

一体何なの？

毎度同じことを書いていく気がします。なぜ医療の世界では横文字ばかり使われるのでしょうか。しかも輸入語ならともかく、この場合、日本特有の制度に基づく「和製英語」です。

とはいえ入り口で怒っていても話が前へ進まない、いつものように語義を説明してしましましょう。もともと病気の分類手法を表したに過ぎない言葉のため（コラム参照）、訳しただけでは何だか意味が通じません。

実は現在では「DPCによる包括払い制度」全体も、積なしの「DPC」一語で示すようになっていきます。この特集も取り扱うのは制度に関してですが、紛らわしいので、以後は「DPC制度」と表記することになります。

この「DPC制度」が何を指すか平易に表現すると、ど

参照)の診療報酬制度が一般的だったから。

携帯電話の従量制と定額制の違いを思い出してもらえば、イメージしやすいかと思えます。ただし、携帯電話などの場合、どれだけサービスを利用するかはユーザーの裁量ですが、医療の場合は何をどこまで提供するか決めるのは、医療機関側の裁量（もちろん患者へ説明のうえ）です。DPC制度自体は、2003年4月に特定機能病院から適用が始まり、基幹病院に順次広がってきたもので、

DPCを訳すと、こうなります。

DPCは「Diagnosis Procedure Combination」の頭文字。「Diagnosis」は「診断」、「Procedure」は「手順」とか「行為」、「Combination」は「組み合わせ」のことで、一般的には「診断群分類」と訳されます。この分類ごと診療報酬を定額にしたのが「DPCによる包括払い制度」。

制度の見本にしたのは米国発祥の「DRG/PPS」(Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System)。「DRG/PPS」が疾患別の1入院あたり定額払いであるのに対し、「DPC」は疾患と医療行為の組み合わせに対する1日あたり定額払いと、微妙に設計が異なります。DPCの分類は2347あり、そのうち1438が包括払いの対象になっています。

診療報酬は前年実績で決まる。

DPC制度でも、実は入院から退院までの全部が定額ではありません。入院基本料、検査料、投薬料、薬剤料など患者によってあまり差が出なさそうな「ホスピタルフィー」部分は定額で、手術料や麻酔料、リハビリテーション料など患者ごとにカスタマイズが必要な「ドクターフィー」部分は出来高に応じて支払われることになっています。

定額部の診療報酬額は、医療機関が適用を受けたことで不利益を被らないよう、各機関の前年実績を参考に微妙に異なる金額に設定されています。ただし、これだとコスト削減に努力した医療機関が報われないこともあり、いずれどの機関でも同じ額になると見られています。

(特集2)

それって誰が得するの？

DPC

今回のテーマは、入院時に支払う治療費に関連するもの、です。訳の分からない横文字と思つて無関心でいると、そのうち損をするかもしれませんよ。

編集/医師35人の合同編集委員会

事務局/ロハスメディア

監修/今村知明 奈良県立医科大学教授

中村利仁 北海道大学大学院助手

イラストレーション/徳光和司

んな医療が行われようが、ついた病名によって支払われる診療報酬が決まっている、そんな制度ということになります。

このような言葉が存在する理由は、行った医療行為の分だけ支払われる「出来高払い」(05年12月号「診療報酬特集」

ここ4年ほどの間に入院した方は既に体験しているかもしれません。

現在のところDPC制度は、その適用を希望した医療機関の一般病床への入院(急性期入院)について、1日あたり定額払いという運用になっています。ただし、DPC制度に手を挙げない医療機関は、いずれ入院基本料(06年12月号「診療報酬特集2」参照)を引き下げられるのではないかと、の憶測が飛び交い、適用を希望する機関は増える一方で



何のために 導入されてるの？

効 果が同じであるのに、わざわざコストをかけて診療報酬制度を分ける以上、目的が当然あります。厚労省の近年一貫して追求している目標が、医療費の伸びの抑制であり、そのために不要な医療行為の抑制も図っていることを思い出してみてください、DPC制度の目的も自ずから分かります。

一言で言うと、一人の患者さんに対する医療行為を極少にして早く治した方が医療機関にとって得になる、そんな制度にして競争原理を働かせようと狙っているのです。

このように厚労省が考えたのは、かつて同じような疾病なのに医療機関によって平均入院期間や治療費が何倍も違

うとの調査があったから。「短い」「安い」の医療機関がある以上、「長い」「高い」の医療機関では何かムダ(=不要な医療)があるに違いないというわけです。

そこで出てくるのが「定額制」。検査にしても投薬にしても原価・経費はかかりますので、不要な医療をすればするほど医療機関の持ち出しになります。だから不要な医療行為も抑制されるだろう、こういう理屈です。

ただし本家の「DRG/PPS」(前項コラム参照)と異なり、DPC制度は1日あたりの定額制(1入院あたりではない)になっているため、1日単位ではムダが省かれたとしても、入院日数が短くなる保証はありません。

このためDPC制度による診療報酬は、入院初期に高く、入院期間が延びるほど急激に安くなるよう設定されています。これは、ダラダラと入院させ続けると医療機関が困る



ジェネリックと高額医薬品と。

どれだけ薬を使っても1日あたりの支払額が一定なので、病院からすると同じ効果なら安い薬を使った方が得です。そこでDPC制度導入病院ではジェネリック(07年1月号「ジェネリック特集」参照)の処方が増えると見られています。

逆に高い薬は避けられがちです。新しい抗がん剤などは一回使っただけで病院が持ち出しになる例も珍しくなく、せっかくの新薬を使えない原因となっています。

ということです。そして現在のところ、厚労省のもくろみ通り、DPC制度を試験的に導入した特定機能病院では、平均在院日数が短くなる傾向にあります。

もちろん、必要な医療行為まで省いたり、治ってもいないのに退院させたりしたら、それは医療機関としての役割放棄で本末転倒。安かろう悪かろうに陥ることなく、必要最小限の行為を密度濃く行うことが医療機関には求められます。

この「密度濃く必要最小限」を達成するには、事前に治療

計画を立てて肅々とこなすことが不可欠。このため医療機関がDPC制度の適用を受けるには、適切な計画を作つて

断に見直す体制的裏づけを持つていことが大前提となつていきます。このような治療計画を「クリティカルパス」といい、計画を不断に見直すことが、さらに医療の効率化と質の向上にもつながると考えられています。

見直す際には、「短い」「安い」の医療機関を手本にした「標準」に近づくはずなので、やがてすべての医療機関で効果的な質の高い医療が行われ

るはず、こんな想定は制度なのです。

ただしここで忘れてならないのは、平均在院日数が短くなつても、年間の入院患者総数を増やさなければ空きベッドが増えるだけということ。このため、医療機関どうしの患者獲得競争が激しくなる傾向にあり、需要を掘り起こすことによる過剰診療はDPC制度下でも起り得ます。

また、医療機関がより高い診療報酬を取れる診断名をつける「アップコーディング」という現象を、どうやって防ぐのかも大きな課題です。

どう付き合えばいいの？

前 項で述べたことのうち、「効率的」と「質の高い」が両立するものだろうか、と疑問に思った方がいるかもしれませんね。

まさにこの部分こそ、DPC制度が患者にとってありがたいものとなるか否か、の分岐点です。

急性期入院した患者にとって望ましいのは、できるだけ苦痛少なく順調に回復し、一日も早く退院を迎えられることとはず。医療行為は大抵患者に何らかの苦痛を伴いますし、また心身の状態が悪化するとそれだけでも患者は苦痛を感じます。一度も状態が悪くなることなく、余計な医療を受けることなく、というのが、患者にとってありがたいわけです。

ゴールをめざせるわけです。自己負担分として、受けてもいない医療費を払わせられるのは納得いかないと思う方もいるかもしれませんが、DPC制度適用の入院は、大部分が高額療養費制度の対象となつて払い戻しがあります。実際の額は出来高払いだろうが包括払いだろうが大して変わらないはずです。

これだけ読めばバラ色の制度ですね。しかし、順調に回復しなかったとしたらどうでしょう。患者が苦しいのはもちろん、医療機関にとっても収益を圧迫されることとなります。体力や体質など患者の背景事情は千差万別です。疾患が同じだからといって、すべての患者が同じような期間に同じような医療行為を経て回復するはずはありません。医療機関から見ても、順調に回復しそうな患者の方がありがたく、手間のかかる患者、状態の悪化しそうな患者、入院の長引きそうな患者は、あ

これをDPC制度適用の医療機関から見ると、どうでしょう。医療行為が少なければ経費は安くなり利益が大きくなります。でも患者の状態が悪化したなら、手を打たないわけにはいかず経費が増えていきます。さらに回復が遅れば、入院期間も延びざるを得ません。これもありがたい話です。つまり、患者の状態を良好

入院期間短縮の効果 実は、あまりなし？

制度の想定では、在院日数を短くすると年間の入院患者総数を増やせるので、入院初期の高い診療報酬の受け取りも増えて病院が得をするはず、でした。これにより、どんどん平均在院日数が短くなるだろうともくろみです。

しかし実際には、病院の支払う「原価」の大部分を薬や器具などの「材料費」が占めるような内科系疾患の場合、かかる材料費も入院初期に集中するため、入院後期の方が1日あたり利益の大きいことがよくあります。こうした疾患の場合、スタッフは前年より忙しく働いて平均在院日数を短縮したのに、利益は減ってしまうという逆転現象が起こります。

このためDPC制度には、平均在院日数を減らす働きはそれほど強くないとの見方も出てきています。

に保ったまま回復させること、悪化したとしても素早く手を打って軽症にとどめることが、医療機関にとつての利益にも適う理屈です。患者と医療者との、共通のルートで共通の



りがたくなかないこと、お分かりいただけますでしょうか。

もう少し細かいことを言うと、DPC制度が入院のみ対象のため、入院して受けた方が楽な検査や投薬を、出来高払い適用の外來で受けさせられる例は確実に増えています。入院が長引いた場合に、強く退院・転院を求められかねないことも想像がつくと思いま

す。

実際には医療者たちのモラルはまだまだ高く、また収益をあまり考えず診療にあつていることが多いので、実害はあまり起きていないはずですが。しかし、今後も起きない保証はありません。

そもそも制度の狙いが「患者利益の最大化」ではなく、「国民利益のための医療費抑

制」です。患者のためといって赤字ばかり出していたら医療機関も潰れてしまいます。

私たち自身が、健康保険の費用負担者として、また有権者として、この制度が悪い設計にならないよう、より良い設計になるよう物申すことはできますので、この言葉に関心を持っていただければ幸いです。