

この表は、当該病院が選択した傷病名とそれに関連した ICD コード(「.8」に関して)について、改めて ICD コーディングの観点から別のコードを振り直せるのかを試みたものである。基本的に「その他の」等という条件がついている場合はその他の部位や病態等を記す必要があるが、少なくとも図表 14 の「×」にあるように、これらのケースでは、その条件を十分に満たしていないものがある。すなわち、このままでは他のコード、ここではその全ての候補は、「.9」コードであるが、本来はそのようなコーディングがなされることを表している。わかり易く表現すると、本来「.9」とすべきところを「.8」としていることである。

病院が付与したコードが正しい(図表 14 の「○」としたコード)ことも多く、小規模でかつ特徴的な疾患を扱っている病院であるとも評価出来る。

しかしながら、本来の傷病名が病態に対して正しいかどうかは判断がつかないので、例えば本当に労作性狭心症やラクナ梗塞が多数を占めるのかどうかは別問題と考えなければならない。

D.まとめ

以上のことをまとめると、大きく次の 4 点に集約される。

1. 「.9」の出現比率は改善傾向にある

過去のデータと比較してみる限りでは、「.9」コードの出現については、改善傾向にあると思われる。特に、治療対象として部位等が明確になる、ICD が「CDST」(C および D は新生物、S、T は損傷等を示す)の分類については改善が著しい。

研究班データでは、各病院の個々の ICD コーディング環境はわからないまでも、C-1 に示した、平成 20 年度の DPC 対象病院に対するコーディング精度に関する委員会の設置義務等の規定、および DPC 評価分科会による各病院に対する実施等が「.9」コード出現比率低下に良い影響を与えていることがあるのではいかと思われる。

2. 「.9」比率については提出データ数(病院規模)との関連は以前よりも希薄である

過去のデータでは、データ提出数の多い病院(大規模病院)の方が「.9」比率が高いという傾向がみられ、昨年までの報告書等で既に報告したところである。しかし、今回の研究班データをみる限りでは、データ提出数等との関連に極端な傾向はみられない。逆に、DPC の拡大により、小規模病院やケアミックス型の病院の参加等、多種多様の病院が加わっているためか、「.9」比率の極端に高い病院は小規模病院となっている。

データ数に偏りがあるので、単純に全体の比率への影響は大規模病院が大きい、しかし、病院単位で見ると影響は少なくとも小規模病院の比率は高いということになる。

これらの理由としては、データ提出数の多い病院(大規模病院)については、特定機能病院を筆頭に診療情報管理体制(ICD コーディング体制、監査体制等)の強化が実

績をあげているのではないかと考えられる一方で、DPC の急激な拡大に中小病院の体制強化はまだ遅れている、もしくはこれからというケースが多いのではないかとと思われる。

3. その一方で、MDC04および09の「.9」出現比率が高い傾向は変わらない

その一方で全体からみると、MDC04とMDC09が突出して「.9」コードの出現頻度が高いことは変わらない。また、平成20年度の改訂によって加えられたMDC17精神疾患に「.9」が高いということは、経年的な変化に注意する必要があると思われる。

現時点では、DPCの急激な拡大もあって、実際には、なお多くの病院がICDコーディングへの理解が十分ではないことは「.9」比率に正直に反映されていると思われる。

ICD分類がその構造ゆえに臨床家から、適切な分類が困難な場合があるという指摘があり、また、ICDとDPCとの分類そのものの構造の違いがコーディング精度を下げるという指摘もある。しかしながら、そのような指摘は特別な状況においてであることが多く、例えば、前述した、「CDST」の分類に該当する部分については、部位等が明示されることもあり、適切なコードを選択することが容易であることを示している。実際、「.9」の比率は改善されていることも事実である。

また、「.9」比率が高い例として取り上げた、DPC分類のMDC04とMDC09については、ICDの構造等の問題ではなく、明らかにICDの無理解やチェック体制の不備が問題である。したがって、研究班データからみる限りは、ICDへの無理解と体制の不備が精度に影響を与えていると言わざるを得ない。

4. 「.8」の出現比率について

今回、「.9」とともに「.8」に着目して調査分析してみたが、前述、C-2で述べたとおり、原則的に「.8」は「その他」として扱われるべきものであり、図表13で示したとおり、ほぼ10%程度(以下)に集約される。既に述べたように、「.8」比率が高い病院は、「.9」が低い傾向がみられる(最低0%)。さらに、図表14に示すように、一部には、十分なコーディング精度が確保出来ていないと思われる病院も散見される。そこでは傷病名に十分な情報をもたないにも関わらず、「.8」を選択している等、不自然なコーディングがみられた。

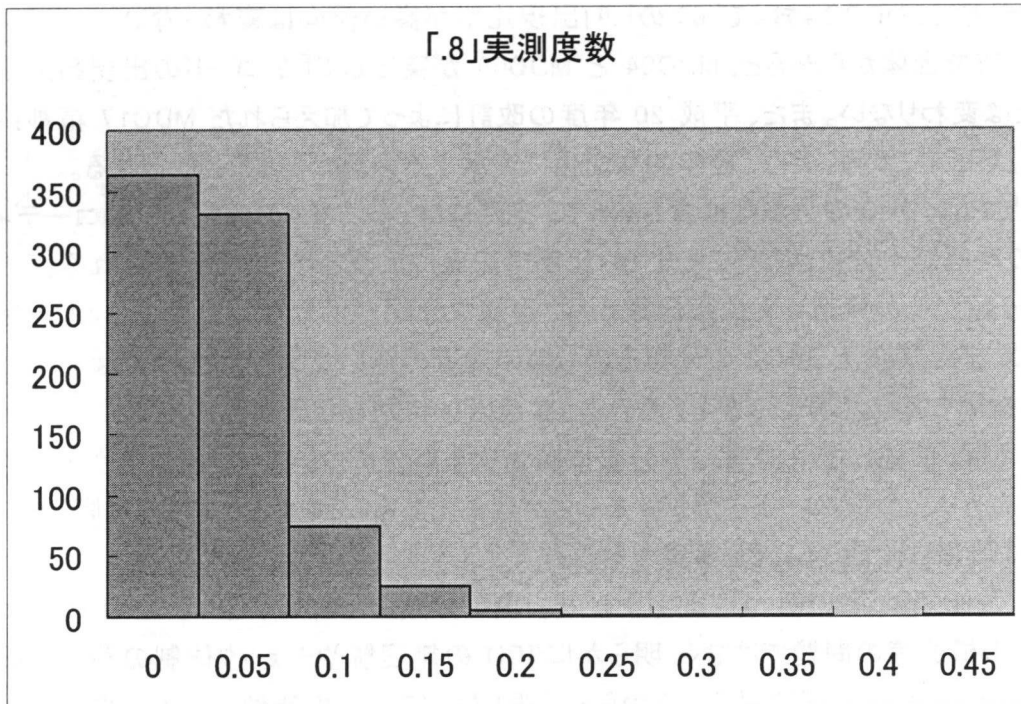
また、図表15および図表16に示すように、出現比率の病院頻度はかなり分布が異なることも印象的である。ある意味、本来はそれほどの数値を示すはずがないと思われる「.8」に関する多寡の評価は、その病院の特異性を表すといえるのかもしれない。

さらに、「.8」比率については、図表14に示したとおり、専門的疾患を扱う病院で、「.8」が多いという例はみられたが、その一方で、単に「.9」を「.8」コードに振り替えた結果と評価せざるを得ない例もみられた。

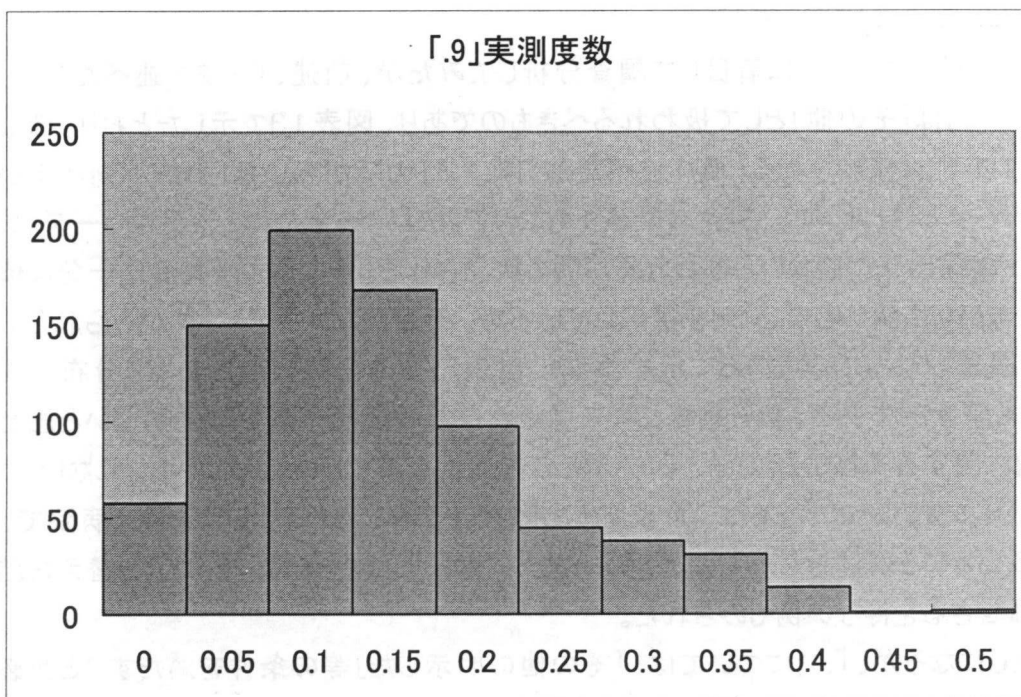
繰り返しになるが、「.8」については、「その他の明示した」等の条件を満たすことが必須であり、それなしで選択することは、いわば、不正請求にもつながりかねないもので

あり、今後は傷病名そのものの表記にも注意をする必要がある。また、継続してその傾向を調査評価する必要があると思われる。

図表 15. 「.8」比率の度数分布



図表 16. 「.9」比率の度数分布



E.健康危険情報

特記事項なし

F.研究発表

1)学会における発表

(1)○阿南誠、久富洋子、桑原一彰、秋岡美登恵、柴田実和子、皆元麻里加、福島祥子、倉掛里恵、堀上美由紀、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点:第 7 報、DPC 基礎調査における「.9」出現率の推移と診療情報管理士の存在、第 35 回日本診療録管理学会学術大会、2009/9/17-18、浜松市

(2)○阿南誠、DPC と基礎調査、診療情報管理士として気をつけて欲しいこと、福岡県病院協会第 40 回診療録管理研究研修会、2009/7/17、福岡市

(3)○阿南誠、桑原一彰、久富洋子、秋岡美登恵、柴田実和子、DPC 基礎調査における「.9」出現の要因分析、日本医療マネジメント学会 第 8 回九州・山口連合大会、2009/9/22-23

(4)○阿南誠、シンポジウム1:DPC の来し方行く先「現場で働く診療情報管理士からみた DPC」、第 35 回日本診療録管理学会学術大会、2009/9/17-18、浜松市

2)論文、単行書

(1)阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPC コース通信教育テキスト、第 2 章 DPC 精度と診療報酬制度との関わり、pp171 -206、社団法人日本病院会、7 月、2009.

G.知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

DPC 病院における白内障と冠動脈バイパス手術に対する診療計画の現状

研究分担者 池田俊也 国際医療福祉大学

研究協力者 小林美亜 東京大学医学部附属病院

研究協力者 清水隆明 国際医療福祉大学

研究要旨

平成 19 年度時点における DPC 病院(支払対象病院および準備病院)を対象として、白内障片眼手術用の CP(以下、白内障 CP)および冠動脈バイパス術の CP(以下、CABGCP)の収集し、白内障 CP と CABG に設定された診療計画について、平成 19 年 7 月～12 月の DPC データから抽出した在院日数、薬剤点数等と比較・分析を行った。その結果、白内障 CP では実際の在院日数との関連が認められた。白内障 CP に設定された在院日数が同じであっても、抗菌薬の銘柄・投与期間・投与方法については施設間でばらつきが認められ、実際の薬剤点数についても大きなばらつきが存在していた。今後の課題として、エビデンスの検証を通して、抗菌薬の使用について標準化を図っていくことが必要と思われた。CABGCP では、CABGCP に示された在院日数と実際の在院日数にはほとんど関連がなく、CABGCP 上の適用基準・除外基準を明確に設定することや診療計画を見直すことが求められると思われる。

A. 研究目的

クリティカルパス・クリニカルパス(以下、CP)は、診療計画の標準化を図るために活用される一つのマネジメントツールである。本研究では、白内障と冠動脈バイパス術に焦点をあて、DPC に基づく包括評価の環境下における診療計画の現状を CP より把握し、今後の課題について検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象

調査協力施設(DPC 対象病院および DPC 準備病院)から提供された白内障片眼手術用の CP(以下、白内障 CP)および冠動脈バイパス術の CP(以下、CABGCP)を対象とした。

2. 分析方法

白内障 CP と CABGCP に設定された診療計画について、平成 19 年 7 月～12 月の DPC データから抽出した在院日数、薬剤点数等と比較・分析を行った。

C. 研究結果

1. 白内障 CP

平成 19 年度時点における DPC 支払い対象病院 136 施設および準備病院 70 施設より、計 438 件の白内障 CP が提供された。

1) 在院日数に関する分析

在院日数が明確に設定されていた白内障 CP は 438 件中、404 件(92.4%)であり、設定された在院日数は最小値が 1 日、最大値が 12 日であった(図 1)。

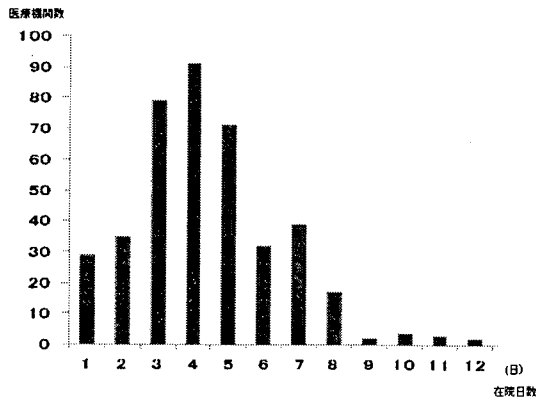


図1 白内障 CP に設定された在院日数の分布

DPC 対象病院と DPC 準備病院との間で、白内障 CP に設定された在院日数を比較したところ、有意差は認められなかった。

DPC 対象病院と DPC 準備の白内障 CP と実際の在院日数(図 2)、術前日数(図 3)、術後日数(図 4)には関連が認められた。

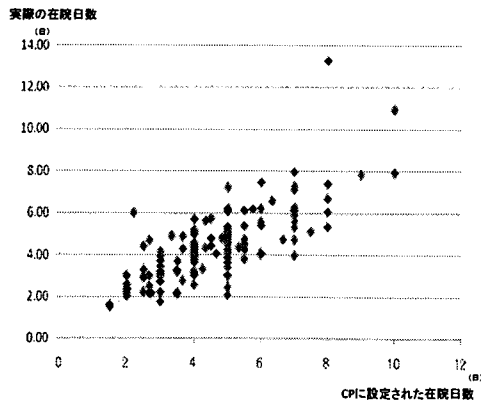


図1 白内障 CP に設定された在院日数と実際の在院日数との関連

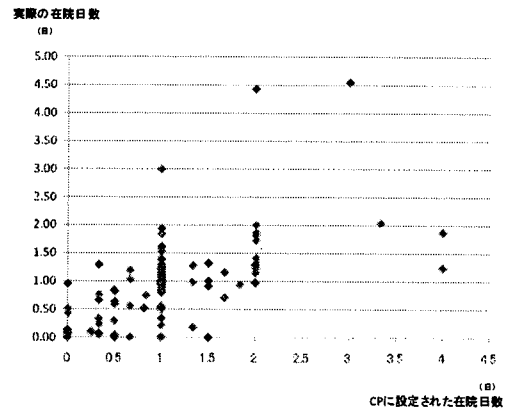


図2 白内障 CP に設定された術前日数と実際の在院日数との関連

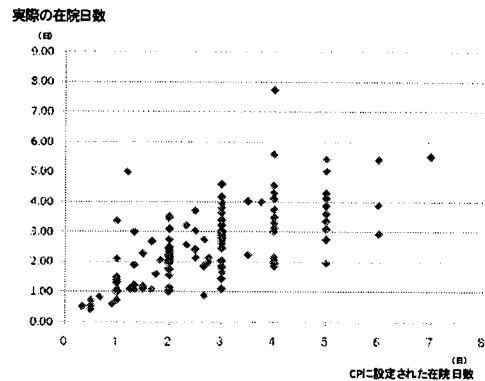


図3 白内障 CP に設定された術後日数と実際の在院日数との関連

2) 薬剤に関する分析

白内障 CP に設定された診療計画と実際の診療内容との関連を検討するために、実際の平均在院日数が 4 日で、かつ 6 ヶ月間で 30 症例以上ある 71 施設を対象に施設別平均薬剤点数の算出を行った。このうち、34 施設が白内障 CP に在院日数を 4 日に設定していた。

まず、71 施設を対象に平均薬剤点が高い病院と低い病院の白内障 CP の薬剤の設定状況を把握したところ、平均在院日数

が同じ 4 日であっても平均薬剤点数にばらつきが認められた(図 4)。

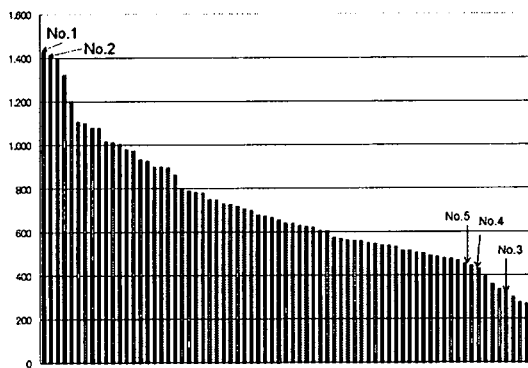


図 4 在院日数 4 日症例における施設別平均薬剤点数

平均数薬剤点数が高かった 2 施設(番号 No. 1, No. 2) と平均薬剤点数が低かった 3 施設 (No. 3, No. 4, No. 5) の白内障 CP の薬剤の設定状況については表 1 に示した。

表 1 白内障 CP における薬剤の設定状況

CP 番号	薬剤の設定状況
No. 1	術後 1 日目と 2 日目に「ロセフィン注 1g + 生理溶解液キット H 注 100ml × 2」を設定。
No. 2	術後 1 日目に「フルマリン注 1g キット × 2」を設定。
No. 3	手術日において、術前に「セフメゾン 1g + 生食 20ml」、術後に「セフメゾン 1g + 生食 20ml」を設定。
No. 4	術日の術前にセファメジンを注射薬で、術後は経口薬でセフソンを投与。
No. 5	術日の術中にセファメジン投与のみ。

平均薬剤点数が高い施設の白内障 CP では、術後 1 日目、2 日目に注射薬で抗菌薬

が投与されていたり(抗菌薬の薬剤料: 3892 円)、また術後 1 日目だけでも薬価が高い抗菌薬(抗菌薬の薬剤料: 4274 円)が使用されていた。

一方、平均薬剤点数が低い病院においては、注射薬による抗菌薬の投与は、手術日のみとしており、また術後は経口薬に切りかえる診療内容となっていた。

在院日数を白内障 CP で 4 日に設定した 34 施設において、白内障 CP に設定された注射薬の抗菌薬費用と実際の費用との関係を見たところ、関連は認められなかった(図 5)。

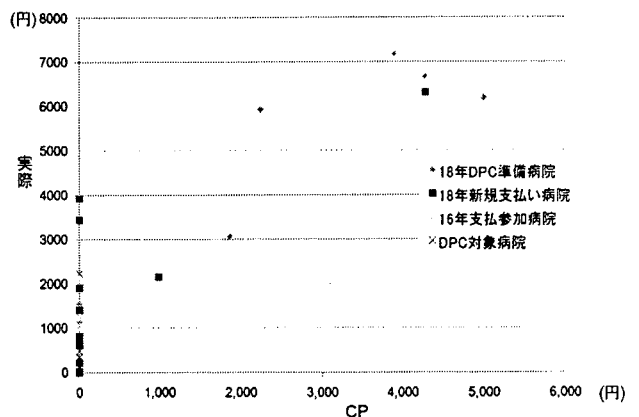


図 5 白内障 CP に設定された注射薬の抗菌薬費用と実際の費用との関係

2. CABGCP

平成 19 年度時点における DPC 支払い対象病院 136 施設および準備病院 70 施設のうち、48 施設から 54 の CABGCP が提供された。

CABGCP は、①オフポンプ冠動脈バイパス術(OPCABG)、②CABG、③開心術の CP に大別された。

1) 在院日数に関する分析

CABGCP に設定された在院日数を表 2 に示した。術前日数は CABGCP 上に設定されている傾向にあったが(85.2%)、術後日数が設定された CABGCP は 51.9% と約半数であった。また、ICU 日数を把握できたのも 50%と半数であった。

表 2 CABGCP に設定された在院日数

	入院日数	術前日数	ICU日数	術後日数
全体	n=26	n=46	n=27	n=28
平均値	18.0	3.3	2.9	11.9
中央値	18.0	3.0	3.0	12.0
標準偏差	4.2	1.7	1.1	3.6
OPCABG	n=3	n=4	n=3	n=2
平均値	15.7	2.5	2.0	12.5
中央値	17.0	2.5	2.0	12.5
標準偏差	2.3	0.6	0.0	0.7
CABG	n=21	n=37	n=22	n=24
平均値	18.4	3.4	3.0	11.9
中央値	19.0	3.0	3.0	12.0
標準偏差	4.1	1.8	1.2	3.5
開心術	n=2	n=4	n=2	n=2
平均値	17.0	2.5	3.0	11.5
中央値	17.0	2.5	3.0	11.5
標準偏差	8.5	0.6	0.0	7.8

CABGCP を提出した施設で症例数が 10 症例以上ある施設の在院日数と CP 上で設定された在院日数について、人工心肺の使用の有無でマッチングし、関連性を検討した(図 6-1,6-2)。また、術前日数(図 7-1,7-2)、術後日数(図 8-1,8-2)についても同様に関連性の確認を行った。

その結果、人工心肺の使用の有無別にかかわらず、CABGCP に設定された在院日数と実際の在院日数との間には関連が認められなかった。同様に、術前日数、術後日数についてもほとんど関連が認められなかった。

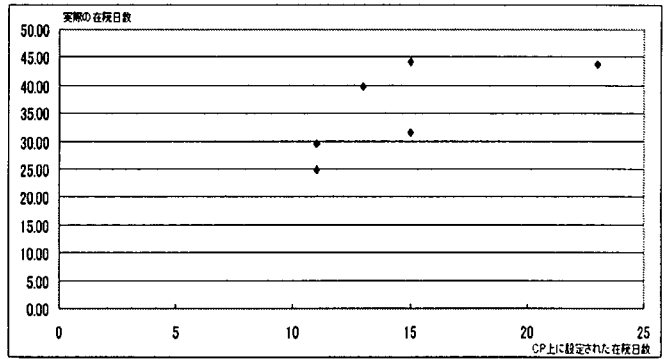


図 6-1 人工心肺使用有の CABGCP の在院日数と実際の在院日数との比較

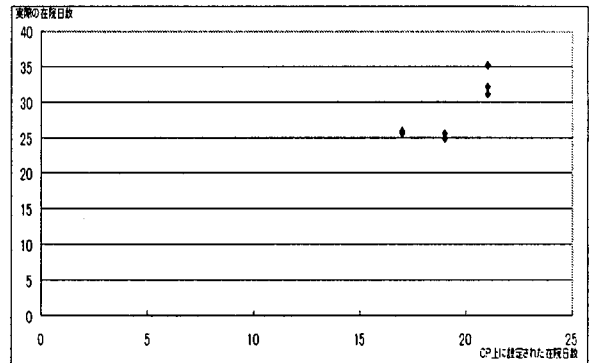


図 6-2 人工心肺使用無の CABGCP の在院日数と実際の在院日数との比較

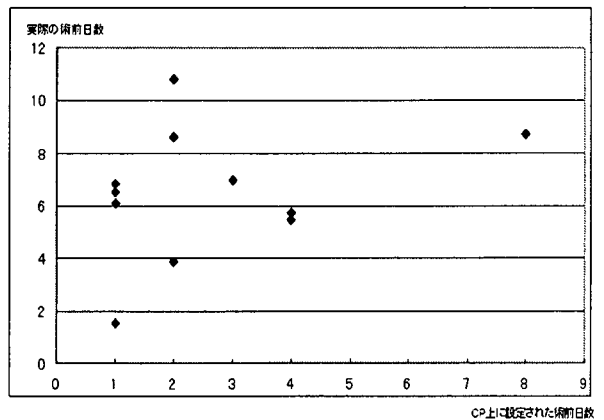


図 7-1 人工心肺使用有の CABGCP の術前日数と実際の術前日数との比較

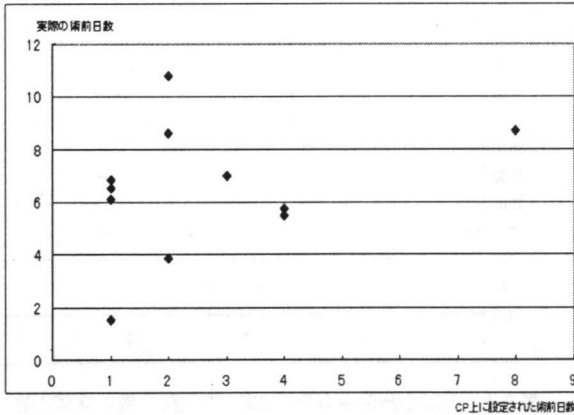


図 7-2 人工心肺使用無の CABGCP の術前日数と実際の術前日数との比較

上における退院基準の設定の有無別に実際の在院日数の比較を行ったところ、人工心肺使用有では退院基準を設定しない方が短く、人工心肺使用無では、退院基準の設定有無間でほとんど違いはなかった(表 3、表 4)。

表 3 人工心肺使用有：CABGCP 上に設定された退院基準の有無別の在院日数

退院基準	n	平均値	標準偏差
無	6	30.9	11.2
有	5	33.7	8.2

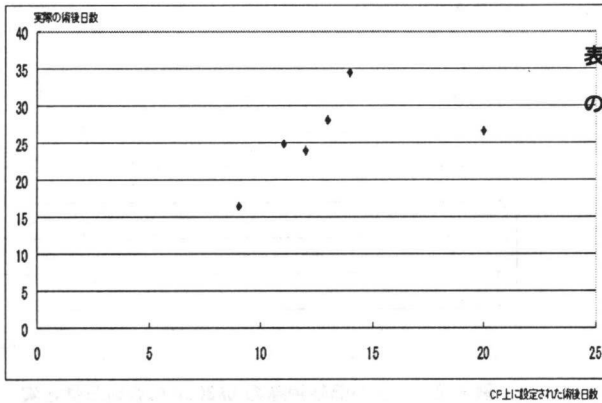


図 8-1 人工心肺使用有の CABGCP の術後日数と実際の術後日数との比較

表 4 人工心肺使用無：CABGCP 上に設定された退院基準の有無別の在院日数

退院基準	n	平均値	標準偏差
無	9	31.7	7.6
有	9	30.9	8.9

2) 薬剤の設定状況に関する分析

54 の CABGCP に設定された術前の抗菌薬と術後の抗菌薬の状況について把握を行ったところ、銘柄指定を抗菌薬が設定された CP が、術前では 16.7%(図 9-1)、術後では 56.9%(図 9-2)であった。

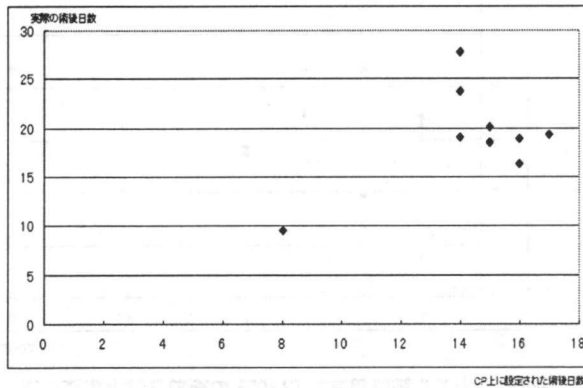


図 8-2 人工心肺使用有の CABGCP の術後日数と実際の術後日数との比較

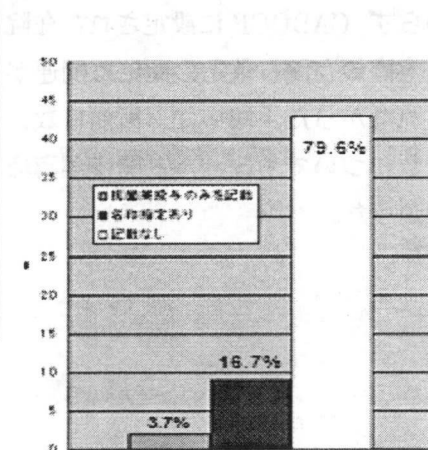


図 9-1 術前の抗菌薬の設定状況

人工心肺使用の有無に分けて、CABGCP

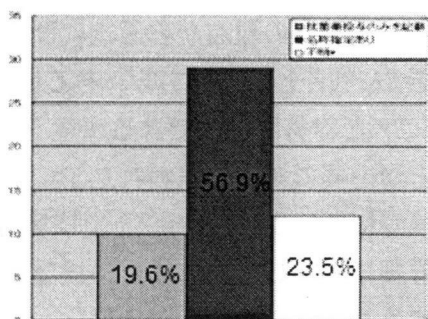


図 9-2 術後の抗菌薬の設定状況

CABGCP 上に設定された抗菌薬の術前投与日数と術後投与日数の平均値±標準偏差は、それぞれ 1 ± 0 、 4.0 ± 1.8 日であった。

薬剤費点数が低い施設における CABGCP では、人工心肺使用の有無にかかわらず、薬剤の銘柄及び投与量まで明確に設定されている傾向にあった。しかし、銘柄を指定していなくても薬剤点が低い施設も存在していた。

一方、薬剤費点数が高い施設においては、CABGCP 上から投薬情報を把握することが困難であり、抗菌薬投与とは記載されていても銘柄や投与量についての記載がなされていない傾向にあった。

3) 検査の設定状況に関する分析

薬剤費と同様に、対象期間中に 10 症例以上ある施設を対象に、人工心肺使用の有無別での平均検査費を算出したところ、人工心肺使用有では最大値が 37,974 点、最小値が 8,749 点、人工心肺使用無では最大値が 55,822 点、最小値が 16,737 点であった。

検査費点数が低い施設における CABGCP では、人工心肺使用の有無にかかわらず、検査内容が明確に設定されている傾向に

あった。検査費点数が高い施設においては CABGCP 上から検査に関する情報を取得することが困難であった。また、検査費点数が高い施設で検査内容が CABGCP に明確に示されている施設においては、術後の確認のための心臓カテーテル検査によるものであった。

D. 考察

1) 白内障 CP の現状と課題

白内障 CP と実際の白内障の在院日数・薬剤費に関する施設間比較を行った。白内障 CP で設定された在院日数と実際の在院日数との間には、関連が認められた。CABG に設定された在院日数が同じであっても、規定された抗菌薬について投与期間、抗菌薬の種類や投与方法（注射薬、経口薬、点眼薬）にはばらつきがあり、実際の薬剤費もばらつきが認められた。

白内障手術における抗菌薬投与のエビデンスにおいて、米国眼科学会 (Cataract in the adult eye, 2001) では「全身投与の抗菌薬が用いられることは稀である」とし、英国におけるアンケート調査 (Ang ら, 2006) では、「術前・術後抗菌薬の全身投与をルチーンに行う」との回答は無であった。また、カナダで実施されたアンケート調査 (Hammoudi ら, 2007) では、術後抗菌薬の全身投与は 1%であった。

日本の白内障診療ガイドラインにおいて、術後眼内炎の予防方法として、「術前よりの抗菌剤の点眼、術中還流液への抗菌剤投与、術後の抗菌剤結膜注射などが感染予防に選択されるが有効性は明らかでない」としている。また、「現時点では、眼内炎の頻度が少ないためか、眼内炎予

防について、消毒薬・抗菌剤使用の有用性は明らかでない」という見解を示している。そして、白内障術後の点眼に関しては、抗菌剤と消炎剤を使用するとしている。

今後は、エビデンスの集積、ならびに、プロセスとアウトカムの関係に関する分析などを通じて、白内障 CP を活用しながら診療の標準化・効率化の可能性について検討を進める必要があると思われる。

2) CABGCP の現状と課題

CABGCP 上に設定された在院日数と実際の在院日数との関係において、CABGCP 上に設定された術前日数、術後日数と実際のそれらの日数とほぼ一致する施設もあったが、関連がない施設が多く、ばらつきが認められた。

CABGCP に設定された診療計画が実際の診療内容とあっていないことが考えられ、CABGCP の適用基準・除外基準を明確にし、実際の診療内容をもとに診療計画の見直しを行い、標準化を図ることが必要であると思われる。

術後の抗菌薬が銘柄まで示されていた CABGCP は 56.9%であったが、銘柄名が記載されていなくても薬剤費を低く抑えている施設もあった。この背景として、CABGCP とは別に、薬剤のオーダリングシステムで投与薬剤の標準化が図られていれば、必ずしも CABGCP 上に記載されていなくても薬剤費を抑制できるのではないかということが推察された。

しかし、CABGCP 上に薬剤の銘柄が指定されていれば、その薬剤を踏まえた観察項目等もあわせて設定することができ、またチーム間で容易に情報共有を図るこ

とができるといった利点もある。したがって、質保証の観点から薬剤に関する情報を CABGCP 上に記載する、あるいは CABGCP と容易に併用できる環境下におくことが必要であると思われる。

検査に関しては、CABGCP 上に検査内容を詳細に規定している場合、検査指示に関するパフォーマンスが標準化され、検査費の抑制にもつながっていることが示唆された。

E. 健康危機情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

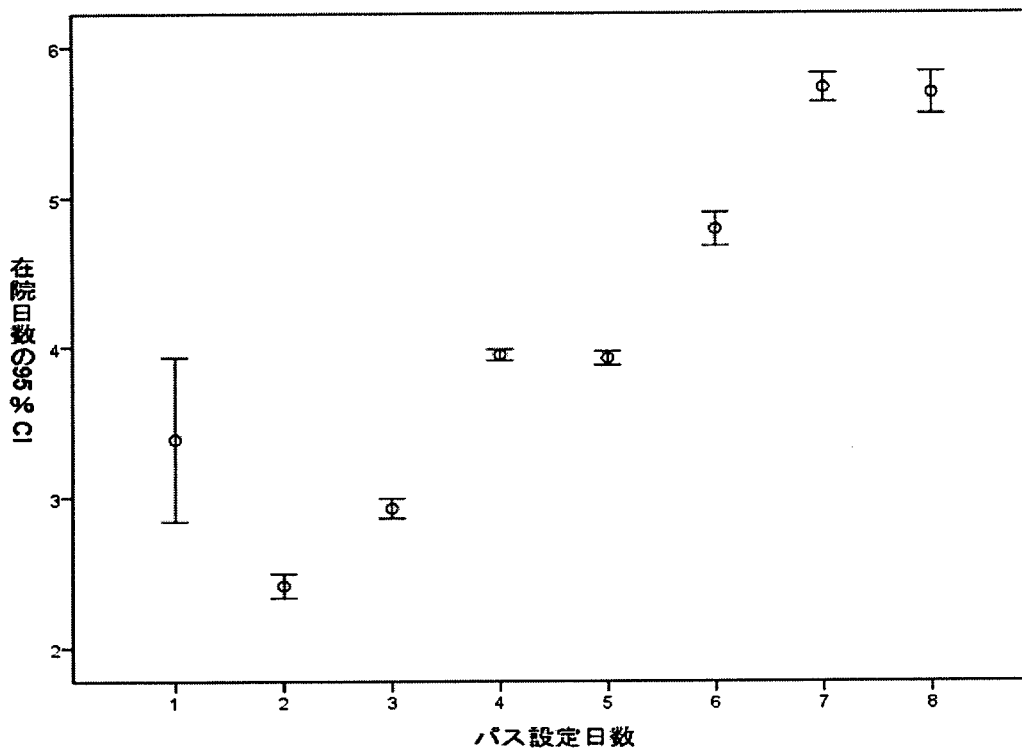
資料：収集したCP一覧、CP設定日数別の実在院日数

バス対象疾患・処置種別	資料作成	2007年度DPC 分類管理番号	DPCコード	DPC6桁病名	コード
1. 白内障手術	○	1	D20110xx97x0x0	白内障、水晶体の疾患	K282 \$、K282-2
	○	2	D20110xx97x0x1	白内障、水晶体の疾患	K282 \$、K282-2
2. 慢性中耳炎手術(鼓室形成術)	○	3	D30440xx01xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	k319
		4	D30460xx01xxxx	中耳・乳様突起の障害	k319
3. 扁桃摘出術	○	5	D30230xx97xxxx	扁桃、アデノイドの慢性疾患	K370、K377、その他
4. 冠動脈バイパス手術		6	D50030xx02x1xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K552 \$、K552-2 \$
		7	D50030xx02x2xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K552 \$、K552-2 \$
		8	D50030xx02x3xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K552 \$、K552-2 \$
		9	D50030xx02x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K552 \$、K552-2 \$
5. 膝関節置換手術	○	10	D70230xx010xxx	膝関節症(変形性を含む)	K082
	○	11	D70230xx011xxx	膝関節症(変形性を含む)	K082
6. 股関節置換手術	○	12	D70220xx010xxx	股関節症(変形性を含む)	K082
	○	13	D70220xx011xxx	股関節症(変形性を含む)	K082
7. 腹腔鏡下胆嚢摘出術	○	14	D60330xx02xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	K672-2
	○	15	D60335xx0210xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	K672-2
		16	D60335xx0211xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	K672-2
		17	D60340xx0210xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	K672-2
	18	D60340xx0211xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	K672-2	
8. 腹腔鏡下腔式子宮摘出術等	○	19	I20100xx02xxxx	子宮内膜症	K877-2
10. 急性心筋梗塞(カテーテル治療)		20	D50030xx03x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K546~K550
		21	D50030xx03x10x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K546~K550
		22	D50030xx03x11x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K546~K550
		23	D50030xx03x2xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K546~K550
		24	D50030xx03x3xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K546~K550
		25	D50030xx03x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	K546~K550

1. 白内障手術（片眼） 2007年度DPC分類管理番号1：020110xx97x0x0

対象：設定日数1種類の施設かつ在院日数8以下のケース

CP 設定日数別の实在院日数

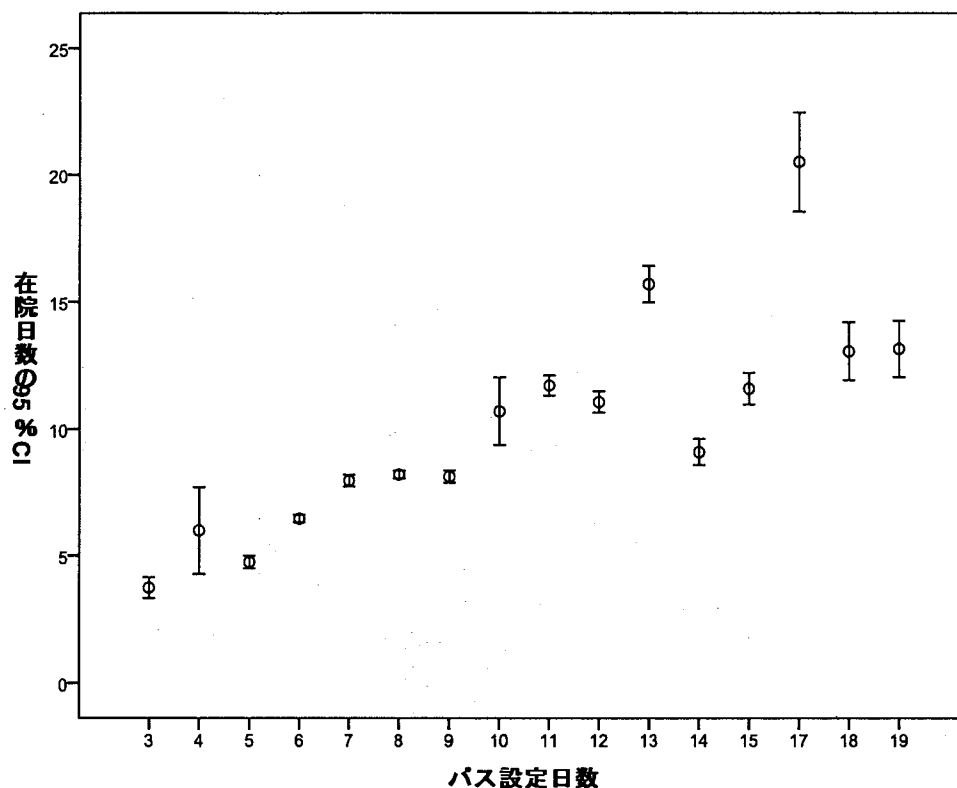


設定日数	施設数	データ数	在院日数	
			平均値	標準偏差
1	2	57	3.4	2.1
2	3	194	2.4	0.6
3	11	1044	2.9	1.1
4	34	2492	3.9	0.9
5	27	2390	3.9	1.2
6	8	737	4.8	1.5
7	14	957	5.7	1.5
8	6	360	5.7	1.3

1. 白内障手術（両眼） 2007年度DPC分類管理番号2：020110xx97x0x1

対象：設定日数1種類の施設

CP 設定日数別の実在院日数

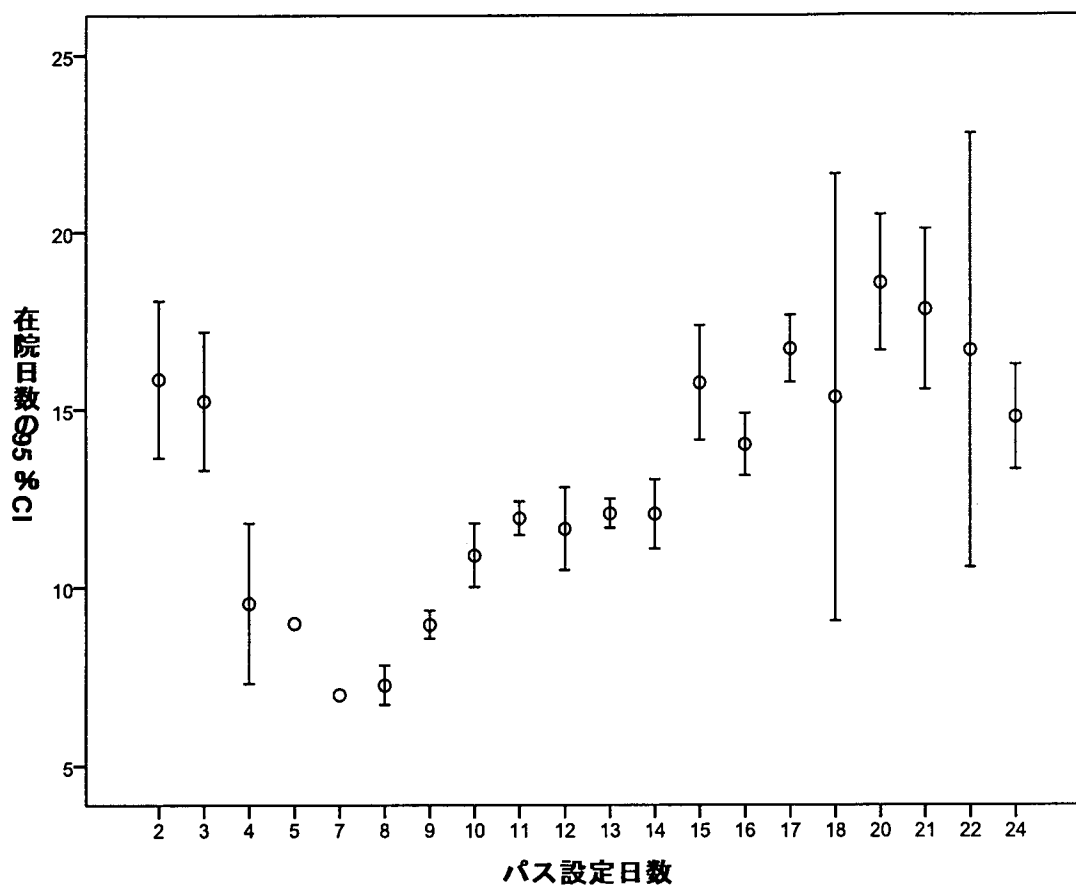


設定日数	施設数	データ数	在院日数	
			平均値	標準偏差
3	1	36	3.8	1.2
4	1	42	6.0	5.5
5	7	440	4.8	2.7
6	12	1014	6.5	2.5
7	8	923	8.0	3.6
8	8	490	8.2	1.7
9	4	224	8.1	1.9
10	3	126	10.7	7.6
11	7	219	11.7	3.0
12	5	205	11.1	3.1
13	2	71	15.7	3.0
14	3	136	9.1	3.1
15	3	72	11.6	2.6
17	1	53	20.5	7.1
18	1	10	13.1	1.6
19	1	51	13.2	4.0

2. 慢性中耳炎手術（鼓室形成術）2007年度DPC分類管理番号3：030440xx01xxxx

対象：設定日数1種類の施設

CP 設定日数別の実在院日数

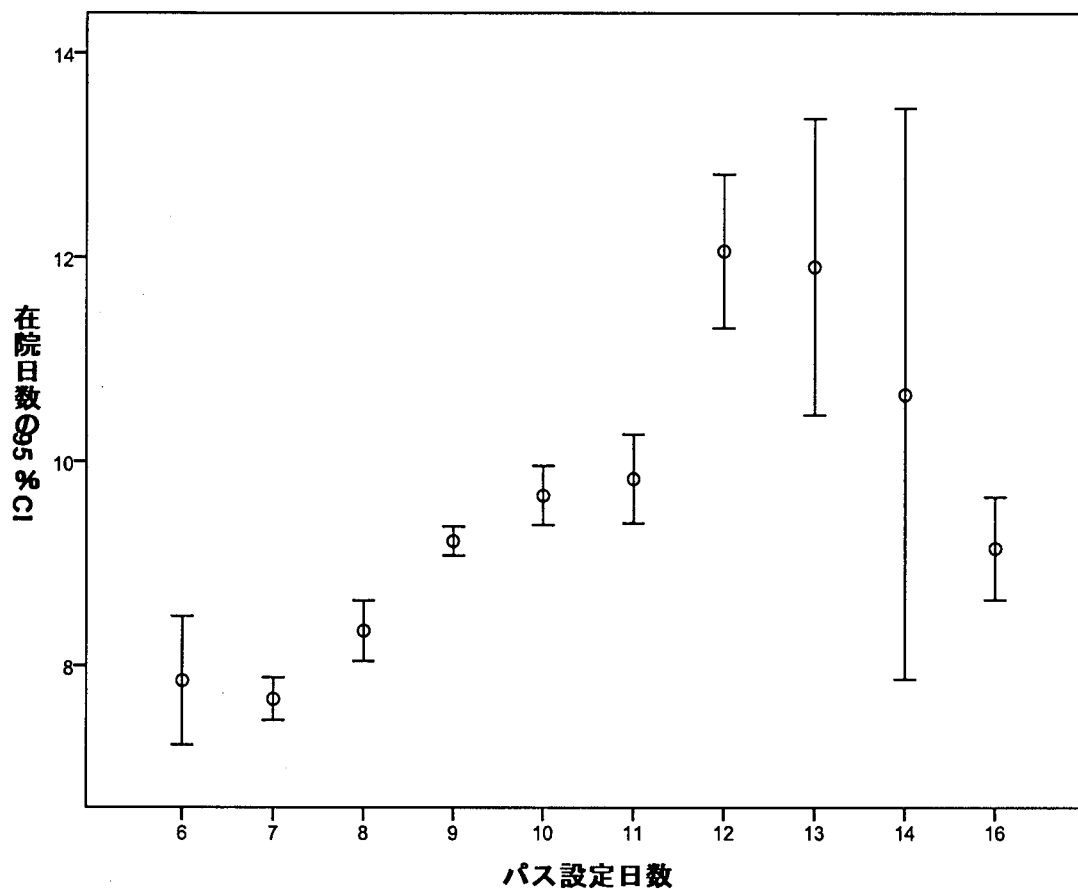


設定日数	施設数	データ数	在院日数	
			平均値	標準偏差
7	1	1	7.0	.
8	1	52	7.3	2.0
9	6	141	9.0	2.4
10	9	86	10.9	4.2
11	2	79	11.9	2.1
12	2	46	11.7	3.9
13	2	86	12.1	1.9
14	4	73	12.1	4.2
15	3	21	15.8	3.6
16	6	183	14.0	6.0
17	6	171	16.7	6.3
18	1	6	15.3	6.0
20	2	36	18.6	5.6
21	1	16	17.8	4.2
22	1	6	16.7	5.8
24	3	27	14.8	3.7

3. 扁桃摘出術 2007年度DPC分類管理番号5:030230xx97xxxx

対象：設定日数1種類の施設

CP 設定日数別の実在院日数

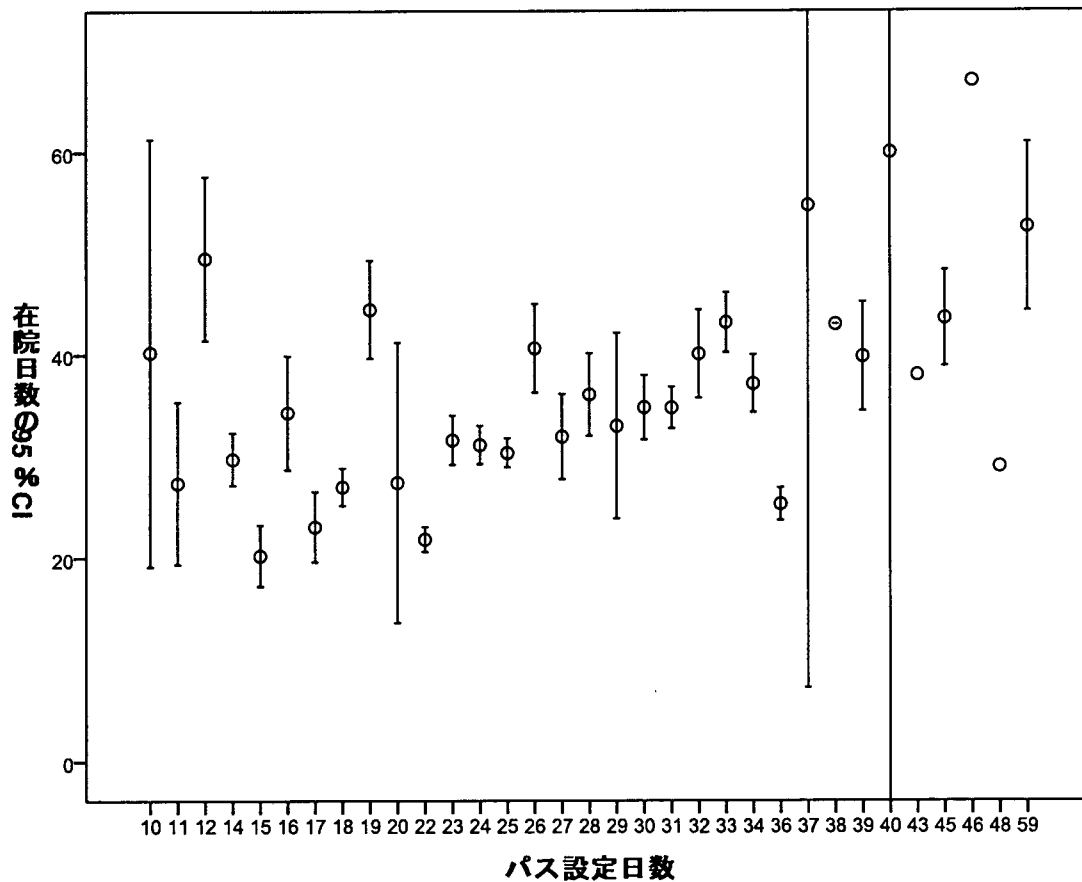


設定日数	施設数	データ数	在院日数	
			平均値	標準偏差
6	5	62	7.9	2.5
7	12	339	7.7	1.9
8	17	459	8.3	3.3
9	56	1133	9.2	2.4
10	18	427	9.7	3.1
11	8	217	9.8	3.3
12	4	90	12.1	3.6
13	3	47	11.9	4.9
14	2	9	10.7	3.6
16	1	32	9.2	1.4

4. 膝関節置換手術 2007年度D P C分類管理番号 10 : 070230xx010xxx

対象 : 設定日数 1 種類の施設

CP 設定日数別の实在院日数

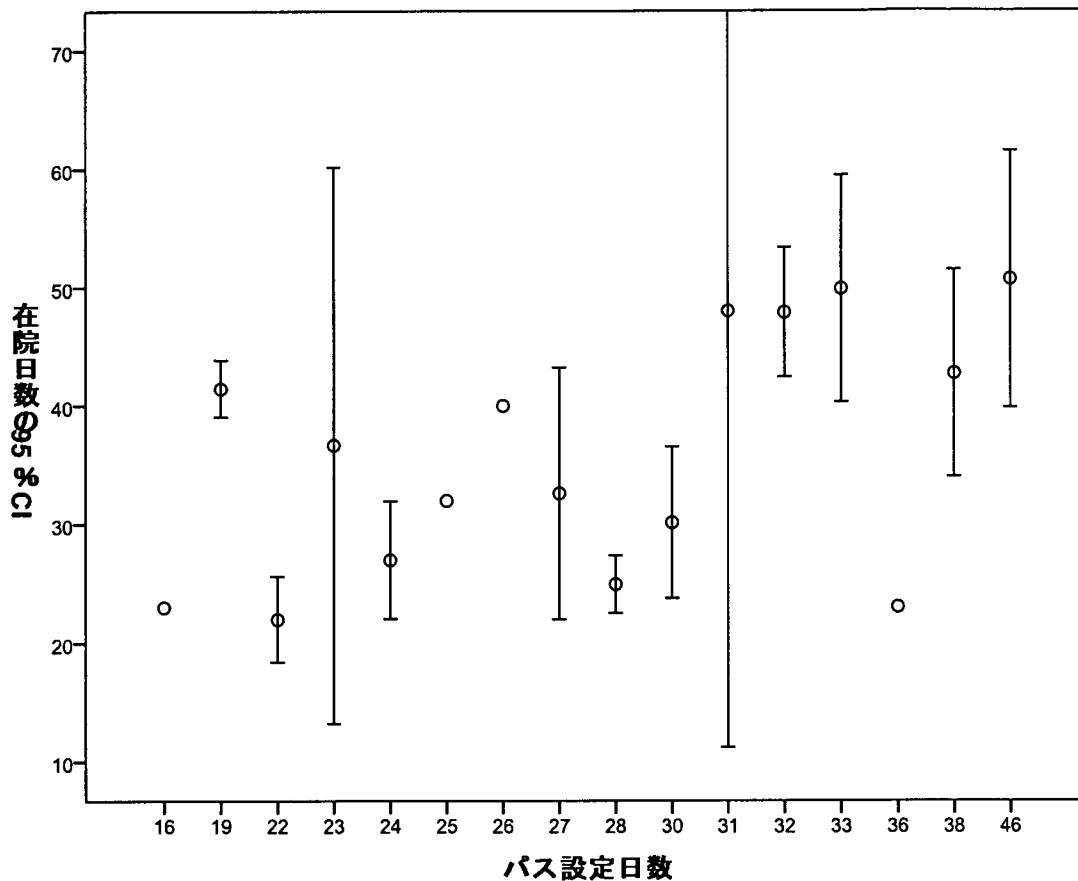


設定日数	施設数	データ数	在院日数	
			平均値	標準偏差
10	1	25	40.2	51.1
11	1	3	27.3	3.2
12	4	61	49.5	31.7
14	2	32	29.7	7.1
15	1	10	20.2	4.2
16	4	38	34.3	17.1
17	3	27	23.0	8.7
18	3	71	27.0	7.8
19	2	29	44.4	12.7
20	1	10	27.4	19.2
22	4	276	21.8	10.4
23	8	167	31.6	15.8
24	8	197	31.1	13.5
25	8	153	30.3	8.9
26	5	64	40.6	17.5
27	2	18	31.9	8.4
28	3	25	36.1	9.8
29	1	14	33.0	15.8
30	6	63	34.8	12.6
31	13	317	34.8	18.4
32	5	71	40.1	18.4
33	7	121	43.2	16.5
34	1	35	37.1	8.3
36	1	20	25.3	3.5
37	1	4	54.8	29.8
38	1	8	43.0	0.0
39	3	24	39.8	12.7
40	1	3	60.0	37.6
43	1	1	38.0	.
45	4	37	43.6	14.2
46	1	1	67.0	.
48	1	1	29.0	.
59	1	21	52.6	18.3

5.膝関節置換手術（自家遊離複合組織移植術、骨移植術）

2007年度D P C分類管理番号 11：070230xx011xxx 対象：設定日数 1 種類の施設

CP 設定日数別の实在院日数



設定日数	施設数	データ数	在院日数	
			平均値	標準偏差
16	1	1	23.0	.
19	1	14	41.4	4.2
22	2	14	22.0	6.3
23	3	3	36.7	9.5
24	2	3	27.0	2.0
25	1	1	32.0	.
26	1	1	40.0	.
27	1	5	32.6	8.6
28	1	13	24.9	4.0
30	2	7	30.1	6.9
31	2	4	48.0	23.1
32	1	25	47.9	13.3
33	3	12	49.8	15.1
36	1	1	23.0	.
38	1	3	42.7	3.5
46	2	21	50.6	23.9