

きがあり、ガイドライン遵守群では低コストであるのに対して、それ以外の群では、余分なコストをかけている可能性が示唆された。また、医学的に適切な抗生剤の選択の観点からも耐性菌の誘導等、医療の質の悪化に結びつきかねない可能性も考えられた。平均入院期間には医療機関間差異はなく、重症度、アウトカムとも有意な差は無いと考えられた。

②腹腔鏡下胆嚢摘出術では、特に明確な抗生物質使用ガイドラインは定められていないが、抗生剤投与コスト上位約4分の1の医療機関でβラクタマーゼ配合剤の投与コストが大きくかかっていることが認められた。それ以外の医療機関での差異は比較的小さく、投与される抗生剤の種類もセフェム系第一世代から第2世代が多く、これらの医療機関での術後の抗生物質の選択のバリエーションは比較的小さく、標準化が進んでいる状況にあると捉えられた。

③鼠径ヘルニア手術での同様の分析では、上位3病院で、セフェム系第4世代を含む高額な抗生物質の使用が認められたが、それ以外の医療機関での抗生物質選択はほぼセフェム系第1世代に標準化されているようであった。しかし、一患者あたりの投与量にはバラツキが大きく、ほとんど抗生物質を使用していない医療機関から平均3000円程度の抗生剤を使用している医療機関までバラツキが大きいことが認められた。

ついで、診療プロセス分析の例として、血液製剤の使用状況を比較する検討を行った。

④冠動脈バイパス手術日の血液製剤の使用量を医療機関毎の集計したものが図4である。横軸に一症例あたりの新鮮凍結血漿(FFP)の診療報酬点数を、縦軸に同様にアルブミン製剤の診療報酬点数をとり、手術実施症例数を円の大きさとするバブルチャートで

表した。その結果、手術実施症例数の多い医療機関はグラフ上、左上方に位置して、FFPが5000点から15000点の範囲、アルブミンが5000点から10000点の範囲に多くの医療機関があった。一方、FFPの使用量が20000点を超える医療機関が5医療機関あり、いずれも手術実施数は少なかった。

⑤肝癌肝切除術手術日の血液製剤使用量を図5に示す。横軸に一症例あたりの濃厚赤血球(MAP)の診療報酬点数を、縦軸に新鮮凍結血漿(FFP)の診療報酬点数をとり、手術症例数を円の大きさで示すバブルチャートで表現している。この結果、多くの医療機関でMAP使用量2000点以下、FFP使用量15000点以下であり、特に手術実施症例数の多い医療機関では、MAPの使用量が1000点以下となっていることがわかる。それに対して、一部の医療機関では手術日のMAPの使用量が非常に大きく2000点を超える医療機関が6医療機関あり、いずれも手術実施症例数が少ない医療機関であった。

最後に、後発品使用状況とその変化を集計した。薬効別の後発品使用割合は、ビタミン剤、感覚器官用剤、血液・体液用剤、外皮用剤等で特に高く、後発品導入が薬効により大きく異なることが示された(図6)。時系列変化では、増加率の大きなものとして、中枢神経用薬、体外診断用医薬品を除く診断用薬が認められた(図7)。

### C. 考察

本研究により、DPC 調査電子データを活用することにより、従来は困難であった医療機関間の診療プロセスのバリエーションの可視化が進展し、新しい手法によって医療の質と効率性の評価が試みられる可能性が開けたことが示されたと考えられる。DPC 電子データは

共通のフォーマット、共通のコード体系、共通の診療情報基準に基づいて、DPC に参加する全医療機関から収集されているものであるため、本研究で示すような効率的で実効性の高い諸分析を比較的容易に実施出来る情報基盤を提供していると認められる。

抗生物質の選択状況の分析では、そのバリエーションの大きさが示された。本研究で示した分析では、術後6日間の患者一人あたりの抗生剤分類別投与診療報酬点数という、比較的大まかな分類による集計を比較してものであり、個別の症例の情報を利用していない医療機関単位の集計である点など、その解釈には限界点があることは念頭に置く必要はある。しかし、DPC の診断群分類を基準に実施されている手術によって患者を分類し、選択された手術については比較的定型的で、入院期間が短く合併症の発生の可能性が低いものであるため、症例間のバリエーションは大きくないと推定される。従って、本研究で示した方法の有効性としては、定型的に収集されるデータを用いて、比較的簡便な方法を用いて診療プロセスの医療機関間バリエーションを示せる可能性を示したことにあると考えられる。

抗生物質の選択は、適切な選択が我が国の感染症対策の基本であり広く耐性菌の発生と蔓延を防止する意味で、医療の質の確保に直結するものであろう。従って、各医療機関における抗生物質選択の適切性の評価は、医療機関の医療の質の一部を評価しているものと捉えることができる。

一方、医療の効率化の観点からも抗生物質選択の適切性を評価することができる。特に包括評価の下では、術後の注射薬、内服薬は包括評価部分に含まれているため、医療機関にとってはコスト要因となっている。抗生物質の過剰使用の削減が医療機関の医業収益

改善にも貢献しうる。ガイドラインが示されている疾患等では、そのガイドラインを越える抗生物質の使用を抑制することで、医療コストの効率化を図ることができるが、そのようなガイドラインが無い疾患においても、本研究で示した手法によって、平均的標準的な抗生物質使用状況が明らかとされることによって、その薬剤選択、投与量と期間の選択の参考となる一つの情報が提供されると考えられる。

包括評価の支払い点数の設定の観点からは、医療の標準化の遅れが、包括評価点数の歪みを引き起こしている可能性も指摘されるべきであろう。すなわち、医療機関毎の調整係数を例にとれば、過去の診療実績に基づいてその実績を担保する観点から調整係数が設定されていることから、標準的な状態からはずれている診療プロセスをも担保する形で各係数が設定されてしまっているとも捉えられる。例えば、術後の抗生物質の投与量が少ない医療機関にはそれに見合った形で低めの調整係数がつき、投与量が多い医療機関にはそれにあった形で多めの調整係数が付いている可能性は否定出来ないのである。当然、疾患毎、診療行為毎のバラツキはあるため一概にここまで単純化することができないが、少なくとも、標準からはずれた診療プロセスもふくめて係数設定されていることは事実といえる。

この歪みは、診断群分類毎の点数すなわち相対係数の設定にも現れている可能性がある。相対係数は調査データから集計される診療行為明細の総和に基づいて、DPC分類毎の点数として設定されている。従って、集計されたデータに含まれる標準的な治療からはずれた部分も含めて相対係数が設定されて要とも言えるのである。

いずれの場合も根元的な解決をすぐに求め

ることは困難であろうが、診療プロセスのバリエーションの存在を明らかにすることと、場合によっては係数等の設定影響を与えうる極端に過剰な診療内容、標準からかけ離れた診療プロセスを除外した係数設定等の手法も検討していく必要がある。

診療プロセスのバリエーションの問題については、過去多くの研究で、我が国の診療内容の透明性の欠如、大学医局を中心とした人事体制に起因する、医療機関間の情報交流の欠落、診療プロセス等を評価する臨床研究等の発展の遅れ、諸外国に比して極端に少ない医療サービス研究に対する研究資源配分など多くの要因が指摘されてきている。近年は、クリニカルパスの普及によりようやく医療機関間の診療プロセスが透明化されるようになってきているが、これらの手法の発展を期待すると共に、本研究で示したような診療電子データを活用した診療プロセスの透明化の研究も合わせて早急に推進する必要がある。

抗生物質の投与バリエーションに関しては、その是非を問う前に、ケースミックスの相違の影響を吟味することが必要である。医療機関によって症例の重症度等に差異があれば、抗生物質のバリエーションが正当化される可能性もありうる。本研究に示した分析では、比較的定型的で短期入院を特徴とする手術を選択することによって、症例の重症度の差異の影響を可能な限り排除するように試みた。また、個別症例単位ではなく医療機関単位で集計することにより、ある程度の症例間バリエーションも吸収されていることが期待される。医療機関毎の在院日数を合わせた検討では、抗生物質投与量と在院日数には相関関係はないことから、重症度の差異は殆どないと考えている。

単純虫垂炎の抗生剤選択では、薬剤ブラン

ドの医療機関集約性が認められたのが特徴であった。特に、オキサセフェム系とカルバペネム系が特定の医療機関に集中している傾向があった。これは、薬剤選択に対する製薬企業のマーケティング戦略の影響の現れである可能性もあろう。

## E. 結論

DPC 調査電子データである診療明細情報を活用して、診療プロセスのバリエーションを可視化する手法を示した。本研究では、定型的なデータの活用により、従来困難であった診療プロセスの評価や効率性の評価が大きく進展する大きな可能性が示されたと言える。本研究手法の進展により、我が国の医療の標準化がさらに促進されると共に、DPC 包括評価システムの適正な運営に貢献することが期待される。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Fushimi, K., Ishikawa, K.B., Hashimoto, H., Horiguchi, H., Kuwabara, K., Imanaka, Y., Hayashida, K., Anan, M., Akioka, M., Hisatomi, Y., Ueda, K., Matsuda, S. Assessment of clinical process variance by DPC administrative data. Proceedings of the 22nd conference of PCS/I. (2006).

### 2. 学会発表

1. Shimizu, S., Yoshii, N., Fushimi, K. Geographic factors for regional disparity of the quality and efficiency of the health care in Japan. Academy Health Annual Research Meeting 2006. 2006年6月, Seattle, USA.  
2. Fushimi, K., Ishikawa, K.B., Hashimoto, H., Horiguchi, H., Kuwabara, K., Imanaka, Y.,

Hayashida, K., Anan, M., Akioka, M.,  
Hisatomi, Y., Ueda, K., Matsuda, S.  
Assessment of clinical process variance by  
DPC administrative data. 22nd PCS/I  
Conference, 2006年10月, Singapore.

3. 伏見清秀. 石川光一、橋本英樹、堀口祐  
正、今中雄一、桑原一彰、林田賢史、松田晋  
哉. DPC を利用した地域医療の評価: 地域疾  
病構造と医療機能の可視化. 第44回日本病  
院管理学会学術総会. 2006年10月, (名古  
屋).

4. 鎌田志乃ぶ, 伏見清秀. DPC データを用  
いた医薬品適正使用の検討—抗生物質の適  
正使用—. 第44回日本病院管理学会学術総

会. 2006年10月, (名古屋).

5. 伏見清秀. プロローグ. 日本クリニカルパス  
学会シンポジウム. 2006年11月, (熊本).

G. 知的所有権の取得状況

該当なし。

図1

医療機関

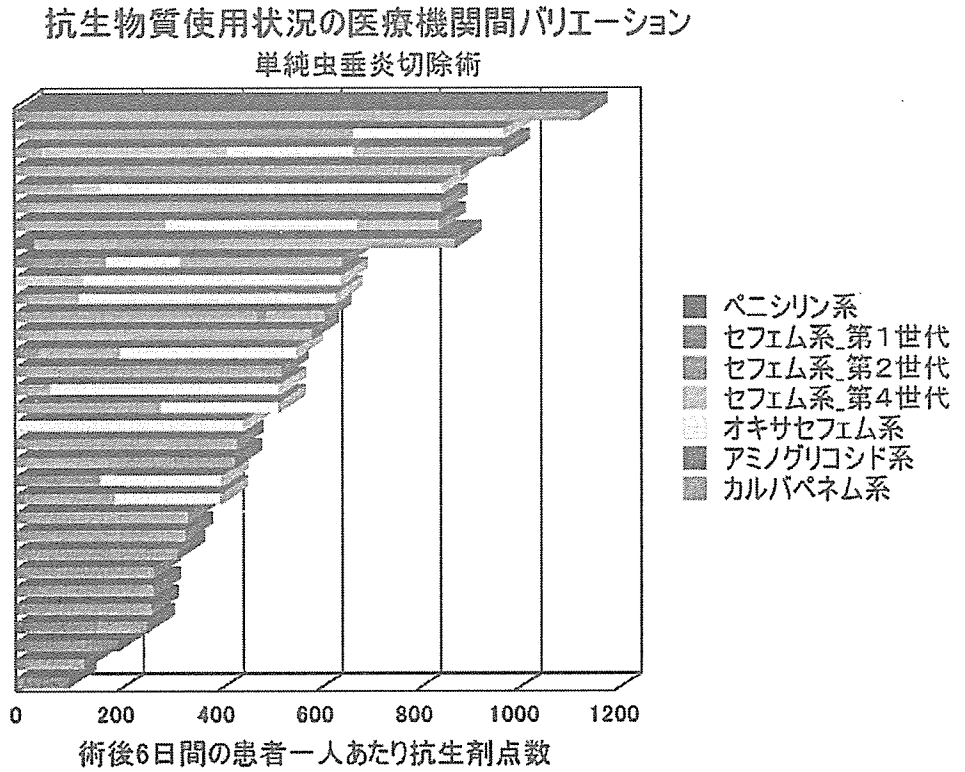


図2

医療機関

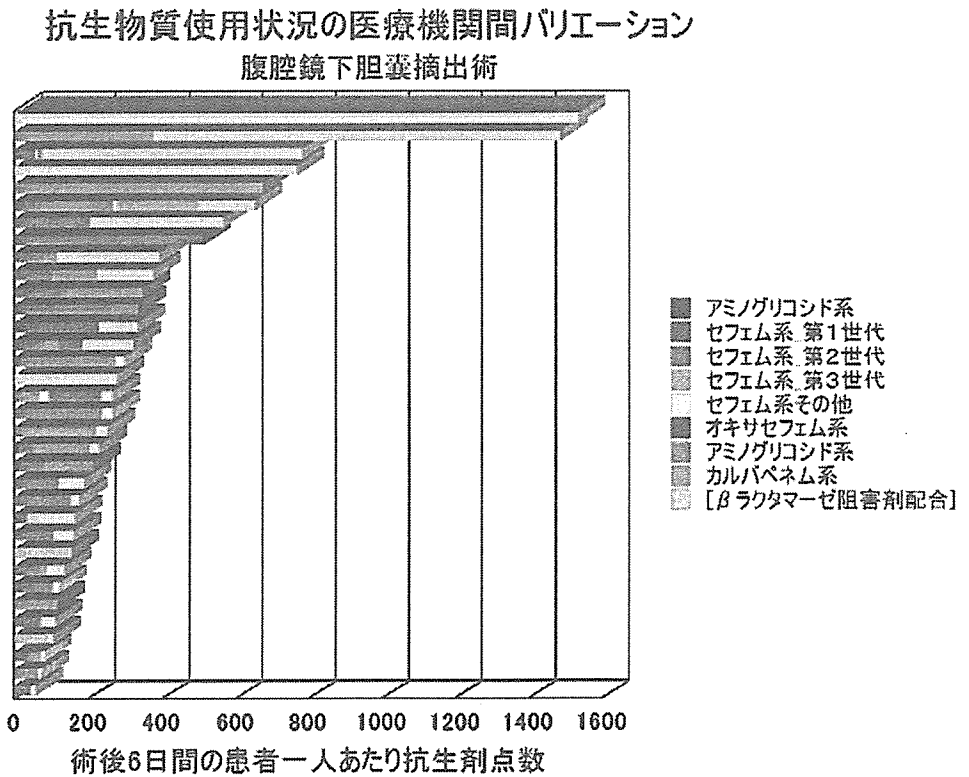


図3

医療機関

### 抗生物質使用状況の医療機関間バリエーション 鼠径ヘルニア ヘルニア手術

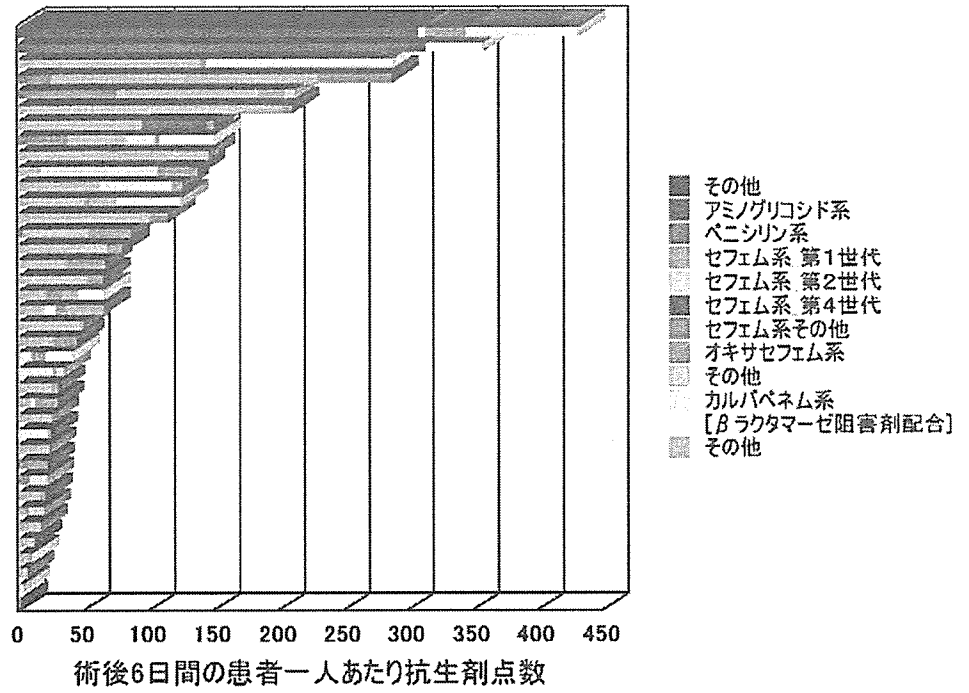


図4

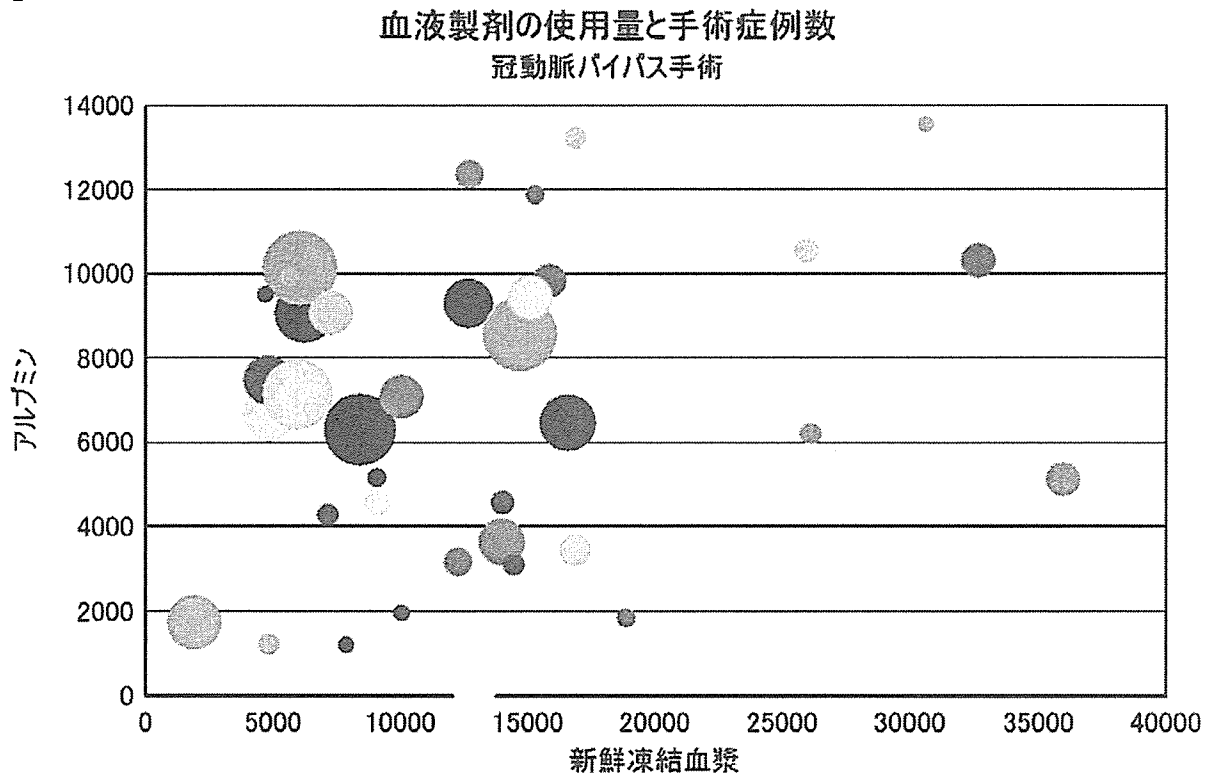


図5

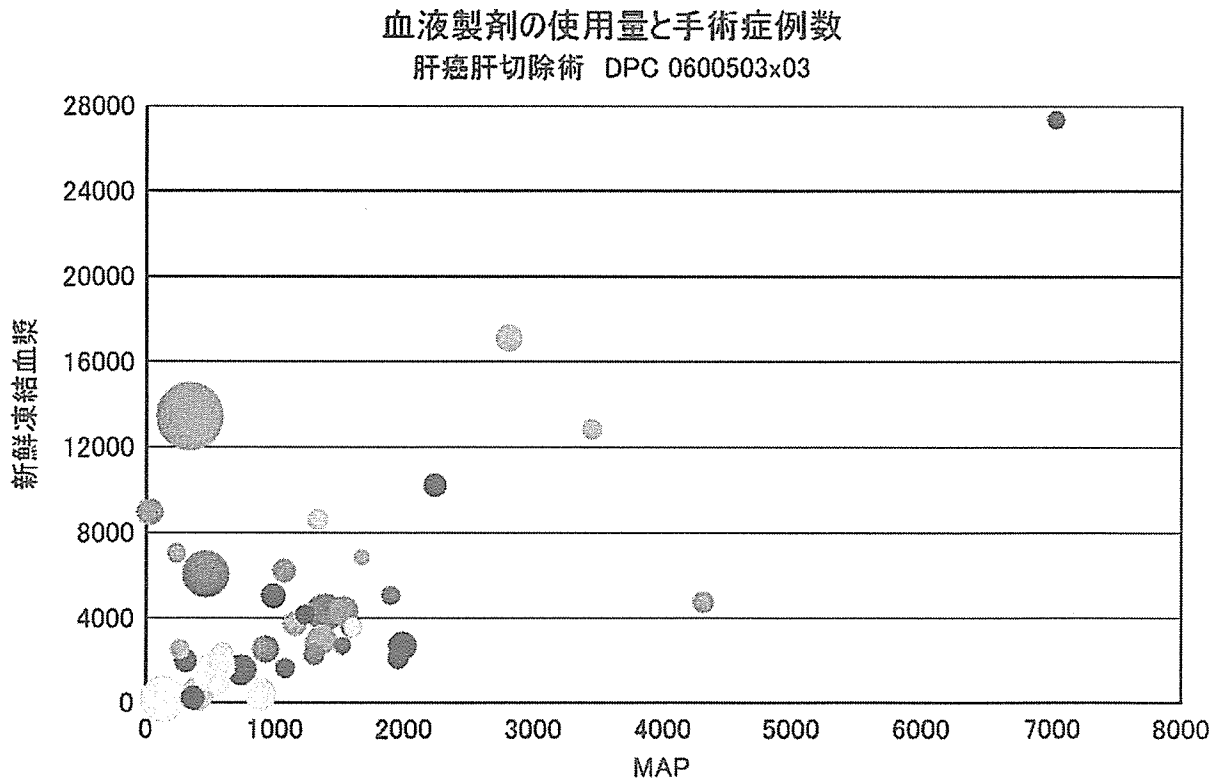


図6

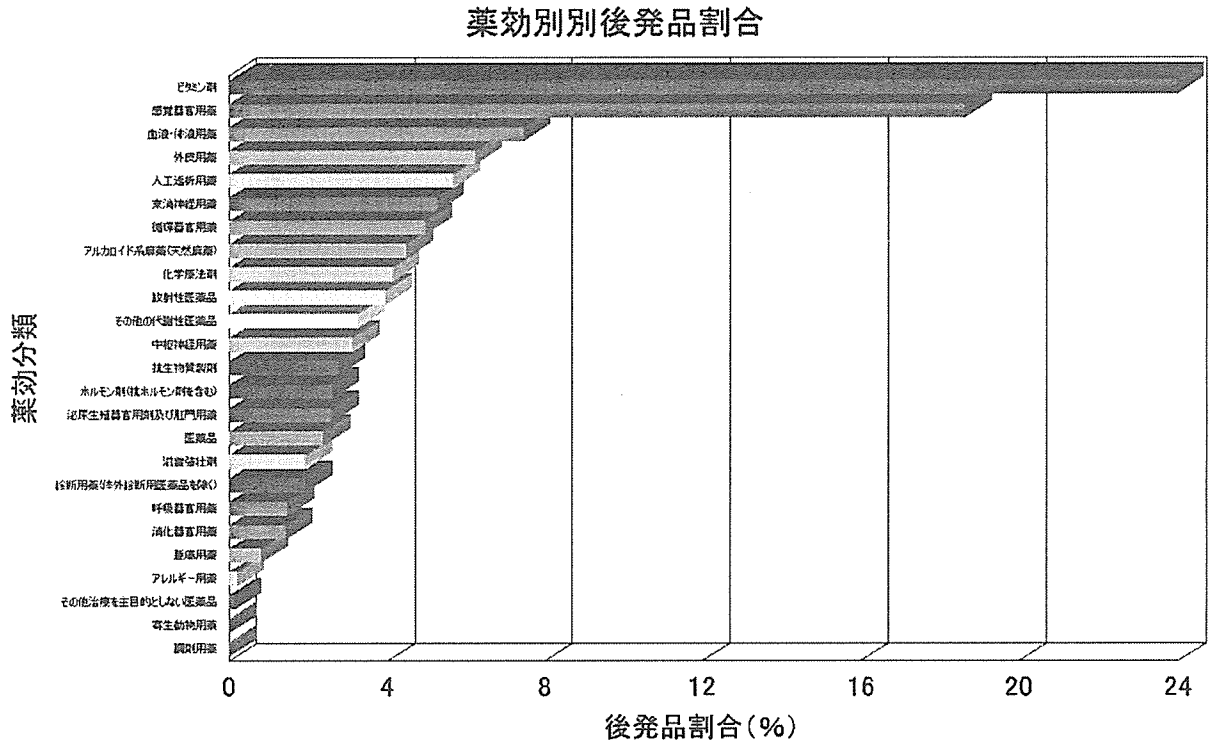
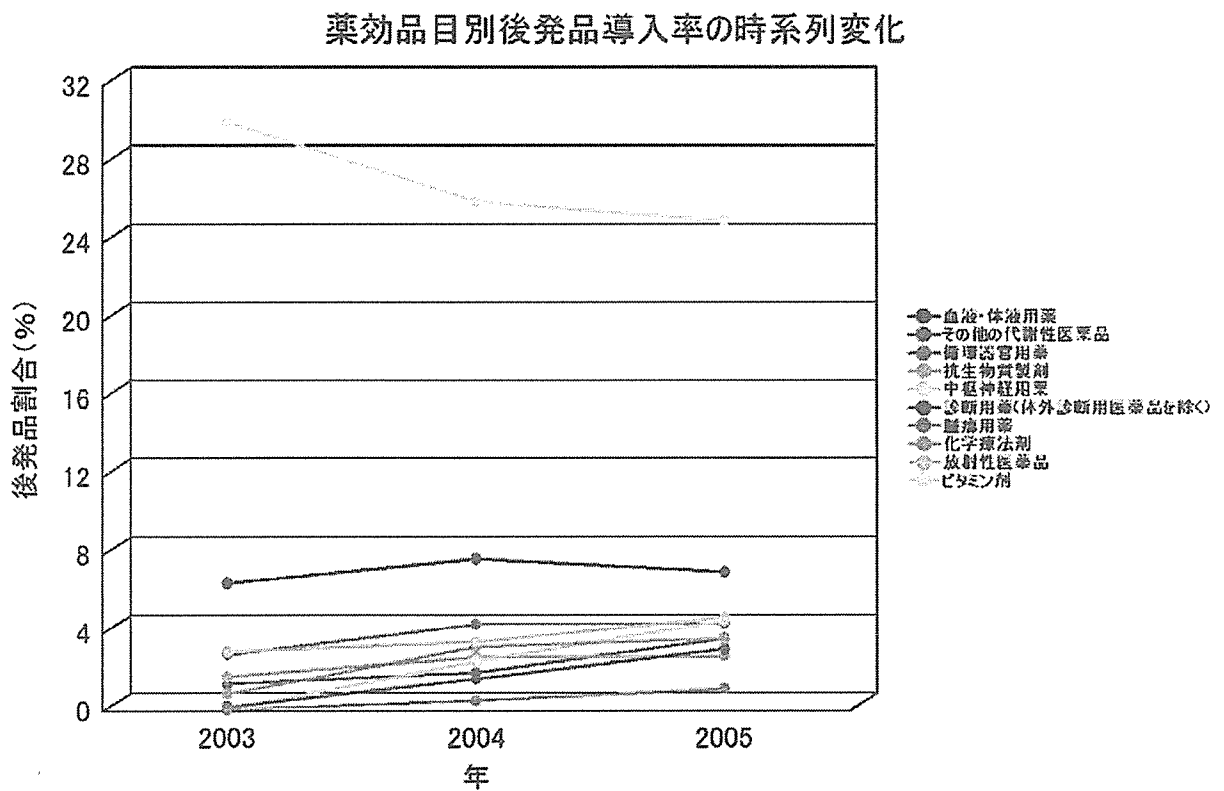


図7





平成 16-18 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）分担研究報告書

診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究報告

(H16-政策-027)

病院診療ポートフォリオ

報告者（分担研究者）

石川ベンジャミン光一

国立がんセンター がん対策情報センター 情報システム管理課 システム開発室長

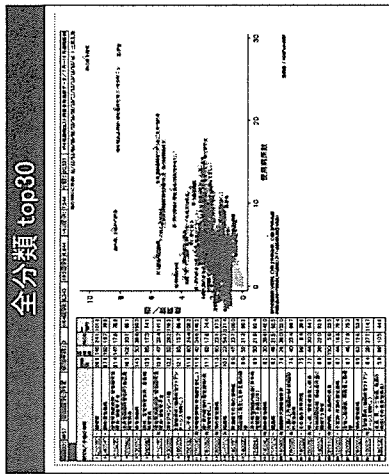
# 病院診療レポートフォリオ

- DPC調査データを、制度改善だけでなく、各施設の改善にも役立てていただくための資料
- DPC松田班コスト調査に参加された施設に対して提供するもの
- 内容
  - H16コスト調査参加施設データ、H16支払いDPC分類
  - DPC6桁分類(疾患別)、手術の有無別
  - 症例数、使用病床数＋術式、副傷病＋支払い分類
  - 本年度中に研究成果としてフィードバックする予定
- 2つのバージョン
  - 施設を匿名化した参照データと、施設別の評価用データ

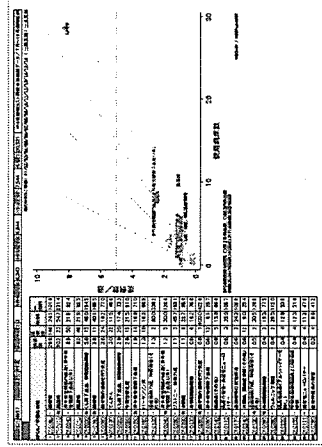
# ページ構成

## 病院診療ポートフォリオ-H16版 画面遷移図

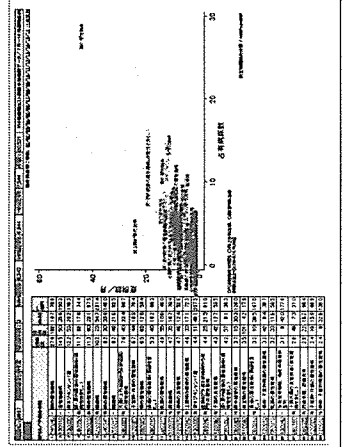
### リスト



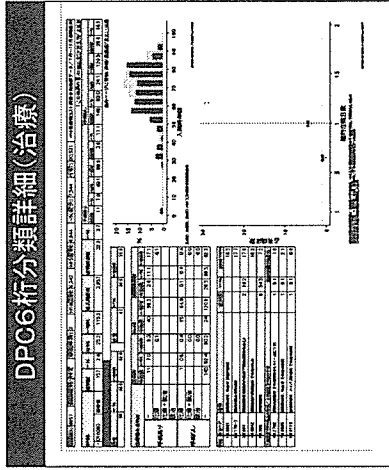
### MDC別リスト top30



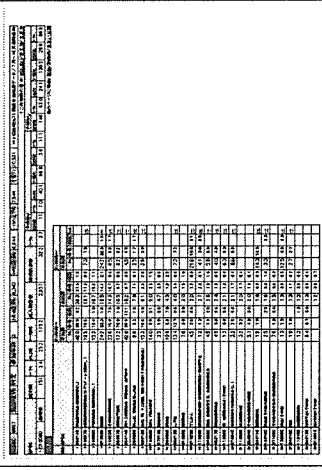
### 新生物関係分類 top30



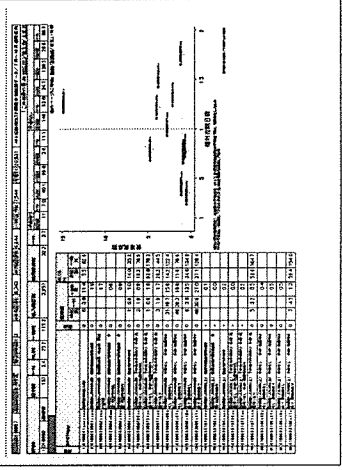
### DPC6析



### DPC6析分類詳細(副傷病)

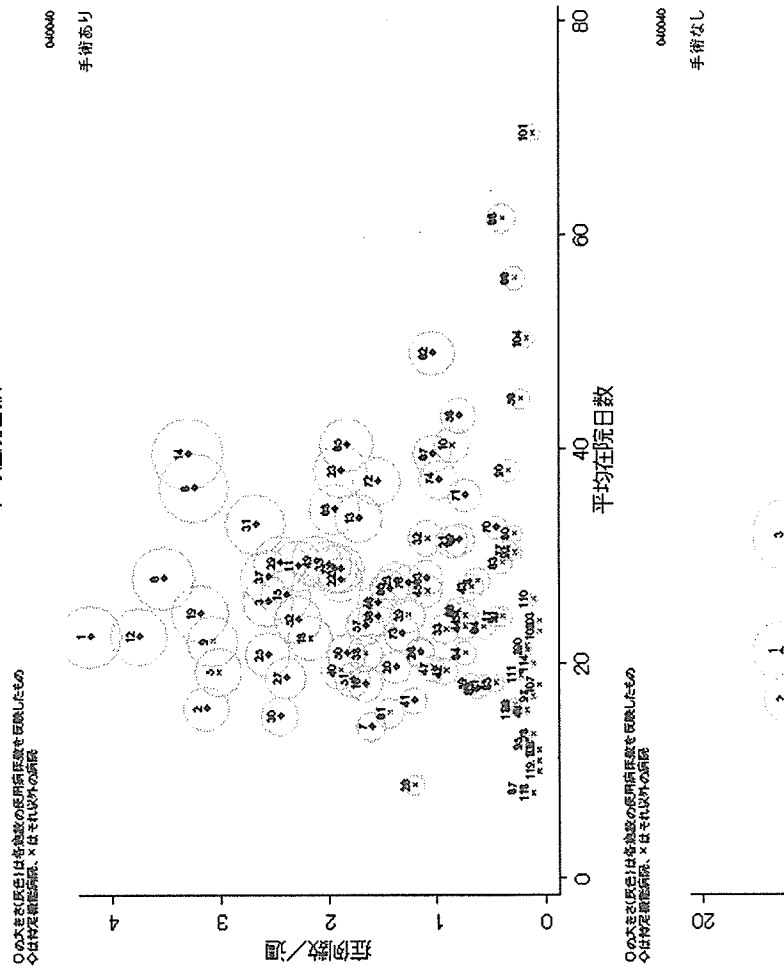
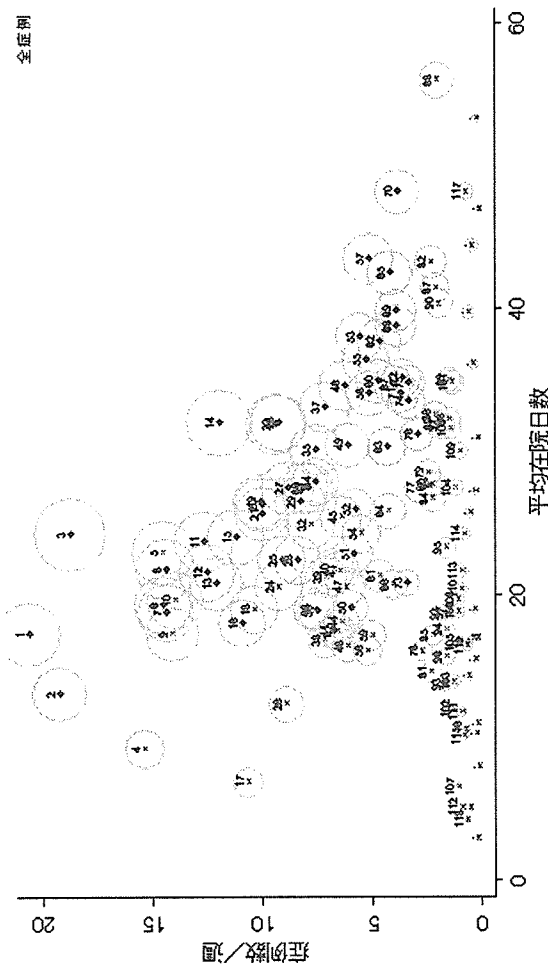


### DPC6析分類詳細(支払分類)



DFC6	症例数	←%	ALOS	←%	2,307	←%	12.4	H16年松田班コスト調査参加施設142病院からのデータ 7月～10月退院症例のうち、特定機能病院53
1   040040	肺の悪性腫瘍	11,995	10.6	23.7	283,733	2,307	12.4	

施設番号/種別	症例数	←%	ALOS	←%	ALOS	←%	相対	使用病床数	←%
1 特定	363	6.5	17.3	73.1	51.0	6.7			
2 特定	338	6.5	13.1	55.3	35.9	5.5			
3 特定	330	5.7	24.3	102.7	65.2	8.6			
4 特定以外	270	9.7	9.3	39.2	20.3	5.9			
5 特定以外	255	3.5	22.9	97.0	47.6	5.4			
6 特定	255	3.9	19.3	81.7	40.1	5.1			
7 特定	253	5.0	18.8	79.4	38.6	5.5			
8 特定	252	6.7	21.8	92.0	44.6	7.9			
9 特定以外	248	5.6	17.3	73.0	34.8	6.7			
10 特定以外	245	7.4	19.6	83.0	39.1	8.5			
11 特定	222	5.3	23.7	100.3	42.8	5.6			
12 特定	219	5.8	21.5	91.0	38.3	6.7			
13 特定	212	3.2	20.8	87.9	35.8	4.1			
14 特定	210	5.0	32.1	135.7	54.8	7.7			
15 特定	196	4.6	24.0	101.4	38.2	5.8			
16 特定	192	3.4	18.0	76.3	28.2	3.5			
17 特定以外	187	7.0	6.9	29.4	10.6	3.8			
18 特定以外	182	4.3	19.0	80.2	28.1	4.9			
19 特定	177	3.0	26.5	111.9	38.1	4.9			
20 特定	176	3.1	26.3	111.0	37.6	4.3			
21 特定	175	3.3	25.6	108.2	36.4	4.9			
22 特定	165	3.6	32.0	135.1	42.9	6.2			
23 特定	162	3.6	32.0	135.4	42.2	5.9			
24 特定以外	162	6.8	20.5	86.8	27.1	8.3			
25 特定	160	2.3	22.4	94.9	29.2	3.0			
26 特定以外	156	3.4	12.4	52.4	15.7	2.8			
27 特定	155	3.2	27.4	115.9	34.6	4.2			
28 特定	148	3.4	22.4	94.7	26.9	4.0			
29 特定	145	3.5	26.5	112.0	31.2	5.1			
30 特定	142	2.3	27.5	116.2	31.7	3.9			
31 特定	139	3.4	27.5	116.1	31.0	4.7			
32 特定以外	136	3.9	24.9	105.3	27.5	6.0			
33 特定以外	134	3.2	19.0	80.1	20.7	3.9			
34 特定	133	4.8	30.1	127.4	32.6	7.1			
35 特定	133	3.0	27.8	117.7	30.1	4.2			
36 特定	132	3.2	18.8	79.7	20.2	3.0			



## ↑DPC6桁別施設リスト

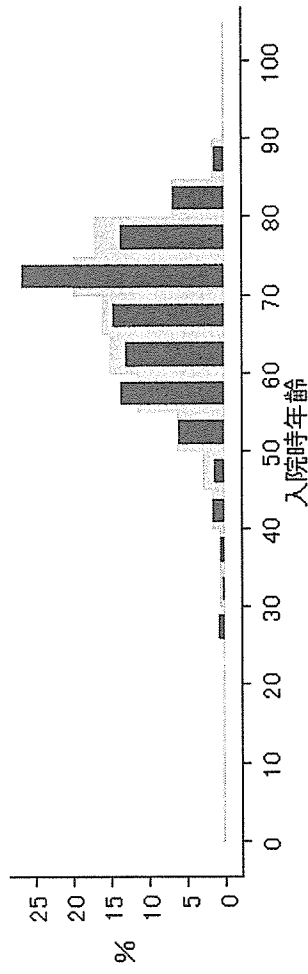
- 症例数の多い順に施設をリスト
  - 症例数、平均在院日数、使用病床数
- 印刷報告書では、top10のみに限定(ページ数の都合)
- pdf版では10症例(/4ヶ月)以上の施設全て

DPc6	手術あり	←%	51.0	←%	6.7	←%	20.4	←%	22.6	←%	86.4	←%	13.6	←%	26.7	←%	288	←%	79.6	←%	15.9	←%	69.1	←%	37.4	←%	73.3
1 040040	肺の悪性腫瘍	363	6.5	17.3	73.1	6,277	延入院日数	使用病床数	手術なし	←%	48.9	←%	73.3	←%	26.7	←%	288	←%	79.6	←%	15.9	←%	69.1	←%	37.4	←%	73.3

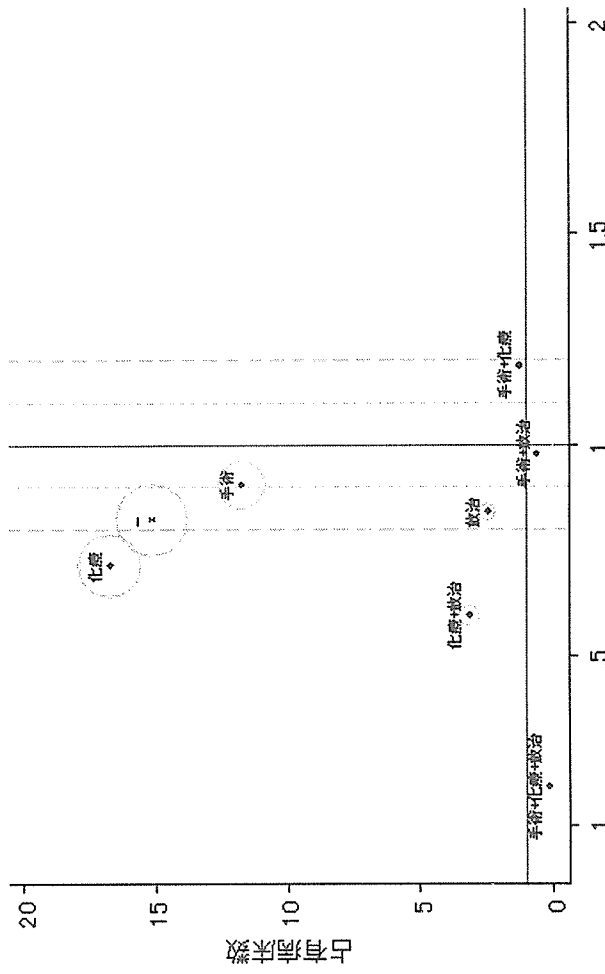
性別・手術・治療組み合わせ(詳細)

246	←%	67.8	←%	69.3	←%	117	←%	32.2	←%	30.7
男性	←%	67.8	←%	69.3	←%	117	←%	32.2	←%	30.7
女性	←%	69.3	←%	69.3	←%	117	←%	32.2	←%	30.7

治療組み合わせ	症例数			ALOS			使用病床数		
	本施設	←%	←全施設	本施設	←%	←全施設	本施設	←%	←全施設
手術あり	69	19.0	17.3	21	90.7	11.7	22.9	16.8	
手術なし	3	0.8	1.6	51	119.1	1.2	2.4	2.9	
治療 + 放治	1	0.3	0.4	13	19.1	0.1	0.2	1.1	
放治	1	0.3	0.3	68	97.9	0.6	1.1	0.9	
治療 + 放治	116	32.0	34.1	18	71.5	16.7	32.8	35.7	
治療 + 放治	12	3.3	5.5	32	59.8	3.1	6.2	12.6	
放治	9	2.5	4.2	33	84.2	2.4	4.8	7.0	
-	152	41.9	36.6	12	82.4	15.1	29.6	23.0	



※(特):本施設、表(凡):H16コロナ調査参加施設全体



相対在院日数

補註(相対在院日数):本施設の平均値を、H16コロナ調査参加施設の平均値で除して標準化したもの  
治療組み合わせ別 ×は手術、化療、放治のいずれも実施されなかった症例  
○の大きさ(灰色)は症例数を反映したものである

部位コード	名称	症例数	←%	←全施設での%
1	K514-2 胸腔鏡下肺葉性腫瘍手術	57	77.0	33.8
2	K5141 肺葉性腫瘍手術 肺葉切除又はこれに相当したもの			32.8
3	K5142 肺葉性腫瘍手術 1側肺全摘又は肺葉を越えるもの	2	2.7	9.3
4	K513 胸腔鏡下肺切除術			9.1
↑全施設で5%以上の手術/↓本施設での他の手術				
5	K510 気管支腫瘍摘出術(気管支腫又は気管支ファイバースコープによるもの)	8	10.8	1.4
6	K0051 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径2cm未満	2	2.7	0.2
7	K508-2 気管支管支スチン留置術	2	2.7	0.8
8	K685 内視鏡的胆道鏡手術(経十二指腸的又は外挿孔を介するもの)	2	2.7	0.1
9	K2761 網膜光凝固術 通常のもの(一連につき)	1	1.4	0.0
10	K4631 甲状腺腫瘍性腫瘍手術 切除	1	1.4	0.1

## ↑ 当該施設・DPC6桁分類の詳細

- 手術有無別、治療組み合わせ別の症例数、占有病床数、相対在院日数
  - 手術Kコードの頻度・分布
  - 年齢構成
- ↑
- 比較のための参照値として全施設平均を提示

DPC6	症例数	←%	ALOS	←相対	延入院日数	使用病床数	←%	手術あり 症別数	←%	手術なし 症別数	←%	ALOS	←相対	病床数	←相対	病床数	←%			
1040040	肺の悪性腫瘍	363	6.5	17.3	73.1	6,277	51.0	6.7	74	20.4	22.6	86.4	13.6	26.7	289	79.6	15.9	69.1	37.4	73.3

他のページに移動: 詳細/副傷病/支払区分

DPC6	病名	040040→		040040←						
		本施設 %併存	他施設 %併存	本施設 %併存	他施設 %併存					
1	160220	32.0	13.2	18.7	17.7	8.9	8.8	1.7	1.7	
2	050140	11.0	8.5	2.5	14.7	13.7	1.0			
3	060140	23.4	12.9	10.5	12.3	7.9	4.4			
4	060130	16.0	12.7	3.3	10.2	5.6	4.6			
5	070040	10.2	8.0	2.2	8.2	7.1	1.1	7.1	7.1	
6	060560	11.8	5.2	6.6	8.0	3.9	4.1			
7	010010	10.5	8.8	1.7	7.7	6.6	1.2	8.2	6.1	2.0
8	010300	8.3	5.0	3.3	7.1	3.9	3.2			
9	100070	7.4	7.4		6.9	6.7	0.2	3.1	3.1	
10	040080	7.7	4.1	3.6	6.9	3.2	3.7			
11	040130	3.3	1.7	1.7	5.6	3.5	2.2			
12	100300	4.4	3.9	0.6	5.6	5.0	0.6			
13	050050	3.0	2.5	0.6	4.9	4.3	0.6	1.4	1.4	
14	040120	3.9	2.2	1.7	4.9	4.6	0.2			
15	060050	3.6	2.5	1.1	4.3	3.9	0.4	2.5	1.6	0.8
16	160060	4.4	3.0	1.4	4.2	2.7	1.5			
17	130070	4.1	0.6	3.6	4.0	0.6	3.4			
18	040050	3.3	3.3		3.9	3.4	0.5			
19	040040	3.3	3.0	0.3	3.8	3.5	0.3	3.3	3.0	0.3
20	040110	3.0	1.1	1.9	3.6	3.0	0.6	11.1	11.1	
21	071080	11.0	9.1	1.9	3.5	1.9	1.6			
22	040100	3.9	3.3	0.6	3.4	2.8	0.6			
23	040090	4.4	3.3	1.1	3.4	2.0	1.3			
24	050070	2.2	1.9	0.3	3.1	2.4	0.7			
25	130090	4.1	0.8	3.3	2.9	1.5	1.3	12.5	12.5	
26	160010	3.6	2.8	0.8	2.6	2.2	0.4			
27	010060	1.4	1.1	0.3	2.4	2.2	0.3			
28	110200	3.9	2.8	1.1	2.3	1.9	0.4			
29	161060	3.9		3.9	2.2	0.2	2.1			
30	050130	2.5	1.7	0.8	1.8	1.3	0.5	2.4	2.4	



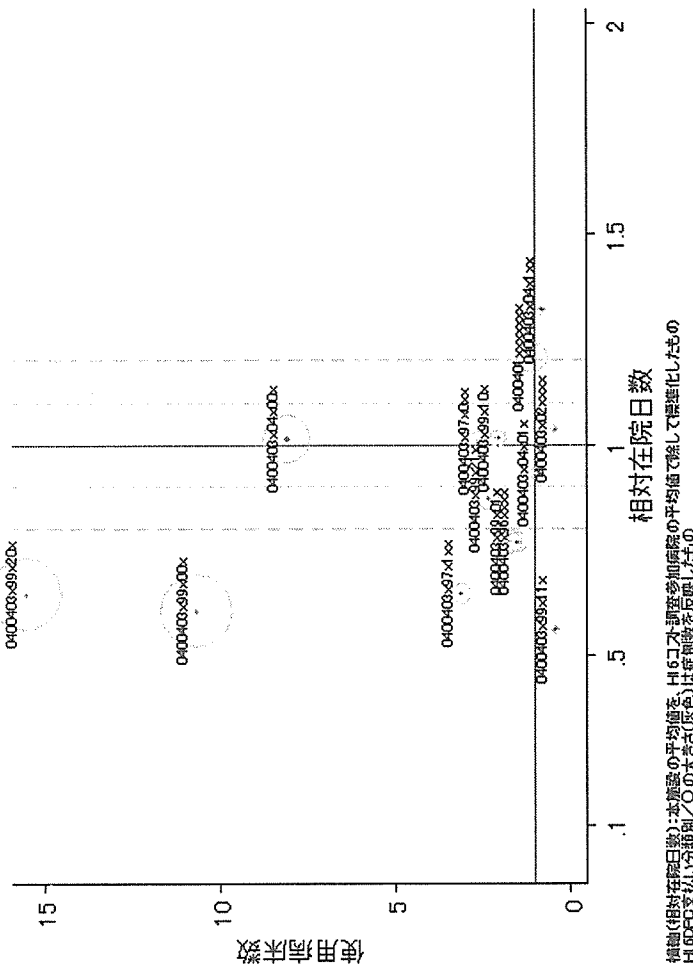
## ↑ 当該施設・DPC6桁分類の副傷病

- 医療資源を最も投入した病名以外の病名（資源2、併存、続発）をDPC6桁コードとして利用
- 副傷病の頻度・割合を提示  
↑
- 比較のための参照値として全施設平均を提示
- 施設配布版では、副傷病で報告されたDPC6桁分類へのリンク有り
  - 複数DPC6間での選択状況（アップコーディング？）  
が確認できる

DPC6	1 040040	肺の悪性腫瘍	症例数	←%	ALOS	←相対	手術あり		手術なし		←%	←相対	←%	←相対					
							←%	症例数	←%	症例数									
			363	6.5	17.3	73.1	6.7	74	20.4	22.6	86.4	13.6	26.7	289	79.6	15.9	69.1	37.4	73.3

HI6支払い分類 使用病床数 51.0 延入院日数 6,277 延入院日数 ←相対 73.1 ALOS 17.3 ←% 6.5 症例数 363

単位	DPC1 4pay	肺の悪性腫瘍 (肺癌入院)	手術あり	←%	ALOS	←相対	症例数		ALOS %	
							←%	本施設	←%	本施設
1	0400401xxxxxxx	肺の悪性腫瘍 (肺癌入院)	0	52	15.5	6.7	120.8			
2	0400403x01xxxx	肺の悪性腫瘍 気管支形成を伴う肺切除術等	0		0.2					
3	0400403x02xxxx	肺の悪性腫瘍 肺悪性腫瘍手術	0	2	0.6	8.3	26.0	103.8		
4	0400403x04x00x	肺の悪性腫瘍 肺切除術等 手術・処置等2なし 副癌病あり	0	50	13.8	6.6	19.9	101.7		
5	0400403x04x01x	肺の悪性腫瘍 肺切除術等 手術・処置等2なし 副癌病あり	0	5	1.4	0.9	22.8	93.3		
6	0400403x04x1xxx	肺の悪性腫瘍 肺切除術等 手術・処置等2あり	0	2	0.6	1.1	47.0	132.2		
7	0400403x86xxxx	肺の悪性腫瘍 関連手術あり	0	9	2.5	0.3	20.3	76.9		
8	0400403x87x0xx	肺の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2なし	0	10	2.8	1.8	32.3	100.8		
9	0400403x87x1xx	肺の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2あり	0	11	3.0	4.3	34.7	64.7		
10	0400403x89x00x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副癌病なし	0	115	31.7	15.1	11.4	60.7		
11	0400403x89x01x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副癌病あり	0	12	3.3	3.2	17.6	77.3		
12	0400403x89x10x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等21あり 副癌病なし	0	7	1.9	3.0	36.0	101.8		
13	0400403x89x11x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等21あり 副癌病あり	0	2	0.6	0.8	23.5	56.3		
14	0400403x89x20x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等22あり 副癌病なし	0	110	30.3	34.4	17.3	64.6		
15	0400403x89x21x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等22あり 副癌病あり	0	9	2.5	4.5	31.7	87.3		



補註(相対在院日数): 本施設の本施設の平均値を、HI6コスト調査参加施設の平均値で除して標準化したもの。HI6の支払い分類(○の大きさ(色))は症例数を反映したものである。

040040-001

## ↑ 当該施設・DPC14桁支払い分類

- 支払い分類の構成、平均・相対在院日数、使用  
病床数



- 比較のための参照値として全施設平均を提示

# 作成後気づいたポイント

- Kコードの構成は施設別に異なる
  - 例：肺がん、開胸vs胸腔鏡
- 主傷病選択の「癖」
  - 例：糖尿病&白内障
- 内科・外科のバランスは施設別に異なる
  - 症例数、病床数、相対在院日数などの違い