



# これからの自治体病院経営の カギとなるDPC（下）

城西大学経営学部教授 伊関友伸

## DPCとは

前回に引き続き、包括医療費支払い制度方式（DPC）についての説明を行う。現在、ほとんどの急性期病院の入院医療費はDPCによる支払い方式を採用している。前回も説明しているが、入院をした場合、DPCによる診療報酬の支払いは、入院基本料・検査・投薬注射などの包括評価部分と手術や内視鏡、心臓カテーテルなどの出来高部分に分けて算定される。包括部分は、図表1のとおり、入院するとDPC（診断群分類）に基づく1つの傷病名・分類と1日当たり点数が決定される。決定されたDPCの点数に入院日数と医療機関別係数（DPC係数）を乗じて診療報酬が算定される。DPC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によって構成されている。

## 病院の診療実績を示す 機能評価係数Ⅱ

DPC係数のうち機能評価係数Ⅱは、病院の診療実績を機能別に分類して評価してい

る。現在、機能評価係数Ⅱは①保険診療（DPCデータ提出を含めた保険診療の取り組みを評価）、②効率性（在院日数短縮の努力を評価）、③複雑性（患者構成の差を1入院あたり点数で評価）、④カバー率（さまざまな疾患に対応できる総合的な体制について評価）、⑤救急医療（救急医療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）、⑥地域医療（地域医療への貢献を評価）、⑦後発医薬品（入院医療における後発医薬品の使用を評価）、⑧重症度（平成28年度より新設、DPC点数表では十分評価されない患者の重症度の乖離率を評価、係数

図表1 包括評価部分の入院医療費の計算方法

DPC（診断群分類）ごとの 1日当たり点数	×	入院日数	×	医療機関別係数（DPC係数） 1 基礎係数（病院を3つの群に区分け） + 2 暫定調整係数（H30に廃止予定） + 3 機能評価係数Ⅰ（体制や設備などを評価） + 4 機能評価係数Ⅱ（診療実績を評価）
--------------------------	---	------	---	---

DPC（診断群分類）とは  
「医療資源を最も投入した傷病名」を決定し、さらに診療行為（手術・処置等）、副傷病名などにより分類を行ったもの

としての実効性に批判が多い）の8つの係数で構成されている。機能評価係数Ⅱは、厚生労働省が病院の提供する医療を効率的で質の高いものに誘導する意思をもって設定されている。基本的に、より複雑な疾患について広くカバーして診療を行い、平均在院日数が短い病院、救急医療や地域医療に貢献している病院、後発品の医薬品を積極的に導入している病院などを評価している。交通の便の悪い離島や地方で唯一の急性期医療を提供している病院は、係数が高くなる傾向がある。

## 機能評価係数Ⅱの数値を比較する

厚生労働省は、病院ごとの機能評価係数Ⅱの内訳も公表している。ただし、特別のHPが作られておらず、毎年「診療報酬調査専門組織DPC評価分科会」の第1回目資料として公表されているので探すのが難しい問題がある。

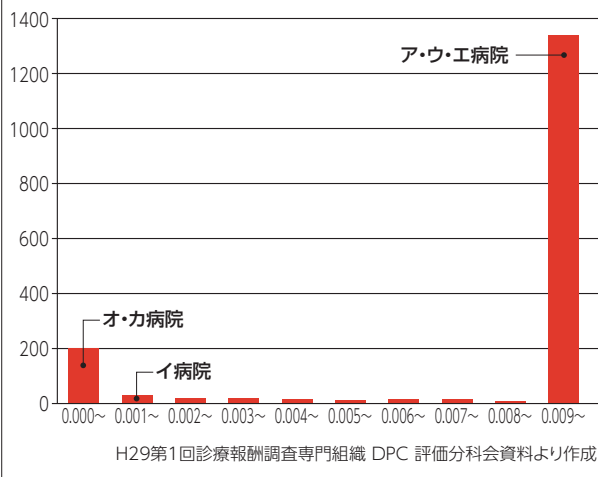
図表2は、平成29年度のA県のすべての市立病院の機能評価係数Ⅱの内訳比較である。他の病院と比較することにより、自院の置かれている状況を数値で把握できる。A病院とイ病院は病床数500床を超える高度急性期

図表2 A県の市立病院DPC調整係数Ⅱ比較

医療機関名	保険診療	効率性	複雑性	カバー率	救急医療	地域医療	後発医薬品	重症度係数	合計
ア病院	0.00806	0.00778	0.00957	0.01237	0.00789	0.01118	0.00949	0.01401	0.0803
イ病院	0.00806	0.01053	0.00833	0.01370	0.01243	0.01053	0.00013	0.00472	0.0684
ウ病院	0.00806	0.00922	0.00601	0.01068	0.01061	0.00748	0.00949	0.00563	0.0672
エ病院	0.00806	0.00616	0.00621	0.00986	0.00759	0.00658	0.00949	0.00861	0.0626
オ病院	0.00806	0.00721	0.00762	0.00651	0.00878	0.00467	0.00000	0.01245	0.0553
カ病院	0.00806	0.00540	0.01143	0.00296	0.01400	0.00951	0.00004	0.00000	0.0514

H29第1回診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会資料より作成

図表3 後発医薬品係数の分布(全病院)



H29第1回診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会資料より作成

**病院の取り組みで  
差の大きい後発医薬品係数**

ア病院とイ病院の係数で大きな差があったのが、後発医薬品係数であった。ア病院は複雑性、地域医療、後発医薬品、重症度の係数が高い。イ病院は、効率性、カバー率、救急医療の係数が高い。類似病院との比較で、自院のどこを強化する必要があるかが分かる。カ病院は、地方都市の病床数約160床程度の中小規模の病院であるが、複雑性、救急医療、地域医療で高い係数となっている。カ病院は、交通の条件の悪さから医師不足に苦しんでいる市立病院であるが、医療現場は頑張っていることがよく分かる。

ア病院とイ病院の係数で大きな差があったのが、後発医薬品係数であった。

**医事に関する事務職員の  
専門性の低さ**

りし収益減となる。

後発医薬品係数は、入院医療で使用される後発医薬品の使用割合を評価するために、平成26年度より採用された係数である。当初、数量ベースで60%を評価上限とし、平成28年度の診療報酬改定で上限が70%に引き上げられた。図表3は平成29年度の後発医薬品係数の分布(全病院)である。数量ベースの後発医薬品の使用割合が70%を超え、係数0.00949の上限の評価を受けた病院が1300院近くに達している一方、後発医薬品の使用割合が低いための係数が0に近い病院が200院程度ある。A県では、ア・ウ・エ病院が上限の係数の評価を受ける一方、イ・オ・カ病院は、係数0.00013以下の非常に低い数値となっている。後発医薬品係数が低いことで、病床数の多い病院では軽く数千万円の得べかりし収益減となる。

なぜ、このようなことが起きるのか。筆者は、自治体病院の医事業務に関しての職員の能力の差にあると考えている。DPC調整係数Ⅱの向上や診療報酬加算取得(今回は議論しないが病院の医療提供能力の向上や収益改善のために積極的に取り組むことが必要である)のような高度で専門性の高い項目について、通常の人事ローテーションで配置される事務職員が対応できる時代ではなくなっている。医事業務

筆者プロフィール

伊関友伸 (いせき ともとし)

1987年埼玉県入庁、県民総務課、大利根町企画財政課長、県立病院課、社会福祉課、精神保健総合センターなどを経て、2004年城西大学経営学部准教授、2011年4月同教授。研究テーマは、行政評価、自治体病院の経営、保健・医療・福祉のマネジメント。総務省公立病院に関する財政措置のあり方等検討会委員など、数多くの国・地方自治体の委員等を務める。著書に「まちに病院を!」(岩波ブックレット)「自治体病院の歴史 住民医療の歩みとこれから」(三輪書店)などがある。

タイトルの「アスクレピオスの杖」とは、ギリシア神話に登場する名医アスクレピオスの持っていた蛇クサシヘビの巻きついた杖。医療・医学の象徴として世界的に広く用いられているシンボルマークである。

について職員定数の抑制や人件費の抑制の観点から外部委託を行うことが通常となっているが、業務委託は診療報酬請求業務など定型的な仕事を想定しており、DPC調整係数の分析や診療報酬加算のような高度で専門性の高い仕事を行うことは期待できない。そもそも安い業務委託費では、専門性の高い人材を雇用できない。専門性の高い仕事をしてもらうためには、身分の安定した常勤の職を確保する必要がある。

医事業務の専門性を理解できない地方自治体が多い現状では、DPC調整係数Ⅱや診療報酬加算についての取りはぐれが出るのは当然のことである。自治体病院における専門性の高い医事業務職員の配置は喫緊の課題といえる。