診調組　入２－２
元．７．２５

DPC/PDPS等作業グループの分析についての報告

第1回

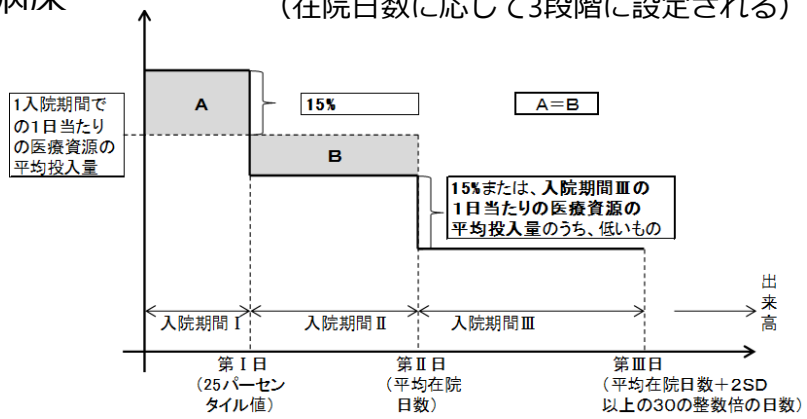
DPC/PDPSの概要

- 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日あたり包括払い方式**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入院あたりの支払方式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方式を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成30年４月１日見込みで**1,730**病院・約**49**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**83**%を占める。
  - ※　平成28年7月時点で7対1または10対1入院基本料を届出た病床

- 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。

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



平成30年改定に向けた議論の経緯

基本問題小委　2017年12月6日

１－３－３　平均的な診療実態から外れる医療機関

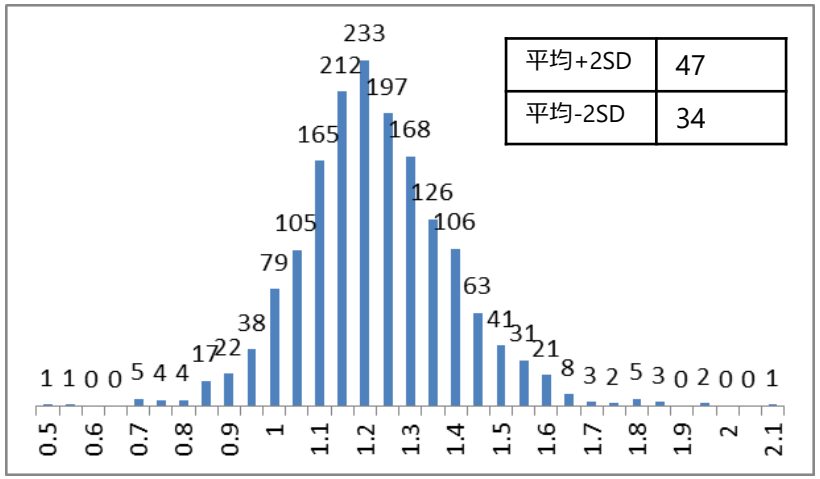
・　一般に、包括報酬が適用される医療機関について、診療密度（包括点数に対する包括範囲出来高点数の比）が相対的に著しく低い場合、診療内容の適切性について検討が必要である（粗診粗療の懸念がある）。

・　現行のDPC/PDPSは、参加医療機関の実績から診断群分類の平均的な医療資源投入量や在院日数を設定することにより包括報酬を支払うシステムであり、平均から大きく外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い、等の診療実態がある医療機関がDPC/PDPSの対象施設としては適切ではないと考えられることから、今後、何らかの対応を検討する必要性が示唆された（制度になじまない可能性がある）。

調整係数の置き換え②（今後の課題）

- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。

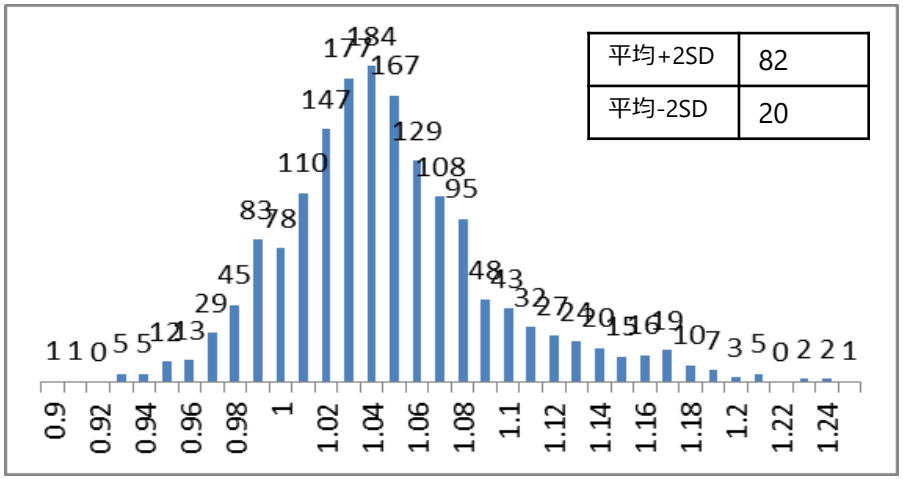
平均在院日数の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

診療密度の相対値の分布



平成28年度DPCデータ

医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均-2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診粗療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

各作業グループの作業内容

平成30年7月18日中医協資料　総4-3より

●　診療情報・指標等作業グループ

1）診療実績データの分析に関する事項
- 診療実績データ（DPCデータ）等を活用し、医療内容の評価指標や指標測定のための手法等に関する調査研究・分析

2）データの利活用の在り方に関する事項
- 診療実績データを提出する病棟の種類が拡大したことを踏まえたDPC退院患者調査における報告内容について

3）その他、データ提出に係る診療情報や指標に関する事項

●　DPC/PDPS等作業グループ

1） DPC/PDPSの運用に関する事項
- 医療機関別係数のフォローアップについて
- DPC/PDPSの対象病院の要件について

2） DPC退院患者調査に関する事項
- DPC退院患者調査における報告内容について
- 病院情報の公表の取組について

3）その他DPC/PDPSに関する事項

作業グループに関する中医協・入院分科会における指摘

○ DPC/PDPS等作業グループの検討方針 （2019年4月25日　入－1抜粋）

・ 一般的なDPC対象病院とは異なる診療実態である病院についての分析及び適切なDPC対象病院の要件設定のための評価に関する検討

入院分科会（2019年4月25日）での指摘

- 平均的な診療実態について、具体的な整理が必要ではないか。
- 病床数等と診療実態との関連の分析が必要ではないか。
- 平均在院日数について、長い場合だけでなく、短い場合について検討する必要ではないか。

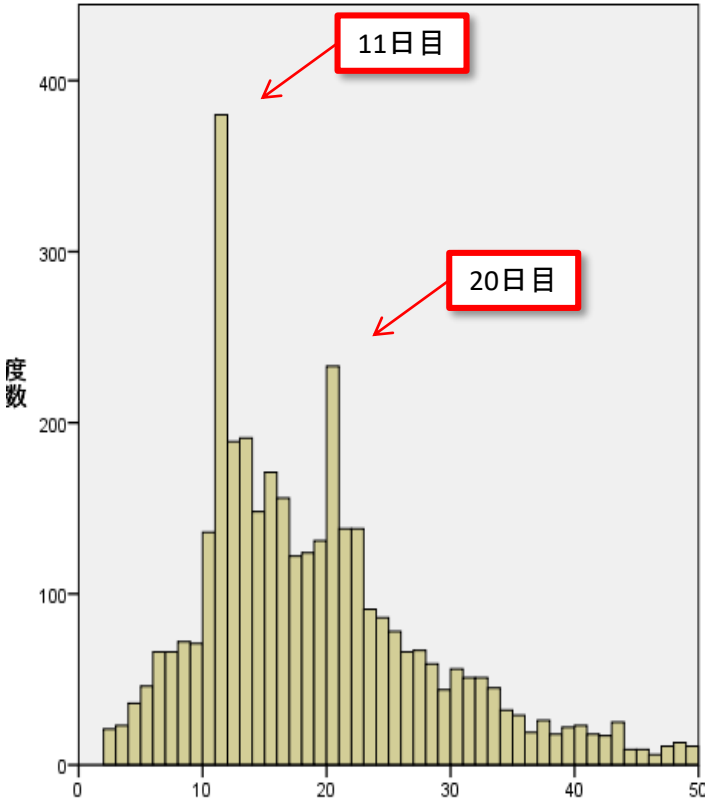
基本問題小委員会(2019年5月15日)での指摘

- かい離した診療実態のある医療機関について、退出ありきではなく、どのようにDPC/PDPSの運用の妨げになるか検討が必要ではないか。
- 小児科のような医療資源投入量が低く出る可能性がある診療科を主とする医療機関については、分析の際に一定の留意が必要ではないか。

DPC病院における亜急性期入院医療管理料算定病床

胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし

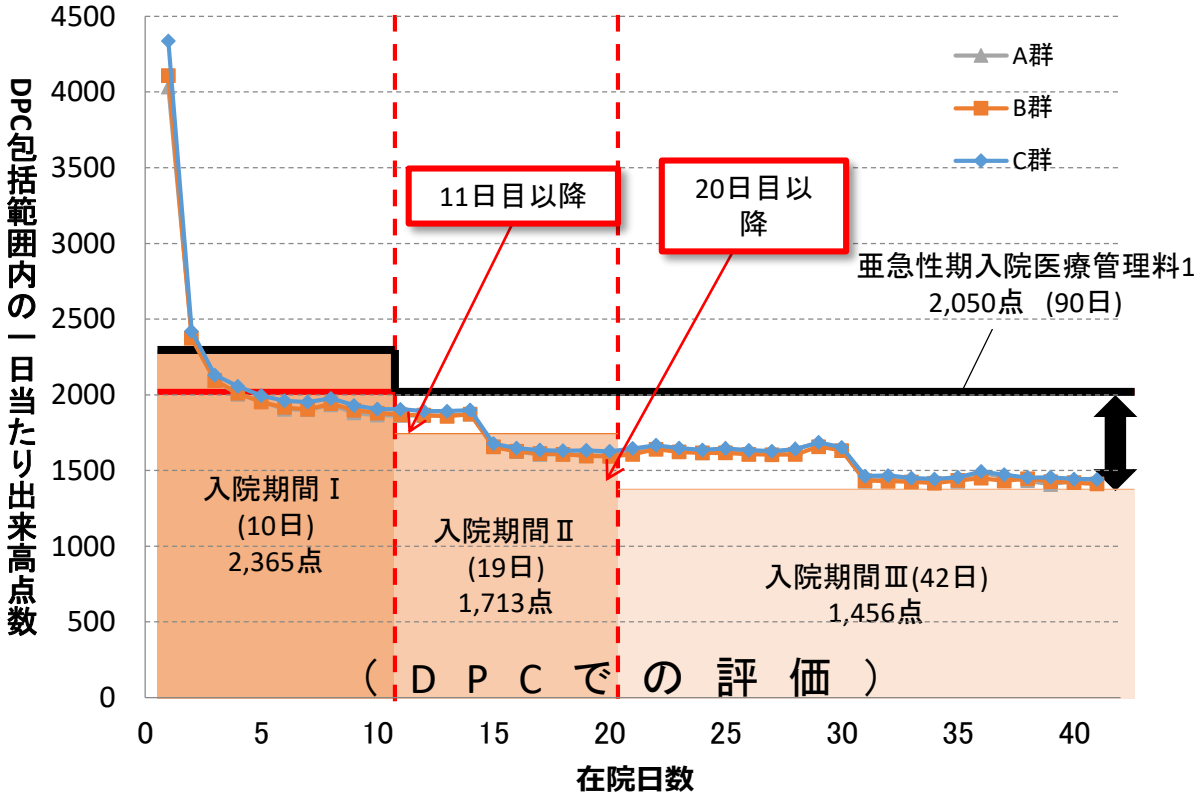
＜亜急性期病床への転床時期＞
<160690xx99xxxx>



亜急性期病床への転床時期(入院日数)

＜亜急性期病床の利用の有無による診療密度の違い＞

- 亜急性期病床を併設している医療機関の症例
  - 亜急性期病床を利用した症例 …A群
  - 亜急性期病床を利用しなかった症例 …B群
- 亜急性期病床を併設していない医療機関の症例 …C群



算定件数が多い診断群分類

	診断群類番号	概要	期間Ⅱ	件数
1	020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 水晶体再建術等	3日	131,519
2	060100xx01xx0x	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ切除術	2日	120,624
3	050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患 心臓カテーテル検査	3日	84,128
4	050050xx02000x	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈ステント留置術等	4日	64,658
5	110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症	11日	59,332
6	040081xx99x00x	誤嚥性肺炎	19日	58,123
7	060340xx03x00x	胆管結石、胆管炎 内視鏡的胆道ステント留置術等	9日	50,137
8	160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術等	24日	48,519

出典：平成30年DPCデータ（4月～9月）

算定件数が多い診断群分類

	診断群類番号	概要	期間Ⅱ	件数
9	050130xx99000x	心不全 手術・処置なし	16日	46,406
10	110080xx991x0x	前立腺の悪性腫瘍 前立腺針生検術	2日	44,677
11	060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上） 腹腔鏡下ヘルニア手術等	5日	44,355
12	040090xxxxxx0x	急性気管支炎	5日	43,510
13	060380xxxxx0xx	ウィルス性腸炎	5日	39,315
14	050070xx01x0xx	頻脈性不整脈 経皮的カテーテル心筋焼灼術	5日	38,624
15	140010x199x00x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害2500g以上、手術処置なし	6日	31,806

出典：平成30年DPCデータ（4月～9月）

第2回

① DPC対象病院の現況に関する分析

② 在院日数や医療資源投入量が平均より乖離した病院に関する分析

③ DPC対象病棟からの転棟に関する分析

④ その他の分析

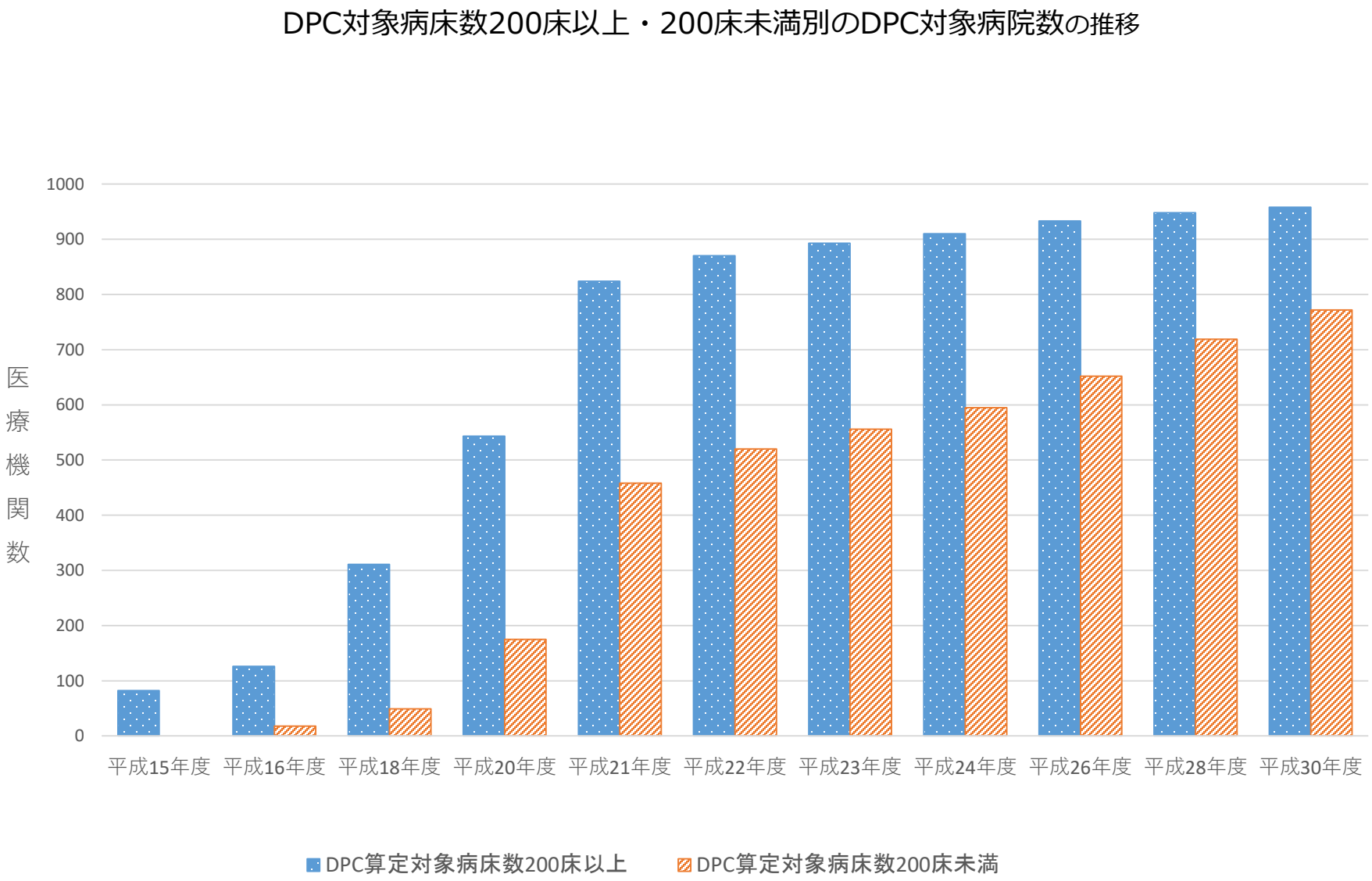
① DPC対象病院の現況に関する分析

② 在院日数や医療資源投入量が平均より乖離した病院に関する分析

③ DPC対象病棟からの転棟に関する分析

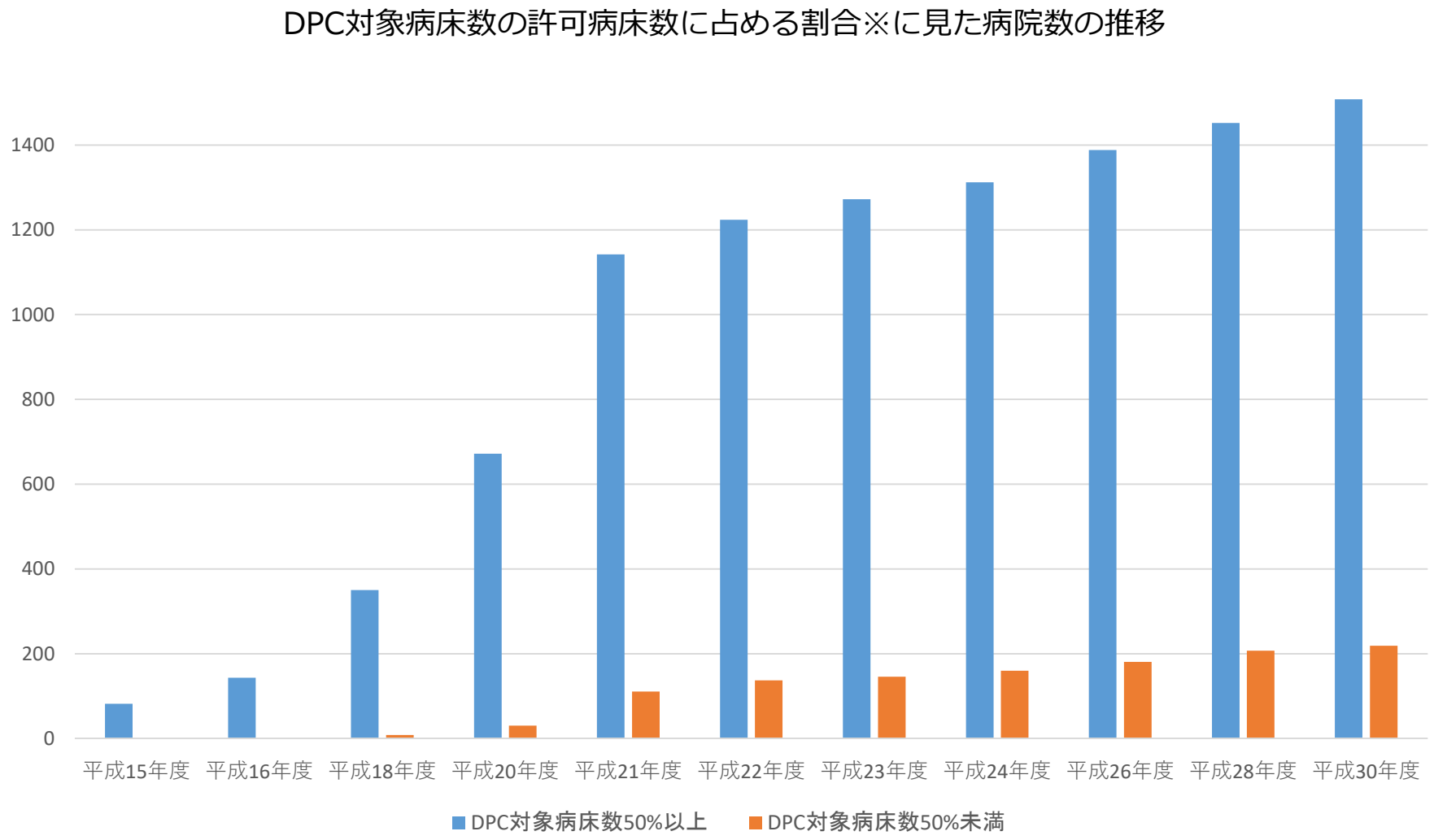
④ その他の分析

病床規模別DPC対象病院数の推移



出典：H30年DPCデータ

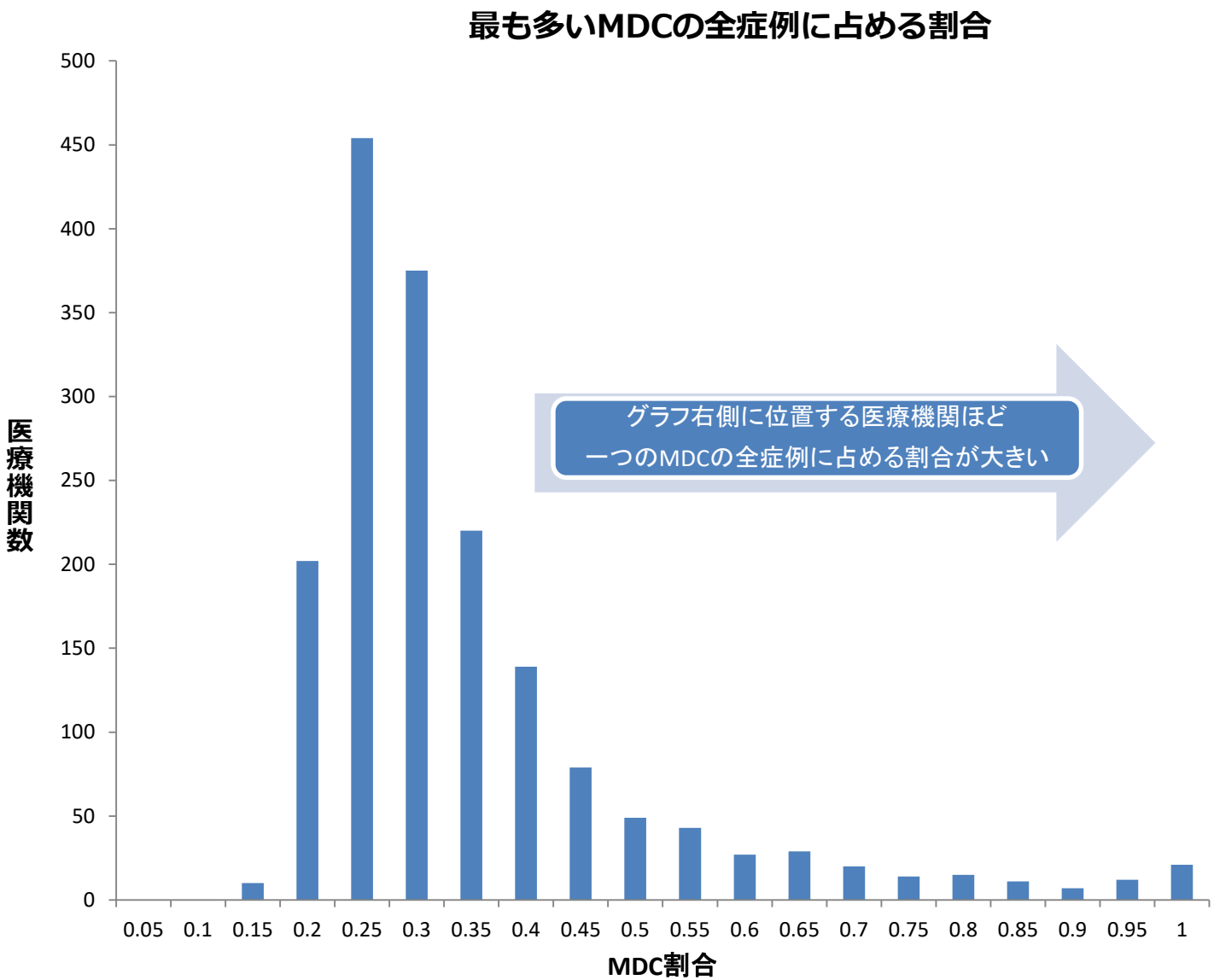
DPC対象病床数の占める割合別病院数



出典：H30年DPCデータ

※DPC対象病床数/許可病床数

最も多いMDCの占める割合

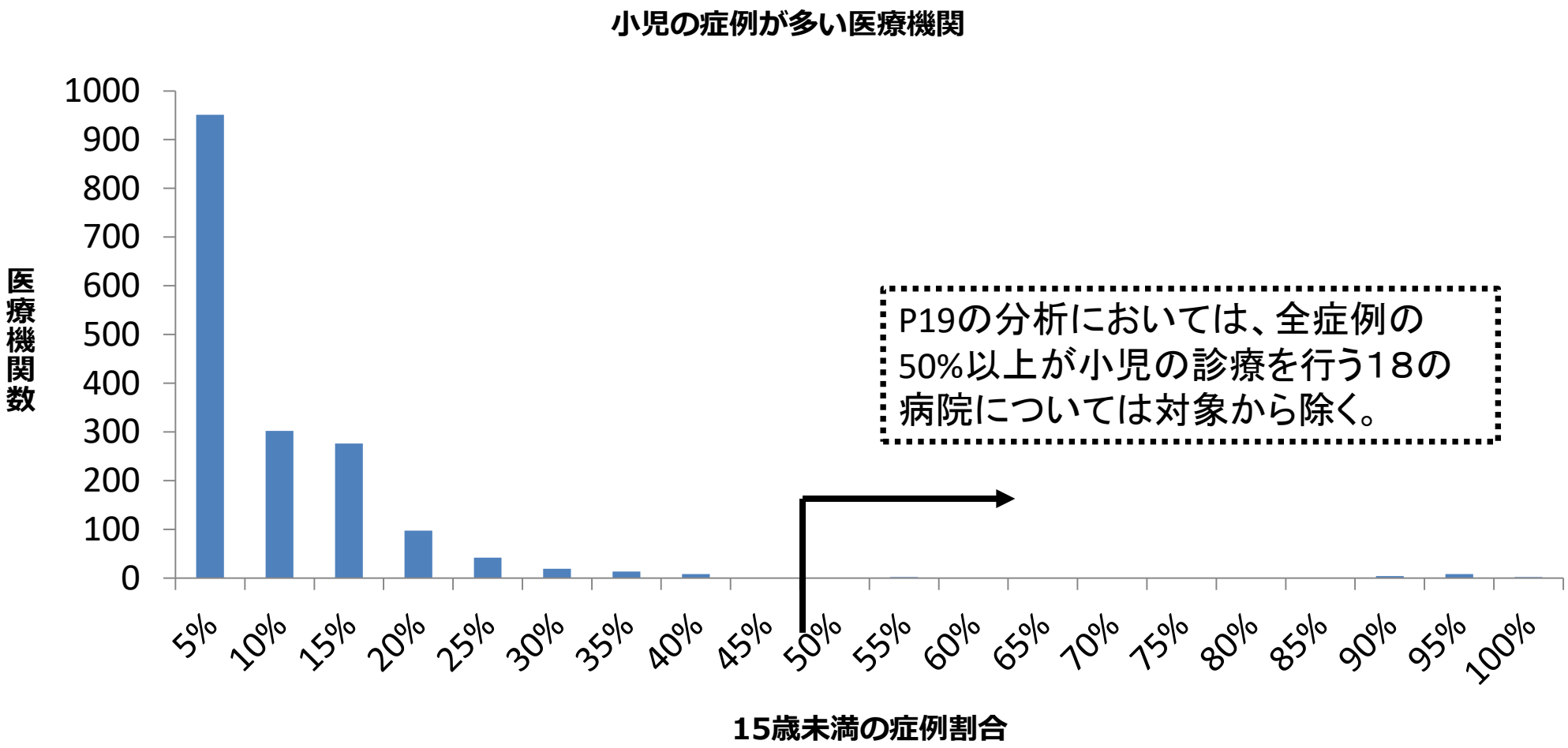


MDC	名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科疾患
04	呼吸器系疾患
05	消化器系疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌等に関する疾患
11	腎・泌尿器系疾患など
12	女性生殖器疾患及び周産期疾患等
14	新生児疾患等
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

出典：H30年DPCデータ

※MDC:Major Diagnostic Categoriesの略。DPC14桁の上２桁。
※医療機関ごとに最も多いMDCの割合が、全症例に占める割合を算出

小児の症例が多い医療機関について



※15歳未満の症例割合
＝当該医療機関のDPC対象病棟に入院する15歳未満の患者数/DPC対象病棟に入院する全患者数

出典：H30年DPCデータ

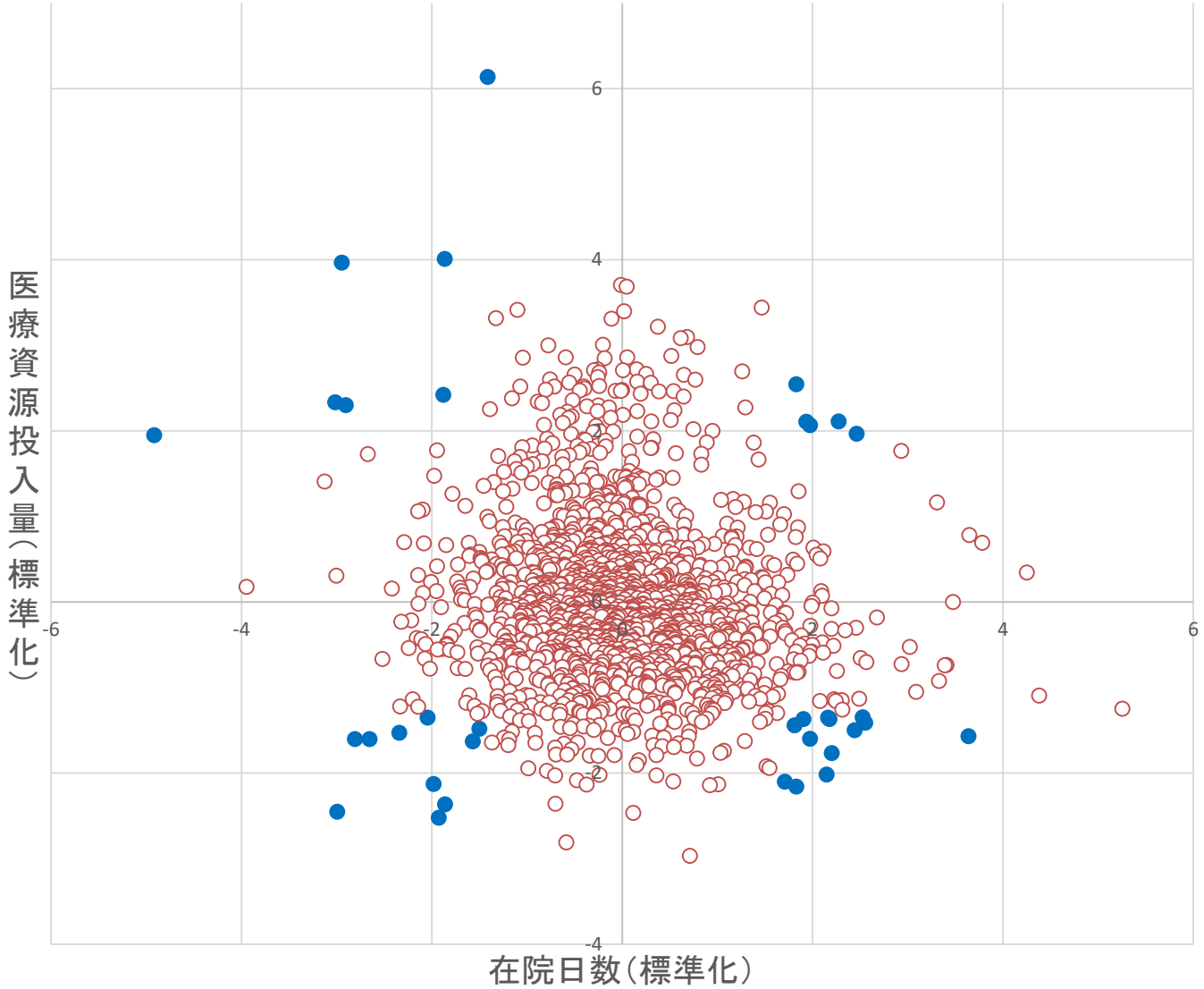
① DPC対象病院の現況に関する分析

② 在院日数や医療資源投入量が平均より乖離した病院に関する分析

③ DPC対象病棟からの転棟に関する分析

④ その他の分析

医療資源投入量、在院日数が平均より外れた医療機関



※　医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。

出典：H30年DPCデータ

※　標準化：（実測値ー平均値）/標準偏差

※　青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位（下位）100病院となる病院

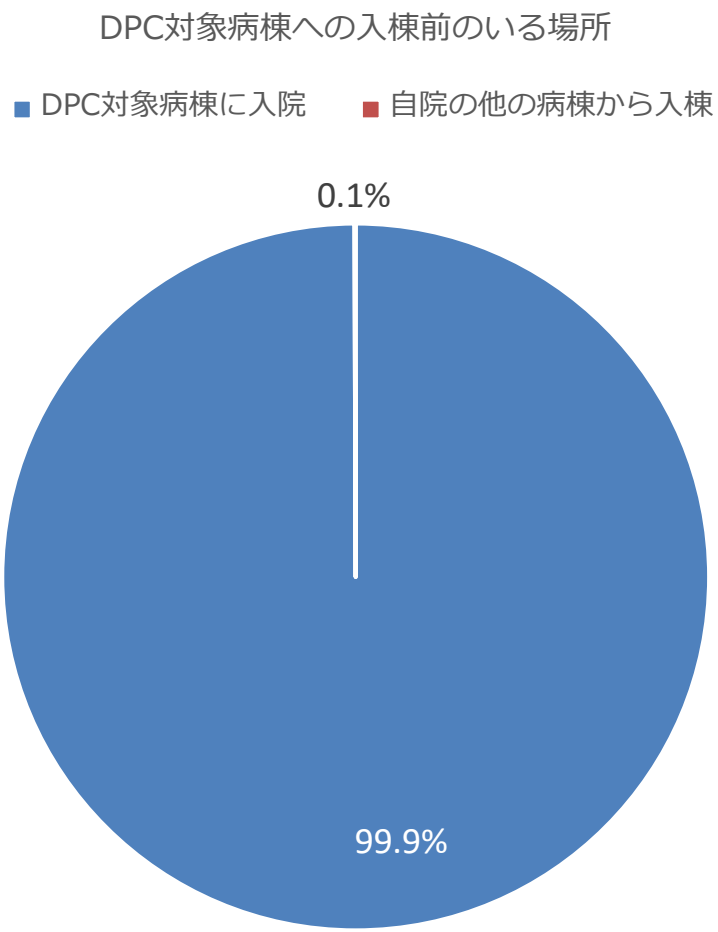
① DPC対象病院の現況に関する分析

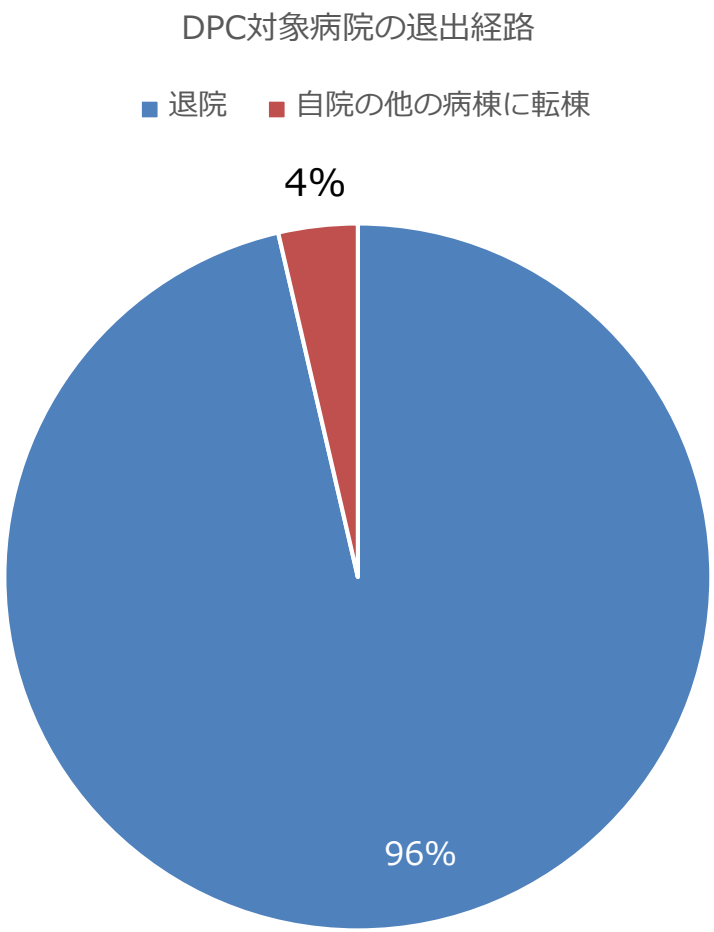
② 在院日数や医療資源投入量が平均より乖離した病院に関する分析

③ DPC対象病棟からの転棟に関する分析

④ その他の分析

DPC対象病棟の入院患者の入退棟経路



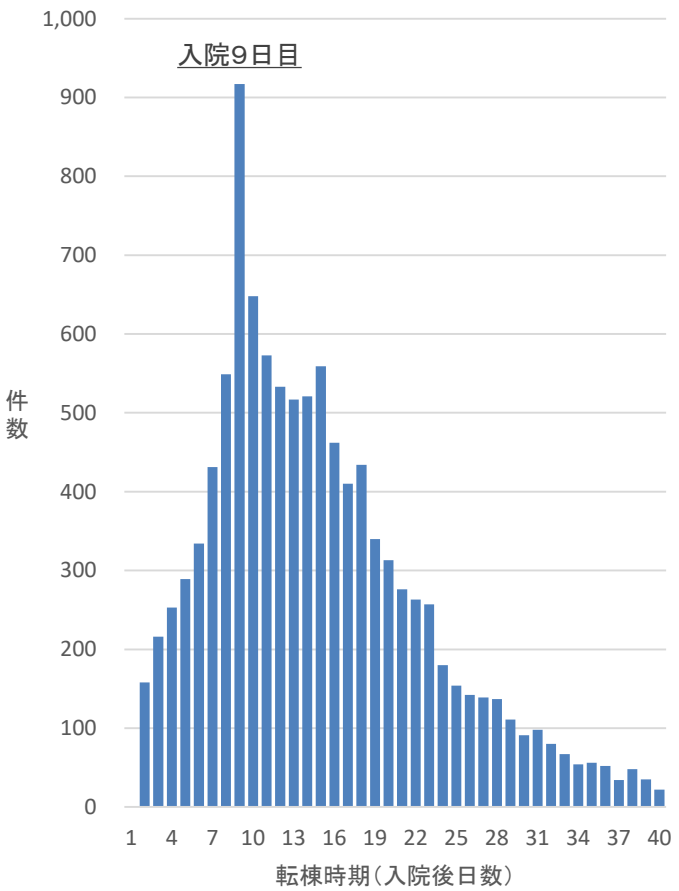


出典：H30年DPCデータ

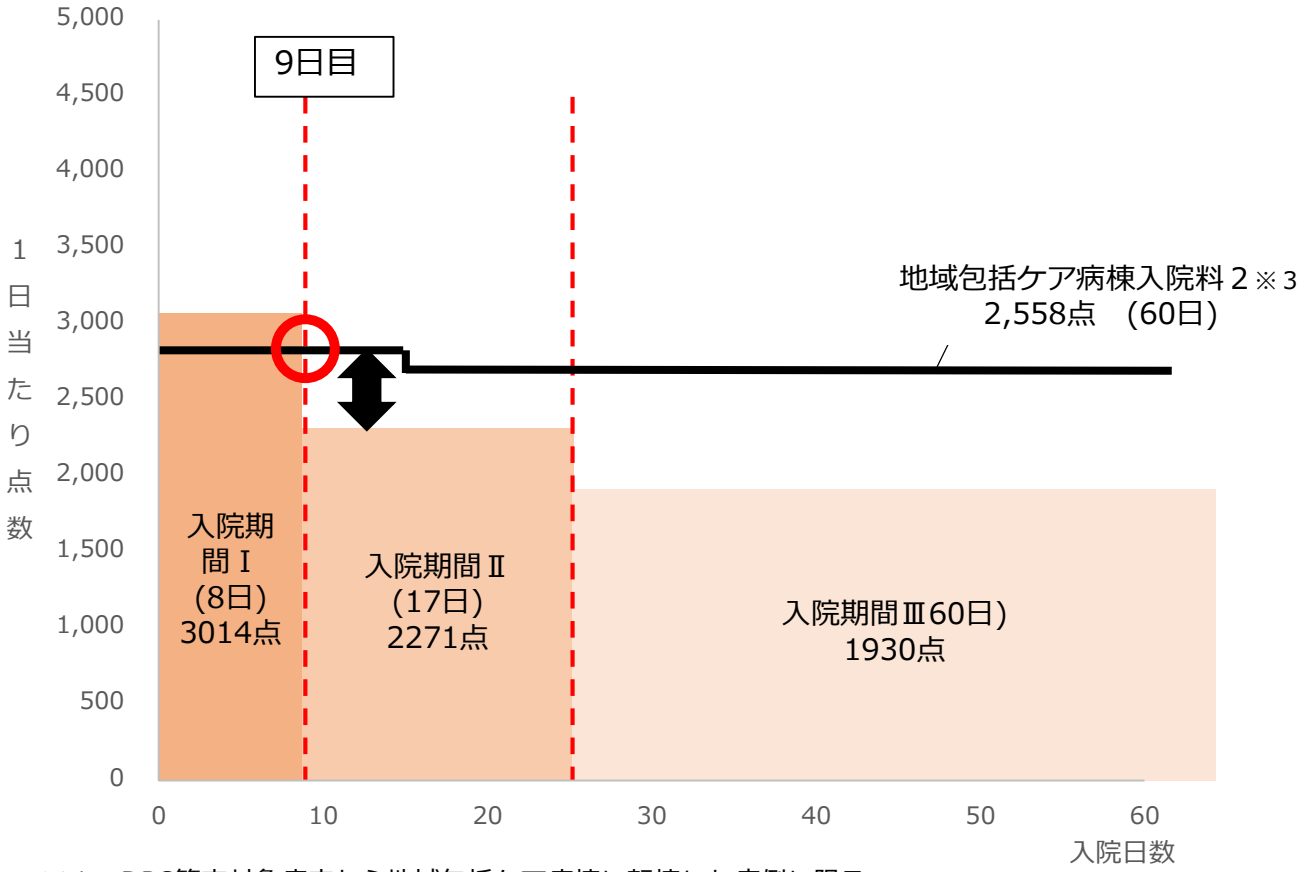
DPC対象病棟からの転棟について

胸椎、腰椎以下骨折損傷　(胸・腰髄損傷を含)　手術なし(160690xx)

地域包括ケア病棟への転棟時期※１



DPC/PDPSによる報酬※２と転棟先での報酬



出典：平成30年DPCデータ

※１　DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る
※２　平均的な係数値で算出（基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088）
※３　急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）

① DPC対象病院の現況に関する分析

② 在院日数や医療資源投入量が平均より乖離した病院に関する分析

③ DPC対象病棟からの転棟に関する分析

④ その他の分析

平成30年改定に向けた議論の経緯（共通QIセット）

平成28～30年度 厚生労働科学研究
『医療の質の評価・公表と医療情報提供の推進に関する研究』まとめ（暫定）

平成30年12月20日 第12回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

共通QIセットの作成

平成28年度研究班
全国の病院（研究時点8470病院）を対象に、QIの測定と公表の現状、医療の質改善との関わり、共通QIを用いることへの意見などのアンケート調査を実施した。（805病院から回答：回答率9.5%）
QIを用いた医療の質の測定・改善を全国の病院で行うためには、指標の数は30未満に抑えたほうがよいと考え、共通QIセット（23種類36指標：参考資料）を提言した。

共通QIセットの評価

平成29年度研究班
「医療の質の評価・公表等推進事業」参加団体において、前年度に提唱した共通QIセットを用いて医療の質の測定・評価・公表を行い、測定可能性や医療の質の改善への影響などを検証した。

共通QIセットの更なる検討

平成30年度研究班－中間概要－
平成22年度以降の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」参加団体の責任者が集う意見交換会を開催し、本テーマに関するこれまでの取り組み・問題点を集約し、わが国の医療の質を向上させる一手段としてのQIの測定・公表を推進する。

医療の質向上に向けての留意事項

研究班としては、QIの測定・公表の全国展開の最終目的は個々の病院における医療の質の改善であり、単なる病院間の比較・ランク付けではないことを強調したい。

期待される効果

共通QIセットを用いた医療の質の測定・公表を、より多くの病院について行うことで、医療の質の可視化、各病院での改善活動（PDCAサイクル）を促すことができる。さらには、共通QIセットの測定・公表をある期間ごとに繰り返し行うことで、医療の質の改善が達成されているかを知ることができる。
医療の質の改善は、患者にとって直接的な利得であり、厚生行政の最大の目的の一つである。厚生行政上、医療の質を高めるためのインセンティブを考える上でも、共通QIセットの数値とその動きは参考になるはずである。本研究成果は、医療の質の評価・公表に関する制度的対応に関する検討に活用されることで、全国の医療機関の医療の質向上に資することが期待される。

26

平成28～30年度 厚生労働科学研究 研究代表者：福井 次矢
『医療の質の評価・公表と医療情報提供の推進に関する研究』【参考資料】

平成30年12月20日 第12回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会（改）

共通QIセット：23種類の36指標

平成28年度厚労科研補助金
医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究（研究代表者 福井次矢）

①入院患者満足度 ②外来患者満足度 ③職員満足度 ④転倒・転落発生率
⑤インシデント・アクシデント発生率 ⑥褥瘡発生率
⑦中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率 ⑧キャンサーボードの開催
⑨麻薬処方患者における痛みの程度の記載
⑩急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与
⑪Door-to-Balloon ⑫早期リハビリテーション
⑬誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコピーあるいは嚥下造影検査の実施率
⑭血糖コントロール ⑮予防的抗菌薬の投与 ⑯服薬指導 ⑰栄養指導
⑱手術患者での肺血栓塞栓症予防・発生率 ⑲30日以内の予定外再入院率
⑳職員の予防接種率 ㉑高齢者における事前指示（ACP）
㉒広域抗菌薬使用時の血液培養 ㉓地域連携パスの使用率

※ 赤字はDPCデータから算出できるもの

27

○医療の質の評価に関する研究が行われており、平成28年度の研究事業において、共通QIセットとして、23種類の36指標が提言された。

○平成30年度診療報酬改定に向けたDPC分科会においては、当該指標の公表についての機能評価係数における評価を議論。

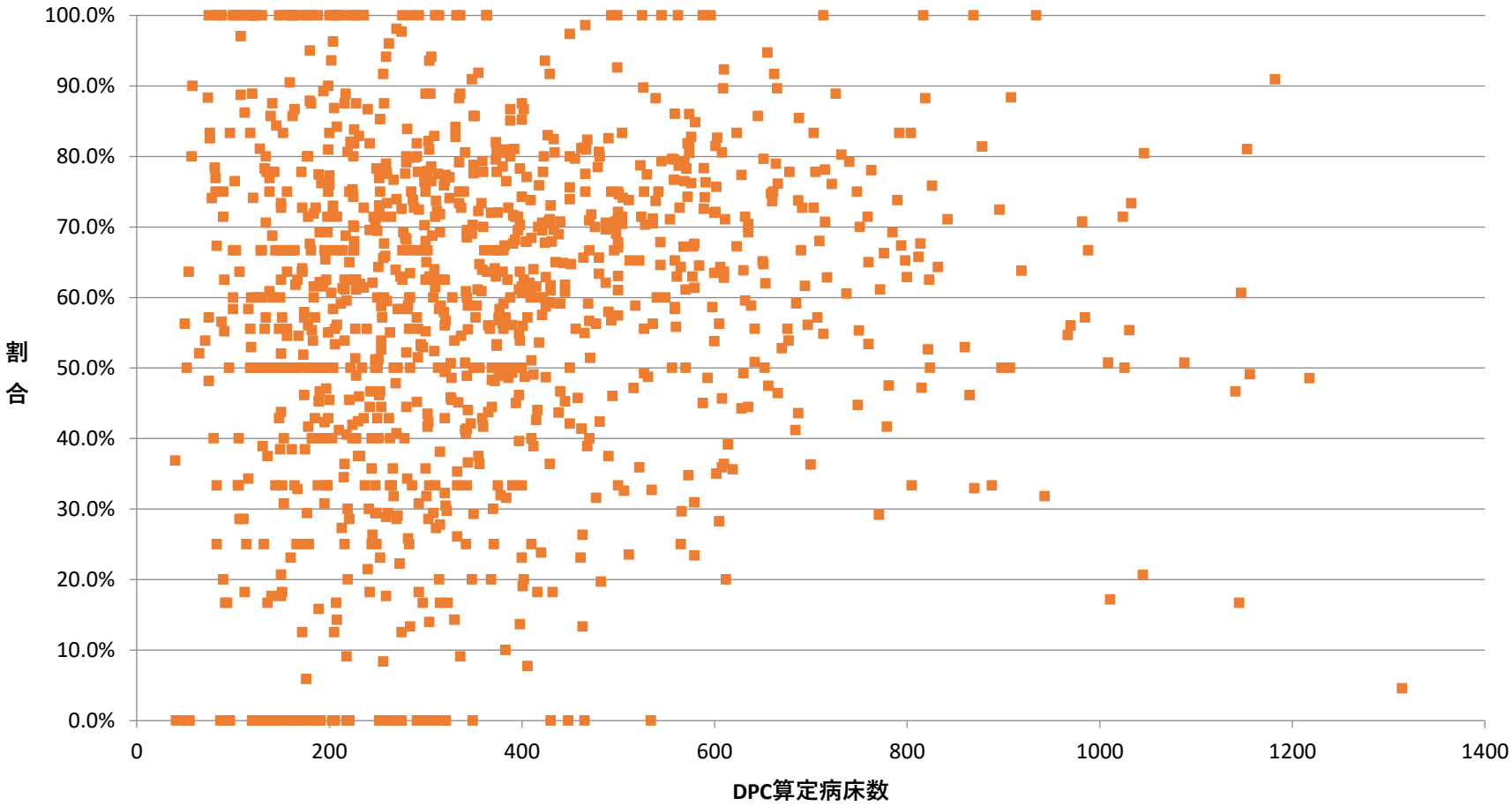
○共通QIセットの指標のうち、一部についてはDPCデータから測定可能なものがある。（左下図赤字）

（参考）DPCデータ概要

様式名	内容	入力される情報
様式1	病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の 診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の 実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	DPCレセプト
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院の出来高レセプト
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	外来の出来高レセプト
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況

※上記の様式、ファイル作成方法は
　2019年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照。

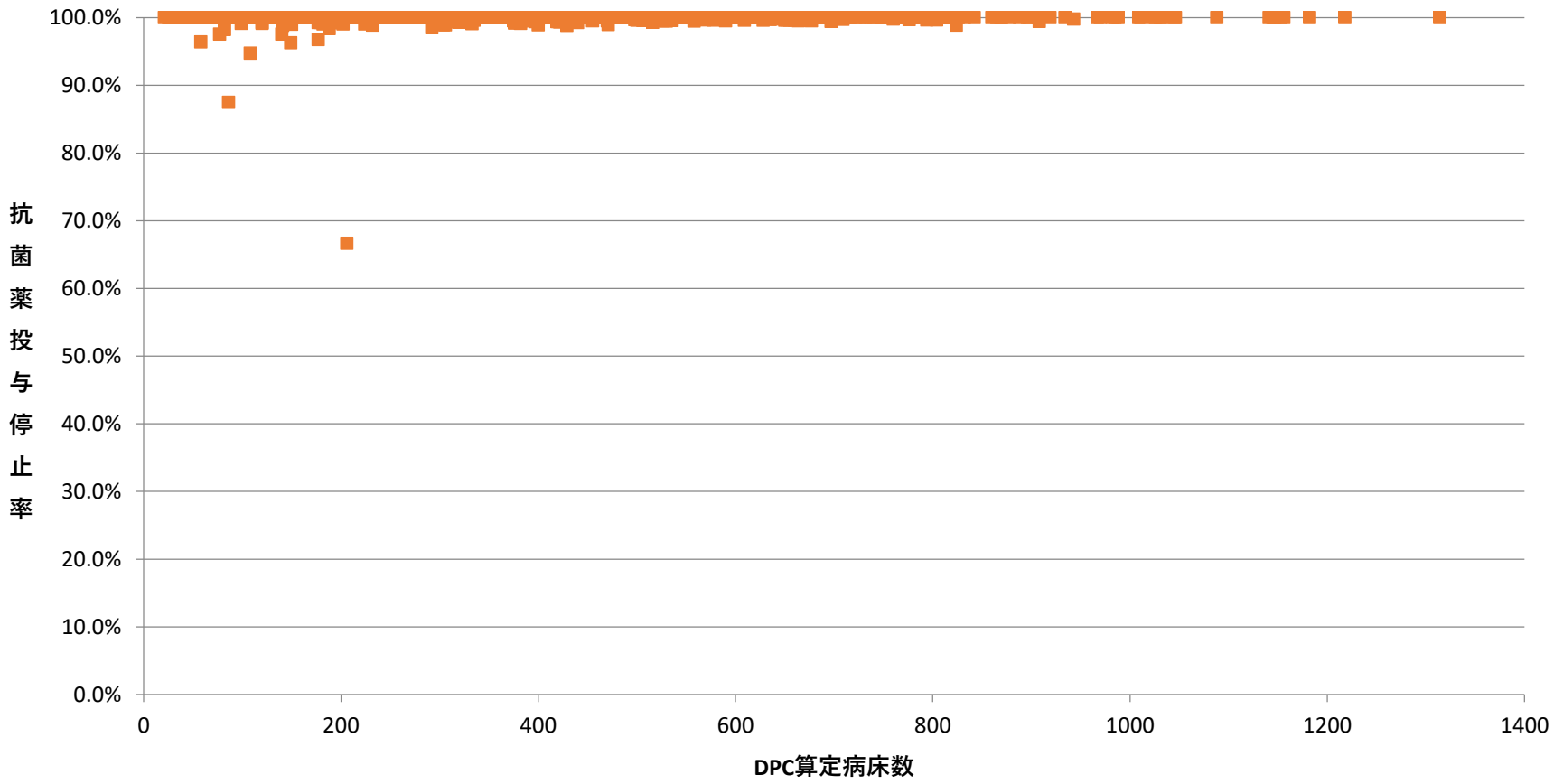
急性心筋梗塞で病院に到着してからPCIまでの時間が90分以内の患者の割合



Door-to-Balloon a.急性心筋梗塞で病院に到着してからPCIまでの時間が90分以内の患者の割合（来院後90分以内に手技を受けた患者数／18 歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数）

※当該検査等の件数が０の病院は除く
出典：平成30年ＤＰＣデータ

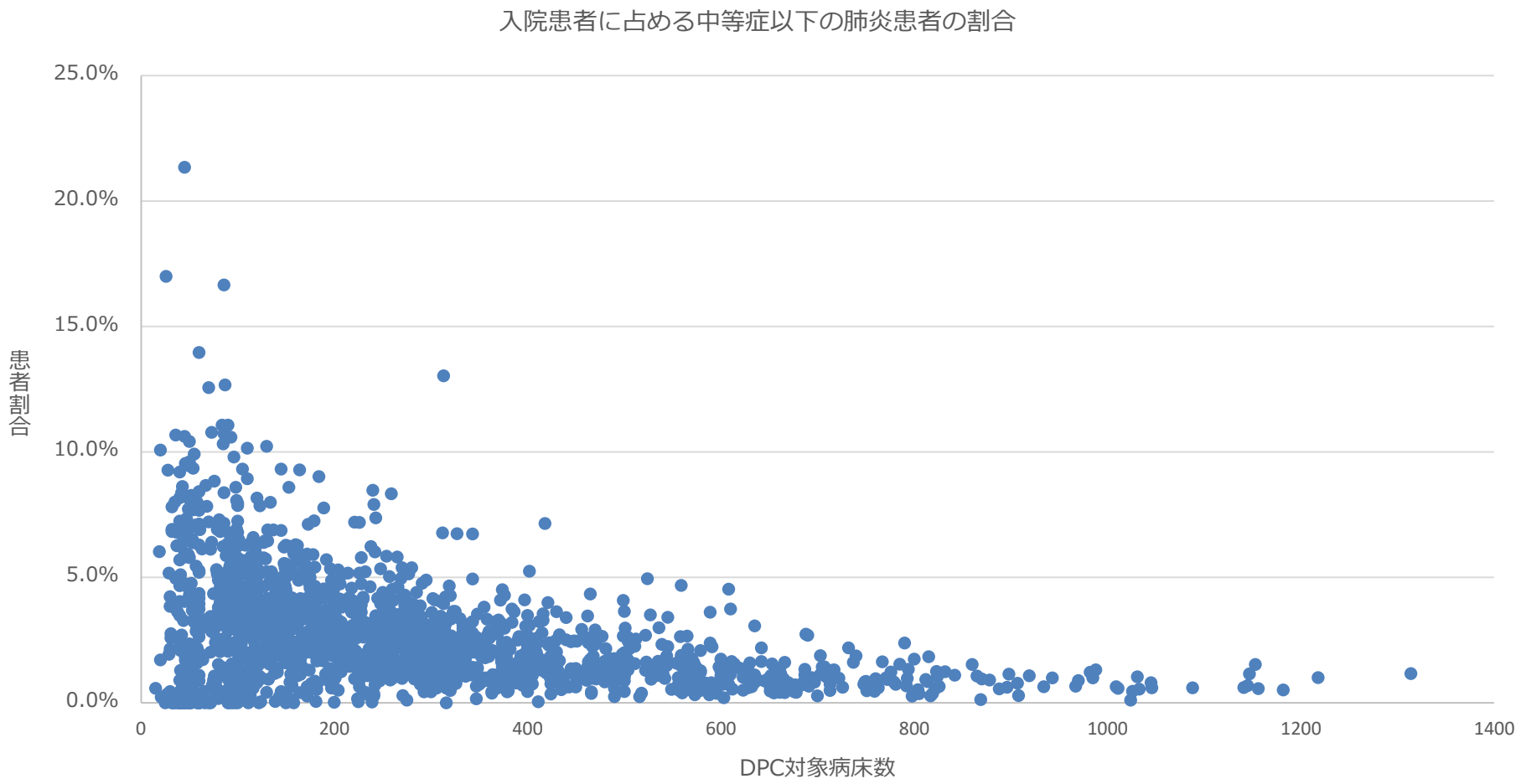
術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率



（手術翌日に予防的抗菌薬が投与されていない件数
／入院手術件数（股関節人工骨頭置換術・膝関節置換術・血管手術・大腸手術・子宮全摘除術））

※当該検査等の件数が０の病院は除く
出典：平成30年ＤＰＣデータ

肺炎の重症度を用いた分析



※ＡＤＲＯＰ(市中肺炎重症度分類)スコアが５項目中該当が２項目以下の症例を入院が必要でない肺炎として集計。
※ＡＤＲＯＰ：Age、Dehydration、Respiration、Orientation、Pressureの５項目から設定される市中肺炎の重症度分類。該当項目がない場合は軽症（外来治療）、１－２項目の場合中等症（外来または入院）、3項目の場合重症（入院治療）等と分類される。

出典：H30年DPCデータ