

もやもや

DPCよもやま話

連載
第3回

ゴールデンルールズ・コンサルティング (GR) 代表取締役

DPCマネジメント研究会 理事

芦田弘毅

重症度係数と調整係数

1. 重症度係数とは

今回も本音トークで臨みます！ 各係数にせよ、DPCの各制度について、それひとつだけをとって理解しようとしても、「なぜそれを？」というか、「何のために？」といったように、「？」が浮かぶこともしばしばです。でも、それは厚労省が悪いのではなくて、こちらが制度を一面的に浅くとらえているからだったりします。それぞれの関係性や歴史・経緯を紐解いていくと、意外と「なるほど」と思うところがあります。それが、今回の話です。

それでは、今改定で機能評価係数Ⅱ「重症度係数」がつくられた「意味」はどこにあるのか、一緒に読み解いていきましょう。

まずは、「重症度係数ってなんで出てきたの？」というお話から。

重症度係数は2016年4月に導入されましたが、最初、私は「国は何がしたいのかなあ」という疑問を持ちました。なぜか？ 当時の私には、国のミスリード・迷走の懸念があると映ったからです。重症度係数算出の計算式は、〔包括範囲出来高点数〕／〔診

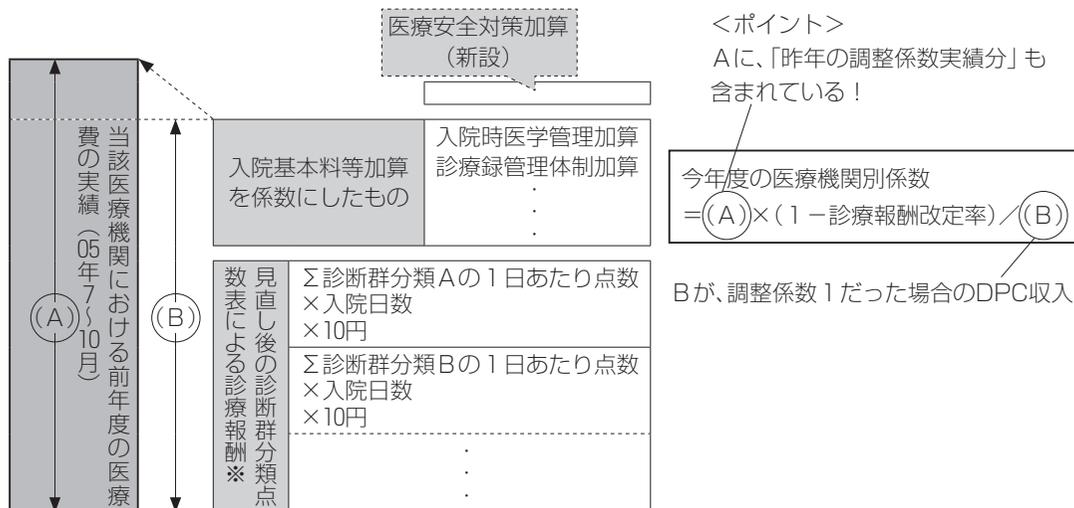
断群分類点数表に基づく包括点数〕です。

簡単に書くと「薬や検査などに費やした金額（出来高換算額）」を「マルメ（包括払い）であるDPC/PDPSの1日あたり点数（日当点）」で割って算出します。その出来高換算額が日当点設定より高ければ高いほど、つまり、医療行為に費やした金額が全国の平均投下金額より大きければ大きいほど、重症度係数は高くなる仕組みです。

私が反応したのは、極論すれば、「過剰であっても医療行為をすればするほど、病院がマルメになる部分にコストをかけるほど重症度係数が高くなる」というのは、在院日数を短くするとともに、無駄な医療をしないことにインセンティブを与えて病院を誘導していたはずのDPC制度としては、逆方向に軸がぶれているのではないかと一時は思ったからです。

確かに、重症度係数だけをとって理屈を言えば、そうになってしまうのかもしれませんが、視点を変えてみると違う狙いが見えてきます。まず、知っておかなければならないのは、「前年度並み収入確保」という概念。このコンセプトが13年前にDPCが

図表 1 2006年度診療報酬改定時の医療機関別係数（調整係数）決定方法



始まった当初から脈々と続けられてきており、この機会に解消へ持っていきたいというのが、厚労省の本音じゃないかなと、個人的には思っています。

2. 調整係数とは

今、基礎係数+機能評価係数Ⅱに置き換わりつつある調整係数ですが、そもそもの仕組みとして、「自院がDPCに入る際に出来高でもらえた1年分の総額」を、「DPC払いにしたらいくらになっていたかの総額」で割り算して、分子である出来高での収入が、DPCに入ったときの収入より大きかった場合は、プラスのハンデキャップがもらえるというのが調整係数でした。これって、なんだかさっき説明した「重症度係数」の仕組みに似ていませんか？

そして、この仕組みの問題は、2年に一度の診療報酬改定による調整係数見直しの際も、導入当初に設定された調整係数が生き続けることです。なぜなら、毎回の調整係数の見直しの際、「これまでの調整係数

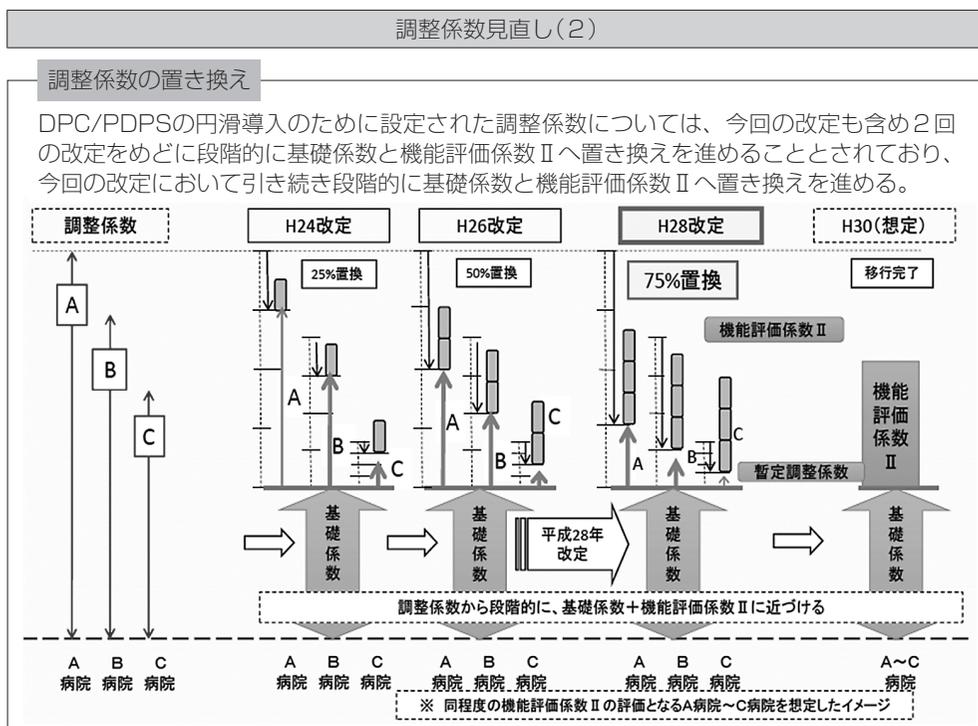
を含んだDPC年間収入金額」を「調整係数を1とした場合のDPCでの収入金額」で割って、毎回調整係数を含んだ医療機関別係数が計算されるので、一度生まれた調整係数が脈々と生き続けます（図表1）。

うがった書き方になりますが、DPC参入前に、採用していた後発品を先発品に戻した病院が得をして、DPCに入る前から効率化を進めていた病院は損をし続けたということにもなりますね。

こうした調整係数ができた理屈は、「診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度のかい離率を評価する」ところにあります。つまり、「DPCでの日当点評価だけだと、普通の病院より重症患者さんを治療しても、その医療行為が処置1・2などに反映されず、普通の病院と同じDPCコードになってしまった場合、重症患者さんへの医療行為でお金がかかった病院が不利益を被らないように」というためです。

そういうケースがあるかもしれないけれど、たまたまDPCに入る前にたくさん薬

図表2 調整係数から基礎係数+機能評価係数Ⅱへの移行イメージ
(DPC評価分科会2016年11月22日D-2-3参考1)



を使っていた・検査をしていた病院が、薬・検査が少ない病院よりも、同じDPCコード(傷病)の患者さんに対する治療であっても、高コスト構造が重症度の高い治療内容なのかと……。 「調整係数が大きい病院 = 重症度が高い病院って、本当か? 」という感じなのです。

3. これって、どうなの? 激変緩和措置

そうした不公平というか矛盾を抱えている調整係数ですが、ご存じのとおり、機能評価係数Ⅱの置き換えが8年かけて行われており、現在すでに調整係数であった部分の4分の3は置き換え完了、ついに次期2018年度改定で全面廃止されます(図表2)。これで一件落着ではなくて、実は、現在問

題になっているのは、「激変緩和措置」の処遇なのです。

「激変緩和措置」とは、調整係数を機能評価係数Ⅱに置き換えていく過程において、各病院の収入に±2%以上の変動がないように、調整係数の調整を行う仕組みです。

つまり、調整係数という過去からの評価継続を断ち切って、つど機能評価係数Ⅱによる機能重視に移行している半面、「激変緩和措置」によって変動幅が大きくなり調整が今でも働いており、今改定でもプラスマイナス調整を合わせて126病院が対象となりました。これがフェアかアンフェアかは、おそらく立場によっても意見が変わりますよね。次期改定で調整係数の完全廃止は決まっていますが、何気に激変緩和措置がなくなることが確定というわけでは

図表3 重症度係数について (DPC評価分科会2016年11月22日D-2-3参考2)

重症度係数について

- 平成28年度診療報酬改定では、『重症患者への対応機能（重症者対応）』の観点から、包括範囲出来高実績点数と診断群分類点数表との比を表現する係数の試行導入を行う。

重症度係数の目的

- 診断群分類点数表は、副傷病や手術の有無等に基づいて、患者に必要な医療資源の投入量を報酬に反映することを目指して設定されている。
- CCPマトリックスの導入等により、重症度をよりきめ細かく反映する努力が続けられている。
- しかし、診断群分類上同じ分類であっても、より濃密な医療を必要とする重症患者が一定程度発生することから、調整係数の廃止に向けて、そのような患者の診療に対して一定程度の配慮を行う目的で、「重症度係数」を設定することとした。

※出来高実績点数が高いほうが係数は高くなるが、医療機関の診療傾向のばらつきを埋め合わせることを目指すものではない（重症度係数により調整が行われるのは、医療機関ごとの出来高実績点数の差の一部分に過ぎない）。

ないのです。

4. 重症度係数のとらえ方

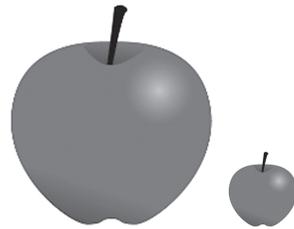
今、厚労省はこの激変緩和措置の2018年度廃止に向けて着々と準備を進めています。その代替案のひとつが、「重症度係数」です。ここで、11月のDPC分科会資料から厚労省のメッセージを紐解きます。

図表3を読めば、重症度係数がたくさん薬や検査をしている病院を評価するための係数ではなく、調整係数の代替としての役割であることが分かります。これだけ厚労省もはっきりとメッセージを出しているのですから、読み取る私たちも、「重症度係数」がわざわざつくられた意味をはき違えてはいけないと思うのです。

5. 定量的に、調整係数と、重症度係数の大きさの違いをイメージしよう

ここまで読んで、「重症度係数が調整係数の代替なのであれば、そのまま調整係数でよかったんじゃないの？」というご意見

図表4 桁が1桁違うインパクトを可視化すると、こんな感じ？



の方もいるかもしれません。

この答えは簡単で、「調整係数」対「機能評価係数Ⅱの一指標」では、その規模がまるで違うということです。ちなみに、現在8年かけて「調整係数」⇒「基礎係数」+「機能評価係数Ⅱ」評価に移行中と書きましたが、例えば、調整係数は0.9だったり、1.1だったりしたわけですが、機能評価係数Ⅱの全8項目を足したとしても、その数は多くても0.07とか0.08とかで、重症度係数ひとつで考えれば、その中の8分の1（約0.01）を占めるに過ぎないため、調整係数とは1桁違うぐらいの話ですね（図表4）。「重症度係数に、調整係数の役割を代替した」と言いつつ、その影響力の縮小は歴然です。