

多くの医療関係者は現行の個別行為・固定診療報酬制度に慣れているため、最も多い批判は「支払額の正確性」に対するものである(注一ここでの支払の正確性とは、原価と報酬の一致制を指している)。多くの人々は支払額の正確性を個別患者で確保しなければならないと考える傾向がある。費用が多くかかった患者を例にあげて、DRG による支払いの正確性に問題を提起することが多い。しかし、DRG による支払で重要な点は、同一 DRG に分類された患者全体の支払いの正確性と医療機関ごとの支払いの正確性であろう。

同一 DRG に分類された疾患にも、その医療資源消費量(原価)にばらつきが存在するのは当然である。ただし、そのばらつきが小さく、許容できる範囲内にあるため DRG という疾患群として一まとめにできるのである。

現行の個別行為・固定診療報酬制度では個々の患者に対して償還されるが、DRG 支払制度では全体的な支払いの正確性を期するため、同一 DRG 群に含まれる疾患の平均的な償還水準が適性であれば、大きな問題は生じないはずである。例えば、三〇万ウオンの資源を消費する A 疾患と四〇万ウオンの資源を消費する B 疾患が同一の DRG に分類されていた場合、この DRG は三五万ウオンの償還額になる。一方、A 疾患と B 疾患の分布が医療機関ごとに異なるならば、病院単位の支払いは不公正になる(注・四〇万ウオンかかる患者が多い病院と三〇万ウオンしかかからない患者が多い病院では不公平である、ということの意味している)。

このような場合は、分類体系や支払制度の調整(例えば、病院特特別報酬調整指数を採用するなど)で補完する必要も出てくる。モデル事業実施期間中に水晶体単眼手術と両眼手術を DRG で分離したことなどがこの補完の例としてあげられるだろう。

また、例外的に費用が多くかかった患者の診療費を補償するために、入院日数例外群と診療原価例外群を設定している。モデル事業の結果、このような補完制度を利用すれば外科系疾患の支払いの正確性は担保され、病院の財政に問題が生じることはない。

(2)「報酬抑制手段として使われるのではないか」という問題

医療者が DRG 支払制度に反対する主な理由の一つに、DRG 支払制度が診療報酬抑制に使われる可能性が高いのではないかというものがある。米国で医療費(メディケア支出)の上昇を抑制するために DRG 支払制度を導入したことは事実だが、これに関しては次の二点を考慮する必要がある。

まず第一点として、現行の行為別報酬制度と同様に DRG 支払制度でも、報酬水準は政府・保険者と医療者団体との交渉となる。ただし、医療機関が自己の判断で診療内容を増やし収入を増加させることは不可能になるため、これを診療報酬抑制と感ずることはあるかもしれない。しかし、現行の診療報酬制度下では医療機関が不必要な診療を行い、収入を増加させることは可能であるが、長期的には医療界に対する不信を招き、報酬引き上げの障害となる。

結果的に医療界の立場からも望ましいものではない。DRG 支払制度を拡大すれば、現行の行為別診療報酬制度の中で繰り返しいわれていたこのような批判がなくなり、診療報酬引き上げの要望がより説得力をもつものとなる。

二点目として、総医療費の増加なしに各医療機関の利益額を増加させることが可能ということである。DRG 報酬額が増加しなくても、診療の効率性を増加させることができれば、診療に投入される費用が節減され、医療機関が得る利益額を増加させることができる。行為別診療報酬制度下では、診療内容が増えれば医療機関の収入は増加するが、診療原価も増加し医療機関の利益額はそれほど増えるわけではない。

このような仮説が成立するためには、DRG 報酬が合理的に設定される必要がある。われわれは過去三年間のモデル事業を通じて、少なくとも外科系疾病ではこのような仮説が成り立つという確信を得た。

(3)医療の質の低下の問題

医療界が DRG による支払制度に反対するもう一つの大きな理由は、医療の質の低下に対する懸念である。このような懸念が発生する原因は、DRG/PPS のような包括支払法では過小サービスを誘導する傾向があるためである。米国でも包括支払法を導入した際に最も懸念されたのは、過小サービスによる質の低下であった。米国では DRG 支払いになった後に質の低下がおきたという報告があったが、決定的な質の低下の報告はない。米国で医療の質の低下がおさなかつた理由は、医療機関同士の競争により質を低下させることができなかつたためと、PRO(Peer Review Organization:監視機構)による医療監視のためといわれている。

医療の質の低下の懸念については、民間医療機関が多い韓国でより顕著になるとの意見もあるが、米国のように競争を促せばこのような問題は発生しにくくなると考えている。サービスの過小提供によって問題が発生すれば(筆者注一患者から訴訟を起こされるなど)、最終的に当該医療機関には多くの費用負担が生じることを理解してもらえば、DRG による包括支払になったとしても医療の適性水準を下げることはないだろう。今後、韓国版の PRO が設立されれば、医療の質の低下に対する懸念は憂慮に終わるであろう。

三年間のモデル事業では外科系疾患に対する DRG 支払によって質の低下の報告はないため、本事業の拡大によって質の低下が起きることはないと判断している。

3.DRG 支払制度の改善策

(1)入院患者分類体系の改善

モデル事業を進める中で、DRG 分類にいくつかの問題の指摘があった。その中でも、

患者の重症度が分類に反映されていないという指摘が多かった。それ以外には、米国と韓国間の診療費支払体系の相違点、疾患および手術コードの不一致などの問題点の指摘もあった。これらの問題は妥当な指摘であったため、DRG 支払制度研究チームや保険連合会の実務者チームでも、これらの問題を改善する努力を続けてきた。DRG 支払制度の拡大を控えて、疾患コード、手術コードの円検討と重症度分類の取りこみの検討がなされており、分類体系を持続的に修正していく予定である。

また、これらとは別途に DRG 分類体系の全面改定作業を始める予定である。具体的には、DRG 分類の骨格を成す MDC 体系、手術有無区分、外科的優先順位、重症度分類体系などを統計分析と専門臨床医によって、韓国の実情に合った K-DRG 分類として開発していくことを計画している。また、分類体系の正確性の再考のために、その基本となる疾患および手術コードを改善する作業を行っている。

このような改正作業は医療関係者の参加なしには不可能なため、新 DRG 分類のために医療関係者の積極的な参加を願っている。

(2)支払制度の改善

現行の DRG 支払制度は各医療機関の経営問題に対して配慮が不十分との指摘があった。この問題は、医療機関の特性により DRG 係数を調整する韓国独自の方法が開発されていないために生じたものである。現行 DRG 支払いでは行為別支払いによる加算率をそのまま利用しているために、このような問題が生じている。今後、診療原価等の継続的な収集と分析を行い、米国のように各医療機関ごとの特性を考慮し調整係数を開発していく予定である。また、現行 DRG 支払いで問題とされている高額の人工水晶等の医療材料に対する診療費の要求に対しても、これらの妥当性について検討を行っていく予定である。

あわせて、診療報酬額の調整が定期的に行われていくように、診療報酬体系検討協議会などの設立を図り、報酬額の正確性に対する批判の素地を減らしていくべきである。

(3)医療機関モニタリングの改善

DRG 支払制度に対して医療機関が不満を訴える事項の一つに、医療モニタリングによる作業の増加があげられる。しかし、モニタリングは請求上の誤りをなくし、医療の質の低下を予防するうえで必要な作業なので、DRG 支払制度を行う際には必須事項といえる。だが、医療機関の特性を考慮せず画一的に行われている現行のモニタリングは不必要な負担を与えている可能性もある。したがって、今後は審査時に査定率が高い、また医療の質の低下が懸念される医療機関を中心にモニタリングを選択的に行い、そうでない医療機関のモニタリング回数を減らすなどの方策も考えられる。

また、処罰のためではなく、医療機関内の質の向上に資する教育的なモニタリングが求められる。あわせて、主病名の選択などコーディングに関する問題を解消するために

コーディング指針を明文化して、正確なコーディングがなされるように指導していく予定である。

4.結論

医療保険が導入され二〇年以上使われている現行の行為別支払制度は、様々な問題を呈しているのは周知の事実である。このような問題を解決するために導入が検討されている DRG 包括支払制度は、数年にわたるモデル事業の結果から、新しい支払制度として期待されている。しかし DRG 支払制度を全疾患に導入するには様々な不備な点があることも事実である。

したがって政府は、DRG 支払制度の段階的導入を検討している。まずモデル事業により正確性が十分に証明された外科系の疾患から DRG 支払制度を導入し、二、三年の準備期間をもって他の疾患に拡大する予定である。段階的な導入は医療機関が DRG 支払制度に適用できる準備期間を与え、また DRG 支払制度に伴う保険者の負担の増加の分散も図れる。

DRG 支払制度は、行為別支払制度の問題を解決する方法として開発され、モデル事業を通じて一部の疾患群に対して肯定的効果が証明された。本支払方法を先送りする合理的理由は存在しない。一部で DRG 支払制度に先行して行わなければならないとされる措置の導入も、DRG の導入を前提としているのは当然でもある。しかし、すべての準備が整わなければ DRG 支払制度を開始すべきではないという意見は極論であり、段階的な施行こそが現実的な政策判断である。

報 告 書

件名 試行診断群分類を活用した調査研究調査協力病院の実態把握調査

訪問先：健康保険組合連合会大阪中央病院

面談相手：総務課長 寺井誠氏、医事課長 西村譲児氏、

事務局長代行 宗像利之氏、医事課入院係係長 福原誠氏

担当者：堀口裕正、佐藤彰記

病院の概要

病床数 232 床、平均在院日数 13 日 病床稼働率 70%、紹介率 20%

診療科 10 科（内科、外科、整形外科、婦人科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、放射線科、麻酔科）

平成 12 年 6 月 5 日大阪市北区曾根崎、同区梅田へ移転新築

移転に際し、従前のケアミックス型病院から急性期型への転換を図り

オーダーリングシステム等に関しては新病院建築時に新たに導入されている。

同病院におけるコーディングの現状

コーディングに関しては、病歴管理室の診療録管理士 1 名により年間約 3600 人の退院患者（1 日平均 10 人）のコーディングを行っている。

方法としては各科より提出された退院サマリーの内容確認をし、それを ICD コードに分類し入力している。

同病院では 5 年以上前から DRG の研究事業に対して協力をしており、診療録管理士のレベルも高いため入力作業等はスムーズである。

本研究における同病院の特異性

同病院は、健康保険組合が行っている DRG/PPS の研究事業の協力病院でもあり、診断群分類に関しては、他病院と比較してトップレベルの知識、経験を有しているといえる。

また、移転新築に際し、すべてのシステムを新たに導入したため、本研究にも比較的容易にシステム改修、対応できる体制がとられている。

また、移転新築時にシステム導入が決定していたため、医師に対して、意識付が徹底して行われているため、オーダーリングなどに関する入力が医師により確実に行われている点で他病院より優れていると考えられる。

病院側との面談結果

今回のインタビューで病院側からは、本研究によるデータ解析の効果として、

他病院との比較が容易に行われる点が利点として挙げられた。すなわち、本研究によりフィードバックされるデータにより、平均在院日数を中心とした経営指標が他病院との比較により明確にされることにより、各病院においての今後の目標設定が従前に比してより具体的に計画できる点が評価されている。

一方で、これらのデータが、コストに見合うかどうかについては懸念の声も挙げられた。同病院においては移転新築によりシステム構築が容易であった点、また、本研究とは無関係にシステム構築のための費用を計上してあったため、追加費用発生リスクがなかった。また、健康保険組合の協力病院であるためコーディングの知識を有した診療録管理士が配備されていた。しかし、今後参加する病院については、これらを新たに配備する必要があるため費用対効果の面では現状疑問が残る。

診断群分類とバランスト・スコアカード法を用いた
医療の質管理の可能性について；文献的考察

報告者（分担研究者）

橋本英樹 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室

研究協力者

荒井 耕 大阪市立大学大学院経営学研究科

研究要旨

診断群分類による臨床管理を進める際に問題となるのが質の担保・管理である。近年米国病院界で経営管理ツールとして注目されているバランスト・スコアカード法について文献的考察を行い、同法が診断群分類の枠組みと併せて医療の質の管理・向上に果たしうる役割と、同法を導入する場合の課題などについて整理した。

A. 目的

診断群分類は基本的に医療資源投入を分類・予測・管理するために用いられるツールである。本来特定の支払い方式を志向するものではなく、またいわゆる「医療行為の質」を直接担保するものでもない。しかし診断群分類を用いた臨床管理を進める際に問題となるのが医療の質をどう担保し管理するかである。一口に医療行為の評価といっても患者満足度やアメニティの評価から経営指標による評価、はては臨床疫学的なアウトカム評価などまで包含するため、ひとつの指標やシステムを用いて質を評価するにはおのずから限界がある。近年一般産業界で経営管理に用いられてきた Balanced Score Card 法（以下 BSC）が米国を始めとする病院産業でも用いられ、カナダのオンタリオ州などでは地域医療供給体制そのものの経営管理に応用されるにいたっている。そこで診断群分類による臨床

管理を進める場合の質管理法として BSC の応用可能性や検討課題を整理した。

B. 方法

国内外の文献的考察ならびに専門家とのディスカッションによる考察の深化を図った。

C. 結果

1) BSC の目的・意義

BSC には大きくわけて業績管理型 BSC と戦略型 BSC の 2 種類がある。前者が BSC の原型とも言えるもので、組織の経営活動を多面的・包括的に評価するものである。旧来の財務管理指標に重点的に頼った経営管理から、経営活動の異なる諸側面についてもバランスよく目標管理・改善を進めようとするものである。一方、後者の戦略型においては、より積極的にミッションと各活動内容との因果連鎖を想定し、組織全体のミッション達成のために各部門活動を戦略的に配分・連携・管理するものである。

短期的でかつ遅行指標である財務指標だ

けでなく、業績の先行指標となる顧客からの評価やサービスプロセスの実施状況、職員の能力開発などにもっと目を向けるべきであるというところから米国における BSC 導入は始まった。病院界における BSC が管理対象とする経営活動の諸側面として、財務・顧客・アウトカム・内部プロセス・学習と成長の5つの視点を設定することが提唱されている。顧客の視点とは、主に患者満足度やマーケットシェア、リピーター割合など利用者から見た活動評価を表す指標からなる。アウトカムは臨床的・疫学的指標(転帰や再入院率、症状軽減度など)からなる。内部プロセスとは治療・ケアプロセスの効率化やリスクマネジメントなどに関する指標を含む。最後に学習・成長の視点では職員の職務満足や職員教育の成果、新しい技能の導入・普及などを管理するものである。

以上からわかるように、BSC は組織管理のためのコミュニケーションツールであり、組織構成員・下部組織が一定の組織的ミッションの達成に寄与するべく、一貫性を持った個々の行動目標を立てて行動・評価・改善していくために、数値目標を標準的言語として採用しているのが特徴である。また従来の財務諸表だけでなく、組織の経営活動の多面性を考慮して(=balanced)、評価改善を図ろうとしている点で、財務目標だけで評価しにくかった病院産業において経営評価ツールとしての期待が寄せられている。なお、BSC はもともとは企業の長期的な競争力向上を目的とした内部志向のツールで外部的な報告を元来目的としていないが、米国病院界における BSC には明確に対外的な情報提供機能が期待されている。

すなわち、経営の透明性を高め責任所在を明確にし、他組織とのベンチマーキングを可能にするツールでもある。

2) 本邦病院などに対する導入意義。

BSC を導入することが病院の経営改善・質向上に無条件で寄与するものではない。むしろ米国で導入が進んだ最大の理由は、厳しい競争環境のもとであっても効率性(cost)と効果性(value)のバランスをとらないと経営維持が困難であるということ。90年代に吹き荒れた効率性一辺倒管理の苦い教訓として得た事、それまでのやり方では両者を両立させるための意思決定の枠組みが不十分であったこと、などが挙げられる。一方本邦においては、効果性や効率性を数値化して評価する風潮がまだまだ弱く、その意味で効率性と効果性のバランス感覚を持った経営管理を援助するために BSC の導入には一定の意義が認められよう。さらに、本邦においては病院に限らず組織経営全般に見られる特徴のひとつに経営・意思決定の不透明性が見られる点を考慮すると、BSC のうち B (Balanced) だけでなく数値化=S (Score) により経営透明性の向上に寄与する部分は大きいと思われる。保険者機能強化など診療・経営の透明さ・説明責任が要求される環境がせまっていることを踏まえると、それに対抗するための経営体質改善の処方箋のひとつとして、BSC を導入・適応する意義があると思われる。

3) 導入に際しての問題点

以上の BSC の特徴を踏まえた場合、本邦にこの手法を導入する上で留意すべき点はいくつか挙げられる。

・ミッションベースでの経営管理が前提となるが、組織として統一したミッションを

明確に持ちそれを末端まで共有できるか。

・意思決定のためにはミッションや目的にそった形で情報を戦略的かつ系統的に収集することが必要であり、それを可能にするインフォメーションインフラが不可欠である。さらに集めた情報を一元的に管理し、タイムリーに分析するための組織的体制も必要である。

・サービスセンターごとに目標管理型経営が行えるような組織構造と内部文化を育てることが必要だが、従来の縦割り（医師・看護・事務の指揮系統の不整合）組織では対応が取れない。

・組織中間層に対する権限ならびに責任の移譲を進め、組織ミッション下で顧客ニーズに即応できる脱中央集権型体制が必要となるが、往々にして本邦の病院組織では権限と責任配分に不均衡が見られる（発言力と責任、実際の権限に食い違いが見られる）。

こうした障害をどう克服するかが今後問題となるであろう。これらを克服するためには、当面強いリーダーシップのもとで、異なる部署・下部組織間のコミュニケーション（相互理解）の促進（そのためにクリニカルパスなどを横断的取り組みとして行う）、情報一元化のためのシステム（おそらくは病院会計とオーダー情報、そして病歴抄録・病名データが相互にリンクしたデータウェアハウスの構築）と組織（Chief Information Officer を中心とした情報戦略部門の独立）の構築、情報公開と意思決定過程やルールへの公開・責任権限の明確な配分による透明性向上、などが必要になってくる。

上記の問題に対応できる日本の病院はまだ少数派であるが、これを促進するのはや

はり厳しい競争環境と消費者による選択となることが予想される。こうした方向を是としてこれに進むためのインセンティブを形成するには、消費者の選択を支援する公的あるいは民間組織による病院の包括的かつ領域ごとの詳細な業績評価・公開制度などが必要とされるだろう。また外部組織による業績評価・公開制度は病院内部における業績評価制度とともに職員へのこうしたインセンティブを与えうると考えられる。さらに多くの病院が資金調達に苦しみ中、銀行などからの間接金融以外の資金調達法について議論がされているが、病院債などの直接金融を進めるための必要条件として経営透明性が要求されることもひとつのインセンティブとなるかもしれない。

4) ケースミックス管理と BSC の関係

診断群分類による臨床管理を進める場合、BSC の使い勝手としては少なくとも 3 種類ほど考えられる。まず、第 1 に挙げられるのが病院経営管理レベルでの利用であり、これが最も現在米国などで応用が進んでいる。近年一步進んで業績管理型から戦略型 BSC への移行を試みるケースも見られているが、因果連鎖を想定した BSC の実現は a) 顧客の定義の複雑さ、b) 顧客の特性の多様さ（いわゆるケースミックス）、c) それらによって起こる「サービスプロセスとアウトカムの因果連鎖」設定の複雑さ（同じプロセスを経ても特性の違いのためアウトカムが異なってしまう）、d) データ蓄積の不十分さ、e) 判明した因果連鎖の経営管理情報システムへの取り込みの不十分さ、などが障壁となり依然困難である。しかし診断群などのケースミックスごとに標準化した治療系列を選択し管理対象にすればある程度の

因果連鎖を想定することは可能となろう。また、現時点では因果連鎖構築のための調査活動コストの負担が大きすぎたり、経営環境の激しい変化に因果連鎖構築作業が追いついていけないという問題があるが、それらについても診断群分類による標準的な臨床・会計管理のシステムがひとたび構築されれば一定の解決が見られると思われる。

BSC と診断群を結ぶ第二の利用法は、病院よりさらに下位の、各サービス（プロダクト）管理レベルでの応用である。通称このレベルでの管理手法として Clinical Value Compass が提唱されており、手法論的には多面的目標管理を行うところなど似ているが、狙うところはあくまでサービスプロダクト管理であり下部組織単位の業績管理ではない点が本質的に異なる。しかしサービスライン（チームまたはユニット）の管理という視点で捉えれば、ラインレベルでの BSC という見方もできる。診断群ごとにサービスラインを作って（例えばクリニカルパスとして）、その評価管理を BSC で行っていくということが具体的に想定される。

最後に第三の利用法は、BSC を病院規模ではなく制度管理のレベルで応用することである。例えば代表的な診断群ごとに、もしくはそれによる調整係数をかけた上で、病院ごとのパフォーマンスを多次的に比較できるようにベンチマーキングし、それを支払い額決定の交渉などに用いる。もしくは、保険者などと共同で質改善のためのプログラムを共同開発させるなどが想定される。カナダのオンタリオ州における州保険当局の報告書では同様の取り組みがすでに見られている。詳細は調査中であるが、本邦における BSC の導入応用の方向性を探

る上で、この制度経営管理レベルにおける BSC の活用は今後最も検討する必要があるものと思われる。

D. 考察

BSC の導入が持つ意義として、本邦においては、透明性・責任所在を対外的に明らかにすることが 第一に挙げられる。いわば広い意味で言うところの根拠に基づいた病院経営・サービス提供を援助する経営管理ツールとして導入を前向きに検討することはまことに意義深いと思われる。一方で、現在の本邦の病院組織における閉鎖性・経営不透明・経営効率の低さの要因となっている、指揮系統の硬直性や内部文化、そして情報システムや情報組織などのインフラ整備の遅れをどう取り戻すか、制度的ならびに市場的インセンティブをどう構築するかが併せて検討されなくては絵に描いたもちに終わりかねない。さらにこれを制度管理に応用する場合には、保険者機能の強化に関連する議論との兼ね合いを考慮する必要があるだろう。

E. 結論

Balanced Score Card 法を病院経営に応用した先進事例について文献検索を行い、同手法の目的や意義、今後の課題点を整理した。次年度においては、こうした課題事項をモデル病院などにおいて実証的に検討を進めるとともに、制度管理への応用例とカナダ・オンタリオ州の事例研究を深める必要がある。

F. 研究発表

荒井耕 米国病院界におけるバランスト・スコアカード 1 - 3。「病院」61（5）, 61（6）, 61（7）, 2002 に掲載予定。

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

我が国の急性期入院医療診断群分類のあり方およびその精緻化についての研究

報告者（分担研究者）

伏見清秀 東京医科歯科大学大学院医療政策学講座
医療情報システム学教室

研究要旨

急性期入院医療の適切な評価に向けて診断群分類の精緻化を試みた。分類単位は臨床状態および医療資源消費に基づくものとし、傷病名、処置・手術等による分類構造の基本ロジックを設定した上で、急性期入院医療にほぼ完全に対応できるように診断群分類を拡張、精緻化した。併せてデータ収集法、疾患コード、分類コード体系等を検討した。

A. 背景と目的

我が国の最初の診断群分類は、平成 10 年に臨床専門家の協力により作成された 183 分類（試行診断群分類第 1 版、DRG98）であり、平成 10 年 11 月から実施された国立病院等 10 病院における急性期入院医療の定額払い方式の試行に採用された。この試行では、DRG98 は診断群分類に基づく 1 入院当たり包括支払い（DRG/PPS）に用いられた。しかし、DRG98 では急性期入院患者の該当率が 30～40% と低く、分類のロジックが不明確である等の問題があったため、平成 12 年に 532 分類に拡張され、試行診断群分類第 2 版（DRG2000）に改訂された。DRG2000 の作成では、分類の追加、小児疾患の追加、合併症の定義の明確化、傷病名コーディングの ICD9 から ICD10 への変更、診療行為の診療報酬点数表コードでの定義等の改善が図られた。同時に、診断群分類基本構造が体系化され、第 1 層を主傷病名、第 2 層を手術・処置・合

併症等とする分類の基本的ロジックが決定された。これらの結果、急性期入院患者の該当率は上昇したが、まだ 60～70% 程度にとどまっており、急性期入院医療にほぼ完全に対応できる診断群分類の策定が求められている。本研究では、我が国における診断群分類のあり方を明らかにすると共に、急性期入院該当率と臨床的妥当性を高める診断群分類の精緻化を目的とした。

B. 方法

従来診断群分類に基づく急性期入院医療の分析および専門家とのディスカッションによる検討を行った。

C. 結果

1) 診断群分類改訂の基本方針

本研究での診断群分類の精緻化においては、一般病棟入院患者の診断群分類該当率がほぼ 100% となること、臨床家が受け入れられる妥当性を有すること、特定の診療報酬支払い方式と連結しないことを基本的な方針とした。新たな診断群分類にはどのような診療報酬支払い方式にも対応でき

る柔軟性、汎用性を持たせることを求めた。尚、本研究では本診断群分類の英訳を Diagnosis-Procedure Combination とし、略称を従来の DRG に替えて DPC とすることとした。本邦の診断群分類が傷病名のみでなく処置・手術等により比重を置いてロジックが組まれていることを反映したものである。同時に、本診断群分類が従来の DRG/PPS のための診断群分類という考え方とは異なることを明確にする意味も含めている。

2) 診断群分類調査研究班の構成

東海大学医学部五島雄一郎名誉教授を班長とする診断群分類調査研究班を組織し、15の主要診断群分類(MDC)に21の専門分野班を構成し各班において分類の精緻化を検討した。(別添表1)

3) 診断群分類構築の手順

i) 分類作成の基本的な原則

疾患分類単位作成の基本的な原則は、臨床的な類似性と医療資源消費の均一性とした。後者はいわゆる診療に対する手間のかかり具合の相同性を基準に疾患分類単位を決定していくことを意味し、具体的には、1) 臨床状態、2) 処置・手術・検査等の技術的難易度、3) 人的・物的資源投入量、4) 在院日数等を基準に判断することとした。

ii) 診断群分類の使用目的

本診断群分類は、医療保障システム関係者(医療サービス提供者、支払者、政府、国民等)の情報共有のための「共通言語」あるいは「共通のスケール」として利用されることを目的としている。さらに進んで医療における情報の透明化から適切な評価システムの構築、ひいては医療の質の向上と医療システムの効率化に寄与することを

期待するものである。

iii) 分類の論理的構造

臨床家が受容可能な診断群分類を構築するためには、分類の論理構造が臨床現場における診療の思考過程に対して親和性が高い必要がある。この観点から、診断群分類の基本的論理構造を、①傷病名、②処置・手術の選択、③重症度や合併症による追加的な医療行為の選択、の三層とした(別添図1)。一入院医療について、MDC分類と三層の枝分かれにより最終的に一つのDPC分類番号が決定されるとする基本的ロジックを定めた。しかし、実際に分類を構築していく過程では、臨床状態あるいは医療資源消費の視点から基本構造以上の詳細な区分が要求される場合があることが明らかとなった。そのような場合は、手術等の内容による亜区分または補助療法等の内容による亜区分が必要になると考えられた(別添図2)。DPC分類番号上は、亜区分は小数点以下のサブコードで表現し、主分類あるいは各亜分類のレベルでの集計が行えるような分類コード構造とした。

一方、内科系等における診療では、①検査のための入院、②症候の診断のための入院等も考慮する必要があるため、必ずしも基本構造に則らない分類も認める必要があった。

iv) 該当率の向上方法

基本的に、慢性疾患の急性増悪を含めて一般病棟に入院する急性期治療入院の全患者を網羅できることを目的とした。但し、多発外傷、HIV感染症等は症例による不均等性が非常に大きいため本分類には含めないこととした。資源消費量のばらつきが非常に大きい傷病あるいは症例数が少なく統

計的処理が困難な傷病等分類として確立しない傷病については、暫定的な分類を設定し、今後の分類の精緻化のための情報を集積できるようにした。具体的には、各MDCに「その他の〇〇疾患の処置・手術」、「その他の〇〇疾患の診断」等の「その他分類」を設定することとした。

v) 分類の精緻化に必要な診療情報の収集

現行の分類は、「様式1」に記載される傷病名の ICD10 コードおよびその他の付帯情報と「様式2」の主要処置・手術コードに基づいて明示された論理に基づいて決定されている。しかし、診断群分類を精緻化するためには現在収集されている情報のみでは不十分であることが明らかとなった。その対応策として第一に、様式1の記載項目の追加を検討し、新生児等の体重と JCS による意識状態を追加することとした。第二に、ICD10 コード上定義されていない傷病または臨床状態を示すために ICD10 コードの追加（ICD10 の日本版修飾、ICD10JM）を用いることとした。具体的には ICD10JM は①新たな疾患概念を分類に用いるため、および②疾患の臨床的病態をより詳細に定義して分類に活用するため、に設定されることが想定されている。

vi) 今後の方針

診断群分類は、今後試行調査によって蓄積されていくデータ等をもとに、平成14年度以降継続的な改善を行い、臨床的により妥当な分類への精緻化を目指すこととした。

D. 考察

本研究の意義としては、第一に診断群分類構築のロジックが明確に定められたことにあると考えられる。傷病名、処置手術、補助療法等を階層的に配置して分類を構築

することにより診断群分類の合理性と一貫性が確保されると考えられる。第二点として、臨床家の視点を重視した診断群分類を構築したことにより、実地臨床への親和性が高く診療現場の受容度が高くなることが期待される。第三点としては、主分類と亜分類を階層的に配置し規則的に分類コードを付与することにより、多次元的なデータ集計と解析に対応していることがある。診断群分類の粒度を比較的自由に設定できるため様々な診療報酬支払い方式に対応できる汎用性を有すると考えられる。今後、臨床データの集積に基づいて診断群分類はさらに改善されていくことが期待されるが、データの分析方法及び再分類化の方法論等については更に検討を続ける必要があると考えられる。

E. 結論

診断群分類精緻化のロジックを明確に定め、急性期入院医療にほぼ完全に対応できる診断群分類作成作業を進めた。新たな診断群分類は急性期医療に関する情報の透明化と適切な評価に寄与することが期待される。今後は、集積データの分析による診断群分類の再評価を継続していく必要がある。

F. 研究発表

該当なし。

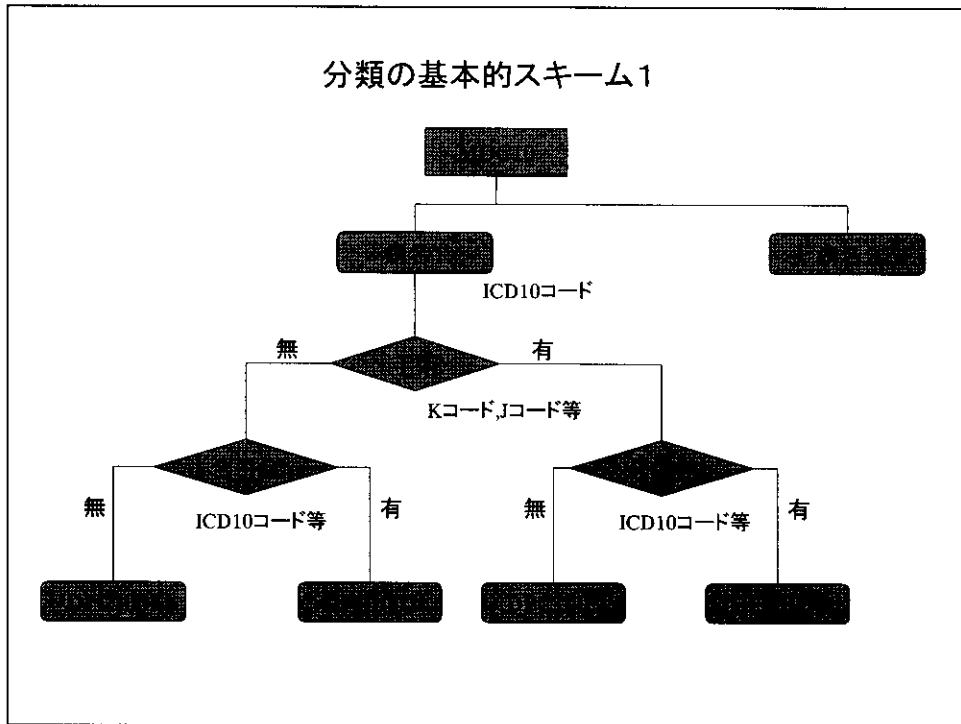
G. 知的所有権の取得状況

該当なし。

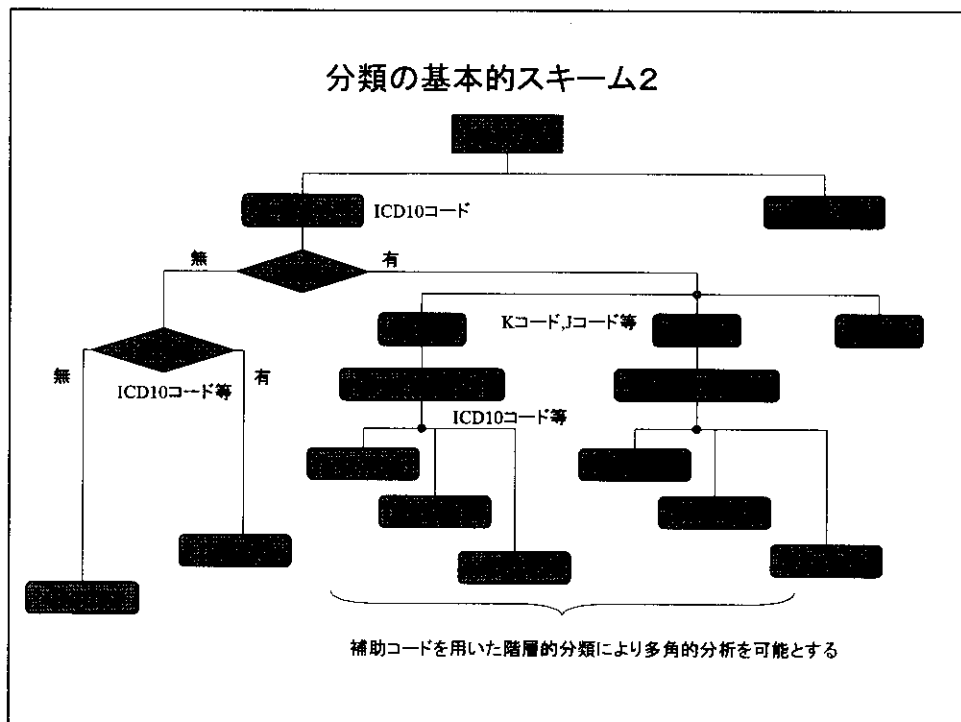
別添表1. 診断群分類調査研究班・専門分野班の構成

主要診断群(MDC)		専門分野班	
1	神経系疾患	神経内科	脳神経外科
2	眼科疾患		眼科
3	耳鼻咽喉科疾患	耳鼻咽喉科	
4	呼吸器系疾患	呼吸器内科	胸部外科
5	循環器系疾患	循環器内科	循環器外科
6	消化器系疾患	消化器内科	消化器外科
7	筋骨格系疾患		整形外科
8	皮膚・皮下組織の疾患	皮膚科	
9	乳房の疾患		乳腺外科
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	糖尿病	
		内分泌内科	内分泌外科
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	腎臓内科	泌尿器科
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	産婦人科	
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	血液内科	
14	新生児疾患	小児科	
15	小児疾患		

別添図 1. 診断群分類の基本的論理構造 (1)



別添図 2. 診断群分類の基本的論理構造 (2)



「急性期入院医療試行診断群分類

を活用した調査研究」

説明会資料

日 時：平成13年9月17日（月）

場 所：国際医療センター 研修センター5階大会議室

厚生労働省

配布資料一覧

1. 松田研究班について
2. データ提出から分析用DB作成まで
3. 個別病院別データ収集状況
4. DRGコーディングの流れ
5. 収集データ精度向上への協力依頼
6. データ（様式1、2）提出の形式統一の依頼
7. 追加データ（分析対象外リスト＝様式4）提出の協力依頼
8. レセコンデータダウンロード方式によるレセプト情報（様式2）データ収集について
9. 実務担当者ご連絡の依頼
10. インターネットの活用について
11. その他
 - (1) 入院経路について
 - (2) 転帰について
 - (3) ICD-10 コードの「.9」について

松田研究班について

平成 13 年度における研究課題等は次のとおりである。

1. 研究課題 急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究
(課題番号) (H13-政策-034)

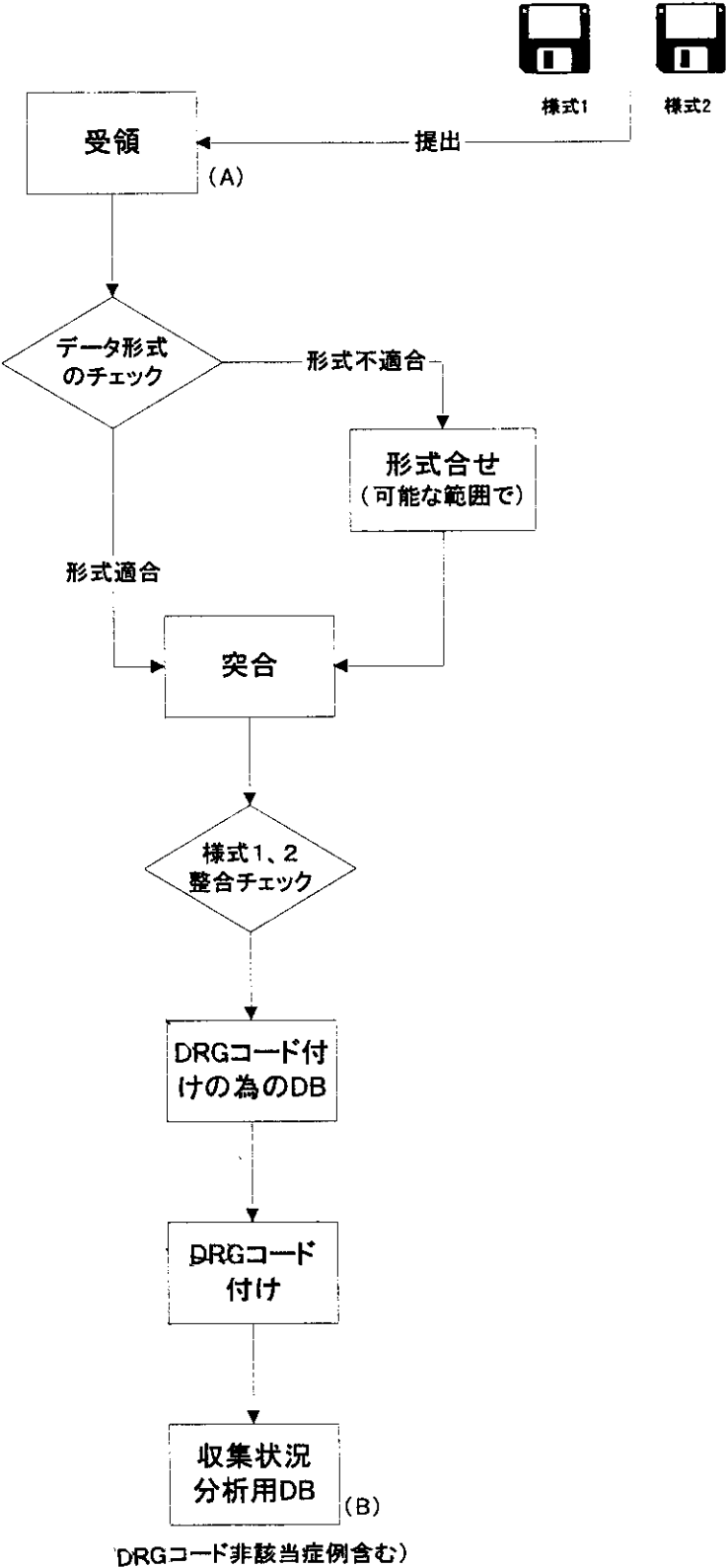
2. 主任研究者

- (1) 氏 名 松田晋哉教授
- (2) 所属施設 産業医科大学医学部公衆衛生学教室
- (3) 所属施設所在地
〒807-8555
北九州市八幡西区医生が丘 1-1
- (4) 連絡先 TEL : 093-691-7244
FAX : 093-603-4307
E-mail : smatsuda@med.uoeh-u.ac.jp

- 3 経理事務担当者

- (1) 氏 名 白石光代
- (2) 連絡先 〒807-8555
北九州市八幡西区医生が丘 1-1
産業医科大学医学部公衆衛生学教室
TEL : 093-691-7244
FAX : 093-603-4307
E-mail : mishira@health.uoeh-u.ac.jp

データ提出から分析用DB作成まで
(9月17日説明会用処理フロー)



個別病院別データ収集状況

施設コード	症例数		在院日数(日)			試行診断群分類	
	受領(A)	分析対象症例(B)	最小	平均	最大	該当数(C)	該当率(%)
10001	335	335	1	8.27	26	217	64.78
10002	194	194	1	8.19	27	144	74.23
10003	2902	2901	1	14.09	87	1948	67.15
10004	1568	1561	1	14.53	97	1096	70.21
10005	498	498	1	8.06	27	340	68.27
10006	281	273	1	11.99	56	174	63.74
10007	1924	1924	1	10.08	82	1319	68.56
10008	230	230	1	8.98	29	170	73.91
10009	342	342	1	7.98	27	206	60.23
10010	112	106	1	9.93	57	80	75.47
10011	1300	1300	1	11.03	60	938	72.15
10012	468	468	1	11.07	56	357	76.28
10013	328	328	1	10.74	27	225	68.60
10014	1366	1366	1	12.89	92	891	65.23
10015	1458	1458	1	9.49	60	1083	74.28
10016	229	228	1	7.74	27	166	72.81
10017	90	34	1	16.65	100	23	67.65
10018	711	708	1	10.66	57	511	72.18
10019	287	285	1	7.89	28	184	64.56
10020	328	328	1	8.91	29	247	75.30
10021	186	186	1	8.33	25	92	49.46
10022	868	867	1	10.72	88	390	44.98
10023	2004	1990	1	9.34	82	1264	63.52
10024	788	788	1	10.95	57	517	65.61
10025	177	175	1	6.08	28	115	65.71
10026	218	216	1	9.20	26	137	63.43
10027	629	629	1	6.54	27	475	75.52
10028	402	402	1	13.51	75	223	55.47
10029	377	377	1	7.19	25	274	72.68
10030	252	252	1	7.16	25	159	63.10
10031	298	296	1	13.68	85	216	72.97
10032	1620	1620	1	11.22	53	1118	69.01
10033	3389	3389	1	10.21	91	2154	63.56
10034	120	116	1	7.70	25	87	75.00
10035	454	266	1	10.78	57	178	66.92
10036	1408	1381	1	13.84	109	1039	75.24
10037	389	389	1	14.53	61	273	70.18
10038	74	74	1	7.61	26	43	58.11
10039	606	606	1	7.99	27	390	64.36
10040	822	822	1	12.32	78	552	67.15
10041	308	308	1	8.72	27	215	69.81
10042	85	85	1	6.01	21	62	72.94
10043	995	995	1	10.42	55	704	70.75
10044	2247	2241	1	10.50	60	1662	74.16
10045	140	138	1	11.18	54	107	77.54
10046	280	280	1	8.08	27	204	72.86
10047	756	756	1	10.85	49	513	67.86
10048	2771	2767	1	9.26	112	2078	75.10
10049	244	243	1	8.23	24	162	66.67
10050(※)	235	0	-	-	-	-	-
10051(※)	296	0	-	-	-	-	-
10052(※)	118	0	-	-	-	-	-
全体	38507	37521	1	10.74	112	25722	68.55

注:

受領(A): 提出されたデータ数(サマリー基準)

分析対象症例(B): データチェック後、分析対象となったデータ

データは4月1日以降入院のもののみを採用

(※)の病院は様式2が未提出、あるいはファイルが開けないために分析対象から除外

試行診断群該当率=(C)/(B)*100(%)

注: データチェック用のため、不適合データを含んだままです。従って、最終的な結果とは異なる場合があります。