

「淘汰ではなくパートナーシップに基づく機能分化と連携を」

産業医科大学の松田晋哉教授は7月23日の日本病院学会で講演を行い、「DPCを導入して在院日数が短縮し、ベッドが空いてしまって経営が成り立たないという苦情をDPC対象病院の経営者からよく受けるが、そもそもそれだけの急性期医療のニーズがその地域にはないのではないか」と述べ、今後は亜急性期の病院群をどうやって作っていくかが課題とし、一般病床における急性期と亜急性期のケアミックスの必要性を示した。

松田教授は、在院日数短縮で急性期病床が空いている一方で、回復期リハビリ病床など亜急性期病床はほとんどの地域で不足している現状を紹介。このため、急性期を経過した患者が急性期病院を退院できない状況に陥っており、急性期病院における社会的入院が問題となっているとした。この状況を変えるには亜急性期以降の病床を増やし、急性期病院と後方病院との連携が不可欠であるとしたが、そのためにはまず、「急性期病院がトップで、次が亜急性期、その次が慢性期という医療における暗黙のヒエラルキーを崩さないといけない」と述べ、慢性期疾患が中心となる時代は、今のままの意識では成り立たなくなってくるとした。また、こうした医療におけるヒエラルキーを崩すのにDPCデータ公開のメリットがあったといい、「急性期医療の中でも大学病院がトップで次いで公的病院、民間病院というヒエラルキーがあるように思うが、例えば食道がんの治療をみると、全国で最も症例が多いのはがんセンターだが2番目に多いのは民間病院で開設主体と医療の質はあまり関係がない」として、DPCでヒエラルキー通りではないという一例を示すことができたことが大きなポイントだと話した。松田教授は「個々の病院はその地域で必ず何らかの役割を果たしており、病院がなくなれば必ず地域の厚生水準は下がる。今病院に求められているのは、病院を淘汰するのではなくパートナーシップに基づいて機能分化と連携を進めていくことではないか」と述べ、DPCの評価でも将来的には機能分化を進めるような方向で機能評価係数を設定していこうとの見解を示した。

「ジェネリック、持参薬、検査の外来シフト、本当にそれでいいのか」

DPC導入によって病院のジェネリックへの切り替えや持参薬の活用、検査の外来シフトなどが進んでいる現状については、「どんどん進めていくのはいいが、やればやるほど次の改定で点数は下がっていく。本当にそれでいいのか」と現状の入院コストの削減のあり方に疑問を投げかけた。松田教授は、DPCデータを活用して個別ケースの収支を分析するだけでは病院の質は向上しないと指摘した。データの活用については、地域の病院の特性を具体的に把握できるツールであることを事例を挙げて紹介し、データに基づいて自院の地域での位置づけや将来の方向性を明確にしていくことが重要であることを強調し、DPCを地域医療の貢献や質向上の観点から活用することの重要性を示した。