

DPCについての日本医師会の見解 (その2)

定例記者会見

2008年7月23日
社団法人 日本医師会

DPCに関する問題点の整理

日本医師会はDPCについては、中医協の場において次のように意見を述べてきた。

2007年12月12日・基本小委 竹嶋委員の発言(要約)

1. DPCは支払方式の選択肢のひとつであり、急性期病院の要件ではないこと。
2. 今後も、出来高払いを採用する急性期病院を適切に評価していくこと。
3. 急性期病院の診療報酬の在り方全般について新たな議論を開始すること。
4. 具体的なルールが決まるまでの間、準備病院だけでなく、対象病院であっても、自主的にDPCを辞退することができるようにすること。

DPC対象病院数・準備病院数の推移

現在、DPC対象病院および平成19年度DPC準備病院を合わせると1,428病院^{*1)}に拡大している。しかし、医療内容の変質、患者の負担、医療機関経営などの面で問題もあると考える。今後の議論を深めるため、2008年7月16日の中医協総会で、実態把握のための資料を求めたところである。

	対象病院	準備病院	備考
平成15年度	H15対象病院 82		特定機能病院
平成16年度	H16対象病院 62		試行的適用。平成18年4月からDPC対象病院。
平成18年度	H18対象病院 216		以下の調査協力病院(当時の呼称)228から適用 H15年度から参加 20 H17年度から参加83 H16年度から参加 125
		H18準備病院(371)	平成20年4月時点で、13病院が対象病院に不参加。 準備病院として継続。
平成19年度		H19準備病院 697	
平成20年度	H20対象病院 358	H20準備病院 (集計中) ^{*2)}	対象病院の内訳(4月から174、7月から184)
累計	718	710	H18準備病院のうち対象病院不参加病院13 H19準備病院697
	合計 1,428		

*1)平成20年度DPC準備病院は含まない。*2)2008年7月16日 中医協基本小委資料

1. 医療内容の変質と患者の負担

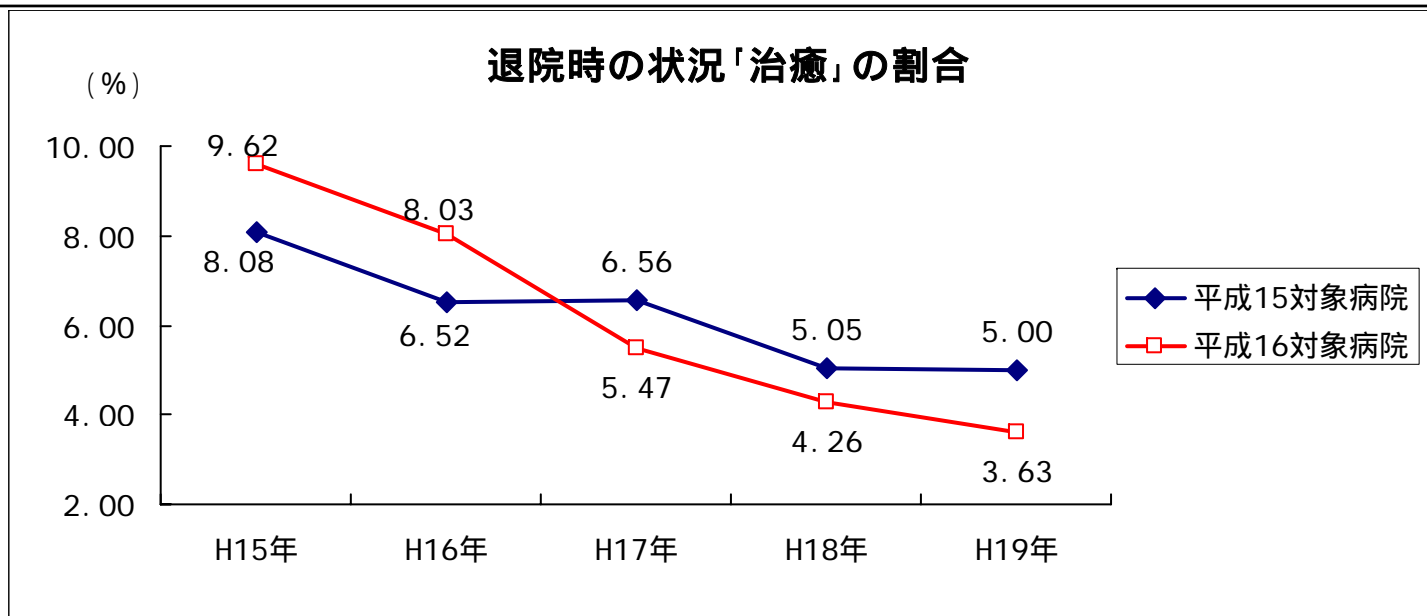
(1) 治癒の割合について

DPC分科会まとめ(中医協 基本小委(2008年5月21日)提出資料)より

「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」

中医協 基本小委(2008年7月16日)DPC評価分科会長発言報道より

「従来は、改善するまで病院に置いてほしいとの患者の要望もあり、医療行為をしていないのに入院させているのが実情だった。DPCの導入で本来の入院の在り方が議論されるようになり、不必要な長期入院は避けるようになった。この部分が短縮され、転帰が治癒ではなく軽快で退院させるようになった」

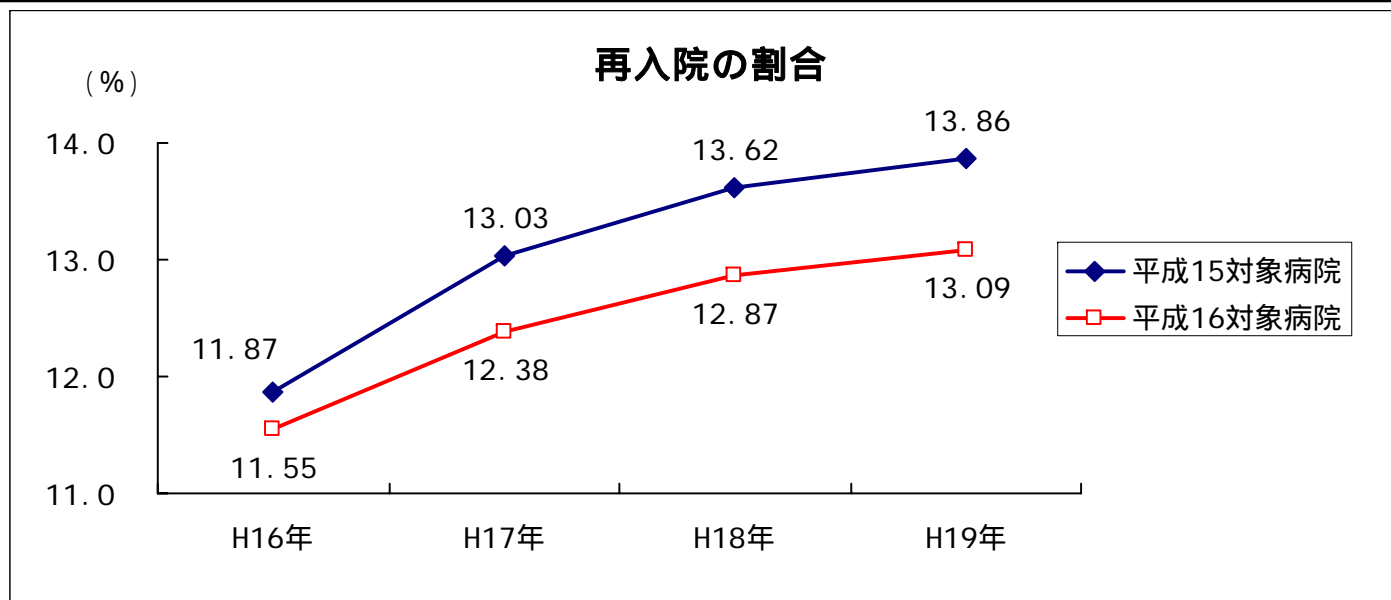


急性期では、ある程度病態が安定した状態で退院し、仮に治癒率が高いことが求められないとしても、DPC導入後、治癒率は引き続いて低下している。DPC導入前後で、医療の「質」の定義が変化したのか確認したところ、7月16日の中医協基本小委で、DPC評価分科会長から「DPCによって入院医療の中身が変化した結果」であるとの説明があった。DPCについては、光と影の「光」の部分強調し過ぎるきらいがあると思う。

(2)再入院の割合について

中医協 基本小委(2008年5月21日)議事録より

「再入院がふえてきているというのは、これは今まで無理やり患者を病院に長くとどめて置いて、在院日数をむちゃくちゃ長くしていたわけです。化学療法にいたしましても、何クールも入院を継続させたままでやっていたということの実態があります。それでは、患者さんにとっては非常に不利益になります」



1. 患者の不利益とは主に入院期間中の医療費負担のことを指すと思うが、入院中の患者の精神的・身体的負担、そして退院後の負担も少なくないと思われる。短い在院日数で退院した後、在宅医療や通院が困難になり「がん難民」になっている例も報道されている。患者の退院後も含めた実態調査が必要である。
2. また再入院については、同一疾患での3日以内の再入院を1入院として扱うよう算定ルールが見直されたところであるが、この結果を前倒しで確認すべきである。

2. 医療経営上のモラルハザード

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 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。

➡ DPCは、在院日数の短縮化をインセンティブとする包括払いであり、制度自体に上記のような経営上のモラルハザードを誘発するシステムが組み込まれている可能性がある。こういった制度の特性にかんがみ、7月16日の中医協基本小委で適切でない請求についてさらに具体的な内容(新たな資料という意味ではなく、これまでの資料の詳細な内容とその分析)の提示を求めた。

3. 地域医療の格差 - DPC対象病院・準備病院の経営分析から -

DPC対象病院および準備病院(以下、総称するときは単に「DPC病院」という)の経営分析を試みた。

分析の方法

- ・都道府県・市町村立(以下、公立)病院は、総務省「地方公営企業年鑑」、独立行政法人国立病院機構(以下、国立)の病院は、情報公開法で開示が義務付けられている財務諸表を用いた。
- ・ある年度から指定管理者制度(この場合、職員給与費がなくなり委託費として支払われるようになる)になるなどして経営形態が変わった病院は、経年変化が追えないため対象外とした。
- ・DPC以外では、一般病床の比率が高い病院を比較対象とした。このとき、旧国立療養所または旧国立療養所と統合した病院は機能が異なると思われるので除いた。

今回は限られたデータによる分析であったが、それでも概ね次のようなことがいえると思う。

- (1)当初DPCに手を挙げた病院は、もともと在院日数が短く、収入が多く、患者単価も高く、優位な位置にあった。さらに調整係数による安定的な収入を財源に、医師、看護師も増加させた。
- (2)最近では、在院日数の比較的長い病院も手を挙げているが、先行DPC病院なみの在院日数に到達するのは困難であると思われる。調整係数もなくなるため、必ずしも先行DPC病院のようなメリットを享受できるわけではない。
- (3)DPC対象病院には財源、医師、看護師が集中し、そのほかの病院との格差が開いている。DPCが拡大し、早期に退院する患者が増加すると、その受け皿となる医療機関が重要な役割を果たす。しかし格差が拡大しつつある現状では、それらの医療機関の維持は困難であり、患者が切れ目のない医療を受けることができなくなる可能性がある。

以上のことから、DPC病院については、より詳細に経営分析が行なえる資料を求める。それによって経営実態を再確認したい。

経営分析の対象とした医療機関数

DPC病院

公立病院285、国立病院42、国立大学附属病院42である。

	H15対象病院	H16対象病院	H18対象病院	H18準備病院	H19準備病院	計
公立病院	-	1	34	79	176	290
うち分析対象病院	-	-	33	79	173	285
国立病院	-	8	14	8	12	42
国立大学附属病院	42	-	-	-	-	42

*公立のH16対象病院は1病院であり、特定されるため分析対象外とした。またある年度から指定管理者に委託されるなど、経年変化を追えない病院は分析対象外とした。国立はすべて分析対象。H18準備病院はH20年度に対象病院になっているが、本分析ではH18準備病院と呼ぶ。

比較対象とするDPC以外の病院

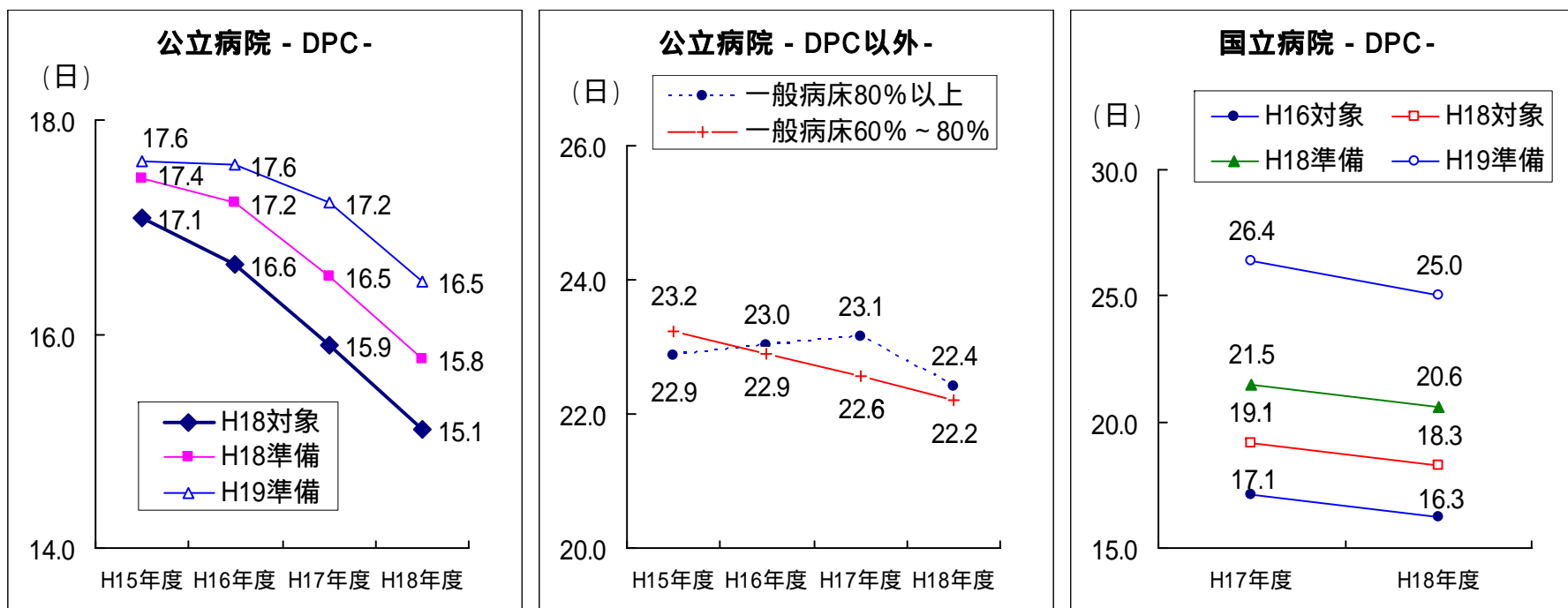
一般病床60%以上の病院を対象とした。経年変化を追えるよう名寄せをしたが、公立病院の中には、年によって病床数が増減しているため、ある年は一般病床80%以上、ある年は一般病床60%～80%の病院がある。

		平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
公立病院	一般病床80%以上	375	364	361	356
	一般病床60%以上80%未満	104	115	118	123
	計(一般病床60%以上の病院)	479	479	479	479
国立病院	一般病床80%以上	17			
	一般病床60%以上80%未満	1(特定されるため分析対象外)			
	計(一般病床60%以上の病院)	18			

(1) 平均在院日数

DPC対象病院および準備病院(以下、DPC病院)は、もともと短い在院日数をさらに短縮しており、無理な短縮が行なわれていないか危惧される。さらにDPCへの手挙げの年が遅いほど、平均在院日数が長くなってきている。DPC以外の病院では、平均在院日数はあまり変化していなかった。

平均在院日数の推移



H18準備病院はH20年4月(一部は同年7月)に対象病院になっているが、H18年度までの分析であるため、そのまま「H18準備病院」としている。

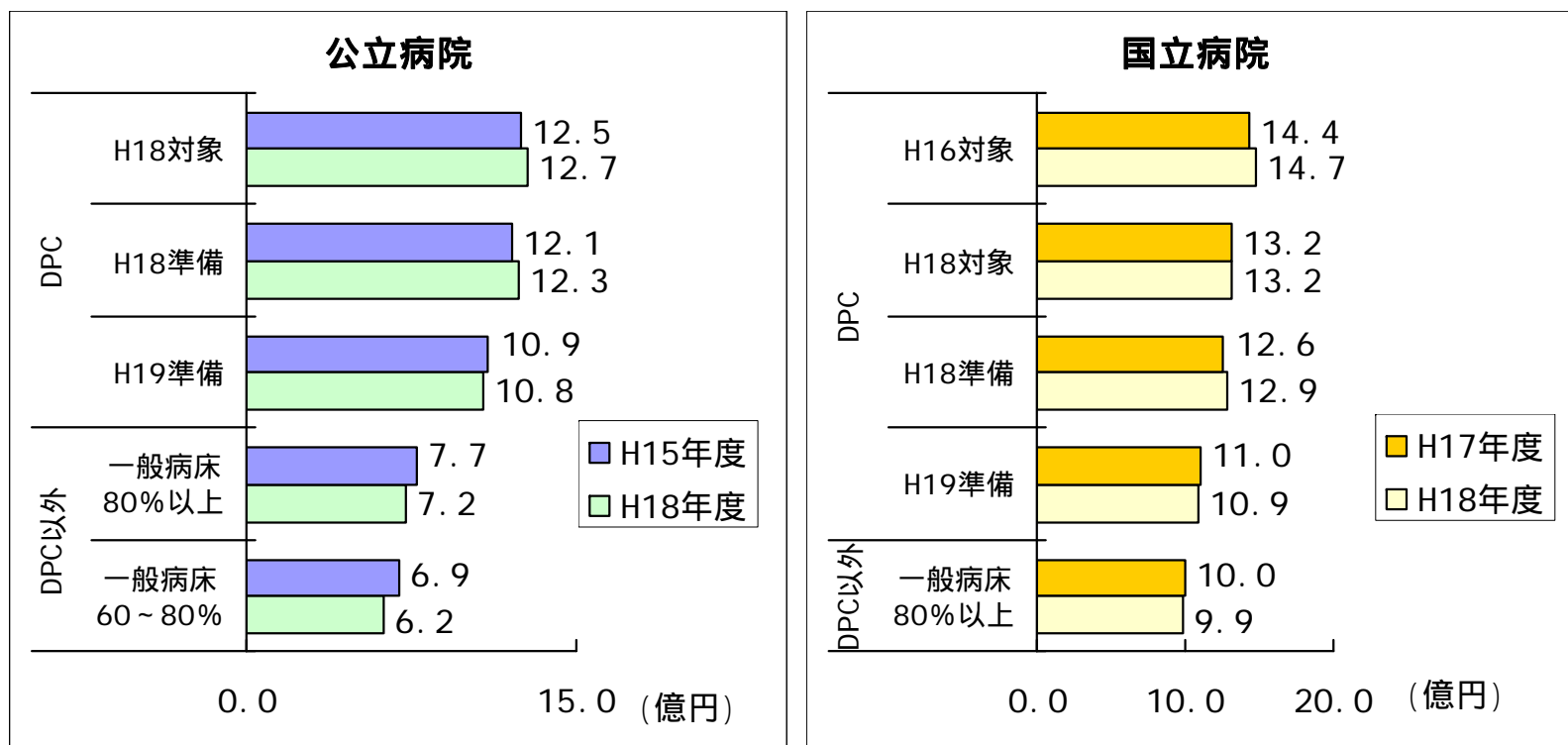
(2) 入院収入

公立病院の入院収入に着目すると、H18対象病院のH15年度時点での100床当たり入院収入は12.5億円であり、DPC以外の一般病床80%以上の病院と比べて1.6倍であった。H18対象病院がDPC対象になったH18年度には12.7億円になり、差は1.8倍に開いた。

DPC病院の中では、手挙げをした年が早いほど100床当たり入院収入が高く、当初はもともと100床当たり入院収入の高い病院が手挙げをしていたことがわかる。手挙げ時期が遅いH19準備病院およびDPC以外の病院は入院収入が減少した。

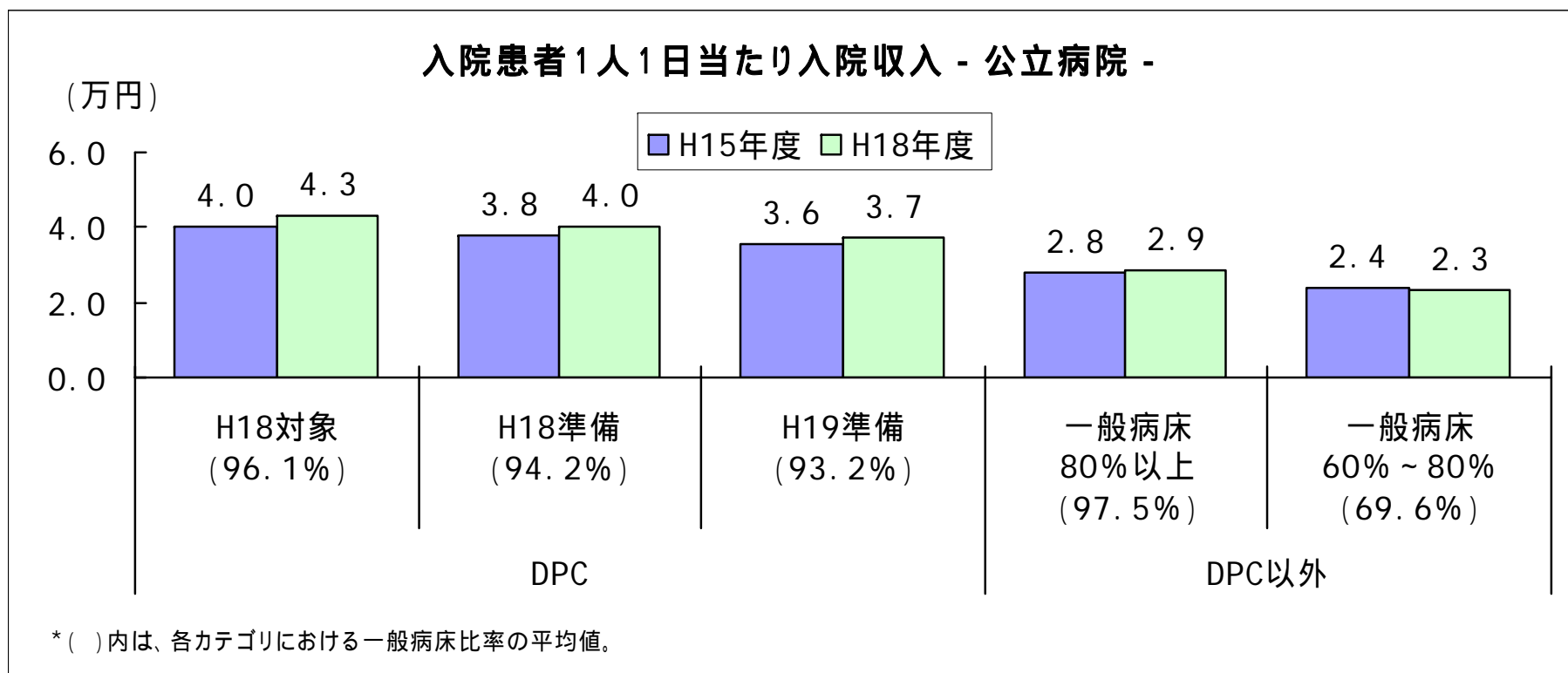
国立病院は母数は少ないが、DPCに手挙げをした順に100床当たり入院収入が高かった。

100床当たり入院収入



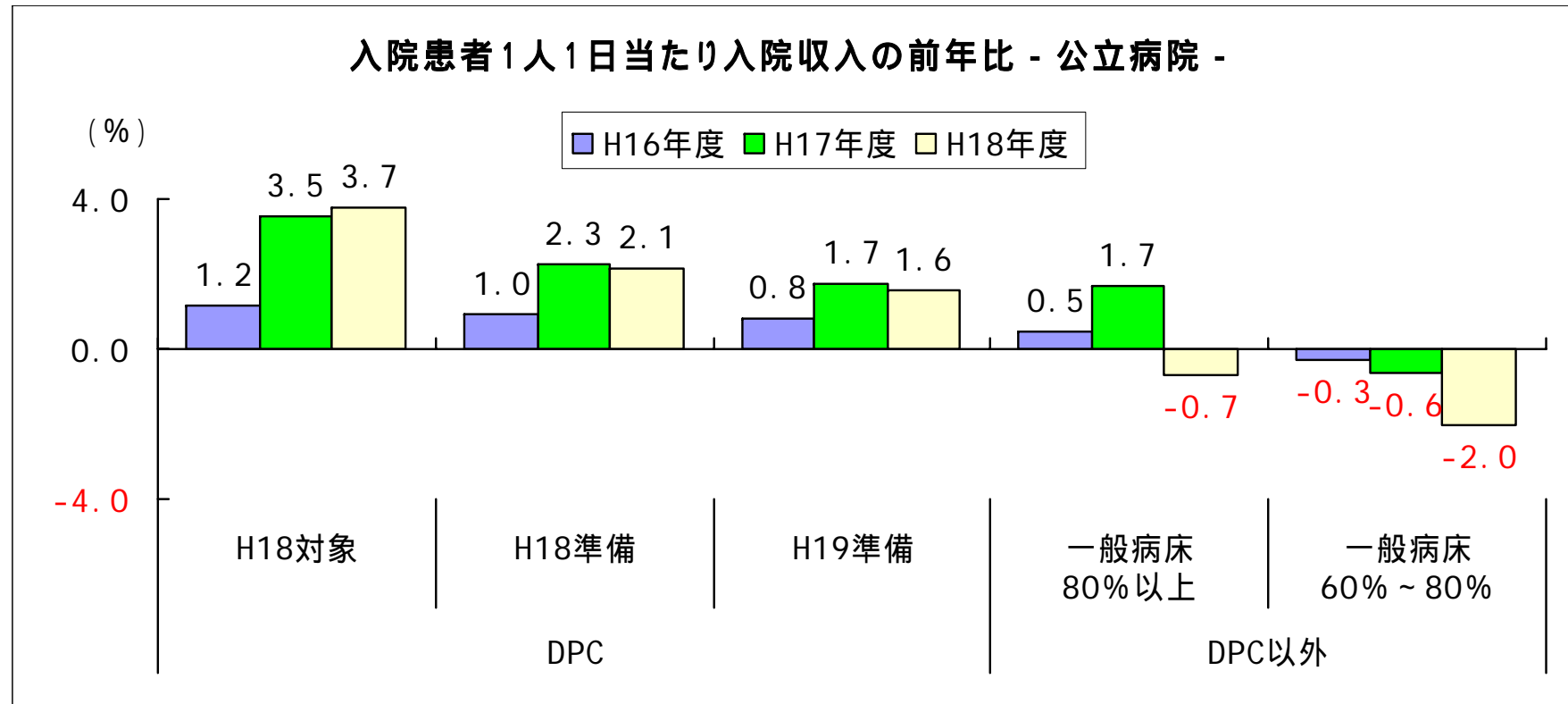
(3) 入院単価

公立病院に着目すると、H18対象病院のH15年度時点での患者1人1日当たり入院収入は4万円であり、DPC以外の一般病床80%以上の病院と比べて1.4倍であった。H18対象病院がDPC対象になったH18年度には4.3万円になり、差は1.5倍に開いた。またDPC病院の中でも、手挙げをした年が早いほど患者1人1日当たり入院収入が高い。当初はもともと入院単価の高い病院が手挙げをしていたことがわかる。



(4) 入院単価の伸び

DPC病院は前頁に示したようにもともと入院単価が高い。さらにH18対象病院は、対象になる前年のH17年度に単価が大きく上昇した。またDPC病院の前年比は、手挙げの年が早いほど高い。DPC以外の病院では、H18年度の前年比がマイナスであり、DPC病院と明暗を分けた。

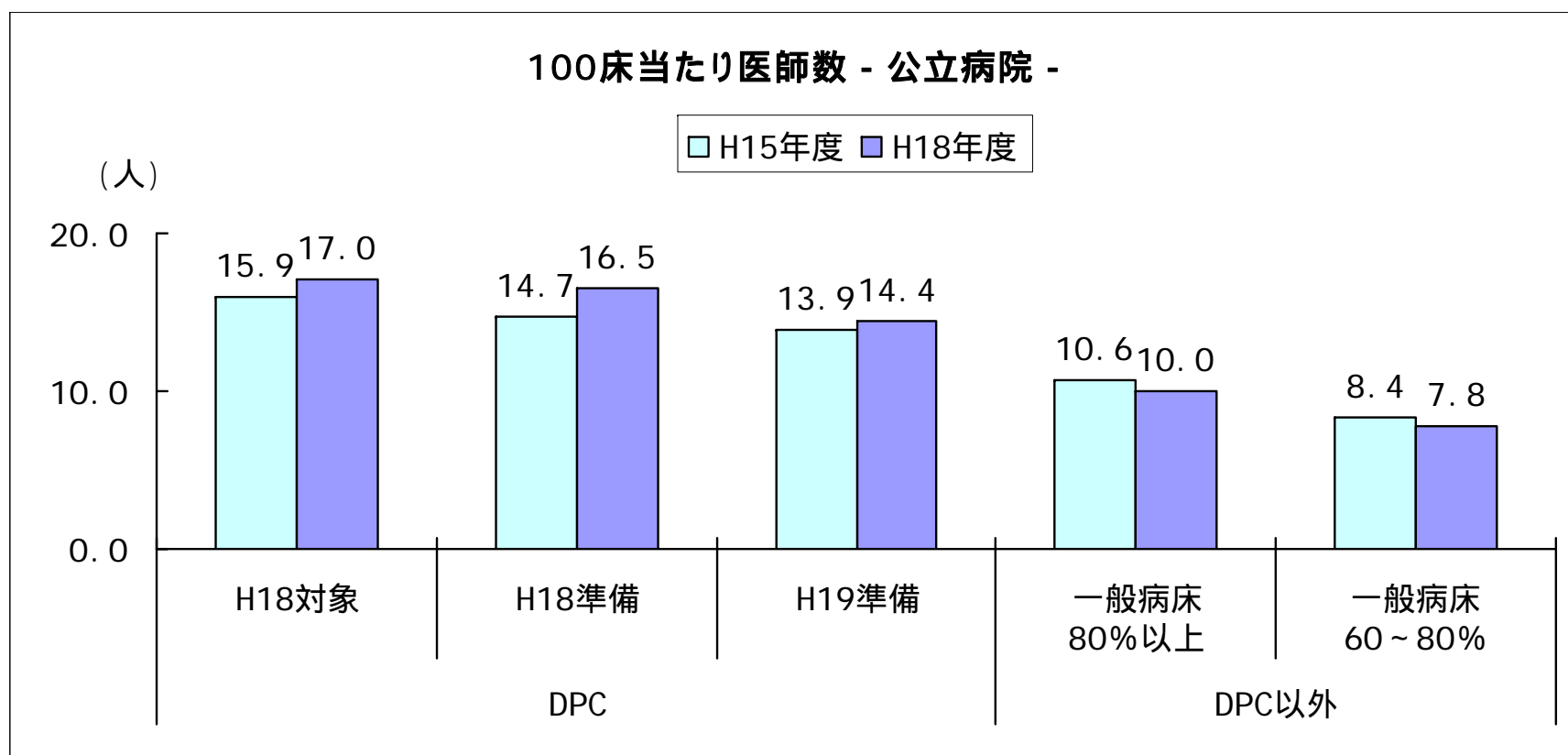


DPCは、調整係数によって前年度(平成20年度改定では前々年度及び前年度)の診療報酬(DPC導入時は出来高分、DPC対象病院となって以降は包括部分)が保証される。このため、DPC対象病院になる前年(このときは出来高)に、過度の診療を行い点数を引き上げているとの指摘もある。今回の分析でもH18対象病院は、前年のH17年度にかなり単価が上がっていた。また、これは1年間を通じての平均であり、このときのDPCのデータ提出期間(7~10月の4か月間)だけに絞れば、もっと単価が上昇していた可能性もある。

(5) 医師数の推移

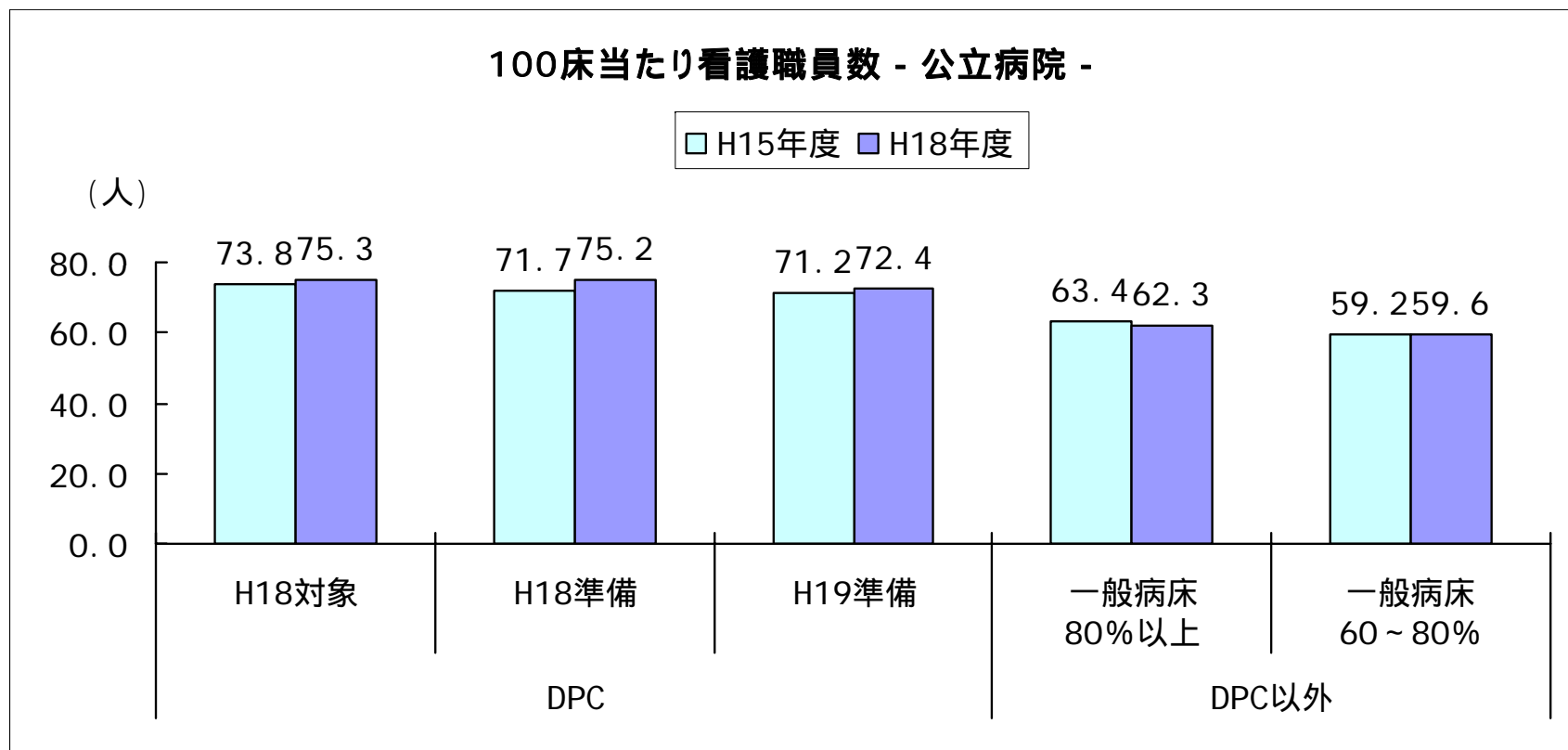
DPC病院では医師数増、DPC以外の病院では医師数減であった。H18対象病院は、H18年度には100床当たり医師数を17.0人にまで増加した。

DPC病院への医師の集中は、H16年度に始まった新医師臨床研修制度の影響もあると考えられるが、調整係数により財源が確保されていることも医師数増を可能にしているのではないかと推察される。



(6) 看護職員数の推移

看護職員数(看護部門の職員すべて)も、DPC病院では増加、DPC以外の病院では一般病床80%以上の病院で減少した。DPC病院への看護職員の集中は、H18年度に7対1入院基本料が導入されたことも一因であるとはいえ、H18対象病院、H18準備病院はH18年度には100床当たり75人を超えている。



今後の議論のために

今後、急性期病院の診療報酬の在り方全般について新たな議論を始める必要がある。2008年7月16日の中医協基本小委でもそのための資料の提示を求めたが、引き続き、以下の調査および資料の提出を求めていく。

1. 患者実態の調査(特に退院後の調査)
2. 適切でない請求についての個別事例の資料
3. DPC病院の経営に関する資料
(財務諸表や患者数等の情報)