

調整係数の置き換えと今後の激変緩和措置のあり方について

1. 概要

- 調整係数については、平成 24 年度改定以降、診療実績に基づく評価を中心とした機能評価係数Ⅱに段階的に置き換えることとしており（参考 P2）、置き換えが完了するまでの間、暫定調整係数を設定している。
- 一方、調整係数の置き換え等に伴う激変を緩和する観点から、出来高部分も含む推計診療報酬変動率が±2%を超える医療機関については、その値が±2%となるよう調整する措置（激変緩和措置）を行っている（参考 P3）。
- 激変緩和措置のうち、推計診療報酬変動率が-2%より低くなる医療機関に対し、その値が-2%となるよう暫定調整係数を加える措置（マイナス緩和措置）について、その要因や方法等について分析した上で、平成 30 年度以降の具体的な対応を検討する。

2. 激変緩和措置が必要とされる背景

(1) 検討の経緯

- DPC/PDPS では、診療報酬改定において、個々の医療内容を評価した出来高点数の改定による報酬水準の変動だけでなく、DPC/PDPS の制度改正や報酬改定（以下、制度改正等）に伴う報酬水準の変動があり、特に、医療機関別係数は入院診療報酬全体に影響するという特性がある。
- 上記のような DPC/PDPS の性質を踏まえ、調整係数が、平成 15 年度の制度導入時より設定され、制度改正等に伴う変動への対応も含めて、激変緩和の役割を果たしてきた。
- 一方で、制度導入後の検討において、調整係数については平成 22 年診療報酬改定以降、段階的に新たな機能評価係数に置き換えを進めることとされ、機能評価係数Ⅱが導入された（参考 P4,5）。機能評価係数Ⅱへの置き換えは平成 30 年度に完了する方針であり、平成 30 年度以降の医療機関別係数は、基礎係数、機能評価係数Ⅰ・Ⅱで構成されることとなる。
- 調整係数の置き換え完了後も、診断群分類点数表の精緻化等により適切な評価を行うことが原則であるが、DPC/PDPS では制度改正等に伴う医療機関別係数変動の影響がより大きいという特性を踏まえ、安定的な医療機関の運営に資するよう、制度改正等に伴い生じる激変について、何らかの対応が平成 30 年度以降も必要との意見がある。

(2) 制度改正等に伴う変動要因

- 制度改正等に伴い推計診療報酬変動率に影響を与えうる要因には、1) 医療機関群の変更による基礎係数の変化、2) 機能評価係数Ⅱの改定、3) 調整係数の置き換え、

4) 診断群分類点数表の改定がある。医療機関別係数が変動する要因の影響の大きさを比較すると、調整係数の置き換えによる影響が、その他に比べて大きく、激変が起こる主な要因になっていると考えられる。(参考 P6)

- また、調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換え完了後に発生する変動のシミュレーションによれば、推計診療報酬変動率が一定程度の規模である医療機関が少なからず存在し、制度改正等に伴う変動は、平成 32 年度以降も、個々の医療機関でその影響の程度に大きなバラつきがあり、個々の医療機関の診療特性によりその影響の程度が大きく異なると考えられた(参考 P7,8)。
- 以上から、DPC 対象病院にとっては、調整係数の置き換えによる影響が制度改正等に伴う変動要因として大きいと考えられるが、調整係数の置き換え以外の変動要因についても、個々の医療機関の診療特性によっては一定の影響が生じる可能性があると考えられるため、調整係数の置き換え完了後も、制度改正等に伴う変動に対して一定の対応を行う必要があると考えられた。

(3) これまでの激変緩和措置

① 調整係数の設定

- 調整係数は、医療機関の前年度の診療報酬算定実績を反映することを目的として、制度導入時に設定された。平成 24 年度までは、前年度の診療実績に基づき調整係数が設定されてきた。
- 言い換えると、平成 24 年度改定時に設定された調整係数(暫定調整係数)は、DPC 制度参加時の診療報酬算定実績と同等の水準を維持するよう、設定されていることとなる。このため、平成 24 年度改定時に暫定調整係数が高い医療機関は、平成 24 年度の診療特性ではなく、DPC 制度参加時の診療特性に基づいて高くなっていると考えられる。

② マイナス緩和措置

- 平成 24 年度から始まった調整係数の機能評価係数Ⅱへの段階的な置き換えに伴い生じる個別医療機関の医療機関別係数変動の影響による激変に対応するため、平成 24 年度以降の毎回の診療報酬改定において、推計診療報酬変動率が 2% を超えて変動しないよう暫定調整係数を加点する「マイナス緩和措置」が実施されてきた(参考 P3)。
- マイナス緩和措置の対象となった病院はすなわち、調整係数置き換えの過程において、暫定調整係数が高いことやその他制度改正等に伴う要因により、推計診療報酬変動率が -2% となった医療機関であり、事実、平成 24 年度以降に マイナス緩和措置の対象となった医療機関について、平成 24 年度改定時の暫定調整係数を見ると、措置の対象外となった病院に比べ、暫定調整係数が高い。(参考 P9)
- しかし、マイナス緩和措置で嵩上げされた医療機関も、近年の調整係数置き換えを進める改定では、次の改定で更に追加の暫定調整係数分が機能評価係数Ⅱに

置き換わり、そもそものマイナス要因が解消されるどころか、更にマイナス幅が
増強され、マイナス緩和の対象から抜け出すことが困難になる。実際、これまで
多くの病院が繰り返しマイナス緩和の対象となってきた（参考 P10,11,12）

- 以上から、マイナス緩和措置の対象になった医療機関については、マイナス緩和措置に係る暫定調整係数を診療報酬改定のない年度においても継続する、という手法が、次の改定時に再び激変を起こす“循環”を形成する主な要因になっていると考えられた。

③ 重症度係数

- 重症度係数は、調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを念頭に、個々の医療機関の診療実績に基づく評価のうち、重症者の診療に対する一定の配慮を目的として試行導入された。
- しかし、調整係数は①の検討のように現時点での診療特性ではなく、DPC 制度参加時の診療特性を反映しているものであり、制度参加からこれまでの間、医療機関の診療特性は変化していること（同じではないこと）を踏まえると、平成 30 年度に置き換わる暫定調整係数と機能評価係数Ⅱの差分が、現時点での医療機関の診療特性（重症者への対応）分に相当するとは考えにくい。
- 重症度係数導入後、効率化が不十分な診療自体も評価されているのではないかと、本来の趣旨と異なる評価になっているのではないかと指摘がある。
- 重症者への診療という観点では、診断群分類点数表において、各診療分野の有識者の知見を踏まえた患者分類（DPC 分類）の精緻化をこれまでも行っている。特に、平成 28 年度においては、CCP マトリックスを導入し、脳卒中における「Rankin Scale」や肺炎の「A-DROP」等重症度に応じた点数表を策定している。

3. 論点

（1）平成 30 年度以降の激変緩和措置

- 制度改正等に伴う主な変動要因としては、調整係数の置き換えの影響が大きいものと考えられたが、調整係数の置き換え完了後も、それ以外の変動要因による影響も一定程度考えられるため、その対応について、どのように考えるか。
- 激変緩和措置のうち、マイナス緩和措置について、現行と同じ手法でマイナス緩和措置を続けることにより、推計診療報酬変動率が大きくなる可能性が高くなり、繰り返しマイナス緩和措置の対象となってきた（激変の“循環”）。このような、制度改正趣旨とは異なる変動要因への対応について、どのように考えるか。

（2）重症度係数

重症度係数について、現行の評価手法や、CCP マトリックスの導入等の重症度に応じた診断群分類点数表精緻化の方向性を踏まえ、どのように考えるか。

4. 対応方針（案）

（１）平成 30 年度以降の激変緩和措置

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換え完了後も、制度改正等に伴い、個々の医療機関の診療特性によっては、報酬の激変が生じる可能性があることから、平成 30 年度以降の改定でも、推計診療報酬変動率をベースとした一定の緩和措置を行うこととしてはどうか。
- 上記の「一定の緩和措置」の継続実施は、激変の“循環”を形成することになるため、緩和措置の対象期間に一定の上限（例えば、1 年間）を設けてはどうか。

（２）重症度係数

重症度係数については、機能評価係数Ⅱとしては廃止し、引き続き、診断群分類点数表の改定による重症者への診療に係る評価の精緻化と（１）の激変緩和により対応することとしてはどうか。