

# DPC導入の影響評価に係る調査 について



# 様式1

## (診療録情報・カルテ情報)

### 概要

退院時サマリーに当たるデータを1入院単位で入力する。

### 調査項目

- 日付情報(入院日、退院日等)
- 入院経路(予定・緊急、紹介有無等)
- 退院先、退院時転帰
- 診断情報(病名、ICD10)
- 手術情報(手術名、Kコード、麻酔)
- 診療情報(JCS、化学療法の有無等)

等

# 様式1 (イメージ)

データ 識別番号	入院 年月日	退院 年月日	医療資源 病名	ICD10	テモゾロミド の有無
0100000001	20080701	20080710	左腎盂癌	C65	1
0100000002	20080701	20080715	卵巣癌	C56	1
0100000003	20080702	20080709	子宮肉腫	C542	0
0100000004	20080702	20080710	C型慢性肝炎	B182	0
0100000005	20080702	20080720	S状結腸癌	C187	1
0100000006	20080703	20080711	総胆管結石	K805	0
0100000007	20080704	20080712	C型慢性肝炎	B182	0
0100000008	20080706	20080716	肝細胞癌	C220	1
:	:	:	:	:	:

# 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。

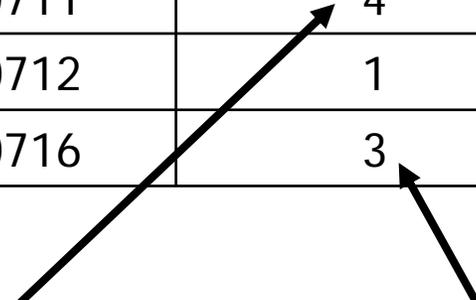
### 調査項目

- 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

33

\* ヘパリンNaロック100シリンジ  
(1000単位10ml) 1筒  
23x 4

* ソリタT3号 500ml 2瓶
チエナム点滴用500mgキット 2キット
ビタメジン静注用 1瓶
483x 1

\* 点滴/ソリタT3号 500ml 3瓶  
ビタメジン静注用 1瓶  
チエナム点滴用 500mgキット 2キット  
ドパストン20ml 1A  
532x 1

Eファイルはレセプトの「\*」  
単位で出力する

483点の1レコード作成

Fファイルは明細の単位で  
作成する

この場合3つの薬剤をそれ  
ぞれ作成

# 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	チェナム点滴用500mgキット	2キット	4300円
0000000010	20080710	20080720	33	ビタメジン静注用	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 YYYYYMDD 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 YYYYYMDD 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 YYYYYMDD 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 YYYYYMDD 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 YYYYYMDD 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 YYYYYMDD 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 YYYYYMDD 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するコード	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するコード	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
	(34) 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5がある場合は必須
	(35) 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5がある場合は必須
6	診療情報	(1) 現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明 必須
	(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) 急性膵炎の重症度分類	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) 急性白血球の病型分類（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 Hodgkin 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











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の場合、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		yyyymmdd(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)1.1234(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。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