

DPC/PDPS 等作業グループからの最終報告について

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 病院となった。DPC 対象病院数は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 3～9）。
- 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の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た。（P 12～18）
- 以上の経緯も踏まえ、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>

- 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、検討を行った。

<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（P31～38）。
- アンケート調査及びヒアリングの結果を踏まえ、以下の指摘があった。
 - ・ 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。
- 精査の結果、一部のコードについては「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされ、「部位不明・詳細不明コード」の計算対象からは除外すべきではないかと、との指摘があった。（P39）

<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。（P41, 42）
- 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。（P43, 44）
- 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。（P45～50）

- 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、との指摘があった。(P51, 52)
- 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。(P53)
 - ・ 「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。
 - ・ 「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。(P55)
- 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、名称の変更も含め検討する必要があるとの指摘があった。(P56)

<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。(P58~60)
- 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。(P61)
- 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。(P61)
- 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。(P62~64)

- 令和4年度改定においては、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。(P65~67)
- 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、新たに評価を行いうる内容について検討を行った。(P68)

ア) 脳死下臓器提供の実施 (P69~71)

- 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。

イ) 多職種協働による医療提供 (P72, 73)

- 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。

ウ) 医師少数地域への医師派遣機能 (P74~76)

- 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、との指摘があった。

エ) 外国人患者の受け入れ体制 (P77~79)

- 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、外国人患者受け入れ医療機関認証制度 (JMIP) 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。

オ) 医療の質向上に向けた取組 (P80~82)

- 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。

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。(P83~85)
- 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。(P86)
- 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。（P87～91）
- 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。
 - 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、という指摘があった。

2. 算定ルールに係る検討について

（1）概要

- DPC/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。（P94）
- 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。（P95）

（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。（P97）
- 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・短縮はみられない。（P98, 99）
- 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。(P100~102)

- さらに、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。(P103)
- 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、この指摘があった。(P104, 105)
- 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。(P106~108)
 - ・ 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と。
 - ・ 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と。
 - ・ 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と。

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。(P110~116)
- 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。(P117~120)
- 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(P121~123)。

- アンケート調査及びヒアリングの結果を踏まえ、以下の指摘があった。
 - ・ 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. 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。(P125)

(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があるとの指摘があった。(P126, 127)
- また、重症度を考慮した評価手法（CCP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データの活用に関する研究」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。(P128)
- 診断群分類の見直し作業については、現在も複数班で検討作業を実施しており、医療

資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、ICDコードと傷病名の対応関係の見直しや手術、手術・処置等の見直し等の対応を検討している。(P129, 130)

※ 診断群分類の見直し作業は、令和4年4月～12月(9ヶ月分)のデータに基づき実施しており、令和6年度改定に向けては、令和4年10月～令和5年9月(12ヶ月分)のデータを用いて最終的な検証を行う。

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。(P132, 133)
- 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。(P134, 135)

(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」データの割合が高い等のばらつきがみられていた。(P136～138)
- 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。