

200606027A

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業

ICD リビジョン（改訂）に係る わが国の知見の集約に関する研究

平成 18 年度
総括・分担研究報告書

主任研究者：藤原 研司

平成 19（2007）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 「ICD リビジョン（改訂）に係る我が国の知見の集約に関する研究」 5
藤原 研司 横浜労災病院 院長

II. 分担研究報告

1. 「21 世紀の医療と診断群分類」 10
第 3 章 DPC と病院医療
第 1 節 DPC と内科診療
橋本英樹 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学
2. 「呼吸と循環 循環器診療と包括医療」 13
橋本英樹 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学
茅野真男 国立病院東京医療センター
3. 「我が国の DPC 導入における ICD10 の持つ問題点の改善について」 22
阿南 誠 国立病院九州医療センター 統計病歴係長
4. 「医学的見地に基づいた ICD 分類についての研究」 25
名越澄子 埼玉医科大学 消化器・肝臓内科助教授
5. 「WHO-FIC Web プラットホームの利用に関する考察」 28
西本 寛 国立がんセンター がん対策情報センター

ICDリビジョン（改訂）に係る我が国の知見の集約に関する研究

主任研究者 藤原 研司 横浜労災病院 院長

研究要旨

ICD は、国際的な死因分類として制定され、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、現在、世界保健機関憲章に基づき、WHOにおいて管理運営されている分類である。我が国においても明治33年より政府の死因統計に置いて適用されて以降、100年以上の歴史を有する分類である。

ICD は、制定当初から、医学の進歩や社会の変化に対応し、概ね10年のサイクルでリビジョン（改訂）を行うことで、長期に渡り国際的な分類として活用され続けてきた。例えば1948年に行われた第6回改訂以降より、死因のみならず傷病や傷害も含めた分類となり、その後、病歴整理や医学検査にも使用可能な方向へと改訂が重ねられてきた。改訂に呼応する形で、特に現在適用されているICD第10回改訂版においては、我が国において、政府の死因統計のみならず、診療情報の管理や電子カルテ、医療保健の支払い制度等、多岐に渡る領域で活用されてきている。

現在、WHOが、平成19年4月にも、正式にICDの第11回改訂に着手する状況であることが明らかになってきたところである。我が国においてICDが広く活用されている現状を考えると、この改訂が我が国に与える影響は極めて大きく、そのため、国際的な検討の場での情報収集及び我が国としての意見提示を行っていく必要がある。その重要性が非常に高いことについては、社会保障審議会統計分科会において設置されたICD専門委員会においても指摘されているところである。

本研究は、具体的な事例を踏まえつつ、ICDの第11回改訂に係る我が国の知見の集約のあり方について、緊急的に取りまとめることを目的とした。

我が国では、医療関係者が、DPCの視点のみからICDを側面的にしか理解していない懸念が認められ、適切なICD理解のための啓発活動の重要性が明らかとなった。一方で、DPCの視点から、ICD改善の具体的方策について提示がなされた。ICDを検討するにあたっては、DPCだけでなく、解剖学や臨床学等、様々の視点からの検討を行うことが可能であり、議論を散逸化させぬためには、ICD-11で実現すべき目的の優先度を設定する等、方針の明確化が必要である。WHOの動向を踏まえつつ、まずはWHOに対して、こうした生産的な議論をするための提案を我が国の意見として提示していくことが、国内意見の集約化を図っていく上でも重要であると考えられた。

分担研究者・所属機関・職位

阿南誠・国立病院九州医療センター・統計病歴係長

菅野健太郎・自治医科大学・教授

名越澄子・埼玉医科大学・準教授

西本寛・国立がんセンター・臨床情報研究室長

橋本英樹・帝京大学医学部衛生学公衆衛生学

A. 研究目的

ICD は、国際的な死因分類として制定され、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、現在、世界保健機関憲章に基づき、WHO において管理運営されている分類である。我が国においても明治33年より政府の死因統計に置いて適用されて以降、100年以上の歴史を有する分類である。

ICD は、制定当初から、医学の進歩や社会の変化に対応し、概ね10年のサイクルでリビジョン（改訂）を行うことで、長期に渡り国際的な分類として活用され続けてきた。例えば1948年に行われた第6回改訂以降より、死因のみならず傷病や傷害も含めた分類となり、その後、病歴整理や医学検査にも使用可能な方向へと改訂が重ねられてきた。改訂に呼応する形で、特に現在適用されているICD第10回改訂版においては、我が国において、政府の死因統計のみならず、診療情報の管理や電子カルテ、医療保健の支払い制度等、多岐に渡る領域で活用されてきている。

現在、現行のICD-10（第10回改訂版）を改訂すべく、WHOの中で検討が進められており、ICDを含めた保健分野に関する分類体系について、実質的に管理運営祖行っている世界保健機関国際分類ファミリーネットワーク（WHO-FIC）の平成18年10月29日～11月4日に開催された年次総会において、ICD改訂のための新たな組織として、ICD改訂運営会議（RSC: Revision Steering Committee）を設置することが正式に定められ

たところである。

改訂運営会議は、改訂に関連する様々な分野のワーキンググループの代表によって構成されることとなっており、ICDの改訂を進める中心的な組織となっている。

この改訂運営会議の第1回会議は、ICDの第11回改訂へ向けた正式なキックオフ会議の位置づけとなる予定であり、平成19年4月に日本で執り行うことが、上記年次総会の場において決定された。我が国は、ICDの次期改訂について、その方向性に大きく影響を与えることができる機会を得ると共に、WHO側からはイニシアチブの発揮が強く求められている状況にある。

一方、国内の状況として、社会保障審議会統計分科会における審議に基づき、ICDに関する常設の専門委員会として「疾病、傷害及び死因分類専門委員会（ICD専門委員会）」が設置され、平成18年7月に第1回の委員会が、11月に第2回の委員会が開催されている。その中で、より活用性の高いICDを実現するために、我が国として積極的にICDの改訂に関わっていくべきであるとされ、ICDの第11回改訂に向けた、我が国としての意見の集約を図っていく必要がある旨の議論がなされている。

我が国においてICD-10が広く活用されている現状を考えると、今回のICDの改訂が我が国に与える影響は極めて大きく、そのため、国際的な検討の場での情報収集及び我が国としての意見提示を行っていくことは必要不可欠である。本研究は、我が国としてICDの第11回改訂にどう対応するべきであるか、その判断に資する研究を、具体的な事例を踏まえつつ、専門的知見から行うことを目的としている。

B. 研究方法

本研究課題には3つの主要な課題が含まれている。すなわち、(1)ICDそのものが国際分類としてそもそもどうあるべきものかということ、(2)(1)を念頭に我が国として意見をどのように集約していくべきかということ、及び(3)

(1)を念頭にICDがどう構造されるべきものであるかということである。

研究は、大きく二つの方法で行った。一つには、ICD専門委員会委員を中心に研究協力者を求め、高い専門性を持ちながらも、より俯瞰的な視点からのディスカッションによる検討を行った。(総括研究)

もう一つには、ICDにおける改善すべき点をより明らかにするために、逆により詳細な具体的事案についてスポットを当てることとし、①ICD使用者としての立場、②医療の専門家としての立場、③情報管理の専門家としての立場から、それぞれの領域においてICDに係る分析・検討を行った。(各分担研究)

各分担研究は、以下のとおりである。

医療現場において、ICDが最も注目されるきっかけとなったのは、医療保健制度における診断群分類包括評価(DPC)でのICDの活用であったといえる。DPC導入によって、DPCに基づく日額定額支払制度を利用する場合、医療従事者がICDコードを決定していかなければならないというプロセスが生じ、そのことにより、多くの医療従事者がICD使用者となり、ICDは広く認知され、同時に、その問題点が指摘されることとなった。平成15年4月より開始されたDPCは、ICDを活用した一事例に過ぎないとはいえ、医療界への影響は大きいことと、加えて、制度化されたものであり目的が明確な中でのICD利用であるため検討が比較的容易であることから、本研究ではICD使用について、特にDPCに的を絞って研究を行った。二つの研究を行い、一つは、診断群分類の開発経緯、支払制度の内容について整理するとともに、分類及び支払制度の問題点や課題等について分析を行った。(分担研究1) もう一つの研究では、既存の基礎調査(82特定機能病院から提出された754,904症例)を検証し、ICDの構造に起因する問題点等の抽出を行った。(分担研究2)

医療の専門的見地からのICDに係る分析として、今回は消化器領域に的を絞って研究を行った。解剖学的見地から疾患をとらえ、現行のICD-10との比較分析を行い、ICDの構成と問題点について検討を行った。(分担研究

3)

情報管理の専門家としての立場からは、WHO-FICにおいて知見の集約方法として模索されている、Webプラットフォームについて整理し、我が国での対応について検討を行った。(分担研究4)

C. 研究成果

1. ICDリビジョン(改訂)に係る我が国の知見の集約に関する研究(総括研究)

関係学会等での議論や有志による大小のディスカッションの集約という形で、行政担当者も交えた意見交換会を平成19年1月30日～2月2日にかけて行った。

ICDに対する国内関係者の理解に、非常に差があることが明らかとなった。特に多いのは、ICDを分類ではなく病名として捉える傾向である。各学会の、用語委員やDPC対策委員が、ICDの検討を担当しているケースも多く、そういった場合特に、“ICDが病名集として使えない”といった見解を示す者が少なからずいたことは事実である。ICDが、昨今の改訂によって疾病統計も念頭に拡充が図られ詳細化しており、結果、我が国においてもDPC等、診療に直結する制度において使われていることから、こうした誤解が生じることは、ある程度やむを得ない側面があるものと思われた。

WHOの動向についてであるが、WHOが国際的に各医学領域における有識者を、ICDユーザーとして集めて、ICD-11への改訂を行っていくことが、当該研究班を進めていく中で、徐々に明らかになってきた。こうした動向は、ICDの改訂に伴う国内への影響を理解する医学界関係者にとって、非常に大きな内容であり、今後も行政とも密に連携し、我が国として関係者間で情報共有を図っていくことが重要と考えられた。

また、今回、ICDやWHO動向に関する理解の共有化と共に、現行のICD-10における、例えば詳細な分類の設定に整合性がとれていないこと等の具体的な内容についても議論が行われた。現時点では、WHOがICDの改

訂作業に正式に入る前の段階であるため、こうした問題点の整理も、我が国の意見として提案可能である状況であるが、その解決方法については、国内に於いても必ずしも見解が一致するものではなく、いずれにせよ、WHOの動向にあわせ、その段階毎に国内意見の集約化が必要である。

ICD-11への改訂に向けての議論を進めると、現段階では、どうしても散逸化しまう。これは、ICD改訂をどういう手順で実現していくのか、WHOの具体的な対応方針が明らかになっていないこと、そして何より、ICD-11の目的が明確化されていないことに起因する。現時点でWHOの担当官は、健康関連情報に対するICD-11の多目的での利用を掲げているが、そうした多軸的な状況への対応を、どう分類として解決するのか、例えば死亡統計等具体的な目的を優先順位として設定していくのか、明らかとなっていない。ICD-11への方向性が不透明であるが故に、より生産的な議論をできないことについては、WHOに対し、我が国として強く主張していくべきであると考えられた。

2. ICDに係る日本版診断群分類の問題点(分担研究1)

日本版診断群分類の開発経緯、それと結びつけられた支払制度の内容、これら分類ならびに支払制度の問題点・検討すべき課題等、広く日本版診断群分類についての整理を行った上で、ICDに関連する問題点の抽出を行った。

日本診断群分類は、米国版のDRGなどと比べて分類カバー率や、説明力などにおいては、ほぼ遜色ないことが、厚労省研究班などで確認されている。しかし臨床家の目から見ると、依然として不備な点が見られる。

その一つの理由として、ICD-10コード自体が、もともと死亡統計の世界比較を行うために作られたものであるために、臨床的に妥当ではない分類が含まれているということが挙げられる。

例えば、心不全について、急性・慢性心不全

をICD-10の構造上、区別できない。オーストラリアなどでの対応を参考に、これらが今後解決されないようであれば、診断群分類に使用を限定する形であれ、ICD-10のJapanese Modificationを行うことも視野に、検討を行う必要があると考えられた。

3. 我が国のDPC導入におけるICD10の持つ問題点の改善について(分担研究2)

臨床的な視点から見た分類と付与されたICDコードとの乖離について検討を重ね、ICDの構造に起因する問題点を抽出するとともに、円滑にDPC分類を選択するための一つの対応の提案を行った。

問題点としては、病巣(器官)や病理診断は、そのまま正確な傷病名の記載として定義できないことがあるために、ICDコーディングすることができないことがあることや、日本語の医学用語そのものが、ICD分類を困難にしていることが明らかとなった。また、妊娠に併発した疾患や詳細不明の取扱等、ICD-10では、対象とする期間や病理を表現するのに、十分ではない場合が存在する。

ICDの活用方策の一つとして、DPCにおいては、付加情報コードの追加によって、ICDのキーコンセプトを変更することなく、臨床分類としてのDPCとICDの溝を埋めるべく、ICDの精緻化を図ることが、可能であると考えられた。

4. 医学的見地に基づいたICD分類についての研究(分担研究3)

消化管疾患のコードのうち、部位別分類に最も近い「消化器の悪性新生物」を中心に、消化器疾患がICD-10でどのように分類されているか解剖学的観点から、「消化管」及び「肝胆膵」について、検討を行った。

例えば胃癌について、本邦の胃癌の臨床的診断においては、噴門部、穹窿部、体部、胃角部

及び前底部に分ける方法が広く用いられているが、ICD分類上は部位の分け方が異なっており、胃角部が、ICD分類上の胃体部(C16.1)と胃小弯(C16.5)のいずれかに分類するかは明らかでなく、コーディングをする際に混乱を来している。また、ICDにおいて適切な分類が存在しないものや、各臓器における癌取扱い規約とICDの分類と、齟齬があることが確認された。

各国の悪性心臓物の占拠部位の区分や病変の拡がりによる病型分類の区分ですら、国際統一された分類の作成は困難を伴う作業と判断される。このため、コーディング先が明示されていない疾患に対して、国ごとに独自の規定を設ける必要があることが示唆された。特に良性新生物の分類法には、ICDの改善が必要と考えられた。

5. ICDリビジョンに係る我が国の知見の集約に関する研究 WHO-FIC Webプラットフォームの利用に関する考察(分担研究4)

ICDの改訂に関わる知見の集約方法として、WHO-FICにおいて、インターネットを利用したWebプラットフォームが開発され、ネットワークメンバーに対して内部的利用が開始されている。

当該プラットフォームは、ICD-10コード毎に意見を集約し、投票権のあるメンバーがそれを採択するか否かの意見をシステム上で明示的に公開するというものである。

プラットフォームを全て日本語化し、日本において公開することは、技術的には可能であるが、実際のプラットフォーム上へ反映させるためには、日本での議論を、実際の再び英語に翻訳する作業が必要となり、極めて非効率であることが想定される。

プラットフォームを、万人が発言できるかたちで公開していくという方向性とは別に、むしろ国内的には、我が国として集約化された内容でWHO-FICに対応していくべく、アクセス権限や意見提示の権限についての検討が必要であると考えられた。

D. 考 察

我が国では、医療関係者が、DPCの視点のみからICDを側面的にしか理解していない懸念が認められ、適切なICD理解のための啓発活動の重要性が明らかとなった。

一方で、DPCの視点から、ICD改善の具体的方策について提示がなされ、より適切なICDを検討していく上で、我が国では有効に活用できる1つの視点であるといえる。

ICDを検討するにあたっては、DPCだけでなく、解剖学や臨床学等、様々の視点からの検討を行うことが可能である。こうした、各種視点の差異からもたらされる、全体としては整合性がとれない形での議論により、議論を散逸化させぬためには、ICD-11で実現すべき目的の優先度を設定する等、WHO-FICにおける改訂方針の明確化が必要である。

WHOの動向を踏まえつつ、正式に改訂作業を開始しつつあるWHOに対して、まずは、こうした生産的な議論をするための提案を、我が国の意見として提示していくことが、我が国として国内意見の集約化を図っていく上でも重要であると考えられた。

E. 結 論

我が国においてICDの利用は多岐に及んでおり、そのためにICD-10からICD-11への改訂によって受ける影響が大きいことが改めて確認された。

我が国において関係者間でICD及びWHOの動向について理解の共有化を図り、また、ICDの問題点や課題について意見の集約化を今後も進めていく必要がある。

また、ICD改訂についてより生産的な議論を行うために、改訂の目的と具体的な進め方について至急明確にしていくことを、我が国としてWHOに対し主張していくべきである。

F. 健康被害情報

現在のところ報告すべき情報はない。

「21世紀の医療と診断群分類」

第3章 DPCと病院医療

第1節 DPCと内科診療

担当 橋本英樹（帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室）

はじめに

日本版診断群分類（Diagnosis Procedure Combination; 以下DPC）の導入が特定機能病院などで始まった。本節では特に内科診療に焦点をおきつつ、DPC導入による診療担当者への影響について批判的視点から整理を試みる。また診療の質に関連した問題についても言及する。

・ DPCの本来的狙いと現実について

DPC導入の本来的狙いは、全国共通の分類枠組みを用いて、病院間ならびに病院内での診療内容の比較評価を可能とすることにある。疾病名や手術処置・重症度や併存症などの有無により個々の患者像は個別性が強く比較ができない。そこで一定度のばらつきを許容しつつ、できるだけ資源投入パターンが均一な限られた数の患者層に落とし込むことで、比較を許そうとするのがDPCを始めとする診断群分類の中心的役割である。

一方そうした本来的役割とは別に、特定の支払方式と分類枠組みが結びつくことによって、より現実的な問題も生じる。今回のDPC導入にあたって、そうした理想と現実のギャップが存在するために、診療現場の目から見れば対応が難しくなっている。

・ DPC分類の特徴と現状での問題点

DPCの特徴はその名のとおり、「医療資源を投入した診断名（Diagnosis）」と「手術処置（Procedure）」の組み合わせ（Combination）により分類が構築されていることにある。ある疾患に対する手術処置の適応は、患者の重症度など病態像によって分かれる。また手術処置の種類は投下資源量を大きく分ける要素でもある。概して外科的治療は、手術日に資源投下量が集中しやすく、術後管理が進むにつれて退院に向け暫時資源投下量は低下する。従って、手術処置と関連材料をいわゆる「外出し」にして残った部分を日額に割り込んだことと、病名と手術処置名により構成されるDPC分類システムの間には、外科系入院診療の場合一定度整合性があるものと思われる（はずれ値となる複雑症例の取り扱いが別問題となるが）。

一方内科系入院診療の場合いくつかの問題がある。第1に内科的保存的治療は「手術無し」にひとくくりになされるため、なにをもって資源投入量を細分類するかが問題として残されている。現時点では、併存症の有無や補助的診療行為の有無（人工呼吸器や血漿交換など）により、重篤なケースと保存的治療を受けている患者とを判別するシステムになっている。しかし、変性神経疾患患者のように侵襲的補助診療行為を特に行わず、主に看護・介護負担などによって資源投入量が分けられるようなケースは、現時点ではひとくくりになされてしまう（肺炎などの合併症があれば分けられるが）。また内科特有の診断困難例に対する診断行為や、治療決定判断などの「目に見えない」行為も、病名と処置だけで分類しきれない要素が含まれている。

さらに「診断群ごとの決定係数」による「日額制」や、高額薬剤も包括する支払方式が取られていることにより問題は複雑化している。入院初期に資源投入が集中するようなケース（慢性

心不全の急性増悪や悪性新生物の短期化学療法など)では、薬剤包括でかつ日額であるがゆえに、初期投入資源量が回収しきれないで退院になってしまう。在院日数による「日額低減制」で在院日数の適正化を促すシステムに一見なっているように見えるが、上記の短期集中治療入院では、赤字構造ができあがってしまっている。

支払面の問題だけではなく、分類そのものにもいくつかの問題が残されている。たとえば「心不全」では「急性心不全・ないし慢性心不全の急性増悪」と「慢性心不全」では治療内容が大きく異なる。DPCでは国際疾病分類(ICD10)を採用しているが、ICD10では「右心不全・左心不全」は分けられても「急性・慢性心不全」は分けられない。そのため両者が1つにまとめられてしまっている。このようにもともと死因統計のために作られたICD10は、臨床分類としては妥当性を欠く部分があることが知られている。そのため標準臨床傷病名による分類も併せて利用されるべきであり、両者の互換性を保障するコーディング体系が必要である。現時点では、転換システムは一応入手可能だが、依然としてバグを含んでおり改訂が必要な状態である。またそれをバージョン管理する公的体制が未だ整っていないことはゆゆしき問題である。

以上掲げた問題のうち、いくつかは制度過渡期にあることを鑑みれば止むを得ないものもある。例えば看護や診察行為などの評価は、看護度測定や原価評価などの研究が現在進行中である。また疾病コードの改訂なども鋭意進められている。しかし特定機能病院という特殊な病院層を、日本の医療供給体制のどこに位置付けどのような政策誘導を図ろうとしているのかが曖昧模糊としているために、必要以上に複雑な反響を惹き起こしている。診療現場、特に内科診療においてDPCをどう使いこなすのかは、まず大きな政策的ビジョンが示されないと現場レベルでの対応は難しいものがある。

・ 内科診療の質とDPC

こうした複雑な状況下にあって、現場ではDPC導入による過少診療・質の低下を懸念する声がある。一方で経営的な圧迫からジェネリック薬への転換や、一部検査の省略などを検討する向きもある。しかし、本来DPCの狙いはこれと相容れるものではない。病院間での比較を許すためのインフラであるということは、病院ごとの機能比較・評価が政策立案者や保険者・そして消費者の目にさらされるということの意味している。そしてその結果について各医療機関が患者や保険者に対して説明責任を明確に求められるということでもある。在院日数が他施設より長いとか、医療費が多くかかっていること自体が問題ではなく、その理由が説明できるかどうかの問題なのである。

現場サイドでは当面制度が過渡期にあることを踏まえ、近視眼的な行動に走ることなく、DPCの本質的狙いに沿った形で施設内外における自施設の機能評価を進め、診療の質の向上ならびに効率的な提供をバランスよく進めることが求められるだろう。High-volumeのDPCについてクリニカルパスを作成するなどして、診療プロセスの見直し・リスクマネジメント・効率化を進めたり、DPC・標準病名を中核に据えた医療情報システムを構築してアウトカムの管理(合併症や死亡、再入院などの有無)や原価計算ベースでの資源管理を行うなどが、今後必要とされる。

特定機能病院に対して社会的に期待されているものは、高度良質の診療である。DPC 導入の政策的目的が「高度医療機関の医療費抑制」や「やみくもな在院日数の短縮化」などではないことを、厚生労働省ならびに中央社会保険医療協議会がより明確にアピールし、一貫性を持った政策決定を行うことが求められる。

内科診療の評価については、高額薬剤やいわゆる医師診療行為費用（ドクターズフィー）の外出しを求める声もあるが、出来高払いよりも医事会計事務が複雑となり、新規制度導入の意義が失われる側面も問題視されている。また米国のオープンシステム体制と異なる本邦の医師 - 病院雇用関係において、病院フィーとドクターズフィーの支払を分離することについても実現可能性を危ぶむ声がある（両者を分けて評価することには意義があるが）。むしろ内科診療については、看護必要度なども加えた原価評価を行い、一件包括によって評価をするほうが上述したような資源投入の偏りによる問題を解決しやすいと思われる。

・ まとめ

導入された DPC による臨床管理と日額包括支払制度について、内科診療を中心に問題点を整理した。DPC の本質的な目的を見定め、施設内外の比較評価に基づく診療の質向上と効率化をバランスよく進めることが求められている。

呼吸と循環

循環器診療と包括医療

帝京大学医学部衛生学公衆衛生学 橋本英樹
国立病院東京医療センター 茅野真男

2003年4月より全国の特設機能病院など83施設で診断群分類に基づく日額定額支払制度が施行となった。本稿では日本版診断群分類の開発経緯、それと結び付けられた支払制度の内容、これら分類ならびに支払制度の問題点・検討すべき課題などについて言及する。

1. 診断群分類とは

診断群分類 (Diagnosis Related Group; DRG) という言葉は、米国の Medicare (高齢者向け公的医療保険) で 1983 年に導入された診断群分類別先払い制度 (DRG/PPS) と短絡的に結び付けられてしまうので、まず誤解を解いておく必要がある。上記米国 DRG は、某医療経営管理会社がコピーライトを持つ管理システムの固有名称とほぼ同義である。一方一般的名称としての診断群分類 (DRG) とは、臨床病名や重症度などによって様々な状態にある患者 (これを患者ミックスという) を、医療資源投入度の均一性によってある程度管理可能な数のグループにまとめた管理分類法の総称である。いってみれば我々医師が臨床像の相違によって患者を重症度分類し異なった臨床的管理をするのと同じ感覚で、これを医療資源という観点から患者を分類し管理するシステムである。現在欧米諸国に加え、韓国・シンガポール・マレーシア・ベトナムなどでも様々な種類の診断群分類が導入されている。米国版 DRG はその後改訂を繰り返し北欧諸国で使われている Nord DRG やオーストラリアで使われている ARDRG、フランスの GHM などの原型となった。国によっては米国版が自国の診療体系・文化にそぐわないために、独自の分類法を開発してきた。英国の HRG、オランダの DBC、そして日本版診断群分類 (後述の DPC) がそれにあたる。

2. 診断群分類導入の狙い

診断群分類を導入した目的は国によって異なり、支払形態の問題と分けて理解される必要がある。米国では経費削減・効率化が最大の狙いであり一件あたり包括先払いと連動して導入された。しかしその結果医療費抑制にほとんど効果がなかったことが今日明らかになっている。一方国立病院を中心とした予算制で病院管理を行っているフランスでは、地域ごとの経費配分の公平性を保つために診断群分類が導入された。英国では、逆に公的病院への競争原理導入のために用いられている。これらに共通するところは、診断群分類という共通の枠組みを導入することで、異なる病院・地域間で病院のパフォーマンス (医療コスト・在院日数・治療成績など) を比較するデータが開示されるようになったことである。いわゆる Medical Profiling と呼ばれる比較情報の開示によって、それぞれの目的に応じた管理 (支払) が進められているのである。今回日本における導入にあたって、特設機能病院という高度先進医療施設が全国比較の目にさらされることに

よる影響（対保険者・対消費者／患者の関係における）を考慮することが必要であり、支払形態にばかり目を奪われていると落とし穴にかかる恐れがある。

3. 日本版診断群分類の開発経緯

日本版診断群分類の導入検討は 90 年代半ばにさかのぼる。当初は米国版 DRG/PPS をそのまま導入することの是非が検討され、ほとんど米国版のコピーである診断群分類第 1 版（183 分類）を用いて、国立病院など 10 施設を対象とした米国式の一件あたり定額支払の施行調査が平成 10 年から開始されている。しかし一件定額という支払形態自体に無理があったことに加え、分類が粗すぎたこと（たとえば手術処置のない心筋梗塞はまとめて 1 つのカテゴリーにされていた）、入院患者を十分カバーするだけの幅を持っていなかった（施設により診断群コードが振れたのは 20%程度にとどまった）ことから分類の改訂が進められ、平成 13 年度末に第 2 版（532 分類）が専門各学会の助言を得て発行された。第 1 版に比べると疾病のカバー率が上がり、併存症・合併症による細分類が導入された。さらに平成 13 年 11 月に中央保険医療協議会（診療報酬点数の改訂など議論する厚労省諮問委員会）で特定機能病院を対象とした診断群分類管理システム導入の日程が議論に上がったことから加速度的に改訂作業が進められることとなった。第 3 版ではさらにカバー率の向上、併存症・合併症の追加、そして補助的な処置・治療行為による分類の追加などが行われた。

4. 日本版診断群分類の構造

日本版診断群分類は第 3 版以降 Diagnosis Procedure Combination（以下 DPC）と呼ばれる。名称の表すとおり、診断名と行った処置名の組み合わせで分類が決定される。現行の我が国の診療報酬点数制度によって培われた独特の分類・コードシステム（病名マスターや手術処置名の K コードなど）があることから、既存のレセプト電算システムや分類マスターなどに大きな負担をかけずに、実施可能性の高い分類システムを志向した結果である。

DPC の基本構造は 3 層構造と呼ばれるものである（図 1）。大分類（Major Diagnosis Category; MDC と呼ばれる）の下に診断名（第 1 層）、手術処置名（第 2 層）、そして併存症・重症度・補助的処置名（第 3 層）により細分類される。診断名の定義として「医療資源を最も投入した病名」を定めているのが特徴である。例えば陳旧性心筋梗塞・心機能低下の症例が、肺炎をこじらせて入院になったとしよう。肺炎に対する処置が主で、心不全のほうは利尿剤と安静で切り抜けられたとすれば、カルテ上の主傷病名は「OMI・心不全」であったとしても医療資源病名は「肺炎」であり、併存症として「心不全」が付けられることになる。なお病名は国際疾病分類コード（ICD10）により定義されている。手術処置名はいわゆる K コードにより該当リストが診断名ごとに定義されている。さらに併存症・補助的処置についても、診断名ごとに該当する病名 ICD10 コードのリストが定義されている。これら該当病名・処置名のリストを掲載したのが DPC α 版と呼ばれる定義テーブルである（表 1）。例えば急性心筋梗塞の診断名では腎不全や心原性ショックなどが併存症のリストにあがっており、このうち 1 つでも該当すれば「併

存症あり」に分類される。一方リストにあがっていない消化管出血の合併は、病歴上は合併症として記録されるべきだが、DPC の分類上は「併存症なし」に分類される。すなわち従来の保険病名的な併存症名の羅列は DPC 分類には関係のないものになっている。さらにリストアップされている処置 1 (PCPS や IABP などの併用)、処置 2 (人工呼吸器) などが該当すればそれぞれ処置 1・2 の「あり」に分類される (図 2)。以上 MDC、診断名、手術名、併存症、補助的処置に加えて疾患によっては年齢や意識レベル、重症度などが追加コードされ、全部で 14 桁のコードとして表されている。

14 桁のうち上 2 桁で Major Diagnosis Category (循環器は MDC5、小児循環器は先天性異常の MDC14 に含まれる)、次の 4 桁が診断病名にあたり、ここまでで全領域 575 の疾患グループに分けられている。さらに処置などの組み合わせにより理論上膨大な数の分類が作成可能だが、 α 版定義テーブルをもとに厚生労働省が手術処置などを取りまとめ、全部で 2552 分類を作成した。これが β 版と呼ばれるもので、2002 年 7-10 月に全国の特定機能病院の退院症例データを基に症例数が一定数以上あり、日額あたり診療報酬のばらつきが一定以内のものを取りまとめたとされている (実際の処理は厚労省内部の作業であり第三者による確認はされていない)。このように α 版は、支払方式とは切り離れた分類システム・雛型として存在し、それをもとに支払制度と直結した β 版が厚労省により定められたという形を取っている。2552 分類のうち症例数が 20 症例以下ないしばらつきが大きいものについては包括支払の対象から除外された結果、1860 分類が包括支払制度に対応することとなった。

5. 支払制度の内容

こうして出来た分類は、日額定額の包括支払制度と結び付けられている。対象は特定機能病院の一般病棟 (従って精神疾患、歯科は含まれていない) の入院患者であり、当該診断群にあたらぬもののほか、以下の者が除かれている ; 入院後 24 時間以内の死亡患者、治験対象患者、臓器移植患者、高度先進医療対象患者、回復期リハビリ病棟入院料などの算定対象患者。なお厚労省はすでに将来的方向として民間病院を含む急性期入院を包括評価とする案を提示している。

今回の支払制度改訂では、包括支払分と出来高支払分 (いわゆる外出し) の 2 層構造になっている。まず「診断群分類ごとの 1 日あたり点数」が定められており、これに「医療機関別係数」と「入院日数」をかけたものが「包括支払部分」の総額となる。「外だし」部分 (出来高評価) として入院基本料 (入院時医学管理加算など除く)、指導管理、リハビリ、手術、麻酔、手術中の薬剤・特定材料、放射線治療、そして心臓カテーテル法による検査の処置料 (カテーテルや造影剤などの材料費は包括へ)、診断穿刺・検体採取・1000 点以上の処置があげられる。

診断群分類ごとの 1 日点数は 2002 年 7-10 月の全国特定機能病院の退院症例約 26 万件のデータを基に計算されている。現行出来高点数のうち包括対象分の積算を在院日数で割り、1 日あたり額にしたものから得ている。これに対して「医療機関別係数」は「入院基本料など加算などを係数にしたもの」と「調整係数」からなっていると厚労省は説明している。しかし、実態は各施設ごとに出来高計算した総額と包括方式で計算した総額の比をとって「機関別係数」を計算

したに過ぎない。機関別係数ありき、として「加算など係数にしたもの」を差し引いたのが「調整係数」であり、それ自体なんの意味も持っていない。すなわち病院全体として昨年度収入を保証したという姑息なことをやっている。

さらに点数計算をややこしくしているのが、在院日数による「低減制」である（図3）。各DPC分類ごとに、全国平均の在院日数が計算されており、その25パーセンタイル（短いほうから順にならべて全体の25%にあたる施設の値）以内の日数までは入院期間Iと呼ばれ、この間の日額定額は15%割増となっている。一方これをこえて全国平均までの日数は入院期間IIと呼ばれ先に計算された平均値から入院期間Iで上乘せした分を差し引いた額が設定されている。全国平均を超えた部分は入院期間IIIとなり、ここではIIから15%割引されている。最後に全国の在院日数分布をもとに計算した2SD（標準偏差の2倍）以上平均から離れたところで、包括対象から外れることになっている。すなわち2SDを超えるまでは日額定額で計算し、超えた部分については出来高算定することになっている。

以上が分類システムならびにそれと連動された支払システムの概要である。以下にそれぞれについて分けて現状での問題点や意義、そして今後の課題を整理したい。

6. 日本版診断群分類の問題点

分類システムとして日本版診断群分類は、米国版のDRGなどと比べて分類カバー率や、説明力などにおいてはほぼ遜色ないことが厚労省研究班などで確認されている。しかし臨床家の目から見ると依然として不備な点が見られるだろう。まずごく一部だがICD10コードが誤ったMDCに分類されているものなど、初歩的なバグがあり早急に改訂される必要がある。またICD10コード自体が、もともと死亡統計の世界比較を行うために作られたものであるために、臨床的に妥当ではない分類が含まれている。例えば心不全はI50.0（うっ血性心不全）、I50.1（左室不全）、I50.9（その他詳細不明の心不全）が該当するが、急性・慢性心不全を区別できていない。この点については、オーストラリアなどでは診断群分類専用ということでICDの変更バージョンを作っている。日本においても診断群分類での使用に限定したICD10 Japanese Modificationを行う必要があるだろう。第2版のころと比べると併存症や重症度など患者ミックスをより細分化する措置が図れたが、重症度が含まれていないため細分類しきれていない領域もある反面、これに処置なども加わり全体としてやや複雑になりすぎたきらいもある。これについてもオーストラリアなどの診断群分類を参考にして併存症・合併症・処置などによる重症度ミックス分類（Comorbidity-Complication-Procedure Matrix）を新たに検討・作成する動きがある。それ以外にも処置コードに診療報酬点数表上のKコードが使われているが、実はKコードは点数改訂のたびに変わってしまうものなので、改訂のたびにDPC分類まで改訂しなくてはならない。早急にKコードにかわる恒久的処置コードを整備する必要があるが指摘されている。最後に主要疾病が複数ある場合のコーディング（たとえば狭心症と動脈閉塞症について冠動脈バイパスとFAバイパスなどが同時施行された場合など）についても、現時点ではどちらか一方しかコーディングできないことになっているが、ダブルコーディングを許すべきという議論もある。

7. 日額定額ほか支払制度の問題。

分類システム以上に批判が強いのが支払制度の内容である。まず、支払ルールがかなり複雑であるため、反って事務作業が煩雑になっている。包括・外出しの2層構造になっているとはいえ、包括と謳った割にかなりの部分が外だしに回ってしまい、包括部分はいわば「拡大入院基本料」みたいな感じになっている。また包括対象・対象外の細かい例外規定が多く、極めて電算ロジックが書きにくくなっている。ロジックの単純化が求められている。

さらに算定をややくしているのが在院日数による低減制である。一見、在院日数の短縮化を誘導することを目的としているように見えるが、超短期高度治療の入院例ではかなりの赤字がでることがすでに指摘されている（和泉先生の資料）。その理由は、高額薬剤などが包括部分に含まれているために、初期に密度の高い治療を行っている施設では、入院初期に突出した出費を回収しきれないまま退院になってしまうためである。一方で在院日数の2SDを超えたケースを出来高にしたことは、事務手続きを煩雑にただけで収益上ほとんど意味がない。いわゆるはずれケース（突出して高額費用の掛かったケース）については、在院日数によるコントロールではカバーできないので、別途ルールを設けるべきであろう。また在院日数短縮などのインセンティブはむしろ施設係数のほうでまかなうほうが望ましい。DPC分類ごとに入院期間I・IIなどが定められてはこれまたロジックは複雑になるばかりである。

そもそも「診断群分類ごとの1日定額」の妥当性を問う声もある。「病院機能係数」のマジックにより、病院全体としては前年度保証をしているが、科により・疾患により著しく赤字になったり黒字になったりなどの凹凸が見られる。従来出来高支払のときに部門別売上で部門評価をしていた施設では、今回の包括点数による計算でさらに評価がゆがむ恐れも出ている。これについては、今年度以降予定されているDPC別原価調査の結果により、より妥当な価格設定が求められるだろう。

最後に最も批判の対象となっているが「病院機能係数」である。前年度保証ありきで計算されているだけで、本来施設ごとのパフォーマンスの違いが反映されている「入院基本料など加算を係数にしたもの」については2002年末に全施設から入院紹介率や3次救急機能などについてのヒアリングを行って算出したにも関わらず、実質なんの評価にも使われていない。来年度以降の改定で病院機能評価をどう係数化するかが1つの焦点となっていることは厚労省担当官も認めている。しかし具体的に何をどう評価するのかについて青写真が示されていないため、現場では対応が取りにくい。2004年についても7-10月の退院症例のデータ提出がすでに求められているが、これをもとにまた「前年度収入保証」が繰り返されるのであれば、下手に在院日数を削減したりジェネリック薬に転換することは裏目にでるかもしれない。一方効率に関する指標が導入されるのであれば、こうした効率化の努力を7-10月に数字で示さなければならず対応するために残されている時間が短い。早急に厚労省として、病院機能評価のビジョンをしめすべきである。

8. 最後に

上述したように、日本版診断群分類システムにもまだ改善の余地が多々見られる。一方、全国共通の枠組みが提供されたこと、それにより病院診療情報が比較可能な標準形で蓄積される方向性が打ち出されたこと自体その意味は軽んじられるべきではない。今後患者に対する情報提供や、診療側から保険者に対する報酬請求、ひいては支払制度をめぐる政策的議論を合理的かつ開かれたものにする上で重要なステップが踏み出されたことを、専門学会としても認識し備える必要があると思われる。これに対して支払制度については見直すべき点が多々見られるだけでなく、特定機能病院という高度先進医療を担う病院群を、日本の医療供給システムの中でどのように位置付けようとしているのか、政策的ビジョンをまず明確にした上で、それに見合った支払制度を検討すべきと思われる。小手先の点数ルールの改訂にとどめさせないように、専門学会として積極的に発言し、そのためのデータを蓄積・アピールしていくことが早急に取り組まれるべき課題と思われる。幸いにして、循環器関連諸学会が協力して、循環器保険問題協議会を立ち上げてこうした政策的データベースの構築に乗り出している。これまでのような密室会議で一方的に決められたことに事後的に抗議するのではなく、プロアクティブに政策的提言を行っていくことが専門家集団に求められた重大な任務となってきた。診断群分類による管理制度は、そうした活動を行うためのたたき台的存在であると理解されるべきだろう。

図 1

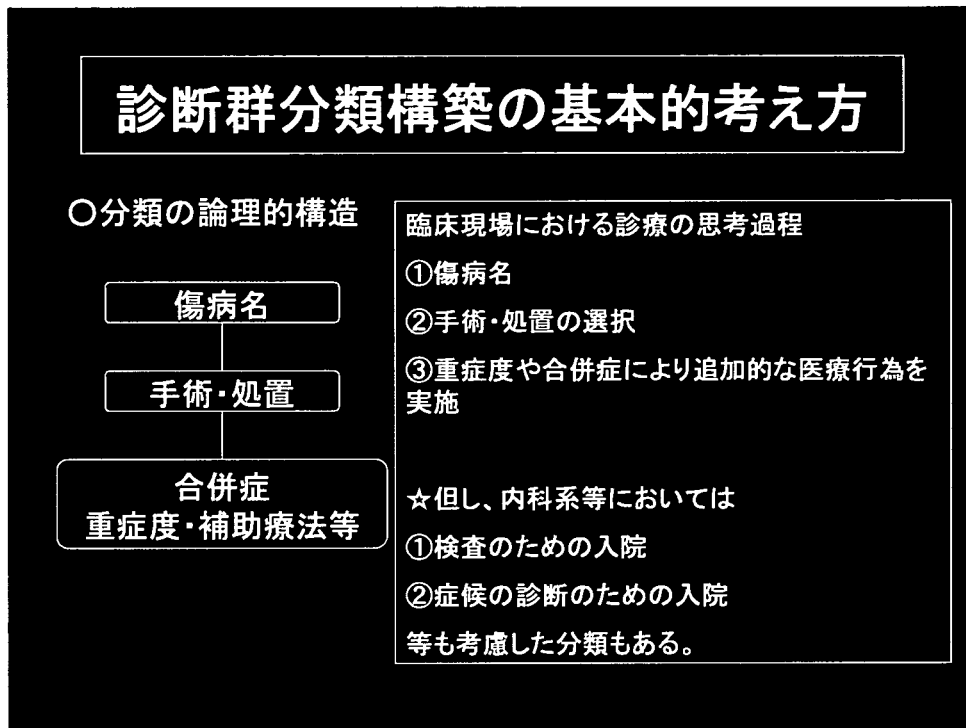


図 2 分類樹形図の例（急性心筋梗塞、一部抜粋）

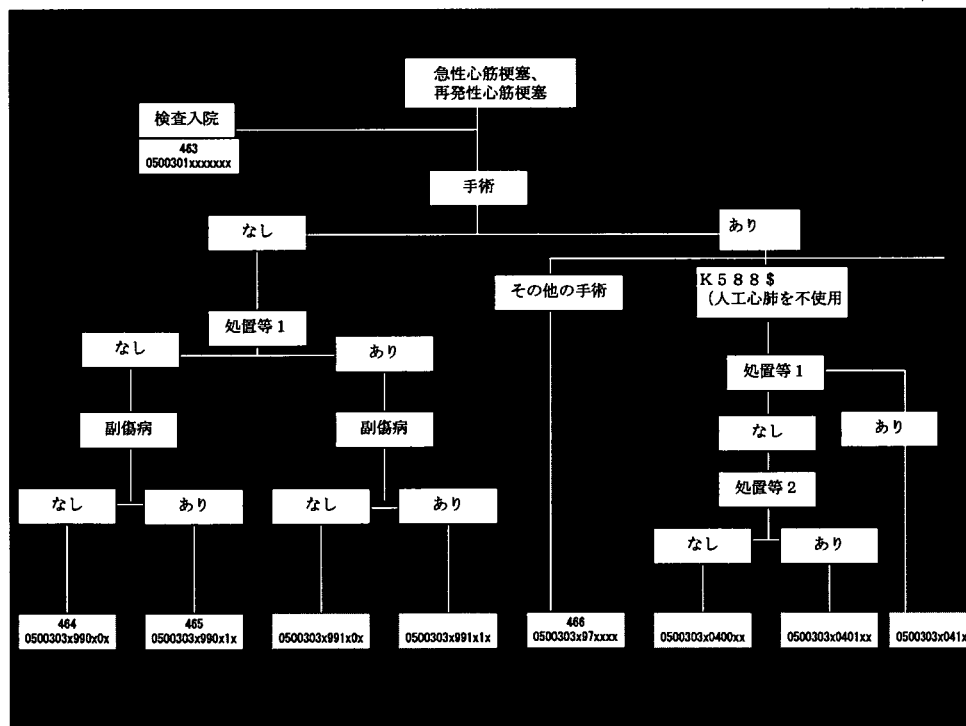


図 3

在院日数に応じた評価のイメージ

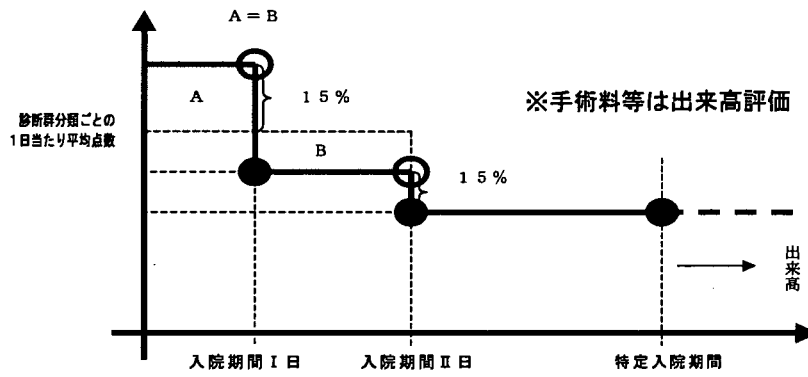


表1 分類定義テーブル (急性心筋梗塞の例)

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等	手術			処置等1		処置等2		副傷病名		重症度等
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード		区分コード	点数表名称	Kコード		K・Jコード		K・Jコード	ICD名称	ICDコード	
5	3	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	急性心筋梗塞	I21\$		手術3-0	手術なし		大動脈バルーンポンピング法(LA-BP法)(1日につき)	K599\$	人工呼吸	J045\$	心原性ショック	R570	初回、再手術
			再発性心筋梗塞	I22\$		手術3-1	経皮的冠動脈形成術	K614	経皮的冠動脈補助法(1日につき)	K597\$	人工腎臓	J038	急性腎不全	N17\$	
			その他の急性虚血性心疾患	I24\$		手術3-2	経皮的冠動脈血栓切除術	K614-2	体外ペースメーカー	K553	中心静脈注射	G005	慢性腎不全	N18\$	
							経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	K614-3					高血圧性腎不全	I120	
							経皮的冠動脈ステント留置術	K615					詳細不明の糖尿病、腎合併症を伴うもの	E142	
						手術3-3	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K588\$					肺炎	J18\$	
						手術3-4	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K588\$	+オフポンプ加算				鬱血性心不全	I500	
													脳梗塞	I63\$	
													左心不全	I501	
													急性心不全	I509	
													心室細動および粗動	I490	
													心室頻拍	I472	
													心停止後蘇生心	I460	

我が国の DPC 導入における ICD10 の持つ問題点の改善について

ICD10 code modification corresponding to the DPC system in Japan.

○阿南誠 1)

◇桑原一彰 2), 久富洋子 3), 伏見清秀 4), 橋本英樹 5), 今中雄一 6), 林田賢史 6), 堀口裕正 5), 石川 B 光一 7), 秋岡美登恵 1), 上田京子 8), 松田晋哉 9)

1) 国立病院機構九州医療センター, 2) 沖縄県立北部病院, 3) アイネットシステムズ, 4) 東京医科歯科大学, 5) 東京大学大学院, 6) 京都大学大学院, 7) 国立がんセンター, 8) 国立病院機構仙台医療センター, 9) 産業医科大学

1. 背景、目的：

2003年4月、DPCが導入されたが、その導入に重要な意味をもつICDは多くの医療機関においては十分に浸透していると言える状況にはない。その理由は、従来の我が国における保険制度（fee for service payment system : FFS）がICDを必須としてこなかったことが大きな要因である。さらにICDコーディングは、病巣（器官）や病理、部位等を明確にすることが求められる。我が国のDPC（patient classification system）においては、診断名を志向したグルーピングロジックを採用しており、適正なICDコーディングは極めて重要な要素である（Fig.1参照）。しかしながら、ICDのコード体系も元々死因統計を目的としていたこともあって、臨床的な分類には必ずしも適さない分類構造も散見される。我々はDPCにおける基礎調査のデータを検証する過程で、臨床的な分類との溝を埋めるために5桁で構成される、「付加情報コード（additional information codes）を開発し、2005年度の基礎調査から導入を図った。

Fig.1 : Basic type of classification

