

疾病、傷害及び死因分類の
正しい理解と普及に向けて
(I C D - 10 (2003 年版) 準拠)

厚生労働省大臣官房統計情報部

は じ め に

わが国は、政令に基づく総務省告示により、平成18年1月1日から、ICD（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）を2003年版に準拠して適用しています。

ICDは、1900年から国際的に使用されている分類で、その内容も当初の死因のための分類から疾病分類の要素を加味し、さらに、保健サービスを盛り込むなど、社会の変化に対応した分類となっています。現在のわが国での活用も、死亡統計、疾病統計をはじめとする各種統計調査にとどまらず、臨床、医学研究、DPC等幅広いものとなり、今後さらにその利用範囲は拡大するものと考えられます。

ICD-10（2003年版）準拠を適用することとしたのは、医学、医術の進歩等に対応するICDとするためWHOが2003年までの一部改正分について加盟各国に勧告しており、わが国においても最新の分類を用いた統計を作成することとし、結果として前述の多面的な活用にも資することによるものです。

適用に当たっては、社会保障審議会統計分科会の委員各位をはじめ、関係学会、関係団体のご尽力をいただきました。

そのご尽力にお応えするためにも、ICDの利用者・関係者に2003年版の改正点だけでなく利用範囲の拡大しているICDについてより一層理解していただけるよう、本書は、ICDの役割、特性等について、わかりやすく解説したものです。

ICD-10（2003年版）準拠の適用にご尽力をいただいた方々に改めて御礼を申し上げるとともに、本書がICDの関係者や関心をお持ちの方にとって、ICDを理解する一助となれば幸いです。

平成19年3月

厚生労働省大臣官房統計情報部長

桑 島 靖 夫

担 当 係

人口動態・保健統計課疾病傷害死因分類調査室

電話 03 (5 2 5 3) 1 1 1 1

内線 7 4 9 3 ・ 7 4 9 2

1	I C Dとは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	わが国における I C Dの適用・・・・・・・・	3
	(1) I C D-1 0(2003 年版)準拠の適用	3
	(2) 死亡統計、疾病統計での使用	3
	(3) D P Cでの活用	7
	(4) 分類と傷病名の整理	8
3	I C D-1 0(2003 年版)準拠の解説	12
	(1) 主な改正点	12
	(2) 留意すべき事項	13
4	I C D関連のH Pアドレス	16
5	I C Dをめぐる国際動向	18
	(1) W H O-F I Cネットワーク	18
	(2) リビジョンとアップデート	22
	(3) 今後の方向性	23
6	参考資料	24
	(1) I C Dの歴史	24
	(2) I C D関連法規	25
	(3) D P C関連法規	27
	(4) 定義	36
	(5) 世界保健機関分類規則	39

1 ICDとは

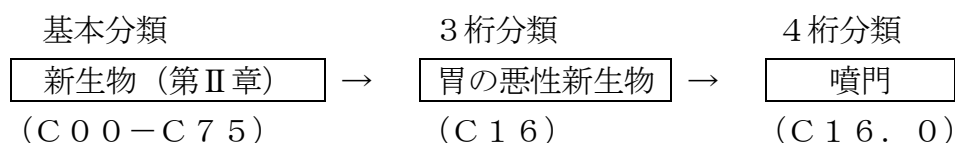
ICD とは、我が国が加盟する WHO において定められた分類であり、正式には「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」といい、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの記録、分析、比較を行うために国際的に統一した基準で設けられた分類です。

データを集める上で重要なことは、一定のルールと基準が示されていることです。実際に、ICD は多くの原則とルールが定められ、時系列の比較や国際比較が可能となり、一般疫学全般や健康管理のための標準的な国際分類となっています。

この分類は、明治 33 (1900) 年に国際統計協会により、人口動態統計の国際分類として制定されて以来、WHO が引き継ぎ、医学の進歩や社会の変化に伴いほぼ 10 年ごとに修正が行われてきています。これまでわが国で使用されていた分類は、平成 2 (1990) 年に WHO 総会で採択された第 10 回修正 (ICD-10) でしたが、平成 18 (2006) 年 1 月から、ICD-10 (2003 年版) 準拠を適用することとなりました。

ICD は、アルファベットと数字によって表される分類項目から構成されており、その分類項目数は、約 14,000 項目となっています。なお、分類項目は、3 桁分類 (アルファベット 1 文字+数字 2 文字) と、より詳細な分類である 4 桁分類 (アルファベット 1 文字+数字 3 文字) からなっています。

<例>



○ ICD : 約 14,000 の分類項目からなる分類

○ ICD による分類とは :

病気、けが、患者の状態、医療行為などの 1 つ 1 つを、体系的な基準に従って、それが所属する分類項目に振り分けること。(コーディングとも言います。)

※ ICD の分類項目は、分類のための項目であって、病名を表しているものではありません。

疾病等 (病名等の数は医学の進展等により、変化)

↓ 分類 (コーディング)

ICD の分類項目 (約 14,000)

現行の ICD-10 は、22 の章から構成されており、それぞれの章は、3 桁分類と、さらに詳細な 4 桁分類によって構成されています。3 桁分類項目は、約 2,000、4 桁分類項目は、約 12,000 です。

ICD-10 の分類の構成（基本分類表）

- 第 1 章 感染症および寄生虫症(A00-B99)
- 第 2 章 新生物(C00-D48)
- 第 3 章 血液および造血器の疾患並びに免疫機構の障害(D50-D89)
- 第 4 章 内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)
- 第 5 章 精神および行動の障害(F00-F99)
- 第 6 章 神経系の疾患(G00-G99)
- 第 7 章 眼および付属器の疾患(H00-H59)
- 第 8 章 耳および乳様突起の疾患(H60-H95)
- 第 9 章 循環器系の疾患(I00-I99)
- 第 10 章 呼吸器系の疾患(J00-J99)
- 第 11 章 消化器系の疾患(K00-K93)
- 第 12 章 皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)
- 第 13 章 筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)
- 第 14 章 腎尿路生殖器系の疾患(N00-N99)
- 第 15 章 妊娠、分娩および産じょく<褥>(O00-O99)
- 第 16 章 周産期に発生した病態(P00-P96)
- 第 17 章 先天奇形、変形および染色体異常(Q00-Q99)
- 第 18 章 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(R00-R99)
- 第 19 章 損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)
- 第 20 章 傷病および死亡の外因(V01-Y98)
- 第 21 章 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(Z00-Z99)
- 第 22 章 特殊目的用コード

ICD を用いて分類を行うために、WHO より、3 巻からなる分類提要、「総論」、「内容例示表」、「索引」が発行されています。実際に ICD を用いて傷病名等を分類しデータベース化する際には、まず、分類を行うルールを「総論」で把握した上で、どの分類項目が該当するか「索引」で調べ、分類項目に含まれる（あるいは除かれる）具体的な傷病名等を確認し、分類項目のコードを決定するという手順になります。

ICD の分類を用いた質の高い統計データを得るためには、記載された傷病名等を ICD に適切に分類する者の育成だけでなく、分類の対象となる傷病名等を医療従事者側が適切に記載することが必要です。医療従事者にも ICD への理解が望まれます。

2 わが国における ICD の適用

(1) ICD-10 (2003 年版) 準拠の適用

ICD は、1900 年から国際的に使用され、その内容も当初の死因のための分類から疾病分類の要素を加味し、さらに、保健サービスを盛り込むなど、社会の変化に対応して分類内容は変化してきました。現在では、各種統計調査への活用にとどまらず、臨床、医学研究、DPC への活用等、幅広いものとなっています。

今回の ICD-10 (2003 年版) 準拠の適用は、医学、医術の進歩等に対応する ICD とするため WHO が勧告した 2003 年までの一部改正分について、わが国においても最新の分類を用いた統計を作成することとし、結果として前述の多面的な活用にも資することとなるため、適用することとしたものです。

わが国において ICD は、「統計法」(昭和 22 年法律第 18 号) 第 3 条第 2 項及び第 8 条第 2 項の規定に基づいて制定された「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」(昭和 26 年政令第 127 号) に基づく「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 3 条の規定に基づく分類の名称及び分類表」(平成 17 年 10 月 7 日総務省告示第 1147 号) により、「疾病、傷害及び死因の統計分類」として定められており、疾病統計及び死因統計など国が統計調査の結果を疾病、傷害及び死因別に表示する場合には、この ICD によらなければならないこととされています。

* 現在告示されている分類表；

- 一 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表
- 二 疾病分類表 (大分類、中分類、小分類)
- 三 死因分類表

(参考) 「疾病、傷害及び死因分類」については、厚生労働省ホームページ「<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>」をご参照下さい。

* 刊行物；疾病、傷害および死因統計分類提要 (ICD-10 (2003 年版) 準拠)

- 第 1 巻 総論
- 第 2 巻 内容例示表
- 第 3 巻 索引表

(2) 死亡統計、疾病統計での使用

① 死亡統計

人口動態統計における死亡統計では、明治 32 (1899) 年から ICD を活用して統計を作成しています。死亡原因は、国民の健康に直結する極めて重要な問題であることから、その原因を正しく把握し集計することはとりわけ重要になっています。正しく把握し集計するためには、統一された基準でデータを収集し分類することが必要であることから、人口動態における死亡統計では、死亡診断書 (死体検案書) の記載に基づき、国で ICD 分類を用いて WHO によって統一された方法による「原死因」の選択を行い、決定しています。死因統計に用いる死亡原因、いわゆる死因は、上述の原死因を使用しております。

○ 原死因の考え方

- 1) 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
- 2) 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況

※ 死亡統計では、死亡診断書（死体検案書）に記載された直接死因を、死亡統計上の死因としているわけではありません。しかし、直接死因が不要という意味ではありません。死亡の予防という観点からは、病的事象の連鎖をある程度で断ち切るか、ある時点で疾病を治すことが重要です。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と考え、その原因を表す原死因で統計を作成するということです。

直接死因を含めた死亡診断書（死体検案書）に記載された情報から原死因を決定するため、直接死因のみならず、すべての記載内容が重要であり適切に記載されている必要があります。

- 同じような経過をたどったとしても、死亡診断書の書き方によって、その原死因は異なるものとなります。
- 死亡診断書（死体検案書）に正確な記載がなければ、当然ながら、正確な原死因を選択することはできません。

病型、症状、急性・慢性の別、部位等を記載してください。

<主なポイント>

- ・感染症： 急性・慢性の別、病原体名
- ・悪性新生物、腫瘍、癌： 原発部位、原発・転移の別、組織形態
- ・糖尿病： 型、合併症
- ・肝硬変： 病因（アルコール性肝炎、C型肝炎 等）
- ・肺炎： 病因、病原体名

等

（参考）「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」をご参照下さい。

<例1-1>

1 欄（ア）直接死因 敗血症 6か月

原死因：敗血症
コード：A41.9

<例1-2>

1 欄（ア）直接死因 MRSA敗血症 6か月

原死因：MRSA敗血症
コード：A41.0

<例 2－1>

1 欄 (ア) 直接死因 肺癌、肝癌 6か月

原死因：肺癌
コード：C34.9

<例 2－2>

1 欄 (ア) 直接死因 転移性肺癌 6か月
(イ) (ア) の原因 肝細胞癌(原発) 6か月

原死因：肝細胞癌
コード：C22.0

<例 3－1>

1 欄 (ア) 直接死因 誤嚥性肺炎 7日

原死因：誤嚥性肺炎
コード：J69.0

<例 3－2>

1 欄 (ア) 直接死因 誤嚥性肺炎 7日
(イ) アの原因 脳梗塞(塞栓症) 8か月

原死因：脳梗塞（塞栓症）
コード：I63.4

<例 4－1>

1 欄 (ア) 直接死因 腎不全 9年

原死因：腎不全
コード：N19

<例 4－2>

1 欄 (ア) 直接死因 糖尿病性腎不全 9年

原死因：糖尿病性腎不全
コード：E14.2

- ・人口動態統計（死亡統計）
統計調査結果
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>
→「厚生労働省統計表データベース」
→「厚生労働省統計表データベースシステム」
→「統計調査一覧」
→「人口動態統計」

② 疾病統計

ICD の疾病統計における活用の代表的なものとして、患者調査があげられます。
患者調査は、厚生労働省が3年に1度実施している調査で、医療機関を利用する患

者について、その疾病状況等を明らかにすることを目的としています。同調査における調査事項のうち傷病状況は最も重要であり、この事項はカルテに記載されている傷病名から調査票に転記されます（主要な傷病名が1つ記載される。）。その傷病名をICDの分類符号に変換し、性、年齢、地域、医療機関の種類別等の傷病状況（推計患者数、受療率等）等について、集計、分析を行っています。なお集計にあたっては、ICDを用いていますが、告示に基づく、大分類、中分類、小分類という分類体系で行っています。

ICD本来の分類と比較すると以下のような粒度となります。

ICD	:	章		3桁分類	→ より詳細な分類
患者調査	:	大分類	中分類	小分類	4桁分類

「狭心症」を、大分類、中分類、小分類で示すと以下のようなコードになります。

<例>

分類名	集計される分類コード
-----	------------

大分類

「循環器系の疾患」	I00-I99
-----------	---------

中分類

「虚血性心疾患」	I20-I25
----------	---------

小分類

「狭心症」	I20
-------	-----

・患者調査

統計調査結果

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

→「厚生労働省統計表データベース」

→「厚生労働省統計表データベースシステム」

→「統計調査一覧」

→「患者調査」

・大分類・中分類・小分類の一覧表

「疾病、傷害及び死因分類」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>

(3) DPCでの活用

ICD の活用として、「急性期医療に係る診断群分類別包括評価 (DPC) 制度」があります。この制度は、一定の疾患での入院について、出来高払いではなく一定の算式に基づき、あらかじめ決められた1日あたりの一定額を支払う方式です。

DPC に関する定義は次のようになっています。

- ・ 診断群分類
入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と、入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより、現在、2,347 の診断群分類が設定されている。このうち、1,438 分類について診断群分類に基づく1日あたりの包括評価制度が導入されている。
- ・ DPC による包括評価の対象患者
一般病棟の入院患者であって、傷病名等が上記 1,438 診断群分類に該当する患者。
- ・ 診療報酬の設定方法
診療報酬の額は、診断群分類により包括評価されるホスピタルフィ的要素部分と、出来高により評価されるドクターフィ的要素部分から構成され、その合計額が全体額となる。

DPC においては、診断群分類として14桁のコードが使用されており、その3桁目から6桁目が「臓器、病理コード」(傷病名)となっており、これに ICD コードが活用されています。この傷病名は、厚生労働省告示で規定していますが、臨床病名ではありません。

DPC 傷病名は以下のように決定されます。

- ① 「医療資源を最も投入した傷病名」を決定。この傷病名はカルテ病名等の臨床病名。
- ② 「医療資源を最も投入した傷病名」に対応する ICD コードの決定
- ③ 決定した ICD コードと診療行為等に基づき、厚生労働大臣の告示により、ICD コードの属する DPC 傷病名と診断群分類番号を決定する。

(参考) DPC・14桁コード

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

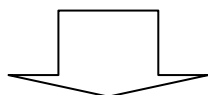
1,2	主要診断群
3~6	分類コード (臓器+病理)
7	入院種別
8	年齢・体重・JCS 条件
9,10	手術等サブ分類 (手術の有無等)
11	手術・処置等 1 (補助手術的)
12	手術・処置等 2 (中心静脈、人口呼吸等)
13	副傷病名 (有無等)
14	重症度等 (有無)

(4) 分類と傷病名の整理

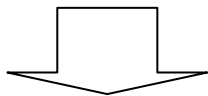
- 医学研究においては、その目的によって ICD と臨床病名との使い分けが必要となります
- 分類とは、病気、けが、患者の状態、医療行為などを体系的な基準に従ってカテゴリーやグループに割り付けることをいいます。医学的に類似の疾患や状態を同じグループに入れて、全ての病気を表そうとするものです。全ての病気は、必ず ICD のどこかに分類されます。

<例 1>

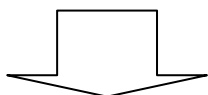
- ・ 胃がんが疑われた患者さん。
- ・ 精査によって、胃噴門部のがんであることが判明した。



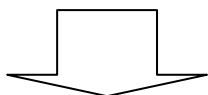
これを現行の ICD（ICD-10（2003 年版）準拠日本語版第 3 巻（索引））で検索してみます。



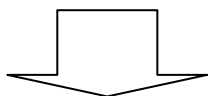
がん（M8000/3）－新生物，悪性を参照



新生物	悪性(原発性)
－胃・・・・・・・・・・・・・・・・	C16.9
－噴門・・・・・・・・・・・・・・・・	C16.0



ICD（ICD-10（2003 年版）日本語版第 2 巻（内容例示））で確認します。



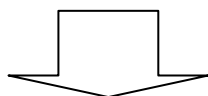
C16 胃の悪性新生物
C16.0 噴門

部位により分類が細かく分かれるものがあります。

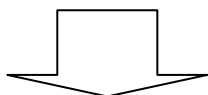
- C16 胃の悪性新生物
 - C16.0 噴門
 - C16.1 胃底部
 - C16.2 胃体部
 - C16.3 幽門前庭
 - C16.4 幽門
 - C16.5 胃小弯, 部位不明
 - C16.6 胃大弯, 部位不明
 - C16.8 胃の境界部病巣
 - C16.9 胃, 部位不明

<例2>

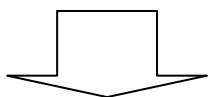
- ・ 下腿の化膿性関節炎が疑われた患者さん。
- ・ 精査によって、ブドウ球菌性であることが判明した。



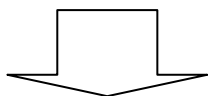
これを現行の ICD（ICD-10（2003 年版）準拠日本語版第 3 巻（索引））で検索してみます。



関節炎
－化膿性（各部位）・・・・・・・・ M00.9



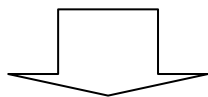
ICD（ICD-10（2003 年版）準拠日本語版第 2 巻（内容例示））で確認します。



- M00 化膿性関節炎
 - M00.0 ブドウ球菌性(多発性)関節炎
 - M00.1 肺炎球菌性(多発性)関節炎
 - M00.2 その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎
 - M00.8 その他の明示された病原体による(多発性)関節炎
 - M00.9 化膿性関節炎, 詳細不明

数字を末尾に組み合わせ、5桁のコードとして部位を示すことができる分類項目もあります。

+	0	多部位
	1	肩甲帯
	2	上腕
	3	前腕
	4	手
	5	骨盤部及び大腿
	6	下腿
	7	足関節部及び足
	8	その他
	9	部位不明



ブドウ球菌性下腿の化膿性関節炎・・・ M00.06

○ ICD とカルテ病名、DPC 等との関連をみると次のとおりになります。

1 傷病名

(1) カルテ病名・一般レセプト傷病名（いわゆる臨床病名）

1) 複数のカルテ病名・一般レセプト（DPCレセプト以外のレセプト）の傷病名は一つのコードに集約

- ・ ICD-10の各コードは、複数のカルテ病名、複数の一般レセプト傷病名を一つに集約したものです。したがって、一般にカルテ病名、一般レセプト病名が異なっても、同じICD-10のコードがつけられます。

2) カルテ病名・一般レセプト傷病名の各マスターの整備

- ・ 厚生労働省医政局では電子カルテや病歴管理などに資する「ICD10対応電子カルテ用標準病名マスター」を開発し、保険局では「レセプト電算処理システム用傷病名マスター」を作成しています。両者の病名情報の統一化と相互のコードの対応付けを行い、医事会計システム基本マスターとしても利用できるように互換性を確保しています。

(2) DPC（診断群分類）における傷病名

DPCにおける傷病名（DPC傷病名という）は厚生労働省の告示で規定。臨床病名ではありません。DPC傷病名は以下のように決定されます。

- ① 「医療資源を最も投入した傷病名」の決定。この傷病名は、上記のカルテ病名・一般レセプト病名と同じ臨床病名です。
- ② 「医療資源を最も投入した傷病名」に対応するICDコードの決定。
- ③ 決定したICDコードと診療行為等に基づき、厚生労働省の告示により、ICDコードの属するDPC傷病名と診断群分類番号を決定します。

*DPCレセプトには、診断群分類番号と「医療資源を最も投入した傷病名」が記載されます。

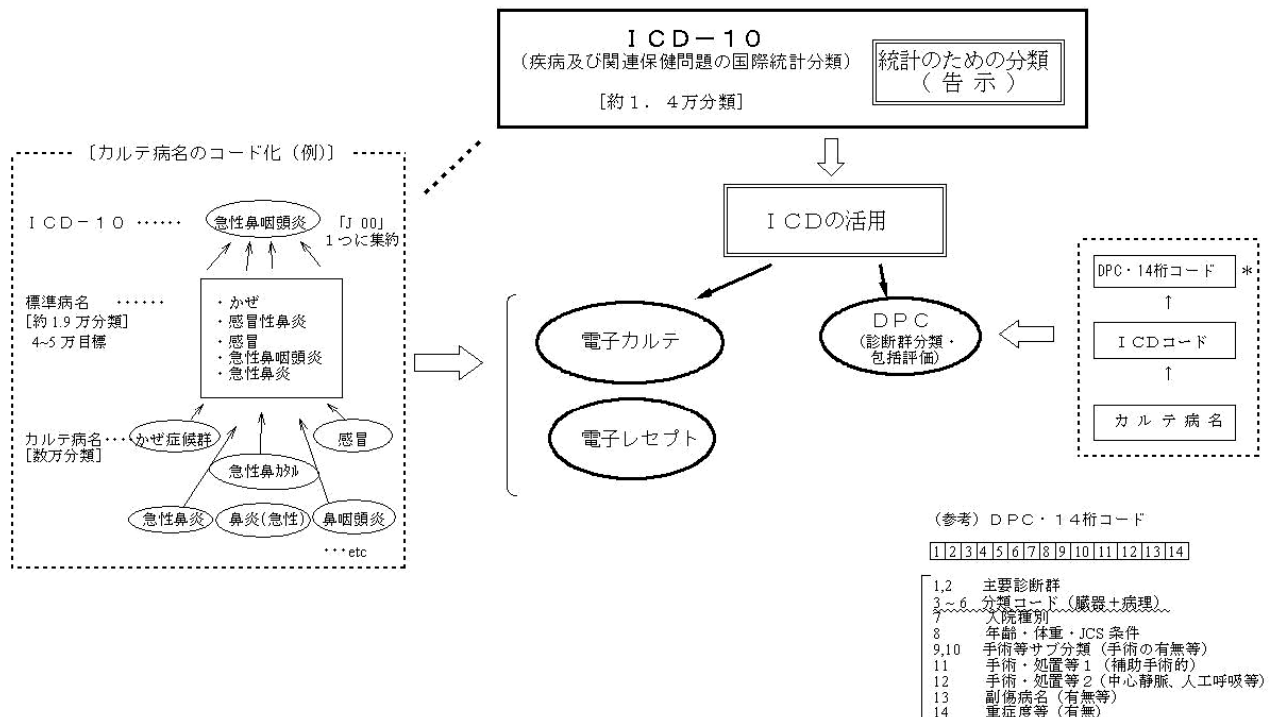
2 ICD-10と傷病名

ICD-10は日本では統計分類として告示で規定され、その詳細は、統計情報部の発行する「疾病、傷害および死因統計分類提要」によります。

具体的には、

- ① ICD-10のコードとその内容例示
- ② 臨床病名からのコーディングルール
- ③ 臨床病名からの索引

からなっており、臨床病名に対応するICD-10のコードの選択には関与しますが、臨床病名の設定には関与しません。



* 疾病、傷害および死因統計分類提要の内容

第1巻 総論

- ・ 第2巻 (内容例示表) 及び第3巻 (索引表) の使い方
- ・ 死亡診断書及び死因をコーディングする際のルール
- ・ 傷病をコーディングする際のルール

第2巻 内容例示表

- ・ アルファベットと数字で表された傷病と症候群の分類コード
- ・ 包含、除外項目についての注意書きとルール

第3巻 索引表

- ・ 第Ⅰ編 疾病、症候群、病理学的病態、損傷、徴候、症状、問題、保健サービスを受けるその他の理由
- ・ 第Ⅱ編 損傷の外因
- ・ 第Ⅲ編 中毒またはその他の有害作用を引き起こす薬物および化学物質

3 ICD-10 (2003 年版) 準拠の解説

疾病及び関連保健問題の国際統計分類について、わが国では、これまで第 10 回修正を使用してきましたが、医学の進歩等に対応するため一部改正が行われ 2003 年までの改正が蓄積された ICD-10 (第 2 版) が 2004 年 10 月に WHO より勧告されました。わが国においても WHO の最新の勧告の国内への適用 (ICD-10 (2003 年版) 準拠) について、平成 17 年 1 月の厚生労働大臣の諮問に対し、平成 17 年 7 月に社会保障審議会 (統計分科会) から答申がなされ、平成 17 年 10 月の総務省告示第 1147 号により新たな分類を使用することとされました。

(1) 主な改正点

ICD-10 (2003 年版) 準拠の主な改正理由は、WHO の勧告に基づくもの、わが国の法令改正等に基づく名称の変更、医学の進歩等に対応した名称の変更であり、その内容は次のとおりです。

①WHO の勧告に基づくもの

ア 新たな分類項目の設定 (特殊目的用コード利用)

- ・重症急性呼吸器症候群 (SARS)
- ・抗生物質に耐性の細菌性病原体

イ 項目の移動

- ・胃ポリープ
新生物 (D13.1) から消化器系の疾患 (K31.7) へ移動
- ・大腸<結腸>のポリープ
新生物 (D12.6) から消化器系の疾患 (K63.5) へ移動
- 等

ウ 分類項目の廃止及び新設 (特殊目的用コード以外)

廃止 8

新設 13

- ・肝臓提供者<ドナー> (Z52.6)
- ・心臓提供者<ドナー> (Z52.7)
- 等

エ 死亡統計における原死因選択ルール等の変更

死亡統計における原死因の選択について、コーディングルールの一部変更が行われ、また適用例が具体的に示される等の変更が行われました。

②法令の改正等に基づく名称の変更

精神分裂症 → 統合失調症
痴呆 → 認知症

③医学の進歩等に対応した名称の変更

慢性関節リウマチ → 関節リウマチ
妊娠中毒症 → 妊娠高血圧症候群

(2) 留意すべき事項

ICD-10（2003 年版）準拠の適用に当たっては、新たな死因分類及び分類ルール適用による影響に留意する必要があります。どのような影響があるかを人口動態統計（月報）の死因統計でみると次のとおりです。

①C型肝炎の一部を慢性として取り扱うことによる影響

C型肝炎について、急性か慢性か不明なものについては、従前までは、全て急性という取り扱いを行ってきましたが、ICD-10（2003 年版）準拠の適用に伴い、期間不明又は6カ月以上のC型肝炎は、慢性として取り扱うことになり、急性C型肝炎の範囲が縮小することとなりました。

人口動態統計（月報）の段階で公表される統計には、C型肝炎についての急性か慢性かの区分によるものではなく、月報の統計上現れる影響としては、B型肝炎及びC型肝炎を含めた感染症分類表にある「急性ウイルス肝炎」の件数が減少する方向に働くこととなります。

②耐性菌に関する新分類の追加による改変

感染症分類に耐性菌に関する以下の5分類が新たに追加となりました。

- ・バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・バンコマイシン耐性腸球菌感染症
- ・ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
- ・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・薬剤耐性緑膿菌感染症

③分類ルール（原死因選択ルール）の変更による影響

ICD では、死亡統計を行う際のルール（原死因選択ルール）も定められています。

- i 死因統計は、原死因による統計であり、原死因は死亡届に添付される死亡診断書の情報から、ルールに基づき選択、決定されます。

- ・ これまで、「心停止」と記載された場合には、「不整脈及び伝導障害」に、「低血圧」又は「循環器障害」と記載された場合には「その他の循環器系の疾患」に、「急性呼吸不全」又は「呼吸不全」と記載された場合には「その他の呼吸器系の疾患」に分類されていましたが、今回の改正により、これらは、「不明確な病態」とされ、死亡診断書の情報に基づいて可能な限り原死因を選び直し、他の病態を原死因に選択することとなりました。

この変更は、「その他の循環器系の疾患」及び「その他の呼吸器系の疾患」の件数が減少する方向に働き、それらの病態とともに死亡診断書に記載されることの多い病態の件数が増加する方向に働くこととなります。

- ・ 「貧血」又は「低栄養（死因簡単分類上は「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」に含まれる。）」について、死亡診断書に「麻痺性疾患（「脳内出血」、「脳梗塞」等）」、「認知症」又は「神経系の変性疾患（「パーキンソン病」、「アルツハイマー病」等）」など、自立能力の制限をきたす病態が直接影響を及ぼしていると記載さ

れている場合については、自立能力の制限をきたす病態を原死因とすることとなりました。

この変更は「貧血」及び「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」の件数が減少する方向に、「麻痺性疾患」、「認知症」及び「神経系の変性疾患」に分類される死因の件数が増加する方向に働くこととなります。

- ・ 脳内出血や脳梗塞等の脳血管疾患による認知症については、これまで「脳内出血」や「脳梗塞」を原死因としていましたが、「脳血管疾患による認知症（死因簡単分類上「血管性及び詳細不明の認知症」に含まれる。）」を原死因とすることとなりました。

この変更は、「脳内出血」及び「脳梗塞」の件数が減少する方向に、「血管性及び詳細不明の認知症」の件数が増加する方向に働くこととなります。

(注)： なお、各死因における件数の変動については、新たな死因分類及び分類ルールの適用による影響のほか、各死因固有の変動による増減が含まれています。そのため、必ずしも予想される方向に死因が変動するものではないことに留意が必要です。

- ii ICD-10（2003 年版）では、死亡をひきおこす可能性の低い病態（軽微な病態）であっても、因果関係の順番に正しく記載された場合は、原死因とするようルールが変更されました。今まで計上されなかった軽微な病態が死因として計上されます。

- ・ これまでは、死亡をひきおこす可能性の低い病態（軽微な病態）について、ルール上、死亡統計上の原死因としては原則として取り扱わないこととなっていました。ICD-10（2003 年版）では、該当する病態が国際的に統一された一覧として示されるとともに、ルールが変更され、死亡をひきおこす可能性が低い病態でも、死亡診断書に死亡の原因として因果関係に基づき記載されていれば、原死因として取り扱うこととなりました。例えば、直接死因が「慢性呼吸不全」で、その原因が「顎関節症」であった場合、これまで、「顎関節症」が死亡統計上の原死因になることはありませんでしたが、ICD-10（2003 年版）準拠の適用に伴い、死亡統計上の原死因として取り扱われることとなります。

1 欄 (ア) 直接死因	慢性呼吸不全	7日
(イ) アの原因	顎関節症	3年

ICD-10(1990年版)準拠
原死因：慢性呼吸不全
コード：J96.1



CD-10(2003年版)準拠
原死因：顎関節症
コード：K07.6

死亡診断書において直接死因の項目はもちろん大事ですが、死亡統計上、それ以外の項目についても、これまで以上に重要となっています。死亡診断書について、より一層適切に記載いただくようお願いいたします。（死亡診断書（死体検案書）記入マニュアルをご参照ください）

4 ICD関連のHPアドレス

ICDは、様々な分野で活用されています。(死亡統計、疾病統計、DPC等)



ICDって何だろう

➡ ①、②

死亡診断書の
集計結果は？

③ ←

患者さんの
統計データ
どこにあるの

➡ ③

DPCでもICD
使うけれど

④、⑤ ←

法的な位置づけは？
WHOの取組は？
改訂に向けた取組は？

➡ ①、②、④

レセプトや
電子カルテも、
ICDと関係してる

④、⑤、⑥ ←

① 疾病、傷害及び死因分類

➤ ICDの項目そのものを見ることができます。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>

② 社会保障審議会

- ・統計分科会
- ・統計分科会 疾病、傷害及び死因分類専門委員会

➤ ICDに関するWHOの動向や、ICDへの取組について見ることができます。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/index.html>

③ 統計調査関係

- ・人口動態統計（死亡統計）
- ・患者調査（疾病統計）
- ・社会医療診療行為別調査 等

➤ ICDを活用している厚生労働統計を見ることができます。

統計調査結果

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

→「厚生労働省統計表データベース」→「厚生労働省統計表データベースシステム」
→「統計調査一覧」（各統計調査を選択）

最近公表の統計資料（各統計調査の概況）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/index.html>

④ 法令・通知関係

➤ 厚生労働省の通知や、総務省の法令等を見ることができます。

- ・厚生労働省法令等データベースシステム

<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/index.html>

- ・法令データ提供システム

<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

⑤ 医療保険関係

➤ DPCを含む医療保険関係の情報を見ることができます。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/index.html>

⑥ 電子カルテ関係

➤ 「標準的電子カルテ推進委員会」最終報告を見ることができます。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0517-4.html>

5 ICDをめぐる国際動向

(1) WHO-FICネットワーク

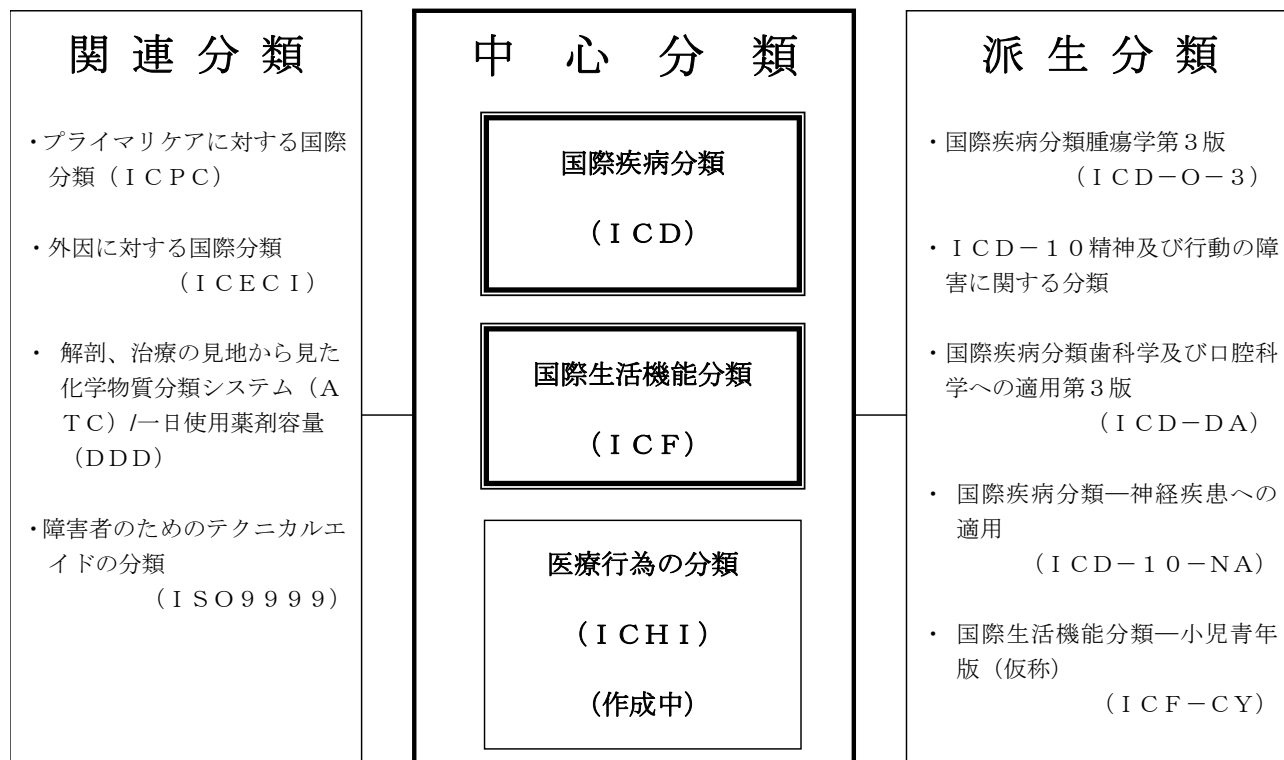
①WHO-FICネットワークの目的と構成

WHO-FIC ネットワークは、WHO-FIC の開発、導入、普及を行う目的のために構築され、WHO-FIC 協力センター、WHO 本部事務局、地域事務局で構成されます。ネットワークは、WHO と協力センターの年次会議により、管理、運営されます。大きな案件についての決定は、WHO 本部の承認が必要とされています。

WHO は、各国の幅広い知識、情報を得るとともに、各国の相互扶助を図ることを求めていることから、その地域に協力センターがないなどの理由により協力センターとの連携が確立していない国であっても、WHO-FIC ネットワークに参加し、支援を得ることができます。

世界保健機関国際分類ファミリー

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



②WHO-F I Cネットワークの運営

WHO-FIC ネットワークは、企画実行委員会を含め、6つの委員会と1つのグループによって運営されていましたが、2006年WHO-FIC ネットワークチュニス会議より6つの委員会と4つのグループという構成になりました。

i 企画実行委員会 (Planning Committee)

ネットワーク会議からネットワーク会議までのネットワークの運営を担当します。委員長、直近の開催国センター長、次回開催国センター長、次々回開催国のセンター長、ネットワーク委員会の委員長、WHO 事務局で構成されます。ネットワークに関する執行計画の遂行状況を把握するとともに、ネットワーク会議の企画を行います。例年は4月に国際分類ファミリー拡張委員会との合同会議を開きます。

ii 国際分類ファミリー拡張委員会 (Family Development Committee)

各分類が全体としての整合性を確保できるよう、ある分類を WHO-FIC に加えるかどうかの基準を設け、新たに WHO-FIC に参入する分類についての審査を行います。

iii 普及委員会 (Implementation Committee)

WHO 加盟国に於ける、WHO-FIC の導入、普及を行うことを目的としています。WHO-FIC の中核をなす分類 (ICD および ICF) に重点を置いています。

iv 教育委員会 (Education Committee)

実務の最高水準を設定し、教育についての専門的・実務的経験を共有するようネットワークを作るなど、WHO-FIC の教育を推進することを目的としています。

v 分類改正改訂委員会 (Updating and -Revision Committee)

WHO-FIC の各分類の改正 (アップデート) の必要性を評価し、ネットワーク会議にむけて、詳細な原案を作成します。死因分類改正グループ (MRG) を下部部会としておき、死因に関わるコーディングルール of 明確化やルール及びコードの修正、変更等の勧告を行っています。本年 10 月に新たに疾病分類グループ (MbRG)、生活機能分類グループ (FDRG)、ターミノロジーグループ (TRG) が設置され、その取り扱い範囲が拡大しています。また、ICD-11 に向けての改訂運営会議 (仮称) の準備委員会が発足されたことを受けて WHO-FIC の改訂作業も担当します。

vi 電子媒体委員会 (Electronic Tools Committee)

共通の基準と知識を用いて実務が行えるよう WHO-FIC における各種分類の電子化の企画、実施を目的としています。

vii 死因分類改正グループ (Mortality Reference Group)

死因データの国際比較の向上のため、ICD-10 に関する標準的な適用を確立することを目的としています。

viii 生活機能分類グループ (Functioning and Disability Reference Group (FDRG))

(チュニス会議において承認)

生活機能データの品質及び比較可能性を向上させ、必要に応じて ICF の改正・改訂のための勧告を行います。

ix 疾病分類グループ(Morbidity Reference Group (MbRG))

(チュニス会議において承認)

統計（例：病院データ）、ケースミックス（例：DRG システム）、臨床関連資料（例：臨床的用語や電子カルテ）に基づくニーズを分析・統合することにより、疾病データの国際比較性を改善し疾病における ICD の使用を促進することを目的とします。

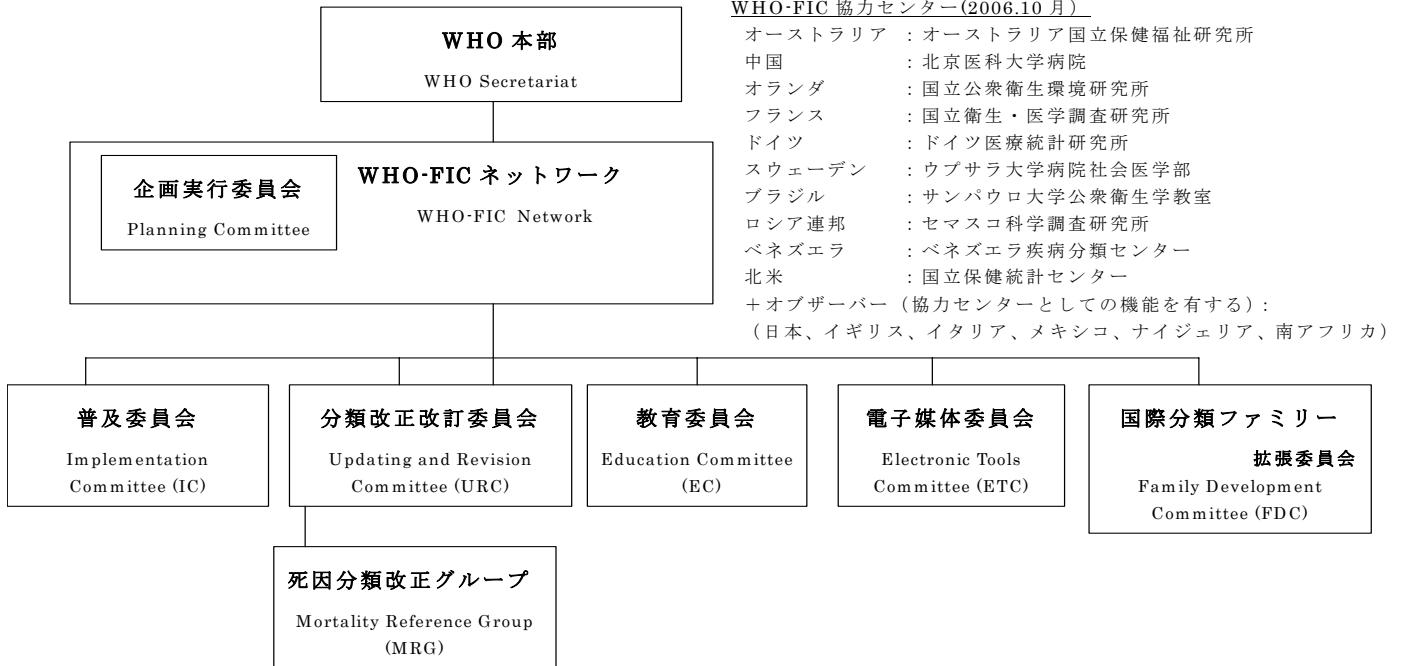
x ターミノロジーグループ(Terminology Reference Group (TRG))

(チュニス会議において承認)

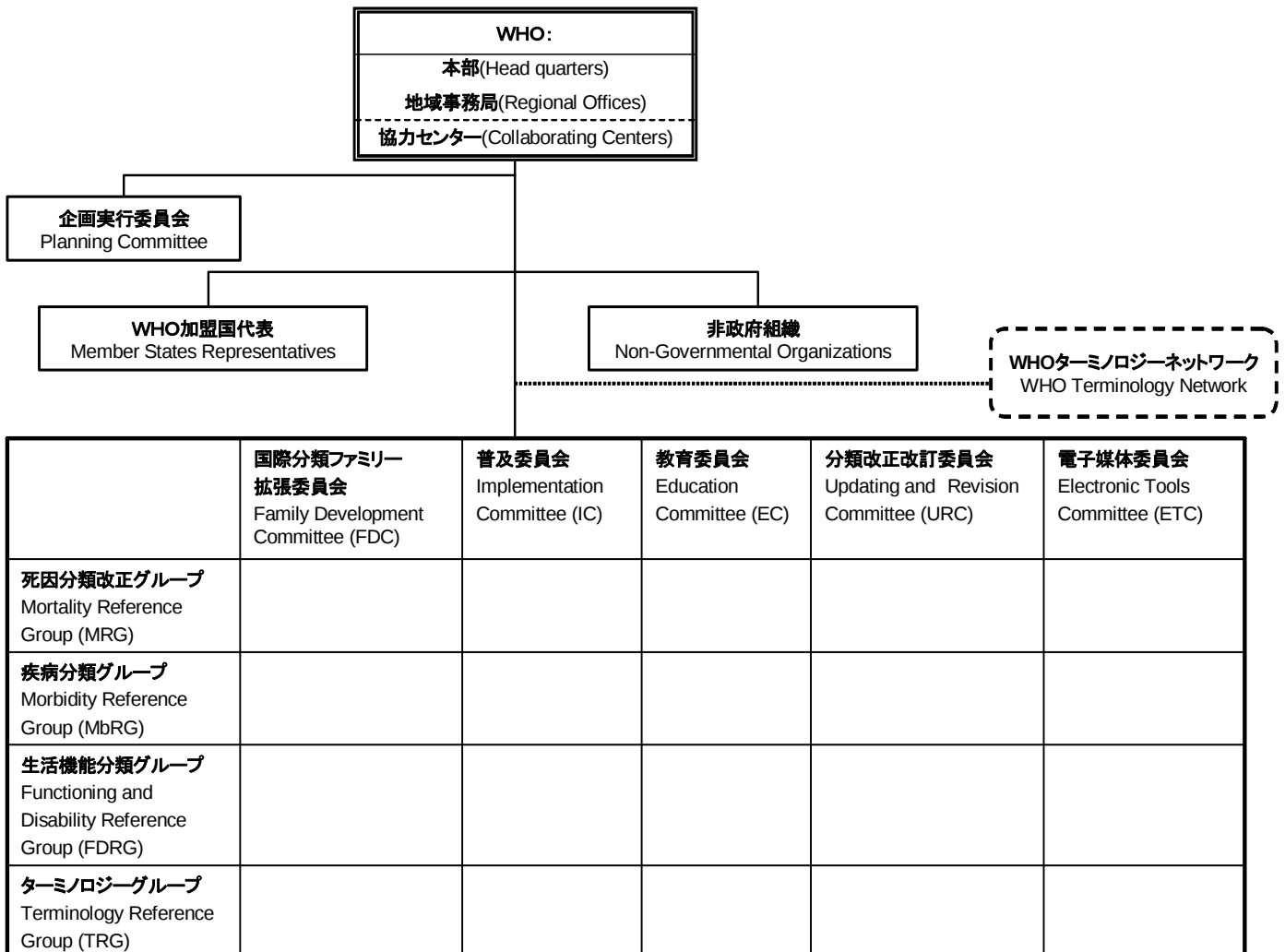
将来的な Health Terminology Network との連携の確保を目的とします。

WHO-FIC ネットワーク組織図

(チュニス会議前)



(チュニス会議後)



(2) リビジョンとアップデート

①改訂（リビジョン（revision））

ICD は、1900 年に第 1 回を導入して以来、医学の進展に伴う定期的な改訂の必要が認められ、第 9 回改訂版である ICD-9 に至るまではほぼ 10 年ごとに改訂が行われてきました。しかし、めざましい医学の進歩、医療技術の進歩により、第 10 回の改訂版である ICD-10 には 15 年の期間を要しました。

このように第 1 回から第 10 回までの大幅な修正を改訂（リビジョン（revision））と呼んでいます。

②一部改正（アップデート（update））

WHO は、1990 年の ICD-10 の勧告後、新しい疾病、臨床（医学的）知識の変化、医学用語の変化、分類表の一層の明確化等に対応するため、1997 以来、ICD-10 の一部改正（アップデート）、すなわち、ICD-10 のまま改善（大改正、小改正）を加え適用を勧告しています。

一部改正の原則は、「基本分類表（tabular list）」については、下記の区分により 3 年ごとの「大改正（Major change）」と毎年行われる「小改正（Minor change）」に分けて改正されており、基本分類表に影響を与えないとされる「索引」については、毎年改正されます。

大改正と小改正の区分

大 改 正 (Major change)	小 改 正 (Minor change)
・ 新たなコードの追加 ・ コードの削除 ・ コードの移動 ・ あるコードについて、3 桁分類項目のカテゴリの変化を伴う索引の改正 ・ 罹患率もしくは死亡率に関するデータの収集の精度に影響を与えるルールもしくはガイドラインの改正 ・ 新たな用語の索引への導入	・ あるコードについて、同一の 3 桁分類項目のカテゴリ内における索引の修正もしくは明確化 ・ 内容例示表もしくは索引の強化（例：包含、除外項目の追加及び二重分類の追加など） ・ あるコードについて、概念の変化ではなく表現の強化 ・ 罹患率もしくは死亡率に関するデータの収集の精度に影響を与えないルールもしくはガイドラインの改正 ・ 誤植の修正

(3) 今後の方向性

ICD の改訂は、2005 年において制定されたビジネスプランに基づき、2015 年の施行を目途に進められることになりました。そのため改訂に向けての準備委員会が発足し、わが国としても早い段階から関与していくことになり、社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会において、恒常的な検討を行うこととしています。

WHO発表の暫定スケジュール

2006年： 3つの視点（科学、臨床、公衆衛生）から作業計画を作成

2008年： ICD-11草案（α版（※））の公開

～ 2009年 ICD-11 α版を基に協議

※ ICD-11に向けては、二つの草案が作成される予定
α版：WHO-FICネットワークメンバーや専門家向けの草案。
β版：データに基づく検証を行うためのフィールド・テスト用の草案。
科学的知見の収集に留まらず、試験的に改訂版を運用し、実際に活用可能かどうか等についての検証もこの版を基に行う予定。

2010年： ICD-11 β版公開、フィールド・テストの開始

～ 2011年 フィールド・テストによるデータ収集

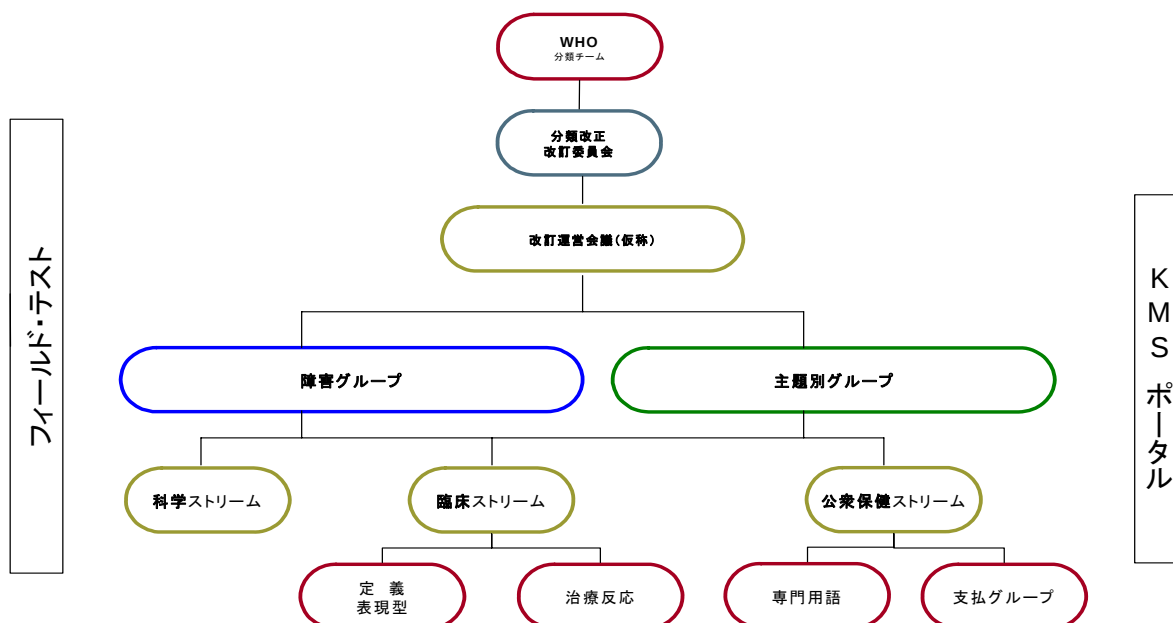
2012年： 一般レビュー用の最終版の公開

～ 2014年 調査の実施、レビューの公開

2014年： 世界保健総会への提出及び承認

2015年(以降)： ICD-11の勧告、各国が状況に応じて順次導入

改訂プロセス概念図



6 参考資料

(1) ICDの歴史

諸外国から国際比較可能で統一的な人口動態統計の死因分類が要望され、フランス政府の提唱により国際死因リストの修正に関する第1回国際会議（1900年）が開かれ、当時、国際統計協会が採用していた死因分類が国際的死因分類として承認されたのがICDの最初です。また、この会議において、本分類の性格上、医学の進展に伴う定期的な改訂が必要であるとされ、以来、約10年ごとに国際会議の開催によって改訂が行われています。

わが国においては、明治31年の戸籍法の制定によって現在の形式による人口動態統計が確立した際、死因・疾病分類も公衆衛生の新しい立場から検討が行われ、前述の国際死因分類に従って改正され、人口動態統計とともに明治32年から適用されました。

以後、ICDはこれまで9回の改訂をしており、第6回、第8回、第10回に大きな内容の変更を伴う改訂が行われています。

(第6回)

疾病分類としても使用できるよう配慮され、名称も「疾病・傷害及び死因分類」と改められました。また、死因統計分類の表章死因を「原死因」とし、死亡診断書の様式を統一し国際様式を定めました。

(第8回)

死産原因、精神障害および循環器疾患の3分野の分類の改正が重点にとりあげられました。

(第10回)

第9回から大きく変化し、より詳細な分類区分が設けられました。①コードの1桁目をアルファベットとしました。（桁数を増やさずより多くの分類が可能となりました。）②分類項目数が3桁分類項目2,036、4桁分類項目12,159と倍増し、臨床統計としても使用が可能となりました。③内容例示表の章構成が17章から21章に拡大し、保健サービス等に関する章が加わりました。これに伴い、名称も従来の「国際疾病分類」から「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」と変更されました。

国 際 会 議	分類項目数（細項目）	わが国の適用期間
第1回 1900年（明33）	179	明治32年～明治41年
第2回 1909年（明42）	189	明治42年～大正11年
第3回 1920年（大9）	205	大正12年～昭和7年
第4回 1929年（昭4）	200	昭和8年～昭和20年
第5回 1938年（昭13）	200	昭和21年～昭和24年
第6回 1948年（昭23）	953	昭和25年～昭和32年
第7回 1955年（昭30）	953	昭和33年～昭和42年
第8回 1965年（昭40）	1040（3489）	昭和43年～昭和53年
第9回 1975年（昭50）	1179（7130）	昭和54年～平成6年
第10回 1989年（平2）	2036（14195）	平成7年～

(2) ICD 関連法規

○ 統計法（昭和 22 年法律第 18 号）（抄）

（指定統計調査）

第三条 指定統計を作成するための調査（以下指定統計調査という。）は、この法律によつてこれを行うものとし、他の法律の規定を適用しないものとする。

2 この法律に定めるものの外、指定統計調査について必要な事項は、命令（地方公共団体の長又は教育委員会の定める規則を含む。）でこれを定める。

3 主務大臣が前項の規定による命令を制定し、改正し、又は廃止しようとするときは、あらかじめ、総務大臣に協議しなければならない。地方公共団体の長又は教育委員会が前項の規則を制定し、改正し、又は廃止しようとするときも、同様とする。

（指定統計調査以外の統計調査）

第八条 指定統計調査以外の統計調査を行う場合には、調査実施者は、その調査に関し、前条第 1 項第 1 号に掲げる事項を総務大臣に届け出なければならない。ただし、統計報告調整法（昭和 27 年法律第 148 号）の規定により総務大臣の承認を受けた場合は、この限りでない。

2 前項の規定により届け出るべき統計調査の範囲その他の事項については、政令でこれを定める。

3 総務大臣は、必要と認めたときは、関係各行政機関若しくは地方公共団体の長又は教育委員会に対し、指定統計調査以外の統計調査の変更又は中止を求めることができる。

○ 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（昭和 26 年政令第 127 号）

内閣は、統計法（昭和 22 年法律第 18 号）第 3 条第 2 項 及び第 8 条第 2 項の規定に基づき、この政令を制定する。

（用語の定義）

第一条 この政令において、次の各号に定める用語の意義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

一 統計調査 統計法第 3 条 に定める指定統計調査並びに届出を要する統計調査の範囲に関する政令（昭和 25 年政令第 58 号）第 2 条 の規定によつて届出を要する統計調査（以下「届出を要する統計調査」という。）のうち、国、日本銀行及び日本商工会議所が行うものをいう。

二 調査実施者 指定統計調査の実施者並びに届出を要する統計調査を実施する国の機関、日本銀行及び日本商工会議所をいう。

（産業分類）

第二条 調査実施者は、統計調査の結果を産業別に表示する場合においては、総務大臣が公示する分類の基準及び分類表によらなければならない。ただし、特に必要がある場合においては、大分類項目を除く分類項目について、その直下位分類項目を細分し、又は直上位の一の分類に属する分類項目のいずれかを集約することができる。

- 2 調査実施者は、前項の規定によつて使用した分類及び分類表の名称を当該統計調査の結果の表示に記載しなければならない。
- 3 総務大臣は、第 1 項の分類の基準及び分類表を定めようとするときは、あらかじめ、統計審議会の意見を聴かなければならない。

(疾病、傷害及び死因分類)

第三条 調査実施者（日本銀行及び日本商工会議所を除く。）は、統計調査の結果を疾病、傷害又は死因別に表示する場合においては、総務大臣が公示する分類の基準及び分類表によらなければならない。ただし、調査実施者は、総務大臣が公示するいずれかの分類表の分類項目を集約し、又は細分して統計調査の結果を表示することができる。この場合においては、使用した分類表の最大分類項目及び異なる最大分類項目に属する下位分類項目は、集約することができない。

- 2 前条第 2 項の規定は、前項の場合に準用する。

(特例)

第四条 調査実施者は、この政令により難い場合においては、総務大臣の承認を得て、これと異なる分類を用いることができる。

○ 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の規定に基づく疾病、傷病及び死因に関する分類の名称及び分類表 (平成 6 年総務庁告示第 7 5 号) (抄)

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（昭和 26 年政令第 127 号）第三条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を次のように定め、平成 7 年 1 月 1 日から施行する。

昭和 53 年行政管理庁告示第 73 号は、この告示の施行の日から廃止する。ただし、平成 6 年 12 月 31 日までに実施する統計調査の結果の表示については、なお、従前の例によることができる。

- 1 分類の名称 疾病、傷害及び死因の統計分類
- 2 分類表
 - 一 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（略）
 - 二 疾病分類表（略）
 - 疾病分類表（大分類）（略）
 - 疾病分類表（中分類）（略）
 - 疾病分類表（小分類）（略）
 - 三 死因分類表（略）

改正文（平成 17 年 10 月 7 日総務省告示 1147 号）抄
平成 18 年 1 月 1 日から施行する。

(3) DPC関連法規

○ 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)(抄)

診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号)第一項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における療養又は医療に要する費用の額の算定方法(平成16年厚生労働省告示第105号)及び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15年厚生労働省告示第75号)は、平成18年3月31日限り廃止する。(中略)

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

- 1 診療報酬の算定方法第一項ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であって、別表11の診断群分類点数表に掲げる分類区分(以下「診断群分類区分」という。)に該当するもの(次のいずれかに該当するものを除く。)に係る療養(健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第1項第5号に掲げる療養(同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。))及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養並びに老人保健法(昭和57年法律第80号)第17条第1項第5号に掲げる療養(同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。))及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養に限る。)に要する費用の額は、別表により算定するものとする。

(一～五略)

六 その他厚生労働大臣が別に定める者

- 2 前項に規定する療養以外の療養に要する費用の額は、医科点数表若しくは診療報酬の算定方法別表第二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及び入院時生活療養費に係る生活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)又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する。
- 3 第1項の規定による療養に要する費用の額の算定を開始する日の前日までに入院した患者に係る療養のうち、当該開始する日から2月以内に行ったものに要する費用の額の算定については、前項の規定の例による。

別表(抄)

- 1 1日当たりの療養に要する費用の額は、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に12、13又は14の医療機関別係数を乗じて得た点数(以下「所定点数」という。)に基づき算定するものとする。

(2～10略)

- 11 診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。

診断群分類点数表

(略)

(12～14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	
		ICDコード		区分等		区分等		区分等		疾患コードまたはICDコード	
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
								1あり	J038(2に限る。), G005, J045		
								2あり	E101, E101-2		
								3あり	化学療法なし、放射線療法あり		
								4あり	化学療法あり、放射線療法あり		
				頭蓋内腫瘍摘出術等	K168, K151-2, K167, K170, K171, K154, K011, K149, K168, K150, K161			5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3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、同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術、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養担当規則（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、脾臓）、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、脾臓）、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

載内容にも配意しつつ、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る）。

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、月経日に基ついて算定する場合、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