

表 3-20 DRG 内重症度間の酬価の差に対する意見

単位：カ所 (%)

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
小さすぎる	109 (54.77)	12 (50.00)	75 (93.75)	15 (78.95)	211 (65.53)
適当である	19 (9.55)	9 (37.50)	2 (2.50)	1 (5.26)	31 (9.63)
大きすぎる	9 (4.52)	-	1 (1.25)	-	10 (3.11)
よく分からない	62 (31.16)	3 (12.50)	2 (2.50)	3 (15.79)	70 (21.74)
計	199 (100.00)	24 (100.00)	80 (100.00)	19 (100.00)	322 (100.00)

- 一 医院級医療機関の診療科目別比較では、産婦人科の 69.2%が重症度間の酬価の差が小さいと答え、相対的に他の診療科目と比べてこれに対する応答比率が高かった(表3-21)。

表 3-21 医院級機関の診療科別 DRG 内重症度酬価差に対する意見

単位：カ所 (%)

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
小さすぎる	19 (43.18)	36 (46.75)	54 (69.23)	109 (54.77)
適当である	4 (9.09)	11 (14.29)	4 (5.13)	19 (9.55)
大きすぎる	4 (9.09)	4 (5.19)	1 (1.28)	9 (4.52)
よく分からない	17 (38.64)	26 (33.77)	19 (24.36)	62 (31.16)
計	44 (100.00)	77 (100.00)	78 (100.00)	199 (100.00)

3.5.3 試験事業に適用された年齢基準に対する意見

- 一 現行試験事業で DRG 分類に使われている年齢基準の適切性に関して意見を調査した結果、41.45%が不適切であると答え、特に病院級以上の医療機関でこうした応答比率が高かった(表3-22)。

表 3-22 試験事業に適用している年齢基準に対する意見

単位：カ所 (%)

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
適当	42 (28.19)	4 (18.18)	13 (17.57)	4 (22.22)	63 (23.95)
不適当	39 (26.17)	14 (63.64)	48 (64.86)	8 (44.45)	109 (41.45)
よく分からない	68 (45.64)	4 (18.18)	13 (17.57)	6 (33.33)	91 (34.60)
計	149 (100.00)	22 (100.00)	74 (100.00)	18 (100.00)	263 (100.00)

- また医院の場合、一般外科系疾患 DRG に参加する医院が眼科系および産婦人科系疾患 DRG に参加する医院に比べて、試験事業に適用された年齢基準が不相当であると答えた比率が高かった（表 3-23）。これは、一般外科の場合、脱腸等小児年齢基準を実際に適用されているためであるものと判断される。

表 3-23 試験事業に適用された年齢基準に対する医院級医療機関の意見

単位：カ所（%）

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
適当	12 (38.71)	19 (28.79)	11 (21.15)	42 (28.19)
不相当	4 (12.90)	25 (37.88)	10 (19.23)	39 (26.17)
よく分からない	15 (48.39)	22 (33.33)	31 (59.62)	68 (45.64)
計	31 (100.00)	66 (100.00)	52 (100.00)	149 (100.00)

3.5.4 総合

- 以上の結果を総合すると、現行 DRG 分類方式に対して、大部分の医療機関が問題がありこれを改善する必要があるという意見を提示していた。特に、総合病院と 3 次病院で改善すべきであるという意見が多く、医院の場合、眼科と一般外科に比べて産婦人科で改善すべきであるという意見が多かった。
- 同一の DRG 内における重症度間の酬価の差に対しても、大部分の医療機関が酬価の差が小さすぎると答え、疾患の重症度が酬価水準に適切に反映されていないと評価していた。これは、今後酬価水準が現行の構造で定着する場合、重症度の重い患者を忌避する弊害がもたらされる可能性のあることを示唆する。
- また、試験事業期間に適用された年齢基準に対しても、大部分の医療機関が不相当であると答え、特に一般外科の場合、これに対する不満が大きく、今後これに対する検討が必要であると思料される。

3.6 DRG 支払制度とサービスの質に対する意見

3.6.1 試験事業中の試験事業に関連する医療事故の経験

- 試験事業中の医療事故の経験について調査した結果、医療事故が発生したり発生する危険があったと答えたケースが 8.7%であった（表 3-24）。
- 医療事故が発生したり発生する危険があった理由については、医院の場合「無理な診療材料の削減」と答えた場合が最も多く、病院級以上の医療機関では「無理な在院日

数の短縮」のためと答えた。

表 3-24 試験事業中の試験事業に関連する医療事故の経験

単位：カ所 (%)

		医院	病院	総合病院	3次病院	総合
経験	ない	187 (91.22)	23 (92.00)	68 (90.67)	17 (94.44)	295 (91.33)
	ある	11 (5.37)	1 (4.00)	1 (1.33)	1 (5.56)	14 (4.33)
	あるところだった	7 (3.41)	1 (4.00)	6 (8.00)	-	14 (4.33)
原因	無理な在院日数の短縮	7 (20.01)	2 (50.00)	7 (30.43)	1 (33.3)	17 (26.15)
	無理な薬剤の削減	6 (17.14)	-	3 (13.04)	1 (33.3) ¹⁾	10 (15.38)
	無理な検査の縮小	4 (11.43)	1 (25.00)	4 (17.40)	-	9 (13.85)
	無理な診療材料の削減	9 (25.71)	-	2 (8.70)	1 (33.3) ¹⁾	12 (18.46)
	その他	9 (25.71)	1 (25.00)	7 (30.43)	-	17 (26.15)

¹⁾ 重複回答した結果である。

- 医院級機関の場合、診療科別に医療事故の経験の有無を調査した結果、眼科系疾患 DRG に参加した医院が、外科、産婦人科系疾患 DRG に参加した医院に比べて相対的に経験率が高かった。
- 医療事故発生原因としては、眼科の場合「無理な診療材料の削減」を、外科の場合「無理な薬剤の削減」を、産婦人科の場合「無理な在院日数の短縮」と「無理な診療材料の削減」等を選んだ（表 3-25）。

表 3-25 医院級機関の試験事業に関連する医療事故の経験

単位：カ所 (%)

		眼科	一般外科	産婦人科	総合
経験	ない	40 (88.89)	73 (92.41)	74 (91.36)	187 (91.22)
	ある	2 (4.44)	3 (3.80)	6 (7.41)	11 (5.37)
	あるところだった	3 (6.67)	3 (3.80)	1 (1.23)	7 (3.41)
原因	無理な在院日数の短縮	1 (12.50)	3 (23.08)	3 (21.43)	7 (20.00)
	無理な薬剤の削減	-	4 (30.77)	2 (14.29)	6 (17.14)
	無理な検査の縮小	1 (12.50)	1 (7.69)	2 (14.29)	4 (11.43)
	無理な診療材料の削減	4 (50.00)	3 (23.08)	3 (21.43)	9 (25.71)
	その他	2 (25.00)	3 (23.08)	4 (28.57)	9 (25.71)

1) 重複回答した結果である。

3.6.2 DRG 支払制度が医療事故発生に及ぼす影響

- DRG 支払制度が医療事故の発生に及ぼす影響について意見を調査した結果、40%の医療機関で発生の危険が増加するであろうと答え、総合病院級医療機関で最も多くそう答えた（表 3-26）。

表 3-26 DRG 支払制度が医療事故発生に及ぼす影響

単位：カ所 (%)

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
発生の危険増加	70 (34.65)	11 (44.00)	40 (50.63)	8 (42.11)	129 (39.69)
特に差がない	131 (64.85)	14 (56.00)	38 (48.10)	11 (57.89)	194 (59.69)
発生の危険減少	1 (0.50)	-	1 (1.27)	-	2 (0.62)
計	202 (100.00)	25 (100.00)	79 (100.00)	19 (100.00)	325 (100.00)

- 医院級医療機関で診療科目別に意見調査をした結果、産婦人科で 7.41%の医療機関が DRG 支払制度によって医療事故発生の危険が増加するであろうと答え、眼科や一般外科に比べて高い応答率を示した。（表 3-27）。

表 3-27 DRG 支払制度が医療事故発生に及ぼす影響に対する診療科目別意見の比較

単位：カ所 (%)

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
発生の危険増加	2 (4.44)	3 (3.80)	6 (7.41)	11 (5.37)
特に差がない	40 (88.89)	73 (92.40)	74 (91.36)	187 (91.22)
発生の危険減少	3 (6.67)	3 (3.80)	1 (1.23)	7 (3.41)
計	45 (100.00)	79 (100.00)	81 (100.00)	205 (100.00)

3.6.3 試験事業に関連する再入院、再手術の経験

- 一 試験事業に関連して再入院、再手術の経験があるかについて調査した結果、24%でこうした経験があると答え、特に病院級以上の医療機関でこれに対する応答率が高かった（表 3-28）。

表 3-28 試験事業関連再入院、再手術経験

単位：カ所 (%)

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
無	164 (82.83)	14 (63.64)	45 (64.29)	11 (64.71)	234 (76.22)
有	34 (17.17)	8 (36.36)	25 (35.71)	6 (35.29)	73 (23.78)
計	198 (100.00)	22 (100.00)	70 (100.00)	17 (100.00)	307 (100.00)

- 一 医院級医療機関で診療科目別に比較すると、試験事業に関連して再入院または再手術の経験があると答えたケースは、眼科が 26.09%で最も多く、その次に一般外科、産婦人科の順であった（表 3-29）。

表 3-29 医院級医療機関の試験事業関連再入院、再手術経験

単位：カ所 (%)

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
無	34 (73.91)	63 (81.82)	67 (89.33)	164 (82.83)
有	12 (26.09)	14 (18.18)	8 (10.67)	34 (17.17)
計	46 (100.00)	77 (100.00)	75 (100.00)	198 (100.00)

3.6.4 試験事業中の質低下事例

- 一 試験事業中の質低下に関する経験を調査した結果、47.1%で医療の質低下に関する経験

があると答え、特に総合病院級以上の医療機関で応答比率が相対的に高かった(表3-30)。

表 3-30 試験事業参加中の医療サービスの質低下事例

単位：カ所 (%)

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
無	107 (59.44)	12 (54.55)	29 (40.28)	6 (35.29)	154 (52.92)
有	73 (40.56)	10 (45.45)	43 (59.72)	11 (64.71)	137 (47.08)
計	180 (100.00)	22 (100.00)	72 (100.00)	17 (100.00)	291 (100.00)

- 医院級医療機関で診療科目別に比較した時、眼科、産婦人科、一般外科の順で質低下に関する経験を答えた(表3-31)。

表 3-31 医院級医療機関の試験事業中の医療サービスの質低下事例

単位：カ所 (%)

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
無	19 (46.34)	48 (69.57)	40 (57.14)	107 (59.44)
有	22 (53.66)	21 (30.43)	30 (42.86)	73 (40.56)
計	41 (100.00)	69 (100.00)	70 (100.00)	180 (100.00)

3.6.4 DRG 支払制度が医療の質に及ぼす影響に対する意見

- DRG 支払制度が医療の質に及ぼす影響を単純疾患と重症疾患、外科系疾患と内科系疾患に分けて調査した結果、単純疾患の場合、外科系で過半数の医療機関が質が低下するであろうと答え、重症疾患の場合には外科系と内科系ともに質低下を誘発するであろうと答えた(表3-30)。
- 特に、3次病院でDRG 支払制度が質の低下を誘発するであろうと答えた比率(71.43~90.91%)が他の医療機関に比べて相対的に高かった。
- 疾患軽重度により差があったが、単純疾患に比べて重症疾患であるほど質低下の可能性に関する応答比率が高かった。

表 3-32 DRG 支払制度が医療の質に及ぼす影響

単位：カ所 (%)

区分		医院	病院	総合病院	3次病院	総合	
単純疾患	外科系	質向上に役立つ	14 (7.14)	2 (8.70)	11 (13.58)	2 (10.53)	29 (9.09)
		特に影響なし	92 (46.94)	8 (34.78)	26 (32.10)	2 (10.53)	128 (40.13)
		質低下を誘発	90 (45.92)	13 (56.52)	44 (54.32)	15 (78.94)	162 (50.78)
	内科系	質向上に役立つ	8 (4.37)	1 (4.17)	9 (11.11)	2 (10.53)	20 (6.51)
		特に影響なし	70 (38.25)	4 (16.66)	18 (22.22)	2 (10.53)	94 (30.62)
		質低下を誘発	105 (57.38)	19 (79.17)	54 (66.67)	15 (78.94)	193 (10.53)
重症疾患	外科系	質向上に役立つ	5 (4.96)	2 (9.52)	6 (10.00)	-	13 (6.74)
		特に影響なし	49 (48.52)	7 (33.34)	19 (31.67)	2 (18.18)	77 (39.90)
		質低下を誘発	47 (46.53)	12 (57.14)	35 (58.33)	9 (58.33)	103 (53.36)
	内科系	質向上に役立つ	5 (5.05)	1 (4.76)	6 (10.34)	-	12 (6.35)
		特に影響なし	43 (43.43)	4 (19.05)	12 (20.69)	1 (9.09)	60 (31.75)
		質低下を誘発	51 (51.52)	16 (76.19)	40 (68.97)	10 (90.91)	117 (61.90)

- 一 医院級医療機関で診療科目別に比較した時、眼科で相対的に質低下に関する可能性が高いと答える (表 3-33)。

表 3-33 DRG 支払制度が医療の質に及ぼす影響に対する医院級医療機関の意見

単位：カ所 (%)

区分		眼科	一般外科	産婦人科	総合	
単純疾患	外科系	質向上に役立つ	2 (4.76)	8 (10.52)	4 (5.13)	14 (7.14)
		特に影響なし	15 (35.72)	39 (51.32)	38 (48.72)	92 (46.94)
		質低下を誘発	25 (59.52)	29 (38.16)	36 (46.15)	90 (45.92)
	内科系	質向上に役立つ	2 (5.13)	3 (4.23)	3 (4.11)	8 (4.37)
		特に影響なし	13 (33.33)	28 (39.44)	29 (39.73)	70 (38.25)
		質低下を誘発	24 (61.54)	40 (56.33)	41 (56.16)	105 (57.38)
重症疾患	外科系	質向上に役立つ	-	2 (4.44)	3 (5.56)	5 (4.95)
		特に影響なし	2 (100.00)	21 (46.67)	26 (48.14)	49 (48.52)
		質低下を誘発	-	22 (48.89)	25 (46.30)	47 (46.53)
	内科系	質向上に役立つ	-	2 (4.44)	3 (5.26)	5 (5.05)
		特に影響なし	-	18 (40.00)	25 (46.30)	43 (43.43)
		質低下を誘発	-	25 (55.56)	26 (48.14)	51 (51.52)

3.6.5 DRG 支払制度が医学の発展に及ぼす影響

- DRG 支払制度が医学の発展に及ぼす影響については、58.4%の医療機関が「DRG 支払制度が医学の発展を阻害するであろう」と答え、病院級と総合病院級で相対的に高い応答を示した（表 3-34）。

表 3-34 DRG 支払制度が医学の発展に及ぼす影響

単位：カ所（%）

	医院		病院		総合病院		3次病院		総合	
医学の発展に阻害	107	(53.23)	18	(75.00)	53	(68.83)	10	(50.00)	188	(58.38)
影響なし	38	(18.91)	2	(8.33)	17	(22.07)	6	(30.00)	63	(19.56)
費用効果的医療技術の発展を促進	22	(10.95)	1	(4.17)	2	(2.60)	2	(10.00)	27	(8.39)
よく分からない	29	(14.42)	2	(8.33)	3	(3.90)	1	(5.00)	35	(10.87)
その他	5	(2.49)	1	(4.17)	2	(2.60)	1	(5.00)	9	(2.80)
計	201	(100.00)	24	(100.00)	77	(100.00)	20	(100.00)	322	(100.00)

- 医院級医療機関で診療科目別に比較した時、眼科、産婦人科、一般外科の順に DRG 支払制度によって医学の発展が阻害されるであろうと答えた（表 3-35）。

表 3-35 医院級医療機関の診療科別 DRG 支払制度が医学の発展に及ぼす影響

単位：カ所（%）

	眼科		一般外科		産婦人科		総合	
医学の発展に阻害	30	(66.67)	32	(41.03)	45	(57.69)	107	(53.23)
影響なし	3	(6.67)	19	(24.36)	16	(20.51)	38	(18.91)
費用効果的医療技術の発展を促進	8	(17.78)	9	(11.54)	5	(6.41)	22	(10.95)
よく分からない	3	(6.67)	16	(20.51)	10	(12.82)	29	(14.43)
その他	1	(2.22)	2	(2.56)	2	(2.56)	5	(2.49)
計	45	(100.00)	78	(100.00)	78	(100.00)	201	(100.00)

3.6.6 総合

- 大部分の医療機関が第 3 次年度に試験事業に参加したため、相対的に試験事業の経験が短いにもかかわらず、8.7%に達する医療機関が医療事故にあたりあいそうであった経験があり、24%が再手術または再入院を経験し、47.1%がサービスの質低下事例を

経験したと答えた。

- － こうした結果は、DRG 支払制度の弊害として憂慮されるサービスの質低下が現実的な問題として浮上する可能性の高いことを示唆する。また、医療事故の原因として、在院日数の短縮または薬剤の削減と検査の縮小等を挙げ、実際、診療提供量の減少を通してサービスの質低下が誘発されうることを示している。
- － また、過半数に達する医療機関で、DRG 支払制度がサービスの質を低下させ、医学の発展を阻害するであろうという悲観的な立場を表明していた。
- － したがって、以上の意見を総合すると、診療収入を通じて経営を保全しなければならない国内医療機関の構造的特性上、DRG 支払制度が導入される場合、利潤動機に沿うために、サービス提供量の減少の形態を示すであろう。これは不必要なサービスの減少だけでなく、必須サービスの減少を招きうるため、これによって医療サービスの質低下の問題が深刻化しうると思料される。

3.7 患者の苦情に関連する意見

3.7.1 試験事業参加中に提起された苦情

- － 試験事業参加中に患者から苦情を提起された経験があったかどうかを調査した結果、35.15%がこうした経験があると報告した（表 3-36）。
- － 具体的な抗議内容としては、「別途の費用請求が不可能な非給付サービスの提供を要求した場合」が最も多く、その次は「在院日数延長要求」、「診療費計算に関連する要求」に関する抗議が多かった（表 3-36）。

表 3-36 試験事業参加中の患者の抗議経験および抗議内容

単位：カ所（%）

		医院	病院	総合病院	3次病院	総合
抗議	無	165 (60.44)	11 (45.83)	27 (32.93)	11 (55.00)	214 (64.85)
	有	39 (14.28)	13 (54.17)	55 (67.07)	9 (45.00)	116 (35.15)
抗議内容	別途費用請求不可能なサービス要求	31 (44.93)	11 (47.83)	34 (30.91)	62 (30.10)	82 (36.94)
	在院日数延長要求	7 (10.14)	2 (8.70)	25 (22.73)	41 (19.90)	38 (17.12)
	非 DRG への転換要求	2 (2.90)	2 (8.70)	10 (9.09)	31 (15.05)	17 (7.66)
	診療費計算関連要求	9 (13.04)	5 (21.74)	29 (26.36)	31 (15.05)	46 (20.72)
	その他	20 (28.99)	3 (13.04)	12 (10.91)	41 (19.90)	39 (17.57)

- 一 医院級医療機関で診療科目別に患者からの苦情が提起された経験を調査した結果、一般外科と産婦人科が眼科より多く、苦情の内容は「別途に費用請求が不可能なサービスに関する要求」に関連する抗議が最も多かった（表 3-37）。眼科の場合、診療費計算に関連する要求」の抗議が多かった。

表 3-37 医院級機関の試験事業参加中の患者の抗議経験および抗議内容

単位：カ所（％）

		眼科	一般外科	産婦人科	総合
抗議	無	40 (85.11)	63 (79.75)	62 (79.49)	165 (80.88)
	有	7 (14.89)	16 (20.25)	16 (20.51)	39 (19.12)
抗議内容	別途費用請求不可能なサービス要求	1 (6.67)	12 (44.44)	18 (66.67)	31 (44.93)
	在院日数延長要求	-	6 (22.22)	1 (3.70)	7 (10.14)
	非 DRG への転換要求	1 (6.67)	1 (3.70)	-	2 (6.90)
	診療費計算関連要求	3 (20.00)	4 (14.82)	2 (7.41)	9 (13.04)
	その他	10 (66.66)	4 (14.82)	6 (22.22)	20 (28.99)

- 一 その他の患者の苦情事項を見ると、次の通りである。
 - 主な傷病以外に患者が望む他の検査および治療をしにくい（例：腹部手術時の随伴性虫垂切除術を並行する場合、患者が先端医療技術を要求する場合、手術後腹痛に対する無痛治療要求時）
 - 患者本人が費用を負担する条件で追加的サービスを望んだが、不十分な報酬水準でサービス提供が困難。（例：高価栄養剤、高価検査、無痛分娩および無痛手術、高価人工受精体、腹腔鏡手術、レーザー手術等）
 - DRG に含まれない診療の場合、いちいち同意書をもらわなければならない面倒がある。
 - 本人負担額の増加
例。小児肺炎の場合、行為別報酬制の下でより本人負担率が大きい。
内科系疾患のうち軽重度が低く診療内訳が単純で行為別報酬で算定すると DRG 基準報酬より低い場合、患者を納得させにくい。
 - 項目別診療費内訳が羅列されていない計算書に対する不満（診療費の具体的内訳を知りたがる）
 - 再入院、再訪問を要求する場合、面倒くさがる（例：1 回に実施できる手術を分離

して実施したり、両眼白内障手術後、外来で追跡管理する場合、あるいは DRG で認めていない薬剤を個人的に購入するようにする場合)

3.7.2 総合

- － 先に言及した通り、DRG 試験事業に参加した医療機関の試験事業経験期間が長くないにもかかわらず、この期間中に患者から苦情を受けたケースが 35%に達し、実際医療現場でこの制度によって医療機関と患者の間にトラブルが存在することを示している。
- － 特にこうしたトラブルの原因としては、追加的なサービス提供に関連する事項が多く、これは現在試験事業で決めている非給付サービスがあまりに制約的であるという批判を実証的に示す結果である。
- － こうしたトラブルは患者の医療欲求がより多様化されている傾向を考慮すると、いっそう増加するものと判断され、今後患者の医療サービス選択権に関連して引き続き議論が提起されるものと予想される。
- － 特に患者の便益を上げるのに役立つサービスの場合（弊害を減らしたり、診療経過を短縮させたり、治療過程をより容易にしたり、生活の質を向上させるのに寄与するサービスや行為）、全社会の便益を高めるという側面から患者の選択権を認める方向への改善が必要であると思料される。
- － 複合疾患や 2 件以上の手術が必要な場合、疾病分離（DRG split）診療現象の可能性を示唆しており、これに対する合理的改善策が要求される。

3.8 本事業実施に関連する意見

3.8.1 DRG 支払制度拡大実施に対する意見

- － DRG 支払制度拡大実施に関連して、全応答機関の 87.63%が DRG 支払制度拡大実施に反対すると答える（表 3-38）。

表 3-38 DRG 支払制度拡大実施に対する意見

単位：カ所（%）

	医院	病院	総合病院	3次病院	総合
反対	63 (86.30)	8 (88.89)	14 (93.33)	-	85 (87.63)
賛成	10 (13.70)	1 (11.11)	1 (6.67)	-	12 (12.37)
計	73 (100.00)	9 (100.00)	15 (100.00)	-	97 (100.00)

- また、医院級医療機関で診療科目別に比較した時、産婦人科では 95.45%が拡大実施に反対し、眼科や一般外科と比べて反対する比率が高かった（表 3-39）。

表 3-39 DRG 支払制度拡大実施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
反対	10 (83.33)	32 (82.05)	21 (95.45)	63 (86.30)
賛成	2 (16.67)	7 (17.95)	1 (4.55)	10 (13.70)
計	12 (100.00)	39 (100.00)	22 (100.00)	73 (100.00)

- 一方、DRG 支払制度に賛成する医療機関を対象に賛成理由を調査した結果は、次の通りである。
 - 経済的な要因に関連して病院収益の増加（報酬上昇、病床回転率の改善）、患者本人負担金の減少による患者満足度の増加、診療費削減減少をその理由として示す。
 - 行政管理に関連して、診療費に関する患者との摩擦減少、所信に基づく診療可能、過剰診療の防止、請求手続きの簡便と迅速性、不必要な人材浪費の減少、審査機関との摩擦減少等を理由として示す。
- DRG 支払制度に反対する理由は次の通りであった。
 - 経済的な要因に関連して、報酬減少の恐れ、医療報酬統制手段として悪用される可能性、医療技術の発展による報酬引き上げ要因が DRG 報酬に反映されない、物価・人件費の上昇に対する補償が不十分であるという点等を反対理由として提示する。
 - 医療の質に関連しては、医師の所信に基づく診療が不可能、医療サービスの質低下、医学の発展の阻害、診療行為の制限、良質な高級サービスを要求する患者に対する適切な対応の困難等を反対理由として提示する。特に、各病院ごとに患者の軽重度と医師の診療形態に差があり、これを無視した画一的な支払制度は、医療サービスの質低下のような否定的な結果を生む可能性が高いと答えた。
 - 行政的要因に関連して、保険者が要求する資料の量が多く、保険者の干渉と規制が相変わらずであり、非給付範囲が制限されて診療に困難を伴うことを反対理由として提示する。

3.8.2 DRG 支払制度拡大のための前提条件

- DRG 支払制度を拡大するという場合、これに関する前提条件を調査した結果、医院、病院級医療機関では「報酬算定の定形化および法制化」を優先的に選び、3次病院の場合「患者の必要時に追加非給付の認定」を最も多く答えた（表 3-40）。

表 3-40 DRG 支払制度拡大実施のための前提条件

単位：カ所（%）

	医院		病院		総合病院		3次病院		総合	
報酬算定の定形化 および法制化	63	(30.74)	5	(20.00)	28	(35.45)	4	(20.00)	100	(30.40)
疎外群補償策の改善	23	(11.22)	3	(12.00)	14	(17.72)	3	(15.00)	43	(13.07)
医療事故補償体系の 確立	31	(15.12)	2	(8.00)	5	(6.33)	2	(10.00)	40	(12.16)
患者必要時に別途 非給付の認定	63	(30.73)	11	(44.00)	23	(29.11)	7	(35.00)	104	(31.61)
DRG 分類体系の 全面改編	18	(8.78)	3	(12.00)	7	(8.86)	3	(15.00)	31	(9.42)
よく分からない	4	(1.95)	1	(4.00)	0	(0.00)	1	(5.00)	6	(1.82)
その他	3	(1.46)	0	(0.00)	2	(2.53)	0	(0.00)	5	(1.52)
計	205	(100.00)	25	(100.00)	79	(100.00)	20	(100.00)	329	(100.00)

- 一方、医院級医療機関で診療科目別に比較した時、眼科では「報酬算定の定形化および法制化」を優先的に選んだ半面、一般外科と産婦人科では「患者が望む場合、別途非給付認定」を優先的に選んだ（表 3-41）。

表 3-41 DRG 支払制度拡大実施のための前提条件に対する医院級医療機関の意見

単位：カ所 (%)

	眼科	一般外科	産婦人科	総合
報酬算定の定形化 および法制化	23 (51.12)	25 (31.25)	15 (18.75)	63 (30.73)
疎外群補償策の改善	8 (17.78)	8 (10.00)	7 (8.75)	23 (11.22)
医療事故補償体系の 確立	1 (2.22)	11 (13.75)	19 (23.75)	31 (15.12)
患者必要時に別途 非給付の認定	2 (4.44)	28 (35.00)	33 (41.25)	63 (30.73)
DRG 分類体系の 全面改編	8 (17.78)	5 (6.25)	5 (6.25)	18 (8.78)
よく分からない	2 (4.44)	2 (2.50)	-	4 (1.95)
その他	1 (2.22)	1 (1.25)	1 (1.25)	3 (1.46)
計	45 (100.00)	80 (100.00)	80 (100.00)	205 (100.00)

- そのほか、DRG 支払制度拡大実施のための前提条件として、次の意見が提示された。
 - 手術料と処置料の現実化
 - DRG 分類体系および重症度分類体系の再検討
 - 私保険制の認定
- そのほかにも、内科系疾患に対して DRG 支払制度の導入に反対する意見が多く、これに対する理由としては次のような意見が提示された。
 - 内科系疾病は標準化が不可能であり、複合傷病の患者群が多く、同一診断名にも診療方法が非常に異なりうる。また、患者の個人差がひどく、患者の要求事項が多様である。外科系疾患に比べて合併症の可能性が大きく、応急状況の発生する可能性が高いために、DRG 支払制度を適用するのは不適切である。
 - また DRG 適用に関連して、DRG 別同質性が薄れたり、重症度分類が難しく、主傷病と副傷病を判断する基準が明らかでないという問題点を提示する。

3.8.3 総合

- 大部分の医療機関が、適正報酬水準が保障されなかったり、医療サービスの質低下、医学の発展阻害、保険者の干渉と規制等を理由に DRG 支払制度の導入に反対している。
- また、DRG 支払制度を拡大実施するための前提条件として、報酬算定過程の定形化および法制化を提示して、適正報酬水準を補償するという政府の DRG 支払制度導入の趣

旨に深い不信感を表明し、今後任意の報酬適用または報酬統制政策に転落するのを防止する対策が先行すべきであると考えている。

- － そのほかにも、患者の欲求に沿うことができるように、非給付行為に対する柔軟な適用、分類体系の改編、疎外群補償策の改善等が、現行試験事業の運営内容の拡大適用以前に改善されるべきだという意見が多かった。

3.9 試験事業参加機関の意見調査の総合

- － 試験事業に参加した医療機関は、参加していない医療機関に比べて相対的に DRG 支払制度に対して肯定的であったり積極的な集団であるにもかかわらず、試験事業に対する参加動機を見ると、消極的な理由で参加する場合は3分の1に達した。
- － 試験事業に対する満足度は高くなく、主な満足理由は請求および受領手続きが簡便になった点を挙げた半面、主な不満足の原因として報酬水準の不十分さと過度な資料要求を挙げた。これは、DRG 支払制度を導入する場合、行為別報酬制に比べて行政的簡便性は増大するものと予想される半面、報酬水準に対する否定的な評価が支配的で、適正報酬水準を補償するという政府の政策とも距離があることを示している。
- － 特に、今後の報酬水準に対する悲観的な見通しが優勢で、これは医療保険報酬に関連するこの間の政策に対して医療界が根強い不信を持っていることを示すもので、DRG 支払制度導入に当たり適正報酬水準に関する政府の信頼性の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ものと判断される。
- － 試験事業に参加した医療機関の相当数が、サービスの質低下および苦情トラブルの経験を報告しており、こうした結果が、参加期間が短く医療機関の規模が小さいながらも、相対的に試験事業が有利であると判断されて参加した医療機関の経験であることを考慮すると、拡大実施時に医療サービスの質に関する問題や患者とのトラブルがより深刻な問題として浮上する可能性があるかと判断される。
- － 結論として、試験事業に参加した医療機関は参加していない医療機関に比べて相対的に DRG 支払制度に対して肯定的な立場を有する医療機関であるにもかかわらず、絶対数の医療機関が DRG 支払制度の拡大実施に反対し、たとえ DRG 支払制度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であるという意見を提示していた。
- － こうした意見は、医療機関の利害関係が反映された主観的な見解であり、意見の妥当性や信頼性において制限性を有しているが、現実的には DRG 支払制度の主要利害当事者であり、医療現場の直接的な意見であるために、提示された意見に対して慎重な検

討が必要であると思料される。

- 一 また、分析の結果、政府が打ち出した試験事業の趣旨と医療界が経験している評価の間には相当な開きがあることが確認できた。したがって、利害当事者の意見を無視して強行される一方通行的な政策では政策を実現しようという目標を達成することが難しいという側面から、DRG 支払制度をめぐる医療界と政府の突っ込んだ議論が必要であると判断される。

第4章 DRG分類体系の評価

第4章 DRG 分類体系の評価

- － DRG 分類体系は医療費支払単位になるために、医療資源配分の公正性と DRG 支払体系の合理性を決定する最も重要な要素となる。
- － DRG 分類体系の問題点を分類体系の開発および構造の適切性、そして実際適用過程の問題点に区分して見てみようと思う。

4.1 DRG 分類体系開発過程の適切性に関して

- － 国内の DRG 支払制度試験事業の基準になった K-DRG は、米国の refined DRG 分類体系の形態をほとんどそのまま維持して変換したもので、この過程で指摘されうる問題点を見ると、次の通りである。

4.1.1 DRG 支払制度適用対象が異なる。

- － DRG 分類体系は 65 歳以上人口と障害者、医療保護人口を適用対象とする Medicare/Medicaid 医療保険制度の支払体系基準により開発されたために、国内試験対象となる DRG 適用年齢群とは質的に異なり、こうした分類体系をそのまま適用するのは問題がある。
- － もちろん、初期 DRG 分類の基本資料は、地域病院の医務記録資料を土台にしたために、こうした問題が大きくなかったが、Medicare の支払単位として活用され、DRG 分類体系が修正・補完される過程で、Medicare 適応人口の特性が強く反映されている。その例として、高齢人口で多くの疾患がより細分化されており、重症度と認められる副診断名もやはり高齢人口にしばしば伴う診断名が多く、それら診断名に相対的に高い重症度を与えている。
- － アメリカ国内でも Medicare に活用されている HCFA DRG は、Medicare 非適用人口に活用するには制限があることを指摘している (Lichtig 等, 1989; Edwards 等, 1994)。
- － 実際にこうした問題点を補完するために、NY-DRG や APR-DRG、小児に適用するための NACHRI DRG 等の分類体系が追加的に開発されていることは、こうした問題点を実証的に示す結果といえる。

4.1.2 診療費支払構造が異なる。

- － 米国と韓国との診療費支払構造に相違点が存在するために、米国の DRG 分類体系を

そのまま適用するのは問題がある。

- － 米国は病院診療費と医師診療費が区分されており、開放型病院体系として開業医が病院で手術をした後、これに対する費用を行為別報酬として別に支払われるために、医師の行為が相当部分病院診療費から抜け落ちている反面、韓国では病院診療費と医師診療費が区分されないために、診療費構造が本質的に異なるといえる。
- － 米国の DRG は米国の病院の資源消耗（医師行為料が抜け落ちている状態の資源消耗）が同質的になるように分類することに主眼点をおいているので、相異なる診療費支払構造を有する状態に分類された基準をそのまま適用するのは問題がある。
- － 資源消耗量と密接な関連のある指標として、疾病重症度の観点から全く異質な疾患が同一 DRG に分類されており、DRG 分類に対して国内医療慣行に照らして納得しにくいという批判が出てくる理由も、こうした問題に関連があると判断される。

4.1.3 疾病構造と診療形態が異なる。

- － K-DRG を開発する過程で、米国の分類体系をそのまま導入するための前提として、米国と韓国との間の疾病構造や人口構造に特別な差がなく、診療形態も異ならないと仮定した。
- － しかし、実際に人口構造や疾病構造に差が存在し、診療形態もやはり、医療保険制度の影響と社会文化の差により異なる形態を示しているという点で、こうした仮定は無理があるといえる。
- － 米国の DRG 分類を参考にしようとした他の国々でも、こうした差異のために DRG 分類をそのまま適用するのは問題があり、各国の特性に合うように DRG 分類を調整するのが望ましいという意見が提示されている（France et al, 1991）。

4.1.4 DRG 分類体系変換過程の問題点

- － 米国の分類体系を K-DRG に変換する過程で、対応させるコードの不一致問題によって分類体系の妥当性に問題が提起される。
- － すなわち、米国の DRG 分類体系が有する妥当性を K-DRG が共有するためには、各 DRG に含まれる診断名と行為名が正確に対応してこそ可能である。変換過程を見ると、米国の DRG 分類は ICD-9-CM コードにより分類された診断名または行為を土台に分類されているが、K-DRG の場合、主診断名は初期には ICD-9、最近では ICD-10 を使用し、手術処置名は医療保険診療報酬基準を活用して対応させたため、相異なる行為を対応させる過程で誤謬が発生する可能性が高い。
- － 特に医療保険診療報酬基準は ICD-9-CM に比べて未分化な場合が多く、対応過程の妥当

性に強い疑問が提起される。現医療保険診療報酬基準（EDI code）が ICD-9-CM に比べて未分化な事例を例示すると、表 4-1 の通りである。

- － 結果的に EDI code の未分化問題によって全く異質な行為が一つの行為に分類されたり、対応コードがなくて抜け落ちたりもして、時に類似コードを準用して使用するよう医療保険連合会が指針を下すことによって（表 4-2）、対応の正確性が落ちたりもする。
- － したがって、行為コードに対する再整備なしに DRG 分類体系の合理性が確保されにくいと判断され、これに対する十分な補完が前提にならなければならない。

表 4-1 EDI 手術コードの未分化事例

手術科	手術名	ICD-9-CM	EDI code
婦人科	片側卵巣摘出術	65.3	R4421
	両側卵巣摘出術	65.61	
	片側卵管卵巣摘出術	65.4	R4431
	両側卵管卵巣摘出術	65.61	
	片側卵管切除術	66.4	
	傍卵巣嚢胞切除術	69.19	R4430
	卵巣切除術	65.29	
	膣式完全子宮摘出術	68.5	R4202
	腹腔鏡下膣式子宮摘出術	68.51	
	卵巣楔状切除術	65.22	R4430
腹腔鏡下卵巣楔状切除術	65.24		
卵巣多孔術	65.0	なし	
卵巣吸引	65.0		
重複子宮切除術	68.24	なし	
骨盤癒着切離術	54.5	なし	
眼科	ECCE（白内障嚢外摘出術）	13.3	S8511
	水晶体超音波吸引術	13.41	
	IOL（眼内レンズ）の除去	13.8	
	IOL の吸引	13.3	
	水晶体整復	13.9	
	虹彩癒着剥離術	12.31	なし
一般外科	虫垂切除術	47.0	Q2860
	随伴性虫垂切除術	47.1	
	腹腔鏡下虫垂切除術	47.01	
	腹腔鏡下随伴性虫垂切除術	47.11	
	片側ヘルニア縫合術	53.00-53.05	Q2752
両側ヘルニア縫合術	53.10-53.17		
肛門粘膜切除術 → 痔核切除術	49.3	Q3013	
耳鼻咽喉科	扁桃摘出術	28.2	Q23.00
	扁桃摘出後の出血管理	28.7	
	鼻甲介切開術	21.1	O1010
	鼻甲介切除術	21.69	
冷凍手術による鼻甲介切除術	21.61		