を望まれる詳細度で記述するために、複数のコードを組み合わせる方法を広く活用している。ICD-11 の電子アーキテクチャーでは、分類のあらゆる病態（その病態が統計階級の中の 1 つの病態であるか、それ自体が 1 つの統計階級であるかに関わらず）に固有の一意識別子（unique identifier）を割り当てている。この 2 つの機能を合わせて使うことで、診断に関わる詳細な情報が少ない時は簡易な形でコーディングを行い、包括的で高度な診断報告が求められている時は詳細な情報を付け加えることを選択できるようになっている。

1.2.1.1 コンテンツモデル及び疾病の定義

コンテンツモデル

詳細は、「3.4 節 コンテンツモデル」を参照。

疾病の定義

通常、疾病は関連する要素を下記の組合せの中から抽出して定義される。疾病とは、ある身体系における機能不全の集合体であり、下記によって定義される。

特徴	内容
症候又は症状	既知の徴候、症状、関連する所見の組合せ
病因	根本的に説明できる機序
経過及び転帰	時間の経過とともに見られる特徴的なパターン
治療への反応	介入に対する既知の反応パターン
遺伝因子の関わり	例：遺伝型、遺伝子発現パターン等
環境因子の関わり	疾患を誘発する環境因子

1.2.2 章の構造

ICD は変数軸分類である。ICD の構造は、分類の構造に関する国際的な議論の草創期に William Farr が提案した構造から発展した。William Farr の分類構造は、流行病、体質性又は全身性の疾患、部位別の疾患、発達疾患、損傷によって構成されていた。

この分類の基本は ICD-11 の章に引き継がれている。この構造は、歴史的精査に耐え、ある意味では恣意的であるが、一般的な疫学の目的においては、他の試された構

造よりも有用であると現在でもみなされている。この構造を維持してゆくには、安定性を確保する一方で、新しいセクションを追加することを可能にしなければならない。

特別なグループにまとめられる病態とは、例えば、それが解剖学的部位を中心に分類された場合には分散してしまい、疫学的調査研究に不都合になってしまう病態である。これらの病態で構成されるのが、以下の「特定グループ」(special group)の各章である。

章	表題
1	特定の感染症又は寄生虫症
2	新生物
3	血液又は造血器の疾患
4	免疫系の疾患
18	妊娠、分娩又は産褥
19	周産期に発生した特定の状態
20	発生異常
22	損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響

この「特定グループ」の章と「身体系」(body systems)の章を区別して考えることは、分類の構造のあり方、分類に従ったコーディングのあり方、分類に基づく統計の解釈の仕方を理解する上で実用的な示唆を与えてくれる。記憶に留めるべきは、一般的に、病態は主として「特定グループ」の章の1つに分類することである。

病態の位置づけに迷いがある場合は、「特定グループ」の章が優先される。この原則は、ICD 各章の冒頭に記載される「除外」の欄にも適用されている。

1.2.3 特殊概念の分類のための指導原則

1. 臨床所見は、第21章「症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの」の章に分類している(例:「血清酵素の異常値」又は「循環系の機能検査の結果」)。
2. 疾患の症状発現は、保健医療介入の契機となるものであり、それが発現する身体系の章の「臨床症状」に分類する。その原因病態も一緒にコーディングしなければならない(例:心筋炎)。
3. 原因不明の症候群は、最も関連性の高い臓器系に分類する(例:コステン症候群は「消化器系」の章に位置する)。
4. 分類項目名における「～による」(due to)の記載は特定の例外的な場合にのみ限定する(例:RSウイルスによる急性細気管支炎)。
5. 極めて具体性のある慢性の処置後病態は、それが発現する身体系の章の最後に1つのグループにまとめて分類している(例:外科手術又は放射線治療によるリンパ浮腫)。残余項目はこれらのグループには存在しない。
6. 急性の術後合併症は、身体系又は損傷の章からのコードと、外因の章からのコードを組合せて表示する(例:介入時における不慮の臓器穿刺は、損傷を受けた臓器のコード(傷病)、損傷を生じさせた外科手術のコード(原因)、損傷の機序として不慮の穿刺のコードを組合せて分類する)。

7. 分類項目名における「多発性」(multiple) の記載は例外的な場合に限定され、各々の複数の異なる病態を個別にコーディングすることが求められる (例: 多発性損傷は、可能であれば、それぞれ個別にコーディングする)。
8. 分類項目名における「続発症」(sequelae) の記載は例外的な場合のみに限定される。続発症として生じる特定の病態を、その原因となったものと一緒にコーディングすることが求められる。場合によっては、「後遺症」(late effect of) の記載は残る (例: 脳血管疾患の後遺症又は晩期梅毒)。「続発症」には、疾患又は障害の残存作用、続発症として明示されている損傷又は中毒、活動性の疾患がない場合の停止性、非活動性、陳旧性、休止性の病態若しくは治癒した病態の後遺症等が含まれる。
9. 分類項目名における「歴」(history of) の記載は例外的な場合のみに限定される (例: 悪性新生物の既往歴では、より頻繁に関与する解剖学的部位のみを記載する)。
10. 上位の分類グループは意味のあるものでなければならない。
11. 残余項目はそれが意味のある場合にのみ存在する。(例: ある病態が先天性又は後天性である場合、「その他の」の残余項目は存在しないが、「詳細不明」の残余項目は存在する。)

1.2.4 ICD-11 の一般的な特徴

ICD-11 における構造面での主な新機軸は、ICD-11 がファウンデーション・コンポーネント (Foundation Component) を土台としていることであり、このファウンデーション・コンポーネントからそれぞれの内容例示表 (疾病死因統計用の分類等) が派生することである。

1.2.4.1 コード体系

ICD-11 のコードはアルファベット及び数字で構成され、その範囲は 1A00.00 から ZZ9Z.ZZ までである。これらのコードはステムコード (stem code) と呼ばれる。ステムコードの構成は以下の通りである。

- 1 桁目の字は必ず章の番号を示す。1 桁目は数字又はアルファベットの文字の場合がある。
- 「X」から始まるコードは、エクステンションコード (extension code) である (2.9 節を参照)。
- 2 桁目の位置には必ずアルファベットの文字が入る。これは、ICD-11 のコードを ICD-10 のコードから区別するためである。
- 3 桁目に強制的に数字を入れているのは、「不適切な言葉」が生じないようにするためである。
- 「O」及び「I」の文字は、数字の「0」及び「1」との混同を避けるために使用しない。

例えば、「1A00」は第 1 章の中のコードであり、「BA00」は第 11 章の中のコードである。

例: ED1E.EE

- E は、「34 進法」に該当する（0～9、A～Z、O 及び I は除く）。
- D は、「24 進法」に該当する（A～Z、O 及び I は除く）。
- 1 は、「10 進法」に該当する（0～9）。
- 1 桁目の E は「1」から始まり、各章に割り当てられる（すなわち、「1」は第 1 章、「2」は第 2 章、・・・「A」は第 10 章等）。

最後の桁に表記された「Y」は、「その他の明示された」の残余の分類項目に指定されており、最後の桁に表記する「Z」は、「詳細不明」の残余の分類項目に指定されている。中間分類項目が 240 を超えてしまう章に関しては、コーディングのためのスペースが限られるため、「F」（「その他の明示された」）及び「G」（「詳細不明」）も残余の分類項目を示すものとして使われる。

1.2.4.2 統一資源識別子

すべての構成要素には統一資源識別子（Uniform Resource Identifier）（URI）が付与される。URI は、ICD-11 の特定の構成要素を固有のものとして特定する文字列である。各構成要素は、グループ及び分類項目の階層の中で特定の場所が与えられる。

1.2.4.3 中間分類項目コード

ICD-11 の中の上位層の項目（「中間分類項目」と呼ぶ）は、集計した統計の報告に用いることができる。ただし、中間分類項目はコーディングに使用しないため、独自のコードを持っていない。中間分類項目はそれぞれ独自の URI が付与される（例：新生物の URI は「<http://id.who.int/icd/entity/1630407678>」）。中間分類項目は、中間分類項目 ID で表すこともできる。中間分類項目 ID は、11 桁の長さである（例：「[BlockL1-1A0](#)」）。

1.2.4.4 ステムコード

ステムコード（stem code）は、ICD-11 の内容例示表の中で単独で使うことのできるコードである。ステムコードは、単一の病態又は特定のユースケースにおいて高い関連性を持つ病態群である場合もあるし、必ず単一の分類項目として記述することが必須である臨床状態である場合もある。ステムコードは、1 つの症例に対して 1 つだけのコードを割り当てることが求められるユースケースにおいて、意味のある情報が確実に収集されることを担保するように設計されている。

1.2.4.5 エクステンションコード及びポストコーディネーション

エクステンションコード（extension code）は、解剖学、病因、組織病理等のコード群から成り、ステムコードに詳細な情報を付加するために使われる。エクステンションコードは、統計分類の中では単独で使用してはならず、必ずステムコードと合わせて使用される。エクステンションコードを、例えば医療機器の記録など、統計分類以外の用途に使用することもできる。しかしどのエクステンションコードも自由にあらゆるステムコードと組合せて使ってよいわけではない。[2.9 節](#)を参照。

ポストコーディネーション (postcoordination) は ICD-11 の特筆すべき新機能であり、必要に応じて複数の中心的な診断概念を組合せたり (すなわち、ステムコードで表される概念+別のステムコードで表される概念の組合せ)、エクステンションコードで表される臨床概念を主たるステムコードの概念に付加したりすることを可能にするものである。このように組合わさる診断概念を「クラスター」 (cluster) と呼ぶ。強調されるべきは、ICD-11 に内在するこのポストコーディネーション機能は、ICD-10 との比較で最も大きな変更点の 1 つであるということである。クラスターは、医療従事者が記述する 1 つの臨床概念を表す。原則として、ポストコーディネーションは、少なくとも 1 つのステムコードが使用されていれば、どのポストコーディネーションの軸 (axes) でも使用できる。API、ブラウザー、コーディングツールの使用により、特定の分類領域ではポストコーディネーションが容易にできるようになっている。他の領域では、ポストコーディネーションを個別にコーディングすることで対応する必要があるが、今後の ICD-11 の改正の中で必要に応じて支援機構が提供されるであろう。

1.2.4.6 その他の一般的な特徴

- ICD-11 の分類項目にはショート・ディスクリプション (短い説明文) と、「アディショナル・インフォメーション (追加情報)」と表記される長い説明文がある。短い説明文は 100 ワードまでの長さでその病態について記述し、その記述内容はその疾病又は状態に関して必ず当てはまる事柄を記述し、それによって、その分類項目の範囲の理解を可能にするものである。短い説明文は、分類の内容例示表に記載される。長い「追加情報」は、長さに制限のない完全な説明文である。
- 特定製表用リスト (2.25 節を参照) がこれまでと同様に ICD-11 にも存在するが、3 つのリストが更に付け加えられた。3 つのリストは、スタートアップ死因リスト (Startup Mortality List) (SMoL)、口頭剖検リスト、病因別感染症リストである。専門リニアライゼーションは、部分集合を作ることによって、そして必要に応じてより詳細なプレコーディネーションを通して、皮膚学、神経学等の専門分野の観点から内容例示を再構成するものである。

1.2.5 ICD-11 のファウンデーション・コンポーネント及び内容例示表

ファウンデーション・コンポーネント (Foundation Component) は、ICD のすべての病態の多次元的集合体である。それは ICD の基礎となるデータベースであり、内容例示表及び索引表の印刷版並びに ICD-11 の専門リニアライゼーション及び各国版の作成に必要なすべての情報を保持している。病態には、疾病、障害、損傷、外因、徴候、症状が含まれる。ある病態とは、例えば、「腕の損傷」といった極めて幅広い概念である場合である一方、ある病態は、例えば、「母指の皮膚の裂傷」といったふうに、より詳細である。また、ファウンデーション・コンポーネントは病態を用いて内容例示表を作るのに必要な情報をも保持している。ファウンデーション・コンポーネントには、特定の病態が内容例示表のどこに、どのように位置づけられ、それがグループになるのか、ステムコードを持つ分類項目になるのか、又は特定の分類項目の中で索引用語として記載されるのかなどの情報が入っている。

ファウンデーション・コンポーネントから複数の異なる内容例示表を作成できる。共通のファウンデーション・コンポーネントから同じ樹状構造の階層を持つ複数の共通性のある内容例示表を作成できる。ファウンデーション・コンポーネントには、内容例示表の中のコードをいかに組合せてより詳細な情報をコーディングすることができるかということを示す指示も含まれている。このような規則の下に、コーディング担当者及びコンピューター・システムは、内容例示表を使う際に可能なコードの組合せが可視化できるのである。

内容例示表では、ファウンデーション・コンポーネントの中にある病態が分類項目になる。分類項目は相互に排他的で全体を網羅するものであり、単一樹状構造（mono hierarchical tree）に連結している（つまり、それぞれの分類項目の親項目は1つだけである）。そうであっても、分類項目となった病態で複数の親項目を持つものに関する情報もファウンデーション・コンポーネントから取り出すことができる。この情報を使って、その分類項目を内容例示表の中の複数の位置に表示できる。例えば、参照用の内容例示表の中でその病態の分類項目を黒色のフォントで示し、ブラウジング用又は代替用の内容例示表の中で別の位置にあるその病態の分類項目を灰色のフォントで示すなどである。ICD-11 には、異なる詳細度を持つ複数の共通性のある内容例示表が存在する。

1.2.5.1 ICD-11 のプレコーディネーション及びポストコーディネーション

病態は、1つ以上のコードを使うことで、又は以下の「ポストコーディネーション」（つまり、組合せる）を使うことで、どのような詳細度でも記述できる。

1. 複数のステムコードを組合せる（例：コード 1/コード 2）
2. ステムコードと1つ又は複数のエクステンションコードを組合せる（例：ステムコード&エクステンションコード 1&エクステンションコード 2）
3. このようにして、分類は限られた範囲の分類項目を使いながらも、多数の臨床概念に対応できる。

ステムコードは、組合せる前の状態で関連するすべての情報を備えている。これを「プレコーディネーション」（precoordination）と呼ぶ。ある病態に関連するその他の詳細な情報を追加するために複数のコードを組合せて記述することを「ポストコーディネーション」（postcoordination）と呼ぶ。組合わされたコード群を「クラスター」（cluster）と呼ぶ。2.10 節を参照。

1.2.5.2 マルチプル・ペアレンティング

病態を2つの異なる位置に正しく分類することも可能である（例：部位による分類又は病因による分類）。食道がんなどの疾病であれば、がん（悪性新生物）又は消化器系の病態に分類できる。同様に、脳虚血の病態は、脈管系又は神経系に分類できる。病態をどの位置に置くかの決定は、国際的な合意及び過去から受け継がれたレガシーによる。

1.2.6 言語非依存の ICD 構成要素

ICD-11 の病態は特定の言語に依存しない。国際レベルでの ICD-11 の保守は英語で対応するが、ICD-11 のコンテンツモデルは特定言語に依存せず、どの言語でも ICD-11 ファウンデーション・コンポーネントの中にある病態との紐づけが可能である。このようにして、国際的な翻訳ベースが翻訳又は多言語のブラウジングを容易にしてくれる。（3.12 節 付属資料 A：ICD-11 の改訂及び保守を参照）。

1.3 ICD の主な用途：死亡

死因統計は、医学研究、公衆衛生モニタリング、保健医療介入の評価、医療計画及び追跡に広く活用されている。世界保健総会（WHA）で採択された、死亡診断書から単一の原因又は病態を日常的な死因統計製表のために選定する規則は、死因データの生成を標準化するために提供されているものである。死因統計における ICD の導入には情報の記録及び保存、情報の流れの設計、品質管理及びフィードバック、データの出入力に携わる分類ユーザーの訓練のためのインフラストラクチャーの整備が必要である。

1.3.1 コーディングの対象：死因

単一の原死因を記述し、死因に関して同じく死亡診断書に記載された更なる情報を把握するために選定された手法を活用することで、特定母集団の健康状態の傾向を明らかにできる。

公衆衛生介入が効果的に行われれば、損傷又は死亡に至る事象の連鎖を断ち切り、その損傷又は死亡を防ぐことができる。この目的において、原死因の定義は「(a) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病若しくは損傷又は (b) 致命傷を負わせた事故若しくは暴力の状況」とされ、死亡統計の日常的な単一原因の製表のために原死因が選定される（詳細は 2.20 節を参照）。

1.4 ICD の主な用途：疾病

疾病データは、国又は地方レベルの統計報告のために用いられる場合が多い。統計報告は学術研究の範疇で実施される場合もあるが、保健医療制度や公衆衛生機関の意思決定を形作るために現場で実際的に実施されるのが一般的である。また、ICD を使ってコーディングされたデータは、様々な種類の診断群分類（Diagnosis Related Groups）（DRG）等の異なるケースミックスシステムの土台をも形成している。さらに、コーディングされた疾病データは、ファウンデーション・コンポーネントから疾病負担に関する情報を提供することを通じて様々な診療ガイドラインの形成にも活用できる。

1.4.1 コーディングの対象：患者の状態

主要病態の定義は、病院中心のケアのエピソードの記述に関連する。医療従事者は、入院の理由として保健医療ケアの過程の最終時点で確定した単独の病態を主要病態として記録し、明示しなければならない。

医療従事者は、患者の治療と共に、患者の健康状態の記録にも責任を負う。この情報は、標準的な記録方法により体系的に構築されるべきである。正しく記載された記録は、適切な患者管理に不可欠である。それはまた、患者の診断名の有効なコード化された記録を作成する上でも重要な前提条件であり、そのような記録は患者の病態を記述した情報をコーディングするプロセスを通して得られる。患者の病態がしっかりと記述されていれば、この情報が ICD 及び関連分類を使って適切にコーディングされ、疾病及びその他の医療保健問題に関する疫学データ及びその他の統計データの貴重な情報源となる。記載された病態の情報をコード化するのは、医療従事者である場合もあるし、患者の診療に直接関わらない臨床コーディング担当者である場合もある。後者の例は加盟国でも一般的に見られるが、その場合、コーディング担当者が拠り所とするのは、医療従事者が診療記録に記載した患者の病態の臨床記録の妥当性である。医療従事者による臨床記録の重要性は、コーディングされた診療データの起点として、いくら強調してもし過ぎることはなく、各国内及び国際的にもその重要性が強調される必要がある。これは、医療従事者の訓練課程における診療情報及び臨床記録の教育の分野で非常に大きな要素である。（詳細は [1.4 節](#) を参照）。

1.5 伝統医学

伝統医学（TM）は、多くの国で保健医療サービスの不可欠な部分を占めている。伝統医学を ICD に取り込むことで、伝統医学の国際的な標準化、すなわちその測定、集計、比較、質問提起、経時的なモニタリングが可能となる。伝統医学の分類システムは一部の国々では、長年、維持されてきたがそのシステムからの情報は標準化されておらず、世界的に提供されるものでもなかった。

ICD-11 の伝統医学の疾病及び証の章（TM1）を使って症例をコーディングする場合は、ICD の 1～25 章の西洋医学概念と共にコーディングすることが推奨される。

ICD の他の章と同様に、TM1 章は伝統医学の実践又は伝統医学的介入の効果を評価するために設計されたものではない。その一方で、TM1 章は伝統医学の状態を分類、診断、集計、伝達、比較するためのツールであり、伝統医学の安全性及び効果を検証するための研究及び評価にも活用できる。

詳細は [3.12 節 付属資料 A：ICD-11 の改正及び保守](#) を参照。

1.6 ICD の保守

ICD 保守プロセスは、疾病、治療、予防の知識の進歩に応じて、ICD を改正していくためのものである。また、ICD の日常的な利用、及び WHO 加盟国又はその他の関係者からの要請により、ICD の改善、内容の明確化が行われる。

改正提案を収集し、分配、適切に検討した上で導入するための標準的でオープンなプロセスが確立されている。提案及び見直しのための機構をオンライン上のプラットフォームに設置され、オンラインプラットフォーム上の提案、検討プロセスの透明化が図られている。変更の提案が、医学及び科学の観点から、また特定のユースケースにおけるその価値及び位置付けの観点から審査できるよう、ワークフローが設定されている。（[3.12 節 付属資料 A：ICD-11 の改正及び保守](#) を参照）。

1.6.1 構成編集プロセスにおける指導原則

1. 分類における項目の割り当ては、分類の構造的及び機能的な一貫性を保持するための一連の規則に従ってなされる。ここに挙げた主要な規則のほかに、特殊なケース、ユーザーに対して一貫性のある使用を保証するための追加の規則がある。中核を成す規則をその重要性の順序に従って以下に記載する。
2. 分類への変更（分類項目又はグループの章間の移動を含む）は、病因又は予防法における変化の根拠及び証拠となる文献がなければ認められない。（例：第4章—免疫系の疾患は、新たな章として加えるに値する十分な科学的エビデンスに基づいて新設された）。一方、「皮膚の創傷」を「皮膚の疾患」に移す提案がなされたが、皮膚の創傷は損傷であり、その予防は、その原因に焦点があるという観点から、損傷のグループに残された。
3. 病態は主としてその病因に従って分類する。
4. 重要な「病因」の局所の発現は、病因の章に位置する（例：ウイルス性肝炎は「感染症又は寄生虫症」に分類する）。
5. ある病態が複数の異なる病原による可能性があり、影響を受ける身体系を残すことがより適切である場合は一般的に身体系に分類する（例：一部の胃潰瘍は細菌によって発症するが、「消化器系」の章に残す）。
6. 病態の原因が不明である場合、最も関連性の高い臓器系に分類する（例：コステン症候群は「消化器系」の章に置く）。
7. 「病因」が全身性の場合、主として関連する病因の章に分類する（例：特発性炎症性ミオパチーは「免疫系の疾患」の章に分類する）。
8. 病態を分類の複数の場所に置く可能性がある場合、過去から受け継がれたレガシーの位置に残す。
9. 例えば、眼の損傷は、眼及び眼の損傷予防の両方にとって同様に重要である。眼の損傷を眼の章に移す提案があったが、これまでと同様に損傷の章に残した。
10. 病因と身体系が同等に重要である場合、レガシーの位置を変えない（例：動眼神経麻痺）。
11. 一連の亜型集団を1つの場所にまとめて置くことが、解剖学的又は病因論的な分類よりも優先される場合がある（例：ヒトのプリオン病は遺伝の要素を持つものと、伝染性の要素を持つものがある）。

1.6.2 ユーザー・ガイダンスの改善

以下に示す規則は、ユーザーのための指針として提供するものである。ユーザーは、樹状構造をブラウジングする際に、ある特定の病態が特定の場所に配置されていると予想するかもしれない。ユーザーグループによっては、特定のデータをグループ化したり、その他の理由から部分集合を作ったりする必要があるかもしれない。ファウンデーション・コンポーネントの中のマルチプル・ペアレンティングでこの問題の解決に対応できる。（1）ある病態を複数の位置に置くことができる場合、その位置を特定して、セカンダリー・ペアレントとして追加する。例えば、「結腸の悪性新生物」は新生物の章に分類されるが、それと同時に消化器系の疾患の章にも表示される。病態の集合を複数の位置に表示する必要があるが、その集合に一致するグループ

が存在しない場合、適切な位置にウィンドウを設置する（プライマリー・チルドレン、用語、残余項目はなし）。（2）ある病態と同じような名称を持つ他の病態とを混同する恐れがある場合、除外の欄に他の病態を記載する（例：「季節性インフルエンザウイルスによるインフルエンザ」には、「除外：インフルエンザ菌

〔H.influenzae〕：髄膜炎」の記載がある）。（3）別の方法でデータを集計する必要がある場合、特別なりニアライゼーションのリストをセカンダリー・ペアレントとして作成する（例：病原体別の感染症分類）。各項目のコード体系は、完全な国際分類版で使用されるコード体系がそのまま使用される。（4）特定の身体臓器系の疾患が異なる章にまたがって分類されている場合、関連する疾患の特別なりニアライゼーションを作ること検討できる。各項目のコード体系は、完全な国際分類版で使用されるコード体系がそのまま使用される。現在、特別なりニアライゼーションがプライマリ・ケア、皮膚科学、神経学、眼科学用に作成されている他、国際疾病分類－腫瘍学（ICD-O）、外因に対する国際分類（ICECI）等の特殊な用途のために作成されている。

1.6.3 序論：ICD-11 改正プロセス

ICD-11 の公式版は、死因及び疾病の国際利用のために毎年、公表される（通称「ブルーブラウザー」）。対照的に、ICD-11 のファウンデーション・コンポーネントは常時、アップデートされている。改正提案を収集、処理し、適切に検討した上で導入するための標準的なプロセスが確立されている。

改正を実施する頻度はその改正のレベルによって異なる。4桁及び5桁のコードに影響を及ぼす改正は5年毎に実施する。より詳細な水準での改正はより頻繁に公開する。索引への新規記載は随時行われる。統計結果に重大な影響を及ぼす死因及び疾病分類ルール改正は、10年おきの長い周期で行われる。

ICD のユーザーは誰でも ICD の改正提案を出すことができる。改正提案は、ICD の単独又は複数の項目に関わるものでも良い。改正提案は、内容例示表又はファウンデーション・コンポーネントの中にある項目の位置に関するものでも良いし、コンテンツモデルの各要素に関するものでも良い。ICD-11 メンテナンス・プラットフォーム（通称「オレンジブラウザー」）が提案やコメントを扱うのに使われる。ICD-11 及びその構成部分に関わる改正提案は、参考情報や詳細な科学的エビデンスの適切な提示、また該当する場合は著作物に関する著作権者からの許諾を必要とする。

1.6.4 疾病コーディングのための各国修正版

ICD を国内の保健医療制度の特有な状況の中で使用する場合、現行の ICD-11 に存在しない詳細が必要になる場合があるかもしれない。これは、例えば、現場の特殊な状況や診療報酬制度における必要性によるものかもしれない。このような場合の改正も ICD の他のすべての改正と同じく国際的なプロセスの対象となり、そのプロセスを経た上でファウンデーション・コンポーネントの一部となり、最終的に死亡・疾病統計用分類（MMS）の一部となる。理想的には、その改正を要請した国で導入される前にその改正が MMS の一部となることである。

状況によっては、政府又は国の関連機関が、ある修正を即時に必要とする場合、現行のファウンデーション・コンポーネントとの齟齬が回避されなければならない、関連する修正は国際的な改正プロセスでの特別機構の対象となる。各国修正版の製作を計画するすべての国は、WHO と関連する契約上の取決めを締結しなければならない。その中には、国内外の配布に対する規制及び WHO がその修正をファウンデーションに取り込むために必要なリソースが対象に含まれる。

ICD-11 の各国修正版の開発においては、以下の規則を遵守しなければならない。

1. 理想的には、修正に関する ICD-11 の保守機関の合意があった後に国内で修正を導入する。
2. 修正は疾病統計又は死因統計に影響を及ぼさず、またファウンデーションとの齟齬が生じないものであるべきである。
3. すべての各国修正版の承認は、相当する詳細が既にファウンデーションにおいて存在するか否かの検討を要する。
4. ICD-11 国際版が修正された場合、それぞれの各国修正版でも可及的速やかに修正が行わなければならない。

例示

「1 型糖尿病」は ICD-11 WHO 版で **5A10** に分類されている。各国修正版では、ICD-11 に更に詳細なコードを付け加える必要があるかもしれない。例えば、「1 型糖尿病、コントロール不良」を **5A10** の細分類項目として「5A10.1 1 型糖尿病、コントロール不良」と追加できるかもしれない。しかし、ポストコーディネーションの仕組みが必要な詳細を既に提供しているのであれば、新たに細分類項目を追加する必要はないであろう。

2. 第 2 部－ICD-11 の活用

2.1 コーディング及び報告の基本指針

コーディングとは、ある病態の意味を必要とする詳細度で表記するために、1つ又は複数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、コーディング担当者は、分類及びコーディングの原則に精通している必要がある。単独のコードを使用するだけで十分な詳細度が得られることがある一方、特定のユースケース、状況又は法律に求められる詳細度に対応するために、複数のコードを併用する必要がある場合もある。

コーディングにおいて、ユーザーは、オンライン又はオフラインで利用できる ICD-11 スマートコーディングツールを使用することが推奨される。コーディングツールを利用することによって、ユーザーは探している項目を簡単に、自動的に見つけて選択できる。検索結果が表示するのが単一のステムコードではなく、複数のコードの組合せであっても、その組合せられたクラスターをコーディングツールから出力できる。

ソフトウェアには、記録又はコーディングを誘導するようなリストやその他のプロンプト機能（訳注：入力要求メッセージ）を含めてはならない。なぜなら、これらのリスト等は診断名の範囲を必然的に限定し、記録及び報告の正確性や有用性に悪影響を及ぼすからである。

ICD-11 の印刷版を代わりに使用方法もあるが、この方法は推奨されない。その理由は、この方法では多くの時間がかかってしまうことと、電子的なコーディングツールが提供するヒントなしで正しいコード又はコードの組合せを見つけて選択する上で混乱が生じる可能性があるからである。電子的環境が利用できない場合には、WHO の協力により、何らかの具体的な解決が導かれる可能性がある。

2.2 内容例示表、特定製表用リスト、限定語及び修飾語

内容例示表は、英数字の順に掲載した疾患及び疾患群、包含用語及び除外用語、一部のコーディングルールで構成されている。ICD の第 1 章から第 25 章には、4 桁、5 桁又は 6 桁の約 15,000 の項目が記載されている。

さらに、エクステンションコードのセクション（2.9 節）及び伝統医学のセクション（1.5 節）がある。内容例示表の最後には特別製表用リストが掲載されている。特別製表用リストは、コーディングのために設計されたものではなく、製表及び報告にのみ使用する（2.25 節）。

2.3 索引表

索引表は、約 12 万語以上の医学用語（同義語、句を含む）のリストである。索引表は、医学用語に対応する ICD コード又はコードの組合せを検索するために使用する。索引表に記載された用語は、単にコーディングの目的のものであって、索引表における用語の記載は、特定の病態を承認又は推奨することを意味しない。

2.4 レファレンスガイド

レファレンスガイドには、ICD の背景、構成部分及び使用目的についての概説が含まれる。ICD-11 の多様な構成部分を説明し、認定及び記録に関するガイダンス、死亡

コーディング（即ち、死因統計）及び疾病コーディング（病院統計等）のルール、統計データの製表用リストを提供する。

2.5 ブラウザー及びコーディングツール

WHO は、ICD-11 用のブラウザー及びコーディングツール（通称「ブルーブラウザー」）を多言語で提供している（<https://icd.who.int>）。ユーザーはこのツールを使って用語、解剖学的部位又は ICD-11 の中のその他の要素を検索することにより、求める概念を見つけることができる（1.2.5 節 ICD-11 のファウンデーション・コンポーネント及び内容例示表を参照）。

また、WHO はメンテナンス・プラットフォーム（通称「オレンジブラウザー」）も提供している（3.12 節 付属資料 A：ICD-11 の改正及び保守を参照）。ユーザーはこのツールを使い、ICD-11 の改正及び継続的な改善に貢献できる。ユーザーからの意見は提案という形で提出され、年間予定の中で掲載の可否が検討されるべき詳細な根拠、科学的なエビデンス、及び専門家によるレビューの参考文献を添付して提出される。（3.12 節 付属資料 A：ICD-11 の改正及び保守を参照）。

WHO は、コーディングのための ICD-11 スマートコーディングツールを提供している。コーディングツールの利用により、ユーザーは探している項目を簡単に、自動的に見つけて選択できる。

ICD-11 は、ユーザー独自のソフトウェアでウェブサービスを使用してアクセスすることも可能である。ICD の IT ガイドに互換性要件についてより詳細な情報が記載されている。

ウェブサービス又はオンライン・ブラウザーのいずれからでも、死亡・疾病統計用分類、プライマリ・ケア、又は特定の専門領域で使用する専門リニアライゼーション等の ICD のすべての内容例示表にアクセスできる。

2.6 コーディングの流れ－医学用語

下表は、紙と電子環境でのコーディングの流れを比較したものである。コーディングに必須なのが、報告された医学用語に一致するコードを見つけることであり、関連言語における確かな辞書を持つことと、得られたコードを追加規則に照らし合わせて検証することが必要である。電子環境では、プログラム上に埋め込まれた指示を使ってコーディングルールが遵守されていることを確認できる。

電子	紙
1. コーディングツールに記述又は用語を入力する。	1. 見出し用語を索引表で調べ、該当する副用語を調べる。
2. 表示された選択肢の中から、一致する用語、又は探しているものに最も近い用語を選択する。	2. 記載されている用語の中から、探している用語又はそれに一番近いものを選ぶ。
3. 内容例示表のブラウザービューで、分類項目、その分類項目が属するグループ及び章の各レベルで指定された除外項目、包含項目、その他の注釈を参照して	3. 内容例示表（第 1 巻）で、分類項目、その分類項目が属するグループ及び章の各レベルで指定された除外項目、包含項目、その他の注釈を参

表示結果を確認する。	照して結果を確認する。

WHO のオンライン・ブラウザー及びコーディングツールは、<https://icd.who.int> で利用できる。

2.7 ICD-11 の規約

ICD-11 は規約に基づいて、標準的な形でその内容を表現する。規約は文脈の内容のみならず、コーディングの構造体系に適用される。

2.7.1 包含用語（インクルージョン）

コードが付された分類項目内には、通常、他の医学用語が同様の病態を示すものとして記載されていることがある。これらは「包含用語」と呼ばれ、項目名にある診断名に加えて、その分類項目に分類される診断名の例として示される。これらの用語は、異なる病態を指すことも、同義語であることもある。包含用語は、その分類項目の下位分類ではない。

包含用語は、主に分類項目の内容への手がかりになるように定義（ディスクリプション）に加えて掲載されている。包含用語の多くは、その分類項目に属する重要な用語や一般的な用語に関するものである。そのほかに、2つの細分類項目との間の境界を示すために病態又は部位を掲載している場合もある。分類項目に記載されている包含用語は、決して網羅的なものではない。

診断名の同義語（シノニム）も包含用語に含まれ、電子コーディングツール及び索引表に表示される。

項目名と合わせて包含用語を読むことが必要な場合もある。これは通常、包含用語の中に部位又は医薬品が列記されている場合で、その部位又は医薬品から項目名にある語（例えば、「～の悪性新生物」、「～への損傷」、「～の毒性作用」）の意味を理解するのに用いられる。特定の分類項目群又は4桁分類項目下のすべての細分類項目に共通して使用できる一般的な診断名は、章、グループ又は分類項目の項目名のすぐ下に続く「包含用語（インクルージョン）」の見出しの下に記載されている。

2.7.2 除外用語（エクスクルージョン）

分類項目によっては、「除外用語（エクスクルージョン）」の見出しとともに病態が列記されている場合がある。除外用語は別の場所に分類される用語である。例えば、「5A60 下垂体機能亢進症」では、クッシング症候群が除外用語となっている。

除外用語は、ICDにおける相互参照として機能し、分類項目の境界を明確にするのに有用である。

特定の分類項目群又はすべての細分類項目に共通して除外できる一般的な除外用語は、章、グループ又は分類項目の項目名のすぐ下に続く「除外用語（エクスクルージョン）」の見出しの下に記載されている。

ICD-11 のマルチプル・ペアレンティングは、分類の中の他の場所に配置されている子項目の存在を示している。これも除外を示すものでもあり、「子項目が別の場所に分類されている」ことを意味する。印刷版及び電子版では、これを「他の項目にコードする（Coded elsewhere）」の見出しで表示している。

2.7.2.1 「～もコードする」及び「必要に応じてコードを追加する」の指示

「～もコードする（Code also）」の指示は、特定の分類項目と一緒に病因に関する追加情報をクラスターでコードすることが必須であることをユーザーに伝えるものである。これはその追加情報が一次製表に関わるからである。「～もコードする」の指示は、その分類項目を、指示された2つ目のコードと一緒に使用されなければならないことを示す。しかし、場合によっては、それ自体が治療を要する病態であるにもかかわらず、その病因が不明なことがある。この場合、そのコードを単独で報告することができる。

例えば、「糖尿病白内障」の分類項目では、糖尿病の種類もコードすることを指示している。これは、「糖尿病白内障」のコードと合わせて、糖尿病の種類コードを割り当てることを意味する。糖尿病の種類及び糖尿病白内障の両方のステムコードは、常にクラスターとして記載されるべきものである。

「必要に応じてコードを追加する（Use additional code, if desired）」の指示は、更に詳細な情報を任意で追加できることをユーザーに伝えるものである。

2.7.3 「NEC」及び「NOS」

2.7.3.1 「NEC」

「他に分類されないもの（not elsewhere classified）」の語句がステムコードの分類項目名の中で使用される場合、それは掲載されている病態の別の型が分類の他の箇所に現れる可能性があるという警告を意味する。例えば、「NF09 有害作用、他に分類されないもの」。NECの語句が追加されたコードは、分類で利用可能な他の選択肢のいずれかが当てはまらない場合にのみ使用する。

2.7.3.2 「NOS」

NOSの文字は、「他に記載のないもの（not otherwise specified）」の略語で、分類に使用される用語に、記載された病態以上の詳細が提供されていないことを意味する。これは、「詳細不明」、「完全に特定されていない」、「限定されていない」という意味を含んでいる。それにもかかわらず、そのような病態の非限定的な用語が、より限定的な病態の分類項目に分類されることがある。これは、医学用語では、最も一般的に見られる病態はその病態の一般名で知られており、それほど一般的でない病態のみが限定されることが多いためである。例えば、「咽頭炎」と言えば、それは「急性咽頭炎」を意味するものとして使われるのが一般的である。誤った分類を避けるため、これらの固有の前提が考慮されている。

包含用語を注意深く観察することで、原因の前提がどこにあるのかが明らかになる。コーディング担当者は、記載された情報から、分類の他の場所のより具体的な分類項目へのコーディングが可能でないことが明らかな場合を除いて、その病態が限定されていないものとしてコーディングしないよう注意すべきである。同様に、ICDに基づく統計の解釈において、明らかにより具体的な分類項目に割り当てられた病態が、記録上はそうのように記載されていないことがある。時系列で傾向を比較し、統計を解釈する場合、ICDの改訂ごとに前提条件が変わる可能性があることを認識するこ

とが重要である。例えば、第 8 回改訂以前は、限定のない大動脈瘤は梅毒によるものとされていた（ICD-10 の導入後は、この限りではない）。ICD-11 では、ほとんどの場合、「NOS」という用語は詳細不明の分類項目を指しているのもので、今後のデータ分析では、言語的な意味に関する前提に対応することができる。

ICD コーディングで許可されるその他の用語：

- 特定の（Certain）
- その他の（Other）
- 詳細不明（Unspecified）
- 及び（And）
- 又は（Or）
- による（Due to）
- を伴う（With）
- による（Caused by）
- に起因する（Attributed to）
- に続発する（Secondary to）
- を伴う（Associated with）

2.7.4 「特定の」

「特定の（Certain）」という用語は、分類の特定の場所にグループ化できる特定の分類項目が、現在の章又は中間分類項目以外の場所にグループ化されている場合に使用される。例えば、「[8B22](#) 特定の明示された脳血管疾患」は、一部の特定の脳血管疾患のみをこの分類項目にコードし、他の特定の型の脳血管疾患は、分類の他の場所にあることを意味する。

2.7.5 残余の分類項目－「その他の」及び「詳細不明」

ICD-11 のコーディングは、上記のように 1 つ又は複数のコードを使用して、常に可能な限り最も具体的なレベルの詳細を含むように完結させる必要がある。しかし、それが不可能な場合もあり、そのために ICD-11 には「その他の」（Other）及び「詳細不明」（Unspecified）と題する分類項目が設けられている。場合によっては、詳細な分類項目を選択するために必要な情報が元の記録から得られないことがある。このような場合、残余の分類項目である「詳細不明」が選択される。逆に、元の記録の情報は非常に詳細であるが、内容例示表にそれに対応した詳細な分類項目が存在しない場合もある。この場合、ユーザーは最も近い分類項目を探し、「その他の」という項目名の残余分類項目にコーディングする。

2.7.6 「及び」と「又は」の使い分け

ICD-11 の「及び」と「又は」は形式論理学での意味で使われている用語である。

「A 及び B」の型の語句を含む用語は、その分類項目を使用するためには A と B の両方が存在しなければならないことを意味する。「A 又は B」の型の語句を含む用語は、A 又は B のどちらかが存在すれば、その分類項目を使用できることを意味する。

2.7.7 「～による」と「～を伴う」

「～による (due to)」は、2つの病態が言及され、それらの間に因果関係がある場合に分類項目に使用されるべき用語である。他の用語、例えば「～による (caused by)」や「～に起因する (attributed to)」は同義語として認められる。「～に続発する (secondary to)」という表現も同等であり、同義語として含めることができる。

「～を伴う (associated with)」は、2つの病態が言及されているが、因果関係が示唆されていない場合に分類項目に使用されるべき用語である。

2.7.8 綴り、括弧、文法、その他の規約

ICD-11における語句等の綴り及び文法は、WHOの規定に準拠し、原則として英国式とし、一部の例外及び修正を用いている。詳細な規約は以下の通りである。ICD-11の用語は以下の規定を用いている。

- 用語は単数形で記載されている。例えば、頭皮の表在損傷は「Superficial injuries of scalp」ではなく、「Superficial injury of scalp」と表記する。
- 冠名用語にはアポストロフィーを使用しない。例：「ホジキンリンパ腫」(「Hodgkin's lymphoma」ではなく「Hodgkin lymphoma」)。
- 項目は自然言語で記述される。例えば、「梗塞、心筋」の代わりに「心筋梗塞」。
- 略語は大文字で表記し、その後に完全な項目名を記載する。例えば、「MI [心筋梗塞]」(「MI - [myocardial infarction]」)。
- 内容例示表では、除外用語のコードを括弧のために括弧を使用する。例えば、「9A01.3 感染性眼瞼炎」の除外用語は「眼瞼結膜炎 (9A60.4)」と表記。

2.7.9 一般的な特徴

ICD-11の主たる構造的革新は、それがファウンデーション・コンポーネントを土台とし、そこから内容例示表(死亡・疾病統計用分類等)が派生することである。

「1.2.5 節 ICD-11 のファウンデーション・コンポーネント及び内容例示表」を参照。

表 1：ICD-11 用語

ICD-11 用語 説明

ファウンデーション・コンポーネント 内容例示表及び索引表の印刷版を生成するために必要なすべての情報並びに ICD-11 の専門リニアライゼーション及び各国修正版を生成するために必要な追加情報を保持する基礎となるデータベースコンテンツである。

ステムコード ステムコードは、単独で使用できるコードである。それらは ICD-11 死亡・疾病統計用分類の内容例示表にみられる。ステムコードは、関連性の高い項目又はグループである場合もあるし、常に 1 つの分類項目として記述されるべき臨床病態である場合もある。ステムコードは、症例ごとに 1 つのコードのみを必要とするユースケースにおいて、意味のある最小限の情報が収集できるように設計されている。

エクステンションコード	エクステンションコードは、ユーザーやコーディング現場が、より詳細な情報を記載したいと考えた場合に、ステムコードに追加できる追加情報をリストにまとめたものである。エクステンションコードは相互に排他的ではない。階級構造を持っているものの、分類として設計されてはならず、統計的分類の観点からは、エクステンションコードをステムコードなしに単独で使用することはできない。エクステンションコードは、クラスター内の最初の位置に表示できない。エクステンションコードは、機器・器具の記録等の別の用途で単独で使用されることがある。
プレコーディネーション	ステムコードは、臨床概念に関するすべての関連情報を事前に結合した形で含む場合がある。これを「プレコーディネーション」と呼ぶ。 例：「BD50.40 穿孔を伴う腹部大動脈瘤」 例：「CA40.04 肺炎マイコプラズマによる肺炎」
ポストコーディネーション	複数のコードを組合せて使用して（例：ステムコード及び／又はエクステンションコード）、記録された臨床概念を完全に記述すること。少なくとも1つのステムコードが使用されている限り、原則としてすべての軸（axes）でポストコーディネーションが認められている。API、ブラウザー、コーディングツールは、特定領域でのポストコーディネーションを容易にする。その他のポストコーディネーションの領域では、個別にコードする必要があるが、ICD-11 の将来の改正では、必要に応じてサポートされる可能性がある。
クラスター	クラスターは、フォワードスラッシュ（/）又はアンパサンド（&）で結合された、ポストコーディネーションの項目である。 例： 診断名：急性出血を伴う十二指腸潰瘍 クラスター：DA63.Z/ME24.90 病態－「DA63.Z 十二指腸潰瘍、詳細不明」 症状発現がある（必要に応じてコードを追加する）－「ME24.90 急性消化管出血、他に分類されないもの」
プライマリー・ペアレント、セカンダリー・ペアレント	ICD-11 の階層構造は、以前の ICD 改訂版と同様に定義されている。分類内の特定の疾患又は概念を2つ目の別の親項目に関連づける機能が新たに導入された。これは、特定の医学の専門分野又はユースケースに限定した内容例示表を抽出できるようにするためである。 例：皮膚の悪性新生物の項目は、悪性新生物の章にある。この項目のプライマリー・ペアレントは、この章の項目又は中間分類項目である。しかし、皮膚疾患を専門に治療する医師は、その特定の臨床目的に関連する分類項目だけを参照したいと思うかもしれない。そのため、セカンダリー・ペアレントが皮膚の章に設けられ、このセカンダリー・ペアレントの項目は、その医師のユースケースのために抽出された項目が選択された

場合にのみ表示される。

2.8 ステムコード

ICD-11 のステムコードは、特定の内容例示表の中で単独で利用できるコードである。ステムコードは、関連性の高い項目又はグループである場合もあるし、常に 1 つの項目として記述されるべき臨床項目である場合もある。ステムコードは、症例ごとに 1 つのコードのみを必要とするユースケースにおいて、意味のある最小限の情報が収集できるように設計されている。

ICD-11 のステムコードは、ICD の伝統的な様式に従って、病因、関連する臓器系、母体の状態、周産期の状態、外因、健康状態に影響を及ぼす要因に関する 26 の章に整理されている。

2.9 エクステンションコード

エクステンションコードは、それ以外の分類項目においてより詳細な情報を特定することが必要な場合に、エクステンションコードを補足又は追加して使用できるように提供されている。ICD-11 にエクステンションコードが新たに取り入れられたことで、情報を補足してコーディングする能力が強化された。エクステンションコードはステムコードと連結して使用される。エクステンションコードにより、ステムコードに情報を追加する方法が標準化され、多次元コーディングの採用により、ステムコードの数を大幅に削減できた。エクステンションコードは、機器・器具の記録等の別の用途で単独で使用するができる。

エクステンションコードは相互に排他的ではない。エクステンションコードは分類ではないので、統計の目的では必ずステムコードと一緒に使用しなければならない。エクステンションコードは、クラスター内の最初の位置に表示できない。特定の病態をコーディングする時は、1 つ又は複数のエクステンションコードを連結できる。

エクステンションコードには、大きく分けて 2 つの種類がある。

- タイプ 1 のエクステンションコードでは、ステムコードに重症度、時間軸、解剖学的部位、病態の組織病理又は物質、医療機器等の他の次元での詳細を追加することができる。例えば、診断名が「頸椎椎間板脱出 C5-C6」の場合、診断名に含まれる詳細を捉えるために、「FA80.1 椎間板脱出を伴う頸椎椎間板変性」のステムコードに、解剖学的部位のエクステンションコードである「XA1X49 第 5-6 頸間の椎間円板又は椎間腔」を追加することが可能である。
- タイプ 2 のエクステンションコードは、診断がどのように使用され、解釈されるべきかを示す診断コードである。コードが同じ意味の病態を示していても、タイプ 2 の診断コードのエクステンションコードを使うことで、その解釈が変わる。例えば、有害事象報告においては、診断がなされたタイミングをコードすることが重要で、その意味で「XY6M 入院時に既に発症」、「XY69 入院後に発症」又は「XY85 入院時との関連で発症時不明」を使用する。

タイプ 1 のエクステンションコードの概要

- 重症度スケール値
- 時間性（病態の過程）

- 病因
- 局所解剖学スケール値
- 解剖学及びトポグラフィ
- 組織病理学
- 損傷の程度
- 外因の程度
- 意識
- 物質
- ICD-O
- 健康機器、設備及び備品

タイプ2のエクステンションコードの概要－診断コード

- 退院時診断の種類
- 診断のタイミング
- 外科的処置に関連する診断のタイミング
- 確認のための診断方法
- 診断の確度
- 産科的診断のタイミング
- 保健サービス利用記述子
- 立場又は状況

2.10 プレコーディネーション及びポストコーディネーション

ステムコードの中には、臨床概念に関するすべての関連情報をあらかじめ結合した形で含んでいるものがある。これを「プレコーディネーション」と呼ぶ。

健康に関する状態を、以下のように複数のコードを適用する「ポストコーディネーション」（すなわち、コードの組合せ）を使って、任意の詳細度で記述できる。

- 複数のステムコードを組合せる（例：コード 1/コード 2）

ステムコードに1つ又は複数のエクステンションコードを組合せる（例：ステムコード&エクステンションコード 1&エクステンションコード 2）

ポストコーディネーションがなされたコードのグループを「クラスター」と呼ぶ。フォワードスラッシュ (/) 又はアンパサンド (&) は、ポストコーディネーションがなされたコード間の連結を示すために使用される。このようにして、分類は限られた数の分類項目を使いながらも、多くの臨床概念に対応することが可能となる。

例：

単一コードに複数の概念をまとめたプレコーディネーション。病態：「[2C25.2](#) 気管支又は肺の扁平上皮癌」では、プレコーディネーションにより、部位及び病理の両方を単一のステムコードにまとめている。

例：

クラスターで複数の概念を結合したポストコーディネーション。「基質特異性拡張型ベータ・ラクタマーゼ産生大腸菌による尿路感染」という病態は、2つのステムコ

ードをポストコーディネーションで連結させることで示せる。病態：「[GC08.0](#) 尿路感染症、部位が明示されないもの、大腸菌属によるもの」「関連するもの（必要に応じてコードを追加する）」：「[MG50.27](#) 基質特異性拡張型ベータ・ラクタマーゼ産生大腸菌」。クラスターコード：[GC08.0/MG50.27](#)。

ポストコーディネーションの軸 (axes)	内容
「原因となる病態がある」(Has causing condition) – この部分は、既知の場合に原因となる病態をコードしなければならないことを示している。原因となる病態は、ICD-10 の「剣印」のコードと似た機能を持つ。このオプションは、典型的に異なる病態群によって引き起こされる項目に用意されており、コーディングツールでは「必須のポストコーディネーション」と呼ばれるものである。	原因となる病態が判明している場合は、一次製表においてそれをコードすることが義務付けられている。「原因となる病態」は、原因疾患がある分類項目に付加される。例えば、網膜症は糖尿病が「原因となる病態」である。原因となる病態は、ほとんどすべての状況で必要と考えるべきであり、症状発現の病態には必ず使用する。
「症状発現がある」(Has manifestation) – 症状発現をコードしようユーザーに促す。症状発現は、ICD-10 の「星印」のコードと似た機能を持つ。このオプションは、症状発現の可能性を持つ項目で用意されている。	疾患の症状発現をコードすることは任意である。例えば、糖尿病は網膜症等の「症状発現」がある。このコーディングは、ほとんどすべての状況で「許可」されていると考えるべきである。リストアップされた症状発現は、通常、その疾患から頻繁に生じる症状発現の一例である。
「関連するもの」(Associated with) – 全体像を示すために複数の病態を捉える必要があるが、それらの病態の間に必ずしも因果関係がない場合に使用する。	この部分は、病態を完全に記述するために複数のコードが必要な場合に使用される。例えば、「関連するもの」は抗微生物薬耐性のコードを感染症のコードに連結させるために使用される。このコーディングは、状況に応じて「許可」又は「必須」のいずれかに分けられる。

下記は、ポストコーディネーションにおける特殊なケースである。

1. 外因コードは、損傷の原因を特定するために「許可」され、損傷に「関連するもの」である。
2. 特定の薬物を特定する外因コードは、「薬剤誘発性」の語句で始まる、又はそれを含む項目で「許可」されている。
3. 医療関連被害の様式又は機序に関する外因コードは、被害のコードに「関連するもの」である。

2.10.1 詳細を追加する－複数のステムコード及びエクステンションコードを使用したポストコーディネーション及びクラスターコーディング

対象となる病態の病因及び発現に関する情報をコードする必要がある。ICD 分類項目にその両方が含まれている（つまり、プレコーディネーション）場合もあるが、複数のステムコード（及び／又はエクステンションコード）を使用して関連する詳細を捉える必要がある場合もある。後者の場合はポストコーディネーションが必要である。

例：急性出血性十二指腸潰瘍

ステムコード：「DA63.Z 十二指腸潰瘍、詳細不明」。症状発現がある（必要に応じてコードを追加する）：「ME24.90 急性消化管出血、他に分類されないもの」。クラスター：DA63.Z/ME24.90。

他方、すでにプレコーディネーションされている概念の病態の意味を置き換える形でポストコーディネーションを行ってはならない。その場合、プレコーディネーションで用意されたコードを使用する。

例：急性 RSV 細気管支炎

コード：「CA41.0 RS ウイルスによる急性細気管支炎」。解説：RS ウイルス細気管支炎は ICD-11 のプレコーディネーションで用意された概念であるため、別のステムコード及びエクステンションコードを用いてその診断名の意味を置き換えることは正しくないし、禁止されている（すなわち、次のようにコードしてはならない：「CA41.Z 急性細気管支炎、詳細不明」&「XN275 ヒト RS ウイルス」）。

例：尺骨骨幹部の骨折

コード：「NC32.2 尺骨骨幹部骨折」。解説：尺骨骨幹部の骨折は ICD-11 のプレコーディネーションで用意された概念であるため、別のステムコード及びエクステンションコードで診断名の意味を置き換えることは正しくないし、禁止されている（すなわち、次のようにコードしてはならない：「NC32.Z 前腕の骨折、詳細不明」&「XA8U33 尺骨体」）。

ICD 全体を見渡した場合、上記の例のように的確なコーディングが明白ではない場合もあるであろう。電子環境では、サンクショニング・ルール（承認機能）がこの種の誤りを回避するのに役立つであろう。報告の目的においては、関連するコードはすべて、2つのステムコードの間にはフォワードスラッシュ (/) を、ステムコードとエクステンションコードとの間にはアンパサンド (&) を使用して連結する。

2.10.2 ステムコード及びエクステンションコードの組合せ並びに複雑なコードクラスター内の順序

ICD の各部分のステムコード及びエクステンションコードを使って、臨床概念を詳細に記述するために連結させることができる。データ転送及び評価の際にはこれらのコードを1つのグループにまとめ、グループ化されたコード全体の情報が失われないようにする必要がある。このようなコード群をクラスターと呼ぶ。クラスターコーデ

ィングでは、決められたシンタックスを使って、ポストコーディネーションを行う際にどのコードが一緒になっているかを示す必要がある。このシンタックスは、次の規則に従わなければならない。

1. コードするのが1つのステムコードのみの場合、クラスタリング機構を使う必要はない。
例：病態－ST 上昇型急性心筋梗塞。「BA41.0 ST 上昇型急性心筋梗塞」。
2. ポストコーディネーションを使ってクラスターを形成する場合、必ずステムコードをエクステンションコードの前にコードする。(ただし、下記の例5に示す複雑なクラスターのように、複数のステムコード及びそれに連結する複数のエクステンションコードの組合せで、1つの複合クラスターを構成する例にも注意する。)
3. 1つのステムコードをポストコーディネーションで1つ又は複数のエクステンションコードと連結する場合、連結記号にはアンパサンド (&) が使用される。

例1：ST 上昇型急性心筋梗塞、前壁、LAD

病態（コード）－ST 上昇型急性心筋梗塞。「BA41.0 ST 上昇型急性心筋梗塞」

具体的な解剖学的部位－「XA7RE3 心臓の前壁」

具体的な解剖学的部位－「XA7NQ7 左冠動脈前下行枝」

クラスター：BA41.0&XA7RE3&XA7NQ7

例2：急性腎盂腎炎、左側、大腸菌

病態（コード）－「GB51 急性腎盂腎炎」

側性－「XK8G 左」

感染病原体－「XN6P4 エシェリキア・コリ」

クラスター：GB51&XK8G&XN6P4

4. 詳細を示すために2つのステムコードをポストコーディネーションで連結する場合、ユースケース（死亡又は疾病等）に応じた（クラスター内の）順序に従うことが重要である。最初のステムコードは、2番目のステムコードとスラッシュ (/) で区切る。

死亡（原死因）及び公衆衛生上の予防のためのデータ分析時に1つのコードしか残せない場合、順序は病態の病因を最もよく表すコードを優先させるべきである。疾病データ分析のために1つのコードしか残せない場合、主要病態（患者ケアエピソードの終了時に確定した入院の理由と判断された病態）に優先順位を与えるべきである。

例3：クラスター内の死亡（原死因）コードの並び順

糖尿病性昏睡のため、患者が死亡した。この患者は2型糖尿病であった。病態（終末死因）：「5A23 糖尿病性昏睡」。病態（原死因）：「5A11 2型糖尿病」。

死亡クラスターの順序：5A11/5A23

例4：クラスター内の疾病（主要病態）コードの並び順（データ分析時に1つのコードしか残せない場合）

患者が糖尿病性昏睡で入院した。この患者は2型糖尿病であった。

主要病態：「[5A23](#) 糖尿病性昏睡」。その他の病態：「[5A11](#) 2型糖尿病」。

疾病クラスターの順序：[5A23/5A11](#)

5. あるステムコードがエクステンションコードでポストコーディネーションされ、さらにいくつかのエクステンションコードを持つ別のステムコードもクラスター内でコードされている場合、クラスター内のどのエクステンションコードがどのステムコードに属しているかを明確に区別できるように、具体的な構文を設計する必要がある。次の構文に従わなければならない。最初のステムコードを記述し、その後「&」が続き、1つ又は複数のエクステンションコードがそれぞれ「&」で区切られて記述される。次に、スラッシュ(/)によって、クラスターのこの最初のセクションと次のステムコードが区切られ、続いてこのステムコードのエクステンションコードが、それぞれ再び「&」で区切られる。

例5：ステムコード&エクステンションコード/ステムコード&エクステンションコード
&エクステンションコード

急性閉塞を伴う左鼠径ヘルニア

病態（コード）－「[DD51](#) 鼠径ヘルニア」

側性－「[XK8G](#) 左」

症状発現がある（必要に応じてコードを追加する）－「[ME24.2](#) 消化器系閉塞」

経過－「[XT5R](#) 急性」

クラスター：[DD51&XK8G/ME24.2&XT5R](#)

ポストコーディネーションは、記録された臨床概念を、コードを組合せて記述し、その概念の特徴を十分に捉えるためにのみ使用される。記録に、明確に区別できる2つの異なる臨床概念が記載され、そのそれぞれを別々のステムコードで表される場合、2つの臨床概念をポストコーディネーションされたクラスターと一緒に記載するべきではない。

例6. 歩行者の転倒による損傷

でこぼこの歩道での転倒による脳振盪及び左尺骨骨幹部の開放骨折：

病態（コード）1－「[NA07.0](#) 脳振盪」

原因となる病態がある（～もコードする）－「[PA60](#) 同一平面上又は1メートル未満の高さからの不慮の転落」

損傷を引き起こした物体又は物質－「[XE1DA](#) でこぼこ面、他に分類されないもの」

発生場所－「[XE53A](#) 歩道」

クラスター：[NA07.0/PA60&XE1DA&XE53A](#)

病態（コード）2－「[NC32.2](#) 尺骨骨幹部骨折」

側性－「[XK8G](#) 左」

開放骨折又は皮下骨折－「[XJ7YM](#) 開放骨折」

関連するもの：「[PA60](#) 同一平面上又は1メートル未満の高さからの不慮の転落」

原因に関与した生体の対象－「[XE1DA](#) でこぼこ面、他に分類されないもの」

発生場所－「[XE53A](#) 歩道」

クラスター：[NC32.2&XK8G&XJ7YM/PA60&XE1DA&XE53A](#)

ICD-11 ファウンデーション・コンポーネントにはプログラム上に組み込まれた指示が入っており、頻繁に使用されるコードの組合せを使い易くしてくれている。コードの組合せは、このような使用を容易にしてくれる指示に関わるものに限定されず、更に多くの指示がユーザーの要求に応じて追加される。

2.10.3 診断のタイミグー「入院時の病態」又は「入院後に発症」

新しいタイプ2のエクステンションコードである診断記述子コードは、非常に重要である。これは、入院時の病態の診断名及び入院後、つまり入院期間中に発症した病態の診断名を区別できるようにするものである。

後者の入院期間中に発症した診断名を区別できることは、医療に関連する有害事象の可能性のある院内診断に対象を絞って特定することを可能にする意味で、特に重要である。病院記録でコードされた診断概念の大部分は、入院時の病態である。このことを認識した上で、入院後に発症した病態の診断名にフラグを立てられることには、多くの利点があるであろう。

例1：

長年の1型糖尿病患者が心筋梗塞のために入院した。

主要病態：心筋梗塞

その他の病態：1型糖尿病

この例では、両方の病態が入院時に現れていたが、一方の病態（心筋梗塞）は、この例では「患者ケアエピソードの最後の時点で確定された、入院の理由と判断される病態」として指定される主要病態であるので、「入院時の病態」にコードする必要はない。したがって、このシナリオの適切なコーディングは、2つのクラスターにまとめられたコードの組合せとなり、各クラスターは1つのステムコードとそれに付随するエクステンションコードとが連結している。つまり、以下のとおりである。

- 「急性心筋梗塞のステムコード」&「退院時診断のエクステンションコードの中の入院の理由の主要病態」：[BA41&XY0Y](#)
- 「1型糖尿病のステムコード」&「診断のタイミグのエクステンションコードの中の入院時の病態」：[5A10&XY6M](#)

上記の例では、両方のコード化された項目にアンパサンド（&）が使用されていることに注意されたい。最初のクラスターでは、心筋梗塞のステムコードに、主要病態の診断を示す診断の種類エクステンションコードが連結している。第二のクラスターでは、1型糖尿病のステムコードに、入院時の病態を示す診断のタイミグのエクステンションコードが連結している。

例2：

長年の1型糖尿病の患者が、胸痛のために入院した。評価の結果、心筋梗塞と診断された。患者は、院内医療の合併症として右下肢の深部静脈血栓症を発症。

主要病態：心筋梗塞

その他の病態：1型糖尿病、深部静脈血栓症（入院後に発症）

この例では、「入院後に発症」という診断のタイミングのエクステンションコードを、「深部静脈血栓症」のステムコードにクラスターコーディングによって連結させる。一方、最初の2つの診断概念は、前述の例とまったく同じようにコードする。

- 「急性心筋梗塞のステムコード」 & 「退院時診断のエクステンションコードの中の主要病態」：BA41&XY0Y
- 「1型糖尿病のステムコード」 & 「診断のタイミングのエクステンションコードの中の入院時の病態」：5A10&XY6M
- 「深部静脈血栓症のステムコード」 & 「右側」 & 「診断のタイミングのエクステンションコードの中の入院後に発症」：BD71.4&XK9K&XY69

ここでも、3つのそれぞれのクラスターは、クラスター内の2番目のコード（及び3番目のコード）がエクステンションコードであるため、アンパサンド（&）を使用している。

2.11 生活機能セクション

ICD-11の生活機能セクションは、ICFに沿った生活機能のコーディング及び評価を可能にするものであるが、現時点においては、運用レベルのものである。詳細な記録及び評価は、ICF本体を使用して行う必要がある。生活機能セクションの各項目はICFに準拠したものであり、ICFへの移行も容易に行うことができる。ICD-11の生活機能セクションの設計は、以下のような目的における生活機能の記録及び評価に対応している。

- 一般的な医療行為（例：就業不能評価）
- 社会保障給付（例：障害給付、傷病年金）
- 支払い又は償還
- ニーズ評価（例：リハビリテーション、職業支援、介護）
- 治療成績評価

ICD-11の生活機能セクションは、生活機能の標準的な評価及び記録の目的で、実際の臨床現場で容易に使用可能なツールとして提供されたものである。本セクションには、将来的に更に評価ツールを追加することも可能である。

2.11.1 生活機能評価

2.11.1.1 WHO DAS 2.0：機能及びユースケース

WHO 障害評価面接基準（WHO Disability Assessment Schedule（WHO-DAS2.0））は、国際的、文化的、社会経済的に検証された成人集団のための汎用生活機能評価ツールである。WHO DAS 2.0では、ICFの活動及び参加の領域に焦点を当て、以下の領

域を網羅する総合的な生活機能スコア及び領域別の生活機能スコアを計算することができる。

- 認知－理解とコミュニケーション
- 運動・移動－動くこと、動き回ること
- セルフケア－衛生、更衣、食事、一人でいること
- 他者との交流－他の人と接すること
- 日常活動－家事、レジャー、仕事と学校
- 参加－コミュニティ活動に加わること、社会への参加

WHO DAS の採点では、WHO DAS 2.0 の各項目における難易度を考慮する（すなわち、IRT 採点法）。WHO DAS 2.0 のこの採点法は、集団又は亜集団間の比較分析のために、回答項目の完全な情報を利用して、よりきめ細かい分析を可能にするものである。採点では、各項目の回答を「なし」、「軽度」、「中等度」、「重度」、「極度」に分けてコーディングし、その後に項目及び重度レベルを差分加重して、総合的なスコアを計算するものである。

採点は3段階で行われる：

- ステップ1－各領域内の再コードした項目のスコアを合計する。
- ステップ2－6つの領域のスコアをすべて合計する。
- ステップ3－総合的なスコアを0から100までの測定値に変換する（ここで0＝障害なし、100＝完全障害あり）。

WHO DAS 2.0 の採点シンタックスは、以下のリンクからオンラインで示されている。

WHO DAS 2.0 の主な機能は以下のとおりである：

- ICFに基づく臨床尺度であり、妥当性、信頼性、経時変化に対する感度等の心理測定学的特性が確立されている。
- すべての健康状態に適用可能な基数的尺度であり、総合的な生活機能スコア及び領域別の生活機能スコアを生成することができる。
- 標準的な母集団値を確立している。
このような機能を組み合わせることで、WHO DAS 2.0 は他の臨床ツールと一線を画している。
WHO DAS 2.0 は、複数のユースケースで生活機能評価に使用することができる。
- 臨床家は、その臨床母集団における介入の有効性を、一般の母集団とも比較しながら定量化できる。
- 障害評価者は、障害の状態を公平で透明性があり、かつ比較可能な方法で判断できる。
- 診療報酬の専門家は、ケースミックス及び DRG グループの質（生活機能成果）を測定できる。

WHO DAS 2.0 は、成人母集団を対象に開発されたものであり、現在のところ、身体障害又は環境要因の評価は行っていない。身体機能の障害を評価したいユーザーは、

第 V 章の生活機能評価に含まれる WHO モデル障害調査（MDS）[1]の項目を利用できる。

WHO DAS 2.0 の 3 つの異なるフォーマット（例：臨床家記入版、自己記入版、代理者記入版）は、下記のリンクからアクセスできる。

WHO DAS 2.0 マニュアルは、WHO DAS 2.0 の実施及び採点に関する実践的なガイダンスを提供する。この中には、WHO DAS の 12 項目版及び 36 項目版の単純及び複合（項目応答理論、IRT）採点アルゴリズム並びに母集団の標準値に関する情報が含まれている。WHO DAS 2.0 マニュアルは、WHO DAS 2.0 の他の言語版と共に、WHO のウェブサイト・リンク「WHO 障害評価面接基準（WHO-DAS2.0）」

（<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>）からダウンロードできる。

[1] MDS は、WHO 及び世界銀行が開発した ICF に基づく一般人口調査法であり、障害を持つ人々の生活について詳細かつ微妙な違いなどを含めた情報を提供する。MDS は、障害のレベルやプロファイルが異なるグループ間の直接比較を可能にする。

2.11.1.2 WHO DAS 2.0：記載法及びコーディング体系

情報検索を容易にするため、WHO DAS 2.0 の各項目には、それぞれの項目で捉えられた概念を表す英数字コードが割り当てられている。このコードは、「VD」の文字で始まり、続いてランダムに割り当てられた番号で構成されている。その他の項目固有の情報及び値（例：項目の質問、5 段階の回答スケール）は ICD-11 API に含まれており、任意のソフトウェアアプリケーションに WHO DAS 2.0 及びスコアの自動計算機能を簡単に統合できる（例：電子カルテソフトウェアに健康アウトカム測定ツールとして WHO DAS 2.0 を統合する。）。WHO DAS 2.0 の 36 項目は、6 つの領域に分類され、それぞれが中間分類項目の見出しとして記載されており、他の ICD-11 の中間分類項目と同様に URI が割り当てられているが、コードは割り当てられていない。以下の表 1 は、WHO DAS 2.0 の項目がどのように記載されているかを示した例である。

WHO DAS 2.0 の項目	ICD-11 のコード	URI
注意機能	VD00	http://id.who.int/icd/entity/532448599
項目説明の質問	項目応答尺度の値設定	マッピングされた ICF の分類項目
過去 30 日間、あなたの健康状態が原因で、10 分間何かを行うことに集中することがどの程度困難だったか？	1=困難なし、2=軽度の困難、3=中等度の困難、4=重度の困難 5=完全な困難	d160 注意を集中すること

WHO DAS 2.0 の各項目及び各領域並びに MDS の各項目の記載に関するより詳細な概要が付属資料 04 に記載されている。

2.11.2 一般的な機能の項目

2.11.2.1 生活機能の項目：特徴及びユースケース

生活機能を記録するための主なツールが、ICF 付録 9 及び ICF 一般コアセットから導き出された一般的な機能の構成要素のリストである。

臨床家はこのリストを使って個人のコーディングされた生活機能プロファイルを作成し、そのプロファイルを目標設定、変化の追跡、ケアの連続性におけるコミュニケーション等の様々な目的で利用できる。

このリストは ICF に直接、関連づけられているため、ICD 及び ICF の併用を促進し（一度、コーディングしたものを複数回使用）、ICF 全体の利用の入り口にもなりうる。

2.11.2.2 生活機能の項目：記載法及びコーディング体系

WHO-FIC のコンテンツモデルに従い、生活機能の項目は分類項目及び評価点の 2 つの構成要素を持つ。両者には英数字コード及び URI が割り当てられ、捉えられた概念を表すことができる。コードは「VV」の文字で始まり、その後にランダムに割り当てられた数字が続く。生活機能の分類項目及び評価点は、ポストコーディネーションによって連結する。

2.12 電子的記録・報告

電子的な記録は、情報源からの情報を漏れなく収集するという原則に従う。ベストプラクティスとしては、以下を含む情報の報告が挙げられる。

1. 医療従事者が記載したそのままの臨床用語又は死因を入力するテキストフィールド
2. その臨床用語又は死因に最もよく一致する ICD-11 の選択された項目（索引、項目名、その他の要素）の統一資源識別子（URI）を保持するデータフィールド
3. 該当する ICD-11 コードを入力するデータフィールド

これにより、コーディングの質をどの時点においても検証することが可能となる。また、病態が個々の ICD コードと関連づけられていたり、他の病態と一緒に 1 つのコードにまとめられていたりしていても、それとは関係なくその病態を特定し、分析することが可能になる。

コーディングは、ICD-11 コーディングツールと同様に、ICD-11 API に基づいたツールを使用して行うものとする。ソフトウェアには、記録又はコーディングを誘導するためのリストやその他のプロンプト機能を含めてはならない。なぜなら、これらのリスト等は診断名の範囲を必然的に限定し、記録及び報告の正確性及び有用性に悪影響を与えるからである。

2.13 ファウンデーション・コンポーネント及び内容例示表

ファウンデーション・コンポーネントは、すべての ICD 項目の多次元的集合体である。項目は、疾患／障害、損傷、外因、徴候及び症状であることがある。項目には、

例えば「腕の損傷」のように非常に広い範囲のものもあれば、「母指の皮膚の裂傷」のように詳細なものもある。ファウンデーション・コンポーネントには、項目を使用して内容例示表を作成するために必要な情報も含まれている。ファウンデーション・コンポーネントには、特定の項目が内容例示表のどこでどのように表わされるか、グループ化されるか、ステムコードを持つ分類項目になるか、特定の分類項目に包含用語として記載されるかなどの情報が含まれている。

ファウンデーション・コンポーネントから、複数の異なる内容例示表を構築することができる。同じファウンデーション・コンポーネントから、同じ樹状構造を持つ複数の一貫性のある内容例示表を作成できる。ファウンデーション・コンポーネントには、内容例示表内の特定のコードをどのように組み合わせれば、より詳細なコーディングが可能になるかについての指示が含まれている。これらのルールは、コーディング担当者やコンピューター・システムが内容例示表を使用する際に、許可されたコードの組合せを視覚化するのに役立つ。

国際的に使用される中核をなす内容例示表：

- 死亡・疾病統計用分類（MMS）
- 初期医療の低資源環境用分類（PCL）
- 口頭剖検（VA）
- スタートアップ死因リスト（SMoL）

このような内容例示表の完全な表記には必ず「ICD-11」を記載する（例：ICD-11 MMS）。

内容例示表では、ファウンデーション・コンポーネントの項目は分類項目になる。分類項目は相互に排他的で全体を網羅するものであり、単一階層ツリーに連結している（各項目の親項目は1つだけである）。分類項目になり、複数の親項目を持つ項目に関連する情報は、ファウンデーションに保持され、利用可能である。この情報は、内容例示表の複数の場所でその分類項目を視覚化するために使用できる。例えば、参照用製表の場合は黒色で表示し、ブラウジングや代替製表の場合は灰色で表示する。ICD-11には、詳細度が異なる複数の一貫性のある内容例示表が存在する。

ファウンデーション・コンポーネントは、内容例示表、索引、レファレンスガイドの作成及び保守のためのデータも保持している。また、従来の紙ベースの分類の利用を超える追加コンテンツ（「コンテンツモデル」参照）も含まれている。国内の状況に応じて、ファウンデーション・コンポーネント全体を使用するか、索引表及び内容例示表の作成及び保守に不可欠な部分にのみ焦点を当てるかを決定してもよい。

ファウンデーション・コンポーネントは、異なる内容例示表の内容に一貫性をもたらし、それぞれの内容例示表の分類項目を定義する役割を持つ。そのため、ICD-11 が使用される現場に関わらず、ICD-11 の標準的な使用が可能である。ファウンデーション・コンポーネントは、例えば、他の分類及びターミノロジーとも連結しており、連結される分類及びターミノロジーは今後更に増える可能性がある。これらの情報又はその一部を ICD-11 の適用において使用するかの判断は、それぞれの国におけるそのような情報の重要性に依る。ファウンデーションに特定の用語又は項目を記載するのは、専らオントロジーの目的でなされることに留意されたい。ファウンデーションに用語又は項目が記載されていたとしても、必ずしもその用語又は項目を承認又は支持していることを意味するものではない。

2.14 ICD の主な用途：死亡

本節は、世界保健総会（World Health Assembly）によって採択された、定期的な統計表作成のために死亡診断書から単一の原因又は病態を選択する際のルール及びガイドラインに関するセクションである。ルールの適用及び製表用に選択された病態のコーディングに関するガイドラインも示されている。ICD の適用には、情報の報告及び保存、情報フローの設計、品質保証及びフィードバック並びに分類の利用者であるデータの入出力の担当者のトレーニングといったインフラの構築が必要である。

本節及び 2.15 節における導入的な情報に続いて、2.16 節では、死亡コーディングで使用される基本概念についての説明があり、2.17～2.20 節及び 3.14 節にある付属資料では、どのようにコード及び原死因を特定するかについて、また、2.25 節では、死亡の統計表及び国際報告で使用される用語の解説について説明されている。

2.15 死亡統計

死亡統計は、医学研究、公衆衛生のモニタリング、保健医療上の介入、医療資源の配分及び計画並びに医療ケアのフォローアップにおいて広く使用されている。死亡データの分析では、通常、データセット（例えば、異なる地理的地域又は異なる時点を表すものなど）の比較が行われる。データは、同じ手法で同じ基準により作成されない限り、その比較は、誤解を招く結果をもたらすことになる。

死亡データの作成を標準化するため、WHO は、死因に関するデータの収集、コーディング及び分類並びに統計表章に関する国際的な指示書を公表している。国際的な指示書から少しでも逸脱すると国際比較可能性を損ねるため、死亡データの作成に当たっては、次に詳述する手順に従うことが何よりも重要である。単一の原因死の記述及び死亡診断書に記載された他の死因を捉えるために選定された手法により、特定の人口集団の健康の傾向の特定が可能となる。次節以降には、死亡統計のための死因のコーディングに関する情報が収載されており、基本的概念、死亡診断書に記載された病態をどのようにコーディングするか、さらに原死因をどのように選択・製表するかについて説明されている。

これらの指示の目的は、公衆衛生の観点から死亡統計を最適化することである。純粋に医学的な観点からは、間違っているか疑わしいように思える指示内容もあるかもしれない。しかし、これらは十分に根拠のある疫学的及び公衆衛生上の原則によって設けられたものである場合があるため、たとえ間違っているように思えても無視してはならない。明らかな間違いが見つかった場合は、オンラインの提案メカニズムを通じて WHO へ報告すべきである。WHO はその根拠を説明するか、国際的なレベルで、間違いを修正するための措置を講じることになる。国レベルで修正を行うと、他国との比較可能性が低く、よって分析での有用性の低いデータに繋がってしまうため、間違いと思われるものを各国で修正するべきではない。

2.15.1 集計されているのは：原死因

公衆衛生における効果的な介入は、有害事象に繋がる一連の事象の連鎖を断ち切ることにより、有害事象又は死亡の発生を予防する。この目的において、原死因

（underlying cause of death）は、「（a）直接に死亡を引き起こした一連の事象の起

因となった疾病若しくは損傷、又は、(b) 致命傷を負わせた事故又は暴力の状況」と定義され、死亡統計において定期的に単一原因の製表をする際に選択されている。原死因を特定するための具体的なコーディング指示については、「[2.17.2 節 原死因を選択する](#)」及び「[2.17 節 死亡のためのコーディング指示](#)」を参照のこと。

2.15.2 データの出典：死因の医学的診断書の国際様式（MCCD）

死亡コーディングに関する国際的な指示は、WHO の勧告に従い、死因の医学的診断書の国際様式に沿った死亡診断書によってデータが収集されていることを前提としている。フレーム A、国際様式の医学的情報の部分は、2 つの欄に分かれている：1 欄は、死亡に直接つながる一連の事象に関連する疾病のために用いられ、2 欄は、死亡に寄与したその他の重要な病態のために用いられる。製表に使用される原死因の特定のためには、様式内のその他の情報も使用される。

国際的にこの情報が収集される方法を揃えていくには、可能な限り様式に従うべきである。そうでなければ、国際基準に従って死因をコードし、選択することができず、データは国際比較できなくなる。例えば、ある病態が一定のその他の病態によって引き起こされたと記載された場合に適用されるコーディング指示があるような事例では、死亡診断書の 1 欄と 2 欄に記載された原因がそれぞれ明確に区別できることが重要である。さらに、死亡の種類（manner of death）又は限り死亡に寄与したかなど、死亡診断書の 1 欄、2 欄以外に記載された情報も、死亡診断書に記載された病態に複数死因コード（multiple cause codes）を付与し、統計表作成のための原死因を選択する際に不可欠である。

死に直接繋がった病的状態がいずれであるかを示し、その原因を引き起こしたそれ以前のすべての病態を記載するのは、死亡診断書に署名をする医師（medical practitioner）又はその他の有資格の死亡診断書作成者（qualified certifier）の責務である。死亡診断書の作成者は、死因の医学的診断書を完成させる際には、自身の医学的判断に基づくべきである。死亡診断書作成者を誘導するようなリストやその他のプロンプト機能は、必然的に診断の範囲を限定し、それにより報告の正確さや有用性に悪影響を及ぼすため、自動化されたシステムにこのような機能を付与してはならない。

行政データ（各国で適宜追加可）															
性		☐ 女						☐ 男				☐ 不詳			
生年月日		D	D	M	M	Y	Y	死亡年月日		D	D	M	M	Y	Y
フレイム A：医学的データ：1 欄及び 2 欄															
1		死亡の原因						発病（発症）又は受傷から死亡までの期間							
死亡に至った直接の疾病又は病態を（a）欄に記載する		a													
その原因がある場合一連の事象を順に記載する		b		(a) の原因：											
記入された最下欄に原死因を記載する		c		(b) の原因：											
		d		(c) の原因：											
2															
死亡に寄与したその他の重要な病態（病態の後ろに括弧で期間を記入可）															
フレイム B：その他の医学的データ															
死亡前の 4 週間以内に手術を実施されましたか？								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			
「はい」の場合、手術年月日								D	D	M	M	Y	Y		
「はい」の場合、手術の理由を記載															
解剖の要請はありましたか？								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			
「はい」の場合、死因欄に解剖所見は反映されていますか？								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			
死亡の種類：															
☐ 疾病				☐ 他殺				☐ 判定不能							
☐ 事故				☐ 法的措置				☐ 調査中							
☐ 故意の自傷				☐ 戦争				☐ 不詳							
外因又は中毒の場合：								傷害発生年月日		D	D	M	M	Y	Y
外因がどのように起こったか記載してください（中毒の場合は、原因物質を記載）															
外因が発生したところ															
☐ 自宅		☐ 入居施設		☐ 学校、その他の施設、公共行政区域				☐ スポーツ及びアスレチック地域							
☐ 道路及び高速		☐ 商業及びサービス地域		☐ 工業及び建設地域				☐ 農場							
☐ その他の場所（具体的に）：								☐ 不詳							
胎児又は乳児死亡															
多胎の是非								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			
死産か？								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			
24 時間未満の死亡の場合は、生存時間										出生時体重（グラム）					
妊娠週数（満）										母の年齢（年）					
周産期死亡の場合、胎児又は新生児に影響を与えた母体の病態又は異常を記載してください															
女性については、故人は妊娠中でしたか？								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			
☐ 死亡時に								☐ 死亡の 42 日以内に							
☐ 死亡の 43 日以降～1 年未満に								☐ （妊娠・分娩時期）不詳							
妊娠は、死亡に影響しましたか？								☐ はい		☐ いいえ		☐ 不詳			

2016 年死因の医学的診断書の国際様式

さらなる詳細やガイダンスについては、[3.14 付属資料 C：死亡コーディング用付属資料](#)を参照

2.15.3 通常の使用及び特殊な事例

2.15.3.1 通常の死因報告制度

定例的な死因報告制度では、個々の死亡はすべて、的確な死後検査を実施し、親族から病歴を聴取し、死亡者の既存の医学的情報にアクセスできる資格のある医師によって診断される。死因の医学的診断書は、通常、立ち会った医師（attending physician）が責任を持つものとされ、国際的勧告に従っているべきである。また、行政手続きにおいて、死亡診断書又はその他の医療記録のデータの機密性を確保すべきである。

検視官（coroners）又はその他の法的機関によって死亡診断書が作成される場合は、当該作成者は、すべての法的所見に加え、提供された医学的エビデンスを死亡診断書に記載すべきである。

通常、日常的に実施される死因報告は、死亡の診断過程に組み込まれている。死亡診断書は、埋葬及び相続のための法的要件である。

2.15.3.2 口頭剖検

口頭剖検（verbal autopsy: VA）は、近親者又はその他の介助者への聴取に基づき死因を究明するために使用される手法である。これは、死亡に先立つ徴候、症状、病歴及び状況を聴取できるように標準化された質問票を使用して実施される。質問票によって聴取された情報及びその他の入手可能な情報に基づいて、死因又は死亡に至るまでの原因の因果関係が決められる。死因を決定するために情報の審査を補助するためにルールやガイドライン、アルゴリズム又はコンピュータプログラムが用いられる場合もある。

口頭剖検の主な目的は、住民登録及び死亡診断書制度が脆弱で多くの人が医療システムへのアクセスなく自宅で死亡する場合に、地域でコミュニティ又は人口集団のレベルにおいて死因を説明していくことにある。標準的な口頭剖検のツールは、口頭剖検の質問票、死因・死亡分類システム及び死因を得るための診断基準（専門家又はデータに基づくアルゴリズム）から構成される。

口頭剖検のプロセスは、インタビュー、データの記録及び報告書からの死因の特定から構成される。いずれの段階でも、プロセス全体を通じて推計される原因別の死亡率に影響を与える要因がある。研究に加え、口頭剖検は、医師が死亡者の検案をできない環境において死因を特定する有効な手段である。詳細については、WHO 口頭剖検のウェブページ[2]参照。

[2] <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>

2.16 基本概念

死亡コーディング担当者は、本節に紹介されている基本概念に精通している必要がある。

▶医学的データ：1 欄及び2 欄				
1.		▶死亡の原因		▶発病（発症）又は受傷から死亡までの期間
		a		XX 日
		b	(ア)の原因である	因果関係
		c	(イ)の原因である	起点
		d	(ウ)の原因である	上下の因果関係
2.				

基本概念

死因の医学的診断書の国際様式における死亡コーディングのための基本概念

2.16.1 終末死因

死亡診断書の 1 欄で使用されている最初の行の最初に記載された疾患又は病態が死亡に至った直接の原因である。終末死因（terminal cause of death）又は直接死因（immediate cause of death）としても知られる。

例 1

- 1 (ア) 心筋梗塞
(ア) の原因である
- (イ) 冠動脈硬化
(イ) の原因である
- (ウ)
(ウ) の原因である
- (エ)

2

死亡診断書の最初の行の最初に記載されているため心筋梗塞が終末死因である。

例 2

- 1 (ア) 心筋梗塞、肺水腫
(ア) の原因である
- (イ) 冠動脈硬化
(イ) の原因である
- (ウ)
(ウ) の原因である
- (エ)

2

死亡診断書の最初の行の最初に記載されているため心筋梗塞が終末死因である。

2.16.2 因果関係及び上下の因果関係

死亡診断書に記載された病態が、同じく死亡診断書に記載された別の病態によって引き起こされうる場合、因果関係（causal relationship）が存在する。「上下の因果関係（sequence）」という用語は、一連の医学的事象について、ある段階が、その前の段階の合併症であるかその前の段階によって引き起こされる場合をいう。任意の2つの病態の間には（その2つの病態に同一のICD-11コードが割り当てられている場合も含む）、死亡診断書に記載された場所にかかわらず、因果関係が存在しうる。正確に記載された死亡診断書では、上下の因果関係は、各要素間に因果関係のある病態が1行ずつ記載されている一連の病態をいう。死亡に至る事象の上下の因果関係を記録するために死亡診断書の1欄には、4つの行が設けられている。死亡診断書作成者は、上下の因果関係を説明するのに必要な分の行だけ使用することができる。

死亡コーディングで因果関係があるとみなされる場合は、医学的な評価による場合だけでなく、疫学的及び公衆衛生上の判断による場合もある。そのため、上下の因果関係の後の方の段階が、公衆衛生上の観点から重要である場合、医学的には因果関係が認められる場合でも、コーディングに当たって因果関係が受け入れられない場合もある。

さらに、一見あり得ないと思える上下の因果関係であっても、1つ以上の中間の段階によってその因果関係が説明できる場合は、中間の段階が記載されなかったとしても、その因果関係を認めるべきである。ただし、その想定される中間の段階は、あくまで仮定であって、報告された病態ではないため、コード付けをしてはならない。

記載された因果関係が受け入れられるか否かを決定するには、必ず「[2.19.1 節 受け入れられる上下の因果関係及び受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示（ステップ SP3 及び SP4）](#)」の指示を適用すること。記載された因果関係が [2.19.1 節](#) に掲載されていない場合も、死亡に至る原因についての死亡診断書作成者の意見は軽視すべきではないという観点から、できるだけ因果関係を受け入れるべきである。

例 1

-
1	(ア)	心筋梗塞
		(ア) の原因である
	(イ)	冠動脈血栓
		(イ) の原因である
	(ウ)	冠動脈硬化
		(ウ) の原因である
	(エ)	

2

終末死因は、心筋梗塞である。心筋梗塞は冠動脈血栓によって引き起こされ、冠動脈血栓は冠動脈硬化によって引き起こされている。したがって、上下の因果関係は、心筋梗塞の原因である冠動脈血栓の原因である冠動脈硬化となる。

例 2

-
1	(ア)	大量出血
		(ア) の原因である

- (イ) 右下肢外傷性切断
(イ) の原因である
- (ウ) バスに轢かれた
(ウ) の原因である
- (エ)

2

終末死因は、出血である。出血は、右下肢外傷性切断の合併症であり、右下肢外傷性切断は、バス事故によって引き起こされている。したがって、上下の因果関係は、大量出血の原因である右下肢外傷性切断の原因であるバスによる轢過事故となる。

2.16.3 起点

起点 (starting point) は、終末死因で終わる上下の因果関係 (きちんと因果関係が認められるもの) のきっかけとなった始めの病態又は事象である。正確に記載された死亡診断書では、1 欄で使用されている行のうち最下欄の初めに記載された病態が、上下の因果関係の起点である。どのようにして起点を特定するかについての手順は、「2.17.3 起点を探す (ステップ SP1 から SP8)」に掲載されている。

死亡診断書が正確に記載されていない場合、起点は先述とは別の欄に記載されている可能性があるが、そうした場合でも標準化された方法で起点を特定できるように指示が用意されている。このため、2.17.3 節の指示を順番どおりに適用していくことが重要である。

指示を順々に適用する際に、暫定的に起点とみなされる病態は、「仮の起点 (tentative starting point: TSP)」と呼ばれ、死亡診断書に指示を適用していくなかで、何回か変更されることがある。

例 1

-
1	(ア) 心筋梗塞、肺水腫 (ア) の原因である
	(イ) 冠動脈硬化 (イ) の原因である
	(ウ)
	(ウ) の原因である
	(エ)

2

心筋梗塞に繋がったため、冠動脈硬化が起点である。

例 2

-
1	(ア) 肺炎 (ア) の原因である
	(イ) 大腿骨近位部骨折 (イ) の原因である
	(ウ) 絨毯で転倒 (ウ) の原因である

(工)

2

死亡に至る一連の因果関係のある事象を引き起こしたため、絨毯での転倒が起点である。

2.16.4 期間

死亡診断書では、記載された個々の病態について、それぞれ期間の情報も必要である。期間（Duration）は、疾病又は病態の発病（発症）又は受傷から死亡時点までの間隔をいう。必ずしも病態の診断時点と期間が一致するわけではないことには注意が必要で、これは、診断が症状発現と同時になされることもあれば、発現よりも後に行われることもあるためである。

2.16.5 最初に記載された上下の因果関係

死亡診断書には、受け入れられる因果関係からなり終末死因で終わる上下の因果関係がいくつか含まれる場合がある。そのうち1欄に最初に記載された上下の因果関係（first-mentioned sequence）の起点を特定するためにコーディング指示が用意されている（ステップ SP4 も参照）。

以下の図は、死亡診断書の例を図示したもので、個々の病態が丸で示されている。最初に記載された上下の因果関係の起点は灰色の丸、その因果関係は矢印で示されている。

最初に記載された上下の因果関係を特定するには、終末死因（1欄で最初に使用されている行の最初に記載されている病態）からスタートする。

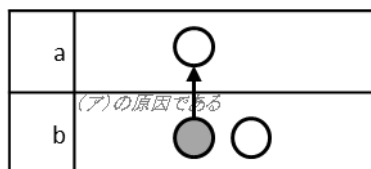
1欄内の次の行に記載された病態が終末死因の原因となりうるかを確認する。同じ行にいくつかの病態が記載されている場合は、終末死因の原因となりうる病態が見つかるまで、左から右に順に確認していくこと。

次の行に記載された病態のなかに、終末死因の原因となりうる病態がない場合は、終末死因に至る上下の因果関係はないことになる。終末死因が仮の原死因である。上下の因果関係がなかった場合についても具体的な指示が用意されている（ステップ SP5 参照）。

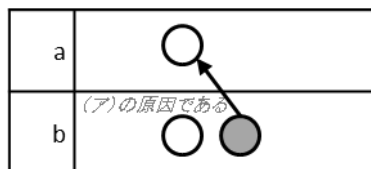
a	
b	(ア)の原因である 

終末死因に至る上下の因果関係なし

終末死因の原因となりうる病態があった場合、終末死因の原因となりうる病態のうち、最初に記載された病態が仮の起点である。それより下の行に病態が記載されていない場合、この仮の起点と終末死因の間の上下の因果関係が最初に記載された上下の因果関係である。

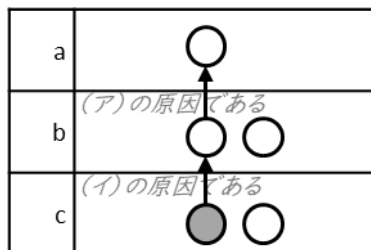


最初に記載された上下の因果関係 A

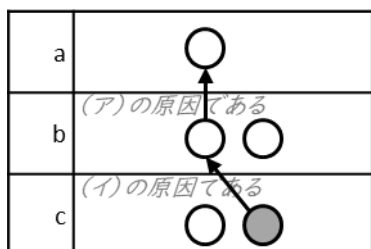


最初に記載された上下の因果関係 B

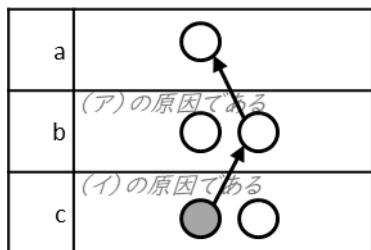
1 欄内の下の行に病態が記載されている場合は、次の行についても同じ手順を繰り返す。前の段階で特定された仮の起点からスタートする。1 欄内の更に下の次の行の病態について、左から右に、仮の起点の原因となりうるかを確認していく。仮の起点の原因となりうる病態が見つかるまで続ける。これが新たな仮の起点となる。



最初に記載された上下の因果関係 C



最初に記載された上下の因果関係 D



最初に記載された上下の因果関係 E

1 欄内の下の行に更に病態が記載されている場合は、仮の起点が見つかる限りこの手順を繰り返す。仮の起点の原因となる病態がそれ以上見つからない場合、最後に特定された仮の起点が、最初に記載された上下の因果関係の起点である。

例 1

-
- 1 (ア) 肺炎
 (ア) の原因である
 (イ) 大腿骨近位部骨折、心不全
 (イ) の原因である
 (ウ) 絨毯で転倒、冠動脈硬化
 (ウ) の原因である
 (エ)

2

大腿骨近位部骨折は肺炎の原因となりうる、そのため大腿骨近位部骨折が仮の起点である。絨毯での転倒は、大腿骨近位部骨折の原因となりうる、よって新たな仮の起点となる。1 (ウ) 欄の下欄にはほかに原因が記載されていないため、絨毯での転倒が最初に記載された上下の因果関係の起点である。

例 2

-
- 1 (ア) 肺炎
 (ア) の原因である
 (イ) 心不全、大腿骨近位部骨折
 (イ) の原因である
 (ウ) 冠動脈硬化、絨毯で転倒
 (ウ) の原因である
 (エ)

2

心不全は肺炎の原因となりうる、そのため心不全が仮の起点である。冠動脈硬化は心不全の原因となりうる、よって冠動脈硬化が新たな仮の起点となる。1 (ウ) 欄の下欄にはほかに原因が記載されていないため、冠動脈硬化が最初に記載された上下の因果関係の起点である。

例 3

-
- 1 (ア) 肺炎
 (ア) の原因である
 (イ) 大腿骨近位部骨折、心不全
 (イ) の原因である
 (ウ) 冠動脈硬化、絨毯で転倒
 (ウ) の原因である
 (エ)

2

大腿骨近位部骨折は肺炎の原因となりうる、そのため大腿骨近位部骨折が仮の起点である。しかし、冠動脈硬化は大腿骨近位部骨折の原因とはなりえない、一方、絨毯での転倒は大腿骨近位部骨折の原因となりうるため、絨毯での転倒が新たな仮の起点となる。1 (ウ) 欄の下欄にはほかに原因が記載されていないため、絨毯での転倒が最初に記載された上下の因果関係の起点である。

2.16.6 原死因 (UCOD)

2.15.1 節に定義されている原死因 (underlying cause of death: UCOD) は、死亡統計の単一原因の製表において選択される病態である。

指示を順々に適用する際に、暫定的に原死因とみなされる病態は、「仮の原死因（tentative underlying cause of death: TUC）」と呼ばれ、死亡診断書に指示を適用していくなかで、何回か変更されることがある。

例 1

- 1 (ア) 心筋梗塞
(ア) の原因である
- (イ) 冠動脈硬化
(イ) の原因である
- (ウ) 全身性動脈硬化
(ウ) の原因である
- (エ)

2

全身性動脈硬化が死亡に至る一連の事象のきっかけであり、これが起点である。ICD では動脈硬化と冠動脈性心疾患については特別な修正指示があり、次のステップで冠動脈硬化が仮の原死因に選ばれる。しかし、更に冠動脈硬化と心筋梗塞についても指示があり、最終ステップで心筋梗塞が仮の原死因に選択されるため、この例では心筋梗塞が原死因となる。

2.16.7 優先原因病態

いくつかの死亡コーディング指示（例えば、ステップ SP6、M1）では、「優先原因病態（Priority underlying condition）」という表現が使用されている。これは、個々の指示における具体的な条件が、死亡診断書の複数の病態に該当する場合、優先順位をつけ、原因となっている病態の方を優先する概念である。

優先原因病態を特定するには、1 欄内で使用されている行のうち最下欄の最初に記載された病態からスタートする。複数の病態が記載されている場合、使用されている行の最下欄から、その上の行、その上の行と順々に進み、各行については左から右へ探す。1 欄内で優先原因病態が見つからない場合は、次に 2 欄に移り、再び左から右へ、該当する病態がないかを探していく。

a	(5) (6)	
b	(ア) の原因である (3) (4)	
c	(イ) の原因である (1) (2)	
d	(ウ) の原因である	
2	(7) (8)	

優先原因病態

2.16.8 修正

個別の上下の因果関係や ICD 分類項目に関する特別なコーディング指示により、起点以外の病態が統計で利用される原死因として選択される場合もある。そうした事例は、原死因のコードが、起点と記載された別の病態の組合せを示しているか、起点の

合併症や結果であって、公衆衛生上特に重要である場合が多い。起点の ICD コードが、別のコードに置き換えられる手順を修正 (modification) と呼ぶ。原死因を特定するために、このような特別指示の適用方法についての説明は、[2.18 節、起点の修正を確認する \(ステップ M1 から M4\)](#) に掲載されている。

例 1

-
1	(ア)	心疾患
		(ア) の原因である
	(イ)	全身性動脈硬化
		(イ) の原因である
	(ウ)	
		(ウ) の原因である
	(エ)	

2

全身性動脈硬化は、死亡に至る一連の事象を引き起こしたため、起点である。しかし、全身性動脈硬化についての特別指示に従うと、心疾患の原因となった全身性動脈硬化は、死亡統計では、動脈硬化性心疾患のコードに割り当てられる。この修正により、原死因は、動脈硬化性心疾患となる。

2.17 死亡のためのコーディング指示

死因のコーディングに当たっての第一歩は、死亡診断書に記載されたすべての病態に ICD コードを付与することである。コーディング指示の多くは、具体的な ICD コードに基づいて規定されており、指示が該当するか否かを決めるには、診断書のすべての病態がコードされている必要がある。いずれの病態でも、診断書に記載された他の病態により、コーディングに影響がある可能性がある。コード同士の影響を加味した上で、記載されたすべての病態にコード付けを行うことを複数死因コーディング (multiple cause coding) と呼ぶ。

2.17.1 基本コーディング及び複数死因コーディングのガイドライン

コーディングを始めるには、第 2 部の始めの方の節 (例えば [2.1 節](#)、[2.6 節](#) 及び [2.10.1 節](#)) にある基本コーディングガイドラインを参照すること。複数の原因が記載されている場合は、[2.20 節、死亡のためのコーディング指示：複数死因コーディング及びその他の特別指示](#) も参照すること。複数死因コーディングにより、例えば、特定の原死因について重症だが予防可能な合併症について、疾病過程の結果に対する併存病態の影響など、死因の詳細な分析が可能となる。そのため、死亡コーディングでは、原死因及び複数死因の両方を記録すべきである。さらには、原死因の選択及び修正に関する ICD の指示を正確に適用するためにも、複数死因コーディングの全面実施が不可欠である。

診断書の個々の疾患又は病態に ICD コードが付与されたら、原死因を選択するための指示を適用すること。

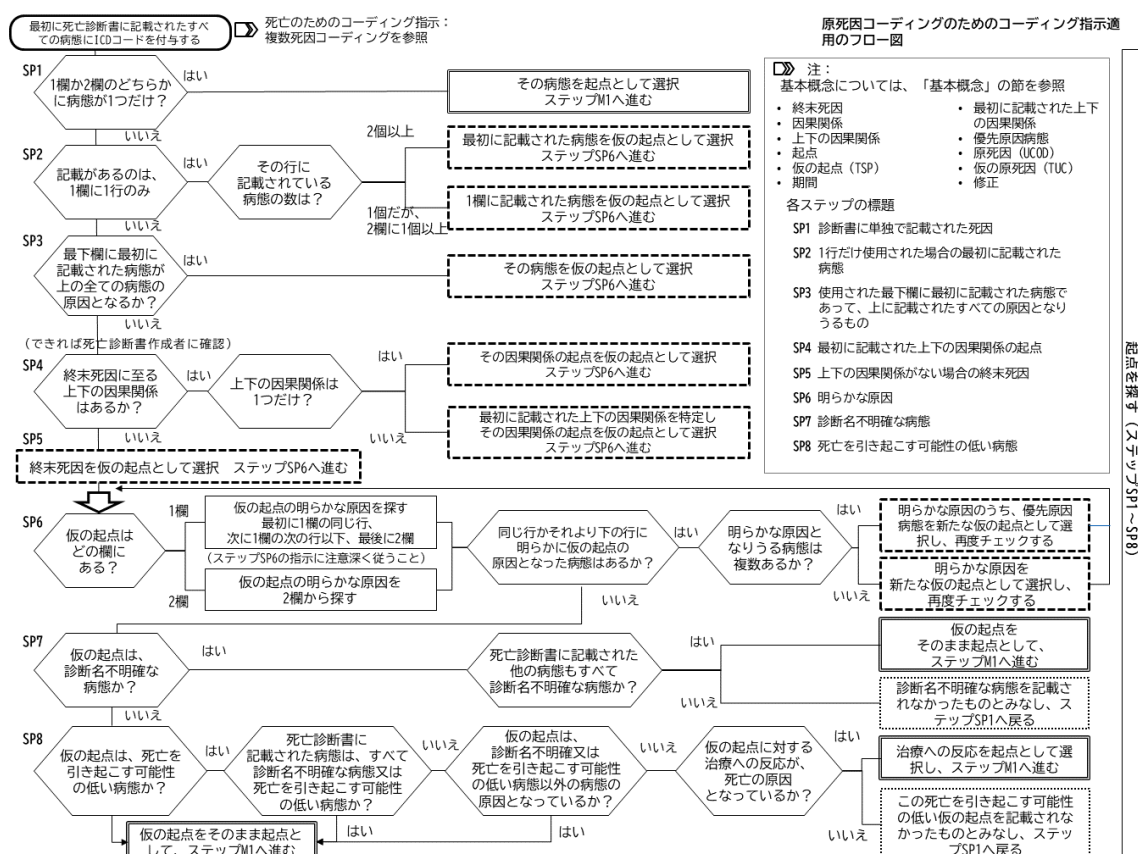
2.17.2 原死因を選択する

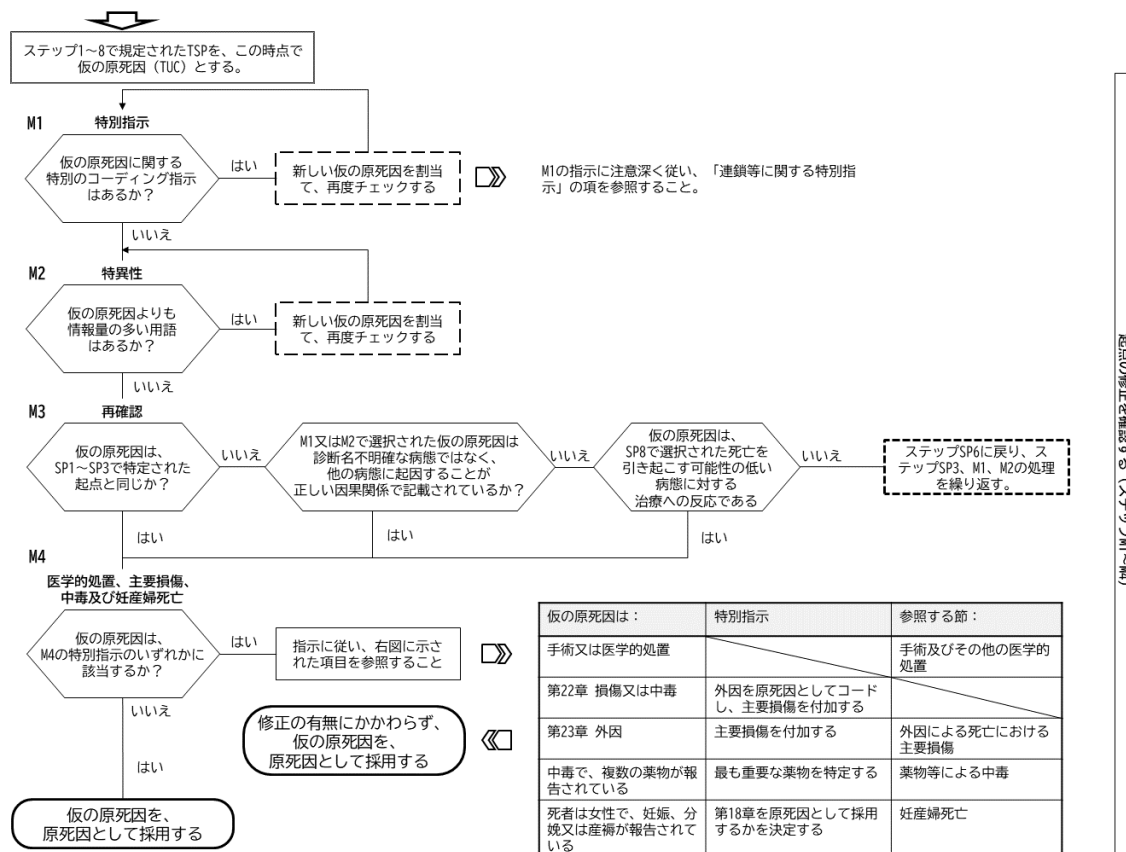
死亡診断書の大部分では、原死因の選択の手順は単純明快である。ただ、原死因が一見して明らかでない場合も多くある。単純な場合も複雑な場合も、確実に ICD の死亡ルールに従ってコードされるよう、コーディング指示に 1 つずつ、注意深く従っていくことが重要である。でないと、結果として得られた死亡統計は、国際比較できなくなり、公衆衛生目的におけるデータの価値が著しく損なわれてしまう。

原死因の選択には 2 つの異なるステップが含まれる。第 1 のステップは、起点の特定である（以下のステップ SP1 から SP8）。次のステップは、起点の修正であり、修正指示のいずれかが該当する場合、死亡診断書に記載された情報を更に反映させるために実施される（以下のステップ M1 から M4）。具体的な指示については、2.18～2.19 節参照。また、死亡コーディング用付属資料 3.14.4 には、原死因選択のコーディング指示を図示したフロー図が掲載されている。これは、コーディング指示の適用においてコーディング担当者を補助する資料として用意されたものである。

選択手順の目的は、できる限り有用な死亡統計を作成することであるということには留意が必要である。そのため、以下の指示は、純粋に医学的な観点からの正確さというよりは、ある病態の公衆衛生上の重要性を反映している場合がある。以下の指示は、医学的に正確と考えられるか否かにかかわらず、常に適用される。

以降のコーディング事例では、1 欄の行間にある「の原因である」という記述は省かれている。しかし、1 欄の上位記載されたものは何であれ、その下の行に記載されたものによって引き起こされたものとして記載されていることを念頭におくことが重要である。





2.17.3 起点を探す（ステップ SP1～SP8）

起点を特定するには、本節に詳述する 8 つのステップに従うこと。ステップは、SP1 から SP8（起点ルール 1 から起点ルール 8）（訳注：SP は起点（スターティング・ポイント；Starting point）の略）と名付けられている。各ステップには、選択ルールが 1 つ含まれる。各ステップでは、該当する選択ルールの説明と次に何をすべきかの指示がある。

2.17.4 ステップ SP1：診断書に単独で記載された死因

死亡診断書（1 欄か 2 欄のどちらか）に、病態が 1 つだけ記載された場合は、この病態が起点となる。次にステップ M1 から M4 のいずれかの適用があるかを確認するために 2.18 節 起点の修正を確認する（ステップ M1～M4）へ進む。

死亡診断書に 2 つ以上の病態がある場合は、ステップ SP2 へ進む。

2.17.5 ステップ SP2：1 行だけ使用された場合の最初に記載された病態

死亡診断書作成者が、1 欄で 1 行だけ使用し、さらに：

- この行に病態を 1 つだけ記載したが、2 欄に 1 つ以上の病態を記載した場合は、1 欄内に唯一記載された病態が仮の起点である。次に、ステップ SP6 へ進む。

- この行に、2 つ以上の病態を記載した場合は、最初に記載された病態が仮の起点である。これは、2 欄に 1 つ以上の病態が記載されたか否かにかかわらず適用される。次に、ステップ SP6 へ進む。

死亡診断書作成者が、1 欄で 2 行以上使用している場合は、ステップ SP3 へ進む。

死亡診断書作成者が、2 欄だけ使用したが、2 欄に 2 つ以上の病態を記載した場合は、最初に記載された病態が仮の起点である。

例 1

1	(ア) 心筋梗塞、糖尿病 (イ) (ウ) (エ)

2

心筋梗塞は、診断書の最初に記載されており、仮の起点である。次に、選択ルール及び修正ルールが更に適用されるかを確認するために、ステップ SP6 へ進む。

例 2

1	(ア) 心筋梗塞 (イ) (ウ) (エ)

2 糖尿病

心筋梗塞は、診断書の最初に記載されており、仮の起点である。次に、選択ルール及び修正ルールが更に適用されるかを確認するために、ステップ SP6 へ進む。

2.17.6 ステップ SP3：使用された最下欄に最初に記載された病態であって、上に記載されたすべての原因となりうるもの

1 欄で 2 つ以上の行に病態が記載されている場合は、1 欄で使用されている一番下の行に最初に記載された病態が、それよりも上の行に記載されたすべての病態を引き起こしうるかを確認する。

- 引き起こしうる場合、この最下欄に最初に記載された病態が仮の起点である。次に、ステップ SP6 へ進む。
- そうでない場合、ステップ SP4 へ進む。

因果関係进行评估する際は、[2.16.2 節 因果関係及び上下の因果関係](#)及び [2.19.1 節 受け入れられる上下の因果関係及び受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示 \(ステップ SP3 及び SP4\)](#) を参照すること。

例 1

1	(ア) 気管支肺炎 (イ) 片麻痺 (ウ) 脳梗塞 (エ)

2

脳梗塞は、気管支肺炎と片麻痺、いずれの原因ともなりうる。つまり、脳梗塞が仮の起点である。

例 2

1	(ア)	肝転移	2 か月
	(イ)	気管支肺炎	4 日間
	(ウ)	胃癌	6 か月
	(エ)		

2

胃癌は、肝転移と気管支肺炎、いずれの原因ともなりうる。つまり、胃癌が、仮の起点であり、これは、気管支肺炎が肝転移の原因とはなりえず、気管支肺炎の期間が、肝転移の期間よりも短い場合でもそうである。

例 3

1	(ア)	肝転移
	(イ)	気管支肺炎
	(ウ)	胃癌、脳梗塞
	(エ)	

2

1 欄の使用された最下欄に最初に記載された胃癌は、肝転移と気管支肺炎、いずれの原因ともなりうる。つまり、胃癌が仮の起点である。

例 4

1	(ア)	肝転移
	(イ)	気管支肺炎、胃癌
	(ウ)	
	(エ)	

2

気管支肺炎は、肝転移の原因とはならない。つまり、ステップ SP3 では、仮の起点を特定できない。よって、ステップ SP4 へ進む。

2.17.7 ステップ SP4：最初に記載された上下の因果関係の起点

最初に記載された上下の因果関係は、必ず 1 欄内にある（2.16.5 節参照）。

- 終末死因で終わる上下の因果関係が、1 欄内に 1 つ以上ある場合、最初に記載された上下の因果関係を特定すること（2.16.5 節参照）。この上下の因果関係の起点が仮の起点である。次に、ステップ SP6 へ進む。

1 欄内に、終末死因で終わる上下の因果関係がない場合、ステップ SP5 へ進む。

因果関係を評価する際は、2.16.2 節、因果関係及び上下の因果関係及び 2.19.1 節、受け入れられる上下の因果関係及び受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示（ステップ SP3 及び SP4）を参照すること。

例 1

1	(a)	肝転移
	(b)	気管支肺炎、胃癌
	(c)	

(d)

2

気管支肺炎は、肝転移の原因とはならない（ステップ SP3 は該当しない）が、胃癌は、肝転移の原因となりうる。これが、終末死因で終わる最初に記載された上下の因果関係であり、よって胃癌が仮の起点である。

例 2

1	(ア)	気管支肺炎
	(イ)	脳梗塞、肝転移
	(ウ)	動脈硬化症、胃癌
	(エ)	

2

動脈硬化症は、肝転移の原因とはならない（ステップ SP3 は該当しない）。診断書には、受け入れられる上下の因果関係が 3 つある：（1）気管支肺炎の原因である脳梗塞、さらにその原因である動脈硬化症、（2）気管支肺炎の原因である脳梗塞、さらにその原因である胃癌、（3）気管支肺炎の原因である肝転移、さらにその原因である胃癌。最初に記載された上下の因果関係は、気管支肺炎の原因である脳梗塞、さらにその原因である動脈硬化症である。よって、動脈硬化症が仮の起点となる。

2.17.8 ステップ SP5：上下の因果関係がない場合の終末死因

1 欄内に終末死因で終わる上下の因果関係がない場合、終末死因が仮の起点でもある。次に、ステップ SP6 へ進む。

例 1

1	(ア)	肝転移
	(イ)	脳梗塞
	(ウ)	動脈硬化症
	(エ)	
2		胃癌

動脈硬化症は、肝転移の原因とはならない（ステップ SP3 は該当しない）。脳梗塞は肝転移の原因とはならない（ステップ SP4 は該当しない）。1 欄内に終末死因で終わる上下の因果関係はないため、終末死因（肝転移）が仮の起点である。

2.17.9 ステップ SP6：明らかな原因

ステップ SP1 から SP5 で選択された仮の起点が、明らかに診断書上の別の病態によって引き起こされた場合、明らかな原因を新しい仮の起点に選択する。「明らかな」因果関係があると考えられる病態は、2.19.2 節、[明らかな原因に関する特別指示（ステップ SP6）](#)に明示されている。診断書のどちらの欄を探せばよいかについては、以下のルールを適用すること：

- 仮の起点が、1 欄にある場合、明らかな原因は、1 欄内の同じ行かその下の行になければならない。仮の起点よりも上の行に明らかな原因を探してはいけない。
- 仮の起点が、2 欄にある場合、明らかな原因は、2 欄内にななければならない。1 欄内から明らかな原因を探してはいけない。

次に、新たな仮の起点に対して、ステップ SP6 を再適用する。仮の起点を明らかに引き起こした病態が、診断書上の同じ欄か下欄にそれ以上見つからなくなるまで、新たな仮の起点を探し続けること。次にステップ SP7 へ進む。

死亡診断書上に、ステップ SP2 から SP5 で選択された仮の起点の明らかな原因となる病態がない場合は、ステップ SP7 へ進む。

明らかな因果関係とは、因果関係の一種であり（2.18.2 節を参照）、2.21.1 節に記載する受け入れられない上下の因果関係は、病態間の「明らかな」因果関係を検討する際にも受け入れるべきではない。一方で、受け入れられる上下の因果関係を検討する上では、「明らかな」という用語は重要であり、病態間の関係について疑いの余地がないことが必要である。仮の起点がもう一方の病態によると記載されたなら上下の因果関係が受け入れられたであろうというだけでは不十分である。ステップ SP6 を適用する際には、必ず 2.19.2 節を参照すること。

仮の起点の期間が、明らかな原因よりも長い場合には、ステップ SP6 を適用しないこと。

仮の起点に対する明らかな原因が 2 つ以上ある場合は、優先原因病態を選択すること（2.16.7 節参照）。

例 1

-
1	(ア)	敗血症
	(イ)	腹膜炎
	(ウ)	
	(エ)	
2		破裂を伴う虫垂炎

敗血症は、腹膜炎によって起こりうるため、腹膜炎が仮の起点である（ステップ SP3）。破裂を伴う虫垂炎は、腹膜炎の明らかな原因であり、破裂を伴う虫垂炎が新たな仮の起点である。

例 2

-
1	(ア)	肝転移
	(イ)	脳梗塞
	(ウ)	
	(エ)	
2		胃癌

脳梗塞は、肝転移の原因とはならず、肝転移が仮の起点である（ステップ SP5）。胃癌は、肝転移の明らかな原因であり、胃癌が新たな仮の起点である。

例 3

-
1	(ア)	敗血症
	(イ)	腹膜炎、腸間膜塞栓
	(ウ)	
	(エ)	
2		

敗血症は、腹膜炎によって起こりうるため、腹膜炎が仮の起点である（ステップ SP3）。腸間膜塞栓は、腹膜炎の明らかな原因であり、腸間膜塞栓が新たな仮の起点である。

例 4

-
1	(ア)	敗血症

(イ) 腹膜炎

(ウ)

(エ)

2 腸間膜塞栓、破裂性虫垂炎

敗血症は、腹膜炎によって起こりうるため、腹膜炎が仮の起点である（ステップ SP3）。次に、腸間膜塞栓と破裂性虫垂炎はどちらも腹膜炎の明らかな原因である。腸間膜塞栓が最初に記載され、すなわち優先原因病態であるため、腸間膜塞栓が新たな仮の起点である。

例 5

1 (ア) 敗血症

(イ) 腹膜炎

(ウ)

(エ)

2 腸壊死、腸間膜虚血

敗血症は、腹膜炎によって起こりうるため、腹膜炎が仮の起点である（ステップ SP3）。腸壊死は、腹膜炎の明らかな原因であるため、腸壊死が新たな仮の起点である。次に、腸間膜虚血は、腸壊死の明らかな原因であるため、腸間膜虚血が最終的な起点となる。

2.17.10 ステップ SP7：診断名不明確な病態

ステップ SP1 から SP6 で選択された仮の起点が、**診断名不明確な病態（ill-defined conditions）** リストに含まれており、さらに：

- 診断名が不明確ではない病態が少なくとも 1 つ記載されている場合は、診断名不明確な病態を無視する。診断名不明確な病態は、死亡診断書に記載されなかったものとして、ステップ SP1 に戻り、別の起点を選択する。
- 死亡診断書に記載された他の病態がすべて診断名不明確な場合は、ステップ M1 へ進む。
- 仮の起点が、診断名不明確ではない場合は、ステップ SP8 へ進む。

以下については、診断名不明確とはされていないことに留意すること：

- 敗血症性ショック
- 新生児突然死症候群

例 1

1 (ア) 呼吸不全

(イ)

(ウ)

(エ)

2 腸間膜塞栓

呼吸不全が 1 欄に唯一記載された病態であり、ステップ SP2 により仮の起点である。呼吸不全は診断名不明確な病態一覧に含まれており、診断名不明確ではない病態（腸間膜塞栓）があるため、呼吸不全を記載されなかったものとして、選択手順をやり直す。SP1 により腸間膜塞栓が新たな仮の起点となる。

2.17.11 ステップ SP8：死亡を引き起こす可能性の低い病態

ステップ SP1 から SP7 で選択された仮の起点が、**死亡を引き起こす可能性の低い病態リスト**（**死亡コーディング用付属資料 3.14.10 節**参照）に含まれており、さらに：

- 診断書に記載された他の病態がすべて死亡を引き起こす可能性が低い診断名不明確である場合、この「死亡を引き起こす可能性が低い」病態を、引き続き仮の起点とする。次に、ステップ M1 へ進む。
- その病態が、「死亡を引き起こす可能性が低い病態」に含まれず診断名不明確でもない病態の原因となっていた場合は、この死亡を引き起こす可能性が低い病態を、引き続き仮の起点とする。次に、ステップ M1 へ進む。
- 死亡を引き起こす可能性が低い病態の治療に対する反応が死亡の原因となった場合は、治療に対する反応を起点として選択する。次に、ステップ M1 へ進む。
- 上記 3 つのいずれでもない場合で、「死亡を引き起こす可能性が低い病態」に含まれず診断名不明確でもない病態が少なくとも 1 つある場合は、この「死亡を引き起こす可能性が低い」病態を無視する。死亡を引き起こす可能性が低い病態は、診断書に記載されなかったものとして、ステップ SP1 へ戻り、別の起点を選択する。

仮の起点が、「死亡を引き起こす可能性が低い病態リスト」に含まれていない場合は、この病態を引き続き起点として、ステップ M1 へ進む。

診断書に死亡を引き起こす可能性が低い病態に対する治療が 2 つ以上記載されている場合は、最初に記載された治療を選択すること。

例 1

-
1	(ア)	難聴
	(イ)	
	(ウ)	
	(エ)	

2 虚血性心疾患

難聴が仮の起点である（ステップ SP2）が、「死亡を引き起こす可能性の低い病態」に含まれている。死亡診断書には別の病態、虚血性心疾患が記載され、これは「死亡を引き起こす可能性の低い病態」に含まれていない。難聴は無視し、ステップ SP1 から選択手順を再開する。虚血性心疾患が新たな仮の起点となる（ステップ SP1）。

例 2

-
1	(ア)	肝不全
	(イ)	パラセタモールの過剰使用
	(ウ)	片頭痛型頭痛
	(エ)	

2

片頭痛型頭痛が仮の起点である（ステップ SP3）が、「死亡を引き起こす可能性の低い病態」に含まれている。片頭痛型頭痛の治療にパラセタモールが使用されたが、治療に対する反応として肝不全が引き起こされた。治療への反応である肝不全を仮の起点として選択する。

例 3

-
1	(ア)	敗血症

- (イ) 顎下膿瘍
- (ウ) う歯
- (エ)

2

う歯が仮の起点である（ステップ SP3）が、「死亡を引き起こす可能性の低い病態」に含まれている。この例では、う歯が、顎下膿瘍（「死亡を引き起こす可能性が低い病態」に含まれず診断名不明確でもない病態）の原因となっている。そのため、仮の起点はう歯のままとする。

例 4

- 1 (ア) 頭痛
- (イ) う歯
- (ウ)
- (エ)

2 虚血性心疾患

う歯が仮の起点である（ステップ SP3）が、「死亡を引き起こす可能性の低い病態」に含まれている。この例では、う歯は頭痛の原因とされているが、頭痛は、診断名不明確な病態の一覧に含まれる病態である。う歯（ステップ SP8）と頭痛（SP7）を無視し、ステップ SP1 から選択手順を再開する。虚血性心疾患が新たな起点となる（ステップ SP1）。

2.18 起点の修正を確認する（ステップ M1～M4）

ここでステップ SP1 から SP8 により特定された起点を、仮の原死因とみなす。この仮の原死因については、特別のコーディング指示が該当するか、ほかに仮の原死因を修正する必要がある可能性がある。ステップ M1 から M3（修正ルール 1 から修正ルール 3）に説明されている修正ルールを適用することにより、仮の原死因を修正すべきかどうかを確認すること。各ステップには、修正ルールが 1 つ含まれる。各ステップでは、該当する修正ルールの説明と次に何をすべきかの指示がある。さらに、箇条書きには、より詳細な指示や説明がある。

2.18.1 ステップ M1：特別指示

ステップ SP1 から SP8 で選択された仮の原死因（TUC: tentative underlying cause）が、2.19.3 節、連鎖等に関する特別指示（ステップ M1）に掲載されている特別指示に該当する場合は、指示に従い新たな仮の原死因を割り当てる。

次に、新たな仮の原死因に対してステップ M1 を再適用する。仮の原死因に対して、それ以上特別なコーディング指示が該当しなくなるまで、この手順を繰り返す。次に、ステップ M2 へ進む。

仮の原死因が、2.19.3 節の指示に該当しない場合は、ステップ M2 へ進む。

仮の原死因に対して、2.19.3 節の指示が 2 つ以上該当する場合は、優先原因病態（2.16.7 節参照）に関係する指示の方を選ぶ。

コードの組合せには「…の記載を伴うもの」と「…の原因として記載された場合」の 2 種類があることに留意すること。詳細は、2.19.3 節 連鎖等に関する特別指示（ステップ M1）参照。

分類上、仮の原死因と診断書上の別の病態の組合せが 1 つのコードとして示されている場合もある。2.19.3 節の死亡コーディングの指示がそれを否定する場合を除き、組合わされたコードを使用すること。

「…の記載を伴うもの」の例：

例 1

-
1	(ア)	心筋梗塞
	(イ)	虚血性心疾患
	(ウ)	
	(エ)	

2

虚血性心疾患が仮の起点である（ステップ SP3）。虚血性心疾患とともに、心筋梗塞の記載があった場合に関する特別指示があり、この指示により、心筋梗塞が新たな仮の原死因となる。

例 2

-
1	(ア)	虚血性心疾患
	(イ)	動脈硬化症
	(ウ)	
	(エ)	

2 脳梗塞

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP3）。「動脈硬化症とともに、虚血性心疾患の記載があった場合」と「動脈硬化症とともに、脳梗塞の記載があった場合」について特別指示がある。虚血性心疾患が優先原因病態であるため、「動脈硬化症とともに、虚血性心疾患の記載があった場合」の指示を適用し、虚血性心疾患が新たな仮の原死因となる。

例 3

-
1	(ア)	脳梗塞
	(イ)	動脈硬化症
	(ウ)	高血圧
	(エ)	

2 心筋梗塞

高血圧が仮の起点である（ステップ SP3）。「高血圧とともに、脳梗塞の記載があった場合」と高血圧とともに、心筋梗塞が記載された場合の特別指示がある。脳梗塞が優先原因病態であるため、「高血圧とともに、脳梗塞の記載があった場合」の特別指示を適用し、脳梗塞を新たな仮の原死因に選択する。

例 4

-
1	(ア)	虚血性心疾患
	(イ)	動脈硬化症
	(ウ)	
	(エ)	

2 心筋梗塞

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP3）。「動脈硬化症とともに、虚血性心疾患の記載があった場合」と「動脈硬化症とともに、心筋梗塞の記載があった場合」の特別指示がある。虚血性心疾患が優先原因病態であるため、「動脈硬化症とともに、虚血性心疾患の記載があった場合」の指示を適用し、虚血性心疾患を新たな仮の原死因として選択する。次に、「虚血性心疾患とともに、心筋梗塞の記載があった場合」の特別指示がある。この指示を適用し、心筋梗塞を新たな仮の原死因として選択する。

「…の原因として記載された場合」の例：

例 5

-
1	(ア)	慢性腎臓病

- (イ) 動脈硬化症
- (ウ)
- (エ)

2

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP3）。「動脈硬化症が、慢性腎臓病の原因として報告された場合」の特別指示がある。この指示を適用し、高血圧性腎疾患（BA02）を新たな仮の原死因として選択する。

例 6

-
- 1 (ア) 動脈硬化症
 - (イ)
 - (ウ)
 - (エ)

2 慢性腎臓病

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP2）。「動脈硬化症が、慢性腎臓病の原因として報告された場合」の特別指示はあるが、この事例では、慢性腎臓病が 2 欄に記載され、動脈硬化症の原因として記載されていないため、この指示は該当しない。この事例では、仮の起点は、動脈硬化症のままとなる。

2.18.2 ステップ M2：特異性

仮の原死因が、病態を一般的な用語で表していて、この病態の部位や性質についてより詳細な情報を示す用語が、診断書上に記載されていれば、この情報量のより多い用語を新たな仮の原死因とすること。

次に、新たな仮の原死因に対してステップ M2 を再適用する。仮の原死因が、それ以上具体的にならなくなるまで、この手順を繰り返す。

仮の原死因をより具体化する用語がない場合は、ステップ M3 へ進む。

より特異的な用語は、仮の原死因と同じ病態を指していなければならない。全身性の疾患（例えば動脈硬化症）について、死亡診断書により具体的であるものの無関係の病態が記載されたからといって、全身性の疾患を無視してはいけない（例 2 も参照）。

仮の原死因に対し、より詳細な情報を示す表現がほかにいくつかある場合は、優先原因病態（2.16.7 節参照）を選択すること。

なお、新たな仮の原死因が、一般的な用語と組み合わせることにより更に特定化される場合もあることには留意が必要である（例 3 参照）。

例 1

-
- 1 (ア) 脳血管障害
 - (イ) 動脈硬化症
 - (ウ)
 - (エ)
- 2 脳幹部動脈塞栓

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP3）。「動脈硬化症とともに、脳血管障害の記載があった場合」の特別指示があり、ステップ M1 に従い、この指示を適用し脳血管障害が新たな仮の原死因である。脳血管障害の種類が、脳幹部の動脈塞栓として 2 欄に詳しく説明されている。これが新たな仮の原死因となる。

例 2

-
1	(ア)	脳血管障害
	(イ)	動脈硬化症
	(ウ)	
	(エ)	

2 右上葉原発燕麦細胞癌

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP3）。「動脈硬化症とともに、脳血管障害の記載があった場合」の特別指示があり、ステップ M1 に従い、この指示を適用し脳血管障害が新たな仮の原死因である。死亡診断書上に、脳血管障害の種類の更に詳細な説明はないため、仮の原死因は脳血管障害のままである。

例 3

-
1	(ア)	髄膜炎
	(イ)	結核
	(ウ)	
	(エ)	

2

結核が仮の起点である（ステップ SP3）。髄膜炎の症状発現があり、2 つの用語が組合わさり、結核性髄膜炎となり、これが仮の原死因である。

2.18.3 ステップ M3：ステップ SP6、M1 及び M2 の再確認

現時点で、仮の原死因が、SP1 から SP8 で選択した起点と異なる場合は、ステップ SP6 へ戻る。ステップ SP6、M1 及び M2 の手順を繰り返す。

仮の原死因が、SP1 から SP8 で選択した起点と同じであれば、ステップ M4 へ進む。

- ステップ M1 又は M2 で選択された死因が、別の病態（これが診断名不明確である場合を除き）によって引き起こされたと正しく記載されている場合は、ステップ SP6 に戻らない。
- また、仮の原死因が、ステップ SP8 で選択された、死亡を引き起こす可能性が低い病態に対する治療への反応である場合は、ステップ SP6 に戻らない。

例 1

-
1	(ア)	敗血症
	(イ)	動脈性疾患、左下肢動脈塞栓
	(ウ)	
	(エ)	

2 結腸癌

ステップ SP3 に従い、動脈性疾患が仮の起点である。1 欄 (イ) の 2 つ目の病態として報告された左下肢動脈塞栓は、動脈性疾患の特異的な説明である。したがって、ステップ M2 で左下肢動脈塞栓を仮の起点として選択する。仮の起点がステップ SP1 から SP8 で選択したものと異なるため、ステップ SP6 を再適用する。結腸癌は動脈塞栓の明らかな原因であり、新たな仮の起点となる。これ以上の修正ルールは該当しない。結腸癌（2B90.Z 結腸の悪性新生物、詳細不明）を原死因としてコードする。

例 2

-
1	(ア)	敗血症

- (イ) 動脈性疾患、左下肢動脈塞栓
- (ウ) 動脈硬化症
- (エ)

2 結腸癌

動脈硬化症が仮の起点である（ステップ SP3）。「動脈硬化症が、動脈性疾患の原因として報告された場合」の特別指示があり、ステップ M1 に従い、この指示を適用し動脈性疾患が新たな仮の起点となる。1 欄（イ）の 2 つ目の病態として報告された左下肢動脈塞栓は、動脈性疾患の種類のより詳細な説明であり、ステップ M2 で仮の起点に選択される。左下肢動脈塞栓は、動脈硬化症によって引き起こされたと記載され、これは正しい因果関係であるため、ステップ SP6 の再適用は行わない。これ以上の修正ルールは該当しない。「左下肢動脈塞栓」を原死因としてコードする。

2.18.4 ステップ M4：医学的処置、主要損傷、中毒及び妊産婦死亡に関する指示

最後に、ステップ SP1 から SP8 及びステップ M1 から M3 の適用により選択された仮の原死因に対して、次の指示を適用すること。

仮の原死因が、以下に該当する場合は、当該指示に従うこと：

- 手術その他の医学的処置、合併症又は、術後病態である場合は、[2.19.4 節、手術及びその他の医学的処置に関する特別指示（ステップ M4）](#)の指示を適用すること。
- 第 22 章、損傷、中毒又は一定のその他の外因の結果にある場合は、まず損傷又は中毒の外因を原死因としてコードする。さらに、[2.19.5 節 外因死における主要損傷に関する特別指示（ステップ M4）](#)の指示に従い、主要損傷をクラスターに追加する。
- 第 23 章、疾病又は死亡の外因にある場合は、[2.19.5 節 外因死における主要損傷に関する特別指示（ステップ M4）](#)の指示に従い、主要損傷をクラスターに追加する。
- 中毒である場合は、該当する場合は、記載された薬物又は毒性物質の具体名を示すために、第 X 章から追加的にエクステンションコードを使用すること。2 つ以上の薬物又は毒性物質が、死亡診断書に記載された場合は、死亡の原因となった可能性が最も高い薬物、医薬品又は物質を特定するために、[2.19.6 節 薬物、医薬品及び生物学的物質による中毒に関する特別指示（ステップ M4）](#)の指示を適用すること。

死亡者が女性の場合で、診断書に妊娠、出産又は産褥が報告されている場合は、[2.19.7 節 妊産婦死亡に関する特別指示（ステップ M4）](#)の指示に従い、仮の原死因を第 18 章 妊娠、出産又は産褥にコードするかどうかを決定すること。

ステップ M4 でクラスターを作る際は、必ず原死因をクラスターの先頭にコードすること。

ステップ M4 を適用したのち、修正されたにせよ、されなかったにせよ、仮の原死因が原死因となる。

ステップ M4 が該当しない場合は、仮の原死因が原死因となる。

なお、その他の制約、例えば、いずれかの性（[2.21.7 節](#)及び [3.14 節](#)（3.14.11 節及び 3.14.12 節）も参照）又は特定の年齢範囲に限定される原因であったり、地理的環

境を考慮すると起こりそうにない死因であったりするなど、他の制約が該当する場合もあることに留意すること。そのため、選択した原死因に対してこうした制約が該当しないか必ず確認すること。

2.19 原死因選択に関する特別指示

2.17.3 節（ステップ SP1 から SP8）及び 2.18 節（ステップ M1 から M4）の各指示を適用する際は、次節以降を参照のこと。

2.19.1 受け入れられる上下の因果関係及び受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示（ステップ SP3 及び SP4）

本節では、原死因選択を行う際に受け入れられる又は受け入れられない死因の因果関係を列挙している。2.16.2 節 **因果関係及び上下の因果関係**で説明したように、これらの指示は、最も有用な死亡統計を作成することを目的として設定されている。国レベルで変更をすると、他国のデータとの比較を難しくさせ、分析に役立たなくなるため、個々の国が誤りと想定されるものを修正してはならない。

死亡に至った原因に関する死亡診断書作成者の意見は軽視されるべきではないため、本節で受け入れられないものとしてリストに挙げられていない因果関係が報告された場合は、可能な限り受け入れられるべきである。

ステップ SP3 及び SP4 を適用する場合は、この節に記載されている関係を受け入れないこと。例外は、各指示の後の表に「受け入れる」とリストされている。

診断書に記載されている因果関係に関するすべての情報を考慮する必要があることに注意する。これは、情報が診断書の「間違った」場所に記載される場合にも適用される。例えば、1 欄の上下の因果関係が疾患「A」で始まり、診断書の他の場所に疾患「A」が疾患「B」によるものであると記載されている場合は、「B」を仮の起点と考える。これは、疾患「A」と疾患「B」が同じ ICD-11 コードにコードされ、1 欄の別々の行に報告されている場合にも適用される。

2.19.1.1 期間の矛盾

期間が記載された病態を、より期間の短い病態によるものとして受け入れないこと。

結果の病態

期間が記載された病態

原因の病態

受け入れない：
より期間の短い病態

病態の罹患期間が不明又は記載されていない場合は、その罹患期間が矛盾しないと仮定し、その場合、罹患期間によって因果関係を否定しない³。

³ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

2.19.1.2 他の病態による感染症

他の病態によるコレラ及び特定の感染症

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）疾患、悪性新生物、免疫系を損なう病態であっても、以下の感染性及び寄生虫性疾患を他の原因によるものとして受け入れないこと。

病態	コード
1A00	コレラ
1A11	ボツリヌス中毒
1B20	ハンセン病
1B50	猩紅熱
1B91	レプトスピラ症
1B93	ペスト
1B94	野兔病
1B95	ブルセラ症
1B97	炭疽
1C11.1	塹壕熱
1C12	百日咳
1C13	破傷風
1C14	産科的破傷風
1C15	新生児破傷風
1C17	ジフテリア
1C1C	髄膜炎菌症
1C22	オウム病クラミジア感染症
1C23.Z	トラコーマ、詳細不明
1C3Z	リケッチア症、詳細不明
1C80-1C8Z	中枢神経系のウイルス感染症
1D20-1D2Z	デング熱
1D47	黄熱
1D40	チクングニアウイルス病
1D42	オニオンニオンウイルス熱
1D44	リフトバレー熱
1D46	ウエストナイルウイルス感染症
1D48	ジカウイルス病
1D49	クリミア・コンゴ出血熱
1D4A	オムスク出血熱
1D4B	キャサヌル森林病
1D4C	アルハムラ出血熱
1D40-1D4Z	特定の節足動物媒介ウイルス熱
1D60.0	エボラ病
1D60.1	マールブルグ病

1D61.0	アルゼンチン出血熱
1D61.1	ボリビア出血熱
1D61.2	ラッサ熱
1D62.0	腎症候性出血熱
1D65	重症急性呼吸器症候群
1D80	ムンプス
1D86	ウイルス出血熱、他に分類されないもの
1E31	同定されている動物由来又はパンデミックインフルエンザウイルスによるインフルエンザ
1E50.1	B 型急性肝炎
1E50.2	C 型急性肝炎
1E51.0	B 型慢性肝炎
1E51.1	C 型慢性肝炎
1E51.2	D 型慢性肝炎
1E70	天然痘
1E71	サル痘
1F02	風疹
1F03	麻疹
1F40-1F4Z	マラリア
1F51	アフリカトリパノソーマ症
1F53	シャーガス病
1F54	リーシュマニア症
8A45.01	亜急性硬化性全脳炎
8E02.0	遺伝性クロイツフェルト・ヤコブ病
R-	WHO への報告対象のその他の新興疾患（例：COVID-19） ⁴

結果の病態	原因の病態
コレラ等、上記	受け入れない：他の原因

他の病態による腸チフス及び特定の感染症

HIV 病、悪性新生物、免疫系を損なう病態を除き、以下の感染症を他の原因によるものとして受け入れないこと。

- 1A02 赤痢菌による腸管感染症
- 1A07 腸チフス
- 1A08 パラチフス
- 1A09 他のサルモネラ菌による感染症
- 1B10-1B1Z 結核

⁴ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

結果の病態	原因の病態
赤痢菌による腸の感染症	受け入れる： HIV 病、悪性新生物、免疫系を損なう病態
腸チフス	受け入れない：他の原因
パラチフス	
他のサルモネラ菌による感染症	
結核	

他の病態による HIV 病

以下を除き、HIV 病（1C60-1C62）を他の病態によるものとして受け入れないこと。

- 血友病、貧血、重度の損傷などのように輸血を必要とする病態
- 手術などの侵襲的な処置
- 薬物乱用

このような病態の例は、[死亡コーディング用付属資料 3.14 節](#)に示されている。なお、[死亡コーディング用付属資料 3.14 節](#)のリストは完全ではなく、目安として示されていることには留意する必要がある。

結果の病態	原因の病態
HIV 病	受け入れる： -血友病、貧血、重度の損傷など輸血を必要とする病態 -手術などの侵襲的な処置 -薬物乱用 （例については、 死亡コーディング用付属資料 3.14 節 を参照のこと） 受け入れない：他の原因

他の病態による上記以外の感染症

上記以外の感染症は、他の病態を原因として受け入れる。

結果の病態	原因の病態
上記以外の感染症	受け入れる：他の原因

2.19.1.3 他の病態による悪性新生物

HIV 病（1C60-1C62）による以下の悪性新生物を除き、悪性新生物は、他の原因によるものとして受け入れないこと。

- [2A60.5](#) 芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍；脳原発と記載されたもの
- [2A80](#) 濾胞性リンパ腫；脳原発と記載されたもの
- [2A81](#) びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫；免疫芽球性と記載されたもの
- [2A85.5](#) マントル細胞リンパ腫；脳原発と記載されたもの
- [2A85.6](#) バーキット白血病を含むバーキットリンパ腫
- [2A86](#) B 細胞リンパ腫、混合的な特徴を有するもの；脳原発と記載されたもの
- [2A8Z](#) 成熟 B 細胞新生物、詳細不明；脳原発と記載されたもの

- [2A90-2B2Z](#) 成熟 T 細胞又は NK 細胞新生物；脳原発と記載されたもの
- [2B30](#) ホジキンリンパ腫；脳原発と記載されたもの
- [2B57](#) カポジ肉腫、原発部位
- [2B6A](#) 中咽頭の悪性新生物
- [2C00](#) 肛門又は肛門管の悪性新生物
- [2C70](#) 外陰部の悪性新生物
- [2C71](#) 膣の悪性新生物
- [2C77](#) 子宮頸部の悪性新生物；浸潤性と記載されたもの
- [2C81](#) 陰茎の悪性新生物

結果の病態	原因の病態
上記の中咽頭等の悪性新生物	受け入れる：HIV 病
	受け入れない：他の原因
上記に掲載されていない悪性新生物	受け入れない：他の原因

2.19.1.4 他の病態による先天性又は体質性出血性病態

「[3B10-3B1Z](#) 先天性又は体質性出血性病態」を他の原因によるものとして受け入れないこと。

結果の病態	原因の病態
先天性又は体質性出血性病態	受け入れない：他の原因

2.19.1.5 外因によるアナフィラキシー

自傷（intentional self-harm）（[PB80-PD3Z](#)）又は加害（assault）（[PD50-PF2Z](#)）を除き、アナフィラキシー（[4A84](#)）を他の原因によるものとして受け入れないこと。

結果の病態	原因の病態
アナフィラキシー	受け入れる：自傷又は加害
	受け入れない：他の原因

2.19.1.6 他の病態による糖尿病

β 細胞の自己免疫破壊を引き起こす病態を除き、1 型糖尿病を他の原因によるものとして受け入れないこと。

インスリン抵抗性を引き起こす病態を除き、2 型糖尿病を他の原因によるものとして受け入れないこと。

膵臓に障害を引き起こす病態を除き、「その他及び詳細不明の糖尿病」を、他の原因によるものとして受け入れないこと。

糖尿病を引き起こす可能性のある病態のリストについては、[死亡コーディング用付属資料 3.14 節](#)を参照する。

結果の病態	原因の病態
1 型糖尿病	受け入れる：β 細胞の自己免疫破壊を引き起こす病

結果の病態	原因の病態
	態
2 型糖尿病	受け入れない：他の原因
	受け入れる：インスリン抵抗性を引き起こす病態
	受け入れない：他の原因
その他及び詳細不明の糖尿病	受け入れる：膵臓に障害を引き起こす病態
	受け入れない：他の原因

2.19.1.7 他の病態によるリウマチ熱

以下によるものを除き、「急性リウマチ熱（1B40-1B42）」、5桁目が.0（リウマチ性）の「心臓弁膜症（BB60-BC0Z）」（分類に5桁目がある場合）及び「BC20 慢性リウマチ性心疾患、他に分類されないもの」を、他の原因によるものとして受け入れないこと。

- 1B50 猩紅熱
- 1B51 連鎖球菌性咽頭炎
- CA03.0 連鎖球菌性扁桃炎

結果の病態	原因の病態
急性リウマチ熱	受け入れる：
リウマチ性心臓弁膜症	-猩紅熱
慢性リウマチ性心疾患 NEC	-連鎖球菌性咽頭炎
	-急性扁桃炎
	受け入れない：他の原因

2.19.1.8 他の病態による高血圧

以下のものを除き、高血圧性病態を新生物によるものとして受け入れないこと。

- 内分泌新生物
- 腎の新生物
- カルチノイド腫瘍

結果の病態	原因の病態
高血圧性病態	受け入れる：
	-内分泌新生物
	-腎の新生物
	-カルチノイド腫瘍
	受け入れない：他の新生物

2.19.1.9 他の病態による特定の虚血性心疾患

狭心症（BA40）及び慢性虚血性心疾患（BA50-BA5Z）又は冠動脈硬化（BA52）を新生物によるものとして受け入れないこと。

結果の病態	原因の病態
狭心症	受け入れる：他の原因
慢性虚血性心疾患	
冠動脈硬化	受け入れない：新生物

2.19.1.10 他の病態による動脈硬化

動脈硬化の病態を新生物によるものとして受け入れないこと。

結果の病態	原因の病態
動脈硬化の病態	受け入れる：他の原因
	受け入れない：新生物

2.19.1.11 他の病態による発生異常

以下のものを除き、発生異常を、未熟を含む他のいかなる原因によるものとして受け入れないこと。

- 染色体異常又は先天性形態異常症候群による発生異常
- 先天異常による先天性肺低形成（LA75.2）

結果の病態	原因の病態
発生異常	受け入れる：染色体異常、先天性形態異常症候群
	受け入れない：未熟性を含む他の原因
先天性肺低形成	受け入れる：発生異常
	受け入れない：未熟性を含む他の原因

2.19.1.12 他の病態による傷病又は死亡の不慮の原因

以下のものを除き、疾病又は死亡の不慮の原因を、他の章にコードされた原因によるものとして受け入れないこと。

- 「特定の明示された骨密度又は構造の障害」又は「低骨量障害」による転倒又は骨折
- 「特定の明示された骨密度又は構造の障害」又は「低骨量障害」によって引き起こされる（病的）骨折による転倒
- 他の原因による窒息又は誤嚥

結果の病態	原因の病態
疾病又は死亡の不慮の原因 PA00-PB6Z	受け入れない：他の章の原因
以下に記載されていないもの	

結果の病態	原因の病態
転落 PA60-PA6Z	受け入れる：FB80 又は FB83 受け入れる：FB80 又は FB83 によって引き起こされる（病的）骨折 受け入れない：他の章の他の原因
PB6Z 骨折と記載されたもの	受け入れる：FB80 又は FB83 受け入れない：他の章の他の原因
PB00-PB0Z 窒息又は誤嚥として特定	受け入れる：他の原因

2.19.1.13 他の病態による自殺

自殺（PB80-PD3Z）を他の原因によるものとして受け入れないこと。

結果の病態	原因の病態
自殺	受け入れない：他の原因

2.19.2 明らかな原因に関する特別指示（ステップ SP6）

本節では、ステップ SP1 から SP5 の仮の起点として選択した病態の明らかな原因と考える病態を列挙する。

2.19.2.1 HIV 病の合併症

感染症と HIV 病

HIV 病（1C60-1C62）及び MA14.0 ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンスを、以下の感染症の明らかな原因と考える。

- 1A32 クリプトスポリジウム症
- 1A33 シストイソスポーラ症
- 1B21 非結核性抗酸菌による感染症
- EA5Y その他の明示された細菌感染症による皮膚病変
- 8A45.02 進行性多巣性白質脳症
- 皮膚又は粘膜の単純ヘルペス感染症（1F00.0）、播種性単純ヘルペス感染症（1F00.3）、その他の明示された単純ヘルペス感染症（1F00.Y）又は単純ヘルペス感染症、詳細不明（1F00.Z）；慢性潰瘍、気管支炎、肺炎、食道炎と記載されたもの
- 1D82 サイトメガロウイルス病；サイトメガロウイルス肝炎（1D82.0）及び肝臓、脾臓、リンパ節を除く
- 1F23.2 消化管カンジダ症；食道と記載されたもの
- 1F23.31 肺カンジダ症
- 1F25 コクシジオイデス症
- 1F2A ヒストプラズマ症
- 1F27 クリプトコックス症
- CA40.20 ニューモシスチスによる肺炎

HIV 病（1C60-1C62）を、2.19.1.2 節 他の病態による感染症に挙げたものを除き、上記に挙げられていない感染症（第 1 章）の明らかな原因と考える。ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス（MA14.0）は、明らかな原因とは考えない。

悪性新生物と HIV 病

HIV 病（1C60-1C62）及びヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス（MA14.0）の両方を、以下の悪性新生物の明らかな原因と考える。

- 2A80 濾胞性リンパ腫；脳原発と記載されたもの
- 2A81 びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫；免疫芽球性と記載されたもの
- 2A85.5 マントル細胞リンパ腫；脳原発と記載されたもの
- 2A85.6 バーキット白血病を含むバーキットリンパ腫
- 2A86 B 細胞リンパ腫、混合的な特徴を有するもの；脳原発と記載されたもの
- 2A8Z 成熟 B 細胞新生物、詳細不明；脳原発と記載されたもの
- 2B30 ホジキンリンパ腫；脳原発と記載されたもの
- 2B57 カボジ肉腫、原発部位
- 2C77 子宮頸部の悪性新生物；浸潤性と記載されたもの

免疫不全と HIV 病

HIV 病（1C60-1C62）を、免疫不全の明らかな原因と考える。

肺炎と HIV 病

HIV 病（1C60-1C62）を、肺炎（CA40）の明らかな原因と考える。

悪液質と HIV 病

HIV 病（1C60-1C62）を、悪液質、詳細不明（MG20.Z）の明らかな原因と考える。

2.19.2.2 クロストリジウム・ディフィシルによる腸炎

クロストリジウム・ディフィシルによる腸炎（1A04）は、治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生物学的製剤（PL00）で、抗菌薬療法と記載されたものの明らかな結果と考える。

2.19.2.3 敗血症

以下を、敗血症（1G40-1G41）の明らかな原因と考える。

- 免疫系を損なう病態
- 消耗性疾患（悪性新生物や栄養失調など）
- 麻痺を引き起こす疾患（脳出血、血栓症など）
- 重篤な呼吸器の病態
- 重度の損傷（死亡コーディング用付属資料（3.14.5 節）の損傷の性質コードの優先順位リストにおけるグレード 1～4。

2.19.2.4 糖尿病の合併症

糖尿病（5A10-5A14）を、以下の病態の明らかな原因と考える。

- 5C73 アシドーシス
- 8C0Z 多発ニューロパチー、詳細不明
- 8C12 特定の明示された単ニューロパチー
- 8C7Y その他の明示された原発性筋障害；筋萎縮症と記載されているが、病因の記載のないもの
- 8D8Z 自律神経系の障害、詳細不明
- 9A96.Z 前部ぶどう膜炎、詳細不明
- 9B10.Z 白内障、詳細不明
- 9B65.2 脈絡網膜炎
- 9B74 網膜血管閉塞
- 9B78.1 背景網膜症及び網膜血管変化
- 9B78.2 その他の増殖網膜症
- 9B78.5 網膜出血
- 9B7Z 網膜の障害、詳細不明
- BD40.0 下肢動脈硬化
- BD4Z 慢性動脈閉塞性疾患、詳細不明
- EE80.1 リポイド類壊死症
- ME60.2 性状不詳の皮膚潰瘍；下肢と記載されたもの
- FA2Z 炎症性関節症、詳細不明
- MG30.5Z 慢性神経障害性疼痛、詳細不明
- GB40 腎炎症候群
- GB41 ネフローゼ症候群
- GB42 持続性タンパク尿又はアルブミン尿
- GB61 慢性腎臓病
- GB6Z 腎不全、詳細不明
- MF54.0 平滑萎縮腎
- GC2Z 尿器系の疾患、詳細不明；腎臓の病態と記載されたもの
- MC85 壊疽
- MB20.1 昏睡
- MA18.Y その他の明示された血液生化学的異常所見；アセトン血症、高窒素血症又は関連病態と記載されたもの

2.19.2.5 脱水症状

腸管感染症を、体液喪失（5C70）の明らかな原因と考える。

2.19.2.6 認知症

不可逆的な脳損傷を伴う病態を、認知症の原因が他に記載されていない場合は、認知症の明らかな原因と考える。

21 番染色体の完全トリソミー（ダウン症）（LD40.0）を、アルツハイマー病による認知症（6D80）、認知症、原因は不明又は特定不能（6D8Z）、又はアルツハイマー病（8A20）の明らかな原因と考える。

2.19.2.7 知的発達症

以下の病態を、知的発達症（6A00）の明らかな原因と考える。

- 8D64.02⁵ 出血後水頭症；新生児と記載されたもの
- KA00-KA0Z 母体の要因、妊娠若しくは分娩の合併症の影響を受けた胎児又は新生児
- KA20 胎児発育遅延又は胎児栄養不良に関連する新生児の障害
- KA21 在胎期間短縮又は低出生体重に関連する新生児の障害、他に分類されないもの
- KA40.0 分娩時損傷による頭蓋内裂傷又は出血
- KA40.1 分娩時損傷による脳浮腫
- KA40.Z 中枢神経系への分娩時損傷、詳細不明
- KA4Z 分娩時損傷、詳細不明
- KA61 胎児又は新生児のその他の細菌感染症
- KA62 胎児又は新生児におけるウイルス感染症
- KA63 胎児又は新生児の真菌感染
- KA64 胎児又は新生児における寄生虫病
- KA6Y その他の明示された胎児又は新生児の感染症
- KA6Z 胎児又は新生児の感染症、詳細不明
- KB20 子宮内低酸素症
- KB21 出生時仮死
- KA82 胎児又は新生児の頭蓋内非外傷性出血
- KA86 新生児核黄疸
- KB00 新生児脳虚血
- KB01 新生児の脳室周囲嚢胞
- KB02 新生児脳白質軟化症
- KB03 新生児脳症
- KB04 新生児の低酸素性虚血性脳症
- KB05 新生児水頭症
- KB06 新生児発作

2.19.2.8 心不全及び詳細不明の心臓疾患

他の心臓病態を、心筋又は心室の疾患、詳細不明（BC4Z）及び心不全（BD10-BD1Z）の明らかな原因と考える。

⁵ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

2.19.2.9 塞栓症

静脈血栓症、静脈炎又は血栓性静脈炎、心臓弁膜症、分娩、又は手術を、「塞栓性」と表現される疾患の明らかな原因と考える。ただし、血栓が形成された場所と塞栓症が生じた部位までの明確な経路がなければならない。

2.19.2.10 食道静脈瘤

以下の肝疾患を、食道静脈瘤（DA26.0）の明らかな原因と考える。

- 1E51 ウイルス性慢性肝炎
- DB92 非アルコール性脂肪性肝疾患
- DB93 肝線維症又は肝硬変
- DB94 アルコール性肝疾患
- DB96.1 原発性胆汁性胆管炎
- DB97.2 慢性肝炎、他に分類されないもの
- DB98.0 肝梗塞
- DB98.1 肝紫斑病
- DB98.6 肝静脈閉塞性疾患
- DB98.7 門脈圧亢進症
- DB98.8 受動的うっ血肝
- DB99.2 肝腎症候群
- DB99.Y その他の肝臓の疾患
- DB9Z 肝臓の疾患、詳細不明

2.19.2.11 肺炎

以下を、肺炎（CA40）又は、オイル又はエッセンスによる肺臓炎（CA71.1）を除いた固体及び液体による肺臓炎（CA71）の明らかな原因と考える。

- 免疫系を損なう病態
- 消耗性疾患（悪性新生物や栄養失調など）
- 麻痺を引き起こす疾患（脳出血、血栓症など）
- 重篤な呼吸器病態
- 嚥下のプロセスに影響を与える病態
- 認知症や神経系の変性疾患など自分自身をケアする能力を制限するその他の疾患、中毒、重度の損傷（死亡コーディング用付属資料（3.14.5 節）の損傷の性質コードの優先順位リストにおけるグレード 1～4

2.19.2.12 肺水腫

肺水腫（CB01）の明らかな原因として、以下の病態を考える。

- 心疾患（肺性心を含む）
- 肺実質に影響を与える病態：
 - 肺感染症
 - 誤嚥及び吸入

- 呼吸窮迫症候群
- 高地
- 循環毒素
- 次のような体液過負荷を引き起こす病態:
 - 腎不全
 - 低アルブミン血症
- 肺循環に影響を与える先天異常:
 - 肺静脈の先天性狭窄症

2.19.2.13 ネフローゼ症候群

連鎖球菌感染症（猩紅熱、連鎖球菌性咽頭炎など）を、腎炎症候群（GB40）又はネフローゼ症候群（GB41）の明らかな原因と考える。

2.19.2.14 腎盂腎炎

前立腺肥大症や尿管狭窄症などの病態による尿閉塞を、以下の腎尿細管間質性疾患の明らかな原因と考える。

- GB50 急性尿細管間質性腎炎
- GB51 急性腎盂腎炎
- GB54 尿細管間質性腎炎、急性又は慢性として明示されないもの
- GB55.Y その他の明示された慢性尿細管間質性腎炎
- GB55.Z 慢性尿細管間質性腎炎、詳細不明

2.19.2.15 急性腎不全

尿路感染症が発症する前に腎不全が存在していたことが示されていない限り、尿路感染症を、急性腎不全（GB60）の明らかな原因と考える。

2.19.2.16 新生児の一次性無気肺

以下の先天性の腎の病態、及び前期破水（KA01.1）又は羊水過少（KA01.2）の影響を受けた胎児又は新生児を、新生児の一次性無気肺（KB2B）の明らかな原因と考える。

- GB82 常染色体顕性尿細管間質性疾患
- GB8Y その他の明示された嚢胞腎又は異形成腎疾患
- GB8Z 嚢胞腎又は異形成腎疾患、詳細不明
- LB31.8 尿管閉鎖症又は狭窄症
- LB31.9 尿管無発生
- LB31.Y その他の明示された尿路の構造上の発生異常
- LD2F.13 メッケル・グルーバー症候群

2.19.2.17 前期破水及び羊水過少

以下の先天性の腎の病態を、前期破水（KA01.1）又は羊水過少（KA01.2）の影響を受けた胎児又は新生児の明らかな原因と考える。

- GB82 常染色体顕性尿細管間質性疾患
- GB8Y その他の明示された嚢胞腎又は異形成腎疾患
- GB8Z 嚢胞腎又は異形成腎疾患、詳細不明
- LB31.8 尿管閉鎖症又は狭窄症
- LB31.9 尿管無発生
- LB31.Y その他の明示された尿路の構造上の発生異常
- LD2F.13 メッケル・グルーバー症候群

2.19.2.18 出血

抗凝固薬中毒又は過剰摂取を、出血の明らかな原因と考える。ただし、中毒又は過剰摂取の記載がない場合は、抗凝固療法を出血の明らかな原因と考えること。さらに、ステロイド、アスピリン、及び非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）による治療を、胃出血の明らかな原因と考える。胃腸出血は、二次性又は詳細不明な貧血の明らかな原因と考える。

2.19.2.19 誤嚥と吸入

2.19.2.11 節 肺炎に記載されている病態を、誤嚥及び吸入の明らかな原因と考える。

2.19.2.20 手術及びその他の侵襲的な医学的処置

死亡前 4 週間以内に実施された手術又はその他の侵襲的な医学的処置を、一般的な術後合併症とみなされる病態の明らかな原因と考える。これは、手術又は処置が 1 欄又は 2 欄ではなく、診断書の別の欄に報告されている場合にも適用される。

そのような病態のリストは、具体的な指示とともに、死亡コーディング用付属資料（3.14.9 節 手術及びその他の侵襲的な医学的処置の明らかな結果と考えられる病態のリスト）に掲載されている。手術又はその他の侵襲的な医学的処置によって治療可能な病態が診断書に報告され、同じ部位の手術又は処置も診断書に記載されている場合、この病態が手術又は処置の原因であったと想定する。

2.19.2.21 一般的な二次性病態

以下を、以下の表にリストされている一般的な二次性病態の明らかな原因と考える。

- 消耗性疾患（悪性新生物や栄養失調など）
- 麻痺を引き起こす疾患（脳出血、血栓症など）
- 認知症や神経系の変性疾患など、自分自身をケアする能力を制限するその他の疾患

- 重度の損傷（死亡コーディング用付属資料（3.14.5 節）の損傷の性質コードの優先順位リストにおけるグレード 1~4

ただし、呼吸器病態は、このような二次性病態の明らかな原因と考えないこと。

「M」（maybe おそらく）のフラグが立てられた分類項目の病態は、表の最後の列に記載されているコード割り当ての前提条件を満たしている場合にのみ、消耗性及び麻痺病態の明らかな結果とみなされる。

一般的な二次性病態

	結果（consequence）	M フラ グ	前提条件
3A00.0	出血による後天性鉄欠乏性貧血		
3A9Z	貧血又はその他の赤血球異常症、 詳細不明		
5B51	乳児、小児又は青年における消耗		
5B52	乳児、小児又は青年における急性 栄養不良		
5B71	タンパク欠乏症		
5B7Z	詳細不明の低栄養		
5C70	体液喪失		
8B40	馬尾症候群		
8E45	閉じ込め症候群		
BB00	肺血栓塞栓症		
BD30.0	急性上肢動脈閉塞		
BD30.2	急性下肢動脈閉塞		
BD71.4	下肢深部静脈血栓症		
BD71.Y	その他の明示された深部静脈血栓 症		
BD72	静脈血栓塞栓症		
DA91.31	小腸の腸石		
DB30.3	大腸嵌頓		
DD30.2 ⁶	急性腸間膜静脈閉塞		
EH90	褥瘡		
GB50	急性尿細管間質性腎炎	M	麻痺又は膀胱をコントロールで きない原因となる疾患
GB51	急性腎盂腎炎	M	麻痺又は膀胱をコントロールで きない原因となる疾患
GB55.Y	その他の明示された慢性尿細管間 質性腎炎	M	麻痺又は膀胱をコントロールで きない原因となる疾患
GB55.Z	慢性尿細管間質性腎炎、詳細不明	M	麻痺又は膀胱をコントロールで

⁶ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

GB54	尿細管間質性腎炎、急性又は慢性として明示されないもの	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GB60-GB6Z	腎不全	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GB90.3	腎臓の虚血又は梗塞	M	GB90.3 の病態は、腎動脈塞栓症と記載されたものである必要がある
GC00.1	感染性膀胱炎	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GC00.3	間質性膀胱炎	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GC00.Z	膀胱炎、詳細不明	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GC01.4	膀胱の神経筋機能障害、他に分類されないもの		
GC02.0	尿道膿瘍	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GC02.1	非特異性尿道炎	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GC02.Y	その他の明示された尿道炎及び尿道症候群	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
GC03	尿道狭窄	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患；外傷後尿道狭窄を除外する
GC08	尿路感染症、部位が明示されないもの	M	麻痺又は膀胱をコントロールできない原因となる疾患
MB50-MB5Z	麻痺症状		
ME05.0	便秘		
MG20.Z	悪液質、詳細不明		

2.19.3 連鎖等に関する特別指示（ステップ M1）

ステップ M1 では、本節のリストを使用する。

仮の原死因は、左側の列にリストされている。右側の列で指定されている病態が当てはまる場合は、コード先のコードを新たな仮の原死因として使用する。組合せには次の 2 種類がある。

「以下の記載を伴う場合」とは、もう一方の病態が死亡診断書のどこかに記載されている場合を意味する。

「以下の原因として記載された場合」とは、もう一方の病態が、正しい因果関係で記載されているか、仮の原死因によるものであると示されている場合を意味する。

いくつかの病態については、例えば、特定の用語が、仮の原死因又は原死因コードを変化させる可能性のある病態のいずれかに使用されているなど、更に要件がある場合もある。

2.19.3.1 第1章 特定の感染症又は寄生虫症に関する特別指示

仮の原死因は： 以下の原因として記載された場合： コード先：

第1章「特定の感染症又は寄生虫症」
 2A00-2A0Z 脳又は中枢神経系の新生物
 2A20-2B3Z 造血組織又はリンパ組織の新生物
 2B50-2E2Z リンパ系、造血系、中枢神経系又は関連組織以外の悪性新生物

例外： 以下の原因として記載された場合： コード先：

HIV 病
 2.19.2.1 節、悪性新生物と HIV 病に記載されている悪性新生物
 1C60-1C62 ヒト免疫不全ウイルス病、5桁目が3 (HIV 病ステージ4 = AIDS)

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
 1A61 早期梅毒 1A62 後期梅毒 1A62

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
 1B10 呼吸器系の結核 CA60 塵肺症 CA60.3 結核を伴う塵肺症

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
 1B11 神経系の結核 1B10 呼吸器系の結核 1B10
 ただし、1B10 の原因として 1B12 が報告され、かつ 1B12 の罹患期間が 1B10 の罹患期間よりも長いと記載されている場合を除く

1B12 その他の器官及び臓器の結核

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
 1C1C.2 髄膜炎菌血症 1C1C.0 髄膜炎菌性髄膜炎 1C1C.0
 1C1C.1 ウォーターハウス・ 1C1C.1

フリーデリクセン症候群

仮の原死因は： 以下の原因として記載された場合： コード先：

1E50 ウイルス性急性肝炎 除外：1E50.0
DB93 肝線維症又は肝硬変
1E51 ウイルス性慢性肝炎

DB99.8 慢性肝不全

ヒト免疫不全ウイルス病に関する特別指示⁷

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
1A33 シストイソスポーラ症 1C60-1C62 ヒト免疫不全ウイルス病 1C60-1C62

1D82 サイトメガロウイルス病 MA14.0 ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス

1B21 非結核性抗酸菌による感染症

報告された個々の関連する病態を特定するには、必要に応じて、追加のコードを使用する。

1B2Y その他の明示された抗酸菌症

1B2Z 抗酸菌症、詳細不明

1F00 単純ヘルペス感染症

除外：1F00.Z

1F23.2 消化管カンジダ症

1F23.31 肺カンジダ症

1F25 コクシジオイデス症

1F27 クリプトコックス症

1F2A ヒストプラズマ症

1F2G ニューモシスチス症

1F57 トキソプラズマ症

2A60.5 芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍；脳原発性と記載されたもの

2A80 濾胞性リンパ腫；脳原発性と記載されたもの

2A81 びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫；免疫芽球性と記載されたもの

⁷ 2.19.3 節内の節の付番について原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

2A85 その他の明示された成熟 B 細胞新生物又はリンパ腫；脳原発性と記載されたもの

2A85.6 バーキット白血病を含むバーキットリンパ腫

2A86 B 細胞リンパ腫、混合的な特徴を有するもの；脳原発性と記載されたもの

2A90-2B2Z 成熟 T 細胞又は NK 細胞新生物；脳原発性と記載されたもの

(除外：2B03)

2B30 ホジキンリンパ腫；脳原発性と記載されたもの

2B33 造血器悪性新生物、それ以上の記載のないもの；脳原発性と記載されたもの

2B57 カポジ肉腫、原発部位

2C77 子宮頸部の悪性新生物

8A45.02 進行性多巣性白質脳症

8E47 脳症、他に分類されないもの

CA40.20 ニューモシスチスによる肺炎

MG20.Z 悪液質、詳細不明
仮の原死因は：

1C60-1C62 ヒト免疫不全ウイルス病

注：終末期の状態（mode of dying）、診断名不明確な病態及び死亡を引き起こす可能性の低い病態は、コーディングツールがガイドしない限り、1C60-1C62 ヒト免疫不全ウイルス病の分類項目と連鎖させないこと。

注：報告された個々の関連する病態を特定するには、必要に応じて、追加のコードを使用する。

仮の原死因は：

以下の記載を伴う場合：

コード先：

1C60-1C62 ヒト免疫不全ウイルス病

1C60-1C62、より重篤なステージのもの

1C60-1C62、より重篤なステージのもの

仮の原死因は：

以下の記載を伴う場合：

コード先：

1B10-1B1Z 結核

1C62 結核又はマラリアの記載のないヒト免疫不全ウイルス病

1C60 結核を伴うヒト免疫不全ウイルス病

1G80 結核の後遺症

MA14.0 ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
1F40-1F4Z マラリア	1C62 結核又はマラリアの記載のないヒト免疫不全ウイルス病	1C61 マラリアを伴うヒト免疫不全ウイルス病

MA14.0 ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
第3章「血液又は造血器の疾患」	1C60-1C62 ヒト免疫不全ウイルス病であって、その診断書に、HIV病が、起因病態に対する治療を施した輸血の結果である旨が記載されているもの	1C60-1C62

4A00-4A0Z 原発性免疫不全症

4A20 後天性免疫不全症

4B00-4B0Z 白血球系が関与する免疫系障害

4B20-4B2Y 白血球系統に影響を及ぼす免疫系障害

4B4Y その他の明示された免疫系の疾患

4B4Z 免疫系の疾患、詳細不明

2.19.3.2 第2章 新生物に関する特別指示

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
2E60-2E6Z リンパ系、造血系、中枢神経系又は関連組織以外の上皮内新生物	転移性腫瘍、又は上皮内新生物が転移性腫瘍を引き起こしたことが診断書の他の情報から明らかな場合 上皮内新生物が転移性腫瘍を引き起こしたということが示されていない場合	対応する原発性悪性新生物 上皮内新生物を考慮し、ステップ SP8 の死亡を引き起こす可能性が低い病態の指示に従う。

2.19.3.3 第3章 血液又は造血器の疾患に関する特別指示

2.19.3.4 第4章 免疫系の疾患に関する特別指示

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：

4A84.Z アナフィラキシー、詳細不明	薬物、薬剤又は生物学的製剤への曝露又はその有害作用： 主に非医療用由来のその他又は詳細不明の物質類への曝露又はその有害作用：	NE60 有害作用 PB20-PB29 ⁸ 不慮 PH40-PH49 不慮か故意か決定されないもの、又は PL00-PL01 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う物質 NE61 有害作用 PB36 不慮 PH56 不慮か故意か決定されないもの PA78 不慮 PG68 不慮か故意か決定されないもの	4A84.1 薬物誘発性アナフィラキシー 必要に応じて、追加のエクステンションコードを使用して、原因物質を特定する。 4A84.0 食物に対するアレルギー反応によるアナフィラキシー、4A84.4 吸入アレルギーによるアナフィラキシー、4A84.5 アレルゲン接触によるアナフィラキシー、又は4A84.Y その他の明示されたアナフィラキシー 4A84.2 昆虫毒によるアナフィラキシー

2.19.3.5 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患に関する特別指示

仮の原死因は： 5C70 体液喪失	以下の記載を伴う場合： 1A00-1A40 感染症に起因する胃腸炎又は大腸炎	コード先： 1A00-1A40

2.19.3.6 第6章 精神、行動的又は神経発達の疾患群に関する特別指示

仮の原死因は： 6C40-6C4Z 物質使用症 6D72.1 精神作用物質（医薬品を含む）による健忘症	以下の記載を伴う場合： PB20-PB36 物質への曝露又はその有害作用 PC90-PD05 物質への曝露又はその有害作用による自傷 PE80-PE95 物質への曝露又はその有害作用による加害 PH40-PH56 物質への曝露	コード先： PB20-PB36 PC90-PD05 PE80-PE95 PH40-PH56

⁸ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
	又はその有害作用、不慮	
	か故意か決定されないも	
	の	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
6C40-6C4Z 物質使用症、	6C40-6C4Z、5 桁目.2（依	6C40-6C4Z、5 桁目.2
5 桁目.1（有害な使用パタ	存）	（5 桁目が使用可能な場
ーン）	（5 桁目が使用可能な場	合）
（5 桁目が使用可能な場	合）	
合）		
	6C40-6C4Z、5 桁目.5（物	6C40-6C4Z、5 桁目.5
	質誘発性せん妄）	（5 桁目が使用可能な場
	（5 桁目が使用可能な場	合）
	合）	
	6D72.1 精神作用物質（医	6D72.1
	薬品を含む）による健忘	
	症	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
6C40-6C4Z 物質使用症、	6C40-6C4Z、5 桁目.5（物	6C40-6C4Z、5 桁目.5
5 桁目.2（依存）	質誘発性せん妄）	（5 桁目が使用可能な場
（5 桁目が使用可能な場	（5 桁目が使用可能な場	合）
合）	合）	
	6D72.1 精神作用物質（医	6D72.1
	薬品を含む）による健忘	
	症	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
6C40-6C4Z 物質使用症、	6C40-6C4Z、5 桁目.2（依	6C40-6C4Z、5 桁目.2
5 桁目.6（物質誘発性精神	存）	（5 桁目が使用可能な場
症）	（5 桁目が使用可能な場	合）
（5 桁目が使用可能な場	合）	
合）		
	6C40-6C4Z、5 桁目.5（物	6C40-6C4Z、5 桁目.5
	質誘発性せん妄）	（5 桁目が使用可能な場
	（5 桁目が使用可能な場	合）
	合）	
	6D72.1 精神作用物質（医	6D72.1
	薬品を含む）による健忘	
	症	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
6C40 アルコール使用症、	6D84.0 アルコール使用に	6D84.0
5 桁目.1（有害な使用パタ	よる認知症	
ーン）、.2（依存）又は.6		
（物質誘発性精神病障		

仮の原死因は：害)	以下の記載を伴う場合：コード先：	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：コード先：	
6C44 鎮静薬、睡眠薬又は抗不安薬使用症、5 桁目.1（有害な使用パターン）、.2（依存）又は.6（物質誘発性精神障害）	6D84.1 鎮静薬、睡眠薬又は抗不安薬使用による認知症	6D84.1
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：コード先：	
6C4B 揮発性吸入剤使用症、5 桁目.1（有害な使用パターン）.2（依存）、又は.6（物質誘発性精神障害）	6D84.2 揮発性吸入剤使用による認知症	6D84.2
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：コード先：	
6C40 アルコール使用症	5A70.2 偽性クッシング症候群	5A70.2
	8D44 アルコール関連の神経障害	8D44
	BC43.01 非家族性拡張型心筋症；アルコール性と記載されたもの	BC43.01
	DA42.80 アルコール性胃炎	DA42.80
6C40 アルコール使用症	DB91.Z 急性又は亜急性肝不全、詳細不明	DB94.Z アルコール性肝疾患、詳細不明
	DB94.Z アルコール性肝疾患、詳細不明	
	DB99.7 急性又は慢性の別の記載のない肝不全	
	DB99.8 慢性肝不全	
	DB9Z 肝臓の疾患、詳細不明	
6C40 アルコール使用症	DB92.Y その他の明示された非アルコール性脂肪性肝疾患；非アルコール性と記載されないもの	DB94.0 アルコール性脂肪肝
	DB92.Z 非アルコール性脂肪性肝疾患、詳細不明；非アルコール性と記	

	載されないもの	
6C40 アルコール使用症	DB93.0 肝線維症	DB94.2 アルコール性肝線維症
6C40 アルコール使用症	DB93.1 肝硬変	DB94.3 肝炎を伴わないアルコール性肝硬変
6C40 アルコール使用症	DB97.2 慢性肝炎、他に分類されないもの	DB94.1 アルコール性肝炎
	DB97.Z 炎症性肝疾患、詳細不明	
6C40 アルコール使用症	DC31.1 急性アルコール性膵炎	DC31.1
	DC31.Z 急性膵炎、詳細不明	DC31.1 急性アルコール性膵炎
	DC32.Z 慢性膵炎、詳細不明；アルコール以外の原因によるものと記載された場合を除く	DC32.3 慢性アルコール性膵炎
	DC32.3 慢性アルコール性膵炎	DC32.3
	JA85.Y その他の明示された既知又は胎児異常若しくは損傷が疑われる母体ケア；アルコールと記載されたもの	JA85.Y
仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
6C40 アルコール使用症	BC43.4 薬物又はその他の外的因子による心筋症	BC43.01 非家族性拡張型心筋症

2.19.3.7 第7章 睡眠・覚醒障害群に関する特別指示

2.19.3.8 第8章 神経系の疾患に関する特別指示

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
8B00-8B2Z 脳血管疾患	6D81 脳血管疾患による認知症	6D81
	6D8Z 認知症、原因は不明又は特定不能	

2.19.3.9 第 9 章 視覚系の疾患に関する特別指示

2.19.3.10 第 10 章 耳又は乳様突起の疾患に関する特別指示

2.19.3.11 第 11 章 循環器系の疾患に関する特別指示

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BA00 本態性高血圧	8B00-8B2Z 脳血管疾患	8B00-8B2Z
	BA01 高血圧性心疾患	BA01
	BA02 高血圧性腎疾患	BA02
	BA40-BA6Z 虚血性心疾患	BA40-BA6Z
	BA52 冠動脈硬化	BA52
	BA81-BA8Z 冠動脈疾患	BA81-BA8Z
	BD10-BD1Z 心不全、	BA01 高血圧性心疾患
	BC42.Z 心筋炎、詳細不	
	明、BC45 心肥大、又は	
	BC4Z 心筋又は心室の疾	
	患、詳細不明；	
	除外：末期、急性若しく	
	は突然又は類似の短時間	
	（24 時間未満）の表現が	
	記載された場合	
仮の原死因は：	以下の原因として記載さ	コード先：
BA00 本態性高血圧	れた場合：	
	9B78.1 背景網膜症及び網	9B78.1
	膜血管変化	
	BB60-BC0Z 心臓弁膜症	BB60-BC0Z
	除外：5 桁目.0（リウマ	除外：5 桁目.0（リウマ
	チ）（5 桁目が使用可能な	チ）（5 桁目が使用可能な
	場合）、又はリウマチと記	場合）、又はリウマチと記
	載されたもの	載されたもの
	GB40 腎炎症候群；GB41	BA02 高血圧性腎疾患
	ネフローゼ症候群；GB4Z	
	糸球体疾患、詳細不明；	
	GB61 慢性腎臓病；GB6Z	
	腎不全、詳細不明；又	
	は、MF54.0 平滑萎縮腎	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BA01 高血圧性心疾患	BA40-BA6Z 虚血性心疾患	BA40-BA6Z

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BA02 高血圧性腎疾患	BA81-BA8Z 冠動脈疾患 ⁹	BA81-BA8Z
仮の原死因は：	BA52 冠動脈硬化	BA52
BA40 狭心症	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BA4Z 急性虚血性心疾患、詳細不明	BA41 急性心筋梗塞	BA41 急性心筋梗塞
BA50-BA5Z 慢性虚血性心疾患	BA42 再発性心筋梗塞	
BA6Z 虚血性心疾患、詳細不明		
BA52 冠動脈硬化		
BA81-BA8Z 冠動脈疾患		
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BC20.0 リウマチ性心内膜疾患、詳細不明の弁の	BB60-BC0Z 心臓弁膜症、5桁目.0（リウマチ）（5桁目が使用可能な場合）	BB60-BC0Z 、5桁目.0（5桁目が使用可能な場合）
BC20.1 リウマチ性心疾患、詳細不明		
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BC60-BC9Z 不整脈	1F53 シャーガス病	1F53
BC42.Z 心筋炎、詳細不明	BA40-BA6Z 虚血性心疾患	BA40-BA6Z
BC45 心肥大	BA81-BA8Z 冠動脈疾患	BA81-BA8Z
BC4Z 心筋又は心室の疾患、詳細不明		
BD10-BD1Z 心不全		
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BD10-BD1Z 心不全	BA00 本態性高血圧	BA01 高血圧性心疾患
除外：末期、急性若しくは突然又は類似の短時間（24時間未満）の表現が記載された場合		
BC4Z 心筋又は心室の疾患、詳細不明	BA01 高血圧性心疾患	BA01
除外：末期、急性若しくは突然又は類似の短時間（24時間未満）の表現が記載された場合		

⁹ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BD1Z 心不全、詳細不明	CB01 肺水腫	BD11.Z 左心不全、詳細不明
BC4Z 心筋又は心室の疾患、詳細不明		
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BD40 動脈硬化性慢性動脈閉塞性疾患	BA00 本態性高血圧	BA00
	BA01 高血圧性心疾患	BA01
	BA02 高血圧性腎疾患	BA02
	BA03 高血圧クライゼ	BA03
	BA40-BA6Z 虚血性心疾患	BA40-BA6Z
	BA81-BA8Z 冠動脈疾患	BA81-BA8Z
	BD10-BD1Z 心不全	BD10-BD1Z
	BC42.Z 心筋炎、詳細不明	BC42.Y その他の特定の心筋炎
	8B00-8B2Z 脳血管疾患	8B00-8B2Z
仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
BD40 動脈硬化性慢性動脈閉塞性疾患	BB60-BC0Z 心臓弁膜症 除外：5桁目.0（リウマチ性） （5桁目が使用可能な場合）	BB60-BC0Z 除外：5桁目.0 （5桁目が使用可能な場合）
	BC4Z 心筋又は心室の疾患、詳細不明	BA52.Z 冠動脈硬化、部位不明
	BD30-BD5Z 動脈又は細動脈の疾患 除外：BD41 非粥状動脈硬化性慢性動脈閉塞性疾患又はBD53 動脈及び細動脈の二次性障害	BD30-BD5Z 除外：BD41 又は BD53
	DD30-DD3Z 腸の虚血性血管障害	DD30-DD3Z
	MF54.0 平滑萎縮腎	BA02 高血圧性腎疾患
仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
BD40.2 腎動脈粥状硬化症	GB40 腎炎症候群；GB41 ネフローゼ症候群；GB4Z 糸球体疾患、詳細不明；GB61 慢性腎臓病；GB6Z	BA02 高血圧性腎疾患

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
	腎不全、詳細不明；又は、MF54.0 平滑萎縮腎	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BD40.Z 粥状動脈硬化性慢性動脈閉塞性疾患、詳細不明	MC85 壊疽	BD40.0 下肢動脈硬化
仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
BD40.Z 粥状動脈硬化性慢性動脈閉塞性疾患、詳細不明	8A00.0 パーキンソン病	8A00.23 血管性パーキンソニズム
	8A00.2Z 二次性パーキンソニズム、詳細不明	8A00.23
	8A00.Z パーキンソニズム、詳細不明	8A00.23
	GB40 腎炎症候群；GB41 ネフローゼ症候群；GB4Z 糸球体疾患、詳細不明；GB61 慢性腎臓病；GB6Z 腎不全、詳細不明；又は、MF54.0 平滑萎縮腎	BA02 高血圧性腎疾患
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BD50.3 胸部大動脈瘤	BD50.4 腹部大動脈瘤	BD50.5 胸腹部大動脈瘤、6桁目は該当するもの（穿孔、破裂、穿孔又は破裂の記載のない）を付与
BD50.4 腹部大動脈瘤	BD50.3 胸部大動脈瘤	BD50.5 胸腹部大動脈瘤、6桁目は該当するもの（穿孔、破裂、穿孔又は破裂の記載のない）を付与
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
BD55 頭蓋内又は頭蓋外動脈の無症候性狭窄	8B00-8B2Z 脳血管疾患	8B00-8B2Z
仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
BD55 頭蓋内又は頭蓋外動脈の無症候性狭窄	6D8Z 認知症、原因は不明又は特定不能	6D81 脳血管疾患による認知症
	8A00.0 パーキンソン病	8A00.23 血管性パーキンソニズム

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：
	8A00.22 二次性パーキンソニズム、詳細不明	8A00.23 血管性パーキンソニズム

2.19.3.12 第 12 章 呼吸器系の疾患に関する特別指示

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
CA00 急性鼻咽頭炎	MB44.3 不動状態	CA40.Z 肺炎、起炎菌詳細不明

CA07 多部位及び詳細不明の急性上気道感染症

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：

CA00 急性鼻咽頭炎	1D01.Y その他の明示された感染性髄膜炎、他に分類されないもの	1D01.Y

CA07 多部位及び詳細不明の急性上気道感染症	1D03.3 頭蓋内膿瘍	1D03.3

1D04.1 頭蓋内肉芽腫	1D04.1

1E30-1E32 インフルエンザ	1E30-1E32

AA80-AB0Z 中耳炎	AA80-AB0Z

AB11 乳突炎又は関連状態	AB11

CA20 気管支炎	CA20

CA22 慢性閉塞性肺疾患	CA22

CA27 気管気管支炎	CA27

CA40 肺炎	CA40

CA41 急性細気管支炎	CA41

CA42 急性気管支炎	CA42

GB40 ネフローゼ症候群	GB40

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
CA42 急性気管支炎	CA20.1 慢性気管支炎	CA20.1

CA22 慢性閉塞性肺疾患	CA22

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
CA20 気管支炎	CA21 肺気腫	CA22 慢性閉塞性肺疾患

CA22 慢性閉塞性肺疾患	CA22

仮の原死因は：	以下の原因として記載された場合：	コード先：

CA20 気管支炎	CA23 喘息	CA22 慢性閉塞性肺疾患

仮の原死因は： CA22.Z 慢性閉塞性肺疾患、詳細不明	以下の記載を伴う場合： CA40 肺炎 CA41 急性細気管支炎 CA42 急性気管支炎	コード先： CA22.1 特定の明示された慢性閉塞性肺疾患
仮の原死因は： CA60 塵肺症	以下の記載を伴う場合： 1B10 呼吸器系の結核	コード先： CA60.3 結核を伴う塵肺症
仮の原死因は： CB01 肺水腫	以下の記載を伴う場合： BD1Z 心不全、詳細不明 BC4Z 心筋又は心室の疾患、詳細不明	コード先： BD11.Z 左心不全、詳細不明

2.19.3.13 第 13 章 消化器系の疾患に関する特別指示

仮の原死因は： DB91.Z 急性又は亜急性肝不全、詳細不明 DB95 薬物誘発性又は中毒性肝疾患 DB99.7 急性又は慢性の別の記載のない肝不全	以下の記載を伴う場合： 6C40 アルコール使用症 DB94 アルコール性肝疾患 NE61 薬用を主としない有害物質の有害作用又は曝露、他に分類されないもの；アルコールと記載されたもの	コード先： DB94 アルコール性肝疾患
DB99.8 慢性肝不全 DB9Z 肝臓の疾患、詳細不明		
仮の原死因は： DB92 非アルコール性脂肪肝疾患；DB92.1 非アルコール性脂肪肝炎を除く	以下の記載を伴う場合： 6C40 アルコール使用症 DB94 アルコール性肝疾患 NE61 薬用を主としない有害物質の有害作用又は曝露、他に分類されないもの；アルコールと記載されたもの	コード先： DB94.0 アルコール性脂肪肝

¹⁰ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
DB92.1 非アルコール性 脂肪肝炎	6C40 アルコール使用症	DB94.1 アルコール性肝 炎
DB97.2 慢性肝炎、他に分 類されないもの	DB94 アルコール性肝疾 患	
DB97.Z 炎症性肝疾患、詳 細不明	NE61 薬用を主としない有 害物質の有害作用又は曝 露、他に分類されないも の；アルコールと記載さ れたもの	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
DB93 肝線維症又は肝硬 変；DB93.0 肝線維症を 除く	6C40 アルコール使用症	DB94.3 肝炎を伴わない アルコール性肝硬変
	DB94 アルコール性肝疾 患	
	NE61 薬用を主としない有 害物質の有害作用又は曝 露、他に分類されないも の；アルコールと記載さ れたもの	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
DB93.0 肝線維症	6C40 アルコール使用症	DB94.2 アルコール性肝 線維症
	DB94 アルコール性肝疾 患	
	NE61 薬用を主としない有 害物質の有害作用又は曝 露、他に分類されないも の；アルコールと記載さ れたもの	
仮の原死因は：	以下の記載を伴う場合：	コード先：
DC31.Z 急性膵炎、詳細 不明	6C40 アルコール使用症	DC31.1 急性アルコール 性膵炎
DC32.Z 慢性膵炎、詳細 不明；アルコール以外の 原因によるもの記載され た場合を除く	6C40 アルコール使用症	DC32.3 慢性アルコール 性膵炎

2.19.3.14 第 14 章 皮膚の疾患に関する特別指示

仮の原死因は： 以下の原因として記載された場合： コード先：
EH90 褥瘡 EH90、より進行したグレードの褥瘡 EH90、より進行したグレード段階の褥瘡

2.19.3.15 第 15 章 筋骨格系又は結合組織の疾患に関する特別指示

2.19.3.16 第 16 章 腎尿路生殖器系の疾患に関する特別指示

仮の原死因は： 以下の原因として記載された場合： コード先：
GB61 慢性腎臓病 GB61、より進行したステージの慢性腎臓病 GB61、より進行したステージの慢性腎臓病
仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
GB61 慢性腎臓病 BA00.Z 本態性高血圧、詳細不明 BA02 高血圧性腎疾患
GB6Z 腎不全、詳細不明 BA02 高血圧性腎疾患 BA02
MF54.0 平滑萎縮腎

2.19.3.17 第 17 章 性の健康に関連する状態群に関する特別指示

2.19.3.18 第 18 章 妊娠、分娩又は産褥に関する特別指示

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
JA24 妊娠高血圧腎症 JA25 子癇 JA25
仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
JA82 既知又は胎位異常が疑われる母体ケア JA83 既知又は胎児骨盤不均衡が疑われる母体ケア JA83
仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
JA83.Z 既知又は胎児骨盤不均衡が疑われる母体ケア、詳細不明 JA83.0 母体の骨盤骨の変形による胎児骨盤不均衡に対する母体ケア JA83.0
JA83.1 全狭骨盤による胎児骨盤不均衡に対する母体ケア JA83.1
JA83.2 骨盤入口狭窄による胎児骨盤不均衡に対する母体ケア JA83.2

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
JA83.3 骨盤出口狭窄によ
る胎児骨盤不均衡に対す
る母体ケア

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
JB04 胎児の位置異常又は JB05 母体の骨盤異常によ
胎位異常による分娩停止 る分娩停止

2.19.3.19 第 19 章 周産期に発生した特定の状態に関する特別指示

2.19.3.20 第 20 章 発生異常に関する特別指示

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
LB20.00 線維多嚢胞性肝 GB81 常染色体顕性多発 GB81
疾患 性嚢胞腎
GB8Y その他の明示され GB8Y
た嚢胞腎又は異形成腎疾
患

2.19.3.21 第 21 章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないものに関する特別指示

仮の原死因は： 以下の原因として記載さ コード先：
れた場合：
MA14.0 ヒト免疫不全ウ 1A00-1H0Z 第 1 章 特定 1C60-1C62 ヒト免疫不全
イルスの臨床検査上のエ の感染症又は寄生虫症 ウイルス病
ビデンス

2.19.3.22 第 22 章 損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響に関する特別指示

2.19.3.23 第 23 章 傷病又は死亡の外因に関する特別指示

仮の原死因は： 以下の記載を伴う場合： コード先：
PA00-PB6Z 不慮の原因 1C13 破傷風 1C13

2.19.3.24 原死因に使用してはならないコード

この項の左側の列で指定されている分類項目は、原死因として使用しないこと。必要に応じて、右側の列の分類項目を選択する。

仮の原死因は：

2D50-2E2Z 悪性新生物 原死因には使用しないこと。
転移

悪性新生物の原発部位が不明又は示されていない場合、
コード先：**2D40-2D4Z** 診断名不明確又は原発部位不明の悪性新生物

仮の原死因は：

5D40-5D46 処置後内分泌又は代謝障害 原死因には使用しないこと。
害

8E60-8E66 神経系の処置後障害 「2.18.4 節 ステップ M4：医学的処置、主要損傷、中毒及び妊産婦死亡に関する指示」を参照する

9D20-9D25 眼又は眼付属器の術後障害

AB90-AB93 耳又は乳様突起の術後障害

BE10-BE1F.Z 循環器系の処置後障害

CB60-CB64 呼吸器系の術後障害

DE10-DE12.Y 消化器系の術後障害

FC01 筋骨格系の処置後障害

GC70-GC7B 腎尿路生殖器系の処置後障害

仮の原死因は：

6C40-6C4Z 物質使用症群、5 桁目.3 原死因には使用しないこと。
(酩酊状態)
(5 桁目が利用可能な場合)

コード先：

PB20-PB36 物質への不慮の曝露又はその有害作用

PC90-PD05 物質への曝露又はその有害作用による自傷

PE80-PE95 物質への曝露又はその有害作用による加害

PH40-PH56 物質への曝露又はその有害作用、不慮か故意か決定されないもの

仮の原死因は：

BA42 再発性心筋梗塞 原死因には使用しないこと。

BA60 急性心筋梗塞後の特定の現存する合併症 コード先：**BA41** 急性心筋梗塞

仮の原死因は：

BA43 心筋梗塞に至らない冠動脈血栓 原死因には使用しないこと。

仮の原死因は：

コード先：[BA41](#) 急性心筋梗塞
死亡コーディングでは、心筋梗塞の発生が想定される。

仮の原死因は：

[BA50](#) 陳旧性心筋梗塞

原死因には使用しないこと。
原因の記載がない場合、
コード先：[BA5Z](#) 慢性虚血性心疾患、詳細不明

仮の原死因は：

[BD55](#) 頭蓋内又は頭蓋外動脈の無症候性狭窄 原死因には使用しないこと。

[BD56](#) 頭蓋内又は頭蓋外動脈の無症候性閉塞
コード先：[8B11](#) 脳虚血性脳卒中
死亡コーディングでは、脳梗塞の発生が想定されている。

仮の原死因は：

[JA05](#) 流産、異所性妊娠又は胎状奇胎後の合併症 原死因には使用しないこと。

コード先：[JA00-JA04](#) 妊娠の流産の結果

仮の原死因は：

[JB65](#) 妊娠、分娩又は産褥の合併症の続発症 原死因には使用しないこと。

コード先：[JB62](#) 産科的原因の続発症による死亡

仮の原死因は：

[KB60-KB6Z](#) 胎児又は新生児に特異的な一過性内分泌又は代謝障害；
他の周産期の原因がわかっている場合は原死因には使用しないこと。

[KB60.1](#) 糖尿病母体児症候群、1型又は2型、非妊娠性、インスリン依存症；
[KB60.2](#) 新生児糖尿病；又は、
[KB62.0](#) 一過性新生児甲状腺機能亢進症

コード先：その他の周産期の原因。
他の周産期の原因が報告されない場合は、「[KD5Z](#) 周産期又は新生児期に発生した状態、詳細不明」にコードする。

仮の原死因は：

[MA13.1](#) 血液におけるアルコールの検出 原死因には使用しないこと。

コード先：[MH14](#) その他の診断名不明確及び原因不明の死亡

仮の原死因は：

MA15.Y その他の明示された血液、造血器又は免疫系における微生物学的所見

コード先：「第 1 章 特定の感染性又は寄生虫性疾患」における元の感染症、又は「**1G40** ショックを伴わない敗血症」若しくは「**1G41** ショックを伴う敗血症」

仮の原死因は：

MG20.0 悪性悪液質

原死因には使用しないこと。
コード先：**2D4Z** 原発部位不明の詳細不明の悪性新生物

仮の原死因は：

MG48 不明及び原因不明の病態

原死因には使用しないこと。
コード先：**MH10-MH14** 診断名不明確及び原因不明の死亡

仮の原死因は：

第 22 章 損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響

第 23 章への追加コードとして使用する場合を除いて、原死因には使用しないこと（ステップ M4 も参照）
骨折の隣又はその原因として骨密度の疾患が報告されている場合、骨折を病的とみなし、「**FB80.B** 病的骨折」にコードする。

仮の原死因は：

第 24 章 健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因

原死因には使用しないこと。
コード先：**MH14** その他の診断名不明確及び原因不明の死亡

仮の原死因は：

第 X 章 エクステンションコード；感染病原体を除く

原死因には使用しないこと。
コード先：**MH14** その他の診断名不明確及び原因不明の死亡

仮の原死因は：

第 X 章 エクステンションコードにある感染病原体

原死因には使用しないこと。
コード先：感染病原体の部位不明の感染症。**2.21.8.11 節**も参照。

2.19.3.25 原死因がわかっている場合又は他の特定の条件に当てはまる場合には使用しないコード

本節の左欄に定める病態について、右欄に定める病態に該当しない場合は、その病態を仮の原因とする。

仮の原死因は：

2D43 独立した原発性多部位の悪性新生物 複数の新生物が別々に報告されている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：**2A00-2A0Z** 脳又は中枢神経系の新生物；**2A20-2B3Z** 造血組織又はリンパ組織の新生物；又は、**2B50-2D3Z** リンパ系、造血系、中枢神経系又は関連組織以外の原発性悪性新生物

仮の原死因は：

6A00 知的発達症、**6A01** 発達性発話又は言語症群、**6A03** 発達性学習症、**6A40-6A4Z** カタトニア、**6E60-6E6Z** 他に分類される障害又は疾患に関連する二次性精神又は行動の症候群 根底にある身体的病態がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：根底にある身体的病態

仮の原死因は：

6C4A ニコチン使用症

結果として生じる身体的病態がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：結果として生じる身体的病態

仮の原死因は：

6D70-6E0Z 神経認知障害群

根底にある身体的病態がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：根底にある身体的病態。
分類では、「原因となる病態がある（～もコードする）」という指示において、分類項目ごとに、根底にある病態の一般的なものを示している。

仮の原死因は：

9D90 盲を含む視覚障害

視覚障害の原因がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：視覚障害の原因

仮の原死因は：

AB50-AB5Z 難聴を伴う障害

難聴の原因がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：難聴の原因

仮の原死因は：

BA04 二次性高血圧

高血圧の原因がわかっている場合又は選択ルールの適用によって推測できる場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：高血圧の原因

仮の原死因は：

BC00 連合弁膜症

複数の弁疾患が別々に報告され、非リウマチ性起源の場合は、原死因には使用しないこと。

コーディングツールで弁疾患をそれぞれコードし、通常の方法で選択ルールと修正ルールを適用して原死因を選択する。

仮の原死因は：

GA31 女性不妊症、**GB04** 男性不妊症 不妊の原因がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：不妊症の原因

仮の原死因は：

JA80 多児妊娠に関連する母体ケア

より具体的な合併症が報告されている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：より具体的な合併症。

仮の原死因は：

KA21 在胎期間短縮又は低出生体重に関連する新生児の障害、他に分類されないもの 周産期死亡の他の原因が報告されている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：周産期死亡の他の原因

これは、報告された周産期死亡の他の唯一の原因が「**KB2D** 新生児の呼吸不全」又は「**KB2E** 新生児の呼吸停止」である場合には適用されない。

仮の原死因は：

KD3B 胎児死亡、原因が明示されないもの 出生児（live births）の原死因には使用しないこと。

小児が生きて生まれたが、死因が不明の場合、

コード先：「**KD5Z** 周産期又は新生児期に発生した状態、詳細不明」

「**2.21.8.4 節 胎児死亡に関する特別指示**」も参照する。

仮の原死因は：

KD3B 胎児死亡、原因が明示されないもの 胎児死亡の他の原因がわかっている場合は、胎児死亡の原死因には使用しないこと。

コード先：胎児死亡の他の原因

仮の原死因は：

MB50-MB5Z 麻痺症状

麻痺の原因がわかっている場合は、原死因には使用しないこと。

コード先：麻痺の原因

仮の原死因は：

NF0A 特定の外傷の早期合併症、他に 最初の損傷がわかっている場合は、原死
分類されないもの 因には使用しないこと。

コード先：最初の損傷

2.19.4 手術及びその他の医学的処置に関する特別指示（ステップ M4）

2.19.4.1 手術又は処置の理由が記載されている

ステップ SP1 から SP8、ステップ M1 から M3 を適用して選択した仮の原死因が手術又はその他の医学的処置であり、診断書に手術又は処置を実行した理由が記載されている場合は、その手術又は処置を新たな仮の原死因として選択する。次に、ステップ SP7 及び M1 から M4 の指示を再適用する。

2.19.4.2 手術又は処置の理由が記載されておらず、合併症が報告されている

手術又は処置の理由が記載されておらず、合併症が報告されている場合は、次の説明に従う。

- a) 手術が特定の臓器を示している：まず、手術又は処置の種類が特定の臓器又は部位を示している場合は、手術した臓器又は部位の残余の分類項目のコードを新たな仮の原死因として使用する。次に、ステップ SP7 及び M1 から M4 の指示を再適用する。
- b) 上記が当てはまらない場合は、次の適切なコードを使用する：
 - **JB0C** 分娩中の麻酔合併症
 - **JB0D.3** 産科手術又は処置によるその他の合併症
 - **PK80-PK8Z** 診断又は治療目的の損傷又は危害を伴う外科的又はその他の医学的処置
 - **PL11** 外科的又はその他の医学的処置に伴う損傷又は危害の様式

PK80-PK8Z と **PL11** の両方が当てはまる場合は、最初に損傷又は危害の様式（**PL11**）をコードし、手術又は処置の種類 **PK80-PK8Z** をクラスターに追加する。

2.19.4.3 手術又は処置の理由が記載されておらず、合併症の報告がない

手術又は処置の理由が記載されておらず、合併症が報告されていない場合は、次のように進める。

- a) 手術が特定の臓器を示している:まず、手術又は処置の種類が特定の臓器又は部位を示している場合は、手術した臓器又は部位の残余の分類項目のコードを新しい起点として使用する。次に、ステップ SP7 及び M1 から M4 の指示を再適用する。
- b) 最後に、上記が当てはまらない場合は、「MH14 その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」にコードする。

例 1

- 1 (ア) 術後出血
- (イ) 帝王切開
- (ウ)
- (エ)

2

手術の理由

診断書には、手術が行われた理由が記載されている。手術の理由、遷延分娩を原死因として「JB03.Z 分娩遷延、詳細不明」にコードする。

例 2

- 1 (ア) 肺塞栓症
- (イ) 虫垂切除術
- (ウ)
- (エ)

2

診断書には手術の理由が記載されていないが、手術の合併症である肺塞栓症が報告されている。虫垂切除術という用語は、手術された臓器が虫垂であることを示す。「DB1Z 虫垂の疾患、詳細不明」を原死因としてコードする。

例 3

- 1 (ア) 不慮の大動脈の穿刺
- (イ) 開腹術
- (ウ)
- (エ)

2

診断書には手術の理由が記載されておらず、開腹術という用語は特定の臓器を示すものではない。ただし、手術時の損傷の様式についての言及がある。開腹術中の損傷の様式である不慮の穿刺を、原死因として「PL11.0 損傷又は危害の様式としての切断、穿刺、又は裂孔」にコードする。

例 4

- 1 (ア) 開腹術
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

診断書には手術が行われた理由が明記されておらず、開腹術という用語は特定の臓器を示すものではない。合併症についての言及はない。「MH14 その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」を原死因としてコードする。

2.19.4.4 外因による有害なインシデントを起こした医療機器

医療機器が関係するインシデントによって死亡したが、そのインシデントが外因によるものであり、機器自体の故障や誤動作によるものではない場合は、その外因を原死因としてコードする。

インシデントの外因が具体的に分類されていない場合は、PB6Z 詳細不明の傷病又は死亡の意図しない原因（例 3 参照）にコードする。

例 1

- 1 (ア) 吸引性肺炎
(イ) 気管出血
(ウ) 人工呼吸器に装着したままベッドから転落
(エ)
- 2 肝移植後の呼吸治療

人工呼吸器や気管チューブの故障や誤動作についての言及はない。出血を生じた事故である「PL14.E ヘルスケアでの転倒」を原死因としてコードし、必要に応じて追加コード「XE8PK ベッド、寝具類又は寝具アクセサリ」をコードする。

例 2

- 1 (ア) 肺水腫
(イ) 大動脈内バルーンポンプ停止
(ウ) ハリケーンによる停電
(エ) 僧帽弁機能不全を伴う最近の心筋梗塞
- 2

バルーンポンプが機能しなくなったのは、誤動作や故障ではなく、停電が原因だった。停電の理由、暴風雨（PJ06）を原死因としてコードする。

例 3

- 1 (ア) 心不全及び呼吸不全
(イ) 変力薬の投与を中止
(ウ) 鎖骨下静脈ラインの偶発的な抜去
(エ)
- 2 胆嚢急性破裂手術

機器の誤動作や故障については言及されていない。鎖骨下静脈ラインの抜去を引き起こした事故は記載されていないので、「PB6Z 詳細不明の傷病又は死亡の意図しない原因」にコードする。

2.19.5 外因による死亡における主要損傷に関する特別指示（ステップ M4）

ステップ SP1 から SP8 及び M1 から M3 の選択ルールと修正ルールを適用して選択した原死因が損傷である場合、損傷の外因を原死因としてコードする。

「第 23 章 傷病又は死亡の外因」の原死因に加えて、主要な損傷もコードする。これは、身体の損傷と中毒の両方に当てはまる。中毒による死亡の原死因と主要な損傷を特定する方法に関する特別指示については、2.19.6 節、薬物、医薬品及び生物学的製剤による中毒に関する特別指示（ステップ M4）を参照のこと。

死亡診断書に複数の損傷が報告されている場合は、次の指示を適用する。

- a) 報告された損傷に軽微な損傷（付属資料 C 死亡コーディング用付属資料 3.14.10 節 死亡を引き起こす可能性の低い病態リストに掲げるもの）が含まれる場合、1 欄、2 欄を問わず、付属資料 3.14.10 節のリストの損傷が報告されていないものとして主要損傷を選択する。

例 1

- 1 (ア) 腕の挫傷と頭蓋骨の骨折
(イ) 足場からの落下
(ウ)
(エ)

2

足場からの転落が原死因である。「PA61 1メートル以上の高さからの不慮の転落」を原死因としてコードする。必要に応じて追加コード「XE7RK 足場」を使用する。主要損傷として「NA02.Z 頭蓋骨及び顔面骨骨折、部位不明」をコードする。腕の挫傷（上肢の表在損傷、部位不明）は、付属資料 C 死亡コーディング用付属資料 3.14.10 節 死亡を引き起こす可能性の低い病態リストにあるため、無視する。

- b) 1 欄と 2 欄の両方で軽微な損傷が報告されている場合は、1 欄から主要損傷を選択する。これは、2 欄で言及された損傷が、付属資料 C 死亡コーディング用付属資料 3.14.5 節 損傷の性質コードの優先順位において、1 欄で言及された損傷よりも高いランクを有する場合にも適用される。

例 2

- 1 (ア) 多発性胸腔内損傷
(イ) 車の運転手、バスとの衝突
(ウ)
(エ)

2

脳損傷

「PA04 乗用車乗員を受傷させた不慮の陸上輸送交通事象」にコードし、必要に応じて、追加コード「XE5LJ 陸上交通の衝突の相手としてのバス又は長距離バス」を使用する。主要損傷として「NB35 胸部の多発性損傷」をコードする。詳細不明の脳損傷は、付属資料 C 死亡コーディング用付属資料 3.14.5 節 損傷の性質コードの優先順位において、胸部の多発性損傷よりも損傷コードの優先順位が高いが、胸部の多発性損傷は 1 欄で言及されており、2 欄で言及されている損傷よりも優先される。

- c) 2 欄のみで重大でない損傷が報告される場合は、2 欄から主要損傷を選択する。

- d) 診断書の該当箇所に重度の損傷（訳注：死亡を引き起こす可能性が低い病態リストに掲載されていない損傷）が複数報告されている場合は、付属資料 C 死亡コーディング用付属資料 3.14.5 節 損傷の性質コードの優先順位に従って主要損傷を選択する。

注：1 が最も高い優先順位であり、6 が最低の優先順位である。

例 3

- 1 (ア) 多発性胸腔内損傷及び脳損傷
(イ) 車の運転手、バスとの衝突
(ウ)
(エ)

2

原死因として「PA04 乗用車乗員を受傷させた不慮の陸上輸送交通事象」をコードする。主要損傷として、脳損傷を「NA07.Z 頭蓋内損傷、詳細不明」にコードする。これは「NB35 胸郭の多発性損傷」よりも優先リストで上位にランクされている。

- e) 診断書の該当箇所に、重度の損傷（訳注：死亡を引き起こす可能性が低い病態リストに掲載されていない損傷）が複数報告され、優先度ランクが最も高い損傷が複数ある場合は、これらの損傷のうち最初に記載されたものを選択する。ただし、優先度ランクが同じ場合、「ND30-ND37 多部位に及ぶ損傷」グループの損傷よりは、具体的な損傷を選択する。

例 4

- 1 (ア) 大動脈破裂を伴う多発外傷
(イ) 車の運転手、バスとの衝突
(ウ)
(エ)

2

原死因として「PA04 乗用車乗員を受傷させた不慮の陸上輸送交通事象」をコードする。主要損傷として「NB30.01 胸部大動脈大裂傷」をコードする。多発外傷と大動脈破裂は、優先順位リストでは同じランクだが、具体的な損傷は、多部位に及ぶ損傷のグループの損傷よりも優先される。

2.19.6 薬物、医薬品及び生物学的製剤による中毒に関する特別指示（ステップ M4）

ステップ M4 で中毒が仮の原死因であり、複数の物質が報告されている場合は、この節の指示に従う。

2.19.6.1 死亡の原因となった可能性が最も高い薬物が特定されている

物質のうちいずれか 1 つが、死亡の原因となった可能性が最も高い物質として記載された場合は、その物質の外因コードを原死因としてコードする。該当する場合は、第 X 章のエクステンションコードを使用して、報告された具体的な物質を特定し、更に第 22 章の主要損傷をクラスターに追加する。

例 1

- 1 (ア) 不慮のヘロインの過剰摂取
(イ)
(ウ)
(エ)

2 ジアゼパムとアミトリプチリンが存在する

ヘロインの過剰摂取だけを 1 欄に記載し、2 欄で他の物質を死因として報告することで、死亡診断書作成者はヘロインを死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定した。原死因として、「PB20 オピオイド又は関連する鎮痛薬への不慮の曝露又はその有害作用」を選択する。追加のコード「XM05B3 ジアモルヒネ」を使用して、報告された具体的な物質を特定する。主要損傷として、第 22 章から「NE60 薬物、薬剤及び生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの」をクラスターに追加する。クラスターは PB20&XM05B3/NE60 である。

例 2

- 1 (ア) アンフェタミンによる中毒
(イ)
(ウ)
(エ)

2 ヘロインとフルニトラゼパムの毒性レベル

1 欄ではアンフェタミン中毒のみを、2 欄では他の物質を死因として報告することで、アンフェタミンを死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定した。原死因として、「PB22 精神刺激薬への不慮の曝露又はその有害作用」を選択する。追加のコード「XM48Z9 アンフェタミン」を使用して、報告された具体的な物質を特定する。また、「NE60 薬物、薬剤及び生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの」をクラスターに追加する。クラスターは PB22&XM48Z9/NE60 である。

例 3

- 1 (ア) アルコール中毒
(イ)
(ウ)
(エ)

2 ヘロインとフルニトラゼパムの毒性レベル

アルコール中毒を 1 欄のみに記載し、2 欄で他の物質を死因として報告することにより、死亡診断書作成者はアルコールを死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定した。原死因として、「PB30 アルコールへの不慮の曝露又はその有害作用」を選択する。また、「NE61 薬用を主としない有害物質の有害作用又は曝露、他に分類されないもの」をクラスターに追加する。クラスターは PB30/NE61 である。

例 4

- 1 (ア) アルコール中毒
(イ)
(ウ)
(エ)

2 ジアゼパムとアミトリプチリンが存在する

1 欄ではアルコール中毒のみを、2 欄では他の物質を死因として報告することで、アルコールが死因として最も重要な物質であると特定している。原死因として、「PB30 アルコールへの

不慮の曝露又はその有害作用」を選択する。また、「NE61 薬用を主としない有害物質の有害作用又は曝露、他に分類されないもの」をクラスターに追加する。クラスターは PB30/NE61 である。

2.19.6.2 死亡の原因となった可能性が最も高い薬物が特定されていない

複数の物質が死因として報告されているが、死亡の原因となった可能性が最も高い物質がいずれであるか特定されていない場合は、次の手順に従う。

a) アルコールと薬物の組合せは薬物にコードする

例 5

- 1 (ア) 中毒レベルのアルコール、フルニトラゼパム
(イ)
(ウ)
(エ)
- 2 ジアゼパム、アミトリプチリンが存在

中毒レベルのアルコール、フルニトラゼパムを 1 欄に記載し、他の物質を寄与する死因として 2 欄に報告することにより、死亡診断書作成者はアルコールとフルニトラゼパムを死因として最も重要な物質として特定した。これら 2 つのうち、アルコールと薬物の組合せは薬物にコードするため、フルニトラゼパムによる中毒を選択する。原死因として、「PB21 鎮静・催眠薬又はその他の中枢神経系抑制薬への不慮の曝露又はその有害作用」¹¹を選択する。追加のコード「XM9W71 フルニトラゼパム」を使用して、報告された特定の物質を特定する。また「NE60 薬物、薬剤又は生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの」を追加する。クラスターは PB21&XM9W71/NE60 である。

b) 複数の薬物の組合せを次のようにコードする。

- 報告された複数の薬物の外因が同じ場合は、原死因としてそれを選択する。
- 報告された複数の薬物の外因が同じでない場合は、原死因として「PB29 多数の薬物、薬剤又は生物学的製剤への不慮の曝露又はその有害作用」をコードする。

2.19.6.3 節、死亡の原因となった可能性が最も高い薬物の特定を参照して、死亡の原因となった可能性が最も高い物質を特定するために、該当する場合は第 X 章の追加コードを使用する。

なお、任意の使用例で複数の薬物を追加する場合は、上記のように特定された死亡の原因となった可能性が最も高い物質を最初にコードする必要がある。

例 6

- 1 (ア) 中毒レベルのヘロイン、アンフェタミン
(イ)
(ウ)
(エ)
- 2

¹¹ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

ヘロインもアンフェタミンも、死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定されておらず、これらの薬物の外因は同じではない。「PB29 多数の薬物、薬剤又は生物学的製剤への不慮の曝露又はその有害作用」にコードする。2.19.6.3 節に進み、死亡の原因となった可能性が最も高い薬物を特定する。

例 7

- 1 (ア) アルコール、ヘロイン、ジアゼパムによる不慮の中毒
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

どの物質も、死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定されていない。アルコールと薬物の組合せによる中毒は、薬物にコードされる。どの薬物も最も重要なものとして特定されておらず、外因コードが異なるため、「PB29 多数の薬物、薬剤又は生物学的製剤への不慮の曝露又はその有害作用」にコードする。そして、2.19.6.3 節に進み、死亡の原因となった可能性が最も高い物質を特定する。

2.19.6.3 死亡の原因となった可能性が最も高い薬物の特定

以下の優先順位を使用して、死亡の原因となった可能性が最も高い物質を特定する (1=最も高い優先順位)。

1. オピオイド作動薬、部分作動薬、その他詳細不明の麻薬。分類可能な複数のオピオイドを含む死亡は、次のように優先順位を付ける必要がある。
 - 1a. ヘロイン
 - 1b. メサドン
 - 1c. アヘン
 - 1d. その他のオピオイド
 - 1e. その他の合成麻薬
 - 1f. その他及び詳細不明の麻薬
2. 吸入及び静脈内麻酔薬、含まれるもの：プロポフォール
3. 三環系及び四環系抗うつ薬
4. バルビツール塩酸
5. 4-アミノフェノール誘導体、含まれるもの：APAP、アセトアミノフェン、パラセタモール
6. 抗精神病薬類及び神経遮断薬類、含まれるもの：フェノチアジン系抗精神病薬類及び神経遮断薬類、ブチロフェノン系及びチオキサンテン系神経遮断薬、その他及び詳細不明の抗精神病薬類及び神経遮断薬類
7. 抗てんかん薬類、抗パーキンソン薬類、詳細不明の鎮静薬類
8. コカイン
9. 乱用の可能性のある精神刺激薬類、含まれるもの：アンフェタミン類及び誘導体
10. モノアミンオキシダーゼ阻害薬 (MAO) 抗うつ薬類並びにその他及び詳細不明の抗うつ薬類。含まれるもの：選択的セロトニン再取込み阻害薬類 (SSRIs)、ベンラファキシン
11. ベンゾジアゼピン類
12. 上記以外の薬物及び物質

同じ優先度グループに複数の薬物がある場合は、最初に記載されたものをコードする。

例 8

- 1 (ア) 中毒レベルのコカイン、ヘロイン、ジアゼパム、アミトリプチリン
(イ)
(ウ)
(エ)

2

どの薬物も、死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定されておらず、これらの物質で外因コードは同じではない。「PB29 多数の薬物、薬剤又は生物学的製剤への不慮の曝露又はその有害作用」にコードする。上記の優先順位リストでは、コカインはグループ 8、ヘロインはグループ 1a、ジアゼパムはグループ 11、アミトリプチリンはグループ 3 である。特定された薬物には、追加のコード「XM05B3 ジアモルヒネ」を使用する (PB29&XM05B3)。必要に応じて、第 X 章からコードを追加して、報告された他の薬物を列挙する。最後に、「NE60 薬物、薬剤及び生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの」をクラスターに追加する (PB29&XM05B3/NE60)。

例 9

- 1 (ア) ヘロイン、コカイン、ジアゼパム、アミトリプチリンの過剰摂取
(イ)
(ウ)
(エ)

2

どの薬物も、死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定されておらず、外因コードはこれらの物質で同じではない。「PB29 多数の薬物、薬剤又は生物学的製剤への不慮の曝露又はその有害作用」にコードする。上記の優先リストでは、ヘロインはグループ 1a、コカインはグループ 8、ジアゼパムはグループ 11、アミトリプチリンはグループ 3 である。特定された薬物には、追加のコード「XM05B3 ジアモルヒネ」を使用する (PB29&XM05B3)。必要に応じて、第 X 章からコードを追加して、報告された他の薬物を列挙する。最後に、「NE60 薬物、薬剤又は生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの」をクラスターに追加する。
(PB29&XM05B3/NE60)

例 10

- 1 (ア) アルコール、ヘロイン、ジアゼパムによる不慮の中毒
(イ)
(ウ)
(エ)

2

アルコールと薬物の組合せによる中毒は、上記の 2.19.6.2 節の説明を参照し、薬物にコードする。1 欄で報告された薬物はいずれも、死亡の原因となった可能性が最も高い物質として特定されておらず、外因コードはこれらの物質で同じではない。「PB29 多数の薬物、薬剤又は生物学的製剤への不慮の曝露又はその有害作用」にコードする。上記の優先順位リストでは、ヘロインはグループ 1a に分類され、ジアゼパムはグループ 11 に分類される。死亡の原因となった可能性が最も高いと特定されたものとして、追加のコード「XM05B3 ジアモルヒネ」を使用する。必要に応じて、「XM8P99 ジアゼパム」を追加する。最後に、「NE60 薬物、薬剤又は生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの」をクラスターに追加する。
(PB29&XM05B3/XM8P99/NE60)。

2.19.7 妊産婦死亡に関する特別指示（ステップ M4）

診断書のどこかに妊娠、分娩、産褥が記載されている場合、ほとんどの場合、原死因は第 18 章「妊娠、分娩又は産褥」にコードされている。これは、ステップ SP1～SP8 及び M1～M3 を適用して選択された原死因が、コーディングツールに従って第 18 章に分類されるため、又は、妊娠、分娩、産褥期に発症する病態について、第 18 章に特別なコードがあるためである。

ICD の他の部分に索引付けされている原死因を第 18 章に分類する必要があるかどうかを判断するには、次の手順を適用する。なお、これらの指示は、第 18 章に索引付けされた病態には適用されない。

妊娠、分娩、産褥が診断書のどこかに報告されているが、妊娠、分娩、産褥が死亡に寄与したことが明確に記載されていない場合は、まず死亡診断書作成者に連絡し、更に情報を求める。

- 死亡が妊娠、分娩、産褥の合併症であったと死亡診断書作成者が記載している場合は、原死因を第 18 章「妊娠、分娩又は産褥」にコードする。
- 死亡が妊娠、分娩、産褥の合併症ではなかったと死亡診断書作成者が記載している場合は、原死因を第 18 章にコードしないこと。
- 追加情報が得られないが、妊娠、分娩、産褥が診断書の 1 欄又は 2 欄に記載されている場合は、原死因を第 18 章にコードする。

選択された原死因が「JB63.Z 他に分類可能だが妊娠、分娩又は産褥に合併する母体感染症疾患、詳細不明」及び「JB64 他に分類可能だが妊娠、分娩又は産褥に合併する特定の母体疾患」の場合、第 1-19 章の対応するコードを複数死因としてクラスターに追加する。そうしなければ具体的な死因に関する関連情報が取得できないので、これは重要である。

注：妊娠中、分娩中又は産褥期に発生した病態であっても、第 18 章にコードされていない病態があることに留意し、第 18 章の冒頭の「除外」注を参照する。

例 1

- 1 (ア) 羊水塞栓症 JB42.1
(イ)
(ウ)
(エ)
- 2

原死因である羊水塞栓症は、第 18 章 JB42.1 に索引付けられている。

例 2

- 1 (ア) 肺水腫 CB01
(イ) 僧帽弁閉鎖不全症、妊娠 JB64.4/BB61.Z
(ウ)
(エ)
- 2

原死因である僧帽弁閉鎖不全症は、1 欄で妊娠について言及されているため、第 18 章にコードされている。原死因として「JB64.4 妊娠、分娩又は産褥に合併する循環器系の疾患」にコ

ードする。より詳細にするために、「[BB61.Z](#) 僧帽弁閉鎖不全症、詳細不明」のコードもクラスターに追加する（[JB64.4/BB61.Z](#)）。

例 3

- 1 (ア) 出血 [MG27](#)
(イ) 子宮頸がん [JB64.Y/2C77.Z](#)
(ウ)
(エ)
- 2 妊娠による治療の遅れ

原死因である子宮頸がんは、2 欄で妊娠について言及されているため、第 18 章にコードされている。原死因として「[JB64.Y](#) その他の明示された他に分類可能だが妊娠、分娩又は産褥に合併する母体疾患」にコードする。より詳細にするために、「[2C77.Z](#) 子宮頸部の悪性新生物、詳細不明」もクラスターに追加する。（[JB64.Y/2C77.Z](#)）

例 4

- 1 (ア) 肝不全 [DB99.7](#)
(イ) デング出血熱 5 日 [JB63.5/1D21](#)
(ウ)
(エ)
- 2 追加情報:産後 40 日

原死因を「[JB63.5](#) 妊娠、分娩又は産褥に合併するその他のウイルス性疾患」にコードする。より詳細にするために、「[1D21](#) 前兆を伴うデング」のコードもクラスターに追加する（[JB63.5/1D21](#)）。

2.20 死亡のためのコーディング指示：複数死因コーディング及びその他の特別指示

複数死因コーディング（[2.21.1～2.21.8](#) 節も参照）により、死因の詳細な分析、例えば、特定の原死因の重篤ではあるが回避可能な合併症及び共存する病態が疾患プロセスの結果に与える影響の分析が可能になる。したがって、死亡のコーディングでは、原死因と複数原因の両方を記録する必要がある。また、原死因の選択と修正のための ICD の指示を正しく適用するには、完全な複数死因コードが不可欠である（[2.17～2.19](#) 節を参照）。

複数の原因の病態をすべて含む記録は、死亡診断書で報告された病態から選択された一部のみを含む記録よりも徹底的な分析を可能にするため、すべての詳細をできる限り複数死因コーディングに残す必要がある。特に、次の点に注意する：

- 終末死因又は 2 欄で報告された病態に焦点を当てて分析される可能性もあるため、データレコード内の個々のコードの位置は、死亡診断書作成者が、コードに対応する診断表現を診断書のどこに入力したかを反映している必要がある。
- 回避可能な合併症の分析に特に関心があり、死亡診断書で報告された他の病態の重篤さの目安として機能する可能性があるため、一般的な病態又は症候性若しくは情報量が少ないとみなされる病態のコードは、削除又は除外されるべきではない。
- 複数死因データは、次の 2 つの形式で保存する必要がある。

1. 1 つは、死亡診断書作成者が診断書で使用した用語と、各用語が診断書のどこで報告されたかをできるだけ明確に示す形式
2. 1 つは、明示的又は黙示的に示された病態間の関係性を考慮に入れ、ICD の公表物の指示に従ってコードが調整された形式。

死亡診断書に記載されている ICD コードを保持するためのコード文字列の構文は、ICD のクラスターコーディングに使用される構文（スラッシュ (/)、アンパサンド (&) など）と区別できる必要があるが、具体的な構文は設定によって異なる場合がある。このようなコード文字列、例えば `BD10|BA5Z*5A11/9B71.0Z` では、縦線 (|) は 1 欄の各行の区切り、アスタリスクは 1 欄と 2 欄の区切りを表し、スラッシュ (/) は ICD の規約に従ったステム間の区切り文字としてクラスターを示す。

2.21 死亡ルール：ナレッジベース

死亡のナレッジデータベースは、死亡診断書から原死因を決定するために使用されるルールのコレクションとなる。これらのルールは、ICD の死亡コーディングガイドラインに基づいている。このルールは、疾患「b」による疾患「a」などの受け入れられる因果関係と、選択された原因が公衆衛生により適切な情報を提供するために修正される場合を対象としている。短い要約はルールの範囲を記述し、デシジョンテーブル（決定表）は、ルールの使用について、死亡の内容例示表のコードで言語に依存しない形で、明示的に規定する。デシジョンテーブルの「コードセット」は、ナレッジベースで一緒に発生することが多い ICD コード又は選択ルールと修正ルールで同様に処理される ICD コードをまとめており、例えば、いくつかの共通の特性を持つ疾患を原因又は結果としてグループ化する。ルールのコードテーブル内のデータが、分類の変更に対して又は変更前に遡って検証できるよう、ルールに関する情報はデータベースで維持管理される。

デシジョンテーブルは、人の手作業でのコーディングと原死因の選択又はこの作業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。過去には、このようなルールベースは、WHO によって認定された国際グループによるテーブルの変更の決定に頼りながら、国際的なアプローチで ICD-10 死亡コーディングの使用者によって開発されてきた。

2.21.1 疑い診断

「どうやららしい」、「推定」、「～の疑い」又は「可能性あり」など、診断の確度に疑いを示す表現は無視する。仮の診断は、疑いとはいえ、診断が全くないよりは死亡統計に有用である。

2.21.1.1 甲又は乙のどちらか

死亡診断書作成者は、「診断 A 又は診断 B」という代替診断を報告する場合がある。このような場合は、次のように進める。

2.21.1.2 1つの病態に対して甲又は乙の部位のどちらか

- (a) 部位が同じ解剖学的系統にある場合は、報告された部位が分類されているグループ又は解剖学的系統の残余の分類項目にコードする。

例 1

- 1 (ア) 腎臓又は膀胱のがん
(イ)
(ウ)
(エ)

2

「[2C9Z](#) 尿路の悪性新生物、詳細不明」にコードする。

- (b) 報告された部位が異なる解剖学的系統にある場合又はグループ若しくは解剖学的系統に残余の分類項目がない場合は、記載された疾患又は病態の残余の分類項目にコードする。

例 2

- 1 (ア) 副腎又は腎臓のがん
(イ)
(ウ)
(エ)

2

副腎と腎臓は異なる解剖学的系統にあるため、「[2D42](#) 診断名不明確な部位の悪性新生物」にコードする。

2.21.1.3 1つの病態又系統に対して甲又は乙の病態のどちらか

- (a) 報告された病態が異なる細分類項目に分類可能であり、ICD が疾患全般のグループ又は分類項目を提供する場合は、このグループ又は分類項目の残余の分類項目にコードする。

例 1

- 1 (ア) S 状結腸軸捻転 {[DB30.1](#)} 又は閉塞を伴う [DB30](#)
大腸の癒着 {[DB30.2](#)}
(イ)
(ウ)
(エ)

2

S 状結腸軸捻転 ([DB30.1](#)) と閉塞を伴う大腸の癒着 ([DB30.2](#)) は同じグループに属するため、残余の分類項目「[DB30.Z](#) 大腸閉塞、詳細不明」にコードする。

例 2

- 1 (ア) 脳動脈解離 {8B22.0} 又は脳梗塞 {8B11.5Z} 8B2Z¹²
 - (イ)
 - (ウ)
 - (エ)
- 2

脳動脈解離 (8B22.0) と脳梗塞 (8B11.5Z) は同じグループなので、残余の分類項目「8B2Z 脳血管疾患、詳細不明」にコードする。

(b) 疾患全般のグループ又は分類項目がない場合は、報告された病態に共通する解剖学的部位又は系統の疾患の残余の分類項目にコードする。

例 3

- 1 (ア) 結核又は肺がん
 - (イ)
 - (ウ)
 - (エ)
- 2

「CB40.Y その他の明示された呼吸器系疾患」にコードする。どちらの病態も肺に関係している。

例 4

- 1 (ア) 脳卒中又は心臓発作
 - (イ)
 - (ウ)
 - (エ)
- 2

「BE2Z 循環器系の疾患、詳細不明」にコードする。脳卒中は神経系の章に分類されるが、どちらの病態も循環器系の疾患である。

2.21.1.4 異なる解剖学的系統の甲又は乙の病態のどちらか

異なる解剖学的系統の異なる疾患が「甲又は乙のどちらか」のように報告されている時は、「MG9Y その他の明示された一般症状、徴候又は臨床所見」にコードする。

例 1

- 1 (ア) 胆嚢炎痛又は冠動脈血栓症
 - (イ)
 - (ウ)
 - (エ)
- 2

¹² 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

「MG9Y その他の明示された一般症状、徴候又は臨床所見」にコードする。

2.21.1.5 疾患又は損傷

死亡が疾患又は損傷のどちらかによるものとして報告された場合は、「MH14 その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」にコードする。

例 1

- 1 (ア) 冠閉塞又は戦傷
(イ)
(ウ)
(エ)

2

「MH14 その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」にコードする。

2.21.2 接続用語の影響

死亡診断書作成者が接続用語を使用している場合、付与されたコードが、作成者の意図を反映するように調整する必要がある。接続用語には、報告された死因間の因果関係を示す用語と因果関係を示さない用語の 2 種類がある。

2.21.2.1 因果関係を示す接続用語

因果関係は 2 つの方法で表現できる：「による (due to)」と記載されるか類似の用語でそれが示唆されている場合；又は「の結果として」と記載されるか類似の用語でそれが示唆されている場合である。これは、「～によって引き起こされた」、「～が原因で」など、「～による」の関係を示す他の接続用語や記号にも当てはまる。

「による」と記載されているか、類似の用語でそれが示唆されている場合

1 つの死因が、別の死因によるものであることを示す接続用語で記載された場合は、報告された欄に結果とされている死因のコードを入力し、次の下の欄にその原因とされているもう一方の死因コードを入力する。1 欄内の残りの行に報告された死因は、その更に下の欄にコードする。

例 1

- 1 (ア) 虚血性心疾患による心不全
(イ) 糖尿病
(ウ)
(エ)

2

心不全は (ア) で結果とされている死因なので、(ア) にコードする。これが虚血性心疾患によるものと報告されているので、(イ) に虚血性心疾患をコードする。(イ) に記載されている糖尿病を (ウ) に移動する。

例 2

- 1 (ア) 肝細胞癌による心不全
(イ) 虚血性心疾患
(ウ) 糖尿病
(エ)

2

心不全は(ア)で結果とされている死因なので、(ア)にコードする。これが肝細胞癌によるものと報告されているので、肝細胞癌を(イ)にコードする。(イ)に報告されている虚血性心疾患を(ウ)欄に移動する。1 欄内の残りの行に報告された死因は、その更に下の行にコードする。

「の結果として」と記載されているか、類似の用語でそれが示唆されている場合

1 つの死因が、別の死因の原因になったことを意味する接続用語で記載された場合は、報告された欄に結果とされている死因のコードを入力し、次の下の欄にその原因とされているもう一方の死因コードを入力する。1 欄内の残りの行に報告された死因は、その更に下の欄にコードする。

例 1

- 1 (ア) 虚血性心疾患の結果として心不全に至った
(イ) 糖尿病
(ウ)
(エ)

2

心不全は(ア)で「の結果として」という接続用語を用いて、結果とされている死因なので、(ア)にコードする。接続用語により、原因とされている虚血性心疾患を(イ)に移動する。(イ)に記載されている糖尿病を(ウ)に移動する。

例 2

- 1 (ア) 心不全を引き起こした肝細胞癌
(イ) 虚血性心疾患
(ウ) 糖尿病
(エ)

2

「を引き起こした」という接続用語を用いて結果とされている心不全を 1 (ア) にコードする。接続用語により原因とされている肝細胞癌を(イ)にコードする。(イ)に報告された虚血性心疾患を(ウ)に移動し、(ウ)に報告された糖尿病を(エ)に移動する。

これは、「を引き起こした」、「に至る」、「を生ずる」など「の結果として」の関係を示す他の接続用語や記号にも当てはまる。

2.21.2.2 因果関係を示さない接続用語

1つの欄の最初又は最後に「及び」と記載されるか、類似の用語でそれが示唆されている場合

接続用語「及び」は因果関係を意味するものではないが、その前又は後の用語を考慮に入れる必要があることを示している。したがって、欄の記載が「及び」で終わる場合は、この行のすぐ下の欄に記載されている死因又は複数の死因をコードして、接続用語から推測される用語の続きがコーディングに反映されるようにする。同様に、欄の記載が「及び」で始まる場合は、これをすぐ上の欄から始まる用語の列挙の続きとみなし、その欄の死因を上欄の最後にコードする。1欄内の残りの欄に記載された死因がある場合は、報告された欄にコードする。これは、「又」、「と」、「更に」、「加えて」、「+」又は読点など、用語の続きがあることを示すが因果関係を意味しない他の接続用語や記号に適用される。

例 1

- 1 (ア) 心不全と
(イ) 虚血性心疾患
(ウ) 糖尿病
(エ)

2

1 (ア) は「と」で終わっているので、(イ) に報告された虚血性心疾患は、「心不全と虚血性心疾患」という用語の列挙の一部と考える。したがって、心不全と虚血性心疾患の両方を (ア) にコードする。糖尿病は (ウ) にコードする。

例 2]

- 1 (ア) 心不全
(イ) 虚血性心疾患
(ウ) 及び糖尿病
(エ)

2

(ウ) は「及び」で始まる。(ウ) で報告されている糖尿病は、「虚血性心疾患と糖尿病」の用語の列挙一部と考える。したがって、虚血性心疾患と糖尿病の両方を (イ) にコードする。

欄の最初又は最後以外に「及び」と記載されるか、類似の用語でそれが示唆されている場合

因果関係を示さない接続用語が書かれているが、欄の最初又は最後ではない場合は、それを読点 (、) として扱う。テキストの配置を変更したり、報告された死因の全部又は一部を別の行に移動したりしないこと。

診断用語が欄内に収まらない場合

診断用語が 1 欄内のある欄から始まり、次の欄に続く場合は、診断用語が書き始められた欄に診断用語全体が記述されているかのようにコードする。1 欄内の残りの欄に記載された死因がある場合は、報告された欄にコードする。

例 1

- 1 (ア) 虚血性
- (イ) 心疾患
- (ウ) 2 型糖尿病
- (エ)

2

「虚血性心疾患」は、2 つの欄にまたがって報告されている診断用語である。完全な用語が (ア) に書かれているかのようにコードする。糖尿病は、報告された (ウ) にコードする。

例 2

- 1 (ア) 肺炎
- (イ) 慢性腎臓
- (ウ) 病、2 型糖尿病
- (エ)

2

「慢性腎臓病」は、2 つの欄にまたがって報告されている診断用語である。診断書を再配置し、(イ) に「慢性腎臓病」という完全な用語をコードする。また、糖尿病も、「慢性腎臓」と書かれている欄から続いているため、(イ) にコードする。

2.21.3 病態の罹患期間

2.21.3.1 複数の病態に対して、期間が 1 つ記載されている場合

同じ欄に複数の病態が報告され、期間が 1 つしか記載されていない場合は、報告された各病態の期間が同じであると考ええる。

2.21.3.2 病態の時間性を規定時間で変更する

期間は、索引用語が特定の期間を示しているか、レファレンスガイドで別途指示されていない限り、通常、病態を急性又は慢性と認定するために使用しないこと（例：[2.21.8.1 節 急性又は慢性リウマチ性心疾患](#)）。なお、分類中の「解説」をコーディングに使用しないこと（[3.4 節](#)）。

2.21.4 死亡のユースケースにおける「～もコードする」指示

死亡診断書では、病因に関する情報は各行に個別に記載され、それぞれコードされるため、複数死因コーディングでは、一般に、「～もコードする (code also)」の指示（[2.7.2.1 節 「～もコードする」](#) 及び「[必要に応じて追加のコードを使用する](#)」の指示も参照）は使用されない。

死亡診断書作成者によって報告された単一の診断用語に症状と病因の両方に関する情報が含まれ、病因に関する情報が、別に報告されていない場合は、「～もコードする」指示を適用する。「～もコードする」指示を適用するときはいつでも、病因のコードをクラスターの先頭に配置し、症状のコードを追加する。

例 1：心不全

「BD10-BD1Z 心不全」には、原因となる病態「もコードする」ように指示がある。しかし、死亡診断書作成者から報告された診断用語には、そのような病態の原因に関する情報は記載されていない。「～もコードする」指示は適用しないこと。

例 2：1 型糖尿病性アシドーシス

「5A22 糖尿病性アシドーシス」には、原因となる病態「もコードする」ように指示がある。原因となる病態が報告されており、この場合は「5A10 1 型糖尿病」である。病因である 1 型糖尿病は、一次製表に用いる原因病態と考えられ、最初にコードされる（「5A10 1 型糖尿病」/「5A22 糖尿病性アシドーシス」）。

例 3：サルモネラ敗血症

サルモネラ敗血症は、「1G40 ショックを伴わない敗血症」の索引用語であり、この分類には、原因となる病態「もコードする」という指示に加え、最初に感染の種類をコードすること、というコーディングにおける注の補足がある。この場合の感染の種類は、「1A09.Z サルモネラ感染症、詳細不明」¹³であり、最初にコードされる（1A09.Z/1G40）。

2.21.5 悪性新生物

新生物に正しい複数死因コードを割り当てるには、考慮すべき 2 つの概念がある：報告された新生物が原発性か二次性か及びその性状（behaviour）である。

原発部位は、新生物が発生した解剖学的位置である。悪性新生物は体の他の部分に広がる可能性があり、これらの部位は二次性又は転移と呼ばれる。

新生物の性状（悪性、上皮内、良性、性状不詳又は性状不明）は、それが体内に広がる方法である。

- 悪性：新生物は周囲の組織に浸潤するか、その発生源から播種し、別の部位で成長し始める
- 上皮内：新生物は悪性であるが、それでもそれが発生した組織に完全に閉じ込められている
- 良性：新生物は拡散の可能性なしに原発巣で成長する
- 性状不詳：形態学的、表現型又は遺伝子型の特徴を示す新生物で、明らかに良性ではないが、悪性腫瘍の確定診断の確立は認められない
- 性状不明：新生物が良性か悪性かは不明である。

以下に挙げる第 2 章「新生物」の大まかな構造は、これらの概念から次のように理解することができる。

- 脳又は中枢神経系の新生物（2A00-2A0Z）
- 造血組織又はリンパ組織の新生物（2A20-2B3Z）
- リンパ系、造血系、中枢神経系又は関連組織以外の悪性新生物（2B50-2F9Z）

¹³ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

2A00-2A0Z に分類される脳又は中枢神経系に由来する新生物は、部位、組織病理学又は性質によってさらに分類される。

2A20-2B3Z に分類される造血組織又はリンパ組織に由来する新生物は、組織病理学によってさらに分類される。

言い換えれば、2A00-2A0Z 又は 2A20-2B3Z には原発性新生物が含まれ、悪性又は良性のいずれかである可能性がある。

他の部位に由来する新生物は（2B50-2F9Z）に分類され、このグループはさらに性状（すなわち、悪性、上皮内、良性、不詳又は不明）、部位又は組織病理学的所見（histopathology）によって分類される。他の部位に発生し、脳、中枢神経系、リンパ系、造血組織に播種する新生物は、悪性新生物転移のブロックの下に含まれることに留意すること。

死亡のコーディングでは、新生物の原発部位を決定することが最も重要である。死亡診断書が原発部位に関して曖昧な場合は、死亡診断書作成者から確認を得るためにあらゆる努力を払う必要がある。以下の指示は、確認が得られない場合にのみ適用する必要がある。

この節の例では、死亡診断書の右側に ICD コードが記載されている。これらのコードは、入力された各死因に割り当てられた複数死因コードを表す。これらの複数死因コードは、特定の診断名が診断書で単独で報告されたときに割り当てられたコードとは異なる場合がある（直接コーディング、direct coding）。このような場合、直接コーディングのコードは、診断名の隣に中括弧「{ }」で示されている。各例の説明では、括弧内のコードは、診断書上の他の情報（複数死因コーディングの適用）によって変更され、右に示されている複数死因コードにコードすることと書かれている。

新生物のコーディングツールの使用

ICD コーディングツールを使用して、新生物を記述するために診断書で報告された用語を検索する。組織病理学的所見と部位の両方が記載されている場合は、両方をコーディングツールに入力する。組織病理学的所見が新生物の記載部位と互換性がない場合（すなわち、教科書及びその他の参考文献によると、新生物は記載された部位の原発性とはなりえない）、示された組織病理学的所見の詳細不明部位の新生物のコードを割り当てる。組織病理学的所見が記載されていない場合は、部位及び性状が報告されていれば、部位及び性状によりコードする。

複数の新生物が言及されている場合、「2D43 独立した原発性多部位の悪性新生物」を割り当てないこと。コーディングツールによって各悪性新生物をコードし、通常の方法で選択と修正のルールを適用して原死因を選択する。

2.21.5.1 性状：悪性、上皮内、良性、性状不詳又は性状不明

新生物に正しい複数死因コードを割り当てるには、まず、死亡診断書で報告された各新生物の性状（悪性、上皮内、良性、不詳又は不明）を決定する。悪性新生物の場合は、それらを原発性として又は続発性としてコードするかも決め、その目的のために以下の指示を適用する。

用語自体が性状を示す

まず、コーディングツールを使用して、新生物を説明するために使用される用語のコードを割り当てる。特定の組織病理学的所見又は用語は、特定の性状グループに割り当てることができる。

以下の分類項目にコードされた新生物については、特に指定がない限り、その性状は悪性であると推定し、「[2.21.5.2 節 悪性新生物：原発性又は二次性？](#)」に進む：

- [2A00-2A0Z](#) 脳又は中枢神経系の新生物
- [2A20-2B3Z](#) 造血組織又はリンパ組織の新生物¹⁴

特定の用語に対してコーディングツールによって与えられる性状は、診断書上の他の情報によって変更される可能性があることに注意する。この節の指示に従って、複数死因コーディングにおける正しい性状を決定する。

診断書のその他の情報が性状を示す

新生物を説明するために使用される用語が特定の性状を示さない場合は、性状を示す死亡診断書で他の情報を探す。以下の条件のいずれかが当てはまる場合は、性状不明の新生物、「上皮内 (in situ)」と記述された新生物、又は第 2 章にコードされていない増殖 (growth) (例えば、特定のポリープ) を悪性としてコードする。

- 二次性の拡がり (浸潤、転移、二次性などの用語) 又は (悪性) 悪液質の原因として報告されている。又は；
- 二次性の拡がりを示す用語のすぐ隣に報告されている。又は；
- 報告された他のすべての新生物が、二次性の拡がりとして報告されている。又は；
- 死亡診断書の同じ欄に別の新生物についての言及がないが、死亡診断書のどこかに悪性であることが示唆されている (例えば、癌化、悪性悪液質、悪性転化)、又は；
- それが悪性新生物によるものであると報告されている。

新生物が良性新生物の第 2 章分類項目にコードされているが、転移又は浸潤の原因として報告されている場合は、コーディングツール及び内容例示表で対応する悪性のコードを確認する。見つかった場合は、悪性としてコードする。対応する悪性のコードがない場合は、まず死亡診断書作成者から説明を受ける。それ以上の情報がない場合は、診断書の記載を受け入れ、新生物を良性としてコードする。

診断書の他の情報で新生物が悪性であることを示している場合は、「[2.21.5.2 節 悪性新生物：原発性又は二次性？](#)」へ進み、正しいコードを割り当てる。

性状を示す他の情報が診断書にない場合は、性状不明としてコードする。

例 1

1 (ア) 肝転移 [2D80.0](#)

¹⁴ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

例 1

(イ) 結腸腫瘍 {2F90.0} ¹⁵ 2B90.Z

(ウ)

2

結腸腫瘍は肝転移の原因として報告されているため、「結腸の悪性新生物、詳細不明 (2B90.Z)」としてコードする。

例 2

1 (ア) 癌性悪液質 MG20.0

(イ)

結腸腫瘍 {2F90.0} 2B90.Z

(ウ)

2

結腸腫瘍は癌性悪液質の原因として報告されているため、「結腸の悪性新生物、詳細不明 (2B90.Z)」としてコードする。

例 3

1 (ア) 肝、肺転移 2D80.0, 2D70

(イ) 呼吸不全 CB41.2Z

(ウ)

結腸腫瘍 {2F90.0} 2B90.Z

2

転移と呼吸不全の両方とも結腸腫瘍が原因となりうる。1 欄の因果関係の解釈方法の説明（ステップ SP3）によると、これは、この診断書に 2 つの有効な因果関係が報告されていることを意味する、1) 結腸腫瘍による肝臓と肺の転移、及び 2) 結腸腫瘍による呼吸不全。これらの関係は、肝転移と肺転移が呼吸不全によるものでない場合でも有効である。結腸腫瘍は二次性転移の原因として報告されているので、「結腸の悪性新生物、詳細不明 (2B90.Z)」としてコードする。

例 4

1 (ア) 結腸腫瘍 {2F90.0} の肝転 2B90.Z, 2D80.0
移

(イ)

(ウ)

2

結腸腫瘍は肝転移と同じ行で報告されるため、「結腸の悪性新生物、詳細不明 (2B90.Z)」としてコードする。

¹⁵ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。（本節内の結腸腫瘍を含む事例について同様）

例 5

- 1 (ア) 乳房腫瘍、全身性粥状硬化、結腸がん・ 2F95, BD40.Z, 2B90.Z,
肝転移あり 2D80.0
- (イ)
- (ウ)

2

乳房腫瘍は、二次性の拡がりと同じ行で報告されるが、二次性の拡がりの隣には報告されない。悪性と考えないこと。「乳房の性状不明の新生物 (2F95)」としてコードする。

例 6

- 1 (ア) 呼吸不全 CB41.2Z
 - (イ) 結腸腫瘍 {2F90.0} 2B90.Z
 - (ウ)
- 2 肝・肺転移 2D80.0,2D70

他のすべての新生物が、二次性の拡がりとして記載されているため、結腸腫瘍を「結腸の悪性新生物、詳細不明 (2B90.Z)」としてコードする。

例 7

- 1 (ア) 結腸腫瘍 {2F90.0} 2B90.Z
 - (イ)
 - (ウ)
- 2 癌性悪液質 MG20.0

別の新生物についての記載はないが、悪性を示す癌性悪液質が 2 欄で報告されているため、結腸腫瘍を「結腸の悪性新生物、詳細不明 (2B90.Z)」としてコードする。

例 8

- 1 (ア) 膀胱腫瘍 2F98
 - (イ) 肺腫瘍 2F91.1
 - (ウ)
- 2

性状を示す情報が診断書にないため、膀胱腫瘍を「泌尿器の性状不明の新生物 (2F98)」、肺腫瘍を「気管、気管支又は肺の性状不明の新生物 (2F91.1)」としてコードする。

2.21.5.2 悪性新生物：原発性又は二次性？

新生物が悪性としてコードされる場合又はその性状が上記の「2.21.5.1 節 性状：悪性、上皮内、良性、性状不詳又は性状不明」によって悪性であると推定される場合は、次にそれが原発性か二次性かを決定する。

悪性新生物は「転移性」と表現されることがあるが、これは別の部位に転移した原発性悪性新生物、又は別の場所に発生した二次性悪性新生物のいずれかを指す場合がある。「転移性」と記述された新生物をコードする方法の説明については、「2.21.5.6 節 “転移性” がん」を参照する。

転移好発部位

原発性悪性新生物と二次性悪性新生物のコードを選択するときは、以下の転移好発部位（common sites of metastases）のリストを参照する：

- 骨
- 脳
- 横隔膜
- 診断名不明確な部位
- 肝臓
- 肺
- リンパ節
- 縦隔
- 髄膜
- 腹膜
- 胸膜
- 後腹膜
- 脊髄

このリストにある部位の新生物をコードする方法の詳細については、以下を参照する。

原発性として報告された悪性新生物

「原発性」、「～に原発した」、「～由来の」又は原発性と類似の用語で指定された悪性新生物をコードする。

原発性悪性新生物を示すその他の場合

死亡診断書作成者が原発性と記載しなかったとしても、次の場合は、悪性新生物を原発性としてコードする：

- 診断書に記載されている他のすべての悪性新生物が、二次性又は転移として記載される。これは、二次性又は転移と記載されていない部位が、転移好発部位のリストにあるかどうかに関わらず適用される。
- 「[2A20-2B3Z](#) 造血組織又はリンパ組織の新生物」のコード範囲に含まれる：死亡診断書作成者が二次性と記載しない限り、造血組織又はリンパ組織の悪性新生物はすべて原発性としてコードする。
 - 注：造血組織及びリンパ組織の原発性新生物は、同じコード範囲の別の原発性新生物と同時に発生することがある。
- 部位が、転移好発部位のリストに載っていない。

部位が転移好発部位のリストにある場合は、次の場合に悪性新生物を原発性としてコードする：

- 組織病理学的所見が、それが報告された部位の原発性であることを示している；

- 記載された部位の悪性新生物の既知の危険因子によって引き起こされると説明されている（新生物を引き起こすと報告された病態が既知の危険因子であるかどうかを判断するには、教科書又は他の信頼できる出典により関与する部位の危険因子とされているかどうかを確認する）。
- それが死亡診断書に記載されている唯一の悪性新生物であり、「転移性」と記載されていない。
 - 例外：診断書で報告された唯一の新生物であっても、リンパ節の悪性新生物は、原発性として記載されていない限り、二次性としてコードする。
 - 注：診断書で報告されている唯一の悪性新生物が、肝臓の悪性新生物であり、それが原発性とも二次性とも記載されていない場合は、原発性としてコードする。
- それが肺の悪性新生物であり、診断書に記載されている他のすべての悪性新生物が、転移好発部位のリストにある。
 - 例外：別の悪性新生物が診断書の同じ部分（1 欄又は 2 欄）で報告され、この他の悪性新生物が原発性悪性新生物としてコードされている場合、肺を二次性としてコードする。
- 「気管支原性」又は「気管支の」と記載された肺の悪性新生物である。

二次性又は転移性の拡がりを引き起こしたと報告されている場合、悪性以外の性状の新生物を原発性悪性としてコードする。上記の「診断書のその他の情報は性状を示す」を参照する。

- 除外：期間が記載されている場合、二次性新生物は、原発性と推定される悪性新生物よりも長い期間を有してはならない。
- 除外：形態が記載されている場合、二次性新生物と原発性と推定される悪性新生物は、組織病理学的所見が同じである必要がある。

悪性以外の性状の新生物が、悪性としてコードされない別の新生物の原因として報告されている場合に、それを原発性悪性としてコードしないこと。悪性や転移性の拡がりを推定してはならない。両方の新生物をコーディングツールに従ってコードする。

例 1

1 (ア) 脳転移	2D50
(イ) 肺腫瘍	2C25.Z
(ウ)	
(エ)	

2

肺腫瘍は脳転移を引き起こしたため、悪性としてコードされている。診断書の他の悪性新生物は転移（2D50）と記載されているため、肺腫瘍を原発性としてコードする。

例 2

1 (ア) 膵がん	2C10.Z
(イ) 胃がん	2B72.Z
(ウ)	

例 2

(工)

2

脾臓と胃は転移好発部位のリストに含まれていないため、「脾臓の悪性新生物、詳細不明 (2C10.Z)」及び「胃の悪性新生物、詳細不明 (2B72.Z)」の両方を原発性とコードする。

例 3

1 (ア) 肝臓と肺のがん {2C25.Z} 2C12.02, 2D70

(イ) 慢性肝炎 DB97.2

(ウ)

(工)

2

慢性肝炎は原発性肝がんのリスクを高めるため、肝がんを「肝細胞癌 (2C12.02)」で原発性としてコードする。診断書の同じ欄に報告されている他の悪性新生物が原発性としてコードされているため、肺がんは、二次性として「肺への悪性新生物転移 (2D70)」にコードする。

例 4

1 (ア) 腎がん、肺がん {2C25.Z} 2C90, 2D70

(イ)

(ウ)

(工)

2

腎臓は転移好発部位のリストに載っていないため、腎がんを原発性としてコードする (2C90.Z)。肺がんは、腎がんと同診断書の同じ欄に報告されており、腎がんは原発性とみなされるため、二次性として「肺への悪性新生物転移 (2D70)」にコードする。

例 5

1 (ア) 肝腫瘍 {2F90.Y} 2C12.02

(イ)

(ウ)

(工)

2 肺腫瘍、おそらく二次性 2D70

2つの腫瘍のうちの1つを悪性の性状のエビデンスとなる二次性であると説明されているため、両方の腫瘍を悪性としてコードする。診断書の他の悪性新生物が二次性と記載されているため、肝腫瘍を原発性としてコードする。「おそらく」という修飾語は無視される (「2.21.1 節 疑い診断」参照)。

例 6

1 (ア) 胸壁への転移 2E0Y

(イ) 乳房の上皮内癌 {2E65.Z} 2C6Z

(ウ)

(工)

2

乳房の上皮内癌は二次性の拡がりの原因として報告されているため、悪性としてコードし、他の悪性新生物が転移と記載されているため、原発性として「乳房の上皮内癌、詳細不明（2C6Z）」にコードする。

例 7

- 1 (ア) 肺と脳の二次性悪性新生物 2D70, 2D50
- (イ) 胃のポリープ {DA44.Z} 2B72.Z
- (ウ)
- (エ)

2

胃のポリープは、二次性の拡がりの原因として報告されているため、悪性としてコードし、他の悪性新生物が二次性と記載されているため、原発性として「胃の悪性新生物、詳細不明（2B72.Z）」にコードする。

例 8

- 1 (ア) 脳がん（グリオーマ） 2A00.0Z
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2 腎臓癌 2C90.Z

脳は転移好発部位のリストに載っているが、組織病理学的所見のグリオーマは脳の原発性であることを示している。脳腫瘍を原発性として「脳のグリオーマ、詳細不明（2A00.0Z）」にコードする。腎臓は転移好発部位のリストに載っていないので、原発性として「腎の悪性新生物、腎盂を除く、詳細不明（2C90.Z）」にコードする。

例 9

- 1 (ア) 骨のがん（骨肉腫） 2B51.Z
- (イ) 結腸がん 2B90.Z
- (ウ)
- (エ)

2

骨は転移好発部位のリストに載っているが、組織病理学的所見の骨肉腫は骨原発性であることを示している。原発性として部位不明の骨及び関節軟骨の骨肉腫（2B51.Z）にコードする。結腸は転移好発部位のリストに載っていないので、原発性として「結腸の悪性新生物、詳細不明（2B90.Z）」にコードする。

例 10

- 1 (ア) 脳がん 2A00.5
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

脳は転移好発部位のリストに載っているが、診断書に記載されている唯一の悪性新生物であり、転移性とは記載されていない。脳がんを原発性として「脳の不明又は型不明の原発性新生物（2A00.5）」にコードする。

例 11

- 1 (ア) 頸部リンパ節のがん 2D60.0
(イ)
(ウ)
(エ)

2

リンパ節は転移好発部位のリストにあり、診断書に記載されている唯一の悪性新生物であるが、原発性とは記載されていない。頸部リンパ節のがんを二次性として「頭部、顔面又は頸部のリンパ節への悪性新生物転移 (2D60.0)」にコードする。

例 12

- 1 (ア) 前立腺原発のがん 2C82.Z
(イ)
(ウ)
(エ)

2

がんは前立腺に原発していると記載されている。「前立腺の悪性新生物、詳細不明 (2C82.Z)」にコードする。

二次性と報告された悪性新生物

死亡診断書作成者が新生物を二次性と記載している場合は、二次性悪性新生物として「悪性新生物転移 (2D50-2E2Z)」にコードする。コーディングツールを使用して、適切なコードを見つける。

二次性悪性新生物を示すその他の場合

次の場合、原発性又は二次性と明示されていない悪性新生物を二次性としてコードする：

- 部位が転移好発部位のリストに載っている。
 - 例外：記載された悪性新生物が 1 つだけあり、それが「転移性」と明示されていない場合は、その新生物を原発性としてコードする。
注：リンパ節は、原発性と明示されない限り、診断書で報告された唯一の新生物であっても、常に二次性としてコードされるため、この例外はリンパ節には適用されない。
 - 例外：部位が肺で、診断書の同じ欄（1 欄又は 2 欄）の他のすべての部位が転移好発部位のリストにある場合、肺を原発としてコードする。ただし、診断書の同じ欄で報告された転移好発部位の 1 つが、その組織病理学的所見から、又はこの部位の悪性新生物の既知の危険因子によって引き起こされると記載されることで原発性とみなされる場合は、肺を二次性としてコードする。
 - 例外：転移好発部位のリストにある悪性新生物について、診断書上の他のすべての悪性新生物が二次性又は転移として明示されている場合は、転移好発部位の悪性新生物を原発性としてコードする。これは、診断書上の他の悪性新生物が転移好発部位のリストにあるかどうかに関係なく適用される。

- 例外：転移好発部位のリストにある悪性新生物について、組織病理学的所見が記載されており、部位とその所見が適合する場合、転移好発部位のリストに悪性新生物を原発としてコードする。（記載された組織病理学が部位と適合するかどうかを判断するには、教科書又はその他の信頼できる情報源を参照する）。
- 原発性か二次性かが明示されておらず、死亡診断書作成者が、別の部位が原発である（primary in）と記載している。これは、部位が転移好発部位のリストに載っているかどうかに関係なく適用される。
 - 部位に関係なく、組織病理学的所見が、原発と記載されている別の新生物と異なる場合は、その新生物を二次性とコードしないこと。「2.21.5.3 節 複数の原発性悪性新生物」も参照のこと。
- 悪性、上皮内又は良性のいずれであるかが明示されておらず、悪性新生物によるものとして報告されている。
 - 例外：期間が記載されている場合、性状が記載されていない新生物の期間が、原因として報告された悪性新生物の期間よりも長い場合は、性状が記載されていない新生物を二次性としてコードしないこと。
- 組織病理学的所見が、その新生物が記載された部位の原発性ではあり得ないことを示している。その場合、その組織病理学的所見の原発性新生物のコードと、記載された部位の二次性悪性新生物のコードの両方を使用する。

すべての部位が転移好発部位のリストにある場合は、すべての部位を二次性としてコードする。原発不明のコードを追加することが推奨される。組織病理学的初見が記載されていない場合は、「2D4Z 原発部位不明の詳細不明の悪性新生物」にコードする。組織病理学的初見が記載されている場合は、関係する組織病理学の「部位不明」のコードにコードする。

- 例外：すべての部位が転移好発部位のリストにあるが、そのうちの1つが肺である場合、肺を原発としてコードする。

診断書に原発部位が不明であると記載されている場合は、診断書に記載されているすべての新生物の部位を二次性としてコードする。（「2.21.5.5 節 原発部位不明」も参照）。

悪性と明示された新生物が、原発性か二次性かを判断するために、記載された順序を使用しないこと。別の悪性新生物が原因であると報告された悪性新生物を二次性としてコードするのは、二次性、転移性拡がりなどと記載されている場合、又は転移好発部位のリストに載っている場合のみである。

「原発性（primary）」と「～に原発（primary in）」を混同しないこと。「～に原発」は、組織病理学的所見が同じか記載されていない複数の悪性腫瘍の中で、いずれか1つが原発性腫瘍として特定しているが、「原発性」は単に悪性新生物が二次性ではなかったことを意味する。「原発性」は、必ずしも診断書に記載されている他のすべての悪性新生物が二次性であることを意味するものではない。

例 1

- 1（ア）副腎癌 {2D11.Z} 2E07
（イ）

例 1

(ウ)

(エ)

2 腎臓に原発 2C90.Z

副腎の悪性新生物は、診断書にがんが腎臓に原発であったと記載されているため、二次性とみなされる。副腎癌を二次性として「副腎への悪性新生物転移 (2E07)」にコードし、「腎臓に原発」を原発性として「腎の悪性新生物、腎盂を除く、詳細不明 (2C90.Z)」にコードする。

例 2

1 (ア) 前立腺がん {2C82.Z} 2E06

(イ) 原発部位不明

(ウ)

(エ)

2

原発部位は不明と記述されている。「原発部位不明の詳細不明の悪性新生物 (2D4Z)」にコードする。原発性悪性新生物は明らかに別の部位にあったため、前立腺癌を二次性として「男性生殖器への悪性新生物転移 (2E06)」にコードする。

例 3

1 (ア) 脳腫瘍 {2A00.5} 2D50

(イ) 乳がん 2C6Z

(ウ)

(エ)

2

脳腫瘍は悪性新生物である乳がんによるものと報告されているため、悪性腫瘍としてコードする。また、脳は転移好発部位のリストに載っているため、二次性として 2D50 にコードする。乳がんを「乳房の悪性新生物、詳細不明 (2C6Z)」としてコードする。

例 4

1 (ア) 脳腫瘍 {2A00.5} 2D50

(イ) 肺がん 2C25.Z

(ウ)

(エ)

2

脳腫瘍は悪性新生物である肺がんによるものと報告されているため、悪性腫瘍としてコードする。また、脳は転移好発部位のリストに載っており、肺がんとともに報告されているため、二次性として「脳への悪性新生物転移 (2D50)」にコードする。肺がんは、報告された他の唯一の新生物が転移好発部位のリストにあるため、原発性として「気管支又は肺の悪性新生物、詳細不明 (2C25.Z)」にコードする。

例 5

1 (ア) 肝臓 {2C12.02} 及びリンパ節におけるがんの増殖 2D80.0, 2D6Z

(イ)

(ウ)

例 5

(工)

2 胃の悪性新生物

2B72.Z

肝臓とリンパ節のがん増殖を二次性として「肝臓への悪性新生物転移 (2D80.0)」及び「詳細不明のリンパ節への転移性悪性新生物 (2D6Z)」にコードする。どちらも転移好発部位のリストに含まれているためである。また、「胃の悪性新生物、詳細不明 (2B72.Z)」もコードする。

例 6

- 1 (ア) 肺がん、胸膜がん {2C26.Z}、胸壁がん {2D4Z} 2C25.Z, 2D72, 2E0Y

(イ)

(ウ)

(工)

2

肺がんを、原発性として「気管支又は肺の悪性新生物、詳細不明 (2C25.Z)」にコードする。診断書に記載されている他の部位、胸膜と胸壁は、転移好発部位のリストに載っているためである。胸膜がんと胸壁がんを二次性として、それぞれ「胸膜への悪性新生物転移 (2D72)」、「その他の明示された部位への悪性新生物転移 (2E0Y)」にコードする。

例 7

- 1 (ア) 胸膜、リンパ節の中皮腫 2C26.0, 2D60.Z

(イ)

(ウ)

(工)

2

胸膜は転移好発部位のリストに載っているが、組織病理学的所見の中皮腫は胸膜原発であることを示している。原発性として「胸膜の中皮腫 (2C26.0)」にコードし、リンパ節は、転移好発部位のリストにあるため、二次性として、2D60.Z にコードする。

例 8

- 1 (ア) 膀胱がん 2C94.Z

(イ) 腎がん 2C90.Z

(ウ)

(工)

2

膀胱と腎臓は転移好発部位のリストに載っておらず、どちらも原発性と記載されていないため、「膀胱の悪性新生物、詳細不明 (2C94.Z)」及び「2C90.Z 腎の悪性新生物、腎盂を除く、詳細不明」にコードする。

例 9

- 1 (ア) 仙骨骨肉腫 5B51.2

(イ) 腎臓の明細胞がん 2C90.Y

(ウ)

(工)

2

両方の悪性新生物を原発性としてコードする。骨は転移好発部位のリストに載っているが、組織病理学的所見の骨肉腫は、それが仙骨に原発したことを示している。原発性として、「骨盤の骨又は関節軟骨の骨肉腫（2B51.2）」にコードする。また、腎臓の明細胞がんとは異なる組織病理学的所見である。

例 10

- 1 (ア) 肺の骨肉腫 2B51.Z, 2D70
(イ)
(ウ)
(エ)

2

組織病理学的所見（骨肉腫）は骨の原発性新生物を示し、報告された部位（肺）はこの組織病理学的所見に適合しない。原発性として、「部位不明の骨の骨肉腫及び関節軟骨（2B51.Z）」にコードし、「肺への悪性新生物転移（2D70）」のコードを追加する。

2.21.5.3 複数の原発性悪性新生物

同じ診断書で複数の原発性悪性新生物が報告されている場合は、各原発性悪性新生物を原発性としてコードする。複数の原発性悪性新生物を示すものは次のとおりである。

- 組織病理学的所見が異なる場合；
- 部位特異的な組織病理学的所見が、転移好発部位のリストにない別の部位の悪性新生物とともに報告された場合；
- 部位が、転移好発部位のリストに含まれていない場合。

1 つの組織病理学的用語がより具体的であり、診断書にともに報告されているより一般的な組織病理学的用語の例である場合、2 つは同じ新生物を指すと考える。

「がん（cancer）」は、組織病理学的用語ではなく、「悪性新生物」の同義語と考えるべきである。一方「癌（carcinoma）」は組織病理学的用語であり、上皮起源の悪性腫瘍を意味する。

例 1

- 1 (ア) 膀胱移行上皮癌 2C94.2
(イ)
(ウ)
(エ)
- 2 骨肉腫、膝に原発 2B51.1

(ア) 欄の膀胱は、転移好発部位のリストには含まれていない。2 欄で報告された悪性新生物は、膝原発とされているが、2 つの新生物は組織病理学的所見が異なるため、それぞれ原発性として「膀胱の尿路上皮癌（2C94.2）」及び「四肢の骨又は関節軟骨の骨肉腫（2B51.1）」にコードする。

例 2

- 1 (ア) 肝腫 2C12.02
(イ) 乳がん 2C6Z
(ウ)

例 2

(工)

2

組織病理学的所見の「肝腫」は肝臓の原発性悪性新生物を示しているため、肝腫を原発性として、「肝細胞癌 (2C12.02)」にコードする。乳房は転移好発部位のリストにないため、乳がんを原発性として「乳房の悪性新生物、詳細不明 (2C6Z)」にコードする。

例 3

1 (ア) 脳の膠芽腫 2A00.00

(イ) 乳がん 2C6Z

(ウ)

(エ)

2

脳は転移好発部位のリストに載っているが、組織病理学的所見の膠芽腫は、それが中枢神経系、通常は脳に原発であることを示している。原発性として「脳の膠芽腫 (2A00.00)」にコードする。また、乳房は転移好発部位のリストにないため、乳がんを原発性として「乳房の悪性新生物、詳細不明 (2C6Z)」にコードする。

2.21.5.4 部位が明確に示されていない

悪性新生物が部位の「区域」又は「領域」にあると記述されている場合、又は部位が「周囲 (peri)」、「傍 (para)」、「前 (pre)」、「上 (supra)」、「下 (infra)」又は同様の表現で記述されている場合は、まずその修飾語付きの用語 (compound term) がコーディングツールに含まれているかどうかを確認する。

修飾語付きの用語がコーディングツールにない場合は、適切な組織病理学的所見の診断名不明確な部位、詳細不明のにコードする。その他の明示された診断名不明確な部位又は原発部位不明の悪性新生物 (2D4Y) は、組織病理学的所見が明示されているが他に分類されない場合に使用される。

これらのいずれにも当てはまらない場合、又は組織病理学的所見が記載されていない場合は、「2D4Z 診断名不明確な部位の悪性新生物」にコードする。

原発性悪性新生物の部位が明示されていない場合は、穿孔、閉塞、出血などの報告された他の病態の位置から原発部位を推定してはならない。これらの病態は、新生物とは無関係の部位で発生する可能性がある。例えば、腸閉塞は卵巣の悪性新生物の拡がりによって引き起こされる可能性がある。

例 1

1 (ア) 脾臓の領域の平滑筋肉腫 2B58.Z

(イ)

(ウ)

(エ)

2

「平滑筋肉腫、原発部位不明 (2B58.Z)」にコードする。

例 2

1 (ア) 肺領域の癌 2C29.Z

例 2

- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

「呼吸器系又は胸腔内臓器のその他又は診断名不明確な部位の悪性新生物、詳細不明 (2C29.Z)」にコードする。

例 3

- 1 (ア) 腸の閉塞 DB30.Z
- (イ) 癌 2D4Z
- (ウ)
- (エ)

2

癌を「原発部位不明の詳細不明の悪性新生物 (2D4Z)」にコードする。

2.21.5.5 原発部位が不明

診断書に原発部位が不明であると記載されており、原発部位の可能性が記載されていない場合は、関連する組織病理学的所見の部位不明の分類項目にコードする。例えば、腺癌を「部位不明の腺癌 (2D40)」にコードし、骨肉腫を「部位不明の骨の骨肉腫及び関節軟骨 (2B51.Z)」にコードする。

診断書に原発部位の疑い又は可能性があるとして記載されている場合は、疑いを示す表現を無視して、その部位を原発としてコードする。「2.21.1 節 疑い診断」も参照のこと。

診断書に複数の原発部位が記載されている場合は、上記の「2.21.1.2 節 1つの病態に対して甲又は乙の部位のどちらか」の手順に従ってコードを選択する。

例 1

- 1 (ア) 肝臓の二次性癌 2D80.0
- (イ) 原発部位不明 2D41
- (ウ)
- (エ)

2

診断書には、原発部位が不明であることが示されている。1 (イ) は、「部位不明の詳細不明癌 (2D41)」にコードする。

例 2

- 1 (ア) 全身転移 2E2Z
- (イ) 黒色腫 2C30.Z
- (ウ) 原発部位不明 2D4Z
- (エ)

2

診断書には、原発部位が不明であることが示されている。「皮膚の黒色腫、詳細不明 (2C30.Z)」にコードする。

例 3

- 1 (ア) 肝臓の二次性癌 2D80.0
- (イ) 原発部位不明、おそらく胃 2B72.Z¹⁶
- (ウ)
- (エ)

2

診断書には、原発部位は不明であると記載されているが、原発部位の可能性として胃についても言及されている。「おそらく」を無視し、1 (ア) を「胃の悪性新生物、詳細不明 (2B72.Z)」にコードする。

例 4

- 1 (ア) 肝臓の二次性癌 2D80.0
- (イ) 原発部位不明、おそらく胃 2C11.Z
- {2B72.Z} か結腸 {2B90.Z}
- (ウ)
- (エ)

2

診断書には、原発部位は不明であると記載されているが、原発部位の可能性として胃又は結腸についても言及されている。1 (イ) を「その他又は診断名不明確な消化器の悪性新生物、詳細不明 (2C11.Z)」にコードする。

2.21.5.6 「転移性」がん

注: 「転移性 (metastatic)」という表現は、英語ではしばしば問題を引き起こす。英語以外の言語を使用している国は、この節の必要な分だけ翻訳する必要がある。

転移性と修飾された新生物は常に悪性である。形容詞「転移性」は2つの方法で使われる。主に、転移した原発性腫瘍＝別の部位又は臓器に転移した原発性腫瘍 (例: metastatic breast cancer、他に転移した原発性乳がん) を表し、時には原発性腫瘍が広がった二次性の部位又は場所＝転移 (例: metastatic cancer in liver、肝臓への転移性がん) を意味する。

ICD-11 ファウンデーションでは、「metastatic」という形容詞が、ある部位/臓器に先行している場合 (前置詞なしで)、常に当該部位/臓器の原発性腫瘍が他の部位に広がっている状態を意味する。

死亡における複数死因コーディングの際は、常に本節の指示に従うこと。これは、コーディングツールが、本節の指示に従った場合にたどりつくコードとは異なる「転移性」新生物又は「転移性」疾患の ICD コードを示している場合にも適用される。例えば、検索すると「悪性新生物転移」のセクションにコードが示される場合があるが、複数死因コーディングの指示では、新生物を原発としてコードするように指示される場合がある。その場合は、指示に従い、新生物を原発としてコードすること。

¹⁶ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

明示された部位「から転移した」悪性新生物

悪性新生物が明示された部位「から転移した（metastatic from）」と記述されている場合、又は「による（due to）」の関係が明示された部位からの転移を意味する場合は、この部位の原発性にコードする。これは、転移好発部位のリストにある部位にも当てはまる。原発性悪性新生物に使用されるブロックについては、[2.21.5.2 節](#)を参照する。

明示された部位「へ転移した」悪性新生物

悪性新生物が明示された部位「へ転移した（metastatic to）」と記述されている場合、又は「による（due to）」の関係が明示された部位への転移を意味する場合は、部位が転移好発部位のリストに載っているかどうかにかかわらず、この部位の二次性にコードする。この二次性部位には、「[2D50-2E2Z 悪性新生物転移](#)」のコードを使用する。ただし、組織病理学的所見が報告された場合は、その組織病理学的所見の「部位不明」の細分類項目にコードする。

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 への転移と記述された悪性新生物は、部位 A が原発性、部位 B が二次性と解釈されるべきである。

特定の組織病理学的所見の「metastatic」な新生物

診断書にがんの分類項目に分類できる組織病理型の「metastatic」な悪性新生物が報告され、特定の組織病理学的所見のみに言及しており、報告された部位が、その組織病理学型と整合性がある場合、明示された組織病理学型の原発性悪性新生物にコードする。明示された組織病理型又は部位に適切な部位の細分類項目を使用する。

診断書に報告された「metastatic」のがんとその部位が、組織病理型と一致しない場合は、明示された部位の二次性悪性新生物にコードする。また、記載された組織病理型の部位不明の原発性悪性新生物のコードを追加する。

以下の「metastatic」に関する残りの指示を適用する場合は、「[2A00-2A0Z 脳又は中枢神経系の新生物](#)」、「[2B50-2B5Z 悪性間葉系腫瘍](#)」、「[2C30-2C3Z 皮膚の悪性新生物](#)」、「[2C40-2C4Z 末梢神経又は自律神経系の悪性新生物](#)」のコード及び本節内の「特定の組織病理学的所見の「metastatic」な新生物」に関する指示により付与されたコードについては、「二次性悪性新生物（[2D50-2E2Z](#)）」のコードには変更しないこと。

例 1

- 1 (ア) 仙骨の骨肉腫、metastatic [2B51.2](#)
 (イ)
 (ウ)
 (エ)
- 2

部位である仙骨は、骨の原発癌と一致している。「骨盤の骨又は関節軟骨の骨肉腫（[2B51.2](#)）」にコードする。

転移好発部位のリストにある「metastatic」な悪性新生物

診断書に単一の悪性新生物が記載されており、それが転移好発部位のリストにあり、「metastatic」と明示されている場合は、診断書に他の新生物が記載されていない場合でも、新生物を二次性としてコードする。詳細不明の原発性悪性腫瘍（2D4Z）のコードも追加する。

- 例外：転移好発部位のリストにある部位の新生物が、「metastatic」と記載されていても、その部位又は組織の悪性新生物のリスクを高める病態によるものであると報告された場合は、その新生物を原発性としてコードする。
- 例外：診断書に記載されている唯一の悪性新生物が肺の「転移性」新生物である場合は、「気管支又は肺の悪性新生物、詳細不明（2C25.Z）」にコードする。転移好発部位のリストにない別の悪性新生物が言及されている場合は、肺の「転移性」悪性新生物を「肺への悪性新生物転移（2D70）」にコードする。これは、肺が他の悪性新生物と診断書の同じ欄に記載されているかどうかに関係なく適用される。
- 特定の組織病理学的所見の「転移性」新生物で転移好発部位のリストにある場合については、上記の「特定の組織病理学的所見の「metastatic」な新生物」を参照する。

注：転移好発部位のリストにある部位の悪性新生物は、それが言及された唯一の部位であり、「転移性」と記載されていない場合、原発性としてコードされることに留意する。上記の「原発性悪性新生物を示すその他の場合」も参照する。

例 1

- 1 (ア) 肺転移性がん (腺癌) 2C25.0
 - (イ)
 - (ウ)
 - (エ)
- 2

腺癌は肺に原発することがありうる。肺は、診断書に言及又は示されている唯一の部位である。肺の原発性悪性新生物として「気管支又は肺の腺癌（2C25.0）」にコードする。

診断書に、転移好発部位のリストにあるいくつかの悪性新生物が記載されており、そのうちの1つ以上が「転移性」と指されている場合は、それらすべてを二次性悪性新生物としてコードする。さらに詳細不明の原発性悪性腫瘍のコード 2D4Z も追加する。

- 例外：「肺の転移性新生物」は、死亡診断書で報告された他のすべての新生物部位が転移好発部位のリストに載っている場合、それらが「転移性」と記載されているかどうかにかかわらず、肺の原発性悪性新生物として「気管支又は肺の悪性新生物、詳細不明（2C25.Z）」にコードする。。
- 特定の組織病理学的所見の「転移性」新生物で転移好発部位のリストにある場合については、上記の「特定の組織病理学的所見の「metastatic」な新生物」を参照する。

転移好発部位のリストにない「metastatic」な悪性新生物

診断書に単一の悪性新生物が記載されており、この新生物が転移好発部位のリストにないが、「metastatic」と明示されている場合、その特定の部位の原発性悪性新生物としてコードする。

診断書に、転移好発部位のリストにないいくつかの悪性新生物が記載されており、それらすべてが「metastatic」と明示されている場合は、すべての新生物を原発性としてコードする。

診断書にいくつかの悪性新生物が記載されており、それらのどれも転移好発部位のリストになく、一部（すべてではない）が「metastatic」と明示されている場合は、「metastatic」と明示されていない新生物を原発性としてコードし、「転移性」と明示された新生物を二次性としてコードする。

原発性又は二次性に使用されるブロックについては、「[2.21.5.2 節 悪性新生物：原発性又は二次性？](#)」を参照する。

「metastatic」な悪性新生物で、転移好発部位のリストにあるものとないものがある場合

診断書にいくつかの悪性新生物が記載されており、一部（すべてではない）が転移好発部位のリストに載っており、一部（すべてではない）が「metastatic」と明示されている場合は、転移好発部位のリストにある新生物を二次性（[2D50-2E2Z](#)）としてコードする。また、転移好発部位のリストになく「metastatic」と明示されている新生物を二次性として、転移好発部位のリストになく「metastatic」と明示されていない新生物を原発性としてコードする（原発性悪性新生物に使用されるブロックについては [2.21.5.2 節](#)を参照のこと）。

- 例外：「metastatic」と記載されていても、その部位又は組織の悪性新生物のリスクを高める病態によるものであると報告された場合は、その部位が転移好発部位のリストに載っているかどうかにかかわらず、その新生物を原発性としてコードする。

例 1

1 (ア) 肝がん	2D80.0
(イ) metastatic 結腸がん	2B90.Z
(ウ)	
(エ)	
2	

「肝臓への悪性新生物転移（[2D80.0](#)）」及び「結腸の悪性新生物、詳細不明（[2B90.Z](#)）」をコードする。肝臓は転移好発部位のリストに載っているが、結腸は載っていない。

例 2

1 (ア) metastatic 胆嚢がん	2C13.Z
(イ) metastatic 結腸がん	2B90.Z
(ウ)	
(エ)	

例 2

2

「胆嚢の悪性新生物、詳細不明（2C13.Z）」及び「結腸の悪性新生物、詳細不明（2B90.Z）」の両方を原発性としてコードする。記載順はコードに影響しない。

2.21.6 続発症

続発症（sequelae）とは、急性病態の結果生じる慢性病態であり、その急性病態の間に始まる。急性病態自体はもはや存在しない。

ICD 分類には、病態が続発症（sequelae）若しくは後遺症（late effect）と報告された場合又は本節で示された他の病態に使用される特定の分類項目がある（例：1G80-1G8Y 感染症の後遺症）。続発症と記載された病態のための特定の分類項目が設けられていない場合（例えば、損傷の後遺症は、急性病態も含みうる章の残余の分類項目にコードされる）、必要に応じ、最初の病態が後遺症の原因として報告されたことを示すために、追加コード「XT9C 後遺症の原因」を用いる（例えば、頭部外傷後遺症：NA0Z&XT9C「頭部損傷、詳細不明」&「後遺症の原因」）。

2.21.6.1 後遺症とみなされる病態

前回の病態発症から 1 年以上経過した以下の分類項目を後遺症とみなす：

- 「1G84 ウイルス性脳炎の後遺症」
- 「1G85 ジフテリアの後遺症」
- 「1G8Y その他の明示された感染症の後遺症」
- 「5B63 くる病の後遺症」
- 「8B25 脳血管疾患の後遺症」
- 損傷、中毒又は特定のその他の外因による影響の後遺症
- 傷病又は死亡の外因の後遺症

2.21.6.2 結核の後遺症

「結核の後遺症(1G80)」には、活動性結核の証拠がない限り、病態が、休止中、治癒性、治癒後、不活動性、陳旧性、鎮静期又は同様の表現で記述された病態が含まれる。これには、活動性感染症としてコードされるべき慢性結核は含まれない。

2.21.6.3 トラコーマの後遺症

トラコーマの後遺症（1G81）には、活動性感染の証拠がない限り、病態が、治癒又は不活動性と記述された場合及び盲、眼瞼の瘢痕性内反症、結膜瘢痕など特定の明示された後遺症が含まれる。活動性感染症としてコードされるべき慢性トラコーマは含まれない。

2.21.6.4 ウイルス性脳炎、ジフテリア又はその他の明示された感染症の後遺症

ウイルス性脳炎（1G84）、ジフテリア（1G85）、その他の感染症（1G8Y）の発症には、病態が、休止中、治癒性、治癒後、不活動性、陳旧性又は鎮静期、などと記述された病態が含まれる。後遺症には、活動性疾患のエビデンスがない限り、感染症の分類項目に分類される病態の発症後1年以上経過して存在する病態も含まれる。また、活動性感染症としてコードされるべき慢性感染症は含まれない。

2.21.6.5 くる病の後遺症

くる病の発症（5B63）には、くる病の続発症又は後遺症と記載された病態、又はくる病発症後1年以上経過した病態の原因として以前のくる病が含まれる。これには、慢性的な栄養失調や栄養欠乏症は含まれず、現在の栄養失調や栄養欠乏症にコードする必要がある。

2.21.6.6 第22章及び第23章の後遺症

「損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響」又は「傷病又は死亡の外因」には、後遺症又は続発症と記述された場合及び急性の損傷又は起因となった事象が、発症後1年以上経過して存在する場合が含まれる。起因となった活動性の病態又は外因にコードし、後遺症として報告されたという情報を保持する必要がある場合は、クラスターに追加コード XT9C を使用する。

2.21.7 患者の性別と診断の整合性

ICD-11 の分類項目のほとんどは、性別に関係なくすべての人に適用される。しかし、一部の疾患は1つの生物学的な性別で発生しやすい。これらの病態のリストは、「3.14 節 付属資料 C：死亡コーディング用付属資料（3.14.11 節及び 3.14.12 節¹⁷）」にある。

報告された患者の性別と診断の不一致の事例に対処する場合、性自認（gender identity）に関する課題を認識しておくことが重要である。国内法は、プライバシーの保護を含め、性自認の認知（recognition of gender identity）又は性別適合（gender reassignment）（性転換）を規制する場合がある。性別適合の事例に関して守秘義務を尊重する特別な義務がある場合、コーディングの決定とその後のコードされたデータの配布において、これらを考慮に入れる必要がある。

報告された性別と診断の間に明らかな不一致がある場合に対処するための一般的な推奨事項は次のとおりである。ただし、これは一般的なガイドラインであり、法的要件は国によって異なるため、常に適用できるとは限らない。

報告された死亡者の性別と死因の間に不一致がある可能性がある場合：

- 情報を確認し、報告エラーが発生していないことを確認する。死亡診断書作成者又は登録機関から詳細情報が入手できる場合がある。確認の結果、性別又は

¹⁷ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

診断のいずれかが誤りであることが判明した場合は、誤っていると思われる方を修正する。

それ以上の情報がない場合：

- エラーがあるのか、2つのデータ項目（性別と診断）のどちらが誤っているかを判断できない場合、記録された性別を保持し、「MH14 その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」にコードする。
- 性別適合の事例又は同様の状況が関与していると思われる場合、可能であれば、報告された性別を保持し、可能であれば、報告された診断に類似しているが、どちらの性別にも固有ではない代替コードにコードする。例えば、性特異的な生殖器の新生物は、「2D4Y その他の明示された原発部位不明の悪性新生物」にコードできる。適切な代替コードが存在しない場合は、「MH14 その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」にコードする。

※各国で義務づけられている守秘義務も考慮しつつ、統計に注を付け、性別と原因の明らかな不一致を理由に再コードされた症例数を明記することを検討する。

2.21.8 その他の ICD 分類項目に関する具体的な指示

2.21.8.1 急性又は慢性リウマチ性心疾患

リウマチ性心疾患は、記載されているリウマチ過程が活動性か非活動性かによって、「心併発症を伴う急性リウマチ熱（1B41）」又は「BB60-BC0Z 心臓弁膜症」の5桁目が0のもの若しくは「BC20 慢性リウマチ性心疾患、他に分類されないもの」の慢性の病態に分類される。死亡時にリウマチ過程が活動性又は非活動性であったという記述がない場合は、以下の心臓の病態を活動性としてコードする（1B41 心併発症を伴う急性リウマチ熱）：

- リウマチ熱によるものと報告された心臓の病態（心停止、急性心不全、細菌性心内膜炎を除く）。
- リウマチ性と明示され、急性又は亜急性と記載された心臓の病態。
- 心炎、心内膜炎、心臓疾患、心筋炎又は全心炎で、リウマチ性と記載されているか、リウマチ性疾患によるものと報告されており、期間が1年未満である。
- 心炎、心内膜炎、心臓疾患、心筋炎又は全心炎で、リウマチ性と記載されているか、リウマチ性疾患によるものと報告されており、死亡者が15歳未満である。

2.21.8.2 原因不明の産科的死亡、分娩後42日以後1年未満の産科的死亡、産科的原因の続発症

JB60、JB61、JB62 の分類項目は、産科的事象から女性の死亡までの経過時間に応じて産科的死亡を分類している。JB60 は、女性が妊娠、分娩、産褥期に死亡し、「妊産婦」又は「産科的」死亡であるという情報しかない場合に使用される。産科的原因が明示されている場合は、JB60 を使用せず、適切な分類項目にコードする。JB61 は、妊娠終了後42日以上1年未満で発生した産科的原因による死亡を分類するために使用さ

れる。JB62 は、妊娠終了後 1 年以上経過した産科的原因による死亡を分類するために使用される。

2.21.8.3 周産期に発生した特定の病態による死亡

第 19 章「周産期に発生した特定の病態」には、死亡又は傷病が後から発生したとしても、周産期に起源を持つ病態が含まれる。

生後 28 日未満の死亡者については、期間が記載されており生後 1 週間以降の発症だった場合以外は、報告された病態は周産期に発症したと推定する。

次の場合は、第 19 章のコードを使用する：

- 病態が第 19 章に含まれる。
- 病態が先天性／周産期／新生児と明示されている。
- 病態の期間が、病態が新生児期又は周産期に発症したことを示す。診断書で病態について新生児又は周産期と記載されていない場合も同様。

次の場合は周産期に発生するいくつかの病態は第 19 章から除外される：

- 腸管感染症 (1A00-1A40.Z)
- 先天梅毒 (1A60)
- 先天性淋菌感染症 (1A70-1A7Z)
- 新生児破傷風 (1C15)
- HIV 病 (1C60-1C62.Z)
- 感染症 (1A00-1H0Z)、出生後に罹患したもの
- 新生物 (2A00-2F9Z)
- 遺伝性溶血性貧血 (3A10)
- 乳児一過性低ガンマグロブリン血症 (4A01.03)
- 内分泌、栄養又は代謝性疾患 (5A00-5D46)
- 特定の神経系の先天性疾患 (8A00-8E7Z)
- 心内膜線維弾性症 (BC43.3)
- 腸閉塞又は麻痺性イレウス (DA93.0)
- 新生児天疱瘡及びブドウ球菌性熱傷性皮膚症候群 (EA50)
- クレイドルキャップ (EH40.00)
- おむつ皮膚炎 (EH40.10)
- 発生異常 (LA00-LD9Z)
- 損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響 (NA00-NF2Z)

特定の年齢未満で診断された病態の中には、その病態が先天性であったと想定されるものがある。次の節「発生異常」を参照する。

母体の要因又は妊娠若しくは分娩の合併症の影響を受けた胎児又は新生児

胎児又は新生児に影響する母体の病態は、死亡診断書の 1 欄又は 2 欄に報告するものさ、可能であれば、「KA00-KA0Z 母体の要因又は妊娠若しくは分娩の合併症の影響を受けた胎児又は新生児」にコードすべきである。

胎児又は新生児に影響を及ぼす特定の母体の病態がコーディングツールによって第 19 章以外に最初にコーディングされている場合、[KA00-KA0Z](#) にコードする。また、報告された特定の母体の病態を特定するために、必要に応じて追加のコードを使用する。

病態が母体のものと明示されている場合、用語自体が母体の病態（例：産科異常出血）であることを示している場合又はフレーム B:その他の医療データで報告された追加情報で病態が母体のものであることを示唆している場合は、病態が母体のものとみなす。

例 1

- 1 (ア) 未熟児
 - (イ) 子宮頸管無力症 [GA15.6](#)
 - (ウ)
 - (エ)
- 2

母体の病態、子宮頸管無力症は、未熟児を引き起こすことによって新生児に影響を与えた。コーディングツールが提供するコードは、第 19 章の外側にある [GA15.6](#) である。「[KA01.0](#) 子宮頸管無力症の影響を受けた胎児又は新生児」にコードする。

次の表に、特定の母体の病態のコードと、胎児又は新生児に影響を与える場合のこれらの病態に対応するコードを示す。記載されていないが、[KA00-KA0Z](#) にコードされている病態があることに注意する。例えば、妊産婦の化学療法や母親の手術にはコードが割り当てられていない可能性があるが、それぞれ [KA00.9](#) と [KA00.A](#) に分類される。

妊産婦の病態	コード先：
JA20-JA2Z 妊娠、分娩又は産褥期の浮腫、タンパク尿又は高血圧症； JA22 を除く	KA00.0 母体の高血圧性疾患の影響を受けた胎児又は新生児
JA22 高血圧症を伴わない妊娠浮腫又はタンパク尿	KA00.1 高血圧を伴わない妊娠性浮腫又は妊娠性タンパク尿の影響を受けた胎児又は新生児
GB40-GC2Z 尿路系の疾患	KA00.2 母体の腎疾患又は尿路疾患の影響を受けた胎児又は新生児
第 1 章 特定の感染症又は寄生虫症	KA00.3 母体の感染症の影響を受けた胎児又は新生児
DA0C 歯周疾患	KA00.4 母体における歯周病の影響を受けた胎児又は新生児
第 12 章 呼吸器系の疾患又は LA70-LA7Z 呼吸器系の構造上の発生異常	KA00.5 母体の呼吸器疾患の影響を受けた胎児又は新生児
5B50-5C3Z 栄養障害	KA00.6 母体の栄養障害の影響を受けた胎児又は新生児
第 22 章 損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響	KA00.8 母体の外傷の影響を受けた胎児又は新生児

妊産婦の病態	コード先：
JB64.0 妊娠、分娩又は産褥に合併する貧血	KA00.B 母体の貧血の影響を受けた胎児又は新生児
GA15.6 子宮頸管無力症	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA01 異所性妊娠	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA40-JA4Z 産科異常出血	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA80 多児妊娠に関連する母体ケア	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA87 羊水過多症に関連する母体ケア	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA88.0 羊水過少症	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA89 前期破水に関連する母体ケア	KA01 母体の妊娠合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA8A-JA8C 胎盤障害に関連する母体ケア～胎盤早期剥離に関連する母体ケア	KA02 胎盤の合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JB08 臍帯の合併症を伴った陣痛又は分娩	KA03 臍帯の合併症の影響を受けた胎児又は新生児
JA88 特定の明示された羊水又は羊膜の障害に関連する母体ケア；JA88.0 を除く	KA04 その他の卵膜異常の影響を受けた胎児又は新生児
JB00-JB0Z 分娩の合併症	KA05 特定の分娩の合併症の影響を受けた胎児又は新生児

2.21.8.4 胎児死亡に関する特別指示

国際機関の中には、出生と胎児死亡の両方のデータを求めるところもあれば、胎児死亡を死亡統計に含めないところもある。したがって、胎児死亡が国の死亡登録に含まれる場合、データの提供先機関の求めに応じ、胎児死亡を含める又は含めないことができるように、胎児死亡を簡単に識別できる必要がある。

死亡診断書が胎児死亡に関するものか、出生児の死亡に関するものかが明確でない場合は、可能であれば死亡診断書作成者に相談する。死亡診断書作成者から胎児死亡の事例であるとの確認がとれた場合又は他のエビデンスが胎児死亡であることを示している場合は、死亡統計にフラグを立てるなど胎児死亡とわかるように対処する。死因が記載されていない場合は、「KD3B.Z 時期不明の胎児死亡、原因が明示されないもの」にコードする。

認定者が小児は生きて生まれたと記載しているが、死因を報告していない場合は、「KD5Z 周産期又は新生児期に発生した状態、詳細不明」にコードする。

出生と胎児死亡の定義については、2.25.4.2 節を参照する。

2.21.8.5 発生異常

発生異常に分類される病態は、死亡診断書に先天性と明記されていなくても、病態の期間が出生時から存在していたことを示している場合は、先天性としてコードする。これは、コードが第 20 章にあるかどうかにかかわらず、具体的な先天性コードが利用可能なすべての病態に対し適用される。修飾語「先天性」を持つ病態の適切なコードについては、コーディングツールを参照する。

さらに、以下の病態は、出生後に獲得されたことを示すものがない限り、記載されている年齢で先天性としてコードする。

- 1 歳未満
- 動脈瘤
- 大動脈狭窄症
- 大動脈閉鎖症
- 脳萎縮
- 脳嚢胞
- 変形 (deformity)
- 臓器の変位・偏位
- 異所性疾患
- 臓器の低形成
- 形態異常
- 肺動脈狭窄
- 心臓弁膜症
- 生後 4 週間未満
 - 心疾患 NOS
 - 水頭症 NOS

2.21.8.6 同一身体部位における複数の損傷及び複数の身体部位が関与する損傷

複数死因コーディングでは、関与する損傷に関する具体的な情報が利用可能な場合は、同じ身体領域の多発性損傷のコード (NA00-ND1Z) 又は「ND30-ND37 多部位に及ぶ損傷」のコードを使用しないこと。各損傷を個別にコードし、可能な限り具体的な損傷コードを使用する。多発性損傷に関する情報は、具体的な損傷コードのセットとして、複数死因コードの文字列で取得される。

2.21.8.7 外科的及び内科的ケアの合併症

第 22 章には、他に分類されない特定の合併症の短いリストがある (NE8Z)。医療機器、インプラント又は移植片から生じる早期合併症及び病態は、ここにコードされている。臓器機能の後期合併症及び持続する合併症は、適切な身体系の章の処置後障害のセクションにコードする。

2.21.8.8 外因の意図

不慮か故意か決定されないもの

不慮か故意か決定されないもののブロック（PF40-PH8Z）は、医療機関又は法的当局が、不慮の原因、自傷又は加害（PA00-PF2Z）を判断するには、入手可能な情報が不十分な場合の事象を対象としている。以下の事例が含まれる：

意図が決定できなかったとして外因が報告された場合

意図の詳細なく、自傷行為が報告された場合

注：意図の詳細なく報告された自傷行為的な中毒は、不慮とみなされ、「PB20-PB36 物質への不慮の曝露又はその有害作用」にコードされる。

注：意図の報告は、各国又は地域の法的規定によって影響を受ける可能性があるため、コードの割り当ては、必要に応じてそのような規定に従う必要がある。

2.21.8.9 輸送損傷事象のコーディング

輸送損傷事象に関する解説については、2.23.19 節を参照する。

1. 陸上輸送損傷事象が道路交通損傷事象か道路外非交通損傷事象かについて詳細不明の場合：
 - 次の場合を除き、道路交通損傷事象とみなす：
 - a. 公共の道路又は公道以外の場所が記載されている
 - b. オフロード車、歩行者、動物のみが関与していた
 - そのような事象が上記 a.又は b.のいずれかを満たす場合は、そうでないことを示す記載がない限り、道路外非交通損傷事象とみなす。
2. 複数の種類の輸送手段が関与する不慮の損傷が報告された場合は、次の優先順位を使用する。
 - 航空機と宇宙船
 - 船舶
 - その他の交通手段
3. 陸上輸送損傷事象の記載に受傷者の役割が明示されていない場合：
 - 受傷者が押しつぶされた、引きずられた、ぶつかった、受傷した、殺された、倒された、車両に轢かれたと表現された場合は、受傷者を歩行者とみなす。
 - そのような表現がない場合は、受傷者を言及された車両の乗員又は乗り手とみなす。
4. 複数の車両が言及されている場合、車両が同じ種類でない限り、受傷者がどの車両の乗員だったかを推定しないこと。代わりに、上記の 2 で示した優先順位を考慮して、適切な分類項目にコードする。

2.21.8.10 健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因

この章は、国際間比較や死亡の一次製表のコーディング（つまり原死因）には使用しないこと。この章内のコードは、複数死因コードとして追加される場合がある。

2.21.8.11 死亡診断書に単独で報告された感染病原体

死亡診断書に感染病原体のみが報告され、感染病原体の感染に関する索引用語が見つからない場合は、第 X 章を参照し、感染病原体の最も詳細な親分類の部位不明の感染症にコードする。

例 1

- 1 (ア) アデノウイルス 1D90
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

アデノウイルスは、XN000 に分類される感染病原体である。「1D90 部位不明のアデノウイルス感染症」にコードする。

例 2

- 1 (ア) 黄色ブドウ球菌 1C41&XN6BM
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

黄色ブドウ球菌（スタフィロコッカス・アウレウス）は、XN6BM に分類される感染病原体である。黄色ブドウ球菌による感染の索引用語はない。最も詳細な親分類であるブドウ球菌（スタフィロコッカス属）の感染症、「1C41 部位不明の細菌感染症」にコードし、XN6BM を追加して、報告された具体的な感染病原体を特定する。

例 3

- 1 (ア) 大腸菌 1C41&XN6P4
- (イ)
- (ウ)
- (エ)

2

大腸菌（エシェリキア・コリ）は XN6P4 に分類される感染病原体である。「大腸菌」による感染の索引用語はなく、その親分類である「XN4WC エシェリキア」と「XN5PZ グラム陰性菌」の索引用語もない。最も詳細な親分類の感染症である「1C41 部位不明の細菌感染症」にコードし、XN6P4 を追加して報告された具体的な感染病原体を特定する。

2.22 死亡デジタルエンドツーエンドソリューション（様式、ツール、トレーニングモジュール）

死因電子診断書（eMCCD）

死因診断書は、死因に関する情報を収集するための基礎となる。この様式は、死因の割り当てに関連するすべての側面を収集するように設計されており、ICD の改訂に左右されない。3.14 節の紙媒体のテンプレートに加えて、デジタル様式の技術仕様が提供されている。仕様は、標準様式に沿って入力を標準化するのに役立ち、コーディング用の API によるコンテンツ処理を可能とするためのフィールド名及びコンテンツのコード化のためのデータ辞書及び単一原死因を選択するためのソフトウェアが含まれている。

死因のためのデジタルツール

死亡用のコーディングソフトウェアは、コーディング、単一原死因の選択及びコーディングの品質又はデータの品質を母集団レベルで評価するプログラムで構成されている。

WHO デジタルオープンルール統合死因選択ソフトウェア（WHO Digital Open Rule Integrated cause of death Selection software）は、原死因選択の選択を補助する。オンラインでもオフラインでも使用できる。2.21 節で詳述した ICD 死亡ルールは、このソフトウェアで処理するためにデジタル形式に変換された。WHO は、このようなソフトウェアをプログラミングする際の様々な取り組みの収束を目指している。

アナコッド 3（ANACOD-3）（Analysing Mortality and Causes of Death：死亡・死因分析 3）

このソフトウェアは、死亡と死因のデータを包括的かつ体系的に分析する。ANACoD3 は、地方レベルのデータを分析して、潜在的な健康の公平性の問題やアウトブレイクのパターンを通知する。また、傾向分析のために複数の期間のデータを分析し、ICD-10 及び ICD-11 形式でコードされた死因データの分析を可能にする。複数の言語で利用できる。ツールの使用に関するサポートについては、mortality@who.int にメールを送信する。

コードエディット（CodEdit）（コード編集）

死因統計の作成者が、データのコーディングに関する定期的な妥当性チェックを実行する能力を強化するのに役立つソフトウェア。ICD-10 及び ICD-11 形式でコードされた死因データの分析が可能。

WHO インタラクティブ自己学習ツール

WHO の電子トレーニングツールは、自己学習や教室での使用を想定して設計されている。このトレーニングのモジュール構造により、必要に応じて、ユーザーグループが個々のパスでコースを個別に調整できる。トレーニングツールには、2 つの死亡関連モジュールがある。

死亡診断書作成自己学習モジュール

死亡診断書に死因を記入する人のための死因診断書版を使用したトレーニングモジュール。

外表検査を実施するための推奨事項モジュールと死亡診断書の記入方法

2016 年 WHO 死因の医学的診断書の国際様式を用いて、身体の外表検査の実施や死因の医学的診断書（MCCD）の記入に関する推奨事項を記載した文書。

その他のソフトウェアやツールは、以下からアクセス可能：<https://www.who.int/standards/classifications> 又は <https://icd.who.int>

2.23 主な ICD の用途：疾病

疾病統計データは、主に国又は地方レベルでの統計報告に使用される。この統計報告の学術研究の文脈で行われることもあるが、応用的な環境で実施されるのが一般的で、医療システムや公衆衛生機関の意思決定に情報を提供する。ICD でコードされたデータは、様々な種類の診断群分類（DRG）など、様々なケースミックスシステムの基礎も形成する。また、コードされた疾病統計データは、疾患の負担に関する基礎的な情報を提供することにより、様々な臨床ガイドラインに情報を提供するためにも使用できる。ここに示されるルールは、主に国際的な報告・分析の目的のためのものであるが、国内の利用のための基準としても適用できる。

2.23.1 臨床ケアにおける ICD の使用

臨床ケアは様々なレベルの治療で成り立っており、そのすべてにおいて診断能力がプライマリ・ケアよりも高いことを意味する。ICD は、主に多次元コーディングを通じて、この詳細レベルに対処する。二次ケアとは、心臓専門医、泌尿器科医、皮膚科医など、一般的に患者とファーストコンタクトを持たない医療専門家やその他の医療専門家が提供する医療サービスを指す。これには、急性期治療、病院の救急外来など、短期間ではあるが重篤な病気、怪我、又はその他の健康状態に対する短期間の必要な治療が含まれる。また、分娩、集中治療室、医用画像サービスなどにおけるサポート業務も含まれる。「二次ケア」は「ホスピタルケア」と同義語として使われることもある。しかし、精神科医、臨床心理士、理学療法士など、二次性ケア提供者の多くは必ずしも病院で働いているわけではなく、プライマリ・ケアサービスの中には病院内で提供されるものもある。国の医療制度の組織と方針によっては、患者は二次ケアにアクセスする前に、プライマリ・ケア提供者に紹介を受ける必要がある場合がある。三次医療とは、通常、入院患者を対象とし、一次医療専門家又は二次医療専門家からの紹介を受けて、三次紹介病院など、高度な医学的調査と治療のための人員と設備を備えた施設で、専門的な相談医療を指す。

2.23.2 疫学目的での ICD の使用

疫学は、保健関連の状態や事象（疾患を含む）の分布と決定要因を研究し、疾患やその他の健康問題の制御に応用する学問である。疫学調査の実施には、サーベイランス及び記述的研究を使用して分布を研究し、分析研究を使用して決定要因を研究するために様々な方法を使用できる。疾病又は死亡の出典から ICD コードされたデータは、集団の健康の理解に貢献する。

2.23.3 質と患者の安全における ICD の使用

コードされた健康情報は、ケアの質と患者の安全の様々な側面を測定及び報告するために使用される（例えば、様々な病態の院内死亡率又は有害事象率の報告、又は患者の安全指標の報告）。この種の医療情報の利用者は、医療制度の支払者（保健省、民間資金による医療制度、健康保険会社など）と、医療品質評議会、病院管理者、臨床指導者／グループ、公的擁護団体などのその他の利害関係者である。

2.23.3.1 ICD-11 の質と安全のユースケース

ICD の質と安全のユースケースは、もともと ICD-10 に基づく多数の方法論ツールの可用性に基づいている。具体例としては、チャールソンとエリクスハウザーの共疾病統計指数、AHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality；医療研究・品質調査機構）の患者安全指標、病院標準化死亡比、その他様々な行政データ品質指標などがある。病院の分離エピソードのコーディングルールに関する WHO の推奨事項は、病院や管轄区域間での記録の比較可能性を向上させる。コーディングルールの具体例としては、a) 主要病態を指定するルール、b) 1レコード当たりのコード数、c) コードクラスタリングの仕組み、d) 入院中の診断と入院時の診断を区別する状態表示システムの利用などが挙げられる。質と患者の安全に関する報告は、国際疾病分類で入手可能な診断情報だけでなく、現在様々な国固有の手順コーディングシステムでコードされている手順情報にも焦点を当てることがよくある。国際的な手順コーディングシステムにおけるオントロジック的概念の調和は、今後重要になるだろう。ICD-11 の利用可能な医学的及び外科的合併症コードは、安全性と有害事象に関する主要な知識と一致している。

2.23.3.2 ケアの質及び患者の安全の指標に関する報告

このユースケースは、コードされた健康情報を使用して、ケアの質と患者の安全の様々な側面を測定及び報告することに関連している（例えば、様々な病態の院内死亡率又は有害事象率の報告、又は患者の安全指標に関する報告）。開始主体（initiating actor）は、健康品質評議会（health quality council）、病院管理者、臨床リーダー／グループ、医療制度の支払者（保健省、民間資金による医療制度、健康保険会社など）、又は公共アドボカシーの監視団体である可能性がある。参加主体は、病院管理者、臨床医、医療システムの意思決定者、一般市民、患者とその家族、そして時にはメディアである。質及び安全性データの報告の要件は次のとおりである：

- 医療提供のエピソードに関する個人レベルのデータの可用性（例：入院、医師の診察）
- 医療提供者、医療提供者グループ又は特定の医療施設／病院医療について医療提供エピソードの帰属を可能とする識別子。
- 医療提供エピソード中に提示された診断と手順に関する臨床情報。
- 死亡、入院期間、特定の有害事象などの関連する結果に関する臨床情報。
- データの妥当性に関する考察、「最良の」指標（例：最も有効な患者安全指標）に関する知識、リスク調整方法論などに注意を向けるための開始主体における分析的専門知見

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レポートである。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、又は提供ユニットごとに階層化された比較情報（医師レベル、病院レベル、又は地域のレポートなど）のいずれかを提供できる。

2.23.3.3 機能性

このような使用のための理想的な一連の事象には、次のものが含まれる：

- 始動する担当者が、関連する関係者に対して、質／安全性の測定と報告を実施したいという意思を表明する。
- 計画された報告の実施に必要なデータへのアクセスを確保するために、適切な申請手続きが取られる。
- 適切な方法論的及び臨床的専門知識を得て、最良の方法論的実践が計画された報告に組み込まれ、臨床的な側面の妥当性と受容性が考慮されるようにする。
- データ分析とレポート作成が行われる。
- 関係者への幅広い普及と知識の伝達が行われる。報告に応じて継続的な質の改善プロセスが実施される（質の改善のための介入に関する考察、介入後の測定を繰り返し行う）。

例外：上記の一連の手順に従わない質／安全性レポートは、危険にさらされる可能性がある。実際、手順をスキップしたために、管理データからの質／安全性の報告が失敗したり、最適ではなかったりする過去の例が数多くある。（例：1. 有効な指標やリスク調整のための適切な方法論のない質の報告、2. 臨床的有效性が十分でない質の報告、3. 継続的な質の改善（CQI）のマインドセットのない質の報告など）。

サブユースケースの例（有効性、効率性、安全性、アクセスの質的側面への対応）

- 施設別のグローバル死亡率の報告（例：病院標準化死亡比（HSMR））
- 病態特異的死亡率の報告
- 患者の安全指標に関する報告
- グローバル又は病態固有の入院期間に関する報告
- 入院後の再入院率の報告
- グローバル又は病態固有のケアコスト（入院あたりのコストなど）に関する報告
- 待ち時間に関する報告
- 利用状況の小地域変動に関する報告

2.23.3.4 追加情報

要件（Requirements）：

上記の「要件」節を参照する。品質報告方法論の継続的な開発と改良が必要である（本質的には、新しい行政データ品質指標の開発と、結果／品質報告におけるリスク調整のための新しい方法論に関する継続的な研究）。

仮定（Assumptions）：

行政データからの品質又は患者安全性の報告における根本的な仮定は、比較単位（つまり、提供、病院、又は管轄区域全体）間のデータ形式とデータの有効性の均一性である。データの形式と妥当性の統一性は必ずしも存在するとは限らず、管理データから導き出された質又は患者安全性レポートに対する批判の一般的な理由となっている。この点に関して、WHO は、比較単位間のデータのばらつき（例えば、「主要病態」の定義、記録ごとの可能なコード数、診断タイミングに関するコードの実装などの要因に関するルール）を減らすことにより、比較報告を容易にする標準化されたコーディングルールに向けた継続的な取り組みを推進している。国際比較報告の別途のユースケース解説も参照のこと。

医療情報システムが十分に発達している国では、病院でのケアのエピソードが、ケアのエピソードに影響を与えたすべての医学的病態／診断を説明する様々な数の ICD コードで記録されることが非常に一般的である。さらに、一部のシステムでは、入院時に存在した診断と、入院中に新たに発生した診断を区別することができる。このようなシステムでは、結果として得られる「退院時要約（discharge abstract）」は、質と安全の概念が中核的な要素である包括的かつ日常的な疾病統計報告に使用できる。これらには以下が含まれる：

- 有害事象で、医療と因果関係のある場合
- 実際の有害事象は発生していないが、ケアプロセスに問題（例：薬物の投与の誤り）がある場合
- 入院中に新しい診断がついたが、医療との因果関係が明らかではない場合

このような事象の発生を記録し、分析するためには、健康情報システムにおいて、質と安全の概念が疾病統計コーディングの重要な要素である日常的な疾病統計報告を持つことが重要である。

2.23.3.5 コードされたデータの使用及び解釈に関する推奨事項

これらの推奨事項は、前の節で勧告されたようにデータが把握され、整理された記録の使用に適用される：

- 質又は患者の安全事象が含まれる記録を選択する：これらはすべて、質又は患者の安全に関する危害コードを持つ記録である。
- 一連の記録に示されている質又は患者の安全上の危害の種類を要約する：質又は患者の安全上の危害コードが含まれる記録を選択する。
- 選択したセットに存在する質又は患者の安全の危害コード（Harm code）の分布を要約する。
- 質又は患者の安全上の危害の原因を一連の記録に要約する。
- 質又は患者の安全メカニズムを一連の記録に要約する。
- 質又は患者の安全への危害を一連の記録に要約する。

2.23.3.6 研究目的での ICD の利用

ICD-11 の疾病統計のユースケースには、ICD-11 コードされたデータから情報を抽出して、疾患の負担、疾患のクラスター、疾患の地理的分布、及び健康への影響に伴う

様々な疾患を研究することを主な目的とする多くの状況が含まれる。もちろん、研究パラダイムは、医療システム政策や公衆衛生政策への影響や応用が見込まれる場合に最も重要であり、その場合、そのようにラベル付けされた研究パラダイムは、健康計画の目的のために行われる応用的な疾病統計分析と区別がつかなくなる。ここでは、研究パラダイムにおける ICD-11 コードデータの広範な使用について明示的に言及することで、これが研究ツールとしての分類の可能性を高める新しい機能とコーディングルールを備えた、臨床的に豊富で詳細な分類システムを開発するための重要な推進力となっていくものと思われる。

2.23.3.7 プライマリ・ケアにおける ICD の使用

プライマリ・ケアは、コミュニティと国がその維持を負担できるコストで、コミュニティの個人や家族が、全面的に参加することにより広くアクセス可能な、実用的で、科学的に妥当で、社会的に受け入れられる方法と技術に基づく、不可欠な最前線の医療として定義されている。

プライマリ・ケアに関連する ICD-11 には、医療サービスの第 1 レベルでのケアの一般的な理由である多くの診断及び疾患の分類項目が含まれている。これらは、家庭医、地域の保健師、また場合によっては眼科医などの専門医にとっても有用である可能性がある。

ICD-11 には、診断リソースが十分でない場合のプライマリ・ケア用の簡易バージョンがある。リソースが十分にある場合は、死亡と疾病統計の製表用リストに、プライマリ・ケアに関連するすべての要素が含まれているため、リソースが豊富な環境におけるプライマリ・ケアだけでなく、二次医療や三次医療にも使用できる。

WONCA（一般医／家庭医の国立大学、学会、学術組織の世界機構）のプライマリ・ケアと ICD-11 の国際分類の新バージョンは、分類項目の共通サブセットを共有する。

¹⁸

2.23.3.8 ケースミックスグループ化（Casemix groupings）での ICD の使用

診断群分類（DRG）システムなどのケースミックスグループ化システムでは、ICD ベースのデータが償還及び／又はリソース割り当てに使用される。このようなシステムは、全国的に体系的に使用されている。

患者症例のグループへの割り当ては、コードされた診断情報、コードされた手順、及びその他の多くの変数を使用するアルゴリズムに基づいている。ケースミックスシステムの科学的エビデンスは、医療経済学と医学理論に基づいている。ケースミックスシステムは、それを使用する国では管理の重要な部分であるため、これらのシステムにおける ICD の新改訂への円滑な移行は、新しい改訂の承認と実施に不可欠である。

ICD-11 は、多様なケースミックスシステムの管理者と緊密に協力して、診断関連のケースミックスグループで必要とされる様々な詳細レベルに対応するために開発された。特定のケースミックスシステムでの共同使用は、関連するグルーパーアルゴリズム（grouper algorithms）によって推進され、一部は国内法によっても推進される。

¹⁸ 原文に誤植・追補等があり、和訳にあたり修正している。

病院活動の国際比較可能性については、各国が主要診断に関する WHO の新しい定義を採用し、ICD-11 の各国の実施では、ICD-11 で提供される診断の種類に対して新しいエクステンションコードを適用することが勧告された。

国際比較用製表については、病院、エピソード、入院患者の定義の違いを考慮して、結果として得られる診断は、病院疾病統計の国際ショートリスト（2.25 節を参照）の助けを借りてリストされている。

2.23.4 コードされるもの：患者の病態

2.23.4.1 主要病態

主要病態（Main condition）の定義は、病院療養のエピソードの記述に関連している。

医療従事者は、入院の理由であると判断された 1 つの病態を記録し、主要な病態として特定する必要がある。この決定は、入院の原因となる診断を確立することを目的とした評価と調査によって裏付けられる。

2.23.4.2 入院の必要性に寄与する複数の病態

医療のエピソードに入院の必要性に寄与する複数の病態が含まれる場合（例：うっ血性心不全と肺炎、急性脳出血と股関節骨折、複数の損傷－脳震盪、肋骨骨折、MVA 後の右大腿骨骨折；又はインフルエンザ A 及び 1 型糖尿病性ケトアシドーシス）、医療従事者は入院の最も臨床的に重要な理由とみなされる主要な病態を記録し、特定する必要がある。

2.23.4.3 その他の病態

医療従事者は、主要な病態に加えて、可能な限り、健康管理のエピソード中に取り扱われた他のすべての病態又は問題を別々にリストアップする必要がある。その他の病態（追加診断とも呼ばれる）は、入院時に共存する病態、又は医療のエピソード中に発症し、患者の管理に影響を与える病態として定義される。以前のエピソードに関連する病態で、現在のエピソードとは関係のない病態は、その他の病態として記録されるべきではない。実行可能な場合は、ルーチンデータを補足するために複数の病態のコーディングと分析を実行することが勧告された。

2.23.5 疾病コーディングのための医療従事者文書化ガイドライン

患者の治療を担当する医療従事者は、患者の健康状態を文書化する責任もある。この情報は、標準的な記録方法を使用して体系的に整理する必要がある。適切に記入された医療記録は、良好な患者管理に不可欠である。また、患者の医学的病態を記述した書面による情報からコーディングプロセスを通じて導き出された、患者診断の有効なコードされた記録を作成するための不可欠な前提条件でもある。患者の病態に関する良好な記録が入手可能な場合、ICD 及び関連する分類におけるこの情報のコードに

成功すると、疾病統計やその他の医療問題に関する疫学的及びその他の統計データの貴重な情報源が得られる。

記載された病態に関する情報をコードに変換する人（「コーディング担当者」）は、患者の治療に関与しないが、コードを割り当てるために分類の使用について特別な訓練を受けた医療従事者又は臨床コーディング実施者である場合がある。後者の状況は、加盟国の間で極めて一般的であり、コーディング担当者は、医療従事者が医療記録で提供した患者の病態に関する臨床文書の妥当性に依存している。コードされた保健データの出発点としての医療従事者による臨床文書作成の重要性は、いくら強調してもし過ぎることはなく、医療従事者トレーニングプログラム内の保健情報と臨床文書作成教育との関連とともに、国内及び国際的に重要な問題であることを強調する必要がある。

臨床的及び資源配分の目的では、多くの場合、疾患の発現（種類と重症度、例：グレード3の潰瘍は、基礎疾患（例：糖尿病）よりも特定の治療エピソード中に関連性が高い場合がある。国家レベルでの予防プログラムでは、根本的な病因に関する知識がより重要になる場合がある。質と安全の評価では、入院に関連する追加の詳細を報告する必要がある。疾病統計データを包括的に分析して使用するには、上記のすべての側面に関連するコードを把握することができる複数のデータフィールドを持つデータセットを用意することが重要である。

疾病統計データは、保健政策やプログラムの策定、それらの管理、モニタリング、評価、疫学、リスク集団の特定、臨床研究（様々な社会経済的集団における疾患発生の研究を含む）においてますます利用されるようになってきている。

これらの疾病統計コーディングルールの文脈では、プラクティショナーという用語は、患者の診断を確定することに対して法的に責任を負う医師又は資格のある医療従事者を意味するために、疾病統計ルール全体で使用される。この情報は、標準的な記録方法を使用して体系的に整理する必要がある。適切に記入された記録は、良好な患者管理に不可欠であり、疾病統計やその他の医療問題に関する疫学的及びその他の統計データの貴重な情報源である。

エピソードという用語は、入院を含むすべての設定に使用される。定義は国によって異なる可能性があることが認識されているが、ほとんどの場合、患者が医療施設に入院した初日に始まり、退院、転院、又は死亡によってその施設から分離された日に終わる継続的な入院期間とみなされる。一部の国では、同じ病院内の異なる病棟での連続したケア期間を、異なるケアのエピソードとみなしている。

患者の治療を担当する医療従事者は、医療のエピソード中に患者の健康病態を記録する責任もある。優れた臨床文書は、患者ケアの継続性と質、治療チームのメンバー間のコミュニケーション、患者の安全にとって重要であり、患者のケアエピソードの法的記録である。患者の病態の健全な記録が利用可能な場合、疾患の国際分類（ICD）及び関連する分類を使用してこの情報を正常にコーディングすると、以下をサポートする疾病統計データの貴重なソースが得られる。

- 医療計画、管理、監視、評価
- 疫学
- リスク集団の特定
- 臨床研究
- 償還（Reimbursement）と医療費

患者の治療を担当する医療従事者は、医療の各エピソードについて、主要な病態及びその他の病態を選択して文書化する必要がある。実行可能な場合は、日常的なデータ収集と報告を補完するために、複数の病態のコーディングと分析をサポートするように、すべての病態が文書化されることが勧告された。

2.23.5.1 「複数」という用語を含む文書化ガイドライン—単一病態報告の場合

例えば、「多発性骨折」、「多発性頭部外傷」又は「多発性弁膜症」を伴う症例では、文書化の慣行としては、「多発性」という用語を使用して診断を記録し、特定の病態又は傷害を別々にリストアップすることが許容される。例えば、骨盤の多発骨折：恥骨、仙骨、腸骨の骨折。

2.23.5.2 特異性と詳細性

コーディング担当者が病態を病態に分類して、診断名で提供される特定の詳細を最もよく捉えるコードにするために、各診断名は可能な限り有益である必要がある。このような診断名の例には、次のものがある。

- 膀胱三角の移行上皮癌
- 限局性腹膜炎を伴う急性虫垂炎
- 髄膜炎菌性心膜炎
- 妊娠高血圧症候群
- 処方された抗ヒスタミン薬への反応による複視
- 陳旧性股関節骨折による変形性股関節症
- 自宅で転倒した後の大腿骨頸部骨折
- 焼失事故による左手掌の全層熱傷
- 大腸内視鏡検査中のS状結腸の不慮の穿孔

2.23.5.3 未確定の診断

医療のエピソードの終わりに明確な診断が確立されていない場合、医療従事者は、ケアのエピソードの終わりに確立された入院の理由について、最大限の特異性と知識を可能にする情報を文書化する必要がある。これは、症状、異常な所見、又は問題である可能性がある。診断を「可能性がある」又は「疑わしい」と認定するのではなく、診断が検討されたが、該当する場合は、症状、異常な所見、又は問題を記録する。

2.23.5.4 除外された病態の文書化

医療従事者は、ケアのエピソードに、研究を必要とする異常な病態の症状又はエビデンスを呈するが、検査及び観察の結果、さらなる治療、フォローアップ、又はその他の医療の必要性を示さない人が関与する場合、「除外された（ruled out）」病態を主要な病態として文書化する必要がある。

医療従事者は、症状に対して何らかの治療が提供された場合、又は徴候、又は症状の原因を特定するためにフォローアップが必要な場合、除外された病態を主要な病態

として文書化すべきではない。その場合、医療従事者は、主要な病態として扱われた主徴候又は症状を文書化する必要がある。

例 1

脚の深部静脈血栓症の疑いで入院したが、調査の結果除外され、フォローアップは必要ない。

主要病態：深部静脈血栓症の除外

例 2

小児が空のアセトアミノフェンボトルで遊んでいるのが発見される。母親は、ボトルに錠剤が入っていたかどうかは不明である。小児は病院に運ばれ、調査の結果、小児は錠剤を摂取していないと判断された

主要病態：アセトアミノフェン（パラセタモール）の不慮の摂取の除外

例 3

PSA が上昇し、前立腺の生検のために来院した患者がいた。生検では悪性腫瘍の証拠は示されなかった。患者に対するそれ以上のフォローアップは計画されていない。

主要病態：前立腺の悪性所見の除外

詳細については、[2.23.17 節「除外された」病態のコーディング](#)を参照する。

2.23.5.5 疾病以外の理由による保健サービスへの連絡

医療のエピソードや医療サービスとの接触は、現在の病気や怪我の特定、治療、調査に限定されない。また、現在病気ではない人が、限られたケアやサービスを必要としたり、受けたりする場合にも、エピソードが発生することがある。この場合、医療従事者は、関連する状況の詳細を「主要病態」として文書化する必要がある。

例えば、次のようになる：

- 以前に治療された病態のモニタリング
- 予防接種
- 避妊管理、産前・産後ケア
- 個人歴又は家族歴のために危険にさらされている人の監視
- 健康な人の検査（保険や職業上の理由など）
- 保健関連アドバイスの募集
- 社会問題を抱える方からの相談
- 第三者による相談
- 臓器又は組織ドナー
- 患者への傷害又は危害が明らかにされていない薬物、手順、又は装置に関連する状況

第 24 章「健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因」は、これらの状況を分類するための幅広い分類項目を提供する。この章を参照すると、最も関連性の高い分類項目へのコーディングを許可するために必要な詳細が示される。

2.23.5.6 外因による病態

外因による傷害、中毒、その他の影響などの病態が記録されている場合、病態の性質とそれを引き起こした状況の両方を完全に文書化することが重要である。例えば：

- 「舗装路での滑落による転倒による大腿骨頸部骨折」
- 「患者が車のコントロールを失い、木にぶつかったときに引き起こされた脳挫傷」
- 「不慮の中毒、患者が清涼飲料水と間違えて消毒剤を飲んだ」
- 「重度の低体温症、寒い時期に庭で転倒した患者」

2.23.20.2 節 質と安全の関連における因果関係も参照のこと。

2.23.5.7 続発（後遺）症の記載

ケアのエピソードが、それ自体がもはや存在しない疾患の残存病態（sequela）の治療又は調査である場合、医療従事者は、元の疾患がもはや存在しないことを明確に示すとともに、残存病態（続発症）とその起源を記載する必要がある。例えば：

- 「鼻中隔湾曲症－小児期における鼻骨折」
- 「アキレス腱の拘縮－腱損傷の後遺症」
- 「古い結核による卵管閉塞による不妊症」

多発性疾患が存在し、治療や調査が主にその1つに向けられていない場合は、「脳血管障害の続発症」や「多発性骨折の続発症」などの記載が許容される。

2.23.6 コーディング目的に「主要病態」と「その他の病態」を選択するためのコーディングガイドライン

主要な病態及びヘルスケアのエピソードに関連するその他の病態は、責任ある医療従事者によって特定及び記録されているはずであり、したがって、コーディングは通常簡単である。記録された主要病態は、医療従事者が疾病データ分析のための診断情報の記録に関するガイドラインに従わなかったことが明らかな場合を除き、コーディング及び報告のために受け入れられるべきである。可能な限り、明らかに一貫性のない、又は誤って記録された主要な病態の記録は、明確化のために医療従事者に返送する必要がある。

誤謬の可能性がある文書の明確化が不可能な場合は、コーディング担当者が以下のいずれかのルールを適用し、主要病態を報告目的に再選択することができる。このルールは、どの記録された病態を報告目的の主要病態として選択すべきかが不明瞭な場合に使用する。

- MB1「主要病態」として複数の病態が記録されている。又は
- MB2「主要病態」として記録された病態が、診断・治療された病態の症状である。又は
- MB3「主要病態」として記録された徴候・症状とともに原因となりうる複数の病態が記録されている

主要病態の再選択のためのコーディングルール

2.23.6.1 MB1－「主要病態」として複数の病態が記録されている

複数の異なる病態（単一ステムコードに分類できないもの）が「主要病態」として記録されており、記録上の他の詳細がそのうちの1つが「主要病態」（ケアのエピソードの最後に確立される入院理由であると判断された1つの病態）であることを示している場合は、その病態を選択する。それ以外の場合は、最初に記録された病態を選択する。

他の退院診断タイプ、すなわち主要病態又は遭遇又は入院の最初の理由も報告したい場合は、報告された様々なタイプの退院診断タイプを示すために、第Ⅹ章「エクステンションコード」から該当するエクステンションコードを割り当てる必要がある。

例 1：

発熱、悪寒、激しい頭痛、肩こりを訴えて入院した患者。調査の結果、ブドウ球菌性髄膜炎と診断された。入院中に肺炎を発症。

主要病態：ブドウ球菌性髄膜炎。肺炎。

主要病態として2つの病態が記録されており、医療従事者への問い合わせは不可能である。例の詳細では、ブドウ球菌性髄膜炎が入院の理由の1つとして指摘されているため、コーディング担当者はブドウ球菌性髄膜炎を「主要病態」としてコードする必要がある。肺炎は「その他の病態」としてコードされている。それは、ケアのエピソード中に生じた診断であるため、「その他の病態」の定義を満たしている。

例 2：

COPDの既往歴のある患者が前立腺の生検のために入院した。患者はCOPDについて評価された。生検を行い、病理結果から最終診断は良性前立腺肥大だった。

主要病態：慢性閉塞性肺疾患（COPD）。前立腺肥大症。

主要病態として2つの病態が記録されており、医療従事者への問い合わせは不可能である。例の詳細は、良性前立腺肥大を、ケアのエピソードの終わりに確立された入院の理由である病態として指摘している。したがって、コーディング担当者は前立腺肥大を「主要病態」としてコードする必要がある。COPDは、医師が入院時に共存し、患者の管理に影響を与えると記録しているため、「その他の病態」としてコードされる。

例 3：

患者は妊娠35週で、早期破水で病院に来院した。彼女は未だ陣痛が始まっていない。検査の結果、赤ちゃんは逆子であることが明らかになった。したがって、帝王切開による分娩が選択される。母は帝王切開で健康な早産児を分娩する。

主要病態：早期破水。骨盤位分娩。

処置：帝王切開による分娩

主要病態として2つの病態が記録されており、医療従事者への問い合わせは不可能である。例の詳細は、ケアのエピソードの終わりに確立された入院の理由である病態として、膜の早期破裂を指摘している。したがって、コーディング担当者は、膜の早

期破裂を「主要病態」としてコードし、逆子表示と早産を「その他の病態」としてコードする必要がある。

例 4：

肺炎とうっ血性心不全で入院した患者。

主要病態：肺炎とうっ血性心不全

主要病態として 2 つの病態が記録されており、医療従事者への問い合わせは不可能である。レコードには、病態の 1 つが主要病態であることを示す他の詳細がないため、この場合、コーディング担当者は最初に戻された病態を主要病態としてコードする必要がある。肺炎は「主要病態」、うっ血性心不全は「その他の病態」とコードされている。

2.23.6.2 MB2－「主要病態」として記録された病態が、診断・治療された病態の症状である

症状又は徴候（通常、「第 21 章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの」に分類可能なもの）、又は「第 24 章 健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因」に分類可能な問題が「主要な病態」として記録され、これが明らかに他に記録された診断された病態の徴候、症状又は問題であり、診断された病態に対してケアが施された場合、診断された病態を「主要病態」として再選択する。

例 1：

患者は血尿を訴えて病院に来院する。調査の結果、膀胱の後壁の乳頭腫が原因であることが明らかになった。乳頭腫はジアテルミー（diathermy）によって切除された。

主要病態：血尿

その他の病態：膀胱後壁乳頭腫

血尿（症状）は主要な病態として記録される。しかし、膀胱乳頭腫（病態と診断され治療）が原因と判断された。したがって、コーディング担当者は、膀胱後壁の乳頭腫を「主要病態」として再選択してコードする必要がある。

例 2：

患者は腹痛で病院に来院する。調査の結果、急性虫垂炎が明らかになり、患者は虫垂切除術を受ける。

主要病態：腹痛

その他の病態：急性虫垂炎

「腹痛」という症状は、主要な病態として記録された。しかし、虫垂炎が原因と判断された。したがって、コーディング担当者は急性虫垂炎を「主要病態」として再選択してコードする必要がある。

例 3：

既知の COPD の患者は、調査の結果、COPD の急性増悪によって引き起こされることが判明した急性呼吸不全で入院する。

主要病態：急性呼吸不全

その他の病態：COPD の急性増悪

症状「急性呼吸不全」が主要病態として記録された。しかし、急性増悪を伴う COPD の増悪によって引き起こされると判断された。したがって、コーディング担当者は COPD を再選択して「主要病態」としてコードする必要がある。

2.23.6.3 MB3－「主要病態」として記録された徴候・症状とともに原因となりうる複数の病態が記録されている

症状や徴候が「主要病態」として記録され、それがいずれかの病態に起因する可能性があることを示す文書がある場合は、その症状を「主要病態」として選択する。

例 1：

主要病態：緊張性頭痛又は急性副鼻腔炎による頭痛

「頭痛」という症状は、2つの原因が考えられる主要な病態として記録される。したがって、コーディング担当者は頭痛を「主要病態」としてコードする必要がある。

2.23.7 疾病におけるポストコーディネーションを用いたコーディング

ICD-11 の重要な新機能は、診断概念に関連する詳細をポストコーディネートするための組み込み機能である（2.10.2 節 ステムコード及びエクステンションコードの組合せ並びに複雑なコードクラスター内の順序及び 2.10.1 節 詳細を追加する－複数のステムコード及びエクステンションコードを使用したポストコーディネーション及びクラスターコーディングを参照）。

医療従事者によって記述された診断概念のポストコーディネーションされたコーディングは、以下の例に示されている：

例 1：

患者は、2 型糖尿病による糖尿病性網膜症のレーザー治療のために病院に入院する。入院中、動脈性高血圧症の患者の投薬は、退院前に何度も調整を必要とした。

主要病態として「糖尿病網膜症、詳細不明」にコードし、ステムコード「2 型糖尿病」をポストコーディネートする（9B71.0Z/5A11）。その他の病態として「本態性高血圧（BA00.Z）」をコードする。

疾病統計コーディングの場合、例 1 の第 1 クラスターにおける符号の順番は、主要な病態の定義に合致する糖尿病網膜症を最初に並べ、その後に原因となる病態 2 型糖尿病となっている。（注：分類は糖尿病の種類もコードするように指示している。）

確立された因果関係が記載されていないか、推論できない場合、2つのステムコードを同じクラスターの一部にすることはできない。

例 2：

右白内障抜歯のために入院した患者。患者は 2 型糖尿病を患っており、内分泌科医と栄養士によって長期的な食事とインスリン計画についてレビューされた。

主要病態として白内障、詳細不明、右側（9B10&XK9K）にコードする。その他の病態として「2 型糖尿病（5A11）」をコードする。

例 2 は、白内障と 2 型糖尿病の間の因果関係が記載されておらず、推測できないポストコーディネーションを示している。したがって、各病態の 2 つのステムコードは別々に報告される。白内障の側性（laterality）のためのポストコーディネーションがここで適用された。

2.23.7.1 エクステンションコードを使用するためのコーディングルール

エクステンションコードを使用してステムコードに詳細を追加する

タイプ 2 エクステンションコード（ICD-11 のコードの新しいセクション）は、診断がどのように使用及び／又は解釈されるかをマークするための概念変更フラグとして機能する個別のコードを提供する。これらのエクステンションコード修飾子の例には、次のものがある。

- 退院診断タイプ（主要病態；主要資源病態；外来又は入院の最初の理由）；
- 診断の確度（暫定診断；鑑別診断）
- 診断のタイミング（入院時に存在した；入院後に生じた；入院に対する発症時期が不明）

利用可能なすべてのエクステンションコードの使用の詳細については、[2.9 節](#)を参照する。

例 1：

胸痛を訴えて入院し、検査の結果、心筋梗塞と診断され、脳卒中を発症して 1 ヶ月の入院に至った患者。

入院終了時に成立した入院理由であったため、心筋梗塞が、主要病態としてコードされる。脳卒中は別個にコードされ、入院後に脳卒中の診断が生じたことを示す診断型エクステンションコードフラグでポストコーディネートすることができる。

このような診断フラグ付きシステムは、入院理由コーディングルールを望む国の目的を満たすと同時に、ケアの合併症やリソース消費（ケースミックスシステムや患者の安全と質の評価に関連する）に関する推論を行えるようにしたい国の目的も満たす。

2.23.8 医療従事者による「因果関係」の記述

因果関係のある病態は、医療従事者によって「～による」、「～により起こる」、「～に起因する」などの用語を使用して明確に記載される場合がある。これらの接続用語は、医療従事者が、例えば、病態 B による病態 A との間に因果関係を作ったことを示す。ただし、病態は、「とともに（with）」、「の後（after）」、「における（in）」、「に続いて（following）」など、コーディング担当者にとって曖昧な接続用語で記載されている場合がある。曖昧な用語が記載され、医療従事者が因果関係を意味しているかどうかが明確でない場合、コーディング担当者は各病態を個別にコードし、クラスター内の病態をリンクしないようにする必要がある。

クラスタリング（ポストコーディネーション）は、ICD-11 の特に注目すべき新機能であり、次のような次元で臨床情報を取得するための強力な新しい臨床コーディングメカニズム（clinical coding mechanisms）の導入を可能にした。

- 医療関連の傷害及び危害に関する品質及び安全コーディング（2.23.20.1 節で説明されている 3 部構成のモデルを参照）
- 損傷及び傷害の外因
- エクステンションコードを使用した臨床詳細の追加
- エクステンションコードによる診断の種類と診断タイミングの指定
- 以前の病態から生じる後遺症（続発症）の包括的な解説（2.21.6 節参照）
- 相互に関連するステムコード診断の間に明確な因果関係がある場合の解説

質と安全の文脈における因果推論の詳細については、2.23.20.2 節 質と安全の関連における因果関係を参照する。

2.23.9 病態又は症状の疑い、異常所見及び非疾病状況のコーディング

医療のエピソードが入院患者のためのものであった場合、コーディング担当者は、主要な病態を第 21 章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの、及び第 24 章 健康状態に影響を及ぼす要因又は医療サービスの利用に分類することに注意する必要がある。入院期間終了までに、より具体的な診断が下されていない場合、又は現在、病気やけが、本当に確定的な病気やけががない場合は、上記の章のコードが認められる（permissible）。この分類項目は、医療サービスとの接触の他のエピソードに対して通常の方法で使用できる。

健康管理のエピソードの後、主要な病態が「疑われる」、「疑わしい」などとして記録され、それ以上の情報や説明がない場合、疑いのある診断は確立されたかのようにコードされなければならない。

例 1：

主要病態：急性胆嚢炎の疑い

確定診断に至ったことを示す情報がそれ以上得られない場合は、「急性胆嚢炎、詳細不明（DC12.0Z）」を「主要病態」としてコードする。

例 2：

主要病態：重度の鼻出血。一日入院の患者。処置や検査は記載されていない。

鼻出血（MD20）へコードする。鼻出血は徴候／症状であるが、患者は明らかに差し迫った緊急事態に対処するためにのみ入院したため、許容される。

2.23.10 組合わせ分類項目を使用したコーディング

ICD は、2 つの病態又は病態と関連する二次性プロセスを単一コード（すなわち、ブレコーディネーションされた概念）で表すことができる特定の分類項目を提供する。このような組合わせ分類項目は、適切な情報が記録されている場合に使用する必要がある。

例 1：

主要病態：高血圧性腎疾患に続発する慢性腎臓病（CKD）、ステージ 4、その他の病態：本態性高血圧

慢性腎臓病、ステージ 4（GB61.4）にコードし、高血圧性腎疾患（BA02）をクラスターに追加する。主要病態クラスター：GB61.4/BA02、その他の病態：BA00 本態性高血圧

例 2：

主要病態：眼炎症に続発する緑内障

「9C61.24 眼炎症による緑内障」にコードする。これはプレコーディネーションされたコードである。

例 3：

主要病態：糖尿病性白内障、1 型糖尿病。その他の病態：高血圧

糖尿病性白内障（9B10.21）にコードし、糖尿病の種類（5A10）「もコードする」。糖尿病性白内障のステムコードと 1 型糖尿病のステムコードをポストコーディネートする。主要病態クラスター：9B10.21/5A10。高血圧は白内障や糖尿病とは関係がないため、クラスターの一部ではない。「その他の病態」としてコードされる。

例 4：

主要病態：リウマチ様関節炎、その他の病態：高血圧、2 型糖尿病、白内障

主要病態として「関節リウマチ、血清学的詳細不明（FA20.Z）」にコードする。その他の病態（高血圧（BA00.Z）、2 型糖尿病（5A11）、白内障（9B10.Z））を別々にコードする。病態の 1 つに任意のエクステンションコードが追加された場合、エクステンションコードは単独では報告できないため、該当するクラスターが作成される。この例では、白内障が糖尿病性白内障として記録されていないため、白内障と糖尿病の（クラスタリングによる）関連付けは行われてはならないことに注意する。この場合、クラスタリングを使用する必要があることを示す組合せはない。

主要病態：FA20.Z、その他の病態：BA00.Z、その他の病態：5A11、その他の病態：9B10.Z

2.23.11 傷病の外因を利用したコーディング

外因による損傷やその他の病態については、病態の性質と外因の状況の両方をコードする必要がある。好ましい「主要病態」コードは、病態の性質を記述するコードであるべきである。これは、常にではないが、多くの場合、「第 22 章 損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響」に分類できる。「第 23 章 傷病又は死亡の外因」の外因を示す符号は、付加符号として付与され、病態の性質にポストコーディネーションされ、修飾語とみなすことができる。2.23.20.1 節も参照のこと。

例 1：

主要病態：転落による大腿骨骨折、その他の病態：肘と上腕の挫傷

医療従事者は骨折を主要病態と特定しており、記録された主要病態に疑問を呈する他の情報がないため、コーディング担当者は「大腿骨頸部骨折、詳細不明

(NC72.2Z)」を「主要病態」としてコードする必要がある。詳細不明の高さからの不慮の落下の外部原因コード (PA6Z) は、ポストコーディネーションによって骨折コードにリンクされた追加コードとして使用される。肘挫傷 (NC30.1) と上腕挫傷 (NC10.1) は別の病態クラスターとしてコードされ、不慮の転倒の外因コード (PA6Z) はポストコーディネーションによって挫傷コードにリンクされる。

主要病態クラスター：NC72.2Z/PA6Z、その他の病態クラスター：NC30/NC30.1/NC10.1

例 2：

主要病態：転落による骨盤骨骨折、その他の病態：重度の低体温症の結果生じる低温環境への曝露

「主要病態」として「NC72.2Z 大腿骨頸部骨折、詳細不明」にコードする。そして「PA6Z 詳細不明の高さからの不慮の転落」の外因コードをポストコーディネートする。「その他の病態」として「低体温 (NF02)」にコードし、外因コード PB16 をポストコーディネートする。

主要病態クラスター：NC72.2Z/PA6Z、その他の病態クラスター：NF02/PB16

例 3：

主要病態：処方された抗ヒスタミン薬への反応による複視

「複視 9D46」にコードし、外因コードとして「PL00 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生物学的製剤」及び損傷又は危害の様式として「PL13.2 損傷又は危害の様式としての正しい投与又は投与量を背景とした薬物関連損傷又は危害」をポストコーディネートする。特定の薬剤が抗ヒスタミン薬 XM4J58 であったことを識別するために、任意のエクステンションコードを追加することができる。

主要病態クラスター：9D46/PL00&XM4J58/PL13.2

2.23.12 主要病態として記録された急性・慢性病態のコーディング

主要病態が急性（又は亜急性）と慢性の両方として記録され、ICD がそれぞれに個別の分類項目又は細分類項目を提供するが、組合せについては提供しない場合、急性病態のコードは主要病態（ケアのエピソードの最後に確立される入院理由であると判断された病態）として報告する必要がある。急性病態と慢性病態の両方に適切な組合せコードが提供されている場合は、その組合せコードを主要病態として割り当てる。

例 1：

主要病態：慢性胆嚢炎の急性増悪

「主要病態」として「DC12.00 慢性胆嚢炎急性増悪」にコードする。これは、ICD-11 における急性病態と慢性病態の両方の組合せコードの例である。

例 2：

主要病態：慢性閉塞性肺疾患の急性増悪

「主要病態」として「[CA22.0](#) 急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患、詳細不明」にコードする。これは、ICD が組合せに適切な単一のプレコーディネーションを提供しているためである。

2.23.13 外科的又は医療的ケアから生じる傷害又は危害のコーディング

品質と患者の安全については、2.23.20.1 節 ICD-11 の質と患者安全のコードセットの概要を参照する。

2.23.14 実際の損傷又は危害を引き起こさない医療における有害事象及び状況のコーディング

品質と患者の安全については、2.23.20.1 節 ICD-11 の質と患者安全のコードセットの概要を参照する。

2.23.15 慢性術後病態のコーディング

ほとんどの身体系の章（body-system chapters）には、特定の処置や手技の結果として、又は臓器の切除の結果として発生する永続的な（慢性）病態の分類項目も含まれている（例：乳房切除後リンパ浮腫症候群、照射後の甲状腺機能低下症）。処置の結果として発生する即時又は急性の病態は、3 部構成の質と安全性モデルを使用したコーディングが必要になる場合がある。[2.23.20.1 節 ICD-11 の質と患者安全のためのコードセットの概要](#)も参照する。術後の病態の分類項目には、残余（residual）コード（すなわち、その他及び詳細不明）はない。これは、ユーザーが病態を誤ってこれらの分類項目に分類するのを防ぐための意図的なものであり、実際には別の分類項目に分類される。

2.23.16 「既往歴」と「家族歴」のコーディング

第 24 章「健康状態に影響を及ぼす要因又は保健サービスの利用」には、様々な病態の個人歴と様々な病態の家族歴の両方を記述する多数のコードが含まれている。この記載された概念の分類は、次の 2 つの方法のいずれかでコードできる。

選択肢 1：第 24 章の「既往歴」（又は「家族歴」）から該当するステムコードを単独で割り当てる。

選択肢 2：第 24 章の該当するステムコードを別の章のコードとクラスタリングして割り当て、前の「疾患」が何であったかについての特異性を追加する。クラスター内のステムコードの順序は、常にステムコードの「既往歴」が最初にあり、その後に詳細のために追加される可能性のある他のコードが続く。

例 1：

患者は、治癒的に切除された S 状結腸癌の病歴がある。コード：「[QC40.0](#) 消化器の悪性新生物の既往歴」/「[2B90.3](#) S 状結腸の悪性新生物」

例 1 では、[QC40.0](#) は、患者が消化器の癌の既往歴があるという概念を単純に捉えているため、[QC40.0](#) のみをコードしてもかまわない。ただし、記載された臨床概念（病

歴：S 状結腸癌）は、クラスタリングメカニズムの使用とステムコード [QC40.0/2B90.3](#) のリンクを通じて完全に説明されている。

例 2：

患者は黄斑変性症の家族歴がある。

コード：「[QC66](#) 眼又は耳の疾患の家族歴」/「[9B78.3Z](#) 黄斑又は後極の変性、詳細不明」

2.23.17 「除外された」病態のコーディング

多くの医療現場では、病態が疑われる患者を評価し、検査の結果、患者が問題となった病気ではないとの結論に至ることがよくある。医療文書では、このような場面で「除外された (ruled out)」という用語がよく使用される。医療情報システムには、このような状況を報告する機能が不可欠である。

ICD-11 には、疑われた病態が「除外」された場合に、これを記載するために使用できる多くのコードが含まれている。これらは、第 24 章に [QA02](#) 疑わしい疾患又は病態への医学的観察又は評価、除外。これらのコードのいくつかでは、疑われた病態が明示されている。

- 悪性新生物が疑われる場合の観察、除外
- 結核が疑われる場合の観察、除外
- アレルギー又は過敏症が疑われる場合の観察、除外

他の多くの一般的なシナリオでは、疑われた病態を示すコードは使用されない。その場合は「[QA02.Y](#) その他の疑わしい疾患又は病態への医学的観察又は評価、除外」が使用される。そのような場合、除外された疑わしい病態を特定するためのポストコーディネーションが可能である。記載された概念「除外」の分類は、2 つの方法のいずれかでコードできる。

選択肢 1：「[QA02](#) 疑わしい疾患又は病態への医学的観察又は評価、除外」から該当コードを単独で割り当てる。

選択肢 2：「[QA02](#) 疑わしい疾患又は病態への医学的観察又は評価、除外」から該当するコードを割り当て、除外された疑わしい疾患が何であったかを示すため、別の章のコードとクラスタリングする。クラスター内のステムコードの順序は、常に [QA02](#) のステムコードが最初である。

例 1

脚の深部静脈血栓症の疑いで入院したが、調査の結果除外され、フォローアップは必要ない。主要病態：深部静脈血栓症を除外した。

主要病態クラスター：[QA02.Y/BD71.4](#) をコードする。

説明：[QA02.Y](#) は、その他の明示された病態が除外されたことを示し、ポストコーディネーションにより、疑われる病態が何であったかを特定することができる（深部静脈血栓症下肢）。

例 2

小児が空のアセトアミノフェンボトルで遊んでいるのが発見される。母親は、ボトル

に錠剤が入っていたかどうかは不明である。小児は病院に運ばれ、調査の結果、小児は錠剤を摂取していないと判断された。主要病態:アセトアミノフェンの不慮の摂取を除外した。

コード：「QA02.5 摂取物質による毒の疑いの観察、除外」。

説明：この例では、QA02.5 は除外された病態を特定している。

2.23.18 続発症（後遺症）として記録された病態のコーディング

「続発症」には、活動性疾患の証拠がない限り、疾患若しくは障害、損傷又は中毒の残存効果で続発症と明示されたもの又は後遺症、休止中、治癒性、治癒後、不活動性、陳旧性若しくは鎮静期の病態と明示されたものが含まれる。続発症として記録された病態は、通常、症例に応じてポストコーディネーションを使用して分類される。

クラスターには次のものが含まれている必要がある。

- まず、具体的な症状発現（すなわち、効果の性質）を特定するステムコード、及び、
- 第2に、「後遺症」を指定するステムコード（身体系の章からのコード又は第24章からのコードのいずれか）
- 第3に、必要に応じて、後遺症の原因となった先行病態を表すステムコード

注：損傷の後遺症を詳細にコーディングするには、クラスター内に4つのコードが必要であり、4番目のコードは外因コードである。

例1：

以前の火傷の後遺症として存在する関節拘縮。

コードクラスター：「FA34.3 関節拘縮」/「QC50 以前の健康問題の後遺症、他に分類されないもの」/「NE11 部位不明の焼傷」/「PB1Z 詳細不明の熱的機構への不慮の曝露」

例2：

陳旧性虚血性脳卒中の後遺症として存在する片麻痺。

コードクラスター：「MB53.Z 片麻痺、詳細不明」/「8B25.0 脳梗塞の後遺症」

注：例2では、後遺症の概念と根底にある原因は、ステムコード 8B25.0 でプレコーディネーションされている。

2.23.19 損傷事象の基準及びコーディング指示

WHOの「損傷」の定義は、「機械的エネルギー、熱、電気、化学物質、電離放射線などの物理的要因への急性曝露が、人間の許容範囲の閾値を超える量又は速度で身体と相互作用すること」である。場合によっては（例えば、溺水や凍傷）、損傷は酸素や熱などの必須物質の突然の欠乏に起因する。損傷は様々な方法で分類できる。しかし、多くの分析目的や介入機会の特定のために、損傷が故意に負わされたかどうか、また誰によって加えられたかによって損傷を分類することは非常に有用である。一般的に使用される分類項目は次のとおりである。

- 不慮（偶発的）
- 故意（つまり、意図的）
- 対人関係（例：加害、殺人）
- 自傷行為（例：薬物やアルコールの乱用、自傷行為、自殺）
- 法的介入（例：警察その他の法執行機関の職員による措置）
- 戦争、内乱、騒乱（デモや暴動など）
- 不慮か故意か決定されない意図

損傷の原因となる事象の収集に関しては、一連の定義が適用される。下記の「輸送損傷事象に関する定義」を参照のこと。

2.23.19.1 輸送損傷事象に関する解説

- 「輸送損傷事象（transport injury event）」とは、本来、人又は物がある場所から他の場所に輸送する目的で設計されたものが関与したあらゆる不慮の損傷をいう。
- 公道（交通路）又は公共の道路（public highway (trafficway) or street）とは、土地境界線（又はその他の境界線）間の全幅をいう。人や物がある場所から別の場所に輸送するために使用される公有地の空間が含まれる。車道とは、公道の中で、車両通行用に設計され、改良され、慣習上使用される部分である。
- 道路交通損傷事象（road traffic injury event）とは、公道上で発生したあらゆる不慮の損傷をいう（すなわち、損傷事象が、公道上で始まった場合、公道上で終わった場合、一部が公道上にある車両が関与した場合）。車両が関与する不慮の損傷は、別の場所が明示されていない限り、公道で発生したと推定する。ただし、オフロード車両のみが関与した不慮の損傷は、それが公道上で起こったという記載がない限り、非交通の不慮の損傷として分類する。
- 道路外非交通損傷事象（off-road nontraffic injury event）とは、事象全体が公道以外の場所で発生したあらゆる不慮の損傷をいう。
- 歩行者（pedestrian）とは、不慮の損傷の受傷者で、事象発生時にモーター車両、鉄道列車、路面電車、バス、動物牽引車、その他の車両の乗員又は自転車、動物などに乗っていた者すべてをいう。
 - 歩行者には以下が含まれる：
 - タイヤを交換中の人
 - 車両のモーターを調整中の人
 - 下記のような歩行者移動用具の使用者：
 - ◆ ベビーカー
 - ◆ アイススケート
 - ◆ 乳母車
 - ◆ 折りたたみ式ベビーカー
 - ◆ ローラースケート
 - ◆ キックボード（scooter）
 - ◆ スケートボード
 - ◆ スキー
 - ◆ そり

◆ 車椅子（電動）

- f 運転者（driver）とは、輸送車両の乗員で運転中又は運転しようとしている者をいう。
- g 同乗者（passenger）とは、輸送車両の乗員のうち、運転者でない者をいう。
除外：車両の外側に乗っている人 － 定義（h）を参照
- h 輸送車両の外側に乗っている者（a person traveling on a transport vehicle）とは、車両で移動しているが通常は運転者又は同乗者が占めない場所にいる者、又は物を輸送するための場所にいる者をいう。

。 以下に乗っている者が含まれる：

- 車体
- バンパー〔フェンダー〕
- 外側にぶらさがっている
- 屋根（ルーフラック）
- 踏み板
- ステップ

- i 自転車（pedal cycle）とは、ペダルだけによって運転されるすべての陸上輸送車両をいう。
包含：自転車、三輪車
- j 自転車乗員（pedal cyclist）とは、自転車に乗っている者又はそれに取り付けられたサイドカー又はトレーラーに乗っている者をいう。
- k オートバイ（motorcycle）とは、二輪のモーター車両で二個のサドルがあるものをいい、サイドカーを支えるための第三輪を有する場合もある。このサイドカーはオートバイの一部とみなす。

包含：

- 。 モペッド（ペダル付きの原動機付き自転車）
- 。 モータースクーター
- 。 オートバイ：
 - NOS
 - 複合型
 - サイドカー付き
 - 原動機付き自転車
 - 速度制限付き原動機付き自転車

除外：原動機付き三輪車—定義（m）を参照

- l オートバイ乗員（motorcycle rider）とは、オートバイに乗っている者又はそれに取り付けられたサイドカー又はトレーラーに乗っている者をいう。
- m 三輪のモーター車両（three-wheeled motor vehicle）とは、主に道路上で使用するために設計された原動機付き三輪車をいう。

包含：

- 。 エンジン駆動の三輪車

- 原動機付き人力車
- 三輪モーター車両

除外：

- サイドカー付きオートバイー定義（k）を参照
- 全地形対応車両ー定義（w）を参照

n 乗用車（car (automobile)）とは、主に 10 人以内の人を輸送するために設計された四輪のモーター車両を言う。

包含：ミニバス

- o モーター車両又は車両には多様な輸送車両が該当する。車両用語の各地域における使用については、適切なコードを決定し、制定すべきである。用語が曖昧に使用された場合は、「詳細不明」のコードを使用する。車両に牽引されるトレーラーは、車両の一部とみなす。
- p 軽量貨物車（light goods vehicle）（軽トラック又はバン）とは、主に物を輸送する目的で設計された四輪以上のモーター車両で、その地域の大型貨物車の基準よりも軽く（通常 3500kg 未満）、特別な運転免許を要しないものをいう。車両に牽引されるトレーラーは、車両の一部とみなす。
- q 重量貨物車（heavy goods vehicle）とは、主に物を輸送する目的で設計されたモーター車両で、その地域の重量貨物車の基準重量（通常 3500 kg 以上）を満たし、特別な運転免許を要するものをいう。
- r バス（bus）とは、主に 10 人を超える人を輸送する目的で設計され又は改造されたモーター車両で、特別な運転免許を要するものをいう。
- s 鉄道列車又は鉄道車両（railway train or railway vehicle）とは、連結車の有無を問わず、軌道上を走行する目的で作られたものをいう。

包含：

- 都市間連絡：
 - 電車
 - 路面電車（主として、他の交通機関に用いられない専用路を走行するもの）
 - 蒸気、電気、ディーゼル等あらゆる動力による鉄道列車
 - ケーブルカー
 - モノレール、両軌鉄道地下鉄道、高架鉄道など鉄道線路上を走行する目的で作られたその他の車両

除外：

- 都市間連絡電車（路面電車）で、専用路を走行するように定められているが、その専用路が公共の道路又は公道の一部となっている場合ー定義（t）を参照
- t 路面電車（streetcar）とは、主に市内で人を輸送する目的で設計され、使用されるものをいい、線路上を走行し通常正規の交通信号に従い、道路の一部である専用

路を主として運航するものをいう。路面電車により牽引されるトレーラーは路面電車の一部とみなす。

包含：

- 道路又は公道上を運行中と明示された都市間連絡電車又は路面電車
- 市街電車
- トロリー

- u 主として工業用地内で使用される特殊車両（special vehicle mainly used on industrial premises）とは、主に工業又は商業用の建物又は用地内で使用する目的で設計されたモーター車両をいう。

包含：

- 電動：
 - 空港旅客用の車両
 - 運搬車（貨物）（郵便）
 - 炭坑内石炭運搬車
 - フィークリフト（トラック）
 - 木材伐採車
 - 自走式トラック、工業用
 - 駅内貨物トラック（動力付き）
 - 炭坑又は採石場の電車、運搬車又は坑車（動力付き）

- v 主として農業用に使用される特殊車両（special vehicle mainly used in agriculture）とは、農業用又は園芸用に特別に設計されたモーター車両で、土地を耕したり、作物を手入れし収穫したり、農場内の物を輸送したりするものをいう。

包含：

- コンバイン
- 自走式農業用機械
- トラクター（及びトレーラー）

- w 特殊建設車両（special construction vehicle）とは、道路、建物その他の構造物の建設（及び破壊）用に特別に設計されたモーター車両をいう。

包含：

- ブルドーザー
- 掘削機
- ダンプカー
- 地ならし機
- パワーショベル
- ロードローラー

- x 全地形対応特殊車両 (special all-terrain vehicle) とは、でこぼこ又は軟弱な土地並びに雪上を走行できるように特別に設計されたモーター車両をいう。この特別の設計とは、例えば高い構造、特別の車両又はタイヤ、軌道による走行又はエアークッションによる支持などをいう。

包含：

- 陸上又は湿地でのホバークラフト
- スノーモービル

除外：水上のホバークラフトー定義 (y) を参照

- y 船舶 (watercraft) とは、人又は物を水上で輸送するすべてのものをいう。

包含：ホバークラフト NOS

- z 航空機 (aircraft) とは、人又は物を空中で輸送するすべてのものをいう。

2.23.19.2 輸送による不慮の損傷の分類及びコーディング指示

交通損傷事象は、不慮である場合、交通損傷事象の公的統計に計上される。

1. 当該事象が、交通損傷事象か非交通損傷事象かが不明な場合は、以下のように考える：
 - a) 事象が、交通の分類項目に分類可能な場合は、交通損傷事象が起きたものとして分類する。
 - b) 事象が、非交通の分類項目に分類可能な場合は、非交通損傷事象が起きたものとして分類する。

これらの項目は、受傷者は、歩行者又は主に道路外で使用するために設計された車両の乗員のいずれかである。

2. 不慮の損傷に 2 種類以上の輸送様式が関与したと記載されている場合、次の優先順位を適用する。

- 航空機又は宇宙船
- 船舶
- その他の輸送様式

3. 輸送損傷事象の記述が、受傷者を車両の乗員と明示しておらず、押しつぶされた、引きずられた、ぶつかった、受傷した、殺された、倒された、以下に記載の車両に轢かれたと記載されている場合は、受傷者を歩行者として扱う：

- 人を乗せた動物
- 動物牽引車
- 自転車
- ブルドーザー
- バス
- 乗用車

- オートバイ
- 原動機付き三輪車
- 軽トラック
- レクリエーション用車両
- 路面電車
- トラクター
- 鉄道列車
- 市街電車
- トラック
- バン

4. 輸送損傷事象の記述が、受傷者の役割を明示していない場合、以下に記載の車両の記載がある場合は、受傷者を記載されたその車両の乗員又は乗っていた者として分類する：

- 航空機
- 自転車
- ボート
- ブルドーザー
- バス
- 乗用車
- オートバイ
- 原動機付き三輪車
- 軽トラック
- レクリエーション用車両
- 宇宙船
- トラクター
- 鉄道車両
- 市街電車
- トラック
- バン
- 船舶
- 上記の事故、衝突、破壊・難破、NOS

複数の車両が言及されている場合、車両が同じ種類でない限り、受傷者がどの車両の乗員だったかを推定しないこと。代わりに、上記の2で示した優先順位を考慮して、適切な分類項目にコードする。

5. 以下のような輸送損傷事象の場合、当該不慮の損傷を衝突として分類する：

下記の原因で車両（動力）（非動力）が操縦性を失った結果、その後衝突した場合：

- タイヤのパンク（破裂）
- 居眠り運転
- 不注意運転
- スピードの出し過ぎ

- 機械部分の故障

衝突以外の不慮の損傷に至った場合は、関与した車両の種類に従い、非衝突損傷として分類する。

6. 走行中の車両の以下のような状況の結果として衝突が発生した場合、当該不慮の損傷を衝突として分類する：

- 排気ガスによる不慮の中毒
- あらゆる部分の破損
- あらゆる部分の爆発
- 墜落、ジャンプ又は不慮の押し出し事故
- 火災の発生
- 投下物が当たった
- 車体の一部又は車体内の物体に対して投げつけられた際の受傷
- 車両への落下物

衝突以外の不慮の損傷に至った場合は、関与した車両の種類に従い、非衝突損傷として分類する。

陸上輸送による不慮の損傷は、次のように記載される：

- 車両と以下のものとの衝突（操作性喪失による）（公道上での）：
 - 懸架（橋）（高架）
 - 落石
 - ガードレール又は境界フェンス
 - 中央分離帯
 - 山崩れ（移動状態にない）
 - モーター車両の前面に投げられた物体
 - 安全地帯
 - 立木
 - 交通標識又はマーカー（臨時）
 - 柱（電柱など）
 - 道路用に削られた道路側の壁
 - 固定された、移動可能な又は移動中のその他の物体
- 転覆（衝突を伴わない）
- 動物との衝突（群れ）（人がついていない場合）
- 動物牽引者又は人を乗せた動物との衝突

2.23.20 医療の質と患者安全に関する概念モデル

保健機関の受診は、意図しない望ましくない結果をもたらすことがある。医療、医療が提供される人々、及びケアの過程で発生する可能性のある合併症は、非常に多様で複雑である。それらを情報システムで包括的に表現することは困難であり、現在、ICD を利用することを意図したタイプの日常的な管理情報システムの実用性の限界を超えている。概念モデルには、次の3つのコンポーネントがある。

1. 患者への危害（Harm）：患者の健康にどのような影響があったか？

2. 危害の原因 (Cause) 又は起点：危害の原因は何であるか？
3. 様式 (Mode) 又は機序：危害の原因は、実際どのようにして危害につながったのか？

2.23.20.1 ICD-11 の質と患者安全のコードセットの概要

ICD-11 の質と患者安全コードセットの主な特徴は、コードのクラスターを使って症例を表現する点である。「クラスター」という用語が使われるのは ICD-11 において初めてであり、求められているポストコーディネーションの範囲及び形式化も ICD-11 において初めてである。ICD の質及び安全ユースケースは、もともと ICD-10 に基づく多数の方法論ツールが提供されていることに基づいている。そのような方法論ツールの具体例として、Charlson 及び Elixhauser の併存疾患指数、医療研究品質局 (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) の患者安全指標、標準化病院死亡比

(Hospital Standardised Mortality Ratio)、その他の様々な管理データ品質指標を挙げることができる。WHO が推奨する退院に関わるコーディングルールは、病院間や管轄区域間の記録の比較可能性を向上させることを目的としている。コーディングルールの具体例としては、以下のようなものがある。

- 主要病態を指定するためのルール
- 記録 1 件当たりのコードの数
- コードクラスタリング機構
- 入院中に発症した疾患の診断名を入院時の診断名と区別して表示するシステムの使用

質と患者安全の報告は、国際疾病分類で利用可能な診断情報だけでなく、手技・処置に関わる情報も記載され、そのような手技・処置に関わる情報は各国独自の手技・処置コーディングシステムでコーディングされているのが現状である。国際的な手技・処置コーディングシステムで使われている概念をオントロジーのレベルで調和させることが今後、重要である。ICD-11 で利用可能な内科的及び外科的合併症のコードは、安全及び有害事象の分野における現在の知識に沿ったものである。

質と安全モデル (Quality and Safety Model) は、3 つの部分で構成される。最初の構成要素である質と患者安全における**危害**は、通常、標準的な ICD-11 の診断コードで表すことが可能で、これらのコードはほぼすべての章に分類されている。質と安全の事象に起因する危害の中には、標準的な ICD-11 の診断コードでは適切に表現できないものがある。これらの形態の危害を表す特別な分類項目が、ICD-11 の損傷の章 (第 22 章「損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響」) の「外科的又は内科的ケアから生じる損傷又は危害、他に分類されないもの」という分類項目の下に提供されている。質と患者安全における**原因** (危害の原因) は、上位レベルで 4 つの種類の原因に分類され、以下の原因によって引き起こされる事象を捉える。

1. 物質 (薬物、医薬品等)
2. 手技・処置
3. 機器・器具
4. その他の種類の原因の組合せ

質と安全におけるすべての外因コードは、第 23 章「傷病又は死亡の外因」の「医療関連の危害又は損傷の原因」という分類項目の下に収載されている。

質と安全における様式又は機序（「様式」（Mode）は ICD-11 外因コードで使用する用語）は、モデルの 2 つ目の構成部分で、質と安全における原因がいかんして第 3 の概念である質と安全における危害につながるかを示す。質と安全における様式は、質と安全におけるそれぞれの原因に特有のものである。下記に例示する。

表 1：対応する質と安全の様式又は機序の例

危害の原因又は起源 様式又は機序

物質	過量投与、過少投与、誤った物質の投与、投薬及び投与量が正しかったにもかかわらず生じた被害
手技・処置	処置中の不慮の臓器穿孔
機器・器具	脱落、誤動作
その他の原因	血液型の不適合、手術台から移動中に患者が転落

ICD-11 質と安全コーディングモデルの例

ICD-11 の質と安全コーディングモデルを以下の表で例示する。

表 2：質と安全モデルの例示

例	基準	詳細
1	症例	女性が糖尿病で血糖値の安定化のために入院した。誤って通常の 3 倍量の抗糖尿病薬が処方された。過剰量投与で患者は低血糖になった。
	危害原因	糖尿病における低血糖、詳細不明（ 5A21.Z¹⁹ ） 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生物学的製剤（ PL00 ）；薬物（必要に応じてコードを追加する）－糖尿病治療（ XM8S35 ）
	様式	「損傷又は危害の様式としての物質の過量投与」（ PL13.0 ）
	クラスター	5A21/PL00&XM8S35/PL13.0
2	症例	マラリア予防のためにメフロキンを処方され、正しい用量で服用した患者が幻視を呈して来院。
	危害原因	幻視（ MB27.27 ） 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生物学的製剤（ PL00 ）；薬物（必要に応じてコードを追加する）－メフロキン（ XM50J2 ）
	様式	損傷又は危害の様式としての正しい投与又は投与量を背景とした薬物関連損傷又は危害（ PL13.2 ）。
	クラスター	MB27.27/PL00&XM50J2/PL13.2

¹⁹ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

- 3 症例 男性がプライマリ・ケア医を訪れ、悪性腫瘍の可能性を排除するために皮膚のしこりを切除する。病変が切除され、傷口は縫合された。後に、その医師が C 型肝炎に罹患していたことが判明。患者もこの疾患に罹患した。
- 危害 C 型急性肝炎 ([1E50.2](#))
- 原因 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う生検処置、他に分類されないもの ([PK81.5](#))。
- 様式 損傷又は危害の様式としての無菌措置の失敗 ([PL11.4](#))。
- クラスター [1E50.2/PK81.5/PL11.4](#)
- 4 症例 高齢の女性が大腿骨頸部骨折のため入院。外科的固定術が行われた。手術の翌日に手術部位から多量の出血があり、再手術が必要である。
- 危害 出血、他に分類されないもの ([MG27](#))
- 原因 損傷又は危害を伴う筋肉骨格的処置、観血的手法 ([PK80.80](#)) (整形外科手術はこの項目に含まれる)
- 様式 外科的又は医学的処置に関連した詳細不明の損傷又は危害の型 ([PL11.Z](#)) (注：症例記録には出血が発生した特定の様式又は機序が記載されていないため、[PL11.Z](#) を選択する)
- クラスター [MG27/PK80.80/PL11.Z](#)
- 5 症例 63 歳の男性が関節炎のために左膝関節置換術を受けてから 1 年近くになる。移植した器具が緩み、疼痛及び機能低下が生じている。
- 危害 関節痛 ([ME82](#))；具体的な解剖学的部位（必要に応じてコードを追加する）－膝関節 ([XA8RL1](#))；側性（必要に応じてコードを追加する）－左 ([XK8G](#))
- 原因 有害事象に関連する整形外科的機器、補綴又は他のインプラント、材料又は付属機器 ([PK99.2](#))
- 様式 損傷又は危害の様式としての除去、誤接続又は接続不良 ([PL12.4](#))
- クラスター [ME82&XA8RL1&XK8G/PK99.2/PL12.4](#)
- 6 症例 男性が大腸がんを患っている。数日前に腹部手術を行い、大腸の患部を切除し、温存部分を再接合した。吻合部が漏出し、修正手術を要した。
- 危害 外科処置後の漏れ ([NE81.3](#)) (吻合部漏出は索引用語)
- 原因 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う消化管、腹部又は腹壁処置 [PK80.3](#)
- 様式 外科的又は医学的処置に関連した詳細不明の損傷又は危害の型 ([PL11.Z](#)) (注：症例記録には吻合部漏出が発生した特定の様式

又は機序が記載されていないため、[PL11.Z]を選択する)

クラスター [NE81.3/PK80.3/PL11.Z](#)

- 7 症例 慢性留置カテーテルによる難治性尿路感染症
- 危害 尿路感染症、部位及び病原体が明示されないもの ([GC08.Z](#))
- 原因 有害事象に関連する消化器科又は泌尿器科的機器、尿道カテーテル ([PK93.10](#))
- 様式 外科的又はその他の医療機器、インプラント又はグラフトに伴うその他の明示された損傷又は危害の様式 ([PL12.Y](#)) (注: 様式をより具体的に示す他の項目の中に機器による感染に関連するものがないと思われるので [PL12.Y](#) を選択する)

クラスター [GC08.Z/PK93.10/PL12.Y](#)

- 8 症例 高齢患者が病院のベッドから転落し、左股関節を骨折した。記録には、看護師がベッドレールを設置するのを忘れたため、患者が転倒したと記述されている。
- 危害 大腿骨頸部骨折、詳細不明 ([NC72.2Z](#)) ; 側性 (必要に応じてコードを追加する) - 左側 ([XK8G](#))
- 原因 その他のヘルスケアに関連した損傷又は危害の原因 ([PL10](#))
- 様式 ヘルスケアでの転倒 ([PL14.E](#))

クラスター [NC72.2Z&XK8G/PL10/PL14.E](#)

- 9 症例 赤血球の輸液を受けた患者に重度の硬直反応があり、1 時間後におさまった。血液の不一致 (ABO 又は Rh 不適合ではないもの) があることが判明した。
- 危害 その他の血清反応 ([NE80.3](#))
- 原因 その他の医療に関連する損傷又は被害の原因 ([PL10](#))
- 様式 「輸血で使用される不適合血液 ([PL14.3](#))

クラスター [NE80.3/PL10/PL14.3](#)

- 10 症例 集中治療室における人工換気に起因する右側気胸
- 危害 気胸、詳細不明 ([CB21.Z](#)) ; 側性 (必要に応じてコードを追加する) - 右側 ([XK9K](#))
- 原因 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う換気」 ([PK81.0](#))
- 様式 外科的又は医学的処置に関連した詳細不明の損傷又は危害の型 ([PL11.Z](#))

クラスター [CB21.Z&XK9K/PK81.0/PL11.Z](#)

- 11 症例 クロザピンを使った長期治療による好中球減少症の患者
- 危害 後天性好中球減少症 ([4B00.01](#))
- 原因 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生

物学的製剤 (PL00) ; 薬物 (必要に応じてコードを追加する) – (XM8UG6)

様式 損傷又は危害の様式としての正しい投与又は投与量を背景とした薬物関連損傷又は危害 (PL13.2)。

クラスター 4B00.01/PL00&XM86W0/PL13.2

これらの例では、すべての症例において、危害の様式又は機序が、危害の原因コードと一緒にコードされていることに注意されたい。これは、危害の様式が明らかでない場合も同様である。後者の場合、その危害が物質、手技・処置、機器・器具に関連する場合は、「損傷の詳細不明の様式又は機序」のコードを選択する。「その他の医療関連の原因」については、分類のあらゆる章から危害をコードした上で、PL10 その他のヘルスケアに関連した損傷又は危害の原因を使用し、さらに PL14 その他のヘルスケアに関連した原因に伴う損傷又は危害の様式の分類項目（複数の様式の選択肢が提供されている）の中から適切なコードを選択する。

中毒と臨床の場面における薬物、薬剤又は生物学的製剤の過量投与の区別に関する検討事項

臨床における過量投与と、臨床以外の場面での中毒を区別することが重要である。前者は第 23 章の「医療関連の危害又は損傷の原因」のセクションのコードを用いてコードし、一方、中毒は第 23 章の「不慮の原因」又は「故意の自傷」のセクションにコードする。

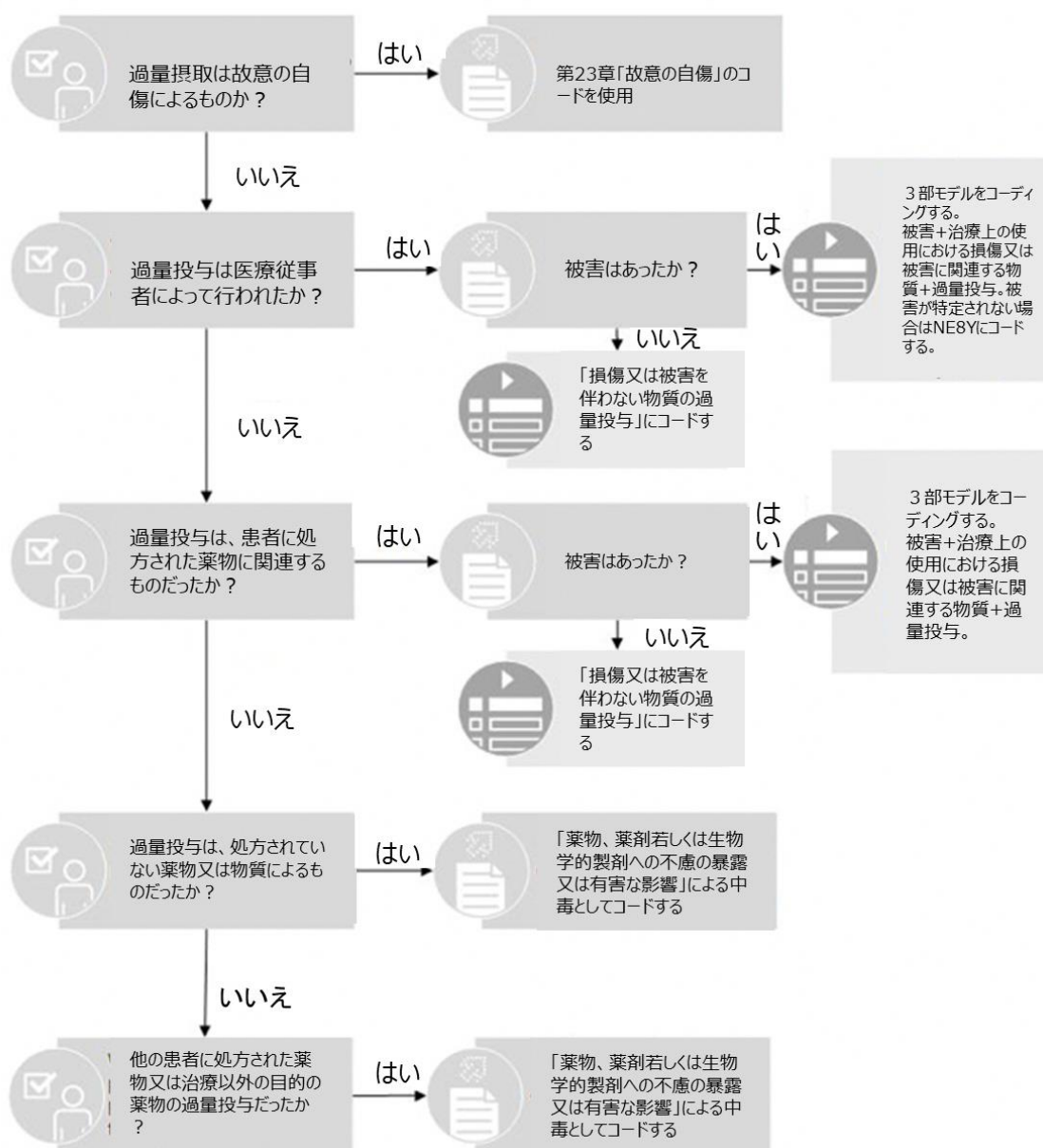
以下のシナリオは、この違いを説明するのに役立つ。

1. 成人の入院患者に看護師が誤って過量の薬剤を注射したため、処方された薬剤の過量投与になってしまった。
2. 医師が処方箋を書き間違えたために、成人患者が処方薬を過量に摂取してしまった。
3. 薬剤師からの指示が正しくなかったために、成人患者が誤って処方薬を過量に服薬してしまった。
4. 成人患者が、錠剤の瓶に書かれた指示と薬剤師及び医師からの口頭での指示を誤解して処方薬を誤って過量に服薬してしまった。
5. 成人患者が誤って処方薬を過量に服薬してしまい、書類や調査から、なぜミスが起きたのか不明である。
6. 成人患者が処方薬を過量に服薬してしまい、それが不慮のものか故意のものか判断できない。
7. 成人患者が、自傷行為を意図して、処方薬を故意に過剰摂取した。
8. 子供が母親の処方薬瓶から丸剤を摂取し、傾眠傾向になった。

シナリオ 1 は明らかに医療現場でのミスから生じた過量投与であり、シナリオ 8 は明らかに治療の行われる医療現場ではない場面での子供の中毒である。

シナリオ 7 も錠剤の服薬が治療目的ではなく、自傷を目的としているため、中毒のエピソードとしてコードする（「故意の自傷」の概念は他の検討事項よりも優先される）。

シナリオ 4、5、6 は、患者ケアではよくある状況であるが、それほど単純ではない。しかし、ここでも薬物が使用されたのは明らかに治療のためであり、実際に薬物が患者に処方された事実もあることから、治療のために薬物が使用されたと言える（ただし、故意の自傷の記載がない場合に限る）。治療の目的であるため、これらのシナリオは中毒コードではなく、「医療関連の危害又は損傷の原因」のコードを使用してコードする。



過量投与フローチャート

質と安全の 3 部モデルが適用される場合とされない場合に関する指示

上記のセクション及び例示で説明したシナリオでは、医療の何らかの側面（薬物、手技・処置、機器・器具、その他の医療の側面）と患者が発症した病態との間に因果関係があった。しかし、多くの場合、医療の現場で発生した病状があったとしても、その病状と医療との間の因果関係を示す明確な記録が存在しない場合がある。具体的な例としては、以下のようなものがある。

- 外科的処置の翌々日に肺塞栓症を発症
- 手術後の心房細動
- 薬物投与の 1 日後に低血圧を発症
- 入院 4 日目に肺炎を発症
- 病院で尿路感染症を発症。カテーテルに関する記載はない。

上記の各例では、薬物、手技・処置、機器・器具等の医療のある側面との因果関係を示す明確な記録がない限り、質と安全の 3 部モデルは適用されない。重要なことは、上記の例では何らかの外科的処置又は薬物投与の記載はあるが、その記載だけで実際に因果関係があったとは言えないことである。臨床記録は、単に「～後に」、「○日目に」等の文言で診断がいつなされたかを示しているに過ぎない。このような場合、ICD-11 の任意の章から病態をコードし、診断のタイミングに関するエクステンションコード（特に、入院後に発症した病態の診断のためのエクステンションコードと、必要に応じて術中又は術後に発症した病態の診断のためのエクステンションコードを追加する）を使用することが正しいコーディングになる。

上記の例は、次のようにコーディングできる。

- 「BB00.0 急性肺血栓塞栓症」&「XY69 入院後に発症」&「XY7V 術後」
- 「BC81.3 心房細動」&「XT5R 急性」&「XY69 入院後に発症」&「XY7V 術後」
- 「BA2Z 低血圧症、詳細不明」&「XY69 入院後に発症」
- 「CA40.Z 肺炎、起炎菌詳細不明」&「XY69 入院後に発症」
- 「GC08.Z 尿路感染症、部位及び病原体が明示されないもの」&「XY69 入院後に発症」

2.23.20.2 質と安全の関連における因果関係

原因と危害の因果関係があるかどうかは、文書の文言のニュアンスで判断する。

因果関係を示唆する接続用語

下記の用語は因果関係を強く示唆する。

用語	その他の注意事項
～の合併症として、～を合併、～に合併、～の合併症	—
～の原因として、～の原因、～の原因になる、～を原因として	—
～の結果として、結果として～にな	—

用語	その他の注意事項
る、結果的に、結果として～を伴う	
～を理由とする	—
～に因り	—
～から (from)	—
誘発する、～から誘発	—
～に至る	—
～に関連する (related to)	—
～によって引き起こされる	—
～を生じさせる	—
～に続発して	—
～との関連があると思われる	コーディングの判断材料となる。しかし、臨床医はこの用語で因果関係を推定している。
～に続発した可能性がある、おそらく ～に続発する	コーディングの判断材料となる。しかし、臨床医はこの用語で因果関係を推定している。
～の理由である可能性あり (may be the reason for)	コーディングの判断材料となる。しかし、臨床医はこの用語で因果関係を推定している。

因果関係が明確ではない接続用語

時に、因果関係を示唆するが、因果関係が明確ではない接続用語が記載されている場合がある。以下にその例を示す。この場合、コーディング担当者は記録を作成した臨床医に確認するか、因果関係を示唆する補足的な文言や付随的な情報を探す必要がある。

用語
～を伴う (associated with)
～を伴う (accompanied by)
～に付随する

因果関係を意味しない接続用語

臨床記録には、時間的な関連性を表す用語もよく使用される。前掲表に示した多くの接続用語（「因果関係を示唆する接続用語」）が示唆する因果関係は、同時に時間的な関連性をも示すものでもある。対照的に、時間的な関連性だけを表す用語も数多く存在する。そのような用語の例を以下に挙げる。

用語
～の後に
～も
そして
～の間に

用語

～とともに

～に発生、～間に発生

～に沿って

～が続く、～に続いて

～の後に／の間に／の時に被る

～の後に／の間に／の時に生じる

術後に、術後に発症する

この種の接続用語が、先に述べた因果関係を示唆する接続用語を伴わないで臨床記録に記載される場合、質と安全の3部モデルの使用は避けるべきである。

「術後に」等の術後に関連する用語は、従来から一部のコーディングシステムにおいて因果関係を示すものと考えられてきたため、特殊なケースである。しかし、上記の具体例にもあるように、尿路感染症、肺炎、心房細動等の病態は、必ずしも手術が原因でなくとも、手術後に一時的に発症することがある。そのため、本節で示す指針においては、コーディング担当者に明確な因果関係を探すように指示している。（重要なことは、肺炎、尿路感染症、心房細動等の術後の病態でも、診断のタイミングに関する情報を提供してくれるエクステンションコード（すなわち、「入院中に発症」、「術後に発症」等のエクステンションコード）でコーディングすることができ、データ分析における指標の中で有害事象を集計できることである）。

臨床的背景から因果関係が示唆されるその他の具体的な状況

因果関係を明示的に示す接続用語がない場合でも、臨床状況によって因果関係が明らかになる場合がある。以下にその例を挙げる。

具体的な状況

故障した装置

感染した装置

ネジの緩み

術後出血

術後創感染

離開

創傷部血腫

いずれも、手技・処置又は機器・器具の問題がなければ、このような事態は発生しなかったことは明らかである。従って、3部の質と安全モデルを適用すべきである。

これに対して、術後肺炎や術後肺塞栓症、術後心房細動といった病態は、上表に挙げた具体的な状況とは異なる。なぜなら、肺炎や肺塞栓症、心房細動といった問題は、手術とは無関係の要因で引き起こされることがあるからである。（つまり、手術が原因であることが明らかな「創傷」とは異なる）。

2.23.20.3 処置後の慢性的な病態

慢性的な臨床病態は、特定の処置若しくは手技又は臓器摘出の結果として生じるものも多く存在する（例：乳房切除後リンパ浮腫症候群、放射線照射後甲状腺機能低下症等）。多くの場合、このような処置後の慢性的な病態のコードは、ICD-11 の様々な身体系の章に含まれている。

例としては、以下のようなものがある。

- **BE10** 開心術後症候群
- **5D40.Z** 処置後甲状腺機能低下症、詳細不明
- **GC72** 処置後尿道狭窄
- **GC70** 腔の術後癒着

これらは、その性質上、臨床病態及びそれが手技・処置によって引き起こされたことを示す2つの概念の両方を捉える、プレコーディネーションのコードである。このようなコードは、クラスタリングせずに単独で使用する事が可能である。しかし、コーディング担当者は、そのようなコードに加えてさらに3部モデルを使用して、より具体的な情報を追加することができる。このモデルを使用することで、病態を引き起こした外科手技の種類、及び手技・処置がどのような様式で病態を引き起こしたかについて、より具体的な情報を加えることを可能にする。

例1：前立腺がん治療のための過去の放射線照射による尿道狭窄

「**GC72** 処置後尿道狭窄」にコードする。さらに、**GC72** のコードに「**PK81.C** 治療上の使用における損傷又は危害を伴う放射線療法」及び「**PL11.Y** 科的又は医学的処置に関連したその他の明示された損傷又は危害の型」を追加して詳細な情報を加える。
クラスター：**GC72/PK81.C/PL11.Y**。

ただし、処置後の慢性的な病態のためのコードにすでに臨床上的詳細な情報が完全に表されている場合がある。このような場合、3部モデルを使用する必要が全くなくなることに留意されたい。例えば、以下のようなものである。

- 「**9D21** 白内障手術後の残存水晶体破片」（この場合、この単一のコードにすでに詳細な情報が内在されていることを考慮すると、さらに「眼科処置」及び該当する様式をコードすることは極めて無駄である）。
- 「**EL61** 放射線療法による慢性放射線皮膚炎」（この場合も、被害の原因となる処置としての「放射線治療」及び「詳細不明の様式」にさらにコードするのは無用である）。

前述の2つの例との関連で改めて強調されなければならないのは、3部構成モデルを使用できる時は優先的に必ずそれを使用するべきであることである。コーディング担当者に単に求められるのは、手技・処置及び様式のコードをさらに追加することが明らかに無用である場合にケースバイケースで判断することである。

2.23.20.4 実際の損傷又は被害をもたらさない医療における有害事象及び状況

医療の状況下では、患者に物事が起こり、問題が発生しても、記録する病態として患者に実際の悪影響がない場合がある。具体例としては、以下のようなものがある。

- 医療現場で転倒したが、骨折等の損傷はなかった
- 誤った薬物が投与されたが、患者に被害はなかった
- 別の患者に誤って薬物が投与されたが、その患者に被害はなかった
- 薬剤投与に遅れが生じたが、臨床経過に悪影響を及ぼさなかった
- 外科手技において無菌予防措置を怠ったことが記録されたが、感染は生じなかった
- 整形外科用器具の脱落があったが、症状又は問題は生じていない

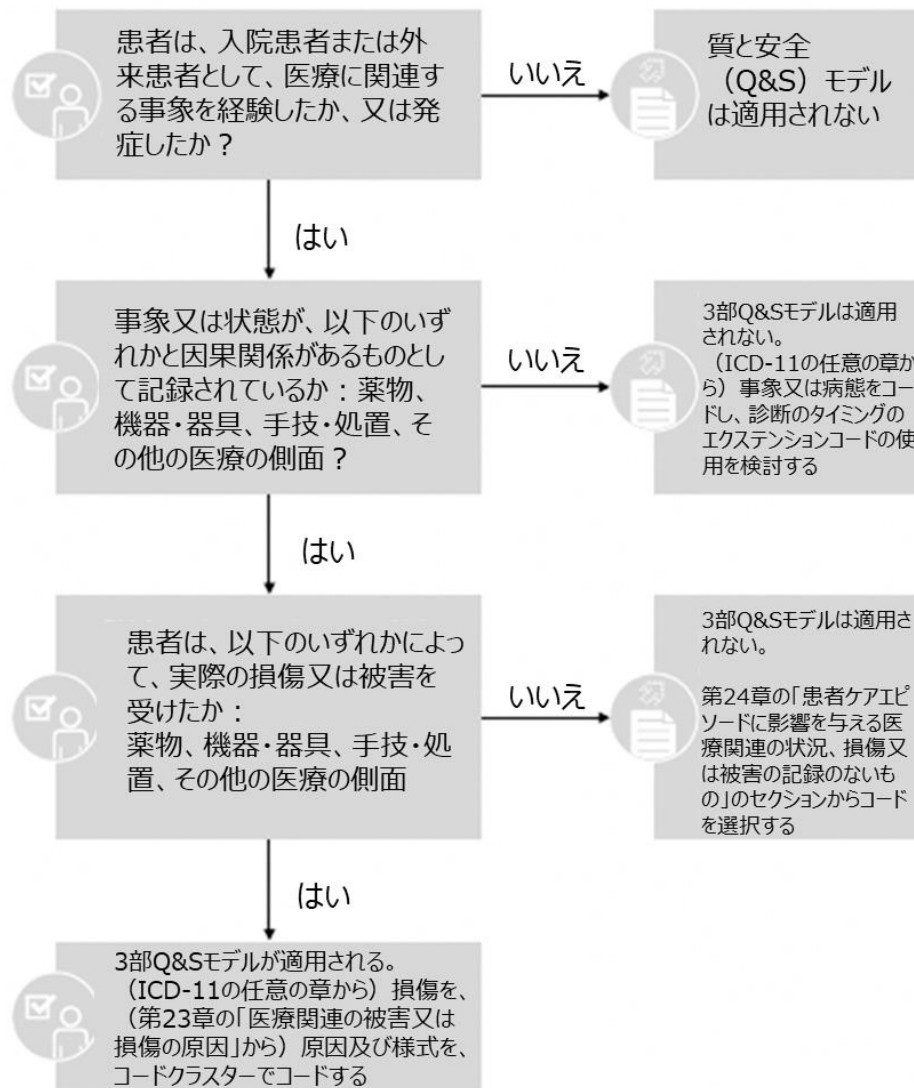
不注意による針刺しがあったが、損傷又はその他の被害は報告されていない

このような状況では、第 24 章「健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因」の「損傷又は危害を伴わないケアのエピソードに影響するヘルスケア関連の状況、記録された損傷又は危害を伴わないもの」のセクションからコードを選択する。これらのコードは、第 23 章「傷病又は死亡の外因」にある医療関連の被害の 4 つの分類（薬物、機器・器具、手技・処置、その他の医療関連の原因）を用いて整理されているが、重要な違いは、第 24 章のコーディングによって記述される状況では、患者には実際の被害が及んでいない点である。

上記の例は、次のようにコーディングできる。

- 「QA8E 損傷又は危害を伴わないヘルスケアでの転倒」
- 「QA72 損傷又は危害を伴わない誤った物質」
- 「QA8D 損傷又は危害を伴わない他の患者を意図した診断検査又は治療を受けた患者」
- 「QA8B 損傷又は危害を伴わない治療の遅れ」
- 「QA52 損傷又は危害を伴わない無菌予防措置の失敗」
- 「QA62 損傷又は危害を伴わない外科的又は医療機器の除去、誤接続、誤取り付け」
- 「QA8F 損傷又は危害を伴わない針刺し」

図 1：医療に関連して発生する事象及び病態をコードするためのアルゴリズム



Q&S アルゴリズム

2.23.20.5 データの取得及び整理に関する推奨事項

情報システムの機能には、質と安全モデルの3つの構成要素を捉え、それぞれの3つのコードが同じクラスターに属することを示すことが求められる（ポストコーディネーション及びクラスターコーディングに関する指示も参照のこと）。

2.23.21 各章固有の注釈

「主要病態」の優先コードを選択する場合に問題になるであろう特定の章に関して、以下に指針を示した。今までに示した一般的なガイドラインとルールは、他に特定の注釈が無い限り、すべての章に適用される。

2.23.21.1 第 1 章：特定の感染症又は寄生虫症

ヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病

HIV 病により免疫系が低下している患者は、マイコバクテリア感染症やサイトメガロウイルス感染症など、複数の疾患の同じ治療エピソード中に治療を必要とすることがある。HIV 病に伴う結核及びマラリアの細分類項目のみが、HIV 病のこのブロックでプリコーディネートされている。その他の明示された HIV による疾患が医療従事者によって文書化されている場合、医療従事者によって記録された HIV 疾患の適切な細分類項目で HIV が引き起こした疾患をポストコーディネートする。

例 1：

患者は HIV 疾患を患っており、軟口蓋のカポジ肉腫の治療のために入院している。

主要病態：HIV 疾患によるカポジ肉腫

カポジ肉腫は、HIV が原因の疾患として記録されている。したがって、カポジ肉腫のステムコードは、HIV の該当するステムコードとポストコーディネーションされる。

主要病態：「[2B57.Y](#) その他の明示された原発部位のカポジ肉腫」&「[XA8HL5](#) 軟口蓋」/「[1C62.3](#) 結核又はマラリアの記載のない HIV 病臨床ステージ 4」

例 2：

患者は HIV 疾患を患っており、トキソプラズマ症の治療のために入院している。

主要病態：HIV によるトキソプラズマ症

主要病態：「[1F57.Z](#) トキソプラズマ症、詳細不明 / [1C62.3](#) 結核又はマラリアの記載のない HIV 病臨床ステージ 4

ショックを伴う又は伴わない敗血症

敗血症の概念は過去数十年の間に大きく変化し、2016 年に制定され、国際的に広く受け入れられている現在の定義では、敗血症は感染に対する調節不全の宿主応答によって引き起こされる生命を脅かす臓器不全とされている。

敗血症は、それ自体が疾患ではなく、細菌、ウイルス、真菌又は原虫のいずれかによって引き起こされる感染症への反応とみなされている。敗血症性ショックは、循環器系、細胞系、代謝系の異常が死亡率を大幅に増加させるほど深刻である敗血症のサブセットとして定義される。

敗血症の症例を記録するクラスターには、次のものを含める必要がある。

- まず、感染の原因となるステムコード（明示された又は詳細不明）と、病原体がわかっている場合は、該当する任意のエクステンションコード。
- 第二に、記録された内容により、敗血症性ショックを伴う又は伴わない敗血症のステムコード

注：原因となる感染が、漠然と記録されているか、特定の感染が記録されていない場合は、最も詳細なレベルのステムコードを割り当てる。

例 1：

敗血症を伴う肺炎球菌性肺炎の治療のために入院した患者

主要病態：敗血症を生じた肺炎球菌性肺炎

最初に原因となる感染症、「CA40.07 肺炎球菌による肺炎」をコードし、「1G40 ショックを伴わない敗血症」のステムコードをポストコーディネートする

主要病態クラスター：CA40.07/1G40

例 2：

敗血症を引き起こす重度のインフルエンザ A H1N1 の治療のために入院した患者。

最初に感染の原因となる「1E30 同定されている季節性インフルエンザウイルスによるインフルエンザ」を任意のエクステンションコード「XN297 インフルエンザ A 型 H1N1 ウイルス」とともにコードし、「1G40 ショックを伴わない敗血症」のステムコードをポストコーディネートする。

主要病態クラスター：1E30&XN297/1G40

例 3：

大腸菌による敗血症の治療のために入院した患者。

主要病態：大腸菌による敗血症

最初に感染の原因となるコードをコーディングする。この例では、特定の感染は特定されていない。したがって、「1C41 部位不明の細菌感染症」のコードが、任意のエクステンションコード「XN6P4 エシェリキア・コリ」とともにコードされ、「1G40 ショックを伴わない敗血症」のステムコードをポストコーディネートする。

主要病態クラスター：1C41&XN6P4/1G40

例 4：

患者は敗血症性ショックを呈し、入院後まもなく死亡した。

主要病態：敗血症性ショック、詳細不明の感染

最初に感染の原因となるコードをコーディングする。この例では、特定の感染は不明である。したがって、「1H0Z 感染症、詳細不明」のコードを選択し、「1G41 ショックを伴う敗血症」のコードをポストコーディネートする。

主要病態クラスター：1H0Z/1G41

2.23.21.2 第 2 章：新生物

新生物のコーディングの際には、個々の領域でのコーディングの指示、及びエクステンションコードから、形態学的記述及び部位に関するコードを用いる。

新生物は原発、転移に関らず、保健ケアのエピソードのケアの中心となる対象疾患であれば「主要病態」として記載しコードすべきで。

医療従事者が記載した「主要病態」が原発性新生物で、「その他の病態」が二次性新生物（転移）の場合は、それぞれの新生物を個別にコードしなければならない。原発性新生物のステムコードを二次性新生物とポストコーディネートしてはいけない

医療従事者が原発性新生物を「主要病態」としている場合であっても、それがもはや存在しない場合（以前のケアのエピソードの中で除去されているような場合又は当該新生物の既往歴として記録されている場合）は、二次性新生物を「主要病態」とし

てコードし、「既往歴」をその他の病態としてコードする。二次性新生物のステムコードを「既往歴」のステムコードとポストコーディネートしてはならない（以下の例を参照）。また、コーディングの実際の詳細については [2.23.16「既往歴」及び「家族歴」のコーディング](#) を参照のこと。

例 1：

患者は乳房のしこりの精査のために患者が入院。検査の結果、左乳房の悪性腫瘍と判明。乳房切除術が行われ、組織病理学では所属リンパ節（左腋窩）への転移が見られた。化学療法が計画された。

主要病態：乳癌

その他の病態：所属リンパ節転移

処置：乳房切除術

主要病態を乳房の悪性新生物とし、任意のエクステンションコード「左」（[2C6Z&XK8G](#)）をコードする。その他の病態として、腋窩リンパ節二次性悪性腫瘍と任意のエクステンションコード「左」をクラスターコードする（[2D60.3&XK8G](#)）。

例 2：

2 年前に切除した乳癌の病歴がある患者。生検を伴う気管支鏡検査のために入院する。調査の結果、二次性肺癌と診断された。

主要病態：二次性肺癌

その他の病態：2 年前に切除した乳房の癌

処置：気管支鏡検査による生検

主要病態として「[2D70](#) 肺への悪性新生物転移」をコードする。別の病態として「[QC40.3](#) 乳房の悪性新生物の既往歴」をコードし、ステムコード「[2C6Z](#) 乳房の悪性新生物、詳細不明」をポストコーディネートすることにより、既往歴が、原発性乳がんに関連していることを明示する。[2.23.16 節「既往歴」と「家族歴」のコーディング](#) を参照。

主要病態：[2D70](#)、その他の病態：オプション 1、[QC40.3](#)；オプション 2、[QC40.3/2C6Z](#)

例 3：

患者は膀胱鏡検査による膀胱がんの再検査のために入院。患者は以前に切除された膀胱がんの病歴がある。再発は明らかでない。

主要病態：膀胱がん摘出の既往－膀胱鏡による経過観察検査のための入院

その他の病態：膀胱がんの既往

処置：膀胱鏡検査

主要病態として「[QA06](#) 悪性新生物の治療後の経過観察検査」をコードする。選択肢 1：「[QC40.5](#) 尿路の悪性新生物の既往歴」をコード。選択肢 2：別の病態として

「QC40.5 尿路の悪性新生物の既往歴」をコードし、ステムコード「2C94 膀胱の悪性新生物」ポストコーディネートすることにより、既往歴が膀胱がんに関連したものであることを明示する。2.23.16 節「既往歴」と「家族歴」のコーディングを参照。

主要病態：QA06、その他の病態：選択肢 1、QC40.5；選択肢 2、QC40.5/2C94.Z

複数の独立した原発性部位の悪性新生物

医療従事者が 2 つ以上の独立した原発性の悪性新生物を「主要病態」と記載しており、どちらが腫瘍とも言えないときには、「独立した（原発性）多部位の悪性新生物」のステムコード主要病態として使用される。医療従事者が記載した個々の悪性新生物は、それらをを特定したい場合にオプションとして「その他の病態」としてコードすることができる。個々の原発性悪性新生物の組織病理、部位などを特定する目的でエクステンションコードが使用される。

例 1：

患者は未知の原発性新生物による腹膜の癌腫症を患っている。

主要病態：腹膜の癌腫症

主要病態として「2D91 腹膜への悪性新生物転移」をコードする。その他の病態として「2D4Z 原発部位不明の詳細不明の悪性新生物」をコードする。

主要病態：2D91、その他の病態：2D4Z

例 2：

主要病態：多発性骨髄腫

その他の病態：前立腺原発性腺癌

主要病態として「2A83.1 形質細胞性骨髄腫」をコードする。その他の病態として「2C82.0 前立腺の腺癌」をコードする。

主要病態：2A83.1、その他の病態：2C82.0

診断名不明確又は部位不明の詳細不明の悪性新生物

このコードは、医療従事者が新生物の原発部位が不明である又は悪性度は詳細不明だが原発と推定されると明確に記載した場合にのみ使用することができる。

悪性新生物転移、部位不明

このコードは、医療従事者が、悪性腫瘍は「播種性転移」又は「転移性癌」（又はコードの包含用語に記載されている他の同様の用語）として記述しているが、具体的な部位が明らかでない場合にのみ、主要病態として使用することができる。

2.23.21.3 第 3 章：血液又は造血器官の疾患

本章に分類される特定の病態は、薬物又はその他の外因によることがある。23 章「傷病又は死亡の外因」のコードを任意の追加コードとして使用することができる。

例 1 :

トリメトプリムによる長期治療を受けている患者。トリメトプリム誘発性葉酸欠乏性貧血のために入院・治療された。

主要病態：トリメトプリム誘発性葉酸欠乏性貧血

主要病態として「[3A02.4](#) 薬物誘発性葉酸欠乏性貧血」にコードする。外因コード「[PL00](#) 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生物学的製剤」と、「[PL13.2](#) 損傷又は危害の様式としての正しい投与又は投与量を背景とした薬物関連損傷又は危害」でポストコーディネートする。エクステンションコード「[XM7NY9](#) トリメトプリム」は、薬物を特定するために任意で追加してもよい。

主要病態クラスター：[3A02.4/PL00&XM7NY9/PL13.2](#)

2.23.21.4 第 5 章：内分泌、栄養又は代謝疾患

本章に分類される特定の病態は、薬物又はその他の外因に起因する可能性がある。23 章「傷病又は死亡の外因」のコードは、任意の追加コードとして使用することができる。

糖尿病

医療従事者が病態を糖尿病によるものと記載した場合は、当該病態と糖尿病のステムコードをポストコーディネートする。複数の病態が糖尿病によるものとして記載されている場合、各クラスターで糖尿病コードを繰り返す場合であっても、各個別の臨床概念（各糖尿病が原因の病態）を個別にコードし、糖尿病ステムコードとポストコーディネートする。（以下の例 2 を参照する）。

例 1 :

主要病態：2 型糖尿病による腎不全

腎不全は糖尿病によるものと記載されている。したがって、「[GB6Z](#) 腎不全、詳細不明」に、ステムコード「[5A11](#) 2 型糖尿病」をポストコーディネートする。

主要病態クラスター：[GB6Z/5A11](#)

例 2 :

主要病態：糖尿病腎症を伴う 1 型糖尿病

その他の病態：糖尿病性白内障

主要病態として「[5A10](#) 1 型糖尿病」をコードし「[GB61.Z](#) 慢性腎臓病、ステージ不明」をポストコーディネートする。その他の病態として「[9B10.21](#) 糖尿病白内障」をコードし、ステムコード「[5A10](#) 1 型糖尿病」をポストコーディネートする。

主要病態クラスター：[5A10/GB61.Z](#)、その他の病態クラスター：[9B10.21/5A10](#)

カルチノイド症候群

このコードは、もしカルチノイド腫瘍が記載されたとしても、ケアのエピソードが主として内分泌症候群自体の治療に向けられていた場合以外は、主要病態の優先コードとして使用しない。

2.23.21.5 第 6 章：精神、行動又は神経発達 of 疾患群

認知症

認知症と記載されている場合は、常に基礎となる病因をコーディングする。

2.23.21.6 第 8 章：神経系の疾患

本章に分類される病態で、薬物又はその他の外因によることがある場合には、章 23 「疾病と死亡の原因」のコードは、任意の追加コードとして使用することができる。

脳血管疾患の後遺症

これらのコードは、残存病態の詳細が記載されている場合、「主要病態」の優先コードとして使用しないこと。2.23.18 節 続発症（後遺症）として記録された病態のコーディングを参照する。

麻痺症状

これらのコードは、その原因が記載されている場合、治療のエピソードが麻痺自体に対するものでない限り、主要病態の優先コードとして使用しない。

例 1：

患者は左側片麻痺で入院し、検査の結果、急性虚血性脳卒中が原因であると判断された。

主要病態：片麻痺を伴う急性虚血性脳卒中。

主要病態として「8B11.5 原因不明の虚血性脳卒中」をコードし、ステムコード「MB53.Z 片麻痺、詳細不明」をポストコーディネートする。「XK8G 左」を明示するために、任意のエクステンションコードを加えても良い。

主要病態クラスター：8B11.5/MB53.Z&XK8G

例 2：

3 年前の脳梗塞による左脚麻痺のためのリハビリテーション目的で入院。

主要病態：左脚麻痺

主要病態として「MB55.Z 下肢の単麻痺、詳細不明」をコードする。「XK8G 左」を明示するために、任意のエクステンションコードを加えても良い。ステムコード「8B25.0 脳梗塞の後遺症」をポストコーディネートする。

主要病態クラスター：MB55.Z&XK8G/8B25.0

2.23.21.7 第 9 章：視覚系の疾患

盲を含む視覚障害

これらのコードは、原因が記載されていても、ケアのエピソードが主に盲自体に関するものでない限り、主要病態の優先コードとして使用しない。

2.23.21.8 第 10 章：耳又は乳様突起の疾患

後天性聴覚障害

これらのコードは、原因が記録されていても、ケアのエピソードが主に難聴自体に関するものでない限り、単独で使用しない。

2.23.21.9 第 11 章：循環器系の疾患

二次性高血圧

このコードは、原因が記載されていても、主要病態の優先コードとして使用しないこと。原因をコードするにあたって、「二次性高血圧」は、それが治療の文脈に関連していることを示すための追加のコードとして（クラスター内で）使用される。

2.23.21.10 第 15 章：筋骨格系又は結合組織の疾患

多くの筋骨格系病態は、基礎疾患が不明なままで治療される。そのような場合、筋骨格系の病態のみがコードされる。

2.23.21.11 第 18 章：妊娠・分娩又は産褥

JA05 流産、異所性妊娠又は胎状奇胎後の合併症

これらのコードは、例えば以前の流産の合併症が現在もある場合のように、ケアの新しいエピソードが合併症の治療のためだけである場合以外は、主要病態の優先コードとして使用しない。これらのコードは、関連する合併症を特定し、合併症の詳細を記載するために、「流産の結果」コードとともにオプションの追加コードとして使用できる。

例 1：

主要病態：ショックを伴う卵管妊娠の破裂

専門科目：産婦人科

主要病態を「JA01.1 卵管妊娠」とコードする。ショックは卵管妊娠の合併症として記載されているため、「JA05.3 流産、異所性妊娠又は胎状奇胎後のショック」でポストコーディネートする。

主要病態クラスター：JA01.1/JA05.3

例 2：

患者は、以前のケアのエピソードで診断及び治療された自然流産後に子宮内膜炎と診断された。

主要病態:自然流産に続発する子宮内膜炎

専門科目:産婦人科

この例は、以前の自然流産に続発する、現在の病態の治療のみを目的とした新しいケアのエピソードを扱うものである。したがって、主要病態として「JA05.0 流産、異所性妊娠又は胎状奇胎後の生殖器又は骨盤内感染」とコードする。中絶は以前のケアのエピソード中に行われたため、他のコードは必要がない。

主要病態: JA05.0

分娩

「主要な病態」を記述するためのこれらのコードの使用は、記載されている唯一の情報が分娩の記述又は分娩方法である場合に限定されるべきである。これらのコードは、個別のデータ項目又は処置の分類によって分娩の方法又は型が示されていない場合に限り、分娩の方法又は型を示す、任意の追加コードとして使用することができる。

例 3:

患者は陣痛中に入院、合併症のない健康な新生児を分娩した。

主要病態: 正常分娩

その他の病態: -

処置: 自然経膈分娩

主要病態として「JB20.Z 単胎自然分娩、詳細不明」をコードする。

主要病態: JB20.Z

例 4:

帝王切開の既往歴がある患者が、分娩のために入院した。経膈分娩の試行は、活動期が停止しているため不成功で、予定外の再帝王切開が施行された。

主要病態: 分娩の試みの不成功、詳細不明

その他の病態: 二次性微弱陣痛

処置: 帝王切開

主要病態として「JB0D.8 試験分娩の不成功、詳細不明」をコードする。医療従事者が分娩の試みの不成功の原因を記録しているため、「JB02.1 続発性微弱陣痛」をポストコーディネートする。その他の病態として、分娩方法を示す JB22.Z をコードする。

主要病態クラスター: JB0D.8/JB02.1

その他の病態: JB22.Z

例 5:

双胎妊娠がわかっている患者が入院、2 人の健康な新生児を分娩した。

主要病態：多胎分娩、全児自然分娩

その他の病態：双胎、どちらも生存

処置：自然分娩

「JB24.0 多胎分娩、全児自然分娩」/「QA46.2」とコードする。

主要病態：JB24.0

その他の病態：QA46.2

例 6：

患者は妊娠 38 週で分娩のため入院。検査では、胎児心拍は検出されない。

主要病態：満期妊娠；死産

その他の病態：－

処置：自然分娩

「JA86.3 子宮内胎児死亡のための母体ケア」をコードする。その他の病態として、分娩の方法を示す「JB20.Z 単胎自然分娩、詳細不明」をコードする。

主要病態：JA86.3

その他の病態：JB20.Z

他に分類可能だが妊娠、分娩又は産褥に合併する特定の母体疾患

分類されるべき病態が、妊娠状態に合併したもの、妊娠により病態が重症化したもの、又は産科ケアが原因であると医療従事者により診断された場合は、この細分類項目を第 18 章「妊娠、分娩又は産褥」以外の項目より優先的に「主要病態」コードとして使用すべきである。他の章の関連するコードは、病態を明確にするために任意の追加コードとして使用することができる。ポストコーディネーションは、病態を特定するための追加コードが適用される場合に行う。

例 7：

患者は妊娠 28 週でトキソプラズマ症のため入院した。

主要病態：トキソプラズマ症

その他の病態：まだ分娩していない妊娠

主要病態として「JB63.6Z 妊娠、分娩又は産褥に合併する原虫症、詳細不明」をコードする。さらに、妊娠に合併する原虫疾患を明示するために「1F57.Z トキソプラズマ症、詳細不明」を任意にコードする。具体的な合併症を明示するための追加コードがコードされている場合、1F57.Z はステムコード JB63.6Z に詳細／特異性を加えているため、ポストコーディネーションが適用される。

主要病態クラスター：JB63.6Z/1F57.Z

2.23.21.12 第 21 章：症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの

この章の分類項目は、症状、徴候及び異常所見が、明らかにケアのエピソード中に治療又は検査された主要病態である場合以外は、「主要病態」コードとして使用すべきではない。この章のコードは、ケアのエピソード中に説明的な診断が下された場合に適用してはならない。

2.23.21.13 第 22 章：損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響

多発性の損傷が記載され、そのうちどれか 1 つを「主要病態」として選択できない場合は、多発性損傷の記載の為に用意された項目の 1 つにコードする。

- 同じ部位の同じ型
- 同じ部位の異なる型
- 異なる部位の同じ型

ついで、個々の損傷を説明するステムコードをポストコーディネートする。
以下の例外に注意が必要：

- 表在性損傷及び／又は開放創のみを伴う内部損傷については、「主要病態」として内部傷害をコードする。
- 関連する頭蓋内外傷を伴う頭蓋骨骨折又は顔面骨骨折については、「主要病態」として頭蓋内損傷にコードする。
- 頭蓋内出血で頭部のみに対するその他の損傷を伴うものについては、「主要病態」として頭蓋内出血にコードする。
- 同じ部位のみの開放創を伴う骨折については、「主要病態」として骨折にコードする。

多発性損傷の項目を使用する場合、個々の損傷は、同じクラスター内で追加コードとして使用される。

例 1：

患者は暴行により膀胱と尿道に損傷を負った。

主要病態：膀胱と尿道の損傷

その他の病態：－

主要病態として「NB92.8 骨盤臓器の多発性損傷」にコードする。さらに「NB92.2Z 膀胱損傷、詳細不明」及び「NB92.3Z 尿道損傷、詳細不明」のステムコードをポストコーディネートする。これらのコードは NB92.8 に詳細／特異性を付加するものである。

主要病態クラスター：NB92.8/NB92.2Z

例 2²⁰：

オートバイの運転手だった患者は、高速道路でコントロールを失い、衝突。検査の結

²⁰ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

果、小脳出血を伴う開放性頭蓋内創傷が明らかになった。

主要病態：小脳出血を伴う開放性頭蓋内創傷

その他の病態：－

主要病態として「NA07.82 外傷性小脳出血」にコードする。その他の病態として「NA07.Y その他の明示された頭蓋内損傷」をコードする。

2.23.21.14 第 23 章：傷病又は死亡の外因

これらのコードは、「主要病態」コードとして使用しない。これらは、22 章に分類される病態の外因を特定するための追加コードとして用いることを意図したものであり、また、その他の章に分類されるが外因も関与している病態に、任意の追加コードとして使用することもできる。

2.23.21.15 第 24 章：健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因

現在の疾病や創傷の治療や検査に関連しない医療エピソードもある（例：以前に治療された病態のモニタリング、予防接種、健康相談 など）。このような状況では、第 24 章「健康状態又は保健サービスへの接触に影響を与える要因」に主要病態のコードが存在する可能性がある。

2.23.22 補章 伝統医学の状態－モジュール 1 (TM1)

伝統医学 (TM) は、多くの国で提供されている医療サービスの不可欠な部分である。ICD に伝統医学の状態を含めることによる国際標準化により、測定、カウント、比較、質問の作成、及び経時的な使用の監視が可能になる。ICD-11 の伝統医学の疾病と証に関する補助章 (TM1) は、ICD の第 1～25 章の西洋医学の概念と組合せて使用するよう設計されている。

ICD 章の他のと同様に、TM1 章は伝統医学の状態の分類、診断、集計、伝達、比較のためのツールであり、伝統医学の安全性と有効性を評価するための研究と評価にも役立つ。この章は、伝統医学の実践や伝統医学の介入の有効性を判断又は推奨するものではない。

2.23.23 伝統医学での使用

地域、国内・国際レベルでの報告：

- 西洋医学と同じ方法で、疾病統計データ報告の目的ケアのエピソードにおける伝統医学の疾病や証を評価する。
- 西洋医学と伝統医学を併用して診療にあたる伝統医学医師によるケアのエピソードを評価する。
- 伝統医学サービスの利用の理由を記載し、定量化する。
- 伝統医学サービスにおける資源の使用のモニタリング

- 伝統医学サービスに関わる医師、コーディング担当者間の疾病・証の解釈の標準化

研究：

- 伝統医学介入の安全性と有効性に関するエビデンスに基づく研究の促進
- 伝統医学の枠組みの中での臨床研究を可能にし、西洋医学と伝統医学を融合させる
- 西洋医学の疾患と伝統医学の疾病と証の相互関係を理解する
- ICD-11 を各国の処置分類及び保健・医療関連行為に関する国際分類（仮訳）（ICHI）の TM コンポーネントと組合わせて使用することにより、特定の疾病及び証における治療パターン及びアウトカムを研究する。

ケースミックス診療報酬と保険：

- 中国、日本、韓国では、病院への診療報酬、医療保険請求、医療費計算定、既存の伝統医学の分類（西洋医学の概念の有無にかかわらず）を使用した先例がある。
- ICD-11 の章として伝統医学を取り入れることで、患者の病態（西洋医学と TM1 章における疾病及び証）及び合併症、併存症を記述する範囲がはるかに広がる。

ケアの質と安全：

- 西洋医学と伝統医学の間でケアの質と安全性を反映するコードの使用を標準化することで、伝統医学医がケアの質、安全性、有効性に関する情報を ICD-11 から得ることができるようになる。

教育：

- 診断の標準化に関する伝統医療実践者の教育
- ICD-11 データの適用と解釈に関する伝統医療医とコーディング担当者の教育。

電子カルテで使用する用語の標準化：

- より一貫性のある効率的なデータ記録と抽出を可能にする
- TM1 の疾病と証のコーディングにコンピューター支援が利用可能となる

2.23.24 伝統医学の状態コーディングの手引きーモジュール 1（TM1）

伝統医学章のコードは、地域の病院、入院診療や外来診療で活用できるが、死因の報告には使用しないこと。プライマリ・ケアにおけるコーディングにおいては、疾患や証が十分に発現していない可能性があるため、主要病態やその他の病態よりも受診の理由を特定するための使用がより現実的であるかもしれない。

一般原則：

- 退院抄録、病歴、身体検査、検査データ、治療、最終診断を含めて、診療記録のすべての部分を参照する。

- コーディングは、このエピソード中の治療への理由のみについてなされるべきであり、過去の病態が現在のケアに影響を与えない限り、患者の生涯歴全体を説明する必要はない。
- TM 病態の病因、病理、症状を表すコードを使用して、できるだけ具体的かつ明示的にすること。
- ICD の関連章のコードを使用して、診療記録に記載されている臨床的障害と照合する。
- 不明確な病態もコードする（明確に定義されていない、又は顕在化していないもの）。

ICD-11 における伝統医学の状態に関する補助章の包含は、TM の医療システムへの統合を促進することを目的としている。したがって、西洋医学の診断と伝統医学の診断を比較できるように、可能な限り、TM1 コードを他の ICD-11 章（01-25 章）のコードと組合わせて使用することが推奨される。

以下の汎用コーディング方式及び代替コーディングオプションが使用可能である。

1. 患者の要約と診療記録を読む。
2. 西洋医学の診断、TM1 疾病（TM1）及び／又は証（TM1）を選択し、コードする。

オプション	例	ICD-11 コーディング 例
a. 西洋医学診断のみ	喘息	CA23.32
b. 西洋医学診断と TM1 証	喘息 痰濁阻肺証（TM1）	CA23.32 SF86
c. 西洋医学診断と TM1 疾病	喘息 哮病（TM1）	CA23.32 SF81

TM 章からは複数の疾患（TM1）と複数の証（TM1）のコードを選択できる。

3. 西洋医学及び TM1 の項目について電子コーディングツール又は該当する索引用語を参照する。
4. 該当のコードについては、内容例示表を参照する。包含の注と除外の注に注意する。
5. 適切なコードを割り当て、そのコード固有のガイドラインに従う。

上記の一般的なコーディング手法と代替コーディングオプションを特定の臨床像に適用するには、規約、コーディング方法、及び国独自の特定の要件を考慮する必要がある。国固有の情報ニーズに応じて、追加のコーディングの取り決めが開発される場合がある（例：主要病態のコーディング、エクステンションコードの使用、新生物及び傷害のコーディング、慢性及び複雑な病態、無症候性又は体質的訴え、傷害及び有害事象の外因）。

2.24 一般的な統計の推奨事項

2.24.1 データ品質

高い品質を確保するためには、コードされたデータの品質を監視するプロセスを実装する必要がある。これを品質保証という。以下に、疾病及び死亡統計の品質保証の適用に関するいくつかの提案を挙げてある。基本的な原則として、データの収集と分析の責任者は、データの処理とコーディングのためのプロトコルの開発、及びそれらとクロス集計される他のデータ項目の決定に関与する必要がある。質の高いデータを収集するには、明確に設計されたワークフロー（レポート作成からコーディング、分析まで）と、関係者全員の適切なトレーニングが必要である。特に、すべての参加者は、プロセスとその中での自分の役割を理解する必要がある。ワークフローの基本的な段階は次のとおりである。

1. 記録文書作成：ここから情報が始まる。病態を特定し、死亡診断書、診療記録、又はその他の医療書類に、可能な限り最良のエビデンスに基づいて、完全かつ正確に記載されなければならない。このため、ワークフローのこの部分は、一般的に、熟練した医師が実施することが求められる。
2. 報告：記録された情報は、所管の組織により指定された様式で報告される必要がある。国又はデータ収集の状況によって、報告体制、期間、義務に違いが生じる場合がある。
3. 検証：不明瞭な情報、不完全又は非論理的な記述が報告された場合は、フィードバックループを使用し、診断者及び記録作成者へ照会する必要がある。
4. グループ化と分析：どちらも、多様なユースケースによって決定される方法でデータを集計するのに役立つ。ルールと制約は、分析の実施、結果報告、情報活用の際に、明確に理解、伝達される必要がある。

2.24.2 詳細さと診断名不明確なコード

報告される情報は、可能な限り最も詳細なレベルでコードする必要がある。場合によっては、詳細さがまばらであったり、記録が不完全であったり、些細な詳細しか報告されなかったりすることがある。ICD はこれらの場合に対応できる分類項目を備えているものの、そのような具体的ではない情報は、疫学的パターンの理解や医療システムの活用につながらず、疾患の予防にも役立たない。

2.24.3 人口の少ない場合の問題

人口の大きさは、住民の健康状態を、死亡と疾病の統計データを使って比較しようとする場合に考慮しなければならない因子の1つである。人口の少ない国では、多くの項目において、事象の年計は非常に少なく、特に年齢別、性別のデータで細分化した場合、年ごとに変動する可能性がある。これらの問題は、下記の基準の1つ以上を適用することにより、軽減させることができる。

- 章などの ICD 項目の広いグルーピングの使用又は表示

- 長期間にわたるデータの集計、例えば、該当する 1 年のデータとともに前年 2 年間のデータを取り、「移動平均」値を計算すること
- 可能な限り幅広い年齢階級を使用すること

人口の少ない国に適用するものはまた、人口のより多い国の再細区分についても一般的にあてはまる。人口の下位集団における健康問題の調査は、使用する分析の型について、それぞれの下位集団の大きさの影響を考慮しなければならない。この必要性は、標本調査を取り扱う場合、一般的に認められているが、国の人口の中の特定グループの問題に関する調査の場合、しばしば見落とされる。

2.24.4 「空欄」及び低頻度の欄

原因リストの種類に関係なく、統計表の 1 つ又はそれ以上の原因を記載すべき欄内に、何も記載がない場合がある。表に多数の空行がある場合は、公表する表からそのような行を除外することを考慮する必要がある。ある疾病が、ある国で、まれにしか発生しない場合は、公表統計表からその行を除外し、報告された期間に事例がなかったことを示す脚注を追加するか、又は突発的な事例が発生した場合には、どの欄に事例が表示される可能性があることを示すための注が必要である。

頻度が極端に低い項目の欄については、特に発生が予想できないような疾病に関連する欄は、事例が実際に存在し、コーディング又は処理エラーから発生したものではないということを確認することが重要である。このことは、全般的な情報の質管理の一部として実施すべきである。

2.24.5 製表用リストが小計を含む場合の注意

製表用リストの中の項目のうち、いくつかは実際には小計又は再掲の分類項目である場合、データを処理する人にとっては、それが必ずしも明らかではない場合がある。例えば、ブロックのタイトルと 4 桁分類項目のタイトル、又は章タイトルの項目が含まれる場合である（死因製表用リストの簡易版）。これらの項目は、合計を計算する場合は無視すべきであり、そうでなければ、重複計上されてしまう可能性がある。

2.24.6 倫理的側面

守秘義務とは、情報（もともと秘密裏に提供された第三者への情報）を開示しない義務を指す。この義務は、紀元前 4 世紀のヒポクラテスの誓いで成文化され、今でも医療倫理の中核的な原則の 1 つである。特定の個人を特定できる可能性のある情報は、閲覧を許可された者以外に開示されてはならない。承認とは、情報にアクセスすることを法的に許可されている個人への情報開示承認であり、例えば、医療スタッフ、検視官、コーディング担当者などが、機密情報を見る権限を与えられた人々である。

一般に、機密情報が一般に公開される唯一の方法は、法律、法令、規制を使用することである。機密情報は、一定の期間が経過すると公の記録になることがある。例え

ば、世界の一部の地域では、時間の経過により死亡診断書が公的記録となる可能性があるため、死亡診断書の機密保持義務は適用されなくなる。

機密情報の正式な提供者は、申請者が権限のあるユーザーであることを確認し、その権限のレベルを決定する必要がある。情報提供者は、許可されたユーザーの情報へのアクセス権のレベルを認識し、不正な開示を防ぐための適切な措置を講じる必要がある。許可されたユーザーは、取得が許可されていない情報へのアクセスを試みてはならない。さらに、ユーザーには、提供された情報への他者による不正アクセスの防御の義務が課せられる。つまり、ユーザーは機密情報とその情報の記録を、不正アクセスを防ぐ方法で保護する責任がある。機密情報は適切な目的にのみ使用し、必要に応じて返却する必要がある。国の法的枠組み、州及び地方の規制、及び機関のガイドラインは、主要な機密保持の方法に関する特定の規則と情報を提供する。

2.24.7 潜在的な危害の回避

守秘義務の違反により、直接的かつ重大な危害が生じる可能性がある。例えば、機密情報の開示は、個人に対するスティグマや差別につながる可能性がある。逆に、守秘義務を守らないことよりも、守秘義務を守ることの方が大きな被害をもたらす可能性がある。状況によっては、患者、死亡者、その他の関係者の利益に対する危害又は開示のバランスをはかることを含む判断が必要になる。守秘義務違反の結果として、身体的、社会的、心理的に「危害」を被る可能性がある。診断に関する秘密が破られると、患者は医師への信用・信頼を失い、患者は他の人から虐待を受けたり、特定の病態に伴うスティグマで苦しんだりする可能性がある。他の状況では、ある人の機密情報が非開示とされることにより、他の人々又は社会に危険な疾病を発症したり、有害な状況が招来される危険が生じる可能性がある。

これは極めて難しい問題であり、思慮深い方法でアプローチすることが求められる。前述したように、伝染性疾患の発生を報告する場合など、他人に機密情報を提供することが正当化される場合がある。このような場合、通常、機密情報の報告は許可される。これは、疾患の非開示が他者に大きな害を及ぼす可能性がある例である。

情報開示が必要な場合は、関係者と連絡を取り、その必要性を通知することが望ましい。場合によっては、これが不可能又は適切でない場合があり、その場合、ユーザーは法的、ないし組織のガイドラインにより保護される必要がある。特定の情報の開示によって、何らかの害が惹起されることを考慮する必要がある。特に機密性の高い情報としては、遺伝的障害や疾患の検査、伝染性疾患の発生、HIV 検査結果などがある。場合によっては、機密保持保証レベルを上げる必要があるとする要請がある場合がある。これらの特別な要求は、開示に関する法的要件に取って代わるものではないが、可能な限り尊重されるべきである。

2.24.8 プライバシー保護：守秘義務

プライバシーとは、どのような個人情報や決定を他者と共有するか、共有しないかについての個人の管理のことである。例えば、医師が患者を診察したり、患者と話したりする場合、患者が医師に与えた情報が他の人に聞こえないように、通常は非公開の場所で行われる。そうして、医師は患者にプライベートで診断を伝えることが可能

となる。情報は、患者の同意が得られている場合、又は法律又は法規で義務付けられている場合に共有できる。健康（及びその他の）データのプライバシーと機密性守秘は、通常、国内の法律及び規則により保障されている。

2.25 国際間比較の統計表に関する勧告

以下の推奨事項は、コードされたデータの表示を標準化して、国内又は国際的に異なる国又は地域間の比較を可能にすることを目的としている。

2.25.1 勧告された特定製表用リスト

ICD に従ってコードされた原因をリストする標準的な方法があり、国内及び国際比較に用いられる製表用リストに関する公式な勧告がある。その他の製表においては、ICD は階層的構造を持っているので、かなり柔軟にグループ化することが可能である。死亡統計のために、ICD には、4 桁分類項目が詳細すぎる状況を想定した特別な製表用リストが含まれており、異なる国で様々なグルーピングが行われることによって重要な疾患及び疾患グループの国際間比較が損なわれないように設計されている。

特定製表用リストは、コードされたデータの集計と報告作成のために設計されていることに注意が必要である。これらは、コーディングを目的としたものではない。

特別な製表用リストは次のとおりである。

- リスト 1 死亡製表用リスト
- リスト 2 疾病製表用リスト
- リスト 3 病院疾病製表用簡約リスト（ISHMT: International Shortlist for Hospital Morbidity）
- リスト 4 病原体別感染症簡約リスト
- リスト 5 持続可能な開発目標（SDGs）
- リスト 6 WHO 口頭解剖リスト

死亡リストは、原死因に割り当てられたコードに基づいている。

疾病リストには、伝統医学の状態のコードは含まれていない。

接頭辞による特定製表用リストの識別

ICD の 4 桁コードは 2 番目の位置に文字があるのと同様に、特定製表用リストの間での混乱を避けるために、項目番号の先頭に接頭辞（数字）を用いている。国又は地域的な集計の目的で別のリストが使用される場合、識別のために他の接頭辞を使用しなければならない。

死亡の特定製表用リスト

死亡製表リストには、ICD 章ごとに項目が用意され、また、ほとんどの章では、残余項目を「その他の～」という項目で示すことで、各章の全疾患がカバーされている。このリストには、死亡の報告・公表に適用される、ICD の 4 桁コードがすべて含まれる。

死亡の各国独自リスト

ほとんどの国では、死亡製表用リストは、最も重要な疾病及び死亡の外因についての情報源となっている。これらのリストはまた、保健プログラムが効果を現す際に、時系列の比較や、例えば感染症や変性疾患に対する、相対的頻度の経時的変化の観察を容易にする役割を果たす。これらのリストを使用することにより、国内の地域及び人口の小集団の間の比較が可能となり、さらに、死因の国際間比較が意味のあるものとなる。

特定製表用リストに類似したリストを国内使用のために作成することもできる。このようなリストでは、ICD 項目をいかようにも選択及びグループ化することが可能である。例えば、多くの地域保健プログラムでは、死亡の観点から、あるいは疾病の観点からも、その進捗状況を把握するために、特定リストが必要となるかもしれない。特定製表用リストを国内での需要に適応させる場合や、新規又は特別なプロジェクトのために製表用リストを考案する場合は、各 4 桁分類項目に分類される症例数を数えるテストの実施が有用である。それにより、どの病態を広くグループ化するのが適当であるか、またどこで細分類項目が必要となる可能性があるかを決定することができる。

国内用リストを構築する際は、簡約リストの分類項目に対する鍵となる項目は、コア分類と同じ 4 桁（又は 5 桁）コードが含まれている必要がある。

疾病の特定製表用リスト

疾病の特定製表用リストは、国内用リスト及び国内及び国際間比較のための基礎として作られている。国内用リストは、コア分類を必要に応じて集約、又は拡張して作ることができる。このリストは、入院患者のケアに関するデータに適しており、適切に適応すれば、外来診療や調査など、他の情報源からの情報にも適している（特に、いくつかの項目集約と、第 21 章「症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの」及び第 24 章「健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因」に関連した項目の拡張により）。

国内用リストが作られた場合、簡約化された分類項目について鍵となるものは、コア分類の 4 桁コード（又は 5 桁コード）を含んでいるべきである。このリストは、病院の疾病統計の国際間比較のために設計されている。この簡約リストにより、医療システムとは無関係に、病院の活動を比較することができる。病態は、少なくとも入院 24 時間の間に常に治療できるように選択されている。ICD の 4 桁分類項目の頻度を調べた結果、リストを拡張する必要がある場合は、ICD 分類項目のうちのいくつかの項目は、コア分類又は同様に 5 桁レベルを用いて細分割することができる。勧告されたリストが細かすぎるか、より短いリストが必要な場合は、国内又は地域保健上の関心事を考慮して、項目の選択を行うことができる。その国の「疫学的状況」によって、リストを短くするために、分類項目を結合する場合もある。

2.25.2 国際疾病統計報告

国際的な疾病統計の報告と異なる国間のデータの比較には、次の事項に対する国際的に合意された定義が必要である。

- 入院患者、日帰り入院患者、外来患者
- 病院
- 治療エピソード
- 診断の代わりに使用される理由

詳細については、[1.4 節](#)を参照。

2.25.2.1 ポストコーディネーションのための最小データセットとマークアップ

国際間比較に適した最小データセットには、年齢、性別、主要診断（退院時に決定された入院の理由）、及び医療部門（病院、開業医、その他）が含まれ、理想的には、これらの定義の併記と主要な介入が含まれる。拡張データセットでは、追加の診断と介入が別々のデータフィールドに報告されるのが理想的である。クラスター内のポストコーディネーションコードの国際報告のマークアップは、以下の仕様に従う。

- スラッシュ「/」は2つのステムコードを区切る
- 「&」はステムコードとエクステンションコードを結合する
- クラスターには、単一コードで構成されるものと、1つの病態に詳細が追加されて1つのクラスターを構成しているものとがある。
- ステムコード&エクステンションコード&エクステンションコード、と1つのステムコードに複数のエクステンションコードが付くこともある。

2つの無関係な病態は2つのクラスターとなる：

- ステムコード - ステムコード

複数のコードを持つ2つのクラスター：

- ステムコード&エクステンションコード/ステムコード&エクステンションコード
&エクステンションコード

例 1：

「糖尿病」/「糖尿病性網膜症」

例 2：

「前腕の多発性骨折」/「尺骨骨幹部骨折」&「複雑骨折」/「橈骨骨幹部骨折」&
「複雑骨折」/「外因コード」

2.25.3 統計表の表示

原因、性別、年齢、及び地理的領域によるクロス（交差）分類の詳細度は、統計の目的及び範囲、並びにそれらの製表についての実際的制約の両方に依存する。下記の国際間の互換性を促進するために設計された様式は、様々な特性を表現する標準的な方法を示している。公表される統計表（例えば、年齢階級別表）で異なる分類が使用されている場合、それを勧告されたグループ分けの1つにまとめられるようにすべきである。

(a) ICD による分析は、適宜、下記によるべきである：

- 4 桁分類項目の詳細リスト、5 桁細分類項目を伴うもの又は伴わないもの
- 死亡の特定製表用リスト
- 疾病の特定製表用リスト

(b) 一般用途の年齢分類：

- 1 歳未満、1～4 歳、5～84 歳の 5 階級、85 歳以上、95 歳以上
- 1 歳未満、1～4 歳、5～14 歳、15～24 歳、25～34 歳、35～44 歳、45～54 歳、55～64 歳、65～74 歳、75 歳以上
- 1 歳未満、1～14 歳、15～44 歳、45～64 歳、65 歳以上

(c) 地域による分類は、適宜、以下に従うべきである：

- 各主要国内区分
- 各都市又は人口 100 万人以上の集合都市、そうでなければ、少なくとも人口 10 万人の最大の都市
- 人口 10 万人以上の都市部の国内的集合
- 人口 10 万人未満の都市部の国内的集合
- 農村部の国内的集合

注 1. (c) に関する統計には、都市部と農村部を決定するために使用される定義を含めるべきである。

注 2. 死因の医学的診断書（死亡診断書）が不完全又は一部地域に限られている国の場合は、医学的に証明されていない死亡の数値は、別途公表すべきである。

2.25.3.1 死因の製表

特定の地域についての死因の統計は、上記勧告「統計表」(a) (1) に従うか、それが不可能な場合は勧告「統計表」(a) (2) に従うべきである。

死亡は、勧告「統計表」(b) (3) にあるような、性及び年齢階級別に分類することが望ましい。

勧告「統計表」(c) における地域に対する死因の統計は、勧告「統計表」(a) (2) 又は、これが不可能な場合は勧告「統計表」(a) (3) に従うべきである。これらは、勧告「統計表」(b) (2) にあるような、性別と年齢階級別に製表することが望ましい。

2.25.3.2 損傷死亡

損傷死亡は、伝統的に以下によって引き起こされる損傷を区別する。

- 対人暴力と性的虐待
- 戦争、市民蜂起、暴動などの集団的暴力
- 交通事象
- 家庭内、職場、スポーツやその他の余暇活動中の出来事

死亡については、WHO は主体となる損傷と外因の両方のコードを保持することを推奨している。これが不可能な場合でも、外因コードは保持する必要がある。ICD-11 では、損傷関連死亡については、外因コードが、単一原死因コードであり、不慮か故意か、機序、損傷を与えた物を単一コードに盛り込む。発生場所と活動は別個にコードする。

2.25.4 周産期死亡及び新生児期死亡に関連する基準及び報告要件

2.25.4.1 周産期及び新生児死亡における用語

周産期（perinatal period）は、妊娠満 22 週に始まり、出生後満 7 日未満で終わる。すなわち出生後 0～6 日を含む。

新生児期（neonatal period）は出生に始まり、出生後満 28 日未満で終わる。すなわち出生後 0～27 日を含む。

妊娠期間（gestational age）とは、最良の産科推定に基づいて推定される妊娠の期間であり、通常、完了週数プラス追加日数、又は完了日数で表される。

妊娠の最良産科推定（best obstetric estimate of gestation）は、出産に立ち会った者（birth attendant）の最終推定値に基づいており、妊娠初日からの経過時間から計算される。妊娠初日は通常、以下によって決定される。

1. 最終月経（LMP）の初日：早期超音波検査で確認された場合
2. 早期超音波検査結果による：LMP と早期超音波結果が異なる場合
3. LMP 及び／又は臨床的出生後推定による：早期超音波検査が利用できない場合

生殖補助医療においては、胚移植の日付がわかっている場合、在胎週数の計算に 14 日の相殺値が追加される。

妊娠期間は暦日で計算され、ゼロ日（0 日）は妊娠の最初の暦日を指し、1 日は 2 番目の暦日を指す。妊娠の最初の日、つまり 0 日は、妊娠期間の「満 0 週」と追加の日数が 0 日（妊娠期間満 0+0 週）に相当し、6 日後は妊娠期間満 0+6 週となる。

- 満週数は、妊娠初日からの日数を 7 で割ったものとして計算され、整数週に余り日数加えた値で表される。例えば、妊娠 8 日は満 1+1 週、252 日は満 36+0 週、その 6 日後（258 日）は満 36+6 週になる。

出生時体重（birthweight）は、出生後最初に測定された胎児又は新生児の体重である。出生時体重は、出生後の体重減少が顕著になる前の生後 1 時間以内に測定することが望ましい。

暦年齢（chronological age）は、新生児期の死亡記録に用いられ、以下のように数えられる：0 日は、生後 24 時間内の死亡を指す。1 日は、暦日 2 日目（死亡日=生年月日+1）のうち、最初の 24 時間以降である。2 日は暦日 3 日目（死亡日=生年月日+2）である。

死亡時刻に関する情報を取得することが不可能な場合は、0 日を暦上の生年月日（生年月日が死亡日と等しい）とみなし、その後、死亡日=死亡年月日-生年月日とみなす。

2.25.4.2 周産期及び新生児死亡における定義

胎児死亡、自然流産、死産、出生時死亡、新生児死亡

周産期又は新生児期の死亡は、分娩時（すなわち、母体からの完全な排出又は摘出）を基本に扱われるべきであるが、子宮内で早期に診断されることもある。胚又は胎児の分娩は、自然に、補助により、又は帝王切開によって行われる可能性がある（すなわち、生児分娩をもたらすことを目的とした内科的又は外科的手段による、進行中の妊娠の意図的な中断が含まれる）が、人工妊娠中絶とは明確に区別されるべきである。

- **胎児死亡** (fetal death) とは、妊娠期間にかかわりなく、母体から完全に排出又は摘出される前の胎児の死亡である。
- **自然流産** (spontaneous abortion) (単に**流産** (miscarriage) と呼ばれる) は、妊娠満 22 週前に妊娠中断（胚又は胎児の喪失）である。
- **死産** (stillbirth) とは、妊娠満 22 週以上で胎児を完全に排出又は摘出される前に死亡した後の、母体から胎児の完全な排出又は摘出することである。
- **出生** (live birth) とは、妊娠期間にかかわりなく、胎児が母体からの完全に排出又は娩出されることであり、娩出の後、児の生命の兆候が見られる。
- **新生児死亡** (neonatal death) とは、新生児期に発生する生児分娩後の死亡のことである。

胚又は胎児の死亡は、子宮内で心音の欠如によって診断され、可能な場合は画像診断により確認される。また母体からの完全な分離後、児に生命の徴候がないことにより診断される場合もある。出生時の生命の兆候には、呼吸、心拍、臍帯の脈動及び随意筋の明確な動きが含まれ、臍帯が切断されているかどうか又は胎盤が付着しているかどうかは問われない。出生直後にのみ観察される瞬時反射は、生命の徴候とみなされない。

国内及び国際的な報告に関する注 (2.25.4.5 節も参照) :

- 胎児死亡又は自然流産の定義及び報告基準は、各国の法律によって異なる場合がある（一般的に医学的に認められている胎生期は 12 週目までであるが、国によっては 11 週又は 13 週と法的に規定されている。下限を設ける場合は、作成した統計表に明示する必要がある。
- 報告基準は各国の法律によって異なるとしても、すべての胎児死亡と出生後の死亡については統計を取ることが推奨される。
- 国際統計においては、妊娠満 28 週以上の死産（後期死産）と、出生後のすべての死亡を報告することが勧告されている。妊娠満 22 週以上の死産（早期死産）を報告が得られる国では、これらの報告が推奨されている。
- 自然流産や死産での妊娠期間に関する情報が入手できない場合は、500 グラム未満の出生体重を基準とする。

妊娠の人工中絶

- 妊娠の人工中絶 (Artificial termination of pregnancy) とは、内科的又は外科的手段によって進行中の妊娠を意図的に中断した後、母体から胚又は胎児を（妊娠期間にかかわりなく）完全に排出又は摘出することである。

進行中の妊娠の人工中絶は法律で規制されており、合法的な中絶、堕胎、胎児減数、又はその他の用語で呼ばれることがある。妊娠の人工中絶の定義を満たしている限り、自然流産や死産とは別個に考え、統計で明確に区別する必要がある。

妊娠期間後期に人為的に妊娠を中絶した後、一過性の生命の兆候が見られることがあるが、これらは決して自然流産や生児出生としてコードされるべきではない。

2.25.4.3 周産期又は新生児死亡の記録及び表示に用いられるその他の用語

胎児死亡（妊娠期間にかかわらず、下限を設ける場合は注記する必要がある）

- 分娩前胎児死亡（Antepartum fetal death）は、陣痛開始前の胎児死亡である。陣痛開始時の胎児の生命状態が不明な場合、分娩時に浸軟（maceration）の兆候がある場合は、分娩前であったと考える。
- 分娩中胎児死亡（Intrapartum fetal death）は、分娩中の胎児死亡である。陣痛開始時の胎児の生命状態が不明な場合は、分娩時に新鮮な皮膚の外観、又は浸軟の兆候がない場合は、分娩中であったと考える。

死産（すなわち、満 22 週以上）

- 早期死産（Early stillbirth）とは、妊娠満 22～27 週における死産である。
- 後期死産（Late stillbirth）とは、妊娠満 28 週以降における死産である。
- 分娩前死産（Antepartum stillbirth）は、分娩前胎児死亡後（陣痛開始前に発生）の死産である。
- 分娩中死産（Intrapartum stillbirth）は、分娩中胎児死亡後（分娩中に発生）の死産である。
- 浸軟死産（Macerated stillbirth）は、分娩時に浸軟（maceration）の兆候がある死産である。
- 新鮮死産（Fresh stillbirth）は、新鮮な皮膚の外観を持ち、分娩時に浸軟（maceration）の兆候がない死産である。

妊娠期間（Period of gestation）

- 早期（Preterm）とは、妊娠期間満 37 週（259 日）未満のことである。
- 正期（Term）とは、妊娠期間満 37 週から満 42 週未満（259 日から 293 日）のことである。
- 過期（Post-term）とは、妊娠期間満 42 週以上（294 日以上）のことである。

出生時体重

- 超低出生体重児（Extremely low birthweight）とは、1000 グラム未満（999 グラムまで、999 グラムを含む）の出生体重児である。
- 極低出生体重児（Very low birthweight）とは、1500 グラム未満（1499 グラムまで、1499 グラムを含む）の出生体重児である。
- 低出生体重児（Low birthweight）とは、2500 グラム未満（2499 グラムまで、1499 グラムを含む）の出生体重児である。
- 巨大児（Large birthweight）とは、4000 グラム以上 4500 グラム未満（4499 グラムまで）の出生体重児である。

- **超巨大児**（Exceptionally large birthweight）とは 4500 グラム以上の出生体重児である。

新生児死亡

- **早期新生児早亡**（early neonatal death）とは、出生から生後満 7 日の期間（日齢 0～6 日）の死亡である
- **新生児死亡**（neonatal death）とは、生後満 28 日の期間（日齢 0～27 日）の死亡である

総出生数

- **総出生**（Total birth）は、死産と出生の合計である。死産の下限が 22 週と異なる場合、例えば国際報告では 28 週と定められている場合は、その旨を明記すべきである。

2.25.4.4 新生児期の死産及び出生の認定

小児の死亡推定の信頼性は、出生と死亡の記録と報告の精度、完成度に依存する。死亡診断書は、児の死亡が自然発生か故意にかかわらず、すべての胎児死亡、及び出生後のすべての新生児死亡について発行されるべきである。

過少報告や誤分類は、特に死産や新生児の早期死亡でよく見られる。各国は、統計における事象とその包含の基準が容易に特定できるように、登録と報告の手順を整備すべきである。

死産登録の要件を満たす胎児死亡のデータは、死亡統計に含めるべきであるが、出生後の新生児死亡と明確に区別されるべきである。死亡診断書の記載が、死産又は出生後の新生児死亡であるかが明確でない場合は [2.25.4.5 節](#) の指示に従って詳細を確認する。

人工妊娠中絶も死亡統計に含めるべきであるが、自然流産や死産と明確に区別されるべきである。

死因の診断書の国際書式と追加の詳細

2016 年に国際死亡診断書が改正され、死産を含むすべてのケースに 1 つの診断書のみを使用することになった（[2.15 節](#) 参照）。周産期死亡については、規定の欄に正しく記入するよう、注意する必要がある。以前に勧告された周産期死亡診断書は、[2.15 節](#) の様式に置き換え、周産期死亡は一般的な死因コーディングの指示に従ってコードする必要がある。

ICD-11 コーディングでは求められていないが、[2.15 節](#) に記載されている追加情報は、国又は地域の周産期及び乳児死亡のモニタリングに有用である可能性がある。

記録の詳細レベル

妊娠期間と出生時体重は、すべての出生と死産について、これらが測定可能な精度で記録する必要がある。

妊娠期間は、最低でも満週数で記録する必要がある、可能ならば、満日数が把握できる追加の変数も含めるのが望ましい。

統計表には出生時体重 500 グラム毎の分類が含まれているものがあるが、出生時体重はこのように分類・記録してはならない。体重は、実際に測定された精度の範囲で記録されるべきである。

生後 24 時間内（日齢 0 日）の死亡の暦年齢は、生存期間を分又は時間単位で記録しなければならない。第 2 日（日齢 1 日）、第 3 日（日齢 2 日）及び満 27 日までの死亡日は日単位で記録する。これらのデータは、最小限の周産期データセットの一部として収集されることが推奨されている。

2.25.4.5 胎児死亡、死産及び出生に関する報告基準

最低でも、妊娠満 22 週（≥154 日）以後の死産と出生後死亡はすべて、統計に含める必要があるが、登録の法的要件は各国の法律によって異なる場合がある。

妊娠期間の情報が入手できない場合は、対応する出生体重の基準（500 グラムかソレ以上）を使用する。

妊娠期間と出生体重が不明な場合、例えば、頭踵長又は身体検査に基づく推定妊娠期間のみが利用可能な場合、ないしはそのような情報が全く無い場合も、事例を周産期死亡統計から除外するのではなく、含める必要がある。

妊娠満 22 週未満（又は 500g 未満）での胎児死亡及び／又は新生児死亡を周産期統計に含む場合、これらは妊娠 22 週以上の死産及び／又は新生児死亡とは別に提示されるべきであり、周産期統計における包含の下限を記載すべきである。例えば、「妊娠満 20 週」とか「妊娠期間の下限なし」などである。

なお、上記の報告基準は、妊娠期間に関係なく定義される人工妊娠中絶には適用されず、胎児死亡、死産、生児分娩と分けて提示されるべきである。

国際報告の基準

国際間比較の統計では、胎児死亡と超未熟児を包含すると、比較の有効性が損なわれるため、勧められない。したがって、死産及び／又は新生児死亡の国際報告の基準は、満 28 週を基準とし、各国は可能であれば、満 22 週又はそれ以上のデータを提供することが奨励されている。

表 1

在胎週数（満週数）	出生時体重（グラム）	データ登録に関する推奨事項
<22 週（妊娠超初期）	<500	新生児死亡の国内統計にのみ必要である。自然流産（流産）に使用する場合は、周産期の統計とは別に報告し、データ収集に際しての妊娠期間の下限を記載する必要がある。
22-27 週（妊娠初期）	500 以上	国内統計、及び妊娠初期死亡（死産及び新生児死亡）の報告が可能な国の国際統計
28 週以上（妊娠後期）	1000 以上	死産・新生児死亡の国際統計に適用
妊娠週数不明	出生体重不明	死産又は新生児死亡が所定の基準に合致する可能性が高い場合のみ統計に含める（国際統計の場合は 28 週以上）。

2.25.4.6 周産期、新生児、乳児又は5歳未満児死亡の統計表示

周産期死亡の統計については、報告されたすべての病態に対して、総力をあげた多重原因分析に最大の価値がある。

各国は、国際間比較のために以下の比及び率を提供する必要がある。

- 後期死産率 = (妊娠期間 28 週以上の死産数 / 総出生数 (妊娠期間 28 週以上の死産数 + 出生数)) × 1000
- 早期新生児死亡率 = (妊娠 28 週以上の新生児早期死亡 (日齢 0-6) 数 / 妊娠 28 週以上の出生数) × 1000
- 周産期死亡率 = (妊娠 28 週以上の死産数 + 早期新生児死亡 (日齢 0-6 日) 数 / 総出生数 (妊娠 28 週以上の死産数 + 出生数)) × 1000

22 週未満の胎児死亡、死産及び新生児死亡統計の在妊娠期間のグループ化

満 22 週未満 (<154 日) : 22 週未満の分類項目を使用する場合は、それに含まれる下限を特定する必要がある

満 22 - 27 週 (154 - <196 日)

満 28 - 31 週 (196 - 223 日)

満 32 - 36 週 (224 - 258 日)

満 37 - 41 週 (259 - 293 日)

満 42 週以上 (294 日以上)

22 週未満の胎児死亡、死産、新生児死亡統計の出生体重グループ化

重量 500 グラム単位で区分、すなわち 1000~1499 グラムなど。

499 グラム以下、500~999 グラム、1000~1499 グラム、1500~1999 グラム、2000~2499 グラム、2500~2999 グラム、3000~3499 グラム、3500~3999 グラム、4000~4499 グラム、4500~4999 グラム、5000 グラム以上

新生児死亡統計における日齢グループ化

- 望ましいグルーピング :
生後 1 週間は各日 (24 時間未満 (日齢 0 日)、1、2、3、4、5、6 日)、7-13 日、14-20 日、21-27 日
- 上記の代替法 :
24 時間未満、1~6 日、7~27 日、7 日未満、7~27 日
- 日齢 0 の新生児死亡の年齢層の追加 :
1 時間未満、1~11 時間、12~23 時間

2.25.4.7 5 歳未満死亡 (Under-five mortality)

5 歳未満死亡 (5 歳未満死亡率 : 出生からちょうど 5 歳までの間に死亡する確率で、出生 1,000 人あたりで表される) は、各国の小児の健康レベル、生活の質、医療インフラ、及び全体的な発展の先行指標である。また、SDGs の指標でもある。

2.25.4.8 乳児死亡（Infant mortality）

乳児死亡（乳児死亡率：出生からちょうど1歳までの間に死亡する確率で、出生1,000人あたりに表される）は、小児保健、生活の質と医療インフラ、及び一般的な国の発展段階の主要な指標である。

2.25.5 妊産婦死亡に関する基準及び報告要件

妊産婦死亡は、持続可能な開発目標（SDG）の評価の一部であり、この分野における国際社会の共同作業の影響を監視するのに役立つ。

2.25.5.1 妊産婦〈母体〉死亡（Maternal death）

妊産婦死亡とは、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡と定義され、妊娠の期間と部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した、又はそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものは除く。

2.25.5.2 後期妊産婦〈母体〉死亡（Late maternal death）

後期妊産婦〈母体〉死亡とは、妊娠終了後満42日以後1年未満における、直接的又は間接産科的原因による女性の死亡をいう。

2.25.5.3 総合妊産婦〈母体〉死亡（Comprehensive maternal death）

妊産婦〈母体〉死亡と後期妊産婦〈母体〉死亡をあわせたもの。

2.25.5.4 直接及び間接産科的死亡

妊産婦〈母体〉死亡、後期妊産婦〈母体〉死亡、及び総合妊産婦〈母体〉死亡は、下記の2群に分類する。

- 直接産科的死亡（Direct obstetric deaths）：妊娠時（妊娠、分娩及び産褥）の産科的合併症、関与〈介入〉、義務の怠慢、不適切な処置又は上記のいずれかの結果から発生した一連の事象の結果として生じた死亡をいう。
- 間接産科的死亡（Indirect obstetric deaths）：妊娠前から存在した疾患又は妊娠中に発症した疾患による死亡であって、直接産科的原因によるものではないが、妊娠の生理的作用によって悪化したものである。

2.25.5.5 妊娠、分娩中及び産褥の期間中の死亡

妊娠、分娩、産褥の期間中に生じる死亡（Death occurring during pregnancy, childbirth and puerperium）は、次のとおり定義される：死因（直接及び間接産科的並びに産科的以外の死亡）に関係なく、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡

2.25.5.6 妊産婦〈母体〉死亡の記録

妊産婦〈母体〉死亡の資料の向上と、妊娠中及び妊娠に関連した資料収集の選択法を提供し、さらに妊娠終了後 42 日を超えて発生した産科的原因による死亡の記録を症例するために、1990 年の第 43 回世界保健総会は、各国が現在の妊娠と死亡前 1 年以内の妊娠に関する質問を死亡診断書に取り入れることを考慮することに関する勧告を採択した。

また、妊娠終了後 1 年以上経過した死亡「JB62 産科的原因の続発症による死亡」の記録も可能である。

2.25.5.7 妊産婦〈母体〉死亡の国際報告

妊産婦〈母体〉死亡の国際的報告の目的のためには、その死亡の記録が国内の分析の目的に有用であったとしても、基準期間の 42 日の終了以前に発生した妊産婦〈母体〉死亡のみを種々の比及び率の算出に含めるべきである。

2.25.5.8 公表妊産婦〈母体〉死亡の分子、分母及び比

公表される妊産婦〈母体〉死亡比には、記録された直接産科的死亡数、又は記録された産科的死亡数（直接及び間接）として記載される分子を常に指定する必要がある。注：第 18 章にコードされていないケースも分子に含める必要がある。これらには、第 18 章の冒頭の「除外」で提示された分類項目が含まれるが、妊娠によって悪化したか、逆に妊娠を悪化させた場合に限る。

妊産婦〈母体〉死亡率の算定に用いる分母には、出生数か総出生数（出生及び胎児死亡の合計）のいずれかを使用する。両方の分母が利用可能な場合は、双方の算出を公表しなければならない。

成績は、分母に対する分子の比に k を乗じて表す（k は国によって選択、表示され、1000、1 万、又は 10 万となる）。妊産婦〈母体〉死亡比及び率は次のように表される。

1. 妊産婦死亡率（Maternal mortality ratio）
＝（妊産婦死亡数）／出生数又は総出産数）x k
2. 直接産科的死亡率（Direct obstetric mortality ratio）
＝（直接産科的死亡数のみ／出生数又は総出産数）x k
3. 妊娠・分娩及び産褥期死亡率
＝（妊娠・分娩・産褥の期間中に生じる死亡数／出生数）x k

3. 第3部－ICD-11の新機能

3.1 ICD-11 の新しい慣例と用語

表 1：ICD-10 から ICD-11 の変更点（その理由を含む）

ICD-10	ICD-11
コード体系	
章番号はローマ数字	章番号はアラビア数字
3 桁の分類項目があり、各分類項目はさらに最大で 10 個の 4 桁の細分類項目に分けることができる。	ステムコード（分類項目）は 4 桁で、細分類項目は 2 段階ある。
英数字のコードで、1 桁目が文字、2 桁目、3 桁目、4 桁目が数字。4 桁目は小数点の後に続く。	ICD-10 のコードと区別するために、2 番目に文字、3 番目に数字を持つ英数字コードとした。3 桁目に必ず数字を入れることで、「好ましくない単語」を綴ることを防いでいる。文字を 2 桁目に入れることで、ICD-11 のコードと ICD-10 のコードを明確に区別することができる。英数字コードは、1A00.00 から ZZ9Z.ZZ までの範囲となる。「X」で始まるコードは、エクステンションコードを示す（エクステンションコードの章を参照）。文字「O」と「I」は、数字「0」と「1」と間違わないように使用されない。
コードの 1 桁目は文字であり、章番号と関連しない。コードの 1 桁目の文字は、2 つの短い章（例：第 VII 章（H00-H59）と第 VIII 章（H60-H95））で同じ文字が使われる場合もあれば、1 つの長い章（例：第 XIX 章（S00-T98）で 2 つの異なる文字が使われる場合もある。	コードの 1 桁目は、常に章と関連する。第 1 章から第 9 章までは数字の 1～9、第 10 章から第 26 章まではアルファベットが最初の文字に使われる。1 つの章内のコードは、常に同じ文字が最初の位置にある。例えば、「1A00」は第 1 章のコードで、「BA00」は第 11 章のコードである。
数字「.8」で表される残りの分類項目と数字「.9」で表される詳細不明の分類項目がある。	最後の桁の「Y」は残りの分類項目「その他の明示された」、「Z」は残りの分類項目「詳細不明」に指定されている。
ICD-10 では、クラスターコードの概念は存在しない。	ICD-11 は、ポストコーディネーションとクラスターコード用の連結をサポートしている。
用語の解説	
病態間の因果関係を項目名の中で表記するために、様々な表現が使用される。	2 つの病態が言及され、因果関係が存在する分類項目では、「～による」（due to）の用語が好ましい。他の用語、例えば「～が原因」（caused by）、「～に起因する」（attributed to）は同義語として認められる場合がある。「～に続発する～」（secondary to）の表現も同様であり、同義語として含めることが

	できる。
2 つの病態の併発を項目名の中で示す一連の表現（例：「～における」(in) 又は「～を伴うもの」(with)）。	2 つの病態が言及され、因果関係が示唆されない分類項目は「～を伴う」(associated with) の用語が好ましい。

剣印・星印システム及び追加の細分類

	ICD-10	ICD-11
剣印・星印システム	ICD-10（及び ICD-9）では、剣印・星印システムで、一次コード作成のための病因（剣印コード）と臨床症状、関連部位、その他の側面（星印コード）を記述していた。さらに、詳細を追加するために使用するコードのセット（例：B95-B97）や、分類項目に解剖学的な詳細を追加するための細分類のリストがあった。	星印コード（すなわち症状発現に関するコード）及び詳細を追加する役割を果たす他のコードの ICD-11 への対応は、第 21 章「症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの」、第 X 章「エクステンションコード」又は身体系の章に適宜記載されている場合がある。エクステンションコードの章には、解剖学、病原体、組織病理学、その他の要素が分類されており、コードに詳細な情報を付加するために使うことができる。
1 つの病態に対して複数のコードを使用する／細分類を追加する	複数の分類項目を使用することで、別の分類項目をより詳細に指定することができる。例えば、病原体（B95-B97）、星印コードなど。	ポストコーディネーション—記録された臨床概念を完全に記述するために複数のコード（すなわち、ステムコード及び／又はエクステンションコード）を一緒に使用する。
「～もコードする」の指示	「～の分類が必要な場合は、追加コードを使用する」の注を記載して、任意のコーディングが可能であることを示した。	「～もコードする」(Code also) の指示は、一次コード作成との関連で、特定の分類項目と一緒にコードする必要がある追加情報を示すものである。

剣印・星印システムは ICD-11 で廃止となったが、病態の原因と症状発現をコーディングする機能は残している。以前は疾患の症状発現を特定するために使用されていた多くの星印コードは、現在では第 21 章「症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの」に掲載されている。また、星印コードの一部は、対応する身体系の章にも存在する。剣印コードの繰り返しである星印コードは削除された。解剖学的詳細を任意でコーディングするためのリストは、第 X 章「エクステンションコード」の 1 つのセクションにまとめられた。

その他の一般的な違い

	ICD-11
分類項目説明	ICD-11 のすべての分類項目には、短い説明文と長い説明文がある。短い説明文は、100 語以内で分類項目の意味を説明し、分類の印刷版に掲載される。長い説明文は、長さに制限がなく、コンテンツモデルに表示される詳細な情報を含む。
コンテンツモデル	すべての ICD-11 分類項目には、解剖学、病因、その他の側面に関する個別の情報が含まれており、検索目的又は ICD-11 MMS の内容例示表を調べる際に利用することが可能である。

ICD-10 の特定統計分類用リストは引き続き存在するが、スタートアップ死因リスト（Startup Mortality List）（SMoL）及び口頭剖検（verbal autopsy）のためのリストの 2 つが追加された。さらに、マルチプル・ペアレンティングの新機能を使って特定統計分類用リストを作成することもできる。例えば、WHO への報告が義務づけられているすべての疾病は、感染症の章の関連するセクションから病態をリストアップしている。

疾病については、主病名の定義が「入院終了時の評価後の入院理由」に変更された。この定義は解釈の余地がより少なく、ICD-10 を使用して「医療資源を最も投入した傷病名」の定義から「入院終了時の入院理由」に切り替えた国々では活動統計にわずかな変化しか認められなかったことが報告されている。

3.1.1 短い説明文

説明文は、特定の病態の短い記述（最大 100 ワード）であり、その記述内容はその疾病又は病態に関して必ず正しい事柄を記述し、その分類項目の範囲を理解できるようにするものである。説明文には、レベル 3（一般疫学）で使用される要素や、レベル 4（臨床基準）で正しいとされる情報は含まれない。説明文は、以前に「短い説明文」と呼ばれていたものである。

3.1.2 追加情報

この文字欄は必須ではないが、その項目に含まれる疾病又は病態に関する、又はそれを特徴づける、追加情報などが記載される欄である。追加情報はその項目の背景となる情報を提供する。例えば、最も一般的な疫学的状況、推定又は強く疑われる病原体、又はその他の情報であり、それらは常に正しいとは限らないが、一般的もしくは典型的又は想定される例などである。追加情報は、以前に「長い説明文」と呼ばれていたものである。

3.1.3 コード構成

ICD-11 のコードは英数字で、その範囲は 1A00.00 から ZZ9Z.ZZ までである。「X」で始まるコードは、エクステンションコードを示す（「エクステンションコード」を参照）。3 桁目に強制的に数字を入れることで、「不適切な単語」が生じることを防いでいる。2 桁目に文字があることで、ICD-11 のコードと ICD-10 のコードを明確に区別することができる。詳細は [1.2.4.1 節「コード体系」](#) を参照されたい。

3.2 ICD-11 の章構成

国際的な中核となる参照リニアライゼーションは、「ICD-11 死亡・疾病統計用分類」（ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics）（ICD-11MMS）である。これは、国際比較のために疾患や死因のコーディング及び報告に使用される。このリニアライゼーションの名称が示すように、ICD-11 死亡・疾病統計用分類には 2 つの主要なユースケースがある。この中核となるリニアライゼーションは 28 章に分かれており、そのうち 25 章は過去の ICD 改訂版と同様に健康状態に言及し、1 章は疾病及び死亡の外因を特定するために使用され、もう 1 章は伝統医学の概念を含んでいる。最後に、任意で利用できる 2 つの追加セクションがある。1 つは、解剖学的特徴、入院時の病態、家族歴に関連する疾患など、疾患の様々な側面についてより詳細な情報を追加するエクステンションコード（「エクステンションコード」の節を参照）である。もう 1 つは、高度な分類機能を持つ ICF 生活機能領域を使用して ICD で評価及び採点するための一連のコードを提供する生活機能評価（3.2.27 節「第 V 章—生活機能評価に関する補助章」参照）である。

ICD-11 では、新たに 5 つの章が設けられた。それに伴い、各章の番号が変更された。新しい章は以下のとおり以下のとおりである。

- 第 3 章「血液又は造血器の疾患」及び第 4 章「免疫系の疾患」。免疫系に影響を及ぼす疾患と血液に影響を及ぼす疾患は、現在では 2 つの章に分けられている。
- 第 7 章「睡眠・覚醒障害群」。睡眠・覚醒障害をこの新しい章に再編成した。
- 第 17 章「性の健康に関連する状態群」。性関連の病態をこの新しい章にまとめた。
- 第 26 章「補章 伝統医学の状態—モジュール 1」。伝統医学の章が追加された。
- 以下、26 章ごとの編成の原則と分類構造（階層構造）の概要を説明する。ICD-11 の新たな構造と機能は、科学的な最新情報を取り入れ、分類をより電子化に適したものにした結果である。

3.2.1 第 1 章—特定の感染症又は寄生虫症

第 1 章の構成

3.2.1.1 第 1 章—第 1 章の構成

この章では、まず感染症を臨床症候群別に分類し、次にその他の感染症を感染様式別に分類し、さらに残りの感染症を病原体別に分類している。公衆衛生上重大な懸念のある病態も同じレベルでリストアップされている。この章に記載されている病態の変異型の疾患で、時として限局性感染として発症するものは、この章を主たる章としてこの章に分類した。主に限局性感染症で、その病原体が不明であるか、関連性がない場合又は混合病因が関わる場合、その感染症は臓器別の章に分類されている。頻度の高い感染病原体は、それを限局性感染症の下に個別の子項目として記載している場合もある。特定の感染症では、それを感染症の章と特定の臓器の章に等しく分類できる可能性のあるものが存在する。その場合、変更の最も少ない決定（ICD-10 からのレガシー）が選択された。また、一部のグループは、しばしば不確かな情報が報告され

る感染症にも対応できるように設計されている。これは、例えば、髄膜炎、脳炎、呼吸器感染等である。

特定統計分類用リストは病原体別に感染症を分類している。特定統計分類用リストは、特定統計分類及び報告用に限定して使用することが意図されている。

3.2.1.2 第1章－第1章の根拠

第1章の構成の目的は、主要感染症の縦断統計への影響を最小限にするためであり、特定の病原体に言及することなく、共通の主症状（下痢など）を持つ主な感染症を報告できるようにするためである。インフルエンザに関しては、明らかに気道に影響するが、身体の数部位に影響を及ぼし、重大な公衆衛生問題でもある。そのため、感染症の章に移動した。プリオン病は感染性、遺伝性又は孤発発症する場合がある。その影響は神経系に限定される稀な病態である。その多くは遺伝する。特定の遺伝子の存在がプリオン病発症の前提条件になっている。以上の事実から、プリオン病を1つのグループにまとめ、そのグループ全体を神経系の章に移す決定がなされた。

3.2.1.3 抗微生物薬耐性

ICDの中で抗微生物薬耐性（AMR）に関連する部分は、世界抗微生物薬耐性監視システム（Global Antimicrobial Resistance Surveillance System）を支援するために設計されている。優先的な病原体を、現在関連が認められている抗微生物薬と組み合わせで分類している。抗微生物薬耐性のセクションは、上記以外の物質及び薬剤の組合せをクラスターコードとしてポストコーディネーションできる記録できるように設計されている。抗微生物薬耐性（AMR）のセクションは、第21章「症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの」の中に位置し、そのため、基礎疾患又は物質・薬剤が必ず抗微生物薬耐性（AMR）の分類項目とともにコーディングされる。ICD及び世界抗微生物薬耐性監視システムは、特定の病原体及び物質・薬剤の組合せの追跡に焦点を当てている。一方、ICDの設計では、必要であれば、抗菌剤に対する感受性パターンをすべてコーディングすることが可能である。統計分類においては、抗微生物薬耐性（AMR）コードを感染症と合わせて報告するべきである。いずれか1つしか報告できない場合は、感染症を報告するべきである。一方、国レベルでは、各感染症及びその感染症症例数に対する抗微生物薬耐性（AMR）症例数を集計するべきである。

3.2.2 第2章－新生物

3.2.2.1 第2章－第2章の構成

第2章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第1レベル－性状
- 第2レベル－部位又は系の大まかな分類
- 第3レベル－部位の具体的な分類
- 第4レベル－形態学的（組織病理学的）種類

上記の階層構造の例外として、以下の3つのグループが存在する。それらは：

1. 脳及び中枢神経系の新生物
 - 第1レベル－部位の大まかな分類
 - 第2レベル－性状－形態学的（組織病理学的）種類
2. 造血組織及びリンパ組織の新生物
 - 第1レベル－形態学的（組織病理学的）種類の大まかな分類
 - 第2レベル－形態学的（組織病理学的）種類の具体的な分類
3. 悪性間葉系新生物
 - 第1レベル－形態学的（組織病理学的）種類の具体的な分類
 - 第2レベル－部位

3.2.2.2 第2章－第2章の根拠

悪性及び良性腫瘍を部位別に限って分類すると、腫瘍の影響を受ける人々の予防、治療、予後に限られた情報しか提供できないことが、腫瘍学の進歩により明らかになった。ICD-10では、組織病理学に基づく分類項目の数は限られていた（例：一部のリンパ性新生物、黒色腫等）。

ICD-11では、主要な腫瘍部位の細区分をまず組織病理学とした。グループの選択は、国際的な死因疾病報告、がん登録、臨床報告の分析を基に行った。再設計されたセクションを見直し、ICDの各ユースケースとの関連で見落とされている詳細がないか確認した。

主な解剖学の軸を維持したことで、後方互換性を確保した。ただし、構成の調整を数か所で行い、TNM分類（<https://www.uicc.org/resources/tnm>）の解剖学的細区分と整合させた。

中枢神経系の腫瘍に関しては、良性と悪性を組織病理学及び性状から、明瞭に区別することは困難である。そのため、中枢神経系の腫瘍についてすべて性状を基にした基本的枠組みから外し、1つのグループにまとめる決定がなされた。

遺伝的マーカーの分野は急速に変化している。一部の腫瘍ではそのようなマーカーが長年使われているが、そうではない腫瘍もある。したがって、造血器腫瘍を除いて、遺伝的マーカーは採用せず、分類には使用しなかった。しかしながら、遺伝的マーカーは「エクステンションコード」のセクションに分類されており、新生物の章からの関連コードにポストコーディネーションとして付加し、関連する腫瘍を完全に記述することができる。

3.2.3 第3章－血液又は造血器の疾患

3.2.3.1 第3章－第3章の構成

この新しい章（以前までICD-10の第III章の一部を構成していたもの）は、以下の3つのセクションに分かれる。

- ・貧血又はその他の赤血球障害
- ・凝固欠損、紫斑病若しくはその他の出血性又は関連状態
- ・脾疾患

造血組織及びリンパ組織の新生物は第2章「新生物」を主たる章として分類され、血液若しくは造血器又は免疫系の症状、徴候又は臨床所見は第21章を主たる章として分類されている。

最初の2つのセクションの階層構造は以下のとおりである。

- 第1レベルー貧血及び凝固障害
- 第2レベルー疾患／障害の種類の大まかな分類
- 第3レベルー先天性と後天性
- 第4レベルー疾患／障害の種類の詳細な分類

3つ目のセクションの階層構造は以下のとおりである。

- 第1レベルー脾疾患
- 第2レベルー先天性と後天性
- 第3レベルー疾患／障害の種類の詳細な分類

3.2.3.2 第3章ー第3章の根拠

第3章では、章が再編成され、臨床の観点からの血液疾患、病因の観点からの血液疾患、そして脾疾患に分けられた。貧血はすべて1つのグループにまとめられ、「凝固欠損、紫斑病若しくはその他の出血性又は関連状態」は別のグループに編成された。

3.2.4 第4章ー免疫系の疾患

3.2.4.1 第4章ー第4章の構成

この新しい章（以前まで ICD-10 の第 III 章の一部を構成していたもの）は、以下のセクションに分かれる。

免疫不全症

臓器非特異的全身性障害

- 第1レベルー上記の主要グループ
- 第2レベルー疾患／障害の種類の大まかな分類
- 第3レベルー疾患／障害の種類の詳細な分類
- 第4レベルー疾患／障害の種類の詳細な分類

- 第1レベルー自己炎症性疾患
- 第2レベルー具体的な症候群

- 第1レベルーアレルギー性又は過敏性の状態
- 第2レベルー身体系の大まかな分類

- 第1レベルー免疫系に影響を及ぼす特定の障害の分類
- 第2レベルー疾患／障害の種類の詳細な分類

第3レベルー疾患／障害の種類の更に詳細な分類

胸腺の疾患

第2レベルー疾患／障害の種類の具体的な分類

3.2.4.2 第4章ー第4章の根拠

第4章では、以前までICD-10の第III章に位置していた免疫疾患のセクションとは異なる、新しい免疫疾患のセクションが増設された。免疫系に関しては、主に臨床症候群別に分類を行っているが、別の視点から免疫系の病態を細胞株別にも記載した。アレルギー性又は過敏性の病態のセクションもこの章に加えた。全体的に、より詳細な情報をこの章に付加した。

3.2.5 第5章ー内分泌、栄養又は代謝疾患

3.2.5.1 第5章ー第5章の構成

第5章は主に4つのセクションに分けられる。

1. 内分泌疾患
第2レベルー腺又はホルモン系の具体的な分類
第3レベルー疾患／障害の具体的な分類
2. 栄養障害
第2レベルー疾患／障害の大まかな分類
第3レベルー疾患／障害の具体的な分類
3. 代謝障害
第2レベルー疾患／障害の大まかな分類
第3レベルー疾患／障害の具体的な分類
4. 処置後内分泌又は代謝障害
第2レベルー疾患／障害の具体的な分類

「内分泌系の新生物」は第2章「新生物」を主たる章として位置づけられ、「内分泌、栄養又は代謝性疾患の症状、徴候又は臨床所見」は第21章を主たる章として位置づけられている。

3.2.5.2 第5章ー第5章の根拠

内分泌疾患用語の国際標準化が進んでおり、内分泌系の病態の複雑な様相を説明するのに使用されている。その目的は、特定の内分泌障害を引き起こすあらゆる機能障害を包含することである。

「糖尿病」及び「境界型高血糖」は拡張され、現在の国際用語を反映させた。糖尿病としばしば関連づけられる合併症をこれまでと同様にICDに分類し、様々な臨床的修正に合わせて身体系の章に記載した。「～もコーディングする」及び「追加のコードを使用する」の注釈を記載して糖尿病の種類と様々な合併症とを連結できるように

し、コードを付加して病態を更に特定できるようにし、より具体的なコードを追加できるようになった。

このセクションの変更点は、現行の WHO 糖尿病及び境界型高血糖分類（WHO Classification of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia）（2011 年）及び WHO 慢性疾患・健康増進部（Department of Chronic Diseases, Health Promotion, WHO）に基づいている。

WHO 健康・発達のための栄養部（WHO Department of Nutrition for Health and Development）は、栄養ガイダンス専門家諮問グループ（Nutrition Guidance Expert Advisory Group）（NUGAG）の助言を受けて「栄養障害」セクションの修正を提案し、このセクションの更新を行った。代謝疾患の関連国際学会の臨床的な助言を受け、代謝障害は病因を基にした分類となり、次の 3 つの明確に異なるグループに分けられた。すなわち、「先天性代謝異常」、「代謝産物の吸収又は輸送の障害」、「体液、電解質又は酸塩基平衡の障害」である。

3.2.6 第 6 章－精神、行動又は神経発達の疾患群

3.2.6.1 第 6 章－第 6 章の構成

第 6 章の階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－疾患群の種類の大きな分類
- 第 2 レベル－疾患の種類の具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患の種類の更に詳細な分類

3.2.6.2 第 6 章－第 6 章の根拠

ICD-11 で提案されている「精神、行動又は神経発達の疾患群」章の全体の線形構造については、2007 年に精神保健分野障害専門部会（Topic Disorders Advisory Group for Mental Health）が最初に指定されて以来、同部会で実質的で包括的な議論の的となるとともに、出版されたばかりの『精神疾患の診断・統計マニュアル改訂第 5 版』（Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）（DSM-5）（参考文献 1）との関連で、アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association）とも相当な関わり合いがあった。

精神及び行動の疾患群の診断分類の適切な構築は、第 11 回改訂の過程を通して大きな注目を集めた課題であった（例えば、参考文献 2～4）。ICD-11 の原則の 1 つが、「神経症」のような構成概念や予測的妥当性に乏しい旧式の概念よりも、疾患群間の関係性において現在の科学的エビデンスを反映させるべきというものである（参考文献 5）。さらに、WHO 精神保健・薬物乱用部（WHO Department of Mental Health and Substance Abuse）の今回の改訂の主な目標の 1 つが、ICD-11 のこの章の臨床上の有用性を高めるというものである（参考文献 6、7）。ICD-11 は、十進法と異なるコーディング構成を使用しており、1 つの章の中に多数の中間分類項目又はグループを設置することが可能なため、疾患のグループ表示のあり方として、分類を現在の研究及び臨床実践に即したものにすると重要な機会がもたらされた。

ICD-11 の精神及び行動の疾患群の線形構造の根拠及びエビデンスとして 3 つの作業の流れ挙げることができる。

ICD-11 精神、行動又は神経発達の疾患群のための作業部会によるエビデンスの確認

最初の作業が、専門部会に提出する 14 の作業部会によるエビデンスの確認の成果に関わるものであり、各作業部会は 2 年以上の期間に複数回の対面会議を実施した。作業部会への要請は、世界中の様々な臨床現場における分類の使用に関する科学的エビデンス及びその他の情報をレビューすることと、分類項目群並びに分類項目群の中の個別の分類項目の内容及び配置についてエビデンス及び根拠を提供することであった。この作業の成果として、査読付き雑誌に出版又は投稿されたほとんどの疾患の分類項目群の根拠を示す文書が作成された（参考文献 8～15）。紙面が限られているため、1 つ 1 つの構造上の変更点の基となった根拠及びエビデンスをここで詳細に記述することはできないが、個別の決定に関連する情報は、要請があれば、作業部会が作成した資料に基づいて提供することができる。

線形構造の臨床的有用性に関する形式的実地調査

精神及び行動の疾患群の線形構造に関わる 2 つ目の作業は臨床的有用性に焦点を当てたものであり、この作業を代表するのが WHO 及び専門部会の指揮下に置かれたフィールドスタディー調整グループ（Field Study Coordination Group）が実施した 2 つの形式的実地調査であった（参考文献 16、17）。この調査の目的は、世界各地の精神医療従事者が認識する精神疾患の関係性についての概念構成を調査し、それを分類構造に関する決定に活かすことであった。臨床的有用性の観点から、また特に保健医療情報と臨床実践との接点を改善するとの観点からは、分類編成上、最も重要で求められることは、（a）臨床医が接する患者を最も正確に表現する分類項目を可能な限り、迅速に、簡単に、直感的に臨床医が見つけられるようにし、（b）そのようにして得られた診断項目により、治療及び管理に臨床医に提供されることである。臨床現場での導入が困難で扱いにくく、臨床家にとって価値のある情報をすぐに提供してくれないような精神疾患分類であれば、それが実際の医療現場において診療レベルで正しく導入されることは期待できない。そのような場合、分類が本来備えている、概念及び分類項目の標準化及び運用によって臨床診療が方向づけられることもなく、臨床診療の改善及び結果の評価における重要な機会が損なわれてしまう。そして、診療レベルで臨床的有用性が劣る診断システムが、保健プログラムや政策、世界保健統計のための合理的な基盤を提供できるような診療データを生じさせることはあり得ない。この 2 つの調査の根拠としては、もし臨床医の日常的に接する精神障害の分類を概念化する方法が、（a）国、言語、分野を超えて一貫性があり、（b）ICD-10 の構築のあり方と異なるのであれば、この情報を使って臨床医の認識する分類項目の関係性に近い精神疾患分類を作ることができ、したがって実際の医療現場で、より直感的で効率的に使用できる精神疾患分類になるというものである。

最初の形式的実地調査（参考文献 17）はインターネット調査で、英語及びスペイン語で実施し、64 か国から 1371 名の精神科医及び心理学者が参加した。次の形式的実地調査（参考文献 16）は対面で実施し、8 か国、5 言語、517 名の精神医療従事者により、標準化された並び替えと階層形成の課題を対面式で実施した。2 つの調査の結果、精神疾患に関する臨床医の概念構成は、職種、言語、国の所得水準の枠を超えて

合理的で極めて安定していることが分かった。また、2つの調査の結果、ICD-11の精神及び行動の疾患群の構造として提案されているものは、ICD-10又はDSM-IVのいずれの構造よりも臨床医の概念モデルと一致していることが分かった。さらに、2つ目の調査の結果、臨床医は、ICD-10にあったようなグループ数は少ないが、階層構造が多くなる分類よりも、グループ数は多いがより「横並び」的な構造を好むことも明確に示された。

DSM-5 との整合性

3つ目の作業は、ICD-11の精神及び行動の疾患群の章の構造を、DSM-5の構造と可能な限り調和させる努力に関するものであった。全体として、DSM-5（参考文献1）の全体的な構造とICD-11の精神及び行動の疾患群のために提案された線形構造との間で高い水準で近似しており、これはICDとDSMを調和させる作業の大きな成果となった。比較的些末な相違点は主に以下の点に関するものである。

1. 睡眠障害群、性機能不全群等の病態の「器質的」側面と「非器質的」な側面の分類をICD-11では別の章にまとめ、現在のエビデンス及び臨床実践とより一致させる提案がなされたが、このような措置は本質的に精神疾患の分類であるDSM-5では選択肢にはなり得なかった。
2. ICD-11の残余の分類項目及びICD-11の他の基礎疾患に関連する精神疾患に関わる慣例と、DSM-5におけるそのような分類項目の編成に関わる決定の相違。2つの分類の全体的な構造に関する残りの実質的な少数の相違点の根拠に関する追加情報は、要請に応じて入手可能である。強調されなければならないのは、結果として得られたこの2つのシステムの編成における類似性は、数年間に及ぶ複雑な交渉の成果であったことである。DSM-5がすでに出版されていることを考えると、ICD-11の構造を更に変更すれば、ICD-11とDSM-5との類似性や調和性は、ほぼ確実に低下することになるであろう。

参考文献

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, 39, 1993–2000.
3. Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2099–2103.
4. Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? *Psychological Medicine*, 39, 2083–2089.
5. Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179.
6. Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457–464.

7. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011) . A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86–92.
8. Al-Adawi, S., Baks, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A.M., Hay, P., Monteleone, P., et al. (2013) . Revision of ICD- status update on feeding and eating disorders. *Advances in Eating Disorders*, 1, 10-20.
9. Creed, F., & Gureje, O. (2012) . Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 24, 556-567.
10. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012) . Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, 568-577.
11. Gaebel, W. (2012) . The status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 895-898.
12. Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., et al (2013) . Diagnosis off classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198-206.
13. Maj M., & Reed, G.M. (Eds.) (2012) . The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry*, 11 (Suppl. 1) .
14. Poznyak, V., Reed, G.M., & Clark, N. (2011) . Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-5. *Addiction*, 106, 868-870.
15. Rutter, M.C. (2011) . Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 647-660.
16. Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et al. (2013) . Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1191-1212.
17. Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., et al. (2012) . A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24, 578-590.

3.2.7 第7章－睡眠・覚醒障害群

3.2.7.1 第7章－第7章の構成

第7章はICD-11の新しい章の1つである。この章は、以前は呼吸器系、神経系、精神及び行動の障害の章に位置していた睡眠・覚醒障害を包含する。これらの障害を1つの章にまとめることで、多くの睡眠関連障害について、より詳細な情報を付加できるようになった。階層構造は以下のとおりである。

- 第1レベル－疾患／障害の種類の大きな分類
- 第2レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類
- 第3レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

3.2.7.2 第7章－第7章の根拠

睡眠・覚醒障害群は精神保健、神経障害、肺の病態に部分的に重複する領域に関係するため、それを1つの章にまとめる決定がなされた。

3.2.8 第8章－神経系の疾患

3.2.8.1 第8章－第8章の構成

第1レベル－疾患、障害、部位の混在、またその両方の組合せ
第2レベル－疾患、障害及び場合によっては部位の具体的な細分類項目の混在

3.2.8.2 第8章－第8章の根拠

ICD-11で見られる大きな変更の1つが神経系の章を構成する中間分類項目の編成に関わるものである。ICD-10の十進数を使ったコーディング体系は制約的であり、その収容は章ごとに11の障害の中間分類項目しか設置できず、その結果、論理的にそぐわない雑多な神経系の病態が同じ中間分類項目の中に入れられた。「挿間性及び発作性障害」の中間分類項目がその一例であり、その中に頭痛障害、てんかん、一過性脳虚血発作、睡眠障害が分類されていた。ICD-11では、頭痛性疾患、てんかん、脳血管障害を中間分類項目レベルで、睡眠障害を章レベル（第7章）で位置づけることになった。

神経系の章の構造が変わっただけでなく、最新の臨床実践と神経系疾患の理解の進歩が統合された分類方法になった。ICD-10が公開されて以来、遺伝学、分子生物学、医療技術の各分野で大きな進歩が見られた。神経学の知識における近年の進歩を考えるとコード数の増加は必然であり、したがって、包括性、臨床的有用性、公衆衛生アプローチの維持の間で均衡を取ることが目的となった。作業部会はこの課題に取り組むにあたって、より一般的な疾患を章に掲載し、これらの疾患のあまり一般的でない病因学的変異を「二重コーディング」手法の対象とすることで対応した。知識の進歩を示す大きな変更点の1つが、「神経系の腫瘍随伴性又は自己免疫疾患」と題した中間分類項目の追加である。この中間分類項目には免疫介在性神経系疾患が含まれるが、この分野の知識は近年、爆発的に進歩した。最新版が分子生物学の進歩を反映していることの2つ目の例は、稀な疾患であるにも関わらず、プリオン病を中間分類項目に格上げしたことである。以前まで、プリオン病は中枢神経系の感染症の中間分類項目の一部を占めていたにすぎないが、1990年代に起こった欧州での重大な公衆衛生上の問題を受けて研究への関心が高まり、プリオン病の亜種が新たに発見されるに至った。

1990年代以降、世界では高齢者人口が大きく増加している。神経認知障害は重大な公衆衛生上の問題であることが宣言され、その原因及び神経薬理学の研究が急拡大した。ICD-11の神経認知障害の中間分類項目はこの分野における理解の進歩を反映している。

最後に、特筆に値する変更点として、「その他の神経系の障害」の中間分類項目が挙げられる。この中間分類項目が用いられるのは、神経系の他の中間分類項目から「溢れ出た」ものや、他に分類されないものとして判断された障害を捕捉するため

ある。ICD-10 では、前述の十進数を使ったコーディング体系のため、この中間分類項目は疾患を不整合な形でまとめたものであった。現在、この中間分類項目は大幅に縮小された。それは、神経系の章の新しい構造が合理化されたためであり、かつて ICD-10 の「神経系のその他の障害」セクションに分類されていた障害が新たな中間分類項目となったのである。これらの新しい中間分類項目には、「意識障害」、「髄液圧又は髄液量の障害」、「自律神経系の障害」、「神経系の栄養障害又は中毒性障害」、「外傷を除く脊髄疾患」が含まれる。これらが中間分類項目に格上げされたことによって、コーディングの実践にプラスの効果があることを期待したい。

神経学分野別専門部会（Neurology Topic Advisory）が直面した作業を複雑にする課題の 1 つが、神経学的発現又は表現型を持つ障害を、他の章又は神経系の章の中の中の間分類項目の中にあるそれらの病因と結びつける必要であった。その例は無数にあるが、この関係性の一例として神経筋接合部のミトコンドリア障害を挙げることができる。この病態は、「神経系の章」及び「内分泌、栄養又は代謝疾患」の章の両方に連結させなければならなかった。

3.2.9 第 9 章－視覚系の疾患

3.2.9.1 第 9 章－第 9 章の構成

第 9 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－解剖学の大まかな分類
- 第 2 レベル－解剖学の具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類の大まかな分類
- 第 4 レベル－疾患／障害の種類のに詳細な分類

3.2.10 第 10 章－耳又は乳様突起の疾患

3.2.10.1 第 10 章－第 10 章の構成

第 10 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－解剖学の大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類に具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類のに詳細な分類

3.2.11 第 11 章－循環器系の疾患

3.2.11.1 第 11 章－第 11 章の構成

第 11 章には、2 つの主な階層構造がある。

- 第 1 レベル－疾患／障害の大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類に具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類のに詳細な分類

又は

- 第 1 レベルー解剖学の大まかな分類
- 第 2 レベルー解剖学の種類の具体的な分類
- 第 3 レベルー疾患／障害の種類の具体的な分類

3.2.11.2 第 11 章ー第 11 章の根拠

心血管疾患の臨床実践及び管理においては、ICD-10 が 20 年以上前に公開されてから大規模な変化が見られている。ICD-11 に取り入れられたこの章の変更点はそのような変化及び疾患像の変遷、治療後の生存率の改善を反映している。その結果、ICD-11 の中の疾患数が大幅に増え、分類階層が新しくなり、最新の用語体系が導入された。例えば、心臓弁膜症の発生率については、発展途上国では未だにリウマチ熱が重要であるが、先進国ではリウマチ熱の影響はもはや小さくなく、診断の視点は、弁の種類、弁の病態、そして病因の順に変わってきている。

ICD-10 で以前「その他の型の心疾患」（I30-I52）に分類されていた多くの項目は、今日の心臓病学において重要な臨床課題となり、新たに個別に高次の分類項目を作る必要が出てきた。2 つの例を以下に挙げる。

- 「心筋の疾患」並びにその中の「心筋炎」及び「心筋症」の広範な細分類項目。
- 心臓不整脈には、「遺伝性障害に関連する不整脈」及び「ペースメーカー又は植込型除細動器又はリードの機能障害」の大きな細分類項目が新設され、この 2 つの項目は臨床実践の中で益々重要な分野になっている。このセクションの変更点に関しては、小児先天性電気生理学学会（Paediatric & Congenital Electrophysiology Society）及び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）からの大きな貢献及び支持があった。

ICD 改訂において臨床主導型に変更され、主に非循環器科医が扱っていた分野はより適切な章に移されることになった。そのため、「脳血管疾患」は第 8 章「神経系の疾患」に分類し直され、「食道静脈瘤」は「消化器系の疾患」（第 13 章）に移された。

「肺性心又は肺循環の疾患」のセクションの中の新しい細分類項目である「肺高血症」は、2013 年にフランスのニースで開催された第 5 回ワールドシンポジウムの結果として発表された改訂版肺高血圧症臨床分類（Updated Clinical Classification of Pulmonary Hypertension）を基にしている。

「処置後障害」のセクションが著しく拡張されているが、これは過去 20 年間に心血管術後の生存率が高まったことを反映しており、術後罹病及び疾患特有の合併症を患う患者数の増加が認識されたものである。

第 20 章「発生異常」に分類されている「心臓又は大血管の先天異常並びに関連する後天異常」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）（<http://www.ipccc.net>）がこの 10 年に渡って開発してきた国際小児先天性心疾患コード（International Paediatric and Congenital Cardiac Code: IPCCC）に基づいている。その結

果、ICD-10 の Q20-Q29 の中の循環器系先天奇形の 73 の項目は、臨床実践で見られる心臓の形成異常の多様な異質性を正確にまとめたものとして、316 の診断名まで拡大した。また、先天性心疾患の解剖学的及び臨床分類（Anatomic and Clinical Classification of Congenital Heart Defects: ACC-CHD）並びにそれに対応する IPCCC 及び ICD-10 のコードも参照した。

3.2.12 第 12 章－呼吸器系の疾患

3.2.12.1 第 12 章－第 12 章の構成

第 12 章には、2 つの主な階層構造がある。

第 1 レベル－疾患／障害の大まかな分類
第 2 レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類及び部分的に解剖学を含む
第 3 レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

又は

第 1 レベル－大まかな解剖学分類
第 2 レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類
第 3 レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

3.2.12.2 第 12 章－第 12 章の根拠

第 12 章における変更点は、主に呼吸器系に影響する病態に関する最新の用語及び分類を提供することを主な目的とし、国際的な学会及び関係者の情報提供を基になされた。感染性肺疾患は第 1 章に移され、それらの病態の感染症としての特徴をよりよく反映できるようにした。呼吸器系の新生物は第 2 章「新生物」の中に、また発育性肺疾患は第 20 章「発生異常」の中に位置づけられた。

「上気道の障害」のグループには、感染症の章に移った病態を除く、上気道疾患が分類されている。

「下気道疾患」は、ICD-10 の「慢性下気道疾患」から移行したものであるが、慢性閉塞性肺疾患（COPD）は国際的な概念に基づいて独立した分類項目になった。

嚢胞性線維症は「特定の下気道疾患」に移し、内分泌の章の中の代謝障害に対してマルチプル・ペアレンティング（複数の親階層設定）を行った。その理由は、代表的な教科書（『フレイザーとパレの胸部疾患』の中の「気道の疾患」）に記載されている、嚢胞性線維症に関する以下の記述によるものである。「嚢胞性線維症の代表的な臨床状態は、難治性の呼吸器感染、末期呼吸不全、膵外分泌機能不全、胎便性イレウス等の消化器病変である。嚢胞性線維症は、CFTR である Cl イオンチャネルの異常による疾患であり、呼吸器症状がほぼすべての患者で認められる。死因は主に呼吸異常であり、本疾患は肺移植の対象疾患である。」。

- 教科書『マレーとネーデルの呼吸器医学の教科書』の中の「閉塞性疾患」。
- 教科書『フィッシュマンの肺の病気と障害』の「閉塞性肺疾患」。

- 教科書『フレイザーとパレの胸部疾患』の「気道の疾患」、教科書『ワシントン医学治療マニュアル第34版』の「肺疾患」などがある。

吸入、職業、環境による肺疾患のセクションは、WHO 労働衛生部（WHO Occupational Health Division）からの情報提供を基に作成した。

「主として肺間質を障害する特定の明示された呼吸器疾患」は、「主として間質を障害するその他の呼吸器疾患」から移動した。「特発性間質性肺炎」は国際的な概念に基づいて独立した分類項目となり、「幼児又は小児に特異的な原発性間質性肺疾患」は小児科分野別専門部会（Paediatric Topic Advisory Group）からの提案に基づいて独立した分類項目として創設された。

「呼吸器系の特定の疾患」及び「処置後呼吸器障害」の各セクションは、ICD-10 の「呼吸器系のその他の疾患」から移動した。ただし、「縦隔障害」及び「横隔膜障害」は例外であり、「胸膜、横隔膜又は縦隔の障害」のセクションに移動している。

3.2.13 第13章－消化器系の疾患

3.2.13.1 第13章－第13章の構成

第13章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第1レベル－詳細な解剖学
- 第2レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類
- 第3レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

3.2.13.2 第13章－第13章の根拠

ICD-11 は、口腔顔面複合体の疾患と障害を含むように、構造と内容が改善された。口腔顔面複合体の必須構成要素として重要な機能を持ち、その障害が口腔の健康状態に直接的な影響を及ぼす組織は他にもいくつかある。口腔衛生は単に歯の健康に限ったことではないことを認識することが重要である。口腔衛生とは、口腔顔面の慢性疼痛、口腔がん及び咽頭がん、口腔軟部組織病変、歯周（歯肉）病、う歯、歯牙欠損、歯質表面損失、唇裂や口蓋裂等の先天異常、口腔や歯、頭蓋顔面組織（口腔顔面複合体）のその他の多数の疾患及び障害からの影響を免れることであり、全身の健康や全身性疾患との関連がないことである。このことは、口腔保健の専門家が、その施設が大病院の一部であろうと小規模の診療所であろうと関係なく、診療所の各患者からデータを記録し収集することができるように、口腔複合疾患及び障害のデータをコード化し分類するための首尾一貫したシステムを提供することの重要性を強調している。そのようなデータを記録し、分析できるようになれば、医療従事者は、全身の健康にとって不可欠な要素である口腔衛生の改善に貢献できるようになり、口腔衛生従事者の ICD-11 の使用を促すものと期待される。

この章の大きな変更点は、消化管の階層構造において、詳細な解剖学グループを吻側から尾側の順で設置したことであるが、ヘルニア、機能性消化管障害、炎症性腸疾患の分類項目はその例外とした。

機能性消化管障害を独立して記載したのは、その病態生理学が消化管からの影響のみならず、「脳腸軸」(Brain-Gut axis)の視点からも考慮されているからである。炎症性腸疾患も個別に記載した主な理由は、クローン病が複数の臓器に関与するからである。各解剖学的グループ(臓器グループ)では、病因論に基づく分類によって疾患を細分類した。特に、消化管疾患は以下の分類項目で編成した。

A. 後天性の解剖学的又は形態学的変化

B. 運動障害

C. 潰瘍を含む炎症

D. 血管障害

E. 非腫瘍性ポリープ

また、それ以外に以下の2つの分類項目を記載したが、これらの障害は第13章を主たる章としていない。

F. 構造上の発生異常(第20章「発生異常」に記載)

G. 新生物(第2章「新生物」に記載)

重要な又は一般的な消化器疾患には単独の分類項目が割り当てられた。例えば、胃食道逆流症、円柱化生上皮、腸管吸収不良及びタンパク漏出性腸症、潰瘍性大腸炎、非アルコール性脂肪性肝疾患、憩室性疾患である。ポリープは、今や解剖学的項目の「その他の疾患」ではなく、単独の項目として分類された。

複数の臓器にまたがる一般的な消化器疾患は、主に吻側臓器の疾患に分類された。例えば、「胃腸炎」は「胃炎」に、「胃十二指腸潰瘍」は「胃潰瘍」に分類された。医療技術の進歩を受け、「消化性潰瘍、部位不明」の分類項目は使用すべきではない。疾患部位に応じて「食道潰瘍」、「胃潰瘍」、「十二指腸潰瘍」、「吻合部潰瘍」のいずれかに分類すべきである。

消化管臓器の血管障害には独自の分類項目が割り当てられている。食道静脈瘤、胃静脈瘤、痔核は第13章に分類された。「肝臓の疾患」のセクションでは、新たに独立した項目として「代謝性又は輸送性肝疾患」、「自己免疫性肝疾患」、「非アルコール性脂肪性肝疾患」、「肝臓の血管障害」が分類された。

肝硬変を伴う慢性肝疾患の分類には、「肝線維症又は肝硬変」のセクションの中の一項目である「肝硬変」を使用する。例えば、「B型慢性肝炎」と「肝硬変」、「C型慢性肝炎」と「肝硬変」、「自己免疫性肝炎」と「肝硬変」、「原発性胆汁性胆管炎」と「肝硬変」等である。新たに独立したセクションとして「胆嚢又は胆道の疾患」と「膵臓の疾患」が設けられた。これらの新しいセクションに新たな独立した項目として「構造上の発生異常」、「先天異常」、「後天性解剖学的変化」、「胆管炎」、「膵嚢胞性疾患」、「慢性膵炎」、「自己免疫性膵炎」が分類された。

3.2.14 第 14 章－皮膚の疾患

3.2.14.1 第 14 章－第 14 章の構成

第 14 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－疾患／障害の種類の大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類及びいくつかの解剖学的部位
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

3.2.14.2 第 14 章－第 14 章の根拠

この章では、米国、英国、ドイツの皮膚学用語を統合する形で詳細な内容が加えられ、大きな変更がなされた。

3.2.15 第 15 章－筋骨格系又は結合組織の疾患

3.2.15.1 第 15 章－第 15 章の構成

第 15 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－疾患／障害の種類の大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類及びいくつかの解剖学的部位
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

3.2.15.2 第 15 章－第 15 章の根拠

関節リウマチの階層分類及びコンテンツモデル属性に関しては、米国リウマチ学会及び欧州リウマチ学会（ACR/EULAR）の関節リウマチ診断基準（開発中）を参照した。「全身性結合組織障害」から「臓器非特異的全身性自己免疫疾患」への項目名の変更に関しては、最新の文献を参照した。血管炎への変更に関しては、全身性血管炎の命名法に関するチャペルヒル国際コンセンサス会議（Chapel Hill International Consensus Conference on the Nomenclature of Systemic Vasculitis）の分類に依拠した。

「皮膚（多発性）筋炎」の分類項目は、「特発性炎症性ミオパチー」に変更した。また、分類軸も変更し、詳細度を高めた。

脊椎関節炎の分類改訂は Robert Landewé 博士らの最新の専門家意見を反映し、体軸性と末梢性とを分けた。体軸性脊椎関節炎及び末梢性脊椎関節炎の基準を合わせると、以前に（未分化型）脊椎関節炎及び（強直性）脊椎炎と呼ばれていた病態の全体を捉えられる。感染性脊椎関節炎に関しては再編成し、第 2 の分類軸で主な感染過程（細菌性、真菌性等）を捕捉し、更に補足コードを使用して特定の感染を捕捉できるようにした。

新しい分類項目の「自己炎症性症候群」は、国際全身性自己炎症性疾患学会（International Society of Systemic Auto-inflammatory Disease）（ISSAID）の業績に依拠した。

3.2.16 第 16 章－腎尿路生殖器系の疾患

3.2.16.1 第 16 章－第 16 章の構成

第 16 章には、「女性腎尿路生殖器系の疾患」、「男性腎尿路生殖器系の疾患」、「乳房の疾患」、「尿路系の疾患」、「腎尿路生殖器系の処置後障害」のセクションがある。

第 16 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

第 1 レベル－身体系の大まかな分類

第 2 レベル－疾患／障害の種類の大きな分類（一部、いくつかの解剖名）

第 3 レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類（一部、いくつかの解剖名）

3.2.16.2 第 16 章－第 16 章の根拠

第 16 章の変更の目的は、分類の臨床的有用性を高めることであり、そのために利用者に使い勝手の良い階層構造を提供し、国際的な比較可能性を高め、腎尿路生殖器の病態の標準化を図ることが求められた。上記の目的を達成するために、最も科学的に正確で、国際的に合意の得られている用語及び定義が、WHO 生殖保健・研究部（WHO Department of Reproductive Health and Research）、国際産婦人科連合（International Federation of Gynaecology and Obstetrics）（FIGO）、米国腎臓財団（National Kidney Foundation）、国際腎臓病ガイドライン機構（Kidney Disease International Global Outcomes）（KDIGO）等の世界の様々な関係者から提供された。

この章の階層構造は、「女性生殖器の疾患」、「男性生殖器の疾患」、「尿路系の疾患」に分かれている。この女性生殖器及び男性生殖器の各セクションの構造は、エンド・ユーザー体験を高めることを目的としている。女性生殖器のセクションの階層構造は、炎症性及び非炎症性に分かれ、該当する場合は、さらに（産）婦人科検査の順に解剖学グループに分かれている（外生殖器から内生殖器の順－外陰部、膣、子宮頸、子宮、卵管、卵巣、骨盤腔）。

これらのグループには、更に先天性異常と後天性異常が適宜、細分化されている。

特定の腎尿路生殖器系の病態に関する最新の科学知見を反映させるため、以下の領域では詳細な項目が追加された。

無月経

卵巣機能障害

女性骨盤痛

子宮内膜症

腺筋症

女性不妊症

男性不妊症

早期妊娠喪失（早期流産）

妊娠転帰

分類の中の「腎不全」のセクションを改訂し、急性腎疾患及び慢性腎疾患の最新のエビデンスに基づく定義並びに国際腎臓病ガイドライン機構（Kidney Disease Improving Global Outcomes）（KDIGO）の急性腎不全の新しい定義及び病期分類基準を反映させた。

3.2.17 第 17 章－性の健康に関連する状態群

3.2.17.1 第 17 章－第 17 章の構成

この ICD-11 の新しい章は、以下の主なセクションに分かれている。

性機能不全群

性疼痛症群

性別不合

- 第 1 レベル－状態の大まかな分類
- 第 2 レベル－状態の具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の具体的な分類

3.2.17.2 第 17 章－第 17 章の根拠

本章が策定されたのは、性に関連する状態群をグループ化するためである。また、性同一性に関する状態を、それに負のレッテルを貼ることなく、その一方でその状態が現実存在することの認識を維持しながら分類し、関連する医療介入が保健医療制度の中で行えることを可能にするものである。

3.2.18 第 18 章－妊娠、分娩又は産褥

3.2.18.1 第 18 章－第 18 章の構成

第 18 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－妊娠、分娩又は産褥の各段階に関わる大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類の具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類の更に詳細な分類

3.2.18.2 第 18 章－第 18 章の根拠

本章の変更の目的は、利用者に使い勝手の良い階層構造を提供することで、分類の臨床的有用性を高めることである。国際的な比較可能性を高め、妊娠、分娩及び産褥の病態の標準化を図ることも今回の変更の極めて重要な要素の 1 つであった。そのため、WHO 生殖保健・研究部（WHO Department of Reproductive Health and Research）、国際産婦人科連合（International Federation of Gynaecology and Obstetrics）

(FIGO) 等の世界の様々な関係者が提供する科学的に正確で、国際的に合意の得られている用語及び定義を記載するようにした。また、国際生殖補助医療監視委員会 (International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies) (ICMART) の概念及び定義を正しく統合することにも特に注意を払った。

変更点は、妊娠、分娩及び産褥の特定の病態の最新の知見を反映している。早期妊娠喪失に関しては、さらに高い詳細度で分類した。

3.2.19 第 19 章－周産期に発生した特定の状態

3.2.19.1 第 19 章－第 19 章の構成

第 19 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

- 第 1 レベル－疾患／障害の種類の大まかな分類といくつかの解剖名
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類 of 具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類 of 更に詳細な分類

3.2.20 第 20 章－発生異常

3.2.20.1 第 20 章－第 20 章の構成

第 20 章では大掛かりな再編がなされ、以下の 4 つの主なセクションで構成されている。

主に 1 つの身体系に影響を及ぼす構造的発生異常

- 第 1 レベル－解剖学の大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類 of 具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類 of 更に詳細な分類

多発性の発生異常又は症候群

- 第 1 レベル－解剖学の大まかな分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類 of 具体的な分類
- 第 3 レベル－疾患／障害の種類 of 更に詳細な分類

染色体異常、遺伝子変異を除くもの

- 第 1 レベル－疾患／障害の種類 of 具体的な分類
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類 of 更に詳細な分類

知的発達障害を臨床的特徴とする病態

- 第 1 レベル－非症候群性又は症候群性
- 第 2 レベル－疾患／障害の種類 of 更に詳細な分類

3.2.20.2 第 20 章－第 20 章の根拠

ICD-10 の発達障害の分類は第 XVII 章の Q00-Q99「先天奇形、変形及び染色体異常」に記載されていた。

この ICD-10 の章には、奇形、遺伝的症候群（奇形を伴うものとそうでないもの）、染色体異常が混在している。そのため疾患が、遺伝的原因か奇形かの混乱を生じさせるものであった。したがって、構造的な発達異常を伴わないすべての遺伝的症候群は本章から除外され、影響する身体系に従って、ICD-11 の他の適切な章に分類し直された。

新しい第 20 章には主に以下の 3 つの部門がある。

- 構造上の発生異常/形態異常
- 多発性発生異常及び症候群
- 染色体異常、遺伝子異常

最初の部門「構造上の発生異常/形態異常」には、1 つの身体系のみに影響する限局的の病態が含まれている。この部門は影響を受ける身体系に相当するセクションで構成され、これらのセクションは ICD-11 の他の関連する章にも分類されている。

第 2 の部門「多発性発生異常及び症候群」には、1 つの身体系の中で複数部位が影響を受ける病態又は複数の身体系が同時に影響を受ける病態が含まれている。1 つの身体系を主に影響するとされる症候群はこの部門の相当するセクションに分類されている。複数の身体系に影響するが、取り立ててそのうちの 1 つに特に大きく影響することがない症候群は、この部門の最後のセクションにまとめられている。また、「先天性代謝異常による異形成症候群」のセクションもあり、このセクションのすべての病態は代謝障害の章を主たる章として分類されている。

第 3 の部門「染色体異常及び遺伝子異常」は、ICD で一般的に採択されてきた臨床アプローチから離れ、発達異常の遺伝学的又は細胞遺伝学的な定義に基づいて分類している。これは、遺伝学と細胞遺伝学との間で明確な区別ができないことが理由である。私たちは、明確な表現型に対応する特定の欠失や重複を含めるように分類を始めたが、今後数年のうちにさらに多くの欠失や重複が報告されるだろう。今後、ICD-11 公表後の改訂で、必要に応じて加えられるであろう。

特別な問題は、従来から臨床的に定義されてきたが、染色体又は遺伝子異常を病因として併せ持つ疾患にどう対応するかということであった。そのような疾患の一部は、その臨床的概念に対して複数の原因があるが、そのすべてが染色体異常ではないものである。例えば、シルバー・ラッセル症候群は、11p15 の重複、7p11.2-p13 の重複を原因とするが、第 7 番又は第 11 番染色体母性片親性ダイソミー及び 11p15 のインプリンティング異常によっても発症する。その他の疾患には、臨床的概念と細胞遺伝学的原因との間で圧倒的な一致が見られるものがある。例えば、ウィリアムズ-ボイレン症候群は、7q11.23 欠失に相当する。

本章の枠組みの中で、多重階層構造は限定的にしか用いなかった。つまり、ある疾患が一度、あるセクションに割り当てられたならば、一般的に、その疾患を同じ章の他のセクションに二次的に分類することはしなかった。階層構造が複雑になりすぎるためである。一方、本章のすべての病態は、適切であれば、ICD-11 の他の章に分類することがされる。

3.2.21 第 21 章－症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの

3.2.21.1 第 21 章－第 21 章の構成

第 21 章は、身体系別の主なセクションに分かれている。これらの各セクションには、適宜、次のような分類項目が設けられている。

- 症状及び徴候
- 臨床所見

本章の最後に「診断名不明確及び原因不明の死亡」のセクションを追加して記載している。

3.2.21.2 第 21 章－第 21 章の根拠

ICD-10 の様々な章には、複数の臨床症状の分類項目が記載され、その一部に星印コードがある。構造を簡略化し、ポストコーディネーションの利用を改善し、「不明瞭な定義」の病態を臓器の章から取り除くことが求められた。そのため、以前までの星印コード、様々な病態の追加的な詳細分類、上記の不明瞭な定義の病態を本章に移動した。すべての分類項目は解剖学に基づく編成とし、それらの解剖学グループは関連する臓器の章をセカンダリー・ペアレントとして、ユーザーの助けになるようにした。

3.2.22 第 22 章－損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響

3.2.22.1 第 22 章－第 22 章の構成

第 22 章の全体的な階層構造は以下のとおりである。

第 1 レベル－解剖学的大まかな分類（例：頭部、股関節、大腿）
第 2 レベル－損傷の種類の大まかな分類（例：骨折、開放創）
第 3 レベル－更に詳細な内容

又は

第 1 レベル－損傷の原因の大まかな分類
第 2 レベル－損傷の種類 of 具体的な分類
第 3 レベル－損傷の種類 of 更に詳細な分類

3.2.22.2 第 22 章－第 22 章の根拠

改訂の原則は以下に示すとおりである。

- ICD-10 との後方互換性を維持すること。特に、以前の 3 桁レベルでの変更を最小限に抑えることとした。4 桁レベルでの変更はより広範囲に拡張したが、上記の原則を念頭に置いた。

- ICD-10 の臨床的修正において、本章における拡張を考慮するのは、以下の理由による。
- それらは特定の状況で臨床目的を果たすのに拡張は必要であるため。
- これらの分類との不一致を最低限に抑えることが望ましいため。
- 本章の範疇に含まれる状態を分類した、広く臨床で使用されている ICD 以外の分類も考慮に入れること。
- 求められたものであれ、提案されたものであれ、助言を考慮に入れること。
- 治療選択及び障害を含む転帰に関連する区別に特に注意すること。

これらには、骨折の臨床及び予後に関する重要な側面（特に、関節に及んでいるか否か）や臓器又は血管の損傷（程度）などの区分を明らかにすることが含まれる。一部の病態は両側性である場合にその重要性が増すことがあり、そのような場合は側性をプレコーディネーションの項目とすることを提案した（例：両眼の損傷）。その観点からは、ICD-10 米国臨床修正版（ICD-10-CM）の損傷の章が ICD-10 よりも多くの区分がなされており、またそれは、信頼性があり広く使用されている損傷の治療及び転帰に関連する他の臨床分類とも整合性があるため、特に有用であった。

また、小児期特有の損傷状態（例：若木骨折、骨端骨折）及び意図的な損傷の可能性が示唆される損傷状態（例：後部肋骨骨折、バケツ柄状骨折、骨幹端骨折）にも特に注意を払った。

改訂作業を進めるにあたって、本章が原死因のコーディングに主に使われることがないことを意識して作成された。

この章では、疾病分類のユースケースが特に重要である。

3.2.23 第 23 章－傷病又は死亡の外因

3.2.23.1 第 23 章－第 23 章の構成

第 23 章の全体的な階層構造は、以下のセクションで構成されている。

第 1 レベル－外因の意図（不慮、自傷、加害、不慮か故意が決定されない、不慮か故意か未定）

第 2 レベル－外因の機序の大まかな分類

第 3 レベル－機序及び損傷に関わった物体・物質の更に具体的な分類

第 4 レベル－外因の更なる特徴

その他のセクションとして、「極度な力への曝露」、「マルトリートメント」、「法的介入」、「武力衝突」、「保健医療関連の危害の原因」を記載した。

3.2.23.2 第 23 章－第 23 章の根拠

変更の主な目的は、より統一の取れたコーディング構造を提供するとともに、ICD-10 との高い水準の互換性を維持することであった。交通損傷の分類項目の変更点は、コード選択を簡素化することを目指す一方で、戦争行為及び武力紛争のセクションは、武力紛争の現代の状況を捉えて改訂した。もう 1 つ別の改善点として、有害物質

を1つの階層構造のリストにまとめ、「損傷及び外因」の各章で用いられるようにした。

すべての機序又は物体はすべての意図についてコード可能：

- より統一の取れたコード構造
- 「意図」の側面の改訂（注：不慮であるか故意であるかが未定、自傷：自殺／非自殺）
- 交通コードを維持しながら、車両の種類を拡張
- 発生場所コードを拡張
- 「活動」の側面の拡張及び改訂（注：仕事関連）
- 「内科的及び外科的ケアの合併症」の改訂
- 法的介入及び戦争コードを拡張
- 虐待症候群のために用意されているコードの改善
- 追加的な側面の導入（任意）
- 外因の索引、規則、指針の改訂
- 死因、疾病、低リソース環境、研究のそれぞれの用途に対応

上記のすべての点で改善が見られたが、一部の観点から制約があった。特に、死因ユースケースにおいては、コードのスペース上の厳しい制約に加えて、ポストコーディネーション及びクラスターコーディングのための十分な提供ができなかった。制約については、本節末尾に記載している。

本節では上記の一部に焦点を当てる。本節で扱わなかった側面については、要請に応じて更に資料を提供できる。また、本節では、「外因」及び「損傷」の両章（いずれも第X章「エクステンションコード」に関連する）に関わる物質及び医療の合併症（安全及び質）といった2つの主要な問題についても記述されている。

輸送

ICD-10のV01-V89のセクションには4つの側面が示唆されている。すなわち、受傷者の交通手段（例：オートバイ）、傷害が道路交通の場面で発生したか否か（そうであれば、その結果としての傷害は交通事故である）、受傷者の役割（例：同乗者）、他に関わりのある車両がある場合はその種類（相対車両）である。改訂後の構造においてもこの4つの側面のすべてが求められ、概念としてはICD-10の「交通事故」セクションの4桁レベルと同等である。

「不慮の輸送損傷」セクションの中で、この4つの側面すべてをプレコーディネーションで対応した。その結果、ICD-10との高い水準の後方互換性を4桁レベルで維持した構造が得られた。新しい構造は、上位の交通手段の分類項目をすべて維持し（一部は分割）、4つの概念的側面（交通手段、陸上輸送手段では道路上であったか否か、交通利用者の役割、衝突の相手）を維持した。

コードのスペース上の制約から、また大多数の輸送損傷事例は不慮の損傷であることから、他の意図に関連するセクション（自傷、加害、不慮か故意が決定されない、不慮か故意か未定）では、輸送事例のプレコーディネーションの対象を交通手段に限定した。ただし、その他の側面も任意で使用する事ができる。

この輸送のセクションの改訂では、ICD-10の輸送のセクションで明らかになっていた問題を解決するための変更もなされた。

- 交通手段に関わる複数の項目を分割して、ICD-10 で特定されていなかった重要で新たな交通手段を特定できるようにした。
- 用語及び定義を改訂した（明瞭さの向上、ICD-10 で不足していた用語の追加、国際的に使用されている道路安全用語との一致）。
- その他の様々な改訂が行われた（例：水上交通のセクションの船舶の種類等）。組合せの順が ICD-10 のものから変更となったことに注意されたい。すなわち、交通手段、衝突の相手、利用者の役割及び交通状況の順から、交通手段、交通状況、利用者の役割、衝突の相手の順に変わった。

この変更の主な理由は、道路損傷の報告の際にしばしば必要となる、「交通事故」の分類項目の選択を容易に行えるようにするためである。

戦争と武力衝突

改訂された分類では、意図に関連する分類項目の 1 つである「武力衝突」（ICD-10 では「戦争行為」）が拡張された。この分類は主に ICD-10 米国臨床修正版（ICD-10-CM）における Y36 の拡張部分に準ずるものである。これは、ICD-10-CM のこの拡張部分は、ICD-10 の 4 桁分類項目を引き継ぎ、ICD-10 の包含注釈の記載に沿って細分化したものである。さらに、負傷者が軍人又は民間人であるかを区別するための細分類項目設定されている。

このセクションでは、「戦争行為」に対して「～及び武力衝突」を追加し、包含用語も同様に変更した。「戦争」及び「市民の暴動」（この用語も包含用語の 1 つ）は、ICD-10 では定義されていなかった。国家間（又は準国家組織間）で公に宣告する武力衝突という意味での「戦争」は一般的ではなくなっていることから、「戦争」よりも広い概念の用語を使用することが望ましいと考えられた。武力衝突には様々な種類があり、その規模も様々であるが、それが少なくなる傾向にあるとは言え、戦争と比較するとその数ははるかに多いと言える。この分類項目の使用を宣戦布告がなされた戦争及び一般的に用いられている紛争規模の基準を満たす武力衝突（1 暦年あたり 1000 人以上の戦闘関連死＝戦争）に限定することは、過度に制限をかけることになると考えられた。ここに提案する代案は、「小規模」の武力衝突による損傷をも含めるというもので、この場合、小規模とは 1 暦年あたり 25 人から 1000 人未満の戦闘関連死と定義する。この定義の適用においては、上記の条件を満たす紛争をリストアップした一般公開されているデータベースの存在が一助になる。

横断的課題

これは、損傷及び外因の章のみならず、ICD のその他の部分にも影響を及ぼす事柄のことである。

物質の毒作用

有害物質の毒作用は、ICD-10 でいくつかの点、すなわち、損傷及び外因の各章とそれ以外の章内で記載されている。そこにリストアップされているコードは記載されている箇所によって詳細度が異なり、必ずしも一貫性がない。ICD-11 の設計にあたっては、損傷及び外因の各章で求められるすべての用途に対応した有害物質を単一の階層構造のリストにまとめることを目標とした。その利点は、ICD-11 のリストに包含され

るべき外部情報を例示により定義することができ、また外部情報源が積極的に更新されれば、ICD-11 の物質リストが最新に保たれることである。

「有害作用」の用語は、あらゆる種類の物質の有害な化学作用によるあらゆる種類の損傷に対して使用される。それ以外にも「毒作用」、「中毒」、「化学性腐食」、「毒物注入」等の用語が、特定の物質との関連で時として使用されていることは認識されている。これらの用語は、それが一般的に使用されている場合は同義語又は下位用語として記載される。次のものを含む複数の情報源を参照した。すなわち、外因に対する国際分類 (ICECI) の「物体及び物質」の項、解剖治療化学分類 (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) (ATC)、分野別専門部会の薬物及び毒物の諮問グループ、質と安全分野別専門部会、SNOMED、国際化学物質安全性計画 (IPCS) INTOX 等である。

物質リストは主に 2 つの層からなる階層構造を持つ

最初の層は 16 の分類項目からなり、概念的には ICD-10 の X40-X49 (有害物質による不慮の中毒及び有害物質への曝露) 並びに「故意の自傷及び自殺」及び「不慮か故意か決定されない事件」の中間分類項目のそれぞれ該当する箇所に関連する。このリストには、以下の原則を適用した。

- 少数の分類項目に限定するべきである。これは、特に死因コーディングとの関連において、また外因の章の中間分類項目の構造は 1 つの分類項目を追加すると、それに伴って複数の列を追加することになることから、実用性の観点からその必要がある。
- 分類項目として、死因分類又は疾病分類における重要な病因となる物質又は物質群を指定するべきである。
- 分類項目群として意味のある報告を可能にするために、十分に特定された分類項目をできるだけ多く使うべきである。(これと比較して、ICD-10 の X40-X49 等の中間分類項目には、大まかすぎてその解釈が困難な項目が含まれていた。)
- 分類項目を特定する際、曝露の主な状況を念頭に置いた (例：娯楽目的/路上の違法薬物、臨床使用、自傷行為、産業被爆及びその他の被爆)。

この 16 の分類項目は、単独又は他の分類項目と組合わせて、ICD-10 の X40-X49 の 10 の分類項目のうち 8 つの分類項目と後方互換性を持つ (「故意の自傷及び自殺」及び「不慮か故意か決定されない事件」の中間分類項目の中の同等の分類項目も同様である)。唯一の例外は、「その他のガス及び蒸気」及び「その他及び詳細不明の化学物質及び有害物質」の 2 つの残余の分類項目である。第 2 の層で提供されている分類項目 (n=381) は、ICD-10 の損傷及び外因の各章で提供されている物質とほぼ同数であり、詳細度も同等である。質と安全分野別専門部会 (Quality and Safety TAG) の分類の中の「損傷の原因」に記載されている物質のすべてが含まれている。

次の理由から新たに分類項目を追加された。すなわち、薬理学におけるイノベーション及び薬物使用の変化の反映 (例：合成カンナビノイド)、ICD-10 臨床的修正版に追加された項目の反映 (例：抗凝固薬のより具体的な記述)、主要な薬物のより具体的な特定 (例：パラセタモール)、広く使用されている娯楽目的の薬物の新たな記載 (例：カチノン (カートに含まれる主な活性物質))、他の分野別専門部会からの助言の反映 (例：質と安全分野別専門部会が追加した物質)。薬物の入手や使用状況に

おける変更を反映して、今後も更に新しい分類項目が将来の改正の中で追加されることが予想される。

より包括的な物質のリスト（階層構造の中のリストの上位集団）及びその中の多くの項目の同義語が、第 10 章「エクステンションコード」で提供されている。このリストは、プレコーディネーションのコードと共通の階層構造である。また、皮膚科分野別専門部会（Dermatology TAG）が作成した ICD-11 接触アレルゲン補助分類（ICD-11 Supplementary Classification of Contact Allergens）をも参照したリストになっている。「エクステンションコード」の章の物質リストの項目は、SNOMED-CT と同等の用語を使って記載されている。

医療に伴う合併症（質と安全）

本項では、質と安全分野別専門部会（TAG）が作成した、医療に伴う合併症をコーディングするためのモデルについて簡潔に記載されている。

このモデルは 3 部構成となっており、それぞれをコードしなければならない。各部のポストコーディネーションのコードは、クラスターに属するものとして指定されなければならない。三部のコンセプトとは以下のとおりである。

1. 結果として生じた損傷又は危害
2. 危害の原因
3. 危害の様式又は機序。

上記 2. 及び 3. の分類及びコードセットは質と安全 TAG が作成したものであり、その分類項目は外因の章に記載されている。上記 1. の結果としての損傷・被害は、ICD-11 の中から最も適切な疾患又は損傷のコードを選んでコーディングされる。

上記のモデル構造は、以下に示すように、ICD-11 とよく適合するものである。

1. 結果として生じた損傷又は危害－ICD-11 の中からコードを選択。
2. 危害の原因又は「様式」－外因の章の該当する中間分類項目からコードを選択。
3. 危害の「様式／機序」

サンクショニング・ルール（組合せの制限に関する法則）により、コーディング担当者が 1 つの「原因」を選択すると、それに関連する「様式」の下位のコードに到達できるようになっている（例：「原因」が薬物の場合、その原因に関連する「様式」は薬剤過剰投与や薬剤過少投与という分類項目である）。

3.2.24 第 24 章－健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因

3.2.24.1 第 24 章－第 24 章の構成

本章は主に以下の 2 つのセクションに分けられる。

保健医療サービスの利用の理由

健康状態に影響を及ぼす要因

第 24 章の全体的な階層構造は以下の分類軸によって構成される。

第1レベルー特定の健康状態又はサービスの大まかな分類項目
第2レベルー具体的な状況

3.2.24.2 第24章ー第24章の根拠

当初、ICD-11 生活機能分類専門部会（fTAG）に与えられていた課題は、ICD-10 の「健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用」の章を見直すことであった。801 件の項目の1つ1つの必要性を評価し、残しておくべき必須の内容の新たな階層構造を提案することが求められた。本章の内容は、臨床的に関連性があり、利用者にとって使い易く、エクステンションコードを使って必要に応じて内容の拡張ができる余地を残すものとされた。fTAG は見直し作業を実施し、コードの主な「種類」として、「診断関連」、「介入関連」、「背景要因」、「その他/未確定」に分けた。この見直し作業は、「社会問題」に関する ICPC2 の分類セクションの一般的な構造と組み合わせられ、ICPC2 の階層と ICD-11 コードを組合わせた新しい構成が考案された。その後、ICD-11 MMS では、この新しい構成に対してショアライン（shoreline）の作業を実施し、不要と思われる粒度を減少させた。

3.2.25 第25章ー特殊目的用コード

3.2.25.1 第25章ー第25章の構成

本章は以下の2つの中間分類項目で構成される。

- 原因不明の新たな疾患の国際暫定分類（国際緊急コードを含む）
- 及び
- 原因不明の新たな疾患の国別暫定分類（各国内で使用するコードを含む）

3.2.26 第26章ー補章 伝統医学の状態ーモジュール1

「伝統医学モジュール1」（TM1）章は ICD の中で任意に使用できる補助の章であり、「TM1 章」とも呼ばれている。ICD-11 にこの章を含めた理由は、伝統医学の健康サービス及びその利用を国内及び国際的に統計することを可能にするためである。本章に現段階で記載されているモジュールは、古代中国医学から出発し、現代の科学技術も取り込む形で歴史の中で発達してきた疾病及び証を記載する。これらの疾病及び証は、中国、日本、韓国、米国、豪州、欧州、その他の世界各地で一般的に使用されているものである。本章の分類は、中国、日本、韓国のそれぞれの伝統医学分類の疾病及び証を調和させて1つの集合に統一したものである。今後、他の形態の伝統医学実践から新たにモジュールが開発される可能性がある。

範囲

現在、本章は疾病の記録及び報告用に設計されている。本章を死因のコーディング及び報告に用いてはならない。

内容及び構成

TM1 章の内容及び構成は、伝統医学の臨床家、研究者、分類専門家が国際協力を通じて共同で開発した共通言語を反映しており、伝統医学の実践の比較及び伝統医学における疾病報告を国際的に比較可能にすることを目指している。この TM1 分類を標準化したことによって、各国の臨床記録で共通の概念が使われるようになり、コーディング担当者及び利用者はそのような記録から、比較可能な疾病データを抽出できるようになる。また、コーディング担当者は、臨床での診断過程を反映した規則によって導かれなければならない。他方、この規則は比較的柔軟性があるため、各国修正版への対応も可能であるし、疾患／障害、証との関係性に関する研究課題を様々な角度から設定することもできる。

TM1 章の中の英語の用語は、必ずしも中国語、韓国語、日本語の伝統医学用語の最も一般的な翻訳を反映しているわけではない。伝統医学用語の最も適した英語の翻訳が西洋医学で使われている用語と一致した場合、その用語の西洋医学で使われている概念と伝統医学で使われている概念の定義が異なる場合にはその区別を示す必要があった。伝統医学の章を通して、疾病及び証に「(TM1)」と表記することで、この定義の違いを示した。

用語

「伝統医学の状態・モジュール 1」の補助章では、ある概念を説明するのに疾病及び証を使っている。このような概念の説明の仕方は西洋医学のそれと異なるものであり、西洋医学であれば、疾患（臨床像）及び症候群（臨床症候）となる。TM1 章を疾病と証の別々のセクションに分けることで、この概念上の区別を強調した。

定義

伝統医学の疾病（disorder）（以下、「疾病（TM1）」）は、関連する徴候、症状、所見から判断される、あらゆる身体システムにおける一連の機能不全を指す。それぞれの疾病（TM1）は、症候学、伝統医学に基づく病因論、経過及び転帰、治療への反応、相互作用のある環境要因によって定義される。疾病（TM1）は比較的安定した臨床像であり、罹患した個人の解剖学及び機能に一般的に見られる局所の病理学及び関連する特定の症状を反映する。

伝統医学の証（pattern）（以下、「証（TM1）」）は、ある特定の時点における患者の健康状態の症状であり、以下を含むすべての所見が含まれる。

- 症候学（Symptomatology）：脈診、舌診、腹診、機能不全にある患者の全身反応を診るその他の手段を使った伝統医学診断法に基づく特異的又は非特異的な徴候、症状又は固有の所見のパターン。
- 体質（Constitution）：個人の特徴であり、構造的及び機能的特徴、気質、環境の変化に適應する力、様々な病態への罹患しやすさ等。

証（TM1）は比較的一時的な臨床像であり、患者の全身の反応を反映するとともに、特異的又は非特異的な症状を組合わせた類型を反映する。これらには通常、局所の病態及び患者の体質の間に多因子的関係性を持つ特徴がある。証は、同一の病態の罹患患者間でも個人差を示すことができる場合もあり、その場合は、伝統医学の理論的枠組みの中で更に分析を行うことができる。

伝統医学の疾病及び証は、臨床及び診断において呈する身体構造、病因論、属性、重症度から命名される。TM1 の証は、西洋医学又は疾病 TM1 に対する全身の反応によっては、個人によって異なる証（TM1）が付けられる場合もある。証は TM1 に特有の概念であり、以下に示すように、疾病（TM1）と異なる場合がある。

表 1：伝統医学の疾病及び証の特徴

特徴	伝統医学の疾病	伝統医学の証
安定／一時的	疾病の期間を通して比較的安定した臨床像	比較的一時的な臨床像
安定した病理／一時的な反応	通常、安定した病理を反映した情報が示される	通常、一時的な全体の症状又は患者の反応を反映した情報が示される
特異的／非特異的	診察による病態の過程に特異的な所見をまとめる概念	特異的な症状／徴候及び非特異的な所見の両方を網羅する症状の組合せ
一元的／多因子	一定期間を通じた適用が可能。疾病のコーディングは主な病態の過程に基づいて行い、患者の主症状との因果関係が示される。	証も、一定期間を通して適用できる。ただし、証のコーディングは、伝統医学の理論の観点から患者に見られる全体像を基に要約されたものである。証の見立ては、病態の過程、病態過程への反応、その他の随伴症状、患者の先天的又は後天的な体質を反映した患者の心身全体の所見の分析により行う。
共通性／個別性	1 つの特定の疾病に罹患した母集団にとって比較的広く見られる一般的な特徴を説明するのに使われる。	その時点での患者個人の特有の特徴を説明するのに使われる。
一般的／理論的	通常、解剖学及び病理学の一般用語を徴候・症状用語と一緒に使って記述される。	通常、陰陽のバランス、寒熱、経絡、体質等の伝統医学の理論に基づく用語を使って患者の基礎的な機序を説明する。

3.2.27 第 V 章－生活機能評価のための補助セクション

この新しい章に記載されている 47 の項目は、ICD の枠組みの中で評価及び採点を行うことを意図している。ICF の生活機能領域の中でも特に強い説明能力を持つもの（ICF 付録 9）を使用しており、これらの分類項目を 1 つのセットとして使うことが意図されている。このセットは、WHO 障害評価面接基準 2.0（WHO Disability Assessment Schedule 2.0）（WHO-DAS 2.0）及び WHO モデル障害調査（WHO Model

Disability Survey) (MDS) を使用して、総合的なサマリースコア及び領域別の要約点数を算出できるように定義されている。

3.2.28 第 X 章－エクステンションコード

この章は新設された。エクステンションコードは、ICD-11 コードのポストコーディネーションの基礎になるものとして想定されており、リニアライゼーションにおけるすべてのコードが収載されている。なおエクステンションコードはステムコードには使用されない。

この章の各リストは、損傷研究、機器の安全性、薬品の安全性、患者の安全性、がん登録のための追加的コードのみならず、臨床でも使用されるコードが提供されている。

エクステンションコードは任意使用であり、死因統計よりも疾病統計において多く使用されるであろう。

3.3 マルチプル・ペアレンティング

病態は 2 つの異なる位置に正しく分類される場合がある（例：部位による分類又は病因による分類）。食道がんなどの疾病であれば、がん（悪性新生物）又は消化器系の病態に分類できる。同様に、脳虚血の病態であれば、脈管系（病態の発生部位）又は神経系（虚血の影響が症状として発現する部位）に分類できる。

マルチプル・ペアレンティングの指針：

- 「除外する」又は「他にコードする」の記載
- ファウンデーション・コンポーネントでのマルチプル・ペアレントの表示
- 内容例示表でのマルチプル・ペアレントの表示。例えば、食道がんであれば、プライマリー・ペアレントである悪性新生物は黒字で表示され、消化器系に分類される食道がんは灰色で表示される。

ファウンデーション・コンポーネントでは、上記の例で「除外する」の記載がある場合、親項目として可能性のある項目（マルチプル・ペアレント）が併記される。しかし、どのような表形式リストからの統計出力でも、一次集計の親項目は 1 つしかない。複数の親項目がある場合、ファウンデーション・コンポーネントではそれぞれの親項目を同じ様に表示される。一方、内容例示表では、プライマリー・ペアレントの位置に当該項目及びその親項目は黒字で表示され、セカンダリー・ペアレントの可能性のある親項目は灰色で表示される。

ある項目が複数の親項目に分類されていても、その項目のコードはプライマリー・ペアレントの下で付与されたコードが表示され続ける。プライマリー・ペアレントは、時として「内容例示表の親項目」と呼ばれる。

3.4 コンテンツモデル

コンテンツモデルは、ICD の中にある各項目（entity）を標準的な形で定義する構造的な枠組みである。コンテンツモデルの目的は、ICD の各項目の記述の基礎となる背景知識を体系的に提供して、コンピューターで利用できるようにすることである。

ICD-11 の内容はすべてファウンデーション・コンポーネントに保持される。ここでは、ファウンデーション・コンポーネントの各項目は、記述により特定され、コンピューターが読解できる値を属性として持ち、1 つ又は複数の親子の階層関係が明示される。さらに、ポストコーディネーションに関する情報が追加記載される。そして、このような多次元の情報を組み合わせることによって、相互に排他的な分類項目のリスト、すなわち内容例示表が形成される。ファウンデーション・コンポーネントは、特定の項目が内容例示表のどこに、どのような形で表示されるかという情報が含まれる。項目は、場合によってグループ化されたり、分類項目になったり、例えば単に索引に記載されるだけの単なる用語になったりする。

ICD の各項目は異なる側面から捉えることができる。コンテンツモデルにはこれらのそれぞれの側面を「属性」として記述されている。

疾病の記述の主要素がコンテンツモデルの様々な属性として含まれる。コンテンツモデルの主な属性は以下のとおりである。

1. ICD 概念名
2. 階層・種類・用途
 - 親項目
 - 種類
 - 用途
3. 定義文
 - 説明文（短い）
 - 定義（長い）
4. 用語
 - 索引用語
 - 同義語、包含用語
 - 除外用語
5. 臨床記述
 - 身体系
 - 身体部位（解剖学的部位）
 - 発現属性
 - 徴候及び症状
 - 所見
 - 原因属性
 - 病因の種類
 - 感染（病原体）
 - 損傷（機序）
 - 危険因子
 - ゲノム特性
 - 時間軸属性
 - 重症度属性
 - 生活機能属性
 - 特殊状況属性
 - 治療属性

。 診断基準

各 ICD 項目に対して、正しくコーディングがなされるのに必要な属性が与えられる。コーディング担当者は属性を利用して病態とそのコーディングの仕方をより良く理解できるようになり、属性により病態の位置づけをコーディング担当者が判断することが可能になる。属性は必要不可欠なもののみが定義された。これは、属性の頻繁な改正を避けるためである。国際レベルでの属性値の追加は、定期的な改正サイクルの中で管理され、コーディング上の問題が生じ、属性値を追加することが必要な場合に実施される。以下に主な属性を例示す。

ICD 項目：乳房の浸潤性乳管癌

属性 値

解剖学 乳房

形態学 浸潤性管癌

各属性値の範囲は、標準となる用語法（ターミノロジー）及びオントロジーを使って予め定められている。この値の範囲を「バリューセット」（選択値群）と呼ぶ。

ICD-11 の項目の説明文を読むことによって、分析者及び翻訳者はその項目の意味及び特徴に関する情報を得ることができる。説明文には 2 種類ある。すなわち、1 つは短い説明文（最大 100 ワード）で、これはコンテンツモデル及び内容例示表の両方に表示される。2 つ目は詳細な説明文で、各項目を必要なレベルでの包括的な詳細なことを記述される。詳細な説明文は「アディショナル・インフォメーション」（追加情報）と呼ばれ、オンラインの電子版のみに表示される。コーディング担当者が注意すべきは、この説明文を使用してコーディングを行うべきではないことである。コーディング担当者はあくまでも臨床家が記録した診断名を基にコードを割り当てるべきである。その上で、ICD-11 の各項目に含まれる説明情報は、ICD のユーザーに対して、内容例示表及びファウンデーション・コンポーネントにある分類項目又は用語の意味及び範囲に関する明確な理解を与えてくれる。説明文は、翻訳者、コーディング担当者、コーディングされたデータの利用者の手引きである。その目的は、コーディングされた情報の比較可能性、一貫性、解釈をあらゆる地域のあらゆる人のために高めることである。ICD-11 のコンテンツモデルの中の説明情報には、以下の 4 つのレベルのものがある。

- **十分に明確な用語（Fully Specified Term）**－これは、その語が置かれている文脈に関わらず、別の解釈の余地を残さない名称である。例えば、「コレラ菌による胃腸下痢を主症状とする全身性疾患」であり、これとの対照となるのが「コレラ」又は「その他の」といった用語である（「その他の」はそれが置かれている階層上の位置によってはじめてその意味が明らかになる）。
- **短い説明文（Short Description）**－短い説明文は、特定の病態の短い記述（最大 100 ワード）であり、その記述内容はその疾病又は状態に関して必ず正しい事柄を記述し、その分類項目の範囲を理解できるようにするものである。説明文には、一般疫学で使われる要素や、臨床基準などは必ずしも含まれない。
- **追加情報（Additional Information）**－この文字欄は必須ではないが、その項目に含まれる追加情報、疾病の特徴、状態に関することが記載される欄である。追加情報はその項目の背景となる情報を提供する。例えば、最も一般的な疫学的

状況、想定される又は強く疑われる病原体、常に真実であるとは限らないが、一般的、典型的、想定されうるその他の情報等である。

- **臨床基準／診断基準**（Clinical or Diagnostic Criteria）－この要素の意図する所は、臨床基準及び特徴に関する1つ又は複数のシナリオを記述することで、特定の部門又は概念の病態又は症候群を診断することを可能にすることである。

このシナリオには、診断を行うのに必要な又は有用な複数のバリエーション、換言すると「 n 個のうちの x 個」のバリエーションに対応できるロジックが含まれる。例えば、心筋梗塞は、診断のための医療資源が高度に整っている現場では、心酵素の長期的パターン、心電図の特定の変化、典型的な症状等を診るのが一般的である。しかし、「無症候性心筋梗塞」（症状のないもの）や同様のバリエーションが存在するため、上記の3つのうち、2つのみを満たせば良いということである。

これらのシナリオは利用できるテクノロジー別に分けられることが想定される。例えば、心筋梗塞の診断でも、診断のための医療資源が十分に整っている現場では、整っていない現場に比べ、テクノロジーや基準は変わってくるであろう。ICDの診断基準は、診断規則が明らかになっているWHOの様々な指針を参照している。これらの診断規則を用いることで、専門的なリニアライゼーションでのICDの拡張もできるであろう。

ICD-11のアーキテクチャー及び情報に関するこの部分の今後の進化により、いつか診断基準に基づく決定アルゴリズムへの貢献がなされる可能性がある。診断名や病態の割り当てが、電子カルテのデータから自動的に提案されるようになることも考えられる。

診断基準とは、医療従事者がある項目に分類される症例をどのように診断するかを決定する診断方法について記述したものである。これは、分類項目を記述するのに必要かつ十分な中核的な診断情報を含み、標準化された用語やその他の要素を適宜用いて診断アルゴリズムを電子的に表現することを可能にする。異なる現場に応じて異なる診断基準群が提供されるかもしれない。また、診断基準はその他の要素の内容も参照する。

3.5 言語非依存の ICD 項目

ICD-11の各項目は特定の言語に依存しない。すべての項目には一意識別子（Unique Identifier）又は統一資源識別子（Uniform Resource Identifier）（URI）が付与され、グループ、分類項目、下位層用語の階層の中で特定の位置が与えられる。国際レベルでのICD-11の維持管理は英語で対応するが、ICD-11のコンテンツモデルは特定言語に依存せず、どの言語でもICD-11ファウンデーション・コンポーネントの中にある要素との結合が可能である。このようにして、国際的な翻訳ベースにより翻訳又は多言語のブラウジングが容易になっている。URIは関連するICDの項目が有効なのか、無効になってしまったのかに関わらず有効である。また、グループ、分類項目、細分類項目、包含用語（親項目、子項目、下位層用語）の階層構造は、ICDの翻訳のための言語非依存の支柱にもなる。この階層構造は、現地の言語で索引を作る上で必要不可欠である。この階層構造は、（ICD翻訳プラットフォームと共に）ICDの分類項目を現地言語で使われている用語に対応させるために、何を翻訳すべきかを明らかにすることに役立つ。

3.6 ICD-11 の死亡コーディングにおける革新

ICD での死因コーディングの指示内容は時間と共に成熟し、それは基本的に ICD-11 でも維持される一方で、共通の理解と標準的なコーディング実施のために、より平易な語句で書式設定された。ICD 分類における主要な変更点は、死因コーディングの指示内容の中に取り入れられている。

ICD-11 での新しい概念や用語には、例えば、ポストコーディネーション、クラスターコーディング、「～もコードする」や「必要であれば他のコードを使う」などの指示があるが、これらは死亡診断書に記載された情報をより多く捉えるために役立っている。ICD-10 の死因コーディングでは、複数死因コーディング、ステップ M4 に関連する修正ルール、自動コーディング・システムで使用される特定のフラグ等を使って死亡診断書に記載された詳細な情報を捉え、原死因の正確な選択を容易にしていた。その意味では、ポストコーディネーション等の機能は ICD-10 の死因コーディングの実際に既に取り入れられていると考えられる一方で、ICD-11 ではそれらの概念がより明確になり、これらの新しい概念の使い方についていくつかの新しい指示が付け加えられた（本レファレンスガイドの第 2 部参照）。

以下の表は、ステップ M1 で糖尿病の合併症のコーディングのために任意で利用できる。この表は糖尿病のあらゆる合併症を網羅したものではなく、また今後の更新の対象となるものでもなく、ICD-10 及び ICD-11 のコーディングの一貫性について関心のあるユーザーのために記載されたものである。

ICD-11 における糖尿病合併症の仮の原死因（TUC）	必要に応じて、ポストコーディネーションを使って糖尿病の合併症を明示できる。
	下記の記載を伴うもの：
（昏睡）	MB20.1 昏睡
（ケトアシドーシス）	5C73 アシドーシス
	5C50.G トリメチルアミン尿症
	MA18.Y その他の明示された血液生化学的異常所見
（腎合併症）	GB40-GB4Z 糸球体疾患
	GB61 慢性腎臓病
	GB6Z 腎不全、詳細不明
	MF54.0 平滑萎縮腎
	GB90.4Z 腎尿細管機能障害、詳細不明
（眼合併症）	9A96.Z 前部ぶどう膜炎、詳細不明
	9B10.Z 白内障、詳細不明
	9B65.2 脈絡網膜炎
	9B78.1 背景網膜症及び網膜血管変化
	9B78.2 その他の増殖網膜症
	9B7Z 網膜の障害、詳細不明
（神経学的合併症）	8C12 特定の明示された単ニューロパチー

	8C1Z 部位不明の単ニューロパチー
	8C0Z 多発ニューロパチー、詳細不明
	8C4Y その他の明示された神経根、神経叢又は末梢神経の障害
	8C7Y その他の明示された原発性筋障害
	8D8Z 自律神経系の障害、詳細不明
(末梢循環合併症)	BD40.0 下肢動脈硬化
	BD4Z 慢性動脈閉塞性疾患、詳細不明
	EE80.1 リポイド類壊死症
	MC85 壊疽
(その他の明示された合併症)	ME60.2 性状不詳の皮膚の潰瘍
	FA2Z 炎症性関節障害、詳細不明
	MG30.5Z 慢性神経障害性疼痛、詳細不明
	原因として記載される場合：
(昏睡)	MB20.1 昏睡
(眼合併症)	9C81.Z 詳細不明の動眼神経の麻痺
	9D90 盲を含む視覚障害
(神経学的合併症)	8E7Y その他の明示された神経系の疾患
	DA7Z 胃又は十二指腸の疾患、詳細不明
(末梢循環合併症)	
(その他の明示された合併症)	1A40 感染因子の記載のない胃腸炎又は大腸炎
	1G40-1G41 敗血症
	1C41 部位不明の細菌感染症
	1F28 皮膚糸状菌症
	1F2D 非皮膚糸状菌性表在性皮膚真菌症
	1F23 カンジダ症
	3B20 播種性血管内凝固
	5A41 糖尿病併発を伴わない低血糖症
	5C80.00 原発性高コレステロール血症
	5C80.1 高トリグリセリド血症
	5C80.2 混合型高脂血症
	5C80.Z 高リポタンパク血症、詳細不明
	5C76 高カリウム血症
	5D2Z 代謝障害、詳細不明
	8A42.Y その他の明示された急性散在性脳脊髄炎
	8A42.Z 急性散在性脳脊髄炎、詳細不明
	BA00.Z 本態性高血圧、詳細不明

	BA01 高血圧性心疾患
	BA40-BA6Z 虚血性心疾患
	BB40-BB4Z 急性又は亜急性心内膜炎
	BC0Z 心臓弁膜症、詳細不明
	BC43.0Z 拡張型心筋症、詳細不明
	BC43.Z 心筋症、詳細不明
	BC81.3 心房細動
	BC81.20 三尖弁下大静脈間峡部依存性マクロリエントリー性頻拍
	BC81.2Z マクロリエントリー性心房頻拍、詳細不明
	BC60 心房期外脱分極
	BC61 接合部期外脱分極
	BC70 心室期外脱分極
	BC71.1 心室細動
	BC80.20 洞不全症候群
	BC9Y その他の明示された不整脈
	BC9Z 不整脈、詳細不明
	BD10-BD1Z 心不全
	BE2Z 循環器系の疾患、詳細不明
	8B00 脳内出血
	8B02 非外傷性硬膜下出血
	8B0Z 頭蓋内出血、詳細不明
	8B11 虚血性脳卒中
	8B20 虚血性又は出血性か不明の脳卒中
	8B22.Y その他の明示された脳血管疾患
	8B2Z 脳血管疾患、詳細不明
	8B25.1 脳内出血の後遺症
	8B25.3 その他の非外傷性頭蓋内出血の後遺症
	8B25.0 脳梗塞の後遺症
	8B25.4 虚血性又は出血性か不明の脳卒中の後遺症
	8B25 脳血管疾患の後遺症
	8D40.1 栄養欠乏によるニューロパチー
	8D40.2 栄養欠乏によるミオパチー
	8D40.Y その他の明示された栄養欠乏による神経障害

	8D40.Z 栄養欠乏による神経障害、詳細不明
	BD30.20 急性血栓塞栓性下肢動脈閉塞
	BD30.0 急性上肢動脈閉塞
	BD30.2 急性下肢動脈閉塞
	BD70 表在性血栓性静脈炎
	BD72 静脈血栓塞栓症
	CA40.1 ウイルス性肺炎
	CA40 肺炎
	DA60-DA63.Z 胃又は十二指腸の潰瘍
	ME24.Y その他の明示された消化器系の臨床症状
	1B70.3 上行性細菌性リンパ管炎
	1B70.Y その他の明示された細菌による細菌性蜂巣炎又はリンパ管炎
	1B70.Z 詳細不明の細菌による細菌性蜂巣炎又はリンパ管炎
	EB21 壊疽性膿皮症
	EA3Z ウイルス感染症による詳細不明の皮膚障害
	EA89 型不明の全身性湿疹様皮膚炎
	EH90 褥瘡
	FA26.2 軟骨石灰化症
	1B71 壊死性筋膜炎
	GC08.Z 尿路感染症、部位及び病原体が明示されないもの

3.7 ICD-11 の疾病コーディングにおける革新

「入院時の診断名」

新たにエクステンションコードが ICD-11 に取り入れられたことで、ステムコードの組合せに対する修飾情報のコーディングができるようになった。この新しい修飾機能の中で特に重要なのが患者状態を表示できる機能で、入院時の診断名と入院後に発症した診断名とを区別できるものである。

3.8 生活機能セクション

ICD-11 では、任意で可以使用できる生活機能セクションが盛り込まれ、生活機能の観点から健康状態への影響を分類及び測定できるようになった。詳細は 1.1.6.2 節を参照。

一般的に、ICD-11 と ICF を関連づけることで、以下の用途に役立つことが想定される。

- 一般診療での評価（例：能力評価）
- 社会給付の評価（例：障害年金）

- 支払い又は償還の目的
- ニーズ評価（例：リハビリテーション、職業支援、長期介護）
- 介入の結果評価

「生活機能」に関する完全な報告が求められる場合は、必ず ICF を使用するべきである。

3.9 ICD-11 の一般的な特徴

ICD-11 における構造面での主な革新は、ICD-11 がファウンデーション・コンポーネントを土台としていることであり、このファウンデーション・コンポーネントからそれぞれの内容例示表が導き出されることである。国際的に中心となる内容例示表が死亡・疾病統計用分類である。ファウンデーション・コンポーネントが新たに加わり、ICD-11 が電子的に設計されたことにより、従来の ICD では使用されてこなかった新しい用語を導入する必要があった。下表にこの新しい用語を例示した。（詳細は 2.13 節を参照のこと。）

ICD-11 の用語の詳細については、[1.1.6.1 節 ターミノロジーとの統合的利用](#)を参照。

3.10 伝統医学の状態・モジュール 1 (TM1)

世界人口の大部分が何らかの形で伝統医学を活用している。しかし、これらの利用者の健康状態に関する標準化されたデータや情報は、国内又は国際的な保健医療データとして殆ど収集されていない状況である。補完・代替医療（Complementary and Alternative Medicine）（CAM）の利用は巨大産業となり、今後も更に成長することが見込まれている。伝統医学の情報と CAM 産業の規模の間にこのような隔たりがあるため、データの収集及び分析を可能にする分類ツールの開発に、資源が投入された。

ICD-11 の伝統医学的疾患及び証の補助章は、ICD の 1～25 章の西洋医学概念と連携して症例のコーディングができるように設計されている。

その他の ICD の章と同様に、TM1 章は、伝統医学の状態を分類、診断、集計、伝達、比較するためのツールであり、伝統医学の安全性及び効果を検証するための研究及び評価にも活用できる。この章は、伝統医学の実践や特定の伝統医学行為の効果を判定するものではない。

本章を死亡コーディングに用いてはならない。

3.11 第 11 回改訂の準備

2003 年までに、WHO 及び協力センターにとって、ICD の更なる改訂をこれ以上遅らせることができないことが明らかになってきた。ICD 改正を通して新たに展開される状況を捕捉するには ICD-10 の構造上の限界があり、専門家集団との大規模な開発や議論を要するいくつかの課題があった。2004 年にヘルシンキで開催された協力センターの臨時会議で、改訂の必要性と、改訂作業の一環として取り組むべき課題について議論が行われた。その後、2004 年の WHO-FIC 会議は、改訂作業計画を採択した。計画は、その後の会議で漸次に発展した。

2007 年、WHO は改訂作業を公式に開始した。改訂作業の監督は、幅広い層からなる改訂運営会議（Revision Steering Group）が担った。技術的な専門作業は一連の分野別専門部会（Technical Advisory Group）が担い、分野横断グループが死因、疾病、質と安全の問題を検討した。今回初めて、伝統医学の観点から疾病名及び疾病の証を取り入れた章が取り入れられた。

コンテンツモデルが開発され、その中には ICD の各項目の一連の構成要素が含まれており、ICD の豊かな基盤が提供された。他の分類や用語集も可能な限り ICD に連携するよう、又は ICD に含まれるようにし、ICD とそれらとの整合性が取れるようにした。また、WHO 国際統計分類ファミリーの他の分類に使用されている項目とも可能な限り、整合性が取れるようにした。より伝統的な死因及び疾病の統計分類は、ICD-11 のファウンデーション・コンポーネントから内容例示表として得ることができる。エクステンションコードを使用することによって内容を限定しながら、疾病の詳細な分類ができるようにした。補足的な章やセクションでは、伝統医学の診断や機能に関する情報を任意で取り込むことができるようにした。ICD-9 と ICD-10 の経験に基づいて更新メカニズムが設計された。それによって、分類の統計的利用を損なうことなく、利用者ガイダンスの改善と科学的な更新が可能になった。

ICD-11 の改訂はいくつかの段階を経て行われた。まず、ICD-10 の使用から判明した問題点のうち、その分類構造では解決できないものをリストアップし、可能な解決策を策定した。

第二に、臨床的視点に重点を置いて、主要なテーマ分野の多くの科学グループから意見を得た。

最終的には、改訂の前段階において複数の独立した専門家グループによって作成された内容の不均衡を調整し、死因統計及び疾病統計の利用者にとって全体的な構成が一貫して実用的であることを確認することを目的として、集中編集が行われた。最終版は、フィールドテスト、加盟国からのコメント、現在進行中のプロポーザル（修正提案）の提出と処理からも意見を得た。

3.12 付属資料 A：ICD-11 の改正及び保守

本付属資料では、ICD-11 の更新のための調査過程、更新頻度、修正提案の作業の流れについて説明する。

ICD-11 分類の公式改訂版は、死因統計と疾病統計の国際的な使用のために毎年作成される（通称「ブルーズラウザー」）。対照的に、ICD-11 ファウンデーション・コンポーネントは継続的に更新される。更新は異なるレベルで、異なる頻度で行われる。

ICD-11 は、緊急の公衆衛生上の必要性がない限り、国際的な使用のために 5 年ごとの「固定版」として公開されている（4 桁と 5 桁の構造に影響を与えるアップデートが含まれる）。公開には、コードと組合わせて報告するために使用されるバージョン識別子が付加されている。移行表や相違点を示す資料は、すべてのバージョンで提供されている。

4 桁や 5 桁よりも詳細なレベルの更新は、毎年発行することができる。意味や索引、誤りを明確にするための小さな誤りの訂正は、毎年提供することができる。索引への追加は継続的に行うことができる。

死因統計と疾病統計の規則は、10 年ごとの長期サイクルで更新される。

ICD-11を導入しているすべての国は、コーディング結果の最大限の標準化を確実にするため、アップデートを採用することが推奨される。何らかの理由で特定の年のアップデートを実施できない国は、少なくとも報告されるデータが ICD-11 の最新版に沿ったものであることを保証しなければならない。

WHO は、ICD 及びその異なるバージョンやエディションに含まれる情報を検証するために、あらゆる合理的な予防措置を講じている。しかし、ICD は、明示又は黙示を問わず、いかなる保証もすることなく配布されている。ICD の解釈と使用に関する責任は使用者にある。WHO は、いかなる場合においても、ICD の使用に起因する損害について責任を負わない。

ICD でコード化された情報の発行者は、ICD の適切な使用を保証し、提示された結果の比較可能性を示すために、データ収集の方法と元のデータを修正するために使用されたメカニズムを明確に提示する責任がある。死因統計のデータについては、ICD に示された方法から逸脱してはいけない。

分類法と構造については、[1.2 節](#)を参照。

A.6 背景

ICD-11 を改正することで、ICD がユーザーのニーズに内容及び用語の面で応えられるようにする。

改正及び決定は、[1.2.1 節 分類法 \(Taxonomy\)](#) に定められた原則に従う。

改正の対象には、ICD の第 1 章から第 24 章、伝統医学の状態の補助章（新規モジュールの開発を含む）、生活機能評価のための補助セクション、エクステンションコード、特別な見解及び特別な集計リスト、ICD ファウンデーションの各要素、レファレンスガイド等が含まれる。

すべてのプロポーザル（改正提案）はオンライン・メンテナンス・プラットフォームに入力され、完全性の確認、議論、編集が行われる。このプラットフォームは、査読者や専門家にプロポーザルを転送し、原著者にフィードバックを提供するためのインフラを提供する。メンテナンス・プラットフォームで、改正提案の最終結果を表示し、オーサリング・プラットフォームに入力され、ICD の一部となる。ICD の改正提案は、ICD のユーザーであれば誰でも提出することができる。改正提案は、ICD の 1 つ又は複数の項目に関わるものでも良い。これらは、表形式リスト内の項目の位置、ファウンデーション・コンポーネント内の項目の位置、及びコンテンツモデルの任意の要素に対しても言及できる。ICD-11 のメンテナンス・プラットフォーム（通称「オレンジブラウザー」）は、改正提案やコメントのために使用される。ICD-11 及びその構成要素への入力には、出典の適切な参照、科学的エビデンスの詳細、及び著作権資料の所有者からの許可（該当する場合）が必要である。

改正提案は科学専門家及び分類専門家によって検討される。ある特定の提案の採否の決定は、これらの専門家の勧告に基づく。

死因分類グループ（MRG）、疾病分類グループ（MbRG）、医学・科学諮問委員会（MSAC）、全体を見る分類・統計諮問委員会（CSAC）との間の作業の一連の流れを定めて、提案のあらゆる側面が検討される。まとまった意見を分類専門家が審査することで、提案が ICD の多様なユースケースに適していることを確認する。

このプロセスは、改正案に対する CSAC のメンバーの合意に基づくものである。各回の編集作業は、電子プラットフォームを通じて行われる。合意が得られない場合、

WHO の仲裁があるまで次回以降の編集日程まで保留とするか、分類及び内容に関する専門家の対面会議で解決する。それ以外のすべての場合、合意が得られた勧告は WHO に提出され、最終決定が下される。

すべての改正提案は提案機構を通して提出されなければならない。これは、提案された内容を透明性のある形で検討するために必要である。異なる種類の提案がワークフローを通して検討され、分類の一貫性、構造的な十全性、科学的な正確さが担保される。異なるワークフローを設定することで、WHO 国際統計分類ファミリー（WHO-FIC）ネットワーク及び WHO のリソースが適切に使われるようになる。すべての改正は報告される。改正を検証するための複数回の作業が必要になることが考えられる。

A.7 改正サイクル

改正を実施する頻度はその改正のレベルによって異なる。これにより、死因においては安定性を維持し、疾病の利用においてはより迅速な改正を可能にする。

- 国際的な報告に影響を及ぼすような改正（ステムコードの 4 桁及び 5 桁）は 5 年毎に公開する。
- より詳細な水準の改正は 1 年毎に可能で、臨床的な変更の必要性に応じて年に 2 回公開できる。
- 索引の新規記載は随時、行うことができる。
- 死因ルール及び疾病ルールは、10 年周期で改正する。
- レファレンスガイドにおけるその他の改正は 1 年毎に公開できる

A.7.1 ICD-11-MMS 保守のための提案の種類

ICD-10 で確立されていた提案の種類及び基準、これまでの ICD-11 期間に使われてきた提案の種類及び基準、さらに ICD-11 におけるニーズを検討した上で、ICD-11 に関わる下記の提案の種類が提案された（死亡・疾病統計用分類（MMS）への影響については下表を参照）。

- 項目の新規追加：
 - 項目を「ショアラインの下」に追加（MMS では索引用語になる）
 - 項目を「ショアラインの上」に追加（MMS では分類項目になる）
- 項目の削除：
 - ショアラインの下にある項目に適用（MMS では索引用語を削除する）
 - ショアラインの上にある項目に適用（MMS では分類項目を削除する）
- コーディング状態の変更
- 索引用語であったものを MMS に移動する（例：個別のコードを付与する）又は MMS にあったものを索引用語に変更する（例：個別のコードを無くして、別の位置に移す）
- 内容の改善（以下の亜型を含む）：
 - 「プリファード・ターム」（項目名）の変更（項目名の変更によってその項目の意味が変わってしまう場合は許可されない。ある概念が古くなり、更新する必要がある場合、又は新しい概念が必要な場合、項目の削除又は項目の新規追加、又はその両方の提案を場合に応じて使用する必要がある）
- 「シノニム」（同義語）の追加又は削除

- 「エクスクルージョン」（除外用語）の追加又は削除
- 「ディスクリプション」（説明文）の修正、「デフィニション」（定義）の修正
- 「アディショナル・インフォメーション」（追加情報）（長い定義）の修正
- 綴り又は文法の訂正（フィールドを問わない）
- ステムコードとの組合せに必須となるポストコーディネーション追加又は削除
- 分類項目の内容の追加又は削除（追加又は削除により意味が変わる場合は許可されない）
- 構造の変更（以下の亜型を含む）：
 - プライマリー・ペアレントとの連結の変更
 - セカンダリー・ペアレントとの連結の変更
- レファレンスガイドの修正（対象となるのは ICD-11 レファレンスガイドのあらゆる部分で、コーディングルール、デフォルト等を含む。以下の亜型を含む）：
 - 綴り又は文法の訂正
 - 規則の明確化
 - 規則の変更（データの完全性に影響を及ぼすもの）。コーディング・ヒントの変更も含む。
- 明確化のための提案で、分類の変更を必要としないもの
- 巻と巻との間の不一致の訂正

理想的には、各提案が、それがファウンデーションに関わるものなのか、分類に関わるものなのかを明示し、さらにはそれが各国の臨床版に関わるものなのか、特別なリニアライゼーションに関わるものなのかを明示することである。チェックボックスを設けることによって、提案の範囲を示すことができる。

すべての提案者がこのような範疇の違いを理解している訳ではない。特に記載のない限り、提案は MMS に関わるものとして仮定して良いのかもしれない。いずれにしても、CSAC はある提案が一旦、承認された場合、それが MMS の「ショアライン」の上に置かれるべきなのか、下に置かれるべきなのかを判断する必要がある。

すべての提案が等しく同水準の精査を必要とする訳ではない。それぞれの提案を、それが統計分類に及ぼす影響や分類を科学的に正確で最新ののものにする目的との関連での観点から検討する。各国の臨床版の修正など、緊急に必要な改正の迅速な審査を可能にする「ファストトラック」は、必要に応じて実施される。基準及び特定のワークフローが提案の各「トラック」に用意されている。

表 1：ICD-11 保守のための提案の種類及び MMS を使用したデータ収集に及ぼす潜在的影響の概要。（注：下の一覧は優先順位を示唆するものではない。「X」は該当することを意味する。）

提案の種類	影響大	ある程度の影響	影響なし
項目の新規追加	X	X	
項目の削除（+）	X		
コーディング状態の変更		X	

提案の種類	影響大	ある程度 の影響	影響なし
内容の改善			
プリファード・ターム（項目名）の変更	X	X	X
シノニム（同義語）の追加又は削除		X	
エクスクルージョン（除外用語）の追加又は削除		X	
ディスクリプション（説明文）の修正	X	X	X
アディショナル・インフォメーション（追加情報）（長い定義－WHO 外）の修正			X
誤植の訂正（フィールドは問わない）			X
ポストコーディネーションが必須となるステムコードの組合せの追加/削除	X		
分類項目の内容の追加又は削除－意味が変更しない場合			X
構造の変更			
プライマリー・ペアレントの変更	X		
セカンダリー・ペアレントの変更			X
レファレンスガイドの修正			
誤植の訂正			X
規則の明確化			X
規則の変更（データの完全性に影響を及ぼすもの）。コーディング・ヒントの変更も含む。	X		

（＋）：誤りは削除する。廃れた用語や項目はまだ使用されている可能性があり、マッピングやコーディングの役に立つので削除しない。

表 2：潜在的な変更の管理を担当するグループ

提案の種類	CSA C	MSA C	MR G	MbR G	FDG RG 又は TM
項目の新規追加	X	X	X	X	X+
項目の削除（＋）	X	X	X	X	X+
コーディング状態の変更	X	X	X	X	
内容の改善					
プリファード・ターム（項目名）の変更	X	(X)			X+

シノニム（同義語）の追加又は削除**					X+
エクスクルージョン（除外用語）の追加又は削除**					
ディスクリプション（説明文）の修正	X	X	X	X	X+
アディショナル・インフォメーション（追加情報）（長い定義—WHO 外）の修正		(X)			X+
誤植の訂正（フィールドは問わない）**					
ポストコーディネーションが必須となるシステムコードの組合せの追加/削除	X		X	X	
構造の変更					
プライマリー・ペアレントの変更	X	(X)	X	X	X+
セカンダリー・ペアレントの変更	X	X			
レファレンスガイドの修正					
誤植の訂正**					
規則の明確化	X		X	X	X+
規則の変更（データの十全性に影響を及ぼすもの）。コーディング・ヒントの変更も含む。	X	(X)	X+	X+	X+

（+）：誤りは削除する。廃れた用語や項目はまだ使用されている可能性があり、マッピングやコーディングの役に立つので削除しない。（X）は特別な場合にのみ該当する。X+は、特定のユースケースの場合にのみ該当する。** WHO チーム

A.8 提案の完全性

誰でも ICD の改正提案を出すことができる。提案の形態としては、短い説明文（約 500 ワード）及びその裏付けとなる文献及びエビデンス（学術雑誌に発表された査読付き論文又は WHO、WHO 協力センター若しくは WHO と公式な関係のある NGO の公式会議での発表）を提供する。また、提案は関連する位置での変更を視覚化できるようにし、提案の範囲外の項目への潜在的な影響も示すようにする。

- 提案者は氏名（フルネーム）及び所属を登録し、利益相反の可能性を公表する。
- 提案には必ず明瞭に記述された説得力のある根拠がなければならず、引用を使って提案のエビデンス基盤を確立する。
- 項目の新規追加の提案には、説明文及び項目に関する記述がなければならない。これによって、ファウンデーションの中での正しい位置づけが可能になる。提案は科学的な背景がなければならず、学術雑誌に発表された査読付き論文又は WHO、WHO 協力センター若しくは WHO と公式な関係のある NGO の公式会議での発表を示さなければならない。

- 新規コードの提案では、そのコードが承認されなかった場合に症例がどのようにコードされるかを示す情報も含めるべきである。
- 統計に影響を及ぼす提案では、頻度などの、その提案の結果として生じる影響についての記述又は分析も含めなくてはならない。
- 規則の変更の提案では、影響度分析が実施されなければならない。
- 不備のある提案は提案者に差し戻す。
- 提案機構においては、提案を処理するのに十分な根拠、説明文、定義を欠く提案は受け付けない。

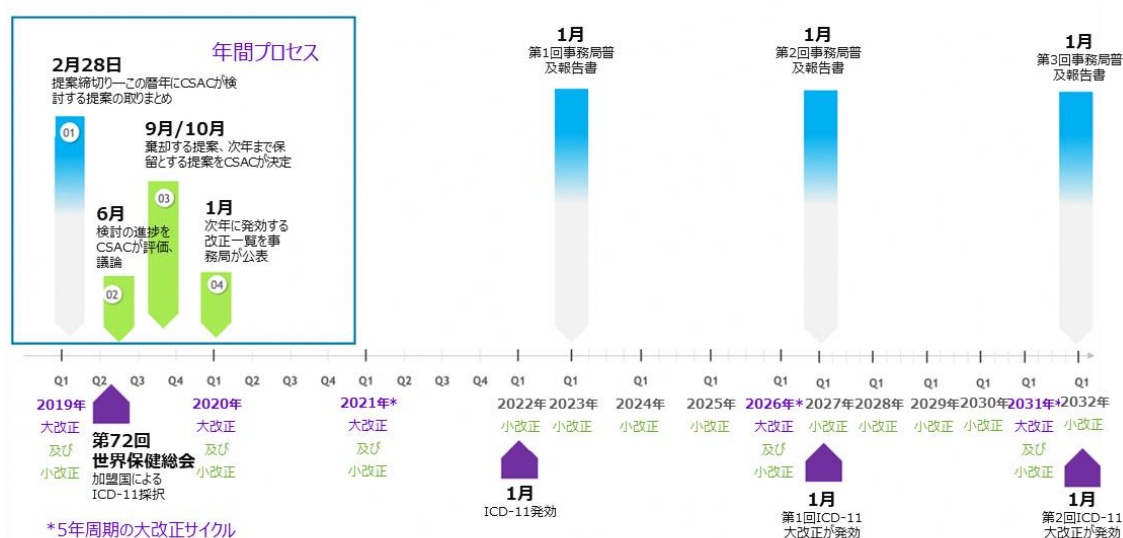
A.9 提案に関わるスケジュール

提案はいつでも提出できる。MMS で収集するデータに影響のない提案は随時、処理される。ワークフローに関わるグループ及び委員会の審査が必要な提案は、毎年 2 月 28 日に取りまとめて、必要なワークフローを通して配分される。

提案の処理は関連するグループが並行して進める。公式コメントは、2 回（2 カ月間及び 1 カ月間）に分けて出され、各回の間に編集作業を行えるようにする。

承認、棄却又は「継続審議」の最終判断は、毎年 10 月の WHO-FIC 年次会議における CSAC のテレカンファレンスでなされる。公式版は 9 月末に発表され、提案の種類に基づいた改正サイクルに従って有効となる。最も早いのは翌年 1 月に採択される提案である。（翻訳に最短 6 か月、正式な普及に 3 か月を要する。例：臨床的な詳細、セカンダリー・ペアレント、同義語等）

審査及び公開スケジュール



提案と公開スケジュール

A.10 提案のワークフロー

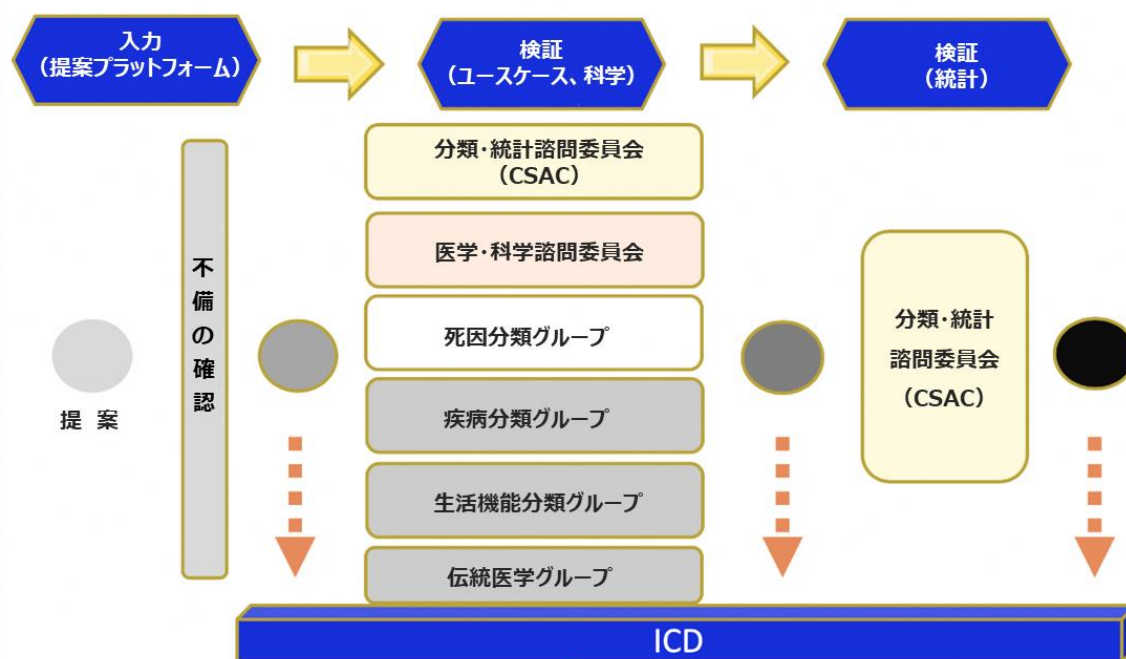
ICD の保守は、統計学、医学、様々なユースケースでの幅広い専門性を必要とするプロセスである。ICD の改正及び保守に関連する体制は、新たに生じる要件や限られたリソースの効率的な利用の観点から今後、修正してゆくことがすでに確定している。下図が示すのは、改正プラットフォームで受領された提案が専門家グループに審

査され、WHO に勧告がなされるまでの流れを示したものである。初めに、「提案トリアージ（選別）」を使って受領したすべての提案を査定し、提案に不備がないか、それが正しく提出されているかを確認する。その後、提案は次の適切な段階に進む。この選別によって、提案の種類によって又は緊急の場合など、迅速な処理が可能又は必要な提案を特定できるようにする。上記で提案した提案の種類分別により分類への影響が把握できるようになり、そのことが転じて、その提案が随時、導入が可能な改善又は明確化のための提案なのか、それとも改正サイクルを通した導入を待つべき提案なのかの判断に必要な情報が提供されることになる。ファウンデーションに関する提案が検討されるハードルは低く、その規則は単純なものであり、その提案の受領可能/処理可能かを問われるのみである。つまり、提案が不備なく正しく提出されていれば、それは検討される。ただし、検討することは、その承認を保証するものではない。

CSAC は、以下のメンバーで構成されている。

- WHO-FIC 協力センター及び WHO 加盟国から正式に指名された技術代表者。メンバー及びオブザーバーは、分類について特定の知識と専門性を備えている。
- 各レファレンスグループ（死因分類グループ（MRG）、疾病分類グループ（MbRG）、生活機能分類グループ（FDRG）、伝統医学グループ（TMRG））の 2 名の共同議長及び医学・科学諮問委員会（MSAC）の 2 名の共同議長もその職務上 CSAC のメンバーで、コメントする権利は有するが投票権は持たない。
- CSAC の会議には、特定の項目に関するコメントのために更に専門家を招聘することができる。

決定はすべてコンセンサスに基づいて行われる。各作業部会の委任事項は、「WHO 国際統計分類ネットワークの運営」（Conduct of the WHO Family of International Classifications Network）について記述する文書に記載されている。



提案のワークフロー

提案のワークフローにおける各グループの委任事項及びガバナンスについては、「WHO 国際統計分類ネットワークの運営」を参照。

CSAC 小部会 (CSAC Small Group)

このグループは、CSAC の共同議長及び事務局、WHO スタッフ、WHO が選定した専門家で構成されている。

CSAC 小部会は各提案を検討し、その提案が CSAC 全体で検討する準備が整っているかどうかを判断する。また、小部会は、提案を受け入れるか否かについて、コンセンサスによる勧告を行う。提案に更に情報が必要な場合や不完全な場合、CSAC 小部会は MSAC や他の委員会やレファレンスグループ (C&RG) に更なる助言を求めたり、提案を提案者に差し戻したりすることができる。場合によっては、小部会、MSAC 及び／又は C&RG が原案に対する修正を勧告することもあり、この場合は勧告を行ったグループの事務局が提案のパブリックコメント欄にその修正勧告を記録する。これらのコメントと修正案は、その後、CSAC 全体会議で検討される。

提案を CSAC 全体で検討できる準備が整った場合、CSAC 事務局は、CSAC 小部会の勧告、修正案及びその理由を提案のパブリックコメント欄に記録し、その提案に

「CSAC 投票」 (CSAC Voting) のステータスを割り当てる。それを受けて、CSAC メンバーは、CSAC 小部会が必要に応じて修正した提案に対して同意及び／又はコメントを示すことができる。

A.11 通常の改正プロセスの中で対応できない変更

ICD の現改訂版の既存の構造又はコードと矛盾する新しい構造を作る変更は、ICD の次の改訂でのみ可能であり、そのような変更には以下のものが含まれる。

1. 分類項目の既存のコードの変更
2. リニアライゼーションにおいて既存のグループに子項目がある場合、そのグループを分類項目に変更すること（これを許可すると子項目のコードが強制的に変更されるため、許可されない）
3. リニアライゼーションにおいて既存の分類項目に子項目がある場合、その分類項目をグループに変更すること（同上）
4. 分類項目を 2 つの子項目の間に挿入すること。複数の子項目がある場所に分類項目を入れる場合は他の子項目の最後、残余項目の前に入れる。
5. どのような順序の変更も不可能である。順序はコードに基づいており、コードは変更できないからである。
6. 削除されていない子項目を持つ分類項目を削除し（子項目は残る）、それを別の分類項目で代替し、その新しい分類項目が残った子項目の親項目になること。（新しい分類項目は削除された分類項目と同じコードを使用できないし、その新しい分類項目に新しいコードを付与しても、今度は子項目のコードとの整合性が取れなくなるので不可能である。）
7. 既存の分類項目を、コードの変更を伴う別の位置に移動すること。例えば、2B01 の子項目である 2B01.2 の項目を 2B00 の子項目になるように移動すること。

第 X 章に関しては、上記 1. のみが唯一の制限である。第 X 章のコードは階層構造によって位置が定められていないので、上記 1. 以外の変更は可能である。

3.12.1 適用性及び知的財産権

以下の段落で提供するのは、ICD に関わる法的な規制の概要である。留意されるのは、本文が、WHO が他の関係者との間で作成する法的な取決めの文言に何ら影響を及ぼさないことである。ICD ライセンスの拘束力のある公式版は、<https://icd.who.int/en> から入手できる。

ICD は WHO の知的財産であり、ICD の変更は契約上の取り決め及び改正メカニズムによる承認を必要とする。

ICD-11 はクリエイティブ・コモンズ表示ー改変禁止 3.0 IGO (Creative Commons Attribution-NoDerivs 3.0 IGO) (CC BY-ND 3.0 IGO) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>) (以下、「本ライセンス」という) の下で使用許諾される。本ライセンスの規定に従い、ユーザーは、本ライセンスが定義するところの ICD-11 の「翻案物」を作成することは許諾されない。その観点から、また本ライセンスの規定を制限することなく、WHO は以下の点を確認する。

- 健康情報を識別するための決定的な基準を提供するという ICD の目的の希釈化を防止するため、本ライセンスの対象となるマテリアル (Licensed Materials) 又はその一部を、別の基準を開発又は公布する目的のために使用してはならない。

- WHO は、ICD-11 をソフトウェア製品に統合することを「翻案物」とはみなさないが、その条件としてユーザーは次のいずれも行わないものとする。
- a. ICD-11 の一部又は全部を複製し、その配布を異なる名称の下で行うか、その帰属を表示せずに行う。
- b. ICD-11 の一部又は全部を ICD-11 のコードなしに複製し、配布する。
- c. ICD-11 の一部又は全部を ICD-11 の URI なしに複製し、配布する。
- d. 上記 a. から c. のいずれの組合せで ICD-11 の一部又は全部を複製し、配布する。
- 他の分類及びターミノロジーと ICD-11 との間のマッピング又はクロスウォークは本ライセンスの範囲に含まれず、WHO からの書面による合意が別途、必要である。
- ICD-11 の概念にデータフィールドを追加することは、そのような追加が WHO による追加でないことを明示する場合にのみ許可される。
- ICD コーディング及びブラウジングのためのウェブサービス並びにその他のソフトウェアは、ICD-11 ソフトウェア (ICD-11 Software) をコンピューター・アプリケーション又はシステムで使用し、そのアプリケーション又はシステムに統合する非独占的、譲渡不可、使用料の発生しないライセンス（以下、「ソフトウェア・ライセンス」という）の下で利用可能である。ICD-11 ソフトウェアを統合する上記コンピューター・アプリケーション又はシステムは、商業目的及び非商業目的のためにユーザーに使用許諾できる。ICD-11 ソフトウェアをスタンドアローン製品として販売又は使用許諾する権利はユーザーに与えられない。疑義を避けるために明示すると、ICD-11 ソフトウェアは、上記第 1 節に記載する ICD-11 のクリエイティブ・コモンズのライセンスの下で使用許諾されるものではない。

ICD をいかなる言語にも翻訳できる。翻訳の関係者（以下、「翻訳者」という）は、WHO に連絡し、関連する規制を遵守し、正式な契約書の形で書面による許可を得ることが求められる。通常、翻訳権は保健省にのみ与えられる。

国連の公用語への翻訳は WHO の成果物であり、すべての権利は WHO に帰属する。それ以外の言語への翻訳は翻訳者の成果物である。

翻訳者は WHO 翻訳プラットフォームを使用し、それにより、WHO は翻訳の正確さ及び完成度を検証できるようになる。

WHO は、WHO の業務との関連で、上記の翻訳をあらゆる方法又は形式で使用、修正、翻案、翻訳、出版、配布する永続的で撤回不能、非独占的で全世界を対象とする、使用料の生じない、再許諾可能な権利を自動的に付与されるものとする。

場合によって、ユーザーは ICD の一部を修正して ICD の特別版を製作することを判断することがある。特別版の製作は、WHO とのその製作に関わる契約上の取決めを必要とする。

特別版は WHO 製作プラットフォームから WHO が製作する。

ICD に対するすべての変更又は変更の提案は、WHO-ICD 保守プラットフォームに提出されなければならない（詳細については、[3.12 付属資料 A：ICD-11 の改正及び保守を参照](#)）。

特別版製作の要請は、WHO が特別版を製作するのに必要なリソースが提供されていることを条件とする。

いかなる広告又は宣伝もコーディング又はブラウジングのページに表示してはならない。ICD 分類を現地ウェブサイト に埋め込む、又は現地版を運営する場合、WHO の ICD ホームページへのリンクが含まなければならない。

いかなる広告又は宣伝も ICD 印刷版に表示してはならない。

ユーザーは、オンライン又は WHO が提供するウェブサービスを通して ICD にアクセスすることが理想的である。これにより、索引、コンテンツモデル、内容例示表の適切な共同利用が保証され、該当する場合は、改正の普及が促進される。第三者が製作するコーディング機構は、標準であるオンラインのコーディング・ツールと同一のコーディング結果を提供できるものでなくてはならない。

国内及び国際的な記録・報告には、1967 年の分類命名規則（Nomenclature Regulations）が規定するように、ICD の最新版を使用する。

疾病コーディングのための修正

ICD を国内の保健医療制度の特有な状況の中で使用に際し、現行の ICD-11 に存在しない詳細が必要になる可能性がある。これは、例えば、現場の特殊な状況や診療報酬制度における必要性による場合である。このような改正も ICD の他のすべての改正と同じ国際的なプロセスの対象となり、そのプロセスを経た上でファウンデーション・コンポーネントの一部となり、最終的に死亡・疾病統計用分類（MMS）の一部となる。理想的には、その改正を要請した国で導入される前にその改正が MMS の一部となることである。

状況によっては、政府又は関連する国の機関がある修正を即時に導入することを要するかもしれない。この場合、現行のファウンデーション・コンポーネントとの矛盾は回避されなければならない。関連する修正は国際的な改正プロセスでの特別機構の対象となる。各国修正版の製作を計画するすべての国は、WHO と関連する契約上の取決めを締結しなければならない。その中には、国内外の配布に対する規制及び WHO がその修正をファウンデーションに取り込むために必要なリソースが対象に含まれる。

ICD-11 の各国修正版の開発においては、次の規則を遵守しなければならない。1. 修正に関する ICD-11 の保守機関の合意の上で国内において修正を導入する。2. 修正は疾病統計又は死因統計に影響を及ぼしてはならず、又はファウンデーションとの矛盾を生じさせてはならない。3. あらゆる修正の承認は、適切な追加詳細が既にファウンデーションに存在するか否かの検討を要する。4. ICD-11 国際版が修正された場合、それぞれの各国修正版でも可及的速やかに修正が行わなければならない。

例示

「1 型糖尿病」は ICD-11 WHO 版で **5A10** に分類されている。各国修正版では、ICD-11 に更に詳細なコードを付け加える必要があるかもしれない。例えば、「1 型糖尿病、コントロール不良」を **5A10** の細分類項目として「5A10.1 1 型糖尿病、コントロール不良」と追加することができる。しかし、既にポストコーディネーションの仕組みにより必要な詳細が提供されている場合は、新たに細分類項目を追加する必要はないだろう。

3.13 付属資料 B：ICD の歴史的沿革

3.13.1 初期の歴史

高名なオーストラリアの統計学者である George Knibbs 卿は、Sauvages としてよく知られている Francois Bossier de Lacroix (1706–1777) が、疾病の体系的分類を試みた最初の人であると信じていた（参考文献 1. 参照）。Sauvages の包括的な論文は、*Nosologia methodica* という題名で出版された。Sauvages の同時代の一人に、偉大な方法論者である Linnaeus (1707–1778) がおり、彼は *Genera morborum* という疾病の目録を著作した。近年、Moriyama ら（参考文献 2. 参照）は 16 世紀及び 17 世紀の先駆者として Fernel と Sydenham に言及している。19 世紀の始めに、最も一般的に使用されていた疾病分類は、エジンバラの William Cullen (1710–1790) によって作られたもので、1785 年に *Synopsis nosologiae methodicae* という題名で出版された。

しかし、実用的な目的では、疾病の統計的研究は、一世紀前の 1662 年に出版されたロンドン死亡報告書についての John Graunt の仕事で始まっていた。この先駆者によって企画されたこの種類の分類は、年齢別死亡の記録がない当時に、6 歳になる前に死亡した出生児の割合を推計しようとする彼の試みにより適切であることが実証された。彼はすべての死亡を、驚口瘡、痙攣、くる病、歯疾患及び寄生虫病、流産、クリゾム<chrysome>、小児、肝腫大などの当時の用語の下に分類し、これに天然痘、水痘、麻疹及び痙攣を伴わない寄生虫病による死亡の半数を加えたものを用いている。この分類は粗いものではあるが、彼の推計した 6 歳未満の死亡率 36% は、妥当な数字だと後に認識された。これまでの 3 世紀は、疾病分類の科学的正確性に対してなんらかの貢献がなされてきたが、分類の困難さゆえに、疾病統計（死因統計でさえ）を作成しようとするものの有用性を疑う者は多い。これらの者に対しては、Major Greenwood の下記の言葉を引用することができる：「医学統計が分類学的に正確になるまで待ち望んでいる科学的純粋主義者は、川が流れてなくなるのを待っているホーラス<Horace>の詩にでてくる田舎者と同じく愚かである。」（参考文献 3. 参照）

予防医学の進歩に対して幸いであったことに、イングランド・ウェールズ一般登録局（the General Register Office of England and Wales）は、その活動の開始にあたる 1837 年に、William Farr (1807–1883) を最初の医学統計学者として見出した。彼は当時の不完全な疾病分類を可能な限り活用したばかりでなく、分類の改善及びこれらの使用における国際的統一性の確保に尽力した。

Farr は当時の公共サービスにおける使用で Cullen の分類を見出した。それは医学の進展を具体化するために改訂されてこなかったばかりでなく、統計目的としても、彼が満足できるものではなかった。Farr は詳細な分類の結果として得られる症例数が少ないと、統計的推定ができないことに気付いた。それゆえ、登録局長官の第 1 回年次

報告書（参考文献 4. 参照）において、疾病の統計分類を決定する原則を議論し、下記のような様な分類の採用を主張した：

統一された統計的命名法の利点は、不完全ながらも、あまりに明らかであり、死亡報告書においてその実施に注意が払われなかったことは驚くべきことである。多くの場合、各疾病は 3 又は 4 の用語で示され、各用語は多くの異なる疾病として適用されてきた：すなわち、曖昧で不便な病名が採用され、又は、合併症が原疾患の代りに登録されてきた。命名法は物理学における度量衡のように、調査部門では非常に重要であり、遅滞なく解決されるべきである。

命名法及び統計分類は、Farr によってたえず研究され、登録局長官の年次報告書で出版された登録局長官への年次的「書簡」において、検討されていた。Farr は自らの分類を奨励する努力をしたが、一般的には受け入れられていた（参考文献 4. 参照）。しかし、死因の分類の効用は、1853 年にブリュッセルで開催された第 1 回国際統計会議（International Statistical Congress）において非常に強く認識されたので、会議は William Farr 及びジュネーブの Marc d'Espine に、国際的に適用できる統一的な死因分類を準備するように要請した。

1855 年にパリで開催された次の会議において、Farr 及び d'Espine は、全く異なる原則に基づいた 2 つの別々のリストを提出した。Farr の分類は 5 つの群に分かれて作られていた：すなわち、流行病、体質性（全身）疾患、解剖学的部位別の局所疾患、発育疾患及び暴力の直接結果による疾病である。d'Espine は疾病をそれらの性質によって分類した（痛風性、疱疹性、血液性等）。会議は 139 項目からなる妥協的リストを採用した。1864 年には、この分類は Farr のモデルに基づいてパリで改訂され、引き続き 1874 年、1880 年及び 1886 年にさらに改訂された。この分類は決して国際的に受け入れられたものではなかったが、疾病を原因、解剖学的部位の順に分類する原則を含め、Farr によって提案された全体的構造は、死因の国際的リストの基礎として残った。

また、重要なのは、1855 年の会議では、各国に対して、死亡者を診ていた医師に死因に関わる情報を確認し、すべての死亡を医師が証することができるように措置を講じることを勧告したことである。

3.13.2 国際死因分類リストの採択

国際統計会議の後身である国際統計協会（International Statistical Institute）は、1891 年のウィーンでの会議において、パリ市統計部長の Jacques Bertillon（1851－1922）を委員長とする委員会を設け、この委員会に死因分類の作成を委託した。同委員会の報告書は、1893 年にシカゴで開催された国際統計協会の会議へ提出され、採択された。

Bertillon は、Farr の案に従って、疾病の性質ではなく、その解剖学的部位を主な見出しとして採用した。Bertillon のリストには、伝染性又はその発生頻度の高さから、最も研究価値が高いと定義された疾病が含まれていた。さらに、ウィーン会議の指示に従って、Bertillon は 3 種類の分類を設定した：それは 44 項目の簡略分類、99 項目の分類及び 161 項目の分類である。また、Bertillon は問題解決のための規則又は指針をも定めた。例えば、統計書記は医師の記載したものをそのまま分類し、医師の意味

するところを推論しないことなどである（参考文献 5. 参照）。「死因の Bertillon 分類」と最初に呼ばれたこの分類は、一般的に受け入れられ、多くの都市と同様に数か国で採用された。この分類が最初に実際に用いられたのは北アメリカであり、メキシコの San Luis de Potosi の統計用に Jesus E. Monjaras により使用された（参考文献 5. 参照）。1898 年には、アメリカ公衆衛生協会（The American Public Health Association）は、カナダのオタワで開かれた同協会の会議でカナダ、メキシコ及びアメリカ合衆国の死亡登録担当部局に対して、この Bertillon の死因分類を採用するよう勧告を行い、さらに、この分類は 10 年ごとに改訂されるべきであると提唱した。

1899 年に Christiania において開催された国際統計協会の会議で、Bertillon は、10 年ごとの改訂を求めるアメリカ公衆衛生協会の勧告を含む Bertillon 分類の実施状況を報告した。その後、国際統計協会は下記の決議を採択した（参考文献 6. 参照）：国際統計協会は、異なる国々で比較可能な用語の使用の必要性を確信した：

（協会は）1893 年に提示された死因用語の分類法が北アメリカの全統計部局、南アメリカ及びヨーロッパのいくつかの部局において、採用されるに至ったことを歓迎する；（協会は）この用語分類法がすべてのヨーロッパの統計研究所において、原則どおり改訂することなく採用されることを熱望する；（協会は）原則的な方向として、アメリカ公衆衛生協会のオタワ会議（1898 年）で提案された 10 年ごとに改訂を行う案についてこれを承認する；また（協会は）これを採用するに至らない各国の統計主管部局が速やかに採用し、死因分類の比較性の向上に貢献されるよう要望する。

そこで 1900 年 8 月、パリでフランス政府の提唱により Bertillon の分類、すなわち国際死因リストの改訂に関する第 1 回国際会議が開催され、26 か国の代表が出席した。1900 年 8 月 21 日、179 のグループにより構成される詳細死因分類と、35 のグループよりなる簡略死因分類が採択された。また、この会議では 10 年周期の改訂が望ましいことが確認されるとともに、次回の改訂会議を 1910 年に招集するようフランス政府に要請する決議がなされた。実際には、次回の会議は 1909 年に開催され、これに引き続いて 1920 年、1929 年、及び 1938 年の各年にフランス政府により会議が招集された。Bertillon は継続して国際死因リストの普及、改善において指導的役割を果たし、1900 年、1910 年及び 1920 年の改訂は彼のリーダーシップのもとに実施された。彼は改訂国際会議の事務局長として 1920 年における改訂案についてのコメントを求めるため、各国の 500 人以上の関係者へこれを送付した。彼が 1922 年に死亡し、改訂会議としては重要な指導者を失った。

国際統計協会の 1923 年の会議において、フランスにおける Bertillon の後継者であった Michel Huber は、Bertillon が欠けることによるリーダーシップの欠如を認識し、国際死因分類の基本となる 1893 年に作成された原則の見直しを行うため、及び、引き続き実施される改訂について他の国際機関と協力するための決議案を国際統計協会に対して提案した。国際連盟の保健機関はまた、これまで人口動態統計について積極的に関心を持ち、疾病及び死因分類並びに医療統計分野における諸問題を検討する統計専門家委員会を組織してきた。また、ドイツ保健局医療統計サービス部門の長で、統計専門家委員会のメンバーであった E. Roesle は、国際死因リストが疾病統計の集計に利用される場合に必要とされるであろう 1920 年の国際死因リスト項目の拡張に関する論文を著している。この研究の結果は、国際連盟保健機関により 1928 年に出版公表された（参考文献 7. 参照）。両組織の分類に関する活動を調整するため、国際統計協

会及び国際連盟保健機関からそれぞれ同数の代表で組織する「合同委員会（Mixed Commission）」と呼称された国際委員会が創設された。国際死因リストの第 4 回（1929 年）及び第 5 回（1938 年）改訂案は、この国際委員会により作成された。

3.13.3 第 5 回改訂国際会議

国際死因リストの第 5 回改訂国際会議は、前回の会議と同様に、フランス政府が召集し、1938 年 10 月にパリで開催された。会議では、3 つのリスト、すなわち 200 項目の詳細リスト、87 項目の中間リスト及び 44 項目の簡略リストを承認した。また、会議では、リスト、特に「感染症及び寄生虫症」に関する章を科学の進歩に従った形にすること、また、「出産、分娩及び産じょく＜褥＞の合併症」と「損傷及び中毒」の章を変更することを除いては、内容、数及び項目番号さえもできるだけ変更しないようにした。死産原因のリストもこの会議で作られ、承認された。

疾病統計のための疾病分類に関しては、この会議では、健康保険機関、病院、軍の医療部門、保健行政機関又は類似の機関といった幅広い様々な機関が統計上必要とするものに合った疾病リストの必要性が増大していることが確認された。そして、下記の決議が採択された（参考文献 8. 参照）：

3.13.3.1 国際疾病リスト（International Lists of Diseases）

- 国際死因リストに対応する国際疾病リストの編集の重要性の観点から：会議は、国際統計協会と国際連盟の保健機関による合同会議を設立し、1929 年におけるように、国際疾病リストに特に関心のある専門家や機関の代表者と共同して、国際疾病リストの準備をすることを勧告する。会議は、国際疾病リストの編集までに、様々な国で使用されているリストをできるだけ詳細な国際死因リスト（すなわち、章の数、括弧内の前記リストにおける見出し及び小見出し）に一致させるべきであることを勧告する。会議はさらに、アメリカ合衆国政府に対し、下記の決議（参考文献 9. 参照）における複合死因の統計的な取り扱いについて引き続き研究することを勧告した：
- 死亡診断書及び多数の原因（複数原因）による死因の選択会議は、
- 1929 年に、アメリカ合衆国政府は、死亡診断書に複数の死因が記載されている場合に、主要死因の選択方式を統一する方法についての研究を行った。
- また、いくつかの国で行われ、又は準備段階にある多数の調査が、いまだ解決されていないこの問題の重要性を明らかにしている。
- またさらに、これらの調査によって、様々な疾患による死亡率の国際比較においては、集計のための主要死因の選択の問題の解決だけでなく、他の幾つかの問題点の解決が必要になるとわかった。
- よって、この関連でなされ又は促進された調査について、アメリカ合衆国政府に対し深く感謝し、
- 今後の 10 年間にも、他の国や機関と協力して、今よりも少し広い基盤の下に、その研究を続けて行うようにアメリカ合衆国政府に要望し、
- これら将来に行われる研究に対して、アメリカ合衆国政府は、この関係で行われる研究に参加する国々や機関の代表からなる小委員会を設けるべきであることを提案する。

3.13.4 疾病統計に関する以前の疾病分類

今までの討議のなかで、疾病分類は、ほとんどすべて死因統計との関連で示されてきた。Farr は、しかしながら、「致命的な疾病のみでなく、人々に能力低下をもたらす疾病に対しても、同じ命名法体系を拡大して用いることが望ましく、また、アイルランドのように、すべての人々の疾病を集計している国の全数調査におけると同様に、今や、陸海軍、病院、刑務所、精神障害者の保護施設、すべての公共施設及び患者団体の疾病の統計表を作ること」が望ましいと認識していた（参考文献 10. 参照）。それゆえ、彼は、第 2 回国際統計会議に提出した、「疾病の用語と統計分類に関する報告（Report on nomenclature and statistical classification of diseases）」において、致死的な疾患と同様に、健康に影響する疾病のほとんどをリストに加えていた。1860 年にロンドンで行われた第 4 回国際統計会議において、Florence Nightingale は、「病院統計の統一に関する提案（Proposals for a uniform plan of hospital statistics）」という論文で、病院の疾病統計に、Farr の疾病分類を採用するように主張した。

1900 年にパリで行われた第 1 回 Bertillon 死因分類改訂会議において、疾病統計に使用する類似の分類を使うことが採用された。類似のリストは、1909 年の第 2 回会議でも採用された。致命的でない疾病のための特別な分類項目は、死因分類の特定の項目を 2~3 の疾病グループに細区分し、それぞれを一文字のアルファベットによって示すことで作られた。第 2 回改訂の英語版は、1910 年にアメリカ合衆国の通商労働省により刊行されたが、これは「疾病及び死亡の原因の国際分類（International Classification of Causes of Sickness and Death）」という表題が付けられた。のちに、詳細な国際死因分類リストに、いくつかのグループが組み込まれた。第 4 回国際会議では、詳細な国際死因分類リストとは異なる、それに 12 項目の細区分を加えたのみの疾病分類を採用した。しかしながら、これらの国際疾病分類は、基本となった死因リストをほんの少し拡大しただけのものであったので、一般的には採用されなかった。

疾病統計のために十分に使える統一された疾病分類がなかったので、多くの国々は独自のリストを作る必要があった。基本疾病コードが、カナダ連邦保健会議（the Dominion Council of Health of Canada）で作られ、1936 年に出版された。このコードの主要な細区分は、国際死因リストの 1929 年改訂版の 18 章分に相当し、また、これらは 380 あまりの特定の疾病の分類項目に細区分された。1938 年の第 5 回国際会議で、カナダ代表は、このリストの修正案を国際疾病分類リストの基本として検討するように提案した。この提案を受けた動きは特に無かったものの、会議では上記の決議を採択したのであった。

1944 年、疾病及び傷害の分類案が、イギリスとアメリカ合衆国で、疾病統計の製表用として出版された。どちらの分類も、カナダのリストよりは拡大されていたが、カナダのリストに類似して国際死因分類リストの疾病の全般的な順に従っていた。イギリスの分類は、医学研究協議会の病院疾患統計に関する委員会によって、1942 年 1 月に作られたものであり、「疾病統計編集のための疾病及び傷害の分類案（A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics）」（参考文献 8. 参照）と題されていた。これは、イギリスにおける病院入院患者統計を標準的な疾病と傷害の分類を使って、収集及び記録する計画案の目的で準備され、政府及び他の機関によりイギリス全土で使われた。

その数年前の、1940 年 8 月に、アメリカ合衆国公衆衛生局医務長官とアメリカ合衆国国勢調査局局長が、疾病統計製表のための疾病及び傷害のリストを公表した（参考文献 9. 参照）。コードは、公衆衛生局医務長官によって設けられた顧問委員会と協力しながら、公衆衛生局公衆衛生技術部門によって作られた。「疾病統計製表のための診断コードによる疾病原因のコーディングのための手引き（The manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics）」が 1944 年に出版されたが、これは、診断名コード、包含の内容例示表及びアルファベット順索引表からなっていた。このコードは、いくつかの病院、多くの寄附財団病院医療保険計画や医療介護計画及びアメリカ合衆国のその他の機関による特別調査などで利用された。

3.13.5 複合死因についてのアメリカ合衆国委員会

第 5 回国際会議の決議に応じて、1945 年、アメリカ合衆国国務長官は、ジョンズ・ホプキンス大学生物統計学教授の Lowell. J. Reed を議長とする複合死因についてのアメリカ合衆国委員会を設立した。この委員会の委員及び顧問には、カナダ及びイギリスの政府代表や国際連盟保健機関の代表が含まれていた。委員会は、ある特定の傾向を認識し、複合原因の問題は疾病及び死亡統計の両方にも関連しているので、疾病及び死亡の観点から分類を考えることは、有効なことであったと結論づけた。

また、この委員会は、前回の国際会議の「現在使用されている様々な国別リストは、可能な限り、詳細な国際死因リストに従うべきである」と勧告した国際疾病リストの決議のことも考慮した。疾病及び傷害の分類は、死因分類と緊密に関連するものであることが認識された。このようなリストが根本的に異なるものであるという見解は、国際リストが終末期の原因を分類したものであるという誤った考えから生じている。ところが実際には、それは最終的には死に至る一連の現象の始まりとなる病態に基づくものである。この委員会は、疾病統計及び死亡統計の両方を十分に利用するために、両方の目的に対する疾病分類が比較可能であるだけでなく、もし可能ならば、単一のリストとすべきであるとした。

そのうえ、増え続ける統計の機関においては、疾病と死亡を含んだ医療用記録を使用していた。疾病統計だけを集計する機関においてさえ、死亡に至らない事例と同様に死亡に至る事例についてもコード化しなければならなかった。それゆえ、単一のリストがあれば、それらの仕事は非常に促進される。また、単一のリストは、疾病統計と死亡統計を比較するうえで、共通の基盤を提供するのである。

それゆえ、小委員会が設けられ、疾病、傷害及び死因の統計上の分類の草案が作成された。最終案は、カナダ、イギリス及びアメリカ合衆国の様々な機関で行われた試行に基づいて修正された後、委員会で採択された。

表 1：WHO の支援の下での ICD の改訂

改訂	発効日	世界保健総会（WHA）で採択された年
第 6 回改訂	1948 年	1948 年（WHA1.36）
第 7 回改訂	1958 年 1 月 1 日	1956 年 5 月（WHA9.29）
第 8 回改訂	1968 年 1 月 1 日	1966 年 5 月（WHA19.44）
第 9 回改訂	1979 年 1 月 1 日	1976 年 5 月（WHA29.34）
第 10 回改訂	1993 年 1 月 1 日	1990 年 5 月（WHA43.24）

改訂	発効日	世界保健総会（WHA）で採択された年
第 11 回改訂	2022 年 1 月 1 日	2019 年 5 月（WHA72.15）

3.13.6 国際リストの第 6 回改訂

1946 年 6 月及び 7 月にニューヨーク市で開催された国際保健会議（参考文献 11. 参照）は、世界保健機関の臨時委員会に対して、「現在ある機構を再調査し、（1）10 年後修正の国際死因リスト（死因統計に関連した 1934 年の国際的合意に適合したリストを含む）及び（2）国際疾病原因リストの作成に関連して必要とされる準備作業を実施すること」を委託した。

この責務を果たすため、臨時委員会は国際疾病及び死因分類リストの第 6 回改訂の準備をする専門委員会を任命した。この委員会は、疾病及び死因統計に関する当時の一般的な意見を十分考慮し、複合死因についてのアメリカ合衆国の委員会によって準備されてきた、上述の分類を見直し、改訂を行った。

結果として提出された分類は、疾病及び死因統計を準備している各国政府に、「国際疾病、傷害及び死因分類（International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death）」という表題で、コメント及び提言を求めて回覧された。専門委員会は回答を考慮し、分類の使いやすさや容認性を改良と思われる変更を加えた改訂版を作成した。この委員会はまた、この分類の各タイトルに含まれる診断名のリストも編集した。さらに、小委員会は、適切な分類項目に分類された診断名の包括的なアルファベット順索引を準備することとなった。委員会はまた、疾病及び死因統計を製表及び出版するための特定原因リストの構造及び用途を考慮し、死亡診断書の様式及び分類のルールのような死因統計の国際比較の可能性に関連したその他の問題点を研究した。1938 年の第 5 回改訂会議の閉会時に合意された協約に基づき、フランス政府によって、1948 年 4 月 26 日から 30 日まで、国際疾病及び死因リストの第 6 回改訂のための国際会議がパリで開催された。事務局は、担当するフランス当局及び世界保健機関に共同で委託された。これらの機関は、1946 年の国際保健会議で代表の政府によりまとめられた協約に基づき（参考文献 12. 参照）、これまで準備作業を行ってきたのであった。

会議は、専門委員会が第 6 回改訂国際リスト（参考文献 13. 参照）として準備した分類を採択した。また、会議は、疾病及び死因統計の収集、製表及び出版に関する専門委員会のその他の提案についても検討した。会議は、死亡診断書の国際様式を承認し、製表されるべき主因として原死因を採用し、疾病及び死亡データの特定製表用リストと同様に、原死因を選択するルールを支持した。また会議は、世界保健総会が、疾病及び死亡統計を編集する時は、国際統計分類に従うよう加入国を指導するために、WHO 憲章第 21 (b) 条に基づき、（分類）規約を採択するように勧告した。1948 年、第 1 回世界保健総会は、第 6 回改訂会議の報告を支持し、改訂会議の勧告に従って作製された世界保健規則 No. 1 を採択した。分類項目の内容を定義する包含疾病の内容例示表を含む国際分類は、死亡診断書の様式、分類のためのルール、及び特定製表用リストとともに、国際疾病、傷害及び死因統計分類提要（the Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death）（参考文献 22. 参照）に組み込まれた。この提要は、2 巻からなっており、第 2 巻は適切な分類項目にコードされた診断用語のアルファベット順索引になっていた。第 6 回改

訂では、損傷、中毒及びその他の外因の結果として生じる病態を、その損傷を生じさせた外的状況と、その損傷の種類の方に従って分類された。

このような二重の分類方法の採択は、損傷に関わる複数の側面に同時に関心が集まる中で、当時、大胆な対処法として認識された。第6回改訂会議は、国際人口動態及び保健統計の分野に、新しい時代の幕開けを示した。疾病及び死因の両方の包括的なリストの承認及び原死因の選択のための国際ルールでの合意に加えて、会議は、人口動態及び保健統計の分野における国際協力の包括的な計画を採用することを勧告したのである。この計画における重要な項目は、各国政府が、人口動態及び保健統計について、国内の統計活動を調整し、世界保健機関との連絡をする国内委員会を設立するという勧告である。このような国内委員会は、単独でも国内の他の委員会との合同委員会であっても、公衆衛生的重要性の統計的問題点を研究し、それらの調査結果を世界保健機関が利用できるようにすることも、さらに期待されていた。

3.13.7 第7回及び第8回改訂

国際疾病分類の第7回改訂会議は、世界保健機関（WHO）の主催で、1955年2月にパリで開催された（参考文献14. 参照）。世界保健機関（WHO）保健統計専門委員会の勧告に従って、この回の改訂は、主要部分の変更及び誤りや矛盾の修正のみに限られた（参考文献15. 参照）。世界保健機関（WHO）によって召集された第8回改訂会議は、ジュネーブで1965年7月6日から12日まで開催された（参考文献16. 参照）。この回の改訂では、第7回改訂よりも抜本的なものとなったが、分類の基本構造と、疾病分類の一般原理、すなわち、個別の症状発現よりも病因学に可能な限り従うという疾病分類の一般原理は変更されなかった。ICDの第7回及び第8回改訂版が施行されていた間は、病院の診療録に索引を付けるのにICDが使われることが急速に増え、いくつかの国では、ICDの適用に必要とされる付加的詳細部分を加えた国内版が作られていた。

3.13.8 第9回改訂

第9回改訂国際疾病分類国際会議は、世界保健機関（WHO）によって主催され、1975年9月30日から10月6日までジュネーブで行われた（参考文献17. 参照）。会議までの議論において、分類を更新する以外は、変更すべきでないという考え方が一般的になっていた。これは、主に、分類が改訂されるたびにデータ集計システムを改訂するのに多くの費用がかかるからであった。ICDについての関心がしだいに大きくなり、部分的に分類自体を変更したり、また、部分的に特定のコーディングの規定を取り入れたりすることにより、これに応じる方法を探らなければならなかった。

ICDを独自の統計に使用することに関心を持った専門機関から、多くの要望が提出された。分類の中には、不適切に配置された分野もあり、より詳細な分類を求める声や、全身疾患を扱う章ではなく、罹患した身体の一部に分類すること、より医療の評価に適した分類にするよう求める声も大きかった。もう一方では、詳細で洗練された分類は重要ではないが、それでも医療や疾病管理の進歩を評価するためにICDに基づく分類を必要としている国や地域からの要望があった。最終案が会議に提示され、会議によって採択されたが、これはICDの基本的な構造を維持したも

のであった。しかしながら、これには、4桁細分類項目のレベルに多くの詳細部分が加えられ、また、いくつかの任意的5桁細分類が加えられた。そのような詳細な分類は必要としないユーザーの利便のために、3桁レベルの分類項目が適正であるように配慮された。

医学的ケアを指向した統計や索引の作成を希望するユーザーの利便のために、第9回改訂には、基礎的全身疾患及び特定の臓器や部位の症状の両方の情報を含む診断的記述を分類するための、任意的代替方法が加えられた。この方法は、剣印及び星印システム (dagger and asterisk system) として知られるようになった。第29回世界保健総会は、第9回改訂国際疾病分類国際会議の勧告に言及しながら、試みとして、機能障害と社会的不利についての補助分類の公表を承認した。しかしそれは、国際疾病分類を補完するものであって、国際疾病分類に不可欠なものではないとした。

3.13.9 第10回改訂

第9回改訂会議の前でさえも、WHOは第10回改訂に対する準備を進めていた。ICDの利用が大幅に拡大してきたので、ICDの構造全体を再考し、将来何年も基本的な部分で改正の必要がないような、安定した柔軟な分類を作り出す努力が必要であることが認識された。疾病分類WHO協力センター (www.who.int/classification 参照) には、ICD-10についての代替モデルの研究が要求された。

これまで確立してきた10年ごとの改訂は、あまりに短すぎるということもまた明らかになってきた。改訂過程の作業は、ICDの現行の版全体が評価されるための十分な期間が経過しないうちに改訂作業を開始しなければならなかった。このことは、主に、非常に多くの国々及び機関と協議する必要がある、その過程が非常に長い期間を要したからである。それゆえ、WHOの事務局長は、1985年に予定されていた第10回改訂会議を1989年まで延期し、第10回改訂の導入を予定されていた1989年から遅らせることを加盟国に通知し、同意を得た。このことによって、ICDの構造の代替モデルを試すことができるようになり、ICD-9評価に対して、時間をかける余裕がうまれた。例えばいくつかのWHO地域事務局により開かれる会議及び本部により行われる調査を通じてなされるICD-9の評価である。

第10回改訂国際疾病分類国際会議は、世界保健機関 (WHO) による主催で、1989年9月26日から10月2日までジュネーブで行われ、加盟国43か国の代表団が出席した。国際連合、国際労働機関、WHO地域事務所に加え、国際医学団体協議会も代表を派遣した。がん登録、聾、疫学、家庭医学、産婦人科学、高血圧、診療録、予防医学・社会医学、神経学、精神医学、リハビリテーション、性感染症に関わる12の非政府組織 (NGO) も招待を受けた。

広範な準備活動が行われ、本質的には疾病及びその他の保健問題の統計分類であるICDの構造の適切性を抜本的に見直し、死亡データ及び医療データの様々なニーズに対応できるようにする取り組みがなされた。コーディング・システムを安定させることで改訂ごとの混乱を最小限に抑え、ICD各章の内容をよりよく均衡させるための調査がなされた。新しい構造を用いたとしても、1つの分類で両極端のニーズに対応できないことは明らかであった。そのために、分類「ファミリー」という新たな概念が作られた。このファミリーには、伝統的な死因・疾病統計用分類のICDが含まれる一方で、詳細度の高い分類、詳細度の低い分類、他の種の分類、関連事項の諸ニーズに

はファミリーの別の分類が対応するというものであった。「ファミリー」のそれぞれの分類を社会医学及び多次元評価に活用する潜在性が認識され、それは保健のみならず日常生活動作や社会的、物理的環境にも関わるものとされた。効果的な情報を得る上で、ICD や WHO 国際障害分類 (ICIDH) (参考文献 18. 参照)、第 10 回改訂の第 21 章のコードの使用が有効であることが実証された。

第 10 回改訂の主な新機軸は、英数字のコーディング体系の使用であり、1 つの英字に 3 つの数字が第 4 桁まで続くものであった。これにより、コーディングの枠の大きさは第 9 回改訂の倍になり、大多数の章に固有の英字又は英字群を割り当て、各章で 100 の 3 桁項目を提供することができた。26 のアルファベットの文字のうち 25 が使われ、残った U の文字は、将来の追加や変更、また改訂の合間に国内及び国際レベルで発生する諸問題を解決するための暫定分類用に空欄のまま残された。

もう 1 つの重要な新機軸は、特定の章の末尾に処置後障害の項目を作ったことである。これらの項目は、それ自体で医療問題となる重要な病態を特定した。身体 of 特定の系に関連付けられない処置後の病態は、引き続き、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」の章に分類された。第 10 回改訂の定義、基準、報告要件には、妊産婦<母体>死亡並びに胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡及び乳児死亡に関わるものが含まれた。第 10 回改訂は 3 巻で出版され、1 つ目が内容例示表、2 つ目はすべての関連する定義、基準、規則、指示を記載し、3 つ目が索引表となった。

第 10 回改訂国際疾病分類国際会議では、第 9 回改訂で延長された使用期間に経験された問題についての議論がなされ、その中にはそれまでになかった新しい疾病やそのような新しい疾病に対応するための改正の仕組みがなかったことが議論された。改訂会議を 10 年よりも短い周期で開催するのは現実的に厳しいことが認識された。また、第 10 回改訂の使用期間中に行われる変更については、その変更が分析及び動勢変動に及ぼす影響を慎重に検討する必要があることが認識された。

3.13.10 WHO 国際統計分類ファミリー

ICD は様々な用途に適しているが、その多様なユーザーのすべてのニーズに応えられるものではない。特定の専門分野では十分な詳細度が提供されていないし、病態の異なる側面の情報が必要になる場合もある。また、ICD は保健の一側面である生活機能及び障害の記録には適しておらず、医療行為又は受診理由を網羅していない。1989 年に開催された第 10 回改訂国際疾病分類国際会議で築かれた土台が、保健分類の「ファミリー」を開発するための礎になった。この動きは、1990 年代に国際生活機能分類 (ICF) (参考文献 19. 参照) が開発され、ICF が 2001 年に世界保健総会で採択されたことにより、さらにその勢いが増した。

2001 年には WHO 国際統計分類ファミリー (WHO-FIC) が作られた。ファミリーの中核にあるのが中心分類であり、現在では ICD 及び ICF があり、そして第三の中心分類として医療行為の分類 (ICHI) が開発中である。WHO-FIC には派生分類もある。これは、中心分類に高い詳細度を提供したり、中心分類の項目を再編成、統合したりするものである。WHO は、いくつかの国々に対して、ICD を修正した各国版を派生分類として開発することを許諾している。さらに、WHO-FIC には関連分類があり、これは他の WHO-FIC 分類で扱われていない (又は部分的にしか扱っていない) 保健機能の分類である。WHO-FIC を支えているのが協力センターのネットワークである。これは、

以前の ICD 協力センター及び ICF 協力センターが中心となっているが、継続して新規センターが加入することでネットワークは拡大し続けている。

表 2：ICD の発展

回	年	文書	備考
0	1891	死因の Bertillon 分類	国際統計協会が起草
1	1900	Bertillon の分類又は国際死因リスト	死因リストの修正に関する第 1 回国際会議
2	1910	国際死因リスト	179 項目、10 年周期の改訂を提案
3	1920	国際死因リスト	
4	1929	国際死因リスト	国際統計協会及び国際連盟保健機関が共同起草
5	1938	国際死因リスト	200 項目、感染症及び寄生虫症を追加
6	1948	国際疾病、傷害及び死因分類	死因以外に疾病及び障害の分類を承認
7	1955	国際疾病、傷害及び死因分類	
8	1965	国際疾病、傷害及び死因分類	
9	1976	国際疾病、傷害及び死因分類	機能障害と社会的不利、診療行為についての補助分類の試行
10	1990	疾病及び関連保健問題の国際統計分類	英数字のコーディング体系、処置後障害、定期的な中間改正の導入
11	2019	疾病及び関連保健問題の国際統計分類	ポストコーディネーション（クラスターコーディング）、伝統医学の追加、有害事象のコーディング

3.13.11 改訂間の ICD の改正

第 10 回改訂国際疾病分類国際会議で予告していたように、第 10 回改訂の改正は 2000 年から開始した。改正のための提案は、WHO 及び協力センターから提出され、動勢変動への影響も含めて慎重に検討された。この改正のプロセスにより、を臨床的及び科学的に最新の状態に保ちながら第 10 回改訂の使用期間を延長することができた。

3.13.12 改訂の主要段階

ICD の第 11 回改訂は、段階を分けて実施された。初めに、ICD-10 の使用から判明した問題点のうち、ICD-10 の分類構造の中では解決できない問題がリストアップされ、可能な解決案が策定された。次に、主な主題分野の多数の科学グループから、臨床の観点到焦点を当てた意見が得られた。最後に、集中的な編集作業が行われ、改訂の前段階で複数の個別に作業を進めてきた専門家グループが作成した内容の不均衡を調整し、全体の構造が死因及び疾病統計の目的で一貫性と実用性があるものにすることを目指した。

また、最終版に関しては、フィールドテスト、WHO 加盟国からのコメント、継続的な提案の提出と処理を通して意見を得た。

3.13.13 第 11 回改訂の準備

2003 年までには、WHO 及び協力センターにとって、ICD の更なる改訂をこれ以上遅らせることができないことが明らかになってきた。ICD 改正を通して新たに展開される状況を捕捉するには ICD-10 の構造上の限界があり、さらなる開発や専門家集団との議論を要する課題もあった。協力センターの臨時会議がヘルシンキで 2004 年に開催され、改訂の必要性と、改訂作業の一環として取り組むべき課題について議論が行われた。その後、2004 年の WHO-FIC 会議において、改訂作業計画が採択され、その後の会議で順次策定された。

2007 年、WHO は正式に改訂作業を開始した。改訂作業の監督は、幅広い層からなる改訂運営会議が担った。専門作業は一連の分野別専門部会が担い、分野横断グループが死因、疾病、質と安全の問題を検討した。今回初めて、疾病名及び疾病の証を伝統医学の観点から取り入れた章が盛り込まれた。

コンテンツモデルが開発され、その中には ICD の各項目の一連の構成要素が含まれ、ICD に豊かな基盤が提供された。他の分類や専門用語も可能な限り ICD に連携、又は ICD に含まれ、ICD がそれらの他の分類や専門用語と整合性が取れるようにした。また、WHO 分類ファミリーの他の分類に使用されている項目とも可能な限り、整合が取れるようにした。より伝統的な死亡及び疾病の統計用分類は、ICD-11 のファウンデーション・コンポーネントから内容例示表として得られる。エクステンションコードを使用することによって内容を限定しながらも、疾病の詳細な分類ができるようにした。補助章及び補助セクションによって、伝統医学診断名及び生活機能に関わる情報を任意に捕捉することを可能にしている。ICD-9 及び ICD-10 の経験から、改正のための仕組みが設計され、分類の統計的利用を損なわずに、利用者ガイダンスや科学的改正の改善を図れるようにした。

3.13.14 ICD の歴史に関する参考文献

1. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12.
2. 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.
3. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
4. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p.99.
5. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract) . In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.
6. International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.

7. 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 organisation, 1928 (document C.H. 730)
8. 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) .
9. 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) .
10. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.
11. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 11, 23.
12. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 2, 110.
13. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organisation, 1949.
14. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organisation, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev.Conf./17 Rev.1.
15. Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health organisation, 1952 (WHO Technical Report Series, No.53) .
16. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organisation, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4) .
17. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volume 1. Geneva, World Health Organisation, 1977.
18. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organisation, 1980.
19. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health organisation, 2001
20. Eleventh revision of the International Classification of Diseases, Report by the Director-General, 2019, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_29Add1-en.pdf

3.14 付属資料 C 死亡コーディング用付属資料

3.14.1 死因の医学的診断書（死亡診断書）の国際様式

行政データ（各国で適宜追加可）																					
性		☐ 女						☐ 男				☐ 不詳									
生年月日		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	死亡年月日		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		
フレーム A：医学的データ：1 欄及び 2 欄																					
1		死亡の原因										発病（発症）又は受傷から死亡までの期間									
死亡に至った直接の疾病又は病態を（a）欄に記載する		a																			
その原因がある場合一連の事象を順に記載する		b		(a) の原因：																	
記入された最下欄に原死因を記載する		c		(b) の原因：																	
		d		(c) の原因：																	
2																					
死亡に寄与したその他の重要な病態（病態の後ろに括弧で期間を記入可）																					
フレーム B：その他の医学的データ																					
死亡前の 4 週間以内に手術を実施されましたか？										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					
「はい」の場合、手術年月日										D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				
「はい」の場合、手術の理由を記載（疾病又は病態）																					
解剖の要請はありましたか？										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					
「はい」の場合、死因欄に解剖所見は反映されていますか？										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					
死亡の種類：																					
☐ 疾病				☐ 他殺				☐ 判定不能													
☐ 事故				☐ 法的措置				☐ 調査中													
☐ 故意の自傷				☐ 戦争				☐ 不詳													
外因又は中毒の場合：										傷害発生年月日		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		
外因がどのように起こったか記載してください（中毒の場合は、原因物質を記載）																					
外因が発生したところ																					
☐ 自宅				☐ 入居施設				☐ 学校、その他の施設、公共行政区域				☐ スポーツ及びアスレチック地域									
☐ 道路及び公道				☐ 商業及びサービス地域				☐ 工業及び建設地域				☐ 農場									
☐ その他の場所（具体的に）：										☐ 不詳											
胎児又は乳児死亡																					
多胎の是非										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					
死産か？										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					
24 時間未満の死亡の場合は、生存時間														出生時体重（グラム）							
妊娠週数（満）														母の年齢（年）							
周産期死亡の場合、胎児又は新生児に影響を与えた母体の状態又は異常を記載してください																					
女性の場合、故人は妊娠中でしたか？										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					
☐ 死亡時に										☐ 死亡の 42 日以内に											
☐ 死亡の 43 日以降～1 年未満に										☐ （妊娠・分娩時期）不詳											
妊娠は、死亡に影響しましたか？										☐ はい			☐ いいえ			☐ 不詳					

死因の医学的診断書の国際様式

各国の報告制度に必要と考えられる追加的なデータは死亡診断書に加えることができる。様式には死因、死因の因果関係、死亡に至るまでの疾患の罹患期間、死亡に寄与したその他の病態を報告するためのフレーム A がある。死因は、可能な限り詳細に報告されるべきである。例えば、死亡した新生児の「新生児仮死（birth depression）」は、分娩中仮死（intrapartum asphyxia）又は分娩前低酸素血症（prepartum hypoxaemia）など新生児仮死の理由を補足すべきである。

フレーム B は、外因、妊産婦死亡、周産期死亡及び術後病態による死亡のコーディングや疫学的分析に関連する詳細の報告に役立つよう設計されている。フレーム A の情報を補完するものとなっている。死因の完全な報告は、死体の精確な検査、現場の状況の評価及び医療記録から得られる知見に基づくものである。死因の正確な判定及び死亡診断書の作成には訓練が必要で、この訓練は、医学教育時に始まり、定期的な教育プログラムにより知識を新たにしていすべきである。より経験を積んだ同僚の監督下で行われる死亡診断書の作成の実務経験もまた重要である。死因を判定する医学的な死亡診断書作成者が常にいるとはかぎらないことは知られている。医師以外が死亡診断を行う場合には、結果として死因の傾向が異なる可能性がある。

例えば、医療スタッフの少なさや伝統的に即時埋葬手続きがとられるといったことにより、検査対象の死体がない場合には、口頭剖検によりある程度限定的な死因の情報が得られることがある。そうした場合には、死亡に至る因果関係が特定できることは稀であり、口頭剖検で特定された死因は、正式な死亡診断書の手順で得られる死因とは、別に報告されるべきである。

3.14.2 死因の医学的診断書（死亡診断書）の国際様式のクイック・レファレンスガイド（MCCD パンフレット）

死因情報が役立つ場面

- ・ 疫学と予防
- ・ 健康管理
- ・ 様々な人口集団における健康状態の比較

死亡診断書の作成は、人々の健康状態を概観する最初のステップのひとつである。死亡診断書に記録される疾病や病態は、最良の医学的見解を示すものである。正しく記入された死亡診断書は、死亡に至った事象の順序、種類及び関係性を説明するものとなっている。死亡診断書に報告された診断名は、国際疾病分類（ICD）を用いてコード化される。死亡診断書の記入は、ICD の改訂とは無関係のものである。コード化されたデータは、死亡診断書に記入された言語にかかわらず、国内でも、また国際的にも分析され利用される。

死亡診断書の死因—どのようにして記入するか？

フレーム A：ほとんどの国で、死亡診断書の概観は異なるものである。ただ、死因に関する欄は、世界共通である。フレーム A には、1 欄及び 2 欄と呼ばれる 2 つの部分と各病態の発症から死亡日までの期間を記録する箇所がある。

1 欄—1 欄は、直接に死亡に至った事象の上下の因果関係（sequence of events）の一部を形成する疾病や病態に使用される。終末（直接）死因は、最初の行、1 (a) に

記載される。1 (a) の入力は必須である。1 (a) の入力死亡診断書の1欄に報告される唯一の病態であることもある。直接に死亡に至った事象の上下の因果関係を形成する病態が2つ以上ある場合は、上下の因果関係の各事象は、別々の行に記載されるべきである。

どのような場合でも、死亡に至った疾病、傷害又は外因を記録しなければならない。心停止、呼吸不全又は心不全など死亡の態様 (mode of dying) は、記録してはいけない。

できるだけ具体的に記載することを心がけること。死因「不詳」は、検案や解剖により死因が判断できない事例に使用すべきである。憶測で可能性のある死因を記載するよりは、「不詳」とする方が良い。

常に用語は略さずに記載すること。略語は別の意味に解釈されてしまう恐れがある。「疑い」又は「可能性」といった用語は、入力項目の評価の際は無視される。例えば、「糖尿病疑い」は「糖尿病」と解釈される。一連の事象を示すには、4つの行では足りない場合があるかもしれない。不必要な言葉で記入箇所を無駄にしない。臨床用語には非常に曖昧なものもある。例えば、「腫瘍」は、性状を具体的に示していない (このパンフレットの最後のページ参照)。

期間－期間は、死亡診断書に記載された各病態の発病 (病態の診断の時点ではない) と死亡日までの時間間隔である。期間は、特定の疾病のコーディングに有用で、報告された病態の上下の因果関係の順序を確認する際にも有用である。

2 欄－2 欄は1 欄には属さないが、その存在が死亡に寄与した病態に使用される。

フレーム B：1 欄と2 欄 (フレーム A) で忘れがちな詳細項目がある。死亡前の手術、死亡の種類又は発生場所について、質問形式で聞かれている。フレーム B は、このパンフレットには掲載されていない。読めば分かる内容となっているためである。

死亡診断書の死因－順を追って段階的に

- **始め**は1 (ア) の終末 (直接) 死因から始め、そして時間を遡って、事象の因果関係の起因にたどり着くまで先行する病態を記載していく。患者が健康だったときに近づくことになる。
- **今や**、原死因又は起因が記入した最下欄に記載されていて、事象の因果関係が、原死因から上へ、最初の行1 (ア) の終末 (直接) 死因まで続いている形で報告できたことになる。
- **最後に**、死亡診断書に記載された各病態の発病と死亡日までの時間間隔を記録する。発病の時点又は日が不明な場合は、最善の推定値 (best estimate) を記載すること。時間の単位 (分、時、日、週、月、年) を記入すること。

例

フレーム A：医学的データ：1 欄及び 2 欄			
1		死亡の原因	発病（発症）又は受傷から死亡までの期間
	死亡に至った直接の疾病又は病態を（a）欄に記載する	a 脳出血	4 時間
	その原因がある場合一連の事象を順に記載する	b （a）の原因： 脳転移	4 か月
	記入された最下欄に原死因を記載する	c （b）の原因： 乳癌	5 年
		d （c）の原因：	
2			
死亡に寄与したその他の重要な病態（病態の後ろに括弧で期間を記入可）			

例

- 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。
- 死因の憶測はしない。
- 検査結果を記載したり、「パートナーが発見」といった記述はしない（死亡診断書にはそのような情報を記載する箇所が別にある場合がある）
- 1 行に 1 つの病態で十分である。

よく使用される診断名不明確な用語

用語	指示
事故	状況を具体的に記載する。車両事故、自殺、殺人などの企図を具体的に記載する。発生場所を具体的に記載する。
アルコール、薬物	使用状況を具体的に記載する：長期又は 1 回限り、依存（addiction）など
手術の合併症	手術の理由となった疾患を具体的に記載する。
認知症	原因を具体的に記載する：例えば、アルツハイマー病、脳血管疾患、レビー小体型など
肝炎	経過、病因を具体的に記載する：急性又は慢性、アルコール性。ウイルス性の場合、A 型、B 型、C 型等を記載する。
梗塞	部位を具体的に記載する：心、脳等。原因を具体的に記載する：動脈硬化性、血栓性、塞栓性など
感染症	具体的に記載する：一次性、二次性、原因病原体。一次性の場合：細菌性、ウイルス性、真菌性又は寄生虫性を具体的に記載する。二次性の場合：一次感染を具体的に記載する。
白血病	具体的に記載する：例えば、骨髄性、リンパ性などの種類、さらに急性か慢性の別など
肺炎	具体的に記載する：原発性、誤嚥性、原因、原因病原体。不動状態による場合：不動状態の原因を具体的に記載する。
肺塞栓症	塞栓の原因を具体的に記載する。術後又は不動状態の場合は、手術又は

	不動態の原因となった疾患を記載すること。
腎不全	具体的に記載する：急性、慢性又は末期の別、動脈硬化症や感染症など機能不全の原因疾患。不動態による場合：不動態の原因を具体的に記載する。
血栓症	具体的に記載する：動脈又は静脈。具体的に記載する：血管。術後又は不動態の場合：手術又は不動態の原因となった疾患を記載すること。
腫瘍	具体的に記載する：性状、局在、転移
尿路感染症	具体的に記載する：尿路内の部位、原因病原体、感染の原因疾患。不動態による場合：不動態の原因を具体的に記載する。

3.14.3 周産期死亡に関わる追加詳細事項の提案

詳細を特定：									
児が出生した年月日	D	D	M	M	Y	Y	時分 (hh:mm)	時	
児が死産した年月日	D	D	M	M	Y	Y	時分 (hh:mm)	時	
	☐ 分娩前に死亡		☐ 分娩中に死亡				☐ 不詳		

母									
出生年月日	D	D	M	M	Y	Y			

前回までの妊娠結果（数）	前回の妊娠の日	D	D	M	M	Y	Y			
	前回の妊娠結果									
出生児 _____ 人	☐ 出生									
死産児 _____ 胎	☐ 死産									
中絶 _____ 回	☐ 中絶									

最終月経開始日	D	D	M	M	Y	Y			

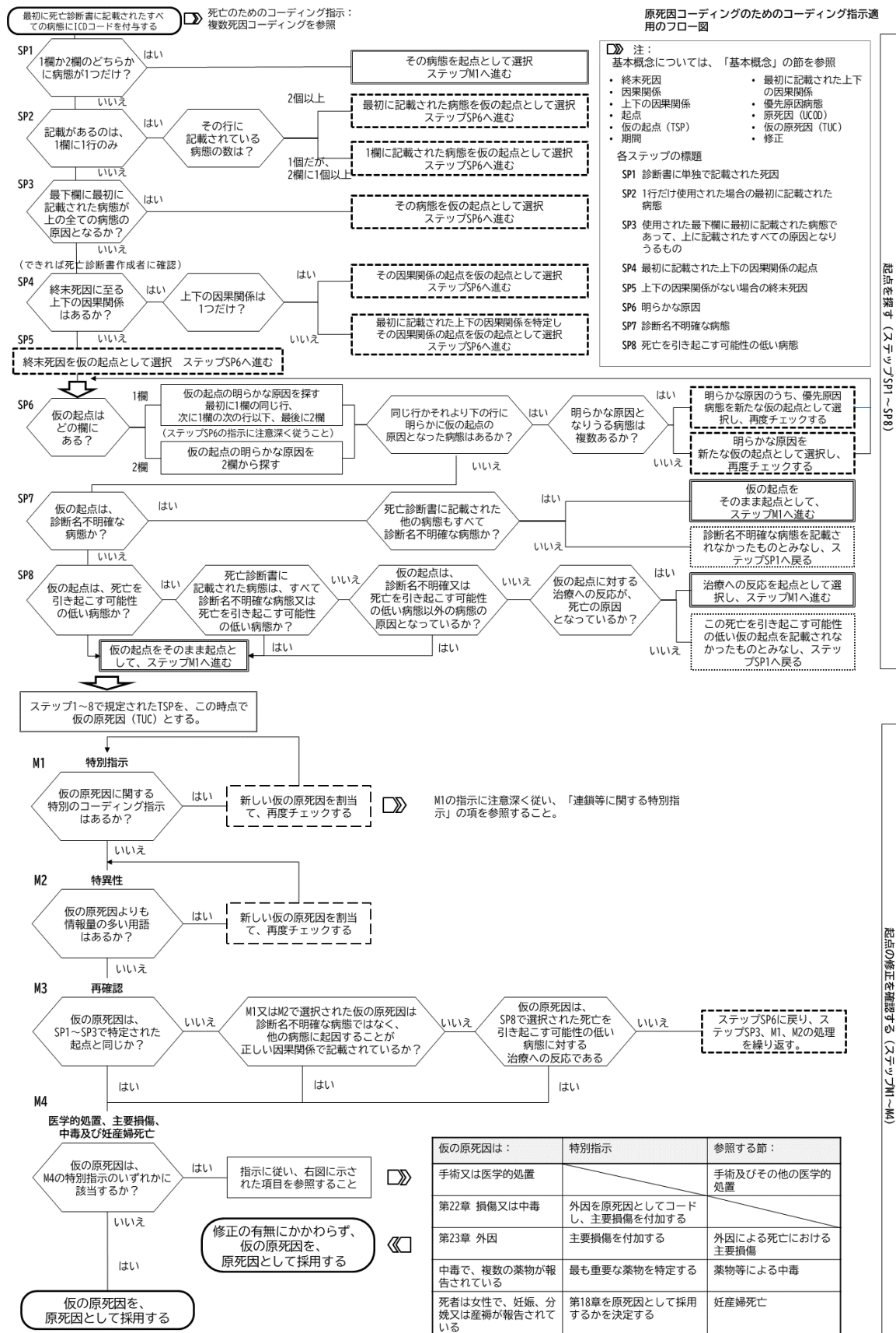
分娩	出生前ケア、2 回以上の訪問
☐ 正常自然分娩	☐ はい
☐ その他（具体的に記載）：	☐ いいえ
	☐ 不詳

出生時の立合い	
☐ 医師	☐ その他の訓練を受けた人（具体的に記載） _____
☐ 訓練を受けた助産師	☐ その他（具体的に記載） _____

児	
☐ 単胎	☐ 双子の第 2 子
☐ 双子の第 1 子	☐ その他の多胎（具体的に記載） _____

周産期死亡に関わる追加詳細事項の提案

3.14.4 死因コーディング用フロー図



死因コーディングのステップ SP1～SP8、及びステップ M1～M4 のワークフロー

3.14.5 損傷の性質コードの優先順位

損傷の性質の優先順位は、主要損傷のコーディングを標準化し、容易にするために作成された。このリストは、損傷統計に関する国際共同作業（ICE: International Collaborative Effort）の多大な情報提供の元に作成されたものである。初期のリストは、数カ国でテストされた後、誤りの修正による改正が行われた上で、2011年に導入された。

（1＝最も高い優先順位）

コード	分類名	順位
NA00	頭部の表在損傷	6
NA01	頭部開放創	6
NA02	頭蓋骨又は顔面骨の骨折	
NA02.0	頭蓋円蓋部骨折	3
NA02.1	頭蓋底骨折	4
NA02.2	眼窩骨折	6
NA02.3	鼻骨骨折	6
NA02.4	上顎骨骨折	6
NA02.5	頬骨骨折	6
NA0D.02	エナメル・象牙質破折	6
NA02.7	下顎骨骨折	6
NA02.8	頭蓋骨又は顔面骨を含む多発骨折	3
NA02.Y	その他の明示された頭蓋骨又は顔面骨骨折	4
NA02.Z	頭蓋骨及び顔面骨骨折、部位不明	3
NA03	頭部の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	
NA03.0	顎関節脱臼	5
NA03.1	鼻中隔軟骨の脱臼	6
NA0D.12	歯の挺出性脱臼	6
NA03.3	顎関節の挫傷又は捻挫	6
NA03.Y	その他の明示された頭部の関節又は靱帯の脱臼又は捻挫	6
NA03.Z	頭部の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫、詳細不明	6
NA04	脳神経損傷	6
NA05	頭部血管損傷	5
NA06	眼球又は眼窩の損傷	
NA06.0	眼瞼外傷	6
NA06.1	眼窩の穿通創、異物を伴うもの又は伴わないもの	6
NA06.2	眼窩の穿通創後の異物残留	6
NA06.3	外傷性眼窩出血	6
NA06.4	結膜又は角膜の損傷、異物に関する言及のないもの	6

コード	分類名	順位
NA06.5	瞳孔括約筋に対する外傷	6
NA06.6	外傷性網膜損傷	6
NA06.7	外傷性網膜出血	6
NA06.80	眼内磁性異物残留、片側性	6
NA06.81	眼内非磁性異物残留、片側性	6
NA06.82	閉鎖性眼球外傷、片側性	6
NA06.83	閉鎖性眼球外傷、両側性	6
NA06.84	眼球の穿通創、異物を伴わないもの、片側性	6
NA06.85	眼球の裂離、片側性	5
NA06.86	眼球の裂離、両側性	5
NA06.87	眼球の裂傷又は破裂、眼球内組織の脱出又は喪失を伴うもの、片側性	6
NA06.88	眼球の裂傷又は破裂、眼球内組織の脱出又は喪失を伴うもの、両側性	6
NA06.89	穿通性眼球損傷、両側性	6
NA06.8A	穿孔性眼球損傷、両側性	6
NA06.8B	眼内磁性異物残留、両側性	6
NA06.8C	眼内非磁性異物残留、両側性	6
NA06.8D	眼球裂傷、眼球内組織の脱出又は喪失を伴わないもの、片側性	6
NA06.8E	眼球裂傷、眼球内組織の脱出又は喪失を伴わないもの、両側性	6
NA06.8Y	その他の明示された外傷性眼球損傷	6
NA06.8Z	外傷性眼球損傷、詳細不明	6
NA06.9	眼球又は眼窩組織の挫傷	6
NA06.A	水晶体の損傷	6
NA06.Y	その他の明示された眼球又は眼窩損傷	6
NA06.Z	眼球又は眼窩損傷、詳細不明	6
NA07	頭蓋内損傷	
NA07.0	脳振盪	6
NA07.1	外傷性脳内出血	2
NA07.2	外傷性脳浮腫	1
NA07.3	びまん性脳損傷	1
NA07.4	局所性脳損傷	2
NA07.5	外傷性硬膜外出血	2
NA07.6	外傷性硬膜下出血	2
NA07.7	外傷性くも膜下出血	2
NA07.8	外傷性脳出血	2
NA07.Y	その他の明示された頭蓋内損傷	2

コード	分類名	順位
NA07.Z	頭蓋内損傷、詳細不明	2
NA08	頭部の圧挫損傷	
NA08.0	脳の圧挫損傷	1
NA08.1	顔面の圧挫損傷	5
NA08.2	頭蓋骨の圧挫損傷	1
NA08.3	頭皮の挫滅	1
NA08.Y	その他の明示された頭部の圧挫損傷	1
NA08.Z	頭部の圧挫損傷、詳細不明	1
NA09	頭部の部分的外傷性切断	
NA09.0	頭皮剥離	6
NA09.1	耳介の外傷性切断	6
NA09.2	鼻の外傷性切断	4
NA09.3	口唇の外傷切断	4
NA09.Y	その他の明示された頭部の外傷性部分切断	4
NA09.Z	頭部の外傷性部分切断、詳細不明	4
NA0A	特定の明示された頭部損傷	
NA0A.0	複雑性頭部挫創	2
NA0A.1	頭部の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NA0A.2	外傷性鼓膜破裂	6
NA0A.3	頭部多発性損傷	4
NA0A.Y	その他の明示された頭部損傷	6
NA0B	耳介損傷	3
NA0D	歯又は支持組織の損傷	3
NA0Z	頭部損傷、詳細不明	3
NA20	頸部表在損傷	6
NA21	頸部の開放創	
NA21.0	頸部の裂傷、異物を伴わないもの	5
NA21.1	頸部の裂傷、異物を伴うもの	5
NA21.2	頸部の穿刺創、異物を伴わないもの	5
NA21.3	頸部の穿刺創、異物を伴うもの	5
NA21.4	頸部の開放性咬傷	5
NA21.5	頸部多発性開放創	5
NA21.Y	その他の明示された頸部開放創	6
NA21.Z	頸部開放創、詳細不明	6
NA22	頸部の骨折	3
NA23	頸部での関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	

コード	分類名	順位
NA23.0	頸椎外傷性椎間板断裂	6
NA23.1	頸椎脱臼	3
NA23.2	頸部のその他又は部位不明の脱臼	3
NA23.3	頸部の多発性脱臼	3
NA23.4	頸椎の挫傷又は捻挫	5
NA23.5	甲状腺領域の挫傷又は捻挫	6
NA23.Y	頸部でのその他の明示された関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	3
NA23.Z	頸部での関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫、詳細不明	3
NA30	頸髄の振盪又は浮腫	5
NA31	特定の明示された頸髄損傷	3
NA3Z	頸髄損傷、詳細不明	3
NA40	頸椎の神経根損傷	6
NA41	腕神経叢損傷	6
NA42	頸部の末梢神経損傷	6
NA43	頸部交感神経損傷	6
NA44	横隔神経損傷	5
NA4Y	その他の明示された頸部の神経損傷	5
NA4Z	頸部での神経損傷、詳細不明	5
NA60	頸部での血管損傷	
NA60.0	頸動脈損傷	1
NA60.1	椎骨動脈損傷	2
NA60.2	外頸静脈損傷	3
NA60.3	内頸静脈損傷	3
NA60.4	頸部での多発性血管損傷	1
NA60.Y	頸部でのその他の明示された血管損傷	1
NA60.Z	頸部での血管損傷、詳細不明	1
NA61	頸部の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NA62	頸部の圧挫損傷	3
NA63	頸部の外傷性切断	1
NA64	頸部多発性損傷	3
NA6Y	その他の明示された頸部損傷	4
NA6Z	頸部損傷、詳細不明	5
NA80	胸部表在損傷	6
NA81	胸部開放創	5
NA82	肋骨、胸骨又は胸椎骨折	
NA82.0	胸椎骨折	5

コード	分類名	順位
NA82.1	胸椎の多発骨折	5
NA82.2	胸骨骨折	6
NA82.3	肋骨骨折	6
NA82.4	肋骨の多発骨折	5
NA82.5	動揺胸郭	2
NA82.Y	その他の明示された肋骨、胸骨又は胸椎骨折	5
NA82.Z	肋骨、胸骨又は胸椎骨折、詳細不明	5
NA83	胸部の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	
NA83.0	胸部椎間板外傷性断裂	6
NA83.1	胸椎脱臼	5
NA83.2	胸部のその他又は詳細不明の部位の脱臼	5
NA83.3	胸椎靱帯の挫傷又は捻挫	6
NA83.4	肋骨又は胸骨の挫傷又は捻挫	6
NA83.Y	その他の明示された胸郭の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
NA83.Z	胸郭の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫、詳細不明	6
NA90	胸髄の振盪又は浮腫	4
NA91	特定の明示された胸髄損傷	4
NA9Z	胸髄損傷、詳細不明	5
NB00	胸椎の神経根損傷	5
NB01	胸部の末梢神経損傷	5
NB02	胸部の交感神経損傷	5
NB0Y	胸部でのその他の明示された神経損傷	5
NB2Y	胸部でのその他の明示された神経又は脊髄の損傷	5
NB2Z	胸部での神経又は脊髄の損傷、詳細不明	5
NB30	胸部の血管損傷	
NB30.0	胸部大動脈損傷	1
NB30.1	腕頭動脈又は鎖骨下動脈の損傷	5
NB30.2	上大静脈損傷	1
NB30.3	腕頭静脈又は鎖骨下静脈の損傷	3
NB30.4	肺血管損傷	1
NB30.5	肋間動静脈損傷	4
NB30.6	胸部の多発性血管損傷	3
NB30.Y	その他の明示された胸部の血管損傷	4
NB30.Z	胸部の詳細不明の血管損傷	4
NB31	心損傷	2
NB32	その他又は詳細不明の胸腔内臓器損傷	

コード	分類名	順位
NB32.0	外傷性気胸	3
NB32.1	外傷性血胸	3
NB32.2	外傷性血気胸	3
NB32.3	特定の肺損傷	2
NB32.4	気管支損傷	2
NB32.5	胸部気管損傷	2
NB32.6	胸膜損傷	4
NB32.7	胸腔内臓器の多発性損傷	1
NB32.8	その他の明示された胸腔内臓器の損傷	2
NB32.Y	その他の明示されたその他又は詳細不明の胸腔内臓器損傷	2
NB32.Z	詳細不明の胸腔内臓器損傷、詳細不明 ²¹	2
NB33	胸部の圧挫損傷又は外傷性切断	3
NB34	胸部での筋、筋膜又は腱の損傷	6
NB35	胸郭の多発性損傷	3
NB3Y	その他の明示された胸部損傷	6
NB3Z	胸部損傷、詳細不明	3
NB50	腹部、下背部又は骨盤部の表在損傷	6
NB51	腹部、下背部又は骨盤部の開放創	6
NB52	腰椎又は骨盤の骨折	
NB52.0	腰椎の骨折	6
NB52.10	仙骨骨折、骨盤輪の破綻を伴わないもの	6
NB52.11	尾骨の骨折	6
NB52.12	腸骨骨折、骨盤輪の破綻を伴わないもの	6
NB52.13	臼蓋骨折、骨盤輪の破綻を伴わないもの	5
NB52.14	恥骨骨折、骨盤輪の破綻を伴わないもの	6
NB52.15	坐骨骨折、骨盤輪の破綻を伴わないもの	5
NB52.1Y	その他の明示された骨盤骨折、骨盤輪の後弓の破綻を伴わないもの	5
NB52.1Z	詳細不明の骨盤骨折、骨盤輪の後弓の破綻を伴わないもの	5
NB52.2	骨盤輪の骨折、後弓の不完全破壊を伴うもの	5
NB52.3	骨盤輪の骨折、後弓の完全破壊を伴うもの	5
NB52.4	腰椎又は骨盤の多発骨折	5
NB52.Y	その他の明示された腰椎又は骨盤の骨折	5
NB52.Z	腰椎又は骨盤の骨折、詳細不明	5
NB53	腰椎又は骨盤の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	

²¹ 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

コード	分類名	順位
NB53.0	腰椎椎間板の外傷性破裂	6
NB53.1	腰椎脱臼	6
NB53.2	仙腸関節又は仙尾関節の脱臼、骨盤輪の破綻を伴わないもの	6
NB53.3	その他又は詳細不明の部位の腰椎又は骨盤の脱臼、骨盤輪の破綻を伴わないもの	5
NB53.4	恥骨結合の外傷性断裂、骨盤輪の破綻を伴わないもの	6
NB53.5	腰椎の挫傷又は捻挫	6
NB53.6	仙腸関節の挫傷又は捻挫	6
NB52.Y	その他の明示された腰椎又は骨盤の骨折	6
NB52.Z	腰椎又は骨盤の骨折、詳細不明	5
NB60	腰髄の振盪又は浮腫	6
NB61	仙髄の振盪又は浮腫	6
NB62	特定の明示された腰髄損傷	6
NB63	特定の明示された仙髄損傷	6
NB6Z	腹部又は下背部又は骨盤部の脊髄損傷、詳細不明	6
NB70	腰椎の神経根損傷	6
NB71	仙椎の神経根損傷	6
NB72	馬尾の損傷	6
NB73	腰仙神経叢損傷	6
NB74	腰椎、仙椎又は骨盤の交感神経損傷	6
NB75	腹部、下背部又は骨盤の末梢神経損傷	6
NB7Y	その他の明示された腹部、腰部又は骨盤部の神経損傷	5
NB7Z	腹部、腰部又は骨盤部の神経損傷、詳細不明	5
NB90	腹部、腰部又は骨盤部の血管損傷	
NB90.0	腹部大動脈損傷	1
NB90.1	下大静脈損傷	1
NB90.2	腹腔動脈損傷	3
NB90.3	腸間膜動脈損傷	
NB90.4	門脈又は脾静脈の損傷	2
NB90.5	腎血管損傷	5
NB90.6	腸骨血管損傷	3
NB90.7	腹部、下背部又は骨盤部での多発性血管損傷	2
NB90.Y	その他の明示された腹部、下背部又は骨盤部の血管損傷	5
NB90.Z	腹部、下背部又は骨盤部での詳細不明の血管損傷	5
NB91	腹腔内臓器損傷	3
NB92	尿路又は骨盤内の臓器損傷	5
NB93	腹部、下背部又は骨盤部の圧挫損傷又は部分的な外傷性切断	

コード	分類名	順位
NB93.0	外性器の圧挫損傷	6
NB93.1	腹部、下背部又は骨盤部のその他又は部位不明部位の圧挫損傷	5
NB93.2	外性器の外傷性切断	4
NB93.3	腹部、下背部又は骨盤部のその他又は詳細不明の部位の外傷性切断	3
NB94	腹部、下背部又は骨盤部の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NB95	腹腔内臓器の損傷、骨盤内臓器を含むもの	3
NB96	その他の腹部、下背部又は骨盤部の多発性損傷	4
NB97	特定の明示された腹部、下背部又は骨盤部の損傷	6
NB98	女性生殖器損傷、詳細な記載のないもの	5
NB99	男性生殖器損傷、詳細な記載のないもの	5
NB9Y	その他の明示された腹部、下背部、腰椎又は骨盤の損傷	4
NB9Z	腹部、下背部、腰椎又は骨盤部の損傷、詳細不明	4
NC10	肩又は上腕の表在損傷	6
NC11	肩又は上腕の開放創	
NC11.0	肩又は上腕の裂傷、異物を伴わないもの	6
NC11.1	肩又は上腕の裂傷、異物を伴うもの	6
NC11.2	肩又は上腕の穿刺創、異物を伴わないもの	6
NC11.3	肩又は上腕の穿刺創、異物を伴うもの	6
NC11.4	肩又は上腕の開放性咬傷	6
NC11.5	肩又は上腕の多発性開放創	6
NC11.Y	その他の明示された肩又は上腕の開放創	5
NC11.Z	肩又は上腕の開放創、詳細不明	5
NC12	肩又は上腕の骨折	
NC12.0	鎖骨骨折	6
NC12.1	肩甲骨骨折	5
NC12.2	上腕骨近位端骨折	5
NC12.3	上腕骨骨幹部骨折	5
NC12.4	上腕骨遠位端骨折	6
NC12.5	鎖骨、肩甲骨又は上腕骨の多発骨折	5
NC12.6	肩又は上腕のその他の部位の骨折	5
NC12.7	肩甲帯骨折、部位不明	5
NC12.Z	肩又は上腕の骨折、詳細不明	5
NC13	肩甲帯の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
NC14	肩又は上腕での神経損傷	6
NC15	肩又は上腕での血管損傷	
NC15.0	腋窩動脈の損傷	3

コード	分類名	順位
NC15.1	上腕動脈の損傷	3
NC15.2	腋窩又は上腕静脈の損傷	5
NC15.3	肩又は上腕での表在静脈損傷	5
NC15.4	肩又は上腕での多発性血管損傷	5
NC15.Y	肩又は上腕でのその他の明示された血管損傷	5
NC15.Z	肩又は上腕での詳細不明の血管損傷	5
NC16	肩又は上腕の筋、筋膜、腱又は滑液包の損傷	6
NC17	肩又は上腕の圧挫損傷	5
NC18	肩又は上腕の外傷性切断	3
NC19	肩又は上腕の多発性損傷	5
NC1Y	その他の明示された肩又は上腕の損傷	6
NC1Z	肩又は上腕の損傷、詳細不明	6
NC30	前腕の表在損傷	6
NC31	前腕の開放創	6
NC32	前腕の骨折	5
NC33	肘の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
NC34	前腕での神経損傷	6
NC35	前腕での血管損傷	
NC35.0	前腕での尺骨動脈損傷	6
NC35.1	前腕での橈骨動脈損傷	5
NC35.2	前腕での静脈損傷	5
NC35.3	前腕での多発性血管損傷	5
NC35.Y	前腕でのその他の明示された血管損傷	6
NC35.Z	前腕での詳細不明の血管損傷	6
NC36	前腕の筋、筋膜、腱又は滑液包の損傷	6
NC37	前腕の圧挫損傷	6
NC38	前腕の外傷性切断	4
NC39	前腕の多発性損傷	4
NC3Y	その他の明示された肘又は前腕の損傷	6
NC3Z	肘又は前腕の損傷、詳細不明	5
NC50	指爪損傷	5
NC51	手首又は手の表在損傷	6
NC52	手首又は手の開放創	6
NC53	手首又は手の骨折	
NC53.0	手の舟状骨骨折	6
NC53.1	その他の手根骨の骨折	6

コード	分類名	順位
NC53.2	第 1 中手骨骨折	6
NC53.3	その他の中手骨の骨折	6
NC53.4	中手骨の多発骨折	6
NC53.5	母指の骨折	6
NC53.6	その他の指の骨折	6
NC53.7	指の多発骨折	6
NC53.Y	手首又は手のその他の明示された部位での骨折	5
NC53.Z	手首又は手の骨折、詳細不明	5
NC54	手首又は手での関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
NC55	手首又は手での神経損傷	6
NC56	手首又は手での血管損傷	
NC56.0	手首又は手での尺骨動脈損傷	6
NC56.1	手首又は手での橈骨動脈損傷	5
NC56.2	浅掌動脈弓の損傷	6
NC56.3	深掌動脈弓の損傷	6
NC56.4	母指の血管損傷	6
NC56.5	母指以外の指の血管損傷	6
NC56.6	手首又は手での多発性血管損傷	6
NC56.Y	手首又は手でのその他の明示された血管損傷	5
NC56.Z	手首又は手での詳細不明の血管損傷	5
NC57	手首又は手の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NC58	手首又は手の圧挫損傷	6
NC59	手首又は手の外傷性切断	
NC59.0	母指の外傷性切断	6
NC59.1	母指以外の単指の外傷性切断	6
NC59.2	母指以外の 2 指以上の指単独の外傷性切断	6
NC59.3	指の複合的外傷性切断、手首又は手のその他の部位を伴うもの	6
NC59.4	中手骨での手の外傷性切断	6
NC59.Z	手首又は手の外傷性切断、詳細不明	4
NC5A	手首又は手の多発性損傷	5
NC5Y	その他の明示された手首又は手の損傷	5
NC5Z	手首又は手の損傷、詳細不明	5
NC70	股関節又は大腿の表在損傷	6
NC71	股関節又は大腿の開放創	6
NC72	大腿骨骨折	
NC72.0	大腿骨骨頭骨折	3

コード	分類名	順位
NC72.1	大腿骨近位骨端部骨折	3
NC72.2	大腿骨頸部骨折	3
NC72.3	大腿骨転子部骨折	3
NC72.4	大腿骨転子下骨折	3
NC72.5	大腿骨骨幹部骨折	4
NC72.6	大腿骨遠位端骨折	4
NC72.7	大腿骨の多発骨折	4
NC72.8	大腿骨のその他の部位の骨折	4
NC72.Y	その他の明示された大腿骨骨折	4
NC72.Z	大腿骨骨折、詳細不明	4
NC73	股関節の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
NC74	股関節又は大腿での神経損傷	
NC74.0	股関節又は大腿での坐骨神経損傷	6
NC74.1	股関節又は大腿での大腿神経損傷	6
NC74.2	股関節又は大腿での皮膚知覚神経損傷	5
NC74.3	股関節又は大腿での多発性神経損傷	5
NC74.Y	股関節又は大腿でのその他の明示された神経損傷	6
NC74.Z	股関節又は大腿での詳細不明の神経損傷	6
NC75	股関節又は大腿での血管損傷	
NC75.0	大腿動脈損傷	4
NC75.1	股関節又は大腿の大腿静脈損傷	5
NC75.2	股関節又は大腿での大伏在静脈損傷	6
NC75.3	股関節又は大腿での多発性血管損傷	5
NC75.Y	股関節及び大腿でのその他の明示された血管損傷	6
NC75.Z	股関節又は大腿での詳細不明の血管損傷	6
NC76	股関節又は大腿での筋、筋膜、腱又は滑液包の損傷	6
NC77	股関節又は大腿の圧挫損傷	5
NC78	股関節又は大腿の外傷性切断	3
NC79	股関節又は大腿の多発性損傷	5
NC7Y	その他の明示された股関節又は大腿の損傷	5
NC7Z	股関節又は大腿の損傷、詳細不明	5
NC90	膝又は下腿の表在損傷	6
NC91	膝又は下腿の開放創	6
NC92	下腿の骨折、足首を含む	5
NC93	膝の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
NC94	下腿での神経損傷	6

コード	分類名	順位
NC95	下腿での血管損傷	
NC95.0	膝窩動脈損傷	5
NC95.1	前脛骨動脈損傷	6
NC95.2	後脛骨動脈損傷	6
NC95.3	腓骨動脈損傷	6
NC95.4	下腿での大伏在静脈損傷	5
NC95.5	下腿での小伏在静脈損傷	6
NC95.6	膝窩静脈損傷	6
NC95.7	下腿での多発性血管損傷	5
NC95.Y	下腿でのその他の明示された血管損傷	6
NC95.Z	下腿での詳細不明の血管損傷	5
NC96	下腿の筋、筋膜、腱又は滑液包の損傷	
NC96.0	アキレス腱損傷	6
NC96.1	下腿での後方筋群のその他の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NC96.2	下腿の前方筋群の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NC96.3	下腿の腓骨筋群の筋、筋膜又は腱の損傷	6
NC96.4	下腿での筋、筋膜又は腱の多発性損傷	6
NC96.5	膝の滑液包の損傷	5
NC96.Y	下腿でのその他の明示された筋、筋膜、腱又は滑液包の損傷	5
NC96.Z	下腿での詳細不明の筋、筋膜、腱又は滑液包の損傷	6
NC97	下腿の圧挫損傷	
NC97.0	膝の圧挫損傷	6
NC97.Y	下腿のその他の明示された部位の圧挫損傷	5
NC97.Z	下腿の圧挫損傷、詳細不明	5
NC98	下腿の外傷性切断	
NC98.0	膝での右下腿の外傷性切断	3
NC98.1	膝での左下腿の外傷性切断	3
NC98.2	膝での下腿の外傷性切断、両側	3
NC98.3	右膝と足首の間の外傷性切断	3
NC98.4	左膝と足首の間の外傷性切断	3
NC98.5	膝と足首の間の外傷性切断、両側性	3
NC98.Y	その他の明示された下腿の外傷性切断	4
NC98.Z	下腿の外傷性切断、詳細不明	4
NC99	下腿の多発性損傷	5
NC9Y	その他の明示された膝又は下腿の損傷	5
NC9Z	膝又は下腿の損傷、詳細不明	5

コード	分類名	順位
ND10	趾爪損傷	6
ND11	足首又は足の表在損傷	6
ND12	足首又は足の開放創	6
ND13	足の骨折、足首を除く	6
ND14	足首又は足での関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
ND15	足首又は足での神経損傷	6
ND16	足首又は足での血管損傷	
ND16.0	足背動脈損傷	6
ND16.1	足底動脈損傷	5
ND16.2	足背静脈損傷	6
ND16.3	足首又は足での多発性血管損傷	6
ND16.Y	足首及び足でのその他の明示された血管損傷	6
ND16.Z	足首又は足での詳細不明の血管損傷	6
ND17	足首又は足の筋、筋膜又は腱の損傷	6
ND18	足首又は足の圧挫損傷	
ND18.0	足首の圧挫損傷	6
ND18.1	趾の圧挫損傷	5
ND18.2	足首又は足のその他の部位の圧挫損傷	6
ND18.Z	足首又は足の圧挫損傷、詳細不明	6
ND19	足首又は足の外傷性切断	
ND19.0	足首での右足の外傷性切断	4
ND19.1	足首での左足の外傷性切断	4
ND19.2	足首での足の外傷性切断、両側	4
ND19.3	中足骨での右足の外傷性切断	6
ND19.4	中足骨での左足の外傷性切断	6
ND19.5	中足骨での足の外傷性切断、両側	6
ND19.6	1 趾の外傷性切断	6
ND19.7	2 趾以上の外傷性切断	6
ND19.8	足のその他の部位の外傷性切断	6
ND19.Z	足首又は足の外傷性切断、詳細不明	6
ND1A	足首又は足の多発性損傷	5
ND1Y	その他の明示された足首又は足の損傷	5
ND1Z	足首又は足の損傷、詳細不明	5
ND30	多部位に及ぶ表在損傷	6
ND31	多部位に及ぶ開放創	5
ND32	多部位に及ぶ骨折	3

コード	分類名	順位
ND33	体の多部位に及ぶ脱臼、挫傷又は捻挫	5
ND34	多部位に及ぶ圧挫損傷	5
ND35	多部位に及ぶ外傷性切断	5
ND36	多部位に及ぶその他の損傷、他に分類されないもの	3
ND37	詳細不明の多発性損傷	2
ND50	脊椎骨折、部位不明	5
ND51	脊椎又は体幹のその他の外傷、部位不明	
ND51.0	体幹の詳細不明の関節又は靱帯の脱臼、挫傷又は捻挫	6
ND51.1	詳細不明の体幹の神経、脊髄神経又は神経叢の損傷	4
ND51.2	脊髄損傷、部位不明	3
ND51.3	体幹の詳細不明の筋、筋膜又は腱の損傷	6
ND51.4	脊椎又は体幹の圧挫損傷、部位不明	5
ND51.Y	その他の明示された脊椎又は体幹の損傷、部位不明	5
ND51.Z	脊椎又は体幹の詳細不明の損傷、部位不明	5
ND52	上肢の骨折、部位不明	5
ND53	上肢のその他の損傷、部位不明	6
ND54	下肢の骨折、部位不明	5
ND55	その他の下肢の損傷、部位不明	6
ND56	部位不明の損傷	
ND56.0	部位不明の表在損傷	6
ND56.1	部位不明の開放創	5
ND56.2	部位不明の骨折	5
ND56.3	部位不明の脱臼、挫傷又は捻挫	6
ND56.4	部位不明の神経損傷	6
ND56.5	部位不明の血管損傷	5
ND56.6	部位不明の筋又は腱の損傷	6
ND56.7	部位不明の圧挫損傷	2
ND56.8	部位不明の外傷性切断	2
ND56.9	妊娠出産の経過に影響を与えた損傷	6
ND56.Y	部位不明のその他の明示された損傷	6
ND56.Z	詳細不明の体幹、四肢又は身体の一部の部位不明の損傷	6
ND57	外傷後二次性損傷	6
ND5Y	その他の明示された体幹、四肢又は身体の一部の部位不明の損傷	6
ND5Z	体幹、四肢又は身体の一部の部位不明の損傷、詳細不明	6
ND70	外眼異物	
ND70.0	角膜内異物	6

コード	分類名	順位
ND70.1	結膜嚢内異物	6
ND70.2	多部位の外眼異物	6
ND70.Y	外眼のその他の明示された部位の異物	6
ND70.Z	外眼異物、詳細不明	5
ND71	耳内異物	6
ND72	気道内異物	5
ND73	消化管内異物	
ND73.0	口腔内異物	6
ND73.1	食道内異物	6
ND73.2	胃内異物	6
ND73.3	小腸内異物	5
ND73.4	結腸内異物	5
ND73.5	肛門又は直腸内異物	6
ND73.Y	消化管内のその他の明示された部位の異物	6
ND73.Z	消化管内異物、詳細不明	6
ND74	尿路性器内異物	
ND74.0	尿道内異物	6
ND74.1	膀胱内異物	6
ND74.2	外陰又は膣内異物	5
ND74.3	子宮内異物、いずれかの部位	6
ND74.Y	尿路性器内のその他の明示された部位の異物	6
ND74.Z	尿路性器内異物、詳細不明	5
ND7Z	自然開口部からの異物侵入の作用、詳細不明	6
ND90	顔面を除く頭部又は頸部の熱傷	
ND90.0	顔面を除く頭部又は頸部の熱傷、表皮熱傷（1度）	6
ND90.1	顔面を除く頭部又は頸部の熱傷、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND90.2	顔面を除く頭部又は頸部の熱傷、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND90.3	顔面を除く頭部及び頸部の熱傷、全層熱傷（3度）	3
ND90.4	顔面を除く頭部又は頸部の熱傷、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	3
ND90.Z	顔面を除く頭部及び頸部の熱傷、深達度不明	6
ND91	眼又は眼付属器を除く顔面の熱傷	
ND91.0	眼又は眼付属器を除く顔面の熱傷、表皮熱傷（1度）	6
ND91.1	眼又は眼付属器を除く顔面の熱傷、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND91.2	眼又は眼付属器を除く顔面の熱傷、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND91.3	眼又は眼付属器を除く顔面の熱傷、全層熱傷（3度）	3
ND91.4	眼又は眼付属器を除く顔面の熱傷、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	3

コード	分類名	順位
ND91.Z	眼を除く顔面の熱傷、深達度不明	6
ND92	会陰又は性器を除く体幹の熱傷	
ND92.0	会陰又は性器を除く体幹の熱傷、表皮熱傷（1度）	6
ND92.1	会陰又は性器を除く体幹の熱傷、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND92.2	会陰又は性器を除く体幹の熱傷、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND92.3	会陰又は性器を除く体幹の熱傷、全層熱傷（3度）	3
ND92.4	会陰又は性器を除く体幹の熱傷、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	3
ND92.Z	会陰及び性器を除く体幹の熱傷、深達度不明	6
ND93	会陰又は性器の熱傷	
ND93.0	会陰又は性器の熱傷、表皮熱傷（1度）	6
ND93.1	会陰又は性器の熱傷、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND93.2	会陰又は性器の熱傷、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND93.3	会陰又は性器の熱傷、全層熱傷（3度）	3
ND93.4	会陰又は性器の熱傷、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	3
ND93.Z	会陰及び性器の熱傷、深達度不明	6
ND94	肩又は腕の熱傷、手首又は手を除く	
ND94.0	肩又は腕の表皮熱傷（1度）、手又は手首を除く	6
ND94.1	肩又は腕の熱傷、手又は手首を除く、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND94.2	肩又は腕の熱傷、手又は手首を除く、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND94.3	肩又は腕の熱傷、手又は手首を除く、全層熱傷（3度）	5
ND94.4	肩又は腕の熱傷、手首又は手を除く、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	5
ND94.Z	手首及び手を除く肩又は上肢の熱傷、深達度不明	6
ND95	手首又は手の熱傷	
ND95.0	手首又は手の熱傷、表皮熱傷（1度）	6
ND95.1	手首又は手の熱傷、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND95.2	手首又は手の熱傷、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND95.3	手首又は手の熱傷、全層熱傷（3度）	5
ND95.4	手首又は手の熱傷、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	5
ND95.Z	手首及び手の熱傷、深達度不明	6
ND96	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く	
ND96.0	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く、表皮熱傷（1度）	6
ND96.1	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND96.2	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND96.3	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く、全層熱傷（3度）	5

コード	分類名	順位
ND96.4	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	5
ND96.Z	足首及び足を除く股関節及び脚の熱傷、深達度不明	6
ND97	足首又は足の熱傷	
ND97.0	足首又は足の熱傷、表皮熱傷（1度）	6
ND97.1	足首又は足の熱傷、浅達性部分層熱傷（2度）	6
ND97.2	足首又は足の熱傷、深達性部分層熱傷（2度）	6
ND97.3	足首又は足の熱傷、全層熱傷（3度）	5
ND97.4	足首又は足の熱傷、全層熱傷（3度）又は複雑熱傷	5
ND97.Z	足首及び足の熱傷、深達度不明	6
ND99.1	腐食性物質の皮膚接触による化学熱傷	6
ND99	腐食性物質の皮膚接触による急性皮膚損傷	6
ND9Y	体表面の熱傷、その他の明示された部位	6
ND9Z	体表面の熱傷、部位不明	6
NE00	眼又は眼の付属器の熱傷	6
NE01	気道の熱傷	3
NE02	その他の内臓の熱傷	3
NE0Z	詳細不明の内臓の熱傷	6
NE10	多部位熱傷	6
NE11	部位不明の熱傷	6
NE2Z	熱傷、詳細不明	3
NE40	表在凍傷	6
NE41	凍傷、組織壊死を伴うもの	6
NE42	多部位に及ぶ凍傷	6
NE4Z	凍傷、詳細不明	5
NF00	放射線の作用、他に分類されないもの	6
NF01	熱の作用	
NF01.0	熱中症	3
NF01.1	高温環境性失神	6
NF01.2	水分欠乏による熱疲労	6
NF01.3	熱疲労、一過性	6
NF01.Y	その他の明示された熱の作用	6
NF01.Z	熱の作用、詳細不明	5
NF02	低体温	3
NF03	その他の低温の作用	
NF03.0	凍瘡	5
NF03.1	浸水手又は浸水足	6

コード	分類名	順位
NF03.Y	その他の明示された低温の作用	4
NF03.Z	詳細不明の低温の作用	4
NF04	気圧又は水圧の作用	
NF04.0	耳性圧障害	5
NF04.1	副鼻腔の気圧性外傷	4
NF04.2	ケーソン病	5
NF04.3	高水圧の作用	6
NF04.Y	その他の明示された気圧又は水圧の作用	6
NF04.Z	気圧又は水圧の作用、詳細不明	5
NF05	窒息（損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響）	1
NF06	激しい運動の作用	
NF06.0	労作性熱中症	3
NF06.1	運動後体位性低血圧症	6
NF06.2	運動後脱水	6
NF06.3	運動時筋痙攣	6
NF06.Y	その他の明示された激しい運動の作用	6
NF06.Z	激しい運動の作用、詳細不明	6
NF07	その他の欠乏の作用	
NF07.0	飢餓の作用	3
NF07.1	口渇の作用	5
NF07.2	曝露による消耗	6
NF07.Y	その他の明示された欠乏の作用	6
NF07.Z	その他の欠乏の作用、詳細不明	6
NF08	特定の明示された外因の作用	
NF08.0	雷撃の作用	4
NF08.1	溺死又は死に至らない溺水	2
NF08.2	振動の作用	6
NF08.3	動揺病	6
NF08.4	電撃の作用	3
NF0Y	その他の明示された外因の作用	6
NF0Z	詳細不明の外因の作用	6
NF2Y	その他の明示された損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響	6
NF2Z	詳細不明の損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響	6

3.14.6 診断名不明確な病態

この表はステップ SP7 で使用する。この表にある病態は、診断名不明確とされ原死因には使用されない。

コード又は章	分類項目名
BD10-BD1Z	BD10-の心不全；急性（XT5R）と明示されたもの
BA2Z	低血圧、詳細不明
BE2Y	その他の明示された循環器系の疾患
BE2Z	循環器系の疾患、詳細不明
CB41.0	急性呼吸不全
CB41.2	呼吸不全、急性又は慢性か不明
KB2D	新生児の呼吸不全
KB2E	新生児の呼吸停止
21 章	症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの； ただし、以下の病態を除く： MA15 血液、造血器又は免疫系における微生物学的所見 MG43 食物及び水分摂取に関する症状及び徴候 MG44.1 標準生理学的発育不足 MH11 乳幼児突然死症候群

3.14.7 HIV 病を引き起こしうる病態リスト

このリストは、死亡診断書に HIV が報告された場合に、受け入れられる／受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示（ステップ SP3～SP4）の補助として、上下の因果関係を評価する際に使用される。このリストは完全なものではなく、あくまでも目安である。以下は、HIV 病の原因として認める：

コード	分類項目
悪性新生物	
2B50-2E2Z	リンパ系、造血系、中枢神経系又は関連組織 以外の原発性悪性新生物
特定の貧血又はその他の赤血球障害	
3A00-3A03	栄養性又は代謝性貧血
3A10-3A4Z	溶血性貧血
3A60-3A6Z	赤芽球癆
3A50	サラセミア
3A51	鎌状赤血球障害又はその他のヘモグロビン症
3A70	再生不良性貧血
3A71	慢性疾患による貧血

3A72	鉄芽球性貧血
3A73	先天性赤血球形成異常性貧血
3A90	急性疾患による貧血
3A9Y	その他の明示された貧血又は赤血球障害
3A9Z	貧血又はその他の赤血球異常症、詳細不明
3B10-3B6Z	凝固欠損、紫斑病若しくはその他の出血性又は関連状態

特定の物質使用症又は嗜癖行動症群

6C43	オピオイド使用症
6C44	鎮静薬、睡眠薬又は抗不安薬使用症
6C45	コカイン使用症
6C46	精神刺激薬（アンフェタミン類、メタンフェタミン、メトカチノンを含む）使用症
6C48	カフェイン使用症
6C49	幻覚薬使用症
6C4C	MDMA 又は関連薬物（MDA を含む）使用症
6C4D	解離性薬物（ケタミン、フェンシクリジン [PCP] を含む）使用症[PCP]
6C4E	他の特定される精神作用物質（医薬品を含む）使用症
6C4F	複数の特定される精神作用物質（医薬品を含む）使用症
6C4G	不明又は特定不能の精神作用物質使用症
6C4Y	物質使用症、他の特定される
6C4Z	物質使用症、特定不能

ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス

MA14.0 ヒト免疫不全ウイルスの臨床検査上のエビデンス

特定の損傷

	頭部	頸部	胸部	腹部	上腕	前腕	手関節 手	股関節	下腿	足関節 足
開放創	NA01	NA21	NA81	NB51	NC11	NC31		NC71	NC91	
骨折	NA02	NA22	NA82	NB52	NC12	NC32		NC72	NC92	
血管損傷	NA05	NA60		NB90	NC15	NC35	NC56	NC75	NC95	ND16
器官損傷				NB91 NB92						
圧挫損傷	NA08	NA62	NB33	NB93	NC17	NC37	NC58	NC77	NC97	ND18
外傷性切断	NA09	NA63	NC18	NC38	NC59	NC78	NC98	ND19		

筋、筋膜又は腱の裂傷	NA0A.1 1	NA61. 1	NB34. 1	NB94.3 NB94.4 NB94.5	NC16.01 NC16.11 NC16.21 NC16.31 NC16.41	NC36.01 NC36.11 NC36.21 NC36.31 NC36.41 NC36.51		NC76.01 NC76.11 NC76.21 NC76.31	NC96.01 NC96.11 NC96.21 NC96.31	
多発性損傷	NA0A.3	NA64	NB35	NB95 NB96	NC19	NC39	NC5A	NC79	NC99	ND1A
その他の又は特定の明示された損傷	NA0A.0 NA0A.Y	NA6Y	NB3Y	NB97 NB98 NB99 NB9Y	NC1Y	NC3Y	NC5Y	NC7Y	NC9Y	ND1Y
損傷、詳細不明	NA0Z	NA6Z	NB3Z	NB9Z	NC1Z	NC3Z	NC5Z	NC7Z	NC9Z	ND1Z

			多部位の損傷	部位不明の体幹、四肢等	上肢	下肢	部位不明
表在損傷					ND53.Y	ND55	
開放創			ND31	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.1
骨折			ND32	ND50（脊椎）	ND52	ND54	ND56.2
脱臼、挫傷又は捻挫			ND33		ND53.Y	ND55	
圧挫損傷			ND34			ND55	ND56.7
外傷性切断			ND35	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.8
その他の明示された損傷			ND36	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.5（血管） ND56.Y
損傷、詳細不明			ND37	ND51.Z	ND53.Z	ND55	ND56.Z

特定の損傷（続き）

ND70-ND7Z

自然開口部からの異物侵入の作用

ND90-NE2Z

熱傷

NE80

輸液、輸血又は治療用注射後の損傷又は損害、他に分類されないもの

特定の保健医療関連の危害又は損傷の原因

PK80-PK8Z

診断又は治療目的の損傷又は危害を伴う外科的又はその他の医学的処置

PL11.0

損傷又は危害の様式としての切断、穿刺又は裂孔

PL11.4

損傷又は危害の様式としての無菌処置の失敗

PL14.4

輸血に伴うその他の問題

3.14.8 糖尿病を引き起こしうる病態リスト

このリストは、死亡診断書に糖尿病が報告された場合に、受け入れられる／受け入れられない上下の因果関係に関する特別指示（ステップ SP3～SP4）の補助として、死亡診断書に糖尿病が報告された場合に上下の因果関係を評価する際に使用される。

「5A10 1 型糖尿病」

- 1D82.1 サイトメガロウイルス肺炎
- 5B52 乳児、小児又は青年における急性栄養不良
- 5B71 タンパク欠乏症
- 5B7Z 詳細不明の低栄養

「5A11 2 型糖尿病」

- 5A70 クッシング症候群
- 5B52 乳児、小児又は青年における急性栄養不良
- 5B71 タンパク欠乏症
- 5B7Z 詳細不明の低栄養

「5A12 栄養不良関連糖尿病」

- 5B52 乳児、小児又は青年における急性栄養不良
- 5B71 タンパク欠乏症
- 5B7Z 詳細不明の低栄養

「5A13 糖尿病、その他の明示された型」又は「5A14 糖尿病、詳細不明の型」

- 1D82.1 サイトメガロウイルス肺炎
- 1D80.4 ムンプスウイルスによる肺炎
- 2C10 膵臓の悪性新生物
- 2D81 膵臓への悪性新生物転移
- 2E92.8 膵臓の良性新生物
- 2E92.9 膵内分泌の良性新生物
- 4A40-4A4Z 臓器非特異的全身性自己免疫疾患
- 5A02 甲状腺中毒症
- 5A03 甲状腺炎
- 5A60.0 先端巨大症又は下垂体性巨人症
- 5A70 クッシング症候群
- 5B52 乳児、小児又は青年における急性栄養不良（5A14 のみ）
- 5B71 タンパク欠乏症（5A14 のみ）
- 5B7Z 詳細不明の低栄養（5A14 のみ）
- 5C58.1 ポルフィリン症
- 5C64.1 鉄代謝障害
- 5D41 処置後低インスリン血症

6C40.1	アルコールの有害な使用パターン
6C40.2	アルコール依存
8A01.10	ハンチントン病
8A03	運動失調症
8A0Z	運動障害、詳細不明
8C71	筋強直性障害
CA25	嚢胞性線維症
DC31	急性膵炎
DC32	慢性膵炎
DC3Z	膵臓の疾患、詳細不明
JA63.2	妊娠中に発生した糖代謝異常
KA62.8	先天性風疹症候群
LD20-LD2Z	多発性の発生異常又は発生異常症候群
LD40.0	21 番染色体の完全トリソミー
LD50.0	ターナー症候群
LD50.3	クラインフェルター症候群
LD52.1	2 つ又は複数の Y 染色体を持つ男性
LD53	Y 染色体の構造の異常
LD54	性染色体モザイクを伴う男性
LD5Y	その他の明示された性染色体異常
LD7Y	その他の明示された染色体異常、遺伝子変異を除くもの
NB91.4	膵損傷
NE60	薬物、薬剤又は生物学的製剤の有害作用、他に分類されないもの
PL00	治療目的の使用における損傷又は危害を伴う薬物、薬剤又は生物学的製剤

3.14.9 手術及びその他の侵襲的な医学的処置の明らかな結果と考えられる病態リスト

本節のこのリストは、手術又はその他の侵襲的な医学的処置の合併症として発症する病態が含まれる。これは、このリストに掲載されその他が常に合併症とみなされるということではなく、次の制限が適用される：

- 手術又は侵襲的な処置が死亡の 4 週間より前に実施された場合は、このリストの病態を手術又は侵襲的な処置の合併症とは考えない。
- このリストの病態が、手術又は侵襲的な措置の前に存在していた証拠がある場合は、その病態を手術又は侵襲的な処置の合併症とは考えない。
- 「**OCPR** (Other Cause of Procedure Required : 処置の原因の記載が必要)」の印がついた病態は、死亡診断書に手術又は何らかのその他の侵襲的な措置により

同一部位の別の病態を治療した記載がない限り、手術又は侵襲的な措置の合併症とは考えない。

- 「**DSAP** (Duration Stated, developed After Procedure : 処置後に発症したことを示す期間の記載が必要)」の印がついた病態は、病態が手術又は侵襲的な措置の後に発症した証拠がない限り、手術又は侵襲的な措置の合併症とは考えない。
- 癒着は、手術又は侵襲的な措置の日から 4 週間より後であっても、同一部位又は領域に対する手術又は侵襲的な措置の合併症と考える。処置が死亡の 1 年以上前に実施された場合は、医療行為の続発後遺症のコードを用いる。

3.14.9.1 手術の直接影響と考える病態のリスト

感染症	フラグ
膿瘍	OCPR
菌血症	
瘻	OCPR 且つ同じ部位又は領域に対して行われた処置の場合のみ
ガス壊疽	
感染症、溶血性	
感染症 NOS	DSAP
手術創の感染症	
敗血症	
敗血症性	
出血、溶血	フラグ
消費性凝固障害	
播種性血管内凝固 (DIC)	
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、明示された部位の	同じ部位又は領域に対して行われた処置の場合のみ
吐血	OCPR
血腫	OCPR
血胸	OCPR
溶血	
下血	OCPR
心臓合併症	フラグ
心停止	
不整脈 NOS	DSAP
心静止	
心ブロック	DSAP
心不全	

心房細動	DSAP
心室細動	
梗塞（心筋）	
（急性）虚血、心筋	
心筋破裂	

脳血管及びその他の脳の合併症	フラグ
脳卒中	DSAP
脳損傷（無酸素性）	DSAP
脳塞栓症	DSAP
脳・頭蓋内出血	DSAP
脳梗塞	DSAP
脳・脳血管虚血	DSAP
脳・脳血管病変	DSAP
髄膜炎	DSAP
脳浮腫	DSAP
脳血栓	DSAP

その他の血管の合併症	フラグ
循環停止	
動脈塞栓症	
脂肪・空気塞栓症	
空気塞栓症	
肺塞栓	
静脈塞栓	
循環不全	
低血圧	
肺梗塞	
梗塞（すべての部位）	
閉塞（すべての部位）	
静脈炎（すべての部位）	
静脈血栓症（すべての部位）	
血栓性静脈炎（すべての部位）	
動脈血栓症	
静脈血栓症	
血栓症 NOS（すべての部位）	

呼吸器の合併症	フラグ
精神呼吸窮迫症候群（ARDS）	
呼吸性アルカローシス、呼吸性アシドーシス	
呼吸停止	
誤嚥	
無気肺	

気管支炎	DSAP
胸水	
膿胸	OCPR
気管胸膜瘻又は食道瘻	OCPR
肺不全・肺機能不全	
呼吸不全・呼吸機能不全	
縦隔炎	
上気道閉塞	OCPR
喉頭浮腫	OCPR
肺水腫・肺うっ血	
肺炎	
気胸	OCPR
胃腸の合併症	フラグ
腹腔内膿瘍	OCPR
便秘	OCPR
胃拡張	OCPR
胃腸循環障害	OCPR
腸間膜塞栓症	OCPR
肝不全	DSAP
胆汁瘻・腸瘻・直腸腔瘻	OCPR
イレウス	OCPR
腸虚血	OCPR
胃腸壊死	OCPR
腸閉塞（機械的）	OCPR
腹膜炎	OCPR
胃腸潰瘍（ストレス性）	OCPR
軸捻	OCPR
腎尿路の合併症	フラグ
無尿	
腎不全	
尿瘻	OCPR
尿路感染症	
腎盂腎炎	DSAP
尿閉	
尿道狭窄	OCPR
尿毒症	
尿路敗血症	
その他の合併症	フラグ
癒着	同じ部位又は領域に対して行われた処置の場合のみ
コンパートメント症候群	OCPR
合併症 NOS	

甲状腺クリーゼ	DSAP
人工補装具のずれ	
(多)臓器不全	
壊疽	
不十分な吻合	OCPR
脂肪壊死・創傷壊死	OCPR
てんかん発作	DSAP
ショック NOS	
アナフィラキシーショック	
褥瘡性潰瘍	

3.14.9.2 他の侵襲的な医学的処置の明らかな結果と考えられる病態リスト

心カテーテルの明らかな結果

PK80.11 損傷又は危害を伴う先天異常の修復のための
心臓処置、経皮的手法

PK80.15 損傷又は危害を伴うその他の心臓処置、経皮
的手法

敗血症、敗血症性ショック

菌血症

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）

真菌性敗血症

真菌血症

血管カテーテル感染又はポート感染

敗血症性血栓性静脈炎

感染性心内膜炎

心筋梗塞

カテーテル後とされてい
る場合のみ

冠動脈血栓

カテーテル後とされてい
る場合のみ

冠動脈塞栓

カテーテル後とされてい
る場合のみ

冠動脈破裂

カテーテル後とされてい
る場合のみ

心停止

心塞栓

コレステロール塞栓症候群

肺塞栓

出血

失血

腹腔内出血

心原性ショック

カテーテル後とされている場合のみ

低血圧性ショック

カテーテル後とされている場合のみ

液体の吸入の明らかな結果

PK81.2 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う体腔又は体液の吸引又は排液

血気胸

同じ部位の誤嚥又は穿刺の場合

出血

同じ部位の誤嚥又は穿刺の場合

生検の明らかな結果

PK81.4 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う骨髓穿刺又は生検

PK81.5 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う生検処置、他に分類されないもの

出血

同じ部位の場合

気胸

同じ部位の場合

癒着

同じ部位の場合

血液透析の明らかな結果

PK81.6 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う透析

敗血症、敗血症性ショック

菌血症

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）

感染性心内膜炎

真菌性敗血症

真菌血症

血管カテーテル感染又はポート感染

敗血症性血栓性静脈炎

腹膜炎

肺炎

低血圧（透析中）

血液量減少性ショック

出血

経管栄養、胃瘻の明らかな結果

PK81.8 治療目的の使用における損傷又は危害を伴うチューブの挿入
誤嚥性肺炎

腹部創傷感染

腹壁感染

蘇生の明らかな結果

PK81.E 治療目的の使用における損傷又は危害を伴う心肺蘇生

肋骨骨折

その他の手術又は医学的措置

PK8Y その他の明示された診断又は治療目的の損傷又は危害を伴う外科的又は医学的処置

静脈・動脈カテーテルの明らかな結果

敗血症、敗血症性ショック

菌血症

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）

真菌性敗血症

真菌血症

血管カテーテル感染又はポート感染

敗血症性血栓性静脈炎

感染性心内膜炎

蜂巣炎

膿瘍

血腫

出血

血胸

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

カテーテル・ポート部位
の感染の場合

骨髄移植の明らかな結果

敗血症、敗血症性ショック

菌血症

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）

真菌性敗血症

真菌血症

壊死性筋膜炎

血小板減少症

移植片対宿主病

放射線処置・治療の明らかな結果

心膜炎

拘束性肺疾患

小腸閉塞

頸髄炎

（間質性）肺線維症

骨壊死

粘膜炎

瘻孔

狭窄又は癒痕化

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

同じ部位への照射の場合

尿路カテーテルの明らかな結果

PK93.10 損傷又は危害を伴う消化器科又は泌尿器科的機器、

尿道カテーテル

尿路感染症

尿路敗血症

3.14.10 死亡を引き起こす可能性の低い病態リスト

この表はステップ SP8 で使用する。この表の病態は死亡を引き起こす可能性が低い。

コード	分類名
1A94.0	性器又は尿路性器の単純ヘルペスウイルス感染症
1B21.2	皮膚非結核性抗酸菌感染症
1B72	膿痂疹
1C10.Y	その他の明示された型の放線菌症
1C20	クラミジア結膜炎
1C23	トラコーマ
1D84	ウイルス性結膜炎
1E76	伝染性軟属腫
1E80	尋常性疣贅
1F00.0	皮膚又は粘膜の単純ヘルペス感染症
1F00.1	眼部の単純ヘルペス感染症
1F00.Y	その他の明示された単純ヘルペス感染症
1F0Y	その他の明示された皮膚又は粘膜病変を特徴とするウイルス感染症
1F28	皮膚糸状菌症
1F2D	非皮膚糸状菌性表在性皮膚真菌症
1G00	シラミ症

1G03	ケジラミ症
6A00	知的発達症
6A01	発達性発話又は言語症群
6A02	自閉スペクトラム症
6A03	発達性学習症
6A04	発達性協調運動症
6A06	常同運動症
6A0Y	神経発達症、他の特定される
6A0Z	神経発達症、特定不能
6B84	異食症
6B8Y	食行動症又は摂食症、他の特定される
6B8Z	食行動症又は摂食症、特定不能
6C00	遺尿症
6C01	遺糞症
6C20	身体的苦痛症
6C50-6C5Z	嗜癖行動症群
6C70-6C7Z	衝動制御症群
6D10-6D11	パーソナリティ症及び関連特性群
6D30-6D3Z	パラフィリア症群
6D50-6D5Z	作為症群
7A00-7A0Z	不眠障害群
7A25	精神障害に関連する過眠症
7A26	睡眠不足症候群
7A82	睡眠関連下肢こむらがえり
7A83	睡眠関連歯ぎしり
7A85	乳幼児期の良性睡眠時ミオクローヌス
7A86	入眠時固有脊髄ミオクローヌス
7A88	薬物又は物質による睡眠関連運動障害
7A8Y	その他の特定された睡眠関連運動障害群
7A8Z	睡眠関連運動障害群、詳細不明
7B00.1	睡眠時遊行障害
7B00.2	睡眠時驚愕症
7B01.2	悪夢障害
7B01.Y	その他の特定されたレム睡眠関連睡眠時随伴症群
7B01.Z	レム睡眠関連睡眠時随伴症群、詳細不明
7B2Y	その他の特定された睡眠・覚醒障害群
7B2Z	睡眠・覚醒障害群、詳細不明

8A05	チック障害
8A80	片頭痛
8A81	緊張型頭痛
8A82	三叉神経・自律神経性頭痛
8B10	一過性脳虚血発作
8B82	三叉神経の障害
8B88	顔面神経障害
8B90-8B9Z	神経根又は神経叢障害
8C10	上肢の単ニューロパチー
8C11	下肢の単ニューロパチー
8C12.1	多発性単神経炎
8E43.00	幻肢症候群
9A00-9A0Z	眼瞼又は眼周囲の障害
9A10-9A1Z	涙器の障害
9A60-9B3Z	眼球の障害・前眼部
9B50-9C0Z	眼球の障害・後眼部
9C40-9C4Z	視路又は視中枢の障害
9C60-9C6Z	緑内障又は緑内障疑い
9C80-9C8Z	斜視又は眼球運動障害
9D00-9D0Z	屈折又は調節の障害
9D50-9D7Z	視機能の障害
9D90-9D9Z	視覚の障害
9E1Y	その他の明示された視覚系の疾患
9E1Z	視覚系の疾患、詳細不明
AA10-AA6Z	外耳疾患
AB33	耳硬化症
AB37	騒音による内耳障害
AB3Y	その他の明示された内耳疾患
AB3Z	内耳疾患、詳細不明
AB50-AB5Z	難聴を伴う障害
AB70-AB7Y	耳の障害、他に分類されないもの
AC0Y	その他の明示された耳又は乳様突起の疾患
AC0Z	耳又は乳様突起の疾患、詳細不明
BD90.0	急性リンパ節炎
CA00	急性鼻咽頭炎
CA04	急性喉頭咽頭炎
CA07	多部位及び詳細不明の急性上気道感染症

CA08	血管運動性又はアレルギー性鼻炎
CA0D	鼻中隔湾曲症
CA0F	扁桃又はアデノイドの慢性疾患
CA0J	鼻ポリープ
DA03	舌の疾患
DA04	唾液腺疾患
DA05	口腔又は顔面頸部の嚢胞
DA06	特定の明示された顎骨疾患
DA07	歯の発育又は萌出の障害
DA08	歯の硬組織疾患
DA09	歯髄又は根尖歯周組織の疾患
DA0A	歯又は支持組織の特定の明示された障害
DA0B	歯肉疾患
DA0C	歯周疾患
DA0D	歯肉又は無歯顎歯槽堤の特定の明示された障害
DA0E	歯・顔面異常
DA0F	口腔顔面複合体に影響する感覚障害
DA0F.0	口腔灼熱症候群
DA0Y	その他の明示された口腔顔面複合体の疾患又は障害
DA0Z	口腔顔面複合体の疾患又は障害、詳細不明
EA10	ばら色粧糠疹
EA12	乳児丘疹性肢端皮膚炎
EA80-EA8Z	皮膚炎及び湿疹
EA91	扁平苔癬
EA92	苔癬様皮膚症
EA93	苔癬状粧糠疹
EA94	毛孔性紅色粧糠疹
EA95	小局面型類乾癬
EB20-EB2Y	好中球性皮膚症
EB30	好酸球性蜂巣炎
EB60-EB61	瘢痕性又は硬化性の炎症性皮膚疾患
EB90.1	皮膚ムチン沈着症
EC10-EC7Y	皮膚に影響する遺伝性及び発達障害、「EC31 接合部型表皮水疱症」を除く
EC90-EC9Y	皮膚感覚の異常
ED00-ED2Z	皮膚に影響する心理学的又は精神的状態
ED50-EE21	特定の皮膚構造に影響を及ぼす皮膚障害
EE40-EE7Y	皮膚結合組織の疾患

EE60-EE6Y	線維腫症及びケロイド
EE80-EE8Y	皮膚の組織球性肉芽腫性障害
EF40.0	毛細管炎
EG40-EG9Z	特定の身体部位に影響を及ぼす皮膚障害
EH40.0	乳児脂漏性皮膚炎
EH40.1	乳児おむつ皮膚炎
EH75	薬剤による光線過敏症
EH92	摩擦又は機械性ストレスによって引き起こされた皮膚症
EH93	異物による皮膚疾患
EJ0Y	寒冷への暴露によって引き起こされる又は増悪するその他の明示された皮膚疾患
EJ10-EJ1Y	温熱又は電気によって引き起こされる皮膚疾患
EJ20-EJ2Y	皮膚における紫外線照射の慢性的な影響
EJ30	自己免疫又はその他の光線性皮膚疾患
EJ40-EJ4Z	正常皮膚における紫外線照射の急性的な影響
EJ6Y	その他の明示された光又は紫外線照射によって引き起こされる皮膚疾患
EJ71-EJ7Z	電離放射線による皮膚疾患
EK00	アレルギー性接触皮膚炎
EK01	光アレルギー性接触皮膚炎
EK02	刺激性接触皮膚炎
EK11	タンパク質接触皮膚炎
EK12	アレルギー性接触感作
EK20-EK2Z	光活性因子の皮膚接触に対する光毒性反応
EK5Y	その他の明示された外的因子によって引き起こされる皮膚疾患
EK70	皮膚嚢腫
EK90.0	日光角化症
EK91.0	大局面状類乾癬
EM0Y	その他の明示された皮膚の疾患
EM0Z	性質不明の皮膚疾患
FA22	リウマチ性多発筋痛症
FA30	手指又は趾の後天性変形
FA31	四肢のその他の後天性変形
FA32	膝蓋骨の障害
FA33	膝内障
FA34	特定の明示された関節の障害
FA35	人工関節の関節荷重面の摩耗
FA36	関節浸出液貯留

FA37	特定の関節障害、他に分類されないもの
FA5Y	その他の明示された関節症
FA5Z	関節症、詳細不明
FA70.0	脊柱後弯症
FA70.2	脊柱前弯症
FA71	斜頸
FA82	脊柱管狭窄症
FB10	脊椎不安定症
FB1Y	その他の明示された脊椎に関連する状態
FB1Z	脊椎に関連する状態、詳細不明
FB30	感染性筋炎
FB40	腱鞘滑膜炎
FB41	滑膜又は腱の自然断裂
FB42	特定の明示された滑膜又は腱の障害
FB50	滑液包炎
FB52	他に分類される疾患における軟部組織障害
FB53	肩の病変
FB54	下肢の腱付着部症
FB55	特定の明示された腱付着部症
FB56	特定された軟部組織障害、他に分類されないもの
FB6Z	軟部組織障害、詳細不明
FC00	特定の明示された筋骨格系又は結合組織の後天性変形、他に分類されないもの
GA12	性交疼痛症
GA13	外陰又は会陰の後天性異常
GA14	膣の後天性異常
GA15	子宮頸部の後天性異常
GA16	子宮の後天性異常、子宮頸部を除く
GA1Y	その他の明示された女性生殖器の非炎症性障害
GA1Z	女性生殖器の非炎症性障害、詳細不明
GA20-GA2Z	異常子宮又は膣出血
GA30.02	閉経前過多出血
GA31	女性不妊症
GA33	不育症
GA34	生殖器又は月経周期に関連する女性骨盤痛
GB04	男性不妊症
GB05	過長包皮、包茎又は嵌頓包茎
GB20	乳房良性疾患

GB23.0	乳管拡張症
HA00-HA8Z	17 章 性の健康に関連する状態群
LA10-LA1Z	眼、眼瞼又は涙器の構造上の発生異常
LA20-LA2Z	耳の構造上の発生異常
LA30-LA5Z	顔面、口腔又は歯の構造上の発生異常
LA60-LA6Z	頸部の構造上の発生異常
LB60-LB6Z	乳房の構造上の発生異常
LB70.00	斜頭
LB74	腰帯の構造上の発生異常
LB75	短指趾症
LB76	三関節母指
LB77	指節骨過剰
LB78	多指趾症
LB79	合指趾症
LB80	指の先天性変形
LB90	関節形成異常症
LB91	先天性肩関節脱臼
LB92	先天性肘関節脱臼
LB93	先天性膝関節脱臼
LB94	先天性膝蓋骨脱臼
LB95	膝蓋骨無形成又は低形成
LB96	長管骨の先天性彎曲
LB98	足の先天性変形
LB99	上肢の減形成
LB9A	下肢の減形成
LB9B	上肢又は下肢の減形成
LB9Y	その他の明示された骨格の構造上の発生異常
LB9Z	骨格の構造上の発生異常、詳細不明
LC00-LC7Z	皮膚の構造上の発生異常
NA00	頭部の表在損傷
NA06.4	結膜又は角膜の損傷、異物に関する言及のないもの
NA06.9	眼球又は眼窩組織の挫傷
NA06.Y	その他の明示された眼球又は眼窩損傷
NA20	頸部表在損傷
NA80	胸部表在損傷
NB50	腹部、下背部又は骨盤部の表在損傷
NC10	肩又は上腕の表在損傷

NC30	前腕の表在損傷
NC51	手首又は手の表在損傷
NC70	股関節又は大腿の表在損傷
NC90	膝又は下腿の表在損傷
ND11	足首又は足の表在損傷
ND56.0	部位不明の表在損傷
ND90.0	顔面を除く頭部又は頸部の熱傷、表皮熱傷（1度）
ND92.0	会陰又は性器を除く体幹の熱傷、表皮熱傷（1度）
ND94.0	肩又は腕の表皮熱傷（1度）、手又は手首を除く
ND95.0	手首又は手の熱傷、表皮熱傷（1度）
ND96.0	股関節又は脚の熱傷、足首又は足を除く、表皮熱傷（1度）
ND97.0	足首又は足の熱傷、表皮熱傷（1度）

3.14.11 発症が女性に限られるか女性に起こりやすい分類項目リスト

コード	分類項目名
1C14	産科的破傷風
1F23.10	外陰部腔カンジダ症
2B58.1	子宮の平滑筋肉腫
2B5C	子宮内膜間質肉腫、原発部位
2B5D.0	卵巣の悪性混合型上皮性間葉系腫瘍
2B5D.1	子宮体部の悪性上皮性間葉性混合腫瘍
2B5F.0	子宮の肉腫、他に分類されないもの
2B5G	子宮の筋肉腫、部位が明示されないもの
2C65	遺伝性乳癌卵巣癌症候群
2C70-2C7Z	女性生殖器の悪性新生物
2E05	女性生殖器系への悪性新生物転移
2E66	子宮頸部の上皮内癌
2E67.0	子宮内膜の上皮内癌
2E67.1	外陰部の上皮内癌
2E67.2	腔の上皮内癌
2E67.3	その他又は詳細不明の女性生殖器の上皮内癌
2E86.0	子宮の平滑筋腫
2E88	良性の子宮内膜間質性結節
2F31	子宮の非間葉系良性新生物
2F32	卵巣の良性新生物
2F33	その他又は詳細不明の女性生殖器の良性新生物
2F76	女性生殖器の性状不詳の新生物

2F96	女性生殖器の性状不明の新生物
4A45.2	妊娠における抗リン脂質抗体症候群
5A71.0	胎児由来アンドロゲンによる 46,XX 性分化疾患
5A71.1	母体由来アンドロゲンによる 46,XX 性分化障害
5A80	卵巣機能障害
5D44	処置後卵巣機能不全
6E20	妊娠、出産又は産褥に関連する精神又は行動の疾患、精神症症状を伴わない
6E21	妊娠、出産又は産褥に関連する精神又は行動の疾患、精神症症状を伴う
6E2Z	妊娠、出産又は産褥に関連する精神又は行動の疾患、特定不能
BD75.2	外陰部静脈瘤
EA83.00	外陰の単純性苔癬
EA87.1	女性性器の皮膚炎又は湿疹
EB60.0	外陰の硬化性苔癬
ED61.11	外陰部黒色斑
ED70.1	女性型脱毛症
ED70.31	産後休止期脱毛
EE40.10	妊娠性皮膚線条
EK02.13	外陰部の刺激性接触皮膚炎
FB83.10	閉経前特発性骨粗鬆症
FB83.11	閉経後骨粗鬆症
FC01.9	卵巣摘出術後骨粗鬆症
GA00-GA6Z	女性生殖器系の疾患
GB23.4	分娩に関連しない乳汁漏出
GC04.1	女性生殖器に及ぶ瘻
GC04.2	尿管瘻
GC40-GC4Z	女性骨盤底の機能不全
GC50.10	骨盤臓器脱に伴う膀胱知覚の欠損又は減少
GC51	女性生殖器切除
GC70	膣の術後癒着
GC71	子宮摘出後膣円蓋脱
GC77	処置後非月経性子宮出血
GC78	処置後急性女性骨盤炎症性疾患
HA01.0	女性の性的興奮不全
HA20	性疼痛・挿入困難症
JA00-JB6Z	妊娠、分娩又は産褥
KA83.9	新生児膣又は子宮出血

LA90.32	子宮動静脈形態異常
LB40-LB4Z	女性生殖器の構造上の発生異常
LD2A.1	46,XY 性腺異形成
LD2A.4	アンドロゲン抵抗性による 46,XY 性分化疾患
LD50.0	ターナー症候群
LD50.1	核型 47,XXX
LD50.2	モザイク、種々の X 染色体数を伴う細胞系列
LD50.Y	その他の明示された X 染色体の数の異常
LD50.Z	X 染色体の数の異常、詳細不明
LD90.4	レット症候群
MF30-MF3Y	女性生殖器系に関する症状、徴候又は臨床所見
MF60-MF6Z	女性生殖器からの検体における臨床所見
MG24.01	女性乳がんの恐怖
MG24.D	妊娠合併症の恐怖
MG24.E	女性性感染症の恐怖
MG24.F	女性性器又は乳房疾患の恐怖
NB92.4	卵巣損傷
NB92.5	卵管損傷
NB92.6	子宮損傷
NB93.02	外陰の圧挫損傷
NB93.24	全外陰の外傷性切断
NB93.25	外陰の部分的な外傷性切断
NB98	女性生殖器損傷、詳細な記載のないもの
ND56.9	妊娠出産の経過に影響を与えた損傷
ND74.2	外陰又は腔内異物
ND74.3	子宮内異物、いずれかの部位
PK80.5	治療目的の使用における損傷又は危害を伴う婦人科的又は乳房の処置
PK80.7	治療目的の使用における損傷又は危害を伴う産科的処置
PK96	損傷又は危害を伴う産科又は婦人科的機器、インプラント又はグラフィット
QA00.9	婦人科検査
QA09.4	子宮頸部の新生物の特別スクリーニング検査
QA21.0	性交後避妊のための保健医療サービスの利用
QA21.2	避妊具の挿入のための保健医療サービスの利用
QA21.4	月経吸引のための保健医療サービスの利用
QA21.6	避妊具のサーベイランス
QA30.00	配偶子卵管内移植のための保健医療サービスの利用

QA30.01	人工授精による生殖管理のための保健医療サービスの利用
QA30.02	医療的に補助された精子受精のための保健医療サービスの利用
QA30.0Y	その他の明示された補助された受精のための保健医療サービスの利用
QA30.0Z	詳細不明の補助された受精のための保健医療サービスの利用
QA30.1	生殖技術補助のための保健医療サービスの利用
QA30.2	その他の補助された受精方法のための保健医療サービスの利用
QA30.Y	その他の明示された医療補助生殖のための保健医療サービスの利用
QA40	妊娠検査又はテスト
QA41	妊娠状態
QA42	正常妊娠の管理
QA43	ハイリスク妊娠の管理
QA45	出生前スクリーニング
QA46	分娩の結果
QA48	産後ケア又は検査
QA49	望まない妊娠に関連する問題
QA4A	多産に関連する問題
QA4B	閉経期のカウンセリングのための保健医療サービスの利用
QB51.C	避妊具の存在
QB62.5	人工腔に対する手当
QD31	妊娠に関連するボディイメージに関する懸念のための保健医療サービス利用
QF01.10	女性生殖器の後天的欠損

3.14.12 発症が男性に限られるか男性に起こりやすい分類項目リスト

コード	分類項目名
1A70.00	陰茎淋菌感染症
1D80.1	ムンプスウイルスによる精巣炎
1F23.11	カンジダ性亀頭包皮炎症
2B55.2	男性生殖器の横紋筋肉腫
2B59.2	男性生殖器の脂肪肉腫
2C80-2C8Z	男性生殖器の悪性新生物
2E06	男性生殖器への悪性新生物転移
2E67.4	陰茎の上皮内癌
2E67.5	前立腺の高悪性度上皮内病変
2E67.6	その他又は詳細不明の男性生殖器の上皮内癌
2F34	男性生殖器の良性新生物

2F77	男性生殖器の性状不詳の新生物
2F97	男性生殖器の性状不明の新生物
5A81	精巣機能障害又はテストステロン関連障害
5D45	処置後精巣機能低下症
BD75.1	陰嚢静脈瘤
EA83.01	男性性器単純性苔癬
EA87.0	男性性器の皮膚炎又は湿疹
EB60.1	陰茎の硬化性苔癬
EC92.0	陰茎陰嚢痛
ED61.10	陰茎部色素斑
GA80-GB0Z	男性生殖器系の疾患
HA01.1	男性の勃起不全
HA03	射精不全群
LB50-LB5Z	男性生殖器の構造上の発生異常
LD2A.0	卵精巣性性分化疾患
LD2A.2	精巣無発生
LD2A.3	テストステロン代謝異常による 46,XY 性分化疾患
LD50.3	クラインフェルター症候群
LD52	Y 染色体の数の異常
LD53	Y 染色体の構造の異常
LD54	性染色体モザイクを伴う男性
MA14.1B	前立腺特異抗原陽性
MF40-MF4Y	男性生殖器系に関する症状、徴候又は臨床所見
MF70-MF7Z	男性生殖器からの検体における臨床所見
MG24.02	男性性器がんの恐怖
MG24.G	男性性感染症の恐怖
MG24.H	男性性器疾患の恐怖
NB93.00	陰茎の圧挫損傷
NB93.01	精巣又は陰嚢の圧挫損傷
NB93.20	全陰茎の外傷性切断
NB93.21	陰茎の部分的外傷性切断
NB93.22	全睾丸又は全陰嚢の外傷性切断
NB93.23	睾丸又は陰嚢の部分的外傷性切断
NB97.1	陰茎折症
NB99	男性生殖器損傷、詳細な記載のないもの
QA09.5	前立腺の新生物の特別スクリーニング検査
QB82	慣習的又は儀式的環状切除のための保健医療サービスの利用

3.15 付属資料 D : ICD-10 と ICD-11 の相違点

3.15.1 第 1 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章には過去の場合と比較してより多くの感染症項目が盛り込まれた。また、インフルエンザが呼吸器系の章からこの感染症の章に移された。結核及びハンセン病が「抗酸菌症²²」に分類された。これは、この 2 つの疾患の同定、経過、治療が類似するからである。プリオン病は神経系の章に移された。

表 1 : ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
A00-A09 腸管感染症	「感染性の胃腸炎又は大腸炎」
A15-A19 結核	「マイコバクテリウム疾患」グループの一部
A20-28 人畜共通細菌性疾患	「特定の人畜共通細菌性疾患」
A30-A49 その他の細菌性疾患	「その他の細菌性疾患」
A50-A64 主として性的伝播様式をとる感染症	「主として性的伝播による感染症」
A65-A69 その他のスピロヘータ疾患	「その他の明示された細菌性疾患」グループの一部
A70-A74 クラミジアによるその他の疾患	「その他の明示された細菌性疾患」グループの一部
A75-A79 リケッチア症	「その他の明示された細菌性疾患」グループの一部
A80-A89 中枢神経系のウイルス感染症	「中枢神経系のウイルス性疾患」
A92-A99 節足動物媒介ウイルス熱及びウイルス性出血熱	「その他の節足動物媒介性ウイルス性熱」及び「特定の人畜共通ウイルス性疾患」の 2 つのグループに分割
B00-B09 皮膚及び粘膜病変を特徴とするウイルス感染症	「皮膚又は粘膜病変を特徴とするウイルス性疾患」
B15-B19 ウイルス性肝炎	「ウイルス性肝炎」
B20-B24 ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病	「ヒト免疫不全ウイルス病」
B25-B34 その他のウイルス疾患	「特定のその他のウイルス性疾患」
B35-B49 真菌症	「真菌症」
B50-B64 原虫疾患	「寄生虫病」グループの一部
B65-B83 ぜん＜蠕＞虫症	「寄生虫病」グループの一部

²² 原文に誤植・追補等があり和訳にあたり修正している。

B85-B89 シラミ症，ダニ症及びその他の動物寄生症	「寄生虫病」グループの一部
B90-B94 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	「感染症の続発・後遺症」
B95-B98 細菌，ウイルス及びその他の病原体	病原体のエクステンションコードに編入
B99-B99 その他の感染症	「感染を起源とする特定のその他の障害」

3.15.2 第2章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

第2章の階層における最大の変更点は、特定の形態学的種類をこの章に盛り込んだことである（従来は ICD-10 付属資料 A に記載）。ICD-11 では、現在、プレコーディネーションのコードとして、形態及び部位の両方が記載されている。第2章に盛り込まれなかったその他の形態及び部位の詳細は第X章「エクステンションコード」に含まれ、ポストコーディネーションに使用できる。

その他の変更点としては、脳及び中枢神経系の新生物をその性状に関わらずすべて1つのグループにまとめたこと、造血組織及びリンパ組織のすべての新生物を1つのグループにまとめたこと、新たに「悪性間葉性腫瘍」のグループを設けたこと等を挙げることができる。ICD-10 の従来の「性状不詳又は不明の新生物」は、「性状不詳の新生物」及び「性状不明の新生物」の2つのグループに分割した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
C00-C97 悪性新生物＜腫瘍＞	「脳又は中枢神経系の新生物」 「造血組織又はリンパ組織の新生物」 「リンパ組織、造血組織、中枢神経系又は関連組織の悪性新生物以外の悪性新生物」
D00-D09 上皮内新生物＜腫瘍＞	「リンパ組織、造血組織、中枢神経系又は関連組織の上皮内新生物以外の上皮内新生物」
D10-D36 良性新生物＜腫瘍＞	「リンパ組織、造血組織、中枢神経系又は関連組織の良性新生物以外の良性新生物」
D37-D48 性状不詳又は不明の新生物＜腫瘍＞	「リンパ組織、造血組織、中枢神経系又は関連組織の新生物以外の性状不詳の新生物」 「リンパ組織、造血組織、中枢神経系又は関連組織の新生物以外の性状不明の新生物」

3.15.3 第3章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

ICD-10 の第 III 章「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」は、血液及び造血器の疾患の章（第3章）及び免疫系の疾患（第4章）の2つの章に分割した。ICD-

10 では血液疾患に 5 つの主なセクションがあったが、ICD-11 ではこれを 3 つのセクションに分類し直した。

「貧血又はその他の赤血球障害」の大きなグループに「栄養性貧血」、「溶血性貧血」、「再生不良性貧血」、その他の貧血を分類し、後天性及び先天性の細区分を設けた。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 で相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
D50-D53 栄養性貧血	「貧血又はその他の赤血球障害」グループの一部
D55-D59 溶血性貧血	「貧血又はその他の赤血球障害」グループの一部
D60-D64 無形成性貧血及びその他の貧血	「貧血又はその他の赤血球障害」グループの一部
D65-D69 凝固障害、紫斑病及びその他の出血性病態	凝固障害、紫斑病並びにその他の出血性及び関連する病態
D70-D77 血液及び造血器のその他の疾患	各概念を以下のいずれかのグループに分類し直した。すなわち、「貧血又はその他の赤血球障害」、「凝固障害、紫斑病並びにその他の出血性及び関連する病態」、「脾臓の疾患」のグループ
D80-D89 免疫機構の障害	第 4 章「免疫系の疾患」に移動

3.15.4 第 4 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

ICD-10 の第 III 章「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」は、血液又は造血器の疾患（第 3 章）及び免疫系の疾患（第 4 章）の 2 つの章に分割された。この新しい章（第 4 章）は、免疫系の疾患過程の複雑性をより良く捉えるために設けられた。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
D80-D89 免疫機構の障害	「原発性免疫不全症」 「後天性免疫不全症」 「自己炎症性障害」 「アレルギー性又は過敏性の病態」 「白血球系統に関わる免疫系障害」 「免疫系に関わる特定の疾患」 「胸腺の疾患」

3.15.5 第 5 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

「糖尿病」において変更及び追加がなされ、「中間型高血糖」（「グルコース調節障害」を含む）及び「インスリン抵抗症」の分類項目が盛り込まれた。「栄養障害」のセクションでは最新用語を取り入れ、ビタミン欠乏症、ミネラル欠乏症、更に肥満の詳細な分類がこのセクションに含まれる。「代謝障害」のセクションでもより詳細な分類項目を取り入れ、多様な種類の代謝障害の編成のあり方を改善した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 第 5 章の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名

ICD-11 の相当する構造

E00-E07 甲状腺障害

「甲状腺又は甲状腺ホルモンの障害」。本セクションの構造の変更はないが、現代の疾患過程をより良く反映できるように改訂がなされた。

E10-E14 糖尿病

「糖尿病」（糖尿病の「型」を明示した。すなわち、1 型、2 型、その他及び詳細不明。「糖尿病性」合併症は、関連する身体系の章をプライマリー・ペアレントとした。）

E15-E16 その他のグルコース調節及び膵内分泌障害

「その他のグルコース調節又は膵内分泌障害」は変更なし。

E20-E35 その他の内分泌腺障害

ICD-10 のこの中間分類項目は解体し、各セクションの名称を変更して、各セクションに分類される病態をより良く反映させた。各セクションの名称は以下のとおりである。

「副甲状腺又は副甲状腺ホルモン系の障害」

「下垂体ホルモン系の障害」

「副腎又は副腎ホルモン系の障害」

「性腺ホルモン系の障害」

「特定の思春期障害」

「多腺性機能障害」

「リポタンパク質代謝障害又は特定の明示された脂血症」

E40-E46 栄養失調（症）

「低栄養」。「低栄養」の下に 2 つの細区分を新たに設けた。すなわち、「生体測定又は臨床基準に基づく低栄養」及び「特定の栄養素欠乏による低栄養」である。

E50-E64 その他の栄養欠乏症

「低栄養」グループの一部

E65-E68 肥満（症）及びその他の過栄養<過剰摂食>

「過体重、肥満又は特定の栄養過多」

E70-E90 代謝障害

「代謝障害」。細区分は病因に基づく。

3.15.6 第6章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章の変更に含まれるのは、階層構造の再構築、より新しい用語の使用である。また、有害な使用の単一エピソード、有害な使用のパターン、依存、中毒、離脱を物質の種類別にグループ化した。

ICD-10 では、障害の「中間分類項目」の数が分類の十進法のコーディング体系の人工的な制約を受け、最大で 10 の主な中間分類項目しか精神及び行動の障害の章に設けることができなかった（0 から 9 までの数字に相当）。そのため、一部の中間分類項目は臨床的有用性又は科学的エビデンスに基づいていなかった。ICD-10 では、例えば、F30-F39 の中間分類項目に「気分〔感情〕障害」が割り当てられている一方で、「不安障害」は「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の雑多な中間分類項目（F40-F49）の僅か一部を占めていたに過ぎない。「生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」の中間分類項目は、身体に関わるという以外には臨床症状及び症候学の観点から関連性のない障害を 1 つにまとめていた。

ICD-10 の構造的な制約を考えた時、ICD-10 の開発者は妥当な診断分類の集合を提供したと言えよう。その一方で、ICD-11 の柔軟な構造的特徴は、科学的エビデンス及び最新の実践に基づく主要要素を取り込むことを可能にし、より最適な疾病分類を可能にしている。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
F00-F09 症状性を含む器質性精神障害	「神経認知障害」
F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	「物質使用又は依存性行動による障害」グループの一部
F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	「統合失調症又はその他の一次性精神病」
F30-F39 気分〔感情〕障害	「気分障害」
F40-F48 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	「不安又は恐怖関連障害」
F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	「食行動障害又は摂食障害」、「妊娠、分娩又は産褥に伴う精神又は行動の障害」、新たな「睡眠障害」及び「性保健健康」の各章に再分類した。
F60-F69 成人の人格及び行動の障害	「人格障害及び関連特性」
F70-F79 知的障害<精神遅滞>	「神経発達障害」グループの一部
F80-F89 心理的発達の障害	「神経発達障害」グループの一部
F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	「神経発達障害」グループの一部

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
F99-F99 詳細不明の精神障害	本章の詳細不明の残余項目

3.15.7 第7章は ICD-11 に新たに加えられたため、過去の改訂版には存在しなかった

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 での従来の位置	ICD-11 の相当する構造
「精神及び行動の障害」及び「神経系の疾患」の各章の項目	「不眠症」
ICD-10 に存在しない概念	「睡眠関連運動障害」
「精神及び行動の障害」及び「神経系の疾患」の各章の項目	「過眠症」
「神経系の疾患」及び「内分泌、栄養及び代謝疾患」の各章の項目	「睡眠関連呼吸障害」
「精神及び行動の障害」の章の項目	「睡眠時随伴症」
「神経系の疾患」の章の項目	「睡眠・覚醒スケジュール障害」
「神経系の疾患」の章の項目	明示された睡眠障害

3.15.8 第8章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章では、従来の ICD-10 の概念の大規模な再構築及び移動がなされた。幾つかの新しい概念も加えられた。「脳血管疾患」がこの「神経系の疾患」の章に移され、「循環器系の疾患」の章もマルチプル・ペアレントとした。一過性脳虚血発作（TIA）も「脳血管疾患」に分類し、この「神経系の疾患」の章に記載されている。

ICD-11 で見られる大きな変更の 1 つが神経系の章を構成する中間分類項目の編成に関わるものである。ICD-10 の小数点を使ったコーディング体系は制約的であり、章ごとに 11 の中間分類項目しか設置できず、その結果、論理的にそぐわない雑多な神経系の病態が同じ中間分類項目の中に入れられた。「挿間性及び発作性障害」の中間分類項目がその一例であり、その中に頭痛障害、てんかん、一過性脳虚血発作、睡眠障害が分類されていた。ICD-11 では、頭痛障害、てんかん、脳血管障害のそれぞれを中間分類項目に位置づけ、睡眠障害は章として位置づけた（第7章）。

神経系の章の構造の変化とともに、分類のあり方も最新の臨床実践と神経系疾患の理解の進歩を取りまとめている。ICD-10 が公開されて以来、遺伝学、分子生物学、医療技術の各分野で大きな進歩が見られた。神経学の知識における近年の進歩を考えるとコード数の増加は必然であり、したがって、包括性、臨床的有用性、公衆衛生アプローチの維持の間で均衡を取ることが目的となった。作業部会はこの課題に取り組むのにあたって、この章に記載されることがより通常である障害を検討し、これらの障害のより通常ではない病因論上の亜種を「ダブル・コーディング」で対応した。知識の進歩を反映した形の大きな変更点の 1 つが、「神経系の腫瘍随伴性又は自己免疫障害」と題した中間分類項目である。この中間分類項目には免疫介在性神経系疾患が含

まれるが、この分野の知識は近年、爆発的に進歩した。最新版が分子生物学の進歩を反映していることの2つ目の例は、稀な疾患であるにも関わらず、プリオン病を中間分類項目に格上げしたことである。以前まで、プリオン病は中枢神経系の感染症の中間分類項目の一部を占めていたにすぎないが、1990年代に起こった欧州での重大な公衆衛生上の問題を受けて研究への関心が高まり、プリオン病の亜種が新たに発見された。

表1：ICD-10の中間分類項目とICD-11の相当する構造の比較

ICD-10の中間分類項目名	ICD-11の相当する構造
G00-G09 中枢神経系の炎症性疾患	このセクションは、第1章の新しい中間分類項目である「中枢神経系の非ウイルス性の感染症」に移されている。
G10-G14 主に中枢神経系を障害する系統萎縮症	「運動障害」と「運動ニューロン疾患又は関連障害」の2つに分割
G20-G26 錐体外路障害及び異常運動	「運動障害」
G30-G32 神経系のその他の変性疾患	「神経認知障害」
G40-G47 挿間性及び発作性障害	「てんかん又は発作」、「頭痛障害」、脳血管の中間分類項目。睡眠障害は単独の章（第7章）になった。
G50-G59 神経、神経根及び神経そう<叢>の障害	「神経根、神経叢又は末梢神経の障害」
G60-G64 多発（性）ニューロパチ<シ>ー及びその他の末梢神経系の障害	「多発ニューロパチー」、「単ニューロパチー」、「遺伝性ニューロパチー」
G70-G73 神経筋接合部及び筋の疾患	「神経筋接合部又は筋の疾患」
G80-G83 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	「脳性麻痺」
G90-G99 神経系のその他の障害	「その他の神経系障害」。次のものはこのセクションから取り出し、独自のグループを持つようになった。すなわち、「自律神経系疾患」、「脳脊髄液圧流の障害」、「脊髄障害、外傷を除く」。
A81 中枢神経系の非定型ウイルス感染症	「プリオン病」

3.15.9 第9章におけるICD-10とICD-11の相違点

本章の構造及び階層はICD-11において大きく変更した。ICD-10の原因・症状発現に関わる規定（剣印・星印）はICD-11では使用されていない。

表1：ICD-10の中間分類項目とICD-11の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
H00-H06 眼瞼, 涙器及び眼窩の障害	「眼付属器又は眼窩の障害」
H10-H13 結膜の障害	「結膜の障害」
H15-H22 強膜, 角膜, 虹彩及び毛様体の障害	「眼球前部の障害」及び「眼球後部の障害」の2つのグループに再分類
H25-H28 水晶体の障害	「水晶体の障害」
H30-H36 脈絡膜及び網膜の障害	「眼球後部の障害」の各々の分類項目
H40-H42 緑内障	「緑内障又は緑内障の疑い」
H43-H45 硝子体及び眼球の障害	「眼球後部の障害」及び「眼球の前後両部に影響する障害」の2つのグループに再分類
H46-H48 視神経及び視（覚）路の障害	「視覚伝導路又は視中枢の障害」
H49-H52 眼筋, 眼球運動, 調節及び屈折の障害	「斜視又は眼球運動障害」及び「屈折又は調節の障害」の2つのグループに再分類
H53-H54 視機能障害及び盲<失明>	「視覚障害」
H55-H59 眼及び付属器のその他の障害	「眼振」及び「眼又は眼付属器の処置後障害」の2つのグループに再分類

3.15.10 第10章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章は ICD-10 とほぼ同じ構造を維持し、大きな変更はなかった。

表1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
H60-H62 外耳疾患	「外耳疾患」
H65-H75 中耳及び乳様突起の疾患	「中耳又は乳様突起の疾患」
H80-H83 内耳疾患	「内耳疾患」
H90-H95 耳のその他の障害	「難聴を伴う障害」、「耳の障害, 他に分類されないもの」、「耳又は乳様突起の処置後障害」の3つのグループに再分類

3.15.11 第11章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章を通して一部の再構築及び再グループ化がなされ、この20年間の医学の進歩に基づく新概念が追加された。医学用語も更新した。「高血圧」及び「心臓弁膜症」のセクションを拡張した。心臓弁膜症は、病因（リウマチ性/非リウマチ性）、弁の種類、病態生理学の順の分類から、弁の種類、病態生理学、病因の順の分類に変更し、現在の臨床実践のあり方と適合させた。非リウマチ性弁疾患は、したがって、「その

他の型の心疾患」から心臓弁膜症のセクションに移動した。「急性リウマチ熱」は第 1 章に移動した。

「脳血管疾患」は第 8 章「神経系の疾患」に移動した。第 8 章が脳血管疾患のプライマリー・ペアレントとなり、循環器系の疾患の章がセカンダリー・ペアレントとなった。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 第 11 章の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類 項目名	ICD-11 の相当する構造
I00-I02 急性リウマチ熱	第 1 章（感染症）に移動
I05-I09 慢性リウマチ性心疾患	「心臓弁膜症」—心臓弁膜症の分類階層を先ず心臓弁膜の種類で分類し、次に病因で分類した。
I10-I15 高血圧性疾患	「高血圧性疾患」—ほぼ同じであるが、一部の分類項目を拡張した。本態性高血圧には、拡張期高血圧及び収縮期高血圧の細分類項目を設けた。
I20-I25 虚血性心疾患	「虚血性心疾患」—急性心筋梗塞の用語を変更し、STEMI 及び NSTEMI のみを反映させた。陳旧性急性心筋梗塞までの経過期間を記載した。急性心筋梗塞に続発する合併症の記載を拡張した。新たに設けた「冠状動脈疾患」のセクションに冠動脈硬化、冠動脈瘤、冠動脈解離、冠動脈瘻孔を含めた。
I26-I28 肺性心疾患及び肺循環疾患	「肺性心疾患又は肺循環疾患」—一部の分類項目を拡張して、新たな概念を取り入れた（例：肺高血圧）。
I30-I52 その他の型の心疾患	この中間分類項目は ICD-11 には存在しなくなり、そこに分類されていた概念は独自の分類項目となり、新しい用語及び疾患過程が含まれるように拡張した。
I60-I69 脳血管疾患	第 8 章（神経系の疾患）に再分類
I70-I79 動脈、細動脈及び毛細血管の疾患	「毛細血管の疾患」は第 14 章（皮膚の疾患）に移動した。
I80-I89 静脈、リンパ管及びリンパ節の疾患、他に分類されないもの	このセクションは、次の 2 つの中間分類項目に分割された。すなわち、「静脈の疾患」及び「リンパ管又はリンパ節の疾患」。「食道静脈瘤」及び「痔核」はそれぞれ第 13 章（消化器系の疾患）の「食道の血管障害」及び「肛門又は肛門管の脈管疾患」に再分類された。
I95-I99 循環器系のその他及び詳細不明の障害	処置後障害のセクションを著しく拡張し、先天異常の修復に続発する処置後障害の新しい分類項目を追加した。

3.15.12 第 12 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章の一部の再構築及び再グループ化がなされ、新概念が追加され、最新の用語に更新した。

- 「吸入性、職業性又は環境性肺疾患」の新しいセクションを設け、呼吸器障害の病因による分類を改善した。
- 「呼吸及び呼吸調節の睡眠障害」は、「睡眠障害」の新しい章（第 7 章）に移動し、「呼吸器系の疾患」の章をセカンダリー・ペアレントとした。
- 「のう＜囊＞胞性線維症」は「呼吸器系の疾患」の章に移動し、第 5 章（内分泌、栄養又は代謝障害）をセカンダリー・ペアレントとした。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 第 12 章の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目 ICD-11 の相当する構造
名

J00-J06 急性上気道感染症	「上気道障害」セクションで感染症を病原体別に分類
J09-J18 インフルエンザ及び肺炎	「肺感染症」
J20-J22 その他の急性下気道感染症	「肺感染症」グループに統合した。
J30-J39 上気道のその他の疾患	「上気道障害」グループに統合した。
J40-J47 慢性下気道疾患	「特定の下気道疾患」
J60-J70 外的因子による肺疾患	「外的因子による肺疾患」
J80-J84 主として間質を障害するその他の呼吸器疾患	「主として肺間質を障害する呼吸器疾患」
J85-J86 下気道の化膿性及びえ＜壊＞死性病態	「肺感染症」グループに統合した。
J90-J94 胸膜のその他の疾患	「胸膜、横隔膜又は縦隔の障害」
J95-J99 呼吸器系のその他の疾患	「呼吸器系の特定の疾患」及び「処置後呼吸器障害」はそれぞれ単独のグループとして移動した。縦隔障害及び横隔膜障害は、「胸膜、横隔膜又は縦隔の障害」のセクションに移動した。

3.15.13 第 13 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章では、従来の ICD-10 の概念の大掛かりな再構築及び変更がなされた。分類階層において詳細な解剖学グループを設けた。これは、例えば、「十二指腸の疾患」、「肛門管の疾患」、「臍の疾患」等である。単独の分類項目として「機能性消化管障害」及び「炎症性腸疾患」を設け、解剖学的部位を広く対象に含めるようにした。さらに別の側面からは、第 21 章の臨床所見のセクションが用意されており、第 X 章「エクステンションコード」をポストコーディネーションに使用できる。これは、例えば、出血の有無、閉塞の有無、腹水の有無、左右の別、より詳細な部位等である。

ICD-10 には口腔、唾液腺及び顎の疾患が分類されていたが、これに相当する ICD-11 第 13 章のセクションを構造及び内容の面から改善し、口腔顔面複合体の疾患及び障害を包含した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
K00-K14 口腔、唾液腺及び顎の疾患	「口腔顔面複合体の疾患又は障害」
K20-K31 食道、胃及び十二指腸の疾患	「食道の疾患」及び「胃又は十二指腸の疾患」の 2 つのグループに分けた。
K35-K38 虫垂の疾患	「虫垂の疾患」
K40-K46 ヘルニア	「ヘルニア」
K50-K52 非感染性腸炎及び非感染性大腸炎	「胃の疾患」に分類される「胃炎」及び「特定の非感染性大腸炎又は直腸炎」の 2 つのグループに分けた。
K55-K64 腸のその他の疾患	解剖学的部位に基づいて様々な新しいグループに再分類した。
K65-K67 腹膜の疾患	「腹膜の疾患」
K70-K77 肝疾患	「肝疾患」
K80-K87 胆のう<嚢>、胆管及び臍の障害	「胆嚢又は胆管の疾患」及び「臍の疾患」の 2 つのグループに分けた。
K90-K93 消化器系のその他の疾患	「消化器系の処置後障害」、「消化器系の臨床所見」等の様々なグループに再分類した。

3.15.14 第 14 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

第 14 章は大きく再構築され、より詳細な分類項目が追加された。用語を更新して、最新のものとした。米国、英国、ドイツの皮膚科学用語の融合から詳細な用語が得られた。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
L00-L08 皮膚及び皮下組織の	「感染又は外部寄生に起因する特定の皮膚障害」

感染症

L10-L14 水疱症	分類項目名を「皮膚の免疫性水疱性疾患」に変更し、「炎症性皮膚疾患」の下に位置づけた。
L20-L30 皮膚炎及び湿疹	「皮膚炎又は湿疹」
L40-L45 丘疹落せつ＜屑＞＜りんせつ＜鱗屑＞＞性障害	「丘疹鱗屑性皮膚疾患」（「炎症性皮膚疾患」の下に位置づけた）
L50-L54 じんま＜蕁麻疹＞疹及び紅斑	「蕁麻疹、血管性浮腫又はその他の蕁麻疹様障害」及び「炎症性紅斑又はその他の反応性炎症性皮膚疾患」の2つのグループの一部
L55-L69 皮膚及び皮下組織の放射線（非電離及び電離）に関連する障害	「光又は紫外線が誘発する皮膚疾患」
L60-L75 皮膚付属器の障害	「表皮又は表皮付属器の障害」
L80-L99 皮膚及び皮下組織のその他の障害	再編された皮膚の疾患の章の様々なグループに再分類した。

3.15.15 第15章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章の中間分類項目の順序を変更し、「自己炎症症候群」の中間分類項目が免疫系の疾患の章に新たに追加されたが、本章がそのセカンダリー・ペアレントとなった。脊髄に関連する病態の分野が再構築され、「脊椎に関連する病態」の名称に変更した。

表1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
M00-M25 関節障害	「関節症」
M30-M36 全身性結合組織障害	第04章（免疫系の疾患）に移動。
M40-M54 脊柱障害	「脊椎に関連する病態」
M60-M79 軟部組織障害	「軟部組織障害」
M80-M94 骨障害及び軟骨障害	「骨障害又は軟骨障害」
M95-M99 筋骨格系及び結合組織のその他の障害	「筋骨格系又は結合組織の特定の明示された後天性変形、他に分類されないもの」、「処置後筋骨格系障害、他の分類されないもの」等の様々なグループに再分類した。

3.15.16 第16章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

第16章の再編成を行い、女性生殖器の疾患、男性生殖器の疾患、尿路系の疾患を明確に区別した。無月経、卵巣機能不全、女性骨盤痛、子宮内膜症、子宮腺筋症、女性不妊症、男性不妊症、早期妊娠喪失、妊娠経過の領域では、現在の科学的理解を反映

して、より具体的な説明がなされている。階層構造は非炎症性疾患と炎症性疾患に分け、更に解剖学的グループに細分類した。これらのグループは、産婦人科検査の順（外生殖器から内生殖器の順）になっている。「尿路系の新生物」は主に第2章「新生物」に、「尿路系の発達異常」は主に第20章に、「尿路系に関する症状、徴候又は臨床所見」は主に第21章に位置している。

腎に関連するすべての疾患が「腎尿路系の疾患」の下に分類されるようになった。急性腎不全及び慢性腎臓病では、国際腎臓病ガイドライン機構（Kidney Disease Improving Global Outcomes）（KDIGO）が提唱する現行の病期分類を取り入れた。

「糸球体疾患」の分類を再構築し、臨床像又は症候群別に分けた。「嚢胞性腎疾患及び異形成腎」の新しい中間分類項目を設け（ICD-10では第XVII章「先天奇形、変形及び染色体異常」に分類）、関連する病態を1つにまとめ、2015年のKDIGOガイドラインに適合させた。

表1：ICD-10の中間分類項目とICD-11の相当する構造の比較

ICD-10の中間
分類項目名

N00-N08 糸球体疾患	「腎尿路系の疾患」の中の「糸球体疾患」。このセクションを臨床像又は症候群の別に分類した。従来と同様に、「腎炎症候群」、「ネフローゼ症候群」、「単独タンパク尿及びアルブミン尿」はこのセクションに残っている。形態学による細分類（典型的には生検によって判断する）は、第21章の「腎尿路系の臨床所見」に移した。電子顕微鏡検査及び免疫蛍光抗体法の所見細分類が形態学的病変を伴うタンパク尿から除外されていたが、現在は「単独タンパク尿又はアルブミン尿」に分類されている。
N10-N16 腎尿細管間質性疾患	「腎尿路系の疾患」の中の「腎尿細管間質性疾患」。このセクションは従来とほぼ同じである。尿細管壊死及び皮質壊死は「急性腎不全」にあったものをばらし、単独でコーディングできる項目としてこのセクションに分類した。
N17-N19 腎不全	「腎尿路系の疾患」の中の「腎不全」。従来、「急性腎不全」は急性腎損傷（急性尿細管壊死）を特定する包括的な概念であったが、従来通りではなくなった。
N20-N23 尿路結石症	「腎尿路系の疾患」の中の「尿路結石」。尿路結石の細区分として、尿路上部（腎及び尿管を含む）及び尿路下部（膀胱及び尿道を含む）を設けた。「腎仙痛」は第20章の「腎尿路系に関する症状、徴候又は臨床所見」に再分類した。
N25-N29 腎及び尿管のその他の障害	「腎尿路系の疾患」の中の「腎又は尿管の特定の明示された障害」。腎の大きさに関連する障害は、第21章の「腎尿路系に関する症状、徴候又は臨床所見」の「腎の大きさにおける肉眼的変化」に再分類した。
N30-N39 尿路系のその他の疾患	「腎尿路系の特定の明示された疾患」—ICD-10とほぼ同じである。

N40-N51 男性生殖器の疾患	「男性生殖器の疾患」—ICD-10 とほぼ同じである。
N60-N64 乳房の障害	「乳房の障害」—ICD-10 とほぼ同じである。
N70-N77 女性骨盤臓器の炎症性疾患	「女性生殖器の疾患」の中の「女性生殖器の炎症性障害」。
N80-N98 女性生殖器の非炎症性障害	「女性生殖器の疾患」の中の「女性生殖器の非炎症性障害」。
N99 腎尿路生殖器系のその他の障害	「腎尿路生殖器系のその他の障害」。「腎尿路生殖器系の処置後障害」を従来のセクションから分離して単独のグループとした。

3.15.17 第 17 章は ICD-11 に新たに追加されたため、過去の改訂版には存在しなかった

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 での従来の位置	ICD-11 の相当する構造
精神及び行動の障害の章の「F52 性機能不全，器質性障害又は疾病によらないもの」の項目	「性機能不全」
精神及び行動の障害の章の「F52 性機能不全，器質性障害又は疾病によらないもの」並びに腎尿路生殖器系の章の「N94 女性生殖器及び月経周期に関連する疼痛及びその他の病態」の項目	「性疼痛障害」
精神及び行動の障害の章の「F64 性同一性障害」の項目	「性別不合」

3.15.18 第 18 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章は再編されたが、内容は ICD-10 のそれと類似している。一部、変更及び追加がなされたのが「胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア並びに予想される分娩の諸問題」及び「分娩の合併症」の各セクションである。「早期妊娠損失」に関しては、詳細度を高めて記載した。新たに「産科異常出血」のセクションを設け、あらゆる種類の出血を 1 つにまとめられるようにした。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
O00-O08 流産に終わった妊娠	「流産に終わった妊娠」
O10-O16 妊娠，分娩及び産後における浮腫，タンパク尿及び高血圧性障害	「妊娠，分娩又は産後における浮腫，タンパク尿又は高血圧性障害」
O20-O29 主として妊娠に関連するその他の母体障害	「主として妊娠に関連する特定の明示された母体障害」

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
O30-O48 胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア並びに予想される分娩の諸問題	「胎児、羊膜腔又は予想される分娩の諸問題に関連する母体ケア」
O60-O75 分娩の合併症	「陣痛又は分娩の合併症」
O80-O84 分娩	「分娩」
O85-O92 主として産じょく＜褥＞に関連する合併症	「主として産褥に関連する合併症」
O94-O99 その他の産科的病態、他に分類されないもの	「特定の産科的病態、他に分類されないもの」

3.15.19 第 19 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章は一部において再編されたが、内容は ICD-10 のそれと類似している。新たに「周産期又は新生児期に特異的な神経障害」のグループを設け、新生児の妊娠期間のコードを拡充した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
P00-P04 母体側要因並びに妊娠及び分娩の合併症により影響を受けた胎児及び新生児	「母体側要因又は妊娠若しくは分娩の合併症により影響を受けた胎児又は新生児」
P05-P08 妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	「妊娠期間又は胎児発育に関連する新生児の障害」
P10-P15 出産外傷	「分娩時損傷」
P20-P29 周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	次の 2 つのグループに分けた。「周産期又は新生児期に特異的な呼吸器障害」及び「周産期又は新生児期に存在する心臓血管障害」。
P35-P39 周産期に特異的な感染症	「胎児又は新生児の感染症」
P50-P61 胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	「胎児又は新生児の出血性障害又は血液障害」
P70-P74 胎児及び新生児に特異的な一過性の内分泌障害及び代謝障害	「胎児又は新生児に特異的な一過性の内分泌障害又は代謝障害」
P75-P78 胎児及び新生児の消化器系障害	「胎児又は新生児の消化器系障害」
P80-P83 胎児及び新生児の外皮及び体温調節に関連する病態	次の 2 つのグループに分けた。「胎児又は新生児の外皮に関連する障害」及び「新生児の体温調節障害」。
P90-P96 周産期に発生したその他の障害	「周産期に発生した特定の障害」。ただし、「P91 新生児の脳のその他の機能障害」は、新しいグループである「周産期

ICD-10 の中間分類項目名

ICD-11 の相当する構造

又は新生児期に特異的な神経障害」に移動した。

3.15.20 第 20 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章は大きく再構築され、章名も「先天奇形、変形及び染色体異常」から「発達異常」に変更した。発達異常を伴わないすべての遺伝的症候群は本章から除外し、影響する身体系に従って、ICD-11 の他の適切な章に分類し直した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 での従来の位置	ICD-11 の相当する構造
Q00-Q07 神経系の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の中の「神経系の発達異常」グループ
Q10-Q18 眼、耳、顔面及び頸部の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の下で次の 4 つのグループに分割。 「眼、眼瞼又は涙器の発達異常」 「耳の発達異常」 「顔面、口又は歯の発達異常」 「頸部の発達異常」
Q20-Q28 循環器系の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の中の「循環器系の発達異常」グループ
Q30-Q34 呼吸器系の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の中の「呼吸器系の発達異常」グループ
Q35-Q37 唇裂及び口蓋裂	「口唇裂、顎裂又は口蓋裂」。「顔面、口又は歯の発達異常」グループの中の細区分の 1 つ。
Q38-Q45 消化器系のその他の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の中の「消化管の発達異常」グループ
Q50-Q56 生殖器の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の下で次の 2 つのグループに分割。すなわち、「女性生殖器の発達異常」及び「男性生殖器の発達異常」。
Q60-Q64 腎尿路系の先天奇形	「主として 1 つの身体系に影響する発達異常」の中の「腎尿路系の発達異常」グループ
Q65-Q79 筋骨格系の先天奇形及び変形	「骨格の発達異常」
Q80-Q89 その他の先天奇形	本章の新しい構造の中の様々なグループに再分類した。
Q90-Q99 染色体異常、他に分類されないもの	「遺伝子突然変異以外の染色体異常」

3.15.21 第 21 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章は大きく再構築され、上位の階層構造を ICD の各章に合わせた。従来、特定の臨床型を星印コードとして他の章に記載していたが、それらを本章に記載した。新しい分類項目として、「抗微生物薬耐性の微生物の所見」を加えた。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
R00-R09 循環器系及び呼吸器系に関する症状及び徴候	次の 2 つのグループに分けた。「循環器系の症状、徴候又は臨床所見」及び「呼吸器系の症状、徴候又は臨床所見」。
R10-R19 消化器系及び腹部に関する症状及び徴候	「消化器系又は腹部の症状、徴候又は臨床所見」
R20-R23 皮膚及び皮下組織に関する症状及び徴候	「皮膚に関する症状、徴候又は臨床所見」
R25-R29 神経系及び筋骨格系に関する症状及び徴候	次の 2 つのグループに分けた。「神経系の症状、徴候又は臨床所見」及び「筋骨格系の症状、徴候又は臨床所見」。
R30-R39 腎尿路系に関する症状及び徴候	「腎尿路生殖器系の症状、徴候又は臨床所見」。「腎尿路生殖器系の症状、徴候又は臨床所見」グループの一部。
R40-R46 認識、知覚、情緒状態及び行動に関する症状及び徴候	「精神又は行動の症状、徴候又は臨床所見」の各細区分に再編成した。
R47-R49 言語及び音声に関する症状及び徴候	「言語又は音声の症状、徴候又は臨床所見」
R50-R69 全身症状及び徴候	「全身症状、徴候又は臨床所見」
R70-R79 血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの	「血液、造血器又は免疫系の症状、徴候又は臨床所見」グループに含めた。
R80-R82 尿検査の異常所見、診断名の記載がないもの	「腎尿路系に関する症状、徴候又は臨床所見」グループの中の「尿検査の臨床所見、診断名の記載がないもの」
R83-R89 その他の体液、検体<材料>及び組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの	「全身症状、徴候又は臨床所見」グループの中の「その他の明示された臓器、器官系及び組織の検体の臨床所見」
R90-R94 画像診断及び機能検査における異常所見、診断名の記載がないもの	以下の 2 つの細区分に分けた。「異常所見、他に分類されないもの」の中の「異常画像診断結果、他に分類されないもの」及び「その他の臓器及び器官系の機能検査における異常所見」。
R95-R99 診断名不明確及び原因不明の死亡	「診断名不明確又は原因不明の死亡」

3.15.22 第 22 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

上位の分類項目での変更は少ない。変更は主に下位の分類項目でなされ、損傷の種類及び身体部位により具体的な分類項目を設けた。従来は熱傷及び腐食の各々に個別のコードを記載していたが、これを止め、すべて「熱傷」の下に 1 つにまとめた。側性、熱傷の深度等の側面については、第 X 章「エクステンションコード」をポストコーディネーションで使用して詳細な情報を追加できる。大きな変更があったのが外科的及び内科的ケアの合併症のセクションである。質と安全分野別専門部会（Quality and Safety TAG）が医療に関連する損傷及び事象のコーディングの見直しを行った。機器による機械的合併症の概念を損傷の外因として分類した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
S00-S09 頭部損傷	「頭部損傷」
S10-S19 頸部損傷	「頸部損傷」
S20-S29 胸部＜郭＞損傷	「胸部＜郭＞損傷」
S30-S39 腹部，下背部，腰椎及び骨盤部の損傷	「腹部、下背部、腰椎又は骨盤部の損傷」
S40-S49 肩及び上腕の損傷	「肩又は上腕の損傷」
S50-S59 肘及び前腕の損傷	「肘又は前腕の損傷」
S60-S69 手首及び手の損傷	「手首又は手の損傷」
S70-S79 股関節部及び大腿の損傷	「股関節部又は大腿の損傷」
S80-S89 膝及び下腿の損傷	「膝又は下腿の損傷」
S90-S99 足首及び足の損傷	「足首又は足の損傷」
T00-T07 多部位の損傷	「多部位の損傷」
T08-T14 部位不明の体幹若しくは（四）肢の損傷又は部位不明の損傷	「部位不明の体幹若しくは（四）肢の損傷又は部位不明の損傷」
T15-T19 自然開口部からの異物侵入の作用	「自然開口部からの異物侵入の作用」
T20-T32 熱傷及び腐食	「熱傷」
T33-T35 凍傷	「凍傷」
T36-T50 薬物，薬剤及び生物学的製剤による中毒	「物質の有害作用」グループに包含した。
T51-T65 薬用を主としない物質の毒作用	「物質の有害作用」グループに包含した。
T66-T78 外因のその他及び詳細不明の作用	「外因のその他又は詳細不明の作用」
T79 外傷の早期合併症	「外因のその他又は詳細不明の作用」グループに包含した。

T80-T88 外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの	「外科的又は内科的ケアから生じる損傷又は有害事象、他に分類されないもの」
T90-T98 損傷、中毒及びその他の外因による影響の続発・後遺症	特定の身体グループに索引用語として分類し直した。続発・後遺症はクラスターコードで表示し、続発・後遺症の状態、第 24 章の QC50 の中のコード、元の損傷を特定する。

3.15.23 第 23 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

自然の激甚な力への曝露、虐待、法的介入、武力紛争、医療関連の有害事象又は損傷を除いて、すべての外因の主たる分類軸を「意図」とした。コードは、意図の有無に続いて、機序及び損傷の発生に関わった物体又は物質を組合わせる。乗り物の種類、発生場所、活動の種類、法的介入及び戦争のコード、物質の各分野を拡張した。

「内科的及び外科的ケアの合併症」及び「虐待症候群」の各分野を見直し、改善した。別の側面からの情報として、第 X 章「エクステンションコード」をポストコーディネーションに使用できる。さらに、外因の続発・後遺症の分類項目を本章から除外し、その事象を説明する適切な分類項目に主に分類した。その結果、具体性の高い分類項目の頻度が増加した。

続発・後遺症を個別に特定する必要がある場合、エクステンションコードをポストコーディネーションに使用できる。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
V01-X59 不慮の事故	「不慮の原因」、「故意の自傷」、「加害」、「不慮か故意か不明」の主要グループに再分類した。
X60-X84 故意の自傷及び自殺	「故意の自傷又は自殺」
X85-Y09 加害にもとづく傷害及び死亡	「加害にもとづく傷害又は死亡」
Y10-Y34 不慮か故意か決定されない事件	「不慮か故意か決定されない障害又は死亡」
Y35-Y36 法的介入及び戦争行為	次の 2 つのグループに分けた。「法的介入」及び「武力紛争」。
Y40-Y84 内科的及び外科的ケアの合併症	「医療関連の有害事象又は損傷の原因」
Y85-Y89 傷病及び死亡の外因の続発・後遺症	特定の外因グループに索引用語として分類し直した。続発・後遺症はクラスターコードで表示し、続発・後遺症の状態、第 24 章の QC50 の中のコード、元の外因コードを特定する。
Y90-Y98 他に分類さ	この中間分類項目の中の項目は、第 21 章（症状、徴

れる傷病及び死亡の 候又は臨床所見）に記載されているか（例：血中アル
原因に関係する補助 コール濃度）、第X章（エクステンションコード）に追
的因子 加されている（例：病院内の環境等に関連した病態）。

3.15.24 第 24 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

本章を再構築し、次の 2 つの主要なセクションに分割した。すなわち、「保健医療システムを利用する理由」及び「健康状態に影響を及ぼす要因」である。生殖に関連するセクションを拡張し、新たに「生殖管理のための保健医療サービスの利用」のセクションを加えた。また、医療関連の有害事象が発生したとしても患者に対して実際の害が及ばないもののセクションを新たに設けた。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
Z00-Z13 検査及び診査のための保健サービスの利用者	「保健医療システムを利用する理由」グループの中の「検査又は診査を目的とした保健医療サービスの利用」セクション
Z20-Z29 伝染病に関連する健康障害をきたす恐れのある者	「保健医療システムを利用する理由」グループの中の「伝染病の感染源との接触又は病原体への曝露」セクション
Z30-Z39 生殖に関連する環境下での保健サービスの利用者	「保健医療システムを利用する理由」グループの中の「生殖疾患に関わる理由による保健医療サービスの利用」セクション
Z40-Z54 特定の処置及び保健ケアのための保健サービスの利用者	「保健医療システムを利用する理由」の中で次の 2 つのセクションに分割した。「特定の外科的介入のための保健医療サービスの利用」及び「機器を使用しない非外科的介入のための保健医療サービスの利用」。
Z55-Z65 社会経済的環境及び社会心理的環境に関連する健康障害をきたす恐れのある者	再編後、「健康状態に影響を及ぼす要因」の主要グループに分類した。
Z70-Z76 その他の環境下での保健サービスの利用者	再編後、「健康状態に影響を及ぼす要因」の主要グループに分類した。
Z80-Z99 家族歴、既往歴及び健康状態に影響を及ぼす特定の状態に関連する健康障害をきたす恐れのある者	再編後、「健康状態に影響を及ぼす要因」の主要グループに分類した。

3.15.25 第 25 章における ICD-10 と ICD-11 の相違点

これまでこの章に分類されていた疾患は、各々の ICD-11 の中の主たる位置に移動した。国際的暫定コードとして使用される新しい項目を追加した。

表 1：ICD-10 の中間分類項目と ICD-11 の相当する構造の比較

ICD-10 の中間分類項目名	ICD-11 の相当する構造
U00-U49 原因不明の新たな疾患又はエマージェンシーコードの暫定分類	以下の 2 つの新しいセクションに分けた。「原因不明の新たな疾患の国際的暫定分類」及び「原因不明の新たな疾患の国内暫定分類」。
U82-U85 抗菌薬及び抗腫瘍薬への耐性	第 21 章に移動し、項目名を「抗微生物薬耐性の微生物の所見」に改めた。