

用)) × 3 (日) = 12,945フラン

このデータが当該GHM 317 (滑液嚢胞以外の手及び手関節の手術) のコストデータとして報告されることになる。各施設から提出されたGHM単位でのコストデータは保健省によって収集された後、国立鉾山学校の経営研究所などで分析され、全国費用表として公表される。この全国費用表においては各GHMの費用が「合併症の無い経陰分娩 GHM540」を1000点とした相対係数として示されている。すなわち、GHMiの相対係数 = $1000 \times (\text{当該GHMの費用の中央値} \div \text{GHM540の費用の中央値})$ となる。例えば、上記のGHM317はISA指数684となっている。

⑤PMSIの結果を用いた公的病院における総枠予算の調整システム

1994年にLanguedoc - Roussillonにおいて行われた社会実験によって、PMSIに基づく医療活動及び費用の情報を、総枠予算の策定に用いることの可能性が証明された。これを受けて、1995年5月10日付通達及び1995年8月22日付通達によりこの手法を全公的病院に一般化することが定められた。すべての公的病院サービス参加病院はMCOに関する医療情報とこれらの医療活動に要した費用をDRASS地方社会医療局に提出することが義務づけられた。その報告内容は以下の通りである。

- ①N年の3月31日及び9月30日までに、それぞれN-1年の下半期及びN年の上半期におけるRSAを報告しなければならない。
- ②N年の3月31日及び9月30日までに、それぞれN-1年の下半期及びN年の上半期におけるMCOの入院件数及び(来院患者数+人工妊娠中絶の件数+外来処置の件数)の合計を報告しなければならない。
- ③N年の3月31日及び9月30日までに、それぞれ

N-1年の下半期及びN年の上半期における外来医療に関する報告書を提出しなければならない。

- ④N年の3月31日に、N-1年における管理会計報告を行わなければならない。
- ⑤N年の6月30日及び12月31日までに、それぞれその前3カ月におけるRSAについてDIMの医師が行った内部管理の結果を報告しなければならない。

各病院からDRASSに磁気媒体で提出されたデータはDRASSに備え付けてあるMAHOSと呼ばれるソフトウェアによって処理される。このMAHOSはCTIPの前身であるCITI 2によって開発されたものである。MAHOSの種々の機能によってDRASSでは以下のデータ処理が行われる。

①ISAに基づく当該地方におけるRSAのデータベースの作成

MAHOSは各RSAが最新のグルーパで分類されていることを確認した後、RSAに示されたGHMに対応するISAを割り付ける。

②必要な場合はRSAの修正の要求

MAHOSは各施設のRSAの質に関する内部評価・外部評価の結果を参考にしながら、提出されたRSAに分類の誤りが有った場合、ISA合計得点の修正を行う。

③当該地方における1入院当たりのISAの平均得点算出

地方全体におけるISA得点合計をRSA総数で割る。

④提出されたRSAの完全性(当該施設におけるRSA数の網羅性)のコントロールと必要に応じた修正

MAHOSは各施設から出されるPMSIデータの管理指標から当該施設における入院不足数を計算する。この不足数に当該地方の1入院当た

りの平均ISAをかけた値が1 ISA当たりの費用の評価に用いられる。この修正は施設レベルでは行われずDRASSレベルで行われる。

⑤外来医療の評価

病院における外来医療はNGAPという診療行為分類 (= 診療報酬表) で分類されるが、MAHOSはこれらの外来診療行為の各々にそれぞれのISA得点を割り付ける。この外来医療のISA得点も当該地方における1 ISAの平均費用算出に用いられる。

⑥当該地方における1 ISAの得点の計算

各施設から報告されたISA得点の地方での合計で、各施設から報告されたMCO領域の費用の地方での合計を割ることにより、当該地方における1 ISA得点当たりの費用を算出する。

⑦各施設のMCO領域の活動結果に基づく理論的な総枠給付額の計算

各施設のISA得点合計に⑥で求めた当該地方における1 ISAの平均費用をかけることで、各

施設のMCO領域の活動結果に基づく理論的な総枠給付額を計算する。

⑧過剰給付及び過少給付の評価

⑨予算調整に関するシミュレーション

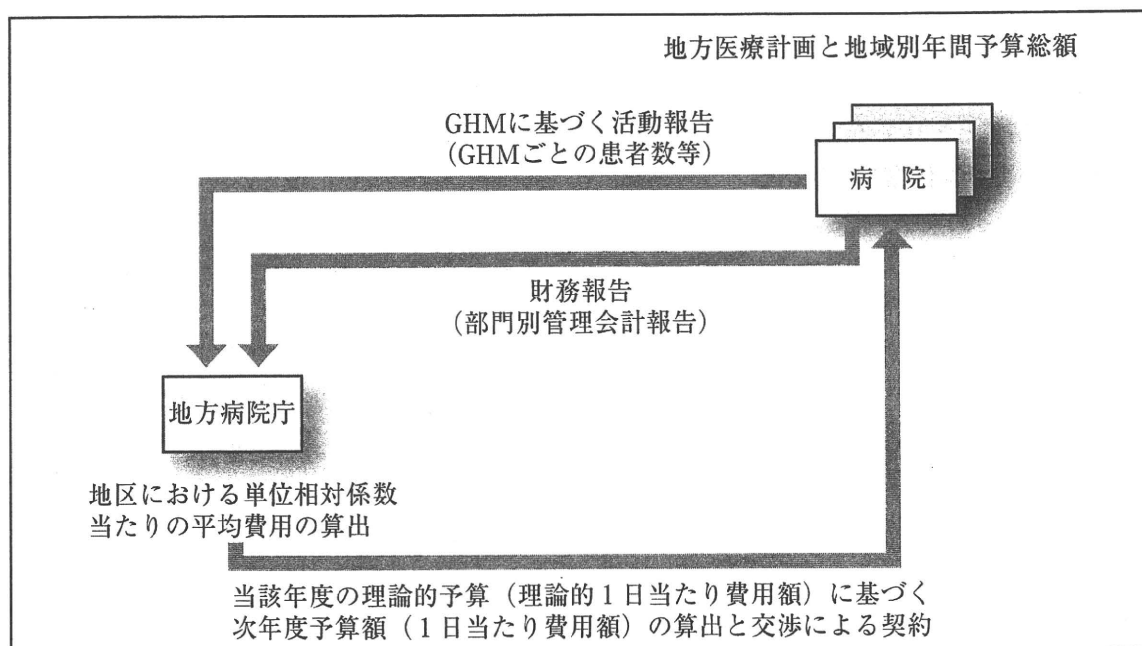
⑩地方病院庁における交渉と調整

DRASSで処理されたデータは地方病院庁に送られ、地方病院庁では国民議会で決定された各地方への病院医療費の配分額上限をふまえた上で、各施設の総枠予算額を交渉の上調整して決定する。

図7は以上の過程を単純化して示したものである。

次に、現在わが国でも議論されているフランスの総枠予算について補足説明する。まず、地方全体の予算上限については国民議会の議決を基盤に決定されるが、この基礎資料となるのは前年度の病院医療活動データである。この資料から公的病院における入院医療対象人口に関する指標

図7 フランスの地方医療計画におけるGHMの利用方式



効率性及び質に問題のある施設は予算配分によって経済的に統廃合が誘導される。

(Population Hospitalisable dans le Secteur Public : PHSP) が全国及び地方レベルで作成され、これをもとに各公的病院セクターの地方予算額が決定される。地方においては各公的病院サービス参加施設から地方病院庁に提出される施設計画と前年度の活動報告をもとに総枠予算額が交渉により決められる。PMSIの情報に基づいて予算額を調整するシステムについては既に説明した。各施設において総枠予算額は収入の約80%を占めている。予算は月単位で初級疾病金庫から支払われるが、毎月同額が支払われるわけではなく、四半期ごとの決算結果に基づいて、次の四半期において過不足が調整されるシステムとなっている。そのため、法律では疾病金庫からの各月の支払額を各施設の財政状況に応じて年間総額の1/24から1/8の間で変えることができる旨が記されている。以上のような調整にも関わらず予算超過、あるいはその危険性が生じた場合は以下のような対策が取られる。

- ①PMSIに基づく活動の再評価：年度末に赤字が発生することが予想される施設では、医療活動の内容をISA指数で再評価することで、年度途中で追加予算を得ることが可能である。すなわち、仮に当該施設の1ISA指数当たりの平均コストが、例えば重症例を多く扱っているために地域の他施設の平均より高く、かつ医療サービスの質のレベルから見ても問題がない場合、当該施設は地方病院庁及び保健省との交渉により追加の予算を年度途中で得ることができる。また、年度当初には予想できなかった地域の健康水準の大幅な変化（例えば、インフルエンザの流行など）によって医療活動量が急増したことによる支出増の場合も追加予算を得ることが可能である。
- ②内部留保の取り崩し：フランスの公的病院会計の費目には「補償のための積立金 (reserve de

compensation)」という内部留保があり、赤字が発生した場合にはこれを取り崩して補填を行う。

- ③患者の他部門への誘導：年度末の赤字発生の可能性が高い場合、入院から外来への誘導、あるいは他部門（自由開業医部門や私的病院部門、あるいは社会医療部門）への誘導などが行われ、これにより予算使用の抑制を図ることもある。ただし、このような行為により他部門における医療費が増加するために、部門間の軋轢の元になることが少なくない。このような問題の発生を避けるために、地方レベルで病院医療と外来医療の両方の活動をコントロールする新しい組織の創設が計画されている。
- ④総枠予算以外の収入の確保：病院は外来医療や院内の売店、あるいはカフェテリアの経営といった総枠予算以外の収入が20%程度あり、この収入増を図るための対策も講じられる。また、病院で使用される医薬品や医療材料については公定価格はなく、病院と卸あるいはメーカーとの直接交渉によって価格が決められる。したがって、赤字発生が見込まれる場合（あるいは見込まれない場合でも）病院側は、価格交渉によってコスト削減を行うことが要求される。
- ⑤次年度予算の前倒し：以上のような対策にもかかわらず赤字発生が避けられない場合には、次年度予算の前倒しが行われ、施設計画において活動の削減や施設整備の抑制などが行われることになる。
- ⑥PMSI方式の民間病院への展開
フランスにおいては公的病院が総枠予算で給付されるのに対し、民間病院は1日当たり費用額で疾病金庫から給付を受ける（ただし、医師報酬については自由開業医の枠組みで支払われる）。病院医療については公的病院と民間病院それぞれに

ついてONDAM（国レベルの支出目標額）とその地方配分額が決定されており、各地方における病院医療費はその上限を超過することはできない（超過した場合は、次年度における1日当たり費用額の減額などの経済的ペナルティが取られる）。しかしながら、公的病院と私的病院の間には、給付のあり方をめぐる不公平感があり、この問題を解消するために両部門における医療活動を共通の指標で測定した上で、公平なファイナンスを行う必要性が強く認識されるようになった。1995年に出されたJuppé Planを受けて、1997年からは民間病院もPMSIによる活動報告が義務づけられることとなった。このような資料を整備することにより、入院数や平均在院日数、あるいは病床利用率に加えてISA指数を参考に私的病院の1日当たり費用額を設定できるために、公私間の公平な給付が地方レベルである程度可能になっている。また、地方病院計画においては資源の効率的配分を目的として、医療区内の施設間における診療科の統廃合や共同運営（部分的なものも含む）が行われることになっているが、PMSIに基づくデータを用いることで地方病院庁による調整が以前より行いやすくなっている。

ところで、ISA指数に基いて公私両部門のファイナンスを行なっていく上で課題となっているのが、コスト構造の差である。そのために現在私的病院を対象にコストを調査する社会実験が行われている。ただし、この調査では医師報酬は分析されておらず、これについては、後述のCCAP（診療行為共通分類）の開発を待って調整が行われることになっている。そして、この試行調査をもとに2004年までに公私を問わず全急性期施設を対象としたDRG/PPS方式がフランスにおいても導入される予定になっている。

⑦プライバシーの保護

フランスにおいては厳しい個人情報の保護規定があり、また医師の守秘義務も徹底している。したがって、PMSIにおいて施設内及び各施設から当局に情報の提出が行われるに際しても、この個人情報の保護規定は厳格に適用される。まず、医師の守秘義務を遵守しながら、施設内における個人の医療情報の整理を行うために、医師たる責任者が配属されている医療情報部門がそれを集中的に行わなければならないことが公衆衛生法典L.710.5条に記載されている⁹⁾。すなわち、医師から医師への診療情報の提供という形を取ることで医師の守秘義務が守られている。そして、各施設における医療情報の作成と処理については各施設ごとにCNIL（情報と自由に関する検討委員会）の意見と同意を前もって求めることが義務づけられている。PMSIのシステムに関する変更を行う際には、その都度当該施設はCNILの事前の承諾を得なければならない。各施設から行政当局への情報の提出にあたっては匿名化が行われ（RSAの作成）、事後的に第三者がRSAから個人の医療記録に到達することが防止されるシステムとなっている。RSAの作成は国の所有物であるRSA作成ソフトGENRSAによって自動的に行われ、活動年度の上半期・下半期それぞれにおいて、少なくとも当該半期終了後3カ月以内に当局への報告が磁気媒体で行われることとなっている。また、各施設においては、最低4年間はRSSの保存が義務づけられている。しかしながら、この厳しい個人情報の保護規定のために、患者のたらい回しなどの不適切な入院医療などの問題も生じており、今後の課題となっている（後述）。

(3)GHM導入の経緯

医療制度の国際比較研究を多く手がけているDeutscheによると、ある国の医療制度を分析する

際には、歴史的展開過程の分析が重要であるとしている⁵⁾。何故ならば、その展開過程を分析することで、単に現行制度を横断的に観察することではわからない、制度改革の必然性やその成功や失敗の要因についての知見が得られることが少なくないからである。そこで、本節ではフランスにおけるDRG（GHM）導入過程について論述する。

フランス政府がGHMに関心を持ったのは比較的早く、1979年にはYale大学に最初の調査団が訪問している。しかしながら、GHM導入が具体的な政策課題としてあがってきたのは1981年末で、1982年の調査団の訪米が実質的な開始時期となっている。「医師の診療における自由」という伝統と強い個人主義、そして政権の交代により保健医療政策が目まぐるしく変わるフランスにおいて、GHMのような新しい試みが簡単に受け入れられることは難しく、フランスにおけるGHMの発展は非常に緩慢なものであった。しかしながら、左派と右派との間の数回にわたる政権の交代にもかかわらず、GHM導入の試みは継続され、そして1996年以降は急速にシステム化されている。以下、フランスにおけるGHM導入の経緯を、導入期、停滞期、発展期の3期に分けて説明する。

①導入期（1982年～86年）

フランス経済における黄金の1960年代の終焉とともに、職域スキームに基本を置くフランスの医療保険財政は急速に悪化していった。中でも増大する病院医療費をいかにコントロールするかは政府及び保険者にとって大きな課題であった。フランス政府は1970年の病院改革法において医療地図（わが国の保健医療圏に相当）を導入し、医療圏ごとに病床数や高額医療機器数を制限することで、供給量のコントロールを図った。しかしながら、当時の病院への医療費の支払は1日当たり費用額をベースとしたもので、不必要な入院による

医療費支出を抑制することはできなかった。また、医療地図による規制は既存の病床には及ばなかったために、既に過剰病床である地区とそれ以外の地区における医療費支出における地域差が問題となった。また、1984年には病院医療費の急激な増加を抑制するために、前年度の医療の実績に基づいて次年度の年間予算を決めるという総枠予算制が導入された。しかし、予算の策定に用いられる指標は平均在院日数や入院数、あるいは病床利用率などの古典的な指標で、行われた医療の具体的な内容を反映するものではなく、結果として過去に多くの予算を消費している施設が将来的にも優遇されるというシステムになってしまった。また、このような過去の実績に基づいた予算配分は医療技術の進歩や当該地域における健康ニーズの変化に対応するものではなく、活動の硬直化をもたらすことにもなった。さらに、予算を超過する施設も数多く、十分な説明のないままに政治的な交渉により追加の予算がつけられることが少なくなかった。フランスにおけるGHM導入の動機としてもっとも重要であったのはこのような地域間及び施設間の不公平の解消及び、病院医療における効率性の測定であり、1984年に導入された総枠予算制の合理的な運営であった。

フランスにおける実質的なGHM導入の試みは1982年にJ-M Rodrigues教授（現Saint-Etienne大学医学部公衆衛生学教授）らがYale大学を訪問したことに始まる。フランスにおけるGHM導入時の動きは4つのフェーズに分けることができる。まず、第一のフェーズはGHMという手法をフランスに導入できるかということに関する技術的な評価で、これは1983年にFetter教授を招いてGrenobleなどの病院で行われた。この時、Grenoble一般病院センターで分類のための参照表作成と教育ツールの作成が行われ、また、最初の医療情報部DIMが創設された。第二のフェーズは

GHMモデルが全国的なデータベースとして適切であるか否かを評価する社会実験で、在院日数のバラツキの説明力がどのくらいであるかということが1984年に検討された。その結果、HCFA-DRGによる説明力は30%で（外科領域ではより高い説明力）、DRG方式導入はフランスにも可能であると判断された。第三のフェーズは費用計算の手法と予算配分モデルのデザインおよび導入に関する実験である。これは1984年にLyon近郊のVienneにおいて行われた。この実験に関連して1984年10月にPMSIに関する最初の保健省通達が出されている。1985年にはアメリカのMinimum Data Setを参考にRSS (résumé de sortie standardisé：標準退院時要約票)が作成され、退院記録の標準化が行われた。第四のフェーズはグルーピングのソフトウェアの開発と導入であった。1985年にJ.M. Rodrigues教授らが再びアメリカに赴き、その時点で最新のHCFA-DRG Ver. 3を入手し、それをもとに最初のグルパーソフトであるFG Ver. 0を作成した。すなわち、フランスにおけるケースミックス分類の開発はHCFA-DRGをほぼ完全にコピーすることから開始されたのである。

これら一連の社会実験に要した費用はそれほど高くなく300万フランほどであった。フランスがHCFA-DRGをもとにGHMの開発を行った理由は、その導入に際して著作権等の問題がなく、また導入費用が安価であったことがあげられる。また、初期にGHMの開発に携わった関係者のインタビュー結果によると、導入当初はDRG/PPSへの移行はまったく念頭になかったという。すなわち、既に説明したように1984年は従来の1日当たり費用額に代わって総枠予算制が公的病院に導入された年であり、その予算策定をいかに公平かつ理論的に行うかというのが当時の関係者の関心事であった。一方、このGHM導入に関しては、そ

の分類がフランスにおける医療の現状を反映しているか否かという点について全く検証されていないということ、及び病院制度改革にトップダウン方式で結び付けているということなどから、反対の声も少なくなかった。しかしながら、この試みが医師主導のもと、既に情報システムを構築している施設における小規模な試みとして行われたために、関係組織や団体からの大きな反対の動きにはつながらず、導入実験は1986年まで比較的スムーズに展開された。

②停滯期（1987年～96年）

1986年の選挙で左派政権が敗北したことにより、保健医療領域における社会実験のほとんどが中止されるであろうと予測された。その結果、旧左派政権下でGHM開発に携わっていた関係者のほとんどが政府事業を辞することになった。J.M. Rodrigues教授によれば、このような政治的状況のために1986年から1996年の10年間はPMSIについて徐々にしか整備が進まなかったという。当時の状況として情報の透明性を高めることに多くの医師が反対し、また管理側（病院長）も診療情報の管理は医師の固有業務であるとして、それが病院経営に用いられることに強く反対していた。また、常に人材の育成の必要性を過小評価している状況があった。フランスには約1000の病院があり、各病院にそれを運用できるものが2～3人は必要であり、全体では2000～3000人のトレーニングを行わなければならなかった。これを怠ったことがその後のPMSI展開の後れにつながった。また、1989年にはAP-DRGをフランスに適用する社会実験も行われたが、AP-DRGを適用するためにはフランスの医療記録の質は不十分であり、その導入は困難であると結論された。しかしながら、このような状況にもかかわらず、GHM導入に関する研究と、小規模ではあるが導入のための社会

実験は継続された。そして、1991年の病院改革法によってすべての病院に病院情報部門DIMの創設が義務づけられたこと、1987年に創設されたAUNIS及び1992年に創設されたPERNNSにおいてケースミックス分類の開発が、そしてCTIPにおいてソフトウェアの開発が行われる体制が、1990年前後に確立したことで、その後におけるPMSI一般化のための基礎が確立された。1991年にフランス版の相対係数であるISA指数の計算が体系化され、PMSIの総枠予算配分への使用が部分的に開始された。1994年にはフランスのPMSI一般化に関する最も重要な社会実験であるLanguedoc-RoussillonにおけるPMSIの一般化実験が行われた。この社会実験には、同地区の全MCO短期入院施設（48の公的病院サービス参加施設PSPHと55の私的病院：入院総数500,000件）が参加した。この実験には以下の5つの目的があった。

- ①PMSI（RSSとGHM）による病院活動の代表性の実用性に関する研究
- ②PMSIに基づく活動評価により各施設への資源配分を行うことの可能性に関する研究（PSPHに対する総枠給付と私的病院に対する1日当たり費用額）
- ③PMSIの指標を用いて施設比較を行うことの可能性に関する研究
- ④施設とその監督にあたる組織（行政、金庫）とのコミュニケーションを促進すること
- ⑤当該地方の関係者が利用できる、地方全体の医療活動を代表する医療経済データベースを構築すること

この結果、医療情報及び会計情報を収集し分析することの技術的可能性が示され、その後の検討の後、1996年以降公的病院サービス参加施設においてPMSIの結果を総枠予算額の調整に利用するシステムが確立された。この点についてはすでに

述べた。

さらに、この時期に全国費用調査（Etude Nationale de Coûts：ENC）も開始されている。保健省病院局は1992年2月28日付け通達で入院費用に関する全国基準値を、公的病院と公的病院サービス参加病院を標本として策定することを決定した。そして、①PMSIをベースとした入院情報のカバー率が95%以上であること、②病院管理会計における十分な経験があること、③各入院について医療行為のすべてと医薬材料消費量の全体の把握が可能な情報システムを有していること、の3条件を満たす病院を対象としてGHMごとに、ISAを用いた相対費用表（コストデータ）を作成する社会実験が行われることになった。この事業は1993年から開始され、初年度は大学病院センター6施設をはじめとする46の標本病院がリクルートされた。

これらの施設から2種類の情報が収集された。まず第一に、各入院に関する情報RSAで、どのような部門で何が行われたのかという情報である。第二に財政に関する情報で部門別の会計情報が提出された。しかし実際にはすべての施設から適切な情報を得ることは難しく、多くの誤りが有るのが実状であった。そのため、1993年のデータを元に1995年に出された全国費用表では22施設のデータのみが使用された。

③発展期（1996年～現在）

1995年のJuppé planを受けて、1996年以降新政府はまったく新しい医療政策を打ち出してきた。すなわち、医療保障制度に関しては、従来の職域を基盤とした社会保険制度から税とその他の複数の財源を基盤とした統一的社会保障システムが模索されることになった。また、医療行政が地方分権化され、病院活動が公民ともに地方病院庁ARHによって統制されるシステムが導入される

とともに、憲法の改正により医療費総額ONDAMが国会で議決され、医療費に上限が設定される仕組みが構築された。そして、このような政策の実効性を高めるために、医療情報の透明化への積極的な取り組みが明言され、GHMの使用、すなわちPMSIのすべての病院における一般化と、認証制度の導入が決定された。また、1991年以降の社会実験の成果を踏まえて、GHMとともにISA指数が導入されたことで、施設間のコストパフォーマンスの比較を行うことが可能となり、ISA指数を用いて各施設の予算額を調整する手法が一般化された。

(4)GHM一般化の成功要因

1980年代にGHM方式導入の社会実験を開始した時点におけるフランスの医療情報システムの状況は、GHM導入が容易に行える状況には無かったといえる。その理由としてはまずGHM方式導入の基礎となる診療情報の標準化がまったくなされていなかったこと（例えば、ICDは病院医療の現場ではほとんど使われていなかった）、医師の診療行為における守秘義務の原則を主たる理由として病院情報の透明化に対する強い抵抗感が医療現場に有ったことなどがあげられる。また、政権が変わる毎に医療政策が大きく変更されるという政治体質、さらには多くの画期的な政策が関係者間の十分な議論を経ないまま提示されるために、結局は関係者間の利害の調整がつかず頓挫してしまうということを繰り返してきた歴史から、フランスにおけるDRGの一般化は非常に難しいと予想されていた。しかしながら、歴史的経緯でも説明したように種々の解決すべき課題は多いものの、今日フランスはヨーロッパにおいてDRG方式の一般化に成功した国の一つとなっている。DRG方式一般化の成功要因についてまとめると以下のような点があげられる。

- ①医療活動に関する情報透明化への圧力：情報無しで病院を効率的に経営することはできないことが関係者に理解されるようになってきたこと。さらにこれに社会保障財政の危機という経済的環境要因及び質への関心の高まりという条件が重なったことがある。特に汚染血液製剤によるエイズ患者発生的事件以来、医療をめぐる社会的環境が大きく変化し、情報化への弾みがついた。
- ②中央集権的な政治体制：GHM方式の導入に関しては、1980年以来、政権の交代にも関わらず、その継続が常に支持され、かつ予算もつけられてきた。特に1991年の病院改革法以来、政府の強力なリーダーシップがGHMの一般化に果たした役割は大きい。フランスの病院医療サービスの中核を担う公的病院については国が管理責任者となっており、中央集権的な政治体制のもとで、公的病院を中心に一般化が行いやすい条件にあったことも重要な要因であろう。また、関係者のインタビューではGHMの導入が法律で定められた義務であるという点も強調されていた。
- ③DIMの創設：フランスにおいては医師の守秘義務の規定が非常に重視されており、医師が患者の情報を他の医師以外に提供することはできない。DIMを創設し、その責任者を医師とすることでこの問題が解決できた。しかも、個人主義的傾向の強いフランスの医療界において、各施設に1箇所情報が集中する部門を設けたことでGHMの一般化が容易になったと考えられる。また、1989年にDIMの創設が通達で示されたが、それを創設する病院には3年間通常の総枠予算以外に情報部門設立のための追加の予算がついた。このような財政面での誘導も成功要因の一つである。
- ④PMSI専属組織の創設：PMSIに関連する専属

の組織としては保健省内のMission PMSI、PERNNS及びCTIPがある。Mission PMSIにおいてPMSIに関する全体の方向を定め、かつそれを広報し、PERNNS及びCTIPで技術的な事項を専門的に行うという体制がGHMの一般化に果たした役割は大きい。また、このような活動を国立鉱山学校及び国立理工学校の経営研究所や国立公衆衛生大学校が補佐するシステムを構築した点も見逃せない。特に国立公衆衛生大学校における病院長養成課程においてPMSIに関する教育が体系的に行われたことで、公的病院におけるPMSIの一般化が実務レベルで容易になったといえる。

⑤社会実験：フランスにおいてGHMの一般化が可能となった要因として多くの社会実験を行ってきたことも重要である。この社会実験を通して、その後の一般化にむけての多くの「教材的ないし技術的」情報の整理と、関連職種の育成が行われた。さらに、社会実験を通して、関係者が経験に基づいた議論を行うことができた点も、関係者間の合意形成に役立ったと考えられる。例えば、1992年に開始されたGHMに基づく費用算出のための標本調査により管理会計方式にリンクしたPMSIの普及が加速した。また、1994年に行われたLanguedoc-Roussillonの社会実験により、公的・私的を問わず全病院を対象に医療情報をPMSIによって集めることが可能であること、そして、総枠予算の配分の調整にPMSIに基づく情報を使用することが可能であることが関係者の合意の上に示された。

⑥漸進的な政策運営：フランスのGHM方式は最初の導入実験から15年をかけて一般化が行われたが、多分に偶然の要素はあるものの漸進的な政策運営が一般化成功の大きな要因となっている。特に、導入当初においてDRG/PPSではなく、情報の透明化とそれによる施設間の予算

配分上の不公平解消が主目的となっていた点は関係者に比較的スムーズに受け入れられた要因として重要であると思われる。また、導入初期において医師が主体となり、主に医学的な観点から分類の妥当性を検討していった点も関係者の過度の反発を予防する上で有用であったと思われる。そして、PMSIの一般化により地域間格差、施設間格差が明らかになる過程で、必然的に公私間格差も問題となり、それが長年の課題であった、公的病院・私的病院を共通の指標で評価した上で、共通の支払方式を適用する方向性となりDRG/PPS方式の導入が検討されるようになったと考えられる。

以上、まとめると、常に保健省がPMSI一般化のための強いリーダーシップを発揮し、かつ数次の社会実験の結果を踏まえて、参加病院への追加予算やPMSIシステムの不備な病院に対する予算策定上のペナルティを科すというよう財政的な誘導が行われた点、構造面ではDIM及びPERNNSを創設したこと、さらには情報の透明化や質への関心の高まりという社会環境の変化などが相互に作用してPMSIの一般化が、特に1991年以降加速したものと考えられる。また、中央集権的な政治体制がこのよう一連の改革を可能にしたといえるであろう。

(5)今後の課題

PMSIに関する現在の問題点を列挙すると以下のようなになる。

①ファイナンスベースの標準化

①全国費用表作成標本施設におけるデータの代表性の改善：現在、全国費用表作成施設の対象となっている標本施設は、一定の条件をクリアしかつ自主的に調査に参加している施設であり、データの代表性に問題がある。現在、標本対象

施設数の増加を図るとともに、特殊な施設（例えばガンに対する化学療法や放射線治療、あるいは熱傷センターにおける重度熱傷の治療など）についてはそのデータを補正する方法の研究が行われている。

②管理会計方式の標準化：現在、フランスの公的病院においては2種類の管理会計方式が用いられている。1つは全国費用表標本施設におけるもので、その他はそれ以外の施設のものである。全国費用表標本施設においては i) 1入院あたりの費用の計算を行うこと、ii) できる限り入院ごとの直接費用を計算すること、iii) その他の費用についてはサービス部門ごとの費用を基に算出すること（診療部門の1日当たり費用、医療技術に対するICR）、iv) 運営管理部門（運営費、輸送費、情報費用など）及び宿泊サービス費用（リネン類、給食）については1日当たり費用額へ配賦すること、という原則に基づいて費用計算が行われている。しかしながら、例えば1人の医師が複数部門で勤務した場合、それをどのように部門ごとに配賦するかといった点は各施設の裁量に任されており、各費用項目において、医療活動の実績からは説明できない差が標本施設間で生じている。しかも、この差は異なった会計方式を用いている標本施設以外の施設ではさらに大きいものとなっており、全国費用表を基に各施設が内部管理を行なう上で問題となる。さらに、営利民間病院については企業会計方式に準じた方式で、個々の施設がそれぞれのやり方で会計業務を行っており、公私間の費用構造の比較を行う上で大きな障害となっている。このような問題を解決するために、現在フランス政府は民間病院と公的病院との費用構造を共通の会計方式で評価する社会実験（1999年～2000年）を行っており、2001年には共通の費用表を作成する予定となっている。ま

た、Strasbourg大学病院センターにおいて新しい管理会計方式の開発が行われている。

③GHM分類の精緻化：GHM分類の精緻化に関しては i) 同一疾患を日帰り入院で診療した場合と通常入院で診療した場合の診療報酬上の大きな差があること（例えば、関節鏡を日帰り入院で行った場合にはGHM318：351 ISA指数 = 4780.62フランであるのに対し通常入院で行った場合にはGHM652：652 ISA指数 = 8880.24フランと4100フランもの差が生ずる）、ii) 救急部を介して入院に至った症例の場合、複数の重篤病態が合併している場合が多く、それを単一のGHMで処理するとかかった費用が十分反映されない、等といった問題点の解決が求められている。i) については現在後述のAMBU-DRGの計画が進行中であり、日帰り入院が適切に評価される分類の開発が行われている。また、この問題の解決にあたって、費用効果分析のような医療経済学的な評価も行われるようになってきている。ii) についてはAPR-DRGやPMCのような重篤度に着目した分類の精緻化（例えば、複数のGHMを割り付けることによる病態と要する費用のより正確な把握）が現在行われている。

④DRG/PPS方式の導入：PMSIに基づく医療活動の評価が導入されたことで、医療費における地方間及び施設間格差の解消が徐々にではあるが現在のフランスでは可能となっている。しかし、その一方で公的病院と民間病院とをその活動実績に応じて公平にファイナンスすることの必要性が議論されるようになってきた。そして、この問題に対処するためにフランス政府は1999年7月27法（統一的疾病保障法：CMU法）の中で、今後5年以内に疾患群別支払方式を公民すべての病院に適應することを定めた。このために現在病院医療における診療行為分類である

CdAMと自由医師セクターにおける診療行為分類であるNGAP（民間病院の医師の医療行為もこれにより分類され、報酬を受け取る）とを統合したCCAP（診療行為共通分類）の開発が進められている。また、費用の計算についても、前述のように公的病院と民間病院とを共通の管理会計方式で評価する社会実験が現在行なわれており、2001年には共通の全国費用表が公表されることになっている。DRG/PPS方式が導入された場合、現在の公的病院セクターにおける総枠給付制度は廃止されることになる。ただし、実際にはすべての医療活動がPPSで支払われるわけではなく、救急などの公的病院サービス機能についてはこれまでどおり予算による支払になるとされている。教育、研究といった公的病院における他の機能については現在その評価方法について検討が行われている。実際、これらの活動は他の財源（例えば文部省の予算や外部からの研究費）によって行われている部分が少なくなく、現行では予算策定上対象施設において一律13%の予算削減が行われているが、アンテルヌの医師（かつてのわが国におけるインターン医師のような修練医）の担当患者数を書類上少なくするなどの行為が行われているために、その評価が困難となっている。また、民間病院における医師の報酬については現行どおり各患者から医師への支払という形が存続し、俸給制になることはない。ただし、その報酬額については前述のCCAPが適用されるために、公的部門の医師費用との整合性が図られるようになる。

しかしながら、DRG/PPSの導入によるデメリットについてもその対応が迫られている。フランスの場合、患者の個人情報の保護が厳しく行われているために、病院から外部に出される個人情報については、徹底した匿名化が行われ

ている。このために、患者の鎖（Chainage des malades）という患者のたらい回しによる医療費の不正請求の事例が生じている。DRG/PPSが導入された場合、このような事例が増加することが予想されており、それに対してどのような監督体制を構築するかが課題となっている。また、合法的なUp Codingの問題もある。前述のように同一疾患を通常入院で診療するか、あるいは日帰り入院で診療するかによって診療報酬上大きな差があり、その整合性をいかに図るかが課題となっている。これについてはCHIR-AMBUという日帰り入院における処置を評価するソフトの開発と応用実験が現在行われているが、これにCCAP（診療行為共通分類）を組み合わせることにより、問題の解決が図られることになっている。また、多重疾患の場合にどのGHMを割り付けるかにより理論的な費用が大きく異なることも問題であり、これに対しては前述のように複数のGHMを割り付けることで分類の精緻化を図る研究が進行中である。しかしながら、より本質的な問題として、フランスにおいては診療行為の標準化が遅れていることが、費用のバラツキの大きな原因であり、この問題の解決がない限りにおいてはDRG/PPSの導入に際して混乱は避けられないと思われる。

また、総枠予算制を廃止してDRG/PPSを導入することにより在院日数の短縮化と医療活動量の増加が生じ、結果として病院医療費が青天井になってしまうのではないかという懸念もあるが、これについては病院医療費総額が年単位で国民議会で議決されるために、いわば国レベル及び地方レベルでの総枠予算制となっており、コントロールを十分可能であるとされている。具体的には、予算総額を超過した場合には変動点数制（1点当たり単価を下げることで総

額を調整)により、医療費総額を調整すること等が考えられている。

②GHM方式の他領域への拡大

現在フランスでは急性期疾患以外の分野にもGHM方式を拡大しようとする計画があり、以下のようなプロジェクトが行われている。しかしながら、診療行為の標準化に関する計画が遅々として進まないこと、あるいは職種間の意見の相違などのために、必ずしもうまくは行っていないのが現状である。

①中期療養 (PMSI SSR) : フランスには回復期のリハビリテーション施設である中期療養施設 (3ヶ月程度の入院リハビリテーション施設) があるが、こうした施設におけるGHM方式の導入が現在検討されている。中期療養施設へのGHM方式の導入に関しては急性期医療で用いているような分類手法は使用できないため、RUGに類似したフランス独自の分類手法を開発している。具体的には1日単位のサービス必要量で分類し、中期でのリソース必要量を予想する仕組みが考えられている。

②精神科領域 (PMSI PSY) : 中期療養と同じように精神科の患者について、1日単位のサービス必要量で分類する試みを行っているが、非常に難しいというのが現状である。

③外来医療 (PMSI Ambulatoire) : 従来、病院における外来医療は、日帰り入院のようなものはCM24 (24時間以内の入院) で処理し、その他の外来医療は対応するNGAPに一定のISAを割り当てることで対応してきた。しかしながら、この領域の医療は近年、急速に発展してきており、より精緻化された分類手法が必要となり、現在その開発が行われている。

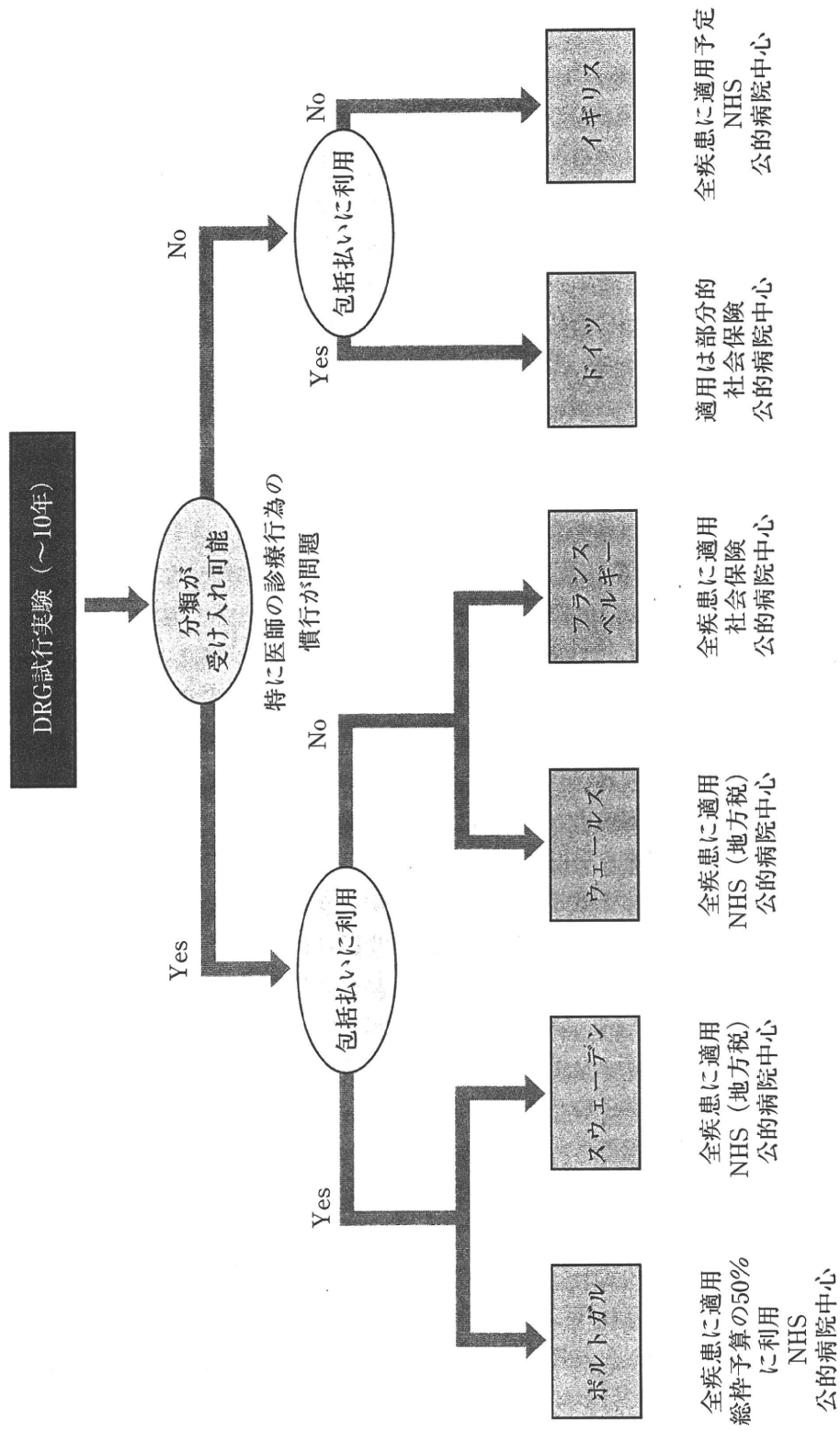
④長期療養 (PMSI LS) : 長期療養についても、1日単位のサービス必要量で分類することが考

えられているが、現在までのところまだ具体的な試みは行われていない。

3. 他のヨーロッパ諸国におけるDRG導入の状況

1980年代以降、増大する医療費の抑制はヨーロッパ諸国における共通の政策課題となり、NHSタイプの国 (イギリス、ポルトガル、スウェーデン等)、社会保険の国 (ドイツ、フランス、オランダ等) のいずれにおいても積極的な対策が取られてきた。なかでも病院医療費の抑制は大きな課題であり、実際に行われた医療活動に応じた財政の適正化を実現するためにDRGの導入が行われてきた。欧州諸国におけるDRG展開については別報にて詳述している⁴⁾、ここではその概要について述べるにとどめる。図8は導入当初におけるアメリカのHCFA-DRGの受け入れ可能性とそれを包括払いに用いたかどうかによってヨーロッパ諸国におけるDRG (類似) 分類を整理したものである。ドイツ、イギリス、オランダを除くと多くの欧州諸国ではアメリカのHCFA-DRGで試行を開始し、それを各国の状況に合わせる形で徐々に修正して、その一般化を達成している。ポルトガルとスウェーデンについてはDRG/PPSが一部で採用されているが、実際は総枠予算制との組み合わせとなっている。ベルギーはアメリカ型のDRG一般化が最も成功した国と言われている。現在は、AP-DRGがフランスと同様の総枠予算方式との組み合わせで用いられており、またアメリカで開発された外来医療分類であるIR-DRG extendedも実験的に用いられている。一方、イギリスのイングランドではHCFA-DRGが同国の医療の実態にそぐわないと言うことで、イギリス独自の分類であるHRGを、臨床家の意見をもとに開発している。イギリスの場合、国、地方及び各

図8 欧州各国のDRGの導入形態による分類



* : 民間病院への
支払はDRG/PPS

* : 県外施設への
支払はDRG/PPS

病院の医療費が予算で決められているために、DRG類似分類を1件当たり包括払いと組み合わせて個別の支払いを合理化する必要性は乏しく、むしろ情報を透明化することで施設間の競争を促進し、それにより経営の効率化を図ることに主眼がおかれている。すなわち、仮に各分類におけるコストに施設間のばらつきがあったとしても、それ自体を問題にするのではなく、その説明責任を各病院に問うことで各施設の自主的な経営合理化の取り組みを誘導しているのである。また、イギリスではウェールズは当初、AP-DRGで予算の調整を行っていたが、2000年度からは同地方においてもHRGが用いられるようになっていく。ドイツの場合は、定型的な外科的傷病を中心に部分的にFP/SEというDRG類似分類が導入された。このうちSEは定額部分に加えて、出来高部分を請求できるというわが国のDRG/PPS試行に類似した支払方式を行うものであった。しかしながら、この方式を全傷病に一般化することは難しく、また医療費適正化という面からも問題があることから、種々の議論の後、ドイツ政府はオーストラリア政府の開発したAR-DRGを導入し、2006年を目標に病院財政方式として一般化することを決定している。オランダも大学病院等で実績のあったAP-DRGに代えて、オランダ独自の分類手法であるDBCの一般化を決定している。このDBCは主訴・徴候、診断、診療行為の3つのカテゴリーの組み合わせによる新しい疾病群分類で、入院医療にも外来医療にも適用可能で電子カルテなどの医師の診療記録との連続性が高いことがその特徴となっている⁷⁾。泌尿器科領域で開始されたこの計画は、現在、他科においても開発中であり、同じにコストデータの積み上げも行われている。そして、将来的にはDBCを指標とした各病院への総枠予算制が管理競争の枠組の中で行われる予定である。その他、イタリアや東欧諸国においても

DRGは導入されており、欧州諸国においてはDRGの利用はすでに病院医療制度の一環として確立していると言える。ところで、DRGに関しては粗診粗療を招く恐れがあるといわれているが、欧州の多くの国においては質の問題をDRGそのものとは切り離して、EBMに基づく診療ガイドラインの作成や病院機能評価制度で対応している。このような点は、欧州諸国と類似点の多い、わが国におけるDRGの活用を考える上でも参考になる点であると考えられる。

4. まとめ

以上、フランスを中心にヨーロッパにおけるDRGの状況について論述した。欧州の経験を見る限りにおいて、DRGが病院医療の適正化に役立つツールであることに異論は無いであろう。しかしながら、それをどのような方式で用いるのが良いのか、すなわち、総枠予算制と組み合わせて用いるのか、あるいは包括払いと組み合わせて用いるのかについては、それぞれの国の医療制度によって親和性が異なるものであり、絶対的な解答があるわけではない。わが国の財政諮問会議の答申ではDRGの導入が求められているが、それをいかなる理念のもとで、どのように用いていくかについては十分な説明がなく、手段の目的化が生じているという印象がある。この背景要因としては、これまでわが国の場合、DRGに関する調査研究のほとんどが、アメリカのDRG/PPSを対象としていたために、DRGイコールPPSという認識が広まってしまい、日本へのDRGの必要性や導入可能性について当初からバイアスがかかった議論が行われてきた点あげられる。そして、一方で、包括払いに強い危惧感を抱く一部の関係者は、DRG分類の均質性を問題として取り上げ、そのような状況でPPSを導入することは困難であると

結論し、また包括払いの導入は粗診粗療を招く危険性が高いとした。また、他方で、一部の関係者はDRG/PPSは医療費適正化の切り札であると評価し、その早期導入を求めた。しかし、我々が1998年から1999年にかけて行った欧州の実態調査の結果では、DRG/PPSの導入自体は病床回転率を上げる効果を持ち、むしろ医療費増加につながる可能性が強いことが示唆されている^{8),9)}。特に、わが国のDRG/PPSの試行と同様に包括部分と出来高部分を組み合わせたDRG類似分類を部分的に導入したドイツではその傾向が強かった。すなわち、DRG/PPSを医療費適正化のツールとして用いるのであれば、アメリカのようにマネージドケアを組み合わせるか、あるいはイギリスやフランスのように予算制と組み合わせるかという、その使用方法に関する別の検討が必要であり、経済財政諮問会議の答申ではこの点の議論が欠けている。一方、日本医師会が提案している大学病院や国立病院等の「特定病院系列」でDRGをベースとした予算制を導入するという方式は、わが国の医療提供体制の特徴を反映させる形でDRG一般化を実現でき、施設間のベンチマークなどを通して経営の効率化や医療のアウトカム評価、さらには現場医師の合意に基づく診療ガイドラインの作成などにつながり得るものであり、積極的に検討されるべきであろう。このような仕組みはわが国に類似した医療制度を持つ欧州、特にフランスにおけるDRG利用方法と類似するものである。ここで欧州においてDRGの一般化に成功した国に共通する特徴を整理すると以下ようになる。

- ①財政方式とは切り離した導入：情報システムとして導入
- ②ICD及び類似の疾病分類と治療行為分類の普及
- ③HCFA-DRGなどの既存のシステムによる試行
- ④現場担当者（特に医師）が計画初期から多数関

与

- ⑤公的病院中心の急性期医療体制：導入が容易
 - ⑥漸進的な政策運営
 - ⑦保険者（あるいは行政）の強いリーダーシップ
- 冒頭でも述べたように2001年度から開始された厚生労働省のDRG試行調査では、従来のDRG/PPSに加えて、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、ICD10を基礎とした診断群分類の再整理などを3年にわたって行うこととなっている。また、従来の183分類にかわって532分類が各関連学会の臨床家の検討により作成され、今回の試行の中でさらに精緻化される予定である。これらは欧州におけるDRG導入の成功要因である①、②、④、⑥、⑦を満たすものであり、その意味で今回の厚生労働省におけるDRG試行調査は、わが国におけるDRG一般化に向けての大きな一歩になると著者は考えている。経済財政諮問会議の答申はDRG/PPSの速やかな導入、しかも部分的な導入から開始することを求めているが、ここまで説明してきた欧州における導入経験を踏まえると、同会議の提言はその一般化と本来の目的である医療の質の向上及び医療費の適正化のために決してベストの選択ではないと思われる。将来的にDRGがどのような形で利用されるべきであるかについての議論は、政治的な問題であり、著者の能力の範囲を超える問題である。しかし、あえて私見を述べるとすれば、医療費における大きな地域格差や施設間格差が問題となっているわが国の医療費の適正化と病院医療の質向上のためには、まずDRGをベンチマーク指標として使い、個別医療機関を対象として適切な指標に基づいて策定された総枠予算方式を試行的に行い、その後可能であればDRG/PPS導入を模索するというフランス的

展開がわが国には適切ではないかと考えている。その意味で、2001年4月から始まった厚生労働省の試行においては、試行結果の系統的分析に加えて、わが国の医療制度と類似点の多いヨーロッパ諸国における状況を適宜参考にして、関係者間のデータに基づく議論と合意形成を積み上げながら、システム整備を漸進的に行っていくことが、遠回りのようではあるが、結局は最も実際的な方法であると考えられる。

引用文献

- 1) Fischer W. A comparison of PCS construction principles of the American DRGs, the Austrarian system, and the German FP/SE system. Casemix, 2 (1) 2000 : 12-20.
- 2) 中医協がDRG/PPS試行の見直し決める－民間病院のデータも収集へ－. 社会保険旬報, No.2080 2000 : 6-9.
- 3) 経済財政諮問会議：今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針, 2000年6月26日
- 4) Code de la Santé Publique. Paris: Dalloz, 1999.
- 5) Deutsch KW. La théorie des systèmes et la recherche comparative, In: Le financement des systèmes de santé comparaisons internationales (Chambaud L, ed). Rennes : ENSP, 1991.
- 6) 松田晋哉：ヨーロッパにおけるDRG導入の動向について. 社会保険旬報, No.2092-2095. 2001.
- 7) 松田晋哉：オランダの医療制度とDRGについて. 社会保険旬報, No.2105 2001 : 20-26.
- 8) 欧州主要各国におけるDRG導入実態に関する調査研究 報告書. 東京：医療経済研究機構, 1999.
- 9) 欧州主要各国におけるDRG導入実態に関する調査研究 II 報告書. 東京：医療経済研究機構, 2000.

なお、本論文は医療経済研究機構における1998年度・1999年度研究事業「欧州主要各国におけるDRG導入実態に関する調査研究」報告書の内容をもとに加筆修正したものである。

著者連絡先

〒807-8555
北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1
産業医科大学公衆衛生学教室教授 松田 晋哉
TEL.093-691-7244 FAX. 093-603-4307

包括医療の国際情勢とわが国の DPC

松田 晋哉*

〔*Jpn J Cancer Chemother* 31(8): 1152-1157, August, 2004〕

Case Mix Based Payment and DPC from an International Perspective: Shinya Matsuda (*Dept. of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health*)

Summary

The basic principle of Diagnosis Related Groups (DRG) is to classify patients according to the combination of diagnosis and procedures. The first DRG developed by research at Yale University was adopted for the per-case-payment American Medicare scheme for hospital fees under a DRG/PPS (prospective payment system). This scheme has been refined continuously and adopted as payment systems in other countries. The DPC-based reimbursement scheme in Japan consists of two components; a DPC component and a Fee-For-Service (FFS) component. The DPC component corresponds to the "so-called" hospital fee, includes the hospital basic charge, the pharmaceuticals and supplies used in wards, lab-test, radiological examination, and any procedures costing less than 10,000 yen. The FFS component corresponds to the charges for surgical procedures, pharmaceuticals and supplies used in operation rooms, and procedures costing more than 10,000 yen. For the DPC component, a per diem payment schedule is set for each DPC group. One of the most important objectives in introducing the DPC scheme is to ameliorate the transparency of hospital activities in Japan. The DPC system is expected to make hospital services measurable, and then to provide a common ground for discussion among interest groups over the optimal policy to maintain a sustainable Japanese medical care system.

However, in order to keep DPC more reliable, much must be done to refine the DPC version 3. For example, development of CCP (Co-morbidity-Complication-Procedure) matrix is now ongoing to more properly describe the resource consumption of each DPC group. It is also important how to evaluate nursing services, ICU services and expensive drugs and materials within the DPC scheme. **Key words:** DRG, DPC, Address request for reprints to: Dr. Shinya Matsuda, Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu, Fukuoka 807-8555, Japan

要旨 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。Yale 大学の研究グループにより開発された最初の DRG は、アメリカ medicare の病院費用における 1 件当たり支払い方式として採用され、その後分類の精緻化などが行われながら、諸外国においても種々の形式で採用されている。

わが国の診断群分類 DPC は諸外国における動向を踏まえて開発されたものであり、2001 年から特定機能病院などへの支払いに採用されている。DPC によって包括される範囲はいわゆる病院費用であり、入院基本料、検査 (内視鏡などの技術料を除く)、画像診断 (選択的動脈造影カテーテル手技を除く)、投薬、注射、1,000 点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料などとなっている。

DPC 導入の目的はあくまで医療に関する情報の標準化と透明化であり、これにより情報に基づいた合議ができる体制を確立することである。その妥当性を高めるためにも重症度のより妥当な評価、看護サービスや ICU の評価、抗がん剤などの高額薬剤の評価など、分類の精緻化を行っていくことが求められている。

はじめに

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コントロールするかは先進国共通の課題となっている。わが国においても、今後の少子高齢社会でも維持可能な制度とするための改革案に関する議論が行われている。しかしながら、支払い者、患者、

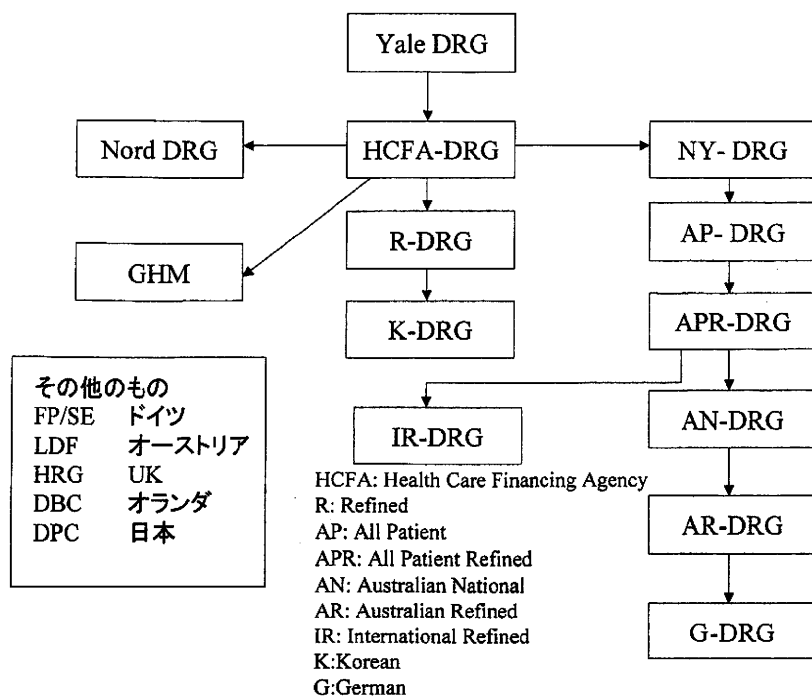


図 1 診断群分類の発展過程

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っていくことは困難である。異なる利害関係をもつ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必要である。しかしながら、これまでわが国の医療の現場では、正確で使える状態の情報が少なかったのが実情である。その主な原因の一つとしては医療情報の標準化が遅れていたことが指摘できる。経済的側面と医療技術的側面の両方を考慮して開発された診断群分類はこの情報標準化のツールである。これまで医療現場でばらばらのフォーマットで保存されていた情報が、診断群分類という共通のフォーマットで情報化され、それを基に医療の質の評価や関係者間での情報の交換が可能になるのである。筆者はこのように情報に基づいて議論を行う体制を確立することが、今後の医療制度改革の基盤として最も重要であると考えている。

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上で、次にわが国のDPCの国際的視点からの位置付けについて説明する。そして、最後に今後の課題について整理を行う。

1. 諸外国における診断群分類の概要^{1,2)}

図1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、まずアメリカにおけるDRGの開発過程に触れ、それがその後諸外国においてどのように利用されるようになったのかについて説明する。

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)、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して、まずICDに従って23の主要診断群(major diagnosis category: 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。一方、New York州は高齢者のみならず全患者を対象としたDRGを3M社と共同で開発し、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が追加された。NY-DRG分類は1991年の改定によりall patient DRG(AP-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基に分類の精緻化を行っており、1,170の分類からなるrefined DRG(R-DRG)をHCFA-DRG ver. 4を基に作成した。この分類では年齢、合併症・併発症お

よ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。AP-DRGおよびR-DRGにおける説明力の改善を受けて、その二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all patient refined DRG (APR-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おり、APR-DRG ver. 12.0では分類総数は1,530となっている。さらに3M社は、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IR-DRGを開発している。

ここで簡単にDRGに基づく包括支払いの式を示すと以下ようになる^{注1}。

各DRGの支払額=各DRGの相対係数×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。たとえば、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、Dr's feeについては別途RBRVS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年代初頭から多くの国がHCFA-DRGをベースとして、その導入可能性の検討を開始している。ここでは国際的に高い評価を受けているフランス、オーストラリア、オーストリアの状況について説明する。

1) フランス

フランスにおけるDRGの導入は、1980年代初頭にはほぼ完全なHCFA-DRGのコピーから開始され、退院時要約票や相対係数、および診療行為分類についてもアメリカのものをフランス風にアレンジするという形で導入されてきた。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における処置分類であるCdAM（将来的にはCCAM）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。すなわち、地方単位で各病院から地方病院庁に提出されるDRGベースの医療活動実績と財務報告から、1相対係数当たりの平均費用が地方単位で算出される。そして、その平均費用を各病院の相対係数合計に乗じることによって得られる理論的予算と財務実績とを比較することで、診療内容の効率性が評価され、それが次年度における公的病院における総括予算と民間病院における1日当たり費用額決定の資料となる。制度が比較的順調に運用されてきたことを受けて、2004年からは部分的にDRG/PPS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。たと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。

2) オーストリア

オーストリアにおいては、1970年代の早い時期から医療機関支払いの条件として標準的な病院会計方式が法制化されていた。1977年には各診療部門に独立会計を義務付けた病院会計法が施行され、その後の診断群モデル開発の基礎となっている。オーストリアでは1985年から1987年にかけて、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、独自の路線を歩むこととなった。具体的にはオーストリア独自の診断コードとであるICD-10 BMAGS (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 (医療サービスに基づく診断グループ) 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、デイケアなど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表1に示したような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。

3) オーストラリア

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1980年代初頭から行われた。当初、HCFA-DRGおよびAP-DRGの導入可能性が検

注1: 簡略化している。実際には地域差なども考慮される

表1 オーストリアにおける化学療法の処置コード(抜粋)

処置コード	化学療法のレジメン
8512	5-FU (De Gramont)/イリノテカン隔週療法(第1~2日)
8515	5-FU(高用量, 週1回)/LV+シスプラチン療法(第1日)
8518	5-FU/マイトマイシン(MF)療法(第1~4日)
8521	5-FU/オキサリプラチン療法(第1~5日)
8524	5-FU(De Gramont)/オキサリプラチン療法(第1~2日, 第14~15日)
8527	ゲムシタビン療法(第1日)
8530	ゲムシタビン/ミトキサントロン療法(第1日)
8533	ゲムシタビン/ピノレルビン療法(第1日)
8536	HAM療法(第1~5日)
8539	HIDAC-7-3-7療法(第1~7日)
8542	HIT 91療法(変法)(第1~3日)
8545	HYPER C-VAD療法(第1~4日)
8548	ICE療法(第1~10日)
8551	ICE+カルボプラチン療法(第1~5日)
8554	ICE+シスプラチン療法(第1~3日)
8557	イダルビシン(静注または経口)療法(第1日)
8560	イダルビシン/ARA-C療法(第1~5日)
8563	IEV療法(第1~3日)
8566	IFADIC療法(第1~4日)
8569	イホスファミド療法(高用量の場合も同じ)(第1~7日)
8572	IMVP-16療法(第1~5日, 第10日)
8575	イリノテカン<160 mg/m ² 療法(第1日)
8578	イリノテカン>160 mg/m ² 療法(第1日)
8581	イリノテカン/マイトマイシン療法(第1日)

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Australian National DRG (AN-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を設定した上で、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Australian Refined DRG (AR-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ため、本稿ではビクトリア州に限定して現在の状況について説明する。ビクトリア州の病院の財政方式は、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である。そして、変動予算については以下のように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。

{相対係数合計×標準支払額}+アウトライヤー支払い±報奨金+外来患者予算+教育・研究費用

ここで報奨金とは、入院待ち期間の減少といった目標を達成した場合に支払われる予算である。また、抗がん剤などの高額医薬品については別途支払いが行われてい

る。

4) 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(たとえば北欧諸国の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などに部分的に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ドイツ、イギリス、オランダである。ただし、イギリスのHRGは処置コードを独自の分類を使っている点異なるが、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を開発し、それを1件当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を使用している。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の開発を行っている。これに基づいて将来的には1件当たり包括支払い方式を採用することが予定されているが、1エピソード