

# 同じ形式のエクセルファイルより値を取り出して表を作成する

## データクレンジング

質的監査 8月退院分	監査番号	01-202308	監査者	
【患者情報】				
ID			監査完了日	
氏名				2
診療科				1
主治医				0
病棟				NA
DPC病名				
入院期間	~	日間		
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>&lt;評価点数の基準&gt;</p> <p>状況 評価点</p> <p>監査項目を実行している 2点</p> <p>監査項目を一部実行している 1点</p> <p>監査項目を実行していない 0点</p> <p>該当しない NA(分母から除外)</p> </div>				
質的監査項目				
1.入院時所見				
No	項目	評価	コメント	評価基準
(1)	主訴、入院目的が適切に記載されている。			主訴または入院目的が明確に記載されていたら2点 不十分な場合は1点、未記載は0点
(2)	現病歴が適切に記載されている。			症状出現(検査異常)から、受診までの経過が詳細に記載されていたら2点、内容に足りない場合は1点、未記載は0点
(3)	既往歴が適切に記載されている。			既往疾患の有無、時期、手術なども含めて記載されていたら2点 記載が乏しければ1点 未記載は0点
(4)	家族歴が適切に記載されている。			家族歴の有無、詳細の内容について記載があれば2点、具体的内容に乏しければ1点 未記載は0点
(5)	入院時評価、治療計画が適切に記載されている。			入院時評価、治療計画が記載があれば2点、内容に乏しければ1点 未記載は0点
(6)	薬剤禁忌情報及び感染情報、食物アレルギーに関する情報が適切に記載されている。			薬剤禁忌、感染情報、アレルギーがすべて記載されていれば2点、一部記載漏れがあれば1点、未記載は0点
2.入院後5日間の診察記事				
(1)	日々の記載について、第三者にて読みやすいように適切な内容となっている。(入院初期記録や経過記録の記事引用が数小個になっていること)			日々の記載が8割以上、内容がわかりやすく記載されていれば2点 記載日が8割未満や、入院初期記録や経過記録の記事引用にてほとんど記載されている(ウィークリーサマリー多く、第三者が読みにくい)記載の場合1点 未記載日が多い場合0点
3.IC記録(医師:診察記事)				
(1)	説明内容が適切に記載されている。			病名告知(病状説明)、手術/検査/処置などの内容が具体的に記載があれば2点、内容が乏しければ1点、乏なければ0点となるが、本来あるべき項目がない場合は、コメントへ記載する。例)病名告知の記載なし。
(2)	患者・家族等の反応と理解、患者の思い・希望等が適切に記載されている。			患者・家族の反応、思い・希望がいずれも記載されていれば2点、いずれかのみでは1点、未記載は0点
(3)	医療者の対応が適切に記載されている。			患者・家族の反応、思い・希望、それぞれに対して、医療者の対応が記載されていれば2点 一部のみであれば1点
4.退院サマリー				
(1)	入院後の経過が、第三者にて読みやすいように適切な記載となっている。			入院中の検査/治療内容・評価も含めて記載されていれば2点、いずれか抜けがあれば1点、入院経過がほとんど0点
5.看護サマリー				
(1)	経過及び情報を要約し、第三者にて読みやすいように適切な記載内容となっている。			患者情報、経過の要約が、わかりやすくまとめられていたら2点、内容の一部漏れがある場合や略語などで第3者は1点、必要な情報に漏れが多い場合は0点 死亡退院の場合はNA
6.多職種カンファレンス記録				
(1)	多職種によるカンファレンスが行われ、評価と計画の記録が適切に記載されている。			多職種とは、3職種以上を想定しているが、同じ職種でも所属が違う場合は、多職種と判断する。(例:一内医師参加者やカンファレンスの内容について、わかりやすく記載されていれば2点、参加者や内容の記載漏れがカンファレンスの内容が未記載の場合は0点 ★カンファレンスが開催されていなければ0点となるが、本来あるカンファレンスがない場合は評価NAと、コメントへ記載。例)NSTカンファレンスなし。
**総評**				
特記事項あれば記載おねがいします。				



A <sub>0</sub> 項目	A <sub>1</sub> 評価	A <sub>2</sub> 分類	A <sub>3</sub> 監査番号	A <sub>4</sub> 監査者	監査完了日	AFC ID
(1) 主訴、入院目的が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(2) 現病歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(3) 既往歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(4) 家族歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(5) 入院時評価、治療計画が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(6) 薬剤禁忌情報及び感染情報、食物アレルギーに関する情報...	2	1.入院時所見	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(1) 日々の記載について、第三者にて読みやすいように適切な内容...	2	2.入院後5日間の診察記事	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(1) 説明内容が適切に記載されている。	2	3.IC記録(医師:診察記事)	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(2) 患者・家族等の反応と理解、患者の思い・希望等が適切に記載...	2	3.IC記録(医師:診察記事)	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(3) 医療者の対応が適切に記載されている。	2	3.IC記録(医師:診察記事)	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(1) 入院後の経過が、第三者にて読みやすいように適切な記載とな...	2	4.退院サマリー	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(1) 経過及び情報を要約し、第三者にて読みやすいように適切な記...	2	5.看護サマリー	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(1) 多職種によるカンファレンスが行われ、評価と計画の記録が適切...	2	6.多職種カンファレンス記録	01-202311	山田太郎		2023/12/26 0000
(1) 主訴、入院目的が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(2) 現病歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(3) 既往歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(4) 家族歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(5) 入院時評価、治療計画が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(6) 薬剤禁忌情報及び感染情報、食物アレルギーに関する情報...	2	1.入院時所見	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(1) 日々の記載について、第三者にて読みやすいように適切な内容...	2	2.入院後5日間の診察記事	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(1) 説明内容が適切に記載されている。	2	3.IC記録(医師:診察記事)	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(2) 患者・家族等の反応と理解、患者の思い・希望等が適切に記載...	2	3.IC記録(医師:診察記事)	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(3) 医療者の対応が適切に記載されている。	2	3.IC記録(医師:診察記事)	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(1) 入院後の経過が、第三者にて読みやすいように適切な記載とな...	2	4.退院サマリー	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(1) 経過及び情報を要約し、第三者にて読みやすいように適切な記...	2	5.看護サマリー	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(1) 多職種によるカンファレンスが行われ、評価と計画の記録が適切...	2	6.多職種カンファレンス記録	02-202311	山田太郎		2023/12/25 0001
(1) 主訴、入院目的が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	03-202311	山田太郎		2023/12/27 0002
(2) 現病歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	03-202311	山田太郎		2023/12/27 0002
(3) 既往歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	03-202311	山田太郎		2023/12/27 0002
(4) 家族歴が適切に記載されている。	2	1.入院時所見	03-202311	山田太郎		2023/12/27 0002

1. フォルダ内で右クリック-->新規作成-->Microsoft Excel ワークシート
2. 作成したファイル名を演習.xlsxなどに修正し、開く
3. データタブ-->データの取得-->クエリオプション-->データの読み込み-->型の検出-->「非構造化ソースの型とヘッダーを検出しない」をチェック
4. フォルダからファイルの取得
  - (ア) データの取得-->ファイルから-->フォルダから-->data-->データの結合と変換
  - (イ) Sheet1 を選択-->OK
5. サンプルファイルの変換の処理
  - (ア) 不要な列の削除：Column 3, 7,8,9,12-17 を選択-->列の削除
  - (イ) 不要な行の削除：行の削除-->空白行の削除
  - (ウ) Column5 と 6 を選択-->変換タブ-->列のマージ-->OK
  - (エ) データ型の変換：全列を選択-->データ型-->テキスト
  - (オ) 不要な文字を削除：Column 1 を選択-->値の置換
    - ① 検索する値：「:」（半角）、置換後：空白 --> OK
  - (カ) 監査番号列の作成
    - ① 結合済み列 1 行目を選択-->右クリック-->ドリルダウン
    - ② 数式バーの「置き換えられた値{0}[結合済み]」をコピー
    - ③ 適応したステップの結合済みの左のXを押してステップを削除
    - ④ 列の追加タブ-->カスタム列
      1. 新しい列名：監査番号
      2. カスタム列の式の=のあとにコピーした数式をペースト-->OK
  - (キ) 監査者列、監査完了日列も同様に作成
  - (ク) ID から入院期間の値の取得
    - ① 変換タブ-->入れ替え
    - ② Column3~Column9 を選択-->右クリック-->他の列の削除
    - ③ ホームタブ-->1 行目をヘッダーとして使用
    - ④ 行の保持-->上位の行を保持-->行数 1-->OK
    - ⑤ 適用したステップ「保存された先頭行」の名称を右クリック→名前の変更を選択し、「ID から入院期間の値」に変更
  - (ケ) もとのテーブルにもどる：
    - ① 数式バーの横の fx をクリック
    - ② 数式を「=追加されたカスタム 2」に変更
  - (コ) ID から入院日の作成
    - ① 列の追加タブ-->カスタム列-->カスタム列の式:ID から入院期間の値-->OK
    - ② カスタム列を展開-->元の列名のプレ…のチェックを外す-->OK
    - ③ 入院期間列を入院日に変更
  - (サ) 退院日列の作成:Column4 行目の値を利用して (カ) と同様に作成

(シ) 不要な行の削除：ホームタブ-->行の削除-->上位の行の削除:10-->OK

(ス) 大項目列の作成

- ① 列の追加タブ-->条件列
- ② 新しい列名：大項目
- ③ 列名：Column2
- ④ 演算子：指定の値に等しい
- ⑤ 値：null
- ⑥ 出力：ABC123-->列の選択-->Column1-->OK
- ⑦ 変換タブ-->フィル-->下へ

(セ) 不要な行の削除：Column2▼-->null と項目のチェックを外す。

(ソ) 不要な列の削除：Column4、結合済み、Column11 を削除

(タ) Column1 と Column2 の結合

- ① Column1、2 を選択
- ② 変換タブ-->列のマージ：
- ③ 区切り記号：スペース、新しい列名：項目 -->OK

(チ) 列名の変更：Column10-->評価

(ツ) 列の移動：大項目列を選択-->右クリック-->移動-->先頭に移動

## 6. data クエリの処理

(ア) Source.Name 列の削除

(イ) 評価列を選択-->値の置換：NA-->null

(ウ) 列のデータ型の修正：

- ① 監査完了日、入院日、退院日-->日付
- ② 評価-->整数
- ③ それ以外-->テキスト

(エ) 閉じて読み込む-->閉じて次に読み込む

- ① 接続の作成のみをチェック
- ② このデータをデータモデルに追加するをチェック-->OK

## ピボットテーブルの作成

合計 / 評価	列ラベル											総計
行ラベル	01第一内科	02第二内科	03第三内科	04第一外科	05第二外科	06脳神経外科	08産婦人科	09小児科	12耳鼻咽喉科	13眼科		
<b>1.入院時所見</b>	12	12	8	12	12	12	11	12	11	9	111	
(1) 主訴、入院目的が適切に記載されている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
(2) 現病歴が適切に記載されている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
(3) 既往歴が適切に記載されている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
(4) 家族歴が適切に記載されている。	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	16	
(5) 入院時評価、治療計画が適切に記載されている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
(6) 薬剤禁忌情報及び感染情報、食物アレルギー等に関する情報が適切に記載されている。	2	2	0	2	2	2	2	1	2	1	15	
<b>2.入院後5日間の診察記事</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	19	
(1) 日々の記載について、第三者にて読みやすいように適切な内容となっている。	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	19	
<b>3.IC記録（医師診察記事）</b>	4	6	2	6	6	6	6	2	6	0	38	
(1) 説明内容が適切に記載されている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	16	
(2) 患者・家族等の反応と理解、患者の思い・希望等が適切に記載されている。	1	2	0	2	2	2	2	0	2	0	11	
(3) 医療者の対応が適切に記載されている。	1	2	0	2	2	2	2	0	2	0	11	
<b>4.退院サマリー</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
(1) 入院後の経過が、第三者にて読みやすいように適切な記載となっている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
<b>5.看護サマリー</b>	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	16	
(1) 経過及び情報を要約し、第三者にて読みやすいように適切な記載内容となっている。	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	16	
<b>6.多職種カンファレンス記録</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
(1) 多職種によるカンファレンスが行われ、評価と計画の記録が適切に記載されている。	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
<b>総計</b>	24	26	18	26	24	26	19	22	24	15	224	

### 1. 診療科別テーブルの作成

(ア) 挿入タブ-->ピボットテーブル-->データモデルから-->OK

(イ) ピボットテーブルのフィールド

- ① 行：大項目、項目
- ② 値：評価
- ③ 列：診療科

(ウ) デザインタブ-->小計-->すべての小計をグループの先頭に表示する

(エ) データの追加

- ① 追加用フォルダのファイル2つを data フォルダに入れる
- ② データタブ：すべて更新
- ③ テーブルに列が追加されているのを確認。

(オ) シート名を診療科別テーブルに変更する

### 2. ID 別テーブルの作成

(ア) 新規シート作成-->ピボットテーブル-->データモデルから-->OK

(イ) 既存ワークシート-->場所：任意の場所で OK。(B2 に配置すると見やすい) -->OK

(ウ) ピボットテーブルのフィールド

- ① 行：ID、監査者
- ② 値：評価
- ③ 列：大項目、項目

(エ) デザインタブ-->レポートのレイアウト-->表形式で表示

(オ) シート名を ID 別テーブルに変更する

### 3. 診療科別集計グラフの作成

(ア) 新規シート作成-->挿入タブ-->ピボットグラフ-->ピボットグラフ

- ① 分析するデータ-->このブックのデータモデルを使用する
  - ② ピボットグラフの配置先-->既存のワークシート -->OK
- (イ) ピボットグラフのフィールド
- ① 軸：診療科
  - ② 値：評価
- (ウ) スライサー設置：
- ① ピボットグラフのフィールドの監査者を右クリック-->スライサーとして追加
  - ② ピボットグラフのフィールドの大項目を右クリック-->スライサーとして追加
- (エ) タイムライン設置
- ① ピボットグラフのフィールドの入院日を右クリック-->タイムラインとして追加
- (オ) シート名を診療科別集計グラフに変更する