

B. 最適なアプローチ：

TM の章を ICD へ組み入れる：最適なアプローチ		資金提供
1. 原版－各国版の関係の妥当性検証	各国の分類を含める 各国の分類の完成	2013年 追加実地試験のプロトコル
2. TM 用語集への結合	意味の関連付けにより拡張された基本用語集	2014年 同レベルで継続（300K / 国） Q2に基づく資金提供による拡大版 ICTM
3. モニタリングおよび評価への結合	統計使用症例 安全性および品質使用症例	Q3に基づく資金提供による用語の完全な統合
4. アップデートおよびメンテナンス手法	専門知識提案レビューの提供	2015年 同レベルで継続（300K / 国） アップデートおよびメンテナンス
5. アプリケーション、ツール、研修		-2015年以降の資金提供 アプリケーション -研修ツール

ステークホルダーからのフィードバック：

中国

- この作業は直ちに必要であると主張し、WHO によるユーザーガイド策定の可能性について質問した。
- 2015年までの最小限のアプローチの1年目および2年目にどの作業が完了予定か明確にするよう要請した。
- 最小限のアプローチ（項目5）の一環としての用語集に関する作業に含まれるのは、名称と定義のみであることを確認した。

韓国

- 我々は、以前に合意したが完了していない作業に基づいて、2つのアプローチを改訂すると示唆した。

WHO の回答：

- ユーザーガイド第II巻の草稿が今年中に完成されることを確認した。

論点2：拡大版 ICTM の作成**A. 最小限のアプローチ：**

拡大版 ICTM：最小限のアプローチ											
リスクの予防 <ul style="list-style-type: none"> - 第23章の「基礎」である <ol style="list-style-type: none"> 1. iCAT の TM の内容は、第23章には含めない <ol style="list-style-type: none"> a. ICD 第23章に含めない項目 b. 各国の分類 (一部または全体、意味の関連付け作業なし) 2. ユーザーガイド 3. 用語集 4. 索引の作成 5. TM 処置法の一覧 6. 翻訳 	資金提供 <table border="1"> <tbody> <tr> <td>2013年</td> <td>追加資金提供なし</td> </tr> <tr> <td>2014年</td> <td>追加資金提供 (150K / 国)</td> </tr> <tr> <td>2015年</td> <td>追加資金提供 (150K / 国)</td> </tr> <tr> <td>2016年</td> <td>追加資金提供 (150K / 国)</td> </tr> <tr> <td>2017年</td> <td>追加資金提供 (150K / 国)</td> </tr> </tbody> </table>	2013年	追加資金提供なし	2014年	追加資金提供 (150K / 国)	2015年	追加資金提供 (150K / 国)	2016年	追加資金提供 (150K / 国)	2017年	追加資金提供 (150K / 国)
2013年	追加資金提供なし										
2014年	追加資金提供 (150K / 国)										
2015年	追加資金提供 (150K / 国)										
2016年	追加資金提供 (150K / 国)										
2017年	追加資金提供 (150K / 国)										

B. 最適なアプローチ：

拡大版 ICTM：最適なアプローチ									
<ol style="list-style-type: none"> 1. 各国の分類を含む完全版 <ul style="list-style-type: none"> - 原版－各国版の関係の妥当性検証あり - 意味の完全な関連付けあり 2. TM 用語集への結合 <ul style="list-style-type: none"> - 拡大用語集への結合（可能性） 3. 各国でのモニタリングおよび評価 <ul style="list-style-type: none"> - 統計使用症例 - 安全性および品質使用症例 	資金提供 <table border="1"> <tbody> <tr> <td>2013年</td> <td>追加資金提供なし</td> </tr> <tr> <td>2014～17年</td> <td>追加資金提供 (150K / 国)</td> </tr> <tr> <td>2013～17年</td> <td>各国からの本作業（クラウドソーシング）遂行の約束</td> </tr> <tr> <td>2013～17年</td> <td>使用症例用の追加プロトコル作成。例）国内症例群用</td> </tr> </tbody> </table>	2013年	追加資金提供なし	2014～17年	追加資金提供 (150K / 国)	2013～17年	各国からの本作業（クラウドソーシング）遂行の約束	2013～17年	使用症例用の追加プロトコル作成。例）国内症例群用
2013年	追加資金提供なし								
2014～17年	追加資金提供 (150K / 国)								
2013～17年	各国からの本作業（クラウドソーシング）遂行の約束								
2013～17年	使用症例用の追加プロトコル作成。例）国内症例群用								

ステークホルダーからのフィードバック：

オーストラリア

- 症例群など、使用症例に対する追加プロトコルの作成を議論するときは、症例群を診断と処置法の双方に使用する必要があることを理解するのが重要だと強調した。
- また、拡大版索引の作成は、ユーザーにとって重要であると述べた。

WHO の回答：

- 中国、日本、韓国は、自国の TM 分類を持っており、それらを拡大版 ICTM の基礎とすることも可能であろう。他方、拡大版 ICTM を独自に作成するとすれば、各ステークホルダーが受け持つ部分でより多くの労力が必要となり、時間も費用もより多くかかるであろう。加えて、個別の関連付けの標準化が保証されない。

DRAFT

論点3 : ICTM 用語集の作成**A. 最小限のアプローチ :**

用語集の作成 : 最小限のアプローチ		資金提供	
選択肢 1 :	第 23 章の内容は現行のまま - 名称、定義 - 意味の関連付けなし 経費は残っていないが、2015 年以降に提供される可能性あり	2013 年	各国 15 万米ドル
選択肢 2 :	第 23 章の内容は現行のまま - 完全内容モデル - 意味の関連付けあり 用語学者の 2 年間の雇用が必要	2014 年	同レベルで継続
		2015 年	同レベルで継続
		2016 年	同レベルで継続
		2017 年	同レベルで継続

B. 最適なアプローチ :

TM 用語集 : 最適なアプローチ		資金提供	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 完全版 ICTM <ul style="list-style-type: none"> - 該当国の拡張部分のすべてがクロスリンク - 意味の関連付けに基づく処置法を記載 ▪ 使用症例への関連付け : <ul style="list-style-type: none"> - 電子カルテ - 保健情報システム 		2013 年	各国 30 万米ドル
		2014 年	同レベルで継続
		2015 年	同レベルで継続
		2016 年	同レベルで継続
		2017 年	同レベルで継続

ステークホルダーからのフィードバック：

中国

- 用語学者1名が2年で完了できるという選択肢2の予想は余りに楽観的だという懸念を表明し、従って、小規模な実現可能性調査を実施した後、規模を拡大すべきであると提案した。

オーストラリア

- 選択肢1は受け入れられないし、完全には遠いかもしれないが、本作業を実行するには完全とは言えないものを支持せざるを得ないと我々は考えると、妥協の必要性を主張した。

日本

- 選択肢2、特に、意味の関連付けを含めることは非常に困難に思えるという懸念を表明した。

WHO の回答：

- 2年間で大規模な作業を完了しなければならないことを踏まえ、ステークホルダーに選択肢2の規模縮小を望むかどうか確認するよう要請した。
- 提起された懸念に対して理解を示したが、ICTM を適用可能かつ使用可能なものにするためには本作業が必要かつ不可欠であることを確認した。

論点 4 : ICTM 処置法モジュール**A. 最小限のアプローチ :**

<p>ICTM 処置法モジュール : 最小限のアプローチ</p> <p>基本姿勢 : 活動しない</p> <p>処置の簡易リスト</p> <p>a. ICHI を含めず</p> <p>b. ICHI を含める</p> <ul style="list-style-type: none"> - 職員集団数 1、委託契約 ; - 2016 年までは年 3 回の会議 	<p style="text-align: center;">資金提供</p> <p>2013 年 各国 15 万米ドル</p> <p>2014 年 同レベルで継続</p> <p>2015 年 同レベルで継続</p> <p>2016 年 同レベルで継続</p> <p>2017 年 同レベルで継続</p>
--	--

B. 最適なアプローチ :

<p>ICTM 処置法モジュール : 最適なアプローチ</p> <p>内容モデルを含む処置法の完全リスト</p> <p>c. ICHI を含めず</p> <p>d. ICHI を含める</p> <ul style="list-style-type: none"> - 職員集団数 2、委託契約 ; - 2016 年までは年 3 回の会議 	<p style="text-align: center;">資金提供</p> <p>2013 年 各国 30 万米ドル</p> <p>2014 年 同レベルで継続</p> <p>2015 年 同レベルで継続</p> <p>2016 年 同レベルで継続</p> <p>2017 年 同レベルで継続</p>
---	--

ステークホルダーからのフィードバック：

オーストラリア：

- ICHI 作成の観点から、何とかして ICHI に処置法を記載するよう強調した。目的をさらに踏み込んだものにする場合は、現段階でのステークホルダーの関与が不可欠である。

中国

- 概ねの支持は表明したが、過去に開始したプロジェクトが資金不足で中止されたことから、我々は実施可能性や既に達成された作業について慎重に評価すべきであると述べた。
- 現段階では処置法の分類を非常に簡潔なままにしておくという可能性を提起した。
- ICHI にコミットする前に、ICHI の目的や内容モデルを明確にしておく必要性を主張した。

米国

- 本プロジェクトの全面的な支持を表明し、完全実施をしないという提案は検討すべきでないとして述べた。処置法の分類を完全実施しなかったり、手抜きをして実施した場合は、我々は専門領域からの信頼を失うであろうと述べた。

オーストラリア

- 2015 年までに ICHI の最上部の構造を確立し、その後、作成をさらに進めていくことができると示唆した。現在、我々は基本レベルに取り組んでいるが、それは中核的な分類として受け入れられており、今後、細部を作成していくと述べた。

韓国

- ステークホルダーにはどの程度のレベルが必要とされているかについて質問した。どれくらいの作業が既に完了し、今すぐにでも成し遂げる必要があるものは何かを正確に知ることが重要であると述べた。

日本

- 献金者や各国政府が本プロジェクトを支持するかどうかを決定するための情報や詳細な資料が不足しているとの懸念を表明した。

WHO の回答：

- ICHI に関するステークホルダーから最終回答は、本会議では求めている。しかし、WHO は、本年9月9日までに、高いレベルでの理解を求める。
- ICHI プロセスへの参加を決定するまでには約 4～6 ヶ月あり、どのアプローチが最適かを検討する時間があることを各ステークホルダーに対して指摘した。

7. 結論およびアクションアイテム

WHO は 5 つの論点のそれぞれに対する各国の選択および合意について、以下のように強調した。

Q.1 ICD-11 第 23 章完成：全ステークホルダー、特に、中国、日本および韓国からの全面的な支持を受けた。作業を継続すべきであり、プロジェクトの詳細なスケジュールが必要だが、日本は今後、資金提供を行わないことを表明した。

Q.2 拡大版 ICTM 作成：現時点では追求しない。

Q.3 ICTM 用語集の作成：小規模実現可能性調査の実施を除き、現時点では追求しない。

Q.4 ICTM 処置法モジュール：現時点では追求しない。

Q.5 ICTM の拡張：現時点では優先事項ではない。

ステークホルダーからのフィードバック：

日本

- 本作業の支持、および、その ICD への組み入れへの理解を表明した。
- CTS と TRM に与えられた予算の財政面の更なる詳細公表の必要性を表明した。
- 財務報告に詳細がまったく記載されていないこと、および、本プロジェクトが遅れる要因を把握しなければ、日本は作業をこれ以上サポートするのは困難になるとの懸念を示した。

WHO の回答：

- 基礎（拡大版 ICTM）の欠如により ICD への組み入れが困難になることへの懸念を表明した。
- ステークホルダー国の国民の 30%が治療を受けているが、我々は現在、TM 処置法をモニタリングしていないことを強調した。本作業は、安全性、品質および医療費に関して極めて重要である。
- より適切な説明責任の必要性を認める一方で、ステークホルダーの効果的なサポートとコンセンサス形成、および WHO の締切期限に間に合わせることに関するステークホルダー間の意見の相違を強調した。
- 第 23 章の ICD への組み入れ達成の重要性を力説しつつ、組み入れの適用をサポートするためには他の側面での包括的作業が必要であることも強調した。

WHO 事務局：

1. 論点 1：残っている作業タスク、資金調達の要件、および 2015 年までに完成させるためのスケジュールとそれ以降のメンテナンスを含めた、ICD-11 第 23 章完成の詳細なロードマップを提供する。
2. 論点 2～4：ステークホルダーの最終フィードバックに基づきアクションを取り、当初のプロジェクト計画をアップデートする（すなわち、Q2～4 に関連した項目の取り下げ）。
3. 論点 5：
 - a. アーユルヴェーダ医学ステークホルダーの実施可能性および整備度を評価する専門家を特定する。
 - b. 要件およびコミットメントを探索するため、SEARO および該当国と面会する。
 - c. 詳細な現地評価を実施する。

ステークホルダー：

1. 論点 1：サポートを継続する。
2. 論点 2～4：ロードマップに提示された選択肢を検討し、最小限および最適の選択肢のそれぞれについて可能な貢献を決定する。各国で有権者と協議した後、2013 年 9 月 1 日までに最終決定を WHO に通知する。
3. 論点 5：可能性がある現地評価について、PAG を支持する。

付属文書

付属文書 1 : 会議議題一覧 (A001/2013)

付属文書 2 : 出席者一覧 (A002/2013)

付属文書 3 : ICTM に関する重要な議題および課題 (A004/2013)

付属文書 4 : ICTM Q1～Q5 に対する賛否および質問 (A005/2013)

付属文書 5 : ICTM ロードマップー最小限および最適なアプローチ

付属文書 6 : CTS における 2010～2013 年 ICTM プロジェクトの収入および経費

付属文書 7 : TRM における 2010～2013 年 ICTM プロジェクトの収入および経費

DRAFT

2013 年国際疾病分類 (ICD)

ベータ版

COMMON LINEARIZATION のための
の注釈書—

伝統医学の章 (仮訳)

本文書の説明 3
内容拡充の概要 4
PAG 協議に向けた疑問および問題点..... 6
構成原則および分類構造の全般的概要および伝統医学の章に固有の概要 6

本文書の説明

本文書は、国際疾病分類第 11 版（ICD-11）ベータ版の伝統医学（TM）の章について、編集責任者（ME）およびプロジェクト・アドバイザー・グループ（PAG）によるレビューの際に対処および検討すべき問題を特定することを目的としたものであり、それ以降は、変更やレビュー上の問題点に注釈を付けるため、随時改訂される文書として継続する。

本書の記載内容は、以下のとおりである：

- 伝統医学の章における内容拡充の要約
- PAG 協議に向けた疑問および問題
- ICD-11 全般、また、特に伝統医学の章の構成原則および分類構造（階層）の概要

本文書は、**継続的なレビュー**によって更新されていく予定である。レビュー過程において、PAG およびその他の専門家が実施するレビューにより、対処の必要があるとして現在いくつかの具体的な点が挙げられている。ベータ段階において、その他の点も明らかになる可能性がある。これらの疑問や注釈は、オンライン・プラットフォームで共有され、適宜レビューが行われる。

文書の履歴

日付	版番号	担当者	処置に関するコメント
2014 年 1 月 27 日	1.0	Kostanjsek	PAG 協議のため配布

内容拡充の概要

1. **セクションの説明**：伝統医学の章のセクションについて、すべてのセクションに関する説明の原案を追加した。説明では、特定のセクション内で分類されたカテゴリーについて、グループ分け論理の要約を示している。
2. **クラスの定義**：
 - a. 欠落している定義を追加した（壊疽疾患 [Gangrene disorder] など）。
 - b. 不完全な定義を補完した（気の失調 [qi disorder]、Impotence disorder [性交不能症]、Growth fever disorder [発育熱]、原理に基づくパターン [Principle-based patterns] の不足など）。
 - c. 標準フォーマットとの整合性、すなわち、「（徴候、症状または所見）を特徴とする（疾患／パターン）。これは、（病因、明らかになっている場合）または（伝統医学の理論）によって説明されると考えられる。」（鬱火病 [Fire disorder] など）。
3. **残余カテゴリー**：残余カテゴリーが自動的に生成され、手作業で追加された残余カテゴリーは削除された。自動的に生成された残余カテゴリーは、子を持たない。以前の「その他の障害 (Other disorders)」は、「ある種の特定障害 (Certain specified disorders)」と改名された。
4. **字訳**：欠落した用語が追加され、誤ったスペルの用語が修正された。
5. **語法**
 - a. 共通の用語：用語の不整合な使用にフラグを付ける（天候要因と環境要因など）
 - b. 共通のフレーズ：（たとえば、子を持たないクラスについては、「パターンのグループ… (A group of patterns...)」というフレーズが、「1つのパターン… (A pattern...)」に変更された。また、「ほとんど (almost)」「つねに (always)」という表現を「多くの場合 (often)」に置き換えた。
 - c. 共通の表記：数値の列挙 (1)、2)、3) など) が削除され、その他の列挙においては「および」を「または」に置き換えた。
6. **スペルおよび文法のチェック**
7. **分類法のチェック**
 - a. 兄弟関係のチェック（消化不良症 [Indigestion disorder] と食積 [food retention disorder] など）
 - b. 親子関係のチェック（潰瘍性疾患 [Sore disorders] と褥瘡疾患 [Bed sore disorder]、内臓心疾患 [Viscera heat disorder] と内臓蓄積疾患 [Viscera accumulation disorder] など）

- c. 包含および除外のチェック（中風前兆[Prodrome of wind stroke disorder]など）
- d. グループ分けのチェック（原理に基づく混合パターン[Mixed Principle-based patterns]など）
- e. 海岸線（**shoreline**）のチェック（陰虚[Body Yin deficiency]など）

PAG 協議に向けた疑問および問題点

1. 原理に基づく混合パターン (**Mixed Principle-based patterns**) : グループの説明およびカテゴリーの配置を明確化する。現在、原理に基づく混合パターン (mixed principle-based patterns) には 2 種類ある。すなわち、原理に基づくパターン (Principle-based patterns) と「中間的な」原理に基づくパターン (“in between” Principle-based patterns) の組み合わせである。編集責任者との協議の結果、2 種類とも事後結合 (post-coordinated) の概念として表せることが明らかになった。
2. 環境要因のパターン : 見出しの基本語および同義語を明確化する。環境要因パターンの定義案を検討する。
3. 伝統医学 (TM) と西洋医学 (WM) のカテゴリーの明確化 : 伝統医学 (TM) および西洋医学 (WM) のカテゴリー間の同一性のレベル (すなわち同等性に基づく) を明らかにする。ある特定の定義が、どのような場合に伝統医学および／または西洋医学の概念や用語を指しているかを明確にする。次いで、見出しおよび定義において西洋医学の疾患、伝統医学の疾患およびパターンに言及し、それらを区別するための命名規則を考案し、実施する。
4. どこで、また、どのような形式で、セクションの説明や、クラスの定義および重要な用語 (陽の性質 [Yang nature] の意味など) に関する追加的な詳細情報や解説を示すべきか (伝統医学の章の用語集、リファレンス・ガイドなど)。

構成原則および分類構造の全般的概要および伝統医学の章に固有の概要

序文

1. ICD-11 第 1 巻には、死亡率報告と罹患率報告のいずれにおいても用いられる、ICD-10 の 3 文字および 4 文字レベルと同等の疾患単位 (entities) の共通線状化 (**common linearization**) (すなわち、ICD-10 の「一覧表」) が盛り込

まれている。死亡率報告では、記載どおりに共通線状化 (common linearization) を用いる必要がある。また、罹患率報告でも、詳細情報を提供するための拡張コードを使用できる。

2. 現在、共通線状化 (common linearization) は 24 章で示されている。(性障害 [Sexual Disorders] に関する新たな章を作成中である。また、血液学的疾患および免疫学的疾患を 2 つの異なる章に分けるかどうかについて、現在協議が行われている。) 共通線状化 (common linearization) は、死亡率と罹患率の両方に用いることを意図したものである。死亡率には用いられない章は、以下のとおりである :
 - a. 23 章の健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用 (Factors influencing health status and contact with health services) (以前の「Z 章」)
 - b. 24 章の伝統医学における病態 [Traditional medicine conditions]
 - c. 6 章 (睡眠覚醒障害 [Sleep-wake disorders])。これは死亡率にとって特に重要ではない。
3. ICD-11 では、いくつかの変更が導入されており、**科学的知見の更新**が盛り込まれ、従来よりも**コンピューター処理に適した分類**となっている。このデザインには、新たな構造および一連の機能性の導入が必要であった。その結果、ICD-10 の一部の疾患単位 (entities) が、科学的により正確なカテゴリーによって置き換えられ、削除、改名、または再グループ化された。

A. 一般的概念

1. ICD-11 のカテゴリー (共通線状化 [Common Linearization] における項目など) は、それらの分類特性を、ある一定の方法で配列することによって命名される—これを「**結合 (coordination)**」と呼ぶ。
2. 頻繁に使用される重要なカテゴリーの見出しには、あらゆる特性が統合されており、これを**事前結合 (precoordination)**と呼ぶ。このような事前結合コードは、**基幹コード (Stem Code)**と呼ばれる。
3. **事後結合法**によってさらに具体的な概念を作成するため、追加的な詳細情報を基幹コード (Stem Code) に追加することができる。事後結合には、許可された**拡張コード (Extension Code)**を用いて基幹コード (Stem Code) を拡張する体系的な結合が必要である。これらの拡張コード (extension code) は、多くの疾患に適用される一般的な特徴、たとえば、**重症度 (severity)**、**時間的特性 (temporal properties)**、**側性 (laterality)**などを意味する。これらは、**X 章のパラメータおよび値のセット**にまとめて記載されている。

4. **共通線状化 (Common Linearization)** において**死亡率報告**に用いられる ICD-11 のあらゆる概念は、**事前結合**されたものに限られる。ICD-11 では、死亡率の事前結合は、ICD-10 の 3 文字 (最高 4 文字) コードと同等のレベルで確立される。**罹患率**にとって重要な各概念の追加的な詳細情報を、事後結合において X 章を用いてコーディングすることができる。ただし、これは**死亡率**に用いるためのものではない。

- a. **ICD-10 の 3 文字レベル**に相当する死亡率および罹患率項目 (すなわち ICD-11 のコーディング・レベル 1) は、相反する有力なエビデンスが存在しない限り、**事前結合**される。

B50 熱帯熱マラリア (Plasmodium falciparum malaria) (ICD-10)

=

7P5 熱帯熱マラリア (Plasmodium falciparum malaria) (ICD-11)

- b. **ICD-10 の 4 文字レベル**またはそれ以上に相当する罹患率項目 (すなわち ICD-11 のコーディング・レベル 2) および詳細情報のある項目は、相反する有力なエビデンスが存在しない限り、主として**事後結合**される (以下の赤字のテキストは事後結合される)。

G00.0 インフルエンザ菌性髄膜炎 (Haemophilus meningitis) (ICD-10)

=

BC5.141 インフルエンザ菌による細菌性髄膜炎 (Bacterial meningitis due to Haemophilus influenza) (ICD-11)

5. 事前結合と事後結合の相違を示すために、「**海岸線 (shoreline)**」という用語を用いる。(比喩的に言えば、事前結合は**陸地**を示し、事後結合は**海**を示す。) すべてを事前結合する必要がある**基幹コード (Stem Code)** の選択については、以下を考慮した**適用規則の一貫性**が必要である：

- a. 従来のコード (過去に死亡率の線状化 [Mortality Linearization] で使用された場合)
- b. 科学的エビデンス
- c. 一貫性に関する分類学的およびオントロジー的規則
- d. コーディングの実用性
- e. ある特定の線状化 (linearization) の診療環境における頻度
- f. 有用性
 - i. 臨床的
 - ii. 公衆衛生的

6. 頻繁に使用される重要な ICD-10 のカテゴリーをレビューした結果、以下のものが考案された：
- a. ICD-11 の 4 文字コード (約 2,225 カテゴリー)
 - 簡略死亡率一覧表 (SHORT Mortality List)
 - b. 一部の ICD-11 5 文字コード (約 6,353 カテゴリー)
 - 死亡率集計表線状化 (Mortality Tabulation Linearization)
 - c. すべての基幹コード (Stem Code) (約 15,000 カテゴリー)
 - 共通線状化 (common linearization)
7. 共通線状化 (common linearization) は、複数死因分析 (multiple cause of death analysis) が可能となるような詳細度に至るまで報告された死因をコーディングし、世界保健機関 (WHO) によって規定されたとおりに原死因 (underlying causes of death) の規則または選択を適用するために使用できる。
8. 一部の病態は、部位別に、あるいは病因別に体系化された場合などは、2 つの異なる場所に正しく分類される可能性がある。ICD-11 では、このような場合、関連する論理リンクを「親子関係化 (parenting)」と呼び、複数のリンクが存在する場合は、これを「複数親子関係化 (multiple parenting)」と呼ぶ。しかし、統計的計数の目的で一方の親のみが用いられる場合、これは「線状化親 (Linearization Parent)」として知られている。疾患単位 (entity) がどこかで親子関係化されるたびに、線状化親 (linearization parent) のコードが継続的に表示される。線状化親 (linearization parent) は、その線状化 (linearization) の「主要な親 (primary parent)」であると考えることができる。
9. 一般に、主要な親子関係 (primary parenthood) は、**病因別**に体系化される。したがって、感染症 (Infectious Diseases) と新生物 (Neoplasms) の 2 つの章が**首位 (primacy)**を与えられる。すべての感染症および新生物は、それら自身の章が主要な親とる。同様に、外因 (External Causes) にも首位 (primacy) が与えられている。ベータ段階におけるレビューの結果次第で、その他のセグメント、たとえば、発生異常 (Developmental Anomalies)、内分泌 (Endocrine)、または免疫疾患 (Immune disorders) もまた、同様にこのような状態となる。
10. 共通線状化 (Common Linearization) における ICD-11 の事前結合は、**基幹コード (STEM CODES)** によって頑健な共有構造を表すことを目的としている。罹患率報告を目的として、事後結合法により ICD-11 分類体系が幅広い表現度と詳細を備えたものとなる。事前結合された基幹コード (STEM CODES) は、事後結合される**拡張コード (EXTENSION CODES)** とともに使用できる (これらはすべて **X 章**にまとめられている)。ただし、すべての拡張コード (EXTENSION CODES) を任意の基幹コード (STEM CODES) と組み合わせてよいわけではない。基幹コード (stem code) に適用できる拡張コードは、認

可表 (**SANCTIONING TABLES**) に詳細に記述されている。認可表 (Sanctioning tables) は、関連する組み合わせ候補をそれぞれ適用可能 (**Applicable**)、必須 (**Required**) または適用不可 (**Non-applicable**) と判定する。また、認可表 (sanctioning tables) によって、事後結合法を用いて構築される可能性があるが事前結合されている概念も特定され、これによってユーザーは正確なコードに誘導され、重複を避けることができる。

- a. 適切な認可表 (sanctioning tables) を用いた事後結合法は、以下に適用できる：
 - i. 共通線状化 (**Common Linearization**) — WHO ICD-11 第 I 巻
 - ii. 各国の罹患率線状化 (**National Morbidity Linearizations**) — WHO ICD-11 の範囲を超えて拡張される国別の線状化 (linearizations)。 (以下の 12 を参照)
 - iii. 特殊線状化 (**Specialty Linearizations**) (以下の 11 を参照)

11. 事後結合できないが、詳細情報が多すぎて**共通線状化 (Common Linearization)** に含まれない疾患単位 (Entities) は、引き続き、索引および包含語 (inclusion term) として表示される。また、これらの疾患単位 (entities) は、特殊線状化 (**Specialty Linearizations**) または各国の線状化 (**National Linearization**) において、希望する場合は、基幹コード (stem codes) とすることも可能である。

12. 各国の罹患率線状化 (**National Morbidity Linearizations**) : 各国による ICD の使用にあたっては、WHO の国際的罹患率線状化 (**International Morbidity Linearization**) の共通項で表されている以上に詳細が求められると考えられる。このことは、過去に、ICD-10 AM (オーストラリア)、CM (アメリカ)、GM (ドイツ)、CA (カナダ) といった国別の改訂 (**National Modifications**) によって証明されている。ICD-11 の事後結合法は、こうした詳細の拡張を可能にする一方で、非標準的な改変を制限する。

- a. 各国の罹患率線状化 (**National Morbidity Linearizations**) を続行することを希望する国は、続行のためのライセンスを付与される。これには、各国の罹患率線状化 (**National Morbidity Linearization**) 開発者が追加項目をすべて基本コンポーネント (**Foundation Component**) に追加して、それらをどのように親子関係化すべきか、また線状化すべきかを明らかにすることが必要である。WHO は、その基盤とツールを提供していく。ICD-11 および ICD-10 の各国臨床修正 (**National Clinical Modifications**) 間の安定性解析によって、WHO の ICD-11 と、各国の罹患率線状化 (national morbidity linearizations) との一致を確認する。
- b. さまざまな各国の罹患率線状化 (national morbidity linearizations) 間の同等性は、ICD-11 の基本・線状化コンポーネント (**Foundation-Linearization Components**) 全体にわたって維持されるであろうと考えられている。このようにして、各国の罹患率線状化 (**National Morbidity Linearizations**) による追加的な詳細情報の一部は、国際的