

DPC で考える核医学検査

第1回 DPC の考え方

藤森 研司

北海道大学病院 地域医療指導医支援センター

Diagnosis Procedure Combination (DPC) and Nuclear Medicine I. Fundamentals of DPC

Kenji FUJIMORI M.D.

Center for Regional Healthcare Support, Hokkaido University Hospital

(article received : Jun 7, 2010)

Key words : DPC, 診断群分類, 核医学

本シリーズでは、4回の連載で核医学検査に携わる者に必要な包括評価制度 (diagnosis procedure combination, 以下 DPC) のポイントについて解説する。シリーズ第1回目である本稿では DPC の考え方について述べる。次回以降、DPC データの分析方法、病院マネジメントへの応用、臨床指標の作成、他のデータとのリンクによる活用、DPC 研究の最新の成果、あるいは今後の可能性などについて述べる予定である。

DPC とは何か

2003年度に特定医療機関から導入された DPC も早や8年目になり、急性期病院の中では当たり前前の仕組みとなってきた。2010年4月時点で、DPC による支払いは1,330病院余りにおよび、病床数で40万床を越える。国内の急性期病院の約90%は DPC による支払いを受けていると言ってよいだろう。

そのような今日においても、よく勘違いされるのが、「DPC は丸めの支払いの仕組みで、医療費削減のみを目的にしている」ということである。これは今までの出来高支払いの支払い制度で青天井の収益を上げてきた医療機関や産業界、あるいはその周辺から利益を得ていた人々から声高に言われてきた。

確かに DPC は全ての医療行為ではないにせよ

一定範囲内の医療行為については定額の支払いであり、出来高支払いのように医療行為の量と病院収入は比例しない。このことにより少なからず収入確保を主目的とした医療行為は医療機関にとっては純コストとなり、自然と抑制される。さして患者の利益にならず、収入にも結び付かない医療行為を医師は選択しない。少なくともどちらかは必要だ。一方でこのことは支払い側、すなわち保険者や政府 (医療費の1/3は税金が投入されている) や患者から見ると、歓迎すべきことである。包括払いに対する価値観は、立場によると言える。

さて、DPC の重要なポイントはこの丸めの支払いにあるのではなく、患者分類を確立し、分析可能なデータを収集する枠組みが構築されたことである。DPC とは何かと聞かれれば、迷いなく「患者分類とデータ収集の仕組み」と言ってよい。支払いが丸めかどうかは、請求上の技術的なことに過ぎない。

DPC と DRG

世界的にも患者分類は多くの先進国で採用されており、東南アジア諸国においても普及しつつある。諸外国の患者分類は米国 3M 社の開発した DRG (diagnosis related group) から派生したものが多く、日本の DPC は国内において厚生労働

省科研費事業の DPC 研究班 (2001年度～2009年度の主任研究者は産業医科大学の松田晋哉教授, 2010年度からは東京医科歯科大学の伏見清秀教授) を中心に独自開発されたものである。

DRG に関する誤解も多く, 「DRG=一入院包括支払い」として誤った理解もいまだにある。「DPC もいずれ DRG になる」というような筋違いの発言も見られるが, DRG は純粹に患者分類の仕組みであり, 支払いを意味しない。諸外国では患者分類を直接支払いに使用している国は稀であり, 主として医療機関に対する予算付け等の判断基準として使用されている。米国の一部の医療保険で採用されている DRG/PPS (prospective payment system) は確かに一入院包括であるが, これは DRG が一入院包括なのではなく, PPS が一入院包括なのである。すなわち DRG という患者分類にもとづく PPS (一入院包括) である。

その意味で, 「DPC もいずれ DRG になる」とは, 日本で独自に開発してきた患者分類を捨てて, DRG という患者分類を採用するということの意味だが, ここまで普及してきた DPC の患者分類が DRG の患者分類に変わることはないだろう。DPC の患者分類は DRG の患者分類を十分に研究してできたものであり, 上位互換性があると言ってよい。なお, PPS を採用する代表的な医療保険として米国の Medicare/Medicaid があるが, 包括範囲は日本の DPC とは異なり, 画像診断は出来高である。包括評価とは言っても, 国によって随分と異なる。

DPC が傷病名→医療行為という順で患者分類を作成しているのに対し, DRG は医療行為→傷病名という順で考えられている。DPC がより疾患の類似性に重きを置いているのに対して, DRG は医療行為 (医療資源) の類似性に重きを置いている。そのために, DRG は一入院包括により適すると言えるが, 臨床医の思考には DPC がより適すると言えるだろう。

患者分類とは何か

従来から医療機関の在院日数が一つの管理指標であり, 在院日数の短い病院は高機能な病院と思われる。しかしながら, 扱っている患者像が異なるのであれば, 在院日数の比較にはそれほど

の意味はない。白内障患者が多ければ平均在院日数は短いだろうし, 逆に頭頸部の悪性腫瘍や血液疾患が多ければ平均在院日数はおのずと長くなる。すなわち, 扱っている患者像が類似でなければ比較にならない。

医療は, 同じような疾患であっても, 患者要因や治療法は異なる。不確定要素は多く, 医師の判断と対応も一様ではない。異なったものを個別に見て行つては統計的な判断ができず, 何が優れているのか課題なのかを知ることも困難である。従つて科学的なアプローチとして医療を確率論として考え, 一定範囲内の類似性を持つ疾患と治療法でグループを作り, グループ内あるいはグループ間で比較をする基準を持つことが必要だ。

そのために, 患者を分類するための診断群分類定義表が作成され, 診療報酬改定に合わせて, 2年に1度の改定が行われている。DPC とは診断 (diagnosis) と医療行為 (procedure) の組み合わせ (combination) であり, 組み合わせが決まれば患者像は決まり, 投入すべき資源量も決まるという考え方である。従つて, 定義表には傷病名, 年齢区分, 主要な手術, 補助的な治療・検査, 副傷病, 重症度因子などが詳細に記述されており, これらの組み合わせで DPC コードが決定される。

図1は診断群分類定義表の抜粋であり, DPC 050050 狭心症について示したものである。DPC では傷病名は ICD-10 コードで考えるが, DPC 050050 狭心症では狭心症 (I20\$) と慢性虚血性心疾患 (I25\$) がこの群に属することが分かる。ICD-10 コード4桁目の \$ は 0～9 のいずれかを指す。すなわち I200～I209 まで本群に含まれる。手術では対応コード01として「心室瘤切除術 (梗塞切除を含む.) 単独のもの等」, 02として「冠動脈, 大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用しないもの) 等」, 03として「経皮的冠動脈ステント留置術等」などが記述され, それぞれ K5533 (心室瘤切除術 (梗塞切除を含む.) 冠動脈血行再建術 (2 吻合以上) を伴うもの), K552-2\$ (冠動脈, 大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用しないもの)), あるいは K549 (経皮的冠動脈ステント留置術) などの手術が列記されている。ここで, K で始まるコード群は厚生労働省の定める医科点数表上の区分であり, K は手術の章である

診断群分類		医療資源を最も投入した傷病名		年齢・出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病名		重症度等						
MIC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	フラグ	手術分枝	対心コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対心コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対心コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対心コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
05	0050	狭心症、慢性虚血性心疾患	狭心症	I25\$		手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による冠動脈造影検査(一連の検査に付いて)	D200\$	4	5	体外ペースメーカー	K596	1	1	呼吸不全(その040130)	0	0	初回		
			慢性虚血性心疾患	I25\$		その他の手術あり	97	97	その他のICDコード								4	5	大動脈バルーンパンピング法(IA法)	K600	1	1	貧血(その他)	130090	1	再手術
						経皮的冠動脈ステント留置術等	03	05	経皮的冠動脈ステント留置術	K540			4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環追加算	K601	1	1	ショック、他に分類されないもの	R57\$						
							03	06	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	K548			4	5	経皮的冠動脈形成術(1日につき)	K602	2	2	肺炎、急性気管炎、急性冠動脈炎	040080						
							03	07	経皮的冠動脈粥腫切除術	K547			4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603	2	2	腎血管性高血圧症	100310						
							03	00	経皮的冠動脈形成術	K546			4	5	埋込型補助人工心臓	K604	1	1	腎臓または尿路の感染症	110310						
						冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等	02	02	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)	K552-23		3	3	tPA		2	2	その他の疾患	180035							
							02	03	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K552\$			2	4	シンチグラム	E100\$			3	3	頻脈性不整脈	050070				
							02	04	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)	K551\$			2	4	SPECT	E101			3	3	心不全	050130				
						心室瘤切除術(梗塞切除術を含む。単独のもの)	01	01	心室瘤切除術(梗塞切除術を含む。単独のもの)	K5531			1	3	人工腎臓 その他	J038			2	2	出血性疾患(その13011の他)	130110				
						心室瘤切除術(梗塞切除術を含む。単独のもの)	01	01	心室瘤切除術(梗塞切除術を含む。単独のもの)	K5532									1	1	3	3	血液疾患(その13012の他)	130120		
						冠動脈血行再建術(2物合以上)を伴うもの	01	01	冠動脈血行再建術(2物合以上)を伴うもの	K5533									1	1	3	3	凝固異常(その13013の他)	130130		
																			1	1	3	3	手術・処置等の合併症	180040		

図1 診断群分類定義表の抜粋 (DPC 050050 狭心症)

(画像診断はE章)。DPC 定義表は、原則として ICD-10 と医科点数表をベースとして作成されている。

DPC 050050 狭心症では、手術・処置等2 に対応コード2として、シンチグラム (E100\$) と SPECT (E101) が記述されており、核医学検査が行われた場合と行われない場合で、DPC コードが分かれる。手術・処置等2は上位優先であり、例えばtPA が使用されて対応コード3となると、

核医学検査の有無は問われなくなる。

2010年度の診断群分類定義表では、507のDPC分類(疾病の大分類)が存在し、主だった治療法との組み合わせで2,658の支払い用分類ができた。図2にDPCコードの各桁の意味を記すが、全体として14桁のコードとなる。それぞれの桁に意味があり、自院での活用時に適宜まとめて使用することも可能となる。定義表にない、あるいは定義はあっても支払いコードとして見ない桁はxと記

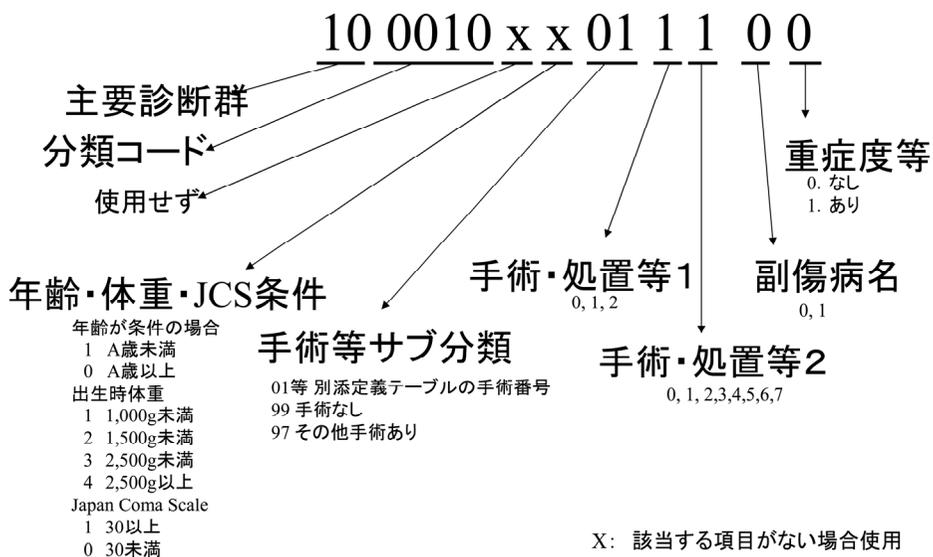


図2 診断群分類コードの構成

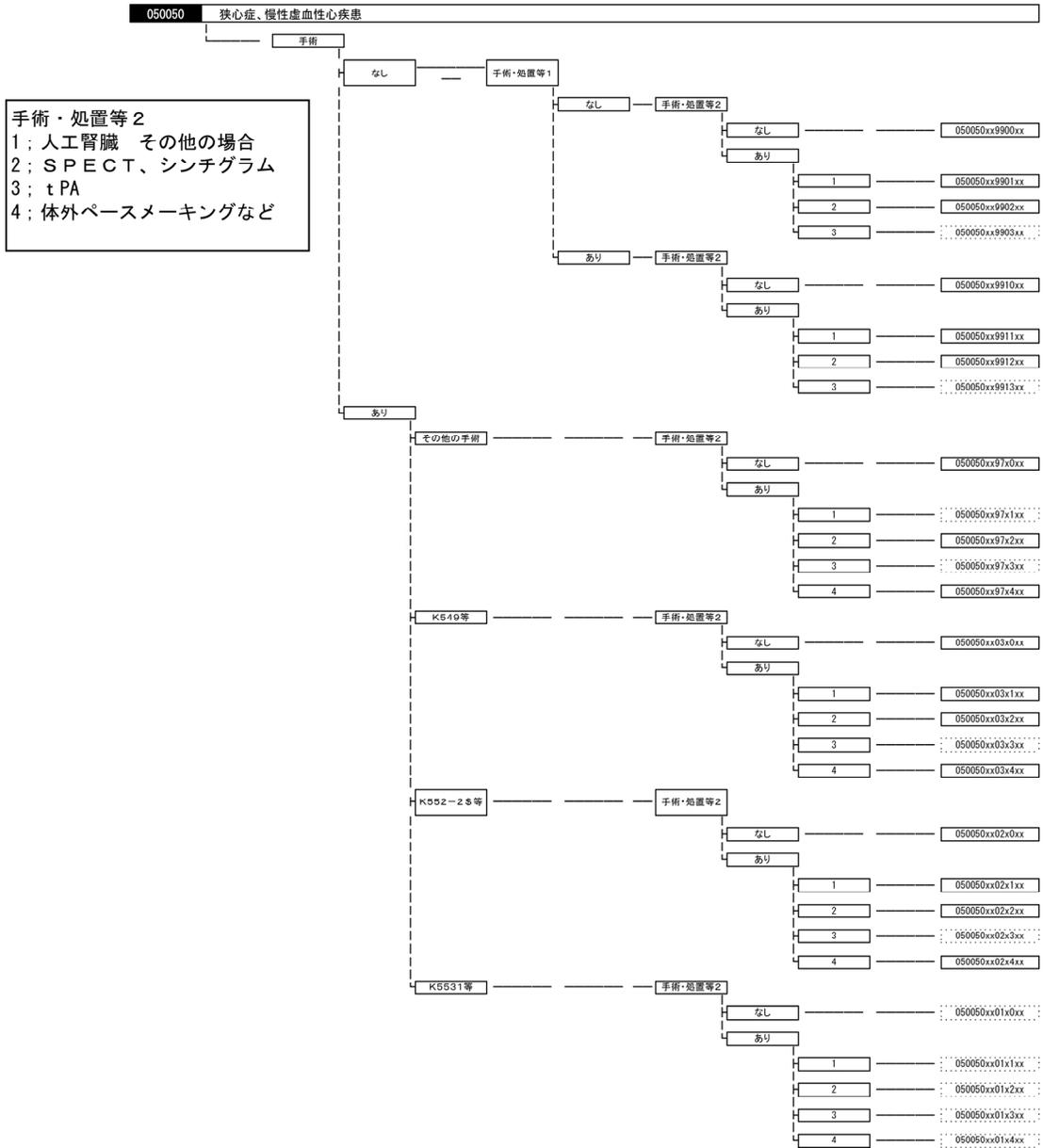


図3 DPC 050050 狭心症のツリー図

述される。この14桁コードでどのような患者なのか明らかとなり、比較の基準となる。図3はツリー図と呼ばれるものであり、例としてDPC 050050 狭心症の分岐を示している。DPC 14桁の各桁で分岐を行い、最終的に14桁コードができる。

この支払い分類の中で、症例数が多く在院日数と費用の点で比較的まとまりの良い1,880分類に

おいて包括支払いが行われている。また、一部の高額な新薬を使用するDPC群では、次の改定まで出来高で算定するルールもある。つまり、残りの788分類は従前通りの出来高支払いであり、「入院＝包括支払い」ではない(執筆時点でドキシロピシンを使用する一部のDPCが新たに出来高になることが決まった)。図3の右端のボックスが14桁コードであるが、実線が包括支払い、点線が

出来高支払いである。

この患者分類を用いることで、各医療機関における症例数の集計や平均在院日数の比較が可能となった。DPCに参加している医療機関（準備病院を含む）は、毎年7～12月に退院した患者についてDPCデータを厚生労働省保険局医療課に提出しなければならず（本年度からは通年化の予定）、このデータは集計されて厚生労働省のホームページで、医療機関の名称とともに、DPCごとに症例数、平均在院日数（LOS）などが公開されている。DPCはデータ公開のための全国基準とも言える。

従前より「病院ランキング」なるものをマスコミが面白おかしく取り上げてきたが、それらはきわめて主観的なものであり、「眉に唾」ものであ

ることは本誌の読者も経験しているだろう。一方、DPCから集計されたものは客観的なデータであり、事実データである。DPCの患者分類によるこれらの集計は、国民にとってどの医療機関がどのような専門性と実力を持っているかを推し量る、もっとも確実なデータであり国民の財産とも言えるだろう。

図4に厚生労働省のホームページで公開されている平成20年度の退院調査（7～12月退院患者）から、DPC 050050 狭心症の手術別の症例数と平均在院日数の抜粋を示す。一の欄は、症例数が10例未満であることを示す。半年間の調査なので、症例数は半年分と考えると良いだろう。01, 02, 03等の手術の対応コードの意味は図2を参照のこと。

施設名	050050									
	狭心症、慢性虚血性心疾患									
	件数					日数				
	99	97 (輸血 以外)	01	02	03	99	97 (輸血 以外)	01	02	03
札幌医科大学附属病院	50	—	—	10	38	11.1	—	—	33.9	9.9
北海道大学病院	66	—	—	11	23	11.5	—	—	39.3	15.5
旭川医科大学病院	69	—	—	—	31	8.8	—	—	—	17.4
弘前大学医学部附属病院	177	—	—	17	114	3.1	—	—	31.3	5.3
岩手医科大学附属病院	10	—	—	—	—	8.4	—	—	—	—
東北大学病院	83	—	—	10	59	7.0	—	—	47.4	14.4
秋田大学医学部附属病院	51	—	—	—	25	6.8	—	—	—	16.2
国立大学法人山形大学医学部附属病院	132	—	—	16	38	7.4	—	—	46.3	8.6
公立大学法人福島県立医科大学附属病院	74	14	—	13	60	5.3	7.0	—	32.8	9.5
筑波大学附属病院	61	—	—	17	28	4.5	—	—	31.8	8.3
自治医科大学附属病院	146	—	—	21	179	3.4	—	—	29.1	6.3
獨協医科大学病院	255	—	—	36	101	6.2	—	—	35.8	14.4
国立大学法人群馬大学医学部附属病院	148	—	—	—	63	2.4	—	—	—	11.6
防衛医科大学校病院	99	—	—	18	32	5.6	—	—	33.7	8.4
千葉大学医学部附属病院	144	—	—	22	126	4.1	—	—	36.1	7.9
東京慈恵会医科大学附属病院	139	12	—	28	68	4.8	10.1	—	28.1	6.9
東京医科大学病院	146	—	—	28	72	4.8	—	—	17.9	6.7
東京女子医科大学病院	231	13	—	11	175	3.9	22.8	—	42.7	6.8
慶慮義塾大学病院	129	—	—	14	73	5.4	—	—	31.4	6.4
日本医科大学付属病院	91	—	—	21	59	9.4	—	—	38.9	24.8
順天堂大学医学部附属順天堂医院	302	—	—	100	185	3.7	—	—	19.3	6.0
昭和大学病院	130	—	—	14	100	4.7	—	—	29.4	7.8
東邦大学医療センター大森病院	192	—	—	—	65	3.7	—	—	—	7.7
日本大学医学部附属板橋病院	103	12	—	34	99	6.0	5.8	—	21.3	8.7
帝京大学医学部附属病院	221	—	—	17	148	4.3	—	—	46.3	6.4
杏林大学医学部付属病院	179	—	—	11	57	4.8	—	—	44.9	9.0
東京医科歯科大学医学部附属病院	104	—	—	39	70	4.2	—	—	28.1	6.1
東京大学医学部附属病院	273	—	—	22	188	5.6	—	—	25.0	10.3

図4 2008年度公開データによるDPC 050050 狭心症の症例数とLOS（抜粋）

これらのデータは医療機関の名称入りで公開されており、誰でも見ることができる。DPC 050050 狭心症においては手術の対応コード02はバイパス術、03はPCIだが、医療機関によりその症例数の割合がかなり異なることが見て取れる。治療方針の違いなのか、あるいはバイパス術をほとんどなし得ない医療機関なのか。あるいは99は手術症例以外なので、そのバランスをみることで検査主体なのか治療主体の医療機関なのかも伺える。症例数に勝る医療機関の特性を表わすものがないとすれば、DPC データは強力な事実データと言えらるだろう。

包括支払いについて

DPC は「患者分類とデータ収集の仕組み」とは言い切って、その支払い方法に言及しなければ

本シリーズの筋を外すことになるだろう。従前の出来高では、医科点数表に規定された医療行為や請求のできる薬剤・材料は一定のルールに則って患者請求された。請求できる上限回数や査定はあるものの、保険適応があるものは原則として「行ったもの=請求可能」であった。

一方、DPC では包括対象として規定された医療行為、薬剤、材料については、その量や回数の如何に係らず請求しない(できない)。これらは1日点数と呼ばれるDPC ごとの設定点数に準じて、日額定額として患者請求が行われる。この日額定額は全国から集められたデータからDPC ごとに平均値として算出されたものである。入院日数によって三段階の逓減がなされ、前半で高く後半で低く設定されている。この区切りとなる日数もDPC ごとに設定されている。図5にDPC

診断群分類番号	手術名	手術・処置等1	手術・処置等2	入院日(日)			点数(点)		
				I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
050050xx9900xx	なし	なし	なし	2	6	15	3,253	2,616	2,224
050050xx9901xx	なし	なし	1あり	3	7	18	3,416	2,636	2,241
050050xx9902xx	なし	なし	2あり	6	11	23	4,126	2,942	2,501
050050xx9910xx	なし	あり	なし	2	3	5	3,877	2,360	2,006
050050xx9911xx	なし	あり	1あり	2	4	7	4,303	3,181	2,704
050050xx9912xx	なし	あり	2あり	4	7	15	5,325	3,704	3,148
050050xx97x0xx	その他の手術あり		なし	6	15	37	3,179	2,488	2,115
050050xx97x2xx	その他の手術あり		2あり	13	26	56	3,558	2,630	2,236
050050xx97x4xx	その他の手術あり		4あり	2	4	11	3,882	2,870	2,440
050050xx03x0xx	経皮的冠動脈ステント留置術等		なし	3	5	11	2,669	1,799	1,529
050050xx03x1xx	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	4	7	18	3,134	2,180	1,853
050050xx03x2xx	経皮的冠動脈ステント留置術等		2あり	7	13	29	3,811	2,734	2,324
050050xx03x4xx	経皮的冠動脈ステント留置術等		4あり	5	11	25	3,008	2,289	1,946
050050xx02x0xx	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)等		なし	13	25	42	3,285	2,392	2,033
050050xx02x1xx	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)等		1あり	17	33	66	3,889	2,843	2,417
050050xx02x2xx	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)等		2あり	19	37	68	3,494	2,557	2,173
050050xx02x4xx	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)等		4あり	15	29	53	3,632	2,651	2,253

入院期間I:入院日I日以下の期間, 入院期間II:入院日I日を超えて入院日II日以下の期間, 入院期間III:入院日II日を超えて入院日III日以下の期間。

図5 DPC 050050 狭心症の基準日数と1日点数

050050 狭心症の各 DPC の基準日数と 1 日点数を示す。ここで、例えば入院期間Ⅱの点数とは、入院期間Ⅰの翌日より入院期間Ⅱの日まで適応される 1 日点数である。入院期間Ⅲを持って DPC による支払いは終了し（特定入院期間）、以降は従前通りの出来高で支払いが行われる。

これらのデータ（基準日数と点数）は退院調査で全国の DPC 参加医療機関から集められたデータの平均値であり、厚生労働省による恣意的なものではない。全国的に在院日数が短縮すると基準日数も短縮し、医療内容が薄くなってくると 1 日点数も低くなる。全国の医療機関の行動が、日数・点数に影響を与える。この点数表から得られた 1 日点数の総和に、医療機関別係数（Ⅰ、Ⅱ）と調整係数を和したものを掛けた点数が、実際の包括部分の収入（請求点数）となる。

包括化される医療行為は、入院基本料、検査料、画像診断料、投薬、注射薬などであるが、これらはホスピタルフィーとして位置づけられ、手術等のドクターフィーと対比される。放射線科領域では血管造影の手技料と治療行為の IVR すべて、画像管理加算以外はすべて包括対象となる。このことが核医学分野で大きな影響を与えている。なお、この包括範囲は DPC に特有なものではなく、亜急性期入院管理料や回復期リハビリテーション管理料、あるいは療養病床の包括範囲と極めて類似している。その意味では、包括支払いは DPC 以前からあったのであるが、出来高払いしか経験していない急性期病院には馴染みのないものであり、導入当初の戸惑いはあるだろう。

一方、手術、麻酔、放射線治療、リハビリテーション等は従来通りの出来高支払いである。血管造影の領域がやや混同されやすいが、手術的なものは出来高、検査目的のものは包括である。例えば肝動脈の血管造影は検査であればガイドワイヤーやカテも包括対象となるが、引き続き抗癌剤を動注するとこれは治療となり、すべて出来高となる。心臓であれば、冠動脈の血管造影は検査のみであればすべて包括対象となるが、引き続きステントを留置するとこれは治療となり、検査造影を含めすべて出来高となる。抗癌剤動注が手術なのかと訝る向きもあるが、これは医事会計の仕組みが分かったと理解は簡単である。医事会計では

輸血も手術である。診療区分 50（手術）で請求される場合は出来高、診療区分 60（循環器内科領域の血管造影検査）あるいは 70（それ以外の領域の血管造影検査）で請求される場合は包括対象である。

核医学検査の領域においては、検査料、薬剤料の全てが包括対象となる。出来高で支払われるのは画像管理加算のみであり、放射性医薬品も含めて包括対象となる。「高価な検査だから入院中はなるべく行わない」という態度は如何なものかと思うが、「念のために」というレベルの価値しかなければ致し方ないことではある。DPC においては検査＝コストであり、コストをかける意味があるか否かが、唯一の価値判断の基準となる。

なお、DPC による包括支払いは一般病床にのみ適応され、精神病床や療養病床の患者は対象ではない。一般病床には救急病棟や ICU 病棟があるが、これらは包括支払いの対象である。DPC 点数見合いの一定額を差し引かれた特定入院料が算定される。一方、すでに別な包括支払いがされている亜急性期入院管理料や回復期リハビリテーション管理料を算定している患者は包括対象外である。適応される入院基本料によって、DPC 対象か否かが規定されている。

現時点では DPC は 1 日定額の支払いであるが、在院日数のまとまりの良いものについては一入院定額とすることも不可能ではないが、まとまりが良ければ一入院定額も 1 日定額も大した差ではない。一方、すべての DPC を一入院定額にすることは難しく、定義表の再構築と短すぎる入院や長すぎる入院に対する処理を追加する必要がある。1 日定額の支払いは在院日数削減のインセンティブとしては弱い、病院の諸事情を斟酌したやさしい支払いの方法と言えらるだろう。

包括範囲の 2 年に 1 度見直されており、範囲が変更される可能性があることを知っておく必要がある。2010 年度は慢性腎不全の透析、HIV 治療薬、血友病で使用する凝固因子が出来高での支払いとなった。甲状腺癌の治療で使用される I-131 カプセルも出来高になる可能性がありそうだが、執筆時点では未定である。

定義表の中の核医学検査

他の画像診断にはないことなのだが、核医学検査は一部の疾患において DPC の定義表の中で分岐の対象項目として定義されている。すなわち、核医学検査を行うか行わないかで、患者分類が異なる。これは多分に臨床像の違いというよりは、費用の違いによるところもあるが、CT や MRI あるいは血管造影（心臓以外）にはない特徴である。

これらの診断群では核医学検査が行われることで別な分類となり、その費用をカバーするだけの支払いがなされる。すなわち「核医学検査は赤字要因だからやらない」というのは浅い理解であり、これらの診断群ではその費用が見込まれている。但し、使用する放射線医薬品の違いや検査の回数は問わず、あくまで全国平均の支払額であり、その医療機関特有の特殊なあるいは研究的なプロトコルに費用をすべて賄うものではない。

やや専門的になるが、DPC 定義表とはその診断群において評価すべき医療行為、重症度、副傷病が網羅されているものである。DPC 定義表に従い、それらの組み合わせにより診断群分類が1つ決まるが、このレベルでは数万分類あり、「基礎分類」あるいは「臨床分類」と呼ばれる。これを臨床的あるいは支払いの類似性によって二千強の分類にまとめたものが「支払い分類」と呼ばれ、これが世の中で目にする DPC 分類である。例えば、大腸癌の開腹手術と腹腔鏡による手術では、基礎分類は異なるが支払い分類は同じである。クリニカルパスは当然異なり基礎分類の粒度でパスは区別されるが、包括支払いでは同じ医療費が支払われる。

核医学検査も同様に定義表の中では出現しても、支払い分類には出現しない場合がある。支払い分類も実際に包括評価で支払われる分類と、出来高で支払われる分類がある（図3）。すなわち、その核医学検査が包括対象なのか出来高対象なのかは、算定している入院基本料と DPC コードとによってきまる。すなわち「核医学検査=すべて包括」ではない。どの DPC が包括支払いで、どの DPC が出来高支払いかは、放射性医薬品を製造・販売しているメーカーがパンフレットを作成し

ているので、それらを参考にすると簡便だろう。

入院中の核医学検査は減ってゆくのか

そもそも入院中に行わなければならない画像検査にはどのような場合があるだろうか。新鮮肺梗塞の肺血流シンチグラフィや急性心筋梗塞の心筋 SPECT は入院で行うべき核医学検査の最右翼であろう。これは来院後に即入院となるかあるいは入院中の発症であるからだ。新鮮脳梗塞の脳血流 SPECT も同様であろう。一方で骨転移検索のための骨シンチグラフィや癌のステージングのための ¹⁸FDG PET 等は、これは治療方針決定のための検査であるから、当然外来で行うべきだろう。もっとも、入院中に癌が見つかりステージングが必要になることもあるだろうから、一定数の入院後の検査もあるだろう。

従前の日本の医療スタイルではとりあえず入院させて、入院後に各種の検査を行い、治療方針を立てることが多かっただろう。この医療スタイルであれば、欧米に比較して3倍も長い在院日数というのは理解できる。問題はこのスタイルが正しい医療の在り方なのかどうか、持続可能なのかどうかということである。

急性期医療の本質は、必要な医療を確実にを行い、患者をいち早く社会復帰させることである。この意味では、検査のために入院期間が延びることは望ましくはなく、外来でできることは外来で行うべきであろう。当然、入院してまとめてやった方が病院にとっても患者にとっても都合が良いという意見は良く聞くが（特に遠方の患者）、都合が良いから望ましということにはならない。入院をすればそれだけ追加費用が発生し、その多くは保険料あるいは税金から補填される。「入院中に一括して検査した方が患者負担は少ないから良い」という理解は不適切であろう。

そのように考えて行くと外来においては都度支払いをすることに耐える（患者を納得させられる）検査のみが残り、入院中においてはそのコストをかけることがトータルで患者管理に寄与する（治療法選択に貢献する、あるいは状況を改善する）ものだけが生き残ってゆくと考えることができる。これは核医学検査だけの問題ではなく、すべての包括対象の医療行為が該当する。

おわりに

シリーズ第1回目の本稿では、DPCの三大要素のうち、患者分類と支払いの仕組みについてふれた。もう1つの大きな要素は全国统一形式のデータである。このデータを分析することによ

り、いままで国内ではなしえなかった各種の統計を得ることができ、診療プロセスについて語ることができる。次回以降は、それらに焦点をあててDPCをより深く理解していただき、核医学とのかかわりも考えて行こう。