中医協　総－６
２９．３．１５

入院医療（その２）

平成29年３月15日

入院医療（その２）

１．一般病棟入院基本料

２．地域における医療提供体制

３．参考資料

入院医療（その２）

１．一般病棟入院基本料

２．地域における医療提供体制

３．参考資料

一般病棟入院基本料の区分別の概要

○　現行の一般病棟入院基本料は、主に看護職員配置や医師配置等をベースに入院医療に係る基本的な療養に対する費用として、段階的に点数が設定されている。

　また、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率などが施設基準の届出要件に含まれている。

　加えて、看護補助者等を追加的に配置している場合等に、加算が設定されている。

○　一般病棟入院基本料を区分別にみると、

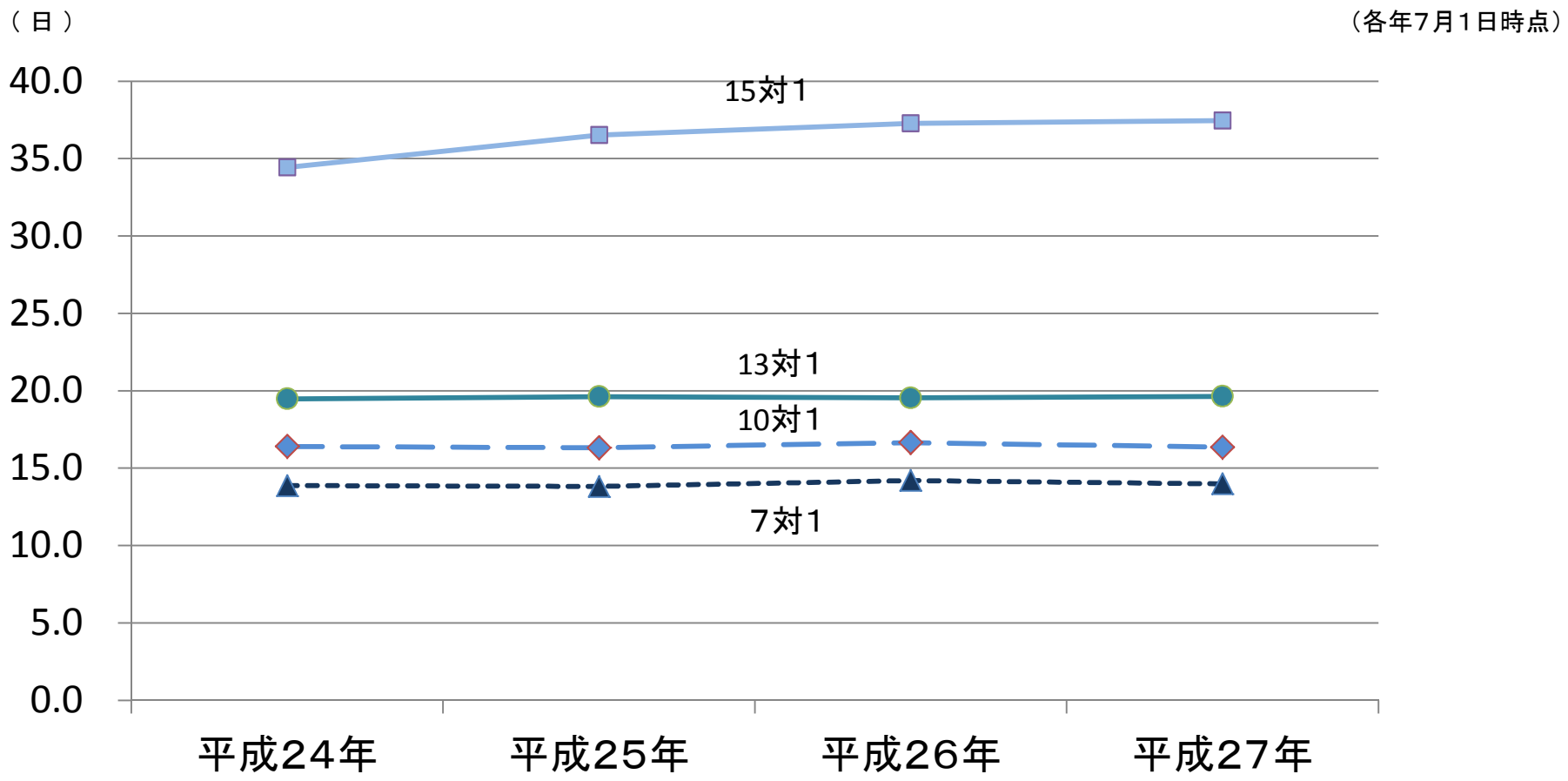
・平均在院日数は、7対1が最も短く、次いで、10対1、13対1、15対1となっている。
・病床稼働率は、7対1が最も高いが、近年、7対1、10対1、15対1は、低下傾向。
・届出病床数は、7対1が最も多く、次いで、10対1、15対1、13対1となっている。
・算定回数は、7対1と10対1をみると、近年、減少傾向。

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1	13対1	15対1
入院基本料	1,591点	1,332点	1,121点	960点
主な加算	14日以内　450点　　15日以上30日以内　192点			
	急性期看護補助体制加算（14日まで） 25対1（5割以上）　160点　25対1（5割未満）　140点 50対1　120点、　75対1　80点		看護補助加算1　109点 看護補助加算2　　84点 看護補助加算3　　56点	
		看護必要度加算1　55点 看護必要度加算2　45点 看護必要度加算3　25点		
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上	常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上
	最小必要数の7割以上が看護師			最小必要数の4割以上が看護師
平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上（許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上）	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。		
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上			
在宅復帰率	8割以上			

一般病棟入院基本料区分別　平均在院日数の推移

〇平均在院日数は、7対1入院基本料が最も短い。15対1入院基本料以外の平均在院日数は、近年、横ばい。

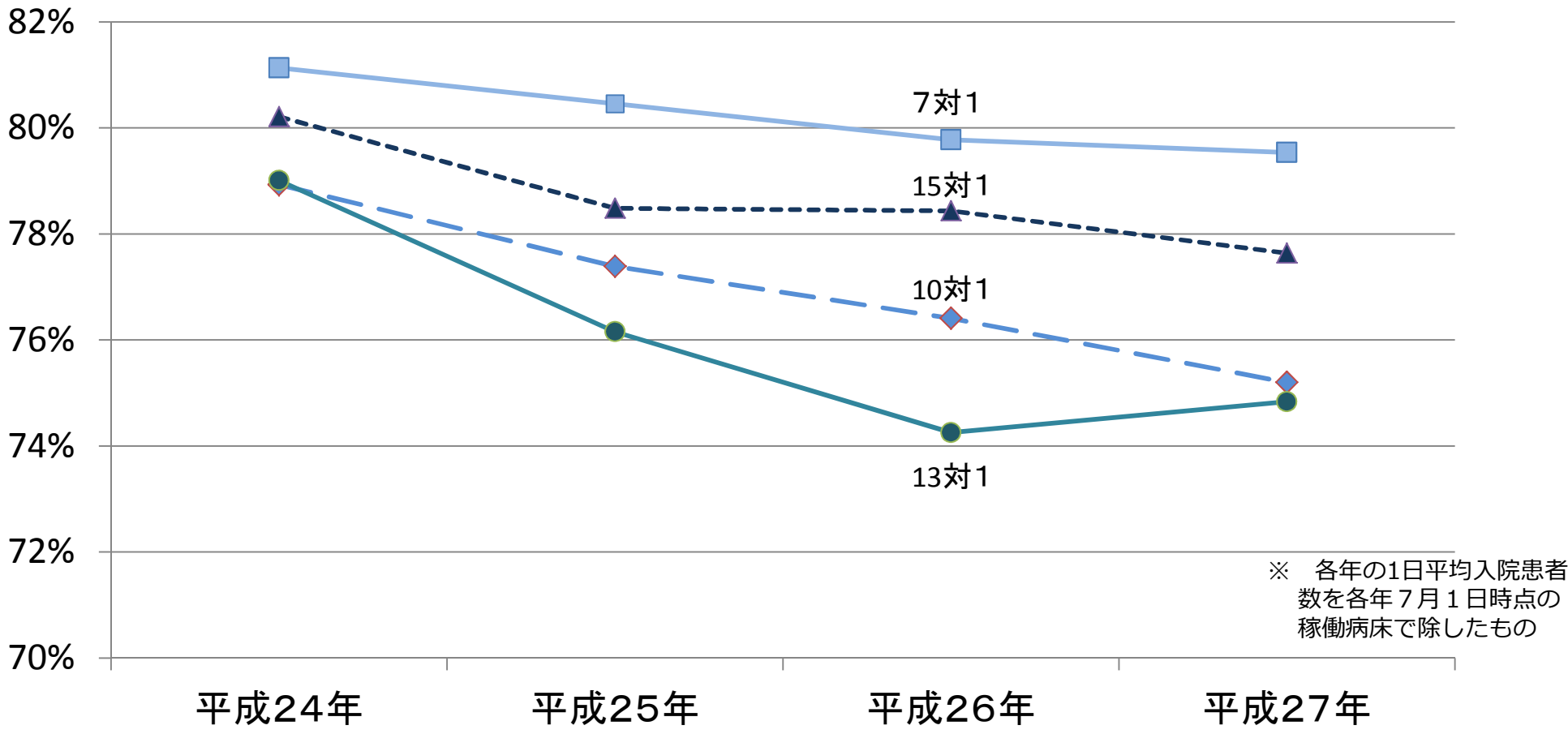


※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料区分別　稼働率の推移

〇病床稼働率は、7対1入院基本料が最も高いが、近年、7対1入院基本料、10対1入院基本料、15対1入院基本料の病床稼働率は、低下傾向。



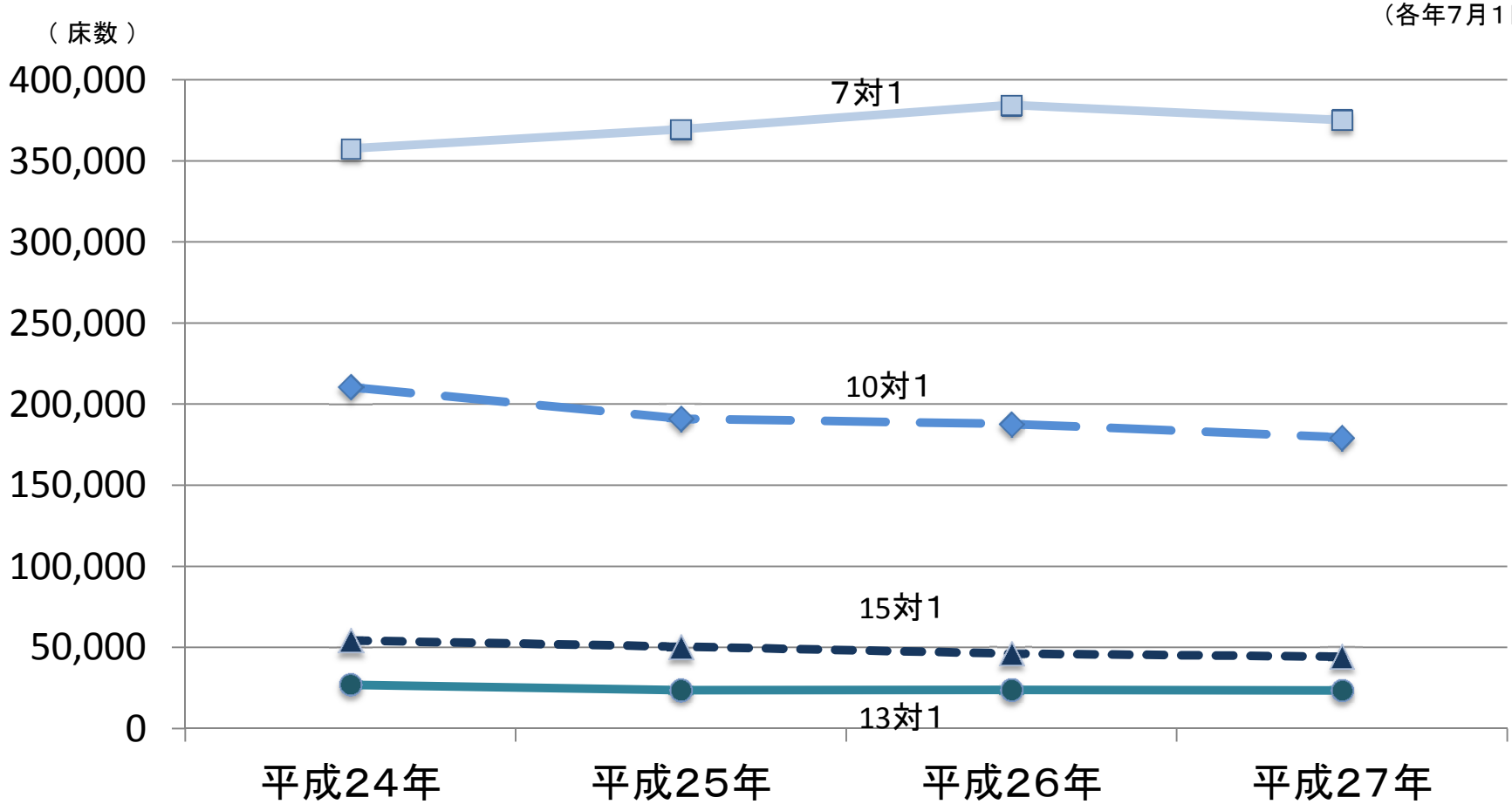
※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料区分別　病床数の推移

○届出病床数は、7対1入院基本料が最も多い。10対1入院基本料の届出病床数は、近年、減少傾向。
7対1入院基本料の届出病床数は平成26年から平成27年にかけて減少。

（各年7月1日時点）

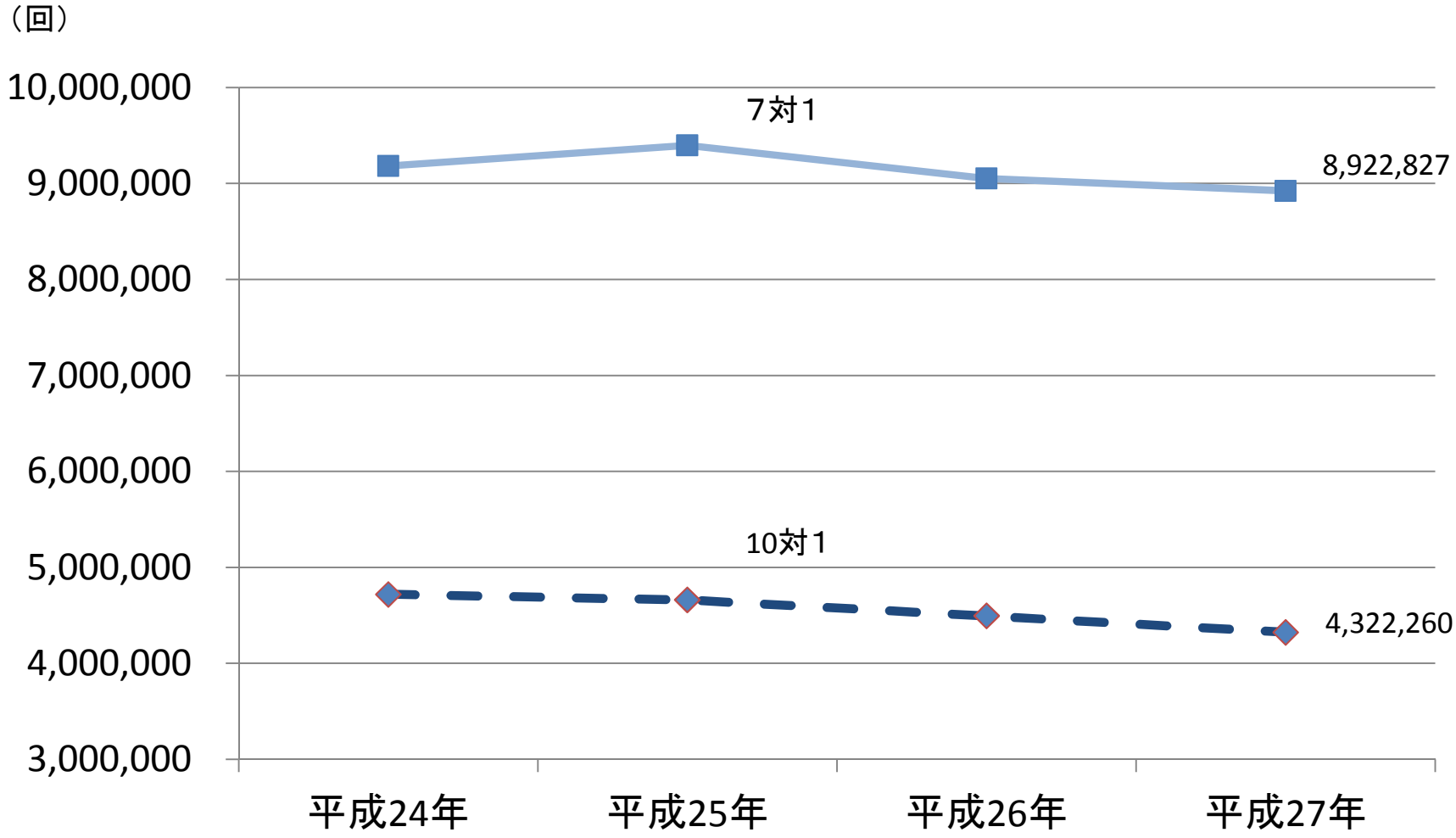


※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料区分別　算定回数の推移

○　一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の算定回数は、近年、減少傾向。



※　出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した値

出典：DPCデータ及び社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

一般病棟入院基本料の区分別の職員配置等の状況

○　看護職員については、いずれの届出区分でも必要な配置数（推計）よりも実際には多く配置されており、届出区分別では7対1が最も多い。

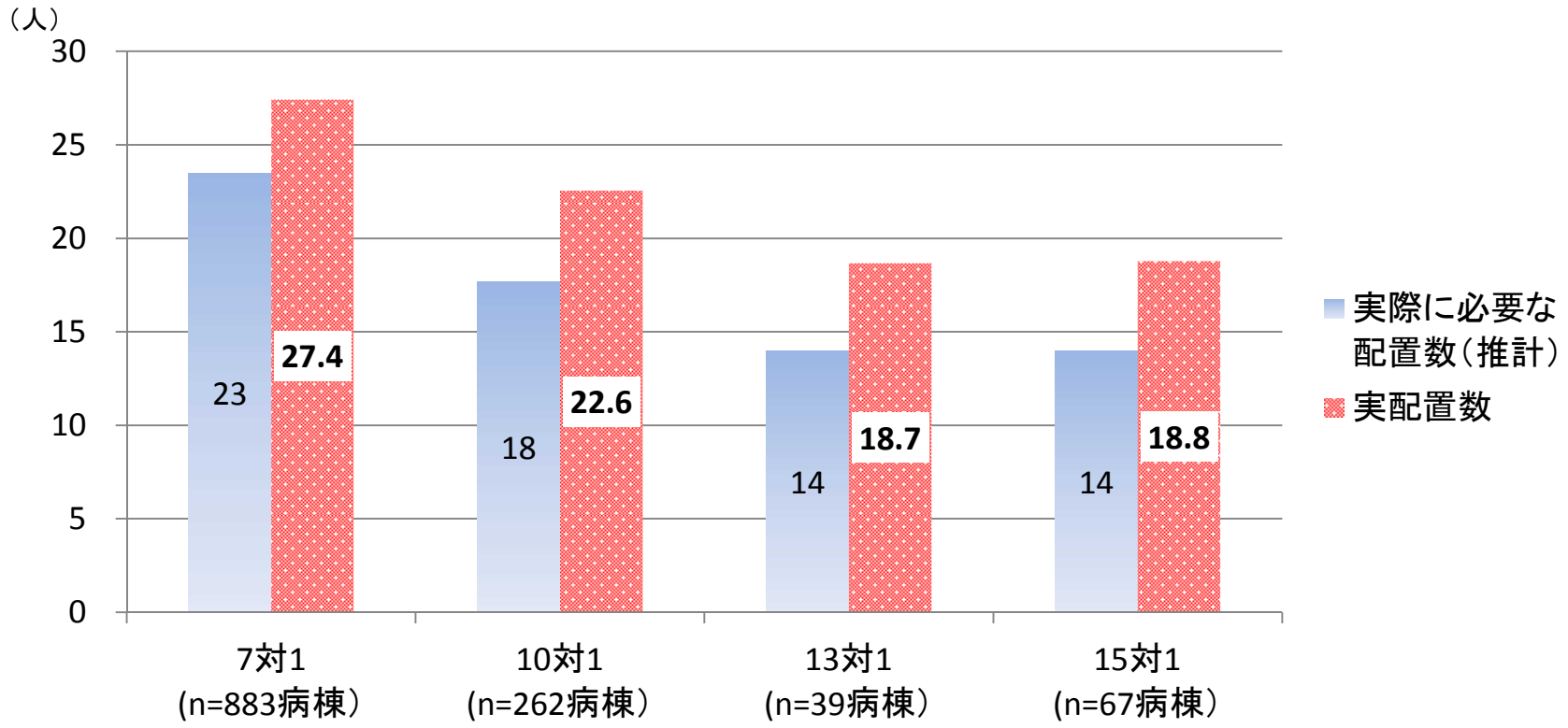
○　1病床あたり職員数（医師以外）をみると、約95%の病棟で看護職員以外の職員を配置しており、病棟配置職員数の約2割が看護職員以外の職員になっている。

○　一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。

○　1床あたり医業収益と医業・介護費用をみると、7対1届出医療機関では、医業収益と入院診療収益は、いずれも最も高い。医業・介護費用に占める給与費の割合は、7対1ではその他と比較して低い。

一般病棟入院基本料区分別　病棟の看護職員の配置数

○ いずれの届出区分でも必要な配置数（推計）よりも実際には多くの看護職員を配置している。



（参考）　必要配置数（基準値）　　7対1…14人　10対1…11人　13対1…8人　15対1…7人
病棟あたりの平均届出病床数（平成26年11月5日時点）に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※　実配置数：病棟あたりの看護職員の平均配置数（平成26年11月5日時点）
実際に必要な配置数（推計）：病棟あたりの平均届出病床数（平成26年11月5日時点）に対し利用率を80%と設定し算出
病床数を用い、看護職員の休日等の取得を考慮（年間総労働時間を1,800時間で設定）して試算し、
かつ月平均夜勤時間の要件を考慮した必要な配置数

※　月平均夜勤時間の要件や夜勤人数の設定により、必要数が変動することに留意

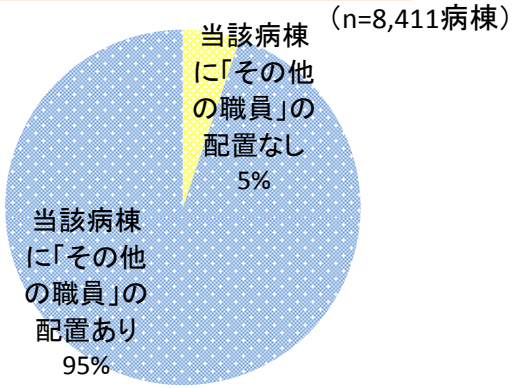
出典：平成26年度入院医療調査

一般病棟入院基本料区分別　病棟の配置職員数

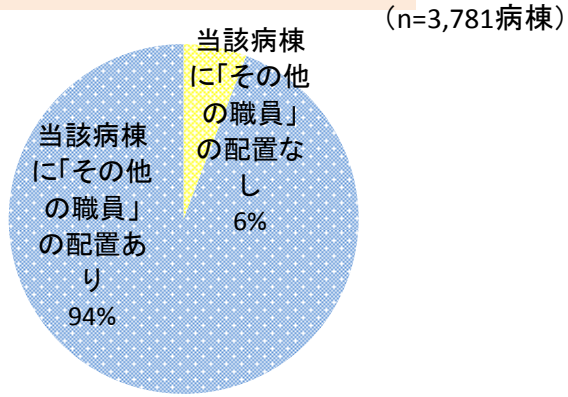
〇7対1と10対1の病棟で、各病棟の「その他の職員」の配置をみると、約95%の病棟で看護職員以外の職員を配置している。また、病棟配置職員数の約2割が看護職員以外の職員が配置されている。

■　各病棟の「その他の職員」の配置

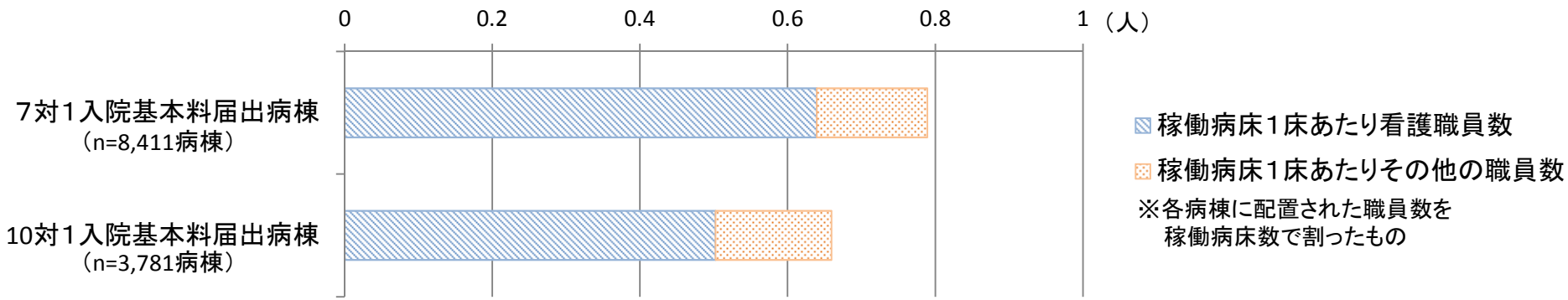
7対1入院基本料届出病棟



10対1入院基本料届出病棟



■　区分別稼働病床1床あたりの職員数

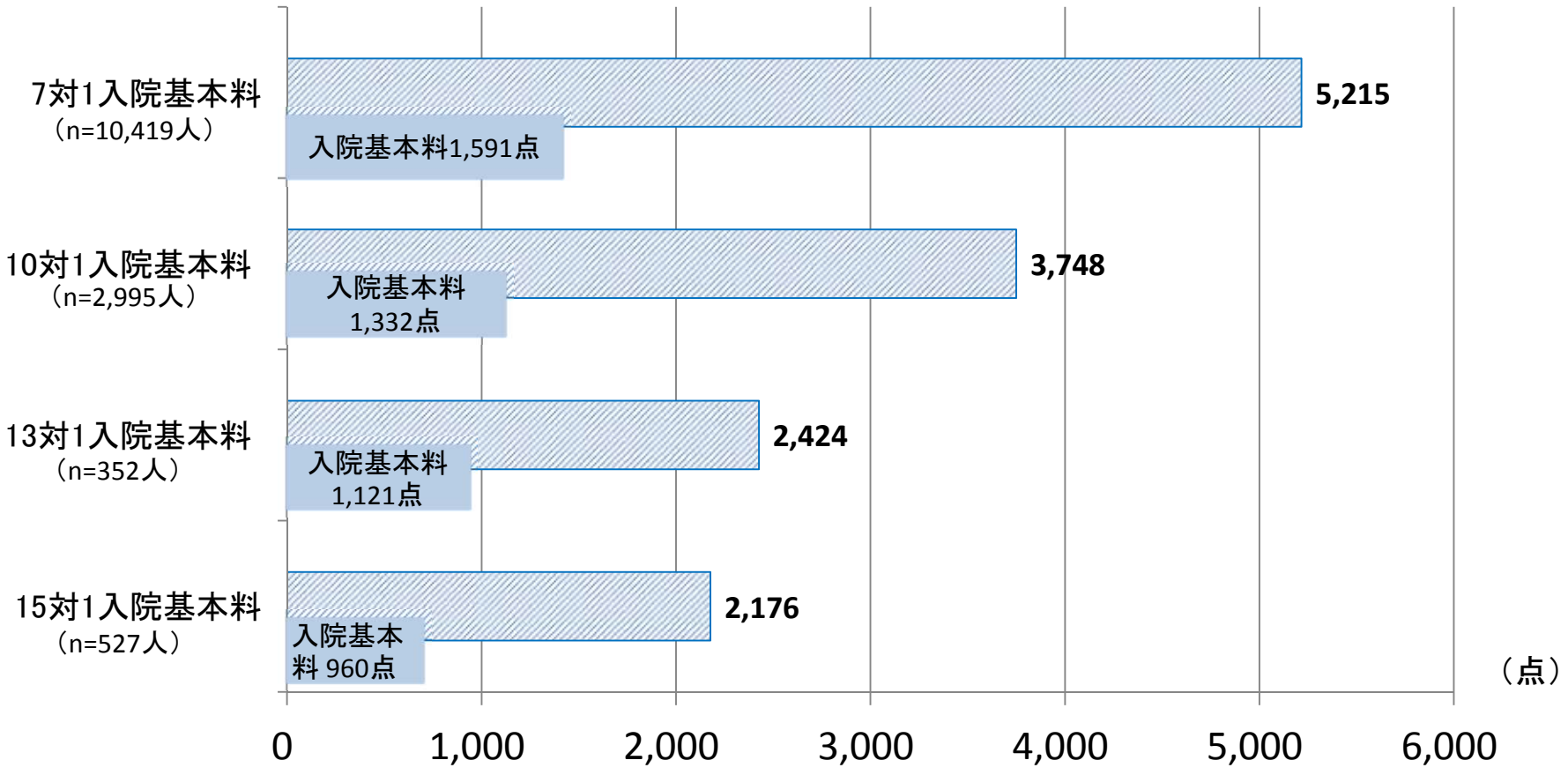


※　看護職員：看護師、准看護師
その他の職員：看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、　臨床工学技士

出典：平成27年度病床機能報告データ

一般病棟入院基本料区分別　一日あたり平均レセプト請求点数

○　一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。



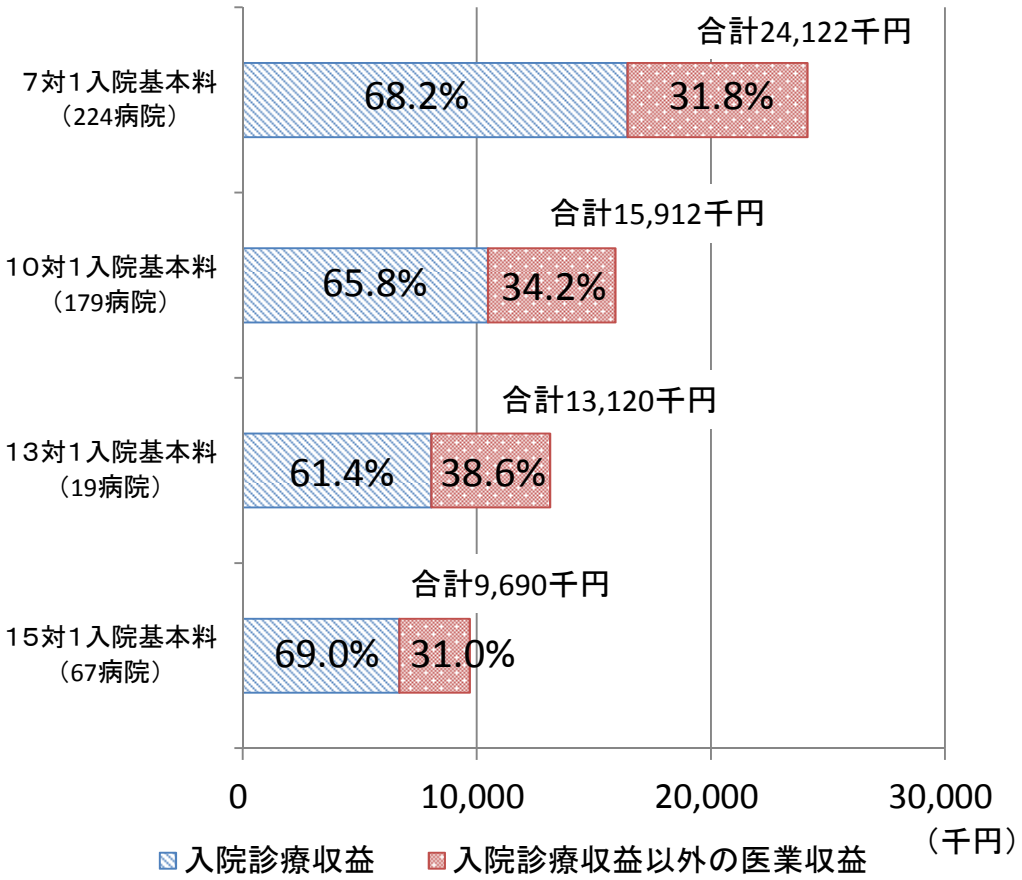
※　平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査対象月のレセプトより算出

出典：平成26年度入院医療等の調査

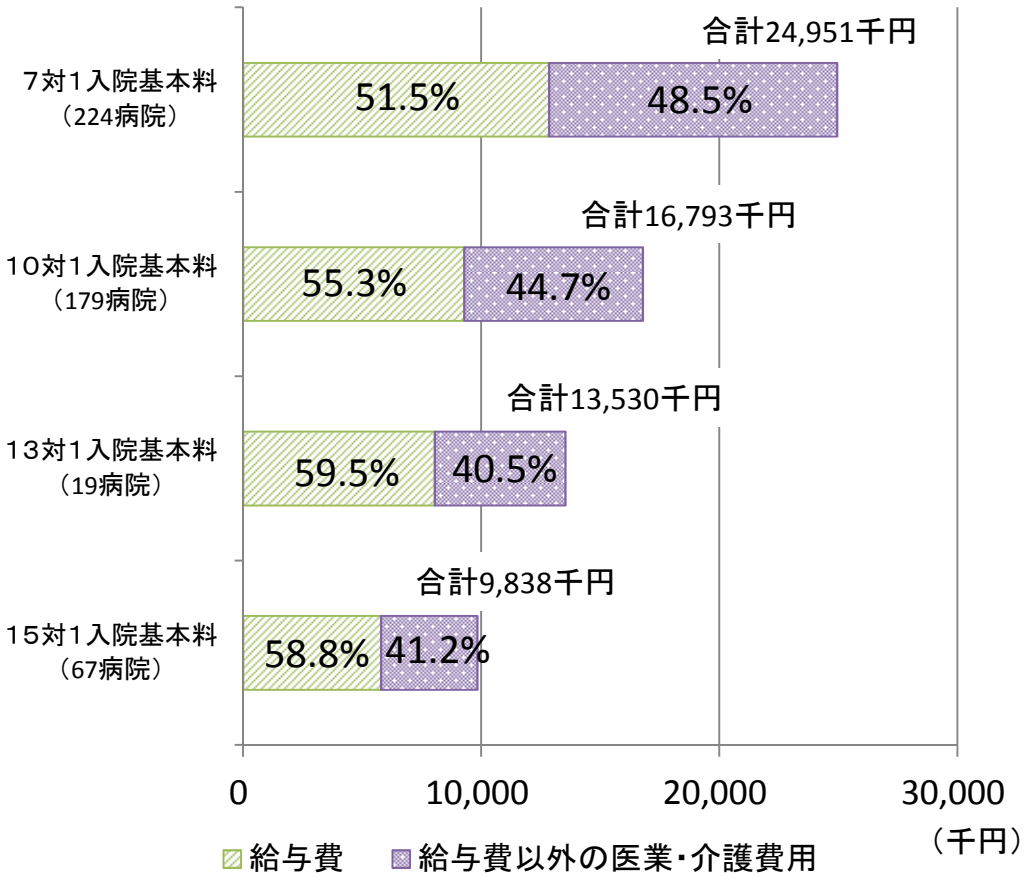
一般病棟入院基本料区分別　1床あたり医業収益と医業・介護費用

〇1床あたり医業収益と医業・介護費用をみると、7対1届出医療機関では、医業収益と入院診療収益は、いずれも最も高い。医業・介護費用に占める給与費の割合は、7対1ではその他と比較して低い。

■　1床当たり医業収益



■　1床当たり医業・介護費用



※給与費には一般病棟に配置されている職員のみではなく、当該医療機関の全ての職員の給料、賞与、退職金等が含まれている。

出典：平成27年医療経済実態調査

平成27年医療経済実態調査（概要） 医療機関の損益率（一般病棟入院基本料別）

中医協　総－２（平成２７年１１月４日）を基に作成

■一般病棟入院基本料算定病院

【7対1】（n＝224、平均病床数＝329）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	7,812,196	99.9%	7,935,975	99.9%	1.6%
Ⅱ介護収益	6,984	0.1%	7,341	0.1%	5.1%
Ⅲ医業・介護費用	7,958,140	101.8%	8,208,792	103.3%	3.1%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲138,960	▲1.8%	▲265,475	▲3.3%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	490,582	6.3%	511,668	6.4%	4.3%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	256,544	3.3%	525,380	6.6%	104.8%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	95,079	1.2%	▲279,187	▲3.5%	―
1床あたり医業収益	23,745	―	24,122	―	―
1床あたり入院診療収益	16,251	―	16,439	―	―

【13対1】（n＝19、平均病床数＝88）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	1,144,271	99.9%	1,154,568	99.8%	0.9%
Ⅱ介護収益	903	0.1%	1,848	0.2%	104.7%
Ⅲ医業・介護費用	1,181,356	103.2%	1,190,671	103.0%	0.8%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲36,182	▲3.2%	▲34,256	▲3.0%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	96,520	8.4%	97,073	8.4%	0.6%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	24,691	2.2%	36,244	3.1%	46.8%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	35,647	3.1%	26,573	2.3%	―
1床あたり医業収益	13,003	―	13,120	―	―
1床あたり入院診療収益	7,894	―	8,050	―	―

【10対1】（n＝179、平均病床数＝168）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	2,652,396	99.8%	2,673,287	99.8%	0.8%
Ⅱ介護収益	5,350	0.2%	4,674	0.2%	▲12.6%
Ⅲ医業・介護費用	2,745,908	103.3%	2,821,282	105.4%	2.7%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲88,162	▲3.3%	▲143,321	▲5.4%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	183,063	6.9%	224,545	8.4%	22.7%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	85,848	3.2%	189,760	7.1%	121.0%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	9,053	0.3%	▲108,536	▲4.1%	―
1床あたり医業収益	15,788	―	15,912	―	―
1床あたり入院診療収益	10,393	―	10,473	―	―

【15対1】（n＝67、平均病床数＝120）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	1,159,188	99.7%	1,162,753	99.7%	0.3%
Ⅱ介護収益	3,166	0.3%	3,384	0.3%	6.9%
Ⅲ医業・介護費用	1,161,204	99.9%	1,180,534	101.2%	1.7%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	1,150	0.1%	▲14,397	▲1.2%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	57,389	4.9%	107,825	9.2%	87.9%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	38,275	3.3%	96,006	8.2%	150.8%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	20,264	1.7%	▲2,578	▲0.2%	―
1床あたり医業収益	9,660	―	9,690	―	―
1床あたり入院診療収益	6,653	―	6,684	―	―

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
※「構成比率」は、「Ⅰ　医業収益」と「Ⅱ　介護収益」を合算した金額に対する割合である。

一般病棟入院基本料の区分別の入院患者の状況

○　疾病別にみると、7対1では「新生物」が最も多く、7対1以外の病棟では、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が最も多くなっている。

○　年齢階級別にみると、75歳以上の割合は、7対1が最も少なく約42%、次いで10対1が約51%、13対1が約61%、15対1が約66%となっている。なお、年齢階層別の人口推移をみると、65歳未満の人口は今後減少していくことが予想され、入院患者の将来推計を疾患別でみると、悪性新生物の患者は2035年以降減少することが予想される。

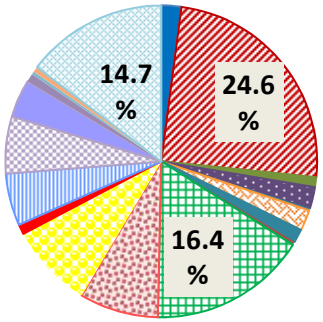
○　医療行為や処置別にみると、多くの医療処置で7対1病棟入院患者の実施割合が高いが、喀痰吸引や中心静脈栄養では、15対1病棟入院患者の実施割合の方が高い。

○　入院継続の理由をみると、いずれの区分も「医学的な理由」が最も多いが、退院へ向けた目標・課題をみると、「疾病の治癒・軽快」は7対1が最も多く、13対1や15対1では、「低下した機能の回復」、「在宅医療・介護等の調整」、「入所先の施設の確保」等の割合が、7対1や10対1に比べて多い。

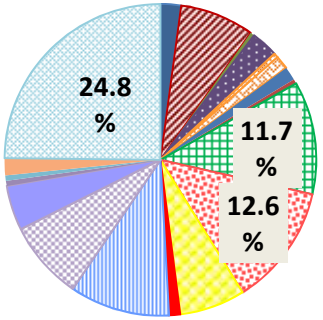
一般病棟入院基本料区分別　患者の疾患別割合

○入院患者の疾患別の割合をみると、7対1では「新生物」が最も多く、7対1以外の病棟では、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が最も多い。

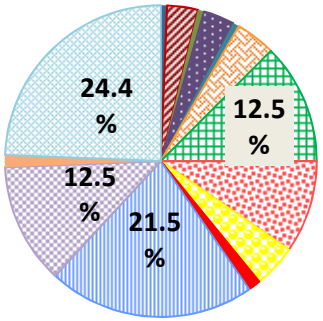
7対1



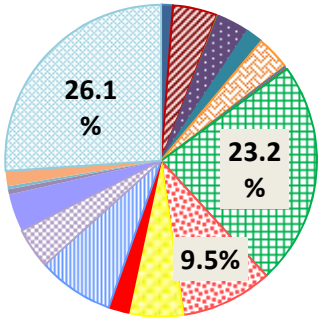
10対1



13対1



15対1



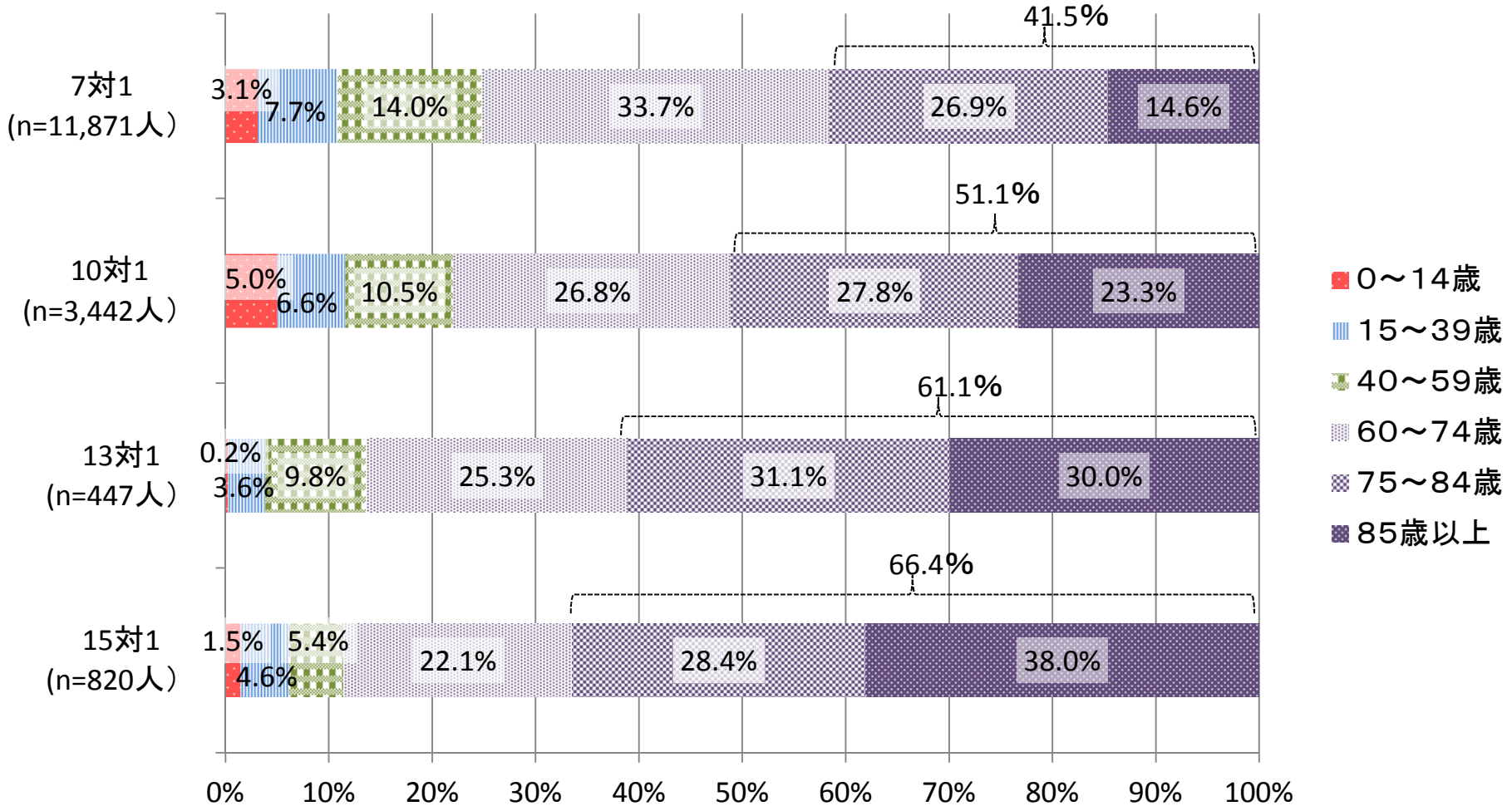
	7対1（n=12,709人）	10対1（n=1,973人）	13対1（n=312人）	15対1（n=568人）
感染症および寄生虫症	2.1%	2.1%	0.6%	1.2%
新生物	①24.6%	7.7%	3.2%	4.6%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	1.0%	0.4%	0.6%	0.2%
内分泌,栄養および代謝疾患	2.2%	2.8%	3.2%	3.3%
精神および行動の障害	0.2%	0.5%	0.6%	1.8%
神経系の疾患	2.2%	1.4%	4.2%	3.5%
眼および付属器の疾患	1.4%	1.4%	0.0%	0.2%
耳および乳様突起の疾患	0.3%	0.5%	0.0%	0.2%
循環器系の疾患	②16.4%	③11.7%	③12.5%	②23.2%
呼吸器系の疾患	8.2%	②12.6%	9.6%	③9.5%
消化器系の疾患	8.8%	6.8%	4.5%	5.6%
皮膚および皮下組織の疾患	1.1%	1.2%	1.3%	2.1%
筋骨格系および結合組織の疾患	5.4%	10.4%	②21.5%	7.9%
尿路性器系の疾患	5.9%	8.2%	③12.5%	4.2%
妊娠,分娩および産じょく<褥>	3.9%	4.7%	0.0%	3.9%
周産期に発生した病態	0.9%	0.5%	0.0%	0.5%
先天奇形,変形および染色体異常	0.3%	0.6%	0.0%	0.4%
症状,徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.6%	1.8%	1.3%	1.6%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	③14.7%	①24.8%	①24.4%	①26.1%

（平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査日時点）

出典：平成26年度入院医療等の調査

一般病棟入院基本料区分別　患者の年齢階級別割合

○ 入院患者の年齢階級別の割合をみると、75歳以上の患者の割合は、7対1が最も少ない。

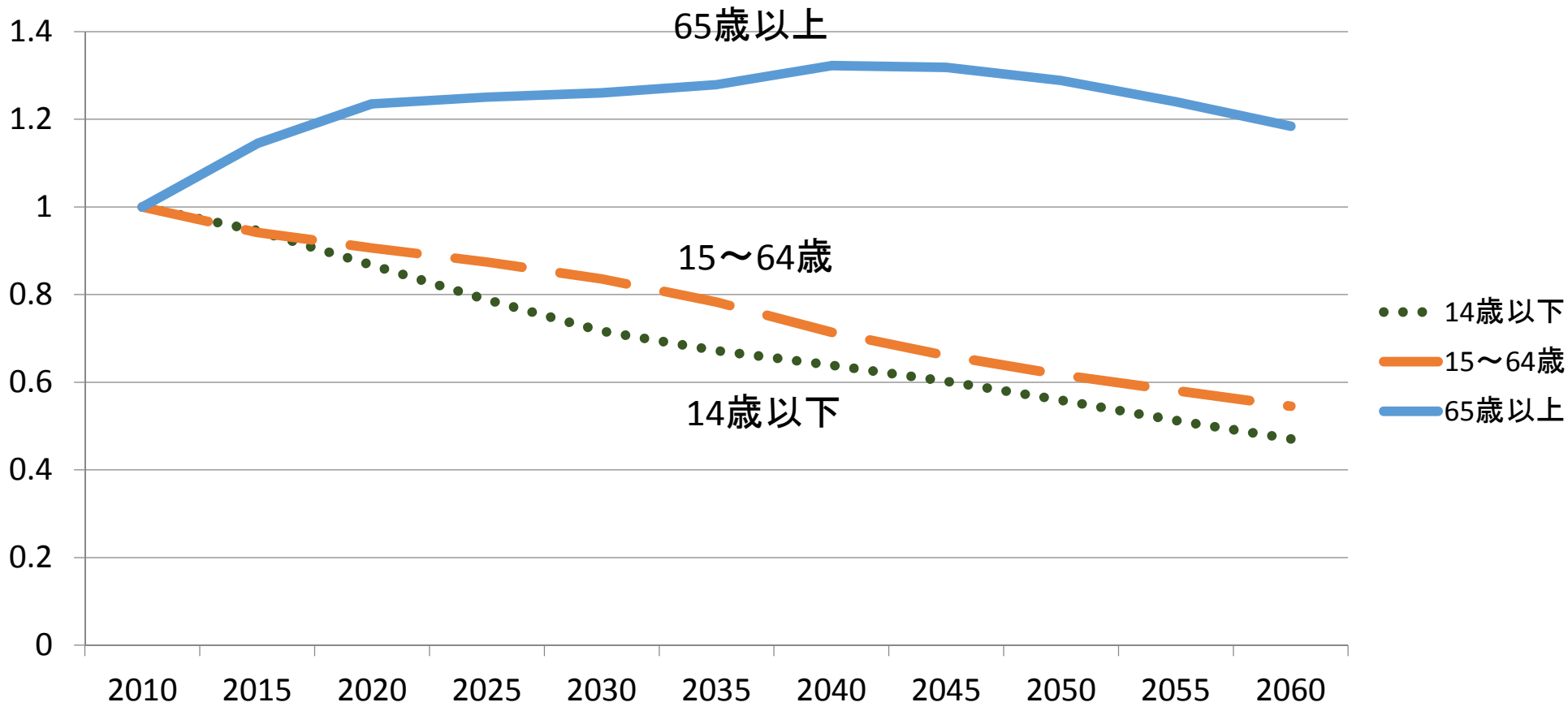


（平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査日時点）

出典：平成26年度入院医療の等調査

（参考）年齢階層別の日本の人口の推移

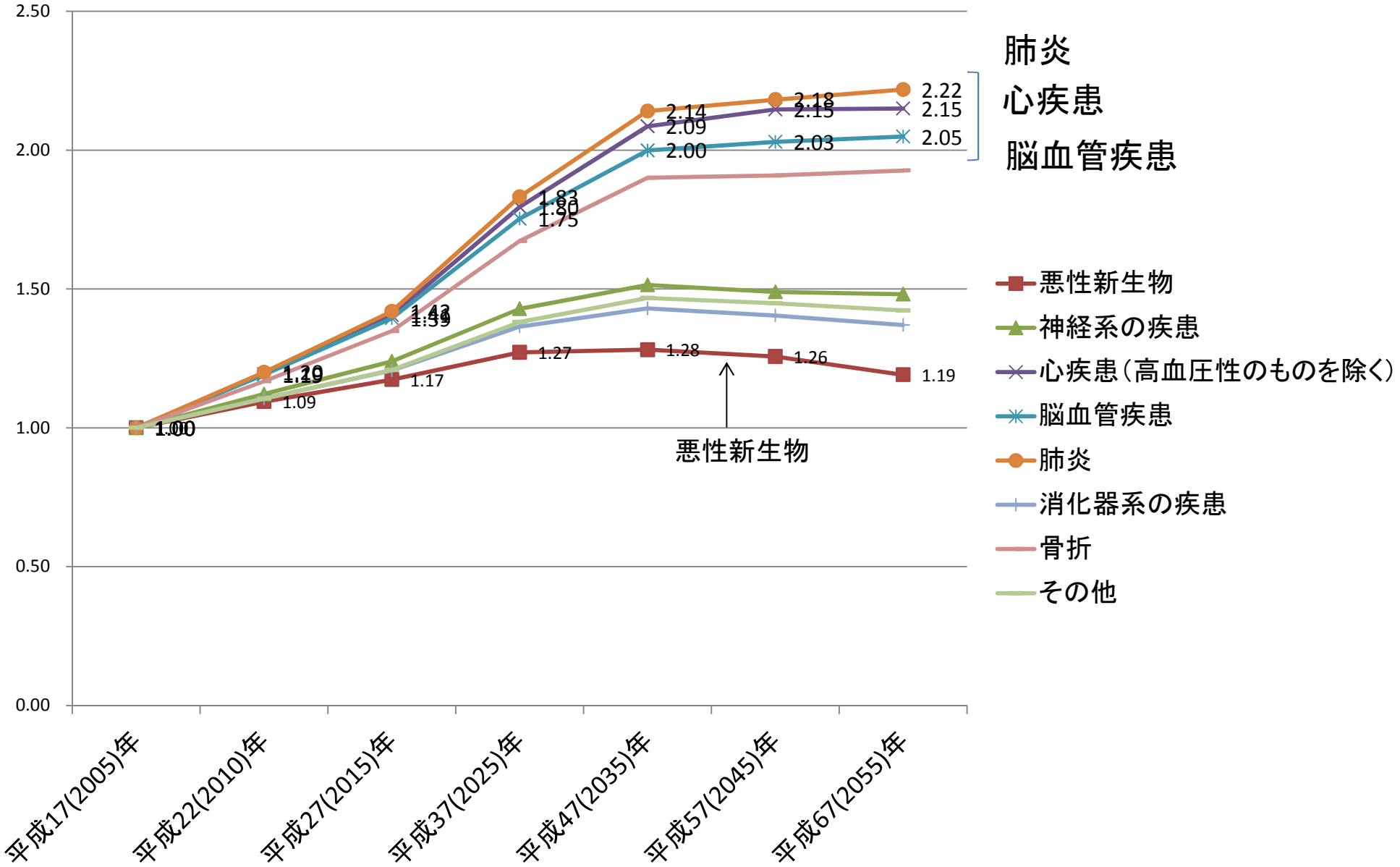
○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。



※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

（出所） 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）
厚生労働省「人口動態統計」
（平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%）

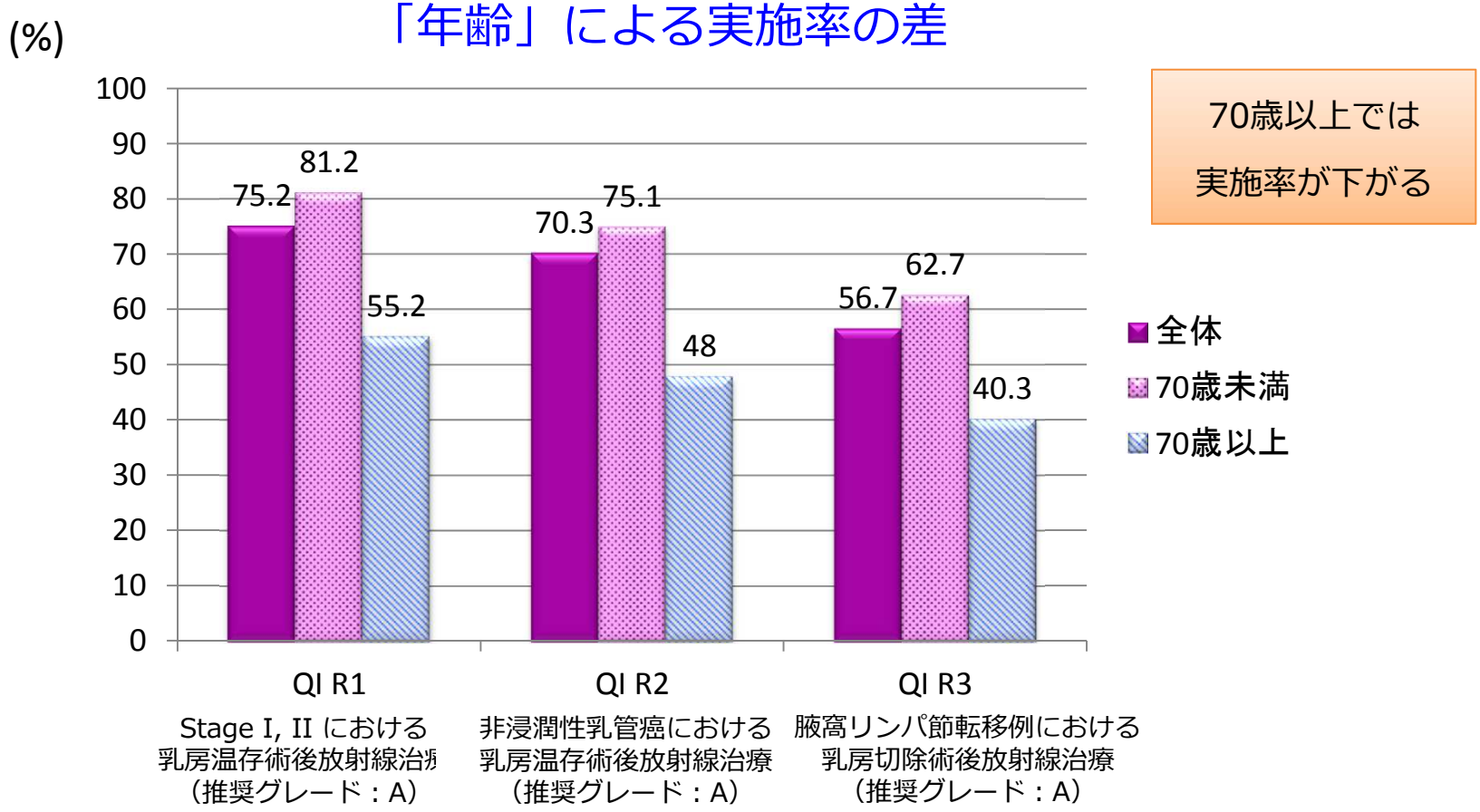
（参考）入院患者の将来推計　2005年を１とした場合の増加率



国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

（参考）「乳癌診療ガイドライン」の運用と実施に影響を及ぼす因子の分析

「年齢」による実施率の差



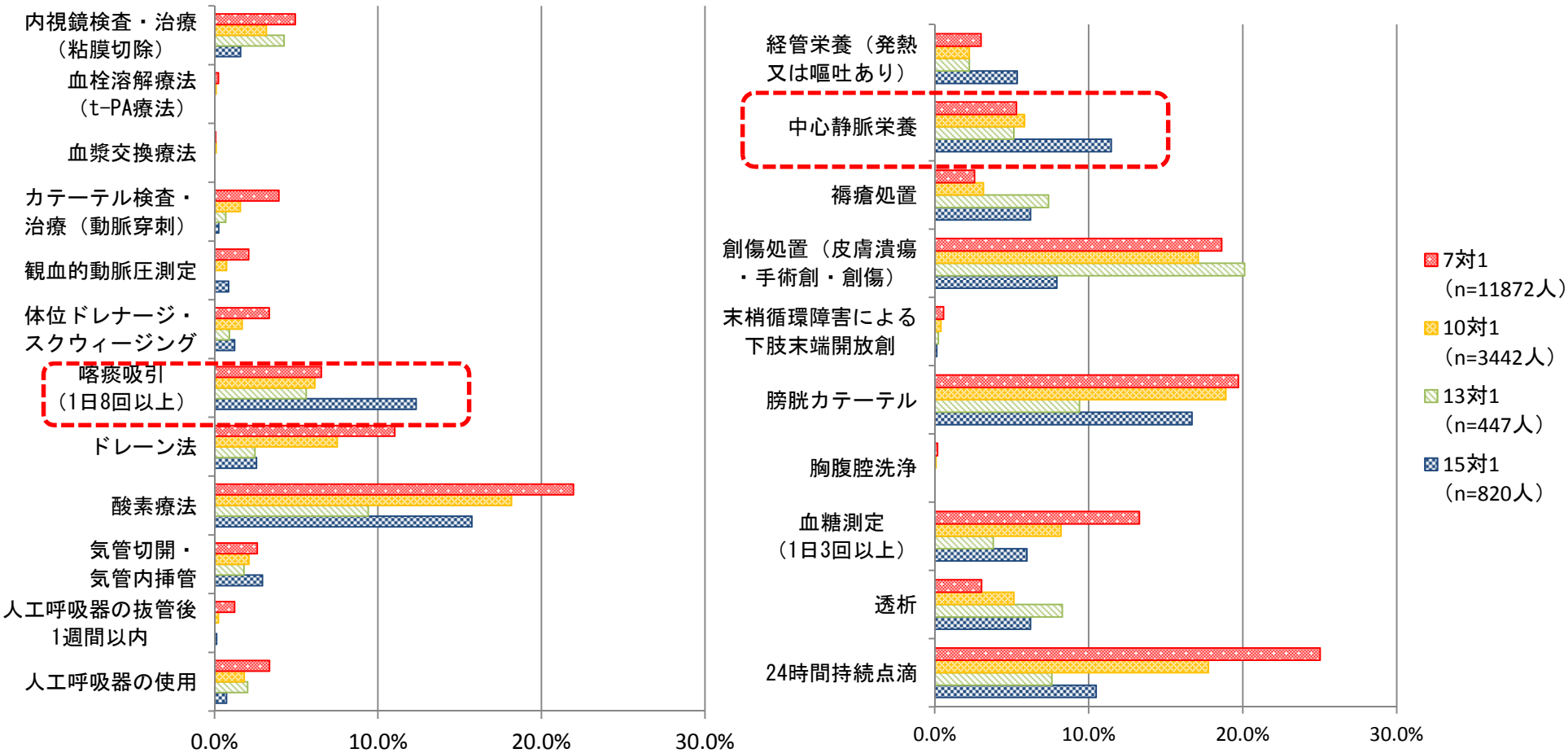
乳癌の術後放射線治療の実施率に影響を及ぼす因子として、年齢が挙げられる.

（対象症例）NCD乳癌領域データ2013登録症例
Stage I, II における乳房温存術後放射線治療（推奨グレード：A）対象：31,848例
非浸潤性乳管癌における乳房温存術後放射線治療（推奨グレード：A)対象：5,885例
腋窩リンパ節転移4個以上陽性例における乳房切除術後放射線療法（推奨グレード：A)対象：3,300例

出典：第61回 がん対策推進協議会　藤原参考人提出資料より抜粋

一般病棟入院基本料区分別　患者の医療行為・処置別割合

○　24時間持続点滴等の多くの処置で、7対1病棟の入院患者で実施割合が高い傾向にあるが、喀痰吸引や中心静脈栄養等では、15対1病棟の入院患者の方が実施割合が高い。



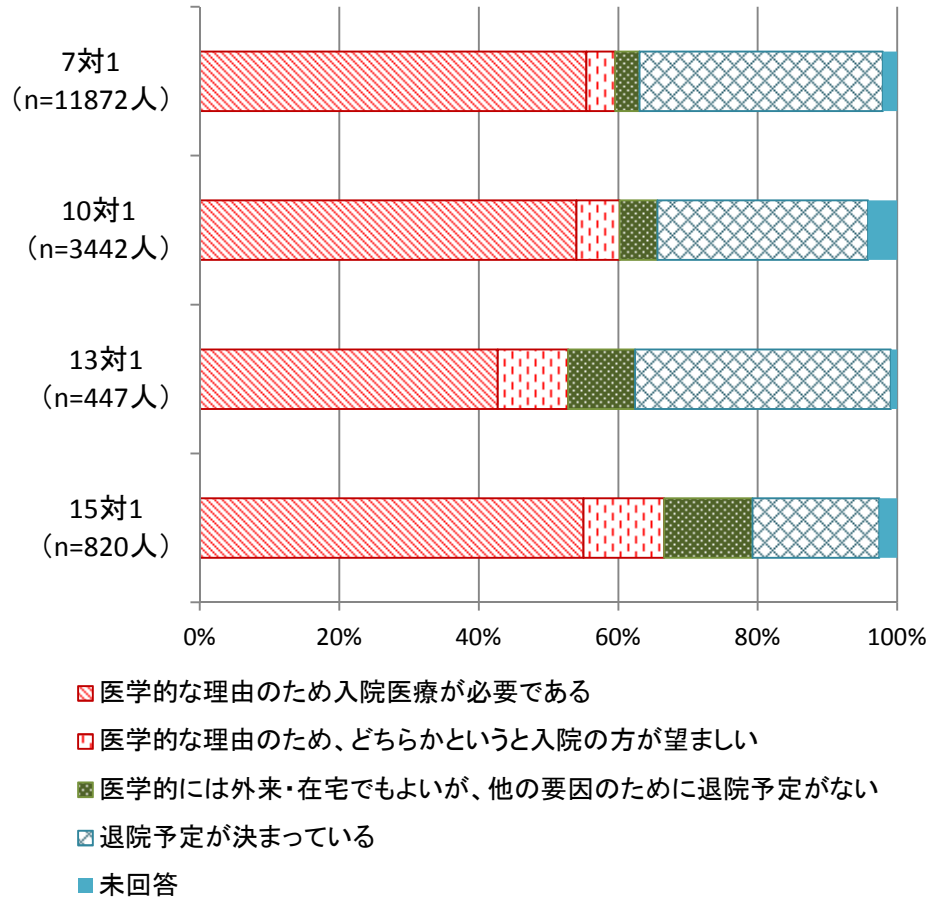
（平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査日時点）

出典：平成26年度入院医療等の調査

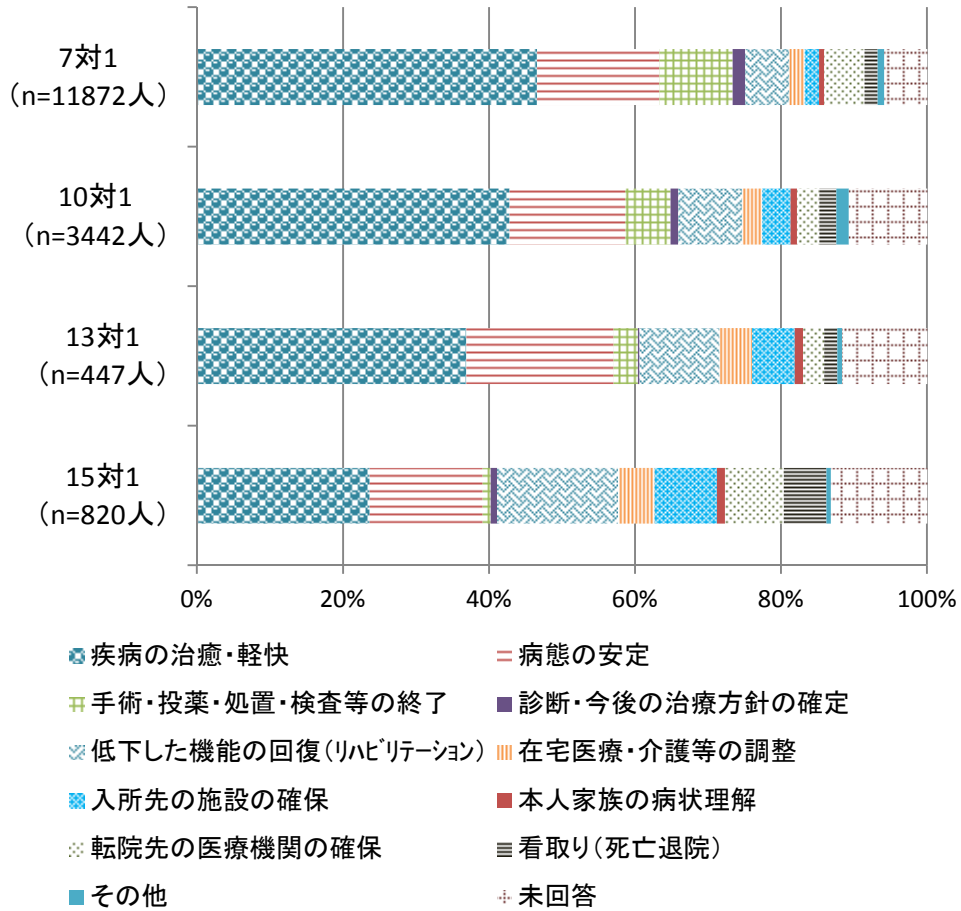
一般病棟入院基本料区分別　入院継続の理由・退院向けた課題

〇入院継続の理由をみると、いずれの区分も医学的な理由が最も多い。
〇退院へ向けた目標・課題をみると、「疾病の治癒・軽快」は7対1が最も多く、13対1や15対1では、「低下した機能の回復」や「在宅医療・介護等の調整」「入所先の施設の確保」等の割合が、7対1や10対1に比べて多い。

■　医学的な入院継続の理由



■　退院へ向けた目標・課題



（平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査日時点）　出典：平成26年度入院医療等の調査

一般病棟7対１入院基本料と一般病棟10対１入院基本料の届出医療機関別の状況

○　平均在院日数及び病床利用率をみると、いずれも医療機関間のばらつきが大きく、10対１届出医療機関の中にも7対１届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。

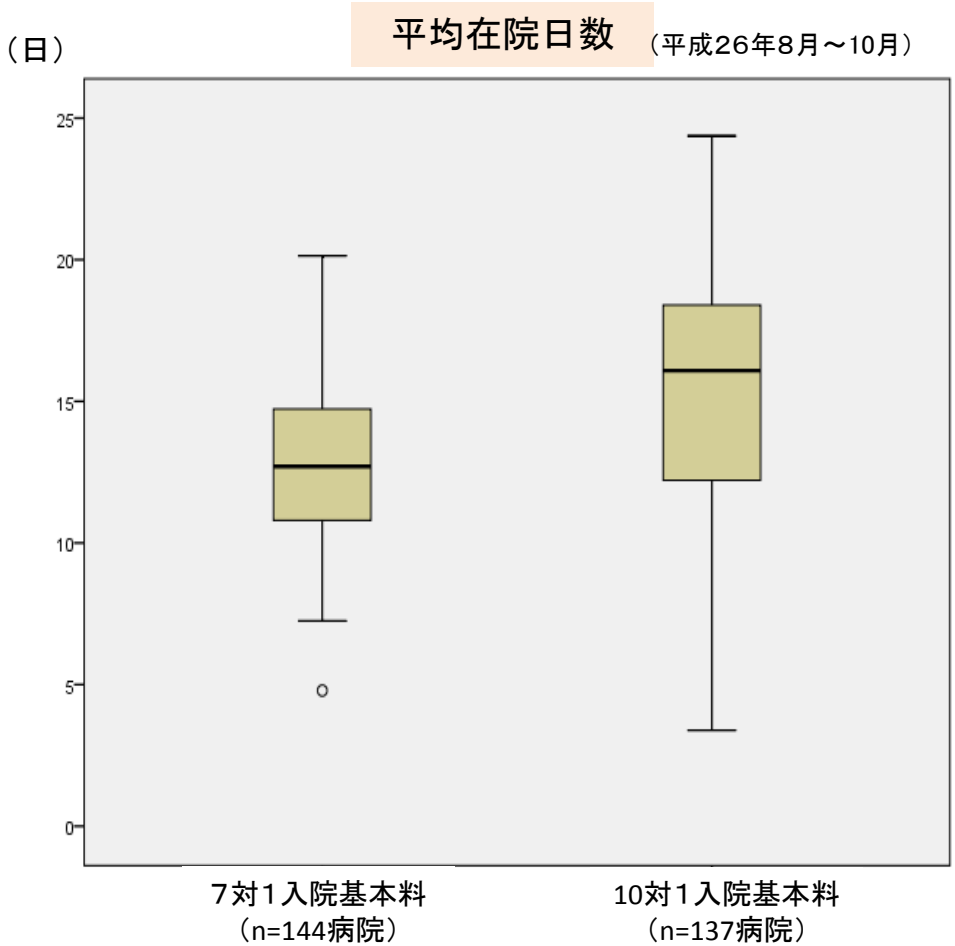
○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対１より７対１の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。

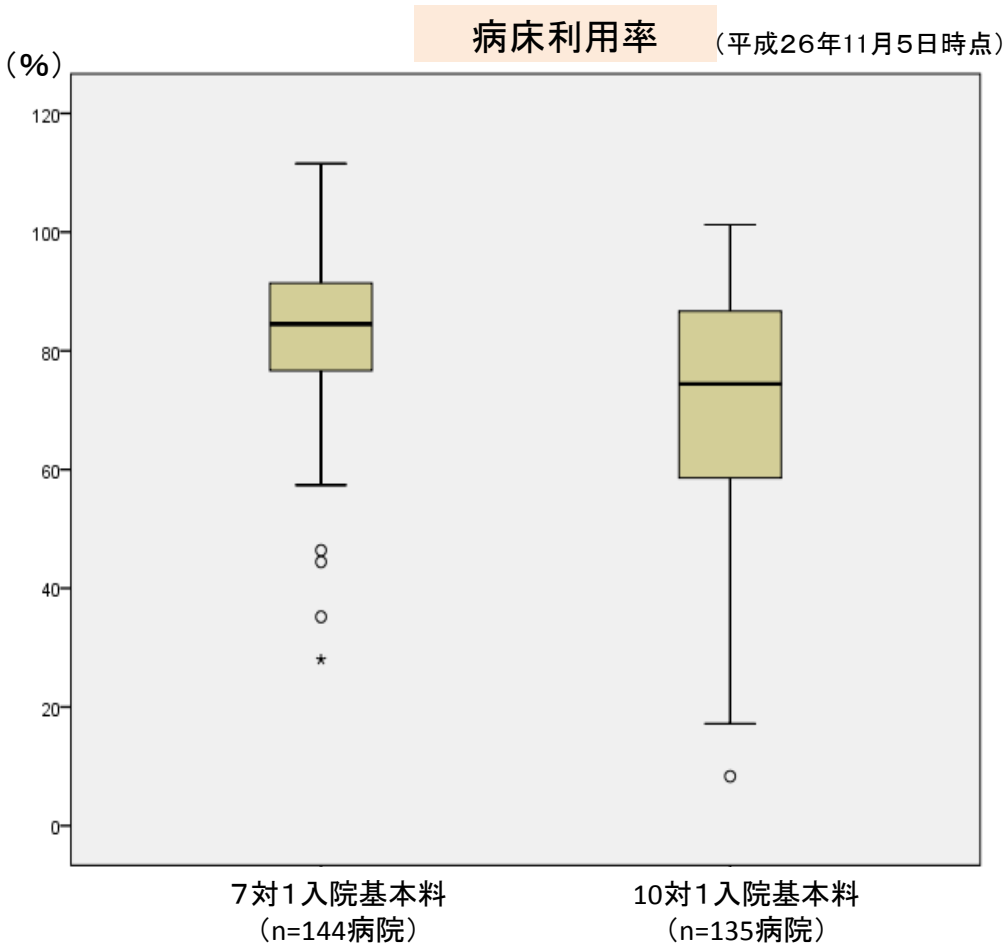
○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と看護職員実配置数あたり病床数をみると、10対１でも7対１相当の医療機関がある。

○　DPC対象病院のうち、７対１と10対１の届出医療機関別で、１日あたり包括範囲出来高点数の平均や、効率性指数、複雑性指数をみると、重複する範囲が広いが、効率性指数は７対１の方がやや高い傾向。

（7対1、10対1）届出医療機関別　平均在院日数・病床利用率

○　7対1と10対1で、入院基本料の届出医療機関別に、平均在院日数及び病床利用率の分布をみると、10対1届出医療機関の中でも、7対1届出医療機関相当の医療機関も存在する。



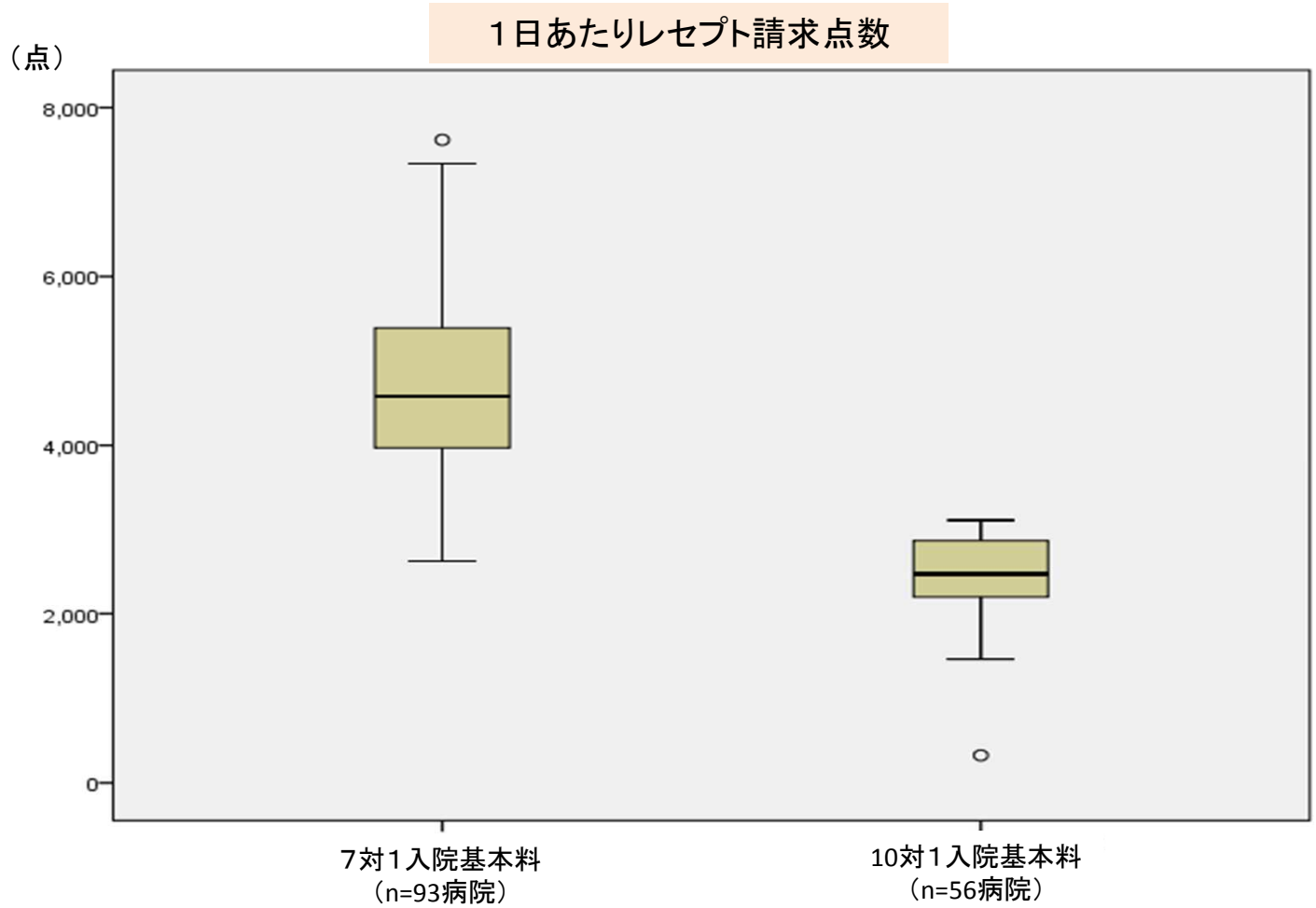


※箱ひげ図の上端は75パーセンタイル、下端は25パーセンタイルを示し、ひげは箱の高さの1.5倍の値を示す

出典：平成26年度入院医療等の調査

（7対1、10対1）届出医療機関別　1日あたりレセプト請求点数

○　7対1と10対1で、入院基本料の届出医療機関別に、1日あたりレセプト請求点数（入院）をみると、7対1届出医療機関の方が高い傾向。10対1届出医療機関では中央値を超える点数の医療機関のばらつきは小さい。



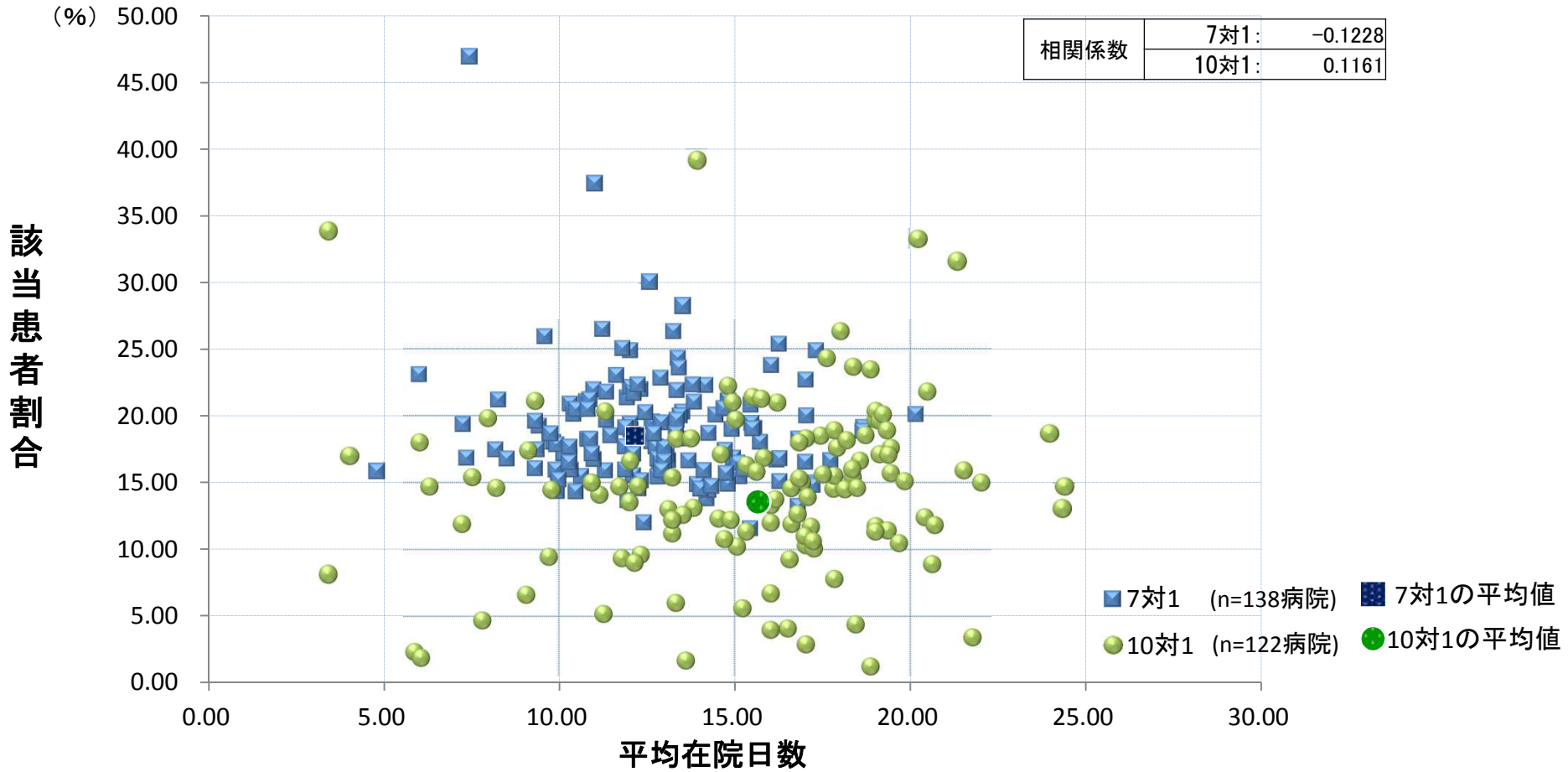
※　箱ひげ図の上端は75パーセンタイル、下端は25パーセンタイルを示し、ひげは箱の高さの1.5倍の値を示す

※　平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査対象月のレセプトより算出

出典：平成26年度入院医療等の調査

（7対1、10対1）届出医療機関別
重症度、医療・看護必要度と平均在院日数の分布

〇重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。



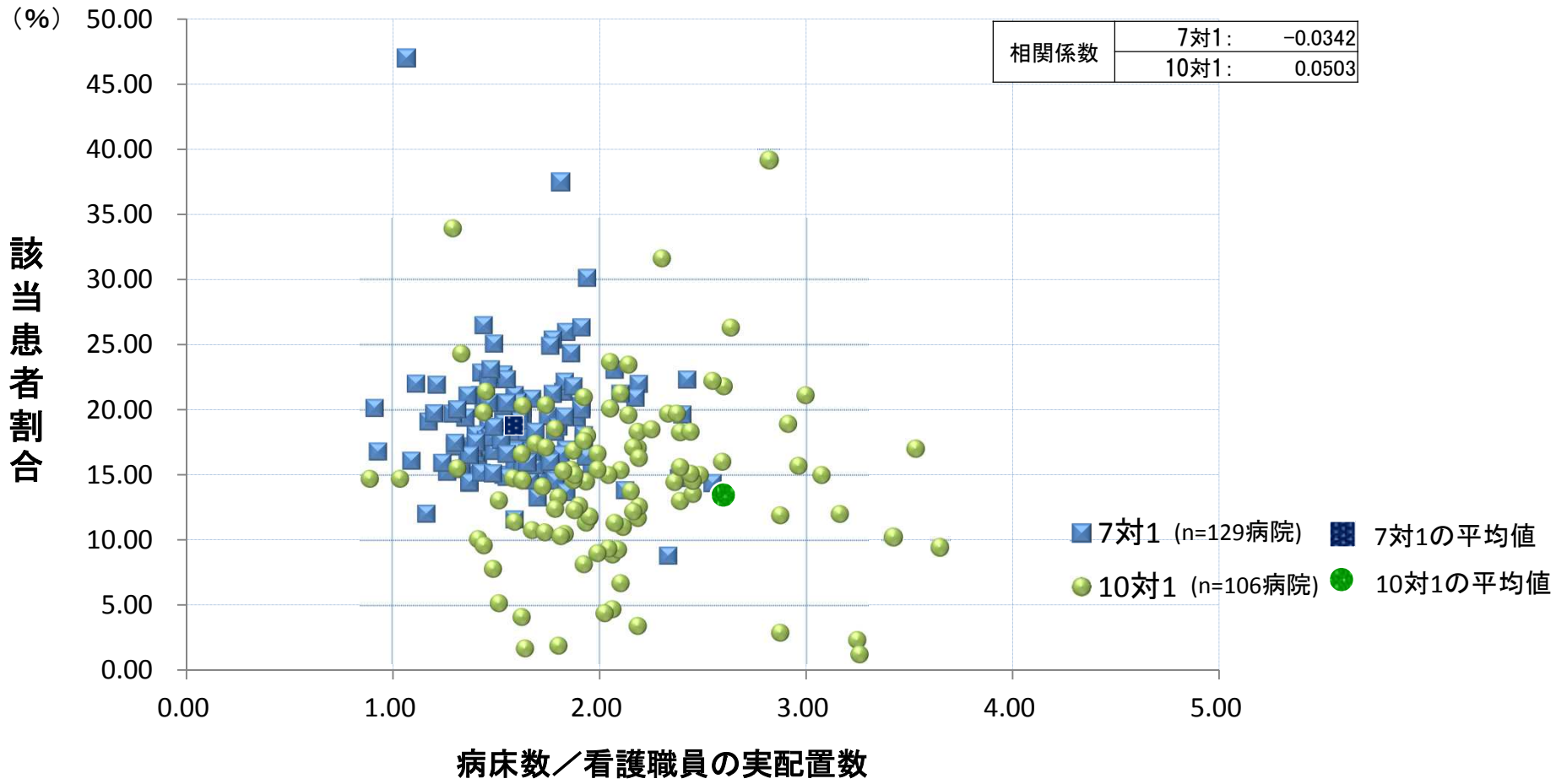
※ 調査対象病棟の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（平成26年8～10月の平均）及び平均在院日数（平成26年8～10月の平均）を病院ごとに平均して算出

※ 調査対象期間の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の要件は、7対1で15%であることに留意

出典：平成26年度入院医療等の調査

（7対1、10対1）届出医療機関別
重症度、医療・看護必要度と看護職員配置あたり病床数の分布

○重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と看護職員実配置数あたり病床数をみると、10対1でも7対1相当の医療機関がある。



※ 調査対象病棟の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（平成26年8～10月の平均）及び届出病床数（平成26年11月5日時点）、看護職員の実配置（平成26年11月5日時点）を用い病院ごとに平均して算出

※ 調査対象期間の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の要件は、7対1で15%であることに留意

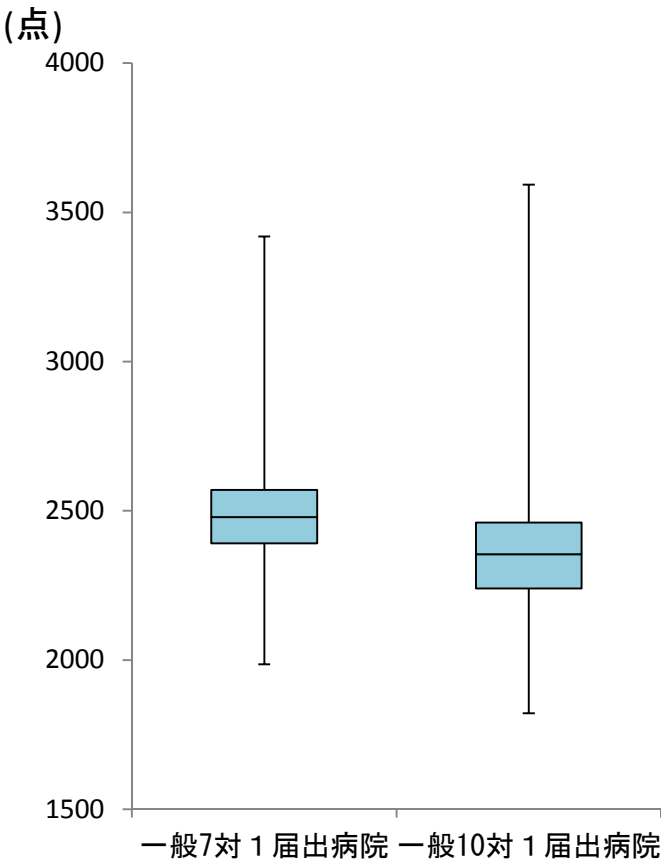
出典：平成26年度入院医療等の調査

DPC対象病院の（7対1、10対1）届出医療機関別 1日あたり包括範囲出来高点数、効率性指数、複雑性指数

〇DPC対象病院のうち、7対1と10対1の届出医療機関別に、1日あたり包括範囲出来高点数等をみると、重複する部分が多いが、効率性指数は7対1届出医療機関の方がやや高い傾向。

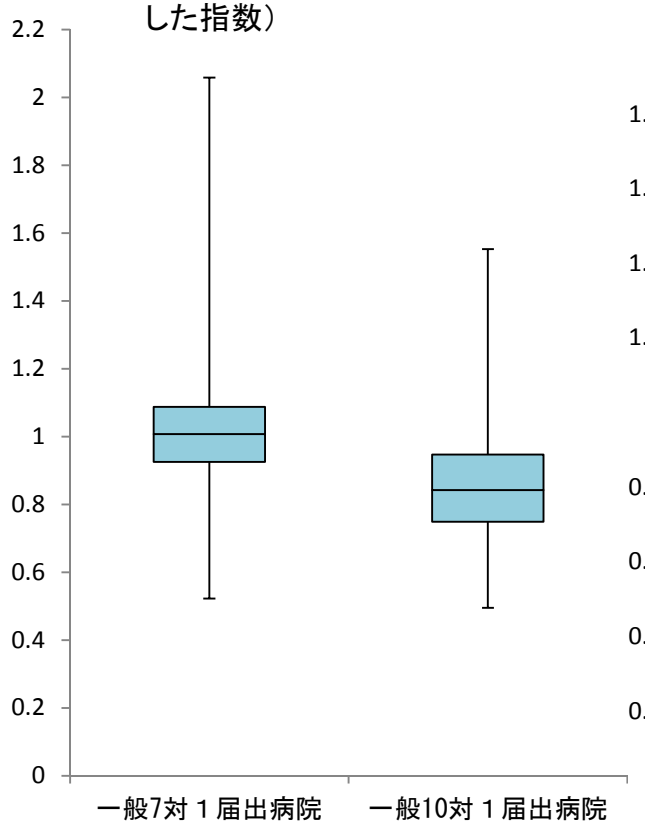
上から
・最大値
・75%tile
・中央値
・25%tile
・最小値

1日あたり包括範囲出来高点数



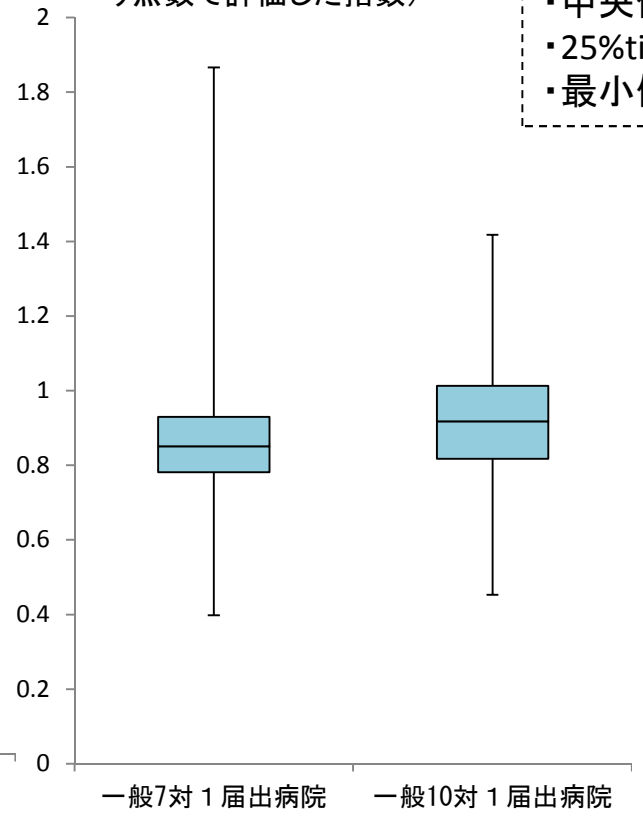
効率性指数

（在院日数短縮の努力を評価した指数）



複雑性指数

（患者構成の差を1入院あたり点数で評価した指数）



出典：DPCデータ(平成26年10月から平成27年9月、一般病棟７対１入院基本料：1,231医療機関　一般病棟10対１入院基本：333医療機関)

入院医療の課題（案）【一般病棟入院基本料】①

【課題】

【一般病棟入院基本料の区分別の概要】

- 現行の一般病棟入院基本料は、主に看護職員配置や医師配置等をベースに入院医療に係る基本的な診療報酬として、点数が設定されている。また、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率などが施設基準の届出要件に含まれている。加えて、看護補助者等を追加的に配置している場合等に、加算が設定されている。
- 一般病棟入院基本料の区分別の状況をみると、平均在院日数は7対1が最も短く、次いで、10対1となっている。病床稼働率は7対1が最も高いが、近年、低下傾向。届出病床数は7対1が最も多い。
- 7対1と10対1で一般病棟入院基本料の算定回数の推移をみると、近年、減少傾向。

【区分別の職員配置等の状況】

- 看護職員については、いずれの届出区分でも必要な配置数（推計）よりも実際には多く配置されており、届出区分別では7対1が最も多い。
- 1病床あたり職員数（医師以外）をみると、約95%の病棟で看護職員以外の職員を配置しており、病棟配置職員数の約2割が看護職員以外の職員になっている。
- 一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。
- 1床あたり医業収益と医業・介護費用をみると、7対1届出医療機関では、医業収益と入院診療収益は、いずれも最も高い。医業・介護費用に占める給与費の割合は、7対1ではその他と比較して低い。

【区分別の入院患者の状況】

- 疾病別にみると、7対1では「新生物」が最も多く、7対1以外の病棟では、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が最も多くなっている。
- 年齢階級別にみると、75歳以上の割合は、7対1が最も少なく約42%、次いで10対1が約51%、13対1が約61%、15対1が約66%となっている。なお、年齢階層別の人口推移をみると、65歳未満の人口は今後減少していくことが予想され、入院患者の将来推計を疾患別でみると、悪性新生物の患者は2035年以降減少することが予想される。
- 医療行為や処置別にみると、多くの医療処置で7対1病棟入院患者の実施割合が高いが、喀痰吸引や中心静脈栄養では、15対1病棟入院患者の実施割合の方が高い。

入院医療の課題（案）【一般病棟入院基本料】②

【課題】

【区分別の入院患者の状況（続き）】

・　入院継続の理由をみると、いずれの区分も「医学的な理由」が最も多いが、退院へ向けた目標・課題をみると、「疾病の治癒・軽快」は7対1が最も多く、13対1や15対1では、「低下した機能の回復」、「在宅医療・介護等の調整」、「入所先の施設の確保」等の割合が、7対1や10対1に比べて多い。

【7対1と10対1の届出医療機関別の状況】

・　平均在院日数及び病床利用率をみると、いずれも医療機関間のばらつきが大きく、10対1届出医療機関の中にも7対1届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。

・　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。

・　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と看護職員実配置数あたり病床数をみると、10対1でも7対1相当の医療機関がある。

（DPC対象病院での状況）

・　DPC対象病院のうち、7対1と10対1の届出医療機関別で、1日あたり包括範囲出来高点数、効率性指数、複雑性指数をみると、重複する範囲が広く、10対1届出医療機関の中にも7対1届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。効率性指数は7対1届出医療機関の方がやや高い。

○　入院基本料は、入院診療に係る基本的な療養に係る費用（環境、看護師等の確保、医学管理の確保等）を評価するものであるが、現行の一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件で段階的に設定されており、入院医療については、患者の状態や診療の効率性等の要素も考慮する必要があるのではないか。この点については、医療機関によって様々であり、さらに詳細な分析が必要ではないか。また、患者の状態に応じた評価と機能に応じた評価との整合性も考慮した評価のあり方について、どのように考えるか。

○　13対1と15対1では、7対1と10対1に比べて、患者の状態や医療処置の内容等が異なっている。患者の状態や機能に応じた評価について、どのように考えるか。

入院医療（その２）

１．一般病棟入院基本料

２．地域における医療提供体制

３．参考資料

開設者別の届出病床数等の状況

○　一般病棟入院基本料の開設者別の病院数をみると、約7割が民間である。一般病棟の届出病床数の内訳を見ると、7対1では、国立、公立、公的・組合の合計の割合が約5割強となっている。

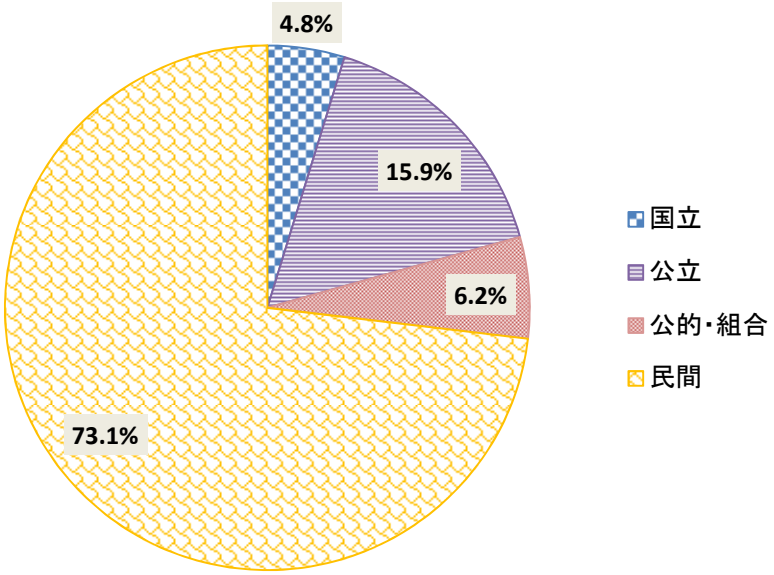
○　開設者別、7対1と10対1届出医療機関別に、1床あたり医業収益と入院診療収益をみると、医業収益では開設者別に差がある。

一般病棟入院基本料区分別の病院数・病床数

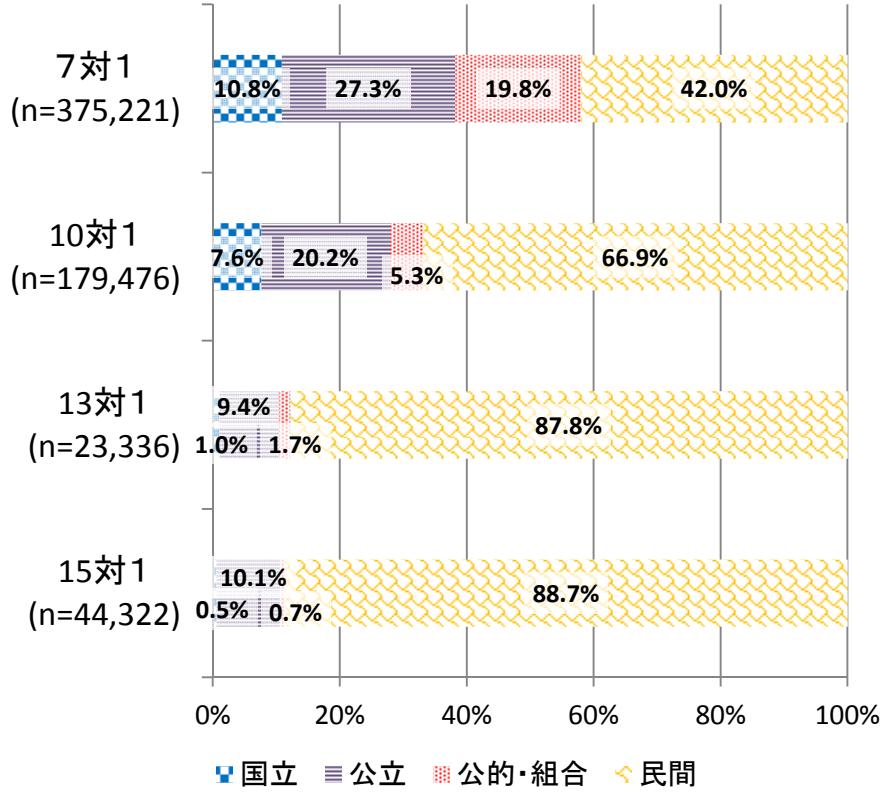
○一般病棟入院基本料の開設者別の病院数をみると、約7割が民間である。
○一般病棟の内訳を見ると、7対1では、国立、公立、公的・組合の合計の割合が約5割強となっている。

（平成27年7月1日時点）

■ 一般病棟入院基本料届出医療機関数における開設者割合 (n=4,757)



■ 一般病棟入院基本料の届出病床数における開設者割合



※調査手法等により、実際の数と一部異なることに留意が必要

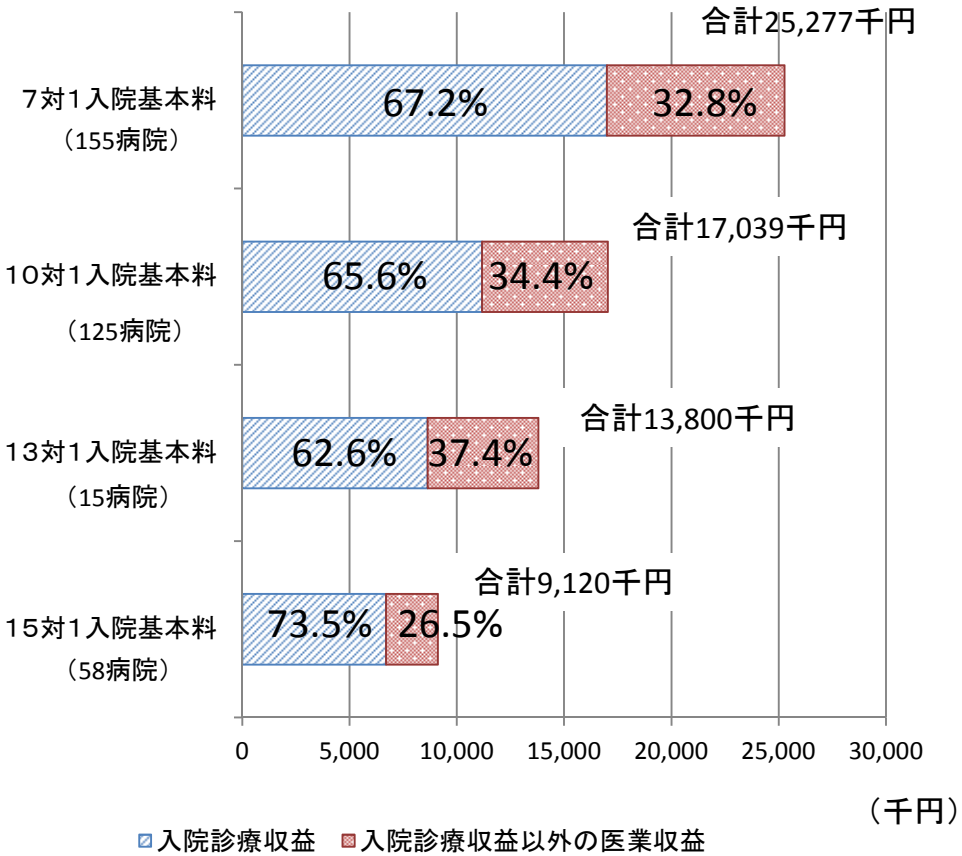
出典：保険局医療課調べ

一般病棟入院基本料区分別　１床あたり医業収益（開設者別）

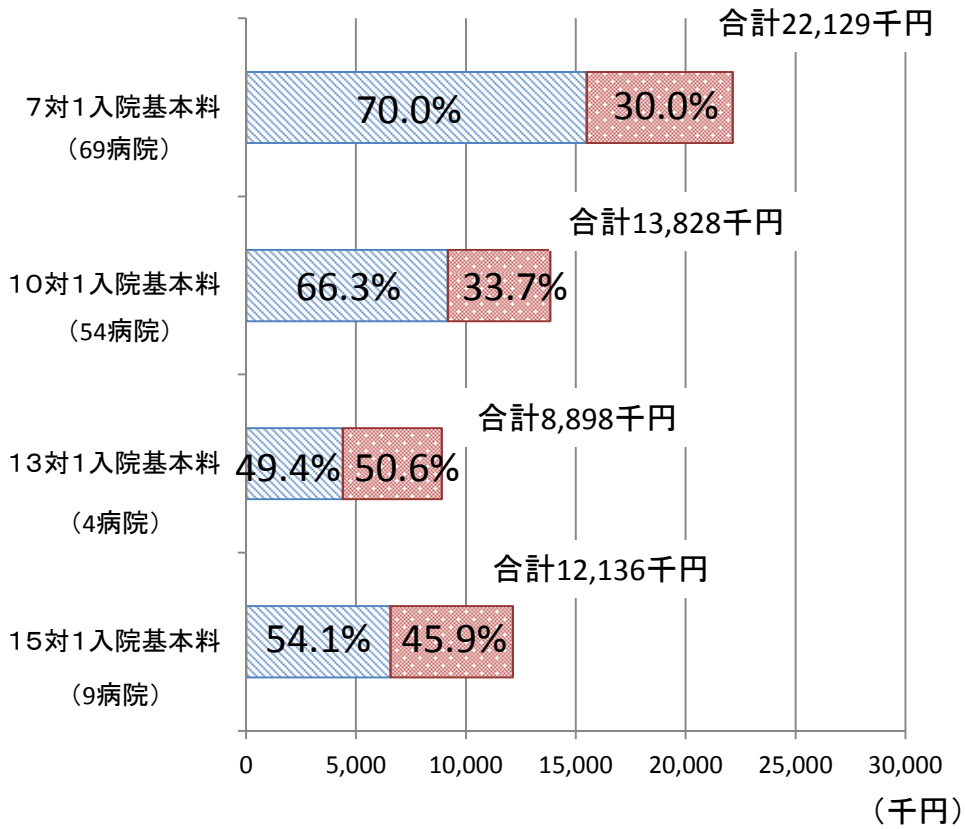
〇１床あたり医業収益を開設者別にみると、１３対１、１５対１では国公立に比べ、国公立を除く医療機関のほうが、入院診療収益の占める割合が高い。

■　１床当たり医業収益

【国公立を除く全体】



【国公立】



出典：平成27年医療経済実態調査

平成27年医療経済実態調査（概要） 開設者別医療機関の損益率（一般病棟7対1入院基本料）

中医協　総－２（平成２７年１１月４日）を基に作成

■一般病棟7対1入院基本料算定病院

【医療法人】（n＝60、平均病床数＝172）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	3,768,169	99.9%	3,918,814	99.9%	4.0%
Ⅱ介護収益	4,712	0.1%	3,409	0.1%	▲27.6%
Ⅲ医業・介護費用	3,739,523	99.1%	3,889,724	99.2%	4.0%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	33,358	0.9%	32,499	0.8%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	88,780	2.4%	68,859	1.8%	▲22.4%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	70,266	1.9%	86,504	2.2%	23.1%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	51,873	1.4%	14,854	0.4%	―
1床あたり医業収益	21,908	―	22,784	―	―
1床あたり入院診療収益	15,105	―	15,705	―	―

【国立】（n＝9、平均病床数＝434）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	10,466,315	100.0%	10,321,037	100.0%	▲1.4%
Ⅱ介護収益	0	0.0%	0	0.0%	―
Ⅲ医業・介護費用	9,780,039	93.4%	10,242,102	99.2%	4.7%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	686,276	6.6%	78,936	0.8%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	179,613	1.7%	301,794	2.9%	68.0%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	351,971	3.4%	224,442	2.2%	▲36.2%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	513,917	4.9%	156,287	1.5%	―
1床あたり医業収益	24,116	―	23,781	―	―
1床あたり入院診療収益	19,277	―	18,761	―	―

【公立】（n＝60、平均病床数＝391）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	8,416,701	100.0%	8,555,013	100.0%	1.6%
Ⅱ介護収益	2,259	0.0%	3,399	0.0%	50.5%
Ⅲ医業・介護費用	8,967,278	106.5%	9,308,406	108.8%	3.8%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲548,318	▲6.5%	▲749,994	▲8.8%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	1,262,384	15.0%	1,321,191	15.4%	※※
Ⅵその他の医業・介護関連費用	481,746	5.7%	1,494,410	17.5%	※※
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	232,320	2.8%	▲923,212	▲10.8%	―
1床あたり医業収益	21,526	―	21,880	―	―
1床あたり入院診療収益	14,751	―	14,960	―	―

【(再掲)全体】（n＝224、平均病床数＝329）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	7,812,196	99.9%	7,935,975	99.9%	1.6%
Ⅱ介護収益	6,984	0.1%	7,341	0.1%	5.1%
Ⅲ医業・介護費用	7,958,140	101.8%	8,208,792	103.3%	3.1%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲138,960	▲1.8%	▲265,475	▲3.3%	―
Ⅴその他の医業・介護関連収益	490,582	6.3%	511,668	6.4%	4.3%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	256,544	3.3%	525,380	6.6%	104.8%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	95,079	1.2%	▲279,187	▲3.5%	―
1床あたり医業収益	23,745	―	24,122	―	―
1床あたり入院診療収益	16,251	―	16,439	―	―

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
※「構成比率」は、「Ⅰ 医業収益」と「Ⅱ 介護収益」を合算した金額に対する割合である。

※※公立病院は、平成26年度から新会計基準が適用されたため、伸び率は算出していない。

平成27年医療経済実態調査（概要） 開設者別医療機関の損益率（一般病棟10対１入院基本料）

中医協　総－２（平成２７年１１月４日）を基に作成

■一般病棟10対１入院基本料算定病院

【医療法人】（n＝81、平均病床数＝141）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	2,379,685	99.8%	2,405,984	99.8%	1.1%
Ⅱ介護収益	5,768	0.2%	4,016	0.2%	▲30.4%
Ⅲ医業・介護費用	2,344,414	98.3%	2,386,952	99.0%	1.8%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	41,040	1.7%	23,048	1.0%	－
Ⅴその他の医業・介護関連収益	71,639	3.0%	69,945	2.9%	▲2.4%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	69,176	2.9%	64,043	2.7%	▲7.4%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	43,503	1.8%	28,950	1.2%	－
1床あたり医業収益	16,877	－	17,064	－	－
1床あたり入院診療収益	11,575	－	11,719	－	－

【国立】（n＝7、平均病床数＝323）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	4,268,403	100.0%	4,407,693	100.0%	3.3%
Ⅱ介護収益	0	0.0%	0	0.0%	－
Ⅲ医業・介護費用	4,317,274	101.1%	4,420,369	100.3%	2.4%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲48,871	▲1.1%	▲12,676	▲0.3%	－
Ⅴその他の医業・介護関連収益	103,339	2.4%	107,850	2.4%	4.4%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	174,728	4.1%	106,520	2.4%	▲39.0%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	▲120,260	▲2.8%	▲11,347	▲0.3%	－
1床あたり医業収益	13,215	－	13,646	－	－
1床あたり入院診療収益	10,802	－	11,092	－	－

【公立】（n＝47、平均病床数＝173）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	2,409,907	99.9%	2,409,929	99.9%	0.0%
Ⅱ介護収益	2,816	0.1%	3,273	0.1%	16.2%
Ⅲ医業・介護費用	2,737,013	113.4%	2,895,401	120.0%	5.8%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲324,290	▲13.4%	▲482,199	▲20.0%	－
Ⅴその他の医業・介護関連収益	456,447	18.9%	615,697	25.5%	※※
Ⅵその他の医業・介護関連費用	143,534	5.9%	553,086	22.9%	※※
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	▲11,377	▲0.5%	▲419,588	▲17.4%	－
1床あたり医業収益	13,930	－	13,930	－	－
1床あたり入院診療収益	8,626	－	8,674	－	－

【(再掲)全体】（n＝179、平均病床数＝168）

	25年度		26年度		金額の伸び率
	金　額(千円)	構成比	金　額(千円)	構成比	
Ⅰ医業収益	2,652,396	99.8%	2,673,287	99.8%	0.8%
Ⅱ介護収益	5,350	0.2%	4,674	0.2%	▲12.6%
Ⅲ医業・介護費用	2,745,908	103.3%	2,821,282	105.4%	2.7%
Ⅳ損益差額(Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ)	▲88,162	▲3.3%	▲143,321	▲5.4%	－
Ⅴその他の医業・介護関連収益	183,063	6.9%	224,545	8.4%	22.7%
Ⅵその他の医業・介護関連費用	85,848	3.2%	189,760	7.1%	121.0%
Ⅶ総損益差額(Ⅳ＋Ⅴ－Ⅵ)	9,053	0.3%	▲108,536	▲4.1%	－
1床あたり医業収益	15,788	－	15,912	－	－
1床あたり入院診療収益	10,393	－	10,473	－	－

※合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
※「構成比率」は、「Ⅰ 医業収益」と「Ⅱ 介護収益」を合算した金額に対する割合である。

※※公立病院は、平成26年度から新会計基準が適用されたため、伸び率は算出していない。

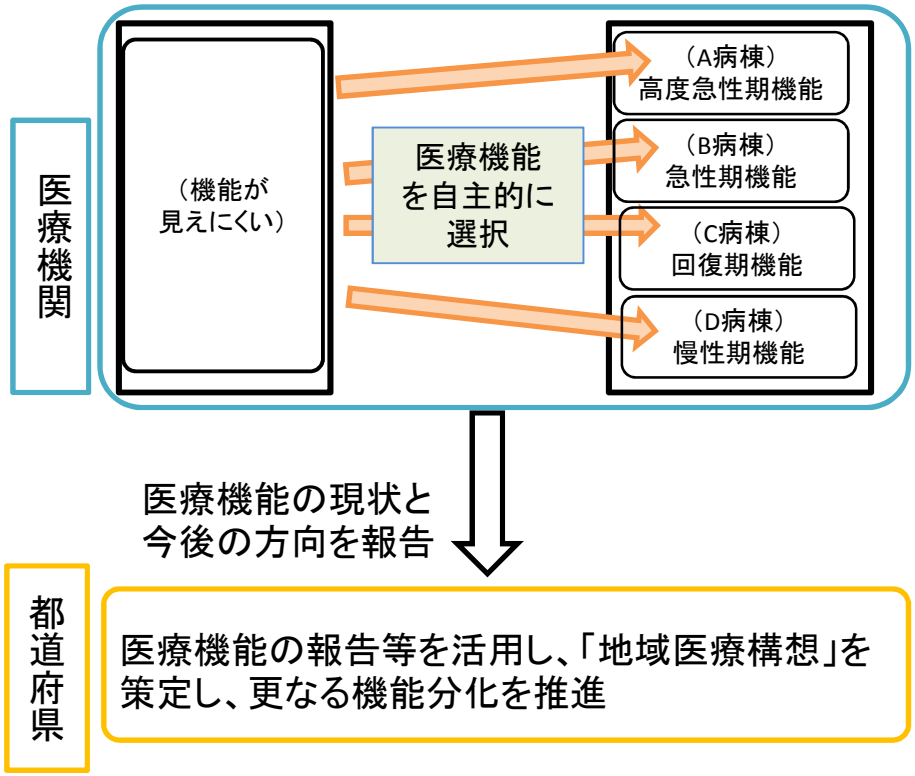
地域医療構想

地域医療構想について

○「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。

○「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
・在宅医療等の医療需要を推計
・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

例） 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、 医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

－ 地域医療構想の策定プロセス －

（地域医療構想策定ガイドライン P.6より抜粋）

【策定プロセス】

1 地域医療構想の策定を行う体制の整備※

※地域医療構想調整会議は、地域医療構想の策定段階から設置も検討

2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有

3 構想区域の設定※

※二次医療圏を原則としつつ、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

4 構想区域ごとに医療需要の推計※

※４機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの医療需要を推計

5 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討※

※高度急性期　…　他の構想区域の医療機関で、医療を提供することも検討（アクセスを確認）
急性期　…　一部を除き構想区域内で完結
回復期
慢性期　…　基本的に構想区域内で完結
（主な疾病ごとに検討）

※現在の医療提供体制を基に、将来のあるべき医療提供体制について、構想区域間（都道府県間を含む）で調整を行い、医療供給を確定

6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計

7 構想区域の確認

必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較

8 平成37（2025）年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

- **４～6のプロセスを技術的に支援するため、都道府県に対し、今般の第一次報告における推計を基にした「医療構想策定支援ツール」を厚労省より配布。**
- **都道府県は、支援ツールの推計により、将来における構想区域毎の医療需要や必要病床数を確認できるようになる。**

医療機関間の連携に関する診療報酬上の評価

○　医療機関間の連携を評価した診療報酬として、地域連携診療計画を共有した医療機関間の連携を評価した地域連携診療計画加算や複数の医療機関による感染防止対策の取組を評価した加算等がある。

○　DPC制度の医療機関別の係数のうち、機能評価係数Ⅱの中の「地域医療係数」では、地域医療に関する個々の医療機関の貢献、例えば、医療連携に関するものとしては、脳卒中やがんの診療連携等を評価した係数となっている。

医療機関の連携に関する評価の例①

退院支援に関する評価

退院支援加算
　地域連携診療計画加算　　300点（退院時1回）
診療情報提供料（Ⅰ）
　地域連携診療計画加算　　50点

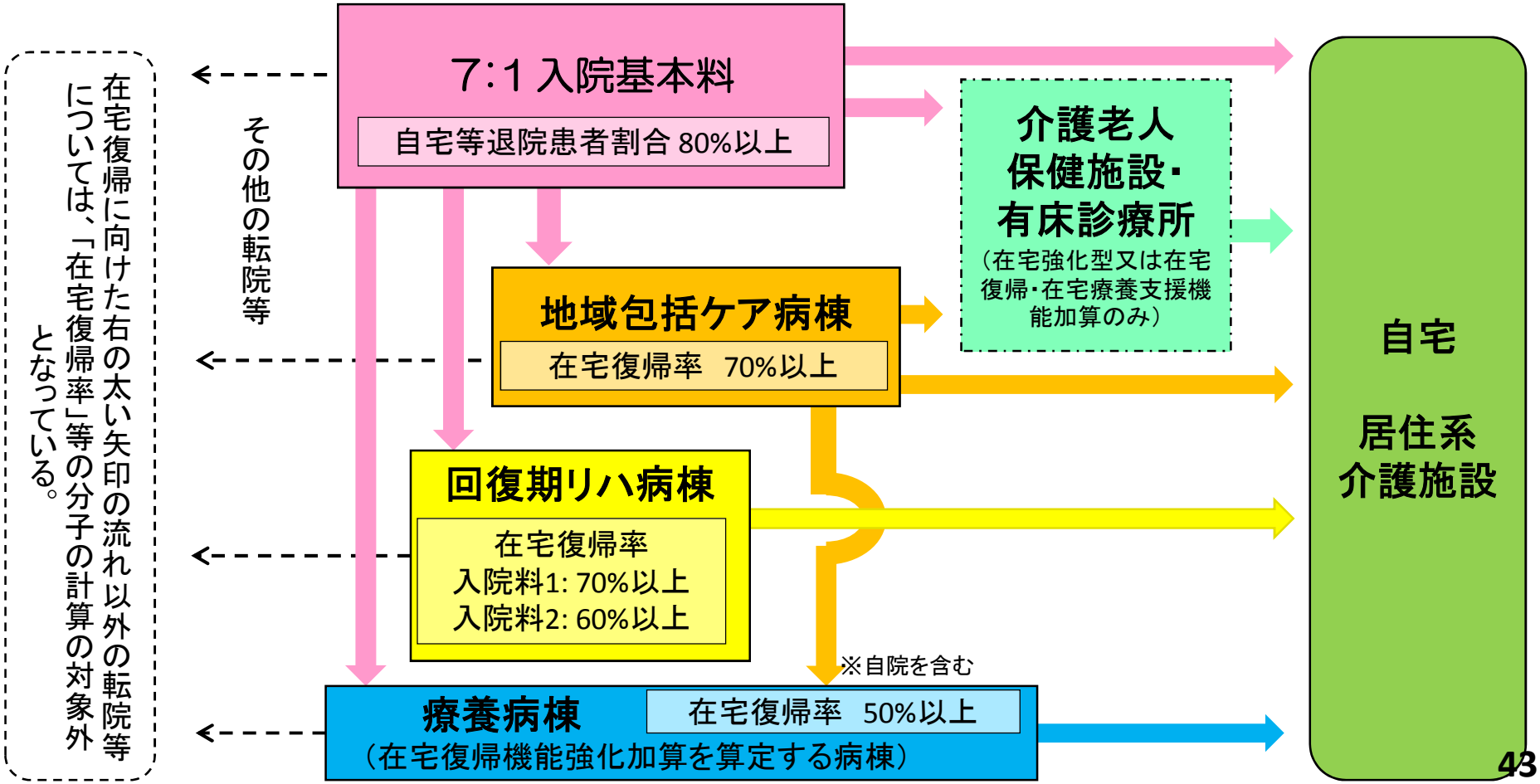
地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合の評価

［算定要件］
① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後７日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療等が行われる場合には、当該連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

医療機関の連携に関する評価の例②

医療機関間の連携による在宅復帰の流れ

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



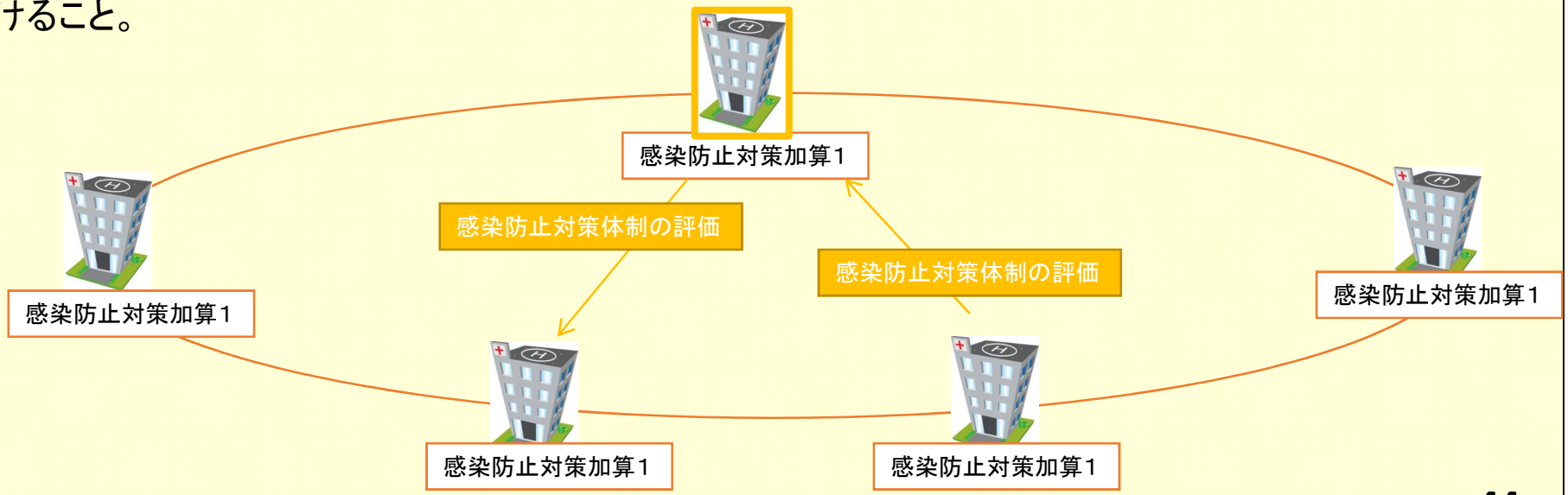
医療機関の連携に関する評価の例③

感染防止対策の相互評価

感染防止対策地域連携加算　　100点（入院初日）

院内感染防止対策のより一層の推進を図るため、感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が少なくとも年1回程度、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止対策に関する評価を行った場合を評価

[算定要件]
① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
② 少なくとも年1回程度、連携しているいずれかの医療機関に赴いて感染防止対策の体制を評価すること。
③ また、少なくとも年1回程度連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する評価を受けること。



医療機関の連携に関する評価の例④　機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ（医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ）を評価したものであり、具体的には**8つの係数**として評価している。

○　機能評価係数Ⅱのうち、**保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数、重症度係数**については、各医療機関群毎に評価設定されている。

名称	評価の考え方
1）保険診療係数	質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価
2）効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
3）複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
4）カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
5）救急医療係数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
6）地域医療係数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）
7）後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価。
8）重症度係数	診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価。

入院医療の課題（案）【地域における医療提供体制】

【課題】

【開設者別の届出病床数等の状況】

・ 一般病棟入院基本料の開設者別の病院数をみると、約7割が民間である。一般病棟の届出病床数の内訳を見ると、7対1では、国立、公立、公的・組合の合計の割合が約5割強となっている。
・ 開設者別、7対1と10対1届出医療機関別に、1床あたり医業収益と入院診療収益をみると、医業収益では開設者別に差がある。

【地域医療構想】

・ 各都道府県において、地域医療構想の策定に向けたプロセスの中で、各地域において必要な医療提供体制を確保するため、更なる医療機能の分化・連携を進めるための調整が行われている。

【医療機関間の連携に関する診療報酬上の評価】

・ 医療機関間の連携を評価した診療報酬には、地域連携診療計画を共有した医療機関間の連携を評価した地域連携診療計画加算、複数の医療機関による感染防止対策の取り組みを評価した加算、DPC制度の「地域医療係数」等がある。

○ 地域において医療提供体制の確保を進めるため、異なる機能を担う複数の医療機関がそれぞれの役割を維持しつつ、医療機関間の機能分化・連携を進めやすくするような評価のあり方について、どのように考えるか。

入院医療（その２）

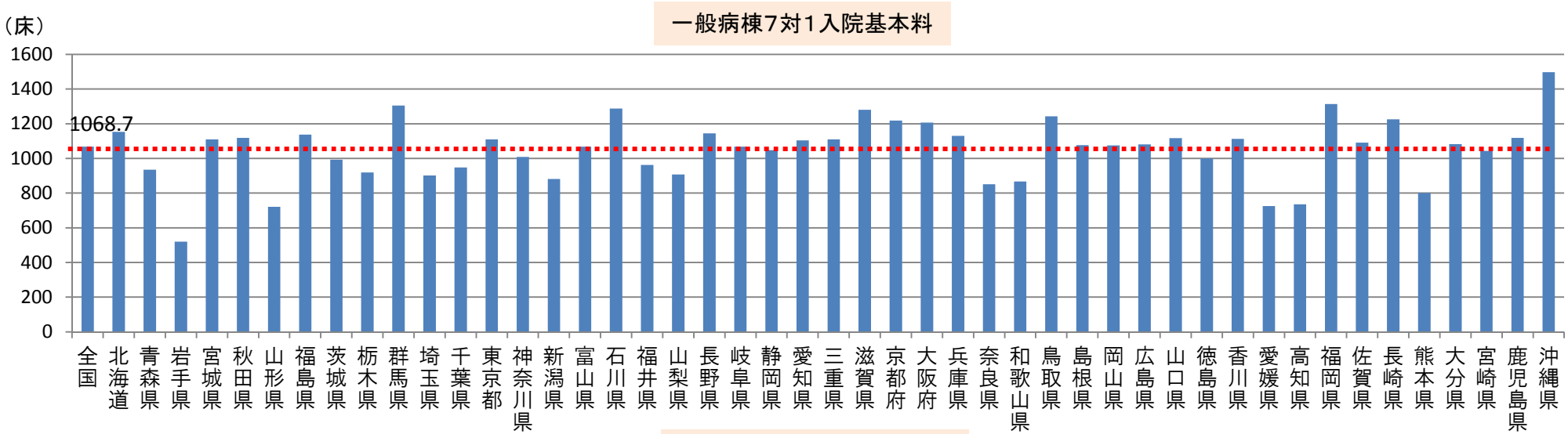
１．一般病棟入院基本料

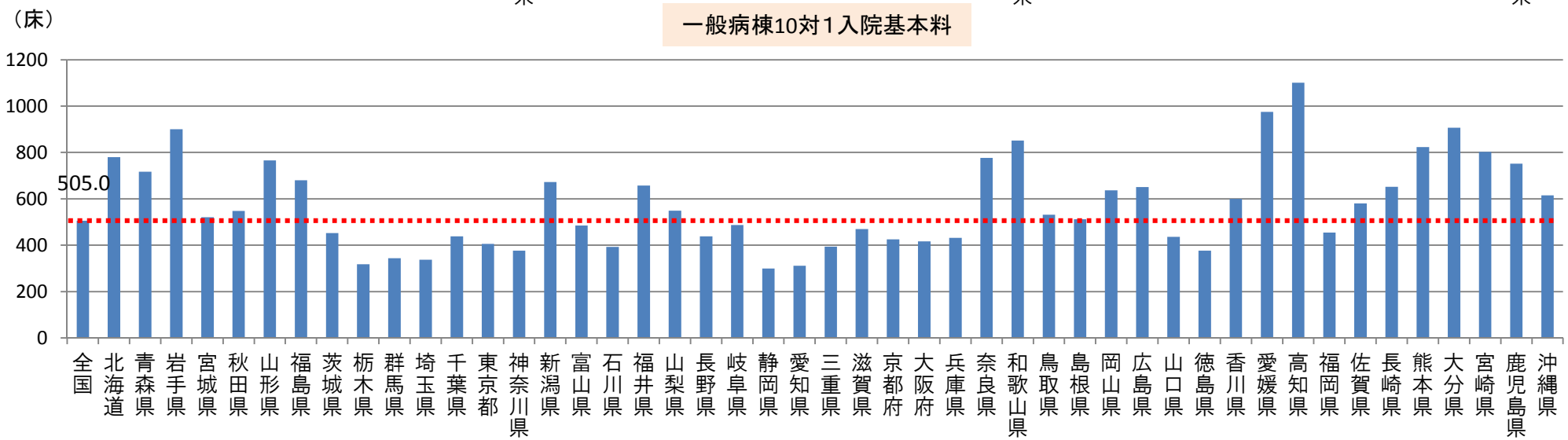
２．地域における医療提供体制

３．参考資料

都道府県別の届出病床数、病院勤務職員数の状況

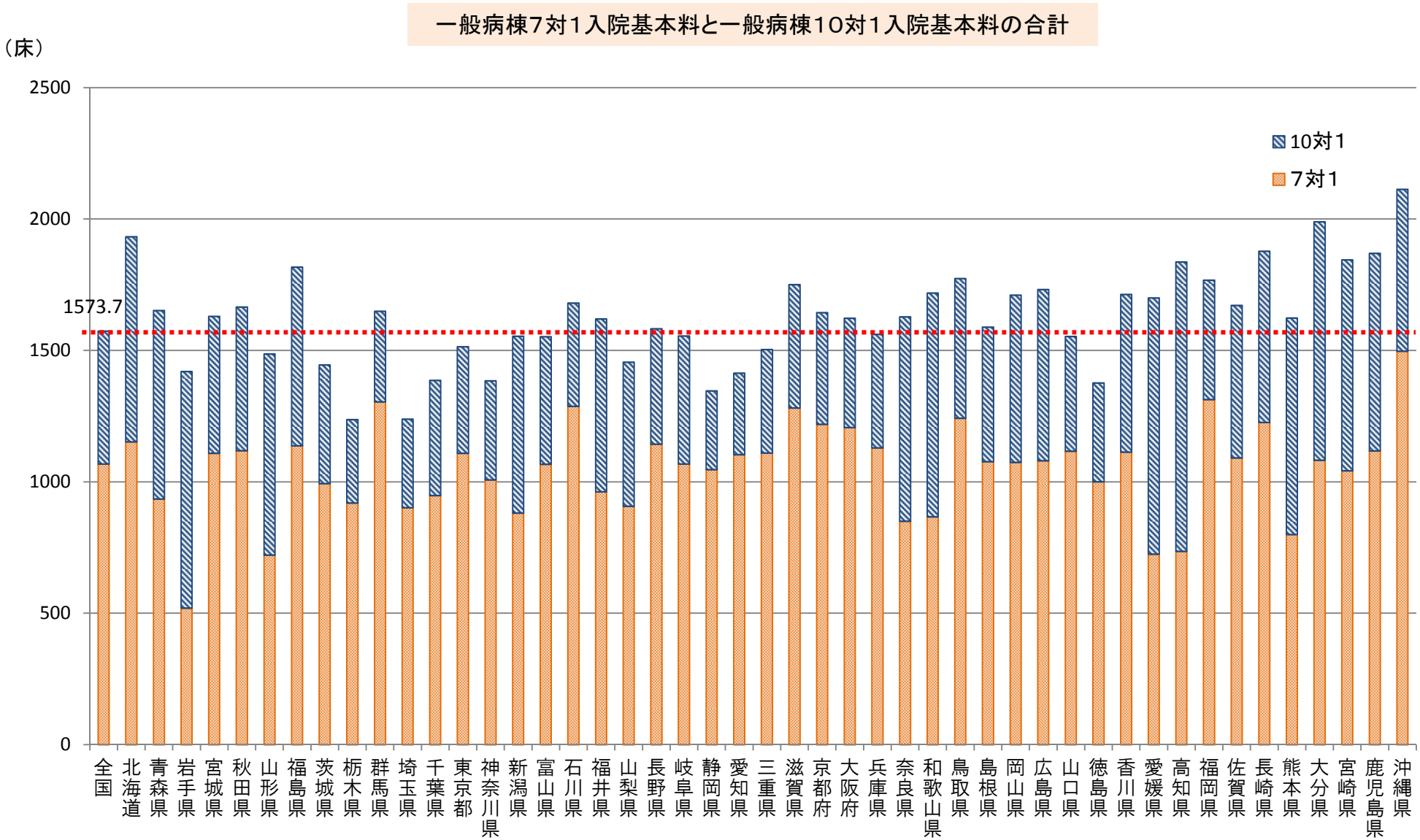
都道府県別　一般病棟入院基本料届出病床数①（65歳以上人口10万人あたり）





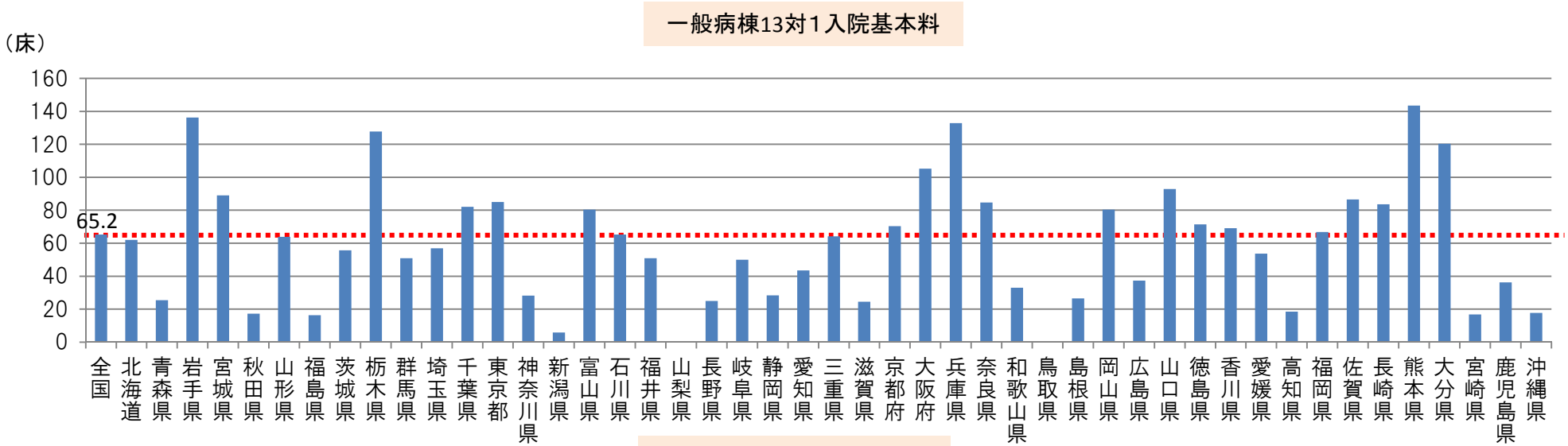
出典：保険局医療課調べ（平成28年10月1日時点）、平成27年10月1日現在人口

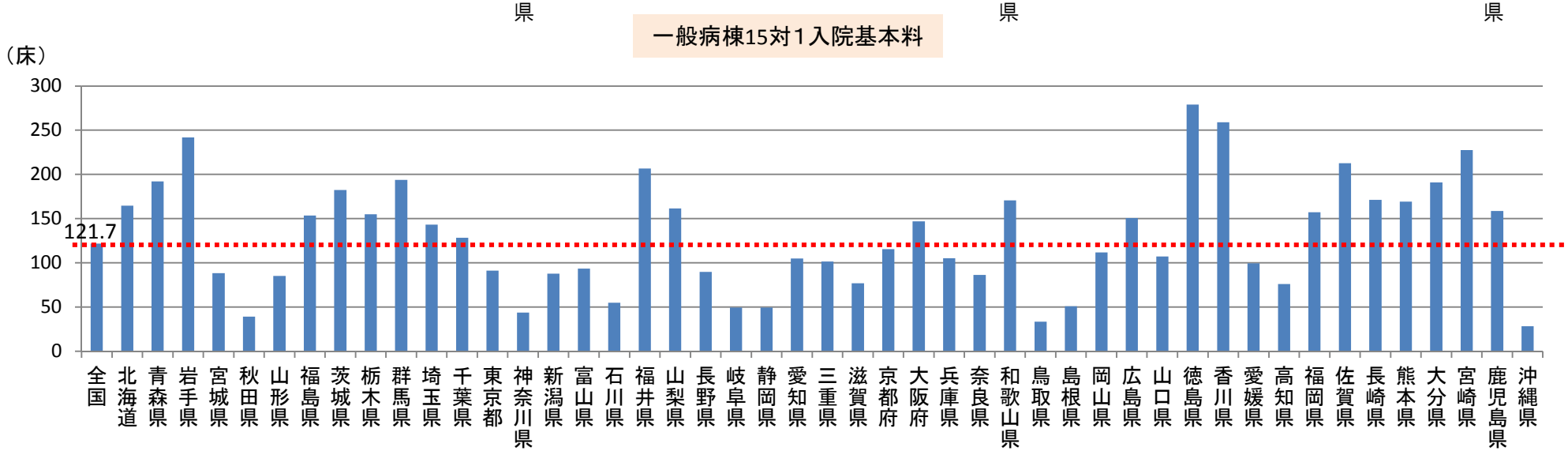
都道府県別　一般病棟入院基本料届出病床数②（65歳以上人口10万人あたり）



出典：保険局医療課調べ（平成28年10月1日時点）、平成27年10月1日現在人口

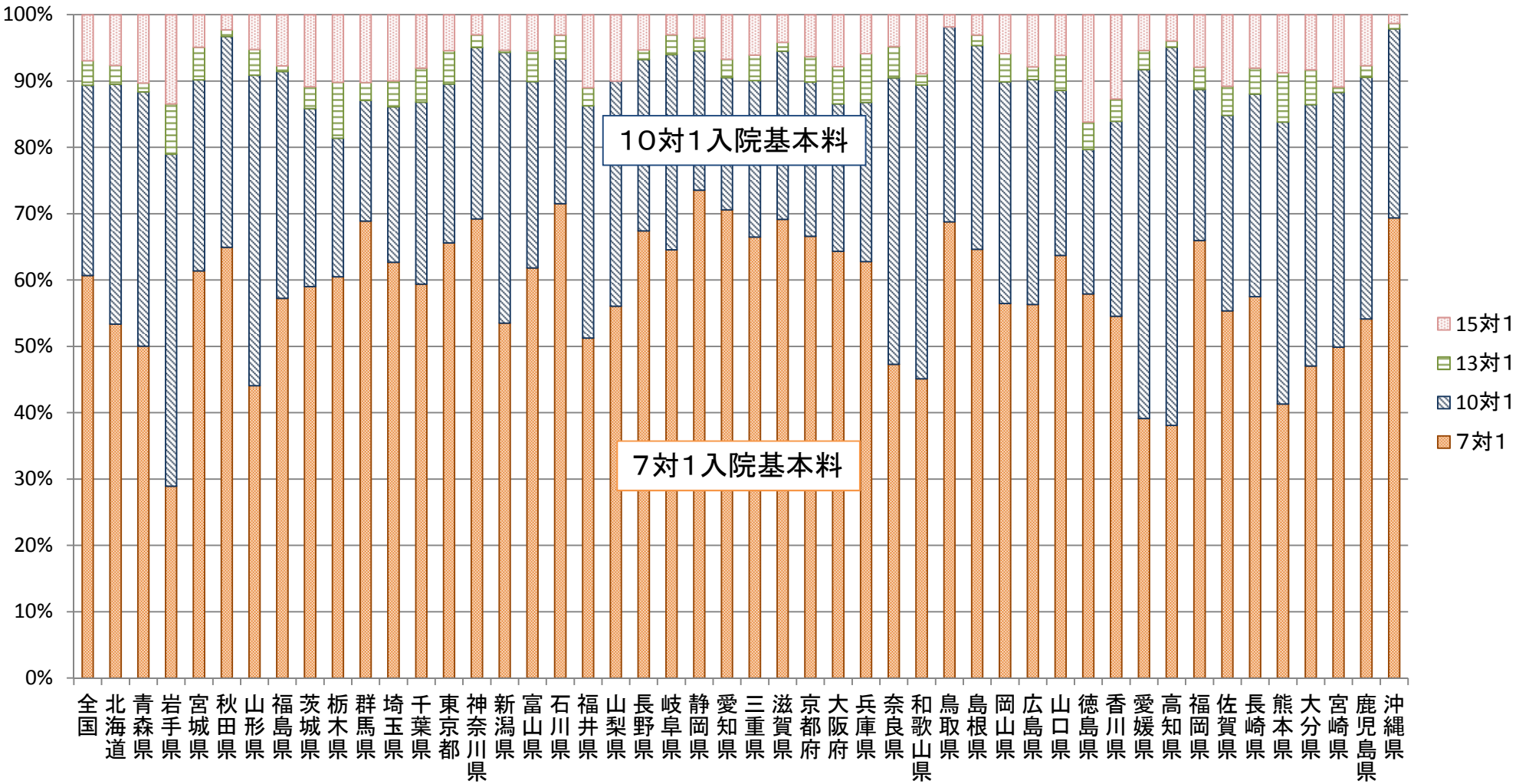
都道府県別　一般病棟入院基本料届出病床数③（65歳以上人口10万人あたり）





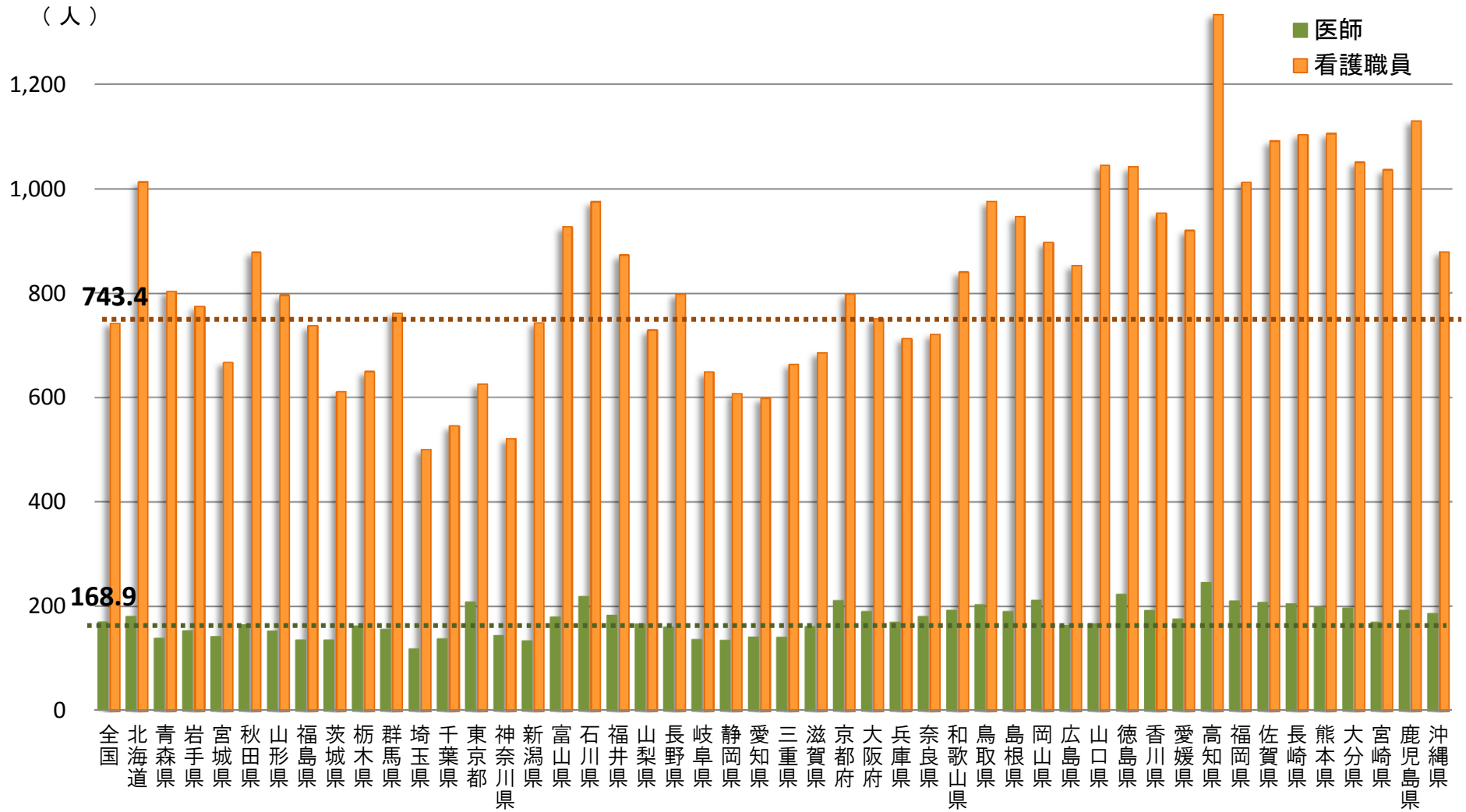
出典：保険局医療課調べ（平成28年10月1日時点）、平成27年10月1日現在人口

都道府県別　一般病棟入院基本料種類別の届出病床数の割合



出典：保険局医療課調べ（平成28年10月1日時点）

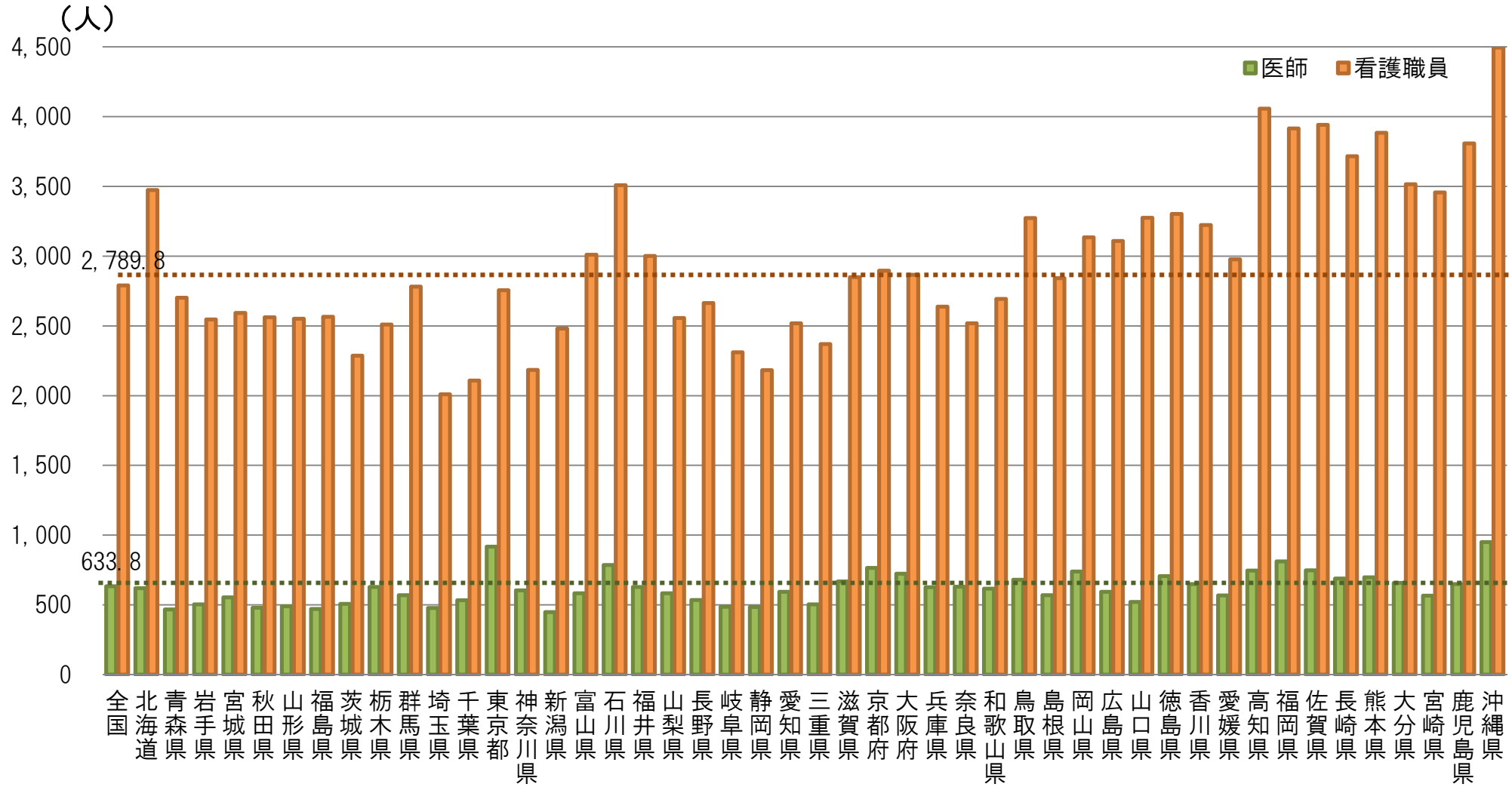
都道府県別　病院勤務の医師・看護職員数（人口10万人あたり）



注：1）医師及び歯科医師の「常勤」は、実人員、看護職員は常勤換算したものである。
　　2）看護職員は、保健師、助産師、看護師、准看護師を加えた数を計上。

出典：平成27年病院報告（動態）、平成27年10月1日現在人口

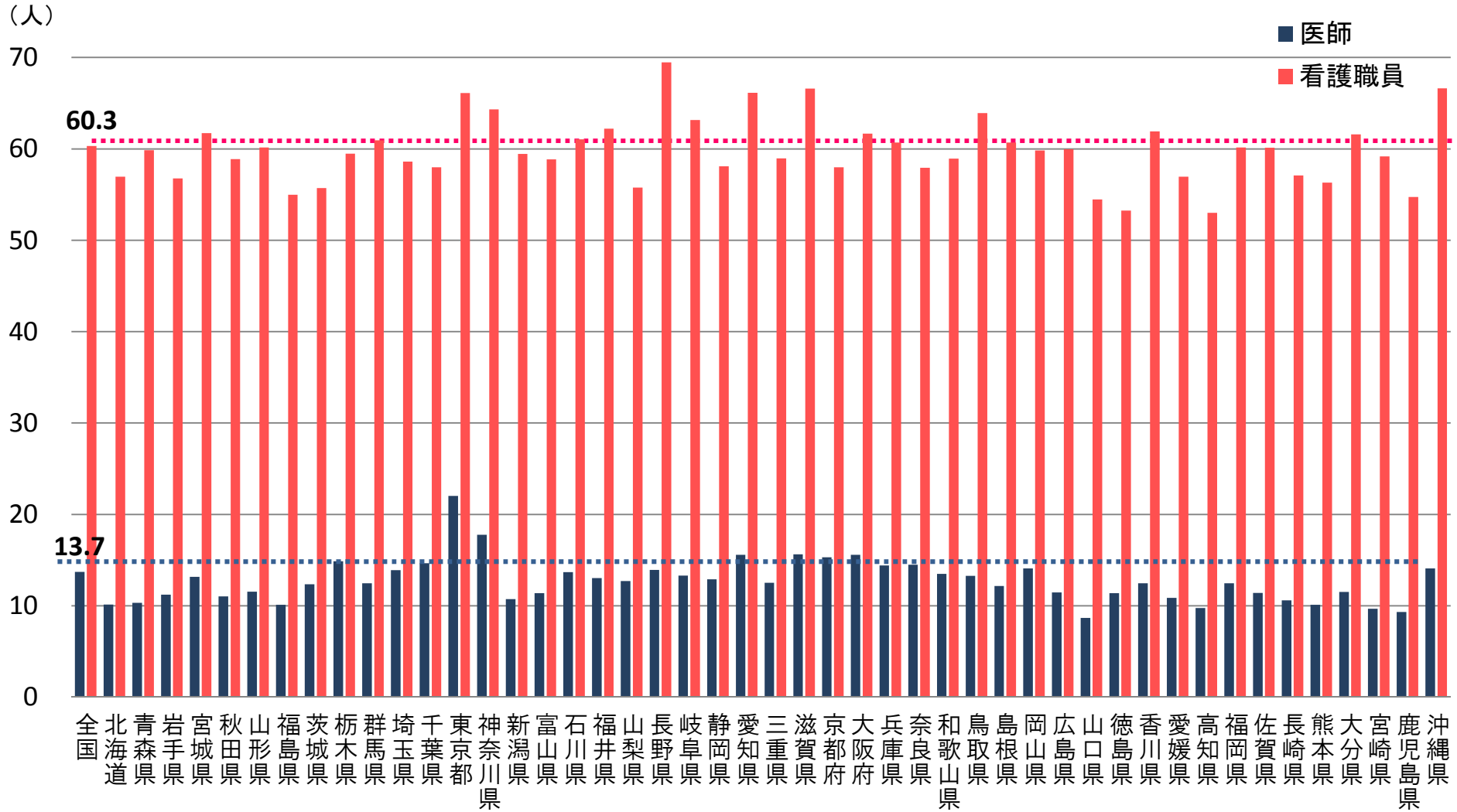
都道府県別　病院勤務の医師・看護職員数（65歳以上人口10万人あたり）



注：1）医師及び歯科医師の「常勤」は、実人員、看護職員は常勤換算したものである。
　　2）看護職員は、保健師、助産師、看護師、准看護師を加えた数を計上。

出典：平成27年病院報告（動態）、平成27年10月1日現在人口

都道府県別　病床100床あたりの病院勤務の医師・看護職員数



注：1）医師及び歯科医師の「常勤」は、実人員、看護職員は常勤換算したものである。
　　2）看護職員は、保健師、助産師、看護師、准看護師を加えた数を計上。

出典：平成27年病院報告（動態）

DPC制度の機能評価係数Ⅱの概要

DPC制度における診療報酬の算定方法

包括評価部分（ホスピタルフィー的報酬部分）

診断群分類点数表

診断群分類区分毎の1日あたり点数

×

医療機関別係数

基礎係数

＋

機能評価係数Ⅰ

＋

機能評価係数Ⅱ

＋

暫定調整係数

×

在院日数

＋

出来高評価部分（ドクターフィー的報酬部分、包括対象外等）

手術

麻酔

1000点以上の処置　等

患者ごとに算定される入院基本料等加算

包括対象外となる薬剤・材料の費用

退院時処方　　等

機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ（医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ）を評価したものであり、具体的には**8つの係数**として評価している。

○　機能評価係数Ⅱのうち、**保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数、重症度係数**については、各医療機関群毎に評価設定されている。

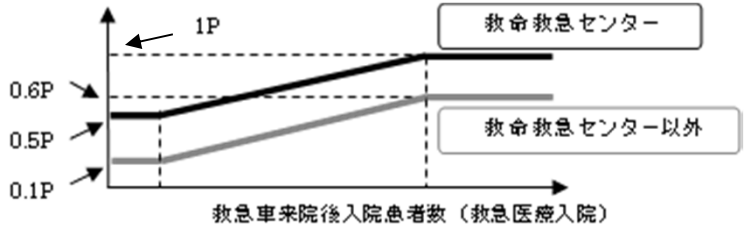
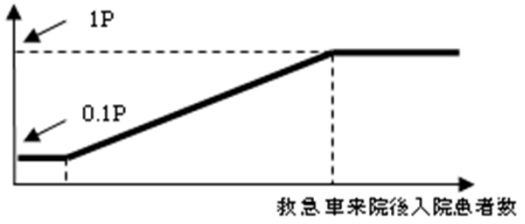
名称	評価の考え方
1）保険診療係数	質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価
2）効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
3）複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
4）カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
5）救急医療係数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
6）地域医療係数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）
7）後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価。
8）重症度係数	診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価。

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成28年度）＞

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組**・公表**を評価。**また、医療機関群（Ⅰ群・Ⅱ群）における総合的な機能を評価。**	原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。 ① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ⅰ 様式1の親様式・子様式 ： データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾 ⅱ 様式1とEFファイル ： 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾 ⅲ 様式4とEFファイル ： 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾 ⅳ DファイルとEFファイル ： 記入されている入院料等の矛盾 ③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（Ⅰ群のみ） Ⅰ群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。 **⑤ それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価** **本院よりも機能が高い分院（DPC対象病院）を持つ大学病院本院（Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合）、Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。** **⑥ 病院情報の公表への取組の評価** **自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に0.05点加算する（平成29年度以降の評価導入を検討）。**
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

<table>
<tr><th>＜項目＞</th><th>評価の考え方</th><th>評価指標（指数）</th></tr>
<tr><td>3) 複雑性指数</td><td>各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価</td><td>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕
※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</td></tr>
<tr><td>4) カバー率指数</td><td>様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価</td><td>〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕
※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</td></tr>
<tr><td>5) 救急医療指数</td><td>救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価</td><td>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕
【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】
「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者
・「A205救急医療管理加算」・「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」
・「A300救命救急入院料」　・「A301-4小児特定集中治療室管理料」
・「A301特定集中治療室管理料」　・「A302新生児特定集中治療室管理料」
・「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」　・「A303総合周産期特定集中治療室管理料」
【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】
「救急医療入院」の患者</td></tr>
<tr><td>6) 地域医療指数</td><td>地域医療への貢献を評価
（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）</td><td>以下の指数で構成する。
<table>
<tr><th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th><th>評価に占めるシェア</th></tr>
<tr><td colspan="2">①　体制評価指数　計12項目（各1ポイント）
Ⅰ・Ⅱ群は評価上限10ポイント
Ⅲ群は評価上限8ポイント</td><td>1/2</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②　定量評価指数</td><td>1）　小児（15歳未満）</td><td>1/4</td></tr>
<tr><td>1）　上記以外（15歳以上）</td><td>1/4</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

＜地域医療指数・体制評価指数＞

評価項目（各1P）	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限って評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）〕で評価（実績に応じて0～1P）**（平成29年度以降は評価を廃止予定。）**	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

評価項目（各1P）	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定」と「DMATの指定」をそれぞれ評価（0.5Pずつ） **（※）平成29年度以降に導入を検討する**	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定」又は「DMATの指定」の有無を評価（いずれかで1P） **（※）平成29年度以降に導入を検討する**
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）	
⑦周産期医療	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで1P）
⑧がん拠点病院	・「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定」を重点的に評価（1P） ・「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.5P） ・「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」としての指定は評価対象外（0P））	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療連携拠点病院」の指定を受けていることを評価（いずれかで1P）
⑨24時間tPA体制	「A205-2　超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	
⑪急性心筋梗塞の24時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて0～1P）	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「A230-3精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価 （1P）	
⑬高度・先進的な医療の提供	各項目の実施症例数を評価（平成29年度より評価）。 ・　10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P） ・　20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施（0.25P） （※）協力施設としての治験の実施を含む。	