

DPC/PDPS 等作業グループからの中間報告について

1. DPC 対象病院に係る検討について

(1) 概要

- DPC/PDPS の対象病院は、平成 15 年度に特定機能病院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 4 年 4 月時点で 1,764 病院となり、経年的に増加傾向であり、特に急性期病床が 200 床未満の病院が増加傾向にある。(P 3～8)
- 平成 30 年度診療報酬改定に向けた議論において、診療密度や在院日数が平均から外れている病院は DPC 制度になじまない可能性があるという指摘があったことを踏まえ、その後、医療資源投入量や在院日数を指標とした分析や外れ値に該当する病院に対するヒアリングを実施してきている。(P 12～18)
- 以上のような経緯も踏まえ、令和 6 年度診療報酬改定に向けては、DPC 対象病院のあり方について、適切な評価方法も含めて検討を行っている。

(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>

- 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/PDPS 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。(P 20～25)
- DPC 標準病院群を対象として実施した令和 4 年度特別調査の結果も踏まえ、DPC 対象病院の実態とその評価のあり方について、検討を進めている。

<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。(P 27～30)
- 各項目の基準を満たさない DPC 対象病院がわずかであることについては、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、という指摘があった。

- 一方、適切なコーディングという観点から評価を行っている「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が基準値を上回っている病院については、令和4年度特別調査の結果も踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要と考えられ、令和5年度特別調査を実施した（別紙参照）。
- アンケート調査及びヒアリングの結果を踏まえ、以下のような点が指摘された。
 - ・ コーディング担当者の理解不足や病院全体のコーディング体制の不備に起因する不適切なコーディングがみられる。
 - ・ 急性期病棟での入院が本来想定されていない症例においてコーディングが困難になるケースがある。
 - ・ 「部位不明・詳細不明コード」の使用状況に着目し、コーディング体制の見直し等を含む病院全体としての取り組みをすでに行っている病院もみられる。
- また、「部位不明・詳細不明コード」の一部については、DPC病院全体での使用割合の高いものが含まれていることが指摘されており、コーディングテキストの記載内容の充実化も含めて精査を行うこととしている。（P31～34）

<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点が指摘された。（P36, 37）
- 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、といった指摘があった。（P38, 39）
- 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いう指摘があった。（P40～45）
- 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いう意見があった。

<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。(P47)
- 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性が指摘された。(P48)

<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。(P50~52)
- 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。(P53)
- 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。(P53)
- 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、医療機関群ごとにより方を検討する必要があると考えられた。(P54, 55)
- 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ている。(P56)

② 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
- 現行の基準（1月あたり0.875）は、平成17年医療施設調査の一般病床の病床利用率（79.4%）及び特定機能病院入院基本料（一般病棟10：1）の基準在院日数（28日）に基づき設定されており、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。(P58~60)
- 一方、データ数に着目すると、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DPC対象病院が存在する。(P61)
- 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。(P62~66)
- 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いった指摘があった。

(3) 今後の方向性

- 医療機関別係数による評価を含めた DPC 対象病院のあり方について、引き続き検討を進める。

2. 算定ルールに係る検討について

(1) 概要

- 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。(P68)
- また、DPC 対象病院においては、短期滞在手術等基本料 3 は算定不可となっており、DPC 算定病床において対象手術等を実施した場合、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式 D で算定することとされている。(P69)

(2) 具体的な検討内容

① 点数設定方式について

- 標準的な点数設定方式 A については、令和 4 年度診療報酬改定において、入院初期の医療資源投入量が経時的に増加傾向であることを踏まえ、入院期間 I をより重点的に評価する体系へ見直しを行った。(P71)
- 点数設定方式別の在院日数の変化の推移を確認したところ、症例構成の補正を行った場合でも、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。(P72, 73)
- 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。(P74~76)
- 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。(P77)
- 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、という指摘があったほか、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、といった意見があった。

② 短期滞在手術等の算定ルールについて

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等については入院外での実施割合が高いものの、DPC対象病院においては入院外での実施割合が低いものが存在する。(P79~85)
- また、個別の手術等に注目すると、DPC対象病院の中でも入院/入院外での実施状況に大きなばらつきがあることが確認された。(P86~89)
- 入院における包括評価のあり方も踏まえつつ、短期滞在手術等の入院/入院外での実施状況等の実態把握のため令和5年度特別調査を実施した(別紙参照)。
- アンケート調査及びヒアリングの結果を踏まえ、以下のような点が指摘された。
 - ・ 短期滞在手術等の入院外での実施状況については、設備や人員体制が整備できているかが大きく関わっている。
 - ・ 患者や家族の意向等により外来に移行できない状況や病床稼働率等により相対的に決まっている部分もあり、短期滞在手術等自体の診療報酬上の評価の見直しにより解決するのは難しいのではないか。
 - ・ 日帰り手術として実施可能な手術について、術後の経過観察目的に病床を利用した上で、1日入院として当日に入退院させる場合がある。
 - ・ 入院の必要性については、データの取得が可能であればより詳細な検討を進めることができるのではないか。

(3) 今後の方向性

- 点数設定方式については、具体的な診断群分類における医療資源投入量等の分析も踏まえつつ、引き続き検討を進める。
- 短期滞在手術等の入院医療における評価については、DPC/PDPS や短期滞在手術等基本料3による包括評価のあり方も踏まえつつ、分科会において検討を行う。

3. 診断群分類に係る検討について

(1) 概要

- 診断群分類については、診療報酬改定時に合わせて、最新の診療実態や臨床的知見を踏まえた見直しを行うとともに、適切な診断群分類の設定に必要な様式1の見直し及び「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」の見直しを行っている。(P91)

(2) 具体的な検討内容

- 作業グループにおいては、令和6年度診療報酬改定に向けた診断群分類の見直し作業の実施方針について、従前のおり、以下の基本方針のもと実施することについて確認

した。

- ① 医療資源同等性が担保されている（医療資源の投入量が適切にグルーピングされている（在院日数、包括範囲点数））。
 - ② 臨床的類似性が担保されている（臨床的な観点から問題・違和感が少ない）。
 - ③ 分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ない。
 - ④ その他制度運用上の問題が生じない。
- 具体的な作業に当たってはMDC技術班において行うこととなるが、その際には疾患ごとの特性も踏まえつつ、発症時期等を含む適切な指標による分岐の設定や、そうした分岐の設定が可能となるような様式1での調査方法を検討する必要性について指摘があった。（P91, 92）
- また、重症度を考慮した評価手法（COPマトリックス）を導入している診断群分類（脳梗塞及び肺炎）については、厚生労働省行政推進調査事業「DPC制度の適切な運用及びDPCデータの活用に資する研究」における検討結果も踏まえ、分類としての妥当性を検証するとともに、必要な見直しを行うこととされた。（P93）

（3）今後の方向性

- 診療報酬改定に向けた診断群分類に係る検討状況については、今後改めて報告を行う。

4. 退院患者調査に係る検討について

（1）概要

- 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。（P96, 97）
- 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」とするとともに、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。（P98, 99）

（2）具体的な検討内容

＜調査の位置づけと結果報告のあり方について＞

- 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、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。

<公開データの拡充について>

- 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-inputの割合が高い等のばらつきがみられていた。(P100~102)
- 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-input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。

(3) 今後の方向性

- 作業グループにおいて改めて見解をとりまとめ、今後報告を行う。