

来等において継続的な治療を必要とするものであるが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。

- 3) 寛解・・・血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。
- 4) 不変・・・当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては摘要しない。
- 5) 増悪・・・当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。
- 6) 死亡
- 7) その他・・・単なる検査入院(人間ドック、確認カテ等)、正常分娩、その他患者の自己退院等本来の医療の結果以外の理由で退院となったもの。

これを院内に浸透させるのは大変なことだとは思いますが、少なくとも一定の定義を決めてその「標準」があるかないとでは大きな違いがある。

さらに問題は、「標準」で定められたとおりの運用が出来るかどうか、である。

つまり、監査、チェック体制があるかということになる。

体制については、後述したい。

#### 4. 主たる傷病名選択の条件を考える

データベースの精度を考える上で最も重要なポイントである、傷病名選択を例に考えてみたい。

医師は臨床の現場でどのような意識や基準で傷病名を選択するのであろうか。当院の実態からいくつかのケースを考えてみたい。

まず、DPC でいうところの、「入院の契機となった傷病名」を例に考えてみたい。

以下に、医師が選択すると考えられる理由、要因を列記してみる。

- 1) 入院前(入院時)に付与するケース:「主たる病名」を付与する可能性・・・
  - (1) 入院の契機となった病名(意思決定した病名)
  - (2) 予想される診療行為を意識した病名(行う予定の検査、処置手術等)
  - (3) 最も医療資源を投入するであろう病名
  - (4) 医師の専門性に起因する病名
  - (5) 病院の機能に関する病名(病床区分、病棟機能等):がん、循環器等
  - (6) 従来からある(重篤な)病名(一般的に言う既往歴や併存症等)
  - (7) 診断不明なので「疑い」

同様に、入院中に選択する可能性を列記すると、

2)入院中に付与するケース:

※上の1)からはずれる(変更される)ケースまたはプラスされるケースが多い(これを一般的には続発症等と呼ぶ)

- (1)入院時とは異なった病名へ変化
- (2)入院時病名に追加する病名の発生

さらに、退院時に確定する場合を考えてみると、

3)退院時(退院後も含む)に付与するケース(確定すると考えてもよい):

※「精度」ということでは最も意味がある病名(確定診断)

※これも上の1)からはずれるケース

- (1)入院期間全体を振り返りながら、発生した病名(特に転科等をした場合)

以上のことからわかることは、

- 1)入院時は不確定要素があるので、選択肢の範囲は最も広い
- 2)入院中は、選択肢が狭まるが、新たに続発症等のファクターが発生する
- 3)退院時には、通常、「確定」となるので、最も精度が高い

ということになる。これらの状況を考えるとき、その精度を補償するのは、そのポイントポイントで、再考することである。

しかし、現実問題、これらの要素を全て理解して医師が行動することは希であろう。さらに、これらの「状況の変化」に対しては、ICDのルールや、通常それに関連してDPCのルールが適用されることになる。DPC制度は既に市民権を得ているものの、運用ルールは固まっておらず、混乱も多い。このような状況を勘案すると、3でも述べたが監査体制の充実が鍵を握っている。とはいうものの、監査体制はあくまでも医師の選択をフォローするものであって、最初にありきではない。

したがって、「留意すべき点」を共有しなければならない。

傷病名選択についての留意すべき点は、多くの要素があり、エキスパートの診療情報管理でもない限り、十分に理解して運用することは困難であろう。

また、医師にとっては、DPCの基本的なルールは、「医療資源を最も投入した病名」を選択すべきであるということであるが、専門性の高い医師からすると、前述の選択の理由にあった、「1)－(4)医師の専門性に起因する病名」や「(6)従来からある(重篤な)病名(一般的に言う既往歴や併存症等)」という要素は非常に重要であり、特に、専門領域で「特別な疾患」を扱っている医師には非常にこの意識が強いと思われる。

また、難病や悪性新生物、重篤な循環器疾患などは、患者にとっても通常はその専門医にとっても一生ものという位置づけがされることが普通であり、少々の「併存症」や「続発症」は大した問題ではないという認識であることが多い。

このような状況があるという意識を医師以外もっておかなければ監査もおぼつかない。

#### 5. 傷病名には「情報」が含まれている？

他のデータベース項目も同様であるが、標準化が十分でないがために、そのデータベースの個々のデータへの「想い」は個人により様々である。極論すると、そのデータそのものが意図されたデータベースが期待したものかということになる。

ここでは、傷病名に限定して、本来傷病名が含むべき情報について考えてみる。

この問題は、国立医療機関での DRG 試行導入時から問題になった課題である。

1) まず、DPC 制度化で診断群分類を選択するには ICD に基づく傷病分類に分類していることが前提であり、そのためには「傷病名」も ICD の傷病分類に明確に区分出来る必要がある。

※DRG 試行開始直後から医師の付与する病名に必要な情報が含まれていないという指摘があり、DPC 導入においても同様の課題が残っている。

2) DPC の導入においては、MEDIS 標準病名の使用が推奨されているが、正しい使い方がされていない事も多い。正しいコードが存在するが、3) で後述する修飾語を組み合わせるために結果としてミスコーディングとなるケースが多い。

3) どのようなシステム、マスターを導入するにしても、接頭語、接尾語等の「修飾語」の存在は厄介である。構造やマスターの件数を抑制する上でもよく用いられるものであるが、ICD 的には致命的な欠陥をもたらすこともある。ICD の構造を理解した上で用いるのであれば問題解決も出来るが、一般的な現状は、結果として質の低いデータベースを構築する結果をもたらしている。

最終的にはデータベースの精度を確保するには、しつこいようであるが、ICD の出来スパートを中心とした監査体制が必要となる。

次に ICD コーディングを意識した時に、どのような「情報」が傷病名に含まれていないか考えてみると、以下に、代表的な例をいくつか例示する。

1) 良性、悪性等の区別が明確になっていない(その情報が含まれない)

Ex. 新生物は、良性、悪性で全く異なる分類となる

2) 部位が明確になっていない(部位の情報が含まれない)

Ex. 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

Ex. 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

3) 病態等が明確になっていない(慢性、急性の区別、妊娠中、病原体等の情報が含まれない)

Ex. 膵炎等、明確に区分されているものがある

Ex.妊娠中は全く区分が異なる

このような情報が含まれていない場合、そのままICDコーディングをすれば完全にミスコーディングである。さらに、場合によってはDPCのミスコーディングにも繋がる。

しかしながら、前述したように、ICDと臨床傷病名とはそのままリンクしたイメージにならないことも多いので、これらの情報が含まれているかどうか、もしくは、粒度の違いは、何らかのルールを決めて監査する体制を作ったりしない限り対応は難しい。

では、次にレセプト電算等で推奨されている標準病名でこの問題を検証してみたい。

次の例は、標準病名に存在する、傷病名本体(リードターム)と修飾語を組み合わせるとどのような傷病名を構成できるか試みたものである。

1) 良性、悪性等の区別(その情報が曖昧、もしくは含まれていないケース)

(1) 胃腫瘍(D37.1)→「悪性」+胃腫瘍→胃癌(C16.9)

※D37.1: 胃の性状不明の新生物、詳細不明

※正確には、C16.9も適切ではない。

2) 部位が明確になっていない

(1) 筋骨格系、損傷などは部位によって分類が異なる

・「尺骨」+骨折(T14.20)→尺骨骨折(S52.20)

※T14.2: 部位不明の骨折

(2) 消化器系統等はかなり詳細な部位の明示を求める

・「噴門部」+胃癌(C16.9)→噴門部癌(C16.0)

※C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

3) 病態等が明確になっていない(慢性、急性の区別、妊娠中、病原体等)

(1) 膵炎等、明確に区分されているものがある

・慢性膵炎→K86.1、急性膵炎→K85

※前の例と同じに考えると、「慢性」+膵炎→「K85」

それに対して、「急性」+膵炎→K85……、とりあえず正しい

・B型ウイルス性急性肝炎

→「B型」+「ウイルス性」+「急性」+肝炎(K75.9)

→B型急性肝炎(B16.9)

※K75.9: 炎症性肝臓疾患、詳細不明

※B16.9: 急性B型肝炎デルタ因子および肝性脳症を伴わないもの

(2)妊娠中は全く区分が異なる

・高血圧症→I10、「妊娠」+高血圧症

本来、妊娠であれば、妊娠中の疾患として、妊娠高血圧症→O16

※I10:本態性(原発性<一次性>)高血圧

※O16:詳細不明の母体の高血圧

ここで示した例は、恐らく臨床現場では、詳細な情報は得ているはずである。問題は、その情報を含んだ傷病名の記載(もしくは入力)がなされていないだけである。つまり、医師がわからない、という話ではなくて、そのデータの作り方(傷病名への情報の盛り込み方)、もしくはそのシステムに問題があるということである。

留意すべき点の主なものを「表1」に示した。

## 6. 監査体制

ご存じの通り、DPC 制度における診療報酬の支払いを前提とした選択は、「図2」、「図2-2」に示す三層構造をなす。つまり、DPC の支払いを伴う運用には、単純に ICD コーディングの精緻化をすれば良いだけではない。分類の変更に伴って診療報酬額が変更になることも通常あるので、傷病名以外のファクターの変更も十分に注意する必要がある。ここには、ICD コーディングの高い知識と診療報酬制度の理解が必要である。

さて、監査体制であるが、当院の現在の監査体制を「図3」に示す。

この図は、病棟で入力された(医師、看護師、病棟医事職員)データをDPC調査室(診療情報管理士)、医事課、診療情報管理室(診療情報管理士)が監査体制を構築して相互に監査する状況を示している。

日々入力されたデータをDPC調査室が監査し、その結果を病棟医事職員に通達し、病棟医事職員は医師や看護師に確認するという体制の他に、診療記録(現状では電子カルテではないので、いわゆる紙カルテである)との整合性をとるという体制もとっている。

ご存じの通り、診療報酬請求を行う以上、レセプトと診療記録に乖離があってはならないのでこの乖離が発生しないようにすることも極めて重要な機能である。

DPC は単なる診療報酬請求のツールではなく、広く病院管理ツールである。

国立病院等でDRGが開始された当初、この程度のデータベースをなぜ国立病院が構築出来ないのかという厳しい批判もあり、これからはそれなりのレベルを持つ病院ではこの程度のことは当然だということになるであろう。単純にデータを作ることは可能かもしれないが、その精度のことに話が及ぶと、尻込みしてしまうというのが一般的なレベルであろうと思われる。

しつこいようであるが、データの精度はいかに医療機関内部で監査体制を構築できるかにかかっている。もちろん、職員への教育等も重要なファクターではあるが最終的にはどこかで「品質チェック」を行い、責任を持つ必要があることを忘れてはならないであろう。

さらに、このような品質チェックが、単なる診療報酬請求の精度改善だけではなく、行政側のDPC分類開発や妥当性の検証、自らの分析の基盤となることも忘れてはならない。

図1. ICD分類と臨床的分類の乖離

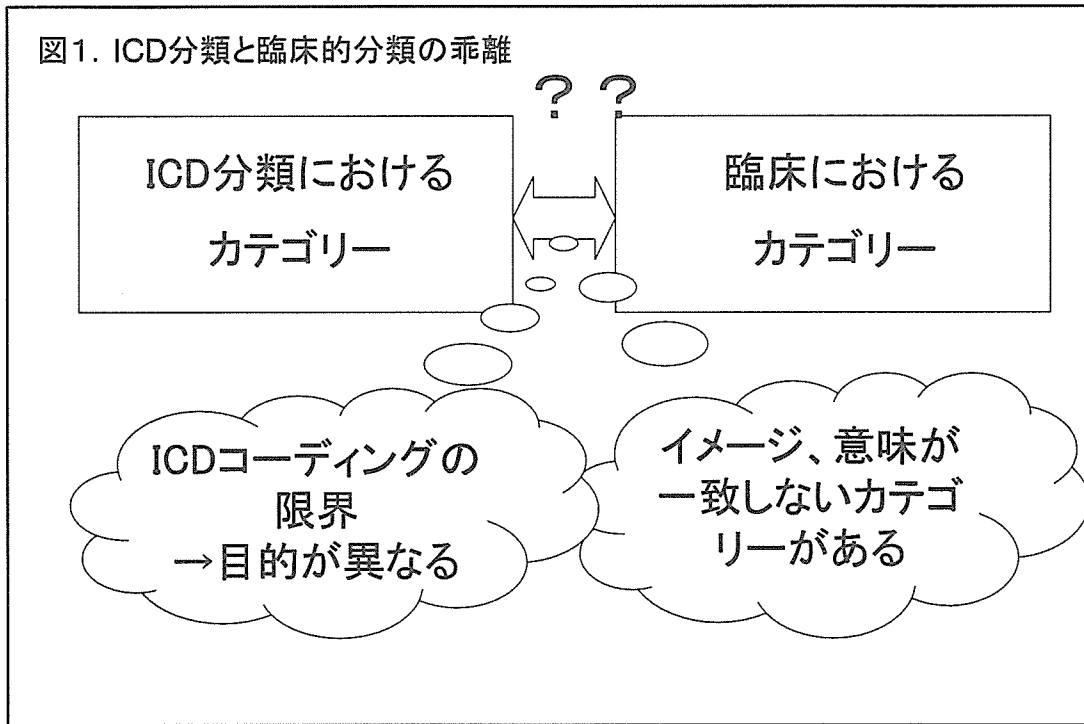
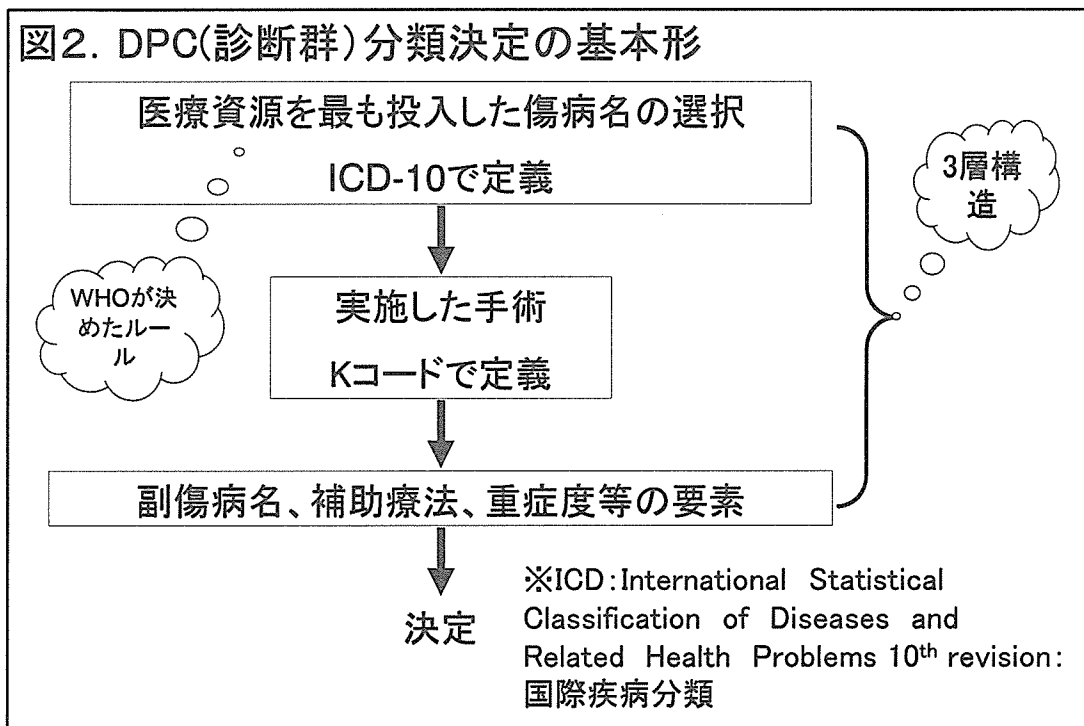


図2. DPC(診断群)分類決定の基本形



### 図2-2. 診断群分類の決定

傷病名+手術+補助的療法、副傷病名

(診断群分類点数表)

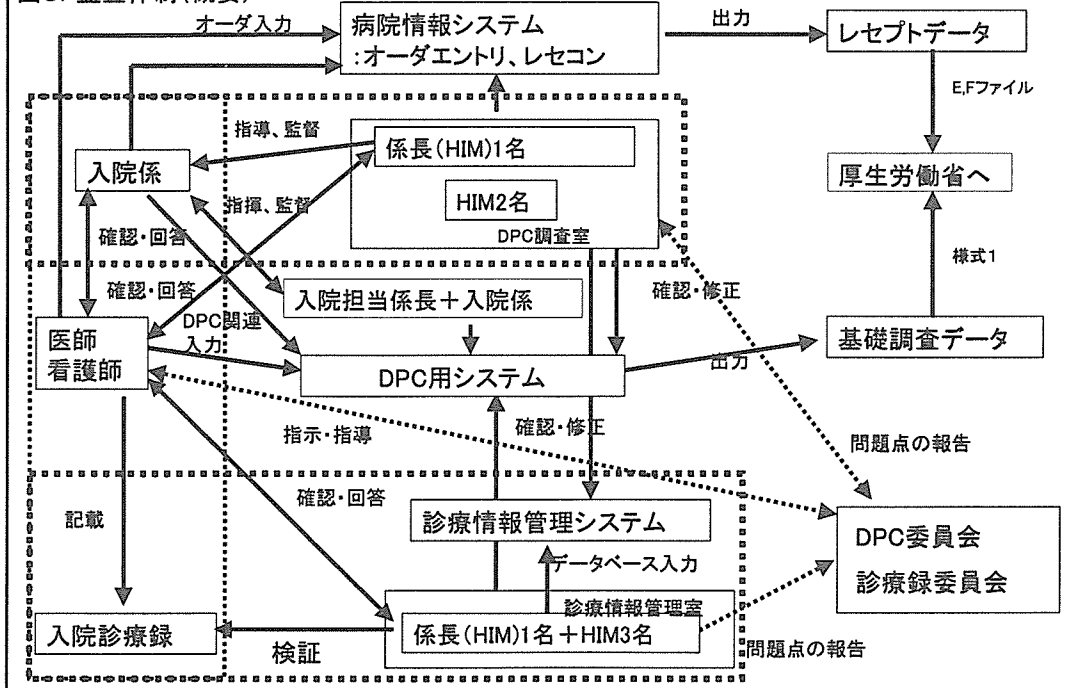
番号	診断群分類番号	傷病名	手術	処置等1	処置等2	副傷病	重症度等
173	0201103x020x00	白内障、水晶体の疾患	白内障手術及び眼内レンズ挿入術	なし		なし	片眼

(定義告示)

番号	傷病名		手術		処置等1	処置等2	副傷病名	
	ICDコード		区分				ICDコード	
167 から 178 まで	白内障、 水晶体の 疾患	H25.H27.H28.H260. H262.H263.H264. H268.H269.Q12	その他の手術あり 関連手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K282+K283+K259.K282+K28 3+K268.K282+K283+K270.K 282+K283+K271.K282+K283 +K272.K282+K283+K273.K2 82+K283+K280.K282+K283+ K281. K282-2 眼内レンズ挿入術 K283 白内障手術及び眼内 K282+K283 レンズ挿入術 K282 白内障手術	全身麻酔		E10.E11.E12. E13. E14.H20.H30 H33. H40.H42.H18 H590.H598.I2 D.125. T814	

注：平成15年度DPC分類

### 図3. 監査体制(概要)



## データベース構築に関する研究及び OLAP システムの開発 外来 E/F ファイルの収集と診療行為の外来への移行に関する分析

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

### 研究要旨

包括評価制度の導入により、入院期間が短縮され、診療の内容に変化が生じているという指摘がされている。本研究では、入院から外来への診療行為の移行の実態を把握するため、DPC 調査対象病院のうち協力を得られた施設から外来診療に関わるデータを収集して入院症例データと突合し分析を行った。

白内障の手術症例 020110xx97x0x0 について入院中と退院後の外来データを連結して分析した結果、平均入院期間が短い施設では、退院後外来受診までの日数が短く、また回数も多い傾向が認められたが、薬剤や材料などの医療資源の投入量に関しては、入院期間との関連は認められなかった。

以上の分析より、白内障手術症例については、入院期間の短縮による診療内容の変化は特に生じていないことが示唆された。

### A. 研究目的

包括評価制度の導入により、入院期間が短縮され、診療の内容に変化が生じているという指摘がされている。本研究では、入院から外来への診療行為の移行の実態を把握するため、DPC 調査対象病院のうち協力を得られた施設から外来診療に関わるデータを収集して入院症例データと突合し分析を行った。

### B. 研究方法

入院症例についてのデータは、平成 18 年 7 月 1 日から 12 月 31 日までの退院症例を対象とした DPC 調査データを本研究班で再収集したものを利用した。

また外来診療についてのデータは、平成 18 年 9 月 1 日から 12 月 31 日までの 4 ヶ月間の診療を対象とした。データの収集に当たっては、DPC 調査で利用されているレセプトデータダウンロード方式による入院 E/F ファイルを踏襲した形式を利用し、細部の仕様を外来診療に適合させた「外来 E/F ファイル」を新たに設計して利用した（資料 1）。

収集した入院・外来データは、エラーチェック後に Microsoft SQL Server 2005 を利用したりレーショナルデータベース上に保管して分析を行った。グラフ等の集計資料の作成については、STATA 社の Stata/MP 9.0 を利用した。

### C. 研究結果

#### 1. 外来 E/F ファイル収集の結果

2007 年 2 月までに 236 施設、119,409,073 件の外来 E ファイルデータが提出された。このうち、収集要件を満たしていないデータを除外（E24 入外区分=2：入院、E18 実施年月日が調査期間外）した結果、延 118,767,377 件（99.5%）の有効な外来データが得られた。

ただし、9 月から 12 月までの 4 ヶ月間すべてのデータが提出されたのは、215 病院、216 施設（1 サテライト外来施設を含む、91.5%）であり、結果として延 112,104,242 件（93.9%）の E ファイルデータを対象として分析を行った。

これらの E ファイルデータを延来院患者数



(患者×実施日)として集計した結果は16,026,453件であり、このうち入院症例によるのは全体の約18%、2,840,779件であった。

## 2. 入院症例データとの突合結果

入院症例については236施設から912,486人、延1,087,507退院のデータが提出された。このうち、4ヶ月間の外来データを提出した施設の患者数は738,115人、80.9%であり、実際に外来データが存在した患者数は555,249人(60.9%)、延退院数としては682,717件(24.0%)であった。

## 3. DPC分類による集計

入院症例データで上位20位までのDPC分類(平成18年度支払い分類)を表1に示した。左側が全入院症例、右側が外来データのあった症例である。若干の順位の入替わりはあるものの、同様のDPC分類が上位を占めていた。

## 4. 020110xx97x0x0についての分析

症例数で第3位のDPC14桁分類(白内障、水晶体の疾患、手術あり、手術・処置等2なし、片眼)をサンプルに、診療行為の外来への移行について分析した。

当該DPC分類では、入院症例が21,424例あり、そのうち外来データとの突合が可能であったのは15,649例であった。このうち調査期間中の入院回数が1回、かつ入院中の手術日が単一(複数日に手術が行われていない)であった単純な入院症例10,473例を対象として、入院・外来別、実施日別の出来高換算診療報酬額を計算したデータセットを作成した。

なお、外来データの調査期間は入院期間に比して短いため、各症例を外来で追跡できる日数にはばらつきがある。今回の集計では、術後15日間(手術日を含む)を追跡期間として、平成18年9月1日から12月16日までに5例以上の手術を実施した167の施設から6,236件を最終的な分析の対象とした。

### 1) 入院日数の分布

入院日数、術前入院日数、術後入院日数の分布を図1～3に示した。全症例での平均値はそれぞれ、4.28、3.30、0.98日であった。

### 2) 術後初回外来日の分布

術後の初回外来日の分布を図4に示した。平均値は7.16日であり、1週間後の受診が基本となっていることが伺える。なお、15日間の間の平均受診回数は1.53回であった。

術後入院日数別に初回外来日の分布を示したものが図5である。術後入院日数が3日以内の症例では、退院後1週間足らずのうちに来院する症例が多く、特に手術日に退院する症例ではほぼ全数が翌日受診する状況にあることがわかる。

### 3) 施設別の分析：症例数

図6から図21は施設別の検討結果を示したものである。図6は施設別平均入院日数と症例数を示したものであるが、111の施設が飛び抜けて症例数が多くなっているが、両変数の間に明確な関連は認められない。平均入院日数と術後外来受診回数との関係では、在院日数が長いほど術後外来受診回数が少ない傾向がある(図7)。また、平均入院日数が長いほど術後初回外来日までの日数も長い(図8)。

平均入院日数と外来費用との関係では、総計(図9)及び薬剤(図10)、材料(図11)いずれについても明確な傾向は認めない。ただし、外来・薬剤を除く費用については平均入院日数が長くなるにつれて低くなる蛍光がある。平均入院日数と入院費用小計(図13)と薬剤と材料を除く入院費用小計については正の相関が認められるが(図16)、入院薬剤(図14)と入院材料(図15)については平均入院日数との明確な関連は認められない。

平均入院日数と入院費用・術後外来費用の合計を見ると、費用小計(図17)、薬剤・材料を除く費用(図20)では正の相関を認める。薬剤費用(図18)、材料費用(図19)については一定の傾向を認めない。また、入院費用小計と外来費用小計との間にも特に有意の関連は認めない。

## D. 考察

1) 今回の検討により、これまでDPC研究で行ってきたEFファイルによる分析という枠組

みを用いることで、病院外来における入院前後の医療内容についても検討できることが明らかとなった。したがって、中医協等で指摘されている DPC 病院における外来診療の状況についてもこれまでの方法論で分析を行うことは十分可能であると考えられる。

2) 術後の外来受診の状況を分析した限りにおいて、必要な薬剤や材料が外来にシフトしているという証左は得られず、したがって術後の状況についてみる限りにおいて、懸念されていた過小診療（早すぎる退院など）は生じていないと考えられる。

3) ただし、今回の分析は白内障の手術症例 020110xx97x0x0 のみの検討であり、この課題に対応するためには、他の DPC での検証及び入院前の外来における状況についてさらに検討を行うことが必要である。

## E. 結論

包括評価制度の導入により、入院期間が短縮され、診療の内容に変化が生じているという指摘がされている。本研究では、入院から外来への診療行為の移行の実態を把握するため、DPC 調査対象病院のうち協力を得られた施設から外来診療に関わるデータを収集して入院症例データと突合し分析を行った。

白内障の手術症例 020110xx97x0x0 について入院中と退院後の外来データを連結して分析した結果、平均入院期間が短い施設では、退院後外来受診までの日数が短く、また回数も多い傾向が認められたが、薬剤や材料などの医療資源の投入量に関しては、入院期間との関連は認められなかった。

以上の分析より、白内障手術症例については、入院期間の短縮による診療内容の変化は特に生じていないことが示唆された。

## F. 健康危険情報

総括研究報告書を参照のこと。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

(資料1)

## 外来 E/F ファイル作成の基本的な方法について

ファイルの作成方法は、原則として厚生労働省保険局医療課による「DPC導入の影響評価」に係るレセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集について 第6版 に規定された方法論に従い、外来診療データを対象として E/F ファイルを作成します。なお、外来診療についてのデータを収集するために、下記の変更点と注意事項があります。

### 提出対象となる患者について

別途お知らせする調査期間内の外来診療データをすべてご提出ください。入院の有無により対象患者を絞り込む必要はありません。

### フィールド定義の変更

退院年月日：(E-3, F-3)

常にゼロ8桁 '00000000' とする。

入院年月日：(E-4, F-4)

外来受診年月日を YYYYMMDD 形式によりセットする。(ただし、次の順序番号のセット方法によっては外来受診月を YYYYMM00 としてセットする方法もある。)

順序番号：(E-6, F-6)

データ識別番号、入院年月日(本調査では外来受診年月日) 入退院及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして 0001 から順に採番する。これが不可能な場合には、データ識別番号毎に月内の採番でも可とする(ただし、その際には「入院年月日：(E-4, F-4)」に外来受診月を表す値を YYYYMM00 によりセットする一例：20060900。)

### データ提出時の注意事項

入院にない項目：処方箋料

外来受診日に複数の処方箋が発生した場合、原則として1処方箋1レコードとして E ファイルに作成し、診療科を明記すること。

当日併診の扱い

初診料については、1初診1レコードとして E ファイルに作成し、診療科を明記すること。

再診料については、1再診1レコードとして E ファイルに作成し、診療科を明記すること。ただし、請求できない再診については「行為点数：(E-11)」に「0」をセットすることが望ましい。

包括・まるめなどの取り扱い

原則、請求通りとすること。ただし、E/F ファイルを作成する元となるデータベースに詳細な実施情報(各種検査、画像診断等)が含まれている場合、「行為点数：(E-11)」に「0」をセットして全てのデータを提出しても良い。

院外処方箋の取り扱いについて

本年度調査では、処方箋料の算定状況により院外処方の有無を判別するため、発行した処方箋については正確に処方箋料のレコードを作成すること。なお、院外処方箋の内容についてのデータを保持している場合には、F ファイルにその内容を記載すること。

その他のフィールド値の設定について

「病棟コード：(E-22)」→「99999999」をセットすること。

「病棟区分：(E-23)」→「9」をセットすること。

「入外区分：(E-24)」→「1：外来」をセットすること

「出来高・包括フラグ：(F-19)」→「1：出来高」をセットすること。

Eファイル<診療明細情報>

DE番号	必須項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説明
E-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
E-2	○	データ種別番号	10	19	必須	複数回入院退院しても共通の番号。様式1と一致する。
E-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
E-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
E-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
E-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
E-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
E-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料777770000とする。
E-9	▲	療養番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
E-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
E-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計。手技料+E12行為薬剤料+E13行為材料料
E-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。
E-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
E-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
E-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
E-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
E-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
E-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
E-19	○	レセプト料区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療料区分を入力。
E-20	○	診療料区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。厚生労働省様式1のコードを使用。
E-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
E-22	△	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
E-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
E-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
E-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブでフィールドのみ作成。

注1) 薬剤だけとれる検査の時は、E-8に薬剤のコードを入れ、E-11とE-12が同じ点数となる

注2) 加算点数はコメント情報扱い(独立レコードとして分離できない場合)

注3) 外泊の場合、1日あたり1レコードとし、E-8にレセプト電算処理システムの外泊コードを入れ、E-11の点数は外泊率加算後の点数

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

Fファイル<行為明細情報>

DE番号	必須項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説明
F-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
F-2	○	データ種別番号	10	19	必須	複数回入院退院しても共通の番号。様式1と一致する。
F-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
F-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
F-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
F-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
F-7	○	行為明細番号	3	44	必須	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。001~999
F-8	○	病院点数マスタコード	12	56		12桁ない場合は、左詰め。
F-9	○	レセプト電算処理システム用コード	9	65		別紙-6に掲げるレセ電算コードは完全対応させること。Fファイルにはコメントデータを残す(コード8100000000使用)。Eには不用。
F-10	▲	療養番号(基本)	8	73		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
F-11	○	診療明細名称	254	327		診療明細の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
F-12	○	使用量	11	338	必須	小数点以上7桁、小数点以下3桁にて設定(小数点は「.」にて設定する)。0.002mlの場合、000000.002。行為コードの場合は0000000.000を設定。
F-13	○	基準単位	3	341		診療行為も含めてレセプト電算処理システム用特定器材コードを使用。無い場合は'000'。
F-14	○	行為明細点数	8	349	必須	行為の点数計
F-15	○	行為明細薬剤料	12	361	必須	行為の薬剤料(薬価×使用量)。
F-16	○	行為明細材料料	12	373	必須	行為の材料料(購入価または公示価×数量)。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
F-17	○	円・点区分	1	374		1:円単位 0:点単位
F-18	○	出来高算定点数	8	382	必須	出来高算定として請求すべき点数。
F-19	○	出来高・包括フラグ	1	383	必須	1:出来高 0:包括

注1) 点数のないものは、円表示とする

注2) 行為明細情報の点数は、丸め処理をする前のもの

注3) 外泊の場合、1日あたり1レコードとし、F-9にレセ電算の外泊コードを入れ、F-14の点数はE-11と同一

注4) F-14, F-15, F-16にはいずれか一つに点数が入る

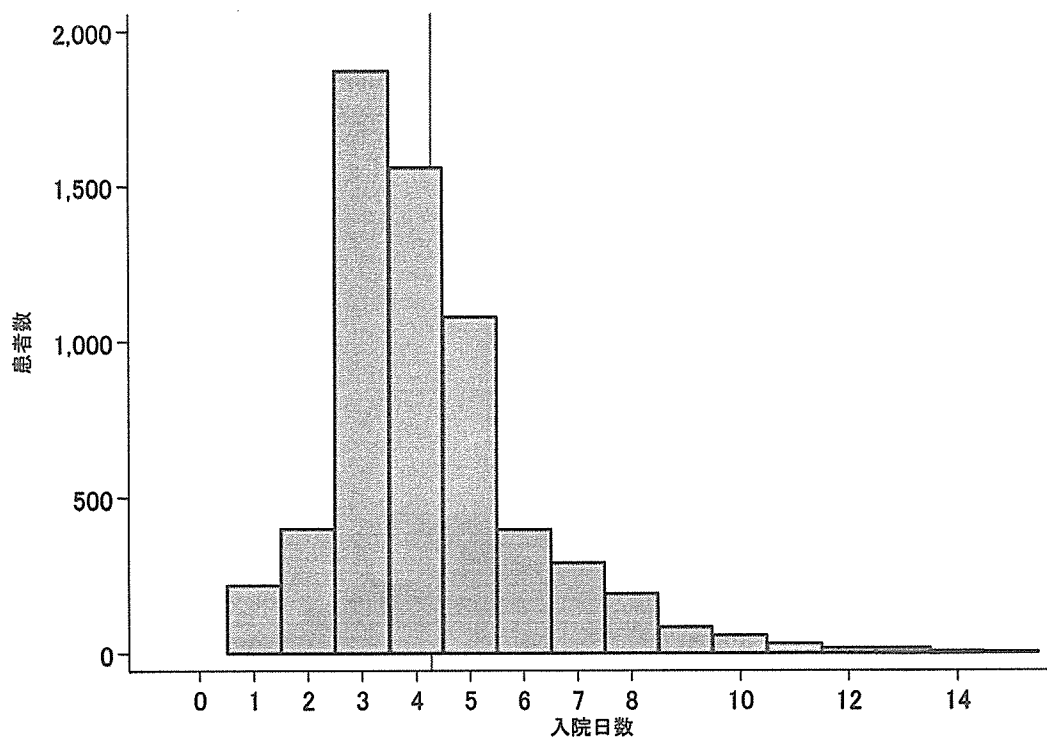
(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

(表1)

外来データの有無別、DPC 分類トップ 20

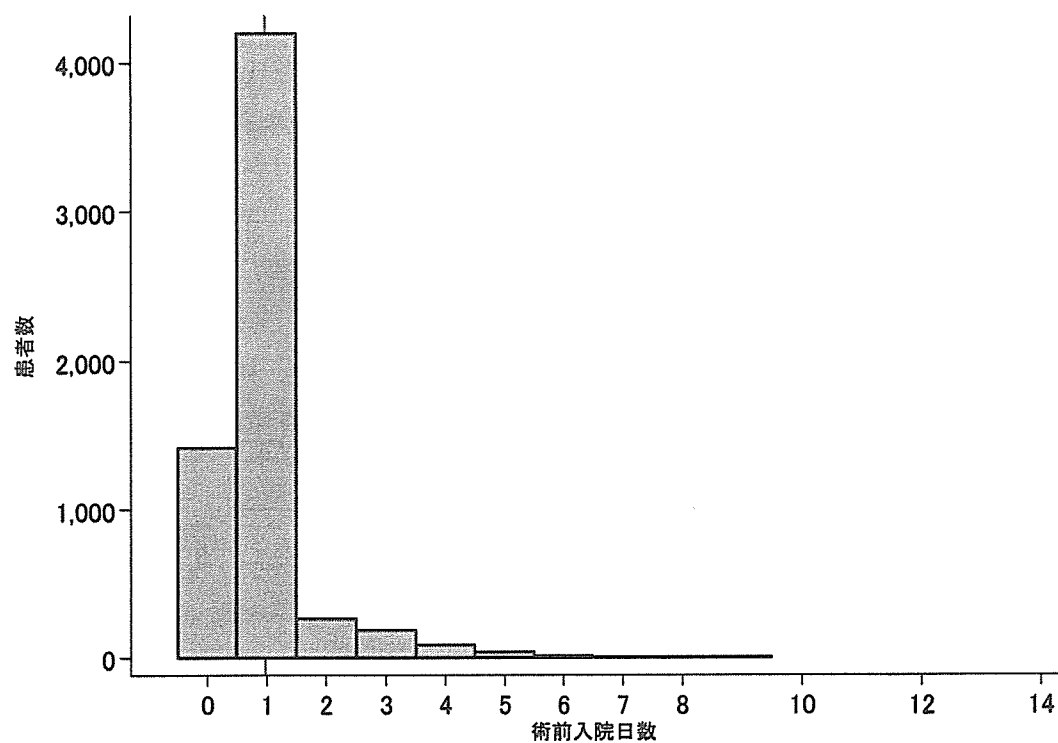
全入院(1,087,507)			外来あり(682,717)	
症例数	H18 支払い分類	順位	H18 支払い分類	症例数
29,662	040080xx99x00x	1	050050xx9910xx	16,158
25,438	050050xx9910xx	2	040080xx99x00x	16,003
21,424	020110xx97x0x0	3	020110xx97x0x0	15,649
19,057	060100xx02xxxx	4	060100xx02xxxx	12,451
15,774	100070xxxxxxxx	5	100070xxxxxxxx	11,263
13,428	150010xxxxx0xx	6	110080xx991xxx	9,091
12,137	050050xx03x0xx	7	040040xx9904xx	8,533
12,122	110080xx991xxx	8	050050xx03x0xx	8,149
11,570	040040xx9904xx	9	150010xxxxx0xx	7,062
11,188	040100xxxxx0xx	10	040100xxxxx0xx	6,954
10,740	010060x099x00x	11	020110xx97x0x1	6,953
9,991	040080xx99x01x	12	090010xx9700xx	5,689
9,772	020110xx97x0x1	13	010060x099x00x	5,472
9,761	050130xxxx00xx	14	110280xxxxx00x	5,364
9,509	010060x099x3xx	15	060160x002xxxx	5,307
8,503	060210xx99x0xx	16	050130xxxx00xx	5,288
8,059	060160x002xxxx	17	070340xx97x0xx	5,210
7,851	110280xxxxx00x	18	060210xx99x0xx	5,040
7,759	110280xxxxx10x	19	040080xx99x01x	4,917
7,594	090010xx9700xx	20	120010xx99x30x	4,688

図1 入院日数の分布



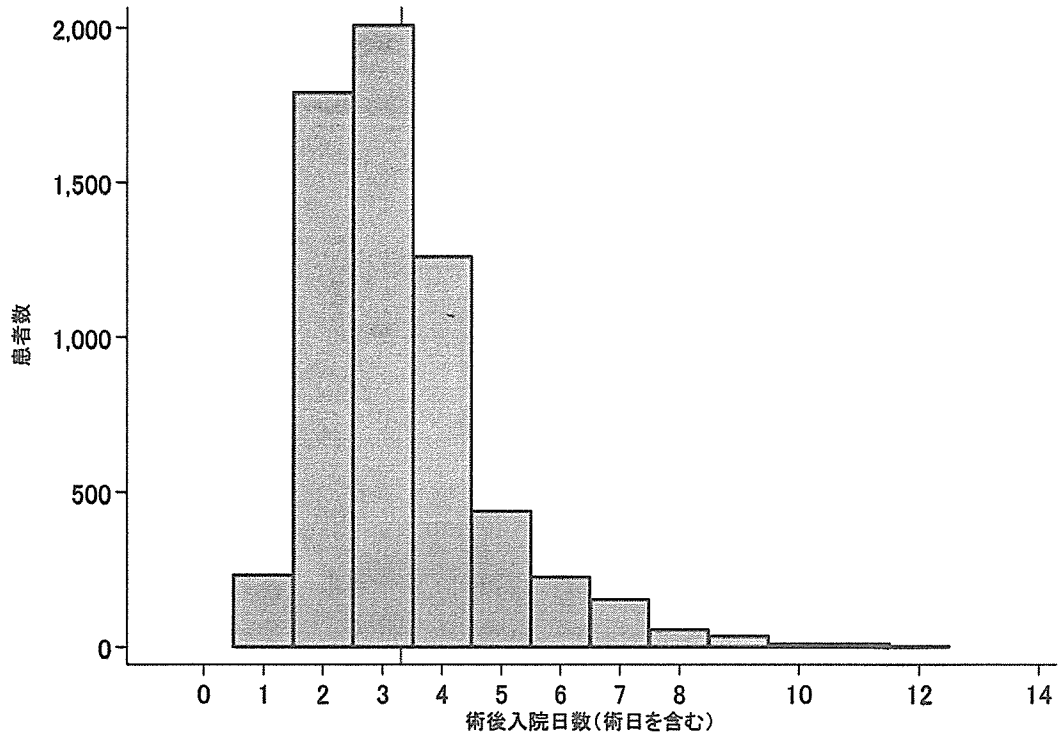
020110xx97x0x0-postOp15days

図2 術前入院日数の分布



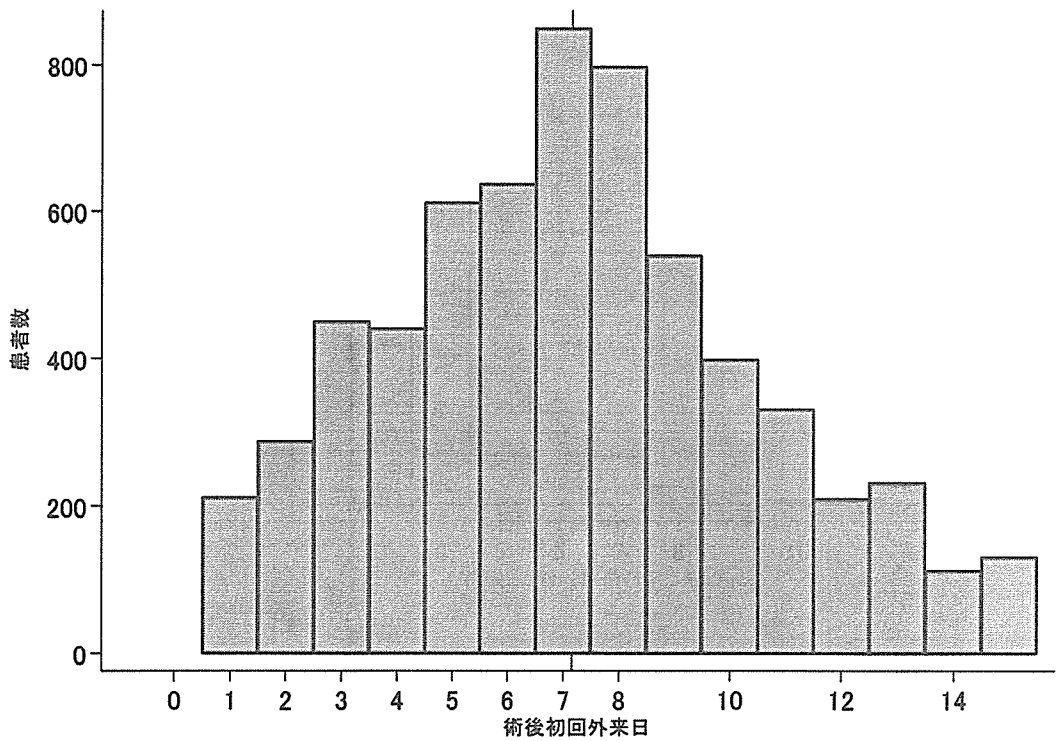
020110xx97x0x0-postOp15days

図3 術後入院日数の分布



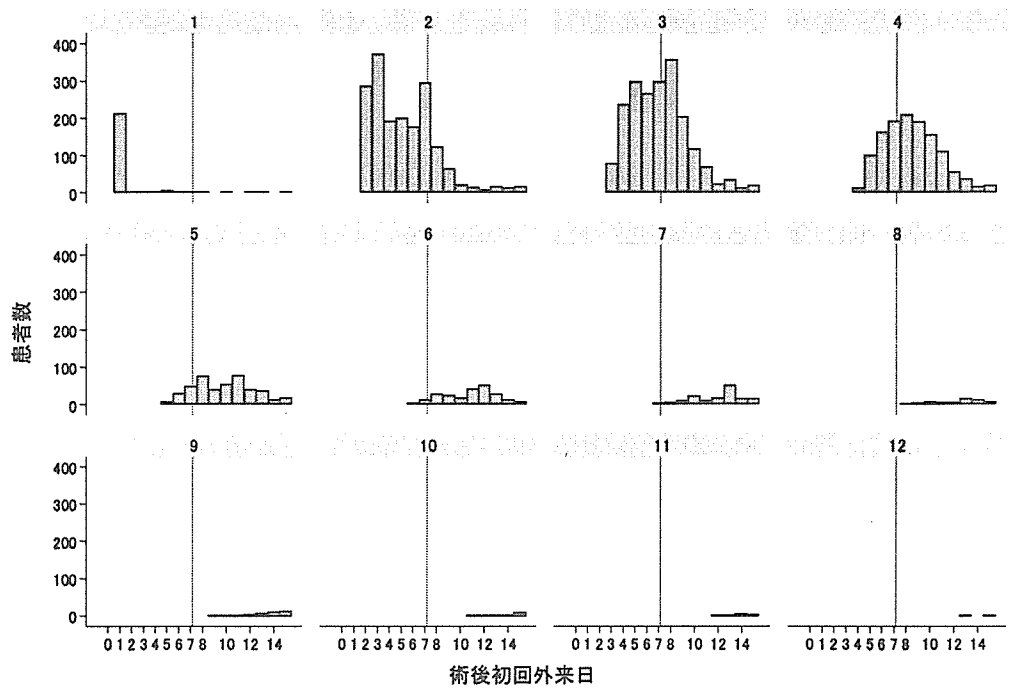
020110xx97x0x0-postOp15days

図4 初回外来日の分布



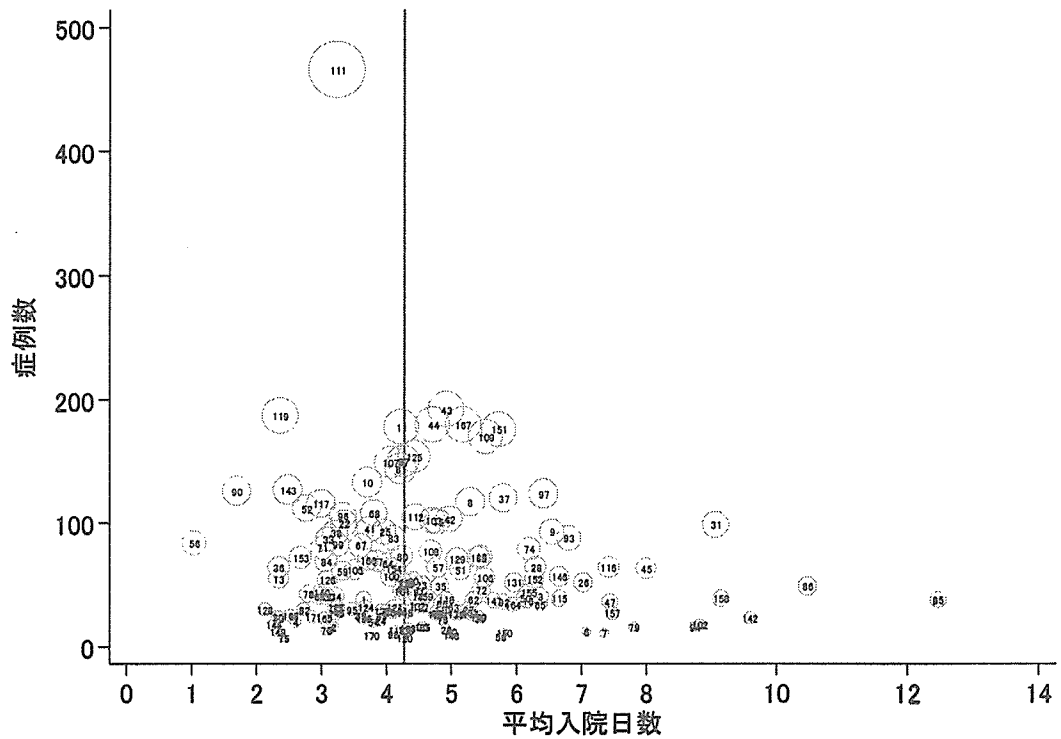
020110xx97x0x0-postOp15days

図5 術後入院日数別の初回外来日の分布



020110xx97x0x0-postOp15days by postOpLOS

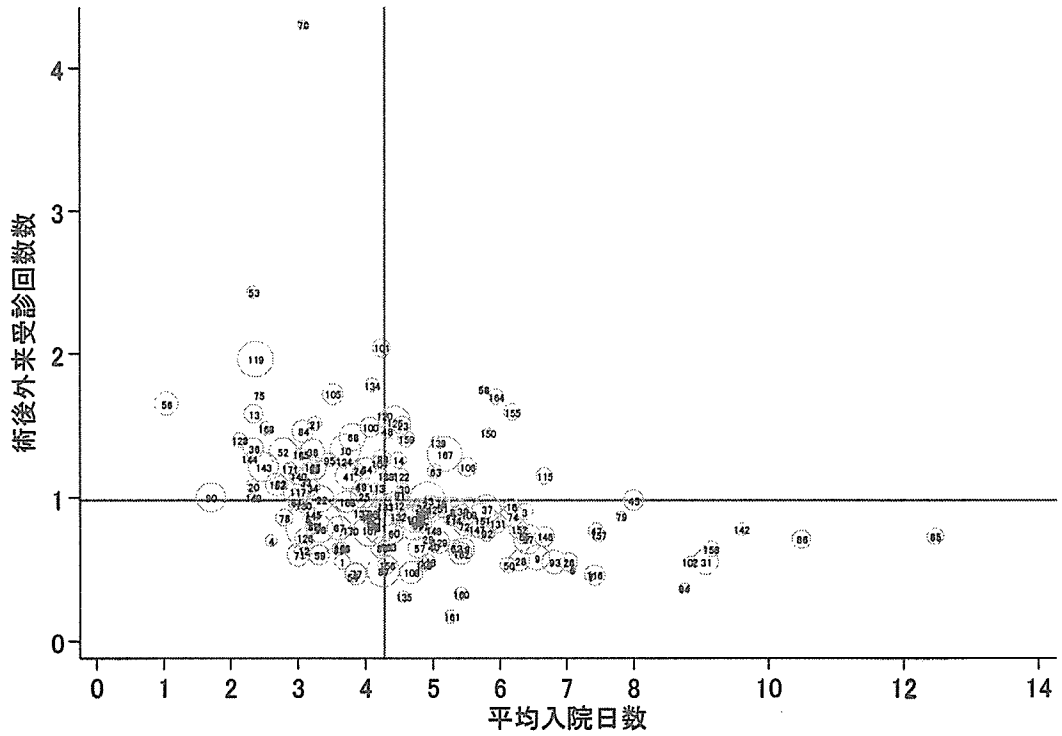
図6 施設別の平均入院日数と症例数



020110xx97x0x0-postOp15days

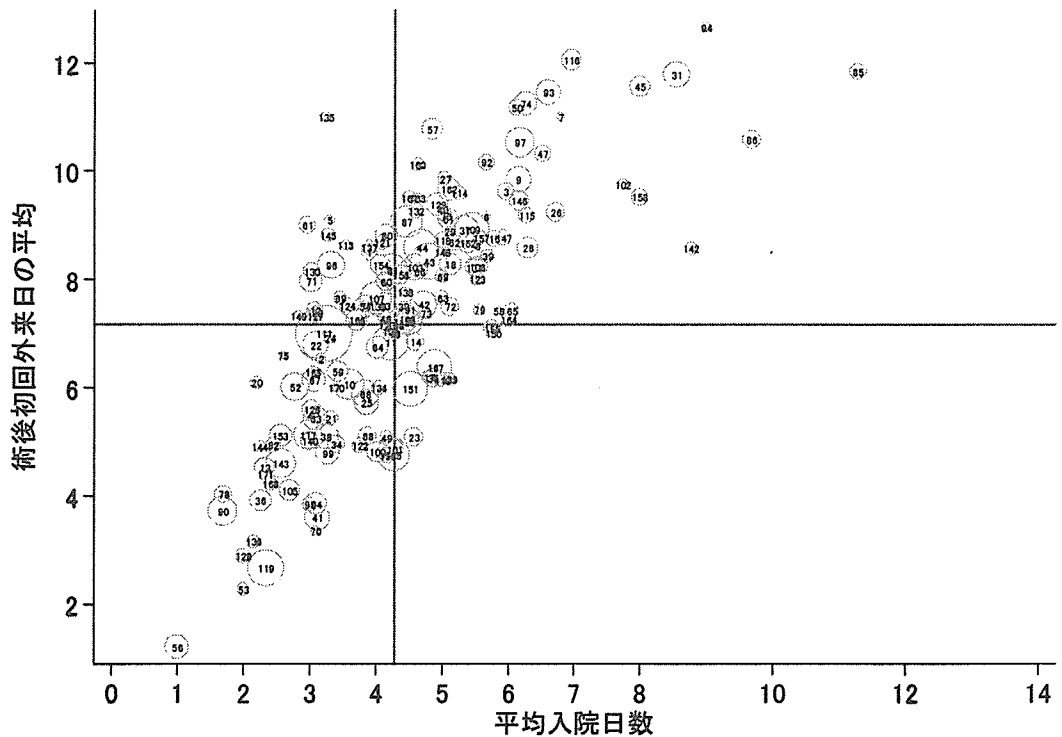


図7 施設別の平均入院日数と術後外来受診回数



020110xx97x0x0-postOp15days

図8 施設別の平均入院日数と術後初回外来日の平均



020110xx97x0x0-postOp15days

図9 施設別の平均入院日数と外来費用小計(円)

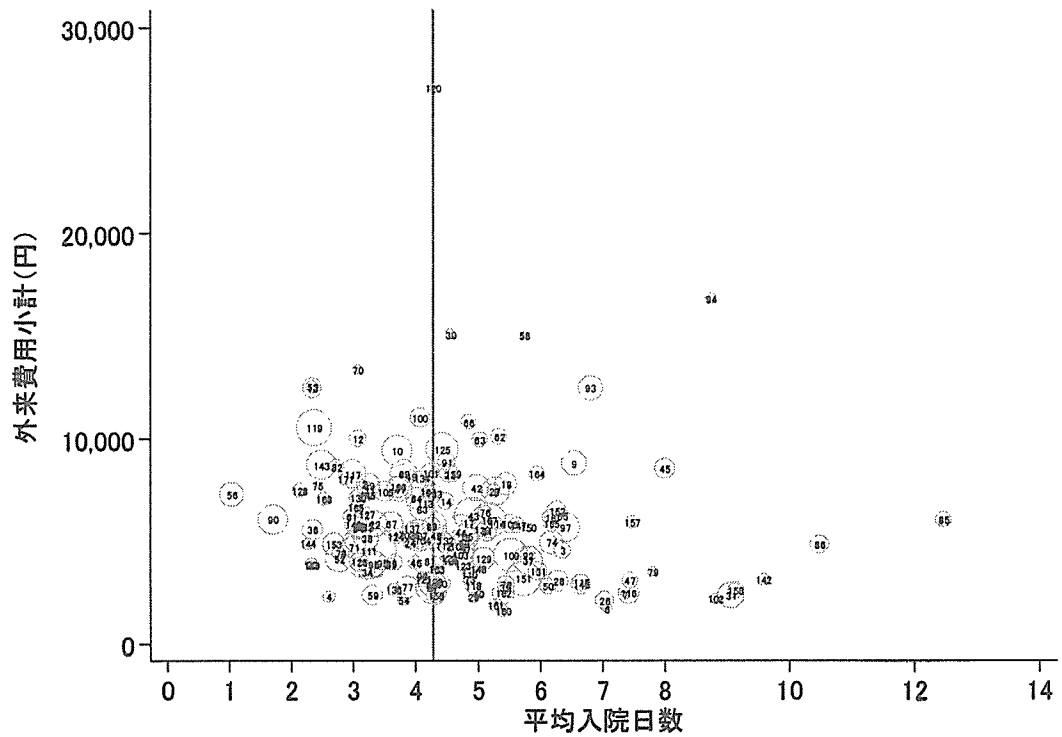


図10 施設別の平均入院日数と外来薬剤費用(円)

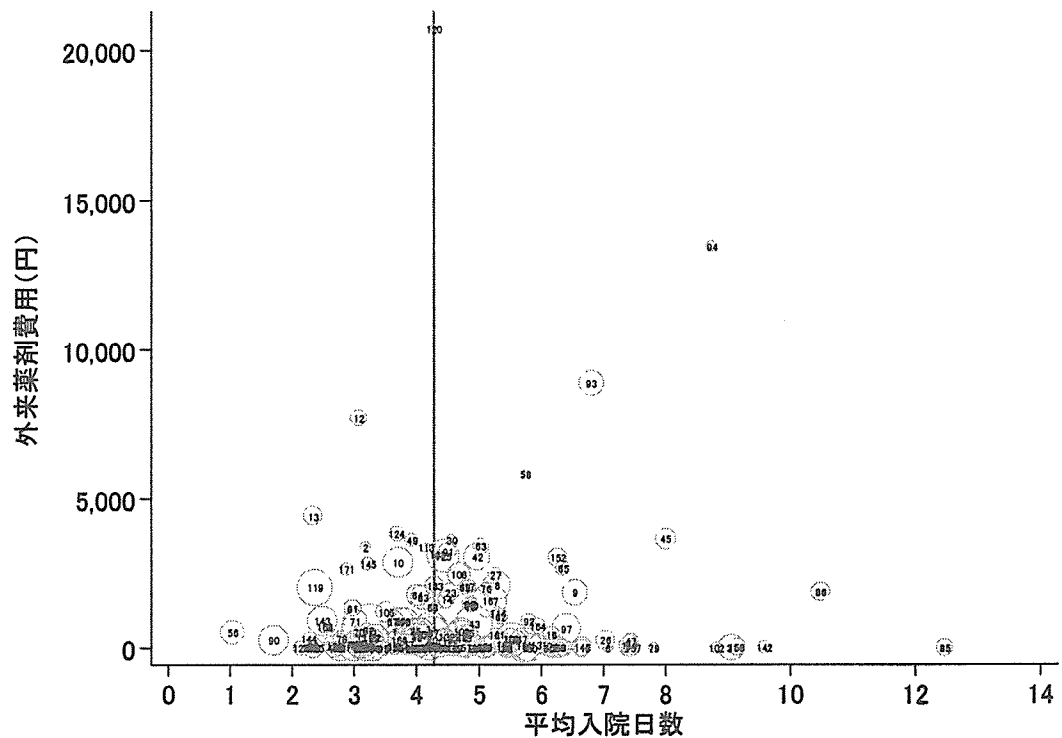


図11 施設別の平均入院日数と外来材料費用(円)

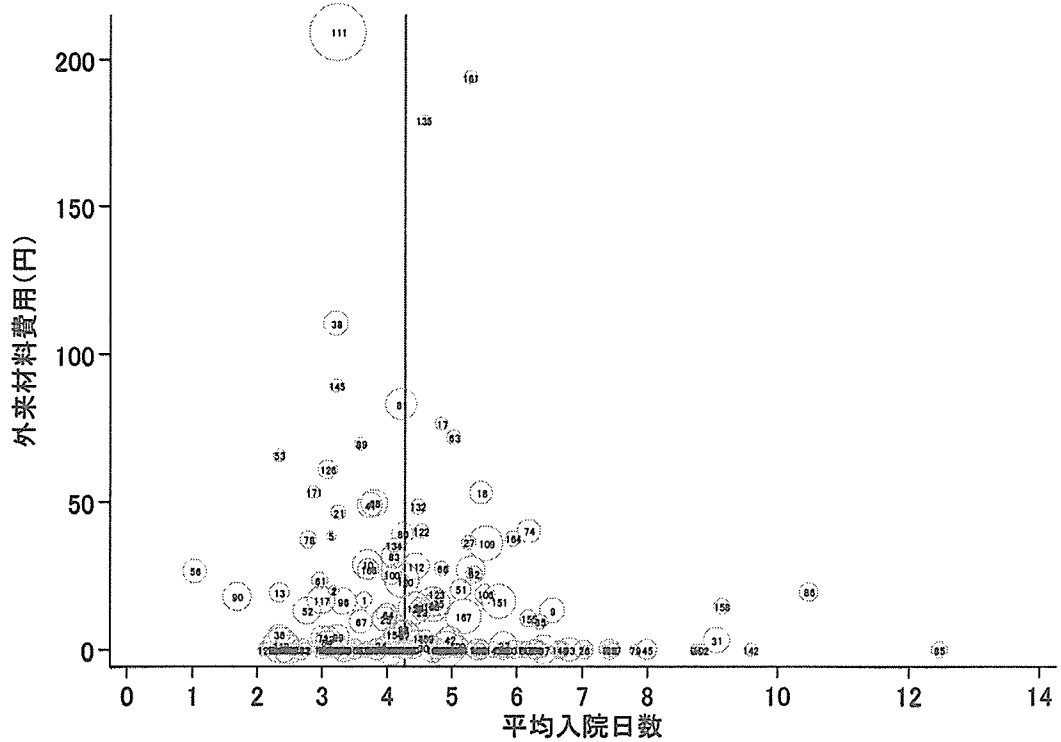


図12 施設別の平均入院日数と外来薬剤・材料を除く費用(円)

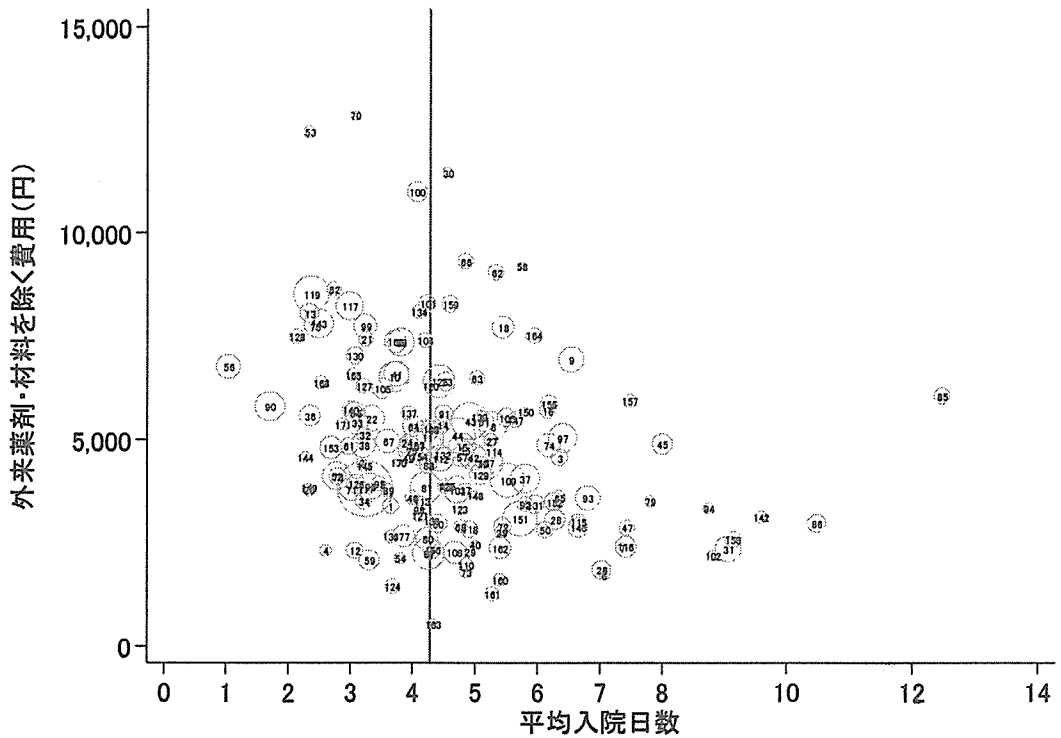


図13 施設別の平均入院日数と入院費用小計(円)

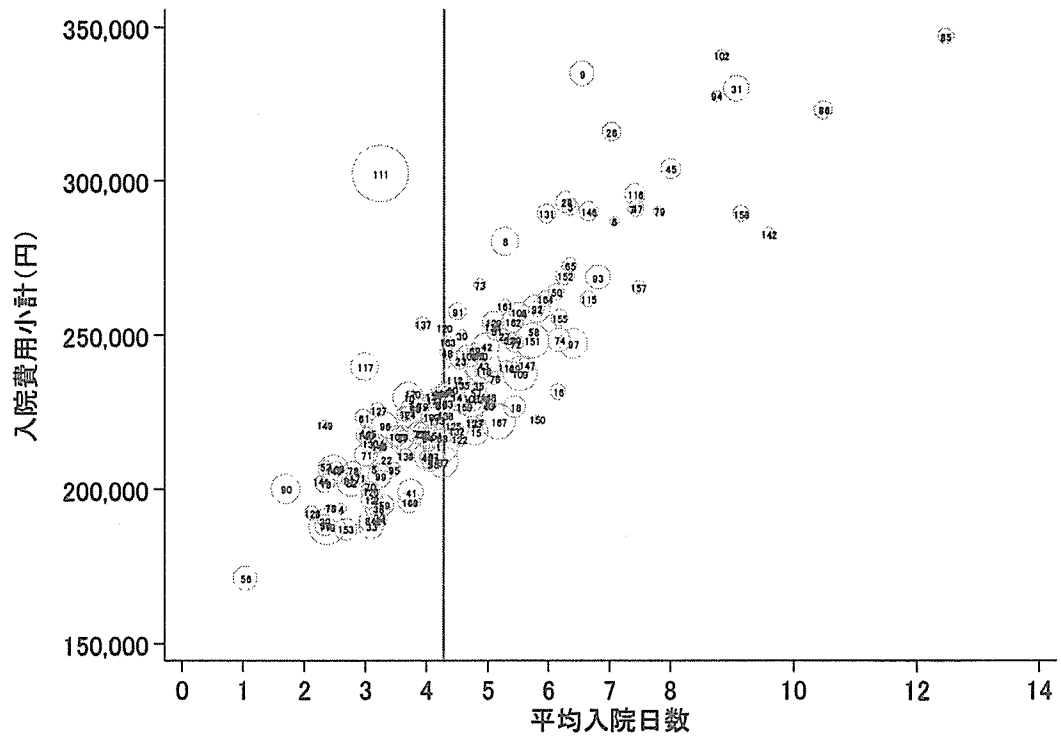


図14 施設別の平均入院日数と入院薬剤費用(円)

