

—解 説—

DPC (Diagnosis Procedure Combination) の概要

日本核医学技術学会関東地方会・調査研究委員会

委員長 渡辺 浩

独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院

大竹 英則

群馬大学医学部附属病院

中澤 亮一

飯山赤十字病院

伊勢谷 修

埼玉医科大学附属病院

山本 智朗

国際医療福祉大学

菊池 敬

北里大学病院

小野寺晋志

自動車事故対策機構千葉療護センター

Outline of DPC (Diagnosis Procedure Combination)

The Investigation and Research Committee, the Kanto Branch
of the Japanese Society of Nuclear Medicine Technology

Hiroshi WATANABE

Department of Radiological Technology,
Yokohama Rosai Hospital

Hidenori OTAKE

Division of Clinical Radiology,
Gunma University Hospital

Ryoichi NAKAZAWA

Department of Radiology, Iiyama Red Cross Hospital

Osamu ISEYA

Department of Radiology,
Saitama Medical University Hospital

Tomoaki YAMAMOTO

The School of Health Science・
Department of Radiological Science,
International University of Health and Welfare

Kei KIKUCHI

Department of Radiology,
Kitasato University Hospital

Shinji ONODERA

Department of Radiology, Chiba Ryougo Center

(article recieved : Feb 8, 2007)

Key words : DPC, Radiological examination and treatment, Medical expenses, Medical treatment fee, ICD10

1. はじめに

わが国が少子高齢化社会になるにつれ医療費の増大が顕著になり、財政的な視点から問題提起がなされている。それに伴って医療費の削減あるいはコントロールが必須となってきた。これはわが国特有の問題ではなく先進国共通の課題である。

わが国の医療保険制度は、従来診療報酬点数制度を基本とした出来高払い制度であった。つまり、診療を行えば行っただけ医療機関の収入が増える構造のため、医療費を増大させるインセンティブの一つであると考えられている。そのため、医療費のコントロールなどの目的で、1998年より Diagnosis Related Group/Prospective Payment system (以下、DRG/PPS) を試験的に導入し、2003年より Diagnosis Procedure Combination (以下、DPC) の導入が始まった。このように、わが国の医療保険制度は、出来高払いから包括方式あるいは包括方式を組み合わせた制度に移行しつつある。医療の一つである放射線診療は、この制度変更に伴う影響を少なからず受ける可能性があり、関係団体としても動向を把握・解析し、対応する必要性が生じている。また、医療機関の放射線診療部門のスタッフは、医療機関の経営的視点などから、DPCを熟知しておくことが求められる時代になった。そこで、わが国に導入されつつある DPC の概要についてまとめたので報告する。

2. DPC とは？¹⁾

DPC とは、急性期入院患者を対象とした1日定額支払い方式のことを言う。傷病名、処置および副傷病などをもとに診断群が設定されており、診断群ごとに1日あたりの点数が割り当てられている。診断群分類を活用した医療費支払い方式の変遷を **Table 1** に示す。1998年にわが国独自の診断群分類を開発し、医療費の支払い方式に取り入れた。これが1入院あたりの包括払いである「急性期入院医療費の定額払い方式」(日本版 DRG/PPS) である。この試行には国立病院を中心に10の病院が対象となった。2003年より、特定機能病院を中心に82病院に1日あたりの DPC が採用された。2006年6月現在、DPC 対象病院は283に拡大している。

DPC と DRG/PPS の最大の相違点は、1回の入院定額払い方式ではなく、1日定額払い方式である点と前年度医療費実績を基にした医療機関別調整係数を採用した点にある。つまり、わが国における DPC は完全な定額支払い方式ではない。

3. DPC 対象の要件²⁾

DPC による包括評価の対象となる病院および病棟は、以下の要件を満たす病院の一般病棟である。

①入院基本料について、7対1入院基本料または10対1入院基本料の届出を行っていること。ただし、7対1入院基本料または10対1入院基本料を満たしていない病院は、2008年4月1日までに届出を行うこととし、その届出の計画を策定する

Table 1 診断群分類を活用した医療費支払い方式の変遷

開始年月日	対象医療機関	MDC 数	分類総数	包括対象分類	支払い方式	IDC
平成10年11月	10国立病院等	13	270	183	1 入院あたり (日本版 DRG/PPS)	9
平成13年 4 月	10国立病院等 5 国立病院等 54民間病院 1 特定機能病院	15	532	267		1 日あたり (DPC)
平成15年 4 月	82特定機能病院等	16	2,552	1,860		
平成16年 4 月	82特定機能病院等	16	3,074	1,726		
平成17年 7 月	62試行適用病院			1,717		
平成18年 4 月	195DPC 対象病院	16	2,347	1,438		
平成18年 6 月	283DPC 対象病院					

*: 参考文献¹⁾ 社会保険研究所発刊「DPC の基礎知識第2版」より改変して引用

こと。つまり、看護師の人員体制が充実していることが求められている。

②診療録管理体制加算を算定していること。または、同等の診療録管理体制を有すること。つまり、診療録の管理体制の充実が求められている。

③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、「7月から10月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

④①～③に加えて以下の医科点数表の基準を満たすことが望ましい。

- ・A300 救命救急入院料を算定していること。
- ・A301 特定集中治療室管理料を算定していること。
- ・D104 病理診断料を算定していること。
- ・L009 麻酔管理料を算定していること。
- ・画像診断管理加算を算定していること。

なお、画像診断管理加算には1と2があり、それぞれ算定できるための施設基準を満たさなければならない³⁾。つまり、上記の“算定していること”とは、“算定できる施設基準を満たしていること”と同義であることに注意しなければならない。

4. DPC 対象の患者（“急性期入院医療”の定義）

DPC による包括評価の対象となる患者は、DPC 対象病院の一般病棟に入院している患者であって、「診断群分類点数表」にある診断群分類区分（1,438分類）に該当する患者だけである（Fig. 1）。ただし、①入院後24時間以内に死亡した患者、②生後1週間以内に死亡した新生児、③

薬事法に規定する治験の対象患者、④臓器移植術を受ける患者、⑤高度先進医療または先進医療である療養を受ける患者、⑥急性期以外の入院基本料、特定入院料または短期滞在手術基本料を算定する患者に該当する患者、⑦厚生労働大臣が別に定める患者（所定の手術をうける患者）は、包括評価の対象外となる。なお、本稿では詳述しないが、④、⑥、⑦については、それぞれ具体的に示されている。

また、DPC は“急性期入院医療”患者を対象が限定されているため、外来患者や一般病棟以外の病棟（療養病棟、結核病棟、精神病棟など）に入院している患者は対象外となる。これらの対象外の患者は、従来どおり診療報酬点数表により出来高払いで算定することになる。

5. 診断群分類⁴⁾

5.1 診断群分類番号

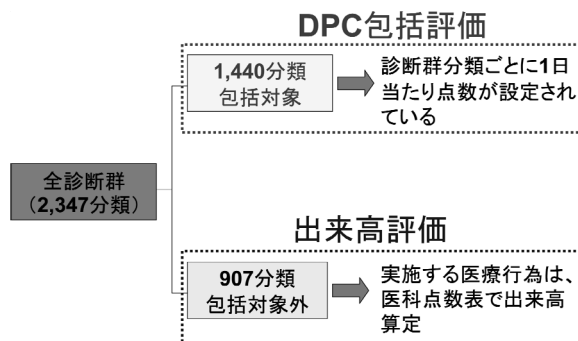
DPC による細分化された診断群分類ごとに点数が決められているため、同じ傷病名（疾患名）であっても、行った診療行為や副傷病などによって点数が異なる。平成18年6月施行の制度では、1,438に分類されている。

細分化された分類は、以下の14桁の診断群分類番号で示される。そして、これらの分類にしたがってツリー図として用いられる。ツリー図の例を Fig. 2 に示す。

05 0070 x x 99 1 0 1 x
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

①MDC (Major Diagnostic Category)

②コード（各 MDC における分類）



*：包括対象分類1,440のうち、2分類は設定がないため、本文では1,438分類として記している。

Fig. 1 診断群分類の基本区分

DPC (Diagnosis Procedure Combination) の概要 (渡辺, 他)

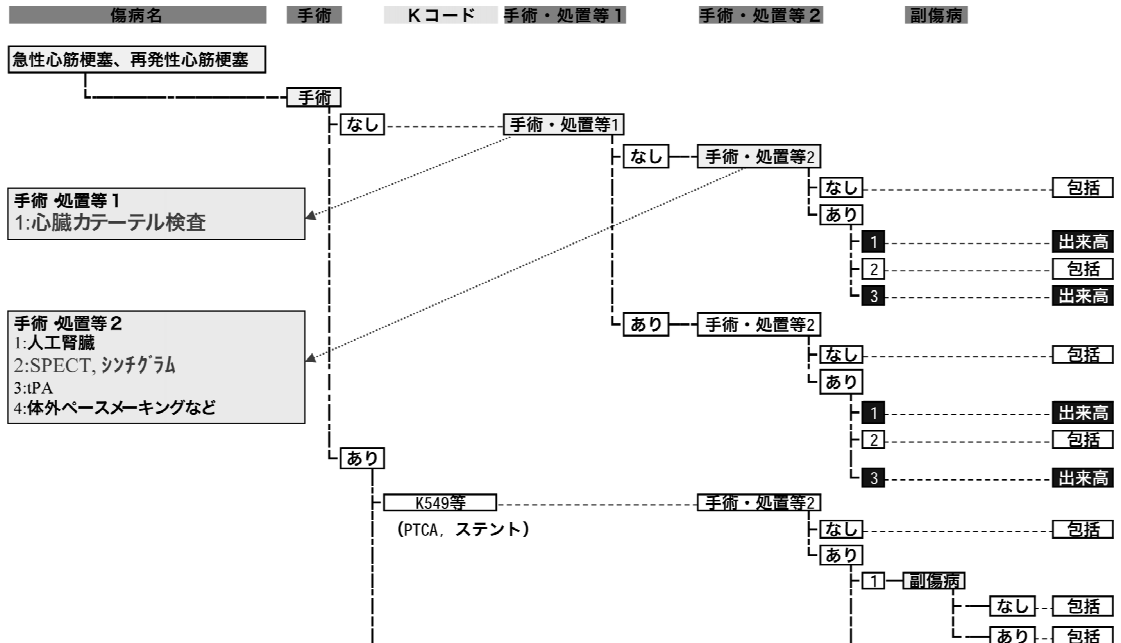


Fig. 2 診断群分類のツリー図例 (急性心筋梗塞等)

③入院目的 (平成18年度改正においては, 入院目的による分岐は設定されていない)

④年齢・出生時体重等

⑤手術 (分類)

⑥手術・処置等 1

⑦手術・処置等 2

⑧副傷病の有無

⑨重症度等

なお, Xは該当する分岐が「ツリー図」にない場合である。

5.2 傷病名

傷病名は, 2桁の①Major Diagnostic Category (以下, MDC) と4桁の②コード (各 MDC における分類) の組み合わせ, つまり6桁の「疾患コード」で表される。①MDCは, 診断群分類表を疾患ごとに大別した主要診断群のことで, 現在16分類となっている (Table 2)。②コード (各 MDC における分類) は, それぞれの MDC 内で疾患ごとに割り振られた4桁の数字である。

なお, 傷病名は「定義テーブル」によりすべて International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (以下, ICD10) で定義されている。ICD10とは, 世界各国から集計された死亡や疾病のデータの体

Table 2 DPC における MDC コード分類表

MDC コード	疾患群
01	神経系疾患
02	眼紅茶疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患, 肝臓・胆道・肺臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患および男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患および産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患, 先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒, 異物, その他の疾患

系的な解析を行うため, 世界保健機関憲章に基づき, WHO (World Health Organization: 世界保健機関) により定められた国際疾病分類のことである。

5.3 入院目的

③入院目的は, 平成18年改正によって使用しな

いこととされ、すべての診断群分類番号において“x”で表されている。

5.4 診療行為（手術、手術・処置等 1、手術・処置等 2）

⑤手術は、2桁の数字あるいはXXで、手術・処置等 1 と手術・処置等 2 は 1桁の数字あるいはXで表される。これらは「定義テーブル」に掲載されている。なお、医療行為は、「定義テーブル」によりKコード、Jコードなどの医科点数表上の区分番号などで表される。

5.5 診断群分類の決定

これまで述べた診断群分類番号に沿って診断群分類を決定する。まず、入院期間において最も医療資源を投入した傷病名を ICD10 に規定されている傷病名より決定する。次に、傷病名に合う診断群分類を選択する。その過程は、16分類からMDC番号を選択、MDCごとのコード（各MDCにおける分類）の順となる。

次に、ツリー図や定義テーブルを利用して、処置・手術などの診療行為や副傷病などを選択する。

例えば、循環器系疾患（MDC：05）である狭心症（（疾患）コード：0050）の患者で、経皮的冠動脈ステント留置術（手術：xx03、手術・処置等 1：x）と核医学の Single Photon Emission Computed Tomography（SPECT）検査（手術・処置等 2：2）を実施した患者の診断群分類番号は、以下のとおりになる。

05 0050 x x 03 x 2 x x

また、同じ患者の診療報酬点数は、Table 3 か

ら入院期間 I 未満（9日間）は1日あたり3,813点、入院期間 I 以上入院期間 II 未満（10日以上19日まで）は1日あたり2,868点、入院期間 II 以上特定入院期間まで（20日以上44日）は2,438点、特定入院期間を過ぎた後は出来高払いとなる。なお、手術には、この他にバイパス術などがあり、それぞれ診療報酬点数や入院期間設定も異なっている。また、手術の中には例として揚げた経皮的冠動脈ステント留置術の他に、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術などが揚げられており、これらの手術を期間中複数行っても診療報酬点数および入院期間設定は変わらない。

さらに、手術・処置等 2 に係わる診療行為を行わなかった場合と SPECT を行った場合では、診療報酬点数や入院期間設定が異なり、SPECT を実施した場合の方が診療報酬点数が高くそして入院期間設定も長くなっている。手術・処置等 2 は、SPECT の他に体外ペースメーカー、大動脈バルーンパンピング法、人工心臓、シンチグラム、人工腎臓などの医療行為がテーブルに示されており、それぞれ診療報酬点数および入院期間設定は異なる。

このように、同じ疾患であっても手術の有無、関連する医療行為の有無などによって診療報酬点数および入院期間設定が異なるということに留意する必要がある。そして、テーブルに掲載されるか否かによって、診療報酬的に評価される医療行為とそうではない医療行為に分かれてしまうことにも留意する必要がある。

Table 3 同一疾患の診療報酬点数および入院期間設定の差異

傷病名	手術	手術・ 処置等 1	手術・ 処置等 2	副傷 病	重症 度	入院期間(日)		診療報酬点数 (点)			特定 入院 期間
						I	II	入院期 間 I 未 満	入院期 間 I 以 上 II 未 満	入院期 間 II 以 上特定 入院期 間まで	
狭心症	経皮的冠 動脈ステ ント留置 術	X	なし	X	X	4	8	3,091	2,385	2,027	16
		X	あり SPECT	X	X	10	20	3,813	2,868	2,438	44
急性心 筋梗塞	経皮的冠 動脈ステ ント留置 術	X	なし	X	X	9	17	3,147	2,326	1,977	31
		X	あり SPECT	なし	X	12	23	3,703	2,737	2,326	42

X：設定がない、*：手術あるいは手術・処置等 2 には他の医療行為も掲載されているが、比較を容易にするため、なしと SPECT のみを示した。

6. 診療報酬額の算定

6.1 算定の概要

包括評価の対象となる診断群分類に該当する患者の費用（診療報酬額）は、包括評価部分、出来高部分、食事療養部分からなり、包括評価部分は「診断群分類点数表」により、出来高部分は従来の「出来高の診療報酬点数表」により、食事療養部分は「食事療養の費用額算定表」により算定し、それぞれ合算する (Fig. 3)。

包括評価部分については、Fig. 4 に示した式より算定する。包括評価部分をホスピタルフィ、出来高部分をドクタフィと呼ばれる場合もある。

なお、所定点数とは、1日あたりの療養に要する費用の額のこと、Fig. 5 に示した式より算定する。

また、特定入院料の加算がある場合は、必要に応じて所定点数に加算する。

包括評価部分は、入院期間ごとに入院日数に応じてそれぞれを算定し、最終的に暦月1ヶ月ごとに算定するが、その合計点数に端数が生じた場合には、小数点以下第1位を四捨五入して計算する。また、1点の単価は出来高の点数表と同じ10円として計算する。

6.2 所定点数に包括されないもの

画像診断に係わるものの中で、所定点数に包括

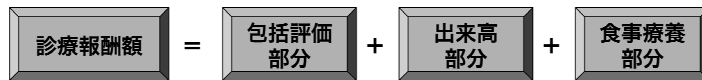


Fig. 3 診療報酬額の計算式



Fig. 4 包括評価部分の計算式

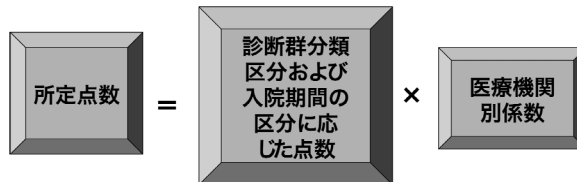


Fig. 5 所定点数の計算式

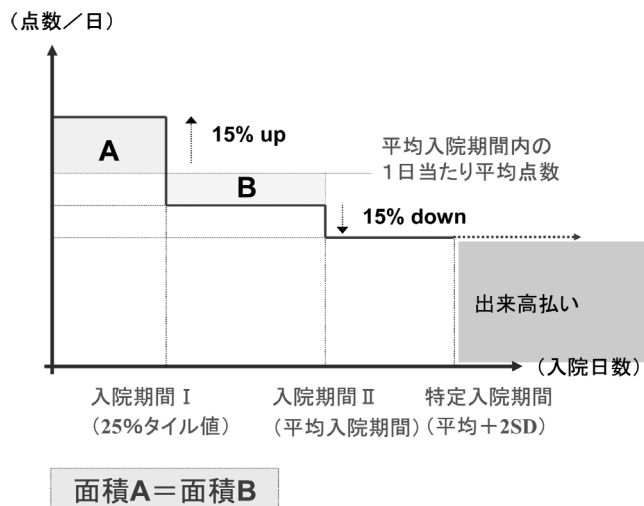


Fig. 6 入院期間に応じた点数の設定

されないものは、「画像診断管理加算1」,「画像診断管理加算2」,選択的動脈造影カテーテル手技(「画像診断」のE003「造影剤注入手技」の「3動脈造影カテーテル法」の「イ」に該当し,主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。)だけである。また,放射線治療も包括対象外である。上記以外はすべて包括対象となる。

6.3 入院期間に応じた点数の設定

入院期間に応じた診療報酬点数の設定の模式図を Fig. 6 に示す。平均在院日数は,診断群分類区分ごとに設定される。入院日数の25%タイル値までは平均点数に15%加算される。25%タイル値から平均在院日数までの点数は,平均在院日数まで入院した場合の1日あたりの点数の平均点数が,1日あたり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定される。平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定される。悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類および短期入院が相当程度存在する脳梗塞,外傷などの分類については,25%タイル値までの15%加算を5%タイル値までに繰り上げて設定されている診断群分類もある。

「特定入院期間」は,平均在院日数の2 Standard Deviation (以下,SD) に設定され,平均在院

日数を超えた日から「特定入院期間」までの点数の85%で算定し,「特定入院期間」を超えた入院期間における診療報酬額については,出来高の点数表により算定する。

段階的に1日あたりの診療報酬点数を下げる方式を採った理由は,早期退院を奨励することと入院初期の高額なコストへ配慮した結果である。入院期間Ⅱまで入院させていた場合を基準にすると,AとBの面積(診療報酬点数)を同じにすれば,入院期間Ⅰで退院させた場合でも入院期間Ⅱまで入院させた場合とほぼ同じ診療報酬点数を受け取れる仕組みになっている。厳密には,「平均入院期間内の1日あたりの平均点数×(入院期間Ⅱ-1日)」と「入院期間Ⅱ-1日」までのDPCの診療報酬点数の合計が同じになる。

6.4 医療機関別係数

包括評価部分の診療報酬額は,同一患者,同一診断群分類に該当し入院期間が同じであっても医療機関によって異なる。これは,個々の医療機関の機能を評価するとともに,これまでの医療機関の診療報酬額を調整する目的で設けられている。医療機関別係数は,機能評価係数と調整係数の和で算定される(Fig. 7)。

機能評価係数とは,個々の医療機関の機能を評価するために設定された係数で,従来の診療報酬

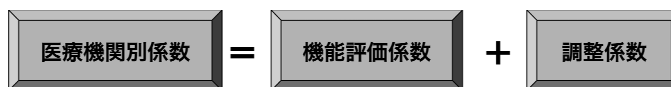


Fig. 7 包括評価部分の計算式

Table 4 機能評価係数

加算項目	機能評価係数		
	特定機能病院	専門病院入院基本科の算定病院	左記以外の病院
7:1入院基本料	0.1438	0.099	0.1069
10:1入院基本料	0.0528	0.0069	—
入院時医学管理加算	—	0.0133	—
地域医療支援病院入院診療加算	—	—	0.0294
臨床研修病院入院診療加算(単独型・管理型)	—	0.001	—
臨床研修病院入院診療加算(協力型)	—	0.0005	—
診療録管理体制加算	—	0.0008	—
医療安全対策加算	—	0.0013	—
看護実質配置10:1未満 看護補助者配置10:1以上	—	▲0.0230	▲0.0348
看護実質配置10:1未満 看護補助者配置15:1以上	—	▲0.0320	▲0.0452
看護実質配置10:1未満	—	▲0.0500	▲0.0662

DPC (Diagnosis Procedure Combination) の概要 (渡辺, 他)

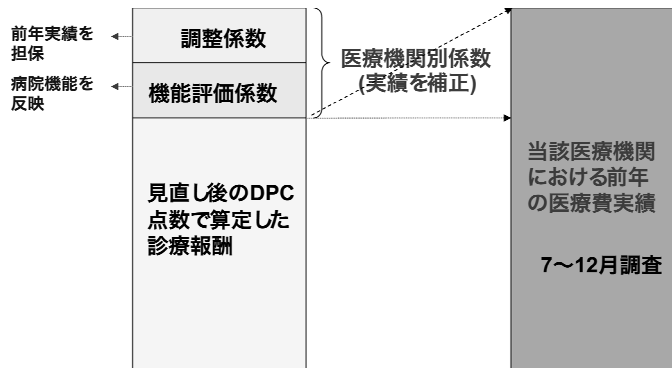


Fig. 8 医療機関別係数の概要

点数表における入院基本料などの加算を係数化したものである (Table 4). そのため, 医療機関が診療内容の変化に伴い, 新たな項目の施設基準を満たし各種加算の新たな届出を行った場合や従来の加算の取り下げを行った場合にはこの係数は変更される.

調整係数は, 包括評価の導入により医療機関の収益が極端に落ち込まないように配慮したもので, 基本的には前年度の収益の実績を担保するように設定されている. 具体的には, 前年の7月～12月の診療報酬額の実績が, 診断群分類により包括評価に基づいた診療報酬額と等しくなるように, 医療機関ごとに設定を行う. 例えば, DPC 導入後に診療報酬が前年の80%しかなければ調整係数は $100\%/80\% = 1.2500$ となる. 医療機関別係数の概要を Fig. 8 に示す.

7. 考 察

医療費の抑制が本当に国民にとって望ましいことか, あるいは, 本当に必要かは, 本格的な議論も国民のコンセンサスも得ていないように思われる. しかしながら, 行政による医療費抑制政策と DPC 対象病院が拡充している現状を勘案すると診療報酬体系を従来の出来高払いから包括払いへと移行する動きが強まるものと考えられる. ただし, 現在の包括制度は前年度の実績を基にしてそれが補償されるよう配慮されており, 抑制するという効果には疑問が残る⁵⁾. 多くの医療機関が DPC 対象病院として申請しつつあるということは, 医療機関にとって DPC 対象病院になった方が経営的に有利と考えていることにほかならず,

今後, DPC 制度は医療費を抑制する方法が新たに取り入れられる可能性がある. また, DPC 制度は同一診断群における医療機関の治療成績の比較が行える利点などがあり, それらのデータの有効活用の道も模索しなければならない.

また, 医療機関においては, DPC の内容をよく理解し, 効率的に診療報酬が得られるように対策を施さなければ生き残ってはいけない. 診療科医の中には, 包括制度 (DPC) になれば出来るだけ放射線診療はしない方がよい, あるいは, 予算的に出来ないかと誤解している場合も見受けられる. そのため, DPC 導入後の医療機関ではある時期 (多くの場合1年目) 検査数が減少する傾向がある. しかしながら, 現段階では医療機関別係数により前年実績が担保する仕組みになっていること, また画像診断領域においても脳梗塞, 虚血性心疾患, 心筋症等において RI 検査の費用を考慮した診断群が設定されており, DPC 導入後に大きな診療方針変更を行う必要のないように配慮されている. 厚生労働省も DPC 病院における過度の検査の絞り込みや外来移行を「合法的な手抜きである」と憂慮しており, DPC 適正運用のための仕組みづくりを示唆している. これまでどおりの高い水準の医療サービス提供が DPC 病院の使命であり, 短期的見地からの過度な診療行為の抑制は, 一次的な収支好転にとどまることを認識する必要がある.

なお, 平成18年4月より, 報告期間が前年度の7～10月から7～12月に変更されている.

さらに, DPC 制度に掲載された医療行為と掲載されていない医療行為では, 医療機関の経済的

観点による評価が異なってしまう可能性がある。これは単に医療機関だけの問題ではなく、標準的な医療とは何か、それに包含される医療行為は何か適切か、を問うもので医療全体として考えなければならない。詳細な検討は続報として報告する予定であるが、放射線診療にとっても重要な問題であり、関係団体の検討が必須となっている。また、放射線診療のベネフィットは、わが国で高いエビデンスで証明されたものは非常に少ない。そのため、放射線診療の真のベネフィットに対する臨床医の理解を促進するとともに非常に優れたしかも分かりやすいデータを提供することが求められている。

8. ま と め

わが国が最近医療費政策の一環として行っている DPC について概説した。診療報酬制度は、従来の出来高払い方式から包括方式あるいは包括方式を組み合わせた方式に移行しつつある。わが国だけでなく先進国にとって医療費の抑制は重要課題の一つであるが、一方でわが国における標準的な医療とは何かを問いかけるきっかけとなり、関係団体にはそれを明示することが求められている。DPC に組み込まれた医療行為は、クリティカルパスにも導入され、医療機関の標準的な医療行為としての地位が確立される。逆に、DPC に組み込まれなかった医療行為は、経済的な観点から保険診療内の中で実施することが困難になるこ

とが予想される。したがって、医療行為の一つである放射線診療の将来にとって DPC は非常に大きな検討課題となる。そのため、医療機関のみならず、関係団体においても DPC を熟知するとともに、放射線診療の有用性 (EBM: Evidence Based Medicine) を確立していくことが求められている。本稿が DPC を理解するための一助となれば幸甚である。

なお、本稿は、日本核医学技術学会関東地方会調査研究委員会の平成18年度事業の一環として行った。

最後に、本稿執筆にあたりご協力いただいた若松久晃氏 (日本メジフィジックス株式会社) ならびに的場義典氏 (株式会社第一ラジオアイソトープ研究所) に心よりお礼申し上げます。

参考文献

- 1) 社会保険研究所：DPC の基礎知識第2版，2006（東京）
- 2) 社会保険研究所：DPC 入門—基礎から応用へ，2006（東京）
- 3) 渡辺 浩，中澤亮一，大竹英則，他：PET 検査の施設基準に関する一考察：技術水準を明確にした医療システムの構築に向けて。核医学技術，**25** (3)：177-184，2005
- 4) 社会保険研究所：診断群分類点数表の手引き，2006（東京）
- 5) 池上直己：医療問題（3版），日本経済新聞社，2006（東京）