

日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

「DPCを考える」 ～ 日医工MPSの回答例から～

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4563 北尾太一)



<ご注意>

回答例は日医工MPSの独自の見解です。その旨ご了承の上ご参考ください。

DPC病院の今後の動向

【Q1】DPC病院82施設、DPC試行的適用病院62施設、調査協力病院145施設、新規調査協力参加希望病院114施設と聞いていますが、現時点での調査協力病院の実情はどうなっていますか？

【A1】 2005年8月時点でもDPCデータ調査協力病院のリスト等について正式に公表されていません。日医工MPSでは関係者の発言やマスコミ資料から次ぎのように推測しています。

データ調査協力病院は当初151病院でしたが6病院脱落して145病院になっています。新規調査協力病院は114と報じられていますが、その後複数の病院が更に追加になっているようです。（20病院程度？）

2005年においても7～10月の患者基礎調査が始まっています。翌月の25日にデータを提出することになっており、データの整合性に問題があれば再提出が要求されます（再提出は2回まで）。4ヶ月分のデータが完全に提出できない施設は脱落することになっています。

現時点の調査協力病院は約280病院ですが、調査期間終了時には260病院ほどになるのではと考えられます。いずれにしてもDPC実施病院を加えるとDPCに関係する病院は400を超えると考えます。

DPC調査対象病院の拡大

DPC実施病院 (2003年4月～)	特定機能病院等	82			
DPC試行病院 (2004年4月～)	国立 社保 民間等	62			
調査協力病院 (2004年度)	4ヶ月分完全提出	151	145	51	
	(データ不十分)			94	
	協力取り下げ		6	-	
調査協力希望病院 (2005年度)	参加希望表明	114			
2005年度データ収集対象病院				403	

参考: 医療タイムス速報版17年6月10日

厚労省は急遽、6月16日から6月20日の4日間で、114施設以外に今年のDPC調査への新規参加希望病院の募集を行った。狙いは不明だが約20病院ほどが新たに応募したと推測される。

DPC病院の今後の動向

【Q2】2006年度にDPCを実施している病院は、82 + 62 + 手上げ施設になっていると思われます。手上げの条件は調査協力が必要かと思いますが、調査協力病院以外でもこれから2006年度のDPC参加は可能でしょうか？

【A2】中医協の議論においても、DPC拡大を進める厚生労働省に対して、日本医師会はDPC拡大に懸念を表明しています。よってDPC施設の拡大については慎重に取り扱われると予想され、2006年度のDPC病院の拡大は、データ調査協力が完全にできる施設に限定されると考えられます。

現段階では2005年度の調査協力に参加した病院の中で、データの整合性が確約できる施設が実施の候補と考えられるので、現時点で調査協力に参加していない病院の2006年度からDPC実施は難しいでしょう。

また2008年度からは多くの一般病院へ拡大される見込みですが、2007年度については診療報酬改定の無い年であり、DPC実施病院は増えない可能性があります。少なくとも2006年7月～10月のデータ調査協力が重要であると思われます。

DPC病院の今後の動向

【Q3】規制改革・民間開放3ヵ年計画はどのように解釈したらいいのでしょうか？

「DPCの試行導入の検証結果を踏まえ、最終的な目標として診断群分類別定額払い方式の導入を海外における診断群別定額払い方式(DRG/PPS等)の導入効果を参考に検討し、平成19年度中に措置を講じる」(平成17年3月23日)

【A3】DPCは日本独自の考え方を導入した診断群分類ですが、総数で3000以上、適用数で1727もあり包括という範囲では多すぎます。しかしDRG/PPSに関しても国立病院を中心とした約50病院で3～5年間の試行したうえで導入を断念し、DPCに移行した経緯があります。この背景には、現在の日本の医療レベルでは標準化がすぐにできる状態ではなかったということです。施設ごと医師ごとによって治療方法やコスト(在院日数)のバラツキが大きすぎるためDRG/PPSの早急な導入は見合わせたと考えられます。

医療を標準化し医療費抑制を目指す制度としてDRG/PPSがあると考えられ、DPCによる在院日数の短縮化が進み、治療方法の標準化が進めば、いずれはDRG/PPSへ移行されるものと考えます。

またDPCで高額医療材料を使用するケースでは、在院日数よりも材料の単価に影響されて適正な評価ができないケースも問題点として指摘されています。

DPC病院の今後の動向

【Q4】データ調査協力病院の支払システムは出来高のままで、薬剤の見直しやジェネリック化などの動きがあまりなく、前年度収入の確保に努められているように見えますが、今後はどのような方向に進むのでしょうか？

【A4】データ調査協力病院は出来高の診療報酬制度を継続していますので、経営的には現実的な対応として収入を確保することに努めていると考えられます。ただしDPC実施に向けて包括対応のための経営転換の準備も進められている状況です。

DPCにおける調整係数は、現時点では前年実績を保証する係数となるため、DPC実施前に収入実績を大きく下げってしまうことは調整係数設定に不利となる可能性があり、DPC実施前の収入確保は重要であるといえます。しかしいずれにしてもDPCが実施されると経営戦略は変化します。

地域内の基幹病院がDPCを実施することで、周辺的一般病院でも出来高だからと医療資源を多く投入する経営手法は支持されなくなり、医療はジェネリックの適正使用を含めて標準化される方向へ向かうと考えます。

これらも政策としての医療費抑制のシナリオの一つと考えます。

DPC病院の今後の動向

【Q5】DPCに関しては「全体のバランスはドンブリ勘定としてはいいが、診断群間、施設間でバラツキが大きく、またまだまだ実際の医療に使えるものではない」との意見もあります。2006年度には制度的に導入することは難しいでしょうか？

【A5】確かに施設間、診断群間でバラツキがあります。また同じ施設内でも診断群間にバラツキがあるのが現状です。しかしそれが日本の医療の現状でもあります。だからこそ施設内や施設間でのベンチマーキングの必要性が指摘されています。またそれを可能にするのが“DPC”です。

医療の標準化・効率化はこうしたベンチマーク手法によって進んでいくものと考えられます。実際、DPC実施病院では他施設のデータを活用したベンチマークが進んでおり、将来的にはクリニカルパスも他施設と比較できるようになります。

現在の医療政策には「進みながら考える」という面もあり、そのように考えると2006年に試行病院の拡大などが予想されます。ただし更なる拡大や調整係数の一本化などの本格導入は、2008年以降になるのではないかと考えます。

DPC病院の今後の動向（DPC調査）

【Q6】DPC調査は、次回の報酬改定や調整係数のために永遠に続くものなのですか？

【A6】DPCの診断群分類の算定額の適切な評価を行うためにもDPC病院のデータ提出は将来的にも求められるものと考えます。ただし報告用のフォーマットや集計システムが整備され、医療機関の負担は軽減されていくと考えます
また調整係数が一本化されるまでは（3～5年ほど）、現在の詳細なデータ調査が求められていくと考えます。

DPCのシステムについて

【Q7】平成17年7月1日からDPCの9診断群が包括から出来高に変わりました。DPCの診断群分類は「薬剤の使用有り無し」「検査の有り無し」を平均包括点数としているので、患者の視点から考えると、薬剤や検査の違いに関わらず、治療費が同じになる不合理さはありませんか？

【A7】 DPCは新しい考え方に基づく包括支払システムで、出来高支払制度からの移行より2年しか経過していません。よって、個々のケースでは患者・医療機関ともに不合理なケースがあり、今回のように矛盾点の改定を実施しています。

しかしDPCを医療全体で考えれば平均在院日数が短縮し、医療の標準化も進んでいることから患者にとってのメリットもあると考えます。また、診断群ごとのデータが収集・分析され、診療成績等が公表されることによって医療の質向上、治療期間の短縮、医療費の抑制が進められることになり、日本の医療にメリットをもたらすものとして、DPCは進められています。

DPCのシステムについて

【Q8】 DPC病院に有利な改定、または急性期病院に有利な改定とは、具体的にどのようなものでしょうか？

【A8】現在の診療報酬は、病院の機能に応じて点数設定がされています。急性期病院やDPC実施病院では、医療従事者の人員配置、医療連携、救急医療や不採算医療、手術や高度医療など、多くの機能で点数が設定されており、一概に有利不利は言えないところです。

またこれからの急性期医療では入院時の栄養マネジメント、急性期リハビリ、在宅等介護との連携、IT対応などが評価される可能性があります。

【Q9】薬価ダウンとDPC点数に関連はありますか？

【A9】DPC調査期間（7～10月）の出来高点数が調整係数に関わるため、薬価が下がれば調整係数設定において影響があります。

また診断群分類の基礎償還点数の設定においても、出来高データを参考に調整されるものであり、同様に影響があると考えられます。

ただし医療機関の経営においては、納入コストのほうに影響を受けると考えますので薬価ダウンに伴う購入価の値引率が重要になってくると考えられます。

調整係数について

【Q10】DPC実施病院の調整係数は、現在高めに設定されているようですが、今後どのような調整係数になっていくのでしょうか？

また次回改定では、試行的適用病院データや調査協力病院のデータも加えられてDPC(診断群分類別等)は検討されるのでしょうか？

【A10】DPCは医療費抑制のための包括支払システムと考えられていますが、実際は出来高より高い収入となる調整係数が設定され、直接的な医療費抑制にはなっていません。DPCの目的はマネジメントにあり、標準化を進め情報公開を行うことによって市場選択を導入し医療費の抑制を狙ったものといえます。

よって調整係数は暫定的なものであり、将来的には調整係数は一本化され、その後DRG / PPSへ移行していくものと考えます。

特定機能病院と試行的適用病院とでは病院機能という点で異なりますが、次回の診断群別点数の設定には試行的適用病院のデータまで使用されると考えます。しかしデータ収集協力病院のデータは次回の点数設定には直接反映されず、将来的な病院機能別のDPC点数設定など、今後DPCを推進していくための参考とされると思われます。

調整係数について

【Q11】 DPC病院の調整係数がアップしましたが何故でしょうか？診断群分類の点数が下がったこともあるのでしょうか？

【A11】 DPC病院の調整係数が上がったのは2004年度の診療報酬改定で入院部分がアップしたことを受けたものと解釈できます。しかしそれを踏まえてもアップ率は高かったと思います。これは先行したDPC病院のインセンティブととらえることも出来ます。

ただしデータ調査において、診療報酬上（出来高）の“加算”となる部分の評価が上がったため、調整係数に反映されたとの見解もあります。

DPCの収益

【Q12】DPC病院では出来高のときより収入が増えていることで、診療報酬はアップしていると考えられます。医療費抑制とは逆の方向であると思われませんが、なぜでしょうか？

【A12】確かに調整係数は診療報酬の平均以上にアップしており、一般病院に比べて高い評価になっています。しかし収入がアップしている事に関しては、患者数は増加していることから一概に個々の点数だけの影響とは言えません。

しかし、2004年改定の調整係数がすべての医療機関で上がっているということを考えれば、DPC早期導入のインセンティブだと考えるほうが自然ではないかと考えます。

「政策に早く乗る病院は優遇する」という考え方があるとすれば、しばらく点数上の優遇が続くことも考えられますが、その代償には淘汰があり、その方が医療費抑制には効果があると考えられます。また包括であるため、いずれはダウンへの転換も予想されます。いずれにしても厚労省は調整係数を変更することで、医療費をある程度コントロールできる体制になりました。

平均在院日数

【Q13】平均在院日数は今後も大きく短縮するでしょうか？

【A13】DPCにおいては各診断群ごとにバラツキありますが、全体的に見て平均在院日数は短縮するものと考えます。11日程度まで短縮したデータ調査協力病院もあり、最終的に10日を目指す可能性もあります。

（厚生労働省試算で「平均在院日数10日で必要病床数42万床」もある）

【Q14】平均在院日数が短縮するのであれば、急性期加算の条件17日は変わるでしょうか？（例えば15日以内の可能性）

【A14】急性期加算の対象病院は、地域内でも急性期対応として評価される施設であり、平均在院日数も短縮していると考えられ、条件が変更になる可能性は高いと考えます。

最近の診療報酬改定はデータ分析に基づくことが多く、在院日数の設定はある程度データに左右されることになるので、急性期加算としての平均在院日数のシバリは、15日前後が妥当ではないかと考えます。

地域医療計画

【Q15】今後の地域医療計画において、急性期を担う病院の施設基準に「DPC病院」が設定される可能性はありますか？

【A15】地域医療計画は医療法に基づいた都道府県単位の計画であり、診療報酬上の支払システムとしてDPCが地域医療の整備計画に載せられるかは難しいところです。

ただし、患者の視点に立って情報提供を行っていくのが現在の医療制度改革のポイントなので、DPC実施病院は公表され地域住民に衆知されることとなります。医療計画の施設基準としなくても、急性期を担う病院としてDPCの実施が重要になり、必須の条件になる可能性は高いと考えます。

特定療養費

【Q16】DRG/PPSによる疾病ごとの金額を「国民にとって必要最低限の医療にかかるコスト」と定義し、それを上回るものは混合診療で対応するとした意見がありました。将来的にこのような動きはあると思いますか？

【A16】医療費を抑制する方向で現在の医療制度改革が進められている以上、保険の給付範囲は、現在の範囲より小さくなると考えています。

混合診療は特定療養費の拡大として進められますが、DRG/PPSやDPCがその特定療養費化の基準となることはないと考えます。ただし収集しているデータが参考にされることはあると思います。

特定療養費の拡大には賛否があるところですが、医療費の抑制だけでなく、医療の多様性との観点からも議論されており、拡大の方向にあります。

また医療保険を補完するものとして、民間保険の活用が、政府委員会や経済学者などから示されており、特定療養費分をサポートする保険としての位置付けもあると思われます。

DPCと民間保険

【Q17】民間保険のDPCに対する動きはどうか？

【A17】未承認の抗がん剤などをカバーする民間保険が人気を集めていますが、DPCに関して適用される民間保険の存在は確認しておりません。

しかしDPCでは情報公開による患者選択が進むため、今後は治療成績の良い遠方の病院を選択するケースが増えると考えられます。よって交通費や家族の滞在経費などをカバーする民間保険が発売される可能性があると思います。

またいずれ医療の一部が民間保険によってカバーされると仮定した場合、DPCの包括部分や出来高部分に適用される民間保険が出てくる可能性もあります。

DPCと薬剤等

【Q18】DPCにおける、新薬(高薬価)の評価はどのようになっていますか？

【A18】DPCにおける課題の一つに、新薬(高薬価薬剤)や材料・新技術等の評価があります。現在は不都合が生じているものに関してはその都度見直されており、2年毎の診療報酬改定で新薬や新技術の評価も組み入れられています。しかし、タイムラグが生じることは避けられない状況です。

この薬剤・材料の扱いは今後十分に見直されるべき課題として議論されています。

【Q19】保険導入検討医療の薬剤や医療材料とDPCの関連はどうですか？

【A19】薬剤や医療材料は実際に医療現場において保険適用されないと適切な評価ができない場合が多いように思います。

クローン病に使用されるレミケードは、薬価収載がデータ調査期間後だったためDPCには適切に評価されていませんでしたが、薬価収載後の状況を考慮してレミケード使用の疾患分類が出来高に変更されています。

現在のDPCではこのタイムラグはやむ終えないところがあります。

ICD10コーディングについて

【Q20】DPC病名の「ICD10」のコーディングについて、決定したり、精度を上げたりするのは病院の役目になるのですか？

【A20】DPCにおいてコーディングは重要な作業になります。コーディングを高めに申請すると不正請求になる恐れがあり、低めにすると経営的な問題がでてきます。よって「コーディングスペシャリスト（診療録情報管理士）」の育成が重要になります。

またデータの精度に関してもかなり厳しい方向性が打ち出されており、コーディング以外の提出ファイル（様式1やE・Fファイル等）の精度も高いレベルが求められています。精度が低い施設には再提出が求められ（2回まで）、それでも対応できない施設は調査協力病院からドロップアウトとなる場合もあります。

DPC病院の戦略

【Q21】平均在院日数が短縮に向かうなかで、病床利用率を維持するためには、病院の入院患者の獲得という市場競争になるのでしょうか？

【A21】平均在院日数が短縮されて病床稼働率が変わらない状態を維持するためには今以上に新規入院患者が必要になります。新患のルートとしては外来・救急・紹介などがありますが、急性期病院は診療報酬による経済誘導により、外来機能を上げて患者を獲得することは困難です。救急と紹介（連携）が今後の新患獲得の主なルートとなりますが、急激な平均在院日数短縮のなかで、DPC実施病院（地域基幹病院や特定機能病院）でも、これからも患者を獲得し続けることは難しいとされています。さらに地域一般病院の患者獲得は困難になるので、市場競争が激化するとされています。

市場（地域住民や患者）から支持を獲得できるかどうか生き残りのポイントになり、多くの病院が淘汰されることとなります。病院が少なくなり、病床数が減ることは、医療スタッフの密度が上がり、医療費は抑制されることとなるため医療政策の方向とも一致します。

市場に支持される特長をいかにアピールするか、機能分担の中で自院が地域の中で必要とされる機能を戦略として市場競争に臨むことが求められます。