

表 4-10 重症度対象疾患のうち国内に回帰した疾患

B389	コクシジオイデス症、詳細不明	D568	その他のサラセミア
B394	カプスラーツムヒストプラズマ症、詳細不明	D569	サラセミア、詳細不明
B395	ズボアジヒストプラズマ症	D570	クリーゼを伴う鎌状赤血球貧血
B399	ヒストプラズマ症、詳細不明	D571	クリーゼを伴わない鎌状赤血球貧血
B400	急性肺ブラストミセス症	D572	重複ヘテロ接合型鎌状化障害
B401	慢性肺ブラストミセス症	D578	その他の鎌状赤血球障害
B402	肺ブラストミセス症、詳細不明	E840	肺の症状発現を伴う嚢胞性線維症
B403	皮膚ブラストミセス症	E848	その他の症状発現を伴う嚢胞性線維症
B407	播種性ブラストミセス症	E849	嚢胞性線維症、詳細不明
B408	その他の型のブラストミセス症	J630	アルミニウム（肺）症
B409	ブラストミセス症、詳細不明	J631	ボーキサイト線維（肺）症
B410	肺パラコクシジオイデス症	J633	黒鉛線維（肺）症
B417	播種性パラコクシジオイデス症	J661	麻服仕立工病
B418	その他の型のパラコクシジオイデス症	J671	サトウキビ肺
B419	パラコクシジオイデス症、詳細不明	J673	コルク肺
B460	肺ムコール症	J676	かえで樹皮はぎ職人肺
B468	その他の接合菌症	B380	急性肺コクシジオイデス症
B469	接合菌症、詳細不明	B381	慢性肺コクシジオイデス症
B482	アレシュリア症	B382	肺コクシジオイデス症、詳細不明
B570	急性シャガス病、心障害を伴うもの (141.2*, 198.1*)	B384	コクシジオイデス性髄膜炎 (G02.1*)
B572	シャガス病（慢性）、心障害を伴うもの (141.2*, 198.1*)	B387	播種性コクシジオイデス症
C911	慢性リンパ球性白血病	B388	その他の型のコクシジオイデス症
D532	壊血病性貧血	B390	カプスラーツム急性肺ヒストプラズマ症
D560	アルファサラセミア	B391	カプスラーツム慢性肺ヒストプラズマ症
D561	ベータサラセミア	B392	カプスラーツム肺ヒストプラズマ症、詳細不明
D562	デルタ-ベータサラセミア	B484	ペニシリウム症
D563	サラセミア保因者	N150	バルカン腎症
D564	遺伝性高胎児ヘモグロビン血症 [HPFH]		

4.4 DRG 分類体系適用過程における問題点

4.4.1 適用過程の任意性に関する問題点

1) 適用指針の臨床的妥当性の欠如

- － DRG 分類体系は医務記録資料を土台に分類されたため、臨床的判断と医務記録情報に基礎をおきコーディングをしてこそ分類体系の合理性を維持し分類資料の信頼性を確保できる。
- － しかし、病院医務記録資料によるコーディングと別途に、医療保険連合会では別の適用指針を配布し、この指針によりコーディングするよう指示している。
- － 保険者として実務的な指針の必要性を認定するとしても、臨床的妥当性を阻害したり医務記録コーディングと別途の指針を指導するのは、行為別報酬制の下で保険者と医療供給者の間の摩擦を再現することもありえ、医務記録情報を歪曲させうる。
- － 医療保険連合会議の適用指針に対する第一線の実務者の不満の事例とこれに関する問題点を示すと、次の通りである。
 - その他の診断名を算定する時、可視的な治療内訳や医務記録によって正確に選定、確実に診断されたとしても、医療資源消耗がある場合に限りコーディングするように指針を与えている。この時、医療資源消耗は狭診、観察、集中看護等に極限されており、認定範囲が狭い。
 - 肺炎合併胸水は胸腔穿刺したもののみを認定していて、臨床的な症状に関連結果を土台に疾病が診断されても、分類ができないように制限している。
 - 上気道感染症（URI）で薬剤が投与されたが、診察をしなかったという理由で重症度に反映されない。
 - 患者が臨床検査/感受性試験上に菌が検出され、外来フォローアップ時に投与したにもかかわらず、入院時に抗生剤投与をしなかったという理由で、合併症を認めない。
 - これは医務記録上の情報によらず、報酬算定原則を別途に適用することにより、診断情報を歪曲させうるもので、認定する医療資源消耗の例も制限的または主観的でありえ、任意の適用がなされうる。
 - 分娩の場合、入院することになった主原因が分娩でない産科関連疾患（例：前置胎盤、妊娠中毒中）であっても、入院期間中に分娩がなされた場合には、分娩 DRG に属するので、主診断を O80～O84 で与えるように指針を下している。
 - これに関する問題点としては、主診断が入院住所を中心にコーディングしな

ければならないにもかかわらず、DRG 分類アルゴリズムに合わせていたら主診断と副診断のコーディング原則が損なわれる問題が発生する。

- すでに分かっていた疾患で妊娠中に産前診察を通して発見したものにもかかわらず、産前妊娠、出産、産褥に合併したウイルス性肝炎としてコーディングするようにしている。

→ コーディング原則と医務記録情報を損なうと同時に、重症度が低く評価される結果を招く。

- ある病態が妊娠状態で合併したり、妊娠により悪化または産科的治療が必要な場合、O98-O99 を与えるようにするが、特定病態鑑別を望む場合、各章の特定分類番号を追加で与えることができるようになっている医務記録の原則を歪曲して、追加で与えられないように指針を下して、これに関する問題点が指摘されると、2000年2月からこれを選択的に許容する指針に変わる。

→ コーディング原則と医務記録情報を損なうと同時に、指針の任意的運営で信頼性を損ねている。

- 高危険群産婦 (Z35.*) コードを正常分娩患者にのみ許容するようにして帝王切開患者には許容していない。

- 副診断名で貧血 (O990) に対する認定時、Hgb 数値が 8 mg/dl 以下の場合に限っているが、臨床的な貧血の定義は Hgb 10 mg/dl 以下で認定されていて、臨床的に妥当であると評価される基準より保守的に適用されている。

- 窒息分晩時にのみ高危険産婦を認定するが、高危険産婦群のうち年齢変数 (35 歳以上の初産、40 歳以上で 5 年間隔以上の経産婦に対してのみ重症度を認定するという指針を下す。

→ 高危険産婦群のうち年齢変数のみを極限するため、高危険群産婦群に分類して特別な注意と管理が要望される他の疾患に対する臨床的意味を減少させている。

2) 指針の一貫性欠如および任意的な適用

- ー 現行指針に関する基本的な問題点は、指針の役割が分類体系の原則を補助する役割以上の機能を果たしたり、非公式的なチャンネルを通して提示されるという点にある。

- ① 指針とは、分類体系の原則を維持する前提で、もう少し詳細で付加的な規定として、意志決定を支援する役割を遂行するべきであるが、現在 DRG 適用に関連して

医療機関に提示される指針は、重症度レベルと DRG 分類が揺らぎうる内容を含んでいて、分類体系運営の信頼性を減少させている。

- ② 指針は公式化された文書を通して伝達されるべきで、正式に grouper program に反映されて一貫性のある結果が生み出されるべきなのにもかかわらず、有線や口頭で指針を下したり、grouper program に反映されない指針が提示され、医療機関ごとに異なって適用される事例が発生しており、やはり運営の信頼性を減少させている。

事例：経膈分娩実施後数日後に痔核切除術を実施した場合について質問した結果、経膈分娩を主診断名に適用せよという指針が下されたが、これに対する異議を申し立てる医療機関の場合、DRG 適用を受けずに痔核切除術に対して行為別酬価の適応を受けた。

4.4.2 複合疾患および複合施術に関する問題点

- ー 現在の分類体系では複合傷病内訳を合理的に反映できる制度が欠如している。
- ー したがって、外科系と内科系疾患が伴う場合、複合傷病または疾患が伴う場合、傷病分離 (DRG split) または他の医療機関へ意図的な転院をさせる可能性を、制度が内在的に抱えており、国内の状況に合うように適切な補完策が要求される。

1) 内科系、外科系疾患が伴う場合

- ー 内科系と外科系疾病を伴う場合、外科系（手術優先）優先の原則により内科系診療内訳が損害を被らざるを得ない構造的な問題がある。

- ① こうした問題は次のような DRG 分類体系の原則に関連して発生する問題でもあって、国内の場合には合理性に問題が提起されうる。

→ 米国の診療費構造上、病院資源に最も影響を多く及ぼす行為を手術と見なした結果、手術を内科系処置に優先して分類しているが、国内の場合と同様、診療費に医師の診療行為をともに含む場合、常に外科系手術が内科系手術より資源消費量が多いとは言いにくいであろう。

- ② これによって引き起こされる問題は次の通りである。

場合によって（下の事例参照）内科診療内訳が決して外科手術より資源消費量が低いと見ることができない等、同一系列における分類原則とも反する結果を招きうること、すなわち内科系または外科系等、同一系列の施術が2つ以上伴う場合、資源消費量の高い順序により分類するのに反して、上の場合には資源消費量と関

係なく外科系優先に分類されている。

- クローン病患者が肛門周囲膿瘍で切開排膿 (I&D) する場合、主診断名は K50 であるが、手術をしたために DRG (DRG 1570) の適用を受けることになり、思うように内科治療の補償が受けられない。
- 直腸癌患者が抗癌剤治療で入院中、急性虫垂炎で手術を受ける場合、DRG 166010 (複雑な主診断のない虫垂切除術、重症度 1) として処理され、やはり癌診療に対する内科診療内訳の補償を思うように受けられない。

2) その他随伴疾患の多い場合

- ー 随伴する主診断名や副診断名が2つ以上になったり、2つ以上の手術を行った場合でも、このうち資源消費量が最も高い 1 つの主診断または手術により分類された後、重症度に該当副診断名が記載されない場合、重症度 0 の DRG として処理されているが、これもまた資源消費量の側面から厳格な差があり、先に指摘したように、資源消費量が異なる疾病群を 1 つに分類することによる様々な問題が発生しうるために、重症度に認定したり別途の補完がなければならない。

4.4.3 DRG Grouper 運用における問題点

DRG 分類を支援する Grouper program が DRG 分類体系および連合会指針と一致せず、プログラムに対する信頼性を損ねている。

1) 指針と grouper の適用が異なる場合

- ー 連合会指針では高齢の高リスク産婦 (Z35) に対して、経膈分娩の場合および応急帝王切開にのみ重症度を認定するよう指針を下しているが、実際 grouper 結果によると、経膈分娩の場合重症度 2、帝王切開の場合重症度 1 が適用されている。

2) 分類体系と grouper の適応が異なる場合

- ー 分類体系上では経膈分娩産婦において妊娠による高血圧 (O14.1: 重症子癇前症) と妊娠による糖尿 (O24.4: 妊娠中に発生した糖尿病) の場合、ともに分娩関連合併症に該当するが、grouper では妊娠による高血圧を伴う場合重症度 1 に、妊娠による糖尿を有する場合 O83.8 の伴う場合に限ってはいるが、重症度 2 が適用されている。
- ー 配布された重症度名簿に含まれる疾患であるにもかかわらず grouper program 上は重症

度が認定されておらず、資料および grouper program に対する不信を招いている。

→ これに対して医療保険連合会では、配布された資料を見ないで grouper program を配って重症度を記入せよと公然と指針を与えている実情にあり、結果的に資料の非公開を通じて重症度の妥当性を検証できないようにしている。

- 虫垂切除術を受けた患者がイレウス（K913）を伴う場合
腸の結核（A183）
結核性腹膜炎（K673）
結腸瘻および小腸瘻の機能障害（K914）

これらの疾患が重症度名簿に含まれる疾患にもかかわらず、grouper program 上の重症度が0になる。

3) 二元分類適用の問題

2 つ以上疾病が伴う複合疾患の場合（二元分類）、重症度に反映される疾患の優先順位が異なる等、一貫性が欠如している。

- 老人性核白内障（H25.1）に糖尿病性腎障害が伴う場合
糖尿病（E10-E14）+ 腎障害（N08.3）
→糖尿病（E21.2）が重症度に反映される。
- 老人性核白内障（H25.1）に脊椎結核が伴う場合
結核（A18.0）+ 脊椎（M49.0）
→脊髄（M49.0）が重症度に反映される。
- 肺炎（J18）にサイトメガロウイルス性肝炎が伴う場合
サイトメガロウイルス性肝炎（B25.1）+ 肝炎（K77.0）
→肝炎（K77.0）が重症度に反映される。

4.5 その他の問題点

1) 国内の診療の現実に合わない DRG 分類事例

- － K-DRG 分類上、診療形態が変わり現在はほとんどなされていない疾病群を独立した DRG に分類しており、これに対する現実的な補完が必要である。
- － これに関する例として MDC14 の経膈分娩（不妊術と/または頸管拡張子宮搔爬術を伴う；DRG 374）を上げることができるが、現在経膈分娩に不妊術を伴って実施する場合がないにもかかわらず、独立した DRG に分類されていて、DRG の数のみ増やすだけ

で実際分類の効果を上げられていない。

- － 産科 DRG の場合、先に指摘したとおり、重症度が異なる関連疾患が細分化できず同一 DRG に分類された反面、上の事例のように分類に役立たない DRG は細分化されている等、分類体系の合理性が欠如している代表的な分野で、国内の現実に合うように全面改編する必要があると判断される。

2) K-DRG 分類体系内の行為の脱落

- － K-DRG 分類体系の開発時点が古くなり、医療技術の発展をうまく反映できずにいる。すなわち、K-DRG 分類体系は 1991 年に開発された体系を基本骨格として、1994 年に診断名分類体系が KCD-9 から KCD-10 に変更されることによって分類体系が改正され、1997 年の試験事業実施時に一部分類が改正されたまま現在に至っている。したがって、10 余年の時間的間隔があり、以降に導入された新技術に対して分類体系がこれを反映できずにいる。

例：心臓ステント挿入術、仲裁的施術

- － 歯科行為は大部分脱落している。
- － そのほかにも現在 ICD-10 分類の 14,800 余の疾病分類のうち、外傷外因関係部分を除き、実際臨床で使用する 9,582 のうち約 260 余りの診断名が脱落している。

第5章 DRG 支払体系設計の適切性の評価

第5章 DRG支払体系設計の適切性の評価

- － この章では現在の DRG 制度試験事業モデルとして設計された DRG 報酬算定過程の適切性を評価してみようと思う。報酬算定過程の妥当性と使用された資料および算定方法の適切性を中心に問題点を提示すると、次の通りである。

5.1 医療環境および構造的特性反映の適切性に関して

5.1.1 必要性

- ① 入院患者の1件当たり診療費は、試験事業開発研究チーム（1997）が検討したとおり、医師や病院の提供形態と運営効率性、患者の社会・経済的特性、疾病の軽重度、そして医療機関が位置する地域的特性により変わりうる。
- ② DRG 支払体系は医療機関に財政的リスクを課する制度であり、医療機関が統制することができ、結果に責任を負うべき事項に対しては財政的リスクを抱えないようにすることが、医療資源の効率的運営の側面から妥当であるが、医療機関の管理領域を外れる部分については制度的にこれを補完する必要があり、特に民間医療機関に適応する際、こうした必要性はいっそう強調される。
- ③ 考慮すべき事項として、患者の疾病重症度の差として不可避免的に誘発される費用は、合理的な分類体系の開発および適切な報酬水準の設定を通して補完されなければならない。また地域的特性上、医療機関の経営が難しい地域や医療機関の公共的機能維持が必要な場合、これに対してもやはり別途の政策的支援方策または DRG 制度内の適切な補償策が整備されなければならない。

5.1.2 試験事業における政策的要素の支援策

1) 米国とオーストラリアの方策

- ① 米国の DRG 支払体系の下では、次のような事項に対して政策的な考慮として報酬が加算されている。
 - 病院が位置する地域賃金、物価の差：病院が位置する地域の病院費用のうち賃金の占める構成比と該地域の賃金指数を用いて報酬が加算されており、生活費の差は一部の州に極限して認定されている。
 - 地域後送病院の有無、貧民治療比率の高い地域的特性

- インターン病院・教育病院（病床当たりインターンの数）

- 田舎の病院

② オーストラリアのビクトリア州では、次の要因により病院に配分される予算額が加算されている。

- 病院の疾病構成（case-mix）・患者の軽重度

- 農村病院の有無

- 辺境地の疾病

- 長期療養患者数

2) 試験事業の内容

① 国内の場合、以上に言及した必要性を認めながらも、下に提示した理由により DRG 支払体系内で別途の政策的要素として考慮されずにいるが、それぞれに対しては次の批判が提起されうる。

- 農村および辺境地の病院

診療原価に差があり医療機関の零細性によって政策的支援が必要であるが、地域医療保険組合の財政状態がよくないために別途の方策が必要である。

→ 試験事業実施期間が終わるように他の方策が提示されたことがないために、地域的特性による損失を医療機関に転嫁する結果を招く。

- 地域間の物価・賃金の差

国内でも考慮の妥当性は認められるが、国家単位で遂行する事業にこれを反映した先例がなく、調整計数算出の難しさのために不可能である。

→ 国家的事業でも上の事項に対する必要性の程度が異なるが、医療専門職は地域により賃金差が大きいために、絶対的に考慮されるべき事項である。

- インターン病院に対する加算

分類体系の重症度が細分化されていてこれを反映しているために、加算の必要性が減少し、医療機関種別加算率にすでにこうした要素が反映された。また試験対象疾患群は難易度が高くないために、医療伝達体系確立のために 3 次機関で扱わないようにする逆誘因として活用するために、これに対する加算を考慮しないという論理が提示された。

→ 現在の分類体系には主診断名に関連のない疾患をその他の診断名としてこれ

らの疾患を対象に重症度が分類されているため、主診断名の範疇内に複合疾患や合併症が併発している場合、重症度を認定されずにいて、重い患者に対する診療内訳が十分に考慮されずにいる。またインターン病院の特性には、相対的に重い患者を診療する疾病構成の差も存在するが、未熟練人材の教育費用も発生するために、これに対しては患者重症度とは別途の補償が必要である。また医療機関の選択の問題は、基本的に患者に選択権があるため、医療伝達体系の確立という美名の下に医療機関に損失を与えることで、これを強制化することは妥当なアプローチではないと思料される。

- ② これに対する解決策として種別加算率を適用しているが、種別加算率は根拠や加算率水準の合理性が劣るといふ指摘が幾度も提起されてきた。しかし、加算率にはこうした特性のうちどの部分がどれほど反映されたのか全く説明しにくく、開発チームもやはり改善について必要性を認めている部分である。
- ③ 結論として、政策的考慮が必要であるにもかかわらず、試験事業過程ではこうした特性が合理的に反映されたと見にくく、DRG 支払体系内にこうした特性を制度的に反映できる方策が整備されない限り、医療機関が不当な財政的損失を甘受するしかなく、特に重症度の高い疾患が集中する3次機関の構造的損失が予見されうる。

5.2 DRG 酬価算定過程および資料の信頼性に関して

5.2.1 酬価算定資料の問題

- 3年間実施された試験事業対象 DRG 別酬価算定資料および算定過程を要約すると、表 5-1 の通りである。

表 5-1 年度別試験事業の DRG 酬価算定資料および算定方法の要約

	1 次試験事業	2 次試験事業	3 次試験事業
対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> 水晶体手術、扁桃およびアデノイド手術、虫垂突起切除術、帝王切開分娩、正常分娩（5 疾病群） 	<ul style="list-style-type: none"> 1 次対象疾患 + 追加、変更疾患 変更疾患：水晶体手術が単眼、両眼手術に分離される。 追加疾患：肛門および肛門小口手術、脱腸手術 	<ul style="list-style-type: none"> 2 次対象疾患 + 追加疾患 追加疾患：子宮、子宮付属器手術、単純肺炎と肋膜炎
資料源	<ul style="list-style-type: none"> サービス別原価資料 <ul style="list-style-type: none"> 江南聖母病院 1994 年度原価分析基準 95~96 年間物価上昇率 適正収益率 10% 診療内訳資料 <ul style="list-style-type: none"> 1994 年 2 病院診療記録簿と診療費請求資料（嶺南大病院、江南聖母病院） 平均在院日数資料 <ul style="list-style-type: none"> 1996 年 1~6 月の保険請求資料 28,090 件 1994 年 4~11 月の保険請求資料 59,128 件（3 次 29 カ所、400 病床以上総合病院 26） 	<ol style="list-style-type: none"> 追加疾患 <ul style="list-style-type: none"> 基本資料料、行為料：2 つの 3 次機関の 1997 年 1~8 月に退院した重症度 0 患者 薬、材料代 <ul style="list-style-type: none"> 保険：1994 年 4~11 月に 3 次機関 29,400 病床以上の総合病院 26 の保険請求資料のうち、平均薬・材料代を算定 非保険：上の資料の非保険薬・材料代の 2 つの 1 を適用する。（原価率 2 つの 1 を前提） 水晶体手術（両眼手術新設） <ul style="list-style-type: none"> 1996 年連合会診療費請求資料 	<ol style="list-style-type: none"> 1、2 次事業対象疾患は年度別酬価引上率適用 肺炎と肋膜炎、子宮付属器手術 <ul style="list-style-type: none"> 1998 年 1~6 月の間の 39 の 3 次診療機関の保険請求資料利用 肺炎（年齢 > 17 歳）：1,644 件 肺炎（年齢 0~17 歳）：6,454 件 子宮付属器手術：9,157 件
算定過程	<ul style="list-style-type: none"> 江南聖母：基本診療除く行為、薬剤および材料代内訳 × サービス当たり原価 嶺南大： <ul style="list-style-type: none"> 給付部分：行為、薬剤および材料代内訳 × 保険酬価 非給付部分：診療内訳（同上） × 一般酬価 2 病院を 50% ずつ加重平均して酬価算定 	<ol style="list-style-type: none"> 追加疾患 <ul style="list-style-type: none"> 基本診療料 $\Sigma \text{基本診療提供量} \times \text{RBRVS} \times (\text{基準入院日数} / \text{標本調査入院日数})$ 行為料 $\Sigma \text{行為別提供量} \times \text{行為別 RBRVS} \times \text{機関加算率}$ 水晶体手術（両眼手術新設） <ul style="list-style-type: none"> 請求資料で両眼手術と単眼手術の診療費算定後、単眼手術の基準酬価と両眼手術基準酬価が同一比率となるように調整する。 人工水晶体価：水晶体種類別福祉部告示が（一般：110,000 ウォン、特殊：230,000 ウォン） × 請求資料上の使用頻度数比率（47.4%、52.6%） → 加重平均値 固定費、変動費概念導入（手術、分娩：50%、内科：0%） 	<ul style="list-style-type: none"> 1 件当たり保険診療費算定在院日当たり基本診療料 + 診療行為料 + 薬剤、材料費 各変数の幾何平均 ± 3 標準偏差の範囲外の資料群除外後、幾何平均値算定 最終 DRG 基準酬価 <ul style="list-style-type: none"> 肺炎：算定された診療費と比べて 133%（全試験事業 DRG の平均引上率：33% 反映） 子宮付属器：算定された診療費と比べて 137%（基準産婦人科 DRG の平均引上率：37% 反映） 固定費、変動費概念適用（同左）

- － 報酬算定資料はサービス原価に関する資料、診療内訳に関する資料、平均在院日数に関する資料等に区分できる。各資料に関する問題点を見ると次の通りである。

1) サービス原価資料の問題

- － DRG 報酬算定の基本資料になる各サービス行為に関する原価資料は、試験事業年度によって若干の差があるが、1次試験事業時に活用された原価資料が主軸をなしているために、1次年度資料の妥当性および信頼性が DRG 報酬水準の妥当性を決定すると見ることができる。
- － 1次年度に活用された原価資料は、1病院の1994年度会計資料を活用したが、原価構造が病院ごとに異なるという点を勘案すると、1病院の原価資料では国家的な医療報酬を代表するには不十分で、これについては開発チームでも今後補完されるべき事項として指摘している（韓国保健産業振興院、1999）。
- － また利子料は1994年度の資料であり、以後物価上昇率および行為別報酬引上率を調整して3次試験事業に至っているが、医学技術の変化を勘案するなら、現在の原価構造や診療内訳が5年前と同一であると見にくい点がある。
- － 2次試験事業に追加された DRG に関する報酬算定資料も、やはり2つの3次機関資料のみを使用することにより、先に指摘した代表性の問題と信頼性の問題から免れがたい。

2) 診療内訳資料の問題点

- － 診療内訳資料は該当 DRG に対して経験的に発生しうる多様な事例が包括的に含まれてこそ支払の正確性が高まりうるという側面から、安定した事例件数確保が資料の信頼性を高める鍵となると見ることができる。
- － 実際にこのために参考にした資料は2つの病院資料であり、資料件数が少なすぎて（DRG 別に最小7件～64件）、こうした事例を十分に反映したと見にくく、特に資料収集期間が短くて複合傷病や重症度が相対的に高い事例が脱落することにより、報酬水準が低くなる方向に作用した可能性が高い。
- － 病院ごとに非給付コードが異なるために、これらの行為を連係する過程における誤謬が発生しうる。

5.2.2 酬価算定過程の問題

1) 基準酬価の算定

DRG 酬価を算定する過程が精巧でなく、実際の実原価が適切に反映されたと見にくい問題点がある。

- － 全サービス別価格を算定するに当たり 1 病院の実原価資料以外に 1 つの 3 次医療機関の保険酬価と一般酬価を含めて加重平均値を算出したが、この過程では次のような問題点が指摘される。
 - ① 現行保険酬価は適正原価の 64.8%に過ぎないものと評価されたことがあるために（1997、延世大保健政策研究所）、保険酬価水準をそのまま反映した DRG 酬価の給付分は適正原価を反映したと見にくいのが実情である。
 - ② 非給付部分に反映された一般酬価もやはり、病院ごとに酬価水準が千差万別であるために、適正酬価の代表性を有することができないという問題点がある。
- － 2 次試験事業から基準酬価算定時に固定費と変動費概念を導入しているが、これに対し次のような問題点が指摘される。
 - ① 診療費要素のうちいかなる項目をそれぞれ固定費と変動費に含めたのか明示せず分からない。サービス行為それぞれに対して固定費と変動費に区分するが、明確な基準や合意のない状態で、各要素の分類基準をめぐり妥当性に関して議論が提起される。
 - ② DRG 別、疾患例別にこれらの比率に差がありえ、特に重症度の高い疾患では一律的な値を適用するのは問題がある。
 - したがって固定費、変動費を区分するのが実際発生費用に近づけようとする試みとして考慮されたとしても、精巧な設計なしに概略的な仮定の下に反映されることにより、逆説的に支払いの正確性を損ねうるという側面から、高める必要があると判断される。
- － 薬、材料代算定時に非給付材料代や薬の場合、個別病院の実際購入価格を把握できずに、2 病院の資料に購入マージンを 50%と見て総診療費の 2 分の 1 と仮定したが、病院ごとに購入マージンが異なり、特に大型医療機関と小規模医療機関の間に顕著な差があるために、正確な推定であるとは見にくい問題点がある。また、正確な推定が難しい状態で、仮定している購入マージンもやはり、政府が医薬分業に関連して公式的に認定した薬価マージン率より低く認定していて、薬価マージン水準の適切性をめぐり異見が提示される。

2) 重症度別報酬算定および非給付診療費推定の問題

- 一 重症度別基準報酬策定時の各重症度に関して実証的資料を分析して報酬を算定したのではなく、重症度0の報酬水準を算定した後、これを基準に重症度1と重症度2の診療費を推定し、非給付診療費は給付診療費の重症度比率をそのまま適用して推定した。
(表5-2)

表5-2 年度別試験事業のDRG重症度別算定資料および算定方法の要約

	1次試験事業	2次試験事業	3次試験事業
資料源	<ul style="list-style-type: none"> • 1994年度保険資料(6ヵ月、400病床以上55病院) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1次試験資料を土台に1997年水準と推定 • 基本診療料:1997年単価に換算 • 薬・材料代:1994年実績値 • 行為料:1994年以降報酬引上率反映 	<ul style="list-style-type: none"> • 1998年1~6月の間の39の3次診療機関の保険診療費請求資料利用
重症度算定過程	<ul style="list-style-type: none"> • 給付:上記資料を土台に重症度0の診療を算定した後、1または2の患者の診療費の比を推定 • 非給付:給付比率と同一に適用する。 	1) 追加対象疾患 同左 2) 水晶体両眼手術、複雑な虫垂切除術 <ul style="list-style-type: none"> • 重症度1報酬 =両眼重症度0報酬+(単眼重症度1報酬-単眼重症度0報酬) • 重症度2報酬 =両眼重症度0報酬+(単眼重症度2報酬-単眼重症度0報酬) 	1次試験事業と同一

- 一 こうした推定過程で指摘される問題点は次の通りである。

- ① 保険請求時に記載されるその他の診断名コーディングとDRG試験事業で規定するコーディングに差があり、特にDRG支払体系では同一の診断名でも主診断名またはその他の診断名のうちどこに属するかによりDRGが異なって分類されうるために、これの正確な記載および区分を前提とするが、医療保険請求時にこうした問題が重要でないために、コーディングの正確さと診断名の脱落の側面で問題が多く、これによるDRGの重症度分類に誤謬が発生する可能性が高い。
- ② 使用した推定方法は、各重症度別診療費比率において給付と非給付が同じ比率という前提の下で可能である。すなわち重症度0の患者の非給付診療費と行為別請求診療費の比率が10%の場合、同一DRGの重症度1または2の患者の場合にも同一に10%という仮定が成立しなければならない。しかし、これについては検証されたことがなく、あまりに任意で便宜的な推定であるという側面から、信頼性に

問題が提起されうる。特に大型医療機関であるほど非給付行為が多いことを勘案すると、それらの医療機関で実際発生する診療費の重症度報酬の間の差は、算定された DRG 報酬水準より大きいこともあると判断される。

→ 以上で提起した誤謬によって、重症度 0 の水準が高まることも、低くなることもありうるが、1 次試験事業の結果、重症度分類による DRG 報酬を実際発生した診療費と比較した時、大部分の DRG で実際発生診療費の重症度間の差が DRG 報酬水準より大きく、特に 3 次機関が総合病院より大きく、前に憂慮した問題点が現実化しうることを示唆している。重症度推定過程の精密性について補完する必要があることは、研究開発チームでも指摘したところである。

3) 列外群の問題

－ DRG 内に存在する異質性の問題を解決するために、入院日数がきわめて短い患者ときわめて長い患者については、下段列外群と上段列外群患者に分類している。

－ 下段列外群の問題

最近の医学技術の発展方向が外来手術中心に変わっており、患者の便益や資源の効率性の側面からこれを推奨すべき状況であるが、在院日数が短い場合、下段列外群に分離されるため、思うように診療費の補償を受けられなくなることによって、外来手術を忌避したり在院日数を増やす問題が引き起こされている。したがって、外来手術に対する政策的考慮が必要である（参考までに、米国の場合には下段列外群概念を適用していない）。

－ 上段列外群の問題（例示参照）

① 同一 DRG 内で上段列外群の場合、正常群より疾病重症度が相対的に重いこともあり、これにより集中診療が行われる場合が多いために、固定費用が正常群より高く発生しうる。したがって、上段列外群の場合、正常群に比べて在院日数増加による 1 日当たり診療費のみ追加で支払うのは妥当でないと判断され、固定費と変動費の比率を調整する必要がある。

② 上段列外群に対する診療費算定時に変動費用については 90%のみを認定しており、これは医療費発生リスクを医療機関に分担させたという趣旨に由来するものと判断される。研究陣が明らかにしているように（韓国保健産業振興院、1997）、列外群患者発生の理由を次のように 3 つに分類しているが、最初に DRG 分類の誤謬による場合、2 つ目に、診療過程に含まれる不確実性に起因する場合（患者特性やその他の要因により結果が異なる場合）、3 つ目に、今までに知られている医学知

識の限界により DRG 分類体系に不完全な部分がある場合等に区分される。しかし、それらの理由の大部分は、医療機関が統制できたり、医療機関の責任で発生する問題と見ることができず、大部分の上段列外群が不確実な診療状況で不可避免的に発生しうる患者事例であることを勘案すると、これに対する費用発生の責任を医療機関に分担させることが不当であると判断される。また、外科系は 90%、内科系は 70%を追加補償するようにしているが、算定比率の根拠が明確でなく任意に適用される側面がある。

<例示>

- 上段列外群保険者負担金（外科系）
基準報酬×0.8+基準報酬×（1-固定費率）×0.8×0.9×（入院日数-正常群上限入院日数）+平均入院日数
- 上段列外群保険者負担金（内科系）
基準報酬×0.8+基準報酬×（1-固定比率）×0.8×0.7×（入院日数-正常群上限入院日数）+平均入院日数
- 診療費列外群患者保険者負担金
正常群および列外群保険者負担金（a）+（行為別総診療費-a-本人負担金-300万ウォン）×0.9

一 診療費列外群の問題

診療費列外群の場合、診療費があまりに多く発生した患者については一定金額（300万ウォン）以上の差額が発生する患者に限って、診療費の 90%を追加支給するようになっているが（上記例示参照）、これについては次の 2つの問題が指摘されうる。

- ① 上段列外群で指摘されていたのと同様に、医療機関で費用発生の責任を分担させることに対する妥当性が欠如している。
- ② 一定金額として 300万ウォンに対する論理的根拠が弱く、正常群基準報酬を超過しながら、300万ウォン未満の金額に対しては、結果的に医療機関に費用発生の責任を転嫁しているが、これは支払の正確性の側面から問題があると判断される。特に、民間医療機関に適用する支払基準については、補償の合理性が基本前提にならなければならないが、これに対する再考が必要である。

4) その他の問題点

- 同一疾病群内で重症度間の診療費または在院日数が逆転する問題が発生しており、この間一部解決されたものの相変わらず残っており、算定モデルに対する信頼性に疑問が提起されている。
- 最近一部の問題事例に対して在院日数のみを臨時的に調整したことがあるが、これはあまりに任意的かつ弥縫的な措置といえ、算定モデルに対する根本的な検討が必要であると思料される。
- 重症度間の在院日数、重症度が逆転する疾病事例を示すと、表 5-3 の通りである。

表 5-3 DRG 別在院日数増加による診療費逆転事例

該当 DRG 番号	内訳		備考
	在院日数	診療費金額 (ウォン)	
37200	10 日以降	610,000	372 が 373 より重症度の高い DRG であるにもかかわらず、10 日以降から診療費逆転
37300		629,000	
146000	48 日以降	5,091,860	48 日以降から重症度 1 の診療費が 0 より低い。
146010		5,049,140	
146110	1 日以降	1,654,690	1 日以降から重症度 1 と 2 の診療費が同じ。
146120		1,654,690	
146100	32 日以降	3,216,780	32 日以降から重症度 0 に比べて 1、2 の診療費が低い。
146110		3,172,120	
146120			
148000	5 日以降	2,989,110	5 日以降から重症度 1 の診療費が 0 より低い。
148010		2,925,880	
150100	23 日以降	2,113,380	23 日以降から重症度 1 の診療費が 0 より低い。
150110		2,026,480	
152010	1 日以降	1,500,720	1 日以降から重症度 1 と 2 の診療費同じ。
152020			
152100	1 日以降	893,950	1 日以降から重症度 0 と 1 の診療費が同じ。
152110			
154010	1 日以降	2,562,230	1 日以降から重症度 1 と 2 の診療費が同じ。
154020			

第6章 試験事業結果の評価

第6章 試験事業結果の評価

- － 政府は DRG 支払制度を導入することにより、医療供給者の効率的な医療行為を促進して、窮極的に医療費削減を図り診療費請求を簡素化すると同時に、医療関係者と保険者間の摩擦および診療自立権の是非を減らせるものと期待している。
- － 保健産業振興院（1998、1999）で遂行した 2 年間の試験事業評価の結果は、こうした目的が無理なく達成されたと報告しているが、評価結果を詳しく見ると、楽観的に評価するには不十分な点があると判断される。各項目別に議論してみると、次の通りである。

6.1 医療費削減効果の評価

6.1.1 医療費削減効果の評価時の関連要因の統制が不十分である。

- － 医療費削減効果を示唆する指標として医療サービス提供量と在院日数の減少を上げており、1 次年度評価結果によると、試験事業実施前後で診療費は 10.3%、在院日数は 10.2%減少したものと報告される（韓国保健医療管理研究院、1998）。
 - しかし次の事項を考慮すると、こうした減少を DRG 支払制度の効果であると説明するには制限点が多いと思料される。
- ① 医療保険統計資料を参考にすると、最近数年間の様々な要因によって疾病別 1 件当たり在院期間が着実に減少する傾向にあった（図 6-1）。試験事業に該当する疾患もやはり、前年度と比べて試験事業時期の平均減少率は概略 5%であり、試験事業期間の在院日数減少効果を評価するにおいて医療界全体の変化を勘案する必要があり、これを考慮すると減少効果が誇張された側面がある。