

第19章 社会医療を用いた在院日数抑制の波及効果

山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

わが国は世界にも類を見ないスピードで高齢化している。このことは、老人を対象とした社会保障サービスの費用の増大を意味する。このような高齢化社会を乗り切るためには、年金や医療保険の給付水準の見直しということや、若干の負担増、そしてサービス供給自体の効率化も重要な対策である。本稿においては、このうち医療供給における効率化の方法として在院日数の抑制に焦点をあて、その効果がどのようなになっているかを考察する。

II. 経緯

わが国では世界に類をみない急激な少子・高齢化が進んでおり、21世紀前半には、国民の4人に1人が65歳以上の高齢者という本格的な超高齢社会を迎える。同時に、少子化による保険料の減少、経済の低迷による税収の低減などによる一般歳入の伸び悩みで、社会保障費に当てられる財源も十分に確保することが難しくなっているが、歳出に占める医療費の伸びは、最近のさまざまな施策にもかかわらず、毎年ふくらみ続けている。

このように、

- ① 国の財政赤字、
- ② 急激な少子・高齢化、
- ③ 疾病構造の変化（感染症から生活習慣病へ）
- ④ 医学・医療技術の進歩に伴う国民医療費（特に老人医療費）の高騰

などの要因から、医療の需要と供給のバランスが崩れてきた。こうした問題への国の対策は、厚生労働省が医療法を改正するという形で現れる。本稿のテーマである在院日数は、本格的に医療供給サイドへの”規制”という形になって現れたのは第4次医療法改正である。旧厚生省の平成11年(1999年)7月15日付け発表によると、平成9年(1997年)度の国民医療費は前年度比1.9%増の29兆651億円となり、過去最高を更新した。前年度比の伸び率は統計を取り始めた1954年度以降で最低だったにもかかわらず、老

人医療費は 4.2%増の 9 兆 6762 億円に達し、高齢化の進展による医療費膨張には歯止めがかかっていない状況であった。医療費の抑制の主眼は、特に増え続ける老人医療費の抑制である。それは、国民医療費の三分の一、およそ 10 兆円が老人医療費になっていることによる。

日本の診療報酬は歴史的には「診療所（開業医）」を基本的モデルとして作られ、1958 年（昭和 33 年）に新医療費体系として整理された後、改定を経て、今日に至っている。周知のように、現行の診療報酬体系は、主として感染症などの急性疾患が医療の中心であった時代に制定されたことを背景にした出来高払いを中心とする体系となっている。しかし、現在では慢性疾患が増大するなどの疾病構造の変化や高齢者の増加等の社会的な変化が生じている。ここにおおきな矛盾がある。

Ⅲ. 先行研究

具体的に在院日数短縮のインパクトを考察したものに濃沼・伊藤（1999）がある。濃沼・伊藤（1999）では平均在院日数（以下、在院日数）の短縮は喫緊の医療政策課題であり、医療の質の向上と業務の効率化を図る上で不可欠の戦略となっているとしながら、在院日数の短縮化が進むと、新たな入院需要を喚起しない限り病床利用率が低下するなど、病院機能に大きな変化が生じる恐れがあることを指摘している。そして、わが国の医療のパフォーマンスが将来的に世界標準（OECD29 カ国の平均）に近づくと仮定して、在院日数の短縮およびこれに連動する病床数や職員数の変化についてシステムモデルを構築し、シミュレーションを行っている。具体的には、在院日数(x)の短縮により利用されなくなる病床数(y)は増加し、その関係は指数関数 $y = \exp(-2x/m)$ に近似できるとし、病院は在院日数の短縮によって病床規模を拡大したのと同じ経営努力が求められると仮定する。例えば、200 床の病院で現行 25 日の在院日数が 5 日短縮すると、28 床増床したのと同じ影響を受ける。全国では、現行の在院日数の 1 日短縮は 1.3 万床の増加に相当する。同じく 5 日短縮は 7.2 万床、7 日短縮は 10.8 万床、14 日短縮は 28.1 万床増床の勘定となるものである。一方、人員配置は入院と外来患者数で規定されているので、仮想病床数の増加で必要となる人員も増加するはずである。病床数 A の病院で在院日数 z 日が d 日短縮すると、新たに必要となる看護婦数は、 $A \times (g(z)/g(z-d)-1) \times \text{利用率/看護婦当たり患者数}$ 、となる。実際には在院日数の短縮で看護婦数の増員が図られるわけではないが、これまでより密度の高い業務に対応する手厚い人員配置が検討される必要がある。例えば、200 床の病院で現行 25 日の在院日数を 5 日短縮し、従来の病床利用率を維持しようとする、医師、看護婦は各 2 名、6 名の増員に相当する努力が求められることになる。全国（一般病院）では、現行（1997 年）の在院日数が 1 日短縮すると仮想的に医師 1458 人、看護婦 6051 人が必要となる。注目すべきは、わが国の病床数が、減少傾向を辿る世界標準の 1.5 倍の水準で推移するように病床数のスリム化を図るとすると、医師数増加の将来推計から、医師 1 人対患者数（入院患者+外

来患者/2.5)の規準は、現行の16人が、2002年には13人、2007年には12人、2016年には11人に改善できることがわかる。看護婦の規準も、現行の人員規準を段階的に世界標準に近い、より手厚いものにすることができるといえるものである。

IV. データおよび分析方法

濃沼・伊藤(1999)では、在院日数の縮減に伴い、病床数のコントロールと人員配置を適切に行えば、より手厚い医療が提供できるという理論モデルを分析している。しかし、現実には病床数には変化がみられない。その場合、どんなことが起こっているのだろうか。

分析に使用したデータは「社会医療診療行為別調査」(昭和62年～平成12年)の個票データである。濃沼(1999)が指摘するように、在院日数が短縮された場合、事前と同水準の収入を得ようとすれば、一日あたりの収入が増加する必要がある。仮に、診療単価自体が不変であれば、一日あたりの収入も不変となる。いわば、診療機関の報酬は減じられることになる。要するに、

$$\text{入院収入} = \text{日数} \times \text{一日あたり収入}$$

とすれば、日数が減っても左辺を一定とするためには、一日あたり収入を上げるしかない。一日あたり収入は

$$\text{一日あたり収入} = \sum (\text{診療行為} \times \text{診療報酬単価})$$

である。診療報酬単価が不変でも一日あたり収入をあげるためには診療行為数を増加させるという方法がある。今回は病院のデータに絞り、このことを検証していく。

社会医療診療行為別調査では、中分類でまとめられた診療行為の点数と行為数を計測することができる。これを、病院の規模別と当該患者が手術を受けたか否か(重篤度の代理変数)を考慮に入れてクロス集計を行い、そこに簡単な回帰直線を付した。まず、図表1-1および1-2であるが、社会医療診療行為別調査を昭和62年～平成12年までプールし、そこから病院に入院した患者のデータのみを抜き出す。そして、手術をしたか否かでデータを分け、縦軸に総点数、横軸に日数、あるいは診療行為数の平均値を病床規模¹毎にプロットした。(図表1-1、1-2)一見してわかるように、日数は低下の一途をたどっているのに対して、診療行為数に関しては、300床を超える規模の病院では行為数を増加させている(附表1-1)。この傾向は、図表1-3、1-4の手術を行った患者分も、図表1-5、1-6の手術を行わなかった患者分も同様である。いわば、これ

¹ 1～99床が1、以下100～199が2、200～299が4、300～399が5、400～499が6、500+が7である。

らの規模の病院では、在院日数の縮減に応じて、一人の患者に対する診療行為数を増加させたと言える。この場合、この診療行為数が増加しているということは二つの要因が考えられる。病院に対して在院日数の縮減という“医療費抑制政策”を実施したが、医療サービスの需要側に対しても、医療の効率化を図る制度が実施されている。医療供給体制の効率化を図るために、平成4年7月の医療法等の改正で特定機能病院の制度を設けた。これは、高度医療の提供、高度医療技術の開発・評価、高度医療の研修を実施する医療機関を指定する制度で、

- 1) 医療機関の持つ機能や特質に応じた体系化を進め、
- 2) 大病院へ集中する患者の分散化を図り、
- 3) 医療資源を効率的に活用すること

が目的であり²、病院の機能分化論を具体的に実践する施策の嚆矢である。

具体的には、特定機能病院で受診する際に紹介状がない場合は、初診時特定療養費という名目で初診費用が加算され、とりわけ大病院へ集中する患者の分散化を意識した制度である。さらに、この初診時特定療養費は平成8年4月の医療法等の改正により、許可病床数200床以上という条件に変わり、適用が拡大された。すなわち、規模の大きな病院で直接に受診しようとする患者の行動を抑制しようとする改正である。また、平成12年4月の診療報酬改定では紹介加算（許可病床数200床以上の病院の一般病棟に対する紹介率を指標とする加算）が新設された。これは、大規模病院の側に診療所や200床に満たない中小病院との連携作りを促し、紹介患者を増加させる努力（機能分化）を行わせる改正であった。仮にこの機能分化が実践され、大病院（高機能病院）には重篤患者が来院し、ここに集中的な治療を施して、退院させるという循環ができてい結果であれば、上記の結果はそれほど問題ではないといえよう。

V. 病院における診療の現況

本節では、「社会医療診療行為調査」（平成12年）から得られるレセプトのデータを用いて、特定機能病院と一般病院（特定機能病院以外の病院）の別、および一般病院の規模別に、診療行為等について検討する。以下では、悪性新生物（がん）を重症度の高い疾病、白内障を重症度の低い疾病、心疾患を両者の混在した疾病と見なし、これら3疾病に限定して議論する³。特定機能病院の外来患者数に占める初診（紹介を受けないで

² そしてその要件は (i) 内科、外科、歯科等の基本的診療のうち10科以上、(ii) 病床数500床以上、(iii) 紹介患者率30%以上、(iv) 集中治療室、医薬品情報管理室、化学・細菌等の検査施設、病理解剖室、無菌病室の確保、である。そして、大学病院と国立がんセンター、国立循環器病センターが指定を受けている。

³ レセプトの解析については、記述された疾病名の信頼性が低いという指摘がある。しかし、その中でも比較的信頼性の高い疾病が存在するのも事実である。以下で取り上げる悪性新生物、心疾患、および白内障は、比較的信頼性の高い疾病と言える。滝口（1999）も参照のこと。

来た患者) 数の割合は、悪性新生物では 3.9% (1373 人中 54 人)、心疾患では 3.6% (450 人中 16 人)、白内障では 2.7% (298 人中 8 人) であり、極めてわずかである。すなわち、特定機能病院を受診する患者のほとんどは紹介を受けており、これは、平成 8 年 4 月より導入されている特定療養費の成果であろう。言わば、機能分化を企図した政策により、需要者である患者の行動は適正なものに近づきつつある。以下では、供給者である病院の行動を中心に検討する。

なお、本節で用いる主資料である「社会医療診療行為調査」は、「医療施設調査」のような全数調査ではなく標本調査であり、もちろん、本稿の分析目的に合わせて層別に標本抽出されたものではない。したがって、同資料から得られる詳細な診療行為についての情報は、そのまま利用すれば結果に大きな偏りを生じ得る。そこで、診療行為別の情報を捨象した集計程度の高い分析から始め、徐々に集計程度の低い分析へと論を進めることとする。

A. 高度集計

悪性新生物の入院に関する平均診療実日数は、一般病院で 16.07 日であるのに対し、特定機能病院では 17.67 日であり、(数値の見かけ上の差は小さいが) 後者の方が大きい (図表 2)。後述するように特定機能病院に掛かった患者の多くは (一般病院を含む) 他の診療機関からの紹介状を持っている。したがって、特定機能病院と一般病院のレセプトは独立な 2 標本を構成する訳ではなく、通常用いられている平均差の検定方法は適用できない⁴。しかし、紹介によってどのような従属関係があるかは、データの制約により把握できない。そこで、図表 2 に参考値として載せた (独立性を仮定した場合に通常用いられる) 統計値に基づいて、特定機能病院と一般病院との差異を検討した。その結果、悪性新生物に関して、(1) 外来については、実日数、総点数、行為数のいずれも一般病院の方が特定機能病院より大きい、(2) 入院については、逆にいずれの値も特定機能病院の方が大きい (ただし、行為数の差異はそれほど大きくない) と言える。そして、この特定機能病院・一般病院間の差異は、白内障に関してもほぼ同様である。一見、治療に困難が伴いそうな (一般病院では治療の困難な) 悪性新生物と、日帰り手術も可能な (一般病院でも可能な標準的治療方法の普及した) 白内障とで、費用構造が同様の傾向を示していることは興味深い。

他方、心疾患に関しては、入院総点数についてのみ同様に、特定機能病院の方が一般病院よりも大きい、入院のその他の項目および外来については、特定機能病院・一般病院間の差異はほとんど無いと言える。これは、心疾患の中には重症度の高いものと低いものが混在していることに因るのかも知れない。

以上の分析より、概ね、特定機能病院は入院に、一般病院は外来に、機能分化してい

⁴ 仮に、一般病院と特定機能病院とが独立な 2 つの標本であるとし、それぞれの標本の大きさを n_{OT} 、 n_{HF} とする。また、対応する標本平均と標本標準偏差をそれぞれ m_{OT} 、 m_{HF} および s_{OT} 、 s_{HF} とする。2 つの母集団の平均差が 0 か否かは、統計量 $t = (m_{OT} - m_{HF}) / (s_{OT}^2 / n_{OT} + s_{HF}^2 / n_{HF})^{1/2}$ を用いて検定することが出来る (漸近分布は標準正規分布である)。

るようである。ただし、実日数、総点数、行為数のいずれについても、その差異は非常に小さく、十分に機能分化しているとは言いがたい。また、一般病院よりも特定機能病院の方が、入院の総点数と行為数だけでなく平均実日数も大きいことは、「病院」が急性期の患者を可能な限り短期間で治療するという機能分化とは相容れない。ここには何らかの問題が残されていると言えよう⁵。

B. 中度集計

機能分化の目的としては、「長い待ち時間と短い診療時間」の打開以外にも、例えばオーバートリートメント（過剰な検査と診療行為、および治療期間の引き伸ばし等）の防止を挙げることができる。図表3は悪性新生物、心疾患、白内障の一般病院の規模別および特定機能病院の総点数の内訳を入外別で示したものである。入院に関して、悪性新生物と心疾患の場合は、総点数のうち入院点数（いわゆるホテルコスト）と手術点数が大きな割合を占めている。そして規模が小さくなるほど入院費用の割合が増す傾向がある。この要因としては、

1. 大規模病院での手術後の療養を小規模病院が担う

という機能分化がなされている可能性だけでなく、

2. 小規模病院が入院日数の引き伸ばしで収益をあげる

オーバートリートメントがなされている可能性もある（レセプトのデータから両者を識別することは不可能である）。

一方、白内障の場合には、入院点数による収入よりも手術による収入が大きな割合を占める。この結果は、白内障のような重症度が低く標準的診療方法の普及した疾病では、上記1のような機能分化が不要であることを示している。また、上記2のようなオーバートリートメントが行われる余地はあるかもしれないが、在院日数の伸びにしたがって診療報酬は減額されていくのであるから、それほど大きな問題とはならないであろう。

しかし、軽医療の場合には、上記2のような小規模病院に関する問題ではなく、大病院や高機能病院で問題が生じ得る。例えば、心臓バイパス手術で27日間入院した患者が1人いたとしよう。さらに、在院日数1日でもう1人の患者の白内障の手術を行うとすると、2人の患者の平均在院日数は14日となり、急性期特定病院の要件のひとつを満たすことができる。すなわち、

3. 大病院や高機能病院に、機能分化を妨げる動機がある

という制度上の問題がある。この問題が顕在しているか否かを検証したのが図表4である。同図表は、入院のうち手術を行ったレセプトのみを抽出し、かつ特定機能病院とそれ以外的大病院（500床以上の一般病院）の別に、在院日数と在院日数ごとに求めた平均手術点数の散布図である。図表から明らかなように、一般病院と比較して特定機能病院は、在院日数の短い軽医療行為と在院日数の長い高度医療行為を行っており、図表4

⁵ 医療経済研究機構(2000)によれば、退院の時期の決定が「退院後の患者の受入体制次第である」場合が38.4%となっている。これは、高機能病院を長期療養に使わざるを得ない場合があったことを示す。

は上記 3 の問題が顕在していたことの傍証である。もちろん、「社会医療診療行為別調査」は 6 月 1 ヶ月の審査のみを抽出しているため、いわゆるエピソードデータではない。したがって、左端と右端のケースは、手術を伴った入院という抽出条件を満たしているが、右打ち切りや左打ち切りになっている可能性は否めないことは注意が必要である。

C. 低度集計

図表 5-1、5-2 は、悪性新生物と心疾患それぞれについて、一般病院と特定機能病院の別に検査点数の内訳を示している。符号を斜字体で記した検査は一般病院と特定機能病院に共通して構成比の大きい（約 1%以上の）ものである。悪性新生物と心疾患のいずれにおいても血液化学検査や検体検査判断、超音波検査、内視鏡検査といった項目が 50%以上の割合を占めている。入院でも、外来ほどではないものの、病理学的検査や内視鏡検査、超音波検査、検体検査判断といった項目の構成比が大きく、構成は酷似している。

一方、手術については悪性新生物、心疾患、白内障それぞれを図表 6-1、6-2、6-3 に掲げた。悪性新生物については、特定機能病院は例えばがんセンターなども対象であるので、この指定を受けた病院で悪性新生物の治療が行われるケースが多い。また、もっとも規模の小さい病院では根治を目的とした手術は行われていない。胃ガンの全摘手術は規模の大きな病院で行われているが、直腸悪性腫瘍手術の低位前方切除は 300 床以下の病院でしか手術が行われていない。しかし、それ以外は目だって規模による機能分化は起きていないように思われる。心疾患については、200 床以上の病院で主として手術が行われているということ以外、目立った機能分化は見受けられない。白内障の場合、眼内レンズ挿入術がもっとも行われている手術であり、これはすべての規模の病院で行われている。また、硝子体茎頭微鏡下離断術のような手術は特定機能病院でも多数が行われている。

以上をまとめれば、悪性新生物、心疾患、白内障のいずれの場合でも、一部の例外を除けば、規模によって手術が異なる、すなわち機能分化しているようには思われぬ。すなわち、特定機能病院であっても一般病院であっても、診療行為の内容はよく似ており、特に大きな差は見られない。行為の内容に大きな違いがない以上、日数や行為数を増やすことにより、点数を増やそうとしているのではないかということが推測される。すなわち、前項で述べた問題 2「小規模病院が入院日数の引き伸ばしで収益をあげる」およびこれと同様の問題が実際に生じている可能性が高い。

VI. 結語

全体の傾向としては、在院日数は低下傾向にある。しかし、これだけで医療の効率化は図れない。それは、現状では、どのような診療機関においても行われている診療行為には大きな違いがない。高機能病院も困難な疾病や高い技術を要する治療に特化してい

るわけではない。急性期加算を受けるため、平均在院日数を引き下げようとするあまりに「軽医療」の治療を行って日数の調整を行うことも資源の浪費と考えられる。以上のような問題を回避するためには、例えば、診療機関の規模などによって可能な診療行為を制限することが必要なのかもしれない。いずれにしても、在院日数となされている診療行為、そして訪れる患者についての統御は必要であろう。

参考文献

尾形裕也（2000）『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画

中泉真樹（1995）「医療における外部性とプライマリアケアの活用」鶴田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社、第12章

山本克也（2000）国民健康保険被保険者の医療機関選択の態様、厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書『縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析』

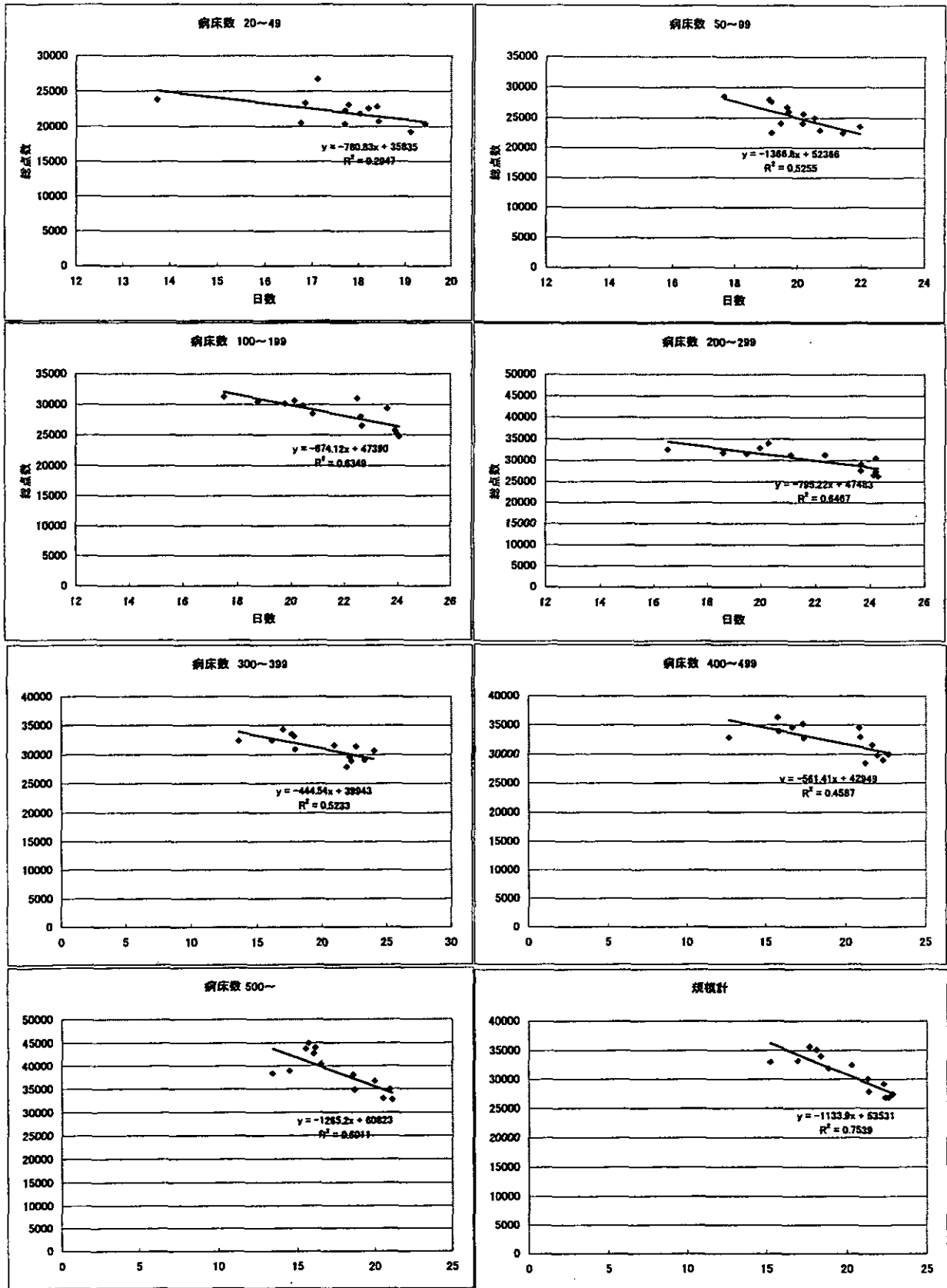
山本克也（2001）患者の診療機関選択；患者の受診行動と地域医療供給、厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「地域の医療供給と患者受診行動に関する分析」報告書所収

研究事業「地域の医療供給と患者受診行動に関する分析」報告書所収

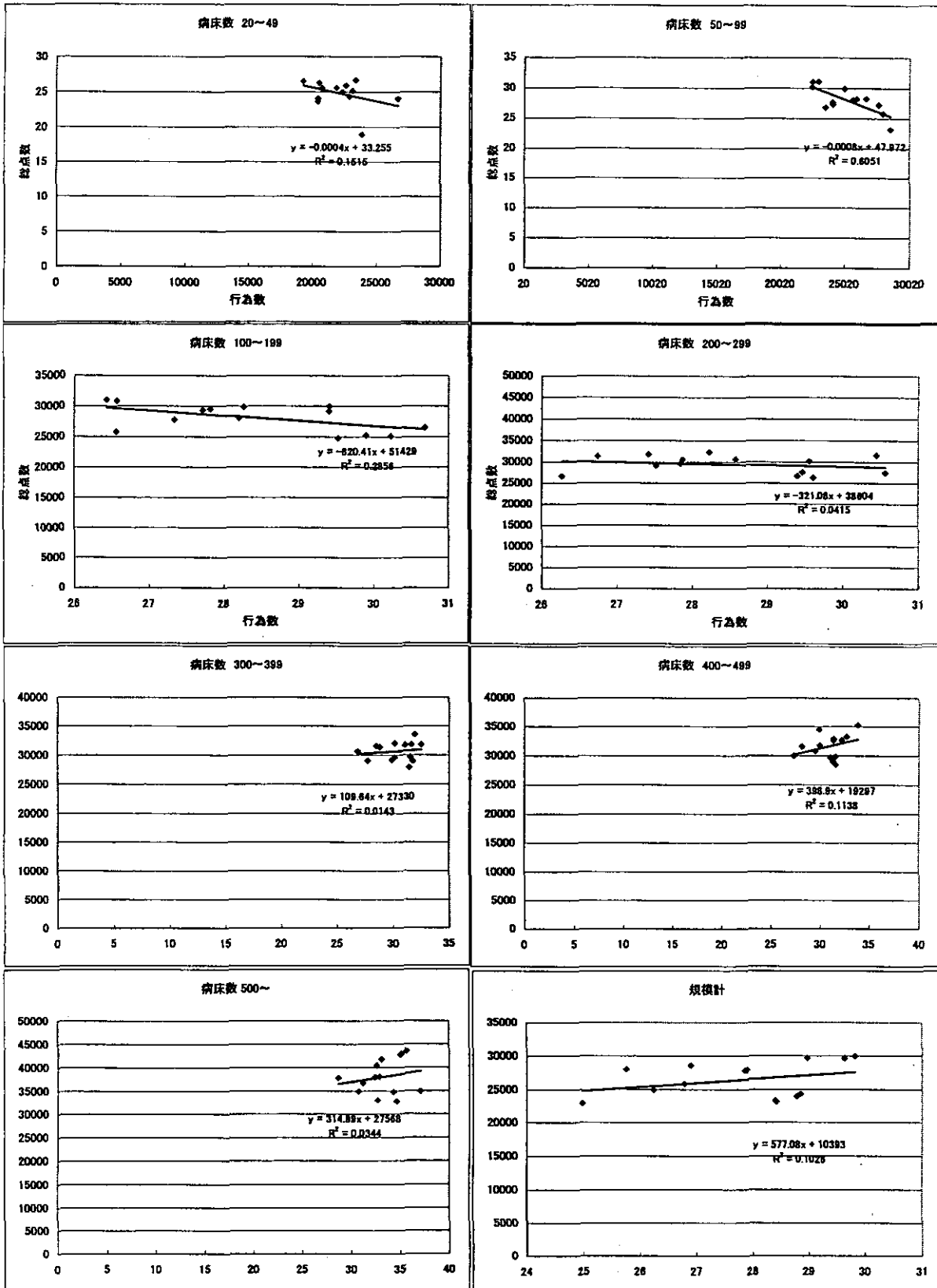
厚生省統計情報部『受療行動調査 平成8年版』

国民健康保険中央会『国民健康保険の実態 平成10年版』

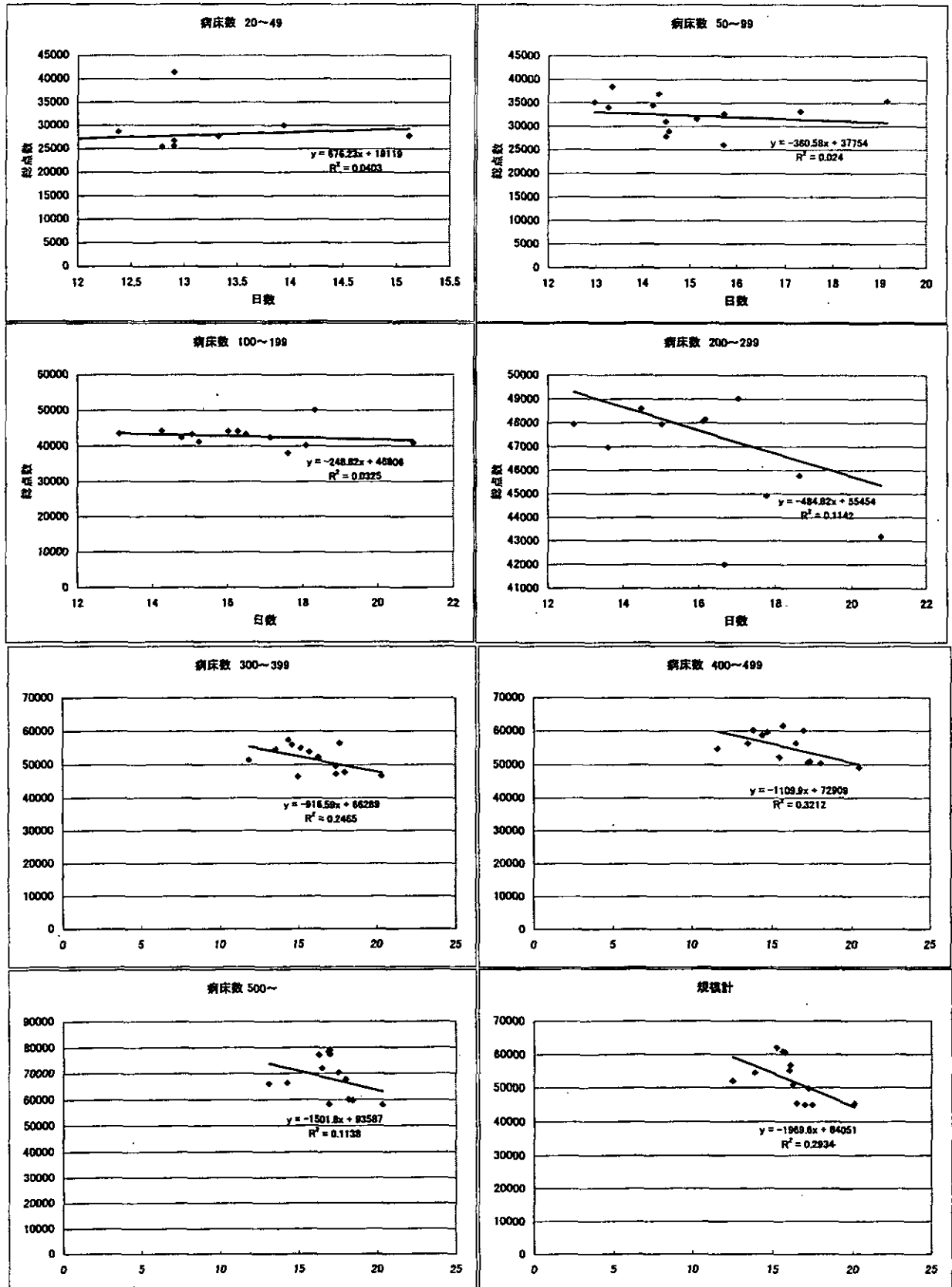
図表1-1 病院、入院全データ (日数)



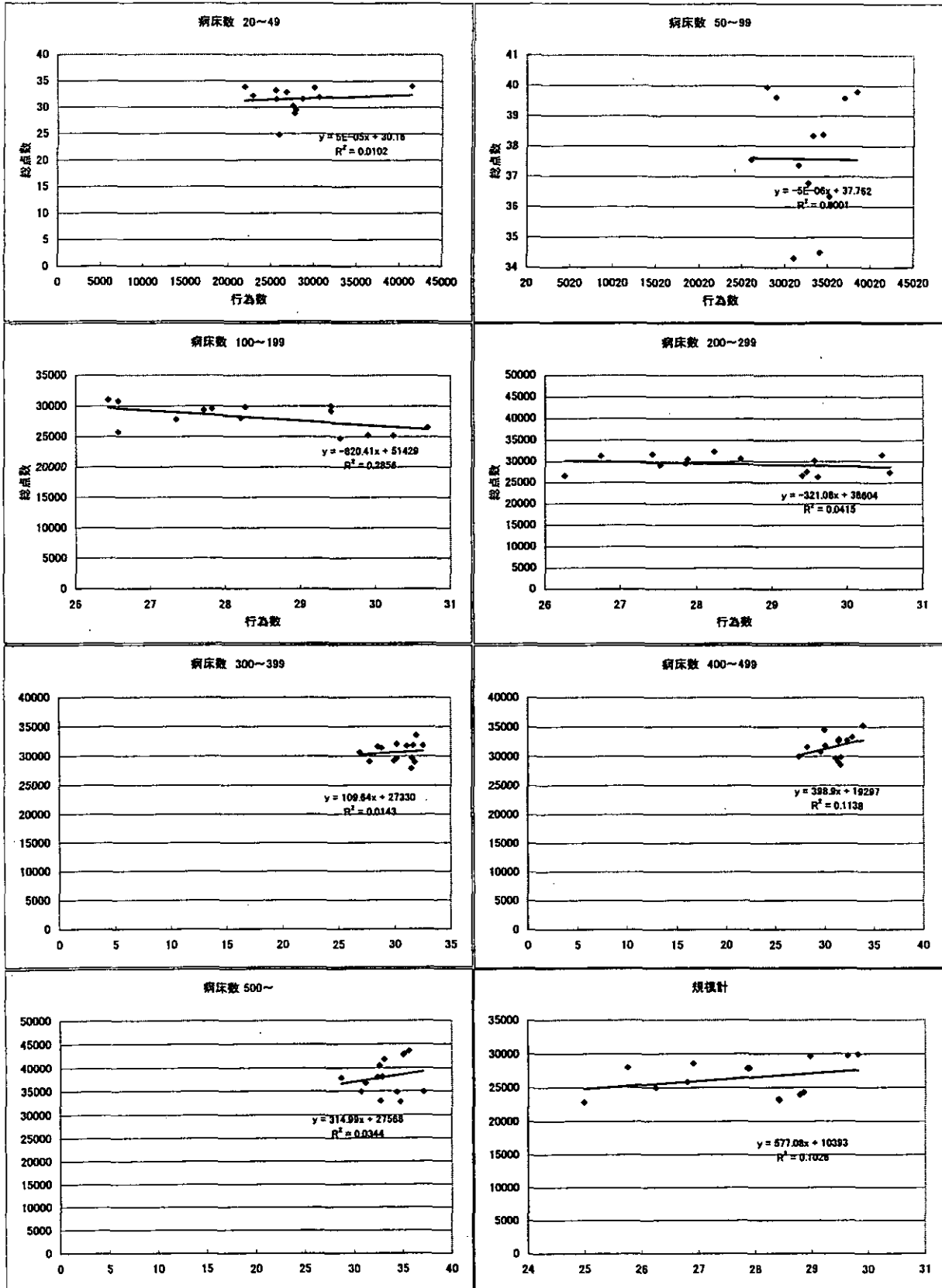
図表1-2 病院、入院全データ (行為数)



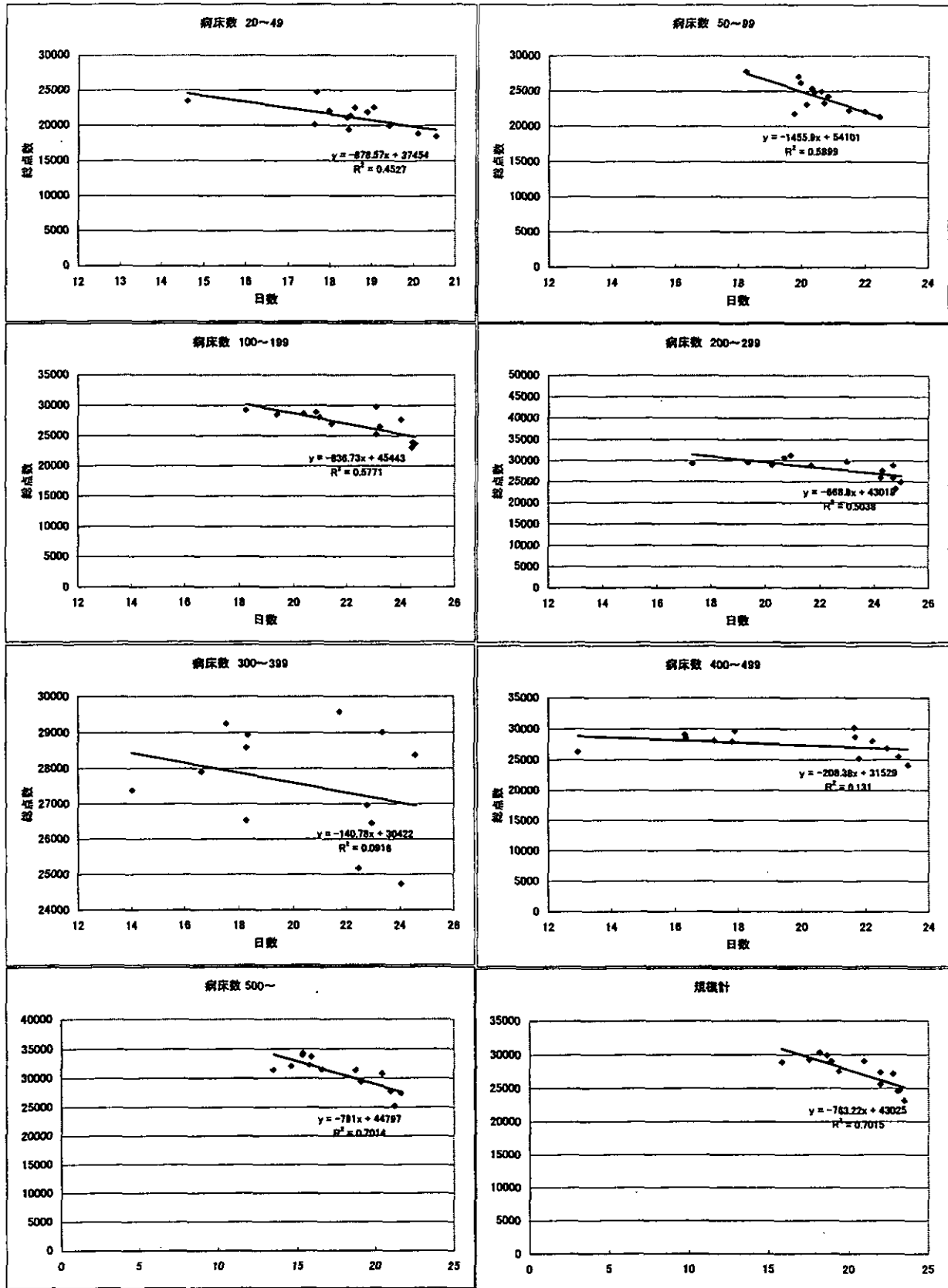
図表1-3 病院、入院手術データ（日数）



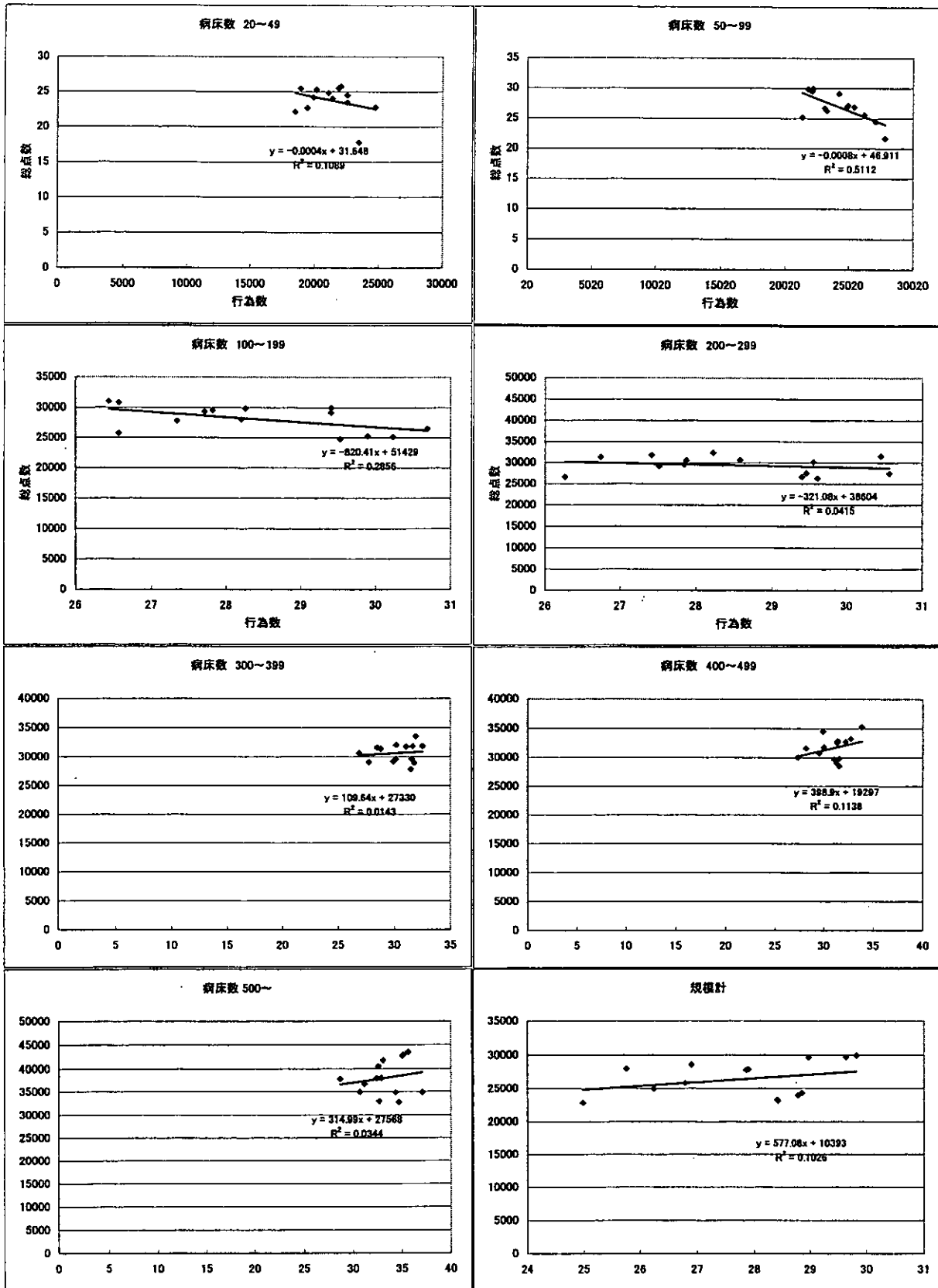
図表1-4 病院、入院手術データ (行為数)



図表1-5 病院、入院非手術データ (日数)



図表1-6 病院、入院非手術データ (件数)



図表2 疾病別・入外別・一般病院と特定機能病院の別の診療件数、実日数、総点数、行為数

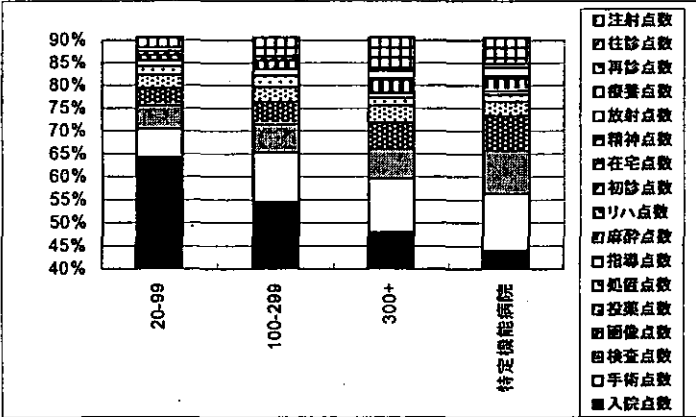
		入院			外来					
		実日数	総点数	行為数	件数	実日数	総点数	行為数	件数	
悪性新生物	一般病院	平均	16.07	42840.7	40.51	1471	1.77	2822.5	10.14	2124
		標準偏差	10.34	37430.0	18.97		1.64	3552.8	7.24	
	特定機能病院	平均	17.67	54501.3	41.44	960	1.54	2477.2	7.79	1373
		標準偏差	10.39	47549.6	19.29		1.22	3934.7	5.78	
	(参考) 平均の差 t比		-3.707	-6.412	-1.163		4.700	2.631	10.602	
心疾患	一般病院	平均	11.43	41069.2	41.08	381	1.31	1523.3	6.78	409
		標準偏差	9.70	47614.4	16.83		0.70	1767.1	4.85	
	特定機能病院	平均	11.39	56729.5	41.61	119	1.30	1471.5	6.58	450
		標準偏差	8.43	65434.1	19.16		0.68	1724.3	4.79	
	(参考) 平均の差 t比		0.039	-2.418	-0.271		0.271	0.434	0.586	
白内障	一般病院	平均	7.71	35306.5	30.91	835	1.40	744.0	8.32	6559
		標準偏差	5.75	19669.5	10.08		1.02	1122.7	4.92	
	特定機能病院	平均	10.05	39241.1	33.54	462	1.27	774.8	7.10	1871
		標準偏差	7.29	26464.2	11.07		0.62	1619.9	4.46	
	(参考) 平均の差 t比		-5.950	-2.797	-4.232		6.675	-0.771	10.148	

「平均の差」欄のt比は、独立な2標本平均の差異についての検定で標準的に用いられている統計値
資料：「社会医療診療行為別調査」平成12年版

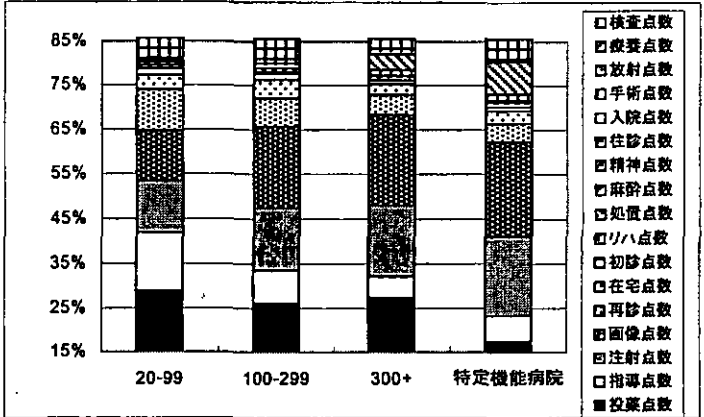
図表3 病院の規模別 悪性新生物、心疾患、白内障の総点数の構成

入院

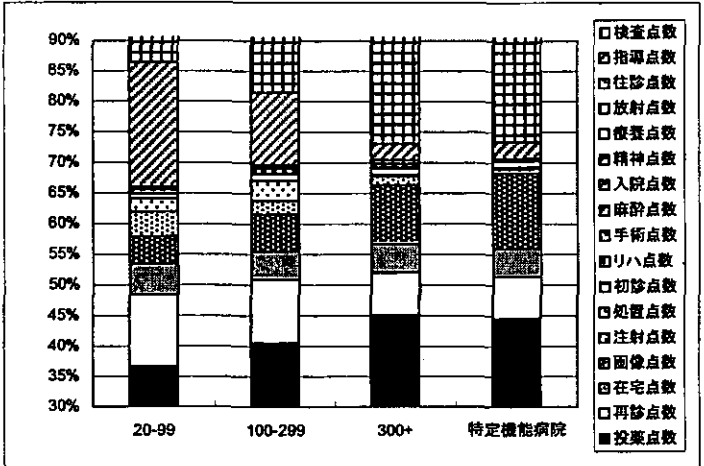
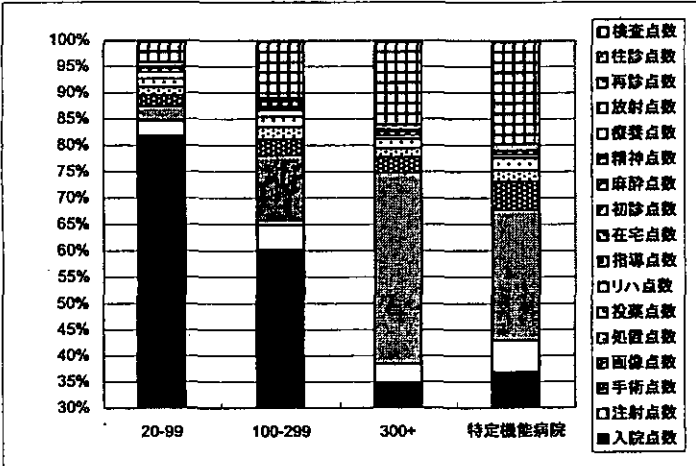
悪性新生物



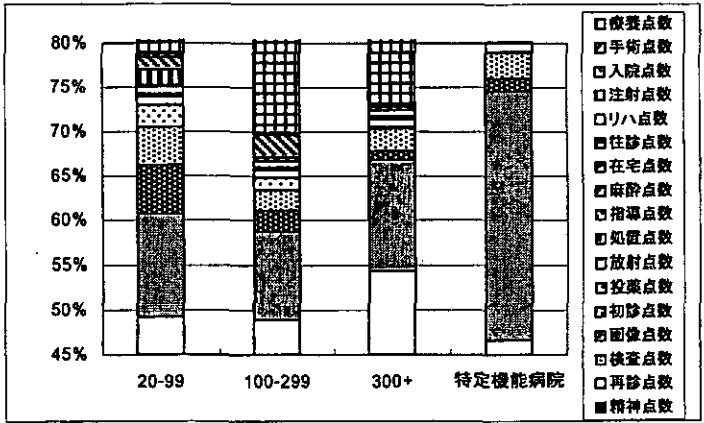
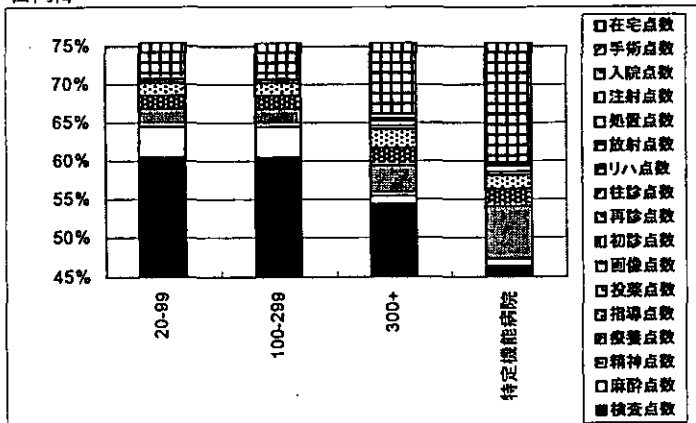
外来



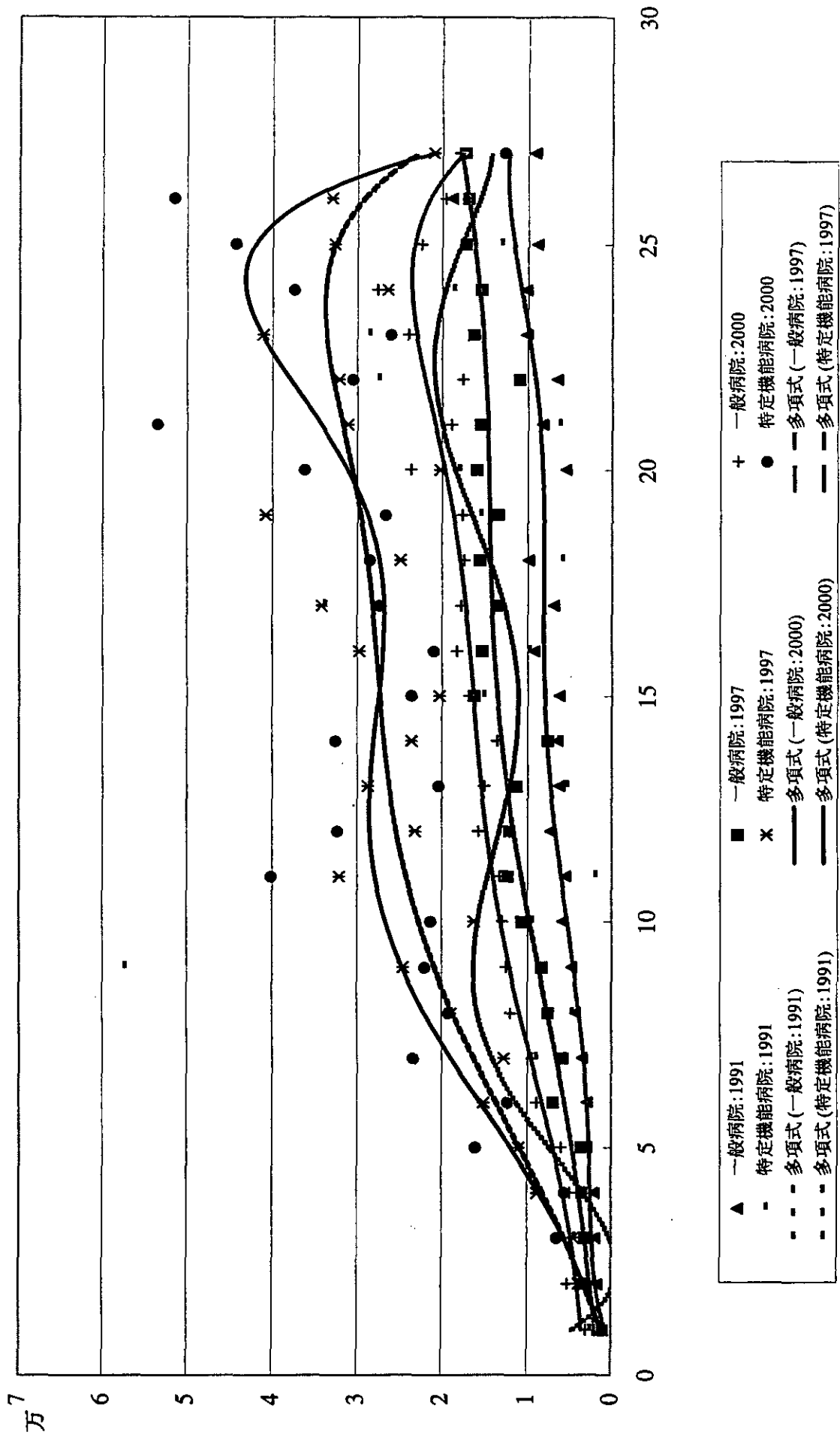
心疾患



白内障



図表4 一般病院と特定機能病院の入院日数と手術点数の関係



図表5-2 心疾患 病院種別 検査度数分布
外来

特定機能病院			一般病院		
検査符号	点数	構成比	検査符号	点数	構成比
4033	136800	19.34	4033	464400	29.80
4031	77760	11.00	4031	162000	10.40
3851	77280	10.93	4208	79200	5.08
3881	37200	5.26	4114	70200	4.50
4022	32400	4.58	3891	49350	3.17
4208	31680	4.48	4035	39000	2.50
4114	28350	4.01	3862	34695	2.23
3883	12610	1.78	4022	32400	2.08
4035	11400	1.61	4101	31320	2.01
3657	10340	1.46	3863	30840	1.98
4601	10000	1.41	3865	30810	1.98
4325	10000	1.41	3657	26840	1.72
4116	9450	1.34	4601	21000	1.35
3891	9400	1.33	4325	20000	1.28

検査符号と検査内容

3312	検査(検体検査) 血液形態・機能検査 ヘモグロビンA1c 基本的検体検査実施料小計 肝炎ウイルス関連検査 HCV抗体価精密、HCV抗体価 基本的検体検査実施料 検体検査判断料小計 検体検査判断料	4週間以内
3657	尿・糞便等検査	
3851	血液学的検査 生化学的検査(I) 免疫学的検査	
3861	基本的検体検査判断料(I)	
3862	加算 検体検査管理	
3863	加算 時間外緊急院内検査小計	
3865	加算 加算 時間外緊急院内検査	
3881	基本的検体検査判断料(I)	
3883	加算 検体検査管理	
3891	検査(生体検査) 呼吸循環機能検査等小計 呼吸機能検査等判断料 心臓カテーテル法	右心カテーテル 左心カテーテル
4022	加算 冠動脈造影、他	
4031		
4033		
4035		

入院

特定機能病院			一般病院		
検査符号	点数	構成比	検査符号	点数	構成比
4208	15840	11.70	3862	36720	11.48
3862	12150	8.98	4114	32400	10.13
4101	9990	7.38	4208	31680	9.91
3863	9600	7.09	3863	28680	8.97
4114	9450	6.98	4101	24435	7.64
3891	9400	6.94	4116	16380	5.12
4022	7200	5.32	3865	10270	3.21
3865	5590	4.13	4929	9300	2.91
4116	5040	3.72	3861	8400	2.63
4214	3600	2.66	4107	7488	2.34
4730	3078	2.27	4022	7200	2.25
4107	2880	2.13	3312	6840	2.14
3312	2755	2.04	4214	6840	2.14

検査(生体検査)

4101	呼吸循環機能検査等小計	
4107	心電図検査	最低12誘道
4114	負荷心電図検査	最低12誘道 8時間以上
4116	トレッドミル負荷心機能検査、他 超音波検査等小計	
4208	超音波検査	UG 断層撮影法及びMモード法による
4214	加算 パルスドップラー法	
4325	監視装置による諸検査小計 加算 カテーテル挿入	
4601	負荷試験等小計 肝及び腎のクリアランステスト	
4730	内視鏡検査小計 胃・十二指腸ファイバースコープ	
4929	検査(診断穿刺・検体採取料小計 内視鏡下生検法)	

図表6-1 診療機関種類別・疾病別 実日数、総点数、行為数

悪性新生物	点数	規模					合計			
		20~49	50~99	100~199	200~299	300~399		400~499	500~	特定機能病院
皮膚悪性腫瘍切除術	7600	1						4	5	
四肢軟部悪性腫瘍手術	8470							3	4	
骨悪性腫瘍手術	13900		1					1	1	
眼瞼結膜悪性腫瘍手術	6930							3	3	
鼻咽腔悪性腫瘍手術	17000							2	2	
扁桃悪性腫瘍手術	14800							1	1	
喉頭悪性腫瘍手術	33100							1	1	
	28100				1				1	
	51000							2	2	
喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術	8800							1	3	
舌悪性腫瘍手術	14700							1	2	
甲状腺悪性腫瘍手術	19800		1					1	3	
乳腺悪性腫瘍手術	19800		2		1			5	15	
	19800		2		3			2	20	
胸壁悪性腫瘍摘出術	19200							1	1	
肺悪性腫瘍手術	32400		1					1	3	
	35000				2			1	1	
肺葉切除又はこれに満たない1側肺全摘又は1肺葉を超える他の手術との併施	K514の50/100							1	1	
加算	7000									
早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜炎切除術	58000							1	1	
食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術併施)	44600							2	3	
胃、十二指腸早期悪性腫瘍内視鏡的粘膜炎切除術	7500							1	1	
胃悪性腫瘍手術	31900		5					4	11	
	46700							4	24	
	40300		1		1			1	5	
胆嚢悪性腫瘍手術	16400								1	
肝悪性腫瘍マイクログ波凝固法	10400		2						2	
結腸早期悪性腫瘍内視鏡的粘膜炎切除術	26700		3		5			2	13	
小腸又は結腸悪性腫瘍手術	24500							1	2	
直腸悪性腫瘍手術	36100		2		1			1	7	
	36100		3		1			4	12	
	27100								1	
副腎悪性腫瘍手術	27300		2					2	4	
腎(尿管)悪性腫瘍手術	12900							1	1	
尿道悪性腫瘍摘出術	12300							1	1	
陰茎悪性腫瘍手術	24100							2	4	
前立腺精嚢悪性腫瘍手術	27300		1					3	12	
子宮悪性腫瘍手術	25000							1	2	
子宮付属器悪性腫瘍手術(両側)									2	
Net 瘻手術									193	
Gross 瘻手術		0	5	26	13	19	30	28	72	2776
Net / Gross		0.00%	2.59%	13.47%	6.74%	9.84%	15.54%	14.51%	37.31%	
		26	83	344	175	296	322	424	1106	
		0.00%	6.02%	7.56%	7.43%	6.42%	9.32%	6.60%	6.51%	