

DPICにおいて今後検討すべき課題

I. 診断群分類点数表の見直しについて

調整係数が段階的に廃止されるに当たり、基本小委において、包括評価点数の設定方法等の課題についても、当分科会において検討を行うこととされている。

1. 一日当たり点数の設定方法について

(1) 現状

現在、別紙1のとおり、診断群分類ごとの1日当たり平均点数及び平均入院期間、入院期間の25（5）パーセンタイル値を基に、点数の設定を行っている。

(2) 問題点

- ① 入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合には、入院初期では、医療資源の投入量が診断群分類点数を大きく上回っていることがある。（別紙2-①、2-②）
- ② 入院期間を通じて1日当たり医療資源の投入量の変化が少ない場合には、入院期間Ⅱにおいて、医療資源の投入量が診断群分類点数を上回っていることがある。（別紙3-①、3-②）

(3) 論点

実際の医療資源の投入量にあった点数表とするため、入院初期の医療資源の投入量及び1日当たり平均点数に応じ、さらに適切な点数設定の方法を検討してはどうか。

(案1)

- ア 入院初期の医療資源の投入量が、1日当たり平均点数に比して、非常に大きい場合、（別紙4）
- | | |
|----------|---|
| 入院期間Ⅰの点数 | ： 点数の段差の設定を15%から25%に変更 |
| 入院期間Ⅱの点数 | ： 入院期間Ⅰの点数及び1日当たり平均点数を基に、面積が $A=B$ となるように設定 |
| 入院期間Ⅲの点数 | ： 点数の段差の設定を15%から25%に変更 |

イ 入院初期の医療資源の投入量が、1日当たり平均点数に比して、小さい場合、(別紙5)

入院期間Ⅰの点数 : 点数の段差の設定を15%から10%に変更

入院期間Ⅱの点数 : 入院期間Ⅰの点数及び1日当たり平均点数を
基に、面積が $A=B$ となるように設定

入院期間Ⅲの点数 : 点数の段差の設定を15%から10%に変更

ウ 他の場合、現行の「(1) 通常の設定方法」により点数表を作成する。

(案2)

ア 入院初期の医療資源の投入量が、1日当たり平均点数に比して、非常に大きい場合、(別紙6)

入院期間Ⅰの点数 : 入院期間Ⅰの1日当たり包括範囲出来高点数
の平均

入院期間Ⅱの点数 : 入院期間Ⅰの点数及び1日当たり平均点数を
基に、面積が $A=B$ となるように設定

入院期間Ⅲの点数 : 入院期間Ⅱの点数から15%減じた点数

イ 入院初期の医療資源の投入量が、1日当たり平均点数に比して、小さい場合、(別紙5)

入院期間Ⅰの点数 : 点数の段差の設定を15%から10%に変更

入院期間Ⅱの点数 : 入院期間Ⅰの点数及び1日当たり平均点数を
基に、面積が $A=B$ となるように設定

入院期間Ⅲの点数 : 点数の段差の設定を15%から10%に変更

ウ 他の場合、現行の「(1) 通常の設定方法」により点数表を作成する。

2. 包括払いの範囲の見直しについて

DPC制度においては、別紙7のとおり、出来高の点数表を基に、各項目の特徴に応じて、診断群分類点数及び医療機関別係数による包括評価と、出来高による評価を組み合わせることにより、点数を設定している。

この包括評価の範囲について、見直しを行うべきとする意見があったが、どのように考えるか。

3. 個別の診断群分類について

現在、MDC毎班会議において、分類の見直しの検討を行っているところ。

4. その他

II. DPCにおける調査について

1. E・Fファイルについて（別紙8）

（1）ファイルの統合について

E・Fファイルについては、重複している入力項目が多くあり、2つのファイルを統合するべきとの意見があったが、どのように考えるべきか。

（2）入力の内容の見直しについて

E・Fファイルは、出来高制度の規定に従い入力する。そのため、特定入院料等の処置等が包括されている点数を算定する場合には、E・Fファイルに、これら特定入院料等に包括される項目は入力されないが、どのように考えるべきか。

2. 様式1について（別紙9）

様式1には、患者の重症度等を評価するため、必須項目と非必須項目を設けているが、この項目について、見直しを行うべきとの意見があったが、どのように考えるべきか。

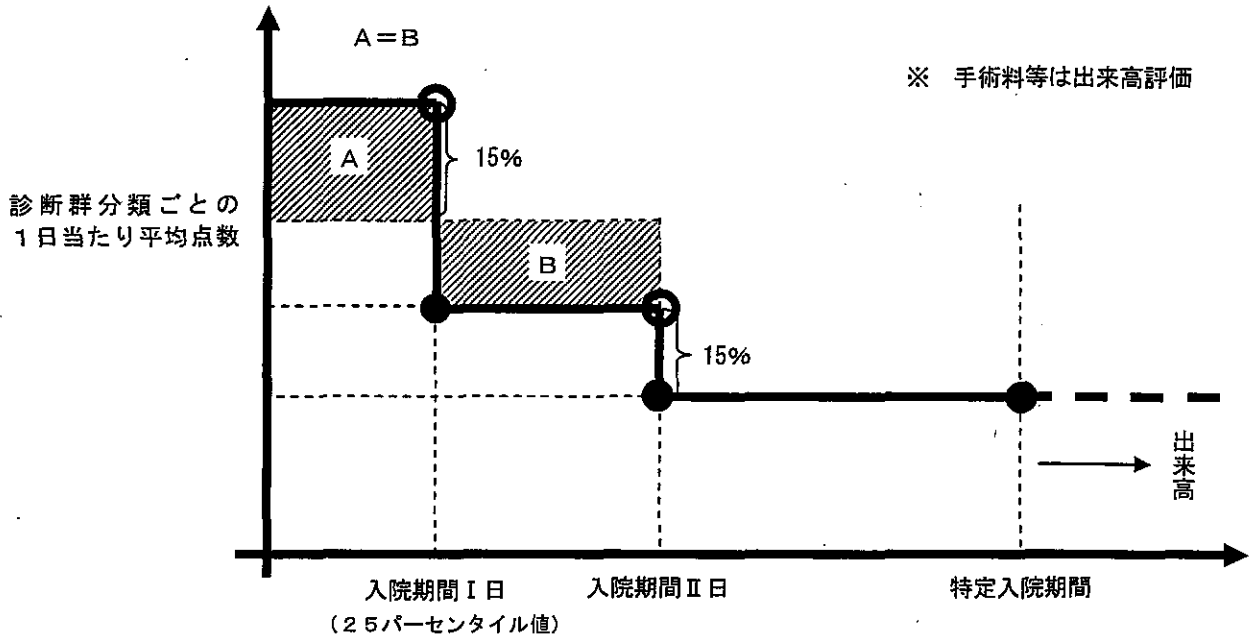
3. DPC調査の通年化について

医療機関の診療内容の正確な把握及び点数への反映のため、DPC調査の通年化を行うべきとする意見があったが、どのように考えるべきか

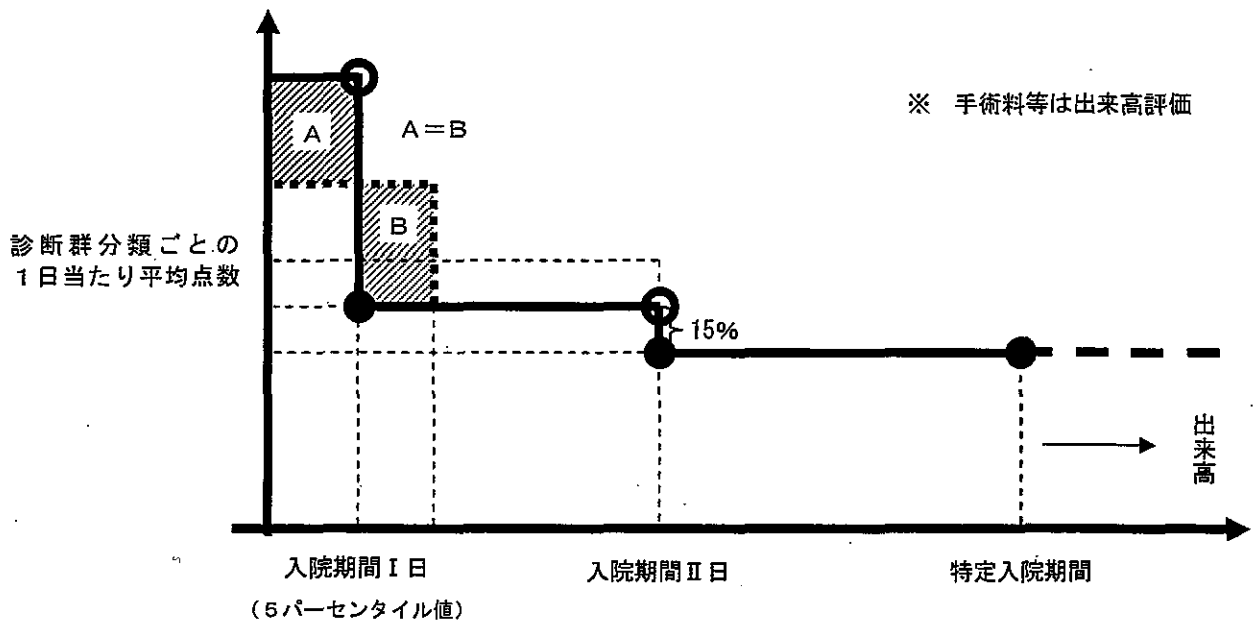
4. その他

包括評価点数の設定方法について

(1) 通常の設定方法



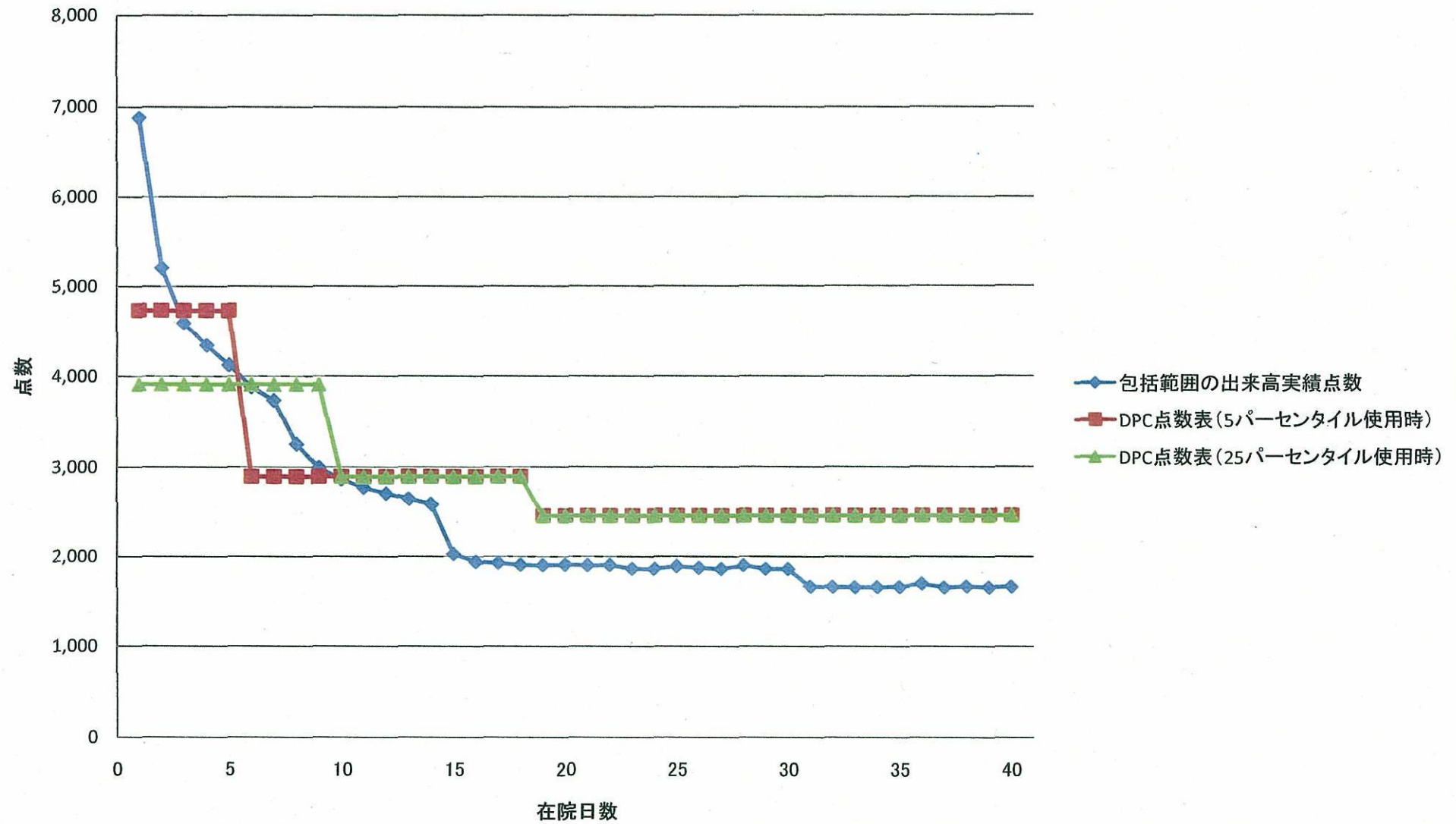
(2) 悪性腫瘍の化学療法の短期入院などに係る設定方法



別紙2-①

010060x099x3xx

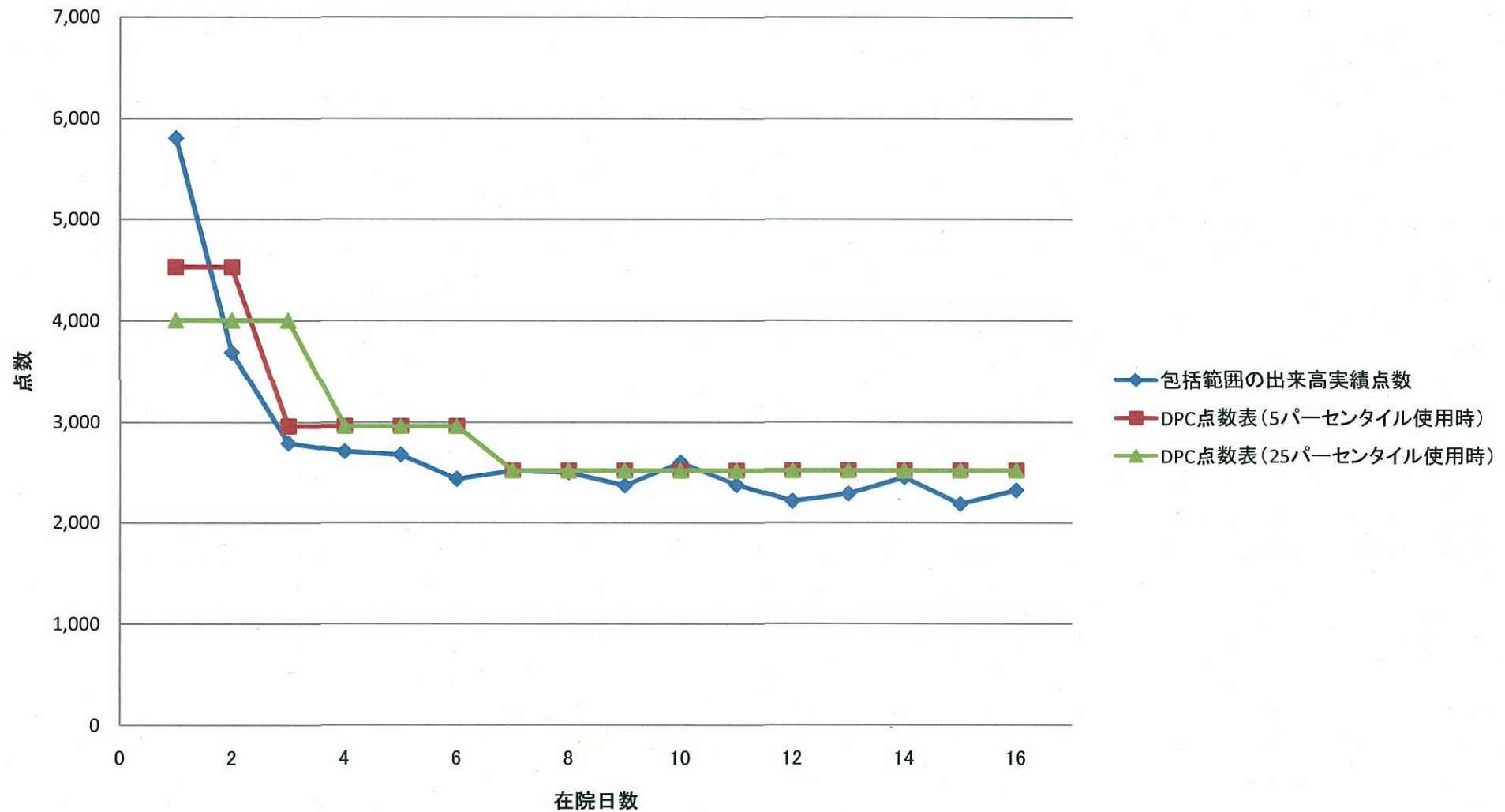
(脳梗塞(JCS30未満) 手術なし 手術・処置等2 3あり)



別紙2—②

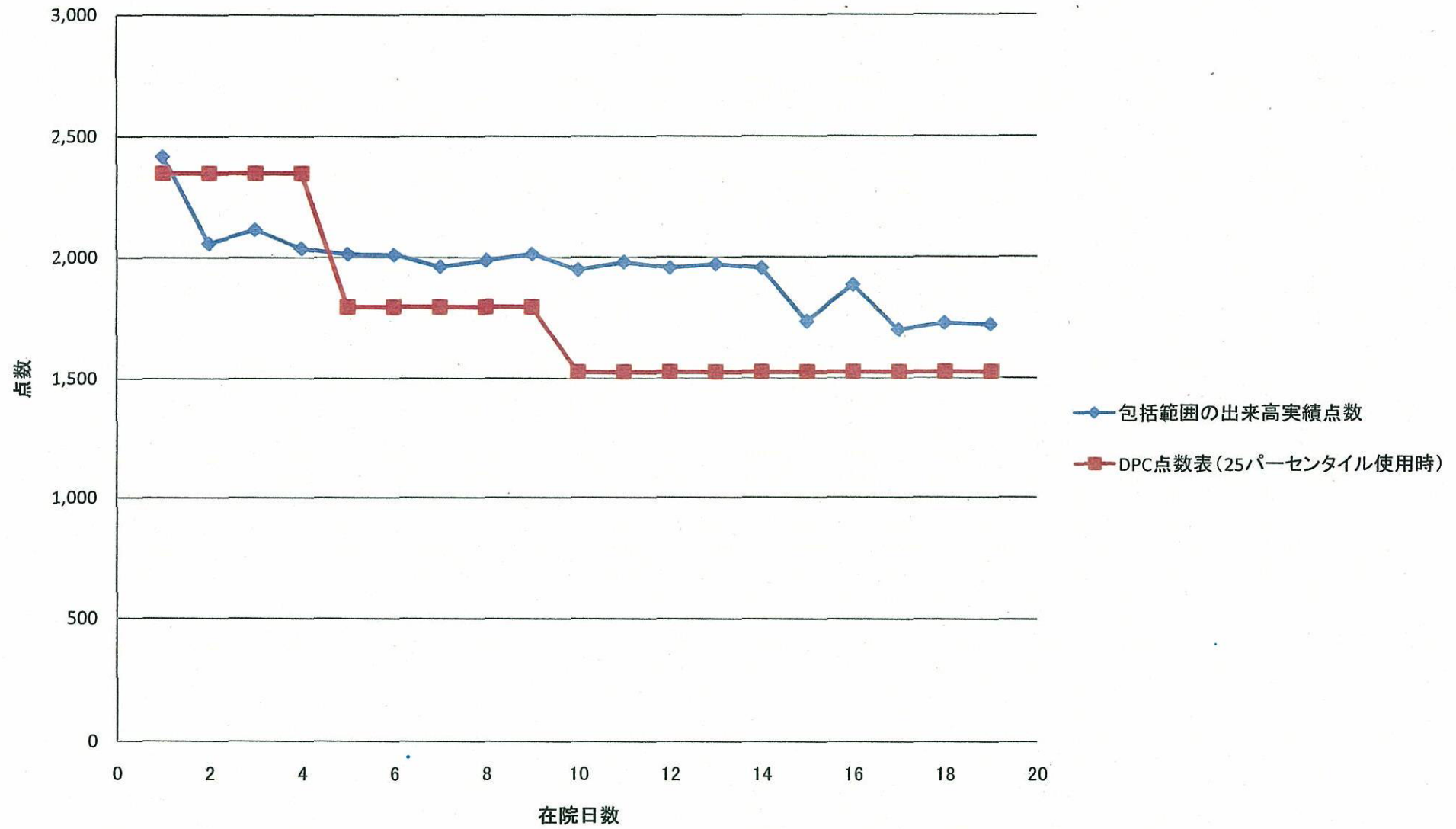
050030xx99100x

(急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 手術なし 手術・処置等1 あり
手術・処置等2 なし 副傷病なし)

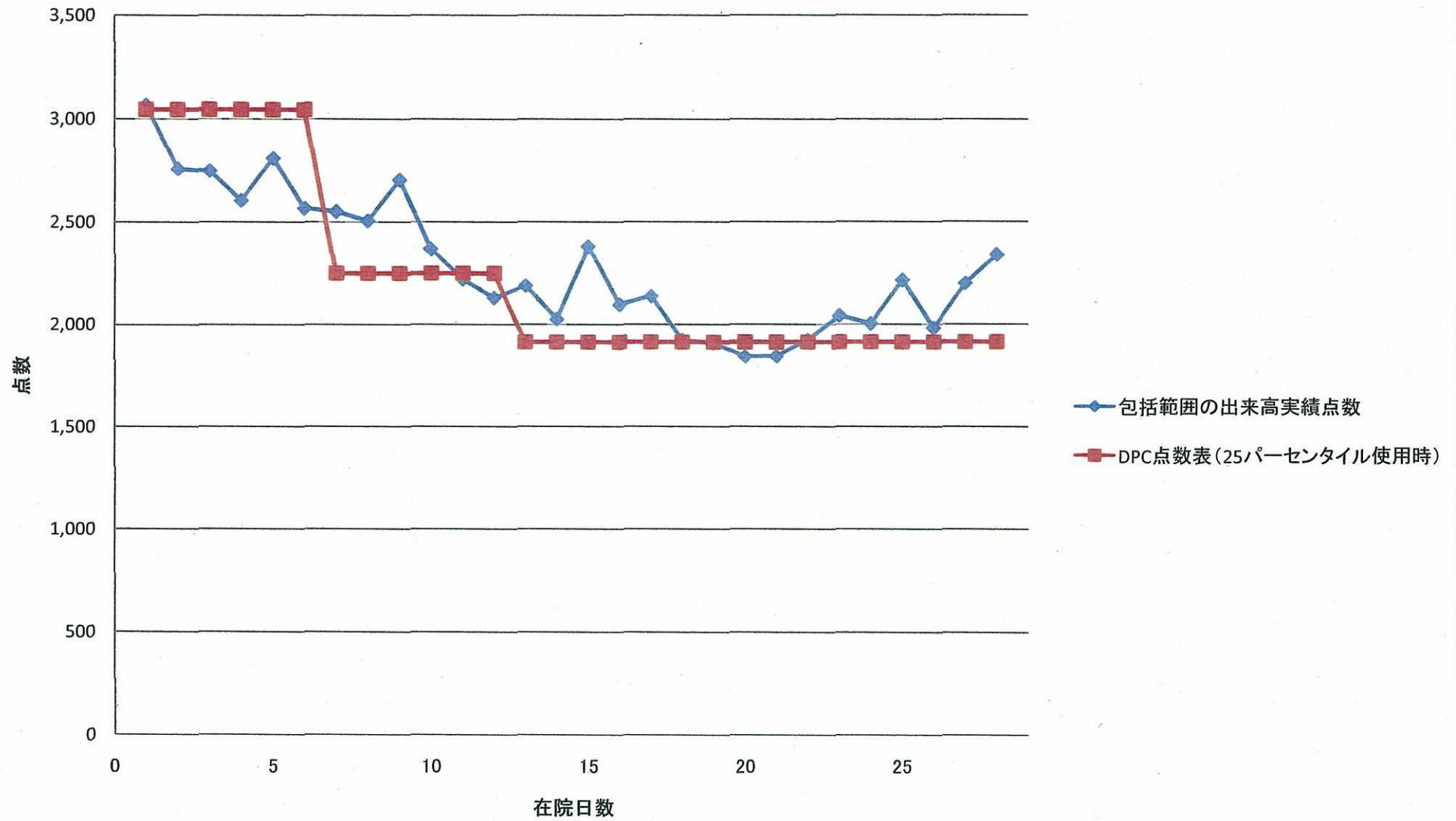


別紙3—①

020210xx97xxxx
(網膜血管閉塞症 その他の手術あり)

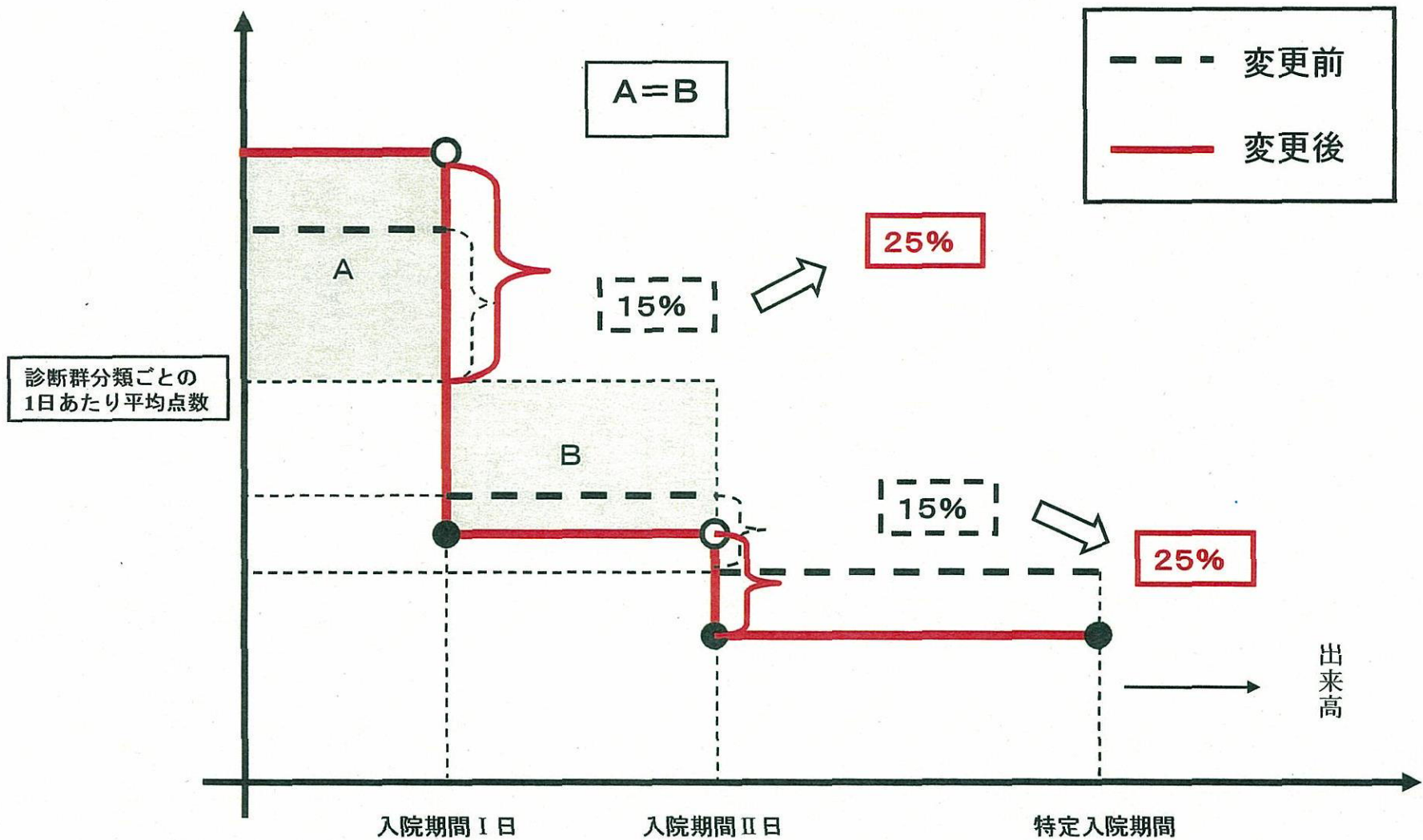


(縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2 なし)

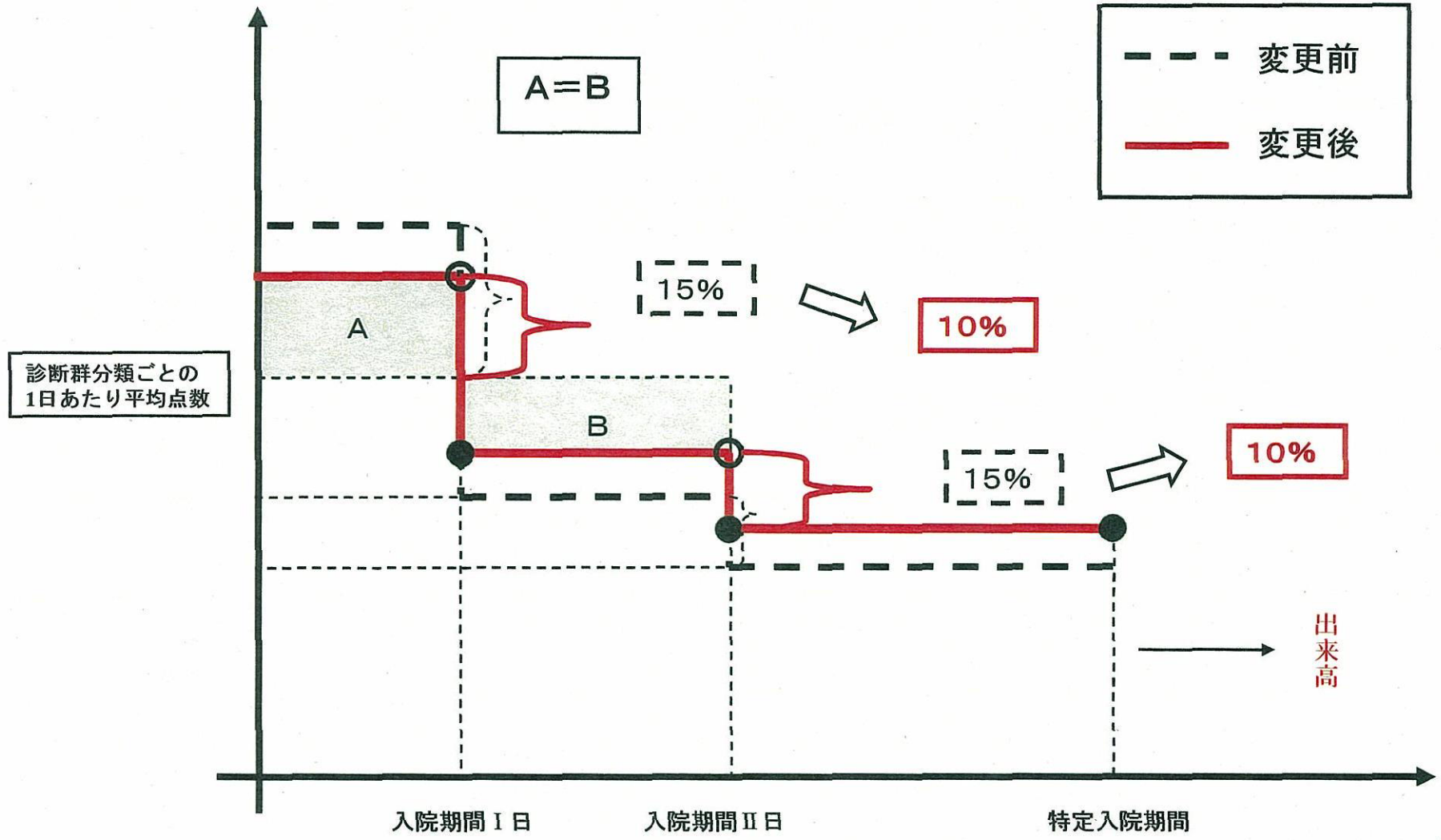


診断群分類点数表の見直しについて(案1)

別紙4

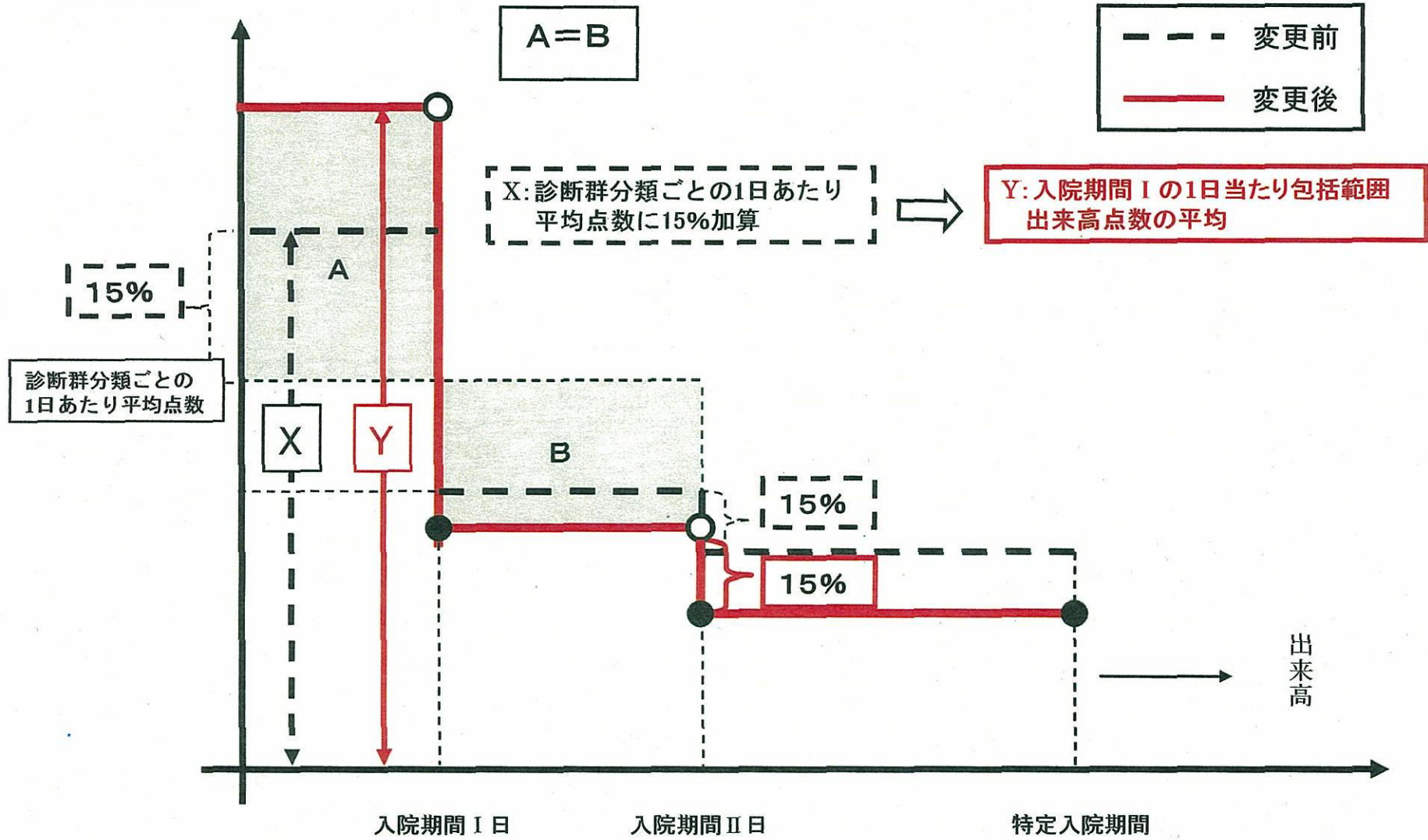


診断群分類点数表の見直しについて(案1)



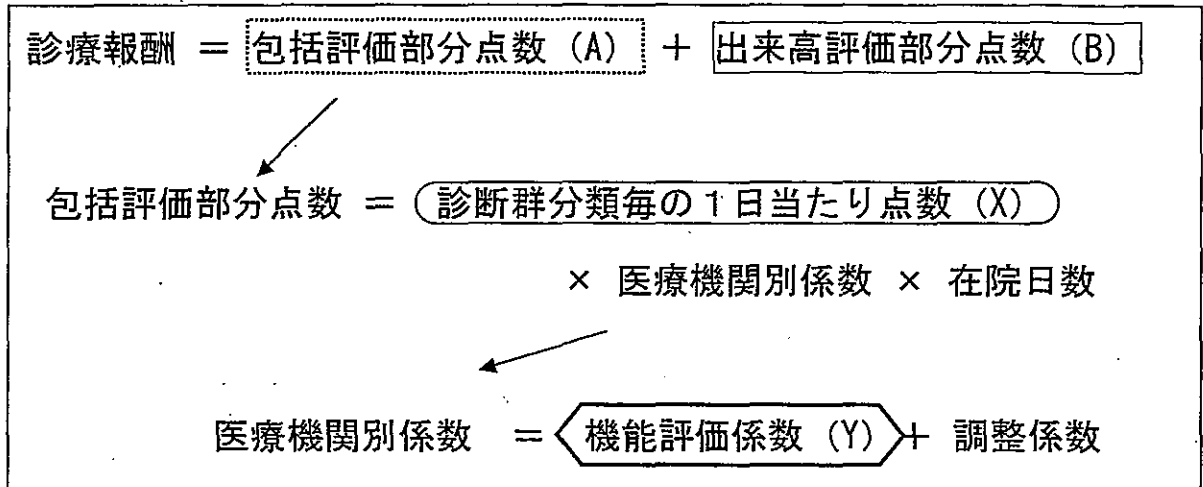
別紙6

診断群分類点数表の見直しについて(案2)



DPCによる診療報酬について

第1 DPCによる算定方法の概要



第2 DPCによる診療報酬の内訳（急性期入院医療に限る）

1 包括評価部分点数 (A)

(1) 診断群分類毎の1日当たり点数 (X)

ア 考え方

原則として、いわゆるホスピタルフィー的要素（主に医療機関の運営コストで、固定費用部分を反映）であって、医療機関の機能等を評価しているもの以外を包括的に評価したもの。

イ 具体的項目（各番号は、別紙1の項目番号に対応）

- ① 入院基本料〔10対1入院基本料（一般病棟入院基本料）〕
- ④ 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料に限る）
- ⑤ 検査
〔カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く〕
- ⑥ 画像診断
〔画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）を除く〕

- ⑦ 投薬（退院時処方を除く）
- ⑧ 注射
- ⑨ 処置（基本点数が1,000点未満のもの）
- ⑩ 病理診断（病理標本作製料に限る）
- ⑫ リハビリテーションに伴い使用された薬剤
- ⑬ 精神科専門療法に伴い使用された薬剤

(2) 機能評価係数 (Y)

ア 考え方

原則として、当該医療機関に入院する全ての入院患者に提供される医療で、医療機関の機能に係るものを係数として評価したものの。

イ 具体的項目（各番号は、別紙1の項目番号に対応）

① 入院基本料

看護配置や病院類型の違いによる評価

- ・ 7対1、準7対1入院基本料（一般病棟入院基本料）
- ・ 7対1、準7対1、10対1入院基本料
（特定機能病院・専門病院入院基本料）

※ なお、一時的に13対1、15対1入院基本料を算定する病棟については、減算係数が設定されている。

② 入院基本料等加算

医療機関単位の機能に着目した入院基本料等加算の評価

- ・ 入院時医学管理加算
- ・ 地域医療支援病院入院診療加算
- ・ 臨床研修病院入院診療加算
- ・ 診療録管理体制加算
- ・ 医師事務作業補助体制加算
- ・ 看護補助加算
- ・ 医療安全対策加算

2 出来高評価部分点数 (B)

ア 考え方

出来高評価部分では、原則として、いわゆるドクターフィー的要素（医師等の技術費用部分を反映）の他、いわゆるホスピタルフィー的要素のうち、特定の患者又は病棟毎に評価される項目や病院の立地する地域による調整のための項目が評価されている。

イ 具体的項目（各番号は、別紙1の項目番号に対応）

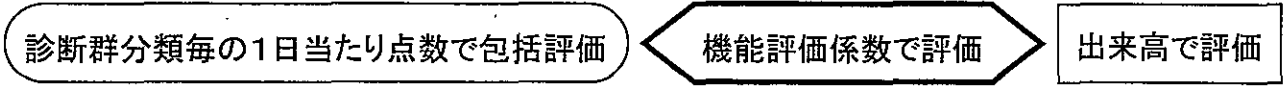
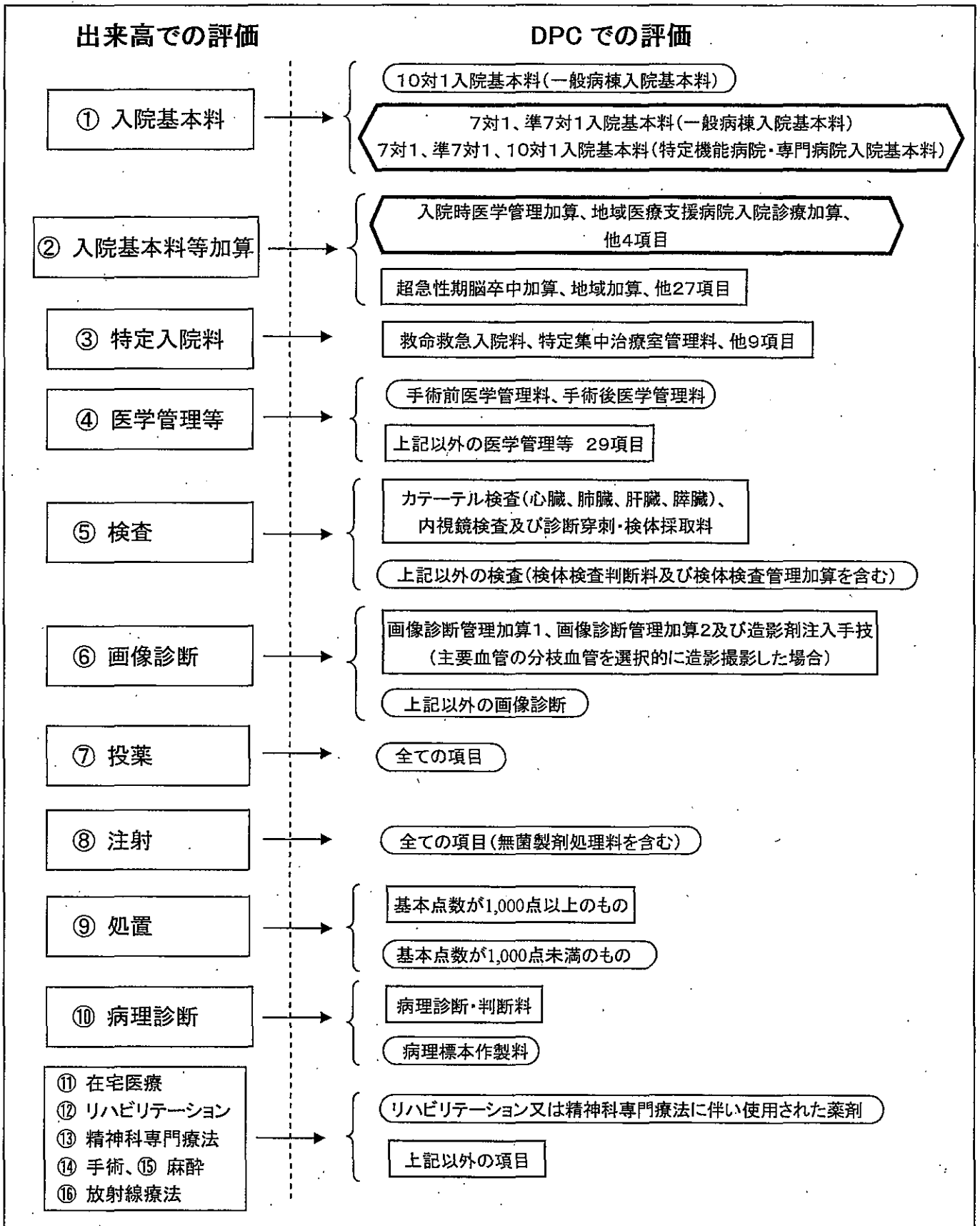
(1) いわゆるドクターフィー的要素の具体的項目

- ④ 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
- ⑤ 検査
〔カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料に限る〕
- ⑥ 画像診断
〔画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に限る〕
- ⑨ 処置（基本点数が1,000点以上のものに限る）
- ⑩ 病理診断（病理診断・判断料に限る）
- ⑪ 在宅医療
- ⑫ リハビリテーション（薬剤を除く）
- ⑬ 精神科専門療法（薬剤を除く）
- ⑭ 手術
- ⑮ 麻酔
- ⑯ 放射線療法

(2) いわゆるホスピタルフィー的要素の具体的項目

- ② 入院基本料等加算
 - ・ 超急性期脳卒上加算
 - ・ 療養環境加算
 - ・ 地域加算
 - 他26項目
- ③ 特定入院料（加算点数として評価）
 - ・ 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
 - ・ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
 - ・ 一類感染症患者入院医療管理料
 - ・ 小児入院医療管理料

DPC による診療報酬の内訳(概要)



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

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) 治療実施の有無	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) 退院時転棟	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

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件
	(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
	(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

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
	(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
	(20) 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 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 YYYYMMDD 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 YYYYMMDD 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) 播創ステージ 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)

大項目	小項目	内容 (入力様式等)	入力条件
	(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)
	(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	Bil=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)

大項目	小項目	内容（入力様式等）	入力条件
	(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
	(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、150、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) テモソロミド（初発の初回治療に限る）の有無	0. 無 1. 有	必須