

20030075 (資料集2)

平成15年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) 研究報告書

急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究

(課題番号H13-政策-034)

資料集 2

DPC関連文献集

平成16 (2004) 年 4 月

主任研究者 松田 晋哉

DPC 開発の経緯と各国の比較、 今後の診断群分類の展望

松田 晋哉

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

人口構造および疾病構造の変化と医療技術の進歩、そして国民の医療に対する要求水準の高まりによって増大し続ける医療費をいかに適正化するかは、先進国共通の課題である。しかしながら、支払い者、患者、サービス提供者間の種々の利害が複雑に関連する医療の領域において、万人の合意を得られるような改革を行うことは難しい。このような状況下で、関係者間で納得のいく合意形成がなされるためには、その根拠となる情報が不可欠である。そして、議論の焦点が医療の財政と質の両方にまたがる以上、そのような情報は経済的側面と医療技術的側面の二つを反映するものでなければならない。

アメリカで開発された診断群分類 DRG (Diagnosis Related Group) は本来この情報標準化のためのツールであり、当初から支払いを目的として開発されたものではない。また、DRG の基本は診断名と行われた医療行為の組み合わせによって患者を分類していくことであるが、これはわが国独自の診断群分類である DPC (Diagnosis Procedure Combination) においても同様であり、両

者の考え方に基本的な差はない。

医療政策の目的はあくまで質の高い医療サービスを国民に提供する体制を整備することにあると筆者は考えている。したがって、医療制度改革についての議論の前提として、医療サービスの質を評価するための情報が必要となる。しかしながら、医療について絶対的な評価は困難であることから、相対的な評価がその中心となる。相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり、それが診断群分類である。DPC という標準的な単位を用いることで施設間の比較が可能になったことが、DPC 導入の最も重要な点である。

本論文ではまず諸外国における診断群分類の状況について説明したうえで、わが国の DPC の概要と今後の課題について説明する。

■ 諸外国における診断群分類の概要^{1,2)}

図はアメリカで開発された DRG の発展過程を国際的動向も含めて示したものである。以下、この図を参照しながら、DRG の国際的動向について説明する。

1. アメリカ

アメリカの Yale 大学で開発された診断群分類の基本的な考え方は、患者を病名 (Diagnosis) と提供されたサービスの種類 (Procedure) の組み合わせによって分類することである。本来病院の内部管理用に開発された、この DRG は 1983 年以降高齢者を対象とした公的医療制度である Medicare の入院医療費の支払い方式として採用され (HCFA-DRG : Health Care Financing Agency DRG, 現在は CMS-DRG : Centers for Medicare & Medicaid Services), 以後合併症・併発症による分類の精緻化や新しい疾病群の追加などを経て今日に至っている。

HCFA-DRG の分類ロジックでは、まず病名に従って 23 の主要診断群 MDC (Major Diagnosis Category) に分類した後、外科的処置の有無によって分類し、さらにそれを診療プロセスによって分類し、最後に年齢、合併症・併発症および退院形態で分類するという 4 段階から構成されている。最初の DRG は高齢者のみを対象とするものであったが、これに HIV 感染および多重外傷の MDC

と、出生時体重を基準とした新生児の分類、線維性嚢胞症、鉛中毒および18の小児科に関連する分類、ハイリスク妊娠、気管切開などのDRGを追加して全患者をカバーする分類に改変されたものがAP-DRG(All Patient DRG)である。その後、資源消費量の多寡を合併症・併発症により3段階に区分する仕組みが開発され、それを採用したものがAPR-DRG(All Patient Refined DRG)である。その基本的な考え方はMDCおよび外科的処置の有無などを基に区分された基本分類を疾患の重篤度、死亡の危険度のそれぞれについて4段階で区分したものを組み合わせて分類する構造となっている。さらにAPR-DRGの考え方に基づく分類を諸外国の制度に適用するために開発されたものがIR-DRG(International Refined DRG)である。

簡単にアメリカにおけるDRGに基づく包括支払いの式を単純化して示すと以下ようになる(実際には地域係数などが考慮される)。

$$\text{各 DRG の支払額} = \text{各 DRG の相対係数} \times \text{基本償還額}$$

各DRGの相対係数は当該DRGの平均コストを全体のDRGの平均コストで除したもので、あるDRGの相対係数が0.5であれば、それは当該DRGのコストが全DRGの平均コストの半分であることを示している。

例えば、1996年のメリーランド州HCFA-DRG Ver.12ではDRG 001「開頭術、年齢17歳以上、外傷除く」は相対係数が3.8355、償還額は13,442ドル(基本償還額：約

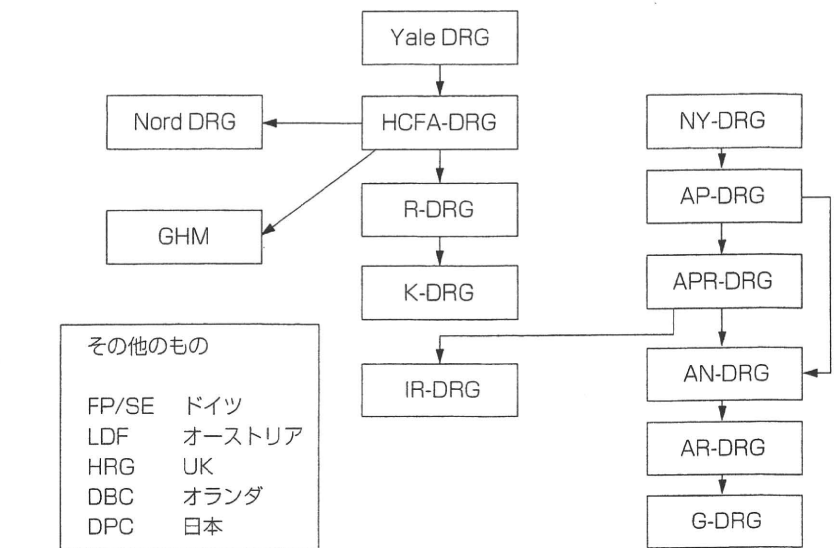


図 診断群分類の発展過程

HCFA: Health Care Financing Agency, NY: New York, R: Refined, AP: All Patient, APR: All Patient refined, AN: Australian National, AR: Australian Refined, IR: International Refined, G: German, K: Korean, FP/SE: Fallpaushalen/Sondeventgelte, LDF: Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen, HRG: Health Ressource Group, DBC: Diagnose Behandelung Combinatie, DPC: Diagnosis Procedure Combination

3,500ドル)となっている。このようにアメリカにおいてはDRGを用いた1入院当たり包括支払いが導入されているが、注意すべき点は、包括支払いの対象はいわゆるHospital feeの部分のみで、Doctor's feeについては別途RBRVS(Ressource Based Relative Value Scale)という診療報酬表に基づいて支払われていることである。

2. その他の国におけるDRG方式の動向

病院医療費の適正化は先進国共通の課題であったことから、アメリカにおけるDRG導入の試みは早くから諸外国の医療政策担当者の関心事となった。そして、1980年代初頭から以下のように多くの国がDRGの検討を開始している。

1) フランス

わが国に類似した社会保険制度を持つフランスでは、アメリカの分類ロジックを模倣する形でDRGの導

入が行われてきた。そして、病名についてはICD-10、手術・処置についてはフランス独自の処置分類であるCdAM (Catalogue des Actes Medicaux)によってコード化する体制が1990年代に確立し、1997年以降は公的病院および民間病院への支払いに活用されている。

具体的には、DRG分類は地方ごとに定められた予算の枠内で各施設に配分される総括予算(公的病院)および1日当たり費用額(私的営利病院)の調整を行うためのいわば広義の病院管理指標として使用されている。

制度が比較的順調に運用されてきたことを踏まえて、2004年からは部分的にDRG/PPS(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)の仕組みに移行することとなった。これに伴い、アウトライヤー、高額医薬品および高額医療材料、および救急部門については別の支払方法が追加で設定されている。

例えば、高額薬剤と高額医薬品については、DRGとは別に出来高で支払いが行われ、そのリストが作成されている。主たるものは抗がん剤や心臓外科手術に使用されるものである。また、救急部門については、その年間の件数に応じて追加予算が設定されている。

2) オーストリア

地域をベースとした社会保険制度を持つオーストリアでは1980年代半ば以降 HCFA-DRG を用いた DRG/PPS や包括予算方式など、様々な病院支払い方法が検討されてきた。しかしアメリカの DRG に基づく支払いは、オーストリアの医療制度にはなじまないとされ、オーストリア独自の診断コードである ICD-10 BMAGS (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: ICD-10 をオーストリアの医療の状況に合わせて修正したもの) と、同じく独自の処置コードである BMAGS の組み合わせによって作成される LDF (Leistungsorientierten Diagnosen-Follgruppen: 医療サービスに基づく診断グループ; これを用いた財政方式が LKF: Leistungsorientierte Krankenstaltenfinanzierung) が用いられている。

病院に対する支払いは1件当たり包括払い方式であるが、集中治療室、デイケア等の利用については別途加算を設定するなど弾力的な運用を行っている。また、抗がん剤などの高額医薬品については標準的なレジメンごとに処置コードが設定されており、それが分類に使用されている。さらに LKF のデータが医療計画に利用され、病床や高額医療機器、さ

らには高度な医療サービス(心臓外科手術や腹腔鏡手術など)の計画的配置が行われている。

3) オーストラリア

オーストラリアの医療制度はイギリスと同様、税に基づく NHS (National Health Service) 方式となっている。1980 年代初頭からオーストラリアでは高騰する病院医療費を適正化する目的で、DRG 導入の検討が行われた。当初、HCFA-DRG および AP-DRG の導入可能性が最初に検討されたが、処置コードおよび分類におけるオーストラリアの医療との整合性の問題があり、そのままではオーストラリアの臨床現場には適用は難しいと判断された。その結果、政府と 3M 社とが共同で、APR-DRG を基礎として開発した AN-DRG (Australian National DRG) が 1993 年以降採用されることとなった。さらに ICD-10 への対応、基本 DRG を設定したうえで、併存症・合併症に基づいて外科的 DRG は 4 段階、内科的 DRG は 3 段階で重症度を評価するといった精緻化を行った AR-DRG (Australian Refined DRG: 661 分類) が開発され、現在はこれが使用されている。

DRG の病院財政への利用方法は州によって異なるが、例えばビクトリア州では、約 60% を DRG によって評価された変動予算、残り約 40% を固定予算とする仕組みとなっている。変動予算については診断群分類の相対係数の目標合計(各診断群分類の予想件数より推計)に相対係数 1 単位の標準支払額を掛ける形で決定される仕組みとなっている。

4) カナダ

カナダは税金を財源とした国民皆保障制度 (Medicare) を採用しており、基本的に財政面での責任を持つ各州が税金で医療費を賄い、それを連邦政府が各州の財政力に応じて援助する仕組みとなっている。カナダの公的病院は総額予算制に基づいて運営をされているが、その予算配分に診断群分類が使用されている。

カナダの診断群分類はカナダ医療情報研究所 (Canadian Institute for Health Information: CIHI) が全病院から収集するデータを基に作成したカナダ独自の分類 CMG (Case Mix Group) で、3,412 分類から構成されている。このように詳細な分類となっている理由は、合併症・併存症による重症度評価に加えて、年齢による区分を加えているためである。各 CMG への割付は ICD10-CA (カナダ修正版) とカナダの診療行為分類である CCI (Canadian Classification of Interventions) によって行われる。予算配分の基礎となる相対係数については、当初アメリカメリーランド州のコストデータを用いて計算されていたが、現在はカナダの病院のデータが部分的に用いられている。

5) その他の国の状況

ヨーロッパ諸国の多くはアメリカの HCFA-DRG をベースとしながら、処置コードをそれぞれの国の実情に応じて変更して用いている場合が多い(例えば、北欧諸国の Nord-DRG)。また、ポルトガルやベルギーのようにアメリカの DRG をそのまま採用している国もある。以上の国のほとんどは予算制を基本としながら、保険者圏域を超えた入院医療に

対する支払い等に部分的に DRG/PPS を採用している。

一方で、アメリカの DRG そのものが自国に合わないという結論から独自の分類を開発したのはイギリス、ドイツ、オランダである。ただし、イギリスの HRG (Healthcare Resource Group) は処置コードを独自の分類を使っている点が異なるが、その基本的考え方はアメリカの DRG と類似している。ドイツは当初独自の分類である FP/SE (Fallpauschalen und Sonderentgelte) を開発し、それを 1 件あたり包括払いに使用していたが、すべての急性期入院を対象とした分類として一般化することができず、現在はオーストラリアの AR-DRG をドイツの状況に合わせて変更した G-DRG (German DRG) を使用している。ドイツの場合、あくまで 1 件あたり包括払いへの利用が前提であるため、分類数がオリジナルの AR-DRG に比較して 200 強増加している。オランダは単に急性期入院のみならず、急性期・慢性期、そして外来・入院のすべてを包含する分類である DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) の開発を行っている。これは受診理由—診療行為—その転帰の組み合わせによって分類を作っていくもので、将来的にはこれをベースとした 1 件あたり包括支払い方式導入が予定されている。しかしながら、1 エピソードをどのように定義するか、1 DBC におけるコスト面での大きなばらつきなど難しい問題が多く、その開発は難航している。

アジアでは韓国とシンガポールが DRG を採用している。まず、韓国

であるが、入院医療費の適正化を目的に 1997 年からアメリカの R-DRG (Refined DRG) に基づく 1 件あたり包括支払いが部分的に行われている。この分類では基本 DRG ごとに資源消費量の多寡が合併症・併発症により 3 段階で評価され 1,170 の分類が作成されている。しかしながら、医師費用も含めた支払い方式であること、病院の機能分化ができていないことなどの理由によりその一般化は難しい状況にある。

次にシンガポールであるが、本国では公的病院に対する支払いが病院費用と手術・処置費用に大別され、病院費用の公的負担部分は傷病の種類によらず一日あたり費用額での支払いが行われていた(自己負担分は Medisave・Medishield という仕組みで支払われる)。この方式では実際の資源投資量に見合った負担額の設定がされないという患者間の不公平があったため、2000 年以降政府の負担額を DRG で設定する方式が採用されている。採用された DRG は当初オーストラリアの AN-DRG であったが、今年度からは IR-DRG が採用されることとなっている。

わが国の診断群分類 DPC について

DPC に基づく包括評価の方式については、すでにその説明が他でされているので²⁾、ここでは、その開発経緯について記述する。

DPC 開発以前に、平成 10 年度より国立病院等 10 病院において診断群分類に用いた 1 入院当たり定額払い方式(いわゆる DRG/PPS 方式)の試行が行われていた。この施行調査

では、試行前後において、入院期間や診療内容、あるいは患者満足度や病院経営管理の状況にどのような変化が生じるかが検討された。この試行で使用された診断群分類は、厚生省(当時)の担当課が各臨床系の専門家に作成を依頼した 183 分類(13 の主要診断カテゴリー)で、支払い方法としては、入院料、薬剤・材料、検査・画像診断等を包括し、手術料および高額処置等を出来高とするシステムが採用された。

この試行については平成 12 年 7 月の厚生省・試行調査検討委員会でその結果が報告されているが、試行前後で平均在院日数や病床利用率に明確な変化は観察されなかったことから、調査内容や診断群分類の再検討が必要なことが提言されている。この試行については上記の結果に加えて、分類数が 183 と少ないこと、あるいは提供されたサービスに対して極端に支払額が多くなってしまいう事例が生ずることなど、いくつかの批判が出された。しかしながら、この試行によって、診断群分類に対応した病院情報システムや事務処理のノウハウが蓄積されたことが、平成 15 年 4 月から全国 82 の特定機能病院等における診断群分類に基づく包括評価導入の重要な基礎となった。

中医協における上記のような議論を踏まえて、「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」が平成 13 年 4 月から 3 年間の厚生労働科学研究の枠組みで開始された。この研究では一般病床における診断群分類の利用を前提として、わが国独自の診断群分類の開発とそれをを用いた病院管理学的手法の開発が目的とされた。

対象施設についても上記 10 病院以外の民間病院等(66 施設)および平成 14 年度からは 82 の特定機能病院が含まれることとなった。そして、この研究班における検討結果を基に、平成 15 年度から支払いに用いられる診断群分類である DPC ver.3 が開発された。

分類作成に当たってはいわゆる 3 層構造(診断、手術・処置、合併症・併存症)を基本として分類を作成することとし、診断名と手術に関しては ICD-10 を、手術に関しては診療報酬表のコードである K コードを使用した。その理由は、わが国の場合、レセプト電算システムという標準化されたコード体系がすでに存在していることから、これを利用することが各分類への割り付けを正確かつ効率的に行う実際的な方法であると考えられるからである。

DPC ver.3 開発に当たっては、関連臨床系毎に専門家から構成される 21 の分類検討班が設置され、臨床的な妥当性の視点から分類素案が作成された。分類作成に際しては、手間のかかり具合の均一性という視点から、手術の有無およびその種類、併存症・合併症の有無、あるいは入院目的等が分類の変数として採用された。このようにして作成した分類がいわゆる α 版であり、これに平成 14 年 7 月から 10 月に 82 の特定機能病院から収集した 26.7 万件のデータをあてはめて分析した結果として作成されたものが、575 傷病、2,552 分類からなる DPC Ver.3 β 版である。ただし、実際の包括評価に利用されるものは、最終的に全国で 20 症例存在し、かつ変動係数が 1 未満

という基準を満たした 1,860 分類となった。平成 16 年度は平成 15 年度に調査対象施設から収集されたデータに基づいてさらに精緻化が行われ、傷病数は 591、分類数は約 3,100 と増加したが、包括支払いの対象 1,727 分類に減少している。

■ 今後の課題

平成 16 年度から DPC に基づく支払い方式が、調査対象施設に限定されてはいるが、民間病院にも拡大されたことで、支払い方式としての DPC に関心が高まっている。しかしながら、その一般化のためには、まだ分類の精緻化や包括範囲の再検討、高額薬剤・医療材料の評価、さらにはコストアウトライヤーの取り扱いなど、検討すべき多くの課題がある。また、各施設の施設係数を決定するための評価指標の作成および実際のデータ収集にも時間が必要である。さらに DPC についてはその精緻化について多くの課題がある。特に併存症・続発症および処置の組み合わせの精緻化による重症度のより適切な評価方法、ICU や看護量などの評価方法、抗がん剤などの高額医薬品の評価方法などは喫緊の検討課題である。

ところで、この精緻化に関しては、わが国の DPC は諸外国における診断群分類開発過程の詳細な検討を踏まえて開発されたため、その他の診断群分類で使用されている情報がほぼ網羅されている。したがって、DPC とその他の診断群分類間の相互比較研究を行うことで、わが国の DPC の精緻化を行うことも興味あ

る研究課題であると考えている。

以上のように支払い方式としての DPC の一般化については、まだ解決すべき課題が多く、相応の時間が必要であると筆者は考えている。しかし、DPC 本来の目的である、それをを用いたマネジメントについては、DPC 調査対象施設か否かにかかわらず、現行分類でも可能であり、今後数年間の間に DPC 対象病院を中心として多くの進展があると予想している³⁾。特に、DPC 開発に連動して標準的なコーディングマニュアルが開発されたこと⁴⁾、DPC をを用いた種々の評価指標が開発されたことは重要であり、これにより種々のマネジメント面での改善が可能となっている。そして、そのようなマネジメント面での変革が DPC の精緻化とそれをを用いた医療制度改革の議論につながっていくことを筆者は期待している。

本論文は「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究(平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)主任研究者:松田晋哉」に基づいて作成したものである。

文献

- 1) 松田晋哉(監修):診断群分類ハンドブック, 東京, 社会保険研究所, 2001
- 2) 松田晋哉(編著):21 世紀の医療と診断群分類—DPC の実践とその可能性, 東京, じほう, 2003
- 3) 松田晋哉:DPC とこれからの医療⑤—DPC を用いた病院マネジメント, 社会保険旬報 No.2202:12-17, 2004
- 4) 今中雄一(編著):医療の原価計算:患者別・診断群分類別コーディング・マニュアルと理論・実例, 東京, 社会保険研究所, 2003

まつだ しんや

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授:〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1

欧州におけるDRGの展開過程

－フランスを中心に－

松田 晋哉*

増大する医療費をいかにコントロールするかは先進国共通の課題となっている。経済的条件と医療サービスの内容との整合性を図りながら、医療サービスの質と効率の向上を実現するためには、経済的側面と医療技術的側面の両方を測定できる指標が必要であり、そのような指標に基づいた関係者間の合理的な検討が求められる。アメリカにおいて開発されたDRGはこのような目的にあう評価指標の一つであり、今ではアメリカのみならず他の先進諸国においてもさまざまな形で利用されている。わが国においてもDRG方式導入の試行調査が平成11年11月より開始され、平成13年4月から民間病院も加えた新しい段階に入っている。病院管理指標としてのDRGの有用性は確立されているが、それをどのような形で用いるかについては、各国の医療システムの特徴を十分考慮する必要がある。本論文では実地調査を含む2年間の医療経済研究機構における研究結果に基づき、欧州、特にフランスにおけるDRGの展開過程を検討し、DRGの有用性とその一般化のための条件を整理することを試みた。その結果、社会保険制度を採用している日本の場合、アメリカのようなマネージドケアと組み合わせたDRG/PPSではなく、ヨーロッパ諸国、特にフランスのようにDRGを広義の病院管理指標として予算制と組み合わせて導入するという選択が、第一段階としては適切であると著者らは結論した。

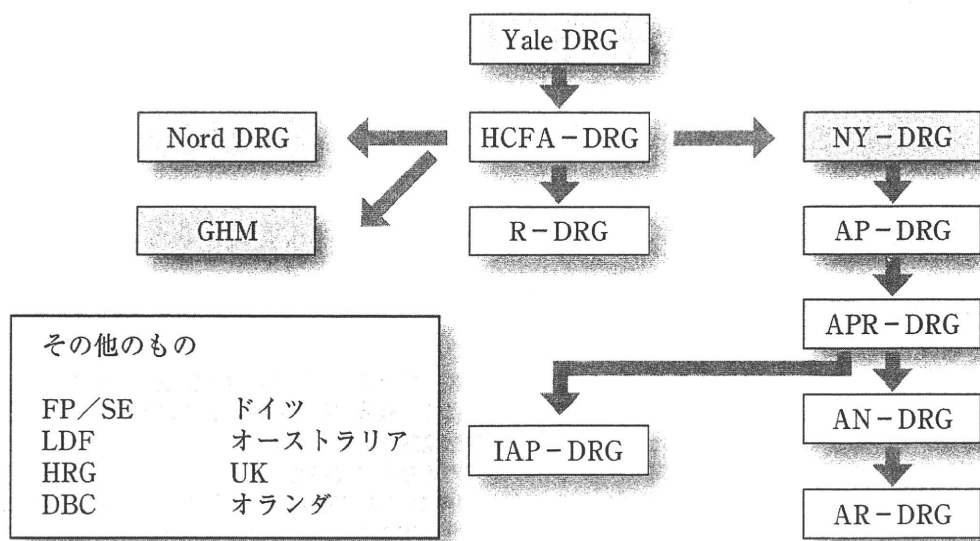
キーワード：DRG、ヨーロッパ、フランス、社会保険制度

1. はじめに

増大する医療費をいかにコントロールするかは先進国共通の課題となっている。しかしながら、支払い者、患者、サービス提供者間の種々の利害が複雑に関連する医療の領域において、医療費の適正化を実現することは容易ではない。特に、わが国やドイツ、フランスといった社会保険方式を採用している国においては、関係者の合議による意思決定というコンセンサス方式そのものが、皮肉にも医療制度改革の障害となっている現状がある。このような状況下で、経済的条件と医療サー

ビスの内容との整合性を図りながら、医療サービスの質と効率の向上を実現するためには、経済的側面と医療技術的側面の両方を測定できる指標が必要であり、そのような指標に基づいた関係者間の合理的な検討が求められる。アメリカにおいて開発されたDRGはこのような目的にあう評価指標の一つであり、今ではアメリカのみならず他の先進諸国においてもさまざまな形で利用されるようになってきている。図1はアメリカにおいて開発されたDRGが、その後どのような変遷をたどっているかを簡単に示したものである¹⁾。アメリカのYale大学で開発された最初のDRGは1983年以降高齢者を対象とした公的医療制度であるMedicareの入院医療費の支払い方式として採用

図1 DRGの歴史的発展過程



され（HCFA-DRG）、以後合併症・併発症による分類の精緻化や新しい疾病群の追加などを経て今日に至っている。ここで簡単にHCFA-DRGの分類ロジックを確認しておくとならぬ。すなわち、まず23の主要診断カテゴリー-MDCに分類した後、外科的処置の有無によって分類し、さらにそれを診療プロセスによって分類し、最後に年齢、合併症・併発症及び退院形態で分類するという4段階から構成されている。続いて、New York州は高齢者のみならず全患者を対象としたDRGを3M/Health Information System (3M/HIS) と共同で開発し1989年から支払いへの利用を開始した。これがNY-DRGであるが、この分類ではHIV感染及び多重外傷のMDCと、出生時体重を基準とした新生児の分類、線維性嚢胞症、鉛中毒及び18の小児科に関連する分類、ハイリスク妊娠、気管切開などのDRGが追加された。NY-DRG分類は1991年の改定によりAP-DRG (All Patient DRG) と名称を変更している。また、HCFAも1983年以来集積している

退院データをもとに分類の精緻化を行っており、1170の分類からなるR-DRG (Refined DRG) をHCFA-DRG ver. 4 を基に作成した。この分類では年齢、合併症・併発症及び退院形態に基づく第4レベルでの分類をやめ、資源消費量の多寡を合併症・併発症により3段階に区分する仕組みとしている。この新しい分類方法は従来のHCFA-DRGより単純なアルゴリズムを採用しているにもかかわらず、R²で見た説明力が50%と高いものになっている。AP-DRG及びR-DRGにおける説明力の改善をうけて、その2つの考え方を融合させる形で3M/HIS社によって開発されたのがAPR-DRG (All Patient Refined DRG) である。その基本的な考え方は図3に示した通りであるが、MDC及び外科的処置の有無などを基に区分された基本355分類を疾患の重篤度、死亡の危険度のそれぞれについて4段階で区分したものを組み合わせて分類する構造となっている¹⁾。

わが国においてもDRG/PPS方式導入の試行調査が平成11年11月より国立など10病院で開始され

図2 HCFA-DRGの構造
(出典：Fischer, 2000)

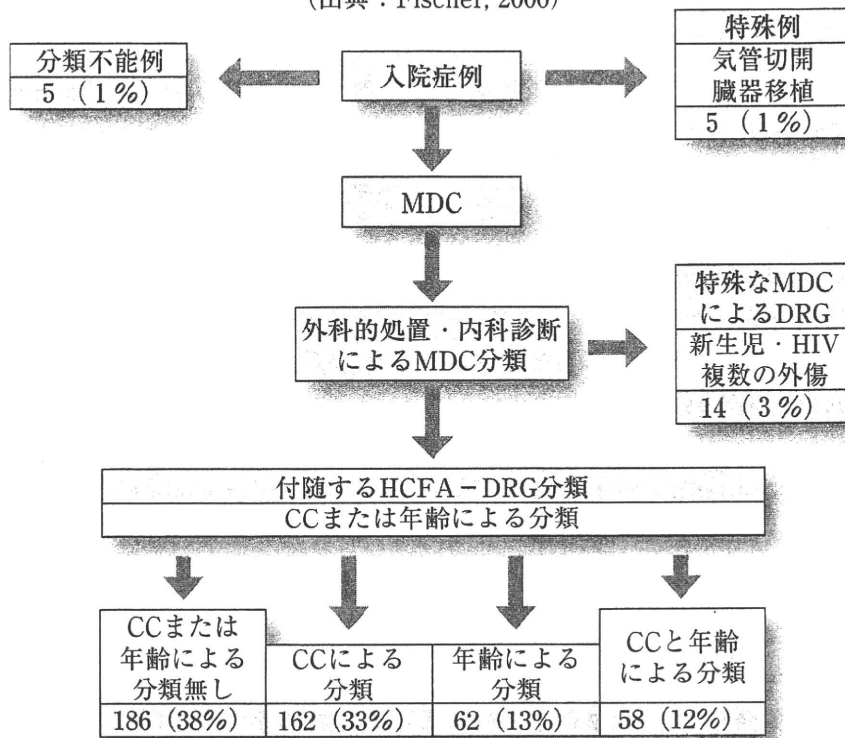
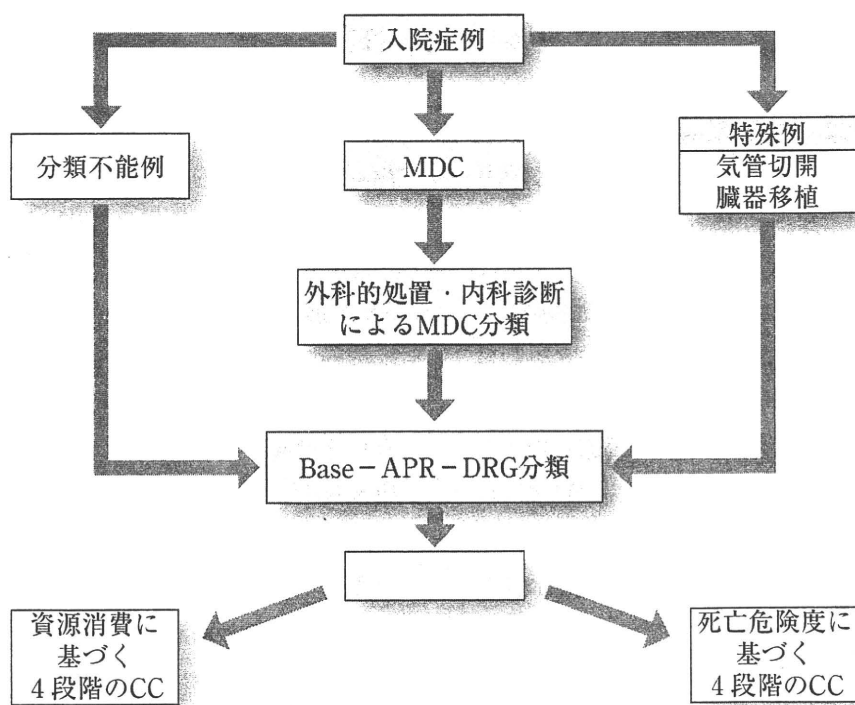


図3 APR-DRGの構造
(出典：Fischer, 2000)



た。この試行調査については平成12年7月の厚生省・試行調査検討委員会でその結果が報告されているが、試行前後で平均在院日数や病床利用率に明確な変化は観察されなかったことから、調査内容や診断群分類の再検討が必要なが提言されている²⁾。これを受けて次の試行調査においては①試行病院と同様な機能を有する民間病院等において「診断群分類を活用しつつ定額払いを伴わない形で診療内容に関する調査を行う」という試行の枠組みの見なおしや、②ICD10を基礎とした診断群分類の再整理などが行われている。本論文で以下に説明するように、欧州においてDRG方式導入の一般化に成功した国に共通する特徴として、導入初期において支払い方式とは切り離して一般化のための条件を整理したこと、各国の医療の現状にあった診断群分類を採用あるいは開発していること、及びコーディングと記録の標準化と人材を含めたシステム開発を重視したことなどがあげられる。今回の試行調査の見なおしは、上記のような条件を満たすものであり、今後、わが国のDRG方式はその一般化にむけて大きな一歩を踏み出すことになると筆者は考えている。

ところで、平成13年6月に出された経済財政諮問会議の答申では、医療制度改革に関して急性期医療における包括払いや総枠予算制の導入が盛り込まれている³⁾。その骨子は現行の国民皆保険制度を前提として、市場主義的な方法を導入することで関係者間の競争を促進し、医療の効率化と質の向上を目指そうとしているものであると思われるが、これはまさに1990年代にヨーロッパ諸国が試みた医療制度改革の中心的な課題であった。ヨーロッパ全般の医療制度改革の経緯に関しては、別報にて改めて論述するとして、本論文では欧州の医療制度改革におけるDRG方式の位置づけ、特にわが国の制度と類似点の多いフランスについて論述したい。本論文でフランスのDRG導入の

過程について詳細に検討する理由は以下の通りである。

- 1) フランスはヨーロッパにおいてDRG方式の一般化に最も成功している国の一つであること。
- 2) 社会保険方式と出来高払い制度というわが国と類似の制度においてDRGの一般化を行っていること。
- 3) 日本医師会が提示している特定病院系列における予算制という考え方は、フランスの公的病院における総枠予算制に類似しており、その財政方式にDRGを用いるという考え方は、今後のわが国におけるDRG導入に関して重要な示唆を与えると考えられること。

本論文では上記の問題意識に基づき、以下フランスのDRGについて述べた後、他の欧州諸国の状況を概観し、最後にわが国におけるDRG導入の課題について論述する。

2. フランスにおけるDRG方式

(1) DRG方式の開発体制

フランスでは1982年のDRG（フランス語ではGHM）導入実験開始以来、その一般化のために徐々に関連組織を整備してきた。しかしながら、この整備の過程は最初から整合性のある理念のもとで行われてきたわけではない。むしろ、「(3) GHM導入の経緯」で述べるように、その時々政治的・経済的環境に大きく影響されながらも、数次の社会実験を経て、その開発の方向性に関する合意形成が徐々になされてきた過程であったといえる。GHM（DRG）をもとに病院における医療活動を情報化するシステムをフランス語ではPMSI（Projet Medicalisation du Systeme d'Informatisation：情報システム医療化計画）と呼んでいるが、このPMSIの中心的役割を果たし

てきたのが保健省のPMSI部局 (Mission PMSI) である。図4は現在のフランスにおけるPMSIの関連組織を示したものである。以下、その役割について簡単に説明する。

(1)Mission PMSI 保健省PMSI部局：フランスのPMSIに関する責任部局であり、PMSIに関するすべての事項について統括している。

(2)PERNNS (Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé) 医療用語全国基準・査定センター：1992年に保健省とAUNIS (後述) との契約により創設された組織でPMSIに必要なツール (GHM分類、CdAMなどの診療行為分類など) の開発を行っている。インターネットや電話、あるいはFAXなどにより病院のPMSI関係者の疑問などに答えることで日常業務を支援する役割も持っている。職員は常勤及び非常勤の専門職であるが、大部分の職員の所属は出向元の病院にあり、給与は各病院から出ている。また、PERNNSの運営費用については、保健省とリヨン病院連合の契約により、後者の予算から出されている。

(3)AUNIS (Association des Utilisateurs de Nomenclatures Nationales et Internationales de Santé) 国際・国内医療用語使用者協会：病院における疾病分類や医療用語の使用について検討する目的で結成された非営利の社団法人で、PMSIの基本となる分類手法の内容についても、種々の分析結果を基に検討している。PERNNSはこのAUNISに参加しており、そこでの議論を基にGHMの精緻化などを行っている。

(4)CTIP (Centre de Traitement de l'Information du PMSI) PMSI情報分析センター：PERNNSによって開発されたGHM分類に基づくグループソフトやフランス版のMinimum Data Set (MDS) であるRSS (あるいはRSA) を作成す

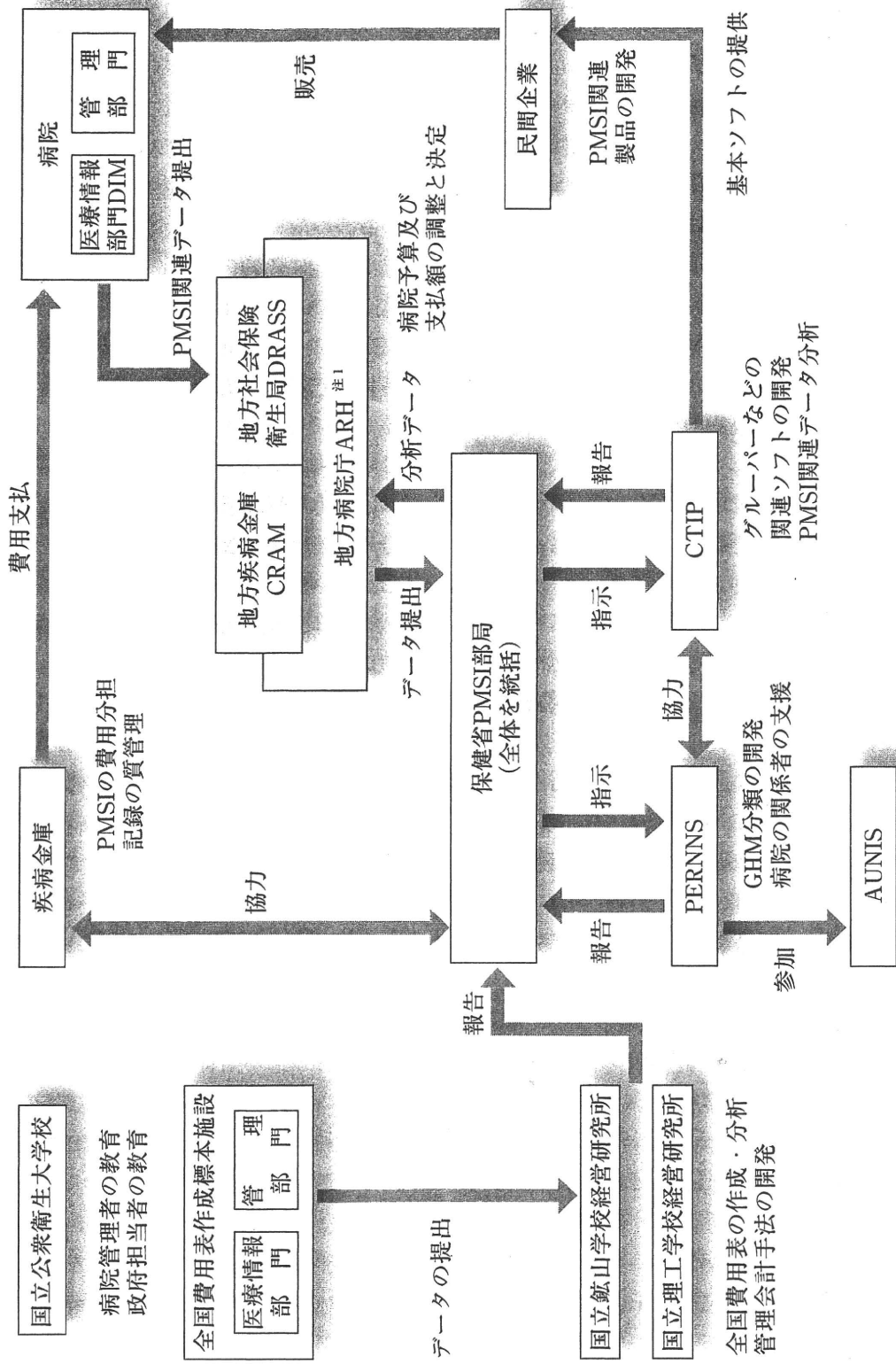
るソフトなどPMSIに必要なすべての基本ソフトの開発を担当している技術センターである。パリ第VI大学に併設されており、所長はパリ大学病院から出向している医療情報を専門とする医師 (M. Bensadon) で、その他常勤・非常勤の統計専門家・情報専門家が勤務している。業務としては、PMSI関連のデータ分析も行っている。

(5)Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines・Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique 国立鉱山学校経営研究所・国立理工学校経営研究所：これら2つの組織ではPMSIを用いた外部管理 (地方病院庁における施設に対する支払額の調整) や各施設における内部管理活動の基礎となる会計手法の開発や後述の全国費用表の作成及び分析などが行われている。

(6)ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) 国立公衆衛生大学校：公的病院において病院長になるもの及び管理にあたるものはENSPにおいて3年間の教育を受けなければならない。この教育においてはPMSI及び管理会計などの授業及び現場実習に多くの時間が割かれている。このようなトレーニングを受けたものが病院管理を担当していることが、1996年以降PMSIが急速に一般化した重要な要因であるといえる。また、政府当局 (中央・地方) でPMSI関連の業務に携わる医系技官 (公衆衛生監督医MIS) と社会保健活動監督官IASSもENSPにおけるトレーニングを受けた者である。さらに、ENSPでは病院の情報部門DIMの担当医師を対象とした生涯教育も行っている。

(7)DIM (Division d'Information Médicale) 医療情報部門：病院においてPMSIを担当しているのがDIMである。DIMの責任者は大学医学部で定められた研修を受けた医師である (現在は

図4 フランスのPMSIに関連する組織とその主な役割



疾病分類や医学用語に関する検討

注1：ARHはCRAMとDRASSの出向者が主体と なって組織されている。詳細は本文参照。

公衆衛生専門医がなるケースが増えている)。DIMでは院内の各診療科から提出される退院票をもとにコーディングが行われ、政府当局への提出書類(RSA)が作成される。後述のように医師が責任者であるDIMにおいてPMSI関連情報が集中的に管理されるシステムが確立されたことで、医師の守秘義務の問題が解決したことが、フランスにおけるGHM・PMSI一般化の重要な要因の一つとされている。

(8)CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) 全国被用者疾病金庫：被用者及びその家族を対象とした疾病金庫でフランス国民の約80%をカバーしている。疾病金庫はPMSIに関連する社会実験の費用を分担し、また地方レベルでは地方病院庁ARHを介してPMSIに基づいた病院との予算交渉などを行なっている。また、私的病院におけるコストデータ作成の社会実験に関しては、データの収集・分析も行っている。さらにPMSIのデータの質管理のためにDRASSやDDASSの公衆衛生監督医などとともに施設の監査も行っている。

(9)DRASS・DDASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales・Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) 地方社会保健衛生局・県社会保健衛生局：保健省の地方レベル・県レベルの出先機関で、公衆衛生行政、特に保健医療計画の策定や情報関連業務、保健医療施設の監督・監査などを行っている。公的病院サービス参加病院から提出されるPMSI関連資料はまずDRASSに送られデータの正確性の確認やISA指数(相対係数；後述)の割り当てなどがMAHOSというコンピューターソフトを用いて行われる。妥当性が確認され、集計されたデータは保健省で分析された後、DRASS及び地方病院庁ARHに送ら

れる。DRASS及びDDASSはARHに職員を派遣することで、当該地方の病院の予算及び1日当たり費用額の交渉に参加する。また、CNAMの顧問医と共同でPMSIデータの質の監督にもあたっている。

(10)ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) 地方病院庁：地方レベルで病院医療に関する財政を担当する独立行政法人で、保健担当大臣により任命された長官と、CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie: 地方疾病金庫)とDRASS・DDASSからの出向者により構成されている。PMSIのデータを基に管轄地方内の病院との総枠予算及び1日当たり費用額の交渉や、地方保健医療計画に基づいた施設の適性配置などを担当している。

以上がフランスにおける主なPMSI関連組織であるが、開発のコアとなっているのはMission PMSIとPERNNS及びCTIPが、保健省の内部組織であるMission PMSIで方針及びフォーマットを定め、他の2つの技術的な組織がPMSIに必要なツールを独占的に開発する体制となっている。また、病院におけるPMSIの運用がスムーズに行くためには、それに習熟した現場スタッフが必要であるが、事務側についてはENSPで、DIM担当医師については大学医学部で体系的に育成するシステムとなっている。このようにフランスにおけるDRG開発体制は非常に中央集権的なシステムとなっているが、その一方でアウトソーシングが広く行われている点も特徴的である。例えば、PERNNSもCTIPも保健省Mission PMSIの職員ではなく、リヨン病院連合やその他の公立病院あるいはパリ大学などとの契約により、職員をそれらの組織から出向させる形で運営されている。また、管理会計方式の開発などは国立鉱山学校などの教育・研究機関に委託している。このような形式は

限られた財源で効率的に事業を運営することを可能にし、また開発及び運営における情報の透明性を高めることに役立っている。

(2) 現行のPMSIシステム

ここでは現在のPMSIのシステムについて、全国費用調査対象施設の例をもとに解説する。まず、現行のフランスにおけるGHM利用目的はアメリカにおけるDRG利用目的とは異なっていることを理解しておく必要が有る。すなわち、フランスではPMSIに基づいた情報を用いて総枠予算額を決定することと各施設の内部管理での使用を目的としている。具体的なシステムの説明に入る前にフランスのPMSIにおける用語について説明しておく。

①PMSIに関連する用語の説明

(a)診療科要約票 (résumé d'unité médicale : RUM)

短期入院患者が診療科から退院する際に、入院期間や適用料金と関係なく、各診療科の医師が作成し、以下の情報が記載される(表1)。

- i. 主要診断ひとつ(必須) : 入院終了時に、「主要な医療・看護努力を動員する原因となった」と考えられる診断。
- ii. 付随診断(存在する場合、1~99項目まで可) : 二次的診断。治療負担を増加させた併発病因(既往歴、慢性疾患)、主要疾患やその治療に伴う合併症など。
- iii. 診断行為あるいは治療行為(1~99項目まで可) : 医療行為カタログ(CdAM)に記載された「分類行為」のみ必須。しかし診療分野によっては、分類行為以外も対象とすることは有益だと考えられる。(臨床医が自らの活動分析を行ったり、分類対象の行為を定期

的に見直してGHM分類方法を改良するために役立つ。)

(b)標準化退院時要約票 (résumé de sortie standardisé : RSS)

RSSは、1人の患者が1回の入院時に連続して受療した内科、外科、産科の一つあるいは複数部門のRUMをまとめたものである。アメリカのDRGシステムにおけるMinimum Data Setを模して作成されたものである。患者が入院期間中にひとつの診療科でしか受療しなかった場合は、RSSにはその科のRUMの情報だけが含まれ、RSSはRUMと等価になる。患者が同じ入院期間中に異なる診療科で受療した場合は、多診療科入院となり、各RUMが受療した順にRSSにまとめられる。具体的手続きについては③GHM分類のアルゴリズムに記載した。

(c)匿名化退院時要約票 (résumé de sortie anonyme : RSA)

RSAはRSSの情報から氏名や入院月日・退院月日(代わりに入院期間が情報として記載される)及び郵便番号(代わりにより広域の地区番号が記載される)等が除かれて、個人の特ができないようにしたものである。フランスにおいては個人情報保護規定が厳しく適用されているため、このような処理が病院内の医療情報部DIMにおいて行なわれる。

(d)総合活動指数 (indice synthétique d'activité : ISA)

全国から抽出したボランティア施設、公立病院、公的病院サービス参加病院(PSPH)の医療経済データを基に、各GHMのコストが求められており、これを普通分娩を1000点として相対化したものがISAである。アメリカのDRGにおける相対係数と同じ概念である。

表1 RUMの項目

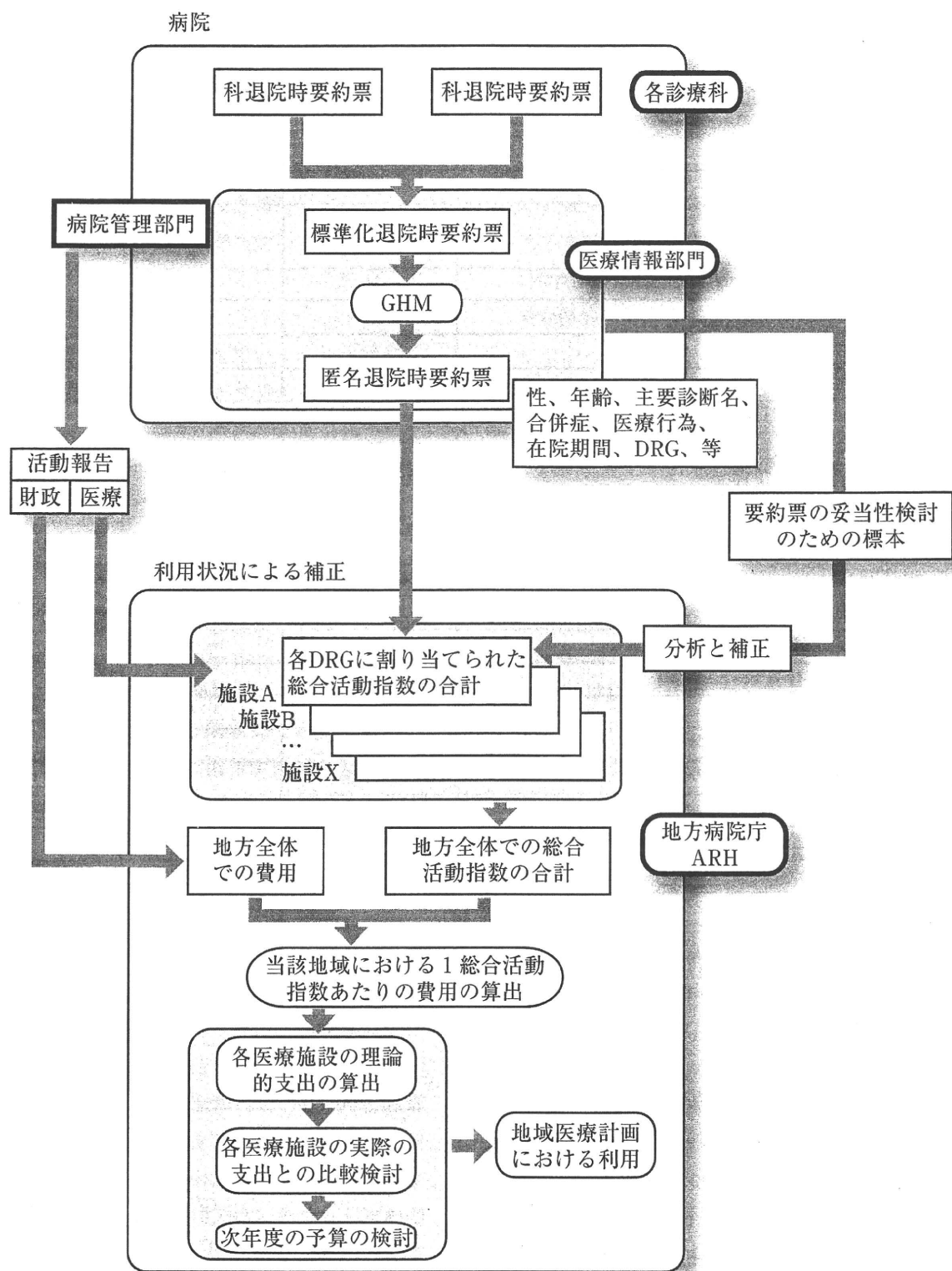
医療・社会施設の全国ファイルNo.	1 - 9	9	
RUMのバージョンNo.	10 - 12	3	
RSS認識番号	13 - 19	7	削除
生年月日	20 - 27	8	削除
性別	28	1	
診療科番号	29 - 32	4	削除
入院日	33 - 40	8	削除
入院方法	41	1	
移動元（入院方法が移動又は移送の場合）	42	1	
退院日	43 - 50	8	退院
退院方法	51	1	
移動先（退院方法が移動又は移送の場合）	52	1	
24時間未満の入院	53	1	
過去30日以内の入院	54	1	
住所の郵便番号	55 - 59	5	
出生時体重（グラム）	60 - 63	4	
療法回数	64 - 65	2	
専用区域	66 - 69	4	
本RUM内の不随診断数	70 - 71	2	
本RUM内の行為数	72 - 73	2	
主要診断	74 - 79	6	
蘇生科、集中治療における重症度の指数	80 - 82	3	
専用区域	83 - 85	3	
付随診断No. 1		6	
.....		...X 6	
付随診断No.n（99まで）		6	
行為No. 1		4	
.....		...X 4	
付随行為No.n（99まで）		4	

②RSSの作成手順

図5はPMSIにおける情報の流れを示したものである。まず、各入院ごとに各診療部門でRUMが主治医により作成される。各RUMは医療情報部門に提出され、そこでRSSが作成される。RUMをコード化するには国際疾病分類ICDと医療行為カタログCdAMの二つが用いられる。

CdAMは1985年に最初のものが保健省病院局内に設置された専門委員会で作成された後、随時改定されてきている（現在、この改定はPERNNSによって行われている）。医療行為の記載の際には、CdAMにしたがった医療行為コードの記載、医療行為の名称、ICR（相対コスト係数；後述）、そしてGHMの分類に用いられる医療行為の場合に

図5 フランスにおけるGHMの利用方式



はYを記入することとなっている。CdAMには次の二つの役割がある。まず第一のものは患者が入院中に行われた医療行為を同定することである。そして、第二のものは当該医療行為を行うのに要した資源量をICRによって示すことである。なお、このICRはIAM医療行為指数、IAS看護活動指数、ICRM医療材料消費指数の3つから計算される。CdAMは α 領域（診断及び治療行為）、 β 領域（麻酔行為）、 γ 領域（画像領域）、 μ 領域（放射線治療領域）、 ω 領域（救急蘇生領域）の5領域に区分されており、各領域ごとに医療行為カタログが官報により公表されている（CdAMの例について表2に示した）。医学の発展に応じてCdAM及びICRの改定作業が必要となるが、これらはすべて前述のPERNNSで行われている。ICDに関してはICD10が、1996年1月からは全国の参照コスト調査対象病院のすべて、1997年1月からは全病院で使用されている。

③GHM分類のアルゴリズム

図6はフランスにおけるGHM分類のアルゴリズムを示したものである。HCFA-DRGにおける分類ロジックとほぼ同一の仕組みとなっている。以下、その流れを簡単に説明する。

- ①在院期間による分類：24時間以内の入院であるか否か→24時間以内の入院であればCM24に分類される。
- ②24時間以内の入院である場合は、RSSに記載のある23の主要診断（CMD）に基づいて分類される。この場合、以下のようなアルゴリズムによって主要診断が決定される。
- ③ただ一つのRUMである場合はそれがRSSになるため、そこに記載のある主要診断がRSSの主要診断となる。
- ④複数のRUMがある場合は以下のアルゴリズムによって主要診断を決定する。

- i. 外科的処置を含むRUMが一つである場合、そのRUMの主要診断が当該RSSの主要診断となる。
- ii. 外科的処置を含むRUMがなく、複数のRUMがある場合、最も在院期間の長いRUMの主要診断が当該RSSの主要診断となる。
- iii. 同じ在院期間のRUMが複数ある場合には、最も最近のRUMの主要診断が当該RSSの主要診断となる。

⑤各RSSにおいて外科的処置が行われているか否かによって区分する。その際GHM分類に使用される医療行為コードを示すYの記載の有無がまず参照される。GHM分類に使用される医療行為がある場合は、当該入院は「外科的GHM」に区分される。一方、そのような医療行為が無い場合は「内科的GHM」に区分される。

⑥合併症・関連疾患（CMA）の有無及び年齢区分による分類：あるケースミックスにおいて、その75%以上の症例で入院期間を24時間以上延長させる合併症・関連疾患がある場合、それがGHM分類に用いられる。CMAの分類はPERNNSによって行われている。また、ケースミックスによっては年齢区分もGHM分類に使用される。

⑦分類過程において以下のような例はCM90（分類の誤りあるいは分類不能）に区分される。ここでは3種類の分類の誤りが区分される。

- i. 900：RSSにおける医学情報以外の記載の誤り
- ii. 902：ICDにない主要診断名や主要診断になり得ない記載のような不適切な診断
- iii. 903：主要診断の無いRSSのような医学情報の誤り

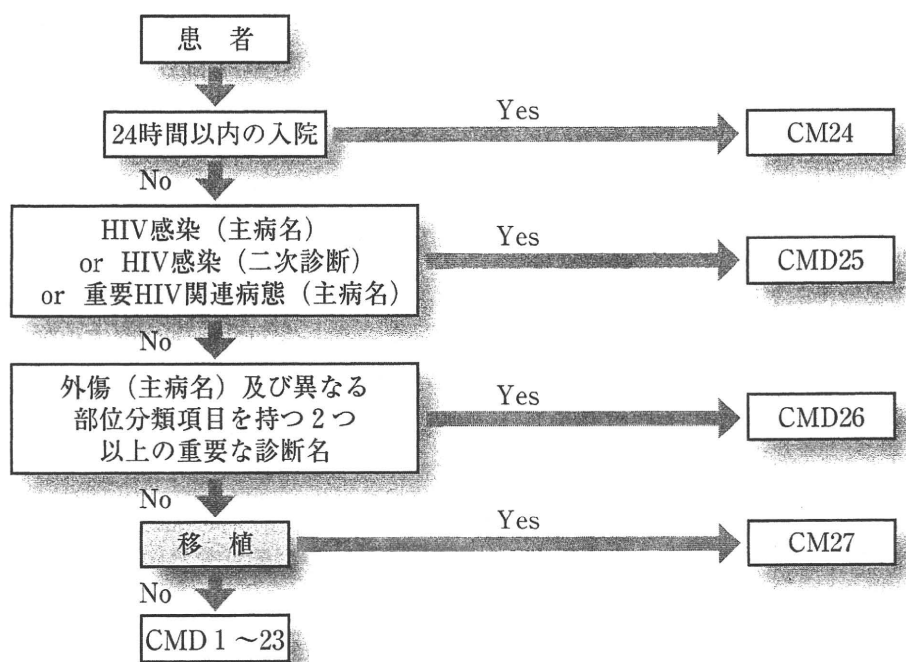
以上のような各GHMへの割付は各施設の病院情報部門DIMにあるグルーパーソフトによって自動的に行われる。フランスにおける最初のグルー

表2 CdAMに対応するICRの例 (α領域のみ)

CdAM (Catalogue des Actes Medicaux) 診療行為カタログ	ICR (相対コスト指数)
病床における標準的脳波測定	10
末梢神経及び神経節の経皮的バイオプシー	12
末梢神経及び神経節のオープンバイオプシー	12Y
良性疾患に対する胃全摘術	153Y
胃内視鏡によるポリペクトミー	25Y
バイオプシーを行わない胃内視鏡検査	17Y
バイオプシーを伴う胃内視鏡検査	20Y
バイオプシーを行わない大腸内視鏡検査	15Y
バイオプシーを伴う大腸内視鏡検査	16Y
急性虫垂炎における虫垂切除術	38Y
外痔核の処置	12Y
腎移植術	141Y
経直腸前立腺超音波検査	5
前立腺の外科的摘出	57Y
妊娠の確認及び経過観察のための超音波検査	6
子宮内搔把術による人工妊娠中絶	9Y
血液ガス検査	4
スパイロメトリー	11
気管支内視鏡検査	14Y
気管切除術	48Y
胸腺切除術	58Y
心電図測定 (12誘導)	6
負荷心電図測定	31
末梢穿刺による心血管・肺循の造影	29
カテーテル使用による右心室造影	40Y
カテーテル使用による左心室造影	40Y
大動脈管閉鎖術	171Y
バルーンカテーテルによる僧帽弁切開術	149Y
バルーンカテーテルによる大動脈弁切開術	160Y
心膜穿刺	50
心臓移植	240Y
股関節滑膜部分切除術	49Y
股関節置換術	76Y
乳房の経皮的バイオプシー	7
片側乳房全切除術 (リンパ節郭清なし)	29Y

Y：外科的処置を表す

図6 フランスのDRGにおける分類アルゴリズム



パーソフトはYale大学の開発したものを参考に国立病院施設センターCNEH（現在はCTIP）によって開発された。しかし、1989年からは病院情報に関する市場の発展を促すために、民間の情報関連企業がその開発を競う方式が採用されている。この際、開発者によって分類手法が異なると、本来の目的である施設間の比較等が公正に行われなくなるため、保健省病院局は以下の点について標準をさだめ、それを開発者が遵守することを義務化している。

①分類アルゴリズムとGHMの分類表

②複数のRUMから構成されるRSSにおいて主要診断を決定しGHMに分類していくグルーパー機能のプログラム

④GHMによる参照費用の算出

次に全国費用表作成参加施設におけるコストデータ作成の過程を説明する。標本病院となるため

には管理会計手法の十分な経験等の基準を満たしていることが求められるが、参加に関しては何ら強制的なものではなく、各施設の自主的な参加が前提となる。ただし、参加施設に対しては総枠予算とは別に、財政面での補助が提供される。対象施設におけるMCO（内科、外科、産婦人科の略：以下同様）領域における入院の費用の計算は以下の手順で行われる。

①標本調査の対象施設は各MCO入院に対して以下の費用を提示する。

- ・患者に直接配分する費用：義手・義足、インプラント、高額医療材料、血液製剤、高額医薬品、外部での医療
- ・入院中に行われた各医療サービスの経済的ウェイト（ICR、B、 ω ）
- ・入院中に利用した病棟ごとの日数

②各施設は同時に、各臨床部門及び検査部門に業務にかかる直接費用を計算する：医療職の給

与、看護職の給与、その他の職員の給与など。これにより各部門によって提供される以下のようなサービス単位の費用が算出できる：画像診断のICR、ブロックのICR、麻酔科のICR、機能訓練のICR、生物学的検査におけるICRなど。

- ③各施設はロジスティック部門（洗濯・リネン、給食、管理部門）及び施設構造（建築物の減価償却、金融費用、建築物の維持費など）に配賦する費用についても決定する。
- ④病院の入院費用は入院に関連する以下の各費用を合計することで得られる。
- ・患者に直接関連する費用
 - ・医療行為の費用
 - ・異なる診療科における入院に要した費用
 - ・給食、洗濯・リネン類、管理費用
 - ・建築物に係る費用

次に、コスト計算の具体的手続きについて以下の仮想例によって説明する。

入院費用の計算例（仮想例Y氏の場合）

- ①自宅で転倒して手首を骨折したY氏が、入院中に以下の医療行為を提供されたとする。

- ・救急部門を1日利用
- ・次いで外科部門に移され2日間入院
- ・手首骨折の外科的治療（外科ICR30ポイント、麻酔科ICR50ポイント）
- ・B850ポイントの生物学的検査
- ・ICR6ポイントの放射線科学的検査
- ・1500フラン分の薬剤を消費
- ・他の施設におけるCT検査。その価格は1000フラン

- ②当該年度の施設の活動概況は以下の通りであったとする。

- ・救急部門：延べ1000日分の利用が有り、その費用は800,000フラン。すなわち、1日当たり800フラン。

- ・外科部門：延べ3000日分の利用が有り、その費用は3百万フラン。すなわち、1日当たり1000フラン。

- ・外科的医療行為については125,000ICRあり、その費用は10百万フラン。すなわち、1ICR当たり80フラン。

- ・麻酔については150,000ICRあり、その費用は7.5百万フランであった。すなわち、1ICR当たり50フラン。

- ・放射線科については200,000ICRあり、その費用は10百万フランであった。すなわち、1ICR当たり50フラン。

- ・検査については2.5百万Bあり、その費用は3百万フランであった。すなわち、1B当たり1.20フラン。

- ・MCO部門においては延べ20,000日の入院が有り、

- a.洗濯・リネン類の費用：1百万フランで1日当たり50フラン。

- b.給食費用：1.5百万フランで1日当たり75フラン。

- c.その他の管理費用：5百万フランで1日当たり250フラン。

- d.建築物に係る費用：2百万フランで1日当たり100フラン。

- ③以上のデータを基にY氏の入院費用は以下のように計算される。

800（救急部門）×1（日）+ 1000（外科部門）×2（日）+ 80（外科ICR単位費用）×30 + 50（麻酔ICR単位費用）×50 + 1.20（検査B単位費用）×850 + 50（放射線科ICR単位費用）×6 + 1500（消費医薬品）+ 1000（他施設CT利用費）+（50（MCO1日入院当たりリネン費用）+ 75（MCO1日入院当たり給食費用）+ 250（MCO1日入院当たりその他管理費用）+ 100（MCO1日入院当たり建築物関連費

連邦政府と各州との間の審議ではこのほか、本協定の有効期間中常に活動およびプロジェクトを支援すべき分野に関して合意をみた。これは、充実度管理措置が必然的に少なくとも中期的ないし長期的費用削減をもたらすという確信の下に行われたものである。これを保障するため、このプロジェクトを付随する経済的評価に一括する。

3. 保険制度に重要な意味をもつ情報通信技術の支援（第7項）

保険制度はさまざまな理由から次第に大きな選択を迫られつつある。治療法の進歩は同時にスタッフの業務および費用の増大をもたらし、慢性疾患／複合疾患患者および高齢者の割合を増大させるものである。このため、同時にそれ以上の充実および革新をはかり、費用増大に歯止めをかけることが課題となる。

患者重視型の情報通信技術を合目的に導入すれば、以下のことに寄与するものと考えられる。

- － 医療提供の充実度を保障ないし改善する。
- － さまざまな医療提供面の間で患者の看護をこれまで以上のかたちで調整する（総合型診療）。
- － 保険制度の有効性および効率を高める。

しかし、情報通信技術が保険制度でよい方向に働くためには、あらゆる関係者がこれまでの障害を取り除くことに寄与し、改善の余地のあるあらゆるものが成果を生むように総合的な取り組みに着手する必要がある。そのためには、健康管理面のデータ交換の枠組を確立、維持することが必要である。それは、個々の関係者の可能性を超え、そこから連邦社会保障世代省が設置ないし開始すべき組織および措置である。

ネット社会の保険制度における健康管理面のデータ交換を考えると、データ保護という側面のほかに、データの機密性保証の問題がある。保険制度の情報交換にとってこのデータの機密性という概念は、特に技術水準に応じた暗号法の使用によりデータの漏洩を防ぐというものである。データの不法な閲覧または改変がないよう十分に保護するには、デジタル信号の使用が有効である。このほか、通信内容が第三者によって再現されたり通信相手の素性が知られることがないようにする予防措置を講じる必要がある。

市民および患者の権利に関しては、最新技術の投入ないし活用によってさらに強化できるものであるかぎり、－現行の標準に立脚しながら－検証していくことになる。

4. 州基金の拠出金の算定（第 11～13 項）

州基金の財源は以下のものから成る。

- a) 構造基金の拠出金
- b) 各州の拠出金
- c) （特別連邦法に規定する比率に応じた）市町村の拠出金
- d) オーストリア社会保険運営者主連盟の拠出金（主連盟に加盟する社会保険運営者の拠出金算定）
- e) （州法に規定する比率に応じた）その他の財源
- f) 保険－社会問題助成法（GSBG）による連邦政府の財源

a) に対する構造基金の年間分担額

	<u>2001 年度</u>
(1) 消費税収入の 1.416%	3,253,968,000.--
(2) その他の財源	3,330,000,000.--

b) に対する各州の年間分担額

(3) 消費税収入の 0.949%	2,180,802,000.--
-------------------	------------------

c) に対する市町村の年間分担額

(4) 消費税収入の 0.642%	1,475,316,000.--
-------------------	------------------

d) に対する社会保険運営者の年間分担額

(5) 1999 年度州基金への給付予定の額を暫定的に採用する 社会保険運営者の 2001 年度仮算定額	41,200,000,000.--
(6) 1996 年 12 月 31 日現在有効の法律による社会保険分野の 費用分担に基づく 2001 年度仮算定額	450,000,000.--

f) GSBM に基づく財源

(7) GSBM に基づく財源	16,200,000,000.--
-----------------	-------------------

翌年度の社会保険の算定については、一疾病保険運営者の分担金徴収額の増大に応じて一正確な算定規定の取り決めに含める。

以上の分担額から 2001 年度の暫定的総額は以下のようなになる。

構造基金	6,583,968,000.--
各州	2,180,802,000.--
市町村	1,475,316,000.--
社会保険	41,650,000,000.--
連邦政府	<u>16,200,000,000.--</u>
	68,090,086,000.--

各州には、これまで州で病院の経営破綻を補償するのに使われてきた財源についても、州基金に繰り込む可能性が残されている。したがって、現在の仮算定額は、オーストリア全体として将来給付重視型病院財政支援に向けて調達できる最小額である。

各州は、州基金（場合により経営破綻補償財源を含める）の財政支援分を連邦全域で一様に定めることや、連邦全域にわたって統一された LKF-中核分野に基づいて州基金財源を優先的に配分することに、必ずしも拘束されるわけではない。しかし、各州はその州基金の規定の範囲内で会計検査院の視察を想定した基準および推奨事項を考慮したい意向をほめかせている。

5. 給付重視型病院財政支援の実施（第 18, 19 項）

1997 年 1 月 1 日を以って、給付重視型診断別一括支払い（LKF-制度）に基づき、州基金から財政支援を受ける全病院に導入された給付重視型病院財政支援制度は、本協定の有効期間中、これまで有効な法規定に基づいて続行する。LKF-決算にかかわる目標設定はすでに本協定に組み込んである。今後の改革措置としては以下のことを達成することが必要である。

1. 費用および給付内容の全面公開
2. 長期的にみた費用増大の抑制
3. 財源活用の最適化
4. 医学的観点からの必要度に応じた入院期間の短縮および通院回数の低減
5. 不必要な複数給付の低減
6. 医学的、総合経済的に妥当な給付の外来分野への移行
7. 必要な構造改革（緊急ベッド解体など）

8. 健康保険政策の策定および管理措置に、オーストリア全域に一様かつ管理の容易な手段

連邦政府と各州はさらに、2002 年末までに外来部門の特殊機能分野および特殊給付分野（たとえば透析、化学療法、放射線療法など、特別な組織を必要とし、費用のかかる特殊給付）についても、財政支援一括払いによる決算制度を開発することで合意した。遅くとも 2003 年 1 月 1 日までに構造委員会の決定ののち、この財政支援の考え方を連邦全域または地方の規模で草分け的プロジェクトのかたちに取り換えることになる。

6. 計画策定および構造改革の財政支援、構造改革の作業グループ、臓器移植制度振興
(第 20, 21, 22 項)

特に病院の入院緊急分野の負担軽減をもたらす構造改善措置となる計画策定および構造改革の財政支援については、各州は州基金の面では今後も引き続きこれまでの比率（州基金に使用できる財源の最大 5%）で財源を使用することができる。

構造基金の面でも同じく、現行のプロジェクト作業（特にオーストリア保険制度計画の拡大発展、LKF-モデルの整備／拡大発展、現行の資料整備システムの拡大発展）を続行し、新たな協定内容に追加された重点的課題（特にオーストリア保険制度の充実度管理制度の拡大発展／構築、異種保険間調整のプロジェクト、病院外来の控除制度の制定作業）に着手するため、引き続き計画策定および構造改革の財政支援の財源に 3000 万シリング（超過需要が生じた場合には最大 5000 万シリング）を充当する。

連邦政府および各州が構造委員会の場で設置した作業グループは、構造基金および州基金の面で財政支援するプロジェクトを決定し、これに付随する経済的評価およびそこから生じる構造変革の経過観察ならびに評価の実行に着手する。

オーストリアの臓器移植制度を支援するため、新しい協定でも最大 4000 万シリングの財源を予定している。

臓器移植制度振興のため、これまでの措置と並んで特に「地方臓器移植専門部」を設置し、これを全オーストリアに移行する。諸外国の経験および連邦州ザルツブルク州、オーバーエステライヒ州での草分け的プロジェクトの経験は、集中治療室との直接連絡を中心課題とするこのような「地方臓器移植専門部」によって、必要な臓器移植医療給付の維持および拡大をもたらすことができることを示している。

7. 既存の資料整備法の踏襲および拡大発展と、これ以外のデータの作成（第 23, 24 項）

保険制度の監視、分析および拡大発展のため、さらには給付重視型の算定制度の拡大発展のため、将来においてもオーストリア保険制度に合目的な資料整備法が不可欠である。

8. 諮問／制裁機構の続行（第 28, 29 項）

諮問機構および制裁機構はこれまでのかたちで維持する。このため、連邦政府と各州との合意の下で決定した計画および諸条件に大きく抵触した場合、各州または州基金が計画または諸条件にかなう状態の回復に必要な措置を取るまで、これまで通り構造基金が連邦政府からの財源のうち州相当分 17 億 5000 万シリングを差し止める。この制裁機構は、連邦政府と各州との合意の下で体系的充実度管理作業の確立のために協定した構造的諸条件および枠組条件に抵触した場合にも及ぶものである。

9. 国内の在留外国人患者および外国での請求資格、外国での医療

これまでの協定で取り決めたように、本協定の有効期間においても、在留外国人については、州基金の支払額を超える補償金は支払わない。

外国での請求資格および外国での医療費の算定に関する規定についても前協定と変わるところがない。

II.

特記事項の部

第 1 項

15a B-VG に基づく協定の当事者は連邦政府および各州である（B-VG-Novelle, BGBl. No. 444/1974）。

15a B-VG に基づく協定は一組織変更に関する 15a B-VG-協定を除いて一資格に関する変更をもちこまない。15a B-VG の条項に基づく協定に関する審議および協定の実施にあたっては、規約に関して管轄領域にある当事者が専門家の意見を仰ぐことは各当事者の自由裁量とする。

第2項

財政支援を受ける病院運営者の範囲（基金対象病院）は1996年に病院共同作業基金の助成金を受けていた病院に限定するものとする。この病院の範囲は、保険制度および病院財政支援の改革に関する15a B-VGの条項に基づく協定により、1997年から2000年までに財政支援を受けた病院と一致する。新たな病院がこの範囲に加えられるには、基金対象病院との合併契約が成立した場合に限られる。この点で、連邦法でも公立病院間の合併契約ができないようにする可能性を追求している。

第3項

(1)

地方で決定した計画は、医療提供者（たとえば病院）の枠組を出発点としている。最先端医学の医療（高度な技術を必要とし費用のかかる医療）については、州優位の計画を策定する。

充実度基準の決定はこの場合、多段階方式を取り、連邦全域にわたる原理から出発して、州独自の細目を定める。

(4)

2001年1月1日以降のオーストリア病院－大型医療機器プラン（ÖKAP/GGP）の見直しで組み込まれた給付提供プラン（LAP）には次の2つのレベルがある。

各専門分野別にみた給付提供計画策定（LAP）

LAPの計画策定の原則は給付の妥当性、充実度および効率である。そのさい、地方全域の住民にできるかぎり均一な給付は、病院の構造的設備ないし専門分野に基づいて医療給付のあり方を区別（「医療給付に等級を設定」）するよう推奨するかたちで実現することができるものである。2001年1月1日以降のÖKAP/GGPの見直しでは、LAPに整形外科、災害外科および泌尿器科のような専門分野を組み込んだ。病院での専門分野別医療提供実施の尺度は、構造充実度およびそれによって間接的に病院固有の給付指定によって異なるが、この尺度について専門分野別に分野独自の給付範囲を作成した。給付範囲にはそれぞれの専門分野に割り当てられた給付がすべて含まれ、域内保険給付のレベル（総合部門、個別部門／専門医療センター）に応じて区別される。ここで、集中治療部の存在は給付提供の構造充実度をはかる中心的な指標であると定義する。医療提供レベルに割り当てる専門分野別給付範囲は、病院への給付提供指定割り当てに対して連邦全域に共通の基盤をつくるものであり、ガイドラインのかたちで取り決めるものである。これは目標とする構造に応じて病院の医療提供計画策定の基盤となるものである。

(選択的給付領域の) 詳細な給付提供計画策定

特殊で複雑なものを利用し、そのために高額の(先端の)医療を必要とし、構造的な前提条件に該当する給付施設の定義および選出を目的とする。かかる医療提供を実施できる施設は少数であるため、超地方的な(連邦州の境界を超えた)計画策定と調整が必要である。2001年1月1日以降のÖKAP/GGPの見直しでは、給付提供計画の策定の対象となる領域として、腫瘍患者の看護、骨髄移植、核医学治療、心臓外科、小児心臓病科、肝移植、腎移植、脳卒中集中治療室、新生児医学および慢性血液透析が挙げられる。詳細な給付提供計画策定の前提条件は、構造充実度基準に義務を定めたガイドラインを決定することである。

2001年のÖKAP/GGPで取り決めた専門科、専門医療センターおよび(地域に配置した)デイケアセンターのかたちでの域内看護の新しい組織形態は、肺病学部門のほか、専門センターおよび地域デイケアセンターの場合には、2001年のÖKAP/GGPで取り決めた施設で、かつ評価の対象となっている草分け的プロジェクトのかたちでのみ導入するものとする。

(6)

オーストリア病院-大型医療機器プランで各州に想定されている患者収容能力(たとえばベッド数)はあくまで最大限に見積もった数値である。これに対して、構造の充実度基準(たとえば、最小病棟規模、フタッフの資格など)に基づいて行われる量的、質的決定は最小必要条件であると理解されたい。

第6項

15a B-VGの条項に従って本協定に採用した決定の目的とその方向性は、連邦政府と各州のほか諮問委員のかたちでの関係者(たとえば医師会、特定宗派の病院)の間であらかじめ、財政支援額の調整をはかるなかで取り決める。連邦政府と各州はこのため、患者重視、透明性、効率および経費削減を基本とする全オーストリア充実度管理システムの発展に一致した立場をとることを(1)に明記している。

患者重視(快生度を最大にするという意味)とは、該当する患者の個人的な生活状況ないし治療介入の効果が治療決定の中心にあるということの意味する。患者重視の根底には、総合的な充実度の理解がある。充実度はあらゆる業務および専門領域との共同作業で実現しうるものである。

透明性とは、たゆまない充実度改善の基盤として、医療給付およびその結果を常時体系的に点検、記録および分析することを意味する。

効率。充実度管理業務は、患者および共同作業者の重視を考慮にいれて給付提供の効率向

上の原則に従うべきものである。効率向上は特に一定のインプットの下でのアウトプットの改善に対して行う必要がある。

経費削減は質量ともに最高の財源投入によって達成するべきものである。定期的に財源の使用状況を点検する必要がある。

連邦政府と各州は(2)に、全連邦に共通の原則と基準、その変更は必ず協議の上取り決めることを規定している。

このため、(4)には第29条(2)に基づく制裁機構が意図されている。

この制裁機構は、充実度管理作業を合意の下で進めることができる連邦政府と各州の意図に由来するものであり、運営面ないし充実度改善のための個々の手段を問題にするのではなく、構造的な前提および枠組条件の変更を制裁の対象とするものである。

(3)に挙げたテーマは、本協定の有効期間中その都度作業を補強し、経済的評価を添えるものとする。

第7項

(1)

最新技術の開発および利用が急速に進んだことは、健康保険に新しい可能性を開くものである。技術の開発によって生まれた可能性は、連邦政府と各州とが足並みを揃えて適切に対応することにより技術導入に伴う付加価値が高まるという認識をもたらした。連邦政府と各州はEUの組織や関連の国際組織に身を置きながら、その出発点として、健康保険の「情報通信技術」(遠隔通信のTELEと情報科学のMATIKとを組み合わせるTELEMATIKとした造語である)の領域に採用されるべき措置を、絶えず観察の目を光らせてこの領域の開発状況との調整をはかるかたちで実現していかなければならない。

この決定に基づいて採用する措置を変更する場合には、(1)に記載の以下の設定目標を指標にするものとする。

- － 医療提供の質的改善
- － 相乗効果の獲得
- － 国際的試みとの調和

(2)

連邦政府と各州はこの設定目標から出発し、(2)に新しい技術を集約的に利用する可能性を予見している。しかし、保険制度の現行の構造および発展状況をめぐって包括的な問題

に配慮する必要がある。特に、技術導入が保険制度の基本原則を支え、その拡大発展に適切に寄与することが大前提である。その意味では、連邦全域に共通の措置として、特に双方向情報通信および連帯意識のある世論形成の方法と機構を開発する必要がある。さらに、経験の交換を促進するための議論の基盤を整備する必要がある。そうすることによって、さまざま技術と組織化の現実、さらには健康保険の地方分散化に最も適した形で対応することができる。

(3)

保険制度への技術導入の基本的な利用効果が、医学的知識を駆使し行政管理に活用することから生まれるという事実を鑑み、(3)には連邦政府と各州がこの領域で重点的に活動する内容を規定した。

技術を導入し、そこにひめられた可能性を汲み尽くすのに重要な意味をもつ因子は、あらゆる面での通信の強化および拡大である。そのための前提となるのが、連邦政府と各州が通信網のインフラ構築に共同で取り組み協調をはかっていくことである。この点に関しては、技術的観点からは論理的（公開）通信網（Z1）の現行のインフラないし急速に拡大発展しつつあるインフラの上に構築するべきであるという統一見解がある。こうすることによって、既存の地域ないし地方の通信網を統合するのを容易にするばかりでなく、経済的目的にそぐわない結果が偶発的に生じるのを避けることができる。通信網構築の分野では、個別の保険ネット（イントラネット）の経費集約性の国際比較が重要となってきた。社会保険がチップカードを導入したことは、医療提供者にも一般市民にも妥当な算定を可能にするものであり、組織内の処理をムダのないものにするものであった。

情報通信技術は、連邦政府と各州との理解するところによれば、一般的な通信促進をはかるだけでなく、医療提供の充実度に新しい次元を開くものである。時代または必要に応じた社会保障の提供、技術導入による行政管理業務（Z2）の簡略化に患者情報を最大限に利用することは、あらゆる面で健康状態に応じた医療が受けられる状況に近づけることでもある。さらに、効率を改善の道を開くばかりでなく、社会保障の最適化への道を開くものでもある。

連邦政府と各州は技術導入による知識と経験の伝達強化に重点を置いており、これにはさらに専門別情報伝達システム（Z3）の自由化とその利用に関する合意が必要である。これに関連して最新技術が提供する可能性は、多くの専門分野では医学知識の「半減期」が2年を割っているという状況からも推し量れよう。さらに、連邦政府と各州はEUの措置ないしEUの措置と国内の意図との調整の必要性を考慮に入れる必要があった。その好例として、EUの活動計画の一環である典型的な方法（ベストプラクティスモデル）の統合および拡大のほか、疫学ネットワークの設置が挙げられる。これとよく似たEUへの統合プロジェクトにはさらに、この領域のEUの新しい活動プログラムに公衆衛生（2001-2006）が予定さ

れている。

(4)

情報通信技術の利用だけでなく、もう一方では医学的知識の急速な発展により情報量が飛躍的に増大したことによって、利用価値の高い患者データの利用は大幅に増大し、将来はさらに指数的な増大が予想される。組織内に（ウイルスの問題に代表されるような）感染伝播の条件があることは、一施設の問題にとどまらず、安全面の問題として国家単位の重要な問題である。現在では、個人データが売買されるような事態も再三発覚している。連邦政府と各州は一般市民の個人情報の保護についても同じ比重で改善することをきわめて重要な課題としている（(4)）。このためには何よりもまず、現行の法的手段、具体的にはデータ保護法を援用する必要がある。これに関して連邦政府と各州は異口同音に、患者データ使用の目的を制限することは、それぞれの立法機関の守備範囲に含まれるという解釈を示している。しかし、連邦政府と各州は、保険制度における技術の発展が患者の個人情報に及ぼす影響の問題に、法的手段だけで対応するのは十分ではないと考えている。むしろ、技術そのものの領域で両脇を固める手段と情報関連業務刷新による順応策とによって、法的措置を補完する調整案を採用するに到った。このため、安全性確保に必要なインフラの構築、解体と並んで、技術設備の領域での再投資ないし新規の投資についても、データ保護の有効性を評価することとなる。一般市民の情報利用水準は、たとえばデータ伝送の組織化の進展という枠内で、データ取り扱い行程の透明さを高めることによって引き上げることができるものである。このほか、たとえば情報権や訂正要求など、他のデータ保護原則の援用ないし拡大を断固実施する必要がある。

第 11 項

会計検査院は州基金の会計検査の過程で、州基金の一部は実質的に連邦政府と社会保険の財源によってのみ成り立っており、病院の運営赤字の補填する財源を州基金に組み入れる可能性についてはこれまで手をつけてこなかったと、批判的にコメントした。

本協定の審議の過程で、各州の代表が会計検査院の批判は個々の州立法の手続きの枠内で考慮する用意があることを伝えた。

第 13 項

(1)

2001 年度に向けての暫定的総額 412 億シリングは以下の方法で確保した。

1999 年の最終総額 386 億 7730 万 6568.29 シリングに、1999 年から 2000 年にかけての暫定的増分を 3.00% と評価してこれを加えた。

上の方法で得られた 2000 年の暫定的総額に、2000 年から 2001 年にかけての暫定的増分を 3.30%と評価してこれを加えた。

以上の計算によって得られた額を 100 万シリングの単位に四捨五入した。

(2) および (3)

連邦政府と各州は本協定の枠内で、社会保険運営者から州（州基金）に給付される暫定額および最終額の増額において以下の収入は考慮しないことに合意した。

1. 家族親類のための追加保険料からの保険料収入
2. 追加年金給付の疾病保険保険料からの保険料収入
3. 病院法 § 27a に基づく費用分担額の増分からの収入
4. 治療保険料—外来からの収入

このほか、何らの予期せぬ保険料収入の増分があった場合には、社会保険から給付される保険料のスライドに合算する問題について、連邦政府と各州との間で話し合いをもつことに合意した。

第 21 項

(1) および (2)

財政調整交渉の過程で、連邦政府と各州は健康保険制度の構造変革に定常的な作業グループを設置することに合意した。このため、この契約の転換にあたって、構造委員会の枠内で本協定の調印者（連邦政府と各州）が構造変革の作業グループを設置し、この作業グループがオーストリア保険制度の構造変革およびその影響の問題を取り扱うこととなる。この作業グループは必要に応じて連邦政府と各州との合意の下に、計画策定と構造改革のための財源から財政支援を受けた構造基金および州基金のプロジェクトを調整し、その効果を評価する。この作業グループのメンバーについては、連邦政府と各州との間で調整をはかるものとする。

(3)

個々のプロジェクトには、プロジェクト運営グループを 4 人の委員から構成することができる。ここで、プロジェクト運営グループには連邦政府から 2 人、各州で調整するかたちで州側から 2 人を指名し、以上の 4 名で構成することに合意した。

第 22 条

臓器移植制度の振興はこれまでのものと異なり、一定の保険料という条件や決まった施設

に収まるものではなく、プロジェクトとの関連で実施すべきものである。振興の対象とする医療ないし医療提供の具体的な内容は、専門委員会（臓器移植審議会、オーストリア骨髄移植ならびに臓器移植制度拡大発展のための BMG § 8 に基づく委員会）の発案により構造委員会が決定する。

臓器移植制度の振興には年間最大 4000 万シリングを調達する。毎年の財源投入については各年度の決算を記録し、その効率を評価する。

第 23 項

連邦政府と各州は本協定の枠内で、2001 年 1 月 1 日を以ってオーストリアの全病院に診断コード ICD-10 を診断記録の指標として導入する義務を課し、外来領域では遅くとも 2001 年 7 月 1 日より統一の診断－医療記録を試験的に導入する。このほか、1978 年以来、病院で実施されている病院－経費算定業務を現状に合わせて修正し、拡大発展させるという合意も存在する。ここで、病院間での情報需要の変化に応じることができるデータを提供できるようにこの情報－報告制度を適応させると同時に、病院内費用算定システムの形態に十分な柔軟性をもたせる必要がある。この作業は本協定の有効期間中に完了し、病院に移行することになる。

第 26 項

患者の関心事をさらによく考慮するため、患者弁護団の総代表を構造委員会の新しい委員に加える。さらに、特に外来領域に重点を置いて必要な構造変革を実施するという本協定の取り決めに呼応して、構造委員会の委員に医師会が選出する委員を加えて拡大する。

本協定では、体系的な充実度管理作業および保険分野の情報通信のような新しい領域を加えたことにより、それに伴って構造委員会の課題も広い範囲に及ぶものとなった。

第 29 項

(2)

この規定では、制裁機構に対して本協定の第 12 条 (4) Z4 の規定によりさらに 17 億 5000 万シリングを予定する。

これによって、制裁機構には、1997 年から 2000 年にかけての保険制度および病院財政の改革に関する 15a B-VG の条項に基づく協定に匹敵する額の財源が予定されることになる。

この制裁機構はこれを以って、連邦政府と各州との間で合意に達した体系的充実度管理作

業を確保する構造的前提および枠組条件が遵守されない場合に活用されることになる。

第 32 項

(3)

この規定に 2001 年の予算として掲げた現行の数字、6764 万 1000 シリングは、以下のよう
に算出したものである。

1999 年度の最終額 6357 万 3163 シリング 20 ペンスを基準に、1999 年から 2000 年にかけて
の増分を暫定的に 3.00%として評価した。

こうして算出した 2000 年度の額を基準に、2000 年度から 2001 年度までの増分を暫定的に
3.30%として評価した。

こうして得られた額を 1000 シリングの単位に四捨五入した。

保険制度および病院財政支援の構造改革に関する 15a B-VG の条項に基づく協定の付随的取り決め

(1) 病院制度において他の地域団体に直接財政負担となる連邦政府の法律および政令は、州政府およびオーストリア都市同盟のほか、オーストリア地方自治体連盟の同意を得た場合にかぎり、可決、公布または変更することができる。EU の法律を導入するのに必要な法規定および連邦財政法は、このかぎりではない。

(2) 病院制度において他の地域団体に直接財政負担となる各州の法律および政令は、連邦政府およびオーストリア都市同盟のほか、オーストリア地方自治体連盟の同意を得た場合にかぎり、可決、公布または変更することができる。EU の法律を導入するのに必要な法規定は、このかぎりではない。

2002年1月1日現在、ÖKAP/GGP 2001における健康管理施設の構造充実度基準

オーストリア健康管理業務の構造充実度改善を確保し、連邦全域に一律な充実度確保をめざし、オーストリア病院－大型医療機器プラン（ÖKAP/GGP）2001の計画策定作業の過程で、一連の健康管理業務の領域に構造充実度基準を作成した。

構造委員会はこれに基づいて、2002年1月1日付 ÖKAP/GGP 2001の制定との関連で使用できるようにした**構造充実度基準**を可決した。この構造充実度基準には目下、独自の拘束力があり、それを以下に簡単に述べる。

ÖKAP/GGPの計画策定対象になっている健康管理施設に対しては、この構造充実度基準は方針決定の指針として使用し、保険制度のなかでオーストリア全域の充実度管理業務の一環とする。

構造充実度管理基準の以下のガイドラインは、2002年1月1日現在、オーストリア病院－大型医療機器プラン（ÖKAP/GGP）2001第2章において取り消すことができる。

通常看護領域－域内医療提供の新しい組織形態

- ・ 専門科
- ・ 専門医療センター
- ・ デイケアセンター

構造充実度基準は2001年1月1日以降 ÖKAP/GGPに含まれている。ÖKAP/GGPの先導となった新しい医療提供分野に関する対応の規定との関連で使用できる。

通常看護領域－特殊医療提供領域

- ・ 急性老年医学／リモビリゼーション
- ・ 緩和医療
- ・ 精神身体医学および精神治療のための精神身体医学センターおよび専門科
- ・ 精神科の一般病院への分散

構造充実度基準は2001年12月、構造委員会によってその内容が可決された。ガイドラインの導入は漸次実施するか、ないしはその導入の方法を構造委員会で決定する。これは今後、対応する医療提供組織を認知する大前提となるものである。

集中治療領域（新生児学を含む）

- ・麻酔学
- ・学際分野
- ・内科学
- ・神経学／神経外科学
- ・小児－青少年医学
- ・新生児学

構造充実度基準は 2001 年 12 月、構造委員会によってその内容が可決された。ガイドラインの導入は漸次実施するか、ないしはその導入の方法を構造委員会で決定する。以上実現の運びとなったガイドラインは、ÖKAP/GGP '99 の「集中治療センターの推奨標準」を補完するものであり、現在の理解では当面は「従来通り」推奨事項として位置づける。

給付提供計画策定および大型医療機器計画策定の詳細

- ・腫瘍学領域の医療提供
- ・骨髄移植
- ・核医学治療入院ステーション
- ・心臓外科
- ・小児心臓病学
- ・肝移植
- ・腎移植
- ・脳卒中治療室
- ・血液透析センター
- ・心カテーテル
- ・放射線治療

構造充実度基準は 2001 年 12 月、構造委員会によってその内容が可決された。ガイドラインの導入は漸次実施するか、ないしはその導入の方法を構造委員会で決定する。これは今後、ÖKAP/GGP の先導となった新しい医療提供分野に関する対応の規定との関連で使用できるものであり、対応する医療提供組織を認知する大前提となるものである。

専門分野を基準にした給付提供計画策定－専門別医療給付範囲および構造充実度基準

専門分野内でさらに段階をつける医療提供は

- ・整形外科

- ・災害外科
- ・泌尿器科

以上の科についてが 2000 年 12 月、構造委員会によって公布され、2001 年 1 月 1 日以降、ÖKAP/GGP の該当する専門分野に関する規定との関連で使用できる。

2001 年 12 月に実現、補完され、

- ・眼科
- ・頭頸部、耳鼻咽喉科

について拡大された専門分野は、構造委員会によってその内容が可決された。

このガイドラインは、該当する専門科、専門医療センターおよび地域分散型デイケアセンターに関して現行の枠内で、2002 年 1 月 1 日以降、ÖKAP/GGP の該当する専門分野に関する規定との関連で使用できる。

専門部門については、給付範囲およびこのガイドラインの前バージョンですでに有効であった規定（災害外科領域でのショック治療室チームの該当する急性医療提供ならびに行為、泌尿器科領域での該当する病理組織学的所見）を、このガイドラインの現行の枠内では ÖKAP/GGP のとの関連でさらに引き続き実施することができる。このほかの規定を導入する方法は、構造委員会が可決する。

保険分野の情報通信

保険制度は、2万を超える部署で稼動するサービスをかかえ、手続き、資格なども非常に多様であり、オーストリアでも産業界から情報産業界に拡大発展させる要のセクターとなっている。特にEUの措置は、たとえば最新の情報通信技術の導入によって社会の未曾有の変化に直面し、それによって保険制度の大きな変化に直面した拡大ヨーロッパとの関係から、予感されたものであった。

特に国際的枠組においては、「医学分野の情報」、「保険分野の情報通信」または「遠隔医療」に関する問題提起が、重点的研究活動および技術開発のほか標準化の対象となるものである。この点で、European Health Telematics Observatory をみれば良好な展望が得られる。

これと並行して重要な市場が出現し、医療提供の現場には早くもこれに関連した方法および製品がみられるようになってきている。これには期待（治療充実度の高さ、合理化および経費削減）も寄せられているが、同時に危惧（患者関連情報の機密保持の破綻）もある。

オーストリアの保険政策については、新たな協調と規制の課題が生じる。この関係で最初にとられた措置は、連邦省法「オーストリア保険制度への情報技術導入に対する標準およびガイドライン（STRING）」§8に基づく委員会の設置である。論理的なオーストリア保険制度データ網の枠組条件は、2000年6月21日、STRING委員会によってMAGDA-LENAガイドライン修正バージョン2.0として承認された。

これと並行して、オーストリア規格協会（専門規格委員会「医学分野の情報技術」）の枠内で、通信業務の確立を進める。これまで、3通りの電子通信－病院と民間保険との間の患者情報交換（K2201）、移送／収容（K2202）、患者の手紙、医師の手紙および所見報告（K2203）－に対応して、国際標準に基づくÖ-NORMENがある。Ö-Norm K2201-2（病院と民間保険との間の決算データの電子データ交換用通信）は現在、内容を吟味している段階にある。

