

「DPC/PDPSに係る令和4年度特別調査」の結果報告について

厚労省は令和4年度診療報酬改定後のDPC制度に係る現状を把握し、次回改定に向けた検証を行うため、「DPC/PDPSに係る令和4年度特別調査」(以下、特別調査)を実施しました。調査結果が5月10日の中央社会保険医療協議会に報告されましたので一部紹介いたします。

Topic解説

特別調査について

適切なDPC制度の運用を図る観点から、制度に馴染みにくい病院とはどのようなものか等の検討を進めるため、DPC標準病院群に該当する病院を対象とし、機能評価係数Ⅱに関する調査を行いました(調査区分Ⅰ)。また、機能評価係数Ⅱの各項目の分布等を踏まえ、一部の施設には、追加的な調査も行いました(調査区分Ⅱ)。さらに、回答状況を踏まえ、施設にヒアリングを行いました。調査の詳細は以下をご覧ください。

【対象施設と回収状況について】

調査区分Ⅰ※：DPC標準病院群に該当する1,495病院(令和4年度5月以降に合併した病院は含めない)
 ▶ 機能評価係数Ⅱの各項目に対応する取組の状況やその背景等について
 (回収率100%)

調査区分Ⅱ※：以下の区分に対応する病院

(A) 保険診療係数について、最大値となっていない62病院(※)

※ 区分(A)については、大学病院本院群及びDPC特定病院群に該当する病院も含む。

(B) 効率性係数の上位50病院及び下位50病院

(C) 複雑性係数の上位50病院及び下位50病院

(D) 救急医療係数の上位50病院及び下位50病院

(E) 地域医療係数の上位50病院及び下位50病院

▶ 対応する係数値等を通知し、当該係数値を取る理由や背景についての追加的調査
 (回収率100%)

ヒアリング：調査票の回答状況や各病院の機能評価係数Ⅱの取得状況を踏まえ選定された10施設程度

※調査区分Ⅰ,Ⅱとした表現は本号における仮称です。

調査結果の概要

調査区分Ⅰ：DPC標準病院群に該当する全ての病院を対象とした調査項目

● DPC算定病床の運用状況とその背景について

【DPC/PDPSへの参加により得られたメリットについて】

- ・ 在院日数の短縮、コスト意識の向上。
- ・ 医薬品の後発品採用や同種薬剤の整理が進んだ。
- ・ 他院とのベンチマークを行い、クリニカルパスの作成に活用することで医療の質の向上が図れるようになった。
- ・ 経営や治療の指標となるデータが得られるようになった。
- ・ データの活用が可能になり、医療の透明化が進んだ。
- ・ 医事課等職員のモチベーションが上がった。知識が深まった。
- ・ チーム医療の重要性をDPC導入にあたり職員一同理解できた。
- ・ 機能評価係数Ⅱによって病院の取り組みが診療報酬に反映される。
- ・ 外来と入院の役割が明確化された。
- ・ カルテ記載・傷病名の詳細な記載につながった。
- ・ 請求事務の簡素化。
- ・ レセプト点検の負担減。

Topic解説

● データの質向上に向けた取組及びコーディングに係る体制について

【DPC コーディングの手順について】

- DPCコーディング（14桁分類）の主たる入力者及び主たる確認者の組合せとしては、「主治医以外」×「主治医以外」の組合せが708病院（47.4%）と最も多かった。（図2）

（図2）DPC（14桁分類）コーディングの入力者及び確認者の組合せ

入力者	確認者	施設数	施設割合
主治医	主治医	8	0.5%
	主治医以外	527	35.3%
	確認は行わない	1	0.1%
主治医以外	主治医	239	16.0%
	主治医以外	708	47.4%
	確認は行わない	12	0.8%
合計		1,495	100.0%

【コーディング委員会について】

＜コーディング委員会の開催頻度について＞

※令和3年11月～令和4年10月

- 令和3年11月～令和4年10月でのコーディング委員会の開催が4回未満であった病院が116病院（7.8%）存在した。

＜コーディングを含むデータの質向上に向けた取り組みについて＞

- コーディングにおける主治医と診療情報管理部門の連携（例：主治医が詳細不明コードを選択している場合に、診療情報管理部門が代替リストを提示する等）。
- コーディング委員会における情報共有（例：病名選択を注意した方がよい事例、未コード化病名の割合等）。
- コーディング委員会に他部署の責任者を参加させることで、病院全体でDPCに対する理解を深めるよう努めている。
- コーディングテキスト等を用いたコーディングのチェック
- 院内でのDPCコーディングマニュアルの作成。
- データの相互チェック等、二段階の点検を実施。
- データ提出で、院内独自の仕組みに則った点検を行い、提出支援ツールでは補えていない範囲の項目の確認を行っている。
- グループ内の別施設の人材による監査。
- 対出来高の点数で乖離が大きいデータの抽出とコーディング内容の確認。
- 査定、返戻症例の検証。

● 急性期医療の標準化・効率化に向けた取組について

【在院日数の短縮に向けた取組について】

- クリニカルパスにおける入院期間の適正化。
- 電子カルテへのDPC期間の表示。
- DPC分析ソフトを用いて不必要な医療行為の分析と削減。
- 他医療機関と比較したベンチマークの実施。
- 内視鏡治療等侵襲性の低い治療の推進。
- 早期リハビリや術後せん妄予防、疼痛管理に関する積極的な取組。
- 院内感染、合併症、転倒、褥瘡等の予防に向けた取組。
- 病床状況、患者の入退院情報、医師の治療方針等の部門間における情報共有。
- 退院支援部門の設置や早期介入による早期退院、転院に向けた取組。
- 地域連携に向けた他院、他施設との関係強化。

● 救急医療の実施状況とその背景について

【緊急の診療のための設備や体制について】

項目	平日		夜間・休日	
	施設数	施設割合	施設数	施設割合
緊急に CT を撮像する体制	1487	99.5%	1473	98.6%
緊急に MRI を撮像する体制	1431	95.8%	1381	92.4%
緊急に手術を実施する体制	1408	94.2%	1278	85.5%
緊急に血管造影検査を実施する体制	1184	79.3%	1062	71.1%

調査区分Ⅱ：機能評価係数Ⅱの取得状況に着目した調査項目

(A) 保険診療係数

<部位不明・詳細不明コードについて>

- コーディングに係る認識・確認不足
 - ・ 部位不明・詳細不明コードの認識が薄い医師が登録した病名のままでコーディングしていた。
 - ・ 担当者がDPC（ICDコーディング）の知識の習得ができていなかった。

<様式間の矛盾について>

- ・ 医事会計システムのEFファイルの形式の理解をしていなかったため。

<未コード化傷病名について>

- ・ 医療安全の観点から部位の取り間違い等を防止するため、カルテ上の左右の標記をひらがな標記にしていたが、電子カルテから医事側へのデータ変換に設定ミスがあり未コード化傷病名となってしまった。

(B) 効率性係数

<効率性係数が高い値を取る背景>

- 早期の転棟・転退院
 - ・ 急性期治療終了後および病状安定となった患者様を、院内地域包括ケア病棟へ転棟させ、ベッドの空いた急性期病棟へ他の急性期患者の入院を受け入れている。
 - ・ 後方支援を強化し、退院調整を進めている。
 - ・ 自院の専門以外の分野の疾患と判断された場合には早期に専門病院に転院している。
 - ・ 高度な治療が必要な場合には高次機能病院へ紹介し転院している。
- 在院日数短縮に向けた工夫・努力
 - ・ クリニカルパスを適切に使用している。
 - ・ 術後せん妄予防の積極的な運用、疼痛管理に関する積極的な取り組みを行っている。
 - ・ 在院日数短縮の対する職員の意識の高さが浸透している。

<効率性係数が低い値を取る背景>

- 退院調整が困難
- 患者の状態に合わせた対応

(C) 複雑性係数

<複雑性係数が高い値を取る背景>

- 積極的な患者の受け入れ
 - ・ 24時間365日救急・時間外患者を受け入れる体制を整えている。
 - ・ 多施設で治療困難となる症例、移植を必要とする症例、緩和ケアを含めた治療を要する症例など多岐に渡り、専門的な医療を提供している。
 - ・ 地域の中核病院であり、救急患者、基礎疾患のある高齢者、周囲の高齢者施設からの診療依頼を多く受け入れている。
- 自院他病棟との役割分担
 - ・ 地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を有するケアミックス体制となっており、DPC病棟の入院患者が侵襲性の高い手術が必要な患者等、医療必要度の高い患者に集約している。

<複雑性係数が低い値を取る背景>

- 入院患者の受け入れ状況
 - ・ 短期の入院患者の比率が高い。定期入院が多く、在院日数が短いため。
 - ・ 全国の包括範囲出来高点数が10000未満の症例を地域から多く受け入れており、需要も高いため。

Topic解説

(D) 救急医療係数

<救急医療係数が高い値を取る背景>

- 救急患者の積極的受け入れ
 - ・ 救急外来患者の受け入れ体制を常備し、様々な領域の患者を広く受け入れている。
 - ・ 地域に夜間休日の救急診療を行っている医療機関が少なく、救急搬送の受入率や救急搬送からの入院率が高くなっている。
 - ・ 医師、看護師の増員及びICU、HCU、一般病床増床による重症患者受け入れ体制の強化に伴い、緊急手術の実施件数が増加している。
- 積極的な医療資源の投入
 - ・ 脳神経外科を主体として救急を行っているため、救急医療管理加算の算定対象となる状態の脳卒中や手術を伴う外傷の患者が多いと思われ、それにより医療資源投入量の多い患者の割合が多い。
 - ・ 造影CT検査等、重篤な疾患が想定される患者に対する早期の医療資源投入が大きい。
 - ・ 早期退院を目標としているため、入院後すぐの検査・治療・手術を行う運用をしている。

<救急医療係数が低い値を取る背景>

- 救急患者の受け入れが困難
 - ・ 救急告示を受けておらず、かかりつけ患者のみの救急受診対応によるため。
- 入院症例の特徴
 - ・ 受け入れる患者像が救急医療入院に該当しないため。
- 救急医療加算について
 - ・ 救急医療管理加算の算定の対象となる患者が増えにくい。
 - ・ 主に通院中の患者が急変等で緊急に入院を必要とする重症と判断した場合に救急医療管理加算を算定している。

(E) 地域医療係数

<地域医療係数が高い値を取る背景>

- ・ 公的病院としての役割が多岐に渡る。
- ・ 地域の中核病院として、5疾病5事業等における急性期入院の役割を担っている。
- ・ 医療圏で最大規模の医療機関であるため。
- ・ 2次医療圏における唯一の総合病院であるため。
- ・ 2次医療圏を担う小児急患センターを併設していることもあって、患者が集中する。
- ・ 地域に小児を入院で診られる病院が他にないため。

<地域医療係数が低い値を取る背景>

- ・ 専門病院、単科病院のため、評価項目に該当しづらい。
- ・ 同じ二次医療圏内に、急性期病院が多数あるため。
- ・ 隣に公的医療機関の急性期病院があり、急性期的な診療に関しては連携しながら対応を行なっている。
- ・ 病院規模と地域の役割上専門特化した部分があり、他疾患については他病院と連携・紹介を行っている。

参考：厚生労働省_中央社会保険医療協議会 総会（第544回）（2023/5/10）総-6をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00185.html



発行元：東和薬品株式会社

DC-003803_02