



華甲からのつぶやき (10)

DPC 算定の仕組みと医療機関別係数

緒方信明

今回は、医療機関別係数に触れておきたい。医療機関別係数は医療機関と同じ医療行為を行っても、その係数が 0.01 異なった場合、例えば年間の医療収入が 100 億とすると、1 億円という大差が出る代物である。

医療機関別係数を理解するために、もう一度、DPC の請求について振り返ってみたい。DPC 包括制度の最大の特徴は、さまざまな診療行為に対する 1 日当たりの医療費が包括評価となっており、請求する際には、包括点数と出来高点数との組み合わせで計算を行う。

入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射など病院の管理運営に要する「ホスピタルフィー的要素」の費用は 1 日当たり包括点数に含まれ、手術や内視鏡検査など医師の専門的な技術を要する「ドクターフィー的要素」の費用は、出来高で算定する仕組みになっている。

これを計算式であらわすと、次のようになる。

$$\text{DPC における総診療報酬請求額} \\ = \text{包括評価} + \text{出来高評価} + \text{入院時食事療養費等}$$

包括評価は次の式で算定し、出来高評価は医科点数表を基に算定する。

$$\text{包括評価} \\ = \text{「診断群分類ごとの 1 日当たり包括点数」} \times \text{「入院日数」} \times \text{「医療機関別係数」} \times 10 \text{ 円}$$

つまり、DPC の包括評価は、1 日当たり包括点数に入院日数と医療機関別係数を掛けることで個々の病院の包括点数が決定されるのである。医療機関別係数の役割がきわめて大きいことが分かる。

医療機関別係数は、従来、調整係数と機能評価係数Ⅰおよび機能評価係数Ⅱの 3 種類の係数の合計であった。2012 年度改定から基礎係数を導入し、調整係数を段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換えた。さらに、2018 年度改定で調整係数は廃止される予定のものである。

2014 年度改定は置き換え期間中のため、医療機関別係数は、①基礎係数、②暫定調整係数、③機能評価係数Ⅰ、④機能評価係数Ⅱの4種類の係数の合計となっている。

それぞれの係数は医療機関の機能にもとづいて付与される大事な部分なので、説明をする。

基礎係数

医療機関の基本的な診療機能を評価する係数である。

施設の特徴を反映させるため、DPC 対象病院を①DPC 病院Ⅰ群（大学病院本院）、②DPC 病院Ⅱ群（大学病院本院に準じる病院）、③DPC 病院Ⅲ群（Ⅰ群・Ⅱ群以外の病院）の3つの医療機関群に分類し、医療機関群ごとに設定されている。

2年間分の出来高実績データに基づいて算出されており、医療機関群ごとの1件当たり平均出来高点数に相当する係数となっている。

2014 年度改定における医療機関群別の施設数と基礎係数は次のとおりである。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC 病院Ⅰ群	80	1.1351
DPC 病院Ⅱ群	99	1.0629
DPC 病院Ⅲ群	1,406	1.0276

特にⅡ群は、1日当たり包括範囲出来高平均点数が高く、届出病床1床当たりの臨床研修医師の採用数も多く、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療が行われているなど、高度な機能を提供できる医療機関に限られる。人も物も金も多く投資している医療機関に高い係数を付与する構図となっている。

暫定調整係数

調整係数から基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換え分を差し引いた係数である。DPC 対象病院の収入や機能評価係数の変化に対して、どのような要素がどの程度影響しているのか、この間のDPC分科会においてたびたび議論されてきた。

2015年6月のDPC評価分科会において、下記の数値が示された。DPC対象病院の収入に最も大きな影響を及ぼしているのは「暫定調整係数の変化」で、機能評価係数Ⅱや基礎係数の影響は、両者を合わせても暫定調整係数の変化の60%程度にとどまることが分かった。

- 1) 暫定調整係数の変化が与える影響：0.885
- 2) 機能評価係数Ⅱの変化が与える影響：0.242
- 3) 基礎係数の変化が与える影響：0.295

収入の変化に対して、「暫定調整係数」、「機能評価係数Ⅱ」、「基礎係数」の変化がそれぞれ同程度の影響を及ぼすことを想定していたが、これが見事に外れた。この結果は、機能評価係数Ⅱの仕組みや個別病院の地域医療や複雑性・効率性向上などへの取り組み内容に大きな課題を残す結果となった。

機能評価係数Ⅰ

病院の人員配置や施設全体として有する体制などストラクチャー（構造的因子）を評価する係数である。入院基本料等加算などの医科点数表の出来高点数を係数化したものであり、次の

ようなものがある。医療機関の医療活動に対する取り組み方で、係数に差がつく。

1) 病院の体制の評価

A200 総合入院体制加算, A204 地域医療支援病院入院診療加算, A204-2 臨床研修病院入院診療加算, A207 診療録管理体制加算, A207-2 医師事務作業補助体制加算, A234 医療安全対策加算, A234-2 感染防止対策加算, A244 病棟薬剤業務実施加算, A245 データ提出加算など。

2) 看護配置の評価

A207-3 急性期看護補助体制加算, A207-4 看護職員夜間配置加算, A214 看護補助加算など。

3) 地域特性の評価

A218 地域加算, A218-2 離島加算など。

機能評価係数Ⅱ

医療機関が担うべき役割や機能の評価する係数で、DPC 対象病院に対するインセンティブとしての係数である。

2014 年度改定では、データ提出指数、救急医療指数、地域医療指数が見直され、新たに後発医薬品指数が導入された。つまり、機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS 参加による医療提供体制全体として、医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブを評価したものであり、具体的には7つの係数からなっている。

1) 保険診療係数

DPC 対象病院における、質が遵守された DPC データの提出を含めた適切な保険診療の実施、取り組みを評価したもの。

2) 効率性係数

各医療機関における在院日数短縮の努力を評価したもの。

3) 複雑性係数

各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価したもの。

4) カバー率係数

様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価したもの。

5) 救急医療係数

救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価したもの。

6) 地域医療係数

地域医療への貢献を評価（山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）したもの。

7) 後発医薬品係数

入院医療における後発医薬品の使用を評価したもの。

DPC 病院全体における機能評価係数Ⅱ の変化に対して、各係数がどれだけ影響しているかを見ると、後発品係数が大きく、カバー率・保険診療係数は小さい（2014 年度改定時）。

この結果に対し、DPC 分科会委員からは、「機能評価係数Ⅱ は、そもそも病院ごとの『頑張り』具合を評価するものだが、後発品はそれほど努力しなくても使用割合を上げられる。これ

が機能評価係数Ⅱ に大きく影響しているのはいかがか」と述べ、決して好ましい状況ではないと指摘された。また、係数をあげようと思えば、医師や看護師を増員して、患者の回転数を全国平均よりも高くする医院経営や病院経営をめざさなければならなくなる。

以上、医療機関別係数を考えると、各医療機関の立ち位置、機能を明確にしておくことが重要であり、ただ漫然と医療経営を行っている病院は淘汰されることが明らかになったと言える。

今、保険調剤薬局においては、かかりつけ薬局としての施設基準や機能について議論されているが、医療機関における病院機能評価やDPC制度の保険調剤薬局版ではないかと考えられる。

地域における保険調剤薬局のあり方や役割については、新薬学者集団においても大いに議論すべき課題ではないかと思う。

関連	機能評価係数Ⅱ	標準化係数	有意確率	分散
大 ↑ ↓ 小	後発医薬品係数	0.509	p < 0.001	0.000023
	救急医療係数	0.439	p < 0.001	0.000017
	地域医療係数	0.438	p < 0.001	0.000017
	複雑性係数	0.398	p < 0.001	0.000014
	効率性係数	0.355	p < 0.001	0.000011
	カバー率係数	0.114	p < 0.001	0.000001
	保険診療係数	0.008	p < 0.001	0.000000

(おがた・のぶあき 福岡市在住)