

- Matsuda S. Impact of drug-eluting stents on treatment option mix for coronary artery disease in Japan. *Circ J*. 2010; 74: 1635-1643.
20. Yasunaga H, Horiguchi H, Kuwabara K, Hashimoto H, Matsuda S. Venomous Snake Bites in Japan. *Am J Trop Med Hyg*. 2011; 84: 135-136.
  21. Yasunaga H, Horiguchi H, Kuwabara K, Hashimoto H, Matsuda S. Delay in Tetracycline Treatment Increases the Risk of Complications in Tsutsugamushi Disease. *Intern Med*. 2011; 50: 37-42.
  22. Sako A, Yasunaga H, Horiguchi H, Hashimoto H, Masaki N, Matsuda S. Acute Hepatitis B in Japan: Incidence, Clinical Practices and Health Policy. *Hepatol Res*. 2011; 41: 39-45.
  23. Sumitani M, Uchida K, Yasunaga H, Horiguchi H, Kusakabe Y, Matsuda S, Yamada Y. Prevalence of Malignant Hyperthermia and Relationship with Anesthetics in Japan: Data from the Diagnosis Procedure Combination Database. *Anesthesiology*. 2011; 114: 84-90.
  24. Yasunaga H, Miyata H, Horiguchi H, Kuwabara K, Hashimoto H, Matsuda S. Effect of the Japanese herbal Kampo medicine Dai-kenchu-to on postoperative adhesive small bowel obstruction requiring long-tube decompression: a propensity score analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2011; in press.
  25. Sugihara H, Yasunaga H, Horiguchi H, Nishimatsu H, Kume H, Matsuda S, Homma Y. Impact of Hospital Volume and Laser Usage on Postoperative Complications and In-hospital Mortality After Transurethral Surgery of Benign Prostate Hyperplasia: Japanese Diagnosis Procedure Combination Database. *J Urol*. 2011; in press.
  26. Nakamura M, Yasunaga H, MD, Miyata H, Shimada T, Horiguchi H, Matsuda S. Mortality of Neuroleptic Malignant Syndrome Induced by Typical and Atypical Antipsychotic Drugs: A Propensity-matched Analysis from the Japanese Diagnosis Procedure Combination Database. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2011; in press.
  27. Kuwabara K, Matsuda S, PhD; Imanaka Y, Fushimi K, Hashimoto H, Ishikawa KB, Horiguchi H, Hayashida K, Fujimori K, Ikeda S, Yasunaga H. Injury Severity Score, resource use, and outcome for trauma patients within a Japanese administrative database. *J Trauma*. 2010; 68: 463-470.
  28. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Hayashida K, Fujimori K. Contribution of bile duct drainage on resource use and clinical outcome of open or laparoscopic cholecystectomy in Japan. *J Eval Clin Pract*. 2010; 16: 31-8.
  29. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Hayashida K, Fujimori K. Impact of timing of bile duct interventions on resource use and clinical

- outcome of cholecystectomy patients in Japan. *J Eval Clin Pract.* 2010; 16: 802-10.
30. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Variations in the preoperative resources use and the practice pattern in Japanese cholecystectomy patients. *Surg Today.* 2010; 40: 334-346.
31. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Quantitative comparison of the difficulty of performing laparoscopic colectomy at different tumor locations. *World J Surg.* 2010; 34: 133-139.
32. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Contribution of case-mix classification on profiling hospital characteristics and productivity. *Int J Health Planning and Management.* 2010; DOI:10.1002/hpm.1051.
33. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K, Yasunaga H, Miyata H. Quantitative assessment of the advantages of laparoscopic gastrectomy and the impact of volume-related hospital characteristics on resource use and outcomes of gastrectomy patients in Japan. *Ann Surg.* 2011; 253: 1-7.
34. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Comparative quality of eight common laparoscopic abdominal surgeries. *J Surg Research.* 2010; DOI:10.1016/j.jss.2010.09.003.
35. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Reconsidering the value of rehabilitation for patients with cerebrovascular disease in Japanese acute health care hospitals. *Value in Health.* 2011; 14: 166-176.
36. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Comparative quality of laparoscopic and open cholecystectomy in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice.* 2010; DOI:10.1155/2010/490147.
37. Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, Ishikawa KB, Horiguchi H, Fujimori K. Effect of Hospital Characteristics on the Quality of Laparoscopic Gastrectomy in Japan. *Gastroenterology research.* 2010; 3: 65-73.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

特になし

##### 2. 実用新案登録

特になし

##### 3. その他

特になし

平成 22 年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)  
分担研究報告書

「9」: Unspecified(詳細不明、部位不明)コードから見るデータの質評価

分担研究者: 独立行政法人国立病院機構九州医療センター医療情報管理センター  
実務統括管理者 阿南 誠

研究協力者: アイネットシステムズ医療情報システム企画グループ 久富 洋子

研究要旨:

DPC は ICD-10 による疾病分類をその基礎としており、診療報酬請求は当然として、分類の開発、分類精緻化や分類適用の妥当性の検証等、適正な傷病名の選択と適正な ICD コーディングが前提となっている。しかし、我が国の ICD の普及は DPC 導入によって急激に進展した経緯があり、全ての医療機関に十分な環境、特に経験をもった人材を十分に配置するのは困難である。過去の本研究班での研究調査においても、データに十分な精度を持っているとは言い難い病院が散見された。もっとも、データ精度改善のために平成 20 年度の診療報酬改訂で対象病院の必須要件として委員会の設置が規定される等、それにあわせて一定の改善傾向がみられることも過去の調査分析で明らかとなっている。

本年度研究としては、調査対象病院 939 の提出データを基盤に、「9」選択について経年変化や地域(都道府県)による差異、「9」を選択される可能性の低い疾病分類グループにおける「9」の発生状況、また、「その他の明示された部位」等が対象となる「8」コードも昨年に継続して分析対象とした。

結果としては、全体的な「9」コード出現比率は改善傾向にあるが、未だ病院間(地域間)に大きな較差が存在する。特定機能病院のように比較的病院機能や患者像が広範囲で総合的な病院であっても各々異なった傾向を示していることから、その原因には、病院機能によらないコーディング精度のばらつきがあることを伺わせる。特に平成 20 年度から 21 年度にかけて、改善傾向が著しい一方で、「8」の存在はある意味アップコーディングのきっかけとなるような問題であり、また、「8」と「9」の存在とが逆相関にある傾向が強いことから、恣意的にコーディング操作を行っている可能性が高いことも示唆される。すなわち、その理由として、「9」をそのまま(機械的に)「8」に置き換えるような不適切なコーディングが存在することもわかっている。現状では、例えば「8」コードを付与する傷病名そのものが、本当に治療の対象として頻回に出現するのか、診療記録を検証していないので、明確な答えを出すことは出来ないものの、今後は何らかの不適切なコーディングに対する検証も必要ではないかと思われる。

#### A. 目的

平成 15 年度に導入されて以来、DPC に関連する病院のその後の急速な拡大で、病院規模、その病院の性格も様々な病院がその対象に含まれている。参入の条件は、一般病床を持っていること等があるが、それ故に、大学病院を中心とした高機能急性期病院から、慢性期を対象とする機能をもった小規模なケアミックス病院まで含まれ、その性格の多様性は幅広いと考えられる。しかしながら、過去の調査からみる限り、病床規模や提出データ数によって、詳細不明、部位不明コード(以下、「9」: ドット9と略す)の出現率は、必ずしも強い相関があるわけではない。過去の研究からも、精度の一つの指標である「9」の出現率は、病院ごとのコーディ

ング能力に関連していると思われる。厚生労働省による度重なる対策、例えば、平成 20 年度の「適切なコーディングに関する委員会の設置」の義務付け等の方策等によって改善傾向は見られるものの、少なくとも「.9」の出現率は病院機能による差、として説明するのは難しく、病院個別の問題であると言わざるを得ない。本年度の研究においては、本研究班に提出された調査データ(以下、研究班データという)から、様式1として提出された傷病名データにおける各病院の「.8」、「.9」コードの出現頻度を検証し、病院による傾向、MDCごとの傾向、診療情報管理士認定者の数、地域(都道府県)ごとの傾向等を調査検討した。また、平成 18 年度からのデータを比較して「.9」コードの出現比率の経年変化を検証した。

過去の研究も踏まえて、ICD コーディング精度の課題や望ましくないコーディングの傾向を明らかに出来ると共に、「.8」コード出現を分析することによって、不正なコーディングの可能性の評価も可能となる。また、本研究の結果については、毎年、本研究班のセミナー等で発表するとともに、留意すべき点等を対象となる医療機関にフィードバックしていることがコーディング精度の一助になっていると考えている。

## B. 方法と結果

### 1. 対象データ

1)平成22年度(7月～10月)の研究範囲提出されたデータから仕様を満たしていない不正なデータをクリーニングし適正としたデータ(939病院、2,170,720件)を分析の対象とした。ここでいう不正なデータとは、1バイト、2バイト文字の混同、仕様に規定されていないデータ様式等のデータのことである。

また、本報告書にあるデータ(図表等を含む)は、本研究班に提出された調査データのみが分析対象であり、全てのデータの集計結果を本報告書に掲載しているわけではない。したがって、全DPC関連病院のデータではないので、厚生労働省から公開されるデータとは母集団が同一ではないことに注意が必要である。

#### 2)「.9」コードとは

ICDコードの、4桁目 or 5桁目が「9」のもの、すなわち、Unspecified なコード、「詳細不明」や「部位不明」とされているコードを「.9」コード(dot9コード)と呼ぶ。

#### 3)「.8」コードとは

前述の2)と同様に、「その他の明示された部位」等とされたものを「.8」(dot8コード)と呼ぶ。

### 2. 分析方法について

1. で概要を示した、研究班データから、

- 1)MDCごとの「.9」コードの占める比率
  - 2)病院別データ提出症例数と「.9」コードの占める比率
  - 3)「.9」コード出現比率の年度ごとの推移
  - 4)「.9」コードと「.8」コードとの出現についての相関
  - 5)都道府県別の「.9」コードと「.8」コード出現の相関
- 等に着目して集計分析検証した。

### 3. 結果

平成 22 年研究班データの(分析)対象は、7～10 月、939 病院、2,170,720 件である。

#### 1)「.9」コード出現の概要

全対象データの概要を図表1に示す。

## 2)「9」コード出現頻度の経年変化

平成18年度からの「9」コード出現の経年変化を図表2、図表3に示す。

図表1：平成22年度研究班データの概要

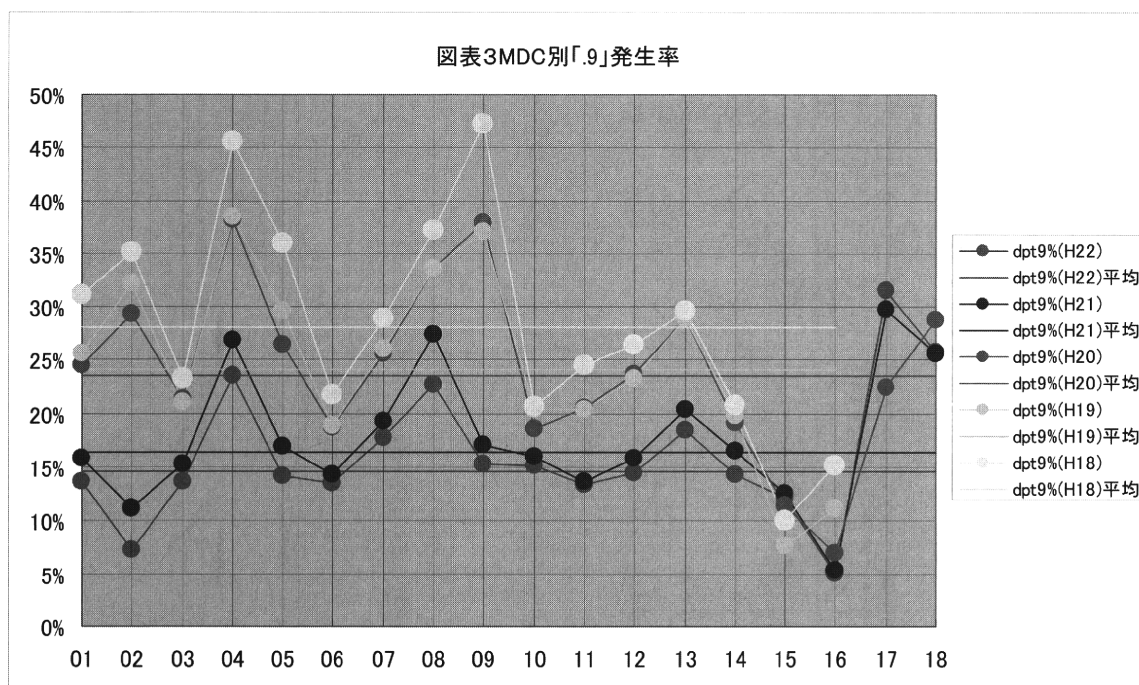
MDC	件数	dot9件数	←%
01	142,426	19,376	13.6%
02	104,897	7,602	7.2%
03	87,827	12,008	13.7%
04	237,430	55,862	23.5%
05	212,828	30,129	14.2%
06	468,843	63,049	13.4%
07	116,626	20,734	17.8%
08	36,697	8,342	22.7%
09	25,937	3,972	15.3%
10	71,227	10,771	15.1%
11	166,488	22,235	13.4%
12	147,936	21,412	14.5%
13	52,491	9,654	18.4%
14	51,201	7,344	14.3%
15	28,740	3,490	12.1%
16	153,751	7,860	5.1%
17	14,270	4,500	31.5%
18	38,022	9,803	25.8%
他	13,083	1,591	12.2%
	2,170,720	318,143	14.7%

図表2：「9」コード出現の経年変化

MDC	H22	H21	H20	H19	H18
01	13.6%	15.8%	24.6%	25.6%	31.2%
02	7.2%	11.1%	29.4%	32.2%	35.1%
03	13.7%	15.2%	21.3%	21.1%	23.3%
04	23.5%	26.9%	38.2%	38.4%	45.6%
05	14.2%	17.0%	26.4%	29.6%	36.0%
06	13.4%	14.3%	18.8%	18.9%	21.7%
07	17.8%	19.3%	25.7%	26.0%	29.0%
08	22.7%	27.4%	33.6%	33.5%	37.2%
09	15.3%	17.1%	37.9%	37.1%	47.2%
10	15.1%	16.0%	18.6%	20.4%	20.6%
11	13.4%	13.7%	20.6%	20.4%	24.5%
12	14.5%	15.9%	23.6%	23.3%	26.5%
13	18.4%	20.3%	29.0%	28.9%	29.6%
14	14.3%	16.5%	19.2%	19.9%	20.8%
15	12.1%	12.5%	11.5%	7.8%	10.0%
16	5.1%	5.4%	7.1%	11.1%	15.1%
17	31.5%	29.7%	22.4%		
18	25.8%	25.6%	28.8%		
平均	14.7%	16.4%	23.5%	24.1%	28.1%

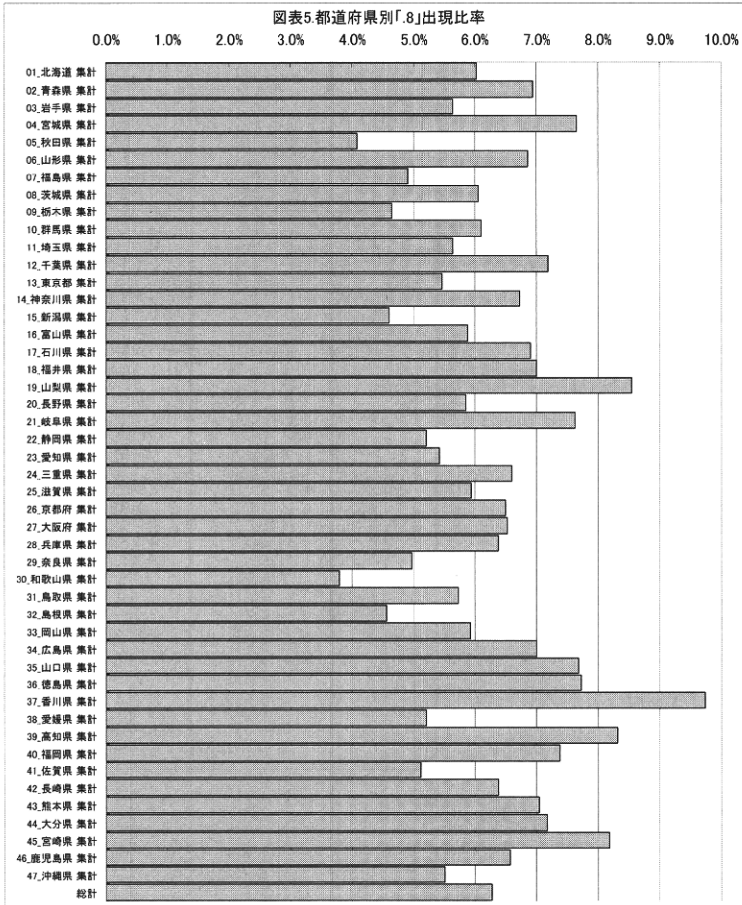
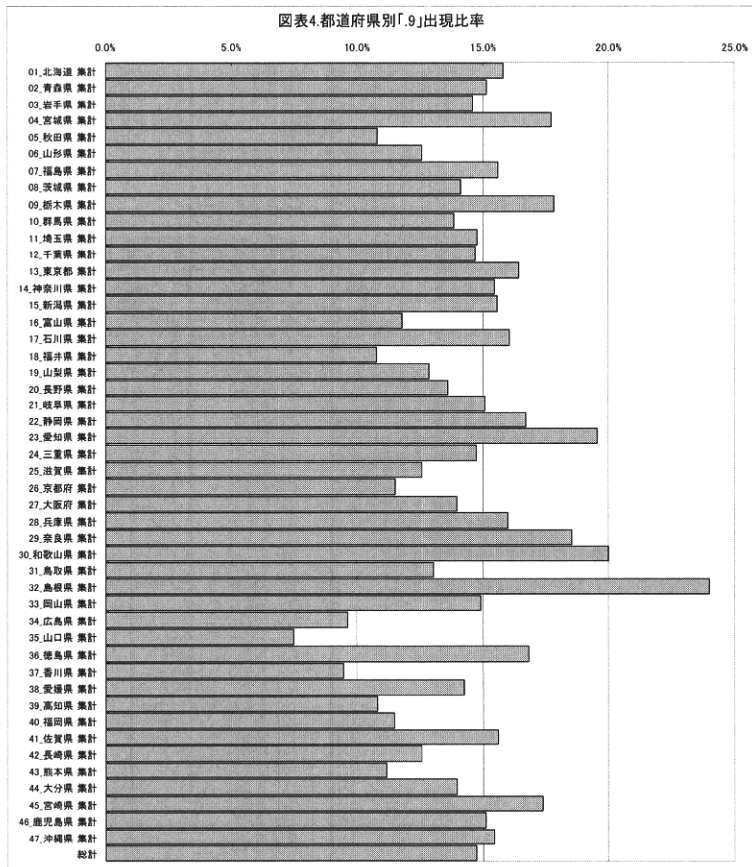
※平成20年度までMDCは16分類であった。

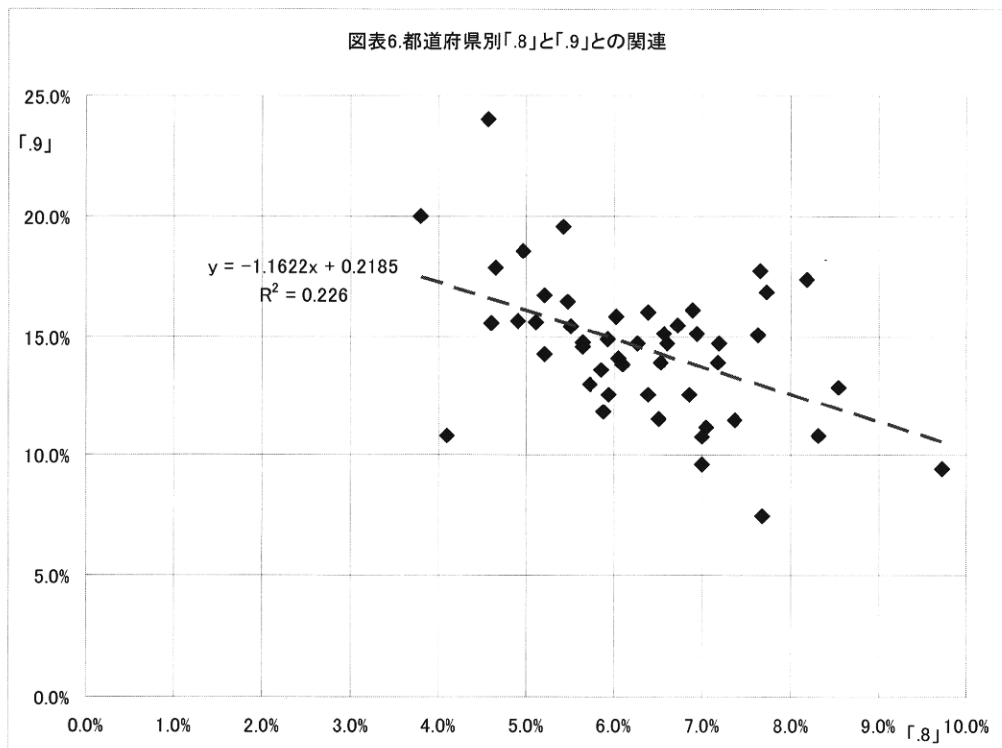
図表3MDC別「9」発生率



## 3) 地域(都道府県)、病院における「8」、「9」の出現頻度(相関)

都道府県別の、「9」の出現頻度を図表4に、「8」の出現頻度を図表5、都道府県のデータから「9」と「8」の相関を図表6に示す。

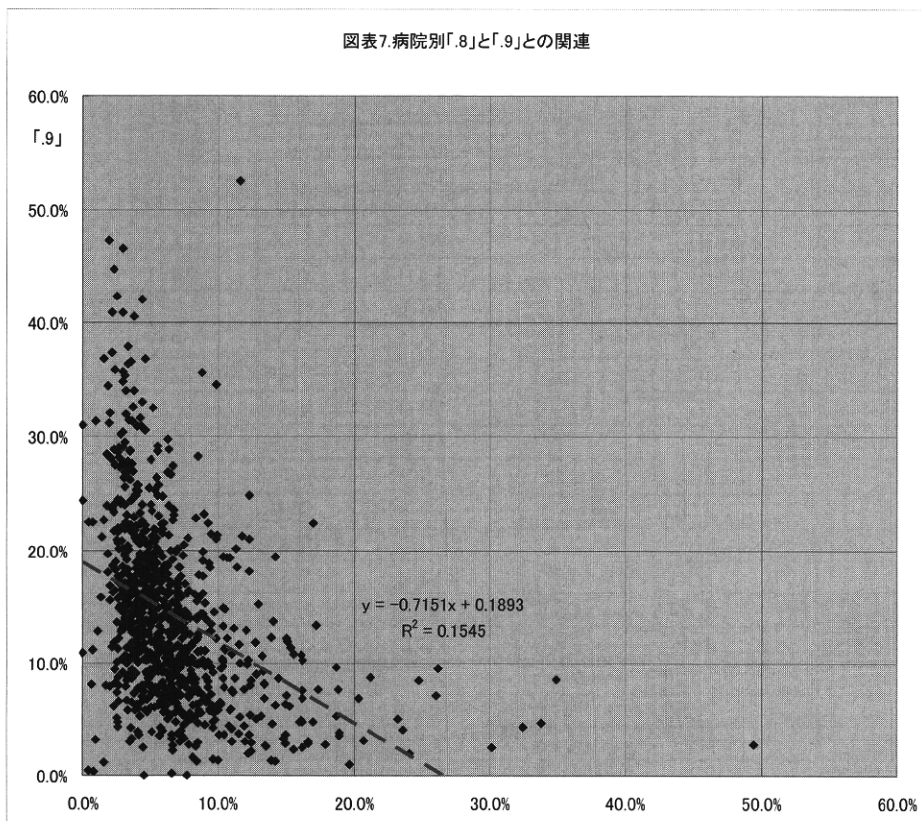




#### 4)「.8」、「.9」出現頻度との関連

病院単位で「.8」と「.9」の出現頻度との相関を図表 7 に示す。

診療情報管理士認定者数等を図表 8 に示す。診療情報管理士認定者数と「.8」、「.9」との関連を図表 9、図表 10 に示す。

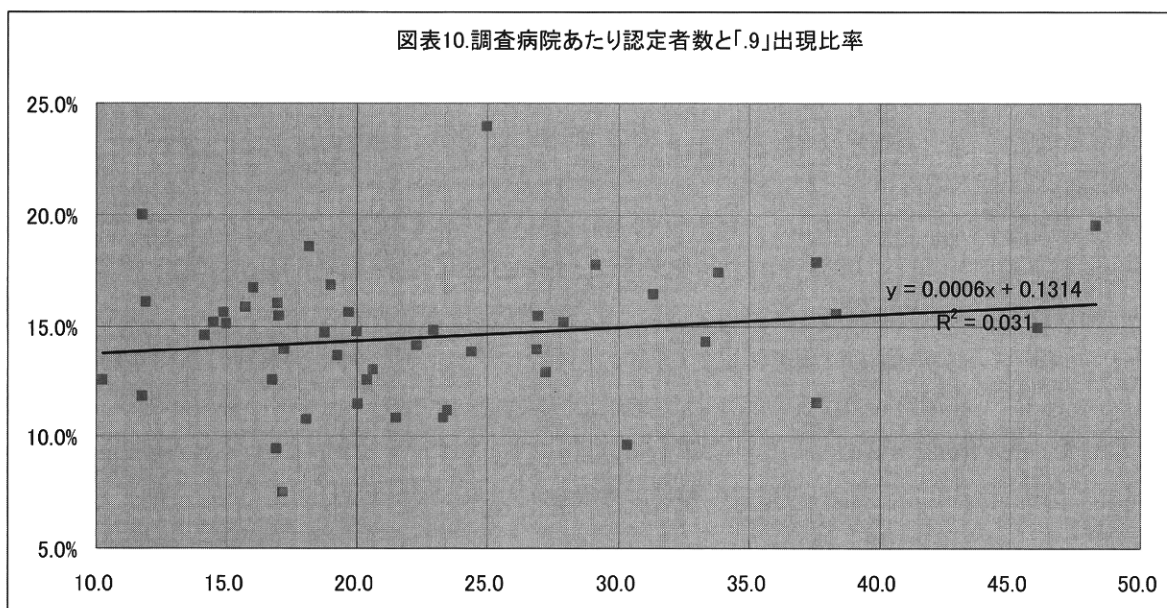
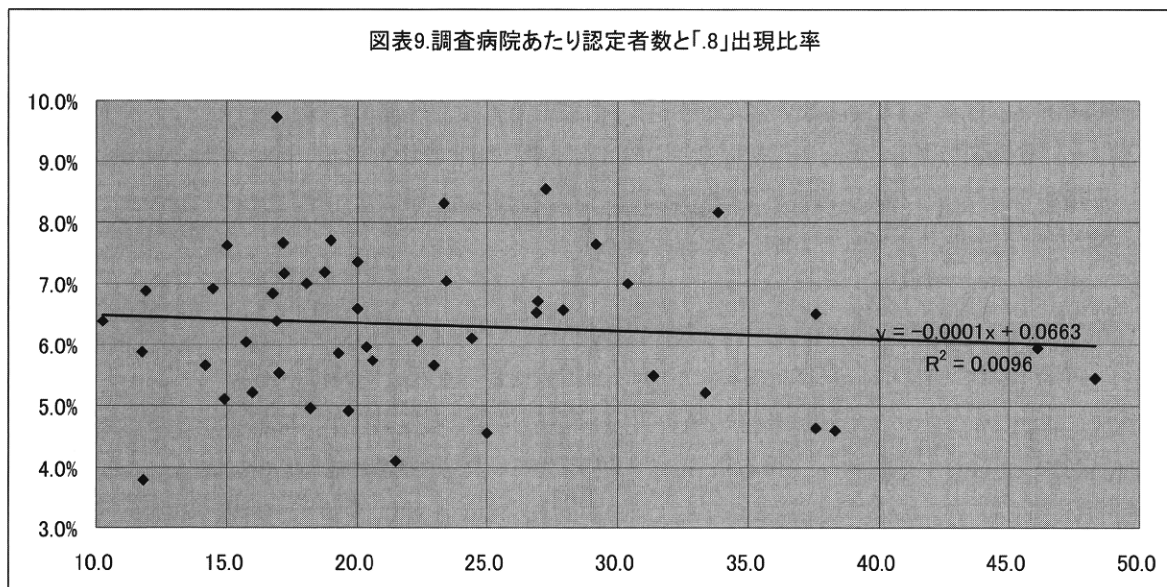


図表8. 都道府県別診療情報管理士認定者数と「.8」、「.9」出現比率

	調査 病院数	平成22年度 現在の 認定者数	人口10万 あたり 認定者数	調査病院 あたり 認定者数	「.8」 出現 比率	「.9」 出現 比率
全 国	939	21,723	17.3	23.1	6.3%	14.7%
北 海 道	69	1,086	19.8	15.7	6.0%	15.8%
青 森	10	145	10.5	14.5	6.9%	15.1%
岩 手	11	156	11.7	14.2	5.6%	14.6%
宮 城	13	379	16.3	29.2	7.7%	17.7%
秋 田	6	129	11.8	21.5	4.1%	10.8%
山 形	9	151	12.9	16.8	6.9%	12.6%
福 島	17	335	16.5	19.7	4.9%	15.6%
茨 城	16	357	12.2	22.3	6.0%	14.1%
栃 木	10	376	19.0	37.6	4.6%	17.8%
群 馬	13	317	16.1	24.4	6.1%	13.8%
埼 玉	31	711	10.1	22.9	5.6%	14.8%
千 葉	32	601	9.9	18.8	7.2%	14.7%
東 京	70	2,194	17.4	31.3	5.5%	16.4%
神 奈 川	41	1,104	12.5	26.9	6.7%	15.4%
新 潟	9	345	14.6	38.3	4.6%	15.6%
富 山	12	141	13.0	11.8	5.9%	11.8%
石 川	18	214	18.5	11.9	6.9%	16.1%
福 井	10	181	22.7	18.1	7.0%	10.8%
山 梨	4	109	12.8	27.3	8.5%	12.9%
長 野	18	347	16.3	19.3	5.8%	13.6%
岐 阜	16	240	11.7	15.0	7.6%	15.1%
静 岡	27	432	11.7	16.0	5.2%	16.7%
愛 知	29	1,400	19.4	48.3	5.4%	19.6%
三 重	16	320	17.6	20.0	6.6%	14.7%
滋 賀	11	224	16.3	20.4	5.9%	12.6%
京 都	15	564	21.9	37.6	6.5%	11.5%
大 阪	68	1,827	21.2	26.9	6.5%	13.9%
兵 庫	45	762	13.8	16.9	6.4%	16.0%
奈 良	10	182	13.1	18.2	5.0%	18.5%
和 歌 山	9	106	10.6	11.8	3.8%	20.0%
鳥 取	5	103	17.5	20.6	5.7%	13.0%
島 根	5	125	17.5	25.0	4.6%	24.0%
岡 山	22	1,014	52.7	46.1	5.9%	14.9%
広 島	21	638	22.5	30.4	7.0%	9.6%
山 口	12	206	14.3	17.2	7.7%	7.5%
徳 島	8	152	19.4	19.0	7.7%	16.8%
香 川	10	169	17.0	16.9	9.7%	9.5%
愛 媛	6	200	14.0	33.3	5.2%	14.3%
高 知	9	210	27.5	23.3	8.3%	10.8%
福 岡	63	1,263	25.2	20.0	7.4%	11.5%
佐 賀	11	164	19.3	14.9	5.1%	15.6%
長 崎	23	236	16.6	10.3	6.4%	12.6%
熊 本	20	469	26.0	23.5	7.0%	11.2%
大 分	19	327	27.5	17.2	7.2%	13.9%
宮 崎	6	203	18.0	33.8	8.2%	17.4%
鹿 児 島	21	586	34.4	27.9	6.6%	15.1%
沖 縄	13	221	16.1	17.0	5.5%	15.4%

※認定者数については、社団法人日本病院会発表資料による。





なお、ここでの集計結果、分析結果と示したグラフ等の図表は、要約された一部のデータである。

## C.考察

### 1. 「9」コード出現の概要

全対象データの概要を図表1に示したが、全体的に「9」コード出現比率は年々下がっており、かつては極端な傾向を示した、MDC04(呼吸器疾患)、MDC09(乳房疾患)が突出しているという傾向はほぼ消失したといってもよい。この傾向については、今までの報告書で、特定機能病院において前述のMDCが突出している傾向を報告してきたが、特定機能病院のDPC運用体制の強化(診療情報管理士の配置等)等の努力が実を結びつつあると考える。

### 2. 「9」コード出現頻度の経年変化

平成18年度からの「9」コード出現の経年変化を図表2、図表3に示す。平成20年度の診療報酬改訂のル

ールで、DPC 対象病院は、コーディング精度を改善するための委員会を設けることが義務づけられ、加えて中医協の DPC 評価分科会におけるヒアリング等により、改善の意識が高まった結果が出ていると推察される。また、委員会設置の義務付けにより、DPC 運用体制が強化されると共に、病院におけるデータ創出改善の意識や意欲も併せて高まっていると思われる。さらに、厚生労働省担当部局の改善に向けてのアナウンス、本研究班における全国展開セミナー、日本病院会における診療情報管理士対象の DPC セミナー(通信教育)、日本診療情報管理学会、日本診療情報管理士会等による、度重なる、種々の DPC を扱った講演会、セミナー等、地道な活動が改善の基盤になっていると思われる。

### 3. 地域(都道府県)、病院における「.8」、「.9」の出現頻度

「.8」コード出現については、経年的に「.9」コードの出現頻度が下がると同時に、その一方で、「.8」コード出現が目立つようになってきている。昨年度の報告書でも報告したところであるが、本来「.9」コードとせざるを得ない傷病名に、何らの手を加えることもなく「.8」コードを与えていたり、と思わざるを得ないケースも増えている。いずれにしても、ICD の基本構造は、0 から 7 までが詳細(部位)を示し、8 が「その他」、9 が「不明」である。つまり、8、9 とも、ある意味「例外」であって、50%が当該コードに該当するとは考えにくい。

後述するように、この両者は、(マイナスの)相関もあることから、医療機関によってコントロールされている可能性も否定出来ない。少なくとも、前述したように、本来「.9」とすべきところを「.8」としたコードが存在することは明らかであって、何らかの詳細な調査が必要であると考ええる。

都道府県別の、「.9」の出現頻度を図表 4 に、「.8」の出現頻度を図表 5 に示す。さらに、都道府県別の「.8」と「.9」の相関を図表 6 に示す。

過去の報告書でも記しているように、病院ごとの違いは無視できない程のものがあることはわかっていたが、実は、都道府県というくりであっても、無視できないほどの違いがあることがわかる。都道府県別「.9」でみると、出現比率に 3 倍の差があり、「.8」も 2 倍以上の差があることがわかる。

もっとも、病院ごとの差はさらに大きく、また、後段の図表 8 に示すように、都道府県別の DPC 病院数も大きな違いがあるので、都道府県別の状況を評価するにあたっては病院数や規模も配慮する必要がある。

いずれにしても、地域ごとの差は、その地域における DPC や ICD コーディングにおける理解度の差、ともいえる問題であり、地域差の解消、病院較差の解消は今後も注力していくべき課題であると考ええる。

### 4. 診療情報管理士認定者数と「.8」、「.9」出現頻度との関連

診療情報管理士認定者数、今回の調査病院数、「.8」、「.9」の出現頻度等を図表 8 に示す。

診療情報管理士認定者数と「.8」、「.9」との関連を図表 9、図表 10 に示す。

既に、財団法人医療研修推進財団、四病院協議会による認定である、診療情報管理士の育成や認定は約 35 年の歴史をもち、平成 22 年度 5 月の段階でその認定者数は 2 万人を超えている。今回、その認定者数との相関を調査してみたが、「.8」も「.9」も相関はないといってよい。残念ながら、当該調査病院で診療情報管理士の関与の仕方は全く把握出来ていないので、今後は、コーディング環境も含めた調査が期待される場所である。診療情報管理士の教育については、それなりの歴史がある故に、既に認定者の中には現役ではない診療情報管理士も多いことが推察され、調査病院の実務者としての調査が望まれる。

いずれにしても、結果的に、決定係数も小さく、地域別の認定者数と「.8」や「.9」出現頻度との相関を導き出すことは出来なかった。

もっとも、DPC 病院においては、「診療録管理体制加算」取得、またはそれに準じたレベルの診療情報管理能力が求められているが、実態は、特定機能病院であっても、改善はここ数年のことであり、時間をかけて調査分析していくべき課題であると思われる。逆にいうと、もし、「診療録管理体制加算」の施設基準が守られ

ているとすれば、データ精度はその診療録管理担当者(必ずしも診療情報管理士という規定はなく、小規模病院であればエキスパートの配置はない病院が多数であろう)を含めた病院の実力であるという評価も出来る。

ただ、コーディングの問題は、地域における情報流通、診療情報管理士等の有資格者の数、また、学術団体、職能団体の(地域的な)活動等も関係すると思われる。すなわち、改善に向けての情報をいかにして得ているかということも問題であり、まだまだICD やDPC の理解が十分ではないことの裏返しともいえる。

病院ごとのセミナー等、具体的な地域活動の状況は把握出来ていないが、データから推察するに都道府県ごとの「.8」、「.9」の出現頻度は、かなりの差異があることから医療機関ごと、もしくは地域ごとの精度改善に向けての取り組みが必要であると思われる。

◇参考:平成20年度からのDPC対象病院の要件から(抜粋)

1)DPC対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保するため、委員会を設置して責任者を定めること

2)委員会は診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び「診療情報管理士」(診療録管理担当者)等から構成され、少なくとも年に2回は開催すること

## D.まとめ

以上から、調査結果と今後の課題は、大きく次の3点に集約される。

### 1. 「.9」データの出現比率は改善傾向

経年変化でみて、20年度の診療報酬改訂による影響によるものと思われる改善が著しい。

現状の収集された各病院のデータからは、個別のコーディングスキルやそのICDコーディング環境は把握出来ないが、平成20年度のDPC対象病院に対する「コーディング精度に関する委員会」設置義務等の規定、および「DPC評価分科会による各病院に対するヒアリング」等が改善のきっかけであり、併せて、再三にわたる厚労省担当部局からのアナウンス、本研究班により教育、病院団体、職能団体や学術団体等の努力の成果であろうと考える。少なくとも調査病院については、一定の努力が認められるのではないかと考える。

### 2. その一方で、医療機関や地域較差は未だに無視できない

病院規模による較差、特にかつては特定機能病院の方が「.9」比率が高いという傾向がみられ、過去の報告書にて報告してきた。しかし現在は、その現場の実情は把握出来ないものの、少なくともデータだけで判断する限り、病院規模による傾向はみられない。逆に、DPCの拡大により、小規模病院やケアミックス型の病院の参加がある等、多種多様の病院が加わっているためか、「.9」、「.8」比率はどちらかという小病院の一部に問題を抱えている可能性がある。

地域、病院とも、母数としてのデータ数に偏りがあるので、単純に全体の比率への影響は大規模病院が大きい、病院単位でみると影響は少なくとも小規模病院の比率は高いと思われる。また、地域ごとにみても、DPC病院の数は大きく異なっており、特に母集団が小さい地域は、一つの病院の影響を強く受けたデータであることを理解しておく必要がある。

いずれにしても、データ改善についての理由として考えられることは、データ提出数の多い病院については、特定機能病院を筆頭に診療情報管理体制(ICDコーディング体制、監査体制等)の強化が実績をあげている

のではないかと考えられる。しかし、その一方で、DPC の急激な拡大に中小病院の体制強化はまだ遅れている、スキルアップもこれからというケースが多いのではないと思われる。

### 3. 「8」の出現比率について

昨年度に引き続き、「8」の出現頻度を調査分析してみたが、図表6、図表7でもわかるように、「8」比率と「9」比率は明らかに逆相関する。提出された病院個々の傷病名データをみる限りは、一部には、十分なコーディング精度が確保出来ていないと思われる病院もある。

傷病名の表記は、ICD 分類のルールに則った分類を可能にするものでなければならず、データを分析して、分類の妥当性検証やあらたな分類開発、診療報酬請求においても重要な課題であり、継続してその傾向を調査評価する必要があると思われる。

## E.健康危険情報

特記事項なし

## F.研究発表

### 1)学会における発表

(1)○阿南誠、久富洋子、秋岡美登恵、柴田実和子、DPC 導入に伴う ICD コーディングの問題点:第8報「9」、「8」コードから見るデータの質評価、第36回日本診療情報管理学会学術大会、2010/9/16-17、長野市

(2)○Makoto Anan, Kazuaki Kuwabara, Yoko Hisatomi, Kiyohide Fushimi, Hiromasa Horiguchi, Hiroshi Ikai, Koichi B.Ishikawa, Shinya Matsuda, Kenji Fujimori, Shunya Ikeda, Mitoe Akioka, Rie Kurakake, Miyuki Horigami, Yuko Hirata, Marika Minamoto, Shoko Fukushima, Asumi Tanaka, JAPANESE CASE MIX SYSTEM (DPC) AND JAPANESE HEALTH INFORMATION MANAGER、International federation of health record organization international conference 2010 Milan、2010/11/15-19、Milan Italy

### 2)論文、単行書

(1)阿南誠、診療情報管理士通信教育付加コース、DPC コース通信教育テキスト、第2章 DPC 精度と診療報酬制度との関わり、pp221 -256、社団法人日本病院会、7月、2010.

(2)阿南誠他、診療情報学、第2章診療情報の価値を高めるためのシステムと評価、6.DPC、170-177、医学書院、9月、2010.

## G.知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業研究事業)

「診断群分類の精緻化とそれを用いた医療評価の方法論開発に関する研究」  
分担研究報告書

フランスにおける亜急性期入院医療を対象とした診断群分類に関する研究

主任研究者	氏名	伏見 清秀	所属機関	東京医科歯科大学医学部	教授
分担研究者		松田 晋哉		産業医科大学医学部	教授

研究要旨：

わが国のDPCの応用範囲の拡大可能性を検討する目的で、フランスで現在開発が進められている亜急性期入院医療を対象とした診断群分類(GMD)開発の歴史的経緯と現状、そして課題について現地調査及び文献調査によって検討した。

GMDにおける患者の振り分けロジックは以下のようにになっている。まず、各患者について1週間ごとに作成されるRHSに記載されている治療目的、主傷病、原因傷病、重要な併存症の4つの情報から各患者は13の主要傷病カテゴリー(CMC)の一つに割り付けられる。次いで、小児(18歳未満)と成人(18歳以上)の分離が行われ、83の主要傷病グループ(GMD)に割り付けが行われる(2010年版では小児31分類、成人52分類)。ここで注意すべき点はGMDの定義はICD10のZコード(健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用)で行われることである。

次にGMDに基づく診療報酬上の評価方法について説明する。GHJのみで医療資源投入量を予測することは難しいという認識のもと、GMDに基づく診療報酬上の評価においてはGMDを含む8つの因子(GMD、年齢、身体的依存度、認知症の依存度、リハビリテーション行為のスコア、併存症および重要医療行為、入院目的、入院形態)に基づいて評価が行われる仕組みとなっている。まず、年齢については小児(18歳未満)と成人(18歳以上)がGMDで区分されているが、加えて前者については0-5歳、6-12歳、13-17歳の区分、後者については18-29歳、30-59歳、60-64歳、65-74歳、75歳以上の区分が設定された。身体的依存度は整容、移乗、食事、排泄の4項目について本人ができていないレベルを4段階(1. 自立、2. 見守り、3. 部分介助、4. 全介助)で評価し、認知症依存度については行動とコミュニケーションの2項目について上記4段階で評価する仕組みとなっている。リハビリテーション行為のスコアについては、CdARRの12領域のそれぞれの行為についてポイントが設定され、その合計で評価する仕組みとなっている。ただし、これは単純にスコアを加算するのではなく、各項目のスコアをそれぞれの判定基準で点数化する方式となっている。併存症および重要医療行為については評価すべきものが定義されており、それがあつた場合のみポイントが付く形式になっている。なお、実際の点数設定に際しては変数間の交互作用を考慮したマトリックス方式での評価となっている。

2012年に支払いへの適用が予定されているが、開発担当者によると開発の第一の目的はあくまで亜急性期医療に関する医療情報の標準化と透明化にある。透明化された情報に基づき、施設間比較・地域間比較を行い、医療資源の適正配分を行おうというのがPMSI SSRの主たる目標となっている。このような考え方も我が国におけるDPCの適用拡大の際、参考になると思われる。

## A. 研究目的

フランスにおける入院医療提供体制に関する重要な政策課題の一つとして、医療資源の地域間格差および施設間格差の解消がある。1990年代前半まで、フランスの急性期病院は総額予算制によって運営されていたが、当初、その予算は前々年度の活動実績に基づいて決定される方式となっており、どのような患者をどのように治療したのかという医療内容を反映するものではなかった。そのために歴史的に多くの予算を得ているパリやリヨン、ニースといった大都市部の病院が財政的に優遇され、北部や西部の人口の少ない地域の病院が不利な扱いを受けているという批判があった。また、このような財政方式が医療資源の配分の地域差固定化の原因になっているという批判もあった。

こうした状況を改善するためには各病院の行った医療内容を標準のフォーマットで情報化することが必要であるという認識に基づいて1987年に導入されたのが病院情報化計画(Projet Médicalisation du Système Informatique: PMSI)である。そして、1991年の病院改革法により、すべての急性期病院は病院情報部門(Division d'Information Médicale: DIM)を持つことが義務づけられ、退院時要約票(Résumé Hospitalisation de Séjour: RHS、我が国のDPC制度における様式1に相当)の作成を義務づけられることとなった。急性期病院においてはこのRHSを基にフランスの診断群分類であるGHM(Groupe Homogène de

Malades)が各患者に割り付けられ、この結果に基づいて各病院の予算が調整される仕組みが導入された<sup>1),2)</sup>。これにより従来予算が多く割り当てられていたパリや地中海沿岸地方の予算が削減され、北部や西部の地方の予算が増額されるようになった。また、GHMによって地域の傷病構造が明らかになったことにより、診療科別の受給バランスも把握できるようになり、地方ごとでの専門診療科別専修医の受入数の決定もデータに基づいて行うことが可能になった<sup>3)</sup>。

急性期入院における診断群分類の一般化とその一入院あたり包括支払い方式への適用拡大の成功を受けて、フランス政府はその適用範囲を亜急性期、在宅入院、そして精神科医療へと拡大しつつある。

フランスと日本の医療制度には共通点が多い。具体的には、複数の主体による社会保険制度、自由開業制と出来高払いを原則とした開業医の診療体制、そして医療計画による病院医療のコントロールである。また、経済成長の鈍化と高齢化の進展という医療制度を議論するための背景要因についても多くの共通点がある。その意味で、フランスにおける近年の医療制度改革の動向は我が国にとっても参考になる点が多いと考えられる。そこで、本分析では今後我が国においてもその整備が重要になってくると考えられる亜急性期医療について、その情報化を中心に現地調査(平成22年9月19日～22日)をもとに検討を行った。

## B. フランスの亜急性期入院施設

1991年の病院改革法により、フランスの公的病院は、その診療能力と規模により病院センター、地方病院(以上2つが急性期入院施設)、療養・回復・機能再適応施設、長期療養施設に区分された。このうち療養・回復・機能再適応施設がいわゆる亜急性期入院施設に相当する。亜急性期入院医療施設の主な対象患者は脳卒中の回復期・維持期の患者、骨折などの整形外科における急性期の治療を終えた患者、あるいは虚血性心疾患の急性期治療を終え、リハビリテーションを必要とする患者、継続的ケアを必要とする神経難病患者や重度心身障害児・者などである。

亜急性期入院施設の医療費については病院費用、医師費用ともに医療保険の給付対象である。ただし、我が国の入院基本料に相当する Forfait journalier(1日当たり費用額)については地方保険庁(あるいは地方病院庁)<sup>注1</sup>の承認を得て各施設が決めることができる。なお、我が国の療養病床に相当する長期医療施設の場合、医療行為については保険給付の対象であるが、ホテルコストについては原則患者の自己負担となっている。

フランスの亜急性期入院医療施設が患者の在宅復帰や慢性疾患患者に対する継続的医療に果たしている役割は非常に大きいが、いくつかの問題点も指摘されている。まず第一点としてはその定義の不明確性がある。施設体系を定義している1991年12月31日法(病院改革法)では、急性期入院施設と長期

入院施設については定義があるが、亜急性期入院医療施設については、その間に存在するという解釈のみで明確な施設の定義はない。そのために亜急性期入院医療施設が、長期入院医療施設に入院した場合のホテルコストを避けるための社会的入院の場所になっているという実態がある。また、第二点として急性期病院からの転換型施設が近年増加しており、医療サービスの質の点で疑問が出されている。これは1990年代に経営状況が悪化した民間営利の急性期病院がフランス政府の急性期病床削減計画に便乗する形で亜急性期入院医療施設に転換したことによる。

フランス政府の現在の医療政策の中心的課題は、医療の質を保証しながらいかに提供体制の効率化を図っていくにある。具体的には各施設の機能を明確にしながらか(機能分化)、地域内連携体制を確立していくことが必要である。慢性疾患が中心となった今日、特にリハビリテーション医療の中核となっている亜急性期入院医療施設の整備と質の向上が、地域における連携をスムーズに行うために重要な課題となっている。この目的を達成するために亜急性期入院を対象とした診断群分類の開発が開始されたのである。

## C. フランスにおける亜急性期入院を対象とした診断群分類開発の歴史

(1)GHJ(Groupes Homogènes de Journées)の開発と試行

前節で説明したように、医療提供体制に

おける地域間格差と施設間格差の問題は急性期入院のみならず亜急性期入院医療においても大きな問題であったことから、1997年フランス保健省はPMSIプロジェクトを亜急性期入院医療にも拡大することを決定し、1998年の第二4半期から情報収集が開始された。

急性期入院医療の診断群分類(GHM)が1入院あたりの要約データに基づいて決定されるのに対し、亜急性期入院においては1週間単位で入院要約(Résumés Hebdomadaires Standardisés: RHS)を作成し、そのデータをもとに1日当たりの平均医療資源投入量を参照値とする診断群分類であるGHJ(Groupes Homogènes de Journées)を各患者に割り付ける仕組みが採用された。図表1をもとに分類の考え方を説明すると以下ようになる<sup>4)</sup>。

分類作成に作成される基本情報は年齢、傷病、身体的依存度、医療行為、リハビリテーション行為の5つである。

傷病については①治療目的(Finalité principale de prise en charge: FPPC)、②主傷病(Manifestation morbide principale: MMP)、③原因傷病(Affection étiologique: AE)、④重要な合併症(Diagnostique Associés significatifs: DAS)の各情報がRHSにICD10で記載されている。具体的には「FPPC=機能訓練、MMP=股関節置換術後、AE=大腿骨頭骨折、DAS=高血圧」のように記載される。臨床的重症度は行われた医療行為コード及び傷病名によって最重度ケア・重度ケア例、そしてリハビリテーションについてはリハ行為の種

類と組み合わせ及び時間的な介入頻度等によって複雑なリハ治療・リハ治療に分類される。ADLについては着衣、移動、食事、排泄、行動、コミュニケーションの6項目について、自立、見守り、部分介助、全介助の4段階で評価される。そして、このうちの4項目を選んで合計スコアが12以上であれば「依存」と判定される。具体的な分類方法は以下の通りである。

まず患者は傷病情報を基に14の主要臨床群(Catégorie Majeur Clinique: CMC)の一つに割り付けられる(例えば、急性期の老年科疾患、ターミナルケア、神経・筋疾患、リウマチ・整形外科的疾患、外傷後・四肢切断後など)。そのあとの樹形図はCMCごとに異なっており、例えばターミナルケアではリハ分類を利用しない、神経・筋ではまず傷病で分類した後リハビリテーションで分類、その他ではリハビリテーションで分類した後傷病で分類するといったルールになっている。図表1の下にGHJの例を示した。

ところで、分類の精緻化過程において、医療行為およびリハビリテーション行為の分類について精緻化が行われ、それが分類ロジックにも反映されている。具体的には医師の行う医療行為についてはCCAM(Classification Commune des Actes Médicaux: 医療行為共通分類)で、セラピストの行う行為についてはCdARR(Catalogue des Activités de Réadaptation-Rééducation: リハビリテーション行為目録)によって記載される仕組みが導



入されている。

(i) CCAM:フランスにおいては、従来営利民間病院で用いられるNGAPと公的病院医療で用いられるCdAMという2つの診療行為体系があり、両者を公平に評価するという点において問題があった。そこで、民間病院と公的病院を共通の物差しで評価することを目的に開発されたのがCCAMである<sup>9)</sup>。図表2はCCAMの構造を示したものである。まず、最初の7桁が各医療行為を表している。その構造は行為・臓器・経路(手段)・追加行為・番号となっている。例えば、Biopsie(バイオプシー)/du Rein(腎臓)/par voie transcutanee(経皮的)/avec guidage echographique(超音波エコーのガイドによる)という医療行為についてはバイオプシーのコードであるH、腎臓のコードであるJ、経皮的を示すB、超音波エコーの使用を表すJの組み合わせであるHBJJ001と表現される。最後の001は同一の医療行為の中で複数のものがある場合にそれを区別するために用いられる連番である。行為・臓器・経路(手段)・追加行為については、標準的な表現と分類が決められている。次いで3桁の記述欄があるが、第一のもの(①)は行為の記述欄である。具体的には上7桁で定義された医療行為をだれが行ったかを示すコードである。すなわち、外科的な医療行為の場合、手術を行った医師については1、麻酔を行った医師については4、補助循環装置を担当した医師については5が記載される。第二のもの(②)は現在は分類に考慮されていないが、今後検

討する必要がある情報について、その番号を記載する部分である。第三のもの(③)は治療の段階を示すコードである。一つの医療行為が段階的に行われる場合(例えば骨折に対するボルト固定と抜梯など)、その段階を1、2、…と記載する。次に④、⑤で示される記載欄が4つあるが、これは支払いに関する修飾要素を記載する欄である。具体的には小児(E)、救急(U)、休日診療(F)などが記入され、支払いの加算に使用される。次に⑥と示された記載欄があるが、これはその医療行為が主たる医療行為とは独立に行われ、しかも通常はその医療行為と一緒に行われるものではない場合に1が記載され、追加の支払いの対象となることを示す欄である。ただし、すべての医療行為についてこのような追加の支払いが認められるわけではなく、その一覧が定められている。⑦と記載された次の記載欄は例外的な支払いを示すコードに対応している。すべての医療行為は償還対象のものと非償還対象のものに区分され、例えば通常審美的な美容整形として行われる鼻骨形成は非償還対象となっている。しかしながらこれが交通事故などに伴う顔面外傷に対する処置として行われた場合には償還対象となるため、この欄に償還対象であることがチェックされる。最後の記述欄⑧は診療所と病院とを区別するものであり、当該医療行為が診療所の外来で行われた場合Cが記載される。

(ii) CdARR: CdARRはセラピストの行う行為のリストであり、力学的リハビリテーション

(Rééducation mécanique: ME)、感覚運動リハビリテーション (Rééducation sensomotrice: SM)、神経性神学的リハビリテーション (Rééducation neuropsychologique: NP)、呼吸器および心臓リハビリテーション (Rééducation respiratoire et cardiovasculaire: RC)、栄養学的リハビリテーション (Rééducation nutritionnelle: NU)、排泄リハビリテーション (Rééducation sphinctérienne et urologique: SU)、社会復帰支援 (Réadaptation -Reinsertion: RI)、義肢装具への適応訓練 (Adaptation d'appareillage: AP)、集団リハビリテーション (Rééducation collective: RC)、リハビリテーション診断 (Bilans: BI)、理学療法 (Physiothérapie: PH)、水治・プール療法 (Hydrobaleothérapie: BA) の 12 領域から構成されている。我が国のリハビリテーションの診療報酬上の行為分類よりも細かく分類が定義されているのが特徴である。図表 3 に 12 領域の代表的なものを示した<sup>6)</sup>。

(2) 活動評価指標 Indicateur de valorisation de l'activité (IVA)について

2001 年から 2002 年にかけて行われた GHJ を基にしたコスト調査の結果によると、GHJ は全体のコストのばらつきの 30%しか説明しないことおよび施設間のばらつきが大きいことが明らかとなった。その要因としては行われたリハビリテーション行為の種類及び量に大きなばらつきがあることが指摘され、GHJ を亜急性期病院における支払いに使うことは困難で

あると結論された。これを受けてフランス政府は新しい分類 GMD (Groupe de Morbidités Dominantes; 主要傷病グループ) の開発に着手することになる。

図表 4 を基に GMD の考え方を説明する<sup>7)</sup>。各患者について 1 週間ごとに作成される RHS に記載されている治療目的、主傷病、原因傷病、重要な併存症の 4 つの情報から各患者は 13 の主要傷病カテゴリー (CMC) の一つに割り付けられる (図表 5)。次いで、小児 (18 歳未満) と成人 (18 歳以上) の分離が行われ、83 の主要傷病グループ (GMD) に割り付けが行われる (2010 年版では小児 31 分類、成人 52 分類)。ここで注意すべき点は GMD の定義は ICD10 の Z コード (健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用) で行われることである。

次に GMD に基づく診療報酬上の評価方法について説明する。GHJ のみで医療資源投入量を予測することは難しいという認識のもと、GMD に基づく診療報酬上の評価においては図表 6 のように GMD を含む 8 つの因子 (GMD、年齢、身体的依存度、認知症の依存度、リハビリテーション行為のスコア、併存症および重要医療行為、入院目的、入院形態) に基づいて評価が行われる仕組みとなった。まず、年齢については小児 (18 歳未満) と成人 (18 歳以上) が GMD で区分されているが、加えて前者については 0-5 歳、6-12 歳、13-17 歳の区分、後者については 18-29 歳、30-59 歳、60-64 歳、65-74 歳、75 歳以上の区分が設定

された。身体的依存度は整容、移乗、食事、排泄の4項目について本人ができていないレベルを4段階(1. 自立、2. 見守り、3. 部分介助、4. 全介助)で評価し、認知症依存度については行動とコミュニケーションの2項目について上記4段階で評価する仕組みとなっている。リハビリテーション行為のスコアについては、CdARRの12領域のそれぞれの行為についてポイントが設定され、その合計で評価する仕組みとなっている。ただし、これは単純にスコアを加算するのではなく、図表7に示した計算方法によってMEについては6以上であれば得点が1、BIについては2以上であれば得点が0.5というような評価になっている。併存症および重要医療行為については評価すべきものが定義されており、それがあつた場合のみポイントが付く形式になっている。なお、併存症および重要医療行為の内容は全GMDで共通となっている。入院目的についてはZ50.1(その他の理学療法)、Z50.8(その他のリハビリテーション処置に関連するケア)、Z50.0(心臓リハビリテーション)、その他が定義され、GMDごとに各点数が設定される。最後に入院形態については、完全入院と部分入院とが区分されており、完全入院であつた場合の点数がGMDごとに設定されている。

なお、実際の点数設定に際しては変数間の交互作用を考慮して、図表8に示したようなマトリックス方式での評価となっている。たとえば、GMD 01A03(慢性呼吸不全、18歳以上)と区分された患者が「身体依存係数=4、認知症

依存係数=1、年齢階級=60-74歳、リハビリ行為係数=1.5、併存症および重要医療行為得点=1、Z501相当、完全入院」であつた場合、その合計得点は「849.1(GMD)+4×60.0(身体依存係数)+1×47.5(認知症依存係数)+121.1(年齢階級)+1×194.2(併存症および重要医療行為得点)+0(Z501)+40(完全入院)」=1491.9点となる。仮に診療報酬にこれを適用するのであれば、この点数に単価をかけることで1日当たりの報酬が決定される。現在、2012年の本格導入を目して、このIVAによるコスト評価の試行実験が行われている。

#### D. 考察

以上、フランスの亜急性期入院における情報化と診断群分類の開発、そしてその支払いへの適用に関する現状について調査した結果を説明した。2012年に支払いへの適用が予定されているが、開発の第一の目的はあくまで亜急性期医療に関する医療情報の標準化と透明化にある。透明化された情報に基づき、施設間比較・地域間比較を行い、医療資源の適正配分を行おうというのがPMSI SSRの主たる目標なのである。すでに説明したように、この背景には1990年代に急性期病床の削減に伴い民間営利病院による亜急性期入院部門への参入が相次ぎ、それがサービス内容の質に大きなばらつきをもたらしたこと、あるいは社会的入院の温床となってしまったことがある。このような施設機能の透明化をもとに急性期化と亜急性期の円滑な連携を図るため

の Trajectoire という仕組みも試行的に運用されている<sup>8)</sup>。

わが国においても DPC 導入後急性期入院医療に関する情報の透明化が進み、施設間比較や地域間比較が可能となった。今後、DPC 関連情報が地域医療計画に活用されることで、地域における必要病床数や機能分化および連携のあり方が具体的に議論されるようになるであろう<sup>9)</sup>。この過程で、現在の一般病床のうち相当数が実質的に亜急性期医療を担う病床になっていくと予想される<sup>注 2)</sup>。そしてこうした施設の機能の明確化と適切な評価、そして適切な配置のためにも診断群分類の開発が必要になってくると考えられる。図表 9 は現行の DPC の運用体制との比較でリハビリテーションを対象とした DPC 開発の考え方を示したものである。記録の標準化とレセ電算システムの標準化をどのように実現するかが課題である。また、対象者の身体的依存度や認知症に関連した依存度、リハビリテーション行為をどのように評価するかについても標準的な手法を決める必要がある。収集する情報を詳細にしすぎると、入力作業の負荷が大きくなってしまい、運用が難しくなる。フランスの亜急性期入院施設の担当者を対象としたヒアリング結果では、CdARR の入力ではすでにそのような問題が生じていることが指摘されていた。日常業務で収集しているデータのフォーマットを標準化し、それを活用するという方法が我が国の場合は实际的であろう。

1982 年にエール大学の Fetter 教授らが開

発した最初の診断群分類である DRG (Diagnosis Related Groups) が Medicare に採用されたことを機に、世界の多くの国で診断群分類の導入とその適用範囲の拡大が進んだ<sup>10)</sup>。フランスは診断群分類導入にむけての取組開始は 1993 年と非常に早かったものの、1980 年代は大きな発展を見ることがなかった。その主たる要因は病院の情報システムの遅れにあった。しかし、1991 年の病院改革法によってすべての病院に医療情報部門 DIM の設置が義務づけられ、診断群分類に基づく情報が地方医療計画に連結されたことで、1990 年代に入り大きな進歩を遂げ、急性期入院における一入院あたり包括支払い方式の導入、亜急性期、在宅入院、そして精神科医療領域での診断群分類の開発とその適用範囲を拡大しつつある。このように事業が大きく進んだ要因としては診断群分類を担当する組織の整備がある。

当初は保健省内に設置された Mission PMSI と協力大学(パリ大学、リヨン大学、国立公衆衛生大学校、国立鉱山大学校など)ではじめられた診断群分類の開発事業は、その後それを専門的にかつ一体的に行う病院情報技術機構(Agence Technique de l'Information sur Hospitalisation: ATIH)が総合的に行う体制となっている<sup>11)</sup>。ATIH が診断群分類の実務に必要な各種マニュアルとグループソフトを提供し、またユーザーからの種々の質問に答える役割を果たすことで、フランスにおける診断群分類の開発とその応用が進んでいるの