

Q&A

Q：K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）を 2 日間行った場合はどのように入力するのか。
 A：初日 K6001、2 日目 K6002 と手術 2 項目分を使用してそれぞれ入力すること。

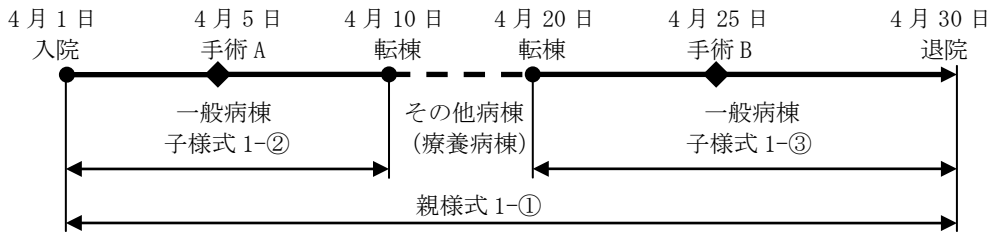
Q&A

Q：K781 経尿道的尿路結石除去術のように一連の治療につき 1 回しか算定できない手術について、算定できない 2 回目以降の手術を入力する必要があるか。EF ファイルと矛盾が生じるが問題ないか。
 A：必要。必ず入力のこと。この場合、EF ファイルと矛盾するが問題ないものとする。算定の有無にかかわらず、行った手術は全て入力のこと。

Q&A

Q：一般病棟へ入院し手術 A を行い、療養病棟等へ転棟後、一般病棟へ再転棟し手術 B を行った場合、どのように入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式 1 の範囲で入力する。

例

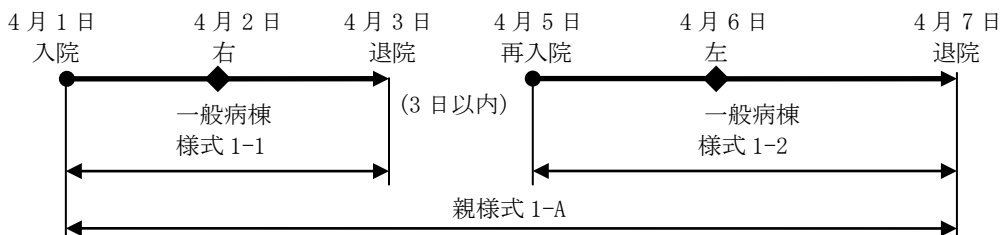


	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
親様式 1-①	手術 A	手術 B			
子様式 1-②	手術 A				
子様式 1-③	手術 B				

Q&A

Q：両目の白内障にて、右目に手術を行い退院。退院 2 日後に再入院し、左目に手術をおこなった。同一疾病での 3 日以内の再入院となるが、どのように手術側数を入力するのか。
 A：それぞれの入院期間での様式 1 の範囲で入力する。2 つの入院を一連とした様式 1 は右、左それぞれ別に入力する。

例



	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
様式 1-A	右	左			
様式 1-1	右				
様式 1-2	左				

Q&A

Q：当院は DPC 参加病院であるが、入院期間Ⅲを超えて行った手術も入力するのか。
 A：そのとおり。入院期間Ⅲは一切関係なく、様式 1 の期間で行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q：手術を6つ以上行った場合は入力できないが、どのように入力するのか。
A：主要なものから5つ選んで入力のこと。

Q&A

Q：1入院で2回以上の手術を行った場合、診断群分類決定に関係のない手術に関しても様式1に入力しないといけないのか。
A：そのとおり。手術情報には様式1の入院期間に行った全ての手術を入力すること。

Q&A

Q：手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△」の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類を決定する際は準用元の手術「K○○○」で判断するが、様式1も「K○○○」の方を入力するのか。

A：そのとおり。

例 区分番号 K781 経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む）
（中略）ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、碎石を行わず結石の摘出のみを行った場合は K798 膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。
のただし書き以降の行為を行った場合は「K781」とする。

Q&A

Q：点数表コードの入力は基本部分(4桁)のみでよいか。

例) K407 顎・口蓋裂形成手術 (3のイ 顎裂を伴うもの)

A：不可。入力の際、細項目(1, 2, 3, イ, ロ, ハ等)がある場合はそれも含めて入力する。

例示の場合、K4073 イ 顎・口蓋裂形成手術 顎裂を伴うもの 片側、と細項目も付加のこと。

6. 診療情報

(1) 現在の妊娠の有無

入院中に妊娠していた場合は「有」の“1”を、妊娠していない場合は「無」の“0”を、不明の場合は「不明」の“2”を入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

- ・ 子宮外妊娠の場合は「有」の“1”
- ・ 男性の場合は「無」の“0”

Q&A

Q：流産で入院した患者は「有」「無」はどちらになるのか。
A：入院中に流産した場合は、“有”とする。

(2) 出生時体重（新生児疾患の場合のみ入力）

出生時体重をグラム単位で入力する。

出生時体重を記載する対象者は、新生児疾患（出生時体重が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患）をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないので注意する。

Q&A

Q：新生児疾患以外であっても入力して構わないか。
A：構わない。

(3) 出生時妊娠週数（新生児疾患の場合のみ入力）

出生時の妊娠週数を入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

出生時妊娠週数を記載する対象者は、新生児疾患（出生時妊娠週数が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患）をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないので注意する。

Q&A

Q：自宅分娩にて出産後当院に搬送され、週数が全く不明の患者の場合入力なしでよいか。
A：極力調査して入力をする。どうしても分からない場合は医師の所見で入力のこと。

Q&A

Q：新生児疾患以外であっても入力して構わないか。
A：構わない。

(4) 身長

入院時の身長をセンチメートル単位（小数点以下四捨五入）で入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。入院時点での値の把握が困難な場合は、入院日に近い日に計測した値を入力する。

例 入院時の身長が156cmであった場合には“156”と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

(5) 体重

入院時の体重をキログラム単位で入力する（小数点第一位まで、それ以下は四捨五入）。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。(2)で出生時体重を入力した場合も入力を行うこと（出生時に入院しない場合は異なることがあるため）。入院時点での値の把握が困難な場合は、入院日に近い日に計測した値を入力する。

例 入院時の体重が52.5kgであった場合には“52.5”と入力する。

また、入院時の体重が53.0 kgであった場合には“53.0”（小数点第1位の0まで）と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

(6) 喫煙指数

下記式を用いて、「喫煙指数」を数値で入力する。

「喫煙指数」＝1日の喫煙本数×喫煙年数とする。

例 1日20本を20年吸っている場合は“400”と入力する。

※ 喫煙歴がない場合は“0”と入力すること。

※ 不明な場合は、“9999”とすること。

※ 現在吸っていない場合でも過去の喫煙歴にそって入力すること。

Q&A

Q：非喫煙者の喫煙指数は0でよいか。
A：よい。

(7) 入院時意識障害がある場合のJCS

入院時の意識障害のレベルを入力する。ただし、入院後に様式1範囲において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

意識障害がない場合は「無」の“0”を、意識障害がある場合は意識レベルの数値の“1”～“300”を入力する。

Japan Coma Scale

III群	刺激しても覚醒しない
300	まったく動かない
200	手足を少し動かしたり顔をしかめる（除脳硬直を含む）
100	払いのける動作をする
II群	刺激すると覚醒する
30	かろうじて開眼する
20	痛み刺激で開眼する
10	呼びかけで容易に開眼する
I群	覚醒している
3	名前、生年月日が言えない
2	見当識障害あり
1	清明とはいえない

R：不穏， I：糞尿失禁， A：自発性喪失

例 意識レベル3で自発性喪失の場合は“3A”と入力する。意識レベル3で不穏・糞尿失禁がある場合“3RI”と入力する。“R”，“I”，“A”のいずれにも該当しない場合は、数値のみでもよい。

※ 小児の場合の判定の例

Grade III	刺激しても覚醒しない
300	痛み刺激にまったく反応せず
200	手足を少し動かしたり顔をしかめたりする
100	払いのける動作をする
Grade II	刺激で覚醒する
30	呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
20	呼びかけをすると開眼して目を向ける
10	飲み物を見せると飲もうとする。あるいはニップルを見せると欲しがって吸う
Grade I	覚醒している
3	母親と視線が合わない
2	あやしても笑わないが、視線が合う
1	あやすと笑う、ただし不十分で声を出して笑わない

Q&A

Q：救急受診後そのまま入院となる場合で、救急受診時に処置として鎮静をかけてから病棟へ上がるのだが、その場合の「入院時」とは救急受診時の値なのか病棟入室時の値なのか。
A：救急受診時とする。

Q&A

Q：新生児や小児の場合、脳性麻痺がある場合等の判断が難しいが必須か。
A：必須。医師の所見で入力すること。

(8) 退院時意識障害がある場合のJCS

入院時と同様に入力する。

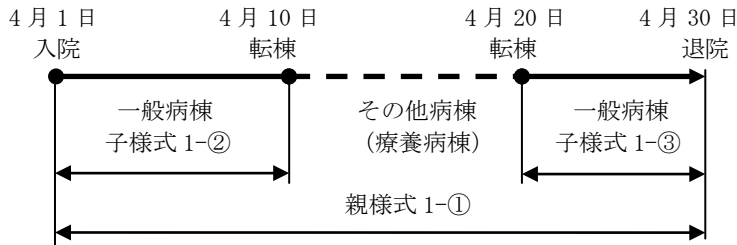
死亡退院の場合は入力を要さないなので、(Null) とする。

※ “R”，“I”，“A”のいずれにも該当しない場合は、数値のみでもよい。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのような時点で入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。

例



	(5)入院時意識障害がある場合の JCS	(6)退院時意識障害がある場合の JCS
親様式 1-①	4月1日時点	4月30日時点
子様式 1-②	4月1日時点	4月10日時点
子様式 1-③	4月20日時点	4月30日時点

但し、入院中に意識障害を発症した場合はその時点で入力する。

(9) 入院時のADLスコア（15歳以上入力、但し、産科の患者を除く）

入院時に下表の分類にそって各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。15歳以上の場合には必須（ただし産科の患者を除く）。

食事="1"，移乗="2"，整容="1"，トイレ動作="1"，入浴="1"，平地歩行="1"，階段="1"，更衣="1"，排便管理="0"，排尿管理="0"の場合は"1211111100"と入力する。

※ "9"は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人できる。	0	9
入 浴	1	0		9
平 地 歩 行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排 便 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排 尿 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

Q&A

Q：消化器手術をする患者が絶食をしていた場合、または平地歩行可能な患者が医師の指示で安静の場合、「0.全介助」となるのか。

A：手間のかかり具合を評価するものである。もし食事や歩行をしたらという所見で判断のこと。

Q&A

Q：経管栄養をしている患者の場合、食事の判定はどうしたらよいか。

A：「0.全介助」となる。

Q&A

Q：調査開始以前に入院した患者の場合であっても、入院時 ADL は入院時の状態を入力するのか。

A：そのとおり。入院時を入力する。

(10) 退院時のADLスコア（15歳以上入力、但し、死亡退院、産科の患者を除く）

入院時のADLスコアと同様に入力する。

死亡退院、15歳未満、産科患者は入力を要さない。

Q&A

Q：親様式 1 の退院時 ADL は病院を退院時点か。一般病棟から療養病棟に転棟し退院した場合は転棟した時点か。

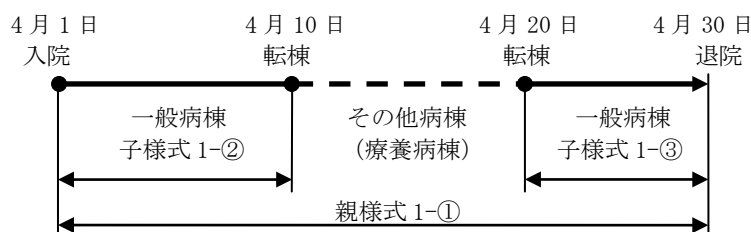
A：実際に退院した日となる。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのような時点で入力するのか。

A：親・子それぞれの様式 1 の範囲の開始時点、終了時点で入力すること。

例



	(7)入院時の ADL スコア	(8)退院時の ADL スコア
親様式 1-①	4月1日入院時点	4月30日退院時点
子様式 1-②	4月1日入院時点	4月10日転棟時点
子様式 1-③	4月20日転棟時点	4月30日退院時点

(11) がんの初発、再発(医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍)

今回の入院で医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合に、入院時に「初発」は「0」を、「再発」は「1」を入力する。

がんの進展度にかかわらず（はじめから遠隔転移がある進行がんで見つかった場合でも）初発であれば「0」を入力する。

一連の治療期間中（がんに対する化学療法を何回かの入院に分けて行ったような場合）の各入院においては、一番初めの状態が初発であれば「0」、再発であれば「1」とするが、一連の治療期間中であっても、遠隔転移などを認めた場合には再発とし「1」を入力する。

重複がん（同一臓器、他臓器）の場合には、再発としない。

Q&A

Q：「初発」および「再発」とは何か。

A：「初発」とは、自施設において、当該腫瘍の診断、診断と初回治療、あるいは初回治療を実施した場合を指す。「再発」とは、自施設・他施設を問わずに初回治療が完了した後、自施設にて患者を診療した場合や、治療がん寛解後に局所再発・再燃または新たな遠隔転移をきたした場合を指す。

Q&A

Q：一連の治療とは、何を意味するのか。

A：「一連の治療」とは、治療計画後再評価までに行われる治療を総括して指す。（例：手術後、化学療法 4 クールを行った後再評価、という事例であれば、これら全てが一連の治療（入院回数は問わない。）

Q&A

Q：「疑い」傷病の場合はどうするのか。

A：病理診断レベルで確定していない場合であっても、臨床診断レベルでがんであることが確定している場合は、「疑い」をつけず、「初発」として入力をする。（退院時点でがんであること自体が疑わしい場合は入力しなくて良い。但し、その場合は医療資源を最も投入した傷病名の最後に” 疑い” の文字を付けること）。

(12) UICC病期分類（T）（初発の場合入力、但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く）

(1) 「がんの初発、再発」が初発である場合には必須。UICCに準拠したTNM臨床分類を入力する。但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く。

T：原発腫瘍の広がり

(13) UICC病期分類（N）（初発の場合入力、但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く）

(1) 「がんの初発、再発」が初発である場合には必須。UICCに準拠したTNM臨床分類を入力する。但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く。

N：所属リンパ節転移の有無と広がり

(14) UICC病期分類（M）（初発の場合入力、但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く）

(1) 「がんの初発、再発」が初発である場合には必須。UICCに準拠したTNM臨床分類を入力する。但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く。

M：遠隔転移の有無

Q&A

Q：胸腺癌など UICC 病期分類で評価出来ない場合、どのように入力すればよいか。

A：「TX」「NX」「MX」とする。

Q&A

Q：転移性悪性腫瘍の場合、どのように入力すればよいか。

A：転移性悪性腫瘍の場合は原発巣について評価する。

Q&A

Q：化学療法など入退院を繰り返す場合はどの時点で評価すればよいか。

A：化学療法などで入退院を繰り返す場合は、一連の治療前の状態で評価する。

※ UICC病期分類について

(12)～(14)は、(11)「がんの初発、再発」が初発である場合で、今回の入院で悪性腫瘍に対する治療が行われた場合に（但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く。）、治療前に得られた情報（一般理学所見、血液検査、画像診断、内視鏡検査、生検など）に基づくTNM分類を入力する。例） TX, NX, MX

院内がん登録が平成24年1月からUICC病期分類第7版に移行することを踏まえ、第6版と第7版両方での入力に対応するものとする（詳細については後日掲載予定）。なお、6. (39)UICC病期分類(版)の欄にどちらの版を用いたのかを入力する。

また、入力に当たって参考資料が必要であれば、以下の資料もご活用ください。

国立がん研究センターの「がん情報サービス」より、

○ 院内がん登録実務者のためのマニュアル

http://ganjoho.jp/hospital/cancer_registration/registration02_01.html

T-原発腫瘍	
TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌
T1, T2, T3, T4	原発腫瘍の大きさまたは局所進展度を順次表す
N-所属リンパ節	
NX	所属リンパ節の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移無し
N1, N2, N3	所属リンパ節転移の程度を順次表す
M-遠隔転移	
MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移無し
M1	遠隔転移あり

【TNM分類で使用される可能性のある記号一覧】

T	N	M
TX	NX	MX
T0	N0	M0
Tis	N1	M1
Tis (DCIS)	N1a	M1a
Tis (LCIS)	N1b	M1b
Tis (Paget)	N2	M1c
Tispu	N2a	
Tispd	N2b	
T1mic	N2c	
T1	N3	
T1a	N3a	
T1a1	N3b	
T1a2	N3c	
T1b		
T1b1		
T1b2		
T1c		
T2		
T2a		
T2b		
T2c		
T3		
T3a		
T3b		
T3c		
T4		
T4a		
T4b		
T4c		
T4d		
Ta		

※第7版の一覧については今後記載する予定

(15) 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類（初発、下記該当腫瘍の場合入力）

(11) 「がんの初発，再発」が初発である場合には必須。癌取扱い規約に定められている食道，胃，大腸，肝，胆道，膵，悪性骨，悪性軟部，悪性リンパ腫，副腎の各腫瘍について各種癌取扱い規約に準じて，一連の治療を決定する際に用いた病期分類を入力する。

術後の病期分類がなければ術前所見に基づくStageの，あれば手術所見に基づくStageの入力値を入力する。不明な場合は”9”を入力する。

取扱い規約	版	部位	Stage 分類	入力値		
膵癌取扱い規約	6	膵癌	0	0		
			I	1		
			II	2		
			III	3		
			IVNOS	4N		
			IVa	4A		
胆道癌取扱い規約	5	胆管	IVb	4B		
			I	1		
			II	2		
			III	3		
			IVNOS	4N		
			IVa	4A		
		胆嚢	IVb	4B		
			I	1		
			II	2		
			III	3		
			IVNOS	4N		
			IVa	4A		
		乳頭部	IVb	4B		
			I	1		
			II	2		
			III	3		
			IVNOS	4N		
			IVa	4A		
食道癌の取扱い規約	10	食道癌	IVb	4B		
			0	0		
			I	1		
			II	2		
			III	3		
			IVNOS	4N		
大腸癌取扱い規約	7	結腸・直腸	IVa	4A		
			IVb	4B		
			0	0		
			I	1		
			II	2		
			III	3		
		肛門管	III NOS	3N		
			IIIa	3A		
			IIIb	3B		
			IV	4		
			0	0		
			I	1		
		原発性肝癌取扱い規約	5	肝細胞癌	II	2
					III	3
					IVNOS	4N
					IVA	4A
					IVB	4B
					I	1
肝内胆管癌	II			2		
	III			3		
	IVNOS			4N		
	IVA			4A		
	IVB			4B		
	I			1		
整形外科・病理 悪性軟部腫瘍取扱い規約	3	骨軟部腫瘍	I NOS	1N		
			I A	1A		
			I B	1B		
			II NOS	2N		
			II A	2A		
			II B	2B		
			II C	2C		
			III	3		
			IV	4		

取扱い規約	版	部位	Stage 分類	入力値
整形外科・病理 悪性骨腫瘍取扱い規約	3	骨腫瘍	I NOS	1N
			I A	1A
			I B	1B
			II NOS	2N
			II A	2A
			II B	2B
			III	3
			IVNOS	4N
			IV A	4A
泌尿器科・病理 副腎腫瘍取扱い規約	2	副腎皮質癌	I	1
			II	2
			III	3
			IV	4
		神経芽腫	1	1
			2NOS	2N
			2A	2A
			2B	2B
			3	3
			4	4
悪性リンパ腫 Ann Arbor 分類	1	悪性リンパ腫	I	1
			II	2
			III	3
			IV	4
共通			不明	9

Q&A

Q：必須となっている悪性腫瘍以外の Stage 分類を入力しても差し支えはないか。
A：差し支えはない。

Q&A

Q：転移性悪性腫瘍の場合、どのように入力すればよいか。
A：転移性悪性腫瘍の場合は原発巣について評価する。

Q&A

Q：取扱い規約では評価の難しい場合、どのように入力すればよいか。
A：不明として「9」を入力しても構わない。

Q&A

Q：化学療法など入退院を繰り返す場合はどの時点で評価すればよいか。
A：化学療法などで入退院を繰り返す場合は、一連の治療前の状態で評価する。