

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2021年11月24日 中医協総会(DPC病院) 「入院（その5）」 ～DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料ついて～

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定登録番号第4828号 長岡俊広
日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定登録番号第6345号 寺坂裕美

参考資料：2021年11月24日 中医協総会資料「入院（その5）」

・次期診療報酬改定に向けて、中医協総会においてテーマごとに議論され、論点整理が進んでいます。10月より個別・具体的な検討・議論（いわゆる第2ラウンド）が開始され、例年、年明け1月に諮問、2月に答申、3月初旬に告示が行われます。

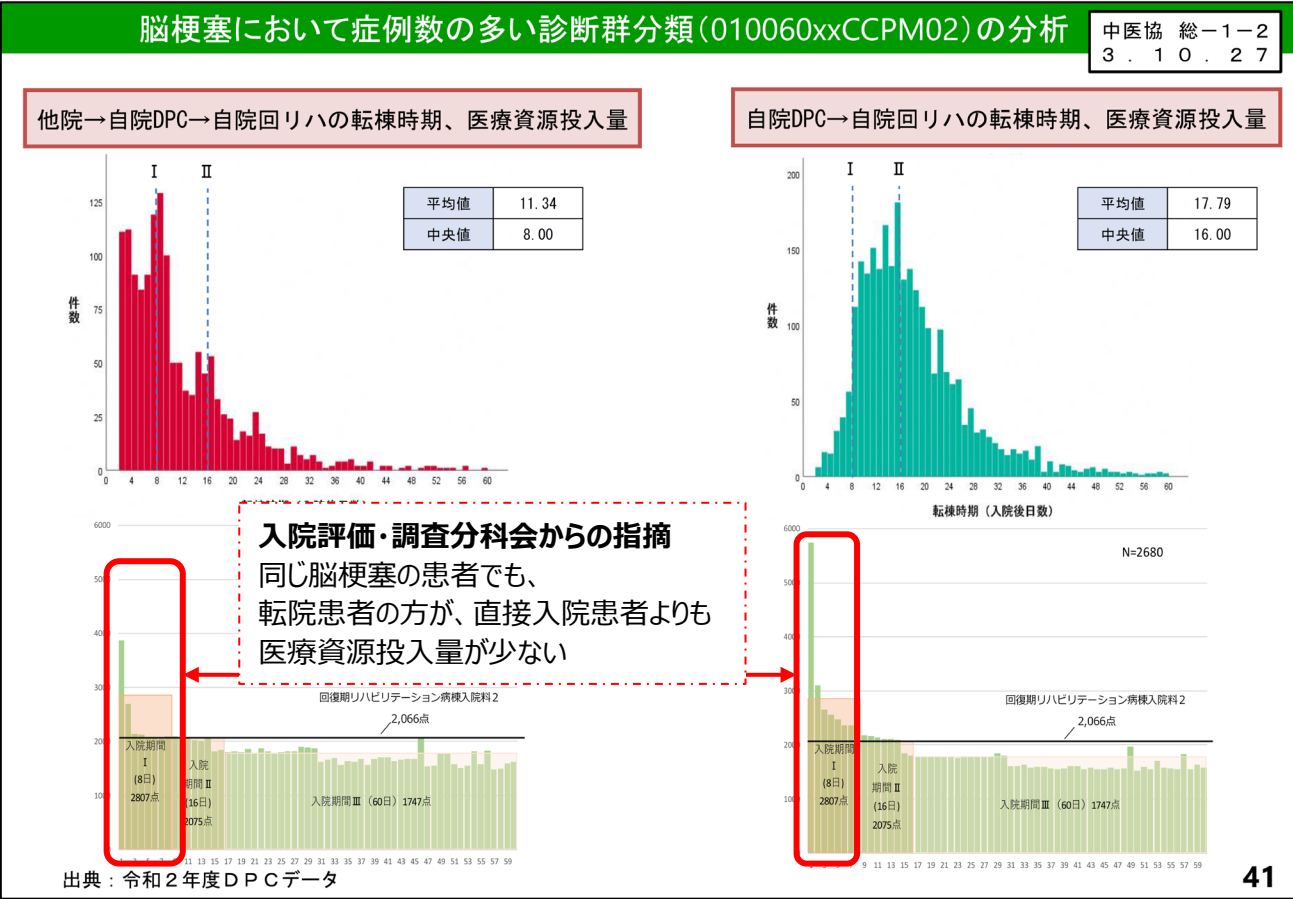
資料No.20211126-1160

本資料は、2021年11月24日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

- ・11月24日には、厚生労働省側より「入院（その5）」として、「DPC/PDPS」と「短期滞在手術等基本料」について課題が示されました。
- ・「DPC/PDPSの評価方法について」、
「医療機関別係数について」、
「退院患者調査（DPCデータ）について」
「短期滞在手術等基本料について」
に分けて、論点が示されました。
- ・今後の議論のポイントとなりそうな課題を抜粋し、
総会で **支払側（1号）** **診療側（2号）** **公益側（3号）** の各委員から
述べられた意見を要約しています。

入院経路や入院目的を指標にした分岐を新設するか

- 他院から転院した患者について、治療目的での手術が定義されている診断群分類とそうでない場合とで比べ、医療資源投入量の傾向が異なることを踏まえ、DPC/PDPSにおける評価の在り方についてどのように考えるか。



厚労省事務局からは、分科会からの指摘を受けて転院患者と直接入院患者の評価を分けてはどうかと提案

診療側意見

- ・転院してきた患者の評価については、全ての診断群分類を検討対象とするのではなく、**明確な差が出る診断群分類や傾向があるかの実態に基づいて丁寧に対応する必要がある**
- ・様式1に記入する「診療目的」は4区分(1.診断・検査のみ、2.教育入院、3.計画された短期入院の繰り返し、4.その他)あるが、**区分を追加した上で、更なる調査が必要ではないか**

支払側意見

- ・治療目的での手術が定義されていない診断群分類については、「**治療目的**」と「**リハビリ目的**」とで**分類を区別**することを検討してはどうか
- ・入院分科会の**分析結果をもとに必要な見直しを行ってよいのではないか**
- ・転院患者と直接入院患者で**診断群分類を区別することは当然必要**

MPSコメント

- ・入院経路や入院目的による分岐を作成することについて、診療側は慎重な姿勢ですが、支払側は細分化による医療コスト軽減を求めています
- ・意見は対立していることから、大規模な改定ではなくデータにより実態が掴めている症例から細分化が検討されるのではないかと思います

発症日からの経過日数を指標にした分岐を新設するか

●発症からの日数によって病態が変わる疾患について、発症日からの日数で区別する方法も検討できるのではないか、という指摘も踏まえ、DPCデータ及び制度全体における対応について、どのように考えるか。

疾患の発症時期に関する情報について

- 現在のDPCデータにおいては、医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞（010060）等に定義される傷病名の場合、発症時期に関する情報の提出を求めている。
- 入院分科会においては、「急性心筋梗塞のように、発症からの日数によって病態が変わる疾患については、今後、発症日からの日数で、さらに診断群分類を区別できるよう検討することも考えられるのではないか」という指摘があった。

（現在、DPCデータの様式1において提出を求めている項目）

種別	必須条件	項目名	内容										
脳卒中患者	○（※）	脳卒中の発症時期	該当する“1”～“4”までの値を入力する。 <table><tr><th>値</th><th>区分</th></tr><tr><td>1</td><td>発症3日目以内</td></tr><tr><td>2</td><td>発症4日目以降7日目以内</td></tr><tr><td>3</td><td>発症8日目以降</td></tr><tr><td>4</td><td>無症候性（発症日なし）</td></tr></table>	値	区分	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）
値	区分												
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）												

※ 医療資源を最も投入した傷病名が010020（くも膜下出血、破裂脳動脈瘤）、010040（非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）、010050（非外傷性硬膜下血腫）、010060（脳梗塞）、010061（一過性脳虚血発作）、010069（脳卒中の続発症）、010070（脳血管障害）に定義される傷病名の場合は入力する。

診療側意見

- ・診断群分類を細分化することで、DPC制度の前提である平均的な治療内容(均一性)から外れる可能性もある点にも配慮し無理のない範囲で検討すべき
- ・他の特定の疾患についても、発症後の日数による分類分けを行うことで対応可能ではないか

支払側意見

- ・発症からの日数によって病態が変わる疾患について、発症日からの日数でさらに診断群分類を区別してもいいのではないか
- ・発症からの日数で診断群分類を区別することにより、より現実なDPC制度になると思う反面、発症日等を全て医師に確認することは、大きな負担増になるのではないかという話も聞いている

MPSコメント

- ・脳梗塞の発症日による分岐設定については、明確な反対意見は出ていません
- ・他の疾患での分岐設定については、医師の負担を懸念する意見もあり、まずは負担の少ないデータ収集の方法が検討されるのではないかと考えます

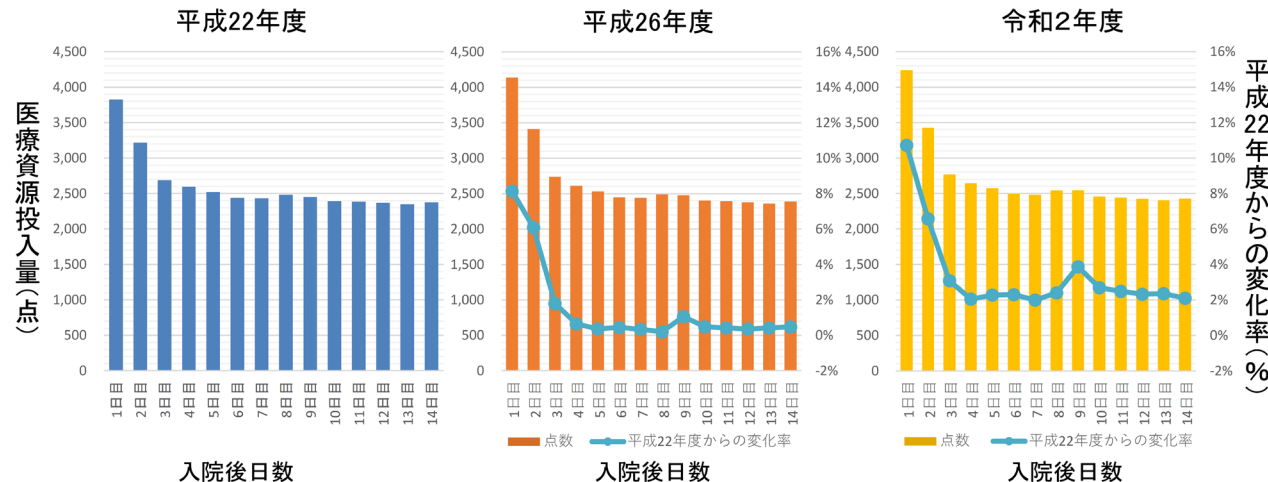
4つの点数設定で採用されている3段階評価を見直すか

- 入院初期の医療資源投入量は、経時的に大きくなっている状況であることを踏まえ、DPC制度における3段階の評価の在り方について、どのように考えるか。

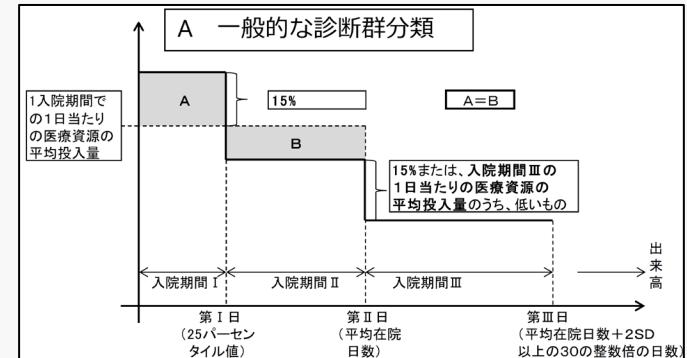
入院初期の医療資源投入量について

- 各年度の、入院初期（1～14日目）における平均の出来高実績点数の推移は、以下のとおりであった。
- 経年的に、入院初期に投じられる医療資源投入量は大きくなっている。

各年度における、入院1～14日目までの平均医療資源投入量の推移



出典：各年度DPCデータ



診療側意見

- ・点数設定A方式にメリハリをつけることを検討してはどうか
- ・入院期間(I～III)ごとの点数や日数をコントロールすることで対応可能である

支払側意見

- ・診断群分類、患者の状態、入院日数等に着目したさらなる分析が必要ではないか
- ・入院初期の医療資源投入量が経時的に大きくなっている状況については、入院期間に応じた3段階の点数の傾斜を見直すことに異論はない

MPSコメント

- ・現行の3段階方式による評価方法自体は、診療側・支払側ともに問題視しておらず、3段階方式を維持し、点数の傾斜配分(入院期間Iの点数引き上げ)を見直す方向性で検討が進められるのではないかと考えられます

本資料は、2021年11月24日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

体制評価指数の項目として「感染症」を追加か

●体制評価指数について、医療計画における取組も踏まえ、「感染症」「へき地」「災害」の評価の在り方についてどのように考えるか。

医療機関等情報支援システム(G-MIS*)について

*Gathering Medical Information System

全国の医療機関（病院、診療所）から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）の確保状況等を一元的に把握・支援

必要な医療提供体制を確保

- 政府CIOポータルにおいて、各病院の稼働状況を可視化
- マスク等の物資の供給に活用
- 空床確保状況を、患者搬送調整に活用 等

【システム導入のメリット】

国民

【医療機関情報】
電話で確認する以外情報を得る方法がなかった
⇒ 政府CIOポータルから病院の稼働状況の閲覧が可能に

医療従事者

【報告】保健所へ電話等で報告
【支援】支援を得るのに時間を要した
⇒ パソコン等での報告により保健所への照会対応不要に
⇒ 医療資材等の支援を迅速に受けることが可能に

保健所・都道府県・国

【保健所業務】
保健所が、医療機関に電話等で照会し、都道府県を通じて国に報告
【情報共有】
情報共有に時間を要した
⇒ 医療機関が直接入力することで、即時に集計され、自治体、国で共有可能に（保健所業務の省力化）
⇒ 迅速な入院調整、医療機器や医療資材の配布調整等が可能に

【医療機関の登録状況】 (令和3年9月24日現在)

登録医療機関数	
病院	8,249
診療所	30,381

【G-MIS入力画面イメージ】

日次調査

過次調査

緊急配布要請

人材登録登録

後方支援医療機関についての調査

その他調査

【政府CIOポータル】



URL: https://cio.go.jp/hosp_monitoring_c19 62

- 体制評価指数は医療計画の『5疾病5事業』における項目について評価している
(2024年度からの第8次医療計画では「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加)
- 現在、『新型コロナウイルス対策』は体制評価指数の評価項目「その他」として設定されている

入院医療・評価分科会からの指摘

- ・評価項目に「感染症」を組み込むのであれば、『新型コロナウイルス対策』は「感染症」への位置づけが考えられる
- ・新型コロナウイルス感染症への対応も「感染症」に位置付けることが考えられる
- ・G-MIS※について、「災害」のEMISと類似した対応が考えられるのではないかと
※Gathering Medical Information System

診療側意見

- ・診療報酬は医療計画に寄り添って支えていく観点から評価する方向に異論はない
- ・G-MIS等による実績評価は非常に重要

支払側意見

- ・「感染症」対策評価に異論はないが、**体制が整っていることを、どのような方法や項目で確認するかを条件に検討すべき**

MPSコメント

・いわゆる「5事業」に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されることを受けて、DPC制度においても「感染症」に対する体制や実績を評価する方向での改定が予想されます

「へき地」の評価に実績評価を追加か

● 体制評価指数について、医療計画における取組も踏まえ、「感染症」「へき地」「災害」の評価の在り方についてどのように考えるか。

(1) - 2 へき地医療拠点病院の主要3事業について

第16回医療計画の見直し等に関する検討会
令和元年11月28日

資料 3

基本的な考え方

- 良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要3事業※の年間実績が合算で12回以上の医療機関を増やして行くことが望ましい。
- 少なくともへき地医療拠点病院の必須事業※の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくことが望ましい。

見直しの方向性(案)

- 「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標として提示し、まずはへき地医療拠点病院の主要3事業の推進を促してはどうか。
- 現況調査における平成29年度実績で、必須事業のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が直近の現状を確認するよう指針に明示してはどうか。

※主要3事業：へき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣
※必須事業：へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている事業（下記）
ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

67

○ 体制評価指数の「へき地」評価では、『へき地医療拠点病院の指定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』ことで評価されている

○ へき地医療拠点病院には、第7次医療計画の際に、「へき地への巡回診療」「へき地診療所等への医師派遣」「へき地診療所等への代診医派遣」について、年12回以上と数値目標が通知されている

入院医療・評価分科会からの指摘

- ・主要3事業の年間実績が12回未満のへき地医療拠点病院が34.8%あることを踏まえ、DPC制度においても、事業の推進に沿った対応が考えられるのではないか

診療側意見

- ・評価する方向に異論はない(日本医師会委員)
- ・へき地医療の評価は限られた施設しか取得できないため、**指数での評価ではなく加算での評価が妥当ではないか**(日本病院会委員)

支払側意見

- ・へき地医療拠点病院の主要3事業といった項目でメリハリをつけてDPC対象病院としての役割を強化してもよいのではないか
- ・**主要3事業の実績を要件として明確にすべき**

MPSコメント
・「へき地」の評価については、診療側でも意見が分かれています。概ね見直しの方向で話が進められていくのではないかと思います

7

本資料は、2021年11月24日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。
資料No.20211126-1160-p7

Copyright©2021Nichi-IkoPharmaceuticalCo.,Ltd.

「BCPの策定」が全病院に対する評価となるか

- 体制評価指数について、医療計画における取組も踏まえ、「感染症」「へき地」「災害」の評価の在り方についてどのように考えるか。

体制評価指数(災害)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 「災害」は、現在の評価項目の1つであり、「BCPの策定有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定」、「DMATの指定」及び「EMISへの参加」に対し評価を行っている。

<現行>

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	・ BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P）		

- このうち、「災害拠点病院の指定」については、平成30年度診療報酬改定に向けたDPC評価分科会において検討されたが、災害拠点病院においてもBCPの策定率が100%ではないことから、評価を「BCPの策定有無別」によって評価の差を設けることについて議論が行われた。
- その際、災害拠点病院の要件には既に「BCP策定」が組み込まれていることを踏まえるべきといったご意見があったことも踏まえ、「平成31年以降の評価導入を検討」という条件のもと、現行の評価項目となった。
- その後、令和元年の調査において、災害拠点病院におけるBCPの策定率は100%となったことが確認されている。
- 災害拠点病院において、BCP策定率が100%となっている一方、災害拠点病院以外の病院においても、全ての医療機関において、「BCPの策定に努めること」とされているが、平成30年の調査において、全医療機関におけるBCP策定率は約25%に留まっており、「将来的には全医療機関において策定されることが望ましい」とされ、更なる策定率向上が求められている。

入院医療・評価分科会からの指摘

- ・近年の大規模災害や、今般の新型コロナウイルス感染症のクラスター発生により、医療機関におけるBCP※の重要性は更に増している
- ※Business Continuity Plan(事業継続計画)

診療側意見

- ・BCPの策定及びDMATの参加の促進については、評価してよいと考える

支払側意見

- ・BCP策定を評価項目として導入することでメリハリをつけてDPC対象病院としての役割を強化してもよいのではないかと考える

MPSコメント

- ・BCPの策定については、診療側・支払側双方とも反対意見はなく、全DPC対象病院への評価項目として追加されることが予想されます

69

外来診療について提出するデータ項目を拡充するか

- 外来診療データの収集対象の拡大や項目の拡充、入院診療データの包括範囲を含めた診療行為の収集を実施してきたこと等を踏まえ、入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するための外来診療データの収集の在り方について、どのように考えるか。

DPCデータにおける外来診療データに係る経緯

- DPCデータにおける外来診療データに係る経緯は以下のとおり。入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、累次の診療報酬改定において、外来診療データを提出する医療機関の対象を拡大しているほか、収集する項目の拡充を行っている。
- 入院診療に係るデータも、DPC/PDPS以外の入院料の包括範囲の診療行為も収集項目に含めるなど、内容の拡充を進めてきた。

外来診療データに係るこれまでの対応（青字は、入院診療データに係る対応）

平成24年度	○ 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータ（外来EFファイル）を調査項目に追加した（Ⅰ群、Ⅱ群は必須、Ⅲ群は任意提出）。 ※Ⅰ群：現在の大学病院本院群、Ⅱ群：現在のDPC特定病院群、Ⅲ群：現在のDPC標準病院群 ○ DPC対象病院ではない出来高算定病院についても、DPCデータを提出した場合の評価を新設。 （新）データ提出加算1（入院診療のみ提出） データ提出加算2（入院診療と外来診療を提出）
平成26年度	○ Ⅲ群の医療機関を含め、全てのDPC対象病院において、外来EFファイルの提出を必須とした。
平成28年度	○ DPC/PDPSにより算定する場合だけでなく、他の診療行為や薬剤料等が包括されている入院料（療養病棟入院基本料等）を算定している場合についても、実施された診療行為等を入院EFファイルとして提出することとした。
平成30年度	○ 外来EFファイルでは、請求情報しか収集しておらず、解析が困難だったことを踏まえ、収集する項目に、病名や患者の性別等の患者基本情報を追加した。 ○ 外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価である、小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準において、「病院の場合にあっては、データ提出加算2（外来EFファイルも提出必須）に係る届出を行っていること。」とされた。

厚労省事務局からは、医療機関の機能や役割をより詳細に分析するために、外来診療のデータについて収集する項目を増やしてはどうかと提案

診療側意見

- ・データの重要性は理解するが、医療現場にどのような負担がどの程度生じるのか、**実態の把握を行ったうえで、更なる評価や負担の軽減策について検討すべき**
- ・**中長期的な工程を示した上でインセンティブをつけながら徐々に進めていくことが必要ではないか**

支払側意見

- ・内容の拡充については理解するが、**データ提出作業により診療に影響が生じるかについて検討するための情報をいただきたい**

公益側意見

- ・患者が知りたい医療の質が分かるような公的なデータベースがない状況で、DPCデータを公開することで、患者にとってのDPC制度が良いものになると考える

MPSコメント

- ・具体的な項目はこれから検討されますが、外来診療データ項目が更に増えることが予想されます

収集されたデータに基づき短期滞在手術等基本料を拡大するか

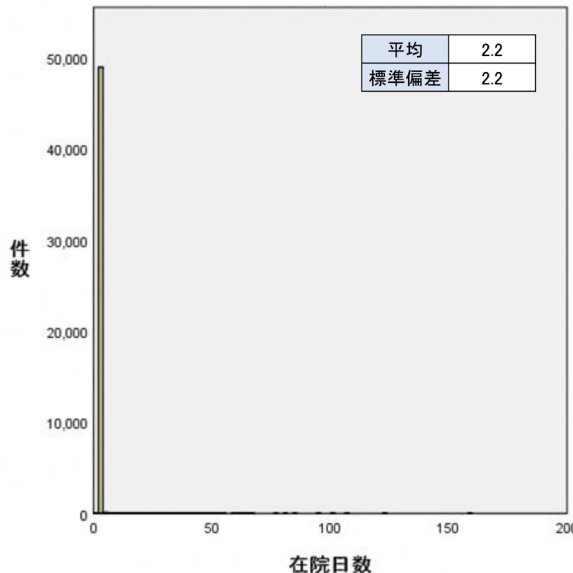
- 対象手術等の外来での実施割合や短期滞在手術等基本料算定実績の年次推移も踏まえ、一定程度治療法が標準化され、短期間で退院可となる手術等の評価のあり方について、どのように考えるか。

(例)D237 3 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)

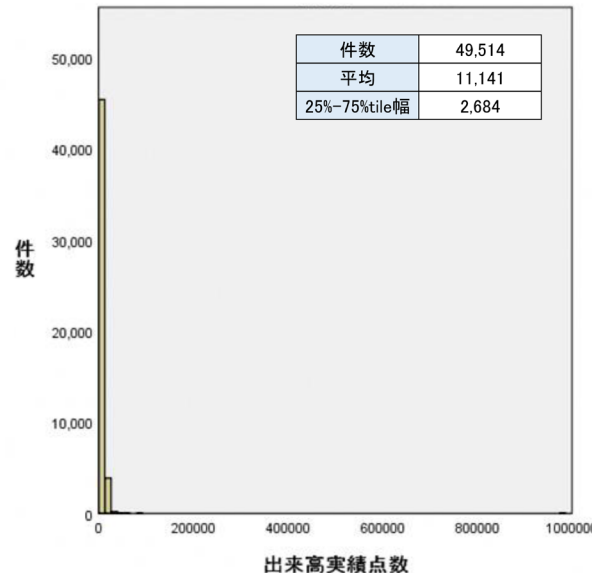
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 終夜睡眠ポリグラフィー3(1及び2以外)(その他)については、在院日数の平均が2.2日、標準偏差は2.2日であった。また、出来高実績点数の平均は11,141.36点、25%-75%tile幅は2,684点であった。

<在院日数の分布>



<出来高実績点数の分布>



厚労省事務局からはこの他、

- ・K617 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 - ・K861 子宮内膜搔爬術
 - ・K048 3 骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕）
- のデータが例示された

診療側意見

- ・過度な包括化により在院日数の短縮を進めると、**粗診、粗療に繋がる恐れがあり、もう少し詳しい調査が必要**ではないか

支払側意見

- ・実態に即した見直しを検討するという方向性に異論はない
- ・実績がほとんどない基本料2は廃止する一方で、出来高ベースのばらつきが少なく、**短期間で退院出来る疾患については積極的に基本料3に追加するべき**
その際には**外来で実施可能なものは、優先的に外来のみで完結するように進める必要がある**

※DPCデータより集計(令和2年4月～令和3年3月)

102

MPSコメント

- ・診療側は短期滞在手術等基本料の対象拡大については消極的ですが、支払側は整理統合を含め基本料3の拡大を推奨しています
- ・今後は、各検査や手術のデータに基づき、対象手術等の追加又は現行対象手術等の見直しが行われます

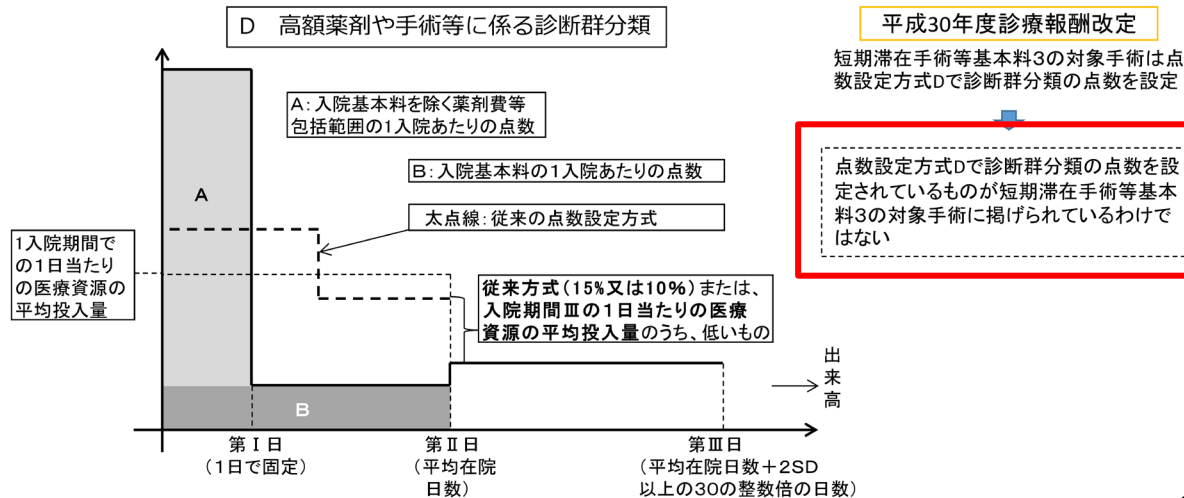
本資料は、2021年11月24日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

点数設定方式Dの対象手術等を短期滞在手術等基本料 3 に追加するか

- 平成30年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料 3 に相当する診断群分類や、その他手術に係る診断群分類について、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定することとした対応を踏まえ、短期滞在手術等基本料 3 に相当する診断群分類を含めた評価の在り方について、どのように考えるか。

DPC/PDPSにおける点数設定方式Dと短期滞在手術等基本料 3 について

- DPC/PDPSにおいて、高額な薬剤を使用する場合や、高額な材料を用いる検査（心臓カテーテル検査等）を行う場合などについて、1日当たりの定額点数では、一定日数以上入院しないと採算が合わないという課題があったことを踏まえ、平成24年度診療報酬改定以降、点数設定方式Dを導入している。
- 点数設定方式Dにおいては、1日目に入院料基本料を除く包括範囲の点数（薬剤費等）が支払われるため、1入院あたり包括支払いに近い方式となっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類等で、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定することとされたが、一方で、点数設定方式Dの対象となっている診断群分類が、必ずしも短期滞在手術等基本料3の対象手術等となっているわけではない。



厚労省事務局からは、点数設定D方式で包括点数が設定されている手術や検査等の全てが基本料3の対象となっていない現状を踏まえ、それらの手術や検査等も基本料3の対象としてはどうかと提案

診療側意見

- ・点数設定D方式により包括点数が設定されている手術等の中で、基本料3に入っていないものを追加して行くと言う方向性も理解するが、**過度な包括化は避けて丁寧に対応して行く必要がある**

支払側意見

- ・点数設定D方式の対象になっている手術等について、**今後なるべく基本料3の対象として検討を行うべき**

MPSコメント

- ・点数設定D方式により包括点数が設定されている手術等の基本料3への追加については、診療側も理解は示しており、対象手術等を拡大する方向で検討が進められるのではないかと思います

110



日医工がお届けする **Stu-GE** は、
医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC／PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 メールマガジンの受信

会員特典2 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>