

疾病及び関連保健問題の国際統計分類
ICD-10（2013年版）準拠

第 2 卷
インストラクションマニュアル（総論）仮訳

厚生労働省大臣官房統計情報部

第 2 卷 目 次

1.	はじめに.....	7
2.	疾病及び関連保健問題の国際統計分類の解説.....	7
2.1	目的及び適用範囲.....	7
2.2	疾病及び保健関連の分類の「ファミリー」の概念.....	8
2.2.1	診断関連分類.....	11
2.2.2	非診断的分類.....	13
2.2.3	プライマリー・ヘルスケアに対する情報支援.....	16
2.2.4	国際疾病用語.....	17
2.2.5	WHO の役割.....	18
2.3	疾病分類の一般原則.....	19
2.4	ICD 分類の基本構造及び基本原則.....	20
2.4.1	書籍.....	21
2.4.2	章.....	22
2.4.3	中間分類項目.....	23
2.4.4	3 桁分類項目.....	23
2.4.5	4 桁細分類項目.....	23
2.4.6	第 5 桁又はそれに続く桁レベルでの使用に対する補助細分類.....	24
2.4.7	使用されていない項目「U」.....	24
3.	ICD の使用方法.....	25
3.1	第 1 巻（内容例示表）の使用方法.....	25
3.1.1	導入.....	25
3.1.2	包含用語の例示及び 4 桁細分類項目の利用.....	25
3.1.3	病態に対する二つのコード.....	27
3.1.4	内容例示表で使用されている取り決め.....	30
3.1.5	共通の特徴を持った分類項目.....	33
3.2	第 3 巻（索引表）の使用方法.....	34
3.2.1	索引表の配置.....	34
3.2.2	構造.....	35
3.2.3	コード番号.....	35
3.2.4	取り決め.....	35

3.3	基本的コーディング・ガイドライン	36
4.	疾病及び死因コーディングについてのルール及びガイドライン	38
4.1	死亡：死亡診断書についてのガイドライン及びコーディングについてのルール	38
4.1.1	死亡原因<死因> (Causes of death)	38
4.1.2	原死因 (Underlying cause of death)	38
4.1.3	死亡診断書の国際様式	40
4.1.4	死亡統計製表のための原死因の選択手順	42
4.1.5	起点となる先行原因選択のルール	43
4.1.6	選択ルールについての留意事項	45
4.1.7	一般原則と選択ルールの例	47
4.1.8	選択された死因の修正	57
4.1.9	修正ルール	58
4.1.10	修正ルールの例	59
4.1.11	原死因コーディングのための注	67
4.1.12	コード番号による連鎖表の概要	89
4.2	死因記載の解釈についての注	98
4.2.1	中間原因の仮定	98
4.2.2	死因統計の原死因の選択における認められる因果関係と認められない因果関係	99
4.2.3	分類に対する期間の影響	106
4.2.4	続発・後遺症	107
4.2.5	患者の性と診断との間の整合性	108
4.2.6	外科的及び内科的ケアにおける合併症	108
4.2.7	悪性新生物<腫瘍>	111
4.2.7.1	序	111
4.2.7.2	悪性の意味	114
4.2.7.3	原発部位	115
4.2.7.4	重複する部位の悪性新生物<腫瘍>	123
4.2.7.5	転移好発部位	124
4.2.7.6	転移がん	129
4.2.7.7	接頭辞又は不明確な定義を持つ部位	134
4.2.7.8	部位不明の悪性新生物<腫瘍>で他の病態の記載を伴うもの	

.....	136
4.2.7.9 感染症及び悪性新生物<腫瘍>	136
4.2.7.10 悪性新生物<腫瘍>及び循環器疾患	137
4.2.8 多数の種類の新薬使用の関与	138
4.2.9 心臓併発症を伴うリウマチ熱	139
4.2.10 先天奇形、変形及び染色体異常	139
4.2.11 損傷の性質	140
4.2.12 薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒	142
4.2.13 外因	146
4.2.14 疑わしい診断を示す表現	147
4.2.15 ヒト免疫不全ウイルス (HIV)	149
4.2.16 妊産婦<母体>の(産科学的な)原因による死亡	149
4.2.17 糖尿病の原因となり得る病態のリスト	150
4.3 周産期死亡; 周産期診断書及びコーディングのためのガイドライン ...	150
4.3.1 周産期死亡診断書	150
4.3.2 死因の記載	153
4.3.3 原因による周産期死亡の製表	155
4.3.4 死因のコーディング	155
4.3.5 コーディング・ルール	156
4.4 疾病統計	159
4.4.1 疾病データの単一病態分析の診断情報記録のためのガイドライン...	160
.....	160
4.4.2 「主要病態」及び「その他の病態」のコーディングのためのガイドラ イン	163
4.4.3 主要病態が正確に記載されていない場合の再選択ルール	166
4.4.4 章ごとの注釈	174
5. 統計的表章	188
5.1 序	188
5.2 データ源	188
5.3 製表における原因の詳細のレベル	188
5.4 報告された死亡の特定製表用リスト	189
5.4.1 簡約リスト	189
5.4.2 選択リスト	189

5.4.3	死因リストを分類するための接頭辞の使用	190
5.4.4	国内用リスト	190
5.5	疾病の特定製表用リスト	191
5.5.1	記載	191
5.5.2	国内用の必要性に応じた、疾病の特定製表用リストの修正	191
5.6	国際間比較のための統計表に関する勧告	192
5.6.1	統計表	192
5.6.2	死因の製表	193
5.7	胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡及び乳児死亡に関連する基準及び報告要件	193
5.7.1	定義	193
5.7.2	報告基準	195
5.7.3	国際比較のための統計	196
5.7.4	周産期死亡の原因の表示	198
5.8	妊産婦<母体>死亡の基準及び報告要件	199
5.8.1	定義	199
5.8.2	国際的報告	200
5.8.3	妊産婦<母体>死亡率の公表	200
5.8.4	妊産婦<母体>死亡の分母	201
5.9	不明確な原因に分類される死亡の割合	201
5.10	疾病	202
5.11	製表用リストが小計を含む場合の注意	202
5.12	人口の少ない場合の問題	202
5.13	「空欄」及び低頻度の欄	203
5.14	勧告	203
6.	ICD の歴史的沿革	206
6.1	初期の歴史	206
6.2	国際死因分類リストの採択	208
6.3	第 5 回改訂国際会議	210
6.4	疾病統計に関する以前の疾病分類	211
6.5	複合死因についてのアメリカ合衆国委員会	213
6.6	国際リストの第 6 回改訂	214
6.7	第 7 回及び第 8 回改訂	216

6.8	第9回改訂	216
6.9	第10回改訂への準備.....	217
7.	付録	219
7.1	死亡を引き起こす可能性の低い病態のリスト.....	219
7.2	糖尿病の原因となり得る病態のリスト.....	227
7.3	医療行為の直接影響によると考えられる病態のリスト	231
7.4	ICD-10 損傷の性質コードの優先順位	236
	参考文献 (References)	247

1. はじめに

疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 版 (ICD-10) の第 2 巻 (インストラクションマニュアル (以下、「総論」という) には、記録及びコーディングのガイドラインに加え、分類を利用する際の実用的な側面に関する新たな資料、分類の歴史的背景の概要が含まれている。分類 (第 1 巻 (内容例示表)) とその使用方法の説明を同時に参照する必要がある際に使いやすいよう分冊となっている。索引表の使用方法に関する詳細な説明は、第 3 巻 (索引表) の導入部に掲載されている。

このマニュアル (総論) には、ICD に関する基本的な説明、死亡・疾病コーダーのための実用的な説明、データの表示及び解釈のためのガイドラインが記載されている。ICD の使用における詳細な訓練を提供することを意図したものではない。ここに掲載された資料は、サンプル記録を用いたしっかりとした練習や問題点に関する議論を行えるような正規の指導コースによって補強される必要がある。

ICD の使用にあたって生ずる問題が、現場あるいは国の統計担当局の助言によっても解決できない場合は、WHO 国際統計分類協力センターへ助言を求めることができる (第 1 巻 (内容例示表) 参照)。

2. 疾病及び関連保健問題の国際統計分類の解説

2.1 目的及び適用範囲

疾病分類は、ある一定の基準に従って疾病単位 (morbid entity) を割り振る分類法のシステムと定義することができる。ICD の目的は、様々な国や地域から、様々な時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録・分析、解釈及び比較を行うことである。ICD は、データの保存、回収及び分析を容易にするために、疾病の診断及びその他の保健問題を、言葉から英数字コードに翻訳するために使用される。

実際に、ICD はすべての一般疫学目的及び多くの健康管理目的に対する、国際的な標準的診断分類になってきた。これらの目的には、人口グループの全般的な健康状態の分析並びに罹患者個人の属性や環境などその他の変数との関連における疾病の罹患率、有病率及びその他の保健問題のモニタリングが含まれる。ICD は、別個の臨床的実体に索引をつけるために作られたものではなく、それにふさわしいものでもない。

また、診療報酬請求や財源の配分のような財政的側面の研究に、ICD を使用することについても、多少の制約がある。

ICD は、健康及び生命に関する様々な記録に記載された疾病及びその他の保健問題を分類するために、使用することができる。ICD のもともとの利用法は、死亡登録時に記録された死因を分類することであった。その後、その範囲は疾病の診断を含めるまでに拡大された。ICD は、本来、正式に診断された疾病や損傷の分類のために作られたものではあるが、保健サービスを受けるすべての問題及び理由が、必ずしもこのように分類できるわけではないということに注意することが重要である。これに対応するため、ICD は、保健関連記録に基づく診断の代わりに、症状、徴候、異常所見、病訴及び社会的環境（内容例示表の第XVIII章及び第XXII章を参照）についての幅広い分類を提供している。それゆえ、ICD は統計や他の健康状況についての情報のもとになった広範な健康記録に現れてくる「診断」、「入院の理由」、「治療された病態」及び「受診の理由」のような項目名のもとに記録されたデータを分類するために使用することができる。

2.2 疾病及び保健関連の分類の「ファミリー」の概念

ICD は様々な場合に適応できるが、すべてのユーザーの用途に沿うわけではない。いくつかの専門分野においては、詳細な内容を欠いていて、時に健康状態に関する様々な側面の情報を補う必要もある。ICD は健康の側面としての生活機能や障害を説明するには有用ではなく、医療介入や受診理由についてもすべては含まれていない。

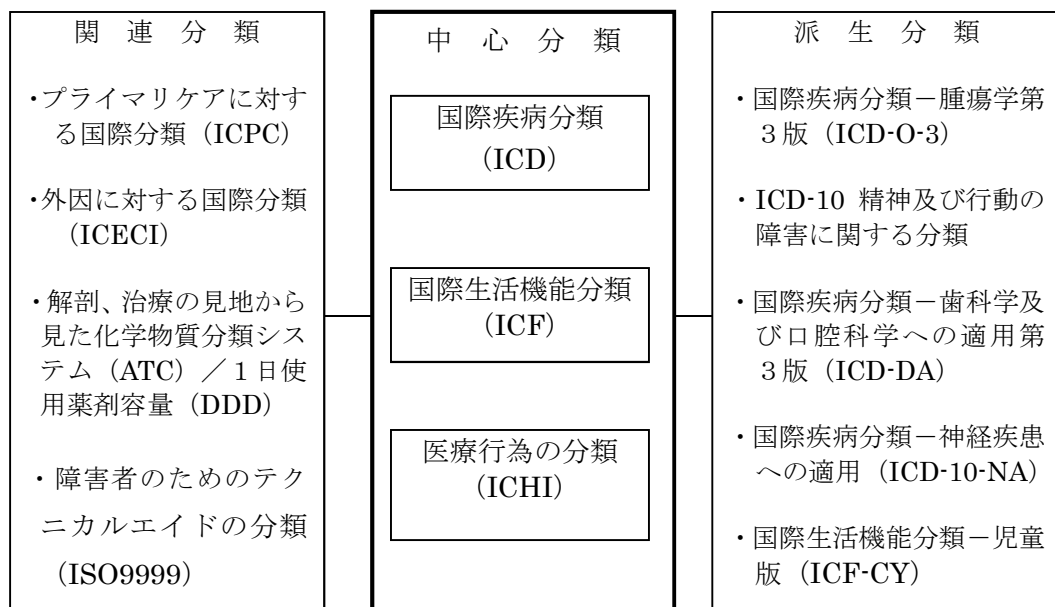
1989年に、ICD-10に関する国際会議で決まった内容には、保健分類の「ファミリー」を作る基準が盛り込まれた（第1巻、第6節、第10回改訂ICD国際会議報告、を参照）。ここ数年ICDの使用とあいまって、またWHOの関連保健分類の発展もあり、「ファミリー」の概念はさらに発達した。現在用いている「ファミリー」とは、類似の特徴を持った一揃いの統合的な分類で、様々な健康面や医療システムに関する情報を提供するために、単独で又は組み合わせて使うことができる。たとえば中心分類の一つとしてのICDは、主に死亡や疾病に関する情報を把握する際に使われる。生活機能や障害といった他の健康状態に関する追加情報は国際生活機能分類(ICF)にまともって記されている。一般的に、WHOの国際分類ファミリーが目的としているのは、健康及び健康管理に関連した情報を概念的に枠付けする方法である。このように、共

通言語ができることにより、コミュニケーションがとりやすくなり、健康規範、サービス、時間を超えているいろいろな国のデータを比較することができるようになる。WHO と WHO-FIC ネットワークは、分類ファミリーが、確固とした科学的で分類学的な原則に基づき；文化的に適切で、国際的に妥当と考えられ；また、様々なユーザーのニーズに沿うよう保健の多様な次元の各側面に焦点があてられるように構築されるよう努力している。

WHO の国際分類ファミリー (WHO-FIC) は、国際基準の枠組みとして機能することで、健康情報システムの単位を作ろうとしている。図 1 は WHO-FIC の分類枠の内容を示している。

図 1 WHO-FIC の概念図

世界保健機関国際分類ファミリー
World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



中心分類

これらは、死亡、疾病、障害、健康及び健康介入法といった医療制度の主要軸となる分類である。WHO の中心分類は国際的な合意の下に作られた。この分類は広く受け入れられ、公的使用にも認められており、健康に関する報告を国際的に行う際のガ

イドラインとしても認知され推奨されている。分類の形式や特徴、定義をどのようにするか、という観点から他の分類法の作成や改訂の際の規範として用いられるかもしれない。

現在、WHO-FIC には2つの中心分類がある。ICD (International Classification of Diseases) は死亡及び疾病に関する情報を把握するための分類方法であり、ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) は生活機能及び障害に関する様々な側面に関する情報を把握する分類法である。WHO は以前の「医療行為の国際分類 (International Classification of Procedures in Medicine)」(非診断的分類の項、以下を参照) を、新たに作成された「医療行為の分類」(International Classification of Health Interventions) (ICHI) に置き換えていくかどうか検討している。何度も協議を重ね、現場での試行及び WHO の統治機構による承認を必要とすることから、これを実現するまでには何年もかかるであろう。

派生分類

派生分類は中心分類に基づいている。派生分類は中心分類の構成や項目を使って作られており、中心分類よりもさらに詳細な内容が加えられ、中心分類にある1つ以上の分類項目を並べ替えたり、まとめなおしたりしている。派生分類はしばしば国内のあるいは国際間の基準に合わせて使用できるよう調整されたものである。

WHO-FIC の中で、派生分類は ICF 及び ICD を各専門領域に適応させている。たとえば、国際疾病分類－腫瘍学：第3版 (ICD-O-3)、精神及び行動の障害に関する ICD-10 分類、国際疾病分類－歯科学及び口腔科学への適用：第3版 (ICD-DA)、国際疾病分類－神経疾患への適用 (ICD-10-NA) (診断関連分類の項、以下を参照)。

関連分類

関連分類は中心分類を一部参照しているか、その構成の一部においてのみ中心分類と関連している。ファミリーの統計分類を維持・更新・改訂する作業によって、関連分類同士の整合性の問題解決が進み、時間とともに調和がより保たれるようになる。WHO-FIC の中で、関連分類には以下の項目が含まれている。国際プライマリケア分類 (International Classification of Primary Care) (ICPC-2)、外因に対する国際分類 (International Classification of External Causes of Injury) (ICECI)、障害者のためのテクニカルエイドの分類 (ISO9999)、解剖、治療の見地から見た化学物質分類システム (ATC) / 1日使用薬剤容量 (DDD)。

2.2.1 診断関連分類

特定製表用リスト

特定製表用リストは、コア分類から直接に作られたものであり、これはデータ表章に使用するため、又は国際的、国内的もしくは地域的な健康の状態や傾向の分析を容易にするためのものである。国際間の比較や出版のための特定製表用リストは、第1巻に掲載されている。それには5種類の表があり、死亡用が4種類で疾病用が1種類である（詳細については、5.4及び5.5節を参照）。

専門分野を基盤とした拡張分類

専門分野を基盤とした拡張分類は、特殊な専門分野に関連した ICD の節や項目を、通常は一冊のまとまった本にしたものである。ここでは、ICD の4桁細分類項目は保たれているが、それ以上の詳細は、5桁又は時には6桁の細分類項目により与えられ、関連用語の索引が作られている。その他の拡張分類には、専門分野内での項目及び細分類項目の解説付定義が付けられていることもある。

それらの分類は、しばしば国際的な専門家グループにより開発されてきたが、一国内で発刊され、その後他の国で使われるようになった分類もある。下記のリストには、今日までの主要な専門的拡張分類のいくつかが含まれている。

腫瘍学

2000年にWHOから出版された「国際疾病分類一腫瘍学」(ICD-O)第3版は、がん登録並びに病理学及びがん専門のその他の部門で使われることを想定している(参考文献1.参照)。ICD-Oは、局在及び形態の両者によるコーディング・システムをもった2軸分類である。局在コードは、ほとんどの新生物<腫瘍>に対して、ICD-10の悪性新生物<腫瘍>(項目C00-C80)で使用されている3桁及び4桁の分類項目と同じである。このため、ICD-Oの方がICD-10よりも、非悪性新生物の部位特異性をはっきりさせることができる。

新生物<腫瘍>に対する形態コードは、「系統的医学用語」(SNOMED)(参考文献2.参照)に取り入れられた。このSNOMEDは、腫瘍の用語及びコーディングのマニュアル(MOTNAC)の1968年版(参考文献3.参照)及び「系統的病理学用語<国際病理学用語コード>」(SNOP)(参考文献4.参照)に由来したものである。形態コ

ードは5桁で；始めの4桁は組織学的な型を分類し、第5桁は新生物<腫瘍>の性状（悪性、上皮内、良性等）を表す。また ICD-O の形態コードは、ICD-10 の第1巻（内容例示表）及び第3巻（索引表）にも使用されている。ICD-O 第3版から ICD-10 への変換表が作られており、利用することができる。

皮膚科学

1978年、英国皮膚科医学会（the British Association of Dermatologists）は、第9回改訂 ICD と矛盾のない「皮膚科学国際コーディング・インデックス」（the International Coding Index for Dermatology）を刊行した。同学会は、国際皮膚科学会連盟（the International League of Dermatological Societies）の援助を受けて、皮膚科学における ICD の拡張分類版も刊行した。

歯科学及び口腔科学

ICD-10 に基づく、国際疾病分類の歯科学及び口腔科学への適用第3版（ICD-DA）は、WHO により 1995年に刊行された。それには、口腔及び隣接する臓器組織に発生、発現又は関連する疾病及び病態が集められている。それは第5桁を使用して、ICD-10 よりもさらに詳細に分類されているが、そのコード体系は、ICD-DA コードとその基となった ICD コードとの間の関係が、直ちに明らかになるように、また、ICD-DA 分類項目のデータが、ICD 分類項目に当てはめられるようになっている。

神経疾患

1997年、WHO は、国際疾病分類の神経疾患への適用（ICD-10-NA）を刊行した。それは ICD-10 の分類とコーディング体系を保持しているが、さらに5桁及びそれ以下まで細分され、より精密に神経疾患を分類できるようになっている。

リウマチ学及び整形外科学

リウマチ学会国際連盟（the International League of Associations of Rheumatology）は、ICD-10 と比較できるように、「筋骨格疾患の国際分類」（ICMSD）を含む、「リウマチ学及び整形外科学への国際疾病分類の適用」（ICD-R&O）の改訂の作業を進めている。ICD-R&O は、ICD-10 との適合性を保持しながら、コードの桁を追加することで病態をより詳しく分類している。ICMSD は、用語の使用法を明確にし、標準化する

ように作られており、炎症性多発性関節障害のような、病態群に対する包括的記述の用語解説が付けられている。

小児科学

国際小児科学会 (the International Pediatric Association) の援助のもとに、英国小児科学会 (the British Pediatric Association) (BPA) は、ICD-10 の小児科学への適用版を刊行し、そこでは、より詳しく分類するために第 5 桁を使用している。これは、ICD-8 及び ICD-9 に対して、BPA が作成した適用版と同様のものである。

精神障害

「精神及び行動の障害の ICD-10 分類：臨床記述と診断ガイドライン」

この巻は、1992 年に発刊され、ICD-10 第 V 章 (精神及び行動の障害) の各項目に対して、診断に関する一般的な解説及びガイドライン、鑑別診断に関するコメント並びに同義語及び除外用語の一覧を提供している (参考文献 5, 参照)。さらに詳細な分類が必要な箇所では、第 5 桁及び第 6 桁レベルの細分類がガイドラインに示されている。1993 年には、第 V 章に関する 2 冊目の出版物である「研究のための診断基準」が刊行された。

プライマリー・ヘルスケアで使用するバージョン、また、臨床状態、関連した環境要因及び疾病に基づく能力低下の程度を同様に評価するため、児童精神障害の分類項目を多軸分類系に再配置を行う、もう一つのバージョンも作成されている。

2.2.2 非診断的分類

医療行為

医療行為の国際分類 (ICPM) は、1978 年に WHO により全 2 巻として出版された (参考文献 6, 参照)。それには、診断行為、予防処置、治療処置、放射線医学、薬物、外科的処置及び臨床検査が含まれている。本分類はいくつかの国で採用されているが、他の国々では、外科手術の国内分類の開発の基礎として使用してきた。

WHO 疾病分類協力センター長会議は、このように幅広く発展の早い分野において

は、原稿を完成して発行する前に、意見を聞いてそれに従っていくやりかたは不適當であると認め、ICD の第 10 回改訂に連動した ICPM の改正はすべきでないと勧告した。

1987 年に、国際疾病分類専門家委員会は、第 10 回改訂にあたって ICPM の外科的処置（第 5 章）について、少なくとも輪郭を更新することを考えるように、WHO に求めた。この要求と多数国からの必要性の要望に基づいて、WHO 事務局は医療行為の内容例示表を準備した。

1989 年の専門家会議において、センター長達は、そのリストが外科的処置についての統計の国内発表のガイドとなりうること、及び国際比較もまた促進することができるということで合意した。このリストはまた、外科的処置の比較可能な国内分類の開発の基礎として使用することもできる。

このリストについての作業は継続するであろうが、どのような出版物であっても、ICD-10 に従うだろう。いずれにしても、この問題についてのその他の研究方法が調査されているところである。これらのうちのいくつかは、固定して扱うような特定の項目の欄（器官、手技、研究方法等）、自動的に更新される可能性及び複数の目的のために使用される柔軟性のような、共通の性質を持っている。

国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health）（ICF）

国際生活機能分類（ICF）は、2001 年 5 月 22 日の第 54 回世界保健総会で公の承認を経て、WHO の 6 つの公的言語で 2001 年に出版された。その内容は引き続き 25 以上の言語に翻訳された。

ICF は健康状況及び健康関連の内容を大きく 2 つに分類している。1 つ目は生活機能と障害についての分類で、2 つ目は環境因子及び個人因子に関連した分類である。第 1 部の生活機能及び障害については、身体、個人、社会という視点から、(1) 心身機能と身体構造、(2) 活動と参加、という 2 つの要素で述べられている。個人の生活機能や障害は背景因子との関連で生じるものであり、ICF は環境因子のリストも含んでいる。

ICF は、国際障害分類（ICIDH）に取って代わった。その結果、古い ICIDH の用

語及び定義は以下の ICF の新しい用語と定義に置き換えられた：

「生活機能」は心身機能、身体構造、活動及び参加を示す包括的な用語である。これは、個人（とその健康状態）とその人の背景因子（環境因子と個人因子）との相互作用のうちの肯定的な側面を表す。

「障害」は損傷、活動限界、参加制約を示す包括的な用語である。これは、個人（とその健康状態）とその個人の背景因子（環境因子と個人因子）との相互作用のうちの否定的な側面を表す。

「心身機能」とは身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。

「身体構造」とは、器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分である。

「機能障害（構造障害を含む）」とは、著しい変異や喪失などといった、心身機能又は身体構造上の問題である。

「活動」とは課題や行為の個人による遂行のことである。

「活動制限」とは、個人が活動を行うとき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、個人が何らかの生活・人生場面に関わるとき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的な環境や社会的環境、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 はアルファベットと数字を用いている。b は心身機能を、s は身体構造を、d は活動と参加を、e は環境因子を指す。これらの文字のあとは章番号（1桁）が続き、そのあとに第2レベルの内容を示す数字（2桁）と、第3レベル及び第4レベルの内容を示す数字（1桁ずつ）が続く。ICF のカテゴリーは階層構造になっていて、より広い定義を含むカテゴリーには、そこから派生するもっと詳しい細分類カテゴリーが含まれるようになっている。どんな個人でも各レベルについて一連のコードを持つものである。それらは相互に独立していることもあれば関連していることもありうる。

ICF コード番号は病気の重症度といった、健康レベルの度合い（例：問題の重大さ）を示す評価点があって初めて完全なものとなる。評価点は少数点（又は分離点）のあと 1 ～ 2、もしくはそれ以上の数字でコードされる。どのコードも、少なくとも 1 つの評価点がついている。評価点がないと、コード自体には意味はない。「心身機能・構造」の第 1 評価点と、「活動や参加」の実行状況と能力の評価点、「環境因子」の第 1 評価点のすべてが、それぞれの構成要素において問題の程度を表す。

ICF は「健康」と「障害」という概念に新たな視点を与える。すべての人間は健康に何らかの問題を抱え、何らかの障害を経験する可能性がある。これはごく限られた人だけに起こることではない。このように、ICF は障害の経験を普遍的なものとして捉え、誰でもが共通して経験するものであるとしている。視点の中心を、原因から結果へと移すことで、すべての健康状態を同じ土俵に立ってみることになり、健康と障害という共通の定規でこれらと比較することができるようになる。さらに、ICF は障害の社会的側面も考慮に入れており、障害を「医学的」又は「生物学的」な機能の障害としてだけ見ることはしない。ICF は、背景因子を考慮し、環境因子を挙げて、環境が個人の生活機能に与える影響を記録できるようになっている。

ICF は WHO が個人及び集団単位で健康と障害を測る際の枠組みとなっている。国際疾病分類が病気と死因を分類するのに対して、ICF は健康領域の分類をする。WHO の国際分類ファミリーのうち、ICD と ICF は 2 つの大きな柱である。いずれも健康の全体像を捉えるための、非常に広範でありながらとても正確な手法である。

2.2.3 プライマリー・ヘルスケアに対する情報支援

「西暦 2000 年までにすべての人々に健康を」という世界戦略における挑戦の一つは、プライマリー・ヘルスケア（PHC）に対する情報支援である。完全な情報のない国々又は質の低いデータしかない国々では、ICD の伝統的な使用を補ったり、置き換えたりするために、様々な方法をとる必要がある。

1970 年代後半以来、様々な国が、専門家でない者による情報の収集を試みてきた。その後、専門家でない者による報告<レイ・レポーティング>は、「非定型的な方法」と呼ばれるさらに広い概念に拡張された。これらの方法は、種々の適用方法をカバーしながら、定型的な方法（センサス、標本調査、人口動態統計又は規定の疾病死因統計）が不適當だと指摘された場合に、健康状態についての情報を得る手段として、多

くの国々で発展してきた。

これらの適用方法の一つである「地域を基盤とした情報」には、保健関連データの定義、収集及び使用における地域社会の参加が含まれている。地域社会の参加の程度は、単なるデータ収集の範囲から、情報のデザイン、分析及び利用にまで広がっている。いくつかの国における経験から、この方法は、理論的な枠組みにとどまらないことが示された。第 10 回改訂 ICD 国際会議は、下記の報告に言及した：

会議は、保健問題、保健ニーズ並びに関連するリスク要因及び資源について、地域を基盤とした保健情報を展開し、適用している国々の経験を聞いた。会議は、個々の国々における情報のギャップを埋め、それ回改訂らの情報システムを強化する方法として、地域レベルにおける非定型的な方法を開発してゆくという考えを支持した。先進国及び開発途上国双方に対して、そうした方法及びシステムは、地域的に開発されるべきであり、言語や文化の多様性と同様に、疾病構造のような要素があるので、他の地域又は国への転用を試みるべきではないということが強調された。

多くの国々におけるこの取り組みの結果に勇気づけられ、第 10 回改訂 ICD 国際会議は、WHO が、地域的計画の開発についての指針を示し、方法論の進展を支え続けるべきであることに同意した。

2.2.4 国際疾病用語

1970 年、国際医学機関会議(CIOMS)は、加盟機関の助力を得て、国際疾病用語 (IND) の準備を始め、全 5 巻の暫定的な用語集が、1972 年から 1974 年の間に発行された。しかし、そうした用語集の編集は、真に国際的であるべきであり、CIOMS のメンバーだけを通じて可能になるよりも、さらに広く協議する必要があることが、間もなく認識された。1975 年、IND は、CIOMS と WHO とのジョイント・プロジェクトになったが、これは双方の機関の代表者からなる技術推進委員会により指導されたものである。

IND の基本的目標は、各疾病に対して、単一で推奨する名称を示すことである。この名称の主な選択基準は、特異的(単一及び唯一の疾病に適用可能)で、曖昧でなく、可能なかぎり疾病の実態が表され、可能なかぎり単純で、(実行可能である場合にはい

つでも) 原因に基づいているべきである、ということである。しかし、上記の基準に十分には適合しないが、広く使用されている多くの名称は、もしそれらが不適當でなく、曖昧でなく、また国際的専門家機関の勧告に反していないかぎり、同義語として保持されている。人名に基づく病名は、疾病の実態を表していないので、使用されていない；しかし、これらの名称の多くのものは、広く使用されている（たとえばホジキン<Hodgkin>病、パーキンソン<Parkinson>病及びアジソン<Addison>病）ので、存続させる必要がある。

その名称が推奨されている各疾病及び症候群は、可能なかぎり明確に、簡潔に定義されている。同義語のリストは、各定義の後に記載されている。必要な場合には、これらの包括的なリストには、ある同義語がなぜ除外され、引用された同義語がなぜ本当の同義語でないのかについて説明が追加されている。

IND は、ICD を補足するように意図して作られている。用語集と分類との違いは、2.3 節に記載してある。可能なかぎり、IND の用語は、ICD に使用されているものを採用している。

1992 年までに発行された IND の書籍（参考文献 8. 参照）は、次のとおりである：「感染症」（細菌性疾患（1985 年）、真菌症（1982 年）、ウイルス性疾患（1983 年）、寄生虫症（1987 年））；「下気道疾患」（1979 年）；「消化器系疾患」（1990 年）；「心血管疾患」（1989 年）；「代謝、栄養及び内分泌疾患」（1991 年）；「腎、下部尿路及び男性性器系疾患」（1992 年）；「女性性器系疾患」（1992 年）。

2.2.5 WHO の役割

上記の分類のほとんどは、非政府組織、その他の機関及び WHO の各部門の緊密な協力の産物であり、ICD と ICF を担当する部門が指針や助言を提供しながら調整的な役割を果たした。

WHO は、ICD 及び ICF の有用性と保健統計の比較可能性を共に高めるような拡張分類の開発を促進している。新しい分類、拡張分類及び解説付き用語集の開発において WHO の役割は、協調的リーダーシップをとり、必要に応じて技術的な指針、助言及び支援を与えながら情報センターとしての機能を果たすことである。ICD-10 や ICF の拡張分類を作成することに関心がある場合は、その用途の目的を明確に定めたらす

ぐに、WHO に相談すべきである。そうすれば、分類ファミリーの様々な構成要素の開発において、協調して実施することで不必要な作業の重複を避けることができるからである。

2.3 疾病分類の一般原則

1856年、William Farr は下記のように述べている（参考文献 9. 参照）：

分類は普遍化の方法である。それゆえ、いくつかの分類は、有益に使用されるであろう；そして、医師、病理学者又は法学者は、それぞれ自分の観点から、調査研究の推進や一般的な結果を得ることに最もよく適合すると考えている方法で、疾病や死因を正しく分類するであろう。

疾病の統計分類は、病態の全範囲を包含することができる限られた数の相互に相容れない分類項目に制限するべきである。分類項目は、疾病現象の統計的研究を促進するために選ばれなければならない。公衆衛生的重要性が特に高いか、頻繁に発生する特定の疾病は、それ自身の分類項目を持つべきである。そうでない疾病については、それぞれ異なるものの関連のある病態のグループで分類項目が作成される。それぞれの疾病及び病態は、分類項目のリストの中で、明確に定められた位置に置かれるべきである。その結果として、分類を通じて、より特異的な分類項目に割り当てることができない、その他の病態及び種々雑多な病態についての残余の分類項目が存在することになるであろう。残余の項目に分類される病態は、可能なかぎり少なくするべきである。

それぞれの既知の病態に対して、別々の病名を持たなければならないという用語集と、統計分類との違いは、統計分類はグループ化するという要素を有している点である。それにもかかわらず、用語集がしばしば体系的に作られているので、分類と用語集との概念は、緊密に関連している。

統計分類は、もしそれが細区分を持つ階層構造を持っているならば、レベルの異なる詳細な分類をすることができる。利用価値があり理解しやすい情報を得るために、疾病の統計分類は、特定の疾病を分類することと、より幅広いグループに対するデータの統計的表章を行うこととの両者の能力を持っていないなければならない。

同様の一般原則は、その他の保健問題の分類及びヘルスケア・サービス利用の理由

の分類に適用することができる。これらの分類は、同じように ICD に組み入れられているものである。

ICD は、純理論的な分類というよりはむしろ実際的な分類として発展してきた。その中では、原因、解剖学的部位、発症の環境等にもとづく分類の間での数多くの妥協があった。また、死亡、疾病、社会保障及びその他の型の保健統計・調査のように、ICD のデザインが多様な統計的適用に沿うよう調整された。

2.4 ICD 分類の基本構造及び基本原則

ICD は変数軸分類である。この構造は、分類構造についての国際会議の早期に、William Farr が提案したものを超えて発展した。彼の案は、すべての実用的、疫学的目的のために、疾病についての統計的データは下記のようにグループ化されるべきであるというものであった：

- 流行病
- 体質的又は全身的疾病
- 部位により分類された局所の疾病
- 成長の過程に起こる疾病
- 損傷

この分類様式は、ICD-10 の章の中に見ることができる。それは時の試練に耐えてきたものであり、ある面では恣意的であるけれども、これまで試されてきたどの様な分類よりも、一般的な疫学的目的に対してより有用な構造として今日でも認められている。

上記のグループの最初の二つ及び最後の二つは、「特別なグループ」を構成している。これらは、たとえば、最初に解剖学的部位により配置され、分類が分散するようになると疫学的研究のためには不都合になるような病態を集めている。残りのグループである「部位により分類された局所の疾患」は、主要な身体系の各々についての ICD の章を包含している。

「特別なグループ」の章と「身体系」の章との間の区別は、分類の構造を理解し、それをコーディングし、それに基づいた統計を解釈する上で、実際的な意味がある。

一般的に、ある病態は一義的には「特別なグループ」の章のいずれかに分類されるということに念頭に置く必要がある。ある病態が「特別なグループ」の章に疑いなく位置づけられる場合は、「特別なグループ」の章に位置づけることを、優先しなければならない。

基本的な ICD は、3 桁分類項目の単一コード化されたリストであり、それらの各々はさらに最大十の 4 桁細分類項目にまで分割されている。ICD-9 の純粹に数字だけのコーディング・システムの代わりに、ICD-10 では、第 1 桁にアルファベット文字、第 2、3 及び 4 桁に数字からなる英数字コードが使われている。第 4 桁は、小数点の後に続いている。従って、使用できるコード番号は、A00.0 から Z99.9 の範囲である。ただし、U の文字は使用されていない (2.4.7 節を参照)。

2.4.1 書籍

ICD-10 は、全 3 巻で構成されている：第 1 巻は、分類の本体を含んでいる；第 2 巻は、ICD の利用者に対する指針を示している；そして第 3 巻は、分類の索引である。

第 1 巻の大部分は主要な分類であり、3 桁分類項目及び 4 桁細分類項目の内容例示表から構成されている。4 桁レベルの詳細な分類をすべて含んでいる内容例示表は、22 章に分けられている。

第 1 巻は、下記の内容も含んでいる。

・特定製表用リスト

ICD の全 4 桁分類リストはもちろん、3 桁分類リストでさえも各統計表で表章用に使うには余りにも長すぎるので、ほとんどの常用の統計は、ある単一の病態を強調したり、その他の病態をグループ化する製表用リストを使用している。死亡の製表のための 4 種類のリストは、ICD の欠くことのできない部分である。リスト 1 及び 2 は、一般死亡用であり、リスト 3 及び 4 は、乳幼児及び小児 (0-4 歳) 用である。また、疾病のための特定製表用リストもある。

・定義

定義は、世界保健総会によって採択され、データの国際比較を容易にするために掲載されている。

・分類規約

本規約は、世界保健総会により採択され、疾病及び死因の分類並びに統計の作成及び公表に関し、WHO 加盟国の公式責任を呈示した。

第1巻にはまた、新生物<腫瘍>の形態も掲載されている。

・新生物<腫瘍>の形態

必要な場合には、少数の例外はあるが、第II章に分類され、性状及び部位（局在）によってのみ分類している新生物<腫瘍>について、形態学的な型を分類するための付加コードとして、新生物<腫瘍>の形態の分類を使用してもよい。形態コードは、腫瘍学のための ICD (ICD-O) (参考文献 1. 参照) の特別な適用で使用されるコードと同じものである。

2.4.2 章

分類は 22 章に分けられている。ICD コードの第1桁はアルファベットであり、各文字は特定の章に関連している。しかし例外があり、文字 D は第II章「新生物<腫瘍>」及び第III章「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」の両方で使用され、文字 H は第VII章「眼及び付属器の疾患」及び第VIII章「耳及び乳様突起の疾患」の両方で使用されている。四つの章（第 I、II、XIX 及び XX 章）は、第1桁に複数の文字を使い分けている。

各章は、その内容を包含するに十分な3桁分類項目を含んでいる；しかし、利用できる項目をすべて使用しているわけではなく、将来の改訂及び拡張のためにスペースを残している。

第I章から第XVII章までは、疾病及びその他の病態に関連しており、第XIX章は、損傷、中毒及び外因のその他の影響に関連している。残りの章は、昨今の診断データに含まれるような一連の内容を分類している。第XVIII章は、「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」を包含している。第XX章「傷病及び死亡の外因」は、伝統的に損傷及び中毒の分類に使用されているが、第9回改訂以来、疾病及びその他の病態に記載された外因すべてに対しても使用されてきている。第XXI章「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」は、現在は病気でない人が保健ケアサービスを利用する理由を説明するデータの分類、又は患者がその時

にケアを受けている状況、又はその他の個人のケアに関連する何らかの問題がある状況の分類のために作られている。

2.4.3 中間分類項目

一つの章は3桁分類項目からなる同種の「中間分類項目」に細分されている。第I章では、中間分類項目名は、分類の二つの軸を反映している。つまり、伝播の様式及び感染病原体の広範囲の群である。第II章では、第1番目の分類軸は、新生物<腫瘍>の性状である；性状の中の主な分類軸は部位とされているが、重要な形態学的な型（たとえば白血病、リンパ腫、黒色腫、中皮腫、カポジ<Kaposi>肉腫など）についてはいくつかの3桁分類項目が示されていることがある。分類項目の範囲は、各中間分類項目名の後に括弧で示してある。

2.4.4 3桁分類項目

各中間分類項目の中では、単一の病態であって、頻度、重症度又は公衆衛生的な介入による影響の受けやすさにより選ばれる3桁分類もあれば、ある共通の性質を持った疾病のグループとして3桁分類となっているものもある。通常は、「詳細不明」の病態を分類に含めることができるような項目とともに、異なるけれどもより稀な多くの病態を分類に含めることができるよう「その他」の病態を分類できる項目が用意されている。

2.4.5 4桁細分類項目

国際レベルの報告では必須ではないが、ほとんどの3桁分類項目は、.0から.9までの細分類項目に分けられるように、小数点の後の第4桁の数字により細分割されている。3桁分類項目が細分割されていないところでは、データ作成用にコードの長さを標準化するために、第4桁に文字「X」を使用することが勧められる。

4桁細分類項目は、適切であればどのような方法でも使用される。たとえば、もし3桁分類項目が単一疾病の場合、異なる部位及び種類を分類したり、もし3桁分類項目が病態群の場合、個別の疾病を分類したりすることである。

4桁項目の.8 は、一般的に3桁分類項目に属する「その他」の病態に使用され、.9 は、全く付加的な情報がない3桁分類項目タイトルと同じ意味を伝えるために使用される。

※なお、付加的な情報の内容は、部位、性状等、項目により異なるため、項目の特性に基づき判断することが必要である。

同じ4桁細分類項目が、3桁分類項目の一定の範囲内で使用される場合、それらは範囲の冒頭に一度だけ記載されている。関連する分類項目のそれぞれにある注は、詳細が記載されている場所を示している。たとえば、異なる型の流産に対する項目 003-006 は、関連合併症（第1巻を参照）に関する共通の4桁項目を持っている。

2.4.6 第5桁又はそれに続く桁レベルでの使用に対する補助細分類

第5桁又はそれに続く桁レベルは、通常は、第4桁に対して異なった軸に沿った細分類である。それらは、下記の章にみられる：

第XIII章—解剖学的部位による細分類

第XIX章—開放性又は閉鎖性骨折、開放創を伴う又は伴わない頭蓋内損傷、胸腔内損傷及び腹腔内損傷に対する細分類

2.4.7 使用されていない項目「U」

項目 U00-U49 は原因不明の新しい疾病に暫定的に使用されるためのものである。項目 U50-U99 は、研究で使用してもよい。たとえば、特別なプロジェクトのためにいくつか選択すべき細分類をテストする場合である。

※（特殊目的用コードとして第XXII章に割りあてている）

3. ICD の使用方法

本節は、分類を効果的に活用するために、知らなければならない実用的な情報を含んでいる。ICD の目的及び構造を知り、理解することは、コーダーにとって重要であるが、これと同様に保健情報の統計家及び分析家にとっても重要である。ICD の正確な利用は、3巻すべての正しい適用にかかっている。

3.1 第1巻（内容例示表）の使用方法

3.1.1 導入

ICD の第1巻は、分類それ自身である。それは診断が分類されるべき分類項目及び細分類項目を示しており、統計目的の集計や編集を促進させている。また、統計表に含まれるであろう分類項目、細分類項目及び製表用リストの用語の内容の定義は、第2巻（インストラクションマニュアル（総論））に掲載されている。

第1巻（内容例示表）だけを使用して、正しいコードにたどりつくことは、コーダーにとって理論的には可能ではあるが、それには時間がかかり、間違いも起こりうる。分類のガイドとしての索引は、第3巻（索引表）に記載されている。索引表への序は、第1巻との関係について、重要な情報を提供している。

ICD の最も多い使用法として、複数の病態が記載されている診断書又は診断記録から、単一の病態を選択することがある。死亡及び疾病の選択ルールは、本巻の第4節に記載されている。

内容例示表についての詳しい記述は、2.4節に記載されている。

3.1.2 包含用語の例示及び4桁細分類項目の利用

包含用語

3桁及び4桁項目の中で、通常、数多くのその他の診断項目がリストされている。これらは「包含用語」であり、その項目に分類される診断的記述の例示としてタイトルに付け加えられている。それらは異なった病態に関連していることもあるし、同義語であることもあるが、その項目の下位分類ではない。

包含用語は、本来は項目内容についてのガイドとして掲載されている。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又は共通の用語に関連したものである。その他のものは、一つの細分類項目と他の細分類項目との間の境界を区別するために掲載された境界病態又は境界部位である。包含用語のリストは、決してすべてを網羅しているわけではなく、診断の内容を表す他の病名は、索引表に記載されている。索引表は、示された診断書の記載をコードする場合には、最初に参照すべきである。

包含用語を読む際に、タイトルも一緒に参照する必要がある場合もある。これは、通常は、包含用語が部位や薬物のリストを詳しく記載している場合で、タイトルの適当な用語（たとえば、「…の悪性新生物<腫瘍>」、「…の損傷」、「…による中毒」など）を補って理解する必要がある場合に該当する。

一定範囲の分類項目に共通するか、3桁項目の細分類項目すべてに共通するような診断に用いる一般的な記述は、章、中間分類又は分類項目それぞれのタイトルのすぐ後の「包含」という見出しのある注の中に記載されている。

除外用語

ある項目は、「除外」という言葉の後に病態のリストが記載されている。これらの用語は、それらがそこに分類されるはずであるということ項目のタイトルが示唆するかもしれないが、実際は他に分類される用語である。この一例は、分類項目 A46 に見られる。すなわち、「丹毒」では、分娩後丹毒又は産じょく<褥>丹毒は除外されている。各除外用語の後の括弧内は、分類内の他の分類項目又は細分類項目のコードで、除外された用語が分類されるべきコードを示している。

分類項目の範囲又は3桁分類項目の中の全ての4桁細分類項目に対する除外は、章、中間分類項目又は分類項目それぞれのタイトルのすぐ後の、「除外」という見出しのある注の中に記載されている。

解説付用語<グロッサリー>の記述

包含及び除外の用語に加えて、第V章「精神及び行動の障害」では、項目の内容を示すための解説付用語の記述を使用している。特に各国の間では、精神障害の病名はきわめて多様であり、同じ病名が異なる病態を表すために使用される可能性があるために、この工夫が行われている。解説付用語は、コーディング担当者が使用するために作られたものではない。

項目の意図された内容を明確にするため、同種の定義は、ICD の他の部分（たとえば第 XX I 章）にも記載されている。

3.1.3 病態に対する二つのコード

「剣印及び星印」 システム

ICD-9 で導入されたシステムが、ICD-10 でも使用されている。そこでは、二つのコードが使われており、それは、原因となる全身疾患についての情報を含む診断的記述のためのコード及びそれ自身が臨床的問題となっている特定の臓器又は部位における症状発現についての情報を含む診断的記述のためのコードである。

一次コードは、原疾患（基礎疾患）に対するものであり、剣印（†）が付けられている；症状発現に対する任意的追加コードには、星印（*）が付けられている。原疾患についてのコーディングだけでは、特定の専門分野に関連した統計の作成には、満足できるものでないことが多く、また一方では、医療ケアの理由となった症状発現に対する関連した章に分類される病態を見たいという要求があり、この取り決めが作られたものである。

剣印（†）及び星印（*）システムにより、統計表章において代替的な分類を利用できることになるが、剣印コードが一次コードであって、剣印コードを常に使用しなければならないというのが ICD の原則である。コーディングには、星印コードは決して単独で使用してはならない。ただし、疾病コーディングにおいては、疾病の発現が診療の主たる対象である場合、剣印と星印を逆転させてもよい。剣印コードを取り入れている統計は、死亡データや医学的ケアにおけるその他の側面のデータを表章するための伝統的な分類に従ったものということができる。

星印コードは 3 桁分類項目に使用されている。ある特定の疾病が原疾患として明示されない場合は、生じている同じ病態について別々の項目がある。たとえば、G20 及び G21 の項目は、他に分類される疾患の症状発現ではないパーキンソン症候群の病型であるのに対し、G22*の項目は、「他に分類される疾患におけるパーキンソン症候群」である。星印が付く項目の病態については、該当する剣印コードが示されている；たとえば、G22*の梅毒性パーキンソン症候群については、剣印コードは A52.1 † である。

いくつかの剣印コードは、特別な剣印項目に現れる。しかし、しばしば二つの要素

を持つ診断に対する剣印コードと単一要素の病態に対する印のないコードが、同一の分類項目又は細分類項目に由来している可能性もある。

剣印及び星印システムが使用される分類の範囲は限られている；分類全体を通して、83の特別な星印項目があり、それらは関連する章のはじめに記載されている。

剣印の付いた用語が書かれている項目は、三つの異なる形式がある：

- (1) 項目のタイトルに、†記号と対応する星印コードが両方付いている場合には、その項目に分類されるすべての用語が、二重の分類の対象となり、すべての用語が同じ対応する星印コードを持つことになる。たとえば：

A17.0 † 結核性髄膜炎 (G01*)

(脳) (脊) 髄膜結核
結核性軟膜炎

- (2) 項目のタイトルに、†記号が付いているが、対応する星印コードが付いていない場合は、その項目に分類されるすべての用語は、二重の分類の対象となるが、各用語で別々の星印コードを持つことになる（用語毎に示される）。たとえば、

A18.1 † 腎尿路生殖器系の結核

結核：

- ・ 膀胱 (N33.0*)
- ・ 子宮頸 (部) (N74.0*)
- ・ 腎 (N29.1*)
- ・ 男性生殖器 (N51.-*)
- ・ 尿管 (N29.1*)

結核性女性骨盤炎症性疾患 (N74.1*)

- (3) 項目のタイトルに、†記号も対応する星印コードも付いていない場合は、項目全体としては二重分類の対象とならないが、個別の包含用語が二重分類となる可能性はある；その場合、その用語に、†記号と対応する星印コードが付与される。たとえば：

A54.8 その他の淋菌感染症

淋菌性：

～

- ・腹膜炎† (K67.1*)
- ・肺炎† (J17.0*)
- ・敗血症
- ・皮膚病変

その他の任意の二重コーディング

剣印及び星印システム以外に、二つの ICD コードが認められる場合がある。これは個人の病態を十分に記述するために使用されている。「必要な場合は、追加コードを使用する」という内容例示表にある注は、これらの状況の多くを示している。追加コードは、特定の製表においてのみ使用されるだろう。

これらは：

- (1) 「解剖学的系統別」の章に分類される局所感染症に対して、感染病原体の分類のために第 I 章からコードが追加されるだろう。しかし、この情報は分類項目のタイトルには記載されていない。
分類項目 B95－B97 の中間分類項目は、第 I 章に、この目的のために付けられている。
- (2) 機能的活性を持つ新生物〈腫瘍〉に対して、第 II 章のコードについて、機能の型を分類するために第 IV 章の適当なコードが加えられるだろう。
- (3) 第 V 章の F00－F09 「症状性を含む器質性精神障害」に分類される病態に対して、原因を分類するために、他章からコードを付け加えてもよい。たとえば、原疾患、損傷又は脳に対するその他の傷害である。
- (4) 中毒性物質によって生じた病態の場合、その外的因子の分類のために、第 X X 章のコードを付け加えてもよい。
- (5) 二つのコードが損傷、中毒又はその他の有害作用を分類するために使用できる場合：すなわち、損傷の性質を分類する第 X IX 章のコード、外因を分類する第 X X 章のコードである。どのコードを追加コードにするべきかという選択は、データが収集された目的に依存している（第 1 巻、第 X X 章の序を参照）。

3.1.4 内容例示表で使用されている取り決め

内容例示表における包含と除外の用語の記載においては、丸括弧、角括弧、コロン、中括弧、「NOS」という略語、「他に分類されないもの」(NEC) という句及びタイトルにある「及び」という語句の使用に関して、いくつかの特別な取り決めを使用している。コーダー及び ICD に基づいた統計を解釈しようとする人々はともにこれらを明確に理解する必要がある。

丸括弧 ()

丸括弧は、第 1 巻において、四つの重要な状況で使用されている。

- (a) 丸括弧は補足的な語句を囲むために使用される。その語句は、診断的用語をとともなうこともあるが、丸括弧の外側の語句に割り当てられるコード番号には影響を与えない。たとえば、「高血圧 (症) (動脈性) (良性) (本態性) (悪性) (原発性) (全身性)」という包含の用語がある I10 では、I10 が「高血圧」という語句単独に対するコード番号、又は括弧内の語句もしくたたとえばはそれらの組み合わせにより限定される場合に対するコード番号であるということを意味している。
- (b) 丸括弧はまた、除外用語が関連しているコードを囲んでいる。たとえば、
 H01.0 眼瞼炎
 除外：眼瞼結膜炎 (H10.5)
- (c) 丸括弧のもう一つの使用法は、中間分類項目のタイトルにおいて、その中間分類項目に含まれる分類項目の 3 桁コードの範囲を囲むのに使用されている。
- (d) 丸括弧の最後の使用法は、第 9 回改訂に組み入れられたもので、剣印及び星印システムに関連している。丸括弧は、星印項目において剣印コードを囲み、又は剣印用語に続く星印コードを囲むために使用されている。

角括弧 []

角括弧は、下記のように使用されている：

(a) 同義語、代替的語又は説明的な句を囲むため；たとえば：

A50.4 晩期先天神経梅毒 [若年（性）神経梅毒]

(b) 既出の参照先を示すため；たとえば、：

C00.8 口唇の境界部病巣 [この章の冒頭の注5を参照]；

(c) 前に記載されている多くの項目に共通する4桁細分類の集合を示すため；たとえば、

K27 部位不明の消化性潰瘍 [4桁細分類項目はK25の前を参照]

コロン :

コロンは、包含及び除外用語のリストにおいて、コロンの前にある語句だけでは、当該項目のコードを割り当てるのに十分でない場合に使用される。コードを割り当てるには、コロンの下に字下げして記載されている一つ以上の修飾語か内容を限定する用語を加えることが必要である。たとえば、K36「その他の虫垂炎」では、「虫垂炎」という診断について、さらに「慢性」又は「再発性」という用語で限定されて初めてこの項目に分類されることになる。

中括弧 }

中括弧（横向きに使用されるもの）は、包含及び除外用語のリストにおいて、中括弧の前にある語句も、後にある語句も、それ自体では用語が完結しないことを示すために使用される。中括弧の前の用語はいずれも、それに続く一つ以上の用語により限定されねばならない。たとえば：

O71.6	骨盤関節及び靭帯の産科的傷害	
	内恥骨結合軟骨の裂離	} 産科的
	尾骨傷害	
	外傷性の恥骨結合離開	

「NOS」

NOSという文字は、「他に記載のないもの (not otherwise specified)」の略語であり、「詳細不明」又は「限定されていない」という意味を含んでいる。

場合によっては、限定されない用語であるにも関わらず、その病態のより特定された型の項目に分類されることがある。これは、医学用語では、ある病態の最も一般的な型が、しばしば病態それ自身の名前で知られており、あまり一般的でない型を示す際にだけ型に言及することがあるからである。たとえば、「僧帽弁狭窄症」は、「リウマチ性僧帽弁狭窄症」を意味する際に通常使用される。誤った分類を避けるには、こうした固有の前提を考慮しなければならない。包含用語を注意深く見ると、どのような前提が置かれたのかが分かるだろう；コーダーは、他により特異的な項目への分類を可能とする情報が全くないことが明白である場合を除いては、一つの用語を単純に詳細不明としてコードしてしまわないよう注意しなければならない。同様に、明らかに具体的な項目に分類されたいいくつかの病態は、記録上は、それほど具体的には記載されなかったということもあるため、ICDにもとづく統計を解釈する際には、ICDの改訂により、こうした前提も変わってくる可能性があるということを認識しておくことが重要である。たとえば、第8回改訂までは、大動脈瘤で他に記載がない場合は、梅毒によると推定されていた。

「他に分類されないもの<NEC>」

「他に分類されないもの」という語句は、3桁分類項目のタイトルで使用された場合、当該病態のある特定の別型が、別の場所に分類されている可能性を示すものである。たとえば：

J16 その他の感染病原体による肺炎， 他に分類されないもの

この分類項目は、J16.0 クラミジア肺炎及びJ16.8 その他の明示された感染病原体による肺炎を含んでいる。感染病原体が特定された肺炎については、その他の多くの項目が、第X章（例：J09—J15）や他の章（例：P23.- 先天性肺炎）に設けられている。

J18 肺炎， 病原体不詳は、感染病原体が記載されていない肺炎のための分類である。

タイトルにおける「及び」

「及び」は、「及び／又は」を表す。たとえば、項目 A18.0 骨及び関節の結核においては、「骨結核」、「関節結核」及び「骨及び関節の結核」の症例が分類される。

ポイント・ダッシュ [.-]

ある場合には、コードの第4桁は、ダッシュにより置き換えられている。たとえば、

G03 その他及び詳細不明の原因による髄膜炎
除外：髄膜脳炎（G04.-）

上記は、第4桁が存在し、適切な分類項目をあてはめるべきであるということ、
コーダーに示している。この取り決めは、内容例示表及び索引表の両方にみられる。

3.1.5 共通の特徴を持った分類項目

クオリティー・コントロールのためには、コンピュータ・システムの中に、プログラ
ム化された検査機構を導入することが有益である。分類項目の下記のグループは、
内部の一貫性についてのそうしたチェックのための基礎として用意され、それらを結
びつける特徴によりグループ化されている。

星印分類項目

下記の星印分類項目は、単独では使用されない；それらは常に、剣印コードに付
加して使用されなければならない：

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*,
G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*,
G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*,
H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*,
H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*,
I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*,
J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*,
L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*,
M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*,
M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*,
N74*, N77*, P75*

性により限定される分類項目

下記の分類項目は、男性に対してのみ適用される：

B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4,
I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5

下記の分類項目は、女性に対してのみ適用される：

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39.-, Z43.7, Z87.5, Z97.5

病態と性に関する不一致の取り扱いについての指針は、4.2.5 節に記載されている。

続発・後遺症の分類項目

下記の分類項目は、もはや活動期にはない病態の続発・後遺症である：

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89

死亡及び疾病の両者に対する続発・後遺症のコーディングについての指針は、4.2.4 節及び 4.4.2 節に記載されている。

処置後障害

下記の分類項目は、原死因コーディングには使用してはいけない。疾病コーディングにおけるそれらの使用についての指針は、4.4.2 節に記載されている：

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-

3.2 第3巻（索引表）の使用方法

ICD-10 の索引表である第3巻の序には、その使用方法についての説明が記載されている。これらの使用説明については、コーディングを開始する前に注意深く勉強しなければならない。索引の構造及び使用の簡単な記載が下記に述べられている。

3.2.1 索引表の配置

第3巻は、下記のような3部に分かれている：

- 第I編は、薬物及びその他の化学物質を除いて、第I-XIX章及び第XXI章に分

類されるすべての用語を掲載している。

- 第Ⅱ編は、疾病及び死亡の外因の索引であり、薬物及びその他の化学物質を除いて、第XX章に分類されるすべての用語を掲載している。
- 第Ⅲ編は薬物及び化学物質の表であり、各物質について、薬物の中毒及びその副作用を示す第XIX章のコードと、中毒が、事故、故意（自傷）又はいずれか決定されないかを示す第XX章のコードが掲載されている。

3.2.2 構造

索引は、欄の左端に置かれている「見出し用語」を含み、それらの下には異なるレベルに字下げされた位置にその他の語句（「修飾語」又は「限定語」）を伴っている。第Ⅰ編では、これらの字下げされた修飾語又は限定語は、通常、コーディングに影響を与える種類、部位又は周囲の状況である；第Ⅱ編では、それらは、異なる型の事故又は事件、関係する乗り物等を示している。コーディングに影響しない限定語は、病態の後の括弧内に示されている。

3.2.3 コード番号

用語の後のコード番号は、その用語が分類されるべき分類項目又は細分類項目のコードを示す。もし、コードが3桁しかない場合は、その項目は、細分類されないと推測される。項目が細分類される多くの場合は、索引のコード番号が、4桁で示されるだろう。第4桁のダッシュ（たとえばO03.-）は、その項目が細分類され、4桁目は内容例示表を参照することにより、見つけることかできることを意味している。もし、剣印及び星印システムが用語に適用される場合には、両者のコードが指示されている。

3.2.4 取り決め

括弧

括弧は、第1巻と同じ使用法、すなわち限定語を囲むために索引で使われている。

「NEC」

NEC（他に分類されないもの）は、同じ用語を含むその他の病態が他に分類され、索

引表中の適切な場所により正確な用語があることを示している。

相互参照

相互参照は索引表の中での不必要な重複を避けるために使用されている。「～を参照」という語句は、コーダーにその他の用語を参照することを求めている；「～も参照」という語句は、もし、コード付けをしている記述が、その他の情報を含んでおり、その情報が「～も参照」という語句が付いている用語の下に書かれていない場合は、コーダーに索引表の他の箇所を参照するように指示している。

3.3 基本的コーディング・ガイドライン

索引表は第1巻（内容例示表）には含まれていない多くの用語を含んでおり、コーディングする場合は、コードを付ける前に索引表及び内容例示表の両方を参照しなければならない。

コードしようとする前に、コーダーは、分類及びコーディングの基本原理を勉強する必要があり、実地訓練を受ける必要がある。

下記は、ICD を時々使用する人のために作られた簡単なガイドである。

1. コードを付ける記述の類型を特定し、索引表の適当な箇所を参照する。（もし、記述が第 I - XIX 又は XX I 章に分類される疾病、損傷又はその他の病態であれば、索引表の第 I 編を参照する。もし、記述が第 XX 章に分類される損傷又はその他のできごとが原因であれば、第 II 編を参照する。）
2. 見出し用語を探す。疾病及び損傷については、通常は病理学的病態に対する名詞が見出し用語となっている。しかし、形容詞又は地名や発見者の名前のついた病態が見出し用語として索引表に含まれることもある。
3. 見出し用語の下にある注を読み、それに従う。
4. 見出し用語の後ろの括弧で囲まれた用語（これらの限定語は、コード番号に影響を与えない）を読み、同様に、見出し語の下の子下げされた用語（これらの限定語は、コード番号に影響する可能性がある）について、診断的表現に使われているすべての語句が説明されるまで読む。
5. 索引表にある相互参照（「～を参照」及び「～も参照」）に注意深く従う。
6. 選ばれたコード番号が適切であるかどうかを確かめるために、内容例示表を参照

する。索引で、第4桁にダッシュを持った3桁項目は、第1巻に記載されている4桁項目がある、ということの意味することに注意する。4桁よりさらに補助的な桁の位置に使用される細分類は、索引には示されておらず、もし、使用する場合は、第1巻を参照しなければならない。

7. 選ばれたコードの下又は選ばれたコードが属する章、中間分類もしくは分類項目の下にある包含及び除外の用語の指示に従う。
8. コードする。

コードすべき原因又は病態の選択のためのガイドライン、及び選択された病態のコーディングのためのガイドラインは、第4節に記載されている。

4. 疾病及び死因コーディングについてのルール及びガイドライン

本節は、死亡診断書及び疾病記録に基づく定型的な製表のための単一原因又は単一病態の選択に関する世界保健総会により採択されたルール及びガイドラインに関するものである。ガイドラインはまた、ルールの適用及び製表のために選ばれた病態のコーディングに使用される。

4.1 死亡：死亡診断書についてのガイドライン及びコーディングについてのルール

死亡統計は、基本的な保健情報源の一つであり、多くの国においては、保健に関連する最も信頼性のある資料である。

4.1.1 死亡原因<死因> (Causes of death)

1967年の第20回世界保健総会において、死亡診断書上に記載される死亡原因<死因>は、「死亡を引き起こしたか、その一因となったすべての疾病、病態又は損傷、及びこれらの損傷を引き起こした事故又は暴力の状況」と定義した。この定義の目的は、死亡に関与したすべての事項が死亡診断書に記載されるようにし、作成者（医師）がいくつかの病態を選び、その他の病態を記載しないことがないようにするためである。なお、この定義には、症状及び心不全、呼吸不全等の死亡の様態（modes of dying）は含まないことに注意されたい。

死因が一つだけ記載された場合には、この原因が製表に使用される。複数の死因が記載された場合は、4.1.5節に示されたルールに従って、選択していかなければならない。このルールは、原死因の概念に基づいている。

4.1.2 原死因 (Underlying cause of death)

一次製表のための死因は、原死因（underlying cause of death）とするべきであるということが、第6回改訂国際会議において合意された。

死亡の防止という観点からは、病的事象の連鎖をある時点で切るか、ある時点で疾病を治すことが重要である。また、最も効果的な公衆衛生の目的は、その活動によって原因を防止することである。この目的のために、原死因を次のように定義した：

- (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又は損傷
- (b) 致命傷を負わせた事故又は暴力の状況

医師又はその他の有資格の診断書記入者は、臨床判断に応じて死亡診断書に死因を記載すべきである。自動システムを使う場合には、診断の範囲をどうしても限定してしまうことで診断書の正確性及び有用性において悪影響を及ぼすことになるため、一覧表や入力支援により医師を誘導してはならない。

1990年の第43回世界保健総会は、必要が認められた場合には、各国は死亡診断書の第I欄に追加の欄、つまり(d)欄、を加えることが可能かどうか検討すべきであるということを採用した。しかし、第4欄が不必要な場合、又は上記に示す死亡診断書の採用について法的又はその他の障害がある場合には、I欄が3欄だけの死亡診断書を採用し、又は使用し続けてもよい。

死亡診断書のI欄の最下欄に記載された病態は、通常は、製表に使用される原死因である。しかし、4.1.4-4.1.5節に記載された手順によると、原死因としてもう一つの病態に行き着くことになるかもしれない。これら二つの可能性を区別するために、「起点となる先行原因(起因)」という表現は、死亡診断書のI欄の最下欄に記載された病態にふさわしい病態を参照するために使用されるべきであり、そして、「原死因」という表現は、製表のために選ばれた原因を示すために使用される。

もし、一連の事象としてただ一つの段階しかない場合は、I(a)欄の記載だけで十分である。複数の段階がある場合には、直接死因が(a)欄に記載され、起点となる先行原因が最後に記載され、中間的に介在する原因は、(b)欄又は(b)及び(c)欄に記載される。死因に直接つながる一連の事象として4段階が記載されている死亡診断書の例は次のとおりである：

- (a) 肺塞栓
- (b) 病的骨折
- (c) 大腿骨の続発性癌(腫)
- (d) 乳癌

II欄は、死亡に寄与したが、直接的に死亡を引き起こした疾病又は病態には関連しなかったその他の重要な病態を記載するためのものである。

死亡診断書に記載されている「下記による(又は下記の結果として)」という語句に続く箇所には、直接原因又は病理学的過程のみならず間接的原因も含まれるべきである。たとえば、先行病態が、長い間隔を経た後でさえも、組織に対する傷害又は機能

障害により、直接原因にかかりやすくする場合である。

各病態の発病と死亡日時との間の概略の間隔（分、時、日、週、月又は年）に注意することは、死亡診断書を記載する医師が、死を引き起こした一連の事象を確定する助けになり、また結果として、コーダーが適当なコードを選択するガイドとして有用である。

1990年の世界保健総会では、各国が、現在又は死亡前一年以内の妊娠についての質問事項を死亡診断書に含めることを検討するべきであるという勧告を採択した。

4.1.4 死亡統計製表のための原死因の選択手順

単一の死因が死亡診断書に記載された場合は、単一死因ルールの適用により、この原因が表に記載される。

多数の死因が記載された場合は、原死因選択の第一歩は、一般原則又は選択ルール1、2及び3を適用して、起点となる先行原因を決定することであり、この先行原因は、本来、死亡診断書のI欄の最下欄に記載されている。

ある状況では、ICDは、起点とされた死因を、製表にあたって原死因を示すためにより相応しいと考えられる分類項目に置き換えることを認めている。たとえば、複合病態のための分類項目が設けられていたり、疫学上の理由から診断書上の別の病態を優先させたりする場合がある。

それゆえ、次の段階は、上記の状況を取り扱う修正ルールAからD(4.1.9節を参照)のうち一つ以上のものが、適用されるかどうかを決定することである。製表に使用されることになるコード番号は、原死因のコード番号である。

起点となる先行原因が、第XIX章に分類される損傷又はその他の外因の影響である場合は、製表のための原死因としては、その病態を生じる状況を選択してV01-Y89にコードすべきである。損傷又は影響に対するコードは、追加コードとして使用してもよい。

4.1.5 起点となる先行原因選択のルール

上下の因果関係（sequence）

「上下の因果関係」という用語は、I 欄の連続する欄に記載された多数の病態が上の欄に記載された病態の原因としてふさわしい病態であることを示すものである。

- 例 1 : I
- (a) 食道静脈瘤の出血
 - (b) 門脈圧亢進（症）
 - (c) 肝硬変
 - (d) B 型肝炎

死亡診断書の各欄に多数の死因の記載がある場合には、多数の因果関係がある可能性がある。下記の例では、四つの因果関係が記載されている：

- 例 2 : I
- (a) 昏睡
 - (b) 心筋梗塞及び脳卒中
 - (c) アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）及び高血圧（症）

上下の因果関係は：

- アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）（による）心筋梗塞（による）昏睡；
 - アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）（による）脳卒中（による）昏睡；
 - 高血圧（症）（による）心筋梗塞（による）昏睡；
 - 高血圧（症）（による）脳卒中（による）昏睡；
- である。

死亡診断書に多数の因果関係がある場合、最初に記載された因果関係の起因を確認することが重要である。そうでなければ、選択ルール及び修正ルールを正しく適用できなくなり、正しい原死因を選択することもできない。

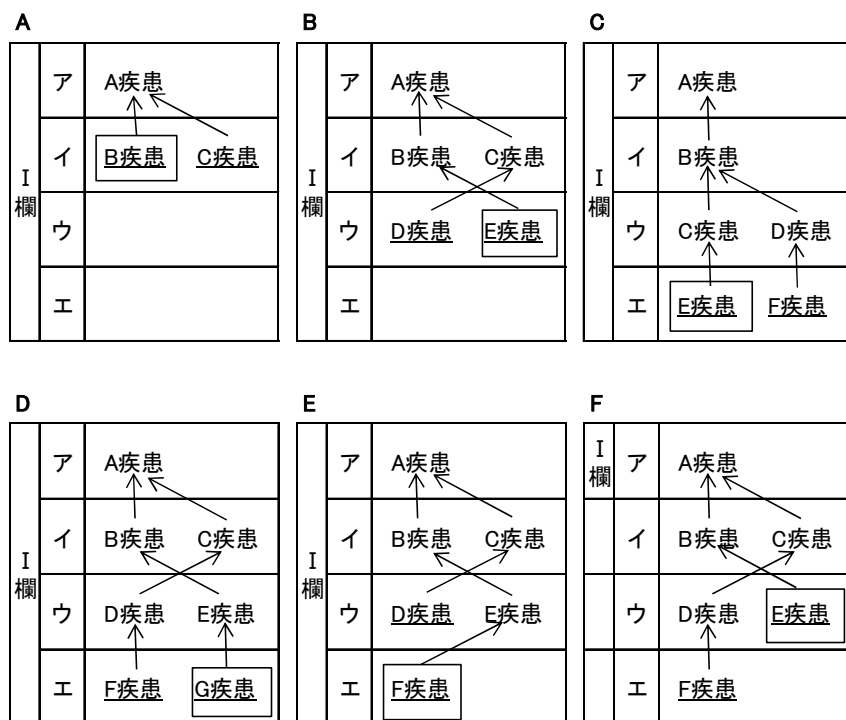
最初に記載された因果関係の起因を特定するには、直接死因（I 欄の最上欄の最初に記載された病態）から始める。I 欄内の下欄に記載された最初の病態が直接死因を引き起こし得るかを確認する。引き起こし得ない場合、その同じ欄に記載された次の病

態が直接死因を引き起こし得るかを確認する。そのようにして、直接死因を引き起こし得る病態が見つかるまで続ける。見つかった病態を、以下においては「仮の起因」と呼ぶ。直接死因を引き起こし得る病態が記載されていない場合、直接死因で終わる因果関係は存在しないことになる。

仮の起因を確定できたが、I欄のさらに下欄に他の病態の記載がある場合、下欄でも同じ作業を繰り返す。今度は、上記の方法で確定できた仮の起因から始めて、その下欄に記載された最初の病態が仮の起因を引き起こし得るかを確認する。引き起こし得ない場合、その同じ欄に記載された次の病態が仮の起因を引き起こし得るかを確認する。そのようにして、仮の起因を引き起こし得る病態が見つかるまで続ける。そのようにして見つかった病態が、新たな仮の起因になる。

新たな仮の起因を確定できたが、I欄のさらに下欄にまだ他の病態の記載がある場合、新たな仮の起因が見つかる限り、同じ作業を繰り返す。仮の起因を引き起こし得る病態がなくなったら、その最後の仮の起因は、最初に記載された因果関係の起因でもあるということになる。

下図では、競合する因果関係の例を示した。四角で囲われた疾患が、最初に記載された因果関係の原死因である。



一般原則

死亡診断書に多数の病態が記載されている場合には、I 欄の最下欄に単独で記載された病態が、その上欄に記載されたすべての病態を引き起こす可能性がある場合に限って、その病態を選ぶ。

選択ルール

- ルール 1.** 一般原則が適用できず、死亡診断書に最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係がある場合には、この上下の因果関係の起因を選ぶ。最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係が多数ある場合には、最初に記載された上下の因果関係の起因を選ぶ。
- ルール 2.** 死亡診断書に最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係の記載がない場合には、この最初に記載された病態を選ぶ。
- ルール 3.** 一般原則、ルール 1 又はルール 2 によって選ばれた病態が、明らかに I 欄又は II 欄に記載されている他の病態の直接影響による場合には、先行する病態を選ぶ。

4.1.6 選択ルールについての留意事項

正しく記載された死亡診断書では、起点となる先行原因は I 欄の最下欄に単独で記載され、この初期の原因の結果として引き起こされた病態がある場合は、その上欄に一つの欄に一つの病態ずつ、下から因果関係の順に記載されている。

- 例 3 : I (a) 尿毒症
(b) 水腎症
(c) 尿閉
(d) 前立腺肥大 (症)

- 例 4 : I (a) 気管支肺炎
(b) 慢性気管支炎

II 慢性心筋炎

従って、正しく記載された死亡診断書では、一般原則が適用できる。しかし、死亡診断書が正しく記載されていない場合でも、一般原則が適用されることがあり、これは、たとえ正しい因果関係で記載されなかったとしても、I 欄の最下欄に単独で記載された病態が、その上欄に記載されたすべての病態の原因となり得る可能性がある場合には、一般原則が適用されるからである。

例 5 : I (a) 全身転移 5 週間
(b) 気管支肺炎 3 日間
(c) 肺癌 11 ヶ月

I 欄の最下欄に多数の病態が記載された場合、又は記載された単一病態が、その上欄に記載されたすべての病態を引き起こす可能性がない場合は、一般原則は適用しない。認められる様々な上下の因果関係についてのガイダンスは、このルールの最後に記載されているが、死亡診断書の記載内容は、死亡を引き起こした病態及びそれらの相互関係についての医師の意見を反映しており、軽々しく無視するべきではない。

一般原則が適用できない場合は、診断書を作成した医師から、可能な限り死亡診断書の記載に関する説明を求めるべきである。というのは、選択ルールは、やや恣意的な面があり、この適用によって常に原死因が適切に選択されるとは限らないからである。しかしながら、それ以上の詳しい状況がわからない場合には、選択ルールを適用しなければならない。ルール 1 は、死亡診断書に最初に記載された病態に帰着するような上下の因果関係の記載があった場合にのみ適用する。もし、このような上下の因果関係が見いだされない場合は、ルール 2 を適用し、最初に記載された病態を選択する。

しかし、上記のルールによって選択された病態が、それと正しい因果関係で記載されていない他の病態の結果であることが明らかである場合もあるかもしれない。たとえば、その原因の病態が II 欄又は I 欄の同一欄に記載される場合などである。そのような場合は、ルール 3 を適用し、この原因となった病態を選ぶ。ただし、これはこれらの二つの病態間に明確な因果関係が認められる場合にのみ適用する；医師が記載すれば認められたであろうということを持って、これらの病態間の因果関係を許容するには十分とはいえない。

4.1.7 一般原則と選択ルールの例

一般原則

死亡診断書に多数の病態が記載されている場合は、I欄の最下欄に単独で記載された病態が、その上欄に記載されたすべての病態を引き起こす可能性がある場合に限り、その病態を選ぶ。

- 例 6 : I (a) 肺膿瘍
(b) 大葉性肺炎

大葉性肺炎 (J18.1) を選ぶ。

- 例 7 : I (a) 肝不全
(b) 胆管閉塞
(c) 膵頭部癌

膵頭部癌 (C25.0) を選ぶ。

- 例 8 : I (a) 脳出血
(b) 高血圧 (症)
(c) 慢性腎盂腎炎
(d) 前立腺腺腫

前立腺腺腫 (D29.1) を選ぶ。

- 例 9 : I (a) 外傷性ショック
(b) 多発骨折
(c) トラックと衝突した歩行者 (路上交通事故)

トラックと衝突した歩行者 (V04.1) を選ぶ。

※例 10 は、欠番

ルール 1

一般原則が適用できず、死亡診断書に最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係がある場合には、この上下の因果関係の起因を選ぶ。最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係が多数ある場合には、最初に記載された上下の因果関係の起因を選ぶ。

- 例 11 : I (a) 気管支肺炎
(b) 脳梗塞及び高血圧性心疾患

脳梗塞 (I63. 9) を選ぶ。死亡診断書の最初に記載された病態に帰着する二つの上下の因果関係が記載されている ; すなわち、脳梗塞による気管支肺炎、及び高血圧性心疾患による気管支肺炎である。従って、最初に記載された上下の因果関係の起因を選ぶ。

- 例 12 : I (a) 食道静脈瘤及びうっ血性心不全
(b) 慢性リウマチ性心疾患及び肝硬変

肝硬変 (K74.6) を選ぶ。死亡診断書の最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係は、肝硬変による食道静脈瘤である。

- 例 13 : I (a) 急性心筋梗塞
(b) アテローム<じゅく<粥>状>硬化性心疾患
(c) インフルエンザ

アテローム<じゅく<粥>状>硬化性心疾患を選ぶ。すなわち死亡診断書の最初に記載された病態に帰着する因果関係とは、アテローム<じゅく<粥>状>硬化性心疾患による急性心筋梗塞である。しかし修正ルール C もまた適用する ; 例 47 参照。

- 例 14 : I (a) 心膜炎
(b) 尿毒症及び肺炎

尿毒症を選ぶ。死亡診断書の最初に記載された病態に帰着する二つの上下の因果関係が記載されている ; すなわち、尿毒症による心膜炎、及び肺炎による心

膜炎である。従って、最初に記載された上下の因果関係の起因を選ぶ。しかし、修正ルール D もまた適用する；例 64 参照。

- 例 15：I (a) 脳梗塞及び臥床<沈下>性肺炎
 (b) 高血圧（症）及び糖尿病
 (c) アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）

アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）を選ぶ。死亡診断書に最初に記載された病態に帰着する二つの上下の因果関係が記載されている；すなわち、アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）による高血圧（症）による脳梗塞及び糖尿病による脳梗塞である。従って、最初に記載された上下の因果関係の起因を選ぶ。しかし修正ルール C もまた適用する；例 48 参照。

ルール 2

死亡診断書に最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係の記載がない場合には、この最初に記載された病態を選ぶ。

- 例 16：I (a) 悪性貧血及び足の壊疽
 (b) アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）

悪性貧血（D51.0）を選ぶ。最初に記載された病態に帰着する上下の因果関係は記載されていない。

- 例 17：I (a) リウマチ性及びアテローム<じゅく<粥>状>硬化性心疾患

リウマチ性心疾患（I09.9）を選ぶ。上下の因果関係は記載されていない；両病態は同一欄にある。

- 例 18：I (a) 膣ののう<囊>胞性線維症
 (b) 気管支炎及び気管支拡張症

膣ののう<囊>胞性線維症<システィックファイブローシス>（E84.9）を選ぶ。上下の因果関係は記載されていない。

- 例 19 : I (a) 老衰及び臥床<沈下>性肺炎
(b) 関節リウマチ

老衰を選ぶ。上下の因果関係が記載されている一関節リウマチによる臥床<沈下>性肺炎一しかし、これは死亡診断書に最初に記載された病態には帰着していない。しかし、修正ルール A もまた適用する；例 33 参照。

- 例 20 : I (a) 滑液包炎及び潰瘍性大腸炎

滑液包炎を選ぶ。上下の因果関係が記載されていない。しかし、修正ルール B もまた適用する。

- 例 21 : I (a) 急性腎炎、猩紅熱

急性腎炎を選ぶ。上下の因果関係は記載されていない。しかし、ルール 3 もまた適用する。例 28 参照。

ルール 3

一般原則、ルール 1 又はルール 2 によって選ばれた病態が、明らかに I 欄又は II 欄に記載されている他の病態の直接影響による場合には、先行する病態を選ぶ。

他の病態の直接的な影響によると推定できる場合について

C46. - 又は C81-C96 に分類される、カポジ肉腫、バーキット腫瘍並びにリンパ系、造血系及び関連組織のその他のあらゆる悪性新生物<腫瘍>は、HIV 病が記載されている場合は、その HIV 病によって生じたと考えるべきである。その他の型の悪性新生物<腫瘍>は、このような推定をするべきではない。

4.2.2 節の A.(a)に列挙する感染症以外のすべての感染症は、HIV 病が記載されていれば、その HIV 病の影響によって生じたと考えるべきである。

一定の病態については、死亡より 4 週間以内に医療行為が行われた場合には、その医療行為によって生じたと考えるべきである。そのような合併症の一覧については、付録 7.3 を参照のこと。

クロストリジウム・ディフィシルによる腸炎は、抗生物質療法の結果生じたと推定すべきである。

心不全 (I50.-) 及び心疾患、詳細不明 (I51.9) は、他の心臓の病態の結果生じたと考えるべきである。

食道静脈瘤 (I85.-) は、B18.-、K70.-、K73.-、K74.-及び K76.-に分類される肝疾患の結果生じたと考えるべきである。

肺水腫 (J81) は、心疾患 (肺性心疾患を含む)、肺実質に影響のある病態 (肺感染症、誤嚥及び吸入、呼吸窮迫症候群、高地、毒素循環等)、体液過剰を起こす病態 (腎不全、低アルブミン血症等)、肺循環に影響のある先天奇形 (肺静脈の先天性狭窄等) の結果生じたと考えるべきである。

大葉性肺炎、詳細不明 (J18.1) は、アルコール依存症 (F10.2) の結果生じたと考えるべきである。J12-J18にある各種肺炎は、免疫機能を低下させる病態の結果生じたと考えるべきである。J15.0-J15.6、J15.8-J15.9、J16.8、J18.0及びJ18.2-J18.9の肺炎は、次の疾患の結果生じたと考えるべきである：すなわち、悪性腫瘍や栄養失調 (症) といった消耗性疾患、脳出血や脳塞栓症といった麻痺を起こす疾患、また、呼吸器疾患や、伝染病、重症な損傷があげられる。J15.0-15.6、J15.8-J15.9、J16.8、J18.0及びJ18.2-J18.9、J69.0並びにJ69.8の肺炎は、嚥下機能に影響を与える疾患の結果生じたと考えるべきである。J18.-の肺炎 (大葉性肺炎を除く) が不動症又は可動性の減少とともに記載された場合は、J18.2にコードするべきである。

その他の一般的な続発性の病態 (肺塞栓症、褥瘡性潰瘍、膀胱炎等) は、次の疾患の明らかな結果と考えるべきである。すなわち、悪性腫瘍や栄養失調 (症) といった消耗性疾患、脳出血や脳塞栓症といった麻痺を起こす疾患、また、伝染病や重症な損傷があげられる。ただし、そのような続発性の病態は、呼吸器疾患の明らかな結果と考えるべきではない。

アシドーシス (E87.2) ; その他の明示された代謝障害 (E88.8) ; その他の単ニューロパチ<シ>一 (G58.-) ; 多発 (性) ニューロパチ<シ>一, 詳細不明 (G62.9) ; 末梢神経系のその他の障害 (G64) ; その他の原発性筋障害 (G71.8) に分類される他に記載のない筋萎縮、自律神経系の障害, 詳細不明 (G90.9) ; 虹彩毛様体炎 (H20.9) ; 白内障, 詳細不明 (H26.9) ; 網脈絡膜の炎症, 詳細不明 (H30.9) ; 網膜血管閉塞症

(H34)；単純性網膜症及び網膜血管変化 (H35.0)；その他の増殖網膜症 (H35.2)；網膜出血 (H35.6)；網膜障害，詳細不明 (H35.9)；(四) 肢の動脈のアテローム<じゅく<粥>状>硬化 (症) (I70.2)；末梢血管疾患，詳細不明 (I73.9)；リポイド類<えく<壊>死症，他に分類されないもの (L92.1)；下肢の潰瘍，他に分類されないもの (L97)；関節炎，詳細不明 (M13.9)；神経痛及び神経炎，詳細不明 (M79.2)；骨障害，詳細不明 (M89.9)；ネフローゼ症候群 (N03-N05)；慢性腎臓病，詳細不明 (N18.-)；詳細不明の腎不全 (N19)；詳細不明の萎縮腎 (N26)；腎及び尿管の障害，詳細不明 (N28.9) 及び持続性タンパク<たんぱく>尿，詳細不明 (N39.1) に分類される腎疾患；えく<壊>疽，他に分類されないもの (R02)；昏睡，詳細不明 (R40.2)；及びアセトン血症、高窒素血症及び関連する病態におけるその他の明示された血液化学的異常所見 (R79.8) については、糖尿病 (E10-E14) の結果生じたと考えるべきである。

下記のリストに記載の分類項目は、消耗性疾患及び麻痺を起こす病態の結果生じたと考えるべきである。「M」の符号のある分類項目の病態は、最右欄に記載のコーディングの前提条件を満たした場合のみ、「消耗性疾患及び麻痺を起こす疾患」のリストに記載の病態の結果生じたと考えるべきである。

コード	記載	条件的対応	条件
E86	体液量減少 (症)		
G81-G83	その他の麻痺症候群		
I26.0-I26.9	肺塞栓症		
I74.2-I74.4	(四) 肢の動脈の塞栓症及び血栓症		
I80.1-I80.3	下肢の静脈炎及び血栓 (性) 静脈炎		
I80.9	部位不明の静脈炎及び血栓 (性) 静脈炎		
I82.9	部位不明の静脈の塞栓症及び血栓症		
K55.0	腸の急性血行障害	M	K55.0 の病態が塞栓症であるとの記載がなければならない
K56.4	その他の腸管かん<く>嵌>頓		
K59.0	便秘		

L89	じょく<褥>瘡性潰瘍		
N10-N12	尿細管間質性腎炎	M	麻痺又は膀胱の制御不能を起こす疾患
N17, N19	腎臓病、急性又は詳細不明		
N28.0	腎虚血及び腎梗塞	M	N28.0の病態が腎動脈の塞栓症という記載がなければならない
N30.0-N30.2	急性、間質性又はその他の慢性膀胱炎	M	麻痺又は膀胱の制御不能を起こす疾患
N30.9	膀胱炎、詳細不明	M	麻痺又は膀胱の制御不能を起こす疾患
N31	神経因性膀胱（機能障害）、他に分類されないもの		
N34.0-N34.2	尿道炎	M	麻痺又は膀胱の制御不能を起こす疾患
N35.1-N35.9	尿道狭窄（非外傷性）	M	麻痺又は膀胱の制御不能を起こす疾患
N39.0	尿路感染症、部位不明	M	麻痺又は膀胱の制御不能を起こす疾患

「塞栓症」と記載又は形容された疾病は、静脈血栓症、静脈炎、血栓性静脈炎、弁膜性心疾患、分娩又はその他の手術の結果生じたと推定できる。ただし、どこで血栓が形成され、その血栓がどこに飛んで塞栓となったかをはっきり明記していなければならない。静脈血栓症又は血栓性静脈炎は肺塞栓症の原因となりうる。左心系（僧房弁や大動脈弁）で作られた血栓、又は心房細動による血栓は体内循環の動脈塞栓症の原因となりうる。同様に、右心系の弁（三尖弁や肺動脈弁）周囲に形成される血栓は、肺（動脈）塞栓の原因となりうる。また、左心系の血栓は心臓の中隔欠損症が存在する場合に右心系に移行する場合がある。

体内循環の動脈塞栓症は心房細動があればそれによって明らかに生じたものと考えべきである。肺塞栓症が、心房細動によって起きたという記載があったら、その因果関係は可能とする。しかし、肺塞栓症が心房細動の明らかな結果と考えるべきではない。

詳細不明の認知症（F03）及びアルツハイマー<Alzheimer>病（G30.-）は、ダウ

ン<Down>症候群（Q90.-）の明らかな結果と考えるべきである。

原因が明示されない認知症は、不可逆的脳障害によって生じた結果とみなすべきである。原因が明示されている場合は、その病態が不可逆的脳障害を生じうる病態である場合のみ、その病態を認知症の原因とみなす。たとえ認知症がその病態の典型的な所見でなくても、その可能性を受け入れる。

二次性<続発性>と記載された疾患は、死亡診断書に記載されている中で、最も原死因としての可能性のある病態の結果生じたと推定すべきである。

二次性<続発性>もしくは詳細不明の貧血、栄養失調（症）、消耗症<マラスムス>又は悪液質は、悪性新生物<腫瘍>、麻痺性疾患又は認知症や神経系の変性疾患といった自立能力の制限を強いられる疾患の結果生じたと推定できる。

あらゆる腎盂腎炎は、前立腺肥大症、尿管狭窄のような病態による尿路閉塞の結果生じたと推定できる。

腎炎症候群は、猩紅熱や連鎖球菌性の咽頭炎といった連鎖球菌感染症の結果生じたと推定できる。

急性腎不全は、尿路感染症の発症前から存在していたという記載がある場合を除いて、尿路感染症の結果生じたと推定すべきである。

脱水は、腸管感染症の結果生じたと考えるべきである。

新生児原発性無気肺（P28.0）は、先天的な腎臓の病態（Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4）、前期破水（P01.1）、及び羊水過少症（P01.2）の結果生じたと考えるべきである。

前期破水又は羊水過少症により影響を受けた胎児及び新生児（P01.1–P01.2）は、先天的な腎臓の病態（Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4）の結果生じたと推定すべきである。

ある臓器についての手術は、死亡診断書のどこかに記載された同じ臓器のすべての外科的病態（悪性腫瘍<癌>又は損傷のような病態）の結果生じたと考えるべきである。

出血は、抗凝固薬の中毒又は過剰量の結果生じたと考えるべきである。ただし、中毒又は過剰量の記載がない場合は、出血が、抗凝固療法の結果生じたと考えるべきではない。胃出血は、ステロイド、アスピリン及び非ステロイド性抗炎症薬（NSAID）の結果生じたと考えるべきである。

精神遅滞は、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）、P05（胎児発育遅延＜成長遅滞＞及び胎児栄養失調（症））、P07（妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの）、P10（出産損傷による頭蓋内裂傷及び出血）、P11.0（出産損傷による脳浮腫）、P11.1（出産損傷によるその他の明示された脳傷害）、P11.2（出産損傷による詳細不明の脳傷害）、P11.9（中枢神経系の出産損傷、詳細不明）、P15.9（出産損傷、詳細不明）、P20（子宮内低酸素症）、P21（出生時仮死）、P35（先天性ウイルス疾患）、P37（その他の先天性感染症及び寄生虫病）、P52（胎児及び新生児の頭蓋内非外傷性出血）、P57（核黄疸）、P90（新生児のけいれん＜痙攣＞）及びP91（新生児の脳のその他の機能障害）における、周産期の病態の明らかな結果と考えるべきである。

- 例 22： I (a) カポジ＜Kaposi＞肉腫
II AIDS（後天性免疫不全症候群）

カポジ＜Kaposi＞肉腫を起こした HIV 病（B21.0）を選ぶ。

- 例 23： I (a) 卵巣がん
II ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病

卵巣の悪性新生物＜腫瘍＞（C56）を選ぶ。

- 例 24： I (a) 結核
II ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病

マイコバクテリア感染症を起こした HIV 病（B20.0）を選ぶ。

- 例 25： I (a) 脳のトキソプラズマ症及び帯状疱疹 [帯状ヘルペス]
II バーキット＜Burkitt＞リンパ腫、ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病

他に分類される多発疾患を起こした HIV 病 (B22.7) を選ぶ。ルール 2 によって選択された脳のトキソプラズマ症は、直接、HIV 病の結果生じたと考えることができる。

- 例 26 : I (a) 気管支肺炎
II 二次性貧血及び慢性リンパ性白血病

慢性リンパ性白血病 (C91.1) を選ぶ。一般原則によって選択された気管支肺炎、及び二次性貧血はいずれも、直接、慢性リンパ性白血病の結果生じたと考えることができる。

- 例 27 : I (a) 脳出血
(b) 高血圧 (症)
(c) 慢性腎盂腎炎及び前立腺性閉塞 (症)

前立腺性閉塞 (症) (N40) を選ぶ。ルール 1 によって選択された慢性腎盂腎炎は、直接、前立腺性閉塞 (症) の結果生じたと考えることができる。

- 例 28 : I (a) 急性腎炎、猩紅熱

猩紅熱 (A38) を選ぶ。ルール 2 によって選択された急性腎炎 (例 21 を参照) は、直接、猩紅熱の結果生じたと考えることができる。

- 例 29 : I (a) 腎切除
II 腎の明細胞癌

腎の明細胞癌 (C64) を選ぶ。腎の悪性新生物<腫瘍>のための腎切除が行われたことは疑う余地がない。

- 例 30 : I (a) 急性貧血症
(b) 吐血症
(c) 食道静脈瘤の出血
(d) 門脈圧亢進 (症)
II 肝硬変

肝硬変（K74.6）を選ぶ。一般原則により選択された門脈圧亢進（症）は、直接、肝硬変の結果生じたと考えられる。

- 例 31： I (a) 臥床<沈下>性肺炎，脳
(b) 脳出血及び乳がん

脳出血（I61.9）を選ぶ。ルール 2 によって選択された臥床<沈下>性肺炎は、直接、記載された他の病態のいずれかの結果生じたと考えることができる；最初に記載されたものが選ばれる。

- 例 32： I (a) 肺梗塞
II 3 週間前に行われた肺癌のための左肺切除術

肺癌（C34.9）を選ぶ。

4.1.8 選択された死因の修正

選択された死因は、必ずしも製表のために最も有効で有益な病態とは限らない。たとえば、老衰又は高血圧（症）もしくはアテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）のような全身性の疾患が選ばれたとすると、加齢や疾病による症状発現やその結果が選ばれるよりも、有用性は低くなってしまいうだろう。時として分類の要件に沿うよう、死因の選択を修正する必要があるかもしれない。すなわち、複数の死因が共に記載された際に該当する単一のコードを付けるためであったり、特定の死因と他の一定の病態が記載された際にいずれかを優先して死因としたりする場合などがある。

下記の修正ルールは、死亡データの有効性と正確性の改善を意図したものであり、起点となる先行原因の選択の後に適用されるべきである。選択と修正との過程は、相互に入り組んだものであるが、明確にするために分けられてきた。

修正ルールを適用する場合、場合によっては選択ルールをもう一度適用する必要がある。経験を積んだコーダーにとっては、さほど難しいことではないが、選択及び修正をしてから、必要に応じてさらに再選択をするという過程が必要なことがある。修正ルールを適用したら、選択ルール 3 を再使用する場合がある。

4.1.9 修正ルール

ルール A 老衰及びその他の診断名不明確な病態

選ばれた死因が診断名不明確な病態である場合で、他に分類される病態が死亡診断書に記載されている場合には、その診断名不明確な病態は記載されなかったものとして、死因を選びなおす。ただし、その病態によってコード番号が変わる場合は、その病態を考慮する。次の記載は、いずれも診断名不明確な病態とみなす。：I46.1（心臓性突然死<急死>と記載されたもの）；I46.9（心停止，詳細不明）；I95.9（低血圧，詳細不明）；I99（循環器疾患，その他及び詳細不明）；J96.0（急性呼吸不全）；J96.9（呼吸不全，詳細不明）；P28.5（新生児の呼吸不全）；R00－R94 及び R96－R99（症状，徴候及び異常臨床所見，異常検査所見で，他に分類されないもの）。ただし、R95（乳幼児突然死症候群）は含まれない。

死亡診断書に記載されている他のすべての病態が診断名不明確な病態又は軽微な病態である場合は、死因を選びなおすことはしない。つまり、このような場合にはルール A は適用されない。

ルール B 軽微な病態

選ばれた死因が、それ自身では死因になりそうもない軽微な病態で（付録 7.1 参照）、同時にもっと重篤な病態が記載されている場合には、その軽微な病態が記載されなかったものとして、原死因を選びなおす（ただし、診断名不明確な病態や軽微な病態は除く）。もし軽微な病態を治療して副作用が生じ、その結果死亡したとしたら、副作用を死因として選ぶ。

軽微な病態が他の病態の原因となっていると記載されている場合は、その軽微な病態は無視されない。つまりルール B は適用されない。

ルール C 連鎖（Linkage）

選ばれた死因が、分類にある規定又は原死因コーディングのための注にある規定によって、死亡診断書上の一つ以上の他の病態と連鎖する場合には、複合した病態にコードする。

連鎖の規定が、一つの病態が他の病態によると明示された組合せを規定しているだけの場合は、正しい因果関係が記載されているか、又は選択ルールの適用によってその因果関係が推測される場合にのみ、複合した病態にコードする。

選択された死因と他の病態との間に連鎖の関係が複数ある場合は、初めに選択された死因が記載されなかったと考えた場合に、選択される病態を連鎖の対象とする。更に連鎖が可能な場合は、更に連鎖を適用する。

起点となる先行原因よりも選ばれた病態を具体的に表現する複合コードがある場合は、複合コードを使うべきである。ただし、複合コードが起点となる先行原因のコードとは異なる3桁分類項目にある場合、複合コードは起点となる先行原因を明確に特定しなければならない。多重原因コーディングにおいては、捉えうるすべての詳細を保持するようにするべきである。

ルール D 特異性（原死因の明確化）

選ばれた死因が、一般的な用語で病態を表しており、この病態の部位又は性質について、より詳細な情報を与える用語が、死亡診断書に記載されている場合には、このより詳細な情報のある用語を選ぶ。このルールは、一般的な用語が形容詞としてより明確な用語を修飾しているような場合に、しばしば適用される。

4.1.10 修正ルールの例

ルール A 老衰及びその他の診断名不明確な病態

選ばれた死因が診断名不明確な病態である場合で、他に分類される病態が死亡診断書に記載されている場合には、その診断名不明確な病態は記載されなかったものとして、死因を選びなおす。ただし、その病態によってコード番号が変わる場合は、その病態を考慮する。次の記載は、いずれも診断名不明確な病態とみなす。: I46.1（心臓性突然死<急死>と記載されたもの）; I46.9（心停止，詳細不明）; I95.9（低血圧，詳細不明）; I99（循環器疾患，その他及び詳細不明）; J96.0（急性呼吸不全）; J96.9（呼吸不全，詳細不明）; P28.5（新生児の呼吸不全）; R00-R94 及び R96-R99（症状，徴候及び異常臨床所見，異常検査所見で，他に分類されないもの）。ただし、R95

(乳幼児突然死症候群) は含まれない。

死亡診断書に記載されている他のすべての病態が診断名不明確な病態又は軽微な病態である場合は、死因を選びなおすことはしない。つまり、このような場合にはルール A は適用されない。

例 33 : I (a) 老衰及び臥床<沈下>性肺炎
(b) 関節リウマチ

関節リウマチ (M06.9) にコードする。ルール 2 により老衰が選ばれる (例 19 参照) が、これは無視して一般原則を適用する。

例 34 : I (a) 貧血
(b) 脾腫

脾腫性貧血 (D64.8) にコードする。一般原則により脾腫が選ばれるが、これは無視してコードを修正する。

例 35 : I (a) 心筋変性 (症)
(b) 肺気腫
(c) 老衰

心筋変性 (症) (I51.5) にコードする。一般原則により老衰が選ばれるが、これは無視してルール 2 を適用する

例 36 : I (a) 咳及び吐血

吐血 (K92.0) にコードする。ルール 2 により咳が選ばれるが、これは無視する。

例 37 : I (a) 末期肺炎
(b) 広範囲の壊疽及び脳梗塞

脳梗塞 (I63.9) にコードする。ルール 1 により壊疽が選ばれるが、これは無視し一般原則を適用する。

ルールB 軽微な病態

(A) 選ばれた死因が、それ自身では死因になりそうもない軽微な病態で（付録 7.1 参照）、同時にもっと重篤な病態が記載されている場合には、その軽微な病態が記載されなかったものとして、原死因を選びなおす（ただし、診断名不明確な病態や軽微な病態は除く）。

例 38： I (a) う<齧>蝕
II 糖尿病

糖尿病（E14.9）にコードする。一般原則により、う<齧>蝕が選ばれるが、これは無視する。

例 39： I (a) 陥入爪及び急性腎不全

急性腎不全（N17.9）にコードする。ルール2により陥入爪が選ばれるが、これは無視する。

(B) もし軽微な病態を治療して副作用が生じ、その結果死亡したとしたら、副作用を死因として選ぶ。

例 40： I (a) 術中出血
(b) 扁桃摘出術
(c) 扁桃肥大

術中出血（Y60.0）にコードする。一般原則により選ばれた扁桃肥大の治療で生じた副作用にコードする。

(C) 軽微な病態が他の病態の原因となっていると記載されている場合は、その軽微な病態は無視されない。つまりルールBは適用されない。

例 41： I (a) 敗血症
(b) 膿痂疹

膿痂疹（L01.0）にコードする。一般原則に従って選ばれる。また、膿痂疹という軽微な病態であっても、それが他の病態の原因として記載されていることより、無視されない。

- 例 42：I (a) 呼吸不全
(b) 上気道感染

上気道感染（J06.9）にコードする。一般原則により、この軽微な病態が選択される。この病態は、別の病態の原因として記載されており、たとえ軽微であっても無視できない。

ルール C 連鎖（Linkage）

選ばれた死因が、分類にある規定又は原死因コーディングのための注にある規定によって、死亡診断書上の一つ以上の他の病態と連鎖する場合には、複合した病態にコードする。

連鎖の規定が、一つの病態が他の病態によると明示された組合せを規定しているだけの場合は、正しい因果関係が記載されているか、又は選択ルールの適用によってその因果関係が推測される場合にのみ、複合した病態にコードする。

選択された死因と他の病態との間に連鎖の関係が複数ある場合は、初めに選択された死因が記載されなかったと考えた場合に、選択される病態を連鎖の対象とする。更に連鎖が可能な場合は、更に連鎖を適用する。

起点となる先行原因よりも選ばれた病態を具体的に表現する複合コードがある場合は、複合コードを使うべきである。ただし、複合コードが起点となる先行原因のコードとは異なる3桁分類項目にある場合、複合コードは起点となる先行原因を明確に特定しなければならない。多重原因コーディングにおいては、捉えうるすべての詳細を保持するようにするべきである。

- 例 43：I (a) 心筋症
(b) アルコール依存症

アルコール性心筋症（I42.6）にコードする。

- 例 44 : I (a) 腸閉塞
(b) 大腿<股>ヘルニア

閉塞を伴う大腿<股>ヘルニア (K41.3) にコードする。

- 例 45 : I (a) てんかん発作
(b) 慢性アルコール中毒

慢性アルコール中毒 (F10.2) にコードする。特殊なてんかん症候群は G40.5 として索引に記載されているが、この複合コードは起点となる先行原因を特定していない。

- 例 46 : I (a) 右足ブロック及びシャーガス<Chagas>病

心疾患を伴うシャーガス病 (B57.2) にコードする。ルール 2 により右脚ブロックが選ばれるが、これはシャーガス病と連鎖する。

- 例 47 : I (a) 急性心筋梗塞
(b) アテローム<じゅく<粥>状>硬化性心疾患
(c) インフルエンザ

急性心筋梗塞 (I21.9) にコードする。ルール 1 によりアテローム<じゅく<粥>状>硬化性心疾患が選ばれる (例 13 参照) が、これは心筋梗塞と連鎖する。

- 例 48 : I (a) 脳梗塞及び臥床<沈下>性肺炎
(b) 高血圧 (症) 及び糖尿病
(c) アテローム<じゅく<粥>状>硬化 (症)

脳梗塞 (I63.9) にコードする。ルール 1 によりアテローム<じゅく<粥>状>硬化 (症) が選ばれる (例 15 参照) が、これは高血圧 (症) と連鎖する。さらに高血圧 (症) 自体は脳梗塞に連鎖している。

- 例 49 : I (a) 心拡張及び腎硬化症
(b) 高血圧 (症)

高血圧性心腎疾患（I13.9）にコードする。三つの病態すべてが組み合わされている。

- 例 50： I (a) 脳卒中
(b) アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）及び高血圧性心疾患

高血圧性心疾患（I11.9）にコードする。ルール 1 によりアテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）が選ばれるが、これは高血圧性心疾患と連鎖する。このことは、もし、アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）が記載されていなかったならば、一般原則により高血圧性心疾患が選ばれることになるためである。

- 例 51： I (a) 脳卒中及び高血圧性心疾患
(b) アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）

脳卒中（I64）にコードする。一般原則によりアテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）が選ばれるが、これは脳卒中に連鎖する。このことは、もし、アテローム<じゅく<粥>状>硬化（症）が記載されていなかったならば、ルール 2 により脳卒中が選ばれることになるためである。

- 例 52： I (a) 続発性赤血球増加症
(b) 肺気腫
(c) 慢性気管支炎

閉塞性慢性気管支炎（J44.8）にコードする。一般原則により慢性気管支炎が選ばれるが、これは肺気腫に連鎖する。

- 例 53： I (a) 心拡張
(b) 高血圧（症）
II 腎萎縮

高血圧性心腎疾患にコードする（I13.9）。三つの病態すべてが組み合わされている。

- 例 54： I (a) 気管支肺炎（誤えん<嚙><吸引>性）
(b) けいれん<痙攣>

(c) 結核性髄膜炎

II 肺結核

肺結核 (A16.2) にコードする。一般原則により結核性髄膜炎が選ばれるが、これは肺結核の記載があれば採用されない。

例 55 : I (a) 後頭骨骨折

(b) てんかん発作による転倒

てんかん発作 (G40.9) にコードする。ルール 1 により転倒が選ばれるが、これはてんかん発作に連鎖する。

例 56 : I (a) 心停止

II シャーガス<Chagas>病

心障害を伴うシャーガス病 (B57.2) にコードする。一般原則により心停止が選ばれるが、これはシャーガス病に連鎖する。

例 57 : I (a) ニューモシスチス・カリニ [イロベチイ] 肺炎

(b) HIV

一般原則により、HIV が選択され、それがニューモシスチス・カリニ [イロベチイ] 肺炎と連鎖するため、B20.6 にコードする。

例 58 : I (a) 呼吸不全

(b) HIV

B24 にコードする。呼吸不全は不明確な病態であり、B20-B23 のどの分類項目にも連鎖しない。

ルール D 特異性 (原死因の明確化)

選ばれた死因が、一般的な用語で病態を表しており、この病態の部位又は性質について、より詳細な情報を与える用語が、死亡診断書に記載されている場合には、このより詳細な情報のある用語を選ぶ。このルールは、一般的な用語が形容詞としてより

明確な用語を修飾しているような場合に、しばしば適用される。

- 例 59 : I (a) 脳梗塞
(b) 脳卒中

脳梗塞 (I63.9) にコードする。

- 例 60 : I (a) リウマチ性心疾患、僧帽弁狭窄 (症)

リウマチ性僧帽弁狭窄 (症) (I05.0) にコードする。

- 例 61 : I (a) 髄膜炎
(b) 結核

結核性髄膜炎 (A17.0) にコードする。これらの病態は、正しい因果関係で記載されている。

- 例 62 : I (a) 妊娠中の重度の高血圧 (症)
II 子かん<痛>性けいれん<痙攣>

妊娠子かん<痛> (O15.0) にコードする。

- 例 63 : I (a) 大動脈瘤
(b) 梅毒

梅毒性大動脈瘤 (A52.0) にコードする。これらの病態は正しい因果関係で記載されている。

- 例 64 : I (a) 心膜炎
(b) 尿毒症及び肺炎

尿毒症性心膜炎 (N18.5) にコードする。ルール 1 により尿毒症が選ばれる (例 14 参照) が、これは心膜炎を修飾する。

修正後のルール 3 の適用

修正ルールの適用後、改めてルール3を適用する。ただし、修正ルールにより選ばれた起因が他の病態によることが正しく記載されている場合、その病態が診断名不明確な病態又は軽微な病態である場合を除き、ルール3は適用しない。

- 例 65 : I (a) 敗血症
 (b) 動脈塞栓症
 (c) 循環不全
 II 結腸の悪性新生物<腫瘍>

結腸の悪性新生物<腫瘍> (C18.9) にコードする。一般原則により選ばれる循環不全は、(ルール A 老衰及びその他の診断名不明確な病態) により無視し、動脈塞栓症を起因として選ぶ。動脈塞栓症は、結腸の悪性新生物<腫瘍> (消耗性疾患) の直接的な結果と考えることができる。ルール3が適用され、結腸の悪性新生物<腫瘍> (C18.9) が原死因として選ばれる。

- 例 66 : I (a) 敗血症
 (b) 動脈塞栓症
 (c) 全身性アテローム粥状硬化症
 II 結腸の悪性新生物<腫瘍>

動脈塞栓症 (I74.9) にコードする。一般原則により選ばれる全身性アテローム粥状硬化症は、動脈塞栓症に連鎖する (ルール C)。動脈塞栓症は、結腸の悪性新生物<腫瘍> (消耗性疾患) の直接的な結果と考えることができるが、この死亡診断書では動脈塞栓症が全身性アテローム粥状硬化症によると記載されている。従って、ルール3は適用しない。

4.1.11 原死因コーディングのための注

下記の注は、もし左欄に示されるような、仮に選ばれたコードが、その下に掲げられている病態の一つを伴っているならば、使用されるべきコードは、下線で示されているものであるということを示していることが多い。この組み合わせには二つの型がある：

「下記の記載を伴うもの」という表現は、下記として示された病態が、死亡診断書のどこかに記載されている場合を意味する；

「下記の起点となる先行原因として記載された場合」という表現は、下記として記載された病態が、正しい因果関係で記載されている場合か、又は、起点となる先行原因「による」とされている場合を意味している。

A00－B99 感染症及び寄生虫症

ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病 (B20－B24) に関するものを除き、悪性新生物<腫瘍>の起点となる先行原因として記載された場合は、**C00－C97**にコードする。

A15.- 呼吸器結核，細菌学的又は組織学的に確認されたもの

A16.- 呼吸器結核，細菌学的又は組織学的に確認されていないもの
下記の記載を伴うもの：

J60－J64 (じん<塵>肺 (症))、**J65**にコードする。

A17.- 神経系結核

A18.- その他の臓器の結核

下記の記載を伴うもの：

A15 又は A16 (呼吸器結核)、**A15, A16**にコードする。ただし、起点となる先行原因として記載されている場合、及び A15.-又は A16.-における病態の持続期間を超える期間が明示されている場合は除く。

A39.2 急性髄膜炎菌血症

A39.3 慢性髄膜炎菌血症

A39.4 髄膜炎菌血症，詳細不明

下記の記載を伴うもの：

A39.0 (髄膜炎菌性髄膜炎)、**A39.0**にコードする。

A39.1 (ウォーターハウス・フリーデリクセン<Waterhouse-Friderichsen>症候群)、**A39.1**にコードする。

A40.- レンサ球菌性敗血症

A41.- その他の敗血症

A46 丹毒

表在損傷（S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0における各病態）又は第一度火傷に続発する場合は、これらの疾病（A40.-, A41.-及びA46）にコードする；より重度の損傷に続発する場合は、損傷の外因にコードする。

A51.- 早期梅毒

下記の記載を伴うもの：

A52.- （晚期梅毒）、**A52.-** にコードする。

B16.- B型急性肝炎

B17.- 他の急性ウイルス性肝炎

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

K72.1 （慢性肝不全）、**B18.-** にコードする。

K74.0－K74.2, K74.4－K74.6 （肝臓の線維化と硬化）、**B18.-** にコードする。

B20－B24 ヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病

HIV感染による死亡の様態及びHIV感染の合併症と記載された診断名不明確な病態や軽微な病態は、第3巻の具体的な索引項目によりB20－B23に割り振られていない限り、連鎖を適用し、B20－B23の分類項目にコードしてはいけない。

同じ分類項目内の2つ以上の細分類項目に分類可能な病態は、該当する分類項目（B20又はB21）の細分類項目.7にコードすべきである。必要に応じ、記載された個別の病態を特定するために、中間分類項目はB20－B24の中から追加コードを使用してもよい。

B22.7 他に分類される多発疾患を起こしたHIV病

この細分類項目は、B20－B22の複数の分類項目に分類される病態が、診断書に記載されている場合に使用すべきである。もし、必要ならば、中間分類項目B20－B24の中から追加コードを、記載された個別の病態を特定するために使用してもよい。

B95－B97 細菌、ウイルス及びその他の感染病原体

原死因コーディングには使用しない。

C77－C79 続発性悪性新生物<腫瘍>

原死因コーディングには使用しない。悪性新生物<腫瘍>の原発部位がわかっていないか、記載されていない場合は、部位の明示されない悪性新生物<腫瘍> (C80.-) にコードする。

C97 独立した (原発性) 多発部位の悪性新生物<腫瘍>

原死因コーディングには使用しない。多発性であるが独立した悪性新生物<腫瘍>が死亡診断書に記載される場合、選択ルール及び修正ルールを通常の方法で適用することによって原死因を選ぶ。「4.2.7 節 悪性新生物<腫瘍>」も参照。

D50－D89 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

下記の原因として記載された場合：

B20－B24 HIV 病の記載があるか、死亡診断書から原疾患に対する治療目的で輸血をした結果 HIV が生じたと考えられる場合は、**B20－B24** にコードする。

E10－E14 糖尿病

下記の記載を伴うもの：

E87.2 (アシドーシス)、4桁細分類項目**.1**を伴う **E10－E14** にコードする。

E88.8 (その他の明示された代謝障害)、4桁細分類項目**.1**を伴う **E10－E14** にコードする。

G58.- (その他の単ニューロパチ<シ>ー、4桁細分類項目**.4**を伴う **E10－E14** にコードする。

G62.9 (多発 (性) ニューロパチ<シ>ー、詳細不明)、4桁細分類項目**.4**を伴う **E10－E14** にコードする。

G64 (末梢神経系のその他の障害)、4桁細分類項目**.4**を伴う **E10－E14** にコードする。

G71.8 (その他の原発性筋障害)、4桁細分類項目**.4**を伴う **E10－E14** にコードする。

G90.9 (自律神経系の障害、詳細不明)、4桁細分類項目**.4**を伴う **E10－E14** にコードする。

- H20.9 (虹彩毛様体炎)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H26.9 (白内障, 詳細不明)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H30.9 (網脈絡膜の炎症, 詳細不明)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H34 (網膜血管閉塞症)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H35.0 (単純性網膜症及び網膜血管変化)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H35.2 (その他の増殖網膜症)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H35.6 (網膜出血)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- H35.9 (網膜障害, 詳細不明)、4桁細分類項目.3を伴う **E10-E14** にコードする。
- I70.2 ((四) 肢の動脈のアテローム<じゅく<粥>状>硬化(症))、4桁細分類項目.5を伴う **E10-E14** にコードする。
- I73.9 (末梢血管疾患, 詳細不明)、4桁細分類項目.5を伴う **E10-E14** にコードする。
- L92.1 (リポイド類え<壊>死症、他に分類されないもの)、4桁細分類項目.6を伴う **E10-E14** にコードする。
- L97 (下肢の潰瘍, 他に分類されないもの)、4桁細分類項目.5を伴う **E10-E14** にコードする。
- M13.9 (関節炎, 詳細不明)、4桁細分類項目.6を伴う **E10-E14** にコードする。
- M79.2 (神経痛及び神経炎, 詳細不明)、4桁細分類項目.4を伴う **E10-E14** にコードする。
- N03-N05 (ネフローゼ症候群)、4桁細分類項目.2を伴う **E10-E14** にコードする。
- N18.- (慢性腎臓病, 詳細不明)、4桁細分類項目.2を伴う **E10-E14** にコードする。

- N19 (詳細不明の腎不全)、4桁細分類項目.2を伴う **E10—E14**にコードする。
- N26 (詳細不明の萎縮腎)、4桁細分類項目.2を伴う **E10—E14**にコードする。
- N28.9 (腎及び尿管の障害)、4桁細分類項目.2を伴う **E10—E14**にコードする。
- N39.1 (持続性タンパク<蛋白>尿、詳細不明)、4桁細分類項目.2を伴う **E10—E14**にコードする。
- R02 (えく瘰>疔, 他に分類されないもの)、4桁細分類項目.5を伴う **E10—E14**にコードする。
- R40.2 (昏睡, 詳細不明)、4桁細分類項目.0を伴う **E10—E14**にコードする。
- R79.8 (その他の明示された血液化学的異常所見)、アセトン血症、高窒素血症、及び関連する病態の場合、4桁細分類項目.1を伴う **E10—E14**にコードする。

上記の組み合わせのいずれかの場合、4桁細分類項目.7を伴う **E10—E14**にコードする。

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

- E15 (非糖尿病性低血糖性昏睡：詳細不明の低血糖性昏睡の場合のみ)、**E1x.0**にコードする。
- G70.9 (神経筋障害, 詳細不明)、4桁細分類項目.4を伴う **E10—E14**にコードする。
- G98 (神経系のその他の障害, 他に分類されないもの：シャルコー<Charcot>関節症 (脊髄ろう<瘰>性), 非梅毒性を除く)、4桁細分類項目.4を伴う **E10—E14**にコードする。
- G98 (神経系のその他の障害, 他に分類されないもの：シャルコー<Charcot>関節症 (脊髄ろう<瘰>性), 非梅毒性の場合のみ)、4桁細分類項目.6を伴う **E10—E14**にコードする。
- H49.9 (麻痺性斜視, 詳細不明)、4桁細分類項目.3を伴う **E10—E14**にコードする。

- H54 (盲く失明>及び低視力)、4桁細分類項目.3を伴う **E10**
—E14にコードする。
- I99 (循環器系のその他及び詳細不明の障害)、血管障害<病
><アンギオパシー>の場合、4桁細分類項目.5を伴う
E10—E14にコードする。
- K31.8 (胃及び十二指腸のその他の明示された疾患：胃不全麻痺
の場合のみ)、4桁細分類項目.4を伴う **E10—E14**にコード
する。
- L30.9 (皮膚炎, 詳細不明)、4桁細分類項目.6を伴う **E10—E14**
にコードする。
- L98.4 (皮膚の慢性潰瘍, 他に分類されないもの)、4桁細分類
項目.5を伴う **E10—E14**にコードする。
- M89.9 (骨障害, 詳細不明)、4桁細分類項目.6を伴う **E10—E14**
にコードする。
- N39.0 (尿路感染症, 部位不明)、4桁細分類項目.6を伴う **E10**
—E14にコードする。

上記の組み合わせのいずれかの場合、4桁細分類項目.7を伴う **E10—E14**
にコードする。

- E86 体液量減少 (症)
下記の記載を伴うもの：
- A00—A09 (腸管感染症)、**A00—A09**にコードする。
- E89. - 治療後内分泌及び代謝障害、他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6節参照。
- F03—F09 症候性を含む器質性精神障害
原因となる身体的病態がわかっている場合は使用しない。
- F10—F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
下記の記載を伴うもの：
- X40—X49 (有害物質による不慮の中毒及び有害物質への曝露)、**X40**
—X49にコードする。

- X60-X69 (有害物質への暴露による意図的な自己の中毒)、X60-X69にコードする。
- X85-X90 (有害物質による他殺)、X85-X90にコードする。
- Y10-Y19 (薬剤、化学薬品及び有害物質による中毒及び薬剤、化学薬品及び有害物質への曝露)、Y10-Y19にコードする。

4桁細分類項目 .0 (急性中毒)、X40-X49、X60-X69、X85、X90、又はY10-Y19にコードする。

4桁細分類項目 .2 (依存症候群) でせん妄を伴う離脱状態 (.4) の記載を伴うもの、4桁細分類項目 .4 を伴う F10-F19 にコードする。

4桁細分類項目 .2 (依存症候群) で健忘症候群 (.6) の記載を伴うもの、4桁細分類項目 .6 を伴う F10-F19 にコードする。

4桁細分類項目 .2 (依存症候群) で残遺及び晩発性精神病性障害 (.7) の記載を伴うもの、4桁細分類項目 .7 を伴う F10-F19 にコードする。

4桁細分類項目 .5 (精神病性障害) で依存症候群 (.2) の記載を伴うもの、4桁細分類項目 .2 を伴う F10-F19 にコードする。

F10. - アルコール使用による精神及び行動の障害

下記の記載を伴うもの：

- E24.4 (アルコール性クッシング<Cushing>症候群)、E24.4にコードする。
- G31.2 (アルコールによる神経系の変性)、G31.2にコードする。
- G62.1 (アルコール性多発(性)ニューロパチ<シ>ー)、G62.1にコードする。
- G72.1 (アルコール性ミオパチ<シ>ー)、G72.1にコードする。
- I42.6 (アルコール性心筋症)、I42.6にコードする。
- K29.2 (アルコール性胃炎)、K29.2にコードする。
- K70.- (アルコール性肝疾患)、K70.-にコードする。
- K72.- (肝不全、他に分類されないもの)、K70.4にコードする
- K73.- (慢性肝炎、他に分類されないもの)、K70.1にコードする
- る

- K74.0 (肝線維症)、**K70.2**にコードする。
 K74.1 (肝硬化症)、**K70.2**にコードする。
 K74.2 (肝硬化症を伴う肝線維症)、**K70.2**にコードする。
 K74.6 (その他及び詳細不明の肝硬変)、**K70.3**にコードする。
 K75.9 (炎症性肝疾患、詳細不明)、**K70.1**にコードする。
 K76.0 (脂肪肝<肝の脂肪化>、他に分類されないもの)、**K70.0**にコードする。
 K76.9 (肝疾患、詳細不明)、**K70.9**にコードする。
 K85.2 (アルコール性急性膵炎)、**K85.2**にコードする。
 K86.0 (アルコール性慢性膵炎)、**K86.0**にコードする。
 O35.4 (アルコールによる胎児傷害(の疑い)のための母体ケア)、**O35.4**にコードする。

F10.0 急性アルコール中毒

下記の記載を伴うもの：

F10.2 (アルコール依存症)、**F10.2**にコードする。

F17.- タバコ使用による精神及び行動の障害

結果として生じた身体的病態がわかっている場合は使用しない。

F70—F79 知的障害<精神遅滞>

原因となる身体的病態がわかっている場合は使用しない。

F80.- 会話及び言語の特異的発達障害

F81.- 学習能力の特異的発達障害

原因となる身体的病態がわかっている場合は使用しない。

G25.5 その他の舞踏病

下記の記載を伴うもの：

I00—I02 (急性リウマチ熱)、**I02.-**にコードする。

I05—I09 (慢性リウマチ性心疾患)、**I02.-**にコードする。

G81.- 片麻痺

G82.- 対麻痺及び四肢麻痺

G83.- その他の麻痺性症候群

麻痺の原因がわかっている場合は使用しない。

G97.- 神経系の処置後障害，他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。

H54.- 盲く失明>及び低視力
先行病態がわかっている場合は使用しない。

H59.- 眼及び付属器の処置後障害，他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。

H90.- 伝音及び感音難聴

H91.- その他の難聴
先行病態がわかっている場合は使用しない。

H95.- 耳及び乳様突起の処置後障害，他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。

I05.8 その他の僧帽弁疾患

I05.9 僧帽弁疾患，詳細不明

下記の記載を伴う詳細不明の原因の場合：

I34.- (非リウマチ性僧帽弁障害)、**I34.-**にコードする。

I08 連合弁膜症

明示された非リウマチ性の連合弁膜症には使用してはならない。非リウマチ性の連合弁膜症が同一の死亡診断書に記載されている場合、一般原則とルール1、2、3を適用して原死因を選択する。

I09.1 心内膜のリウマチ性疾患，弁膜不詳

I09.9 リウマチ性心疾患，詳細不明

下記の記載を伴うもの：

I05-I08 (慢性リウマチ性心疾患)、**I05-I08**にコードする。

I10 本態性（原発性<一次性>）高血圧（症）

下記の記載を伴うもの：

I11.- (高血圧性心疾患)、**I11.-**にコードする。

- I12. - (高血圧性腎疾患)、**I12.-** にコードする。
- I13. - (高血圧性心腎疾患)、**I13.-** にコードする。
- I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコードする。
- I50.- (心不全)、**I11.0** にコードする。
- I51.4-I51.9 (心疾患の合併症及び診断名不明確な心疾患の記載)、**I11.-** にコードする。
- I60-I69 (脳血管疾患)、**I60-I69** にコードする。
- N00. - (急性腎炎症候群)、**N00.-** にコードする。
- N01. - (急速進行性腎炎症候群)、**N01.-** にコードする。
- N03. - (慢性腎炎症候群)、**N03.-** にコードする。
- N04. - (ネフローゼ症候群)、**N04.-** にコードする。
- N05. - (詳細不明の腎炎症候群)、**N05.-** にコードする。
- N18. - (慢性腎臓病)、**I12.-** にコードする。
- N19 (詳細不明の腎不全)、**I12.-** にコードする。
- N26 (詳細不明の萎縮腎)、**I12.-** にコードする。

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

- H35.0 (単純性網膜症及び網膜血管変化)、**H35.0** にコードする。
- I05-I09 (リウマチ性と明示されないが、I05-I09 に分類される疾患)、**I34-I38** にコードする。
- I34-I38 (非リウマチ性弁膜症)、**I34-I38** にコードする。

I11. - 高血圧性心疾患

下記の記載を伴うもの：

- I12. - (高血圧性腎疾患)、**I13.-** にコードする。
- I13. - (高血圧性心腎疾患)、**I13.-** にコードする。
- I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコードする。
- N18. - (慢性腎臓病)、**I13.-** にコードする。
- N19 (詳細不明の腎不全)、**I13.-** にコードする。
- N26 (詳細不明の萎縮腎)、**I13.-** にコードする。

I12. - 高血圧性腎疾患

下記の記載を伴うもの：

- I11. - (高血圧性心疾患)、**I13.-** にコードする。

- I13. - (高血圧性心腎疾患)、**I13.-** にコードする。
 I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコードする。
 I50. - (心不全)、**I13.0** にコードする。
 I51.4-I51.9 (心疾患の合併症及び診断名不明確な心疾患の記載)、
I13.- にコードする。

- I13. - 高血圧性心腎疾患
下記の記載を伴うもの：
 I20-I25 (虚血性心疾患)、**I20-I25** にコードする。
- I15.0 腎血管性高血圧 (症)
 先行病態がわかっているか、ルール3の適用により推定可能な場合は使用しない。先行病態がわかっていないか、推測できない場合は、**I15.0** にコードする。
- I15.1 その他の腎障害による二次性<続発性>高血圧 (症)
 先行病態がわかっているか、ルール3の適用により推定可能な場合は使用しない。先行病態がわかっていないか、推測できない場合は、**N28.9** にコードする。
- I15.2 内分泌障害による二次性<続発性>高血圧 (症)
 先行病態がわかっているか、ルール3の適用により推定可能な場合は使用しない。先行病態がわかっていないか、推測できない場合は、**E34.9** にコードする。
- I15.8 その他の二次性<続発性>高血圧 (症)
 先行病態がわかっているか、ルール3の適用により推定可能な場合は使用しない。先行病態がわかっていないか、推測できない場合は、**I15.8** にコードする。
- I15.9 二次性<続発性>高血圧 (症)、詳細不明
 先行病態がわかっているか、ルール3の適用により推定可能な場合は使用しない。先行病態がわかっていないか、推測できない場合は、**I15.9** にコードする。
- I20.- 狭心症

I24.- その他の急性虚血性心疾患

I25.- 慢性虚血性心疾患

下記の記載を伴うもの：

I21.- (急性心筋梗塞)、**I21.-** にコードする。

I22.- (再発性心筋梗塞)、**I21.-** にコードする。

I21.- 急性心筋梗塞

下記の記載を伴うもの：

I22.- (再発性心筋梗塞)、**I22.-** にコードする。

I23.- 急性心筋梗塞の続発合併症

原死因コーディングには使用しない。**I21.-** 又は **I22.-** のコードを使用するのが適当である。

I24.0 冠(状)(動脈)血栓症, 心筋梗塞に至らなかったもの

原死因コーディングには使用しない。死因としては心筋梗塞の発生が推定され、**I21.-** 又は **I22.-** に分類するのが適当である。

I25.2 陳旧性心筋梗塞

原死因コーディングには使用しない。原因が記載されていない場合は、その他の型の慢性虚血性心疾患 (I25.8) にコードする。

I27.9 肺性心疾患, 詳細不明

下記の記載を伴うもの：

M41.- ((脊柱)側湾(症))、**I27.1** にコードする。

I44.- 房室ブロック及び左脚ブロック

I45.- その他の伝導障害

I46.- 心停止

I47.- 発作性頻拍(症)

I48 心房細動及び粗動

I49.- その他の不整脈

I50.- 心不全

I51.4-I51.9 心疾患の合併症及び診断名不明確な心疾患の記載

下記の記載を伴うもの：

B57.- (シャーガス<Chagas>病)、**B57.-** にコードする。
I20—I25 (虚血性心疾患)、**I20—I25** にコードする。

I50.- 心不全

I51.9 心疾患, 詳細不明

下記の記載を伴うもの:

I10 (本態性(原発性<一次性>)高血圧(症))、**I11.0** にコードする。

I11.- (高血圧性心疾患)、**I11.0** にコードする。

I12.0 (腎不全を伴う高血圧性腎疾患)、**I13.2** にコードする。

I12.9 (腎不全を伴わない高血圧性腎疾患)、**I13.0** にコードする。

I13.0 (心不全(うっ血性)を伴う高血圧性心腎疾患)、**I13.0** にコードする。

I13.1 (腎不全を伴う高血圧性心腎疾患)、**I13.2** にコードする。

I13.2 (心不全(うっ血性)及び腎不全の合併を伴う高血圧心腎疾患)、**I13.2** にコードする。

I13.9 (腎不全を伴う高血圧性心腎疾患, 詳細不明)、**I13.0** にコードする。

M41.- ((脊柱)側弯(症))、**I27.1** にコードする。

I50.9 心不全, 詳細不明

I51.9 心疾患, 詳細不明

下記の記載を伴うもの:

J81 (肺水腫)、**I50.1** にコードする。

I60—I69 血管疾患

下記の起点となる先行原因として記載された場合:

F01—F03 (認知症)、**F01.-** にコードする。

I65.- 脳実質外動脈の閉塞及び狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの

I66.- 脳動脈の閉塞及び狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの

原死因コーディングには使用しない。死因としては脳梗塞の発生が推定され、**I63.-** に分類する。

I67.2 脳動脈のアテローム<じゅく<粥>状>動脈硬化(症)

下記の記載を伴うもの：

I60—I66 (脳出血、脳梗塞及び脳卒中、脳実質外動脈(脳底動脈、頸動脈、椎骨動脈)及び脳動脈の閉塞及び狭窄)、**I60—I64**にコードする。

下記における病態の起点となる先行原因として記載された場合：

F03 (詳細不明の認知症)、**F01.-**にコードする。
 G20 (パーキンソン<Parkinson>病)、**G21.4**にコードする。
 G21.9 (続発性パーキンソン<Parkinson>症候群、詳細不明)、**G21.4**にコードする。

I70.- アテローム<じゅく<粥>状>動脈硬化(症)

下記の記載を伴うもの：

I10—I13 (高血圧性疾患)、**I10—I13**にコードする。
 I20—I25 (虚血性心疾患)、**I20—I25**にコードする。
 I50.- (心不全)、**I50.-**にコードする。
 I51.4 (心筋炎、詳細不明)、**I51.4**にコードする。
 I51.5 (心筋変性(症))、**I51.5**にコードする。
 I51.6 (心血管疾患、詳細不明)、**I51.6**にコードする。
 I51.8 (その他の診断名不明確な心疾患)、**I51.8**にコードする。
 I60—I69 (脳血管疾患)、**I60—I69**にコードする。

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

I05—I09 (I05—I09に分類可能であるがリウマチ性であると明示されない病態)、**I34—I38**にコードする。
 I34—I38 (非リウマチ性弁障害)、**I34—I38**にコードする。
 I51.9 (心疾患、詳細不明)、**I25.1**にコードする。
 I71—I78 (動脈、細動脈及び毛細血管のその他の疾患)、**I71—I78**にコードする。
 K55.- (腸の血行障害)、**K55.-**にコードする。
 N03.- (慢性腎炎症候群)、**I12.-**にコードする。
 N26 (詳細不明の萎縮腎)、**I12.-**にコードする。

I70.9 全身性及び詳細不明のアテローム<じゅく<粥>状>動脈硬化(症)

下記の記載を伴うもの：

R02 (えく瘰)痘，他に分類されないもの)、**I70.2**にコードする。

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

F01 (血管性認知症)、**F01.-**にコードする。

F03 (詳細不明の認知症)、**F01.-**にコードする。

G20 (パーキンソン<Parkinson>病)、**G21.4**にコードする。

G21.9 (続発性パーキンソン<Parkinson>症候群，詳細不明)、**G21.4**にコードする。

I97.- 循環器系の処置後障害，他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6節参照。

J00 急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>

J06.- 多部位及び部位不明の急性上気道感染症

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

G03.8 (髄膜炎)、**G03.8**にコードする。

G06.0 (頭蓋内膿瘍及び肉芽腫)、**G06.0**にコードする。

H65-H66 (中耳炎)、**H65-H66**にコードする。

H70.- (乳(様)突(起)炎及び関連病態)、**H70.-**にコードする。

J09-J18 (インフルエンザ及び肺炎)、**J09-J18**にコードする。

J20-J21 (気管支炎及び細気管支炎)、**J20-J21**にコードする。

J40-J42 (詳細不明及び慢性気管支炎)、**J40-J42**にコードする。

J44.- (その他の慢性閉塞性肺疾患)、**J44.-**にコードする。

N00.- (急性腎炎症候群)、**N00.-**にコードする。

J18.- 肺炎、病原体不詳

下記の記載を伴うもの：

R26.3 (不動状態)、**J18.2**にコードする。

J20.- 急性気管支炎

下記の記載を伴うもの：

J41.- (単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎)、**J41.-**にコードする。

- J42 (詳細不明の慢性気管支炎)、**J42**にコードする。
 J44 (その他の慢性閉塞性肺疾患)、**J44**にコードする。

- J40 気管支炎，急性又は慢性と明示されないもの
 J41.- 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
 J42 詳細不明の慢性気管支炎

下記の記載を伴うもの：

- J43.- (肺気腫)、**J44.-**にコードする。
 J44.- (その他の慢性閉塞性肺疾患)、**J44.-**にコードする。

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

- J45.- (喘息)、**J44.-**にコードする。(しかし、下記のJ45.- 及びJ46の注も参照)

- J43.- 肺気腫

下記の記載を伴うもの：

- J40 (気管支炎，急性又は慢性と明示されないもの)、**J44.-**にコードする。
 J41.- (単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎)、**J44.-**にコードする。
 J42 (詳細不明の慢性気管支炎)、**J44.-**にコードする。

- J44.8－J44.9その他及び詳細不明の慢性閉塞性肺疾患

下記の記載を伴うもの：

- J12－J18 (肺炎)、**J44.0**にコードする。
 J20－J22 (その他の急性下気道感染症)、**J44.0**にコードする。

- J45.- 喘息

- J46 喘息発作重積状態

喘息と気管支炎（急性）（慢性）又はその他の慢性閉塞性肺疾患とが、同時に死亡診断書に記載された場合は、原死因は通常どおり、一般原則又はルール1、2もしくは3を適用して選ぶ。どの用語も、他の用語の形容詞的な修飾要素として、取り扱うべきではない。

- J60－J64 じん<塵>肺（症）

下記の記載を伴うもの：

A15-A16 (呼吸器結核)、**J65**にコードする。

J81 肺水腫

下記の記載を伴うもの：

I50.9 (心不全、詳細不明)、**I50.1**にコードする。

I51.9 (心疾患、詳細不明)、**I50.1**にコードする。

J95.- 処置後呼吸器障害、他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。

K71 中毒性肝疾患

下記の記載を伴うもの：

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.-**にコードする。

K72.- 肝不全、他に分類されないもの

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.4**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.4**にコードする。

K73.- 慢性肝炎、他に分類されないもの

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.1**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.1**にコードする。

K74.0 肝線維症

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.2**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.2**にコードする。

K74.1 肝硬化症

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.2**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.2**にコードする。

K74.2 肝硬化症を伴う肝線維症

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.2**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.2**にコードする。

K74.6 その他及び詳細不明の肝硬変

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.3**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.3**にコードする。

K75.9 炎症性肝疾患、詳細不明

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.1**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.1**にコードする。

K76.0 脂肪肝<肝の脂肪化>、他に分類されないもの

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.0**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.0**にコードする。

K76.9 肝疾患、詳細不明

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K70.9**にコードする。

T51.- (アルコールの毒作用)、**K70.9**にコードする。

K85.9 急性膵炎、詳細不明

下記の記載を伴うもの：

F10.- (アルコール使用による精神及び行動の障害)、**K85.2**にコードする。

K91.- 消化器系の処置後障害，他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。

L89.- じょくく褥>瘡性潰瘍

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

L89.- (じょくく褥>瘡性潰瘍) で病期がより進行したもの、そのより進んだ病期に該当する 4 桁細分類項目を伴う **L89.-** にコードする。

M41.- (脊柱) 側弯 (症)

下記の記載を伴うもの：

I27.9 (肺性心疾患，詳細不明)、**I27.1** にコードする。

I50.- (心不全)、**I27.1** にコードする。

I51.9 (心疾患，詳細不明)、**I27.1** にコードする。

M96.- 処置後筋骨格障害，他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。

N00.- 急性腎炎候群

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

N03.- (慢性腎炎症候群)、**N03.-** にコードする。

N18.- 慢性腎臓病

下記の起点となる先行原因として記載された場合：

N18.- (慢性腎臓病) で病期がより進行したもの、そのより進んだ病期に該当する 4 桁細分類項目を伴う **N18.-** にコードする。

N18.- 慢性腎臓病

N19 詳細不明の腎不全

N26 詳細不明の萎縮腎

下記の記載を伴うもの：

- I10 (本態性(原発性<一次性>)高血圧(症))、**I12.-** にコードする。
- I11.- (高血圧性心疾患)、**I13.-** にコードする。
- I12.- (高血圧性腎疾患)、**I12.-** にコードする。
- N46 男性不妊(症)
- N97.- 女性不妊症
もし、原因となる病態がわかっているならば、使用しない。
- N99.- 腎尿路生殖器系の処置後障害、他に分類されないもの
原死因コーディングには使用しない。手術、4.2.6 節参照。
- O08.- 流産、子宮外妊娠及び胎状奇胎妊娠に続発する合併症
原死因コーディングには使用しない。**O00—O07** の分類項目を使用する。
- O30.- 多胎妊娠
より特異的な合併症が記載されているならば、原死因コーディングには使用しない。
- O32.- 既知の胎位異常又はその疑いのための母体ケア
下記の記載を伴うもの：
- O33.- (既知の胎児骨盤不均衡又はその疑いのための母体ケア)、**O33.-** にコードする。
- O33.9 胎児骨盤不均衡
下記の記載を伴うもの：
O33.0—O33.3 (母体の骨盤異常による胎児骨盤不均衡)、**O33.0—O33.3** にコードする。
- O64.- 胎位異常及び胎向異常による分娩停止
下記の記載を伴うもの：
- O65.- (母体の骨盤異常による分娩停止)、**O65.-** にコードする。
- O80—O84 分娩

原死因コーディングには使用しない。もし、母体死亡の原因として、他の原因が記載されてなければ、分娩の合併症、詳細不明 (O75.9) にコードする。

P07.- 妊娠期間短縮及び低出産体重に関連した障害、他に分類されないもの

P08.- 遷延妊娠及び高出産体重に関連した障害

もし、周産期死亡のその他の原因が記載されていれば、使用しない。記載された周産期死亡のその他の原因が新生児の呼吸不全 (P28.5) のみの場合はこれを適用しない。

P70.3–P72.0 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

原死因コーディングには使用しない。他の周産期の原因が記載されていない場合は、周産期を起点とする病態、詳細不明 (P96.9) にコードする。

P72.2–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

原死因コーディングには使用しない。他の周産期の原因が記載されていない場合は、周産期を起点とする病態、詳細不明 (P96.9) にコードする。

Q44.6 肝のうく囊>胞性疾患

下記の記載を伴うもの：

Q61.1–Q61.3 (多発性のうく囊>胞腎疾患)、Q61.1–Q61.3 にコードする。

R57.2 敗血症性ショック

R65.0 感染症が原因の全身性炎症反応症候群、臓器不全を伴わないもの

R65.1 感染症が原因の全身性炎症反応症候群、臓器不全を伴うもの

原死因コーディングには使用しない。原因となる感染症 (A00–B99) にコードする。原因となる感染症が記載されていない場合は、敗血症、詳細不明 (A41.9) にコードする。

R69.- 原因不明及び詳細不明の疾病

原死因コーディングには使用しない。R95–R99 を使用するのが適当である。

S00–T98 損傷、中毒及びその他の外因の影響

V01－Y89における関連する項目への追加コードとして以外は、原死因コーディングには使用しない。

骨密度による疾病が同列に記載されているか、又は骨折の起点となる先行原因として記載されている場合、骨折は病的と考えるべきであり、**M80.-** にコードする。

T79.- 外傷の早期合併症，他に分類されないもの
もし、先行する損傷の性質がわかっている場合は使用しない

V01－X59 不慮の事故
下記の記載を伴うもの：
A35 (破傷風)、**A35** にコードする。

下記を起因とするもの：
G40－G41 (てんかん)、**G40－G41** にコードする。

Y90－Y98 他に分類される傷病及び死亡の原因に関する補助的因子
原死因コーディングには使用しない。

Z00－Z99 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
原死因コーディングには使用しない。

4.1.12 コード番号による連鎖表の概要

選ばれた原因が下記の表 1 の第 1 欄に記載され、第 2 欄に示される一つ以上の原因が死亡診断書のいずれかの欄に記載されている場合は、第 4 欄に示されたようにコードする。

選ばれた原因が第 1 欄に記載され、それが第 3 欄に記載された疾病のうちの一つの原因として死亡診断書に記載されている場合は、第 4 欄に示されたようにコードする。

表1. コード番号による連鎖表

第1欄 選ばれた原因	第2欄 下記の記載を伴うもの:	第3欄 下記の原因として:	第4欄 連鎖コード
A00-B19 B25-B99 } }		C00-C97	C00-C97
A15.-, A16.-	J60-J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16.-
A39.2-A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
A40.-, A41.-, A46			4.1.11 参照
B16.- } B17.- }		K72.1	B18.-
		K74.0-2, K74.4-6	B18.-
B20-B24			4.1.11 参照
D50-D89		B20-B24	B20-B24
E10-E14		E15	E10-E14 (E1x.0)
	E87.2		E10-E14 (E1x.1)
	E88.8		E10-E14 (E1x.1)
	G58		E10-E14 (E1x.4)
	G62.9		E10-E14 (E1x.4)
	G64		E10-E14 (E1x.4)
		G70.9	E10-E14 (E1x.4)
		G71.8	E10-E14 (E1x.4)
		G90.9	E10-E14 (E1x.4)
		G98 (シャルコー < Charcot > 関節 症 (脊髄ろう<癆 >性), 非毒性を 除く)	E10-E14 (E1x.4)
		G98 (シャルコー < Charcot > 関節 症 (脊髄ろう<癆 >性), 非毒性の 場合)	E10-E14 (E1x.6)
	H20.9		E10-E14 (E1x.3)
	H26.9		E10-E14 (E1x.3)
	H30.9		E10-E14 (E1x.3)

	H34	E10–E14 (E1x.3)
	H35.0	E10–E14 (E1x.3)
	H35.2	E10–E14 (E1x.3)
	H35.6	E10–E14 (E1x.3)
	H35.9	E10–E14 (E1x.3)
	H49.9	E10–E14 (E1x.3)
	H54	E10–E14 (E1x.3)
	I70.2	E10–E14 (E1x.5)
	I73.9	E10–E14 (E1x.5)
	I99	E10–E14 (E1x.5)
	K31.8	E10–E14 (E1x.4)
	L30.9	E10–E14 (E1x.6)
	L92.1	E10–E14 (E1x.6)
	L97	E10–E14 (E1x.5)
	L98.4	E10–E14 (E1x.5)
	M13.9	E10–E14 (E1x.6)
	M79.2	E10–E14 (E1x.4)
	M89.9	E10–E14 (E1x.6)
	N03–N05	E10–E14 (E1x.2)
	N18.-	E10–E14 (E1x.2)
	N19	E10–E14 (E1x.2)
	N26	E10–E14 (E1x.2)
	N28.9	E10–E14 (E1x.2)
	N39.0	E10–E14 (E1x.6)
	N39.1	E10–E14 (E1x.2)
	R02	E10–E14 (E1x.5)
	R40.2	E10–E14 (E1x.0)
	R79.8	E10–E14 (E1x.1)
E86	A00–A09	A00–A09
F10–F19	X40–X49	X40–X49
	X60–X69	X60–X69
	X85–X90	X85–X90
	Y10–Y19	Y10–Y19
F10–F19 (F1x.5)	F10–F19 (F1x.2)	F1x.2
F10.-	E24.4	E24.4
	G31.2	G31.2
	G62.1	G62.1
	G72.1	G72.1

	I42.6	I42.6
	K29.2	K29.2
	K70.-	K70.-
	K72.-	K70.4
	K73.-	K70.1
	K74.0-.2	K70.2
	K74.6	K70.3
	K75.9	K70.1
	K76.0	K70.0
	K76.9	K70.9
	K85.2	K85.2
	K86.0	K86.0
	O35.4	O35.4
F10.2	F10.4, F10.6, F10.7	F10.4, F10.6, F10.7
G25.5	I00-I02	I02.-
	I05-I09	I02.-
I05.8	I34.-	I34.-
I05.9		
(原因の明示 されないもの)		
I09.1	I05-I08	I05-I08
I09.9		
I10	I11.-	I11.-
	I12.-	I12.-
	I13.-	I13.-
	I20-I25	I20-I25
	I50.-	I11.0
	I51.4-I51.9	I11.-
	I60-I69	I60-I69
	N00.-	N00.-
	N01.-	N01.-
	N03-N05	N03-N05
	N18.-	N12.-
	N19	N12.-
	N26	N12.-
	H35.0	H35.0
	I05-I09	I34-I38
	(リウマチ性と明 示されないもの)	
	I34-I38	I34-I38
I11.-	I12.-	I13.-
	I13.-	I13.-
	I20-I25	I20-I25
	N18.-	I13.-
	N19	I13.-

	N26	I13.-
I12.-	I12.-	I13.-
	I13.-	I13.-
	I20-I25	I20-I25
	I50.-	I13.0
	I51.4-I51.9	I13.-
I13.-	I20-I25	I20-I25
I20.-	}	I21.-
I24.-		
I25.-		
I21.-	I22.-	I22.-
I27.9	M41.-	I27.1
I44-I50,	}	B57.-
I51.4-I51.9		
	I20-I25	I20-I25
I50.-	}	I10
I51.9		
		I11.-
		I12.0
		I12.9
		I13.0
		I13.1
		I13.2
		I13.9
		M41.-
I50.9		}
I51.9		
I60-I69		F01-F03
I67.2	I60-I66	F01.-
		F03
		G20
		G21.9
I70.-	I10-I13	I10-I13
	I20-I25	I20-I25
	I50.-	I50.-
	I51.4	I51.4
	I51.5	I51.5
	I51.6	I51.6
	I51.8	I51.8
	I60-I69	I60-I69
		I05-I09
		(リウマチ性と明 示されないもの)
		I34-I38
		I34-I38
		I51.9
		I25.1
		I71-I78
		I71-I78
		K55.-
		K55.-

		N03.-	I12.-
		N26	I12.-
I70.9	R02		I70.2
		F01.-	F01.-
		F03	F01.-
		G20	G21.4
		G21.9	G21.4
J00	}	G03.8	G03.8
J06.-		G06.0	G06.0
		H65—H66	H65—H66
		H70.-	H70.-
		J09—J18	J09—J18
		J20—J21	J20—J21
		J40—J42	J40—J42
		J44.-	J44.-
		N00.-	N00.-
J20.-		J41.-	J41.-
	J42	J42	
	J44.-	J44.-	
J40	}	J43.-	J44.-
J41.-		J44.-	J44.-
J42		J45.-	J44.-
J43.-	J40	J44.-	
	J41.-	J44.-	
	J42	J44.-	
J44.8—J44.9	J12—J18	J44.0	
	J20—J22	J44.0	
J60—J64	A15.-	J65	
	A16.-	J65	
J81	I50.9	I50.1	
	I51.9	I50.1	
K72.-	}	F10.-	K70.4
K73.-			K70.1
K74.0—.2			K70.2
K74.6			K70.3
K75.9			K70.1
K76.0			K70.0
K76.9			K70.9
K85.9			K85.2
M41.-		I27.9	I27.1
		I50.-	I27.1
	I51.9	I27.1	
N00.-		N03.-	
N18.-	}	I10	I12.-

N19	I11.-	I13.-
N26	I12.-	I12.-
O32.-	O33.-	O33.-
O33.9	O33.0—O33.3	O33.0—O33.3
O64.-	O65.-	O65.-
R57.2	A00—B99	A00—B99
R65.0—.1	A00—B99	A00—B99
V01—X59	A35	A35

表2. 死亡コーディングには使用されないコードの表^(注)

原死因コーディングには使用されないコード (括弧内の項目にコードする；コードが示されていない場合は、R99にコードする)	原死因がわかっていれば使用されないコード
B95-B97	F03-F09
C77-C79 (C80.-にコードする)	F70-F79
C97 (C00-C76、C81-C96にコードする)	G81.-
E89.-	G82.-
F10.0 (X45、X65、X85 又は Y15 にコードする)	G83.-
F11.0 (X42、X62、X85 又は Y12 にコードする)	H54.-
F12.0 (X42、X62、X85 又は Y12 にコードする)	H90-H91
F13.0 (X41、X61、X85 又は Y11 にコードする)	I15.0
F14.0 (X42、X62、X85 又は Y12 にコードする)	I15.8
F15.0 (X41、X61、X85 又は Y11 にコードする)	I15.9
F16.0 (X42、X62、X85 又は Y12 にコードする)	N46
F17.0 (X49、X69、X89 又は Y19 にコードする)	N97.-
F18.0 (X46、X66、X89 又は Y16 にコードする)	O30.-
F19.0 (X40-X49、X60-X69、X85-X90 又は Y10-Y19 にコードする)	P07.-
	P08.-
	T79.-
G97.-	
H59.-	
H95.-	
I23.- (I21 又は I22 にコードする)	
I24.0 (I21 又は I22 にコードする)	
I25.2 (I25.8 にコードする)	
I65.- (I63 にコードする)	
I66.- (I63 にコードする)	
I97.-	
J95.-	
K91.-	
M96.-	
N99.-	

O08.-	(O00－O07 にコードする)	
O80－O84	(O75.9 にコードする)	
P70.3－P72.0	(P96.9 にコードする)	
P72.2－P74	(P96.9 にコードする)	
R57.2	(A41.9 にコードする)	
R65.0－.1	(A41.9 にコードする)	
R69.-	(R95－R99 にコードする)	
S00－T98	(V01－Y89 にコードする)	
Y90－Y98		
Z00－Z99		

(注) 星印コードに加えて死亡コーディングに使用されないもの (3.1.3 節を参照)

4.2 死因記載の解釈についての注

前記のルールを適用すると、死亡の一次製表のために使用される原死因が選択できるだろう。しかし、国によっては、死亡診断書記載内容の一貫性と正確性に差異があるので、前記のルールをさらに拡充する必要があるであろう。本節の内容は、このような追加的な指示をとりまとめるための参考となるであろう。

4.2.1 中間原因の仮定

死亡診断書ではしばしば、ある病態は他の病態によると記載されるが、最初の病態が次の病態の直接の影響によるものではないことがある。たとえば、吐血が、肝硬変—門脈圧亢進（症）—食道静脈瘤破裂—吐血の上下の因果関係の最終的病態として記載されるかわりに、肝硬変によると記載される場合がある。

I 欄において中間原因を仮定することは、記載された病態間の上下の因果関係を受け入れるために許されるが、このためにコーディングを修正するべきではない。

- 例 1 : I (a) 脳出血
(b) 慢性腎炎

慢性腎炎（N03.9）にコードする。脳出血と原死因である慢性腎炎との間に介在する病態として高血圧（症）を仮定することが必要である。

- 例 2 : I (a) 知的障害<精神（発達）遅滞>
(b) 胎盤早期剥離

胎児及び新生児に影響を与えた胎盤早期剥離（P02.1）にコードする。知的障害<精神（発達）遅滞>と原死因である胎盤早期剥離との間に介在する病態として出産外傷、無酸素症あるいは低酸素症を仮定することが必要である。

4.2.2 死因統計の原死因の選択における認められる因果関係と認められない因果関係

本節では、原死因を選ぶ際に、死因の因果関係が妥当なものとそうでないものをリストにまとめた。このリストの目的は、可能な範囲でもっとも有用な死因統計を作成することである^{注1}。従って、因果関係が妥当かそうでないかの判断は、純粹に医学的な観点よりも公衆衛生の観点がより強く反映されている場合がある。下記の指示は、それが医学的に正しいか否かにかかわらず適用されるものである。

注1. 以前の ICD では、選択ルールの適用において認められない因果関係を示すために「因果関係がほとんどない」という表現が使われていた。

A. 認められない因果関係

一般原則及び選択ルールの適用において、下記の因果関係は認められない。

(a) 感染症

下記の感染症は、ヒト免疫不全ウイルス [HIV]、悪性新生物<腫瘍>及び免疫機能を低下させる病態「による」と記載されている場合を除き、他の疾病又は病態「による」と考えるべきではない：

- 腸チフス及びパラチフス、その他のサルモネラ感染症、細菌性赤痢 (A01－A03)
- 結核 (A15－A19)
- 結核の続発・後遺症 (B90)

下記の感染症及び寄生虫症は、他の疾患又は病態「による」と考えるべきではない (HIV/AIDS、悪性新生物<腫瘍>又は免疫抑制の場合でも同様)：

- コレラ (A00)
- ボツリズム<ボツリヌス中毒> (A05.1)
- ペスト、野兎病<ツラレミア>、炭疽、ブルセラ症 (A20－A23)
- レプトスピラ症 (A27)
- らい<癩> (ハンセン<Hansen>病) (A30)
- 破傷風、ジフテリア、百日咳、猩紅熱、髄膜炎菌疾患 (A33－A39)
- オウム病クラミジアによる疾患 (A70)
- トラコーマ (A71)
- リケッチア症 (A75－A79)

- 急性灰白髄炎<ポリオ> (A80)
- クロイツフェルト・ヤコブ病 (A81.0)
- 亜急性硬化性全脳炎<SSPE> (A81.1)
- 狂犬病、蚊媒介ウイルス (性) 脳炎、ダニ媒介ウイルス (性) 脳炎、詳細不明のウイルス (性) 脳炎 (A82-A86)
- デング出血熱及びその他の蚊媒介ウイルス熱 (A91-A92)
- 黄熱 (A95)
- フニン及びマチュポ出血熱、ラッサ熱 (A96.0-A96.2)
- その他のウイルス性出血熱 (A98)
- 痘瘡、サル痘、麻疹、風疹 (B03-B06)
- 急性 B 型及び C 型肝炎 (B16-B17.1)
- 慢性 B 型及び C 型肝炎 (B18.0-B18.2)
- ムンプス (B26)
- マラリア、リーシュマニア症、シャーガス病 (B50-B57)
- 灰白髄炎<ポリオ>の続発・後遺症 (B91)
- ハンセン病の続発・後遺症 (B92)
- トラコーマの続発・後遺症 (B94.0)
- ウイルス (性) 脳炎の続発・後遺症 (B94.1)
- ウイルス肝炎の続発・後遺症 (B94.2)
- WHO への報告対象となっているその他の新興疾患 (例：U04 SARS、J09 鳥インフルエンザウイルスによるインフルエンザ)

(b) 悪性新生物<腫瘍>

悪性新生物<腫瘍>は、何らかの疾病「による」と考えるべきではない。ただし、ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病は除く。

(c) 血友病

血友病 (D66、D67、D68.0-D68.2) は、その他の疾病「による」と考えるべきではない。

(d) 糖尿病

1 型<インスリン依存性>糖尿病<IDDM> (E10) は、自己免疫反応によるベータ細胞の破壊によって引き起こされた病態を除いて、他の疾病「による」ものと考えべきではない。

2型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM> (E11) は、インスリン抵抗性を引き起こす病態を除いて、他の疾病「による」ものと考えるべきではない。

その他の明示された糖尿病及び詳細不明の糖尿病 (E13-E14) は、膵臓の損傷による病態を除いて、他の疾病「による」ものと考えるべきではない。

糖尿病を引き起こす可能性のある病態については、付録 7.2 のリストを参照。

(e) リウマチ熱

リウマチ熱 (I00-I02) 又はリウマチ性心疾患 (I05-I09) は、他の疾患「による」と考えるべきではない。ただし、下記のもの除く：

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

(f) 高血圧

高血圧性病態は、新生物<腫瘍>「による」と考えるべきではない。ただし、下記のもの除く：

- 内分泌系の新生物<腫瘍>
- 腎の新生物<腫瘍>
- カルチノイド腫瘍

(g) 慢性虚血性心疾患

慢性虚血性心疾患 (I20、I25) は、新生物<腫瘍>「による」と考えるべきではない。

(h) 脳血管疾患

- (1) 脳血管疾患 (I60-I69) は、消化器系の疾患 (K00-K92) 「による」と考えるべきではない。ただし、肝疾患 (K70-K76) による脳内出血 (I61.-) は除く。
- (2) 脳梗塞及び心内膜炎

下記の脳血管の病態は、心内膜炎「による」と考えるべきではない (I05-I08, I09.1, I33-I38) :

- 脳実質外動脈（脳底動脈，頸動脈，椎骨動脈）の血栓症による脳梗塞（I63.0）
- 脳実質外動脈（脳底動脈，頸動脈，椎骨動脈）の詳細不明の閉塞による脳梗塞（I63.2）
- 脳動脈の血栓症による脳梗塞（I63.3）
- 脳動脈の詳細不明の閉塞による脳梗塞（I63.5）
- 脳静脈血栓症による脳梗塞，非化膿性（I63.6）
- その他の脳梗塞（I63.8）
- 脳梗塞，詳細不明（I63.9）
- 出血又は脳梗塞と明示されない脳卒中（I64）
- その他の脳血管疾患（I67）
- 脳卒中の続発・後遺症，出血又は梗塞と明示されないもの（I69.4）
- その他及び詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症（I69.8）
- 脳実質外動脈（脳底動脈，頸動脈，椎骨動脈）の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの（I65）。ただし、塞栓症を除く。
- 脳動脈の閉塞並びに狭窄、脳梗塞に至らなかったもの（I66）。ただし、塞栓症を除く。
- 脳梗塞の続発・後遺症（I69.3）。ただし、塞栓症を除く。

(i) 動脈硬化

動脈硬化性 [アテローム<じゅく<粥>状>動脈硬化性] と記載された病態は、新生物<腫瘍>「による」と考えるべきではない。

(j) インフルエンザ

インフルエンザ（J09-J11）は、その他の疾病「による」と考えるべきではない。

(k) 先天奇形

先天奇形（Q00-Q99）は、未熟を含むその他の疾病「による」と考えるべきではない。ただし、下記のもの除く：

- 先天奇形は、染色体異常又は先天奇形症候群「による」と考えるべきである
- 肺低形成は、先天奇形「による」と考えるべきである

(l) 期間の齟齬

発病日「X」の疾病と発病日「Y」の疾病において、「X」が「Y」より前の発病日である場合、発病日「X」の疾病は、発病日「Y」の疾病「による」と考えるべきではない。

い（但し、4.1.6 節の例 5 を参照のこと）

(m) 事故

事故 (V01-X59) は、この章以外のその他の原因「による」と考えるべきではない。ただし、下記のものを除く：

- 事故 (V01-X59) は、てんかん (G40-G41) 「による」と考えるべきである
- 転倒・転落・墜落 (W00-W19) は、骨密度の障害 (M80-M85) 「による」と考えるべきである
- 転倒・転落・墜落 (W00-W19) は、骨密度の障害を原因とする（病的）骨折「による」と考えるべきである
- 粘液、血液 (W80) 又は吐物 (W78) の誤嚥を原因とする窒息は、これらの誤嚥「による」と考えるべきである
- 何らかの食物（液体又は固形物）の誤嚥 (W79) は、嚥下能力に影響を及ぼす疾病「による」と考えるべきである

(n) 自殺

自殺 (X60-X84) は、その他の原因「による」と考えるべきではない。

上記のリストは、認められない因果関係のすべてを示すものではないが、上記以外の症例では、他に指示がある場合を除き、一般原則を適用すべきである。

B. 妥当と認められる因果関係

一般原則及び選択ルールの適用において、下記の因果関係は妥当なものと考えべきである。

(a) 感染症

4.2.2 節の A.(a)に記載されている以外の感染症は、他の病態「による」と考えるべきである。

(b) HIV による感染症

下記の感染症は、ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病、悪性新生物＜腫瘍＞又は免疫機能を低下させる病態「による」と考えるべきである：

- 腸チフス及びパラチフス、その他のサルモネラ感染症、細菌性赤痢 (A01-A03)
- 結核 (A15-A19)

(c) 悪性腫瘍及び HIV

悪性新生物<腫瘍>は、ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病「による」と考えるべきである。

(d) 糖尿病

1型糖尿病<IDDM> (E10) は、自己免疫反応によりベータ細胞の破壊を引き起こす病態「による」ものと考えられるべきである。

2型糖尿病<NIDDM> (E11) は、インスリン抵抗性を引き起こす病態「による」ものと考えられるべきである。

その他の明示された糖尿病及び詳細不明の糖尿病 (E13-E14) は、膵臓を損傷させる病態「による」ものと考えられるべきである。

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、付録 7.2 参照。

(e) リウマチ熱

リウマチ熱 (I00-I02) 又はリウマチ性心疾患 (I05-I09)は、下記「による」と考えるべきである：

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

(f) 高血圧

高血圧性病態は、下記「による」と考えるべきである：

- 内分泌系の新生物<腫瘍>
- 腎の新生物<腫瘍>
- カルチノイド腫瘍<瘤>

(g) 脳血管疾患

脳内出血 (I61.-) は、肝疾患 (K70-K76) 「による」と考えるべきである。

塞栓症を原因として、下記が生じた場合は、心内膜炎（I05－I08、I09.1、I33－I38）「による」と考えるべきである：

- 脳実質外動脈（脳底動脈，頸動脈，椎骨動脈）の閉塞及び狭窄（I65）
- 脳動脈の閉塞及び狭窄（I66）
- 脳梗塞の続発・後遺症（I69.3）

(h) 先天奇形

- 先天奇形は、染色体異常又は先天奇形症候群「による」と考えるべきである
- 肺低形成は、先天奇形「による」と考えるべきである

(i) 事故

- 事故（V01－X59）は、てんかん（G40－G41）「による」と考えるべきである
- 転倒・転落・墜落（W00－W19）は、骨密度の障害（M80－M85）「による」と考えるべきである
- 転倒・転落・墜落（W00－W19）は、骨密度の障害による（病的）骨折「による」と考えるべきである
- 窒息は、粘液、血液（W80）又は吐物（W78）の誤嚥「による」と考えるべきである
- 何らかの食物（液体又は固形物）の誤嚥（W79）は、嚥下機能に影響を及ぼす疾病「による」と考えるべきである

(j) 急性又は末期の循環器疾患

悪性新生物＜腫瘍＞、糖尿病又は喘息によると記載されている急性又は末期の循環器疾患は、死亡診断書の I 欄において、上下の因果関係がありうると考えるべきである。下記の病態は、急性又は末期の循環器疾患と考えられる：

- 急性心筋梗塞（I21－I22）
- その他の急性虚血性心疾患（I24.-）
- 肺塞栓症（I26.-）
- 急性心膜炎（I30.-）
- 急性及び亜急性心内膜炎（I33.-）
- 急性心筋炎（I40.-）
- 房室ブロック及び左脚ブロック（I44.-）
- その他の伝導障害（I45.-）

- 心停止 (I46.-)
- 発作性頻拍 (症) (I47.-)
- 心房細動及び粗動 (I48)
- その他の不整脈 (I49.-)
- 心不全 (I50.-)
- その他の診断名不明確な心疾患 (I51.8)
- I60-I66、I67.6-I67.8、I69 の脳血管疾患

4.2.3 分類に対する期間の影響

記載された直接原因及び先行原因の上下の因果関係を評価する際、疾病又は病態の発病から死亡までの期間を考慮すべきである。これは「因果関係がほとんどない」関係（上記参照）の解釈の際に当てはまる。

分類項目 O95（原因不明の産科的死亡）、分類項目 O96（分娩満 42 日以後 1 年未満に発生したあらゆる産科的原因による母体死亡）及び分類項目 O97（直接産科的原因の続発・後遺症による死亡）は、産科的なできごととその女性の死亡との間の経過時間によって産科的死亡を分類している。分類項目 O95 は、女性が妊娠、分娩又は産じょくく褥>の間に死亡した場合、及び「母体の」又は「産科的」死亡とだけしか記載されていない場合に使用される。もし、死亡の産科的原因が明示されている場合は、適当な分類項目にコードする。分類項目 O96 は、妊娠終了後 42 日以後 1 年未満に発生した直接又は間接産科的原因による死亡を分類するために使用される。分類項目 O97 は、妊娠終了後 1 年以後に起きたあらゆる直接産科的原因による死亡を分類するために使用されている。

先天奇形、変形及び染色体異常 (Q00-Q99) として分類される病態は、死亡診断書に先天性と明示されない場合でも、もし、発病から死亡までの期間及び死亡者の年齢から、その病態が出生時から存在したことが明らかな場合は、そのようにコードすべきである。

本分類には、一定の疾病及び損傷を続発・後遺症又は晩発効果として分類するための特別な分類項目がある。多くの場合、これらの続発・後遺症は、疾病又は損傷の発生後 1 年以上存在する病態を含んでいる（下記の続発・後遺症も参照）。

4.2.4 続発・後遺症

一定の分類項目（B90－B94、E64.-、E68、G09、I69.-、O97、Y85－Y89）は、死亡が、当該疾病又は損傷の活動期にはなく、晩発（遺残）効果により起きたということを示すため、原死因コーディングにおいて用いられる。当該疾病又は損傷の続発・後遺症又は遺残効果として記載された病態は、疾病又は損傷の発生から死亡までの期間にかかわらず、適当な続発・後遺症の分類項目に分類されなければならない。一定の病態については、疾病又は損傷の発生から1年以上経過した後の死亡は、続発・後遺症と明確に記載されていないとしても、その病態の続発・後遺症又は遺残効果によると推定される。内容例示表中のほとんどの「～の続発・後遺症」の分類項目では、その項目の下に、続発・後遺症の解釈についての指針が記載されている。

B90.- 結核の続発・後遺症

この続発・後遺症は、活動性結核の証拠がある場合を除き、結核の続発・後遺症、又は過去の結核の晩発効果と明示された病態、及び休止中、治癒後、非活動性、陳旧性又は鎮静期と記載された結核の遺残症を含んでいる。

B94.0 トラコーマの続発・後遺症

この続発・後遺症は、活動性の感染の証拠がある場合を除き、治癒、非活動性と明示されたトラコーマの遺残症及び失明、癍痕性眼瞼内反、結膜癍痕のように明示されたトラコーマの続発・後遺症を含んでいる。

B94.1 ウイルス（性）脳炎の続発・後遺症

この続発・後遺症は、ウイルス脳炎の続発・後遺症又は晩発効果と明示された病態、及びウイルス脳炎の発病から1年以上存在している病態を含んでいる。

B94.8 その他の明示された感染症及び寄生虫症の続発・後遺症

この続発・後遺症は、活動性の証拠のある場合を除き、続発・後遺症と明示された病態及び休止中、治癒後、非活動性、陳旧性又は鎮静期と説明された病態の晩発効果、遺残効果を含んでいる。続発・後遺症はまた、分類項目 A00－B89 に分類できる病態

によると記載された慢性の病態、又はこれらの疾病の発病から1年以上経過しても存在している遺残病態を含んでいる。

E64.3 くる病の続発・後遺症

この続発・後遺症は、くる病もしくはくる病によると明示されたあらゆる病態で発病から1年以上存在する病態又はくる病の続発・後遺症もしくは晩発効果と記載された病態を含んでいる。

G09 中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症

この分類項目は、G00.-、G03-G04、G06.- 及び G08 に分類される病態の続発・後遺症のコーディングに使用される。二重分類の対象となる中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症（G01*-G02*、G05.-*及び G07*）は、原因病態の続発・後遺症のための分類項目（たとえば、B90.0 中枢神経系結核の続発・後遺症）に分類される。もし、原因病態の続発・後遺症の分類項目がない場合は、原因病態それ自身にコードする。

4.2.5 患者の性と診断との間の整合性

ある分類項目は、男性又は女性に限って使用される（3.1.5 節を参照）。もし、確認後に診断書記載の性と死因とに矛盾がある場合は、その死亡は、「その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」（R99）にコードする。

4.2.6 外科的及び内科的ケアにおける合併症

A. 原因の記載のない外科及びその他の手技

手術あるいはその他の医療行為が、手術が行われた病態の記載又は手術時の所見の記載がなく、死因として死亡診断書に記載され、索引表がその手術に対して特定のコードを指示していないならば、手術名により示される臓器又は部位についての残余の分類項目にコードする（たとえば「腎切除術」は N28.9 にコードする）。もし、手術名が臓器又は部位を示しておらず（たとえば「開腹術」）、また O74、O75.4 又は Y60-

Y84 又は術後合併症にコードされる医療過誤の記載もなければ、「その他の診断名不明確及び原因不明の死亡」(R99) にコードする。もし、手術中の医療事故という記載があれば、O74、O75.4 又は Y60-Y69 にコードする。もし、手術中の医療事故という記載がなく、患者の異常な反応と記載があれば、O74、O75.4 又は Y83-Y84 にコードする。

処置による合併症が索引にないか、包含用語又は索引用語の同義語でない場合は常に、早期合併症及び機械的合併症を T80-T88 にコードする。後期合併症及び機能的合併症は、適切な章にコードする。

- 例 1 : I (a) 肺塞栓症
 (b) 虫垂切除術

虫垂の疾患，詳細不明 (K38.9) にコードする。

- 例 2 : I (a) 大動脈の不慮の穿刺
 (b) 開腹術

外科手術における意図しない穿刺 (Y60.0) にコードする。

産科手術の合併症は、外科手術の理由にコードする。産科手術の理由が記載されていない場合は、O75.4 にコードする。

- 例 3 : I (a) 術後出血
 (b) 帝王切開
 (c) 遷延分娩

遷延分娩，詳細不明 (O63.9) にコードする。

- 例 4 : I (a) 羊水塞栓症
 (b) 帝王切開

産科手術及び処置のその他の合併症 (O75.4) にコードする。

B. 他に分類される外因による事故に関連する医療機器

死亡が、医療機器に関わる事故によって生じたが、その事故が医療機器の故障又は誤動作によるのではなく、他に分類される外因によって引き起こされた場合、その外因にコードする。

- 例 5 : I (a) 誤嚥性肺炎
 (b) 気管出血
 (c) 人工呼吸器装着中のベッドから転落
II 肝移植後の人工呼吸療法

ベッドからの転落 (W06) にコードする。人工呼吸器の故障又は誤動作の記載はないため。

- 例 6 : I (a) 肺水腫
 (b) 大動脈内バルーン・パンピングの停止
 (c) ハリケーンによる停電
 (d) 僧帽弁閉鎖不全症を伴う最近の心筋梗塞

暴風雨による受傷者 (X37) にコードする。バルーン・パンピングの故障又は誤動作を示唆する記載はないため。

事故の外因が分類にない場合は、その他及び詳細不明の損傷を起こす詳細不明の要因への曝露 (X59.9) にコードする。

- 例 7 : I (a) 心不全及び呼吸不全
 (b) 強心剤の投与停止
 (c) 鎖骨下カテーテルの不慮の抜去
II 胆嚢の急性破裂に対する外科手術

不慮の抜去は分類にないため、その他及び詳細不明の損傷を起こす詳細不明の要因への曝露 (X59.9) にコードする。

4.2.7 悪性新生物<腫瘍>

4.2.7.1 序

悪性新生物<腫瘍>のコーディングは、他の病態のコーディングと基本的に同じである。選択ルール及び修正ルールは、通常通り悪性新生物<腫瘍>について記載している死亡診断書に適用すべきで、すべての死因コーディングと同様に、コーディング担当者は死亡診断書に記載されたすべての情報を考慮に入れて ICD コードを割り当てなければならない。

新生物<腫瘍>については、性状、形態及び部位に関する情報を考慮することが特に重要である。性状、形態及び部位が医師によって十分に記載されている場合、コーディング担当者は用語の正しいコードを第 3 巻（索引表）の用語から容易に見つけることができる。しかし、死亡診断書に記載されている用語は必ずしも完全で十分に明確なわけではない。本節の指示は、そうした場合にコーディング担当者がコードを割り当てるのに役立つ。また、悪性新生物<腫瘍>と記載している死亡診断書にも、他の原因による死亡の場合と同様に選択ルール及び修正ルールが適用されるということも示している。

(a) 性状、形態及び部位

新生物<腫瘍>をコードする場合、性状、形態及び部位をすべて考慮しなければならない。新生物<腫瘍>の性状とは、体内でそれが活動する方法、すなわち腫瘍<瘤>がどのように増殖する可能性があるかを示す。ICD の下記の分類では、性状を参照する：

- C00－C96 悪性（起点から周囲の組織に侵入するか、又は広がり、別の部位で増殖し始める）
- D00－D09 上皮内（悪性であるが、起点となった組織にまだ限定している）
- D10－D36 良性（広がる可能性のない位置で増殖する）
- D37－D48 性状不詳又は不明（良性か悪性かはっきりしない）

形態とは、細胞又は組織の種類及び構造、並びに新生物<腫瘍>の性状を示す。ICD では、下記のものを含むいくつか主要な形態的グループを分類している：

- 癌（腫）；扁平上皮癌及び腺癌など
- 肉腫及びその他の軟部組織腫瘍；中皮腫など
- 原発新生物＜腫瘍＞の部位を明示する部位特異的な腫瘍；肝細胞癌（C22.0）など
- リンパ腫；ホジキンリンパ腫及び非ホジキンリンパ腫など
- 白血病
- その他の明示された形態の腫瘍；悪性黒色腫（C43.-）など

ICD の分類項目は新生物＜腫瘍＞の部位を示し、さらに新生物＜腫瘍＞の異なる性状を区別する。分類項目は下記のとおりである：

- C00－C75 原発と記載された又は推定された、明示された部位の悪性新生物で、リンパ組織、造血組織及び関連組織を除く異なる種類の組織の悪性新生物＜腫瘍＞
- C76 その他及び部位不明確の悪性新生物＜腫瘍＞
- C77－C79 続発性悪性新生物＜腫瘍＞で、新生物＜腫瘍＞の形態型とは無関係に、別の部位から広がったと記載された又は推定されたもの
注：これらの分類項目（C77－C79）は原死因については使用しない
- C80 部位の明示されない悪性新生物 ＜腫瘍＞
- C81－C96 原発と記載された又は推定されたリンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物＜腫瘍＞

(b) 索引表の使用

第3巻の索引表における「新生物＜腫瘍＞」の項目では、注記事項、部位のリスト、及び新生物＜腫瘍＞の性状により最大5個のコードが与えられている。しかし、部位に関して「新生物＜腫瘍＞」に従ったリストを参照する前に、索引表における形態型を調べることが重要である。形態型の項目は、使用すべきコードを示すか、又は「新生物＜腫瘍＞」の項目の中の正しい項目を示す。

合成された形態的用語における接頭辞のすべての組み合わせが索引に載せられるわけではない。たとえば、軟骨線維肉腫＜chondrofibrosarcoma＞という用語は索引表にはないが、線維軟骨肉腫＜fibrochondrosarcoma＞はある。二つの用語は、順番は異なるものの同じ接頭辞を有するため、軟骨線維肉腫は繊維軟骨肉腫と同じコードとする。

※以下の **osis** で終了する用語に関する記載は、原文の仮訳であるが、英語に特有の説明であり、日本語に適用する場合は、該当しない可能性もあることに留意が必要である。

「**osis** (～症)」で終わる形態的用語は、特に索引に載せられていない場合は、「**osis**」の前にある腫瘍名と同じ方法でコードする。たとえば、神経芽腫症<**neuroblastomatosis**>は神経芽腫<**neuroblastoma**>と同じにコードする。しかし、索引の中であえて異なる分類項目に載せられている血管腫症<**hemangiomatosis**>は、血管腫<**hemangioma**>と同じにコードしてはならない。癌(腫)<**carcinoma**>の幅広い転移は、癌腫症<**carcinomatosis**>と呼ばれることが多い。転移性新生物<腫瘍>に関するコーディングのより詳細な説明については、4.2.7.5 節及び 4.2.2.6 節参照。

もし、癌(腫)又は肉腫のような限定語のない具体的でない用語が、同一の広いグループ内のより具体的な組織型を示す用語とともに記載されているならば、形態型により具体的とされる部位にコードし、具体的でない方は他に転移性であると推定する。

(c) 選択ルール

悪性新生物<腫瘍>が、死亡診断書に記載されているその他の死因に自動的に優先するということはない。選択ルールを厳密に適用した結果、悪性新生物<腫瘍>が原死因として選択された場合にのみ、死亡を悪性新生物<腫瘍>に帰するものとする。

- 例 1 : I (a) 肝硬変
 (b) ウイルス性肝炎
 II 肝細胞癌(腫)

ウイルス性肝炎 (**B19.9**) にコードする。ウイルス性肝炎は、一般原則によって選ばれる。ウイルス性肝炎は、肝細胞癌(腫)の明らかな結果ではなく、肝細胞癌(腫)は原死因として選択すべきでない。

- 例 2 : I (a) 腎不全
 (b) 腎症
 (c) 糖尿病
 (d) 乳房の悪性新生物<腫瘍>

腎合併症を伴う糖尿病（E14.2）にコードする。4.2.2節における糖尿病の原因に関する指示に従うと、乳房の悪性新生物＜腫瘍＞は糖尿病の原因と認められない。ルール1により、糖尿病が原死因として選ばれる。

4.2.7.2 悪性の意味

新生物＜腫瘍＞が続発症を引き起こしたという死亡診断書上の記載があれば、たとえ転移の記載のない同種の新生物＜腫瘍＞は別に分類するものであるとしても、その新生物＜腫瘍＞を悪性としてコードしなければならないということを意味する。

- 例3：I (a) 脳転移
(b) 肺腫瘍＜瘤＞

肺の悪性がん（C34.9）にコードする。脳転移を引き起こしたことから、肺腫瘍＜瘤＞は悪性と考えられる。一般原則を適用する。

- 例4：I (a) 胸壁転移
(b) 乳房の上皮内癌（腫）

乳房の悪性癌（腫）（C50.9）にコードする。乳房腫瘍＜瘤＞は胸壁に広がったため、もはや上皮内ではない。一般原則が適用される。

これは、第2章に索引として載せられていないその他の種類の増殖、たとえばある種のポリープにも適用される。転移又は続発性の腫瘍＜瘤＞の原因として記載される場合は悪性と考えべきで、悪性新生物＜腫瘍＞としてコードすべきである。

- 例5：I (a) 肺の続発性悪性新生物＜腫瘍＞
(b) 胃のポリープ

胃の原発性悪性新生物＜腫瘍＞（C16.9）にコードする。ポリープは続発性疾患の広がりの原因として記載されているため、悪性と考えられる。一般原則が適用される。

4.2.7.3 原発部位

悪性新生物<腫瘍>が原死因と考えられる場合、原発部位を特定することが最も重要である。死亡診断書に原発部位が明確に示されていない場合、死亡診断書作成者（医師）の確認を取るためにあらゆる努力を払うべきである。4.2.7.3-4.2.7.9 節における下記の説明は、そうした確認が取れない場合にのみ適用すべきである。

A. 原発部位が示された場合

(a) 原発性として明示される新生物<腫瘍>

一つの悪性新生物<腫瘍>が原発と明示され、その他の新生物<腫瘍>も記載されているが、原発と記載されていない場合、これらのその他の新生物<腫瘍>は続発性と考える。また、これらのその他の新生物<腫瘍>は原発と明示された新生物<腫瘍>の明らかな結果と考える。

例 6 : I (a) 膀胱の移行上皮癌 II 移行上皮癌、腎原発

一般原則によって選択される I (a) の膀胱の移行上皮癌が原発と明示されていない。II 欄に原発と記載された新生物<腫瘍>がある。従って、ルール 3 が適用され、I (a) における膀胱の移行上皮癌は、II 欄に記載する原発性腎臓腫瘍<癌>の明らかな結果と考えられる。腎の悪性新生物<腫瘍>（C64）にコードする。

新生物<腫瘍>が異なる形態を有する場合、これは適用されない。

例 7 : I (a) 膀胱の移行上皮癌 II 骨肉腫、膝原発

I (a) の膀胱の移行上皮癌は、原発と明示されていない。一般原則により、膀胱の移行上皮癌を暫定的な原死因として選ぶ。II 欄に記載する悪性新生物<腫瘍>は形態の異なるものである。移行上皮癌は骨肉腫の結果ではないため、ルール 3 は適用されない。膀胱の悪性新生物<腫瘍>（C67.9）にコードする。

原発と明示された新生物<腫瘍>が死亡診断書に多数記載されている場合のさらなる説明については、下記の C.を参照する。

(b) 続発性疾患と明示されたその他の新生物<腫瘍>

続発性悪性新生物<腫瘍>は、その他の悪性新生物<腫瘍>によると考えるべきである。また、転移好発部位リストの悪性新生物<腫瘍>（4.2.7.5 節の表 3 参照）はその他の悪性新生物<腫瘍>によると考えるべきである。

例 8 : I (a) 肺、胸膜、脳及び肝臓における続発症
(b) 乳房の癌（腫）

乳房の癌（腫）は、胸膜、脳、及び肝臓において続発症を引き起こすことがある。一般原則が適用される。原死因として乳房の悪性新生物<腫瘍>（C50.9）を選ぶ。続発性と明示された悪性新生物<腫瘍>は、原発と明示された新生物<腫瘍>の明らかな結果と考えるべきである。

例 9 : I (a) 肺の続発性癌（腫）
II 腎原発

まず、一般原則を用い、肺の続発性癌（腫）を暫定的な原死因として選ぶ。しかし、続発性新生物<腫瘍>は原発性腎臓腫瘍<癌>の明らかな結果である。ルール 3 が適用され、腎の悪性新生物<腫瘍>（C64）を原死因として選ぶ。

また、一つを除くすべての部位が続発性と明示される場合、続発性と明示されない部位を原発と考える。結果として、ルール 3 が適用される。

例 10 : I (a) リンパ節、脊椎及び腹膜における続発症
II 前立腺がん

I 欄に記載されているすべての部位は続発性と明示されている。一つの部位、すなわち前立腺だけが続発性と明示されていない。まず、ルール 2 を適用して、リンパ節における続発性新生物<腫瘍>を暫定的な原死因として選ぶ。次に、続発性新生物<腫瘍>の広がり II 欄に記載されている前立腺がんの明らか

な結果であることから、ルール3を適用する。原死因として前立腺の悪性新生物<腫瘍> (C61)を選択する。

(c) 悪性新生物<腫瘍>のリスクを高める疾患によると記載された新生物<腫瘍>

悪性新生物<腫瘍>が一般にその部位の悪性新生物<腫瘍>のリスクを高めると考えられる病態によって引き起こされたとの記載がある場合、その新生物<腫瘍>を原発としてコードする。その部位が転移好発部位リストにあるとしてもこれが適用される (4.2.7.5 節の表3参照)。

例 11 : I (a) 肝臓及び肺のがん

(b) 慢性肝炎

慢性肝炎は原発性肝がんのリスクを高めることから、肝の悪性新生物<腫瘍>, 詳細不明 (C22.9) にコードする。

例 12 : I (a) 肺がん

(b) 肝がん

(c) 塩化ビニルへの長期間の暴露

塩化ビニルは原発性肝がんのリスクを高めることから、肝の悪性新生物<腫瘍>, 詳細不明 (C22.9) にコードする。4.2.7.5 節により、肺がんは続発性と考えられる。

例 13 : I (a) 胸壁のがん

(b) 肺のがん

(c) 喫煙

気管支又は肺の悪性新生物<腫瘍>, 部位不明 (C34.9) にコードする。タバコは原発性肺がんのリスクを高める。4.2.7.5 節により、胸壁のがんは続発性と考えられる。

例 14 : I (a) 胸膜及びリンパ節の中皮腫

(b) アスベスト粉じん<塵>の長期間の吸引

胸膜の中皮腫（C45.0）にコードする。アスベストへの暴露は、原発とみなされる胸膜中皮腫のリスクを高める。リンパ節の悪性新生物＜腫瘍＞は続発性と考えられる（4.2.7.5 節の D.参照）。

- 例 15： I (a) 縦隔及び肝臓の悪性新生物＜腫瘍＞
 (b) アスベスト粉じん＜塵＞の長期間の吸引

縦隔の悪性新生物＜腫瘍＞（C38.3）にコードする。アスベストへの暴露は縦隔におけるがんのリスクを高める。肝臓新生物＜腫瘍＞は続発性と考えられる。悪性新生物＜腫瘍＞のリスクを高められる病態に関するさらなる情報については、死因分類における ICD-10 に関する WHO のウェブサイト参照。

(d) 部位特異的形態

索引表はいくつかの形態を特定の原因部位に割り当てている：

- 例 16： I (a) 全身性の転移の広がり
 (b) 偽粘液性腺がん

一般原則を用いて偽粘液性腺がんを選ぶ。部位不明の偽粘液性腺がんは、索引表において卵巣に分類されるので、卵巣の悪性新生物＜腫瘍＞（C56）にコードする。

二つ以上の形態が示される場合、4.2.7.3 節の C.に従ってコードする。

(e) 期間は原発部位を示さない

同じ患者がいくつかの原発性悪性新生物＜腫瘍＞を発現することがあることから、原発部位を確定するのに期間を使用すべきでない。また、記載されている期間はその疾患の期間よりもむしろ診断日を示している場合がある。

- 例 17： I (a) 咽頭の悪性新生物＜腫瘍＞ 8 ヶ月
 II 乳房の悪性新生物＜腫瘍＞ 12 年

一般原則又は選択ルール1もしくは2によって選択された病態は、因果関係に疑いがない場合にのみ、死亡診断書の他の場所に記載された病態の明らかな結果と考えるべきである。上記の例の場合、患者が二つの独立した原発性悪性腫瘍<癌>を発現したかもしれないことから、期間の違いは、咽頭の悪性新生物<腫瘍>が乳房の悪性新生物<腫瘍>から広がった転移であるということを必ずしも示しているわけではない。そのため、ルール3は適用されない。一般原則によって選択された咽頭の悪性新生物<腫瘍> (C14.0) にコードする。

例 18 : I (a) 腎臓 (7 カ月) 及び前立腺 (5 年) の悪性新生物<腫瘍>

例 15 と同様に、期間の違いは、最近の新生物<腫瘍>の方が期間の長い新生物<腫瘍>から広がった転移であるということを必ずしも示しているわけではない。ルール3は適用されない。いずれの悪性新生物<腫瘍>も原発性とみなされる。ルール2によって選択された腎の悪性新生物<腫瘍> (C64) にコードする。

B. 原発部位不明

死亡診断書に原発部位が不明であると記載されている場合、関与する形態型に対応する「部位不明」の分類項目にコードする。たとえば、腺がんは C80.0、線維肉腫は C49.9、骨肉腫は C41.9 にコードする。死亡診断書の他の場所に記載されているその他の各部位は無視する。たとえば

例 19 : I (a) 肝臓の続発性癌 (腫)
(b) 原発部位不明
(c) ? 胃? 結腸

死亡診断書には原発部位が不明であると記載されている。I (c)欄に記載されている胃及び結腸を無視し、部位不明の癌 (腫) (C80.0) にコードする。

例 20 : I (a) 全身転移
(b) 黒色腫
(c) 原発部位不明

部位不明の悪性黒色腫 (C43.9) にコードする。形態型が示されていない場合、部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) にコードする：

例 21： I (a) 肝臓への転移

死亡診断書は原発部位を明示していない。可能であれば、死亡診断書作成者（医師）に確認を取るべきである。これが可能でなければ、部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) にコードする。

C. 多数の原発性新生物<腫瘍>がある場合

多数の原発性新生物<腫瘍>の存在は、たとえば下記のようにいくつかの方法で示すことができる：

- 二つ以上の異なる解剖学的部位の記載
- 二つ以上の異なる形態型の記載
- 特定の部位及びもう一つの部位を意味する形態型の併記

死亡診断書に多数の原発性悪性新生物<腫瘍>の記載がある場合、死亡診断書作成者（医師）に対して悪性新生物<腫瘍>の一つを原死因として明示するよう求めるべきである。そうした確認が取れない場合、選択ルールを通常の方法で適用するべきである。

(a) 多数の異なる解剖学的部位

一つの部位の原発性悪性新生物<腫瘍>が、別の部位の原発性新生物<腫瘍>によると考えるべきではない。

例 22： I (a) 胃がん (b) 乳がん

胃は転移好発部位リストになく（4.2.7.5 節の表 3 参照）、胃がんと乳がんはいずれも原発性とみなされる。しかし、一つの原発性悪性新生物<腫瘍>が別の

原発性悪性新生物<腫瘍>によるものとは考えない。ルール2が適用され、胃がん (C16.9) を原死因として選ぶ。

- 例 23 : I (a) 前立腺がん
II 胃がん

二つの異なる原発性新生物<腫瘍>、すなわち胃がん及び前立腺がんが記載されている。一般原則を使用して、I 欄に記載されている前立腺の悪性新生物<腫瘍> (C61) を選ぶ。

- 例 24 : I (a) がん
II 前立腺がん

一般原則を使用して、部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) を暫定的な原死因として選ぶ。次にルール D 特異性を適用して、II 欄に記載されているより具体的な用語の「前立腺のがん」 (C61) を選ぶ。

(b) 多数の異なる形態

特定の形態の悪性新生物<腫瘍>が、異なる形態の新生物<腫瘍>によるものと認められるべきではない。

- 例 25 : I (a) 腎細胞癌
(b) 燕麦細胞癌

腎細胞癌及び燕麦細胞癌は形態が異なる。そのため、腎細胞癌が燕麦細胞癌によるものとは認められない。ルール2を適用し、腎細胞癌 (C64) を原死因として選ぶ。

「がん」という用語を特定の形態としてみなしてはならない。「がん」は「悪性新生物<腫瘍>」の同義語として用いられることが多い。

- 例 26 : I (a) 肝がん
(b) 結腸の悪性黒色腫

「肝がん」と「悪性黒色腫」を異なる形態とみなしてはならない。一般原則を適用して結腸の悪性黒色腫を選択し、結腸の悪性新生物<腫瘍> (C18.9) にコードする。肝がんは続発性と考える。

ただし、リンパ組織、造血組織又は関連組織の新生物<腫瘍> (C81-C96) は、リンパ組織、造血組織又は関連組織で別の種類の新生物<腫瘍>になる可能性がある。そのため、死亡診断書がこのような新生物<腫瘍>の上下の因果関係を記載している場合には、その上下の因果関係は妥当と認められる。

- 例 27 : I (a) 急性リンパ球性白血病
(b) 非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫

非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫は、急性リンパ性白血病になることがある。上下の因果関係が認められるので、一般原則に従い、非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫 (C85.9) が原死因として選ばれる。

慢性白血病の急性転化や芽胞発症（急性）は、慢性型の明らかな結果と考えられる。

- 例 28 : I (a) 急性及び慢性のリンパ球性白血病

I (a) 欄の行に最初に記載されている急性リンパ球性白血病を、ルール 2 に従い、暫定的な原死因として選ぶ。しかし、これは慢性リンパ球性白血病の明らかな結果である。ルール 3 も適用され、原死因として慢性リンパ球性白血病 (C91.1) が選ばれる。

- (c) その他の部位とともに記載された部位特異的形態

いくつかの形態は特定の部位又は組織の種類に特異的である（索引表を参照）。特定の部位又は組織の悪性新生物<腫瘍>は、別の部位又は別の種類の組織の新生物<腫瘍>によるものと考えべきではない。部位特異的な形態が別の部位の悪性新生物<腫瘍>とともに記載されている場合、選択ルールを通常の方法で適用する。

- 例 29 : I (a) ホジキン<Hodgkin>リンパ腫

(b) 膀胱の癌（腫）

二つの異なる形態型が記載され、二つの異なる原発性新生物〈腫瘍〉、すなわちホジキン〈Hodgkin〉リンパ腫及び膀胱癌（腫）の存在を示している。一方の原発性悪性新生物〈腫瘍〉をもう一方によると考えるべきではない。そのため、ルール2が適用され、ホジキン〈Hodgkin〉リンパ腫，詳細不明（C81.9）が原死因として選ばれる。

例 30： I (a) 肝細胞癌

(b) 乳がん

「肝細胞癌」という形態は、肝臓の原発性悪性新生物〈腫瘍〉を示す。肝細胞癌と乳房のがんはいずれも原発性と考えられることから、肝臓の原発性悪性新生物〈腫瘍〉を乳がんによるものと考えべきではない。ルール2を用いて肝細胞癌（C22.0）にコードする。

4.2.7.4 重複する部位の悪性新生物〈腫瘍〉

内容例示表の第2章の序文（注、5節）には、細分類項目.8「境界部位にまたがる悪性新生物〈腫瘍〉」の内容及び使用目的が記載されている。しかし、死因コーディングでは、病変が境界部位にまたがっていると明確に記載されている場合、又は死亡診断書に用いられている解剖学的用語が境界部位にまたがっていることを示している場合にのみ、境界部位にまたがる悪性新生物〈腫瘍〉のコードを使用すべきである。悪性新生物〈腫瘍〉が臓器又は臓器系のある一部分から同じ臓器又は臓器系の別の部分に広がった場合には、境界部位にまたがる病変のコードは使用しない。

例 31： I (a) 舌及び口腔底にまたがる悪性新生物〈腫瘍〉

C14.8 口唇，口腔及び咽頭の境界部病巣にコードする。新生物〈腫瘍〉は境界部にまたがっていると記載されている。

例 32： I (a) 直腸 S 状結腸の悪性新生物〈腫瘍〉

C19 直腸 S 状結腸移行部の悪性新生物<腫瘍>にコードする。「直腸 S 状」の用語は境界部位を示す。

死亡診断書に近接する部位を列挙するのは内容的に十分とはいえない。その場合、選択ルール及び修正ルールを通常の方法で適用することによって原死因を選択する。

例 33：I (a) 結腸及び胆のう<囊>の悪性新生物<腫瘍>

「結腸及び胆のう<囊>」が境界部をまたがる新生物<腫瘍>であることを示す記述はない。そのため、これは二つの独立した原発部位とみなされる。死亡診断書の最初に記載されていることから、ルール 2 に従って結腸の悪性新生物<腫瘍> (C18.9) が原死因として選ばれる。

4.2.7.5 転移好発部位

A. 転移好発部位リスト

悪性細胞は身体のいかなる部位にも転移しうるが、他の部位に比べて転移しやすい部位があり、この部位は別に扱わなければならない。これらの部位のリストを下表 3 に示す。

表 3. 転移好発部位

骨	縦隔
脳	髄膜
横隔膜	腹膜
不明確な部位 (C76 に分類可能な部位)	胸膜
肝臓	後腹膜
肺 (特殊な指示参照)	脊髄
リンパ節 (特殊な指示参照)	

B. 転移好発部位：リストの使用方法

(a) その他の部位とともに記載された転移好発部位

多数の部位が死亡診断書に記載され、原発部位が示されていない場合、表3に記載の部位の新生物<腫瘍>を続発性、表3にないものを原発性と考える。次に、選択ルールを通常の方法で適用することによって原死因を選択する。

例 34： I (a) 脳のがん

(b) 乳がん

乳房は表3にないため、原発性と考えられる。脳は表3にあり、続発性と考えられる。続発性悪性新生物<腫瘍>はもちろん原発性のものによる可能性がある。一般原則に従い、乳がん (C50.9) が原死因として選ばれる。

例 35： I (a) 腹膜がん

II 乳がん

腹膜は表3にあり、続発性と考えられる。乳房は表3になく、原発性と考えられる。まず、一般原則を適用して腹膜がんを暫定的な原死因として選ぶ。しかし、(続発性) 腹膜がんは(原発性の) 乳がんの明らかな結果である(4.2.7.3節のA (b) 参照)。そのため、ルール3を適用し、乳がん (C50.9) を原死因として選ぶ。

例 36： I (a) 肝がん

(b) 結腸がん

(c) 膀胱がん

肝臓は表3にあり、続発性と考えられる。結腸及び膀胱は表3になく、いずれも原発性と推定される。しかし、結腸の原発がんは、原発性の膀胱がんによるものとするべきではない。死亡診断書には、その他に、妥当な上下の因果関係、すなわち結腸の(原発) がんによる(続発性) 肝がんの記載がある。ルール1を適用し、結腸の悪性新生物<腫瘍> (C18.9) を原死因として選ぶ。

(注)

- 1) 表 3 に記載されている部位の新生物<腫瘍>がその部位又は組織の悪性新生物<腫瘍>のリスクを高める病態によるものとして記載されている場合、その新生物<腫瘍>は原発性と考えられる (4.2.7.3 節の A (c) 参照)。
- 2) 表 3 に記載されている部位の悪性新生物<腫瘍>が、死亡診断書に記載されている唯一の悪性新生物<腫瘍>であり、かつ「転移性」として限定されていない場合、これも原発性と考えられる。

(b) その他の形態型とともに記載される転移好発部位

表 3 にある部位の新生物<腫瘍>が異なる形態の新生物<腫瘍>とともに記載される場合、表 3 にある新生物<腫瘍>を続発性、異なる形態のものを原発性と考える。次に、選択ルールを通常の方法で適用することによって原死因を選択する。

- 例 37: I (a) 肝臓がん
 (b) 結腸の腺がん
 (c) 大腿の皮膚の悪性黒色腫

肝臓は表 3 にあり、続発性と考えられる。結腸及び皮膚は表 3 になく、いずれも原発性と推定される。しかし、結腸及び皮膚の悪性腫瘍<瘤>は形態が異なる。そのため、結腸の腺がんが腸の悪性黒色腫によるとは認められない。しかし、(続発性) 肝臓がんは結腸の腺がんによるということはあるため、I (a) 欄に記載されている肝臓がんが終わる上下の因果関係がある。ルール 1 に従い、結腸の悪性新生物<腫瘍>が原死因として選ばれる。

「肝臓がん」を別の形態とみなしてはならない (4.2.7.3 節の C (b) 参照)。

(c) 記載された部位のすべてが転移好発部位リストに掲載されている

記載された部位がすべて表 3 にある場合、すべて続発性と考えられるべきである。このことは、原発性腫瘍<瘤>は記載されていないということの意味し、この症例は部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) にコードすべきである。

- 例 38: I (a) 脳、肋骨、胸膜及び腹膜のがん

記載されている部位はすべて表 3 にあり、すべて続発性と考えられる。この症例は、部位不明の悪性新生物〈腫瘍〉（C80.9）にコードする。

肺が表 3 に記載されているその他の部位とともに記載されている場合には、特殊な指示が適用されるということに注意する。4.2.7.5 節の C を参照。

C. 特殊な指示：肺

肺は、転移性腫瘍〈瘤〉、原発性新生物〈腫瘍〉の両者いずれとしても好発部位という特殊な問題がある。死亡診断書に記載されているその他の新生物〈腫瘍〉の有無や、記載されている他の新生物〈腫瘍〉によって原発性又は続発性を判断する。

(a) 肺が原発性新生物〈腫瘍〉の発生部位と考えられる場合

死亡診断書に記載されている唯一の部位が肺である場合、原発性と考えられる。

例 39：I (a) 肺がん

肺が記載されている唯一の部位であるため、肺が原発性と考えられる。一般原則が適用され、原死因として肺がん（C34.9）が選ばれる。

また、肺以外のその他すべての部位が表 3 にある場合、肺が原発性と考えられる。

例 40：I (a) 肝臓のがん

(b) 肺癌（腫）

肝臓は表 3 にあるため、肺が原発性と考えられる。一般原則が適用され、肺癌（腫）（C34.9）が原死因として選ばれる。

気管支又は気管支原性の悪性新生物〈腫瘍〉の記載がある場合には、この新生物〈腫瘍〉も原発性と考えるべきである。

例 41：I (a) 気管支の癌（腫）

(b) 乳房の癌（腫）

気管支も乳房も表 3 にないため、いずれも原発性と考えられる。一方の原発性新生物＜腫瘍＞をもう一方によるとは認められないため、ルール 2 が適用される。気管支の悪性新生物＜腫瘍＞（C34.9）を原死因として選ぶ。

（注）肺の新生物＜腫瘍＞が肺がんのリスクを高める病態によるものと記載される場合、肺の新生物＜腫瘍＞は原発性と考えられる（4.2.7.3 節の A (c) 参照）。

(b) 肺が続発性新生物＜腫瘍＞の部位と考えられる場合

部位不明の肺の悪性新生物＜腫瘍＞が別の悪性新生物＜腫瘍＞によると記載される場合、肺の新生物＜腫瘍＞は続発性と考えられ、この上下の因果関係は認められる。

例 42： I (a) 肺がん
(b) 胃がん

（続発性）肺がんは胃がんによると認められるため、一般原則によって胃がんが選ばれる。

肺が表 3 に記載されていない部位とともに I 欄に記載される場合には常に、肺を続発性と考えるべきである。

例 43： I (a) 肺及び乳房の癌（腫）

肺癌（腫）は乳房とともに記載され、乳房は表 3 にないことから、肺癌（腫）が続発性と考えられる。ルール 3 が適用され、続発性肺癌（腫）は乳房の癌（腫）の明らかな結果と考えられる。乳房の悪性新生物＜腫瘍＞（C50.9）にコードする。

（注）肺の新生物＜腫瘍＞が肺がんのリスクを高める病態によるものと記載される場合、肺の新生物＜腫瘍＞が原発性と考えられる（4.2.7.3 節の A (c) 参照）。

部位不明の肺の悪性新生物＜腫瘍＞は、死亡診断書の別の場所に記載されている悪

性新生物<腫瘍>の明らかな結果と考えるべきではない。

例 44 : I (a) 肺がん
II 胃がん

肺がんについて、続発性とも転移性とも明示されていない。そのため、II 欄に記載されている胃がんの明らかな結果とは考えられず、ルール 3 は適用されない。一般原則に従い、肺がん (C34.9) を原死因として選ぶ。

D. 特殊な指示：リンパ節

原発として明示されないリンパ節の悪性新生物<腫瘍>は、続発性と推定すべきである。

例 45 : I (a) 頸部リンパ節のがん

部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) にコードする。頸部リンパ節のがんは、部位不明の原発性悪性新生物<腫瘍>の続発と考えられる。

4.2.7.6 転移がん

(注)「転移性」の表現は、主に英語の問題である。英語を使用しない国々は、4.2.7.6 節については、必要な範囲内で翻訳すべきである。

転移性と限定される新生物<腫瘍>は、原発性又は続発性のいずれでも常に悪性である。

しかし、「転移性 (metastatic)」という形容詞は、二つの意味に使用されている。ある場合は、他の原発部位から続発したことを意味する形容詞として使用され、ある場合には、転移を起こした原発を意味する形容詞として使用される。

(a) 悪性新生物<腫瘍>「～からの転移」(metastatic from)

悪性新生物<腫瘍>が、明示された部位「からの転移」(metastatic from)と記載さ

れる場合、その部位を原発性とみなすべきである。

例 46 : I (a) 卵巣からの転移性奇形腫

「卵巣からの転移性奇形腫」という表現は、新生物<腫瘍>が卵巣を起点としていることを示唆している。卵巣の悪性新生物<腫瘍> (C56) にコードする。

これは、転移好発部位リストにある部位にも適用される。

例 47 : I (a) 腹膜からの転移性中皮腫

腹膜は表 3 に記載されている部位の一つであるが、「腹膜からの転移性中皮腫」は腹膜が原発部位であること示している。腹膜中皮腫 (C45.1) にコードする。

(b) 悪性新生物<腫瘍> 「～への転移」 (metastatic to)

明示された部位「への転移」 (metastatic to) として記載されている悪性新生物<腫瘍>は、その部位が転移好発部位リストにあるか否かにかかわらず、その明示された部位の続発性新生物<腫瘍>と解釈すべきである。原発部位が明示されていなければ、原発部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) にコードする。

例 48 : I (a) 直腸への転移性癌 (腫)

「への転移」という表現は、直腸が続発部位であることを示している。原発部位が示されていないことから、原発部位不明の悪性新生物<腫瘍> (C80.9) を原死因としてコードする。

C40-C47、C49 又は C70-C72 に分類できる形態が記載されている場合、その形態型の「部位不明」の細分類項目にコードする。

例 49 : I (a) 脳への転移性骨肉腫

「脳への転移」という表現は、脳が続発部位であることを示している。しかし、骨肉腫は索引表で骨の悪性新生物<腫瘍>として掲載されている。骨の悪性新生物<腫瘍>、部位不明（C41.9）を原死因としてコードする。

(c) 部位 A から部位 B への転移性 (metastatic of site A to site B) 悪性新生物<腫瘍>

部位 A から部位 B への転移と記載されている悪性新生物<腫瘍>は、部位 A を原発、部位 B を続発と解釈するべきである。

例 50 : I (a) 肝臓から脳への転移性がん
II 食道がん

「肝臓から脳への転移性」という表現は、悪性新生物<腫瘍>が肝臓で発生し、脳に広がったことを示している。原死因を選択する場合、肝臓の原発性がん（C22.9）にコードする。

肝臓が原発部位であるということが示されていることから、4.2.7.5 節 B (a)における、表 3 にある部位がその他の部位とともに記載された場合の指示は適用されない。食道がんの記載もあるものの、肝臓が原発部位と考えられる。

(d) 転移好発部位リストにある「転移性」悪性新生物<腫瘍>

「転移性」新生物<腫瘍>の部位が転移好発部位リストにある場合、その新生物<腫瘍>を続発とみなす。

例 51 : I (a) 腸閉塞
(b) 腹膜の転移性がん
(c) 子宮の肉腫

腹膜は表 3 にあることから、腹膜の転移がんは続発と考えられる。一般原則により、子宮の肉腫（C55）が原死因として選ばれる。

該当する場合には、ルール 3 を適用する。

例 52 : I (a) 胸膜の転移性がん
II 胃がん

胸膜がんは転移性と記載されており、続発と考えられる。胃がんも記載されており、原発と考えられる(4.2.7.3節のA(b)参照)。まず、一般原則を適用し、胸膜がんを暫定的な原死因として選ぶ。しかし、ルール3に従って、(続発性)胸膜がんは(原発性)胃がんの明らかな結果と考えられる。原死因として胃がん(C16.9)を選択する。

死亡診断書に他の新生物<腫瘍>が記載されていなくても、表3にある部位の新生物<腫瘍>は続発とみなす。続発性悪性新生物<腫瘍>は、原死因として選択すべきでないということに注意する。原発性腫瘍が記載されていなければ、その症例を部位不明の悪性新生物<腫瘍>(C80.9)にコードする。

例 53 : I (a) 転移性脳腫瘍<瘤>

脳は表3にある部位の一つで、「転移性」脳腫瘍は続発とみなされる。原発性新生物<腫瘍>は記載されていない。そのため、原発部位不明の悪性新生物<腫瘍>(C80.9)にコードする。

(注) 表3に記載されている部位の新生物<腫瘍>がその部位又は組織の悪性新生物<腫瘍>のリスクを高める病態によるものとして記載されている場合、その新生物<腫瘍>は原発性とみなす(4.2.7.3節のA(c)参照)。

(e) 転移好発部位リストにない「転移性」悪性新生物<腫瘍>

転移好発部位リストにない部位が「転移性」又は「～の転移性」として特定されている場合、その部位を原発とみなし、その部位の原発性悪性新生物<腫瘍>にコードする。

例 54 : I (a) 子宮頸がん、転移性

子宮頸部は表3にないため、「転移性」子宮頸がんを原発性とみなす。子宮頸部の悪性新生物<腫瘍>(C53.9)にコードする。

選択ルールを通常の方法で適用する。

- 例 55 : I (a) 前立腺の転移性腺がん
(b) 結腸の転移性腺がん

前立腺及び結腸は表 3 になく、いずれの新生物<腫瘍>も原発性とみなされる。一方の原発性新生物<腫瘍>がもう一方によるとは考えない。ルール 2 を適用して、前立腺の悪性新生物<腫瘍> (C61) を原死因として選択する。

- (f) 肺の「転移性」がん

記載されている唯一の悪性新生物<腫瘍>が肺の「転移性」新生物<腫瘍>である場合、肺の原発性悪性新生物<腫瘍>にコードする。

- 例 56 : I (a) 肺の転移癌 (腫)

他の部位が記載されていないため、肺の原発性悪性新生物<腫瘍> (C34.9) にコードする。

また、死亡診断書に記載されているその他の新生物<腫瘍>が、いずれも転移好発部位リストにある場合も、肺の「転移性」新生物<腫瘍>を原発性と考える。

- 例 57 : I (a) 肺の転移性がん
II 胸膜、肝臓及び脳のがん

胸膜、肝臓及び脳はすべて表 3 に掲載されているため、「肺の転移性がん」は原発性と考えられる。肺の悪性新生物<腫瘍> (C34.9) を原死因として選ぶ。

別の悪性新生物<腫瘍>が死亡診断書に記載され、その悪性新生物<腫瘍>の部位が転移好発部位リストにない場合、肺を続発と考える。

- 例 58 : I (a) 肺の転移性がん
II 胃がん

胃がんが記載されていることから、「肺の転移性がん」は続発性と考えられる。まず、一般原則を用い、(続発性) 肺がんを暫定的な原死因として選ぶ。次に、

ルール3を適用し、肺の（続発性）がんは、Ⅱ欄に記載されている胃がんの明らかな結果と考える。胃がん（C16）を原死因として選ぶ。

（注）肺の新生物＜腫瘍＞が肺がんのリスクを高める病態によるものと記載される場合、肺の新生物＜腫瘍＞が原発性と考えられる（4.2.7.3節のA（c）参照）。

(g) 特定の形態の「転移性」新生物＜腫瘍＞

形態型がC40－C47、C49又はC70－C72に分類できるもので、死亡診断書に記載されている部位が同じ種類の組織を示す場合、その形態型の適した細分類項目にコードする。

例 59： I (a) 大腿骨の転移性骨肉腫

下肢の長骨の悪性新生物＜腫瘍＞（C40.2）にコードする。

形態型がC40－C47、C49又はC70－C72に分類できるもので、死亡診断書に記載されている部位が異なる種類の組織を示す場合、その形態型の部位不明にコードする。

**例 60： I (a) 転移性横紋筋肉腫
(b) 肺門リンパ節のもの**

横紋筋肉腫，部位不明（C49.9）にコードする。

4.2.7.7 接頭辞又は不明確な定義を持つ部位

「周囲」、「傍」、「前」、「上」、「下」等の接頭語がついている部位の新生物＜腫瘍＞、又は部位の「範囲」もしくは「領域」にあると記載されている新生物＜腫瘍＞は、これらの用語が特に指示されていなければ、下記のようにコードすべきである：

下記の分類項目の一つに分類される悪性新生物＜腫瘍＞について：

C40、C41（骨及び関節軟骨）

C43（皮膚の悪性黒色腫）

C44（皮膚のその他の悪性新生物＜腫瘍＞）

C45（中皮腫）

C46（カポジ＜Kaposi＞肉腫）

C47（末梢神経及び自律神経系）

C49（結合組織及び軟部組織）

C70（髄膜）

C71（脳）

C72（中枢神経系のその他の部分）

その分類項目の適切な細分類項目にコードする。

例 61：I （a） 腭臓領域における線維肉腫

腹部の結合組織及び軟部組織の悪性新生物＜腫瘍＞（C49.4）にコードする。

例 62：I （a） 横隔膜周囲血管筋肉腫

胸郭の結合組織及び軟部組織の悪性新生物＜腫瘍＞（C49.3）にコードする。

その他の形態型については、C76（その他及び部位不明確の悪性新生物＜腫瘍＞）の適切な細分類項目にコードする。

例 63：I （a） 肺領域における癌（腫）

胸郭内のその他及び部位不明確の悪性新生物＜腫瘍＞（C76.1）にコードする。

例 64：I （a） 傍脊椎がん

その他の不明確の部位の悪性新生物＜腫瘍＞（C76.7）にコードする。

例 65：I （a） 悪性新生物＜腫瘍＞、横隔膜下

腹部の悪性新生物＜腫瘍＞（C76.2）にコードする。

4.2.7.8 部位不明の悪性新生物〈腫瘍〉で他の病態の記載を伴うもの

原発性の悪性〈腫瘍〉の部位が明示されていない場合、穿孔、閉塞、又は出血のような他の記載された病態の場所から、その部位の推定を行ってはならない。これらの病態は、実際の〈腫瘍〉と無関係な部位に生じる可能性がある。たとえば、腸閉塞は卵巣悪性腫瘍〈瘤〉の進展によって起こりうる。

- 例 66 : I (a) 腸閉塞
(b) 癌 (腫)

部位の明示されない悪性〈腫瘍〉 (C80.9) にコードする。

- 例 67 : I (a) 呼吸不全
(b) 気管の閉塞
(c) 悪性〈腫瘍〉

部位の明示されない悪性〈腫瘍〉 (C80.9) にコードする。

4.2.7.9 感染症及び悪性新生物〈腫瘍〉

- (a) 悪性新生物〈腫瘍〉による感染症

免疫系に作用する化学療法の効果により、がん患者の中には感染症にかかりやすくなり、これにより死亡する場合もある。従って、がん「による」と記載され、4.2.2 A.(a) 節に記載する感染症以外の感染症は、妥当な上下の因果関係となる。

- 例 68 : I (a) 帯状疱疹
(b) 慢性リンパ球性白血病

慢性リンパ球性白血病は帯状疱疹を引き起こしうる。この上下の因果関係は認められるもので、慢性リンパ球性白血病 (C91.1) が原死因として選ばれる。

- (b) 感染症による悪性新生物〈腫瘍〉

ヒトパピローマウイルスと子宮頸がん、又は慢性 C 型肝炎ウイルス感染と肝臓がんなど、いくつかの感染症と特定のがんと間に強い因果関係を示す証拠がある。しかし、このような危険因子は、死亡診断書では十分に反映されない。人口動態統計と公衆衛生の観点からは、その原因にかかわらず、特定のがんによる死亡をすべて計上できることが重要であるとされている。そのため、ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病を除き、いかなる感染症又は寄生虫症も悪性新生物<腫瘍>を引き起こすものと考えべきではない。

- 例 69 : I (a) 肝細胞癌 (腫)
(b) B 型肝炎ウイルス

B 型肝炎は肝臓がんのリスクを高める。しかし、肝臓がんによる死亡数を登録することがより重要であると考えられ、この上下の因果関係は認められない。ルール 2 を用いて肝細胞がん (C22.0) を原死因として選ぶ。

- 例 70 : I (a) カポジ<Kaposi>肉腫
(b) HIV

HIV は悪性新生物<腫瘍>を引き起こすものとして認められる。まず、一般原則を用いて HIV を暫定的な原死因として選ぶ。次にルール C (連鎖) を用いてカポジ<Kaposi>肉腫を起こした HIV 病 (B21.0) を原死因としてコードする。

4.2.7.10 悪性新生物<腫瘍>及び循環器疾患

下記の急性又は致命的な循環器疾患は、I 欄で「～による」との上下の因果関係で示されている場合、悪性新生物<腫瘍>によるものと認められる：

- I21-I22 急性心筋梗塞
- I24.- その他の急性虚血性心疾患
- I26.- 肺塞栓症
- I30.- 急性心膜炎
- I33.- 急性及び亜急性心内膜炎
- I40.- 急性心筋炎
- I44.- 房室ブロック及び左脚ブロック

- I45.- その他の伝導障害
- I46.- 心停止
- I47.- 発作性頻拍（症）
- I48 心房細動及び粗動
- I49.- その他の不整脈
- I50.- 心不全
- I51.8 その他の診断名不明確な心疾患
- I60－I69 脳血管疾患（I67.0－I67.5, I67.9, I69.-を除く）

下記の循環器疾患は、悪性新生物＜腫瘍＞「による」ものと考えない：

- I00－I09 リウマチ熱及びリウマチ性心疾患
- I10－I15 高血圧性疾患（内分泌系の新生物＜腫瘍＞、腎の新生物＜腫瘍＞及びカルチノイド腫瘍によると記載された場合を除く）
- I20.- 狭心症
- I25.- 慢性虚血性心疾患
- I70.- アテローム＜じゅく＜粥＞状＞硬化（症）

4.2.8 多数の種類薬物使用の関与

F10－F19 又は F55 に分類される病態が原死因として選ばれており、死亡診断書に F10－F19 又は F55 に分類される他の病態が一つ又は多数記載されている場合は、下記のように処理する：

- i) 死因と明示されている病態が一つある場合は、その病態にコードする。
- ii) 単独の病態が主たる死因として明示されていない場合は、死亡診断書作成者（医師）の確認を取るべきである。
- iii) そうした確認が取れない場合、下記の優先順位に従って原因を選択する：
 - 1) アヘン類使用による精神及び行動の障害（F11）
 - 2) コカイン使用による精神及び行動の障害（F14）
 - 3) カフェインを含むその他の精神刺激薬使用による精神及び行動の障害（F15）

- 4) F19における合成麻薬の使用による精神及び行動の障害
- 5) F55における抗うつ薬及び非オピオイド系鎮痛薬の乱用
- 6) 大麻類使用による精神及び行動の障害 (F12)、鎮静薬又は催眠薬使用による精神及び行動の障害 (F13)、幻覚薬使用による精神及び行動の障害 (F16)、タバコ使用<喫煙>による精神及び行動の障害 (F17)、揮発性溶剤使用による精神及び行動の障害 (F18)、F19に分類される合成麻薬以外の物質使用による精神及び行動の障害、F55に分類される抗うつ薬及び非オピオイド系鎮痛薬以外の依存を生じない物質の乱用
- 7) アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害 (F10)

死亡診断書に同じ優先順位に属する精神及び行動の障害が多数記載されている場合は、最初に記載されたものをコードする。

4.2.9 心臓併発症を伴うリウマチ熱

リウマチ性と明示された、又はリウマチ熱によると記載された心臓の病態（末期の病態及び細菌性心内膜炎以外のもの）は、リウマチの経過が死亡時に活動性であったという記載がない場合において、急性又は亜急性であると記載されている場合には、活動性があったと推定する。そのような記載がない場合、「心炎」、「心内膜炎」、「心疾患」、「心筋炎」及び「汎心炎」については、発病から死亡までの期間が1年未満であるか、期間が記載されていない場合は、死亡時の年齢が15歳未満の場合は、急性と考えることができる。「心膜炎」は、年齢を問わず急性と考えられる。

4.2.10 先天奇形、変形及び染色体異常

下記の病態は、生後に罹患したという記述がない場合は、下記の年齢で死亡した場合には、先天性と考えてよい。

- 1歳未満：動脈瘤、大動脈弁狭窄（症）・閉鎖（症）、脳萎縮、脳のうち＜囊＞胞、変形、臓器の転位＜偏位＞・転位症、臓器の形成不全＜低形成＞、奇形、肺動脈弁狭窄（症）、心臓弁膜症
- 4週未満：心疾患 NOS、水頭症 NOS

もし発病と死亡との期間及び死亡者の年齢が、その病態が出生時から存在したことを示していれば、死亡診断書に先天性と明示されなくても、あらゆる疾病は先天性のものであると考える。

新生児又は乳児の死亡診断書に、未熟、早期産、短い妊娠期間あるいは低出生体重などの記載を伴う肺低形成とあれば、未熟肺（P28.0）とコードし、Q33.6とはコードしない。

4.2.11 損傷の性質

第 XIX 章（S00－T98）に分類される損傷又は中毒が死亡の原因である場合、その損傷又は中毒の外因（第 XX 章、V01－Y89）を原死因としてコードする。

さらに、第 XX 章（V01－Y89）の外因に加えて、主たる損傷をコードする（S00－T98）。その時、死亡診断書に多数の損傷の記載がある場合、下記の指示に従う。

a) I 欄又は II 欄に記載された損傷の中に表在損傷又は軽微な損傷（付録 7.1 死亡を引き起こす可能性の低い病態リストに記載する損傷）がある場合、その表在損傷又は軽微な損傷が死亡診断書に記載されなかったものとして主たる損傷を選択する。

例 1 : I (a) 腕の打撲傷及び頭蓋の骨折
(b) 足場からの転落

足場からの転落又はその上での転倒（W12）を原死因としてコードする。主たる損傷としては、頭蓋骨及び顔面骨の骨折、部位不明（S02.9）にコードする。上肢の表在損傷、部位不明（T11.0）は考慮しない。

b) I 欄と II 欄の両方に重度の損傷（表在損傷でも軽微な損傷でもない損傷）の記載がある場合、I 欄から主たる損傷を選択する。「ICD-10 損傷の性質コードの優先順位リスト」（付録 7.4 参照）において、II 欄に記載されている損傷の優先順位が I 欄に記載されている損傷の優先順位より高い場合でも、I 欄から主たる損傷を選択する。

例 2 : I (a) 胸腔内の多発性損傷
(b) 自動車運転者、バスとの衝突
II 脳損傷

原死因を、大型輸送車両又はバスとの衝突により受傷した運転者（V44.5）にコードする。主たる損傷には、胸部<郭>の多発性損傷（S29.7）にコードする。優先順位リストにおいて、頭蓋内損傷，詳細不明（S06.9）の優先順位は胸部の多発性損傷の優先順位より高いが、胸部の多発性損傷の記載は I 欄にあるため、II 欄に記載の損傷に優先する。

重度の損傷が II 欄にのみ記載されている場合、II 欄に記載されている損傷を主たる損傷として選択する。

c) 死亡診断書の該当箇所に重度の損傷の記載が多数ある場合、「ICD-10 損傷の性質コードの優先順位リスト」（付録 7.4 参照）の優先順位に従って主たる損傷を選択する。同リストでは、「1」がもっとも高い優先順位を示し、「6」がもっとも低い優先順位を示す。

例 3 : I (a) 胸腔内の多発性損傷及び脳損傷
(b) 自動車運転者、バスとの衝突

原死因は、大型輸送車両又はバスとの衝突により受傷した運転者（V44.5）にコードする。主たる損傷には、優先順位リストで胸部<郭>の多発性損傷（S29.7）より順位の高い頭蓋内損傷，詳細不明（S06.9）にコードする。

d) 死亡診断書の該当箇所に重度損傷の記載が多数あり、優先順位がもっとも高い損傷が多数ある場合、最初に記載されている方の損傷を選択する。ただし、優先順位がもっとも高い損傷が多数あり、一方が特定された損傷で、他方が T00-T07（多部位の

損傷) の損傷である場合、特定された損傷を優先する。

- 例 4 : I (a) 大動脈破裂を伴う多発性損傷
(b) 自動車運転者、バスとの衝突

原死因は、大型輸送車両又はバスとの衝突により受傷した運転者 (V44.5) にコードする。主たる損傷には、胸部大動脈損傷にコードする。多発性損傷 (T07) と胸部大動脈損傷 (S25.0) は優先順位リストで同じ順位にあるが、特定された損傷は、T00-T07 の損傷に優先する。

優先順位リストについては、付録 7.4 参照。

4.2.12 薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒

異なる分類項目に分類される医薬品が組み合わされている場合は、下記のように処理する：

- A) 原死因の選択
i) もし、その組み合わせ物質の一つの成分が死因として明示されていれば、その成分にコードする。

- 例 1 : I (a) ヘロインの不慮の過剰摂取
II ジアゼパム及びアミトリプチリン

ヘロインによる不慮の中毒 (X42) にコードする。I 欄にヘロインの過剰摂取による中毒のみを記載し、II 欄で死因に関与した他の物質を表記することにより、死亡診断書の作成者は死因として最重要なものはヘロインであることを示している。

- 例 2 : I (a) アンフェタミンによる中毒
II 中毒レベルのヘロイン並びにフルニトラゼパム

アンフェタミンによる不慮の中毒 (X41) にコードする。I 欄にアンフェタミン中毒のみを記載し、II 欄で死因に関与した他の物質を表記することにより、

死亡診断書の作成者は死因として最重要なものはアンフェタミンであることを示している。

- 例 3 : I (a) アルコールによる中毒
II 中毒レベルのヘロイン並びにフルニトラゼパム

アルコールによる不慮の中毒 (X45) にコードする。I 欄にアルコール中毒のみを記載し、II 欄で死因に関与した他の物質を表記することにより、死亡診断書の作成者は死因として最重要なものはアルコールであることを示している。

- 例 4 : I (a) ヘロインによる中毒
II アルコール並びにフルニトラゼパムの中毒レベル

ヘロインによる不慮の中毒 (X42) にコードする。I 欄にヘロイン中毒のみを記載し、II 欄で死因に関与した他の物質を表記することにより、死亡診断書の作成者は死因として最重要なものはヘロインであることを示している。

- ii) 死を引き起こした最重要物質の成分が明示されていない場合は、死亡診断書の作成者 (医師) から説明を求めるべきである。
- iii) そのような説明が得られない場合、アルコールと薬物の組み合わせは、薬物にコードする。その他の多くの薬剤が死因の場合、「その他」のコードを当てる。

- 例 5 : I (a) ヘロイン及びアンフェタミンの不慮の過剰摂取

その他及び詳細不明の薬物、薬剤及び生物学的製剤による不慮の中毒及び曝露 (X44) にコードする。I 欄に記載されているいずれの薬物も死を引き起こした最重要物質として明示されておらず、この二つの薬物の組み合わせのための具体的なコードも存在しない。

- iv) F10-F19 と中毒が同じ死亡診断書に記載されている場合は、下記のように処理する :

F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

下記の記載を伴うもの：

X40-X49 有害物質による不慮の中毒及び有害物質への曝露、X40-X49にコードする。

X60-X69 有害物質による中毒及び曝露にもとづく自傷及び自殺、X60-X69にコードする。

X85-X90 有害物質による加害、X85-X90にコードする。

Y10-Y19 薬物、化学物質及び有害物質による中毒及び曝露、Y10-Y19にコードする。

4 桁細分類項目.0 (急性中毒)、X40-X49、X60-X69、X85-X90 又は Y10-Y19 にコードする。

F10-F19 に分類される多数の病態が同じ死亡診断書に記載されている場合は、4.1.11 節参照。

B) 損傷の主たる性質のコーディングのための最も危険な薬物の同定

様々な薬剤による死亡について、最も有用な統計を出すために一番重要なのは、原死因に加えて、最も危険な薬物について損傷の性質コードの同定を行うことである（「4.2.11 損傷の性質」も参照）。最も危険な薬物を選択したら、次の要領に従って損傷の主たる性質のコードを選択する。

もし配合剤の一成分が死因として明示されていれば、その成分に関する損傷の主たる性質にコードする。もし単一成分を死因とすることができない場合は、アルコールと薬物の組み合わせの場合は、薬物にコードする。分類に薬物の配合剤のための具体的な項目、例えば抗てんかん薬の配合剤 (T42.5) があれば、その項目にコードする。もし適切な配合剤の分類項目がない場合は、下記の優先順位に従って、損傷の主たる性質のコードを選択する：

1. オピオイド (T40.0-T40.2)

T40.0-T40.2 の多数の 4 桁細分類項目に分類可能なオピオイドを含む配合剤: T40.2

にコードする。

2. コカイン (T40.5)

3. 乱用される可能性のある興奮薬 (T43.6)

包含：アンフェタミン並びにその誘導体

4. 合成麻薬並びにその他の詳細不明の麻薬 (T40.3-T40.4、T40.6)

T40.3-T40.4 の多数の4桁細分類項目に分類可能な合成麻薬を含む配合剤：T40.4にコードする。

T40.3-T40.4 の多数の4桁細分類項目に分類可能な合成麻薬、及びT40.6に分類可能なその他の詳細不明な麻薬を含む配合剤：T40.6にコードする。

5. 抗うつ薬 (T43.0-T43.2)

T43.0-T43.2 の多数の4桁細分類項目に分類可能な抗うつ薬を含む配合剤：T43.2にコードする。

6. 非オピオイド系鎮痛薬 (T39.-)

T39.0-T39.4 の多数の4桁細分類項目に分類可能な非オピオイド系鎮痛薬を含む配合剤：T39.8にコードする。

7. 上記以外の薬物及び製剤

もし、死亡診断書に多数のこのような薬剤が記載されている場合は、最初に記載されたものをコードする。

例6：I (a) ヘロイン、コカイン、ジアゼパム及びアミトリプチリンの過剰摂取

原死因：その他及び詳細不明の薬物、薬剤及び生物学的製剤による不慮の中毒及び曝露 (X44) にコードする。I欄で記載するいずれの薬物も死を引き起こした最重要物質であることが明確に示されておらず、これらの薬物の配合剤のための分類項目も存在しない。

損傷の主たる性質：ヘロインによる中毒（T40.1）にコードする。上記の優先順位のリストでヘロインは第1グループに、コカイン（T40.5）は第2グループに、ジアゼパム（T42.4）は第7グループに、アミトリプチリン（T43.0）は第5グループにそれぞれ属している。

例7：I (a) アルコール、ヘロイン及びジアゼパムによる不慮の中毒

原死因：その他及び詳細不明の薬物、薬剤及び生物学的製剤による不慮の中毒及び曝露（X44）にコードする。アルコールと薬物の組み合わせによる中毒は、薬物にコードする（4.2.11節のA iii）を参照）。I欄で記載するいずれの薬物も死を引き起こした最重要物質であることが明確に示されておらず、これらの薬物の配合剤のための分類項目も存在しない。

損傷の主たる性質：ヘロインによる中毒（T40.1）にコードする。上記の優先順位のリストでヘロインは第1グループに、ジアゼパム（T42.4）は第7グループにそれぞれ属している。

死亡診断書に同じ優先順位に属する薬剤が多数記載されている場合は、最初に記載されたものをコードする。

4.2.13 外因

外因のコード（V01-Y89）は、病態が第XIX章（損傷、中毒及びその他の外因の影響）に分類される場合、そしてその場合のみに、単一病態コーディングのための一次コード及び原死因製表のための一次コードとして用いられる。

病態が第I章から第XVIII章に分類される場合、病態それ自身は、原因としてコードされるべきであり、必要に応じ、追加コードとして、外因に対する章から分類項目を使用してもよい。

外因として一連の事象が記載されている場合、一般原則及び選択ルールを通常の方法で適用して、死亡者に影響を及ぼした最初の事象を選ぶ。

例1：I (a) 低体温

(b) 低温への暴露

(c) 自動車運転者、道を逸れて土堤を転落、発見されるまで3日間、自動車に閉じ込められる。

衝突以外の交通事故により受傷した乗用車運転者（V48.5）にコードする。

4.2.14 疑わしい診断を示す表現

「どうやら～らしい」、「推定される」、「可能性がある」等のように、診断の正確性について疑いを示す修飾的表現は、無視しなければならない。それは、このような修飾が記載されている場合とされていない場合とでは、診断の確実性の程度が違うだけだからである。

死亡診断書の作成者が、「甲又は乙のどちらか」やそれと同様の表現を使って死因が一方又は他方の死因であると記載した場合、下記の指示に従う。

1. 一つの病態に対して、「甲又は乙の部位」の記載
 - a. 記載された部位が属す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 : I (a) 腎臓又は膀胱のがん

尿路の悪性新生物<腫瘍>，部位不明（C68.9）にコードする。

- b. 記載された部位が異なる解剖学的系統に属する場合又は記載された部位が属するグループ又は解剖学的系統に残余の分類項目が存在しない場合、明示された疾病又は病態の残余の分類項目にコードする。

例2 : I (a) 副腎又は腎臓のがん

副腎と腎臓はそれぞれ異なる解剖学的系統に属するため、原発性悪性新生物<腫瘍>，原発部位不明（C80.9）にコードする。

2. 一つの部位又は系統に対して、「甲又は乙の病態」の記載

- a. 記載された病態が同一の 3 桁分類項目の異なる 4 桁分類項目に分類される
とき、「詳細不明」の 4 桁分類項目にコードする。

例 3 : I (a) 冠動脈硬化又は冠動脈瘤

慢性虚血性心疾患，詳細不明 (I25.9) にコードする。

- b. 記載された病態が異なる 3 桁分類項目に属するが、ICD-10 に当該疾病全般
の残余の分類項目がある場合、その残余の分類項目にコードする。

例 4 : I (a) 心筋梗塞又は冠動脈瘤

慢性虚血性心疾患，詳細不明 (I25.9) にコードする。

- c. 記載された病態が異なる 3 桁分類項目に属し、ICD-10 に当該疾病全般の残
余の分類項目もない場合、当該疾病の解剖学的部位又は系統の残余の分類項目に
コードする。

例 5 : I (a) 肺の結核又はがん

病態はいずれも肺に関わるため、肺のその他の障害 (J98.4) にコードする。

例 6 : I (a) 脳卒中又は心臓発作

病態はいずれも循環器系の病態であるため、循環器系のその他及び詳細不明の
障害 (I99) にコードする。

3. 「甲又は乙の病態、丙又は丁の部位」の記載

解剖学的に異なる系統における異なる疾病が「一方又は他方」の関係で記載されて
いる場合、その他の明示された全身症状及び徴候 (R68.8) にコードする。

例 7 : I (a) 胆嚢仙痛又は冠動脈血栓

その他の明示された全身症状及び徴候 (R68.8) にコードする。

4. 「疾病又は損傷」の記載

死亡が疾病又は損傷によるものと記載されている場合、その他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）にコードする。

例 8 : I (a) 冠状閉塞又は戦傷

その他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）にコードする。

4.2.15 ヒト免疫不全ウイルス（HIV）

何らかの病態（たとえば血液疾患）に対し、治療として輸血された場合及び感染した血液が供給され HIV に感染した場合、治療の対象とされた病態ではなく、HIV を原死因としてコードする。

例 1 : I (a) カポジ<Kaposi>肉腫 1年

(b) HIV 3年

(c) 輸血 5年

(d) 血友病 出生後

HIV にコードする。

例 2 : I (a) ニューモシスチス・イロベチイ 6ヶ月

(b) HIV 5年

(c) 脾破裂 7年

(d) 暴行一素手の殴り合い 7年

HIV にコードする。

4.2.16 妊産婦<母体>の（産科学的な）原因による死亡

- a) 特に間接的な産科的原因の症例では、妊産婦<母体>の死亡を確認することが困難なことが多い。死因が産科的なことであるということが疑わしい場合、たとえば I 欄に記入された病態が産科的でなく、II 欄において妊娠又は分娩の記載があ

る場合、死亡診断書作成者（医師）の確認を取るべきである。妊産婦＜母体＞死亡率が高い国々では、これは特に重要である。更なる情報が得られない場合、Ⅰ欄において妊娠及び分娩の記載のある死亡は産科的と考えるべきであるが、Ⅱ欄においてのみ妊娠又は分娩の記載のある死亡は産科的と考えるべきではない。

- b) 妊産婦＜母体＞死亡率を計算する場合、間接産科的原因について 4.2.16 節 a) に概説されている規定に適合するという前提で、第XV章（Oコード）にコードされない一定の症例も妊産婦＜母体＞死亡率に含めるべきである。これらの症例は、第XV章の冒頭の「除外」に記載されている。
- c) 妊産婦＜母体＞死亡率の計算に組み入れられない産科的原因による死亡の症例がある。これらの症例は、死亡が分娩後 42 日以降に発生する症例である（5.8.1 節「妊産婦＜母体＞死亡」の定義を参照）。

4.2.17 糖尿病の原因となり得る病態のリスト

付表 7.2 は、糖尿病の原因となり得る病態のリストである。このリストは、糖尿病が他の疾患「による」と認められる因果関係を示すものである。

4.3 周産期死亡；周産期診断書及びコーディングのためのガイドライン

4.3.1 周産期死亡診断書

可能な場合はいつでも、周産期死亡の原因を記載する別の死亡診断書を作成しなければならない。そこでは、原因を下記のように記載する：

- (a) 胎児又は新生児の主要な疾病又は病態
- (b) 胎児又は新生児のその他の疾病又は病態
- (c) 胎児又は新生児に影響を及ぼした主要な母体の疾病又は病態
- (d) 胎児又は新生児に影響を及ぼしたその他の母体の疾病又は病態
- (e) その他の関連した状況

周産期死亡診断書は、日時、出生か死産かの記載及び死体解剖の所見に関連した詳しい事項を含んでいなければならない。

周産期死亡全体を解析するために、死因についての情報に加え、周産期死亡の事例だけでなく、すべての出生の事例において、母体及び児についての下記のデータが必要である：

母体

出産日

前回までの妊娠回数：出生／死産／流産

最終妊娠の結果とその年月日：出生／死産／流産

現在の妊娠：

- 最終月経の第1日（不明ならば、推定妊娠満週数）
- 出生前ケア — 複数回受診：有／無／不明
- 出産：正常自然頭頂位／その他（詳細記入）

児

出産体重（グラム）

性：男性／女性／不確定

単胎児／双胎第一子／双胎第二子／その他の多胎児

死産児の場合は、死亡時期：分娩前／分娩中／不明

基本的な周産期死亡診断書に記載される可能性のあるその他の事項には、出産に立会った者の詳細：すなわち医師／助産師／その他の訓練を受けた者（詳細記入）／その他の者（詳細記入）が含まれている。

補助的なデータを収集する方法は、各国で行われている戸籍登録システムによって異なるであろう。それらのデータが、死産又は早期新生児死亡の登録時に収集できる場合、下記の「周産期死亡診断書」と同様の様式を使用することができる。そうでない場合は、補助的なデータ及び死因を集めるために特別な取扱いをすること（たとえば、出生・死亡記録とリンクさせることにより）が必要になるだろう。

戸籍登録の要件が、出生児及び死産児についての共通の死亡診断書の導入を難しくする場合は、死産及び早期新生児死亡について、死因についての勧告様式を各々に組み入れ、別々の死亡診断書を作ることでその問題は解決できるだろう。

周産期死亡診断書	
死産および生後168時間（1週間）以内に死亡した出生児について記載すること	
身元確認事項	<input type="checkbox"/> 出生 出生年月日 年 月 日 時 死亡年月日 年 月 日 時 <input type="checkbox"/> 死産 死産年月日 年 月 日 時 死亡時期 分娩前 <input type="checkbox"/> 分娩中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
母	児
出生年月日 □□□□□□ 不明の場合は、年齢（歳）□□ 最終月経の初日 □□□□□□ 不明の場合は推定妊娠週数（満で記入） □□ 妊娠歴： 出生数 □□ 分娩前ケア，2回以上受診： 死産数 □□ <input type="checkbox"/> 有 流産数 □□ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 最終妊娠の結果： <input type="checkbox"/> 出生 分娩： <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 正常自然頭位分娩 <input type="checkbox"/> 流産 その他（詳細記入） 年月日 □□□□□□	出産体重 グラム 性： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 性不確定 <input type="checkbox"/> 単胎児 <input type="checkbox"/> 双胎第1児 <input type="checkbox"/> 双胎第2児 <input type="checkbox"/> その他の多胎児 出産立会者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 その他の訓練を受けた者（詳細記入） その他の者（詳細記入）
死 因	
a. 胎児または新生児の主要疾病または病態	
b. 胎児または新生児のその他の疾病または病態	
c. 胎児または新生児に影響を及ぼした母の主要疾病または病態	
d. 胎児または新生児に影響を及ぼした母のその他の疾病または病態	
e. その他の関連する状況	
<input type="checkbox"/> 解剖により死因を確認した <input type="checkbox"/> 解剖所見は後日報告を受ける予定 <input type="checkbox"/> 解剖は実施していない 上記の通り証明する。 署名および資格

4.3.2 死因の記載

周産期死亡診断書には、周産期死亡の原因の記入欄として、(a)から(e)までの五つの欄がある。(a)欄及び(b)欄には、新生児又は胎児の疾病又は病態を記載する。すなわち、単一の最も重要なものを(a)欄に記載し、もし他にあれば、残りのものを(b)欄に記載する。「単一の最も重要なもの」とは、死亡診断書を記載する医師が考える、新生児又は胎児の死亡にもっとも大きく関与した病理学的病態を意味している。死亡の様態（たとえば、心不全、仮死又は無酸素症）は、それが胎児又は新生児のわかっている唯一の病態でなければ、(a)欄に記載すべきではない。このことはまた、未熟についても同様である。

(c)欄及び(d)欄においては、死亡診断書を記載する医師が考える、新生児又は胎児になんらかの悪影響を与えた母体のすべての疾病又は病態を記載する。同様に、これらのうちで最も重要な一つを(c)欄に記載し、もし他にあれば、その他のものを(d)欄に記載する。(e)欄は、死亡に関係があるが、児又は母体の疾病又は病態として記載できなかったその他のあらゆる状況（たとえば、看護人のいない分娩）を記載するためのものである。

下記の例は、事例に対する死因の記載を示している。

例 1. 前回までの妊娠歴が、12 週及び 18 週での自然流産であった女性が、妊娠 24 週で入院し、早産をした。700g の児を自然分娩したが、その児は出生後第 1 日目に死亡した。解剖の主要所見は、「未熟肺」であった。

周産期死亡の原因：

- (a) 未熟肺
- (b) —
- (c) 早産、原因不明
- (d) 反復性流産
- (e) —

例 2. 月経周期が正常であった 26 歳の初妊婦が、妊娠第 10 週から始まる分娩前ケアを受けた。30-32 週の時、胎児発育遅延が臨床的に認められ、34 週で確認された。無症候性細菌尿を除いては特に異常は見られなかった。帝王

切開が行われ、1600gの男児を出生した。胎盤は300gで梗塞が認められた。呼吸窮<促>迫症候群が出現し、これは治療に反応した。児は第3日目に急死した。解剖所見は、広範囲の肺硝子膜<ヒヤリン膜>症及び大量の脳室内出血であった。

周産期死亡の原因：

- (a) 脳室内出血
- (b) 呼吸窮<促>迫症候群
胎児発育遅延
- (c) 胎盤機能不全
- (d) 妊娠中の細菌尿
帝王切開
- (e) —

例 3. 母体に糖尿病があり、初回の妊娠中にそのコントロールがうまくできず、32週で巨赤芽球性貧血を発症した。38週に分娩が誘発され、自然分娩で3200gの児を出生した。児は低血糖症になり、第2日目に死亡した。解剖所見は、大動脈幹遺残であった。

周産期死亡の原因：

- (a) 大動脈幹遺残
- (b) 低血糖症
- (c) 糖尿病
- (d) 巨赤芽球性貧血
- (e) —

例 4. 健康な4歳の男児を持つ30歳の母体で、羊水過多症を除いては正常の妊娠であった。36週でのX線撮影で無脳症が指摘され、分娩が誘発された。1500gの無脳児を死産した。

周産期死亡の原因：

- (a) 無脳症
- (b) —

- (c) 羊水過多症
- (d) —
- (e) —

4.3.3 原因による周産期死亡の製表

4.3.1 節に示した周産期死亡診断書の様式から作成される周産期死亡統計については、記載されたすべての病態の完全な複合原因解析により、最大の有用性が生じる。この解析が実施不可能の場合は、胎児又は新生児の主要な疾病又は病態（(a)欄）の解析及び胎児又は新生児に影響を与えた母体の主要な疾病又は病態（(c)欄）の解析で、これらの病態群のクロス製表を伴うものが、最低限必要なものと考えらるべきである。ただ一つの病態を選ぶことが必要な場合（たとえば、早期新生児死亡を全年齢の単一死因の表に組み入れることが必要な場合）は、胎児又は新生児の主要な疾病又は病態（(a)欄）を選ぶ。

4.3.4 死因のコーディング

(a)、(b)、(c)及び(d)欄に記載された各病態は、別々にコードされなければならない。(c)欄及び(d)欄に記載された、新生児又は胎児に影響を与えた母体の病歴は、分類項目 P00—P04 にコードすべきであり、これらのコードは、(a)欄及び(b)欄に対して使用すべきでない。(a)欄に記載された新生児又は胎児の病態は、P00—P04 以外のあらゆる分類項目にコードすることができるが、分類項目 P05—P96（周産期の病態）又は Q00—Q99（先天異常）にコードすることが最も多いであろう。一つのコードだけを(a)及び(c)欄に記載すべきであるが、(b)欄及び(d)欄については、記載された病態の数のコードを記載すべきである。

(e)欄は、個々の周産期死亡の調査のためのものであり、これは通常コードする必要がない。しかし、もし(e)欄に記載されている状況の統計的解析が必要ならば、いくつかの適当な分類項目が、XX章及びXXI章にあるだろう；そうでない場合は、ユーザーがこの情報に対する独自のコーディング・システムを工夫しなければならない。

4.3.5 コーディング・ルール

一般死亡についての選択ルールは、周産期死亡診断書には適用しない。しかし、周産期死亡診断書に、死因が上記のガイドラインに従って記載されていないこともあるであろう。可能な場合にはいつでも、これらの診断書は、記入した医師により訂正されるべきであるが、しかし、もしこれが不可能ならば、下記のルールを適用する。

ルール P1 : (a)欄に記載された死亡の様態又は未熟

心不全、仮死もしくは無酸素症 (P20.-、P21.-のあらゆる病態) 又は未熟 (P07.-のあらゆる病態) が(a)欄に記載され、新生児又は胎児の他の病態が、(a)欄又は(b)欄のどちらかに記載されている場合は、これらの他の病態の最初に記載されたものを、(a)欄に単独で記載されていたものとしてコードする。そして、実際に(a)欄に記載された病態を、(b)欄に記載されていたものとしてコードする。

例 1 :	出生 ; 4 日で死亡	コーディング
	(a) 未熟	Q05.9
	(b) 二分脊椎<脊椎披<破>裂>	P07.3
	(c) 胎盤機能不全	P02.2
	(d) —	

未熟は(b)欄に、二分脊椎<脊椎披<破>裂>は(a)欄にコードする。

例 2 :	出生 ; 50 分で死亡	コーディング
	(a) 重度出生時仮死 水頭症	Q03.9
	(b) —	P21.0
	(c) 分娩停止	P03.1
	(d) 重症子かん<瘤>前症	P00.0

重度出生時仮死は(b)欄に、水頭症は(a)欄にコードする。

ルール P2 : (a)欄又は(c)欄に記載された二つ以上の病態

二つ以上の病態が(a)欄又は(c)欄に記載された場合は、これらのうちで最初に記載されたものを、あたかもそれが(a)欄又は(c)欄に単独で記載されていたかのようにコードする。そして、その他のものは、あたかもそれらが(b)欄又は(d)欄に記載されていたかのようにコードする。

例 3 :	死産 ; 分娩開始前の死亡	コーディング
(a)	重度胎児栄養失調 (症) 日数の割に低体重 分娩前無酸素症	P05.0
(b)	—	P20.9
(c)	重症子かん<瘤>前症 前置胎盤	P00.0
(d)	—	P02.0

胎児栄養失調 (症) を伴う日数の割に低体重は(a)欄にコードし、分娩前無酸素症は(b)欄にコードする ; 重症子かん<瘤>前症は(c)欄にコードし、前置胎盤は(d)欄にコードする。

例 4 :	出生 ; 2 日で死亡	コーディング
(a)	外傷性硬膜下出血 胎便<メコニウム>の大量吸引 子宮内無酸素症	P10.0
(b)	低血糖症	P24.0
	遷延妊娠	P20.9
		P70.4
		P08.2
(c)	鉗子分娩	P03.2
(d)	重度子かん<瘤>前症	P00.0

外傷性硬膜下出血は(a)欄にコードし、(a)欄に記載されたその他の病態は(b)欄にコードする。

ルール P3 : (a)欄又は(c)欄に記載のないもの

(a)欄に記載がないが、(b)欄に新生児又は胎児の病態が記載された場合は、これらのうち最初に記載されたものを、(a)欄に記載されたものとしてコードする；(a)欄又は(b)欄のどちらにも記載がない場合は、死産については、P95（原因不明の胎児死亡）又は早期新生児死亡については、P96.9（周産期に発生した病態、詳細不明）のどちらかを(a)欄にコードする。

同様に、(c)欄に記載がないが、(d)欄に母体の病態が記載された場合は、これらのうち最初に記載のものを、(c)欄に記載されたものとしてコードする；(c)欄又は(d)欄のどちらにも記載がない場合は、母体の病態が記載されていないことを示すため、(c)欄に対して何らかの人為的なコード、たとえば xxx.x をコードする。

例 5 :	出生 ; 15 分で死亡	コーディング
	(a) —	P10.4
	(b) テント裂傷<断裂><tear> 呼吸窮<促>迫症候群	P22.0
	(c) —	xxx.x
	(d) —	

テント裂傷<断裂><tear>は、(a)欄にコードする；xxx.x は、(c)欄にコードする。

例 6 :	出生 ; 2 日で死亡	コーディング
	(a) —	P96.9
	(b) —	
	(c) —	P00. 0
	(d) 子かん<痲>（長期の本態性高血圧）	

詳細不明の周産期の原因は、(a)欄にコードする；子かん<痲>は、(c)欄にコードする。

ルール P4 : 誤った欄に記載された病態

母体の病態（すなわち P00–P04 の病態）が(a)欄又は(b)欄に記載された場合又は新生児又は胎児の病態が(c)欄又は(d)欄に記載された場合は、それらの病態を、対応する正しい欄に記載されたものとしてコードする。

新生児もしくは胎児の病態又は母体の病態として分類される病態が、誤って(e)欄に記載された場合は、それを、対応する(b)欄又は(d)欄の胎児又は母体の追加的な病態としてコードする。

例 7 :	死産 ; 分娩開始後の死亡	コーディング
(a)	重度子宮内低酸素症	P20.9
(b)	持続性後方後頭位	
(c)	—	P03.1
(d)	—	P03.2
(e)	困難な鉗子分娩	

持続性後方後頭位は、(c)欄にコードする ; 困難な鉗子分娩は、(d)欄にコードする。

4.4 疾病統計

1948 年に採択された ICD の第 6 回改訂の際、公衆衛生管理者、医療管理者、社会保障当局及びさまざまな保健分野の研究者から、分類が疾病統計に適用できるようにという多くの要望があった。そのため、ICD は従来の使用目的に加え、疾病データを分類しやすいように変更された。そして、その後の修正を通して、疾病分類としての面が大幅に拡張された。疾病データは、保健医療政策の策定、管理、監視及び評価にますます使用されるようになってきており、疫学、リスク人口の把握、臨床研究（異なる社会経済集団における疾病発生の研究を含む）などにも使用されるようになってきている。

単一病因分析のために使用される病態は、保健ケアに関連したエピソードの間に治療又は検査された主要病態である。主要病態とは、主として、患者の治療又は検査に

対する必要性にもとづく、保健ケアのエピソードの最後に診断された病態であると定義される。もしそのような病態が多数ある場合には、もっとも医療資源が使われた病態を選択すべきである。もし診断がなされなかった場合は、主要症状又は異常な所見もしくは問題を主要病態として選択すべきである。

主要病態に加え、可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態又は問題もまた、別々に記載すべきである。その他の病態とは、保健ケアのエピソードの間に並存し、又はその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。

各エピソードに対する単一病態についての限定された分析では、いくつかの有益な情報が失われる可能性がある。そのため、実際には複合病態のコーディングと分析を行い、日常使用しているデータを補うための分析を行うことが推奨される。これは、国際的なルールが確立していないため、各国のルールで行うべきである。しかし、他地域での経験は、国内の方策を開発するために有効となるであろう。

4.4.1 疾病データの単一病態分析の診断情報記録のためのガイドライン

一般的事項

患者の治療に責任のある保健ケアの実施者は、他のすべての病態と同様に、保健ケアの各エピソードについて記録すべき主要病態を選ばなくてはならない。この情報は、標準的な記録方法により、系統的に構成されるべきである。適切に作成された記録は、優良な患者管理に必須であり、疾病その他の保健ケアの問題に関する疫学的又は統計的データにとって有益な情報源である。

特性及び詳細

各診断名は、病態を最も特異的な ICD 項目に分類するために可能な限り情報を多く含んでいなければならない。そのような診断名の例には下記のものが含まれる：

- 膀胱三角の移行上皮癌
- 穿孔を伴う急性虫垂炎
- 糖尿病性白内障、1型<インスリン依存性>

- 髄膜炎菌性心外膜炎
- 妊娠性高血圧（症）の分娩前管理
- 処方された抗ヒスタミン剤に対するアレルギー反応による複視
- 陳旧性股関節骨折による股関節の変形性関節症
- 自宅での転倒による大腿骨頸部骨折
- 手掌の第3度熱傷

不明確な診断又は症状

もし保健ケアのエピソードの最後までに確定診断がなされないならば、最も特異性の高い情報及びケア又は検査を必要とした病態についての情報を記録すべきである。このことは、診断が考えられたが確定されなかった場合には、診断を「の可能性のある」、「と思われる」又は「と疑われる」とするよりは、症状、異常所見又は問題の記述によるべきであるということである。

病気以外の理由による保健サービスの利用

保健ケアのエピソード又は保健サービスの利用は、現在の病気又は外傷の治療又は検査に限定されるものではない。保健ケアエピソードには、現在は病気でないかも知れない人が、限定されたケア又はサービスを必要としたり、受けたりする場合も含まれる；この場合には、関連した状況の詳細を「主要病態」として記録すべきである。例として下記のものが含まれる：

- 過去に治療した病態のモニタリング
- 予防接種
- 避妊、周産期ケア
- 既往歴又は家族歴上にリスクのある個人のサーベイランス
- 健康診断、たとえば保険又は職業上の理由によるもの
- 健康相談
- 社会的に問題を有する人からの相談の要請
- 第三者のための相談

第XXI章（健康状態に影響をおよぼす要因及び健康サービスの利用）には、これらの状況を分類するための広範な項目（Z00-Z99）が記載されている；すなわち、この章を参照すれば、最も関連する分類項目に分類するために必要とされる詳細な指示が

わかるだろう。

多発病態

保健ケアのエピソードが多くに関連病態と関係のある場合（たとえば、多発性損傷、過去の病気又は損傷の多発性の続発・後遺症又はヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病により起きた多発病態）、ほかのものと比較して明らかに重症なもの、及び多くの医療資源を必要としたものは、「主要病態」として記載し、その他のものは「その他の病態」として記載する。主たる病態がない場合には、たとえば「多発骨折」、「多発性頭部外傷」又は「HIV 病による多重感染症」のような用語が「主要病態」として記録され、その後に病態のリストが記載される。もし、主たる病態がなく、数多くのそのような病態があるならば、「多発性損傷」又は「多発性挫滅損傷」のような用語を単独で用いる。

外因による病態

損傷、中毒又は外因のその他の影響のような病態が記録された場合、病態の性質及びその病態を引き起こす状況の両者を十分に記述することが重要である。たとえば：「油でよごれた歩道ですべって転倒したことによる大腿骨頸部骨折」；「自動車のコントロールを失い、木に衝突して起きた脳挫傷」；「不慮の中毒－ソフトドリンクと間違えて消毒薬を患者が誤飲」；又は「重度の低体温－寒い日に患者が庭で倒れた」。

続発・後遺症の治療

治療のエピソードが、現在はもはや存在しない病気の遺残病態（続発・後遺症）の治療や検査のためである場合は、続発・後遺症を完全に記載し、原疾患がすでに存在していないことを明示した上で、原疾患を記載しなければならない。たとえば：「鼻中隔湾曲－小児期の骨折による」、「アキレス腱の短縮－腱外傷の晩発効果」又は「陳旧性結核からの精管閉塞による不妊」

多発性の続発・後遺症が存在し、治療又は検査が主である一つのものに対して行われていない場合は、「脳血管疾患の続発・後遺症」又は「多発骨折の続発・後遺症」という記載でもよい。

4.4.2 「主要病態」及び「その他の病態」のコーディングのためのガイドライン

一般的事項

保健ケアのエピソードに関する「主要病態」及び「その他の病態」は、責任ある保健ケアの実施者によって記録されるべきである。上記のガイドラインに従っていないことが明らかな場合でなければ、主要病態はコーディングや調査分析に用いることができる記載となっているはずであり、従ってコーディングは通常は簡潔である。可能であるならばいつでも、明らかに不十分であるか不正確に記録された主要病態を含む記録は、発生源に戻し明確にするべきである。明確にできなかった場合は、MB 1 から MB 5 のルール（4.4.3 節）が、コーダーにとって、不正確な記録の一般的原因のいくつかを取り扱う場合に役立つであろう。下記のガイドラインは、コーダーがどのコードを使うべきか明確にわからない場合に使用する。

たとえ単一原因分析であっても、ケアのエピソードに関連する「その他の病態」を、主要病態に加えて記録することが推奨される。なぜなら、この情報は主要病態に対する正しい ICD コードを選択する際の助けになるであろうからである。

任意的追加コード

下記のガイドラインには、「主要病態」に対する優先コードが、さらに情報を加えるための任意的追加コードとともに示されていることがある。優先コードは単一原因分析のための「主要病態」を示し、追加コードは複合原因分析に対するものに含まれるだろう。

剣印及び星印システムで使用される病態のコーディング

使用できる場合は、剣印及び星印コードの両者が主要病態として用いられる。なぜなら、このシステムは単一の病態に対して、二つの異なる側面を示しているからである。

例 1 : 主要病態 : 麻疹肺炎
 その他の病態 : —

肺炎を合併する麻疹（B05.2†）及び他に分類されるウイルス性疾患における肺炎（J17.1*）にコードする。

例 2 : 主要病態 : 結核性心膜炎
 その他の病態 : ー

その他の明示された臓器の結核 (A18.8) 及び他に分類される細菌性疾患における心膜炎 (I32.0*) にコードする。

例 3 : 主要病態 : ライム<Lyme>病関節炎
 その他の病態 : ー

ライム<Lyme>病 (A69.2†) 及びライム病における関節炎 (M01.2*) にコードする。

疑わしい病態、症状及び異常所見並びに病気ではない状態のコーディング

保健ケアの期間が入院患者についてのものであった場合は、コーダーは、主要病態を第 XVIII 章及び第 XX I 章に分類する場合には注意しなければならない。さらに特異的な診断が入院期間中になされなかった場合又はコード付け可能な現在の疾病が本当になかった場合は、上記の章のコードが使用できる (4.4.3 節のルール MB3 及び MB5 を参照)。その分類項目は、保健サービスの利用のその他のエピソードに対してと同様の通常の方法で使用することができる。

もし保健ケアのエピソードの後に、主要病態がまだ「疑われる」とか「疑わしい」などと記録され、それ以上の情報がなく又は確認が取れない場合は、疑診を確診としてコーディングしなければならない。

分類項目 Z03.- (疾病及び病態の疑いに対する医学的観察及び評価) は、検査後に否定することのできる疑診に適用する。

例 4 : 主要病態 : 急性胆嚢炎の疑い
 その他の病態 : ー

「主要病態」として急性胆嚢炎 (K81.0) にコードする。

例 5 : 主要病態 : 子宮頸部悪性新生物<腫瘍>の疑いのための検査入院ー
 否定された

「主要病態」として悪性新生物＜腫瘍＞の疑いに対する観察（Z03.1）にコードする。

例 6：主要病態： 否定された心筋梗塞
その他の病態： ー

「主要病態」として心筋梗塞の疑いに対する観察（Z03.4）にコードする。

例 7：主要病態： 重篤な鼻出血
その他の病態： ー

1日間入院の患者。治療も検査も記載されていない。

鼻出血（R04.0）にコードする。これは、患者は緊急処置だけのために入院したことは明らかであるので、このようにコードする。

多発病態のコーディング

多発病態が「多発……」という分類項目に記録され、単一の病態が主たるものでない場合、「多発……」という分類項目に対するコードを、優先コードとして使用しなければならない。そして任意的追加コードを、記載されたその病態に加えてもよい。

このようなコーディングは、主に HIV 病に関連する病態、損傷及び続発・後遺症に適用される。

複合分類項目のコーディング

ICD では、二つの病態又は一つの病態とそれに引き続く過程とを、単一のコードで表すことができるような分類項目が用意されている。このような複合分類項目は、適切な情報が記録されている場合は、主要病態として用いるべきである。索引表では、このような複合が用いられている場合は、見出し項目のすぐ後ろに現われる字下げされた「下記を伴うもの」という用語の下に記載されている。

「主要病態」の下に記載された複数の病態は、もしそれらの一つが他の病態の形容詞的修飾語とみなせるならば、連鎖されるだろう。

例 8：主要病態： 腎不全

その他の病態： 高血圧性腎疾患

「主要病態」として腎不全を伴う高血圧性腎疾患（I12.0）にコードする。

例 9：主要病態： 眼の炎症に続発する緑内障

その他の病態： ー

「主要病態」として眼の炎症に続発する緑内障（H40.4）にコードする。

例 10：主要病態： 腸閉塞

その他の病態： 左そけい＜単径＞ヘルニア

一側性又は患側不明のそけい＜単径＞ヘルニア，閉塞を伴い，え＜壊＞疝を伴わないもの（K40.3）にコードする。

例 11：主要病態： 白内障、1型＜インスリン依存性＞糖尿病＜IDDM＞

その他の病態： 高血圧（症）

専門科目： 眼科

「主要病態」として眼科的合併症を伴う1型＜インスリン依存性＞糖尿病（E10.3†）及び糖尿病性白内障（H28.0*）にコードする。

例 12：主要病態： 2型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜IDDM＞

その他の病態： 高血圧

関節リウマチ

白内障

専門科目： 一般内科

「主要病態」として合併症を伴わない2型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞（E11.9）にコードする。この症例では、糖尿病及び白内障の両者が「主要病態」の下に記録されていないので、連鎖はすべきでないことに注意する。

4.4.3 主要病態が正確に記載されていない場合の再選択ルール

責任ある保健ケア実施者が、コーディングされるべき「主要病態」を示す。そして、このコーディングは通常は上記のガイドライン又は 4.4.4 節の章ごとの注釈にあるガ

イドラインに従ったコーディングとしての要件を満たしている。しかしながら、状況により、又はその他の情報の利用により、保健ケアの実施者が、正しい手順に従わなかったということが判る場合がある。保健ケアの実施者から、明確にできる情報を得ることが不可能な場合は、下記のルールの一つが適用され、「主要病態」が選択される。

主要病態の再選択ルール

ルール MB 1 : 「主要病態」として記載された重要でない病態、「その他の病態」として記載されたより重要な病態

重要でないもしくは長期間続いた病態又は付随する問題が「主要病態」として記載され、加えられた治療及び／又は患者のケアをした専門科目に関連して、さらに重要な病態が、「その他の病態」として記載されている場合は、後者を「主要病態」として再選択する。

ルール MB 2 : 「主要病態」として記載されているいくつかの病態

もし一緒にコードできないいくつかの病態が、「主要病態」として記載され、記録にあるその他の詳細な記載事項により、それらの病態のうちの一つが、患者がケアを受けた「主要病態」とであると判る場合は、その病態を選択する。そうでなければ、最初に記載された病態を選択する。

ルール MB 3 : 「主要病態」として記載された病態が、診断され、治療された病態の症状を表している

症状もしくは徴候（通常は第XVIII章に分類される）又は第XIX章に分類される問題が「主要病態」として記載され、これが明らかに、他に記載された診断病態の徴候、症状又は問題であり、ケアが後者に対してなされたならば、「主要病態」として診断病態を再選択する。

ルール MB4 : 特異性

「主要病態」として示された診断名が、一般的な用語で記載され、この病態の部位又は性質についてさらに明確な情報を与える用語が、他に記載されている場合は、「主要病態」として後者の病態を再選択する。

ルール MB5 : 主要診断名の選択肢

症状又は徴候が「主要病態」として記載され、それがあある病態又は他の病態のどちらかによるであろうと示されている場合は、「主要病態」としてその症状を選択する。複数の病態が、「主要病態」の診断名として選択できるように記載された場合は、最初に記載された病態を選択する。

主要病態の再選択ルールを適用した例

ルール MB1 : 「主要病態」として記載された重要でない病態, 「その他の病態」として記載されたより重要な病態

重要でないもしくは長期間続いた病態又は付随する問題が「主要病態」として記載され、加えられた治療及び／又は患者のケアをした専門科目に関連して、さらに重要な病態が、「その他の病態」として記載されている場合は、後者を「主要病態」として再選択する。

例 1 : 主要病態 : 急性副鼻腔炎
 その他の病態 : 子宮頸内膜の癌 (腫)
 高血圧 (症)
 3 週間入院の患者
 処置 : 子宮全摘出術
 専門科目 : 婦人科

子宮頸内膜の癌 (腫) を「主要病態」として再選択し、C53.0 にコードする。

例 2 : 主要病態 : 関節リウマチ

その他の病態： 糖尿病
 絞扼性大腿ヘルニア
 全身性動脈硬化症
 2週間入院の患者
 処置： ヘルニア整復術
 専門科目： 外科

絞扼性大腿ヘルニアを「主要病態」として再選択し、K41.3にコードする。

例3：主要病態： てんかん
 その他の病態： 外耳道真菌症
 専門科目： 耳鼻咽喉科

外耳道真菌症を「主要病態」として再選択し、B36.9†及びH62.2*にコードする。

例4：主要病態： うっ血性心不全
 その他の病態： 入院中のベッドからの転落による大腿骨頸部骨折
 4週間入院の患者
 処置： 骨折の内部固定術
 専門科目： 内科に1週間入院後、骨折治療のため整形外科に転科

大腿骨頸部骨折を「主要病態」として再選択し、S72.0にコードする。

例5：主要病態： う蝕症
 その他の病態： リウマチ性僧帽弁狭窄症
 処置： 抜歯術
 専門科目： 歯科

う蝕症を「主要病態」として選択し、E02.9にコードする。ルールMB1は適用しない。う蝕症は、重要でない病態とみなすことができ、リウマチ性僧帽弁狭窄症は、より重要な疾患とみなすことができるが、後者はケアのエピソードの間に治療された病態ではない。

ルール MB2 : 「主要病態」として記載されているいくつかの病態

一緒にコードできないいくつかの病態が、「主要病態」として記載され、記録にあるその他の詳細な記載事項により、それらの病態のうちの一つが、患者がケアを受けた「主要病態」とすると判る場合は、その病態を選択する。そうでなければ、最初に記載された病態を選択する。

注：4.4.2 節、多発病態及び複合分類項目のコーディングも参照。

例 6 : 主要病態 : 白内障
 ブドウ球菌性髄膜炎
 虚血性心疾患
 その他の病態 : —
 5 週間入院の患者
 専門科目 : 神経科

ブドウ球菌性髄膜炎を「主要病態」として選択し、G00.3 にコードする。

例 7 : 主要病態 : 慢性閉塞性気管支炎
 前立腺肥大症
 尋常性乾癬
 皮膚科に外来通院中の患者

尋常性乾癬を「主要病態」として選択し、L40.0 にコードする。

例 8 : 主要病態 : 僧帽弁狭窄症
 急性気管支炎
 関節リウマチ
 その他の病態 : —
 専門科目 : 一般内科
 治療については何ら記載なし

初筆の病態である僧帽弁狭窄症を「主要病態」として選択し、I05.0 にコードする。

例 9 : 主要病態 : 慢性胃炎
 腋下リンパ節の続発性悪性腫瘍
 乳癌
 その他の病態 : ー
 処置 : 乳房切除術

乳癌を「主要病態」として選択し、C50.9 にコードする。

例 10 : 主要病態 : 早期破水
 臀位
 貧血
 その他の病態 : ー
 処置 : 自然分娩

初筆の病態である早期破水を「主要病態」として選択し、O42.9 にコードする。

ルール MB 3 : 「主要病態」として記載された病態が、診断され、治療された病態の症状を表している

症状もしくは徴候（通常は第 XVIII 章に分類される）又は第 XX I 章に分類される問題が「主要病態」として記載され、これが明らかに、他に記載された診断病態の徴候、症状又は問題であり、ケアが後者に対してなされたならば、「主要病態」として診断病態を再選択する。

例 11 : 主要病態 : 血尿
 その他の病態 : 下肢の静脈瘤
 膀胱後壁乳頭腫
 治療 : 乳頭腫のジアテルミー切除術
 専門科目 : 泌尿器科

膀胱後壁乳頭腫を「主要病態」として再選択し、D41.4 にコードする。

例 12 : 主要病態 : 昏睡
 その他の病態 : 虚血性心疾患

耳硬化症
 インスリン依存性糖尿病
 専門科目： 内分泌科
 ケア： インスリンの適切な投与量の確立

インスリン依存性糖尿病を「主要病態」として再選択し、E10.0にコードする。
 記載された情報によると、昏睡は糖尿病によるものと考えられ、昏睡はコーディングを修飾するものとして扱う。

例 13：主要病態： 腹痛
 その他の病態： 急性虫垂炎
 処置： 虫垂切除術

急性虫垂炎を「主要病態」として再選択し、E35.9にコードする。

例 14：主要病態： 熱性けいれん<痙攣>
 その他の病態： 貧血
 治療については何ら記載がない

熱性けいれん<痙攣>を「主要病態」とし、R56.0にコードする。記載された「主要病態」が、その他の記載された病態の症状ではないので、ルール MB 3 は適用しない。

ルール MB 4： 特異性

「主要病態」として示された診断名が、一般的な用語で記載され、この病態の部位又は性質についてさらに明確な情報を与える用語が、他に記載されている場合は、「主要病態」として後者の病態を再選択する。

例 15：主要病態： 脳卒中
 その他の病態： 糖尿病
 高血圧（症）
 脳出血

脳出血を「主要病態」として再選択し、I61.9にコードする。

例 16：主要病態： 先天性心疾患
 その他の病態： 心室中隔欠損（症）

心室中隔欠損（症）を「主要病態」として再選択し、Q21.0にコードする。

例 17：主要病態： 腸炎
 その他の病態： 回腸クローン<Crohn>病

回腸クローン病を「主要病態」として再選択し、K50.0にコードする。

例 18：主要病態： 難産
 その他の病態： 先天性水頭症
 胎児仮死<ジストレス>
 処置： 帝王切開

胎児のその他の異常による分娩停止を「主要病態」として再選択し、O66.3にコードする。

ルール MB 5： 主要診断名の選択肢

症状又は徴候が「主要病態」として記載され、それがあある病態又は他の病態のどちらかによるであろうと示されている場合は、「主要病態」としてその症状を選択する。複数の病態が、「主要病態」の診断名として選択できるように記載された場合は、最初に記載された病態を選択する。

例 19：主要病態： ストレス及び緊張又は急性副鼻腔炎による頭痛
 その他の病態： ー

頭痛を「主要病態」として選択し、R51にコードする。

例 20：主要病態： 急性胆嚢炎又は急性膵炎
 その他の病態： ー

急性胆嚢炎を「主要病態」として選択し、K81.0にコードする。

例 21：主要病態： 感染症又は食中毒による胃腸炎
 その他の病態： ー

感染性胃腸炎を「主要病態」として選択し、A09にコードする。

4.4.4 章ごとの注釈

「主要病態」の優先コードを選択する場合に問題と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、他に特定の注釈がないかぎり、すべての章に適用される。

第 I 章：感染症及び寄生虫症

B20－B24 ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病

HIV 病による免疫不全を持つ患者は一連の治療過程の中で、真菌症とサイトメガロ感染症のように複数の疾患に対する治療が必要になることがある。本節には HIV 病とその結果起きた疾患についての項目及び細分類項目が配置されている。医療従事者により選択された「主要病態」に対する適切な細分類項目にコードすべきである。

多発性の付随する疾患を伴う HIV 病が「主要病態」として記載された場合には、B20－B22 の中から適切な細分類項目、7 にコードすべきである。同じ分類項目の中の二つ又はそれ以上の細分類項目に分類できる病態については、関連する項目（たとえば B20 又は B21）の .7 にコードすべきである。B20－B22 の中の二つ又はそれ以上の項目に分類できる病態については、B22.7 にコードすべきである。個々の記載された病態の分類が必要な場合は、中間分類項目 B20－B24 から追加コードを使用することができる。

関連する病態が HIV 感染よりも明らかに前に起こったような稀な例では、複合分類項目を使用せず、選択ルールに従うべきである。

例 1：主要病態： HIV 病及びカポジ＜Kaposi＞肉腫
 その他の病態： ー

カポジ肉腫を起こした HIV 病 (B21.0) にコードする。

例 2 : 主要病態 : HIV 患者のトキソプラズマ症及びクリプトコッカス症
 その他の病態 : —

複合感染症を起こした HIV 病 (B20.7) にコードする。B20.8 (その他の感染症及び寄生虫症を起こした HIV 病) 及び B20.5 (その他の真菌症を起こした HIV 病) は、必要に応じて追加コードとして使用することができる。

例 3 : 主要病態 : カリニ肺炎、バーキットリンパ<Burkitt>腫及び口腔カンジダ症を伴う HIV 病
 その他の病態 : —

多発疾患を起こした HIV 病 (B22.7) にコードする。必要な場合は B20.6 (カリニ肺炎を起こした HIV 病)、B21.1 (バーキットリンパ腫を起こした HIV 病)、B20.4 (カンジダ症を起こした HIV 病) を追加コードとして使用することができる。

B20—B23 の細分類項目は、ICD-10 の 4 桁分類を使用する国のための任意的追加コードである。これらの任意的 4 桁細分類項目を使用することを望まなければ、HIV 病の結果起きた特定の病態を分類するために、分類中の他のコードを追加コードとして使用すべきである。上記の例 1 では、「主要病態」は B21 (悪性新生物<腫瘍>を起こした HIV 病) にコードされ、追加コードとして C46.9 (カポジ肉腫) が使用されるであろう。上記の例 2 では、「主要病態」は B20 (感染症及び寄生虫症を起こした HIV 病) にコードされ、追加コードとして B58.9 (トキソプラズマ症、詳細不明) 及び B45.9 (クリプトコッカス症、詳細不明) が使用されるであろう。

B20—B23 の 4 桁細分類項目を使用するか、特定の病態を分類するために、複合コーディングを使用するかは、ICD-10 導入時になされるべき政策決定事項である。

B90—B94 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症

遺残病態の性質が記載されている場合は、これらのコードは「主要病態」の優先コードとしては使用しない。遺残病態の性質をコーディングするときは、B90—B94 は

任意的追加コードとして使用することができる（4.4.2 節，続発・後遺症のコーディングを参照）。

B95－B97 細菌，ウイルス及びその他の病原体

これらのコードは「主要病態」のコードとしては使用しない。これらの分類項目は第 I 章以外に分類される疾患において、病原体を分類するための追加コードとして、任意使用のために用意されている。これらの病原体による部位不明の感染症は、第 I 章の中の他の項目に分類される。

例 4 : 主要病態 : 大腸菌による急性膀胱炎
その他の病態 : ー

急性膀胱炎 (N30.0) を「主要病態」としてコードする。B96.2 (他章に分類される疾患の原因である大腸菌) は任意的追加コードとして使用することができる。

例 5 : 主要病態 : 細菌性感染症
その他の病態 : ー

細菌感染症，詳細不明 (A49.9) を「主要病態」としてコードする。B95－B97 にはコードしない。

第 II 章：新生物＜腫瘍＞

新生物＜腫瘍＞のコーディングの際には、内容例示表（第 1 巻）第 II 章に記載されたコードの指示及び形態学的記述の使用に関する注釈並びに索引表（第 3 巻）の序文を参照する。

新生物＜腫瘍＞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ある。医療従事者が原発性新生物＜腫瘍＞を「主要病態」としている場合であっても、それが長期に存在しない場合（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）は、現在のケアのエピソードにおいて治療や検査の中心となった続発部位の新生物＜腫瘍＞、現在の合併症又は第 XXI 章の中でコーディングするのに適当な状況（4.4.1 節、疾病以外の

理由で受けた健康サービス) にコードする。新生物<腫瘍>の既往歴については第XXI章の適当なコードを任意的追加コードとして使用することができる。

例 6 : 主要病態 : 前立腺癌
 その他の病態 : 慢性気管支炎
 処置 : 前立腺摘出術

前立腺の悪性新生物<腫瘍> (C61) を「主要病態」としてコードする

例 7 : 主要病態 : 乳癌-2年前切除
 その他の病態 : 肺の続発性癌(腫)
 処置 : 気管支鏡によるバイオプシー(生検)

肺の続発性悪性新生物<腫瘍> (C78.0) を「主要病態」としてコードする。
 Z85.3(乳房の悪性新生物<腫瘍>の既往歴) を任意的追加コードとして使用することができる。

例 8 : 主要病態 : 膀胱がん摘出の既往-膀胱鏡による経過観察<フォローアップ>検査のための入院
 その他の病態 : —
 処置 : 膀胱鏡検査

「主要病態」として、悪性新生物<腫瘍>の外科手術後の経過観察<フォローアップ>検査 (Z08.0) にコードする。Z85.5(腎尿路の悪性新生物<腫瘍>の既往歴) は、任意的追加コードとして使用することができる。

C79.9 続発性悪性新生物<腫瘍>, 部位不明

C79.9 は、悪性新生物<腫瘍>が、「播種性癌腫性」又は「全身性悪性腫瘍」(又はC79.9の包含リストに掲載されるその他の同等の用語) と記載され、かつ特定の部位が記載されていないときのみ「主要病態」として使用すべきである。

C80 部位の明示されない悪性新生物<腫瘍>

C80.0 悪性新生物<腫瘍>, 原発部位不明と記載されたもの

C80.9 悪性新生物<腫瘍>，原発部位詳細不明

C80.9は医療従事者が新生物<腫瘍>を明確に原発部位不明又は原発性と推測される詳細不明の悪性腫瘍と記載しているときのみ「主要病態」として使用すべきである。

C97 独立した（原発性）多部位の悪性新生物<腫瘍>

C97は医療従事者が二つ以上の独立した原発性の悪性新生物<腫瘍>を「主要病態」と記載しており、どちらが主要ともいえないときに使用すべきである。追加コードは個々の悪性新生物<腫瘍>を特定したい場合に使用することができる。

例 9：主要病態： 癌腫症

その他の病態： —

続発性悪性新生物<腫瘍>，部位不明（C79.9）にコードする。原発部位が不明の場合は、C80.9（悪性新生物<腫瘍>，原発部位詳細不明）を追加コードとして使用することができる。原発性新生物<腫瘍>がすでに存在しない場合は、第XXI章の新生物<腫瘍>の既往歴のコードの中から適当なコードを選んで使用すべきである。

例 10：主要病態： 多発性骨髄腫及び原発性前立腺癌

その他の病態： —

独立した（原発性）多部位の悪性新生物<腫瘍>（C97）にコードする。C90.0（多発性骨髄腫）及びC61（前立腺癌）は任意的追加コードとして使用できる。

第三章：血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

本章に分類されるある病態は、薬物又はその他の外因によることがある。第XX章のコードは任意的追加コードとして使用することができる。

例 11：主要病態： トリメトプリム誘発性葉酸欠乏性貧血

その他の病態： —

「主要病態」として、薬物誘発性葉酸欠乏性貧血 (D52.1) にコードする。Y41.2 (抗マラリア薬及びその他の血液寄生性原虫類に作用する薬物の治療上の使用による有害作用) は、任意的追加コードとして使用することができる。

第IV章：内分泌，栄養及び代謝疾患

本章に分類される病態で、薬物及びその他の外因によるものである場合には、第X章のコードは任意的追加コードとして使用することができる。

E10—E14 糖尿病

「主要病態」のコーディングにおいては、これらの分類項目のすべてに対応するリストの適切な細分類項目の選択は、医療従事者が記載した「主要病態」にもとづくべきである。細分類項目 .7 は、糖尿病の多発合併症が「主要病態」として記載され、どれか一つを選択できないときのみ、「主要病態」としてコードする。記載された個々の合併症のコードは、任意的追加コードとして使用することができる。

例 12：主要病態： 糖尿病性糸球体ネフローゼによる腎不全

腎合併症を伴う詳細不明の糖尿病 (E14.2 † 及び N08.3*) にコードする。

例 13：主要病態： 腎症<ネフロパシー>，え<壊>疽及び白内障を伴う 1 型<インスリン依存性>糖尿病<IDDM>

その他の病態： —

多発合併症を伴う 1 型<インスリン依存性>糖尿病<IDDM> (E10.7) にコードする。E10.2 † 及び N08.3* (腎症<ネフロパシー>を伴う 1 型<インスリン依存性>糖尿病<IDDM>)、E10.5 (末梢循環合併症を伴う 1 型<インスリン依存性>糖尿病<IDDM>)、E10.3 † 及び H28.0* (白内障を伴う 1 型<インスリン依存性>糖尿病<IDDM>) は、個々の合併症を明示するために任意的追加コードとして使用することができる。

E34.0 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た場合以外は、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。

カルチノイド腫瘍のコーディングの場合には、E34.0（カルチノイド症候群）は、機能的活性を明示するために任意的追加コードとして使用することができる。

E64.- 栄養失調（症）及びその他の栄養欠乏症の続発・後遺症

E68 過栄養<過剰摂食>の続発・後遺症

これらのコードは、もし遺残病態の性質が記載されているならば、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。遺残病態のコーディングをする時には、任意的追加コードとして E64.-又は E68 を使用することができる。

第V章：精神及び行動の障害

本章における分類項目及び細分項類目の定義は、医療従事者が診断名を決定するときに使用する規定であり、コーダーが使用するためのものではない。「主要病態」のコードは、たとえ記載された病態と定義との間に矛盾があっても、医師によって記載された診断名にもとづいてつけるべきである。いくつかの分類項目で任意的追加コードを使用することができる。

第VI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、第XX章のコードは任意的追加コードとして使用することができる。

G09 中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症

このコードは、もし遺残病態の性質が記載されているならば「主要病態」に対する優先コードとして使用しない。遺残病態のコーディングには G09 を任意的追加コードとして使用することができる。分類項目 G01*、G02*、G05*及び G07*の続発・後遺症としては G09 を用いるべきではなく、むしろたとえば B90－B94 のような原因病態

の続発・後遺症のために確立された分類項目を使用すべきであることに注意する。もし原因病態に対する続発・後遺症の項目がない場合には、その原因病態自身をコードする。

例 14：主要病態： 結核性髄膜炎によるろう<聾>
 専門科目： 言語療法科

「主要病態」として難聴，詳細不明（H91.9）にコードする。B90.0（中枢神経系結核の続発・後遺症）は任意的追加コードとして使用することができる。

例 15：主要病態： 陳旧性脳膿瘍によるてんかん
 専門科目： 神経科

「主要病態」として、てんかん，詳細不明（G40.9）にコードする。G09（中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症）は任意的追加コードとして使用することができる。

例 16：主要病態： 接種後脳炎に続発する軽度の知的障害<精神遅滞>
 専門科目： 精神科

「主要病態」として、軽度の知的障害<精神遅滞>（F70.9）にコードする。G09（中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症）は任意的追加コードとして使用することができる。

G81－G83 麻痺性症候群

これらのコードは、もし現在の原因が記載されてあったとしても、ケアのエピソードが主に麻痺自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は G81－G83 は任意的追加コードとして使用することができる。

例 17：主要病態： 片麻痺を伴う脳卒中
 その他の病態： ー
 専門科目： 神経科

「主要病態」として、出血又は梗塞と明示されない脳卒中（I64）にコードする。G81.9（片麻痺，詳細不明）は任意的追加コードとして使用することができる。

例 18：主要病態： 3 年前に脳梗塞
 その他の病態： 左下腿麻痺
 患者は理学療法を受けている。

「主要病態」として、下肢の単麻痺（G83.1）にコードする。I69.3（脳梗塞の続発・後遺症）は任意的追加コードとして使用することができる。

第七章：眼及び付属器の疾患

H54.- 視機能障害及び盲<失明>（両眼又は単眼）

このコードは、もし原因が記載されてあったとしても、ケアのエピソードが主に盲<失明>自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、H54.-を任意的追加コードとして使用することができる。

第八章：耳及び乳様突起の疾患

H90－H91 難聴

これらのコードは、もし原因が記載されてあったとしても、ケアのエピソードが主に難聴自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、H90.-又は H91.-を任意的追加コードとして使用することができる。

第九章：循環器系の疾患

I15.- 二次性高血圧（症）

このコードは、もし原因が記載されてあったとしても、ケアのエピソードが主に高

血圧（症）自身に対するものでなければ、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。原因のコーディングの場合は、I15.-を任意的追加コードとして使用することができる。

I69.- 脳血管疾患の続発・後遺症

このコードは、もし遺残病態の性質が記載されてあったならば、「主要病態」に対する優先コードとしては使用しない。遺残病態のコーディングの場合は、I69.-を任意的追加コードとして使用することができる。

第 XV 章：妊娠， 分娩及び産じょく<褥>

O08.- 流産， 子宮外妊娠及び胞状奇胎妊娠に続発する合併症

このコードは、たと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」に対する優先コードとしては使用しない。関連する合併症を分類するためには、分類項目 O00－O02、また合併症について詳細に分類するためには、分類項目 O03－O07 を任意的追加コードとして使用することができる。

注) O08 の細分類項目に示してある包含用語は、O03－O07 の 4 桁細分類項目をつける場合に参照することに注意する。

例 19：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」として卵管妊娠破裂（O00.1）にコードする。O08.3（流産， 子宮外妊娠及び胞状奇胎妊娠に続発するショック）は任意的追加コードとして使用することができる。

例 20：主要病態： 子宮穿孔を伴う不全流産
 専門科目： 産婦人科

「主要病態」として、その他及び詳細不明の合併症を伴う不全流産（O06.3）にコードする。コード O08.6（流産，子宮外妊娠及び胞状奇胎妊娠に続発する骨盤臓器又は組織の傷害）は任意的追加コードとして使用することができる。

例 21：主要病態： 他施設における 2 日前の流産に続発した播種性血管内凝固
 専門科目： 産婦人科

流産，子宮外妊娠及び胞状奇胎妊娠に続発する遅延出血又は多量出血（O08.1）にコードする。流産がケアの前のエピソードの経過中に起こっているため、他のコードは必要がない。

O80—O84 分娩

「主要病態」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。O80—O84 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かぎり、分娩の方法又は型を示す、任意的追加コードとして使用することができる。

例 22：主要病態： 妊娠
 その他の病態： —
 処置： 低位鉗子分娩

他に情報がないので、「主要病態」として低位鉗子分娩（O81.0）にコードする。

例 23：主要病態： 分娩した妊娠
 その他の病態： 試験分娩の不成功
 処置： 帝王切開

「主要病態」として、試験分娩の不成功，詳細不明（O66.4）にコードする。帝王切開による分娩，詳細不明（O82.9）は、任意的追加コードとして使用することができる。

例 24：主要病態： 双胎妊娠分娩
 その他の病態： ー
 処置： 自然分娩

「主要病態」として双胎分娩（O30.0）にコードする。O84.0（多胎分娩，全児自然分娩）は任意的追加コードとして加えることができる。

例 25：主要病態： 満期妊娠死産、 2800g
 その他の病態： ー
 処置： 自然分娩

もし胎児死亡についての特定の原因が決定できないならば、子宮内胎児死亡のための母体ケア（O36.4）にコードする。

O98—O99 他に分類されるが妊娠， 分娩及び産じょく<褥>に合併する母体疾患

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保健ケア従事者により診断された場合は、この細分類項目を第XV章以外の項目より優先的に「主要病態」コードとして使用するべきである。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的追加コードとして使用することができる。

例 26：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
 専門科目： ハイリスクの出生前クリニック

妊娠，分娩及び産じょく<褥>に合併する原虫疾患（O98.6）を主要病態としてコードする。B58.9（トキソプラズマ症，詳細不明）は、病原体を分類するための任意的追加コードとして使用することができる。

第XVIII章：症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

症状、徴候及び異常所見が、あきらかにケアの経過中に治療又は検査された主要病態であり、医療従事者により記載されたその他の病態と関係が見られない場合以外は、本章の項目は「主要病態」のコードとして使用すべきではない。ルール MB 3（4.4.3

節) 又はさらなる情報について内容例示表 (第 1 巻) の第 XVIII 章の始めの記述を参照する。

第 XIX 章：損傷，中毒及びその他の外因の影響

多発性の損傷が記載され、そのうちのどれか一つを「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ために用意された項目の一つにコードする：

- 同じ部位の同じ型 (分類項目 S00—S99 の通常は 4 桁目 .7) ；
- 同じ部位の異なる型 (各中間分類項目の最後の分類項目、たとえば S09, S19, S29 等、の通常は 4 桁目 .7) ；及び
- 異なる部位の同じ型 (T00—T05)

下記の例外について注意する：

- 表在損傷及び／又は開放創のみを伴う内部損傷については、「主要病態」として内部損傷にコードする；
- 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；及び
- 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、個々の損傷はそれぞれ任意的追加コードとして使用することができる。例外で述べたようなケースでは、「主要病態」に加えて、関連する損傷は任意的追加コードの使用又はこの目的のために用意された一桁の使用のどちらかによって分類することができる。

例 27：主要病態： 膀胱及び尿道の損傷
その他の病態： —

「主要病態」としては、骨盤臓器の多発性損傷 (S37.7) にコードする。S37.2 (膀胱の損傷) 及び S37.3 (尿道の損傷) は任意的追加コードとして使用することができる。

例 28：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： ー

「主要病態」として、外傷性小脳出血（S06.8）にコードする。必要な場合は、開放性頭蓋内創傷はコード S01.9（頭部の開放創，部位不明）の追加により、又はコード S06.8 の 5 桁目に 1（頭蓋内に達する開放創を伴うもの）を追加して使用することができる（S06.81）。

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

これらのコードは、遺残病態の性質が記載されている場合は、「主要病態」として使用しない。遺残病態のコーディングのときは、T90—T98 は任意的追加コードとして使用することができる。

第 XX 章：傷病及び死亡の外因

本章のコードは「主要病態」コードとして使用しない。これらは任意的追加コードとして第 XIX 章に分類される病態の外因を特定するための使用を意図したものであり、また、その他のすべての章に分類されるが外因も関与している病態に、任意的追加コードとして使用することもできる。

5. 統計的表章

5.1 序

本節は、国際比較のための統計に関する規則、及び国内レベル又は地域レベルの統計表におけるデータ表章についてのガイドラインを示している。

診断データだけでなくそれを使ったクロス製表のための他のデータの処理（コーディングを含む）手順の開発に当たっては、データ分析を担当する者が関与すべきである。

5.2 データ源

死亡診断書の作成は、通常、記載する医師の責務である。死亡診断書は、国際的勧告に従ったものでなければならない（4.1.3 節参照）。行政手続は、死亡診断書又はその他の診療録のデータの機密性を保たねばならない。

検視官又はその他の司法当局者によって記載された死亡例においては、記載者に与えられた医学的事実は、法的な事実に加えて、死亡診断書に記載されなければならない。

5.3 製表における原因の詳細のレベル

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（5.6 節参照）。その他の製表においては、ICD が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。

ICD の3桁又は4桁分類項目は、かなり詳しい記述に用いられる。それらは、時には全範囲のデータを包含する参照表を作成するために使用される。全範囲のデータは、公表されていないかもしれないが、要求があれば特定の診断に関する情報を抽出することができるよう担当部局に保管されている。このレベルの分類は、限られた範囲の診断の詳細な研究に関心のある専門家にも使用されている。また、ICD のいくつかの

項目に対して与えられた補足的な記号に対して、または分類のファミリーの専門性に基づいた拡張分類の一つに対してコーディングがなされる場合、これらのレベルの分類に対して、さらに詳しい分類が5桁又は6桁レベルで加えられる場合がある。

ICDの4桁細分類項目のタイトルは、単独で使用された場合でも、意味がわかるようにする努力がさまざまになされてきたが、場合により、3桁分類項目と関連して理解することが必要な場合もある。そのような場合には、3桁項目（及びそれらの合計）を含むこと、又は、単独で使用されてもわかりやすい4桁項目に対して特に採用されたタイトルを使用することのどちらかが必要である。3桁レベルでは2000を越える項目があり、公衆衛生的に関心のありそうなすべての病態を分類している。

また、特定製表用リストが第2巻（インストラクションマニュアル（総論））にあり、それは3桁分類表が詳しくすぎるという場合に使用するよう作られたものである。これは、これまで異なる国々で使用されてきた異なるグループ化によって重要な疾病や疾病群の国際比較ができなくなることはないようにデザインされている。

5.4 勧告された死亡の特定製表用リスト

死亡の特定製表用リストは、第1巻に記載されている。

5.4.1 簡約リスト

二つの簡約リストであるリスト1及びリスト3は、ICDの各章に対して項目をあてており、また、ほとんどの章の中で、選択されたリストの項目に「その他の～」というタイトルの残余の項目を伴うことで、それぞれの章の範囲を網羅している。それらは、このようにして、ICDの3桁分類項目の全範囲を、多くの出版目的のために取り扱いやすい数へと簡約化している。

5.4.2 選択リスト

二つの選択リストであるリスト2及びリスト4は、ICDのほとんどの章の中にある項目を含んでいる。これらの項目は、国内的レベル及び国際的レベルの両方に関係す

る住民の健康状態及び死亡関連の健康問題を、観察及び分析するにあたって重要な病態や外因についてのものである。全部の章には準備されていないが、いくつかの章だけは、そのような全体を把握できる分類項目を持っている。

5.4.3 死因リストを分類するための接頭辞の使用

項目番号に対する接頭辞（数字）は同じ病態に対する項目が、異なる番号を持っている場合に、特定製表用リストの間での混乱をさけるために使用されている。（項目番号は、最初の桁が英字になっている ICD の 4 桁コードと区別することができる。）国内的又は地域的な集計の目的で使用されるリストの場合は、他の接頭辞を使用しなければならない。

5.4.4 国内用リスト

四つの特定製表用リストは、ほとんどの国に対して、最も重要な疾病及び死亡の外因についての適切な情報源となっている。これらのリストはまた、保健のプログラムが効果を表す場合に、時系列の比較や、たとえば感染症や変性疾患の相対的な頻度の偏りの観察をしやすくする役目もある。これらのリストを使用することにより、国内の地域及び住民の小集団の間の比較ができるようになる。加えて、それにより、死因の国際間比較が意味のあるものとなる。

国際間比較が必要でない場合は、特定製表用リストに類似したリストが、国内的に使用するために企画される。そのようなリストの ICD 項目は、方法が最も適切で有用であれば、選択され、グループ化することが可能である。特定のリストは、たとえば、多くの地域保健プログラムの進行状況を疾病や死亡の状況で把握するために必要であろう。

国家的必要性のために特定製表用リストを適用する場合、又は新しいもしくは特別のプロジェクトのために製表用リストが考案される場合には、どの病態を広い分類項目にグループ化することが適切であるか、またどこで細分類項目の使用が必要となる可能性があるかを決定するために、各 3 桁分類項目に分類される症例の数を単純に数えるテスト・ランをすることは有益である。

国内のリストが作られた場合には、簡約化された分類項目に対する鍵となる項目は、コア分類の3（又は4）桁コードを含んでいるべきである。

5.5 疾病の特定製表用リスト

5.5.1 記載

疾病の製表用リストは、298 の詳しい項目を含んでいる。疾病リストは、各分類項目を一度だけ含む簡約化されたリストであり、連続した項目を加えることにより、疾病群及び ICD の章の合計を得ることができる。

疾病リストは、国内用リストのため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、コア分類を適当に要約したり、拡張したりして作ることができる。このリストは、入院患者のケアについてのデータに適しており、適切に適用すれば、一注目すべきことは、第 XVIII 章（症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの）及び第 XXI 章（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）に関連したいくつかの項目の集合及び項目の拡張である— 外来のケア及び標本調査のような、その他の情報源からの情報にも適している。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3（又は4）桁コードを含んでいるべきである。

二重分類のための星印コードを含んで分析する場合には、星印分類項目のコード番号を含んだ疾病リストが使用される。このリストは、剣印に基づく製表及び星印に基づく製表のどちらかについて使用することができる。それゆえ、各表がどちらを基礎にして作られているかを示すことは重要である。

5.5.2 国内用の必要性に応じた、疾病の特定製表用リストの修正

もし、ICD の3桁項目の頻度を調査した後、リストの拡張が必要であると感じたならば、ICD 分類項目の範囲についてのいくつかの項目は、コア分類に従って又は同様に4桁レベルに従って細分割することができる。もし、WHO の勧告するリストが、詳しすぎるか、より短いリストが必要な場合は、国内又は地域保健問題に基づいて項目選択をすることができる。その国の「疫学的状況」によって、リストを短くするた

めに、分類項目を結合してもよい。

5.6 国際間比較のための統計表に関する勧告

5.6.1 統計表

原因、性、年齢及び地理的領域によるクロス（交差）分類がどの程度詳しくなるかは、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基づくだろう。国際間の適合性を促進するために企画された下記の様式は、様々な特性を表現する標準的な方法を示している。異なる分類が、公表される統計表（たとえば、年齢階級別表）で使用されている場合、それは勧告されたグループ分けの一つにまとめるようにすべきである。

- (a) ICD による分析は、適当な場合には、下記によるべきである：
- (1) 3 桁分類項目の詳細リスト、4 桁細分類項目を伴うもの又は伴わないもの：
 - (2) 死亡の特定製表用リストの一つ：
 - (3) 疾病の特定疾病用リスト
- (b) 一般用途の年齢分類：
- (1) 1 歳未満、1 歳から 4 歳までの各歳、5 歳から 84 歳までの 5 歳階級、85 歳以上：
 - (2) 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
 - (3) 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、適当な場合には、下記によるべきである：
- (1) 各主要国内区分（都市）：
 - (2) 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：
 - (3) 人口 10 万人以上の都市部の国内的集合：
 - (4) 人口 10 万人未満の都市部の国内的集合：
 - (5) 農村部の国内的集合

注 1. (c)に関連する統計は、項目を得るために使用された都市部及び農村部の定義を

含むべきである。

注 2. 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形態は、別に公表すべきである。

5.6.2 死因の製表

限定された地域についての死因の統計は、上記勧告(a) (1) 又は、もし、これが不可能な場合は、勧告(a) (2) に従うべきである。死亡は、勧告(b) (1) 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(c)における地域に対する死因の統計は、勧告(a) (2) 又は、もし、これが不可能ならば、勧告(a) (3) に従うべきである。これらは、勧告(b) (2) にあるような、性及び年齢階級別に製表することが望ましい。

5.7 胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡及び乳児死亡に関連する基準及び報告要件

下記の定義は、国際比較の可能な統計及び得られたデータについての報告要件の両者に関連して、世界保健総会により採択された。総会によって採択された定義は、第1巻に記載されている。また、利用の便のために、下記にも記載されている。

5.7.1 定義

出生 (Live birth)

出生とは、妊娠期間にかかわらず、受胎生成物が母体から完全に排出又は娩出された場合で、それが母体からの分離後、臍帯の切断又は胎盤の付着いかんにかかわらず、呼吸している場合又は心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれかを表す場合である：このような出産の生成物を出生児という。

胎児死亡 [死産児] (Fetal death [deadborn fetus])

胎児死亡とは、妊娠期間にかかわらず、受胎生成物が母体から完全に排出又は娩出される前に死亡した場合をいう：死亡は、母体からの分離後、胎児が呼吸しないこ

と又は心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれをも表さないことによって示される。

出産体重 (Birth weight)

出産後に最初に測定された胎児又は新生児の体重。

出生児については、出産体重は明白な出生後の体重減少が起こる前、すなわち生後1時間以内に測定することが望ましい。統計表を作成する場合には、出産体重は500グラム階級の区分を用いているが、体重はこれらの分類によって記録されるべきではない。測定された実際の体重を正確に記録するべきである。

「低」、「極低」及び「超低」出産体重の定義は、お互いに相容れない区分ではない。設定限界以下の体重をすべて含んでいる、すなわち定義は重複する（つまり、「低」は「極低」及び「超低」を含み、また「極低」は「超低」を含む）。

低出産体重 (Low birth weight)

2500 グラム未満 (2499 グラムまでで、2499 グラムを含む)。

極低出産体重 (Very low birth weight)

1500 グラム未満 (1499 グラムまでで、1499 グラムを含む)。

超低出産体重 (Extremely low birth weight)

1000 グラム未満 (999 グラムまでで、999 グラムを含む)。

妊娠期間 (Gestational age)

妊娠の継続期間は、最終正常月経の第1日から起算する。妊娠期間は満日数又は満週数で表現する（すなわち、最終正常月経の開始後満280日から満286日に発生した事象は、妊娠40週に発生したものとする）。

妊娠期間は、月経日に基づいて算定する場合、しばしば混乱の原因となる。妊娠期間を最終正常月経の第1日から分娩日までと算定するためには、第1日は0日であって、1日ではないことに注意しなければならない。つまり、0-6日は「満0週」、7-13日は「満1週」に相当し、従って、従来妊娠第40週は「満39週」と同義である。最終正常月経の日付が不明な場合には、妊娠期間は、最も適切な臨床的推定に基づかなければならない。誤解を避けるため、統計表には週数及び日数の両方を表示すべきである。

早期 (Pre-term)

妊娠満 37 週未満 (259 日未満)。

正期 (Term)

妊娠満 37 週から満 42 週未満 (259 日から 293 日)。

過期 (Post-term)

妊娠満 42 週以上 (294 日以上)。

周産期 (Perinatal period)

周産期は、妊娠満 22 週 (154 日) に始まり (出産体重が正常では 500 グラムである時点)、出生後満 7 日未満で終わる。

新生児期 (Neonatal period)

新生児期は出生に始まり、出生後満 28 日未満で終わる。新生児死亡 (生後満 28 日未満における出生児の死亡) は、生後満 7 日未満に起こる「早期新生児死亡」及び生後満 7 日から満 28 日未満に起こる「後期新生児死亡」に分けられる。

生後第 1 日 (満 0 日) の死亡日齢は、生後満の分又は時間の単位で記録しなければならない。生後第 2 日 (満 1 日)、第 3 日 (満 2 日) 及び満 27 日までは、死亡日齢は日の単位で記録しなければならない。

5.7.2 報告基準

胎児死亡及び出生の登録についての法的要件は、国により、また国内でさえも異なっている。可能な場合は、出産体重が少なくとも 500 グラムであるすべての胎児及び新生児は、生死にかかわらず、統計の中を含めるべきである。出産体重が不明の場合は、妊娠期間 (妊娠満 22 週) 又は身長 (頭-踵 25 センチメートル) を、これに対応する基準として使用すべきである。周産期内に起きた事象かどうか決定するための基準は、下記の順に適用する: (1) 体重、(2) 妊娠期間、(3) 頭-踵長。国内の統計に、500 グラムと 1000 グラムとの間の体重の胎児及び乳児を含めることは、本来的に価値があり、また、1000 グラム以上の胎児及び乳児についての報告率が向上する、という理由で勧められる。

5.7.3 国際比較のための統計

国際比較のための統計では、超低出産体重（*extremely low-birth-weight*）のグループを含めることは、比較の有効性を損なうので勧められない。各国は、統計の中にそれらを含めるための事象や基準が容易に分類できるように、登録や報告手続きを調整しなければならない。これらの基準に該当しないさらに未熟な胎児及び新生児（すなわち体重 1000 グラム未満）は、法的又はその他の正当な理由（ここでは、それらを含めることが明確に述べられていなければならない）がない限りは、周産期統計から除外しなければならない。出産体重、妊娠期間及び頭一踵長がわからない場合は、その事象は、周産期の死亡統計から除外するよりむしろ含めるべきである。各国はまた、比及び率の分子と分母との両者が、体重 1000 グラム以上の胎児及び乳児に限られている統計（体重別の比及び率）を作成すべきである：出産体重についての情報がない場合には、該当する妊娠期間（満 28 週）又は身長（頭一踵 35 センチメートル）を使用しなければならない。

胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡及び乳児死亡統計を報告する場合、奇形による死亡数は、可能な場合はいつでも、出生及び胎児死亡、並びに出産体重 500–999 グラム及び 1000 グラム以上に関して分類しなければならない。奇形による新生児死亡は、早期新生児死亡及び後期新生児死亡に細分類すべきである。この情報は、周産期及び新生児死亡統計が、奇形による死亡を伴うか伴わないか区別して報告されることを可能にしている。

比及び率（Ratios and rates）

比及び率を公表する場合には、常に分母、すなわち出生か総出産（出生と胎児死亡の合計）かを明示しなければならない。各国は、下記の比及び率を作成できるように、又はデータ収集システムが許す限り、それらのうちできるだけ多くのものを作成できるように努力する。

死産比（Fetal death ratio）

$$\frac{\text{胎児死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

死産率 (Fetal death rate)

$$\frac{\text{胎児死亡数}}{\text{総出産数}} \times 1000$$

体重別死産率 (Fetal death rate, weight-specific)

$$\frac{1000 \text{ グラム以上の胎児死亡数}}{1000 \text{ グラム以上の総出産数}} \times 1000$$

早期新生児死亡率 (Early neonatal mortality rate)

$$\frac{\text{早期新生児死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

体重別早期新生児死亡率 (Early neonatal mortality rate, weight-specific)

$$\frac{\text{出産体重 1000 グラム以上の早期新生児死亡数}}{1000 \text{ グラム以上の出生数}} \times 1000$$

周産期死亡比 (Perinatal mortality ratio)

$$\frac{\text{胎児死亡数} + \text{早期新生児死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

周産期死亡率 (Perinatal mortality rate)

$$\frac{\text{胎児死亡数} + \text{早期新生児死亡数}}{\text{総出産数}} \times 1000$$

周産期死亡率は総出産 1000 対の、最小 500 グラム（又は、出産体重が不明の場合妊娠満 22 週以後、もしくは頭一踵 25 センチメートル以上）の胎児死亡数と早期新生児死亡の和である。分母はそれぞれの構成成分によって異なるため、死産率と早期新生児死亡率との和と必ずしも一致する必要はない。

体重別周産期死亡率 (Perinatal mortality rate, weight-specific)

$$\frac{1000 \text{ グラム以上の胎児死亡数} + \text{出産体重 1000 グラム以上の早期新生児死亡数}}{1000 \text{ グラム以上の総出産数}} \times 1000$$

新生児死亡率 (Neonatal mortality rate)

$$\frac{\text{新生児死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

体重別新生児死亡率 (Neonatal mortality rate, weight-specific)

$$\frac{\text{出産体重 1000 グラム以上の新生児死亡数}}{\text{1000 グラム以上の出生数}} \times 1000$$

乳児死亡率 (Infant mortality rate)

$$\frac{\text{生後 1 年未満の死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

体重別乳児死亡率 (Infant mortality rate, weight-specific)

$$\frac{\text{出産体重 1000 グラム以上の出生児中の乳児死亡数}}{\text{出産体重 1000 グラム以上の出生数}} \times 1000$$

5.7.4 周産期死亡の原因の表示

この目的のために勧告された証明書の様式 (4.3.1 節参照) に基づく周産期死亡の統計に対しては、報告されたすべての病態の全体的な複合原因の解析がもっとも効果的である。このような解析が不可能な場合は、胎児もしくは新生児の主な疾患又は病態 ((a)欄) や、胎児又は新生児に影響をおよぼした主な母体の病態 ((c)欄) にこれら両病態の群のクロス集計を使用した解析が、最小限必要なものとみなされるべきである。ただし、一つの病態の選択が必要である場合 (たとえば、早期新生児死亡がすべての日齢において死亡の単一原因の表に編入されるべき場合) には、胎児又は新生児の主な疾患又は病態 ((a)欄) が選択されるべきである。

乳児死亡の特定の統計の年齢区分

- (i) 生後第 1 週は個々の日数による (24 時間未満、1、2、3、4、5、6 日)、7-13 日、14-20 日、21-27 日、28 日以上 2 月未満、生後 2 月より 1 年までは個々の月数による (2、3、4... 11 月)。
- (ii) 24 時間未満、1-6 日、7-27 日、28 日以上 3 月未満、3-5 月、6 月より 1 年未満。
- (iii) 7 日未満、7-27 日、28 日より 1 年未満。

早期新生児死亡の年齢区分

- (i) 1時間未満、1-11時間、12-23時間、24-47時間、48-71時間、72-167時間；
- (ii) 1時間未満、1-23時間、24-167時間。

周産期死亡統計の出産体重区分

500グラムの体重区分による、すなわち1000-1499グラム、など。

周産期死亡統計の妊娠期間区分

28週未満（196日未満）、28-31週（196-223日）、32-36週（224-258日）、37-41週（259-293日）、42週以上（294日以上）。

5.8 妊産婦＜母体＞死亡の基準及び報告要件

5.8.1 定義

妊産婦＜母体＞死亡（Maternal death）

妊産婦＜母体＞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で、妊娠の期間及び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を除く。

後発妊産婦＜母体＞死亡（Late maternal death）

後発妊産婦＜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又は間接産科的原因による女性の死亡をいう。

妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞の期間に生じる死亡（Death occurring during pregnancy, childbirth and puerperium）

妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞の期間に生じる死亡とは、死亡の原因（産科又はそれ以外）いかににかかわらず、妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡をいう。

妊産婦＜母体＞死亡は下記の2群に分類する：

1. 直接産科的死亡 (Direct obstetric deaths)

直接産科的死亡とは、妊娠時（妊娠、分娩及び産じょく〈褥〉）の産科的合併症、関与〈介入〉（intervention）、義務の怠慢（omission）、不適切な処置（incorrect treatment）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。

2. 間接産科的死亡 (Indirect obstetric deaths)

間接産科的死亡とは、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。

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奨励するために、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。

5.8.2 国際的報告

妊産婦〈母体〉死亡の国際的報告の目的のためには、その後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。

5.8.3 妊産婦〈母体〉死亡率の公表

妊産婦〈母体〉死亡率の公表には、分子（記録された妊産婦〈母体〉死亡数）を常に明示しなければならない。それは下記のように示される：

- 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（直接及び間接の合計）。

妊産婦〈母体〉死亡率を計算する場合、第 XV 章（O コード）にコードされない症例を妊産婦〈母体〉死亡率に含めるように注意しなければならない。第 XV 章の冒頭の「除外」に記載されている分類項目も、それが間接産科的原因について 4.2.16 節の

a)に概説されている規定に適合していれば、含まれる。

5.8.4 妊産婦<母体>死亡の分母

妊産婦<母体>の算出に用いた分母は、出生数か総出産数（出生及び胎児死亡の合計）かを明示しなくてはならない。両方の分母がともに利用可能な場合は、双方の算出を公表しなければならない。

比と率 (Ratios and rates)

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、1,000、10,000 又は 100,000 となる）。妊産婦<母体>死亡比及び率は、下記のように表される：

妊産婦死亡率 (Maternal mortality rate) ^{注1.}

$$\frac{\text{妊産婦死亡数 (直接及び間接)}}{\text{出生数}} \times k$$

注1. 「率」という用語の使用は、この内容では不正確ではあるが、継続上残す。

直接産科的死亡比 (Direct obstetric mortality ratio)

$$\frac{\text{直接産科的死亡数のみ}}{\text{出生数}} \times k$$

妊娠、分娩及び産じょく<褥>の期間に生じる死亡比

(Ratio for death occurring during pregnancy, childbirth and puerperium)

$$\frac{\text{妊娠、分娩及び産じょく<褥>の期間に生じる死亡数}}{\text{出生数}} \times k$$

5.9 不明確な原因に分類される死亡の割合

第XVIII章（症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの）

に分類される死因の割合が高いということは、他の章のより明確な原因に分類された集計データの質を、検査又は評価する必要があることを示している。

5.10 疾病

疾病についての情報は、さまざまなところから集めることができる。国又は地域を基盤とする分析のために最も適当なデータは、疾病の罹患率 (**incidence**)、あるいは、少なくともそうした疾病によりたとえば医学的ケアや病院ケアを受けているという罹患率の算定の算定を可能にするデータである。疾病原因の記録や単一病態選択について公式に合意されたガイドラインや定義が必要に応じて作成されているのは、もともと保健ケアのエピソードに関するデータのためのものである。その他の種類のデータについては、各国独自のルールの開発が必要である。

疾病統計の問題は、「疾病」の定義そのものに根差している。疾病統計を改善するための余地は多い。疾病データの国際比較は、現在のところ、非常に狭い範囲であって、明確に限定された目的についてのみ可能である。疾病についての国及び地域の情報は、情報源並びにデータの背景にある知識とともに、診断の信頼性、人口統計的指標及び社会経済的指標との関係で解釈されるべきである。

5.11 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いくつかの項目が、実際には小計であるということは、データを加工する人達にとって、常に明らかであるとは限らない；たとえば、中間分類項目のタイトル及び ICD-10 の4桁項目リストにおける3桁項目タイトルであり、これは疾病製表用リストの簡約版における章のタイトルの項目と同様である。これらの記載事項は、合計が計算されている場合は無視すべきであり、そうでなければ、重複計算されてしまうだろう。

5.12 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一つである。人口の少ない国では、ショート・

リストの多くの項目において、事象の年計は非常に少なく、年々不規則に動揺するだろう。このことは特に、年齢別及び性別のデータについてあてはまる。この問題は、下記の基準の一つ以上を適用することにより、軽減させることができる：

- 章のような ICD 項目の広い群の使用又は表示；
- かなり長期間のデータの集積、たとえば、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、「変動平均」値を計算すること；
- 5.6.1 節及び 5.7.4 節に勧告された年齢階級の最も広いものを使用すること

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、しばしば過大評価されることがある。

5.13 「空欄」及び低頻度の欄

原因のリストが使用される場合、統計表に事例のない欄が見つかるだろう。表の中に空白の欄が多い場合には、そうした欄を、公表する表から又はコンピュータの出力から除外することを考慮する必要がある。ある疾病が、ある国で時々しか発生しない場合にのみ、その欄は公表される表から常に除外することができ、事例がなかったか又は突発的に事例が発生した場合には、そ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脚注が必要である。

非常に頻度の低い欄については、特に、発生が予測できないような疾病に関連する欄は、事例が存在し、それがコーディング又は処理のエラーから発生したものではないということを証明することが重要である。このことは、データの全般的な質の管理（クオリティー・コントロール）の一部として実施するべきである。

5.14 勧告

1. 死亡診断書の作成に対する責務（5.2 節参照）

死亡診断書は、通常、主治医（attending physician）の責任で書かれる。検視官や

その他の司法者によって死亡診断書が書かれた場合は、記載者に与えられた医学的事実も、あらゆる法的所見と共に死亡診断書に記載されなければならない。

2. 死亡診断書の様式 (5.2 節、4.1.3 節、4.3.1 節参照)

死亡診断書は、国際的勧告に従ったものでなければならない。(4.1.3 節参照) 周産期死亡統計の収集は、4.3.1 節に示された勧告に合致していなければならない。

3. 医療情報の守秘義務 (5.2 節参照)

行政手続においては、死亡診断書又はその他の診療録のデータの守秘義務を守らなければならない。

4. 死亡表製表のための原因の選択 (4.1.1 節参照)

死亡診断書に記載される死亡原因<死因>は「死亡の原因となった、あるいはその一因となったすべての疾病、病態、損傷、またこれらの損傷につながった事故あるいは暴力の状況」と定義されている。死因が1つだけしか記録されていない場合には、この死因を表作成に用いる。2つ以上の死因がある場合は、ICD が示したルール及びガイドラインに従って死因を選択する。

5. 国際疾病分類の使用 (2.1 節、2.2 節、3.3 節参照)

ICD の目的は、異なる国々や地域、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータを体系的に記録、分析、解析及び比較することである。ICD-10 の主要分類は、3 桁コードであり、WHO の死亡に関するデータベースに国際報告をする時の、また国際間比較をするための必須レベルである。4 桁細分類項目は、国際レベルでの報告は必須ではないが、多くの使用目的に有用で、基本分類表作成リストにも用いられているように、ICD の重要な要素である。

死亡と疾病の統計は内容例示表と索引表に従ってコード化する。4 桁細分類を公表するときには ICD の項目を使用する。追加したり改変したりときには明確にして発表する。

6. 周産期死亡統計 (5.7.2 節、5.7.3 節参照)

出産体重が少なくとも 500g 以上あるすべての胎児及び乳児は、生死にかかわらず、国内の統計に含めるよう勧告されている。出産体重が不明の場合は、妊娠期間(妊娠満 22 週)又は身長(頭-踵 25 センチメートル)を、これに対応する基準として使用すべきである。周産期内に起きた事象かどうか決定するための基準は、下記の順に適

用する：(1) 出産体重、(2) 妊娠期間、(3) 頭一踵長。国内の統計に、出産体重 500g から 1000g の胎児及び乳児を含めることは、それ自体にデータの価値があるのと、1000g 以上の胎児及び乳児についての報告率が向上する、という理由から奨励される。

国際比較のための統計に、超低出産体重のグループを含めることは、比較の妥当性を損なうので勧められない。各国は、比及び率の分子と分母の両者を、体重 1000g 以上の胎児及び乳児に限って統計（体重別の比及び率）を作成すべきである；出産体重についての情報がない場合には、代替として妊娠期間（満 28 週）又は身長（頭一踵 35 センチメートル）を使用しなければならない。

7. 妊産婦<母体>死亡統計（5.8.2 節、5.8.3 節参照）

妊産婦<母体>死亡率を公表する際は、分子を常に明示しなければならない。それは下記のように示される：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（直接及び間接の合計）。妊産婦<母体>死亡の国際的報告のためには、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。ただし、国内での分析目的には、それ以降の死亡を記録することも有用である。

8. 統計表（5.6.1 節、5.7.4 節参照）

原因、性別、年齢及び地理的場所によるクロス<（交差）>分類がどの程度詳細なものになるかは、統計の目的と範囲、並びに表作成の実際上の制約の両方によって決まる。国同士の互換性を向上させるために、統計を提示する際の標準的な方法が 5.6.1 節及び 5.7.4 節に示されている。

9. 死因の製表（5.6.2 節、5.6.4 節参照）

特定の地域における死因の統計は、5.6.1 節にある勧告に従うべきである。死亡は、5.6.1 節の勧告に示されている、性及び年齢階級別に分類することが望ましい。周産期死亡統計に関しては、報告されたすべての病態にわたりしっかりと多重原因分析をすることが最も有益である。このような分析が実行不可能な場合は、胎児又は乳児の主要な疾患／病態の分析と、胎児又は乳児に影響をおよぼす母体の主要な病態の分析、そしてこれら二つの病態群のクロス集計を、最低限行うべきである。ただし、病態を一つだけ選択する必要がある場合には、胎児又は乳児の主要な疾患／病態を選択するべきである。

6. ICD の歴史的沿革

(注) 6.1-6.3 節に記載されている内容の多くは、ICD-7 の序から引用されたものである。これには、分類の初期の歴史が非常によくまとめられている。

6.1 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、Sauvage としてよく知られている Francois Bossier de Lacroix (1706-1777) を、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 10. 参照)。Sauvage の包括的な論文は、*Nosologia methodica* という題名で出版された。Sauvage の同時代の一人に、偉大な方法論者である Linnaeus (1707-1778) がおり、彼の論文の一つは *Genera morborum* という題名が付けられていた。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あった。それは 1785 年に *Synopsis nosologiae methodicae* という題名で出版されたものであった。

しかし、すべての実用目的に対しては、疾病の統計的研究は、一世紀前にロンドン死亡統計法についての John Graunt の仕事で始まった。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 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、けいれん<痙攣>、くる病、歯疾患及び寄生虫病、流産、クリゾーム<chrysome>、小児、肝腫大に分類し、これに天然痘、水痘、麻疹及びけいれん<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が多い。これらの者に対しては、Major Greenwood の下記の言葉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 11. 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) を見出した。彼はそこでの最初の医学統

計専門家であり、当時の不完全な疾病分類を最良に使用可能にしたばかりでなく、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、彼が統計目的として満足できるとは考えていなかったものである。それゆえ、登録局長官の第1回年次報告書（参考文献 12. 参照）において、疾病の統計分類を決定する原理を議論し、下記のような一様な分類の採用を主張した：

同一形式の統計的命名法の優位性は、不完全ながらも、あまりに明らかであり、死亡法案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、曖昧で不便な名前が採用され、又は、合併症が原疾患の代りに登録されてきた。用語は物理学における分銅と測定器具のように、調査部門では非常に重要であり、遅れのないように整えられるべきである。

用語及び統計分類は、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、Farr によって検討されていた。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死因の同一形式の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二つの別々のリストを提出した。Farr の分類は五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、この分類はパリで Farr のモデルに基づいて改訂され、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、解剖学的部位による疾病分類の原則を含め、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。

6.2 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。ここで委員長を務めた Bertillon は、1853年の第1回国際統計会議において、Farr と d'Espine の両者へ標準分類の作成を要請した植物学者でもあり、統計専門家であった Achille Guillard の孫であった、というのは興味を引く点であろう。さて、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 Bertillon によって提出され、採択された。Bertillon が委員長を務めた委員会により作成された分類は、パリ市で使用されていた死因分類を基本にしたものであり、これは、イギリス、ドイツ及びスイスで用いられていた分類を統合化して取り入れ、1885年に改訂されたものであった。また、この分類は、全身性疾病と特定の器官又は解剖学的部位に局在する疾病との間の区別をするという Farr により採用された分類原則を基本としていた。さらに、スイス連邦統計部長 L. Guillaume の提案によるウィーン会議の指示に従って、Bertillon は 44 項目の簡略分類、99 項目の分類及び 161 項目の分類と 3 種類の分類を追加した。

「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 SanLuis de Potosi の統計用に Jesus E. Monjaras により使用された（参考文献 13. 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 14. 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システム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) この用語システム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修正に関する第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 15. 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。

6.3 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、三つのリストが200項目の詳細リスト、87項目の中間リスト及び44項目の簡略リストである。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に加えて、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 16. 参照）：

2. 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が下記の決議（参考文献 16. 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：

3. 死亡診断書及び多数の原因（複合原因）による死因の選択
会議は、

1929年には、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うのに十分であったので、

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ので、

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、他の多くの問題点の解決が必要になるとわかったので；

- (1) 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、
- (2) 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、
- (3) 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。

6.4 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、同じ用語体系を拡大して（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」が望ましいことを認めていた（参考文献9. 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が、死因分類のある項目を一文字によって示される2～3の疾病グループに細区分することで作られた。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編入された。第4回国際会議は、12項目の細区分を加えた点だけ、詳細な国際死因分類リストとは違う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ため、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、会議では前記(6.3節)で引用したような結論を採用したのであった。

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17.参照)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国中で使われた。

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18. 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。

6.5 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、疾病及び死亡統計のリストに関する考え方の一般的な傾向を認識し、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、複合原因について取り上げるまえに、疾病及び死亡の観点から分類を考えることは、有効なことであると結論づけた。

また、この委員会は、「現在使用されているさまざまな国のリストは、可能なかぎり、詳細な国際死因リストに従うべきである」と勧告した前回の国際会議での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。そのようなリストは、国際リストが最終原因についての分類であるという過った考えからは基本的には異なる起源のものである。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。

6.6 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 19. 参照）は、世界保健機関の臨時委員会に下記の責任を委託した：

現在ある機構及び下記との連結が必要とされるであろう準備作業の実施を再調査すること

- (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

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、疾病及び死亡統計に関する優勢な意見を考慮し、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。

結果としてだされた分類は、疾病及び死亡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する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を編集した。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索引を準

備することとなった。

委員会はまた、疾病及び死亡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亡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。

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、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、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。彼らは、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19. 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20. 参照）として準備した分類を採択した。また、会議は、疾病及び死亡統計の収集、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考慮した。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21. 参照）に編入された。この提要は、2巻からなっており、第2巻が適切な分類項目にコードされた診断用語の索引になっていた。第6回改訂会議は、国際人口動態及び保健統計の分野に、新しい時代の始まりを示した。疾病及び死亡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。さらに、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をさらに期待されていた。

6.7 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、世界保健機関の主催で、1955年2月にパリで開催された（参考文献 22. 参照）。世界保健機関保健統計専門委員会の勧告に従って、今回の改訂は、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 23. 参照）。

世界保健機関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日まで召集された（参考文献 24. 参照）。今回の改訂では、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かぎり従うという疾病分類の一般原理は変更されずに残された。

ICDの第7回及び第8回改訂が効力のあった間は、ICDを病院の診療録に索引を付けるのに使うことが急速に増え、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を作っていた。

6.8 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 25. 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、部分的には分類自体を変更することにより、また、部分的には特定のコーディングの規定を取り入れることにより、これに応じる方法を探らなければならなかった。代表団の多くは、自分達自身の統計に、ICDを使うことに興味をもつようになった専門団体から構成されていた。分類のある分野は、不適切に分類されていると考えられ、より詳細な分類に修正するように、また、基礎となる全身疾患を扱う章に分類するよりも、病気に冒された体の部分に関する章に分類することにより、医学的ケアの評価を行うのにより適切な分類に修正するようというかなり強い圧力があつた。一方では、詳細で洗練された分類を使うには不適切であるが、保健ケアや疾病コントロールの評価をするために、ICDに基づいた分類が必要な国や地域の代表団もいた。

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ていた。そのような詳細な分類は必要でない利用者の利便のために、3 桁レベルの分類項目は適正であるように注意が払われた。

医学的ケアを指向した統計や索引の作成を希望する利用者の利便のために、第 9 回改訂には、基礎的全身疾患の情報及び特定の臓器や部位の症状発現の情報の両方を含む診断的記述を分類する任意的選択的方法が加えられた。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り、第 10 回改訂でも維持されている。いろいろな状況で使えるように融通性を増すため、多くのその他の技術的革新が、第 9 回改訂には含まれていた。

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及び補助分類ではあるが、国際疾病分類に不可欠ではないが補助分類として診療行為分類の公表を承認した。会議はまた、関係する多くの技術的問題について勧告した：つまり、死亡のコーディング・ルールは少し修正され、疾病統計製表のために単一原因を選択するルールが初めて紹介された；周産期死亡の分野の統計に対する定義及び勧告は修正、拡大され、周産期死亡診断書が勧告された；各国は、多重病態のコーディング及び分析を、より一層行うように促されたが、公式な方法については何の勧告もなかった；さらに、新しく基本製表用リストが作られた。

6.9 第 10 回改訂への準備

第 9 回改訂についての会議の前でさえも、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、将来数十年間は基本的な部分で改正の必要がないような、安定して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(第 1 巻参照)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を使用される前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に相談する必要がある、その過程が非常に長い期間を必要とするからである。それゆえ、WHOの事務局長は、始めは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1989年に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についての実験ができるようになり、また、たとえばいくつかの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評価に対して、時間をかける余裕が生まれた。

ICDの第10回改訂で頂点に達した作業の拡大プログラムが続き、それは第10回改訂国際疾病分類国際会議の報告（第1巻参照）に記載されている。

7. 付録

7.1 死亡を引き起こす可能性の低い病態のリスト（4.1.9 節ルール B 参照）

コード	分類項目又は細分類項目
A31.1	皮膚非結核性抗酸菌感染症
A42.8	その他の型の皮膚放線菌症<アクチノミセス症>
A60.0	性器及び尿路のヘルペスウイルス感染症
A71.0-A71.9	トラコーマ
A74.0	クラミジア結膜炎
B00.2	ヘルペスウイルス（性）歯肉口内炎
B00.5	ヘルペスウイルス（性）眼疾患
B00.8	ヘルペスウイルス（性）ひょう<瘰>疔
B07	ウイルス（性）いぼ<疣><疣贅>
B08.1	伝染性軟属腫
B08.8	口蹄疫
B30.0-B30.9	ウイルス（性）結膜炎
B35.0-B35.9	皮膚糸状菌症
B36.0-B36.9	その他の表在性真菌症
B85.0-B85.4	シラミ症及びケジラミ症
F45.3-F45.9	身体表現性障害
F50.1, F50.3 -F50.9	摂食障害
F51.0-F51.9	非器質性睡眠障害
F52.0-F52.9	性機能不全, 器質性障害又は疾病によらないもの
F60.0-F60.9	特定的人格障害
F61	混合性及びその他の人格障害
F62.0-F62.9	持続的人格変化, 脳損傷及び脳疾患によらないもの
F63.0-F63.9	習慣及び衝動の障害
F64.0-F64.9	性同一性障害
F65.0-F65.9	性嗜好の障害
F66.0-F66.9	性発達及び方向づけに関連する心理及び行動の障害
F68.0-F68.8	その他の成人の人格及び行動の障害

F69	詳細不明の成人の人格及び行動の障害
F80－F89	心理的発達の障害
F95.0－F95.9	チック障害
F98.0－F98.9	小児＜児童＞期及び青年期に通常発症するその他の行動及び情緒の障害
G43.0－G43.2, G43.8－G43.9	片頭痛, 「合併症を伴う片頭痛 (G43.3)」を除く
G44.0－G44.2	その他の頭痛症候群
G45.0－G45.9	一過性脳虚血発作及び関連症候群
G50.0－G50.9	三叉神経障害
G51.0－G51.9	顔面神経障害
G54.0－G54.9	神経根及び神経そう＜叢＞の障害
G56.0－G56.9	上肢の単ニューロパチ＜シ＞
G57.0－G57.9	下肢の単ニューロパチ＜シ＞
G58.7	多発性単神経炎
H00.0－H00.1	麦粒腫及びさん＜霰＞粒腫
H01.0－H01.9	眼瞼のその他の炎症
H02.0－H02.9	眼瞼のその他の障害
H04.0－H04.9	涙器の障害
H10.0－H10.9	結膜炎
H11.0－H11.9	結膜のその他の障害
H15.0－H15.9	強膜の障害
H16.0－H16.9	角膜炎
H17.0－H17.9	角膜癒痕及び混濁
H18.0－H18.9	角膜のその他の障害
H20.0－H20.9	虹彩毛様体炎
H21.0－H21.9	虹彩及び毛様体のその他の障害
H25.0－H25.9	老人性白内障
H26.0－H26.9	その他の白内障
H27.0－H27.9	水晶体のその他の障害
H30.0－H30.9	網脈絡膜の炎症
H31.0－H31.9	脈絡膜のその他の障害
H33.0－H33.5	網膜剥離及び裂孔

H34.0－H34.9	網膜血管閉塞症
H35.0－H35.9	その他の網膜障害
H40.0－H40.9	緑内障
H43.0－H43.9	硝子体の障害
H46	視神経炎
H47.0－H47.7	視神経〔第2脳神経〕及び視（覚）路のその他の障害
H49.0－H49.9	麻痺性斜視
H50.0－H50.9	その他の斜視
H51.0－H51.9	両眼運動のその他の障害
H52.0－H52.7	屈折及び調節の障害
H53.0－H53.9	視覚障害
H54.0－H54.7	盲く失明く及び低視力
H55	眼振及びその他の不規則眼球運動
H57.0－H57.9	眼及び付属器のその他の障害
H60.0－H60.9	外耳炎
H61.0－H61.9	その他の外耳障害
H80.0－H80.9	耳硬化症
H83.3－H83.9	その他の内耳疾患
H90.0－H90.8	伝音及び感音難聴
H91.0－H91.9	その他の難聴
H92.0－H92.2	耳痛及び耳内貯留
H93.0－H93.9	耳のその他の障害，他に分類されないもの
J00	急性鼻咽頭炎〔かぜ〕く感冒く
J06.0－J06.9	多部位及び部位不明の急性上気道感染症
J30.0－J30.4	血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎く鼻アレルギーく
J33.0－J33.9	鼻ポリープ
J34.2	鼻中隔彎曲症
J35.0－J35.9	扁桃及びアデノイドの慢性疾患
K00.0－K00.9	歯の発育及び萌出の障害
K01.0－K01.1	埋伏歯
K02.0－K02.9	うく齲く蝕
K03.0－K03.9	歯の硬組織のその他の疾患

K04.0－K04.9	歯髄及び根尖部歯周組織の疾患
K05.0－K05.6	歯肉炎及び歯周疾患
K06.0－K06.9	歯肉及び無歯顎堤のその他の障害
K07.0－K07.9	歯顎顔面（先天）異常 [不正咬合を含む]
K08.0－K08.9	歯及び歯の支持組織のその他の障害
K09.0－K09.9	口腔部のうく囊>胞，他に分類されないもの
K10.0－K10.9	顎骨のその他の疾患
K11.0－K11.9	唾液腺疾患
K14.0－K14.9	舌の疾患
L01.0－L01.1	膿かく痂>疹（1歳以上の幼児）
L03.0	手指及び趾<足ゆび>の蜂巣炎<蜂窩織炎>
L04.0－L04.9	急性リンパ節炎
L05.0－L05.9	毛巣のうく囊>胞
L08.0－L08.8	皮膚及び皮下組織のその他の局所感染症
L20.0－L20.9	アトピー性皮膚炎
L21.0－L21.9	脂漏性皮膚炎
L22	おむつ<ナプキン>皮膚炎
L23.0－L23.9	アレルギー性接触皮膚炎
L24.0－L24.9	刺激性接触皮膚炎
L25.0－L25.9	詳細不明の接触皮膚炎
L28.0－L28.2	慢性単純性苔せん<癬>及び痒疹
L29.0－L29.9	そう<瘙>痒症
L30.0－L30.9	その他の皮膚炎
L41.0－L41.9	類乾せん<癬>
L42	バラ色ひこう<糝糠>疹
L43.0－L43.9	扁平苔せん<癬>
L44.0－L44.9	その他の丘疹落せつ<屑><りんせつ><鱗屑>性障害
L55.0－L55.1, L55.8－L55.9	「第3度の日焼け（L55.2）」を除く，日焼け
L56.0－L56.9	紫外線によるその他の急性皮膚変化
L57.0－L57.9	非電離放射線の慢性曝露による皮膚変化
L58.0－L58.9	放射線皮膚炎
L59.0－L59.9	皮膚及び皮下組織の放射線に関連するその他の障害

L60.0－L60.9	爪の障害
L63.0－L63.9	円形脱毛症
L64.0－L64.9	男性ホルモン性脱毛症
L65.0－L65.9	その他の非瘢痕性脱毛症
L66.0－L66.9	瘢痕性脱毛症
L67.0－L67.9	毛髪の色及び毛幹の異常
L68.0－L68.9	多毛症
L70.0－L70.9	痤瘡<アクネ>
L72.0－L72.9	皮膚及び皮下組織の毛包のう<囊>胞
L73.0－L73.9	その他の毛包障害
L74.0－L74.9	エクリン汗腺の障害
L75.0－L75.9	アポクリン汗腺の障害
L80	白斑
L81.0－L81.9	その他の色素異常症
L83	黒色表皮腫
L84	うおのめ<鶏眼>及びべんち<胼胝>
L85.0－L85.9	その他の表皮肥厚
L87.0－L87.9	経表皮性排除疾患
L90.0－L90.9	皮膚の萎縮性障害
L91.0－L91.9	皮膚の肥厚性障害
L92.0－L92.9	皮膚及び皮下組織の肉芽腫性障害
L94.0－L94.9	その他の限局性結合組織障害
L98.0－L98.3, L98.5－L98.9	皮膚及び皮下組織のその他の障害, 他に分類されないもの
M20.0－M20.6	指及び趾<足ゆび>の後天性変形
M21.0－M21.9	(四) 肢のその他の後天性変形
M22.0－M22.9	膝蓋骨の障害
M23.0－M23.9	膝内障
M24.0－M24.9	その他の明示された関節内障
M25.0－M25.9	その他の関節障害, 他に分類されないもの
M35.3	リウマチ性多発筋痛症
M40.0－M40.5	(脊柱) 後弯(症) 及び (脊柱) 前弯(症)
M43.6	斜頸, 詳細不明

M43.8－M43.9	その他及び変形性の脊柱障害
M48.0	頰部における脊柱管狭窄（症）
M53.0－M53.9	その他の脊柱障害，他に分類されないもの
M54.0－M54.9	背部痛
M60.0－M60.9	筋炎
M65.0－M65.9	滑膜炎及び腱鞘炎
M66.0－M66.5	滑膜及び腱の特発性断裂
M67.0－M67.9	滑膜及び腱のその他の障害
M70.0－M70.9	使用，使い過ぎ及び圧迫に関連する軟部組織障害
M71.0－M71.9	その他の滑液包障害
M75.0－M75.9	肩の傷害＜損傷＞
M76.0－M76.9	下肢の腱（靭帯）付着部症，足を除く
M77.0－M77.9	その他の腱（靭帯）付着部症
M79.0－M79.9	その他の軟部組織障害，他に分類されないもの
M95.0－M95.9	筋骨格系及び結合組織のその他の後天性変形
M99.0－M99.9	生体力学的傷害＜損傷＞，他に分類されないもの
N39.3	緊張性＜腹圧性＞尿失禁
N46	男性不妊（症）
N47	過長包皮，包茎及びかん＜嵌＞頓包茎
N60.0－N60.9	良性乳房異形成（症）
N84.0－N84.9	女性性器のポリープ
N85.0－N85.9	子宮のその他の非炎症性障害，子宮頸（部）を除く
N86	子宮頸（部）のびらん及び外反（症）
N87.0－N87.9	子宮頸（部）の異形成
N88.0－N88.9	子宮頸（部）のその他の非炎症性障害
N89.0－N89.9	膣のその他の非炎症性障害
N90.0－N90.9	外陰及び会陰のその他の非炎症性障害
N91.0－N91.5	無月経，過少月経及び希発月経
N92.0－N92.6	過多月経，頻発月経及び月経不順
N93.0－N93.9	子宮及び膣のその他の異常出血
N94.0－N94.9	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
N96	習慣流産

N97.0－N97.9	女性不妊症
Q10.0－Q10.7	眼瞼，涙器及び眼窩の先天奇形
Q11.0－Q11.3	無眼球（症），小眼球（症）及び巨大眼球（症）
Q12.0－Q12.9	先天（性）水晶体奇形
Q13.0－Q13.9	前眼部の先天奇形
Q14.0－Q14.9	球後極部の先天奇形
Q15.0－Q15.9	眼のその他の先天奇形
Q16.0－Q16.9	聴覚障害の原因となる耳の先天奇形
Q17.0－Q17.9	耳のその他の先天奇形
Q18.0－Q18.9	顔面及び頸部のその他の先天奇形
Q38.1	舌小帯短縮（症）
Q65.0－Q65.9	股関節部の先天（性）変形
Q66.0－Q66.9	足の先天（性）変形
Q67.0－Q67.8	頭部，顔面，脊柱及び胸部の先天（性）筋骨格変形
Q68.0－Q68.8	その他の先天（性）筋骨格変形
Q69.0－Q69.9	多指＜趾＞（症）
Q70.0－Q70.9	合指＜趾＞（症）
Q71.0－Q71.9	上肢の減形成
Q72.0－Q72.9	下肢の減形成
Q73.0－Q73.8	詳細不明の（四）肢の減形成
Q74.0－Q74.9	（四）肢のその他の先天奇形
Q80.0－Q80.3, Q80.8－Q80.9	先天性魚りんせん＜鱗癬＞，「道化師（様）胎児（Q80.4）」を除く
Q81.0	単純性表皮水疱症
Q81.2－Q81.9	その他の型の表皮水疱症，「致死型表皮水疱症（Q81.1）」を除く
Q82.0－Q82.9	皮膚のその他の先天奇形
Q83.0－Q83.9	乳房の先天奇形
Q84.0－Q84.9	外皮のその他の先天奇形
S00.0－S00.9	頭部の表在損傷
S05.0, S05.1, S05.8	眼球及び眼窩（あらゆる部位）の表在損傷（あらゆる種類）
S10.0－S10.9	頸部の表在損傷

S20.0－S20.8	胸部<郭>の表在損傷
S30.0－S30.9	腹部，下背部及び骨盤部の表在損傷
S40.0－S40.9	肩及び上腕の表在損傷
S50.0－S50.9	前腕の表在損傷
S60.0－S60.9	手首及び手の表在損傷
S70.0－S70.9	股関節部及び大腿の表在損傷
S80.0－S80.9	下腿の表在損傷
S90.0－S90.9	足首及び足の表在損傷
T09.0	体幹の表在損傷，部位不明
T11.0	上肢の表在損傷，部位不明
T13.0	下肢の表在損傷，部位不明
T14.0	部位不明の表在損傷
T20.1	頭部及び頸部の第1度熱傷
T21.1	体幹の第1度熱傷
T22.1	肩及び上肢の第1度熱傷，手首及び手を除く
T23.1	手首及び手の第1度熱傷
T24.1	股関節部及び下肢の第1度熱傷，足首及び足を除く
T25.1	足首及び足の第1度熱傷

7.2 糖尿病の原因となり得る病態のリスト

糖尿病が他の疾患「による」ものと考えられる因果関係

糖尿病の種類 下記の疾病「による」

E10	B25.2 E40－E46 E63.9 E64.0 E64.9 M35.9 P35.0
E11	E24 E40－E46 E63.9 E64.0 E64.9 M35.9 O24.4 P35.0
E12	E40－E46 E63.9 E64.0 E64.9
E13	B25.2 B26.3 C25 C78.8 (膵臓のみ) D13.6－D13.7 D35.0

E05—E06

E22.0

E24

E80.0—E80.2

E83.1

E84

E89.1

F10.1—F10.2

G10

G11.1

G25.8

G71.1

K85

K86.0—K86.1

K86.8—K86.9

M35.9

O24.4

P35.0

Q87.1

Q90

Q96

Q98

Q99.8

S36.2

T37.3

T37.5

T38.0—T38.1

T42.0

T46.5

T46.7

T50.2

Y41.3

Y41.5

	Y42.0—Y42.1
	Y46.2
	Y52.5
	Y52.7
	Y54.3
E14	B25.2
	B26.3
	C25
	C78.8 (膵臓のみ)
	D13.6—D13.7
	D35.0
	E05—E06
	E22.0
	E24
	E40—E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	E80.0—E80.2
	E83.1
	E84
	E89.1
	F10.1—F10.2
	G10
	G11.1
	G25.8
	G71.1
	K85
	K86.0—K86.1
	K86.8—K86.9
	M35.9
	O24.4

P35.0
Q87.1
Q90
Q96
Q98
Q99.8
S36.2
T37.3
T37.5
T38.0—T38.1
T42.0
T46.5
T46.7
T50.2
Y41.3
Y41.5
Y42.0—Y42.1
Y46.2
Y52.5
Y52.7
Y54.3

7.3 医療行為の直接影響によると考えられる病態のリスト

- 本リスト（付録 10.3 参照）に掲載する病態は、死亡より 4 週間以内に医療行為が行われた場合には、その直接影響によるものであると考えるべきである。
- 医療行為が行われる前にその病態がすでに存在していた証拠がある場合は、医療行為の直接影響によるものであると考えるべきではない。
- 「OCPR」（医療行為の原因が他に記載されている場合のみ（Other Cause of Procedure Required））の符号のある病態は、死亡診断書に医療行為の原因が他に記載されている場合のみ医療行為の結果として生じたものとする。
- 「DSAP」（医療行為後に発生、その時期の明示が必要（Duration Stated, developed After Procedure））の符号のある病態は、その病態が医療行為後に起きたことを明確に示す証拠があるときのみ医療行為の結果として生じたものとする。
- 癒着については、医療行為が癒着の起きた部位に対して行われた場合、死亡より 4 週間以内でなくても、その医療行為の結果として生じたものとする。ただし、その医療行為が死亡より 1 年以上前に行われた場合は、医療ケアの続発・後遺症のコードを使用する。

感染症

膿瘍

OCPR

菌血症

瘻孔

OCPR

及び同じ部位に対して行われた医療行為の場合のみ

ガス壊疽

感染，溶血性

感染 NOS

DSAP

手術創感染

敗血症

出血，溶血

凝固障害、消費性

DIC（汎発性血管内凝固）

出血 NOS

胃腸出血 OCPR

腹腔内出血 OCPR

直腸出血 OCPR

手術創出血

明示された部位の出血 同一部位に対して行われた医療行為の場合のみ

吐血 OCPR

血腫 OCPR

血胸 OCPR

溶血

下血 OCPR

心臓の合併症

心停止

不整脈 NOS DSAP

無収縮

心ブロック DSAP

心不全

心房細動 DSAP

心室細動

梗塞（心筋）

虚血，心筋（急性）

破裂，心筋

脳血管及びその他の脳の合併症

脳卒中 DSAP

脳損傷（無酸素性） DSAP

脳塞栓症 DSAP

脳出血 DSAP

脳梗塞 DSAP

脳虚血	DSAP
頭蓋内出血	DSAP
髄膜炎	DSAP
脳浮腫	DSAP
脳血栓	DSAP

その他の血管の合併症

循環停止

塞栓症（動脈）

塞栓症（脂肪、空気）

塞栓症（肺）

塞栓症（静脈）

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

呼吸性アルカローシス及び呼吸性アシドーシス

ARDS（成人呼吸促迫症候群）

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
不全/機能不全、肺	
不全/機能不全、呼吸	
縦隔炎	
上気道閉塞	OCPR
喉頭浮腫	OCPR
肺水腫又は肺うっ血	
肺炎	
気胸	OCPR

胃腸の合併症

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（機械的）閉塞	OCPR
腹膜炎	OCPR
胃腸（ストレス）潰瘍	OCPR
軸捻	OCPR

腎臓及び泌尿器の合併症

無尿	
腎不全	
尿瘻	OCPR

尿路感染		
腎盂腎炎	DSAP	
尿閉		
尿道狭窄	O CPR	
尿毒症		
尿路性敗血症		
<u>その他の合併症</u>		
癒着		同じ部位に対して行われた医療行為の場合のみ
ショック NOS		
アナフィラキシーショック		
「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	O CPR	
脂肪壊死、創傷の壊死	O CPR	
コンパートメント症候群	O CPR	
てんかん発作	DSAP	
褥瘡性潰瘍		

S13.3	3
S13.4	5
S13.6	6
S14.0	5
S14.1	3
S14.2—.5	6
S14.6	5
S15	1
S16	6
S17.0	5
S17.8	6
S17.9	3
S18	1
S19.7	3
S19.8	4
S19.9—S21	3
S22.0—.1	5
S22.2—.3	6
S22.4	5
S22.5	2
S22.8—.9	5
S23.0	6
S23.1—.2	5
S23.3—.5	6
S24	4
S25.0	1
S25.1	5
S25.2—.4	3
S25.5	5
S25.7	3
S25.8	2
S25.9	4

S26.0	3
S26.8—S27.6	2
S27.7	1
S27.8—.9	2
S28.0—.1	3
S29.0	6
S29.7	3
S29.8	6
S29.9	3
S30—S31.1	6
S31.2—.3	5
S31.4—S32.3	6
S32.4	5
S32.5	6
S32.7—.8	5
S33.0—.2	6
S33.3	5
S33.4—.6	6
S33.7	5
S34.0—.6	6
S34.8	5
S35.0—.1	3
S35.2—.5	5
S35.7	3
S35.8—.9	5
S36	3
S37	5
S38.0	6
S38.1	5
S38.2—S39.0	6
S39.6	3
S39.7	4
S39.8	6

S39.9	4
S40—S41.7	6
S41.8	5
S42.0— .2	6
S42.3	5
S42.4	6
S42.7	5
S42.9	4
S43—S44.9	6
S45	3
S46	6
S47	5
S48	3
S49.7	5
S49.8—S51.9	6
S52	5
S53—S55.0	6
S55.1— .2	5
S55.7	4
S55.8— .9	1
S56—S58	6
S59.7	4
S59.8	6
S59.9	5
S60—S62.7	6
S62.8	5
S63—S65.0	6
S65.1	5
S65.2— .8	6
S65.9	5
S66—S68.3	6
S68.4	5
S68.8	6

S68.9	1
S69	5
S70—S71	6
S72.0—.2	3
S72.3—.4	6
S72.7	3
S72.8	6
S72.9	3
S73—S74.1	6
S74.2—.7	5
S74.8—.9	6
S75.0—.1	5
S75.2	6
S75.7	5
S75.8	6
S75.9	5
S76	6
S77.0	5
S77.1—S78.1	6
S78.9—S79.9	5
S80—S81	6
S82	5
S83—S85.2	6
S85.3	4
S85.4—.5	6
S85.7	5
S85.8	6
S85.9	5
S86.0—.7	6
S86.8	5
S86.9—S87.0	6
S87.8	5
S88.0—.1	6

S88.9	4
S89.7—.9	5
S90—S95.0	6
S95.1	3
S95.2—S97.0	6
S97.1	5
S97.8—S98.4	6
S99.7—.9	5
T00—T01.0	6
T01.1	5
T01.2—T01.6	6
T01.8	5
T01.9	6
T02	3
T03.0—.8	6
T03.9	5
T04.0	6
T04.1—.3	5
T04.4	6
T04.7	5
T04.8	4
T04.9	5
T05.0—.4	6
T05.5	3
T05.6—.9	6
T06.0	5
T06.1—.2	6
T06.3	2
T06.4	5
T06.5	3
T06.8	5
T07	1
T08	4

T09.0	6
T09.1	5
T09.2	6
T09.3	3
T09.4	2
T09.5	6
T09.6	1
T09.8—T11.1	5
T11.2	6
T11.3	5
T11.4	2
T11.5	6
T11.6	3
T11.8—.9	5
T12	3
T13.0—.3	6
T13.4	3
T13.5—.6	6
T13.8	4
T13.9	5
T14.0	6
T14.1	5
T14.2	2
T14.3—.4	6
T14.5	5
T14.6	3
T14.7	2
T14.8—T15.8	6
T15.9	5
T16	6
T17.0—.1	5
T17.2—.4	2
T17.5	5

T17.8-.9	2
T18.0-.2	6
T18.3-.4	5
T18.5-T19.1	6
T19.2	5
T19.3-.8	6
T19.9	5
T20.0-.2	6
T20.3	5
T20.4-.6	6
T20.7	5
T21.0-.2	6
T21.3	5
T21.4-.6	6
T21.7	5
T22.0-.2	6
T22.3	5
T22.4-.6	6
T22.7	5
T23.0-.2	6
T23.3	5
T23.4-.6	6
T23.7	5
T24.0-.2	6
T24.3	5
T24.4-.6	6
T24.7	5
T25.0-.2	6
T25.3	5
T25.4-.6	6
T25.7	5
T26.0-.2	6
T26.3	5

T26.4-.6	6
T26.7-T27.0	5
T27.1	3
T27.2-T28.3	5
T28.4-.6	6
T28.7	5
T28.8-.9	6
T29.0	4
T29.1-.2	6
T29.3	5
T29.4-.6	6
T29.7	5
T30.0	3
T30.1-.2	6
T30.3-.4	3
T30.5-.6	6
T30.7	3
T31.0-.2	5
T31.3-.4	4
T31.5-.6	3
T31.7-.9	2
T32.0-.2	5
T32.3-.4	4
T32.5-.6	3
T32.7-.9	2
T33	6
T34.0-.4	6
T34.5	5
T34.6-.9	6
T35.0-.1	4
T35.2-.5	6
T35.6	3
T35.7	5

T66	6
T67.0	3
T67.1—.3	6
T67.4	3
T67.5—.6	6
T67.8	1
T67.9	5
T68	3
T69.0	1
T69.8	4
T69.9	2
T70.0	6
T70.1	4
T70.2	3
T70.3	5
T70.4—.8	6
T70.9	5
T71	1
T73.0	3
T73.1	5
T73.2	6
T73.3	5
T73.8—T74	6
T75.0	4
T75.1	2
T75.2—.3	6
T75.4	3
T75.8	6
T90.0—.4	6
T90.5	3
T90.8	6
T90.9	3
T91.0—.1	6

T91.2-.3	4
T91.4	3
T91.5-.8	6
T91.9	1
T92.0-.2	5
T92.3-.8	6
T92.9	3
T93.0	6
T93.1	5
T93.2-.3	6
T93.4	5
T93.5-.9	6
T94.0-.1	3
T95.0	6
T95.1	5
T95.2-.3	6
T95.8-.9	3
T98.0-.1	1
T98.2	6

参考文献 (References)

1. International classification of diseases for oncology (ICD-O), second ed. Geneva, World Health Organization, 1990.
2. Systematized nomenclature of medicine (SNOMED). Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC), New York, American Cancer Society, 1968.
4. Systematized nomenclature of pathology (SNOP). Chicago, College of American Pathologists, 1965.
5. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
6. International classification of procedures in medicine (ICPM). Vols 1 and 2. Geneva, World Health Organization, 1978.
7. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, World Health Organization, 1980.
8. International Nomenclature of Diseases. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization; for details of individual volumes, see text.
9. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.
10. Knibbs GH. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12.
11. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
12. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract) . In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.
14. Bulletin of the Institute of International Statistics, 1900, 12:280.

15. Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva, League of Nations Health Organization, 1928 (document C.H. 730) .
16. International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
17. 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) .
18. 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) .
19. Official Records of the World Health Organization, 1948, 11, 23.
20. Official Records of the World Health Organization, 1948, 2, 110.
21. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organization, 1949.
22. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organization, 1955 (unpublished document WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland) .
23. Third report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53) .
24. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organization, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland) .
25. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Volume 1. Geneva, World Health Organization, 1977.