

診断群分類に関する国際会議
(D P C 国 際 会 議)

2004年11月17日～19日

概 要 報 告 書

主催 厚生労働省 国民健康保険中央会

会議運営 社団法人国際厚生事業団

診断群分類に関する国際会議
(DPC 国際会議)
主催 厚生労働省 国民健康保険中央会

期間：2004年11月17～19日

会場：三田共用会議所（大会議室）

参加者リスト

オーストラリア

Stephen Duckett 教授（ラトローブ大学）

オーストリア

Karl-Peter Pfeiffer 教授（インスブルック大学）

ベルギー

F. H. Roger France 教授（ルーバン・カトリック大学）

フランス

Jean-Marie Rodrigues 教授（サンテティエンヌ大学）

ドイツ

Gunter Neubauer 教授（保健経済学研究所）

オランダ

Jacob Hofdijk 氏（保健省）

ポルトガル

Ceu Mateus 教授（公衆衛生研究所）

シンガポール

Eng kok Lim 医師（保健省）

スウェーデン

Mats Fernstrom 医師（診断群分類研究所）

イギリス

Sutch Stephen 氏（National Health Service 情報局）

アメリカ

Paul X. Allen 氏（ジョンズホプキンス大学）

Akira Nishikawa 教授（テキサス州立大学循環器科）

John Zerwas 医師（テキサス大学）

日本

松田晋哉教授（日本診断群分類プロジェクト主任研究員）
西岡清教授（東京医科歯科大学名誉教授、横浜赤十字病院）
原正道教授（横浜市立大学）
柿田章教授（北里大学病院）
斉藤寿一先生（社会保険中央総合病院長）
出月康夫教授（南千住病院名誉院長）
小山信彌教授（東邦大学）
石川B光一氏（国立がんセンター）
今中雄一教授（京都大学）
伏見清秀教授（東京医科歯科大学）
亀田俊忠院長（亀田総合病院）
長谷川友紀氏（東邦大学）
田中滋教授（慶応大学）
武澤純教授（名古屋大学）
中島正治審議官（厚生労働省）
中村健二企画官（厚生労働省）

プログラム

11月17日（水）

1 開会の言葉

中島正治審議官（厚生労働省）

2 日本の医療制度と DPC

座長 柿田 章教授（北里大学）

発表者 西岡清教授（東京医科歯科大学名誉教授）

3 アメリカにおける DRG の発展過程

座長 出月康夫教授（南千住病院名誉院長）

発表者 Paul X. Allen 氏（アメリカ・ジョンスホプキンス大学）

4 各国の医療制度と診断群分類の概要の説明

（社会保険制度の国）

座長 原正道教授（横浜市立大学）

松田晋哉教授（産業医大）

発表者 Jean-Marie Rodrigues 教授（フランス・サンテティエンヌ大学）

Gunter Neubauer 教授（ドイツ・ミュンヘン軍事大学）

Karl-Peter Pfeiffer 教授（オーストリア・インスブルック大学）

F. H. Roger France 教授（ベルギー・ルーバンカトリック大学）

Jacob Hofdijk 氏（オランダ・保健省）

長谷川友紀氏（東邦大学）

5 各国の医療制度と診断群分類の概要の説明

（国民医療サービスの国）

座長 小山信彌教授（東邦大学）

松田晋哉教授（産業医大）

発表者 Sutch Stephen 氏（英国 National Health Service 情報局）

Mats Fernstrom 医師（スウェーデン診断群分類研究所）

Stephen Duckett 教授（オーストラリア・ラトロープ大学）

Ceu Mateus 教授（ポルトガル・公衆衛生研究所）

Eng kok Lim 医師（シンガポール保健省）

11月18日(木)

1 診断群分類に基づく支払い

座長 齊藤寿一先生(社会保険中央総合病院長)

発表者 日本

中島正治審議官(厚生労働省)

アメリカ

Akira Nishikawa 教授(テキサス州立大学循環器科教授)

John Zerwas 医師(アメリカ・Texas Health System)

シンガポール

Eng kok Lim 医師(シンガポール保健省)

2 診断群分類の精緻化

座長 松田晋哉教授(産業医大)

発表者 日本

伏見清秀助教授(東京医科歯科大学)

スウェーデン

Mats Fernstrom 医師(スウェーデン診断群分類研究所)

アメリカ

Paul X. Allen 氏(アメリカ・ジョンスホプキンス大学)

3 情報システムと診断群分類

座長 伏見清秀教授(東京医科歯科大学)

発表者 日本

石川 B 光一氏(国立がんセンター)

ベルギー

F. H. Roger France 教授(ベルギー・ルーバンカトリック大学)

オーストリア

Karl-Peter Pfeiffer 教授(オーストリア・インスブルック大学)

オーストラリア

Stephen Duckett 教授(オーストラリア・ラトロブ大学)

オランダ

Jacob Hofdijk 氏(オランダ保健省)

11月19日（金）

1 診断群分類と原価計算

座長 田中滋教授（慶応大学）

発表者

日本

今中雄一教授（京都大学）

フランス

Rodrigues 教授（フランス・サンテティエンヌ大学）

ドイツ

Neubauer 教授（ドイツ・ミュンヘン軍事大学）

アメリカ

Allen 氏（アメリカ・ジョンズホプキンス大学）

イギリス

Sutch 氏（英国 National Health Service 情報局）

2 診断群分類と医療の質

座長 武澤純教授（名古屋大学）

発表者

日本

亀田俊忠院長（亀田総合病院）

3 国際的視点から

座長 松田晋哉教授（産業医大学）

発表者

シンガポール

Lim 医師（シンガポール保健省）

ポルトガル

Mateus 教授（ポルトガル・公衆衛生研究所）

4 閉会の言葉

中村健二企画官（厚生労働省）

概要報告

11月17日（水）

<開会式>

中島正治審議官が、「診断群分類に関する国際会議」への参加者に歓迎の意を表した。日本の病院では DPC の導入を開始しているところがあり、これにより他の病院でもこのシステムの実験を行なうようになってきている。日本にとっては、同様の制度を導入した他の国々と DPC の将来について討論することが重要である。この 3 日間にわたって非常に建設的な意見交換ができることを希望する。

<日本の医療制度と DPC>

柿田章教授が日本の保健システムと DPC に関するセッションの議長を務めた。日本における DPC はちょうど 1 年前に始まったことが紹介された。

西岡清教授の発表では、日本では保健システムを向上させようとする圧力の結果として DPC が導入されたことが紹介された。日本の健康保険制度は 1961 年に導入され、現在は被雇用者医療保険制度と国民健康保険制度に分かれている。雇用者は保険料の半額を支払い、被雇用者は残りの半額を支払う。国民健康保険制度は自営業者等のために設けられている。

診療報酬は 2 年毎に改訂され、処置と医薬品とは別になっている。診療報酬改訂の第一段階は、医療支出の総額を設定して、医師や薬剤師などの別々のグループへの基金の配分を決定することである。第二段階は、処置の各々に対する料金を修正することである。1 つの問題は、システムの料金が、提供された医療サービスの実際の費用を真に反映していない可能性があることである。別の問題は、処理量を増加させるために、FFS の原理が提供者の間にインセンティブを誘発することである。

世界保健機関（WHO）は日本のシステムを優れていると評価しているが、このシステムは持続可能なものにしなければならず、医療の質も向上しなければならない。日本における高齢化人口は、今後 10 年で医療の状況を非常に困難なものにする。2025 年には、保険制度を維持することが非常に困難になり、人口の年齢分布の変化に対処するために何かを行なわなければならない。

日本では、総医療支出が急速に増加してきている。日本の人口は 2007 年から 2035 年までの間に減少すると予測されているが、高齢者は増加すると予想され、これが総医療支出を大幅に押し上げられる。夫婦は子供を平均で一人しか持たず、若い世代は高齢の世

代を支えられなくなると思われる。したがって、我々は、医療の質を維持しつつ、持続可能なシステムを創設する必要がある。討論中の保健システムに対する改革は、効率的な供給システムのために病院機能を分化させること、透明性および説明責任の創出、料金表の再構成、および医療サービスの処理量の改善を含んでいる。

日本では、病床数が多すぎるようだ。病床の 67.4%は民間部門に属しており、そのため、政府がこの状況を変えることは困難である。保健システムの最も重要な部分は、患者のために質の高い医療を提供することである。したがって、保健改革は、医療情報の標準化、病院機能の分化、および信頼できる保健システムの構築を含めて、実施されてきた。

DPC は、支払い者と提供者とで財政的なリスクを分け合うために、提供者が医療を効率的に供給するための財政上のインセンティブを提供するために、および結果に関する標準化された情報に基づいて提供者間に競争を創出するために導入されたものである。DPC の論理の構造は、診断、手術、治療、CC（主訴）、厳密性、および補助薬 Tx から構成されている。DPC 規定に含まれている情報は、MDC、診断、入院の種類、年齢、医療の処置に対するサブコード、補助薬 Tx に対するサブコード、CC に対するサブコード、および、厳密性に対するサブコードからなる。

DPC はバージョン 3.0 および 3.1 を含んでいる。バージョン 3.0 は 2,562 のグループを含んでいるが、一時金の支払いは 1,860 のグループのみに対して設定されている。DPC のバージョン 3.1 は、3,074 のグループを含んでいるが、1,726 のグループのみが一時金の支払いを利用している。DPC 構成部分は病院の料金に相当し、「サービスのための料金（FFS）」構成部分は医師の料金に相当する。病院構成部分は、各施設の特別な特徴に基づいて施設ごとに算出され、DPC を実施するためには、コンピューター・システムが必須である。

DPC への批判は、システムが、経済的なインセンティブが引き金となった質の悪い医療、早すぎる退院、および、不必要な治療をもたらす可能性があると言っている。保健政策の最も重要な目的は、質の高い医療の供給を確実にすることであり、保健支出を削減することではない。したがって、PRO システムなどの対策を実施すること、および臨床上の指標を確立することが必要である。

DPC のベンチマーク・システムについての今後の計画は透明性の向上を含んでいる。DPC は、病院の管理、保健システムの説明責任と合理化に貢献することが期待されている。

質疑応答

F. H. Roger France 教授は、日本の DPC の導入に強い印象を受けたとコメントし、患者の

分類について尋ねた。西岡氏が、日本の病床数ならびに患者の分類の方法は対処が必要であると答えた。Gunter Neubauer 教授は、恐らくドイツが日本の DPC モデルから恩恵を受けることができようと言った。Eng Kok Lim 医師は、シンガポールも自国の病床数を調整する必要があることを述べ、さらに、DPC の導入は利益をもたらすであろうと言った。Jean-Marie Rodrigues 教授は、特に人生の最後の 2 年間で最も多くの医療費を必要とすることから、今後の傾向についての日本の予測が平均余命の伸長に関して線形的過ぎる可能性があると言った。西岡教授は、この質問は非常に難しいこと、日本はこの問題について検討中であることを答えた。

<アメリカにおける DRG の発展過程>

出月康夫教授が議長を務めた。アメリカにおける DRG システムは 1980 年代に医療システムに提供され、それ以来、アメリカのシステムは大きく変わってきている。これに続き、多くの国々が DRG システムを導入してきた。

Allen 氏は発表の冒頭で、DRG が事業上の生産高を定義するために使用されているラベルであると述べた。DRG は、アメリカにおいて病院への支払いが行なわれる方法を構築している。1983 年に、アメリカの議会は「1982 年租税の公平および財政責任法」を可決し、この法律は入院患者の予想支払いシステムを認可するものであった。DRG はこの年に採用され、支払いを算出するために使用される係数を乗じるための入院時のラベルとして使用されている。この係数は、DRG を使用した資源利用の指標である相対的な加重として知られている。費用の決定は、患者が病院から退院すれば発生する「事後」決定となっている。

1960 年代におけるデータ収集会社の増加は、標準化に対する必要性をもたらした。1966 年には、「定型退院データセット (UHDDS)」と呼ばれるデータセットが作成された。ここには、一次診断、二次診断、一次処置、処理を含めた 17 のデータ要素に対して定義が与えられていた。

1960 年代に、Yale School of Business and Management は、ラベルのシステムの作成を開始し、350 の診断関係グループが形成された。1981 年には、Health System International (HSI) が創設され、研究を継続した。3M は 1991 年に HSI を買収した。1977 年の Institute of Medicine の研究は、管理データが、支払いに使用する程には十分に正確ではないことを警告した。1970 年代の定型に関する法案の提出要件は、データ収集会社の終焉につながり、入院患者の全ての請求書のための UHDDS のデータセットを組み込んだものであった。

DRG は、1970 年代中盤にはニュージャージー州で、続いて、メリーランド州でも採用され

た。メリーランド州およびニュージャージー州では、患者の 100%が DRG 法の対象となっている。DRG は償還システムではないが、償還システムを構築するための手段である。ニューヨーク州およびマサチューセッツ州も、DRG を組み込んだ規則を実施した。これらのプログラムは、1 回の入院当たりの費用の削減および変動性の識別には成功した。

開発の目的は、病院のケースミックスを、病院が得た資源需要および関連費用に関連付けることであり、その焦点は資源の集中度にある。他の需要は、資源の利用およびその結果に関する病院間の比較、患者の死亡率の差の評価、クリティカル・パス等の費用抑制の実施および支援、ならびに、継続的な品質向上のモデルの促進、内部管理および計画立案システムへの支援、および支払い協定の管理を含んでいる。

加えて、各 DRG は、同じパターンの資源集中度を持つ患者を含むべきであり、各 DRG の患者は臨床上は同じとなるべきである。

DRG を算出するための全ての必要事項は UB-92 に報告されており、UB-92 の項目は UHDDS の定義に従っている。コード化の慣例を標準化するために組織および維持委員会が創設され、これは我々にとって非常に重要なグループとなっている。

質疑応答

Neubauer 教授は、メリーランド州はなぜ DRG システムを採用したのか、それはいつのことか、と質問した。Allen 氏は、それは、病院の閉鎖を回避するために州内の病床をいかにして削減するかという問題に対処するためであった、と答えた。

Allen 氏は、コード化は益々良好になっていること、および、現在、コード化は米国において職業となっていることをコメントした。彼は、かつてコード化担当者として働いたことがあり、コード化担当者の技能が病院での償還の効率に影響を及ぼすことを指摘した。John Zerwas 医師は、監査担当者がコード化担当者の活動を監査し、彼らを教育していることを付け加えた。出月教授は、メリーランド州ではコード化が異なるのかどうかを尋ねた。Allen 氏は、DRG が、増大した患者の複雑性を調整するために使用されていると指摘した。

Jacob Hofdijk 氏は、コード化担当者のために、担当する患者の状態の重篤度を文書化する義務が医師にあるかどうかを尋ねた。Allen 氏は、コード化は建物の別の階で行なわれる必要があること、および、これは電子記録の導入により可能となることを述べた。Karl-Peter Pfeiffer 教授は、オーストリアではデータセットを作成するための手順が開発されていることを指摘した。Allen 氏は、コードに医師の実際に言っていることを反映する必要があることを述べた。他の問題は、医師が誰に報告するのかということである。なぜなら、牽

制と均衡のシステムが有効となっていないからである。

Akira Nishikawa 教授は、コード化の重要な側面は読めるように書くことであると述べた。Allen 氏は、メモを書くために使用されている競合するシステムがいくつかあること、および、それらが、コード化担当者がデータを迅速に解釈することを困難にしていることを付け加えた。Zerwas 医師は、DRG が、アメリカの保健システムの大きな進歩につながり得るであろうと述べた。

<各国の医療制度と診断群分類の概要の説明（社会保険制度の国）>

原正道教授が本セッションの議長を務めた。

Rodrigues 教授の発表から始まった。フランスの医療システムが社会保険と NHS の中間のものとして特徴付けてよいと述べることにより話し始めた。フランスは 1982 年に DRG のテストを開始し、1997 年にこのシステムを慎重に実施した。フランスの GDP の約 10% が保健に関する経費に回されており、フランスは、保健医療に関する経費では世界の第 5 位にランクされている。

1996 年以前のフランスの医療システムは、1928 年にドイツから採用した強制健康保険システムと、1945 年にイギリスから採用した国家福祉システムとの折衷型であった。1996 年以降のシステムは、財源のための地域統合システム、および保健医療のプロである医薬品業界と健康保険業者の間の契約に基づく保険のようなシステムの 2 つの保健システムから構成されている。

フランスでは、20 歳未満の女性の出産よりも 40 歳を超えた女性の出産の方が多い。フランスの南部と北部では、死亡率の格差が益々大きくなっている。健康保険でまかなわれる全費用には地域間で大きな格差がある。

1996 年と 2004 年の改革に共通する特徴は、増大する経費の超過、同様の政治的多数派、および、上意下達の政治的に正しい解決策を含んでいる。これに反する傾向は、ニーズと健康の提供における不公平の低減を目標とした普遍的な健康保険および資金配分を含むものである。

近代化のための社会文化的な要素は、モンテスキュー、ヴォルテール、およびルソーの思想の 3 つの学派を含んでいる。これらの要素の成功は啓蒙専制政治であり、失敗は、保健

のプロトのモンテスキュー的社會契約の欠如、および、地理的領域および社会的集団に対するルソー的公平の欠如である。

Neubauer 教授の発表では、ドイツにおける病院治療の構造が公立病院、非営利病院、および、民間病院の 3 つのタイプの病院を含んでいることが紹介された。全ての人は保険に加入しており、その 10%は民間のものであり、全ての人がこれらの病院のいずれをも利用可能である。患者は、病院への直接の入退院はせず、専門家に相談しなければならない。病院は、未だに行政機関の一種であり、ドイツでは、現在、政府が病院に補助金を出し続けるべきかどうかの議論の最中である。

病院に対する償還の費用は時とともに減少してきており、建物および設備は老朽化しつつある。サービスは増加しつつあり、ドイツの病院市場では、定員超過が増大しつつある。1991 年から 2001 年間に行なわれたリストラで、病院は、閉鎖はされなかったものの、民営化が行なわれた。民営化された病院は勝者となっており、受け取る収入は増大しつつある。公立病院は、これに追いつこうとして外注を行なっているが、これまでのところは十分ではない。

民間病院はこの転換の中で勝者となることが予想され、公立病院は敗者となることが予想されている。大病院は 24 億ユーロを失うことが予想される一方、小病院は 34 億ユーロを得ることが予想されている。私は、これが非常に現実的なモデルではないと思い、我々が 3 つの異なったタイプの病院に対して 3 つの異なった基準相場を確立することをご提案申し上げる。

Karl-Peter Pfeiffer 教授は、発表の冒頭で、オーストリアの GNP の 8.2%から 8.9%が医療費に使用されていることを紹介した。しかし、費用は増加しつつある。保健システムは、公立病院といくつかの小さな民間病院から構成されている。外来患者へのサービスは、一般開業医および専門家を含んでいる。国民の 99%は全てのタイプの保健を自由に利用でき、リハビリ、出産、および養護施設に対しては特別な支援がある。

保健システムに対する財源の 60%は社会健康保険から来ており、18%は税金および地域当局からのもので、23%未満が民間の財源からのものである。オーストリアには、144 の公立または非営利の救急病院がある。

DRG システムは、オーストリアが入院患者部門の高い重要性に対処するために特別に開発された。約 900 の DRG があり、オーストリアは、自国の DRG システムにオーストリアの医療文化を反映することを望んだ。オーストリアの保健省は、オーストリアの DRG の内容およ

び品質に対して責任がある。最も重要な分類基準は、主となる診断と外科的およびセラピー的処置である。

DRG モデルは、異なるタイプの病院に対して、異なる DRG 構成部分の重要性を定義している。固定された金額が、毎年各地区に与えられている。文書化の過多の回避、外科的処置に対する妥当性の自動チェック、および、疑わしいデータセットの識別のためには、データの品質保証が重要である。不正確なコード化を含んだデータセットの識別は、80%の成功率となっている。化学療法モデル化についての推奨事項は、ガイドラインを規定すること、品質保証のためにデータを利用すること、および、グループ分けのために診断と処置を組み合わせることを含んでいる。

オーストリアはこのシステムに注力し、これを受け入れている。入院の長さは大幅に短縮され、かつ、病院はこのシステムを使用して業務を行なうことを身に付けた。病床の利用は正当性の基準となっている。しかし、DRG は保健の政策に代わることはできない。DRG の問題は、必要性に対する基準がないという事実を含んでいる。

建設的なインセンティブは、費用が管理されること、および過程が合理化されることである。透明性は増しつつあるが、文書化の過多および不十分な現実性も存在し、かつ、DRG はセラピー志向となっている。成果志向がなく、最良のサービスに対する競争もない。外来患者部門との窓口は非常に重要であり、重篤度の分類も必要である。

DRG がガイドラインに基づくべきであり、ガイドラインを規定するべきではない。我々は、DRG が、近々、患者の電子記録に基づくものとなることを希望している。

F. H. Roger 教授は、発表の冒頭で、ベルギーが東京よりも少ない人口を持つ小さな国であることを紹介した。ベルギーは、フランス、イギリス、そしてドイツというヨーロッパの3つの大きな国々に挟まれている。雇用側と労働者の代表は、毎年末に、医師により作成された提案書をもってベルギーの社会保障の予算について話し合っている。ベルギーでは、我々は支出を知ってはいるが正確な予算は知らず、一方で、国家の保健サービス当局は予算を知ってはいるが、現実の支出には気付いていないと言われている。救急治療については、116 の病院があり、さらに 70 の精神科病院もある。

2004 年のベルギーの病院および 1 日だけの患者のための国家予算は 44 億 94 百万ユーロであった。入院患者の治療から外来患者の治療への転換があれば、財源はより良好なものとなる。

新しい傾向としては、いくつかの AP-R-DRG については、サービスに対する一時金が 10% を超える入院から支払われ、院外患者には 100% 償還されている。救急病院のための実際の財源システムは、入院の数および 1 日だけの患者の数を考慮しているが、入院および AP-R-DRG によるサービスおよび医薬品のために支払うための益々多くの一時金を導入している。

オランダの現状が Jacob Hofdijk 氏から報告された。オランダの保健システムの先進的な原則は、「正しくかつ最初にやる」であるとコメントした。このシステムは保険に基づいており、法的、公共、および民間の保険という主な 3 つの層を持っている。これらの保険システムの各々では、費用が上昇しつつある。疾病基金の 62% は保険が掛けられている。費用の削減には焦点が合わせられ過ぎている。利用のしやすさについては圧力がかけられており、品質は低下し、効率は悪い。

我々は、費用削減に対する焦点から医療の提供に対する焦点に徐々に移りつつある。過去に、この財源システムは主要な問題となっていた。効率化のためのインセンティブはなかったうえ、医療の専門家間には説明できない差があった。

変化の主な目標は、効率的かつ適切な症例に対するインセンティブを見出すことである。システム内にインセンティブがあるべきであり、連帯は義務である。DBC の症状出現は、治療における症状出現で開始する。これに、コードの初期登録が続き、コードは健康の問題、診断、および療法を記述するものである。次の段階は、電子記録から DBC データを抽出することである。DBC の成果を識別することが可能になるために、資源の輪郭が作成される。料金は保険会社と交渉することが可能である。契約は、処理量、費用、および質に基づいている。

実施の 1 つの主要な側面は、治療に基づいた資金供与に向けた動きがあるであろうということである。保険会社は病院と交渉することとなる。次の段階は、初期の実施を乗り切り、治療の継続性の概念を導入することとなる。DBC の導入により、医師のための極めて重要な手段として情報技術による手段が受け入れられており、治療の過程に対して基準が設定されている。我々は、DBC がオランダにとって正しい解答であるかどうかを近々知ることとなる。

次に日本の状況について長谷川友紀先生が発表した。日本の人口の 19% が高齢者で構成されていると述べた。高齢者の比率は上昇し続けると予想されており、その原因は長い平均余命、低い出生率、および限られた移住者数を含んでいる。

労働者保険は 1927 年に導入された。保険の適用範囲の比率は着実に上昇し、1961 年には総

合適用範囲が導入された。日本の健康保険は、労働者保険と地域保険で構成されている。地域保険は市町村により運営され、労働者保険は中央政府により運営されている。責任を持っている団体は多数あるものの、日本は少ない費用で効率的な医療の提供を可能としてきている。日本の保健提供者は民間部門に依存しており、差別化が欠如している。

小泉純一郎首相により主導されている保健部門の改革は、規制緩和および市場志向の手法を通じて、説明責任および透明性、ならびに、品質および安全性を創出することを目標としている。株主の反応は品質および安全性に関する全体の合意であった。また、競争の導入についての議論もあった。

安全性および品質については国民の関心があった。国家的な事件報告システムが 2001 年に導入され、安全性に関する規制は 2000 年に改正された。品質を改善するために、2002 年には手術の規模に基づいた支払いが導入された。今年、国立病院および国立大学の民営化に伴い、支払いの表が変更され、競争が導入され、かつ、健康保険が改正された。

証拠に基づいたガイドラインの作成、および、臨床の指標を利用した患者のデータベースの導入を通じて、標準化が確立されてきた。加えて、政府は、病院情報システムの創設のために、2002 年に 200 の病院に対して財政支援を提供した。地域保健計画は 1985 年に導入され、地域においては費用削減から品質に向かう動きがあった。他の主要な保健プログラムは、生涯コースの手法を含んでいる。

日本の医療保険制度は成功を続けてきた。良好な効率および公平性があった。また、総合的な適用範囲が提供されている。我々は、拡大が労働者から地域へと段階を踏むべきことを学んだ。今後の挑戦は、人口統計学的変化、および、保健における高い品質および安全性に対する要求を含んでいる。

< 各国の医療制度と診断群分類の概要の説明（国民医療サービスの国） >

小山信彌教授が議長を務めた。

Sutch Stephen 先生は発表の中で、保健医療に対する取り組みに関しては日本とイギリス（連合王国）の間に多くの類似点があると述べた。イギリスの人口は 5,900 万であり、日本の約半分である。保健政策に関する決定は、連合王国の加盟国の各々の議会において行なわれる。イギリスの国営サービスは 1948 年に創設され、主に一般課税によって資金供与されている。

GDP の約 7.7% または 810 億ポンドが健康に費やされている。政府は、保健医療に関する支出を 2008 年までに GDP の 9.4% に増加させることを目標としている。これは、ヨーロッパの他の諸国に追いつくために行われている。2003 会計年度には、イングランドにおいて年間ほぼ 13 百万の入院があり、平均の入院日数は 7.9 日間であった。85% の病床専有率に到達するために病床を増加するための努力がされている。

財政改革は NHS 計画により開始され、この計画は、組織および提供における根本的な変更、さらに、国家による独占から多数による分割への動きを含むものであった。Wanless 報告書は、NHS、特に技術面に対する投資に焦点を合わせたものである。同様に、資金の流れを変える必要もある。

改革は、公正かつ透明な支払いシステムを創設すること、効率を上げること、患者の選択権の支持、および料金よりも品質に注意を向けることを目標としてきた。2005 会計年度における料金表に基づいたシステムは、急患、外来患者、A&E、重症管理、および精神衛生を網羅するものとなる。償還の問題は流通通貨、専門化したサービス、研究開発、指導、および重症管理に関して存在している。

イギリスの HRG はバージョン 3.1 から 3.5 に移り、改正は 2002 年 10 月と 2003 年 5 月の間に行なわれた。19 の臨床作業グループがこの改正を実行した。4 つの専門家参照グループが患者中心の手法に基づいて今後の改正を見ていく。研究は中央心臓病患者監査、単一評価過程、およびがん患者監査などの新しいデータ収集を利用して委託されている。

イギリスの改革は、公正性、透明性、および多数派に焦点を合わせた根本的な財政改革である。2005 年には、卸売りの開発を含めた HRG の改正もある。

次にスウェーデンに関する発表が Mats Fernstrom 先生によって行われた。スウェーデンでは GDP の 8.8% を医療費に費やしており、スウェーデンにおける保健医療の 3 つの政治上および行政上のレベルは、中央、地域、および、地方である。保健医療は、高度な自治を有する 20 の群評議会により提供されている。9 の大学病院、80 の一般病院、および 900 の保健センターがある。民間の単位は群評議会との契約により資金供与されているが、民間の財源は総費用の 1% 未満しか占めていない。

ID 番号はスウェーデンにおいて広く使用され、保健のためだけではない。スウェーデンでは、主となる診断が入院全体の中心的な理由となり、必ずしも病院への受け入れの中心的な理由とはならない。医学上の記録は 1960 年代に強制的なものとなり、データは DRG にとって十分なものになっている。診断は ICD-10 を使用して分類され、処置は外科処置の

Nomesco 分類 (NCSP) を使用して分類されている。

全ての病院は国家保健福祉委員会における患者登録簿に毎年報告を行なう。NordDRG システムは、ノルディック諸国のために使用されている共通のシステムである。NordDRG の最初のバージョンは 1996 年に開発された。時とともにいくつかの小さな変更が行なわれており、今年、我々は乳房再建手術のための新しい MDC を発明した。来年、我々は、HIV 感染の患者を MDC25 から MDC18 に転送する。精神科入院患者の治療のためには、全く新しい論理も出現するであろう。我々は、2006 年に医療外来患者のためのシステムを導入すると思われる。

患者分類システム (CPK) センターは、スウェーデンのシステムのみについてはほとんど変えていない。我々は疾病の分類についてノルディック・センターと話し合いを行い、ノルディック舵取りグループ (NSG) が決定を行なっている。決定は、提案が行なわれてから、その年の 5 月までに行なわれなければならない。

NordDRG は、Nordic 地域の主要な分類に合わせるように構成されており、改正および発展は、Nordic 地域または国家的な要求に基づいて可能である。スウェーデンが NordDRG システムを導入した時点で、効率が大幅に向上した。

Stephen Duckett 教授は、オーストラリアの現状を報告した。初めにオーストラリアでは、州の全てが自治体となっていること、および各州間には大きな相違があることを述べた。オーストラリアの国内生産の約 9% は保健に費やされており、これは過去数年にわたり大幅に増加している。入院日数の平均の長さは 4 または 5 日間であり、これは過去約 10 年間にわたり一定に留まっている。

人口の約 43% は民間健康保険に加入している。政府は、費用の加重についての国家による研究に責任があり、DRG に資金を供与している。公立病院は州によって異なった管理が行なわれている。3 つの州は州内の病院に資金供与するためにケースミックス手法の資金供与を使用している。

民間の業者はケースミックスの情報の利用が限られている。投入資源に基づいた資金供与には、費用を管理するインセンティブがない。各病院間には相対的な効率に大きな不釣合があり、予算の上限が生産の効率に関連していない。ケースミックスを取り入れた病院への資金供与の構成部分には、症状出現の定義、分類システム、資源の相対的な重み、支払い額、および品質保証の取決めなどがある。

オーストラリアの急患病院での治療のタイプには、入院患者の受け入れ、およびリハビリ・

サービスなどがあり、これらは、症状出現の定義を開発するために重要である。ICD 診断は DRG を定義するために使用されている。オーストラリアの DRG システムの際立った要素は、重篤度をどのように扱うかであり、オーストラリアには、これを定義するためのアルゴリズムがある。

オーストラリアの ARDRG4 システムは ICD-10 コード化を使用しており、661 の分類または DRG がある。CC のレベルは最大 5 つあり、グループ分けは複数の CC に対する重み付けを反映している。オーストラリアの DRG は国家 5 ヶ年財源プログラムを介して開発されたもので、US APR-DRG システム上に構築されている。US システムには重要な修正が行なわれており、オーストラリアの DRG は同じ日の入院を網羅している。

コード化担当者は研修を受けており、要約されたデータが電子的に提出されている。DRG 費用の重みは、モデル化されている「国家費用重み (NCW)」、および測定された「ビクトリアの費用重みの研究 (VCWS)」を通じて見積もられている。料金を設定するための患者の費用発生データの利用の長所は、測定誤差の低減、管理用システムの使用にかかる雑費が低いこと、時期を得た再較正、分類の高品質化のための情報、および他の政策上の疑問に回答するための潜在的な使用を含んでいる。

DRG 重みのドルでの値が、標準的な患者にいくら支払われるかを決定する倍率になっている。支払いの取決めは、費用の高い患者、集中治療の日数、患者の転院、準急患および非急患へのサービス、外来患者へのサービス、研究、および医療と看護の研修に対して適用される。ビクトリア州では、DRG の業務についてのソース・データの定期的な公式の監査がある。これは、誤ったコード化を識別するため、ならびに再入院率をモニタするためである。

DRG は、品質管理サービスのためにも使用されている。ICD および DRG による情報は、再入院率および人口介入率をモニタするために使用されている。いくつかの病院は、DRG の変化を説明するには小さすぎ、かつアップコードおよび費用移転のための病院の能力は最低限のものである。

次に Ceu Mateus 教授がポルトガルの現状を紹介した。NHS が 1979 年に創設され、その基本的な特徴は、総合的な適用範囲を持ち、利用の時点では無償であるか、ほぼ無償であることである。保健医療への支出は、GDP の割合としては過去 30 年間にわたり着実に増加している。ポルトガルにおける NHS の主な目標は、公平となり得ること、効率的であること、および効果的な保健医療を提供することである。

NHS は人口の 75%未満を独占的に網羅している。公務員向け制度および銀行従業員向け制

度などのいくつかの下位システムがある。資金供与の財源は、一般税制、給与税、民間保険、および利用者による直接的な支払いである。

提供に関して、病院は国家ならびに保健センターにより所有されている。下位システムにより網羅されている患者は、特別な状況において予測可能な利点に従って、治療の提供について、彼らの下位システムと NHS の間で選択することができる。医療は NHS の支出の 23% を占めている。NHS のいくつかの長所は料金を規制する機会があることで、費用をより容易に管理することができることである。いくつかの短所は、生産性に対する割増金がないこと、および、効率性に対するインセンティブが少ないことである。

ポルトガルは、DRG は広く知られていて評価されていたうえ、改善の可能性があったから DRG を導入した。実行可能性の調査は 1984 年に開始され、1996 年には全ての NHS 病院への DRG を通じた資金供与が開始された。

管理の手段としての DRG の実施の恩恵は、病院の業績の評価のために、ケースミックスで調整された指標を使用することを含んでいる。ポルトガルはより少ない回数でのより多くの複雑な患者を治療している。今日、全ての NHS 病院はこのシステムに含まれ、統一フォームの基礎データセットが使用され、研修を受けた医師が ICD-9-CM を通じてコード化を行っている。

大病院が資金供与を受ける方法の変化は、保健省による総支出に意味のある影響を及ぼしており、現在の資源の再配分は明白な基準に基づいている。

Eng Kok Lim 先生は、シンガポールの保健提供システムが、公共部門と民間部門のシステムで構成されている二重システムであることを紹介した。市場占有率は、公共部門が 77% で、民間部門が 23% である。公共部門は 2 つの垂直に統合された提供ネットワークである 2 つの保健グループの形に組織されている。

財政に関するシンガポールの哲学は、基本的な保健医療を維持するための政府の助成金と組み合わされた個人の責任に基づいている。被雇用者は、保健医療に対して現金または民間の保険によって支払うことができるが、財政面では民間の保険は相対的に小さな役割を担っている。

政府の保健支出は、1988 年以來 3 倍になっている。シンガポールの保健関連予算の大多数は、保健サービスに注がれている。国家の保健支出は比較的少ない。なぜなら、シンガポールは比較的若い人口、強力な経済成長、および分別のある保健の提供と財政政策を有し

ているからである。公立病院は手厚く助成されている。政府の助成金は、病棟の等級および病棟当たり病床数にしたがって支給されている。

公共部門の資金供与は、全ての公立救急病院および3つの国立センターに適用されている。医療の料金を支払うためには、Medisave、Medishield、および、Medifund の三層のセイフティネットが設けられている。

11月18日（木）

<診断群分類に基づく支払い>

斉藤寿一先生が本セッションの議長を務めた。

中島正治審議官は、日本における医療の料金支払いシステムが、初診料および入院料などの基本的な治療費、および、検査料、画像料金、および、投薬料金などの特別な医療費を含む多くの異なった構成要素が混合されて構成されていることなど、日本の事例を紹介した。

DPC はサービスに対する料金よりも効率的であり、検査料はサービスに対する料金総額の約 11%を占めている。試料の検査に対する料金は低下してきている一方、判断に対する料金は上昇しつつある。

健康保険システムの改革に向けた動きに対する決定は、国会による基本的な政策決定に基づくものであった。医療費システムに対する大きな改正は、医療技術の適正な評価、医療機関の費用の適切な反映、および患者の視点の重視を目標としてきた。

DPC の主要な目的は、医療サービスの料金の複雑なシステムを簡素化すること、業績評価システムによって引き起こされる悪影響を排除すること、および医師の費用および病院の費用を分離し、かつ適切に評価することである。DPC は、一般病棟の患者に適用されている。DPC は、医薬品または医療器械の臨床試験中の患者には適用されない。

償還は、サービスに対する料金に DPC に対する料金を加算することによって算出されている。DPC は、支払いが 1 日当たりである点においてアメリカの DRG とは異なっている。1 日当たりの患者の点数の構成は、一般病院および長期治療病院における治療に基づいている。償還の第二の方法は、治療の日数に基づくものである。DPC が、化学療法のためなどの短期入院に関与する場合、DPC 点数は入院の非常に早い時期に非常に高く設定されている。償還のための計算においては、ある係数が適用され、医療施設によって実行された機能を反映している。

日本では、料金請求が月ごとに行なわれる。DPC が特定の患者に適用されるべきかどうかは、料金請求の際に決定されている。ケースミックスの分類が実際の状況を反映するように、DPC の分類は常に更新されなければならない。DPC に対する今後の期待は、治療の成果を評価するための臨床での研究における適用、医療経済学での利用、および病院管理の

手段としての利用を含んでいる。

Akira Nishikawa 教授は、採用が見込まれる支払いシステム（PPS）が病院に費用に気を配るためのインセンティブを与え、かつ入院患者向けの高品質の治療を与えることを発表の冒頭に紹介した。病院の管理は、医師に幾分かの責任を移譲している。日本とアメリカの保健医療システムの間大きな相違は、アメリカでは、料金請求が各医師について別個に行なわれていることである。その結果、患者は入院する可能性が低く、患者が受け入れられた時にはより重篤となっており、症状が重篤である時は病院において過ごす時間が短く、患者は院外および家庭においてより多くのサービスを受けることとなる。患者にはフォローアップが提供され、患者を院外に置いておくのに役立つために通信は維持されている。

正確なコード化は病院にとって重要ではあるが、医師にはコード化を正しく行なうためのインセンティブが与えられていない。もし文書化が適切に行なわれなければ、サービスが提供されなかったのと同じことになる。同僚内検討組織（PRO）は、退院計画の適切性、退院に際しての医療の安定性、および予期せぬ死亡について監視しなければならない。病院内の医療ミスを防止するためには、きちんと読める手書き文書および電子システムの実施が非常に重要である。

各病院には、病院においてどのような手術が行なえるか、および誰が執刀するかを決定するために多くの委員会と対応する医療実行委員会がある。医療実行委員会の下には、システム品質委員会に理事会に代わって行動を承認するための権威者が派遣されている。品質の次元となるものは、顧客サービス、業務および財務の業績、労働者生活の質、および臨床の質と患者の安全の高いレベルの維持を含んでいる。

システム医薬品および療法委員会は、医薬品会社との価格の交渉への支援を行なう。費用は、新しい MICU 感染プロトコルを通じて大幅に低減され、ベクトル・ラウンドは入院日数を効果的に低減している。これらの施策の真の価値は、患者が感染から保護され、看護の保有率は上昇していることである。患者の面倒を見る最も経済的な方法は、健康であること、および健康であることによって手本を示すことである。

John Zerwas 医師は、アメリカの人々の 20%が時に健康保険に加入しておらず、これは深刻な問題となっていることを述べた。これはアメリカに独特の問題であり、対処が必要である。

治療の各レベルに対して費用構造がある。患者が最も適切な治療の単位または設定に入っ

ていることを検証するために、評価およびモニタリングが行なわれている。過剰な診断上の試験がコストを押し上げており、コンサルタントの使用過多がしばしば重複してしまう不要な試験につながっている。特別な条件に対する適切な臨床試験を選択するためにはガイドラインがあり、検討のための優れた試料を提供している。処方一覧ならびに消耗品を制限することも、費用削減には非常に重要である。

正しい時期に物理療法を開始することにより治療を促進すること、治療の遅れを最小に抑えること、回避可能な日数を最小に抑えること、および、試験と治療を調整することも、費用効率を向上できるものである。DRG システムにおいては、医療上の必要性および臨床上の適切性に対して患者を選抜するために、利用開始の時点において資源を利用可能とすることも好ましい。また、医療スタッフを治療の利用の管理に積極的に関与させることも重要である。

退院計画の立案は入院の時点で開始されるべきであり、患者と家族は、退院計画の立案過程に関して、早期に関与しなければならない。同じ管理モデルは、治療が臨床の面で適切であり、調整されていて、かつ連続治療において継ぎ目がないことを確実にするために実施されるべきである。各 DRG には目標とする入院日数があり、医師および治療チームは入院の時点で各患者についてのこの目標を知っていることが重要である。

情報を報告するための定例フォーマットは、改善を行なうために必須である。道筋、プロトコル、および、ガイドラインは先進的な慣例に基づくべきであり、入院、診断、および DRG に関しては標準的なオーダー・セットが使用されるべきである。ベンチマーキングは何が可能であるか、何が達成可能であるか、および何が最適であるかを識別するものである。アメリカには病院に十分な病床数がなく、そのため、各病床は室の如く扱わなければならない。なぜなら、誰がいつそれを必要とするかは誰にも分からないからである。

Eng Kok Lim 医師は、シンガポールでのケースミックスが政府の補助金で行われていることを紹介する発表を行った。目的は、治療の支払い可能性および品質を改善することである。ケースミックスの実施に対する鍵となる推進力として、ケースミックス・プロジェクト事務局が設立された。この事務局のもとでは、コード化のガイドラインを討論するために、臨床コード化担当者のフォーラムが毎月開催されている。

我々はオーストラリアの AN-DRG 3.1 システムを適合させた。なぜなら、これは試用され、試験されており、さらにオーストラリアとシンガポールの間には専門的な連携があるためである。シンガポールにおける臨床コード化担当者の大多数は、インドからの未登録医師である。

ケースミックスのデータは集積された形で収集され、ケースミックスおよび補助金のシステムが設立された。次の段階は専門的な共同出資体を設立することであり、このために臨床分類委員会が設立された。治療の品質は最初から重要な課題であったが、調査は患者の満足がケースミックスの実施によって影響されなかったことを示した。

試験的なケースミックスは1998年5月に開始され、補助金は1999年10月に開始された。ケースミックスは入院日数を削減するためのインセンティブを病院に与えた。667のDRGがあり、資金供与には複雑さが結び付くようになった。助成率には変更がなく、ケースミックスの実施に伴う保健医療予算全体への削減はなかった。資源の重みおよびユニット率は、同じ病棟等級については全ての病院にわたって同じになった。

ケースミックスの実施後は、公正な助成金および政策を確実にこなうことが重要となり、「シンガポールコード化および臨床文書化規格」が確立された。ケースミックスを実施する際、保健省は国家費用決定ガイドライン（NCG）の開発を決定し、費用決定の円滑な実行に対する委員会を設立した。ガイドラインは費用の情報の整合性を強化すること、および費用決定の方法の説明を目指しており、ガイドラインの重要な検討課題は簡素化に対する必要性に対して高レベルの精度の必要性のバランスを取ることであり、このことはモデルの今後の維持可能性を考慮するものであった。ガイドラインの恩恵は、ガイドラインが現行の費用決定方法に明確性と一貫性を加え、各病院が自身の費用決定上の問題を見出し、かつ解決するうえで役立っていることである。

シンガポールにおける今後の計画は、入院患者と外来患者の統合されたDRGシステムを実施すること、および重要な慢性疾病を持つ各患者の異なった保健医療の設定にわたって資源の消費を追跡することを含んでいる。

<診断群分類の精緻化>

松田晋哉教授が、議長を務めた。冒頭、教授はDPCは未だに初期段階にあり、これを開発するために多くの作業が残っている旨、問題提起が為された。

伏見清秀教授は、日本のケースミックス・システムであるDPCが2003年に主要な教育病院に導入されたことを紹介した。DPCの問題は、グループが多すぎることであり、および、グループ分けが複雑かつ一貫していないことである。目標は、データを掘り出す技能を利用して適切なグループ分けの論理を解明すること、およびその後の改正に必要な情報を作業グループに提供することである。OLAPシステムはDPCの分析のために構築されたものである。Microsoft Excelを含む様々なソフトウェアが、OLAPの分析のために使用可能であり、

OLAP 分析用インターフェイスは、入院日数、毎日の料金、および、患者数の関係を監視するために使用されている。

データ掘り出し手順において、類似したデータは、データ掘り出しシステムのデータ・マートに入る前に、収集されて再処理される。データ・マートは 400 から 700 の項目を含んでいる。データ掘り出し技術は、分類の予測および数値の予測を含んでいる。分類の予測のもとでは、決定の樹状分析があり、これは DPC と「サービスに対する料金 (FFS)」の間の入院日数 (LOS) の格差、および、DPC と FFS の間の 1 日当たりの料金の格差を示すものである。回帰樹状分析も行なうことができ、これは LOS および 1 日当たりの料金を示すものである。決定の樹状分析は特定の条件に対するグループ分けを設定するためであり、回帰樹状分析および根基に基づいた関数 (RBF) は、グループ分けのための決定的な条件を抽出するために使用されている。我々は、データを志向した改善のために OLAP システムおよび DPC 掘り出しシステムを開発した。

次に Mats Ferstrom 先生からの発表があった。先生は、NordDRG が元々は入院患者のためのみを意図していたが、外来患者にも使用されていたことを述べた。これは、小さなまたは、重要でない手順に適用された時に問題となった。スウェーデンは 2003 年に NordDRG-O を完成した。これは、外科の患者、高価な医療処置、および内視鏡検査に対する外来患者の設定のためのグループ分けのシステムである。

数字の末尾に「0」を付けることで通常の NordDRG に平行して、NordDRG-0 は 140 のグループを含む。しかし、年齢グループなどの特定のグループは融合されている。CC も融合されている。なぜなら、外来患者は比較的健康的だからである。また、NordDRG-0 は重要でない医療処置も説明しなければならず、そのため 25 の新しいグループが創設される必要があった。高価な医療処置に対して、通常の NordDRG に平行して 10 の新しいグループが創設され、さらに内視鏡検査に対しては 19 のグループが創設された。重要な処置を、または処置を全く必要としない患者に対しては 25 のグループが創設され、このグループ分けは基本的に分析の目的に使用されている。

スウェーデンにおいて、入院患者は、医師が患者を少なくとも一晩は病院に留めておくことを意図する患者として定義されている。2004 年には、患者のグループ分けの論理のみを備えた旧バージョン、ならびに入院患者および外来患者の論理の双方を備えた完全バージョンを、NordDRG が含むことになった。外来患者の論理は、外来患者ならびに 1 日だけの患者の双方を含んでいる。医療処置の一次分類のためのスウェーデンのプロジェクトがあり、我々はこれを 2006 年までに完成させたいと希望している。

Paul X. Allen 氏は、アメリカで DRG システムが実施された後、コード化が改善されるに

従い病院がより多く儲けていった「DRG クリープ」と呼ばれる現象が発生したことを報告した。経験を積んだコード化担当者を採用するためにボーナスが支払われ始め、コード化担当者はより多くの保証を手に入れ始めた。DRG は費用抑制の努力のために使用することができ、報告書やカルテは、医師、処置、および病院を比較するために提供された。医師たちは、DRG データが不完全であり、重篤度を考慮していないことを指摘し、同じグループ分けに対して費用に関して非常に異なった成果が可能であることを述べた。

これに対する反応は、改善された DRG (R-DRG)、メリーランド修正 DRG、全患者 DRG (AP-DRG)、重篤度 DRG (S-DRG)、および全患者改善 DRG (APRDRG) の研究であった。医師は、このデータを使用するであろうことを確実にするために、この過程に関与した。R-DRG を使用して、二次診断がレベルに従ってグループ分けされている。メリーランド修正 DRG のもとでは、重篤度のために支払い者が代理人として使用された。AP-DRG においては、複数の新しい MDC および DRG が創設され、出生時体重が変数として導入された。S-DRG を使用して、二次診断は R-DRG のもとにあるものと非常に同様にグループ分けされ、患者は、最高レベルの二次診断に従って各重篤度に割り当てられた。APRDRG のもとでは、DRG が完全に全面改修され、他のどの DRG システムも基礎として使用されなかった。APRDRG はコード化のエラーならびに実行された処置の影響を説明するものである。これらは、2006 会計年度中にメリーランド州において DRG 分類システムとして採用されることになっている。

DRG の展開はまだ進捗中の作業であり、我々は、グループ分け部分を強化するために追加のデータ要素を収集する必要がある。

<情報システムと診断群分類>

本セッションでは、伏見清秀教授が議長を務めた。

石川 B 光一氏は、発表の冒頭に、ケースミックス用のコード化および患者および支払い者に対する料金請求のために、提供者は IT システムを必要としていると述べた。支払い者は請求の処理のために IT を必要とし、政府は料金表を設定するために IT を必要としている。研究者および管理者は、ベンチマーク、管理、および計画立案のために IT を使用している。日本におけるケースミックスに基づいた支払いは、アメリカおよび他の諸国のものとは異なっている。ケースミックスの定義ならびにアプリケーションの規格に対しては必要条件がある。厚生労働省は、ケースミックスの定義および料金表の双方を含んだ Microsoft Excel のファイルを配布している。重篤度指標および療法上の養生法の標準化が必要である。

コード化およびグループ分けを行なうソフトウェアには 3 つのレベルがあり、レベル 1 のソフトウェアは小病院で使用され、レベル 2 のソフトウェアは大学病院を含む大病院で使用され、国立がんセンターおよび多くの場所ではレベル 3 のソフトウェアを使用している。料金請求システムはほとんどコンピューター化されており、FFS 料金請求システムに統合されている。料金請求に対する支払い者には EDI フォーマットに対する標準フォーマットがあるが、これは現状では限定的な病院での使用に限られている。請求の処理には監査および分析的な機能が欠如しており、特に保険の組織に対する投資が必要である。

「Dashboard」は組織の業績の報告のための事務処理用のデスクトップ用アプリケーションである。このシステムは開発段階にあり、料金請求システムを使用した歳入の分析は一般的になりつつある。患者の扱い数は、未だに業務単位ごとの旧式の指標を使用して測定されている。

DPC データベースは、4 ヶ月分の退院に関する情報、診断に関する臨床情報、選択された疾病の処置および重篤度に関する情報、さらに、FFS 請求データなどの償還情報を含んでいる。データの幅広いチェックが行なわれており、2004 年のデータは 200 以上の場所から 11 月に出される。

我々の研究グループは、ケースミックスの特徴のフォーマット済みの報告である DPC ポートフォリオを開発した。このポートフォリオは、分類項目およびサービスに対する LOS および FFS の料金データによる患者の分布の視覚化を考慮したものである。我々は、DPC 支払いチャートを強化し、臨床的側面に詳細を追加しようと計画している。我々は、入院患者向けサービスおよび中核的 DPC の密度などのベンチマーク用指標を監視し、ケースミックスで調整された測定を実施する予定である。OLAP システムは、臨床上の変数および LOS に対するそれらの影響を監視しつつ、LOS および料金について院外患者を分析しつつ、DPC の改善のために DPC データベースを利用する予定である。

IT 技術の使用を通じて、我々は、ケースミックスに基づいた保険サービス管理インフラストラクチャーの構築を目標としている。これは、費用の抑制、提供者のより強い能力、改善された全体の保健サービスの品質、および、保健医療における改善された透明性につながるものである。焦点となる領域は、我々がどのようにして保健サービス業務を行なっていくかの知識を得るためには分析用システムに対して、ならびにアプリケーションの開発および普及、さらに提供者、支払い者、および消費者と接触することとすべきである。

F. H. Roger France 教授は、Edmond Leburton 首相の法律が 1964 年にサービスに対して規制された料金を確立したが、これは公立と民間の病院間の競争の欠如をもたらしたもの

であったことを述べた。ベルギーの医療記録の要約に対するモデルは、1968年にルーバン・カトリック大学で開発され、これは1971年に全ての大学病院に拡張された。病院統計のためには、ヨーロッパ最低限基礎データセット (MBDS) が1982年に導入された。MBDSの用途は、地方での管理、病院への資金供与、および治療の品質のためのベンチマーク作業を含む。

救急病院のための我々の新しい資金供与システムのもとでは、より多くの1日だけの患者へのインセンティブの転換があり、AP-R-DRGが病院の予算決定のために使用され始めた。ベルギーは、将来、知識の拠点にリンクした電子患者記録を持つことを希望しており、これは、ミスに関するフィードバックを得るうえで役立つと思われる。事務スタッフは、退院状、および自動確認を使用して退院のデータを収集している。詐欺行為に対するチェックのために統計的に外れている病院を監視するため、品質保証訪問が行なわれている。データの品質を改善するための戦略は、資源利用の集中度、ベルギーの旧式の救急病院の利用頻度、および1日だけの患者の利用頻度を監視することを含んでいる。

新しい傾向は、治療の集中度を網羅する強制的な看護要約ができたことである。同様に、精神科要約および緊急要約もある。プロジェクトに関しては、老人病科要約、社会的要約、および集中治療要約がある。我々は、現在通所治療要約を使用した実験を行っている。保健情報システムに対する新しい規格は Be-Health を含んでいる。これは、保健サービスのネットワーク、保健専門家の登録簿、および患者固有の識別子への連邦運営ポータル・サイトである。また、保健ネットワーク (FLOW) と呼ばれるベルギーの新しい規格もあり、これは病院および一般開業医からの個々の記録要約へのアクセスを提供するものである。

新しいMBDSは、EPR内の問題リストから要約され、多くのデータ・ソースならびに知識拠点にリンクされることになる。新しいMBDSは、患者ごと、および保健の専門家ごとに固有の識別子も使用する。我々は、未だにMBDSの開発の中間段階にあり、今後しなければならぬ多くの作業が残っている。

Karl-Peter Pfeiffer 教授は、オーストリアのDRGシステムの導入に伴う最も有益な副次効果が透明性の上昇であったことを発表の冒頭で述べた。オーストリアのMBDSは、主診断および追加の診断、郵便番号、ならびに、年齢および性別を含んでいる。集中治療室における特別な文書化作業はあるが、固有の個人識別子はない。

費用およびインフラストラクチャーのデータは、職員の費用、投薬および医療製品の費用、病院のタイプ、および、部門内の病床数を考慮したものである。オーストリアのDRGは病院の資金供与およびベンチマーク作業に適用されている。DIAGは、保健省、その群の病院

基金、および社会保険会社のための DRG データのためのデータ分析手段である。標準的な評価は OLAP の立方体により定義されており、外部の専門家に対してはオンラインのアクセスがある。DIAG の主な次元は、主診断、処置、オーストリアの DRG、LOS、点数、年齢区分、病院、入院日、および患者の地区である。

入院数は増加してきたが、過去 5 年間にわたって全ての群において LOS の減少が見られる。近年、我々は季節ごとの退院および LOS の傾向を監視してきた。これらの傾向は、スポーツ中の事故および休日などの要因を反映している。このタイプの分析は、病院部門内にさらなる収容能力を作り出すために使用できるものであり、病床の設置に関して考慮されることが可能である。月曜日などの週の特定の日に退院数が多いようであり、このタイプの情報は、患者の管理を改善するために使用することも可能である。

また、我々は、集中治療室 (ICU) の使用および資金供与を我々がどのようにして改善できるかについても分析している。ICU の患者を DRG に統合することは現在は不可能であり、もし患者が ICU にいる場合これは LOS に大きな影響を及ぼす。我々は、通常の使用、少なすぎる使用、および過剰使用を識別するために小さな領域の変化を使用することができ、このことが病院部門における将来の計画立案に非常に役立ち得ることを見出した。しかし、規格が確立できるように、何が通常の使用であるかが定義されなければならない。このデータは偏ったものである。なぜなら、これは資金供与のデータであるため、これは人口統計学上の目的には使用できないからである。また我々は、このデータが誤って使用または誤って解釈されないように注意しなければならないことも知るに至った。このデータは病院での計画立案全体のために使用されているが、病院の監督者はこれを管理の目的にも使用している。

次の発表は Stephen Duckett 教授からであった。教授はケースミックスの情報は管理上により大きな注意を引く分野を分析するために管理側により使用が可能であったことを述べた。これは、同じ病院での時の流れに従った傾向の分析および他の病院との比較により促進することが可能である。2002 会計年度には、「Cougar」と呼ばれる匿名の病院で治療を受けている患者の総数は、他の病院における成長とは対照的に減少した。入院患者の症状出現の総数は 10% 成長し、その多くは同日中の分割出現におけるものであった。Cougar における総病床・日数に変化はなかったが、宿泊した患者の病床・日数は 1% 減少した。入院の総日数は 8% 減少し、1 日だけの患者を除くと LOS は 2% 減少して 6.3 日となった。複合患者は、患者・病床・日の総数の 4 分の 3 を占めている。

このデータはその病院についての全般的な情報を提供し、他の病院と比較することを可能にしている。Cougar は 22 の主要病院の中でも最短の相対入院日数を持っていた。循環器

科の業績は、相対入院日数で特に優れている。報告された総患者費用は、Cougar では 2002 年に僅か 3%上昇しただけであり、どの要因がこれらの成果に貢献したかを考えなければならない。加えて、患者の症状出現当たりの平均費用は、処理量が増加し、費用の伸びが制限されているとしても、6%減少した。報告された標準 WIES ユニット当たりの患者費用は 3%減少し、これは他の病院と比較して有益な成果である。Cougar における循環器科は、標準的な WIES 処方のもとでの上昇した費用を報告しており、これは、費用のパターンが入院日数のパターンとは必ずしも平行しないであろうことを示している。

このデータは解釈が必要である。望ましくは、これらの高い費用の DRG に対する資金供与の他の財源が収入と支出の差を埋め合わせて欲しい。費用が WEIS の財源よりはるかに多いようである分野における総収入および総支出を検査することは、追加の資金供与および/または費用削減構想を必要とする分野を的確に指摘できると思われる。

Cougar は、入院日数が低減された主導的な例である。臨床サービス・グループの分野間には、多額の相互助成が存在するようであり、いくつかの分野は資金供与の手法よりはるかに多くの費用がかかっており、他の分野はベンチマークを下回っている。活動と資金供与のバランスを取ることは、多くの資金供与の財源および規制のため益々複雑となっている。

Jacob Hofdijk 先生の発表。先生は、日本とオランダが長い友好的な関係にあることに注目した。成果を出すためには知識を共有することが必要であるが、完璧であることが進歩を妨げることを忘れてはならない。オランダにおける DBC の研究段階は 1996 年から 2003 年まで続いた。DBC を開発する際には、新しいデータが必要であった。全ての病院は、患者との契約および診断試験に関する現行のデータを収集したが、不可欠な DBC データは喪失されており、そのためこのデータの収集を開始しなけりばならなかった。

DBC の登録が開始され、健康の問題および診断に関する情報が収集され、この情報は DBC データセットを構築するために使用された。健康の問題、診断、およびセラピーに関する情報の入力のために、医師のために特別な機能が作成された。次の段階は、DBC の結果を定義するために、DBC データを通信試験の結果でなぞることであった。続いて、DBC に基づいて資源の輪郭が構築された。

このデータを使用して、治療の道筋が計算され、DBC ラベルが改善され、続いてこの情報は結果のグループを定義するために使用される。全国的な DBC は病院の資金供与のために使用されており、国家 DBC データベースへの報告は義務となっている。DBC 確認システムは処置を DBC にリンクさせており、コード化されたセラピーは与えられセラピーを使用してチェックされている。

いくつかの問題は、いくつかの処置が DBC なしで行なわれていて、医師により規定されたセラピーと記録されたセラピーの間に相違があることである。現在の DBC システムには、基礎 DBC 記録、DBC データセット、および DBC グループ分け実行部の 3 つのレベルがある。DBC 維持管理組織 (MO) は 2005 年 1 月 1 日より運営に入り、DBC システムは DBC ロードマップ (進行計画) に従って拡張されることとなる。ロードマップのもとでは、DBC のグループ分けの改善が行なわれ、DBC クリープを防止するために DBC の確認にリンクした紹介状が必要となる。拡張された DBC データのモデルの実施も行なわれ、我々は壁を越えた DBC の適用に向けて第一歩を踏み出すこととなる。

患者のために治療を改善する最善の方法のひとつは、医師の生活の質を向上させることである。情報を供給するために患者用個人のウェブ・ページを作成することができる。統合された治療の提供は、保健情報インフラストラクチャーを設立すること、およびこれを文書化、通信、組織化、および資金供与に適用することによって行なうことができる。

DBC の導入は ICT の支援を得てのみ行なうことができた。全てのアイデアが総合 ICT 計画に適合しない限り、このようなシステムは実施できない。オランダにとって、DBC の実施に着手するには長い時間がかかったが、現在ケースミックスとこのシステムとのリンクが、変化をしようとしている保健医療の成長を支えている。

松田教授は、聴衆から集められていた質問を参加者に紹介した。手術が 1 回の入院として扱われるために、支払いに関して問題がある。あなたの国では、これをどのように扱っているのか。Lim 医師は、シンガポールでもこれが 1 回の入院と考えられていると答えた。Allen 氏は、これが同じ病院内である限りアメリカでは 1 回の入院として扱われていることを指摘した。Jean-Marie Rodrigues 教授は、フランスでは 1 つの診断しかないが、DRG はこれを考慮しているとコメントした。Allen 氏は、アメリカにおける APRDRG のもとでは、これを考慮するために他の DRG より大きな加重を有するデフォルト DRG があることを付け加えた。Hofdijk 氏は、オランダの病院においてこれを報告する際に、手術のためにひとつ、および、内科のためにひとつの二つの DBC があると述べた。Fernstrom 医師は、スウェーデンでのこれに対する取り組みは、地域によって異なっているとコメントした。Sutch Stephen 氏は、イギリスではこれが既に別に扱われているが、患者をあちこちに移動するインセンティブを排除するために、イギリスはこれをひとつの HRG と呼ぶ方向に動いていると指摘した。

質疑応答

Q：臨床コード化担当者の今後についてどう考えるか。

A：Allen氏は、コード化担当者は減ると思われるが、彼らはより稼げるようになるであろうと述べた。コード化担当者は編集者ならびに監査担当者となりつつあり、彼らはコードが可能な限り完全であることを確実にするためにコードを確認している。Rodrigues教授は、フランスでは法律に従ったコード化が医師の責任であることを指摘した。この状況は、コード化の3分の1が臨床コード化担当者により行なわれ、3分の2が医師により行なわれる傾向に向けて動きつつある。

Q：あなたの国では、ケースミックスを決定する際に誰が最終責任を取るのか。医師は、患者のケースミックスを決定することが必要とされるべきか。あなたは、コード化の精度をどのようにして確認しているか。

A：Allen氏は、アメリカでは、第二のコード化担当者がコード化担当者をチェックする二層コード化法が適合されていると述べた。これらの場合においては、最終的なコード化担当者がコード化についての最終責任を取っている。Ceu Mateus教授は、ポルトガルでのコード化は中央で計算されているとコメントした。コード化の監査は、監査担当者として研修を受けている医師により行なわれている。Gunter Neubauer教授は、ドイツではコード化の外注があり、これは専門家によって行なわれるため効率的であるとコメントした。これは、日本のような他の国にとってモデルとなり得るであろう。Rodrigues教授は、コード化が最終的にコンピューターにより行われるため、コード化の最終責任はコンピューターにあると述べた。医師は患者のケースミックスを決定し、フランスには、コード化の確認が内部的に行なわれた後、政府部局によって行なわれる二重プロセスがある。我々は、2年前にコード化をソフトウェアによって行っており、コード化は政府部局における異なったソフトウェアによって監査されている。Duckett教授は、オーストラリアでは診断が医師によって記録されなければならない、診断を決定する際に未だに医学上の優位性があると述べた。したがって、コード化担当者は医師が決定したことに従わなければならない。さらにFrance教授は、特定の人々は、他の人々よりコード化が自然にうまく行なえるため、これを専門家に行なわせることが効率的となり得ると付け加えた。Hofdijk氏は、オランダでは確認が政府によってではなく、疾病基金によって管理されているとコメントした。我々は、政府がこの過程と関わりを持つべきでないと考えている。

Q：あなたの国の人々は、社会保障システムのための固有識別子についてどう考えているか。

A：France教授は、ベルギーではこのシステムが広く受け入れられていると述べた。身分証明書カードがあり、人々は分類および身分証明のための手段を持つことに同意している。ベルギーには国家番号制があるが、問題は誰がどの情報にアクセスできるのかを知ることである。公認されることを確立するためには異なった段階がある。Fernstrom医師は、スウェーデンでは個人番号システムが約25年間にわたって実施されており、そのため同意し

ている人々は固有の識別子を有することに何らの問題もないと述べた。Pfeiffer 教授は、オーストリアも固有識別子を持つことを決定していて、保健情報を含む予定である身分証明書カードの導入については議論があったことを付け加えた。しかし、最後に、カードが医学的な情報を含まないことが決定された。Neubauer 教授は、ドイツではプライバシーのために、医学的な情報を提供するかしないかについては患者が自身で決定できると指摘した。Rodrigues 教授は、固有識別子の確立が進行中の作業であり、大きな問題は誰がアクセスするのかということであるとコメントした。Stephen 教授は、イギリスでは人々は出生時に国家保健番号が割り当てられており、保健システムは個人の利益のために動きつつあると述べた。人々が番号に対して行なうアクセスのレベルを確立することが重要である。人々は、医学面での再召集を考慮して登録しているがこれは任意である。

11月19日（金）

<診断群分類と原価計算>

本セッションの議長は田中滋教授が担当した。

初めの発表は今中雄一教授からであった。教授は、冒頭、標準的な費用決定方法に対する多くの社会的ニーズがあると述べた。支払いシステムおよび価格設定方針には証拠が必要であり、経営を改善するためにはデータが必要である。日本の保健医療の費用決定方法は、病院での広範な使用のために開発されたものである。我々の目標のひとつは、計算方法に関する透明性を作り上げることであった。

費用決定の枠組みは、元々はDPCプロジェクトと共に提案された。我々は、仮想の病院での患者レベルの費用を計算することによって、理論に基づいた費用決定の枠組みの有効性を審査し、これを現実の病院に適用した。費用決定の枠組みは、全国的に均一な「サービスに対する料金」償還制度に基づいて、標準化請求データの活動内容を利用している。総費用は、患者に直接関連した費用および間接費用で構成されている。

我々は、開発段階において仮想の病院を作成し、計算はサービス単位に基づいて行なわれた。費用、収入、および利益は臨床上の慣行および日本のMDCによって分析された。我々は、外科的処置に対する料金および医師に支払われる料金を見積り、これは、外科医に対する適切な時間当たりの料金の設定を可能にするために行なった。我々は、費用に基づいた価格設定の枠組みを作成し、病院の機能および立地による調整を行ない、さらに、質の高い費用を算出する必要がある。DPCに基づいた償還は効率を改善すると思われるが、偏った償還は回避されなければならない、さもなくば、国家システムの割当ての効率は低下するであろう。

患者レベルでの標準的な費用決定方法は、ある病院に実行可能に適用された。微視的な費用決定の結果は、資源の割当ての方針に対して使用されることになる。これは保健機関におけるより合理的な経営につながり、かつ品質改善に報い得るものであろう。

次の発表はJean-Marie Rodrigues教授からであった。DRGの費用決定方法が過去20年間にわたって各国で共有されてきたことを指摘した。フランスの保健システムはさほど効率的ではないが、機能はしている。我々のGDPの約9.4%は保健に費やされている。我々はNHSタイプ総合保険システム、および擬似市場タイプ急患向け病院治療提供システムを持っているが、資金はNHSタイプ総合保険システムにより提供されている。

我々のケースミックス・システムは有益な結果を出しており、我々には毎年 17 百万の退院がある。このシステムはデータ監査および詐欺行為に対する対策を組み込んでいる。フランスの国家ケースミックス局は標準的な定義を作成し、我々は現在 GHM の第 9 バージョンを使用している。フランスには国家費用重みデータベースがあり、これは毎年更新されている。PPS には、GHS 総価格および高費用 GHM の 2 つの部分がある。今年変化が加えられたこの情報システムは、電子ネットワークおよび PMSI を確保した。

ケースミックスは、臨床に対する説明と経済的分析の間の架け橋である。Hornbrook は、ケースミックスを、様々な分類変数を使用する分類システムとして定義しており、Fetter による定義に基づけば、グループは臨床上首尾一貫しているものとして定義されている。保健医療サービス生産機能は、投入資源、中間成果、および生産成果を含む。症例ごとに、またはボトムアップで費用を計算する際には、費用決定が患者について開始され、患者に基づいた費用のモデル化はトップダウンである。ほとんどの国では、見込まれる価格設定および現実の費用決定に基づいて DRG システムのバランスを取っている。

費用決定と使用されるケースミックス分類の間には緊密な関係があり、ある国が採用する情報費用決定システムはその国の分類システムに適合していなければならない。ケースミックスは、様々な国において強制健康保険システムと競合する健康保険システムの双方で使用されている。国家保健システムの多様化にもかかわらず、ケースミックス施策は、地域環境および全てのタイプの保健システムに対して、移設可能かつ適合可能であることが証明されている。DRG およびケースミックスの最も一般的な使用は、経済サイクルの成長全体を通じて効率を改善するためのインセンティブを提供するために、病院間効率の測定を促進するために、病院のケースミックスに基づいた調整の適用を伴う世界的な予算決定の手法を探求する中で継続されている。多くの国々が、その国自身のケースミックス分類技術を開発するための投資対象に多額の投資を行なっている。これにおける重要な要因は、システムにおける PPS と経営の間の混合体を選択することである。

Gunter Neubauer 教授は、費用決定が公正な料金を見出す作業の一部であると発表を始めた。2005 年には、ドイツにおける償還が DRG に基づいたものとなり、1 日当たりの予算の規模には最早基づかない。DRG は現在の過程よりもより良好に効率を記述するであろう。2007 年に開始するとして、固定された料金と最大の料金のどちらを我々が持つべきかについて我々は検討を開始することとなる。

ドイツの DRG 償還システムの 3 つの構成要素は、会計ユニット (AU)、AU ごとの確認、および無料ユニットである。治療、費用、および追加の構成要素を削減するためのインセンティブがあり、これらの構成要素は予算の目標により制限されている。我々は、保健部

門が経済のもう一つの部分であることに気付くべきである。

ドイツの DRG はオーストラリアの DRG に基づいているが、ドイツのシステムは、入院日数に関してオーストラリアのシステムから離れたものとなっている。現行の ICD 10 GM は 1995 年に導入されたが、我々は、3 万項目を備えた ICPM の拡張版を使用している。コード化には多くの問題がある。もし病院が上向きのコード化を行なっていれば、それは統計で見ることができる。もし病院がコードを操作していれば、病院に差額を払い戻す義務が生じることになる。重篤度のレベルは全ての DRG に備えられている訳ではなく、約 40% の DRG には重篤度のレベルがない。来年、我々は、準寝たきり患者に対する DRG について検討を開始する。

2004 会計年度現在で、ドイツは 878 の DRG を創設しており、G-DRG システムの品質が改善された。DRG の数を増やす過程は、専門の組織および会議によって推進されている。費用決定の主な問題は、割当て可能な予算額および DRG のために使用されるべき予算の部分を決めることである。別の問題は、もし直接割当てられる費用がほとんどなければ、入院日数により判定が行なわれ、これがアンバランスな償還をもたらすことである。

急を要する話題は、追加の支出の償還によって計算する病院の数が伸びていることであり、直接的な費用決定に対して改善が行なわれなければならない。我々は、腫瘍学、小児科、および老人病学に対する DRG 費用決定を組み合わせることも調査中である。我々は、平均的な費用を交渉のための、および複数の支払い者から複数の料金設定システムへの転換のためのガイドラインとすることを検討中である。

Paul X. Allen 氏は、病院の投入資源が労働、資材、設備、および経営を含むと述べた。投入資源は病院の業務を通じて移動し、成果は医師の指示に基づいて患者に提供されている。患者の混合は、病院がどのような中間成果を持つか、および何が使用されようとしているかを推進し、医師による決定は病院の費用に強い影響力を持っている。病院の操業効率も患者を治療する費用を決定している。

費用を調べてみると、我々は、料金に対する費用の比率および中間成果当たりの標準費用の計算を使用している。料金対費用の比率は、データを共有するために提携している様々なグループにより使用されている方法である。これは、Medicare 費用レポートに報告されている料金対費用の比率に基づくものである。Medicare 費用レポートは、Medicare の患者を治療している病院によって毎年提出されなければならない。病院は、料金対費用の比率の報告を要求されている。料金対費用の比率は、同等な各病院との業績の比較によって、ベンチマーク作業および改善の機会を識別するために使用されており、比率は料金の相違

が発生するところを中心としている。

費用の標準的な計算は中間成果のレベルにおいて行なわれている。ジョンズホプキンス病院には1万5千もの課金可能な項目がある。標準的な費用計算は、患者レベルにおいて非常に機密なものであり、病院はこの計算を共有することを通常不本意としている。なぜなら、病院は互いに競争関係にあるからである。

これらの計算は、過去からの医師の慣行のパターン、モデルとなる好ましい慣行、測定の相違を分析するために行なわれている。我々には、その使用が質および過程を測定し、かつ、成果の情報を提供することを可能にする機密な規則を構築する必要がある。我々は、予算の構築から、契約による経営内での収入および機会の分析まで、全ての範囲にわたる事業の方法を作り上げるために、標準的な費用レベルにおける予算を構築している。標準的な単位費用、実際の単位費用、柔軟な予算編成、および生産性の分析は、財務上の追加の応用例である。我々は、人頭計算のモデルを含めて、支払い者との詳細で管理された治療契約を管理するための利用者の能力も所望している。

費用の会計作業は、中間成果を生産するために必要とされる直接費用および間接費用を一度に計算している。間接部門に関連する費用は直接部門に割当てられ、そこから中間成果のレベルに割当てられている。標準費用は、特定のプロセスを実行するため、または、特定の成果の一単位を作り出すために予想される金額である。

我々は、誰が患者であったか、なぜその人が病院にいたか、およびその人を治療するためにどのような資源が使用されたかを記述する患者レベルのデータベースの作成を所望している。このデータを利用して、APRDRGによって、我々は直接費用、間接費用、総費用、直接経費、直接差益、正味差益、症例当たりの正味料金の相違、および基本利益を計算することができる。

Sutch Stephen氏は発表の中で、イギリスのHRGが1980年代のアメリカのDRGが原型となっていると述べた。これらは大幅に発達してきており、我々はHRGのバージョン4を現在開発中である。HRGのグループ分けは事故および緊急事態を含め多くの分野を網羅しており、我々は、化学療法および放射線治療に対するグループ分けを現在再設計中である。

イギリスはHRGとサービス分類手段(SCT)の双方を現在改正中であり、我々は2005会計年度内に料金表に基づいたシステムに向けて動くことになる。HRGはHRGプロジェクト委員会によって管理されており、200を超える臨床医を備える25の作業グループがある。これらの作業グループは個々のHRG設計に関与しており、それらのグループはHRGを検

討し、かつ HRG の再設計に助言を与え、指示を出している。

イギリスには費用決定のマニュアルがあり、費用決定方法はトップダウンまたはボトムアップのいずれかである。これらの方法は、費用の輪郭決定および患者レベルのデータの限定された使用を含んでいる。病院の経費は調整する必要があり、我々は間接費用、直接費用、および間接費を識別している。我々は、HRG 費用を含めた財務監査の精密なシステムも持っている。

費用決定の使用は、業績およびサービスの提供のモニタリングおよび全ての部門にわたるサービスのベンチマーク作業のために利用されている。基準費用は毎年作成され、そこでは、HRG、1 日当たりの集中治療、および専門分野による成果の受け入れが報告されなければならない。基準費用の適用範囲は、入院した患者の治療、通常の日中および夜間の入院、外来患者、危篤患者治療、および、地域および精神衛生のサービスを含んでいる。したがって、HRG の料金表は基準費用から直接作成されている。我々には、年次会計を作成するシステムもある。年次会計は、基準費用を作成するシステムに提供され、インターネット上に掲示されている。

< 診断群分類と医療の質 >

本セッションは武澤純教授が議長を務めた。

初めの発表は亀田俊忠院長であった。院長は、冒頭、世界中の国々が医療においては同じ問題を共有しており、改善を進めるためには協力することが非常に重要であると述べた。個々の病院における改善は、保険システムにおける治療の品質の改善に貢献するものである。我々は、病院における入院日数を短縮する必要があり、同時に社会的要因も考慮する必要がある。DPC は全ての利害関係者にとって有利なものであると推測されている。

DPC は 2003 年に最初に実施され、DIC のために継続して研究が行なわれる必要がある。臨床上の規格は重要な要因であり、我々はこれらの規格が時と共に改善されると期待している。DPC の適合は成功しているように見えるが、DPC 支払いシステムの採用における調整は実行される必要があり、今後の改善も必要である。亀田医療センターは千葉県鴨川市の自然に囲まれた位置にある。亀田グループは主に医療サービスを提供しているが、我々は福祉事業および保険事業にも積極的である。これは、保健医療の過程全体に対する優れた洞察を亀田グループに与えている。

亀田グループは MHA-QIP および VHJ-QIP に従事してきており、我々の努力は非常に統合され、相互関連している。我々は、我々のシステムをコンピューター化し、統合電子医療

記録 (EMR) を導入するために多大な努力を払っており、これが我々の経営を強化するものと確信している。患者は、自身の医療記録をコンピューターの画面上で瞬時に見られるようになると、我々のこのシステムの導入に対して好ましい反応を示した。職員からも同様に良好な反応が得られた。患者中心の医療情報ネットワーク (PLANET) の導入により、患者は、より高度なレベルの認識を持ち、かつ患者の関与がさらに深まるであろう。

我々がより効率的な方法で DPC 情報を使用する際に役立てるために、現在我々はデータ・ウェアハウスを開発中である。DPC 料金請求を EMR と統合することは、コード化クリープを防止するうえで役立つものとなろう。DPC は我々に、我々の費用をはるかに注意深く管理することを要求しており、さらに、DPC は予算を計算するためのインフラストラクチャーを我々に与えてくれた。我々にとって最も重要な目標は、我々が生活の質を改善することである。

質疑応答

Steven Duckett 教授は、亀田グループの EMR システム開発について質問した。亀田院長は、このシステムが日本の厚生労働省によって後援されていたが、独立しつつあると答えた。Gunter Neubauer 教授は、DPC の導入にもかかわらず、亀田病院の平均入院日数は未だに 17 日間となっているとコメントした。亀田院長は、DPC が入院日数を短縮するであろうと思ったが、短縮するための十分なインセンティブが未だ十分ないと答えた。標準化は証拠に基づいており、進行中である。Neubauer 教授は、いつ DPC が亀田病院の ALOS を国際的なレベルに沿ったものにするかと予想しているかと尋ねた。亀田院長は、DPC には多くの調整可能な要素があるため、彼は DPC が今後非常に適切な手段となること、および年ごとに改善されるであろうことを確信していると回答した。Jacob Hofdijk 氏は、IT の導入が生活の質の改善に対してどのような影響を及ぼしたかと尋ねた。亀田院長は、医師はコンピューター化されたシステムの導入には当初反対であったが、彼の病院では 10 年間にわたってペーパーレス・システムを使用してきており、それは成功していると述べた。Karl-Peter Pfeiffer 教授は、データ・ウェアハウス・システムがどのように導入されたかについて尋ねた。亀田院長は、このシステムの第一の優先事項が臨床指標に基づいた分析であり、データの掘り出し法も使用されていると答えた。システムは未だに開発が行なわれている。

次の発表は Eng Kok Lim 医師であった。シンガポールでは 1999 年に公共部門においてケースミックスに基づいた助成金を導入したと述べた。ケースミックスは治療における症状出現を集計するための共通単位であり、ベンチマーク作業に適用が可能である。病院の生産性は、様々な病院による保健医療の成果の生産における技術的効率を調べることにより評価できる。技術的効率は、特定のサービスを生み出す際に投入資源の最低費用での組み

合わせが作れる程度として定義することができる。いくつかの病院での WIES 当たりの総費用は、他の病院におけるものより著しく高くなっている。WIES はケースミックスに対して調整し、院外患者も考慮しているため、この差は病院間の技術的効率のレベルが異なることを示し得るものである。

品質を調べる時、我々は処理量および院内死亡率を分析する。処理量は、実行された処置の数と死亡率などの結果の間に関連が実証されている入院患者向けの処置の検査の処理量の目安となるものである。院内死亡率の測定値は、処置および医療の一般的な条件に従って結果を検査するものである。我々は再入院も調べており、これは入院中の治療の考えられる不適切さ、および通所治療の敏感な条件 (ACSC) の指標を提供するものである。ACSC は、外来患者の良好な治療が入院の必要性を潜在的に防止できる、または早期の介入が併発症もしくはさらに重篤な疾病を防止できる条件である。

我々の経験から、臨床および非臨床の双方において結果をモニタするために、ケースミックスのデータを使用することが可能である。ケースミックスは、保健医療提供者の業績を評価するための決定的な手段では決してない。これは、他の手段によって補足される必要があり、かつ保健医療担当公務員によってさらに分析される必要もある。ケースミックスがあるので、我々は直ちに利用可能かつアクセス可能なデータセットを持っているのである。

つい最近、ケースミックスは保健費用についての比較に関する情報の公的な報告に適用された。医療の一般条件の数を増やし、かつ民間部門の病院の請求書も包含するよう発表を拡張するため、内容の強化が行なわれた。保健省の視点からは、請求の規模に関する統計を発表する主な動機は、病院の請求の規模における透明性を促進することによって保健医療費用を管理することであった。チャンギ総合病院は、費用が高いと報じたマスコミの報道が費用を低減する動機となった病院の例である。今後、我々は治療の質に関するデータを公開することを計画している。

質疑応答

Neubauer 教授はシンガポールの補助金について尋ねた。Lim 医師は、補助金の割合に加えて収入の上限があり、その限度以下である限り病院は課金したいものに自由に課金できると答えた。Rodrigues 教授は、シンガポールにおけるデータの公表の頻度はどのくらいかと尋ねた。Lim 医師は、データは毎月更新されていると答えた。Hofdijk 氏は、マスコミの否定的な報道に対して、チャンギ総合病院での患者の反応はどうであったかと尋ねた。Lim 医師は、地理的な要因のために病院からの患者の大きな移動はなかったと述べた。武澤教授は、シンガポールはどのようにして自身のシステムの中で治療の質を改善するかと尋ね

た。Lim 医師は、一旦品質に関してデータが集められれば、人々はなぜ結果がそうなったのかと尋ねざるを得なくなると述べた。データの公表は最善の実線のより良好な共有につながるものである。

Ceu Mateus 教授は、ポルトガルには不当治療がほとんどなく、さほどよくは測定されていないと述べた。治療の品質を評価する際には、どのようにしてこれが定義され、誰がこれを測定しているのかを考慮しなければならない。品質の評価における事例研究は支払い者、提供者、および患者の視点から行なわれるべきである。病院間で品質を比較する時は、疾病の重篤度などの患者の特徴を考慮するべきである。

各 DRG についての患者数および平均入院日数に関して、フィードバック・レポートが病院のために実施されている。フィードバック・レポートは再入院、選択された DRG における死亡率、外科的処置に関連した併発症、およびデータの品質も網羅している。フィードバック・レポートの結果は、各病院、各病院グループ、国家レベル、および予想される結果について比較される。我々は、手術の DRG における再入院の割合、選択された DRG の死亡の割合、外科的処置に関連した併発症、出産に関連した併発症、および出産の総数における C 部分の割合も調査している。患者は保健医療システムにおいて最も重要な検討事項となるべきであり、患者は単に利益の源としては決して見るべきでない。

武澤教授は質問を会場から求め、ポルトガルでは DRG のデータがどのように収集されているのかと尋ねた。Mateus 教授は、ポルトガルは重篤度を組み入れる実験を行なっていると答えた。Karl-Peter Pfeiffer 教授は、最大数の併発症を持つ病院がしばしば最善のデータを持っているが、オーストリアはこのデータを使用することに反対することを決定したと述べた。Mateus 教授は、情報が看護師によって記録されているが、DRG をコード化する際、時々この情報の全てが適切に登録されているわけではないと指摘した。劣悪な記録のために病院を罰することはできないが、むしろ優れたデータ品質を有する病院には報奨金が与えられている。評価に対するより厳格な方針を持つ必要がある。Hofdijk 氏は、より高いレベルの重篤度を持つより多くの患者を持っているため、病院が特定の DRG に対するより高い LOS を有するかどうかと尋ねた。Mateus 教授は、特定の病院におけるより高い LOS は患者の疾病がより重いためであるが、その他の病院では、これが効率のレベルの差によるものであると答えた。また、家族がいなかったために自宅で治療を受けられない高齢者などの社会的な理由もある。

松田教授が聴衆からの質問を紹介した。アメリカにおいて治療の質を標準化するための活動の歴史はどのようなものか。Allen 氏は、メリーランド州の全ての病院が DRG/PPS を取り入れており、長い歴史があると答えた。ある参加者は、メリーランド州において治療の

品質を標準化するために取られている特別な施策があるかどうかを尋ねた。Allen氏は、それは隠れた活動であり、完全な手順を収集するための高度なインセンティブがあると答えた。メリーランド州は、品質を分析するために再入院が計画されたか否かを調べている。品質を改善することは費用を実際に低減するように見える。患者を病床の外に留めておくことは重要である。なぜなら、患者がより長く病床にいるほど、併発症を起こす可能性が高くなるからである。

次の質問。どのようにしてデータを公開するのか、そして、研究者がそのデータを使用することは可能であるか。Mateus教授は、ポルトガルでは研究者が詳細なデータにアクセスすることは一般的に不可能であると答えた。集積されたデータを得ることはできるが、データの欠如のために、1999年以来DRGに関する何らの研究論文も出ていない。Allen氏は、メリーランド州では、記録は各患者について提出されなければならないとコメントした。記録から患者を識別する情報は剥ぎ取られ、そして研究のために販売されている。Mats Fernstrom 医師は、スウェーデンでは、患者の身元情報が除かれていれば、データ登録簿から情報を得ることは容易であると指摘した。Stephen氏は、イギリスではデータが暗号化されており、研究の目的に従って患者の身元が明らかにされないように、データは特定のレベルに集積されていると述べた。

治療の品質に関しては、イギリスには病院の経営についての評価システムがある。Rodrigues教授は、フランスのデータベースが非常に優れており、患者は匿名のままであると述べた。このデータにアクセスするには支払いが必要であるが、集積されたデータは無償で利用可能となっている。Neubauer教授は、ドイツでは、全てのデータが全ての患者について集積されており、個々の病院についてのデータは疾病基金のためにのみ使用可能となっていると述べた。France教授は、ベルギーでは、情報がインターネットで利用可能となっていると述べた。ベルギーの病院は優れた品質を有することで賞賛されてきた。Pfeiffer教授は、オーストリアが特定の病院について述べる見出しは避けたいと所望しているため、データを提供することに慎重になっていると述べた。Neubauer教授は、2006年に開始されるが、ドイツの各病院はインターネット上で報告を提示することを義務付けられることを付け加えた。Allen氏は、アメリカでは、国家レベルで有料で個々のデータが利用可能となっており、集積されたデータは無償で利用可能となっているとコメントした。

次の質問。化学療法のために使用されている医薬品のリストは、どの組織が担当しているのか。Stephen教授は、イギリスでは特定のリストは英国国家処方集（BNF）により管理されていると述べた。標準化はされているが、大きな検討課題は化学療法の治療の過程に変化があることであり、そのためこれは対処されているところである。Rodrigues教授は、フランスでは保健省が決定していると述べた。国立がん研究所（NCI）、国家がんセンター

連盟 (NFCC)、およびフランス政府は、各病院によって支払われている。Pfeiffer 教授は、オーストリアでは医薬品のリストは毎年更新され、かつ投薬および入院日数によって DRG のために設定されているとコメントした。病院には、外来患者の設定よりも入院患者の設定において患者を治療するためのインセンティブがあり、この傾向は変える必要がある。

<閉会>

中村企画官が閉会の辞を述べられた。日本は昨年からは DPC ケースミックスを使用しており、ケースミックスの歴史が短いにもかかわらず、我々は他の国々の経験から多くのことを学ぶことができた。参加者の皆様に感謝する。この会議では各国のシステム間の違いが注目され、全体的に、ケースミックスは各国に対する大きな潜在能力を備えた手段となっている。我々は、これらのシステムがどのようにしてフィールドで実施されてきたかを直接見るこの機会を持ったことを嬉しく思っている。我々は参加者の皆様に日本を訪問して頂けたことを幸甚と思っている。私は、この会議が参加者の間のネットワーク作りにつながって欲しいという私の希望を繰り返させて頂く。中村企画官は参加者に謝意を表し、本会議の閉会を宣言した。