

## 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を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、統計の中にも含めるべきである。出産体重が不明の場合は、妊娠期間 (妊娠満 22 週) 又は身長 (頭一踵 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) 頭一踵長。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）<sup>注1.</sup>

$$\frac{\text{妊産婦死亡数（直接及び間接）}}{\text{出生数}} \times k$$

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・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 の下記の言葉を引用することができる: 「医学統計が分類学的に正確になるまで待ち望んでいる科学的純粋主義者は、川が流れてなくなるのを待っているホーラス<Horace> の詩にでてくる田舎者と同じく愚かである。」 (参考文献 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） 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） 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）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erland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>痘
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	特定の人格障害
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	<b>多発性単神経炎</b>
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	角膜瘢痕及び混濁
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<失明>及び低視力
H55	<b>眼振及びその他の不規則眼球運動</b>
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	<b>急性鼻咽頭炎[かぜ]&lt;感冒&gt;</b>
J06.0－J06.9	<b>多部位及び部位不明の急性上気道感染症</b>
J30.0－J30.4	血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>
J33.0－J33.9	<b>鼻ポリープ</b>
J34.2	<b>鼻中隔彎曲症</b>
J35.0－J35.9	<b>扁桃及びアデノイドの慢性疾患</b>
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<齲>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〈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〈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	頸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，包茎及びかんく嵌>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	OCPR
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	OCPR
脂肪壊死、創傷の壊死	OCPR
コンパートメント症候群	OCPR
てんかん発作	DSAP
褥瘡性潰瘍	



## 7.4 ICD-10 損傷の性質コードの優先順位

コード 優先順位

1=もっとも高い優先順位

S00－S02.0	6
S02.1	4
S02.2－.8	6
S02.9	3
S03.0	5
S03.1－.2	6
S03.3	5
S03.4－S05.6	6
S05.7	5
S05.8－S06.0	6
S06.1－.9	2
S07.0	5
S07.1	1
S07.8－.9	3
S08.0－.1	6
S08.8	5
S08.9	6
S09.0	5
S09.1－.8	6
S09.9	4
S10.0－.2	6
S11.7	5
S11.8	6
S11.9	3
S12.0－.7	3
S12.8	5
S12.9	3
S13.0	6
S13.1－.2	5

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.