

医療機器の保険適用について（平成26年4月収載予定）

区分C1（新機能）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
①	ステムとメタフィシス	バイオジェネシス株式会社	285,000 円	原価計算方式	なし	0.78
	スペーサー		95,900 円	原価計算方式	なし	0.92
	インサート		31,600 円	原価計算方式	なし	0.42
	グレノイドスフェア		151,000 円	原価計算方式	なし	0.83
	ベースプレートとボーンスクリユー		160,000 円	原価計算方式	なし	0.92
	エクリス・リバーズ人工肩関節					

区分C 2 (新機能・新技術)

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
①	メドトロニック iPro2	日本メドトロニック株式会社	特定保険医療材料ではなく、技術料にて評価する		なし	なし
	メドトロニック ミニメド 600 シリーズ		特定保険医療材料ではなく、技術料にて評価する		なし	なし
②	イミディエート・サージカル・アンカーAdvance	株式会社プラトンジャパン	3,610 円	類似機能区分比較方式	なし	なし
③	磁気刺激装置 TMU-1100	日本光電工業株式会社	特定保険医療材料ではなく、技術料にて評価する		なし	なし

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 エクリス・リバーズ人工肩関節
 保険適用希望企業 バイオジェネシス株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
エクリス・リバーズ人工肩関節	C 1 (新機能)	本品は、腱板断裂性関節症、腱板広範囲断裂などの腱板機能不全を呈する症例に対して関節機能を回復する目的で肩関節の関節面を全置換するための全人工肩関節である。従来の臼蓋側と骨頭側が解剖学的形状で再現されるアナトミカル型と異なるコンセプトを採用し、関節窩コンポーネントを球状ヘッドに、上腕骨頭コンポーネントを凹型の半円形シェルとした、解剖学的形状を反転させたリバーズ型である。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ステムとメタフィシス	285,000 円	原価計算方式	0.78
スペーサー	95,900 円	原価計算方式	0.92
インサート	31,600 円	原価計算方式	0.42
グレノイドスフェア	151,000 円	原価計算方式	0.83
ベースプレートとボーンスクリュー	160,000 円	原価計算方式	0.92

関連技術料

K082 人工関節置換術 1 肩, 股, 膝 37,690 点

K082-2 人工関節抜去術 1 肩, 股, 膝 30,230 点

K082-3 人工関節再置換術 1 肩, 股, 膝 54,810 点

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ステムと メタフィシス	611,000 円	原価計算方式	1.67
スペーサー	140,000 円	原価計算方式	1.34
インサート	96,000 円	原価計算方式	1.28
グレノイドスフェア	314,000 円	原価計算方式	1.72
ベースプレートと ボーンスクリュー	317,000 円	原価計算方式	1.82

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
ステムとメタフィシス	723,000円 (8,033米ドル)	181,953円 (1,300英ポンド)	170,048円 (1,453.40ユーロ)	129,843円 (1,109.77ユーロ)	627,263円 (6,893豪ドル)	366,421円
スペーサー	180,000円 (2,000米ドル)	88,900円 (635英ポンド)	85,995円 (735ユーロ)	—	166,257円 (1,827豪ドル)	104,213円
インサート	181,957円 (2,022米ドル)	39,200円 (280英ポンド)	32,175円 (275ユーロ)	19,476円 (166.46ユーロ)	103,598円 (1,138豪ドル)	75,281円
グレノイドスフェア	420,750円 (4,675米ドル)	123,200円 (880英ポンド)	112,554円 (962ユーロ)	32,461円 (277.44ユーロ)	223,223円 (2,453豪ドル)	182,438円
ベースプレートとボーンスクリュー	220,500円 (2,450米ドル)	144,900円 (1,035英ポンド)	109,191円 (933.25ユーロ)	72,631円 (620.77ユーロ)	323,960円 (3,560豪ドル)	174,236円

1 ドル = 90 円 1 ポンド = 140 円
 1 ユーロ = 117 円 1 オーストラリアドル = 91 円
 (平成 24 年 10 月～平成 25 年 9 月の日銀による為替レートの平均)

製品概要

1 販売名	エクリス・リバーズ人工肩関節
2 希望業者	バイオジェネシス株式会社
3 使用目的	本品は、腱板断裂性関節症、腱板広範囲断裂などの腱板機能不全を呈する症例に対して関節機能を回復する目的で肩関節の関節面を全置換するための全人工肩関節である。

4 構造・原理

本品写真

(参考)従来型の人工肩関節

ヘッドの位置が従来型と逆になっており、従来型では肩の挙上ができず適応のなかった腱板機能不全症例であっても、肩の挙上が可能となる。

本品の主な有用性

○腱板断裂性関節症等の患者において、疼痛の緩和、肩の挙上が可能になる等の改善がみられた。

KSSSスコア※	術前	術後(12ヶ月以後)	平均改善幅
総合(0-100)	34.2 (6-63)	70.6 (33-95)	36.4
機能(0-30)	10.2 (0-23)	21.9 (8-30)	11.7
疼痛(0-20)	5.4 (0-15)	14.6 (5-20)	9.2
満足度(0-10)	1.5 (0-9)	7.8 (2-10)	6.3
可動域(0-20)	9.0 (0-20)	13.0 (5-20)	4
筋力(0-10)	4.7 (4-8)	6.7 (4-10)	2
持久力(0-10)	3.4 (0-10)	6.3 (0-10)	2.8

※KSSSスコア:機能、疼痛等を評価する肩関節の機能評価スコア

出典:企業データ

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 メドトロニック iPro 2、メドトロニックミニメド 600 シリーズ
 保険適用希望企業 日本メドトロニック株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
メドトロニック iPro 2	C 2（新機能・ 新技術）	<p>本品は、皮下組織間質液中のグルコース濃度の連続測定を行うことを目的とする連続グルコースモニタリングシステム(CGMS : Continuous Glucose Monitoring System)に用いられるセンサである。</p> <p>「医療従事者の指導を受けた患者自身が皮下に挿入すること。」について薬事法上の適応が拡大されたことに伴い、保険適用の拡大が提出された。</p>
メドトロニック ミニメド 600 シリーズ	C 2（新機能・ 新技術）	<p>本品は、グルコースセンサに接続して使用するトランスミッタである。得られた間質液中の信号電流値を血糖値で較正し、センサグルコース値として連続的に記録し、その値をインスリンの持続注入を行うポンプに送信する。</p>

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
メドトロニック iPro 2	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		—
メドトロニック ミニメド 600 シ リーズ	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		—

留意事項案

- (1) 本品は以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。
- ア 血糖コントロールが不安定な1型糖尿病患者
 - イ 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者
- (2) 本品は以下のいずれも満たす保険医療機関で行われた場合に算定する。
- ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
 - イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

関連技術料

- C 150 血糖自己測定器加算
- | | |
|-------------------|---------|
| 1 月 20 回以上測定する場合 | 400 点 |
| 2 月 40 回以上測定する場合 | 580 点 |
| 3 月 60 回以上測定する場合 | 860 点 |
| 4 月 80 回以上測定する場合 | 1,140 点 |
| 5 月 100 回以上測定する場合 | 1,320 点 |
| 6 月 120 回以上測定する場合 | 1,500 点 |
- D 231-2 皮下連続式グルコース測定（一連につき） 700 点

[参考]

○ 企業希望価格

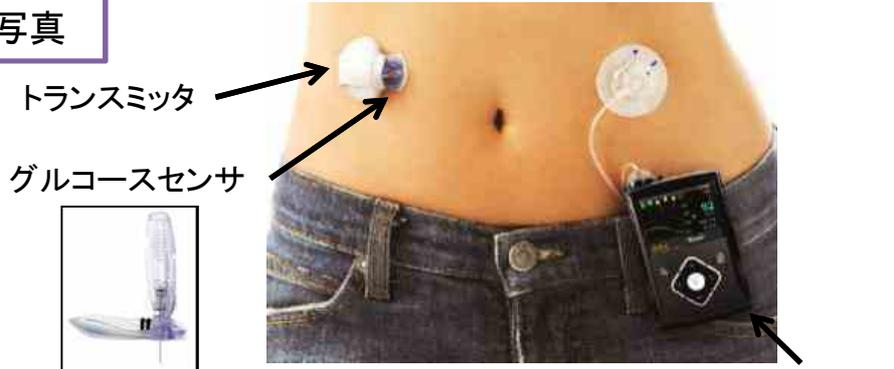
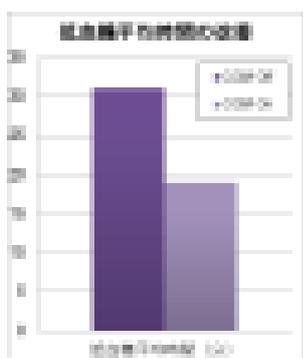
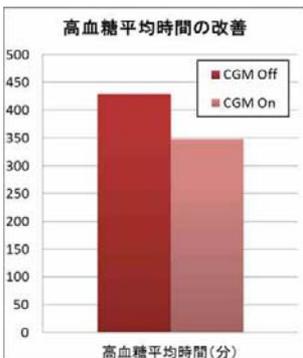
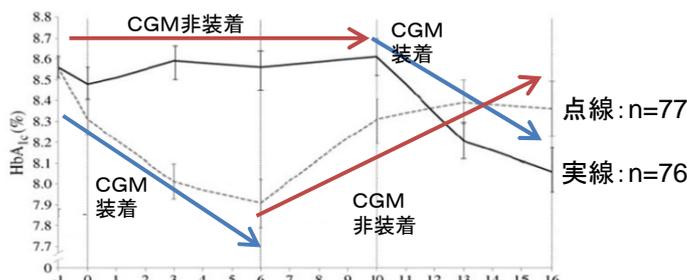
販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
メドトロニック iPro 2	7,630 円	158 皮下グルコース測定用電極 (2) 疼痛軽減・針刺し事故防止機構付加型 改良加算 (ハ、ト) 20% 6,370 円	0.95
メドトロニック ミニメド 600 シ リーズ	130,000 円	原価計算方式	—

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
メドトロニック iPro 2	-	9,240 円 (66.00 英ポンド)	7,547 円 (64.50 ユーロ)	8,396 円 (71.76 ユーロ)	6,825 円 (75.00 豪ドル)	8,002 円
メドトロニック ミニメド 600 シリーズ	-	-	-	-	-	-

1 ドル = 90 円 1 ポンド=140 円
 1 ユーロ=117 円 1 オーストラリアドル=91 円
 (平成 24 年 10 月～平成 25 年 9 月の日銀による為替レートの平均)

製品概要

1 販売名	メドトロニック iPro 2, メドトロニックミニメド 600 シリーズ
2 希望業者	日本メドトロニック株式会社
3 使用目的	<p>本品は、皮下組織間質液中のグルコース濃度の連続測定を行うことを目的とする連続グルコースモニタリングシステム(CGMS: Continuous Glucose Monitoring System)に用いられるグルコースセンサ(iPro2)及びトランスミッタ(ミニメド600シリーズ)である。</p>
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">本品写真</p>  <p style="text-align: right; margin: 0;">モニター付きインスリンポンプ(別途A2申請)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">本品の主な有用性</p> <p>○1型糖尿病でインスリンポンプを使用している患者において、低血糖時間・高血糖時間の改善を認めた。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>低血糖平均時間の改善</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>高血糖平均時間の改善</p>  </div> </div> <p>○同群において、CGM装着時のHbA1cの低減を認めた。</p>  <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">T. Battelino et al., "The use and efficacy of continuous glucose monitoring in type 1 diabetes treated with insulin pump therapy: randomised controlled trial", Diabetologia, 55, 3155-3162, 2012</p> </div>

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 イミディエート・サージカル・アンカーAdvance

保険適用希望企業 株式会社プラトンジャパン

販売名	決定区分	主な使用目的
イミディエート・サージカル・アンカーAdvance	C2 (新機能・新技術)	本品は骨内に植立するチタン合金製のミニスクリューである。歯科矯正治療において、矯正力付与のための固定源として、歯槽部または口蓋に植立して使用する。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均 価格との比
イミディエート・サージカル・アンカーAdvance	3,610 円	004 固定用内副子(スクリュー) (1) その他のスクリュー ① 標準型 ア 小型スクリュー (頭蓋骨・顔面・上下顎骨用) 補正加算なし 3,610 円	なし

[参考]

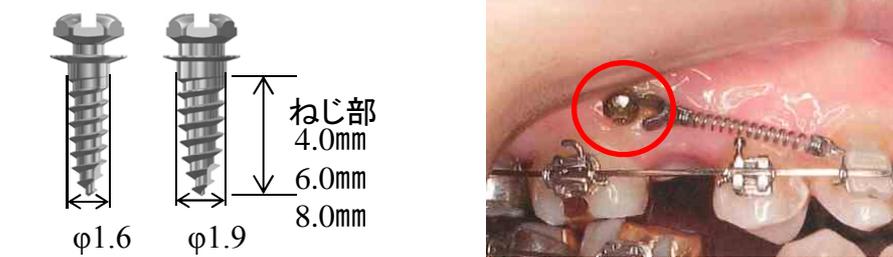
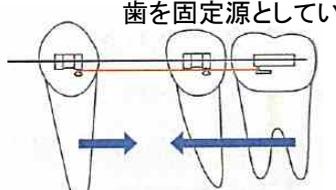
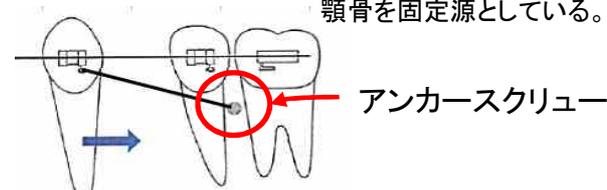
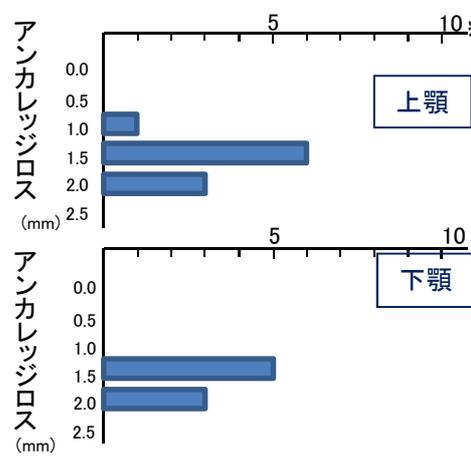
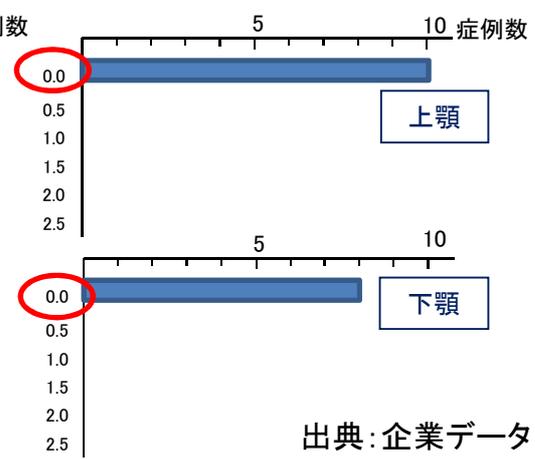
○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均 価格との比
イミディエート・サージカル・アンカーAdvance	3,610 円	004 固定用内副子(スクリュー) (1) その他のスクリュー ① 標準型 ア 小型スクリュー (頭蓋骨・顔面・上下顎骨用) 補正加算なし 3,610 円	なし

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オースト ラリア	外国平均 価格
イミディエート・サ ージカル・アンカー Advance	-	-	-	-	-	-

製品概要

1 販売名	イミディエート・サージカル・アンカーAdvance
2 希望業者	株式会社プラトンジャパン
3 使用目的	本品は骨内に植立するチタン合金製のミニスクリューである。歯科矯正治療において、矯正力付与のための固定源として、歯槽部または口蓋に植立して使用する。
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">本品写真</p>  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">本品の主な有用性</p> <p>○従来の矯正治療との違い</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>従来の矯正治療</p> <p>歯を固定源としている。</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>アンカースクリューを用いた矯正治療</p> <p>顎骨を固定源としている。</p>  </div> </div> <p>従来の矯正治療に比べ、本製品(歯科矯正用アンカースクリュー)を用いた場合、固定源とした歯の移動がなく、前歯部のみの移動が可能となる。</p> <p>○アンカレッジロスの減少</p> <p>アンカレッジロスとは、歯の移動のための固定源が移動してしまうことである。アンカースクリューを用いた場合、アンカレッジロスが認められなかった。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>●従来の矯正治療</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>●アンカースクリューを用いた矯正治療</p>  </div> </div> <p style="text-align: right;">出典: 企業データ</p> </div>

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 磁気刺激装置 TMU-1100

保険適用希望企業 日本光電工業株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
磁気刺激装置 TMU-1100	C2 (新機能・ 新技術)	本装置は尿失禁を伴う過活動膀胱患者の症状の改善を目的として治療を行うために、主に骨盤底領域の神経の刺激を行う磁気刺激装置である。椅子の形をした刺激ユニットより磁気エネルギーを座面上に出力し、その変動磁場によって患者の生体内に渦電流を発生させ、主に骨盤底領域の神経を刺激することが出来る。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均 価格との比
磁気刺激装置 TMU-1100	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		—

留意事項案

- (1) 本技術は、以下のいずれかを満たす尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して行った場合に限り算定できる。
 - ア 尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者。
 - イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者。
- (2) 本技術は、1週間に2回まで、6週間を限度とし算定できる。ただし、6週間を一連とし、1年間に2回までを限度とする。
- (3) 本技術は、以下の施設基準を満たす保険医療機関で行われた場合に限り算定できる。

5年以上の泌尿器科の経験又は5年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師が併せて2名以上配置されていること。

関連技術料

J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
磁気刺激装置 TMU-1100	3,000,000 円	原価計算方式	—

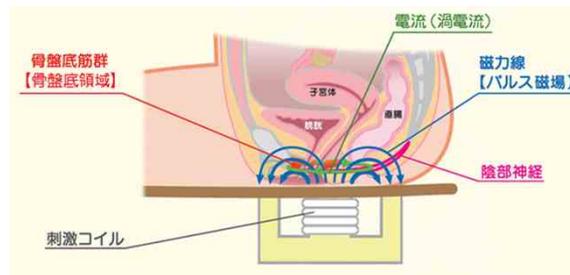
○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
磁気刺激装置 TMU-1100	—	—	—	—	—	—

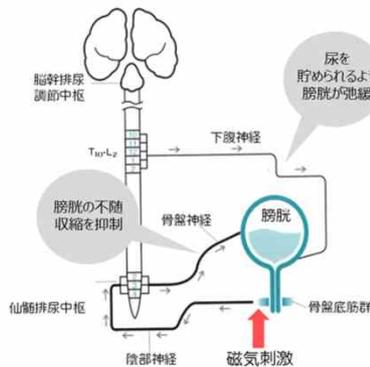
製品概要

1 販売名	磁気刺激装置 TMU-1100
2 希望業者	日本光電工業株式会社
3 使用目的	本装置は尿失禁を伴う過活動膀胱患者の症状の改善を目的として治療を行うために、主に骨盤底領域の神経の刺激を行う磁気刺激装置である。椅子の形をした刺激ユニットより磁気エネルギーを座面上に出力し、その変動磁場によって患者の生体内に渦電流を発生させ、主に骨盤底領域の神経を刺激することができる。

本品写真



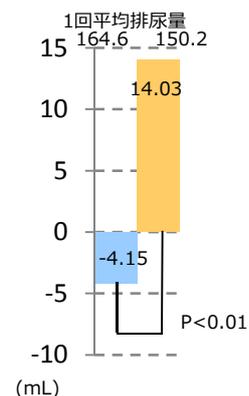
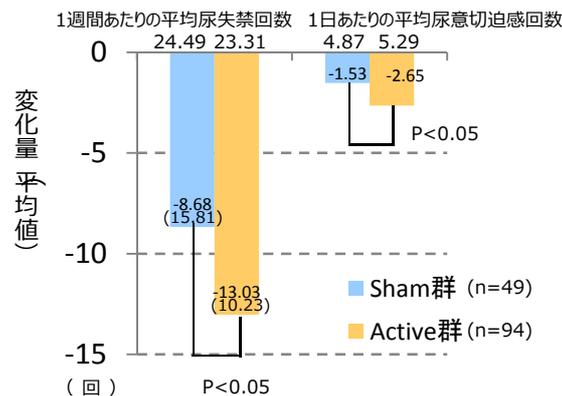
本品の作用機序



4 構造・原理

本品の主な有用性

○対照群と比較して、尿失禁回数及び尿意切迫感回数が減少し、1回排尿量が増加している。



(出典)
Yamanishi T, Homma Y, Nishizawa O, et al: Multicenter, randomized, sham-controlled study on the efficacy of magnetic stimulation for women with urgency urinary incontinence. Int J Urol 2013 Oct 14. doi:10.1111/iju.12289.

1. 医科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成25年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
22000BZX00725000	生体情報モニタ IntelliVue	株式会社フィリップスエレクトロニクスジャパン	筋電計(I)
223AIBZX00040000	低周波治療器 NEUBOX	株式会社プレシヤスワーク	低周波治療器
22400BZX00252000	スマートペンチレータ Vivo 50	チエスト株式会社	モニタ
22500BZX00464000	MONNAL T60 ペンチレータ	アイ・エム・アイ株式会社	人工呼吸器
22500BZX00464000			在宅人工呼吸器(I)
22500BZX00464000			在宅人工呼吸器(III)
22500BZX00464000			モニタ
22500BZX00470000	眼科用レーザ凝固装置 PASCAL Synthesis	株式会社トプコン	眼科用光凝固装置
22500BZX00477000	REMstar Pro System One 60 シリーズ	フィリップス・レスピロニクス合同会社	在宅人工呼吸器(III)
22500BZX00477000			人工呼吸器
22500BZX00483000	ベッドサイドモニタ CSM-1000シリーズ ライフスコープ G	日本光電工業株式会社	モニタ
22500BZX00483000			体液量等測定装置(I)
22500BZX00483000			脳波計
225AABZX00192000	オートケラトレフラクトノメータ TRK-2P	株式会社トプコン	角膜曲率半径計測装置
225AABZX00192000			眼圧計
225ABBZX00148000	腎盂尿管ビデオスコープ OLYMPUS URF-Y0008	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
225ADBZi00157000	sterEOS ワークステーション	株式会社メディテックファーマーイースト	診断用X線装置
225ADBZi00156000	sterEOS イメージングシステム	株式会社メディテックファーマーイースト	診断用X線装置
225ADBZX00148000	超音波画像診断装置 EPIQ	株式会社フィリップスエレクトロニクスジャパン	超音波検査装置(II)
225AFBZX00123000	IR IDEAL EYES ラパロスコープ	日本ストライカー株式会社	内視鏡
225AFBZX00123000	IR IDEAL EYES ラパロスコープ	日本ストライカー株式会社	内視鏡
225AGBZX00069000	フリッカー網膜電位計 RETeval レチバル	有限会社メイヨー	網膜電位測定装置
225AIBZX00061000	マルチ CCD デジタルラジオグラフィ NAOMI-2001	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
225AIBZX00061000			X線骨密度測定装置(I)
225AIBZX00062000	マルチ CCD デジタルラジオグラフィ NAOMI-2002	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
225AIBZX00062000			X線骨密度測定装置(I)
225AIBZX00063000	マルチ CCD デジタルラジオグラフィ NAOMI-2004	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
225AIBZX00063000			X線骨密度測定装置(I)
225AIBZX00064000	マルチ CCD デジタルラジオグラフィ NAOMI-2006	株式会社アールエフ	デジタル撮影装置
225AIBZX00064000			X線骨密度測定装置(I)
225AIBZX00065000	Ziehm Vision RFD Hybrid Edition X線透視診断装置	東洋メディック株式会社	診断用X線装置
225AKBZX00117000	KARL STORZテレスコープシステム V	エム・シー・メディカル株式会社	内視鏡

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成25年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
15500BZZ01461000	JMS E・D・チューブ	株式会社ジェイ・エム・エス	006 在宅寝たきり患者処置用栄養用デイスホーザブルカテーテル(1)経鼻用 ③ 経腸栄養用	¥1,630
15800BZZ01130000	オールシリコーン バルーンカテーテル	株式会社ジェイ・エム・エス	004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用デイスホーザブルカテーテル(2)2管一般(Ⅱ)	¥650
15800BZZ01130000			004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用デイスホーザブルカテーテル(5)特定(Ⅱ)	¥2,110
20100BZZ00880000	CAPDバッグフリー交換セット	株式会社ジェイ・エム・エス	004 腹膜透析液交換セット(2)回路 ① Yセット	¥867
21000BZZ00218000	APD回路 PD-Mini	株式会社ジェイ・エム・エス	004 腹膜透析液交換セット(2)回路 ② APDセット	¥5,430
21200BZZ00793000	シユアプラグ輸液セット	テルモ株式会社	005 在宅中心静脈栄養輸液セット(1)本体	¥1,930
21300BZZ00016000	オキシア	株式会社ジェイ・エム・エス	124 デイスホーザブル人工肺(膜型肺)(2)体外循環型(リザーバー機能なし) ① 一般用	¥113,000
21500BZZ00601000	JMS CAPDコネクティングシステム	株式会社ジェイ・エム・エス	053 腹膜透析液交換セット(2)回路 ① Yセット	¥867
21500BZZ00601000			004 腹膜透析液交換セット(2)回路 ① Yセット	¥867
22400BZX00442000	ホームPDシステム つなぐセット	バクスター株式会社	001 腹膜透析液交換セット(2)回路 ① Yセット	¥867
22400BZX00442000			051 腹膜透析用接続チューブ	¥13,200
22400BZX00442000			053 腹膜透析液交換セット(2)回路 ① Yセット	¥867
22400BZX00442000			004 腹膜透析液交換セット(2)回路 ① Yセット	¥867
22400BZX00443000	ホームPDシステム つなぐセット キャップキット	バクスター株式会社	001 腹膜透析液交換セット(1)交換キット	¥538
22400BZX00443000			053 腹膜透析液交換セット(1)交換キット	¥538
22400BZX00443000			004 腹膜透析液交換セット(1)交換キット	¥538
22400BZX00508000	エヴィア HF-T	バイオトロニックジャパン株式会社	112 ベースメーカー(8)トリアルチャンバ(Ⅱ型)	¥1,600,000
224AABZX00180000	ジェジュノストミイカテーテル	日本コヴィディエン株式会社	026 栄養カテーテル(2)腸瘻用	¥4,350
224AABZX00181000	スタマック チューブ	日本コヴィディエン株式会社	028 胃管カテーテル(1)シングルルーメン	¥87
22500BZX00180000	メビレックス ボーダー Ⅱ	メンリッケヘルスケア株式会社	101 皮膚欠損用創傷被覆材(2)皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	1cm当たり¥12
22500BZX00315000	フォールド・ボタン	株式会社トップ	037 交換用胃瘻カテーテル(1)胃留置型 ① パンパー型 イカイドワイヤーなし	¥19,600
22500BZX00372000	OSR2 肘頭プレート	京セラメディカル株式会社	061 固定用内副子(プレート)(7)骨端用プレート(生体用合金Ⅰ)	¥84,300
22500BZX00395000	ceramys フェモラルヘッド	株式会社マティス	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ③ 大腿骨ステムヘッド イ 大腿骨ステムヘッド(Ⅱ)	¥125,000
22500BZX00407000	メイラ鎖骨ロックングプレート	メイラ株式会社	061 固定用内副子(プレート)(7)骨端用プレート(生体用合金Ⅰ)	¥84,300
22500BZX00423000	メサ Small スパイナル システム	エム・シー・メディカル株式会社	064 脊椎固定用材料(1)脊椎ロッド	¥45,300
22500BZX00423000			064 脊椎固定用材料(4)椎体フック	¥73,700
22500BZX00423000			064 脊椎固定用材料(6)脊椎スクリュー(可動型)	¥103,000
22500BZX00423000			064 脊椎固定用材料(7)脊椎コネクター	¥46,400
22500BZX00423000			064 脊椎固定用材料(8)トランスバース固定器	¥66,500
22500BZX00439000	メビレックス Ag	メンリッケヘルスケア株式会社	101 皮膚欠損用創傷被覆材(2)皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	1cm当たり¥12
22500BZX00447000	セラリポーン-S	日本特殊陶業株式会社	078 人工骨(1)汎用型 ② 吸収型 A 顆粒・フィラー	1g当たり¥14,300
22500BZX00447000	セラリポーン-S	日本特殊陶業株式会社	078 人工骨(1)汎用型 ② 吸収型 A 顆粒・フィラー	1g当たり¥14,300
22500BZX00447000			078 人工骨(1)汎用型 ② 吸収型 イ 多孔体 i 一般型	1mL当たり ¥14,900
22500BZX00459000	ジンマー デルタセラミックオプションヘッド	ジンマー株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ③ 大腿骨ステムヘッド イ 大腿骨ステムヘッド(Ⅱ)	¥125,000
22500BZX00460000	ナトレル 410 プレスト・インプラント	アラガン・ジャパン株式会社	181 人工乳房	¥69,400
22500BZX00465000	バード ベントラライト ST	株式会社メディコン	099 組織代用人工繊維布(2)ヘルニア修復・胸壁補強用 ③ 腹膜欠損用	1cm当たり¥394
22500BZX00466000	PROFEMUR® Preserve システム	ライト・メディカル・ジャパン株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ① 大腿骨ステム(Ⅰ) A 標準型	¥507,000
22500BZX00467000	Niti-S 胆管用ロングカバードステントコンビ	センチュリーメディカル株式会社	034 胆道ステントセット(2)自動装着システム付 ① 永久留置型 A カバーあり	¥239,000
22500BZX00471000	Yasargil チタン脳動脈瘤クリップ	ビー・ブラウンエースクラップ株式会社	081 脳動脈瘤手術クリップ(2)特殊型	¥19,800
22500BZX00473000	ツインフィックス Ultra HA アンカー	スミス・アンド・ニュー エンドスコーピー株式会社	080 合成吸収性骨片接合材料(6)スーチャーアンカー	¥51,700
22500BZX00474000	プロテゴ TD	バイオトロニックジャパン株式会社	118 植込型除細動器用カテーテル電極(1)植込型除細動器用カテーテル電極(シングル)	¥926,000

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成25年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
22500BZX00476000	トリアスロントリアタニウム 脛骨ベースプレート	日本ストライカー株式会社	058 人工膝関節用材料(2)脛骨側材料 ① 全置換用材料(I)イ 特殊型	¥201,000
22500BZX00478000	E1 バイポーラシステム	バイオメット・ジャパン株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ④ 人工骨頭用ウハイポ-ラカップ(II)	¥134,000
22500BZX00484000	ZipTight システム	バイオメット・ジャパン株式会社	077 人工靭帯(2)固定器具つき	¥108,000
22500BZX00484000			060 固定用内副子(スクリュー)(8) その他のスクリュー ② 特殊型ア 軟骨及び軟部組織用 ii スーチャー-アンカー型(その他)	¥34,300
225AABZX00014000	アーガイル・ソラシック・カテーテル	日本コヴィディエン株式会社	029 吸引留置カテーテル(1) 能動吸引型 ① 胸腔用ア 一般型 ii 硬質型	¥1,180
225AABZX00021000	ED チューブ	日本コヴィディエン株式会社	005 在宅寝たきり患者処置用栄養用デイスホ-ザブルカテーテル(1) 経鼻用 ③ 経腸栄養用	¥1,630
225AABZX00021000			026 栄養カテーテル(1) 経鼻用 ③ 経腸栄養用	¥1,630
225AABZX00027000	マグネット チューブ	日本コヴィディエン株式会社	028 胃管カテーテル(3) マグネット付き	¥5,990
225AABZX00046000	セイラム サンブ チューブ	日本コヴィディエン株式会社	028 胃管カテーテル(2) ダブルル-メン ① 標準型	¥495
225AABZX00046000			028 胃管カテーテル(2) ダブルル-メン ② 特殊型	¥1,460
225AABZX00078000	デニス コロレクタル チューブ	日本コヴィディエン株式会社	030 イレウス用ロングチューブ(1) 標準型 ② 経肛門挿入型	¥41,600
225AABZX00142000	シュアプラグAD輸液セット	テルモ株式会社	002 在宅中心静脈栄養用輸液セット(1) 本体	¥1,930
225AABZX00142000			005 在宅中心静脈栄養用輸液セット(1) 本体	¥1,930
225AABZX00143000	シュアプラグAD延長チューブ	テルモ株式会社	002 在宅中心静脈栄養用輸液セット(1) 本体	¥1,930
225AABZX00143000			005 在宅中心静脈栄養用輸液セット(1) 本体	¥1,930
225ADBZX00160000	コーケンダブルサクシオンカニューレ	株式会社高研	003 在宅寝たきり患者処置用気管内デイスホ-ザブルカテーテル(1) 一般型 ① カフ付き気管切開チューブア カフ上部吸引機能あり i 一重管	¥4,570
225ADBZX00160000			038 気管切開後留置用チューブ(1) 一般型 ① カフ付き気管切開チューブア カフ上部吸引機能あり i 一重管	¥4,570
22500BZX00161000	OSR2 プレート	京セラメディカル株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(1) 一般スクリュー(生体用合金 I) ① 標準型	¥6,440
22500BZX00161000			061 固定用内副子(プレート)(7) 骨端用プレート(生体用合金 I)	¥84,300

新たな保険適用 区分C1(新機能)(新たな機能区分が必要で、技術は既に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成25年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	類似機能区分	暫定価格(円)
22500BZX00299000	Niti-S胃十二指腸用コンピステント	センチュリーメディカル株式会社	157 消化管用ステントセット	¥258,000
22500BZX00320000	Viva CRT-Dシリーズ	日本メトロニック株式会社	144 両室ペースング機能付き植込型除細動器(1)単極又は双極用①標準型	¥4,090,000
22500BZX00322000	SeQuent Please ドラッグ イルーターティング バルーンカテーテル	ニプロ株式会社	130 心臓手術用カテーテル(1)経皮的冠動脈形成術用カテーテル②インフュージョン型	¥150,000
22500BZX00402000	Viva Quad CRT-Dシリーズ	日本メトロニック株式会社	144 両室ペースング機能付き植込型除細動器(2)4極用	¥4,290,000

2. 歯科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成25年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
225AGBZX00070000	QRマスターハイブリットシリーズ	株式会社テレシステムズ	歯科CT撮影装置
225AGBZX00070000			パノラマ断層撮影装置
225AGBZX00070000			デンタルX線撮影装置
225AGBZX00070000			歯科パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置
225AGBZX00070000			歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成25年12月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
225ABBZX00017000	イーハ II	ヘレウス クルツァー ジャパン株式会社	035 硬質レジン歯 前歯用	6本1組¥593
225ABBZX00017000			036 硬質レジン歯 臼歯用	8本1組¥773
225ABBZX00142000	SA セメント プラス オートミックス	クラレノリタケデンタル株式会社	046 歯科用合着・接着材料 I(粉末・液)	1g¥441
225AKBZX00120000	FLI SL ブラケット	株式会社ロッキーマウンテンモリタ	004 ダイレクトボンド用ブラケット	1個¥286
225AKBZX00121000	FLI CSL ブラケット	株式会社ロッキーマウンテンモリタ	004 ダイレクトボンド用ブラケット	1個¥286

臨床検査の保険適用について(平成26年1月収載予定)

		測定項目	参考点数
①	E3 (新項目)	プレセプシン定量	D007 47 プロカルシトニン(PCT)定量 320 点
②	E3 (新項目)	ヒトメタニューモウイルス 抗原定性	D012 21 RS ウイルス抗原定性 150 点
③	E3 (新項目)	抗 ARS 抗体	D014 13 抗セントロメア抗体定性 190 点

臨床検査の保険適用について

区分 E3(新項目)

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
プレセプシン定量	化学発光酵素免疫測定法(CLEIA法)	血漿又は全血中のプレセプシンの測定(敗血症(細菌性)の診断の補助)	320点

<留意事項案>

プレセプシン定量は、敗血症(細菌性)を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「D007」血液化学検査の「47」のプロカルシトニン半定量、同区分「47」のプロカルシトニン定量又は区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「32」のエントキシン検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(参考)

- ・ 保険適用希望業者 三菱化学メディエンス株式会社
- ・ 商品名 パスファーストPresepsin
- ・ 参考点数 D007 47 プロカルシトニン(PCT)定量 320点

・

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

【区 分】 E3(新項目)

【測定項目】 プレセプシン定量

【測定方法】 化学発光酵素免疫測定法(CLEIA法)

【測定内容】 血漿又は全血中のプレセプシンの測定(敗血症(細菌性)の診断の補助)

【主な対象】 敗血症の疑い又は敗血症の患者

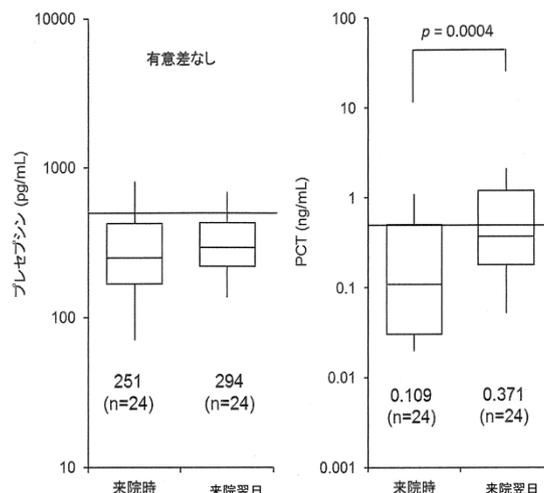
【有用性】 既存のプロカルシトニン定量検査では外傷症例においても測定値が上昇するが、本検査では偽陽性を示しにくい。

【既存法との比較】

○プロカルシトニンでは外傷症例でも数値が上昇するが、プレセプシンでは数値の上昇は見られなかった。

外傷症例におけるプレセプシンとプロカルシトニンの比較

	来院時の陽性率	来院翌日の陽性率
プレセプシン	20.8% (5/24)	8.3% (2/24)
プロカルシトニン	25.0% (6/24)	41.7% (10/24)



○本品はプロカルシトニンと比較して同等以上の診断効率を持つ。

SIRS群47例と敗血症群103例に対する両検査の比較

	感度	特異度	全体一致率	陽性反応的中率	陰性反応的中率
プレセプシン	94.2% (97/103)	68.1% (32/47)	86.0% (129/150)	86.6% (97/112)	84.2% (32/38)
プロカルシトニン	88.3% (91/103)	72.3% (34/47)	83.3% (125/150)	87.5% (91/104)	73.9% (34/46)

出典:臨床試験時のデータ等

臨床検査の保険適用について

区分 E3(新項目)

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
ヒトメタニューモウイルス 抗原定性	免疫クロマト法	鼻咽頭拭い液又は鼻腔吸引液中のヒトメタニューモウイルス 抗原の検出(ヒトメタニューモウイルス感染の診断の補助)	150点

<留意事項案>

ヒトメタニューモウイルス抗原定性は、当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、画像診断により肺炎が強く疑われる患者を対象として算定する。ただし、本検査と本区分「11」のウイルス抗体価(定性・半定量・定量)のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型、「19」のノイラミニダーゼ又は「21」のインフルエンザウイルス抗原定性若しくはRSウイルス抗原定性のうち3項目を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。なお、本区分「11」のウイルス抗体価(定性・半定量・定量)のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型、「19」のノイラミニダーゼ又は「21」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は1項目として数える。

(参考)

- ・ 保険適用希望業者 大蔵製薬株式会社
- ・ 商品名 チェック hMPV
- ・ 参考点数 D012 21 RSウイルス抗原定性 150点

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

【区 分】 E3(新項目)

【測定項目】 ヒトメタニューモウイルス抗原定性

【測定方法】 免疫クロマト法

【測定内容】 鼻咽頭拭い液又は鼻腔吸引液中のヒトメタニューモウイルス抗原の検出
(ヒトメタニューモウイルス感染の診断の補助)

【主な対象】 当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の画像診断により肺炎が強く疑われる患者

【有用性】 既存法であるウイルス分離法やRT-PCR法とよく相関し、5-15分程度で迅速に診断できる。

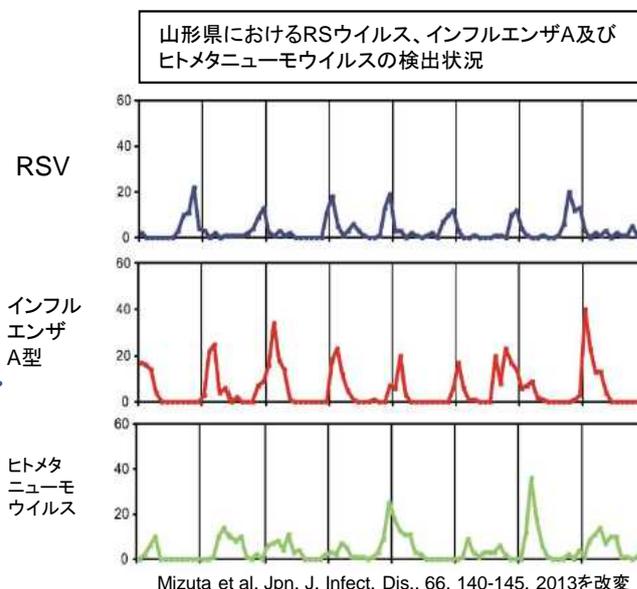
【測定する抗原】

ヒトメタニューモウイルス:

2001年に発見された呼吸器疾患の原因となるウイルス。乳児および幼児において季節性の下気道疾患を引き起こす。

乳幼児期の呼吸器疾患の原因となるRSウイルスと同様に、重症化例や集団感染が問題になることがある。

RSVが10～12月に流行し、その後インフルエンザA型が12～3月、ヒトメタニューモウイルスが2～6月に流行するパターンを示している。



【既存法との比較】

○本品は既存法であるRT-PCR方及びウイルス分離法とよく相関する。

検体	鼻咽頭ぬぐい液		鼻腔吸引液
測定方法	ウイルス分離法	RT-PCR法	RT-PCR法
感度	93.0%	82.3%	95.8%
特異度	88.4%	93.8%	93.0%
全体一致率	89.3%	90.6%	93.8%
所要時間	約1ヶ月	3時間	3時間

出典:臨床試験時のデータ等

臨床検査の保険適用について

区分 E3(新項目)

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
抗 ARS 抗体	ELISA法	血清中の抗 ARS 抗体の検出(多発性筋炎・皮膚筋炎の診断の補助)	190点

<留意事項案>

本検査と本区分「9」の抗 Jo-1 抗体定性、抗 Jo-1 抗体半定量又は抗 Jo-1 抗体定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。

また、本検査及び本区分の「9」から「11」までに掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 320 点又は 490 点を算定する。ただし、本検査と本区分「9」の抗 Jo-1 抗体定性、抗 Jo-1 抗体半定量又は抗 Jo-1 抗体定量を併せて実施した場合は1項目として数える。

(参考)

- ・ 保険適用希望業者 株式会社医学生物学研究所
- ・ 商品名 MESACUP anti-ARSテスト
- ・ 参考点数 D014 13 抗セントロメア抗体定性 190 点

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

【区 分】 E3(新項目)

【測定項目】 抗ARS抗体

【測定方法】 ELISA法

【測定内容】 血清中の抗ARS抗体の検出(多発性筋炎・皮膚筋炎(PM/DM)の診断の補助)

【主な対象】 多発性筋炎・皮膚筋炎(PM/DM)を疑う患者

【有用性】 既存の抗Jo-1抗体検査よりも多くの自己抗体を測定できるため、PM/DMに対する感度が高くなっている。また、抗ARS抗体に関する既存法と比較して非常に高い相関性を示す。

【既存法との比較】

○本品は既存の抗Jo-1抗体測定よりも多くの自己抗体を測定することができ、感度が高くなった。

自己抗体		抗Jo-1抗体	PM/DM	非PM/DM	合計	
抗Jo-1抗体		陽性	20	0	20	感度 : 15.2% (20/132) 特異度 : 100.0%(130/130)
抗PL-7抗体	抗Jo-1抗体測定試薬	陰性	112	130	242	
抗PL-12抗体		合計	132	130	262	
抗EJ抗体						
抗KS抗体						
抗OJ抗体		抗ARS抗体	PM/DM	非PM/DM	合計	
抗Zo抗体		陽性	39	3	42	感度 : 29.5% (39/132) 特異度 : 97.7%(127/130)
抗Ha抗体	本試薬	陰性	93	127	220	
		合計	132	130	262	

○既存法と比較して、PM/DM及び他の膠原病群検体の検査において高い相関を示す。

		RNA免疫沈降法			
		陽性	陰性	合計	
本試薬	陽性	59	1	60	陽性一致率 : 100.0%(59/59) 陰性一致率 : 99.7%(372/373) 全体一致率 : 99.8%(431/432)
	陰性	0	372	372	
	合計	59	373	432	

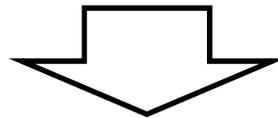
出典: 臨床試験時のデータ

体外診断用医薬品の 保険適用区分について

体外診断用医薬品の保険適用について

【課題】

- 体外診断用医薬品を保険適用する際、新たな測定方法の導入等により、感度・特異度の改善、測定時間の大幅な短縮等の臨床的意義が向上した場合の評価が十分でないという指摘がある。
- 現在の保険適用手続きにおける申請区分では、新しい点数設定を行うことのできる範囲が狭く、臨床的意義の向上を反映しにくくなっている。
- 現状では、想定される予測販売数の提出が明確化されていないという指摘がある。



【論点】

- 保険適用手続きにおける申請区分の定義を変更し、必要に応じて新たな点数設定が可能な申請範囲を拡大してはどうか。
- その際、保険適用後に検体種が新たに追加された場合など、申請時における予測販売数と市販後の実販売数が異なる場合もあるため、予測数の設定根拠を含め、予測販売数に関するより詳細なデータを提出するよう、申請様式を改めることとしてどうか。

体外診断用医薬品の保険適用の取り扱い

- 現在、体外診断用医薬品については、以下の3つの区分により保険適用が行われている。

□ E 1 (既存)

測定項目、測定方法とも既存の品目

- 既存項目と同じ点数

□ E 2 (新方法)

測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目

- 既存項目を準用して保険適用するが、改定時には新たな点数の設定はしない

□ E 3 (新項目)

測定項目が新しい項目

- 既存項目を準用して保険適用し、必要に応じて改定時に新たな点数を設定

現状の保険申請区分における問題点

- 新たな点数の設定にはE3申請が必要であるが、現在は測定項目が新しい場合に限定されているため、新たな測定方法の導入により感度・特異度が上昇した場合や、測定時間が従来法に比べて大幅に短縮した場合等の臨床的意義の向上に見合った点数設定を行うことができない。



【具体例】

【高感度心筋トロポニンT】E1（既存）決定

- 既存法と比較して、心筋梗塞発症早期からトロポニンの検出が可能となり、感度の向上等を実現。

【抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体、抗BP180-Nc16抗体（いずれも化学発光酵素免疫測定法（CLEIA法））】E2（新方法）決定

- 既存法（ELISA法）と同等の感度・特異度を保ちながら、測定時間が約6分の1に短縮し、測定範囲の拡大による希釈再検回避等の臨床的意義の向上を実現。

体外診断用医薬品の申請区分変更案

- 体外診断用医薬品の保険適用を行う際の申請区分について、E3の定義を以下のように変更するとともに、予測販売数の詳細データの提出を義務づけることとしてはどうか。

<現在の定義>

□ E 1 (既存)

測定項目、測定方法とも既存の品目

□ E 2 (新方法)

測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目

□ E 3 (新項目)

測定項目が新しい項目

<変更案>

□ E 1 (既存) → 変更なし

測定項目、測定方法とも既存の品目

□ E 2 (新方法) → 変更なし

測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目

□ E 3 (新項目、改良項目)

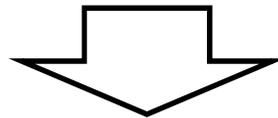
- ・測定項目が新しい項目
- ・技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存検査項目

再掲

体外診断用医薬品の保険適用について

【課題】

- 体外診断用医薬品を保険適用する際、新たな測定方法の導入等により、感度・特異度の改善、測定時間の大幅な短縮等の臨床的意義が向上した場合の評価が十分でないという指摘がある。
- 現在の保険適用手続きにおける申請区分では、新しい点数設定を行うことのできる範囲が狭く、臨床的意義の向上を反映しにくくなっている。
- 現状では、想定される予測販売数の提出が明確化されていないという指摘がある。



【論点】

- 保険適用手続きにおける申請区分の定義を変更し、必要に応じて新たな点数設定が可能な申請範囲を拡大してはどうか。
- その際、保険適用後に検体種が新たに追加された場合など、申請時における予測販売数と市販後の実販売数が異なる場合もあるため、予測数の設定根拠を含め、予測販売数に関するより詳細なデータを提出するよう、申請様式を改めることとしてはどうか。

平成 26 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応について 検討結果

平成 25 年 12 月 25 日
診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会
分科会長 小山 信彌

I. 概要

平成 26 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応については、平成 25 年 10 月 16 日の中医協総会において了承された検討事項とスケジュールに基づき、以降、中医協総会での中間的な検討 (平成 25 年 12 月 13 日) を踏まえながら、DPC 評価分科会 (平成 25 年 10 月 30 日、同年 11 月 13 日、同年 11 月 27 日、同年 12 月 9 日、同年 12 月 18 日の計 5 回) において引き続き検討を行った。

今回、以下について検討結果を取りまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し
 2. 機能評価係数 I・II の具体化 (見直しや追加を含む)
 3. 算定ルール等の見直し
 4. 退院患者調査の見直し
 5. 診断群分類の見直し
 6. その他 (適切な傷病名コーディングの推進について)
- (※赤字: 「中間とりまとめ」からの追加検討事項)

II. 検討結果の概要

1. 基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し

- II 群の要件のうち【実績要件 3】の算出においては、現時点で最新の外保連試案 (第 8.2 版) を活用することとする。

(考え方)

- II 群の要件【実績要件 1 : 診療密度】について、当該要件をクリアするために後発医薬品から先発医薬品に置き換えるインセンティブがあるのではないかという指摘があったが、機能評価係数 II において後発医薬品の使用割合を評価する指数を導入することになれば後発医薬品を使用する一定のインセンティブが期待されることから、【実績要件 1 : 診療密度】は引き続き現行の評価方法を継続することとし、次回改定以降、後発医薬品の使用割合の動向等を検証しつつ必要に応じて算出方法の見直し等の対応を検討することが妥当である。
- II 群の要件【実績要件 3 : 高度な医療技術の実施】については、最新の医療技術評価を反映させる観点から、現時点で最新の外保連試案 (第 8.2 版) を活用することが妥当である。

- 医療機関群のあり方については、今後の各医療機関の診療実態や医療提供体制のあり方に関する全体の議論を踏まえつつ、次回改定（平成 26 年度）以降も引き続き検討していくこととしてはどうか。

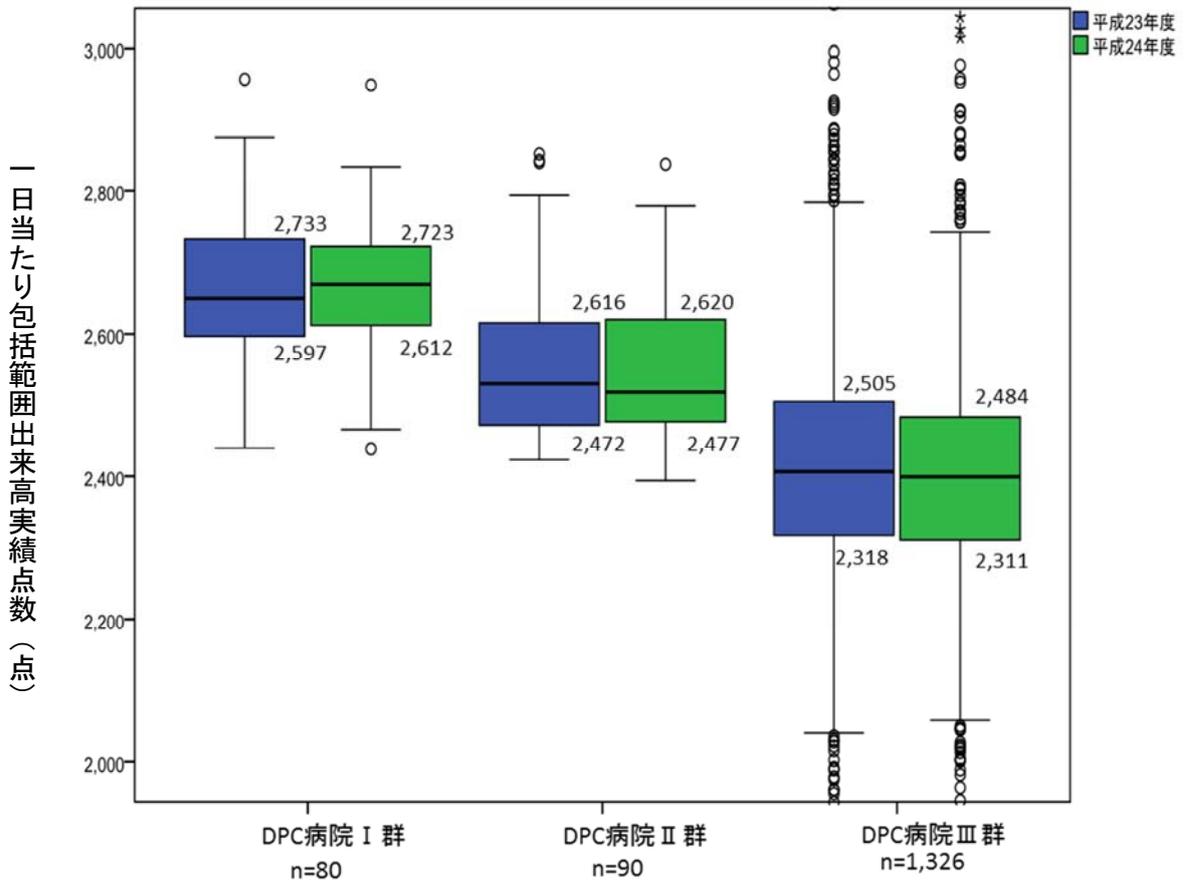
（考え方）

- 平成 24 年度診療報酬改定において、調整係数の廃止に向けて基礎係数が導入され、基礎係数は医療機関群に分けて設定することとされた。
- 中長期的には、同一基礎係数の対象医療機関について、一定の診療機能や診療密度に収斂していくことが期待される。

（参考：平成 23 年 11 月 18 日 中医協 総－2－2 より）
 同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

- 医療機関群別に診療密度の平成 23 年度から平成 24 年度にかけての経年変化について集計を行ったところ、I 群においては一定の収束傾向が認められているが、II 群・III 群においては明らかな収束傾向は認めていない。

【一日当たり包括範囲出来高実績点数（患者数補正後・医療機関群別）】



＜Ⅱ群の実績要件（平成26年度）＞（太字は平成26年改定の修正内容）

- 下記の【実績要件1】～【実績要件4】のそれぞれについて、Ⅰ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）より高い医療機関をⅡ群（大学病院本院に準じる病院）とする。

【実績要件1】：診療密度

診療密度 = [1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の（1症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床1床あたりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（「医療保険」総数（届出病床総数））により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の3つ（3a～3c）がそれぞれ一定の基準を満たす]

- (3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- (3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- (3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」については、外保連試案（第8.2版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

（※）外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

（以下続く）

(続き)

- 外保連手術指数は、外保連試案（第8.2版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数0人を1としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度D、外科医師数2、手術時間数3の手術は $7.43 \times 3 = 22.29$

外科医師数	1	2	3	4	5	6	7
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.25	3.25	3.52	3.79	4.06		
D	3.76	6.01	7.01	7.28	7.55	7.82	
E	5.64	9.41	11.66	12.66	12.93	13.20	13.46

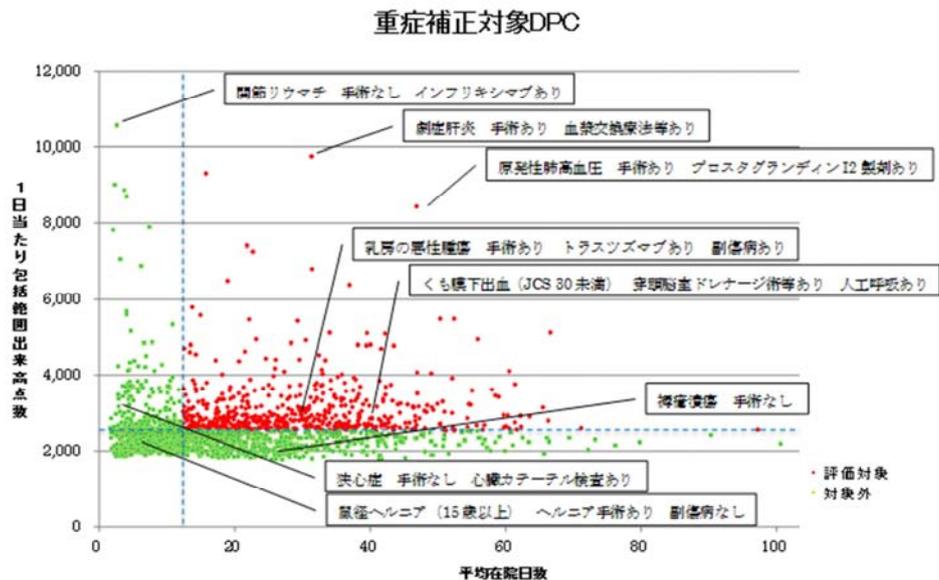
難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数（重症DPC補正後）]

- 全DPC参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。



※ 平成24年8月24日、平成25年10月16日、平成25年12月13日の中医協総会における決定事項を反映している。

2. 機能評価係数 I・IIについて

2-1. 機能評価係数 I

- 機能評価係数 I については、現行の評価方法を継続することとしてはどうか。
(改定全体の方針を踏まえた対応については、今後中医協総会において議論する)

(現行評価の考え方)

- 機能評価係数 I は、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子 (Structure) を係数として評価している。
- 具体的には、出来高評価体系において当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。
- ① 入院基本料の補正值
「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数 I の加算・減算により対応。
 - ② 入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
 - ・ 総合入院体制加算
 - ・ 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
 - ・ 医師事務作業補助体制加算
 - ・ 急性期看護補助体制加算
 - ・ 看護補助加算
 - ・ 医療安全対策加算、感染防止対策加算
 - ・ 地域加算
 - ・ 離島加算
 - ・ 病棟薬剤業務実施加算
 - ・ データ提出加算
 - ③ その他 (医療機関毎の機能の違いを評価)
 - ・ 検体検査管理加算 (該当する施設では検査を実施する患者全員に算定)

<現行の機能評価係数 I 一覧>

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院 基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566点/日
	入院基本料(7対1特別)			▲ 0.0689	1,244点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311点/日
	入院基本料(10対1特別)			▲ 0.1494	1,040点/日
入院 基本料等 加算	総合入院体制加算			0.0291	120点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0008		30点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0387		160点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0339		140点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109点/日
	看護補助加算2		0.0311		84点/日
	看護補助加算3		0.0207		56点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35点(入院初日)
感染防止対策加算1		0.0125		400点(入院初日)	
感染防止対策加算2		0.0031		100点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)		0.0010		40点/月
	検体検査管理加算(II)		0.0024		100点/月
	検体検査管理加算(III)		0.0071		300点/月
	検体検査管理加算(IV)		0.0119		500点/月
経過 措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

2-2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 見直しの概要

- 現行6項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

現行		平成 26 年改定
① データ提出指数	→見直し	① 保険診療指数
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	新設	⑦ 後発医薬品指数

(2) 見直しの内容（案）

① データ提出指数

見直しの概要

- ・ 名称・指数の考え方の見直しについて
- ・ 部位不明・詳細不明コードの使用割合について
- ・ DPC データの質を評価する新たな評価方法について
- ・ 適切な傷病名を用いたレセプトによる請求
- ・ 適切な保険診療の普及のため取組の評価

【名称・指数の考え方の見直しについて】

- 名称は「データ提出指数」から「保険診療指数」に変更することとし、DPC 対象病院における質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・普及のための取組を評価することとする。

(考え方)

- 適切なDPCデータを提出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、またDPCデータの提出はDPC制度への参加要件となっており、保険診療の一部であることを踏まえ、データ提出指数は質の確保されたDPCデータの提出も含めた、適切な保険診療の実施や推進を評価する指数に概念を拡大する。

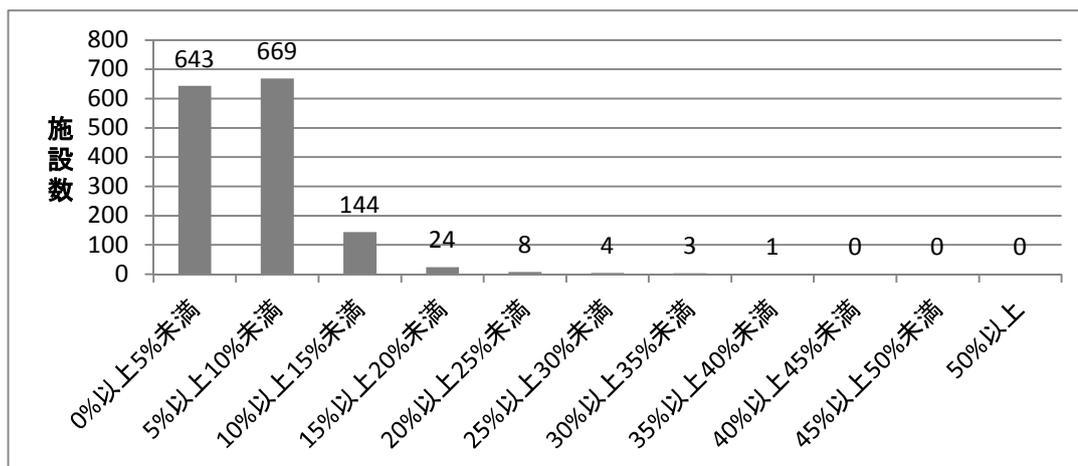
【部位不明・詳細不明コードの使用割合について】

- 現行の通り、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が「20%」以上の場合減算する評価方法を継続する。

(考え方)

- 平成 24 年度特別調査の結果、当該評価方法によって改善へのインセンティブを認めていることから、当該評価を継続することが妥当であり、減算幅については現行の評価方法のままで良いと考えられる。
- 「部位不明・詳細不明のコード」は、標準病名マスターが対応していないことが原因で一定程度発生してしまう可能性があり、現時点では医療機関の努力のみで解決が難しい点もあることから、現在の「20%以上」という基準をより厳しく設定するのは妥当ではない。
- 「部位不明・詳細不明のコード」の使用をさらに減らしていくためには、標準病名マスターの整備が必要であり、今後対応を検討する必要がある。

(参考：部位不明・詳細不明コードの使用割合による医療機関ヒストグラム)



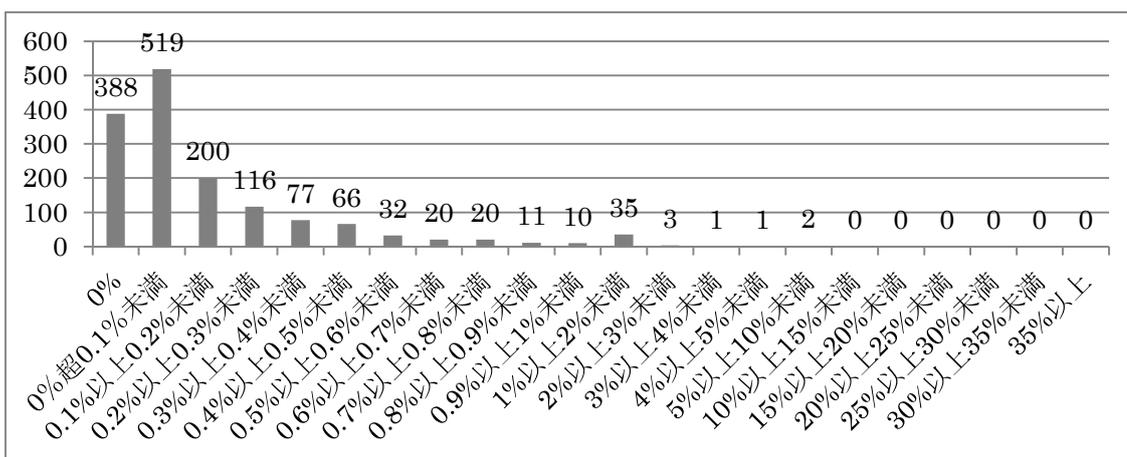
【DPC データの質を評価する新たな評価方法について】

- DPC データの質に関して、「様式間の記載矛盾」があるデータの割合が「1%」以上ある場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。

(考え方)

- 様式間の記載矛盾があるデータは、分析対象として取り扱うことが難しく、DPC データの質としては低いと考えられることから、提出されたデータのうちそのようなデータが1%以上ある場合は減点する評価方法を導入することが妥当であると考えられる。

(参考：様式間の記載矛盾が認められるデータの割合のヒストグラム)



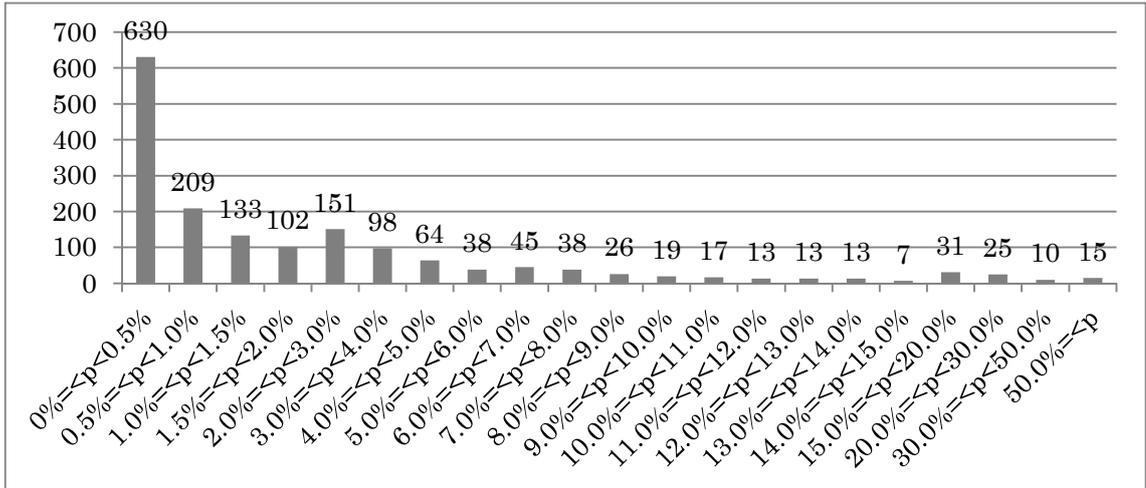
【適切な傷病名を用いたレセプトによる請求】

- 未コード化傷病名の割合が「20%以上」である場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。
- 未コード化傷病名の使用割合は、DPC データでは算出することができないことから、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用することとする。

(考え方)

- 「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」に基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトにより請求をするよう周知しているが、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。
- ICD-10 コードの「部位不明・詳細不明コード」の使用割合の基準をクリアするために、あえて未コード化傷病名を用いて病名を入力する事例が存在することも指摘されていることから、適切な ICD コーディングを推進する上でも、未コード化傷病名の使用割合による評価方法を導入することが妥当である。
- DPC データにはレセプト電算の傷病名コードは含まれておらず、未コード化傷病名の使用割合を把握することはできないため、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用する必要がある。

(参考: 全国の DPC 対象病院+準備病院の未コード化傷病名率のヒストグラム)



【適切な保険診療の普及のため取組の評価】

- I 群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した（出向させた）場合、指数を一定程度加算する評価方法を導入することとする。

※ 厚生労働省指導医療官について

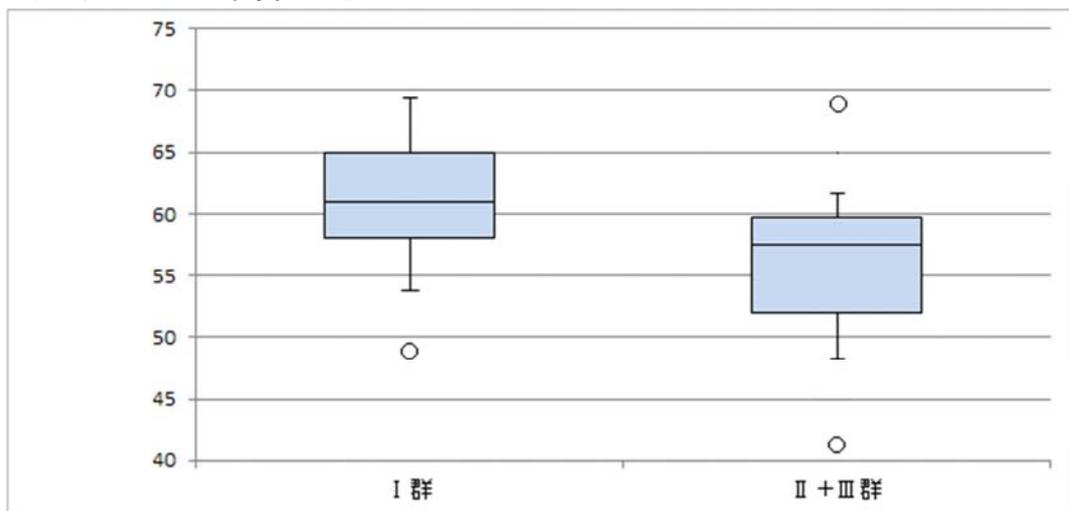
厚生労働省職員として、保険診療に関する指導（保険者、審査支払機関、保険医療機関等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等に関する指導や助言）、指導監査業務を行う。

(考え方)

- 医療保険制度を熟知した医師を養成し適切な保険診療に関する教育の普及を図る必要があるが、日常的な診療を行うのみでは一定の限界があると考えられることから、一定期間保険行政にたずさわることが望ましいと考えられる。
- 過去3年間の特定共同指導・共同指導における主な指摘の件数群別に比較した結果、I 群病院（大学病院本院）は研修医数が多く教育的機能が期待されているにもかかわらず指摘事項が比較的多いことから、特にI 群病院（大学病院本院）において適切な保険診療の実現が必要であると考えられる。
- I 群病院のうち、保険指導医を派遣している医療機関は DPC データの質が高い傾向が認められており、保険行政に協力することは保険診療の質を高める上で有効であることが示唆されている。
- DPC 評価分科会においては、病院の中には自分が保険医であることを知らな

い医師もおり適切な保険診療を普及するための取組を評価すべきであるという意見、実行性のある形で評価するには派遣された後に当該病院で研修に携わることを義務づける必要であるという意見、適切な保険診療の普及のためには研修制度などの直接的な取組を評価するべきではないかという意見があった。

(特定共同指導・共同指導における平均指摘事項数の分布・医療機関群別※1)
(平成23～25年度※2)



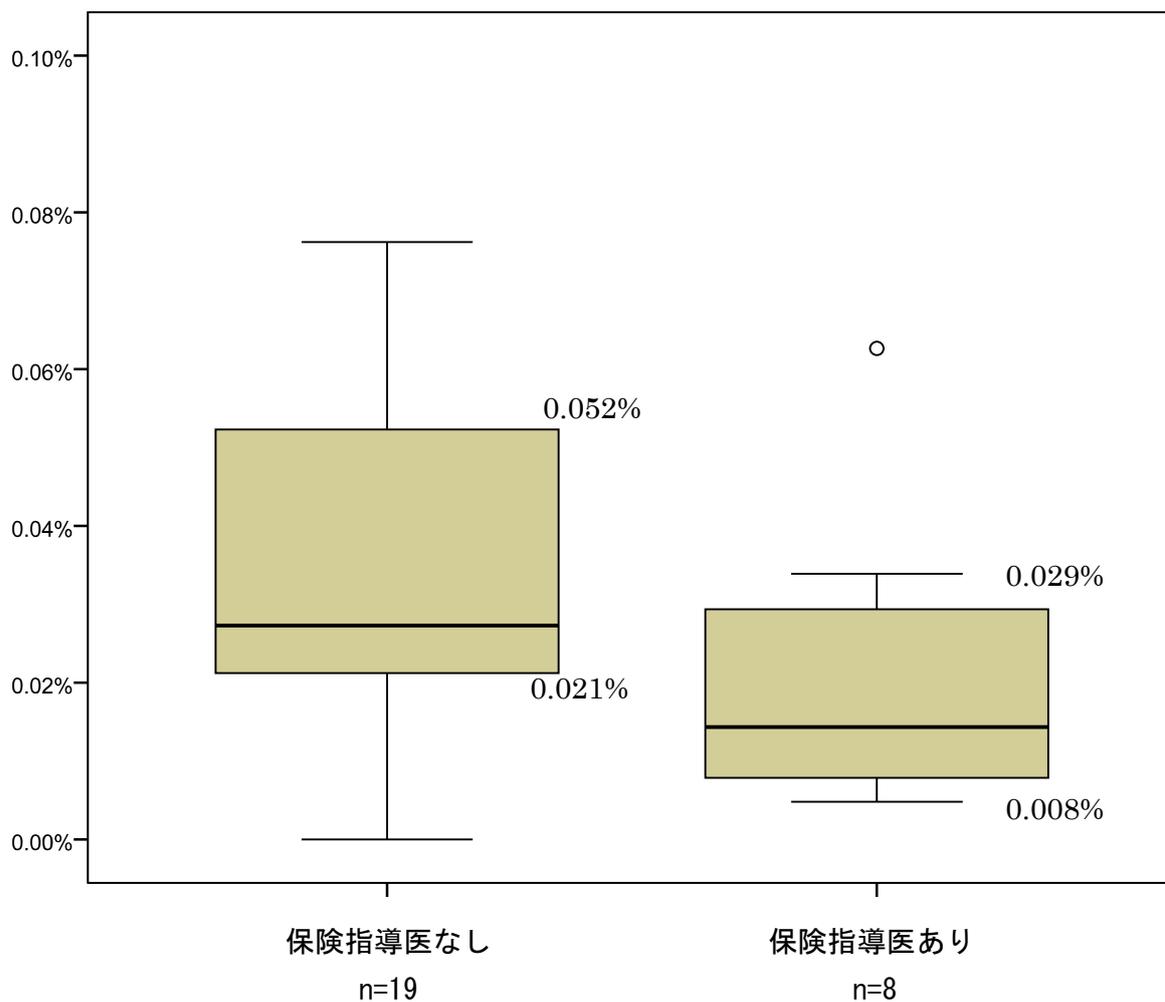
※1 I 群 II + III 群共に n=14

※2 25 年度は指導が終了し指摘内容確定したもののみ含む。

※3 ベッド数と医師数の平均値・医療機関群別

	I 群	II 群 + III 群
平均ベッド数	804	590
平均常勤医師数	417	157
非常勤	202	35
研修医	66	26

(保険指導医有無別様式間の矛盾割合比較 (DPC病院 I 群))



(※ 関東信越厚生局管内の DPC 病院 I 群で集計)

(※ 保険指導医は「非常勤」で採用される職員である)

(3) その他の検討結果について

【副傷病名の適切な記載について】

(考え方)

- 副傷病名については、より精緻な DPC 点数表の設計に向けて、質の高い傷病名 (医療資源投入量や在院日数に影響を与える傷病名) の記入が求められるため、機能評価係数による評価の導入について検討を行ったが、質を担保する適切な指標がない限り質の低い傷病名の記入が増えるだけの結果となってしまう可能性があることから、次回改定での機能評価係数による評価は見送ることとし、まずは医療機関に副傷病名の適切な記載を周知していくことが妥当であると考えられる。
- 様式 1 において記入可能な傷病名の個数が制限されていること (現行では「入院時併存傷病名 (4 つ)」「入院後発症傷病名 (4 つ)」) が適

切な副傷病名の記載を妨げている可能性があり、記載可能な傷病名の個数を増やすことについても検討する必要があると考えられる。

⑤ 救急医療指数

- ヒアリング調査の結果を踏まえ、救急医療指数の評価の対象となるような重症症例をより公平に評価するため、レセプト審査との整合性を高めることを目的とし、評価対象患者の選定において、現行の「様式1の救急医療入院の有無」に加え、「重症な患者が算定すると考えられる入院料（A205 救急医療管理加算、A300 救命救急入院料等）を入院初日から算定していること」を追加する。

（考え方）

- 救急医療指数は、救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価する指数であるが、平成25年度特別調査（ヒアリング調査）において、予定外入院の患者の重症度の判断は医療機関によって大きなばらつきがあると考えられたことから、当該指数の評価対象となる患者の選定に係る公平性を高める観点から、現行の様式1の「救急医療入院」ありに加えて、重症な患者が算定すると考えられる入院料を入院初日から算定している患者に対象を限定して評価する。

⑥ 地域医療指数

見直しの概要

- ・ 体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について
- ・ 「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加
- ・ 「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成27年度からの導入を検討）
- ・ 「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成27年度からの導入を検討）
- ・ 評価上限ポイントの群別設定

【体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について】

- 都道府県へアンケート結果等に基づき、現行の10項目による評価方法に加え、「急性心筋梗塞の24時間診療体制」と、「精神科身体合併症の受入体制」の評価項目を追加し、計12項目で評価することとする。

(考え方)

- 体制評価指数については、現行の評価対象（4 疾病・5 事業）に「精神疾患」「在宅医療」を加えた「5 疾病・5 事業＋在宅医療」を評価対象として、入院医療において客観的な評価が可能な評価方法の導入について検討した。
- 「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について（医政局指導課）」において、急性心筋梗塞を 24 時間専門的な診療を行う体制を構築することとされていることから、時間外で急性心筋梗塞の治療を行った実績が一定以上ある医療機関を評価することとする。
- 「精神科救急医療体制に関する検討会報告書」において、精神科を有する救急対応可能な総合病院は、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患の患者等の受け入れが期待されていること、また平成 24 年度退院患者調査の結果報告において精神病床を併設する病院と併設しない病院を比較した場合、併設あり病院の方が当該病院の一般病床における精神疾患を有する患者の受け入れが活発である傾向が示されていることから、「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価する。

(参考：平成 24 年度退院患者調査の結果報告より)

※ 一般病床に入院する精神合併症ありの患者数を集計。

(一般病床の入院患者)	施設数	1 病院当たりの精神合併症あり症例数	1 病院当たりの精神合併症あり、救急車搬送あり症例数
精神病床併設なし	1,560	202.3	55.6
精神病床併設あり	214	505.7	111.0
		($p < 0.05$)	($p < 0.05$)

【「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加】

【「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成 27 年度からの導入を検討）】

- 現行の 10 項目については、「小児がん拠点病院」の評価の追加の見直しを行う。
- 平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとする。

(考え方)

- 「小児がん拠点病院」は、平成 25 年 2 月に指定されたことから新たに評価対象とすることとする。また現行の評価方法においては、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院を評価対象（Ⅲ群に限る）としているが、平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとしてはどうか。

【「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成 27 年度からの導入を検討）】

- 体制評価指数の「⑤災害時における医療」において、災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき都道府県から指定地方公共機関に指定された医療機関を評価することとする（平成 27 年度からの導入について平成 26 年度以降に検討）。

(考え方)

- 災害対策基本法に基づく災害対策と同様に、新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、都道府県は指定地方公共機関（医療機関を含む）の指定等により新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備することとされていることから、現行の災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等の対応のために都道府県から指定地方公共機関として指定された医療機関についても評価対象とする。

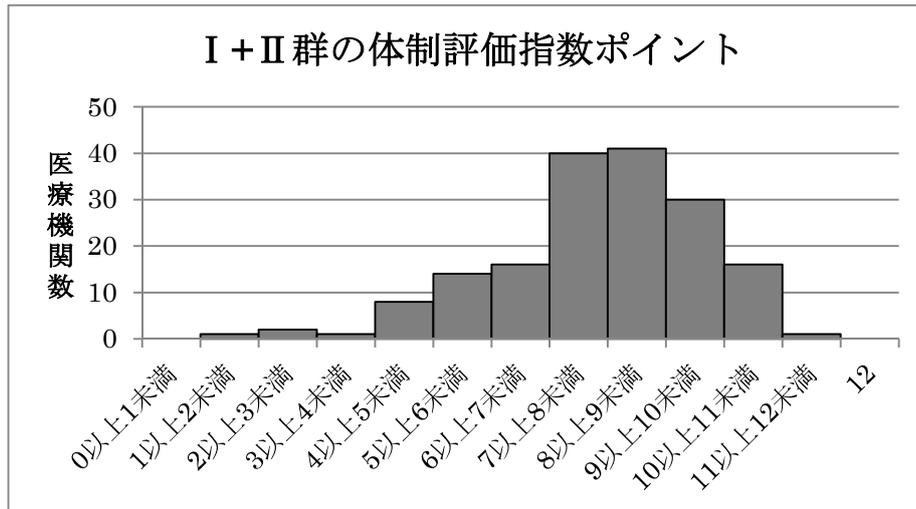
【評価上限ポイントの群別設定】

- 体制評価指数の評価上限ポイント（現行は 10 項目中 7 ポイント）は、医療機関群別に設定する。
（例：Ⅰ群・Ⅱ群は 12 項目中 10 ポイント、Ⅲ群は 12 項目中 8 ポイントとする）

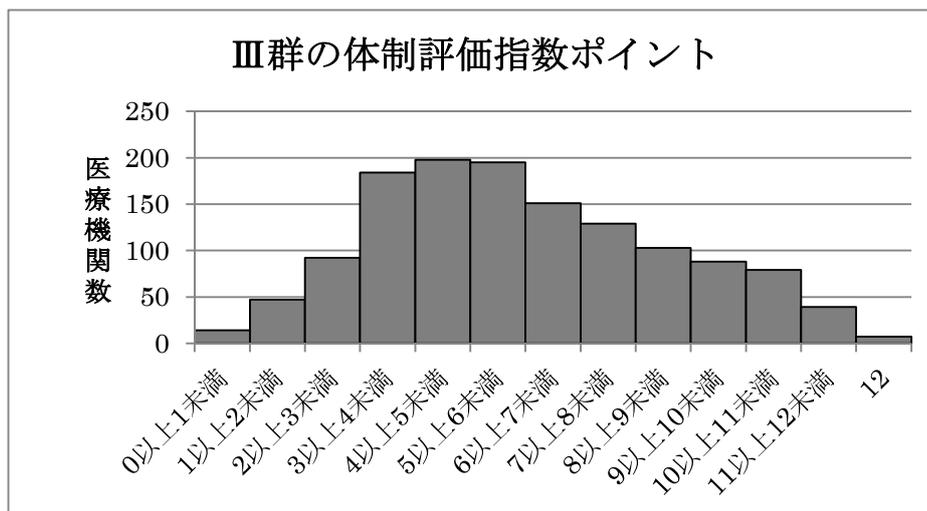
(考え方)

- 体制評価指数については、各 DPC 病院が「5 疾病・5 事業」全てに係る体制を構築する必要はないと考えられることから、ポイントの評価上限を設定することが妥当であると考えられるが、地域において中核的な役割を果たすと考えられるⅠ群・Ⅱ群病院については、Ⅲ群より高い評価上限を設定することが妥当であると考えられる。

(平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション(上限 12 ポイント))



	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00



	III 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

<⑥地域医療指数 見直しのイメージ>

現行		平成 26 年改定	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計 10 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 評価上限値を設定 	体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>計 12 項目</u> ・ 一部実績を加味 ・ <u>群別に評価上限値を設定</u>
定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外	定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外

<地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ（項目の位置づけ）>

【考え方】5 疾病・5 事業＋在宅医療に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
● 5 疾 病	がん	②がん地域連携	⑧がん拠点病院	③地域がん登録
	脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
	急性心筋梗塞	—	⑪24時間診療体制	—
	糖尿病	—	—	—
	<u>精神疾患</u>	—	⑫精神身体合併症の受入体制	—
● 5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害時における医療	—	⑤災害時における医療（＋災害拠点病院）	⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）
	へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
	周産期医療	—	⑦周産期医療	—
	小児医療	—	—	—
<u>在宅医療</u>				

太字（下線）：新規項目

灰色：実績評価の要素を加味する項目

⑦ 後発医薬品指数

- 後発医薬品の使用割合による評価方法を、7項目の新たな指数として導入する。
- 評価対象となる薬剤の範囲は、ヒアリング調査等に基づき、当該医療機関の入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分(※)）とする。
（※出来高部分：DPC 包括対象外となる退院時処方、手術中に使用される薬剤等。）

（考え方）

- 後発医薬品の使用割合による評価方法については、当初は「効率性指数」に含める形で提案されたが、効率性指数は平均在院日数を評価する重要な指数であり、また後発医薬品を使用することは「効率性」という概念とは違うのではないかという指摘があったこと等に基づき、別建ての指数として評価することが妥当であると考えられる。
- DPC 包括部分の後発医薬品の使用割合を係数で評価するのは二重評価ではないかという指摘があり、出来高部分に評価対象を限定するという提案があったが、包括部分・出来高部分に限らず国全体として後発医薬品の使用割合60%を目指すというロードマップが示されていること、また、ヒアリング調査の結果、後発医薬品の使用割合が高い病院では包括になるのか別途出来高算定可能なのかということの特を意識せずに切り替えていることが判明したことから、包括部分・出来高部分を合わせた入院医療で使用される全薬剤を対象とすることが適切であると考えられる。

【参考：後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計】

	包括部分後発医薬品使用割合	出来高部分後発医薬品使用割合	全体
DPC 対象病院	40.7%	30.1%	37.2%
DPC 準備病院	34.2%	28.3%	32.5%
全体	40.3%	30.0%	36.9%

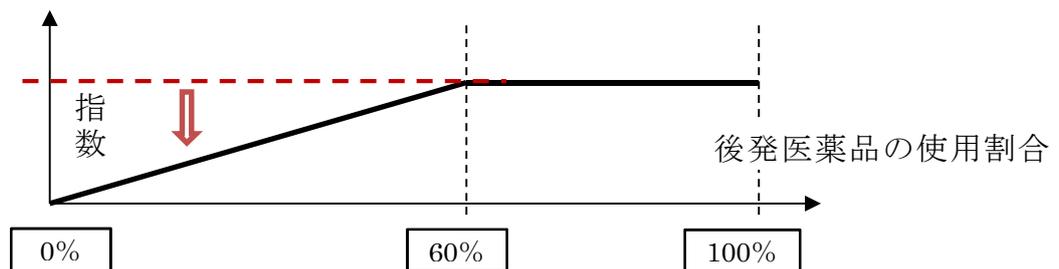
【参考：包括部分と出来高部分の薬剤の数量比】

	包括部分数量割合	出来高部分数量割合	全体
DPC 対象病院	73.4%	26.6%	100.0%
DPC 準備病院	73.8%	26.2%	100.0%
全体	73.4%	26.6%	100.0%

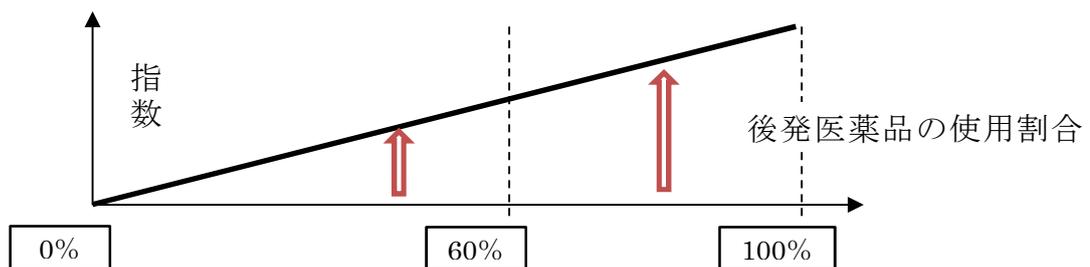
【「後発医薬品指数」に関する追加検討事項】

- 後発医薬品指数については、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である60%に達していない医療機関について、目標に達していない度合いに合わせ連続値で低い評価となる【案1】の評価方法とする。
- 平成25年12月13日の中医協総会の議論に基づき、後発医薬品の使用割合による評価方法について、目標に達していない度合いに合わせ連続値で低い評価となる【案1】の評価方法と、後発医薬品の使用割合に応じて単純に加算する【案2】の評価方法のどちらが適切であるかについて検討を行った。

【案1】目標値に達していない医療機関が低い評価となる考え方



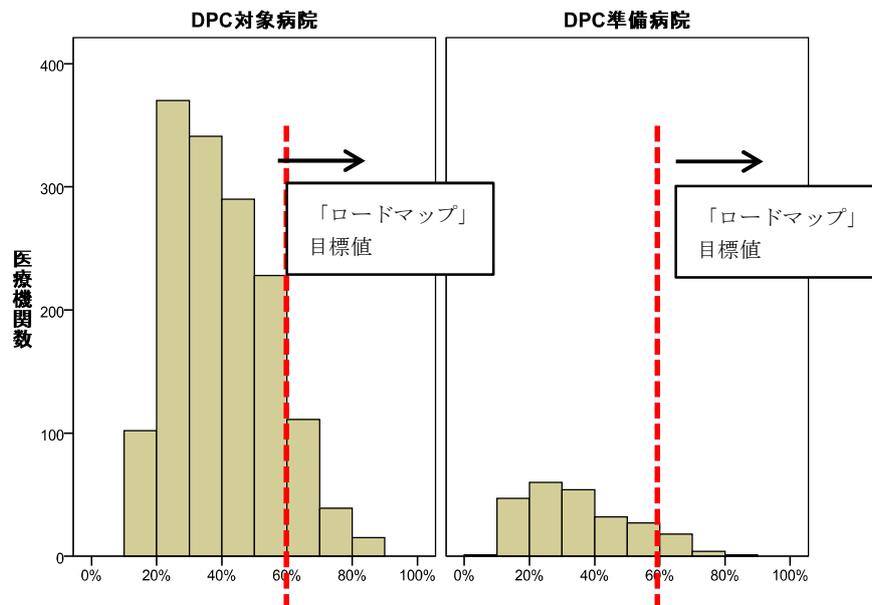
【案2】後発医薬品の使用割合に応じて単純に加算する考え方



(考え方)

- 平成25年4月5日に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」が示され、平成30年3月末までに新たな後発品使用割合の60%（新指標）を目標とすることとされた。
- DPC対象病院については、DPC/PDPSが包括支払いであることによって後発医薬品の使用が促進されることが期待されているが、入院医療で使用される薬剤について後発医薬品の使用割合の平均値は37.2%であり、目標値である60%を達成していない医療機関の割合は約90%となっている。
- 【案2】の評価方法とした場合、制度設計上置き換え可能な後発医薬品はすべて置き換えた方が高い評価となるため、過度の後発医薬品置き換えのインセンティブがかかり医療現場（例えば薬剤部等）に強い負荷がかかる可能性があるため、【案1】のように目標値を設定する方が現場の実情に即した後発医薬品の置き換えが期待できる。

- 【案1】の評価方法であっても、評価上限以上となる医療機関は1割程度であることから、次回改定（平成26年度）においては、まずは【案1】の評価方法を導入することとし、次回改定以降、各医療機関の後発医薬品の使用動向を検証しつつ、目標値を60%より高い値にすることや、【案2】のように評価上限を設けずに評価することについて検討していくことが妥当である。



＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）＞（太字は平成26年改定の修正内容）

評価対象データは※平成24年10月1日～平成25年9月30日（12ヶ月間）のデータ

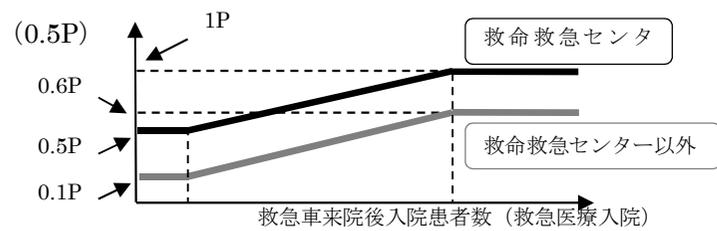
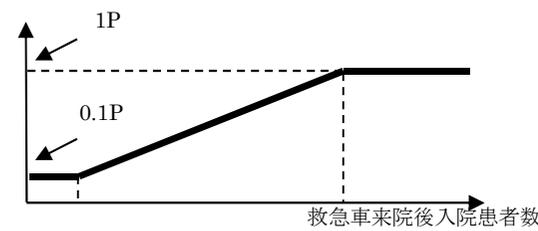
＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減じる。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</p> <p style="margin-left: 2em;">i 様式1の親様式・子様式 データ属性等（郵便番号、性別、生年月日）の矛盾</p> <p style="margin-left: 2em;">ii 様式1とEFファイル 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾</p> <p style="margin-left: 2em;">iii 様式4とEFファイル 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾</p> <p style="margin-left: 2em;">iv DファイルとEFファイル 記入されている入院料等の矛盾</p> <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</p> <p>④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（I群のみ） I群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を●●点加算する。</p>

2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>[全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価	<p>[当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数] / [全病院の平均一入院あたり包括点数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>[当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数] / [全 DPC 数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	<p><u>1 症例あたり [以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和]</u></p> <p>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <p><u>「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>「A205 救急医療管理加算」</u> • <u>「A300 救命救急入院料」</u> • <u>「A301 特定集中治療室管理料」</u> • <u>「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」</u> • <u>「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</u> • <u>「A301-4 小児特定集中治療室管理料」</u> • <u>「A302 新生児特定集中治療室管理料」</u> • <u>「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」</u> <p>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</p> <p><u>「救急医療入院」の患者</u></p>

<p>6) 地域医療指数</p>	<p>地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="869 215 1998 561"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数 (内訳)</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数 <u>計 12 項目 (各 1 ポイント)</u> <u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u> <u>III 群は評価上限 8 ポイント</u></td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td>1) 小児 (15 歳未満)</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外 (15 歳以上)</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数 (評価に占めるシェアは 1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価 (計 <u>12</u> 項目、詳細は次ページの別表 2 参照)。一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値を <u>I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイント</u> とする。</p> <p>② 定量評価指数 (評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ) 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を 1) 小児 (15 歳未満) と 2) それ以外 (15 歳以上) に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】 DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 III 群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数 (内訳)		評価に占めるシェア	① 体制評価指数 <u>計 12 項目 (各 1 ポイント)</u> <u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u> <u>III 群は評価上限 8 ポイント</u>		1/2	② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4
地域医療指数 (内訳)		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数 <u>計 12 項目 (各 1 ポイント)</u> <u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u> <u>III 群は評価上限 8 ポイント</u>		1/2											
② 定量評価指数	1) 小児 (15 歳未満)	1/4											
	2) 上記以外 (15 歳以上)	1/4											
<p>7) 後発医薬品指数</p>	<p>各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価</p>	<p>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、<u>後発医薬品の数量シェア</u> (= $\frac{\text{〔後発医薬品の数量〕}}{\text{〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕} + \text{〔後発医薬品の数量〕}}$) により評価。 (※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。)</p>											

< 地域医療指数・体制評価指数別表 2 >

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイント）。

評価項目 (各 1P)	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
①脳卒中地域連携 (DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名 (例: 脳梗塞等) である患者数〕 で評価 (実績に応じて 0~1P)	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)」のいずれかの施設基準を取得していることを評価 (1P)
②がん地域連携 (DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名 (例: 胃の悪性腫瘍等) である患者数〕 で評価 (実績に応じて 0~1P)	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価 (1P)
③地域がん登録 (実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数 (当該都道府県内の患者分に限り)〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名 (例: 胃の悪性腫瘍等) である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕 で評価 (実績に応じて 0~1P)	
④救急医療 (実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価 (0.5P)、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価 (0.1P)。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価 (0.1P)
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) 	救急車で来院し、入院となった患者数 (0.9P) 

評価項目 (各 1P)	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関 (※)</u> の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価 (0.5P ずつ) <u>(※) 平成 27 年度以降に導入すること平成 26 年度以降検討する</u>	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関 (※)</u> の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価 (いずれかで 1P) <u>(※) 平成 27 年度以降に導入することを平成 26 年度以降検討する</u>
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価 (いずれかで 1P)	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1P) 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価 (いずれかで 1P)
⑧がん拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> 「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「<u>小児がん拠点病院の指定</u>」を重点的に評価 (1P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.5P) 準じた病院 (右欄※参照) としての指定は評価対象外 (0P) 	「がん診療連携拠点病院の指定」、 <u>「小児がん拠点病院の指定」</u> もしくはそれに準じた病院 (※) としての指定を受けていることを評価 (いずれかで 1P) ※都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。 <u>(今後「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを平成 26 年度以降検討する。)</u>
⑨24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価 (1P)	
⑩EMIS (広域災害・救急医療情報システム)	EMIS (広域災害・救急医療情報システム) への参加の有無を評価 (1P)	
⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	<u>医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算 (特例を含む) ・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等 (K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2) のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価 (実績に応じて 0~1P)</u>	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価 (1P)	

【補足】体制に係る指定要件については、平成 25 年 9 月 30 日までに指定を受けていること (平成 25 年 10 月 1 日付の指定を含む) を要件とする。

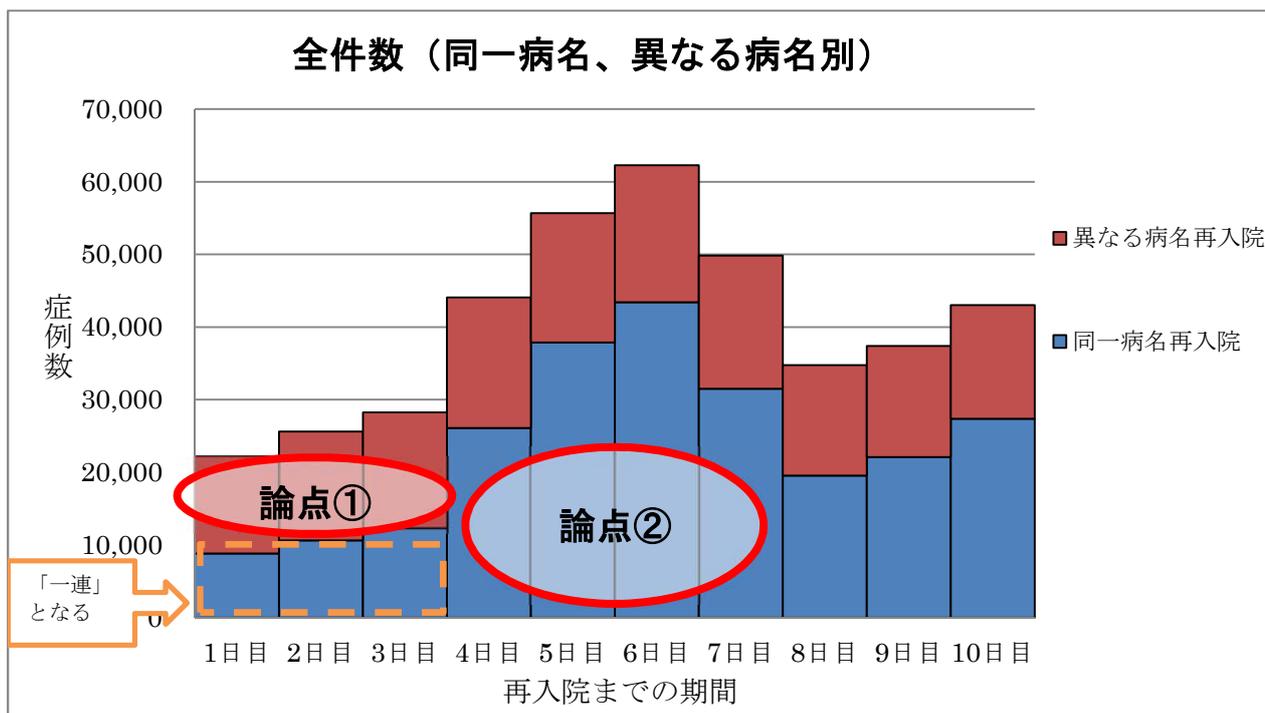
3. 算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載する。
- 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととする（現行は「3日」以内）。
- 再入院時に悪性腫瘍にかかる化学療法を実施する症例については、当該ルールの適用を除外することとする。なお、その場合は化学療法を実施した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。
- 「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数は、入院期間とはみなさない。
- 「7日」に延ばすことによる8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に検証することとする。

(考え方)

- 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール（いわゆる「3日以内再入院ルール」）については、平成20年改定の際に、患者を短期間退院させ単価の高い特定入院期間Iを繰り返し算定する事例に対応するために導入された。
- 以下の観点から、3日以内再入院ルールに関する見直しの検討を行った。
 - 論点①：1～3日目に再入院した際の傷病名の意図的な操作によるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか
 - 論点②：同一病名で4日目以降に再入院した患者について、再入院の時期を意図的に操作することによるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか



- 1～3日の再入院のうち、異なる病名の再入院は、平成20年以降増加傾向を認めており、また4～7日の同一病名の再入院については1～3日、8～10日の同一病名再入院と比較し件数が突出して多くなっている。

[論点①に関して]

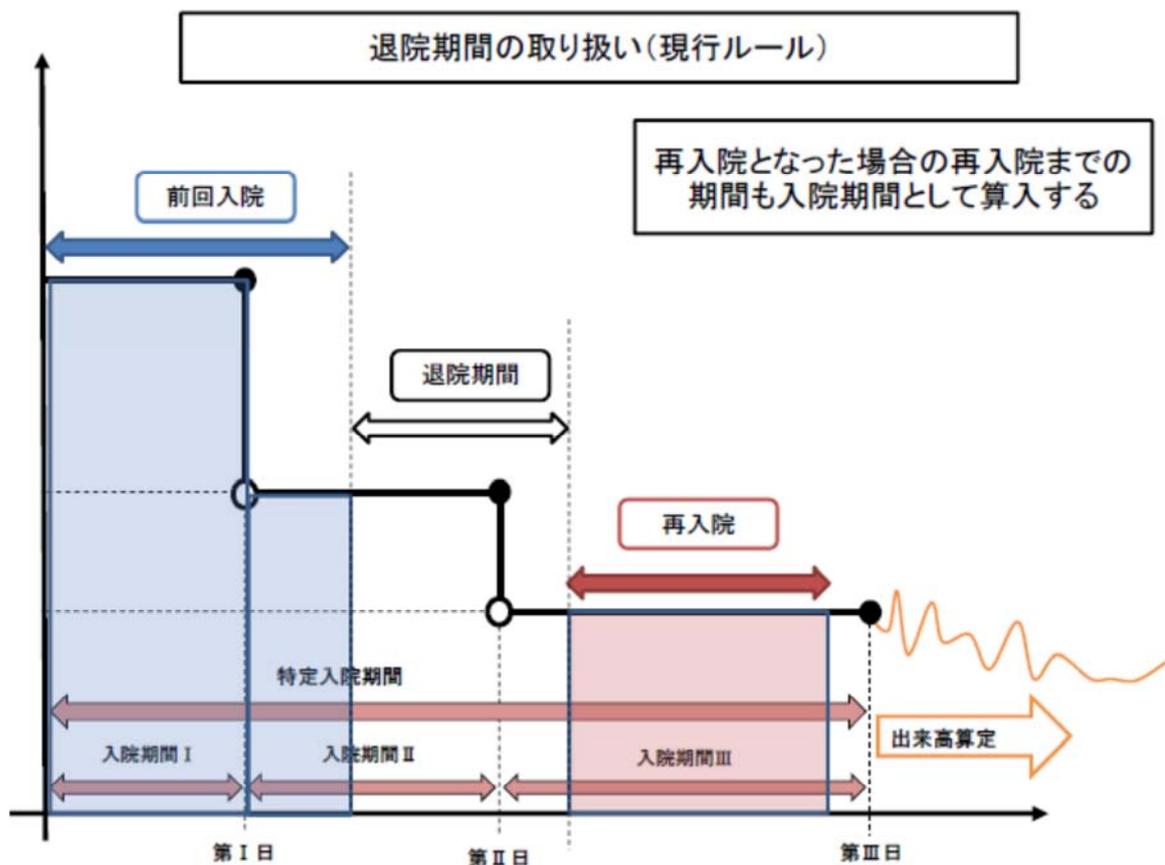
- 再入院時の「最も医療資源を投入した病名」によって「一連」であるか否かを判断することについて検討を行ったが、退院時まで「一連」と判断されるか否かが確定しないことにより、差額調整が困難になる事例（一連と見なされることで特定入院期間が短くなり、前月分のDPCレセプトの請求を出来高レセプトに変更する必要がある場合等）が多く発生すると考えられることから、再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって判断する現行の考え方を維持することが妥当であると考えられる。
- 傷病名の意図的な操作による入院期間のリセットに対応するため、前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載することが妥当である。

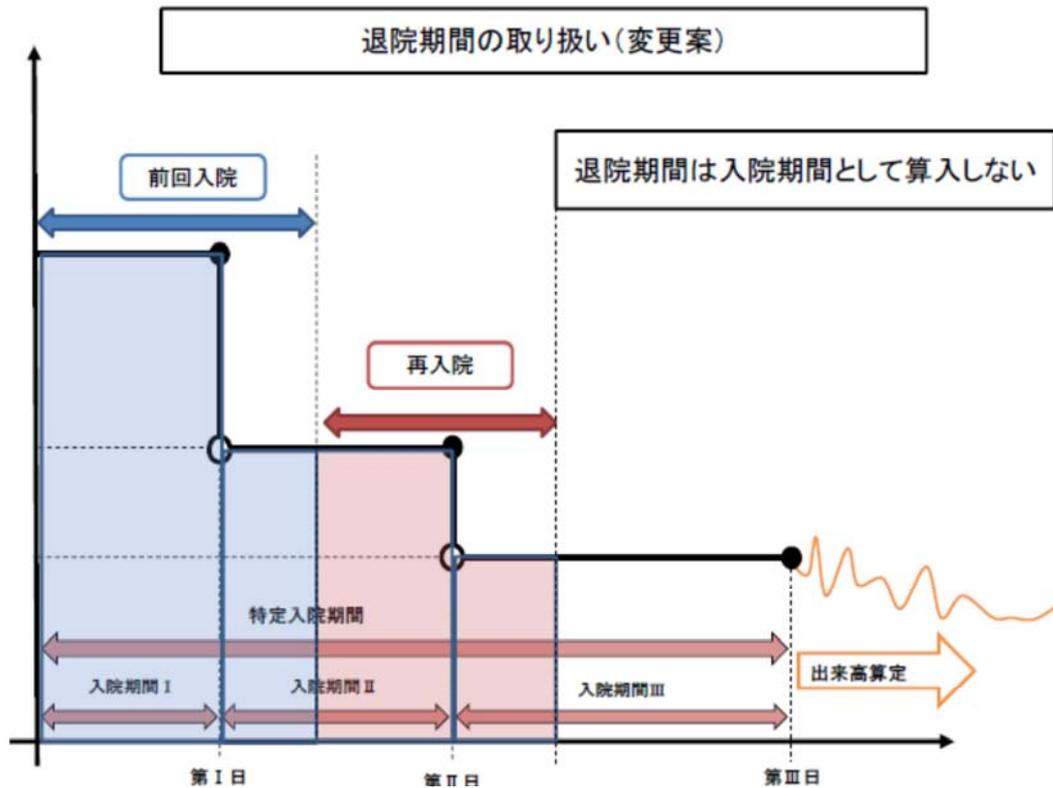
[論点②に関して]

- 退院患者調査の「再入院調査」によると4～7日以内の再入院のうち「前回入院で術前検査等を行い今回入院で手術を行うため」、「前回入院以前に手術を行い今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」といった理由による再入

院が2割以上を占めており、これらについては一連の入院とみなして差し支えないと考えられることから、当該算定ルール適用は現行の「3日」から「7日」に延長することが妥当であると考えられる。

- 悪性腫瘍にかかる症例のうち、「手術」や「放射線治療」を実施する入院については、技術料がDPC包括対象外であり出来高算定可能であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことによる影響は比較的小さいと考えられるが、「化学療法」については薬剤料がDPC包括対象であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことで適切な化学療法の費用が償還されない事例も多く発生すると考えられることから、当該ルールの適用から除外する必要がある。
- 再入院ルールの適用を7日に延長することで、短期間（数日間）退院可能な患者を退院させるインセンティブがなくなってしまう可能性に配慮し、退院期間の日数は入院期間として算入しないことが妥当であると考えられる。





- 「7日」に延ばすことによる8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に評価することが必要であると考えられる。

【「再入院ルール」に係る追加検討事項】

- 一連と見なすルールの適用対象を、現在の「同一病名」（DPCの6ケタ目まで共通）から、「同一診療科の疾患」（2ケタ目まで共通）に拡大することが妥当である。

- 平成25年12月13日中医協総会において、「一連」と見なす再入院ルールの適用対象を、現在の「同一病名」（DPCの6ケタ目まで共通）から、「同一診療科の疾患」（2ケタ目まで共通）に拡大することの妥当性について再度検討することとされた。

（考え方）

- 上2桁で同一疾患と見なすことの妥当性について検討するため、1～7日の再入院症例において、一連と見なす基準を上6桁コードから上2桁コードに変更した場合にどのような影響があるかについて再検討を行った（【図表1】）。
- 再入院時の詳細な傷病名（ICDコード）や診療行為（手術）についても集計を行ったが（【図表2-1】～【図表2-5】）、1～7日以内の再入院症例のほとんどの症例については、再入院時の医療資源を最も投入した病名や診療行為は、前回入院との間に関連性があり、「一連」の入院と見なして差し支えないと考えられる。
- 以上から、一連と見なすルールの適用対象を、現在の「同一病名」（DPCの6ケタ目まで共通）から、「同一診療科の疾患」（2ケタ目まで共通）に拡大することが妥当であると考えられるが、その影響については次回改定以降も検証することが妥当である。

【図表1】1～7日の再入院事例において、上6桁コードによって前回入院の医療資源を最も投入した傷病名と再入院時の入院の契機となった病名が一致しない組み合わせの症例のうち、上2桁コードで判定することによって新たに「一連」と見なされる組み合わせの件数TOP20（平成24年度データで集計）

順位	前回医療資源		今回入院契機		件数
	DPC6桁	DPC6桁名称	DPC6桁	DPC6桁名称	
1	120170	早産、切迫早産	120180	胎児及び胎児付属物の異常	716
2	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040081	誤嚥性肺炎	698

3	060035	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	633
4	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	584
5	060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	554
6	120170	早産、切迫早産	120260	分娩の異常	548
7	040040	肺の悪性腫瘍	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	530
8	060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	479
9	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	060330	胆嚢疾患（胆嚢結石など）	448
10	060040	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	389
11	06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	382
12	050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	050170	閉塞性動脈疾患	352
13	040081	誤嚥性肺炎	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	317
14	050130	心不全	050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	299
15	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	295
16	060020	胃の悪性腫瘍	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	287
17	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	268
18	040100	喘息	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	267
19	060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	060020	胃の悪性腫瘍	265
20	060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	060035	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	259

【図表 2-1】上 2 桁コード（同一診療科の疾患）で判定することにより新たに「一連」と見なされる症例に係る、詳細な傷病名（ICD コード）・診療行為（手術）による検討

[順位 1 位：前回入院「120170 早産、切迫早産」×再入院「120180 胎児及び胎児付属物の異常」の組み合わせの詳細集計]

(複数件出現するものに限定して集計)

順位	ICD コード	再入院時 ICD コード名称	件 数
1	O420	前期破水, 分娩開始が 24 時 間未満のもの	98
2	O321	骨盤位のための母体ケア	69
3	O421	前期破水, 分娩開始が 24 時 間以後のもの	66
4	O342	既往手術による子宮癒痕によ る母体ケア	61
5	O438	その他の胎盤障害	32
6	O365	胎児発育不良のための母体 ケア	29
7	O701	分娩における第2度会陰裂傷	27
8	O429	前期破水, 詳細不明	23
9	O368	その他の明示された胎児側 の問題のための母体ケア	22
10	O680	胎児心拍数異常を合併する 分娩	22

順位	手術 コード	再入院時 手術名称	件 数
1	K8981	帝王切開術 緊急帝王切開	136
2	K8982	帝王切開術 選択帝王切開	119
3	K893	吸引娩出術	76
4	K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分 娩時)	35
5	K8961	会陰(陰壁)裂創縫合術(分娩 時) 筋層に及ぶもの	30
6	K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	22
7	K902	胎盤用手剥離術	10
8	K9063	子宮頸管縫縮術 縫縮解除術 (チューブ抜去術)	7
9	K901	子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術 を含む。)	6
10	K8721	子宮筋腫摘出(核出)術 腹式	5

【図表 2-2】上 2 桁コード（同一診療科の疾患）で判定することにより新たに「一連」と見なされる症例に係る、詳細な傷病名（ICD コード）・診療行為（手術）による検討

[順位 2 位：前回入院「040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」×再入院「040081 誤嚥性肺炎」の組み合わせの詳細集計]

(複数件出現するものに限定して集計)

順位	ICD-10	再入院時 ICD コード名称	件 数
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	661
2	J152	ブドウ球菌による肺炎	5

順位	手術 コード	再入院時 手術名称	件 数
1	K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃 瘻造設術を含む。)	33
2	K6182	中心静脈栄養用植込型カテー テル設置 頭頸部その他に設置し た場合	8

3	A410	黄色ブドウ球菌による敗血症	3
4	D65	播種性血管内凝固症候群[脱線維素症候群]	3
5	I500	うっ血性心不全	2

3	K0003	創傷処理 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2
4	K0004	創傷処理 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	2
5	K403-2 3	嚥下機能手術 喉頭気管分離術	2
6	K549	経皮的冠動脈ステント留置術	2

【図表2-3】上2桁コード(同一診療科の疾患)で判定することにより新たに「一連」と見なされる症例に係る、詳細な傷病名(ICDコード)・診療行為(手術)による検討

[順位3位:前回入院「060035 大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍」×再入院「060210 ヘルニアの記載のない腸閉塞」の組み合わせの詳細集計]

(複数件出現するものに限定して集計)

順位	ICD	再入院時 ICDコード名称	件数
1	K913	術後腸閉塞	273
2	K567	イレウス, 詳細不明	97
3	K565	閉塞を伴う腸癒着[索条物]	70
4	K566	その他及び詳細不明の腸閉塞	41
5	C187	結腸の悪性新生物, S状結腸	32
6	K560	麻痺性イレウス	16
7	C182	結腸の悪性新生物, 上行結腸	14
8	C184	結腸の悪性新生物, 横行結腸	10
9	C786	後腹膜及び腹膜の続発性悪性新生物	10
10	T818	処置のその他の合併症, 他に分類されないもの	8

順位	手術 コード	再入院時 手術名称	件数
1	K714	腸管癒着症手術	33
2	K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	15
3	K726	人工肛門造設術	14
4	K7193	結腸切除術 全切除、亜全切除 又は悪性腫瘍手術	11
5	K6113	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置 頭頸部その他に設置した場合	10
6	K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	10
7	K7161	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	9
8	K724	腸吻合術	8
9	K735-4	下部消化管ステント留置術	5
10	K6182	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置 頭頸部その他に設置した場合	4

【図表 2-4】上 2 桁コード（同一診療科の疾患）で判定することにより新たに「一連」と見なされる症例に係る、詳細な傷病名（ICD コード）・診療行為（手術）による検討

[順位 4 位：前回入院「060340 胆管（肝内外）結石、胆管炎」×再入院「060335 胆嚢水腫、胆嚢炎等」の組み合わせの詳細集計]

（複数件出現するものに限定して集計）

順位	ICD-10	再入院時 ICD コード名称	件数
1	K801	その他の胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	360
2	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	84
3	K810	急性胆のう<嚢>炎	77
4	K811	慢性胆のう<嚢>炎	17
5	K819	胆のう<嚢>炎、詳細不明	15
6	K805	胆管炎又は胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	6
7	D135	消化器系のその他及び部位不明確の良性新生物、肝外胆管	5
8	K802	胆のう<嚢>炎を伴わない胆のう<嚢>結石	4
9	C250	膵の悪性新生物、膵頭部	2
10	K750	肝膿瘍	2

順位	手術 コード	再入院時 手術名称	件数
1	K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	410
2	K672	胆嚢摘出術	50
3	K688	内視鏡的胆道ステント留置術	29
4	K681	胆嚢外瘻造設術	28
5	K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(E NBD)	16
6	K6852	内視鏡的胆道結石除去術 其他のもの	13
7	K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	12
8	K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	8
9	K6711	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)胆嚢摘出を含むもの	6
10	K7211	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	4

【図表 2-5】上 2 桁コード（同一診療科の疾患）で判定することにより新たに「一連」と見なされる症例に係る、詳細な傷病名（ICD コード）・診療行為（手術）による検討

[順位 5 位：前回入院「060100 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）」×再入院「060130 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）」の組みあわせの詳細集計]

（複数件出現するものに限定して集計）

順位	ICD-10	再入院時 ICDコード名称	件数
1	K921	メレナ	403
2	T810	処置に合併する出血及び血腫, 他に分類されないもの	80
3	K922	胃腸出血, 詳細不明	28
4	K635	大腸<結腸>のポリープ	9
5	K633	腸潰瘍	8
6	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	7
7	C187	結腸の悪性新生物, S状結腸	2
8	D128	結腸, 直腸, 肛門及び肛門管の良性新生物, 直腸	2
9	K626	肛門及び直腸の潰瘍	2

順位	手術コード	再入院時 手術名称	件数
1	K722	小腸結腸内視鏡的止血術	372
2	K654	内視鏡的消化管止血術	88
3	K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	2
4	K7211	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	2

【図表3】 前回入院時「医療資源病名6桁」と今回入院時「入院契機病名6桁」の一致しない症例のうち、MDCが同一（DPC上2桁のコードが同一）の件数と割合

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
件数	3,991	4,468	4,836	5,806	5,843	6,216	6,228
割合	2.3%	2.6%	2.8%	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%

8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目以上
5,234	5,216	5,381	5,530	5,831	5,495	5,006	98,378
3.0%	3.0%	3.1%	3.2%	3.4%	3.2%	2.9%	56.7%

(2) 持参薬について

- 入院の契機となる疾患に対して使用する薬剤を患者に持参させて使用することが望ましくないことを DPC/PDPS として明確化するため、下記のような規定を設けることとする。

DPC 対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない（特段の理由がある場合は診療録に記載すること）。

(例：がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。)

- 持参薬の使用に関する医療機関ごとの状況についてより正確に把握するため、退院患者調査の様式 1 によって調査することとし、必要に応じてナショナルデータベース等のレセプト情報の活用を今後検討することとする。

(考え方)

- 平成 25 年度特別調査（ヒアリング調査）の結果、以下の持参薬は院内採用薬以外の治療を可能にする側面があり、例えば大学病院のように総合的な診療体制が整っている医療機関においては問題となりにくいですが、専門病院等では当該病院にない診療科の治療を入院中も継続する際には持参薬が必要となる場合があるという意見があった。
- 入院の契機とは直接関係のない疾患に対する薬剤については、特に中小病院の場合に院内採用がされていないこと等により持参薬が必要となる事例も多いと考えられるが、入院の契機となる疾患に対する薬剤については通常は院内処方が可能であると考えられる。
- 院内処方が可能な薬剤を外来で処方すること等によって患者に持参させることは、患者の負担を増加させ、またそのような処方を行わない他の DPC 病院と比較し診療報酬上不平等であり、不適切であると考えられることから、DPC/PDPS の運用上望ましくない行為であると考えられる。

(3) その他の検討結果について

【特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて】

- 心臓カテーテル検査や内分泌検査は高額な薬剤や材料を用いる検査であり、診療報酬上のメリットから特定入院期間を超え出来高算定期間となってから実施する事例があるのではないかという指摘があったが、DPC データ上、平均的な施設であっても一定程度は特定入院期間を超えてから初めて行われており、一律に算定を禁止することは妥当ではないと考えられること、また悪性腫瘍患者に対する化学療法に適用されている現行の当該ルールについても一定程度請求や審査に負荷がかかっており、これ以上の複雑化はデメリットが大きいと考えられたことから、次回改定（平成 26 年度）で心臓カテーテル検査等に同ルールを導入するのは見送ることとし、引き続き動向を注視していくこととする。

4. 退院患者調査の見直し

- DPC/PDPS の導入の評価・影響の検証等を行うため、(1) 診断群分類の妥当性の検証、(2) 診療内容の変化等及び(3) 医療機関の機能の変化、を評価するため、退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる退院患者提出データに基づく分析調査（いわゆる「退院患者調査」）を実施しており、退院患者調査では把握が困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

【参考】「DPC 導入の影響評価に係る調査」について

	調査内容
「退院患者調査」	当該病院で診療している患者に関する病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査
「特別調査」	中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

(1) 退院患者調査の各様式の見直しについて

- 退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】退院患者調査の様式

様式名	内容
様式 1	簡易診療録情報
様式 3	施設情報
様式 4	医科保険診療以外の診療情報
D ファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報
EF 統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報
外来 EF 統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報

① 様式 1（簡易診療録情報）

- 下記の表の通り見直しを行うこととする。

【既存項目の見直し】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報 (6)入院経路	下記の通り変更する 0 院内の他病棟からの転棟 1 家庭からの入院 4 他の病院・診療所の病棟からの	・厚生労働省統計情報部が実施している「患者調査」と整合性をとり、入院経路をより精緻に調査する。 ・また、肺炎の診断群分類において

	転院 5 介護施設・福祉施設に入所中 8 院内で出生 9 その他	医療・介護関連肺炎（NHCAP）が区別できるようになるため、重症度分類に活用できる可能性がある。
(11) 退院先	下記の通り変更する 0 院内の他病棟への転棟 1 家庭への退院（当院に通院） 2 家庭への退院（他院に通院） 3 家庭への退院（その他） 4 他の病院・診療所の病棟への転院 5 介護老人保健施設への入所 6 介護老人福祉施設への入所 7 社会福祉施設への入所 8 終了（死亡等） 9 その他	上記に同じ
5. 手術情報 (7) (14) (21) (28) (35) 麻酔	「脊椎麻酔＋硬膜外麻酔」を追加	・脊椎麻酔と硬膜外麻酔を同時に行う症例に対応するため。
5. 手術情報 (33) 手術側数	「左右の区別のないもの」を追加する	・現行では、胃等左右の区別のない臓器に対する手術に対応するため。
6. 診療情報 (19) Hugh-Jones 分類 (20) NYHA 分類	肺高血圧症の重症度調査は(19)から(20)に変更する	・肺高血圧症ガイドライン（日本循環器学会）の2012年改訂版に基づき、肺高血圧症の重症度分類の調査をNYHA分類に変更する。

【新規項目の提案】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報	入院前と退院後の在宅医療の有無 0 無 1 当院が提供 2 他施設が提供 9 不明	・DPC 病院における在宅医療の実施の有無と、DPC 病院以外における在宅医療に係る連携の状況を明らかにするため、入院の前後における在宅医療の実施状況について調査する。 【参考：患者調査における在宅医療】 以下の①～③に該当するものを指す。 ① 往診 ② 訪問診療 ③ 医師・歯科医師以外の訪問
6. 診療情報	抗リウマチ分子標的薬の初回	・初回と2回目以降で投与量が大幅に異なるた

	治療の有無	め、初回治療の有無で医療資源投入量が異なるか否かについて調査し、必要に応じて当該調査項目に基づき分岐を設定する。
6. 診療情報	介護保険の主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」 0 無し 1 I～II 2 III～IV・M	・認知症による介護が必要な患者については医療資源投入量や在院日数が異なるか否かについて調査する。 ・65歳以上の患者又は40歳以上の介護保険が適用されている患者で、疾患による一時的な変化を除外した入院時の患者の平素の状態を調査する。
6. 診療情報	入院時と退院時の褥瘡の深さ（DESIGN分類のD0～D5を入力）	・入院前の褥瘡（いわゆる持ち込み褥瘡）の有無、及び急性期病棟における褥瘡の発生率等に関する基礎データを収集する。
6. 診療情報	持参薬の使用の有無 0 持参薬を使用していない 1 自院で処方された持参薬を使用 2 他院で処方された持参薬を使用 3 自院・他院で処方された持参薬両方を使用	・予定入院の症例について、持参薬の使用状況を調査する。

② 様式3（施設情報）

- 現行の調査項目となっている「保険診療として地方厚生（支）局に届けられた病床数（届出病床数）」に加え、医療法上の「許可病床数」及び「休止病床」について調査項目に加える。

（※「休止病床」の定義）

医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受入を休止している病床であって、地方厚生支局に休止を届ける予定のない病床。

（考え方）

- DPC対象病院の基準となっている「データ／病床比」のあり方の適切な見直し等に向けて、届け出されている病床数と実際に稼働している病床数の乖離等を適切に把握する。

③ 様式4（医科保険診療以外の診療情報）

- 調査様式の簡素化の観点から、平成 27 年度以降から様式 4 を様式 1 に統合することとする。

(2) 退院患者調査の結果報告のあり方について

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的とし、DPC/ PDPS に係る基本的な情報について、直近 5 年分のデータを下記の集計方法により毎年中医協総会に「定例報告」する。
- 「定例報告に係る集計方法」は、毎年の「定例報告」の度ごとに見直しを行うこととする。
- また「定例報告」の結果等から、重点的に評価すべき事項が生じ、退院患者調査の追加集計の必要が生じた場合については、追加集計を行う前に DPC 評価分科会において仮説を明確化する。
- なお、退院患者調査による集計によって検証することが難しい場合は、適宜特別調査を実施する（従前の通り）。

「定例報告に係る集計方法」

1. 集計の際の施設類型の考え方

- ・ 「DPC 対象病院（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群別）・DPC 準備病院・その他の病院別」

2. 集計項目

- ・ 在院日数
- ・ 病床利用率
- ・ 救急車による搬送（率・1施設あたり患者数）
- ・ 予定・救急医療入院（率・患者数）
- ・ 退院時転帰
- ・ 入院経路
- ・ 退院先の状況
- ・ 再入院種別
- ・ 再転棟種別

(考え方)

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることは重要であり、モニタリングを目的とした際の適切な集計方法について検討を行った。

- 重点的に何かを評価する場合は、詳細な集計に入る前に何らかの仮説を立てない限り、意義がある結果を得ることは難しいため、予め仮説を明確化する。

(3) 退院患者調査様式1の調査項目に関する次回改定以降の対応について

- 様式1の調査項目の基本的な考え方については下記の通りに整理することとし、平成26年改定以降、新たに調査項目に加える際には下記の基本的な考え方に従い検討を行うこととし、また活用されない調査項目等については、必要に応じて調査対象となる患者の範囲の見直しや調査項目の削除等の対応について検討する。

【様式1の基本的な考え方】

- ① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
- ② 急性期医療を担う病院（DPC対象病院）の機能や役割の分析のための調査項目であること
- ③ 手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC上6桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること

(考え方)

- 医療機関の調査負担の軽減に配慮する観点から、様式1に係る基本的な考え方を整理し、平成26年改定以降は基本的な考え方に従って調査項目の見直しを行う。

(4) 外来EF統合ファイルの提出について

- 外来EF統合ファイルは、I群・II群に加え、III群のDPC対象病院も提出を必須化する。

(考え方)

- 平成24年度診療報酬改定後、外来EF統合ファイルの受付を開始した（I群・II群病院の提出は必須、III群病院の提出は任意とされている）。
- 平成25年4月1日時点で、外来EF統合ファイルの提出が任意となっているIII群病院のうち、92%（1,224/1,326）の病院が提出している。
- 平成24年度退院患者調査の結果報告で、化学療法等の外来と入院の診療内容のあり方を検証する上で、外来EF統合ファイルの一定の有用性が示されている。

(5) その他（中医協総会への提言）

- DPC/PDPS に関する調査を、診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

(考え方)

- 平成 15 年の DPC 制度導入時より、「DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」を実施しており、その調査結果（以下「DPC データ」という。）は診療報酬制度の見直し（診断群分類点数表、医療機関別係数の設定等）に活用されている。
- 退院患者調査の対象となる病床数は、平成 15 年の DPC 制度導入時は約 7%であったが、平成 24 年では急性期医療を提供する病床（7:1、10:1）の約 53%を占めており、診療報酬制度の見直しにおける急性期入院医療を受ける患者の病態や医療行為の内容等に関する調査として、一定程度確立してきている。
- 現在、DPC フォーマットデータの提出は「A245 データ提出加算」として診療報酬で評価されており、また DPC/PDPS に係る調査への適切な参加は DPC 対象病院・準備病院の施設基準となっている。
- 以上のような背景を踏まえ、DPC に関する調査を診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

5. 診断群分類の見直し

(1) 平成 26 年改定に向けた DPC 見直し作業の概要

① DPC 見直しの基本的な考え方

- 以下の4項目の指針に基づき診断群分類の妥当性の検証及び見直し案の作成を実施した。

- ① 医療資源同等性が担保されている（医療資源の投入量が適切にグルーピングされている（在院日数、包括範囲点数））。
- ② 臨床的類似性が担保されている（臨床的な観点から問題・違和感が少ない）。
- ③ 分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ない。
- ④ その他制度運用上の問題が生じない。

② これまでの検討結果

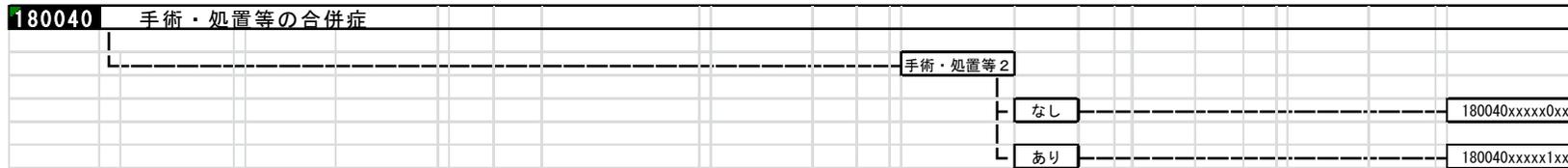
- 下記のような MDC (Major Diagnostic Category : 主要診断群) 毎の臨床の専門家 31 人及び総括 (DPC 評価分科会委員) 2 人により構成される DPC 検討 WG において、回収した調査票に基づき、下記の見直しを行った。

1. ICD-10 コードと傷病名の適切な関係の検討
2. 手術分岐、手術処置等 1・2 の分岐の見直し
3. 定義テーブル内の順位の見直し
4. x 方式（支払分類統合方式）による統合・細分化

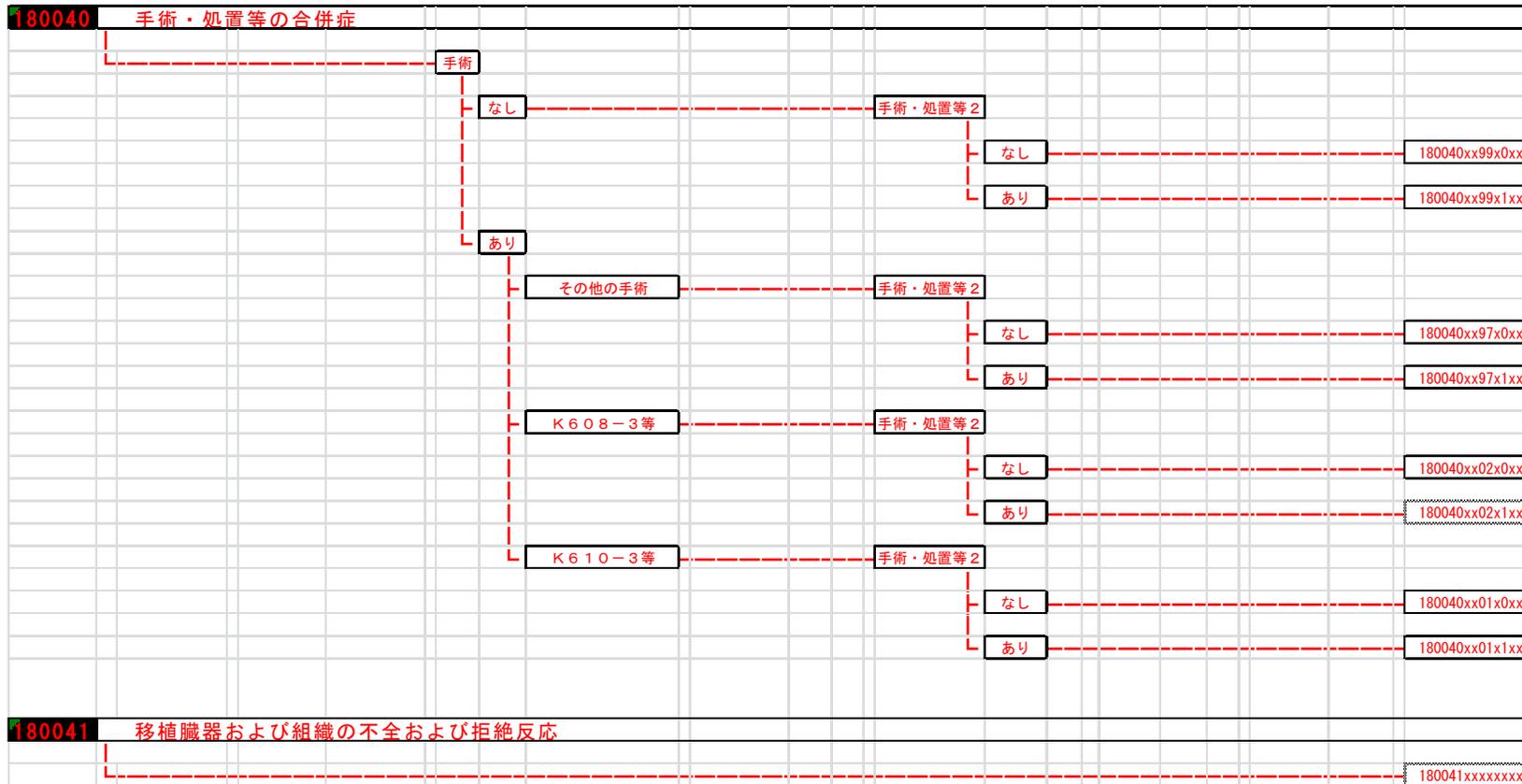
※ 現在も見直し作業を並行している班が複数ある（診断群分類数が確定していない班がある）。

※ これまでの作業は、平成 24 年 7 月～平成 24 年 12 月（6 か月分）の退院患者調査に基づいて実施した。平成 26 年改定は、平成 24 年 10 月～平成 25 年 9 月（12 か月分）の退院患者調査を用いて実施すること（平成 25 年 12 月 13 日中医協総会 総-1-2）とされており、当該データを活用して最終的な調整を行う予定としている。

【見直しの具体例：MDC18 180040 手術・処置等の合併症】



医療資源投入量が他の ICD 分類と大きく異なっている「移植臓器および組織不全および拒絶反応」を分離して新たな上 6 桁分類を創設し、さらに「内シャント・外シャント設置術」「内シャント血栓除去術」等に一定以上実施されている手術に基づき、支払分類を精緻化する。



(2) 平成 26 年改定に向けた今後の検討作業の方針

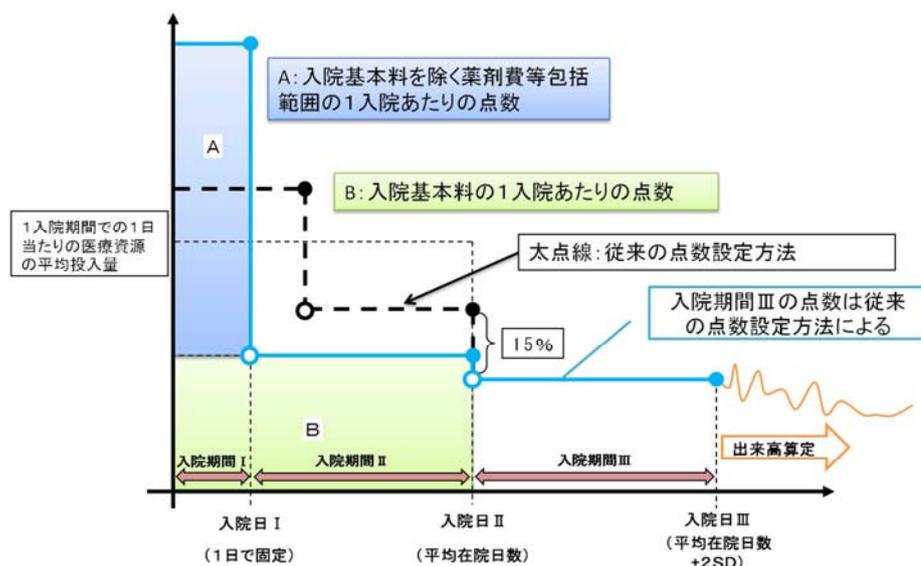
① 高額な薬剤に対応するために導入された点数設定方式の適用について

- 平成 26 年度の点数表の見直しが確定してから、下記の基本的な考え方および候補となる診断群分類に基づき、引き続き専門家の意見を踏まえつつ高額な薬剤に対応するために導入された点数設定方式（点数設定方式 D）の適用について検討することとする。

(考え方)

- 平成 25 年 11 月 13 日の DPC 評価分科会の議論に基づき、現在点数設定方式 D が適用されている診断群分類へ適用の継続の是非および新たな診断群分類（高額な材料を用いる検査が実施されるもの等）への適用の拡大について、専門家の意見を踏まえつつ検討を行った。

【高額薬剤に対応するために試行的に導入された点数設定方式 D】



- 下記の観点から検討を行った。

【基本的な考え方】

- ・ 十分に普及している（全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる）
- ・ 7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- ・ 1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- ・ 入院中に複数回実施されるものは除外

※化学療法については、レジメン（入院単位で使用されたがん化学療法薬剤の組み合わせ）別に分析を行った。

※検査等については、平成 24 年診断群分類点数表で定義されている検査を対象として分析を行った。

- 現行の平成 24 年度診断群分類点数表に基づき、点数設定方式 D を適用すべき候補と考えられる診断群分類は以下の計 33 分類である。

【悪性腫瘍の化学療法に係る分類（計 22 分類）】

診断群分類	病名	処置等	在院 日数	新規
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍	ペメトレキセドナトリウム水和物あり	14.16	
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍	ベバシズマブあり	12.70	
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	ペメトレキセドナトリウム水和物あり	14.62	
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍	パクリタキセル又はドセタキセルあり	9.11	
060030xx99x4xx	小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍	カルボプラチン+パクリタキセルあり、カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり	7.80	○
060035xx99x30x	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	化学療法ありかつ放射線療法なし、フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+イリノテカン塩酸塩水和物あり	5.54	○
060035xx99x4xx	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり	4.39	
060035xx99x50x	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	ベバシズマブ、レゴラフェニブ水和物、セツキシマブ、パニツムマブ	4.54	
060035xx99x51x	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	ベバシズマブ、レゴラフェニブ水和物、セツキシマブ、パニツムマブ	9.15	○
060040xx99x40x	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	化学療法ありかつ放射線療法なし、フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+イリノテカン塩酸塩水和物あり	5.34	○
060040xx99x5xx	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり	4.31	
060040xx99x60x	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	ベバシズマブ、レゴラフェニブ水和物、セツキシマブ、パニツムマブあり	4.34	
060040xx99x61x	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	ベバシズマブ、レゴラフェニブ水和物、セツキシマブ、パニツムマブあり	7.86	○
090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍	ゲムシタビン塩酸塩、シクロホスファミド+塩酸エピルビシンあり、パクリタキセル又はドセタキセルあり	5.80	
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍	トラスツズマブ、ペルツズマブあり	5.04	
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍	パクリタキセル（アルブミン懸濁型）あり	4.96	

090010xx99x61x	乳房の悪性腫瘍	パクリタキセル（アルブミン懸濁型）あり	11.58	○
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	カルボプラチン+パクリタキセルあり、カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり	5.42	
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	ドキシソルビシン塩酸塩リポソーム製剤あり	6.02	
12002xxx99x40x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	化学療法ありかつ放射線療法なし	5.74	○
12002xxx99x41x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	化学療法ありかつ放射線療法なし	11.55	○
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウムあり	12.31	

【関節リウマチ等（計4分類）】

診断群分類	病名	処置等	在院日数	新規
070470xx99x5xx	関節リウマチ	アバタセプト、トシリズマブあり	4.96	
070470xx99x6xx	関節リウマチ	インフリキシマブあり	2.98	
070470xx99x7xx	関節リウマチ	インフリキシマブ（強直性脊椎炎の場合）あり	3.99	
080140xxxxx2xx	炎症性角化症	インフリキシマブあり	2.69	

【その他（計2分類）】

診断群分類	病名	処置等	在院日数	新規
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性	ペガプタニブナトリウムあり	2.16	
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性	ラニズマブあり	2.49	

【検査等に係る分類（計5分類）】

診断群分類	病名	処置等	在院日数	新規
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	終夜睡眠ポリグラフィーあり	2.09	○
050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患	心臓カテーテル法による諸検査あり	3.16	○
110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺針生検あり	3.80	○
110200xx99xxxx	前立腺肥大症等	前立腺針生検あり	2.83	○
100250xx99100x	下垂体機能低下症	下垂体前葉負荷試験あり	4.39	○

【（参考）現在点数設定方式Dが適用されている診断群分類（平成25年11月13日DPC
評価分科会D-3）より】

平成24年度 診断群分類	分類名等	H23 在院日数	H24 在院日数	差	継続
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性 ペガプタニブナトリウムあり	2.22	2.16	-0.06	○
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性 ラニビズマブあり	2.51	2.49	-0.02	○
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	15.39	14.16	-1.23	○
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍 ベバシズマブあり	13.35	12.70	-0.65	○
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸腺腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	15.66	14.62	-1.03	○
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルあり	9.89	9.11	-0.78	○
060035xx99x4xx	大腸の悪性腫瘍 FOLFILI療法あり	4.42	4.39	-0.03	○
060035xx99x50x	大腸の悪性腫瘍 ベバシズマブなどあり	4.69	4.54	-0.15	○
060040xx99x5xx	直腸肛門の悪性腫瘍 FOLFOX療法あり	4.36	4.31	-0.05	○
060040xx99x60x	直腸肛門の悪性腫瘍 ベバシズマブなどあり	4.58	4.34	-0.24	○
070470xx99x3xx	関節リウマチ エタネルセプトあり	19.84	20.00	+0.15	×
070470xx99x4xx	関節リウマチ アダリムマブ、ゴリムマブあり	13.96	14.46	+0.50	×
070470xx99x5xx	関節リウマチ アバタセプト、トシリズマブあり	4.81	4.96	+0.14	○
070470xx99x6xx	関節リウマチ インフリキシマブあり	3.36	2.98	-0.39	○
070470xx99x7xx	関節リウマチ インフリキシマブ（強直性脊椎炎の場合）あり	5.07	3.99	-1.08	○
080140xxxxx2xx	炎症性角化症 インフリキシマブあり	3.02	2.69	-0.33	○
090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルありなど	6.39	5.80	-0.60	○
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍 トラスツズマブあり	5.38	5.04	-0.35	○
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセル（アルブミン懸濁型）あり	6.77	4.96	-1.81	○
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 カルボプラチン＋パクリタキセルありなど	5.63	5.42	-0.21	○
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 ドキシソルピシン塩酸塩リボソーム製剤あり	5.33	6.02	+0.69	○
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫 イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウムあり	12.35	12.31	-0.04	○

② 副傷病の検討

- 退院患者調査の様式1における「入院時併存傷病名」および「入院後発症傷病名」も「副傷病名」と呼ばれており、診断群分類点数表に定義される副傷病との混同を招く可能性があることから、診断群分類点数表に定義される副傷病は「定義副傷病」と呼ぶこととする。
- これまでと同様の方法により、診断群分類の手術あり・なしの分類ごとに対象とする「定義副傷病」の設定に係る検討を行うこととする。

(考え方)

- DPC/PDPS は原則として医療資源病名1つに基づいて診療報酬を請求する支払方式であるが、入院時併存症又は入院後発症疾患との組み合わせによっては在院日数が当該医療資源病名の全体平均より大幅に伸びる場合があり、このような傷病名のうち症例数の多いものを「副傷病」として定義している。

③ 新たな技術等の保険収載（平成26年度における医科点数表の改定）に伴う定義テーブルの修正

- 医療技術評価分科会・先進医療会議からの報告を受けて、中医協総会において未収載技術の評価又は既収載技術の再評価が行われた際には、それに対応した診断群分類の修正を行うこととする。

④ 新規に保険収載・効能追加され出来高算定の取り扱いとなっている薬剤（いわゆる「高額薬剤」）への対応について

- 平成26年改定に活用するデータの期間が平成24年10月から平成25年9月であることを踏まえ、平成24年10月以前に中医協総会において高額薬剤とされたものについては、平成26年改定に活用するデータによって当該薬剤の1年以上の使用実績を把握することが可能であることから、原則として当該薬剤は包括評価とすることとし、必要に応じて当該薬剤の使用の有無による分岐を設定する等の対応について検討することとする。
- 平成24年10月以降に高額薬剤として認められた薬剤については、当該薬剤の使用実績に関するデータが十分ではないことから、原則として引き続き高額薬剤として取り扱うこととし、平成26年改定の診断群分類点数表の見直しに合わせて、再度当該薬剤にかかる出来高算定となる診断群分類の見直しを行うこととする。

※ (参考) 現行のいわゆる「高額薬剤判定」の運用方法について

- 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
- 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。
- 高額薬剤判定の具体的な作業は次の通り。

【高額薬剤告示への追加】

- 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある 診断群分類（14 桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更 （薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済公知申請
- 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
- 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

6. その他（適切な傷病名コーディングの推進について）

（1）レセプトの記載要領について

- 「130100 播種性血管内凝固症候群（DIC）」によって請求する際は、一連の入院の中で医療資源を最も投入したのがDICであるか否かについてよりの確なレセプト審査を可能にする観点から、下記の内容が記載されたものをレセプトに添付することを義務づけることを試行的に導入する。
 - ・ DICの原因と考えられる基礎疾患
 - ・ 厚生労働省 DIC 診断基準による DIC スコアまたは急性期 DIC 診断基準（日本救急医学会 DIC 特別委員会）による DIC スコア
 - ・ 今回入院中に実施された治療内容および検査値等の推移
- 今後の「130100 播種性血管内凝固症候群（DIC）」のコーディングの動向を踏まえつつ、DIC 以外で同様の対応とする診断群分類を追加することについて次回改定（平成 26 年度）以降、引き続き検討する。

（考え方）

- 「130100 播種性血管内凝固症候群」等、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例が存在するのではないかと指摘されている診断群分類については、適切な傷病名コーディングの推進に向けて、何らかの対応が必要であると考えられる。

【130100xxxx4xx 播種性血管内凝固症候群 トロンボモデュリンアルファあり】

年度	件数	平均在院日数	一日あたり平均医療資源投入量	全入院件数から見た件数割合
H22	2,057	37.6	5,714	0.05%
H23	4,579	37.0	5,238	0.11%
H24	6,362	35.1	4,943	0.14%

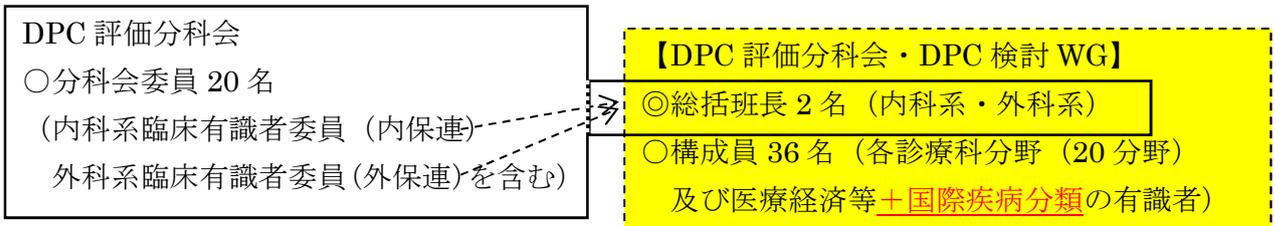
(2) 「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」について

- DPC/PDPS 傷病名コーディングテキストは、次回改定（平成 26 年度）以降の活用に向けて今後も引き続き必要な見直しを行った上で、各医療機関が年 2 回実施することとされている「適切なコーディングに関する委員会」における参考資料として活用することとする。
- 今後、コーディングテキストの見直しのためのワーキンググループを設置し、MDC 毎 DPC 検討ワーキンググループにおける検討内容や全国の医療機関等からの要望等も踏まえて、今後当該ワーキンググループで引き続き見直し作業を行うこととする。
- 心不全・呼吸不全等の傷病名の複数の傷病を持った高齢者のコーディングルールや小児のコーディングルール、R コード（症状・徴候等で診断名を明確に表さないコード）の取り扱い等については、DPC 評価分科会において今後引き続き中長期的に検討することとする。

(考え方)

- 平成 25 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会において、DPC/PDPS における傷病名コーディングに関する基本的な考え方について、厚生労働科学研究班（伏見班）が作成した「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド（Ver. 1.0）」が報告された。
- その後、平成 26 年度診療報酬改定以降の活用に向けて、DPC 評価分科会の意見、適切なコーディングに関する特別調査（平成 24 年度特別調査）の結果、審査支払機関の意見等を踏まえつつ見直しをおこない、別添の通り「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト（案）」を作成した。

【今後の DPC/PDPS の検討に係る体制（案）】



中医協 総－3（別紙）
25.12.25

診調組 D－3（修正）
25.12.9

DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト （案）

平成26年●月
厚生労働省保険局医療課

目次

I. はじめに	4
1. 序文	4
1) 本コーディングテキストについて	
2) 本書が必要とされた背景	
3) なぜ適切な DPC、ICD コーディングが求められるのか	
4) 本書の帰属先について	
5) 本書が想定する対象者	
2. 適切なコーディングのために望ましいと考えられる病院の体制	6
1) DPC/ PDPS のコーディング手順について	
2) DPC コーディングに係る体制	
3) 適切なコーディングに関する委員会活動、その理念について	
3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先	8
4. 参考資料	8
II. DPC (診断群分類) の基本構造	9
1. DPC (診断群分類) は大きく 3 層構造で構成されている	
2. DPC (診断群分類) と ICD (国際疾病分類) について	
3. 傷病名コーディングが必要となるレセプト・退院患者調査の記載欄と留意事項について	
4. 2 つの傷病名マスター (標準病名マスター、レセプト電算マスター) について	
III. コーディングの基本的な考え方	17
1. 診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について	
2. コーディングの基本と傷病名選択の定義	
IV. 傷病名のコーディングにあたっての注意点	26
1. 病態からみた場合の注意点と医学的に疑問とされる可能性のある傷病名選択の例	
2. 医療資源病名を「疑い」とする場合 (診断未確定) への対応	
3. 医療資源病名が「ICD (国際疾病分類)」における複合分類項目に該当する場合	
4. 病態の続発・後遺症のコーディング	

5. 急性および慢性の病態のコーディング
6. 処置後病態および合併症のコーディング
7. 多発病態のコーディング
8. その他、コーディングで留意すべきこと

V. 付録 : 3 8

- ・ DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集
- ・ 留意すべき ICD コード (部位不明・詳細不明コード) の一覧
- ・ 本書で使用される「用語」集

I. はじめに

1. 序文

1) 本コーディングテキストについて

- 本コーディングテキスト（以下、「本書」という）は、DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式）に関連する医療機関において、DPC レセプトの作成や DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）の様式 1 の作成等の際に適切な傷病名のコーディングを行うための参考資料として作成されたものである。
- 本書は、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 7 月 26 日）で報告された「DPC/PDPS コーディングガイド（厚生労働科学研究班（※）作成）」を元に、地方厚生局、審査支払機関、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士指導者等の意見を集約して見直しを行い、作成されている。
（※平成 24 年度厚生労働科学研究「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究（研究代表者 伏見清秀）」）
- 本書は、傷病名コーディングの基本的な考え方や、コーディングを適切に行うために望ましい病院の体制等について、DPC/PDPS に関連する各医療機関に周知することを目的としている。
- なお、本書は、傷病名のコーディングに係る事例を完全に網羅するものではなく、臨床現場の意見や DPC/PDPS 全体に関する議論等も踏まえ、事例の追加や基本的な考え方の修正等の改訂を行うことを予定している。

2) 本書が作成された背景

- DPC 対象病院は年々増加傾向となっており、DPC/PDPS（診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式）による診療報酬の支払い方式が拡大している中で、DPC/PDPS を適切に運用するため、今後ますます適切な傷病名コーディングが求められている。
- DPC 制度は、疾病の分類方法として「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（国際疾病分類）：ICD-10 2003 年版準拠（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 以下、「ICD」という。）」が採用されており、適切な DPC コーディングのためには ICD（国際疾病分類）に対する理解が普及するが重要であり、これまで様々な取り組みが行われてきた。

・「A207 診療録管理体制加算」の創設…診療記録管理の専任者の配置、ICD コーディン

グやカルテ開示にかかる診療報酬上の評価

- ・「部位不明・詳細不明コード」の ICD コードの過剰使用に対する診療報酬上のペナルティの導入
- ・標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保することを目的とした委員会「適切なコーディングに関する委員会」の設置及び年 2 回の開催を義務化 等

(※参考：DPC 制度導入以前の平成 10 年 10 月に開始された国立病院等における入院医療の定額支払制度、いわゆる日本版 DRG/PPS においても ICD が採用されている)

- しかし、ICD（国際疾病分類）に関する知識の不足に起因すると考えられる不適切なコーディングや、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例等が存在することが指摘されており、適切な DPC コーディングを推進するために ICD に関する知識の更なる普及の取組みが課題とされている。

3) なぜ適切な DPC・ICD コーディングが求められるのか

- DPC/ PDPS(診断群分類による 1 日当たり支払い方式)の基本となる DPC 点数表は、「DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）」に基づき、診断群分類ごとの前年度の全国平均の実績（平均在院日数および平均 1 日当たり医療費）を元に設定されており、最新の診療実態を反映した点数が設定される仕組みとなっている（DPC 点数表の各診断群分類の点数は厚生労働省が恣意的に決定しているわけではない。）。
- しかし、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）等により、適切な傷病名コーディングが行われなかった場合、各診断群分類において診療実態にあった適切な点数が設定されなくなってしまう可能性がある。
 - ※ 例として、「130100 播種性血管内凝固症候群（DIC）」の診断群分類はアップコーディングが多い診断群分類であると指摘されており、設定されている点数は年々低下していることから、本来 DIC としてコーディングされるべき患者を診療する医療機関にとって適切な医療費が償還されなくなっているのではないかという指摘がある。
- DPC/ PDPS（診断群分類による 1 日当たり支払い方式）が適切に運用され、全国の急性期医療が適切に提供されるためには、診断群分類ごとに診療実態にあった DPC 点数が設定されることが不可欠であることから、全国の DPC/ PDPS に関連する医療機関において適切な DPC コーディングが求められている。

4) 本書の帰属について

- 本書は、厚生労働科学研究班（伏見班）及び日本診療情報管理士会が監修し、厚生労働省保険局医療課に帰属する。

5) 本書が想定する対象者

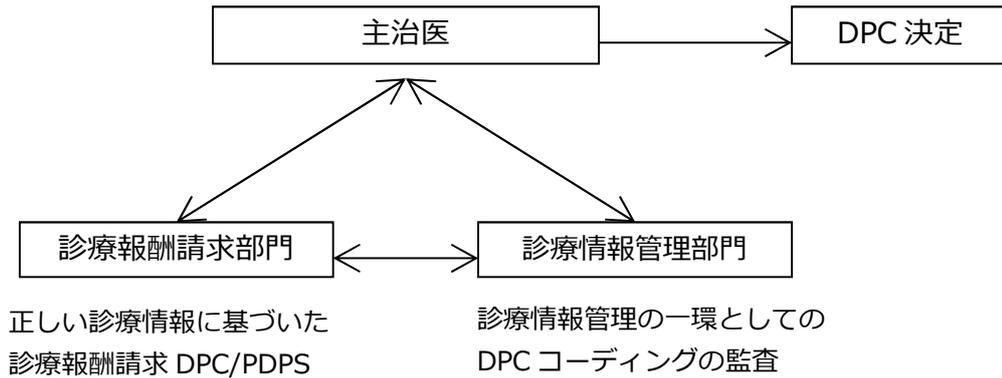
- 本書は、最終的に DPC コーディングを決定する医師、診療報酬請求事務を行う職員、診療記録の監査やコーディングを行う診療情報管理士等、DPC/PDPS に関連する医療機関に所属する全病院職員を対象として想定している。
- ※『平成 26 年度影響調査実施説明資料』と併せて活用すること。

2. 適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制

- 平成 25 年度第 1 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 4 月 3 日）において、「適切な DPC コーディングのために先進的な取り組みをしている」全国 5 病院を対象としてヒアリング調査が実施され、適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制について議論が行われた。
- （※ヒアリング調査の結果については、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 7 月 26 日）で報告されている <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000037a48.html>）

1) DPC コーディングに係る体制

- DPC のコーディングにおいては「主治医」、「診療情報管理部門」、「診療報酬請求部門（医事課等）」が中心になって関わるものと考えられるが、役割分担の明確化や意思疎通を行う機会を十分設ける等、医療機関全体として協力しあう体制を構築することが求められている。（平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の結果報告について）
- DPC コーディングの最終的な決定者は「主治医」であるが、主治医に加えて「診療報酬請求部門」、監査役としての診療情報管理士を中心とする「診療情報管理部門」が適切に関与していくことが望ましい。



図表 1：コーディングに係る体制

- DPC 対象病院は「A207 診療録管理体制加算」の届出を行うことが要件となっており、DPC コーディングは、診療録管理体制によって整備された正確な診療記録に基づき監査されることが望ましい。

2) DPC/PPDS のコーディング手順について

- 入院時および退院時に「主治医」によって DPC コーディングが入力された後に、「診療情報管理部門の職員」や「診療報酬請求部門（医事課等）の職員」がコーディング内容を確認する手順をとっている病院が多数を占めており、この方法が最も標準的なコーディング手順であると考えられる。
- 一方、診療情報管理士や医事課職員が DPC コーディングを行った後に主治医が確認するという体制をとっている病院もあり、各病院のそれぞれの実態にあった適切なコーディング手順を構築することが望ましい。

3) 「適切なコーディングに関する委員会」の有効な活用について

- 適切なコーディングに向けて先進的な取り組みをしている医療機関のほとんどが「適切なコーディングに関する委員会」を毎月開催しており、医療機関によっては診療情報管理士、医事課担当者を主体としたより実務的なコーディングに関する議題が取り上げられていることが報告されており、「適切なコーディングに関する委員会」をより適切なコーディングを議論する場として有効に活用することが望ましい。
- 特にコーディングの最終的な決定者である「医師」が、ICD（国際疾病分類）を含め、DPC/PPDS について十分に理解を深めることが望ましく、医療機関としての何らかの取り組みがなされることが望ましい。
- なお、当該分科会で同時に報告された平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の調査結果において、「適切なコーディングに関する委員会」の議題として「出

来高点数と包括点数の差額分析」を行っている医療機関が多数認められているが、包括で算定した場合の点数と出来高で算定した場合の点数との差額が小さいことが、適切な DPC コーディングであることの根拠にはならないことに留意すること。

※詳細については、厚生労働省 HP を参照すること。

（平成 25 年度第 1 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事次第）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yofs.html>

（平成 25 年度第 5 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事録）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000016240.html>

3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先

- 個別事例の DPC コーディング・診療報酬請求に係ること：地方厚生（支）局
- 本書の改訂にかかる要望等：DPC 調査事務局（厚生労働省保険局医療課）

4. 参考資料

- 1) 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）2003 年版第 1 巻（総論）、厚生統計協会
- 2) 診断群分類点数表のてびき 平成 24 年 4 月版、社会保険研究所

II. DPC (診断群分類) の基本構造について

1. DPC (診断群分類) は大きく分けて3層構造で構成されている

○重要なポイント

- ・ DPC (診断群分類) は 14 桁コードで構成され、大きくわけて 3 層構造で構成されている。
- ・ 1 層目は、「傷病名」に基づく層であり、ICD-10(国際疾病分類) で定義されている。
- ・ 2 層目は、「手術」の有無に基づく層であり、医科点数表により定義されている。
- ・ 3 層目は、その他の層であり、「処置」、「副傷病名」、「重症度」等が含まれる。

○ DPC を構成する要素は大きくわけて、

【1 層目】 傷病名 (主要な傷病名、病態 : Diagnosis)

【2 層目】 手術 (主要な手術 : Procedure)

【3 層目】 その他の処置、副傷病名 (入院時併存症、入院後発症)、重症度等の 3 層構造で構成されている。

※ 日本で採用されている DPC (診断群分類) は、手術・処置等 (Procedure) より傷病名 (Diagnosis) が優位の構造となっており、DPC コーディングにおいては傷病名の選択が最も基本的である。

○ 「医療資源を最も投入した傷病名 (以下、「医療資源病名」という。)」は、入院中の主要な傷病名・病態に基づき入力する。

(注 : レセプトや退院患者調査の様式 1 における「主傷病名」は医師がカルテに記載した病名であり、必ずしも医療資源の投入量に基づいて決定されたものである必要はない。)

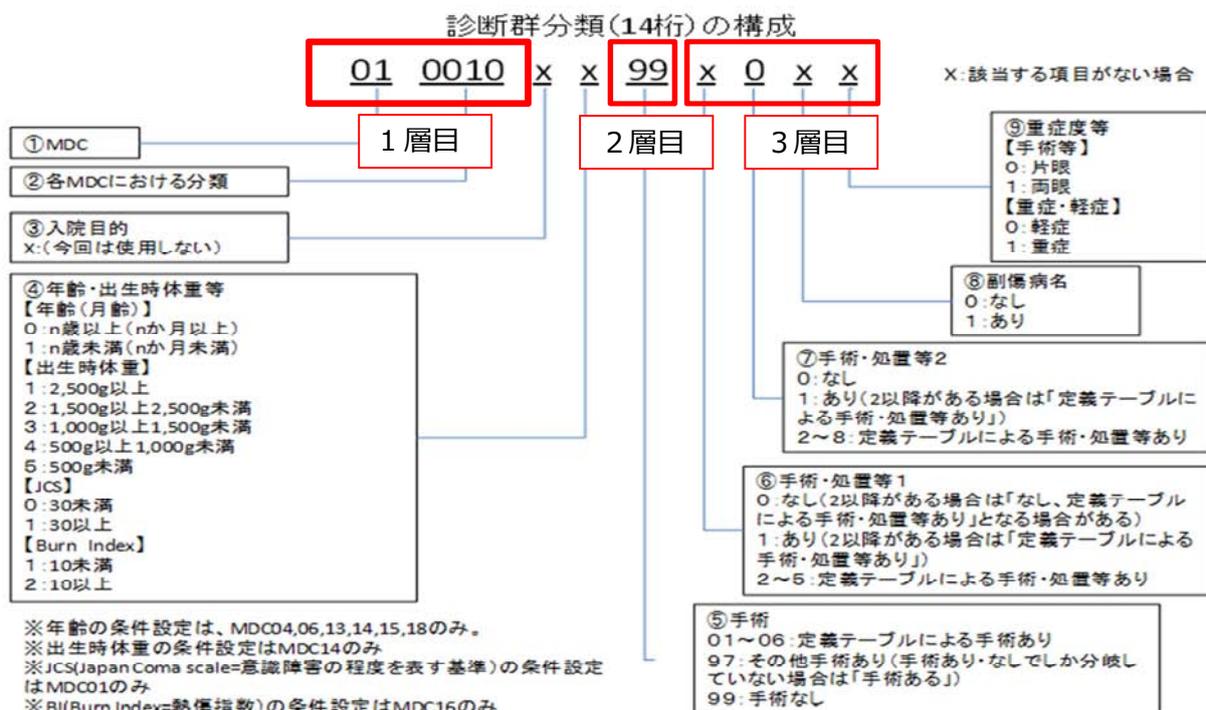
○ DPC/ PDPS における「傷病名」は、ICD (国際疾病分類) を元に作成されており、傷病名の選択の際は、原則として WHO (世界保健機関) が規定した ICD (国際疾病分類) の分類ルールに基づいて行う。

※ DPC を分類するための傷病名分類は、WHO が制定している ICD-10 分類、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回修正」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision) 2003 年日本語版で定義されている。当該資料は、3 巻構成で、1 巻が総論 (マニュアル)、2 巻が内容例示表 (コード体系)、3 巻が索引表である。ICD 分類を行う手順の基本は、主たる傷病名を、1 巻 (総論) に規定された各種のルールや定義に基づき、2 巻から分類を検索することである (必要に応じて 3 巻の索引表を活用)。

(注 : ICD の分類は死因統計に用いることを前提としており、臨床現場の意見等を踏まえて設定された DPC の分類と概念が異なる部分もある。DPC の分類においては、主要、かつ単一な病態、すなわち医療資源病名を選択することが必要であり、ICD のルールにあるダブルコーディングや分類選択に当たっての優先ルー

ル等は DPC 分類では採用されない)

○ DPC (診断群分類) は 14 桁のコードで表現される。



図表 2. 診断群分類の構成 (項目の詳細)

- ◆ 診断群分類の構成
- 【1層目：傷病名の層】 上6桁コード (上2桁はMDC (主要診断群) コード)
 - 【2層目：手術の層】 9・10桁目
 - 【3層目：その他】 残りのコード

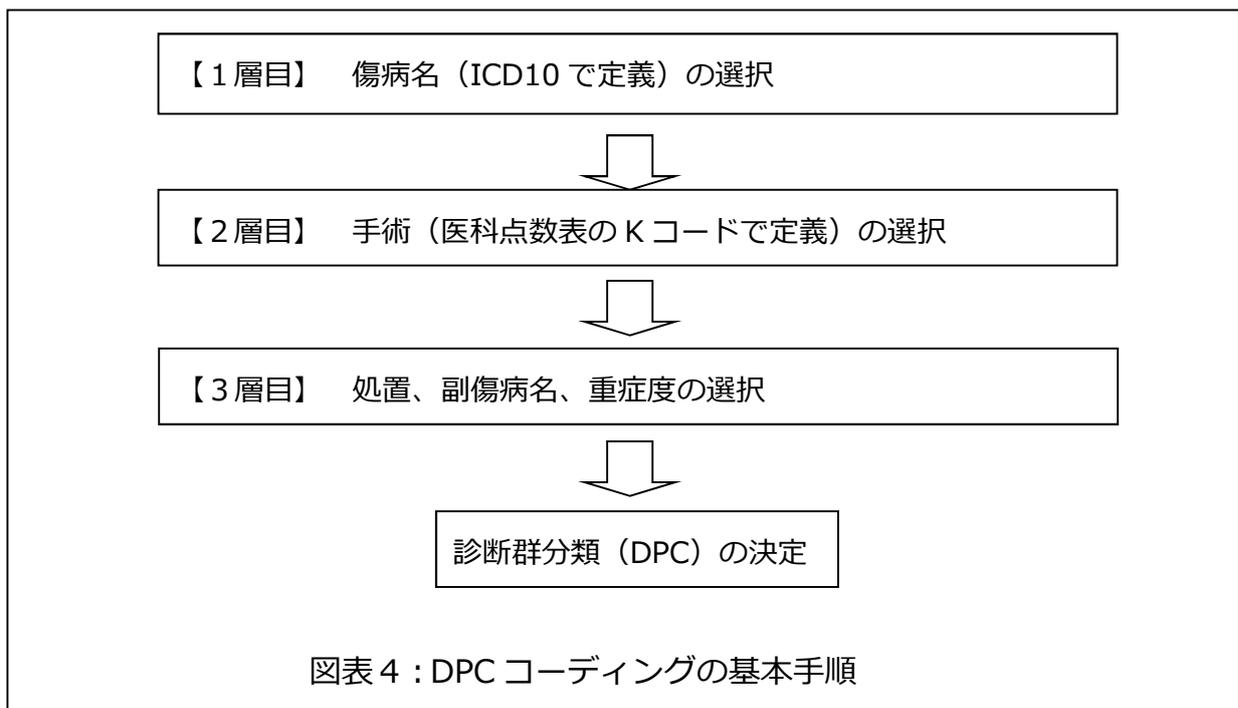
MDCコード	MDC (主要診断群) 名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患

12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他

図表 3. MDC (主要診断群) のコードと名称

- DPC の 3 つの基本構造の決定によって DPC の 14 桁コードを決定するのが DPC コーディングの基本となる。

(注：ここで出現する定義の多くは、一定の幅を持つ「分類」や「範囲」であることに注意が必要である。ここでの「分類」は、保険診療（処置手術等）のルールにおいてどのグループ（分類）に包含されるかということである。したがって、分類の粗さの問題はあっても原則として傷病名や手術名はいずれかに分類される。)



2. DPC (診断群分類) と ICD (国際疾病分類) について

○重要なポイント

- ・ DPC 分類は「3層構造」であり、1層目から順次、医療資源病名、2層目の手術、3層目の付随する処置や重症度、副傷病名等を選択する。
- ・ 1層目、2層目、3層目を順に一方通行の考え方で選択する。

- 図表 4. に示したとおり、適切に DPC を分類するためのプロセスは 3 層構造であることを

踏まえ、

- ・ 1層目：医療資源を最も投入した傷病名が ICD（国際疾病分類）のどの分類に属するかを決定
- ・ 2層目：実施した手術が診療報酬点数表のどの分類に属するかを決定
- ・ 3層目：最後に、定義された手術処置 1 もしくは手術処置 2、副傷病の有無、重症度等を決定

という流れになり、その結果、適切な分類が選択される。

- この選択のフローは、1層目から3層目まで一方通行で選択する考え方であり、手術・処置等の下の層から遡って傷病名を選択するのは正しい考え方ではない。

※ 主治医が診断した結果の傷病名の選択を最も上位の層（1層目）で選択する構造であり、2層目、3層目の内容は上位の層に関連する選択となるが、その関係に著しく乖離があるとすれば、その根拠について診療録で判明することは当然として DPC のレセプト作成にあたっては症状詳記等を添付する等の配慮が必要である。

※DPC の分類における適用の考え方について

- (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。なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示および診断群分類定義樹形図に基づき診断群分類区分を判断する。
- (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「医療資源病名（医療資源病名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）」を主治医が ICD コードから選択する。ただし、以下の ICD コードについては選択しない。
 - ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
 - ・ 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および原因不明の死亡（R99）まで（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）、および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。
- (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。）を考慮した上で診断群分類区分の適用を判断する。
- (4) 1つ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、1つの

診断群分類区分を決定する。

- (5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合においても、1つの診断群分類区分を決定するものとし、決定に当たっては以下の点に注意する。
- ・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は、「手術」、「手術・処置等1」および「手術・処置等2」の全ての項目において診断群分類定義樹形図の下から掲げられた診断群分類を優先して選択する。
- (6) 医科点数表において「区分番号 K○○○の○○術に準じて算定する」と規定されている手術については、診断群分類区分を決定するにあたっては準用元の手術で判断する。
- (7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は診療報酬の請求時に行う。

- ICD（国際疾病分類）の概要を図表5に示し、DPC の分類選択を適切に行うためのICDに係る基礎的かつ重要な定義を併せて解説する。

章	ICD コード	ICD（国際疾病分類）・見出し
1	A00-B99	感染症および寄生虫症
2	C00-D48	新生物
3	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
4	E00-E90	内分泌,栄養および代謝疾患
5	F00-F99	精神および行動の障害
6	G00-G99	神経系の疾患
7	H00-H59	眼および付属器の疾患
8	H60-H95	耳および乳様突起の疾患
9	I00-I99	循環器系の疾患
10	J00-J99	呼吸器系の疾患
11	K00-K93	消化器系の疾患
12	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患
13	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患
14	N00-N99	尿路性器系の疾患
15	O00-O99	妊娠,分娩および産じょく<褥>
16	P00-P96	周産期に発生した病態
17	Q00-Q99	先天奇形,変形および染色体異常
18	R00-R99	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 (Rコード)

19	S00-T98	損傷,中毒およびその他の外因の影響
20	V00-Y98	傷病および死亡の外因
21	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用(Zコード)
22	U00-U99	特殊目的用コード

図表 5. ICD (国際疾病分類) における章、所属コードと見出し (名称)

※ 「Rコード」と「Zコード」は、一部を除いて医療資源病名として選択することはできない。

◆ICD (国際疾病分類) での表現や考え方について

- (1) 主要病態や主傷病名とは、DPC で用いられる「医療資源病名」と同一の意味である。
- (2) 「主要病態」や「主傷病名」は、臨床家の専門性等に依存、配慮した傷病名ではなく、1入院期間の医療資源の投入量に依存する医療資源病名を指す。
- (3) 「副傷病名」は、ICD における「その他の病態」等を指す。
- (4) 傷病名に関しては、その傷病名記載に含まれる情報として、部位、病理学的区分等、ICD 分類が出来るだけのものが含まれている必要がある。例えば、左右、上下、両側片側、骨折における開放性非開放性、新生物における良性悪性、先天性後天性等がある。
- (5) 傷病名表記は、原則として略称等は用いず日本語表記を原則とする。

3. 傷病名コーディングが必要となるレセプト等の記載欄と留意事項について

- 傷病名コーディングは、DPC レセプトの作成や退院患者調査の様式 1 の作成において必要となり、それぞれの記載欄に定められている留意事項に沿ってコーディングを行う。
- レセプトと影響調査における様式 1 をはじめとした提出データは相互に差異がないこと (同一の診療データを基に双方が作成されていること) が求められる。

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	<ul style="list-style-type: none"> ・「医療資源を最も投入した傷病名」を選択する。 ・入院中の主要な傷病名・病態に基づき決定する。
②「定義副傷病名」欄	(診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。)
③「傷病情報」欄	
「主傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が医学的判断に基づき決定した傷病名を記載する。(医療資源の投入量の多寡によらず、医師の判断

	で決定してよい)
「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。
「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1つ記載する。
「入院時併存傷病名」 (最大4つ)	・ <u>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。</u> ・ 入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。
「入院後発症傷病名」 (最大4つ)	・ <u>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。</u> ・ 入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。

図表6. DPCレセプトの作成に必要な傷病名の一覧

調査項目	留意事項
「主傷病名」	・ 退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
「入院の契機となった傷病名」	・ 入院の契機となった傷病名を入力する。
「医療資源を最も投入した傷病名」	・ 入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
「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は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
「入院時併存症名」 (最大4つ)	・ <u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には必ず入力する。</u> ・ 以下に該当するものがある場合は入力すること。 1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名 2. 慢性腎不全 3. 血友病・HIV感染症 4. 併存精神疾患
「入院後発症疾患名」 (最大4つ)	・ <u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には必ず入力する。</u> ・ 以下に該当するものがある場合は入力すること。 1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名 2. 術後合併症

図表7. DPC退院患者調査の様式1の作成に必要な傷病名の一覧

4. 2つの傷病名マスター（標準病名マスターおよびレセプト電算マスター）について

○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求には標準的なマスターを使用することが義務づけられているが、これらのマスターは、頻回に用いる傷病名に ICD（国際疾病分類）コードを付与したものである。
- ・ 傷病名が存在しない場合は新たに傷病名マスターを作成しなければならない。
- ・ 修飾語を用いることによって ICD コードが変化する場合があるため注意が必要である。

(1) 傷病名マスターについて

- DPC/ PDPS に限らず、診療報酬の請求に用いる場合はレセプト電算処理システムに使用するマスターを用いることが義務づけられている。
- 標準病名マスターとは電子カルテシステムにおいて用いることを主眼に開発された「ICD-10 対応電子カルテ用標準病名マスター（以下「標準名マスター」という。）」、レセプト電算マスターとはレセプト電算処理を目的として開発された「レセプト電算処理システム傷病名マスター（以下「レセプト電算処理マスター」という。）」となり、当初、その目的からも別個のものとして扱われていたが、平成 14 年に傷病名表記の統一と相互のコードの対応付けを行ったことで、現在では標準病名マスターとレセプト電算マスターの齟齬は解消されている。
- また、これらのマスターには ICD（国際疾病分類）コードが付与されていることから、その利便性からも DPC のコーディングを行ううえで標準的なマスターとして使用することができる。
- ただし、これらのマスターは、電子カルテシステムやレセプト電算処理等の傷病名表記に用いることを目的として開発されていることから、利用するにあたっては知識や経験が必要となるため、以下について注意する。
 - ※ DPC/ PDPS に限らず、オンライン請求等、診療報酬を請求する際、傷病名は傷病名マスターを使用することが規定されている。前述したように、傷病名マスターには ICD も付与されているが、この ICD コードを用いて DPC 分類を行っている事例があるが、傷病名マスターはレセプト表記を行うために開発されたものであり、傷病名全てに適切な ICD が割り振られていない。例えば、診療報酬を請求する際に用いる「足異物」、「膝関節部異物」といった傷病名には ICD では付与されていない。
 - ※ つまり、これらのマスターはあくまでも適切な日本語傷病名を表示することが目的であって、ICD コードは副次的なものであり、日々発生する多様な全ての傷病名を与えられた現状で正しく ICD コードを選択するためには利用者側に知識や理解が必要である。

(2) コーディングにあたっての留意点

- 傷病名に修飾語(急性、慢性の区別や部位等)を付ける際は、傷病名に付与された ICD コードが変化する、傷病名にやむを得ず ICD コードを付与されたものが多数存在する、等を理解しておく必要がある。特に、不十分な傷病名に、部位不明、詳細不明等といった ICD が付与される例は典型である。

◆正しい傷病名と ICD-10 コードの選択

- ①「噴門部」(修飾語) + 胃癌 (C16.9) → 噴門部癌 (C16.0)

※間違った選択 C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

- ②「尺骨」(修飾語) + 骨折 (T14.20) → 尺骨骨折 (S52.20)

※間違った選択 T14.2: 部位不明の骨折

- ③「慢性」(修飾語) + 肺炎 (K85) → 慢性肺炎 (K86.1)

- これらのマスターでよく誤解される要素は、傷病名がない → 多くの傷病名は標準病名マスターに含まれている、読み方、見方を変えると存在する。
- マスターから選ぶと、「詳細不明」、「.9」の分類になる → ICD の構造の理解不足、標準病名マスターの構造の理解不足である。
- それでも傷病名が存在しない場合は、独自にマスターへ登録して正しい傷病名を用いることになる。その場合は、以下の対応が求められる。
- なお、未コード化傷病名は不適切ではなく存在しないコードを新たに作成することは禁止していない。傷病名マスターに既にあるコードをワープロ入力等する場合は問題となるので留意すること。

ICD コードに関する Q & A

Q 1 : 標準病名マスターを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスターを用いてもよいか。

A 1 : 標準病名マスターの使用を前提とするが、含まれていない場合等は施設独自のレコードを使っても構わない。その場合でも ICD コードのコーディング、データの仕様に準拠していること。

Q 2 : ある傷病名に対する ICD コードが分からない。どこに問い合わせればよいか。

A 2 : 傷病名、ICD コードの決定は主治医と相談の上、各医療機関で行うこと。

※「DPC 導入に関する影響調査 調査実施説明資料より抜粋」

Ⅲ. コーディングの基本的な考え方

1. 診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について

○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求は診療録（カルテ）に記載に基づいて行われる必要があり、DPC（診断群分類）の決定の際にも、診療録の記載に基づき適切に行わなければならない。

- 医師法第 24 条において、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」と規定されており、その記載事項については医師法施行規則第 23 条に規定されている。
- また、療養担当規則第 8 条（診療録の記載及び整備）及び第 22 条（診療録）に診療録に係る規定があり、診療録の記載は診療報酬請求の根拠となるものであるため、レセプトに記載された事項は、診療録に記載されていなければならない。

（療養担当規則）

第 8 条：保険医療機関は、第 22 条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第 22 条：保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第 1 号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

- また、DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の様式 1 の作成においても、診療録の記載に基づいて行うこと。

2. コーディングの基本と傷病名選択の定義

○重要なポイント

- ・ DPC コーディングの基本は医療資源に基づく「医療資源病名」の選択にある。
- ・ 対象となる期間は、DPC 算定病床に入院していた期間である。

- DPC コーディングの対象となる期間は入院期間であることから、該当する DPC コードが確定するのは退院時となり、退院後に変更はしない。
（例：退院後、時間が経過して新しい傷病名で呼ばれるようになった、病理結果が出た等により他の DPC に該当する場合であっても DPC の変更はしない。）
- 退院時点で診断が確定していない場合は、疑われる傷病名に対して医療資源を投入したという前提で、「〇〇疑い」等、疑われる傷病名を選択する。

(1) 医療資源とは

- 「医療資源」とは「ヒト・モノ・カネ」の総体である。診療行為や薬剤のみではなく、

総合的に判断しなければならない。

- 特に室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等を評価する「入院基本料等」が医療資源に占める割合は高いことから、例えば何のためにこの入院に至ったのか等の判断を元に考える。

(2) 主要病態とその選択とは

- DPC コーディングは、1 入院期間を対象に、主要な病態となる傷病名を選択することが基本である。したがって、1 入院期間で患者の治療対象として代表する傷病名を選択することが必要である。
- ICD（国際疾病分類）においては、単一病因分析のために使用される病態を、「保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態」と定義している。

◆「主要病態」の選択の原則

- ①主として患者の治療又は検査に対する必要性に基づく「保健ケアのエピソードの最後に診断された病態（=1 入院期間で退院時に判明する主要病態）」を選択する。
- ②病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
- ③診断が確定されなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択する。

- DPC/PDPS における「医療資源病名」は、当該一入院期間における ICD で定義される「主要病態」に置き換えて判断する。

※ 医療資源病名が確定しない場合は、結果として検査入院であり、〇〇疑いというような主要症状や異常所見として選択する。この場合は、検査行為も医療資源の1つであり、総合的に判断する必要がある。

※ 過去の傷病名（診療に無関係な何年も前の〇〇術後等）を選択すべきではなく、医療資源病名とはなり得ない。その判断の基準は、単純に「何ヶ月」というものではなく、今回の診療に影響を与えた医療資源の投入があったかどうか等により主治医が総合的に判断する必要がある。

◆不適切なコーディングの例

- ①既に治療が終わっている（今回の入院で当該疾病に医療資源の投入がない）
→右手尺骨骨折術後
- ②既にその臓器が存在しない
→胃癌術後（胃、全摘後）

(3) 医療資源病名は、1 入院期間を対象に退院時に一つを決定する

- 医療資源病名は、当該入院期間中に最も中心的な目的、実施する診療行為に直結するものである。その選択の基準は、以下のとおりである。

- ①入院期間中に複数の病態（傷病名）が存在する場合は、どの病態に医療資源を最も投入したかで判断する。原則として、手術等の主要な診療行為と一致する傷病名を選択する。
- ②複数の手術や侵襲的処置を行った場合は、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為に関連した傷病を対象とするのが一般的であるが、一部の高額な薬剤や検査に対応する傷病名とは限らないので慎重に判断が必要である。判断が難しい場合には、入院基本料（室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等が含まれ、医療資源でも大きな要素）を含む診療報酬点数を参考に、総合的に医療資源病名を判断する。
- ※手術目的の入院であり当該期間における施設、設備、医療用材料、看護等の医療資源の投入先が明らかに手術を目的としたものである場合、副傷病名に関連する薬剤投与があってもそれをもって医療資源病名とすることが適切かどうかは総合的かつ慎重に判断しなければならない。その基本は「原疾患主義」である。
- ③入院中に病態が変化した場合は、退院時点の判断に基づいて1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を1つ選択する。

◆「1入院期間を対象に退院時に1つを決定する」例

- ①1入院期間に治療または検査された基本的な例(選択の基準に検査行為も含まれることに注意すること)

例) 急性穿孔性虫垂炎のため10日間の入院中に虫垂切除術等を施行した
→医療資源病名は急性穿孔性虫垂炎 (K350)

- ②投薬、処置手術や特徴的な診断行為があった場合で、診断が確定した場合(その行為と処置手術等が対象とした部位や対象とする病態等は一致するのが原則)の例

例) 不明熱のために入院してきた患者が各種検査を行い、診断の結果、急性骨髄性白血病と診断され、治療後に退院となった。
→医療資源病名は急性骨髄性白血病 (C920)

- ③病態が複数ある場合、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべき例。

例) 5年前に自院にて肝臓癌の診断治療後も自院通院中、マイコプラズマ肺炎を発症し入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与し退院した。
→医療資源病名はマイコプラズマ肺炎 (J157)、入院時併存症は肝臓癌 (C220)

- また、傷病名に複数の傷病名要素を含むために曖昧なコーディングとなっている、もしくはコーディングそのものが出来ない例もみられる。多発性の外傷等の一部の限られた分野を除くと、基本的にICDで個別に定義された傷病名は各々を記載し、各々についてICDコーディングが行われるが、DPCの場合はその中から医療資源病名を選択する。

◆複数の傷病名を1つの傷病名としてコーディングされている例

- ①「呼吸不全、C型肝炎」の表記に対して、呼吸不全、詳細不明（J96.9）を付与。
呼吸不全とC型肝炎は別疾患として傷病名の標記をして個別にコーディングする必要がある。
※ただし、呼吸不全、C型肝炎という傷病名そのものも正しいコーディングをするにあたり十分な情報を持っていないので適切な傷病名の付与ではない
- ②「脱水症、S/O脳梗塞」の表記に対して、E86体液量減少（症）（E86）を付与。

(4) 原則として医療資源病名と実施した手術、処置には乖離がないこと

- 医療資源病名と実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由や根拠が診療録に記載されているとともに、レセプトの摘要欄または症状詳記へ記載することが必要である。

◆「医療資源病名」と実施した手術や処置との間に「乖離」がある

- ①医療資源病名が爪白癬、実施した手術が口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
- ②医療資源病名が狭心症、実施した手術が人工関節置換術（膝）
- ③医療資源病名が肺炎、実施した手術が骨折観血的手術（大腿）
※医学的に理解が難しいので、乖離に対する理由根拠が必要である。

(5) 医療資源病名は精緻かつ医学的に適切な表現とすること

- 医療資源病名の選択にあたっては、傷病の包括的な表現は行わず病態を最も適切に表すものにする。
- 原因疾患が明らかな場合はそれに付随した呼吸不全、循環器不全等の臓器不全病名を選択しない。また、先天性心疾患、多発外傷、〇〇系の△△疾患等の包括的な表現を用いるべきではなく、疾患の部分的現象であるアルブミン減少症、貧血、血小板減少症、好中球減少症、カテーテル先感染症等を意図的に選択してはならない。

◆「医療資源名」として不適切な例

- ①肺炎を呼吸不全（J796）
- ②心筋梗塞や心筋症を心不全（I50）
- ③消耗性疾患でアルブミンを投与した場合のアルブミン減少症
- ④原因の明確な出血で輸血をしている場合の貧血
- ⑤癌の化学療法中に血小板を輸血した場合の血小板減少症（D69）
- ⑥GCSF等を皮下注した場合の好中球減少症（D70）

※ただし、高齢患者、小児患者等のうち過去の傷病に起因する慢性的な呼吸不全等で「不全」という表現を使用することはあり得る。その時には他の傷病名の選択が出来ない理由が必要である。

(6) 「副傷病名」(医療資源病名以外に存在する、または発生する他の病態) について

- ICD (国際疾病分類) のルールでは、主要な病態に加え可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた別々に記載するとされている。この「その他の病態」については、「保健ケアのエピソードの間に存在し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態」と定義されており、さらに、現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはならないとされていることから、あくまでも今回の1入院期間が前提となる。
- 患者管理に影響を与えたとは、単純に在院日数を延長させたというのではなく副傷病名を対象に診療行為が発生もしくは疑って診断行為等が発生した場合を含んでいる。例えば、認知症という併存症がある等、直接的な診療行為がなくても管理に影響を与える等に該当する場合も含んでいる。

◆患者管理に得今日を与えた病態の例

眼瞼ヘルペスの疑いで入院。当該患者は幼少の頃からアレルギー性気管支喘息があり、定期的に受診中。入院治療の過程で帯状疱疹後神経痛が出現。
→医療資源病名は眼瞼ヘルペス (B023)、入院時併存症がアレルギー性気管支喘息 (J450)、入院後発症は帯状疱疹後神経痛 (B022)。

(7) 副傷病名についての選択について

- DPC/ PDPS におけるいわゆる「副傷病名」は、「入院時併存症」および「入院後発症疾患」を指す。
- 「入院時併存症」は入院時点で、入院の契機となった傷病や医療資源を最も投入した傷病とは別に既に存在した傷病であり、「入院後発症疾患」は入院期間中に発生した傷病である。
- 入院期間中の患者管理に影響を与えた病態(傷病名)を、最大4つまで記載するとされている。当該傷病名が4つを越える場合は影響度の大きいものの順に4つ選択する必要がある。なお、診療報酬請求上、5つ以上の傷病名の記載をしなければならない場合には、必要に応じて症状詳記を添付する。

(8) 詳細な傷病名の選択と記載について

①部位等の必要な情報を含むこと

- 各傷病名は、最適な ICD の分類、その結果としての適切な DPC の選択を行うためには可能な限り情報を多く含んでいる必要がある。分類するための情報が傷病名表記に含まれていることが必須であり解剖学的な部位、原因菌、病態等が明確でなければならない。
- ※ 胃の悪性新生物の場合、ICD 4 桁目を確定するためには、胃の詳細な部位の把握が必須であり、詳細な情報を傷病名の表記に含んでいる必要がある。特に、保険者、審査

支払機関、行政機関等、第三者的立場の者にも容易に理解出来る傷病名の記載でなければならない。当然、この傷病名は主治医の診療録にその診断根拠等とともに記される必要がある。

◆胃の悪性新生物における ICD 分類の例

★胃の悪性新生物 (C16)

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

- この分類からもわかるように、例えば、治療対象（この場合は腫瘍の存在）となる部位が「胃体部」にあり、内視鏡などの検査や診断方法により確認されたとすれば、その傷病名は胃体部の悪性新生物 (C16.2) と分類すべきである。胃がん、胃悪性腫瘍、というような曖昧な表記では部位不明に分類せざるを得ず、その結果として不適切なコーディング、胃の悪性新生物、胃、部位不明 (C16.9) となってしまう。この場合は、明確に部位を明示して胃体部の悪性新生物 (C16.2) とすべきである。
- また、診断や部位が明らかであるにも関わらず、胃の悪性新生物と表記がされた場合は、傷病名の記載情報からはそれ以上の明確な診断がなされていない状態もしくは曖昧な診断がされてる状態と判断されることになる。通常、有効な検査等によって診断が確定し治療に至ったのであれば解剖学的な部位の確認は出来ていたはずである。前述のように、詳細部位が示されない胃癌としか表現出来ないような場合は傷病名の表現に問題があることになる。

◆部位等の情報を明確に含むことが重要な例

骨折は、「開放性」、「閉鎖性 (非開放性)」の区別、「部位」を明確にして S コードで分類する。
→S02.\$、S22.\$、S32.\$、S42.\$、S52.\$、S62.\$、S72.\$、S82.\$、S92.\$希なケースとして、多部位の場合は、T02.\$とする。部位不明に適用する、T08、T10、T12、T14.\$については、部位を明確にして、適切なコードを選択する。

※基本的に骨折や外傷等については部位の確認が可能であり部位不明はありえない。コード選択にあたっては、コンピュータの表示等のみによらず正しい部位を選択すること。

②適切な傷病名表記に必要な情報について

- 患者に対して診断を行いそれに基づき傷病名や病態を選択することは主治医の判断であるが、診療報酬請求の根拠とするためには第三者的に客観的かつ傷病名に対する診断理由や検査結果等が明確でなければならない。また、ICD においても、「各診断名は、病態

を最も特異的な ICD 項目に分類するために可能な限り情報を多く含んでいなければならない。」とされていることから、ICD 分類を行うための情報が傷病名の表記に含まれないとされている。ところが、臨床現場の主治医は多忙であり ICD 分類に必要な情報の全てについて付記を求めることは困難を伴う。このような現状を改善するために「適切なコーディングのための委員会の設置」と年 2 回以上の委員会開催が DPC 制度参加の要件とされたところであり、ICD の選択に関わらず主治医以外の第三者が診療録等の確認を行う等の医師業務の支援体制を構築することが求められている。

◆本来診断が確定しているのも関わらず適切な ICD コーディングをするための情報が含まれない例

- ①胃腫瘍 →胃体部癌の診断あり
- ②大腸癌 →S 状結腸癌の診断と手術あり
- ③狭心症 →不安定狭心症と診断あり
- ④慢性副鼻腔炎 →慢性上顎洞炎と診断あり
- ⑤白内障 →老人性初発白内障と診断あり

- 新生物は、「悪性」、「良性」の区別を明示することが原則であり病理結果が間に合わず診断が未確定等により不明な場合に限り退院時点でこの傷病が疑われるというような観点で判断する。ただし、行った診療行為と整合性があることが条件である。（悪性に準じて治療を行った等。）悪性新生物（腫瘍）の場合、「悪性」または「癌」等の表示があることを原則となる。また、「再発」と「転移」はコードが異なるためコーディングだけではなく傷病名についても明確に区別が必要である。

◆悪性新生物（腫瘍）における傷病名の例

- ①上葉肺癌再発（C34.1）
- ②転移性肺癌（C78.0）
- ③乳癌術後胸壁再発（C76.1：結合組織の場合：C49.3）
- ④乳癌術後胸壁転移（C79.8）
- ⑤上顎洞癌術後前頭洞再発（C31.2）
- ⑥上顎洞癌術後前頭洞転移（C78.3）

- ICD は世界的な標準として用いることを目的としていることから曖昧な情報への対処方法が定められている。それに準拠したコーディング自体は誤りではないが、適切とはいえない傷病名に対するコーディングは結果として正しい ICD コードを選択できないことになる。傷病名自体が曖昧な場合は、出来るだけ詳細な傷病名の選択、表示を行いそれに基づく正確な ICD コーディングが必要となる。

◆曖昧な傷病名の例

- ①「カルチノイド」→ C80 (部位の明示されない悪性新生物)
- ②「感染症」→ B99 (その他および詳細不明の感染症)

※傷病名が曖昧で、精度の高いコーディングするための情報が不足している。

③傷病名選択と記載にかかる「対象範囲」について

- 病態は適切に診断され診断名 (医療資源病名) も決定されているにも関わらず、DPC 分類の名称 (傷病名の分類) の対象が広範囲で傷病名として曖昧なものを選択するケースがみられる。

◆DPC 分類の対象が広い範囲で傷病名として曖昧な例

- ①実施手術が S 状結腸切除の場合、傷病名は S 状結腸癌 (C18.7) となるはずが、曖昧な大腸の悪性新生物 (C18.9) を選択。
→S 状結腸に対する手術部位は明白であり、大腸の悪性新生物のさらに詳細な傷病名の選択が可能なので、傷病名は S 状結腸癌 (C18.7) とするのが適切な選択。
- ②消化器系の悪性新生物、呼吸器系の炎症等、薬剤の効能範囲をそのまま傷病名として選択。

④傷病名として適切でないもの

- ICD の分類名のまま記したものの、薬剤の効能範囲を傷病名として記したものが傷病名として適切ではない事例がみられる。

※ICD の分類名は、疾病、障害及び例示したものであって臨床的な傷病名とは異なる。主治医が診断した臨床傷病名を選択すべきであり、ICD によっては全く傷病名の意味をなさない場合がある。

◆傷病名として適切ではない例

- ①その他および部位不明の悪性新生物 (C76)
 - ②その他の脳神経障害 (G52)
 - ③その他の診断名不明な心疾患 (I51.8) 等
 - ④消化器系の悪性腫瘍 →コードが選択出来ない
 - ⑤感染症 →B99 (その他および詳細不明の感染症)
 - ⑥癌 → C80 (部位の明示されない悪性新生物)
- ※以上の他、「○○状態」、「△△治療法」、「透析状態」、「化学療法後」等をそのまま傷病名としている等、傷病名とすることは適切ではない。

IV. 傷病名のコーディングにあたっての注意点

(目次)

1. 原疾患に基づいてコーディングすることを検討すべき傷病名の例
2. 医療資源病名を「疑い」とする場合（診断未確定）への対応
3. 医療資源病名が「ICD」における複合分類項目に該当する場合
4. 病態の続発・後遺症のコーディング
5. 急性および慢性の病態のコーディング
6. 処置後病態および合併症のコーディング
7. 多発病態のコーディング
8. その他、コーディングで留意すべきこと

1. 原疾患に基づいてコーディングすることを検討すべき傷病名の例

○重要なポイント

- ・ DPC コーディングにおいては、原疾患が判明している場合は、原疾患に基づいてコーディングを行う。
- ・ 治療の対象となった傷病名ではなく、入院時併存症、入院後発症疾患を医療資源病名とする場合は、相応の理由が必要であり症状を詳記することが望ましい。

(1) 「心不全」を医療資源病名とする場合

- 原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源病名として選択する。

※最終的に診断が見つからない場合も原疾患の鑑別のために同様の検査行為等があった場合は、疑診として選択する。

(2) 「呼吸不全（その他）」を医療資源病名とする場合

- 「心不全」と同様に、原疾患として肺の悪性新生物や肺炎等が明らかな場合は、原疾患を医療資源病名として選択する。例外として、継続した人工換気療法が必要な患者で主に慢性的な呼吸不全に対する検査や治療目的しか行わない場合等がある。

(3) 「手術・処置等の合併症」を医療資源病名とする場合

- 手術の有無が問われる分類において、本来の治療となる外科的処置等がないことは、本来はあり得ないことから「手術・処置等の合併症」を医療資源名とする場合は選択した理由等について慎重に確認をすること。

◆「手術・処置等の合併症」を医療資源とする例

- ①入院中に発生した IVH カテーテル先の感染、創部感染等の本来の治療の対象ではない処置に伴う疾患は、原則的に原疾患に優先して、医療資源病名になり得ない。ただし、一旦退院後に、当該治療等のために再入院する場合はこの限りではない。
- ②肝癌の拡大切除後等の腹部臓器の手術で皮膚創の離開に対して「縫合不全」や「術創感染」、透析シャントチューブ狭窄の血栓除去目的とした入院で、「手術・処置の合併症」として選択する例もみられるが、その場合、その診療内容が選択した医療資源病名として適切とする相応の理由が求められる。

(4) 「播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）等の入院後発症疾患を医療資源病名とする場合

- 医療資源病名の選択にあたっては診療内容が医療資源の投入量等の根拠に乏しいものであってはならない。入院後発症名を医療資源病名として選択した根拠が必要である。

◆例

- ・ DICを医療資源病名とする場合は、「厚生省特定疾病血液凝固異常症調査研究班のDIC診断基準」等の診断基準（出血症状の有無、臓器症状の有無、血清 FDP 値、血小板数、血漿フィブリノゲン濃度、プロトロンビン時間比等の検査結果等）に準拠する必要がある。
- ・ 診療行為が一連の診療経過に含まれており、傷病名選択の根拠が診療録に適切に記録されている必要がある。

※参考：重篤副作用疾患別対応マニュアル

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1.html>

(5) ICD コード「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（以下「Rコード」という。）」について

- 診断が確定しているにも関わらず漠然とした兆候による傷病名の選択をしてはならない。症状の治療のみでそれ以上の診断がつかないもしくは他に原因疾患がない場合を除いて鼻出血、咯血、出血、等の傷病名を頻用してはならない。部位や病態が確定して特定の診療行為がある場合は R コードを使用しないのが原則である。

R 00	心拍の異常
R 01	心雑音及びその他の心音
R 02	え<壊>疽, 他に分類されないもの
R 03	血圧測定における異常で診断されていないもの
R 04	気道からの出血
R 05	咳
R 06	呼吸の異常
R 07	咽喉痛及び胸痛
R 09	循環器系及び呼吸器系に関するその他の症状及び徴候

R 51	頭痛
R 52	疼痛, 他に分類されないもの
R 53	倦怠(感)及び疲労
R 54	老衰
R 55	失神及び虚脱
R 56	けいれん<痙攣>, 他に分類されないもの
R 57	ショック, 他に分類されないもの
R 58	出血, 他に分類されないもの
R 59	リンパ節腫大

R 10	腹痛及び骨盤痛	R 60	浮腫, 他に分類されないもの
R 11	悪心及び嘔吐	R 61	発汗過多<多汗>(症)
R 12	胸やけ	R 62	身体標準発育不足
R 13	えん<嚔>下障害	R 63	食物及び水分摂取に関する症状及び徴候
R 14	鼓腸及び関連病態	R 64	悪液質
R 15	便失禁	R 68	その他の全身症状及び徴候
R 16	肝腫大及び脾腫, 他に分類されないもの	R 69	原因不明及び詳細不明の疾病
R 17	詳細不明の黄疸	R 70	赤血球沈降速度促進及び血漿粘(稠)度の異常
R 18	腹水	R 71	赤血球の異常
R 19	消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	R 72	白血球の異常, 他に分類されないもの
R 20	皮膚感覚障害	R 73	血糖値上昇
R 21	発疹及びその他の非特異性皮疹	R 74	血清酵素値異常
R 22	皮膚及び皮下組織の限局性腫脹, 腫瘍<mass>及び塊<lump>	R 75	ヒト免疫不全ウイルス[H I V]の検査陽性
R 23	その他の皮膚変化	R 76	血清のその他の免疫学的異常所見
R 25	異常不随意運動	R 77	血漿たんぱく<蛋白>のその他の異常
R 26	歩行及び移動の異常	R 78	正常では血中から検出されない薬物及びその他の物質の検出
R 27	その他の協調運動障害	R 79	その他の血液化学的異常所見
R 29	神経系及び筋骨格系に関するその他の症状及び徴候	R 80	単独たんぱく<蛋白>尿
R 30	排尿に関連する疼痛	R 81	糖尿
R 31	詳細不明の血尿	R 82	尿のその他の異常所見
R 32	詳細不明の尿失禁	R 83	脳脊髄液に関する異常所見
R 33	尿閉	R 84	呼吸器及び胸部<郭>からの検体<材料>の異常所見
R 34	無尿及び乏尿<尿量減少>	R 85	消化器及び腹腔からの検体<材料>の異常所見
R 35	多尿	R 86	男性生殖器からの検体<材料>の異常所見
R 36	尿道分泌物	R 87	女性生殖器からの検体<材料>の異常所見
R 39	尿路系に関するその他の症状及び徴候	R 89	その他の臓器, 器官系及び組織からの検体<材料>の異常所見
R 40	傾眠, 昏迷及び昏睡	R 90	中枢神経系の画像診断における異常所見
R 41	認知機能及び自覚に関するその他の症状及び徴候	R 91	肺の画像診断における異常所見
R 42	めまい<眩暈>感及びよるめき感	R 92	乳房の画像診断における異常所見
R 43	嗅覚障害及び味覚障害	R 93	その他の身体構造の画像診断における異常所見
R 44	一般感覚及び知覚に関するその他の症状及び徴候	R 94	機能検査の異常所見
R 45	情緒状態に関する症状及び徴候	R 95	乳幼児突然死症候群
R 46	外観及び行動に関する症状及び徴候	R 96	その他の突然死<急死>, 原因不明
R 47	言語の障害, 他に分類されないもの	R 98	立会者のいない死亡
R 48	読字障害及びその他の表象機能の障害, 他に分類されないもの	R 99	その他の診断名不明確及び原因不明の死亡
R 49	音声の障害		
R 50	不明熱		

図表 8 : ICD (国際疾病分類) における症状、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 (R コード) の一覧 (※DPC/ PDPS では、一部を除いて使用が禁止されている)

(6) 確定した診断によらず傷病名が選択されていることについて

- 前述（５）と類似した傷病名の選択であり診断が確定している可能性が高いが、あえて曖昧な傷病名や兆候等を選択している例がみられる。

◆確定した診断によらず傷病名が選択されている例

- ①「肺真菌症」の場合、主の原因菌はカンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス等によると思われるが、診断がついているにも関わらず当該原因菌による詳細な「肺真菌症」として選択しない場合、菌種が判明している場合は該当する傷病名を選択しなければならない。
- ②原疾患が確定し診療を実施中あえて一部の症状や徴候を傷病名として選択している場合。例えば、悪性腫瘍の化学療法に起因する好中球減少に対して、発熱性好中球減少症として「白血球疾患（その他）」、血小板減少に対して「出血性疾患（その他）」として選択を行うのは適切ではない。

2. 医療資源病名を「疑い」とする場合（診断未確定）への対応

○重要なポイント

- ・ 確定診断に至らなくともその診療経過、特に診断のためのプロセスが診療録に記載されていないと認められる。その記録は「疑い」傷病名や「R コード」を選択するにあたっては根拠とならなければならない。

- 医療資源病名の選択において、確定的な診断が入院期間中になされなかった場合、入院中に症状が消失し確定出来なかった場合、「疑い」傷病名もしくは「R コード」を医療資源病名として選択するが「R コード」の選択はあくまでも限定的なものとする。入院中に確定診断がなされなかった場合、主要症状または異常な所見等を主要な傷病名として選択することになる（入院の契機となった傷病名等）。
- 診断が未確定の場合、傷病名選択の根拠として診療録は重要であることから、診療の経過は必ず診療録に記すこと。また、必要に応じて症状を詳記することが求められる。

◆「医療資源病名」を「疑い」とする場合の例

発熱にて受診。肺炎を疑い診断のための検査を施行。マイコプラズマ肺炎を強く疑い、当該傷病を対象と考え診療。解熱剤、抗生剤等を投与したところ発熱消失。原因菌確定以前に退院

→入院の契機となった傷病名はマイコプラズマ肺炎（J157）疑い。「医療資源病名」は、マイコプラズマ肺炎（J157）疑い。

- 前述のような例外的事例の発生以前に不適切な傷病名の選択や表記が行われている事例も多くみられる。確定した診断によらず、傷病名選択やコーディングへの理解が不十分なこと、確認漏れ等により傷病名の選択を誤ってしまう場合も多い。明らかに不十分な場合や不正確に記録された記録であれば主治医に確認する等の対応が必要となる。

◆ 確定した診断によらず、「医療資源病名」を選択した例

- ・ 入院時に胃癌 (C16.9) 疑い。内視鏡検査の結果、胃体部癌 (C16.2) が判明し診断が確定したが、修正されず、胃癌 (16.9) 疑いのままとなった。

- 次に、「疑い (診断が確定しなかった)」を傷病名として選択することが妥当である場合について例示する。

◆ 「疑い (診断が確定しなかった)」を選択した例

① その他に特記すべき病態がない急性胆嚢炎の「疑い」

「医療資源病名」として急性胆嚢炎 (K81.0) を選択する。検査方法が確立していない疾病とは考えにくいので検査結果等、診療内容を確認の上、「疑診」が必要か判断する。

② その他の病態のない重篤な鼻出血

他に特徴的な診断がなされず例外的に「医療資源病名」として、鼻出血 (R04.0) を選択する。診療によって特異的な診断の確定が出来なかったとしても、疑われる疾患として選択することが出来ないか、鼻出血を引き起こした原疾患 (外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血、高血圧症等) に対する治療が行われなかったか、等を確認し判断する。

③ 癌患者等におけるターミナル・ケアでの呼吸管理

「R コード」の使用が制限されているため、該当する癌等の分類を行い癌等に対する治療やその他の傷病に対する治療を含めて総合的に判断する。また、入院時併存症、入院後発症疾患として必要に応じて呼吸管理及び癌等の傷病名を選択する。

④ えん下障害による胃瘻造設

「R コード」の使用が制限されているため、その状態に至る原因となる病態を「医療資源病名」として選択する。「入院時併存症」、「入院後発症疾患」として嚥下障害を選択する。

- R コードについては、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)まで原則として使用することは出来ないが、以下は例外として使用可能である。
- ※ 鼻出血 (R04.0)、喀血 (R04.2)、気道のその他の部位からの出血 (R04.8)、気道からの出血、詳細不明 (R04.9)、熱性けいれん (R56.0)、限局性発汗過多 (R61.0)、全身性発汗過多 (R61.1)、発汗過多、詳細不明 (R61.9) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R73.0)
- また、手術、処置がある場合、通常は他の傷病名で選択される何らかの原因疾患があると考えられる。R コードが付与される事例の多くは、入院の契機となった傷病名にその徴候等として R コードを用いた後、必要な修正が行われなかった事例が多いのではないかと考えられる。

◆ 「Rコード」を用いた後、修正が行われなかった例

- ・ 入院時に喀血 (R04.2)。CT、気管支鏡検査の結果、右下葉に肺癌発見 (C34.3)。ただし、傷病名は修正されず喀血のままとなった。

- また、不確定な診断とは、単なる病態の選択漏れ (診療録への記載漏れ、記載不備等) を想定したものではない。ICD (過去の記録や書類に基づく死因統計) とは異なり、DPC においては対象となる患者が院内に現存している (もしくは現存していた) ことが通常であることで、診療録の記載が十分でない場合でも、主治医に確認することで確定できない診断はほとんど発生しないと考えられる。

- 逆に、診療行為から判断して診断が確定したと考えられるケースを例示する。

◆ 診断が確定し傷病名の修正が必要となる例

- ① 喀血に対して気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープ) を実施。
- ② 右鼻出血症に対して顎関節脱臼非観血的整復術を実施。

3. 医療資源病名が「ICD (国際疾病分類)」における複合分類項目に該当する場合

○ 重要なポイント

- ・ ICD における複合分類項目の取扱いは DPC では採用していない。医療資源の投入量で主たるものを選択する。ただし、その選択については診療録に根拠がなければならない。
- ・ ○○を伴う△△というような分類を選択する場合は、傷病名にその○○を伴うといった情報を含まなければならない。

- ICD の分類では、二つの病態または一つの病態とそれに引き続く過程とが単一のコードで表すことができる分類項目が用意されている。このようなコードに該当する病態の場合は、どの病態、疾患に最も医療資源が投入されたかが判断の基準となる。

※なお、DPC においては、ダブルコーディングのルールは採用しない。

◆ ICD で複数分類に該当する場合の例

- ① ダブルコーディングに該当する病名の場合は医療資源の投入量でどちらかを採用する。
※「+ : 剣印」優先というルールも採用しない。また、ダブルコーディングに関連した+、*印は添付しないこと。
- ② 「医療資源病名」を選択する場合、その属する分類に所属することがわかるような傷病名を付与すること。
例えば、糖尿病性白内障で白内障の治療が主体の場合は、眼疾患 (H28.0) を選択する。糖尿病性白内障 (E14.3) は誤り。逆に、白内障を伴う 2 型糖尿病で糖尿病の治療が主体の場合は、代謝内分泌疾患 (E11.3) を選択する。白内障を伴う 2 型糖尿病 (H28.0) は誤り。

- 以下にその他の複合分類の具体例を示す。このような場合、○○を伴う等の情報が傷病名に含まなければならない。

◆ その他の複合分類の具体例

① 腎不全、その他の病態：高血圧性腎疾患

高血圧に起因する場合については、「医療資源病名」として腎不全を伴う高血圧性腎疾患 (I12.0) を選択する。

② 主要病態：眼の炎症に続発する緑内障

「医療資源病名」として眼の炎症に続発する緑内障 (H40.4) を選択する。本来の緑内障以前に発症した「他の眼の炎症」、例えばぶどう膜炎等が主たる傷病名になることもあり得るので、その場合は、医療資源の投入量を判断した上で、ぶどう膜炎の病態を「医療資源病名」として選択する可能性もある。その他、糖尿病や外傷等によることもあるので注意が必要である。

③ 腸閉塞、その他の病態：左そけい＜単径＞ヘルニア

一側性または患側不明のそけい＜単径＞ヘルニア、閉塞を伴い、え＜壊＞疝を伴わないもの (K40.3) を選択する。閉塞を伴わず、左そけい＜単径＞ヘルニアのみの診断である場合は、一側性または患側不明のそけい＜単径＞ヘルニア、閉塞またはえ＜壊＞疝を伴わないもの (K40.9) を選択することになるが、適切な選択をするために嵌頓や閉塞等の併発がないか確認しなければならない。

④ 白内障と I 型糖尿病 (インスリン依存性糖尿病)、その他の病態：高血圧 (症)

「ICD」では、主要病態として眼科的合併症を伴う I 型糖尿病 (インスリン依存性糖尿病：E10.3+) および糖尿病性白内障 (H28.0*) とする「ダブルコーディング」の典型例である。「DPC」で医療資源の投入量で判断することになるが、手術を実施した場合は手術と「医療資源病名」との乖離がないことが原則である。

⑤ II 型糖尿病 (インスリン非依存性糖尿病)、その他の病態：高血圧、関節リウマチ、白内障

前出の④の例と異なり、主要病態として合併症を伴わない II 型糖尿病 (インスリン非依存性糖尿病 (E11.9)) を選択した例である。この症例では、糖尿病と白内障に両者の関連はなく (糖尿病性白内障ではない)、独立していることに注意すること。なお、診療録等で関連性の有無について必ず確認を行い、関連性があれば異なる判断をすることになる。例えば、糖尿病と糖尿病性白内障という場合は、前出④の結果となる。

4. 病態の続発・後遺症のコーディング

○ 重要なポイント

- ・ 当該分類は基本的に既に存在しない病態であるから、この場合は「医療資源病名」として選択することは出来ない。また、適切な傷病名の選択には過去の傷病名の転帰を明確にする等の整理が必要となる。

- ICD (国際疾病分類) には、「……の続発・後遺症」という見出しの分類項目 (B90-B92、B94、E64、E68、G09、I69、O97、T90-T98 等) があるが、これらは治療や検査を受けるような現在の問題の原因として 1 入院期間の診療についての医療資源の投入量で判断することを前提としている DPC においては既に存在しない病態であるため医療資源病名として選択は出来ない。さらに、患者管理に対しても全く影響を与えないのであれば、副傷病名ともなり得ないことになる。

◆……の続発・後遺症例

全く治療の対象となっていない 30 年前発症の脳梗塞歴を今回の「医療資源病名」として選択することは不適切である。ただし、続発・後遺症として影響を与えているような場合は、患者管理への影響を考慮した上で (明らかに影響がある場合には)、必要に応じて「入院時併存症」として追加する。

5. 急性および慢性の病態のコーディング

○重要なポイント

- ・ 傷病に対して、急性、慢性の区別をすることは必須要件であり、その根拠が診療録に記載されている必要がある。

- ICD (国際疾病分類) では、「主要病態が急性 (または亜急性) および慢性の両者であると記載され、各々について ICD に複合の項目でない別々の分類項目および細分類項目が用意してある場合は、急性病態に対する分類項目を優先的**主要病態**として使用しなければならない」としている。傷病名の選択、コーディングにあたっては、必ず、慢性、急性の記載の有無、診療行為と乖離がないか等を明確にしておく必要がある。

◆急性、慢性の病態がある場合の例

① 1 入院期間中に急性胆のう〈囊〉炎から慢性の胆のう〈囊〉炎へ移行した場合

- ・急性胆のう〈囊〉炎（K81.0）を選択する。慢性胆のう〈囊〉炎（K81.1）は、「ICD（国際疾病分類）」のルールでは、任意的追加コードとして使用することができる、主たる傷病名を選択する「DPC」においてはその診療内容や診断基準等によって慎重に判断しなければならない。

② 膵炎（急性及びその記載がない膵炎である場合（K85）、アルコール性慢性膵炎（K86.0）、その他の慢性膵炎（K86.1））

- ・①と同様の選択をする。1 入院期間で急性から慢性へ移行したという場合は、「急性」を選択する。
- ・ただし、慢性膵炎が再燃し、「急性膵炎診療ガイドライン」（日本脾臓学会）や難病情報センター（公益財団法人難病医学研究所）の慢性膵炎の記述にみられるような場合においては、その診断基準に準拠した該当する病態である場合は、例外的に急性膵炎（K85）に準じて扱うこととする。
- ※「慢性膵炎の急性増悪」という傷病名がそのまま「急性膵炎」を意味するわけではない。

③ 主要病態が慢性閉塞性気管支炎の急性増悪という場合

- ・「ICD（国際疾病分類）」には複合のための適当な項目があるので、主要病態として急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患（J44.1）を選択することとしている。
- ・前述の①で述べた慢性膵炎の急性増悪と異なり、慢性疾患の急性増悪は「急性」と同様に扱うことではないので注意すること。

6. 処置後病態および合併症のコーディング

○重要なポイント

- ・本来の治療目的である「医療資源病名」に対して、その治療の結果として後発した傷病名を選択するには明確な根拠が必要である。
- ・明らかな医療資源投入量の差と明確な治療経過の診療録への記載が必要である。

- ICD（国際疾病分類）では、外科的処置およびその他の処置、たとえば手術創感染症、挿入物の機械的合併症、ショック等に関連する合併症として外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの（T80-T88）と分類されている。この分類を医療資源病名として選択する場合は、本来の原疾患に対する外科処置等よりもその合併症に対して医療資源の投入量が明らかに大きいこと、本来の外科処置等は既に終了していること等が条件である。
- また、同一入院で手術や処置に強く関連した入院後発症疾患の記載は、本来の傷病名と関連しない傷病名との区別がつかないので、傷病名の記載にあたっては、可能なかぎり「術後」又は「処置後」の記載が必要である。

◆外科的処置後、後発症について選択した例

- ①冠動脈大動脈バイパス移植術 (CABG) 後に手術創が離開した場合は、その医療資源の投入量が明らかに本来の治療よりも大きい場合に限り、手術創の離開、他に分類されないもの (T81.3) を選択する。傷病名は例えば術後手術創離開とする。一旦退院し、創離開治療のために再入院した場合も同様である。
- ②1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症については、術後甲状腺機能低下症 (E89.0) を選択する。通常、当初の甲状腺切除に直接関連した治療が行われていない場合については、医療資源の投入が存在しない以上、例えば甲状腺切除の原因となった甲状腺癌術後を医療資源病名として選択することはない。

7. 多発病態のコーディング

○重要なポイント

- ・ 傷病名の選択においては、少なくとも「ICD (国際疾病分類)」で規定されている部位について詳細に明示する必要がある。
- ・ ただし、「ICD (国際疾病分類)」と異なり「DPC」の場合は治療対象としての部位の確定が出来ることから、多発病態の選択は例外的な取扱いとなる。

- ICD (国際疾病分類) では、多発病態をもつ患者で、主たる病態がなく (確定できずに)、数多くのそのような病態があるならば、「多発性損傷」または「多発性挫滅損傷」のような用語を単独で用いる、としている。しかし、DPC では主要な診療行為について医療資源の投入量で判断し医療資源病名としては主要な部位や傷病名を確定した上で ICD (国際疾病分類) に対応した主病名を選択すべきである。
- また、多発病態を選択する場合、多発性だと認識出来るように、「多発性」の表記をする必要がある。その一方、個別の部位の選択や単発性における指 (趾) の記載については、ICD (国際疾病分類) が求める範囲で解剖学的に確認して必ず必要な部位を記載すべきである。

◆多発病態の例

- ①多発的外傷であるが、治療がその一部の骨折の治療である場合はその部位の骨折が「医療資源病名」となる。
- ②診療内容との乖離を防ぐため、傷病名を選択するにあたり診療行為に関連した傷病名が本当に多発的で個々に分類不能であるかということに注意して傷病名選択を行わなければならない。
- ③「ICD (国際疾病分類)」における、多発、多臓器、多部位等という分類は有用ではあるが、「DPC」のように、患者個々に、医療資源の投入量や主要な診療行為が確定出来る場合については、安易にこの分類を選択すべきではない。

8. その他、コーディングで留意すべきこと

(1) 現在 (今回) の入院期間に関連しない以前の入院期間に関連する傷病名は選択しない。

◆現在 (今回) の入院期間に関連しない以前の入院期間に関連する傷病名は選択しない例

①いわゆるレセプト病名として使用される「〇〇術後」等の傷病名は選択しない。②既に治癒していると判断される疾病、今回の入院で治療対象とならず医療資源の投入や患者管理にも影響を与えない過去の疾病は医療資源病名としない。

③既に治療が終了している、過去に治療対象となった臓器が既に存在しない疾病 (切除後)、診療内容説明のために、手術により切除された等の履歴を残す必要がある疾病は治療対象外であるため医療資源病名とはしない。

(2) 疑義のある傷病名の確認義務

- 単なる傷病名、実施した検査や処方箋で判断する等、「与えられた材料」だけで傷病名を選択してはならず、疑義のある傷病名を選択する場合、患者の状態を最も把握している主治医が判断すること。

※「可能であるならばいつでも、明らかに不十分であるか不正確に記録された主要病態を含む記録は、発生源に戻し明確にするべきである。」(ICD-10 第1巻、4.4.2、「主要病態」および「その他の病態」のコーディングのためのガイドラインより)

(3) 症候群の取り扱い

- 「～症候群」の場合、ICD コードが定義する症候群以外、特に極めて希な症候群の場合以外は、当該症候群の中で一番医療資源を投入した病態に対する傷病名を選択する。また、請求の際には、必要に応じて当該症候群について症状詳記等に記載すること。

(4) 他分野の MDC に共通した ICD コード選択の例

①感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B92、 B94)

- 遺残病態の性質が明確な場合、これらの ICD コードは医療資源病名として使用しない。遺残病態の性質を明示する必要がある時は、副傷病名として B90-B94 を追加すること。

②新生物

- 新生物は原発、転移に関らず治療の中心となる対象疾患であれば医療資源病名として分類する。ただし、原発性新生物が治療後等により長期に存在しない場合 (過去の治療で切除されている等) は、現在の治療において治療や検査の中心となった続発部位の新生物、現在の傷病名 (1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症等) を選択する。

- また、遺残病態として過去の新生物の性質や既往等を明示する必要がある時は医療資源病名とせず副傷病名として追加 (胃癌の肝臓転移等) すること。

③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

- ICD (国際疾病分類) では、症状、徴候および異常所見があきらかにケアの経過中に治療または検査された主要病態を指し、医療従事者により記載されたその他の病態と関係が見られない場合以外は主要病態を使用しないこととされている。原則として、傷病名が確定しない、それ以外に分類できない場合の選択に限る。当初に診断が確定しない場合であっても、何れかの診断が確定しそれに基づいて治療行為が行うことから主治医への確認を必ず行うこと。また、傷病名が確定しているにも関わらずあえて曖昧な ICD (国際疾病分類) を選択しないこと。

④損傷、中毒およびその他の外因の影響

- 「DPC」では原則として治療対象として対象となった病態、部位を主要病態に医療資源病名として選択する。その他は、副傷病名として扱う。

⑤その他、希な傷病名の選択や分類をせざるを得ない場合の注意点

- DPC や ICD は、「分類」であり、患者の各々の傷病名がどの範囲で分類出来るのかというルール (構造) となっている。
- したがって、稀に想定していない患者の病態が出現することは起こりえる。その場合、当該傷病名を選択し ICD の選択をするにはそれ相応の理由が必要である。診療録に適切に記すことと同時に、レセプトの場合は症状詳記やレセプト適応欄にコメントすることになる。

(5) 「詳細不明・部位不明コード」(いわゆる「.9」コード)

- 傷病名の確定に至らず改善することや、必要な検査を実施しても明確な結果が得られないことがある。また、保険診療の範囲では確実な傷病名の確定に至るとは限らず分類の選択が不可能な場合もあることから、「詳細不明・部位不明」分類が設定されている。
- ただし、ICD (国際疾病分類) の日本語版と原典 (英語版) では表現が異なっている。
- したがって、「部位不明、詳細不明」とは、臨床現場における診断の不明ではなく、記録としてそれ以上の必要な傷病に関する情報が存在しないもしくはそれ以上のことがわからないことが考えられる。
- 例えば、死亡診断書から傷病名の分類を行う場合、第三者的に判断した時に記録として必要な傷病に関する情報が死亡診断書に記されていない場合があり、そのような場合に限り「部位不明、詳細不明」等の曖昧な「その他」、「分類不可」もしくは「例外」的な分類が存在する。
- したがって、このような ICD を選択する時は、第三者的に判断ができない場合の例外であり、臨床現場で確認が出来る場合には、不明確な ICD の選択が頻回に発生するとは考えにくい。
- このような ICD の選択が結果として頻回に発生する場合は、その多くは診療録の記載不備、主治医や執刀医の確認が不十分であることが原因であると考えられる。

V. 付録：資料集

[DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集]

DPC 上 6 桁	名称	事例	対応
010040	非外傷性頭蓋内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外)	脳内出血に伴って片麻痺がある場合	原疾患の脳内出血 (I61.0) を選択し、副傷病名は麻痺に関連する傷病名となる。
010060	脳梗塞	リハビリ治療のための入院の場合 <3 年前に脳梗塞があり、左下腿麻痺の場合>	リハビリ目的の場合は下腿麻痺 (G83.1) を選択するが、陳旧性脳梗塞があり合併症としての意味があることから、脳梗塞の続発・後遺症 (I69.3) を選択する。
010070	脳血管障害 (その他)	出血または梗塞と明示されていない場合 <弛緩性片麻痺を伴う脳血管発作>	脳血管発作 (I64) を選択し、副賞病名は弛緩性片麻痺 (G81.0) となる。合併症もあるため片麻痺に該当する副傷病名は必須である。
010080	脳脊髄の感染を伴う炎症	脳膿瘍の治療が行われた場合 <陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん>	陳旧性脳膿瘍 (G09) を選択し、症候性てんかん (G40.8) は副傷病名となる。
010230	てんかん	脳膿瘍の治療が行われず、てんかんの治療のみ行われた場合 <陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん>	症候性てんかん (G40.8) を選択し、副傷病名に頭蓋内膿瘍後遺症 (G09) または中枢系の炎症性疾患後遺症 (G09) を入れる。
020110	白内障、水晶体の疾患	糖尿病性白内障	白内障の治療が主体の場合には、眼疾患の糖尿病性白内障 (H28.0) を選択する。しかし、糖尿病の治療が主体の場合は内分泌疾患 (E349) を選択する。
030380	鼻出血	鼻出血	鼻出血 (R04.0) は R コードのため注意が必要。他に特徴的な診断がない場合は医療資源病名は鼻出血 (R04.0) を選択するが、それ以外に鼻出血を引き起こした原疾患 (外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血、高血圧等) に対する治療が行われなかったか等を確認し判断する必要がある。
040040	肺の悪性腫瘍	乳癌の治療が何も行われなかった場合 <2 年前乳癌切除、肺の続発性癌 (腫)、気管支鏡による生検を施行した場合>	転移性肺癌 (C78.0) を選択する。
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	自院にて 5 年前から肝臓癌の診断治療、その後も自院外来通院中。今回はその過程で肺炎球菌性肺炎を発症し入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与、退院。	病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべきである。この場合は、医療資源病名は肺炎球菌性肺炎 (J13) を選択し、入院時併存症は肝臓癌 (C22.0) とする。

040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	急性呼吸不全、肺炎がある場合	呼吸不全は原因になった傷病名とともに使う状態名であり原疾患の治療が行われているはずであるため医療資源病名として選択しない。医療資源病名は肺炎 (J18.9) となる。肺炎菌が判明している場合はその病原菌が該当する ICD コードを選択する。
040120	慢性閉塞性肺疾患	慢性呼吸不全、汎小葉性肺気腫がある場合	呼吸不全は原因になった病名とともに使う状態名であり原疾患の治療が行われているはずであるため医療資源病名としては選択しない。医療資源病名は汎小葉性肺気腫 (J43.1) である。
040130	呼吸不全 (その他)	呼吸不全がある場合	呼吸不全は原因になった傷病名とともに使う状態名であり原因疾患がはっきりしている場合は「呼吸不全 (その他)」は選択しない。
050030	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	急性心筋梗塞 (前壁中隔)、急性心不全がある場合	急性心筋梗塞に伴う心不全は急性心不全である。主な治療は急性心筋梗塞に対して行われるため医療資源病名は急性前壁中隔心筋梗塞 (I21.0) を選択する。
050060	心筋症	心筋症、慢性心不全がある場合	心筋症に伴う心不全は慢性心不全である。末期症状として慢性心不全があるが、医療資源病名は原疾患のそれぞれの型を明確にした心筋症を選択する。
050130	心不全	心不全を医療資源病名とする場合	原因疾患がはっきりしている場合は心不全は選択しない。
060020	胃の悪性腫瘍	胃癌の場合	胃癌は検査・手術により解剖学的部位を明確にできるため、詳細部位の把握とその詳細な情報を傷病名の表記に含む必要がある。噴門部癌 (C16.0)、胃底部癌 (C16.1)、胃体部癌 (C16.2)、胃幽門前庭部癌 (C16.3)、胃幽門部癌 (C16.4)、胃小弯部癌 (C16.5)、胃大弯部癌 (C16.6) のように表記する。癌が体部から幽門前庭部に広がっており、どちらに主な腫瘍があるか不明な場合には、胃の境界部病巣 (C16.8) を使用してもよい。胃癌 (C16.9) は不適切なコードである。
060035	大腸 (上行結腸から S 状結腸) の悪性腫瘍	大腸癌に S 状結腸切除術を施行した場合	手術術式により S 状結腸が確認できるので、S 状結腸癌 (C18.7) となる。結腸は上行結腸癌 (C18.2)、横行結腸癌 (C18.4)、下行結腸癌 (C18.6)、S 状結腸癌 (C18.7) と部位ごとにコードが異なるため明確にするべきである。結腸癌 (C18.9) は不適切なコードである。

100060	1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	型が判明できない場合	糖尿病は最初に型を分類し、治療内容に応じて医療資源病名を選択する。
100070	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	糖尿病性多発合併症がある場合	糖尿病性多発合併症は、腎合併症、眼合併症、神経(学的)合併症、末梢神経合併症など糖尿病により起こっているものを指し、それらが複数ある場合に4桁目に「.7」を使用する。
100080	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	2型糖尿病性糸球体ネフローゼによる腎不全の場合	詳細不明である糖尿病(E14)を選択する可能性がある場合は主治医に確認する。
100335	代謝障害(その他)	低アルブミン症	消耗性疾患でアルブミンを投与した場合は選択せず、原因疾患を選択する。
110080	前立腺の悪性腫瘍	慢性気管支炎を伴って前立腺摘出術を実施した場合	主たる治療内容より、前立腺癌(C61)を医療資源病名し、副傷病名は慢性気管支炎となる。
110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	IgA腎症合併妊娠の場合 内科的治療の場合	反復性及び持続性血尿(N02.8)を選択する。
120182	前置胎盤および低置胎盤	前置胎盤のために帝王切開分娩を施行した場合	医療資源病名は前置胎盤(O441)となるが、出血の有無によりコードは異なる。帝王切開分娩は副傷病名の入院後発症疾患となる。
120260	分娩の異常	帝王切開分娩、鉗子分娩、吸引分娩の場合	帝王切開分娩等の分娩方法を実施する場合は原因となる傷病名があるため、分娩方法は医療資源病名にはならない。これらの分娩方法は、副傷病名として入院後発症疾患となる。
120270	産褥期を中心とするその他の疾患	IgA腎症合併妊娠の場合 産科的治療の場合	その他の異常所見、母体の分娩前スクリーニングにおけるもの(O28.8)を選択する。
130010	急性白血病	不明熱で入院し、各種検査の結果、急性骨髄性白血病と診断された場合	種々の検査で傷病名が確定した場合、診断を確定するに至った検査等が医療資源病名となる。この場合には急性骨髄性白血病(C92.0)となる。
130070	白血球疾患(その他)	好中球減少症の場合	GCSF等を皮下注した場合の「好中球減少症」や、がん化学療法に伴う「発熱性好中球減少症」は、原疾患が確定し一連の診療を実施している中の事象のため、医療資源病名に選択しない。
130090	貧血(その他)	貧血の場合	原因の明確な出血で輸血をしている場合は選択しない。原因疾患を選択する。
130100	播種性血管内凝固症候群	播種性血管内凝固症候群(DIC)の場合	DICを医療資源病名とする場合は、DIC診断基準に準拠する必要がある。通常は診療行為が一連の診療経過に含まれており、傷病名選択の根拠が主治医により診療録に適正に記録されている必要がある。

130110	出血性疾患 (その他)	血小板減少症の場合	癌の化学療法中に血小板輸血をした場合は選択しない。原疾患の癌を選択する。
140010	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	慢性 C 型肝炎母体児の場合	母体に問題があった新生児又は胎児には、母体の問題を明らかにした上で、～母胎児 (P00～P05) を選択する。この場合は母体の疾患は医療資源病名にはならない。
160980	骨盤損傷	膀胱および尿道の損傷の場合	医療資源病名としては骨盤臓器の多発性損傷 (S37.7) を優先し、副傷病名は膀胱損傷 (S37.2) および尿道損傷 (S37.3) となる。しかし、医療資源の投入量で判断ができる場合には「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
170040	気分 [感情] 障害	うつ病に伴う胃体部癌の場合 うつ病のみの治療	一般病棟において、うつ病のみの治療が行われた場合はうつ病が医療資源病名となる。しかし、胃体部癌等の治療が主体である場合には、うつ病は副傷病名となる。
180035	その他の真菌感染症	肺真菌症	肺真菌症の多くはカンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス、ムコール等によると思われる。菌腫が判明している場合は、該当する原因菌のコードを選択する。
180040	手術・処置等の合併症	カテーテル先感染症、創部感染、縫合不全等の場合	入院中に発症した術後感染等、本来の治療対象ではない処置に伴う疾患は原則的に原疾患に優先して医療資源病名にならない。ただし、退院後に当該治療のために再入院する場合はこの限りではない。
180050	その他の悪性腫瘍	癌の場合	医療資源病名として癌 (C80) は不適切である。傷病名を明確にし治療や検査の主体となった部位を選択する。
180050	その他の悪性腫瘍	カルチノイド	カルチノイドのような曖昧な傷病名は正確なコードの部位の明示されない悪性新生物 (C80) となる。カルチノイドも解剖学的部位を明確にする必要がある。カルチノイド症候群 (E34.0) は全く異なる。
180050	その他の悪性腫瘍	同時性重複癌 (多重癌) の場合	2 つ以上の原発性の癌がある場合で、どちらが主要ともいえない場合に使用する (C97)。しかし、医療資源投入量で判断可能である、もしくは治療の対象が限定される場合には個々に判断する。
MDC16	160100～160870 の各部位の損傷の骨折に該当する部分	骨折について	骨折は開放性骨折、閉鎖性 (非開放性) 骨折を区別する。また部位を明確にして S コードで分類する。

[留意すべき ICD (国際疾病分類) コード (部位不明・詳細不明コード) の一覧]

- ※ 以下の ICD (国際疾病分類) コードは、他の ICD コードが候補になり得る可能性が高いものを例示したものである。
- ※ すなわち、下記の ICD 分類例のほとんどは、部位や病態等を確認することによって、他のコードに分類される可能性が高いものを示している。
- ※ 「医療資源を最も投入した疾患」に付与することを前提としたものである。
- ※ 以下に留意すべきとしたコードはほぼすべてレセ電算病名にも含まれるので注意のこと。
- ※ M99\$を除く M 分類について、5 桁目を必要とする場合、5 桁目が「.9」になることはない。
- ※ R 分類については、全てにおいて他に分類出来ないか再検討を要する。
- ※ 部位不明・詳細不明コードについては、分類名に「●●不明」、「●●不詳」(例：部位不明、性状不詳)の単語が記載されているものであって、4 桁以上の ICD コードで判定する。評価対象は、「医療資源最傷病名」とする。

[部位不明・詳細不明コード (ICD 国際疾病分類) の一覧]

中分類名称等	ICD コード	留意すべき ICD 分類名称 (※部位不明・詳細不明コード→)	※
腸管感染症(A00-A09)	A009	コレラ, 詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A014	パラチフス, 詳細不明	○
腸管感染症(A00-A09)	A029	サルモネラ感染症, 詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A039	細菌性赤痢, 詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A049	細菌性腸管感染症, 詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A059	細菌性食中毒, 詳細不明	○
腸管感染症(A00-A09)	A069	アメーバ症, 詳細不明	○
腸管感染症(A00-A09)	A079	原虫性腸疾患, 詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A084	ウイルス性腸管感染症, 詳細不明	
結核(A15-A19)	A153	肺結核, 確認されているが、その方法については詳細不明のもの	○
結核(A15-A19)	A159	詳細不明の呼吸器結核, 細菌学的または組織学的に確認されたもの	○
結核(A15-A19)	A169	詳細不明の呼吸器結核, 細菌学的または組織学的確認の記載がないもの	○
結核(A15-A19)	A179	神経系結核, 詳細不明 (G99.8*)	○
結核(A15-A19)	A192	急性粟粒結核, 詳細不明	○
結核(A15-A19)	A199	粟粒結核, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A209	ペスト, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A219	野兔病<ツラレミア>, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A229	炭疽, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A239	ブルセラ症, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A244	類鼻疽, 詳細不明	
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A259	鼠咬症, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A269	類丹毒, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A279	レプトスピラ症, 詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A289	人畜共通細菌性疾患, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A309	らい<癩><ハンセン<Hansen>病>, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A319	非結核性抗酸菌感染症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A329	リステリア症, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A369	ジフテリア, 詳細不明	○

その他の細菌性疾患(A30-A49)	A379	百日咳, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A394	髄膜炎菌血症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A399	髄膜炎菌感染症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A409	レンサ球菌性敗血症, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A412	詳細不明のブドウ球菌による敗血症	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A419	敗血症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A429	放線菌症<アクチノミセス症>, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A439	ノカルジア症, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A449	バルトネラ症, 詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A490	ブドウ球菌感染症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A491	レンサ球菌感染症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A492	インフルエンザ菌感染症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A493	マイコプラズマ感染症, 詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A498	部位不明のその他の細菌感染症	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A499	細菌感染症, 詳細不明	
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A502	早期先天梅毒, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A507	晩期先天梅毒, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A509	先天梅毒, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A519	早期梅毒, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A523	神経梅毒, 詳細不明	
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A529	晩期梅毒, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A530-A539	この範囲の全て	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A549	淋菌感染症, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A562	尿路性器のクラミジア感染症, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A599	トリコモナス症, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A609	肛門性器ヘルペスウイルス感染症, 詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A64	性的伝播様式をとる詳細不明の感染症	
その他のスピロヘータ疾患(A65-A69)	A660-A699	この範囲の「.9」となるもの	○
クラミジアによるその他の疾患(A70-A74)	A710-A749	この範囲の「.9」となるもの	○
リケッチア症(A75-A79)	A750-A799	この範囲の「.9」となるもの	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A803	急性麻痺性灰白髄炎<ポリオ>, その他および詳細不明	
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A809	急性灰白髄炎<ポリオ>, 詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A819	中枢神経系の非定型ウイルス感染症, 詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A829	狂犬病, 詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A839	蚊媒介ウイルス(性)脳炎, 詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A849	ダニ媒介ウイルス(性)脳炎, 詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A852	節足動物媒介ウイルス(性)脳炎, 詳細不明	
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A86	詳細不明のウイルス(性)脳炎	
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A879	ウイルス(性)髄膜炎, 詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A89	中枢神経系の詳細不明のウイルス感染症	
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A929	蚊媒介ウイルス熱, 詳細不明	○
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A94	詳細不明の節足動物媒介ウイルス熱	
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A959	黄熱, 詳細不明	○
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A969	アレナウイルス出血熱, 詳細不明	○
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A99	詳細不明のウイルス性出血熱	
皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症(B00-B09)	B009	ヘルペスウイルス感染症, 詳細不明	○
皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症(B00-B09)	B09	詳細不明の皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症	

ウイルス肝炎(B15-B19)	B189	慢性ウイルス肝炎, 詳細不明	○
ウイルス肝炎(B15-B19)	B190-B199	この範囲の全て	○
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病(B20-B24)	B209	詳細不明の感染症または寄生虫症を起こしたH I V病	○
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病(B20-B24)	B219	詳細不明の悪性新生物を起こしたH I V病	○
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病(B20-B24)	B24	詳細不明のヒト免疫不全ウイルス [H I V] 病	
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B259	サイトメガロウイルス病, 詳細不明	○
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B279	伝染性単核症, 詳細不明	○
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B309	ウイルス (性) 結膜炎, 詳細不明	○
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B340-B349	この範囲の全て	○
真菌症(B35-B49)	B359	皮膚糸状菌症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B369	表在性真菌症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B379	カンジダ症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B382	肺コクシジオイデス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B389	コクシジオイデス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B392	カプスラーツム肺ヒストプラズマ症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B394	カプスラーツムヒストプラズマ症, 詳細不明	
真菌症(B35-B49)	B399	ヒストプラズマ症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B402	肺プラストミセス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B409	プラストミセス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B419	パラコクシジオイデス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B429	スポロトリコーシス, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B439	クロモミコーシス, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B449	アスペルギルス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B459	クリプトコッカス症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B465	ムーコル<ムコール> 症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B469	接合菌症, 詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B479	菌腫, 詳細不明	
真菌症(B35-B49)	B49	詳細不明の真菌症	
原虫疾患(B50-B64)	B509	熱帯熱マラリア, 詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B54	詳細不明のマラリア	
原虫疾患(B50-B64)	B559	リーシュマニア症, 詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B569	アフリカ トリパノソーマ症, 詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B589	トキソプラズマ症, 詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B64	詳細不明の原虫疾患	
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B659	住血吸虫症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B669	吸虫感染症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B674	単包条虫感染症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B677	多包条虫感染症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B678	肝の詳細不明のエキ<ヒ>ノコックス症	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B679	エキ<ヒ>ノコックス症, その他および詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B689	条虫症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B699	のう<嚢>(尾) 虫症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B719	条虫感染症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B749	フィラリア症<糸状虫症>, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B769	鉤虫症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B779	回<廻>虫症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B789	糞線虫症, 詳細不明	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B820-B829	この範囲の全て	○
ぜん<蠕>虫症(B65-B83)	B839	ぜん<蠕>虫症, 詳細不明	○

シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生虫 (B85-B89)	B852	シラミ症, 詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生虫 (B85-B89)	B879	ハ工幼虫症, 詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生虫 (B85-B89)	B889	寄生症, 詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生虫 (B85-B89)	B89	詳細不明の寄生虫症	
感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B94)	B909	呼吸器および詳細不明の結核の続発・後遺症	
感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B94)	B94	その他および詳細不明の感染症および寄生虫症の続発・後遺症	
感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B94)	B949	詳細不明の感染症または寄生虫症の続発・後遺症	○
細菌、ウイルスおよびその他の病原体 (B95-B97)	B955	他章に分類される疾患の原因である詳細不明のレンサ球菌の感染症	○
細菌、ウイルスおよびその他の病原体 (B95-B97)	B958	他章に分類される疾患の原因である詳細不明のブドウ球菌の感染症	○
その他の感染症 (B99)	B99	その他および詳細不明の感染症	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C002	外側口唇の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C005	口唇の悪性新生物, 部位不明, 内側面	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C009	口唇の悪性新生物, 部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C023	舌の前3分の2の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C028	その他および部位不明の舌の悪性新生物 舌の境界部病巣	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C029	舌の悪性新生物, 部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C039	歯肉の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C049	口(腔)底の悪性新生物, 部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C059	口蓋の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C068	その他および部位不明の口腔の悪性新生物 その他および部位不明の口腔の境界部病巣	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C069	口腔の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C088	その他および部位不明の大唾液腺の悪性新生物 大唾液腺の境界部病巣	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C089	大唾液腺の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C099	扁桃の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C109	中咽頭の悪性新生物, 部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C119	鼻<上>咽頭の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C139	下咽頭の悪性新生物, 部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C140	咽頭の悪性新生物, 部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C148	その他および部位不明の口唇, 口腔および咽頭の悪性新生物 口唇, 口腔および咽頭の境界部病巣	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C159	食道の悪性新生物, 部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C165	胃小弯の悪性新生物, 部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C166	胃大弯の悪性新生物, 部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C169	胃の悪性新生物, 部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C179	小腸の悪性新生物, 部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C189	結腸の悪性新生物, 部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C210	肛門の悪性新生物, 部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C229	肝の悪性新生物, 詳細不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C248	その他および部位不明の胆道の悪性新生物 胆道の境界部病巣	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C249	胆道の悪性新生物, 部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C259	脾の悪性新生物, 部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C260	腸管の悪性新生物, 部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C268	その他および部位不明の消化器の悪性新生物 消化器系の境界部病巣	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C269	消化器系の悪性新生物, 部位不明確	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C319	副鼻腔の悪性新生物, 部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C329	喉頭の悪性新生物, 部位不明	○

呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C349	気管支または肺の悪性新生物, 部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C383	縦隔の悪性新生物, 部位不明	
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C390	上気道の悪性新生物, 部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C398	その他および部位不明確の呼吸器系および胸腔内臓器の悪性新生物 呼吸器および胸腔内臓器の境	
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C399	呼吸器系の悪性新生物, 部位不明確	○
骨および関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	C409	(四) 肢の骨および関節軟骨の悪性新生物, 部位不明	○
骨および関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	C418	その他および部位不明の骨および関節軟骨の悪性新生物 骨および関節軟骨の境界部病巣	
骨および関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	C419	骨および関節軟骨の悪性新生物, 部位不明	○
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C433	その他および部位不明の顔面の悪性黒色腫	
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C439	皮膚の悪性黒色腫, 部位不明	○
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C443	その他および部位不明の顔面の皮膚の悪性新生物	
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C449	皮膚の悪性新生物, 部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C459	中皮腫, 部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C469	カボジ < K a p o s i > 肉腫, 部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C476	体幹の末梢神経の悪性新生物, 部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C479	末梢神経および自律神経系の悪性新生物, 部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C482	腹膜の悪性新生物, 部位不明	
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C496	体幹の結合組織および軟部組織の悪性新生物, 部位不明	
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C499	結合組織および軟部組織の悪性新生物, 部位不明	○
乳房の悪性新生物(C50)	C509	乳房の悪性新生物, 部位不明	○
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C519	外陰 (部) の悪性新生物, 部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C539	子宮頸 (部) の悪性新生物, 部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C549	子宮体部の悪性新生物, 部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C55	子宮の悪性新生物, 部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C574	子宮付属器の悪性新生物, 部位不明	○
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C579	女性生殖器の悪性新生物, 部位不明	○
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C609	陰茎の悪性新生物, 部位不明	
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C629	精巣 < 睾丸 > の悪性新生物, 部位不明	
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C638	男性生殖器の境界部病巣	○
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C639	男性生殖器の悪性新生物, 部位不明	○
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	C679	膀胱の悪性新生物, 部位不明	
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	C688	腎尿路の境界部病巣	○
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	C689	尿路の悪性新生物, 部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物 (C69-C72)	C699	眼の悪性新生物, 部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物 (C69-C72)	C709	髄膜の悪性新生物, 部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物 (C69-C72)	C719	脳の悪性新生物, 部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物 (C69-C72)	C725	その他および部位不明の脳神経の悪性新生物	
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物 (C69-C72)	C729	中枢神経系の悪性新生物, 部位不明	○
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物 (C73-C75)	C749	副腎の悪性新生物, 部位不明	
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物 (C73-C75)	C758	その他の内分泌腺および関連組織の悪性新生物 複数の内分泌腺, 部位不明	
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物 (C73-C75)	C759	その他の内分泌腺および関連組織の悪性新生物 内分泌腺, 部位不明	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C760	その他および部位不明確の悪性新生物 頭部, 顔面および頸部の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C761	その他および部位不明確の悪性新生物 胸部 < 郭 > の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C762	その他および部位不明確の悪性新生物 腹部の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C763	その他および部位不明確の悪性新生物 骨盤の悪性新生物	

部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C764	その他および部位不明確の悪性新生物 上肢の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C765	その他および部位不明確の悪性新生物 下肢の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C767	その他および部位不明確の悪性新生物 その他の不明確な部位の悪性新生物	○
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C768	その他および部位不明確の悪性新生物 その他および部位不明確の境界部病巣	○
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C779	リンパ節の悪性新生物, 部位不明	○
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C783	中耳ならびにその他および部位不明の呼吸器の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C788	その他および部位不明の消化器の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C791	膀胱ならびにその他および部位不明の尿路の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C794	眼ならびにその他および部位不明の中樞神経系の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	C80	部位の明示されない悪性新生物	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C819	ホジキン<Hodgkin>病, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C829	ろ<濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫, 詳細不明	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C839	びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C845	その他および詳細不明のT細胞リンパ腫	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C851	B細胞リンパ腫, 詳細不明	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C859	非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫, 型不明	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C889	悪性免疫増殖性疾患, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C919	リンパ性白血病, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C929	骨髄性白血病, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C939	単球性白血病, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C950	細胞型不明の急性白血病	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C951	細胞型不明の慢性白血病	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C952	細胞型不明の亜急性白血病	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C957	細胞型不明のその他の白血病	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C959	白血病, 詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	C969	リンパ組織, 造血組織および関連組織の悪性新生物, 詳細不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D014	その他および部位不明の腸の上皮内癌	
上皮内新生物 (D00-D09)	D019	消化器の上皮内癌, 部位不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D024	呼吸器系の上皮内癌, 部位不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D033	その他および部位不明の顔面の上皮内黒色腫	
上皮内新生物 (D00-D09)	D039	上皮内黒色腫, 部位不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D043	その他および部位不明の顔面の皮膚の上皮内癌	
上皮内新生物 (D00-D09)	D049	皮膚の上皮内癌, 部位不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D059	乳房の上皮内癌, 部位不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D069	子宮頸(部)の上皮内癌, 部位不明	○
上皮内新生物 (D00-D09)	D073	その他および部位不明の女性生殖器の上皮内癌	
上皮内新生物 (D00-D09)	D076	その他および部位不明の男性生殖器の上皮内癌	
上皮内新生物 (D00-D09)	D091	その他および部位不明の腎尿路の上皮内癌	
上皮内新生物 (D00-D09)	D099	上皮内癌, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D103	口腔のその他および部位不明の良性新生物	
良性新生物 (D10-D36)	D109	咽頭の良性新生物, 部位不明	○

良性新生物 (D10-D36)	D119	大唾液腺の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D126	結腸の良性新生物, 部位不明	
良性新生物 (D10-D36)	D133	その他および部位不明の小腸の良性新生物	
良性新生物 (D10-D36)	D139	消化器系の良性新生物, 部位不明確	
良性新生物 (D10-D36)	D144	呼吸器系の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D159	胸腔内臓器の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D169	骨および関節軟骨の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D173	その他および部位不明の皮膚および皮下組織の良性脂肪腫性新生物 (脂肪腫を含む)	
良性新生物 (D10-D36)	D179	良性脂肪腫性新生物 (脂肪腫を含む), 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D199	中皮組織の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D216	体幹の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物, 部位不明	
良性新生物 (D10-D36)	D219	結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D223	その他および部位不明の顔面のメラニン細胞性母斑の良性新生物	
良性新生物 (D10-D36)	D229	メラニン細胞性母斑の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D233	その他および部位不明の顔面の皮膚の良性新生物	
良性新生物 (D10-D36)	D239	皮膚の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D259	子宮平滑筋腫, 部位不明	
良性新生物 (D10-D36)	D269	子宮の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D289	女性生殖器の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D299	男性生殖器の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D309	尿路の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D316	眼窩の良性新生物, 部位不明	
良性新生物 (D10-D36)	D319	眼の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D329	髄膜の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D332	脳の良性新生物, 部位不明	
良性新生物 (D10-D36)	D339	中枢神経系の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D358	その他および部位不明の内分泌腺の良性新生物 複数の内分泌腺	
良性新生物 (D10-D36)	D359	内分泌腺の良性新生物, 部位不明	○
良性新生物 (D10-D36)	D367	その他および部位不明の良性新生物 その他の明示された部位	
良性新生物 (D10-D36)	D369	その他および部位不明の良性新生物 部位不明の良性新生物	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D370	口唇, 口腔および咽頭の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D371	胃の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D372	小腸の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D373	虫垂の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D374	結腸の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D375	直腸の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D376	肝, 胆のうく囊> および胆管の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D377	その他の消化器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D379	消化器の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D380	喉頭の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D381	気管, 気管支および肺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D382	胸膜の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D383	縦隔の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D384	胸腺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D385	その他の呼吸器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D386	呼吸器の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D390	子宮の性状不詳または不明の新生物	

性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D391	卵巣の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D392	胎盤の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D397	その他の女性生殖器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D399	女性生殖器の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D400	前立腺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D401	精巣<睾丸>の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D407	その他の男性生殖器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D409	男性生殖器の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D410	腎の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D411	腎盂の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D412	尿管の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D413	尿道の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D414	膀胱の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D417	その他の尿路の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D419	尿路の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D420	脳髄膜の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D421	脊髄膜の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D429	髄膜の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D430	脳の性状不詳または不明の新生物, テント上	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D431	脳の性状不詳または不明の新生物, テント下	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D432	脳の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D433	脳神経の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D434	脊髄の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D437	中枢神経系のその他の部位の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D439	中枢神経系の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D440	甲状腺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D441	副腎の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D442	上皮小体<副甲状腺>の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D443	下垂体の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D444	頭蓋咽頭管の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D445	松果体の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D446	D44.6 頸動脈小体の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D447	大動脈小体およびその他のパラガングリア<傍神経節>の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D448	内分泌腺の性状不詳または不明の新生物 複数の内分泌腺	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D449	内分泌腺の性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D464	骨髄異形成症候群 不応性貧血, 詳細不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D469	骨髄異形成症候群, 詳細不明	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D470	性状不詳および不明の組織球性および肥満細胞性腫瘍	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D477	リンパ組織, 造血組織および関連組織の性状不詳または不明のその他の明示された新生物	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D479	リンパ組織, 造血組織および関連組織の性状不詳または不明の新生物, 詳細不明	○
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D480	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 骨および関節軟骨	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D481	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 結合組織およびその他の軟部組織	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D482	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 末梢神経および自律神経系	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D483	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 後腹膜	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D484	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 腹膜	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D485	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 皮膚	

性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D486	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物乳房	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D487	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物その他の明示された部位	
性状不詳または不明の新生物 (D37-48)	D489	性状不詳または不明の新生物, 部位不明	○
栄養性貧血(D50-D53)	D500-D539	この範囲の「.9」となるもの	○
溶血性貧血(D55-D59)	D559	酵素障害による貧血, 詳細不明	○
溶血性貧血(D55-D59)	D569	サラセミア<地中海貧血>, 詳細不明	○
溶血性貧血(D55-D59)	D589	遺伝性溶血性貧血, 詳細不明	○
溶血性貧血(D55-D59)	D599	後天性溶血性貧血, 詳細不明	
無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)	D609	後天性赤芽球ろう<癆>, 詳細不明	○
無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)	D619	無形成性貧血, 詳細不明	
無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)	D649	貧血, 詳細不明	○
凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)	D689	凝固障害, 詳細不明	○
凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)	D696	血小板減少症, 詳細不明	○
凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)	D699	出血性病態, 詳細不明	○
血液および造血器のその他の疾患 (D70-D77)	D720-D759	この範囲の「.9」となるもの	○
免疫機構の障害 (D80-D89)	D809	主として抗体欠乏を伴う免疫不全症, 詳細不明	○
免疫機構の障害 (D80-D89)	D819	複合免疫不全症, 詳細不明	
免疫機構の障害 (D80-D89)	D829	大きな欠損に関連する免疫不全症, 詳細不明	○
免疫機構の障害 (D80-D89)	D839	分類不能型免疫不全症, 詳細不明	○
免疫機構の障害 (D80-D89)	D849	免疫不全症, 詳細不明	○
免疫機構の障害 (D80-D89)	D869	サルコイドーシス, 詳細不明	○
免疫機構の障害 (D80-D89)	D892	高ガンマグロブリン血症, 詳細不明	
免疫機構の障害 (D80-D89)	D899	免疫機構の障害, 詳細不明	○
甲状腺障害(E00-E07)	E009	先天性ヨード欠乏症候群, 詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E012	ヨード欠乏による(地方病性)甲状腺腫, 詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E039	甲状腺機能低下症, 詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E049	非中毒性甲状腺腫, 詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E059	甲状腺中毒症, 詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E069	甲状腺炎, 詳細不明	○
甲状腺障害(E00-E07)	E079	甲状腺障害, 詳細不明	○
糖尿病 (E10-E14)	E108	インスリン依存性糖尿病< I D D M > 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病 (E10-E14)	E118	インスリン非依存性糖尿病< N I D D M > 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病 (E10-E14)	E128	栄養障害に関連する糖尿病 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病 (E10-E14)	E138	その他の明示された糖尿病 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病 (E10-E14)	E140-E149	この範囲の全て	○
その他のグルコース調節および膵内分泌傷害(E15-E16)	E162	低血糖症, 詳細不明	
その他のグルコース調節および膵内分泌傷害(E15-E16)	E169	膵内分泌障害, 詳細不明	
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E209	副甲状腺<上皮小体>機能低下症, 詳細不明	
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E213	副甲状腺<上皮小体>機能亢進症, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E215	副甲状腺<上皮小体>障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E229	下垂体機能亢進症, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E237	下垂体障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E249	クッシング< C u s h i n g > 症候群, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E259	副腎性器障害, 詳細不明	
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E269	アルドステロン症, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E274	その他および詳細不明の副腎皮質機能不全(症)	

その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E279	副腎障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E289	卵巣機能障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E299	精巣<睾丸>機能障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E309	思春期障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E319	多腺性機能障害, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E329	胸腺の疾患, 詳細不明	○
その他の内分泌腺障害 (E20-E35)	E349	内分泌障害, 詳細不明	○
栄養失調 (症) (E40-E46)	E43	詳細不明の重度たんぱく<蛋白>エネルギー性栄養失調 (症)	
栄養失調 (症) (E40-E46)	E46	詳細不明のたんぱく<蛋白>エネルギー性栄養失調 (症)	
その他の栄養欠乏症(E50-E64)	E500-E649	この範囲の「.9」となるもの	○
肥満 (症) およびその他の過栄養<過剰摂食>(E65-E68)	E669	肥満 (症), 詳細不明	
代謝障害(E70-E90)	E709	芳香族アミノ酸代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E712	側鎖<分枝鎖>アミノ酸代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E729	アミノ酸代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E739	乳糖不耐症, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E749	糖質代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E753	スフィンゴリピドーシス, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E756	脂質蓄積障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E763	ムコ多糖 (体蓄積) 症, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E769	グルコサミノグリカン代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E779	糖たんぱく<蛋白>代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E785	高脂 (質) 血症, 詳細不明	
代謝障害(E70-E90)	E789	リポたんぱく<蛋白>代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E799	プリンおよびピリミジン代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E807	ビリルビン代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E839	ミネラル<鉱質>代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E849	のう<嚢>胞性線維症<システィックファイブローシス>, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E852	遺伝性家族性アミロイドーシス<アミロイド症>, 詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E859	アミロイドーシス<アミロイド症>, 詳細不明	○
代謝障害 (E70-E90)	E889	代謝障害, 詳細不明	○
代謝障害 (E70-E90)	E899	治療後内分泌および代謝障害, 詳細不明	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F009	アルツハイマー<Alzheimer> 病の認知症, 詳細不明 (G30.9+)	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F019	血管性認知症, 詳細不明	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F03	詳細不明の認知症	
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F059	せん妄, 詳細不明	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F069	脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患による詳細不明の精神障害	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F079	脳の疾患, 損傷および機能不全による器質性の人格および行動の障害, 詳細不明	
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F09	詳細不明の器質性または症状性精神障害	
精神作用物質による精神および行動の障害(F10-F19)	F100-F199	この範囲の「.9」となるもの	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F20-F29)	F209	統合失調症, 詳細不明	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F20-F29)	F229	持続性妄想性障害, 詳細不明	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F20-F29)	F239	急性一過性精神病性障害, 詳細不明	
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F20-F29)	F259	統合失調感情障害, 詳細不明	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F20-F29)	F29	詳細不明の非器質性精神病	
気分 (感情) 障害(F30-F39)	F300-349	この範囲の「.9」となるもの	○
気分 (感情) 障害(F30-F39)	F39	詳細不明の気分 [感情] 障害	

神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F40-F48)	F400-F489	この範囲の「.9」となるもの	○
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F50-F59)	F500-F55	この範囲の「.9」となるもの	○
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F50-F59)	F59	生理的障害および身体的要因に関連した詳細不明の行動症候群	
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F603D	情緒不安定性人格障害, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F609	人格障害, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F629	持続的人格変化, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F639	習慣および衝動の障害, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F649	性同一性障害, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F659	性嗜好の障害, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F669	心理的性発達障害, 詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F69	詳細不明の成人の人格および行動の障害	
知的障害<精神遅滞> (F70-F79)	F790-F799	この範囲の全て	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F809	会話および言語の発達障害, 詳細不明	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F819	学習能力発達障害, 詳細不明	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F849	広汎性発達障害, 詳細不明	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F89	詳細不明の心理的発達障害	
小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)	F900-F959	この範囲の「.9」となるもの	○
小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)	F989	小児<児童>期および青年期に通常発症する詳細不明の行動および情緒の障害	○
詳細不明の精神障害 (F99)	F99	精神障害, 詳細不明	
中枢神経系の炎症性疾患(G00-G09)	G000-G049	この範囲の「.9」となるもの	○
中枢神経系の炎症性疾患(G00-G09)	G062	硬膜外および硬膜下膿瘍, 詳細不明	○
主に中枢神経系を障害する系統萎縮症(G10-G13)	G110-G129	この範囲の「.9」となるもの	○
錐体外路障害および異常運動(G20-G26)	G20-G259	この範囲の「.9」となるもの	○
神経系のその他の変性疾患 G30-G32)	G300-G319	この範囲の「.9」となるもの	○
中枢神経系の脱髄疾患(G35-G37)	G35-G379	この範囲の「.9」となるもの	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G406	大発作, 詳細不明 (小発作を伴うものまたは伴わないもの)	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G407	小発作, 詳細不明, 大発作を伴わないもの	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G409	てんかん, 詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G419	てんかん重積 (状態), 詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G439	片頭痛, 詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G459	一過性脳虚血発作, 詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G479	睡眠障害, 詳細不明	○
神経、神経根および神経そう<叢>の障害(G50-G59)	G500-G589	この範囲の「.9」となるもの	○
多発 (性) ニューロパチ<シ>およびその他の末梢神経系の障害(G60-G64)	G600-G629	この範囲の「.9」となるもの	○
神経筋接合部および筋の疾患(G70-G73)	G700-G729	この範囲の「.9」となるもの	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G800-G819	この範囲の「.9」となるもの	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G822	対麻痺, 詳細不明	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G825	四肢麻痺, 詳細不明	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G833	単麻痺, 詳細不明	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G839	麻痺性症候群, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G909	自律神経系の障害, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G913	外傷後水頭症, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G919	水頭症, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G934	脳症<エンセファロパチ<シ>->, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G939	脳の障害, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G952	脊髄圧迫, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G959	脊髄疾患, 詳細不明	○

神経系のその他の障害 (G90-G99)	G969	中枢神経系の障害, 詳細不明	○
神経系のその他の障害 (G90-G99)	G979	神経系の処置後障害, 詳細不明	○
眼瞼, 涙器および眼窩の障害 (H00-H06)	H019	眼瞼の炎症, 詳細不明	○
眼瞼, 涙器および眼窩の障害 (H00-H06)	H029	眼瞼の障害, 詳細不明	○
眼瞼, 涙器および眼窩の障害 (H00-H06)	H043	涙道の急性および詳細不明の炎症	○
眼瞼, 涙器および眼窩の障害 (H00-H06)	H049	涙器の障害, 詳細不明	○
眼瞼, 涙器および眼窩の障害 (H00-H06)	H059	眼窩の障害, 詳細不明	○
結膜の障害 (H10-H13)	H103	急性結膜炎, 詳細不明	○
結膜の障害 (H10-H13)	H109	結膜炎, 詳細不明	○
結膜の障害 (H10-H13)	H119	結膜の障害, 詳細不明	○
強膜, 角膜, 虹彩および毛様体の障害 (H15-H22)	H159-H219	この範囲の「.9」となるもの	○
水晶体の障害 (H25-H28)	H250-H279	この範囲の「.9」となるもの	○
脈絡膜および網膜の障害 (H30-H36)	H300-H359	この範囲の「.9」となるもの	○
緑内障(H40-H42)	H409	緑内障, 詳細不明	○
硝子体および眼球の障害 (H43-H45)	H430-H449	この範囲の「.9」となるもの	○
視神経および視(覚)路の障害(H46-H48)	H471	乳頭浮腫, 詳細不明	○
視神経および視(覚)路の障害(H46-H48)	H477	視(覚)路の障害, 詳細不明	○
眼筋, 眼球運動, 調節および屈折の障害 (H49-H52)	H499	麻痺性斜視, 詳細不明	○
眼筋, 眼球運動, 調節および屈折の障害 (H49-H52)	H504	その他および詳細不明の斜視	
眼筋, 眼球運動, 調節および屈折の障害 (H49-H52)	H509	斜視, 詳細不明	○
眼筋, 眼球運動, 調節および屈折の障害 (H49-H52)	H519	両眼運動障害, 詳細不明	○
眼筋, 眼球運動, 調節および屈折の障害 (H49-H52)	H527	屈折の障害, 詳細不明	○
視機能障害および盲<失明>(H53-H54)	H539	視覚障害, 詳細不明	○
視機能障害および盲<失明>(H53-H54)	H543	詳細不明の視力障害, 両眼	○
視機能障害および盲<失明>(H53-H54)	H546	詳細不明の視力障害, 片眼	○
視機能障害および盲<失明>(H53-H54)	H547	詳細不明の視力障害	○
眼および付属器のその他の障害 (H55-H59)	H570-H599	この範囲の「.9」となるもの	○
外耳疾患 (H60-H62)	H600-H619	この範囲の「.9」となるもの	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H659	非化膿性中耳炎, 詳細不明	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H66	化膿性および詳細不明の中耳炎	
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H664	化膿性中耳炎, 詳細不明	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H669	中耳炎, 詳細不明	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H690-H749	この範囲の「.9」となるもの	○
内耳疾患 (H80-H83)	H800-H839	この範囲の「.9」となるもの	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H902	伝音難聴, 詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H905	感音難聴, 詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H908	混合難聴, 詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H919	難聴, 詳細不明	
耳のその他の障害 (H90-H95)	H939	耳の障害, 詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H959	耳および乳様突起の処置後障害, 詳細不明	○
急性リウマチ熱 (I00-I02)	I019	急性リウマチ性心疾患, 詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患(I05-I09)	I059	僧帽弁疾患, 詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患(I05-I09)	I069	リウマチ性大動脈弁疾患, 詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患(I05-I09)	I079	三尖弁疾患, 詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患(I05-I09)	I089	連合弁膜症, 詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患(I05-I09)	I091	心内膜のリウマチ性疾患, 弁膜不詳	○
慢性リウマチ性心疾患(I05-I09)	I099	リウマチ性心疾患, 詳細不明	
高血圧性疾患(I10-I15)	I130-I159	この範囲の「.9」となるもの	○
虚血性心疾患(I20-I25)	I209	狭心症, 詳細不明	

虚血性心疾患(I20-I25)	I213	急性貫壁性心筋梗塞, 部位不明	○
虚血性心疾患(I20-I25)	I219	急性心筋梗塞, 詳細不明	○
虚血性心疾患(I20-I25)	I229	部位不明の再発性心筋梗塞	○
虚血性心疾患(I20-I25)	I249	急性虚血性心疾患, 詳細不明	○
虚血性心疾患(I20-I25)	I259	慢性虚血性心疾患, 詳細不明	○
肺性心疾患および肺循環疾患(I26-I28)	I269	急性肺性心の記載のない肺塞栓症	
肺性心疾患および肺循環疾患(I26-I28)	I279	肺性心疾患, 詳細不明	○
肺性心疾患および肺循環疾患(I26-I28)	I289	肺血管の疾患, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I309	急性心膜炎, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I319	心膜の疾患, 詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I339	急性心内膜炎, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I349	非リウマチ性僧帽弁障害, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I359	大動脈弁障害, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I369	非リウマチ性三尖弁障害, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I379	肺動脈弁障害, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I398	弁膜不詳の心内膜炎, 他に分類される疾患におけるもの	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I409	急性心筋炎, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I429	心筋症, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I443	その他および詳細不明の房室ブロック	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I446	その他および詳細不明の分枝ブロック	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I447	左脚ブロック, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I451	その他および詳細不明の右脚ブロック	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I459	伝導障害, 詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I469	心停止, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I479	発作性頻拍(症), 詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I494	その他および詳細不明の早期脱分極	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I499	不整脈, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I509	心不全, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I514	心筋炎, 詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I516	心血管疾患, 詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I518	その他の診断名不明確な心疾患	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I519	心疾患, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I607	頭蓋内動脈からのくも膜下出血, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I609	くも膜下出血, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I612	(大脳)半球の脳内出血, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I619	脳内出血, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I629	頭蓋内出血(非外傷性), 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I632	脳実質外動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I635	脳動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I639	脳梗塞, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I64	脳卒中, 脳出血または脳梗塞と明示されないもの	
脳血管疾患 (I60-I69)	I659	詳細不明の脳実質外動脈の閉塞および狭窄	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I669	詳細不明の脳動脈の閉塞および狭窄	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I679	脳血管疾患, 詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I694	脳卒中の続発・後遺症, 出血または梗塞と明示されないもの	
脳血管疾患 (I60-I69)	I698	その他および詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症	○
動脈, 細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I709	全身性および詳細不明のアテローム<じゅく<粥>状>硬化(症)	
動脈, 細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I718	部位不明の大動脈瘤, 破裂性	○
動脈, 細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I719	部位不明の大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	○

動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I729	部位不明の動脈瘤	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I739	末梢血管疾患, 詳細不明	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I741	その他および部位不明の大動脈の塞栓症および血栓症	
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I744	詳細不明の(四)肢の動脈の塞栓症および血栓症	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I749	詳細不明の動脈の塞栓症および血栓症	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I776	動脈炎, 詳細不明	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I779	動脈および細動脈の障害, 詳細不明	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患 (I70-I79)	I789	毛細血管の疾患, 詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I803	下肢の静脈炎および血栓(性)静脈炎, 詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I809	部位不明の静脈炎および血栓(性)静脈炎	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I829	部位不明の静脈の塞栓症および血栓症	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I847	詳細不明の血栓性痔核	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I848	その他の合併症を伴う詳細不明の痔核	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I849	合併症を伴わない痔核, 詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I879	静脈の障害, 詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I889	非特異性リンパ節炎, 詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの (I80-I89)	I899	リンパ管およびリンパ節の非感染性障害, 詳細不明	○
循環器系のその他および詳細不明の障害 (I95-I99)	I950-I979	この範囲の「.9」となるもの	○
循環器系のその他および詳細不明の障害 (I95-I99)	I99	循環器系のその他および詳細不明の障害	
急性上気道感染症(J00-J06)	J010-J039	この範囲の「.9」となるもの	
急性上気道感染症(J00-J06)	J069	急性上気道感染症, 詳細不明	
インフルエンザおよび肺炎(J10-J18)	J129	ウイルス肺炎, 詳細不明	
インフルエンザおよび肺炎(J10-J18)	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	
インフルエンザおよび肺炎(J10-J18)	J180-J189	この範囲の全て	
その他の急性下気道感染症(J20-J22)	J209	急性気管支炎, 詳細不明	
その他の急性下気道感染症(J20-J22)	J219	急性細気管支炎, 詳細不明	
その他の急性下気道感染症(J20-J22)	J22	詳細不明の急性下気道感染症	
上気道のその他の疾患 (J30-J39)	J304	アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>, 詳細不明	○
上気道のその他の疾患 (J30-J39)	J329	慢性副鼻腔炎, 詳細不明	○
上気道のその他の疾患 (J30-J39)	J339	鼻ポリープ, 詳細不明	○
上気道のその他の疾患 (J30-J39)	J359	扁桃およびアデノイドの慢性疾患, 詳細不明	○
上気道のその他の疾患 (J30-J39)	J393	上気道過敏反応, 部位不明	○
上気道のその他の疾患 (J30-J39)	J399	上気道の疾患, 詳細不明	○
慢性下気道疾患(J40-J47)	J40	気管支炎, 急性または慢性と明示されないもの	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J42	詳細不明の慢性気管支炎	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J439	肺気腫, 詳細不明	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J441	急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患, 詳細不明	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J449	慢性閉塞性肺疾患, 詳細不明	○
慢性下気道疾患(J40-J47)	J459	喘息, 詳細不明	
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J64	詳細不明のじん<塵>肺(症)	
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J679	詳細不明の有機粉じん<塵>による過敏性肺臓炎	○
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J689	化学物質, ガス, フュームおよび蒸気による詳細不明の呼吸器病態	○
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J704	薬物誘発性間質性肺障害, 詳細不明	○
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J709	詳細不明の外的因子による呼吸器病態	○
主として間質を障害するその他の呼吸器疾患 (J80-J84)	J849	間質性肺疾患, 詳細不明	○
胸膜のその他の疾患(J90-J94)	J939	気胸, 詳細不明	○

胸膜のその他の疾患(J90-J94)	J949	胸膜病態, 詳細不明	○
呼吸器系のその他の疾患(J95-J99)	J950-J989	この範囲の「.9」となるもの	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K009	歯の発育障害, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K029	うく齲> 蝕, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K039	歯の硬組織の疾患, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K049	歯髄および根尖周囲組織のその他および詳細不明の疾患	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K056	歯周疾患, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K069	歯肉および無歯顎堤の障害, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K074	不正咬合, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K079	歯顎顔面の異常, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K089	歯および歯の支持組織の障害, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K099	口腔部のうく嚢> 胞, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K109	顎骨の疾患, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K119	唾液腺疾患, 詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K137	その他および詳細不明の口腔粘膜の病変	
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K149	舌疾患, 詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K229	食道の疾患, 詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K254	胃潰瘍 慢性または詳細不明, 出血を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K255	胃潰瘍 慢性または詳細不明, 穿孔を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K256	胃潰瘍 慢性または詳細不明, 出血および穿孔の両者を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K259	胃潰瘍 急性または慢性の別不明, 出血または穿孔を伴わないもの	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K264	十二指腸潰瘍 慢性または詳細不明, 出血を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K265	十二指腸潰瘍 慢性または詳細不明, 穿孔を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K266	十二指腸潰瘍 慢性または詳細不明, 出血および穿孔の両者を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K269	十二指腸潰瘍 急性または慢性の別不明, 出血または穿孔を伴わないもの	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K270-K279	この範囲の全て	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K284	胃空腸潰瘍 慢性または詳細不明, 出血を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K285	胃空腸潰瘍 慢性または詳細不明, 穿孔を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K286	胃空腸潰瘍 慢性または詳細不明, 出血および穿孔の両者を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K289	胃空腸潰瘍 急性または慢性の別不明, 出血または穿孔を伴わないもの	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K295	慢性胃炎, 詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K297	胃炎, 詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K299	胃十二指腸炎, 詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K319	胃および十二指腸の疾患, 詳細不明	○
虫垂の疾患 (K35-K38)	K359	急性虫垂炎, 詳細不明	
虫垂の疾患 (K35-K38)	K37	詳細不明の虫垂炎	
虫垂の疾患 (K35-K38)	K389	虫垂の疾患, 詳細不明	○
ヘルニア(K40-K46)	K403	一側性または患側不明のそけい<尿管> ヘルニア, 閉塞を伴い, え<壊> 疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K404	一側性または患側不明のそけい<尿管> ヘルニア, え<壊> 疝を伴うもの	
ヘルニア(K40-K46)	K409	一側性または患側不明のそけい<尿管> ヘルニア, 閉塞またはえ<壊> 疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K413	一側性または患側不明の大腿<股> ヘルニア, 閉塞を伴い, え<壊> 疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K414	一側性または患側不明の大腿<股> ヘルニア, え<壊> 疝を伴うもの	
ヘルニア(K40-K46)	K419	一側性または患側不明の大腿<股> ヘルニア, 閉塞またはえ<壊> 疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K460-K469	この範囲の全て	○
非感染性腸炎および非感染性大腸炎(K50-K52)	K500-K529	この範囲の「.9」となるもの	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K559	腸の血行障害, 詳細不明	○

腸のその他の疾患 (K55-K63)	K566	その他および詳細不明の腸閉塞	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K567	イレウス, 詳細不明	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K578	腸の憩室性疾患, 部位不明, 穿孔および膿瘍を伴うもの	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K579	腸の憩室性疾患, 部位不明, 穿孔および膿瘍を伴わないもの	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K599	腸の機能障害, 詳細不明	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K602	裂肛, 詳細不明	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K629	肛門および直腸の疾患, 詳細不明	○
腸のその他の疾患 (K55-K63)	K639	腸の疾患, 詳細不明	○
腹膜の疾患 (K65-K67)	K650-K669	この範囲の「.9」となるもの	○
肝疾患(K70-K77)	K709	アルコール性肝疾患, 詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K719	中毒性肝疾患, 詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K729	肝不全, 詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K739	慢性肝炎, 詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K745	胆汁性肝硬変, 詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K746	その他および詳細不明の肝硬変	
肝疾患(K70-K77)	K759	炎症性肝疾患, 詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K769	肝疾患, 詳細不明	○
胆のう<嚢>、胆管および膵の障害(K80-K87)	K810-K869	この範囲の「.9」となるもの	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K909	腸性吸収不良(症), 詳細不明	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K919	消化器系の処置後障害, 詳細不明	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K922	胃腸出血, 詳細不明	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K929	消化器系の疾患, 詳細不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L029	皮膚膿瘍, せつ<フルンケル>および よう<カルブンケル>, 部位不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L039	蜂巣炎<蜂窩織炎>, 詳細不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L049	急性リンパ節炎, 部位不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L089	皮膚および皮下組織の局所感染症, 詳細不明	○
水疱症(L10-L14)	L100-L139	この範囲の「.9」となるもの	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L209	アトピー性皮膚炎, 詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L219	脂漏性皮膚炎, 詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L239	アレルギー性接触皮膚炎, 原因不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L249	刺激性接触皮膚炎, 原因不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L250-L259	この範囲の全て	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L279	詳細不明の摂取物質による皮膚炎	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L293	肛門性器そう<?>痒症, 詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L299	そう<?>痒症, 詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L309	皮膚炎, 詳細不明	○
丘疹落せつ<屑> <くりんせつ> <鱗屑> > 性障害 (L40-L45)	L400-L449	この範囲の「.9」となるもの	○
じんま<蕁麻疹> 疹および紅斑(L50-L54)	L500-L539	この範囲の「.9」となるもの	○
皮膚および皮膚組織の放射線(非電離および電離)に関連する障害(L55-L59)	L550-L599	この範囲の「.9」となるもの	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L609	爪の障害, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L639	円形脱毛症, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L649	男性ホルモン性脱毛症, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L659	非瘢痕性脱毛症, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L669	瘢痕性脱毛症, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L679	毛髪の色および毛幹の異常, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L689	多毛症, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L709	ざ瘡<アクネ>, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L719	しゅさ<酒さ>, 詳細不明	○

皮膚付属器の障害(L60-L75)	L729	皮膚および皮下組織の毛包のうく囊> 胞, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L739	毛包障害, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L743	汗疹, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L749	エクリン汗腺の障害, 詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L759	アポクリン汗腺の障害, 詳細不明	○
皮膚および皮下組織のその他の障害(L80-L99)	L810-L989	この範囲の「.9」となるもの	○
◇注意: M99\$を除く M 分類について、5 桁目を必要とする場合、5 桁目が「.9」になることはない。			
感染性関節障害 (M00-M03)	M000-M008	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
感染性関節障害 (M00-M03)	M0090-M0099	この範囲の全て	○
感染性関節障害 (M00-M03)	M010-M028	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
感染性関節障害 (M00-M03)	M0290-M0299	この範囲の全て	○
感染性関節障害 (M00-M03)	M030-M058	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M0590-M0599	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M060-M068	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M0690-M0699	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M070-M088	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M0890-M0899	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M090-M104	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1090-M1099	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M110-M118	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1190-M1199	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M120-M128	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1300	多発性関節炎, 詳細不明 多部位	
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1301	多発性関節炎, 詳細不明 肩甲帯	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1302	多発性関節炎, 詳細不明 上腕	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1303	多発性関節炎, 詳細不明 前腕	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1304	多発性関節炎, 詳細不明 手	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1305	多発性関節炎, 詳細不明 骨盤部および大腿	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1306	多発性関節炎, 詳細不明 下腿	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1307	多発性関節炎, 詳細不明 足関節部および足	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1308	多発性関節炎, 詳細不明 その他	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1309	多発性関節炎, 詳細不明 部位不明	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M131-M138	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害 (M05-M14)	M1390-M1399	この範囲の全て	○
関節症 (M15-M19)	M159	多発性関節症, 詳細不明	○
関節症 (M15-M19)	M169	股関節症, 詳細不明	○
関節症 (M15-M19)	M179	膝関節症, 詳細不明	○
関節症 (M15-M19)	M189	第1手根中手関節の関節症, 詳細不明	○
関節症 (M15-M19)	M190-M198	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
関節症 (M15-M19)	M1990-M1999	この範囲の全て	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M206	趾<足ゆび>の後天性変形, 詳細不明	○

その他の関節障害 (M20-M25)	M210-M218	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2190-M2199	この範囲の全て	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M229	膝蓋骨の障害, 詳細不明	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M230-M238	この範囲の部位コード「3」「6」となるもの	
その他の関節障害 (M20-M25)	M230-M238	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2390-M2399	この範囲の全て	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M240-M248	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2490-M2499	この範囲の全て	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M250-M258	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2590-M2599	この範囲の全て	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M319	えく壊>死性血管障害, 詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M329	全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>, 詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M339	皮膚(多発性)筋炎, 詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M349	全身性硬化症, 詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M359	全身性結合組織疾患, 詳細不明	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M400-M401	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4020-M4029	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M403-M404	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4050-M4059	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M410-M418	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4190-M4199	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M420-M421	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4290-M4299	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M430-M438	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4390-M4399	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M450-M463	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4640-M4649	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M465-M468	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4690-M4699	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M470-M478	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4790-M4799	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M480-M488	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4890-M4899	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M490-M498	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M509	頸部椎間板障害, 詳細不明	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M519	椎間板障害, 詳細不明	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M530-M538	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M5390-M5399	この範囲の全て	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M540-M548	この範囲の部位コード「9」となるもの	○

その他の脊柱障害 (M50-M54)	M5490-M5499	この範囲の全て	○
筋障害 (M60-M63)	M600-M608	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
筋障害 (M60-M63)	M6090-M6099	この範囲の全て	○
筋障害 (M60-M63)	M610-M615	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
筋障害 (M60-M63)	M6190-M6199	この範囲の全て	○
筋障害 (M60-M63)	M620-M628	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
筋障害 (M60-M63)	M6290-M6299	この範囲の全て	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M650-M658	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M6590-M6599	この範囲の全て	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M660-M664	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M6650-M6659	この範囲の全て	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M679	滑膜および腱の障害, 詳細不明	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M700-M708	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7090-M7099	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M710-M718	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7190-M7199	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M720-M728	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7290-M7299	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M730-M738	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M759	肩の傷害<損傷>, 詳細不明	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M760-M768	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7690-M7699	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M770-M778	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7790-M7799	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7900-M7909	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7919	筋(肉)痛 部位不明	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7920-M7929	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7930-M7939	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M794-M798	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7990-M7999	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M800-M808	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8090-M8099	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M810-M818	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8190-M8199	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M820-M828	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8390-M8399	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M840-M848	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8490-M8499	この範囲の全て	○

骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M850-M858	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8590-M8599	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M860-M868	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8690-M8699	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M870-M878	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8790-M8799	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M880-M888	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8890-M8899	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M890-M898	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8990-M8999	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M900-M918	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
軟骨障害 (M91-M94)	M9190-M9199	この範囲の全て	○
軟骨障害 (M91-M94)	M929	若年性骨軟骨症<骨端症>, 詳細不明	○
軟骨障害 (M91-M94)	M939	骨軟骨障害, 詳細不明	○
軟骨障害 (M91-M94)	M940-M948	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
軟骨障害 (M91-M94)	M9490-M9499	この範囲の全て	○
筋骨格系および結合組織のその他の障害 (M95-M99)	M959	筋骨格系の後天性変形, 詳細不明	○
筋骨格系および結合組織のその他の障害 (M95-M99)	M969	処置後筋骨格障害, 詳細不明	○
筋骨格系および結合組織のその他の障害 (M95-M99)	M9990-M9999	この範囲の全て	○
糸球体疾患(N00-N08)	N009	急性腎炎症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N019	急速進行性腎炎症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N029	反復性および持続性血尿 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N039	慢性腎炎症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N049	ネフローゼ症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N050-N059	この範囲の全て	○
糸球体疾患(N00-N08)	N069	明示された形態学的病変を伴う単独たんぱく<蛋白>尿 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N079	遺伝性腎症<ネフロパシー>, 他に分類されないもの 詳細不明	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N119	慢性尿細管間質性腎炎, 詳細不明	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N12	尿細管間質性腎炎, 急性または慢性と明示されないもの	
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N133	その他および詳細不明の水腎症	
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N139	閉塞性尿路疾患および逆流性尿路疾患, 詳細不明	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N142	詳細不明の薬物, 薬剤または生物学的製剤により誘発された腎症<ネフロパシー>	
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N159	腎尿細管間質性疾患, 詳細不明	○
腎不全 (N17-N19)	N179	急性腎不全, 詳細不明	○
腎不全 (N17-N19)	N189	慢性腎不全, 詳細不明	○
腎不全 (N17-N19)	N19	詳細不明の腎不全	
尿路結石症 (N20-N23)	N209	尿路結石, 詳細不明	
尿路結石症 (N20-N23)	N219	下部尿路結石, 詳細不明	○
尿路結石症 (N20-N23)	N23	詳細不明の腎仙痛	
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N259	腎尿管機能障害から生じた障害, 詳細不明	○
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N26	詳細不明の萎縮腎	
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N279	矮小腎, 患側不明	○
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N289	腎および尿管の障害, 詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N309	膀胱炎, 詳細不明	○

尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N319	神経因性膀胱 (機能障害), 詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N329	膀胱障害, 詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N343	尿道症候群, 詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N359	尿道狭窄, 詳細不明	
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N369	尿道の障害, 詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N390	尿路感染症, 部位不明	
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N391	持続性たんぱく<蛋白>尿, 詳細不明	
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N392	起立性たんぱく<蛋白>尿, 詳細不明	
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N399	尿路系の障害, 詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N419	前立腺の炎症性疾患, 詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N429	前立腺の障害, 詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N433	精巣<睾丸>水腫, 詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N489	陰茎の障害, 詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N499	部位不明の男性生殖器の炎症性障害	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N509	男性生殖器の障害, 詳細不明	○
乳房の障害 (N60-N64)	N609	良性乳房異形成 (症), 詳細不明	○
乳房の障害 (N60-N64)	N63	乳房の詳細不明の塊< l u m p >	
乳房の障害 (N60-N64)	N649	乳房の障害, 詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患 (N70-N77)	N709	卵管炎および卵巣炎, 詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患 (N70-N77)	N719	子宮の炎症性疾患, 詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患 (N70-N77)	N732	詳細不明の子宮傍(結合)組織炎および骨盤蜂巣炎<蜂窩織炎>	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患 (N70-N77)	N735	女性骨盤腹膜炎, 詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患 (N70-N77)	N739	女性骨盤炎炎症性疾患, 詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患 (N70-N77)	N759	バルトリン< B a r t h o l i n > 腺の疾患, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N809	子宮内膜症, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N814	子宮腔脱, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N819	女性性器脱, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N829	女性性器瘻, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N832	その他および詳細不明の卵巣のう<囊>胞	
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N839	卵巣, 卵管および子宮広間膜の非炎症性障害, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N849	女性性器のポリープ, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N859	子宮の非炎症性障害, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N879	子宮頸 (部) の異形成, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N889	子宮頸 (部) の非炎症性障害, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N893	腔異形成, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N899	腔の非炎症性障害, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N903	外陰異形成, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N909	外陰および会陰の非炎症性障害, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N912	無月経, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N915	希発月経, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N926	月経不順, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N939	子宮および腔の異常出血, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N946	月経困難症, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N949	女性生殖器および月経周期に関連する詳細不明の病態	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N959	閉経期および閉経周辺期障害, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N979	女性不妊症, 詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害 (N80-N98)	N989	人工授精に関連する合併症, 詳細不明	○
尿路性器系のその他の障害 (N99)	N999	腎尿路生殖器系の処置後障害, 詳細不明	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O009	子宮外妊娠, 詳細不明	○

流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O019	胎状奇胎, 詳細不明	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O029	受胎の異常生成物, 詳細不明	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O033	自然流産 不全流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O035	自然流産 完全流産または詳細不明の流産, 生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O036	自然流産 完全流産または詳細不明の流産, 遅延出血または多量出血を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O037	自然流産 完全流産または詳細不明の流産, 塞栓症を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O038	自然流産 完全流産または詳細不明の流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O039	自然流産 完全流産または詳細不明の流産, 合併症を伴わないもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O043	医学的人工流産 不全流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O045	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産, 生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O046	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産, 遅延出血または多量出血を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O047	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産, 塞栓症を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O048	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O049	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産, 合併症を伴わないもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O053	その他の流産 不全流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O055	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産, 生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O056	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産, 遅延出血または多量出血を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O057	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産, 塞栓症を合併するもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O058	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O059	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産, 合併症を伴わないもの	
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O060-O069	この範囲の全て	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O073	不成功に終わった医学的人工流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O075	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産, 生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O076	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産, 遅延出血または多量出血を合併するもの	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O077	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産, 塞栓症を合併するもの	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O078	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産, その他および詳細不明の合併症を伴うもの	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O079	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産, 合併症を伴わないもの	○
流産に終わった妊娠 (O00-O08)	O089	流産, 子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する合併症, 詳細不明	○
妊娠, 分娩および産じょく<褥>における浮腫, たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O109	妊娠, 分娩および産じょく<褥>に合併する詳細不明の既存の高血圧 (症)	○
妊娠, 分娩および産じょく<褥>における浮腫, たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O149	子かん<癩>前症, 詳細不明	○
妊娠, 分娩および産じょく<褥>における浮腫, たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O159	子かん<癩>, 発生時期不明	○
妊娠, 分娩および産じょく<褥>における浮腫, たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O16	詳細不明の母体の高血圧 (症)	
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O209	妊娠早期の出血, 詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O219	妊娠嘔吐, 詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O229	妊娠中の静脈合併症, 詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O234	妊娠中の詳細不明の尿路感染症	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O239	妊娠中のその他および詳細不明の腎尿路性器感染症	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O243	既存の糖尿病, 詳細不明	○

主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O249	妊娠中の糖尿病, 詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O269	妊娠に関連する病態, 詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O289	母体の分娩前スクリーニングにおける異常所見, 詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害 (O20-O29)	O299	妊娠中の麻酔合併症, 詳細不明	○
胎児および羊膜腔に関連する母体ケアならびに予想される分娩の諸問題 (O30-O48)	O300-O479	この範囲の「.9」となるもの	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O619	分娩誘発の不成功, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O629	娩出力の異常, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O639	遷延分娩, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O649	胎位異常および胎向異常による分娩停止, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O654	胎児骨盤不均衡による分娩停止, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O659	母体の骨盤異常による分娩停止, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O664	試験分娩の不成功, 詳細不明	
分娩の合併症 (O60-O75)	O665	吸引分娩および鉗子分娩の不成功, 詳細不明	
分娩の合併症 (O60-O75)	O669	分娩停止, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O679	分娩時出血, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O689	胎児ストレスを合併する分娩, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O699	臍帯合併症を合併する分娩, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O709	分娩における会陰裂傷<laceration>, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O719	産科的外傷, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O749	分娩における麻酔合併症, 詳細不明	○
分娩の合併症 (O60-O75)	O756	自然破水または詳細不明の破水後の遷延分娩	
分娩の合併症 (O60-O75)	O759	分娩の合併症, 詳細不明	○
分娩 (O80-O84)	O809	単胎自然分娩, 詳細不明	○
分娩 (O80-O84)	O813	その他および詳細不明の鉗子分娩	○
分娩 (O80-O84)	O829	帝王切開による分娩, 詳細不明	○
分娩 (O80-O84)	O839	介助単胎分娩, 詳細不明	○
分娩 (O80-O84)	O849	多胎分娩, 詳細不明	○
主として産褥に関連する問題 (O85-O92)	O864	分娩に続発する原因不明の発熱	
主として産褥に関連する問題 (O85-O92)	O879	産じよく<褥>における静脈合併症, 詳細不明	○
主として産褥に関連する問題 (O85-O92)	O899	産じよく<褥>における麻酔合併症, 詳細不明	○
主として産褥に関連する問題 (O85-O92)	O909	産じよく<褥>の合併症, 詳細不明	○
主として産褥に関連する問題 (O85-O92)	O922	分娩に関連するその他および詳細不明の乳房障害	
主として産褥に関連する問題 (O85-O92)	O927	その他および詳細不明の乳汁分泌障害	
その他の産科的病態, 他に分類されないもの (O94-O99)	O95	原因不明の産科的死亡	
その他の産科的病態, 他に分類されないもの (O94-O99)	O989	妊娠, 分娩および産じよく<褥>に合併する詳細不明の母体の感染症および寄生虫症	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P009	詳細不明の母体の病態により影響を受けた胎児および新生児	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P019	母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児, 詳細不明	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P022	その他および詳細不明の胎盤の形態および機能の異常により影響を受けた胎児および新生児	
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P026	臍帯のその他および詳細不明の病態により影響を受けた胎児および新生児	
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P029	卵膜の異常により影響を受けた胎児および新生児, 詳細不明	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P039	分娩合併症により影響を受けた胎児および新生児, 詳細不明	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児 (P00-P04)	P049	母体の有害な影響を受けた胎児および新生児, 詳細不明	○
妊娠期間および胎児発育に関連する障害 (P05-P08)	P059	胎児の発育遅延<成長遅滞>, 詳細不明	○
出産外傷 (P10-P15)	P109	出産損傷による詳細不明の頭蓋内裂傷<laceration>および出血	○

出産外傷 (P10-P15)	P112	出産損傷による詳細不明の脳傷害	○
出産外傷 (P10-P15)	P119	中枢神経系の出産損傷, 詳細不明	○
出産外傷 (P10-P15)	P129	頭皮の出産損傷, 詳細不明	○
出産外傷 (P10-P15)	P139	骨格の出産損傷, 詳細不明	○
出産外傷 (P10-P15)	P149	末梢神経系の出産損傷, 詳細不明	○
出産外傷 (P10-P15)	P159	出産損傷, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P209	子宮内低酸素症, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P219	出生時仮死, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P229	新生児の呼吸窮<促>迫, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P239	先天性肺炎, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P249	新生児吸引症候群, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P269	周産期に発生した詳細不明の肺出血	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P279	周産期に発生した詳細不明の慢性呼吸器疾患	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P281	その他および詳細不明の新生児無気肺	
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P289	新生児の呼吸器病態, 詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害 (P20-P29)	P299	周産期に発生した心血管障害, 詳細不明	○
周産期に特異的な感染症 (P35-P39)	P359	先天性ウイルス疾患, 詳細不明	○
周産期に特異的な感染症 (P35-P39)	P361	その他および詳細不明のレンサ球菌による新生児の敗血症	
周産期に特異的な感染症 (P35-P39)	P363	その他および詳細不明のブドウ球菌による新生児の敗血症	
周産期に特異的な感染症 (P35-P39)	P369	新生児の細菌性敗血症, 詳細不明	○
周産期に特異的な感染症 (P35-P39)	P379	先天性感染症または寄生虫症, 詳細不明	
周産期に特異的な感染症 (P35-P39)	P399	周産期に特異的な感染症, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P509	胎児失血, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P519	新生児の臍出血, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P523	胎児および新生児の詳細不明の脳室内 (非外傷性) 出血	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P529	胎児および新生児の頭蓋内 (非外傷性) 出血, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P549	新生児出血, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P559	胎児および新生児の溶血性疾患, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P569	その他および詳細不明の溶血性疾患による胎児水腫	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P579	核黄疸, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P589	多量の溶血による新生児黄疸, 詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P592	その他および詳細不明の肝細胞傷害による新生児黄疸	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P599	新生児黄疸, 詳細不明	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害 (P50-P61)	P619	周産期の血液障害, 詳細不明	○
胎児および新生児に特異的な一過性の内分泌障害および代謝障害 (P70-P74)	P700-P749	この範囲の「.9」となるもの	○
胎児および新生児の消化器系障害 (P75-P78)	P760-P789	この範囲の「.9」となるもの	○
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態 (P80-P83)	P809	新生児低体温, 詳細不明	○
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態 (P80-P83)	P819	新生児の体温調節機能障害, 詳細不明	
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態 (P80-P83)	P833	胎児および新生児に特異的なその他および詳細不明の浮腫	
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態 (P80-P83)	P839	胎児および新生児に特異的な外皮の病態, 詳細不明	○

周産期に発生したその他の障害 (P90-P96)	P919	新生児の脳の機能障害, 詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害 (P90-P96)	P929	新生児の哺乳上の問題, 詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害 (P90-P96)	P949	新生児の筋緊張障害, 詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害 (P90-P96)	P95	原因不明の胎児死亡	
周産期に発生したその他の障害 (P90-P96)	P969	周産期に発生した病態, 詳細不明	○
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q019	脳瘤, 詳細不明	○
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q039	先天性水頭症, 詳細不明	○
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q049	脳の先天奇形, 詳細不明	○
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q054	詳細不明の二分脊椎<脊椎披<破>裂>, 水頭症を伴うもの	
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q059	二分脊椎<脊椎披<破>裂>, 詳細不明	○
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q069	脊髄の先天奇形, 詳細不明	○
神経系の先天奇形 (Q00-Q07)	Q079	神経系の先天奇形, 詳細不明	○
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q129	先天(性)水晶体奇形, 詳細不明	○
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q139	前眼部の先天奇形, 詳細不明	○
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q149	眼球後極部の先天奇形, 詳細不明	○
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q159	眼の先天奇形, 詳細不明	○
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q169	聴覚障害の原因となる耳の先天奇形, 詳細不明	
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q179	耳の先天奇形, 詳細不明	○
眼, 耳, 顔面および頸部の先天奇形 (Q10-Q18)	Q189	顔面および頸部の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q209	心臓の房室および結合部の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q219	心(臓)中隔の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q229	三尖弁の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q239	大動脈弁および僧帽弁の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q249	心臓の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q259	大型動脈の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q264	肺静脈還流<結合>異常(症), 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q269	大型静脈の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q279	末梢血管系の先天奇形, 詳細不明	○
循環器系の先天奇形 (Q20-Q28)	Q289	循環器系の先天奇形, 詳細不明	○
呼吸器系の先天奇形 (Q30-Q34)	Q300-Q349	この範囲の「.9」となるもの	○
唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)	Q359	詳細不明の口蓋裂	○
唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)	Q378	詳細不明の口蓋裂, 両側性唇裂を伴うもの	○
唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)	Q379	詳細不明の口蓋裂, 片側性唇裂を伴うもの	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q399	食道の先天奇形, 詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q403	胃の先天奇形, 詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q409	上部消化管の先天奇形, 詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419	小腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419A	小腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明 欠損	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419B	小腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明 閉鎖	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419C	小腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明 狭窄	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429	大腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429A	大腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明 欠損	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429B	大腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明 閉鎖	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429C	大腸の先天(性)欠損, 閉鎖および狭窄, 部位不明 狭窄	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q439	腸の先天奇形, 詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q459	消化器系の先天奇形, 詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q519	子宮および子宮頸(部)の先天奇形, 詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q529	女性性器の先天奇形, 詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q539	停留精巣<睾丸>, 患側不明	○

性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q549	尿道下裂, 詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q559	男性生殖器の先天奇形, 詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q563	仮性半陰陽, 詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q564	性不確定, 詳細不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q602	腎無発生, 患側不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q605	腎低形成<形成不全>, 患側不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q613	多発性のう<囊>胞腎, 病型不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q619	のう<囊>胞性腎疾患, 詳細不明	
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q639	腎の先天奇形, 詳細不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q649	尿路系の先天奇形, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q652	先天性股関節脱臼<先天股脱>, 患側不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q655	先天性股関節亜脱臼, 患側不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q659	股関節の先天(性)変形, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q669	足の先天(性)変形, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q685	脚の長管骨の先天(性)彎曲, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q699	多指<趾>(症), 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q709	合指<趾>(症), 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q719	上肢の減形成, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q729	下肢の減形成, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q730	詳細不明の(四)肢の先天(性)欠損	
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q731	フォコモリー<あざらし肢症>, 詳細不明の(四)肢	
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q738	詳細不明の(四)肢のその他の減形成	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q749	(四)肢の詳細不明の先天奇形	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q759	頭蓋および顔面骨の先天奇形, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q769	骨性胸郭の先天奇形, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q779	骨軟骨異形成<形成異常>(症), 長管骨および脊椎の成長障害を伴うもの, 詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q789	骨軟骨異形成<形成異常>(症), 詳細不明	
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q799	筋骨格系の先天奇形, 詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q809	先天性魚りんせん<鱗癬>, 詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q819	表皮水疱症, 詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q829	皮膚の先天奇形, 詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q839	乳房の先天奇形, 詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q849	外皮の先天奇形, 詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q859	母斑症, 詳細不明	
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q899	先天奇形, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q909	ダウン<Down>症候群, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q913	エドワーズ<Edwards>症候群, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q917	パトー<Patau>症候群, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q929	常染色体のトリソミーおよび部分トリソミー, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q939	常染色体欠失, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q959	均衡型再配列およびマーカー(染色体), 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q969	ターナー<Turner>症候群, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q979	性染色体異常, 女性表現型, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q984	クラインフェルター<Klinefelter>症候群, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q989	性染色体異常, 男性表現型, 詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q999	染色体異常, 詳細不明	○
◇R 分類については、全てにおいて他に分類出来ないか再検討を要する。			

循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R000	頻脈, 詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R001	徐脈, 詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R008	その他および詳細不明の心拍の異常	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R011	心雑音, 詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R049	気道からの出血, 詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R068	その他および詳細不明の呼吸の異常	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R074	胸痛, 詳細不明	○
消化器系および腹部に関する症状および徴候 (R10-R19)	R104	その他および詳細不明の腹痛	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R208	その他および詳細不明の皮膚感覚障害	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R229	限局性腫脹, 腫瘍<ma s s>および塊<l u m p>, 部位不明	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R238	その他および詳細不明の皮膚変化	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R251	振戦, 詳細不明	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R258	その他および詳細不明の異常不随意運動	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R268	歩行および移動のその他および詳細不明の異常	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R270	運動失調(症), 詳細不明	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R278	その他および詳細不明の協調運動障害	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R298	神経系および筋骨格系に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
尿路系に関する症状および徴候 (R30-R39)	R309	排尿痛, 詳細不明	○
尿路系に関する症状および徴候 (R30-R39)	R398	尿路系に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R402	昏睡, 詳細不明	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R410	失見当(識), 詳細不明	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R418	認知機能および自覚に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R438	嗅覚および味覚のその他および詳細不明の障害	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R443	幻覚, 詳細不明	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R448	一般感覚および知覚に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
認識, 知覚, 情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R457	情緒性ショックおよびストレスの(持続)状態, 詳細不明	○
言語および音声に関する症状および徴候 (R47-R49)	R478	その他および詳細不明の言語の障害	○
言語および音声に関する症状および徴候 (R47-R49)	R488	その他および詳細不明の表象機能の障害	○
言語および音声に関する症状および徴候 (R47-R49)	R498	その他および詳細不明の音声の障害	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R509	発熱, 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R529	疼痛, 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R568	その他および詳細不明のけいれん<痙攣>	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R579	ショック, 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R599	リンパ節腫大, 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R609	浮腫, 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R619	発汗過多<多汗>(症), 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R629	身体標準発育不足, 詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R682	口内乾燥, 詳細不明	○
血液検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R70-R79)	R739	高血糖, 詳細不明	○
血液検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R70-R79)	R749	詳細不明の血清酵素の異常値	○
血液検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R70-R79)	R769	血清の免疫学的異常所見, 詳細不明	○

血液検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R70-R79)	R779	血漿たんぱく<蛋白>の異常, 詳細不明	○
血液検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R70-R79)	R789	詳細不明の物質の検出, 正常では血中から検出されないもの	○
血液検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R70-R79)	R799	血液化学的異常所見, 詳細不明	○
尿検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R80-R82)	R829	尿のその他および詳細不明の異常所見	○
その他の体液, 検体<材料>および組織の検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R83-R89)	R839	脳脊髄液に関する異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液, 検体<材料>および組織の検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R83-R89)	R849	呼吸器および胸部<郭>からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液, 検体<材料>および組織の検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R83-R89)	R859	消化器および腹腔からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液, 検体<材料>および組織の検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R83-R89)	R869	男性生殖器からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液, 検体<材料>および組織の検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R83-R89)	R879	女性生殖器からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液, 検体<材料>および組織の検査の異常所見, 診断名の記載がないもの (R83-R89)	R899	その他の臓器, 器官系および組織からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
頭部損傷 (S00-S09)	S009	頭部の表在損傷, 部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S019	頭部の開放創, 部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S029	頭蓋骨および顔面骨の骨折, 部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0290	頭蓋骨および顔面骨の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0291	頭蓋骨および顔面骨の骨折, 部位不明 開放性	○
頭部損傷 (S00-S09)	S033	頭部のその他および部位不明の脱臼	
頭部損傷 (S00-S09)	S035	頭部のその他および部位不明の関節および靭帯の捻挫およびストレイン	
頭部損傷 (S00-S09)	S049	詳細不明の脳神経損傷	○
頭部損傷 (S00-S09)	S059	眼球および眼窩の損傷, 詳細不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S069	頭蓋内損傷, 詳細不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0690	頭蓋内損傷, 詳細不明 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0691	頭蓋内損傷, 詳細不明 頭蓋内に達する開放創を伴うもの	○
頭部損傷 (S00-S09)	S079	頭部の挫滅損傷, 部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S089	頭部の部位不明の外傷性切断	○
頭部損傷 (S00-S09)	S099	頭部の詳細不明の損傷	○
頸部損傷 (S10-S19)	S101	咽喉部<のど>のその他および詳細不明の表在損傷	
頸部損傷 (S10-S19)	S109	頸部の表在損傷, 部位不明	○
頸部損傷 (S10-S19)	S119	頸部の開放創, 部位不明	○
頸部損傷 (S10-S19)	S129	頸部の骨折, 部位不明	○
頸部損傷 (S10-S19)	S1290	頸部の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
頸部損傷 (S10-S19)	S1291	頸部の骨折, 部位不明 開放性	○
頸部損傷 (S10-S19)	S132	頸部のその他および部位不明の脱臼	
頸部損傷 (S10-S19)	S136	頸部のその他および部位不明の関節および靭帯の捻挫およびストレイン	
頸部損傷 (S10-S19)	S141	頸髄のその他および詳細不明の損傷	
頸部損傷 (S10-S19)	S146	頸部のその他および詳細不明の神経損傷	
頸部損傷 (S10-S19)	S159	頸部の詳細不明の血管損傷	○
頸部損傷 (S10-S19)	S179	頸部の挫滅損傷, 部位不明	
頸部損傷 (S10-S19)	S199	頸部の詳細不明の損傷	○
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S201	乳房のその他および詳細不明の表在損傷	
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S208	胸部<郭>のその他および部位不明の表在損傷	
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S219	胸部<郭>の開放創, 部位不明	○
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S229	骨性胸郭の骨折, 部位不明	○
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S2290	骨性胸郭の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S2291	骨性胸郭の骨折, 部位不明 開放性	○
胸部 (郭) 損傷 (S20-S29)	S232	胸部<郭>のその他および部位不明の脱臼	

胸部（郭）損傷（S20-S29）	S235	胸部<郭>のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S241	胸髄のその他および詳細不明の損傷	
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S246	胸部<郭>の詳細不明の神経損傷	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S259	胸部<郭>の詳細不明の血管損傷	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S269	心臓損傷，詳細不明	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S2690	心臓損傷，詳細不明 胸腔に達する開放創を伴わないもの	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S2691	心臓損傷，詳細不明 胸腔に達する開放創を伴うもの	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S279	詳細不明の胸腔内臓器の損傷	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S2790	詳細不明の胸腔内臓器の損傷 胸腔に達する開放創を伴わないもの	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S2791	詳細不明の胸腔内臓器の損傷 胸腔に達する開放創を伴うもの	○
胸部（郭）損傷（S20-S29）	S299	胸部<郭>の詳細不明の損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S309	腹部，下背部および骨盤部の表在損傷，部位不明	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S315	その他および詳細不明の外性器の開放創	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S318	腹部のその他および部位不明の開放創	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S328	腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S3280	腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折 閉鎖性	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S3281	腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折 開放性	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S333	腰椎および骨盤のその他および部位不明の脱臼	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S337	腰椎および骨盤のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S348	腹部，下背部および骨盤部のその他および詳細不明の神経損傷	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S359	腹部，下背部および骨盤部の詳細不明の血管損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S369	詳細不明の腹腔内臓器の損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S3690	詳細不明の腹腔内臓器の損傷 腹腔に達する開放創を伴わないもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S3691	詳細不明の腹腔内臓器の損傷 腹腔に達する開放創を伴うもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S379	詳細不明の骨盤臓器の損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S3790	詳細不明の骨盤臓器の損傷 骨盤腔に達する開放創を伴わないもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S3791	詳細不明の骨盤臓器の損傷 骨盤腔に達する開放創を伴うもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S381	腹部，下背部および骨盤部のその他および部位不明の挫滅損傷	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S383	腹部，下背部および骨盤部のその他および部位不明の外傷性切断	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷（S30-S39）	S399	腹部，下背部および骨盤部の詳細不明の損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S409	肩および上腕の表在損傷，詳細不明	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S418	肩甲<上肢>帯のその他および部位不明の開放創	
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S429	肩甲<上肢>帯の骨折，部位不明	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S4290	肩甲<上肢>帯の骨折，部位不明 閉鎖性	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S4291	肩甲<上肢>帯の骨折，部位不明 開放性	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S433	肩甲<上肢>帯のその他および部位不明の脱臼	
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S437	肩甲<上肢>帯のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S449	肩および上腕の詳細不明の神経損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S459	肩および上腕の詳細不明の血管損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S469	肩および上腕の詳細不明の筋および腱の損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S489	肩および上腕の外傷性切断，部位不明	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S499	肩および上腕の詳細不明の損傷	○
肘および前腕の損傷（S50-S59）	S501	前腕のその他および部位不明の挫傷	
肘および前腕の損傷（S50-S59）	S509	前腕の表在損傷，詳細不明	○
肘および前腕の損傷（S50-S59）	S519	前腕の開放創，部位不明	○

肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S529	前腕の骨折, 部位不明	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S5290	前腕の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S5291	前腕の骨折, 部位不明 開放性	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S531	肘の脱臼, 詳細不明	
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S549	前腕の詳細不明の神経損傷	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S559	前腕の詳細不明の血管損傷	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S568	前腕のその他および詳細不明の筋および腱の損傷	
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S579	前腕の挫滅損傷, 部位不明	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S589	前腕の外傷性切断, 部位不明	○
肘および前腕の損傷 (S50-S59)	S599	前腕の詳細不明の損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S609	手首および手の表在損傷, 詳細不明	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S619	手首および手の開放創, 部位不明	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S628	手首および手のその他および部位不明の骨折	
手首および手の損傷(S60-S69)	S6280	手首および手のその他および部位不明の骨折 閉鎖性	
手首および手の損傷(S60-S69)	S6281	手首および手のその他および部位不明の骨折 開放性	
手首および手の損傷(S60-S69)	S637	手のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
手首および手の損傷(S60-S69)	S649	手首および手の詳細不明の神経損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S659	手首および手の詳細不明の血管損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S669	手首および手の詳細不明の筋および腱の損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S678	手首および手のその他および部位不明の挫滅損傷	
手首および手の損傷(S60-S69)	S689	手首および手の外傷性切断, 部位不明	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S699	手首および手の詳細不明の損傷	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S709	股関節部および大腿の表在損傷, 詳細不明	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S718	骨盤<下肢>帯のその他および部位不明の開放創	
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S729	大腿骨骨折, 部位不明	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S7290	大腿骨骨折, 部位不明 閉鎖性	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S7291	大腿骨骨折, 部位不明 開放性	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S749	股関節部および大腿の詳細不明の神経損傷	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S759	股関節部および大腿の詳細不明の血管損傷	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S764	大腿のその他および詳細不明の筋および腱の損傷	
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S789	股関節部および大腿の外傷性切断, 部位不明	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S799	股関節部および大腿の詳細不明の損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S801	下腿のその他および部位不明の挫傷	
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S809	下腿の表在損傷, 詳細不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S819	下腿の開放創, 部位不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S829	下腿の骨折, 部位不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S8290	下腿の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S8291	下腿の骨折, 部位不明 開放性	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S836	膝のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S849	下腿の詳細不明の神経損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S859	下腿の詳細不明の血管損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S869	下腿の詳細不明の筋および腱の損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S878	下腿のその他および部位不明の挫滅損傷	
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S889	下腿の外傷性切断, 部位不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S899	下腿の詳細不明の損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S903	足のその他および部位不明の挫傷	
足首および足の損傷(S90-S99)	S909	足首および足の表在損傷, 詳細不明	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S929	足の骨折, 詳細不明	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S9290	足の骨折, 詳細不明 閉鎖性	○

足首および足の損傷(S90-S99)	S9291	足の骨折, 詳細不明 開放性	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S933	足のその他および部位不明の脱臼	
足首および足の損傷(S90-S99)	S936	足のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
足首および足の損傷(S90-S99)	S949	足首および足の詳細不明の神経損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S959	足首および足の詳細不明の血管損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S969	足首および足の詳細不明の筋および腱の損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S984	足の外傷性切断, 部位不明	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S999	足首および足の詳細不明の損傷	○
多部位の損傷(T00-T07)	T009	多発性表在損傷, 詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T019	多発性開放創, 詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T029	多発骨折, 詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T0290	多発骨折, 詳細不明 閉鎖性	○
多部位の損傷(T00-T07)	T0291	多発骨折, 詳細不明 開放性	○
多部位の損傷(T00-T07)	T039	多発性の脱臼, 捻挫およびストレイン, 詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T049	多発性挫滅損傷, 詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T059	多発性外傷性切断, 詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T07	詳細不明の多発性損傷	
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T08-0	脊椎骨折, 部位不明 閉鎖性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T08-1	脊椎骨折, 部位不明 開放性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T090-T099	この範囲の全て	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T10-0	上肢の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T10-1	上肢の骨折, 部位不明 開放性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T110	上肢の表在損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T111	上肢の開放創, 部位不明	
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T112	上肢の詳細不明の関節および靭帯の脱臼, 捻挫およびストレイン, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T113	上肢の詳細不明の神経損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T114	上肢の詳細不明の血管損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T115	上肢の詳細不明の筋および腱の損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T116	上肢の外傷性切断, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T118	上肢のその他の明示された損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T119	上肢の詳細不明の損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T12-0	下肢の骨折, 部位不明 閉鎖性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T12-1	下肢の骨折, 部位不明 開放性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T130	下肢の表在損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T131	下肢の開放創, 部位不明	
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T132	下肢の詳細不明の関節および靭帯の脱臼, 捻挫およびストレイン, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T133	下肢の詳細不明の神経損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T134	下肢の詳細不明の血管損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T135	下肢の詳細不明の筋および腱の損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T136	下肢の外傷性切断, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T138	下肢のその他の明示された損傷, 部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T139	下肢の詳細不明の損傷, 部位不明	○

明の損傷(T08-T14)			
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T140-T149	この範囲の全て	○
自然開口部からの異物進入の作用(T15-T19)	T150-T199	この範囲の「.9」となるもの	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T200	頭部および頸部の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T204	頭部および頸部の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T210	体幹の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T214	体幹の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T220	肩および上肢の程度不明の熱傷, 手首および手を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T224	肩および上肢の程度不明の腐食, 手首および手を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T230	手首および手の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T234	手首および手の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T240	股関節部および下肢の程度不明の熱傷, 足首および足を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T244	股関節部および下肢の程度不明の腐食, 足首および足を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T250	足首および足の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T254	足首および足の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T264	眼および付属器の熱傷, 部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T269	眼および付属器の腐食, 部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T273	気道の熱傷, 部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T277	気道の腐食, 部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T284	その他および詳細不明の内臓の熱傷	
熱傷および腐食(T20-T32)	T289	その他および詳細不明の内臓の腐食	
熱傷および腐食(T20-T32)	T290	多部位の熱傷, 程度不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T294	多部位の腐食, 程度不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T300-T307	この範囲の全て	○
凍傷(T33-T35)	T339	その他および部位不明の表在性凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T349	その他および部位不明の組織<壊>死を伴う凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T352	頭部および頸部の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T353	胸部<郭>, 腹部, 下背部および骨盤部の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T354	上肢の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T355	下肢の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T356	多部位の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T357	詳細不明の凍傷, 部位不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T369	全身性抗生物質による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T379	全身性抗感染薬および抗寄生虫薬による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T388	その他および詳細不明のホルモン類およびその合成代替薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T389	その他および詳細不明のホルモン拮抗薬による中毒	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T399	非オピオイド系鎮痛薬, 解熱薬および抗リウマチ薬による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T406	その他および詳細不明の麻薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T409	その他および詳細不明の精神変容薬【幻覚発現薬】による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T412	その他および詳細不明の全身麻酔薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T414	麻酔薬による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T427	抗てんかん薬および鎮静・催眠薬による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T432	その他および詳細不明の抗うつ薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T435	その他および詳細不明の抗精神病薬および神経抑制薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T439	向精神薬による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T449	主として自律神経系に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T459	主として全身および血液に作用する薬物による中毒, 詳	○

		細不明	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T469	主として心血管系に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T479	主として消化器系に作用する薬物による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T482	主として筋肉に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T487	主として呼吸器系に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T499	局所用薬による中毒, 詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T509	その他および詳細不明の薬物, 薬剤および生物学的製剤による中毒	
薬用を主としない物質の毒作用(T51-T65)	T510-T659	この範囲の「.9」となるもの	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T66	放射線の作用, 詳細不明	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T675	日射病, 詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T679	熱および光線の作用, 詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T699	低温の作用, 詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T702	高所のその他および詳細不明の作用	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T709	気圧および水圧の作用, 詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T739	欠乏・消耗の作用, 詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T749	虐待症候群, 詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T782	アナフィラキシーショック, 詳細不明	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T784	アレルギー, 詳細不明	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T789	有害作用, 詳細不明	○
外傷の早期合併症 (T79)	T799	外傷の詳細不明の早期合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T809	輸液, 輸血および治療用注射に続発する詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T819	処置の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T829	心臓および血管のプロステーシス, 挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T839	尿路性器プロステーシス, 挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T849	体内整形外科的プロステーシス, 挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T859	体内プロステーシス, 挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T869	詳細不明の移植臓器および組織の不全および拒絶反応	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T876	切断端のその他および詳細不明の合併症	
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T887	薬物および薬剤の詳細不明の有害作用	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T889	外科的および内科的ケアの合併症, 詳細不明	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T909	頭部の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T919	頸部および体幹の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T929	上肢の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T939	下肢の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T941	損傷の続発・後遺症, 部位の明示されないもの	
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T959	詳細不明の熱傷, 腐食および凍傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T981	外因のその他および詳細不明の作用の続発・後遺症	
原因不明の新たな疾患の暫定分類(U00-U49)	U049	重症急性呼吸器症候群[SARS], 詳細不明	○
抗生物質に耐性の細菌性病原体(U80-U89)	U899	詳細不明の抗生物質耐性病原体	○

[本書で使用される「用語」集]

※ 「DPC」

Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類のこと。14 桁のコードで定義される。

※ 「DPC/PDPS」

Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による 1 日当たり包括支払い制度のこと。いわゆる「DPC 制度」のことを指す。

※ 「ICD」

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 国際疾病分類のこと。平成 26 年度 DPC 点数表においては、第 10 版 (ICD-10) が使用されている。

※ 「MDC」

Major Diagnostic Category; 主要診断群のこと。DPC/ PDPS では 18 の MDC に分類されている。DPC コードの上 2 桁は MDC コードである。

※ 「コーディング」

該当するコードを選択すること。

※ 「医療資源病名」

医療資源を最も投入した傷病名のこと。

※ 「R コード」

ICD (国際疾病分類) コードのうち、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。DPC/ PDPS では、一部を除いて医療資源病名としての使用が禁止されている。

DPC/ PDPS 傷病名コーディングテキスト

平成 26 年〇月〇日作成 (第 1 版)

厚生労働省 保険局医療課
包括医療推進係

平成26年度保険医療材料制度改革の骨子（案）

第1 基本的な考え方

1 革新的な新規の医療材料に対するイノベーションの評価については、類似機能区分比較方式における補正加算の見直し、保険収載の迅速化等により対応を行ってきたところである。

一方で、特定保険医療材料については、従来から内外価格差の存在が指摘されており、これまで外国価格調整や再算定の導入及び倍率の切り下げ等の施策に取り組んできたところであるが、医療保険の財政状況が一層厳しくなる中で、医療材料供給の国際的な流動性の高まりにも係わらず、依然として内外価格差の存在がデータで確認されるなど、その是正に向けたさらなる取り組みが求められている。

2 以上のような観点から、今回改定での制度改革においては、保険財源の重点的・効率的な配分を行う観点から、より革新性の高い医療材料についてのイノベーションの評価を充実させるとともに、内外価格差を是正する観点から、外国平均価格の算出方法や、再算定における倍率の設定等について検討し、より適切な保険償還価格を設定するための対応を行うこととする。

第2 具体的内容

1 新規の機能区分に係る事項

(1) 価格調整について

ア 外国価格参照制度の対象国について

前回改定において、外国価格参照制度の対象国にオーストラリアを加えたところであるが、導入後まもなく、その影響を見極めるため、引き続き、現在の5か国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリア）を維持することとする。

イ 外国平均価格の算出方法について

外国平均価格は、構造、使用目的、医療上の効能及び効果が当該新規収載品と最も類似している外国の医療材料の国別の価格を相加平均して求めることとする。

ただし、外国の医療材料の国別の価格が2か国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の3倍を上回る場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格を相加平均した額を、また、外国の医療材料の国別の価格が3か国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の2倍を上回る場合は、

外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の2倍に相当する額とみなして各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなすこととする。

ウ 外国平均価格比が著しく低い製品について

類似機能区分比較方式にて新たな機能区分を設ける際、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格が外国平均価格の0.5倍以下となるものについては、原価計算方式でも申請できることとする。ただし、外国価格調整の比較水準は、「外国価格の相加平均の1.0倍を上回る場合は1.0倍の価格」とする。

なお、この場合においても、当該基準材料価格が外国平均価格の0.5倍以下であることを確認するため、類似機能区分比較方式による申請書類を提出することとする。

エ 比較水準について

前回改定での対応と同様、新規収載品にかかる外国価格調整の比較水準は、「外国価格の相加平均の1.5倍を上回る場合に1.5倍の価格」とする（外国平均価格比が著しく低い製品を除く。）。

なお、この比較水準については、適切なイノベーション評価の観点を踏まえつつ、外国平均価格の推移等を注視しながら引き続き検討することとする。

オ 原価計算方式における特例について

原価計算方式による算定の際、原料費や製造にかかる経費等が詳細に積み上げられ、原価の妥当性の確認が可能なケースがある一方で、製造にかかる経費の把握が難しいケースも認められる。

より詳細に原料費等が積み上げられた資料が提出された場合の評価について、今後の申請書類の状況等を鑑みつつ、引き続き検討することとする。

(2) イノベーションの評価について

ア 迅速な保険導入に対する評価について

前回改定において、我が国における医療材料の上市までの期間が、欧米と比べ長いこと等（デバイス・ラグやデバイス・ギャップ）の課題が指摘されていることを踏まえ、この改善を推進する観点から、新規機能区分に追加してその有用性を評価するような枠組みを設けることとしたが、導入後まもなく、その影響を見極めるため、引き続き、この評価方法は暫定的・試行的に継続することとし、その実績等を踏まえながら、その継続や在り方について引き続き検討するものとする。また、加算額

の大きな製品に対する取り扱いについても、今後、併せて検討することとする。

イ 原価計算方式におけるイノベーションの評価について

原価計算方式における営業利益率の調整について、新規収載品の革新性の度合いに応じて±50%の範囲内で調整を行っているところであるが、イノベーションのより適切な評価を行う観点から、加算ルールの定量的な評価の導入を前提として、上限を+100%に引き上げることとする。

ウ 機能区分の特例について

より革新性の高い画期性加算や有用性加算（補正加算率が10%以上の製品に限る。）を受け、機能区分を新設した製品（原価計算方式で、同様の加算要件を満たすものを含む。）については、イノベーションの適切な評価の観点から、2回の改定を経るまで、同様の機能を持つ他の製品と区別して基準材料価格改定及び再算定を行うこととする。

なお、本特例を用いて異なる基準材料価格が設定されている機能区分において、新たに当該機能区分に該当すると判断された製品の基準材料価格は、当該機能区分を新設した製品以外が属する基準材料価格を適用することとする。

ただし、本特例を導入したことの影響について、次回診療報酬改定時に改めて検討し、評価を行うこととする。

また、薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された製品についても、その特殊性に鑑み、同様の取り扱いとする。

エ 補正加算要件の追加について

製品の原料や材料に人その他生物（植物を除く。）に由来するものを使用している医療材料については、製品の安定供給や未知の感染症等のリスクがある。

これらのリスクに対応した製品を評価するため、「人その他生物（植物を除く。）に由来するものを原料又は材料（以下、生物由来原料等）として用いた既収載品に比して、全ての生物由来原料等を除いた場合で、かつ、同等の機能を有することが客観的に示されていること。」を改良加算の要件に追加することとする。

2 既存の機能区分に係る事項

(1) 再算定について

ア 現行の基準材料価格改定は、当該材料の属する区分の保険償還価格が、

当該区分に属する既収載品の最も類似するものの外国(アメリカ合衆国、
連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。ただし、平成
24年3月までに基準材料価格を決定した機能区分についてはオースト
ラリアを除く。)における国別の価格の相加平均値の1.5倍以上である
場合に再算定を行い、再算定後の額は、価格改定前の材料価格の75/
100を下限としている。

イ 今回の基準材料価格改定以降、1.5倍以上である場合か、又は1.
3倍以上であって直近2回の材料価格改定を通じて保険償還価格の下落
率が15%以内である場合に再算定を行い、再算定後の額は価格改定前
の材料価格の75/100を下限とすることとする。

また、今回の再算定ルールの見直しに伴って生じる影響の予見性を高
め安定供給を確保する観点から、新たに今回の措置を行うことにより再
算定を受ける機能区分の基準材料価格を段階的に引き下げる等の激変緩
和措置を講ずることとする。

ウ また、我が国と他の先進国における医療機器の供給・流通等の状況に
ついて次年度以降調査を行うとともに、状況等を踏まえつつ引き続き検
討することとする。

(2) 消費税率変更に伴う取り扱い

ア 市場実勢価格加重平均値一定幅方式について

現行では、以下の算式により算定し、改定前の価格を超えないことと
されている。

$$\text{新材料価格} = \left[\begin{array}{l} \text{医療機関における購入価格の} \\ \text{加重平均値(税抜の市場実勢価格)} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} 1 + \text{消費税率} \\ \text{(地方消費税分含む。)} \end{array} \right] + \text{一定幅}$$

平成26年4月に予定されている消費税率変更に伴い、今回改定では、
消費税率を8%で計算するとともに、改定前の価格の108/105を乗じた
額を超えないこととする。

イ 再算定について

現行では、以下の算式により算定されている。

$$\text{新材料価格} = \left[\begin{array}{l} \text{基準材料価格改定前の} \\ \text{当該機能区分の基準材} \\ \text{料価格} \end{array} \right] \times \frac{B \times 1.5}{A}$$

A: 当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値

B: 既存品外国平均価格

(注) 上記算定式による算定値が、価格改定前の基準材料価格の75/100に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

平成26年4月に予定されている消費税率変更に伴い、今回改定では、消費税率5%で計算されている価格（改定前の基準材料価格及び市場実勢価格の加重平均値）については、108/105 を乗じた数値を用いて算定することとする。

(3) 既存の機能区分の見直しについて

構造、使用目的、医療臨床上の効能及び効果、使用目的とともに市場規模等にも配慮しつつ、機能区分については細分化や合理化を行う。

なお、同一機能内で市場実勢価格が大きく異なる機能区分について複数の価格帯を設けることについては、現在の機能別評価の形骸化を招く恐れがあること等から反対意見が多く出されたが、価格差が生じる要因や該当する製品の機能の相違について引き続き検討すべきとの意見も出された。

3 その他

(1) 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を導入することや、導入する場合の考え方について、費用対効果評価専門部会の議論の推移を見つつ、具体的な評価の方法等について引き続き検討することとする。

(2) 新規医療材料については、申請時における予測販売数と市販後の実販売数が異なる場合もあるため、予測数の設定根拠を含め、予測販売数に関するより詳細なデータを提出するよう、申請様式を改めることとする。

(3) 審査期間の短縮を図る観点から、薬事審査において後発医療機器として承認を得た製品については、A1、A2及びB区分で申請することを基本とすることとする。

次期薬価制度改革の骨子（案）

第1 基本的考え方

前回薬価制度改革と同様、特許期間中の革新的新薬の適切な評価に重点を置き、特許の切れた新薬については、後発医薬品への置換えが着実に進むような薬価制度としていくこととする。

具体的には、新規収載医薬品及び既収載医薬品に係る現行の薬価算定方式を基本とし、前回薬価制度改革以降これまで薬価専門部会で審議してきた以下の点等を踏まえ、次期薬価制度改革を行うこととする。

第2 具体的内容

I 既収載医薬品の薬価改定

1. 後発医薬品

現行ルールでは、市場実勢価格に基づく算定値が最高価格の20%を下回るものについては統一名収載している。

また、算定値が最高価格の20%以上30%未満の後発医薬品については、銘柄別収載方式を維持しつつも、これらをひとつの薬価として収載しており、市場実勢価格に基づく算定値が最高価格の30%以上の後発医薬品については、算定値が一定割合（3%）以内の複数のものをひとつの薬価として収載している。

次期薬価制度改革においては、後発医薬品の使用促進の観点から、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既収載品群を以下のとおり、薬価算定することとする。

- ① 「最高価格の30%を下回る算定額となる既収載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（統一名）とする。
- ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。
- ③ 最高価格の50%以上の算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。

2. 長期収載品

一定期間を経ても後発医薬品への適切な置換えが図られていない場合には、「特例的な引き下げ」(Z2)を行うこととする。

後発医薬品が薬価収載されてから、5年経過した後の最初の改定以降の改定以降において、後発医薬品に置換わっていない個々の先発品を対象とする。

また、適切な置換え率は、ロードマップで規定されている60%とする。特例的な引き下げ幅は、以下の通りとする。

・後発医薬品置換え率20%未満の先発品の引き下げ幅：2.0%

・後発医薬品置換え率40%未満の先発品の引き下げ幅：1.75%

・後発医薬品置換え率60%未満の先発品の引き下げ幅：1.5%

なお、Z2の導入に当たり、「初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例」(Z)を廃止する。

3. 最低薬価

最低薬価のうち、注射剤については、容量に応じた最低薬価を設定することとする。

4. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算

一定期間に適切な置換えがなかった場合には先発品の薬価を引下げるルール(Z2)を導入する一方、特許期間中の新薬からの収益を安定化させ、新薬創出、適応外薬等の解消の促進を図る当該加算について別紙のとおり試行を継続することとする。

また、「真に医療の質の向上に貢献する医薬品」(①小児、オーファン領域を対象とした医薬品、②既存の治療薬では十分な効果が得られない疾患に対する医薬品(難病、アンメットニーズへの対応など))の研究開発を行っている企業の品目を対象とする。

なお、引き続き、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目のあり方等現行方式の見直しについても検討する。

II 新規収載医薬品の薬価算定

1. 規格間調整

現行のルールでは、組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合には、当該新薬の有効成分の含有量、当該新薬の算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量及び類似薬の規格間比を用い

た規格間調整により算定することとしているが、製剤上の工夫をすることなく単に投与期間を延長するためだけに、含有量が増加する医薬品について規格間調整が適用される場合には、「通常最大用量を超える用量の規格」の算定に使用される算定式に準じて、規格間比の上限を0.5850と**する**。

2. 新医療用配合剤

内用配合剤のうち、薬価基準に収載されていない新規性のない成分を含む配合剤（例えば、市販薬で使用されている有効成分を配合）については、収載されている単剤のみの薬価と**する**。

3. ラセミ体医薬品の光学分割ルール

現行ルールでは、光学分割した成分を新有効成分とする新薬であって当該成分を含むラセミ体の既収載品と投与経路、効能・効果等に大きな違いがないもののうち、以下のイ～ハのいずれかに該当する場合を特例の除外事項としていたが、除外事項を口だけに限定すること**とする**。

- (イ) 当該ラセミ体の既収載品が薬価収載から長期間経過
- (ロ) 光学分割を行ったことにより当該ラセミ体に比し高い有効性又は安全性を有することが客観的に示されている
- (ハ) 当該ラセミ体の既収載品の製造販売業者と異なる製造販売業者が開発

4. 外国平均価格調整

- 1) 現行ルールでは、外国平均価格調整を行う場合には、「最高価格が最低価格の5倍を超える場合は、当該最高価格を除外した相加平均」値を外国平均価格としているが、「最高価格が最低価格の3倍を超える場合は、当該最高価格を除外した相加平均」値と**する**。
- 2) 現行ルールでは、算定値が「外国平均価格の2分の3に相当する額を上回った場合」に外国平均価格調整を行うこととしているが、「外国平均価格の4分の5に相当する額を上回った場合」に外国平均価格調整を行うことと**する**。

5. 原価計算方式

現行ルールでは、原価計算方式における算定においては、「営業利益率は、既存治療と比較した場合の革新性や有効性、安全性の程度に応じて、平均的な営業利益率の±50%の範囲内の値」とされているが、加算ルールの定量的な評価の導入を前提として、原価計算方式によるイノベーションの評価範囲を拡大し、「平均的な営業利益率の-50%～+100%の範囲内の値」と**する**。

6. 世界に先駆けて日本で承認を取得した場合の評価

新規作用機序を有する新薬で世界に先駆けて、日本で承認を取得した場合（欧米諸国での開発計画が進行している等が確認されており、ローカルドラッグではない場合に限る）であって、画期性加算もしくは有用性加算（I）が適用される新薬を対象として（加算ルールの定量的な評価の導入を前提）、市場性加算（I）と同様の10%の加算を導入することとする。

なお、当該加算を受けた品目を最類似薬として、類似薬効比較方式により算定する場合には、当該加算分を控除した薬価を基に算定する。

7. 新規後発医薬品

現行ルールでは、新規後発医薬品の薬価は「先発品の100分の70を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の60を乗じた額）」とすることとされているが、「先発品の100分の60を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額）」とする。

なお、バイオ後続品については従前どおりとすることとする。

第3 消費税率変更に伴う取扱い

平成9年の消費税率変更に伴う取扱いに準じて、既収載品目の薬価の改定の算出式（「市場実勢価格加重平均値調整幅方式」）は、以下のとおりとする。

<算出式>

$$\text{新薬価} = \left[\begin{array}{l} \text{医療機関・薬局への販売価格の} \\ \text{加重平均値（税抜の市場実勢価格）} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{1 + 消費税率} \\ \text{（地方消費税分含む）} \end{array} \right] + \text{調整幅}$$

0.08 (8%)

ただし、改定前薬価（税込み）/1.05×1.08 を上限とする

新薬創出・適応外薬解消等促進加算改正（案）

1. 目的

後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に猶予することにより、喫緊の課題となっている適応外薬等問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させる。

2. 具体的な仕組み

(1) 当該加算対象となる新薬の範囲

「適応外薬・未承認薬の開発要請品目及び公募品目の研究・開発」を行う、あるいは、「真に医療の質の向上に貢献する研究・開発」を行っている企業の新薬に限定して適用することとし、

- ① 後発医薬品が上市されていない新薬（ただし、薬価収載後15年まで）
- ② 市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全収載品の加重平均乖離率を超えないもの

を当該加算の対象範囲とする。

ただし、①かつ②であっても、配合剤のうち、薬価収載後15年を超えた成分または後発医薬品が上市されている成分を含むもの及び再算定品目は加算対象とはしない。

(2) 当該加算の具体的内容

- ① 薬価改定時に、上記（1）に該当する医薬品については、市場実勢価格に基づく算定値に、

$$(\text{加重平均乖離率} - 2\%) \times 0.8$$

を加算する。なお、加算後の薬価は「改定前薬価 \times 1.08 / 1.05」を超えないものとする。

- ② ただし、中医協において、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」における検討結果から国が開発要請した適応外薬等の開発や上市の状況が不適切と判断された企業については、当該企業が製造販売する新薬については、加算しない。

(3) 加算対象となる期間

後発医薬品が上市された後の薬価改定までとし、また、後発医薬品が上市されない場合でも、薬価収載後15年を経過した後の最初の薬価改定までとする。

(4) 加算対象となる期間中に、加算要件を満たさなくなった後の薬価改定

- 1) 上記（1）②の要件を満たさなくなった場合

その直後の薬価改定時には当該加算を適用せず、市場実勢価格に基づき算定する。

2) 上記(2)②に該当すると判断された場合

- ① 新薬の薬価は、これまでの猶予された分（加算額の期間累積分）を、市場実勢価格に基づく算定値から追加して引き下げた薬価とする。
- ② これまでの加算より得られた販売額（薬価ベース）に、一定の利率（5%）を乗じた分を加えた販売額に相当する分について、当該企業の全既収載医薬品の薬価を、市場実勢価格に基づく算定値（当該加算を受けていた品目については上記①の薬価）から追加して引き下げることをとする。

なお、中医協において当該加算の不適用を判断するに当たっては、必要に応じ当該企業に意見陳述の機会を与えることとする。

3) 「適応外薬・未承認薬の開発要請品目及び公募品目の研究・開発」及び「真に医療の質の向上に貢献する研究・開発」のいずれも行わなくなった場合

新薬の薬価は、これまでの猶予された分（加算額の期間累積分）を、市場実勢価格に基づく算定値から追加して引き下げた薬価とする。

(5) 後発医薬品上市後の新薬の薬価改定

後発医薬品上市後の最初の薬価改定時における新薬の薬価は、これまでの猶予された分（加算額の期間累積分）~~に加えて、特例引き下げ分（現行4～6%）~~を、市場実勢価格に基づく算定値から追加して引き下げた薬価とする。

(6) 薬価収載後15年を超えた後の新薬の薬価改定

薬価収載後15年を超えた後の最初の薬価改定時における新薬の薬価は、これまでの猶予された分（加算額の期間累積分）を、市場実勢価格に基づく算定値から追加して引き下げた薬価とする。

(7) 初めて収載される後発医薬品の薬価算定

初めて収載される後発医薬品の薬価は、「後発医薬品収載時の新薬の薬価からこれまでの猶予された分（加算額の期間累積分）を引き下げた薬価」を基に算定する。

3. 仕組みの検証・評価

次々回薬価改定時（平成28年度）には、真に医療に貢献する医薬品の国内開発状況を確認する。

中 医 協 総 一 6
2 5 . 1 2 . 2 5

個別事項

(その7:これまでの議論で求められた資料等について)

平成25年12月25日

これまでの議論で求められた資料の一覧

表題	指摘事項等
1. 特定集中治療室管理料	・論文やエビデンスの資料等について
2. 総合入院体制加算	・総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布について ・論点であげている基準を満たす医療機関の分布について
3. 糖尿病透析予防指導管理料	・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態について
4. 患者サポート体制充実加算	・患者サポート体制充実加算の効果等について
5. 訪問看護ステーションのサテライト設置	・サテライトを設置している訪問看護ステーションの経営主体のデータについて
6. 重症度、医療・看護必要度の見直し等	・特定集中治療室管理料における重症度のA項目とB項目を「かつ」にした場合の影響について ・「がん専門病院」の重症度、医療・看護必要度の基準の15%への引き上げについて
7. 早期リハビリテーション加算	・病院・診療所別の初期加算、早期加算の算定回数の推移について
8. 回復期リハビリテーション病棟入院料1	・「回復期リハビリテーション病棟入院料1」病棟のみの日常生活機能評価の改善状況(専従と専任別)について ・休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数の推移について
9. 精神科の訪問診療	・精神科の訪問診療の推進に関する評価について
10. 精神科身体合併症管理加算	・精神科身体合併症管理加算の算定日数の延長について
11. 妥結率	・妥結率の低い医療機関・薬局について
12. うがい薬	・行政刷新会議等における指摘事項について
13. 基準調剤加算	・基準調剤加算の見直しについて
14. 薬学管理指導料	・薬剤服用歴管理指導料の見直しについて

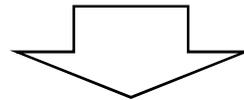
1. 特定集中治療室管理料

論文やエビデンスの資料等について

特定集中治療室管理料(ICU)に係る課題と今後の方向性

【課題】

- 特定集中治療室は急性期重症患者の集中治療を行うことを目的としている。
- 特定集中治療に精通した医師が治療方針に関与する等、医療資源の投入量がより高い診療体制にある特定集中治療室において、一般的な特定集中治療室で管理する場合よりも生命予後の改善及び在院日数の短縮がみられるとの報告もある。
- 特定集中治療室の病床面積について、日本集中治療医学会では1床あたり20m²以上を推奨しており、また、急性血液浄化療法の導入とトラブルは昼夜発生し、緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から、臨床工学技士の24時間勤務体制をとる事が望ましいと考えられる。

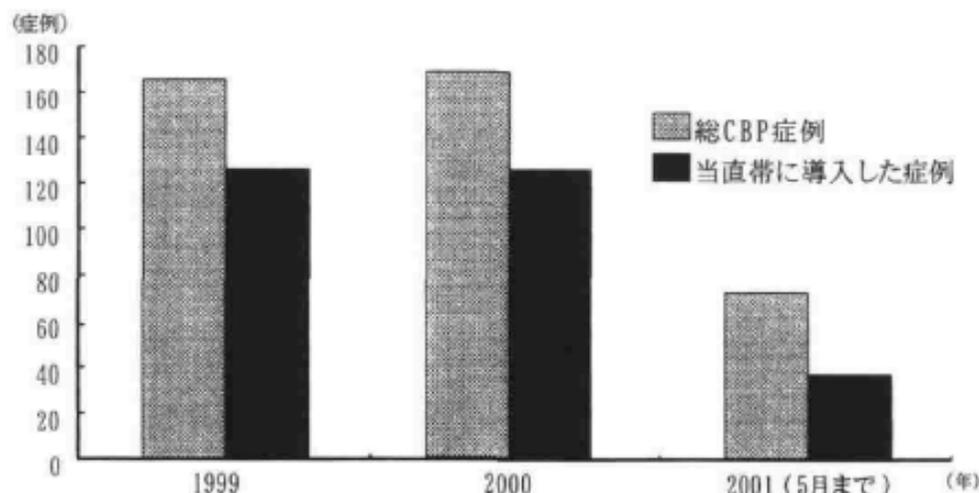


【論点】

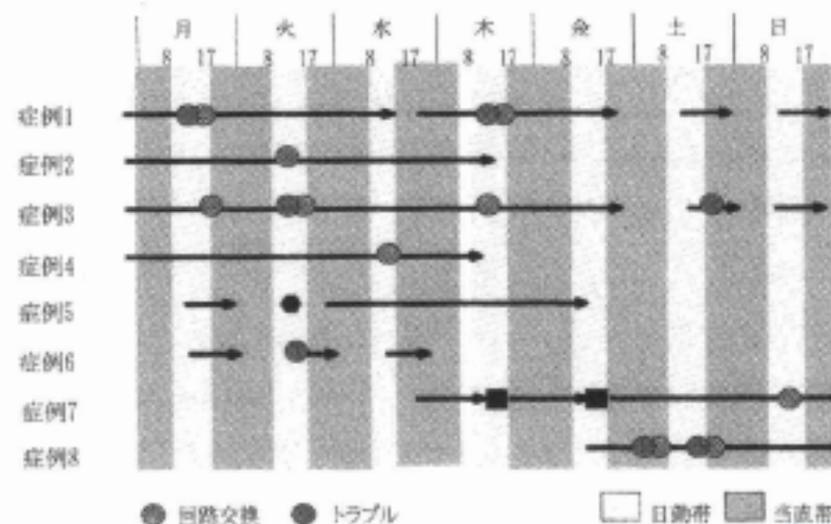
○特定集中治療室管理料(ICU)について、特定集中治療に精通した医師の複数配置、十分な病床面積の確保及び臨床工学技士の24時間勤務体制などにより、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うことについて、どのように考えるか。

＜埼玉医科大学の報告(ベット数1,483床, 心臓血管外科ICU 7床, 循環器内科CCU 6床, 透析室25床, 第2透析室5床)＞
1999年1月から2001年5月までの2年5ヵ月間に当院臨床工学技士が施行した当直帯(17:00~8:00)における急性血液浄化を、「血液浄化法の種類」、「施行件数」、「施行時間(開始・終了)」、「施行場所及び施行中のトラブル」について分類検討。

1. 当直帯におけるCBP(持続的血液浄化療法)導入症例
2. 急性血液浄化1週間の経過(回路交換とトラブル)



施行した全症例数は405症例であり、その70%である285症例は当直帯にて導入していた。



トラブルが昼夜を問わず発生していた。

考察

導入症例, トラブルともに昼夜問わず発生し, 緊急性・重症度が高く迅速な判断とその対応が必要とされている事から, 急性血液浄化を施行する施設において臨床工学技士は24時間勤務体制をとる事が望ましいと考える。

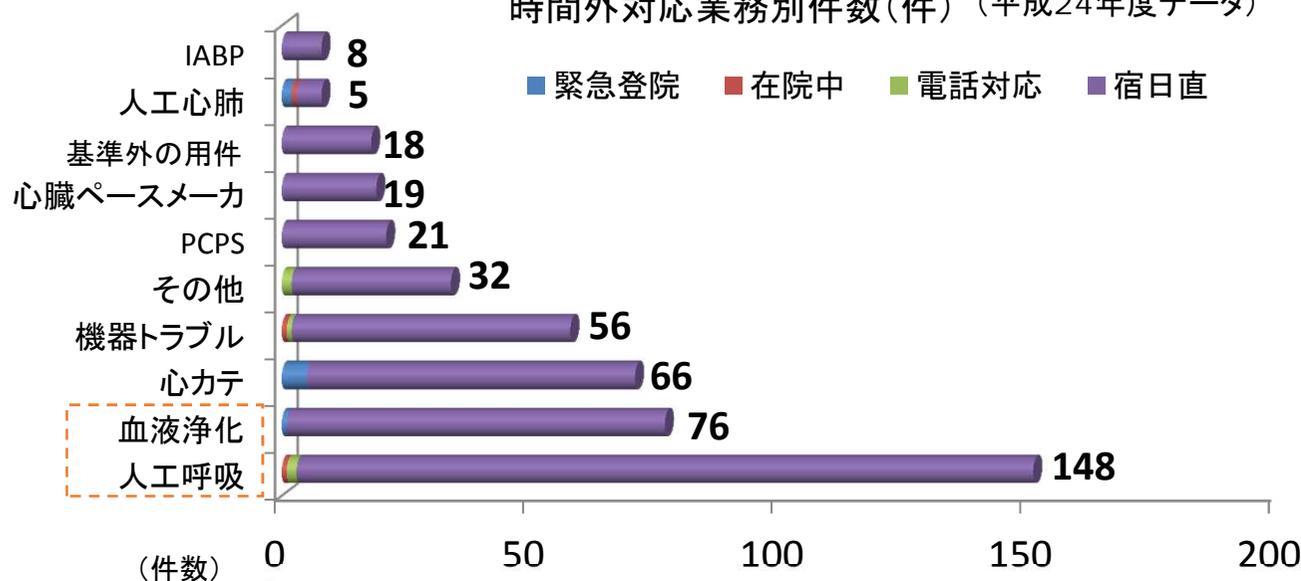
指摘事項: 論文が1件しかないため、他の資料も示してほしい。(中川委員)

臨床工学技士の時間外対応業務について

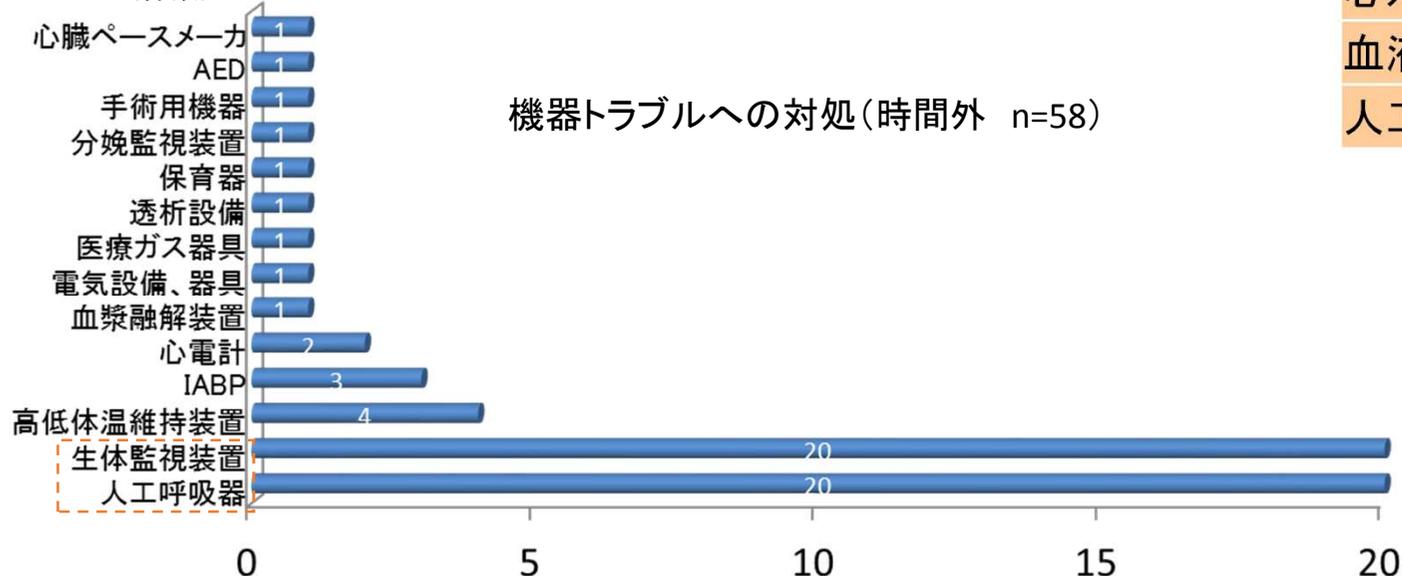
<横浜市民病院の例>

(650床、臨床工学技士11名)

時間外対応業務別件数(件) (平成24年度データ)



機器トラブルへの対処(時間外 n=58)



時間外対応業務別 1件当たりの所要時間(分)

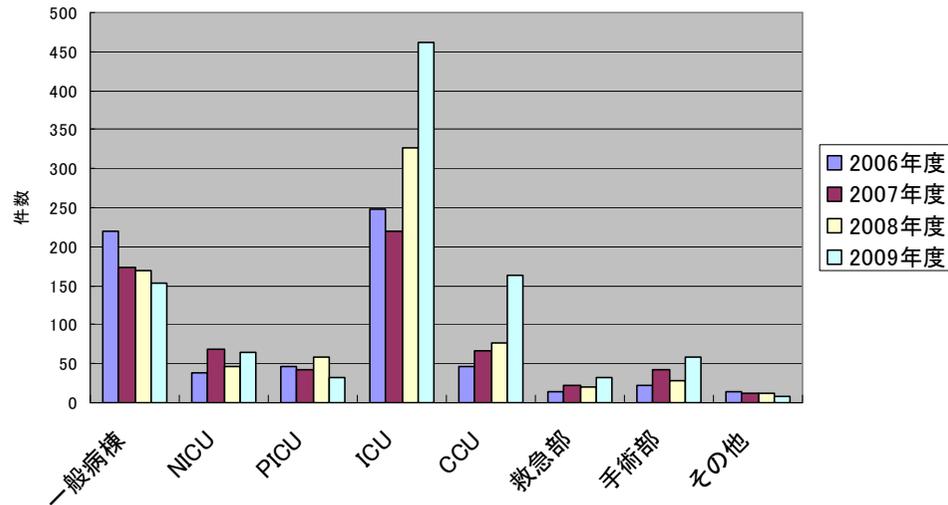
IABP	233.1
人工心肺	562.5
基準外の用件	9.0
心臓ペースメーカ	60.2
PCPS	698.1
その他	55.9
機器トラブル	16.3
心カテ	174.3
血液浄化	492.6
人工呼吸	38.0

時間外対応は血液浄化や人工呼吸の管理が多く、生体監視装置と人工呼吸器のトラブルが多い。

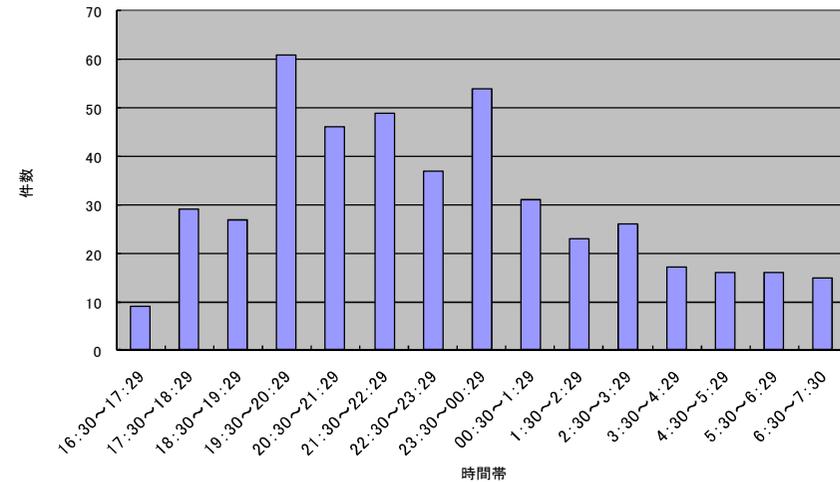
ICUにおける臨床工学技士の24時間常駐勤務の必要性について

＜東京慈恵会医科大学附属病院の例＞（1026床）

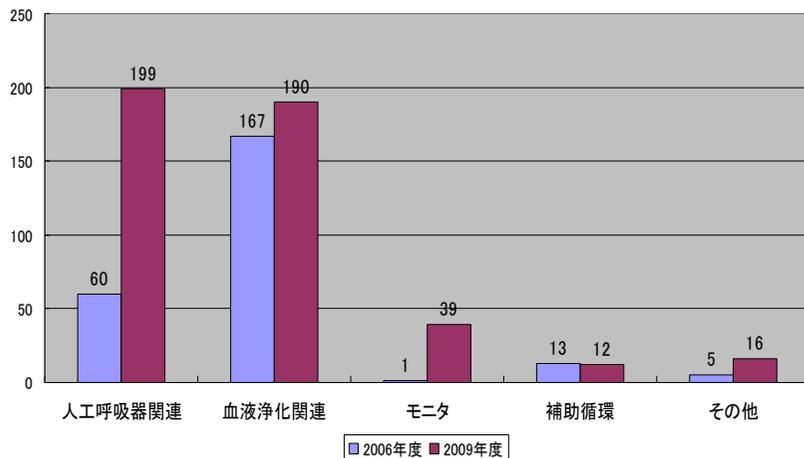
①2006年度から2009年度における宿直帯の年度別および部署別業務件数



③2009年度の時間別ICU業務件数



②2006年度および2009年度の内容別ICU業務件数



ICUにおける業務内容

- ・業務の93%が人工呼吸器や血液浄化関連の生命維持管理装置に関する業務であった。
- ・生命維持管理装置には24時間専門家による管理が必要。

考察

業務量の増加・安全性の向上・他職種の負担軽減から考えて、当院のICUにおいても臨床工学技士が24時間常駐をすべきであると考えられる。

出典：東京慈恵会医科大学附属病院（臨床工学部、麻酔科集中治療部）ICUにおける臨床工学技士の24時間常駐についての検討

2. 総合入院体制加算

- 総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布について
- 論点であげている基準を満たす医療機関の分布について

急性期医療の評価について

中医協 総 - 3

25.11.13

総合入院体制加算（1日につき）120点 <14日まで>

届出数 248施設(H24年7月1日時点)

趣旨: 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等の評価

主な施設基準

1. 内科、精神科※、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科にかかる入院医療を提供している保険医療機関
2. 精神科医師が24時間対応できる体制(精神科を標榜していない場合)
3. 24時間の救急医療体制(第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等)
4. 外来縮小体制(初診に係る選定療養の徴収、診療情報提供料の注7加算を算定する者及び転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数の割合が4割以上であること)
5. 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制
6. 全身麻酔による手術件数が年800件以上
7. 地域連携室の設置
8. 24時間の画像及び検査体制
9. 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制

(注)特定機能病院、専門病院は算定できない

※精神科については、標榜していなくても24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。

必ずしも要件とはなっていないものの、望ましいとされているもの。

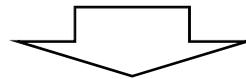
- ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上
- エ 放射線治療(体外照射法) 4000件／年以上
- オ 化学療法 4000件／年以上
- カ 分娩件数 100件／年以上

指摘事項: 総合入院体制加算を算定している医療機関の都道府県別の分布を示してほしい。(鈴木委員)

急性期医療を担う医療機関の評価に係る課題と今後の方向性

【課題】

- 急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の自宅や後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。
- 一方で、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等の評価である総合入院体制加算を算定している医療機関の中でも、人工心肺を用いた手術等の実績に差がみられる。



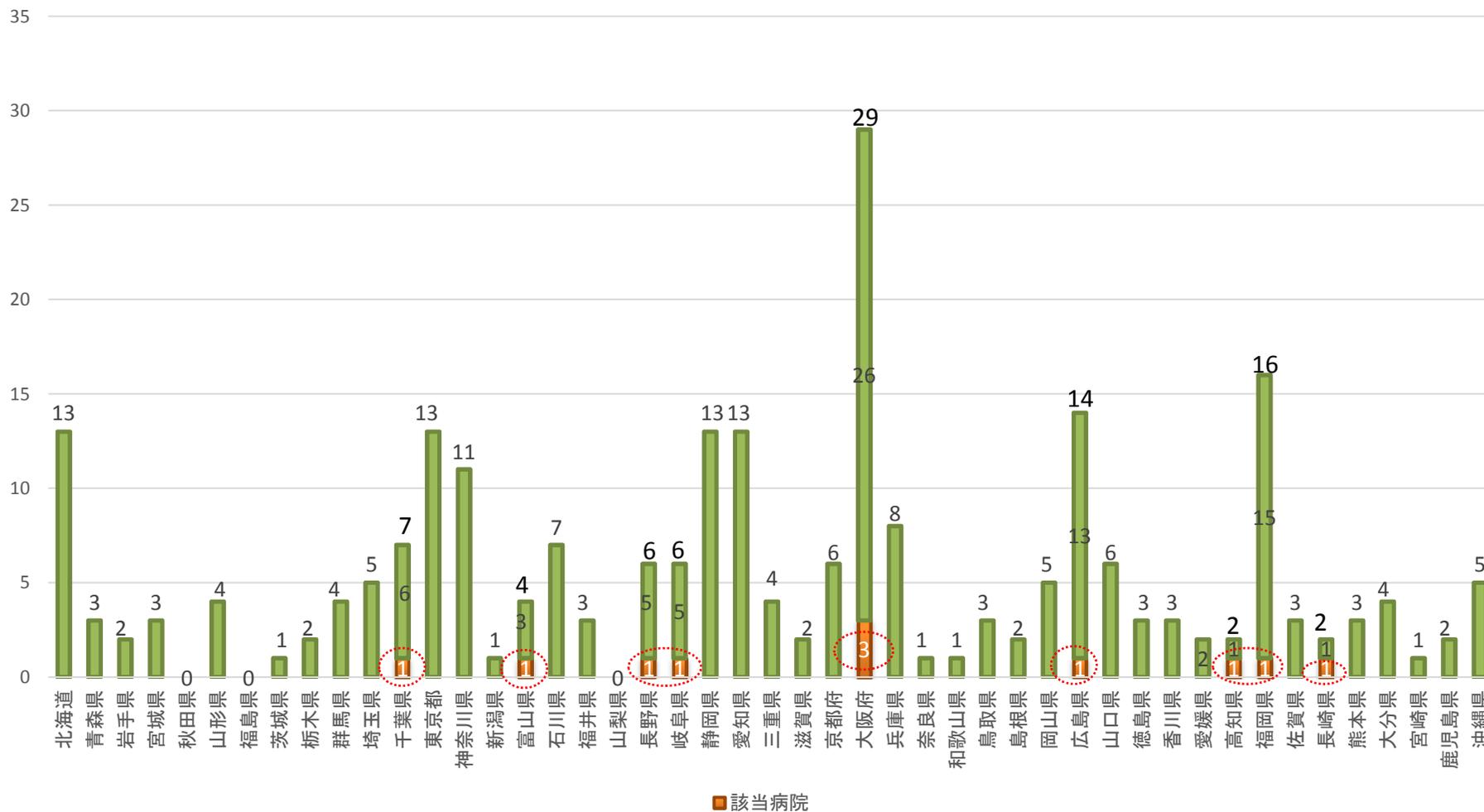
【論点】

- 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価について、救命救急医療（第三次救急医療）として24時間体制の救急を行い、精神病棟等の幅広い診療科の病床を有するとともに、人工心肺を用いた手術や悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法および分娩件数等に係る一定の実績を全て有する医療機関に対し、より充実した評価を行うことについて、どう考えるか。
- また、これらの一定の実績を有する医療機関については、急性期医療を担う医療機能をより充実させる観点から、亜急性期入院医療管理料及び療養病棟入院基本料等の届出は不可としてはどうか。

指摘事項：基準を満たす医療機関の分布を示してほしい。（万代委員）

総合入院体制加算の都道府県別届出数

届出数 248施設(H24年7月1日時点)



出典: 保険局医療課調べ

3. 糖尿病透析予防指導管理料

糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態について

答申書附帯意見(抜粋)

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

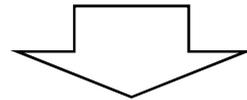
- ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
- ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
- ・**糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態**
- ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組

等

糖尿病透析予防指導管理料に関する課題と論点について

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、糖尿病透析予防指導管理の評価を行った。
- 糖尿病透析予防指導管理料について、当該管理料の算定患者のうち、「改善又は維持が認められた者の割合」の平均は、血圧が69.1%、HbA1cが66.0%、腎機能が60.5%であり、一定程度の効果があったと考えられる。



【論点】

○糖尿病透析予防指導管理料については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

生活習慣病対策の推進(平成24年度改定)

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

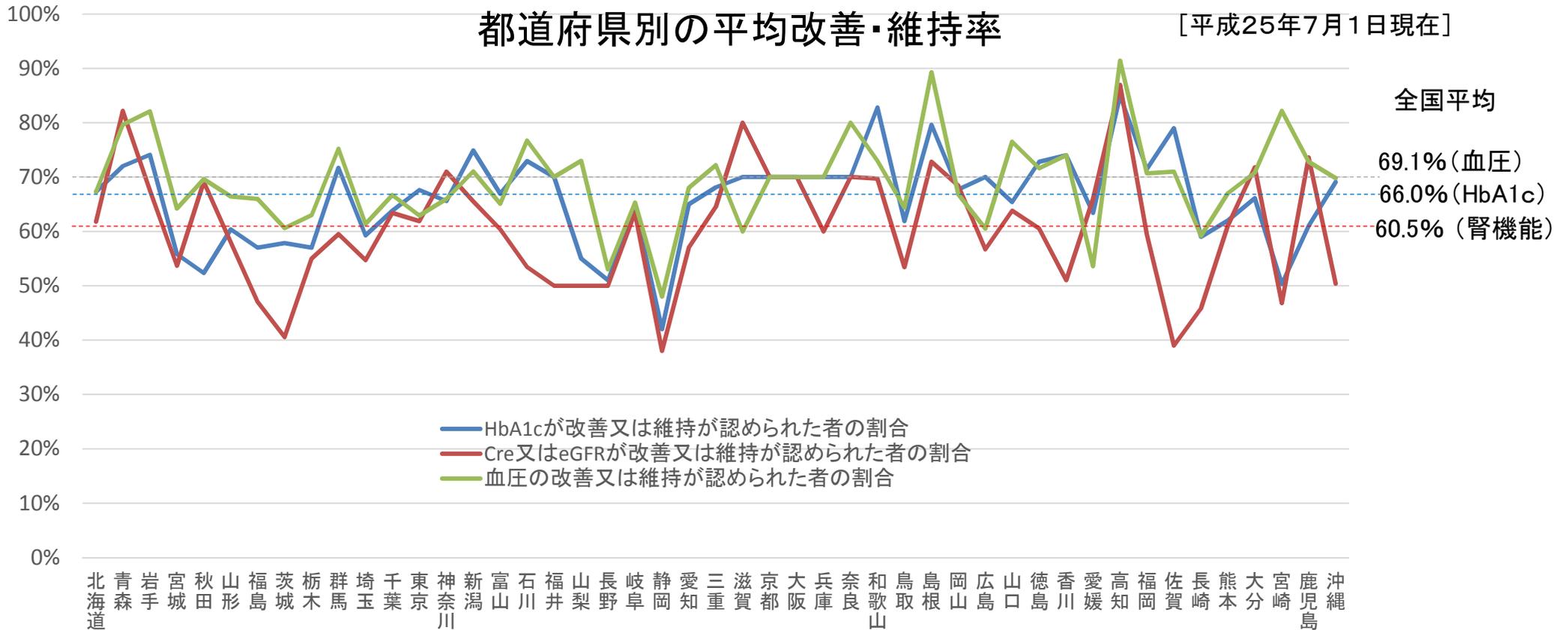
- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病透析予防指導管理料を算定した医療機関における患者の改善状況

	1. 届出機関数	2. 報告機関数	3. 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数	4. 3のうち6月末日までにHbA1cが改善又は維持された者	5. 3のうち6月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	6. 3のうち6月末日までに血圧が改善又は維持された者
全国計	1,423	1,369	38,198	25,279	23,618	26,024

都道府県別の平均改善・維持率

[平成25年7月1日現在]

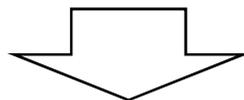


(注)「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比較している

糖尿病透析予防指導管理料の算定患者のうち、「改善又は維持が認められた者の割合」の平均は、血圧が69.1%、HbA1cが66.0%、腎機能が60.5%であった。

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、糖尿病透析予防指導管理の評価を行った。
- 糖尿病透析予防指導管理料について、当該管理料の算定患者のうち、「改善又は維持が認められた者の割合」の平均は、血圧が69.1%、HbA1cが66.0%、腎機能が60.5%であり、一定程度の効果があったと考えられる。

**【論点】**

○糖尿病透析予防指導管理料については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

4. 患者サポート体制充実加算

患者サポート体制充実加算の効果等について

答申書附帯意見(抜粋)

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

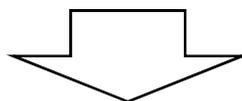
(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

患者サポート体制充実加算に関する課題と論点について

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、患者サポート体制の評価を行った。
- 患者サポート体制充実加算について、患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応(98.7%)」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議(85.2%)」「担当医師から患者等への説明の際の同席(72.2%)」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っていた。
- また、患者調査においても、患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」、「ある程度解決した」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。患者にとって、患者相談窓口は一定程度評価されていると考えられる。



【論点】

○患者サポート体制充実加算については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

患者サポート体制の評価(平成24年度改定)

患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

※ がん診療連携拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

[主な施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族(以下「患者等」という)からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。
- (3) (1)における相談窓口配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
(注)医療有資格者以外の者では、下記のすべてを満たす必要がある。
 - ・患者サポートに関する業務を1年以上経験
 - ・患者の相談を受けた件数が20件以上
 - ・患者サポートに関する院内外での活動
 - ・要件を満たす研修を終了していること。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
 - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携している。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置している。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加している。
 - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させている。
 - オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録している。また、医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録している。
 - カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っている。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

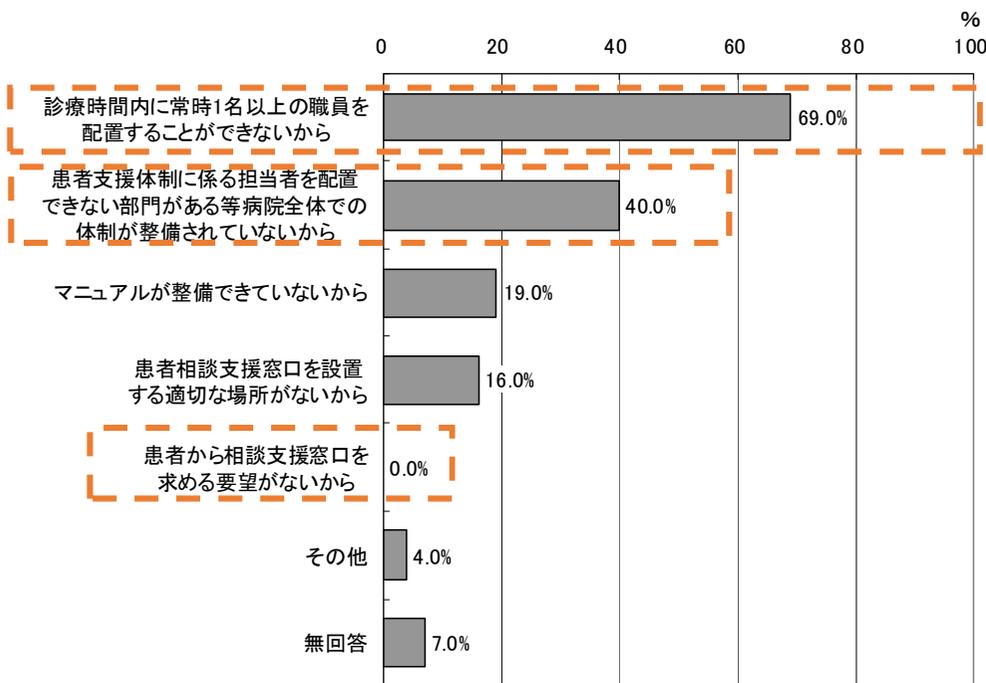
患者サポート体制充実加算の効果等①

■ 患者サポート体制充実加算の届出医療機関数 3,208 (平成24年7月1日時点)
 算定回数 135,687回/月(平成24年6月審査分)

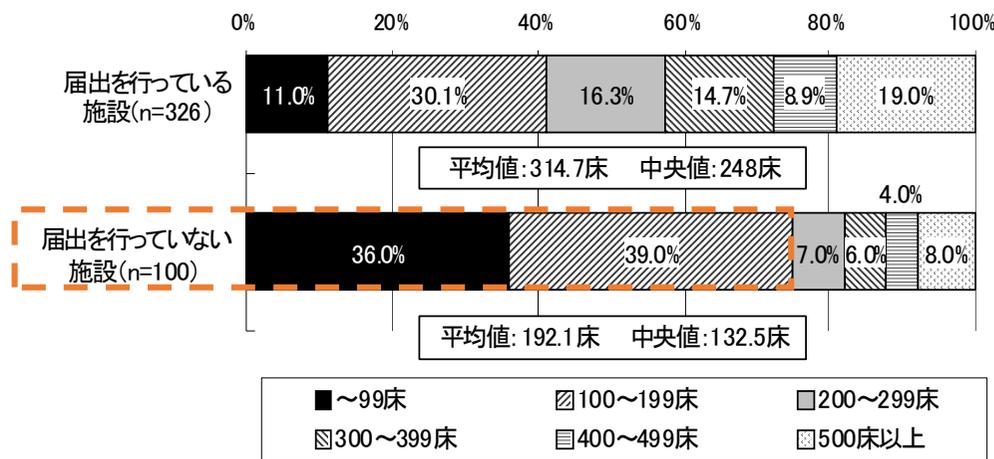
施設調査

調査対象:「感染防止対策加算」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている
 保険医療機関の中から無作為抽出した1,500施設(病院) 回答数:429施設

図表 86 患者サポート体制充実加算の届出を行っていない理由
 (患者サポート体制充実加算の届出を行っていない施設、複数回答、n=100)



(参考) 病床規模 (患者サポート体制充実加算の届出状況別)



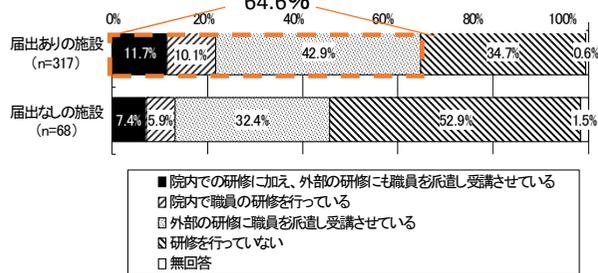
- ・患者サポート体制充実加算の届出を行っている病院は3,208施設であるが、届出を行っていない理由として、「診療時間内に常時1名以上の職員を配置することができないから」、「患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから」が多く、また、特に200床未満の病院で届出を行っていない割合が高かった。
- ・一方、「患者から相談支援窓口を求める要望がないから」と回答した医療機関はみられなかった。

[出典]平成24年度 診療報酬改定結果検証に係る調査(平成24年度調査)
 「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査報告書」

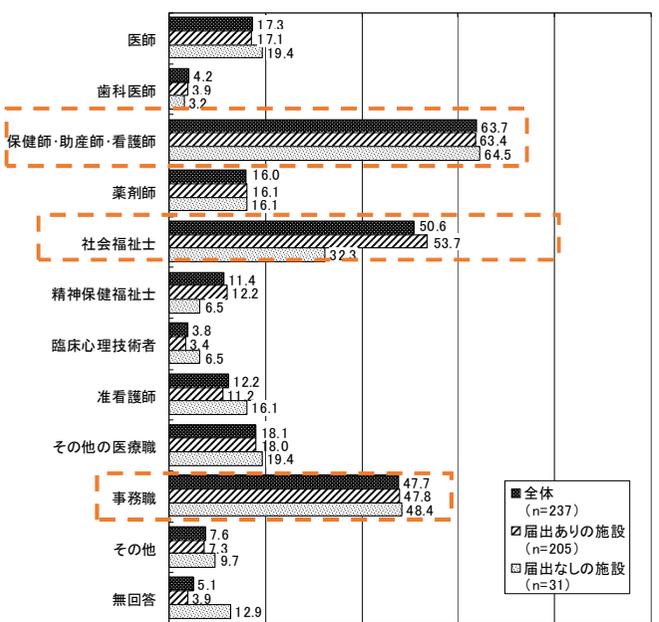
施設調査

患者サポート体制充実加算の効果等②

図表 96 医療対話仲介者に関する職員の研修の状況
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

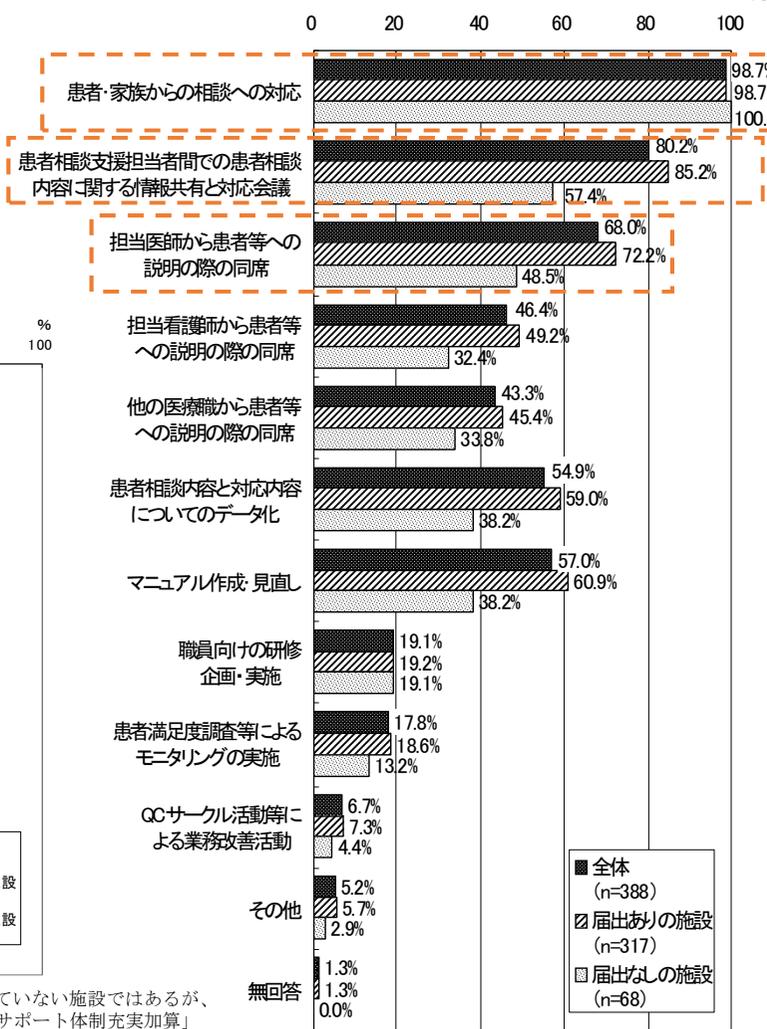


図表 98 医療対話仲介者に関する職員研修の参加者
(医療対話仲介者に関する研修を実施している施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



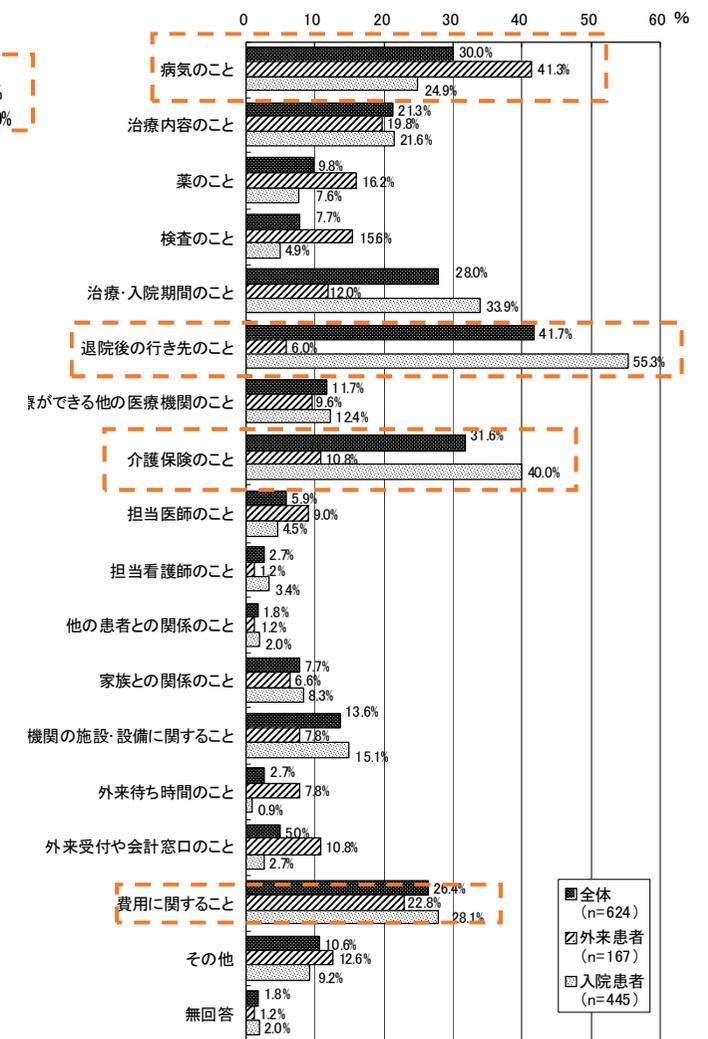
(注) 「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

図表 99 患者相談支援窓口が行っている業務内容
(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別、複数回答)



患者調査

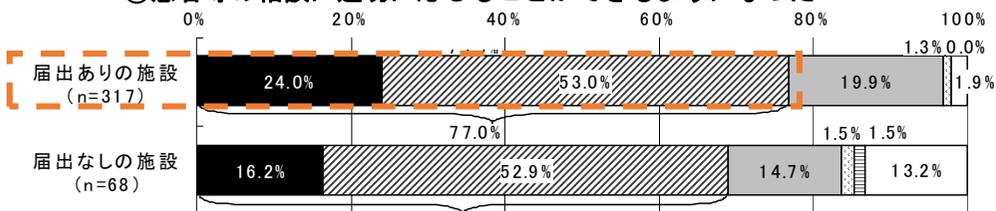
図表 127 患者相談窓口の利用内容
(外来・入院別、複数回答)



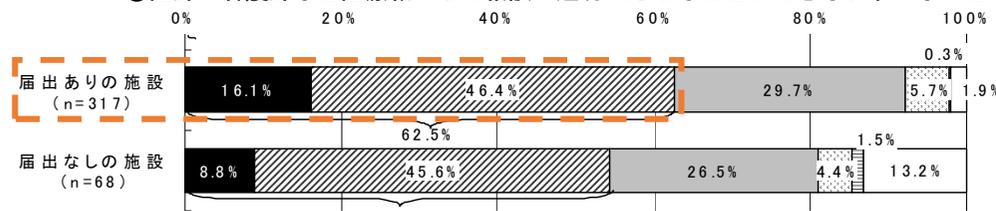
- ・患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応(98.7%)」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議(85.2%)」「担当医師から患者等への説明の際の同席(72.2%)」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っている。
- ・患者相談窓口の利用内容としては、外来患者は「病気のこと」「費用に関すること」などが多かったが、入院患者では、「退院後の行き先のこと」「介護保険のこと」などが多かった。

(患者相談支援窓口がある施設、患者サポート体制充実加算の届出状況別)

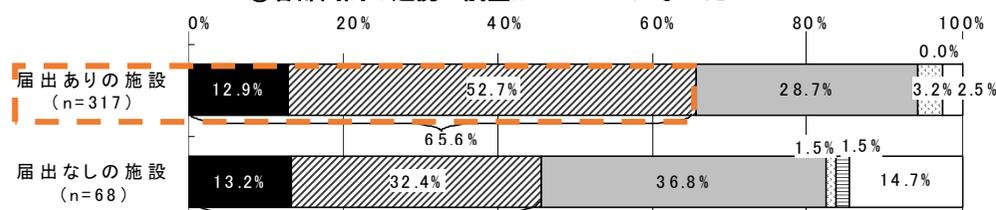
図表 102 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～①患者等の相談に適切に応じることができるようになった～



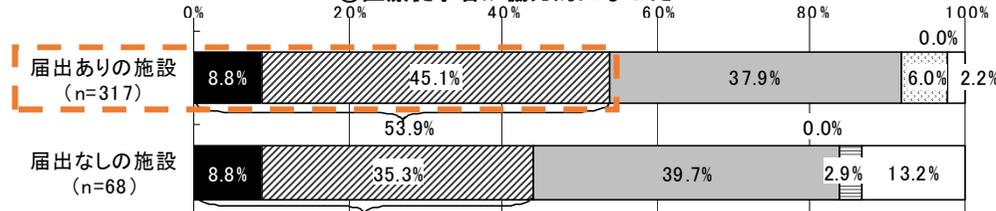
図表 103 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～②医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった～



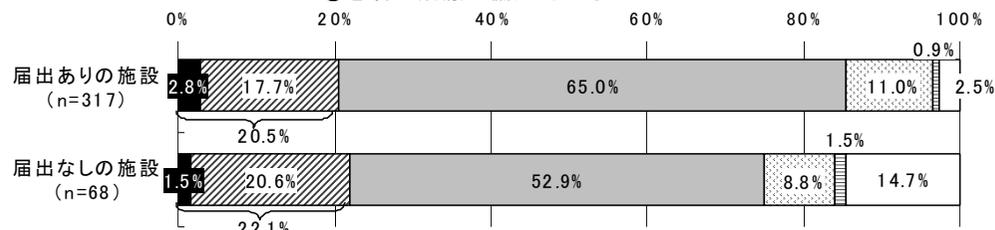
図表 104 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～③各部門間の連携・調整がスムーズになった～



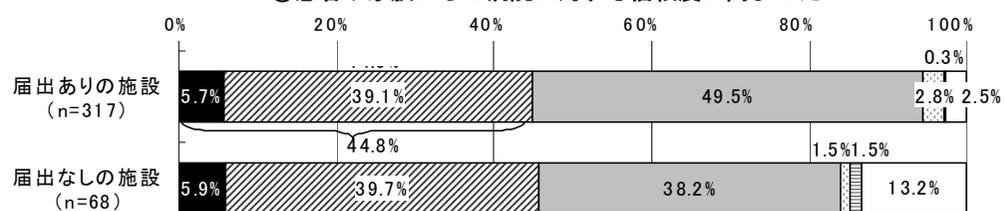
図表 105 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～④医療従事者が協力的になった～



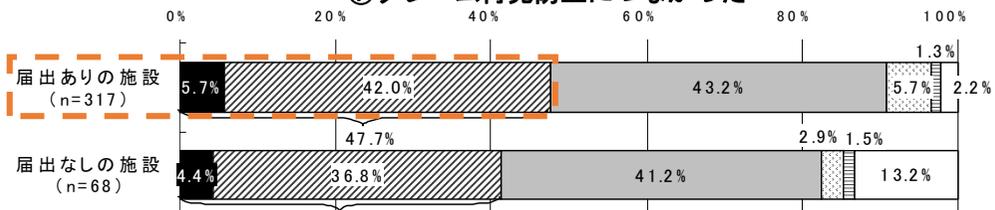
図表 106 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～⑤患者が治療に協力的になった～



図表 107 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～⑥患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった～



図表 108 患者相談支援体制を充実させることによる効果
～⑦クレーム再発防止につながった～



■ 大いにあてはまる ▨ ややあてはまる □ どちらともいえない
▤ あまりあてはまらない □ 全くあてはまらない □ 無回答

(注) 「届出なしの施設」は「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない施設ではあるが、「感染防止対策加算」の届出を行っている施設であり、「患者サポート体制充実加算」の届出をしていない一般的な病院を代表するものではない点に留意する必要がある。

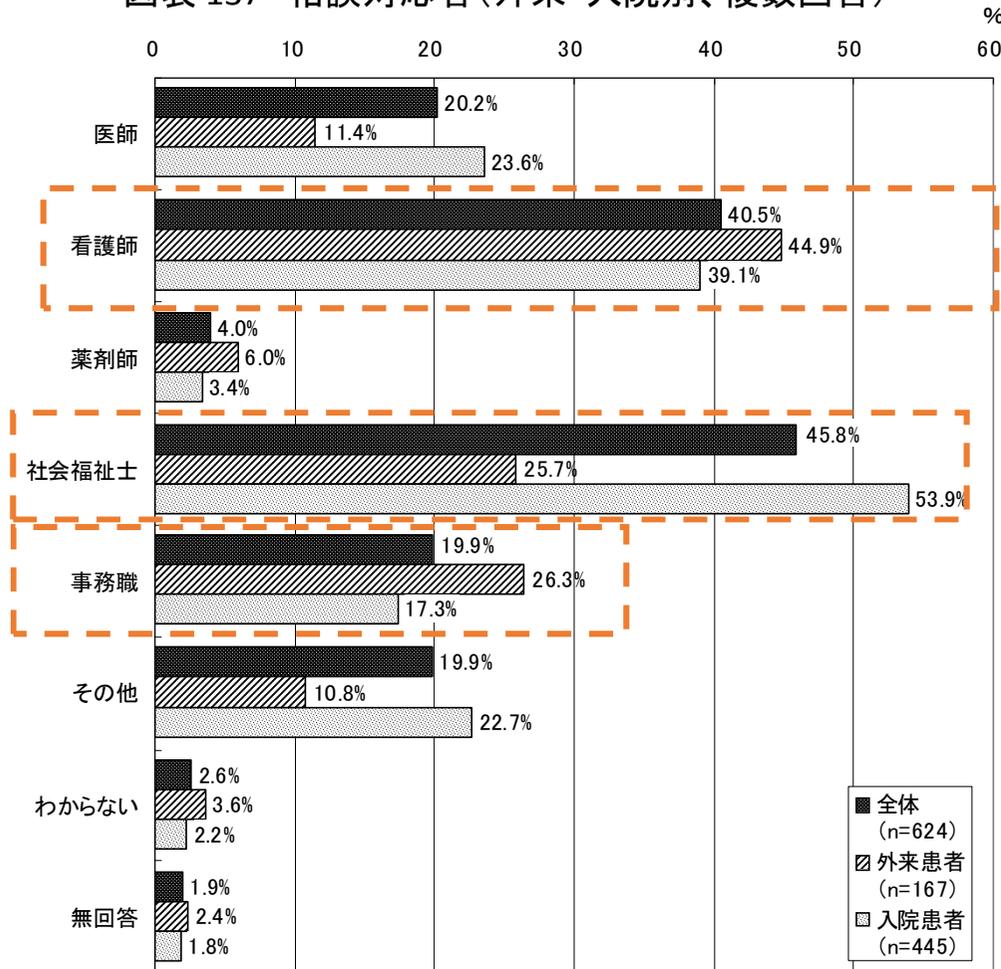
[出典]平成24年度 診療報酬改定結果検証に係る調査(平成24年度調査)「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査報告書」

施設調査では、「患者等の相談に適切に応じることができるようになった」「医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった」「各部門間の連携・調整がスムーズになった」「医療従事者が協力的になった」「クレーム再発防止につながった」について、届出ありの方が「大いにあてはまる」「ややあてはまる」と回答した施設が多くみられた。

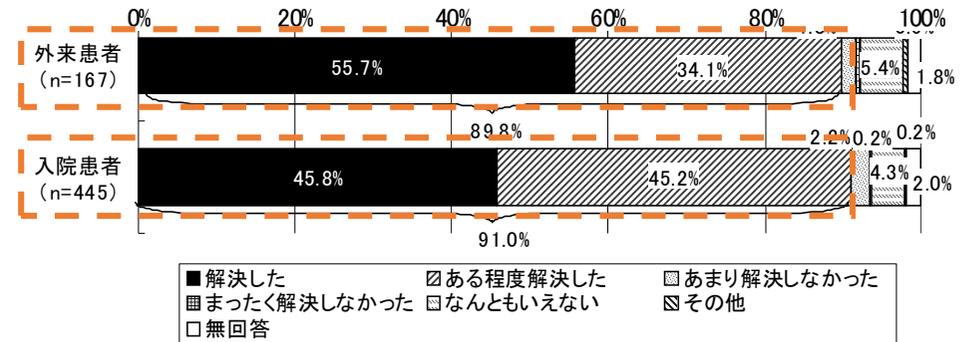
患者サポート体制充実加算の効果等④

患者調査

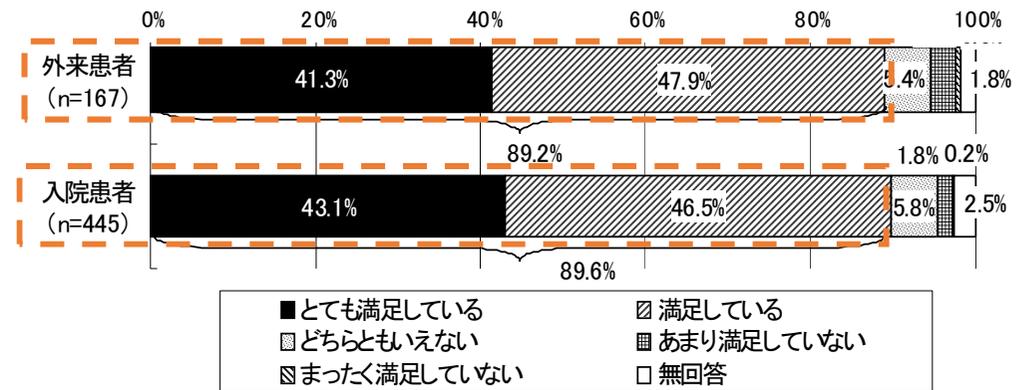
図表 137 相談対応者(外来・入院別、複数回答)



図表 140 患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安は解決したか(外来・入院別)



図表 143 患者相談窓口の職員の対応に対する満足度(外来・入院別)

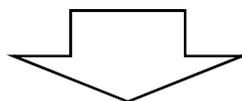


・相談対応者について、外来患者では、看護師、事務職が比較的多かったが、入院患者では特に社会福祉士が多かった。
 ・患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」、「ある程度解決した」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。患者にとって、患者相談窓口は一定程度評価されていると考えられる。

[出典]平成24年度 診療報酬改定結果検証に係る調査(平成24年度調査)「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査報告書」

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、患者サポート体制の評価を行った。
- 患者サポート体制充実加算について、患者相談支援窓口では、「患者・家族からの相談への対応(98.7%)」「患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議(85.2%)」「担当医師から患者等への説明の際の同席(72.2%)」等、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を積極的に行っていた。
- また、患者調査においても、患者相談窓口を利用した結果、問題や疑問・不安が「解決した」、「ある程度解決した」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。さらに、患者相談窓口の職員の対応に対する満足度は、「とても満足している」、「満足している」を合わせると外来・入院ともに約9割となった。患者にとって、患者相談窓口は一定程度評価されていると考えられる。



【論点】

○患者サポート体制充実加算については、一定の効果がみられることから、引き続き評価を継続することとしてはどうか。

5. 訪問看護ステーションのサテライト設置

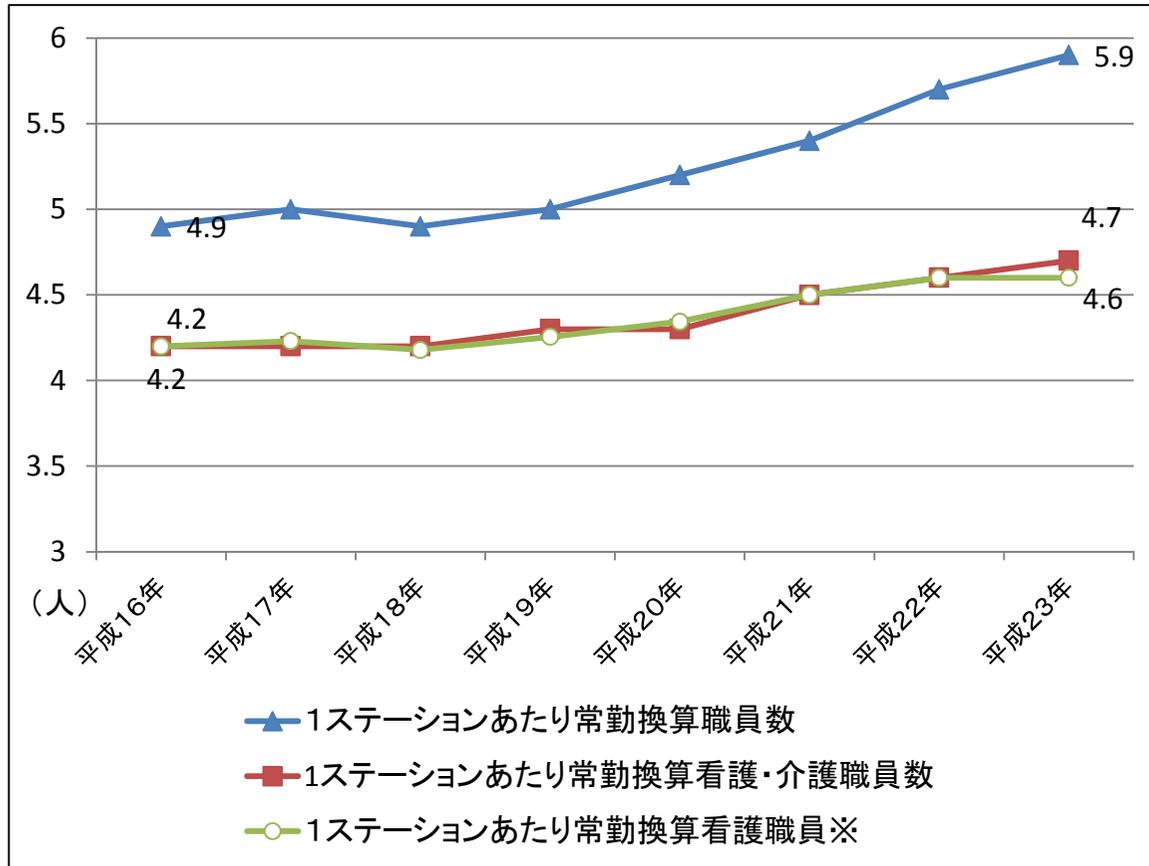
サテライトを設置している訪問看護ステーションの経営主体のデータについて

訪問看護ステーションの規模とサテライト数の推移

中医協 総 - 3
25.10.23

- 1ステーション当たりの常勤換算従事者数、常勤換算看護職員数は増加傾向にある。
- サテライト数は約200カ所程度で近年横ばいである。

【1ステーション当たりの職員数】



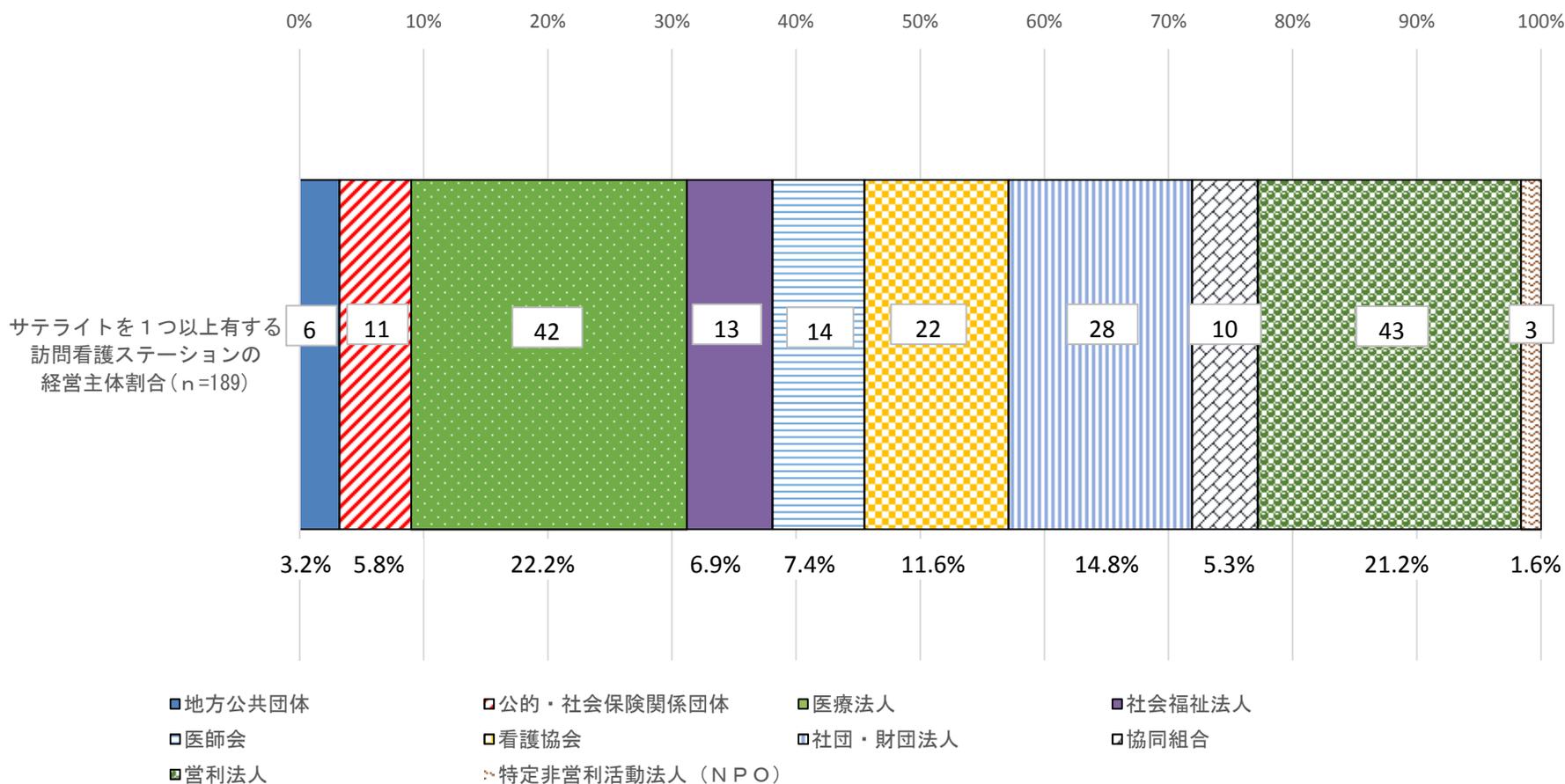
	サテライトのある訪問看護ステーション数	サテライト数
平成13年	159	212
平成14年	189	249
平成15年	203	249
平成16年	208	275
平成17年	201	253
平成18年	289	353
平成19年	176	227
平成20年	160	224
平成21年※	166	216
平成22年	187	238
平成23年	189	247

※看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師のことである。

出典：介護サービス施設・事業所調査

平成16年～平成20年の1事業所あたり常勤換算看護職員数は、介護サービス施設・事業所調査の結果より医療課にて算出

サテライトを一つ以上有する訪問看護ステーション数(経営主体別)



指摘事項: サテライトを設置している訪問看護ステーションの経営主体のデータを示してほしい。(鈴木委員)

出典: 平成23年介護サービス施設・事業所調査より保険局医療課作成

6. 重症度、医療・看護必要度の見直し等

- 特定集中治療室管理料における重症度のA項目とB項目を「かつ」にした場合の影響について
- 「がん専門病院」の重症度、医療・看護必要度の基準の15%への引き上げについて

- 特定集中治療室管理料における重症度のA項目とB項目を「かつ」にした場合の影響について

現行の評価方法

重症度に係る評価票 【特定集中治療室管理用】

A モニタリング及び処置等			B 患者の状況等			
	0点	1点	0点	1点	2点	
1 心電図モニター	なし	あり	10 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 輸液ポンプの使用	なし	あり	11 起き上がり	できる	できない	
3 動脈圧測定	なし	あり	12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 シリンジポンプの使用	なし	あり	13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	14 口腔清潔	できる	できない	
6 人工呼吸器の装着	なし	あり				
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり				
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーター)	なし	あり				
9 特殊な治療等(CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)	なし	あり				

算定要件:A項目が3点以上、または、B項目が3点以上である患者9割以上

施設基準の届出後の取り扱い(重症度・看護必要度の該当患者割合について)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行うものであること。(略)ただし次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(5)算定要件中の該当患者の割合については、**暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動**

特定集中治療室管理料の重症度の評価の見直し

中医協 総 - 1
25. 12. 11

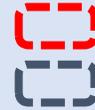
評価項目: 現行の項目

評価方法: 現行の評価方法

見直し案の評価方法

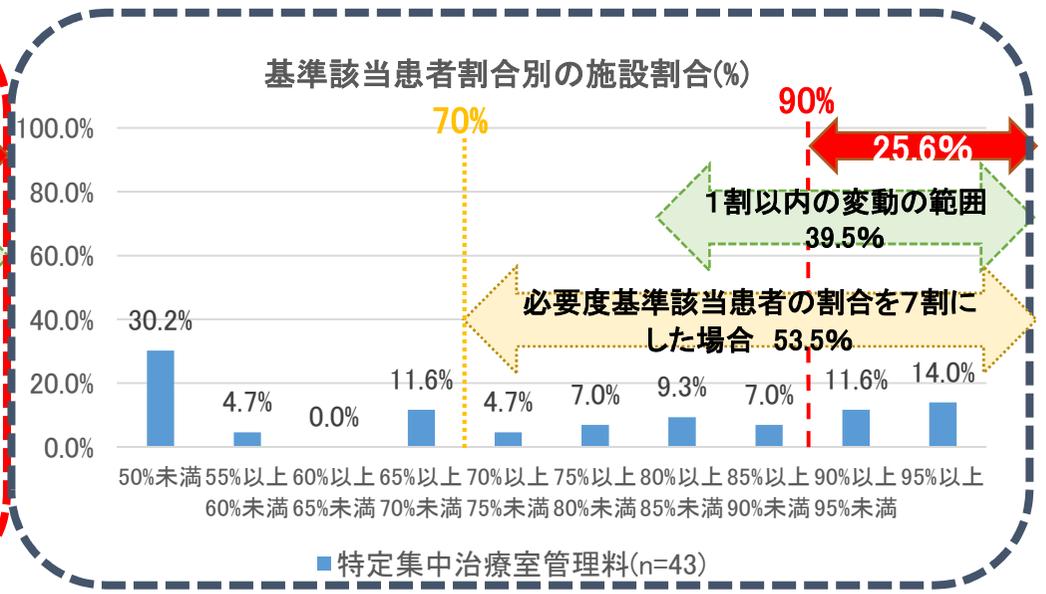
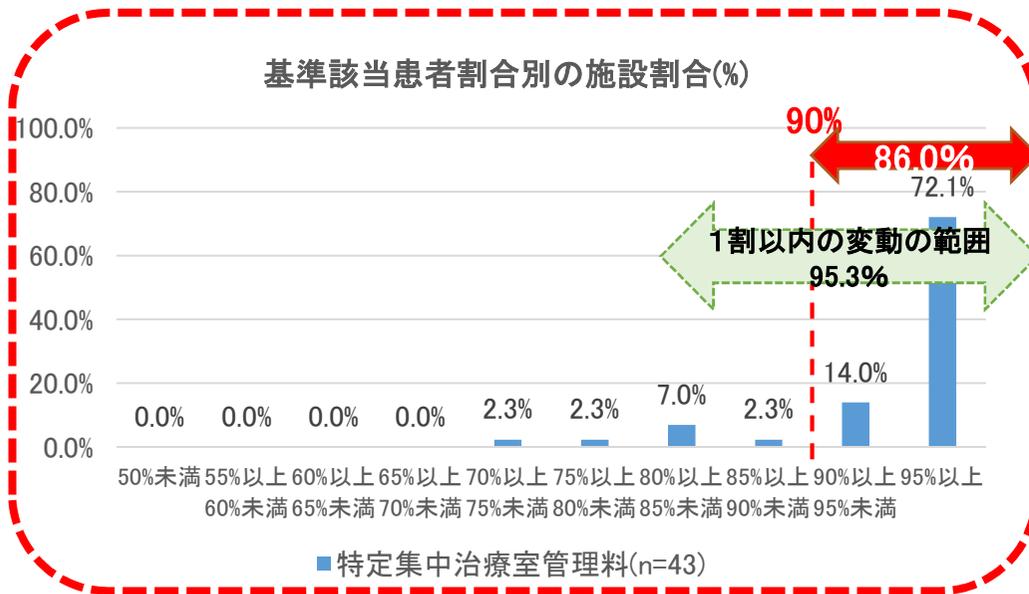
① A項目が3点以上、**または**、B項目が3点以上である患者 9割以上

② A項目が3点以上、**かつ**、B項目が3点以上である患者 9割以上



① A項目3点以上**または**B項目3点以上で評価した場合

② A項目3点以上**かつ**B項目3点以上で評価した場合



- 現行の評価項目で評価方法をA項目**または**B項目から、A項目**かつ**B項目に変更すると、基準該当患者割合が9割以上の医療機関の割合は、86.0%から25.6%となり、多くの医療機関が施設基準を満たせなくなる可能性がある。
- 例えば、現行の施設基準の基準該当患者割合9割以上から7割以上に基準を緩和した場合は、53.5%であった。

指摘事項: 特定集中治療室管理料の重症度について、B項目が多いというデータを示してほしい。(万代委員)

特定集中治療室管理料の重症度B項目の該当状況

	全体	A項目3点未満 (基準未満)	A項目3点以上 (基準以上)
全体	3,307 (100%)	979 (29.6%)	2,328 (70.4%)
B項目3点未満 (基準未満)	232 (7.0%)	156 (4.7%)	76 <u>(2.3%)</u>
<u>B項目3点以上</u> <u>(基準以上)</u>	3,075 (93.0%)	823 <u>(24.9%)</u>	2,252 (68.1%)

※調査期間2週間の43医療機関の3,307人について集計

出典：H25年度 一般病棟等の重症度・看護必要度等に関する調査(速報)

評価方法を「または」から「かつ」へ変更した場合、「B項目が基準未満でA項目が基準以上の2.3%」と「A項目が基準未満でB項目が基準以上の24.9%」が基準該当から外れることになる。

- ・ 「がん専門病院」の重症度、医療・看護必要度の基準の15%への引き上げについて

7対1入院基本料の適正化等について

➤ 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【現行】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	➔	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内		特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【現行】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	➔	一般病棟入院基本料※2	1割5分以上
特定機能病院入院基本料※1	評価のみ		特定機能病院入院基本料※3	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料※4	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 **悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上**

○ 専門病院入院基本料(悪性腫瘍患者7割以上)については、重症度・看護必要度の基準を従前通りの1割以上のままとした。

見直しの方向性を踏まえた一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)(案)

※ 現行のB項目は変更しない

A モニタリング及び処置等	
1 創傷処置	創傷処置 褥瘡処置
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみを除く)	
3 点滴ライン同時3本	
4 心電図モニター	
5 シリンジポンプの使用	
6 輸血や血液製剤の使用	
7 専門的な治療・処置	
①抗悪性腫瘍剤の使用	
②抗悪性腫瘍剤の内服	
③麻薬注射薬の使用	
④麻薬内服・貼付	
⑤放射線治療	
⑥免疫抑制剤の使用	
⑦昇圧剤(注射)の使用	
⑧抗不整脈剤の使用	
⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴	
⑩ドレナージの管理	

算定要件:A項目2点以上、かつ、B項目3点以上である患者 **1割5分以上**

専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)の 重症度、医療・看護必要度(仮称)の算定方法の見直し

悪性腫瘍患者の重症度、医療・看護必要度(仮称)の該当状況

現行の項目	現行の算定方法			入院医療等分科会の見直しの方 向性	見直しの算定方法		
	全体	A項目 2点未満 (基準未満)	A項目 2点以上 (基準以上)		全体	A項目 2点未満 (基準未満)	A項目 2点以上 (基準以上)
全体	6,081 (100%)	4,054 (66.7%)	2,027 (33.3%)	全体	6,081 (100%)	3,531 (58.1%)	2,550 (41.9%)
B項目 3点未満 (基準未満)	4,471 (73.5%)	3,322 (54.6%)	1,149 (18.9%)	B項目 3点未満 (基準未満)	4,471 (73.5%)	2,872 (47.2%)	1,599 (26.3%)
B項目 3点以上 (基準以上)	1,610 (26.5%)	723(12.0%)	878(14.4%)	B項目 3点以上 (基準以上)	1,610 (26.5%)	659(10.8%)	951(15.6%)

※ 入院の契機となった傷病名が悪性腫瘍の患者について集計。調査期間2週間の57医療機関の6,081人。

※ 7対1入院基本料全体のA項目かつB項目基準以上の該当患者割合は、**15.8%**

出典: H24年度 入院医療等の調査より

専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上) の重症度、医療・看護必要度(仮称)の現状

※ 悪性腫瘍7割以上の専門病院入院基本料を算定し、H24、H25年
ともに看護必要度のデータ提供があった11の医療機関について集計

※ H25年データについては速報値

重症度、医療・看護必要度(仮称)の 平均(n=11)	H24年度	H25年度
		15.2%

出典: H24、25年 保険局医療課調べ

悪性腫瘍患者の重症度、医療・看護必要度(仮称)について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方
向性を踏まえた項目に見直し、推計を行ったところ、基準該当患者割合は、現行の14.4%から15.6%へ増加した。また、悪性腫
瘍7割以上の専門病院の重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合については、平成24年度から平成25年度に
かけて15.2%から16.1%に増加している。

➡ 入院患者の7割以上が悪性腫瘍患者である専門病院の7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度該当者割
合についても現行の10%から15%以上としてはどうか。

7. 早期リハビリテーション加算

病院・診療所別の初期加算、早期加算の算定回数
の推移について

リハビリテーションの充実

早期リハビリテーションの評価

➤ 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

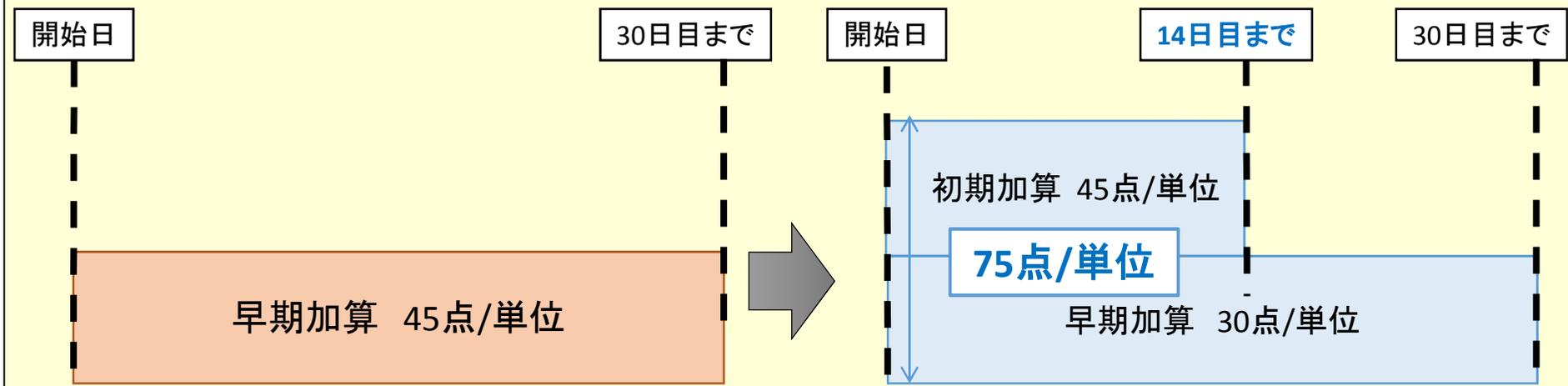
(新) リハビリテーション初期加算 45点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算 45点 → 30点 (30日目まで)

- リハビリテーション初期加算はリハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合に算定できる。
- リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は併算定可能。
- 算定は入院中の患者に限定。

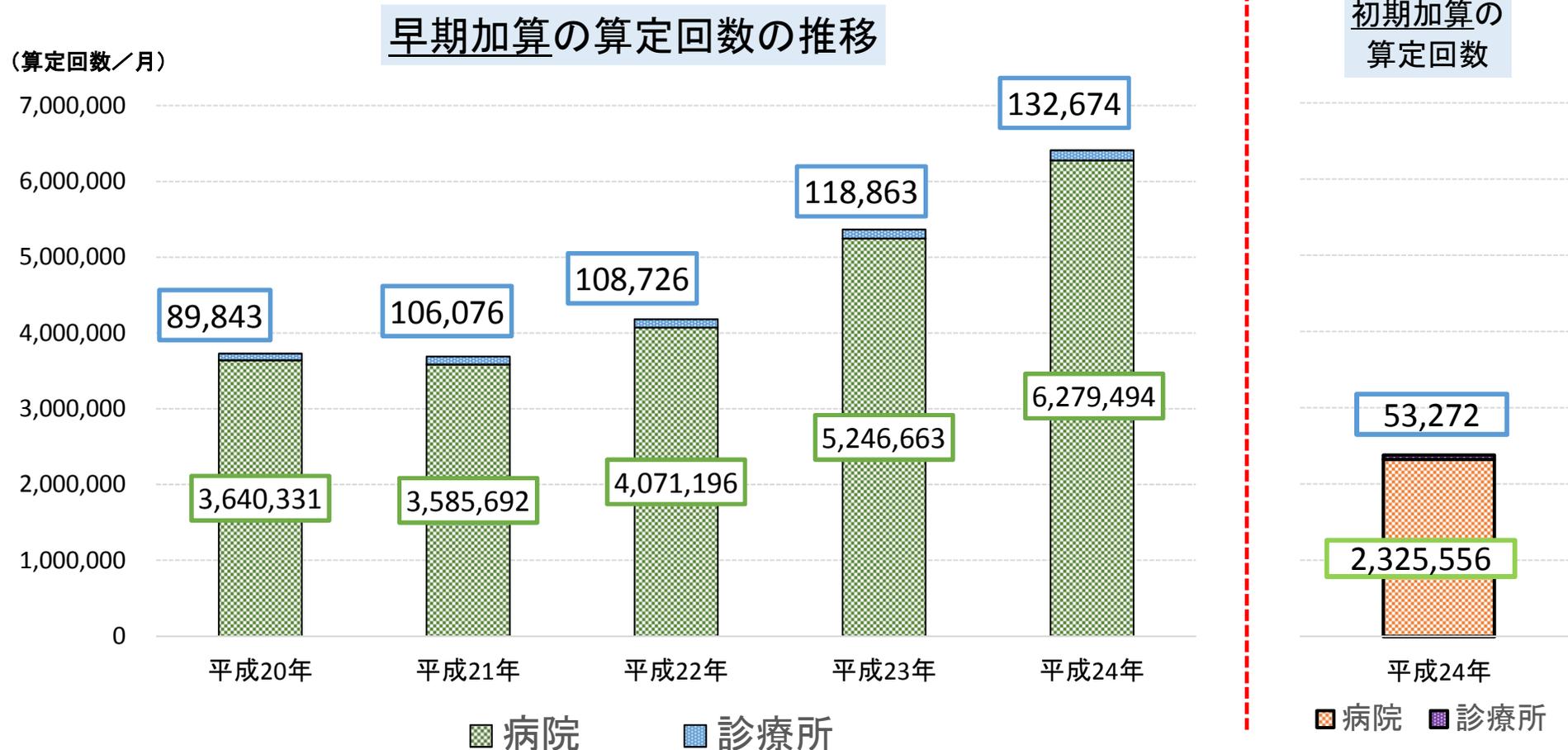
【現行】

【改定後】



疾患別リハビリテーションの初期加算・早期加算は、入院中の患者に限られる。

初期加算・早期加算の病院、診療所別の算定状況



指摘事項: 早期加算、初期加算について、病院・診療所別の内訳を教えてください。(石山委員)

8. 回復期リハビリテーション病棟入院料1

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料1」病棟のみの日常生活機能評価の改善状況(専従と専任別)について
- 休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数の推移について

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料1」病棟のみの日常生活機能評価の改善状況(専従と専任別)について

回復期リハビリテーション病棟入院料について

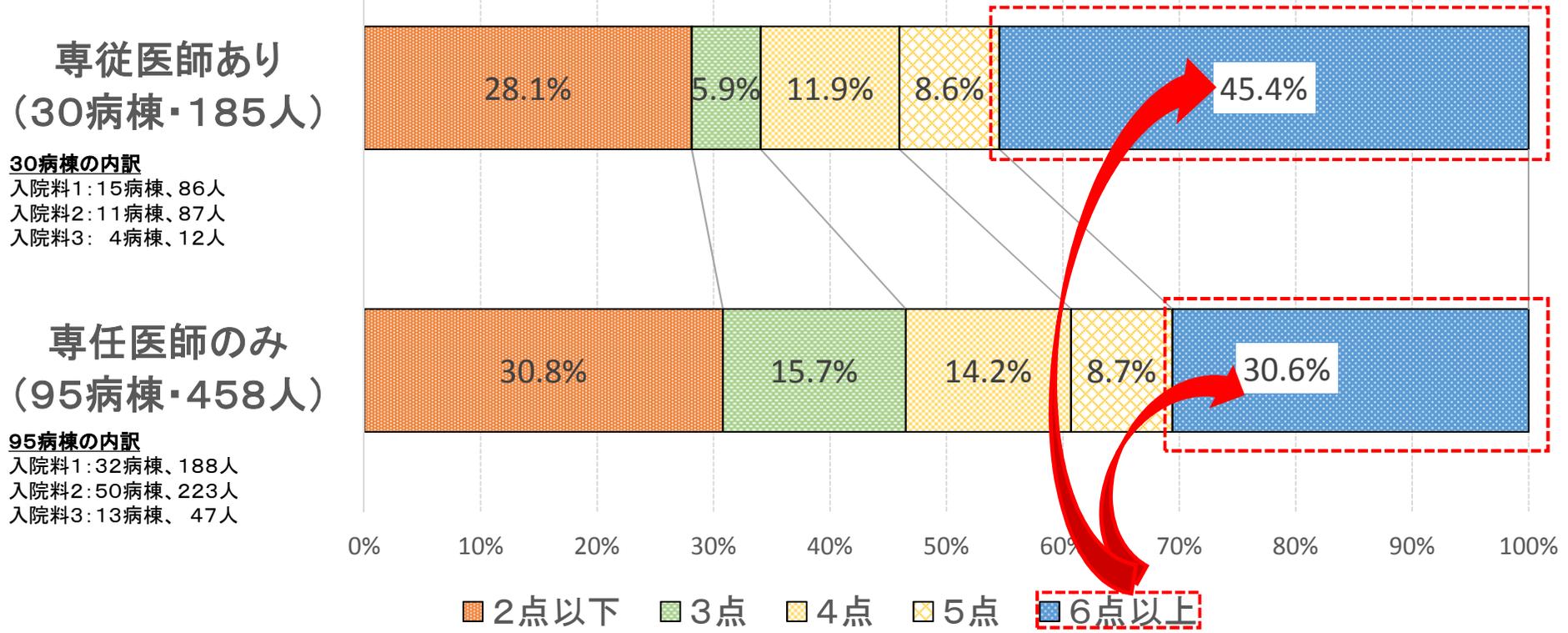
中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 2 . 4

	回復期リハビリテーション 病棟入院料1	回復期リハビリテーション 病棟入院料2	回復期リハビリテーション 病棟入院料3
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上
その他の職種の 配置	専任医師1名以上、 専従理学療法士3名以上、 専従作業療法士2名以上、 専従言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が 1割5分以上	重症患者が2割以上	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上
重症患者の退院時 日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—
その他	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (新規以外、回りハ1・2と併存不可)
点数	1,911点	1,761点	1,611点

※重症の患者：日常生活機能評価で10点以上の患者

回復期リハビリテーション病棟における専従医師の配置の効果

専従医師の配置の有無による退棟時の患者※の日常生活機能評価の改善点数(入棟時との比較)の分布



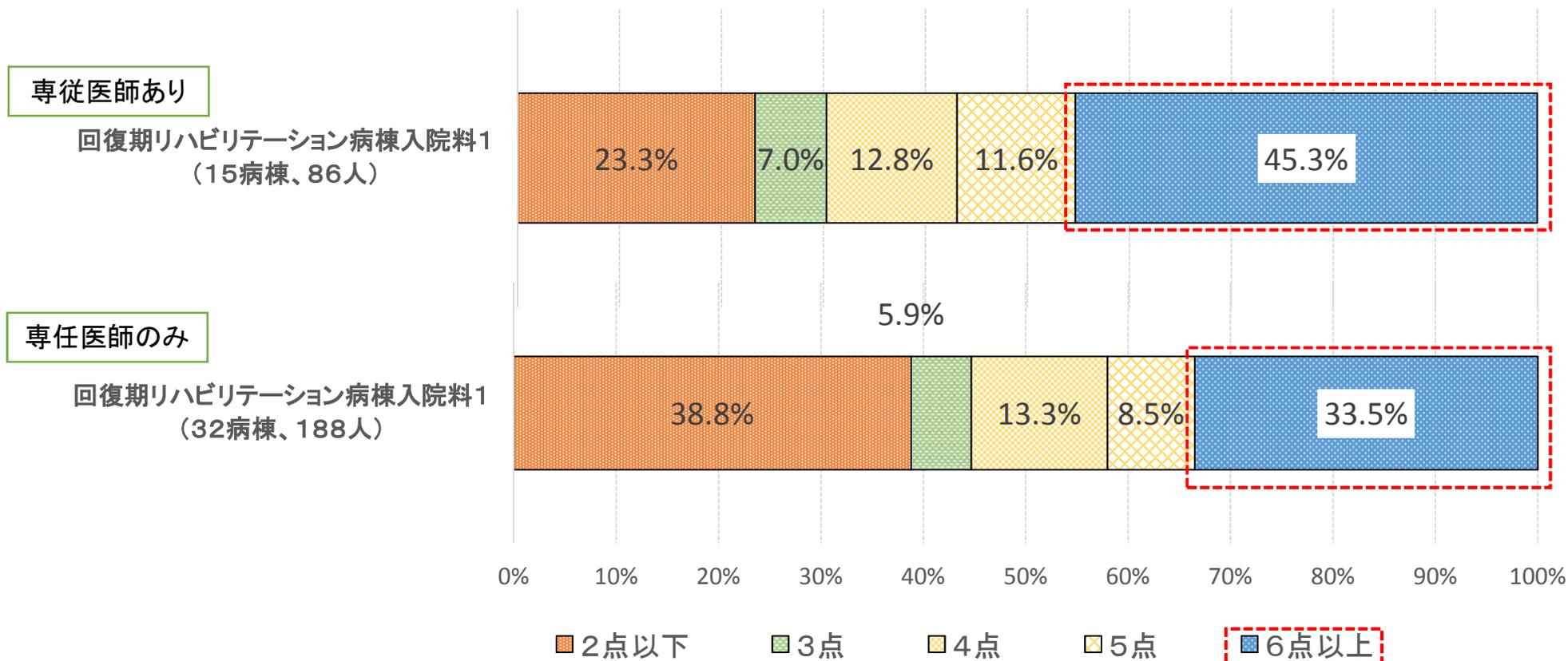
※入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者を対象

・回復期リハビリテーション病棟は専任医師の配置が要件となっているが、専従医師を配置している病棟は、専任医師を配置している病棟より、退棟時の患者の日常生活機能が改善されている。

出典:平成25年検証調査より

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟における 専従医師の配置の効果

医師(専従・専任)の配置の有無による退棟患者※の日常生活機能評価の改善点数(入棟時との比較)の分布



専従: 原則として当該病棟の業務のみに従事する者
 専任: 当該病棟での業務とその他の部署等での業務を兼務している者。

※入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者を対象

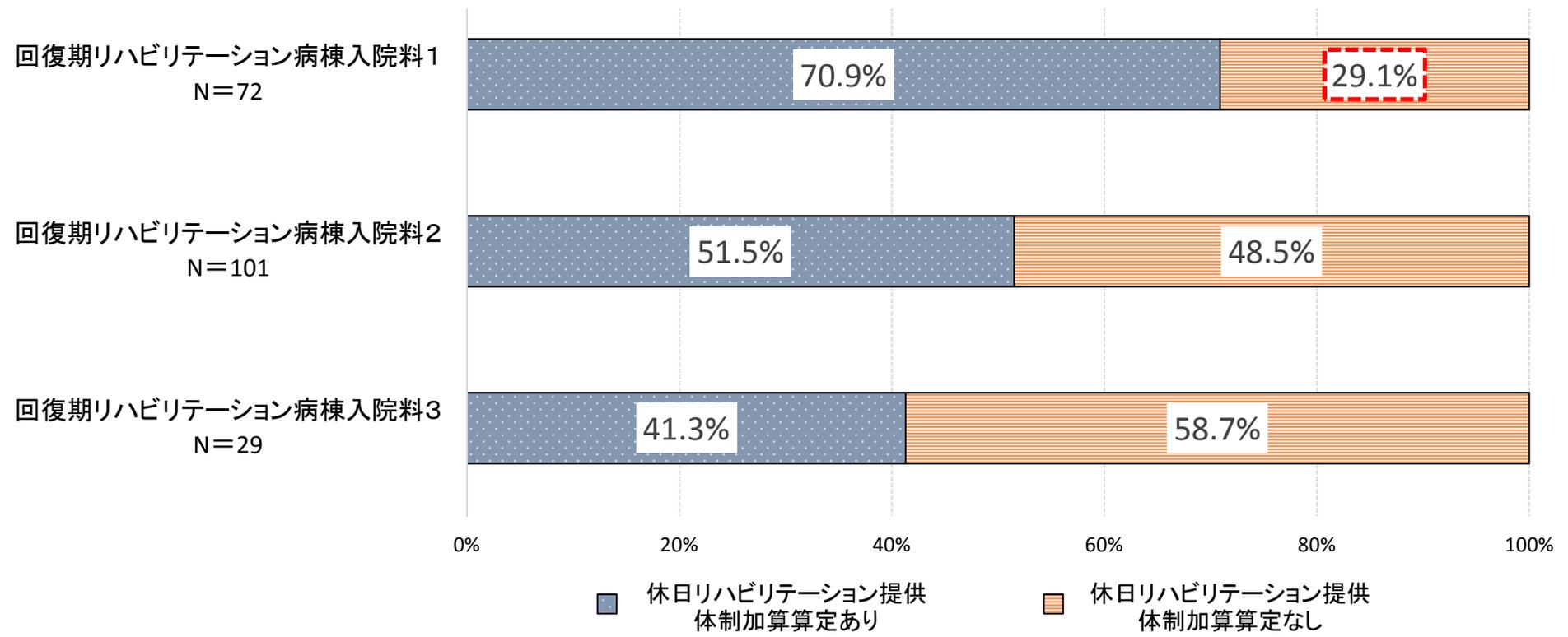
指摘事項: 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、退棟患者の日常生活機能評価の改善点数が、どういう内訳なのか、出していただきたい。(万代委員)

- 休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数
の推移について

休日リハビリテーション提供体制加算の概要

休日リハビリテーション提供体制加算の概要	
評価内容	・ <u>入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう</u> 、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価
施設基準	<p>①休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えている。 (<u>休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とする</u>)</p> <p>②専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置。</p> <p>③看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮する。</p>
点数	60点(患者一人一日につき)

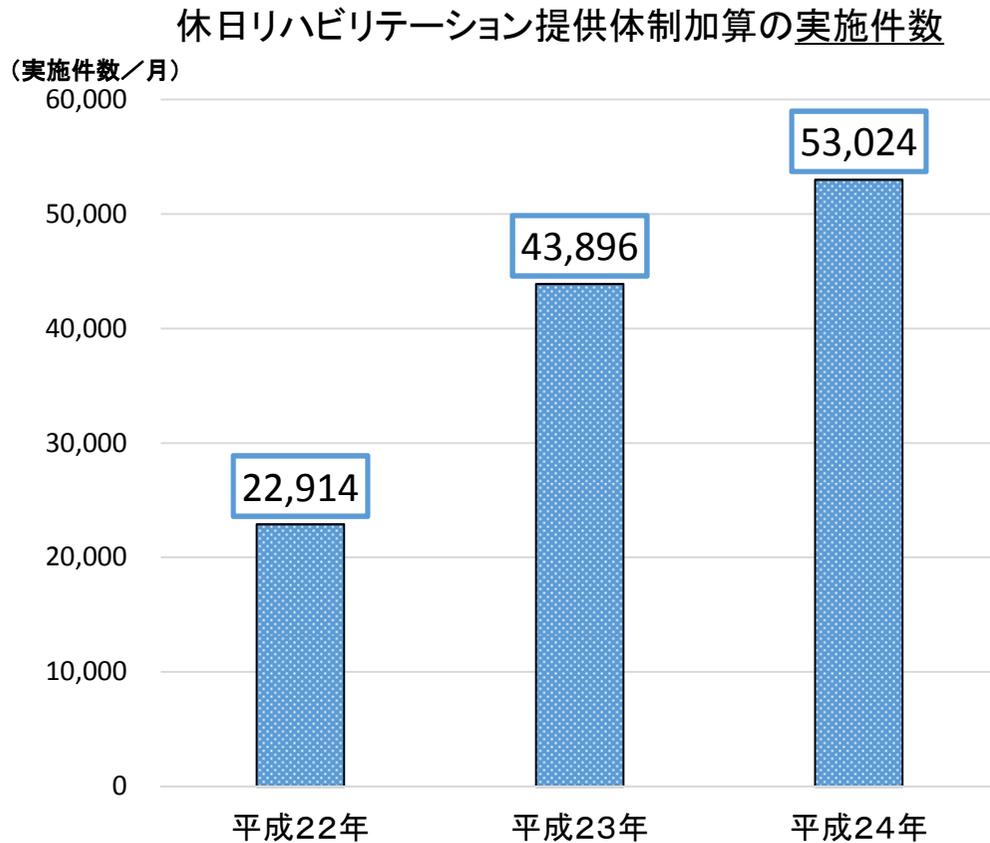
回復期リハビリテーション病棟の加算の算定状況(入院料区分別)



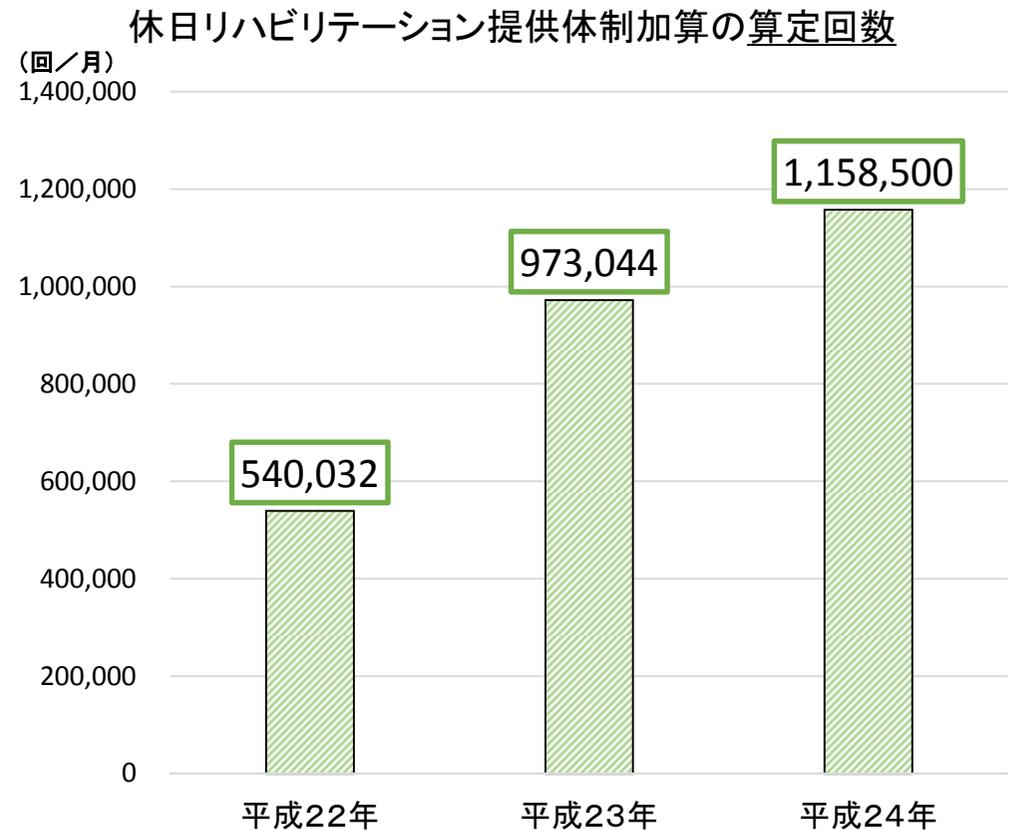
・回復期リハビリテーション病棟入院料1であっても、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない病棟が29.1%を占める。

出典:平成25年検証調査より

休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数推移



実施件数: 診療行為が実施された明細書の数



出典: 社会医療診療行為別調査より

指摘事項: 休日リハビリテーション提供体制加算の年度別のデータが出れば、教えていただきたい。(万代委員)

9. 精神科の訪問診療

精神科の訪問診療の推進に関する評価について

精神科の訪問診療に関する課題と論点について

【課題】

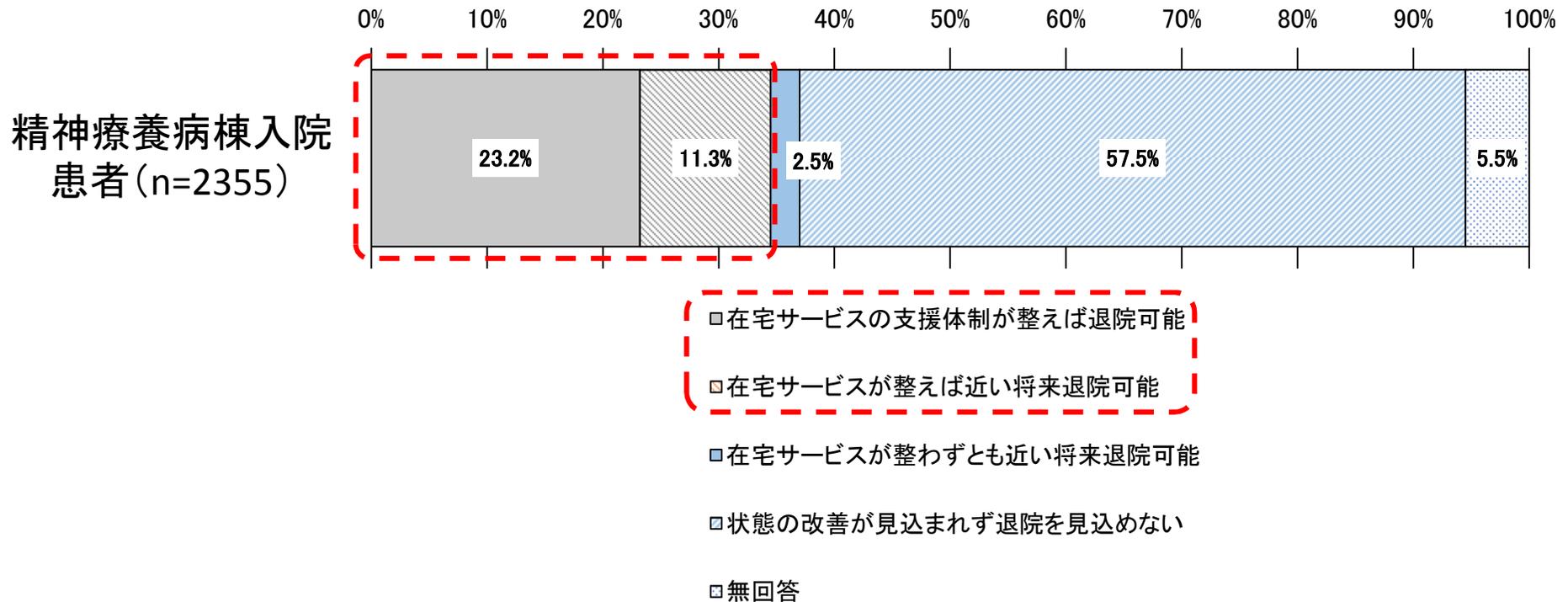
- ・ 精神療養病棟に入院する患者において、約3分の1が在宅支援体制が整えば退院可能であるが、訪問診療を受けている患者数は非常に少なく、精神科を標榜する在宅療養支援診療所・病院も少ない。
- ・ 在宅患者訪問診療料等については、1人の患者について1つの保険医療機関からのみ算定可能となっており、身体疾患にて在宅診療を受ける患者に対して精神科から訪問診療を行った場合は評価されない。
- ・ 精神科における訪問診療においては、1回あたり60分以上かかるものが36.6%を占める。
- ・ 通院・在宅精神療法は、通院診療時と在宅診療時で同じ評価となっており、30分を区切りとして2段階の評価となっているが、30分以上の場合、より長く時間がかかったとしても同じ評価となっている。



【論点】

○精神科における在宅医療を推進する観点から、在宅での診療時に長時間の精神療法を行った場合を評価することについて、どのように考えるか。

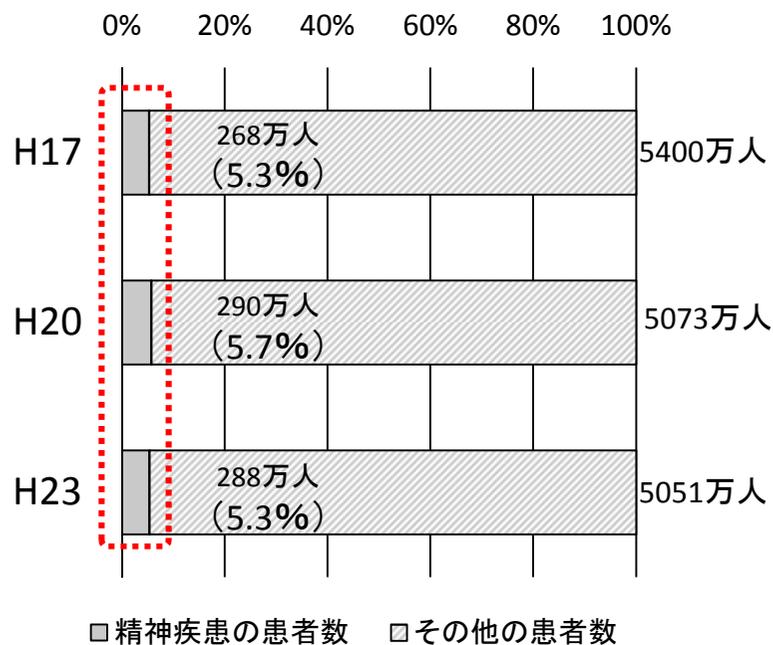
精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し



精神療養病棟に入院する患者において、約1/3が在宅支援体制が整えば退院可能。

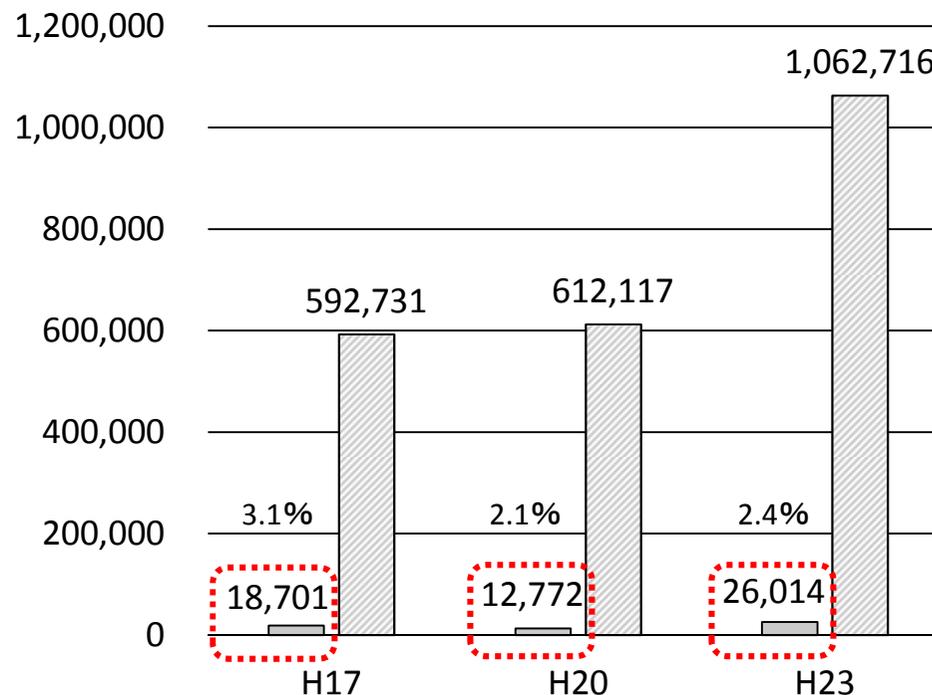
精神疾患の患者数と精神科の訪問診療

外来受診する精神疾患の患者数の割合



出典: 患者調査

精神科における訪問診療の回数



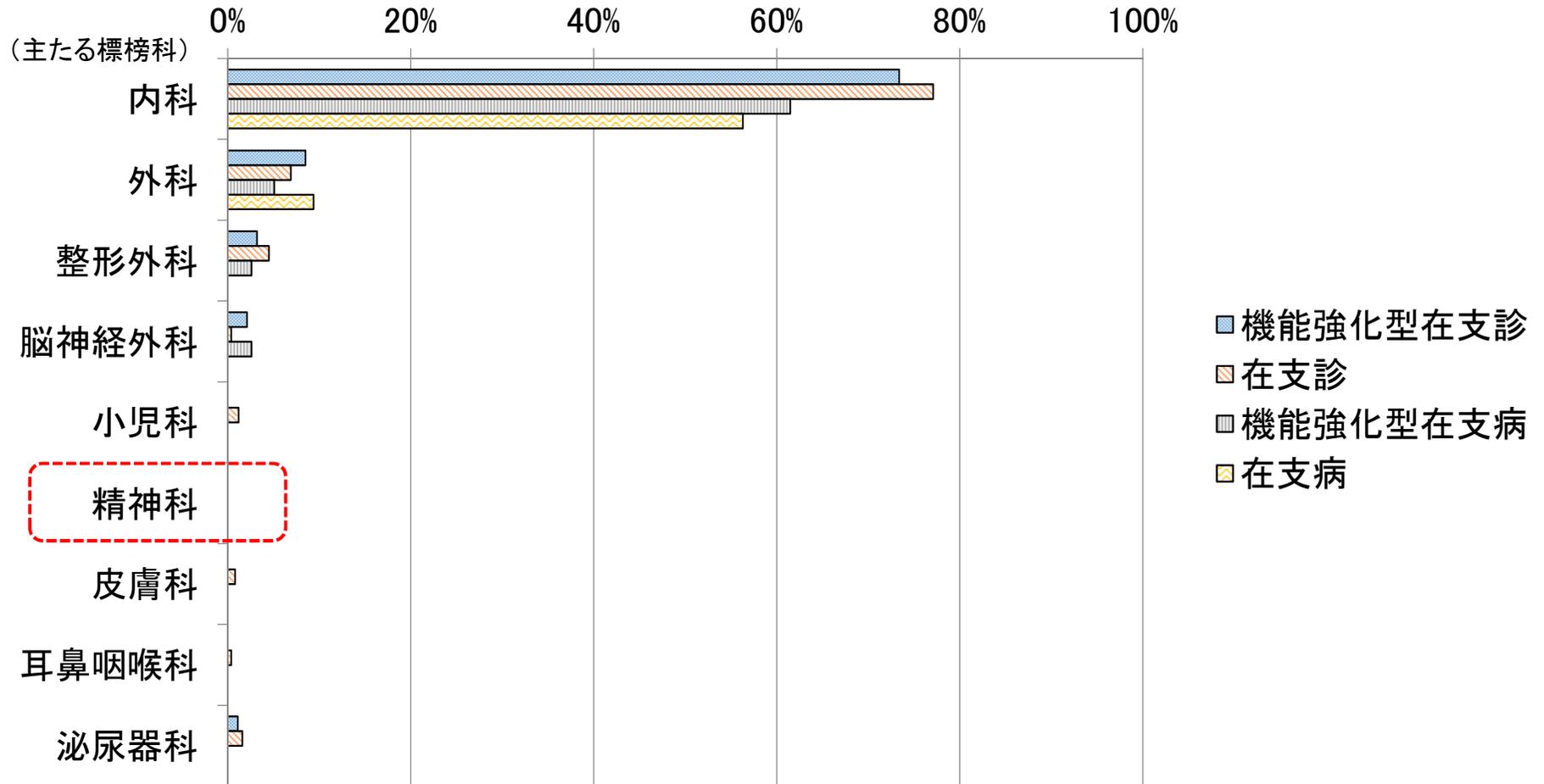
■ 精神科の訪問診療
 ■ 訪問診療 (在宅患者訪問診療料の算定回数)

出典: 在宅患者訪問診療料算定回数 社会医療診療行為別調査
 精神科による訪問診療回数 精神・障害保健課調べ

・外来受診する精神疾患の患者数の割合に比して、精神科による訪問診療の回数は少ない。

在宅療養支援診療所・病院において精神科が占める割合

在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した1,500施設、在宅療養支援病院500施設に対してアンケート調査
回答数410施設



検証調査において精神科を主たる標榜科とする施設は該当がなかった。

身体合併症をもつ精神疾患患者への訪問診療

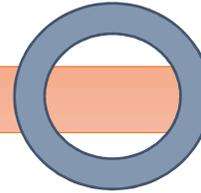
<精神科単独の場合>



精神科医療機関

精神疾患に対する
計画的な訪問診療

在宅患者訪問診療料
在宅時医学総合管理料
特定施設入居時等医学総合管理料



在宅療養を受ける
精神疾患患者



<身体科と精神科が共に訪問する場合>



身体科の医療機関

身体疾患に対する
計画的な訪問診療

※身体科からも訪問診療を
受けている場合には、一方の
保険医療機関しか算定出来
ない

<自宅等>

身体合併症をもつ
精神疾患患者



<精神科医療機関>



精神科医療機関

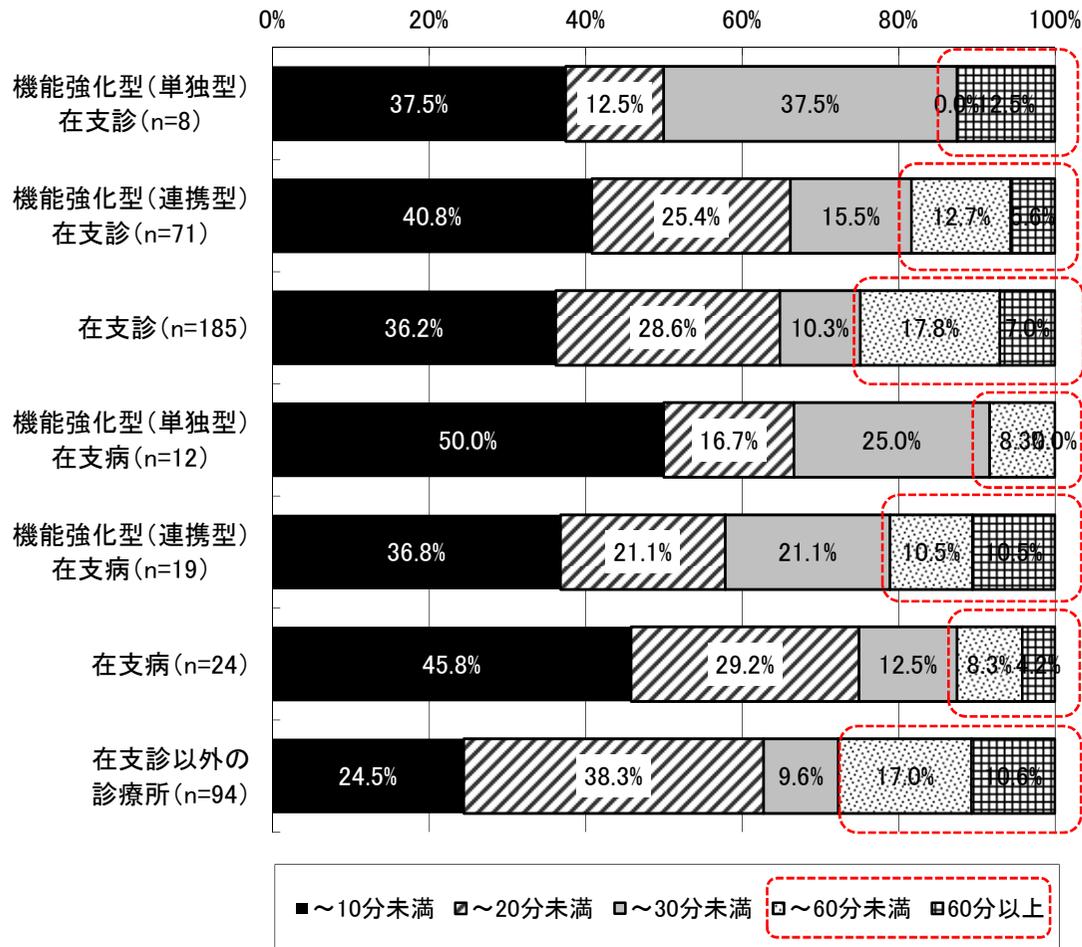
精神疾患に対する
計画的な訪問診療

※医療課長通知抜粋
(在宅患者訪問診療料)
在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定する。
(在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料)
当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定する。

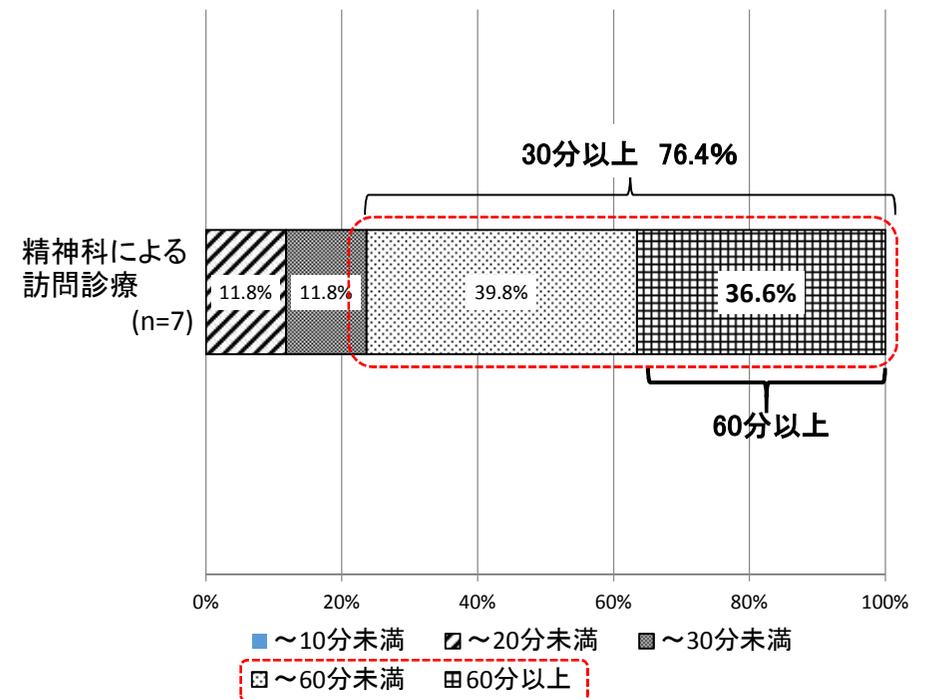
在宅患者訪問診療料等は1人の患者に対して1つの保険医療機関からのみ算定となっており、身体疾患にて在宅診療をうけている患者に精神科から訪問診療を行った場合は評価されない。

訪問診療における1件当たりの診療時間

一般の訪問診療



精神科の訪問診療



(注) 医師一人当たり診療時間/日(移動時間、カルテ記載時間は含まない。)を医師一人当たり訪問件数/日で割って算出

・精神科における訪問診療は1回あたりの診療時間が長くなり、30分以上かかる場合が76.4%、60分以上かかる場合が36.6%を占める。

通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法

- 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等のため社会生活を営むことが著しく困難もの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

通院・在宅精神療法（1回につき）

1 初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合
700点

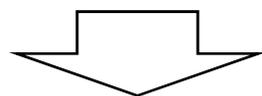
2 1以外の場合

イ <u>30分以上</u> の場合	400点
ロ <u>30分未満</u> の場合	330点

通院・在宅精神療法は、通院時と在宅時で同じ評価となっている。また、30分未満・以上の2段階の評価となっているが、30分以上の場合、より長く時間がかかったとしても同じ評価となっている。

【課題】

- ・ 精神療養病棟に入院する患者において、約3分の1が在宅支援体制が整えば退院可能であるが、訪問診療を受けている患者数は非常に少なく、精神科を標榜する在宅療養支援診療所・病院も少ない。
- ・ 在宅患者訪問診療料等については、1人の患者について1つの保険医療機関からのみ算定可能となっており、身体疾患にて在宅診療を受ける患者に対して精神科から訪問診療を行った場合は評価されない。
- ・ 精神科における訪問診療においては、1回あたり60分以上かかるものが36.6%を占める。
- ・ 通院・在宅精神療法は、通院診療時と在宅診療時で同じ評価となっており、30分を区切りとして2段階の評価となっているが、30分以上の場合、より長く時間がかかったとしても同じ評価となっている。



【論点】

○精神科における在宅医療を推進する観点から、在宅での診療時に長時間の精神療法を行った場合を評価することについて、どのように考えるか。

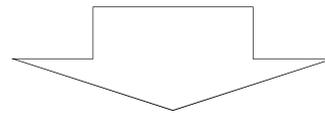
10. 精神科身体合併症管理加算

精神科身体合併症管理加算の算定日数の延長について

身体合併症への対応に関する課題と論点について

【課題】

- 精神病床に入院する身体合併症を併発した精神疾患患者に対しての治療の評価である精神科身体合併症管理加算は、治療開始日から7日間に限り算定可能となっている。
- 精神疾患のない患者と比較して、精神疾患患者は術後合併症を併発する頻度が高く、入院日数も長い。
- 精神科病床における身体合併症治療では、7日以上かかることが多い。



【論点】

○精神病床において身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定可能日数を●日とすることについて、どのように考えるか。

精神科身体合併症管理加算について

- 精神科以外の診療科の医療体制との連携がとられている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したもの

精神科身体合併症管理加算

450点(1日につき **7日まで**)

- ・同一月において同一疾患に対して1回に限り算定
- ・同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について治療開始日から7日間に限り当該加算を算定することが可能(同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間まで、複数の身体疾患を同時期に発症した場合はいずれか1つの疾患にかかる加算を算定)。

[施設基準]

- ・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること
- ・精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療が行われるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携がとられている病棟であること

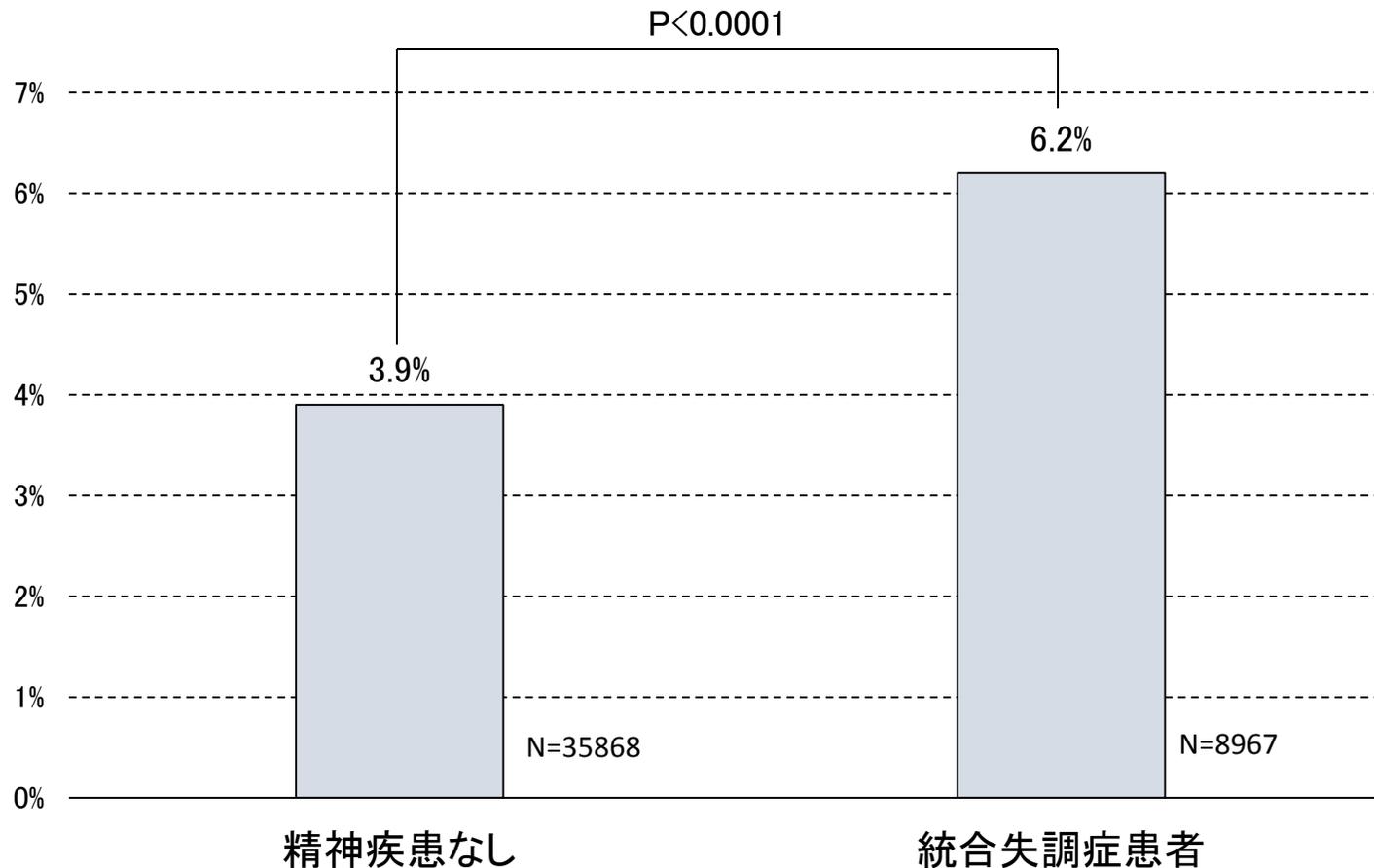
精神科身体合併症管理加算は7日まで算定可能となっている。

精神科身体合併症管理加算の対象患者

- ・呼吸器系疾患(肺炎、喘息、肺気腫)の患者
- ・心疾患(NYHAⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)の患者
- ・手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者
- ・重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)の患者
- ・重篤な栄養障害(BMI13未満の摂食障害)の患者
- ・意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)の患者
- ・全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症)の患者
- ・急性腹症(消化管出血、イレウス等)の患者
- ・悪性症候群、横紋筋融解症の患者
- ・広範囲(半肢以上)熱傷の患者
- ・手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者
- ・透析導入時の患者
- ・手術室での手術を必要とする状態の患者
- ・膠原病(専門医による管理を必要とする状態に限る。)の患者

統合失調症患者における術後合併症の頻度

2004～2007年に全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔により手術を受け1日以上入院となった8967名の統合失調症患者と、性別・年齢・術式・麻酔方法を一致させた精神疾患のない35868名とを比較(台湾)

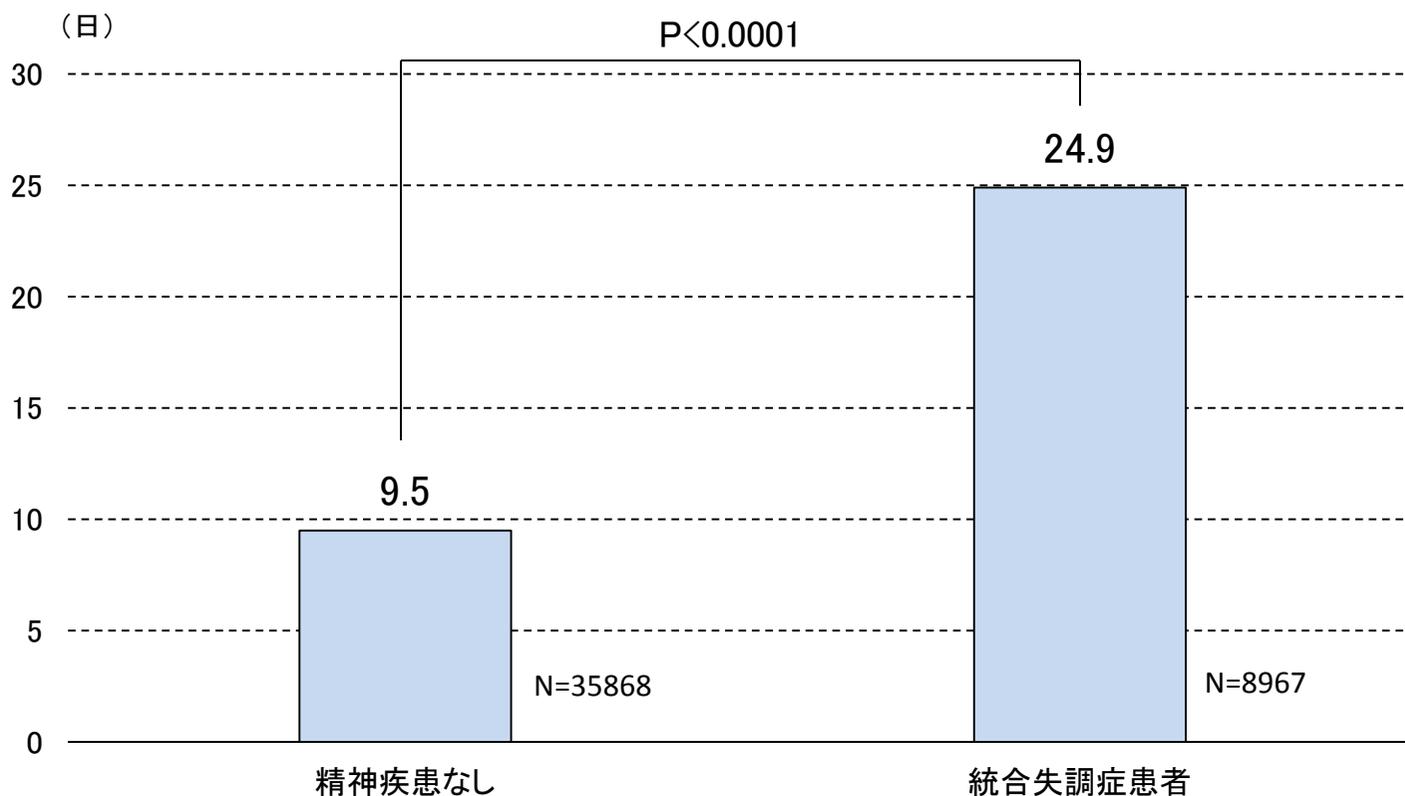


※ 術後合併症: 脳梗塞、術後出血、肺炎、敗血症、深部創感染、急性心筋梗塞、急性腎不全、肺塞栓症

統合失調症患者において、術後合併症を併発する頻度は高い。

手術を受けた統合失調症患者における入院日数

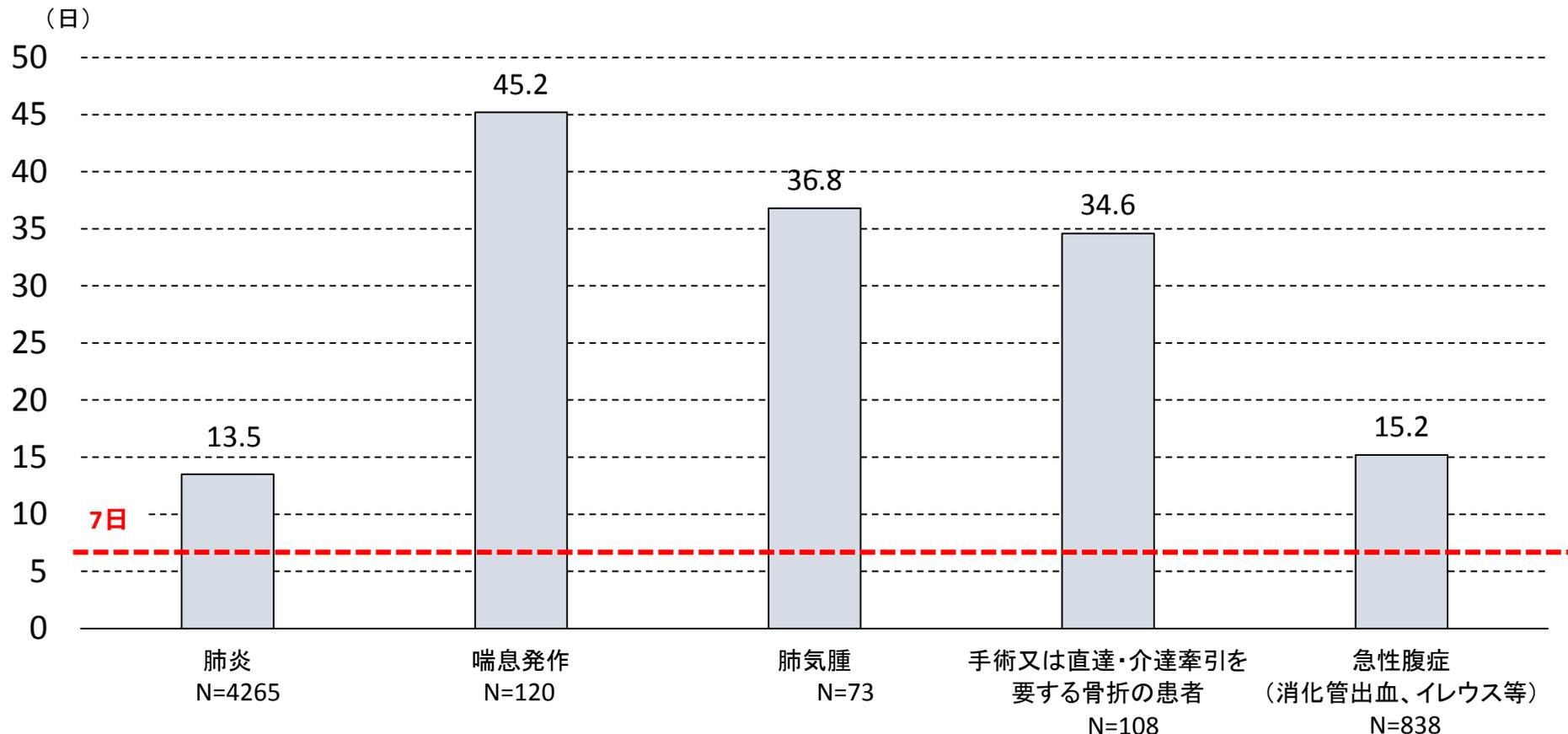
2004～2007年に全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔により手術を受け1日以上入院となった8967名の統合失調症患者と、性別・年齢・術式・麻酔方法を一致させた精神疾患のない35868名とを比較(台湾)



手術を受けた統合失調症患者において、入院日数は長い。

精神科病床における身体合併症の治療にかかる日数

日本精神科病院協会に加盟する病院(1208施設)のうち150施設(有効回答数92施設)に対して、平成24年4月から25年3月の1年間、「精神科身体合併症管理加算」を算定した患者の身体合併症に対する治療にかかった期間を調査。

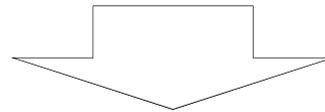


精神科病床における合併症治療では、7日以上の日数がかかることが多い。

身体合併症への対応に関する課題と論点について

【課題】

- ・ 精神病床に入院する身体合併症を併発した精神疾患患者に対しての治療の評価である精神科身体合併症管理加算は、治療開始日から7日間に限り算定可能となっている。
- ・ 精神疾患のない患者と比較して、精神疾患患者は術後合併症を併発する頻度が高く、入院日数も長い。
- ・ 精神科病床における身体合併症治療では、7日以上かかることが多い。



【論点】

○精神病床において身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定可能日数を●日とすることについて、どのように考えるか。

11. 妥結率

妥結率の低い医療機関・薬局について

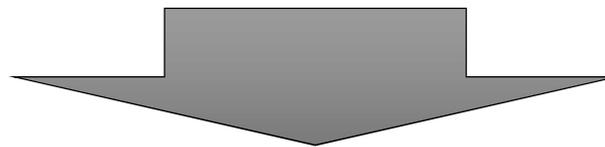
妥結率について

指摘事項:大規模調剤薬局チェーンの妥結率が低いのは、問題ではないか。(鈴木委員)

<問題意識>

以下のような問題点について、中医協及び医療保険部会において指摘されている。

- ◆ 医療費の適正化を図るため、薬価改定に先立って薬価調査を行っている。しかし、購入価格を抑制するために意図的に妥結を遅らせる、あるいは妥結しない保険薬局等が少なからず認められる。
- ◆ 未妥結のまま流通している医薬品量が増えると「市場実勢価格加重平均値一定幅方式」の薬価改定が適切なデータに基づいて実施できなくなる恐れがある。



<検討の方向性>

- ◆ 卸と医療機関・薬局との間の取引は当事者の問題であるものの、公的な薬価の改定の基礎資料となる流通価格を把握する目的で実施される薬価調査の障害となる「妥結率を著しく低下」させる行為を抑制するためにどのようなことができるのか検討するべきではないか。

価格妥結状況調査について

1. 経緯及び目的

平成18年度薬価制度改革の骨子(平成17年12月16日中央社会保険医療協議会了解)において、「長期にわたる取引価格の未妥結及び仮納入は、薬価調査の信頼性を確保する観点からも、不適切な取引であることから、その是正を図ることとする。」とされたため、薬価調査の一環として、医薬品に係る取引価格の未妥結及び仮納入の状況を把握することを目的として、平成18年度から定期的に実施。

2. 調査客体

一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者のうち、医療用医薬品卸売業を主たる事業としている卸売業者

3. 調査対象月

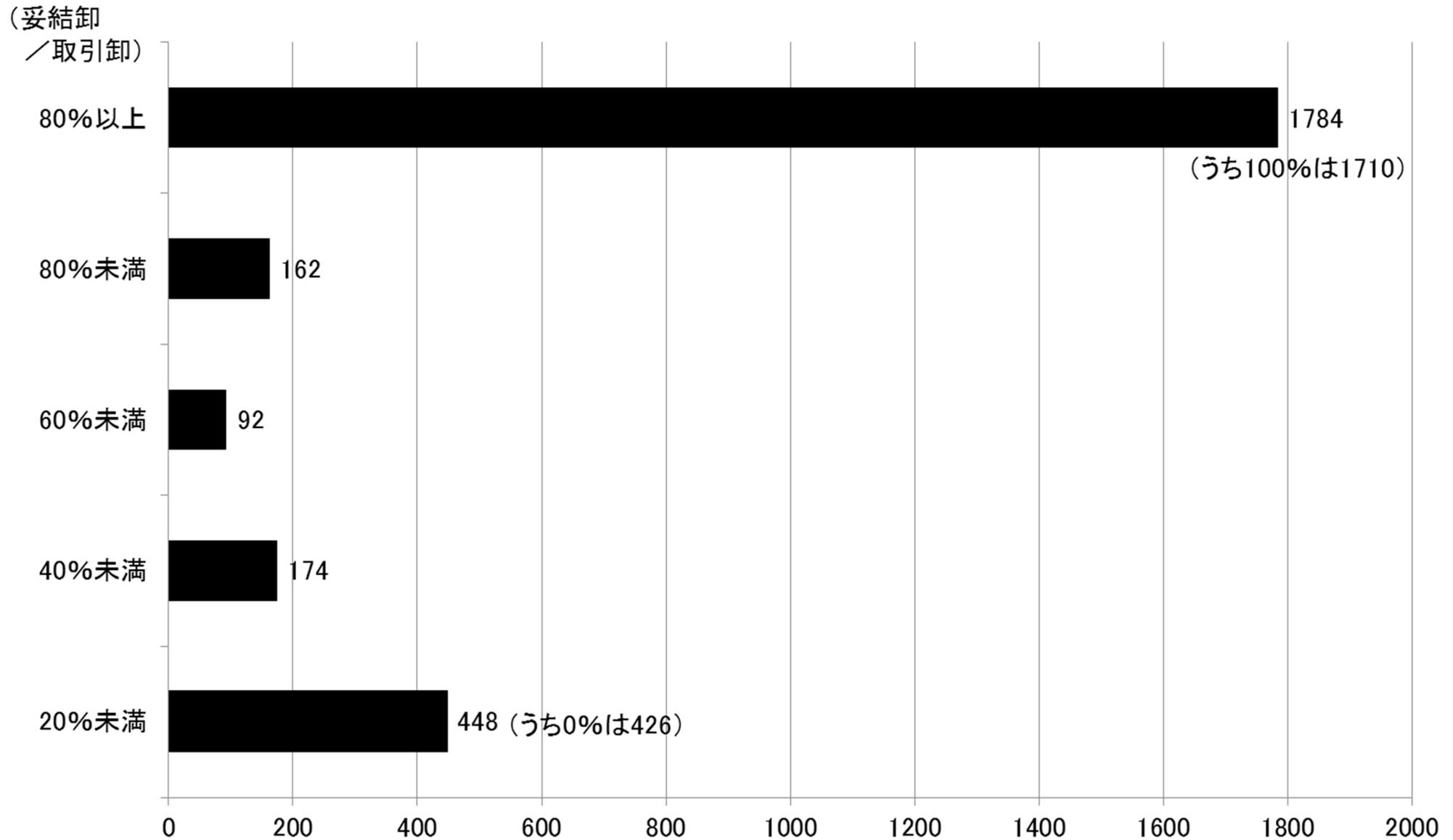
- ① 薬価改定1年目...6月、9月、12月、翌年3月
- ② 薬価改定2年目...6月、9月、12月

4. 調査内容

- ① 調査対象月に納入した全ての保険医療機関・保険薬局への医療用医薬品の販売総額及び妥結済み販売額(薬価基準ベース)
- ② 200床以上の病院と20以上の店舗を有する保険薬局との取引について、各施設(保険薬局にあってはチェーン(企業)単位)との取引の有無及び妥結の有無※

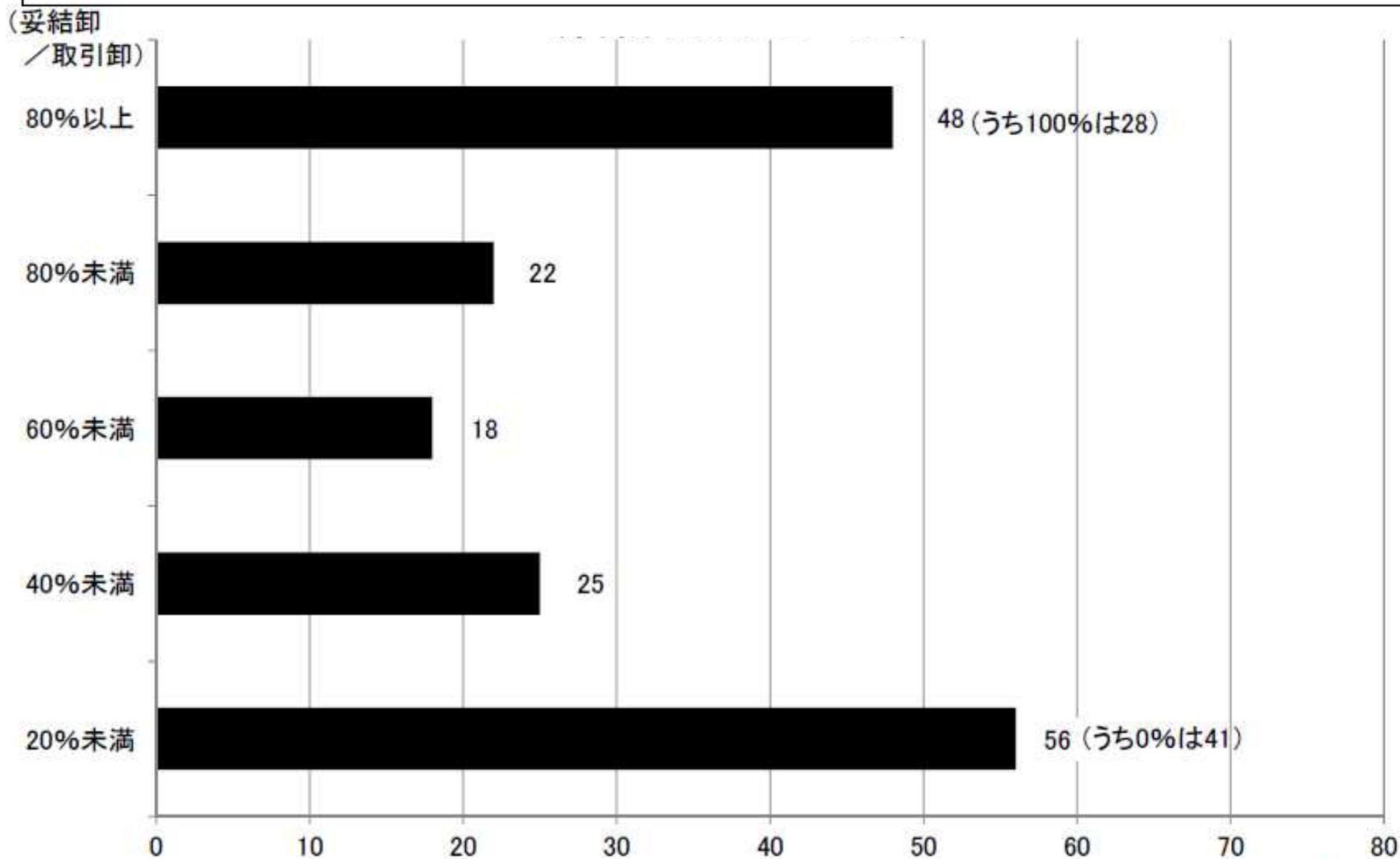
※ 上記3の各月に納入した医療用医薬品の8割以上(薬価基準ベース)が妥結済みの場合を妥結とする。

200床以上の病院の妥結率分布 (合計2,660施設)



出典：医政局経済課調べ (施設数)

20店舗以上を有する調剤薬局の妥結率分布 (合計169チェーン)



出典：医政局経済課調べ (チェーン数)

価格妥結状況

区 分	妥結率(取引年月別)		増 減
	平成23年9月	平成25年9月	
病 院(総計)	57.9%	56.6%	▲1.3%
200床以上	51.1%	50.2%	▲0.9%
その他	82.7%	81.7%	▲1.0%
診 療 所	96.9%	96.1%	▲0.8%
(医療機関 計)	(71.7%)	(70.4%)	(▲1.3%)
チェーン薬局(20店舗以上)	62.8%	51.9%	▲10.9%
そ の 他 の 薬 局	90.8%	85.3%	▲5.5%
(保険薬局 計)	(84.1%)	(76.2%)	(▲7.9%)
総 合 計	78.1%	73.5%	▲4.6%

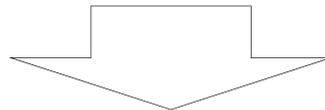
※ 調査客体:一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者

(「価格妥結調査結果」:医政局経済課調べ)

妥結率の低い医療機関・保険薬局に関する課題と論点について

【課題】

- ・ 200床以上の病院と20店舗以上の薬局において、極端に妥結率の低いところが多い。このために、病院全体及び保険薬局全体の妥結率の平均値を大きく引き下げている。
- ・ 全体的に妥結率が低下している傾向がある中で、200床以上の病院は前回の薬価調査から、安定して低い妥結率だが、20店舗以上の保険薬局は前回に比べて今回の薬価調査で大幅に妥結率が低下している。



【論点】

- 一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者を対象にした調査であり、妥結率の現状を厚生労働省として把握するための方法がないため、例えば、妥結率について地方厚生局に届出させることとしてはどうか。
- 著しく低い妥結率(●%)となっている場合には、例えば、診療報酬上の基本料の引下げなどの対応を検討してはどうか。対象は、200床以上の病院や同一法人の保険薬局の店舗数、処方せん枚数や特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目してはどうか。

12. うがい薬

行政刷新会議等における指摘事項について

行政刷新会議等における指摘事項について

指摘事項：市販品類似薬（OTC薬と同一の有効成分の医療用医薬品）について、健康保険の適用除外にする等を検討すべきである。

平成24年11月 行政刷新会議「新仕分け」

評価結果：市販品類似薬については、公的医療保険を持続可能なものにするためにも、自己負担率の引き上げや、真に保険給付の対象とすべきか否か等について毎年検証を行い必要な対応を行うべきである。（うがい薬を例示）

平成25年11月 行政改革推進会議「秋のレビュー」

とりまとめ：市販品と同一の有効成分の医療用医薬品に係る負担については、公的医療保険の対象外とする等により患者負担とする取組を進めていくべきではないか。（うがい薬を例示）



<検討の方向性>

➤ 単にうがい薬のみを処方する場合を保険の対象から除外してはどうか。

13. 基準調剤加算

基準調剤加算の見直しについて

基準調剤加算の見直しについて

指摘事項:調剤報酬の加算要件が緩すぎるのでは無いか。加算の要件等について示して欲しい。(安達委員)

基準調剤加算1

イ 基準調剤加算1 10点

- (1) 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (3) 開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。
- (4) 緊急時等の開局時間以外の時間における調剤に対応できる体制が整備されていること。 緊急時等の調剤に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること、又は調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうものである。
- (5) 時間外、休日、夜間における調剤応需が可能な近隣の保険薬局の所在地、名称、開局日、開局時間帯及び直接連絡が取れる連絡先電話番号等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、患者又はその家族等に交付するとともに、調剤した薬剤についての問合せ等への対応ができるように、自局についても同様の事項を記載した文書を交付すること。また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

基準調剤加算1

イ 基準調剤加算1 10点

- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示していること。
- (7) 調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品安全、医療保険等に関する外部の学術研修を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (8) 薬局内にコンピューターを設置し、医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
- (9) 次に掲げる情報(当該保険薬局において処方された医薬品に係るものに限る。)を随時提供できる体制にあること。(ア 一般名、イ 剤形、ウ 規格、エ 内服薬にあつては製剤の特徴(普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等)、オ 医薬品緊急安全性情報、カ 医薬品・医療機器等安全性情報)

基準調剤加算2

ロ 基準調剤加算2 30点

- (1) 保険調剤に係る医薬品として1000品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が7割以下であること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- (4) 基準調剤加算の算定要件(2)~(9)の基準を満たしていること。

(参考)在宅療養支援診療所の概要

在宅療養支援診療所とは

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ **24時間往診可能である**
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ **連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している**
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1: ③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注2: 上記の要件(①~③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

○ 在宅療養支援診療所においては、24時間往診可能であることや、訪問看護ステーション等に対する情報提供等が要件とされている。

在宅療養を支援する薬局に向けた「基準調剤加算の見直し」

新たな基準調剤加算のイメージ

地域において在宅医療を支える在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護、ケアマネージャー等と連携を図りつつ、24時間調剤、在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導(以下「在宅業務」という。)等を提供する薬局

【主な施設基準】

- ① 特定の保険医療機関からの処方せん枚数が月〇回以下である。
- ② 麻薬小売業者の許可を受けている。
- ③ 十分な数の医薬品を備蓄している。
- ④ 在宅業務を行うにつき必要な体制(医療材料、衛生材料を供給できる体制、当該薬局において常時連絡できる体制等)が整備されている。
- ⑤ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当程度の在宅薬剤管理指導の実績を有している。
- ⑥ 在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制が整備されている。
- ⑦ ケアマネージャーとの連携体制が整備されている。
- ⑧ 24時間処方せんを応需できる体制を確保している等、かかりつけ薬局が満たすべき事項、の要件を満たしている。

<検討の方向性>

- 地域において在宅医療を支える在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)による在宅医療に貢献する薬局として、24時間調剤、在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導(以下「在宅業務」という。)等を提供する薬局を中心に評価するように見直していく。

14. 薬学管理指導料

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて①

薬剤服用歴管理指導料に係る前回改定の概要と今後の方向性

H22年度改定

<薬学管理料>

- ① 薬剤服用歴管理指導料 30点
- ② 薬剤情報提供料 15点

統合包括化

H24年度改定

<薬学管理料>

点数見直し

- ① 薬剤服用歴管理指導料 41点

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用歴管理指導料要件	<p>(1) 次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。</p> <p>(イ) 当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）</p>	<p>(1) <u>患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</u></p> <p>ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を<u>文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）</u>により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。</p> <p>(イ)～(へ) 同左</p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて②

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	<p>(ロ) 用法、用量、効能、効果 (ハ) 副作用及び相互作用 (ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項 (ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名 (ヘ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等</p> <p>イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。</p>	<p>(イ)～(へ) 同左</p> <p>イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、<u>残薬の状況</u>等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。</p> <p><u>ウ 調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。</u></p> <p><u>エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、また、患者又はその家族等から確認すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</u></p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて③

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	<p>(2) 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。</p> <p>(3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。</p> <p>ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録</p> <p>イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録</p> <p>ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録</p> <p>エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録</p> <p>オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点</p> <p>カ 服薬状況</p> <p>キ 患者の服薬中の体調の変化</p> <p>ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報</p>	<p><u>オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報について患者に提供すること。</u></p> <p>(2) 同左</p> <p>(3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。</p> <p>ア～カ 同左</p> <p><u>キ 残薬の状況の確認</u></p> <p>ク～セ 同左</p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて④

	H22年度改定	H24年度改定
<p>薬剤服用歴管理指導料要件</p>	<p>ケ 合併症を含む既往歴に関する情報 コ 他科受診の有無 サ 副作用が疑われる症状の有無 シ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等 ス 後発医薬品の使用に関する患者の意向</p> <p>セ 服薬指導の要点 ソ 指導した保険薬剤師の氏名</p> <p>(4) (3) のエからスまでの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。</p> <p>(5) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。</p> <p>(6) 薬剤に関する情報提供は、<u>文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。</u></p>	<p><u>ソ 手帳による情報提供の状況</u> タ～チ 同左</p> <p>(4) (3) のエから<u>セ</u>までの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。</p> <p>(5) 同左</p> <p>(6) <u>薬剤情報提供文書により行う</u>薬剤に関する情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。</p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑤

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	<p>(7) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。</p> <p>(8) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。</p> <p>(9) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。</p> <p>(10) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。</p>	<p>(7) <u>薬剤情報提供文書における</u>「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。</p> <p>(8)～(10) 同左</p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑥

	H22年度改定	H24年度改定
薬学服用 歴管理指 導料要件	<p>また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすること。</p>	<p>(8)～(10) 同左</p> <p><u>(11) (1) のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等を行い、投薬された薬剤や服用患者の病態に応じるものである。</u></p> <p><u>(12) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。</u></p> <p><u>ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録</u></p> <p><u>イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録</u></p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑦

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件		<p><u>ウ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録</u> <u>手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。</u></p> <p><u>(13) 手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。</u></p> <p><u>(14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、できるだけ同一の手帳で管理できるよう、保険薬局は1冊にまとめるなどに努める</u></p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑧

	H22年度改定	H24年度改定
<p>薬剤服用 歴管理指 導料要件</p>		<p><u>(15) 手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付することで差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回手帳を持参した場合には、当該シール等が貼付されていることを確認する。</u></p> <p><u>(16) (1)のエの残薬の状況の確認にあたり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。</u></p> <p><u>(17) (1)のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成24年3月5日保医発0305第14号）の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。</u></p>

薬剤服用歴管理指導料の見直しについて⑨

	H22年度改定	H24年度改定
薬剤服用 歴管理指 導料要件	<p>(11) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。</p> <p>(12) 区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。</p>	<p><u>ア 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無</u></p> <p><u>イ 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）</u></p> <p>(18) ～(19)同左</p>

＜検討の方向性＞

- ◆ 患者の状態を確認し、お薬手帳による情報提供が不要な患者に対しては、患者の意思を確認の上でお薬手帳を交付しない場合について、新たな薬剤服用歴管理指導料（低額）を設定してはどうか。
- ◆ お薬手帳の代わりに安易にシールの配布のみを行い、その後、お薬手帳にシールの貼付を確認していないとの苦情もあることに鑑み、シールでの代替を認めないこととしてはどうか。

平成 25 年 12 月 25 日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会

1 号側（支払側）委員

矢	内	邦	夫
白	川	修	二
花	井	圭	子
花	井	十	伍
石	山	惠	司
田	中	伸	一
伊	藤	文	郎

平成 26 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の意見

- わが国の高齢化率は急速に進展しており、現行のまま医療費・介護給付費等が伸び続ければ社会保障制度を持続可能とすることは不可能である。このため、医療においては、社会保障・税一体改革に基づき、医療の機能分化・連携と地域包括ケアを構築するための医療と介護の連携を図るなど、効果的・効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- 平成 26 年度診療報酬改定に当たり、支払側は去る 11 月 27 日の総会において、厳しい国民生活の実態や経済成長を上回る国民医療費の伸びによる負担の拡大、さらには保険者財政が崩壊の危機にある一方、医療機関の経営は安定していることを踏まえると、診療報酬の引き上げを行うことは国民の理解と納得が得られないため、マイナス改定とすべきと主張した。併せて、薬価等改定分(引下げ分)は国民に還元するとともに、消費税率引上げに伴う診療報酬上の財源の算出にあたっては、薬価等も含めて消費税率引上げが消費者物価に与える影響を反映すべきとの考え方を提示したところである。
- 26 年度改定においては、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼とし、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うとともに、一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、主治医機能の強化による外来受診の合理化・効率化、後発医薬品の使用促進等、全体としての医療費適正化を図るべきである。
- 特に、急性期病床(7 対 1 入院基本料)に求める医療の定義を明確にしたうえでの要件の設定とその機能に応じた適切な評価を行うとともに、急性期後の受け皿の強化を確実に実施すべきである。また、医療経済実態調査の結果に基づいた病院と診療所間の財源配分を適正化すべきである。

- 支払側としては、今回の診療報酬改定が国民の期待に応える改定となるよう強く望むものである。
- なお、改定の具体的項目に関する意見は以下のとおりである。

1. 入院・外来における機能分化と在宅医療の推進

(1) 入院医療の機能分化等

入院医療は、超高齢社会に相応しい患者の状態像に合った切れ目のない医療提供体制を構築すべきである。このため、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うことを基本とすべきである。

- ① 高度急性期医療は3次救急としての24時間体制や高度な手術等を多数実施している総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関に対し、亜急性期入院医療管理料や療養病棟入院料を算定していないなど、要件を厳格化したうえで評価すべきである。
- ② 急性期医療については、7対1入院基本料の算定対象は「複雑な病態を持つ急性期の患者に対し、一定の期間集中して高度な医療を提供する医療機関」と明確に位置づけるべきである。
 - ・ そのうえで、10対1入院基本料も含めて特定除外制度を廃止し、急性期病床に相応しい患者に特化した医療を提供するべきである。
 - ・ 手術や検査の方法等が標準化された短期入院を平均在院日数の計算対象から除外すべきである。
 - ・ また、重症度・看護必要度の評価項目は急性期医療に則した体系に改めるため、喀痰吸引や血圧測定等を項目から除外するとともに、急性期病院の実態を把握するために、DPCデータの提出を要件とすべきである。
 - ・ さらに、現行の7対1入院基本料の経過措置を延長することなく、新たな7対1及び10対1入院基本料の見直しに係る激変緩和措置は長期化させずに適切な期間を設定すべきである。
- ③ 亜急性期医療については、急性期後の受け皿、在宅等の患者の急性増悪の受入れ、在宅への復帰支援を主な機能に位置付けたうえで、その機能に応じた評価をすべきである。
 - ・ また、亜急性期病床は現行の病室単位から病棟単位に改めるとともに、全ての病棟を亜急性期病棟とする医療機関を認めるべきである。
 - ・ さらに、亜急性期医療に適した重症度・看護必要度の基準を導入することに加え、提供している医療データの提出を要件とすべきである。
- ④ 慢性期医療については、社会的入院を是正する観点からも療養病棟の評価は在宅復帰率を要件に組み込む必要がある。
 - ・ また、療養病棟療養環境改善加算及び診療所療養病床療養環境改善加算については、改善計画が進んでいない療養病床等は加算の適正化を検討する必要がある。
- ⑤ 有床診療所は、医療経済実態調査の結果をみると経営は安定しており、院長収入も高く、入院基本料全体を引き上げる必要はない。地域包括ケアの一端を担う有床診については、病院からの早期退院患者の受入れ及び在宅患者の急変時の受入れなどの実績に基づいた

評価のあり方の検討が求められる。

- ・ 一方、長期入院に係る評価は、社会的入院の是正の観点からも慎重に検討すべきである。
- ⑥ 医療提供体制が十分ではない地域における医療機関に配慮した評価については、患者負担を考慮し、診療報酬上の要件緩和の対象となる地域を現行の 30 医療圏に限定したうえで、補助金を含めた一体的な支援が求められる。

(2) 外来医療の機能分化と財源配分の見直し

外来医療については、機能分化や病・診連携を推進する観点から、大病院の専門外来化の推進と中小病院、診療所における主治医機能の評価による外来受診の合理化・効率化を行うことを基本とすべきである。

- ① 500 床以上的大病院の専門外来化については、外来の機能分化はもとより勤務医の負担軽減の観点からも重要であるため、紹介・逆紹介率の基準の強化を行うべきである。
- ② 中小病院及び診療所の外来については、主治医機能を強化し、高齢者を中心に複数の慢性疾患を持つ患者に対し、全人的かつ計画的に診る評価を導入すべきである。
 - ・ 具体的には、複数の生活習慣病と認知症を罹患している患者一人に対して一医療機関が算定することを前提に、服薬管理や後発医薬品の積極的な使用、24 時間の対応、在宅医療への関与、重複検査等の防止などを要件とするとともに、指導料や処方料、外来管理加算などの各種加算を包括化した評価体系とすべきである。
 - ・ また、7 剤ルールについては、多剤投与による患者の身体への影響を踏まえ、規制を堅持すべきである。

(3) 在宅医療の推進等

在宅医療については、超高齢社会においても住み慣れた地域で安心して暮らすために、入院から在宅までの切れ目のない医療が提供できるよう、地域包括ケアシステムを構築する観点から、引き続き推進することが求められる。その際には、不適正事例に対応できる規定を整備すべきである。

- ① 在支診・病については、その対象となる全ての医療機関に対し、体制整備にとどまらず、緊急往診や看取りの件数といった実績を十分に上げることを求めていくべきである。
 - ・ このうち、機能強化型の在支診・病については、緊急往診や看取りの件数を厳格化するとともに、連携型の機能強化型在支診・病においてもそれぞれの医療機関に実績要件を設定すべきである。
- ② 不適正事例を未然に防ぐ観点からは、療養担当規則を改正し、紹介業者からの患者紹介に対する紹介料の提供を禁止するとともに、在宅患者訪問診療料の要件に診療実績の記載や患者・家族への説明に加え、同一建物内の評価の適正化を行うべきである。
 - ・ 在宅時医療総合管理料及び特定施設入居時医学総合管理料については、同一建物内の基準を新たに設定したうえで、適正な評価とすべきである。
- ③ また、在宅歯科医療についても過剰診療を是正するため、「歯科訪問診療 2」の評価を適正化すべきである。訪問看護ステーションについては、24 時間体制、看取り、重症度の高い患者の受入れなどの実績を踏まえた機能強化型の施設要件を検討することが求めら

れる。

- ④ 在宅自己注射管理料については、一律の評価を改め、在宅自己注射開始時から一定期間が経過した後の評価を適正化すべきである。

2. 個別課題について

(1) 診療報酬の標準化・包括化の推進

- ① 診療報酬体系については、治療方法等が標準化された技術等については、包括化を推進すべきである。
 - ・ 具体的には、入院医療については、治療または検査の方法が標準化されている短期間の入院については、包括評価とするとともに、一入院包括とすべきである。
- ② DPC 制度については、医療の標準化や効率化を目指し、DPC データの分析を進めるとともに、一入院包括への移行や急性期病院として合致しないケアミックス型病院への評価のあり方などを引き続き検討することが重要である。
 - ・ また、DPC 制度における後発医薬品指数の評価上限の設定にあたっては、新指標の 60% に拘らず、より高い上限を設定するとともに、将来的には包括評価の点数設定は、先発品を用いるのではなく後発品を用いて設定することを検討すべきである。
 - ・ 併せて、○再入院ルールの見直し、○併存傷病名の記載要領の見直しなどを検討すべきである。

(2) 病院医療従事者の負担軽減策及び救急・小児医療等について

- ① 急性期の病院医療従事者の負担軽減策については、医師と他職種との役割分担や医師の交代制勤務、地域の他の医療機関との連携といった取組みを条件に休日・時間外・深夜の手術を評価するとともに、重症度の高い患者の割合が高い病棟における看護職員夜間加算を評価することが重要である。
 - ・ また、病棟薬剤師の評価については、療養病棟・精神病棟の加算期間の延長は慎重に検討すべきである。
- ② 一般病棟の 13 対 1 及び 15 対 1、その他の入院基本料については、看護師の月平均夜勤時間が満たせない場合だけに算定可能な減額措置の創設は行うべきでない。なお、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料については、同様の減額措置を見直すことを検討すべきである。
- ③ 救急医療については、精神疾患及び薬物中毒患者に対する医師の負担に配慮した評価を検討する一方で、救急医療管理加算は「その他」に該当する患者の取扱いを厳格化すべきである。
- ④ 周産期・小児医療については、NICU における退院調整および退院支援を充実させることが求められる。

(3) 精神医療・認知症対策について

- ① 精神医療については、患者の早期の社会復帰等を目指す観点から、諸外国に比べ極端に長い平均在院日数の短縮に向けた早期退院と地域移行への評価の検討が必要である。なお、自殺予防対策の推進が重要と考えられる。

- ・併せて、諸外国に比べ向精神薬の投薬数が極端に多いことを是正するため、○非定型抗精神薬加算 2 の廃止、○多量・大量処方 of 厳格化、○減算対象薬剤に抗精神病薬の追加などを実施するとともに、精神科デイケアの 1 年以上の長期利用については、減算や回数を制限するなど、適正利用を推進すべきである。
- ② 認知症対策については、地域移行と地域定着を推進し、認知症治療病棟の平均在院日数を短縮する必要がある。
- ③ 早期診断・早期介入をより進めるため、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)を新たに評価するとともに、重度認知症加算については短期間の重点的な評価に改めることが求められる。

(4) がん対策について

- ① がん対策については、がん対策推進基本計画に基づき、がん医療の均てん化は必要であるが、手術等を含めた高度がん医療の集約化を進め、症例の集中により医療機関の熟練度を高めるべきである。
- ・併せて、在宅におけるがん医療については、医療機関の連携と緩和ケアの推進を検討することが重要である。
- ・また、外来化学療法加算については、対象となる薬剤を厳格化すべきである。

(5) たばこ対策について

- ① たばこ対策については、ニコチン依存管理料の対象拡大は慎重に検討するとともに、同管理料の効果を検証し、そのあり方を検討すべきである。

(6) リハビリテーションについて

- ① 急性期病棟の早期リハビリテーションに理学療法士を配置した場合の評価は、対象疾患を限定し、ADL の低下の割合等のアウトカム評価も行うことを条件に導入することが求められる。
- ② 廃用症候群については、疾患別のリハビリが適切に実施されるよう運用の厳格化と評価を適正化すべきである。
- ③ 維持期リハビリテーションについては、介護保険への移行を進める観点から、経過措置を継続する場合は算定可能な単位の厳格化及び点数設定の適正化を条件とするほか、その期間を明確に限定すべきである。

(7) 手術について

- ① 手術については、過去 2 回の改定において大幅な引上げを実施したことを踏まえ、エビデンスに基づき費用対効果の高い新規手術を評価する方向で検討することが重要である。
- ・併せて、症例数の集約化により医療機関の熟練度を高めることは、医療の質の向上並びに医療材料価格等の適正化に資するため、手術数に応じたアウトカム評価を検討すべきである。

(8) 明細書無料発行の推進など患者の視点に立った医療の実現について

- ① 明細書については、国民が受けた医療サービスを理解・納得する貴重な情報源であるため、免除規定を廃止し、全ての医療機関に対し、無料発行の義務化への道筋を示すとともに、完全義務化を実施すべきである。当面、病院においては平成 28 年 4 月から義務化すべきである。
 - ・ また、窓口負担のない患者への無料発行の義務化や明細書発行手数料の適正化を進めるべきである。
 - ・ なお、次期療養費改定に向けては、柔道整復施術療養費の請求の電子化と療養費全体における明細書の無料発行の義務化を目指すべきである。
- ② 診療報酬体系については、簡素化と包括化を推進することが重要である。
- ③ 併せて、早期のレセプトの完全電子化を実現するとともに、○未コード化傷病名の廃止、○傷病名の統一と主傷病名の明示、○院外処方も含めて傷病名と診療内容・薬剤が紐付け可能なレセプト様式・記載要領の改善、○医療費等の分析に資するためのレセプト様式の見直しなどを図るべきである。
- ④ 医療機関における褥瘡の有病率や院内発生率等の基礎データを収集し、院内および在宅における褥瘡対策を充実すべきである。

(9) 歯科診療報酬について

- ① 歯科診療報酬については、周術期等の口腔機能の管理に係る評価は、在院日数削減に資するものについて、引き続き評価することが重要である。
- ② 一方、歯科外来診療環境加算を見直す際には、財政中立を前提に見直すべきである。
- ③ 併せて、根管治療については、治療回数の頻度及び治療期間が極端なケースを是正する仕組みとすべきである。

(10) 後発医薬品のさらなる使用促進

- ① 後発医薬品の使用促進に向けては、ロードマップが定めた 5 年で数量ベース 60%を達成する目標の早期達成を図るため、後発医薬品の品質は十分であることを、国が医療従事者や患者に周知し続ける取り組みが不可欠である。
- ② そのうえで、後発医薬品調剤体制加算については、ロードマップに基づく新指標等を踏まえ、財政中立を前提に後発医薬品の調剤数量割合がより高い調剤薬局を評価する方向に見直すべきである。
- ③ さらに、療養担当規則に一般名処方の努力規定を設けるとともに、一般名で処方された医薬品が原則後発医薬品として選択されるよう、保険薬局・薬剤師が後発医薬品の安全性等に関する説明を行うことの努力規定も設けるべきである。

(11) 調剤報酬について

- ① 調剤報酬体系を簡素化・合理化する観点から、調剤基本料と各種加算の包括化を推進すべきである。
- ② 調剤報酬については、同一法人の店舗数が多い調剤薬局の利益率が高い傾向にあるなど医

療経済実態調査の結果を踏まえ、適正化を図るべきである。

- ・ 具体的には、同一法人の店舗数、処方せん枚数や特定の医療機関の処方せんに基づく調剤割合等に注目したうえで、調剤基本料を適正化すべきである。
- ③ 残薬対策のための分割調剤は、患者負担が増加しないことや効果を検証することを条件に試行的な実施が求められる。
- ・ また、残薬の適正化は、処方せん受付時に残薬状況等を確認することに加え、主治医機能による服薬管理と組み合わせて対応することが重要である。

(12) 薬価・保険医療材料価格の見直し

- ① 薬価基準制度および保険医療材料価格制度は、公的医療保険制度のもとに必要な医薬品、医療材料・機器を確保するため、有用性の高い革新的な新薬等を適切に評価するとともに、既収載品については、市場実勢価格を踏まえ、適正に価格を設定することを基本に見直すべきである。
- ② 試行継続中の新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象は、○適応外薬・未承認薬の開発要請品目及び公募品目の研究・開発、○真に医療の質の向上に貢献する医薬品（小児、オーファン・ドラッグ、アンメットメディカルニーズ対応品）の研究・開発—に限定すべきである。
 - ・ 真に医療の質の向上に貢献する医薬品については、当該研究・開発品目を登録したうえで、その研究・開発状況を適切に確認・検証する仕組みを構築すべきである。
 - ・ また、市場実勢価格との乖離率が全収載品の平均乖離率を超えないとする要件の見直しが必要で、医薬品自体を評価する方式に向けた検討が必要であるため、試行を継続すべきである。
- ③ 長期収載品の薬価は、市場実勢価格の反映を原則としつつ、一定期間を経ても後発品への適切な置き換えが図られていない場合は、後発品への適切な置き換えを後押しする観点から、新たに特例的な引下げを行うべきである。
 - ・ 引下げ幅については、後発品への置き換え状況に応じた率を段階的に設定するとともに、現行の特例引下げだけでなく、過去の追加引下げも考慮して設定することが求められる。
 - ・ また、新たな特例的引下げの対象となる医薬品は、改定を経るたびに減少することも考えられることから、引下げ率は薬価調査の結果等を踏まえ、改定毎に見直す必要がある。
- ④ 新規収載後発医薬品の薬価は、市場実勢価格の下落率を踏まえ、先発品薬価の6割を原則とし、内用薬については銘柄数が10を超える場合は、5割とすべきである。
 - ・ また、次々回改定に向けては、薬価調査の結果等を踏まえ、先発品薬価の5割を原則とするこの検討が必要である。
 - ・ 既収載後発品の薬価については、最高価格の30%以下の後発医薬品は統一名・統一価格収載、同30%～50%及び50%以上は加重平均した価格をそれぞれ設定し、価格帯を3つに削減すべきである。さらに、将来的には統一名・統一価格を目指す必要がある。
- ⑤ 新薬におけるイノベーションの評価は、価格決定の納得性を高めるためにも、定量的な評価手法を導入すべきである。
 - ・ 世界に先駆けて日本で承認した新薬の評価は、画期性加算または高い加算率の有用性加算を受ける新薬に限定すべきである。
 - ・ 一方、外国平均価格調整の引き下げ対象を1.25倍とするなど必要な見直しを行うべきであ

る。

- ・ さらに、次々回改定に向けては医薬品購入の妥結率への対応を検討すべきである。
- ⑥ 保険医療材料価格については、イノベーションの評価に対しては、薬価と同様に定量的な評価方法を導入すべきである。
- ・ 機能区分の特例については、画期性加算または高い加算率の有用性加算を受ける医療機器等に限定すべきである。
- ・ また、外国価格調整では、内外価格差のさらなる是正に向けた取り組みを継続すべきである。
- ・ さらに、現行の機能区分については、機能に応じた適切な合理化・細分化の実施が求められる。

(13) 消費税引上げに伴う診療報酬上の対応について

- ① 消費税引上げに伴う診療報酬上の手当てについては、患者が受けた医療サービスに応じて負担するという観点から、基本診療料と特掲診療料の双方で対応すべきである。
- ・ このうち、特掲診療料での対応は医療機関における消費税負担と対応可能と考えられる医療機器等を使用した検査・処置・手術に関連する項目などにより行うべきである。

(14) 医療技術における費用対効果評価について

- ① 患者がエビデンスに基づく医療を適正な負担で受けるためには、医薬品、医療材料・機器等の評価に費用対効果の視点を導入することが欠かせない。
- ② 次々回改定における制度化に向けて、わが国の具体例を踏まえた検討を行うためにも、医薬品、医療材料・機器等の保険適用を希望する際は、費用対効果の検証に資する統一的なデータ提出を必須とすべきである。
- ③ なお、先進医療の中で特に高額な技術の保険収載については、QOL の改善等の費用対効果も考慮したうえで、慎重に判断することが求められる。

平成25年12月25日

中央社会保険医療協議会
会長 森田 朗 殿

中央社会保険医療協議会
二号委員
鈴木 邦彦
安達 秀樹
中川 俊男
万代 恭嗣
長瀬 輝誼
堀 憲郎
三浦 洋嗣

国民が望み納得できる、安心・安全で良質な医療を安定的に提供するための 平成26年度診療報酬改定に関する二号（診療側）委員の意見

〔医科〕

I 基本的考え方

我が国では、国民皆保険の下、低水準の医療費の中で世界一の医療レベルを達成してきた。しかしながら、今世紀に入ってから4度にわたる診療報酬の引き下げ等により、国民が求める安心・安全で良質な医療を安定的に提供するために必要な費用は抑えられ続け、地域医療の崩壊が起きた。

その後、直近2回の改定は全体（ネット）プラス改定となったが、財源の多くが必ずしも十分ではないものの大規模急性期病院に重点配分され、地域医療を支えている無床・有床診療所や中小病院への配慮に欠け「医療崩壊」を阻止するには至っていない。平成26年度診療報酬改定では診療所や中小病院に対する十分な財源配分をすべきである。

我が国では急速に高齢化が進行し、「多死社会」を迎えようとしている。厚生労働省が「地域包括ケアシステム」の構築を提唱しているが、高齢者が安心して生活するためには、「かかりつけ医」の役割は重要で、その評価体系は十分議論すべきである。ただし、フリーアクセスを規制した人頭割制度は、高齢者に必要な医療を可及的迅速に提供し続けるためには、絶対に避けるべきである。

また、これまでの診療報酬改定では、政策誘導等によって首尾一貫しない点数の設定と変更が繰り返されてきたために、各医療機関は将来の見通しを立てることができず、更なる経営上の困難に直面してきた。診療報酬改定においては、長期的な方向性と根拠に基づきながら、医療現場の実態や経営にもきめ細かく配慮した丁寧な対応が不可欠である。

社会保障費抑制策や市場経済原理主義的政策の再燃も危惧されるが、今こそ

真に国民に安心を与える公的医療保険制度の充実が求められており、その実現に向け必要な診療報酬体系を構築するため、平成26年度診療報酬改定に当たっては、以下に示す事項を基本方針として捉え、その実現に向けて取り組むことを求める。

なお、これまで中医協で検討してきた項目については、あくまでも財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てくることは当然である。

1. 不合理な診療報酬についての見直し
2. あるべき医療提供コスト等（医業の再生産費用を含む）の適切な反映
 - 2-1 「もの」と「技術」の分離の促進
 - 2-2 無形の技術を含めた基本的な技術評価の重視
 - 2-3 出来高払いを原則としつつ、包括払いとの適切な組合せの検討
 - 2-4 医学・医療の進歩の速やかな反映
3. 大病院、中小病院、診療所がそれぞれに果たすべき機能に対する適切な評価と、地域の医療提供システムの運営の円滑化
 - 3-1 地域の中小病院や診療所の「かかりつけ医」が「地域包括ケアシステム」において担う中核的機能を踏まえた、中小病院、診療所に対する手厚い評価
 - 3-2 急性期医療から回復期に至るまで、良好に運営できる診療報酬体系の整備と十分な評価
 - 3-3 救命救急、二次救急医療等の不採算医療を引き受けてきた医療機関が医療費（公費を含む）で健全に運営できる診療報酬の設定
 - 3-4 医療資源が乏しく医療提供が困難な地域に対する更なる配慮
4. 医療従事者の負担軽減策（チーム医療を含む）の更なる推進
5. 施設基準の要件緩和と簡素化
6. その他必要事項の手当て

II 具体的検討事項

以上の基本方針を前提として、特に検討すべき具体的な事項について、以下に列挙する。

1. 初・再診料

(1) 初・再診料の適切な評価（引き上げ）

初・再診料は医師の技術料の最も基本部分であるとともに、経営の原資となるものであり、医療機関の健全な経営のために医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数に引き上げること

(2) 再診料の見直し

診療所・中小病院の再診料の水準を平成22年度改定前の水準に戻すこと

(3) 外来診療料と再診料の同一化

外来診療料を再診料と同一にして検査・処置等の包括化をやめ、出来高算定できるようにすること

(4) 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価

同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、全ての診療科について、初診料及び再診料の区別なく、また減算することなく算定できるようにすること

等

2. 入院基本料

(1) 入院基本料の適切な評価

看護職員配置数により格差がつく評価体系を改め、医療機関の設備投資・維持管理費用について明確に評価するとともに、多職種協働によるチーム医療の推進を踏まえ、看護師だけでなく多種の医療従事者の人件費についても適切に評価すること

(2) 入院患者の他医療機関受診の取扱いの見直し

精神疾患を含め多疾患を有する高齢者の増加や、専門医療が高度化している現在、他医療機関受診時の出来高入院料の減算（30%）や特定入院料等の減算（70%）は、懲罰的な診療報酬規則であり、国民の受療する権利を阻害しているため、減算方式を撤廃すること

また、他医療機関での保険請求が不可能なことで、手続きが非常に煩雑になるとともに、特定入院料等算定医療機関では保険請求すら出来ず全額持ち出しとなっているため、他医療機関での保険請求を可能とすること

(3) 有床診療所の入院基本料の引き上げ

介護施設よりも評価が低いという有床診療所の入院基本料の不合理性を是正すること

(4) 入院基本料の算定要件とされた栄養管理体制の見直し

有床診療所・小規模病院、地域特性により基準を満たせない医療機関については加算に戻すこと

(5) 療養病棟入院基本料において複数の疾患等を合併している場合の医療区分の引き上げ

複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価を引き上げること

(6) 療養病棟入院基本料の医療区分1の評価の見直し

医療区分1における医療の質を確保するため、ケア時間等を踏まえて評価を引き上げること

(7) 月平均夜勤72時間ルールの緩和

看護職員の確保並びに医療及び看護の質の確保のため、72時間ルールを加算に変更すること。現場では、夜勤のみを望む看護職員あるいは家庭環境により夜勤が困難な看護職員の存在を考慮すると、月平均夜勤時間の算定は夜勤専従を除く全看護職員の平均とすることが合理的である。

- (8) 一般病棟入院基本料1.5対1の引き上げ
一般病棟入院基本料1.5対1を最低でも平成22年度改定前の水準に戻すこと
- (9) 精神科病棟入院基本料の引き上げを含めた充実
精神科救急入院料や精神科救急・合併症入院料については、精神科救急を行っている病院が適切に算定できるように要件を緩和すること
また、精神科身体合併症管理加算の算定日数等について、適切な評価を行うこと
- (10) 退院時処方に係る薬剤料の取扱い
投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）
または特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、
転院時に転院先の医療機関から転院元の医療機関に対し、薬剤の投与の依頼があった場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定可能とする
こと 等

3. 入院基本料等加算、特定入院料

- (1) 現場の柔軟性を損なわない形での勤務医負担軽減策の実施
- (2) 医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大
医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題であり、特定機能病院、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床、診療所等においても多くの医師事務作業があるため、対象病棟を拡大すること
また、配置数については、病院全体の急性期患者数ではなく、病床数を加味したものに変更すること
- (3) 急性期看護補助体制加算の見直し
現場の実情に合わせて急性期看護補助体制加算を入院全期間において算定できるようにすること
- (4) 医療の安全管理・院内感染対策等に対する評価充実
実際にかかっている経費を保証する点数設定（手術時の医療安全管理に対する評価を含む）を行うこと
- (5) 包括支払病棟における出来高算定可能項目の整理
包括支払病棟（DPC、特定入院料、療養病棟等）における出来高算定可能項目は個々の点数設定のさまざまな算定規則で整合性に欠けているため
（特に精神科特定入院料）、基本的な考え方の整合性を図り内容を見直すこと
- (6) 亜急性期病棟の十分な評価
今回、亜急性期入院医療が、基本的に病室単位から病棟単位になる場合、
下記について十分な評価を行うこと
- 在宅患者、施設入居者等の急性増悪者を受け入れる場合、急性期対応の評価を行うこと
 - 在宅復帰支援、急性増悪者受け入れ等は、地域包括ケアを支援するもの

であり、連携担当者に対する特定入院料の評価を行うこと

等

4. 基本診療料全般

- (1) ストラクチャー評価でなくプロセスを重視した評価の視点の拡大（中小病院等でも提供する各種加算サービスを算定できるような工夫（専従要件、面積要件等）を含む）
- (2) 地域差や地域の医療資源の実態を反映した施設基準の設定 等

5. 医学管理等

- (1) 主病は1つという考え方の是正
- (2) 小児科外来診療料の点数引き上げと算定要件見直し（対象年齢の拡大等）
- (3) 地域連携の取組みに対する更なる評価
精神疾患患者に対する地域連携パスを活用した取組みを評価すること
- (4) 外来リハビリテーション診療料の算定期間の延長と算定要件の緩和
- (5) がん登録に対する診療報酬上の評価
正確ながん登録が進み各種のクリニカル・インディケータの蓄積が進めば、個々の患者にとっても有益な情報となる。今般のがん登録推進法に伴う診療報酬上の評価を行うこと
- (6) 救急搬送医学管理料の再評価
現在、「夜間休日救急搬送医学管理料」が認められているが、救急対応を必要とする患者は昼夜を問わず搬送されてくるため、それに応じた人員配置が必要となることを踏まえ、同管理料について終日算定可能となるよう再評価すること
- (7) 自殺予防対策
かかりつけ医と精神科医療機関との連携によるうつ病の精査・治療連携管理料、うつ病連携医療加算の創設 等

6. 在宅医療

- (1) 強化型及び従来型の在宅療養支援診療所・病院及びそれ以外の診療所・病院との在宅点数格差是正
強化型及び従来型の在宅療養支援診療所（在支診）・病院（在支病）以外の診療所・病院についても、在支診・在支病と同じように在宅医療を行っている場合には、同様の評価をすること
- (2) 在宅患者訪問診療料の算定要件の見直し
同一建物居住者の不合理を是正するとともに、高齢化に伴い多様な疾患を持つ患者が増加しており、在宅医療においてもそうした患者に連携して対応するため複数医療機関での算定を認めること
- (3) 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大
在宅医療推進のために、医療保険での訪問看護、訪問リハ等の適応を拡大

すること（短期的には、医療療養病床の医療区分2・3にある疾患・状態を
採用する形での評価が考えられる）

(4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料の見直し

一般処置・排尿管理・栄養管理等に区分し、病診及び診診連携による在宅
医療の複数医療機関における併算定を可能にすること 等

7. 検査・画像診断

(1) 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料の見直し

(2) コンピュータ断層診断の要件を見直し、他医療機関撮影のCT等の読影
は初診・再診にかかわらずに評価すること 等

8. 投薬

(1) 7種類以上の内服薬投与時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の廃止

(2) 処方日数の適正化

長期処方（例えば30日以上）を行う場合には、必要理由の記載を義務付
けるようにすること

(3) 院内調剤と院外調剤の格差是正（院内処方の一包化加算の新設も含む）

(4) 後発医薬品使用に対する基盤整備

後発医薬品に対する医療提供側、患者側双方の不信感や情報不足を解消す
るための早急な基盤整備を行うこと、更に患者や医師が安心して後発医薬品
を使うためのチェックシステムを設置すること 等

9. 注射

入院化学療法・外来化学療法についてそれぞれ適切に評価するとともに、チ
ーム医療によるプロトコル管理等に対する評価を行うこと 等

10. リハビリテーション

(1) リハビリテーションにおける算定要件の緩和と一物二価の解消

(2) 維持期のリハビリテーションの継続と医療としての適正評価

1か月13単位の算定が認められている維持期リハビリテーションの算定
は平成26年3月までとされているが、介護保険下の通所リハビリテーショ
ンは、現状では質的・量的に整備不十分であり、維持期リハビリテーショ
ンの算定を引き続き算定可能とすること 等

11. 精神科専門療法

(1) 通院・在宅精神療法の時間区分の見直し

(2) 入院患者の退院促進

入院患者への精神科専門療法の同一日算定不可要件の緩和、入院精神療法
の回数制限の撤廃 等

1 2. 手術・処置・麻酔

(1) 「もの」と「技術」の分離の明確化と評価の見直し

手術及び処置の診療報酬は、例えば、心臓外科、肝臓外科など、縫合糸代だけで20%以上に達するものがあり、「もの」と「技術」の評価が分離しておらず、「技術」の評価が不明瞭となっている。したがって、手術及び処置において使用された医療材料等は別途算定可能とし、診療報酬点数において「もの」と「技術」の分離を明確にし、技術料として低すぎる処置料等の評価を見直すこと

(2) 緻密なコスト計算に基づく外保連方式の更なる導入

前回、前々回改定において多くの手術点数改定に用いられた外保連方式を他の手術や処置にも広く導入すること（検査・麻酔についても同様）

(3) 同時実施手術の評価

「従たる手術は1つに限り算定する」との取り扱いを廃止し、行った手術の手技料をそれぞれ算定できるようにすること 等

1 3. 放射線治療

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、その人数に応じた段階的な評価を行うとともに、放射線治療計画の策定や放射性物質の適切な管理等に対しても加算等による対応を行うこと 等

1 4. その他

(1) 診療報酬点数表の一層の簡素化・明確化

現行の診療報酬体系、施設基準体系は、告示・通知も含めて、極めて複雑であり運用上非効率であるばかりか、誤解や誤算定を起こしやすい内容となっているため、大幅な簡素化を図り、柔軟な運用を可能とする制度に変更すること

(2) 施設基準における専従要件について

診療報酬上「専従」の要件は明らかとはされていないものの、実態として他の業務を行うことは認められていないが、医療機関の医師をはじめとした業務の多様性や効率性を踏まえ、柔軟な対応を認めること

(3) 改定時における点数表の早期告示と周知期間の確保

(4) 医療情報の標準化と診療報酬上の評価

医療情報の標準化によるデータ活用の推進は、日本の医療の安全・質向上に大いに貢献する。今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、医療情報標準化指針で示された規格に含まれる厚生労働省標準規格に適合した電子カルテ等の医療情報システムを使用し標準化されたデータを取り扱う場合には、診療報酬上十分な評価を行うこと

(5) その他必要事項

〔歯科〕

I 基本的考え方

過去に例のない速度で高齢化が進む我が国において、最後までいかに質の高い人生を全うするかは重要な課題であり、そこには新しい医療哲学が求められている。我々歯科医療提供者は、その視点において口腔機能の維持・向上が極めて重要な役割を果たすことをエビデンスをもって示しつつ「生きがいを支える歯科医療」としての位置づけの中で、歯科医療の果たす役割と責任を議論してきた。

これは消費税の増税による社会保障の充実という国の方針を、自らの負担増加にもかかわらず受け入れた国民の決断に対して、医療提供者として国民に示すべき最低限の内容であると共に、現政権の掲げる「健康寿命の延伸」という目標と完全に一致する理念であるが、今般決定された改定財源をみると、それらの実現は困難であると言わざるを得ない。長期に亘った我が国の医療費抑制策による歯科医療の崩壊状態から未だに脱却できない状況にあることを踏まえて、以下に示す事項を基本方針として定め、歯科診療報酬について所要の改定を求める。

1. 歯科医療機関の大部分が経営基盤の脆弱な個人診療所であることに鑑み、更には歯科医療に係わる全ての者が誇りをもって働くために、歯科においてのみ評価の低い初・再診料の引き上げを行うこと
2. 長年財政的な理由により、評価を低く抑えられてきた基本的な歯科の技術料について、生活の質に配慮した歯を残す技術という観点から引き上げを行うこと。併せて新規技術の保険導入と普及促進のための適切な評価を行うこと
3. 特に高齢者における口腔機能の低下が、生活の質の低下に大きな影響を及ぼすことも含め、生涯に亘る口腔機能の維持・向上に向けて、口腔機能管理の充実へ向けての評価を行うこと
4. 在宅歯科医療、障がい者歯科医療は超高齢社会において、ますます需要が増加する分野であり、歯科医療機関が不採算覚悟で対応するような現状を改め、充実した評価をすること
5. 単科である歯科に特有な煩雑で多岐に亘る留意事項通知により、臨床現場が窮屈になっている現状がある。患者の視点に立って良質な歯科医療が円滑に提供できるよう、臨床医の裁量を確保する方向で整理をすること

6. その他必要な事項について検討し、見直して充実を図ること

II 具体的検討事項

1. 小規模経営である歯科診療所の基礎を支える初・再診料について段階的な引き上げを行い、安心かつ安全な歯科医療提供体制を確保するとともに、医科歯科格差の是正により、歯科医療に係わる全ての者が誇りをもって働ける環境の構築を図ること 等
2. 生活の質に配慮した歯科医療技術の適切な評価及び新規技術に関連した歯科医療の充実
 - (1) 日本歯科医学会のタイムスタディー調査等の客観的指標を参考にして、歯科医療における基本的技術料の見直しを行うこと
 - (2) 歯科医療提供環境の特殊性を踏まえた歯科外来診療環境体制加算の更なる充実を図ること
 - (3) 新規技術の保険導入と普及促進のための適切な評価の検討 等
3. 口腔機能の維持・向上の視点での歯科医療技術の評価
 - (1) 前回改定で導入された周術期口腔機能管理への取り組みの推進並びに病診連携の更なる推進。特に歯科の併設のない病院における評価の充実
 - (2) 周術期に限定せず、高齢者歯科医療、在宅歯科医療に共通する口腔機能低下に対する医学管理を含む歯科医療の充実
 - (3) 小児から高齢者まで、生涯に亘る口腔機能の維持・向上を目的とした歯科医療技術の評価 等
4. 在宅歯科医療の推進と適切な評価及び医療連携の充実
 - (1) 要介護者等における在宅歯科医療の需要に応えられる提供体制の確保に向けた評価の充実。特にかかりつけ歯科医機能を果たす居宅への訪問歯科診療への評価の充実
 - (2) 在宅歯科医療に関する多職種連携の推進。特に医科の在宅現場や訪問看護の現場から、歯科医療機関への連携が進むための評価
 - (3) 想定していない企業的な訪問歯科診療の抑止について、適切な訪問歯科診療を阻害しない視点での見直し。また診療室では評価されている50/100 困難加算が在宅現場では算定できないような通知運用の見直し 等
5. 特別な対応が必要な患者への歯科医療の評価
 - (1) 特別な対応が必要な患者への歯科医療の更なる評価
 - (2) 特別な対応が必要な患者への加算の内容、要件の見直しと適切な評価の検討

(3) 専門性の高い医療機関と歯科診療所との連携推進のための評価 等

6. 患者の視点に立った質の高い歯科医療が、不合理な規制無く円滑に提供できるための留意事項通知等の整理

(1) 臨床現場の実情にそぐわない、過度な事務的負担を求める不合理かつ詳細に過ぎる通知の是正。診療録、レセプト摘要等の記載に関する見直し等、歯科医師の事務的作業の負担軽減

(2) レセプト請求の電子化により顕在化した問題への対応

(3) 治療の妨げとなるような、「歯周病の診断と治療に関する指針」等の誤った運用とその取扱いの見直し

(4) 主治医が必要と判断したときに、患者の要望や理解度に合わせて、過不足無く情報提供ができるような柔軟で有効な文書提供の仕組みへの見直し

等

7. その他必要な事項

〔調剤〕

＜保険薬局における調剤報酬関係＞

I 基本的考え方

我が国の医薬分業は、近年、急速に進展しており、国民・患者にとって身近な存在となったといっても過言ではない。

薬剤師による薬学的管理は、医薬品の適正使用のために不可欠である。重複投与や相互作用の防止、副作用の早期発見・回避をはじめ、服薬における患者の安全確保、後発医薬品の使用促進に関するロードマップで示された新たな目標(5年後までに数量ベース 60%以上)の達成に向けた更なる対応、残薬に関する問題の改善などについて積極的に取り組んでいくことが肝要である。

また、在宅医療の推進という喫緊の課題の中で、在宅医療に必要な注射薬の無菌製剤や医療用麻薬等の供給体制の整備をはじめ、在宅薬剤管理指導業務への取り組みも求められている。

一方、医療経済実態調査の結果からわかるように、後発医薬品の普及促進への取り組みや投与日数の長期化に伴う備蓄医薬品の品目数・数量・高額医薬品の増加、廃棄損耗の増加等により、保険薬局の経営は圧迫されている。

こうした状況を踏まえ、保険薬局の経営基盤の強化が急務であり、以下の事項を基本方針とする取り組みを進めていくことを求める。

1. 医薬品の適正使用の推進
2. かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局機能の推進
3. 薬学的管理指導の充実
4. 在宅医療への積極的な参画
5. 後発医薬品の更なる使用促進

II 具体的検討事項

1. 地域に根差したかかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局機能の評価
2. 患者個々の薬歴等を踏まえた的確な投薬管理・指導の評価
(医療安全の確保、残薬管理等)
3. 在宅医療推進のための体制整備の評価
4. 後発医薬品の更なる使用促進に向けた体制整備の評価
5. 無菌製剤処理(麻薬注射剤、小児の無菌製剤等)に関する評価
6. その他必要事項

＜病院・診療所における薬剤師業務関係＞

I 基本的考え方

医療の急激な進展に伴い、それぞれ高い専門性をもつ医療従事者が協働して患者中心の医療を実践するチーム医療を推進することの重要性が強く認識されるようになった。このような状況を背景に、厚生労働省に設置された「チーム医療推進に関する検討会」の報告書（平成22年3月19日）を踏まえて、平成22年4月30日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」が発出された。

医療環境が激変するなかで、「多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療」の推進が急務となっている。病院・診療所等において、医療スタッフの十分なコミュニケーションを前提とするチーム医療に薬剤師が積極的に参画し、薬の専門家として医療に貢献することが重要となっている。

薬剤師が医療安全の確保と薬物療法の質の向上に努め、チーム医療に貢献できる体制の確保が不可欠である。そこで、以下に示す事項を基本方針として、その実現に向けた取り組みが可能となる環境の整備を求める。

1. 薬剤師の病棟業務の充実
2. 医療安全及び薬物療法の質の向上に向けた取り組みの推進
3. チーム医療における薬剤師の貢献

II 具体的検討事項

1. 療養病棟・精神病棟における病棟薬剤業務実施加算の4週制限の緩和
2. がん患者に対する薬剤師の薬学的管理の評価
3. 地域連携のための外来患者に対する薬学的管理の評価
4. 無菌製剤処理料「1」の算定対象の拡大
5. 後発医薬品の使用促進の取り組みに対する評価
6. その他必要事項

診療報酬改定について

平成26年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

1. 診療報酬本体

改定率 +0.73% (+0.63%)

各科改定率 医科 +0.82% (+0.71%)

歯科 +0.99% (+0.87%)

調剤 +0.22% (+0.18%)

2. 薬価改定等

改定率 ▲0.63% (+0.73%)

薬価改定 ▲0.58% (+0.64%)

材料価格改定 ▲0.05% (+0.09%)

なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方保険適用除外などの措置を講ずる。

平成26年度の社会保障の充実・安定化について

中医協 総-8-2
25.12.25

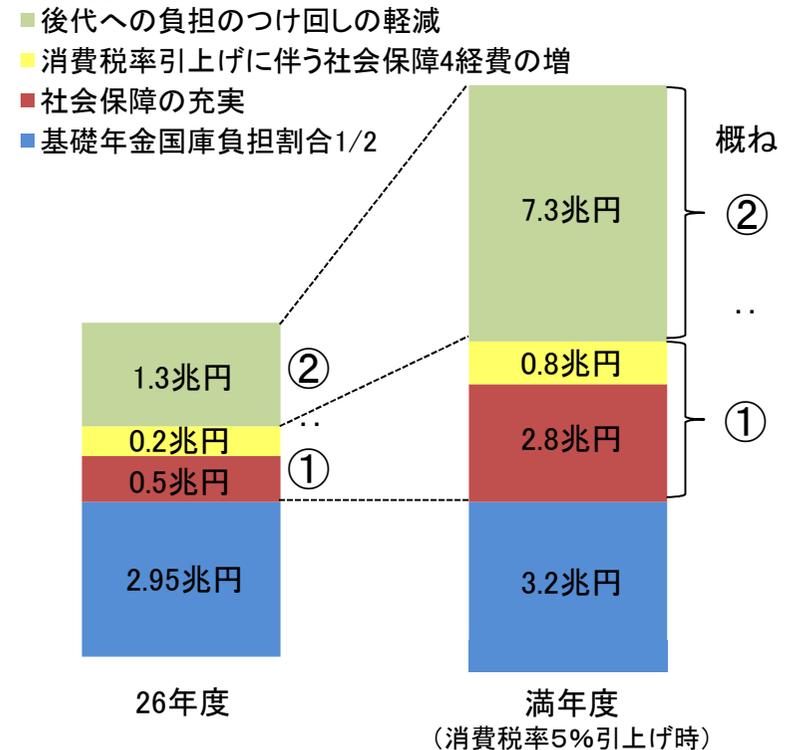
- 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成26年度の増収額の見込み5兆円程度^(※)については、
 - ① まず基礎年金国庫負担割合2分の1に2.95兆円を向け、
 - ② 残額を満年度時の
 - ・「社会保障の充実」及び「消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増」と
 - ・「後代への負担のつけ回しの軽減」
 の比率（概ね1：2）で按分した額をそれぞれに向ける。

※ 消費税については、国の会計年度と、消費税を納税する者の事業年度が必ずしも一致しないこと等により、段階的な増収となる。

〈26年度消費税増収分の内訳〉

○基礎年金国庫負担割合2分の1 (平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係る費用を含む)	2.95兆円程度
○社会保障の充実 ・子ども・子育て支援の充実 ・医療・介護の充実 ・年金制度の改善	0.5兆円程度
○消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増 ・診療報酬、介護報酬、子育て支援等についての物価上昇に伴う増	0.2兆円程度
○後代への負担のつけ回しの軽減 ・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費	1.3兆円程度

(参考) 算定方法のイメージ



(注) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。

平成26年度における「社会保障の充実」

(単位:億円)

事 項		事 業 内 容	計 (注1)	計	
				国分	地方分
子ども・子育て支援の充実		待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実 (「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施)	2,915	1,348 (注3)	1,568
		社会的養護の充実	80	40	40
		育児休業中の経済的支援の強化	64	56	8
医療・介護の充実	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 (1) 消費税財源の活用による診療報酬の改定	353	249	105
		(2) 新たな財政支援制度の創設(※)	544	362	181
	地域包括ケアシステムの構築 (認知症に係る地域支援事業の充実等)	43	22	22	
	医療保険制度改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
		高額療養費制度の見直し	42	37	5
難病・小児慢性特定疾患への対応	難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立等	298	126	172	
年金制度の改善		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10	0
合 計			4,962	2,249	2,713

※医療提供体制改革のため新たな財政支援制度(基金)については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は合計904億円。

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。

(注2) 計数は、それぞれ四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

(注3) 「保育緊急確保事業」の国分(1,043億円)は内閣府、保育所運営費の国分(304億円)は厚生労働省に計上。

新たな財政支援制度の創設

中医協 総－８－３
25. 12. 25
《544億円》※

- 医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床の機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を創設する。

なお、国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求めるなどの対応を行う予定。

※ 新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は、公費で904億円（消費税増収活用分544億円、その他上乗せ措置360億円の合計額）。

〔対象事業（案）〕 ※関係法律の改正法案が成立した後、決定

① 医療従事者等の確保・養成

- ア) 医師確保対策として、都道府県における医師確保のための相談・支援機能（地域枠に係る修学資金の貸与事業を含む）の強化や、地域医療に必要な人材の確保等の事業、産科等の不足している診療科の医師確保事業、女性医師の復職支援等への財政支援を行う。
- イ) 看護職員等確保対策として、新人看護職員等への研修や、看護師等の離職防止・定着促進等に係る事業、看護師等養成所の運営等への財政支援を行う。
- ウ) 医療従事者の勤務環境改善対策として、都道府県における医療従事者の勤務環境改善の支援体制の整備や、院内保育所の運営等への財政支援を行う。

② 在宅医療（歯科を含む）の推進

在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等への財政支援を行う。

③ 医療提供体制の改革に向けた基盤整備

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備、医療従事者の確保に資する医療機関等の施設及び設備等の整備への財政支援を行う。

* 病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備については、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療ビジョンが策定された後、さらなる拡充を検討する。

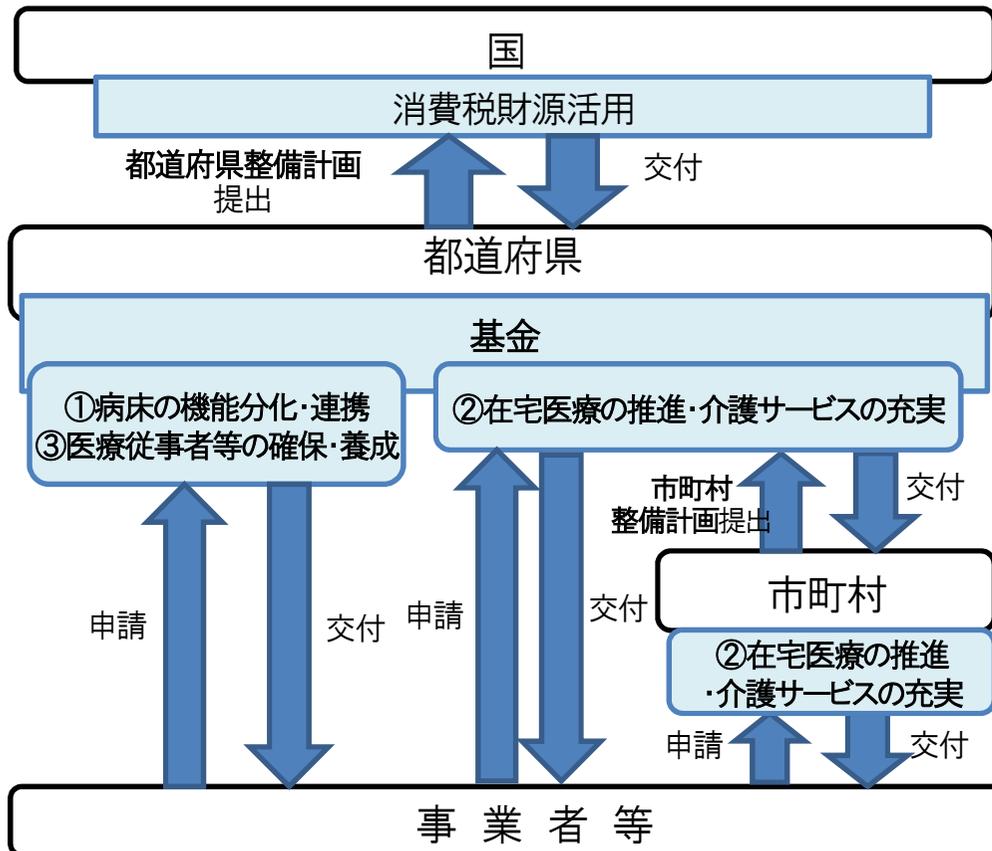
[参考]

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度：公費で904億円
消費税増収活用分544億円
その他上乗せ措置360億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した整備計画に基づき事業実施。
- ◇ この仕組みについては、平成26年通常国会へ提出予定の医療・介護の法改正の中で、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設けることを検討。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療ビジョンの策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本方針を策定し、対象事業を明確化。
 - ②都道府県は、整備計画を厚生労働省に提出。
 - ③国・都道府県・市町村が基本方針・計画策定に当たって公平性、透明性を確保するための協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業**
 - (1)地域医療ビジョンの達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業**
 - (1)在宅医療を推進するための事業
 - (2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業**
 - (1)医師確保のための事業
 - (2)看護職員等の確保のための事業
 - (3)介護従事者の確保のための事業
 - (4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

中医協公聴会の開催について

1 目的

平成26年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催することとする。

2 会議名

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）

3 開催日時

平成26年1月24日（金） 13時00分～15時00分

4 開催場所

宮城県仙台市：東京エレクトロンホール宮城〔宮城県民会館〕 大ホール
（宮城県仙台市青葉区国分町3-3-7）

5 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者（8名程度）

6 議 事

- ・開会
- ・会長挨拶
- ・平成26年度診療報酬改定に係る検討状況について（資料説明）
- ・意見発表者による意見発表（委員からの質問）
- ・会長総括
- ・閉会

7 意見発表者の募集及び傍聴者

- ・厚生労働省ホームページ等により開催を告知し、意見発表者の募集及び傍聴の案内をする。
- ・傍聴は、当日先着順とする。（1, 600名程度収容可能）

8 その他

- ・会議は公開とし、報道機関等による撮影は、意見発表者による意見発表開始前まで可とする。