

平成20年度 第8回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成20年12月17日（水） 13:30～15:00

場所：厚生労働省専用第18～20会議室（17階）

議 事 次 第

1. 基本問題小委員会での議論の報告
2. 松田研究班からの報告
3. 新たな「機能評価係数」に係る検討方法について
4. 「DPC導入の影響評価に係る調査」について
5. その他

調整係数の廃止と 新たな機能評価係数の設定 について

調整係数に係る議論の経緯(1)

【平成17年11月16日 中医協・基本小委】

調整係数については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成22年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討してはどうか。

【平成18年2月15日 中医協・総会 承認】

医療機関別に調整係数を設定する制度については、DPC制度の円滑導入という観点から設定されているものであることを踏まえ、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとするが、平成18年改定においては、他の診療報酬点数の引下げ状況を勘案し、調整係数を引き下げる。

【平成18年2月15日 中医協 答申附帯意見】

DPCについては、円滑導入への配慮から制度の安定的な運営への配慮に重点を移す観点も踏まえ、調整係数の取扱いなど、適切な算定ルールの構築について検討を行うこと。

【平成19年5月16日 中医協 基本小委】

平成18年度診療報酬改定における答申及び附帯意見を踏まえ、平成20年度以降の医療機関係数の在り方について、各医療機関を適切に評価するために、調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等について検討する必要がある。

3

調整係数に係る議論の経緯(2)

【平成19年8月8日 中医協 基本小委】

新たな係数の導入について検討するとともに、DPC制度の円滑導入のため設定された調整係数については、廃止することとしてはどうか

【平成19年11月21日 中医協 基本小委】

調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定について

平成20年度改定時までは、調整係数は存続することとしているが、それ以降については、調整係数を廃止し、それに替わる新たな機能評価係数について検討することとなっている。

【平成19年12月7日 中医協 基本小委】

平成20年度以降、速やかに以下のことを検討することとする。

○ DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等

【平成20年2月13日 中医協・総会 承認】

DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

4

調整係数の役割について

調整係数の役割に係るこれまでの議論の中で、調整係数はDPC制度の円滑導入という観点から設定されたものであり、

- (1) 前年度並の収入確保
- (2) 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価

という役割を含んでいると考えられる。

5

新たな「機能評価係数」の検討に当たって(案)

基本方針

- 1 調整係数が果たしていた役割のうち、前記「(1)前年度並の収入確保」については廃止することとし、「(2)現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価」については、新たな「機能評価係数」として評価できるものを検討する。
- 2 既にDPCで評価されている項目全体を整理し、既存の評価のあり方の見直しも含めて、新たな「機能評価係数」について検討する。
- 3 調整係数の廃止に際しては、新たな「機能評価係数」の検討結果を踏まえて、激変緩和を目的とした段階的廃止の有無やその方法について検討する。

6

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方 (案)

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

7

- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- 7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。

<参考>

平成15年3月28日閣議決定

「急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。」

平成19年度12月7日 中医協基本小委

「軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする。」

9

2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。

DPCの導入によって、医療の効率化・透明化については一定の効果が認められたと考えられる。今後は、医療の標準化や医療の質の向上など、より総合的な視点からの検証・分析が必要であるということで概ねの意見の一致が得られた。

平成20年12月3日 中医協 診療報酬基本問題小委員会
「DPCの在り方について(これまでの議論の整理等について)」より

10

(参考) 具体的評価の例2-(1)

○ 効率的医療を評価するため、「効率性指数」を用いた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 効率的な医療を評価できるのではないか。

<課題>

- ・ 「効率性指数」については、患者を早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要ではないか。

$$\text{※ 効率性指数} = \frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と同じ患者構成であったと仮定した場合の平均在院日数}}$$

11

(参考) 具体的評価の例2-(2)

○ 症例数に応じて標準化や効率化が認められる場合、症例数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 標準的・効率的な医療を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか。
- イ 症例数とアウトカムの関係についての検証が必要ではないか。
- ウ 評価することにより、不必要な医療を助長する恐れがあるのではないか。

12

(参考) 具体的評価の例2-(3)

○ 標準レジメンや診療ガイドライン等に沿った標準的医療が提供される患者の割合に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 標準レジメンや診療ガイドライン等により、治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待されるのではないか。

<課題>

- ・ 評価の対象とするべき標準レジメンや診療ガイドライン等の基準についてどのように考えるのか。

13

(参考) 具体的評価の例2-(4)

○ 平成20年度より療養担当規則において、後発医薬品の利用に努めることとしているが、DPC対象病院における後発医薬品の使用促進についてどのように考えるか。

(参考)DPCにおける後発医薬品の使用状況

薬剤費における後発医薬品の占める割合(金額ベース)

施設類型	平成16年度	平成17年度	平成18年度
平成15年度DPC対象病院 (82病院)	2.6%	3.4%	4.1%
平成16年度DPC対象病院 (62病院)	5.1%	7.4%	8.8%
平成18年度DPC対象病院 (216病院)	—	4.1%	7.1%
DPC準備病院 (371病院)	—	—	4.7%
総計 (731病院)	3.4%	4.1%	5.4%

出典: 平成19年6月22日DPC評価分科会「DPC対象病院及び準備病院における後発医薬品の使用状況について」

(参考)		平成17年9月	平成19年9月
医薬品全体の市場シェアにおける後発医薬品の占める割合	金額ベース	5.9%	6.4%
	(数量ベース)	(16.8%)	(18.7%)

出典: 平成20年7月9日薬価専門部会

14

3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。

高度な急性期医療や希少な疾病に係る医療の提供等の、地域に限定されず、社会全体として必要とする医療機関の機能や役割について評価する必要があるのではないか。

15

(参考)具体的評価の例3-1

○ 複雑な症例を多く治療していることを評価するため、「複雑性指数」を用いた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 「複雑性指数」を用いることで、複雑な症例を多く受け入れている高度な医療機関を評価できるのではないか。

<課題>

- ア 患者選別につながることはないか。
- イ 入院期間による評価だけで、疾患の複雑性を表せるのか。

$$\text{※ 複雑性指数} = \frac{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と各疾患毎の在院日数が同じと仮定した場合の平均在院日数}}{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}$$

16

(参考) 具体的評価の例3- (2)

○ 難病や特殊な疾患等に対応できる専門性を反映した「希少性指数」に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できるのではないか。

<課題>

- ア いわゆる専門病院が評価されにくいのではないか。
- イ 難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではないのではないか。

17

(参考) 具体的評価の例3- (3)

○ 「副傷病」の程度に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できるのではないか。

<課題>

- ア 診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価しているのではないか。
- イ 副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか。
- ウ 副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になるのではないか。

18

4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

地域医療の確保のため、医療機関の効率性や高度な機能等を評価するばかりではなく、地域で果たす役割や貢献度に応じた評価を行うことも必要なのではないか。

また、この際には、都道府県が医療を提供する体制を確保するために定めている医療計画を考慮する必要があるのではないか。

19

(参考) 具体的評価の例4-(1)

○ 医療計画で定める事業(※)において、症例数や医療圏における割合(シェア)に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないか。

<課題>

ア 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価すべきか。

イ 医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、どのように考えるか。

ウ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案する必要があるか。

※ 医療計画に定める事業とは、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))をいう。

(参考) 具体的評価の例4－(2)

○ 地域の救急・小児救急患者及び妊産婦の受入数に応じた評価を行うべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないかと。

<課題>

- ・ 重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)等に応じた評価も検討する必要があるかと。

21

(参考) 具体的評価の例4－(3)

○ 各都道府県が定める医療計画において、一定の機能を担う医療機関として定められていることを評価すべきか。また、仮に評価するのであれば、評価の在り方についてどのように考えるか。

<メリット>

- ・ 地域医療への貢献度を評価することができるのではないかと。

<課題>

ア 一定の機能を担う医療機関は、各都道府県の実情に応じて定められるものであるが、一律に評価することができるのか。

イ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案する必要があるかと。

22

5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。

連続的評価の例

例えば、救急患者の受入状況を、連続的係数で評価するとした場合

機能評価係数 (Y) =

$$a \times \left(\frac{\text{年間救急受入患者数}}{\text{DPC算定病床数}} \right) + b$$

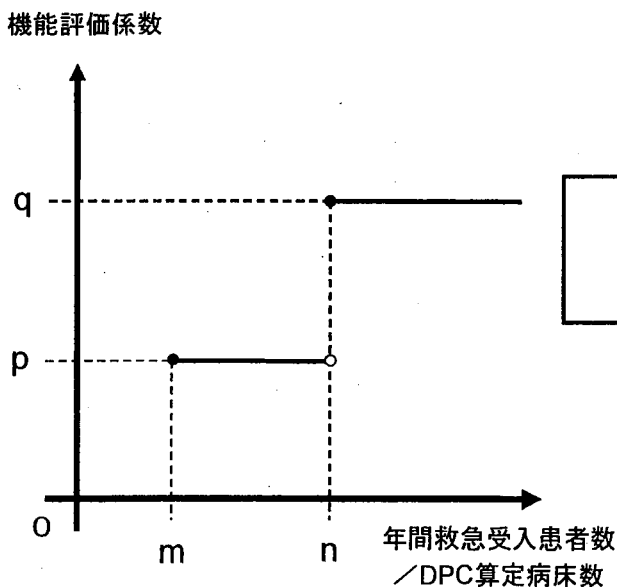
(a、bは、機能評価係数を適切な数値にするための定数)

23

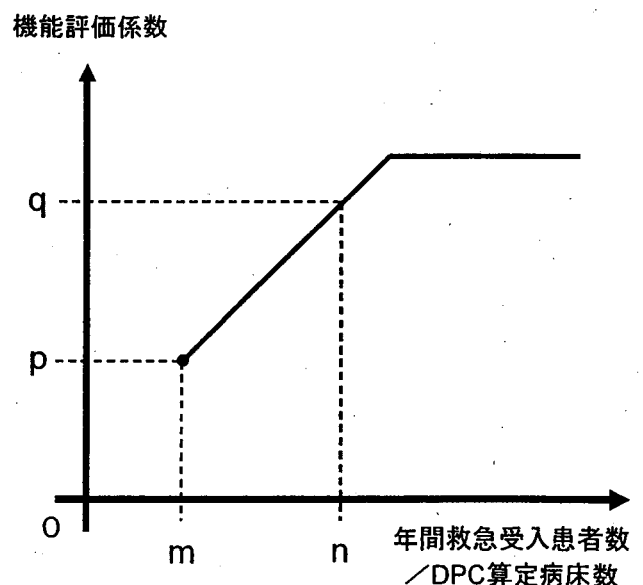
連続的な評価のイメージ

(年間救急受入患者数/DPC算定病床数)が、mであれば係数をp、nであれば係数をqとして評価を行う場合の、連続的な評価と段階的な評価の例

従来の段階的な評価



連続的な評価



6 急性期としてふさわしい機能を評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。

- (1) DPC対象病院は、10対1入院基本料や診療録管理体制加算等の要件を満たしていることが要件とされており、既に急性期の医療機関として一定の基準を満たしている。
- (2) 機能評価係数は、さらに高い機能を有している医療機関を評価するものであり、プラスの係数が適当なのではないか。
- (3) マイナスの係数とすれば、関係者の理解を得ることが難しい可能性がある。

病院機能係数の考え方について③

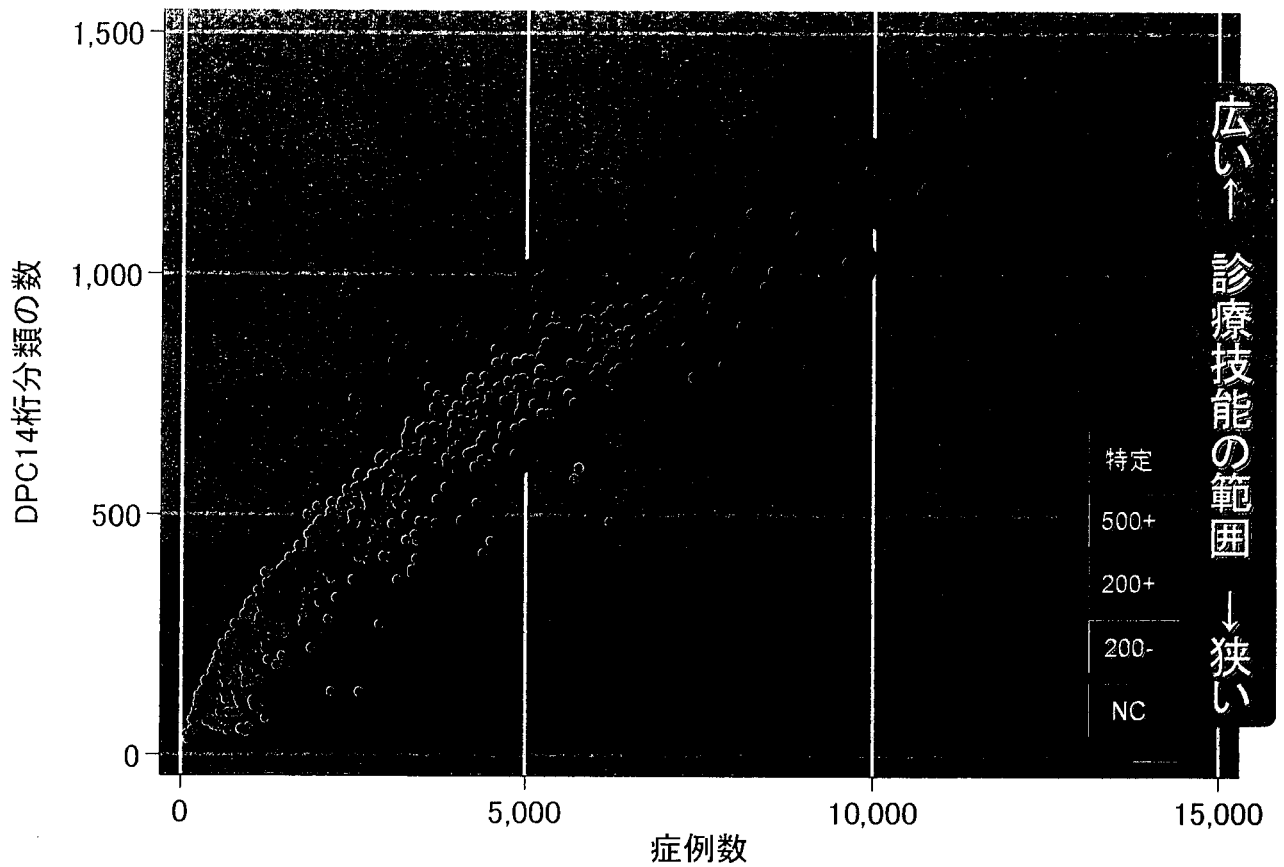
「包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究」班
(H19-政策-指定-001)

特定機能病院の特徴

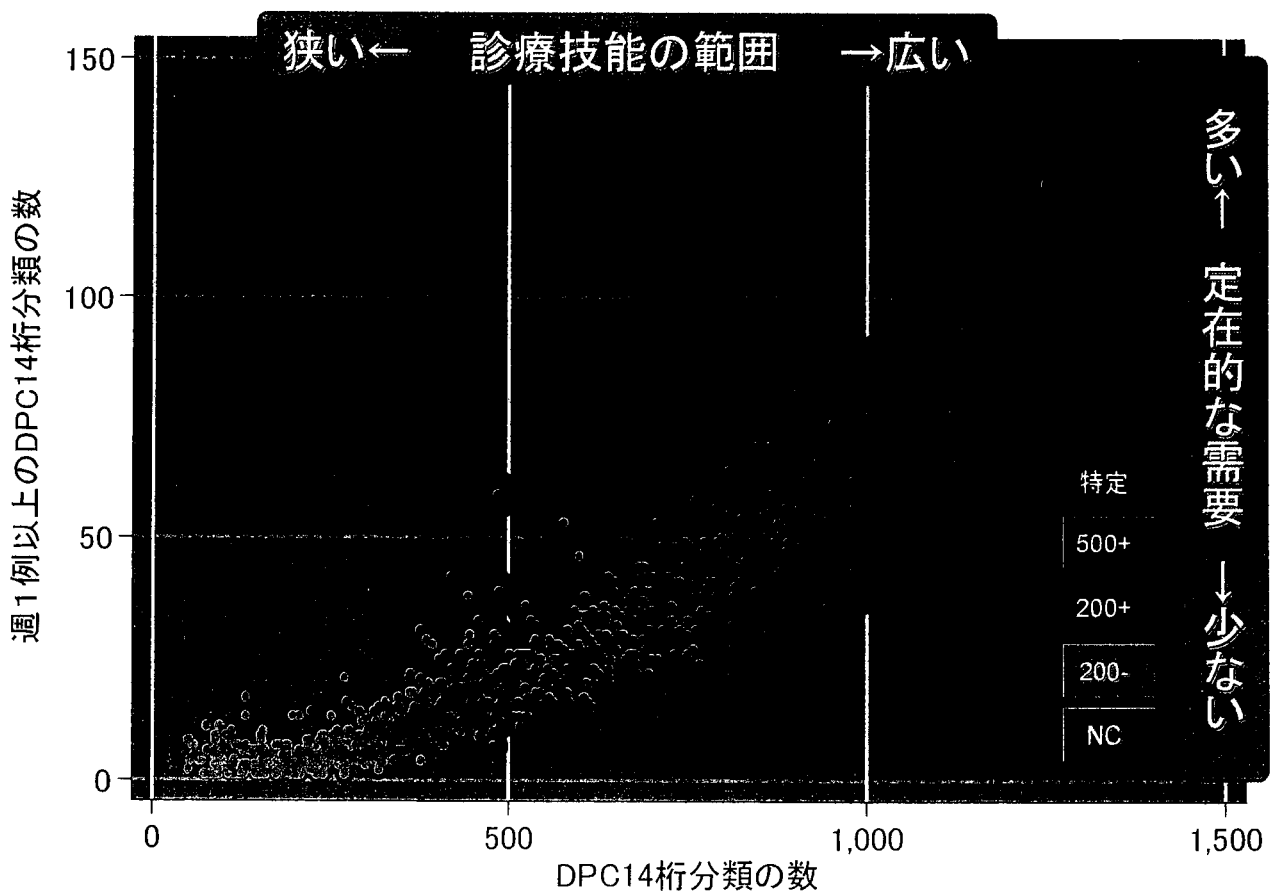
松田班H19調査参加病院(965施設中929施設)

色	病院カテゴリ	病院数
	1. 特定機能病院(NCを除く)	68
	2. 500床以上	93
	3. 200床以上500床未満	444
	4. 200床未満	321
	5. NC(ナショナルセンター)	3

929

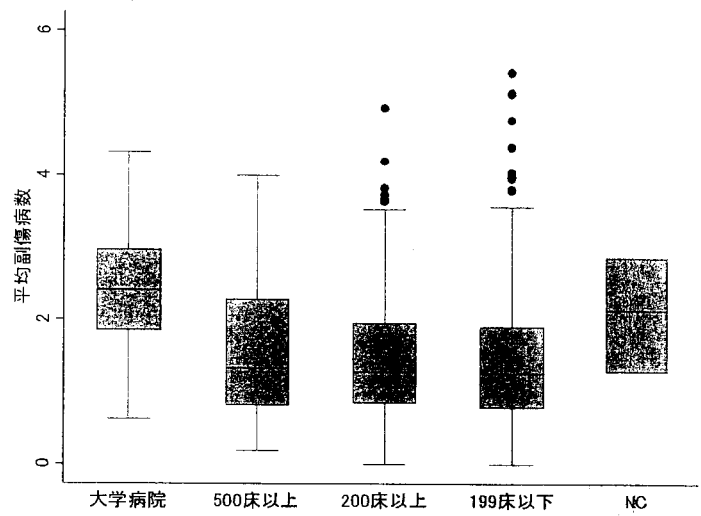
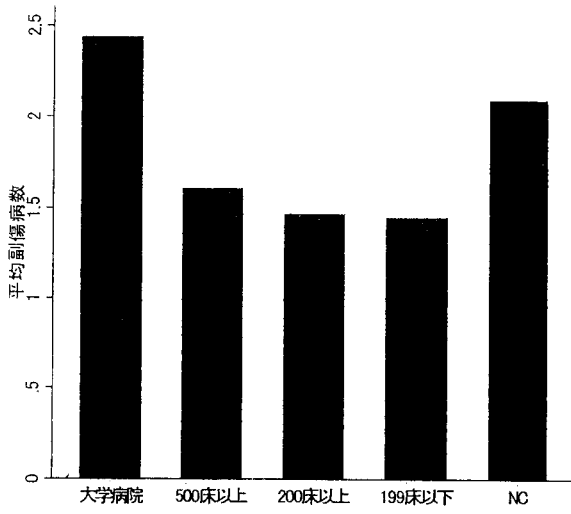


赤: 特定機能病院 青: 500床以上 緑: 200床以上500床未満 黄緑: 200床未満
橙: NC

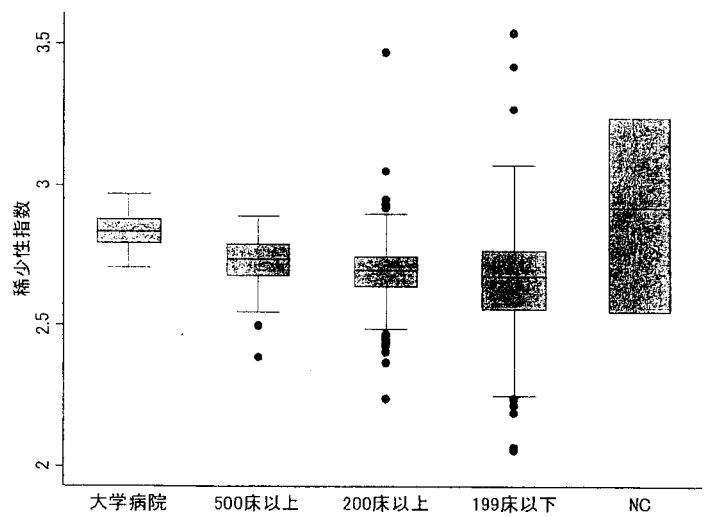
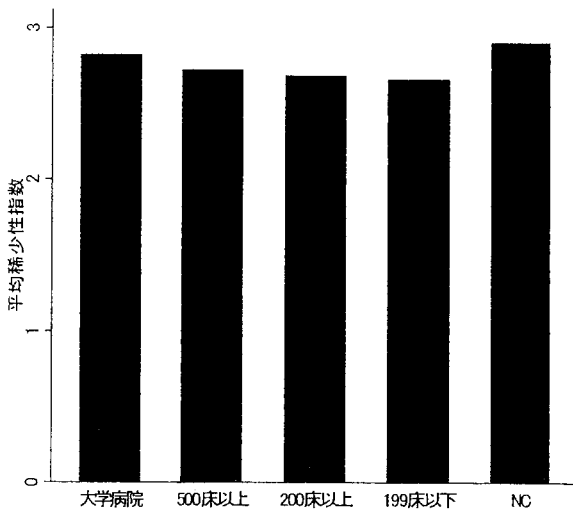


赤: 特定機能病院 青: 500床以上 緑: 200床以上500床未満 黄緑: 200床未満
橙: NC

平均副傷病数

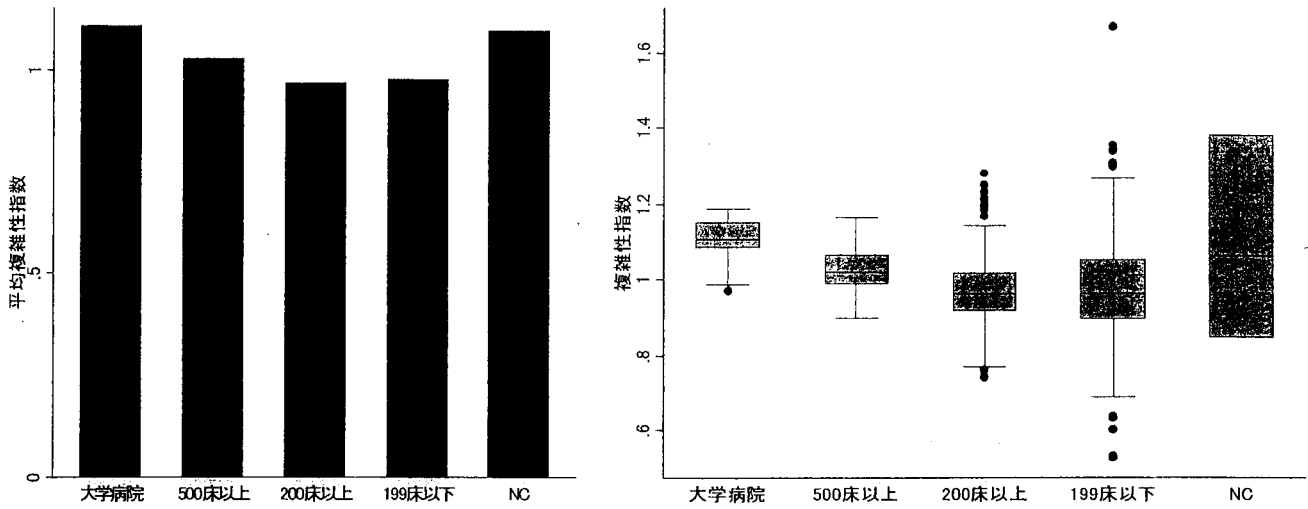


平均稀少性指数



稀少性指数 = $-\log(\text{患者調査より求めたDPC傷病名分類毎の総受療患者数割合})$

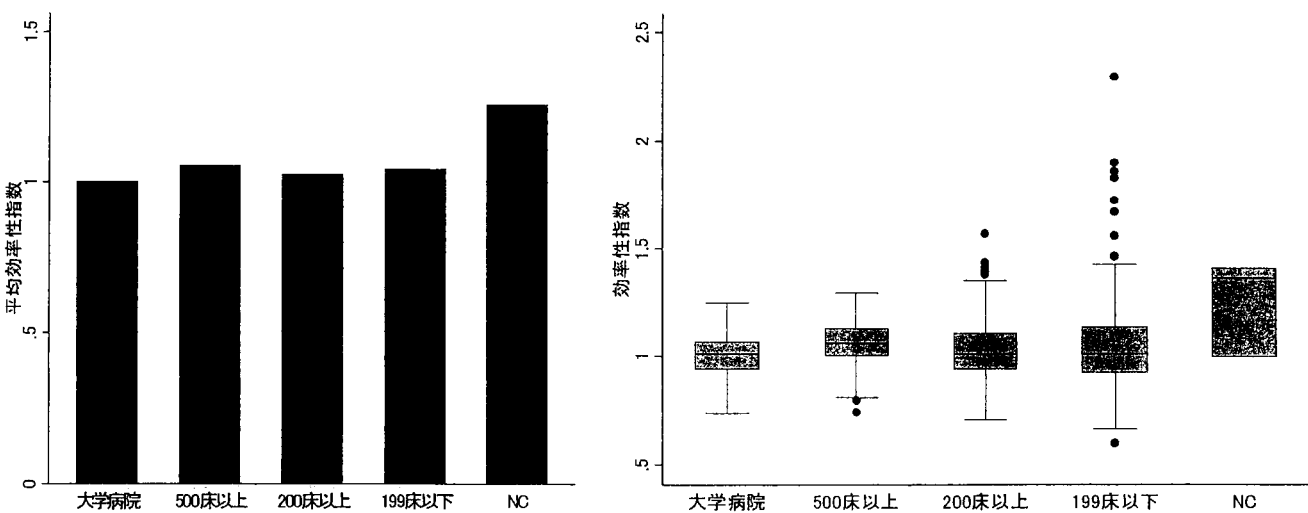
平均複雑性指数



※ 複雑性指数 =
$$\frac{\text{当該医療機関が、全DPC対象病院と各疾患毎の在院日数が同じと仮定した場合の平均在院日数}}{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}$$

7

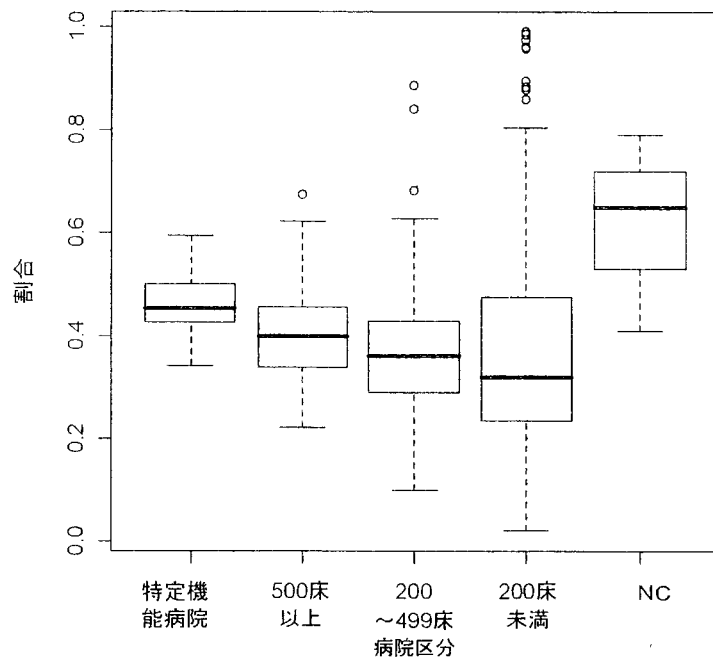
平均効率性指数



※ 効率性指数 =
$$\frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関が全DPC対象病院と同じ患者構成であったと仮定した場合の平均在院日数}}$$

8

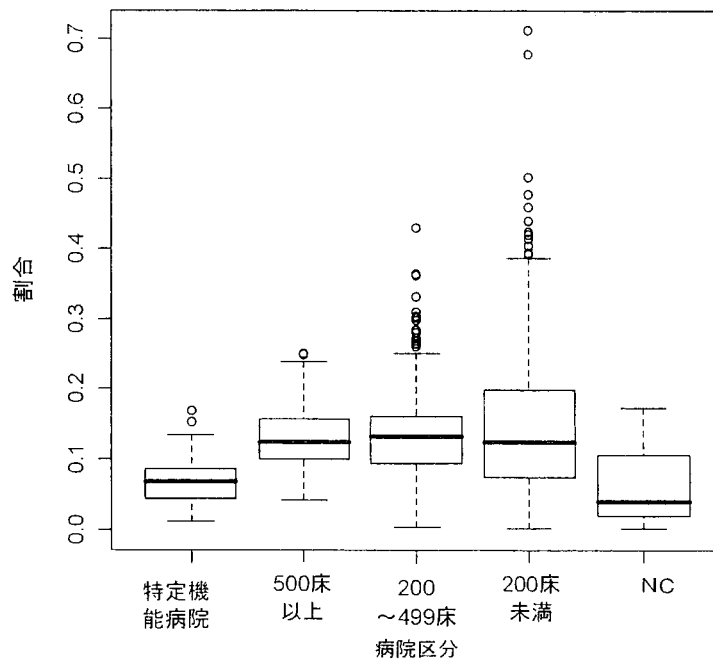
全身麻酔下で実施された手術の割合



- ※1 手術と同日に実施された全身麻酔の件数 / 手術件数
- ※2 「手術件数」には輸血のみの症例は含まない。

9

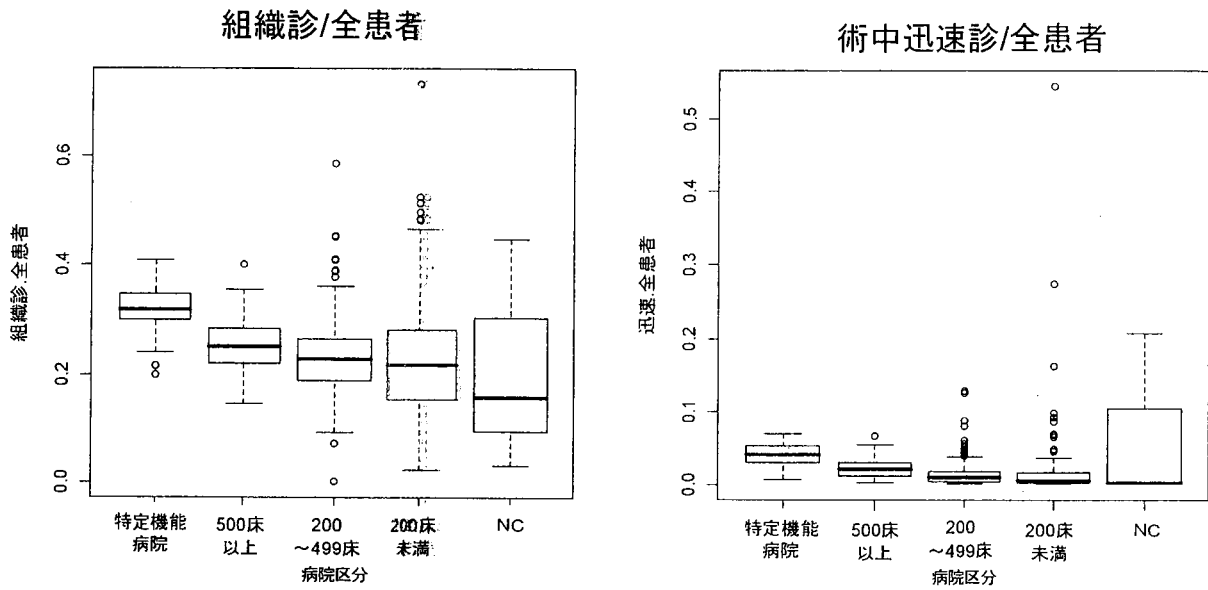
救急車による緊急入院の割合



- ※1 救急車による緊急入院数を、退院数(様式1の数)で除した値
- ※2 救急車による予定入院は分子には含めていない

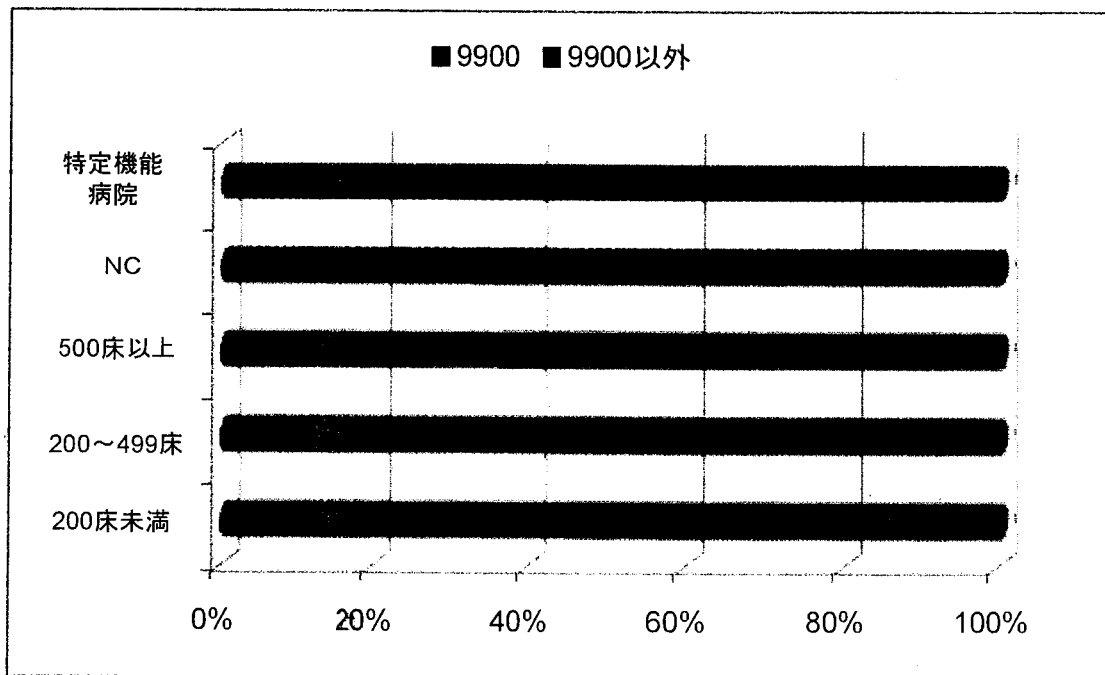
10

病理診断(組織診)の状況 (術中迅速診を含む)



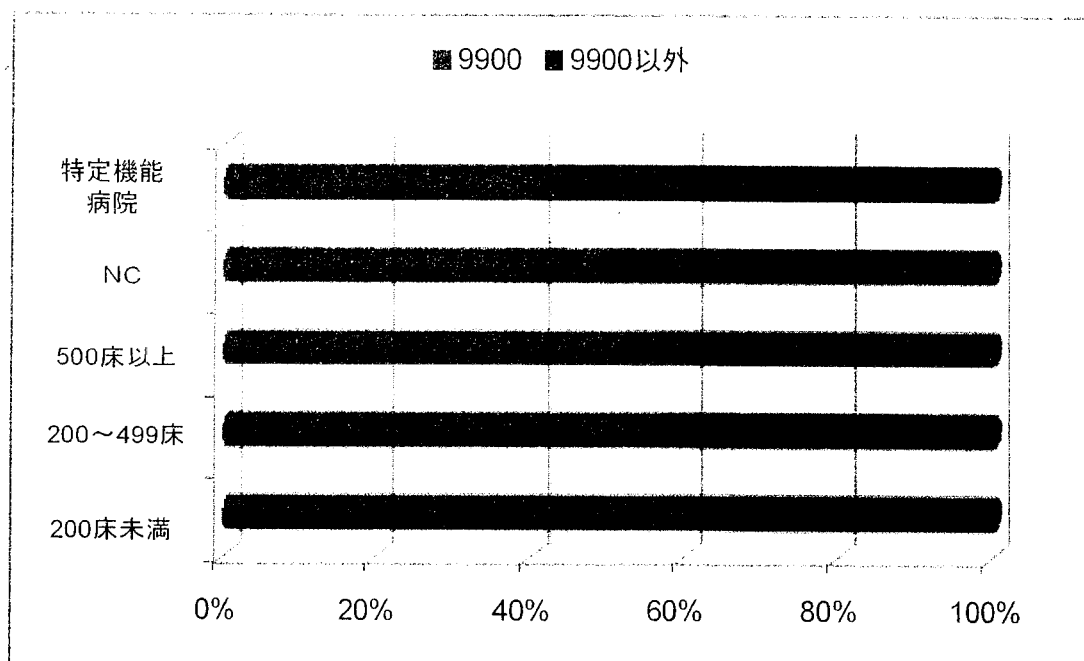
※1 組織診：病理組織標本作製、電子顕微鏡病理組織表補運作成、免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製が算定された件数
 ※2 術中迅速診：術中迅速病理組織標本作製が算定された件数

手術等を実施した患者の割合



※ 99:手術なし 00:手術処置等1・2なし

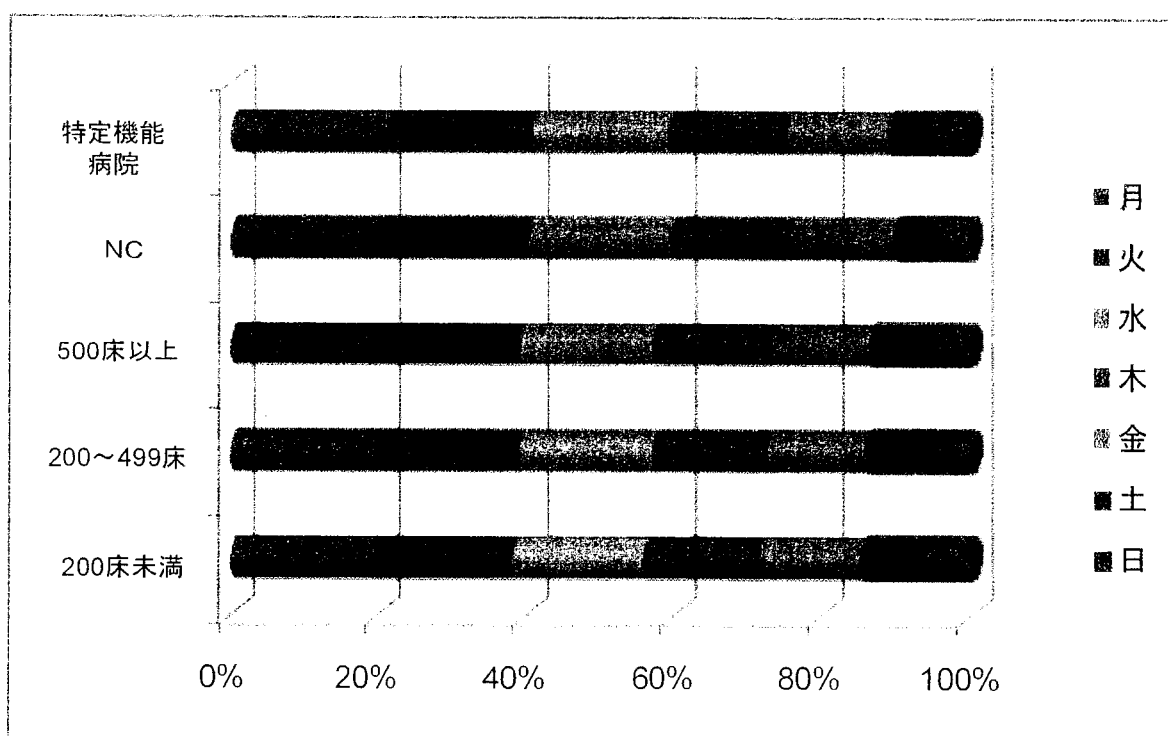
手術等を実施した患者の割合 (救急搬送患者)



※ 99:手術なし 00:手術処置等1・2なし

13

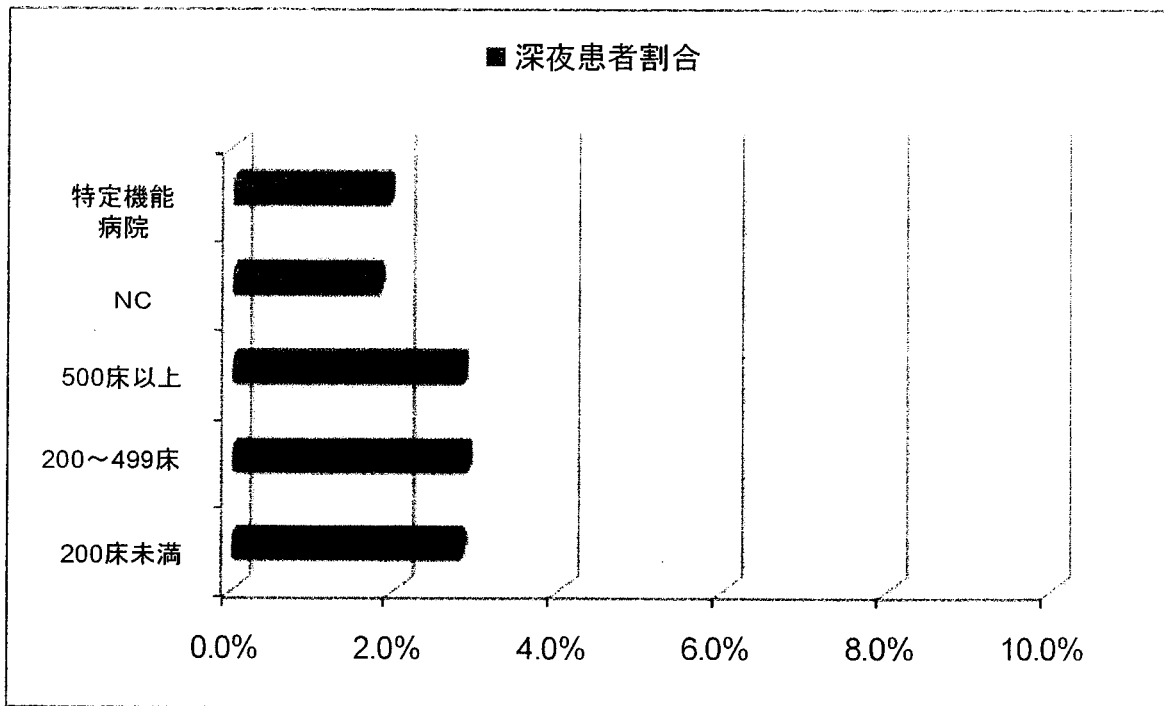
入院した曜日別の患者割合



※ 日曜日 = 日曜日 + 祝祭日 + 年末(29日~)

14

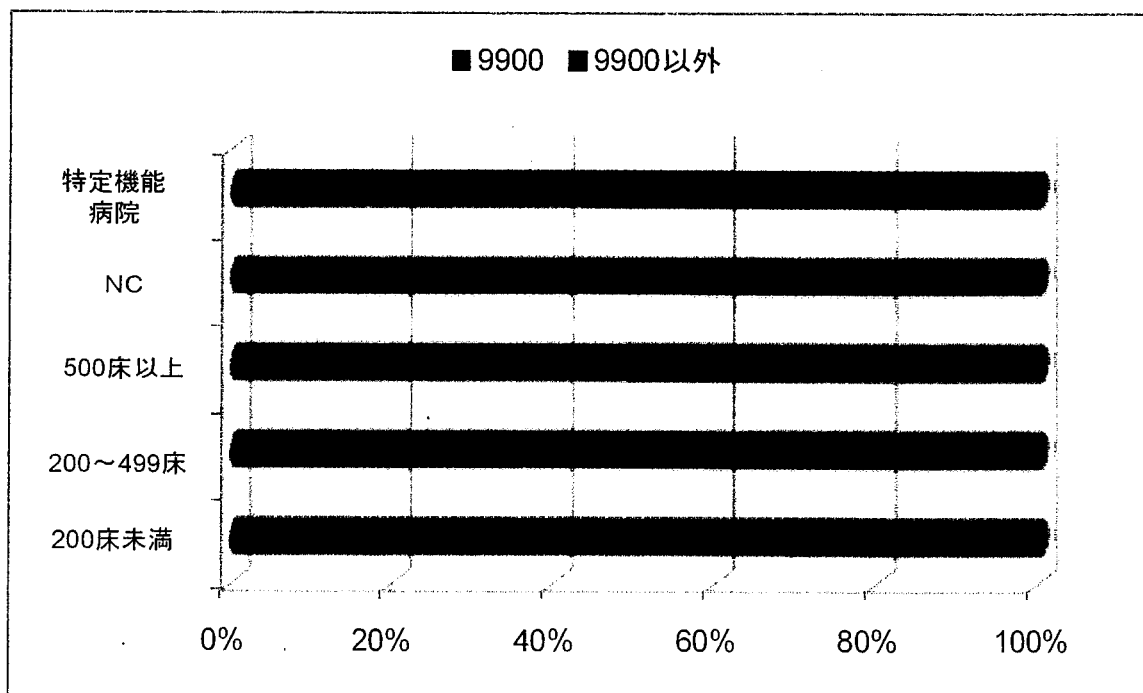
深夜診療患者割合



※ 深夜診療患者とは、入院日に時間外加算を算定している患者をいう

15

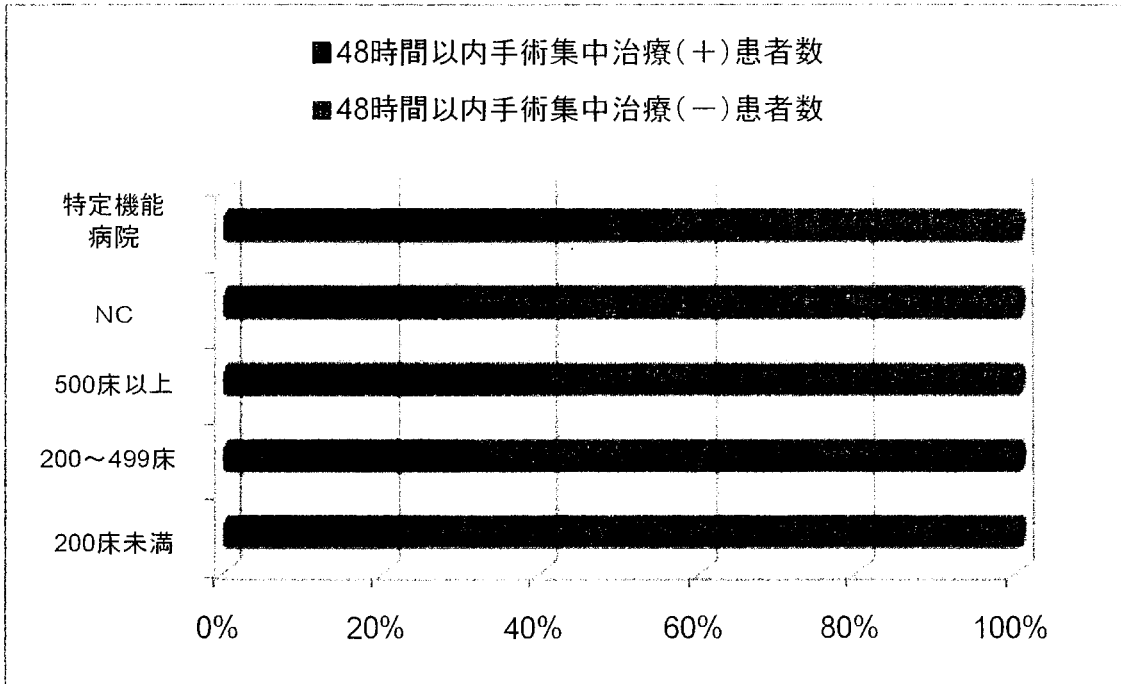
手術等を実施した患者の割合 (深夜診療患者)



※ 99:手術なし 00:手術処置等1・2なし

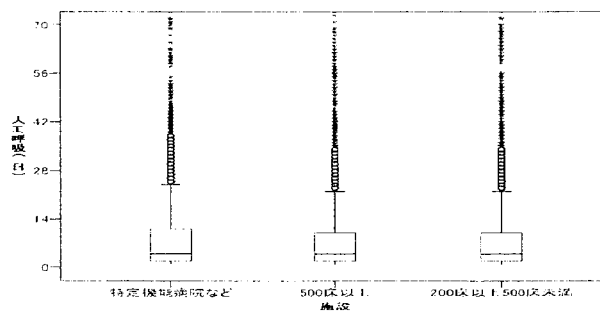
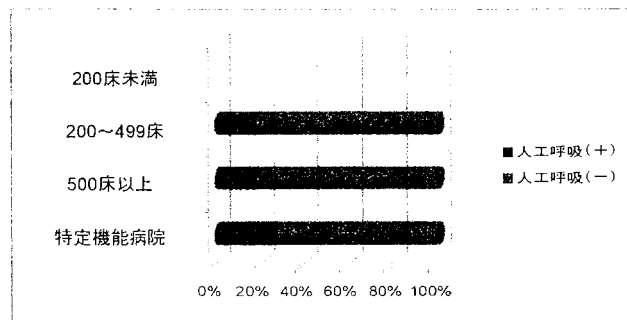
16

入院翌日までに手術等の侵襲的治療の施行割合 (深夜診療患者)



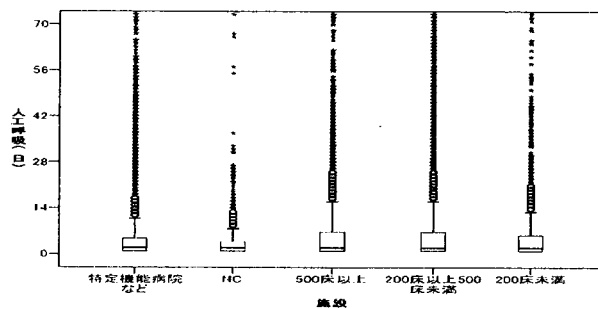
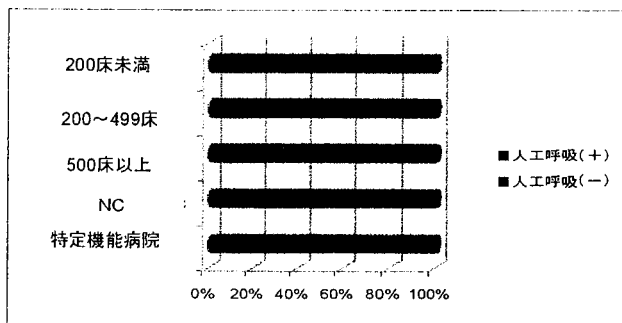
17

救命救急入院料算定患者における 人工呼吸の実施割合



18

特定集中治療室管理料算定患者における人工呼吸の実施割合



新たな「機能評価係数」に係る検討方法について

第1 中医協基本問題小委員会での議論を踏まえた検討

12月17日に中医協基本問題小委員会において、新たな「機能評価係数」について議論を行ったところ。

今後は、中医協基本問題小委員会で取りまとめた、新たな「機能評価係数」の検討に当たっての基本方針及び基本的考え方（以下、「基本方針等」）に沿って検討を進めていくこととする。

第2 今後の検討方法（案）

（1）新たな「機能評価係数」の検討について

ア 新たな「機能評価係数」として相応しい係数の候補の選定

以下の考え方で係数の候補の整理を行う。

なお、候補となる事項については、既にDPCで評価されている事項かどうか併せて評価する。

- ① これまで当分科会で検討してきた事項のうち、基本方針等に合致する事項
- ② それ以外に、基本方針等に相応しいと考えられる事項

<例：これまで当分科会で検討してきた事項>

- ・ 標準レジメンや診療ガイドライン等に沿った標準的医療が提供される患者の割合に応じた評価
- ・ 「複雑性指数」及び「効率性指数」に応じた評価
- ・ 地域の救急・小児救急患者及び妊産婦の受入数に応じた評価 等

イ 新たな「機能評価係数」としての妥当性の評価

上記アで挙げられた事項について、連続的な評価も含めて、評価方法の検討を行う。また、医療機関に及ぼす影響についても分析し、実施可能性について評価を行う。

（2）既にDPCで評価されている項目全体の整理について

新たな「機能評価係数」の検討と併せて、既にDPCで評価されている項目と比較・検討を行い、新たな「機能評価係数」を導入した場合の整合性も念頭に入れて整理する。

また、例えば、現在のDPCでは出来高又は包括で評価されているものを、機能評価係数として評価するように、必要に応じて既存のDPC制度の見直しについても検討する。

<例：現在のDPCでは出来高又は包括で評価されているものを、機能評価係数として評価することについてどの様に考えるのか>

- ・ 地域加算（DPCでは出来高）

医業経費における地域差に配慮したものであり、医療機関の所在する地域に応じて算定する。

- ・ 検体検査管理加算（DPCでは包括）

院内検査を実施しており、医師や臨床検査技師の配置及び精度管理等の検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されている医療機関において算定する。

（3）調整係数の廃止について

（1）及び（2）の検討結果を踏まえ、激変緩和を目的とした調整係数の段階的廃止の方法について、技術的な検討を行う。

第3 当面のスケジュール（案）

以下のスケジュールを目途として、当分科会での検討結果を取りまとめ、中医協基本問題小委員会に提案する。ただし、中医協基本問題小委員会と当分科会と適宜連携し検討するものとする。

○ 平成21年3月末

第2（1）「ア 新たな「機能評価係数」として相応しい係数の候補の選定」を取りまとめ

○ 平成21年4月より

第2（1）「イ 新たな「機能評価係数」としての妥当性の評価」から議論を開始

DPC導入の影響評価に係る調査 について

様式3 (施設調査票)

様式3-1(病床数を入力)

各入院基本料及び特定入院料毎の病床数を入力する。

- ・ 一般病棟入院基本料 ○○床
- ・ 救命救急入院料 ○○床
- 等

○様式3-2

入院基本料等加算の算定状況を入力する。

- ・ 入院時医学管理加算
- ・ 超急性期脳卒中加算
- 等

様式3 (イメージ)

<p>様式3-1 <input type="checkbox"/> 入力必要箇所</p> <p>施設コード-F: _____</p> <p>施設名: _____</p> <p style="text-align: right;">調査年月: 20年 20年 20年 20年 20年 4月 5月 6月 7月 8月 1日 1日 1日 1日 1日</p> <p>施設病床数を入力して下さい。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>施設種別</th> <th>20年</th> <th>20年</th> <th>20年</th> <th>20年</th> <th>20年</th> </tr> <tr> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院基本料</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>救命救急</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>その他病床数: 床4</p> <p>A100 一般病棟入院基本料</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. 7月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 7月1日入院基本料(厚生労働大臣指定の公費)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 10月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 15日1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>A101 療養病棟入院基本料</p> <p>A102 診療病棟入院基本料</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. 7月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 7月1日入院基本料(厚生労働大臣指定の公費)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 10月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 15日1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 10月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 20日1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>A103 精神科入院基本料</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. 10月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 15日1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 10月1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 20日1日入院基本料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	施設種別	20年	20年	20年	20年	20年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	入院基本料	0	0	0	0	0	救命救急	0	0	0	0	0	1. 7月1日入院基本料						2. 7月1日入院基本料(厚生労働大臣指定の公費)						3. 10月1日入院基本料						4. 15日1日入院基本料						1. 7月1日入院基本料						2. 7月1日入院基本料(厚生労働大臣指定の公費)						3. 10月1日入院基本料						4. 15日1日入院基本料						5. 10月1日入院基本料						6. 20日1日入院基本料						1. 10月1日入院基本料						2. 15日1日入院基本料						3. 10月1日入院基本料						4. 20日1日入院基本料						<p>様式3-2 <input type="checkbox"/> 入力必要箇所</p> <p>施設コード-F: _____</p> <p>施設名: _____</p> <p style="text-align: right;">調査年月: 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日</p> <p>施設種別: _____</p> <p>調査年月: 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 20年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日 1日</p> <p>算定状況</p> <p>A200 入院時医学管理加算(1日につき)</p> <p>A201 救命救急入院時医学管理加算(1日につき)</p> <p>A202 超急性期脳卒中加算(1日につき)</p> <p>A203 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A204 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A205 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A206 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A207 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A208 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A209 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A210 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A211 脳卒中重症加算(1日につき)</p> <p>A212 脳卒中重症加算(1日につき)</p>
施設種別	20年	20年	20年	20年	20年																																																																																																								
4月	5月	6月	7月	8月	9月																																																																																																								
入院基本料	0	0	0	0	0																																																																																																								
救命救急	0	0	0	0	0																																																																																																								
1. 7月1日入院基本料																																																																																																													
2. 7月1日入院基本料(厚生労働大臣指定の公費)																																																																																																													
3. 10月1日入院基本料																																																																																																													
4. 15日1日入院基本料																																																																																																													
1. 7月1日入院基本料																																																																																																													
2. 7月1日入院基本料(厚生労働大臣指定の公費)																																																																																																													
3. 10月1日入院基本料																																																																																																													
4. 15日1日入院基本料																																																																																																													
5. 10月1日入院基本料																																																																																																													
6. 20日1日入院基本料																																																																																																													
1. 10月1日入院基本料																																																																																																													
2. 15日1日入院基本料																																																																																																													
3. 10月1日入院基本料																																																																																																													
4. 20日1日入院基本料																																																																																																													

様式4

(医科保険診療以外のある症例調査票)

概要

入院中に実施された医療行為について、請求される保険等について入力。

調査項目

- 1 医科レセプトのみ
 - 2 歯科レセプトあり
 - 3 保険請求なし(自費等)
 - 4 保険と他制度との併用
 - 5 その他(臓器提供者等)
- 1~5を選択する

様式4(イメージ)

データ 識別番号	入院 年月日	退院 年月日	医科保険外との 組み合わせ
0100000001	20080701	20080710	1
0100000002	20080701	20080715	1
0100000003	20080702	20080709	1
0100000004	20080702	20080710	1
0100000005	20080702	20080720	1
0100000006	20080703	20080711	4
0100000007	20080704	20080712	1
0100000008	20080706	20080716	3

医科保険と他保険の併用

自費

Eファイル、Fファイル

概要

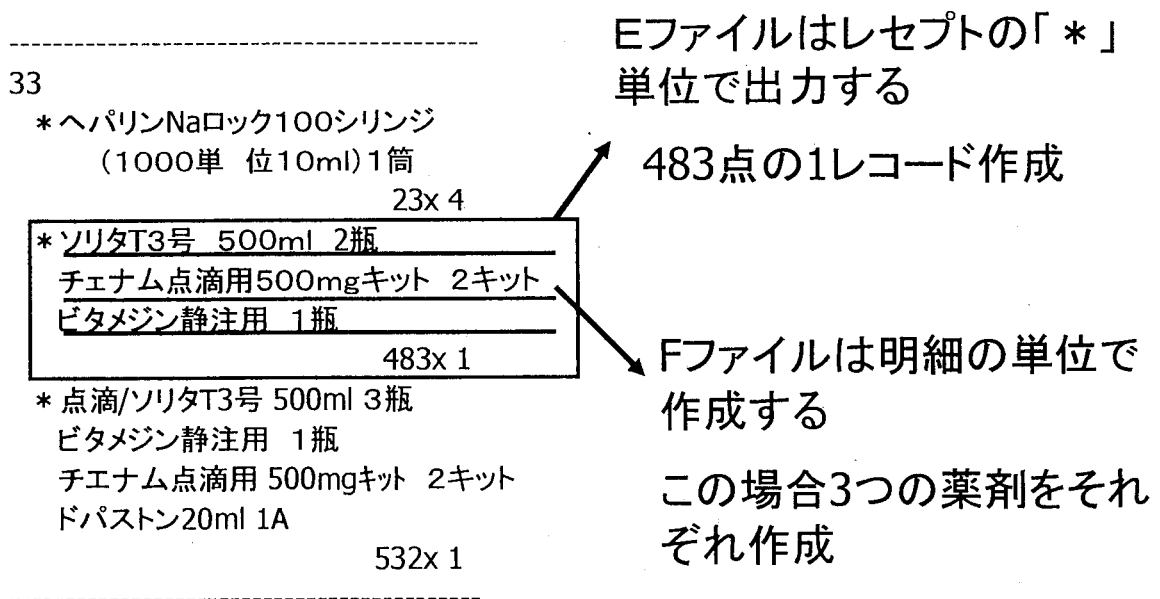
医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定情報をEファイル(診療明細情報)、Fファイル(行為明細情報)にそれぞれ入力する。

調査項目

- ・ 入退院年月日 (E・Fファイル共通)
- ・ 一連の診療行為 (E・Fファイル共通)
- ・ 一連の診療行為で使用された医薬品等の名称や使用量 (Fファイルのみ)

等

Eファイル、Fファイルの関係



Eファイル、Fファイル(イメージ)

Eファイル

データ識別番号	退院年月日	入院年月日	データ区分	診療行為名称	行為点数
0000000010	20080710	20080720	33	ソリタT3号 500ml	483点

Fファイル

データ識別番号	退院年月日	入院年月日	データ区分	診療行為名称	使用量	薬剤料
0000000010	20080710	20080720	33	ソリタT3号 500ml	2瓶	390円
0000000010	20080710	20080720	33	チエナム点滴用500mgキット	2キット	4300円
0000000010	20080710	20080720	33	ピタメジン静注用	1瓶	140円

Dファイル(DPC対象病院のみ)

概要

包括評価点数、医療機関別係数等に関する請求情報を入力する。(実際に請求した点数を用いて作成される。)

調査項目

- ・ 入退院年月日
 - ・ 診断群分類番号
 - ・ 医療機関係数
 - ・ 診療行為名称及び点数
- 等

Dファイル(イメージ)

包括レセプト

Dファイル

<包括評価部分>

(4月請求分)

入 I 3414 X 2 = 6828

合計 6828 X 1.1234 = 7671

(5月診療分)

外泊日 7日 8日

入 I 2941 X 8 = 23528

合計 23528 X 1.1234 = 26431

(4月調整分)

入 I 2941 X 2 = 5882

合計 5882 X 1.1234 = 6608

調整 6608 - 7671 = △1063

(5月請求分)

合計 26431 - 1063 = 25368

データ 区分	行為点数	実施 年月日	医療機関 係数
93	2941	20080501	1.1234
93	2941	20080502	1.1234
93	2941	20080503	1.1234
93	2941	20080504	1.1234
93	2941	20080505	1.1234
93	2941	20080506	1.1234
93	2941	20080507	1.1234
93	2941	20080508	1.1234
94	-1063	20080508	1.1234

平成20年度 様式 1

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件
1 病院属性等	(1) 施設コード	都道府県番号（2桁）＋医療機関コード（7桁） 例 011234567	必須
	(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入	必須
	(3) 統括診療情報番号	1入院サマリは0。転棟の度に1、2、3とする、同一疾患での3日以内の再入院はAとする。	必須
2 データ属性等	(1) データ識別番号	0～9からなる10桁の数字 例 0123456789	必須
	(2) 性別	1. 男 2. 女	必須
	(3) 生年月日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 1970年5月1日→19700501	必須
3 入退院情報	(1) 入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し（化学療法、放射線療法、抜釘） 4. その他の加療	必須
	(2) 治験実施の有無	0. 無 1. 有	必須
	(3) 入院年月日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月1日→20080701	必須
	(4) 退院年月日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月1日→20080701 入院中の場合は 00000000	必須
	(5) 転科の有無	0. 無 1. 有	必須
	(6) 入院経路	1. 院内出生 2. 一般入院 3. その他病棟からの転棟	必須
	(7) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有	3(6)入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(8) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有	3(6)入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(9) 予定・緊急入院区分	1. 予定入院 2. 緊急入院	3(6)入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(10) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有	3(6)入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須
	(11) 退院先	1. 外来（自院） 2. 外来（他院） 4. 転院 5. 終了 6. その他病棟への転棟 9. その他	必須
	(12) 退院時転帰	入力要領を参照	必須
	(13) 24時間以内の死亡の有無	0. 入院後24時間以内の死亡無し 1. 入院後24時間以内の死亡有り 2. 救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り	必須
	(14) 前回退院年月日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年6月1日→20080601	必須ではない
	(15) 前回同一疾病で自院入院の有無	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年6月1日→20080601	必須ではない
	(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照	必須
	(17) 調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照	必須
	(18) その他の病棟への入院の有無	入力要領を参照	必須
	(19) 様式1開始日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2006年6月1日→20060601	必須
	(20) 様式1終了日	0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2006年6月1日→20060601	必須
4 診断情報	(1) 主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名	必須
	(2) ICD10コード	4(1)主傷病に対するICD10	必須
	(3) 入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名	必須
	(4) ICD10コード	4(3)入院の契機となった傷病名に対するICD10	必須

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件	
	(5) 医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名	必須	
	(6) ICD10コード	4(5)医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10	必須	
	(7) 医療資源を2番目に投入した傷病名	医療資源を2番目に投入した傷病名	ある場合は必須	
	(8) ICD10コード	4(7)医療資源を2番目に投入した傷病名に対するICD10	ある場合は必須	
	(9) 入院時併存症名1	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須	
	(10) ICD10コード	4(9)入院時併存症名1に対するICD10	ある場合は必須	
	(11) 入院時併存症名2	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須	
	(12) ICD10コード	4(11)入院時併存症名2に対するICD10	ある場合は必須	
	(13) 入院時併存症名3	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須	
	(14) ICD10コード	4(13)入院時併存症名3に対するICD10	ある場合は必須	
	(15) 入院時併存症名4	入院時点で既に存在していた傷病名	ある場合は必須	
	(16) ICD10コード	4(15)入院時併存症名4に対するICD10	ある場合は必須	
	(17) 入院後発症疾患名1	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須	
	(18) ICD10コード	4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10	ある場合は必須	
	(19) 入院後発症疾患名2	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須	
	(20) ICD10コード	4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10	ある場合は必須	
	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須	
	(22) ICD10コード	4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10	ある場合は必須	
	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名	ある場合は必須	
	(24) ICD10コード	4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10	ある場合は必須	
	5 手術情報	(1) 手術名1	名称	ある場合は必須
		(2) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない
		(3) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名1がある場合は必須
		(4) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名1がある場合は必須
(5) 手術側数		1.右側 2.左側 3.左右	手術名1があり、眼科等の場合必須	
(6) 手術日		0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月1日→20080701	手術名1がある場合は必須	
(7) 麻酔		1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名1がある場合は必須	
(8) 手術名2		名称	ある場合は必須	
(9) ICD9-CMコード		ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
(10) 点数表コード		医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名2がある場合は必須	
(11) 手術回数		1.初回 2.再手術	手術名2がある場合は必須	
(12) 手術側数		1.右側 2.左側 3.左右	手術名2があり、眼科等の場合必須	
(13) 手術日		0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2008年7月1日→20080701	手術名2がある場合は必須	
(14) 麻酔		1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名2がある場合は必須	
(15) 手術名3		名称	ある場合は必須	
(16) ICD9-CMコード		ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
(17) 点数表コード		医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名3がある場合は必須	
(18) 手術回数		1.初回 2.再手術	手術名3がある場合は必須	
(19) 手術側数		1.右側 2.左側 3.左右	手術名3があり、眼科等の場合必須	

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件	
	(20) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2008年7月1日→20080701	手術名3がある場合は必須	
	(21) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名3がある場合は必須	
	(22) 手術名4	名称	ある場合は必須	
	(23) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
	(24) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名4がある場合は必須	
	(25) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名4がある場合は必須	
	(26) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名4があり、眼科等の場合必須	
	(27) 手術日	0～9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2008年7月1日→20080701	手術名4がある場合は必須	
	(28) 麻酔	1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊椎麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無	手術名4がある場合は必須	
	(29) 手術名5	名称	ある場合は必須	
	(30) ICD9-CMコード	ICD9-CMにおける術式コード	必須ではない	
	(31) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード	手術名5がある場合は必須	
	(32) 手術回数	1.初回 2.再手術	手術名5がある場合は必須	
	(33) 手術側数	1.右側 2.左側 3.左右	手術名5があり、眼科等の場合必須	
	6	診療情報	(1) 現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明
(2) 出生時体重			グラム単位入力 例 3000	新生児疾患の場合必須
(3) 出生時妊娠週数			0～9からなる2桁の数字	新生児疾患の場合必須
(4) 喫煙指数			喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数	必須ではない
(5) 入院時意識障害がある場合のJCS			0.無 1.有 (1～300) R.不穏 I.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル3で自発性喪失の場合は「3A」と記録	必須
(6) 退院時意識障害がある場合のJCS			0.無 1.有 (1～300) R.不穏 I.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル3で自発性喪失の場合は「3A」と記録	必須ではない（入力する場合は死亡退院以外の場合）
(7) 入院時のADLスコア			10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100	必須ではない
(8) 退院時のADLスコア			10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100	必須ではない
(9) 褥創ステージ NPUAP分類			入力要領を参照	必須ではない
(10) がんの初発、再発			0.初発 1.再発	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ）
(11) UICC病期分類（T）			入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ）
(12) UICC病期分類（N）			入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ）
(13) UICC病期分類（M）			入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ）
(14) がんのStage分類			入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ）
(15) がん患者のPerformance Status			入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合のみ）

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件
	(16) 脊髄麻痺患者の入院時の重症度	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は010010、070030、070330、07034x、070350、070360、070370、070470、160690、160870、160990に該当する場合のみ）
	(17) Hugh-Jones分類	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に該当する場合（6歳未満の小児で分類不能な場合は除く）のみ）
	(18) 心不全のNYHA心機能分類	1. レベルⅠ 2. レベルⅡ 3. レベルⅢ 4. レベルⅣ	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名がMDC05に該当する場合のみ）
	(19) 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類入院時における重症度	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が050050に該当する場合のみ）
	(20) 急性心筋梗塞（050030、050040）における入院時の重症度：Killip分類入院時における重症度	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に該当する場合のみ）
	(21) 肝硬変のChild-Pugh分類	Bill=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合には“12132”と記入	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が060300に該当する場合のみ）
	(22) 急性肺炎の重症度分類	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が060350に該当する場合のみ）
	(23) 多発性骨髄腫の病期分類	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が130040に該当する場合のみ）
	(24) 急性白血病の病型分類（FAB分類）	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が130010に該当する場合のみ）
	(25) 非ホジキン病の病期分類	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名が130030に該当する場合のみ）
	(26) Burn index	0~100の数字	熱傷がある場合必須
	(27) その他の重症度分類・名称	その他使用できる重症度分類の名称を記入	必須ではない
	(28) その他の重症度分類・分類番号または記号	その他使用できる重症度分類の分類番号（または記号）を記入	必須ではない
	(29) 救急カテ実施時間（外来受診—カテ開始までの時間（実数））	時間を記入（単位H） 例 1時間30分 → 1.5	必須ではない
	(30) 救急脳血管障害検査実施時間（外来受診—CT、MRI開始までの時間（実数））	時間を記入（単位H） 例 1時間30分 → 1.5	必須ではない
	(31) ASA米国麻酔学会（American Society Anesthesiologists）による分類	入力要領を参照	必須ではない
	(32) 予定しない再手術（48時間以内）	0. 無 1. 有	必須ではない
	(33) 予定しない外来処置後の入院	0. 無 1. 有	必須ではない
	(34) 2日以内のICUへの再入室（48時間以内）	0. 無 1. 有	必須ではない
	(35) ICUへの緊急入室	0. 無 1. 有	必須ではない
	(36) 入院時の妊娠週数	2桁の数字	(1)現在の妊娠の有無が有の場合必須
	(37) 精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院	必須ではない（入力する場合は精神病床への入院がある場合のみ）
	(38) 精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入（単位 日）	必須ではない（入力する場合は精神病床への入院がある場合のみ）
	(39) 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入（単位 日）	必須ではない（入力する場合は精神病床への入院がある場合のみ）
	(40) 入院時GAF尺度	入力要領を参照	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に該当する場合と精神病床への入院がある場合必須

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件
	(41) 退院時GAF尺度	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に該当する場合と精神病床への入院がある場合のみ）
	(42) 病名付加コード	入力要領を参照	医療資源を最も投入した傷病名が、C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、I50、S364、S368、S378の場合必須
	(43) 外傷の受傷機転	1. 鈍的 2. 鋭的 3. 不明	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(44) 入院時Glasgow Coma Scale	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(45) 入院時収縮期血圧	（単位 mmHg）	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(46) 入院時呼吸回数	（単位 回/分）	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(47) 頭頸部最大AIS	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(48) 顔面最大AIS	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(49) 胸部最大AIS	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(50) 腹部最大AIS	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(51) 四肢最大AIS	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(52) 体表最大AIS	入力要領を参照	必須ではない（入力する場合は160100～161060に該当する場合のみ）
	(53) 化学療法の有無	0. 無 1. 有（経口） 2. 有（経静脈又は経動脈） 3. 有（その他）	必須
	(54) テモゾロミド（初発の初回治療に限る）の有無	0. 無 1. 有	必須

A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料																		
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料																		
A302	新生児特定集中治療室管理料																		
A303	総合周産期特定集中治療室管理料																		
	1 母体・胎児集中治療室管理料																		
	2 新生児集中治療室管理料																		
A304	広範囲熱傷特定集中治療室管理料																		
A305	一類感染症患者入院医療管理料																		
A306	特殊疾患入院医療管理料																		
A307	小児入院医療管理料	A306特殊疾患入院医療管理料は「○」か「×」を入力のこと。																	
A307	1 小児入院医療管理料1																		
	1 小児入院医療管理料1(施設基準適合100点加算あり)																		
	2 小児入院医療管理料2																		
	2 小児入院医療管理料2(施設基準適合100点加算あり)																		
	3 小児入院医療管理料3																		
	3 小児入院医療管理料3(施設基準適合100点加算あり)																		
	4 小児入院医療管理料4																		
	4 小児入院医療管理料4(施設基準適合100点加算あり)																		
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	A3074小児入院医療管理料は「○」か「×」を入力のこと。																	
A308	1 回復期リハビリテーション病棟入院料1																		
	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2																		
A308-2	亜急性期入院医療管理料																		
A308-2	1 亜急性期入院医療管理料1																		
	2 亜急性期入院医療管理料2																		
A309	特殊疾患療養入院料																		
A309	1 特殊疾患療養入院料1																		
	2 特殊疾患療養入院料2																		
A310	緩和ケア病棟入院料																		
A311	精神科救急入院料																		
A311	1 精神科救急入院料1																		
	2 精神科救急入院料2																		
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料																		
A311-2	1 精神科急性期治療病棟入院料1																		
	2 精神科急性期治療病棟入院料2																		
A301-3	精神科救急・合併症入院料																		
A312	精神療養病棟入院料																		
A314	認知症病棟入院料																		
A314	1 認知症病棟入院料1																		
	2 認知症病棟入院料2																		
A400	短期滞在手術基本料																		
A400	1 短期滞在手術基本料 1																		
	2 短期滞在手術基本料 2																		
	3 短期滞在手術基本料 3																		

A4001短期滞在手術基本料1は「○」か「×」を入力のこと。

1 入力方法

- (1)調査年月の「届出病床数」を記載。「届出病床数」は、保険診療として地方社会保険事務局に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。
- ※1 病床総数:※2医療保険総数+※3介護保険総数+※4その他病床数
- ※2 医療保険総数:医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数:介護保険届出病床数の総計
- ※4 その他病床数:健診ベッド等※2、※3に含まれない病床数
- ※5 黄色の欄を入力のこと。算定病床がない場合は、空欄ではなく「0」を入力のこと。
- ※6 第1回目締切りの7月25日には4~6月列に入力したものを、提出のこと。
第2回目締切りの8月24日以降は、前月に提出したファイルに当該月分を追加入力し、提出すること。

2 ファイル

- (1)厚生労働省配布のエクセルファイルを使用すること。
シート名「様式3-1」と「様式3-2」の2シートを1ファイルで提出のこと。
- (2)Excelのシート名は変更しないこと
ファイル名は「FF3_施設コード(9桁半角数字)_調査年月(年2桁月2桁で半角数字)_提出回数」とすること。
ファイル名詳細については平成19年度DPC調査説明会資料14ページ参照。
・圧縮しないこと。

3 注意

入院基本料(A100~A106)には特定入院料(A300~A315)及び短期滞在手術基本料(A400)を算定する病床は含まない。

(事例)医療保険総数が500床でA301特定集中治療室管理料10床とA308-2亜急性期入院医療管理料10床を届けている場合で看護配置が7対1の

A100	7対1入院基本料	480床
A301	特定集中治療室管理料	10床
A308-2	亜急性期入院医療管理料	10床

A221	重症者等療養環境特別加算(1日につき)										
	1 個室の場合										
	2 2人部屋の場合										
A221-2	小児療養環境特別加算(1日につき)										
A222	療養病棟療養環境加算(1日につき)										
	1 療養病棟療養環境加算1										
	2 療養病棟療養環境加算2										
	3 療養病棟療養環境加算3										
	4 療養病棟療養環境加算4										
A224	無菌治療室管理加算(1日につき)										
A225	放射線治療室管理加算(1日につき)										
A226	重症皮膚潰瘍管理加算(1日につき)										
A226-2	緩和ケア診療加算(1日につき)										
A227	精神科措置入院診療加算(入院初日)										
A228	精神科応急入院施設管理加算(入院初日)										
A229	精神科隔離室管理加算(1日につき)										
A230	精神病棟入院時医学管理加算(1日につき)										
A230-2	精神科地域移行実加算(1日につき)										
A230-3	精神科身体合併症管理加算(1日につき)										
	1 区分番号A311に掲げる精神科救急入院料、区分番号A311-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号A314に掲げる認知症病棟入院料を算定している患者の場合										
	2 区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料(10対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)及び区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者の場合										
A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算(1日につき)										
A232	がん診療連携拠点病院加算(入院初日)										
A233	栄養管理実加算(1日につき)										
A234	医療安全対策加算(入院初日)										
A235	褥瘡患者管理加算(入院中1回)										
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回)										
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算(1日につき)										
A237	ハイリスク分娩管理加算(1日につき)										
A238	退院調整加算										
	1 退院支援計画作成加算(入院中1回)										
	2 退院加算(退院時1回)										
	イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病棟入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合										
	ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合										
A239	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(入院初日)										
A240	後期高齢者総合評価加算(入院中1回)										
A241	後期高齢者退院調整加算(退院時1回)										

1 入力方法

(1)施設コード

「様式3-1」シートに入力のこと。

(2)開設者コード

1. 国立(独立行政法人含む) 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係 5. 医療法人 6. 個人 7. その他の法人

国立)独立行政法人国立病院機構、国立大学法人及び独立行政法人労働者健康福祉機構が開設する病院、国立病院(ナショナルセンター)、通信病院、その他の独立行政法人のことです。

公立)都道府県立、市町村立病院のことです。

公的)日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会のことです。

社会保険関係)全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合のことです。

その他の法人)公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協会社、1~6に該当しない法人のことです。

(3)黄色の欄を入力のこと。算定していない場合は必ず「×」を入力のこと。空白(Null)不可。

算定の実績があったかではなく、算定が可能な月であれば「○」とする。

Dファイル<包括診療明細情報>

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
D-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。
D-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
D-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
D-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(※)
D-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。
D-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
D-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。
D-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
D-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。
D-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計
D-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。
D-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
D-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
D-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)
D-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。
D-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
D-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
D-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
D-20	○	診療科区分	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。
D-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
D-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。
D-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
D-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
D-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブ、タブでフィールドのみ作成。
D-26	◎	算定開始日	8	410		DPC適用開始日
D-27	◎	算定終了日	8	418		DPC適用終了日
D-28	◎	算定起算日	8	426		算定起算日
D-29	◎	分類番号	14	440		DPCコード(14桁)
D-30	◎	医療機関係数	6	446		診療年月に対応する医療機関調整係数例) 1. 1 2 3 4 (小数点も1桁として設定)

○: 必須 △: 出来高の時必須 ◎: DPC包括算定期間のみ必須 ▲: 必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 93, 94, 97のいずれかが入る

レセプトデータダウンロード・データ仕様

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	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入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	▲	解釈番号(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	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
E-20	○	診療科区分	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	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入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		Fファイルにはコメントデータを残す(コード810000000使用)。Eには不用。
F-10	▲	解釈番号(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、0000000.002。行為コードでレセプト電算処理システム用コードの単位が設定されていない場合は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	○	出来高実績点数	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	診療行為はレセ電算マスタのDPC適用区分をセットする。退院時処方1をセットする。

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