

DPC/PDPS 等作業グループからの最終報告について

概要

- DPC/PDPS 等作業グループについては、これまで7回にわたり議論を行っており（令和7年7月3日の検討状況の報告以降、9月4日に議論を実施）、これまでの議論について下記のとおりとりまとめる。

検討内容（概要）

1. DPC 対象病院に係る検討について

（1）概要（P2～P8）

- DPC/PDPS（以下、「DPC 制度」という。）は、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院等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。
- DPC 制度の対象病院（以下、「DPC 対象病院」という。）は、特定機能病院等を対象として制度が導入されて以降、段階的に拡大され、令和7年6月時点で1,761病院となっている。
- また、DPC 対象病院の内訳は経時的に変化しており、DPC 対象病院のうち、全許可病床に占めるDPC 算定を行う病床（以下、「DPC 算定病床」という。）の割合が50%未満の病院は増加傾向にあり、また、DPC 算定病床以外の病床を保有するDPC 対象病院数も、高い水準で推移している。
- 以上のような背景も踏まえ、令和8年度診療報酬改定に向けては、DPC 対象病院の適切な評価方法等について、検討を行った。

（2）具体的な検討内容

① 医療機関別係数による評価について

<総論>（P9～P10）

- 医療機関別係数のうち、基礎係数及び機能評価係数Ⅱは、DPC 制度導入当初に設定された調整係数の置き換えに伴い導入された。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であり、3つの医療機関群（大学病院本院群、DPC 特定病院群、DPC 標準病院群）ごとに値を設定している。機能評価係数Ⅱは、医療機関の診療実績等を踏まえた機能に基づく評価を行うものであり、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。
- 特に、機能評価係数Ⅱについて、DPC 制度が急性期入院医療を対象とする包括払い制度であるところ、DPC 制度においては、「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」の医療を重点的に評価するべきではないか、といった指摘も踏まえて、その適切な評価方法について、検討を行った。

<複雑性係数について> (P11~P24)

- 複雑性係数は、一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は、令和6年度診療報酬改定に向けた議論において、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切な評価となっているのではないかという指摘があった。
- 複雑性係数の評価方法について検討するに当たっては、複雑性係数が、何を評価するものであるか、明らかにする必要があるのではないか、といった意見があった。
- これに対しては、DPC 制度における「急性期」は、過去の DPC 評価分科会での議論において、「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」と定義された点や、機能評価係数が、「急性期」を反映する係数として設計された点等から、複雑性係数についても、これらの価値を反映する指標とすべきではないか、といった意見があった。
- これらを踏まえて、現行の複雑性係数の評価方法について、入院初期により多くの医療資源を必要とする診断群分類を、十分に評価できていないのではないか、といった指摘があった。
- 1入院当たりの包括範囲出来高点数が高い診断群分類の中には、平均的に入院初期の包括範囲出来高点数が高い診断群分類もあったが、一方で、1日当たりの包括範囲出来高点数が全診断群分類の平均値及び中央値よりも低い診断群分類もみられた。
- また、1日当たりの包括範囲出来高点数に着目して分析を行ってはどうか、といった指摘もあったが、これに対しては、「030250xx991xxx 睡眠時無呼吸 手術なし 手術・処置等 1 あり」のように在院日数の短い診断群分類を、著しく高く評価することになり、妥当でないのではないか、といった意見があった。
- 上記の議論を踏まえ、複雑性係数については、入院初期を特に重視する趣旨で、入院日数の 25%tile 値までの包括範囲出来高点数により評価するべきではないか、といった指摘があった。
- さらに、DPC 対象病院を構成する医療機関は時々刻々と変化していることから、複雑性係数を含めた機能評価係数Ⅱの適切な評価方法については、引き続き検証を行うべきではないか、といった指摘があった。

<地域医療係数について> (P25~P27)

- 地域医療係数については、地域医療への貢献を評価する項目として、体制評価指数及び定量評価指数により評価を行っている。
- 令和6年度診療報酬改定においては、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、体制評価指数において、「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）を新たに評価することとされた。

- 地域医療係数における派遣医師数については、「医師少数区域に所在する他医療機関（自院の分院・サテライト診療所等を除く。）へ、常勤医師として半年以上継続して派遣している医師数」として、定義している。
- 今般、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、特定機能病院が満たすべき「基礎的基準」として、「地域に一定の医師派遣を行っていること」を設定することが議論されており、第 26 回の検討会において、とりまとめ案が示されている。
- 上記の状況等を踏まえ、地域医療係数における派遣医師数の定義については、特定機能病院の基礎的基準における医師派遣の定義との整合的に検討されるべきではないか、といった指摘があった。

② 点数設定方式について

<総論> (P28)

- DPC 制度 においては、入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた 3 段階の定額報酬を設定している。
- 具体的には、入院初期に要する医療資源投入量等に応じ入院初期に要する医療資源投入量等に応じて、5 種類の点数設定方式を設けているところ、点数設定方式 D 以外においては、第 II 日は平均在院日数により規定されている。
- 在院日数の分布等を踏まえ、第 II 日の設定方法を含む、点数設定方式の見直しについて、検討を行った。

<入院期間 II について> (P29~P37)

- 入院期間 II については、令和 8 年度診療報酬改定に向けた議論において、現状の点数設定方式と、実際の患者の在院日数の分布の乖離があるのではないかと、等の指摘があった。
- そこで、在院日数の分布等について確認を行ったところ、以下の結果が確認された。
 - ・ 診断群分類毎の平均在院日数について、ばらつきが小さく、標準化が進んでいる診断群分類がみられた。
 - ・ 一方で、ばらつきが大きく、十分に標準化が進んでいない診断群分類もみられた。
 - ・ 特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類がみられた。
 - ・ 多くの診断群分類において、平均在院日数は在院日数の中央値を上回っていた。
 - ・ 症例数が 10,000 件以上の診断群分類のうち、在院日数の中央値が平均在院日数を上回る診断群分類が 2 つあったが、いずれも左に歪んだ分布であった。
- これらを踏まえ、多くの診断群分類において、在院日数の分布は正の歪度を有していることから、在院日数の中心傾向の指標として、平均在院日数は適切でないのではないかと、といった指摘があった。
- 在院日数の変動係数に着目した診断群分類毎の分析においては、変動係数が大きい診断群分類ほど、在院日数の中央値と平均在院日数の差を平均在院日数で除した値

(仮に入院期間Ⅱを在院日数の中央値とした場合の、入院期間Ⅱの変動率)が大きい傾向にあった。

- 変動係数が 0.70 未満の診断群分類の大多数においては、入院期間Ⅱの変動率は約 20%以内であったが、一定数、入院期間Ⅱが 20%以上変動する診断群分類も存在した。
- また、特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類について、制度上、特定の日数までの在院を促すインセンティブが内在しているのではないかと、いった指摘があった。
- これに対しては、1日当たり入院数の最大値に対する日毎の入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないか、といった意見があった。
- 令和8年度診療報酬改定に向けた特別調査においては、クリニカルパスの導入状況について、「採用している」と答えた医療機関は、DPC対象病院のうち約93% (1,638医療機関/1,761医療機関)であり、また、クリニカルパスの入院期間設定に関して主として参照しているものについては、「診断群分類点数表上の第Ⅱ日(平均在院日数)」と回答した医療機関が約63% (1,028医療機関/1,638医療機関)であり、最多であった。
- 上記の議論を踏まえ、点数設定方式における入院期間Ⅱについては、在院日数の標準化が進んでいる診断群分類を中心として、原則として、平均在院日数から在院日数の中央値に移行すべきではないか、といった指摘があった。
- 一方で、入院期間Ⅱの見直しによる影響を一定範囲内に留める趣旨で、入院期間Ⅱの変動率に一定の上限を設けるべきではないか、といった指摘があった。

2. 算定ルールに係る検討について

(1) 概要

- DPC制度においては、制度の安定的な運用のため、算定についての一定のルール(以下、「算定ルール」という。)を定めている。
- DPC対象病院を構成する医療機関の内訳は経時的に変化しており、これらも踏まえた算定ルールの見直しについて検討している。

(2) 再転棟ルールについて (P38~P42)

- DPC制度においては、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している。
- 患者を短期間退院させ単価の高い入院期間Ⅰを繰り返し算定する事例に対応できるよう、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた。

- 具体的には、DPC 対象病棟等より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内に DPC 算定対象となる病棟等に再入院した場合（再転棟も含む）について、同一の傷病等である場合は、一連の入院とみなすこととしている。
- 令和8年度診療報酬改定に向けた議論において、DPC 制度を構成する医療機関の内訳が変化しており、DPC 算定病床以外の病床を有する医療機関の割合が増加していることから、「再転棟」が起こりやすい状況になっているのではないかと、といった指摘があった。
- DPC 病棟からの転棟後、再転棟までの日数の分布の分析を行ったところ、DPC 制度において一連の入院と見なされなくなる、8日目の再転棟の件数が突出して多かった。
- これらを踏まえ、8日目の再転棟の件数が突出して多いのであれば、過去の改定における対応と同様に、再転棟を認めない期間の延長も検討されうるが、当該日の再転棟数が増加するのみであり、根本的な解決には至らないのではないかと、といった指摘があった。
- なお、「再入院」については、再入院ルールの適応を受けなくなる日に再入院数が著増するような傾向はみられなかった。
- 上記の議論を踏まえ、同一傷病による再転棟については、転棟後7日間を超える場合であっても、原則として一連の入院として扱うこととするべきではないか、といった指摘があった。

(3) 持参薬ルールについて (P43~P49)

- DPC 制度においては、患者の負担軽減や、DPC 制度下での公平な支払いの観点等を踏まえ、原則として、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、「入院の契機となった傷病」に対する持参薬の使用は、特別な理由がある場合を除き、認めないこととされている。
- 医療機関毎の、全症例数に占める持参薬を使用した症例数の割合（以下、「持参薬使用割合」）の分布について分析を行ったところ、持参薬使用割合が5%未満の医療機関が最も多く、次いで55%以上60%未満の医療機関が多かった。
- また、入院の契機となった傷病に対する持参薬使用割合の分析においては、算定ルール上認められていない、入院の契機となった傷病に対する持参薬使用割合が5%以上となる医療機関が一定数みられた。
- さらに、自院の外来で処方した医薬品を入院の契機となった傷病に対して使用した割合が5%以上となる医療機関も一定数みられた。
- 持参薬の使用の有無によって薬剤料が大きく異なる診断群分類に着目した分析においては、例えば「110280xx02x00x 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの等 処置2なし 副傷病なし」については、6割以上の患者において持参薬が使用されており、持参薬を使用しない場合の薬剤料は、持参薬を使用する場合の薬剤料の約2倍であった。

- これらを踏まえ、
 - ・ 持参薬ルールを遵守している医療機関とそれ以外との医療機関との間で、不公平な設計となっているのではないか。
 - ・ また、患者においても持参薬の持ちこみに係る不要な手間が発生しているのではないか。
 - ・ これらの観点から、入院の契機となった傷病以外の傷病に対する持参薬の使用についても、ルールの見直しを検討する必要があるのではないか。といった意見があった。
- 一方で、
 - ・ 手術を目的とした短期入院のような場合にまで、入院下で再度の処方を求めることは、かえって医療機関側の負担を増やすこととなるのではないか。
 - ・ 入院の契機となった傷病に関連しない医薬品については、院内採用薬が無いこと等もあるため、それらの点への配慮が必要ではないか。といった意見もみられた。
- 上記の議論を踏まえ、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの、更なる周知徹底を図るべきではないか、といった指摘があった。
- 具体的には、
 - ・ DPC 算定を行う場合は、入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品は、院内で処方されるのが原則であることや
 - ・ DPC 算定を行う場合の入院料の中には、一般的に入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品の薬剤料が含まれていること
について、患者への説明を求めるべきではないか、といった指摘があった。
- また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和 10 年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないか、といった指摘があった。