

一連 載一

DPC で考える核医学検査 第4回 最近の話題

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 IV. Recent Topics

Kenji FUJIMORI M.D.

Center for Regional Healthcare Support, Hokkaido University Hospital

(article received: Jun 9, 2010)

Key words: DPC, Clinical indicator

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してきた。前回の第3回では DPC データを活用した病院マネジメントへの応用について述べた。最終回である今回は、DPC の最近の話題を取り上げ、DPC が今後どうなっていくのか、読者とともに考えてみたい。

DPC は単に支払いの方式ではなく、活用可能な全国共通形式のデータセットを提供する仕組みでもある。急性期病院のほとんどが DPC 支払病院となった今、好むと好まざるとにかかわらず、核医学設備を持つ病院は DPC と折り合わなければならない。DPC が医療の質を向上させる手段とすれば、これは前向きに取り組んでいくことが大事だ。

DPC のこれまで

DPC の今後を考える前に少し歴史を振り返っておこう。DPC は厚生労働省内だけで企画・設計されたものではなく、厚生労働省科研費事業として大学人を中心とする研究班が組織され、DPC 定義表の作成・精緻化や様式 1, E/F ファイル等の設計・分析手法の開発がなされてきた。この研究班は平成13年度に産業医科大学の松田晋哉教授を主任研究者として組織され、平成22年度

には東京医科歯科大学の伏見清秀教授に交代するも、ほとんど発足当時と同じメンバーで現在も続いている。筆者は平成16年から研究協力者、平成18年から分担研究者となって参加し、主に DPC データ分析手法の開発と啓蒙を担当してきた。

平成14年度夏に4ヶ月間の調査が全国すべての特定機能病院 (当時82施設) で行われ、平成15年の4月から支払いが実施された。特定機能病院とはほとんどが大学病院の本院であり、新たな仕組みには最も取り組みの腰が重い組織であるが、より良い急性期医療のための制度を特定機能病院から始めたことは DPC の未来を決定的に位置づけたものであった。

当初は病歴管理などとともにやってこなかった大学病院での戸惑いは大きかったが、さすがに総合力があるのも大学病院であり、平成15年度の後半にはほとんどの大学病院で順調に対応していった。厚生労働省は中医協の議論を踏まえながら慎重に拡大を考えており、10年程度のスパンで千病院ほどが参加すればよいと思っていたようである。

DPC による支払いは強制ではなく医療機関の手上げによるものであり、参加しないあるいは撤退するというオプションは今でもあるのだが、機を見るに敏な医療機関が次々と参入し、平成23年度4月1日時点では1,449病院が支払いに参加し、

201病院が調査に参加中である。病床数では約47万床がDPCは支払いの対象となった。国内の一般病床が約91万床であるから、病床数ベースで一般病床のすでに半数がDPC支払いに参加している。まだ半数とは言えDPCの性格上、そのほとんどが急性期型の医療機関であり、日本の急性期病院の大多数がDPC支払いになったと言って良いだろう。

ちなみに、いまでもDPCが1日包括、DRGが1入院包括と思っている方々がいらっしゃるが、DPCもDRGもいずれも患者分類であり、支払いの方式そのものではない。昨年度から分類と支払いを明確にするため1日定額支払はDPC/PDPSと呼ぶことになった。PDPSはper diem payment systemの略である。参考までにDRGによる入院包括支払は、DRG/PPSという。PPSはprospective payment systemの略である。

DPC の変遷

平成15年度に始まったDPCは、2年に一度の診療報酬改定と合わせて、患者分類の精緻化と様式1の改良を行っていった。大分類であるMDCは当初16分類から18分類に変更された。これはMDC16のその他分類を、外傷系(MDC16)、精神疾患系(MDC17)、その他(MDC18)に3分類したことによる。

包括範囲も少し見直され、当初包括化されていた選択血管造影手技料、画像管理加算、病理診断料などは出来高となった。これはドクターフィー的なものは出来高とし、ホスピタルフィー的なものは包括範囲とする原則に沿うものだ。さらに、維持期の人工透析が出来高となり、同時に診断群分類の手術・処置2項目から消えた。また、輸血をその他手術から除外するDPCも出現した。

核医学検査は包括ではあるが、虚血性心疾患や脳血管障害等で手術・処置2項目で分岐条件になるDPCが増え、1日点数の中でしっかりと反映されている。核医学検査が有効な検査としての位置づけられたと言えるだろう。甲状腺癌のI-131治療や非ホジキンリンパ腫のY-90ゼヴァリン®(イブリットモマブチウキセタン)治療も分岐条件となっている。

今後は、発売が相次ぐ分子標的薬等の高額医薬

品(たとえばY-90ゼヴァリン®)をどのように考えて行くのが大きなテーマである。現行では、Y-90ゼヴァリン®等の高額薬剤は「高額な新薬を使用する診断群は次回改訂まで出来高評価をする」というルールに沿って今年度は出来高評価であるが、次回改訂時には包括評価となって薬価は包括化される可能性が高い。新薬発売の一定期間後の改定時に評価を行い、その診断群の在院日数ならびに包括部分の支払額が一定範囲内のバラツキに収まるものは包括評価とするのがDPCの大原則である。

高額な新薬が出るたびに新しい分類を作って支払いに対応するのか、あるいは高額薬剤は出来高として診断群分類をシンプルとするのか、DPCの根幹にかかわる課題である。DPCを支支払いに使う以上は臨床的な類似性とともに、支払額の類似性が分類の鍵となるが、支払いのために分類を細分化するのは本来の患者分類としての価値を下げるものである。

いずれにしてもDPCは新たな疾患概念、新たな治療法の出現とともに定義表が見直され、永遠に進化をしてゆくものである。

DPC のこれから

現時点で議論されているDPCを取り巻く最大の課題は、調整係数をどのように消してゆくかということだろう。調整係数はDPCによる支払い対象となった時に収入の激変緩和のために導入されたもので、DPC導入前年度と全く同じ患者数、医療内容であれば、前年度の収入を確保するものである。DPCになっても医療内容を変えなければ収入は保障された。

調整係数は導入後数年で消えてゆくべきものであったが、DPC支払い対象になった医療機関はそれを既得権と考え、在院日数短縮による患者増によって前年度以上の収入を得て、かつ医療傾向を変化させてコストダウンを図ることで利益幅を拡大させてきた。DPCもまもなく10年になり、調整係数を消さなければならない時期ではあるが、いまだに調整係数頼りの医療機関(特に国公立大学病院)も多く、おいそれとは消せない状況である。そこで、調整係数にもそれなりに意味があったとして、これに代わる係数を「基礎係数」

として導入し、激変緩和策停止による激変を緩和するための策を導入する。屋上屋を重ねる感はあるが、さすがにこれは収入保証のためではなく、それぞれの医療機能にあった係数として、医療機関の分化を促進させるものである。

そのほかには、高額医薬品の取り扱い、包括範囲の見直し、MDC 別作業班による定義表の見直しなど継続課題があるが、DPC は制度としては落ち着いたとすることが出来るだろう。たった10年でデータの標準化と公開という付加価値の大きい新たな支払い方式が導入できたことは、社会実験としても稀にみる成功であったと言えるだろう。

DPC データによる医療の質の評価

DPC データの最近の活用方法として特筆すべきは、DPC データによる臨床指標・病院指標の作成である¹⁾。厚生労働省の公開データにより、それぞれの医療機関のDPC別患者数と平均在院日数が明らかとなったが、もう一步公開をすすめる仕掛けが臨床指標・病院指標の作成と公開である。

従前から指標の公開は個別に行われてきたが、指標の名称は同一でもその定義や計算式が異なるため、医療機関間の比較はできなかった。加えて、情報の粒度が医療機関によって異なり、ある医療機関で公開している指標が、必ずしも他の医療機関では計算できるとは限らない状況でもあった。これは医療情報の標準化が行われてこなかったためである。

DPC は全国统一規格のデータであるため、DPC データのみで計算される指標であれば、どの医療機関でもその値を求めることができる。DPC データゆえの制約もあるが、同一定義の指標を簡単に求めることが出来るのが魅力だ。図1にその1例として、心筋梗塞入院時のアスピリンの処方率を示す。ここでX軸の区分は病床サイズである。病床が大きいほど、入院時アスピリンの処方率が高いことが分かるが、バラツキも大きいことも分かる。

ここで「DPC データゆえの制約」とは、たとえば前記の指標は DPC データ上のアスピリン処方を見ているため、持参薬のアスピリンを服薬していても「アスピリンなし」となる。「DPC

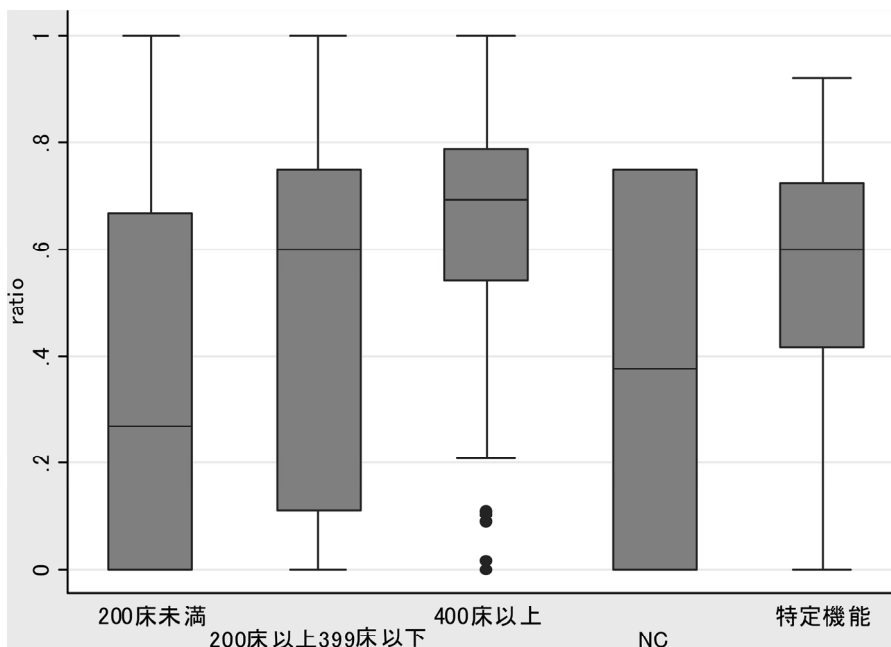


図1 急性心筋梗塞入院時のアスピリン投与
分子：入院日か翌日にアスピリン（合剤を含む）が処方された患者数
分母：DPC 050030 の患者数

050030 急性心筋梗塞, 再発性心筋梗塞」が必ずしも初回の新鮮発症に限定したものではないため, 入院前からのアスピリン使用者を除外できない可能性がある。また, 非常に重症例のため, アスピリン投薬どころではないという症例もある。自院のカルテデータ等を駆使すればこれらは解決できるが, 自動化はできず主観的な判断が入り込む余地もある。

したがって制約条件を十分に理解したうえで DPC データによる指標を活用する必要はあるが, 自動化による複数施設の大規模解析が魅力である。国立大学病院長会議や国立病院機構では, DPC データを用いた臨床指標・病院指標を多数設定し, 本部組織一括で各病院のデータの計算を行いホームページ上で公開を始めた。これらの指標の公開を通じて自らの医療の質を向上させようという積極的な取り組みであるが, DPC データの新たな活用方法と言えるだろう。

DPC を越えて

医療は急性期入院医療だけで完結するものではなく, その後の回復期やリハビリ, さらにその後の療養や外来・在宅診療と, 切れ目のないサービスを効率的に提供する必要がある。急性期病院が急性期病院としての使命を果たすには, 所定の治療を終えた患者を後方病院に送り, 常に新たな患者を受け入れる余裕を持つことが重要である。ところがこれが上手く機能していない地域が多い。その理由の多くは当該地域の急性期病院と一般病院・診療所の技術的差が大きく, 患者を送れない・受け取れないということによるようだ。

急性期入院医療は DPC の枠組みで詳細に中身が見えてきたが, 回復期やリハビリ, さらに療養や外来・在宅診療はどうだろうか。療養に関しては医療区分による包括支払が導入されており, 必ずしも疾患別ではないが患者状態が区分でおよそ把握できる。急性期と療養の中間ゾーンは患者分類の枠組みがなく患者像が見えにくい。この中間ゾーンは出来高払いのため収入目的の検査や画像診断もあるだろうが, 患者像が把握できなく評価もできない。外来もまた然りである。

したがって DPC の次に行うべきことは, ポスト急性期 (亜急性期) を担当する病院と外来診療

の中身が分かる仕組みを作ることであろう。入院医療はすべて何らかの包括化の仕組みが取り入れられることは平成15年度の閣議決定で決定済みであり, あとはどのような枠組みを取り入れて行くかという技術論である。DPC を亜急性期側に拡張する, 療養を亜急性期側に拡張する, あるいはまったく新しい包括評価の仕組みを導入するなどの案がある。重要なことは患者像と診療内容を把握できる枠組みを設計することであり, 支払い方法そのものではない。

患者像を報告することは DPC であれば様式 1 を作成することであり, それなりの事務量が発生するが, どのような入院であれ退院までの時間的な余裕は十分にある。外来診療に関して患者像を報告するための新たな様式を作成させることは現実的ではない。医療内容についてはどうか。これは実はすでに統一規格で電子化され94%以上に普及している。電子レセプトである。

電子レセプトは実施日情報を除くとほぼ DPC データの E・F ファイルと同じ情報を持つ。あとは様式 1 相当の情報をどうするかだが, 傷病名については電子レセプトにも記載されている。むしろ問題はレセプトの傷病名が多すぎる (いわゆる保険病名) ことで, ここに重みづけがなされれば外来診療の把握は現実的なものとなる。すなわち, 患者像を把握する, 医療行為を把握するという点においては DPC データと電子レセプトには大きな差異はなく, 今後はすべてがこの中間点に集約してゆくものと思われる。支払いも亜急性期の入院医療が何らかの包括になるとすれば, 急性期の DPC と大きな違いにはならないだろう。

かくして日本の医療はじきに患者像と診療内容がすべて把握可能となる。その時に核医学がどのように評価されどのように使用されているのか, 核医学に携わっているものはそのような時代がまもなくやってくることを意識することが重要であろう。

おわりに

4 回に渡ってお届けした「DPC で考える核医学検査」は今回を持って終了する。本稿から DPC が単に支払方式の改革ではなく, 医療制度と病院マネジメントを改革するものであることを

感じ取っていただければ望外である。出来高時代と比較して核医学検査の勢いが失われつつある感は否めないが、真に役立つ核医学検査は決して減びることはないだろう。病院の一員として、自分たちに何が求められているのか、単にコスト削減だけの問題なのか、それともより良い医療のためなのか。原点は「いつでもベストプラクティス」

にある。そのことを忘れず、日々の診療で活躍して欲しい。

参考文献

- 1) 藤森研司, 伏見清秀編者: 医療の質向上に迫る DPC データの臨床指標・病院指標への活用 (じほう, 東京), 2011