



一般社団法人 メディカルスタディ協会

◇ 中島 慶八郎氏の医療ブッタ切り 第16回 DPCの動向 (DiagnosisProcedureCombination 診断・処置、手術、検査・組み合わせ)

文／中島 慶八郎 氏

DPCの動向

(DiagnosisProcedureCombination 診断・処置、手術、検査・組み合わせ)

我が国の診療報酬は出来高払いを原則としている。国は医療費の抑制を計るため、この出来高払いの診療の中身に着目した。すなわち、1990年台に入りレセプトにより請求される額が例えば心筋梗塞というレセプト上の病名で全国で5倍の差があることが判明した。診断・治療は医師の裁量権であるが、5倍の差はなぜ生じるのか？が問題となった。一方、1995年ころに九州産業大学の松田教授がアメリカで研究され、使用されてきたDPCに注目し、その研究をされていた松田教授の研究目的は疾患に対する標準的医療であった。国はこの松田教授の研究を診療報酬制度に取り入れる事と、診断群分類・包括評価を用いた定額払いとして導入することを2003年に閣議決定し、同年4月より導入した。この実施には2つのポイントがあった。

(1) 取り合えず、DPC採用病院が赤字とならぬよう過去3年間の診療報酬の平均額にプラス係数をつけた点数にしたこと。

(2) (1)の代償として疾患毎の診療内容を詳細に国に報告すること

(1) は経営が黒字で安定する

(2) は国に今までなかった疾患別の診療情報が集められる。

この(2)が非常に重要である。導入当初、全国82の特定機能病院で始められたが、DPCを採用すると経営が楽になるとされ、2014年4月現在、全国1585病院(約49万床)が採用している。

無論、DPC採用に関しては、7:1、10:1等の看護体制をとることや、詳細な国への報告が義務付けられている。2014年5月26日に開催された中医協で、このDPC制度がテーマとして取り上げられた。

1. プラス係数を削減して近い将来(2018年?)にゼロとする

2. DPC採用条件を緩和して採用病院を増加させる

上記1、2が議論された

1は今までのように経営が楽ではなくなる?また、診療情報は約10年経過しているので、国としてもそれなりに集められた。

2は定額制の拡大である。

日本医師会は根幹である。出来高制度に大きな影響を与えるのではないかと警戒している。

皆保険制度を維持するためには保険対象額の伸びをいかに抑えるか？DPCも、その1手段と解釈する必要がある。