



図 6-1 DRG 試験対象疾患の年度別在院期間の推移（公教育、職場、地域医療を含む）

② 同一時期に試験事業参加病院と非参加病院を比較した結果によると、診療費において非参加病院に比べて試験事業参加病院の1人当たり給付診療費が9.8%少なく、診療提供量減少を報告しているが、これもやはり比較病院対象群の特性に差がある関係で、DRG 試験事業による減少は説明しにくい。すなわち、資料分析に含まれた参加病院に比べて、非参加病院の病床規模が大きく3次医療機関級が多くて、医療機関規模による影響を排除しにくい。また、在院日数においてはむしろ参加病院が非参加病院に比べて長くて医療資源が減少したと説明するには、結果に一貫性が足りない。

→ したがって、以上の結果を総合すると、比較方法が精密でなく、試験事業を通して診療量と在院日数が減少したと結論を下すには性急であると判断され、もう少し十分な期間、突っ込んだ分析が要求される。

### 6.1.2 診療量減少幅の鈍化

— 1次年度に続き2次年度の評価結果でも、診療費は1.9%、在院日数は4.6%減少したと報告しているが、減少幅は1次年度に比べて鈍化している。

— こうした結果に関して議論してみると、

① 減少幅が鈍化した理由としては、次の2つの推論が可能である。1次年度試験事業

に加入した医療機関の制度に対する対応が時間的経過により弛緩した可能性と、2次年度には1次年度に比べて規模の大きい医療機関がたくさん参加し、対象機関の構造的特性により減少幅が低くなった可能性が考えられる。

- ② 言及した推論のうち前者のケースに該当するなら、DRG 支払制度による効果は持続的というより相当に一時的である可能性があり、こうした問題に対しては、すでに米国でも何度か指摘されたことがある。すなわち、制度導入初期には医療機関が緊張を持って対応した関係で在院日数減少幅が大きいのが、時間が経過して次第に在院日数減少幅が鈍化し、診療費も制度が適用されない部分に転換され総診療費削減に失敗したという評価が、最近になって一貫して提起されていることに関連づけて考えることができる (Chulis, 1991; Schwarts, 1991; Kominski, 1993)。
- ③ 後者の場合といっても、医療機関の規模が大きくなるほど相対的に多様な軽重度の患者が含まれ、実際に制度的誘引に反応できる在院日数や診療費の削減幅は相当に限られた部分でしかなく、これもやはり DRG 制度が全国的に拡大する場合、実際の試験事業効果より低くなりうることを示唆している。

→ 結論として、1次・2次試験事業の結果だけでは全国拡大時に DRG 支払制度による費用削減効果を楽しめるには懐疑的であるといえ、客観的な評価を下すためにはもう少し十分な期間の追跡と資料に関する慎重な検討が必要である。

— 何よりも、現在実施中の試験事業設計モデルは、次のような側面から医療費削減効果が制約的にならざるをえない構造的問題を抱えている。

- ① 試験事業対象疾患は、疾病の軽重度を除いては医師の任意による判断や診療形態等による差の少ない、すなわち診療変動量が相対的に少ない疾患であり、財政的動機に沿うことのできる余地が少ない。
- ② 上級病室料差額が患者本人負担形態で医療機関に補償されるために、相対的に在院日数を減らそうという動機が弱まりうる。

## 6.2 医療サービスの質

医療サービスの質に対する評価として抗生剤使用形態と検査回数および必須検査未実施率、合併症を調査した結果に関して議論してみると、次の通りである。

## 6.2.1 抗生剤使用の変化

### 1) 抗生剤使用期間

- － 1次年度の結果、抗生剤使用期間は事業参加前後を比較すると、小幅（経口抗生剤 0.5 日、注射抗生剤 1 日、退院処方抗生剤 0.8 日減少）減少した。しかし、非参加病院と比較すると DRG 別に差があり、長い場合もあり短い場合もあって、一貫性のある結果を示さなかった。したがって、全般的な医療界の変化を考慮すると、抗生剤使用期間に変化があったと説明するには制約的であると評価される。
- － また 1次年度と 2次年度の結果を比較すると、経口抗生剤においては DRG 別に一貫した結果を示さず、減少幅もやはり鈍化した。その理由は先に在院機関で説明したような脈絡で推論することができる。
- － 退院時処方抗生剤は 1・2次試験事業の結果、すべての DRG で試験事業参加後減少し、非参加病院よりも少なかった反面、2次試験事業の結果から退院後は抗生剤が増えて、医療機関が入院診療費用を減らすために入院診療に含まれる抗生剤部分を退院後外来訪問に転移させた可能性を示している。すなわち、退院時の抗生剤使用の減少は、診療量自体の減少効果というより、入院から外来への転移を通じた減少現象と判断される。

### 2) 抗生剤費用の変化

#### (1) 患者 1 人当たりの抗生剤費用

- － 患者 1 人当たりの抗生剤費用の変化を調べると、1・2次試験事業の結果から試験事業前後に減少し、全般的に非参加病院よりも低かった。
- － しかし医療機関種別に区分して見ると、2次試験事業の結果から病院と総合病院は減少した反面、3次医療機関ではむしろ増加して、医療機関種別の結果が相違した。したがって、抗生剤減少結果をすべての医療機関に一般化させることは適切でないと判断される。特に 3次医療機関は他の医療機関より軽重度の高い患者を診療するために、診療内訳において他の医療機関と構造的な差があり、DRG 制度に財政的に沿うことのできる余地が相対的に少ないことを示している。
- － 1次試験事業の結果により 1人当たり抗生剤内訳を各医療機関別に分析し、医療機関当たり平均値を算出平均して試験事業前後に区分したが、分析件数が少ない関係で個別平均値の差が過度に（例：参加後医療機関別 1人当たり抗生剤費用最低 25,346 ウォン～最高 228,646 ウォン）大きく、信頼性ある結論を導き出しにくい。

#### (2) 2次抗生剤の使用

- ー 1次試験事業の結果、抗生剤費用の減少は、主に注射抗生剤、特に2次抗生剤の減少から始まったものと報告しているが、これもまた資料の信頼性が低くて、次のような問題点が指摘され、慎重な解釈が要求される。
  - ① 医療機関別 2次抗生剤使用率が機関別に差が大きく、こうした差は資料件数が十分に大きくないことに起因するもので（資料件数が提示されておらず確認する方法はないが、全分析件数を考慮すると）、減少傾向を把握するには制限的である。
  - ② また、こうした資料の不安定性の問題がある状態で、使用構成比の算出平均値を減少率として把握するのは極端値に敏感な算出平均値の問題点を考慮しないもので、解釈に慎重さが要求されるといえる。
- ー 以上の問題点はさておいて、試験事業の結果として抗生剤費用の減少に関する可能性を考慮するとしても、抗生剤費用の減少についてはすべて次のような側面から慎重なアプローチが必要である。
 

すなわち、不必要な高価抗生剤使用の削減を通して医療費削減を図ることは社会の便益を向上させるという点で望ましいが、こうした医療費用の削減は患者の診療結果を損なわないという前提の下で合理化されなければならない。したがって、これら注射抗生剤の減少が今後の手術後感染および患者診療結果にいかなる影響を及ぼすかについて慎重かつ長期的な判断が必要である。すなわち、実際に使用すべき患者に適切な薬剤が投入されないことによってもたらされる費用が十分に考慮されなければならない。

## 6.2.2 合併症および必須検査の未実施率

### 1) 検査回数および必須検査の未実施率

- ー 検査回数の変化を見ると、1・2次年度に大部分の DRG で入院中の平均検査回数が減少した反面、入院後の検査回数は増加して、抗生剤と同様に検査費用が減少したというよりは DRG 制度の影響を受けない外来に転移されたことが分かる。
- ー また検査回数もやはり、先に言及したように診療の質を低下させないという前提の下で評価されなければならないが、これを評価できる指標が必須検査の未実施率であるということができる。必須検査の未実施率を見ると、大部分の医療機関で試験事業参加前に比べて参加後増加して、全般的に診療結果に影響を与えないレベルで費用削減を図らなければならない前提が損なわれる可能性が高いことを示唆する。

## 2) 合併症発生率

- － 2次年度の手術後の合併症発生率結果を見ると、分析資料件数が少なく医療機関別、DRG別に多少異なる結果を示す関係で慎重な解釈が要求されるが、概して試験事業参加後の合併症発生率が増えた。手術後の合併症は否定的な指標であるために、保守的に評価するなら、DRG支払制度によって合併症等の診療の否定的結果が増えた可能性を排除しにくいと判断される。

## 3) 手術後の必要処置の実施の有無

- － 2次年度に手術後必要な処置が思うように実施されたかを調査した結果によると、帝王切開術の場合、髄液供給、制酸剤、子宮収縮剤提供等で、虫垂切除術の場合、去痰剤、髄液供給、制酸剤提供等で、試験事業参加前に比べて参加後未実施率が高く報告された。

## 4) 診療材料代の質評価－人工水晶体材料

- － 医療サービスの質低下が憂慮される領域として、手術および処置に使用される材料代の質的水準が低くなりうるが、代表的な高価材料代として人工水晶体の場合を分析した結果を見ると、次の通りである。
- － 人工水晶体の使用形態を調査した2次年度の評価結果によると、総合病院を除いたすべての医療機関級で試験事業参加後に人工水晶体の単価が減少して材料代の質低下の可能性を示唆した。しかし、医療機関種別分析対象医療機関数が提示されておらず、資料の信頼度を前提できる追加的な情報を土台に慎重な解釈が要求されるということができる。
- － 医療機関種別比較では、特に医院級医療機関の人工水晶体単価減少幅が大きい反面、3次医療機関の場合に減少幅がわずかだったり、総合病院の場合にむしろ増えて、やはり医療機関規模により対応形態が異なって現れていることが分かる。
- － こうした対応形態の差が意味することは複合的ではあるが、まず疾病軽重度による差と解釈する場合、相対的に重い患者の場合、医療供給者の診療量調節幅が少なく、診療結果に決定的に影響を与えうる部分については経済的動機よりは質を優先視していることを示す。しかし、大型医療機関の場合、韓国の病院の所有構造の特性上、積極的な経営主体の見解よりは個別臨床医師の診療権限が診療現場で強く作用することにより、材料代の質低下までに至らない反面、相対的に経営主体の経済意志が容易に適用されうる医院級医療機関では、診療結果に決定的影響がない線度高価な材料代を利用することで利潤動機に沿う可能性があることを示している。

### 6.2.3 医療サービスの質低下の可能性および問題点

- － 以上の結果を総合すると、財政的動機に沿うためにサービスの質低下という DRG 支払制度の否定的側面が可視化しうることを示している。特に医療サービスの質を否定的な診療結果がもたらされるほど結果に直接的に影響を与えうる決定的な部分と、否定的な診療結果または生命を脅かすほどの影響を及ぼさないが、相対的な便益を減らす付加的領域に区分すると、後者の領域に対するサービスの質低下が現実化しうることを示唆している。
- － これは次のような国内環境を考慮すると、非常に憂慮すべき結果をもたらしうると判断される。
  - ① まず国内病院の医療の質管理水準や統計資料は非常に初歩的なレベルであるといえ、質管理能力とは一朝一夕に形成されず質管理人材のプールと専門的なノウハウの蓄積を前提とするという側面から、制度としてこれを促進するといっても相当期間は質的問題によって医療機関と患者がともに望まない費用を負う可能性がある。これは低報酬によって薄利多売型のサービスの質低下がもたらされている国内医療界の弊害が DRG 支払制度を通じて悪化する結果を招きうることを意味する。
  - ② 次第に医療紛争が増加しているにもかかわらず、医療紛争調整法等医療紛争に対する社会的安全網が構築されていない状態で、サービスの質低下による医療事故の増加とこれによる紛争費用の増加は、軽重度の高い患者を忌避させたり、また別の社会費用を増加させる結果を招きうる。
- － 言及した問題点の結果として、患者と医療機関の間の深刻な不信が引き起こされ社会問題化する素地がある。

## 6.3 医療報酬水準に対する評価

### 6.3.1 DRG 報酬水準の適切性に関する議論

- － DRG 支払制度が医療供給者に及ぼしうる影響として最も重要な問題は、DRG 報酬制による病院経営収支の変化であるといえる。
  - 1) 適正 DRG 報酬水準確保の必要性
- － DRG 支払体系実施の最も重要な前提条件として適正報酬水準が保障されなければなら

ない理由は、次のような論拠による。

- ① DRG 支払体系下では費用発生に対するリスクを医療機関に転嫁させるために適正報酬が保障されなければ、医療機関はサービスの質を下げたり収益性の低い患者を忌避する等、望ましくない診療形態を通して経営を保全しようとすることになり、政府もやはりこうした形態を統制する名分が弱くなる。
- ② DRG 支払体系は行為別報酬制より統制単位が広く強力なために、医療機関の収益重大の余地が相対的に少なく、発生行為に対してはすべて補償する行為別報酬制に比べて十分な利潤幅を認定してくれなければ、制度的な要因による経営悪化を招きうる。また確率的な概念によって診療費が支払われるために、行為別報酬と比較して支払正確性が劣る可能性もあり、これもやはり制度設計の問題として個別医療機関が損失を被らないように水準を配慮する必要がある。

## 2) 試験事業結果の評価

- － 試験事業評価時に軽重度 0 に該当する DRG に対して給付診療費を行為別報酬基準と比較した結果によると、1 次年度には 15.4%、2 次年度には 10.6% 増加したものと報告された。
- － しかし、こうした評価に対して次のような問題点が提起される。
  - ① 評価対象が相対的に疾病軽症度の低い DRG 群に極限されているために、先に言及した重症度別報酬水準算定の問題を考慮すると、重症度 1 または 2 に対する基準報酬が低く評価された可能性があり、結果的に疾病軽重度の高い患者を診療する医療機関の場合、収入増加幅は低くなる可能性が高い（これについては試験事業評価結果でも実証的に分析されている）。
  - ② 重症度 0 に対する基準報酬において、1 次年度に比べて 2 次年度に DRG 報酬と行為別報酬基準診療費の差が減少したが、これもまた 2 次年度に相対的に規模の大きな医療機関の多くが参加したという事実に関連づけて考えることができる。先に見たように、DRG 分類体系や報酬算定過程で疾病軽重度が他の疾患が同一 DRG に分類され、報酬算定過程ではこうした重い事例が十分に反映されない関係で、重症度 0 の DRG 基準報酬が重い患者を診療する医療機関の場合、相対的に不利になりうることを指摘している。したがって、医療機関の規模が大きいほど相対的に重い患者を診療する現実を勘案すると、1 次年度と 2 次年度の間の行為別報酬と比べた DRG 基準報酬診療費の差の減少は、こうした可能性が現実化されうることを示唆する。すなわち、相対的に重い患者を診療する可能性の高い医療機関が含まれ、行為別報酬を基準にした DRG 基準報酬の収益性が減少したものと判断され

る。

- － 現在 DRG 試験事業は自発的な参加を前提とするために、参加した機関は参加しない機関に比べて患者の特性を含めて財政的に有利な条件の医療機関である可能性が高い。こうした結果は、全国的に拡大する時、試験事業評価よりは否定的な側面の結果が発生する可能性が高いという点で、慎重な判断が要求される。
- － 何よりも、DRG 報酬水準の適正性を評価するに当たり、行為別報酬と比較することは適切なアプローチではないと判断される。現行の行為別報酬は適正原価の 64.8%に過ぎないと評価されたことがあり（1997、延世大保健政策研究所）、こうした構造的問題点のために、診療量を増やし非給付や薬・材料代マージンで医療機関を維持してきたのがこの間の慣行であったとすると、DRG 報酬水準の適切性は、適正原価水準と比較して評価されるのが正しいと判断される。

### 3) DRG 報酬水準と医療保険財政の問題

- － DRG 報酬水準の適正性を論じるに当たり十分考慮すべき事項は、保険財政の問題であるといえる。
- － 現在の試験事業は非給付部分を保険者が負担するようにすることで患者負担分は減少した反面、保険者負担分が増加し、これを全国的に拡大する場合、保険者負担分は急激に増加するものと予想される。
  - ① 2次試験事業評価結果によると、試験事業実施後、保険者負担分が診療1件当たり 88,267 ウォン（17.3%）増加したと報告された。
  - ② したがって、以上の評価結果を土台に資料が可能な範囲内で DRG 支払体系拡大適用時に追加される保険財政を大まかに推定してみると、DRG 支払体系を主に外科系疾患に極限して拡大するとしても、次の疾患、すなわち急性虫垂炎、白内障、扁桃およびアデノイド疾患、経膈分娩および帝王切開分娩等に対する適用時に 505 億ウォン～545 億ウォン規模を追加的に要すると推定される。

（推定方法は試験事業評価で報告された各 DRG 別保険者負担金追加額に 1998 年該当疾病件数をかけて算出し、医療機関種別比重は考慮しなかったために、年度別差異と医療機関規模による財政負担差を勘案する場合、財政所要額は増加する可能性が高い。）

- － 現在の試験事業対象疾患は相対的に単純で診療量の変動幅が大きくないために、医療供給者の形態調整を通じた医療費削減効果もやはり大きな期待をしにくいと判断され、結果的に非給付部分の給付化による保険者負担分が増えることになり、これによって



保険財政にさらなる負担として作用することになるであろう。

- － したがって、こうした状況を勘案すると、DRG 支払体系の適用および円滑な運営のためには、追加的に要する財政に対する代案が必要である。しかし現在の医療保険財政の不安定の問題が深刻な政策課題として浮上しており、医薬分業等追加的な財政所要が予想される諸懸案が存在している時点で、現実的に代案の模索が困難である。
- － むしろ政府では、保険財政安定化のための中長期方策により DRG 支払体系の適用を打ち出している実情にあり、これは政府が現行 DRG 支払体系の医療費削減効果を過大評価することで適正水準を保障するのに要する財政負担を相殺しても余るほどの医療費が削減されるものと誤って期待しているか、そうでなければ DRG 酬価の適正水準保障という名分を制度の拡大適用後に放棄し、酬価統制を通して財政安定を達成するであろうという、いわゆる医療界の不信に充ちた見解を実際に政策意志として有していない限り、達成不可能な目標であろう。
- － 結論として、十分な保険財政が確保されなければ、実際に適正酬価保障は宣言に終わる可能性が高く、今後酬価統制がなされる場合、低酬価によって医療機関の経営難が深刻化している状態で、医療供給基盤が萎縮する深刻な問題が引き起こされうる。

### 6.3.2 DRG 酬価水準に関する実証分析

#### 1) 研究目的

- － 言及した通り、DRG 酬価水準の適切性は DRG 支払制度の合理性と受容性を決定づける重要な要件であるにもかかわらず、政府が標榜している DRG 基準酬価水準と医療界が体験している酬価水準の間には乖離が存在している。
- － したがって、現在の DRG 基準酬価が適切なのかどうかについて病院の実証的な資料分析を通して評価してみようと思う。
- － 各 DRG 別重症度水準により DRG 酬価水準が適切なのかを評価する。

#### 2) 研究内容

DRG 酬価水準の適切性評価のために、次の指標と比較分析する。

##### ① DRG 基準酬価と現行行為別酬価換算価格との比較

- － 政府は試験事業設計時に DRG 基準酬価が現行行為別酬価に換算した価格より上位水準で策定されたと明らかにしており、実際の試験事業評価でも DRG 基準酬価が行為別酬

価を上回るものと評価されたが、医療機関で体験する報酬水準は不十分なものと評価されている。

- こうした不満は、医療機関の規模が大きいほど高く、これは 5 章で検討したように報酬算定過程の問題に関連がありうるところで、相対的に重い疾患を診療する可能性の高い医療機関の場合、報酬水準に対する評価が変わりうるものと判断される。
- 特に試験事業評価結果は、相対的に規模の小さな医療機関が主をなしていて、規模が大きな医療機関に対する評価が思うようになされない可能性があり、この研究では 3 次医療機関を対象にこうした可能性を実証的に究明しようと思う。
- したがって、現在の試験事業に該当する同一 DRG 群に対して政府が告示した DRG 基準報酬と同一の診療内容を行為別報酬に換算した価格との差を分析することで、現在の DRG 基準報酬が行為別報酬より上位水準であるかどうかを評価した。

## ② DRG 基準報酬と医療行為原価との比較

- 試験事業評価では DRG 基準報酬の適正性を行為別報酬と比較しているが、現行行為別報酬が原価の 64.8%に留まっているという評価を勘案すると、これは適切な方法ではなく、適正原価水準との比較検討が必要である。
- このために、現在の試験事業に該当する同一 DRG 群に対して政府が告示した DRG 基準報酬と同一の診療内訳を行為別原価算定した値との差を分析する。

## 3) 研究方法

### ① 調査対象病院：

- 調査対象病院は行為別診療資料が電算化され体系的に整理されている大学病院を中心にした。
- 試験事業参加病院は DRG 支払制度に制度的に順応する過程で本来の診療形態が調整され、こうした形態の変化は肯定的な側面からは不必要な医療行為の減少効果を反映する反面、否定的な側面からは必須サービスの減少効果もともに含む。現在は両者の効果を分離しにくく、DRG 基準報酬は形態の変化部分まで勘案して報酬を算定したというよりは、行為別報酬制の下の診療形態を基準に算定したために、DRG 支払制度による形態変化のない状態で評価するのが妥当である。したがって、こうした基準として DRG 支払制度未参加病院の資料を調査して比較し、参考にしようと思う。
- こうした趣旨から、調査対象病院は DRG 支払制度試験事業に参加している 3 次医療機

関3カ所と、試験事業に参加していない3次医療機関2カ所を選んだ。

## ② 行為別原価資料の収集

— 医療行為別原価を算定する方法としては、個別病院を対象に各病院の行為別原価分析を通して実証的な原価資料を調査する方法と、2次的な資料で原価を予測する方法があるが、この研究では時間的な制約上、後者を選択した。

— 行為別原価を推定した過程を説明すると、次の通りである。

### ■ 原価算定モデル

各行為の診療内訳に行為別原価をかけて原価を算定し、行為別原価の値は現行行為別原価算定のために開発された RBRVS (Resource Based Relative Value Scale)<sup>1)</sup>を使用した。

■  $DRGi$  の原価 =  $\Sigma$  (行為  $k$  の平均診療件数  $\times$  行為  $k$  の RBRVS  $\times$  換算指数) +  $\Sigma$  (診療材料代 + 薬剤料)

■ 行為料に3次機関加算率を30%かける。

■ 小児該当 DRG の場合には該当項目に小児加算率がかけられたが、応急室を通して来院したり夜間診療による加算率は補正できなかった。

■ RBRVS と換算指数は1997年の資料により算出された値であるため、1999年までの原価引上率<sup>2)</sup>を補正して使用する。

### ■ 診療材料代と薬剤料の算定

• 診療材料代と薬剤料は給付対象の場合告示が、非給付対象である場合には一般原価があるが、これは現実的に医療機関の実購入価格と差がありえ、原価算定の側面からは実購入価格が反映されなければならない。しかし、実購入価格もやはり医療機関により品目によって差があるために、個別的な実購入価格をすべて反映するのが難しい。

• 試験事業で DRG 基準原価算定時にも実購入価格を反映できず、給付対象品目

<sup>1)</sup> RBRVS は延世大保健政策および管理研究所が1997年に8病院を対象に行為別原価分析を実施して算出された行為別原価の相対的な比であり、現在国内で参考にできる唯一の行為別原価値である。

<sup>2)</sup> 延世大保健政策および管理研究所が RBRVS を定例的な原価に換算するために開発した MEI (Medical Economic Index) を活用した。この指標は物価値上がり要因および医療原価引上要因を総合して複合指数化したものである。

は保険告示価格水準をそのまま使用し、非給付対象である場合には一般酬価価格の2分の1水準を適用した。これは、一般酬価価格の場合、購入マージンを50%と仮定したもので、医療機関の交渉力により購入マージン幅が変わることがあり、薬剤料の場合、通常の入力マージンの30%レベルに照らして多少低く評価された側面がある。

- したがって、この研究では給付対象項目は保険告示価格水準をそのまま用いて、非給付対象である場合には一般酬価価格の50%、70%水準と仮定して原価を算定した。

### ③ 調査資料の内容

#### 一 資料収集期間：

多様な診療事例を含めるために各病院に3ヵ月以上の資料の協力を求めたが、行為別診療内訳資料が膨大な関係で医療機関の資料処理過程に困難が多く、医療機関によって1ヵ月～6ヵ月の資料が収集された。1998年の資料の場合、1999年の資料時点で酬価引上げ要因を補正して使用する。

#### 一 資料収集内訳は次の通りである。

- 患者特性資料：患者ID、年齢、性別
- 医療情報：DRGコード、平均在院期間、各行為別件数、行為別単位酬価
- 行為別酬価に算定した総入院診療費：  
各DRGに該当する患者の診療内訳を行為別酬価に換算した総診療費。(保険給付総費用および非給付項目の場合には一般酬価の総額を求める)。  
3次医療機関種別加算率と小児加算率のみ反映され、応急診療や夜間診療等その他の加算率は反映されなかった。
- 各診療行為別コード名とコード番号

#### 一 調査方法

- 各病院を現地訪問して、保険審査課または医務記録課と電算課等の実務担当者に面談、資料の目的と概要について説明し、あらかじめ用意された調査票様式を配布する。
- 一次的に収集された資料内訳は、個別病院担当者との意思疎通過程を経て分析に合うように再構成した。
- 各病院別資料はコード名によって算出された行為別相対価値に対応して、行為別原価資料を構築する。

- 収集された資料は SAS 統計パッケージにより分析する。

### 3) 研究結果

主な研究結果を見ると次の通りである（表 6-1）。

#### ① DRG 基準報酬と行為別報酬との比較

- DRG 試験事業に参加する病院の場合、DRG 基準報酬と比べた行為別報酬との比較でマイナス値を示す DRG は両眼水晶体手術（04100）、肛門周囲手術（15700）、小児脱腸手術（16110）、単純虫垂切除術（16600）、子宮付属器手術（35800）、帝王切開術（37000）、複雑な合併症を伴う経膈分娩（37200）、単純経膈分娩（37300）等であり、3 次試験事業に適用された内科系 DRG を除いても、試験対象 DRG の 53%に該当した。
- 試験事業に参加していない医療機関の場合、肺炎（08900）、肛門周囲手術（15700）、脱腸手術（16100）、複雑な虫垂切除術（16400）と単純虫垂切除術（16600）、子宮付属器手術（35800）、複雑な合併症を伴う経膈分娩（37200）、単純経膈分娩（37300）等が DRG 基準報酬と比べて行為別報酬でマイナス値を示し、試験対象 DRG の 53%に該当した。
- 参加病院と非参加病院をともに含めた時、DRG 基準報酬と比べて行為別報酬との比較でマイナス値を示した DRG は、両眼水晶体手術（04100）、肺炎（08900）、肛門周囲手術（15700）、複雑な虫垂切除術（16400）、単純虫垂切除術（16600）、子宮付属器手術（35800）、帝王切開（37000）、複雑な合併症を伴う経膈分娩（37200）、単純経膈分娩（37300）等であり、主要試験事業対象 DRG の 53%に達する。
- 重症度 0 の DRG のうち DRG 基準報酬と比較して相対的に差額が大きかった場合（10 万ウォン以上）は、単純虫垂切除術（16600）、複雑な合併症を伴う経膈分娩（37200）等であった。
- DRG 重症度別報酬の比較では、上位重症度でプラス値を示す場合があり（例：03901、03902、08911、15702、16602、37202、37302）、そのほかにはマイナス値を示す等 DRG により結果に一貫性がなかった。こうした結果は、重症度 1、2 の事例件数が少なすぎる関係で極端値により左右されて現れた結果であり、結果に信頼性を与えにくい側面がある。しかし、マイナス値を示す場合には重症度が高いほど差額が大きく、実際重症度の高い疾患に対する報酬水準が相対的に低い可能性を示唆した。

#### ② DRG 基準報酬と比べた行為別原価

- － DRG 試験事業に参加する病院の場合、DRG 基準報酬と比べた原価 1（非保険薬剤料および材料代を 70%認めた場合の原価）の場合には、小児肺炎（0891）を除いてすべての DRG でマイナス値を示し、DRG 基準報酬と比べた原価 2（非保険薬剤料および材料代を 50%認めた場合の原価）では肺炎（089）と小児肺炎（0891）、脱腸（161）を除いてすべての DRG でマイナス値を示した。
- － DRG 試験事業に未参加の病院の場合、DRG 基準報酬と比べた原価 1（非保険薬剤料および材料代を 70%認めた場合の原価）と DRG 基準報酬と比べた原価 2（非保険薬剤料および材料代を 50%認めた場合の原価）の場合ともに、単眼水晶体手術（039）を除いてすべての DRG でマイナス値を示した。
- － DRG 試験事業に参加する病院と非参加病院をともに含むと、DRG 基準報酬と比べた原価 1（非保険薬剤料および材料代を 70%認めた場合の原価）の場合と DRG 基準報酬と比べた原価 2（非保険薬剤料および材料代を 50%認めた場合の原価）の場合、両者で小児肺炎（0891）を除いてすべての DRG でマイナス値を示した。
- － 重症度 0 の DRG のうち DRG 基準報酬と比較した差額規模を見ると、単眼水晶体手術（03900）、扁桃およびアデノイド手術（05900）、小児肺炎（08910）を除いてすべての DRG で 10 万ウォン以上の差額を示した。
- － DRG 重症度別報酬比較では、上位重症度でプラス値を示す場合があった（例：03901、03902、08911、15702、16602、37202）。そのほかにはマイナス値を示す等 DRG により結果に一貫性がない。こうした結果もやはり行為別報酬における場合と類似の結果で、資料の信頼性に問題があり、解釈に注意を要する。しかしマイナス値を示した場合、相対的に重症度が高くなるほど差額が大きくなった。

### ③ 総合

- － 以上の結果を総合すると、現在の DRG 基準報酬は重症度の水準をすべて含む場合、行為別報酬に比べると 9.07%、原価と比べると 18.50～23.35%低いものと評価される。重症度 1、2 の資料値が多くなく、極端値の影響で資料に信頼性をおきにくいという判断の下に、重症度 0 を対象に評価する場合には行為別報酬に対して 2.39%、原価と比べると 16.87～23.20%低いものと評価される。
- － 分析資料が夜間診療や応急診療等特定状況による加算は全く反映されない資料であり、重症度に対する事例もやはり多様に含むことができなかつたことを考慮すると、実際の医療機関における報酬水準の差は本研究結果よりも大きくなりうると判断される。
- － 参加病院と非参加病院を比較すると、DRG により報酬の差の幅が異なりはしたが、概して非参加病院の差が参加病院より高かつた。こうした結果が意味することは複合的

でありうるが、参加病院に比べて非参加病院の診療形態が効率的でない結果であるともいえ、参加病院が非参加病院に比べてサービス量（必要サービスまたは不必要サービス）を減らすことで、すなわち制度に順応するために診療形態の変化を試みた結果でもありえ、これについては慎重な究明が必要である。しかし、こうした差は医療機関の疾病構成（case-mix）による差でもありえ、実際、本調査対象機関 5 カ所の DRG 別価格に相当の変移があり、これは 3 次医療機関内でも DRG 内の同質性に差のあることが分かる。

- － 本研究結果は 3 次医療機関のみを対象にし、調査期間も最初計画したより短く、相対的に事例件数が充分でないという制限点を有しており、この結果をすべての医療機関に一般化させるのは難しい。しかし試験事業設計に関連して指摘したとおり、相対的に重症度の高い疾患を診療する大規模医療機関の場合、そして重症度が高いほど報酬水準が低く評価された可能性が実際に現れうることを示唆している。
- － したがって、報酬水準については今後十分な期間、もう少し多くの数の医療機関を対象に信頼性のある資料を収集して、突っ込んだ再評価が試みられる必要があると判断される。

表 6-1 DRG 基準報酬と比べた行為別報酬と行為別原価

	DRG 試験事業参加病院				DRG 試験事業非参加病院				全体			
	DRG 行為別 報酬 <sup>1)</sup>	DRG-RV100 <sup>2)</sup>	DRG-RV70 <sup>3)</sup>	DRG-RV50 <sup>4)</sup>	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50
03900	12,886	-207,027	-113,646	-51,393	161,579	31,550	57,929	75,514	72,351	-111,596	-45,016	-630
03901	170,986	-110,807	-3,940	67,305	88,194	-41,465	-8,102	14,139	13,869	-83,070	-5,604	46,038
03902	631,652	217,577	280,885	323,091	1,161,723	1,052,911	1,061,722	1,067,596	896,687	635,244	671,303	695,343
04100	-57,951	-409,851	-258,868	-158,213	-	-	-	-	-57,951	-409,851	-258,868	-158,213
04101	-224,592	-655,722	-440,324	-296,726	-	-	-	-	-224,592	-655,722	-440,324	-296,726
05900	34,058	-135,221	-95,211	-68,537	94,419	-34,037	-31,637	-30,037	49,148	-109,925	-79,317	-58,912
05901	-69,148	-698,639	-663,162	-639,510	-	-	-	-	-69,148	-698,639	-663,162	-639,510
05910	1,271	-189,755	-148,657	-121,258	143,412	-302,764	-296,759	-292,755	36,806	-218,007	-185,683	-164,132
05911	-673,817	-770,493	-553,750	-409,255	-	-	-	-	-673,817	-770,493	-553,750	-409,255
08900	36,765	-94,552	-10,354	45,778	-193,278	-383,984	-362,116	-347,538	-55,252	-210,325	-151,059	-111,548
08901	50,368	-88,287	7,726	71,736	-467,743	-601,564	-583,816	-571,984	-156,876	-293,598	-228,890	-185,752
08902	94,763	-16,944	100,687	179,107	-2,139,160	-2,559,755	-2,517,908	-2,490,010	-1,022,198	-1,288,349	-1,208,610	-1,155,451

1) 行為別報酬 =  $\sum$  (行為 k の平均診療件数  $\times$  行為 k の単位報酬) +  $\sum$  (診療材料代 + 薬剤料)

2) RV100 =  $\sum$  (k の平均診療件数  $\times$  給付行為 k の RBRVS  $\times$  換算指数  $\times$  医療保険経済指数) +  $\sum$  (診療材料代 + 薬剤料)  
ただし、行為に限って 3 次診療期間加重値 30% 適用、給付行為に限って小児加算 (10% ~ 30%) 適用

3) RV70 =  $\sum$  (k の平均診療件数  $\times$  給付行為 k の RBRVS  $\times$  換算指数  $\times$  医療保険経済指数) +  $\sum$  (診療材料代 + 薬剤料)  
ただし、非給付診療材料代と薬剤料の場合、一般報酬価格の 70% で算定

4) RV50 =  $\sum$  (k の平均診療件数  $\times$  給付行為 k の RBRVS  $\times$  換算指数  $\times$  医療保険経済指数) +  $\sum$  (診療材料代 + 薬剤料)  
ただし、非給付診療材料代と薬剤料の場合、一般報酬価格の 50% で算定



表 6-1 続き

	DRG 試験事業参加病院				DRG 試験事業非参加病院				全体			
	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50
08910	123,917	45,007	85,427	112,373	13,334	-149,393	-133,453	-122,826	96,271	-3,572	30,707	53,573
08911	107,781	95,031	149,070	185,097	755	-185,308	-174,309	-166,977	72,105	1,584	41,277	67,739
08912	-16,661	-301,247	-205,842	-142,238	-1,451,021	-1,992,538	-1,918,438	-1,869,038	-375,251	-724,070	-633,991	-573,938
15700	-2,999	-276,954	-211,211	-167,375	-86,175	-549,893	-538,037	-530,132	-36,269	-386,136	-341,941	-312,478
15701	-39,042	-385,220	-279,169	-208,469	-237,274	-597,098	-561,315	-537,461	-138,158	-491,159	-420,242	-372,965
15702	82,983	-222,977	-58,912	50,466	-	-	-	-	82,983	-222,977	-58,912	50,466
16100	183,106	-102,724	-7,513	55,961	-22,394	-387,825	-284,381	-215,419	100,906	-216,764	-118,260	-52,590
16101	-109,636	-479,867	-337,046	-241,833	-	-	-	-	-109,636	-479,867	-337,046	-241,833
16110	-42,334	-256,141	-204,009	-169,255	113,060	-248,950	-245,593	-243,355	19,823	-253,265	-220,643	-198,895
16111	-408,583	-511,223	-447,941	-405,753	55,834	-23,223	-21,279	-19,983	-176,374	-267,223	-234,610	-212,868
16400	168,835	-212,903	-124,852	-66,151	-264,936	-961,482	-943,870	-932,129	-4,673	-512,334	-452,459	-412,542
16401	-264,359	-693,804	-568,681	-485,265	-1,175,302	-2,828,430	-2,814,775	-2,805,672	-492,095	-1,227,461	-1,130,204	-1,065,367
16402	259,520	-205,256	-63,566	30,893	-8,070,296	-9,707,264	-9,540,952	-9,430,077	-1,822,934	-2,580,758	-2,432,912	-2,334,349
16600	-19,943	-289,785	-216,258	-167,240	-371,917	-862,102	-840,945	-826,840	-160,733	-518,712	-466,132	-431,080
16601	-149,177	-408,323	-310,934	-246,008	-1,854,228	-2,828,955	-2,812,713	-2,801,885	-575,439	-1,013,481	-936,379	-884,977
16602	263,465	-113,273	-30,500	24,681	-	-	-	-	263,465	-113,273	-30,500	24,681
35800	-42,848	-514,292	-392,789	-311,788	-148,525	-983,196	-904,799	-852,535	-85,119	-701,853	-597,593	-528,086
35801	-41,316	-538,804	-396,535	-301,688	350,324	-291,428	-255,654	-231,804	115,340	-439,854	-340,182	-273,734
35802	-1,966,542	-2,473,362	-1,953,010	-1,599,441	458,756	-708,476	-672,776	-648,976	-753,893	-1,595,919	-1,312,893	-1,124,208

表 6-1 続き

	DRG 試験事業参加病院				DRG 試験事業非参加病院				全体			
	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50	DRG 行為別 報酬	DRG-RV100	DRG-RV70	DRG-RV50
37000	-117,861	-544,137	-431,766	-356,852	84,011	-495,772	-474,332	-460,038	-37,112	-524,791	-448,792	-398,126
37001	-664,345	-1,234,601	-1,102,770	-1,014,883	-196,719	-808,984	-779,104	-759,194	-477,295	-1,064,354	-973,304	-912,603
37002	-291,046	-929,835	-792,648	-701,190	-	-	-	-	-291,046	-929,835	-792,648	-701,190
37200	-214,522	-533,003	-455,086	-403,141	-381,341	-1,051,584	-1,026,393	-1,009,599	-281,249	-740,435	-683,609	-645,724
37201	-941,950	-1,413,024	-1,236,624	-1,119,024	-	-	-	-	-941,950	-1,413,024	-1,236,624	-1,119,024
37202	684,841	426,343	467,092	494,258	502,196	79,386	86,604	91,416	593,518	252,864	276,848	292,837
37300	-70,198	-364,967	-322,578	-294,317	-43,783	-445,271	-433,862	-426,256	-59,632	-397,089	-367,091	-347,093
37301	-174,204	-324,300	-246,836	-195,193	-79,010	-466,006	-457,826	-451,873	-126,607	-395,153	-352,181	-323,533
37302	182,112	-69,551	-34,208	-10,646	-161,195	-789,758	-739,658	-706,258	96,286	-249,603	-210,570	-184,549
平均 <sup>5)</sup>	-1,450,698	-11,877,092	-8,067,377	-8,067,377	-8,936,389	-20,680,782	-19,935,276	-19,438,305	-4,444,974	-15,398,548	-12,814,537	-11,353,874
%	-2.50	-15.29	-10.96	-8.41	-24.64	-42.75	-41.88	-41.28	-9.07	-23.35	-20.27	-18.50
平均 <sup>6)</sup>	11,478	-65,816,063	-6,227,325	-5,991,138	-1,028,117	-6,581,606	-6,227,325	-5,991,138	-404,359	-5,395,480	-4,183,581	-3,637,659
%	0.06	-18.00	-11.68	-8.92	-7.43	-33.31	-32.13	-31.32	-2.39	-23.20	-18.81	-16.87

<sup>5)</sup> DRG 基準報酬と比べた調査対象医療機関平均行為別報酬と行為別原価の差

<sup>6)</sup> 重症度 0 の DRG 基準報酬と比べた調査対象医療機関平均行為別報酬と行為別原価の差

## 6.4 その他医療供給者の側面における評価

- － DRG 支払体系試験事業導入時に医療供給者の側面から肯定的な効果として診療費請求の効率性増大と請求審査過程における保険者との摩擦減少および診療自立権の確保を提示している。
- － こうした期待効果が一線の医療機関で実際になされているかどうかを見ると、次の通りである。

### 6.4.1 診療費請求の効率性について

- － 診療費請求の簡便性は国内でも DRG 支払体系の代表的な肯定的側面として期待されており、実際に本研究の医療機関対象アンケート調査でも請求の簡便性を最も優先的な長所として期待していた。2次年度試験事業評価でも、行政担当者に対するアンケート調査によると、診療費請求の簡便性が増したと評価している。
- － しかし、こうした評価は医療機関の規模により差を示しており、医療機関の規模が大きいほど肯定的な評価が低い。これは軽重度の低い疾患の場合には特別な問題がないが、軽重度の高い疾患の場合、これに対する参考資料を提出しなければならず、適切な重症度反映のための医務記録コーディング整備と確認作業が必要であるためと思料される。
- － 総合病院級以上では保険審査業務を専門的に行う人材が請求業務を担当しているが、それら一線の実務者の意見によると、モニターのための資料準備業務が請求時間短縮を相殺しており、試験対象 DRG が相対的に単純疾患で行為別報酬制の下でも業務量が多くなかった疾患なので、実際業務量の差が大きいと報告している。
- － したがって、中小病院または医院級医療機関では請求業務が簡便になったものと評価されるが、総合病院級以上では請求の簡便性に対して異見が存在しており、実際これらの医療機関級では DRG 対象疾患が一部に極限されるために、全体的な業務において実感される変化は大きいと判断される。

### 6.4.2 医療関係者と保険者の間の摩擦減少および診療自律権の保障について

- － 国内医療保険において、医療関係者と保険者間の診療行為に関する給付認定および審査内容を巡って摩擦が絶えなかった。これは行為別報酬制の根深い問題点と指摘されてきた。政府は DRG 制度試験事業導入時にこの制度を通してこうした摩擦を解消できるであろうと提言していた。
- － 試験事業の結果、個別行為に対する審査過程が省略されるために行為別報酬制と比較

すると摩擦の範囲が減少した。

- － しかしこうした問題が完全に解消されずにおり、新しい制度の導入による摩擦が発生している。
- － すなわち、行為別報酬制は 20 余年以上運営してきて相当に多くの指針と事例が整備され、認定の妥当性に関する論議が主をなし、実務担当者の業務に対する理解は相当に定着したと見ることができる。反面、DRG 支払体系は新たな制度であり、連合会実務者や病院実務者ともに実施段階で理解不足や業務の未熟による錯誤や誤謬が増加している。こうした問題は、時間が経過するにつれ解決されるであろうが、適応していく過程で任意の適用により制度に対する信頼性を低下しうる。
- － 行為別報酬制の下では、保険者が保険の論理によって独断的に審査するケースが多く、審査基準の閉鎖性と未公開に対する批判が提起されてきて、DRG 支払体系導入時にこうした問題が解消されるものと期待された。しかし、第一線の実務者らによると、試験事業の過程で DRG 分類に対する指針が非公式的な通路に一方的に伝達される等、審査過程の非民主性は相変わらず存在するものと評価されている（4 章で具体的な事例を提示した）。
- － DRG 支払体系導入時に重要な前提は、医務記録コーディングの正確性とこれによる DRG 分類が合理的になされるべきであるが、現在の医務記録コーディングを巡って保険者が任意に指針を与えたり医務記録情報を認めない事例が発生しており、これによる摩擦が増加している。
- － 診療の自立権問題もやはり、行為別報酬制と比較すると、摩擦の余地が縮小されたため相対的に改善された側面もあるが、新医療技術や非給付部分に対する統制が相変わらずで、認定過程の官僚的非効率性が改善されておらず、紛争の素地が残っているのが実情である。
- － こうした議論を総合すると、医療関係者と保険者との摩擦および診療自立権の問題は、行為別報酬制と比較して一部改善がなされたが、保険財政に関する利害関係の違いによる根源的な対立関係は解消されにくいと判断され、保険者が行為別報酬制の下と同じに個別行為に対する統制的管理形態を DRG 支払体系でも固守する場合、医療関係者と保険者間の摩擦は新たな形態で再現される可能性があると思料される。

## 6.5 患者の側面における評価

### 6.5.1 本人の負担金減少による医療費負担の減少

- － 現在の DRG 試験事業による最も大きな便益は、患者が負担していた非給付が給付化さ