

- オーストラリアの DRG 制度導入に対して多様な評価が提示されており、主な概要を見ると、DRG 支払制度導入後、公共病院の経営効率性が向上し経営体制改善に役立った側面があるが、これに反して DRG 支払制度の適切性と効果、事業方法の問題点に関する批判が提起されている（Duckett, 1995; Phelan 1998; Braithwaite と Hindle, 1998）。
- Duckett (1995) は、1993 年公共病院に導入された AN-DRG の効果を測定した結果、1993 年～1994 年の 2 年間の入院件数が平均 10%増加し、それにより患者の入院待機日数が減少したことを報告する。しかし、否定的な評価として、病院の収益を伸ばすために患者を不適切に早期退院させたり、資源消耗が相対的に多い老人患者に対して忌避現象があることを報告する。また、DRG コードを操作したり、外来サービスの本人負担金に費用を転移させる問題等が提起されていると報告する。
- Braithwaite と Hindle (1998) によると、DRG 支払制度は医療の不確実性と患者の医療に対する多様な欲求を充足させるには適合しない体系であり、急速に発展している先端科学と医療技術の導入を制限していると指摘する。また、入院診療件数が増加して入院待機患者が減少し早期退院により医療費が減少したという肯定的な結果は、患者の診療結果を考慮しない断片的な評価の結果であると批判する。すなわち、不適切な早期退院が現実化されており、DRG 分類を操作したり患者を選別的に入院させる問題等が増加していることを報告する。しかし、より根源的な問題は、倫理と価値に関する事項で、医師はお金になる DRG コードに価値を与えるようになり、何よりも病院の収益性に集中することにより、公共的機能が萎縮するであろうと憂慮を表明する。

## 2.4 国内適用過程に関する示唆点

### 2.4.1 外国における適用結果の要約

- 以上で見た通り、外国の経験を総合すると、次の通り要約することができる。
- ① 医療費削減効果
  - 医療費削減の具体的例として、在院日数減少に関して多くの研究で実証的な結果を報告している。
  - しかし、次のような事項を考慮すると、DRG 支払体系による在院期間の減少は、実際より過大評価された。  
すなわち、第 1 に研究方法上の制限により多様な要因が合理的に考慮できず、第 2 に DRG 制度導入以前から在院日数が減少していた医療界の全般的傾向を考慮すると、制度による実際減少効果より誇張された側面がある。
  - その上に、DRG 支払制度の実施初期には在院日数が減少したが、在院日数の減少は実

施期間が経過するほど鈍化し効果が減少した。

- － 在院日数減少によって病院診療費が減少したが、在院日数減少幅の鈍化と同じく、病院診療費の増加の鈍化が再び以前の傾向に回復している。
- － また外来診療費や中間段階の機関（療養所、長期入院施設）、その他の非適用人口で診療費転移が起これ、実際に医療費削減効果全体は小さくなく、高価な新医療技術の開発による医療費増加分によって再び削減効果が相殺されている。
- － 結論的に、一部集団の一部診療領域に極限した価格統制手段として、DRG 支払体系の持つ医療費削減効果は非常に制約的であり、医療技術の変化および需要特性の変化による医療費増加を抑制できなかったものと評価される。

#### ② 医療サービスの質低下

- － DRG 導入で不適切な早期退院と再入院率の増加、必要サービスの減少事例が報告される等、医療サービスの質低下に対する弊害が現実化しており、これは米国とオーストラリアともに指摘される弊害であるといえる。

#### ③ 診療形態の変化

- － DRG 支払体系で公共病院の場合、経営の効率性に対する関心は増大したが、これに関する弊害として医療弱者（低所得、老人、重い患者）に対する機会が制限され、公共機能が萎縮し、DRG 分類の操作等の歪曲された診療形態が現実化した。

#### ④ 病院の収益に対する影響

- － DRG 導入で病院の経営収益が減少し、特に環境的要因が脆弱な医療機関の構造的経営悪化を誘発した。

#### ⑤ 総合評価

- － DRG 支払体系は理論的に医療機関自ら効率的な診療を促すことにより医療費を削減する長所を有する半面、医療サービスの質低下等の短所が憂慮される制度であり、実際の適用結果として、長所と短所がともに現実化しうることを示す。
- － 制度に関する評価は、長所と短所を総合的に考慮してなされなければならない。特に各国の医療体系の特性により長所と短所の比重が異なって現れうることを考慮しなければならない。
- － 現在、DRG 制度を適用している大部分の国は、公共医療体系の特性を有しているが、これは公共医療体系の場合、民間医療機関より利潤動機が弱い関係で、短所を最小限にしつつ医療機関の効率性を図りうるからであると思料され、民間医療機関に適用することについては国民の経験を考慮すると、否定的な影響が大きいものと判断される。

## 2.4.2 DRG 支払体系の国内導入に対する適切性の検討

- － 以上で提示した内容を総合すると、DRG 支払体系を適用している国々と韓国の間には、いくつか相違する医療体系上の特性があることが分かる。こうした特性が DRG 支払体系導入の妥当性といかなる関連を示すのかを見ようと思う。

### ① DRG 支払体系導入条件の相違

- － 現在 DRG 支払体系を導入した大部分の国々が OECD 先進国であり、GDP と比べた医療費が 1997 年ベースで 8%以上である国々（英国は例外、7%）であり、いわゆる一定水準の基本的な医療費支出がなされている（OECD、1998）。すなわち、相対的な比較ではあるが、医療部門に基本的な資本投入がなされている国々で、医療費支出の効率的な管理が主要政策課題となる国々であるといえることができる。
- － 特に、DRG 支払体系を一番最初に導入した米国の場合、世界で最も高い医療費支出を記録しており、医療費削減が政策の最優先順位に選ばれる国といえ、このために DRG 支払体系を活用することがそれなりに政策的妥当性を有している。
- － これに反して韓国の場合、1996 年ベースで GDP と比べた医療費支出が 4～5.89%（1998、チョン・ヨンホ）に過ぎず、総生産と比べて医療部門に投入される資源水準の類似した所得水準の OECD 諸国と比較しても、まだ低い実情にある。したがって、韓国の場合には、医療費の効率的な管理も重要であるが、まだ投入水準に対する管理よりは、適正水準まで基本的な投資がなされうるように投入を増加させることが、政策的優先課題であるといえる。
- － 不必要な医療費支出を最小限にし、必要な部門に投資する投入の効率性増進努力は必要であろうが、まかり間違えば、DRG 支払体系導入が医療費投入水準を統制する目的で活用される場合、所得水準に適する医療サービスを受けようとする国民の医療欲求を充足させてくれず、統制を受けない領域への医療費歪曲現象が強化される可能性があるために、現時点で DRG 支払体系導入が妥当なのかどうかに関する慎重な考慮が必要である。
- － また、ヨーロッパとオーストラリアの場合、DRG 支払体系を公共医療体系に関する予算支払基準として活用しているために、公共病院の生産性向上に重要な目的を置いているという点で、韓国と条件が異なるといえる。

### ② 医療供給体系特性の相違

- － DRG 支払体系を導入した国々と韓国との最も際だった相違点は、医療供給体系の特性であるといえる。

- すなわち、先に言及したが、大部分のヨーロッパの国々とオーストラリアは、医療機関の 3 分の 2 が公共所有であり、公共性の強い医療供給体系を有している。米国の場合にも、韓国に比べて非営利医療機関が多く、地域病院、インターン病院、大学病院等に対して公共的機能を認めて施設および装備に対する補助が支援されている。
- これに反して韓国の場合、所有主体が民間の医療機関が全医療施設のうち 90%に達する代表的な民間医療体系の国であるといえる。また、医療機関の運営および施設、装備に対する投資は全面的に医療収入に依存しなければならない点も、DRG 支払体系導入国との相違点であるといえる。
- DRG 支払体系を導入するに当たり、こうした供給体系の差によって発生する問題点は次の通りである。
  - 支払の正確性と合理性に基準が厳格にならない。
    - 公共医療体系の場合、政府が国家機関に対する予算を支払う基準として活用するのに対して、所有主体が意思決定をしたために大きな問題がなく、機関に対する一括的な予算配分をもう少し合理的な基準に依拠して遂行する場合、過程の合理性を改善するという側面からも発展的たりうる。
    - しかし、民間医療機関に対する支払体系として活用する場合、支払の適正性と正確性を期せず、民間人の財産権と経済活動を侵害する結果を招きうる。
    - また、既存の支払単位である行為別報酬制と比較すると、行為発生に対してすべて補償を受けていた方式から包括的な単位に変わる場合、各 DRG に対する支払水準を巡って多くの議論が提起されざるをえず、公共医療体系におけるより精密な分類体系および報酬算定モデルが要求される。
  - 医療サービスの質低下等の弊害が大きくなりうる。
    - 公共医療機関は民間医療機関に比べて利潤動機が強くないために、DRG 支払体系を導入する場合、制度の否定的な側面が相対的に少なく現れうる。
    - 半面、民間医療体系の場合、公共医療機関より費用削減に対する誘引にいつそう強く応えるため、これにより必要サービスの減少、不適切な早期退院、重い患者の忌避等の様々な弊害が広範囲に現実化する。
    - 韓国の場合、現行医療保険報酬の非現実的な水準に対応して、多くの民間医療機関が薄利多売型診療を通して経営保全を行っており、これによって医療サービスの質低下が慢性的な問題として憂慮されている実情であるが、DRG 支払体系が導入される場合、こうした医療サービスの質の問題を悪化させる可能性があり、これによって医療機関と患者との不信が深刻化することが憂

慮される。

③ 医療費構造および医師－病院の関係の相違

- － DRG 支払体系の基準となる DRG 分類は、米国の病院の資源消耗量が同質的になりうるように開発された。
- － しかし、米国と韓国の場合、病院医療費に含まれる要素に差がある。最も大きな差は、米国の場合、医療費支払が医師の行為に対する支払と病院の管理費用に対する支払に区分されている半面、韓国の場合、医師の行為料と病院管理料が区分されず、同一主体に支払われている。
- － DRG 支払体系を適用している国々のうち、オーストラリアの場合は、米国と同様に医師と病院に対する診療費が区分されていて、米国の DRG 分類体系概念をそのまま導入しても特に問題がないが、オーストラリアの実情に合うように分類体系を独自に開発した。英国の場合、医師と病院診療費が区分されていないために、やはり自国の実情に合うように新たな分類体系を開発して使用している。
- － そのほかにも、医師－病院間の関係において、米国は開放型病院体系で、病院で中心的な診療領域を開業医が独立した関係で提供する半面、韓国は閉鎖型病院体系で、医師が病院に所属していて、医師は病院に従属的であり、同じ利害関係を持つ。
- － DRG 支払体系導入時に言及した相違によって引き起こされうる問題点について見ると、次のとおりである。

■ DRG 分類体系の改編が必要

- 米国の DRG 分類の基準として使われた病院資源と韓国の病院資源の概念には差があるため、DRG 支払体系を導入しようとする場合、米国の DRG 分類体系をそのまま使うことは問題がある。
- 現在、国内試験事業で活用している K-DRG 分類体系は、米国の DRG 分類体系をほとんどそのまま用いており、これによって医師の診療行為が集中する疾患については、相対的に低く評価されたり、分類の同質性が損なわれうる。したがって、国内の病院資源の概念に合うように分類体系が全面改編されなければならない。

■ 医療費発生過程で牽制と均衡が欠如する。

- 医師の診療費と病院診療費が区分されている場合、医師は DRG 支払体系の適用率を受けないために、資源消耗または在院期間を減らそうという動機が病院に比べて小さくなく、開放型病院体制の下で医師が病院と所有構造を異に

する場合、利害関係が異なり、病院が必要なサービスを減らしたり、医学的に妥当でない退院政策をとることに対して、牽制し均衡をなす調整の役割 (check & balance) が果たせ、これによって医療の質低下を減らすことができる。

- 半面、国内のように診療費が区分されておらず閉鎖型体制で、医師と病院の利潤動機が一致する場合、医療サービスの質低下を牽制する調停機能がなく、これによる弊害が大きく現れうる。

#### ④ その他、米国と韓国の医療体系上の相違

- － その他、米国と韓国の医療体系上の相違により引き起こされうる問題点として、次のような事項を指摘することができる。
- － 米国は長期療養施設をはじめとして、多様な中間段階の医療施設等が備えられていて、病院の早期退院に対する代案が可能な半面、韓国の場合、こうした施設が絶対的に足りない実情にあり、DRG 支払体系導入後、早期退院問題が深刻化する場合、これに対する現実的な対処が不可能である。
- － 米国は、伝統的に病院単位の質管理活動が活発であり、国家的な支援体系も確立されていて、サービスの質低下の問題に合理的に対処できる反面、韓国の場合、病院単位の質管理活動の経験が初歩的であり、統計資料や国家的な支援体系も備わっておらず、質に関する問題が大きくなっても効率的に対処しにくい実情にある。
- － DRG 支払体系導入時の医療サービスの質低下による医療事故と紛争の増加も憂慮されるが、米国の場合、医療紛争に対して国家的な管理体系と医療紛争に対する賠償保険体系が構築されている反面、韓国の場合、これに対する対策が全く備わっていない。現在、医療紛争に関する社会的な安全網が構築されていない関係により、医療関係者と患者の間の直接的・物理的な摩擦と不信が深刻化している実情にあり、こうした問題がいつそう深刻化する可能性がある。

#### ⑤ 総合

- － 医療体系は各国の具体的な歴史と政治、社会、経済的産物であるといえる。
- － DRG 支払体系もやはり、米国という国の固有の特性の下に開発された制度であり、これを受け入れるに当たり、各国は国別の実情を十分な期間検討し、制限された範囲内で慎重にアプローチしている。
- － 韓国の場合、前に見たように現在 DRG 支払体系を導入した国々と比較して多くの相違点が存在し、こうした相違点は DRG 支払体系の肯定的な側面より否定的な側面を強める方向に作用しうる。したがって、こうした要因を総合的に考慮すると、DRG 支払体系を国内に導入するのは適切でない判断され、導入決定に慎重な再考が必要である。

### 第3章 DRG 試験事業参加機関の意見調査

## 第3章 DRG試験事業参加機関の意見調査

- － この章では 1997 年から実施されている DRG 支払制度試験事業に対して、医療供給者の立場ではこの制度をどのように評価しているのかを把握すべく、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を見ることにする。

### 3.1 調査目的および方法

#### 3.1.1 調査目的

- － DRG 支払制度試験事業に対して医療供給者はどのように経験し評価しているのかを把握しようとする目的で、試験事業参加医療機関を対象に郵便アンケート調査を実施した。
- － 具体的な目的は次の通りである。
  - 第 1 に、試験事業参加の動機および試験事業に対する満足度を把握する。
  - 第 2 に、DRG 支払制度の下で報酬水準の適切性を評価する。
  - 第 3 に、DRG 分類体系の合理性を評価する。
  - 第 4 に、DRG 支払制度に対する患者の評価を分析する。
  - 第 5 に、DRG 支払制度と医療サービスの質との関係を分析する。
  - 第 6 に、DRG 拡大実施による問題点および補完事項等を把握する。

#### 3.1.2 調査方法

- － 本調査対象機関は 1997 年 2 月から 2000 年 2 月まで 3 年にわたり実施された DRG 分類体系による診療費支払試験事業に参加したか現在参加している医療機関で、医院級医療機関 610 カ所、病院級医療機関 76 カ所、総合病院級医療機関 83 カ所、3 次病院級医療機関 31 カ所、計 800 機関を調査対象とした。
- － 調査方法としては、郵便調査を通じた自己記入式設問方法とし、返信用封筒を同封して作成した質問用紙を回収した。
- － 調査内容は、試験事業の参加動機および満足度、報酬水準、分類体系、患者の苦情、サービスの質、DRG 拡大実施、内科系 DRG 導入等に関する質問項目で構成した。

#### 3.1.3 分析方法

- － 計 800 の発送機関のうち 327 医療機関が設問に答え、41%の応答率を示した。医療機関種別に見ると、総合病院は 92%、3 次病院は 52%、医院 34%、病院 33%の応答率を示



す。

- したがって、最終的に分析に含まれた医療機関は医院級 210 カ所、病院級 25 カ所、総合病院級 82 カ所、3次病院級 16 カ所である。
- ただし、これら医療機関のうち総合病院 6 カ所および3次病院 6 カ所は2つ以上の診療科目が DRG に参加している場合、診療科目別に設問に重複回答し、本報告書に含まれた研究結果では、場合によってそれらを別個の応答として考慮して分析する。
- 医療機関の規模により試験事業に関する経験をどのように評価するのかを調べようと、医療機関種別により比較分析する。診療科目別評価の差についても分析しようとしたが、病院級以上の医療機関の場合、診療科目が混在する関係で明確な区分が難しく、医院級医療機関のみを対象に診療科目別比較を試みた。

表 3-1 調査対象機関

医療機関種別	応答率 (%) 回答機関数 / 発送機関数
医院	34.4 (210 カ所 / 610 カ所)
病院	32.9 (25 カ所 / 76 カ所)
総合病院	91.6 (76 カ所 / 83 カ所)
3次病院	51.6 (16 カ所 / 31 カ所)
計	40.9 (327 カ所 / 800 カ所)

## 3.2 分析結果

### 3.2.1 応答機関の診療科目分布

- 医院級医療機関の診療科目別分布を見ると、一般外科系疾患 DRG 38.10%、産婦人科疾患 DRG は約 39.50%、眼科疾患 DRG は約 22.41%が参加している (表 3-2)。

表 3-2 医院級応答機関の DRG 該当診療科目分布

診療科	小計 (%)
眼科	47 (22.4)
一般外科	80 (38.1)
産婦人科	83 (39.5)
計	210 (100.0)

### 3.2.2 応答機関の構造的特性

- － 応答した医療機関の種別分布を見ると、医院が 61.9%で応答機関中最も多い比率を占め、総合病院が 24.2%でそれに次いだ（表 3-3）。
- － 設立形態別分布を見ると、個人医療機関が最も多い比率を占め、学校法人が 2 番目に高い比率を占めた。
- － 病床規模別分布を見ると、30 病床以下が 61.3%で過半数を占めており、300 病床以下の医療機関をすべて含めると、応答医療機関の 80.5%を占め、大部分の参加医療機関が医院または中小病院に該当することがわかる。

表 3-3 応答機関の構造的特性

特性		カ所 (%)	
医療機関種別	医院	210	(61.9)
	病院	25	(7.4)
	総合病院	82	(24.2)
	3 次病院	22	(6.5)
設立形態	個人	232	(69.7)
	医療法人	31	(9.3)
	学校法人	41	(12.3)
	国公立	2	(0.6)
	公社	7	(2.1)
	財団法人	17	(5.1)
	特殊法人	2	(0.6)
	その他	1	(0.3)
病床数	30 病床以下	204	(61.3)
	31～50 病床以下	4	(1.2)
	51～100 病床以下	15	(4.5)
	101～300 病床以下	45	(13.5)
	301～500 病床以下	25	(7.5)
	501 病床以上	40	(12.0)
	計	333	(100.0)

- － 年度別試験事業参加分布を見ると、種別に関係なく 3 次試験事業にのみ参加した比率が最も高く、特に医院の場合、その比率が 1、2 次試験事業参加率に比べて圧倒的に高かった（表 3-4）。

表 3-4 試験事業参加分布

単位：カ所（%）

参加試験事業	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
3次	151 (73.30)	11 (45.83)	33 (41.25)	9 (42.86)	204 (61.63)
2、3次	47 (22.82)	6 (25.00)	31 (38.75)	6 (28.57)	90 (27.19)
1、2、3次	8 (3.88)	7 (29.17)	16 (20.00)	6 (28.57)	37 (11.18)
計	206 (100.00)	24 (100.00)	80 (100.00)	21 (100.00)	331 (100.00)

- － また、医院級医療機関で参加率を診療科別に見ると、3次試験事業にのみ参加した比率が相対的に眼科で最も高かった（表 3-5）。

表 3-5 医院級機関の診療科別試験事業参加分布

単位：カ所（%）

参加試験事業	眼科	一般外科	産婦人科	総合
3次	36 (78.26)	56 (72.73)	59 (71.08)	151 (73.30)
2、3次	10 (21.74)	18 (23.38)	19 (22.89)	47 (22.82)
1、2、3次	-	3 (3.90)	5 (6.02)	8 (3.88)
計	46 (100.00)	77 (100.00)	83 (100.00)	206 (100.00)

- － 以上の結果を総合すると、DRG 試験事業参加機関の半数以上が試験事業最後の年度に参加し始め、1年未満しか経験を有していないことが分かる。

### 3.3 試験事業参加の動機および満足度

#### 3.3.1 試験事業の参加動機

- － 試験事業の参加動機を調査した結果、医院および病院、総合病院の場合「診療費請求の簡便」を最も多く答えた。その次に、医院の場合「収益改善」を、病院の場合「患者との摩擦減少および本事業の拡大に備えて」、総合病院の場合「政府の要請」のためと答えた。しかし、3次病院の場合「政府の要請」のためと答えたケースが 48.15%で最も多かった（表 3-6）。

表 3-6 試験事業参加動機分布

単位：カ所（%）

	医院	病院	総合病院 <sup>1)</sup>	3次病院 <sup>1)</sup>	計
収益改善	66 (23.32)	5 (14.29)	16 (15.09)	1 (3.70)	88 (19.51)
患者との摩擦減少	45 (15.90)	6 (17.14)	14 (13.21)	1 (3.70)	66 (14.64)
診療費削減減少	38 (13.43)	2 (5.71)	11 (10.38)	3 (11.12)	54 (11.97)
診療費請求の簡便	89 (31.45)	8 (22.86)	21 (19.81)	3 (11.12)	121 (26.83)
政府の要請	5 (1.77)	3 (8.57)	18 (16.98)	13 (48.15)	39 (8.65)
周りの勧め	11 (3.89)	1 (2.86)	1 (0.94)	1 (3.70)	14 (3.10)
本事業の拡大に備えて	13 (4.59)	6 (17.14)	11 (10.38)	1 (3.70)	31 (6.87)
その他	16 (5.65)	4 (11.43)	14 (13.21)	4 (14.81)	38 (8.43)
計	283 (100.00)	35 (100.00)	106 (100.00)	27 (100.00)	451 (100.00)

<sup>1)</sup> 重複回答した結果である。

- 一 医院級医療機関の場合、診療科目別に試験事業参加の動機を比較してみると、眼科と産婦人科で「診療費請求の簡便」を相対的に多く答えた。そのほか、眼科と一般外科は「収益改善」を選び、産婦人科は「収益改善」と併せて「患者との摩擦減少」を参加動機に選んだ（表 3-7）。
- 一 したがって、参加動機を総合すると、診療費請求の簡便性に対する期待が共通した動機といえ、その他の動機において医療機関の規模により多少差のあることが分かる。すなわち、病院・医院級は「収益改善」に対する期待を持つ半面、3次医療機関は政府の要請等外的理由によって参加する場合が大部分であった。
- 一 また試験事業によって直接的な便益を期待しないにもかかわらず、試験事業に参加した機関が 30%に達した。これは特に政府の要請や周りの勧め、本事業の拡大に備えて等、防衛的な目的または外的条件によって受動的に参加した場合と見ることができる。

表 3-7 医院級診療科別試験事業参加動機分布

単位：カ所（%）

	眼科	一般外科	産婦人科	計
収益改善	17 (27.42)	28 (25.00)	21 (19.44)	66 (23.32)
患者との摩擦減少	7 (11.29)	18 (16.07)	20 (16.07)	45 (15.90)
診療費削減減少	5 (8.06)	14 (12.50)	18 (16.67)	38 (13.43)
診療費請求の簡便	23 (37.10)	31 (27.68)	35 (32.41)	89 (31.45)
政府の要請	3 (4.84)	2 (1.79)	-	5 (1.77)
周りの勧め	2 (3.23)	5 (4.46)	4 (3.70)	11 (3.89)
本事業の拡大に備えて	4 (6.45)	5 (4.46)	4 (3.70)	13 (4.59)
その他	1 (1.61)	9 (8.04)	6 (5.56)	16 (5.65)
計	62 (100.00)	112 (100.00)	108 (100.00)	283 (100.00)

## 3.3.2 試験事業に対する満足度

- 一 試験事業に対する満足度を医療機関種別に比較してみると、35.54%が試験事業に対して「不満足」だと答えて、「満足する」と答えた比率より高く、医院や病院級に比べて総合病院や3次病院の不満足度がさらに高く現れる（表 3-8）。

表 3-8 試験事業に対する満足度

単位：カ所（%）

	医院	病院	総合病院	3次病院	計
満足	45 (21.84)	4 (16.00)	10 (12.35)	1 (5.00)	60 (18.07)
普通	103 (50.00)	11 (44.00)	32 (39.50)	8 (40.00)	154 (46.39)
不満足	58 (28.16)	10 (40.00)	39 (48.15)	11 (55.00)	118 (35.54)
計	206 (100.00)	25 (100.00)	81 (100.00)	20 (100.00)	332 (100.00)

- 一 一方、医院の場合、診療科別に試験事業に対する満足度を見ると、相対的に一般外科と産婦人科の不満足の比率が眼科に比べて高かった（表 3-9）。

表 3-9 医院級機関の診療科別試験事業に対する満足度

単位：カ所（%）

	眼科	一般外科	産婦人科	計
満足	12 (25.53)	20 (25.97)	13 (15.85)	45 (21.84)
普通	23 (48.94)	34 (44.16)	46 (56.10)	103 (50.00)
不満足	12 (25.53)	23 (29.87)	23 (28.05)	58 (28.16)
計	47 (100.00)	77 (100.00)	82 (100.00)	206 (100.00)

### 3.3.3 試験事業満足理由

- 一 DRG 試験事業に対して満足すると答えた医療機関を対象に、その理由を調査した結果、医院、病院、総合病院とも「請求および受領の簡便」を最も多く答えた（表 3-10）。

表 3-10 試験事業に満足する理由

単位：カ所（%）

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
報酬が高いから	23 (23.96)	2 (16.67)	9 (33.34)	-	34 (25.00)
削減減少	14 (14.58)	3 (25.00)	2 (7.41)	-	19 (13.97)
請求および受領の簡便	41 (42.71)	5 (41.67)	14 (51.85)	1 (100.00)	61 (44.85)
診療の質の改善	5 (5.21)	1 (8.33)	-	-	6 (4.41)
患者の満足増加	10 (10.42)	1 (8.33)	1 (3.70)	-	12 (8.83)
その他	3 (3.12)	-	1 (3.70)	-	4 (2.94)
計	96 (100.00)	12 (100.00)	27 (100.00)	1 (100.00)	136 (100.00)

- 一 医院の場合、試験事業に対して満足する理由を診療科別に見ると、産婦人科で相対的に「請求および受領手続きの簡便」を多く答え、眼科の場合「報酬が高いから」と答えた場合も 35.29%で他の診療科目に比べて多かった（表 3-11）。

表 3-11 医院級機関の診療科別試験事業に満足する理由

単位：カ所（%）

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
報酬が高いから	6 (35.29)	11 (23.40)	6 (18.75)	23 (23.96)
削減減少	2 (11.76)	6 (12.77)	6 (18.75)	14 (14.58)
請求および受領の簡便	7 (41.18)	18 (38.30)	16 (50.00)	41 (42.71)
診療の質の改善	2 (11.77)	3 (6.38)	-	5 (5.21)
患者の満足増加	-	7 (14.89)	3 (9.37)	10 (10.42)
その他	-	2 (4.26)	1 (3.13)	3 (3.13)
計	17 (100.00)	47 (100.00)	32 (100.00)	96 (100.00)

### 3.3.4 試験事業に不満足な理由

- 一 試験事業に不満足な理由を医療機関種別に分析した結果、医院、病院の場合「過度な資料要求」を不満足の原因として最も多く答え、総合病院、3次病院は「不十分な報酬」を不満足の原因として最も多く答えた。このほかに「許容非給付の狭さ」等を不満足の原因として答えた（表 3-12）。

表 3-12 試験事業不満足理由

単位：カ所（%）

	医院	病院	総合病院	3次病院 <sup>1)</sup>	総合
不十分な報酬	38 (23.74)	5 (18.52)	24 (26.37)	8 (34.78)	75 (24.93)
過度な資料要求	48 (30.00)	8 (29.63)	21 (23.08)	2 (8.70)	79 (26.25)
請求および受領手続きが複雑	4 (2.50)	-	4 (4.41)	-	8 (2.66)
許容非給付の狭さ	25 (15.62)	6 (22.22)	16 (17.58)	4 (17.39)	51 (16.94)
患者の不満足増加	1 (0.63)	-	7 (7.69)	2 (8.70)	10 (3.32)
医療事故の危険増加	1 (0.63)	-	4 (4.40)	1 (4.35)	6 (1.99)
重症度分類の不満足	13 (8.13)	5 (18.52)	5 (5.49)	1 (4.35)	24 (7.97)
診療の質低下	12 (7.50)	2 (7.41)	5 (5.49)	1 (4.35)	20 (6.64)
その他	18 (11.25)	1 (3.70)	5 (5.49)	4 (17.38)	28 (9.30)
計	160 (100.00)	27 (100.00)	91 (100.00)	23 (100.00)	301 (100.00)

<sup>1)</sup> 重複回答した結果である。

- 一 一方、医院級医療機関を対象に試験事業に満足しない理由を診療科別に分析した結果、眼科と産婦人科の場合「過度な資料要求」を最も多く答え、一般外科の場合「許容非

給付の狭さ」を最も多く答えた。一方、産婦人科の場合「不十分な報酬」に対する不満足が他の診療科に比べて相対的に多かった（表 3-13）。

表 3-13 医院級機関の診療科別不満足理由

単位：カ所（%）

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
不十分な報酬	10 (5.44)	12 (10.08)	16 (21.33)	38 (10.06)
過度な資料要求	64 (34.78)	18 (15.13)	24 (32.00)	106 (28.05)
請求および受領手続きが複雑	21 (11.42)	-	2 (2.67)	23 (6.08)
許容非給付の狭さ	43 (23.37)	71 (59.67)	14 (18.67)	128 (33.86)
患者の不満足の増加	-	1 (0.84)	-	1 (0.26)
医療事故の危険の増加	1 (0.54)	-	-	1 (0.26)
重症度分類の不満足	21 (11.41)	5 (4.20)	6 (8.00)	32 (8.47)
診療の質低下	3 (1.63)	5 (4.20)	4 (5.33)	12 (3.17)
その他	21 (11.41)	7 (5.88)	9 (12.00)	37 (9.79)
計	184 (100.00)	119 (100.00)	75 (100.00)	378 (100.00)

一 これ以外に試験事業に満足しない理由として、開放型質問に対する応答事例を見ると、次の通りである。

- DRG 以外の疾病で患者が治療や手術を要求する場合、報酬が低いために診療しにくい（特に入院したついでに他の疾患も治療を受けようとする時、診療しにくい）
- 報酬が設定された基準が正確に分からず、患者に正確な説明ができない。
- 医師の診療自律性の侵害
- 新たな医学技術を試みることにに対する補償が不備なために、診療に適用しにくい。
- 隔離しなければならない法定伝染病患者の補償の不備

### 3.3.5 総合

- 一 以上の結果を総合すると、DRG 試験事業参加機関の大部分は、診療費請求業務の利便性等を理由に試験事業に参加したもので、特に総合病院と 3 次病院の場合、自発的な参加よりは政府の要請等によって受動的に試験事業に参加したことが明らかになる。
- 一 また、今後の全国拡大に備える次元から参加するという防御的態度を示す場合まで含めると、30%程度の医療機関は試験事業で一定の便益を期待する積極的立場よりは、不



可避的な状況で消極的立場から試験事業に参加するものと判断される。

- － 試験事業に対する満足度を調査した結果、満足な医療機関に比べて不満足な医療機関が相対的に多く、大部分が留保的または不満足だという評価を示している。特に総合病院と3次病院の不満足率が高く、医院の場合、眼科や産婦人科に比べて一般外科の不満足率が高かったが、留保的態度を含めると、産婦人科の満足度が最も低かった。
- － 試験事業に対して満足していると答えた医療機関は、満足の理由として請求および受領の簡便を選んだ半面、不満足であると答えた医療機関の大部分は「過度の資料要求」と「不十分な報酬」、「許容非給付の狭さ」等を上げた。特に総合病院と3次病院の場合「不十分な報酬」に対する不満足率が高く、これは相対的に軽重度の高い患者の構成が高い総合病院と3次病院に対する補償が適切になされていないことを示唆するものといえる。

### 3.4 DRG 報酬水準に対する意見

#### 3.4.1 試験事業期間の報酬水準の変化に対する意見

- － 試験事業が進む間、DRG 報酬水準の変化に対して評価した時、医療機関種別に関係なく、大部分の医療機関で行為別報酬に近づいたり、低くなったと答えた場合が最も多かった（表 3-14）。

表 3-14 試験事業期間の DRG 報酬水準に対する意見

単位：カ所（%）

	医院		病院		総合病院		3次病院		総合	
高くなる	1	(0.56)	0	(0.00)	4	(5.19)	1	(5.88)	6	(2.03)
行為別報酬に近づく	94	(52.51)	12	(54.55)	38	(49.35)	10	(58.82)	154	(52.20)
低くなる	55	(30.73)	7	(31.82)	30	(38.96)	5	(29.41)	97	(32.88)
その他	29	(16.20)	3	(13.64)	5	(6.49)	1	(5.88)	38	(12.88)
計	179	(100.00)	22	(100.00)	77	(100.00)	17	(100.00)	295	(100.00)

- － また、医院級医療機関で診療科目によって比較した時、眼科、一般外科、産婦人科の順で試験事業の間の DRG 報酬水準が低くなったと答えた（表 3-15）。

表 3-15 医院級機関の診療科別試験事業期間の DRG 酬価水準に対する意見

単位：カ所 (%)

	眼科		一般外科		産婦人科		総合	
高くなる	0	(0.00)	1	(1.52)	0	(0.00)	1	(0.56)
行為別酬価に近づく	26	(56.52)	30	(45.45)	38	(56.72)	94	(52.51)
低くなる	17	(36.96)	22	(33.33)	16	(23.88)	55	(30.73)
その他	3	(6.52)	13	(19.70)	13	(19.40)	29	(16.20)
計	46	(100.00)	66	(100.00)	67	(100.00)	179	(100.00)

### 3.4.2 今後の DRG 酬価水準の変化に対する意見

- 今後全国的に拡大された時の DRG 酬価水準を展望した時、81.2%の医療機関が行為別酬価より低くなったり、これに近づくであろうと答え、悲観的展望を持っていることが明らかになった（表 3-16）。

表 3-16 今後の本事業の DRG 酬価水準の変化の方向に対する意見

単位：カ所 (%)

	医院		病院		総合病院		3次病院		総合	
行為別酬価より低くなる	80	(38.83)	11	(44.00)	44	(54.32)	12	(66.67)	147	(44.55)
行為別酬価水準に近づく	79	(38.35)	10	(40.00)	29	(35.80)	3	(16.67)	121	(36.67)
低くなるが行為別酬価より高い水準になる	13	(6.31)	1	(4.00)	3	(3.70)	-	-	17	(5.15)
試験事業水準維持	16	(7.77)	1	(4.00)	1	(1.24)	-	-	18	(5.45)
引き続き上昇	2	(0.97)	1	(4.00)	2	(2.47)	1	(5.55)	6	(1.82)
分からない	16	(7.77)	1	(4.00)	2	(2.47)	2	(11.11)	21	(6.36)
計	206	(100.00)	25	(100.00)	81	(100.00)	18	(100.00)	330	(100.00)

- 医院級医療機関を対象に診療科目別に今後の酬価水準を展望した時、産婦人科や一般外科に比べて眼科で、DRG 酬価水準が行為別酬価より低くなったり近づくであろうと答えた比率が相対的に多かった（表 3-17）。

表 3-17 今後の本事業の DRG 酬価水準の変化の方向に対する医院級機関の意見

単位：カ所 (%)

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
行為別酬価より低くなる	25 (53.19)	26 (33.77)	29 (35.37)	80 (38.83)
行為別酬価水準に近づく	16 (34.04)	31 (40.26)	32 (39.02)	79 (38.35)
低くなるが行為別酬価より高い水準になる	3 (6.38)	4 (5.19)	6 (7.31)	13 (6.31)
試験事業水準維持	1 (2.13)	7 (9.09)	8 (9.76)	16 (7.77)
引き続き上昇	0 (0.00)	1 (1.30)	1 (1.22)	2 (0.97)
分からない	2 (4.26)	8 (10.39)	6 (7.32)	16 (7.77)
計	47 (100.00)	77 (100.00)	82 (100.00)	206 (100.00)

### 3.4.3 総合

- － DRG 酬価水準の変化に対する医療機関の意見を調査した結果、試験事業期間の DRG 酬価水準は、既存の行為別酬価水準とほとんど同じか低くなったと答えた医療機関が全応答機関の約 85%を占めた。特に、現行の行為別酬価より低くなったと答えた医療機関も 32.88%に達した。
- － これは試験事業設計時の行為別酬価水準より平均 10%以上の水準で DRG 基準酬価を策定し、試験事業評価結果でも 10%以上収益が増大したと報告したことと多少差がある。
- － 今後、本事業に拡大実施する時の酬価水準の変化を展望した時、やはり大部分の医療機関が現行酬価水準とほとんど同じか低くなるであろうと答え、悲観的に予想していることが分かる。
- － こうした結果は、主観的な応答結果であるために信頼性を評価するのは難しいが、医療現場で多様な診療状況が考慮された現場の評価という点では、より深い検討が必要であると判断される。
- － また、現在の試験事業に対する酬価水準や今後の見通しに対する医療機関の悲観的な評価は、福祉部が打ち出した適正酬価水準の保障という立場と医療界の立場に相当な差が存在していることを示唆する。
- － したがって、DRG 支払制度妥当性の鍵ともいえる適正酬価水準をめぐる多くの議論が提起されるものと予想され、医療界の悲観的な見通しを払拭させることのできる客観性のある資料や政策意志が可視化されない限り、制度実施に関連する反発を解消するのは難しいものと判断される。

### 3.5 DRG 分類体系に対する意見

#### 3.5.1 現行 DRG 分類方式に対する意見

- － 現行 DRG 分類方式に対して 91.67%の医療機関が「改善が必要である」と答えた半面、「問題ない」と答えた医療機関は全調査対象機関の 2.77%に止まった（表 3-18）。

表 3-18 現行 DRG 分類方式に対する意見

単位：カ所（%）

	医院		病院		総合病院		3次病院		総合	
問題ない	7	(3.47)	1	(4.17)	1	(1.25)	0	(0.00)	9	(2.77)
改善が必要	179	(88.61)	22	(91.66)	79	(98.75)	17	(94.44)	297	(91.67)
よく分からない	16	(7.92)	1	(4.17)	0	(0.00)	1	(5.56)	18	(5.56)
計	202	(100.00)	24	(100.00)	80	(100.00)	18	(100.00)	324	(100.00)

- － 医院級機関の場合、診療科別に現行 DRG 分類方式に対する意見を調査した結果、「改善が必要である」という意見が多数であり、特に産婦人科で「改善が必要である」と答えた比率が 93.75%と最も高い（表 3-19）。

表 3-19 医院級機関の診療科別現行 DRG 分類方式に対する意見

単位：カ所（%）

	眼科		一般外科		産婦人科		総合	
問題ない	3	(6.97)	2	(2.53)	2	(2.50)	7	(3.47)
改善が必要	35	(81.40)	69	(87.34)	75	(93.75)	179	(88.61)
よく分からない	5	(11.63)	8	(10.13)	3	(3.75)	16	(7.92)
計	43	(100.00)	79	(100.00)	80	(100.00)	202	(100.00)

#### 3.5.2 疾病重症度別報酬の差に対する意見

- － 同一の DRG 内で重症度別報酬の差に対する意見を調査した結果、全調査対象機関の約 65.5%が「重症度間の報酬の差があまりに小さい」と答え、こうした意見は総合病院と 3次病院で圧倒的に多かった（表 3-20）。