

平成 17 年 4 月 27 日 診療報酬基本問題小委員会 議事録抜粋

○西岡分科会長

(「DPC導入の影響評価に関する調査及び評価」について資料に基づき報告)

○櫻井委員

たくさんお聞きしたいことがあるので、どこからどういうふうにお聞きしていいかわからないのだけれども、「DPC導入の影響評価」という、今一番最後に西岡先生から御説明いただいた2ページの1枚が全体をまとめたものだと思うので、それから始めます。その1の「2. 診療内容の変化等について」というのがあります。その診療内容の変化について丸が3つ書いてあるのですが、主に変化について書いてあるのは一番上の丸になるわけです。そこに書いてあることは、1番目が平均在院日数が減少しました、2番目が後発医薬品等の使用の割合が増えました、3番目が検査や画像を外来へ移行させました、4番目がいろいろなことのために計画的な再入院が増加しましたというのが4つ書いてあるわけです。非常に意地悪な言い方をすると、これは病院が収入を増やすためにやりましたという診療内容の変化であって、診療内容がこれでよくなったとか、患者さんのためにより医療ができたというところが見えないのですけれども、その点について西岡先生はどうお考えでしょうか。

○西岡分科会長

非常に貴重な御意見だと思います。数値だけ見ますと、効率化だけが進んだと、あるいは病院としての経営のための方策が進んだということになっておるのでございますが、今までの医療で、櫻井委員がずっと今まで御指摘がありました、例えばある大学病院などでは非常に長い在院日数を続けていた、その間に、実際には、患者さんに医療が施されている期間と、患者さんがベッドで寝ているだけの期間といったようなものがあったと思います。むしろ、患者さんの方からいたしますと、おうちで過ごされる方がはるかにQOLの高い医療ということになります。その部分がそぎ落とされていったということがございます。

それから、再入院もやはり同じようなことで、化学療法を1回やりまして、次の化学療法のクールが来るまでは、ずっとそのまま患者さんは何もすることなく病院で寝ておられる。それは決して医療の質として高いものでございませ

るので、やはり必要なときに病院に来て治療を受けられ、そして必要でないときは日常生活に戻っていただくといったことになろうかと思えます。

また、入院の今までの形態では、まず入院いたしまして、そこからいろいろな検査をいたします。検査結果が出るまでの期間が、入院前の期間に加わってきます。その部分をできるだけ効率化して、外来でできる検査は外来で、また、入院の検査も必要なものに絞り込むといったような形で入院医療を構築するといった行為が行われております。

これは医療の効率化という面が物すごく表面に出るのですが、それと同時に、医療を受けられる方のQOLといった面でかなりの進歩が起こっているのではないかと考えております。

○櫻井委員

その在院日数の減少と計画的再入院の話は後でもう一遍議論したいので置いておきます。後発医薬品の使用というのは、前から後発品を使っていたのならいいのですけれども、今まで使っていた薬があったのに後発品にわざわざかえるというのは、患者さんにとってどう見ても、良い点がない。薬が今までと違うということを考えたらQOLの確保もないし、同じ内容だから値段の低いものを使うというのは、この場合、DPCですから、患者さんにとって負担は全然変わらないわけです。これは出来高であれば、患者さんのコスト負担を減らすというインセンティブになるけれども、DPCの場合はそうならないわけだから、これは医療機関が収益を確保するためにやっただけのことです。検査・画像を外来に移したというのが、どうしてQOLの確保になったのか、これは、検査・画像も入院してからやるとその分がDPCに含まれてしまうから、外へ出して外来でやったととられるのではないかという気がして仕方がないのです。だから、そこはちょっとおかしいのではないかと思います。危惧された粗診・粗療、もちろん粗診・粗療が特定機能病院であるなどと私は思っていませんけれども、でも、こういう細かいことまで考えると、それが本当に患者さんのための、あるいは医療の質のための診療の変化だったかどうかということがよくわからないのです。やはりこれは収益のための変化をしたのではないかというふうに思うのですけれども、いかがでしょうか。

○西岡分科会長

御指摘のごとく、その分はあるのではないかと思います。いろいろな国立病院それから国立大学病院も法人化が行われておりますので、そういった面ももちろんあるのかもしれないと思います。ただ、例えば後発医薬品を平成15年度に導入したといたしますと、その医療費がE/Fファイルで必ず16年度に

はね返るという形がDPCのシステムでございます。だから、そこで病院自身がすごく収益を上げたということは起こらないというシステムになっておりますので、後発医薬品は、これまでも政府の方針もございまして、できるだけ導入できるものは導入しようという流れでございましたので、それが導入されてきているのだろうというふうに考えております。特に著増したというわけではございませんで、むしろ全体が1%程度であったものが2%ぐらいのシェアに上がったといったところでございますので、無理やりここでの経済効果をねらったというところには入っていかないのではないかと思います。

それから、検査が外来に移行したということ、これはむしろ入院の在り方というものを考え直されてきたことではないかと考えております。通常の場合ですと、先ほどお話し申し上げましたように、何か病気で疑いがあった、即入院してしまって、そこから検査を組み立てて、そして検査が出るまでお持ちいただいて、かつ、検査が出たところで、では手術をしましょうかといったような形で、その間ずっと患者さんは入院されているわけでございます。ですから、在院日数は物すごく長くなりますのと、それにかかる医療費自身も、かなり患者さんの負担が大きくなっていくということで、それをできるだけ迅速にする。実際には、先ほどお示しいたしました手術前の入院期間と手術後の入院期間というのがございますが、手術後の入院期間は決して減少しておりません。ですから、そのところで患者さんの医療は十分に行われていると思うのですが、手術前を効率化したということで、これは収益の部分と医療の効率化の内容というものとは裏腹でございますので、なかなか櫻井委員の御質問に適切にお答えするのは難しいかと思っておりますが、むしろ、私どもはこれは、本来あるべき姿に少しずつ戻っていつているのではないかとこのように考えております。

○櫻井委員

関連のことですけれども、御報告の中に、膨大な資料なのでもしかしたら見落としているのかもしれませんが、病床利用率の報告はあったのでしょうか。最初の1ページの項目のところには病床利用率というのが書いてあるのですけれども。

○西岡分科会長

申し訳ございません。この資料の中にはちょっと入っておりません。

○櫻井委員

入っていませんか。それはどうなっていますか。病床利用率の変化ですね。

○西岡分科会長

病床利用率は全体的に80%強ぐらいになっております。実際には、これは細かい数値はこれからさらに検討しなければいけないのですが、特に都市部では、病床稼働率は減少しておりません。ただ、地方に行きますと、病床利用率が減少する病院も出てきているといったような、そういった傾向が見られております。

○櫻井委員

在院日数の減少とすごく関係があるわけで、もしある地域の患者さんの数が一定であれば、在院日数が減れば病床利用率は落ちるはずですが。病床利用率が落ちないということは、次の患者さんが次々に入ってくるから落ちないということです。だから、どんどん次の患者さんが入院されるということを前提に進んでいるというところが、病床利用率が変わらないとすれば、あるわけです。病床利用率の結果は極めて重要な意味を持っているので、在院日数の短縮と関係があるので、ぜひ出してほしいと思うのです。

その関連で、在院日数の減少と計画的再入院のことはあとで議論したいとさっき申し上げたのですが、計画的再入院というのは、一連の一つの病気の治療ですね。これは、計画的でも再入院するとまた最初の入院第一日に戻るのですか、DPCでは。

○西岡分科会長

はい。

○櫻井委員

これはおかしいですよ。一つの治療をやって計画的に最後までやるというのが、それが一つのDPCの分類に入っているのであって、計画的に再入院するのは、おっしゃったように、患者さんにとって大変いいことだけれども、それでも一つの分類の中であって、最後で何点と完結すべきだと思うのです。そうではなくて、そこからまた新しい病気のように、入院初日から始めるという考え方は、それは計画的入院ではなくて、やはり再発入院とかそういうときのことと同じでしかないのではないかと思うのです。これは西岡先生に言っても仕方がないから、今後の検討課題ではないかと思えます。計画的再入院が増えているという話からそれを非常に感じたのです。

それからもう一つ、いっぱいあって申し訳ないのですけれども、ここのページで言いますと、高度医療の提供が増加しているというふうに書いてあるのですが、具体的には何が增加されたのですか。

○西岡分科会長

これは参考資料の22ページのところにあるものですが、ここで高度先進医療の実施件数というのが出ております。この承認を受けている病院についてということで、DPC病院、それから高度先進医療の申請中の件数といったものがございます。これが一つの新しい高度先進医療ということがございます。それから、臓器移植などがその次のページにございますが、これも増加しているということ。それから、新しい薬剤の治験の契約件数、それから実施件数といったものも増加しているということがございます。

○櫻井委員

ちょっとよろしいですか。私の聞きたいのは、DPCを導入することによって、つまり医療機関の機能変化ですから、DPCを導入して変化した高度医療の提供の増加でないとあまり意味がないのです。高度先進医療というのはDPCと関係ない話ですから、それは特定機能病院でもともとやっていたからやっていることで、DPCとは無関係の話だと思います。治験も、治験とDPCは直接関係ないのではないのでしょうか。治験をやられるということは、出来高で入院されている患者さんにとっても、DPCで入院したとしても、DPCだから治験が増えたとか、出来高だと治験ができないとかということとはちょっと考えにくいです。臓器移植の件数も、DPCを導入したから臓器移植が増えたというのか、これもよくわからないのです。そうではなくて、DPCを導入したことによってこのDPC導入後の特定機能病院が高度な医療を、出来高の枠に縛られないでできるようになりましたということがないと、DPCを導入した意味がないのです。これだったらもともとの制度のままの方がよかったような気がするのです。

なぜDPCにした方がよかったのか。はっきり言わせてもらえば、先ほど医療費の動向にも出ましたように、明らかにほかの病院がマイナス改定になって下がっているのに、DPC導入病院は収入が上がっているわけですから。そのことを僕は悪く言っているのではないですよ、それはいいことなのです。でも、いいことというのは、良い医療、それによって高度の医療なり患者さんのQOL野確保ができたということがわかれば、「さすがは特定機能病院だ」ということで評価ができるから、それはすごくいいことなのですけれども、そうではなくて、収入だけは増えたのですと言われると、ちょっと疑問を感じざるを得ないのです。DPCが入ったら高度医療が増えたとかという説明がないと、納得しにくい気がするのです。