

**○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者
(平成18年厚生労働省告示第139号) (抄)**

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第138号)第1項第6号の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者を次のように定め、平成18年4月1日より適用し、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号及び厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟における療養又は医療に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者(平成16年厚生労働省告示第107号)は、平成18年3月31日限り廃止する。

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者
(以下略)

**○ 厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名
(平成18年厚生労働省告示第140号) (抄)**

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第138号)別表11の規定に基づき、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名を次のように定め、平成18年4月1日から適用し、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名(平成16年厚生労働省告示第117号)は、平成18年3月31日限り廃止する。

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表11に規定する傷病名、手術、処置等及び副傷病名は、次の表のとおりとする。

表 (抄)

番号	疾患コード	傷病名		手術		手術・処置等1		手術・処置等2		副傷病名 疾患コードまたはICDコード
		ICDコード		区分等		区分等		区分等		
1から17まで	010010	脳腫瘍	C700, C709, C71, C722, C723, C724, C793, D320, D329, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D420, D429, D430, D431, D432, D433, D437, D439, G131, G132	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術(ただし、K145, K181-2, K190, K190-2, K174, K180, K183, K184, K179を除く。)			なし	化学療法、放射線療法、E101, E101-2, J038(2に限る。), G005, J045なし	あり 010200, 010230, 130090
				頭蓋内腫瘍摘出術等	K169, K151-2, K167, K170, K171, K154, K011, K149, K168, K150, K161			1あり 2あり 3あり 4あり 5あり	J038(2に限る。), G005, J045 E101, E101-2 化学療法なし、放射線療法あり 化学療法あり、放射線療法あり 化学療法あり、放射線療法なし	

備考 1 「ICDコード」の欄に掲げるICD-10コードは、平成6年10月総務庁告示第75号(統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令第三条に基づく分類の名称及び分類表を定める等の件)第一号(疾病、傷病及び死因の統計分類基本分類表)に掲げる分類項目のコードをいう。
2 「区分等」の欄に掲げる区分名は、診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)別表第一に掲げる区分をいう。

**○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数
(平成18年厚生労働省告示第141号) (抄)**

診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)第1号ただし書及び特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第101号)第2項並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

(平成18年厚生労働省告示第138号)別表4から6まで及び12から14までの規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数を次のように定め、平成18年4月1日から適用し、厚生労働大臣が指定する保険医療機関の病棟及び調整係数(平成16年厚生労働省告示第106号)及び厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数(平成16年厚生労働省告示第104号)は、平成18年3月31日限り廃止する。

(以下略)

○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)

(平成18年3月20日保医発第0320001号保険局医療課長通知)(抄)

標記については、本日、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。)、
「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」(平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。)、
「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」(平成18年厚生労働省告示第140号)等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成18年4月1日から適用することとし、従前の「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)」及び「厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項等について」は、平成18年3月31日限り廃止する。

別添

第1 対象病院及び対象患者

1 対象病院

- (1) 対象病院は、調整係数告示別表左欄に掲げる病院とする。
- (2) 対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。
 - ① 一般病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。ただし、現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を満たしていない病院については、平成20年4月1日までに7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行うこととし、当該届出に係る計画を策定した場合についてはこの限りでない。
 - ② 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。
 - ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。
 - ④ ①から③に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。
 - ア 救命救急入院料を算定していること。
 - イ 特定集中治療室管理料を算定していること。

- ウ 病理診断料を算定していること。
- エ 麻酔管理料を算定していること。
- オ 画像診断管理加算を算定していること。

2 対象患者

- (1) 対象患者は、算定告示別表 11 に定める診断群分類点数表（以下「診断群分類点数表」という。）に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という）に該当する入院患者とする。
- (2) (1)にかかわらず、以下の患者の「療養に要する費用の額」（以下「診療報酬」という。）は、「診療報酬の算定方法」（平成 18 年厚生労働省告示第 92 号）別表第 1 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）若しくは別表第 2 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 99 号）又は特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 101 号）第 1 項により算定する。
 - ① 当該病院に入院した後 24 時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児
 - ② 薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 2 条第 15 項に定める治験の対象患者
 - ③ 皮膚移植術、同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種腎移植術、骨髄移植又は臍帯血移植を受ける患者
 - ④ 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）第 5 条の 2 第 2 項に定める高度先進医療である療養並びに厚生労働大臣の定める選定療養（平成年厚生労働省告示第 105 号）第 15 号に定める先進医療である療養を受ける患者
 - ⑤ 医科点数表に定める障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料若しくは緩和ケア病棟入院料又は短期滞在手術基本料を算定する患者
 - ⑥ 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第 1 項第 6 号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者（平成 18 年厚生労働省告示第 139 号）に該当する患者
- (3) 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の算定に関する基準又は特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法第 1 項により算定する。

診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

第 2 診断群分類区分等について

1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。

なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示及び診断群分類定義樹形図（別添1。以下「ツリー図」という。）を参考にすること。

(2) 「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう。）について、主治医が ICD10 から選択すること。

ただし、以下の ICD10 については、選択しないこと。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）
- ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確および原因不明の死亡（R99）（ただし、鼻出血（R040）、喀血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）、ブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く）

また、独立した多部位の悪性腫瘍（C97）については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択すること。

(3) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）も勘案して診断群分類区分の適用を判断する。

(4) 一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定すること。

(5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとし、決定においては以下の点に留意すること。

- ・ 入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」の全ての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。

(6) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は、請求時に行うものとする。

2 用語等

(1) 「JCS」は Japan Coma Scale の略である。

(2) 「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分の適用が開始される入院の日等の年齢による。

(3) 定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列されたすべての手術が実施された場合に該当するものとする。

(4) 定義告示又は算定告示中の手術、処置等の定義は、以下を除き、医科点数表の区分によるものとする。

- ① 「化学療法」とは、抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法等をいい、抗生物質のみの使用等は含まない。
- ② 「放射線療法」とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線療法（血液照射を除く。）をいう。

(5) 「副傷病」は、入院時併存症（入院当初に患者が既に持っている傷病）及び入院後発症傷病（入院後に発症した傷病）の両方を含むものである。

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

- (1) 診断群分類点数表等による1日当たりの診療報酬は、患者の入院期間に応じて、診断群分類点数表の「点数」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数に基づき算定する。

各月の診療報酬は、1日当たりの診療報酬に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第1位を四捨五入するものとする。

- (2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、調整係数告示に定める調整係数と算定告示別表12から14までの表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行った病院についてそれぞれ所定の係数を合算したものとする。

- (3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

診断群分類点数表等により算定される診療報酬には、医科点数表に定める以下の費用が含まれる。

- ① 入院基本料
- ② 医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る。）
- ③ 検査（ただし、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く。）
- ④ 画像診断（ただし、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（3のイに規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）を除く。）
- ⑤ 投薬
- ⑥ 注射
- ⑦ 処置（ただし、基本点数が1000点以上の処置料を除く。）
- ⑧ リハビリテーション又は精神科専門療法の実施に伴い使用された薬剤

- (4) 救命救急入院料等の取扱い

（略）

- (5) 医科点数表により算定される診療報酬

入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く。）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、在宅医療、リハビリテーション（薬剤料を除く。）、精神科専門療法（薬剤料を除く。）、手術、麻酔、放射線療法、病理学的検査診断・判断料、カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（ただし、3のイに限る。）に限る。）及び処置料（基本点数が1000点以上の処置に限る。）等については、医科点数表により算定する。

((6)～(9)略)

2 診療報酬の調整等

（略）

第4 その他

1 経過措置 (略)

2 患者への周知等

対象病院においては当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、入院患者等に対して、算定方法等について十分に説明すること。

また、入院患者等に対して入院診療計画を説明する際には診断群分類区分の名称などを説明することが望ましい。

3 名称の変更 (略)

○ 厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について（通知） （平成18年3月30日保医発第0330007号保険局医療課長通知）（抄）

「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」（平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成18年厚生労働省告示第140号）等が公布されたところであるが、これに伴い、当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書等の記載要領を別添のとおり定めたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成18年4月1日から適用することとし、従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について（通知）」は、平成18年3月31日限り廃止する。

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号。以下「一般記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第9）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の1の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

(略)

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別表1のII第3の2(1)から(11)まで、(13)から(15)まで、(20)、(35)から(37)まで及び(39)から(41)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記

載に係る例によること。

- (1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について
(略)

- (2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）別表11に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

- (3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するICD10コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁目まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応するICD10コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」（平成3年9月27日保発第64号・老健発第83号）別添3に規定する傷病名を用いること。

- (4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）から一般病棟に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該病院の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

- (5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

- (6) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1	治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2	軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3	寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4	不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5	増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6	死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7	外死亡
一般病棟以外又は特定入院期間以外等に該当し対象外となった場合	9	その他

- (7) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、出来高算定部分の記

載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載すること。

② 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(8) 「入退院情報」欄について

(略)

(9) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index。

② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合）にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。

なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等。

((10)～(12)略)

(4) 定義

[疾病、傷害及び死因統計分類提要ICD-10 (2003年版) 準拠第1巻総論より]

注：これらの定義は、世界保健機関憲章第23条の規定に基づき、世界保健総会で採択された（決議WHA20.19及びWHA43.24）ものである。

1. 死亡原因<死因> (Cause of death)

死亡診断書上に記載される死亡原因<死因>とは、「死亡を引き起こしたか、その一因となったすべての疾病、病態または損傷、およびこれらの損傷を引き起こした事故または暴力の状況」をいう。

2. 原死因 (Underlying cause of death)

原死因とは、(a) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷、または(b) 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況をいう。

3. 胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡および乳児死亡に関する定義

3.1 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または娩出された場合で、それが母体からの分離後、臍帯の切断または胎盤の付着いかににかかわらず、呼吸している場合または心臓の拍動、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。

3.2 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また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または心臓の拍動、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。（人口動態統計における死産とは、妊娠満12週（妊娠第4月）以後の死児の出産をいい、死児とは、出産後において心臓搏動、随意筋の運動及び呼吸のいずれも認めないものをいう。）

3.3 出産体重 (Birth weight)

出産後に最初に測定された胎児または新生児の体重。

3.4 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）。

3.5 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）。

3.6 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）。

3.7 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。妊娠期間は満日数また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）。

3.8 早期 (Pre - term)

妊娠満37週未満 (259日未満)。

3.9 正期 (Term)

妊娠満37週から満42週未満 (259日から293日)。

3.10 過期 (Post - term)

妊娠満42週以上 (294日以上)。

3.11 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。

3.12 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」および生後満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。

定義に関する注釈 (Notes on definitions)

- i. 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。
- ii. 「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」および「超低」を含み、また「極低」は「超低」を含む)。
- iii. 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; したがって、0-6日は「満0週」、7-13日は「満1週」に相当し、従来の妊娠第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、統計表には週数および日数の両方を表示すべきである。
- iv. 生後第1日 (満0日) の死亡日齢は、生後満の分または時間の単位で記録しなければならない。第2日 (満1日)、第3日 (満2日) および満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。

4. 妊産婦<母体>死亡に関連した定義 (Definitions related to maternal mortality)

4.1 妊産婦<母体>死亡 (Maternal death)

妊産婦<母体>死亡とは、妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡で、妊娠の期間およ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また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、不慮または偶発の原因によるものを除く。

4. 2 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または間接産科的原因による女性の死亡をいう。

4. 3 妊娠関連死亡 (Pregnancy - related death)

妊娠関連死亡とは、死亡の原因いかににかかわらず、妊娠中または妊娠終了後満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：

4. 4 直接産科的死亡 (Direct obstetric deaths)

直接産科的死亡とは、妊娠時（妊娠、分娩および産じょく<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) また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。

4. 5 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または妊娠中に発症した疾患による死亡をいう。これらの疾患は、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。

(5) 世界保健機関分類規則

[疾病、傷害及び死因統計分類提要ICD-10 (2003年版) 準拠第1巻総論より]

[疾病及び死因の分類 (統計の作成及び公表を含む) に関する規則]

第20回世界保健総会は、死亡及び疾病統計を比較し得るような基準において、作成し公表することの重要性に鑑み、世界保健機関憲章第2条(s)、第21条(b)、第22条及び第64条の規定に基づき、1967年5月22日、1967年分類規則を採択する。この規則は、引用に際しては、世界保健機関分類規則と称することができる。

第 1 条

下記第7条の規定に基づき、この規則が効力を生ずる世界保健機関の加盟国を、以下加盟国という。

第 2 条

死亡及び疾病統計を作成する各加盟国は、世界保健総会がその都度採択する国際疾病、傷害及び死因統計分類の改正に基づいて、これを行うものとする。

この分類は、引用に際しては、国際疾病分類と称することができる。

第 3 条

死亡及び疾病統計の作成公表にあたっては、各加盟国は、分類、符号処理、年齢区分、地域区分、その他の関連した定義及び基準について、世界保健総会が作成した勧告に、できる限り従わなければならない。

第 4 条

各加盟国は、毎年1回死亡統計を作成し、これを公表しなければならない。この統計には、本国(内地)の領域又は資料の入手可能な地域を範囲とし、かつその地域を明示しなければならない。

第 5 条

各加盟国は、原死因を明瞭に付して、死亡を引き起こし又はその一因となった病状若しくは傷害を記載しうるような死亡診断書の様式を採用しなければならない。

第 6 条

各加盟国は、本機関より依頼された場合、憲章第64条の規定に基づき、この規則に従って作成された統計及び憲章第63条の規定により通報されない統計を提出しなければならない。

第 7 条

- 1 この規則は、1968年1月1日から効力を生ずる。
- 2 この規則は、施行に際し次に規定する場合を除き、この規則に拘束される各加盟国間及びこれらの各国と本機関との間において、1948年の世界保健機関分類規則の規定及びその後の改正にかわるものとする。
- 3 本規則第2条により世界保健総会が採択した国際疾病分類の改正は、世界保健総会が定めた期日から効力を生ずるものとし、以下に規定する場合を除き、従前のいずれの「分類」にもかわるものとする。

第 8 条

- 1 世界保健機関憲章第22条に規定する拒否又は留保を行うことのできる期間は、世界保健総会によるこの規則の採択を、事務局長が通告した日から6か月間とする。この期間満了後に事務局長が受理した拒否又は留保は、いずれも効力を有しない。
- 2 本条第1項の規定は、世界保健総会が本規則第2条によって今後採択する国際疾病分類の改正にも、同様に適用するものとする。

第 9 条

本規則、国際疾病分類又はその改正に対する拒否又は留保の全部若しくは一部は、事務局長に通告することによって、随時撤回することができる。

第 10 条

事務局長は、本規則の採択、国際疾病分類の改正の採択並びに第8条及び第9条の規定に基づき受理した通告を、すべての加盟国に通告するものとする。

第 11 条

この規則の原本は、本機関の記録に寄託する。

事務局長は、認証謄本をすべての加盟国へ送付する。

事務局長は、この規則の効力が発生したときには、国際連合憲章第102条の規定に基づく登録の為に、認証謄本を国際連合事務総長に送付する。

1967年5月22日に、ジュネーブにおいて作成した。

世界保健総会議長

V. T. H. GUNARATNE

世界保健機関事務局長

M. G. CANDAU