

技術分類	診療行為	患者・疾病特性	総合負荷	直接時間	報酬内容	報酬評価	負荷点数密度	時間点数密度	診療科
処方	同日、右記患者に「総合感冒薬等の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。	23歳男性が、鼻水、のどの痛み、咳を呈したため事前に初診来院した。特筆すべき既往歴は無い。	0.5	2.0	処方料	42	84.0	21.0	循環器
			0.9	2.0	処方料	42	46.7	21.0	呼吸器
			0.5	2.0	処方料	42	84.0	21.0	消化器
	同日、右記患者に対して「抗生物質の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。	37歳男性、気管支喘息にて通院加療中であったが、2日前から咳、痰、喘鳴が増悪したため初診来院した。	1.0	2.0	処方料	42	42.0	21.0	循環器
			1.0	2.0	処方料	42	42.0	21.0	呼吸器
			1.0	2.0	処方料	42	42.0	21.0	消化器
	同日、右記患者に対して「抗生物質の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。	40歳女性、20歳より喘息にて他院で加療中である。3日前より喘鳴、呼吸困難増悪したため初診来院した。	1.0	3.0	処方料	42	42.0	14.0	呼吸器
	同日、右記患者に対して「硝酸剤の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。	64歳男性が、階段を上ると息切れとともに前胸部および両下肢が重くなるようになり初診来院した。	1.0	2.0	処方料	42	42.0	21.0	循環器
			1.0	2.0	処方料	42	42.0	21.0	呼吸器
			1.0	2.0	処方料	42	42.0	21.0	消化器
	同日、右記患者に対して「抗生物質の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。	53歳女性、5年前より喀痰が多く最近血痰が出現したため初診来院した。	1.5	3.0	処方料	57	39.3	19.0	呼吸器
	同日、右記患者に「抗不整脈薬の処方」を行った(調剤・製剤は含まず)。	50歳男性、数年前から1ヶ月に数回、飲酒後のトイレに行く前後に不整脈が発生するため初診来院した。	2.0	3.0	処方料	57	28.5	19.0	循環器
	後日、入院後、プロトコールどおり右記患者の「化学療法処方」を行った。	54歳男性、会社健診の胸部X線写真で肺癌を疑われたため初診来院した。	3.0	20.0	処方料	57	19.0	2.9	呼吸器

3) 同一医療行為として同じ報酬額が設定されているが、患者の傷病の状態により評価に差があると考えられる例。

	総合負荷	直接時間
診断（初診）	2～6	8～20
読影診断	1～2	3～5
処方	0.5～3	2～20

- ①初診では「普通感冒」の診断に対して「急性心筋梗塞症」の診断は総合負荷は3倍、直接時間は2.5倍かかる。
- ②「喘息患者の胸部単純X線写真」の読影診断に対して「検診で異常を指摘された患者の胃X線写真」の読影診断は総合負荷は2倍、直接時間は1.6倍かかる。
- ③処方の総合負荷（直接時間）は総合感冒薬が0.5（2）、抗生物質1（2）、抗不整脈薬2（3）、抗がん剤3（20）と処方内容によって差がある。

調査結果は、これらの医療行為について公定価格を疾病特性により差をつけることが合理的であることを示唆している。アメリカのメディケアのドクターズフィーは日本の診療報酬より患者の疾病特性を反映したきめの細かいものになっている。

4) 医療行為間で経済評価に差があると考えられる例

医療行為間における経済的評価の差は、負荷点数密度（点数/総合負荷）と時間点数密度（点数/直接時間）という指標により評価する。これらの数値が高いほど経済的評価が高いことを示す。

	負荷点数密度	時間点数密度
診断（初診）	42～125	12～33
慢性疾患管理	73	20～29
超音波エコー実施・診断（腹部）	60～80	16～24
超音波エコー実施・診断（心）	112～140	22～28
超音波エコー実施・診断（腸）	42	8
単純X線読影診断	42～85	17～28
処方	20～42	3～21

個々の医療行為は疾病特性により点数密度のばらつきが大きいですが、総じて処方やX線読影診断はエコー検査や診断（初診）と比較して実質的に低い経済評価が行われている傾向が見られら。（尚、エコー実施・診断については機器のコストに対応すると思われる金額を点数から控除している。）

平成13年度厚生科学研究補助金（政策科学推進研究事業）分担研究報告書

診断群分類に関する見解

－ 医療改革における診断群分類と情報技術（IT）の位置付け －

報告者（分担研究者） 井上通敏 国立大阪病院

医療改革の重要なターゲットの1つは医療の質向上に置かれていて、「教育・研修」「チーム医療」「パス法」「EBM」「情報共有／情報公開」「競争原理」といったキーワードがあげられ、これらを総合的に推進して医療の質が向上することが望まれている。これらのキーワードを実現するために2つの重要な共通要素がある。1つは医療の質を測ること、いま1つは情報通信技術（IT）の活用である。

医療の質を測ること、すなわち医療を適正かつ公平に評価する方法についての合意がなければ、質向上についての具体的目標を立てられないばかりでなく、改善の結果を客観的に計量することもできない。医療の評価は相対的にしかできないから、できるだけ同じ条件で比較する必要がある。“診断群分類”という概念は、医療の質を測る際に、公平な比較評価を可能とする「基本単位」の1つだと受け取るべきである。

一方、ITはツールに過ぎないが、大規模な医療データの収集や処理における精度管理と効率化のためには不可欠な基盤であり、診断群分類を単位とするデータの収集を可能にする電子カルテの開発やネットワーク環境の整備を急がねばならない。

保健医療分野のIT化推進に関しては、政府の重点政策に取り上げられ、これを受けて厚労省医政局の保健医療情報システム検討会が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」（平成13年12月26日）を公表した。

診断群分類に関しては、厚労省保険局が平成10年度から10病院（8国立病院および2社会保険病院）において診断群分類に従った診療報酬制度の試行を開始し、この試行を通じて収集されたデータを分析する一方、学会の協力を得て診断群分類の拡大と改訂作業を続行中である。厚労省の他局においても、医政局はEBMやIT化との関連から、健康局国立病院部においては国立病院・療養所が担う政策医療との関連から、それぞれ診断群分類に重大な関心を寄せていて、厚労省全体が“診断群分類が医療改革の基盤となる重要なキーワードである”との認識を深めつつある。

繰り返すが、診断群分類は、医療の質向上を推進するために、適正で公平な医療評価を行うことを主目的とした分類基準であり、これを診療報酬支払い制度に応用するかどうか、「制度の試行」という形態で試みつつ、議論していくべきである。

診療報酬制度を担当する保険局の考え方は、ITと診断群分類の導入によって医療の質についての検証が促進されれば、EBMやパス法などの品質管理手法が浸透して医療の標準化とバラツキの縮小が進み、結果的に医療の効率が向上し、医療費配分についての適正で

合理的な制度設計につながると捉えているように思える。

以上が診断群分類に関する私の見解である。

この見解に基づいて、診断群分類をわが国の医療に導入し、その目的を達成するためのアクションを医療 IT 化のグランドデザインに合わせて、以下に提言する。

「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」によると、“医療情報構築の戦略”として、医療情報システムの発展過程を次の4つの段階に分けている。

- 第1段階：医療施設の情報化
- 第2段階：医療施設のネットワーク化
- 第3段階：医療情報の有効利用
- 第4段階：根拠に基づく医療の支援

以下、この4つの段階を踏まえて診断群分類の浸透を考えてみたい。

第1段階 医療施設の情報化

グランドデザインでは、用語・コードの標準化を真っ先に必要な要件としており、このことは診断群分類についても当てはまる。診断群分類を構成するためには、1) 病名だけでなく重症度・進行度、合併症の有無などの病態区分に必要なデータ、2) 手術・処置、検査、薬剤、医療材料など資源消費に関するデータ、が必要であり、3) これらのデータには標準化された用語とコードが用いられること、(4) これらのデータの精度や信憑性が担保されていること、が要件である。

施設が導入するオーダリングシステムや電子カルテでは、上記の要件が満たされなくてはならない。

用語とコードの標準化については、厚労省が MEDIS に委託して作業を進めているので、その進捗状況やダウンロードについてはホームページ (<http://www.medis.or.jp>) を参照されたい。なお、病名に関しては、支払い基金の作成した「傷病名マスター」と MEDIS が作成した「標準病名集」があって、両者間に用語やコードの差異が存在していたが、現在、両マスターの統合作業が行われており近く公表される予定である。統合されるとどちらのマスターを使用しても同じことになり、コードは ICD 10 に準拠したコードとレセプト用コードの双方が登録されることになる。

病院に IT が導入され、各種の標準マスターが使用されるようになっても、診断群分類に基づいたデータを抽出することは簡単ではない。職員の教育やデータの精度を管理する院内組織の強化が必要であり、とくに診療情報管理士や IT 環境のメンテを担当する技術

者の存在がないと信憑性が担保されたデータを得ることが難しいので、ITの導入に合わせて病院内の情報管理部門の充実を図らなければならない。

第2段階 医療施設のネットワーク化

— 病院間比較可能な医療情報システムのネットワーク化 —

ランドデザインにおいては第2段階として医療機関のネットワーク化をあげている。医療機関が相互に情報交換を行ったり、データを地域や全国規模で収集してデータベースに登録するためにはデータの標準化だけではなく、加えて1) データ相互交換規約(データの定義についての共通の取り決め)、2) 個人情報保護に関する保証、が必要である。

診断群分類の検証と進化のためには全国的規模で多施設からデータを収集して分析を行う作業を繰り返す必要があるため、この作業の効率的な実施のために上記の条件を満たした全国的な医療機関ネットワークが構築されなければならない。平成14年3月に終了した経済産業省の委託事業「電子カルテを中心とした地域医療連携」では、全国26の地域において上記2条件を備えた地域医療ネットワークが実用化に成功している。全国ネットとしては、すでに稼動している大学病院ネットワーク(UMIN)や国立病院ネットワーク(HOSPnet)をバージョンアップして診断群分類に基づいた診療情報の交換・収集に利用することも可能であろう。

診断群分類が、医療者はもとより患者や保険者からも納得して受け入れられるためには、ネットワーク環境下で作業過程の透明性が保たれつつ、検証と進化が進み、理解が深まって合意が形成されることが望ましい。

第3段階 医療情報の有効活用

診断群分類の適正性を検証するための重要な指標は、分類された集団の均質性である。ある診断群に属する患者において実施された医療の経過や結果がどれほどの均質性を示したかを検証することが重要である。逆にいうと、バラツキの大きさを測り、バラツキの原因に占める医学的理由(病態の差異)と人為的理由(技術力や医療資源の差異)を区別して、後者の影響を可能な限り除かねばならない。もし病院内でのバラツキが大きければ、たとえばパス法によるチーム医療を徹底することによって人為的なバラツキを小さくする努力が必要であるし、病院間でのバラツキが大きければ、ガイドラインや共通のパス法を使うことを勧告し、医療資源の平準化を図って格差を縮小すべきである。品質管理を徹底し、人為的な理由によるバラツキを極力除外した結果、バラツキの程度が設けられた限度より小さくなれば、その診断群分類は妥当とみなせばよいし、なお大きなバラツキが残るのであれば分類を改める作業が行われねばならない。

以上の検証過程はより適正な診断群分類に進化させるために重要であるが、同時に、この過程でデータの相互比較が行われ、各施設での医療の品質管理が進んで人為的な理由によるバラツキが抑えられることの意義が大変重要である。繰り返しになるが、相互比較が

可能であるためには診断群分類の導入が必要である。

第4段階 根拠に基づく医療と報酬、情報公開

第3段階において、多くの医療機関が診療情報を共通の診断群分類で分析できるようになれば、治療成績を公正に比較することが容易になり、治験や EBM 創出のための臨床試験の精度と速度が向上する。また、医療のコストを診断群分類を単位として算出したデータが蓄積されれば、コストに応じた合理的な診療報酬制度を策定できるはずである。診断群分類別の包括支払い方式の是非についても科学的な議論が行える。

診断群分類の普及によって病院間の比較評価が明るみに出るとは病院経営者や医師にとっては厳しいことではあるが、医療の質やコストでの競争原理が働くと医療の向上がもたらされるとともに、医療が信頼を取り戻すことにもつながると考える。

診断群分類の導入は、患者に対しては医療の均質性や科学的根拠を保証することであり、医療者に対しては努力を含めたコストと報酬の合理性を保証することが目的であると言い換えてよいであろう。

「診断群分類」のイメージが医療経営・管理者に与える影響

報告者（分担研究者）

信友 浩一 九州大学大学院 医学研究院 医療システム学講座

研究協力者

堀口 裕正 九州大学大学院 医学研究院 医療システム学講座

研究要旨

日本では、医師の医療政策・経営・管理の学習は個人にゆだねられている。したがって、この「診断群分類」の理念・分類目的／基準・利用目的／限界などの共通の理解がされているかを先ず調査し、次に、「診断群分類」の本質的影響力を医療の質・効率性・公平性の点から最大化するための検討を行うこととした。

A. 目的

わが国では「診断群分類」の話題が、学術分野から出てきたという経緯は無く、政治的に、医療費支払いの問題として登場している(資料1)。この登場の仕方は総合的に見れば不幸なことである。せっきくのマネジメントツールである「診断群分類」が、だからこそ価値中立・簡素・公平であるのだが、一面的な価値効果のみで検討され捨てられるかも知れないことは不幸である。したがって、まず「診断群分類」がどのように理解・誤解されているかの実態を把握し、それに基づいて妥当な効用を検討・検証する計画を作ることとした。

B. 方法

DRG/PPS 思考を行っている病院の幹部及び診療情報担当者から院内の反響・期待をインタビューから把握する。

また、同じオリエンタル文化圏で先行して DRG/PPS を実施している勧告での現状を把握することとした。

C. 結果

資料1及び2・3・4のとおりである。

D. 考察

従来の、新しいマネジメントツール普及方法は新ツール紹介者によるトップダウン方式であった。しかし、この方式では、直ちに普及の限界が来ることが経験的に知られている。今回の「診断群分類」という潜在力の大きいツールに関しては、まず、紹介者あるいは2次的に紹介している人たちからの学習者(医療現場の医師等)が理解し、予想して

いる使い方、使われ方に注目し、これを出発点としてボトムアップ方式で日本の医療風土・歴史・課題に適合したマネジメントツールとして研究・開発を図るという普及モデルを採用した。

今年度の調査では、系統的な医療現場でのインタビューは行えなかったが、思考10病院での先行的経験は捉えられた。が、公的病院に限られているという条件におけるコメントであるので、次年度は「診断群分類」データ収集病院群(民間病院が主であるところの)を対象に調査し、このツールに似たいし、あるいは不安を持っている事柄を系統的に整理し、効率的な普及計画を作ってみたい。

1.背景;その1

先進国では我国のみ、医師の質が専門職集団によって保証されていない。確かに、国家試験によって、医師として要求される知識と技能はあることを保証はしているが、医師としての態度がとれているのか、あるいは、試験合格後も医師としての知識・技能があるのかは問われることはない。先進国では、これらを保証する業務統制型の専門職集団が存在する。

従って、国民はこの点で医師としての質に漠然たる不安を抱くことになる。その結果、医療の安全性・有効性等に不安・懸念をもつこととなる。

2.背景;その2

慢性疾患(がん、脳卒中、心筋梗塞など)主流時代になって、医療の効果が見えにくく不透明になった。医療提供側も、同効果を短期・長期・ライフスパンで観察し比較・検証することを怠ってきた。その結果、国民(行政・政治家も)は、医療は大事ではあるがどれだけ信用していいか、が分からなくなっている。医療への不信の下地ができたといえる。

3.背景;その3

同時に、年々、医療費は1兆円単位で増加していくが、それが何によって増加するのか、の説明ができない。増の内、数十%は、医療技術の高度化・高齢者増による有病者増で説明されるが、過半は「自然増」で説明されている。このことも、医療費の負担増によって、何が得られるのだろうか、という不安を生じさせている。

4.医療行為の類型化と定額化(DRG/PPS)

医師の質が一定以上でないものが、DRG/PPS 下で医療を行なったとき、同医師は定額以上の医療費請求をしないと病院は損をするだろう、という前提で医療の質を保証しようとする仕組みである。

5.同試行

上記4にもとづく医療試行が国立病院、社会保険病院で行われている。その結果次のようなことが得られた。

- 1)治療成績の比較が可能になった。
- 2)医療資源(病床利用日数・診療費用等)の利用量が比較できるようになった。
- 3)何故入院医療が必要になったのかを「主傷病」の用語の下に記入するようになり、比較性を可能にした。
- 4)「わかり易い」医療が展開できそうだ、という期待ができてきた。

6、 DRG とは

1.DRG

マネージメントツールとして米国で開発された。限られた経営資源を投入することによって、最大の産出を得ようとする経営行動を支援する道具である。

DRG 作成手順は、無数に存在する医療提供のパターンを、コストによって比較的少数のカテゴリーに分類し(第一ステップ)、それらをさらに医学的見地から意味のある分類に細分する(第二ステップ)という大きく分けて二つのステップを辿る。

したがって、DRG を作成するにあたって、第一に求められるのはコストの認識方法であり、第二に医学的な分類方法である。川淵らは、医療コストをモノ中心のアクティビティコストと、ヒト・設備中心のキャパシティコストに分割し認識するという方法を採用している。一方、医学的分類については ICD9 をベースにしている。

このような作成手順を踏んでできあがる DRG は、経営資源の配分(コストコントロール)と、価格設定に有用であることはいうまでもない。それ以上に、病院間の医療効果・管理の比較が可能になることに大きな意味がある。

2.DRG と PPS

PPS(ProspectivePaymentSystem)と連動させることによって、医療政策課題を解決しようとの試みが行なわれているが、統一的な評価結果は得られていない。

3.DRG の将来性

何よりも病院間の医療の比較を可能にしたことにより、医療の質と効率性の競争を推進し「良質な医療を効率的に提供できる」施設と地域とが生き残っていける政策風土を醸成できるようになった。

(同僚谷田一久/広島国際大学助教授の文から一部借用)

資料2 韓国における DRG/PPS 導入の波紋

はじめに

韓国では 1997 年から、一部の疾患について疾患群別・入院包括支払制度(以下 DRG/PPS とする)による診療報酬の支払いを実験的に行っている。韓国政府は DRG/PPS による包括支払いを拡大しようとしているが、大韓医師協会をはじめ医療界はその政策に反対をしており、多くの議論や妥協が行われている。韓国と日本の医療制度は、国民皆保険制度および民間中心の医療供給体系など共通する要素が多く、韓国における DRG/PPS 導入の波紋は日本の診療報酬制度改正の参考になると考えられる。

本稿は韓国における DRG/PPS 導入の概要を説明したものである。内容については、今年三月に行った韓国梨花女子大学予防医学教室-李善姫教授と筆者らの対談にもとづいている。

第一章は韓国における DRG/PPS の事情をまとめた。第二章は、政府の DRG 拡大策に対して李善姫教授が昨年三月に出した意見書の要約である。これに対して、韓国保険産業振興院が反論の文章を昨年六月に発表しており、その要約を第三章に載せた。

〔一〕 韓国の DRG/PPS 事情

1.韓国の医療状況

(1)医療機関分類

韓国の医療機関は次の四種に分類されている。

①三次病院

500 床以上で特殊な機能をもつ医療機関

②総合病院

100 床以上で内科・一般外科・小児科・産婦人科・診療放射線科・精神科・歯科を有する医療機関

約 280 カ所

③病院

三〇床以上の入院病床をもつ医療機関
約 520 力所

④医院

診療に支障のない施設をもち主に外来を担当する医療機関
約 18000 力所

(2)医療保険制度

韓国の医療制度は日本の制度に非常によく似ている。医療供給体制は民間病院主体であり、医師の多くは病院に雇用されている。医療保障制度は社会保険制度であり、一九八九年から全国国民医療保険（国民皆保険）を採用している。保険の種類も、日本と同様に企業医療保険とその対象でない人のための地域医療保険に区分され運営されていたが、二〇〇〇年から医療保険は単一保険者として統合された。

医療費の構成は、医療費総額の中に政府予算が組み込まれており、医療費の増加は国家支出の増加につながる。また、各医療行為の価格設定は日本の中医協と同様に、政府と医療関係団体の折衝で行われているのも似通った点といえる。

(3)医学教育

医学部は六年制であり、卒業後一年間のインターンシップ、三・四年間のレジデントの義務がある。その後、男性は三年半の兵役期間を軍医官か公衆保健医療医として勤務しなければならない。軍医官を選択した場合は軍病院での勤務となり、公衆保健医療医を選択した場合は無医村の保健所で診療業務をする。そのため、無医村が医師過剰となるなど矛盾も発生している。

(4)診療報酬制度

韓国の診療報酬は基本的に日本と同じ「各診療行為別固定価格制度」である。一九八九年の皆保険制実施以降、保険点数はそれほど上昇しておらず、物価との比較では相対的に低くなってきている。診療報酬額は日本に比べ、物価の差を差し引いても半分程度しかなく、韓国では医師はそれほど裕福な職業とは思われていない。具体的には、正常分娩が八〇万ウォン(約八万円)、盲腸の手術は一四〇万ウォン(約一四万円)程度である。このような状況の中で医師たちは医療の質を守り新しい医療を進めていくために保険点数の引き上げを要求しているが、市民団体は国民負担の上昇になる点数引き上げは望ましくないと主張している。

2.DRG 分類による診療報酬支払制度

(1)DRG/PPS 採用の背景と経緯

韓国でも医療費の上昇が大きな財政問題となっており、政府は支出削減策を模索していた。その方法の一環として、政府は、1995年頃からDRGによる包括支払制に着目し始めた。導入当初は日本と同様に「DRGによる包括支払制度は科学的で公平なものであるため採用すべし」といった論調であった。

しかし、ここ一、二年は、「DRGによる包括支払制度は請求書作成と審査の事務を軽減させ、総医療費の削減に資する」と変化してきており、当初の政府の見解とは食い違ってきている。

(2)DRG/PPS 採用病院

DRG/PPSには二〇〇〇年現在、韓国の1423の医療機関(約八%)が参加しているが、その約八〇%は医院(診療所)で、大規模病院の参加は少ない。参加病院の約三分の一は自発的参加であるが、残りは雰囲気によって参加している。大病院の中には政府の圧力で参加した病院もある。－表1参照－。

(3)具体的なDRG支払法と報酬額決定過程

韓国のDRG分類は、米国の医療財政庁(Health Care Financing Administration)のDRG分類第五版をもとにソウル大学病院研究所によって作られたものである。米国DRGのなかで、韓国で原価のばらつきが小さかった五種類の疾患を当初は採用した。現在では支払いに使われているDRG対象の疾患数は増加している。具体的には、水晶体手術、扁桃切除術、虫垂切除術、経膈分娩、帝王切開、痔手術、ヘルニア手術、子宮手術、単純肺炎、肋膜炎、消化器の悪性腫瘍、消化器内科系疾患等である。(表1参照)

DRGの包括点数の決定に際して医療の原価調査を行ったところ、現在の行為別支払い額の約80%という結論になった。そこで原価に10%上乗せした額で包括支払い金額を設定した。

つまり、DRGによる包括支払いに際して平均10%減の査定がされたことになった。しかし、この原価計算には異論があり、現在のDRG報酬額は原価より低いとの意見も多い。また、重病患者を多く抱えている病院ほどDRG包括報酬では不利との不満は強い。

韓国の医療関係者は政府をあまり信用していないため、DRGを全面的に導入すると、医療費削減を一方向的にやってきた場合に対抗手段がなくなると考えている。そのため、DRGの導入に反対の意見は医療関係者を中心に多い。

3.DRG導入の結果

(1)医療費の増減に関して

入院医療費は減少したとの報告があるが、DRG 診療報酬は個別行為別報酬より低い金額が設定されているため、入院の患者が外来に移動しただけではないかと考えられる。したがって、実質医療費が抑制されたという判断は困難である。

(2)医療の質に関して

各診療行為別固定価格制度と比較して一〇%の減額は病院にとって大きすぎ、粗診粗療がおこっている。試験事業の結果、政府は質の低下はないと主張しているが、値段の安い材料の使用、不適切な退院、必須サービスの未提供などの事例が頻発し、質の低下がおこっているとの意見も強い。

(3)その他

DRG/PPS は政府の医療管理の道具であると考えている医療関係者が多い。

4.韓国 DRG 導入の条件

(1)DRG 分類の再検討

韓国に DRG を導入するとした場合には、米国 DRG 分類を再検討し、分類を変更またはまったく新たに作る必要がある。その理由として次の四点があげられる。

- ①同じ疾患に対して、米国と韓国では診療形態が違う。したがって、米国の診療形態を反映した現在の分類体系は韓国の診療の現実をそのまま正しく反映するものではない。米国の DRG 分類を利用した場合、さらなる細分化が必要となり、DRG 導入の大きな目的のひとつである事務作業軽減に反してしまい、本末転倒となる。
- ②米国では医師診療費(ドクターフィー)と病院診療費(ホスピタルフィー) が区分されているが、韓国ではこの二者が区分されておらず、米国の医療資源を基準に分類した DRG 体系を韓国に適応した場合、韓国の病院の資源配分を正しく反映できない。
- ③韓国では多くの病院が外来診療をしており、多くの医師が病院に雇用されている。つまり、米韓では医療システムが違うため支払方法も同一化できない。
- ④米韓では各疾病の発生率が違う。

(2)診療報酬額

DRG による診療報酬額が原価以上となるように適切に算定されなければならない。

(3)信頼

政府と医療関係者の信頼が前提とならなければならない。そのためには、診療報酬額の決定過程が合理的で透明性をもつ必要がある。

まとめ

日本において DRG/PPS は、支払者側の意見で再燃された経緯がある(以前一九八八年に DRG による支払いが検討された実績がある)。厚生省はそのときの意見や一部の研究者の見解をもとに DRG の研究を再開し、一九九八年から国立病院等一〇病院で施行している。

一方、DRG を支払いには使用せず、病院の質の管理や国公立病院の予算配分に使うべきとの意見も根強い。

韓国における DRG/PPS の実験的な導入経緯と同国での議論は、日本における同制度の導入の際にも十分に参考になると考えられる。その議論の経過をみると、日本では一般急性期疾患に一入院包括支払い制を全病院に導入しなければならない理由は小さいように思われる。もし日本への導入を検討するならば、特定機能病院に限定するか、支払いには使用しない前提で医療の質確保のために使用するのが適切であると考えられる。

資料3 韓国 DRG レポート 1

DRG 支払制度の試験事業に対する評価及び導入妥当性の検討

李善姫教授（梨花女子大学）の DRG 拡大への反対意見

この文章は、李教授の許可を得て韓国語の報告書概要を翻訳したものです。尚、この報告書に対する韓国保健産業振興院の反論の文章が出ています。

DRG 支払制度の試験事業に対する評価及び導入妥当性の検討

◇発表年月 二〇〇〇年三月
◇本研究依頼者 大韓医師協会長、大韓病院協会長

1.要約

政府は一九九七年から始まった DRG 分類による包括診療報酬支払制度(以下 DRG/PPS) を二〇〇〇年七月から全面的に拡大実施するとしている。DRG/PPS に対しては試験事業以前から肯定的・否定的双方の意見があり、多くの論議が交わされた。政府側は新しい支払制度が韓国内の医療環境と習慣のもとでいかなる影響を及ぼすかに対し合理的に検証・評価を行い、このような議論を土台に DRG/PPS の導入可否を検討する目的の下に試験事業を実施してきたとしている。その上で、保健産業振興院を中心に DRG/PPS の試験事業の影響に対しての評価を一九九八年から一九九九年にかけて実施し、その結果、政府は試験事業を拡大適用しても問題がないものと判断し、全面拡大を決定した。

しかし、われわれは DRG/PPS が国内医療界に与える影響の評価は十分には行われていないと判断しており、評価結果に対する客観性にも異論を呈したい。

米国以外で DRG を何らかの形で採用している国は入院医療機関の大半が公的に運営されており、DRG は公的病院に対する予算の分配に利用されている。このような特性から、民間医療機関中心の韓国とは大きな違いがある。

このような国家間の差は DRG/PPS を国内に導入する場合、外国に比べて欠点がより大きくなる方向に作用する可能性が高い。

また、米国での DRG/PPS 採用時の経験に対する評価を総合的に考慮すると、医療資源投入量の減少に対しては否定的な意見が多く、とくに長期的な効果に対しては批判的

な見解が多くみられた。なかでも、病院の在院日数削減等による医療費削減効果は新医療技術発展による医療費上昇を相殺できず、さらに外来診療費の上昇、代替医療への医療費の移転等によって、全体の医療費節減には大きな効果がなかったと考えられる。

2. 試験事業参加機関の意見調査

DRG/PPS 試験事業に参加した医療機関を対象に意見調査した結果、試験事業の参加動機は打算的な理由または防御的な理由が三〇%以上に達した。一方、試験事業に対する満足度は低かった。主な満足理由としては、請求に関する事務作業量の削減があげられた。一方、不満足の原因としては、不十分な診療報酬と過度な資料要求があげられた。

今後の診療報酬額に対しては悲観的な予測が多い。これは、これまでの医療保険点数に関連した政策に医療界が不信をもっているためであり、DRG/PPS が導入されても政府の信頼性ある政策提示が前提にならない限り、医療界の反発を解消するのは難しい。

試験事業に参加した医療機関の多くが医療サービスの質の低下や患者とのトラブルの経験を報告した。この結果は、期間が短く、参加医療機関数も少なく、さらに相対的に DRG 試験事業が有利だと判断して参加した医療機関の経験であることを考慮すると、拡大施行時に医療サービスの質に関して多くの問題や患者とのトラブルが深刻な問題になる可能性があると考えられる。結論的に、試験事業に参加した医療機関は参加しない医療機関に比べて DRG/PPS に対して肯定的な立場をもった医療機関であるにもかかわらず、かなりの医療機関が DRG/PPS の拡大実施に反対している。一方、DRG/PPS を導入するとしても、拡大実施以前に運営上の問題点が解決されるべきだとの意見が多くきかれた。

3. 試験事業モデルに対する評価

多くの専門家の意見と実際の病院事例を収集・分析した結果、現在の試験事業設計モデルに対して次のような問題点があると判断される。

DRG 分類開発に際して、韓国は米国と資源消費量が異なるため、分類の基準が違ってくる可能性が高いにもかかわらず、この点の補正がなかった。また、対象人口と疾病構造が違うにもかかわらず、このような差に補正がなく、現状の韓国版 DRG 分類（以下、K-DRG とする）は韓国国内医療の現実と乖離があると判断される。現行の K-DRG 分類体系は、分類の同質性と合理性において、さらに重症度の分類の合理性においても妥当性がない。

DRG 報酬算定過程において、報酬算定のために使われた資料の信頼性の問題があるうえ、医療材料費の平均価格と重症度の算定に関して報酬算定時に間接的な推定方法を

使用しているため、原価を正確に反映していない。以上の問題点を補完しない限り、現行の K・DRG 分類と報酬額は国家的な支払体系として信頼性に値しないと考える。

4. 試験事業結果に対する評価

試験事業の評価結果をみると、一年目には平均在院日数の減少と診療提供量の減少が報告されたが、二年目には減少幅が鈍化している。一方、統計的には診療費減少効果を結論づけることはできなかった。

サービスの質に対し、必須サービスの提供量の減少が報告されており、DRG 制度の副作用といえる「質の低下」という悪影響が現実化する可能性もある。

そのほか、行政面では、請求事務作業が予測したほど減少せず、診療の自主性の阻害や保険者との摩擦が発生していると報告されている。

患者の側面では、本人負担額の減少によって満足度は増加したが、医療材料など「物」に対する医療の制限でサービス選択権が制限される問題が生じた。

5. DRG 導入に対する政策提言

以上の研究結果を総合し、次のような政策提言を提示する。

現行の DRG/PPS は次のような理由により再検討する必要がある。特に二〇〇〇年七月の施行は早急すぎ、多大な副作用を招く可能性があるので再考する必要があると判断される。

外国と比較して国内医療体系の特性を考えた場合、良質の医療サービスを提供できる医療基盤の拡充、医療機能分担が可能な医療機関連携の仕組み、患者と医療機関との間のトラブルとその調停の手段などが前もって用意される必要がある。さらに、サービスの質管理制度などと同様な医療体系の合理的な整備が先行されなければならない。

研究結果から、DRG/PPS の試験事業の結果に鑑み、今後補完しなければならない事項が相当な量で存在すると判断する。試験事業に対しては肯定的、否定的な効果に対しても明確な結論を出しにくく、制度の当事者として医療界の不信と反発が激しい状況で本制度を強行すると、政策効果を半減させることになってしまう。

2000 年七月は医薬分業をはじめ、国内医療界を揺るがす多くの政策の変更が予定されている。そのため、十分な準備ができていない DRG/PPS を性急に導入すれば、混乱を招くことになる。

今後、DRG/PPS を長期的課題として検討するにあたって、次のような事項の改善が必要と考えられる

- ①国内の現実に合致した DRG 分類体系の再整備。
- ②報酬算定過程の合理性の向上。

- ③原価に基づいた適正な報酬の算出、これと関連して保険財政の代案の作成。
- ④DRG数が任意的にならないよう、明確で経年的な算定方法の開発・提示。
- ⑤以上の過程を民主的・合理的に遂行できるような協議機構の設置。

資料4、韓国 DRG レポート 2

DRG 支払制度に対する検討意見と改善方向

韓国保健産業振興院の DRG/PPS 拡大に対する肯定的意見

この文章は、李教授の DRG 導入反対の報告書に対する韓国保健産業振興院の反論のレポートの日本語訳です。

- ◇表題 DRG 支払制度に対する検討意見と改善方向
- ◇発表者 韓国保健産業振興院
- ◇発表年月 二〇〇〇年六月

1.はじめに

韓国政府は現行の行為別診療報酬制度が「医療費の上昇」、「医療提供形態の歪み」、「請求審査の行政事務増加」、「保険者と医療関係者の摩擦」などの医療に関する多くの問題を生み出す原因になっていると考え、包括支払制度の導入を推進してきた。そのため、米国等で成功している DRG による疾患群別支払方式を一部疾患に限って一九九七年からモデル事業として実施している。

モデル事業の評価としては、医療供給形態の変化、行政事務作業量の減少などの好ましい変化がみられ、さらに医療供給者の利益の増加と患者自己負担額の低下もおこり、行政・医療提供者・患者の三方が満足できる結果となっている。このような結果を踏まえ、政府は現行の疾患群数をさらに拡大する計画を立てている。

しかし、医療界は患者分類体系と診療報酬算定体系の不備、包括に伴う医療の質の低下などから DRG による包括支払法の問題提起を行ってきた。これらの問題提起の中で DRG に対する誤解も生まれ、また韓国の医療事情にあわない面のあることも判明してきた。DRG 支払制度の研究チームは、医療界から提起された諸問題を検討してきた。本文章は医療界からの問題点に対する回答と改善すべき点をまとめたものである。

2.DRG 支払制度の検討

(1)支払額の正確性に対する問題