

入院(その5)

DPC/PDPSについて

1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査(DPCデータ)について
5. 課題と論点

DPC/PDPSの基本事項

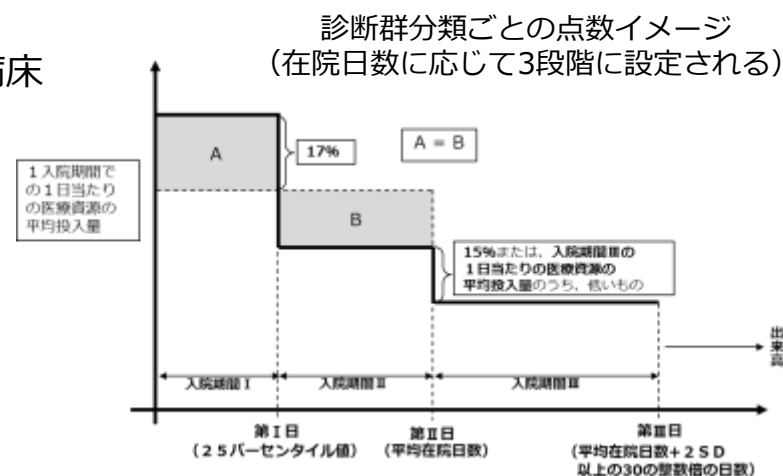
- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
- ※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和4年4月1日時点見込みで1,764病院・約48万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約85%を占める。

- ※ 令和2年7月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。



DPC対象病院の要件

- DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす必要がある。
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC/PDPSに係るこれまでの経緯

1998年	10病院	1入院あたり定額払い方式の試行	診断群分類の見直し
2003年	82病院	閣議決定に基づき、特定機能病院にDPC/PDPS導入	
		【健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（平成15年3月28日閣議決定）】より抜粋 急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。	
2004年	82+62病院	62のDPC調査協力病院にDPC/PDPS試行的適用	
2006年	360病院	DPC対象病院となる基準の設定	
2008年	718病院	再入院ルール導入	
2009年	1,283病院		
2010年	1,334病院	6の機能評価係数Ⅱ導入、点数設定方式A～Cの整理	
2011年	1,449病院	DPC調査の通年化	
2012年	1,505病院	調整係数の段階的置換え	
		基礎係数導入(医療機関群設定)、点数設定方式Dの新設	
2014年	1,585病院	後発医薬品係数導入	
2016年	1,667病院	重症度係数導入	
2018年	1,730病院	調整係数の置き換え完了	
		基礎係数・機能評価係数Ⅱの再整理、激変緩和係数導入	
2020年	1,757病院		
2022年	1,764病院	点数設定方式Aの見直し	

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

医療
位置
付け

一般病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 886,272床
病床利用率 69.8%
平均在院日数 16.1日

療養病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 285,828床
病床利用率 85.8%
平均在院日数 131.1日

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床※2
(+1,981床)
※2 R4.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

87施設
58,726床 (+185床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1 188施設 3,640床 (+47)	入院料2 22施設 167床 (▲33)	入院料3 79施設 1,573床 (▲66)	入院料4 82施設 906床 (+15)
-------------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------

特定集中治療室管理料

ICU1 159施設 1,656床 (+169)	ICU2 80施設 927床 (+60)	ICU3 329施設 2,317床 (▲48)	ICU4 54施設 497床 (▲68)
--------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)
NICU2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)
新生児 1,771床 (+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,373床 (▲63床)	管理料2 181施設 5,990床 (▲318床)	管理料3 80施設 1,876床 (▲154床)	管理料4 387施設 8,026床 (▲160床)	管理料5 167施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1 938施設 62,056床 (+2,675)	入院料2 193施設 10,371床 (+369)	入院料3 332施設 14,570床 (▲973)	入院料4 64施設 2,666床 (+150)	入院料5 33施設 1,191床 (▲748)	入院料6 11施設 440床 (▲1,019)
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1 1,392施設 46,819床 (+3,457)	入院料2 1,250施設 40,182床 (▲1,344)	入院料3 40施設 982床 (▲326)	入院料4 70施設 1,313床 (▲511)
--	--	--------------------------------	----------------------------------

障害者施設等入院基本料

891施設
72,004床 (+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1 102施設 5,287床 (▲77床)	病棟入院料2 107施設 7,958床 (+192床)	入院管理料 32施設 424床 (▲42床)
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

療養病棟入院基本料

205,673床 (+101床)

介護療養 病床

13,647床
※R3.6末病院報告

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料
173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 367施設 16,560床 (▲67)
入院料2 9施設 358床 (▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)
精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34)
児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)

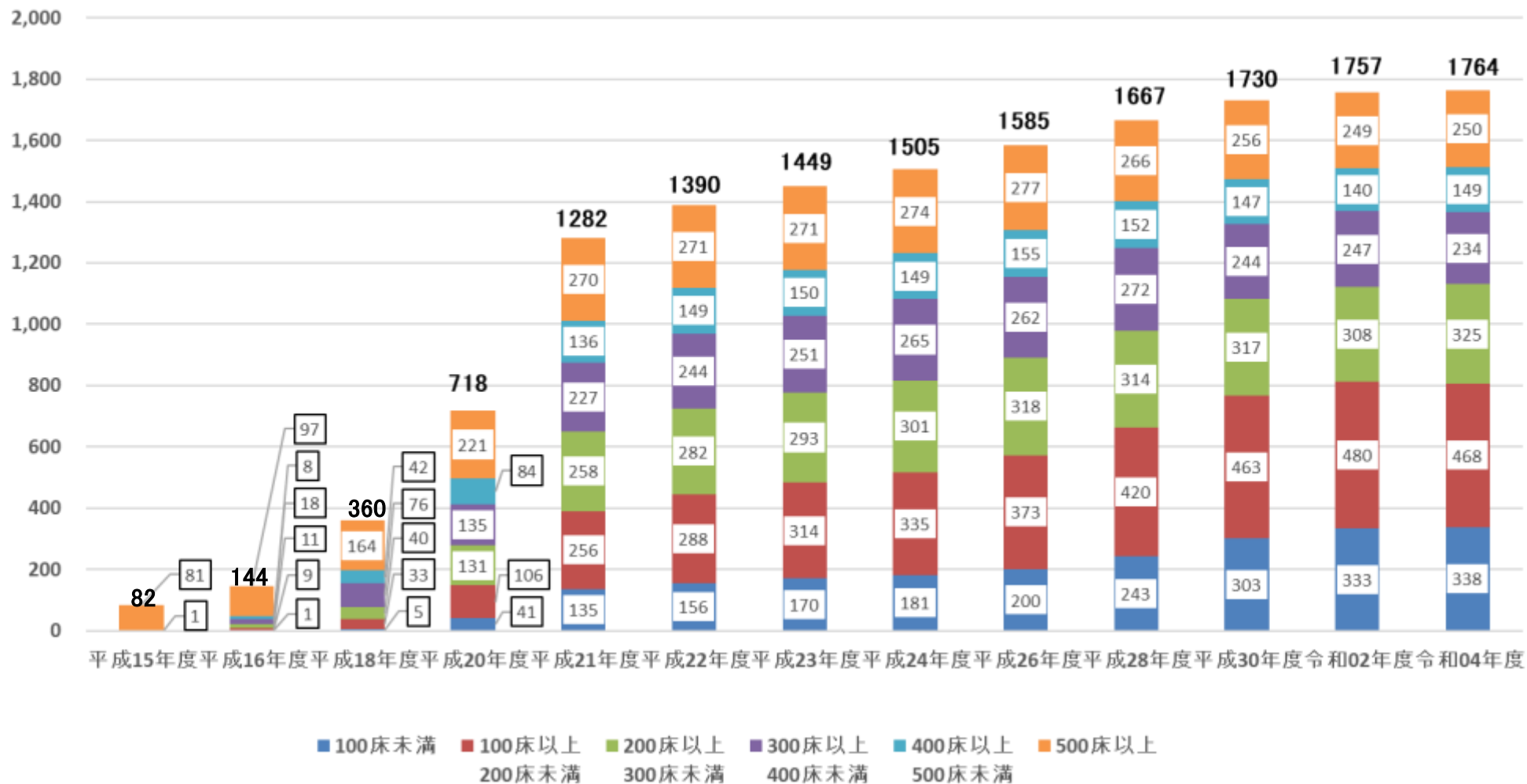
精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312)
地域移行機能強化病棟入院料 27施設 1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 554施設 38,590床 (+436)
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

DPC対象病院の規模 (DPC算定病床数別)

○ DPC対象病院のうち、特にDPC算定病床数が200床未満である病院が増加傾向にある。

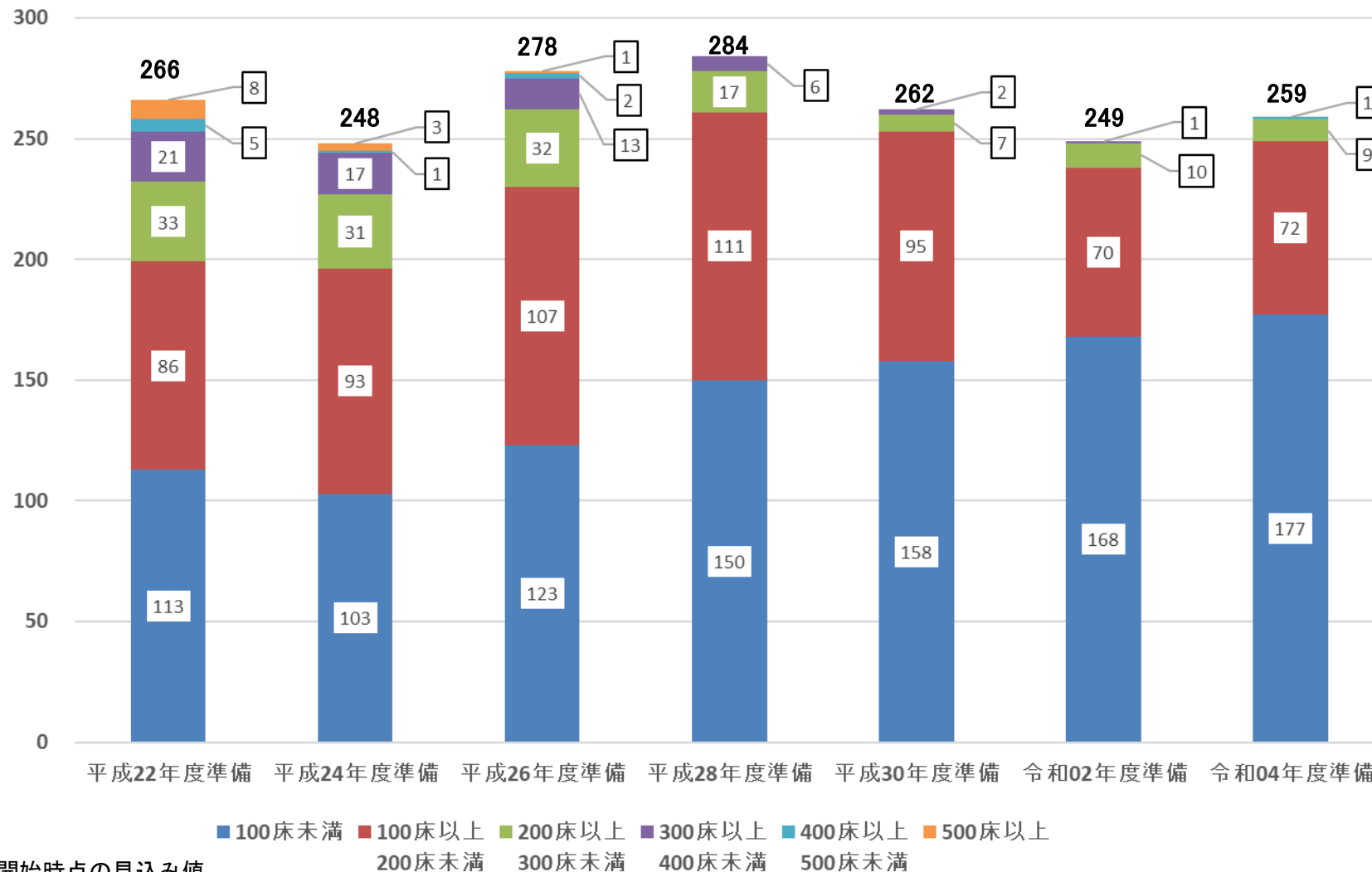


※各年度調査開始時点の見込み値
※病床数区分は、DPC算定病床数による

DPC準備病院の規模（一般病床数別）

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

○ DPC準備病院数は近年250前後で推移しており、令和4年度DPC準備病院においては、一般病床数が200床未満である病院が9割以上を占める。



※各年度調査開始時点の見込み値
 ※病床数区分は、一般病床数による

医療機関別係数

1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]

2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

3. 機能評価係数Ⅱ

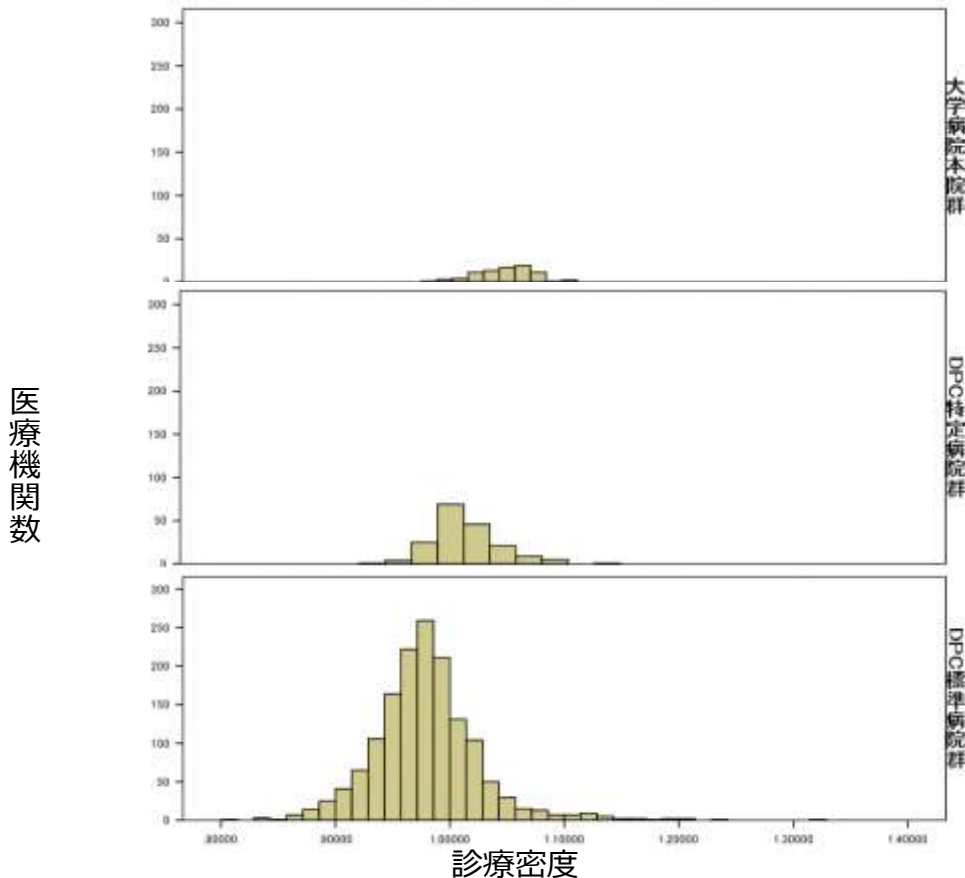
- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

基礎係数について

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに係数を設定している。
- 医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」(※1)、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」(※2)、その他を「DPC標準病院群」としている。



令和4年度改定後の状況(令和4年4月1日時点)

医療機関群	施設数	基礎係数
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680
DPC標準病院群	1,501	1.0395

- (※1) 大学病院本院群
DPC/PDPSにおいては、原則として、以下の病院を大学病院本院として取り扱うこととしている。
- ・ 大学設置基準第39条に基づき、医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院
 - ・ 上記病院が複数存在する場合には、医学部と同一敷地内にある病院

- (※2) DPC特定病院群の設定要件
4つの実績要件の全て(実績要件3は6つのうち5つ)で基準値を満たす。
- 実績要件1：診療密度
 - 実績要件2：医師研修の実施
 - 実績要件3：医療技術の実施
 - 実績要件4：補正複雑性指数

機能評価係数 I について

- 機能評価係数 I は、医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算）について係数化したもの。

（機能評価係数 I の評価対象となっている項目の例）

急性期入院料の差額	A100	一般病棟入院料（1のイ 急性期一般入院料1）
病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
	A204	地域医療支援病院入院診療加算
	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	感染対策向上加算
	A243	後発医薬品使用体制加算
	A244	病棟薬剤業務実施加算
	A245	データ提出加算
	A252	地域医療体制確保加算
看護配置の評価	D026	検体検査管理加算
	A207-3	急性期看護補助体制加算
	A207-4	看護職員夜間配置加算
地域特性の評価	A214	看護補助加算
	A218	地域加算
	A218-2	離島加算

機能評価係数Ⅱについて

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
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
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
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
救急医療係数	救急医療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
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

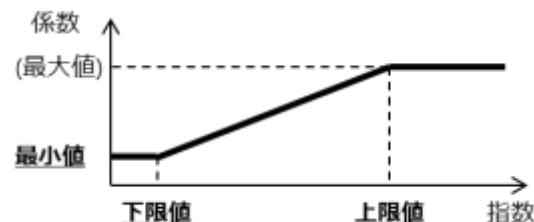
係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

上限値下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和6年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／ 〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
救急医療指数	<p>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と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容③ (地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「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である患者数〕 (0.5P)		
	「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」、「特定領域がん診療連携拠点病院」 (いずれかで0.5P)	「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 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) (血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	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手術に係る時間外対応加算 (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(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術 (K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612)のいずれかが算定されている症例)の診療実績 (25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」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) ・ 「へき地医療拠点病院の指定 (巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価 (0.5P) 		

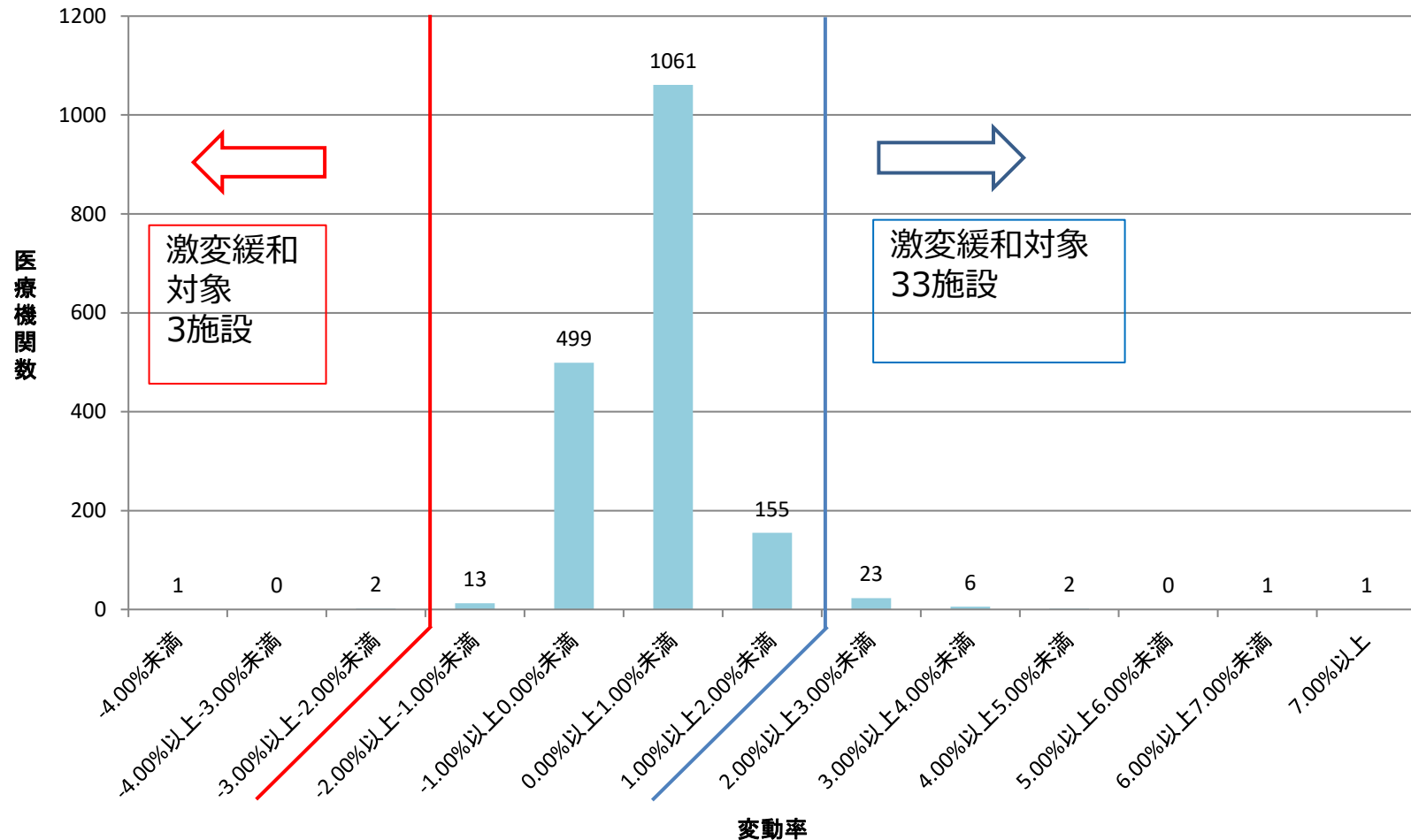
機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の指定（0.5P）、DMATの指定（0.25P）、EMISへの参加（0.25P）、<u>BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</u> 		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・「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 	
救急	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)	救命救急センター（0.5P） 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（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、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）（最大0.5P）	
<u>感染症</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） ・<u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合（0.75P）</u> ・<u>GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）</u> 		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合（0.1P）	治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（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(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 	

激変緩和係数について

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を改定年度1年間に限り設定している(該当する医療機関のみ設定)。
- 令和4年度改定においては、3施設がマイナス緩和(正の激変緩和係数を設定)、33施設がプラス緩和(負の激変緩和係数を設定)の対象となった。

令和4年度改定での推計変動率の分布



1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
 - 2-1 医療機関別係数による評価について
 - 2-2 DPC対象病院の要件について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査(DPCデータ)について
5. 課題と論点

保険診療指数の評価方法

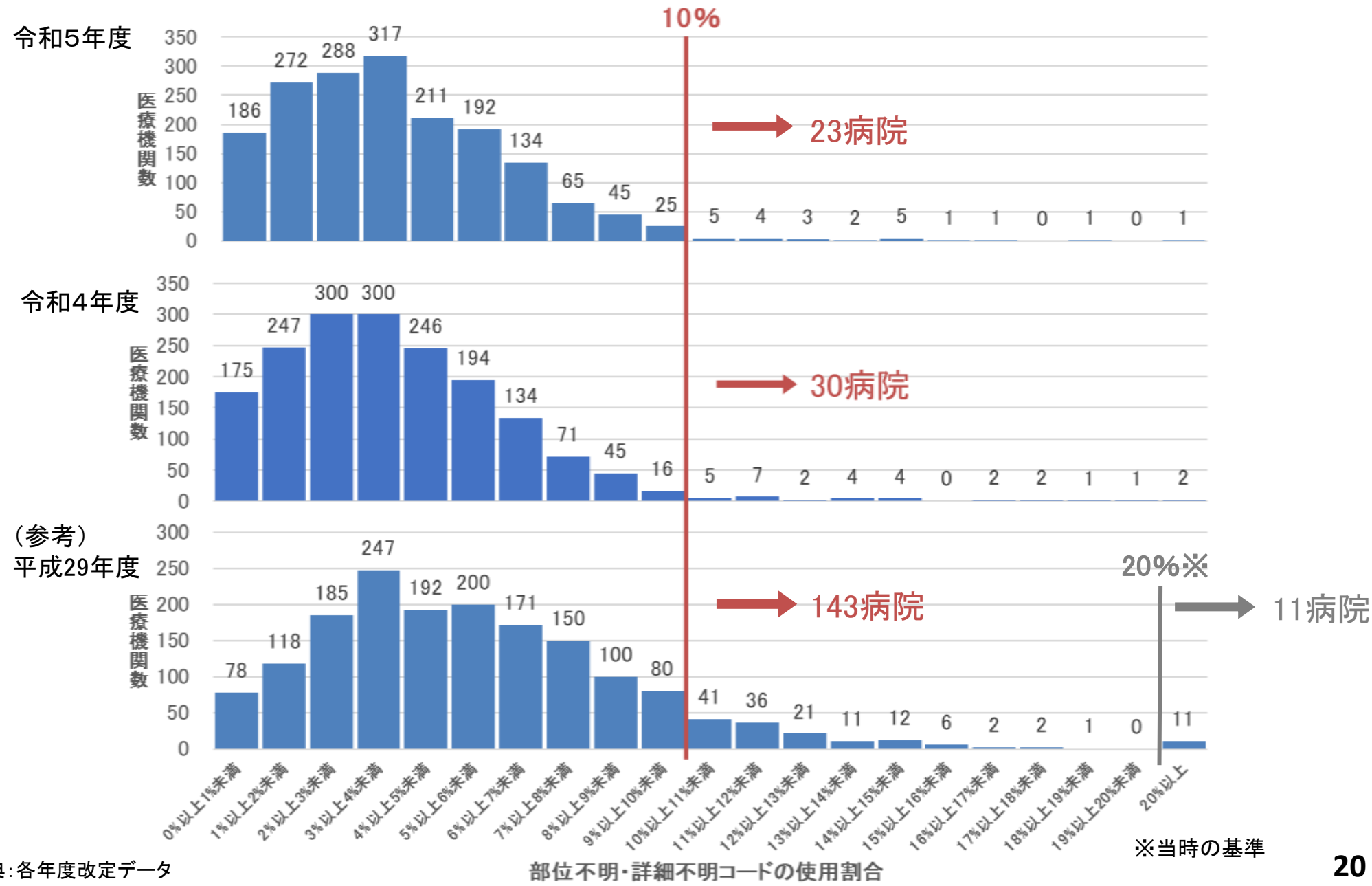
中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

指数	評価内容
保険診療指数	<p>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。</p> <p>【適切なDPCデータの作成】</p> <p>①「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。</p> <p>②DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 様式1の親様式・子様式間(データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)) - 様式1とEFファイル間(入院日数入院料の算定回数の矛盾) - 様式4とEFファイル(医科保険情報と先進医療等情報の矛盾) - 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) <p>③未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。(様式1で評価)</p> <p>【病院情報の公表】</p> <p>④自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p>

	大学病院本院群 (82)	DPC特定病院群 (181)	DPC標準病院群 (1495)	DPC対象病院 (1758)
①「 部位不明・詳細不明コード 」 10%以上	0(0.0%)	0(0.0%)	23(1.5%)	23(1.3%)
②「 様式間の矛盾 」 1%以上	0(0.0%)	0(0.0%)	4(0.3%)	4(0.2%)
③「 未コード化傷病名 」 2%以上	0(0.0%)	0(0.0%)	6(0.4%)	6(0.3%)
④ 病院情報の公表なし	0(0.0%)	0(0.0%)	10(0.7%)	10(0.6%)

部位不明・詳細不明コードの使用割合

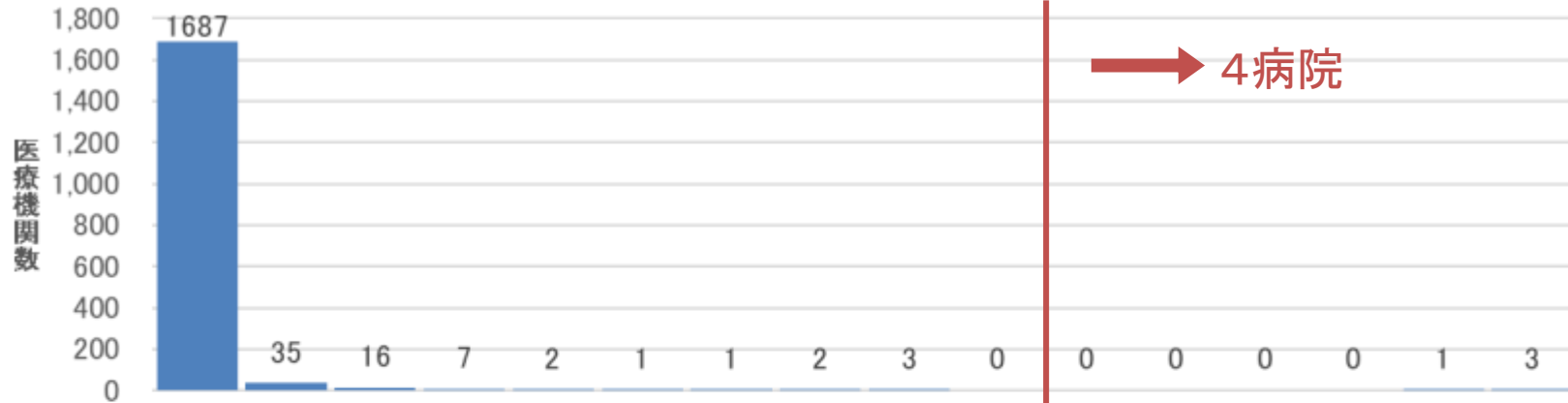
中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7



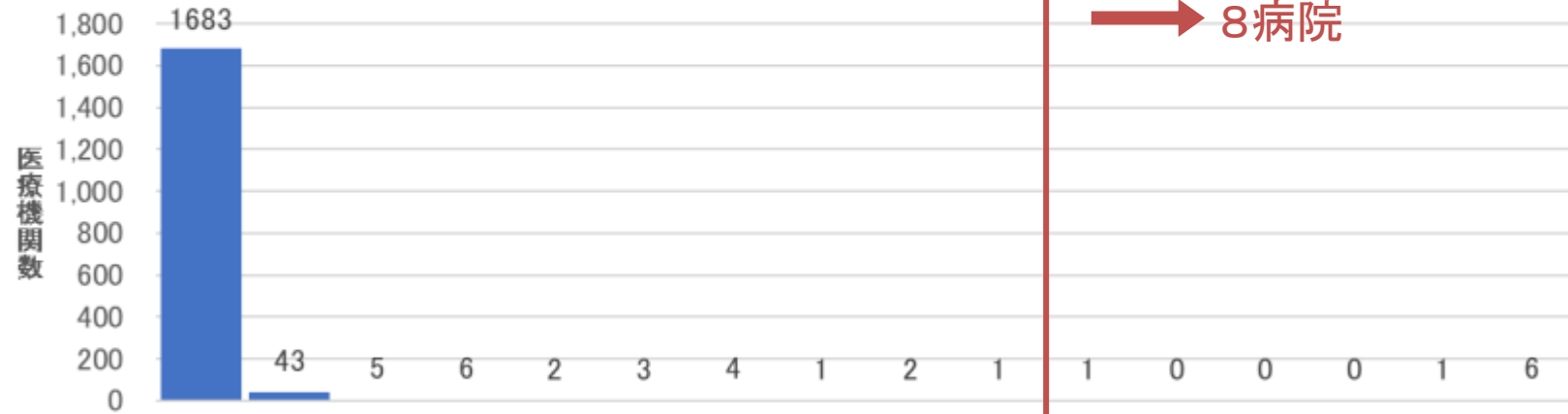
様式間の矛盾割合

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

令和5年度



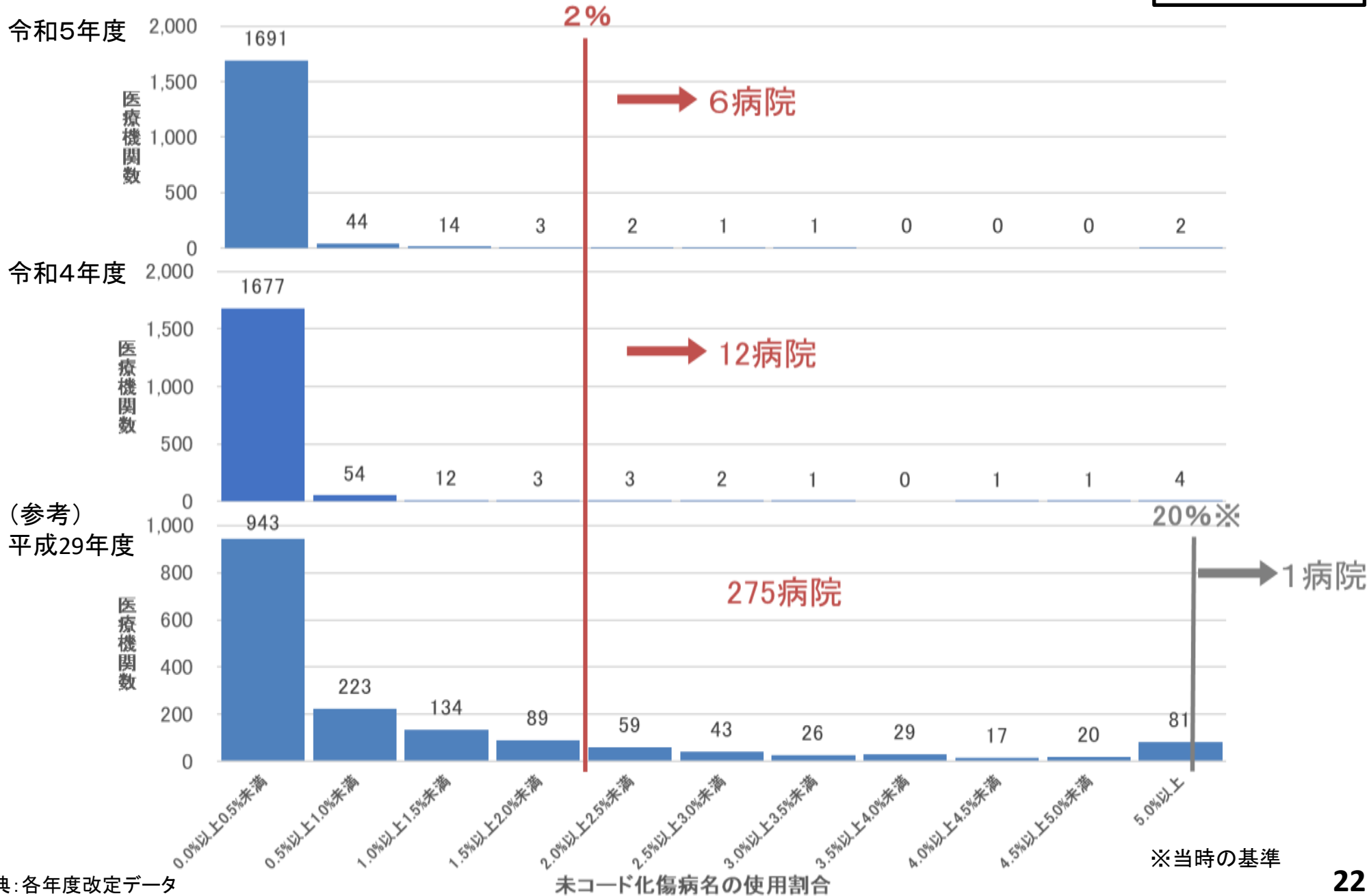
令和4年度



様式間の矛盾割合

未コード化傷病名の使用割合

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7



3-1. DPC対象病院に係る検討について

(1) 医療機関別係数による評価について

<保険診療係数について>

- ・ 保険診療係数は、提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上を目指す取組を評価する項目として設定されており、適切なDPCデータの作成について、以下の3項目の観点から評価を行っている。
 - 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合(10%未満)
 - 様式間の記載矛盾(1%未満)
 - 未コード化傷病名の割合(2%未満)
- ・ 令和5年度係数においては、各項目について、減点対象となった病院はそれぞれ、23病院(1.3%)、4病院(0.2%)、6病院(0.3%)であった。
- ・ 各項目の基準を満たさないDPC対象病院がわずかである現状においては、データ提出が非急性期医療機関においても一般化する中で、質の高いデータ提出が安定的なDPC制度の運用の前提となっていることを踏まえると、適切なデータの作成に係る基準をDPC対象病院の要件とすることも考えられるのではないか、との指摘があった。

効率性指数の評価方法①

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

指数	評価内容
効率性指数	<p>[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]</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

○ 効率性指数の計算例(計算対象DPCが少ない場合) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	A病院		B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	2	20	3	20	2	2000
②	4	20	6	40	4	2000
③	10	20	-	0	10	2000
④	16	40	-	0	16	2000
⑤	18	100	-	0	18	2000
全DPC	13.8	200	5	60	10	10000
全DPC(患者構成を置き換えた場合)	10	10000	4.5	4000	-	-
効率性指数	$10/10 = 1.00$		$10/4.5 = 2.22$			

- ➡
- A病院では、患者構成の置き換えにより、指数(全DPC対象病院の在院日数との相対値)は1となる。
 - B病院では、DPC③～⑤が計算対象とならないため、指数は高い値をとる。

効率性指数の評価方法②

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

指数	評価内容
効率性指数	<p>[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]</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

○ 効率性指数の計算例(全国の患者構成による置き換え) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	C病院(パターン1)		C病院(パターン2)		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	8	100	10	100	10	4000
②	10	100	10	100	10	2000
③	10	200	10	200	10	2000
④	10	200	10	200	10	1000
⑤	10	400	8	400	10	1000
全DPC	9.8	1000	9.2	1000	10	10000
全DPC(患者構成を置き換えた場合)	9.2	10000	9.8	10000	-	-
効率性指数	$10/9.2 = 1.09$		$10/9.8 = 1.02$			

○ 全DPC対象病院の患者構成への置き換えにより、全DPC対象病院での症例数が多いDPC①の在院日数が短いパターン1がパターン2より高く評価される。

効率性指数の評価方法(変更案): ①計算対象DPCが少ない場合

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

指数	評価内容
効率性指数	<p>[全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数] / [当該医療機関の平均在院日数]</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

○ 効率性指数の計算例(計算対象DPCが少ない場合) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	3	20	2	2000
②	6	40	4	2000
③	-	0	10	2000
④	-	0	16	2000
⑤	-	0	18	2000
①+②	5	60	3	4000
①+②(患者構成を置き換えた場合)	-	-	3.33	60
効率性指数	$3.33/5=0.67$			

DPC①・②
に限定



○ DPC①・②におけるB病院の平均在院日数は、患者構成をB病院に置き換えた場合の全DPC対象病院の平均在院日数に比較し長いために、指数は小さくなる。

効率性指数の評価方法(変更案): ②患者構成の置き換え

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

指数	評価内容
効率性指数	<p>[全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数] / [当該医療機関の平均在院日数]</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

○ 効率性指数の計算例(各医療機関の患者構成による置き換え) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	C病院(パターン1)		C病院(パターン2)		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	8	100	10	100	10	4000
②	10	100	10	100	10	2000
③	10	200	10	200	10	2000
④	10	200	10	200	10	1000
⑤	10	400	8	400	10	1000
①~⑤	<u>9.8</u>	1000	<u>9.2</u>	1000	10	10000
①~⑤(患者構成を置き換えた場合)	-	-	-	-	<u>10</u>	1000
効率性指数	$\frac{10}{9.8} = 1.02$		$\frac{10}{9.2} = 1.09$			

パターン2の在院日数 < パターン1の在院日数

➡ ○ C病院の患者構成への置き換えにより、C病院での症例数が多いDPC⑤の在院日数が短いパターン2がパターン1より高く評価される。

複雑性指数の評価方法

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

指数	評価内容
複雑性指数	<p>[当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院あたり)を、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]</p> <p>※ 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。</p>

○ 複雑性指数の計算例

DPC	C病院		全DPC対象病院		
	包括範囲出来高点数(一入院あたり)	症例比率	包括範囲出来高点数(一入院あたり)	(参考)平均在院日数	(参考)包括範囲出来高点数(一日あたり)
040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	52,000	100%	45,380	18.43	2,462
全DPC	52,000	100%	28,730	10.79	2,663
全DPC(点数を置き換えた場合)	45,380	100%	-	-	-
複雑性指数	$45,380 / 28,730 = 1.58$				

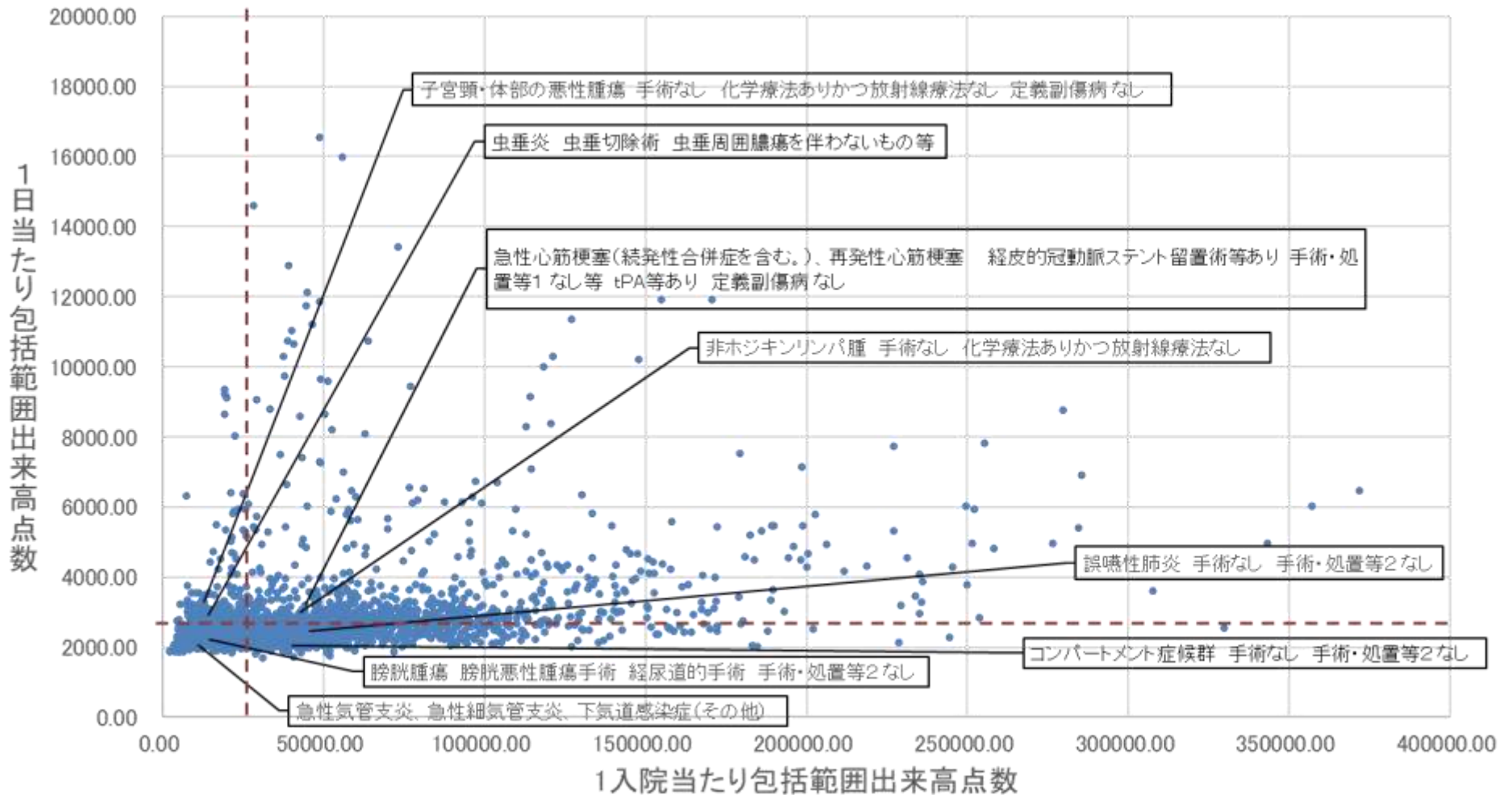


○ 誤嚥性肺炎に係る診断群分類は全DPC対象病院における包括範囲出来高点数(一入院あたり)が高いため、症例比率の高いC病院では、指数が高い値をとる。

診断群分類別の包括範囲点数の「1入院当たり」と「1日当たり」について

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

- 診断群分類ごとの「1入院当たり包括範囲出来高点数」及び「1日当たり包括範囲出来高点数」をプロットすると、「1入院当たり包括範囲出来高点数」が高いものの、「1日当たり包括範囲出来高点数」は低い診断群分類も存在する。



入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

＜効率性係数・複雑性係数について＞

- ・ 効率性係数は、在院日数短縮の努力を評価する項目として設定されており、算出にあたっては、全国の患者構成への置き換えや一定の診療実績がある包括対象DPCを計算対象とする等の対応を行っている。
- ・ 効率性係数の算出方法については、令和4年度特別調査に係る検討過程において、診療対象とする診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏っている医療機関に対して在院日数短縮という本来の趣旨にそぐわない評価となる場合があるとの指摘があった。
- ・ また、本来、全国の症例数の多い疾患ではなく、各病院が取り扱っているものを重点的に評価する必要があるのではないかと、との指摘があった。
- ・ 複雑性係数については、1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成を評価する項目として設定されている。
- ・ 複雑性係数についても同様に、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の平均在院日数が長く、1日当たり包括範囲出来高点数の小さい疾患に偏った症例構成の場合、急性期入院医療における評価という点では不適当な評価となっているのではないかと、との指摘があった。
- ・ これらの点については、本来の評価の趣旨やDPC対象病院のあり方も踏まえ、算出方法の見直しやDPC対象病院の基準の見直し等の対応が必要ではないかとの指摘があった。
- ・ 効率性係数については、診療対象とする診断群分類の種類数や構成によらず在院日数短縮の努力を評価するのであれば、各医療機関の平均在院日数と、各医療機関の症例構成による補正を行った全国の平均在院日数の相対値を取る手法に変更することが望ましいのではないかと、との指摘があった。
- ・ また、医療機関群ごとに期待される機能や役割が異なることを踏まえ、効率性係数についても複雑性係数等と同様に医療機関群ごとの評価としてはどうか、との指摘があった。
- ・ 複雑性係数については、以下のような指摘があった。
 - － 1日当たり医療資源投入の観点での評価の方が急性期入院医療の評価として妥当ではないか。
 - － 「1日当たり」での評価の場合、短期での入院に該当する一部の診断群分類については適切な評価とならないのではないかと。
 - － 「1入院当たり」での現行の評価手法は入院医療の労力の評価という観点では妥当性があり、急性期入院医療の評価という観点から、むしろ評価の対象とする医療機関の基準自体を検討すべきではないか。

救急医療指数の評価方法①

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

- 救急医療指数は、緊急入院の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等により、初期治療や鑑別診断等のために通常の予定入院による診療よりも医療資源投入量が一定程度多くなることを踏まえ、「入院初期の実際の医療資源投入量と診断群分類点数表に基づく点数の乖離」を評価している。

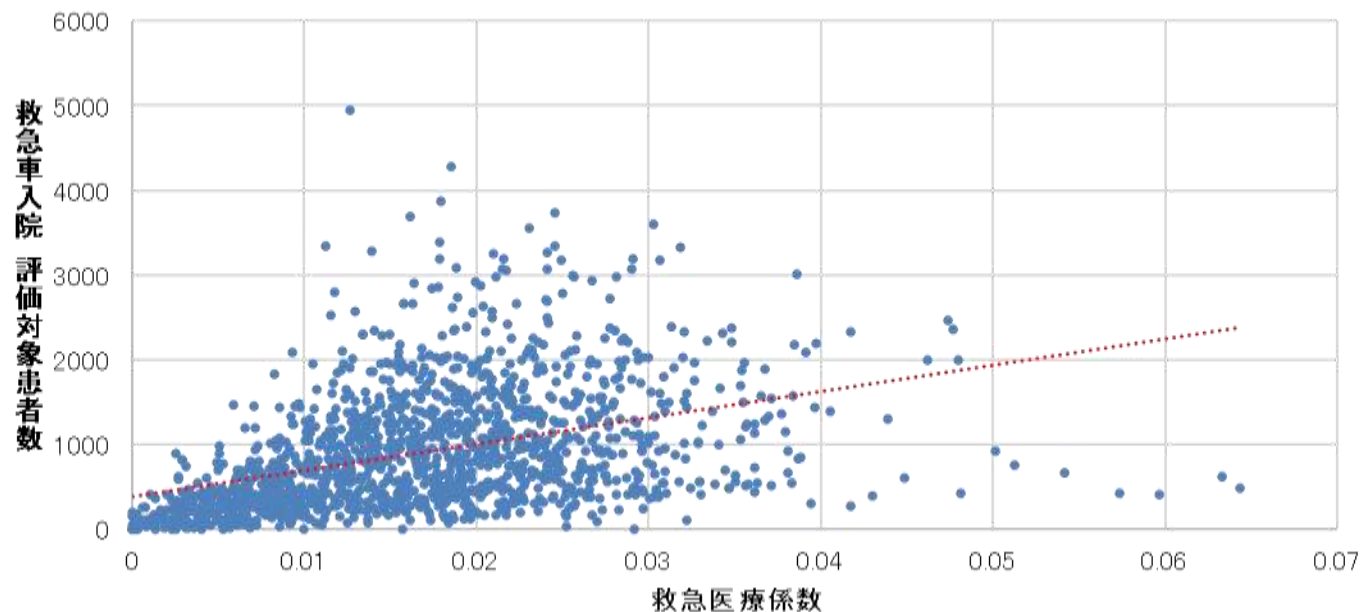
指数	評価内容
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none">・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、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 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】: 救急医療入院の患者</p>

救急医療指数の評価方法②

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

- 救急医療係数について、例えば、体制評価指数の評価項目である「救急車来院による入院患者数」との関連性をDPC標準病院群を対象に分析したところ、相関係数は0.41であった。
- 救急医療係数について、係数値の単純な多寡が、各施設での救急医療実績を必ずしも直接的に反映しない要因として、以下のような点が挙げられる。
 - ① 救急医療入院数自体は少なくとも、当該施設全体の入院患者数に比して、相対的に多くの救急医療入院を受け入れている場合、係数値としては高くなる。
 - ② 救急医療入院となる症例が多い診断群分類では、当該分類の包括点数が救急医療入院となる症例の実績点数をより反映する形で設定されるため、そのような診断群分類の診療実績は係数値としては反映されにくい。

【DPC標準病院群】 相関係数0.41



入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

<救急医療係数について>

- ・ 救急医療係数は、緊急入院の対象となる患者の治療では、診断が確定していない等により、初期治療や鑑別診断等のために通常の予定入院による診療よりも医療資源投入量が一定程度多くなることを踏まえ、「入院初期の実際の医療資源投入量と診断群分類点数表に基づく点数の乖離」を評価している。
- ・ 救急医療係数については、高度な救急医療の実施や救急車の受け入れ数等を必ずしも直接的に評価する項目ではないことから、評価の趣旨が明確になるよう、名称の変更等も含め検討する必要があるとの指摘があった。

- 地域医療指数の体制評価指数においては、医療計画上の5疾病6事業等における急性期入院医療について、各項目ごとの評価を行っている。

【現行の評価項目】

評価項目	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

体制評価指数における評価項目①

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の[「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である患者数](0.5P)		
	「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」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「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(0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価(1P) (血管内治療の実施:入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	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手術に係る時間外対応加算(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(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術(K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612)のいずれかが算定されている症例)の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	<ul style="list-style-type: none"> ・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」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) ・「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P) 		

体制評価指数における評価項目②

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定(0.5P)、DMATの指定(0.25P)、EMISへの参加(0.25P)、 BCPの策定(災害拠点病院に指定されている場合を除く)(0.25P)		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P)	<ul style="list-style-type: none"> ・「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 	
救急	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)	救命救急センター(0.5P)	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	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(0.1P) 上記体制を前提とし、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)(最大0.5P)	
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) ・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P) ※ 上記のいずれも満たした場合(0.75P) ・GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P) 		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合(0.1P)	治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(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(0.5P)(※)協力施設としての治験の実施を含む。 	

病院群別の体制評価指数の分布

- 令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、体制評価指数の上限値に達する病院の割合は、大学病院本院群で11.0%（9病院）、DPC特定病院群で5.0%（9病院）、DPC標準病院群で10.0%（150病院）であった。
- また、体制評価指数の上限値の5割以上を取得する病院の割合は、大学病院本院群で100%（82病院）、DPC特定病院群で88.4%（160病院）、DPC標準病院群で56.4%（845病院）であった。



体制評価指数における評価の手法について

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

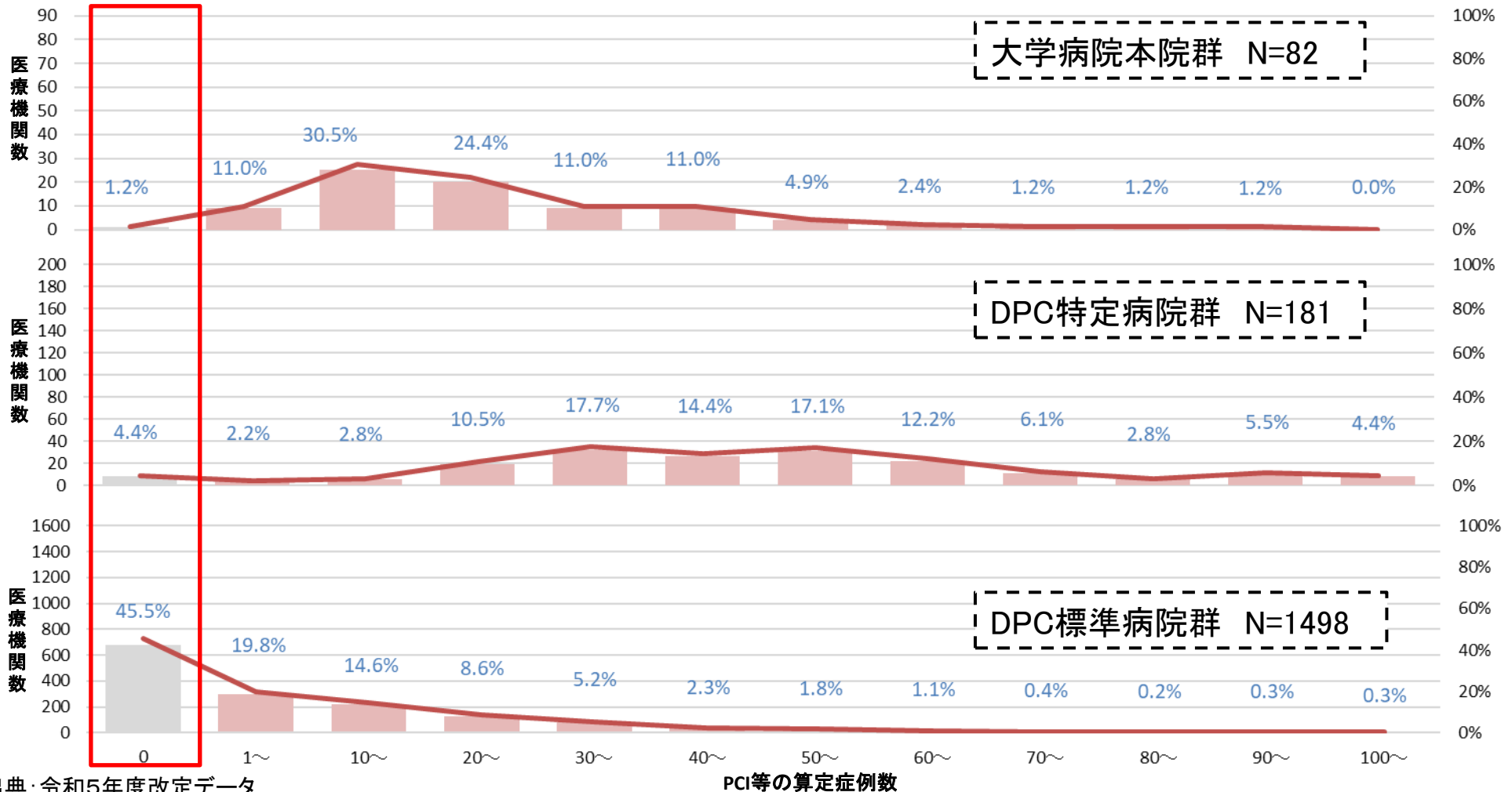
- 5疾病5事業等に係る体制評価指数における評価にあたっては、医療機関の体制への評価と診療実績への評価がともに用いられている。
- 実績評価については、原則として実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25%tile値を上限値として設定している。

評価項目	評価内容	上限値	上限値未満の評価
がん	・ <u>がん地域連携</u>	25%tile値	線形評価
	・がん診療連携拠点病院等の指定		
脳卒中	・ <u>血管内治療の実施等</u>	25%tile値	0
心血管疾患	・ <u>緊急時の心筋梗塞に対するPCI等の実施</u>	25%tile値	線形評価
	・ <u>大動脈解離に対する手術の実施</u>		0
精神疾患	・ <u>精神科身体合併症管理加算等の算定実績</u>	25%tile値 <small>※精神科救急・合併症入院料については、1件以上の算定実績を評価</small>	線形評価
災害	・災害拠点病院の指定等		
周産期	・総合周産期母子医療センター等の指定		
へき地	・へき地医療拠点病院等の指定		
救急	・救命救急センター等の体制		
	・ <u>救急車来院による入院患者数</u>	25%tile値	線形評価
感染症	・ <u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保等</u>		
	・ <u>GMISへの参加割合</u>	25%tile値	線形評価

診療実績への評価の現状について

- 診療実績に係る評価項目の多くについて、大学病院本院群及びDPC特定病院群においては一定の算定実績がみられ(指標データが0より大きい)、多くの病院が上限値又は上限値に近い値を取得することとなっている。

【例：緊急時の急性心筋梗塞に対するPCI等の実施】



新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

概要

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定^(*)を締結する仕組み等が法定化された。（令和6年4月施行）
 (*）病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
 - 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。
- ※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

新興感染症発生からの一連の対応

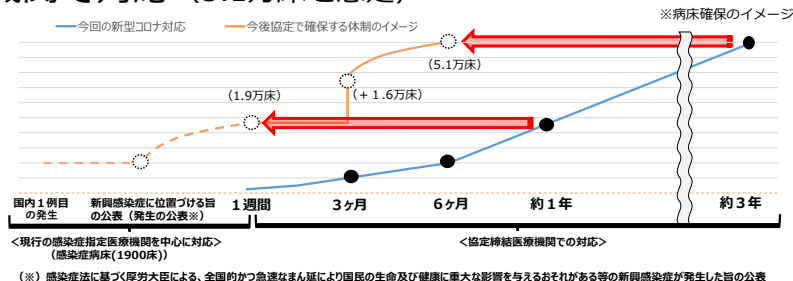
※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

発生から一定期間経過後

- その他の公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



国及び都道府県の平時からの準備等

- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

医療措置協定の内容

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		<p>病床を確保し(※1)、入院医療を実施</p> <p>※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る</p>	<p>発熱症状のある者の外来を実施</p>	<p>自宅療養者等(※2)に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施</p> <p>※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む</p>	<p>(左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施</p>	<p>(感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣</p>
	実施主体と指定要件	<p>第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備</p>		
		新型コロナウイルス対応で確保した最大規模の体制を目指す				
数値目標 (全国での数値目標) <予防計画>	①流行初期(3か月を基本)	約1.9万床	約1500機関			
	②流行初期以降(6ヶ月以内)	<p>約5.1万床</p> <p>流行初期以降開始時点： ①+約1.6万床(公的医療機関等)</p>	<p>約4.2万機関</p> <p>流行初期以降開始時点： ①+約3800機関(公的医療機関等)</p>	<p>・病院・診療所(約2.7万機関) ・薬局(約2.7万機関) ・訪問看護事業所(約2800機関)</p>	約3700機関	<p>・医師(約2100人) ・看護師(約4000人)</p>
流行初期医療確保措置の要件 (参酌して都道府県知事が定める基準)		<p>①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認</p>	<p>①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察</p>	-	-	-

※4 感染症法に基づく厚生労働大臣の発生の公表(新興感染症に位置づける旨の公表)

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- ✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- ✓ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約3000医療機関程度を想定

支援

補助金（平時の準備行為に応じた支援）

- 協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。
- 協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。
- さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うこと等を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

必要に応じて
協定変更

必要に応じて
対象拡大

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

支援

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

<地域医療係数(体制評価指数)について>

- ・ 地域医療指数における体制評価指数については、5疾病5事業等における急性期入院医療への評価という観点から、項目ごとの評価を行っている。
- ・ 令和5年度機能評価係数Ⅱにおいて、体制評価指数の上限値に達する病院の割合は、大学病院本院群で11.0%(9病院)、DPC特定病院群で5.0%(9病院)、DPC標準病院群で10.0%(150病院)であった。
- ・ また、体制評価指数の上限値の5割以上を取得する病院の割合は、大学病院本院群で100%(82病院)、DPC特定病院群で88.4%(160病院)、DPC標準病院群で56.4%(845病院)であった。
- ・ 特に大学病院本院群やDPC特定病院群については、ほとんどの病院で上限値を満たしている項目があり、評価項目や実績評価の手法については、医療機関群ごとにあり方を検討する必要があると考えられた。
- ・ 令和4年度診療報酬改定においては、第8次医療計画から新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれることを踏まえ、体制評価指数における評価項目に「感染症」を追加した。
- ・ 「感染症」における評価内容については、第8次医療計画において、令和4年の感染症法改正により法定化された都道府県・医療機関間での協定締結を通じ、平時から医療提供体制の確保を図ることとされていることを踏まえ、令和6年度診療報酬改定以降、新型コロナウイルス感染症対応への評価から、入院医療に係る協定締結の評価へと移行することが考えられるのではないか、との指摘があった。

【図8】平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針(抜粋)

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-1

(3) 機能評価係数Ⅱ

① 基本的考え方

- 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を評価
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する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として次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

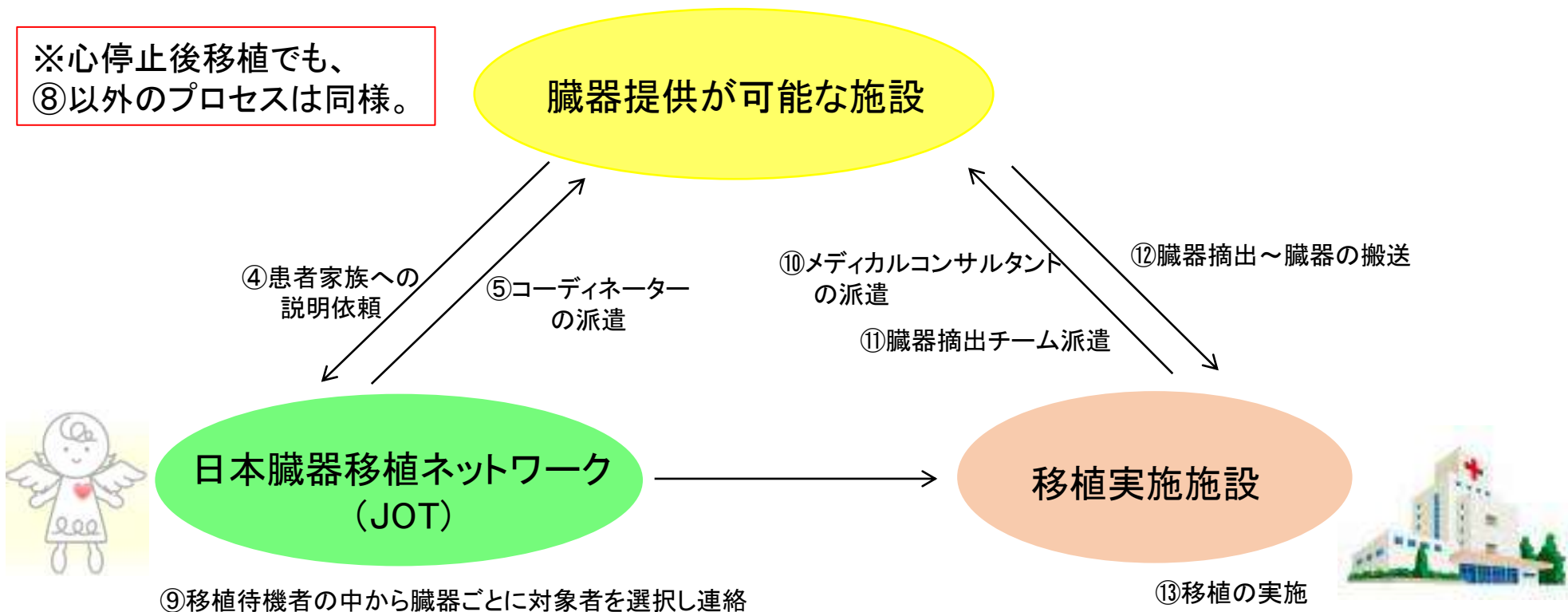
② 具体的方法

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機関へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

- 脳死下臓器移植は、以下の様々な工程に基づいて行われる。
- ・臓器提供施設(患者の診察・加療、家族への説明・意思確認、脳死判定、臓器摘出)
 - ・日本臓器移植ネットワーク(コーディネーターの派遣、移植対象者の選択・連絡)
 - ・移植実施施設(臓器摘出チームの派遣、臓器摘出・搬送、移植実施)

- ①患者が臓器提供者となり得る状態となる
- ②主治医より患者家族に病状説明
- ③患者家族が臓器提供について話を聞くことを希望
- ④患者家族への説明依頼
- ⑤コーディネーターの派遣
- ⑥患者家族への説明、意思の確認
- ⑦検査センター、メディカルコンサルタント、警察、搬送機関等との調整
- ⑧法的脳死判定(2回) <脳死下の場合のみ>
- ⑨移植待機者の中から臓器ごとに対象者を選択し連絡
- ⑩メディカルコンサルタントの派遣
- ⑪臓器摘出チーム派遣
- ⑫臓器摘出～臓器の搬送
- ⑬移植の実施

※心停止後移植でも、
⑧以外のプロセスは同様。



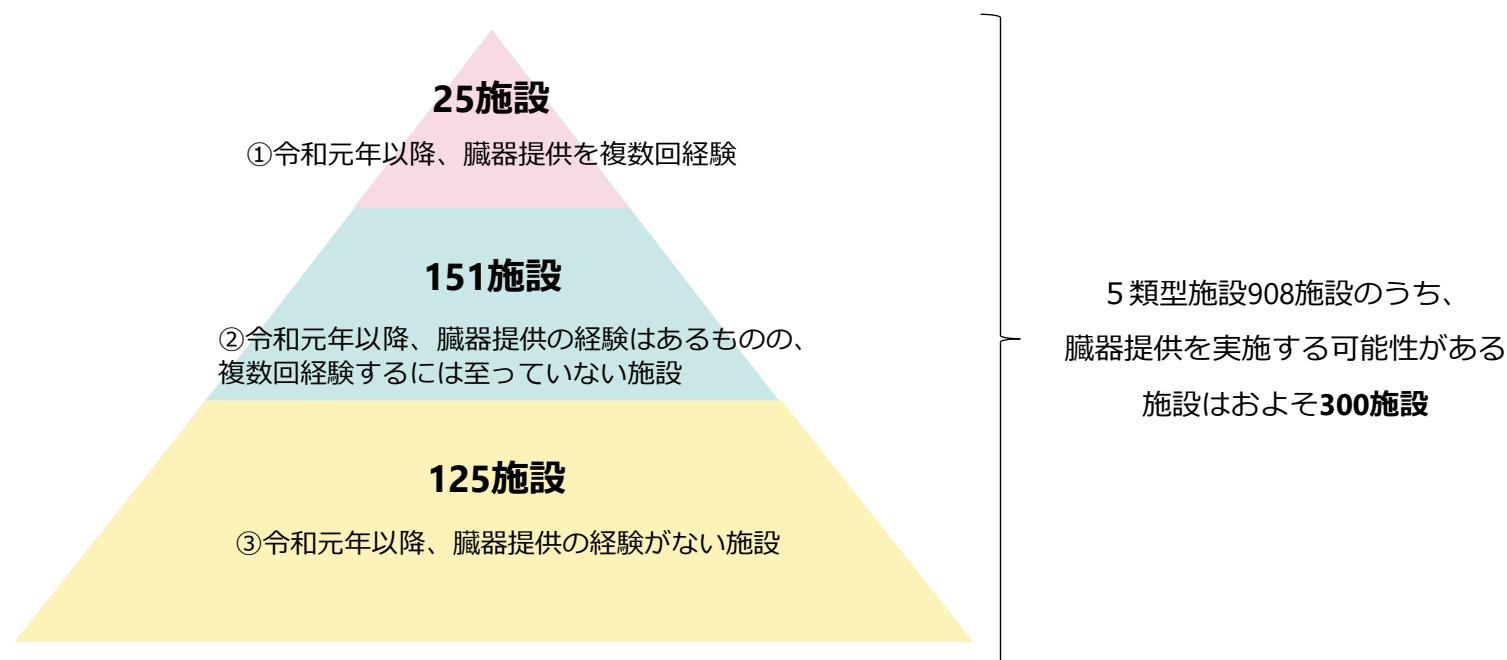
⑨移植待機者の中から臓器ごとに対象者を選択し連絡

※上記仕組みは、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針(ガイドライン)
(平成9年健医発第1329号)等を参考に記載。

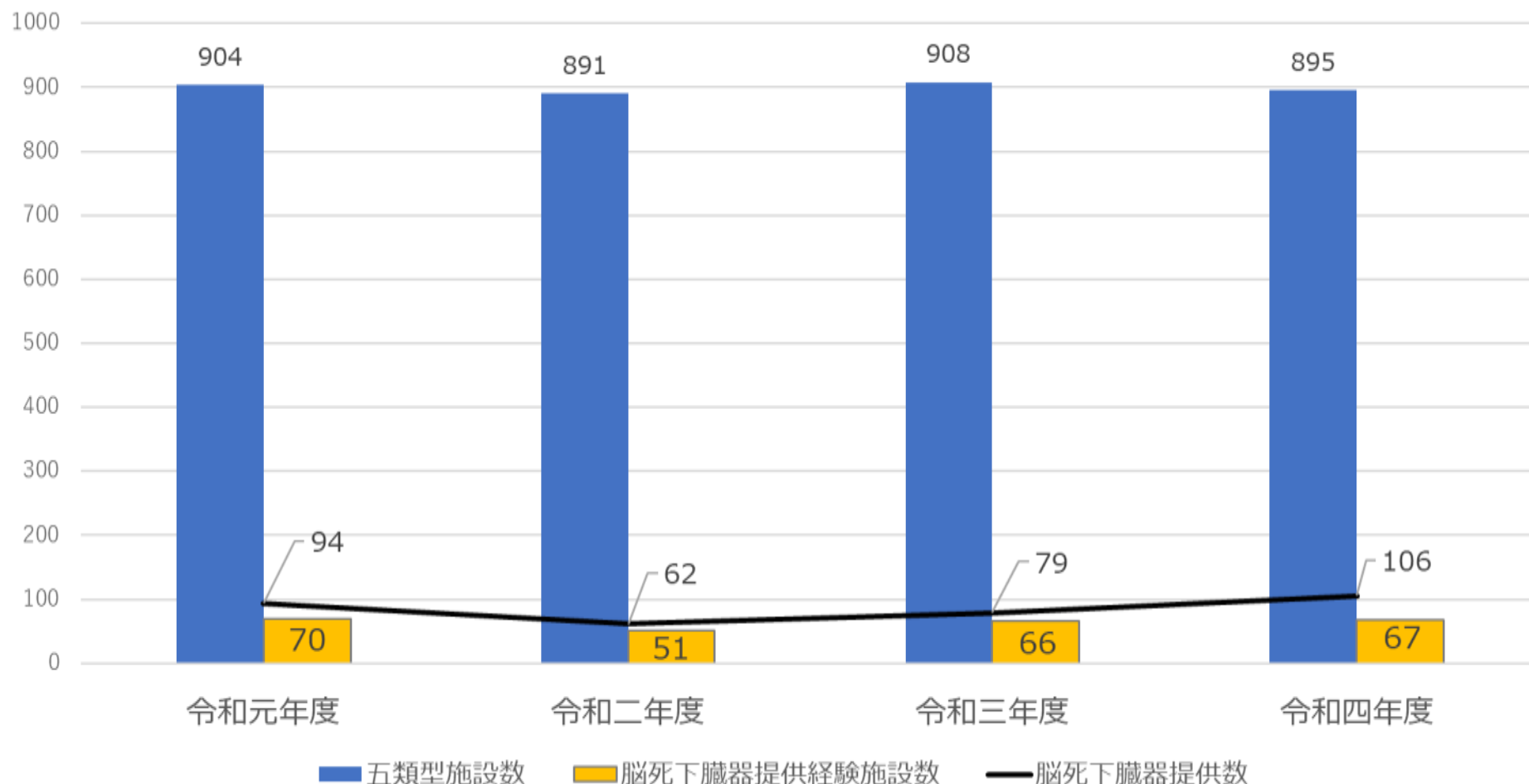
臓器提供の体制整備済み、体制整備を希望している施設のうち、①令和元年以降臓器提供を複数回経験している施設が25施設、②令和元年以降臓器提供の経験はあるものの複数回経験するには至っていない施設が151施設、③令和元年以降臓器提供の経験がない施設が125施設、存在する。

【5 類型該当施設（令和4年3月31日）】

合 計	大学附属病院	日本救急医学会 指導医指定施設	日本脳神経外科学 会基幹施設 又は連携施設	救命救急 センター	日本小児総合 医療施設協議会 の会員施設
908	150	149	565	285	39



脳死下臓器提供数と脳死下臓器提供経験施設数の推移



(脳死下臓器提供数および脳死下臓器提供経験施設数は、法的脳死判定が実施されたが臓器の摘出に至らなかった事例も含む)

(資料) (公社) 日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に健康・生活衛生局移植医療対策推進室で加工

入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

ア) 脳死下臓器提供の実施

- 脳死下臓器提供の実施数は近年停滞しており、国内での十分な臓器提供体制の構築という社会的要請に応えるため、急性期医療機関にはより積極的なコーディネートが求められている。
- 脳死下臓器提供の実施機能や実績を評価することについては、社会的に重要な論点であるという指摘があった一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないか、との指摘があった。

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

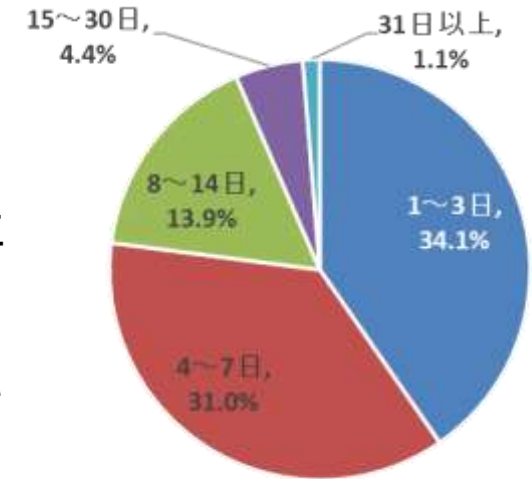


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

急性期入院医療における多職種連携の取組の主な評価

周術期

術後疼痛管理チーム加算 (100点・日、手術日の翌日から起算して3日)【R4～】

- 麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して質の高い術後疼痛管理を行った場合の評価

集中治療室等

早期離床・リハビリテーション加算 (500点・日、14日を限度)【H30～】

- 特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションによる総合的な離床の取組を行った場合の評価

早期栄養介入管理加算 (250点・日、早期に経腸栄養を開始した場合400点・日)【R2～】

- 特別集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合の評価

栄養サポートチーム加算 (200点・週1回)【H22～】

- 栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合の評価

摂食嚥下機能回復体制加算 (1:210点、2:190点・週1回)【R2～】

- 摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合の評価

排尿自立支援加算 (200点・週1回、12週を限度)【H28～】

- 排尿に関する専門的知識を有した多職種からなるチーム(排尿ケアチーム)を設置し、患者の診療を担う、医師、看護師等が排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法などを組み合わせるなど、下部尿路障害の回復のための包括的なケアを実施した場合の評価

一般病棟等

入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

(中略)

イ) 多職種協働による医療提供

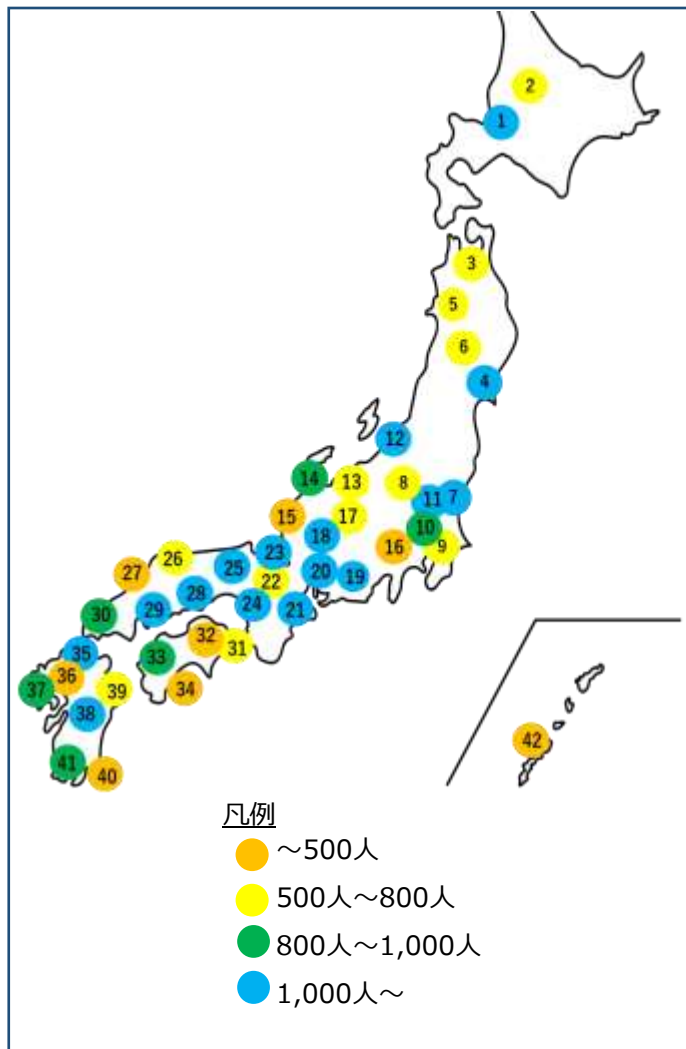
- 高齢化の進行等を背景に、急性期入院医療においても、機能回復・維持や生活の質向上に向けた、リハビリ・栄養・口腔等を代表とする多職種協働による取組の重要性が増している。
- 多職種協働による医療提供を評価することについては、高齢者の急性期患者が増加する中で入院患者全体にメリットのある取組への評価と考えられるといった指摘があった一方で、医科点数表上の評価に係る議論を優先すべきではないか、との指摘があった。

地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献①

資料4
今後の医学教育の在り方に関する検討会(第1回)
R5. 5. 26 改

- 令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から**44,713人の医師を常勤医師として全国に派遣**しており、地域医療提供体制の維持に貢献している。

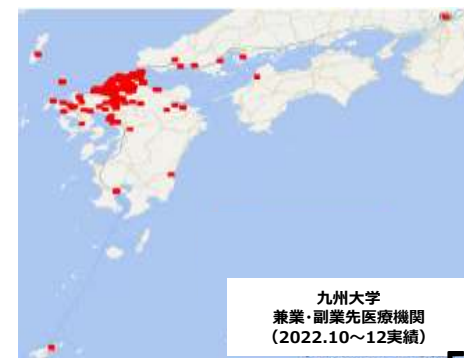
- | | |
|---------------------|-----------------|
| ① 北海道大学 (1,531人) | ② 滋賀医科大学 (636人) |
| ② 旭川医科大学 (615人) | ③ 京都大学 (2,420人) |
| ③ 弘前大学 (521人) | ④ 大阪大学 (3,625人) |
| ④ 東北大学 (1,204人) | ⑤ 神戸大学 (1,683人) |
| ⑤ 秋田大学 (500人) | ⑥ 鳥取大学 (554人) |
| ⑥ 山形大学 (507人) | ⑦ 島根大学 (465人) |
| ⑦ 筑波大学 (1,345人) | ⑧ 岡山大学 (2,542人) |
| ⑧ 群馬大学 (720人) | ⑨ 広島大学 (2,126人) |
| ⑨ 千葉大学 (711人) | ⑩ 山口大学 (860人) |
| ⑩ 東京大学 (848人) | ⑪ 徳島大学 (668人) |
| ⑪ 東京医科歯科大学 (1,791人) | ⑫ 香川大学 (203人) |
| ⑫ 新潟大学 (1,307人) | ⑬ 愛媛大学 (819人) |
| ⑬ 富山大学 (503人) | ⑭ 高知大学 (268人) |
| ⑭ 金沢大学 (996人) | ⑮ 九州大学 (2,147人) |
| ⑮ 福井大学 (317人) | ⑯ 佐賀大学 (487人) |
| ⑯ 山梨大学 (384人) | ⑰ 長崎大学 (932人) |
| ⑰ 信州大学 (734人) | ⑱ 熊本大学 (1,139人) |
| ⑱ 岐阜大学 (1,069人) | ⑲ 大分大学 (571人) |
| ⑲ 浜松医科大学 (1,025人) | ⑳ 宮崎大学 (182人) |
| ⑳ 名古屋大学 (3,484人) | ㉑ 鹿児島大学 (833人) |
| ㉑ 三重大学 (1,149人) | ㉒ 琉球大学 (292人) |



※他医療機関で常勤の勤務形態をとっている場合のみを集計しており、週1回程度の非常勤や短期派遣は含まない。

【参考】兼業・副業の状況

- 国立大学病院で勤務している医師は、令和5年3月時点で、全国の**9,628の医療機関※**で兼業・副業を行っており、地域医療提供体制の維持に貢献している。 ※大学病院ごとの兼業・副業先医療機関の合計
- その兼業・副業先は、**勤務する大学病院が所在する都道府県以外にも広域に分布**している。(下図：2大学病院の例)



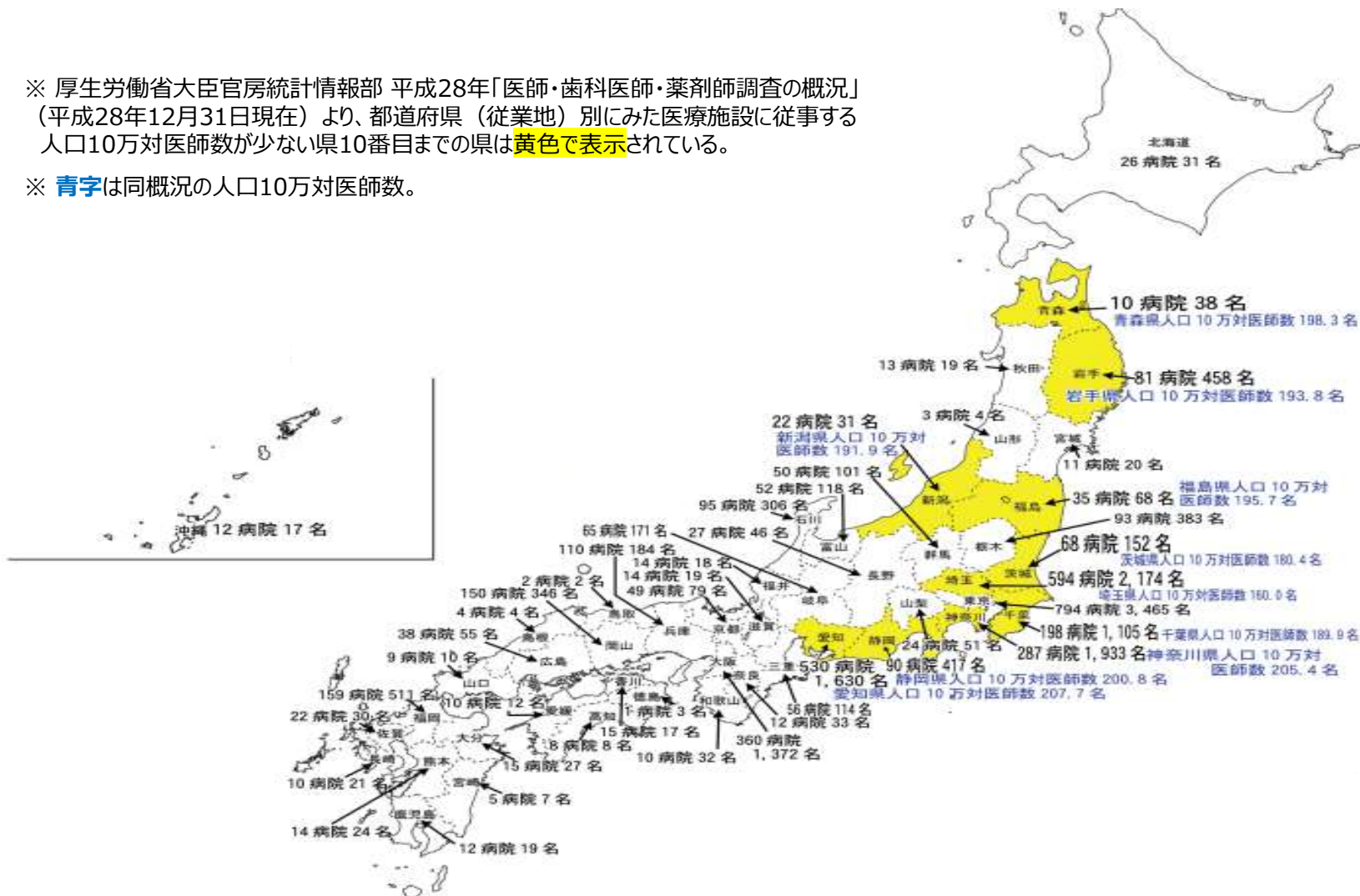
地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献②

資料4
今後の医学教育の在り方に関する検討会(第1回)
R5. 5. 26

- 平成31年1月時点で、私立大学29大学から、**4,279の医療機関**に対し、**15,685人の医師を常勤医師として派遣**している。

※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」(平成28年12月31日現在)より、都道府県(従業地)別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

※ 青字は同概況の人口10万対医師数。

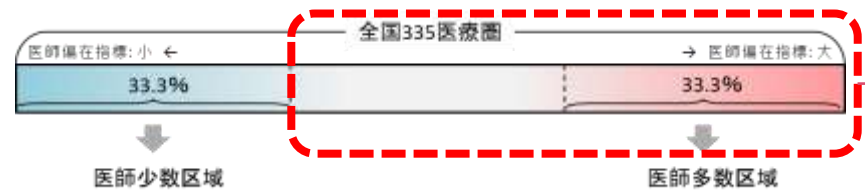


国が定めている定義

- 医療法では、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域 = 医師少数区域 + 医師少数スポット

- 医師確保計画策定ガイドラインでは、「各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。」と記載している。
- 同ガイドラインでは、「都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。」と記載している。



医師少数区域以外から医師少数スポットを設定

- 設定した都道府県は26（55%）府県
- 設定した医療圏は76（23%）区域
- 医師少数スポットの総数は313地域（令和2年）

<医師の確保の方針> 同ガイドラインでは、基本的な考え方として以下のとおり記載している

医師少数区域	: 他の医師多数区域からの医師の確保を行う	医師少数県	: 他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師中程度区域	: 必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる	医師中程度県	: 医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数区域	: 二次医療圏外からの医師の確保を行わない	医師多数県	: 他の都道府県からの医師の確保を行わない

医師少数区域・医師少数スポットに対する既存の施策

- ① キャリア形成プログラム
(地域枠医師等が対象期間の9年間以上のうち4年間以上を医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関で就業)
- ② 医師少数区域経験認定医師制度
(医師少数区域等で6ヶ月以上の勤務した医師を認定しインセンティブを付与)
- ③ 地域医療介護総合確保基金の都道府県への配分の配慮 等

入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

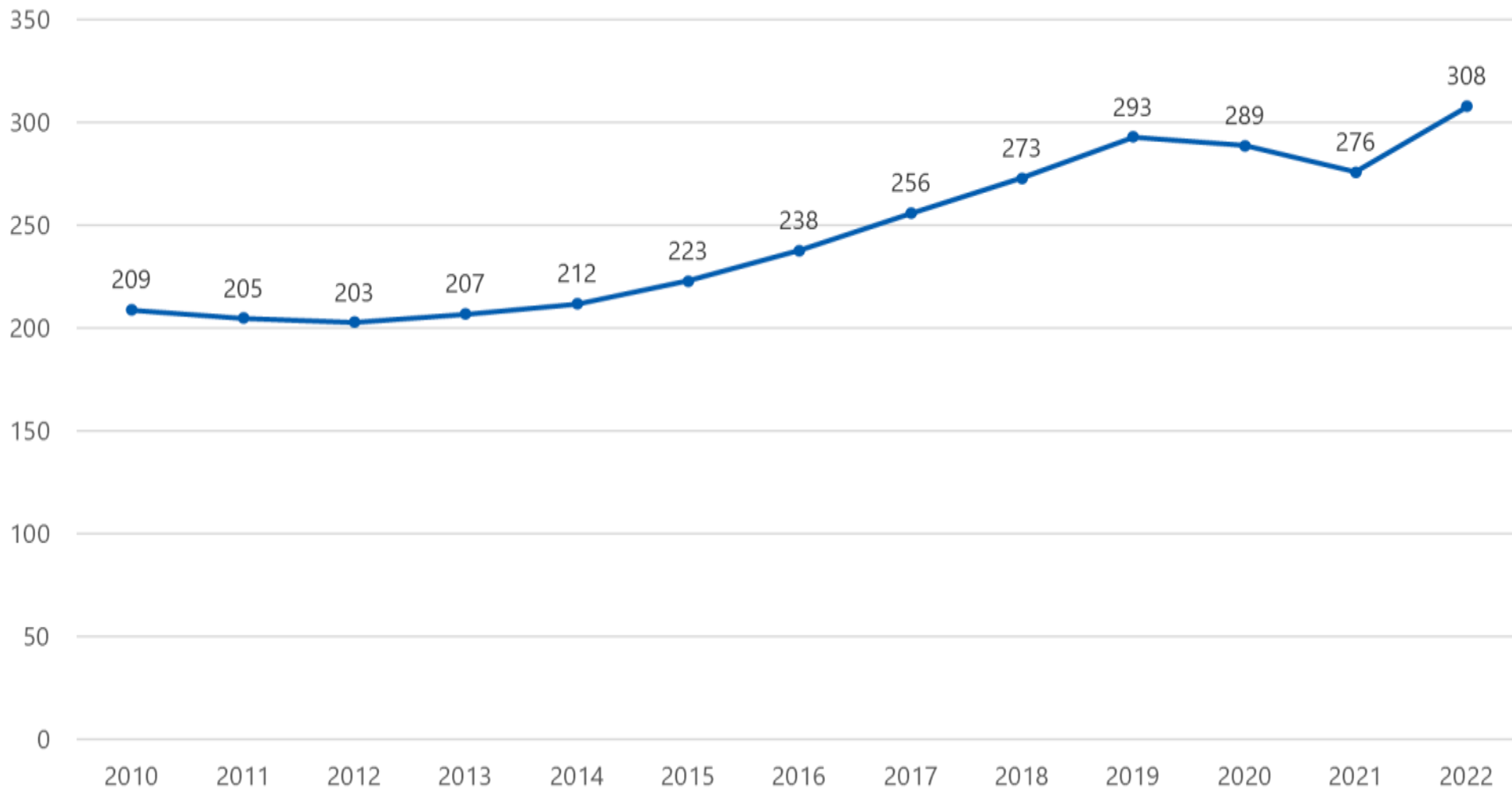
(中略)

ウ) 医師少数地域への医師派遣機能

- 令和6年度からの医師の労働時間の上限規制が施行されるにあたり、他の医療機関への医師派遣が危ぶまれる中において、大学病院等に勤務する医師に関しては、医療圏を越えて、他の医療機関へ派遣されている実態があり、特に医師少数地域での地域医療提供体制の維持に大きな役割を果たしていることが指摘されていた。令和5年9月には、文部科学省「今後の医学教育の在り方に関する検討会」の「中間取りまとめ」において、医師の派遣機能が地域社会の維持に不可欠であること等が記載されている。
- 医師少数地域への医師派遣機能を評価することについては、大学病院に期待される役割等を踏まえると、大学病院本院群に限った評価として考えられるのではないかといった指摘があった一方で、大学病院の果たす機能については別途評価を検討する必要があるのではないかと、との指摘があった。
- 大学病院の医師派遣機能については、地域医療への支援として重要な役割を担っており、働き方改革の施行を踏まえると、評価する意義があるのではないかとの指摘があった。

在留外国人数の経年的推移

在留外国人数（万人）



出入国在留管理庁発表資料より https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00033.html（各年末時点での人数）

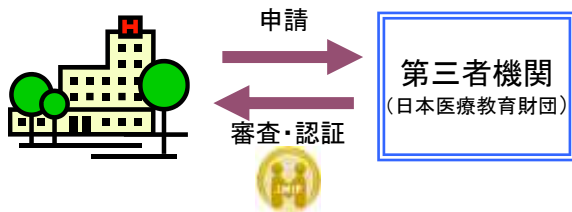
※ 医政局総務課医療国際展開推進室提供資料

外国人患者に対する医療提供体制整備等の推進

- 我が国の訪日外国人は、令和元年まで増加傾向で推移した後(3,188万人:令和元年)、新型コロナウイルス感染症の影響で大幅に減少していたが、令和4年10月の水際対策の緩和等に伴い、再び増加がみられ、今後も更なる増加が見込まれる。また、在留外国人も、約308万人(令和4年12月末時点)と増加傾向にある。
- こうした中、外国人患者が安心して日本の医療機関を受診できるよう、国内の医療機関における外国人患者受入のための環境整備が不可欠。
- 今後は、都道府県が選定する「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」(※)を中心に、医療通訳者等の配置支援、電話通訳の利用促進等を通じて、外国人患者の受入れ環境の更なる充実を目指す。

外国人患者受入れに資する医療機関認証制度推進事業

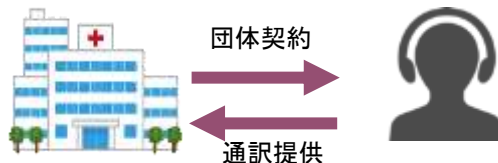
- 背景: 外国人が安心して医療機関を受診できる環境を整備するため、外国人患者受入体制について第三者認証制度が必要
- 事業概要: 医療機関の申請に基づき第三者機関(日本医療教育財団)が外国人患者の受入れ体制を審査・認証する制度(JMIP)に関する情報発信やセミナーの開催等を行う。
- 補助率: 定額



団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進等事業

- 背景: 電話通訳は、利便性が高いものの、医療機関における認知度は十分でない
- 事業概要: 選定されたとりまとめ団体※と電話通訳事業者との間で、一括して通訳の利用に係る契約(団体契約)を行い、傘下の医療機関が電話通訳を利用できるようにする。
- 補助率: 1/2

※ 複数の医療機関から構成される法人(病院団体・グループ、医師会等)、地方公共団体等



医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター配置等支援事業

背景: 地域の外国人患者受入の拠点となる医療機関における多言語対応等の体制整備を進める必要がある

- 事業概要: 外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関(※)から10~箇所を選定し、以下の支援を実施
 - ① 医療通訳者や外国人患者受入れ医療コーディネーターの配置
 - ② 拠点的な医療機関の体制整備を支援するための情報提供や助言
- 補助率: 定額(間接補助先: 1/2)

※外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の選出及び受入体制に係る情報の取りまとめについて(依頼)」(平成31年3月26日付け医政総発0326第3号、観参発800号)に基づき選出された医療機関

都道府県単位の医療・観光等連携ワンストップ対応

都道府県に、地域の課題の協議等を行う業界分野横断的な関係者による協議会を設置し、実態の把握・分析や受入医療機関の整備方針の協議、リスト作成と関係者への周知、地域の課題の協議などを行う。

- 都道府県に、医療機関等から寄せられる様々な相談にも対応できるワンストップ窓口を設置。

補助先: 都道府県
補助率: 1/2



希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業

- 民間サービスがなく、行政が通訳者を確保することも難しい希少言語に対応可能な遠隔通訳サービスを国が提供。



Sila menjaga diri sendiri
Mangyaring alagaan ang iyong sarili
Выздоровляйте

外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修事業

- 医療機関の外国人患者受入対応能力向上のため、外国人患者受入れ医療コーディネーターの養成研修を実施。

外国人患者受入れ医療機関認証制度 (JMIP)

Japan Medical Service Accreditation for International Patients (H24.7~)

国際医療交流の観点から、外国人が安心・安全に医療機関を受診できる環境を整備するため、医療機関の申請に基づき第三者機関(日本医療教育財団)が、外国人受入体制等について審査・認証する制度。

対 象 : 日本医療機能評価機構、Joint Commission International(JCI)等による認証制度によって、医療施設機能が評価されている病院又は健診施設

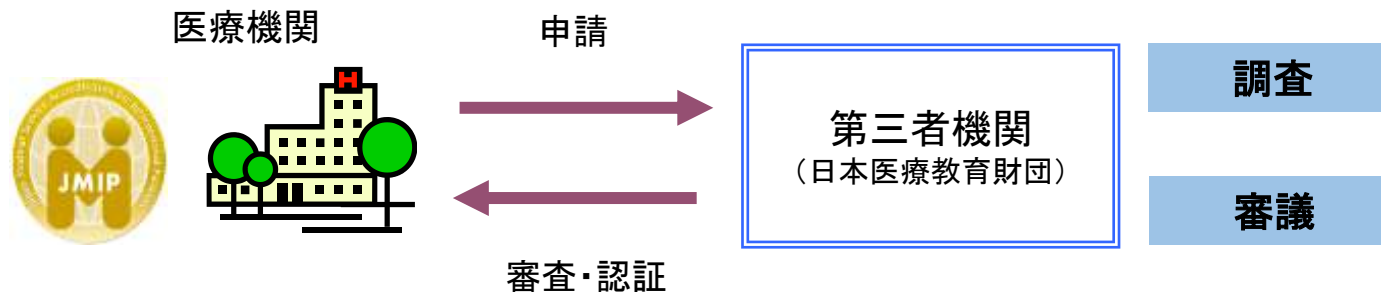
審査方法 : 書面調査と訪問調査を実施

書面調査では、「現況調査票」、「自己評価票」及び「事前提出資料を事前に提出。

訪問調査では、合同面接や院内ラウンドを通じて、院内(施設内)の外国人受入れ体制を確認。

書面調査、訪問調査の結果をもとに、有識者からなる「認証審査会」において最終的な判定を行う。

評価項目 : 外国人患者担当者(医師、看護、薬剤等各部門)の有無、日本語以外の言語による診療案内、外国人患者に配慮した対応方法(診療、看護、検査等)、各種宗教・習慣に配慮した対応方法、通訳を提供できる体制 等



入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

(中略)

エ)外国人患者の受け入れ体制

- 我が国の在留外国人は令和4年末に初めて300万人を超え、その国籍や在留資格も多様化している中で、外国人患者に対する医療の質や安全の向上の観点から、外国人患者受入環境の整備が求められており、こうした体制を審査・認証する制度として、外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)等がある。
- 外国人患者の受け入れ体制の評価については、社会状況の変化に伴う重要な論点であるといった指摘があった一方で、地域医療への貢献という観点から適切な評価指標を設定しうるのか慎重に検討する必要がある、との指摘があった。

医療の質向上のための体制整備事業

課題

厚生労働省は、医療の質を向上させるため、平成22年度から医療の質の評価・公表の取組を行う病院団体を支援することで、約千の病院が取組を行うようになった。しかしながら、データ収集の負担、医療の質の向上活動を担う中核人材不足を理由とした参加病院数の伸び悩み、団体間での質指標やその定義のばらつきなどが課題となっている。

方向性

これらの課題を解決するため、これまでの既存の取組を最大限に活かすことを前提とし、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、質指標の標準化、質指標を活用した医療の質向上活動の普及・促進を図る。

事業内容(イメージ)



事務局機能

医療の質向上のための協議会運営



【採択事業者】

結果報告



財政支援



【国】

- 医療の質向上のための具体的な取り組みの共有・普及
 - ✓ 好事例の共有
 - ✓ 手引き作成
 - ✓ 臨床指標の公表
- 医療の質の向上活動を担う中核人材の養成
- 質指標の標準化
- 質指標の評価、分析支援

医療の質可視化プロジェクトの概要

目的	<ul style="list-style-type: none"> ①多くの病院(特に今まで計測に取り組んでこなかった病院)に計測活動を継続的に行っていただく。 ②病院の機能・規模によらず共通的に計測可能で、かつ作業負荷の少ない指標を設定する。 ③他施設との比較を通じて質改善活動を動機づける。
対象病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院(各団体のQI事業に参加する病院を含む) ○ 募集数は700病院を目安 (各団体のQI事業に参加していない7,000病院の1割程度)
実施期間	2022年9月1日～2023年3月31日
テーマ	①医療安全 ②感染管理 ③ケア
指標数	3テーマで9指標
計測とフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> ○計測 : 1回目：2021年10-12月/2022年1-3月分のデータを計測し、10月末提出 2回目：2022年4-6月/7-9月分のデータを計測し、2023年1月末提出 ○フィードバック：全体集計グラフおよび基本統計量をフィードバックする
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ○協力病院…計測した指標の時系列推移データ、フィードバックデータ ○協議会 …ガイドに準拠した指標(例示指標)、適用指標に関する全国状況のデータ
運営主体	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本プロジェクトの運用は主に標準化部会が担当する。 ○ 質指標の計測のみならず、改善活動へと発展させるための施策等の実施については、活用支援部会が担当する。
体制図	<p>The diagram illustrates the project's organizational structure. On the left is the 'Agency for Quality Improvement of Medical Care' (医療の質向上のための体制整備事業事務局), represented by a building icon. On the right are 'Project Collaborative Hospitals' (プロジェクト協力病院), represented by three hospital icons. A box labeled 'Measurement Procedure Manual' (計測手順書) is positioned between them. An arrow labeled '1. Theme Setting / Indicator Selection' (1. テーマ設定・指標選定) points from the Agency to the Manual. Another arrow labeled '2. Project Collaborative Hospitals' (2. プロジェクト協力病院) points from the Manual to the hospitals. A final arrow labeled '3. Measurement and Feedback' (3. 計測とフィードバック) points from the hospitals back to the Agency.</p>

医療の質可視化プロジェクト適用指標一覧 (全9指標)

テーマ	指標ID	指標名	分子	分母	算出元
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-02	入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-03	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	DPC
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダ日数	DPC
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC/レセプト
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	手術室で行った手術件数	サーベイランス
ケア	CRM-01	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数	入院患者延べ数	サーベイランス
	CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	65歳以上の退院患者数	サーベイランス
	CRM-03	身体抑制率	分母のうち、物理的身体抑制を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	サーベイランス

- DPC/PDPSにおいては、平成29年度より、自院のホームページ上でDPCデータの集計値を公表した場合に、保険診療係数において加点を行っている。
- また、集計にあたっては、単に数値を示すだけでなく、「医療広告ガイドライン」に定められた範囲内で特性等について必要にして十分な解説を行うこととされている。

(「令和5年度病院情報の公表の集計条件等について」より抜粋)

<集計項目>

- 1) 年齢階級別退院患者数
- 2) 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位3位まで)
- 3) 初発の5大癌のUICC 病期分類別ならびに再発患者数
- 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5) 脳梗塞のICD10 別患者数等
- 6) 診療科別主要手術別患者数等(診療科別患者数上位3位まで)
- 7) その他(DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率)

<使用するデータ>

- ・ 様式1
- ・ 様式4
- ・ Dファイル

入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

(中略)

オ)医療の質向上に向けた取組

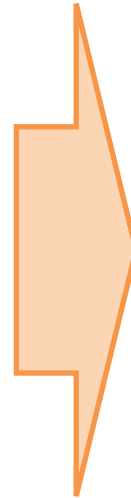
- DPCデータ等の一般化等により、医療の質向上に向けた取組の重要性が増している中で、厚生労働省補助事業「医療の質向上のための体制整備事業」においては、病院の機能・規模によらず共通に計測可能、等の条件を満たす9指標を用いた医療の質可視化プロジェクトが実施され、一定の実績が得られている。
- DPCデータ等を活用した医療の質向上に向けた取組への評価については、DPC対象病院の評価として適切であるといった指摘や、今後の更なる評価のあり方の検討を前提としつつ、既に保険診療係数において基本的な病院情報の公表を評価していることを念頭に置くと、令和6年度診療報酬改定に向けては上記9指標に係るデータの提出や提出データに基づく指標の算出・公表を評価していく方向性が考えられるのではないか、との指摘があった。
- 医療の質向上に向けた取組については、積極的に評価するべきであり、9指標の中にはDPCデータに含まれない項目があることも踏まえ、DPCデータの項目の見直し等も検討してはどうかといった指摘や、将来的にはより精緻な質指標の活用を評価していくことも検討すべきではないかとの指摘があった。

機能評価係数Ⅱの見直しについて

- 各係数の評価の主旨や現状の実績分布等を踏まえ、医療機関ごとの適切な評価を行う観点から、機能評価係数Ⅱについて、以下のように再整理することが考えられるのではないか。

【見直しのイメージ】

現行	
保険診療係数	
効率性係数	
複雑性係数	
カバー率係数	
救急医療係数	
地域医療係数	体制評価指数
	定量評価指数



見直し後
<u>評価を廃止、一部を体制評価指数において評価</u>
<u>評価手法の見直し、医療機関群別の評価を導入</u>
現行の評価の継続
現行の評価の継続
<u>名称・係数の位置付けの変更</u>
<u>医療計画の見直しや実績分布等を踏まえた見直し</u> <u>新たな評価項目の追加</u>
現行の評価の継続

1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
 - 2-1 医療機関別係数による評価について
 - 2-2 DPC対象病院の要件について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査(DPCデータ)について
5. 課題と論点

DPC対象病院の要件について

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

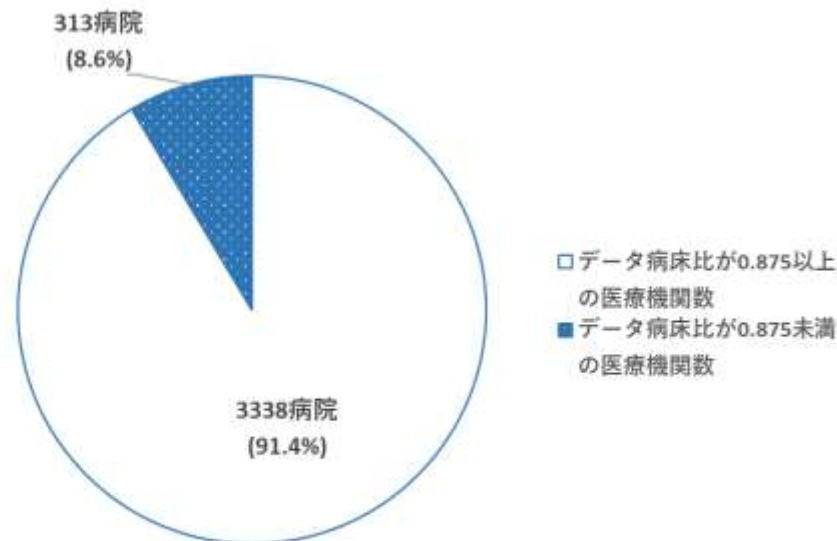
○ DPC対象病院の要件の1つである、1月あたりのデータ/病床比(※)の基準は、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関の大半が満たしている。

※ データ/病床比=対象期間においてDPC算定病床を退院した患者の全データ数(エラーデータ等を除く) / DPC算定病床数

DPC対象病院の要件

- ①急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- ②A207診療録管理体制加算の届出
- ③以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- ④調査期間1月あたりのデータ/病床比が0.875以上
- ⑤適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

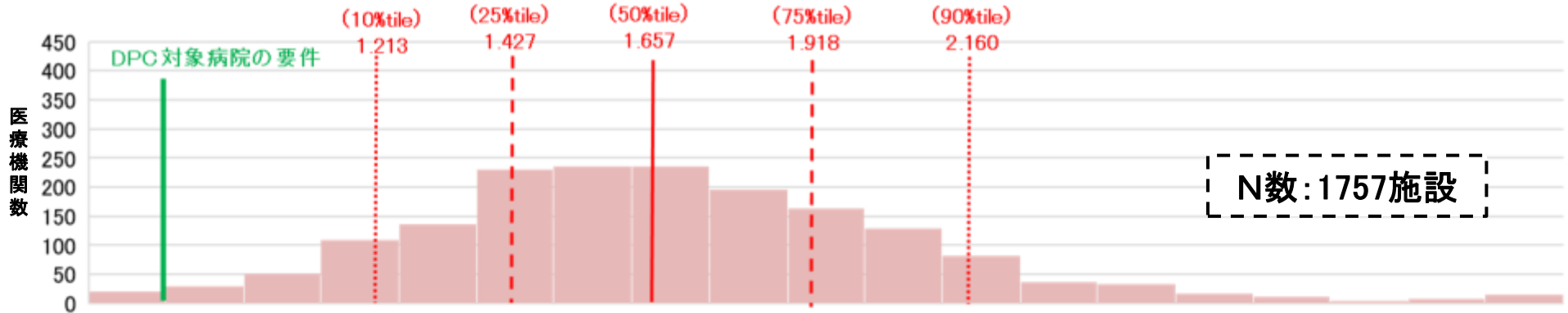
急性期一般入院基本料の届出医療機関のデータ病床比の状況



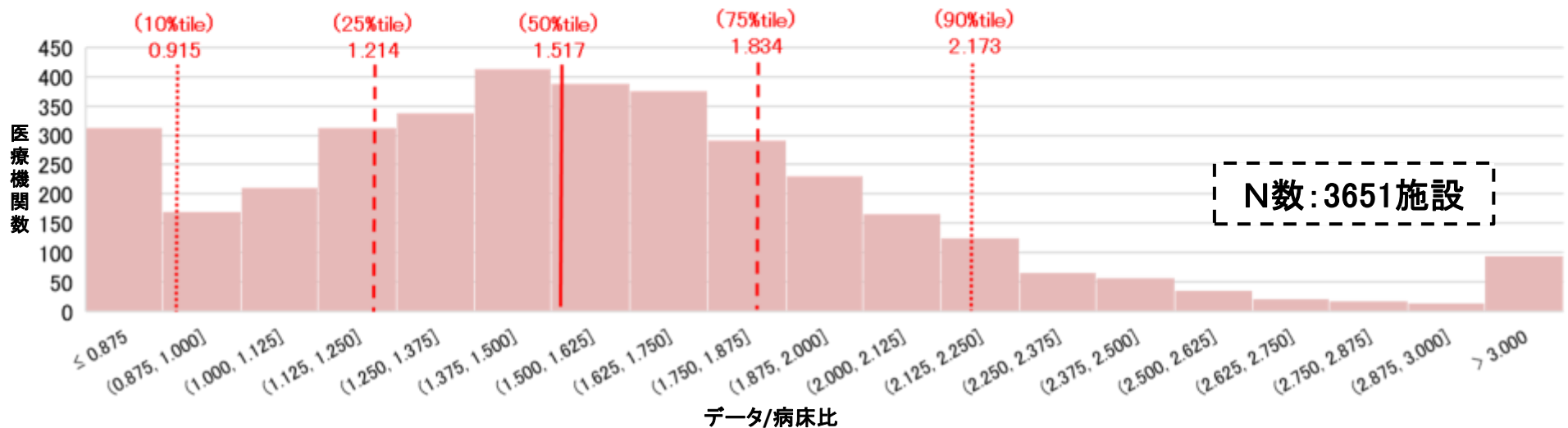
DPC対象病院におけるデータ/病床比(1月あたり)の分布

○ 令和3年10月～令和4年9月データに基づく、DPC対象病院及び急性期一般入院基本料の届出を行う病院のデータ/病床比(1月あたり)の分布は以下のとおり。

【DPC対象病院】



【急性期一般入院基本料の届出を行う病院】



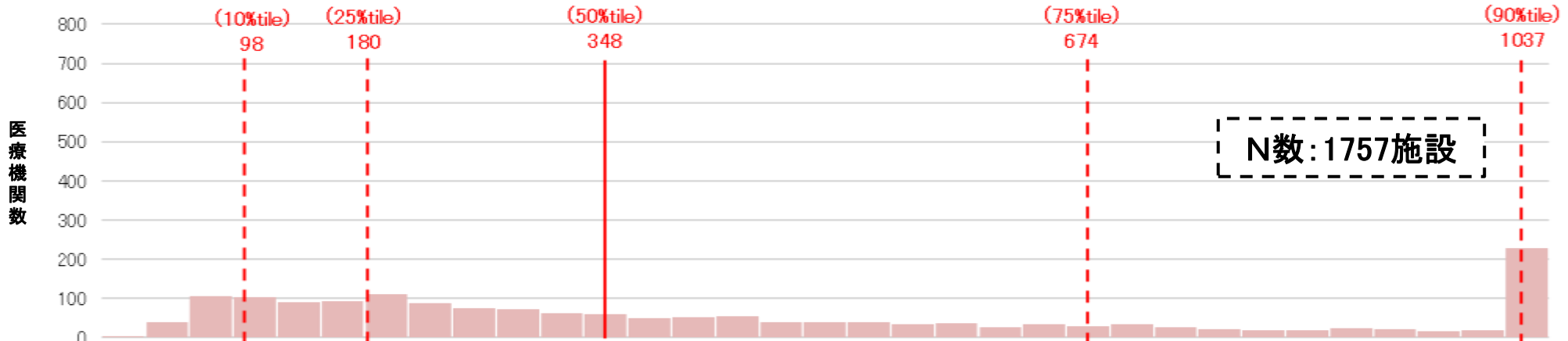
※令和4年9月時点のDPC対象病院(合併病院等は除く)
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正は行っていない

DPC対象病院におけるデータ数(1月あたり)の分布

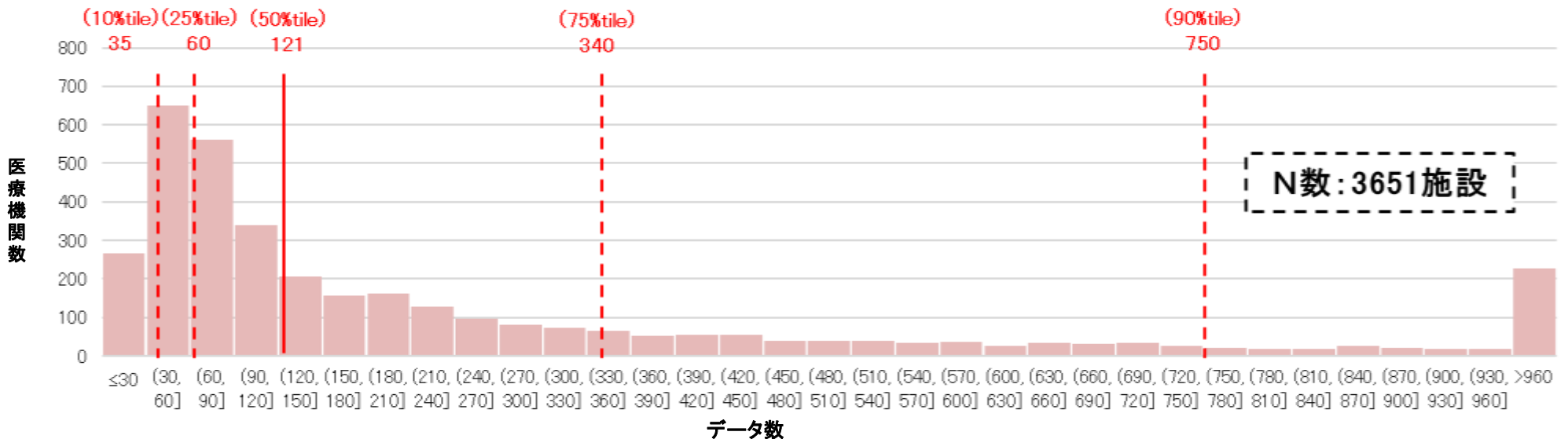
中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

- 令和3年10月～令和4年9月データに基づく、データ数(1月あたり)の分布は以下のとおり。
- データ数(1月あたり)が少ないDPC対象病院も存在する。

【DPC対象病院】



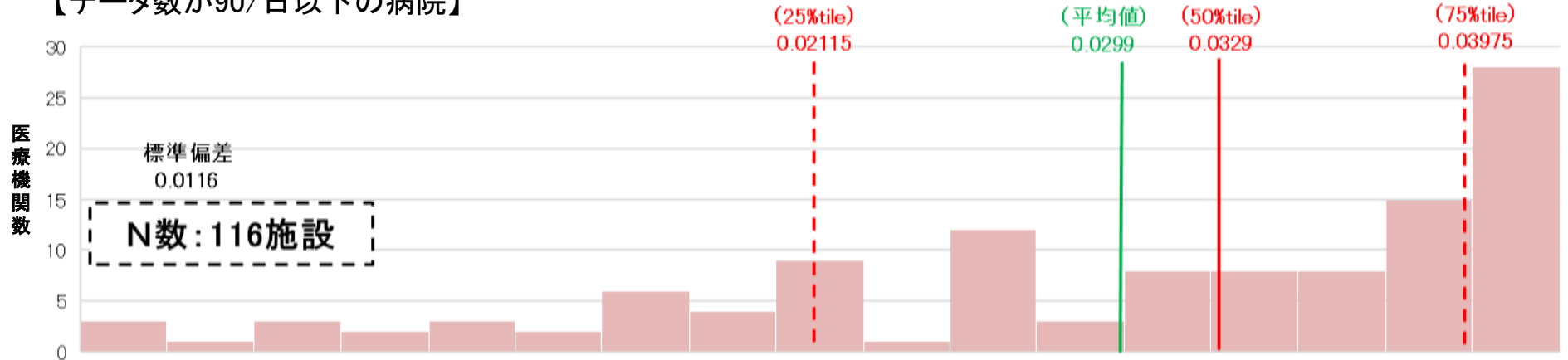
【急性期一般入院基本料の届出を行う病院】



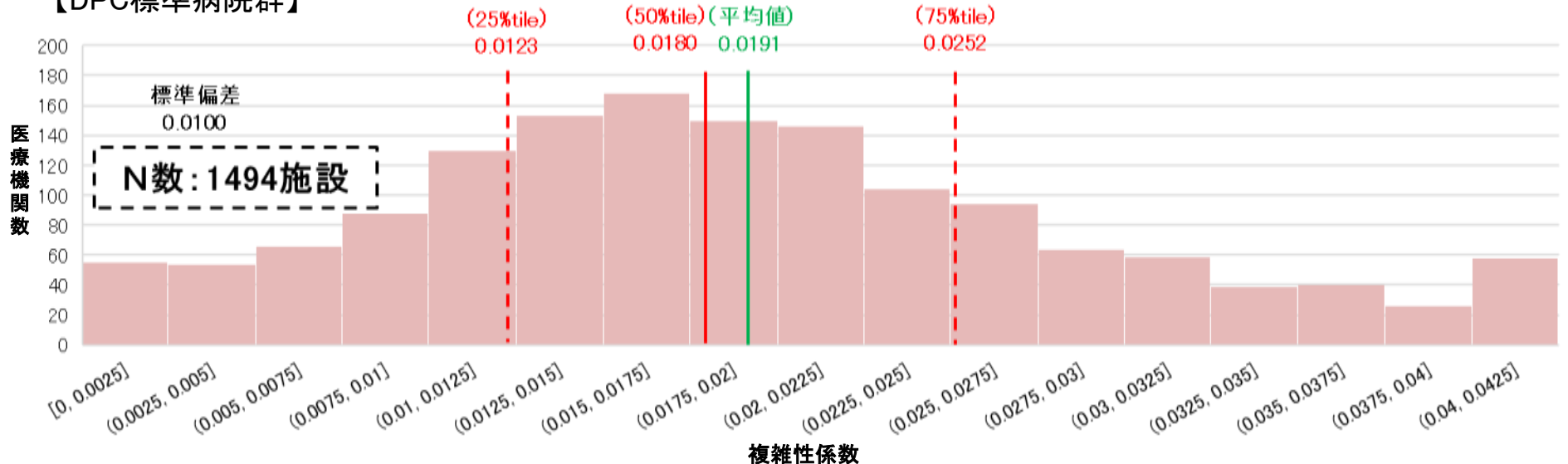
データ数が少ない病院の複雑性係数

○ 1月あたりのデータ数が90(DPC対象病院の約10%tile値)以下のDPC対象病院の現行の複雑性係数は、標準病院群全体と比較して高い傾向にある。

【データ数が90/日以下の病院】



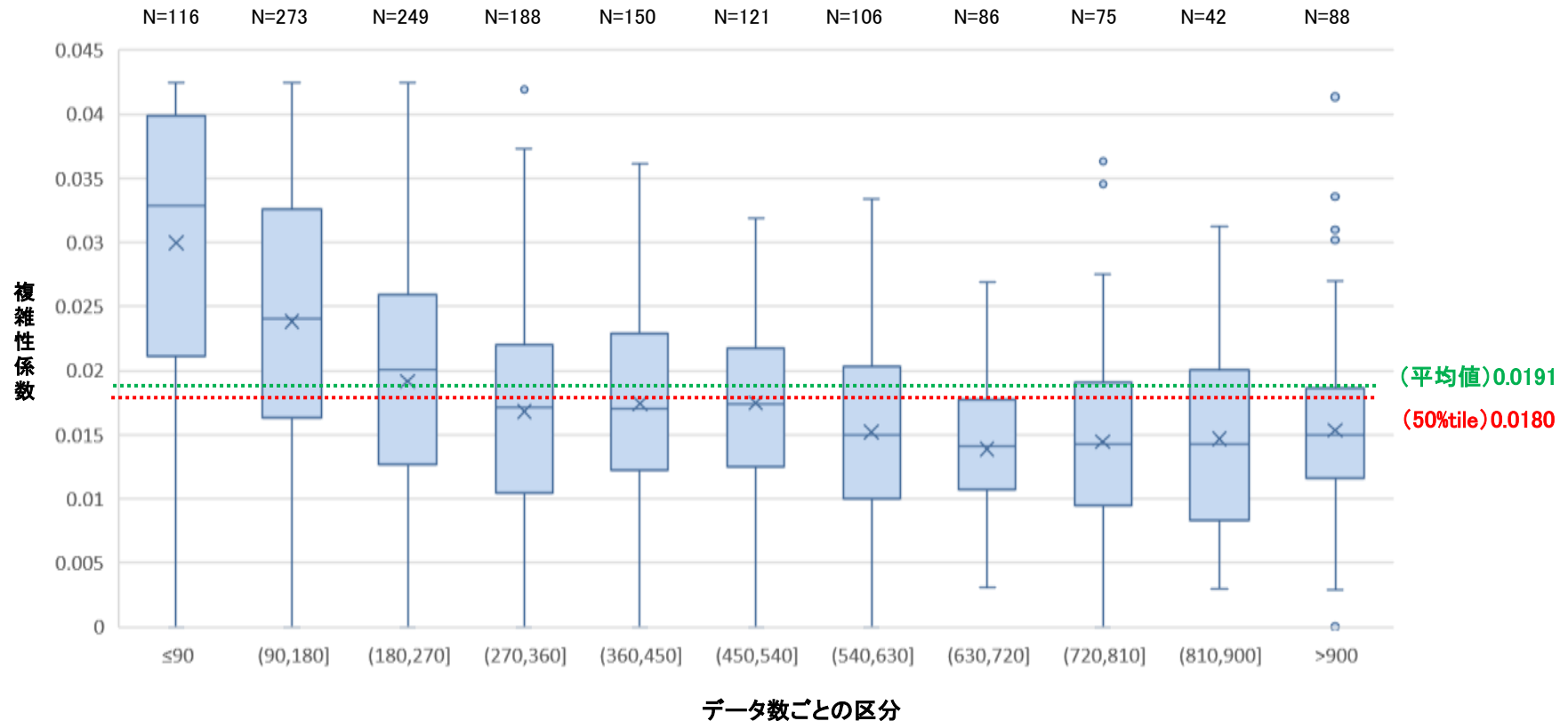
【DPC標準病院群】



データ数の規模別の複雑性係数の分布

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

- DPC標準病院群について、1月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の複雑性係数の分布は以下のとおり。
- 1月あたりのデータ数が少ない区分に該当する病院では複雑性係数が高い傾向にある。

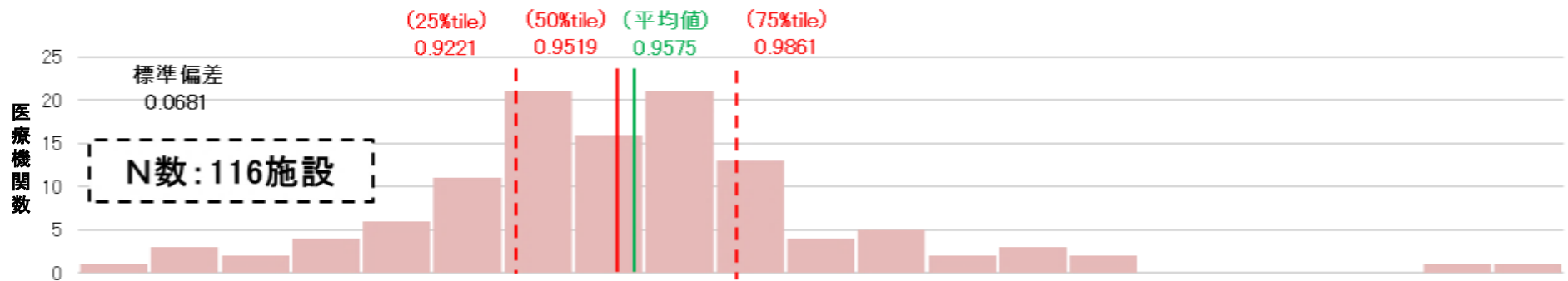


※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

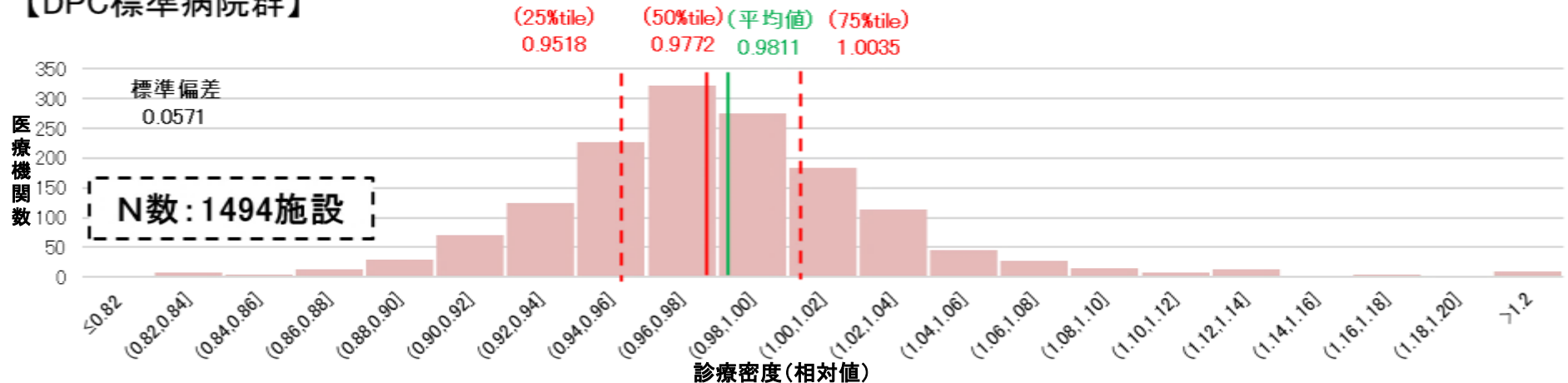
データ数が少ない病院の診療密度(相対値)

○ 1月あたりのデータ数が90以下のDPC対象病院の診療密度(相対値)は、標準病院群全体と比較して低い傾向にある。

【データ数(1月あたり)が90を下回る病院】



【DPC標準病院群】



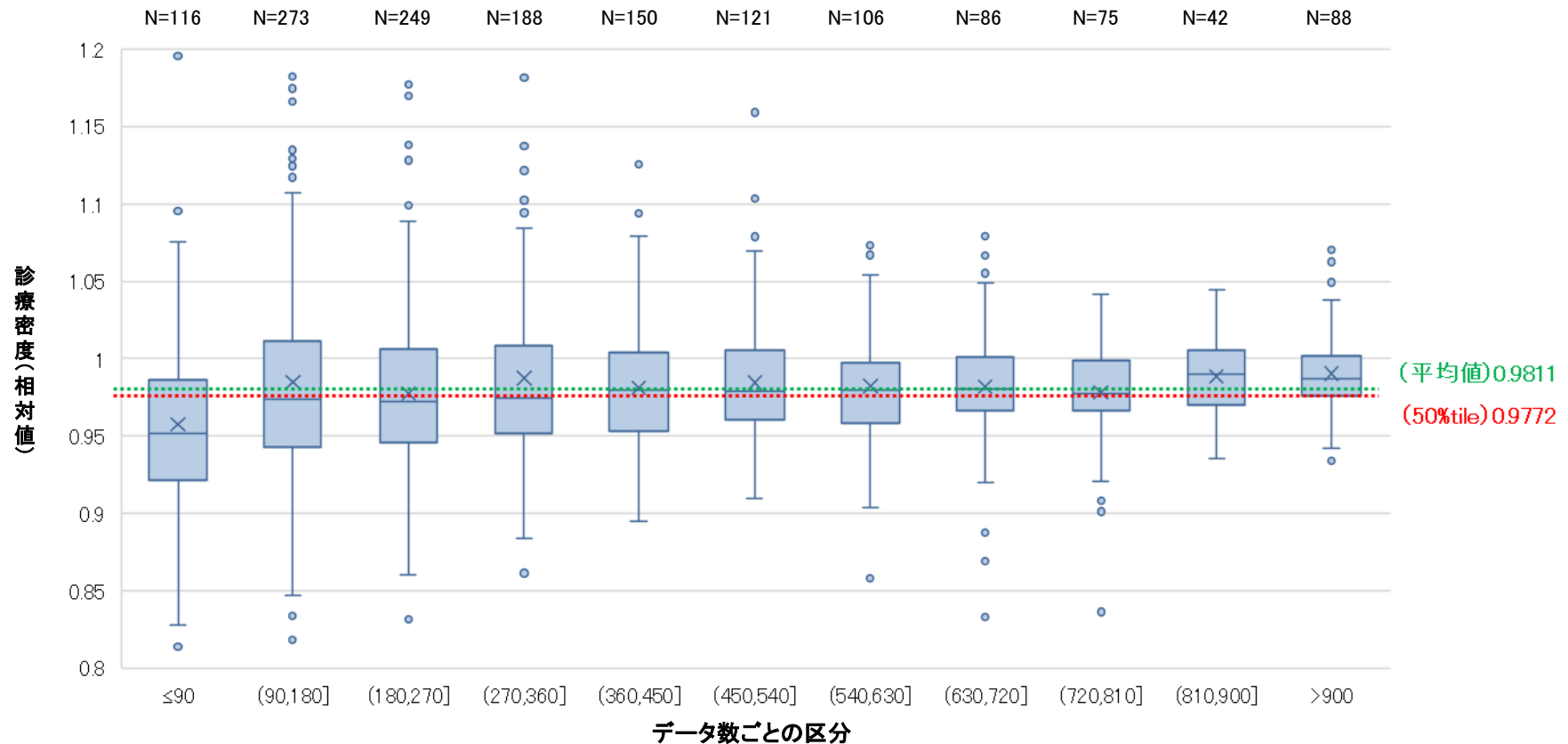
※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)

※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

※診療密度(相対値): 1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値(当該病院の症例構成による補正後)

データ数の規模別の診療密度(相対値)の分布

- DPC標準病院群について、1月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の診療密度(相対値)の分布は以下のとおり。
- 1月あたりのデータ数が90以下の区分に該当する病院は他の区分に該当する病院と比較して、診療密度(相対値)が低い傾向にある。



※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)

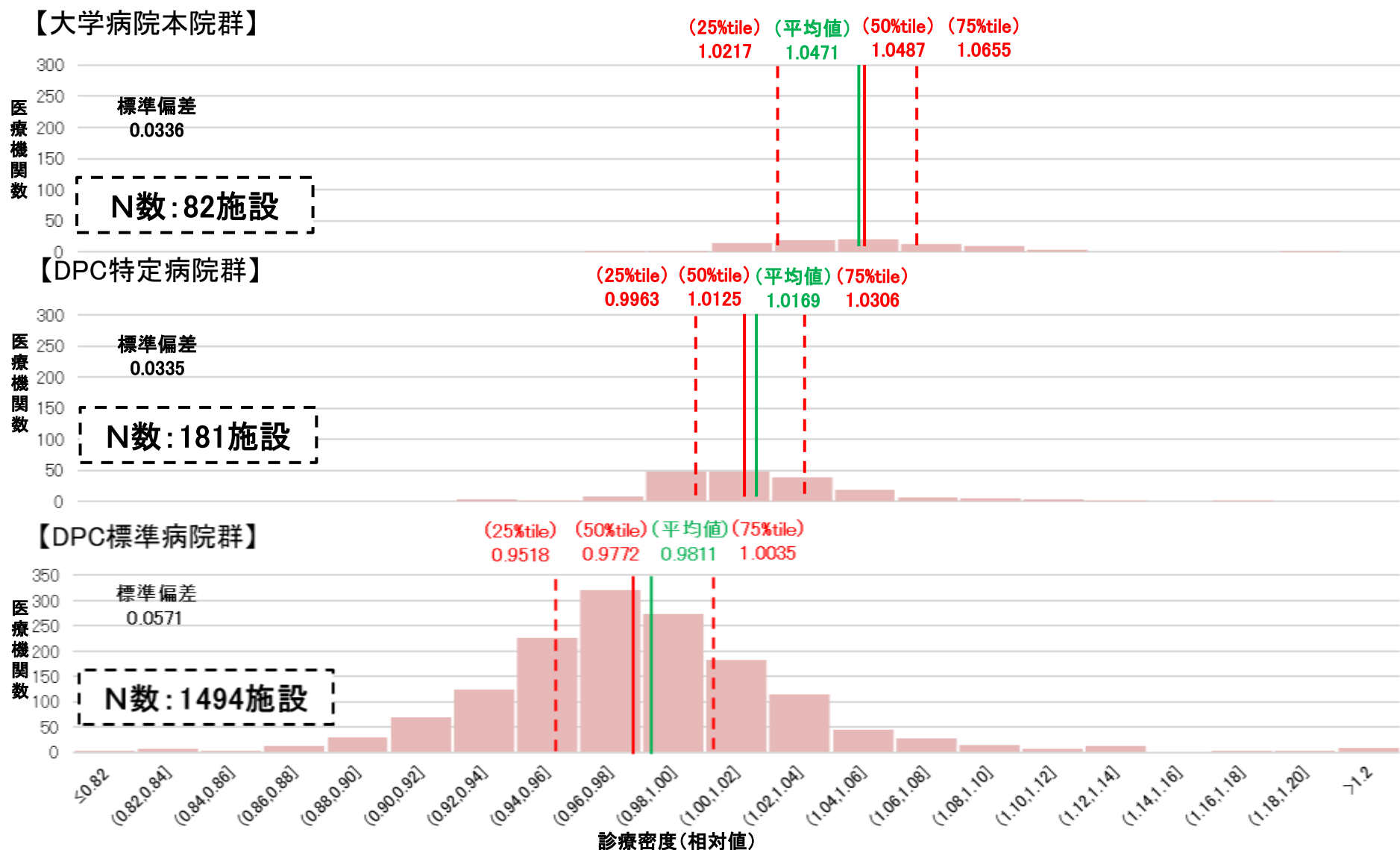
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

※診療密度(相対値): 1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値(当該病院の症例構成による補正後)

※診療密度(相対値)が1.2を超える5施設、0.8を下回る1施設は表示していない

(参考) DPC対象病院における診療密度(相対値)の分布

○ 全DPC対象病院の医療機関群別の診療密度(相対値)の分布は以下のとおり。



出典: 令和3年10月~令和4年9月DPCデータ

※令和4年9月時点のDPC対象病院(合併病院等は除く)

※診療密度(相対値): 1日当たり包括範囲点数の全DPC対象病院との相対値(当該病院の症例構成による補正後)

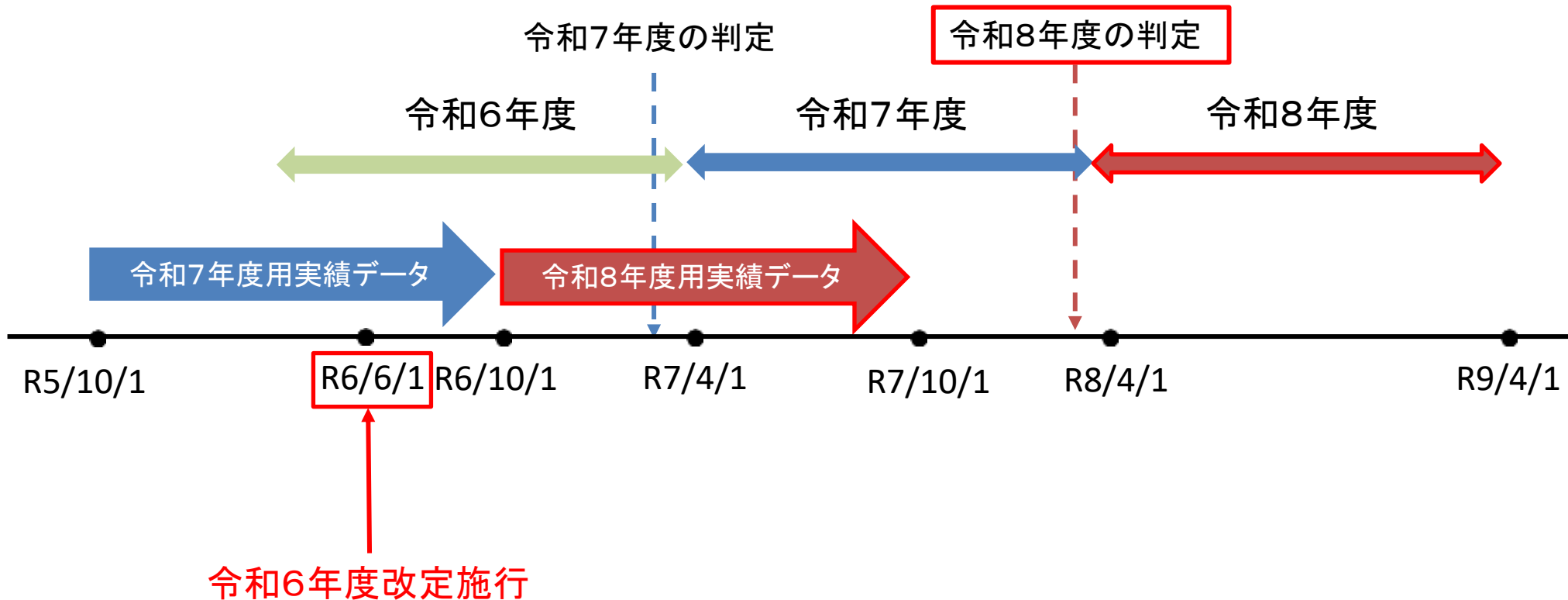
入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ データ数が少ないDPC対象病院は、複雑性係数の値が高い傾向にあり、データ数が1月あたり90以下の病院では、診療密度(相対値)が低い傾向にあった。
- ・ これらの点については、急性期医療の標準化というDPC制度の趣旨を踏まえ、DPC対象病院の要件とその評価のあり方の両面から検討する必要がある、との指摘があった。
- ・ また、DPC対象病院に一定の基準を設けるとともに、DPC制度からの退出についても検討する必要がある、との指摘があった。
- ・ データ数が少ないDPC対象病院については、さらに以下のような指摘があった。
 - 医療機関別係数を含め適切な包括評価となっていない現状があり、急性期医療の標準化という観点からも制度になじまないのではないか。
 - 特に診療密度(相対値)が低い点については、他のDPC対象病院に対する包括評価にも影響することから、何らかの対応が必要である。
 - 複雑性係数に係る検討内容も踏まえると、データ数に係る一定の基準をDPC対象病院の要件として設定することが考えられるのではないか。
- ・ 保険診療係数に係る検討内容を踏まえ、現在保険診療係数において評価を行っている「適切なDPCデータの作成」に係る3つの基準については、DPC対象病院の要件として位置づけることが望ましいのではないかとの指摘があった。

実績データ期間と判定年度との関係について

- DPC対象病院の要件の1つであるデータ/病床比については、調査期間(前々年度10月～前年度9月)における実績に基づき、毎年度末に判定を行っている。
- 例えば、令和6年度改定において、実績データに基づく要件を新設するのであれば、令和6年6月以降の実績データを用いて判定を行う令和8年度より適用することが考えられるのではないかと。

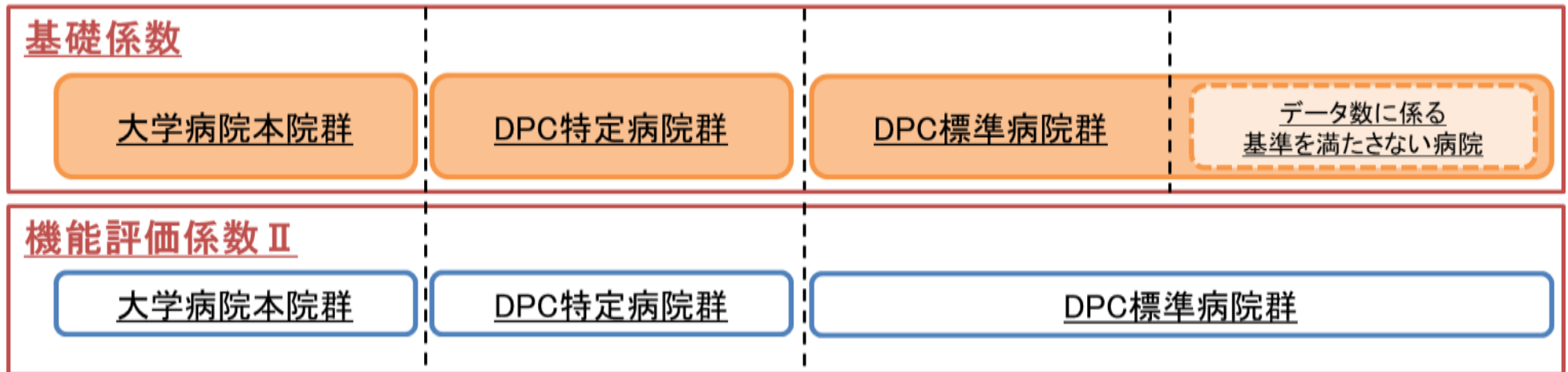
【実績データ期間と判定年度との関係】



令和6年度診療報酬改定における対応について

- 1月当たりデータ数が90を下回る病院は、診療密度(相対値)が相対的に低いことを踏まえ、令和6年度診療報酬改定においては、適切な包括評価を行う観点から、以下の対応を行うことが考えられるのではないか。
 - ・ 診断群分類ごとの包括点数について、該当する病院のデータを除外して算出する。
 - ・ 基礎係数(包括点数に対する実績点数の比率を反映)の設定にあたって、該当する病院の評価を区別する。
 - ・ 機能評価係数Ⅱの設定にあたっては、従前のおり3つの医療機関群ごとの評価とする。

【令和6年度改定における医療機関別係数の評価体系(イメージ)】



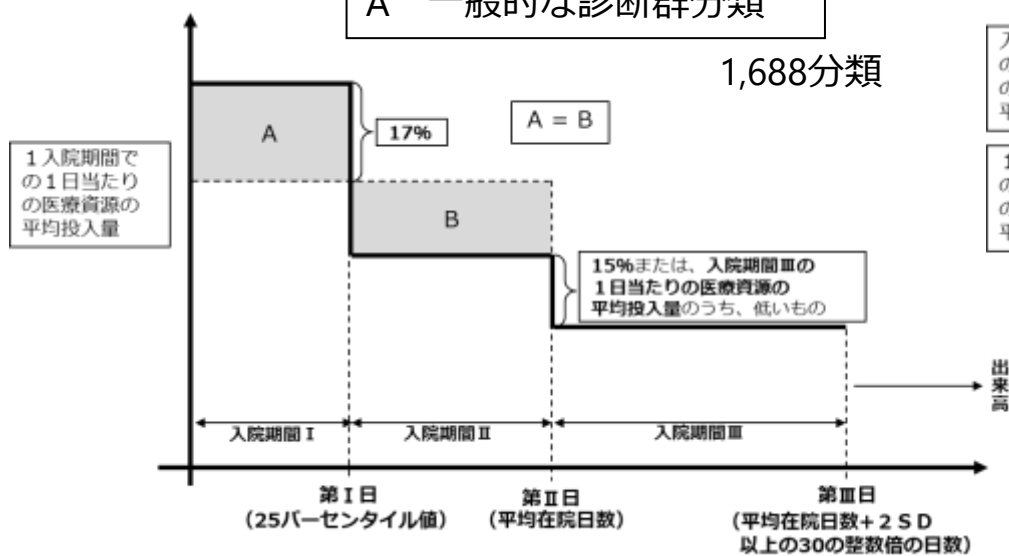
1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
 - 2-1 医療機関別係数による評価について
 - 2-2 DPC対象病院の要件について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査(DPCデータ)について
5. 課題と論点

1日当たり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

▶ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの点数設定方式により点数が設定される。

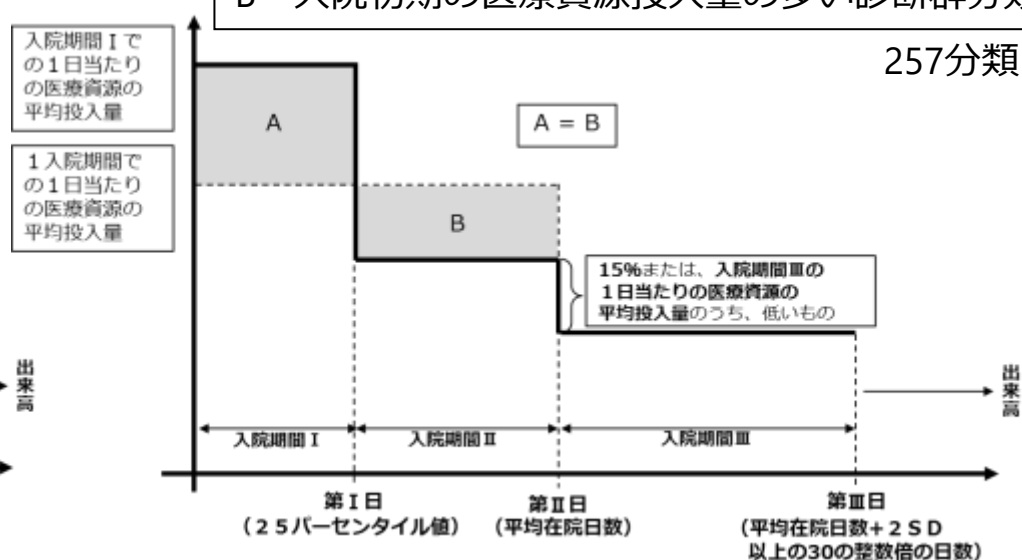
A 一般的な診断群分類

1,688分類



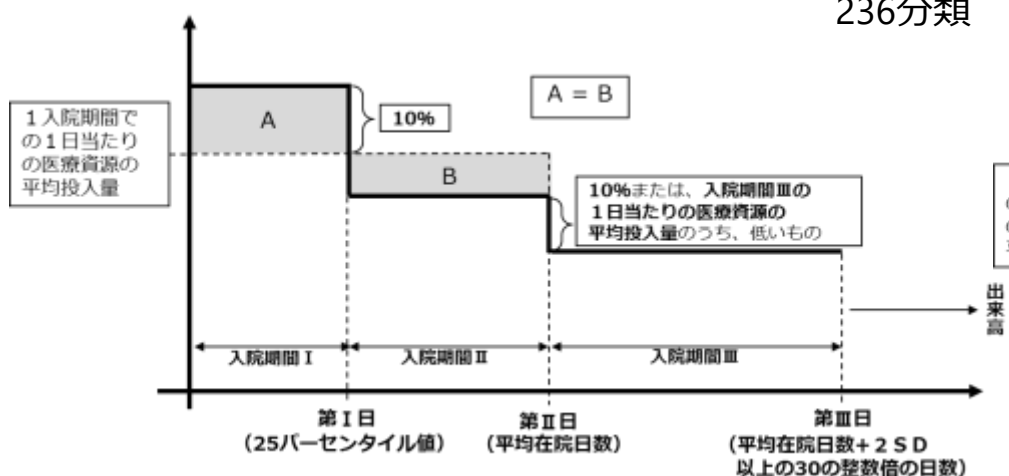
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

257分類



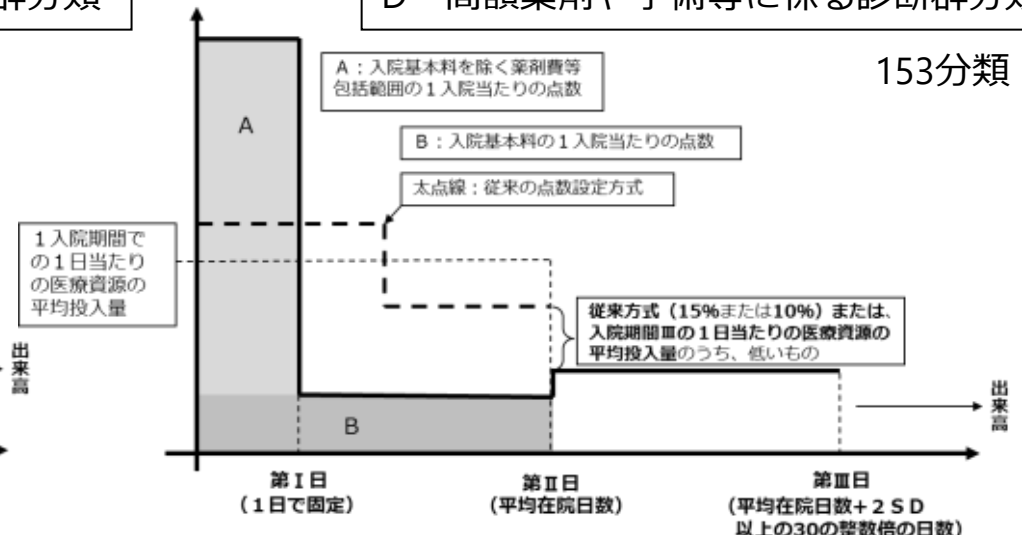
C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類

236分類



D 高額薬剤や手術等に係る診断群分類

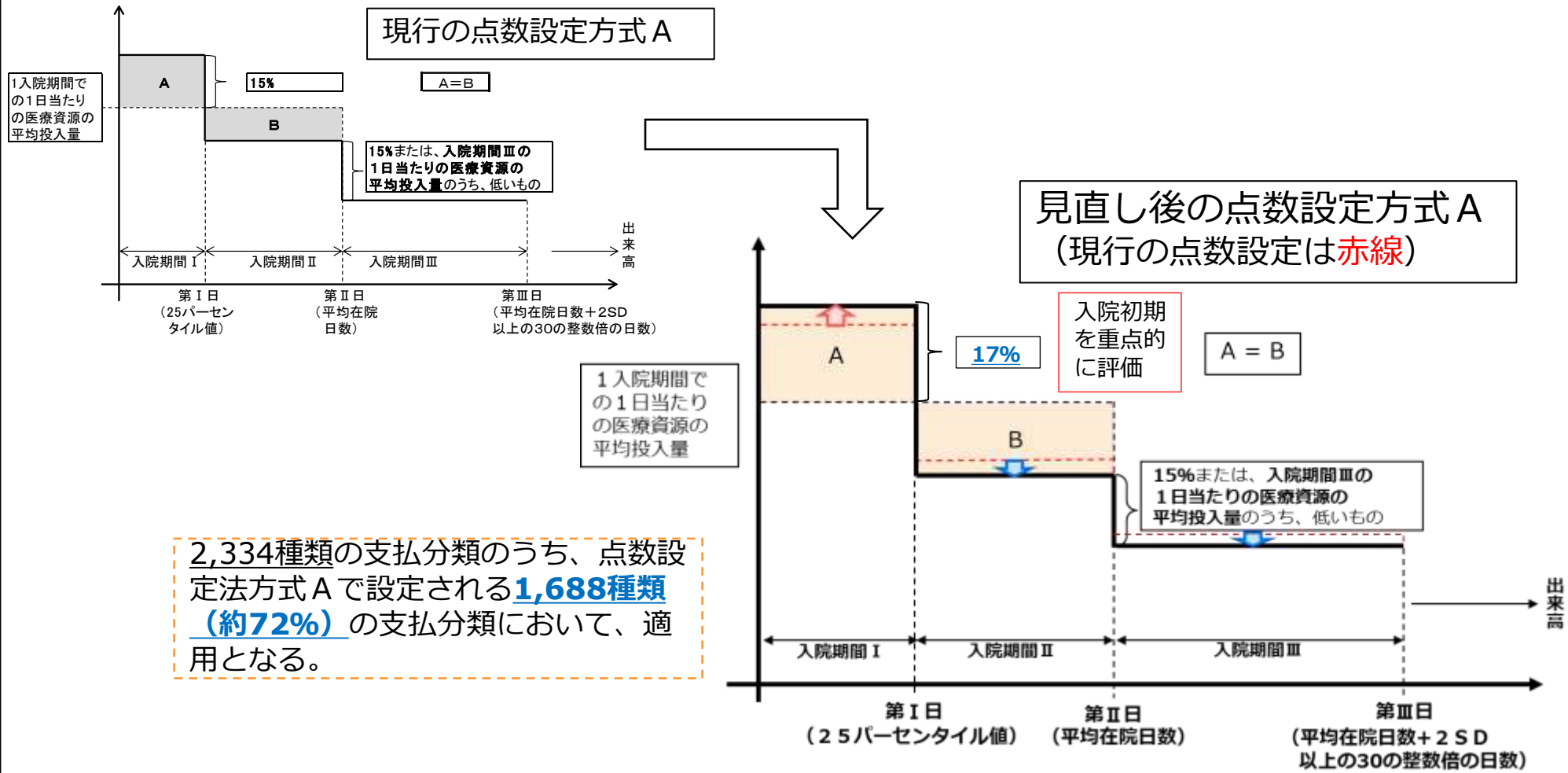
153分類



診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

- 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直す。

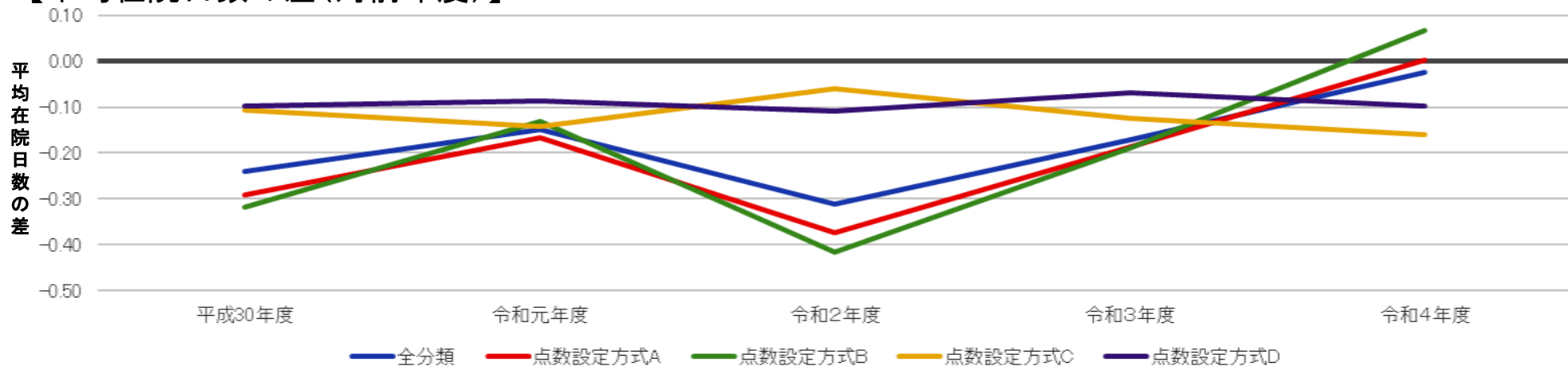


点数設定方式別の在院日数の変化(症例構成の補正後)の推移

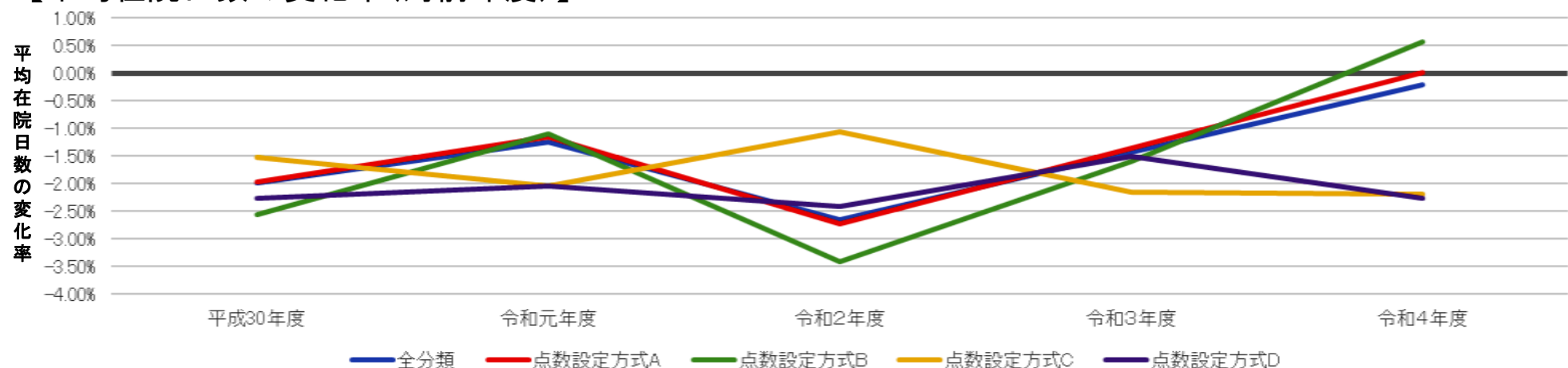
診調組 入-1参考2
5 . 9 . 1 4

- 点数設定方式別の平均在院日数の差及び変化率(対前年度)について、症例構成を前年度に合わせて算出した場合の経年的な推移は以下のとおり。
- 令和4年度において、点数設定方式Aで設定される診断群分類について、在院日数の明らかな延長・短縮はみられていない。

【平均在院日数の差(対前年度)】



【平均在院日数の変化率(対前年度)】



- 現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間 I での1日当たり医療資源投入量と1入院期間での1日当たり医療資源投入量の比率(以下、「入院期間 I /1入院比率」という。)に基づき設定されている。

<平成22年2月12日 中医協総会資料より抜粋>

診調組 D-1
22.04.22

平成22年度診療報酬改定について (DPC 部分)

第2 具体的な内容

3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

- ② (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

(基準)

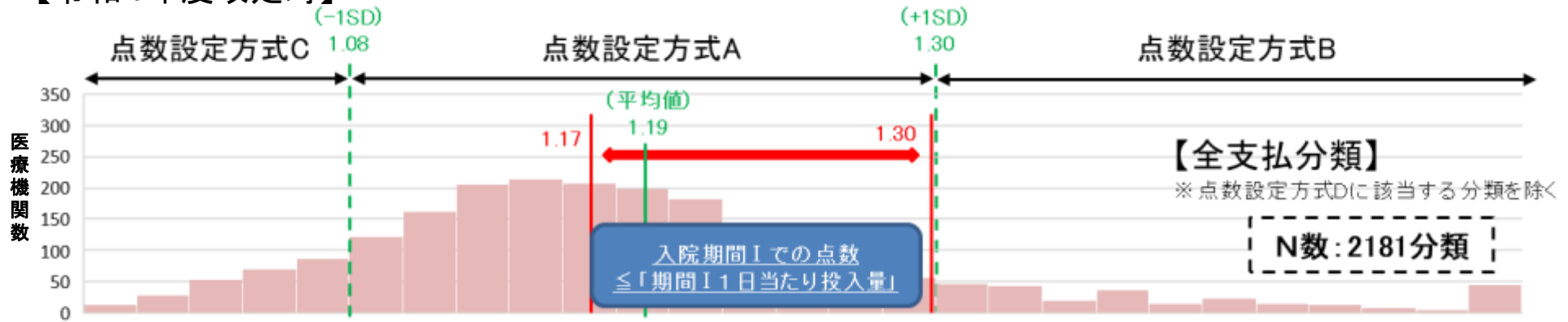
「入院期間 I での1日当たり包括範囲点数 / 1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1SD から平均 + 1SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1SD 以下の場合 : 設定 C

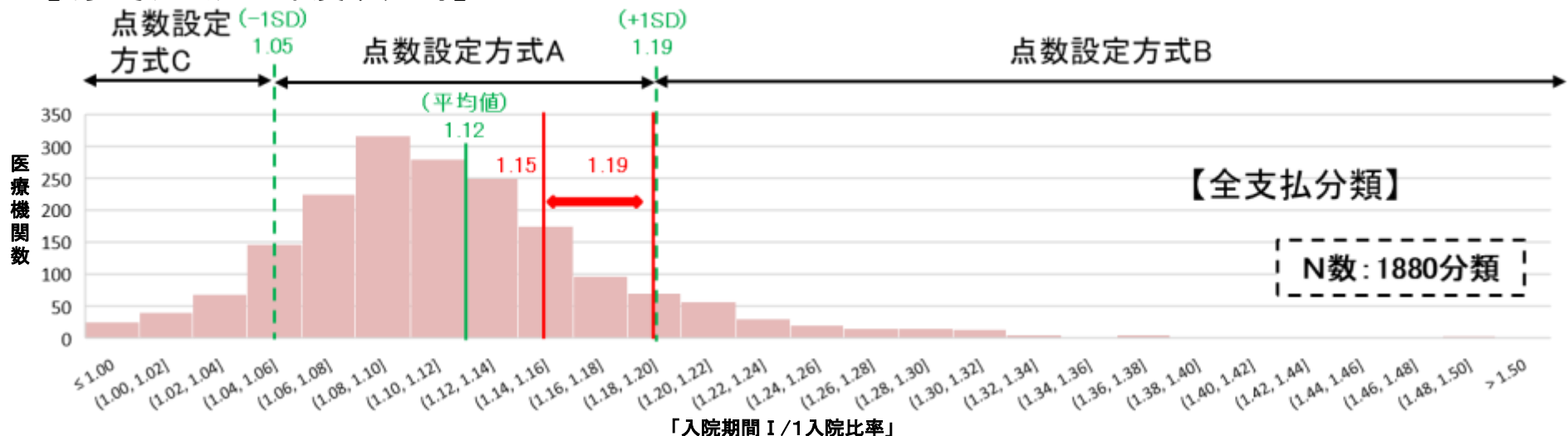
診断群分類ごとの「入院期間 I / 1 入院比率」の分布

- 令和4年度改定における、診断群分類ごとの「入院期間 I / 1 入院比率」の分布は以下のとおり。
- 点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、「入院期間 I / 1 入院比率」が1.17を超える(=入院期間 I において、医療資源投入量が設定点数を上回る)分類は805分類存在した。

【令和4年度改定時】



【(参考) 平成22年度改定時】



入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を上回る例①

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

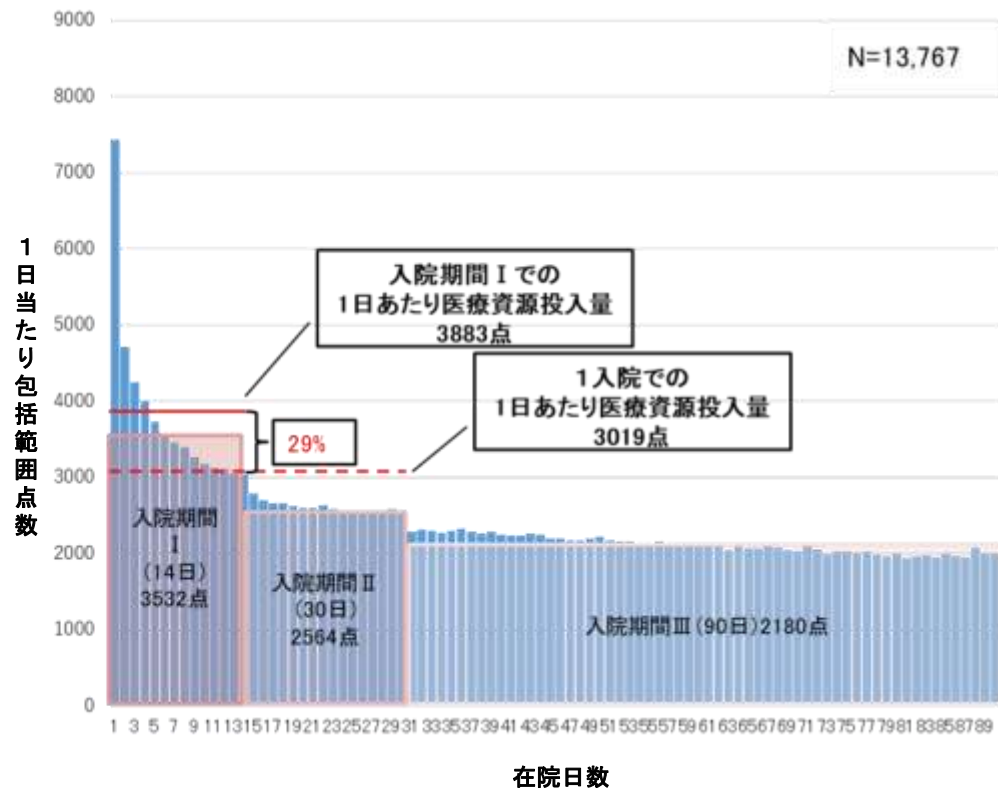
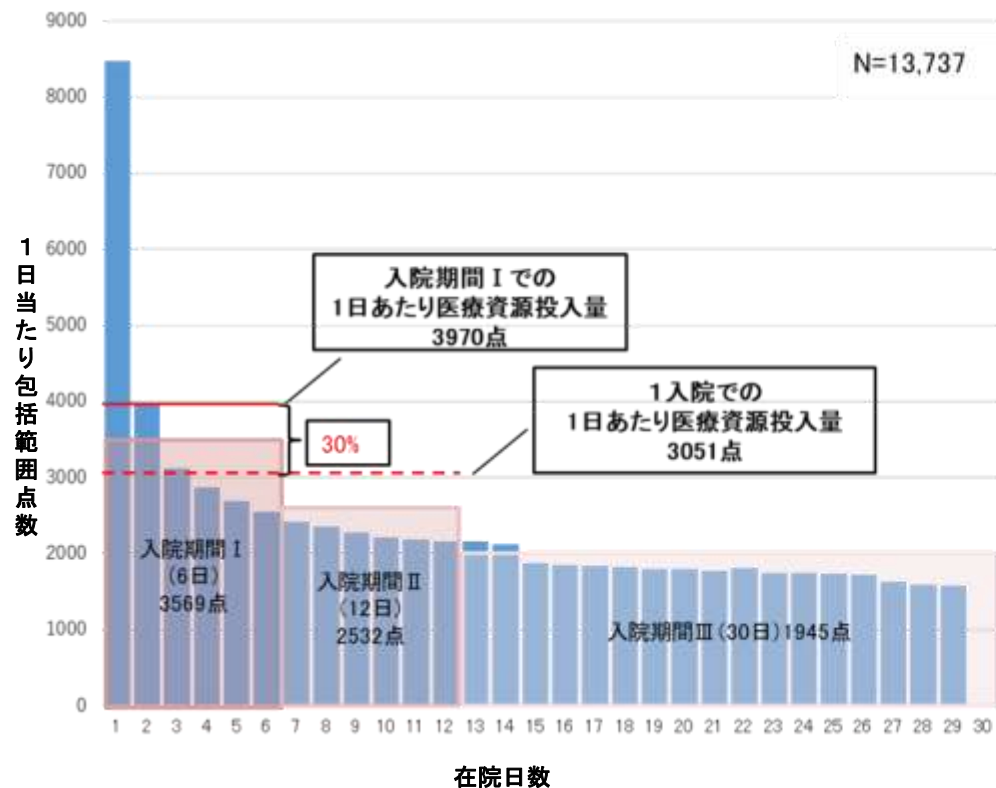
○ 点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間 I において、医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在する。

060210xx9910xx

ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし
イレウス用ロングチューブ挿入法あり 手術・処置等2 なし

180010x0xxx2xx

敗血症(1歳以上) 人工呼吸等あり

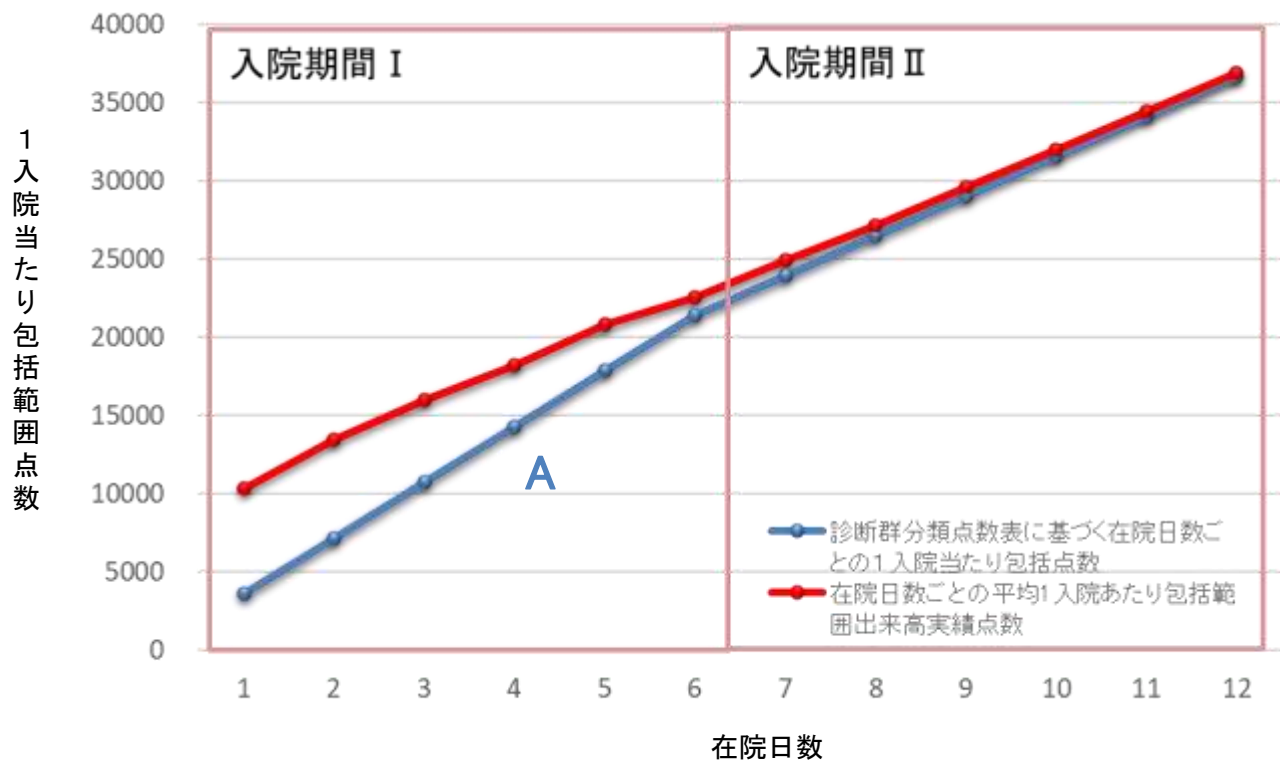


入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を上回る例②

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

- 点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例について、在院日数ごとの平均1入院当たり包括範囲出来高実績点数と設定点数の関係は以下のとおり。
- 入院期間 I において、平均実績点数が設定点数を大きく上回っている。

(例) 060210xx9910xx ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし イレウス用ロングチューブ挿入法あり 手術・処置等2 なし



【診断群分類点数表】
<060210xx9910xx> **A**

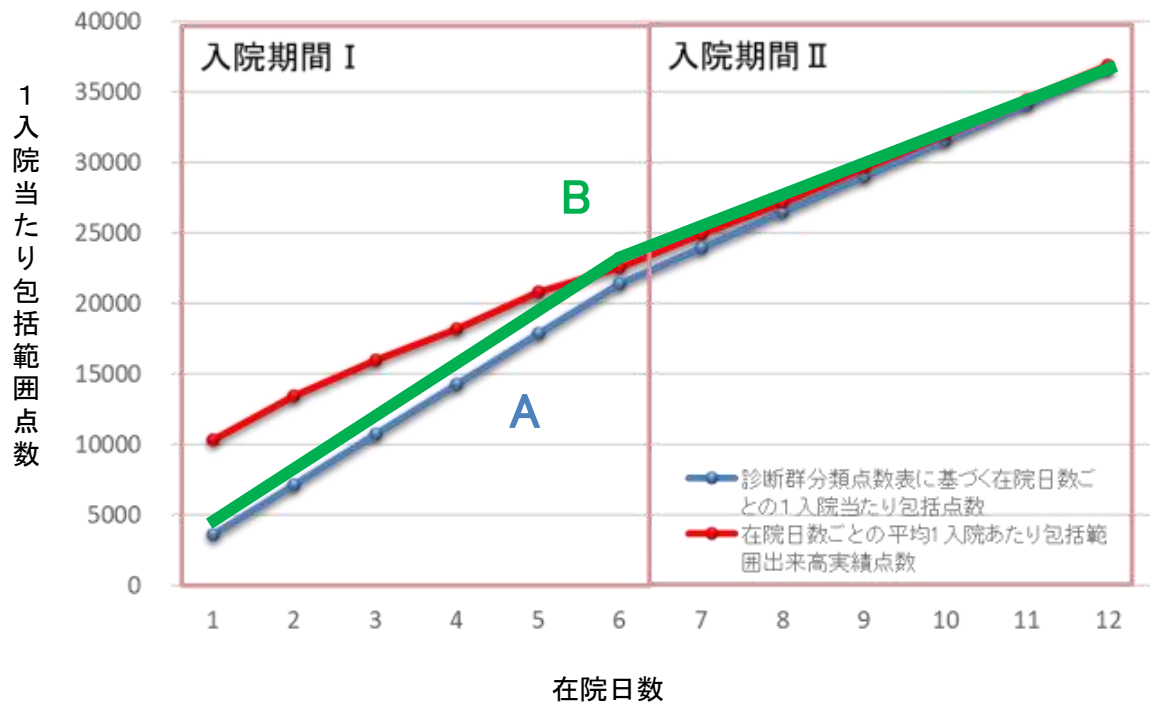
	日数	1日当たり点数
入院期間 I	6	3569 (+17%)
入院期間 II	12	2532

入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を上回る例③

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

○ 点数設定方式Aが適用される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例について、例えば点数設定方式Bを適用した場合（当該例では、入院期間 I を「+30%」で設定）の在院日数ごとの平均1入院当たり包括範囲出来高実績点数と設定点数の関係は以下のとおり。

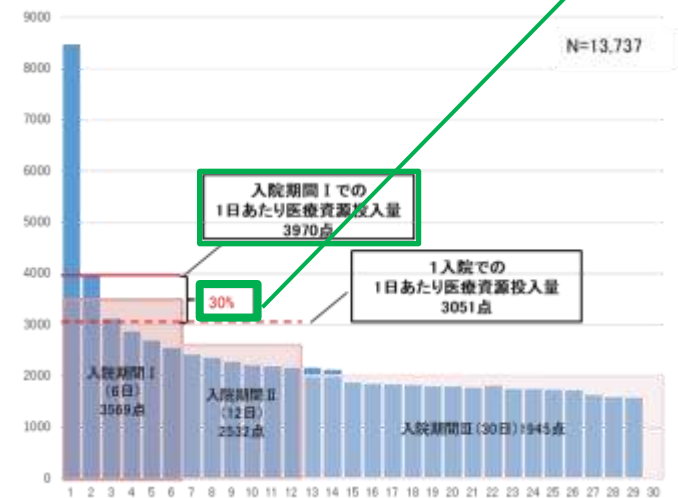
（例）060210xx9910xx ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし イレウス用ロングチューブ挿入法あり 手術・処置等2 なし



【診断群分類点数表】

<060210xx9910xx>

	日数	A 1日当たり点数	B 点数設定方式Bの場合
入院期間 I	6	3569 (+17%)	(+30%)
入院期間 II	12	2532	



出典: 令和4年度改定データ

入院分科会のとりまとめにおける指摘事項

3-2. 算定ルールに係る検討について

(1) 点数設定方式について

(中略)

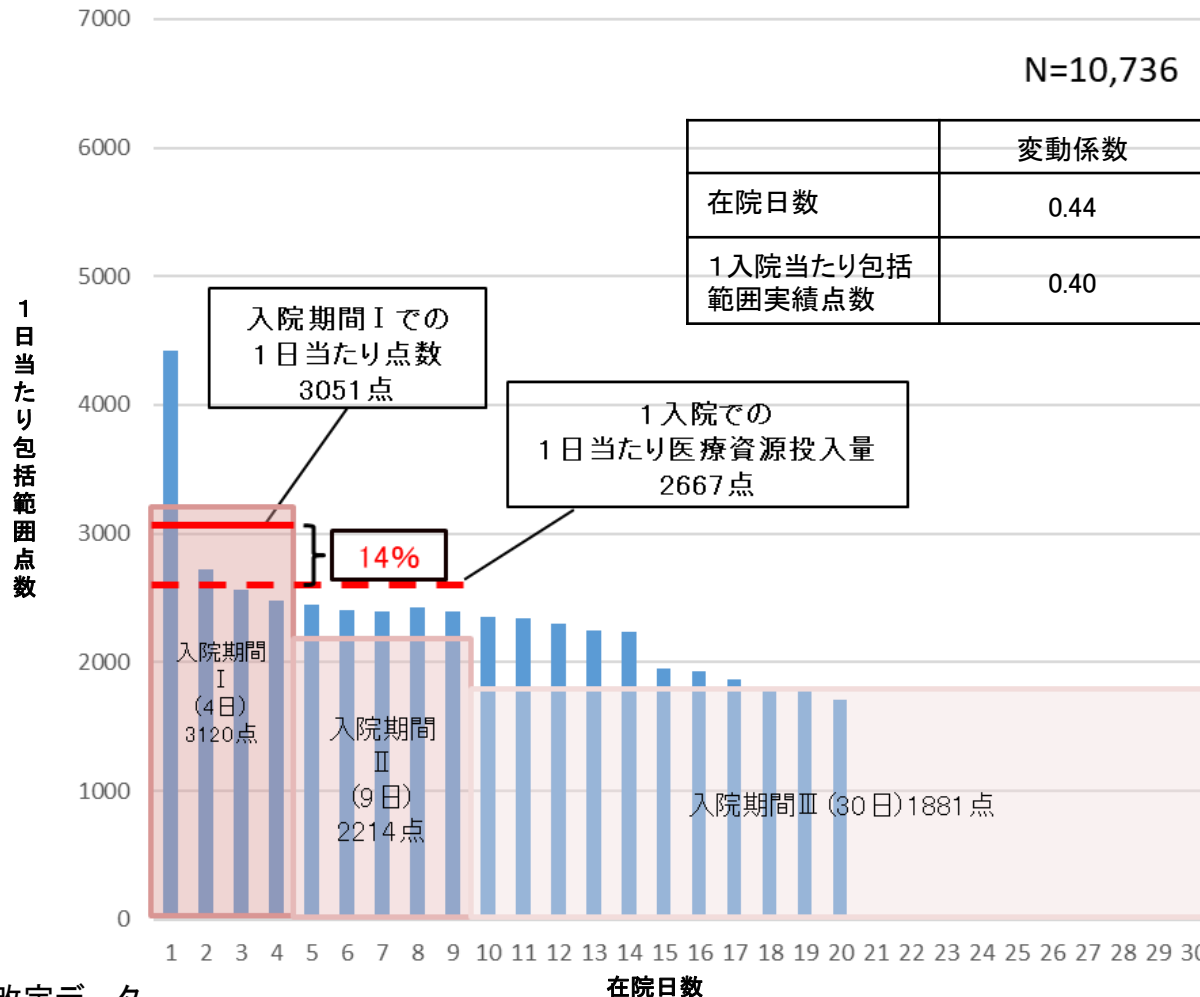
- ・ 現行の点数設定方式A～Cについては、入院期間 I での1日当たり医療資源投入量と1入院期間での1日当たり医療資源投入量の比率(以下、「入院期間 I / 1入院比率」という。)に応じて設定されているが、経年的な医療資源投入量等の変化により、
 - 入院期間 I での医療資源投入量が増加している診断群分類が多いこと
 - 点数設定方式Aが適用される診断群分類において、「入院期間 I / 1入院比率」が大きくばらついていることが確認された。
- ・ また、令和4年度診断群分類点数表において点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在することが確認された。
- ・ こうした点については、入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう見直すべきではないか、との指摘があったほか、標準的・定型的な経過をたどれば早期退院できるような診断群分類については、入院期間 II より早期に退院させた場合であっても十分な評価ができるよう検討すべきではないか、との指摘があった。
- ・ 点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る診断群分類については、在院日数ごとの設定点数と実績点数の関係を踏まえると、点数設定方式Bを適用することで、実際の医療資源投入量に見合った評価が可能となるのではないか、との指摘があった。

標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例①

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

○ 点数設定方式Aが適用される一般的な診断群分類のうち、手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる例について、1日当たり医療資源投入量の分布は以下のとおり。

(例)040200xx01x00x 気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし

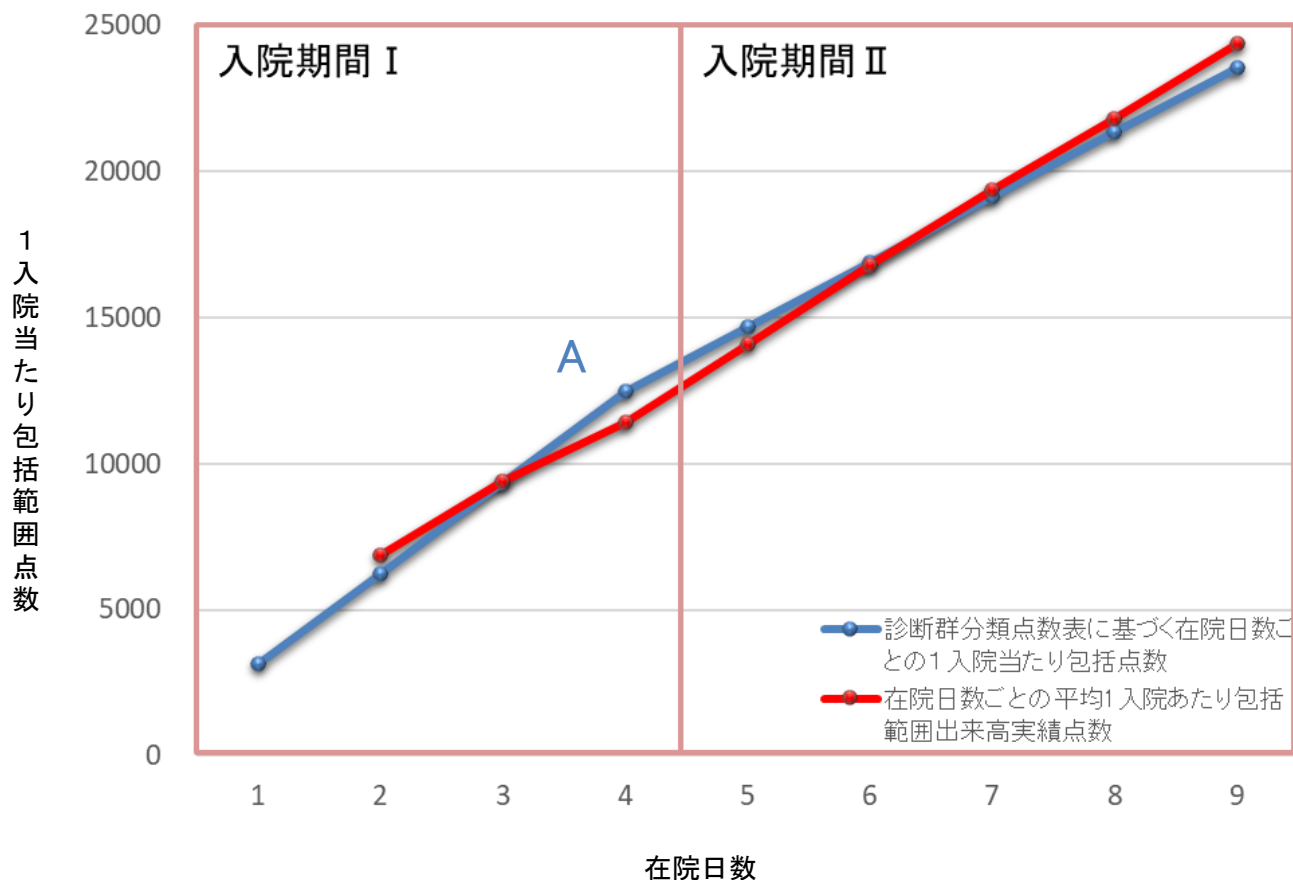


標準化が進んでいると考えられる診断群分類の例②

中医協 診-2参考2
5 . 1 0 . 2 7

○ 点数設定方式Aが適用される一般的な診断群分類のうち、手術等が定義されており、標準化が進んでいると考えられる例について、在院日数ごとの平均1入院あたり包括範囲出来高実績点数と設定点数の関係は以下のとおり。

(例)040200xx01x00x 気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし



【診断群分類点数表】
<040200xx01x00x>

	日数	1日当たり点数
入院期間 I	4	3120 (+17%)
入院期間 II	9	2214

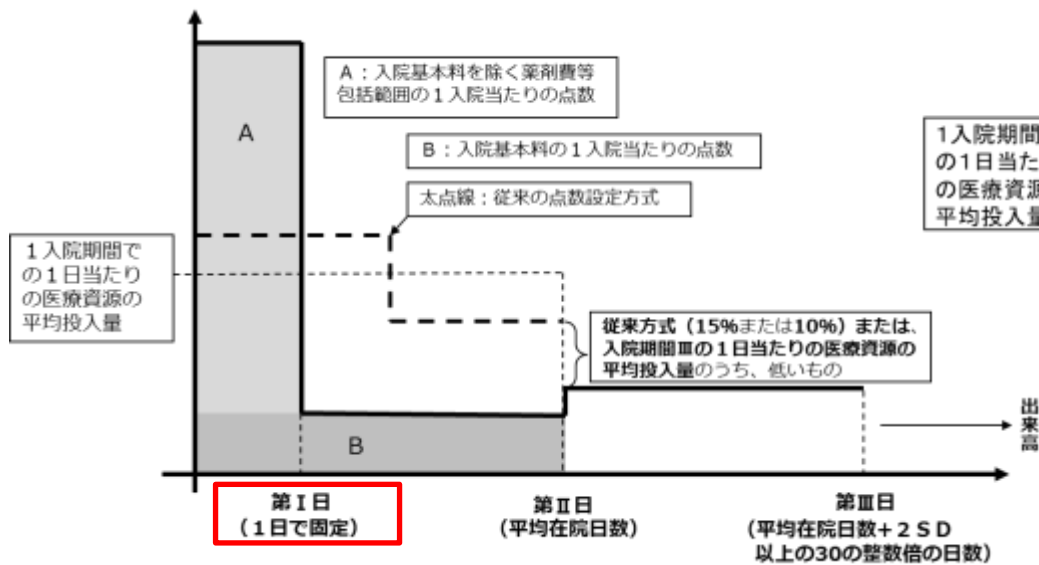
入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ また、標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対する、現行の点数設定方式による評価の妥当性について検討を行ったところ、以下のような指摘があった。
 - 現行の点数設定方式は、基本的には、医療資源投入のパターンに沿った評価となっており、早期退院させた場合への評価として十分でないのではないか。
 - 入院初期を重点的に評価する点数設定方式として、短期滞在手術等に適用している点数設定方式Dがあるが、一定の入院期間が見込まれる分類について、入院初日に高い評価とすることはなじまない可能性がある。
 - 入院期間 I で入院基本料を除く包括評価を行うことで、粗診粗療への高い評価を避けつつ、入院期間 II より早期での退院を一定程度評価することが可能なのではないか。
 - 不要な在院日数の延伸につながらないような評価方法は重要である一方で、こうした点数設定方法を導入するにあたっては、同質性の高い分類に限るなど条件を設定した上で、疾患や手術の特性に係る臨床的な観点も踏まえつつ、慎重に検討する必要があるのではないか。

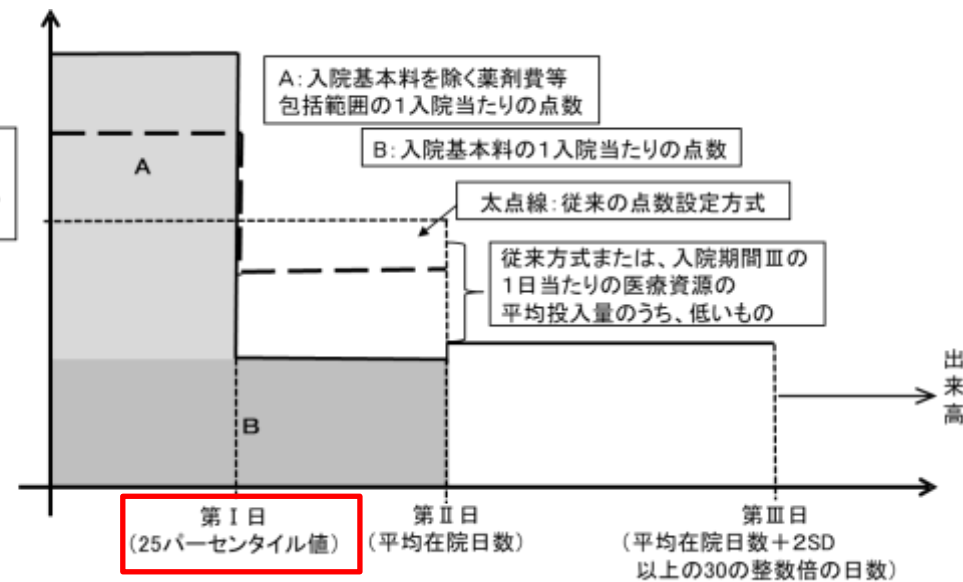
新たな点数設定方式のあり方について

- 入院初日に入院基本料を除く包括範囲の点数を支払う点数設定方式Dは、高額薬剤に係る分類や短期滞在手術等基本料に相当する分類を対象に導入されており、入院初期を重点的に評価しているが、一定の入院期間が見込まれる分類の場合、入院初日に高い評価とすることは実態に見合わない評価となる可能性がある。
- 一定の標準化が進んでいると考えられる診断群分類のうち、一定の入院期間が見込まれる分類について入院初期を重点的に評価するとすれば、例えば、入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込むことが考えられるのではないか。

【点数設定方式D】 ※令和4年度改定時は153分類



【新たな点数設定方式のイメージ】



新たな点数設定方式の対象選定に係る観点について

- 入院基本料を除く包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む新たな点数設定方式を導入するとするならば、標準化の進んでいると考えられる診断群分類を念頭に、以下のような選定の観点が考えられるのではないかと。
- ① 一般的な診断群分類である
- ② 入院初期の医療資源投入量が一定以上である
- ③ 実施される診療行為が明確である
- ④ 診断群分類としての同質性が高い
- ⑤ 一定期間の入院が見込まれる
- その上で、候補となる分類について、MDC技術班の臨床家の意見を踏まえつつ適用対象とする分類を更に絞り込むことが考えられるのではないかと。

【対象選定のイメージ】

対象選定の観点	具体的な条件
一般的な診断群分類である	全国の症例数が一定数以上
入院初期の医療資源投入量が一定以上である	点数設定方式A又はBが適用される分類
実施される診療行為が明確である	手術又は手術・処置等が定義されている
診断群分類としての同質性が高い	在院日数や1入院当たり点数のバラつき(変動係数)が一定値以下
一定期間の入院が見込まれる	平均在院日数(入院期間Ⅱ)が一定期間以上

1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
 - 2-1 医療機関別係数による評価について
 - 2-2 DPC対象病院の要件について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査(DPCデータ)について
5. 課題と論点

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

・退院患者調査

診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

・特別調査

中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和3年6～8月に実施）

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID、 被保険者番号等

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

- ▶ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

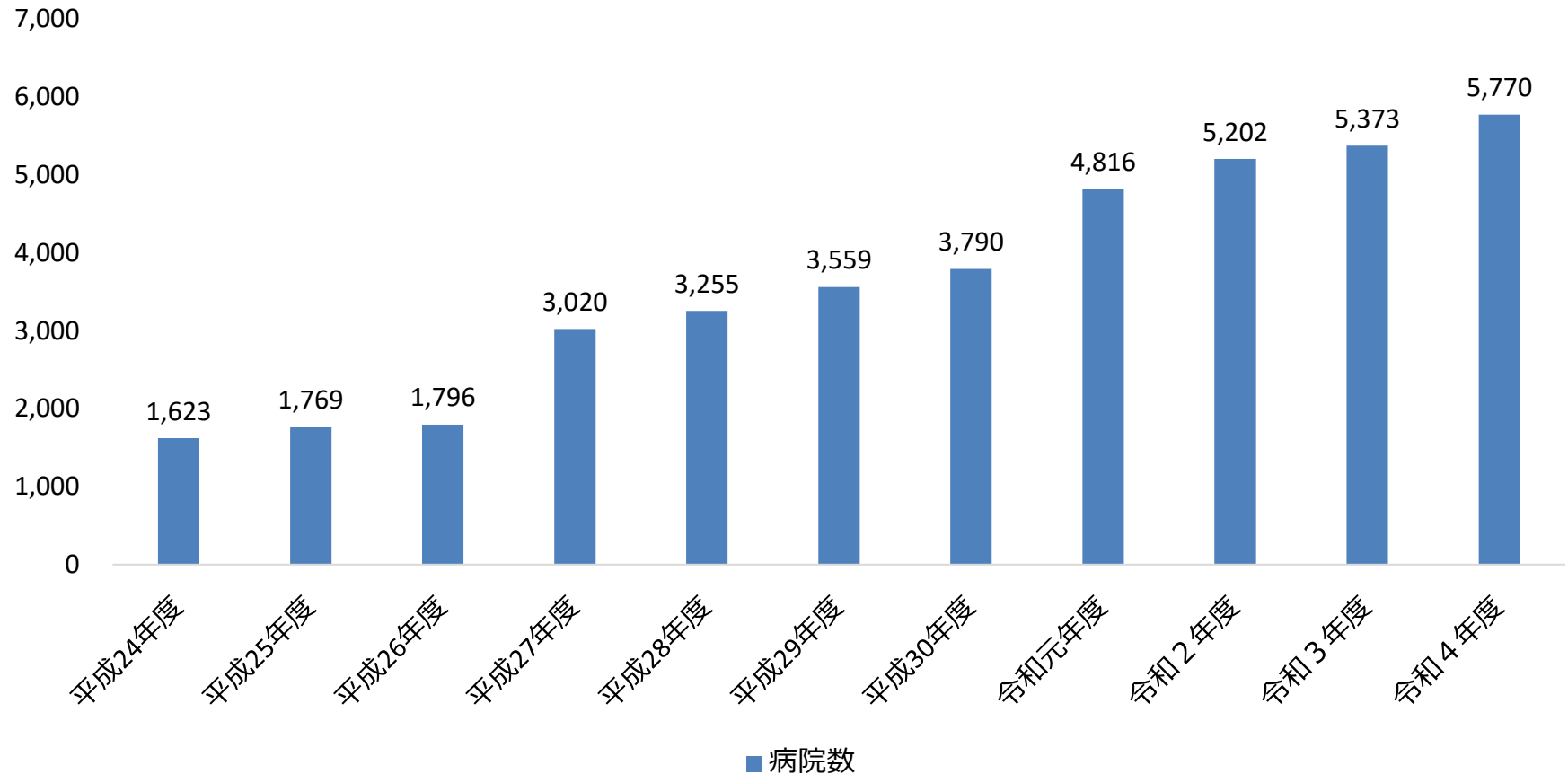
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

[経過措置]

- 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては**令和5年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては**令和6年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

データ提出加算 届出医療機関数



退院患者調査の結果報告について

○ 退院患者調査の結果については、DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的として、直近5年分のデータに基づく在院日数や病床利用率等の基本的な情報に係る集計結果を中医協総会へ「定例報告」している。

【令和5年3月22日中医協総会 資料総-7 令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(抜粋)】

・ 在院日数の平均

施設類型	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	12.79	12.43	12.21	12.25	11.84
DPC特定病院群	11.66	11.46	11.37	11.46	11.23
DPC標準病院群	12.04	11.87	11.77	11.99	11.78
DPC準備病院	12.91	12.70	12.63	12.46	12.14
出来高算定病院	13.80	13.59	13.57	13.35	13.17

・ 退院時転帰

施設類型	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	77.6%	77.3%	77.3%	76.9%	76.8%
DPC特定病院群	81.1%	81.0%	80.6%	80.3%	80.5%
DPC標準病院群	81.8%	81.7%	81.7%	81.2%	81.5%
DPC準備病院	79.0%	79.2%	79.9%	79.2%	79.4%
出来高算定病院	77.0%	77.2%	78.3%	78.5%	78.5%

・ 再入院種別

施設類型		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
大学病院本院群	計画的	10.3%	10.6%	10.7%	11.4%	10.8%
	計画外	3.3%	3.3%	3.3%	3.4%	3.3%
DPC特定病院群	計画的	8.3%	8.3%	8.4%	8.9%	8.3%
	計画外	4.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.0%
DPC標準病院群	計画的	7.0%	6.8%	6.9%	7.3%	6.9%
	計画外	4.4%	4.4%	4.4%	4.4%	4.1%
DPC準備病院	計画的	6.2%	6.1%	5.9%	6.4%	6.1%
	計画外	4.0%	4.0%	3.8%	3.8%	3.5%
出来高算定病院	計画的	5.0%	5.1%	5.1%	5.5%	5.2%
	計画外	4.3%	4.0%	4.0%	3.9%	3.6%

退院患者調査の結果の公開について

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

○ 退院患者調査の結果については、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データの他、データの入力状況等について、ホームページ上で広く公開することとしている。

【公開データの例】

・（医療機関ごとの）在院日数の状況

告示番号	通番	施設名	平成29年度							～	令和3年度								
			件数	平均値	変動係数	最小値	パーセンタイル				最大値	件数	平均値	変動係数	最小値	パーセンタイル			最大値
							25	50	75							25	50	75	
XXXXX	YYYYY	〇〇病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

・ 診断群分類ごとの集計

診断群分類番号	診断群分類名称	包括	MDC	MDC名称	当該MDCに含まれるDPCの数	当該MDCの症例数	件数	当該MDCに対する当該DPCの比率	全症例に対する当該DPCの比率	性別				年齢分布				入院情報		退院時転帰		在院日数			
										男性		女性		0～2歳		他院よりの紹介		治癒・軽快		平均値					
										件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率		
XXXXXXXXXXXXXX	〇〇	○	〇〇	〇〇疾患	○	○	○	○%	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○%	○	○%

・ 要介護度の入力状況

告示番号	通番	施設名	療養病床数	入院患者に占める要介護度の入力対象割合	要介護度入力対象の平均年齢	無	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	不明
XXXXX	YYYYY	〇〇病院	○	○%	○	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%	○%

様式1における入力項目の例について

○ 退院患者調査の様式1においては、患者属性や病態等の情報の入力を求めており、身長・体重等の基本的な情報の他、患者の状態に係る情報(ADLスコア等)や診断群分類の設定に必要な臨床情報等(脳卒中患者の発症前Rankin Scale等)の入力を求めている。

【様式1での入力項目の例】

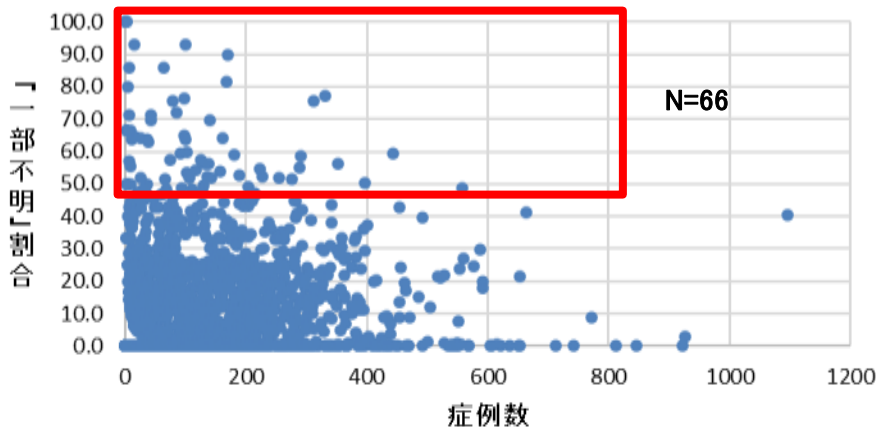
コード	大項目	項目名	入力条件	入力内容
A001010	患者プロフィール/身長・体重	身長	必須	センチメートル単位入力 例 156 ※不明の場合は「000」を入力
		体重		キログラム単位入力(小数点第一位まで) 例 52.5 ※不明の場合は「000」を入力
ADL0010	ADLスコア/入院時	入院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
ADL0020	ADLスコア/退院時	退院時のADLスコア	15歳以上の場合は入力する。但し、死亡退院・産科の患者は除く。	10項目の評価視点について数字10桁で記入 ※不明の場合「9」を入力する
M010010	脳卒中患者/入院前	発症前 Rankin Scale	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を入力する。	発症前概ね一週間のADLを病歴等から推測して入力 0. まったく症候がない 1. 明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える 2. 軽度の障害: 自分の身の回りのことは介助なしで行える 3. 中等度の障害: 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える 4. 中等度から重度の障害: 歩行や身体的要求には介助が必要である 5. 重度の障害: 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする 6. 死亡 9. 不明
		脳卒中の発症時期		1. 発症3日目以内 2. 発症4日目以降7日目以内 3. 発症8日目以降 4. 無症候性(発症日なし)
M010020	脳卒中患者/退院時	退院時 modified Rankin Scale		発症前RankinScaleと同じ値より選択

様式1の入力状況について 例)ADLスコア

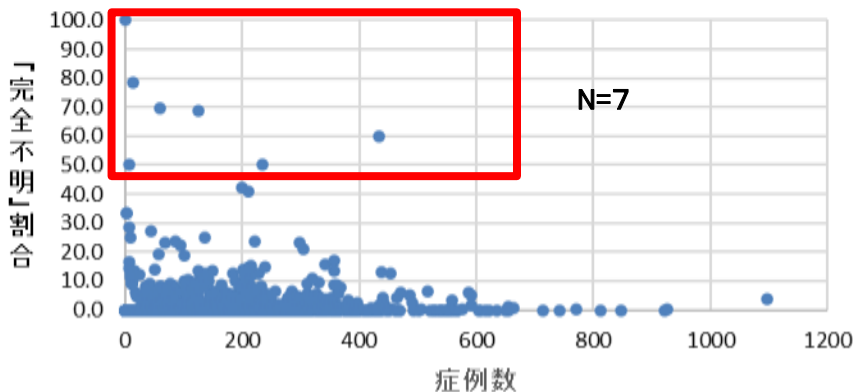
- 該当症例において、ADLスコア(入院時)の一部が「9」(不明)となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で3.8%(66施設)、全病院で14.8%(760施設)存在する。
- 該当症例において、ADLスコア(入院時)の全てが「9」(不明)となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で0.4%(7施設)、全病院で1.1%(55施設)存在する。

【DPC対象病院 N=1,715】

- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「一部不明」割合

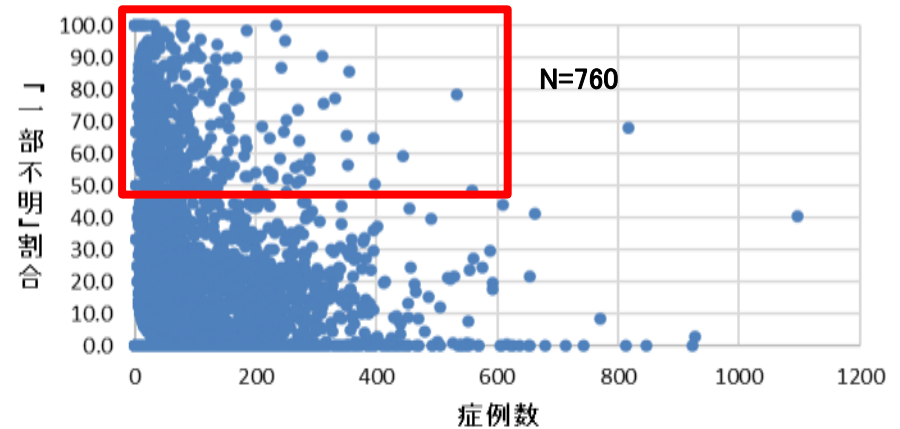


- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「完全不明」割合

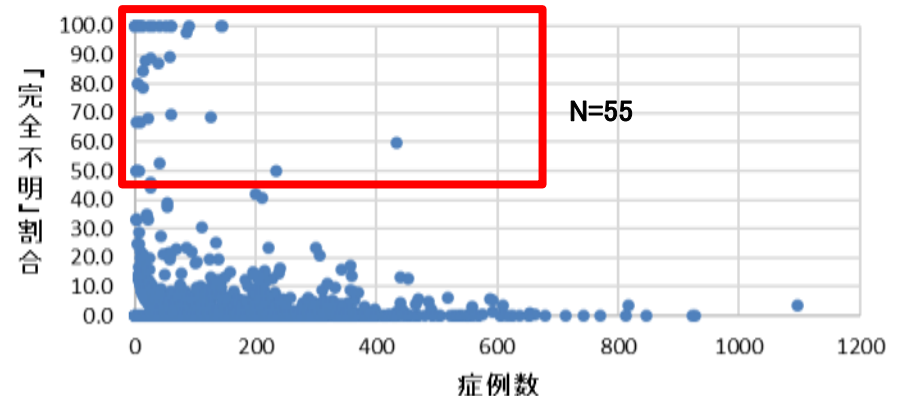


【全病院 N=5,138】

- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「一部不明」割合



- ・ 医療機関ごとの「ADLスコア/入院時」の「完全不明」割合



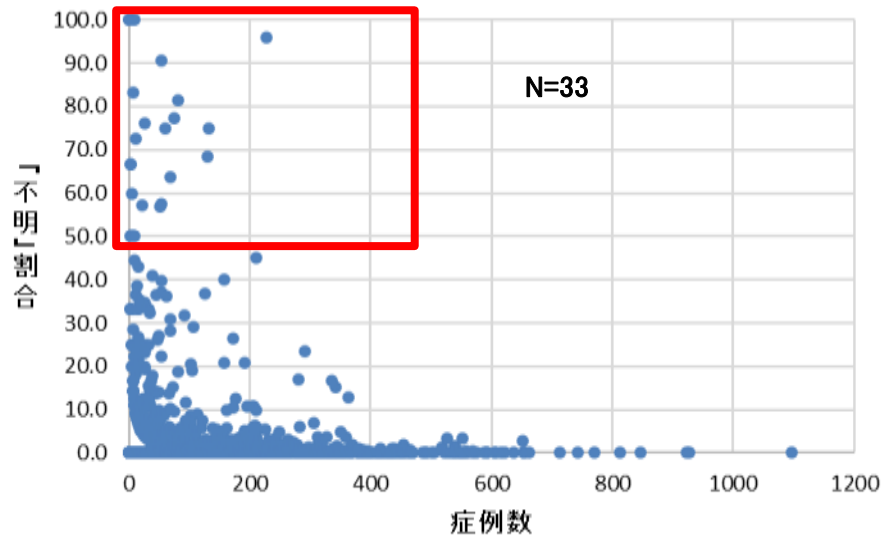
様式1の入力状況について 例)発症前Rankin Scale

中医協 診-1参考2
5 . 9 . 2 7

- 該当症例において、発症前 Rankin Scaleが「9」(不明)となる割合が50%以上となる医療機関が、DPC対象病院で1.9%(33施設)、全病院で14.9%(764施設)存在する。

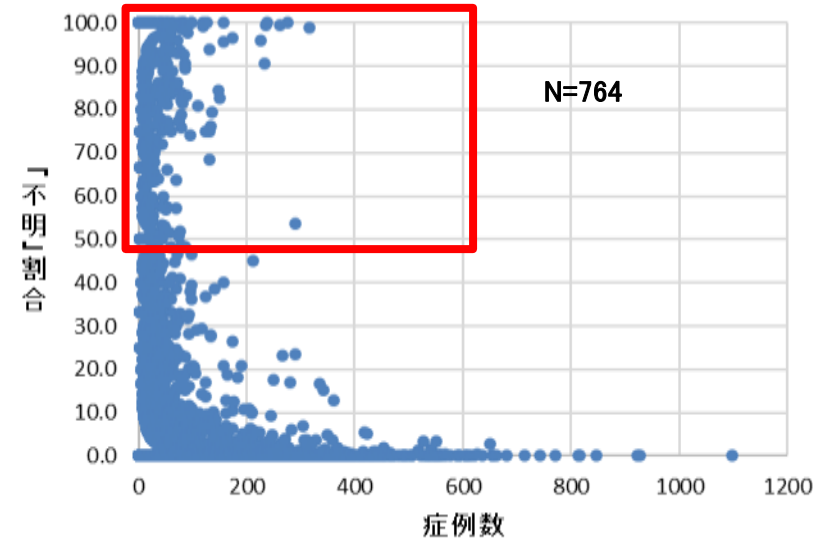
【DPC対象病院 N=1,715】

- ・ 医療機関ごとの発症前 Rankin Scaleの「不明」割合



【全病院 N=5,138】

- ・ 医療機関ごとの発症前 Rankin Scaleの「不明」割合



入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

3-4. 退院患者調査に係る検討について

- ・ 平成15年度のDPC/PDPS導入以降、DPC/PDPS導入の影響評価等を行うための調査(「DPC導入の影響評価に係る調査」として、退院患者ごとの診療情報及び診療報酬請求情報等からなる提出データ(DPCデータ)に基づく分析調査(「退院患者調査」)を毎年実施しており、退院患者調査では把握困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。
- ・ 退院患者調査の結果については、DPC/PDPSのモニタリングという観点から、一定の集計結果を毎年中医協総会に「定例報告」するとともに、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データについて広く公開することとしている。
- ・ DPC/PDPSが既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、退院患者調査の対象施設の増加に伴い、DPCデータが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえると、調査の名称(「DPC導入の影響評価に係る調査」)やその目的について、再整理するべきと考えられた。
- ・ また、退院患者調査の結果報告のあり方についても、併せて再整理するべきと考えられた。
- ・ 退院患者調査の様式1の入力状況について分析を行ったところ、一部の医療機関において「不明」データの割合が高い等のばらつきが見られた。
- ・ 特に診断群分類に用いることが想定されている臨床指標等のデータについては、適切なデータ入力の必要性が高く、今後継続的なモニタリングの対象とすることも考えられた。

退院患者調査と結果報告のあり方の再整理について

- 入院・外来分科会における指摘事項を踏まえ、「DPC導入の影響評価に係る調査」の名称・目的及び結果報告のあり方については、以下のように見直すことが考えられるのではないか。

現行

調査の名称	DPC導入の影響評価に係る調査
調査の目的	DPC導入の影響評価及び今後のDPC制度の見直しを目的として実施するもの
結果報告	(定例報告) DPC/PDPSのモニタリングのため、急性期入院医療の基礎データを毎年度末に報告
	(公開データ) データの利活用等の観点から、急性期以外の病棟を含む入院医療のデータを毎年度末に公開

見直し後(案)

調査の名称	<u>DPCの評価・検証等に係る調査</u>
調査の目的	<u>DPCの評価・検証及び入院医療等の評価を目的として実施するもの</u>
結果報告	(定例報告) <u>報告内容は公開データへ集約し、終了</u>
	(公開データ) <u>DPC/PDPSのモニタリング項目を含め、引き続き毎年度末に公開(※)</u>

1. DPC対象病院の現状等について
2. DPC対象病院のあり方について
3. 算定ルールについて
4. 退院患者調査(DPCデータ)について
5. **課題と論点**

DPC/PDPSに係る課題①

(医療機関別係数について)

<保険診療係数>

- ・ 保険診療係数において評価を行っている「適切なDPCデータの作成」に係る3つの評価項目(「部位不明・詳細不明コード」、未コード化傷病名、様式間の矛盾割合)について、令和5年度において基準を満たさないDPC対象病院はそれぞれ、1.3%、0.2%、0.3%とわずかであった。
- ・ 質の高いデータ提出が安定的なDPC制度の運用の前提となっていることを踏まえると、当該基準をDPC対象病院の要件とすることも考えられるのではないか、との指摘がある。

<効率性係数>

- ・ 効率性係数について、診療対象とする診断群分類の種類が少なく、症例構成が偏っている医療機関に対して本来の趣旨にそぐわない評価となる場合があり、評価手法の見直しを行うとともに、医療機関群別の評価とすることが考えられるのではないか、との指摘がある。

<複雑性係数>

- ・ 複雑性係数について、診療対象とする診断群分類の種類が少ない病院で、誤嚥性肺炎等の疾患に偏った症例構成の場合に不適切な評価となっているのではないかとの指摘があり、急性期入院医療の評価という観点から、評価の対象とする医療機関の基準自体を検討すべきではないか、との指摘がある。

<救急医療係数>

- ・ 救急医療係数について、評価の趣旨が明確になるよう、名称の変更等も含め検討する必要があるとの指摘がある。

DPC/PDPSに係る課題②

(医療機関別係数について(続き))

<地域医療係数(体制評価指数)>

- ・ 地域医療係数における体制評価指数について、令和5年度において大学病院本院群で100%(82病院)、DPC特定病院群で88.4%(160病院)が上限値の5割以上を取得しており、ほとんどの病院で上限値を満たしている項目も存在する。
- ・ こうした点を踏まえ、大学病院本院群、DPC特定病院群における評価項目や実績評価の手法については、医療機関群ごとにあり方を検討する必要がある、との指摘がある。
- ・ 体制評価指数における「感染症」項目については、令和4年度診療報酬改定において新設されたが、第8次医療計画の内容も踏まえ、令和6年度診療報酬改定以降は、新興感染症発生・まん延時における入院医療に係る協定締結を評価していくことが考えられるのではないか、との指摘がある。
- ・ 「脳死下臓器提供の実施」の評価については、社会的に重要な論点であるという指摘がある一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないか、との指摘がある。
- ・ 「多職種協働による医療提供」の評価については、高齢者の急性期患者が増加する中で入院患者全体にメリットのある取組への評価と考えられるといった指摘がある一方で、医科点数表上の評価に係る議論を優先すべきではないか、との指摘がある。
- ・ 「医師少数地域への医師派遣機能」の評価については、令和6年度から医師の労働時間の上限規制地が施行されることも踏まえると、地域医療提供体制の維持への貢献という観点から、大学病院本院群における体制評価指数の新たな評価項目として位置づけていくことも考えられるのではないか、との指摘がある。
- ・ 「外国人患者の受け入れ体制」の評価については、社会状況の変化に伴う重要な論点であるといった指摘がある一方で、地域医療への貢献という観点から適切な評価指標を設定しうるのか慎重に検討する必要がある、との指摘がある。
- ・ 「医療の質向上に向けた取組」の評価については、DPCデータの活用状況や「医療の質向上のための体制整備事業」での活動実績等も踏まえると、体制評価指数の新たな評価項目として位置づけていくことも考えられるのではないか、との指摘がある。

DPC/PDPSに係る課題③

(DPC対象病院の要件について)

- ・ データ/病床比は、DPC 対象病院が満たすべき要件の1つとされており、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関の大半が満たしている。
- ・ 一部のDPC対象病院において、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関全体と比較してもデータ数が少ない施設が存在し、こうした施設では複雑性係数が高い傾向にある一方、データ数が1月あたり90以下の施設では、診療密度(相対値)が低い傾向にある。
- ・ データ数が少ないDPC対象病院については、適切な包括評価となっていない現状や急性期入院医療の標準化という制度の趣旨も踏まえ、他のDPC対象病院に対する包括評価にも影響することから、何らかの対応が必要であるとの指摘がある。
- ・ 複雑性係数に係る検討結果も踏まえると、データ数に係る基準をDPC対象病院の要件として設定することが考えられるとの指摘がある。
- ・ また、現在保険診療係数において評価を行っている「適切なDPCデータの作成」に係る3つの基準については、DPC対象病院の要件として位置づけることが望ましいのではないかと指摘がある。
- ・ DPC対象病院の要件の1つである、データ/病床比については、調査期間(前々年度10月～前年度9月)における実績に基づき、毎年度末に判定を行っている。
- ・ 令和6年度改定において、実績データに基づく基準を新設するとすれば、令和6年度以降の実績データを用いて判定を行う令和8年度よりDPC対象病院の要件として適用していくことが考えられる。
- ・ 一方、データ数の少ない医療機関において診療密度が低い傾向にあることを踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、令和6年度診療報酬改定においては、該当施設のデータを除外して包括点数を設定した上で、基礎係数における評価を区別するといった対応が考えられる。

DPC/PDPSに係る課題④

(点数設定方式について)

- ・ DPC/PDPS においては、診断群分類ごとの在院日数に応じた3段階の1日当たり点数の設定にあたって、入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの点数設定方式を用いている。
- ・ 令和4年度診療報酬改定において、標準的な点数設定方式Aについて、入院期間 I をより重点的に評価する体系へ見直したが、点数設定方式Aが適用される分類において在院日数の明らかな延長・短縮は見られていない。
- ・ 経年的な医療資源投入量等の変化により、入院期間 I での医療資源投入量が大きい診断群分類が増加しており、点数設定方式Aで設定される診断群分類のうち、入院期間 I において医療資源投入量が設定点数を大きく上回る例が存在する。
- ・ こうした分類では、入院初期に患者を退院させた場合であってもコスト回収ができるよう、点数設定方式Bを適用することが考えられるのではないか、との指摘がある。
- ・ さらに、標準化が進んでいると考えられる診断群分類については、入院期間 II より早期に退院させた場合でも十分な評価となるよう、一定の条件を設定した上で、入院期間 I で入院基本料を除く包括評価を行うことが考えられるのではないか、との指摘がある。
- ・ こうした新たな点数設定方式を適用する診断群分類の選定にあたっては、一般的な診断群分類である、入院初期の医療資源投入量が一定以上である、診断群分類としての同質性が高い等といった観点と考えられる。

(退院患者調査(DPCデータ)について)

- ・ DPCデータは、「DPC導入の影響評価に係る調査」の退院患者調査において作成・提出が求められるデータであり、累次の診療報酬改定において、データ提出の対象となる入院料の範囲の拡大や収集項目の拡充が行われてきている。
- ・ DPC/PDPSが既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状やDPCデータが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえ、調査の名称(「DPC導入の影響評価に係る調査」)や目的について再整理すべきとの指摘がある。
- ・ 退院患者調査の結果については、DPC/PDPSのモニタリングという観点から、一定の集計結果を毎年中医協総会に「定例報告」するとともに、医療機関ごと・診断群分類ごとの各種集計データについて広く公開することとしている。
- ・ 定例報告や公開データのあり方についても併せて再整理すべきとの指摘がある。
- ・ 退院患者調査の様式1の入力状況については、一部の医療機関において「不明」データの-inputの割合が高い等のばらつきが見られている。
- ・ 特に診断群分類の設定に用いることが想定されている臨床指標等のデータについては、適切なデータ-inputの必要性が高く、継続的なモニタリングの対象とすることが考えられるのではないか、との指摘がある。

DPC/PDPSに係る論点

【論点】

(医療機関別係数について)

- 保険診療係数について、「適切なDPCデータの作成」に係る実績状況を踏まえ、評価を廃止することについてどのように考えるか。
- 効率性係数について、入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果も踏まえ、評価手法を見直すとともに、医療機関群ごとの評価とすることについてどのように考えるか。
- 救急医療係数について、評価の主旨が明確になるよう、名称の変更及び評価項目としての位置づけの再整理を行うことについてどのように考えるか。
- 地域医療係数における体制評価指数について、現状の実績分布や医療計画の見直しを踏まえ、評価手法や評価内容を見直すとともに、新たな評価項目を追加することについてどのように考えるか。

(DPC対象病院の要件について)

- DPC対象病院の要件について、DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、「データ数」及び「適切なDPCデータの作成」に係る基準を新設することについてどのように考えるか。
- データ数が一定の基準に満たない医療機関について、診療密度(相対値)が低い現状を踏まえ、まずは基礎係数における評価を区別し、その後、要件判定の対象としていくことについてどのように考えるか。

(算定ルールについて)

- 入院初期に投じられる医療資源投入量大きい診断群分類が増加している現状を踏まえ、実態に見合った評価を行う観点から、入院初期の医療資源投入量が現行の設定点数を上回る診断群分類に対し、点数設定方式Bを適用することについてどのように考えるか。
- 入院期間Ⅱより早期に退院させた場合の評価の充実化を図る観点から、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対し、入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う新たな点数設定方式を導入することについてどのように考えるか。

(退院患者調査(DPCデータ)について)

- DPC/PDPSが既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、DPCデータが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえ、調査の名称や目的、結果報告のあり方を再整理することについてどのように考えるか。
- 一部の医療機関において、様式1における「不明」データの割合が高い等の現状を踏まえ、臨床指標等のデータの入力状況を公開データにおいてモニタリングしていくことについてどのように考えるか。