

平成24年2月10日	資料1
第8回レセプト情報等の 提供に関する有識者会議	

第1回の提供依頼申出の審査等について

平成23年2月10日

厚生労働省保険局総務課

1. 第1回申出審査について

第1回の提供依頼の申出審査の課題等

- 昨年11月10日の第7回レセプト情報等の提供に関する有識者会議において、試行期間における最初の申出書審査を行った。この審査に際し、特に今後の提供を進める上で課題となると考えられる主な事項は以下のとおり。

①研究内容の理解

提供依頼申出において想定している具体的な研究内容やプロトコルの理解に時間を要することが多かった。特に提供出来るデータの範囲は、研究内容に鑑みて、「必要最小限」の範囲とする必要があるため、審査にあたって基本的な研究プロトコルを理解することは必須。しかし、書面上では必ずしも十分に研究内容を理解できない場合もあった。

また、研究内容の記載自体が曖昧なものとなっている申出の中には、レセプト情報等の内容の理解が十分でないと考えられる申出もあることから、今後、より情報提供に努める必要がある。

②公表形式について

申出全般として、公表形式が不明確、又は、研究内容の広範さと比して、明らかに一部しか示されていないような申出が多かった。一方で、第6回開催で議論した「公表形式についての一応の基準」について、特に医療機関の集計単位については、様々なケースがあり、柔軟に考える必要がある場合もあるか。

③基本データセット策定の必要性(議題2で検討)

43件中、多くの申出が多変量解析等を目的とした「探索的研究」であった。こうした研究に対するニーズも踏まえ、抽出データを用いた「基本データセット」の策定を検討する必要がある。

④審査結果への意見提出について(議題5で検討)

提供について不承諾の結果となった申出者が意見を出す機会を設けるべき、との委員の御指摘も踏まえ、今般、提供不承諾の決定について意見提出の機会を設けた。これについては4件の申出があった。

⑤スケジュール設定(議題4で検討)

事前審査期間に先立ち、添付書類などの形式面についての相談を受け付けるため、1ヶ月の事前相談期間(23年7月19日から8月19日)に事前相談期間を設けたが、相談を申出の必須要件としなかったこともあり、当該期間において実際に相談があった件数は少数にとどまった。

当初、事前審査期間に内容面の審査に注力する予定であったが、実際には添付書類などの客観的な要件審査を行っていた。今後は、より効率的なスケジュール設定が必要である。

今後の提供の論点①－研究内容の審査－

<審査にあたっての課題>

○提供依頼申出において想定している具体的な研究内容やプロトコルの理解に時間を要することが多かった。特に提供出来るデータの範囲は、研究内容に鑑みて、「必要最小限」の範囲とする必要があるため、審査にあたって基本的な研究プロトコルを理解することは必須。しかし、書面上では必ずしも十分に研究内容を理解できない場合もあった。

また、研究内容の記載自体が曖昧なものとなっている申出の中には、レセプト情報等の内容の理解が十分でないと考えられる申出もあることから、今後、より情報提供に努める必要がある。

<今後の対応>

- ①データ申出受付にあたっては、レセプト・特定健診等情報のデータ内容について、説明会を開催し、申出を希望する者に対して情報提供により一層努める。
- ②特に研究の内容面(研究方法の目的、手法の合理性など)の事前審査については、例えば、本有識者会議の有識者にも事務局から事前に相談するなど、より円滑な審査に資する方法を検討したい。
(注) 研究の内容面の審査は、学术论文の査読に類するものを想定しているのではなく、あくまで目的としている公益性と研究方法や手法がリンクしているか否かをチェックすることを想定。
- ③第1回目の審査は、申出者とは基本的に書面上で連絡を行っていたが、今後は、より円滑な意思疎通を図るため、必要があればヒアリングなどの対応も検討する。また、具体的な事務手続きをまとめた事務処理要綱も作成する。
- ④申出書類についても、添付書類・必要書類を整理したチェックリストを作成するなど、申出者の利便性に配慮した運用を心がける。
- ⑤データ提供について、試行期間においては、より多くの異なる者が公益性の高い研究に利用した上で、その過程で生じる論点を今後、制度設計に活かすことが重要。また、物理的な問題としてデータの抽出作業にも時間を要することから、①1人の申出者・利用者に同時に提供出来るレセプト情報等は1件とし、②各募集期間で申出が非常に多かった場合には、有識者会議での議論を経て、優先順位の高い申出に対してデータ提供を行う、といった方策も検討してはどうか。

(参考)提供に当たっての優先順位の考え方について

<優先順位についての論点>

- レセプト情報等のデータ提供に当たっては、申出者が指定した抽出条件に基づいて必要なデータをデータベースから抽出する作業が必要となるが、こうした抽出作業にあたっては、抽出条件の定義体を確定し、抽出したデータのエラーチェック等を行うなどの作業が必要であり、時間を要する。
- 今後、データの提供依頼申出がさらに多くなった場合には、抽出作業に係る時間が膨大となることから、物理的にデータ提供が困難となる場合も想定される。
こうしたことから、今後の提供にあたっては、例えば以下のような点を基準として、データ提供にあたって優先順位を付けることとし、**一定の上限数の下に優先順位の高いもののみ提供を行う**、ということとしてはどうか。
※ 仮に審査承諾となった申出全てにデータ提供を行う場合にも、どの申出から抽出作業を行うかの優先順位付けは必要(第1回目は単純に申出の受付順とした)。

<優先順位を付ける際の基準(イメージ)>

①研究内容の簡潔さ・明解さ(複雑・難解なものとなっていないか)

試行期間においては、研究内容が簡潔・明解で成果が想定しやすいものを優先してはどうか。

②具体的な政策への反映を想定しているか(単なる基礎資料か否か)

申出の中には、例えば、次期医療計画の策定指針として各都道府県に提供するといった具体的な政策への反映を想定しているものと、そうでないものがあるが、前者を優先することとしてはどうか。

③地域の範囲(全国か、地域限定の研究か)

全国規模のデータベースという性質を活かす観点から、地域限定をした研究よりは、全国規模の研究を行うものを優先してはどうか。

④活用するデータ量(大量のデータを使用するものか否か)

同程度の条件を備えている申出であれば、提供するデータ量が少ないものを優先してはどうか。

今後の提供の論点②ー公表形式についてー

<審査にあたっての課題>

- 申出全般として、公表形式が不明確、又は、研究内容の広範さと比して、明らかに一部しか示されていないような申出が多かった。個人の特定可能性が問題となるのは、公表形式であるため、今後の審査にあたっては、公表形式の明示についてより厳格に対応する必要があるのではないか。
- 現在、第1回審査で承諾された申出について、順次データの提供作業を行っているが、特に医療機関の集計単位が3未満(2以下)となってはならない、とする部分については、地域の医療提供体制の研究にあっては柔軟に考える必要もあるのではないか。

(注) 第6回の検討会において、「データ提供にあたっての一応の基準」として、医療機関の属性に関する情報を集計することにより、特定の集計単位に該当する医療機関が2以下となる場合には、公表不可との考え方を示している。一方で、地域の実情を特に勘案する必要がある場合には、例外もありうるとの議論もあった。

<今後の対応>

- ① 一旦、研究成果として公表されたものについては、それを目にした者がその公表された成果物とその他の様々な情報とを照合することについて制限を加えることができない。したがって公表形式の確認は厳格にする必要がある。
今後の審査にあたっては、公表形式の明示を求めるとともに、公表前の成果物の報告が確実に行われるようにする必要がある。
- ② 医療機関の集計単位が3未満となってはならない、との基準については、地域の医療提供体制の分析・調査を行う場合で、自治体への提供を目的としているなどにおいては、柔軟に運用する必要がある場合もあるのではないか。
ただし、個別の医療機関が明示されないことなど、こうした観点から公表形式を事前に報告を受け確認する運用を徹底する必要がある。

(参考) 最小集計単位の原則について①

第6回
有識者会議資料
23年6月20日

<基本的な考え方>

レセプト情報等の提供を受ける者についてはガイドライン等に基づき、利用目的、セキュリティ要件や他の情報との照合の禁止など様々な制約を課すこととしている。

しかし、一旦、研究成果として公表されたものについては、それを目にした者がその公表された成果物とその他の様々な情報とを照合することについて制限を加えることができないため、極力、個人の特定可能性を低める措置を講じる必要がある。

※米国のCMSにおいては、cell size suppression policyとして、研究論文やレポートなどの成果物において、患者等の集計単位が一律10以下になってはならない、とのルールを定めている(第2回レセプト情報等の提供に関する有識者会議資料参照)。

原則として、患者・受診者の集計単位が10未満となる公表形式を認めないこととしてはどうか。

【事例①】地域別に特定の疾病患者数を集計した場合

	A県	B県	C県	D県	E県	F県
疾病①	13人	123人	3人	12人	9人	34人
疾病②	42人	15人	75人	5人	98人	252人

具体的な地域の医療状況を調べることにより、個人を特定できてしまうような事態を防ぐ必要がある。また、このような場合に、個人が特定されると上記の集計結果を前提としたその他の成果物において、その本人に係る他の情報まで識別される可能性がある。(C県の疾病①の患者の状態像の資料があった場合など。)

	A県	B県	C県	D県	E県	F県
疾病①	13人	123人	—	12人	—	34人
疾病②	42人	15人	75人	—	98人	252人

(注) 上記の—は、集計結果が10未満となったため、最小集計単位の原則から具体的な計数を記入していない。

(参考) 最小集計単位の原則について②

【事例②】属性情報に基づいて個別の医療機関を集計した場合(「属性情報による集計単位」)

※疾病Aの患者数

	A県	B県	C県	D県	E県	F県
800床以上の病院	23人	15人	30人	45人	15人	5人
700～800床の病院	15人	24人	16人	35人	43人	73人

※仮にA県に800床以上の病院が1つしかなかった場合、患者の集計単位が10以上だったとしても医療機関が特定されるので公表不可。

※仮にF県の800床以上の病院が複数あったとしても、そもそも集計単位が10未満なので公表不可。

上記のような場合、

○集計単位が10以上だったとしても、属性情報による集計により、特定の集計単位に該当する医療機関が2以下となる場合には、最小集計単位の原則②として公表不可。

○そもそも属性情報による集計により、医療機関が2以下とならない場合でも、集計単位が10未満であれば、原則①により公表不可。

※DPCデータの公表については、個別の医療機関より、公表を前提にデータの授受を受けているため、原則②の運用は行っていないと考えられる。

対応例(1): 該当するセルの計数を表示しない。

or

対応例(2): 集計単位を広くする。

	A県	B県	C県	D県	E県	F県
800床以上の病院	—	15人	30人	45人	15人	—
700～800床の病院	15人	24人	16人	35人		

(注) 上記の—は、集計結果が10以下となる、又は、属性情報による集計により、該当する医療機関の数が2以下となる、ことにより、最小集計単位の原則から具体的な計数を記入していない。

	A県	B県	C県	D県	E県	F県
800床以上の病院	38人	15人	30人	45人	15人	78人
700～800床の病院		24人	16人	35人	43人	

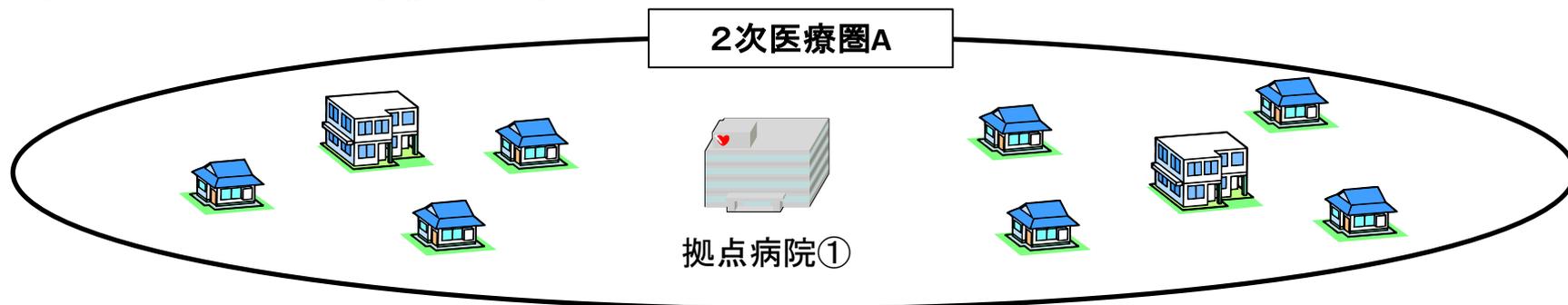
(注) A県及びF県のデータについては一部、集計により対象となる医療機関数が少数になることから、集計単位を広くとった部分がある。

(参考) 最小集計単位の原則について③

第6回
有識者会議資料
23年6月20日

【事例②】地域の事情を特に勘案する必要がある場合(例外的な事例)

※ ある地域で特定の診療等(がん治療)を行っている医療機関が1つしかない、又は非常に少ない場合で、それがよく知られている事情である場合など



このような場合に特定の診療行為の情報等を集計・公表できないこととすると、実質的に地域の診療実績を調査することができなくなる可能性があるのではないか。



こうした場合には、

- ・ 当該医療機関の同意がある場合等を除き、原則として公表される成果物に明示的には医療機関名を記載しない、
- ・ 公表形式の集計にあたっては、最小集計単位の原則を遵守する、

ということを前提に、例外的に成果物の公表を認めることとしてはどうか。

今後の提供の論点③ー基本データセットについてー

<審査にあたっての課題>

○今般の43件の申出の中で多くのものが、多変量解析等を目的として傷病名コード、薬剤コード等を全て又は大量に提供依頼する、いわゆる「探索的研究」と考えられた。

○こうした研究については、

- ①希少な疾病や診療行為などを含めた全レコードが提供されることにより、特定の個人が識別される可能性が高まると考えられること、
 - ②具体的な研究プロトコルや解析方法が申出時に明らかとなっていないケースも多いこと、
- などから第1回の審査では一律で不承諾としたが、学術研究としての必要性も指摘されている。

<今後の対応>

①傷病名、薬剤、診療行為コード等について、一定の抽出・ダミー化を行った「基本データセット」を作成することにより、こうした「探索的研究」については、「基本データセット」の提供により対応することとしたい。

※具体的な「基本データセット」の案については、議題2で検討。

②提供にあたっての手続きについては、基本的に他のレセプト情報等と同様とし、研究内容が「探索的」なものについては、「基本データセット」を提供対象とする。

③提供スケジュールとしては、第1回の審査にあたって不承諾となった者に対して、再度、「基本データセット」についての提供依頼申出を受け付けることとして対応を図ることとしたい。

今後の提供の論点④－意見提出について－

<審査にあたっての課題>

○前回、第1回の審査にあたって、不承諾の結果となった申出者が意見を出す機会を設けるべきではないか、といった御意見を委員からいただいたところ。

(注)データベースの提供は、私法上の契約に基づくものとして行っており、処分性のないものとして、行政不服審査法の適用対象外となっている。

○データベースの提供に関する関係者の理解を深め、適切な利用を進める観点からも、不承諾となった者がその理由を納得し、今後の申出に活かせるようにすることが必要。

<今後の対応>

①第1回の審査終了後、不承諾となった者に対して、前回有識者会議で議論した「審査方針」のどの部分に該当して不承諾となったか理由を示した上で、不承諾通知を発出するとともに、「審査方針」に照らし、事実誤認がある等の場合には意見提出の受付を行った。受付期間に提出のあった意見は全体で4件。

②これらについての考え方は次ページのとおりであり、個々の申出については、議題5として、改めて意見も含めて審査を行うこととしたい。

また、今後の提供にあたって、(1)審査→(2)不承諾に対する意見提出→(3)意見提出に対する審査、という流れを基本とすることで、関係者により納得感のある提供をすすめていくこととしたい。

不承諾となった者から提出された意見の概要

申出書のセキュリティ要件について、審査では記載上は齟齬があると判断されたが実質的には整合性がとれているとするもの(2件)

申出書に記載する公表形式をどのように書くべきか具体的なものが示されなかった。また、研究内容の定義が不十分とされたが、どの程度の記述をすれば良いのか明らかとされていなかった。

集計表情報の提供を依頼したが、集計が複雑であり集計表情報と認められない、とされた。集計表情報に該当するものは何なのか、基準を明示すべき。

今後の提供の論点④－意見提出について－

<不承諾となった者からの意見>

○申出書のセキュリティ要件について、審査では記載上は齟齬があると判断されたが実質的には整合性がとれているとするもの(2件)

<考え方>

審査は申出書から判断されることのみを基本として行うこととなるため、申出者の意図を忖度して申出書の記載内容を離れて判断を行うことはできない。申出書の記載内容に齟齬がある以上、申出書上は整合性のとれたセキュリティ対策が講じられていることに懸念があるため、提供は認められないと考えられる。

今後の提供の論点④－意見提出について－

<不承諾となった者からの意見>

○申出書に記載する公表形式をどのように書くべきか具体的なものが示されなかった。

<考え方>

申出時に想定している全ての公表形式(図表、グラフ等の形式)を明示することが必要。

仮に研究結果から新たな公表形式が必要となった場合には、申出書の記載事項変更届出を厚労省へ提出することが必要。

<不承諾となった者からの意見>

○研究内容の定義が不十分とされたが、どの程度の記述をすれば良いのか明らかとされていなかった。

<考え方>

データ提供にあたっては、研究内容を勘案し、「必要最小限の範囲」で必要な情報を提供することとしていることから、具体的な個々のデータの集計方法、解析方法まで分解した記述が必要。

<不十分だと考えられる例>

- ・特定健診の情報を用いて、〇〇圏内の住民の糖尿病の有病率等を算出する。

<十分だと考えられる一例>

- ・特定健診の情報の〇〇レコードに〇〇と記載している者を〇〇圏内の住民と仮定。
- ・特定保健指導の情報の▽▽レコードに××と記載している者を〇〇圏内の住民と仮定。
- ・当該住民の〇〇と××の検査結果を用いて、算出式(具体的な算出式)によって、算出した率を糖尿病の有病率として仮定。当該有病率を性・年齢階級別(5歳刻み、85歳以上コーディング)で集計を行う。

※ あくまでイメージであり、記述は必ずしも正しくない場合もある。

今後の提供の論点④－意見提出について－

<不承諾となった者からの意見>

○集計表情報の提供を依頼したが、集計が複雑であり集計表情報と認められない、とされた。集計表情報に該当するものは何なのか、基準を明示すべき。

<考え方>

集計票情報は、第3回の有識者会議での資料においては、「都道府県を最小集計単位として単純集計したもの」としている。

○ この「単純集計」の定義は、

- ①データベース内の各データに元々振られているコード毎の算定回数等の情報を、
- ②データベース内に既に存在する分類項目を機械的に用いることにより、
- ③基本的にデータの集計数を集計したもの

を指す、ということとし、新たに一定の基準に基づいてデータベース内のデータをデータベースとは別の概念を用いて再分類したり、ハッシュ値を用いて各レセプトやレセプトと特定健診・保健指導のデータを紐付けたりする必要があるものは含まれない。

※ レセプト情報・特定健診等情報について、元々データベースで分類されている項目以外に再整理することは、集計にあたって一定の価値判断が必要となる場合がある。

○ また、一度の申出で、提供依頼を行うことができるのは、同一の研究目的の範囲内で、一定の数を限度とし、10や20といった数の集計表情報を依頼することはできないこととしてはどうか。

<集計表情報の一例>

・医科レセプトの〇〇レコードの▽▽と××の各都道府県における平成22年度の算定回数。

<集計表情報と認められない例>

・医科レセプトと調剤レセプトについてハッシュ値で同一人を紐付けた上で、〇〇レコードの▽▽と××の各都道府県における紐付けられた各人毎の平成22年度の算定回数。

集計情報の提供イメージ

第3回有識者会議資料
22年11月25日

個票ベースの情報とは別に集計情報として、事務局において一定の集計を行った上で、より広い提供対象者に簡易な手続きでデータベースの情報を提供する仕組みを設けてはどうか。

集計情報(例)

以下のようにデータベース内の個票情報を、都道府県ベースを最小単位として単純集計したものを提供することとしてはどうか。※ 都道府県未満の地域性情報は医療機関・薬局コード、保険者番号、健診受診者の郵便番号であり、これらは提供はしない。

医療機関類型 (〇〇県)	平成〇年〇月 (診療行為Xの回数)	平成〇年〇月 (診療行為Xの回数)	平成〇年〇月 (診療行為Xの回数)
病院(400床以上)	〇〇回	〇〇回	〇〇回
病院(400床未満)	××回	××回	××回
診療所	▲▲回	▲▲回	▲▲回

ただし、都道府県ベースで見た場合にも医療機関等の数が非常に少なくなる集計単位による提供は行わないこととしてはどうか。

※ 最小の集計単位をどのようにするかは、別途検討が必要(例えば、病床数については、病院報告における単位より小さくならない、などが考えられる。)

医療機関類型	平成〇年〇月 (診療行為Xの回数)	平成〇年〇月 (診療行為Xの回数)	平成〇年〇月 (診療行為Xの回数)
病院(1000床以上)	〇〇回	〇〇回	〇〇回
病院(400~999床)	××回	××回	××回
病院(400床未満)	■■回	■■回	■■回
診療所	▲▲回	▲▲回	▲▲回

提供しない

2. その他報告事項について

データ提供の進捗状況等

○ 現在、条件付提供となった者については、有識者の御意見を踏まえ、事務局より提供依頼申出者に通知を行ったところ。議題5の議論の際に併せて、具体的な条件について有識者会議に報告する。

<第1回審査で提供承諾となった者>

氏名(注1)	所属機関	研究の名称	提供情報	備考(注2)
今中 雄一	京都大学	地域別医療需要・患者移動分析に基づく、医療提供体制の評価と計画に関する研究	レセプト情報	意見付提供
高田 充隆	近畿大学	レセプト情報を用いた薬剤使用実態に関する研究	レセプト情報	条件付提供
柴田亜希子	国立がん研究センター	レセプト情報等を利用したがん患者数計測に関する研究	レセプト情報	意見付提供
久保田 潔	東京大学	乾癬の疫学研究	レセプト情報	条件付提供
高橋 亜由美	岐阜県 県庁 健康保健福祉部	乳がん検診の実態把握のための調査研究	レセプト情報 (集計表情報)	条件付提供
武藤 慎吾	厚生労働省 医政局指導課	医療計画の見直しにあたっての適正な受療医療圏などの検討について	レセプト情報	

(注1) 順番は申出順。本人の同意を得て公表しております。

(注2) 「意見付提供」とは、利用者が留意すべき事項等を意見として付した上で提供を可とするもの。「条件付提供」とは、特定の事項を充足することを条件に提供を可とするもの。

審査省略の報告について (社会医療診療行為別調査への利用)

- レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドラインにおいて、厚生労働省が公表する統計資料の作成のために利用する場合については、有識者会議での審査を省略できることとし、定期的に利用実績について、有識者会議に報告し公表することとなっている。
- 今般、23年6月審査分の社会医療診療行為別調査の作成について、レセプト情報・特定健診等情報データベースのデータを保険局から大臣官房統計情報部へデータ提供を行う予定。
- このデータ提供についても、統計情報部から申出書の提出を受け、セキュリティ要件等のガイドラインで定める要件については、事務局において審査を行った上で提供する。

○ 審査を省略する提供

提供依頼申出者	目的	提供情報	提供予定時期
厚生労働省大臣官房 統計情報部	社会医療診療行為別調査(23年6月審査分)の集計	レセプト情報	平成24年2月～3月

(参考) レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン (抜粋)

第7 提供依頼申出に対する審査

5 有識者会議の審査を省略することができる利用

以下の場合については、有識者会議の審査を省略できるものとする（この場合も、利用者において本ガイドライン等で定める適切な利用を行う必要がある）。ただし、この場合においても、定期的に利用の実績について、有識者会議に報告し、公表することとする。

- (1) 厚生労働省の各部局が、その所掌する事務の範囲内で政府が開催する審議会等に提出する資料の作成のために利用する場合。
- (2) 厚生労働省の各部局が、その所掌する事務の範囲内で作成し、公表する統計資料の作成のために利用する場合。
- (3) 過去に同様の類型の審査を行っている等、有識者会議が審査の省略を特に認めた場合。

(参考)社会医療診療行為別調査の概要

第6回
有識者会議資料
23年6月20日

◆目的◆

全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療制度(以下、「対象保険制度」という。)における医療の給付の受給者にかかる診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容及び薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ること。

◆調査対象◆

各都道府県の社会保険診療報酬支払基金支部及び国民健康保険団体連合会において審査決定された、6月審査分の対象保険制度の医科診療及び歯科診療の診療報酬明細書及び調剤報酬明細書(以下、「明細書」という。)を対象とし、第一次抽出単位を保険医療機関及び保険薬局、第二次抽出単位を明細書とする層化無作為二段抽出法により抽出された明細書を調査の客体としている。

※平成23年6月審査分調査から、医科病院及び保険薬局はNDBに搭載された明細書データの全数を客体とする。歯科病院、医科診療所及び歯科診療所は従来通りの方法で抽出されたNDB明細書データ及び紙の明細書の両方を客体とする。

◆調査事項◆

診療報酬明細書・・・診療行為別点数・回数及び薬剤の使用状況、診療実日数、傷病名 等
調剤報酬明細書・・・調剤行為別点数・回数及び薬剤の使用状況、処方せん受付回数 等

◆公表◆

社会医療診療行為別調査結果の概況、社会医療診療行為別調査報告:毎年度公表(HP掲載)

◆調査結果例◆(一部抜粋)

診療行為	医科		診療行為	歯科	調剤行為	調剤
	入院	入院外				
総数	43 608.5	1 249.0	総数	1 293.4	総数	1 032.1
初診	43.0	205.2	初診	144.0	調剤技術料	219.4
再診	332.4	118.4	再診	162.0	薬学管理料	47.6
理学管理	72.6	69.7	在宅医療	27.3	薬剤料	764.0
在宅医療	998.1	209.8	検査	81.1	特定保険医療材料料	1.2
検査	580.1	88.7	画像診断	47.1		
画像診断	789.9	268.5	投薬	22.2		
投薬	1 637.8	74.9	注射	1.1		
注射	1 524.9	11.7	リハビリテーション	0.3		
リハビリテーション	215.5	26.3	処置	205.0		
精神科専門療法	1 041.3	130.2	手術	40.5		
処置	5 948.0	28.2	麻酔	3.4		
手術	911.5	5.8	放射線治療	0.2		
麻酔	124.8	3.1	歯冠修復及び欠損補綴	545.1		
放射線治療	78.4	8.3	歯科矯正	2.2		
病理解断	19 599.3	.	病理解断	0.8		
入院料等	9 710.9	.	入院料等	11.2		
診断群分類による包括評価等						