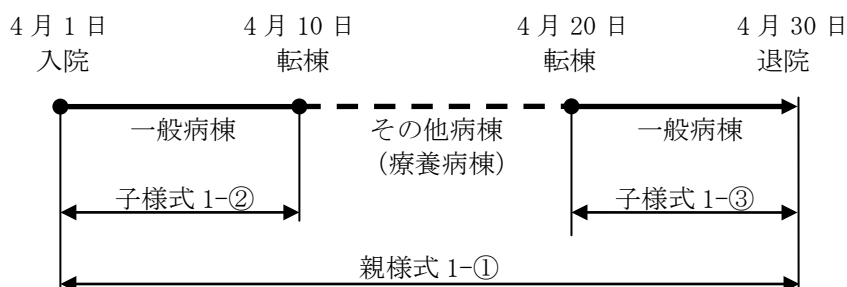


(3) 統括診療情報番号

入院日から退院日までの期間（親様式1）は統括診療情報番号を“0”とし、様式1対象病棟に在院していた期間（子様式1）を“1”とし、転棟後再び様式1対象病棟に転棟した場合“2”，“3”・・・とする。子様式1の場合、統括診療情報番号の飛び番号、重複があってもよいものとする。

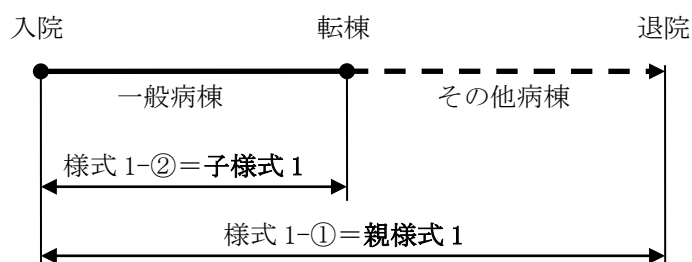
また、同一疾病で3日以内の再入院をした場合の集約された様式1については“A”とする。本資料「様式1の作成方法まとめ」のパターン21のようなケースの場合は、“B”とする。

例 4月1日に一般病棟に入院し、4月10日に療養病棟に転棟し、4月20日に一般病棟に再転棟した後4月30日退院した。



	(3)統括 診療情 報番号	(3)入院年月日	(4)退院年月日	(19)様式1 開始日	(20)様式1 終了日
親様式 1-①	0	20120401	20120430	20120401	20120430
子様式 1-②	1	20120401	00000000	20120401	20120409
子様式 1-③	2	20120401	20120430	20120420	20120430

本調査説明資料では、様式1-①のような入院日から退院日までの期間のものを「**親様式1**」、様式1-②のような一部の入院期間中のものを「**子様式1**」として以降説明する。



一般病棟のみ、または様式1の対象となる精神病棟のみで入退院した場合、親様式1のみ作成し、子様式1の作成は不要である。

様式1 対象病棟

「**一般病棟**」図解の様式1-②とは、以下の入院基本料、特定入院料を算定する病棟（一部病床）をいう。

- ・一般病棟入院基本料（7 対 1、7 対 1 特別入院基本料、10 対 1、10 対 1 特別入院基本料、13 対 1、15 対 1）
- ・特定機能病院入院基本料（一般）
- ・専門病院入院基本料（7 対 1、10 対 1、13 対 1）
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・新生児治療回復室入院医療管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料
- ・短期滞在手術基本料（3 のみ）
- ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。

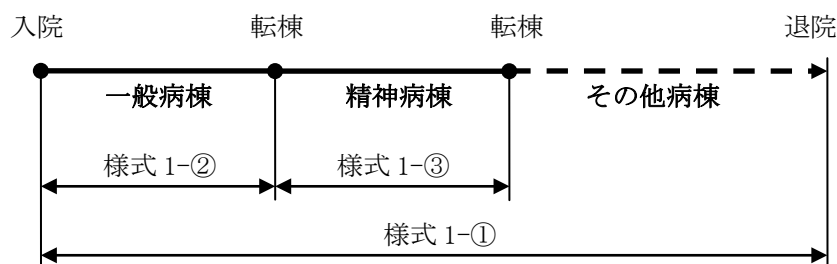
「**精神病棟**」様式1-③とは以下の入院基本料、特定入院料を算定する病棟をいう。

- ・精神病棟入院基本料（10 対 1、10 対 1 特別入院基本料、13 対 1、15 対 1、18 対 1、20 対 1）
- ・特定機能病院入院基本料（精神）
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料（1 および 2）
- ・精神科救急・合併症入院料

様式1 対象外病棟

「**その他病棟**」とは上記以外の入院基本料、特定入院料を算定する病棟であり、対象外とする。

- ・障害者施設等入院基本料
- ・短期滞在手術基本料（1 または 2）
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・亜急性期入院医療管理料
- ・結核病棟入院基本料
- ・療養病棟入院基本料
- ・特殊疾患入院医療管理料
- ・認知症治療病棟入院料 等



2. データ属性等

(1) データ識別番号

診療録等の検索が可能なデータ識別番号等を、“0”～“9”からなる10桁の値で入力する。桁数が不足する場合は、当該文字列の前に“0”を必ず加えること。データ識別番号はカルテ番号である必要はない。

例 番号が52531111の場合 → 0052531111

注 文字列情報で入力しないと、先頭の“00”が省略されて“52531111”となってしまう、エラーデータ（桁不足）として除外されてしまう。

院内で利用する患者IDと連結可能な匿名化番号を使用することが望ましい。なお、全調査データを通じて“1患者＝1データ識別番号”とすること。また、平成23年度調査からデータ識別番号を引き継ぐこと。

Q&A

Q：調査期間中に匿名化の方法を変更したいがよろしいか。

A：不可。調査期間中は1患者1番号に統一し、再入院した場合は前回入院と同じ番号とすること。
また、様式4、DEFファイルも様式1と同一のデータ識別番号のこと。

(2) 性別

男性は“1”を、女性は“2”を入力する。

(3) 生年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 生年月日が1977年6月10日 → 19770610

Q&A

Q：患者の生年月日が不明の場合、どのように入力すればよいか。

A：部分的に不明な場合は、不明な部分を0にして入力する。月日が分かっているが生年が不明の場合は「00000000」とする。

例：2011年のある日に推定年齢40歳の場合→「19710000」（MMDDを0000と入力する）

(4) 患者住所地域の郵便番号

患者が入院した時点における患者住所（患者が普段生活している場所※）の、郵便番号7桁を入力する。

※ 例えば保険証の住所が新潟県であっても、普段生活の拠点としている住所が東京都であれば、東京都の住所に従った郵便番号を入力する。

なお、入院した時点での患者の郵便番号が不明な場合は、“0000000”を入力する。

例 郵便番号が〒100-8916 → 1008916

Q&A

Q：患者が海外在住の場合、どのように入力すればよいか。

A：患者の住所が海外の場合は「9999999」と入力する。

3. 入退院情報

(1) 入院中の主な診療目的

入院中の主な診療目的について、該当する“1”～“4”の値を入力する。

値	区 分	例 示
1	診断・検査のみ	例 心臓カテーテル検査実施を目的とし、検査のみ実施し、退院した場合
2	教育入院	例 糖尿病教育入院
3	計画された短期入院の繰り返し	例 放射線療法目的の入院、抗がん剤の化学療法目的の入院、骨折手術後のプレート抜去・抜釘目的の入院等で計画的に入退院を繰り返す場合 初回の化学療法は、“3”「計画された短期入院の繰り返し」に該当する。
4	その他の加療	例 経皮的冠動脈形成術を目的として入院した場合（検査目的で入院し、その後加療目的での入院に変更になった場合も含む。）

Q&A

Q：プレート抜去・抜釘目的で入院したが計画は数ヶ月前であった。この場合も「計画された短期入院の繰り返し」でよいのか。

A：そのとおり。

Q&A

Q：入院中の主な診療目的は親・子様式1のそれぞれの範囲入力するのか。

A：そのとおり。

(2) 治験実施の有無

治験の対象となっていた場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

Q&A

Q：入院料等は主保険を使っているが、一部の検査や画像診断を治験で行った場合、様式1の治験実施の有無はどうなるのか。

A：有となる。

Q&A

Q：過去の治験の実施の有無も入力するのか。

A：当該入院中の治験実施の有無を入力する。

Q&A

Q：フェーズⅠ～Ⅲの試験を行った場合は「有」となり、フェーズⅣ（市販後臨床試験や特定使用成績調査）は行っても「無」になるのか。

A：そのとおり。フェーズⅣ（市販後臨床試験や特定使用成績調査）は含まない。

(3) 入院年月日

今回入院における実際の入院日を入力する。保険における入院日が実際の入院日と異なる場合があるので注意すること。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 入院年月日が2012年6月10日 → 20120610

Q&A

Q：再入院した場合の入院年月日は、保険請求における入院起算日ではなく再入院日になるのか。

A：そのとおり。

(4) 退院年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 退院年月日が2012年6月10日 → 20120610

子様式1で転棟し、入院が継続する場合は 00000000 を入力する。

Q&A

Q：3/10 入院し医療保険で算定を行っていたが 3/20 に他保険切り替え 4/15 に退院した場合の入院年月日、退院年月日はどのようなになるのか。

A：入院年月日 3/10

退院年月日 4/15

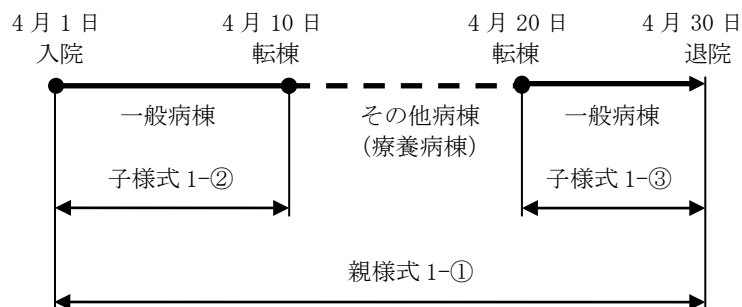
となる。保険・自費にかかわらず入院した日を入院年月日、退院した日を退院年月日とする。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：入院年月日、退院年月日はあくまで入退院した日付を入力する。親・子様式 1 とともに同じ入院日となる。退院年月日は退院した日と入力するが、転棟し入院を継続する場合は 00000000 となる。

例



入院年月日・退院年月日

	(3)入院年月日	(4)退院年月日
親様式 1-①	20120401	20120430
子様式 1-②	20120401	00000000
子様式 1-③	20120401	20120430

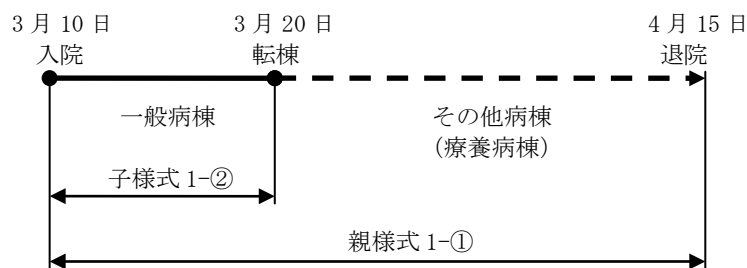
子様式 1-②の退院年月日は 00000000 となることに注意する。

Q&A

Q：3/10 一般病棟に入院し 3/20 に療養病棟に転棟し 4/15 に退院した場合の入院年月日、退院年月日はどのようなになるのか。

A：4/1 以前にその他病棟へ転棟した場合、この例では 3/10～3/20 の子様式 1 は前年度の調査実施説明資料に基づいて作成が必要となる。親様式 1 (3/10～4/15) は 4 月分として提出する。

例



入院年月日・退院年月日

	(3)入院年月日	(4)退院年月日
親様式 1-①	20120310	20120415
子様式 1-②	20120310	00000000

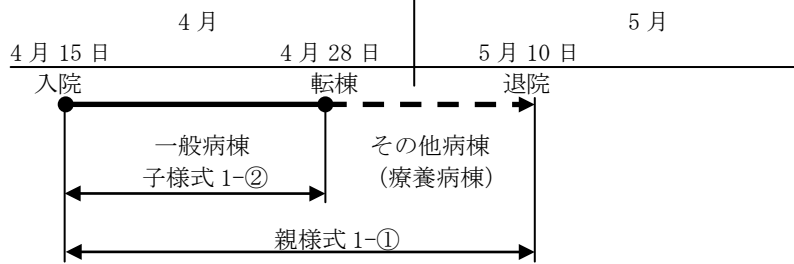
親様式 1-①今年度 4 月分として作成する。

子様式 1-②は前年度 3 月分として作成する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟へ転棟し月をまたいで退院した場合は、どのように入力し提出するのか。
A：子様式1で転棟し退院していない場合は”00000000”と入力し、転棟した当該月で提出する。

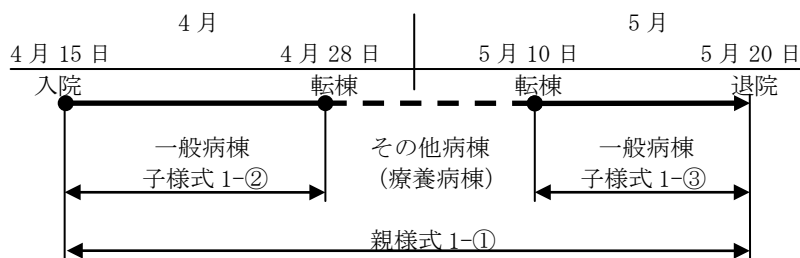
例 1



入院年月日・退院年月日

	(3)入院年月日	(4)退院年月日	備考
親様式 1-①	20120415	20120510	5月分として提出
子様式 1-②	20120415	00000000	4月分として提出

例 2



入院年月日・退院年月日

	(3)入院年月日	(4)退院年月日	備考
親様式 1-①	20120415	20120520	5月分として提出
子様式 1-②	20120415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20120415	20120520	5月分として提出

(5) 転科の有無

転科があった場合は「有」の”1”を、ない場合は「無」の”0”を入力する。親、子それぞれの様式1の期間で判断する。

(6) 入院経路

入院にいたる経路について、該当する値を入力する。

自院での出生後、継続して入院の場合は”1”を、その他の入院の場合は”2”一般入院を入力する。

子様式1でその他病棟からの転棟があった場合は”3”他病棟からの転棟を入力する。

「一般入院」として”2”を入力した場合には、さらに、以下の(7)から(10)までの項目についても値を入力すること。

値	区 分
1	院内出生
2	一般入院
3	その他病棟からの転棟

Q&A

Q：院内出生した新生児が、数日後 NICU に入った。この場合、「1. 院内出生」とするのか。

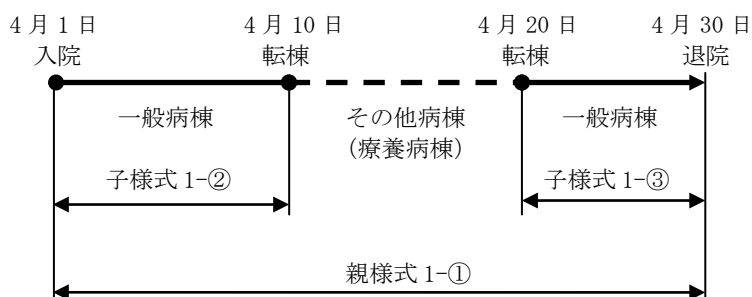
A：そのとおり。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親様式は入院時点。他病棟から転棟した子様式1は「3」となる。

例



入院経路

	(6)入院経路
親様式 1-①	入院時点（4月1日時点）で“1”または“2”を選択する。
子様式 1-②	入院時点（4月1日時点）で“1”または“2”を選択する。
子様式 1-③	“3” その他病棟からの転棟を選択する。

A病棟からB病棟へ転棟した場合のB病棟の子様式1の入院経路は全て「3. 他病棟からの転棟」となる。

A病棟	B病棟	(6)入院経路
一般病棟	精神病棟	精神病棟の子様式1の入院経路は「3. その他病棟からの転棟」
その他病棟	精神病棟	〃
精神病棟	一般病棟	一般病棟の子様式1の入院経路は「3. その他病棟からの転棟」
その他病棟	一般病棟	〃

(7) 他院よりの紹介の有無 (3(6) 入院経路が“2”「一般入院」の時のみ入力)

保険診療における紹介率の計算の対象となる文書により紹介された患者（ただし、救急用自動車で搬送された患者を除く。）の場合は「有」の“1”を入力する。具体的には、紹介状等により確認できる場合に限り「有」の“1”を入力する。また、電話紹介、名刺による紹介等、確認ができない場合は「無」の“0”を入力する。

入院の多くのケースは、紹介された後、自院の外来を数回受診して入院となるが、この場合には、他院よりの紹介「有」と考える。

過去に紹介により通院していた患者が入院になった場合、紹介された時点と同じ又はこれに関連する傷病のときであっても、紹介された時点と関連のない傷病の時であっても、**過去に**紹介状の確認ができていれば他院よりの紹介「有」として判断してよい。

紹介の有無は初診時まで遡ることが望ましいが、事情により実施が困難である場合は、今回の入院（診療録）における他院よりの紹介の有無で判断してもよい。

(8) 自院の外来からの入院 (3(6) 入院経路が“2”「一般入院」の時のみ入力)

自院の外来から入院した場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

同一傷病か、同一診療科によるものかは問わない。（ただし、初診後に即入院した患者、明らかに別疾病による救急患者は「無」とする。）

(9) 予定・救急医療入院 (3(6) 入院経路が“2”「一般入院」の時のみ入力)

予定入院の場合は“1”を、**救急医療入院以外の予定外入院の場合は“2”を、救急医療入院の場合は“3”**を入力する。

※“1”はレセプトの「予定入院」、 “2” “3”は「緊急入院」に含まれるものが該当する。

「救急医療入院」とは次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要で有ると認めたものを指す。

- ・吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- ・意識障害又は昏睡
- ・呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- ・急性薬物中毒
- ・ショック

- ・重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- ・広範囲熱傷
- ・外傷、破傷風等で重篤な状態
- ・緊急手術を必要とする状態
- ・その他上記の要件に準ずるような重篤な状態

（参考：これらはA205 救急医療管理加算の患者要件と同一である。）

<補足>

本項は患者の状態像のみで1か2を判断する。すなわち、医療機関が施設基準を満たしていない若しくは医療機関が施設基準を満たしているが、輪番制の担当日でなく体制が整っていないため、A205の算定要件を満たさない等の理由により救急医療管理加算が算定出来ない場合であっても、患者が要件を満たしている場合は「救急医療入院」とする。

(10) 救急車による搬送の有無（3(6) 入院経路が“2”「一般入院」の時のみ入力）

救急車による搬送により入院した場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

病院間の搬送は対象とならない。但し、対応不能であり搬送された場合については「有」としてよい。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリにより出動した場合は「有」と判断してよい。

(11) 退院先

退院先について、該当する“1”，“2”，“4”，“5”，“6”，“7”，“9”の値を入力する。不明な場合は“0”とする。

値	区 分	定 義
1	外来（自院）	・引続き当該病院の外来診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。） ・特に外来での治療は要さないが、定期的に経過観察等のため来院するように医師が指示した場合
2	外来（他院）	・引続き他の病院、診療所の診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。他医で引続き診療を受けながら時々経過観察等のため外来へ来るよう指示した場合を含む。） ・患者から他の病院、診療所の診療を受けたい旨申し出があり、医師がその必要があると認めた場合（人間ドックを除く。）
4	転院	・他院へ転院（入院）した場合（介護療養病床への転院はこちらに含まれる）
5	終了	・退院後診療を要しないと医師が判断した場合 ・人間ドックの退院の場合（所見の有無にかかわらず） ・死亡退院の場合
6	その他病棟への転棟	子様式1で他病棟へ転棟し、入院を継続する場合
7	介護施設	介護老人保健施設、介護老人福祉施設への転所
9	その他	1, 2, 4, 5, 6, 7以外の場合（不明を除く）
0	不明	上記以外の場合

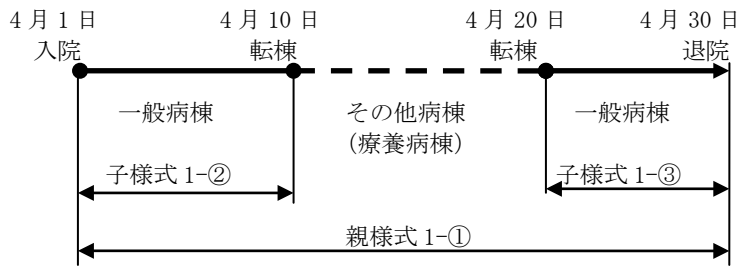
※1, 2については外来（自院）と外来（他院）の定義を精緻化する予定

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親様式1は退院時点。子様式1で入院を継続する場合は「6」他病棟へ転棟を入力する。

例



退院先

	(1)退院先
親様式 1-①	4 月 30 日退院時点の"0", "1", "2", "4", "5", "7", "9"から選択する。
子様式 1-②	「6」 その他病棟への転棟を入力する。
子様式 1-③	4 月 30 日退院時点の"0", "1", "2", "4", "5", "7", "9"から選択する。

A 病棟から B 病棟へ転棟した場合の A 病棟の子様式 1 の退院先は全て「6. 他病棟への転棟」となる。

A 病棟	B 病棟	(1)退院先
一般病棟	精神病棟	一般病棟の子様式 1 の退院先は「6. その他病棟への転棟」
一般病棟	その他病棟	〃
精神病棟	一般病棟	精神病棟の子様式 1 の退院先は「6. その他病棟への転棟」
精神病棟	その他病棟	〃

Q&A

Q：退院先が介護老人保健施設・介護老人福祉施設で、今回入院疾患を引き続き外来でフォローする場合、どのように入力すればよいか。

A：「7 介護施設」とする。

(12) 退院時転帰

退院時における転帰について、主治医の判断したものに基づく区分に該当する「1」～「7」, 「9」の値を入力する。

なお、正常分娩及び人間ドックの場合は、「その他」に該当するものとして「9」を入力する。

値	区 分
1	最も医療資源を投入した傷病が治癒したと判断される場合
2	最も医療資源を投入した傷病が軽快したと判断される場合
3	最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合
4	最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
5	最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
6	最も医療資源を投入した傷病による死亡
7	最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
9	その他（検査入院含む）

Q&A

Q：3/10 一般病棟に入院し 3/20 に療養病棟に転棟し 4/15 に退院した場合の退院時転帰は 3/20 時点のものか、4/15 時点のものか。

A：3/10～4/15 の親様式 1 は 4/15 時点のもの。

3/10～3/20 の子様式 1 は 3/20 時点のもの。

Q&A

Q：転帰の判定に迷う場合はどのようにしたらよいのか。

A：転帰とは、あくまで今回の入院時と比較してのものであり、必ずしも原疾患そのものに対してのものではない。したがって、今回の入院において、入院時と退院時と比較した結果によって転帰を判断するものである。さらに、退院時の判断によるものであるから、以後の転帰を保証するまたは考慮したものではない。例えば、医師が退院時に転帰を判断した後、それ以降、患者の状況が変化したとしても退院時の転帰を覆すものではない。判定は、以下の定義を参照の上判断すること。

転帰	定 義
治癒	退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、または、それに準ずると判断されたもの。
軽快	疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。原則として、その退院時点では外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。
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。
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適用しない。
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。

Q&A

Q：加療はなく検査のみを目的とした場合の転帰は「4 不変」とするのか。

A：「9 その他」とする。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名は軽快であるが入院時併存症は治癒の場合、「1 治癒」としてよいのか。

A：「2 軽快」とする。医療資源を最も投入した傷病名の転帰を入力する。

Q&A

Q：退院後に外来にて抜糸が必要だが、「1 治癒」と判定してよいのか。

A：「治癒」とはならない。

※参考

事務連絡 平成 20 年 10 月 15 日 疑義解釈資料の送付について（その 5）より

（問 4）A200 入院時医学管理加算の施設基準にある「治癒」に定義はあるのか。

（答）退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、またはそれに準ずると判断されたものである。

事務連絡 平成 20 年 12 月 26 日 疑義解釈資料の送付について（その 6）より

（問 2）「疑義解釈資料の送付について（その 5）」（平成 20 年 10 月 15 日事務連絡）問 4 において、A200 入院時医学管理加算の施設基準にある「治癒」の定義として、「退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、またはそれに準ずると判断されたもの」とされたが、「準ずると判断されたもの」に以下のものは該当するのか。

- ・胆石等の手術後、一度だけ受診し、抜糸等も合わせて行う場合
- ・腎結石排石後に定期的にエコー検査を受けるため通院する場合等、定期的に通院して検査等のフォローアップを受ける場合
- ・骨折や脳梗塞後、リハビリのため通院する等、当該疾患に当然付随する処置等のため通院する場合
- ・心筋梗塞後、アスピリン処方のため継続的に通院する場合等、入院の原因となった疾患が原因で必要になった治療のため通院する場合

（答）いずれも該当しない。

なお、「準ずると判断されたもの」は基本的にはないと考えている。

(13) 24時間以内の死亡の有無

当該患者が入院してから24時間以内に死亡した場合に「有」の“1”を、死亡無しの場合は「無」の“0”を入力する。

入院時刻は病棟に入った時刻から時間のカウントを開始する。また、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室

等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）は“2”を入力する。

(14) 前回退院年月日

自院において前回入院がある場合に、その退院年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 前回退院年月日が2012年5月10日 → 20120510

前回退院年月日が不明の場合は“00000000”を入力する。一部不明の場合は、不明な部分のみ0とする（例：1998年5月に退院したことがわかっている場合は“19980500”と入力する）。初回入院の場合は“99999999”を入力する。

(15) 前回同一傷病で自院入院の有無

以前に自院で入院治療をしていた疾患が今回入院の契機となった傷病と同一、かつ、予定外の入院の場合に、前回退院の年月日を入力する。予定外の入院は、計画的な入院であったか否かを目安に判断する。「予定・救急医療入院」の区分と一致するとは限らない。「(14) 前回退院年月日」と同じ年月日であっても入力すること。

入力は「(14) 前回退院年月日」と同様である。判断が困難な場合には、個別に照会すること。

例 胃がん手術実施、退院後、予定外の再手術が必要になったため入院

初回入院、予定入院および同一傷病名以外の場合は“99999999”を入力する。不明の場合は“00000000”を入力する。

Q&A

Q：該当する入院履歴が複数ある場合はどのように入力すればよいか。

A：直近の入院とする。

(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無

下記の、調査対象となる一般病棟への入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・一般病棟入院基本料（7対1、7対1特別入院基本料、10対1、10対1特別入院基本料、13対1、15対1）
- ・特定機能病院入院基本料（一般）
- ・専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）
- ・救命救急入院料（1、2、3および4）
- ・特定集中治療室管理料（1および2）
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料（1および2）
- ・総合周産期特定集中治療室管理料（1および2）
- ・新生児治療回復室入院医療管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料（1、2、3、4および5）
- ・短期滞在手術基本料（3のみ）
- ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。

(17) 調査対象となる精神病棟への入院の有無

下記の、調査対象となる精神病棟への入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・精神病棟入院基本料（10対1、10対1特別入院基本料、13対1、15対1、18対1、20対1）
- ・特定機能病院入院基本料（精神）
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料（1および2）
- ・精神科救急・合併症入院料

(18) その他の病棟への入院の有無

(16)、(17)に掲げる病棟以外への入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・障害者施設等入院基本料
- ・短期滞在手術基本料（1または2）
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・亜急性期入院医療管理料
- ・結核病棟入院基本料

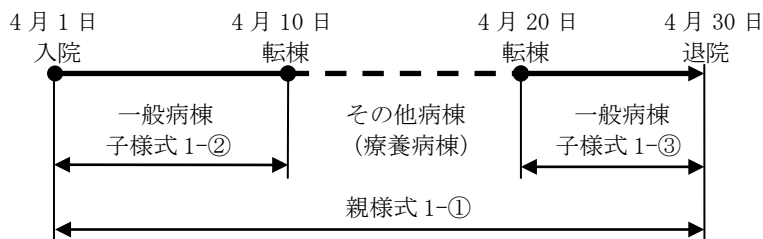
- ・療養病棟入院基本料
- ・特殊疾患入院医療管理料
- ・認知症治療病棟入院料 等

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

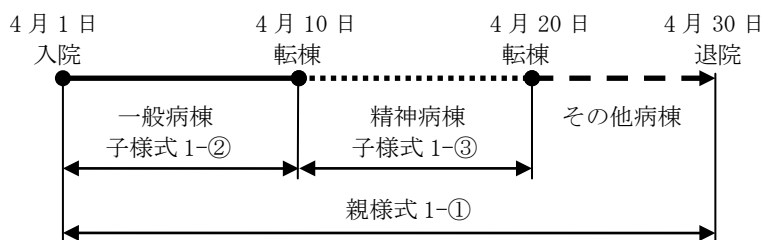
A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。子様式1は(16)調査対象となる一般病棟への入院の有無、(17)調査対象となる精神病棟への入院の有無のいずれかが「1」となる。

例



	(16)調査対象となる一般病棟への入院の有無	(17)調査対象となる精神病棟への入院の有無	(18)その他の病棟への入院の有無
親様式 1-①	1	0	1
子様式 1-②	1	0	0
子様式 1-③	1	0	0

例



	(16)調査対象となる一般病棟への入院の有無	(17)調査対象となる精神病棟への入院の有無	(18)その他の病棟への入院の有無
親様式 1-①	1	1	1
子様式 1-②	1	0	0
子様式 1-③	0	1	0

(19) 様式1開始日

入院日または転棟した場合は転棟日を入力する。

(20) 様式1終了日

退院日または転棟した場合は転棟した前日の日付を入力する。

4. 診断情報

(1) 主傷病名, (3) 入院の契機となった傷病名, (5) 医療資源を最も投入した傷病名が同一の場合、すべてに同一傷病名を入力する。

記載する傷病名は、原則としてレセ電算傷病名マスターから選択すること。病名については、ICD10へのコーディングが適切に行えるように入力すること。

なお、B00Pの診断基準に該当する病態である場合には、B00Pを病名として使用すること。

また、一部の傷病について「病名付加コード」を追記する必要がある。対象となる傷病およびコードの詳細については、「6診療情報 (34) 病名付加コード」を参照のこと。

ICDコードは、レセ電算処理マスター等の傷病名に対応したICDコードをそのまま入力するのではなく、「疾病、障害及び死因統計分類提要」に基づいた全桁の入力をする。こと。(例えば、MDC07 (整形外科領域) については、5桁コードが必要な分類もある。)

疑い病名の場合であってもZコードは使用せず、疑った傷病名のICD10コードを記入する。例えば、心臓カテーテル検査の目的で入院する場合の主病名には、心臓カテーテル目的Z09.8は使用しない。「3入院退院情報(1)入院中の主な診療目的」で「診断・検査のみ」を選択し、医療資源を最も投入した傷病名には入院検査を行うことになった原因の病態をコーディングすること。

(1) 主傷病名

退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を、日本語で入力する。

転科により診療科ごとに複数の主傷病名、複数の診断名をもつ場合は、一つにする。

※主傷病は、『保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態である。主要病態とは、主として、患者の治療または検査に対する必要性にもとづく、保健ケアのエピソードの最後に診断された病態であると定義される。もしそのような病態が複数ある場合には、もっとも医療資源が使われた病態を選択すべきである。もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択すべきである。』(「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋)

(2) (主傷病の) ICD10コード

主傷病に対するICD10コードを左詰めで小数点以下まで入力する。(小数点は1桁として数えない。また、小数点は入力しない。)

例 主傷病が慢性C型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

(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を入力する。療養病棟から一般病棟に転棟した場合等の子様式1は転棟した時点で入力する。

(4) (入院の契機となった傷病名) ICD10コード

入院の契機となった傷病名に対するICD10コードを「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

(5) 医療資源を最も投入した傷病名

入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。

複数の手術や侵襲的処置を行った場合、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為を行った傷病を対象とする。転科があった場合には、診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。

糖尿病性網膜症のE11.3† H36.0*のように、ダブルコーディングが必要な場合については、本調査では医療資源の投入量に基づき主たるものを第1病名としてコーディングし、第2病名の登録が必要な場合は入院時併存症の欄に記入する。また、補助コードの登録が必要な場合は入院時併存症の欄に入力すること。

医療資源を最も投入した傷病名は、一入院で一つだけ入力する。複数の病名があった場合でも、病名を一つ選ぶこと。例えば、月によって病態が変化して、医療資源を投入した傷病名が月によって異なる場合であっても、医療資源を最も投入した傷病名は、退院時に、親様式1の場合1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を一つ選ぶこと。

子様式1の場合は、子様式1の範囲で一つ選ぶ。医療資源を最も投入した傷病名の決定に当たり、退院時処方(退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。)をした場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

(6) (医療資源を最も投入した傷病名) ICD10コード

医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10コードを「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

(7), (8) 医療資源を2番目に投入した傷病名, ICD10コード

医療資源を2番目に投入した傷病名及び当該傷病名に対するICD10コードを「(1) 主傷病名」, 「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

医療資源を2番目に投入した病名を入力するのは、明確に医療資源を投入した複数の傷病が発生した場合は入力する。

(9)～(16) 入院時併存症名1～4

入院時（子様式1の場合は入院時または転棟時）に既に存在していた疾患について、「(1) 主傷病名」、「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

なお、記載に当たっては、次のものは基本的に該当するものがあれば入力すること。

1. DPCの診断群分類の分岐に影響を及ぼしたもの（診断群分類点数表に定義された副傷病名）
2. 慢性腎不全
3. 血友病・HIV感染症
4. 併存精神疾患

これらに該当する病名が4つ以上となった場合は、上記の優先順位に従い、順次入力すること。

また、これらに該当しない病名についても、医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には、必ず入力すること。他院で治療している疾患であって、医療資源の投入量に影響を及ぼした疾患がある場合も入力する。

入院後の検査で発見された傷病であっても、入院時に既にその病態があったと主治医が判断できる場合は、入院時併存症として扱うこと。

※入院時併存症は、『保健ケアのエピソードの間に併存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。』という定義にあてはまるもののうち、入院時に既に存在していたものである。（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

(17)～(24) 入院後発症疾患名1～4

入院後（子様式1の場合は入院後または転棟後）に新たに発生した疾患について、「(1) 主傷病名」、「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。（当該疾患の原因が入院前にあるとしても、発症した時期が入院後の場合には、入院後発症疾患とする。）

なお、記載に当たっては、入院時併存症に同じく、次のものは基本的に該当するものがあれば入力すること。

1. DPCの診断群分類の分岐に影響を及ぼしたもの（診断群分類点数表に定義された副傷病名）
2. 術後合併症

これらに該当する病名が4つ以上となった場合は、上記の優先順位に従い、順次入力すること。

また、これらに該当しない病名についても、医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には、必ず入力する。入院後に発症した疾患のうち、他院での治療を必要とした場合も入力する。

※入院後発症疾患は、『保健ケアのエピソードの間に併存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。』という定義にあてはまるもののうち、入院後に発症したものである。（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

診断情報のQ A

病名の決定方法について

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名は「疑い」でもよいのか。確定病名でなければならないのか。
A：原則として入院期間中に診断を確定し、「確定病名」を入力すること。ただし、適正な診断のためのガイドライン等にそって検査等を行った結果、退院までに確定診断が得られなかった場合にのみ、「疑い」とする。根拠もなく「疑い」としたものについては認めない。例えば、特段の検査もなく、風邪に対する肺癌疑い、頭痛に対する脳梗塞疑いということ等。

Q&A

Q：入院目的は前立腺生検で退院時点では病名が「前立腺癌疑い」であった。しかし生検の結果が出て悪性ではないと判明した。この場合、病名は「前立腺癌疑い」のままで良いか、他の病名とするのか。
A：生検の結果が入院中に出了のであれば、疑いを外した確定病名として登録するが、退院後に病理が出了のであれば疑い病名のまま登録となる。

Q&A

Q：正常分娩予定で入院したが帝王切開となった。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。または保険適用となった期間のみで判断するのか。
A：保険にかかわらず、様式1の範囲で判断する。

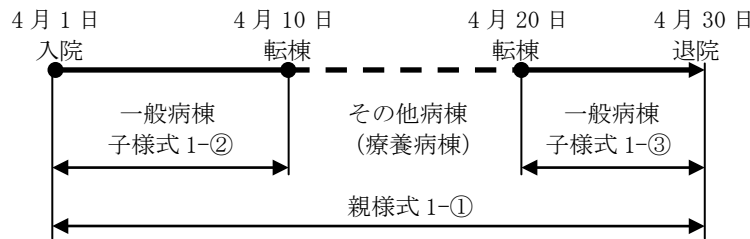
Q&A

Q：一般病棟から精神病棟に転棟し退院した。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。一般病棟にいた期間のみで判断するのか。
A：親子それぞれの様式1の範囲で判断する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのような範囲で入力するのか。
A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。親様式1は入院日から退院日までの全入院期間の範囲とし、子様式1はそれぞれの範囲で作成する。

例



	親様式 1-①	子様式 1-②	子様式 1-③
主病名	4 月 1 日～ 4 月 30 日で判定	4 月 1 日～ 4 月 9 日で判定	4 月 20 日～ 4 月 30 日で判定
入院の契機となつた傷病名	4 月 1 日で判定	4 月 1 日で判定	4 月 20 日で判定
医療資源を最も投入した傷病名	4 月 1 日～ 4 月 30 日で判定	4 月 1 日～ 4 月 9 日で判定	4 月 20 日～ 4 月 30 日で判定
医療資源を 2 番目に投入した傷病名	〃	〃	〃
入院時併存症 1～4	4 月 1 日で判定	4 月 1 日で判定	4 月 20 日で判定
入院後発症疾患 1～4	4 月 1 日～ 4 月 30 日で判定	4 月 1 日～ 4 月 9 日で判定	4 月 20 日～ 4 月 30 日で判定

Q&A

Q：抜釘目的のみで入院したが、医療資源を最も投入した傷病名は「〇〇骨折」でよいか。

A：そのとおり。

ICD10について

Q&A

Q：首吊り自殺（保険適用の場合）の場合 ICD-10 コードが X コードになり入力することができない。その場合のコードは何か。それとも別の病名にするのか。

A：自殺は傷病名ではないので、自殺に到った原疾患に対する傷病名を選択する。また、必要に応じて行為の結果の損傷中毒に対しての傷病名等を選択すること。

Q&A

Q：ICD-10 の「.9」等の（本資料の留意すべき ICD-10）は使用してはいけないのか。

A：留意点としてあげられたコードについては、通常は、他のコードが選択されるはずのものである。したがって、本当に他の分類を選択するだけの情報がないのかどうか、再確認をお願いしたい。その結果、選択することは致し方ない。

Q&A

Q：R コードを使用してもよいか。

A：R コードのほとんどは病名ではなく徴候や症状である。通常の診療では、何らかの診断名が確定するという前提であるが、あらゆる事実を調査したが確定に到らなかった、一過性のもので原因が特定できなかった等、R コードを付与するためにはかなり厳しい条件がある。条件については、ICD-10 第2巻、第 XVIII 章、737 頁等を確認すること。入院時併存症、入院後発症疾患には使用してよいが、医療資源を最も投入した傷病名 ICD-10 コードに以下のコードを用いてはならない。

- ・詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）
- ・心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確および原因不明の死亡（R99）まで（ただし、鼻出血（R040）、咯血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）及びブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く。）

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患に Z コードを入力してもよいか。

A：Z コードは入力不要とするが、入力しても構わない。

Q&A

Q：標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいのか。

A：標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10 のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

Q&A

Q：ある病名に対する ICD-10 コードが分からない。どこに問い合わせればよいのか。

A：病名、ICD-10 の決定は医師と相談の上、各医療機関で行うこと。

入院時併存症・入院後発症疾患について

Q&A

Q：医療資源を2番目に投入した傷病名に入力をすれば、入院時併存症、入院後発症疾患に入力不要か。

A：必要。副傷病有無の評価の判定は入院時併存症、入院後発症疾患のみで行うことから必ず入力すること。（主傷病名、入院の契機となった傷病名、2番目に医療資源を投入した傷病名で、副傷病有無の評価の判定は行っていない。）

Q&A

Q：併存症があっても定義テーブルに掲載されていないものは入力不要か。

A：必要。入院時併存症、入院後発症疾患は定義テーブルでの掲載にかかわらず、あれば入力のこと。

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患に「疑い」病名を入力してよいか。

A：疑い病名は入力不要とするが、入力しても構わない。但し、入力する場合は「〇〇〇病疑い」などのように必ず「疑い」と入力すること。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病を入院時併存症または入院後発症疾患にも入力が必要か。

A：不要。入院時併存症、入院後の続発症については、医療資源を最も投入した傷病名に対してのものであるから、不要となる。

5. 手術情報

今回の入院中に複数の手術を行った場合には、主たる手術（又は点数の最も高い手術）を手術1に入力する。

様式1については、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない手術についても、実際に行われていれば入力のこと。自院入院期間中に実施した手術のみを入力する（予定された手術が中止になった場合、特別の関係にある病院に転院して手術を実施した場合は入力を行わない）。点数表コード（Kコード）の入力は各手術について必要である。

診療報酬上の手術の部で評価されている手術について入力する。なお、輸血はKコードではあるが、様式1について入力不要である。

(1) 手術名1

主たる手術（又は点数の最も高い手術）を入力する。

たとえば、1回の入院でK546経皮的冠動脈形成術、K549経皮的冠動脈ステント留置術の手術を別の日に同一病変若しくは別病変に対して行った場合の保険点数は同じだが、このように保険点数がまったく同じとなる場合の主たる手術の判断は主治医の判断による。

(2) 空欄（手術コード欄）

外保連手術コードが現在整備中となっている。これが整備された場合は、その手術コードを本欄に入力していただく予定である（入力開始時期については追って通知する）。

(3) （手術名1の）点数表コード

当該術式に対する医科診療報酬点数表における手術料に関わるコードを入力する。当該コードは基本部分（4桁）の他に、細項目（1, 2, 3, 4, 5, 6等）がある場合にはそれも含めて入力する。その際、ブランクなどは入れずにつめて入力する。

例 K082 人工関節置換術

1 肩, 股, 膝 → K0821

K082-2 人工関節抜去術

1 肩, 股, 膝 → K082-21 * ハイフンを入れることが必要。

(4) （手術名1の）手術回数

当該手術をはじめて行う場合には「初回」の“1”を、同一部位（当該傷病名にかかる同一部位等）について再度行う場合は「再手術」の“2”を入力する。（自院・他院を問わない。術式等を問わない。）

例 偽関節手術後、その部位が化膿し手術をした場合

偽関節に関連すると判断される場合 → 「再手術」

関連性が不明、ない場合 → 「初回」

ペースメーカーの電池交換術、抜釘術は、「再手術」に該当する。

また、再手術の記載は、他の医療機関で行った手術、同一の医療機関でも過去の入院で行った手術についても対象となる。

心臓カテーテル（PTCA等）を、同一日に2部位以上に行った場合であっても、「再手術」とならない。

(5) （手術名1の）手術側数

当該手術が同種の臓器、あるいは部位が2個以上あるものに対して適用される場合に入力する。右側は“1”を、左側は“2”を、左右は“3”を入力する。

「左右」とは、左右対称の器官（左右対称の器官とは単純に左右にある体の部位で眼、耳、手足、肺、腎臓などのことを指す。）であって、両側・同時に実施の場合が対象となる。冠動脈のバイパス手術で、左右の冠動脈について手術を行った場合は、「左右」とならない。

心臓カテーテル（PTCA等）を右冠動脈枝と左冠動脈枝に行った場合は、チェック不要である。

眼の手術を片方ずつ別々の日に手術した場合には、それぞれの手術について別々の片側手術として記載することとなるが、この場合は、右側「1」、左側「2」それぞれ入力する。

(6) （手術名1の）手術日

当該手術を実施した年月日を、入院年月日と同様の書式で入力する。

例 2012年6月10日の場合 → 20120610

(7) （手術名1の）主たる麻酔

当該手術実施時に使用した主たる麻酔の種類を一つ入力する。

値	区 分	麻酔区分
1	全身麻酔	L007:開放点滴式全身麻酔 L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
2	硬膜外麻酔	L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
3	脊椎麻酔	L004:脊椎麻酔
4	静脈麻酔	L001-2:静脈麻酔
5	局所麻酔	L100～L105
6	全麻＋硬膜外	L007:開放点滴式全身麻酔 または L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 ＋ L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
7	その他	L000:迷もう麻酔 L001:筋肉注射による全身麻酔，注腸による麻酔 L005:上・下肢伝達麻酔 L006:球後麻酔および顔面・頭頸部の伝達麻酔 L008-2:低体温療法 等
9	無	

(8)～(35) 手術2～手術5

(1)～(7)と同様の要領で手術情報を入力する。

手術情報の Q A

麻酔について

Q&A

Q：仮に「2」L002 硬膜外麻酔と「3」L004 脊椎麻酔の両方を行った場合はどちらを選ぶのか。
A：いずれか主たる麻酔を選択して入力のこと。

Q&A

Q：内視鏡手術などで、キシロカインゼリーのみを使用した麻酔の場合は、「5」局所麻酔、「7」その他、「9」無のどれに該当するか。
A：「9」無とすること。

Q&A

Q：キシロカインゼリー＋キシロカインポンプスプレーといったように組み合わせて使用した場合も「9. 無」とするのか。
A：診療報酬点数表の第2章特掲診療料第11部麻酔第1節麻酔料を算定していない場合は、「9. 無」とする。

入力方法について

Q&A

Q：輸血は手術情報に入力が不要であるが、入力しても構わないか。また、輸血とはK920のみをいうのか。
A：入力しても構わない。ただし、それによってその他に実施された手術情報が入力できないという事態は避けること。輸血とはK920のみをいう。

Q&A

Q：K930 脊髄誘発電位測定加算等の手術医療機器等加算の情報は入力が必要か。
A：不要。K930～K 939 は入力しないこと。

Q&A

Q：同一日に同一部位に対して術式が別の手術を二回施行した場合、二回目の手術は再手術を選択するのか。
A：一連の手術であれば初回となる。

Q&A

Q：平成21年3月に行っていて、平成22年度の点数改正に伴い、Kコードが変更されている。この場合は手術を行った時の旧コードでの提出で良いのか、それとも術式自体は無くなっていないので新コードで記入するのか教えていただきたい。
旧コード：K178 脳血管内手術
新コード：K1781 脳血管内手術 1箇所
A：K1781 を入力すること。平成22年4月以前の手術は全て平成22年度のKコードに置換えること。

Q&A

Q：定義テーブルにない手術として「KKK1」を入力してよいか。
A：不可。KKK1はシステム上のコードであるので、正しい医科点数表のKコードを入力のこと。

Q&A

Q：K0011 皮膚切開術長径10センチメートル未満（470点）のような点数が低いものでも全て入力しないといけないのか。
A：そのとおり。行った手術は全て入力すること。