

平成 26 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応について (参考資料)

1. 平成 26 年改定に向けた DPC 制度に係る今後の対応について (中間報告)

[平成 25 年 10 月 16 日 中医協総会 総-1-1 (一部抜粋)] . . . P 2

2. 機能評価係数 I について

[平成 25 年 12 月 9 日 DPC 評価分科会 D-1 (一部抜粋)] . . . P 4

3. 機能評価係数 II について

[平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-1 (一部修正)] . . . P 6

- ① 地域医療指数に関する都道府県アンケートの結果について
- ② 参考集計等

4. 算定ルール等について

[平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-2 (一部追加)] . . . P 27

5. 退院患者調査の見直しについて

[平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会 D-2 (一部修正)] . . . P 35

- ① 退院患者調査の様式集
- ② その他の参考資料

DPC制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について

（中間報告）

4. 今後の検討事項とスケジュール

- 今回の中間報告の結果を踏まえ、次回改定に向けた下記の検討課題について引き続きDPC評価分科会において具体的整理・検討を進め、平成25年12月を目途に検討結果を中医協総会へ報告することとしてはどうか（整理・検討を進める中で、中医協総会に諮るべき事項等が生じた場合は、適宜中医協総会へ中間報告する）。
- 激変緩和措置等、改定全体の影響を考慮する必要がある事項については、改定全体の方針が定まってから中医協総会で議論することとしてはどうか。

・ 次回改定（平成26年度）に向けて中医協総会及びDPC評価分科会において検討を要する事項について

- (1) 基礎係数（医療機関群のあり方）について
 - II群要件の具体的な算出方法について 等
- (2) 機能評価係数IIについて
 - 現行の6項目の評価方法について
 - 医療機関別群別評価のあり方について
 - 指数から係数への変換方法 等
 - 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方 等
- (3) 診断群分類の見直し
 - 新たな技術に対応した見直し
 - 副傷病の見直し 等
- (4) 算定ルール等の見直し
 - 3日以内再入院ルールの見直しについて
 - 点数設定方法D（高額薬剤に対応するために導入した点数設定方式）の適用のあり方について
 - 特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて 等
- (5) その他
 - 暫定調整係数の計画的な置き換えのための検証について
 - 激変緩和措置のあり方
 - DPC導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の見直しについて
様式1の見直し 等
 - 適切なコーディングの推進について 等

< 現行の機能評価係数 I 一覧 >

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566点/日
	入院基本料(7対1特別)			▲ 0.0689	1,244点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311点/日
	入院基本料(10対1特別)			▲ 0.1494	1,040点/日
入院基本料等加算	総合入院体制加算			0.0291	120点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0008		30点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0387		160点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0339		140点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109点/日
	看護補助加算2		0.0311		84点/日
	看護補助加算3		0.0207		56点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35点(入院初日)
感染防止対策加算1		0.0125		400点(入院初日)	
感染防止対策加算2		0.0031		100点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)		0.0010		40点/月
	検体検査管理加算(II)		0.0024		100点/月
	検体検査管理加算(III)		0.0071		300点/月
	検体検査管理加算(IV)		0.0119		500点/月
経過措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

<機能評価係数 I の整理>

		機能評価係数 I として評価されているもの		DPC 病棟では算定しないと考えられるもの		
		患者ごとに条件を満たせば算定可能	(無色)			
		入院基本料等加算				
①医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	A230	精神病棟入院時医学管理加算	入院患者全員に 加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	A230-2	精神科地域移行実施加算	
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A243	後発医薬品使用体制加算	
		A207	診療録管理体制加算			
		A207-2	医師事務作業補助体制加算			
		A234	医療安全対策加算			
		A234-2	感染防止対策加算			
		A234-3	患者サポート体制充実加算			
		A244	病棟薬剤業務実施加算			
		A245	データ提出加算			
①医療機関の評価	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	A213	看護配置加算	入院患者全員に 加算
		A214	看護補助加算			
①医療機関の評価	地域特性の評価	A218	地域加算			入院患者全員に 加算
		A218-2	離島加算			
①医療機関の評価	特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	A229	精神科隔離室管理加算	条件を満たす患者 個
		A225	放射線治療病室管理加算			
①医療機関の評価	療養環境の評価	A219	療養環境加算	A222	療養病棟療養環境加算	条件を満たす患者 個
		A220	HIV感染者療養環境特別加算	A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
		A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	A223	診療所療養病床療養環境加算	
		A221	重症者等療養環境特別加算	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	
		A221-2	小児療養環境特別加算			
②医療連携の評価	紹介・受入の評価	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	A227	精神科措置入院診療加算	条件を満たす患者 個
		A206	在宅患者緊急入院診療加算	A228	精神科応急入院施設管理加算	
		A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	A236-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	
		A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	A236-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	
				A236-8	地域連携認知症支援加算	

			A236-9 地域連携認知症集中治療加算	人 毎 に 加 算
退院調整の評価	A238	退院調整加算		
	A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算		
脳卒中	A205-2	超急性期脳卒中加算		
救急	A205	救急医療管理加算		
小児	A208	乳幼児・幼児加算		
	A212	超重症児(者)入院診療加算・ 準超重症児(者)入院診療加算		
産科	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算		
	A237	ハイリスク分娩管理加算		
精神科	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算		
	A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算		
	A231-4	摂食障害入院医療管理加算		
精神疾患と 身体疾患の合併			A230-3 精神科身体合併症管理加算 A230-4 精神科リエゾンチーム加算	
小児精神	A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算		
褥瘡・ 重症皮膚潰瘍	A235	褥瘡患者管理加算	A226 重症皮膚潰瘍管理加算	
	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算		
栄養管理	A233	栄養管理実施加算		
	A233-2	栄養サポートチーム加算		
人工呼吸器離脱	A242	呼吸ケアチーム加算		
介護連携	A240	総合評価加算		
がん	A226-2	緩和ケア診療加算	A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算	
	A232	がん診療連携拠点病院加算		
難病等	A210	難病等特別入院診療加算	A211 特殊疾患入院施設管理加算	

機能評価係数Ⅱ（地域医療指数）に関する 各都道府県へのアンケート調査結果について

1. アンケート調査の概要

地域医療指数の評価項目のうち、各都道府県の医療計画（5疾病・5事業＋在宅医療）に基づく取り組みについて、各都道府県の事業推進への貢献や、当該評価項目の今後のあり方について、47都道府県に対してアンケート調査を実施した。

2. アンケート調査結果

(1) 回収状況

評価項目		照会内容	当該事業が評価されたことで当該事業の推進に貢献していると考えますか。				機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
			貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
がん	がん地域連携		38	0	5	43	39	0	1	4	44
	地域がん登録		39	0	5	44	38	0	2	4	44
	がん拠点病院		39	0	5	44	39	0	2	3	44
脳卒中	脳卒中地域連携		39	0	4	43	39	0	0	4	43
	24時間t-PA体制		34	0	9	43	36	0	0	7	43
救急医療	救命救急センター		39	1	4	44	41	0	0	3	44
	病院群輪番制		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	共同利用型施設		16	1	25	42	22	0	1	20	43
	救急車で来院し入院となった患者		36	1	7	44	37	0	0	7	44
へき地医療	へき地医療拠点病院		35	0	7	42	37	0	0	5	42
	社会医療法人認可におけるへき地医療の要件		23	0	19	42	30	0	0	12	42
災害医療	災害拠点病院		38	1	5	44	41	0	0	3	44
	DMATの指定		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	EMISへの参加		35	1	8	44	37	0	4	3	44
周産期医療	総合周産期母子医療センター		39	0	5	44	40	0	1	3	44

地域周産期母子医療センター	36	0	8	44	39	0	1	4	44
---------------	----	---	---	----	----	---	---	---	----

(2) 都道府県からの主な意見

①現行の評価方法の見直しについて】

がん（がん地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答			
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 	
	貢献していない	0		
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・総体的にがん医療の推進に寄与していると思われるが、地域連携事業推進について明確な効果は確認できない。 ・評価されることで医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 	
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・地域連携の推進に寄与している。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 	
	廃止すべき	0		
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援においては、「がん治療連携計画策定料」の対象とならない在宅緩和ケアのがん地域連携クリティカルパスに対する取組みの評価。 	
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携の運用実態について詳細について把握していない。 ・医療計画策定の際に参考としていない。 	

がん（地域がん登録）

照会内容	都道府県からの主な回答			
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・地域がん登録参加医療機関の増加につながっているため。 ・届出数の増加が、がんの罹患数等、がんの実態把握に貢献しているため。 ・近年その精度が向上しており、各種施策への活用が期待される。 	
	貢献していない	0		
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・地域医療指数として評価されることは、医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 	
機能評価係数における	継続すべ	38	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 	

評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	き		<ul style="list-style-type: none"> ・がん対策に関する必要なデータ集積に重要な事業であり継続すべきである。 ・地域医療を確保していくための診療報酬上の評価が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	2	<ul style="list-style-type: none"> ・がんと診断する医療機関が初回の治療を行うと考えられるが、必ずしもそうだとはいえないため。 ・数量的な判断は必要ない（①がん登録を行うのは診断された医療機関であり、実際に治療している医療機関ではない場合がある。②病院の規模・専門性により登録数の違いは出る。）。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・今後がん登録の法制化により、全ての病院へのがん登録届出の義務化が見込まれていることから、むしろ院内がん登録の導入を評価することについて検討すべきと考える。 ・評価は必要であるが、登録件数について、良性・悪性、疑診、転院、再発等の届出の可否など、取扱が各都道府県で異なり、数値の客観性には疑問がある。

がん（がん拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・がん医療水準の向上のための中心施設として機能するために評価することは妥当であると考えられる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・「がん拠点病院等」のポイント加算は納得できるが、医療計画に係る事業の推進に寄与しているかどうか分からない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・がんの集学的治療や緩和ケアの提供、地域のがん医療に係る人材の育成、相談支援、がん登録など、がん拠点病院やこれに準じる病院を中心とした質の高いがん医療提供体制を整備していくために継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直し	2	<ul style="list-style-type: none"> ・現行制度は、がん診療連携拠点病院の指定の有無で評価に差がつく仕組み

	しが必要		になっていること、また、拠点病院の指定期間が4年間であることも合わせて、各病院が地域医療において果たしている役割を一層きめ細やかに評価する必要がある。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（脳卒中地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・県が推進する地域医療連携体制の構築上、急性期対応医療機関等の有する機能の例示として「地域連携診療計画管理料」等を掲げているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・脳卒中の治療、再発予防にあたっては、多職種協働による医療連携体制の確立が不可欠であるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・長期にわたる治療・予後対策が重要となり、その連携状況を把握するためには重要な指標となるため。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（24時間t-PA体制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	34	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・当該評価項目による事業推進の効果の個別検証はしていないが、当該項目は地域医療体制強化へのインセンティブを有するものと思料される。
	貢献していない	0	
	どちら	9	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。

	ら も い な い		<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中に係る地域医療連携体制において、超急性期対応医療機関の位置付けはないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 ・体制を整備している医療機関数を把握していないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	36	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療機関にとって大きな経費負担となることから評価の継続が必要である。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必 要	0	
	そ の 他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・t-PA の指標は採用後間もないため判定が困難であり、引き続き指標として扱い経過を見るべき。

救急医療（救命救急センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・項目があることが指定の動機づけになっている。 ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると思う。
	貢 献 し て い な い	1	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	ど ち ら も い な い	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・救命救急センターによる三次救急医療の推進との関連性の評価は困難。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	41	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・救急搬送患者の最終的な受け皿として救急医療体制に貢献しており継続すべき。 ・救急医療の推進のためのインセンティブとして、地域における医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止	0	

	す べ き		
	見 直 し が 必 要	0	
	そ の 他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（病院群輪番制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・評価項目となっていることで制度の継続的運用に寄与していると考え。 ・三次救急医療施設への患者集中を防ぐため、二次救急患者を受け入れる体制として貢献している ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢 献 し て い な い	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	ど ち ら も い え な い	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必 要	1	・前年度より該当する医療機関が減少しており貢献しているとは言えないため。
	そ の 他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（共同利用型施設）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	16	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢 献 し て い な い	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。

	どちらでもない	25	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・救急医療への貢献が不明なため。 ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	22	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・県側で把握していないため。
	その他	20	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・該当医療機関が無いため判断できない。

救急医療（救命車で来院し入院となった患者）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・入院を要する患者の受入を評価することで救急患者受入拒否の抑制につながると考えられるから。
	貢献していない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらでもない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・救急搬送件数は近年増加しており、二次救急医療機関の役割を評価するため必要。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤患者の受入に寄与するよう期待。 ・実績評価は必要だが患者数とポイントとの関連が不明。

へき地医療（へき地医療拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	35	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・代診や情報ネットワークを利用した診療のサポート等へき地診療所の支援につながっているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	7	・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直が必要	0	
	その他	5	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

へき地医療（社会医療法人認可におけるへき地医療の要件）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	23	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	19	・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考え	継続すべき	30	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。

ますか。			・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	12	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

災害医療（災害拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害拠点病院の機能維持のためには相当の経費を要するため。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけでないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため評価は継続すべき。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（DMATの指定）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献している	39	39	・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・不採算部門である災害医療を担う病院のインセンティブになりうると考える。

ると考えますか。	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらでもない	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・評価項目がDMATの能力強化に結びついているかは不明。訓練や研修への参加実績等を踏まえた見直しが必要。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（EMISへの参加）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	35	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらでもない	8	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・EMISの参加登録だけでは災害時の医療体制における貢献が不明のため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。

			・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	4	・災害拠点病院の場合、EMISへの参加はとしては当然のことであり評価する必要はない。 ・定期的に操作研修をしている等の災害時の実効性を加味してはどうか。 ・EMISへの参加についてはすでに一定の水準が達成されており、参加を既定のものとして取り扱うことが望ましいこと、また、参加に当たって多くの費用負担が発生しているものではないことから、診療報酬面にあつては、機能評価係数による加算でなく、減算対象として取り扱うべき。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

周産期医療（総合周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・周産期の乳児等の死亡率低下に貢献している。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考え。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・他病院で診られない症例の患者などの入院受入を積極的に行っており、限られた病床と人員の中取り組んでいることについて評価が必要。
	その他	3	・総合周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

周産期医療（地域周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・病院のインセンティブにつながると考えられるため。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考える。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・当県では設置していないため、どちらともいえない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・県内における地域周産期母子医療センター間において、整備状況や運営体制には差があるため。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

② 5 疾病・5 事業＋在宅医療の評価方法】

各疾病・事業において現在の評価方法に加え、新たに「地域医療指数」によって評価すべき事項

がん

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・拠点病院以外の地域連携クリティカルパスの中核病院・今度、導入が予定されている「地域がん診療病院（仮称）」（がん拠点病院の無い2次医療圏において地域連携のがん医療を担う）指定の評価の検討・緩和ケアの評価 （がんに関する相談体制（がんサロン等）の整備及び相談実績、「緩和ケア病棟」、「緩和ケアセンター」、「がん相談支援センター」の整備、緩和ケアパスの導入実績、緩和ケア研修者を有する緩和ケアチーム体制の有無と稼働実績）・院内がん登録の導入実績・病院内外のがん医療に従事者を対象とした研修会等の開催及び市民公開講座等の情報発信に関する取組み・「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出・在宅医療との連携

脳卒中

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・365日24時間の脳卒中に対応する体制を整備している病院の評価

急性心筋梗塞

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・多職種や地域間の連携が不可欠な疾病であり、脳卒中と同等の評価が行われるべき・365日24時間の急性心筋梗塞に対応する体制を整備している病院の評価・24時間心臓カテーテル法による検査体制の評価・地域連携パスへの参加

糖尿病

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・一般社団法人日本糖尿病学会認定教育施設、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医数、日本糖尿病療養指導士会認定の糖尿病療養指導士数、公益社団法人日本看護協会認定看護師（糖尿病）、専門看護師数・初期・安定期治療を担う地域のかかりつけ医と専門治療や慢性合併症治療を担う医療機関との連携・糖尿病合併症管理料・糖尿病透析予防指導管理料の届出・地域連携パスへの参加・急性増悪時患者の受入れ数

精神疾患

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・精神科病床を併設する（総合）病院・精神科救急医療体制への参加（夜間休日精神科救急対応（精神科救急情報センター）等）・認知症疾患医療センターの指定・身体疾患を合併する精神疾患患者への対応（精神科身体合併症管理加算）・災害派遣精神医療チーム（DPAT）の指定・精神科リエゾンチーム体制・措置入院患者の受入れ数・精神科急性期治療病棟・救命救急入院料加算（自殺企図等に対する）

救急医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・ドクターヘリ基地病院、配備病院（ヘリポートの設置等）・輪番時の救急患者受入件数・診療所等の要請に応じて病院所有の救急車等により患者受入・搬送等を行う病院に対する評価・救急医療対策事業実施要綱「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」への参加・受入実績・救急車で来院し入院となった患者の新入院に対する割合・救急車で来院し入院となった患者以外の評価

へき地医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・過疎地域自立促進特別措置法対象市町村所在病院への派遣・緊急時（災害時、常勤の急病時など）の代診医派遣の可否

災害医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院の評価に差をつける・原子力災害時に重要な役割を担う「被ばく医療機関」の評価・災害訓練等の評価 （災害訓練・研修への参加、地域の防災訓練への救護班としての参加）・DMATの評価 （実災害への出動件数、訓練への参加実績の評価） （保有数による評価）・EMISへの入力状況や研修実施状況の有無を評価する。

周産期医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・周産期母子医療センターを除く休日全夜間入院診療体制の整備・在宅移行支援病床を有する病院、小児中核病院、地域小児医療センター・指定の有無にかかわらず、MFICU・NICUの稼働病床を有していること・指定の有無のみの評価ではなくハイリスク妊産婦、ハイリスク児の受入等の実績も評価すべき

小児医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・小児救急病院群輪番制・小児救命救急センター、小児救急医療拠点病院の指定、小児がん拠点病院・小児集中治療室（PICU）・「地域小児科センター」登録病院（日本小児科学会事業）・児童虐待予防に係る「妊娠・出産・育児期の養育支援依頼書」の市町への提供件数・小児救急患者の受け入れ実績を加味した、小児救急医療拠点病院及び小児救急医療支援事業への参加医療機関

在宅医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・在宅医療連携拠点事業実施病院、在宅療養支援病院・入院患者の在宅移行を行うために退院調整を行う体制の整備・在宅療養支援診療所への逆紹介率、在宅療養支援診療所からの急変患者の受入件数・「在宅患者緊急入院診療加算」、「在宅療養指導料」の施設基準の届出・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携及び後方支援

- ・へき地への対応（特に24時間対応）の有無

③DPC制度へのその他の意見

都道府県からの主な回答

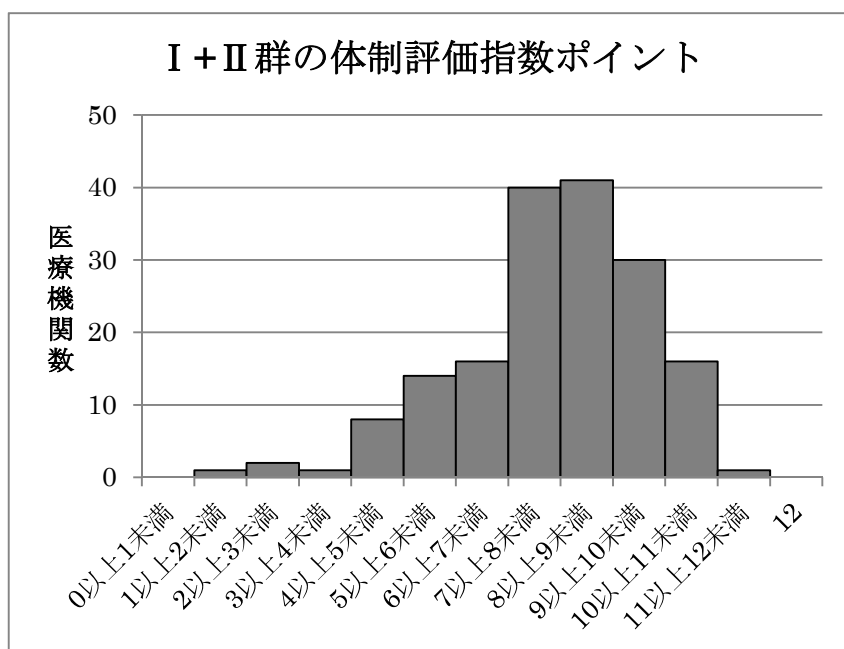
- ・5疾病5事業及び在宅医療はすべて評価すべき。
- ・事業の推進を一層図るため、制度の見直しにあたっては、DPC制度における診療報酬を増額するなどの検討を図られたい。
- ・急性心筋梗塞及び糖尿病について地域連携の評価を追加していただきたい。
- ・電子カルテ情報の共有化事業への参画について評価する。
- ・看護学生の実習の受入れ人数を評価する。
- ・臓器移植院内コーディネーターの配置を評価。
- ・精神疾患についてはDPCを採用している施設が少ないので、DPC制度による評価が医療計画の推進に結びつきにくいのではないかと感じる。
- ・地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき。
- ・評価項目が診療報酬にどのような影響を与えているかが不明。
- ・評価項目を同列に扱うことに疑問を感じる。
- ・体制評価指数の評価指標は10項目あるが、7ポイントが上限であるため8ポイント以上該当しても正当に評価されていない。そのため、各項目の診療報酬への影響度合いが分からない。
- ・都道府県による参加状況の確認が必要かどうか再度議論していただきたい。
- ・地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき

機能評価係数Ⅱの見直しのための参考集計

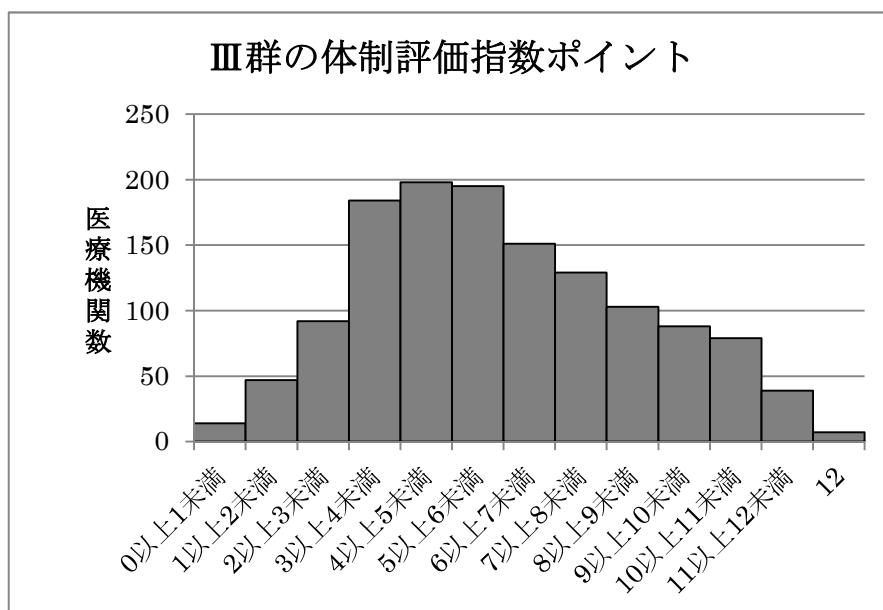
【地域医療指数体制評価指数の取得件数の一覧】

		DPC病 院Ⅰ群	DPC病 院Ⅱ群	DPC病 院Ⅲ群	DPC準 備病院
医療機関数		80	90	1,326	244
脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る）	59	84	577	23
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（脳卒中に限る）	4	7	311	79
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）（脳卒中に限る）	0	4	33	8
がん地域連携	がん治療連携計画策定料	79	74	440	7
がん地域連携	がん治療連携指導料	4	5	480	104
救急医療	① 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	30	56	1,054	160
救急医療	② 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	5	10	161	21
救急医療	③ 救命救急センターである。	51	58	145	1
災害時における医療	①災害拠点病院の指定を受けている。	65	69	409	28
災害時における医療	②災害派遣医療チーム（DMAT）にかかる指定を受けている。	72	59	366	13
へき地の医療	①へき地医療拠点病院の指定を受けている。	4	12	136	16
へき地の医療	②社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	3	0	36	5
周産期医療	①総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	32	20	37	4
周産期医療	②地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	37	32	199	8
がん診療連携拠点病院	①都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	29	9	40	2
がん診療連携拠点病院	②地域がん診療連携病院の指定を受けている。	51	57	252	4
がん診療連携拠点病院	③都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	6	14	218	4
24時間tPA体制	超急性期脳卒中加算	73	84	536	17
EMIS（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）へ参加している。	76	80	899	52

【平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション（上限 12 ポイント）】

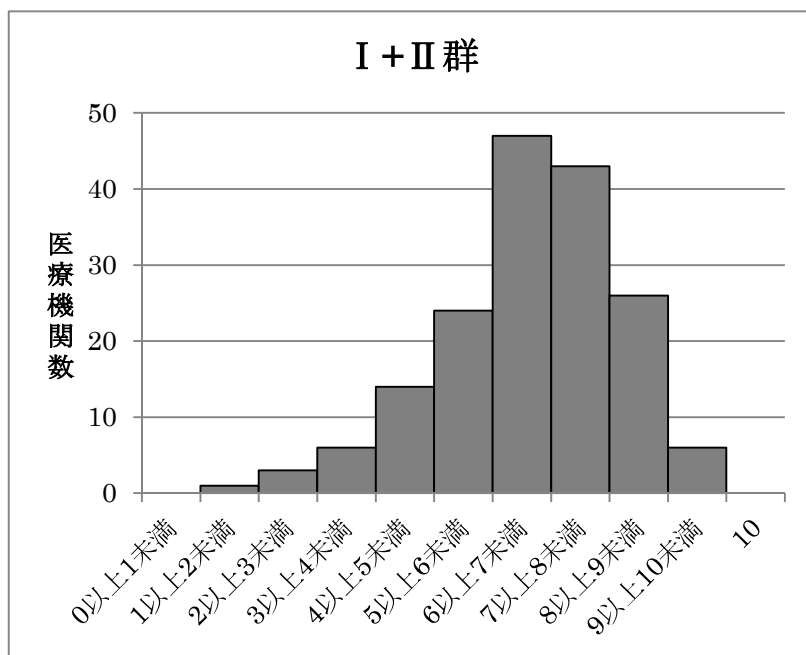


	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00

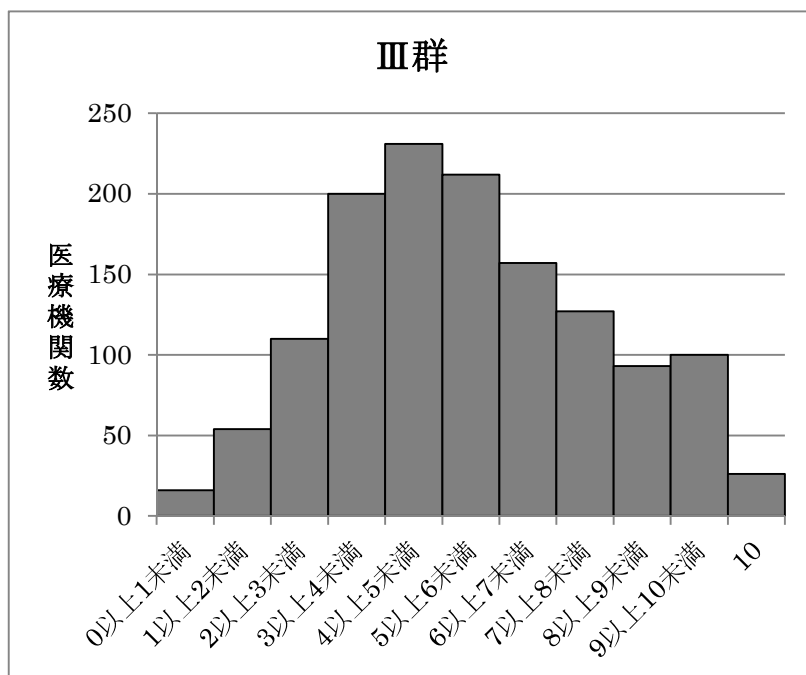


	III 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

【平成 25 年度の体制評価指数ポイント（上限 10 ポイント）】



	I + II 群
75%tile 値	7.53
90%tile 値	8.50



	III 群
75%tile 値	7.00
90%tile 値	8.30

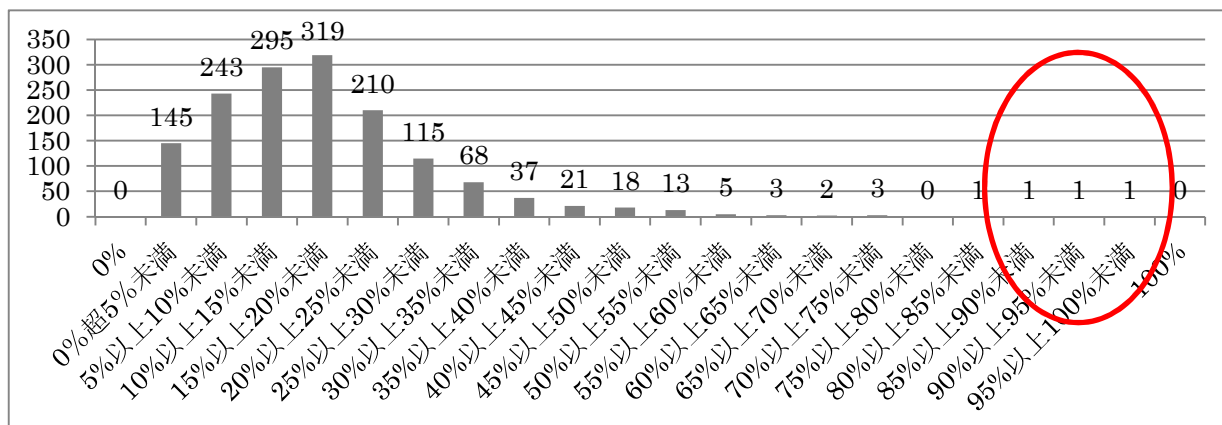
【DPC 調査様式 1（簡易診療録情報）の入力要領】

調査項目	留意事項
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入力する。
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。
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。
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は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
入院時併存症名（最大 4 つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>慢性腎不全</u> 3. <u>血友病・HIV 感染症</u> 4. <u>併存精神疾患</u>
入院後発症疾患名（最大 4 つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>術後合併症</u>

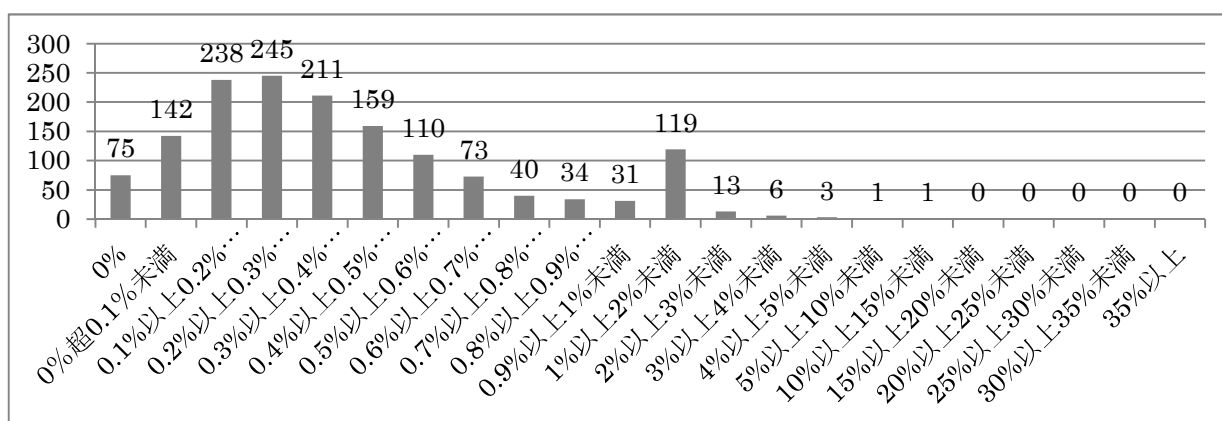
【DPC レセプトの記載要領】

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	医療資源を最も投入した傷病名を記載する。
②「副傷病名」欄	（診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。）
③「傷病情報」欄	・退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。
・主傷病名	医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として 1 つ記載する。
・入院の契機となった傷病名	今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を 1 つ記載する。
・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を 1 つ記載する。
・入院時併存傷病名（最大 4 つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大 4 つまで記載する。
・入院後発症傷病名（最大 4 つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大 4 つまで記載する。

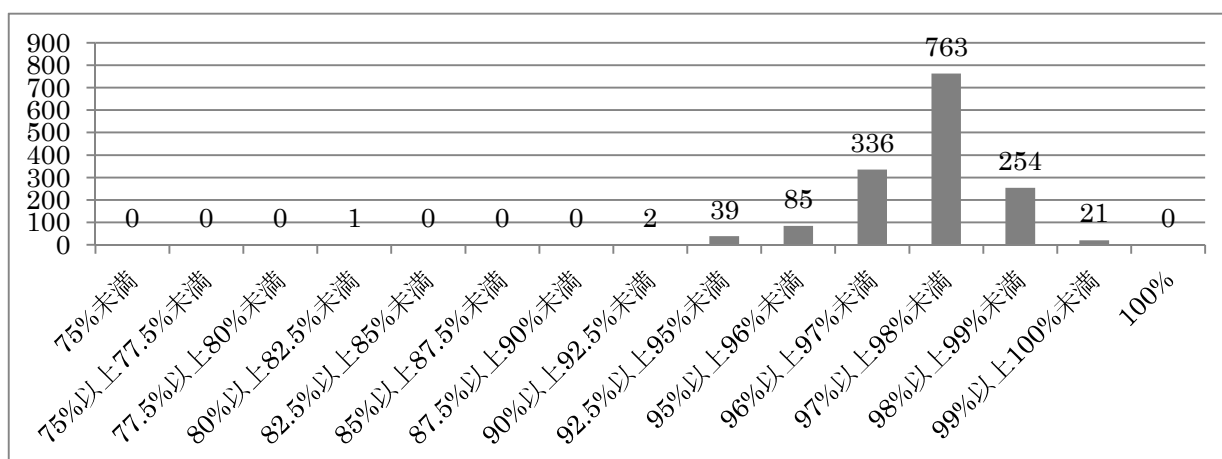
副傷病名の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



② 支払いに関係ない副傷病の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



③ 支払いに関係のない副傷病名/(支払いに関係のある副傷病名+支払いに関係のない副傷病名)の医療機関ヒストグラム



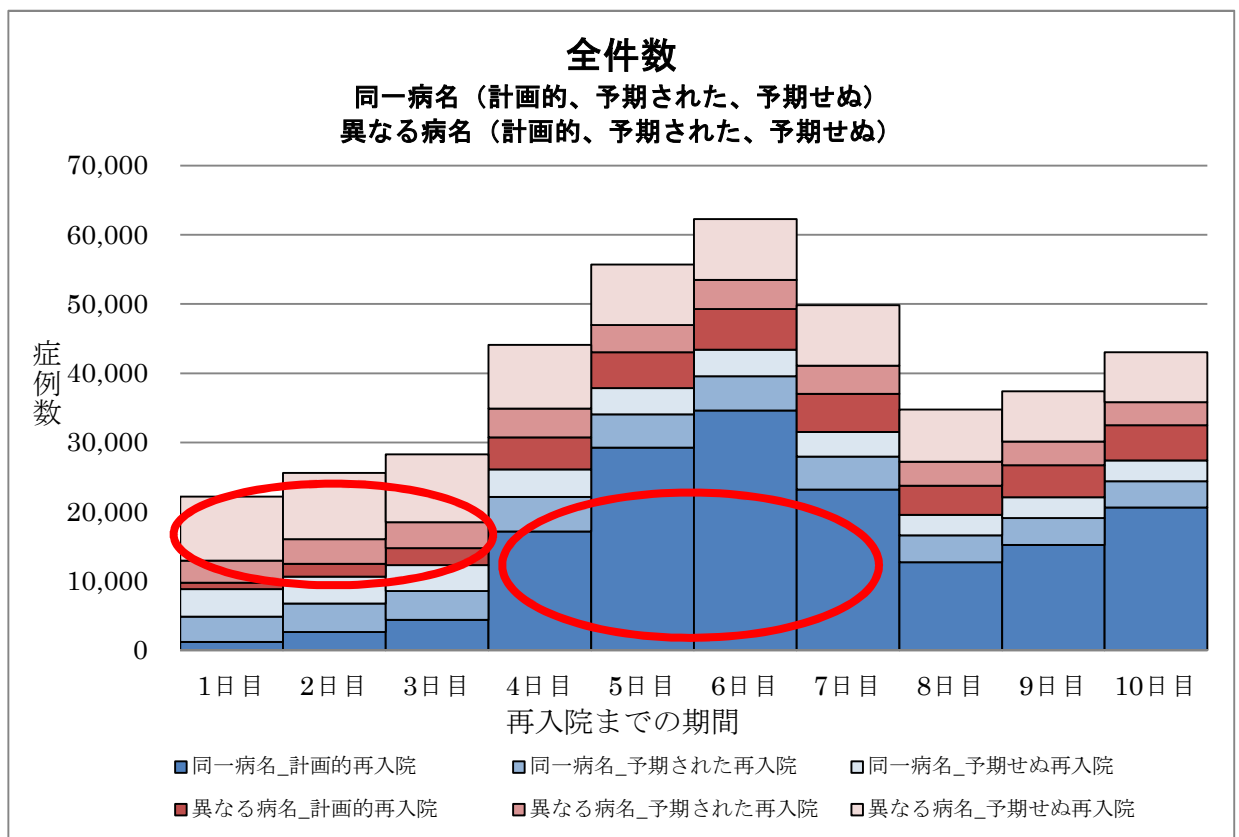
救急医療にかかる入院料等	救急医療入院 の全症例に占 める算定割合	施設基準取得 医療機関数 (全 1496 病院)
A205 救急医療管理加算	84.28%	1424
A300 救命救急入院料	6.18%	233
A301 特定集中治療室管理料	4.20%	587
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	2.44%	260
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.94%	87
A301-4 小児特定集中治療室管理料	0.00%	1
A302 新生児特定集中治療室管理料	0.58%	192
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	1.38%	96

算定ルール等の見直しのための参考資料

【平成 20～24 年度において再入院において前回入院と異なる病名の割合】

再入院 までの日数	H20	H21	H22	H23	H24
1	58.76%	58.42%	58.08%	59.08%	61.10%
2	55.22%	54.41%	56.13%	56.32%	58.33%
3	52.22%	53.55%	53.82%	54.28%	56.65%
4	40.41%	40.54%	41.20%	40.67%	41.14%
5	33.40%	32.17%	31.95%	32.04%	31.74%
6	29.74%	28.17%	30.09%	28.97%	29.81%
7	33.55%	34.07%	35.76%	35.39%	36.39%
8	40.34%	40.75%	41.27%	41.82%	44.01%
9	38.45%	38.65%	39.47%	38.99%	41.02%
10	34.48%	33.48%	34.90%	34.82%	36.22%
11 日以上	91.77%	91.66%	91.66%	91.57%	91.66%

【様式 1 「再入院調査」における理由の内訳】



【再入院となった症例の内訳】

	1 同一病名_計画的再入院	2 同一病名_予期された再入院	3 同一病名_予期せぬ再入院	4 異なる病名_計画的再入院	5 異なる病名_予期された再入院	6 異なる病名_予期せぬ再入院
1～3日目	10.8%	15.6%	15.4%	6.8%	13.8%	37.6%
4～7日目	49.2%	9.2%	7.2%	10.0%	7.8%	16.7%
8～14日目	52.0%	8.2%	6.3%	11.3%	7.0%	15.2%

【様式1「再入院調査」の集計結果】

1 同一病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	19.56%	16.18%	15.63%
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	5.85%	4.15%	3.45%
3	計画的な化学療法のため	29.13%	45.60%	65.68%
4	計画的な放射線療法のため	3.82%	1.64%	1.19%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.04%	1.98%	1.51%
6	その他	36.60%	30.45%	12.55%

2 同一病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	80.85%	77.74%	80.56%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	6.93%	7.18%	6.77%
3	予期された併存症の悪化のため	3.01%	3.49%	3.44%
4	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	3.78%	5.35%	2.85%
5	その他	5.43%	6.23%	6.38%

3 同一病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	77.37%	73.51%	74.62%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	6.65%	7.89%	6.89%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	4.12%	4.41%	4.35%
4	新たな他疾患発症のため	8.57%	11.11%	10.74%
5	その他	3.29%	3.08%	3.41%

4 異なる病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	27.58%	29.04%	27.90%
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	6.90%	7.06%	8.38%
3	計画的な化学療法のため	16.50%	25.03%	27.83%
4	計画的な放射線療法のため	1.51%	1.66%	1.54%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.78%	5.37%	4.70%
6	その他	41.73%	31.84%	29.65%

5 異なる病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	30.56%	33.59%	34.73%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	33.18%	31.29%	27.69%
3	予期された併存症の悪化のため	22.80%	23.56%	25.84%
4	患者の QOL 向上のため一時帰宅したため	2.72%	2.84%	2.24%
5	その他	10.73%	8.73%	9.49%

6 異なる病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	12.01%	13.84%	13.34%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	13.70%	13.37%	11.43%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	10.54%	10.59%	10.87%

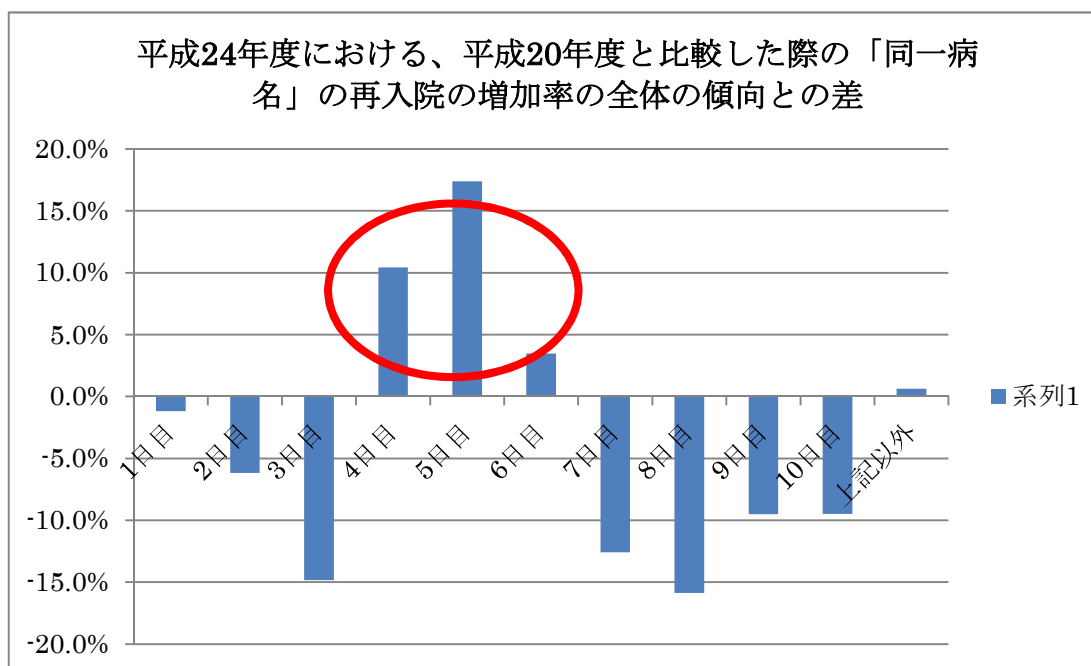
4	新たな他疾患発症のため	61.68%	60.19%	62.30%
5	その他	2.07%	2.01%	2.06%

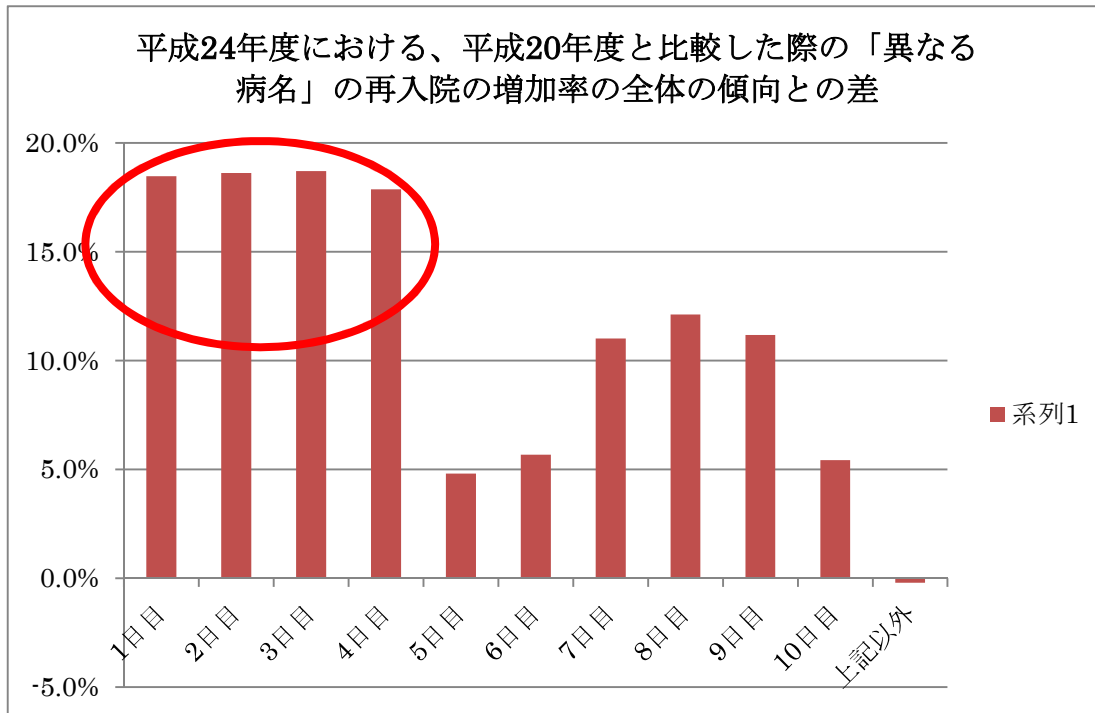
【前回入院時「医療資源病名 6 桁」と今回入院時「入院契機病名 6 桁」の一致しない症例のうち、MDC が同一（DPC 上 2 桁のコードが同一）の割合】

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
件数	3,991	4,468	4,836	5,806	5,843	6,216	6,228
割合	2.3%	2.6%	2.8%	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%

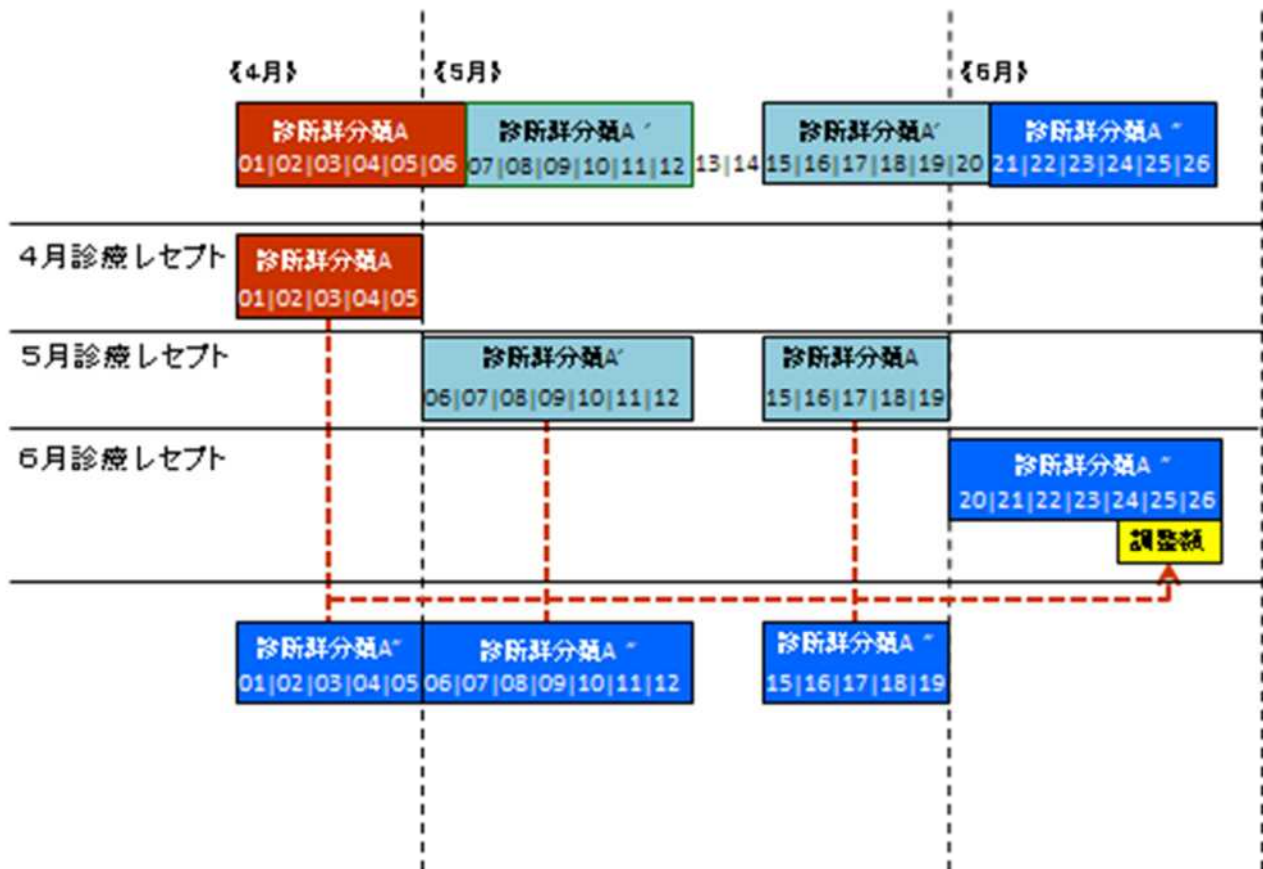
8 日目	9 日目	10 日目	11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目以上
5,234	5,216	5,381	5,530	5,831	5,495	5,006	98,378
3.0%	3.0%	3.1%	3.2%	3.4%	3.2%	2.9%	56.7%

【平成 20 年度と比較した日数別の再入院の傾向】





【3日以内再入院ルールにおける差額調整（複数月に及ぶ入院の場合）】



【4～7日再入院件数上位DPC上6桁別】

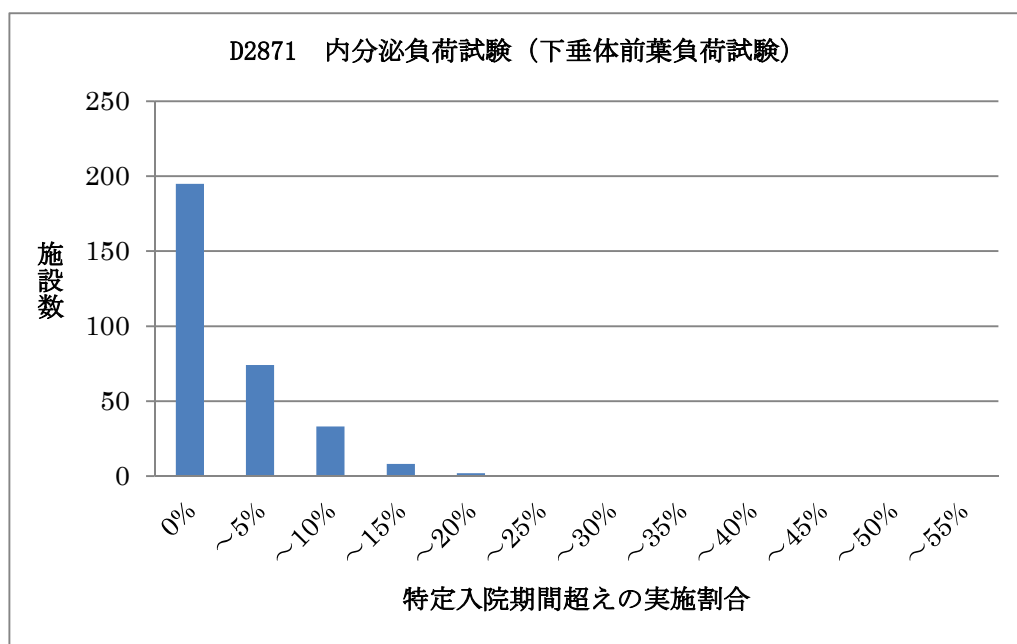
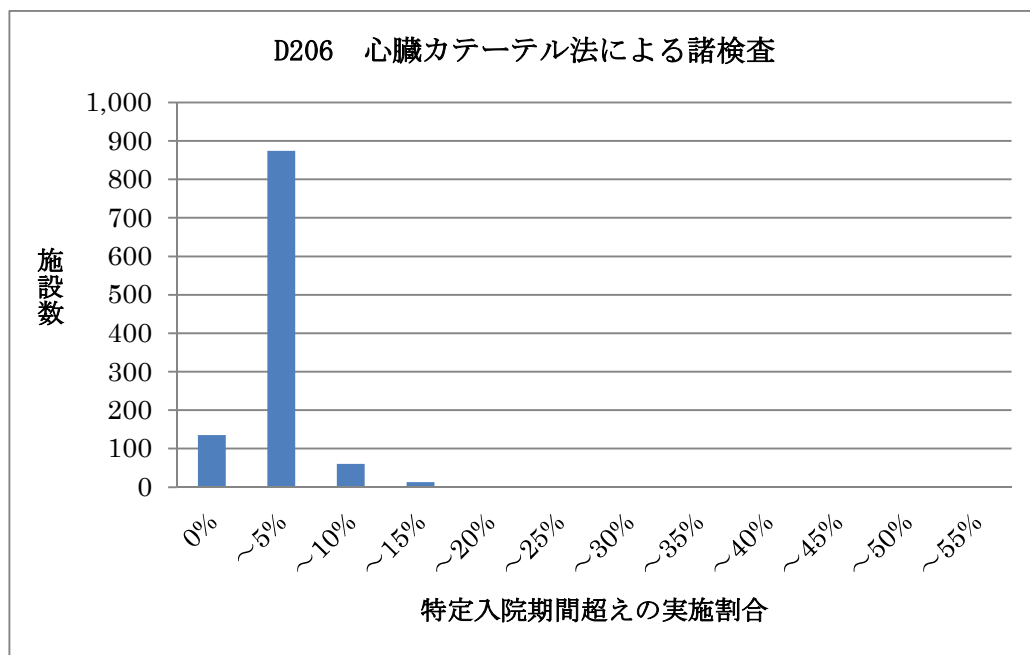
DPC6 桁	DPC6 桁名称	退院期間			(参考)
		1～3日	4～7日	8～14日	総件数
020110	白内障、水晶体の疾患	1,010	23,570	8,058	43,653
040040	肺の悪性腫瘍	2,524	15,297	31,797	118,312
120010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	857	9,040	8,866	45,247
130030	非ホジキンリンパ腫	760	8,072	9,653	31,240
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	1,173	7,443	12,439	53,028
060020	胃の悪性腫瘍	1,714	6,602	12,010	65,339
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1,245	5,732	29,051	70,827
12002x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	799	5,582	6,664	40,191
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	3,324	4,328	6,055	29,245
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	884	4,018	22,794	54,181
060050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	983	3,673	7,114	31,624
130010	急性白血病	562	3,418	3,403	11,131
040081	誤嚥性肺炎	3,355	3,394	4,288	21,027
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	1,010	3,354	5,190	18,464
180040	手術・処置等の合併症	2,836	3,181	3,561	16,294
050130	心不全	1,643	3,084	5,570	26,256
090010	乳房の悪性腫瘍	457	3,032	3,918	21,455
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	2,569	2,966	3,474	16,785
110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	1,529	2,698	4,174	19,965
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	675	2,576	4,028	13,589
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	1,589	2,522	4,041	18,639
130070	白血球疾患(その他)	652	2,251	2,493	8,788
110070	膀胱腫瘍	374	2,249	3,755	19,159
010060	脳梗塞	1,724	2,199	3,157	16,115
060010	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	571	2,018	4,482	24,387
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	835	1,941	2,912	13,223
110310	腎臓または尿路の感染症	1,514	1,938	2,697	12,185
03001x	頭頸部悪性腫瘍	340	1,873	3,599	13,039

【1～3日以内の再入院で病名が異なる症例のうち、上2桁コードに変更することによって新たに一連と見なされる病名の組み合わせのTOP20】

前回医療資源		今回入院契機		件数
DPC6 桁	DPC6 桁名称	DPC6 桁	DPC6 桁名称	
060100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	356
120170	早産、切迫早産	120180	胎児及び胎児付属物の異常	331
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040081	誤嚥性肺炎	324
120170	早産、切迫早産	120260	分娩の異常	305
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	276
040040	肺の悪性腫瘍	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	189
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	177
110080	前立腺の悪性腫瘍	11022x	男性生殖器疾患	168
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	167
040081	誤嚥性肺炎	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	146
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	144
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	131
040100	喘息	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	130
060020	胃の悪性腫瘍	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	123
060020	胃の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	111
120180	胎児及び胎児付属物の異常	120260	分娩の異常	111
040081	誤嚥性肺炎	040130	呼吸不全(その他)	110
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	106
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040130	呼吸不全(その他)	101
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040100	喘息	98

【特定入院期間内に実施されず、特定入院期間を超えてから初めて実施される症例に関する集計】

点数表コード	検査種別	特定入院期間を超えてから初めて検査が実施される症例のうち、当該検査が実施される症例に占める割合
D206	心臓カテーテル検査	1.3%
D287	内分泌負荷試験 全体	2.0%



出典：平成 25 年度調査実施説明資料より

様式 1

大項目	必須条件等有	小項目	内容 (入力様式等)
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 ※前ゼロ必須
	○	(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 ※前ゼロ必須
	○	(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。
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 ※前ゼロ必須
	○	(2) 性別	1. 男 2. 女
	○	(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
	○	(4) 患者住所地域の郵便番号	0~9 からなる 7 桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須
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
	○	(2) 治験実施の有無	0. 無 1. 有
	○	(3) 入院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(4) 退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(5) 転科の有無	0. 無 1. 有
	○	(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
	※1	(7) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有
	※1	(8) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有
	※1	(9) 予定・救急医療入院	入力要領を参照
	※1	(10) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有

○：必須 ▲：ある場合必須

※1：3(6)入院経路が 2. 一般入院の場合のみ入力する

大項目	必須条件等有	小項目	内容 (入力様式等)
3. 入退院情報	○	(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 7. 介護施設 9. その他 0. 不明
	○	(12) 退院時転帰	入力要領を参照

	○	(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
	○	(14) 前回退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(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 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(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
	○	(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
	○	(18) その他の病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(19) 様式 1 開始日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(20) 様式 1 終了日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
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
	○	(2) ICD10 コード	4(1)主傷病に対する ICD10
	○	(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
	○	(4) ICD10 コード	4(3)入院の契機となった傷病名に対する ICD10
	○	(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
	○	(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
	▲	(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
	▲	(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
	▲	(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
	▲	(10) ICD10 コード	4(9)入院時併存症名 1 に対する ICD10
	▲	(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
	▲	(12) ICD10 コード	4(11)入院時併存症名 2 に対する ICD10
	▲	(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
	▲	(14) ICD10 コード	4(13)入院時併存症名 3 に対する ICD10

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

4. 診断情報	▲	(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
	▲	(16) ICD10 コード	4(15)入院時併存症名 4 に対する ICD10
	▲	(17) 入院後発症疾患名 1	入院中に発生した傷病名

	▲	(18) ICD10 コード	4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10
	▲	(19) 入院後発症疾患2	入院中に発生した傷病名
	▲	(20) ICD10 コード	4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10
	▲	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名
	▲	(22) ICD10 コード	4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10
	▲	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名
	▲	(24) ICD10 コード	4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10
5. 手術情報	▲	(1) 手術名1	名称
	▲	(2) 空欄	空欄
	▲	(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
	▲	(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(5) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(6) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(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
	▲	(8) 手術名2	名称
	▲	(9) 空欄	空欄
	▲	(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
	▲	(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(12) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(13) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(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
	▲	(15) 手術名3	名称
	▲	(16) 空欄	空欄
	▲	(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
	▲	(18) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(19) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(20) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(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
	▲	(22) 手術名4	名称
	▲	(23) 空欄	空欄

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

5. 手術情報	▲	(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わるコード
	▲	(25) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(26) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(27) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701

	▲	(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
	▲	(29) 手術名 5	名称
	▲	(30) 空欄	空欄
	▲	(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わるコード
	▲	(32) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(33) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(34) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(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
6. 診療情報	○	(1) 現在の妊娠の有無	0. 無 1. 有 2. 不明
	※2	(2) 出生時体重	グラム単位入力 例 3000
	※2	(3) 出生時妊娠週数	0~9 からなる 2 桁の数字
	○	(4) 身長	センチメートル単位入力 例 156
	○	(5) 体重	キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例 52.5, 53.0
	○	(6) 喫煙指数	喫煙指数=1 日の喫煙本数×喫煙年数
	○	(7) 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
	※3	(8) 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
	○	(9) 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
	※3	(10) 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
	※4	(11) がんの初発、再発	0. 初発 1. 再発
	※5	(12) UICC 病期分類(T)	入力要領を参照
	※5	(13) UICC 病期分類(N)	入力要領を参照
	※5	(14) UICC 病期分類(M)	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合は必須

※2：新生児疾患の場合は入力する

※3：死亡退院以外の場合は入力する

※4：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は入力する

※5：(11)が初発で有る場合は入力する。但し造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍を除く

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

6. 診療情報	※6	(15) 癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	入力要領を参照
	※7	(16) 発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
	※7	(17) 退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
	※8	(18) 脳卒中の発症時期	入力要領を参照
	※9	(19) Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
	※10	(20) 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
	※11	(21) 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
	※12	(22) 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
	※13	(23) 肺炎の重症度分類	入力要領を参照
	※14	(24) 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
	※15	(25) 急性膵炎の重症度分類	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合は必須

※6：(11)が初発で有る場合は入力する。但し消化器系癌*、骨腫瘍、悪性リンパ腫、副腎に限る。*食道癌、大腸癌、肝癌、胆道癌、膵臓癌を指す

※7：入院契機病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※8：医療資源を最も投入した傷病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※9：医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に定義される傷病名の場合（6歳未満の小児で分類不能な場合は除く）は入力する

※10：主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名のいずれかが心不全に関するICD10を入力した場合に入力する

※11：医療資源を最も投入した傷病名が050050に定義される傷病名の場合は入力する

※12：医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に定義される傷病名の場合は入力する

※13：15歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が040070、040080に定義される傷病名の場合は入力する

※14：4.診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される傷病名の場合は入力する

※15：医療資源を最も投入した傷病名が060350に定義される傷病名の場合は入力する

大項目	必須条件	小項目	内容（入力様式等）
-----	------	-----	-----------

	等有		
--	----	--	--

6. 診療情報	※16	(26) Burn index	0～100の数字
	▲	(27) その他の重症度分類・名称	空欄
	▲	(28) その他の重症度分類・分類番号または記号	空欄
	※17	(29) 入院時の妊娠週数	2桁の数字
	※18	(30) 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
	※18	(31) 精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入(単位 日)
	※18	(32) 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)
	※18	(33) 入院時 GAF 尺度	入力要領を参照
	※19	(34) 病名付加コード	入力要領を参照
	○	(35) 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)
	※20	(36) テモゾロミド(初回治療)の有無	0. 無 1. 有
	※21	(37) 入院周辺の分娩の有無	1. 入院前1週間以内に分娩あり 2. 入院中に分娩あり 3. その他
	※22	(38) 分娩時出血量	分娩時出血量をミリリットル単位で記入
	※5	(39) UICC 病期分類(版)	6. 第6版 7. 第7版
7. 再入院調査	※23	(1)再入院種別	1. 計画的再入院 2. 予期された再入院 3. 予期せぬ再入院
	※23	(2)理由の種別	入力要領を参照
	※24	(3)自由記載欄	
8. 再転棟調査	※25	(1)再転棟種別	1. 計画的再転棟 2. 予期された再転棟 3. 予期せぬ再転棟
	※25	(2)理由の種別	入力要領を参照
	※26	(3)自由記載欄	

○：必須 ▲：ある場合は必須

※16：4. 診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される場合入力。ない場合は空欄(Null)とする

※17：6. (1)現在の妊娠の有無が有の場合必須

※18：医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

※19：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に定義される傷病名の場合は入力する

※20：医療資源を最も投入した傷病名が010010に定義される傷病名の場合は入力する

※21：医療資源を最も投入した傷病名が120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270に定義される傷病名の場合は入力する

※22：(37)入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合入力する

※23：前回退院年月日より6週間以内の再入院の場合に入力する

※24：7. (2)理由の種別が“その他”の場合に入力する(全角100文字以内)

※25：1入院内でDPC算定病棟からDPC算定病棟以外へ転棟しており、その後DPC算定病棟へ再転棟した場合に入力する

※26：8. (2)理由の種別が“その他”の場合に入力する(全角100文字以内)

様式 3

様式3は「施設調査票」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等加算の算定状況等・地域医療指数における指定状況等を把握するために必要なデータである。

1. 入力方法

- * 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイルを後日厚生労働省から配布する。
- * 様式3は電子媒体での提出を基本とするので、「記憶媒体」、「ファイル」についても、要領に従って提出すること。

(1) 届出病床数

各月1日における「届出病床数」及び「入院基本料等加算」の算定状況を、エクセルの記載要領に従って記載。「届出病床数」は、保険診療として**地方厚生（支）局**に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。

- ※1 病床総数：医療保険届出病床数+介護保険届出病床数+その他病床数の合計
- ※2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数：届出病床数のうち、老人性痴呆疾患療養病棟を除いたもの
- ※4 その他病床数：健診ベッド等※2、※3に含まれない病床数

(2) 入院基本料加算

算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。

(3) 開設者コード

該当するコードを入力する。

コード	類型	説明
1	国立（独立行政法人含む）	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人及び独立行政法人労働者健康福祉機構が開設する病院、国立病院（ナショナルセンター）、通信病院、その他の独立行政法人
2	公立	都道府県立、市町村立病院
3	公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
4	社会保険関係	社会保険関係、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
5	医療法人	医療法人
6	個人	個人
7	その他の法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協会社、1～6に該当しない法人

様式3-1		=入力必要箇所											
施設コード:													
施設名:													
調査年月:		25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	26年	26年	26年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
届出病床数を記入して下さい。													
届出入院料 種別		届出病床数											
病床総数	※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療保険	総数 ※2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護保険	総数 ※3												
その他病床数		うち老人性認知症疾患療養病床を除く介護療養(再掲)											
※4													
A100 一般病棟入院基本料													
1 7対1入院基本料													
7対1入院基本料(経過措置)													
7対1特別入院基本料													
2 10対1入院基本料													
10対1特別入院基本料													
3 13対1入院基本料													
4 15対1入院基本料													
A101 療養病棟入院基本料													
1 療養病棟入院基本料1													
2 療養病棟入院基本料2													
A102 結核病棟入院基本料													
1 7対1入院基本料													
7対1特別入院基本料													
2 10対1入院基本料													
10対1特別入院基本料													
3 13対1入院基本料													
4 15対1入院基本料													
5 18対1入院基本料													
6 20対1入院基本料													
A103 精神病棟入院基本料													
1 10対1入院基本料													
10対1特別入院基本料													
2 13対1入院基本料													
3 15対1入院基本料													
4 18対1入院基本料													
5 20対1入院基本料													
A104 特定機能病院入院基本料													
1 一般病棟の場合													
イ 7対1入院基本料													
7対1入院基本料(経過措置)													
ロ 10対1入院基本料													
2 結核病棟の場合													
イ 7対1入院基本料													
ロ 10対1入院基本料													
ハ 13対1入院基本料													
ニ 15対1入院基本料													
3 精神病棟の場合													
イ 7対1入院基本料													
ロ 10対1入院基本料													
ハ 13対1入院基本料													
ニ 15対1入院基本料													
A105 専門病院入院基本料													
1 7対1入院基本料													
7対1入院基本料(経過措置)													
2 10対1入院基本料													
3 13対1入院基本料													
A106 障害者施設等入院基本料													
1 7対1入院基本料													
2 10対1入院基本料													
3 13対1入院基本料													
4 15対1入院基本料													
A300 救命救急入院料													
1 救命救急入院料1													
2 救命救急入院料2													
3 救命救急入院料3													
4 救命救急入院料4													
充実段階A加算													
充実段階B加算													
高度医療体制加算													
小児加算(救命救急入院料)													

A300救命救急入院料の加算は「○」か「×」を入力のこと。

様式3-2

 =入力必要箇所

施設コード: 0 開表者コード:

施設名: 0

調査年月:	25年 4月 1日	25年 5月 1日	25年 6月 1日	25年 7月 1日	25年 8月 1日	25年 9月 1日	25年 10月 1日	25年 11月 1日	25年 12月 1日	26年 1月 1日	26年 2月 1日	26年 3月 1日
-------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------	-----------------

算定している入院基本料加算等に該当する場合は「○」を該当しない場合は「×」を選択して下さい。

入院基本料加算等		算定状況											
A200	総合入院体制加算(1日につき)												
A204	地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)												
A204-2	臨床研修病院入院診療加算(入院初日)												
	1 基幹型												
	2 協力型												
A205	救急医療管理加算(1日につき)												
A205-2	超急性期脳卒中加算(入院初日)												
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)												
A206	在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)												
	1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる通院時共同指導科1に規定する在宅療養支援診療所をいう。)又は在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる住診科の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。)(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合												
	2 連携医療機関である場合(1の場合を除く。)												
	3 1及び2以外の場合												
A207	診療経管理体制加算(入院初日)												
A207-2	医師事務作業補助体制加算(入院初日)												
	1 15対1補助体制加算												
	2 20対1補助体制加算												
	3 25対1補助体制加算												
	4 30対1補助体制加算												
	5 40対1補助体制加算												
	6 50対1補助体制加算												
	7 75対1補助体制加算												
	8 100対1補助体制加算												
A207-3	急性期看護補助体制加算(1日につき)												
	1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)												
	2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)												
	3 50対1急性期看護補助体制加算												
	4 75対1急性期看護補助体制加算												
	夜間50対1急性期看護補助体制加算												
	夜間100対1急性期看護補助体制加算												
	看護職員夜間配置加算												
A208	乳幼児加算・幼児加算(1日につき)												
	1 乳幼児加算												
	イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)												
	ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)												
	2 幼児加算												
	イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)												
	ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)												
A210	難病等特別入院診療加算(1日につき)												
	1 難病患者等入院診療加算												
	2 二類感染症患者入院診療加算												
A211	特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)												
A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)												
	1 超重症児(者)入院診療加算												
	イ 6歳未満の場合												
	ロ 6歳以上の場合												
	2 準超重症児(者)入院診療加算												
	イ 6歳未満の場合												
	ロ 6歳以上の場合												
A213	看護配置加算(1日につき)												
	注: A213は一般病棟入院基本料15対1を算定している場合に限る。												
A214	看護補助加算(1日につき)												
	1 看護補助加算1												
	2 看護補助加算2												
	3 看護補助加算3												
A218	地域加算(1日につき)												
	1 1級地												
	2 2級地												
	3 3級地												
	4 4級地												
	5 5級地												
	6 6級地												
A218-2	離島加算(1日につき)												
A219	療養環境加算(1日につき)												
A220	HIV感染者療養環境特別加算(1日につき)												
	1 個室の場合												
	2 2人部屋の 경우												

様式3-3

 =入力必須箇所

施設コード:

施設名:

「地域医療への貢献に係る評価」

評価項目	評価要件	施設基準取得日
1 脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理科(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導科(Ⅰ)(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導科(Ⅱ)(脳卒中に限る)	
2 がん地域連携	がん治療連携計画策定科	
	がん治療連携指導科	
4 救急医療	① 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	
	② 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	
	③ 救命救急センターである。	
5 災害時における医療	① 災害拠点病院の指定を受けている。	
	② 災害派遣医療チーム(DMAT)にかかる指定を受けている。	
	日本DMATの研修終了日	
6 へき地の医療	① へき地医療拠点病院の指定を受けている。	
	② 社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	
7 周産期医療	① 総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	
	② 地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	
8 がん診療連携拠点病院	① 都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	
	② 地域がん診療連携病院の指定を受けている。	
	③ 都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	
9 24時間IPAI体制	超急性期脳卒中加算	
10 EMIS(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)へ参加している。	

入力方法

(1)施設コード

「様式3-1」シートに入力のこと。

(2)黄色の欄を入力のこと。該当しない場合は必ず「×」を入力のこと。空白(Null)不可。

(3)1. 脳卒中地域連携

(4)2. がん地域連携

(5)9. 24時間IPAI体制

施設基準の算定開始時期を記載すること。

施設基準を取得していない場合は、又は、施設基準を取得後辞退している場合は、「×」を記載すること。

(6)4. 救急医療

①②のいずれも、「救急医療対策実施要綱」(昭和52年7月6日医政第692号)の要件を満たす病院に限る。

(7)5. 災害時における医療

①については、「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年9月21日医政発0321第2号)の別添「災害拠点病院の指定要件」を満たす病院に限る。

②については、医療計画における5 疾病・5 事業及び在宅医療の体制構築に係る指針「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成24年9月30日厚生労働省医政局指導課長通知)の要件を満たす病院に限る。③に該当する場合は、都道府県にDMAT指定医療機関として指定された日及び、日本DMATの研修終了日を記載すること。

(8)6. へき地の医療

①については、「へき地保健医療対策実施要綱」(平成13年5月16日医政発第529号)に基づき、都道府県により指定された病院に限る。

②については、「社会医療法人の認定について」(平成20年9月9日医政発第031009号)の別添1の規定される要件を満たす病院に限る。

(9)7. 周産期医療

①②のいずれも、「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知医政発0126第1号)別添2「周産期医療体制整備指針」に基づき、都道府県により指定又は認定された病院に限る。

(10)8. がん診療連携拠点病院

①②については、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、厚生労働大臣が指定した病院に限る。

③については、都道府県が当該地域において、がん診療の中核的な役割を担うと認めた病院に限る。

(11)10. EMIS(広域災害・救急医療情報システム)

厚生労働省が運営する広域災害救急医療情報システム(<http://www.wds-emis.go.jp>)へ参加している病院に限る。

※都道府県が運営する救急医療情報システムのみに参加している場合は、「×」を記載すること。

(注)医療計画上の位置付けが不明な医療機関は、各都道府県の医療計画担当部局へ確認すること。

(注)提出するデータに関しては、不備を最小限にするとともに、事務局等からの照会に対応する体制を整えておくこと。

様式 4

分娩など他の支払方法に基づいた診療との併用や、歯科診療との組み合わせ等がある入院症例の場合に、在院日数や診療報酬などが特異値となってしまうことが考えられる。

様式4としてこのような症例を識別するデータを収集することにより、より精度の高いデータ収集を図り、分析精度を高めることを目的とする。

なお、様式4は、下記要領に従って提出すること。

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	退院年月日	医療保険外との組合せ
010000001	0000001256	20130405	20130706	1
010000001	0000005438	20130412	20130704	2
010000001	0000004524	20130507	20130714	1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

1. 調査対象

すべての退院症例（自費のみの症例を含む。）が原則として対象となる。

入院を通してどのような支払いがなされたのかの実績について、退院時点での確定情報で、データを作成する。

2. 入力方法

すべて半角数字でデータを入力すること。

施設コード	9桁の半角数字（都道府県番号＋医療機関コード）		
データ識別番号	10桁の半角数字（満たない場合は前ゼロ追加）		
入院年月日	yyyymmdd		
退院年月日	yyyymmdd		
医療保険外との組合せ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区 分	内 容
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠償）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠償と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療
	5	その他	臓器提供者等、上記"1"～"4"以外の症例

Dファイル

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。未確定時は00000000
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
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い場合、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)。
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		yyymmdd(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

EF統合ファイル

EF統合ファイル<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	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		E3 退院年月日	F3 退院年月日	
EF-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		E4 入院年月日	F4 入院年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタ コード)	F8 病院点数マスタコ ード	
EF-9	○	レセプト電算処理シス テム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コ ード)	F9 レセプト電算コード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数	8	349	必須	}	F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	350			(E14 円点区分)	F17 円点区分
EF-16	○	出来高実績点数	8	358	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	出来高・包括フラグ	1	359	必須		F19 出来高包括フラグ	
EE-18	○	行為点数	8	367	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	375	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	383	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	386	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	394		E16 保険者番号		
EF-23	△	レセプト種別コード	4	398		E17 レセプト種別コ ード		
EF-24	○	実施年月日	8	406		E18 実施年月日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	408	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	411	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	△	医師コード	10	421		E21 医師コード		全レコード
EF-28	△	病棟コード	10	431		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	432		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	433		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	436		E25 施設タイプ		

○：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, 97のいずれかが入る

【統計情報部「患者調査」の仕様】

入院前の場所

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院していたものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院していたものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けていたものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院していたものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院していたものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院していたものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所していたものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所していたものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所していたものをいう。
- 11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

退院後の行き先

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院するものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院するものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けるものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院するものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院するものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院するものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所するものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所するものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所するものをいう。
- 11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

【「患者調査」における在宅医療】

以下の①～③に該当するものを指す。

①往診

患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。

②訪問診療

医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。

③医師・歯科医師以外の訪問

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者が訪問して実施されるものをいう。

【患者調査と DPC 調査の対応一覧】

[入院経路]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟からの転棟
1 当院に通院	1 家庭からの入院
2 他の病院・診療所に通院	1 家庭からの入院
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	1 家庭からの入院
4 その他：上記「1～3」以外の場合	1 家庭からの入院
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
9 介護老人福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
10 社会福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 院内で出生 9 その他

[退院先]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟への転棟
1 当院に通院	1 家庭への退院（当院に通院）
2 他の病院・診療所に通院	2 家庭への退院（他の病院・診療所に通院）
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	3 家庭への退院（その他）
4 その他：上記「1～3」以外の場合	3 家庭への退院（その他）
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟への転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護老人保健施設に入所
9 介護老人福祉施設に入所	6 介護老人福祉施設に入所
10 社会福祉施設に入所	7 社会福祉施設に入所
11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 終了（死亡等） 9 その他

【介護保険にかかる主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」】

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。