

なっていることと関連していると思われた。また大学病院などの先端施設においては、比較的価格の高い新しい製品・材料・薬剤などを先駆けて購入する傾向があることなどを考慮する必要があるものと思われた。今回、重症の患者を診る上で、より人件費がかさむ傾向が読み取れた。ただし国立大学病院の場合、常勤教員職員の人件費経費を大学につけるのか、病院につけるのかで大きく結果が異なることから、慎重な対応が必要とされることが明らかになった。これら特定機能病院における人員配置など準固定的費用や、施設償却費など資産的固定費の担保を、どのように図るべきかが、今後施設機能を評価し、支払と結びつけるうえでも重要な争点となることが示唆された。

#### 【E. 結論】

平成18年度データを用いて、病院の臨床機能を反映すると考えられる Case Mix Index と、各種財務指標との関係を検討したところ、CMI の高い施設では人件費・材料費・償却費が比率・病床あたり額いずれも高い傾向にあり、またその傾向は国立大学病院の常勤教員人件費や償却費の扱いによって変化することが見られた。今後病院別係数を検討していくうえで、臨床機能とその病院の活動を支える会計費用構造との関係を吟味することが、施設別の差別的支払方式を検討するうえで、重要な鍵となること可能性が示唆された。

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)分担研究報告書  
包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究報告  
(H19-政策-指定-001)

## 包括支払い方式下の病院機能と活動指標との関係

分担研究者 今中雄一 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野教授

主任研究者 松田晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

研究協力者 関本美穂、林田賢史、山田 剛 (京都大学大学院医学研究科医療経済学分野)

### 概要

**【目的】** 病院の機能を特定機能病院、設立主体（国立・自治体立・公的・民間など）や病床数などのストラクチャーから予測しようとする試みは数多く行われてきた。また在院日数や医療費のベンチマーキングを行う際に、病院を機能によりグループ分けし、グループごとのベンチマークを求める声も高い。しかしわが国の医療提供体制において、設立主体や病床規模などのストラクチャーがどの程度機能と関連するかについての実証的データはほとんどない。われわれは、医療機関の機能を評価するための指標の開発を試みた。

### 【対象と方法】

国立大学病院 35 施設、私立大学病院 10 施設、公立大学病院 6 施設、国立病院 24 施設、自治体立病院 112 施設、公的病院 213 施設、民間病院 69 施設（合計 469 施設）を 2006 年 7 月 1 日から同年 10 月 31 日までの 4 ヶ月間に退院した患者を対象として登録された計 1,858,227 件の退院患者データを分析した。研究は以下の 6 段階から構成される。

- (1) 設立主体や病床規模による病院のグループ分類
- (2) DPC14 桁分類毎の在院日数および医療費に関する指標の代表値の分析
- (3) 在院日数および医療費の O/E 値の計算
- (4) 在院日数の O/E 値と医療費の O/E 値の関係の検討
- (5) 人口密度や地域の一般病床数と病院機能
- (6) 「難治疾患」・「がん」・「難度の高い手術」が実施された症例が占める割合

### 【結果と考察】

全体的に在院日数が長くなるにつれ、1 入院あたりの医療費は高くなる傾向が見られた。しかし 1 患者 1 日あたりの医療費は在院日数が短いほど高い傾向が見られた。一般的に、平均在院日数が短い病院では 1 患者 1 日あたり医療費が高くなる傾向が見られた。大規模な病院ほど DPC で調整した在院日数が短く、1 患者 1 日あたりの医療費が高くなる傾向が見られた。病院が含まれる地域の市部人口密度が低い地域では、在院日数が長い傾向が見られた。また人口密度が高い地域の病院は、在院日数が短かった。しかし人口千人あたりの一般病少数と診療パフォーマンスとの間には、一定の傾向は観察されなかった。「がん」・「難治疾患」・「難度の高い手術」が全体に占める割合は、大学病院あるいは病床規模の大きい病院で高いものの、病院分類内でも病院間の指標はばらついた。

**【結論】** 病院を設立主体および病床規模によりグループに分け、各グループにおける在院日数や医療費などの指標の平均値（リファレンス値）を算出した。これらのリファレンス値は、各グループに所属する病院のベンチマーキングに利用できる。これらのリファレンス値を用いて、各病院の在院日数と医療費を DPC 分布で調整し、相対的な在院日数／医療費の多寡を O/E 値として評価した。在院日数の O/E 値と医療費の O/E 値

の関係を見ることで、病院の診療効率性の評価が可能になる。  
また「がん」・「難治疾患」・「難度の高い手術」の割合も、病院分類ごとには予想された高低を示すが、分類内ではばらつきがある実態がみられた。

## A. 目的

診断群分類を利用することにより、類似した特性を持つ患者に対する疾患管理や医療資源消費が、医療機関あるいは地域でどのように異なるかを評価することができる。在院日数および医療費は、医療の効率性や医療資源消費の指標として広く利用されてきた。しかしこれらの指標を利用して病院の機能を評価する際、疾患や年齢分布、治療内容、重症度の違いを考慮する必要がある。すなわち見かけ上の在院日数が長くても、患者特性を考慮すると相対的な在院日数は決して長くない例があることを念頭に置く必要がある。

病院の機能を特定機能病院、設立主体（国立・自治体立・公的・民間など）や病床数などのストラクチャーから予測しようとする試みは数多く行われてきた。また在院日数や医療費のベンチマーキングを行う際に、病院を機能によりグループ分けし、グループごとのベンチマークを求める声も高い。しかしわが国の医療提供体制において、設立主体や病床規模などのストラクチャーがどの程度機能と関連するかについての実証的データはほとんどない。在院日数が長く機能分化があまり進んでいないといわれるわが国において、医療機関の機能を評価するための指標の開発が必要である。

本研究の目的は、以下のとおりである。

- (1) 設立主体や病床規模により病院を16のグループに分け、グループ毎・DPC14 桁分類毎の在院日数および医療費に関する指標（リフ

ァレンスデータ）を作成する。

- (2) 病院による疾患や年齢分布、治療内容、重症度の違いを考慮して在院日数および医療費を評価する。すなわち DPC14 桁分類を利用して、患者特性を調整した在院日数/あるいは調整医療費（Observed・expected ratio : O/E 値）を評価する。
- (3) 在院日数の O/E 値と医療費の O/E 値との関係から、病院の機能を評価する。また設立主体や病床規模による病院のグループ分けが、O/E 値を使った機能評価とどのような関係にあるかについて考察する。
- (4) 病院が所在する地域の市部密度および人口千人あたりの一般病床数により病院を4分位で4グループに分け、人口密度や地域の一般病床数が病院機能とどのような関係にあるか検討する。
- (5) 各病院において、「難治疾患」・「がん」・「難度の高い手術」が実施された症例が占める割合を評価した。病院グループ間で、これらの疾患が全体に占める割合の分布を比較した。

## B. 対象と方法

対象施設数は、国立大学病院 35 施設、私立大学病院 10 施設、公立大学病院 6 施設、国立病院 24 施設、自治体立病院 112 施設、公的病院 213 施設、民間病院

69 施設の合計 469 施設である。2006 年 7 月 1 日から同年 10 月 31 日までの 4 ヶ月間に退院した患者を対象として登録された計 1,858,227 件の退院患者データを対象とした。

本研究の実施に当たっては、個人情報保護に十分配慮し、構築されたデータベースから、個人の特定ができない方式を採用した。具体的には個人が特定できる可能性がある情報については消去したデータベースを厚生労働省が作成し、研究班はそれを用いた分析のみを行なった。

なお、本研究は産業医科大学倫理委員会の審査を受け、その承認を経て実施された。

#### (1) 設立主体や病床規模による病院のグループ分類

設立主体や病床規模により病院を 16 のグループに分けた。グループの内訳および各グループに属する病院数を表 1 に示す。

#### (2) DPC14 桁分類毎の在院日数および医療費に関する指標（リファレンスデータ）の作成

DPC14 桁分類毎に、在院日数および医療費の平均値（リファレンス値）を計算した。医療費の指標として、1 入院あたり医療費（出来高評価・包括評価）および 1 患者 1 日あたり医療費（出来高評価・包括評価）を計算した。全症例を対象としたリファレンス値、および上記のグループ毎のリファレンス値を計算した。リファレンス値を計算する際に、外れ値の影響を排除するために、DPC14 桁毎に在院日数が上下 2.5 パーセントに相当するレコードを切り

捨てた上で平均値を計算した。

#### (3) 在院日数および医療費の O/E 値の計算

(2) で求めたリファレンス値を用いて、病院ごとに在院日数および医療費の O/E 値を求めた。在院日数の O/E 値は、ある病院に入院した全患者の平均在院日数（実測値：O 値）と、その病院の患者の DPC14 桁の分布から予測される平均在院日数（予測値：E 値）の比である。

実測値の平均を計算する際に、リファレンス値を計算するとき除外した外れ値を持つ症例（在院日数がその DPC14 桁グループの中で上下 2.5% である症例）を除外した上で、病院ごとに実測値を計算した。

#### (4) 在院日数の O/E 値と医療費の O/E 値の関係の検討

在院日数の O/E 値と医療費の O/E 値との関係から、病院の機能を評価した。O/E 値を計算する際のリファレンス値として、全体のリファレンス、およびその病院が所属するグループのリファレンス値の 2 つを用いて評価した。

設立主体や病床規模による病院のグループ分けが、O/E 値を使った機能評価とどのような関係にあるかについて検討した。すなわち、在院日数の O/E 値を横軸に、医療費（1 入院あたり医療費《出来高評価・包括評価》および 1 患者 1 日あたり医療費《出来高評価・包括評価》）の O/E 値を縦軸にしたバブルチャート上に、各病院の位置をプロットした。その際、病院ごとの症例数をバブルの大きさとした。

#### (5) 人口密度や地域の一般病床数と病院機能

病院が所在する地域の市部人口密度および人口千人あたりの一般病床数により病院を4分位で4グループに分けた。人口密度や地域の一般病床数が病院機能とどのような関係にあるか検討する。市部人口密度の25パーセンタイル・50パーセンタイル・75パーセンタイルはそれぞれ480・1,274・3,970人/km<sup>2</sup>であった。また人口千人あたりの一般病少数の25パーセンタイル・50パーセンタイル・75パーセンタイルはそれぞれ、6.3・7.6・9.2であった。

在院日数O/E値と医療費O/E値の関係をバブルチャート上にプロットし、その際に病院をグループで色分けして表示した。

#### (6) 「難治疾患」・「がん」・「難度の高い手術」が実施された症例が占める割合

厚生労働省が指定している難治性疾患（全123疾患）を「最も医療資源を消費した疾患」とする症例が、各病院における全症例に占める割合を評価した。評価の指標として、a) 症例数が占める割合、b) 1病床あたりの症例数、c) 延在院日数が占める割合の3つを評価した。各指標の分布を、1) で定義した16グループ間で比較した。「難治性疾患」は、全疾患あるいはMDC毎に検討した。

さらに「がん」・「難易度の高い手術」が占める割合も、同様にして検討した。「がん」の症例は、DPCコードから該当する症例を同定した。全ての「がん」

あるいはMDC毎に、「がん」の入院件数・延在院日数・1床あたりの入院件数を検討した。

「難度の高い手術」の定義を別表に示す。「開頭手術」・「心臓血管外科領域」・「腹部外科領域」について、「難度の高い手術」が占める割合を検討した。

### C. 結果

- 全体的に在院日数が長くなるにつれ、1入院あたりの医療費は高くなる傾向が見られた。しかし1患者1日あたりの医療費は在院日数が短いほど高い傾向が見られた。
- 一般的に自治体立病院・公的病院・民間病院では、病床数が大きいほど平均在院日数（実測およびO/E値）が短くなる傾向が見られた。また1患者1日あたり医療費も高くなる傾向が見られた。
- 平均在院日数の実測値は大学病院で長い傾向が見られたが、O/E値ではそれほど長くなかった。
- 私立大学病院では平均在院日数のO/E値が短い医療機関が多かったが、国立大学病院や公立大学病院では他の医療機関と比較してそれほど短くなかった。
- 国立大学病院では、1患者1日あたりの医療費が低い病院が比較的多かった。
- 500床以上の自治体立病院・公的病院では在院日数のO/E値が比較的短いところが多かった。また300～499床の自治体立病院では在院日数のO/E値がほぼ1前後である病院が多かった。300床未満の自治体立病院・公的病院は、在院日数のO/E値

が長く、1日あたり医療費が低いところが多かった。

- 民間病院でも大規模な病院ほどDPCで調整した在院日数が短く、1患者1日あたりの医療費が高くなる傾向が見られた。
- 病院が含まれる地域の市部人口密度が低い地域では、在院日数が長い傾向が見られた。また人口密度が高い地域の病院は、在院日数が短かった。しかし人口千人あたりの一般病少数と診療パフォーマンスとの間には、一定の傾向は観察されなかった。
- 「がん」・「難治疾患」・「難度の高い手術」が全体に占める割合は、大学病院あるいは病床規模の大きい病院で高かった。

#### D. 考察

在院日数および医療費（1入院あたりの医療費・1患者1日あたりの医療費）をDPC14桁で調整してO/E値として評価することで、病院による疾患分布や患者重症度の違いを考慮した妥当的な評価ができる。

在院日数のO/E値と1患者1日あたりの医療費のO/E値を二次平面上にプロットすることで、各病院の診療効率性や機能の違いを評価できる。一般的に、1入院あたり医療費は在院日数が長いほど大きくなる傾向が見られるが、相対的な在院日数が短いほど1患者1日あたりの医療費は高くなる。在院日数が短く1患者1日医療費が高い病院は病床規模の大きい病院群に多く見られる。一方病床規模の小さい病院は、在院日数が長く1患者1日医療費が低くなりがちである。

「がん」・「難治疾患」・「難度の高い手術」などは、大学病院や大規模な病院でより大きな割合を占めていた。この事実から、これらの病院はより高度な専門的治療を担っていることが示唆される。一方で、各病院分類内ではばらつきが認められた。

#### E. 結論

病院を設立主体および病床規模によりグループに分け、各グループにおける在院日数や医療費などの指標の平均値（リファレンス値）を算出した。これらのリファレンス値は、各グループに所属する病院のベンチマーキングに利用できる。

これらのリファレンス値を用いて、各病院の在院日数と医療費をDPC分布で調整し、相対的な在院日数/医療費の多寡をO/E値として評価した。在院日数のO/E値と医療費のO/E値の関係を見ることで、病院の診療効率性の評価が可能になる。

また「がん」・「難治疾患」・「難度の高い手術」の割合も、病院分類ごとには予想された高低を示すが、分類内ではばらつきがある実態がみられた。

#### F. 研究発表

なし

#### 参考文献

1. 松田晋哉 編著. 21世紀の医療と診断群分類—DPCの実践とその可能性. じほう. 東京: じほう, 2003.

表1. 解析の対象となった病院の内訳(設立主体・一般病床数による)

グループ	病院数 (%)
国立大学病院	35 (7.5%)
私立大学病院	10 (2.1%)
公立大学病院	6 (1.3%)
国立病院	24 (5.1%)
自治体立病院(500床以上)	21 (4.5%)
自治体立病院(300~499床)	23 (4.9%)
自治体立病院(300床未満)	68 (14.5%)
公的病院 I(500床以上)	87 (18.6%)
公的病院 I (300~499床)	36 (7.7%)
公的病院 I (300床未満)	6 (1.3%)
公的病院 II (500床以上)	22 (4.7%)
公的病院 II (300~499床)	28 (6.0%)
公的病院 II (300床未満)	34 (7.2%)
民間病院(500床以上)	12 (2.6%)
民間病院(300~499床)	30 (6.4%)
民間病院(300床未満)	27 (5.8%)
合計	469 (100%)

## 病院の設立主体・病院規模と 診療パフォーマンスの関係



## 病院の設立主体・病院規模と診療パフォーマンスの関係

- (1) 設立主体や病床規模により病院を16のグループに分け、グループ毎に DPC14 桁分類毎の在院日数および医療費に関する指標(リファレンスデータ)を作成した(グループ分類は表 1 を参照)。医療費の指標として、1 入院あたり医療費(出来高評価・包括評価)および 1 患者 1 日あたり医療費(出来高評価・包括評価)を計算した。全症例を対象としたリファレンス値、および上記のグループ毎のリファレンス値を計算した。リファレンス値を計算する際に、外れ値の影響を排除するために、DPC14 桁毎に在院日数が上下 2.5 パーセントに相当するレコードを切り捨てた上で平均値を計算した。全体のレファレンス値、および各グループのリファレンス値の一覧表を、磁気媒体で提供する。
- (2) (2)で求めたリファレンス値を用いて、病院ごとに在院日数および医療費の O/E 値を求めた。在院日数の O/E 値は、ある病院に入院した全患者の平均在院日数(実測値:O 値)と、その病院の患者の DPC14 桁の分布から予測される平均在院日数(予測値:E 値)の比である。実測値の平均を計算する際に、リファレンス値を計算するときに除外した外れ値を持つ症例(在院日数とその DPC14 桁グループの中で上下 2.5%である症例)を除外した上で、病院ごとに実測値を計算した。
- (3) 在院日数の O/E 値と医療費の O/E 値をバブルチャート上にプロットした。すなわち、在院日数の O/E 値を横軸に、医療費(1 入院あたり医療費《出来高評価・包括評価》および 1 患者 1 日あたり医療費《出来高評価・包括評価》)の O/E 値を縦軸にしたバブルチャート上に、各病院の位置をプロットした。その際、病院ごとの症例数をバブルの大きさとした。その際、全体のリファレンス値を利用した評価、および各病院が所属するグループのリファレンス値を利用した評価を行った。バブルチャートの一覧を表2に示す。本報告書では図の一部を抜粋した。全図表は、磁気媒体で提供する。

表2. 病院の設立主体・病院規模と診療パフォーマンスの関係-図表一覧

図表番号	対象	タイトル	リファレンス
<b>全体</b>			
A-I-1	全体	(1入院あたり包括)	全体
A-I-2	全体	(1入院あたり出来高)	全体
A-I-3	全体	(1患者1日あたり包括)	全体
A-I-4	全体	(1患者1日あたり出来高)	全体
A-II-1	国立大学病院	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-2	私立大学病院	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-3	公立大学病院	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-4	国立病院	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-5	自治体立病院(500床以上)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-6	自治体立病院(300～499床)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-7	自治体立病院(300床未満)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-8	公的病院Ⅰ(500床以上)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-9	公的病院Ⅰ(300～499床)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-10	公的病院Ⅰ(300床未満)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-11	公的病院Ⅱ(500床以上)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-12	公的病院Ⅱ(300～499床)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-13	公的病院Ⅱ(300床未満)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-14	民間病院(500床以上)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-15	民間病院(300～499床)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-II-16	民間病院(300床未満)	(1患者1日あたり包括)・(1患者1日あたり出来高)O/E値のみ	全体
A-III-1	全体比較	在院日数	全体
A-III-2	全体比較	(1入院あたり包括)	全体
A-III-3	全体比較	(1入院あたり出来高)	全体
A-III-4	全体比較	(1患者1日あたり包括)	全体
A-III-5	全体比較	(1患者1日あたり出来高)	全体
<b>国立大学病院</b>			
B-1	国立大学病院	(1入院あたり包括)	国立大学病院
B-2	国立大学病院	(1入院あたり出来高)	国立大学病院
B-3	国立大学病院	(1患者1日あたり包括)	国立大学病院
B-4	国立大学病院	(1患者1日あたり出来高)	国立大学病院
<b>私立大学病院</b>			
C-1	私立大学病院	(1入院あたり包括)	私立大学病院
C-2	私立大学病院	(1入院あたり出来高)	私立大学病院
C-3	私立大学病院	(1患者1日あたり包括)	私立大学病院
C-4	私立大学病院	(1患者1日あたり出来高)	私立大学病院
<b>公立大学病院</b>			
D-1	公立大学病院	(1入院あたり包括)	公立大学病院

表2. 病院の設立主体・病院規模と診療パフォーマンスの関係-図表一覧

図表番号	対象	タイトル	リファレンス
D-2	公立大学病院	(1入院あたり出来高)	公立大学病院
D-3	公立大学病院	(1患者1日あたり包括)	公立大学病院
D-4	公立大学病院	(1患者1日あたり出来高)	公立大学病院
<b>国立病院</b>			
E-1	国立病院	(1入院あたり包括)	国立病院
E-2	国立病院	(1入院あたり出来高)	国立病院
E-3	国立病院	(1患者1日あたり包括)	国立病院
E-4	国立病院	(1患者1日あたり出来高)	国立病院
<b>自治体立病院(500床以上)</b>			
F-1	自治体立病院(500床以上)	(1入院あたり包括)	自治体立病院(500床以上)
F-2	自治体立病院(500床以上)	(1入院あたり出来高)	自治体立病院(500床以上)
F-3	自治体立病院(500床以上)	(1患者1日あたり包括)	自治体立病院(500床以上)
F-4	自治体立病院(500床以上)	(1患者1日あたり出来高)	自治体立病院(500床以上)
<b>自治体立病院(300~499床)</b>			
G-1	自治体立病院(300~499床)	(1入院あたり包括)	自治体立病院(300~499床)
G-2	自治体立病院(300~499床)	(1入院あたり出来高)	自治体立病院(300~499床)
G-3	自治体立病院(300~499床)	(1患者1日あたり包括)	自治体立病院(300~499床)
G-4	自治体立病院(300~499床)	(1患者1日あたり出来高)	自治体立病院(300~499床)
<b>自治体立病院(300床未満)</b>			
H-1	自治体立病院(300床未満)	(1入院あたり包括)	自治体立病院(300床未満)
H-2	自治体立病院(300床未満)	(1入院あたり出来高)	自治体立病院(300床未満)
H-3	自治体立病院(300床未満)	(1患者1日あたり包括)	自治体立病院(300床未満)
H-4	自治体立病院(300床未満)	(1患者1日あたり出来高)	自治体立病院(300床未満)
<b>公的病院 I(500床以上)</b>			
I-1	公的病院 I(500床以上)	(1入院あたり包括)	公的病院 I(500床以上)
I-2	公的病院 I(500床以上)	(1入院あたり出来高)	公的病院 I(500床以上)
I-3	公的病院 I(500床以上)	(1患者1日あたり包括)	公的病院 I(500床以上)
I-4	公的病院 I(500床以上)	(1患者1日あたり出来高)	公的病院 I(500床以上)
<b>公的病院 I(300~499床)</b>			
J-1	公的病院 I(300~499床)	(1入院あたり包括)	公的病院 I(300~499床)
J-2	公的病院 I(300~499床)	(1入院あたり出来高)	公的病院 I(300~499床)
J-3	公的病院 I(300~499床)	(1患者1日あたり包括)	公的病院 I(300~499床)
J-4	公的病院 I(300~499床)	(1患者1日あたり出来高)	公的病院 I(300~499床)
<b>公的病院 I(300床未満)</b>			
K-1	公的病院 I(300床未満)	(1入院あたり包括)	公的病院 I(300床未満)
K-2	公的病院 I(300床未満)	(1入院あたり出来高)	公的病院 I(300床未満)
K-3	公的病院 I(300床未満)	(1患者1日あたり包括)	公的病院 I(300床未満)
K-4	公的病院 I(300床未満)	(1患者1日あたり出来高)	公的病院 I(300床未満)

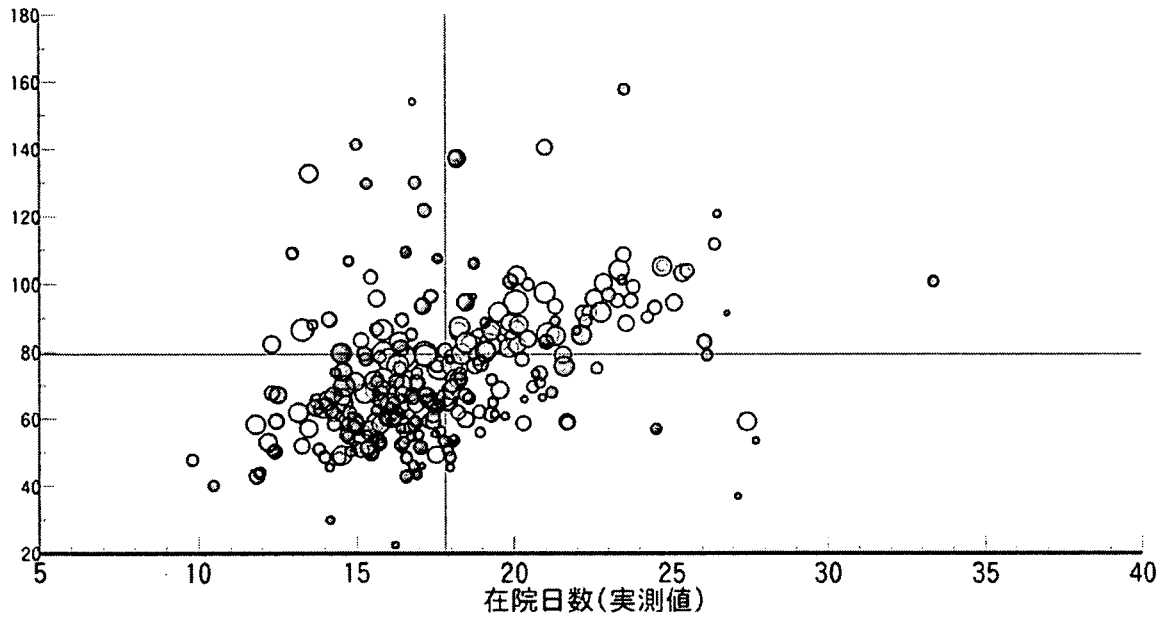
表2. 病院の設立主体・病院規模と診療パフォーマンスの関係-図表一覧

図表番号	対象	タイトル	リファレンス
<b>公的病院Ⅱ(500床以上)</b>			
L-1	公的病院Ⅱ(500床以上)	(1入院あたり包括)	公的病院Ⅱ(500床以上)
L-2	公的病院Ⅱ(500床以上)	(1入院あたり出来高)	公的病院Ⅱ(500床以上)
L-3	公的病院Ⅱ(500床以上)	(1患者1日あたり包括)	公的病院Ⅱ(500床以上)
L-4	公的病院Ⅱ(500床以上)	(1患者1日あたり出来高)	公的病院Ⅱ(500床以上)
<b>公的病院Ⅱ(300～499床)</b>			
M-1	公的病院Ⅱ(300～499床)	(1入院あたり包括)	公的病院Ⅱ(300～499床)
M-2	公的病院Ⅱ(300～499床)	(1入院あたり出来高)	公的病院Ⅱ(300～499床)
M-3	公的病院Ⅱ(300～499床)	(1患者1日あたり包括)	公的病院Ⅱ(300～499床)
M-4	公的病院Ⅱ(300～499床)	(1患者1日あたり出来高)	公的病院Ⅱ(300～499床)
<b>公的病院Ⅱ(300床未満)</b>			
N-1	公的病院Ⅱ(300床未満)	(1入院あたり包括)	公的病院Ⅱ(300床未満)
N-2	公的病院Ⅱ(300床未満)	(1入院あたり出来高)	公的病院Ⅱ(300床未満)
N-3	公的病院Ⅱ(300床未満)	(1患者1日あたり包括)	公的病院Ⅱ(300床未満)
N-4	公的病院Ⅱ(300床未満)	(1患者1日あたり出来高)	公的病院Ⅱ(300床未満)
<b>民間病院(500床以上)</b>			
O-1	民間病院(500床以上)	(1入院あたり包括)	民間病院(500床以上)
O-2	民間病院(500床以上)	(1入院あたり出来高)	民間病院(500床以上)
O-3	民間病院(500床以上)	(1患者1日あたり包括)	民間病院(500床以上)
O-4	民間病院(500床以上)	(1患者1日あたり出来高)	民間病院(500床以上)
<b>民間病院(300～499床)</b>			
P-1	民間病院(300～499床)	(1入院あたり包括)	民間病院(300～499床)
P-2	民間病院(300～499床)	(1入院あたり出来高)	民間病院(300～499床)
P-3	民間病院(300～499床)	(1患者1日あたり包括)	民間病院(300～499床)
P-4	民間病院(300～499床)	(1患者1日あたり出来高)	民間病院(300～499床)
<b>民間病院(300床未満)</b>			
Q-1	民間病院(300床未満)	(1入院あたり包括)	民間病院(300床未満)
Q-2	民間病院(300床未満)	(1入院あたり出来高)	民間病院(300床未満)
Q-3	民間病院(300床未満)	(1患者1日あたり包括)	民間病院(300床未満)
Q-4	民間病院(300床未満)	(1患者1日あたり出来高)	民間病院(300床未満)

[A-I-1] 全体 (1入院あたり包括)

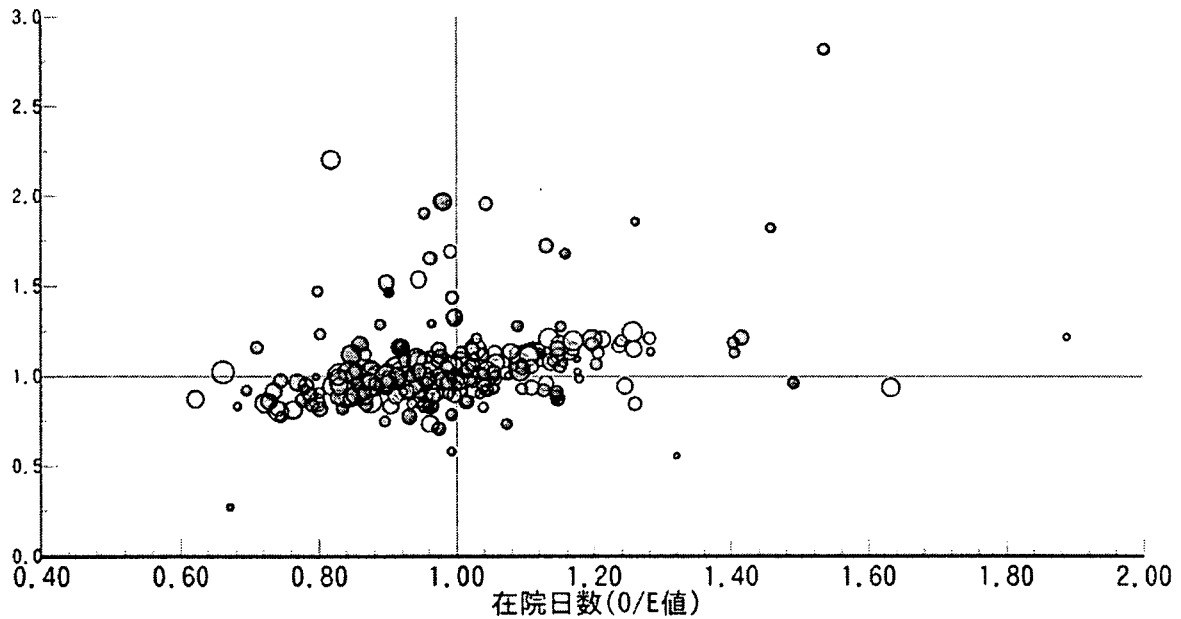
全体・1入院あたり包括と在院日数の関係(実測値)

1入院あたり包括(実測値)



全体・1入院あたり包括と在院日数の関係(O/E値)

1入院あたり包括(O/E値)



リファレンス: 全体

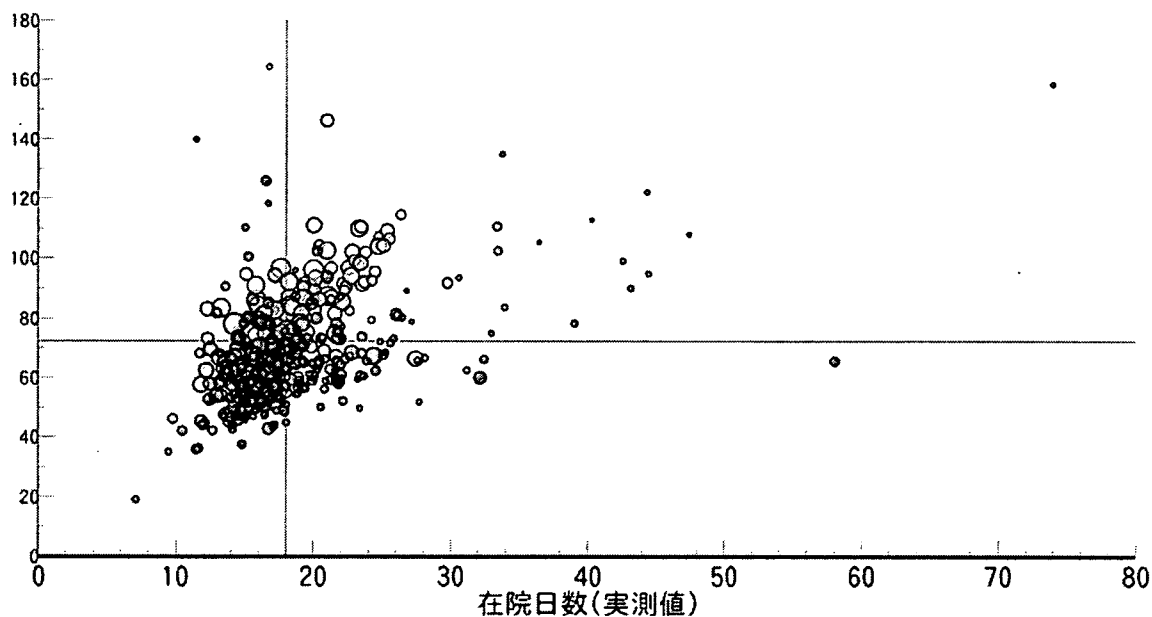
凡例

大学病院 国立病院 自治体立病院 公的病院Ⅰ 公的病院Ⅱ 民間病院

[A-I-2] 全体 (1入院あたり出来高)

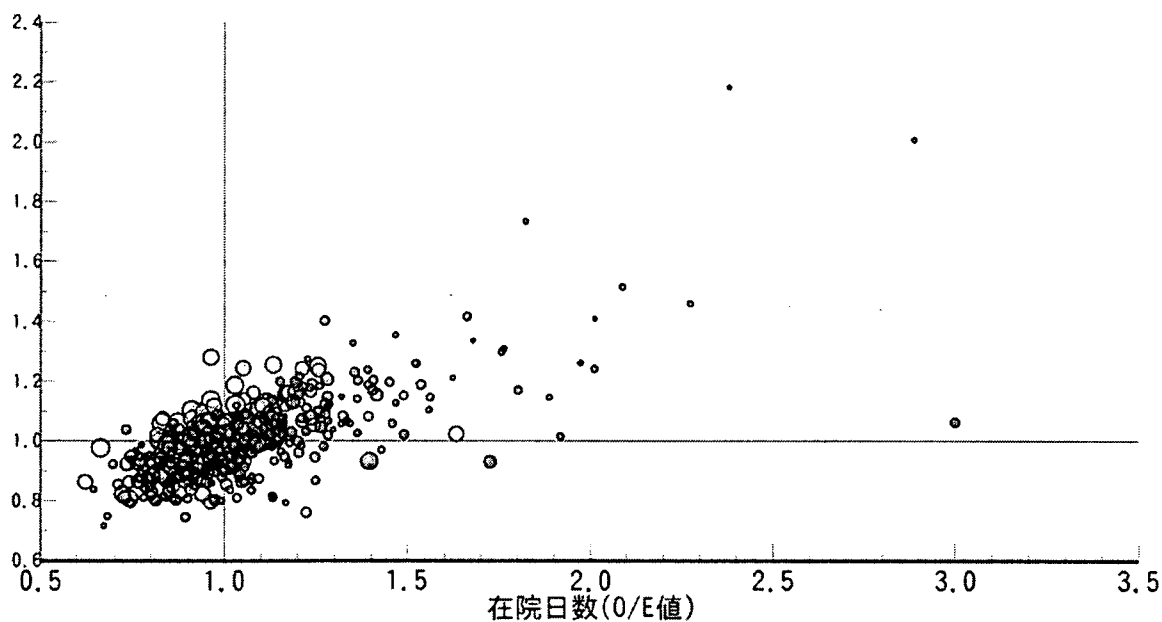
全体・1入院あたり出来高と在院日数の関係(実測値)

1入院あたり出来高(実測値)



全体・1入院あたり出来高と在院日数の関係(O/E値)

1入院あたり出来高(O/E値)



リファレンス: 全体

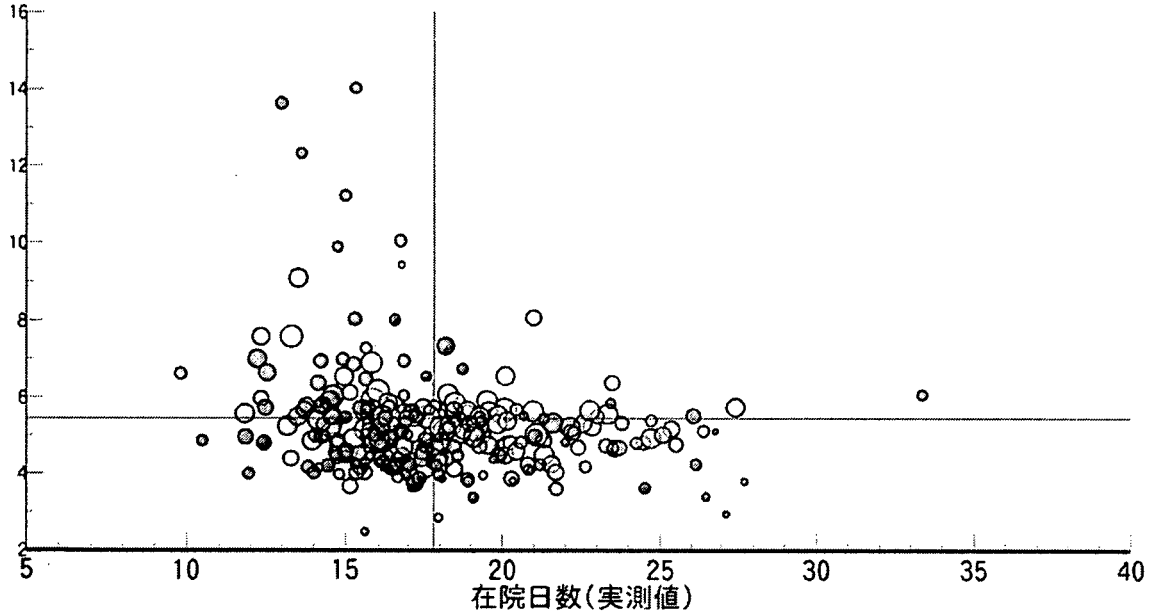
凡例

大学病院 国立病院 自治体立病院 公的病院 I 公的病院 II 民間病院

[A-I-3] 全体 (1患者1日あたり包括)

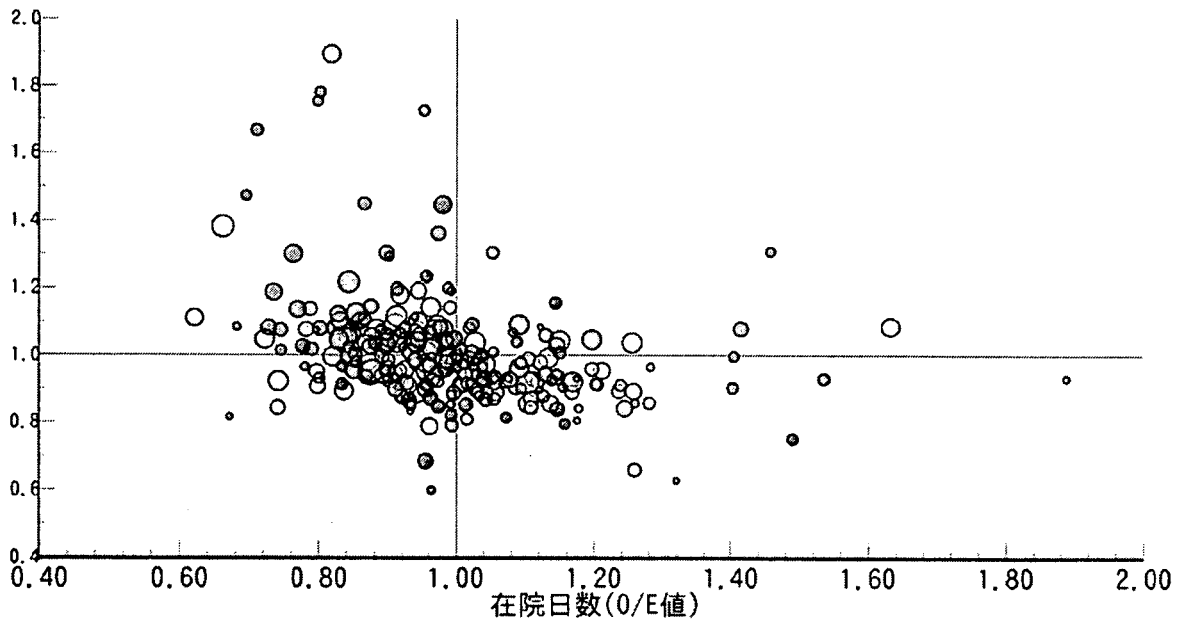
全体・1患者1日あたり包括と在院日数の関係(実測値)

1患者1日あたり包括(実測値)



全体・1患者1日あたり包括と在院日数の関係(O/E値)

1患者1日あたり包括(O/E値)



リファレンス: 全体

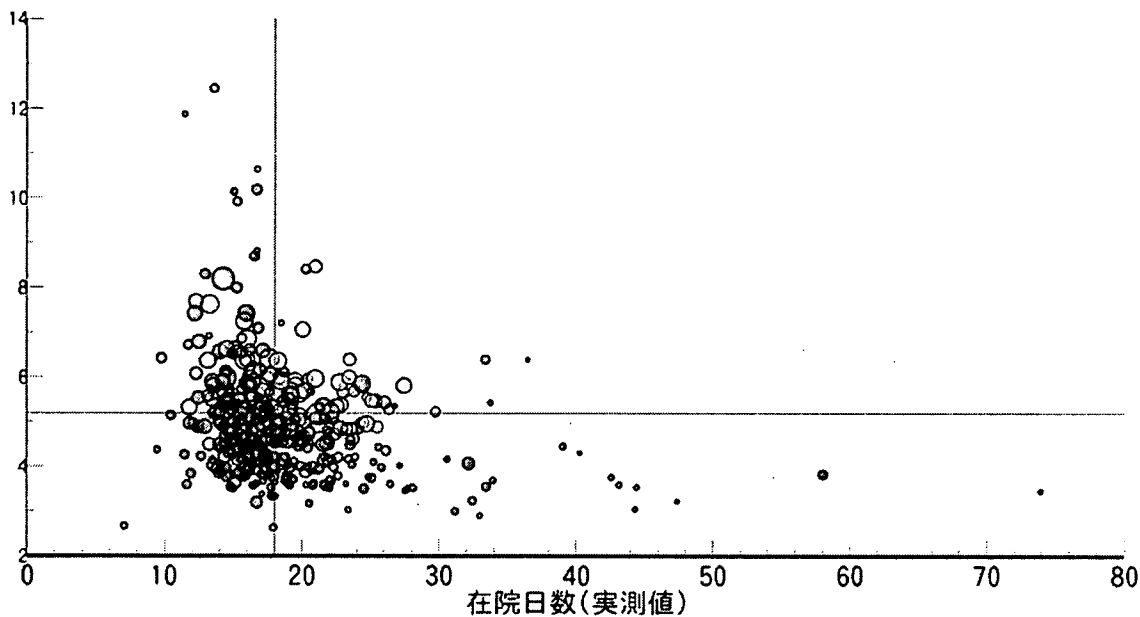
凡例

大学病院	国立病院	自治体立病院	公的病院 I	公的病院 II	民間病院
------	------	--------	--------	---------	------

[A-I-4] 全体 (1患者1日あたり出来高)

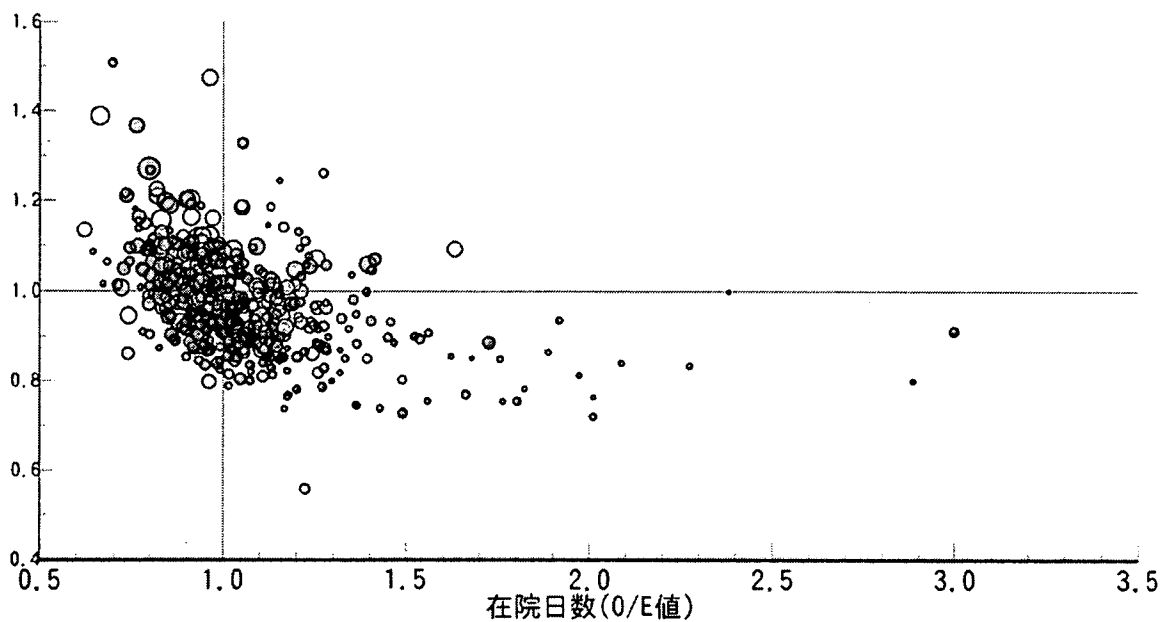
全体・1患者1日あたり出来高と在院日数の関係(実測値)

1患者1日あたり出来高(実測値)



全体・1患者1日あたり出来高と在院日数の関係(O/E値)

1患者1日あたり出来高(O/E値)



リファレンス: 全体

凡例

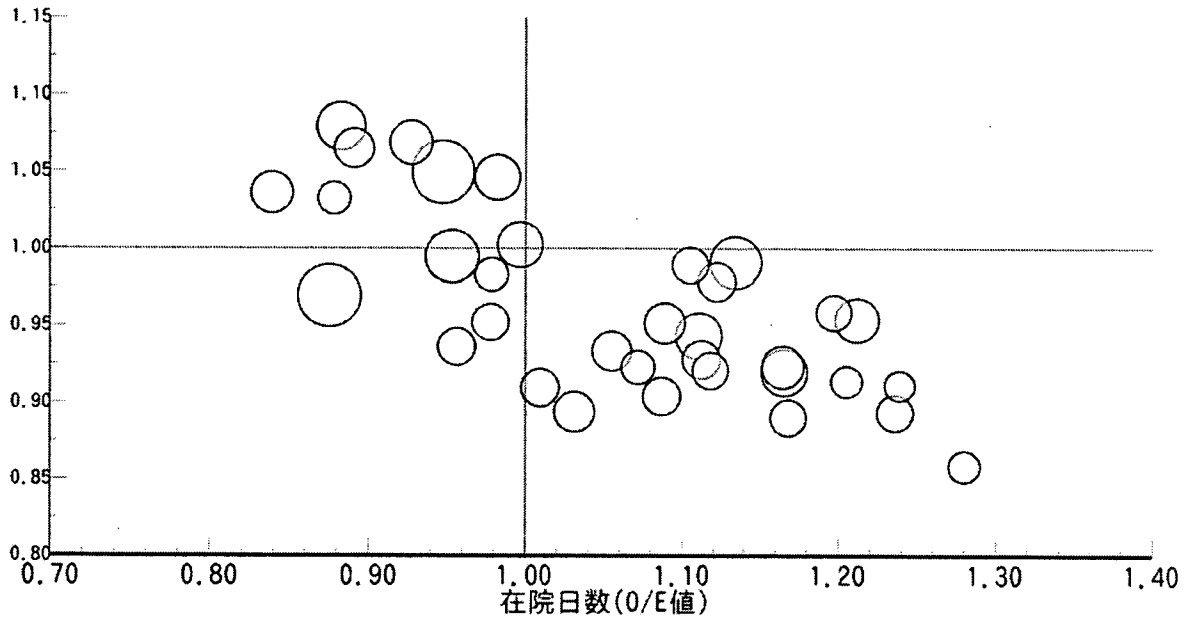
大学病院	国立病院	自治体立病院	公的病院 I	公的病院 II	民間病院
------	------	--------	--------	---------	------



[A-II-1] 国立大学病院 (1 患者 1 日あたり包括・出来高)

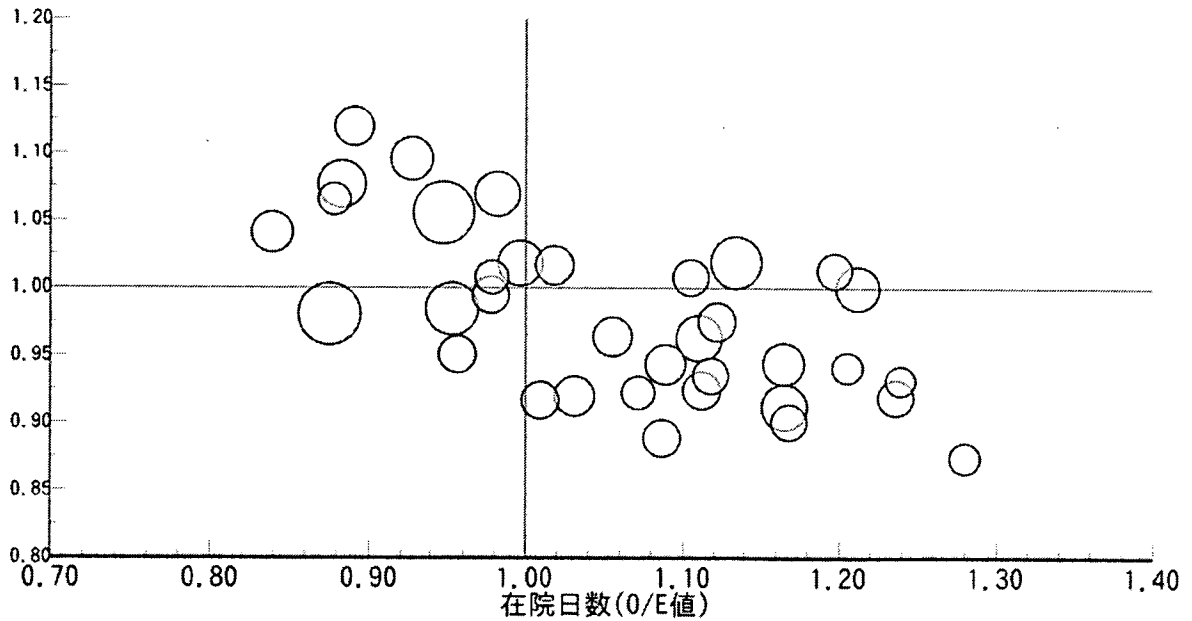
国立大学病院・1患者1日あたり包括と在院日数の関係(O/E値)

1患者1日あたり包括(O/E値)



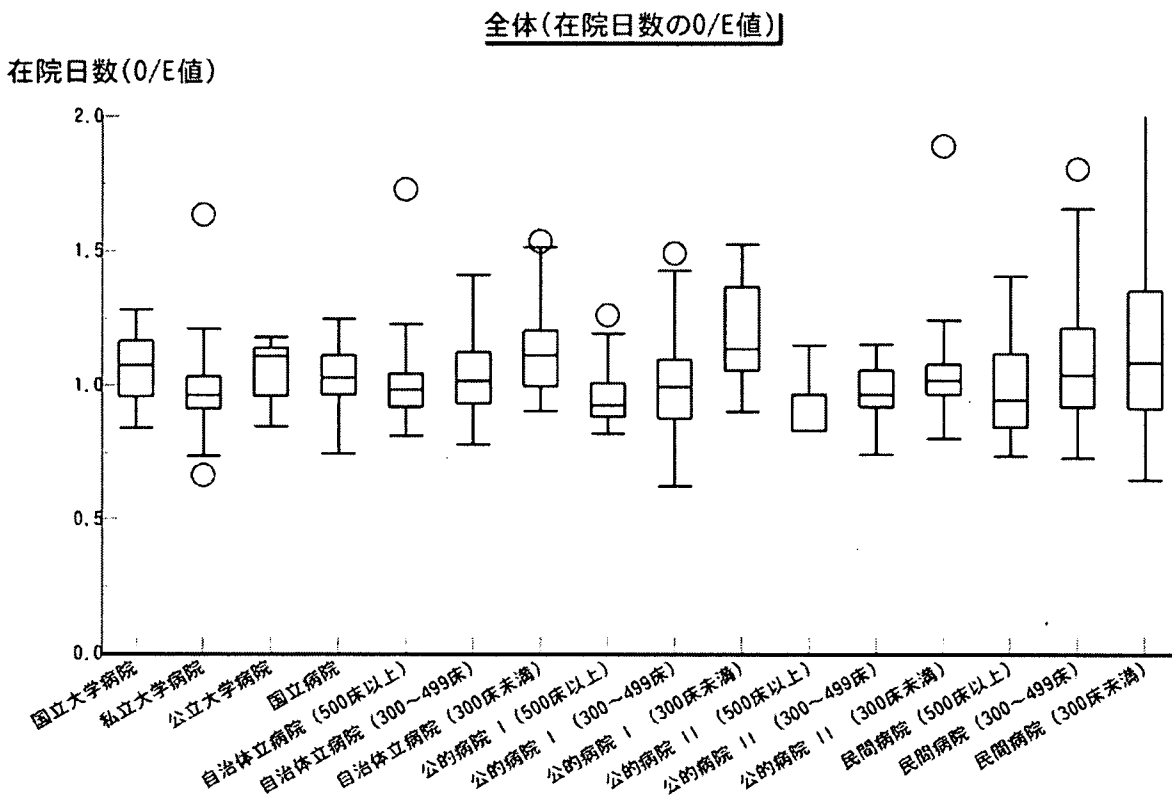
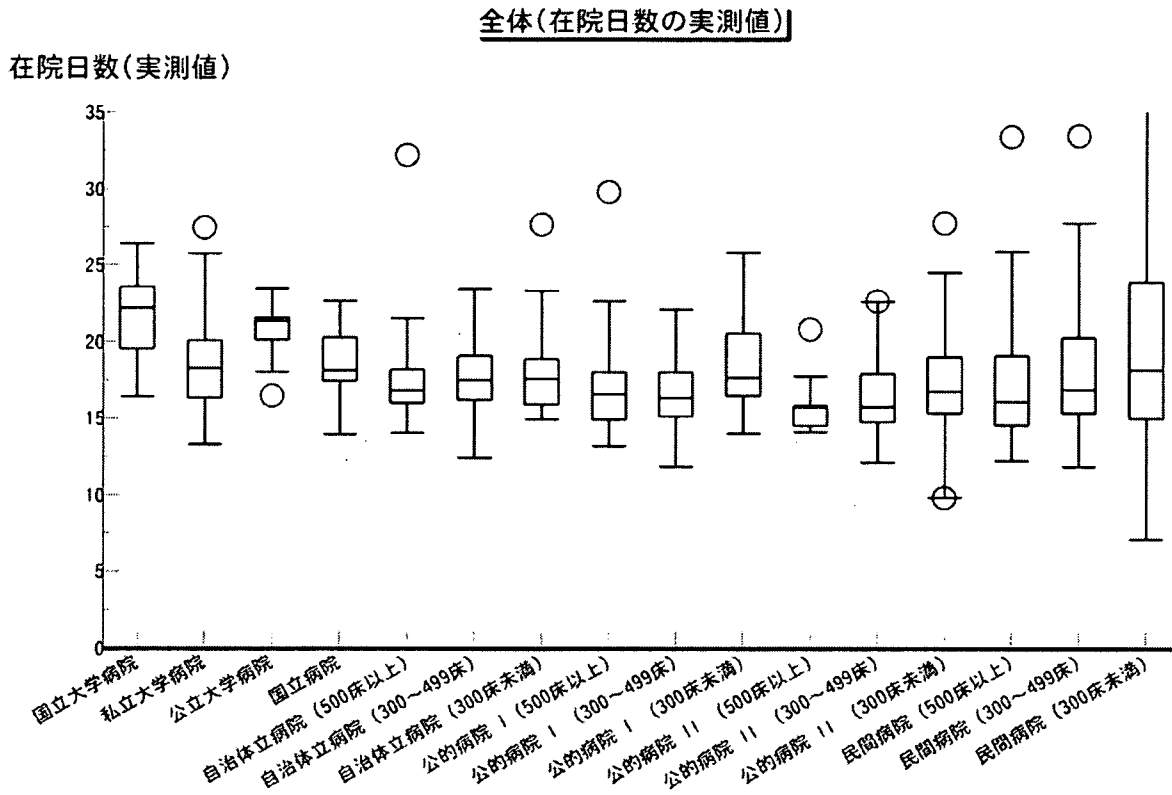
国立大学病院・1患者1日あたり出来高と在院日数の関係(O/E値)

1患者1日あたり出来高(O/E値)



リファレンス: 全体

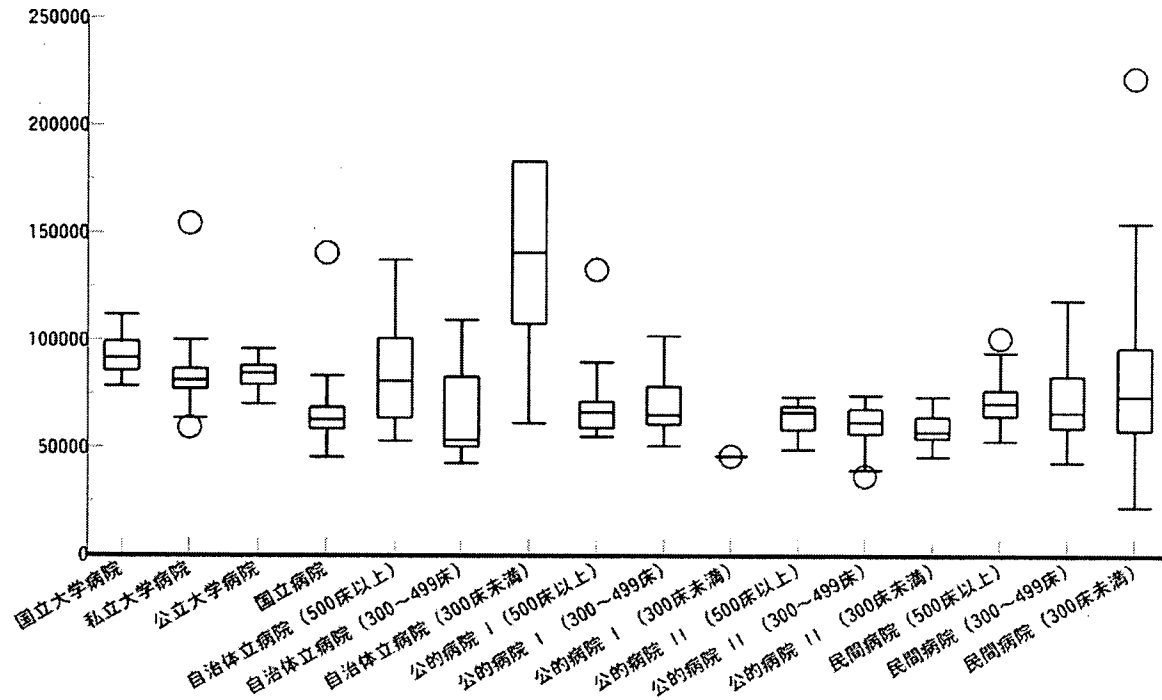
[A-III-1] 全体比較 (在院日数)



[A-III-2] 全体比較 (1入院あたり包括)

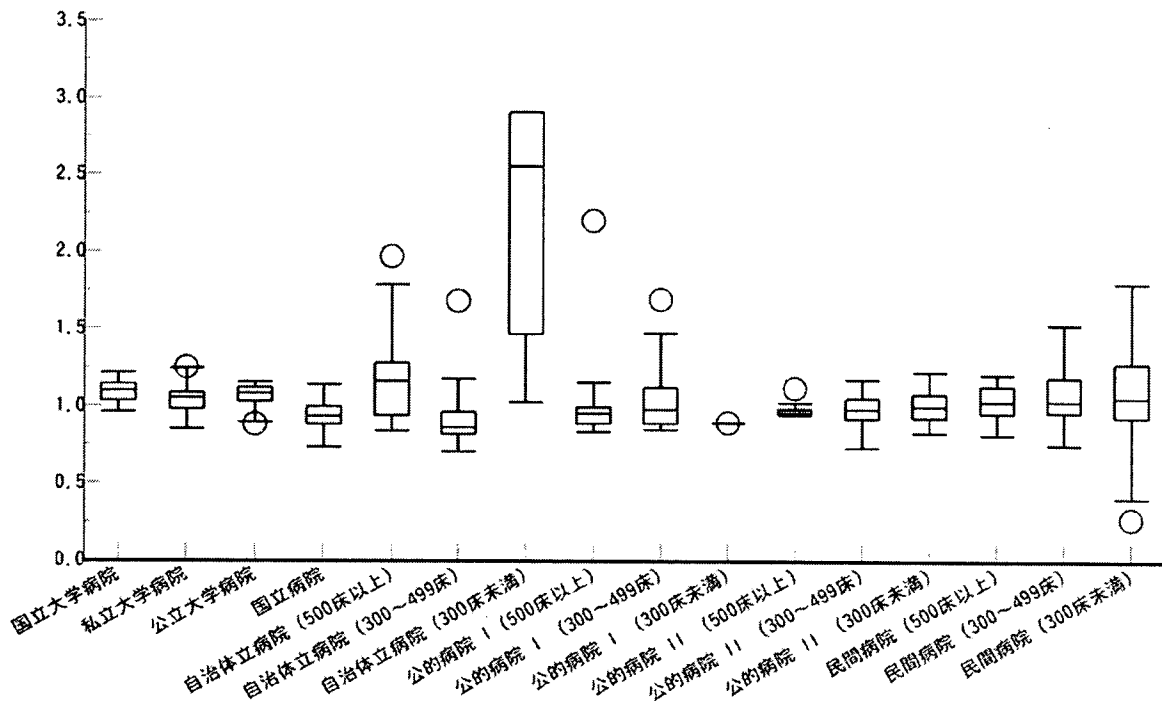
全体(1入院あたり包括の実測値)

1入院あたり包括(実測値)



全体(1入院あたり包括のO/E値)

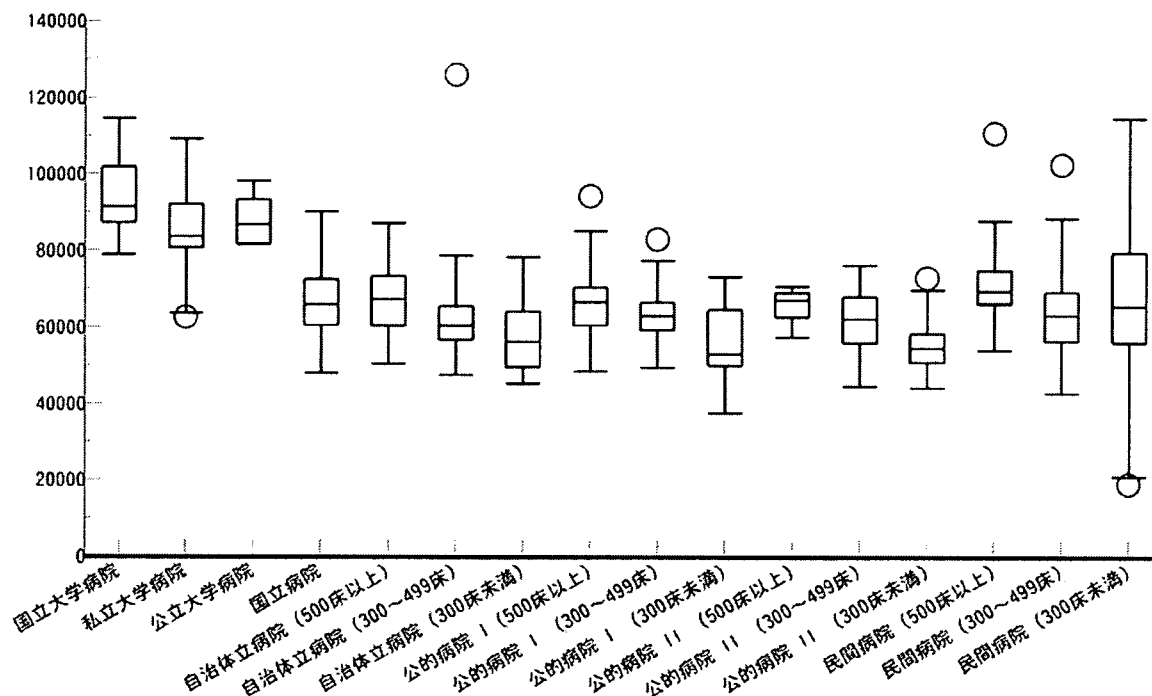
1入院あたり包括(O/E値)



[A-III-3] 全体比較 (1入院あたり出来高)

全体(1入院あたり出来高の実測値)

1入院あたり出来高(実測値)



全体(1入院あたり出来高のO/E値)

1入院あたり出来高(O/E値)

