

特集

急性期入院は DPC 適用になるのか

2002 年診療報酬改定で決定した特定機能病院への DPC (Diagnosis Procedure Combination) 適用は、2003 年 7 月から本格的に稼働し始めた。そして 2004 年診療報酬改定において最後に議論されたのが DPC の拡大である。結論としては十分な検証を行うことを前提に拡大方向となった。その結果を受けて、2004 年 4 月から 7 月にかけて新たに 62 病院に拡大されることとなった。対象は昨年 7 月から 10 月の DPC 調査に協力した 92 医療機関のうちの 62 病院である。

一方、中医協(中央社会保険医療協議会)の下に設置された診療報酬専門組織には DPC 分科会が設けられ、検証を行っていくことになる。また、コストに関することも DPC 分科会やコスト分科会で議論されることになるであろう。

DPC 本体については、現在様々な評価がある。本来、DRG/PPS (Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System) は疾患別・包括払い制度であり、米国で開発された後オーストラリア、カナダさらに韓国など多くの国の支払い制度に利用されている。日本においても包括払い制度が検討され、開発されてきたものが DPC である。しかしこの 2 者には差異を認める。まず、DRG/PPS が 1 入院単位であるのに対し、DPC は日額定額性であること。また、疾患別コストから報酬額を決めるのが基本のはずであるが、現行は前年度当該病院における医療費で病院別係数が決定されること、などである。しかしこれらの問題は、今後のデータ蓄積や検証で解決されていき、数年のうちには精緻化されるものと考えられる。

今後拡大が予想される DPC は、日本の急性期入院医療診療報酬支払い制度の基本になるのだろうか。確かにここ数年の流れを見る限り、「急性期は DPC」というイメージがある。もし DPC が急性期の基本となると、入院期間の短縮に拍車がかかり、その結果は急性期のベッド数が確実に減る。さらに、急性期からの受け皿となる亜急性期や回復期リハビリテーション病棟、医療提供を十分行える療養病床などの整備が必須となる。ということは日本の入院ベッド全体の機能分化が必要になるのである。

今回の特集では、DPC の開発者、行政担当者、コスト分析、すでに導入された病院、今後導入予定の病院など様々な視点から DPC を論じていただいた。そこからは日本の医療提供体制の改革が見えてくるであろう。

(猪口 雄二)