

表 4-2 ICD-9-CM コードの準用事例

ICD-9-CM コード	準用コード ¹⁾
肛門脱 → 粘膜切除術	痔核切除術が最も似ているコードである
卵巣吸引または多孔術	診査開腹コードを与えるように有線で指示
傍卵巣嚢胞切除術	卵巣切除術でないのに卵巣良性腫瘍切除術としてコードを与える以外にない。
片側卵巣摘出術 両側卵巣摘出術	付属器腫瘍切除術 (R442*, R4430) または癒着性子宮付属器切除術 (R4330) の中から選択
片側卵管卵巣摘出術 両側卵管卵巣摘出術 片側卵管切除術	付属器腫瘍切除術 (R442*, R4430) または癒着性子宮付属器切除術 (R4330) の中から選択
外傷による水晶体偏位で 水晶体整復する場合	水晶体挿入術が最も類似のコードである。
随伴性虫垂切除術	診査開腹でコードを与えるように有権解釈が下される。

¹⁾ コードがないため、または有権解釈上与えるコード

4.1.5 重症度分類過程の問題点

- － 重症度分類基準として米国のその他の副診断名資料をそのまま活用したが、米国の重症度分類は該当副診断名が在院日数を増加させる可能性によって 3~4 群に分類し Medicare 資料としてその妥当性を検証した。
- － この過程で発生しうる問題点を指摘すると、次の通りである。
 - ① 随伴する副診断名の内容において、米国と韓国間の疾病分布の差があることを考慮すると（米国人と韓国人の疾病分布に差があるということは疫学的常識である）、韓国に適用時に含まれるべき副診断名が抜け落ちた可能性があり、反対に米国には多いが韓国には少なくて分類の効率性を下げうる診断名が含まれている（4.2 で詳しく記述する）。
したがって、米国の医療保険資料を土台に分類された重症度分類をそのまま使うのは問題がある。
 - ② 該当診断名による在院日数の増加は、医療機関の特性や医療体系、供給者の診療形態、患者の利用形態により異なりうるために、やはり米国の現実を土台に分類した資料をそのまま使うことは問題があり、国内資料を通じて再分類されるのが妥当である。

4.1.6 DRG 分類体系への疾病重症度の反映が不十分

- 米国 DRG 分類体系の構造的な問題として、DRG 分類体系が病院資源をうまく説明できないという批判が提起されており、こうした問題点は K-DRG でもそのまま指摘される。
- DRG 分類体系の構造的な問題点については、次のように大きく 2 つの事項が指摘されている。
 - ① DRG 分類の最も重要な基準となる資源消費量に関して、現在在院期間を主要指標として活用しているが、在院期間は資源消費量を直接的に示す診療費との相関関係が低く、予測力も低いという指摘がずっと提起されている (Berki, 1984; Shi, 1996)。
 - ② 同一 DRG 分類内でも在院期間の異質性が存在し、これは同一 DRG 内で重症度が異なる疾患がともに分類された結果に起因している。すなわち、現在の DRG 分類体系が疾病の重症度を十分に反映できずにおり、これにより DRG 分類体系使用時に異なる重症度分類体系を一緒に使用することが推奨されているのが実情である (Horn 等, 1985; Averill 等, 1992; Voss 等, 1994)。特に DRG 分類体系が重症度をそのまま反映できない場合、国内では在院日数の増加なしに集中する医師の業務量がそのまま反映できないことが考えられ、診療費支払の正確性を下げる可能性が高く、重い患者を診療する医療機関が相対的に不利な補償を受ける可能性がある。

4.1.7 臨床専門家の検証過程が欠如する。

- K-DRG 分類体系開発過程で、臨床専門家の公式的な検証過程が欠如した。
- DRG 分類がいくら病院資源消費の同質性に焦点を合わせたとしても、臨床的妥当性が欠如しているならば、分類の信頼性は落ちるしかない。臨床的妥当性は、上で検討したような疾病構造や診療形態、医療制度の差による問題点、そして対応過程の適切性に対して専門家の検討を通して補完することにより確保できる。
- K-DRG 開発過程に投入された人材は、1 病院の専門医 3~4 年目、臨床講師等の医療陣と医務記録課、保険審査課であることが知られているが、医療陣の場合、専門性が思うように確保された人材であると判断しにくく、1 病院の人材の意見が代表性を備えていると見るのは難しい側面がある。
- 国家的事業として、医療費支払基準として活用される役割の重要性に照らしてみると、代表性を備えた専門家団体の検証過程が絶対的に必要であると判断される。併せて、対応過程に関する資料に接するのが難しいのも問題として指摘され、これらの資料を

公開して広く議論しつつ、分類体系に対する多様な意見が陳述されなければならないであろう。

4.2 DRG 分類体系構造の合理性に関して

4.2.1 DRG 別同質性の問題

- DRG は同一水準の病院資源が消耗する疾患群同士に分類されるように設計されているが、現在分類されている DRG 分類体系のうち同じ DRG 群中でも異質な傷病名と資源消費を必要とする場合があり、同質性の側面において問題がある。
- 重症度が互いに異なる疾患が同一 DRG に分類される場合、次のような問題が発生しうる。これは制度実施により必然的に随伴する制度上の問題点であり、補完されなければ制度の信頼性と妥当性を損ないうる。
 - ① 医療現場で重症度が高い事例と一般的な事例が発生する確率がすべての医療機関で同一ならば相対的に問題は少ないが、特定医療機関（例：一部地域または大型医療機関等）に集中する場合、医療機関単位における支払の正確性が下がり、DRG の同質性欠如による医療機関の構造的損失がもたらされる。
 - ② 医療機関が他の事例に比べて合併症または資源消費量が増加するものとあらかじめ予見できたり、来院時に把握できる場合、すなわち資源消費水準を予測することが可能ならば、こうした患者の診療を忌避する問題が発生する可能性が高く、これによって重症度の高い患者へのアプローチやサービスの質低下の問題を招来しうる。
- 試験対象疾患に極限してこうした問題が発生する素地がある疾患群の例を示すと、次の通りである。
 - ① 現在、帝王切開 DRG (370) の場合、帝王切開術の子宮摘出術が帝王切開術に含まれているが、帝王切開術または帝王切開娩出術と子宮摘出術は在院期間、手術時間、医師の業務量等が質的に異なる施術である。特に医師の技術料を比較すると、行為別報酬でも 1.7 倍の差に達し、相対価値においても大きな差があるために、子宮摘出術が帝王切開 DRG に含まれることは DRG の同質性を低下させうる（表 4-3 参照）。特に韓国の場合、米国と異なり医師診療費が病院診療費にすべて含まれているために、米国に比べて同質性の減少が深刻なこともある。したがって、これを別途に分離したり重症度に反映する等、補完が要求される。

表 4-3 米国と韓国の帝王切開 DRG 施術内容の比較

K-DRG (370)			米国 DRG (370)	
施術名	韓国 RBRVS 値	行為別酬価	施術名	米国 RBRVS 値
R4511 帝王切開娩出術	4,661.8	186,380	古典的帝王切開術 子宮下部帝王切開術 腹膜外帝王切開術 帝王切開術 NES 帝王切開術 NOS	23.94
R4501 帝王切開術 および子宮摘出術	7,611.0	316,580		36.55

- ② 経膈分娩もやはり合併症の伴う経膈分娩と伴わない経膈分娩に区分しているが、合併症の伴う経膈分娩の範疇に、合併症の水準により疾病の重症度が千差万別である疾患がひとつの範疇に区分されている。
- ③ 白内障の場合、合併症が伴う複合疾患状態の白内障、外傷性白内障等は、単純白内障手術と違い手術方法も異なり、複合手術等により資源消耗量が質的に異なるために、別途の DRG に区分されたり重症度レベルの調整を通してこれを十分に反映することが必要である。
- 現在、白内障手術のうち別途の DRG または重症度に分類されるべき疾患群の例を示すと、次の通りである。
：外傷性白内障、ブドウ膜炎症候群、インスリン依存性糖尿病)、5 年以上経過した DM を伴う場合、血液透析を行う患者、高血圧を伴う患者
- 資源消耗量が異なる場合について、外傷性白内障を例にあげると、新しい外傷を受けることによって生じた外傷性白内障手術と古い外傷による白内障手術の場合は、質的に異なる疾患群といえる。新しい外傷による外傷性白内障は、損傷部位が複合していて、一般白内障手術に比べて難易度が高いだけでなく、付加的な観察および治療が必要で、新生血管形成による出血が多くて、相対的に手術成功率も低く、医師の業務量の増加および回復期間の遅れ等により、一般白内障手術の範疇に含めることは問題がある。
- 一 オーストラリアの場合、こうした DRG 内同質性を確保するために、米国 DRG 分類に比べて相当細分化された分類体系を別途に開発して使用しており、国内試験事業対象 DRG の範囲に極限して K-DRG と比較してみると、K-DRG が相対的に未分化になっていることがわかる(表 4-4)。オーストラリアの DRG は一部の州に適用されてはいるが、地域の全人口を対象に開発されたために、適用人口が米国の DRG より韓国と似ている

といえ、今後国内 DRG も追加的な補完が必要であると判断される。

表 4-4 主要試験事業 DRG に対するオーストラリア (AR-DRG) と韓国 (K-DRG) の間の分類体系の比較

韓国		オーストラリア	
DRG 番号	DRG 名称	DRG 番号	DRG 名称
MDC14 妊娠、分娩および産褥			
370	帝王切開	O01A	複数の合併症を伴う帝王切開、少なくとも一つは重症
		O01B	重症合併症を伴う帝王切開
		O01C	中等症の合併症を伴う帝王切開
		O01D	合併症のない帝王切開
372	合併症を伴う経膈分娩	O60A	複数の合併症を伴う経膈分娩、少なくとも1つは重症
		O60B	重症合併症を伴う経膈分娩
		O60C	中等症の合併症を伴う経膈分娩
373	合併症を伴わない経膈分娩	O60D	合併症を伴わない経膈分娩
374	不妊術および/または頸管拡張子宮搔爬術を伴う経膈分娩	O02Z	手術処置を伴う経膈分娩
375	不妊術および/または頸管拡張搔爬術以外の手術処置を伴う経膈分娩		
MDC 13. 女性生殖系の疾病および障害			
357	卵巣および付属器悪性腫瘍	N02A	合併症を伴う卵巣または付属器悪性腫瘍に対する子宮、付属器処置
		N02B	合併症を伴わない卵巣または付属器悪性腫瘍に対する子宮、付属器処置
354	卵巣および付属器処置 非卵巣/付属器悪性腫瘍	N02A	合併症を伴う非卵巣または付属器悪性腫瘍に対する子宮、付属器処置
		N02B	合併症を伴わない非卵巣または付属器悪性腫瘍に対する子宮、付属器処置
358	非悪性腫瘍に対する子宮および付属器処置	N04Z	非悪性腫瘍に対する子宮摘出術
		N05A	破壊的または重症合併症を伴う非悪性腫瘍に対する卵巣摘出術および複数のファロピウス管処置
		N05B	破壊的または重症合併症を伴わない非悪性腫瘍に対する卵巣摘出術および複数のファロピウス管処置

表 4-4 続き

韓国		オーストラリア	
DRG 番号	DRG 名称	DRG 番号	DRG 名称
MDC 2 消化器系の疾患および障害			
172	消化管悪性腫瘍	G60A	破壊的または重症合併症を伴う消化管悪性腫瘍
		G60B	破壊的または重症合併症を伴わない消化管悪性腫瘍
174	消化管出血	G61A	消化管出血（年齢<65歳、破壊的または重症合併症を伴う）または年齢>64歳
		G61B	消化管出血 年齢<65歳、破壊的または重症合併症を伴わないもの
180	消化管閉塞	G65A	合併症を伴う消化管閉塞
		G65B	合併症を伴わない消化管閉塞
		G66A	合併症を伴う腹部疼痛または腸間膜腺炎
		G66B	合併症を伴わない腹部疼痛または腸間膜腺炎
182	食道炎、胃腸およびその他の消化障害 年齢>17歳	G67A	食道炎、胃腸およびその他の消化障害 年齢>9歳、破壊的または重症合併症を伴うもの
		G67B	食道炎、胃腸およびその他の消化障害 年齢>9歳、破壊的または重症合併症を伴わないもの
182P	食道炎、胃腸およびその他の消化障害 年齢 0-17歳	G68A	合併症を伴う胃腸炎 年齢<10歳
		G68B	合併症を伴わない胃腸炎 年齢<10歳
		G69Z	食道炎およびその他の消化障害 年齢<10歳

4.2.2 分類体系の一貫性の問題

- 1) 疾病間関連疾患合併症の認定有無に関する一貫性が欠如している。
 - 試験事業 DRG のうち経膈分娩に対して分娩関連合併症の伴う場合、重症度増加による資源消費量に差があることを認めており、これによってそれらの合併症が伴う場合と伴わない場合（DRG373）を区分して別途の DRG（DRG372）に分類している。
 - このような場合で、虫垂切除術でも複雑な主診断による虫垂切除術（DRG164）をそうでない虫垂切除術（DRG166）と区分して、やはり別途の DRG に分類している。
 - 以上に例を上げたように、複雑な主診断、または関連合併症で重症度が高まり、資源消費量が変わる場合は、非常に簡単な疾患以外には大部分の疾患で考慮されるのが妥

当であるにもかかわらず、一部の疾患に極限しており、認定の有無に関して明白かつ客観的な基準提示が不十分である。

- － 試験対象疾患に極限してこれを見ると、経膈分娩と帝王切開を比較した場合、経膈分娩の合併症として考慮されている分娩関連合併症は、帝王切開においても重症度を高める合併症であるといえるが、帝王切開ではこうした合併症がある場合、これを別途の DRG に区分していないために、帝王切開 DRG 内に同質性が減少する問題がある。
- 2) DRG 関連疾患合併症認定範囲の基準に一貫性が欠如している。
- － 関連疾患が伴うことで資源の消費量が変わる場合、1) で言及したように別途の DRG に区分しているが、合併症と認定する疾患の範囲もやはり一部疾患に局限して認定されているが、合併症と認定される疾患または認定されない疾患に対する基準が明確かつ客観的でない。したがって、いかなる場合に極限してこれを考慮しているのかに関する明確かつ客観的な基準がない。
 - － 経膈分娩の場合を例にとるに関連疾患合併症を伴う場合、疾患の重症度を認定して合併症のない経膈分娩 (373) とは別途に DRG コード (372) を認定しているが、この範囲に該当する合併症として経膈分娩関連疾患である ICD O10-O99 のうちの一部のみを認定しており、類似の資源消費が予想される項目が抜け落ちており、判断基準の合理性が欠如している。
 - － これに対する事例を示すと、次の通りである (表 4-5)。
 - ① 経膈分娩産婦が高血圧を伴う疾患を持っている場合に (O10~O16)、潜在性高血圧のある場合 (O10) と意味のある蛋白尿を伴う妊娠性高血圧 (O14)、子癇症 (O15)、詳細不明な母性高血圧 (O16) は、分娩関連合併症と認定する反面、蛋白尿を伴う潜在性高血圧障害 (O11) と高血圧を伴わない妊娠性浮腫および蛋白尿 (O12)、蛋白尿を伴わない妊娠性高血圧 (O13) については類似の治療が伴う疾患群にもかかわらず、関連合併症と認定していない。
 - ② 同じ産婦で帝王切開手術を行った産婦の場合には、高血圧を伴う疾患のうち蛋白尿を伴う潜在性高血圧障害 (O11) と意味のある蛋白尿を伴う妊娠性高血圧 (O14) のみ重症度を認定し、残りは (O10、O13、O16) すべて認定していない。

表 4-5 経膈分娩における類似疾患のうち分娩関連合併症認定の有無の比較

ICD コード	関連疾患	DRG コード	関連 合併症
① O10-O16	妊娠、分娩、および産褥に合併する既存の高血圧 (O10) 明らかな蛋白尿を伴う妊娠(妊娠によって誘発された)高血圧(O14) 詳細不明の母体の高血圧 (O16)	372*	認定
	増悪した蛋白尿を伴う既存の高血圧性障害 (O11) 高血圧を伴わない妊娠 (妊娠によって誘発された) 浮腫および蛋白尿 (O12) 明らかな蛋白尿を伴わない妊娠 (妊娠によって誘発された) 高血圧 (O13)	373**	不認定
② O10-O16	増悪した蛋白尿を伴う既存の高血圧性障害 (O11) 明らかな蛋白尿を伴う妊娠(妊娠によって誘発された)高血圧(O14) 子癇 (O15)	370	認定
	妊娠、分娩、および産褥に合併する既存の高血圧 (O10) 明らかな蛋白尿を伴わない妊娠 (妊娠によって誘発された) 高血圧 (O13) 詳細不明の母体の高血圧 (O16)	370	不認定
③O22	妊娠中の深在静脈血栓症 (O22.3)	372*	認定
	妊娠中の下肢の静脈瘤 (O22.0)	373**	不認定
	妊娠中の性器の静脈瘤 (O22.1)		
	妊娠中の表在性血栓性静脈炎 (O22.2)		
	妊娠中の痔核 (O22.4)		
	妊娠中の脳静脈血栓症 (O22.5)		
	妊娠中のその他の静脈合併症 (O22.6)		
妊娠中の静脈合併症、詳細不明 (O22.9)			
④O72	その他の分娩直後出血 (O72.1)	372*	認定
	遷延および二次性分娩後出血 (O72.2)		
	分娩後凝固障害 (O72.3)	373**	不認定
第3期出血 (O72.0)			

* : 分娩関連合併症を伴う経膈分娩

** : 分娩関連合併症を伴わない経膈分娩

- ③ O22 に該当する妊娠中の静脈合併症において、入院期間中分娩がなされた場合、妊娠中の深在静脈血栓症 (O22.3) に対してのみ分娩関連合併症を認定し、類似の疾患群であるにもかかわらず O22.3~O22.9 は合併症と認定していない。

④ 分娩後出血（O72）もやはり、第3期出血、その他の分娩直後出血、遷延および二次性分娩後出血、分娩後凝固障害等は ICD 分類上すべて、分娩後出血（O72）に含まれているが、このうちその他の分娩直後出血（O72.1）、遷延および二次性分娩後出血（O72.2）、分娩後凝固障害（O72.3）のみを分娩関連合併症に分類している。

3) 疾患別両側性疾患特性の認定に一貫性が欠如している。

- － 両側性臓器に対する施術時、単側または両側に対する施術により資源消耗量が異なりうるが、これに対する適用が DRG 別に異なって適用されている。
- － 試験事業 DRG に極限して見ると、水晶体手術の場合、単眼手術と両眼手術を異なる DRG に区分しているが、扁桃切除術、鼠蹊脱腸および子宮付属器手術の場合、両側性疾患にもかかわらず、これに対する特性がそのまま反映されていない。
- － 両側性手術の場合、単側性器官の手術に比べて投入資源量（手術時間、医師の業務量、難易度、患者の回復期間等）が増加し、特に医師の業務量において多くの差があるため、同一 DRG に分類するのは適切でない。単側性と両側性施術において資源消耗量に差がないという明確な判断をしにくいなら、一貫性のあるようにこれを区分して分類するほうが、分類の一貫性および支払の正確性を高めうる。

4) 類似疾患群に対して DRG 適用が異なる。

- － 肺炎の場合、原因菌の種類によって DRG を区分して異なって適用しているが、現実的に入院期間内に原因菌株の正確な診断が難しい点を考慮すると、現行分類体系は現実性に欠ける（表 4-6）。
- － 痔疾の手術方法中の一つである輪ゴム結紮法（Q3011）は、医療保険診療報酬基準分類表によると、痔核手術に分類された Q3011-3013 のうちの一つであるが、国内では DRG 1570 に含めていない。参考として、米国の場合には Q3011 が DRG 1570 に含まれている。

表 4-6 同質的な疾患群に対する DRG 適用の差の比較

科目	事例	DRG
内科	クレブシエラ肺炎 シュードモナス肺炎 ブドウ球菌性肺炎 大腸菌肺炎 エンテロバクター肺炎	079
	連鎖球菌肺炎 ウイルス性肺炎 クラミジア肺炎（無熱性肺炎症候群） 大葉性肺炎 マイコプラズマ肺炎 非定型肺炎 肺炎球菌肺炎 胸膜炎	089
外科	血栓性内痔核（I84）時、痔核輪ゴム結紮法（Q3011）	非適用
	痔核摘出術（Q3012）、痔核根治術（Q3013）	1570

4.3 DRG 重症度分類体型の問題点

- － DRG 別に 2 次副診断（合併症）を反映して重症度を区分しているが、重症度リストに含まれる疾患名も制約的であり、重症度レベルを評価するのに明確かつ客観的な基準がなく、資源消耗量を考慮しても分類結果に対して納得できない側面がある。
- － すなわち、同質的な疾患群なのに重症度を異にしたり、より重い疾患にもかかわらず重症度が低く評価される事例に対する批判が提起されうる。

4.3.1 類似疾患群に対する重症度を異なって適用した事例

- 1) 類似の疾患群にもかかわらず重症度を認定または認定しない等、重症度が異なって適用された事例を示すと、表 4-7 の通りである。
 - ① 副診断に高血圧を伴う CRF（慢性腎不全）の場合、重症度認定がなされない反面、CRF のみある場合には重症度 1 に含めている。
 - ② 肺炎患者に副診断として喘息がある場合、アレルギー性喘息（J45.0）は重症度 1 を認定しているが、非アレルギー性喘息（J45.1）および混合型喘息（J45.8：アレルギー性および非アレルギー性）、詳細不明の喘息（J45.9）は類似疾患にもかかわらず重症度を認定していない。その反面、類似疾患である慢性閉鎖性肺疾患と肺気腫はまた重症度を認定する等、適用基準に一貫性がない。
 - ③ 副診断のうち B 型肝炎または C 型肝炎または詳細不明のウイルス性肝炎の場合、

急性、慢性とも重症度 1 と認定しているが、A 型肝炎は重症度対象副診断名から抜け落ちている。A 型肝炎の場合、急性激症状態の場合には B 型肝炎または C 型肝炎よりも重い状態であることが知られている。

- ④ 風疹で神経合併症を伴うもの (B06.0) は最も重要な病症であるが、この場合には重症度 1 と認定し、その他の合併症の場合 (B06.8) 重症度 2 と認定する等、重症度レベルを異なって適応するのは妥当でない。
- ⑤ 経膈分娩または帝王切開患者で既存の全身疾患の場合と、妊娠、産褥期に併発、または妊娠により悪化したり産科管理が必要な全身疾患に対して、この間重症度を異なって与えてきた。しかし、実際に来院した患者が疾患を持っている場合、妊娠初期から管理しない限り、妊娠以前に発生したものなのか、妊娠以後併発したものなのか区分しにくく、いかなる場合でも治療が必要な場合ならば、区分なしに同じ重症度を与えるのが妥当であると思料される。最近、これに対する適用が緩和されて、二重コードを与えて認定を受けるように改善されたが、疾患により改善されていない部分が残っている。
- ⑥ 同一の創傷感染症または創傷離開 (O86、O90) の場合、産婦は重症度が認定されない反面、婦人科手術患者 (T81.4、T81.3) の場合には 1 と認定される等、異なって適用されている。
- ⑦ 子宮摘出術と両側卵管卵巣切除術 (BSO) を実施した場合、組織検査結果により重症度が異なる例が多くあるが、大部分の患者が退院した後、組織検査結果がわかるため、現実的な適用の問題がある。また淋菌性卵管炎や骨盤内炎症性疾患 (PID) も急性の場合、別途の重症度が認定されるほど追加的な資源消耗になる疾患であるため、重症度に対する再評価が必要である。
- ⑧ 貧血の原因と種類によって重症度を異にしているが、実際に貧血を治療するための資源消耗は同一なので、重症度もやはり同一に評価されなければならないであろう。
- ⑨ 高危険群産婦の場合、正常分娩または帝王切開を行う場合、重症度が異なって適応されている。しかし高危険群産婦の場合、分娩過程における危険性は同一なので、帝王切開でも重症度が認定されるのが適当である。また高危険群産婦に対する事項のうち一部 (Z35.5、Z35.6、Z35.8) のみ重症度を認定し、同一に危険度が高く注意観察が要求され、合併症として予見される Z35.1、Z35.2、Z35.4 については重症度を認定しない点も、一貫性と合理性が欠如する事例として指摘することができる。
- ⑩ 妊娠満 37 週未満の偽陣痛 (O47.0)、何日か入院後に早期産 (O60) を行う場合、

帝王切開では重症度 1、合併症を伴わない経膈分娩では 0 に分類されているが、やはり分娩方式に差があるだけで危険度は同一なために、一貫性があるように重症度が認定されなければならない。

- ⑪ 婦人科手術患者に副診断として水頭症がある場合、交通性水頭症または NPH と比較して外傷後水頭症や閉塞性水頭症は 2 次的に発生したという差以外には同質的な水頭症であり、シャント手術が必要であるという側面では差がないにもかかわらず、重症度を異なって適用している。むしろこうした原因分類よりは、水頭症が現在進行中であるのかがより重要である。
- ⑫ 悪性新生物のうち急性白血病のみ重症度 2 に分類し、残りは 1 に分類しているが、癌は全疾病の重症度で見ると、すべて死亡に至る現代人の最も致命的な疾患であるといえ、これを一般感染性疾患や蜂巣炎等と同一に評価するのは妥当でない。特に癌の種類によって一部にのみ重症度を高く認定するのは合理性が欠如しており、癌すべてを同一に重症度 2 で評価するか、あるいは癌の治療状態により重症度を分類するほうがより妥当である。例えば寛解後 5 年経過した場合と、現在症状が現れている状態または 5 年がまだ経過していない場合に分類するのが、より適切であろう。

表 4-7 同質的な疾患群に対して相異なる重症度分類適用事例

事例	重症度
① 副診断により高血圧のある慢性腎不全 (CRF) (I12)	0
CRF のみある場合 (N189)	1
② 副診断が アレルギー性喘息 (J45.0)	0
非アレルギー性および混合型および詳細不明の喘息	0
慢性閉塞性肺疾患 (COPD) (J44) および肺気腫 (J43)	1
③ 副診断により A 型肝炎	0
B 型肝炎または C 型または詳細不明のウイルス性肝炎	1
④ 神経合併症を伴う風疹	1
他の合併症を伴う風疹	2
⑤ 経膈分娩時に随伴する急性 B 型肝炎	1
妊娠、分娩および産褥時に随伴するウイルス性肝炎	0
⑥ 産婦の創傷感染症または離開 (O90, O86)	0
婦人科手術患者の創傷感染症または離開 (T81.4 または T81.3)	1
⑦ 子宮摘出術および両側卵管卵巣切除術 (BSO) 実施時の組織検査結果	
急性卵管炎	1
骨盤内炎症性疾患	0
淋菌性卵管炎	0
⑧ 副診断として 慢性失血による鉄欠乏性貧血 (IDA) (D 50.0)	1
急性失血による IDA (D 62)	
詳細不明の貧血 (D64.9)	0
慢性疾患における貧血 (D63)	
⑨ 高齢高危険群産婦に対して正常分娩の場合	2
帝王切開の場合	1
⑩ O47.0-O60 に対して合併症を伴わない正常分娩である場合	0
帝王切開の場合	1
⑪ 正常圧水頭症および交通性水頭症	0
外傷後、閉塞性、その他および詳細不明の水頭症	1
⑫ 悪性新生物 (C150-C97)	1
急性白血病 (C910, 920, 924, 925, 930, 940, 950)	2

4.3.2 疾病軽重度と資源消耗量の側面で重症度分類の妥当性欠如

1) 重症度が低く評価された事例

資源消耗量が多く重症度が認定されなければならなかったり、上方修正しなければならぬにもかかわらず、認定されない場合がある。これに関する例を示すと、表 4-8 の通りである。

2) 重症度が逆転して評価された事例

重症度が認定される副診断名の名簿を土台に資源消費量を比較すると、むしろ資源消費が多いものと予想される疾患の重症度が低く評価されており、資源消費が相対的に少ない疾患が高く評価されている等、重症度分類が逆転している。これに関する例を示すと、次の通りである。

- 副診断が急性胃炎の場合、重症度 1 を認定している反面、胃潰瘍の場合、重症度認定をせず穿孔がある場合に限って重症度を認定している。実際に胃潰瘍の治療が胃炎の治療より薬剤投入や治療の難易度が高い疾患であることを考慮すると、適切な分類とは見にくい。
- 症候性神経梅毒（A521）は無症候性神経梅毒（A522）に比べて症状があり治療が急がれる疾病にもかかわらず、前者は重症度 1 を認定する反面、後者は重症度 2 を認定していて、治療の難易度と資源消費量を考慮すると、適切な分類とは見にくい。
- 肺性心を伴う肺塞栓症（I260）の場合、肺性心という重い疾病状態を伴っている反面、肺性心を伴わない肺塞栓症（I269）の場合、これを伴わない場合であるが、前者は重症度 1、後者は重症度 2 に分類されている。
- 肺実質炎（J690, 691, 698）は心筋症や連合弁膜症より重症度が高くないが、前者は重症度 2、後者は重症度 1 に分類されている。
- 自然気胸（J930）は、再発の可能性は高いが手術で治癒が可能であり、重症度 2 に分類されている反面、ARDS（J80）は急性呼吸不全により致命的なこともあるが、重症度 1 に分類されている。
- 急性および亜急性肝不全（K720）は、致命率の高い重症状態であるが、重症度 1 に分類している反面、肛門および直腸出血（K625）は、原因により差があるが痔疾等簡単な疾患でも誘発されうるのに、重症度 2 に分類されている。
- 胃潰瘍－腸潰瘍（K251-K285）等は持続的かつ集中的治療が必要な重い疾患であるが、重症度 0 または 1 で評価された反面、下肢の褥創性潰瘍（L89、M97）等は、原因により異なりはするが、位置変更により治療が可能であるにもかかわらず、重症度 2 に分類された。
- S0201-S0271 等は頭蓋骨または顔面骨の開放骨折、または多発骨折で、集中的な管理が要求され、注意長期損傷の危険が高いが、重症度 0 または 1 である反面、恥骨結合の骨折等は相対的にあまり危険でないにもかかわらず、重症度 2 に分類される。

表 4-8 重症度が低く評価された疾病事例

診断名	現在重症度レベル	調整重症度レベル	備考
A395 髄膜炎菌性心疾患	1	2	髄膜炎菌血症のようなレベルに分類されなければならない。
A520, A521, A523 梅毒	1	2	A522 神経梅毒のようなレベルに分類されなければならない。
A811 亜急性硬化性全脳炎	1	2	麻疹の合併症により死亡を招きうる重い疾患である。
B060 神経合併症を伴う風疹	1	2	集中治療が必要で致死率が高い。
B160 肝性昏睡およびデルタ因子を伴う急性 B 型肝炎 B162 肝性昏睡を伴いデルタ因子を伴わない急性 B 型肝炎	1	2	肝性昏睡は死亡に至る重い状態である。
D460-464 骨髄異形成症候群	1	2	急性白血病に準じて評価されなければならない。
D570 クリーゼを伴う鎌状赤血球貧血	1	2	集中治療が必要で致死率が高い。
D593 溶血性尿毒症症候群	1	2	中枢神経系 (CNS)、腎臓、血液合併症が伴い、致死率が高い疾患である。
D610, 611, 612, 613, 618, 619 再生不良性貧血	1	2	輸血および免疫低下機能による骨髄移植が要求され、深刻な感染が伴う等、致命的疾患である。
D600, 601, 608, 609 赤芽球ろう	1	2	再生不良性貧血に準じて評価されなければならない。
D65 播種性血管内凝固症候群 (DIC)	1	2	致死率が高い合併症である。
D66, 67, 680, 681, 682, 683 凝固障害	1	2	持続的な因子矯正および輸血等、全身的な治療が集中されなければならない。
D693 突発性血小板減少性紫斑病 (ITP) のうち難治性 ITP	1	2	脳出血等全身出血の危険があり、致死率が高い疾患である。
D70-849 免疫不全疾患	1	2	日和見感染等致命的合併が伴いうる。例えば、重症度 2 に分類された肺炎より重い疾患である。
D860-862 サルコイドーシス	1	2	主要臓器疾患に重症度 2 に分類
E055 甲状腺クリーゼ	1	2	集中的治療が伴わないと死亡に至る。
E100-E144 糖尿病合併症を伴うもの	1	2	糖尿病ではあるが随伴する合併症が致死率の高い疾患である。

表 4-8 続き

診断名	現在重症 度レベル	調整重症 度レベル	備考
E15 非糖尿病性低血糖性昏睡	1	2	致命率が高い。
E230 下垂体機能低下症 E271-274 副腎機能不全	1	2	持続的なホルモン補充が伴わなければならない、ストレスによるショック状態に陥る。
E310 自己免疫性多腺性内分泌不全症	1	2	集中治療が必要で致命率が高い。
F100, 104, 110, 113, 114, 124, 130, 134, 140, 144, 150, 154, 160, 164, 180, 190, 194, 200-209, F250-252	1	2	集中的な観察と治療が伴わなければ、予想できない事故により致命的たりうる。
G35 多発性硬化症のうち全身疾患時	1	2	全身支持療法が必要なため区分しなければならない。
G700 重症筋無力症-クリーゼ随伴時	1	2	全身ショックに準じて治療しなければならない。
I080-89 連合弁膜症	1	2	単一弁に比べて合併症多い。
I230, 232, 234, 235, 241 急性心筋梗塞 (AMI) 合併症	1	2	致命率が高い合併症である。
I310-311 慢性心膜炎	1	2	拡張期心不全や心膜血腫の可能性が高い。
I420-438 心筋症、 I442, 472, 490	1	2	急死の可能性はある。
I511-512 腱索、乳頭筋の断裂	1	2	急性心不全の可能性が高い。
I650-653 動脈の閉塞	1	2	脳卒中に準じて評価されなければならない。
I710-741 動脈解離、塞栓症	1	2	急死の可能性があり臓器不全がある。
J390 咽頭後、副咽頭腔膿瘍	1	2	不適切な処置時に呼吸不全による危険性が高い。
J440-441 感染症および増悪を伴う COPD	1 または 0	2	急性呼吸不全により集中治療を行わないと死亡の可能性はある。
K223 食道穿孔-縦隔炎随伴時、区分しな なければならない。	1	2	呼吸不全を引き起すので致命的である。
K550 急性血管障害	1	2	塞栓症の場合、致命的である。
K561-562 重積症	1	2	かん頓の場合、致命的であるので区分しなければならない。

表 4-8 続き

診断名	現在重症度レベル	調整重症度レベル	備考
K720、肝不全、K763 肝梗塞、K767 肝腎症候群	1	2	致命率が高い。
M053 関節リウマチ	1	2	全身疾患時に重症度 2 に区分されなければならない。
M300-368	1 または 0	2	侵犯部位により区分されなければならない、特に主要臓器侵犯時に重症度 2 に区分が必要。
M360 新生物性疾患における皮膚筋炎	1	2	悪性腫瘍に準じて重症度 2 に分類しなければならない。
N000-009 腎炎症候群	1	2	ステロイド依存性、反復性、巣状増殖性糸球体腎炎/急性腎不全随伴時には重症度 2 に区分しなければならない。
N010-019	1	2	ARF の可能性が高い。
N180 末期腎不全 (ESRD)、N188-189	1	2	集中治療が必要である。
O150-159 子癇	1	2	致命的合併症が随伴する/集中治療要す。
O441, O460 O670, O710-723	1 または 0	2	致命的合併症が随伴する/集中治療要す。
O880-883, O888 塞栓症	1	2	致命的合併症が随伴する/集中治療要す。
Q050-054 水頭症を伴う二分脊椎	1 または 0	2	より集中的な治療が必要である。
Q201-204, 213 チアノーゼ性先天性心疾患/Q220, 225, 234, 246, 251, 252, 333	1	2	心臓手術が要求される。
S0201 頭蓋骨開放骨折/S0270-0271, S052 眼球裂傷および破裂 S0601, 0621	1	2	資源消費量が多い大手術が要求される複合損傷により重症度が高い。
S0640-Z95.9	1	2	全般的に次のように区分されて再分類されなければならない。 ①脊椎損傷、②整形外科的損傷のうち、関節、神経損傷等の合併症随伴、③移植または挿入合併症等は重症度 2 に分類されなければならない。

3) 重症度適用範囲の狭さ

- 一 現在、重症度は該当 DRG の主診断または手術処置行為に関連のない疾患が伴う場合に限って重症度分類に参考にされているため、該当 DRG 関連疾患のうち合併症が伴ったり、類似複合疾患の場合、大部分が重症度分類から除外されている。これらの疾患は、

現在該当 DRG の主診断または合併症にのみ分類されているが、こうした場合、次のような問題点が指摘されうる。

- 研究開発チームは、重症度の重い事例が重症度 1、2 に分類されず重症度 0 に分類される場合、重症度 0 の基準報酬が上がるために、いかなる方式であれ該当疾患の資源消費量が報酬に反映されると主張するが、重症度 0 に資源消費量が多様な疾患がともに分類される場合、先に指摘した通り DRG 同質性に関する問題も生じうるが、何よりも重症度の重い事例は発生頻度が低く、DRG 基準報酬に反映される確立が低くなる。特に報酬算定に用いられた資料が十分な期間の多様な事例を含むことのできない場合、こうした問題の発生する可能性が高い。(国内の場合、こうした問題が現実的に存在する)したがって、資源消費量が異質な疾患は別途の DRG に分類したり、そうできない場合、別途の重症度レベルに反映することがより妥当であろう。米国の場合でも、関連疾患であるにもかかわらず資源消費量が多いと判断される疾患の大部分を重症度 1 または 2 に認定している。
- 帝王切開の場合にはこうした問題がより深刻であり、合併症または関連疾患の伴う場合、経膈分娩と同様に疾病の重い程度は高まるけれど、1DRG にのみ分類されるだけで、重症度のレベルにも反映されていない。米国の場合には、経膈分娩で認定されていた合併症の場合、帝王切開では関連疾患ではあるが重症度 1 または 2 に反映している。

表 4-9 米国と韓国における産科疾患 DRG の重症度分類の比較

診断名	合併症を伴う 経膈分娩				帝王切開			
	その他の 合併症		重症度		主診断		重症度	
	米国	韓国	米国	韓国	米国	韓国	米国	韓国
14.0 中等症子癇前症		V						1
14.1 重症子癇前症		V	1		V		1	
14.9 子癇前症、詳細不明		V	1		V		1	
15.1 分娩子癇		V	1		V		1	
15.2 産褥子癇		V	1		V		1	
15.9 子癇、発生時期詳細不明		V	1		V		1	
22.3 妊娠中の深在静脈血栓症		V	1		V		1	
22.5 妊娠中の脳静脈血栓症	V	V			V			
24 妊娠中の糖尿病 ¹⁾		V		2	V		2	1

¹⁾ その他の明示された介助単胎分娩 (O83.8) が伴う場合

表 4-9 続き

診断名	合併症を伴う経陰分娩				帝王切開			
	その他の合併症		重症度		主診断		重症度	
	米国	韓国	米国	韓国	米国	韓国	米国	韓国
29.0 妊娠中の麻酔による肺合併症		V	1		V		1	
29.1 妊娠中の麻酔による心臓合併症		V	1		V		1	
29.2 妊娠中の麻酔による中枢神経系合併症		V	1		V		1	
29.8 妊娠中の麻酔によるその他の合併症		V	1		V		1	
29.9 妊娠中の麻酔による合併症、詳細不明		V	1		V		1	
44.0 出血を伴わないと明示された前置胎盤		V	1		V		1	1
44.1 出血を伴う前置胎盤		V	1		V		1	
46.8 その他の分娩前出血		V	1		V		1	
46.9 分娩前出血、詳細不明		V	1		V		1	
47 偽陣痛			1				1	1
71.0 分娩開始前の子宮破裂			1		V		1	
71.1 分娩における子宮破裂			1		V		1	
71.2 分娩後の子宮内反			1		V		1	
72.3 分娩後凝固障害			1		V		1	
75.1 分娩中または分娩に続発するショック		V	1		V		1	
86.3 分娩に続発するその他の尿路性器感染症			1		V		1	
88.0 産科的空気塞栓症		V	1		V		1	
88.1 羊水塞栓症		V	1		V		1	
88.2 産科的血栓塞栓症		V	1		V		1	
88.3 産科的膿血性および敗血性塞栓症		V	1		V		1	
88.8 その他の産科的塞栓症		V	1		V		1	
90.1 産科的会陰創の離開		V	1		V		1	
90.4 分娩後急性腎不全		V	1		V		1	
98.0 妊娠に合併する結核			1		V		1	1
98.6 妊娠に合併する原虫疾患			1		V		1	
99 他に分類されるが妊娠、分娩、および産褥に合併するその他の母体疾患			1		V		1	

** 上記診断名は 1 次試験事業では重症度に分類されていて、3 次試験事業時に関連合併症に分類され、重症度名簿から漏れたもので、3 次試験事業指針に紹介されている。しかし、grouper program 上では 1 次事業のように重症度が認定される等、指針書と grouper program 上に乖離が存在する。

4.3.3 その他の重症度分類に関連する問題点

1) 米国との重症度分類の相違点

- － K-DRG は米国の DRG 分類体系をそのまま変換したというが、米国と重症度の適用が異なる場合があり、これに対する合理的な説明が難しい。
- － 米国と重症度分類が異なって適用されている例を示すと、次の通りである。
 - 白内障手術の場合、陽性本態性高血圧が米国では重症度 2 と認定されているが、韓国では認定されていない。
 - 高危険群患者である移植患者（腎臓、肝臓、心臓……）は、より多くの医療資源消耗と観察を要求するにもかかわらず、Z94.*（臓器移植後の状態）コードを使用するなという有線上の指針を与えている。米国の場合、腎移植後の状態を合併症リストに含んでいて、重症度を認定している。わが国の場合、最近改正された指針で、DRG 372 で既存の高血圧（O10.0）が伴う場合に限って重症度 1 と認定している
 - 胃潰瘍の場合、穿孔がある場合に限って重症度を認定しているが、米国では穿孔のない胃潰瘍の場合にも（DRG176、ICD-9 CM: 53131）重症度 1 を認定している。
 - 産科患者と婦人科患者に対して創傷感染症に関する重症度を別に与えている。米国では創傷感染症に対して産婦の場合重症度 0、婦人科患者の場合重症度 1 を与えており（DRG 418、ICD-9 CM: 9985）、創傷離開の場合、産婦と婦人科患者ともに重症度 1 を与えているのに（DRG452、ICD-9 CM: 9983）対して、現在わが国ではこの 2 つの疾患を同一に処理しているので、産婦の創傷離開に対する重症度認定が適切に評価されていない。
 - その他、表 4-9 に示した大部分の事例で、米国の場合、重症度に認定されている疾患が国内では認定されていない。

2) その他の副診断名の非現実性

- － 重症度分類に使用しているその他の副診断名のうち国内で発生がまれな場合が相当数含まれており、これは米国と韓国間の疾病疫学の差に起因するものと判断される。したがって、国内で頻繁に随伴する副診断名で重症度分類を再設計する必要がある。
- － これに対する疾病例を示すと、次の通りである（表 4-10）。