

入院（その7）

- 1．急性期入院医療について（その2）
- 2．高度急性期入院医療について（その2）

- 1．急性期入院医療について（その2）
- 2．高度急性期入院医療について（その2）

1．急性期入院医療について

1－1．一般病棟用 重症度、医療・看護必要度について

1－2．DPC制度について

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

指標等作業G資料1
6 . 1 2 . 9

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	－	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	－	－
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	－	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり	－
6	専門的な治療・処置（※2）	－	－		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	－	あり	－
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	－	あり	－

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（4日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	—	—
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	—		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—		—	—
14	危険行動	ない	—	ある		—	—

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行				}	改定後			【該当患者の基準】	
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ			必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%		急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%	急性期1、 7対1入院基本料 (特定、専門)※1	割合① 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
	許可病床200床未満	28%	25%		急性期一般入院料2	22%	21%		
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%		急性期一般入院料3	19%	18%		割合② 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
	許可病床200床未満	25%	22%		急性期一般入院料4	16%	15%		
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%		急性期一般入院料5	12%	11%		急性期2 ～5等※2
	許可病床200床未満	22%	19%		7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%		
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%		7対1入院基本料(結核)	8%	7%		
	許可病床200床未満	18%	15%		7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%		
急性期一般入院料5		17%	14%		看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%	総合入院 体制加算	
7対1入院基本料(特定)		—	28%		看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%		以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
7対1入院基本料(結核)		10%	8%		看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%	地域包括 ケア病棟 等	
7対1入院基本料(専門)		30%	28%		総合入院体制加算1	33%	32%		以下のいずれか ・A得点が1点以上 ・C得点が1点以上
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%		総合入院体制加算2	31%	30%		
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%		総合入院体制加算3	28%	27%		
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%		急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%		
総合入院体制加算1・2		33%	30%		看護補助加算1	4%	3%		
総合入院体制加算3		30%	27%		地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%		
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%						
看護補助加算1		5%	4%						
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%						

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

6

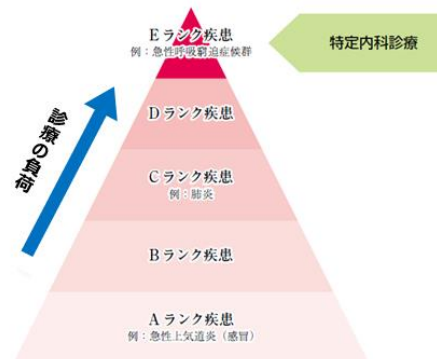
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え） 等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



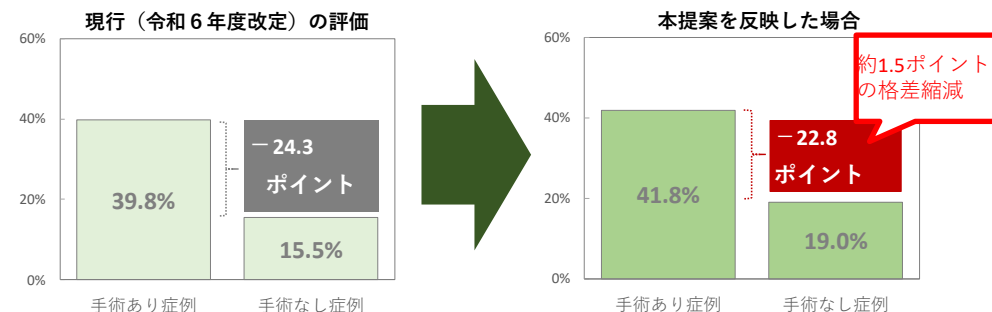
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名的主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

内科学会が提案するA・C項目への追加候補リスト

診療組 入-3
7. 9. 11改

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	処置	腰椎穿刺
C21：救命等に係る内科的治療	処置	吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	処置	カウターショック（その他）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	留置カテーテル設置
C21：救命等に係る内科的治療	処置	皮膚科光線療法（長波・中波紫外線、290nm以上315nm以下）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	持続緩徐式血液濾過
C21：救命等に係る内科的治療	処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔瘻孔閉鎖術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝バルーン拡張術
C22：別に定める検査	検査	トレッドミルによる負荷心機能検査
C22：別に定める検査	検査	サイクルエルゴメーターによる心機能検査
C22：別に定める検査	検査	EF-気管支
C22：別に定める検査	検査	経気管肺生検法
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	組織試験採取、切採法（心筋）
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（負荷心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	EBUS-TBNA
C22：別に定める検査	検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査
C22：別に定める検査	画像診断	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影

医薬品

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）	薬効分類4桁	剤形
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	アザシチジン	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	カルフィルソミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	フィルグラスチム（遺伝子組換え）	3399	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム	3929	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ボルテゾミブ	4291	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）	3959	注射
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	エトポシド	4240	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	シクロホスファミド水和物	4211	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	タクロリムス水和物	3999	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ベキサロテン	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボナチニブ塩酸塩	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボマリドミド	4291	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	メルカプトプリン水和物	4221	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	レナリドミド水和物	4291	内服

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C23：別に定める手術	手術	内シャント設置術
C23：別に定める手術	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
C23：別に定める手術	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
C23：別に定める手術	手術	経皮的胆管ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
C23：別に定める手術	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	経皮的肝腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
C23：別に定める手術	手術	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）
C23：別に定める手術	手術	下部消化管ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
C23：別に定める手術	手術	薬剤投与用胃瘻造設術

※外来で主に実施される投薬等については、A・C項目に追加することで入院に移行することが懸念されるため、入院外来実施比率については留意が必要。

救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

中医協 総-3
7. 10. 8

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないよう、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

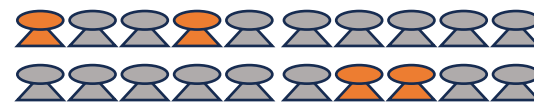
現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送(※)の受け入れによる入院後の該当日数を増やす
→該当患者割合が増える

(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないかな。

②救急搬送(※)の受け入れを指数化して該当患者割合に合算
→合算した値が増える

(例)



+

前年の病床あたり
救急搬送件数を
指数化
5%分

入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

(※) 更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないかな。

重症度、医療・看護必要度の見直しの方角性に関する前回の主な意見

- 10月8日の中医協総会では、内科系疾患は、手術症例に比べ重症度、医療・看護必要度の点数が得られにくい、こうした症例は救急搬送から入院する割合が高いこと等を踏まえ、救急患者に重みを付けて評価する方法等について議論した。
- その際、①救急搬送による入院後の該当日数を増やす、②救急搬送の受け入れを指数化して患者割合に合算する、の2つの方法についても議論し、シミュレーションを行うよう意見が出された。

救急患者に重み付けする方法の案 (再掲)

①救急搬送(※)の受け入れによる 入院後の該当日数を増やす

該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないかな。

②救急搬送(※)の受け入れを指数化 して該当患者割合に合算

入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

第619回中医協総会(令和7年10月8日)の主な意見

救急搬送患者の重みを増して評価する方角性について

- 内科系疾患の評価が低いとの従前からの指摘があったところであり、手術なし症例をより反映する指標や、救急搬送患者の評価の重みを増す方法の検討がなされ、これらの密度の高い医学的管理の適切な評価を図ることに異論はありませんが、新たな評価を加えることにより、他の評価が適正化や減額化されることがあってはならず、あくまでも付加するのみであることを要望いたします。
- 提案のあった内科系症例の評価を充実するための34ページに示された案に関しては、①、②どちらも内科系症例の評価の改善に資すると思います。新たに提案されている②に関しても、方角性としては、特に異論はありません。ただ、これに関してもどの程度の配慮がどのような病院に行われるのか、具体的なシミュレーションの結果を見て判断していきたいと思います。

救急搬送患者の重みを増す方法について

- 内科学会が提案している方法や、34ページにある②の救急搬送患者数を指数化する方法についても懸念がないわけではございませんが、相対的に医療機関がコントロールしにくい印象を受けますので、これらの方法を軸にシミュレーションをして、その結果を見ながら議論を進めてはどうかと思います。

救急搬送受入件数を活用した重症度、医療・看護必要度のシミュレーション

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。

シミュレーションの方法

現在の該当患者割合
●●%

該当患者割合
■■%

該当患者割合
▲▲%

①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加

②病床数あたりの年間救急搬送件数×一定の係数を加算

○救急搬送件数は、入院しなかった場合を含む病院の応需件数。



急性期一般1：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

急性期一般入院料**100床**で構成される病院において、
年間**1000件**の救急搬送を受け入れている場合
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$

○一定の係数を乗じて、基準該当割合への加算を計算する。

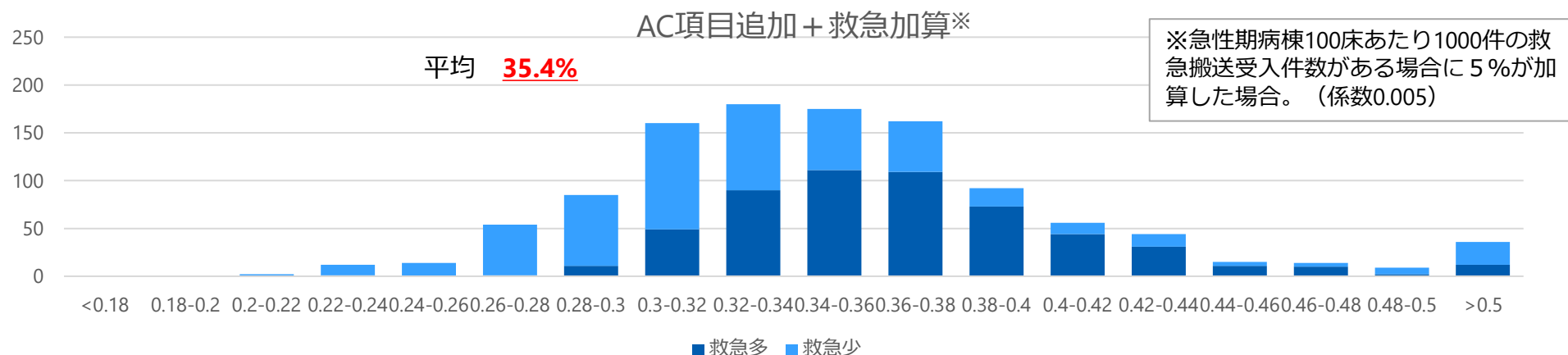
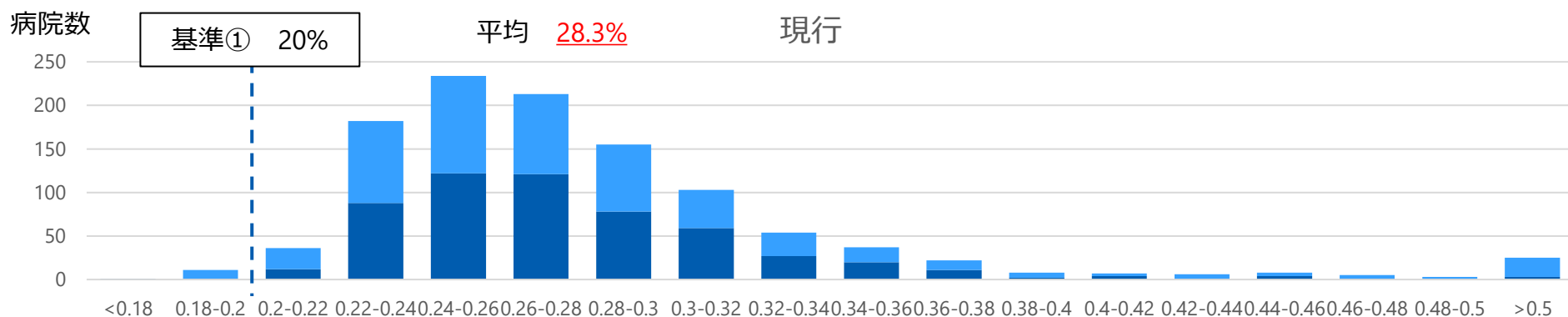
(計算例)

- ①左例で、一定の係数を例えば0.005※とすると、
 $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$
が該当患者割合に加算される。
- ②元々の必要度該当割合が **15%** であった場合、
加算後は
 $15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$
になる。

※このほか、係数を0.0025、0.0075とする場合も試算。

急性期一般入院料 1 におけるAC項目追加・救急係数による重症度、医療・看護必要度の変化

- 内科系の重症・急性期に用いる薬剤や処置をAC項目に追加し、あわせて救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、病院全体の救急搬送受入件数と当該病棟での入院受入件数が共に多い病棟では、必要度該当割合が大きく上昇する。

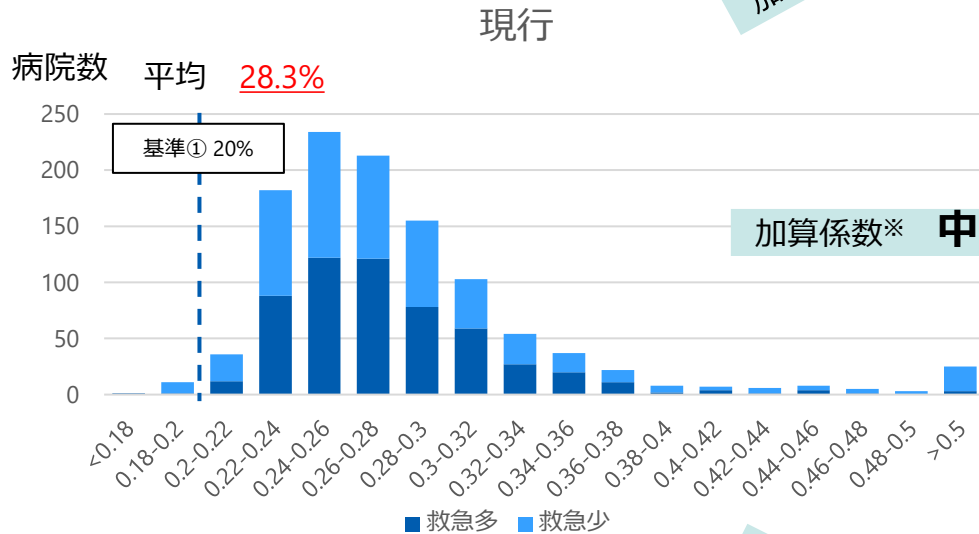


必要度Ⅱであり、救急応需件数の記録が確認できた1110病院を対象に集計。救急搬送受入件数の群は、中央値である急性期病棟100床あたり応需件数換算年1160件を境に分類した。

救急搬送受入件数に係る加算係数を変えた場合の分布の変化

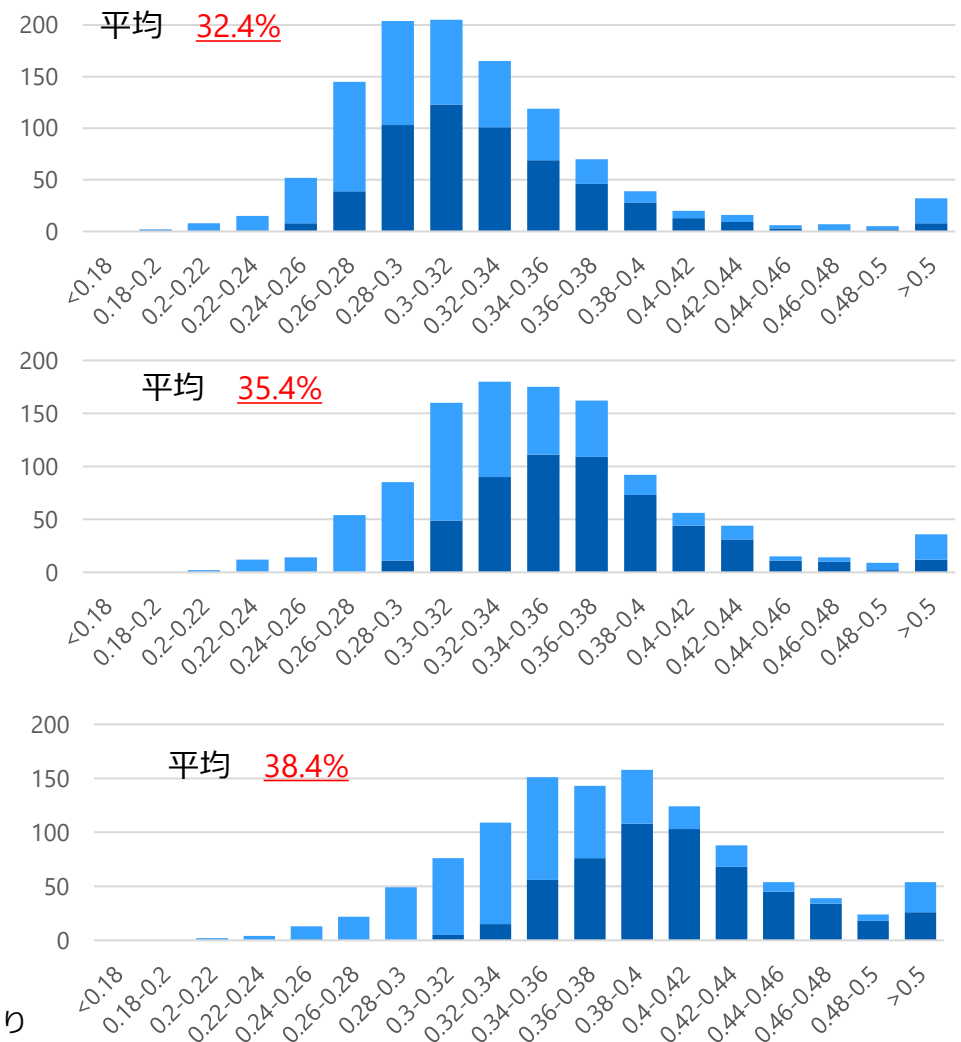
- 救急搬送受入件数に係る加算係数を変えた場合の、必要度該当割合の分布の変化は以下のとおり。
係数が大きいほど、救急搬送受入件数の多い病棟の該当割合が大きく上昇する。

※急性期病棟100床あたりの救急搬送受入件数が年1000件の場合に5%加算される場合（係数0.005）を中として、その1.5倍（1000件あたり7.5%）を高、0.5倍（1000件あたり2.5%）を低として算出。



必要度Ⅱであり、救急応需件数の記録が確認できた1110病院を対象に集計。救急搬送受入件数の群は、中央値である急性期病棟100床あたり応需件数換算年1160件を境に分類した。

AC項目追加 + 救急搬送受入件数の加算を行った場合



手術なし症例の多い病棟における必要度の分布の変化（急1）

- 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度基準①に、A・C項目の追加と、救急搬送受入件数の係数による加算を行った場合、基準に該当する患者の割合は、救急搬送受入件数が多く手術のない症例の多い病棟において、大きく上昇する。

急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度①該当割合の平均値（現行及びシミュレーション結果）

		病床数あたりの 救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの 救急搬送数の多い病院	
	全体平均 (n=1110)	手術なし症例が 多い (n=280)	手術症例が 多い (n=275)	手術なし症例が 多い (n=286)	手術症例が 多い (n=269)
現行	28.3%	25.7%	32.0% ほぼ同じ	25.9%	29.7%
AC項目を追加	29.4%	26.9%	33.1%	27.0%	30.8%
更に救急件数による 加算分を追加	35.4%	30.9%	36.7% ほぼ同じ	35.1%	38.9%
現行との差	+7.1%	+5.2%	+4.7%	+9.2%	+9.2%

-必要度Ⅱかつ、救急応需件数の記録が確認できた1110病院を対象。

-救急搬送数の2群は、計算後の中央値である、病棟100床あたり救急搬送受入件数
年1160件を境に分類した。

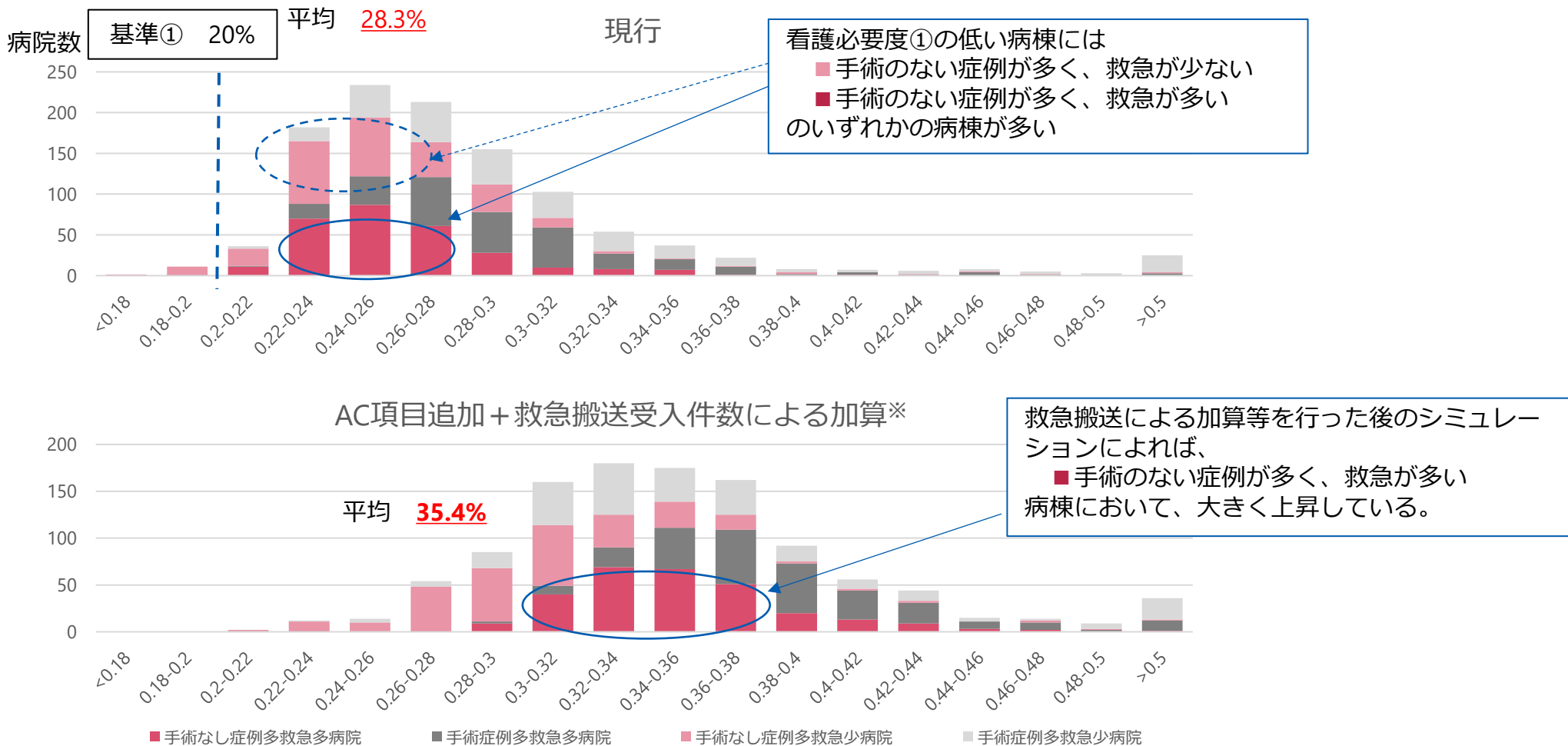
-手術症例数の2群は、3ヶ月入院患者数あたりの手術症例数の割合の中央値であ
る45.2%を境に分類した。

救急搬送数が多くても手術なし症例の多い病院では、現行ルールでは、看護必要度が平均より低かったが、シミュレーションでは全体平均と同程度となった。

※急性期病棟100床あたりの救急搬送受入件数1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）

手術なし症例の多い病棟における必要度の分布の変化（急1）②

- 救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合、基準に該当する患者の割合は、手術をしない症例が相対的に多く、救急搬送の受入の多い場合に、最も大きく上昇する。

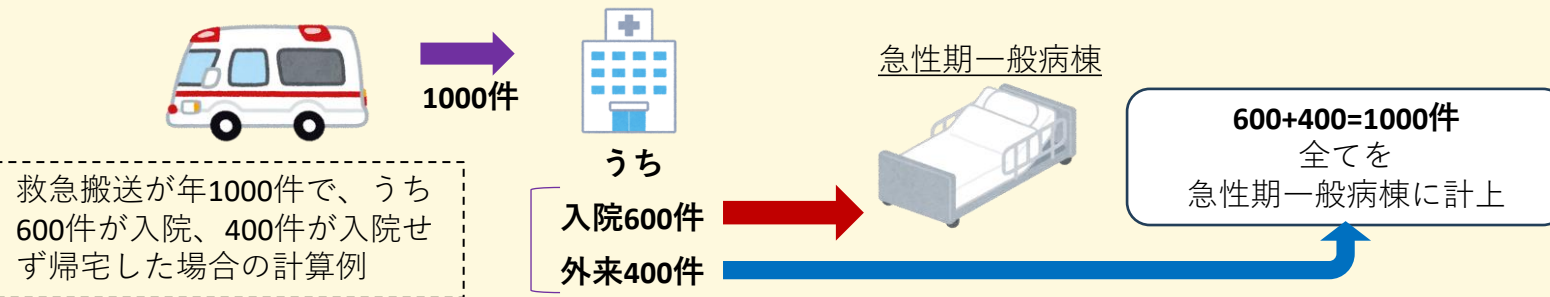


※シミュレーションの前提：内保連の提案通りにA C項目を追加した上で、急性期病棟100床あたりの救急搬送受入件数1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）

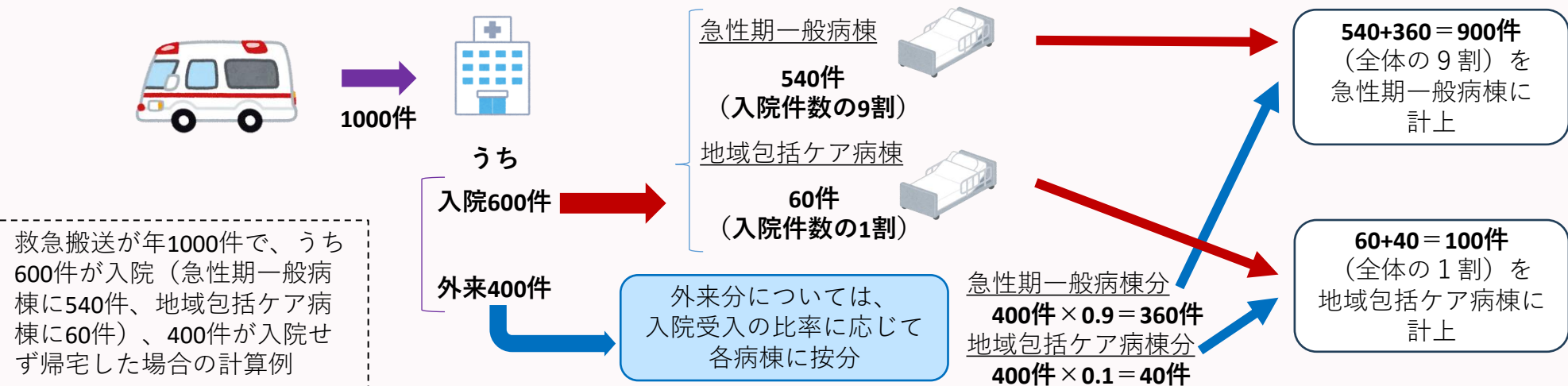
入院料の異なる病棟が併設されている場合の取り扱い

- 入院しなかった場合も含めた救急搬送件数を係数に反映するためには、同一医療機関内に複数種類の病棟がある場合に、救急搬送受入件数をそれぞれの病棟に配分する必要がある。
- 今回のシミュレーションにおいては、救急搬送のうち入院した件数は、入院した病棟への加算に反映させている。また、入院せず外来のみで帰宅した件数については、救急搬送からのそれぞれの病棟への入院受入件数を用いて按分し、各病棟の加算に反映させている。

<病棟が1種類の場合>：救急搬送件数を、外来分も含め、全て1種類の病棟に計上

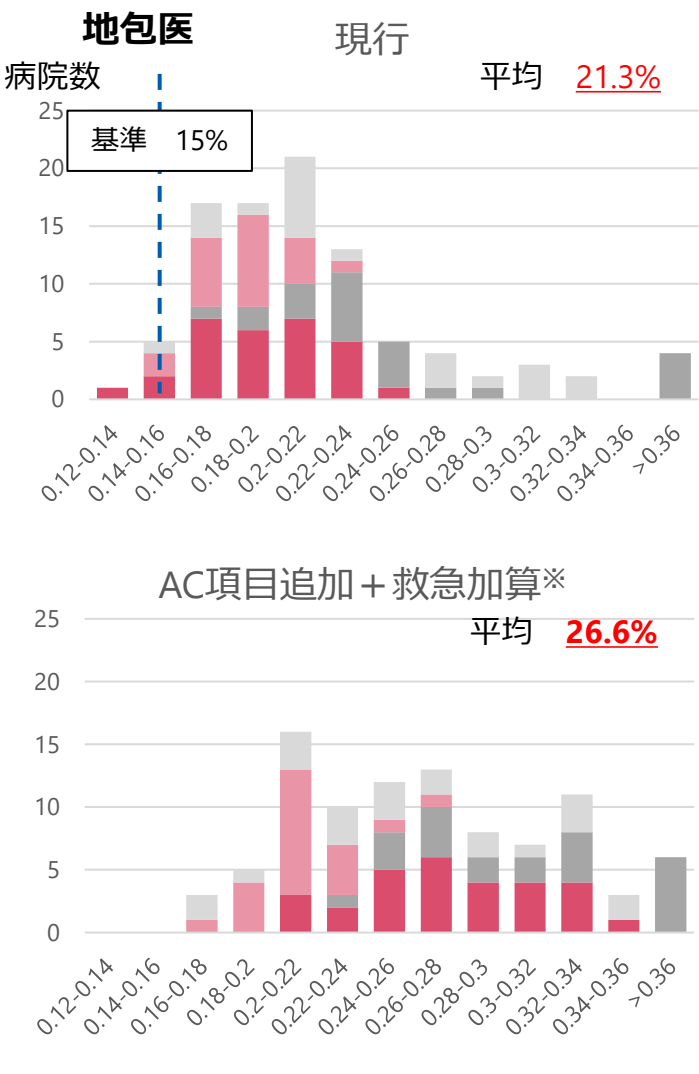


<異なる病棟が併設されている場合>：救急搬送件数を、救急搬送による入院患者の割合に応じて各病棟に按分



手術なし症例の多い病棟における必要度の分布の変化（地域包括医療病棟）

○ 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料 1 同様、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数に応じた加算により、基準該当割合が大きく増加した。



		病床数あたりの 救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの 救急搬送数の多い病院	
	全体平均 (n=96)	手術なし症 例が多 い (n=23)	手術症例が多 い (n=22)	手術なし症 例が多 い (n=29)	手術症例が多 い (n=22)
現行	21.3%	17.7%	23.8%	19.4%	25.1%
AC項目を 追加	21.9%	18.4%	24.3%	20.0%	25.7%
更に救急件 数による加 算分を追加	26.6%	20.6%	26.1%	27.7%	32.0%
現行との差	+5.3%	+2.9%	+2.3%	+8.3%	+6.9%

ー必要度Ⅱかつ、救急応需件数の記録が確認できた96病院を対象。
ー救急搬送数の2群は、計算後の中央値である、病棟100床あたり救急搬送受入件数年876件を境に分類した。
ー手術症例数の2群は、3ヶ月入院患者数あたり手術症例数の中央値である21.7%を境に分類した。

救急搬送数が多くても手術なし症例の多い病院では、現行ルールでは、看護必要度が平均より低かったが、シミュレーションでは全体平均よりも高くなった。

※急性期病棟100床あたりの救急搬送受入件数1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）

一般病棟用 重症度、医療・看護必要度についての課題と論点

(重症度、医療・看護必要度のシミュレーションについて)

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数を病棟毎に按分したうえで係数を乗じて重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。
- 内科系の重症・急性期に用いる薬剤や処置をAC項目に追加し、あわせて救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、病院全体の救急搬送受入件数と当該病棟での入院受入件数が共に多い病棟では、必要度該当割合が大きく上昇する。
- 救急搬送受入件数に係る加算係数を変えた場合、係数が大きいほど、救急搬送受入件数の多い病棟の該当割合が大きく上昇する。

(手術なし症例の多い病棟における必要度の分布の変化について)

- 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度①に、A・C項目の追加と、救急搬送受入件数の係数による加算を行った場合、基準に該当する患者の割合は、救急搬送受入件数が多く手術のない症例の多い病棟において、大きく上昇する。
- 救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合、基準に該当する患者の割合は、手術をしない症例が相対的に多く、救急搬送の受入の多い場合に、最も大きく上昇する。
- 急性期一般入院料4では、急性期一般入院料1同様、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数による加算により、基準該当割合が大きく増加した。
- 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料1同様、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数に応じた加算により、基準該当割合が大きく増加した。
- 地域包括ケア病棟では、加算の影響は小さいものの、救急受入の多く手術なし症例が相対的に多い病棟では、救急搬送受入件数による加算により、基準該当割合が増加した。

【論点】

- 急性期一般入院料や地域包括医療病棟入院料の重症度、医療・看護必要度では、救急搬送受入件数が多くとも、手術なし症例が多い病院では、基準を満たしにくい病院がある一方、内科系疾病に関連したAC項目の追加と、救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、手術なし症例や救急搬送への対応への評価が適切に反映され得ることを踏まえ、これらの入院料に係る重症度、医療・看護必要度への加算を行うことについて、どのように考えるか。

1．急性期入院医療について

1－1．一般病棟用 重症度、医療・看護必要度について

1－2．DPC制度について

1 – 2. DPC制度について

1 – 2 – 1. DPC対象病院の現状等について

1 – 2 – 2. 医療機関別係数について

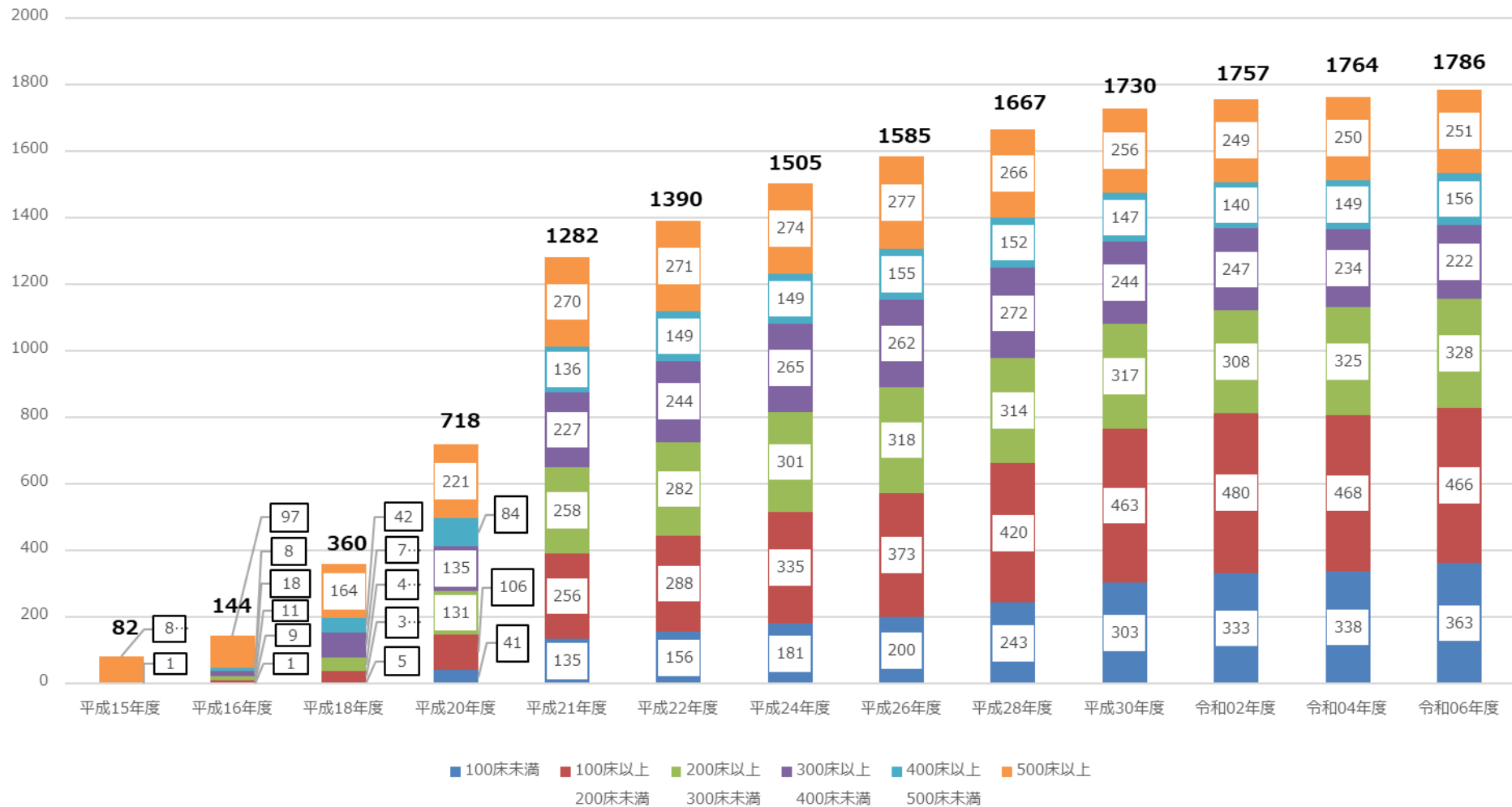
1 – 2 – 3. 点数設定方式について

1 – 2 – 4. 算定ルールについて

DPC対象病院の規模

診調組 入 - 2 参考
 7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院のうち、DPC算定病床数が100床未満である病院は増加傾向にある。

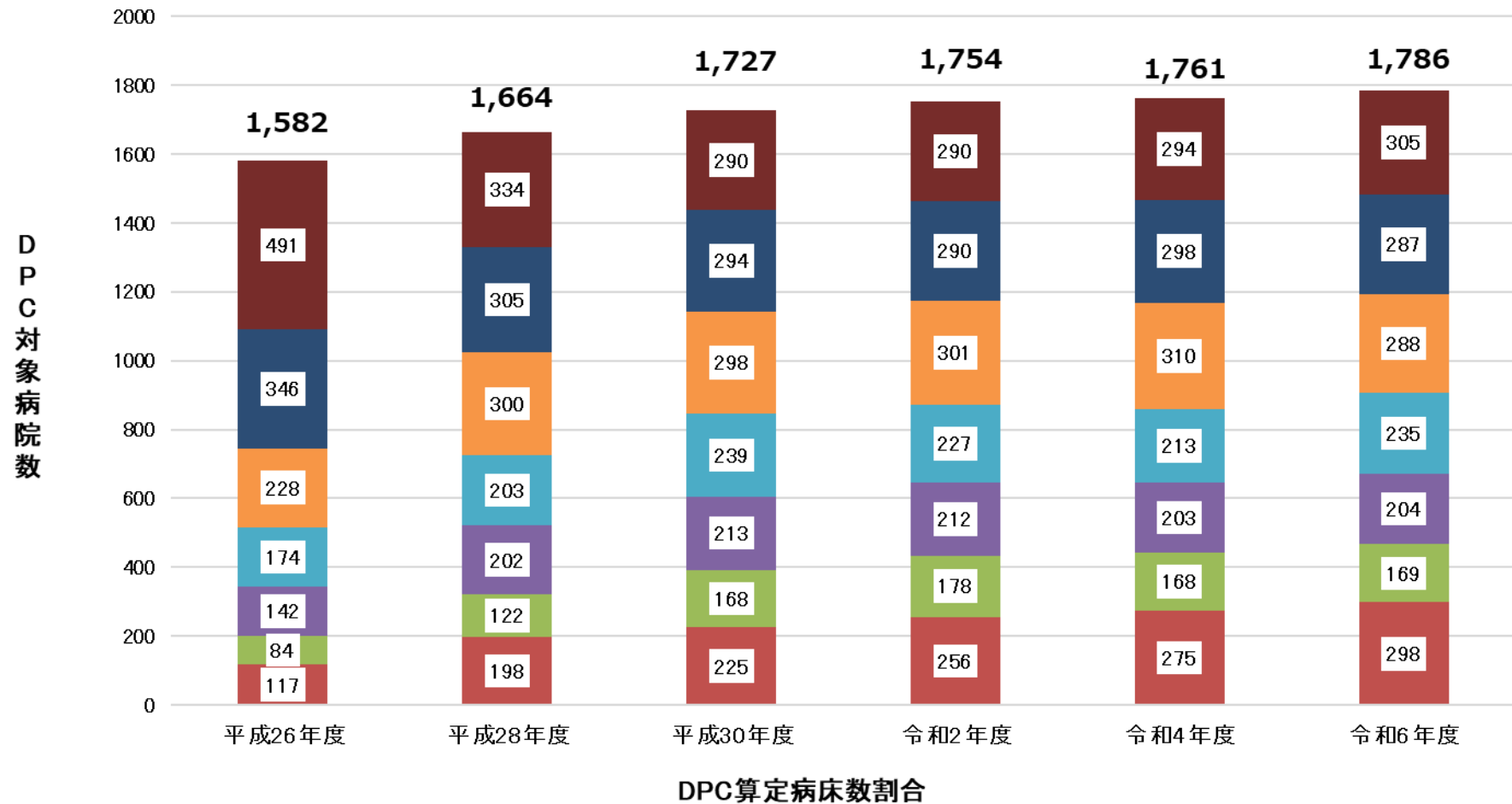


※各年度調査開始時点の見込み値
 ※病床数区分は、DPC算定病床数による

DPC対象病院におけるDPC算定病床割合の内訳

診調組 入 - 2 参考
 7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院のうち、全許可病床数に占めるDPC算定病床数の割合（以下、「DPC算定病床割合」）が50%未満の病院は増加傾向にある。



■ 50%未満 ■ 50%以上60%未満 ■ 60%以上70%未満 ■ 70%以上80%未満 ■ 80%以上90%未満 ■ 90%以上100%未満 ■ 100%

※各年DPCデータ（各年度末時点、令和6年度のみ5月時点）

これまでのDPC/PDPSに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（DPC/PDPS 等作業グループにおける評価・分析に関する意見）

- （複雑性係数について、）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べきではないかとの指摘があった。
- 1日当たり入院数の最大値に対する日ごと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の意見があった。
- 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の意見があった。
- 一方で、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移行した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの意見があった。
- 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」が起りやすい状況になっているのではないかといった指摘があった。
- 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べきではないかとの意見があった。
- 「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変更の周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。
- 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の意見があった。

<令和7年10月29日 中医協総会 個別事項について（その4）移植医療>

- 認定ドナーコーディネーターの配置については、DPCの体制評価係数に反映することも選択肢になり得るのではないか。

1 – 2. DPC制度について

1 – 2 – 1. DPC対象病院の現状等について

1 – 2 – 2. 医療機関別係数について

1 – 2 – 3. 点数設定方式について

1 – 2 – 4. 算定ルールについて

医療機関群について

- DPC/PDPSにおいては、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」及びその他の「DPC標準病院群」から成る。
- また、DPC標準病院群については、基礎係数に限り、データ数が90/月未満の医療機関とそれ以外の医療機関を区別して評価している。

基礎係数の定義

$$\text{[基礎係数]} = \frac{\text{[各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値]} \times \text{[改定率]}}{\text{[各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]}}$$

DPC特定病院群の要件（主なもの）

実績要件（以下の全てについて、所定の基準値を満たす必要がある）

【実績要件1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数

【実績要件2】：許可病床1床あたりの臨床研修医師数

【実績要件3】：医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）
外保連試案（①手術実施症例1件当たりの外保連手術指数、②DPC算定病床当たりの同指数、③手術実施症例件数）
特定内科診療（①症例割合、②DPC算定病床当たりの症例件数、③対象症例件数）

【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後）※2

R6改定後の各医療機関群における基礎係数

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
大学病院本院群		82	1.1182
DPC特定病院群		178	1.0718
DPC標準病院群	データ数が90/月未満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451

※機能評価係数Ⅱについては同一群として扱う

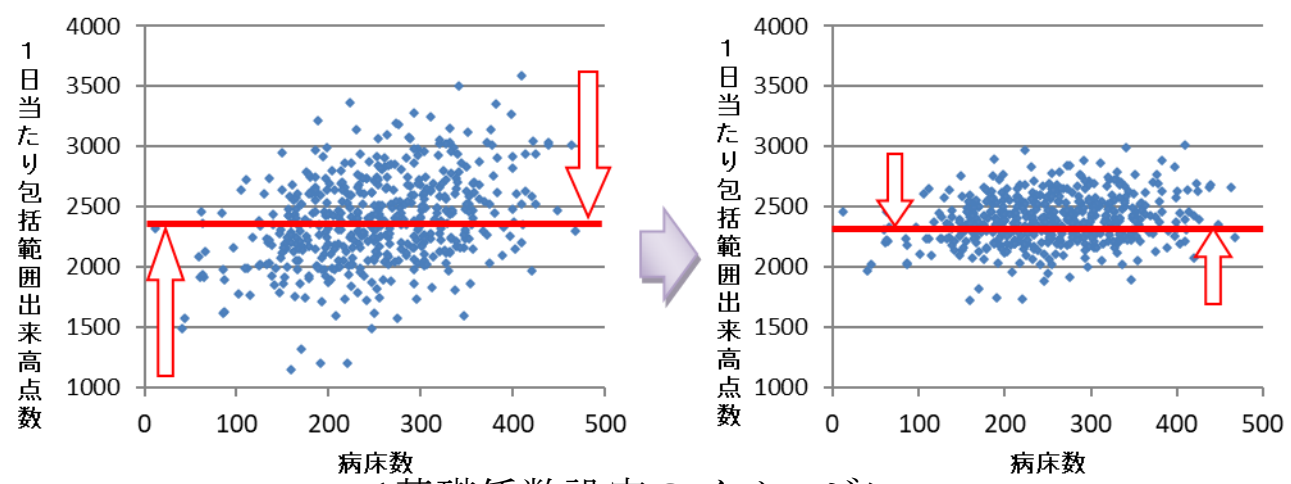
(参考) 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

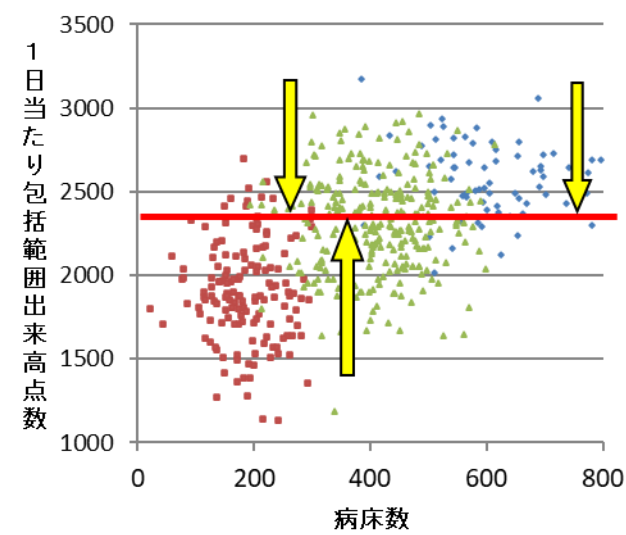
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

<効率化・標準化の進展のイメージ>

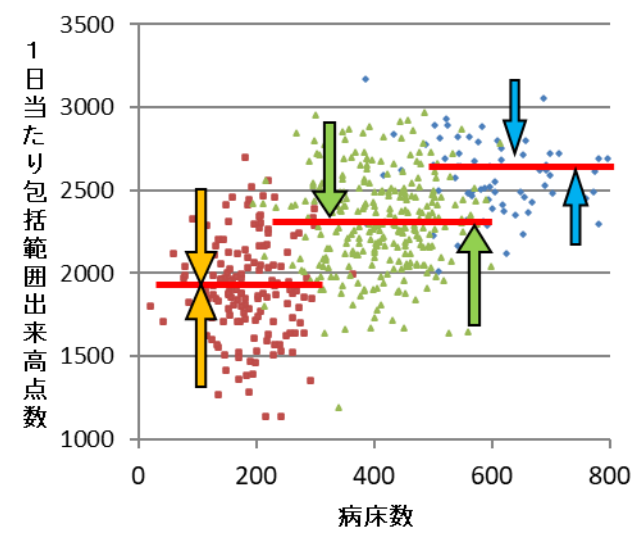


<基礎係数設定のイメージ>

【単一医療機関群】



【医療機関群ごと】



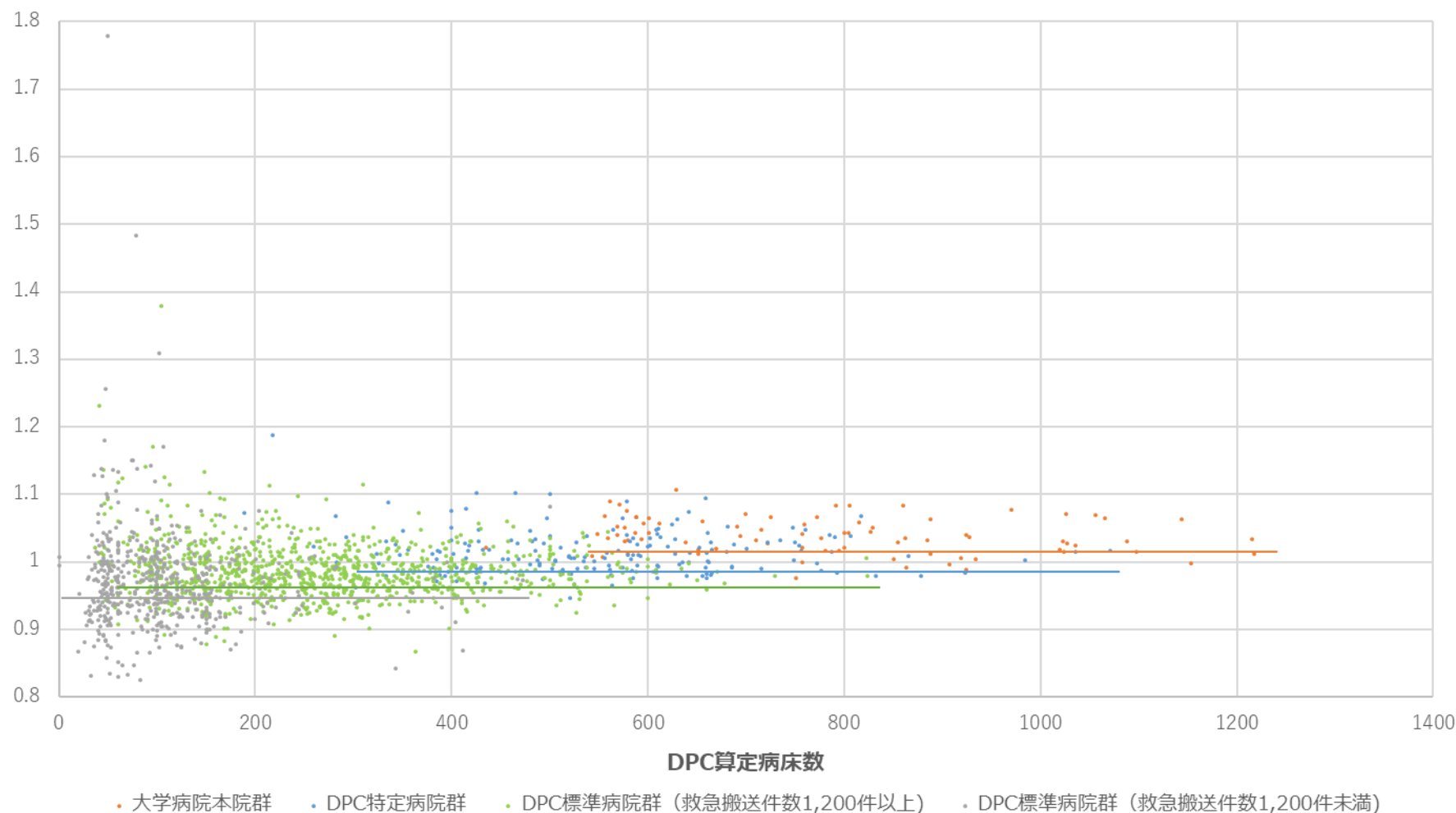
● 医療機関タイプA ● 医療機関タイプB ● 医療機関タイプC ● 医療機関タイプA ● 医療機関タイプB ● 医療機関タイプC

DPC病院群別包括点数に対する包括範囲出来高点数の比

診調組 入 - 1
7 . 9 . 1 8

- DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

DPC算定病床数-包括点数に対する包括範囲出来高点数の比(直接法による補正※)



2022年10月～2023年9月DPCデータ

※ 各医療機関の症例構成をDPC対象病院の平均的な症例構成により補正したもの。

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、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、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. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

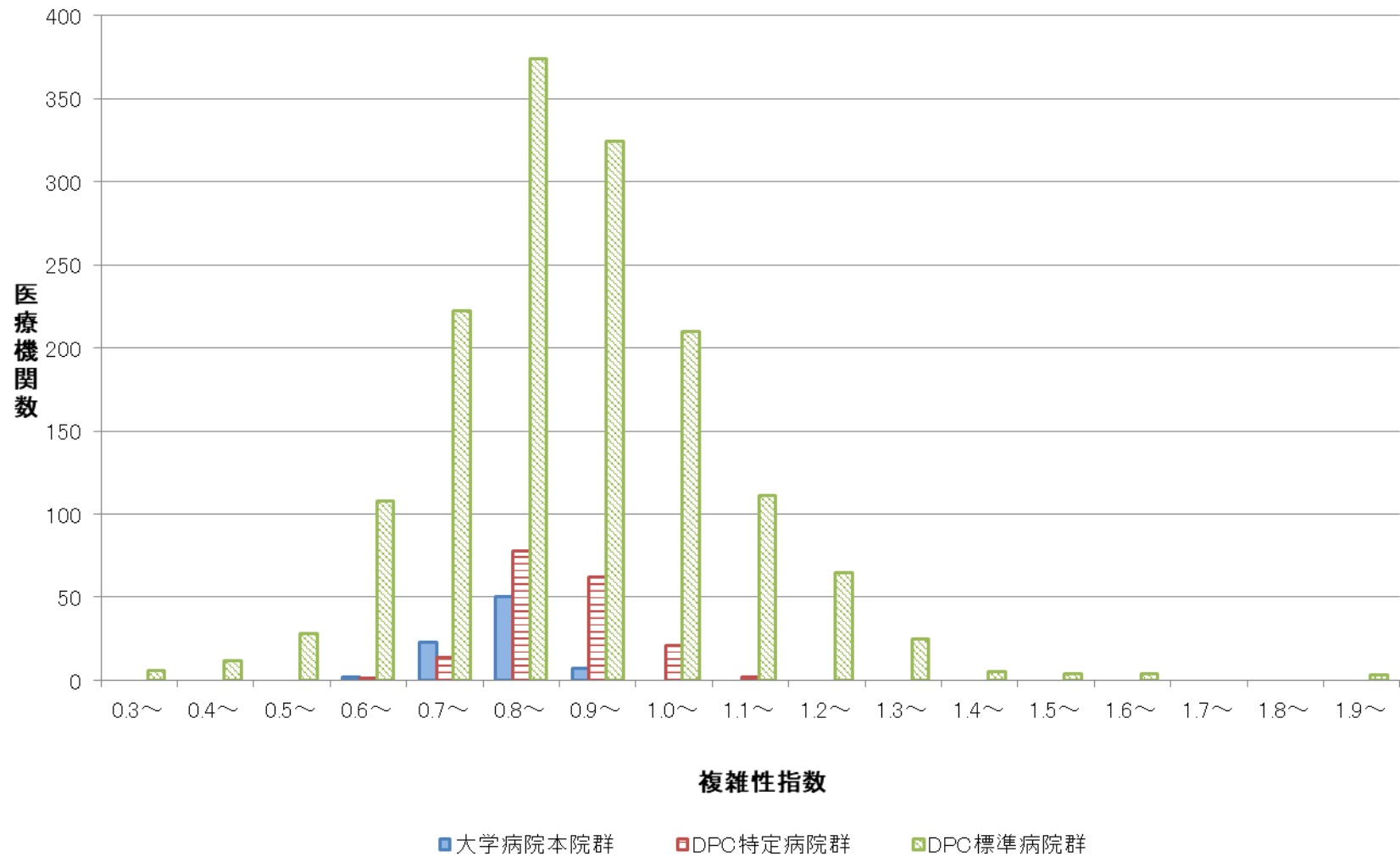
5. 激変緩和係数

- 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）。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と 定量評価指数で （評価シェアは、 <u>7 : 5</u> ）構成	体制評価指数： <u>5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</u> を評価。 定量評価指数：〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<u>〔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〕</u> ※ 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。
複雑性指数	1 入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の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き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数／〔全DPC数〕〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

複雑性指数の分布(医療機関群別)



※0.1刻みで「1.2～」は「1.2以上1.3未満の区分」を表す

現行の複雑性指数の評価方法における課題について

- 現行の複雑性指数は、「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患者数が多い場合に高い評価がなされる仕組みとなっている。
- そのため、1日当たりの包括範囲出来高点数は全DPCの平均未満であるが、平均在院日数が長いことにより、複雑性係数により高く評価される診断群分類が存在している。

複雑性指数の計算方法（再掲）

〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の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き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕

複雑性指数の計算例

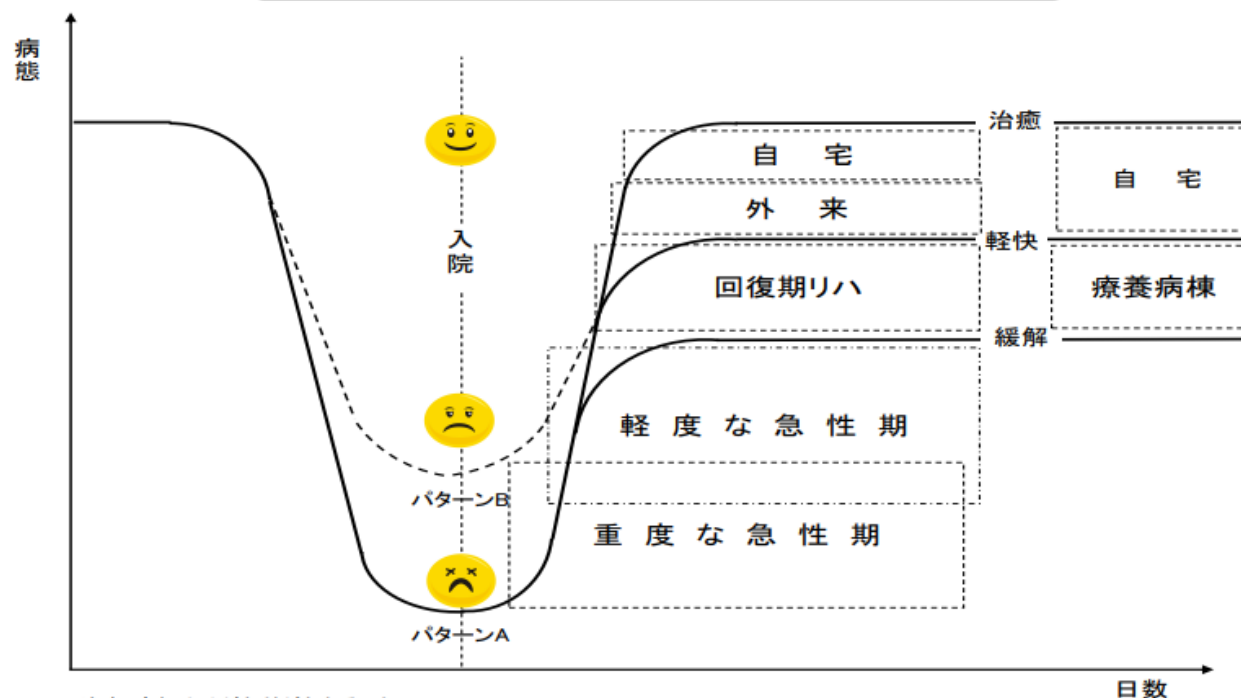
DPC診断群分類の例	全DPC対象病院平均			
	一日当たり 包括範囲 出来高点数	平均 在院日数	一入院当たり 包括範囲出来高点数 (複雑性係数に反映)	(参考) 症例比率
040081xx99x0xx 誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし	2,568	18.6	47,808	1.38%
050030xx03030x 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性 心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等 1 なし、1 あり 手術・処置等 2 3 あり 定義 副傷病 なし	3,276	13.8	43,452	0.06%
全DPC	2,840	10.5	29,874	—

⇒「040081xx99x0xx誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし」の症例比率が100%の医療機関における複雑性指数は、 $47,808 / 29,874 = 1.60$ となる

急性期の定義

「急性期と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」とする。

患者の病態に応じた医療の内容



治癒: 病気やけがなどがなおること。

軽快: 症状が軽くなること。

緩和: 病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態。

出典 平成19年11月21日 中基協基本問題小委員会資料
平成19年10月22日 DPC評価分科会資料

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方 (案)

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

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)

(3) 機能評価係数Ⅱ

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-1

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。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と 定量評価指数で （評価シェアは、 <u>7：5</u> ）構成	体制評価指数： <u>5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</u> を評価。 定量評価指数：〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<u>〔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〕</u> ※ 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。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の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き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数／〔全DPC数〕〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

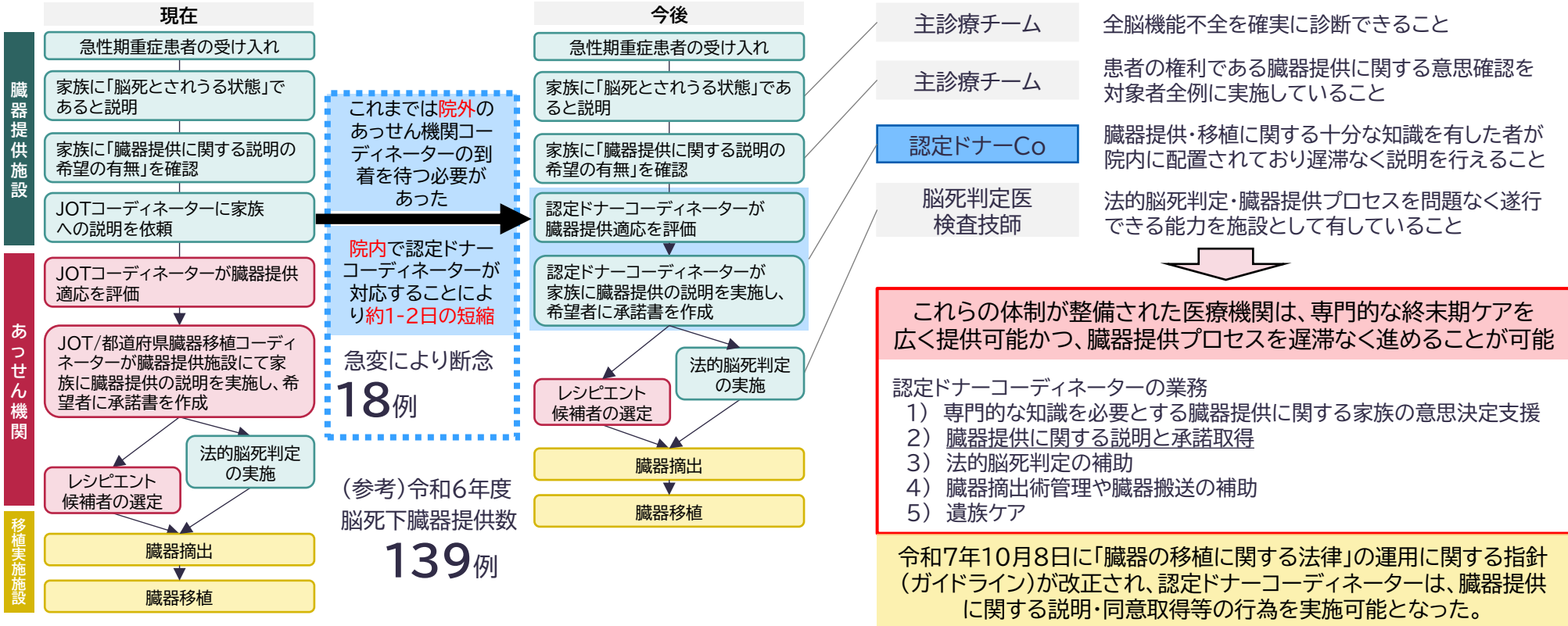
機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
治験等の実施	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	治験等の実施 ・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又は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。	
臓器提供の実施	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）	
医療の質向上 に向けた取組	・医療の質指標に係るDPCデータの提出(0.5P)（令和7年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表(0.25P)(※) ・医療の質指標の自院のホームページでの公表(0.25P)（令和7年度以降の評価） (※)令和6年度は1Pとして評価		
医師少数地域 への医師派遣 機能	(評価は行わない)	・「医師少数地域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P）	(評価は行わない)

認定ドナーコーディネーターの配置による利点

中 医 協 総 - 3
7 . 1 0 . 2 9 改

- 臓器提供においては、多大な人的資源の投入だけでなく、院外他職種との連携も必要となる。
- 令和7年10月8日の「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）の改正により、認定ドナーコーディネーターは、臓器提供に関する説明・同意取得等の行為を実施可能となった。
- 認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、臓器提供の過程において、あっせん機関のコーディネーターの到着を待つ時間が短縮されることで、終末期における患者等の意思に基づく臓器提供の機会を確保できる可能性がある。



質の高い認定ドナーコーディネーターが

- ・ 臓器提供適応の評価
- ・ 家族への説明・同意取得
- ・ 臓器提供手続関係書類の作成

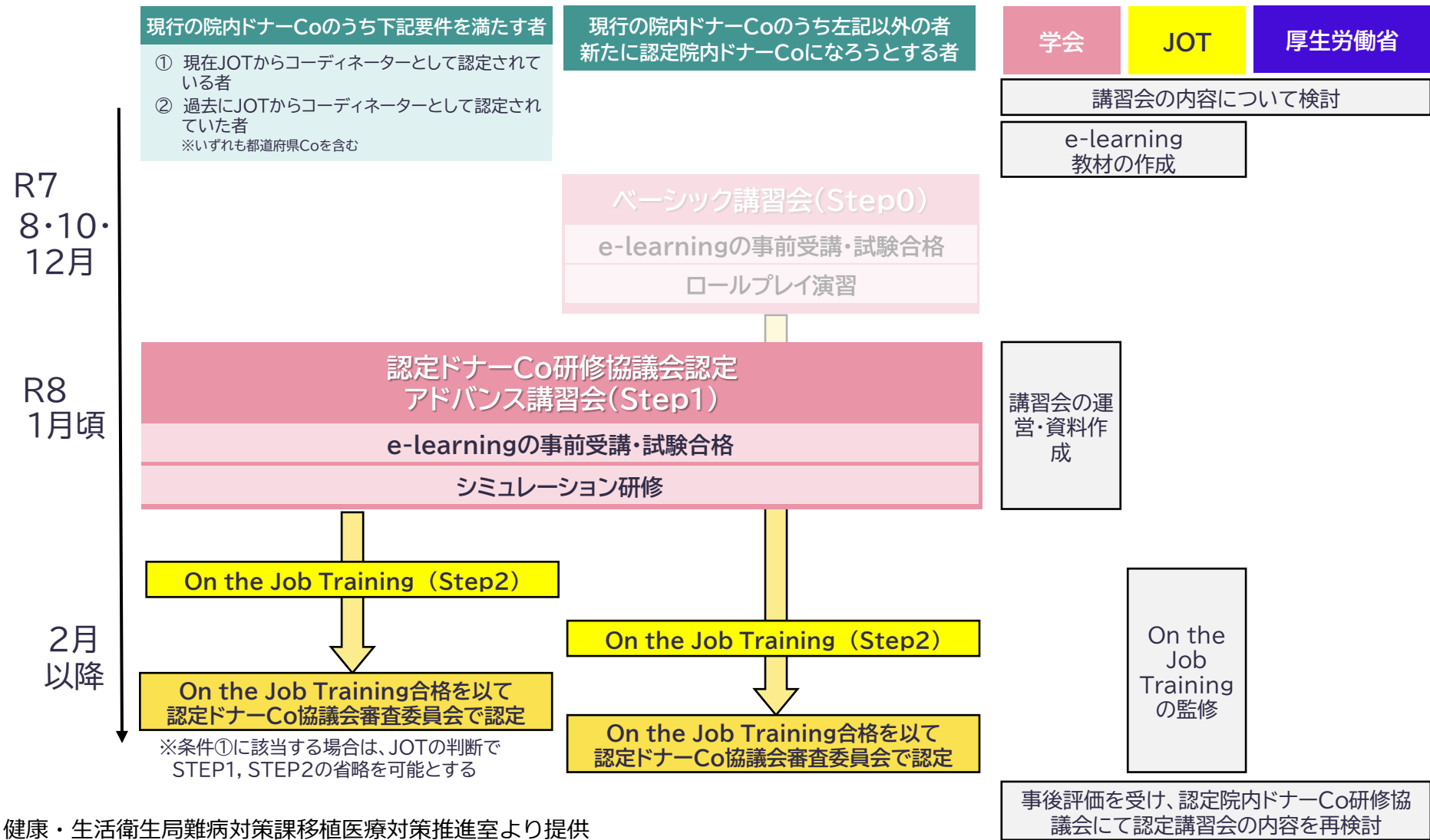
を行うことで、約1-2日の短縮が可能。

・ 希望する患者の臓器提供機会の確保

・ 終末期における患者等負担の軽減

・ より良い臓器状態での提供に繋がる。

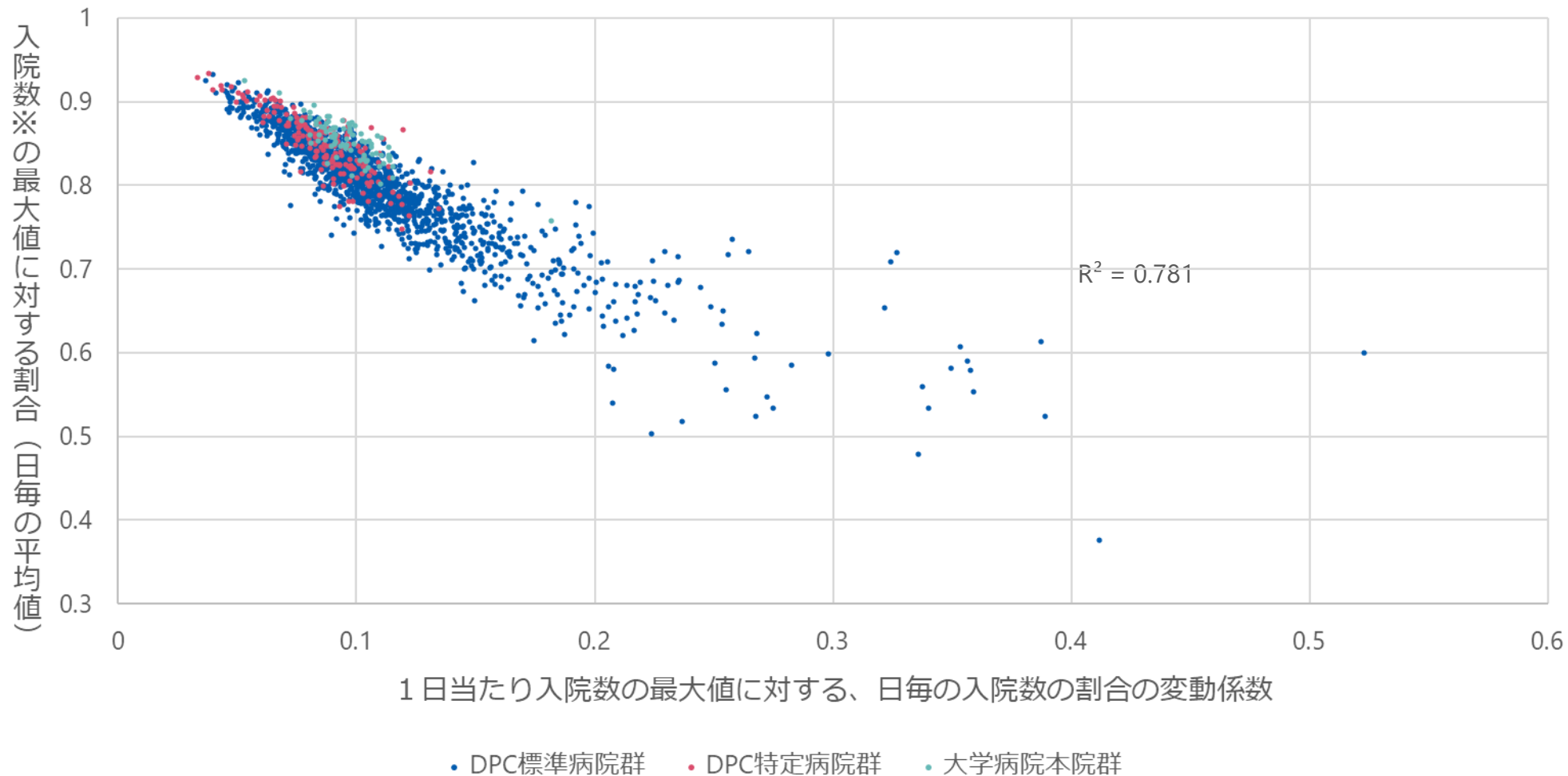
○ 認定ドナーコーディネーターについて、令和7年度中に認定が開始され、臓器提供に関する説明・同意取得等の行為を行うことが可能となる。



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

診調組 入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、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と入院数※の最大値に対する割合（日毎の平均値）の関係は以下のとおり。
- 両者には強い負の相関があり、また、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相対的に著しく低い医療機関も見られた。



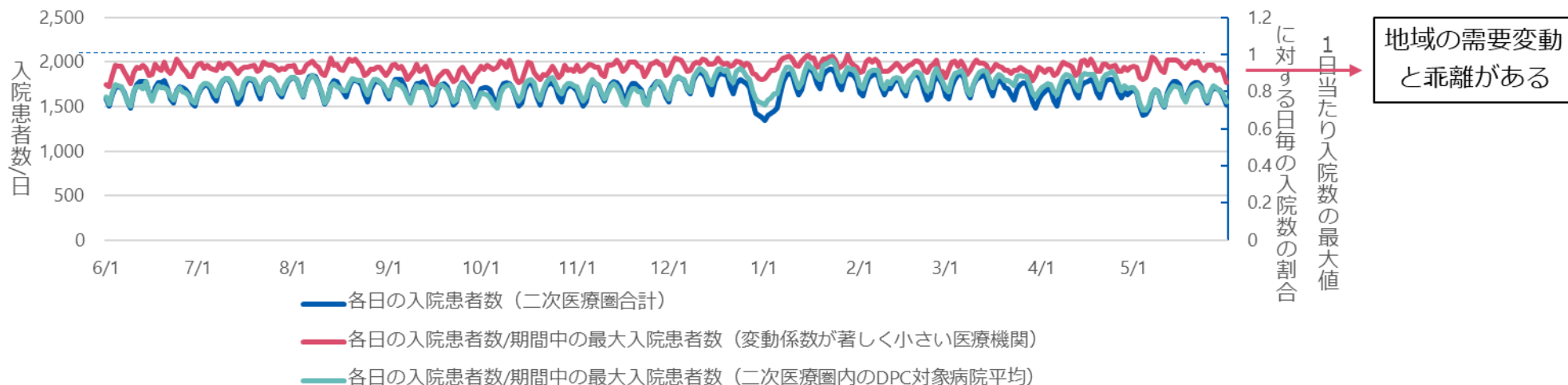
2022年10月～2023年9月DPCデータ（期中に再編のあった医療機関は除く）

※ 医療機関毎の、集計期間の各日における入院料に該当するEFファイルの個数により近似している。

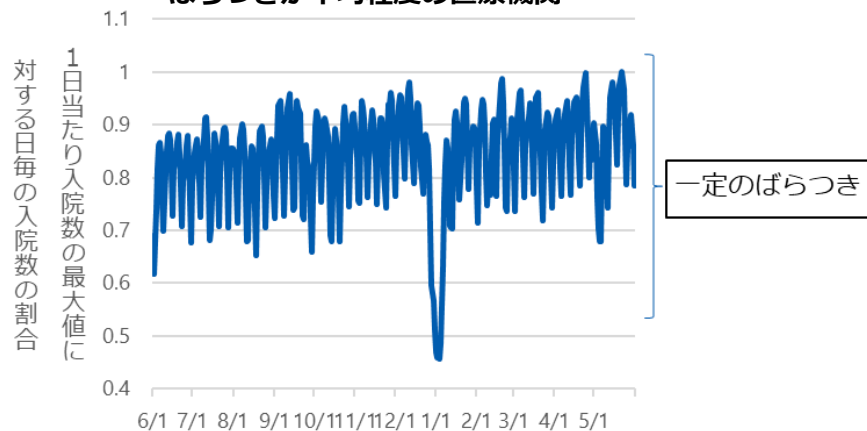
1日当たり入院数の最大値に対する、日毎の入院数の割合の変動係数が小さい医療機関

- 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小さい医療機関の中には、二次医療圏内の他医療機関と異なり、二次医療圏内の日毎の入院患者数の増減と異なる動きをする医療機関が存在する。
- このような医療機関については、地域の需要変動への応答性に乏しい可能性がある。

入院患者数等の推移

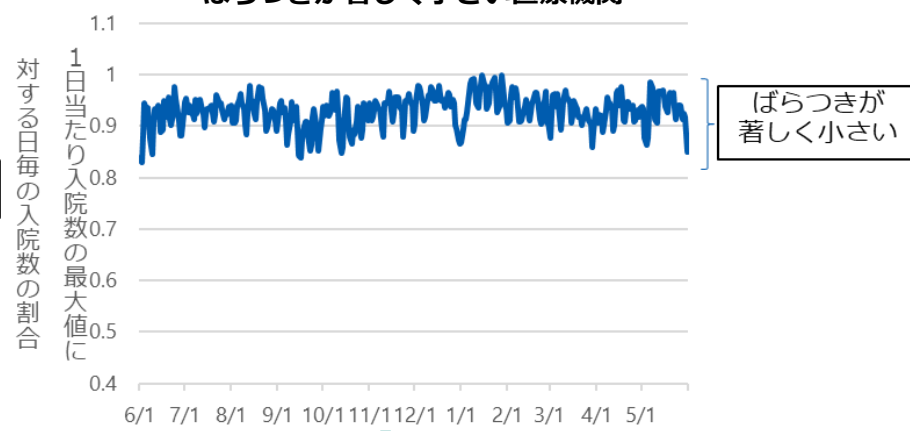


ばらつきが平均程度の医療機関



通常であれば、需要変動に応じてばらつきが生じる

ばらつきが著しく小さい医療機関



ばらつきが著しく小さい場合、需要変動への応答性に乏しい可能性がある

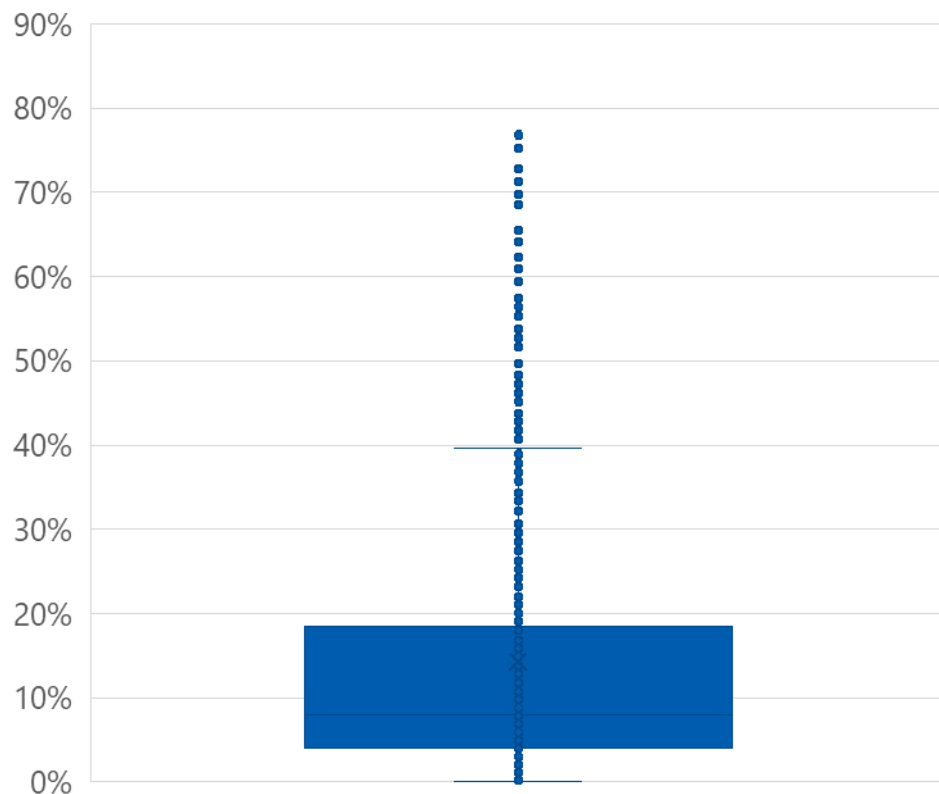
機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と 定量評価指数で （評価シェアは、 <u>7：5</u> ）構成	体制評価指数： <u>5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</u> を評価。 定量評価指数：〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<u>〔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〕</u> ※ 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。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の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き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数／〔全DPC数〕〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

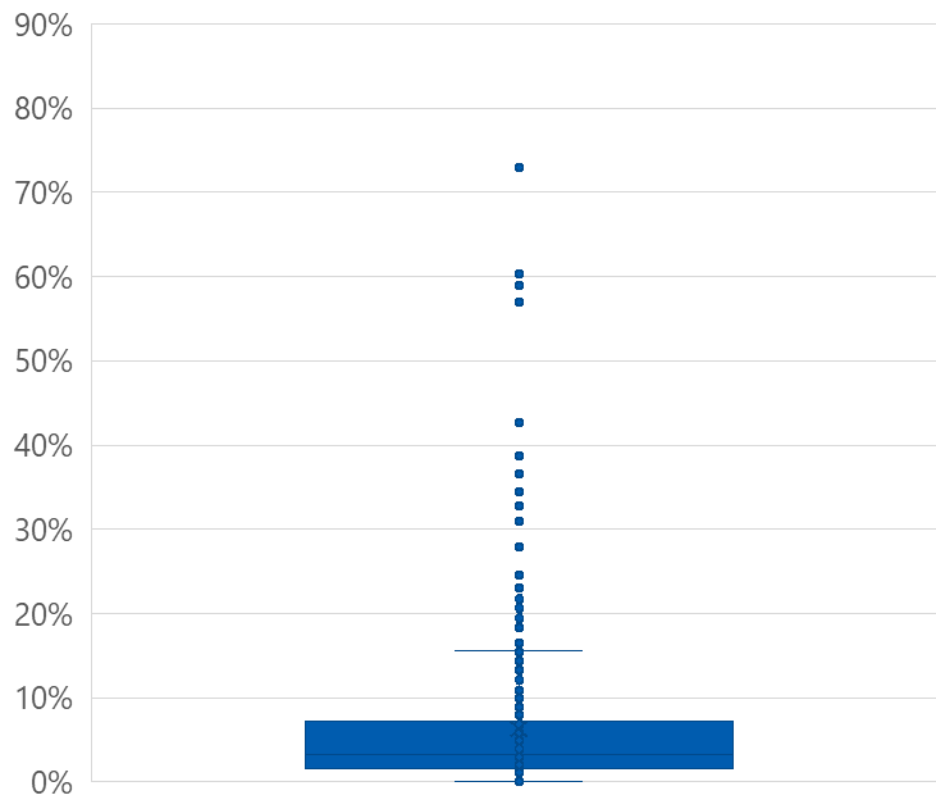
DPC標準病院群における地域シェア①

- DPC標準病院群のうち、救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関とそれ以外の医療機関における、各医療機関が所属する二次医療圏内の入院患者数に占める、当該医療機関の入院患者数の割合（全診断群分類の地域シェア）は以下のとおり。
- 救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関は、年間1,200件未満の医療機関と比較して、全診断群分類の地域シェアは高い傾向にある。

全診断群分類の地域シェア
(救急搬送件数年間1,200件以上)

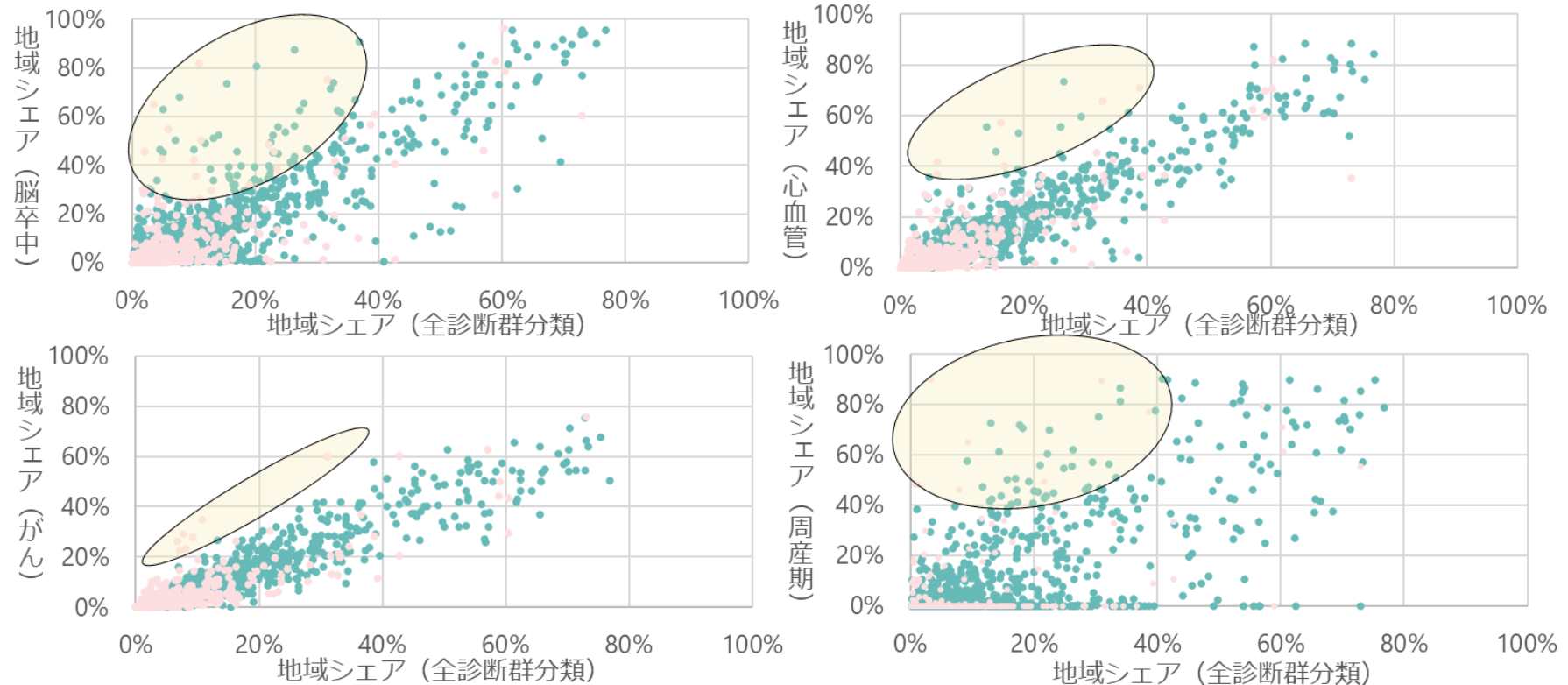


全診断群分類の地域シェア
(救急搬送件数年間1,200件未満)



DPC標準病院群における地域シェア

- DPC標準病院群における、脳卒中、心血管、がん及び周産期領域毎の、各医療機関が所属する二次医療圏内のDPC対象病院の入院患者数に占める、当該医療機関の入院患者数の割合は以下のとおり。
- 全体として、全診断群分類の地域シェアと領域毎の地域シェアは正に相関しているが、救急搬送件数が年間1,200件未満で全診断群分類の地域シェアは低いものの、特定の領域の地域シェアが高い医療機関も存在する。



● DPC標準病院群 (救急搬送件数1,200件未満) ● DPC標準病院群 (救急搬送件数1,200件未満)

相対的に特定の領域の地域シェアが高い医療機関

1 – 2. DPC制度について

1 – 2 – 1. DPC対象病院の現状等について

1 – 2 – 2. 医療機関別係数について

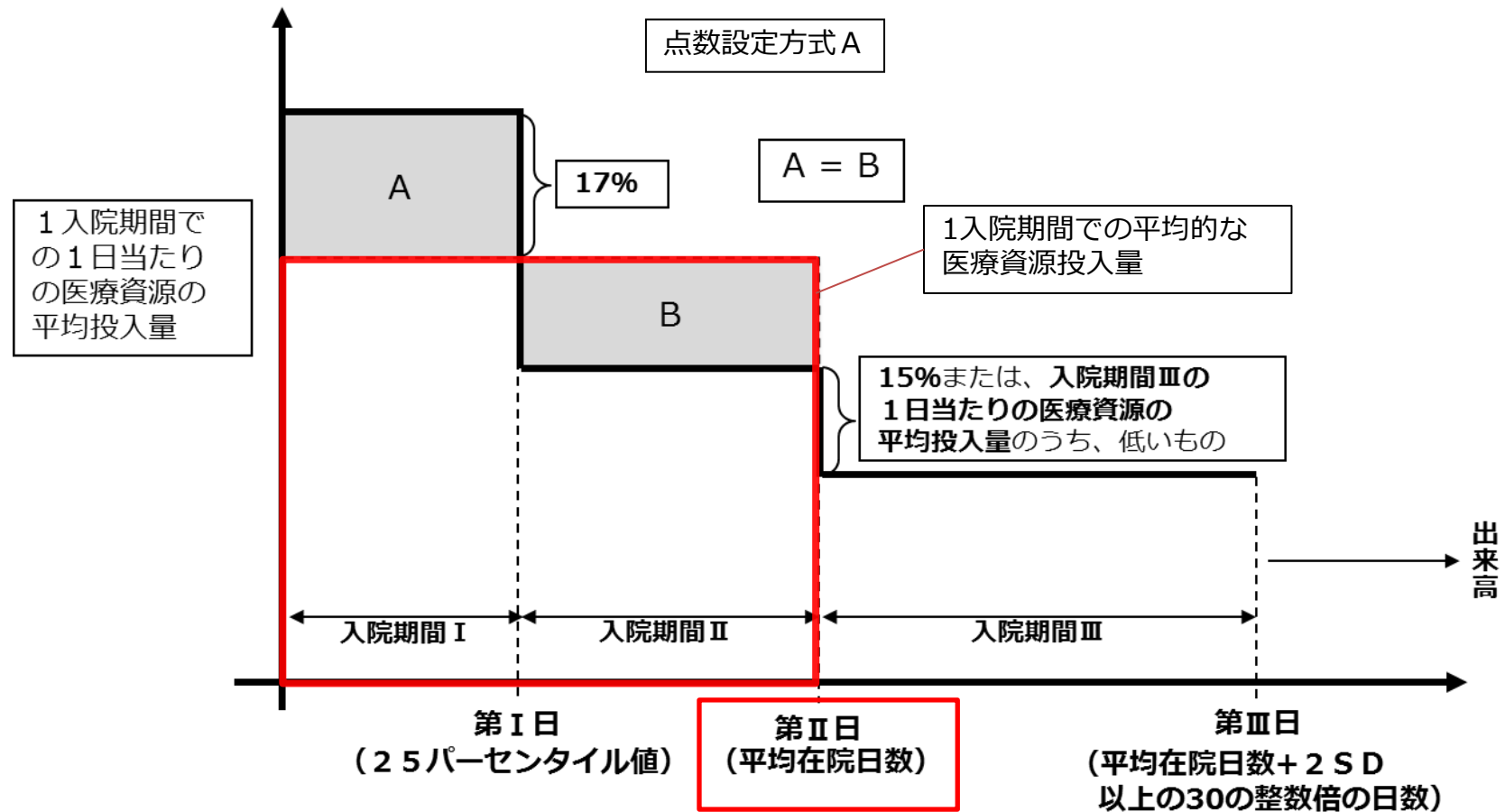
1 – 2 – 3. 点数設定方式について

1 – 2 – 4. 算定ルールについて

点数設定方式における入院期間Ⅱについて

診調組入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1改

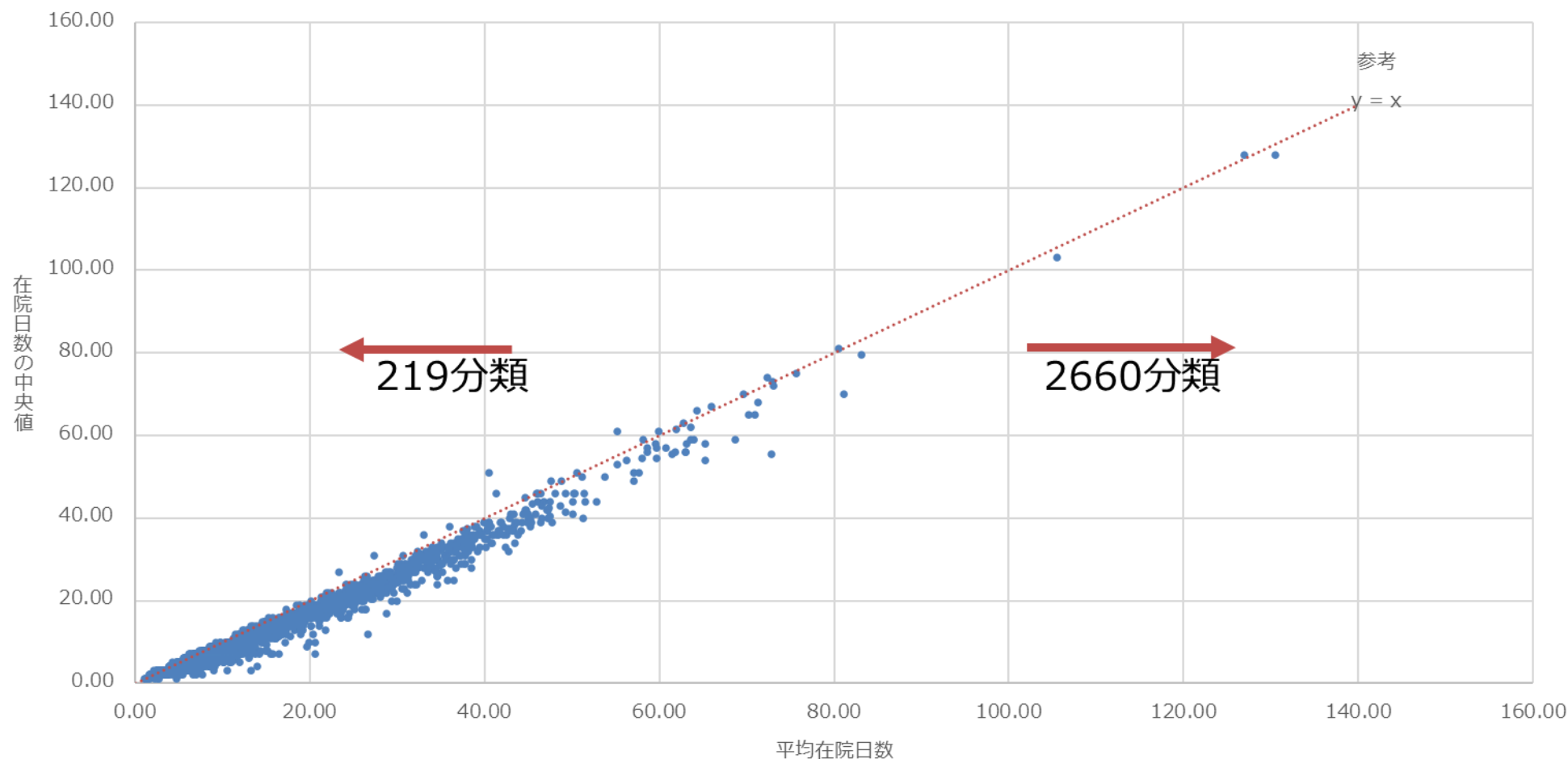
- 現行のD P C制度においては、入院期間Ⅱは平均在院日数より定義されている。



平均在院日数と在院日数の中央値の関係

診調組 入 - 2 参 考
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、診断群分類ごとの平均在院日数と在院日数の中央値の関係は以下のとおり。
- 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る。



2022年10月～2023年9月DPCデータ

※散布図については全DPC対象病院における症例数が1,000以上の分類に限る。

分類数については全DPC対象病院における症例数が10以上の分類に限る。

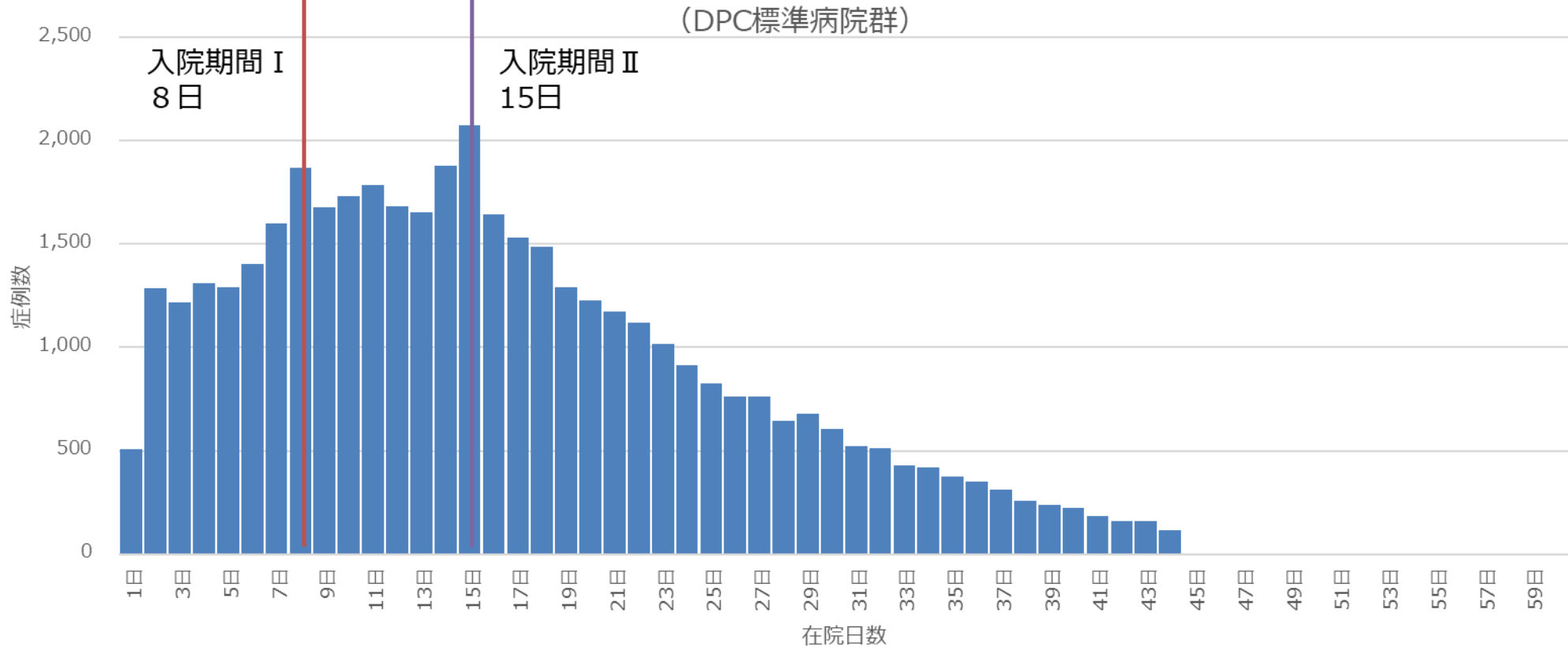
DPC別在院日数又は包括範囲出来高実績点数が95%tile超のデータを除外

特定の在院日数の患者数が多い診断群分類

診断組入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1改

- DPC標準病院群における、「160690xx99xxxx 胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし」の在院日数の分布は以下のとおりであり、入院期間Ⅰ及びⅡの退院患者数が周辺の日数と比較して相対的に多い。

160690xx99xxxx 胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし



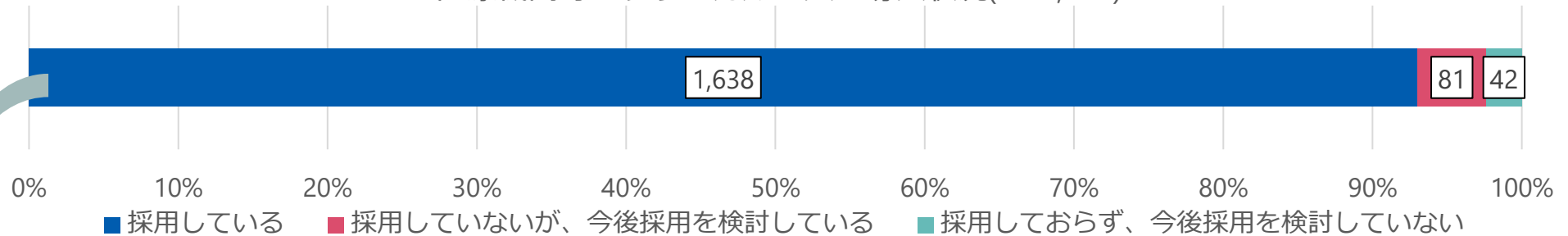
2022年10月～2023年9月DPCデータ

※DPC別在院日数又は包括範囲出来高実績点数が95%tile超のデータを除外
点数設定方式は令和4年度診断群分類点数表に基づく

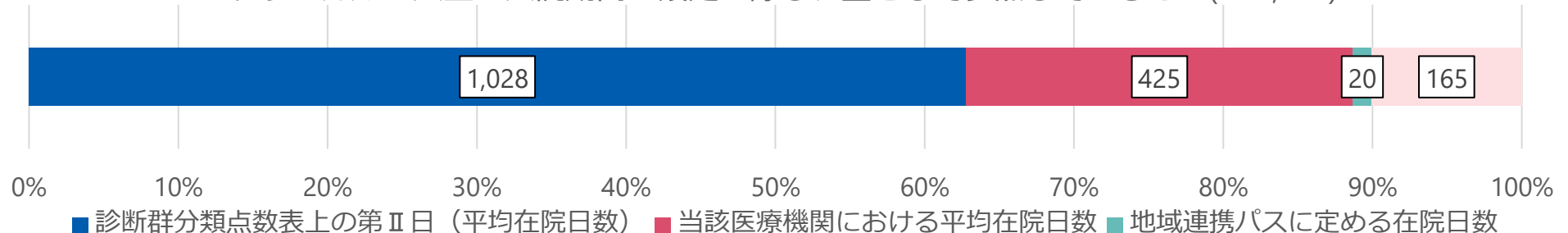
DPC対象病院におけるクリニカルパスの導入状況等

- DPC対象病院における医療機関毎のクリニカルパスの導入状況については、以下のとおりであり、「採用している」と回答した医療機関が約9割であった。
- クリニカルパスを「採用している」と回答した医療機関において、クリニカルパス上の入院期間の設定に際し、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」と回答した医療機関が約6割であった。

医療機関毎のクリニカルパスの導入状況(N=1,761)



クリニカルパス上の入院期間の設定に際し、主として参照しているもの(n=1,638)

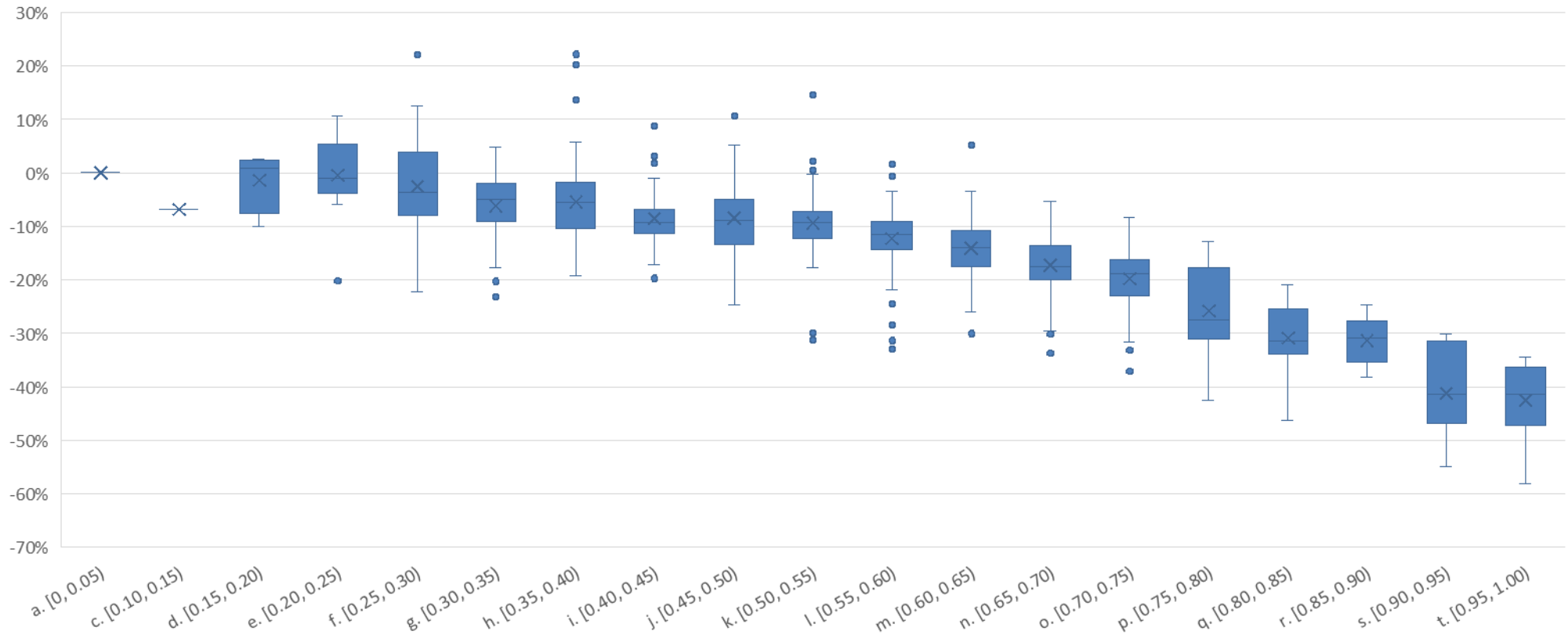


入院期間Ⅱに係る検討について

診療組 入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1改

- 各診断群分類における在院日数の変動係数毎の(在院日数の中央値-平均在院日数) / 平均在院日数(=入院期間Ⅱの変動率) の分布は以下のとおり(症例数1,000件以上の診断群分類に限る)。
- 変動係数が大きいほど変動率が大きくなる傾向にあり、例えば変動係数が0.70未満の場合の入院期間Ⅱの変動率は、多くの診断群分類で約20%以内となる。
- 一方で、変動係数が0.70未満であっても、入院期間Ⅱが20%以上変動する診断群分類も存在する。

変動係数毎の入院期間Ⅱの変動率



1 – 2. DPC制度について

1 – 2 – 1. DPC対象病院の現状等について

1 – 2 – 2. 医療機関別係数について

1 – 2 – 3. 点数設定方式について

1 – 2 – 4. 算定ルールについて

- 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。
- 平成20年度診療報酬改定において、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。

- 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知） 令和 6 年 3 月 21 日 保医発0321第 6 号（抄）

D P C 算定対象となる病棟等に入院していた患者が、当該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 D P C 算定対象となる病棟等に再入院（D P C 算定対象とならない病棟へ転棟した後の再転棟又は当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関に再入院した場合を含む。以下「再入院」という。）した場合について、次に該当する場合（以下「同一傷病等」という。）は、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない（D P C 算定対象とならない病棟への転棟期間は入院期間として算入する。）。

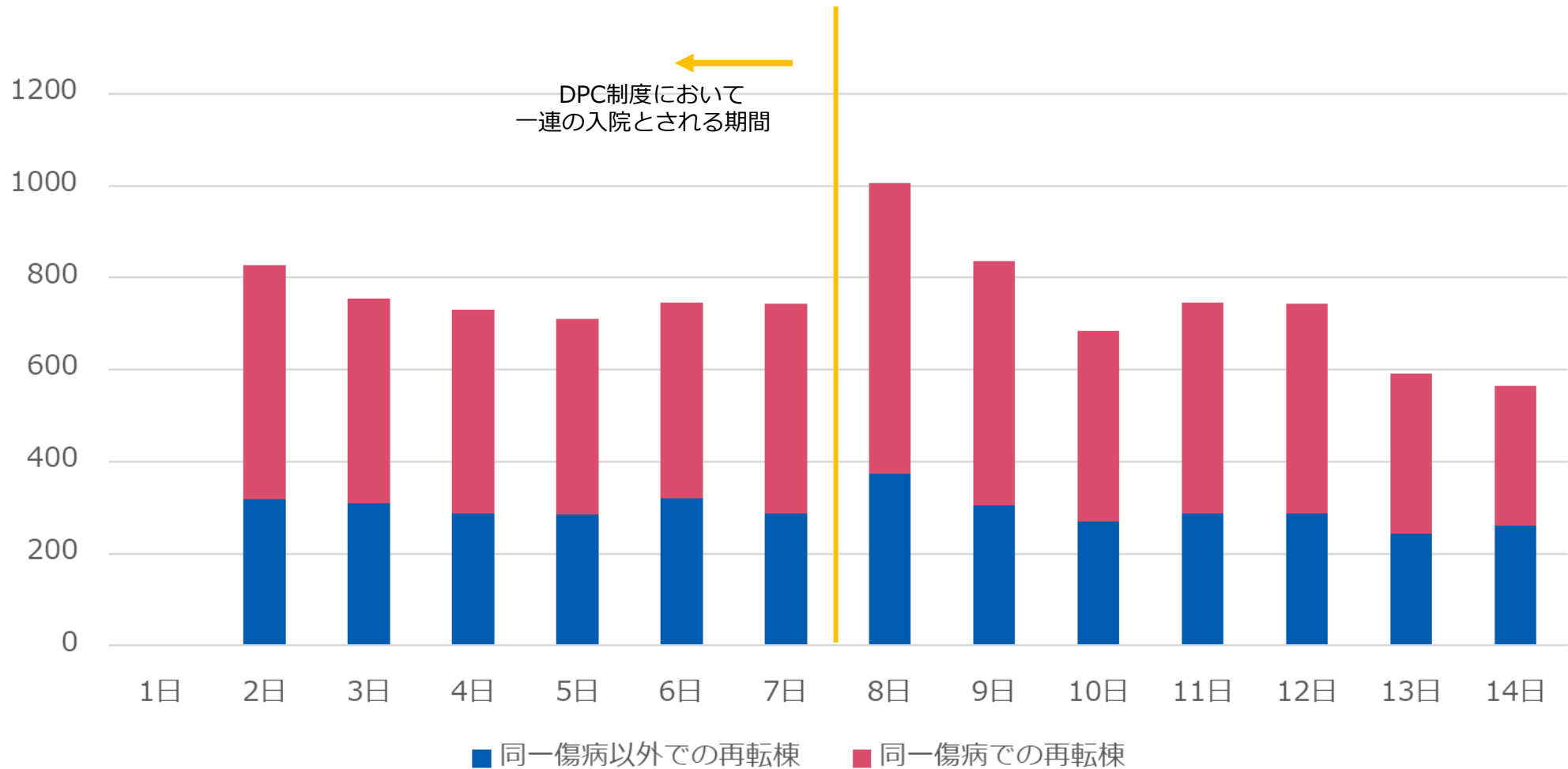
ア …「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上 2 桁が同一である場合又は直近の D P C 算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上 6 桁が同一である場合

イ 略

DPC制度における再転棟ルール

診調組 入 - 2 参 考
7 . 9 . 1 1

- DPC対象病院における、再転棟までの期間ごとの再転棟数の分布は以下のとおり。
- DPC制度において一連の入院とされる期間を超えた時点での再転棟が最も多い。



令和5年4月～令和6年3月DPCデータ

※ 15日目以降の再転棟については表示していない。また、再転棟調査の仕様上、DPC対象病棟からの退棟翌日の再転棟の数は0となる。

- DPC算定に当たっては、平成26年度診療報酬改定において、以下の背景を踏まえ、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、「入院の契機となる傷病」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た。

- 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）
令和6年3月21日 保医発0321第6号

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、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該病院又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合においては、当該特別な理由を診療録に記載すること。）

4. 持参薬について

(1) 背景

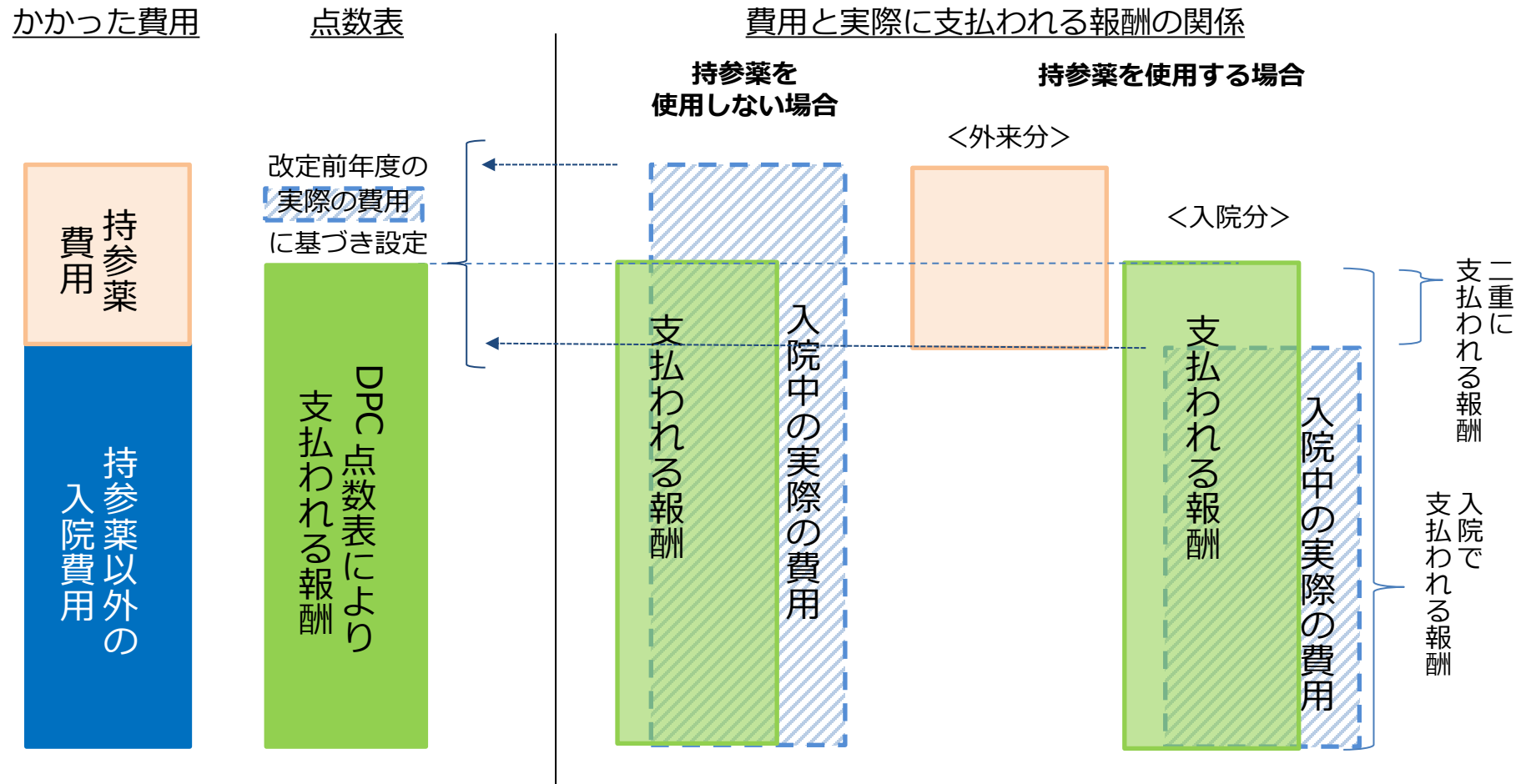
- 入院中に処方されるとDPCで包括扱いとなる薬剤を外来で処方し患者に持参させることで、不適切に利益を得ている医療機関があるのではないかという意見がある。
- また、持参薬を作り出すような処方が増加することで、患者にとって薬を持参する負担が増えているのではないかといった懸念がある。
- また、持参薬を持たない患者の入院を受けつけない医療機関があるのではないかという指摘がある。

診 調 組 D - 3
2 5 . 1 1 . 1 3

持参薬の使用による診療報酬上の課題

診療組 入 - 2 参考
7 . 9 . 1 1改

- 診断群分類点数表は、改定前年度の出来高実績点数に基づき設定されるため、持参薬を使用する場合、入院中の出来高実績点数が見かけ上少なくなり、点数表により支払われる報酬額が減少する。
- そのため、原則どおり、入院下で必要な薬剤を処方した場合、点数表により支払われる報酬は、実際の費用※を上回ることとなる。
- 一方で、患者は、原則通り入院下で必要な薬剤を処方した場合の費用も含めた額を支払うため、持参薬を使用する患者にとっては、一部の費用を二重で負担していることとなる。



※ ここでいう「実際の費用」は、EFファイルの積み上げによる出来高実績点数を指す

入院の契機となった傷病に対する持参薬の使用割合

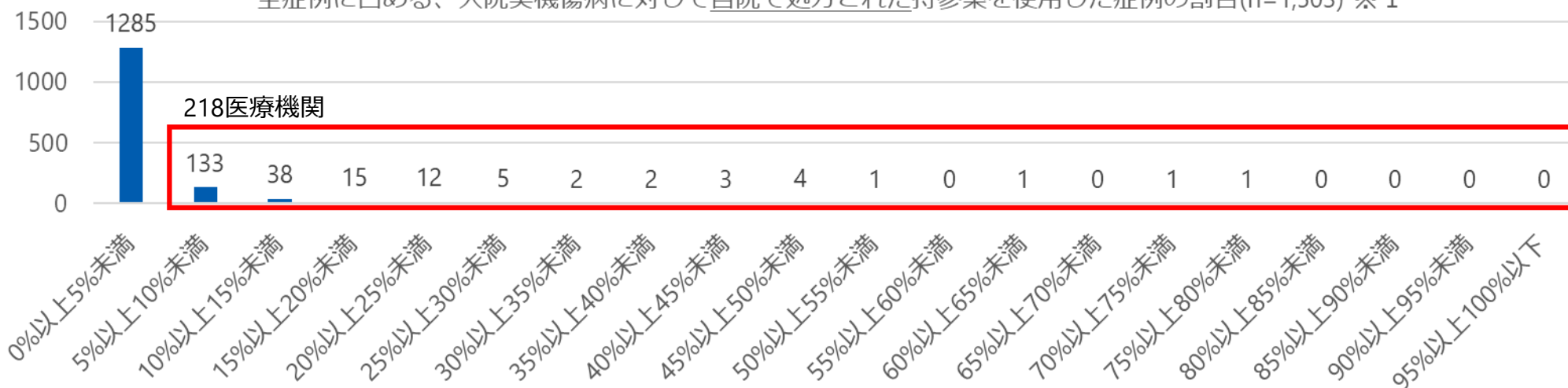
診調組 入 - 2 参 考
7 . 9 . 1 1

- 医療機関毎の入院の契機となった傷病に対する持参薬の使用割合の分布は以下のとおり。
- 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ている医療機関も一定数見られた。

全症例に占める、入院契機傷病に対して持参薬を使用した症例の割合(n=1,503)※ 1



全症例に占める、入院契機傷病に対して自院で処方された持参薬を使用した症例の割合(n=1,503) ※ 1



令和6年度DPCデータ

※ 1 全症例に占める持参薬の使用症例割合が10%以上の1,503医療機関に限る

DPC制度に係る課題①

(DPC対象病院の現状等について)

- DPC対象病院のうち、DPC算定病床数が100床未満である病院や、全許可病床に占めるDPC算定病床の割合(以下、「DPC算定病床割合」)が50%未満の病院は増加傾向にある。

(医療機関別係数について)

- DPC/PDPSにおいては、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おり、そのうちDPC標準病院群については、基礎係数に限り、データ数が90/月未満の医療機関とそれ以外の医療機関を区別して評価している。
- DPC標準病院群においては、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にあった。
- 複雑性係数について、現状は「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患者数が多い場合に高い評価がなされる仕組みとなっており、1日当たりの包括範囲出来高点数は全DPCの平均未満であるが、平均在院日数が長いことにより、複雑性係数により高く評価される診断群分類が存在していた。
- DPC/PDPS 等作業グループにおいては、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あり、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べきではないかとの指摘があった。
- 地域医療係数については、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価する体制評価指数と、各医療機関の所属地域における入院患者数のシェアにより評価する定量評価指数の2つの指数により評価を行っている。
- 体制評価指数に関して、令和6年度診療報酬改定において、臓器提供の実施を新たに評価することとされた。
- その後、令和7年10月の「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)の改定により、認定ドナーコーディネーターは、臓器提供における説明・同意取得等の行為を実施することが可能となった。
- 「認定ドナーコーディネーター」を院内に配置することにより、臓器提供の過程において、あっせん機関のコーディネーターの到着を待つ時間が短縮されることで、終末期における患者等の意思に基づく臓器提供の機会を確保できる可能性がある。
- 令和7年10月29日開催の中央社会保険医療協議会総会において、認定ドナーコーディネーターの配置については、DPCの体制評価係数に反映することも選択肢になり得るのではないかと、との意見があった。

DPC制度に係る課題②

(医療機関別係数について)

- また、体制評価指数に関して、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相対的に著しく低く、二次医療圏内の日毎の入院患者数の増減と異なる動きをする医療機関が存在しており、これらの医療機関については、地域の需要変動への応答性に乏しい可能性がある。
- 定量評価指数に関して、DPC標準病院群のうち、救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関は、年間1,200件未満の医療機関と比較して、各医療機関が所属する二次医療圏内のDPC対象病院の入院患者数に占める、当該医療機関の入院患者数の割合(地域シェア)が高い傾向にあった。
- 一方で、脳卒中、心血管、がん及び周産期領域毎の地域シェアに着目した分析においては、救急搬送件数が年間1,200件未満であり全診断群分類の地域シェアは低いものの、特定の領域の地域シェアが高い医療機関が存在していた。

(点数設定方式について)

- 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おり、原則として、第Ⅱ日は平均在院日数により規定されている。
- 診断群分類毎の分析においては、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。
- また、特定の在院日数のみ患者数が顕著に多い診断群分類も存在していた。
- DPC対象病院のクリニカルパスの導入状況については、「採用している」と回答した医療機関が約9割であり、うち6割が、入院期間の設定に際し、主として、「診断群分類点数表上の第Ⅱ日」を参照していた。
- 各診断群分類における在院日数の変動係数毎の(在院日数の中央値-平均在院日数) / 平均在院日数(=入院期間Ⅱの変動率)の分布の分析においては、変動係数が大きいほど変動率が大きくなる傾向が示された。また、変動係数が相対的に小さい診断群分類であっても、変動率が大きくなる診断群分類が存在していた。
- DPC/PDPS 等作業グループにおいては、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の意見があり、また、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移行した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの指摘があった。

DPC制度に係る課題③

(算定ルールについて)

- 再転棟ルールに関しては、DPC制度においては、患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返し算定する事例に対応する観点から、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。
- 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最も多かった。
- DPC/PDPS 等作業グループにおいては、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指摘があった。
- 持参薬ルールに関しては、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、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。
- 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の使用割合が 5%以上となる医療機関が一定数みられた。
- また、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。
- DPC/PDPS 等作業グループにおいては、「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あり、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の指摘があった。

DPC制度に係る論点

(医療機関別係数について)

- 基礎係数について、DPC標準病院群のうち、救急搬送件数が年間1,200件未満の医療機関と、それ以上の医療機関で、DPC点数表に基づく包括評価点数と包括範囲出来高点数の比に乖離があること等を踏まえ、救急搬送件数等に基づき、基礎係数の評価を分けることについて、どのように考えるか。
- 複雑性係数について、急性期入院医療を対象とするDPC制度において、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をより高く評価する観点から、1入院あたりの包括範囲出来高点数による現行の評価から、入院初期までの包括範囲出来高点数による評価へ移行することについて、どのように考えるか。
- 地域医療係数のうち体制評価指数について、認定ドナーコーディネーターを院内に配置することにより、患者の意思をより尊重し、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されることを踏まえ、認定ドナーコーディネーターの配置を新たに体制評価指数により評価することについて、どのように考えるか。
- また、地域の需要変動に柔軟に対応する体制の確保を促進する観点から、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に対する体制評価指数による評価のあり方について、どのように考えるか。
- 地域医療係数のうち定量評価指数について、救急搬送件数が年間1,200件以上の医療機関の方が全診断群分類の地域シェアが高くなる傾向にあるが、全診断群分類の地域シェアは低いものの、脳卒中等の一部の領域で地域において重要な機能を果たしている医療機関が存在することを踏まえ、DPC対象病院が地域において果たす役割をより評価する観点から、単なる全診断群分類の地域シェアによる現行の評価から、領域毎の評価へ移行することや、定量評価指数の重み付けを見直すことについて、どのように考えるか。

(点数設定方式について)

- 点数設定方式について、より実態に即した点数設定とする観点から、標準化が一定程度進んだ診断群分類について、一定の激変緩和措置を講じつつ、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ移行することについて、どのように考えるか。

(算定ルールについて)

- 再転棟ルールについて、DPC制度を構成する医療機関の内訳が経時的に変化し、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たこと等を踏まえ、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について、どのように考えるか。
- 持参薬ルールについて、現状の算定ルールの更なる徹底を図る観点から、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ことについて、どのように考えるか。

- 1．急性期入院医療について（その2）
- 2．高度急性期入院医療について（その2）

2. 高度急性期入院医療について

2－1. 特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度について

2－2. ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度について

2－3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

これまでの特定集中治療室・ハイケアユニットに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

（特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者は、人工呼吸器の管理等を要さない場合であっても、I C UやH C Uにおいて厳格な不整脈のモニタリングを要する場合があるが、このような患者は、現行の評価体系では「特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」で該当する項目がないとの意見があった。
- 致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、I C UやH C Uの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の処置について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない「動脈圧測定」「中心静脈圧測定」は、中間ユニットがない医療機関においては集中治療室で行うことがあるのではないかと意見があった。
- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準は、該当する患者や施設の割合を踏まえて検討すべきではないかと意見があった。

<令和7年10月8日 中医協総会 入院（その2）>

（特定集中治療室・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

- 特定集中治療室、ハイケアユニットにおける重症度、医療・看護必要度については、各項目を見直した場合のシミュレーション結果を確認した上で、該当患者割合の水準について検討すべきである。
- 高度急性期入院医療については、手厚い医療資源の投入が必要な患者を対象とするためにも、重症度、医療・看護必要度の評価のあり方については見直しが必要である。
- 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度については、変更後のイメージやシミュレーション等を提示した上で、地域の救急医療提供体制に混乱が生じないように、慎重な検討が必要である。重症度、医療・看護必要度の新たな項目として、重症者に対して実施されているにもかかわらず現行では評価されにくい処置を加えることには異論はないが、評価の厳格化につながらないように配慮すべきである。
- 蘇生術、抗不整脈剤、緊急ペーシング等の項目を新たに設定すること自体については、直ちに否定するものではないが、それに伴い基準値の見直しを行うことで、現行の管理料を算定している病院が算定できなくなるような制度変更は避けるべきである。
- 「特定集中治療室管理料3、4」と、「特定集中治療室管理料5、6」については、例えばSOFAスコアとの関係等の観点で実態分析を行うべきである。

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、 ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
基準	A 得点 2 点以上		

【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4 注射薬剤 3 種類以上の管理（最大 7 日間）	なし	あり
5 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
8 人工呼吸器の管理	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	あり

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1 項目以上に該当
基準②	1～11のうち 1 項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8 割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7 割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7 割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット入院医療管理料 1	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 8 割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料 2	1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 6 割 5 分以上が基準②に該当
救命救急入院料 1、3	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通 B 項目（B 得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

B 患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施	
	0 点	1 点	2 点		0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

特定集中治療室管理料等の算定患者における該当割合

診調組 入 - 1 参考
7 . 9 . 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、全体の約92%であった。現行の評価項目には検査で2点となる項目があるが、特に「動脈圧測定」は該当患者割合が高く、平均で約84%であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約12%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約1%であった。

	患者総数 (人日)	基準（2 点以上） を 満たす患 者割合	現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の評価項目							現行の評価項目でないもの		
			動脈圧 測定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工呼吸 器の管理	輸血や血 液製剤の 管理	肺動脈圧 測定	特殊な治 療法等	蘇生術の 施行	抗不整脈 剤の使用 (注射 剤)	一時的 ペーシ ング
			2点	1点	2点	2点	2点	2点	2点			
全体	352,656	92.4%	84.4%	45.0%	23.5%	46.8%	24.2%	5.9%	15.0%	5.4%	12.2%	0.5%
特定集中治療室管理料 1	90,323	94.9%	89.0%	48.2%	29.4%	47.4%	28.5%	7.7%	16.7%	4.3%	14.1%	0.4%
特定集中治療室管理料 2	59,582	95.0%	88.8%	46.6%	27.0%	52.6%	28.7%	7.4%	19.7%	5.9%	13.2%	0.8%
特定集中治療室管理料 3	39,853	90.5%	80.6%	44.2%	27.4%	41.6%	22.7%	6.8%	13.8%	4.1%	12.9%	0.4%
特定集中治療室管理料 4	13,535	89.2%	80.8%	40.6%	19.9%	44.6%	26.7%	5.5%	11.7%	3.7%	12.1%	0.3%
特定集中治療室管理料 5	87,758	89.9%	79.3%	44.6%	20.2%	38.7%	20.4%	4.8%	11.4%	3.6%	11.6%	0.5%
特定集中治療室管理料 6	18,110	93.7%	86.2%	45.4%	24.7%	47.0%	24.3%	3.5%	15.9%	5.3%	10.5%	0.4%
救命救急入院料 2	6,974	87.3%	73.6%	31.0%	13.9%	54.9%	15.5%	2.4%	13.7%	10.3%	7.7%	1.4%
救命救急入院料 4	36,521	92.0%	84.5%	40.9%	9.2%	60.6%	17.8%	2.9%	14.5%	12.4%	7.8%	0.6%

※「蘇生術の施行」は「ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度」の「蘇生術の施行」に準ずる。

※「抗不整脈剤の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に準ずる。

※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

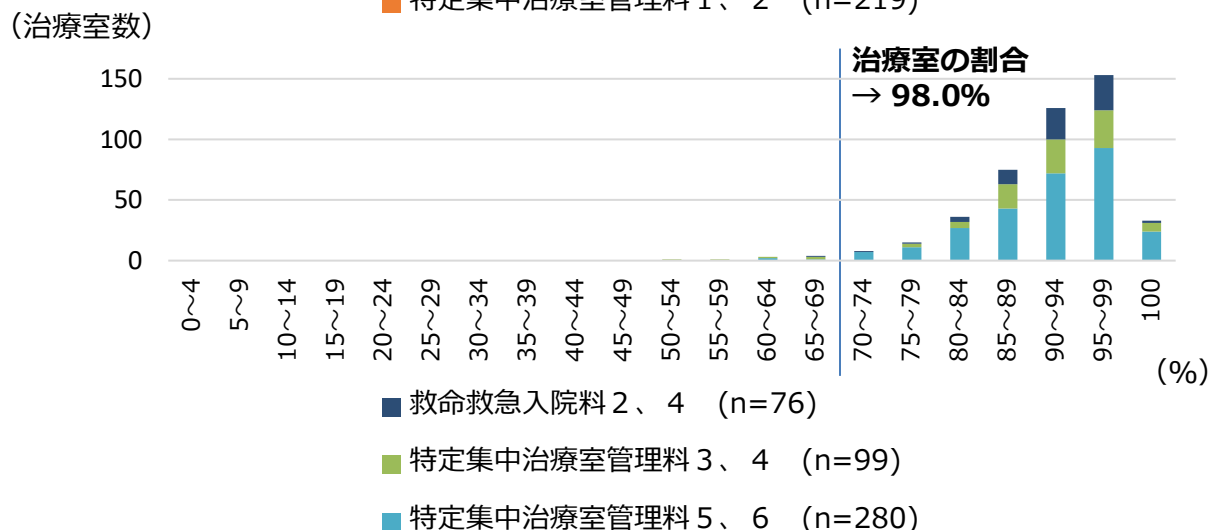
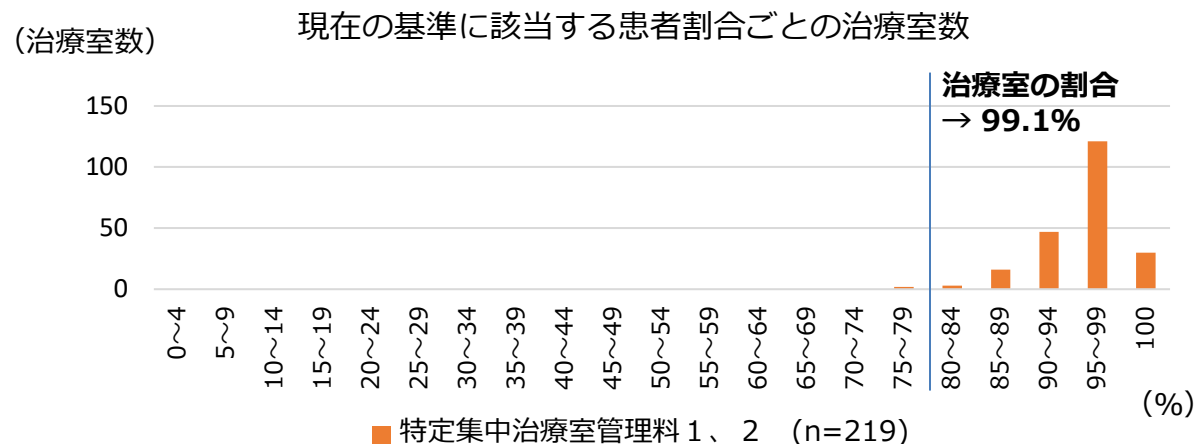
ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（現行）

【特定集中治療室用】 現行

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定 （スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり

基準	A得点2点以上
----	---------

基準に該当する患者割合の要件	
特定集中治療室管理料 1、2	8割以上
特定集中治療室管理料 3、4	7割以上
特定集中治療室管理料 5、6	7割以上
救命救急入院料 2、4	特定集中治療室管理料 1 又は 3 の基準



ICU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（案）

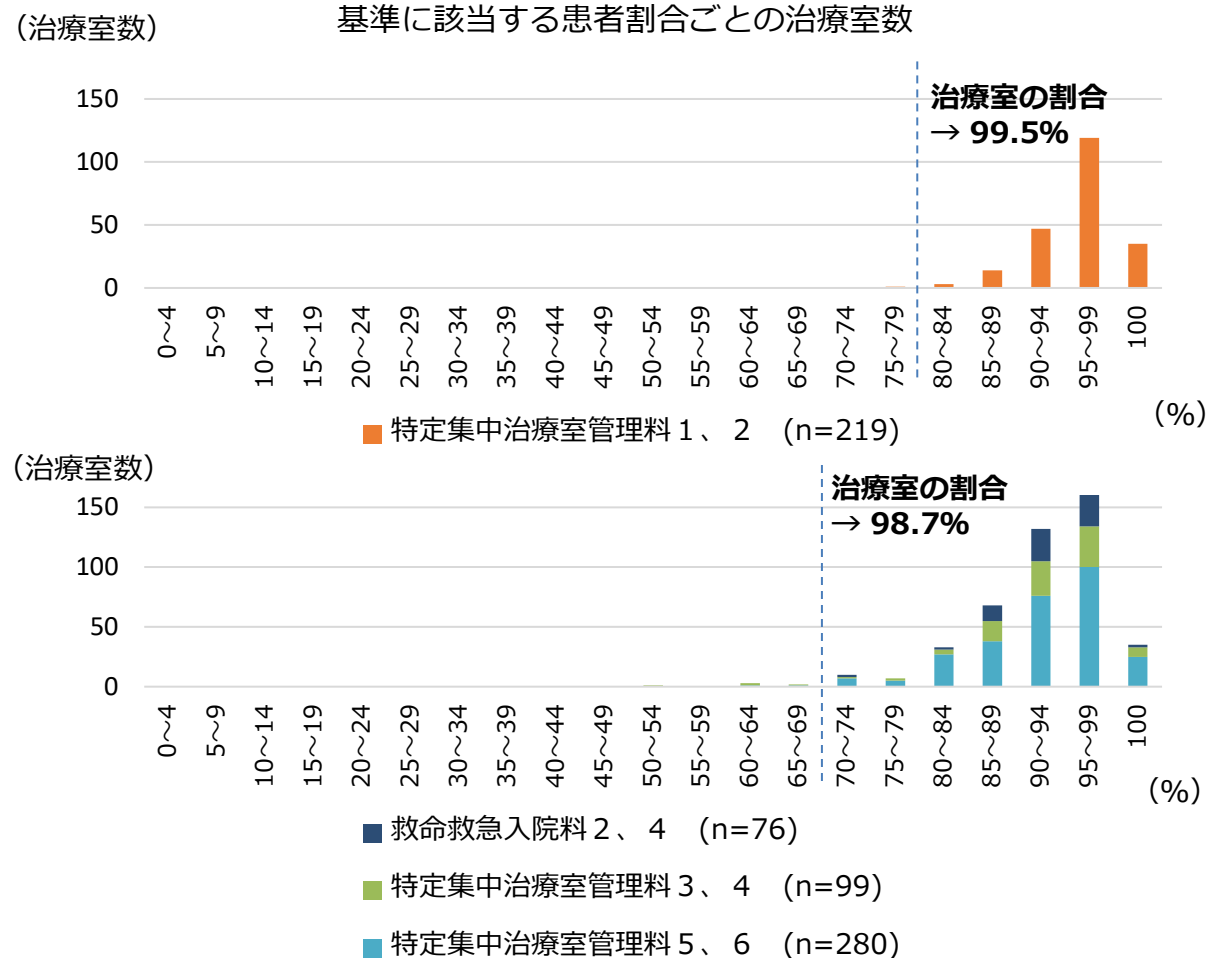
【特定集中治療室用】（案）新たに3項目を導入

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 <u>蘇生術の施行</u>	<u>なし</u>	-	<u>あり</u>
9 <u>抗不整脈剤の使用（注射剤）</u>	<u>なし</u>	-	<u>あり</u>
10 <u>一時的ペーシング</u>	<u>なし</u>	-	<u>あり</u>

基準	A得点2点以上
----	---------

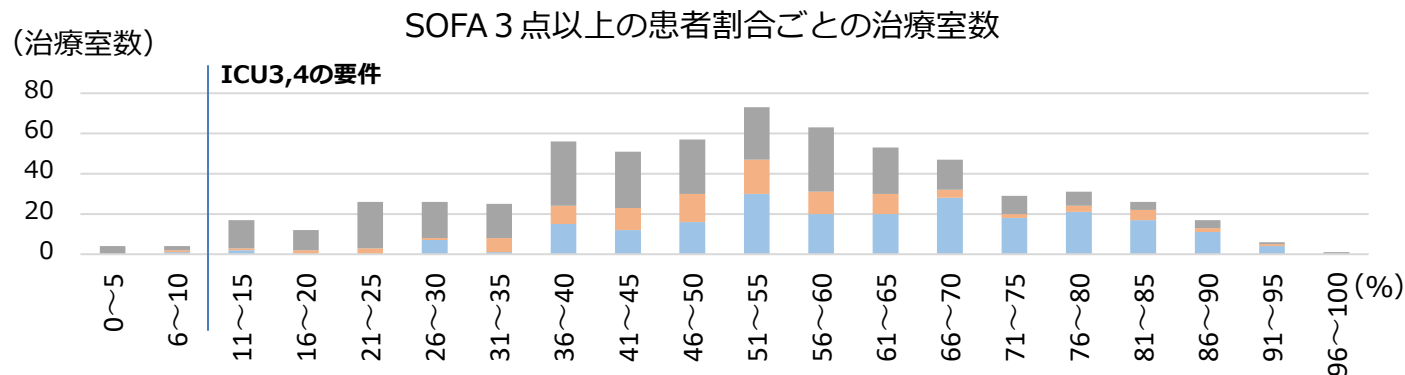
基準に該当する患者割合の要件		8割
特定集中治療室管理料1, 2	該当治療室割合	99.5%
	該当治療室の患者割合	99.6%

基準に該当する患者割合の要件		7割
救命救急入院料2, 4 特定集中治療室管理料3～6	該当治療室割合	98.7%
	該当治療室の患者割合	99.4%

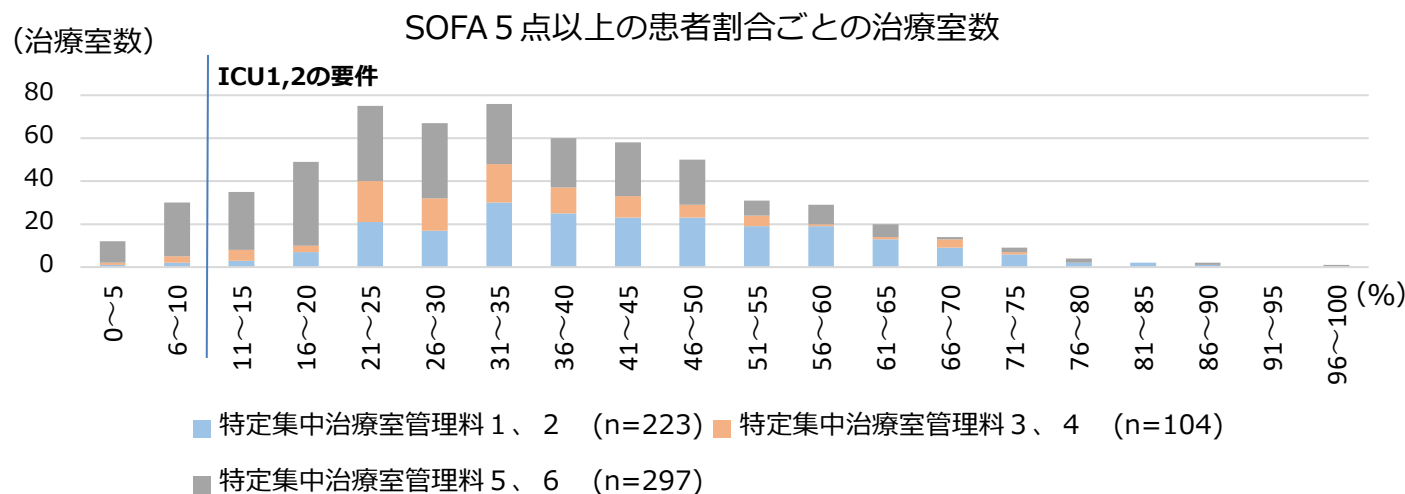


入室日SOFAスコア基準の該当患者割合

- 入室日のSOFAスコアが一定基準以上である患者割合には治療室ごとにばらつきがあるものの、「特定集中治療室管理料 1、2」では高い傾向があった。



SOFAスコア 3 点以上の基準を満たす治療室の割合			
	1 割 (現行)	1.5 割 (参考)	2 割 (参考)
ICU 1、2	99.6%	98.7%	98.7%
ICU 3、4	99.0%	98.1%	96.2%
ICU 5、6	98.0%	93.3%	89.9%



SOFAスコア 5 点以上の基準を満たす治療室の割合			
	1 割 (現行)	1.5 割 (参考)	2 割 (参考)
ICU 1、2	98.7%	97.3%	94.2%
ICU 3、4	96.2%	91.3%	88.5%
ICU 5、6	88.2%	79.1%	66.0%

出典：保険局医療課調べ

・令和 6 年 6 月～12 月において「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定した患者をDPCデータから抽出。

・パーセントの小数点以下は切り上げ。

・1 医療機関に 2 以上の治療室を有する場合は、合算して患者割合を算出し、各区分に算入。

2. 高度急性期入院医療について

2－1. 特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度について

2－2. ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度について

2－3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

ハイケアユニット入院医療管理料算定患者における該当割合

診療組 入 - 1 参考
7 . 9 . 1 1 改

- 現行の基準を満たす患者は、基準①では概ね 3 割であり、基準②では概ね 9 割であった。
- 現行の評価項目以外の項目では、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約 4 ～ 6 %、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約 0.1 ～ 0.3 %であった。

	患者総 数 (人日)	基準① (1項目 以上) を満た す患者 割合	基準② (1項目 以上) を満た す患者 割合	現行「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」評価項目												現行の評価項目でないもの	
				創傷処 置	蘇生術 の施行	呼吸ケ ア	注射薬 剤 3 種 類以上 の管理 (最大 7 日 間)	動脈圧 測定	シリン ジポン プの管 理	中心静 脈圧測 定	人工呼 吸器の 管理	輸血や 血液製 剤の管 理	肺動脈 圧測定	特殊な 治療法 等	抗不整 脈剤の 使用	一時的 ペーシ ング	
				基準②	基準①②	基準②	基準②	基準②	基準②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②	基準①②			
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料 1	64,027	34.7%	92.0%	9.1%	0.4%	55.1%	32.4%	29.7%	48.5%	10.2%	21.6%	8.7%	0.5%	2.5%	5.6%	0.3%	
(必要度Ⅰ) ハイケアユニット入院医療管理料 2	852	30.8%	90.6%	10.2%	0.9%	58.3%	28.4%	49.1%	44.8%	1.4%	22.3%	9.0%	0.2%	3.4%	4.2%	0.1%	
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料 1	313,690	36.9%	91.3%	8.3%	1.5%	44.8%	38.5%	30.0%	32.8%	7.8%	23.9%	10.0%	0.6%	2.4%	5.0%	0.3%	
(必要度Ⅱ) ハイケアユニット入院医療管理料 2	10,894	29.7%	77.5%	3.8%	0.8%	35.5%	30.8%	16.3%	22.0%	3.8%	20.9%	7.0%	0.0%	1.0%	4.2%	0.3%	

※必要度Ⅱは、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行うもの。
※「抗不整脈薬の使用（注射剤）」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「A6専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ））」に準ずる。
※「一時的ペーシング」は、「J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法」「K596 体外ペースメーカー術」の該当割合。

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（現行）

【ハイケアユニット用】 現行

A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤 3 種類以上の管理（最大 7 日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP 測定、ECMO、IMPELLA）	○	○

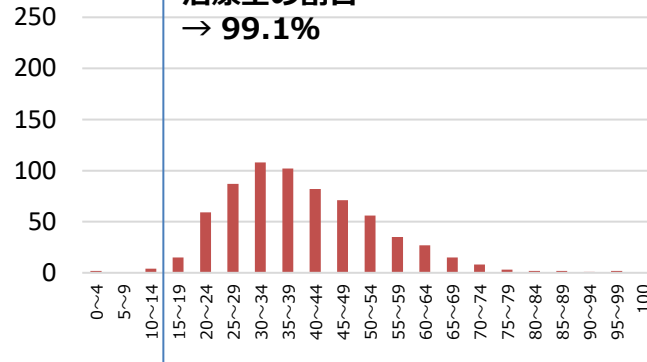
基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件	
ハイケアユニット 入院医療管理料 1	基準① 1.5割以上 かつ 基準② 8割以上
ハイケアユニット 入院医療管理料 2	基準① 1.5割以上 かつ 基準② 6.5割以上

基準①

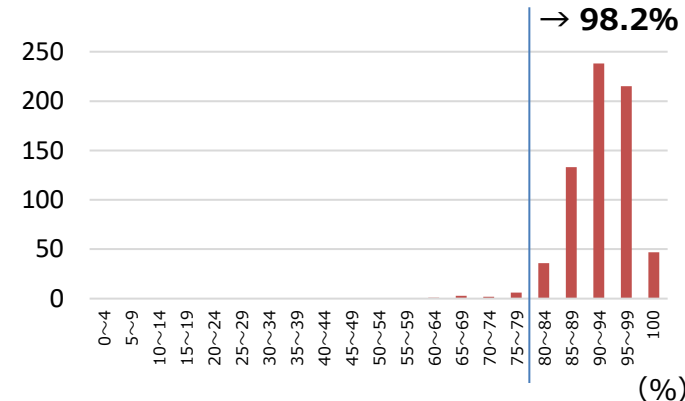
(治療室数)

治療室の割合
→ 99.1%



基準②

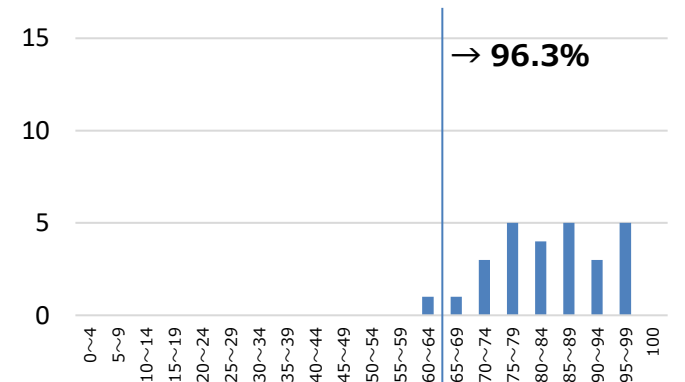
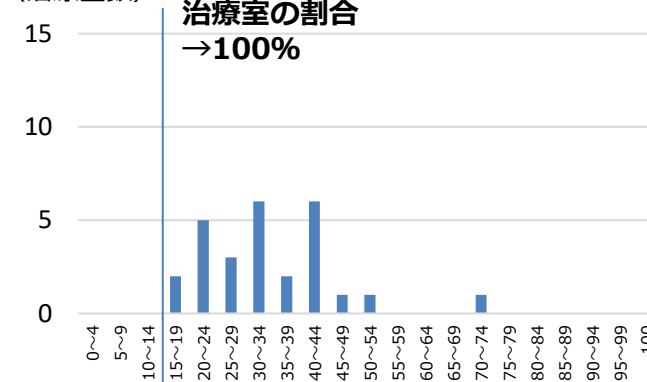
患者割合ごとの治療室数



■ ハイケアユニット入院医療管理料 1 (n=681)

(治療室数)

治療室の割合
→ 100%



■ ハイケアユニット入院医療管理料 2 (n=27)

(%)

HCU用 重症度、医療・看護必要度該当患者割合の分布（案）

【ハイケアユニット用】（案）新たに2項目を導入

A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	-	○
5 動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○
12 抗不整脈剤の使用（注射剤）	○	○
13 一時的ペーシング	○	○

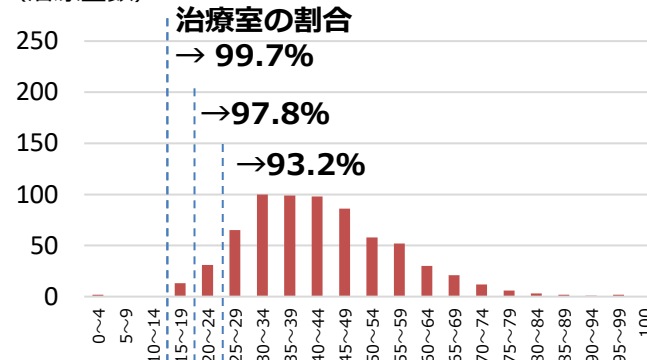
基準①	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち 1項目以上に該当
基準②	1～13のうち1項目以上に該当

基準に該当する患者割合の要件案		基準①			基準②
		1.5割	2割	2.5割	8割
ハイケアユニット 入院医療管理料1	該当治療室割合	99.7%	97.8%	93.2%	98.4%
	該当治療室の患者割合	100.0%	97.7%	91.5%	98.3%

基準に該当する患者割合の要件案		基準①			基準②
		1.5割	2割	2.5割	6.5割
ハイケアユニット 入院医療管理料2	該当治療室割合	100.0%	100.0%	77.8%	100%
	該当治療室の患者割合	100.0%	100.0%	67.1%	100%

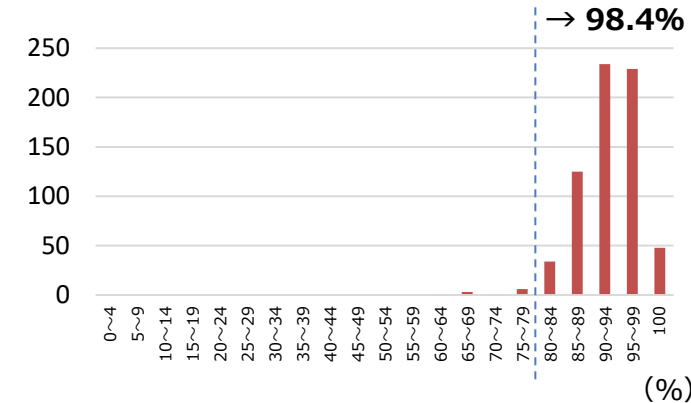
基準①

（治療室数）



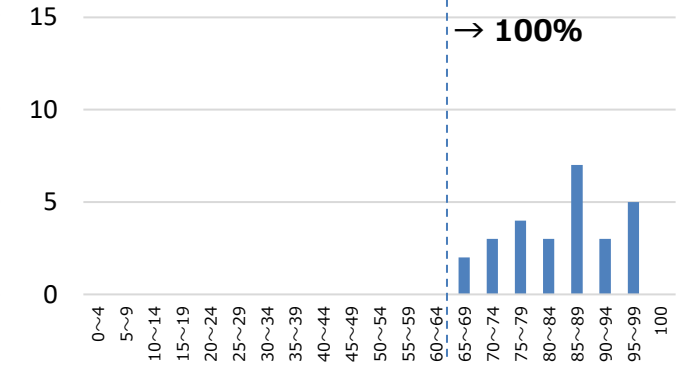
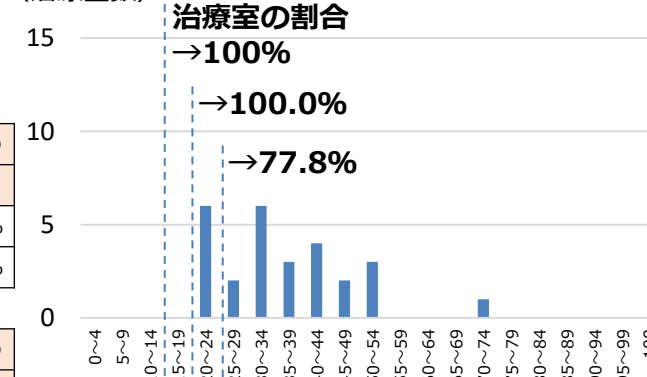
基準②

患者割合ごとの治療室数



■ ハイケアユニット入院医療管理料1 (n=681)

（治療室数）



■ ハイケアユニット入院医療管理料2 (n=27)

2. 高度急性期入院医療について

2－1. 特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度について

2－2. ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度について

2－3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料について

これまでの脳卒中ケアユニットに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、超急性期脳卒中加算、経皮的血栓回収術の実績がゼロないし少ない病院が一定数存在している。脳卒中ケアユニットは、rt-PAの投与、血栓回収術の実績が一定程度ある病院が設置すべきという点について検討すべきではないかとの意見があった。

<令和7年10月8日 中医協総会 入院（その2）>

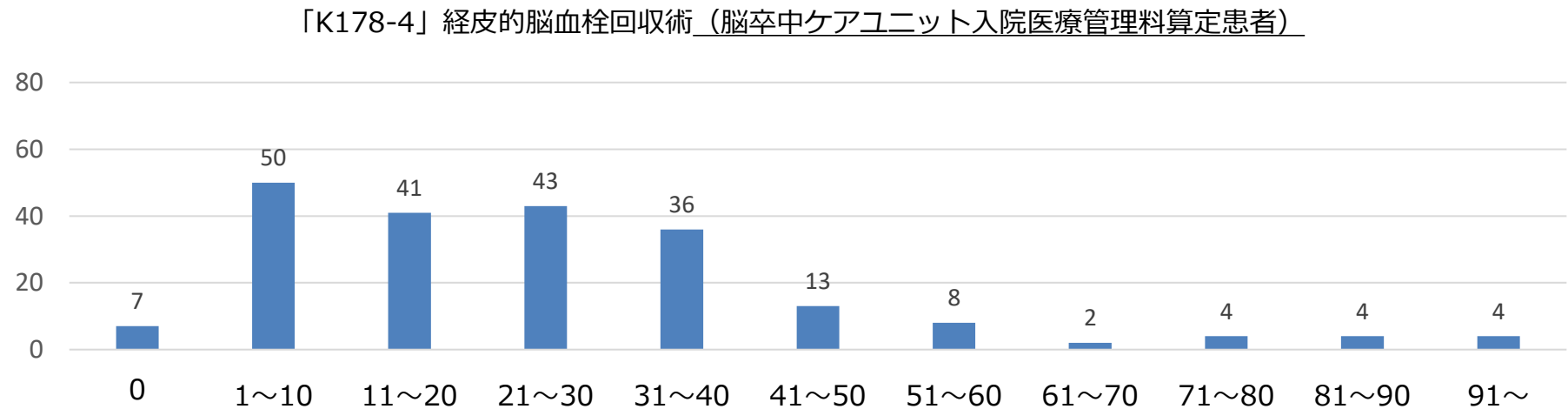
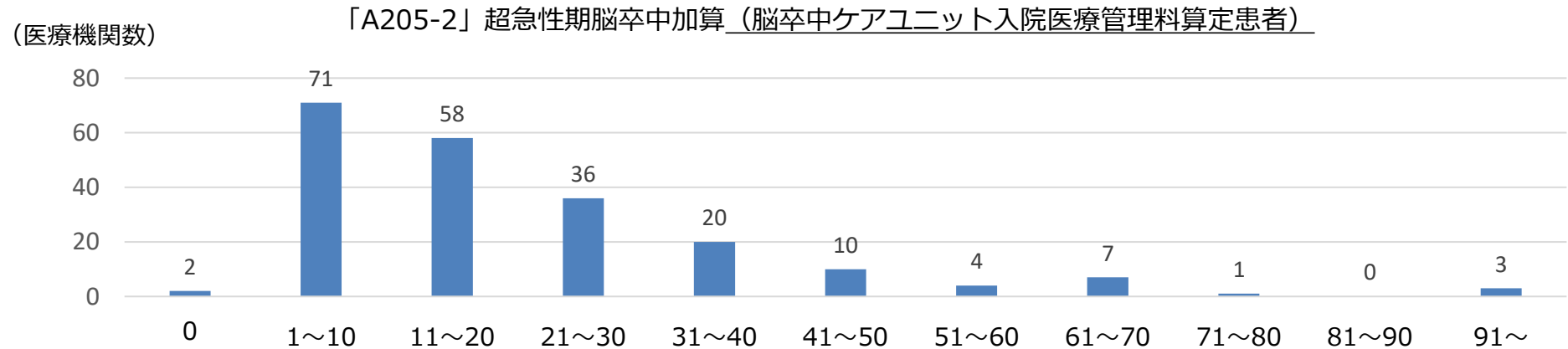
（脳卒中ケアユニット入院医療管理料について）

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院の超急性期脳卒中加算および経皮的脳血栓回収術に関する実績については、病院間で大きな差があることが指摘されている。実績が少ない医療機関において、どのような医療が提供されているのかをより詳細に把握した上で、そのあり方について検討すべきである。
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院の一部には、超急性期脳卒中加算および脳血栓回収術の算定が少ない病院が存在することが示されているが、当該管理料の見直しの必要性については、当該病院の治療室がどのように使用されているか等の情報を踏まえて判断すべきである。
- 脳卒中ケアユニット（SCU）については、SCUに求められている機能を果たしている病院が保有すべきユニットであることを明確にし、実績に応じた評価とすべきである。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院(1)

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術を当該管理料の算定患者に対して一定回数実施していたが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった。



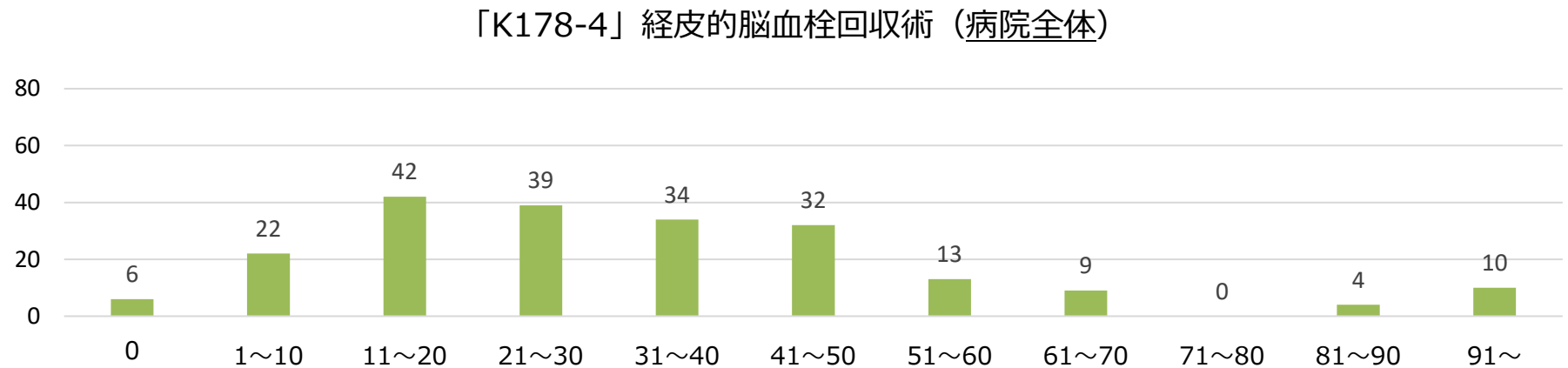
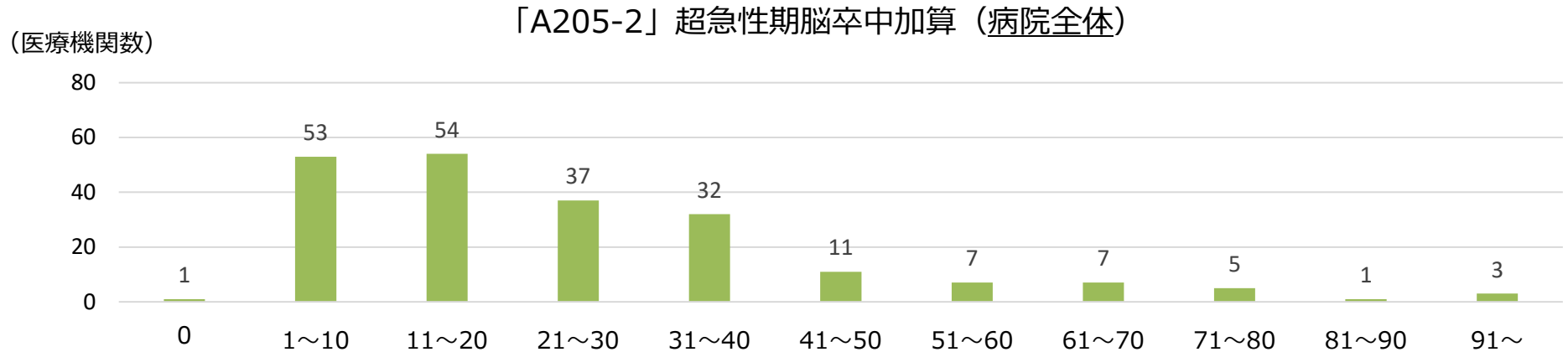
出典：保険局医療課調べ

(年間算定症例数)

・令和5年4月～令和6年3月のDPCデータから、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関を抽出。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病院(2)

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、当該管理料の算定患者以外を含めた病院全体の「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術の算定回数をみると、一部には、これらの治療の算定回数が少数である病院があった。



(年間算定症例数)

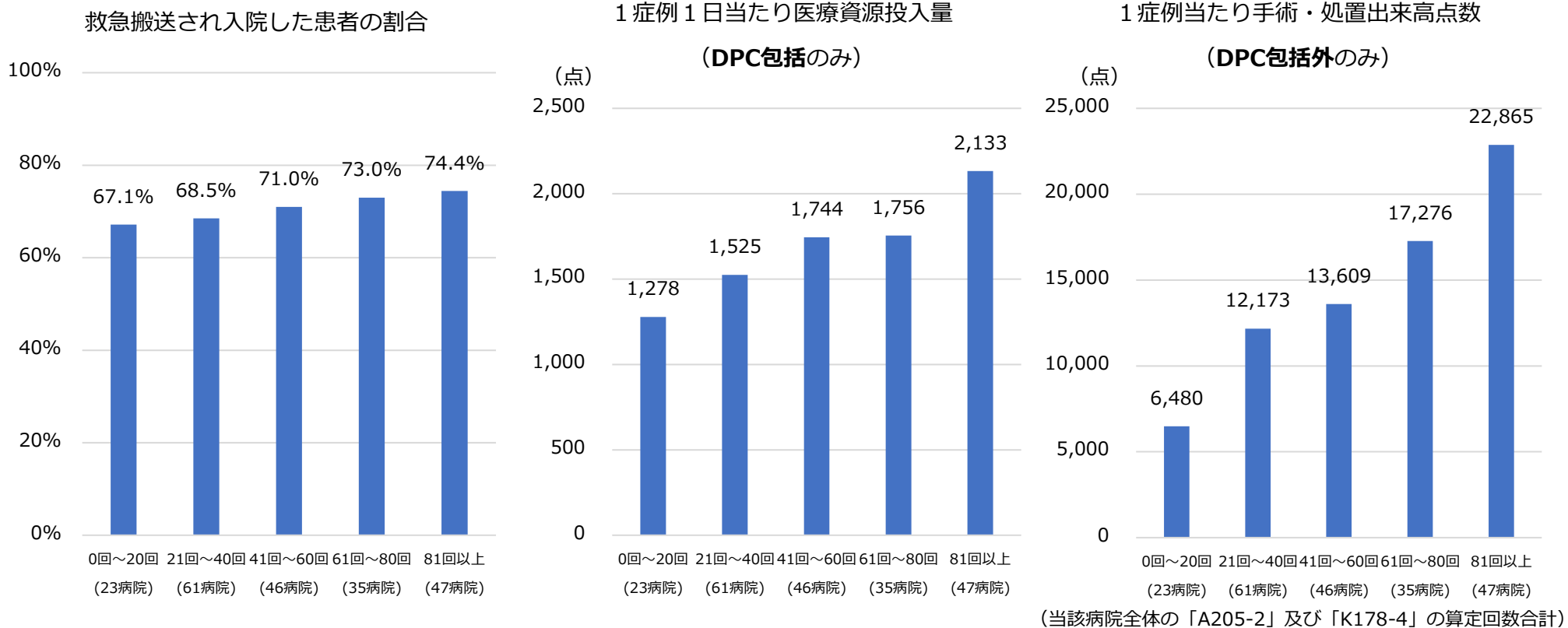
出典：保険局医療課調べ

・令和5年4月～令和6年3月のDPCデータから、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する医療機関を抽出。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定患者

- 「A205-2」超急性期脳卒中加算及び「K178-4」経皮的脳血栓回収術の病院全体の算定回数合計が多い病院であるほど、脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者の「救急搬送され入院した患者の割合」「1症例1日あたり医療資源投入量」「1症例当たり手術・処置出来高点数」がいずれも高い傾向があった。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者



出典：DPCデータ（令和5年4月～令和6年3月）

※「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院を、当該病院全体における「A205-2」超急性期脳卒中加算及び「K178-4」経皮的脳血栓回収術の算定回数の合計ごとに分類し、その区分を横軸に示した。

※1症例1日当たりの「DPCの包括範囲出来高実績点数（特掲診療料のみ）」を「医療資源投入量」とした。（脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A205-2」、「K178-4」の各点数は含まれない。）

高度急性期入院医療についての現状と課題

(特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度について)

- 新たに3項目を基準に導入した場合のシミュレーションを、令和7年1月から3月までのデータで行った結果、基準に該当する治療室の割合は、「特定集中治療室管理料1、2」では現行の99.1%から99.5%に、「特定集中治療室管理料3～6」「救命救急入院料2、4」では現行の98.0%から98.7%にそれぞれ増加した。
- 入室日のSOFAスコアが一定基準以上である患者割合には治療室ごとにばらつきがあるものの、「特定集中治療室管理料1、2」では高い傾向があった。

(ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度について)

- 新たに3項目を基準に導入した場合のシミュレーションを、令和7年1月から3月までのデータで行った結果、基準に該当する治療室の割合は、「ハイケアユニット入院医療管理料1」では基準①が現行の99.1%から99.7%に、基準②が98.2%から98.4%にそれぞれ増加した。「特定集中治療室管理料3～6」「救命救急入院料2、4」では基準①が現行の100.0%から変わらず、基準②が96.3%から100%に増加した。
- 新たに3項目を基準に導入した上で、基準①の要件割合を2割に引き上げた場合に基準に該当する治療室の割合は、「ハイケアユニット入院医療管理料1」では97.8%となり、「ハイケアユニット入院医療管理料2」では100%と変わらなかった。基準①の要件割合を2.5割に引き上げた場合に基準に該当する治療室の割合は、「ハイケアユニット入院医療管理料1」では93.2%となり、「ハイケアユニット入院医療管理料2」では77.8%となった。

(脳卒中ケアユニット入院医療管理料について)

- 「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、当該管理料の算定患者以外を含めた病院全体の「A205-2」超急性期脳卒中加算又は「K178-4」経皮的脳血栓回収術の算定回数をみると、一部には、これらの治療の算定回数が少数である病院があった。
- 「A205-2」超急性期脳卒中加算及び「K178-4」経皮的脳血栓回収術の病院全体の算定回数合計が多い病院であるほど、脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者の「救急搬送され入院した患者の割合」「1症例1日あたり医療資源投入量」「1症例当たり手術・処置出来高点数」がいずれも高い傾向があった。

高度急性期入院医療についての論点

【論点】

（特定集中治療室管理料について）

- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する治療室割合のシミュレーション結果や SOFAスコアが一定基準以上である患者割合の現状を踏まえ、「蘇生術の施行」「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」を新たに基準へ追加することや、SOFAスコアが一定基準以上である患者割合要件の適切な水準について、どのように考えるか。

（ハイケアユニット入院医療管理料について）

- 「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する治療室割合のシミュレーション結果を踏まえ、「抗不整脈剤の使用」「緊急ペーシング」を新たに基準へ追加することや、要件割合の適切な水準について、どのように考えるか。

（脳卒中ケアユニット入院医療管理料について）

- 「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する病院の実績により脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定患者の医療資源投入量等に差があったこと等を踏まえ、その評価のあり方についてどのように考えるか。

参考資料

DPC/PDPSの基本事項

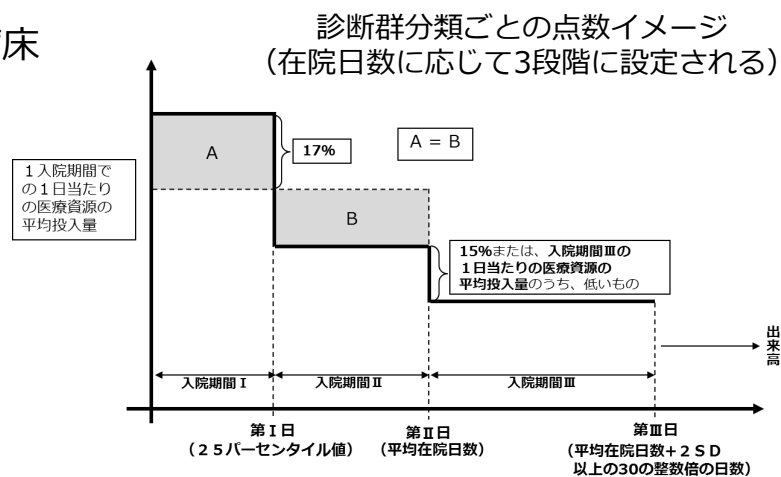
- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

- ※ 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6年6月1日時点見込みで1,786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4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/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

【包括評価部分】

診断群分類毎に設定

- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1,000点未満の処置 等

ドクターフィー的報酬部分等

【出来高評価部分】

- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1,000点以上の処置 等

+

【包括評価部分】

D P C 毎の
1日当たり点数

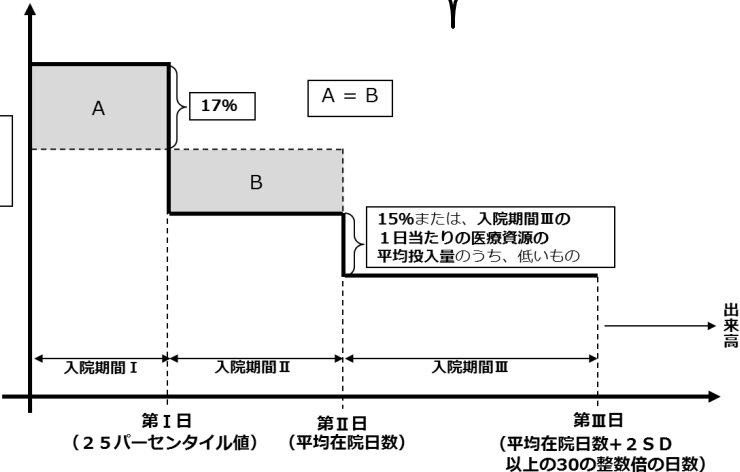
×

在 院 日 数

×

医 療 機 関 別 係 数

1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量



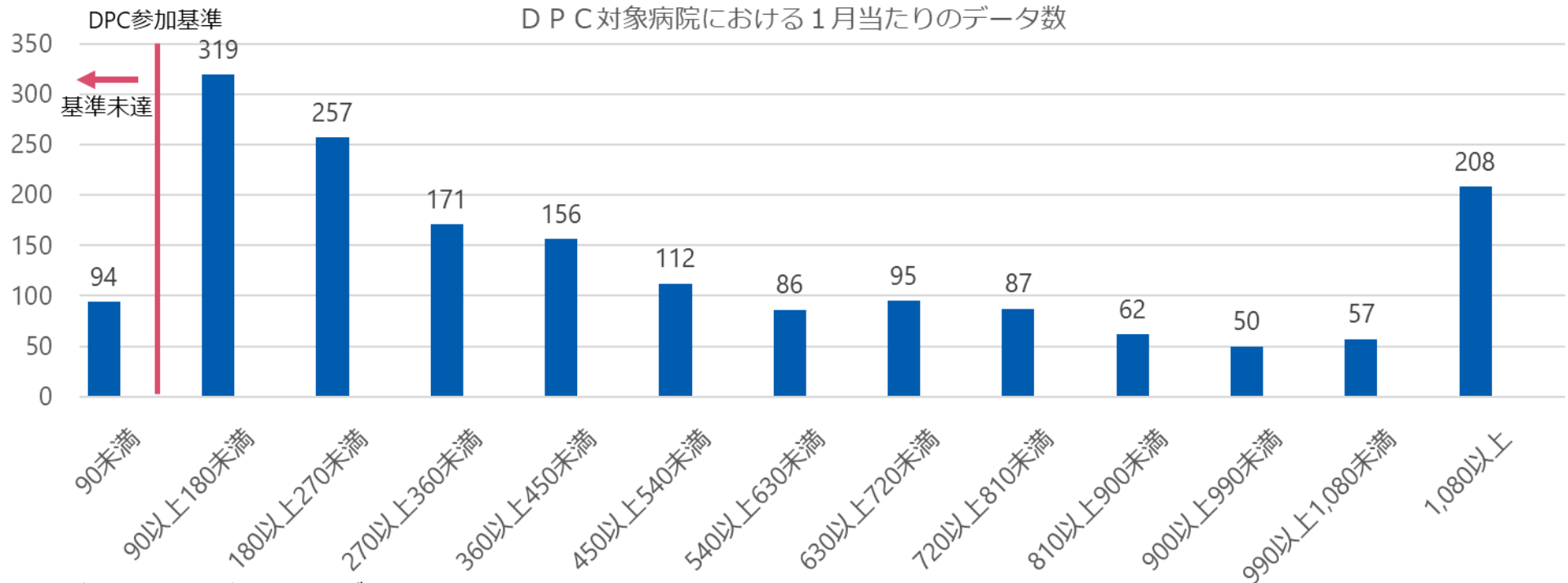
基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
救急補正係数	救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数 (該当医療機関のみ設定)

DPC対象病院が満たすべき基準①

- DPC/PDPSにおいては、DPC対象病院が満たすべき基準として、1月当たりのデータ数が90以上であること等の基準が設けられている。
- 令和7年5月時点で、94のDPC対象病院において1月当たりのデータ数が90を下回っている（※1）。

DPC対象病院が満たすべき基準（一部抜粋）

- 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- **調査期間1月当たりのデータ数が90以上（※2）**
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす（※2）
 - ・「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - ・「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ・「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満



2024年10月～2025年5月DPCデータ

※1 令和8年度のDPC参加基準の判定は、令和6年10月～令和7年9月のDPCデータにより行われる。

※2 令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

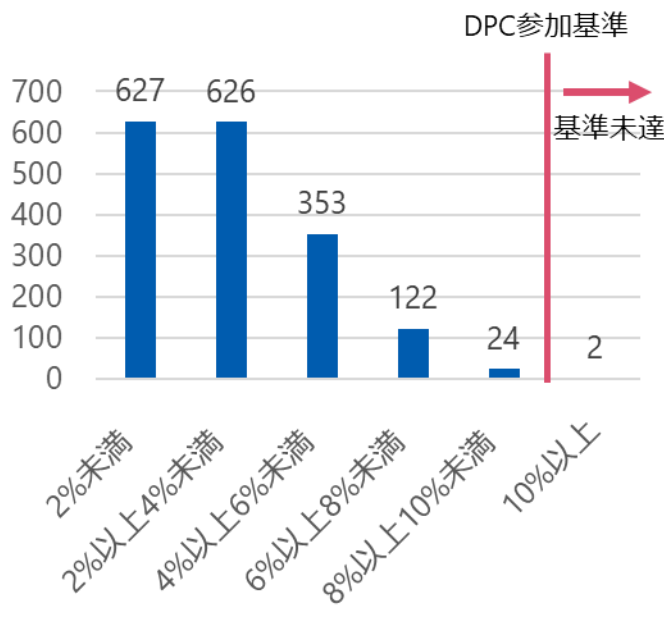
DPC対象病院が満たすべき基準②

- DPC/PDPSにおいては、DPC対象病院が満たすべき基準として、適切なデータの作成に係る基準が設けられている。
- 令和7年5月時点のDPC対象病院における適切なデータの作成に係る基準の達成状況は以下のとおり（※1）。

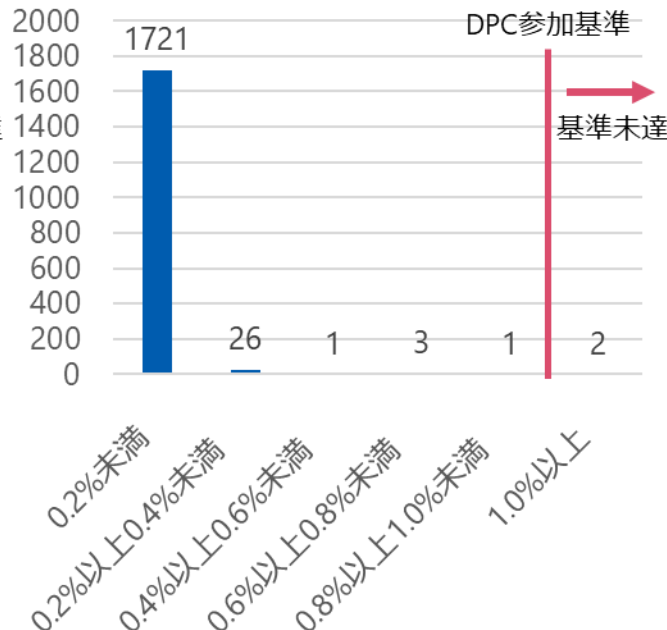
DPC対象病院が満たすべき基準（一部抜粋）

- 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- 調査期間1月当たりのデータ数が90以上（※2）
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす（※2）
 - ・「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - ・「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ・「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満

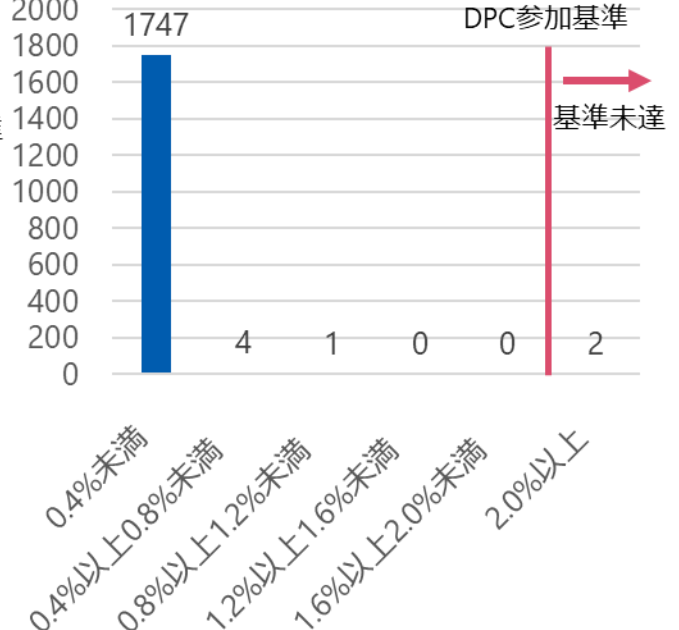
部位不明・詳細不明コード使用割合



様式間記載矛盾割合



未コード化傷病名使用割合



2024年10月～2025年5月DPCデータ

※1 令和8年度のDPC参加基準の判定は、令和6年10月～令和7年9月のDPCデータにより行われる。

※2 令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

1 入院当たり出来高実績点数の高い診断群分類について

診調組 入 - 2 参 考
7 . 9 . 1 1 改

○ 1 入院当たり包括範囲出来高実績点数の平均が上位の診断群分類は下記のとおり。

R06診断群分類番号	R06診断群分類名称	1 入院当たり 包括範囲出来 高実績点数順 位	1 入院当たり包括範囲 出来高点数	1日当たり包括範囲出 来高点数	平均在院日数
130030xx99xBxx	非ホジキンリンパ腫 手術なし 手術・処置等 2 Bあり	1	150,270	13,005	12
130100xxxxx40x	播種性血管内凝固症候群 手術・処置等 2 4あり 定義副傷病 なし	2	105,477	4,521	23
040040xx990Axx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 Aあり	3	89,555	10,792	8
180010x0xxx2xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等 2 2あり	4	86,680	2,914	30
040081xx97x0xx	誤嚥性肺炎 手術あり 手術・処置等 2 なし	5	84,785	2,462	34
040080xxCCPM05	肺炎等 CCPM05	6	74,659	2,708	28
010060xxCCPM05	脳梗塞 CCPM05	7	73,546	2,575	29
060010xx99x5xx	食道の悪性腫瘍（頸部を含む。） 手術なし 手術・処置等 2 5あり	8	71,630	9,187	8
010060xxCCPM03	脳梗塞 CCPM03	9	70,617	2,484	28
050130xx9902xx	心不全 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 2あり	10	64,146	2,906	22