

縄田・井伊・葛西論文に対するコメント

渡辺 幸子*¹

I. はじめに

- ・本論文は、医療費43兆円のなか、1兆円を超えると思われる糖尿病の過剰・過少医療に焦点をあてたもので、医療費の費用対効果に関して示唆に富んだ研究であると考えている。
- ・医療資源の投与が過剰とみなされる「糖尿病の教育入院」と、過少医療とみなされる「高血糖の未治療グループ」をデータで可視化した点は画期的である。
- ・これら過剰・過少となる背景を「病院経営の視点」と「臨床の視点」から検討する。
- ・糖尿病の予防や治療、重症化予防に向け、費用対効果が高く、実現性の高い対策とは。過剰・過少医療が存在する根源を見極めるため、患者の生活習慣、健診のあり方、プライマリケアのあり方、そして支払い制度から理由を探り、さらなる改善策につなげることは可能であるか。

II. 糖尿病に関する過剰医療についての考察

【糖尿病患者の教育入院について】

本論文の考察にあるように「糖尿病の教育入院」の費用対効果の検証は非常に重要と考える。

- ・「糖尿病の教育入院」は日本独特の入院である。インスリン接種方法や、薬剤・食事療法の指導は、必ずしも入院の必要はなく、外来でも可能である。
- ・「糖尿病の教育入院」の在院日数の違いは、患者の属性ではなく、病院がクリティカルパスによって3日、8日、14日間など、在院日数を事前に設定した計画的入院による（もし、糖尿病教育目的の患者が急変して治療が必要

になった場合、DPCではその他の加療分類となり、教育入院目的に分類されない。

- ・糖尿病教育入院の1日あたりの包括点数は高くなく（資料1）、出来高部分は、薬剤・栄養指導料と特別食加算が大半であるため、本論文の分析にあるように、1患者あたりの入院医療費と在院日数は比例する。
- ・コロナ禍で教育入院が減ったのは不急が背景にある。在院日数はコロナ禍の2021年4-10月でも大きく変わらず8日と14日に山がある（資料2）。
- ・「糖尿病の教育入院」を日帰りで実施した場合、

* 1 (株)グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン代表取締役社長

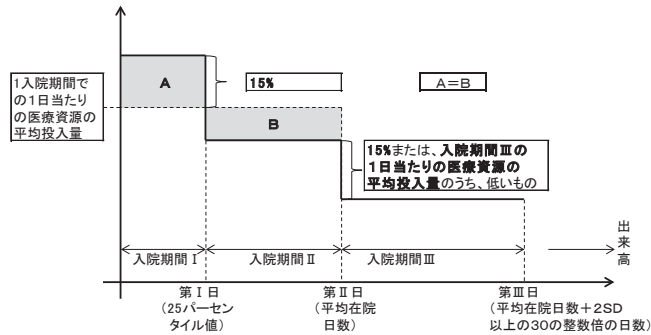
資料1 2型糖尿病教育入院の診療報酬は包括部分が大きいの（出来高部分は薬剤・栄養指導料と特別食加算）

MDC2コード 10：内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC6コード 10007x：2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)
※ MDC6コードを選択して下さい

※ DPCコード(出来高算定を除く)をクリックするとシミュレーションが可能です

DPCコード	期間Ⅰ	期間Ⅱ	期間Ⅲ	点数Ⅰ	点数Ⅱ	点数Ⅲ
10007xxxxxx0xx	5	11	30	2635	1948	1656
10007xxxxxx1xx	7	14	30	2619	1935	1645
10007xxxxxx2xx	18	39	120	2645	2005	1705

インスリン製剤(注射)
人工腎臓

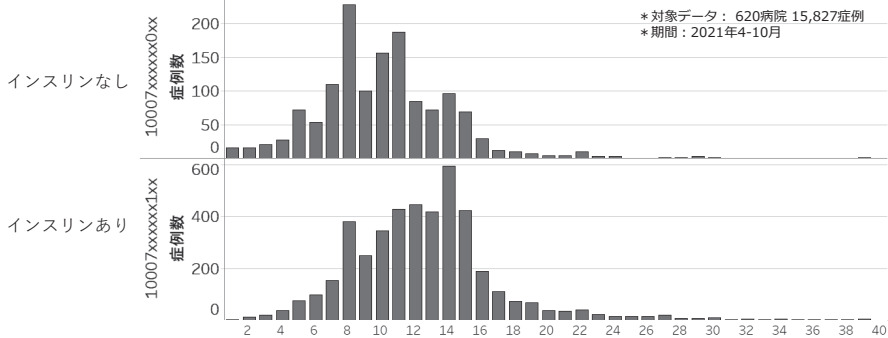


資料2 2型糖尿病教育入院 コロナ禍で教育入院は大きく減っている「インスリンあり」の在院日数が8日と14日に山がある傾向は同様

疾患名_手術有無	症例数 19年2月 -20年1月	増減率									
		20年 2-3月	第1波 20年 4-5月	20年 6月	第2波 20年 7-8月	20年 9-10月	第3波 20年 11-1月	21年 2-3月	第4波 21年 4-5月	21年 6-7月	第5波 21年 8-9月
2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く) 手術なし	30,317	-4.5%	-31.4%	-30.2%	-15.3%	0.7%	-11.1%	-26.2%	-16.1%	-28.4%	-25.5%

*対象データ：599病院
*2021年2-9月は2019年2-9月と比較、その他の月は前年同月と比較

DPC	処置2コード	入院目的				計
		診断・検査のみ	教育入院	計画短期入院	その他の加療	
10007xxxxxx0xx		0%	9%	0%	11%	20%
10007xxxxxx1xx	インスリンあり	0%	28%	0%	51%	79%
10007xxxxxx2xx	人工腎臓あり	0%	0%	0%	0%	0%



※グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンによる分析

年間約314億円の医療費削減の可能性がある。医療機関が「糖尿病の教育」を外来でなく入院で実施している状況と、そしてその在院日数が長い理由を理解することで、今後の支払い制度や医療提供体制を考える。

- ・現状の支払い制度で、病院経営を成り立たせるためには、病床を埋め稼働率を高め維持する必要がある。病床数に見合う実患者数がいなければ、在院日数を長めに設定する動機が働く（病院誘発需要）。つまり、病院の経営視点から、空床にしているよりは有利というインセンティブが働く支払い報酬制度が背景にある。
- ・ただ、不要な入院は患者にとってマイナスでしかない。

・糖尿病の教育入院は、「重症度、医療看護必要度」を下げることから一般病床の「急性期一般入院料1」維持のため、地域包括ケア病棟で受け入れる病院もある。



診療報酬における「経済的インセンティブ」を見直す必要がある（一入院包括払いや、外来医療の評価）。

在院日数の延伸化は「糖尿病の教育入院」に限らず、現行の支払い制度が内包する課題である。在院日数が適切に短縮しない限り、病床機能の集約化は進まず、日本の低密度医療の問題は解決されない。

Ⅲ. 糖尿病に関する過少医療についての考察

【高血糖未治療グループについて】

- ・高血糖の患者が適切な医療を受けられていない理由のひとつに、主治医の専門科が代謝内科の専門医ではなく、他科（例えば外科や整形外科など）がこれらの患者をみていることが考えられる。その場合、患者の血糖値やHbA1cへ十分な注意が払われていない可能性がある（参考：聖路加国際病院のQI事業）。

- ・この状況は、日本のプライマリケアの未成熟や弱点を示すものではないか。
- ・例えば高血糖や高血圧などの生活習慣病を患者自身が治療している被保険者には健保組合が保険料を割り引く、治療をせず放置している場合は保険料を上げるなどで、被保険者側の行動変容を促すことなど検討できないか（米国の大手健保組合の事例）。