

# DPCについての日本医師会の見解 (その1)

定例記者会見

2008年6月11日  
社団法人 日本医師会

\* 2008年6月11日定例記者会見で配布した資料から一部変更したものを掲載しています。

# DPCに関する問題点の整理

1. 医療内容の変質と患者の負担

2. モラルハザードの拡大

3. 医療費の総枠管理

4. DPC推進派の論理

5. 結論(今後の目指すべき方向性)

# 「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」について

平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」最終報告概要  
診療報酬調査専門組織DPC評価分科会, 2008年5月9日  
(中医協 診療報酬基本問題小委員会(2008年5月21日)提出資料)

## 第6 まとめ から抜粋

全ての病院類型において、平成18年度までと同様に、平均在院日数は減少傾向であり、その要因としては、診断群分類毎の平均在院日数が減少することによるものであった。

一方、救急車による搬送、緊急入院及び他院からの紹介の患者数は増加傾向であったことから、重症度の高い患者を避けるような患者選別の傾向が見られておらず、診療内容に悪影響は認められないものと考えられる。

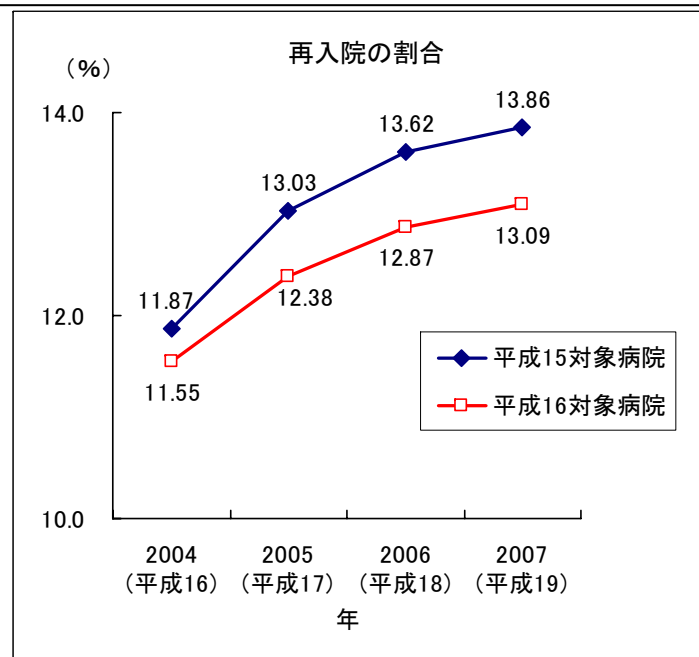
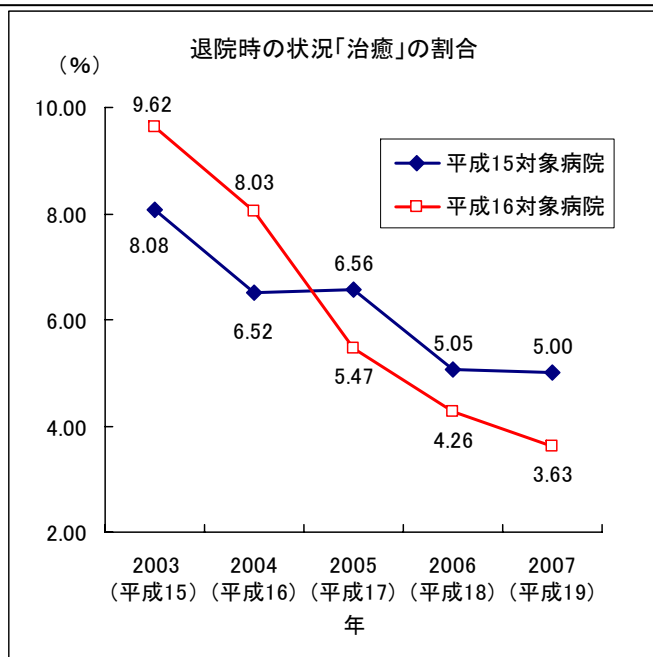
加えて、退院時転帰の状況においては、治癒及び軽快を合計した割合が一定であるものの、治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えられる。

以上のことから、DPCにより、質の確保はされつつ医療の効率化が進んでいるものと考えられる。

データを無理に解釈してまでDPCを評価しようとする意図が感じられる。データにもとづく限り、質の確保を示すものは何もない。DPCの問題点を素直に反省すべきである。

DPC分科会まとめ(中医協 診療報酬基本問題小委員会(2008年5月21日)提出資料)

- (前略)治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えられる。以上のことから、DPCにより、質の確保はされつつ医療の効率化が進んでいるものと考えられる。(p9)
- (前略)これまで増加傾向であった再入院率については、平成19年度も引き続き増加傾向がみられた。この問題については、(中略)平成20年度からは、同一疾患での3日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転棟も含む)については、(中略)1入院として扱うように算定ルールを見直した。今後は、この効果を見るために、引き続き再入院率の動態を確認していく必要がある。(p9)



治癒率の低下は著しい。平成16年度対象病院では、3%台しか治癒していない。これを素直に反省すべきである。「急性期として適切な医療」「質の確保」というのは不適切である。

また、再入院の割合は、2004年から2007年にかけて、平成15年度対象病院で1.2倍弱、平成16年度対象病院で1.1倍強と、短期間で顕著に増加した。患者にとって危険な状態を強いていないか、緊急に実態把握が必要である。

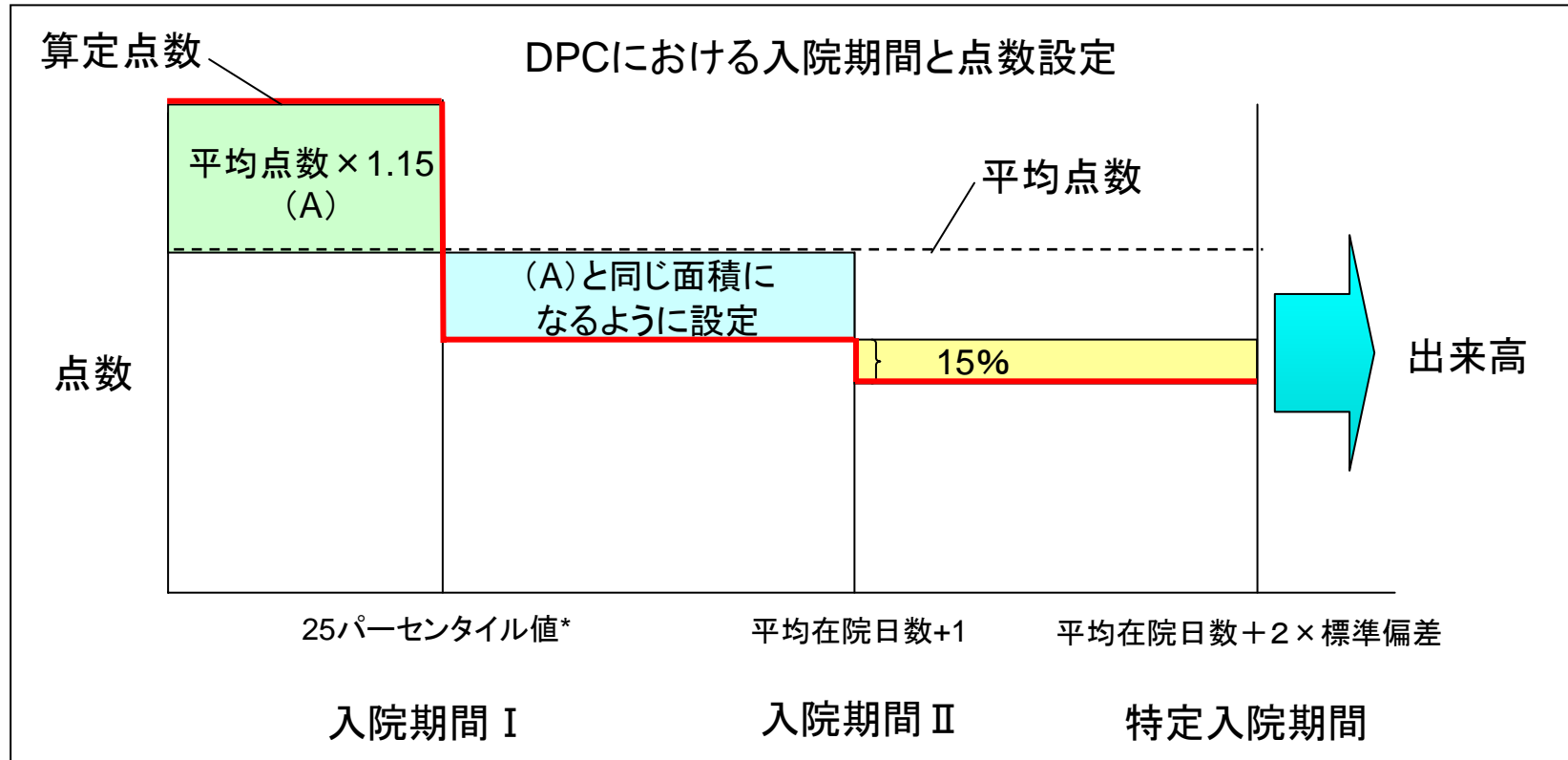
急性期病院では、「軽快」をもって退院させるという意見もあるが(中医協基本小委2008年5月21日)、DPC導入後、治癒率が下がり、再入院率が上がっていることは、制度の問題もあるのではないかと懸念される。

# 日本の医療にとってのDPCの問題点

	患者にとって	医療現場にとって
<p>包括化</p> <p>入院中</p>	<p>高額な薬剤・材料を使用できにくい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－受けられる医療に制限</li> </ul> <p>短い平均在院日数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－精神的不安、体力的疲労</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>－使用した場合、医療機関の持ち出し</li> <li>－短期間で入退院が繰り返されることによるストレス、疲弊</li> <li>－入院期間別点数設定</li> </ul> <p><u>医療機関における経営面のモラルハザードを誘発する可能性(制度上の欠陥)</u></p>
<p>在院日数短縮</p> <p>退院後</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>－自己管理が困難(薬など)</li> <li>－在宅医、往診医不足</li> <li>－通院困難(遠距離、長い待ち時間)</li> <li>－受け皿不足</li> </ul> <p>⇒家族の負担の増加</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>－少ない在宅医、往診医への患者集中</li> <li>－退院した病院(自院)への外来患者の増加</li> </ul> <p>⇒医療現場の過重労働に拍車</p>

DPCは、医療内容の変質と患者の負担増をもたらし、さらには医療機関経営におけるモラルハザードを引き起こしているおそれがある。

DPCは入院期間が短いほど点数が高い。また、その入院期間(入院期間Ⅰ)は、診療報酬改定の度に25パーセンタイル値で決まる。つまり、入院期間の短縮に歯止めがかからない制度であり、医療機関のモラルハザードを助長する仕組みである。



\* 25パーセンタイル値とは、データを小さいほうから並べて、25%の位置にある値のこと。

\* 平成16年4月から悪性腫瘍に対する化学療法等は5パーセンタイル値まで繰り上げ。(日)

平均在院日数

	H16(2004)	H17(2005)	H18(2006)	H19(2007)
平成15(2003)年度DPC対象病院	19.13	18.31	17.35	16.70
平成16(2004)年度DPC対象病院	15.54	15.15	14.74	14.58

社団法人 日本医師会(2008年6月11日 定例記者会見)

## 医療費の総枠管理へ

診療報酬全体は、マイナス改定がつづいてきたが、その間、調整係数に診療報酬全体の改定率を乗じる仕組みであった。(仮にプラス改定であった場合、それを乗じていたかどうかは疑問である。)

また2011年以降は、調整係数が廃止されるが、これまでの改定を見てもわかるように、一定の率をかけて医療費を抑制することは容易である。

$$\text{包括範囲の点数} = \text{診断群分類ごとの1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{在院日数}$$

||  
調整係数 + 機能評価係数

 2008年度改定

$$\text{医療機関別係数} = \text{調整係数} \times (1 - 0.0082) + \text{機能評価係数}$$



2011(平成23)年以降

中医協総会(2006年2月3日)

「調整係数を設定する制度については、(中略)、DPC制度を導入した平成15年以降5年間の改定においては維持することとする(後略)」

$$\text{包括範囲の点数} = \text{診断群分類ごとの1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{在院日数}$$

||  
機能評価係数等

現在も医療機関によって機能評価係数が異なっており、今後さらに格差が広がる可能性がある。

DPCが、医療機関経営者にとっては意味があるかもしれないが、それもモラルハザードの結果である面がある。DPCが、患者満足度や医療そのものの質を高めたというエビデンスはなく、むしろ治癒率や再入院率に見られるように、患者のさまざまな危険が増加していることも否定できない。

### DPC推進派の論理およびそれに対する反論

#### DPCを支持する意見

経営効率化を図ることができる

医療の質を高めることができる

出来高では不必要な医療が実施される

医療を標準化できる

#### 日本医師会の主張

データの比較分析によって、経営内容を比較することはできても、患者満足度や医療の質を比較することはできない。

包括払いでは、必要な医療が実施されないおそれもある。必要な医療をそれぞれの経済的裏打ちを持って適切な医療の適切な評価を行うべきである。

管理医療そのものであり、医師の裁量権が失われる。新たな医療、高度な医療へのインセンティブがなくなり、医療の平均水準が下がる。



## 医療機関のモラルハザードの事例

中医協・基本小委(2007年8月8日)提出資料から抜粋

指導監査で明らかとなった適切でない請求例

1) 包括評価部分を最大化する

A 不適切なコーディング(いわゆるアップ・コーディングによって、診療報酬点数が高くなるものを選択する)

- 「医療資源を最も投入した」とはいえない傷病名でコーディングしている。
- 特定入院期間超過後の手術による「手術あり」コーディングしている。

B 入院期間のリセット(より点数の高い入院期間 I の入院に戻す)

- 退院後、極めて短期間で予定入院としている。
- 包括評価対象外の病床との間で転棟を繰り返している。
- 医育機関と関連病院、本院と分院との間で転院を繰り返している。

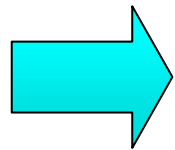
2) 包括評価されている項目の出来高請求

C 一連の入院中に他医療機関で実施

- DPC入院当日に他院でMRI、PETを実施している。
- 入院中の他院受診を対診扱いせず、他院から出来高請求している。

D 出来高評価されている算定項目として取り扱う

- 術後に病棟で行った点滴等、手術にあたって使用された薬剤以外の薬剤を手術で使用した薬剤として出来高請求する。



不適切なコーディングの例

- 「膀胱出血」を「膀胱癌」でコーディング
- 実際に行ったのは「処置」にもかかわらず、「創傷処理」(手術)で算定し「手術あり」でコーディング
- 実際に行われていないにもかかわらず、「人工呼吸あり」としてコーディング

## 結論(今後の目指すべき方向性)

1. 厚生労働省に指導監査やDPC対象患者の外来診療を含めた診療内容等の詳細データの公開を求める。それによって医療機関経営におけるDPCの実態を明らかにすべきである。
2. 患者の視点からも実態調査を急ぐべきである。問題がある場合には、DPCの拡大を凍結する。
3. 医療費の抑制が行き過ぎ、フリーアクセスの制限につながらないよう、DPCからの撤退は自由にすべきである。

個人情報保護の面から、モラルハザードについては、医療機関名やその実態についての公表は難しいとの指摘もある。しかし、人事院「懲戒処分の公表指針について」によれば、「個人が識別されない内容のものとするを基本とする」ものの、「事案の社会的影響、被処分者の職責などを勘案して(中略)別途の取り扱いをすべき場合がある」とある。すなわち社会的影響の大きさをかんがみれば、公表すべきである。