

なマトリックスを構築するための適切なデータを得られるかどうかである。

H B G の開発は、まずガン、冠動脈疾患、脳卒中、頭部外傷、女性生殖障害について行われ、現在その対象を精神疾患など他の疾患群に広げているところである。

5. まとめ

イギリスの場合、医療費は予算によって制御されているため、他の先進国と比較すると医療費増そのものが問題となることは少ない。むしろ、予算の制約があるゆえの非効率性や質が問題となってきた。例えば、待機手術(elective surgery)を受けるまでの長い待機期間などがN H S におけるマイナス面の代名詞となってきた。一定の予算制約下で効率的に医療サービスを提供するには、医療活動の実際とコストの両方を反映する指標を用いて活動内容の透明化を図る必要がある。これがイギリスにおいてH R G が導入されるに至った最も大きな要因である。

そして、内部市場の導入により、G P ファンドホルダー(現在はP C G)及び保健当局とN H S トラスト病院とが契約によって予算を決める方式が導入されたこと、あるいは国会の質疑で

N H S の支出構造への責任が求められることなどの諸条件の変化により、情報の透明化や病院活動に対する説明責任が求められるようになり、それがH R G 開発の推進力となっている。

イギリスにおけるH R G 開発の経緯については、医療経済研究機構の二つの報告書(「欧州主要各国のD R G 導入実態に関する調査研究」平成十年度的および十一年度、特に平成十一年度の武村真治氏による報告に詳しいが、徐々にその整備を行ったことが一般化の成功要因であるといえる(武村氏の報告ではincrementalという用語が用いられている)。

例えば、H C F A - D R G を用いてケースミックス分類をN H S に導入する意義について検討した上で、用いるべきケースミックス分類の要件をイギリスの医療制度及び医療慣行との関連で検討し、イギリス人医師に受け入れやすい分類の開発に少しずつ取り組んでいる。

また、開発当初からクリニカル・ワークキンググループを組織し、現場の医師を積極的に巻き込んだことが一般化の成功要因といえる。コストデータの作成についても、最初からすべてのケースミックスを対象とするのではなく、徐々にその範囲を広げていったこと、マニュアル作成と同時に研修会を

頻回に開いたことなど、受け入れ環境を徐々に整備していることが特徴である。このようなイギリスのincrementalな開発戦略から、ケースミックス分類とそれを用いたシステム整備の方向性についてわが国が学ぶ点は多い。

イギリスでは現在、H R G を入院医療の急性期疾患以外の領域、例えば外来や精神疾患、学習障害などにも拡大するという壮大な試みが行われている。こうした試みは必ずしも順調に行っているわけではなく、急性期のH R G についてもまだ十分には活用されていない現状もある。しかし、H R G / H B G マトリックスのプログラムに見られるように、イギリスのH R G は医療の枠の中で用いられるケースミックス分類の範囲を超えて、一次予防から三次予防までを包括的に考えていくための情報システムの中核として位置づけられている。この壮大な試みが成功するか否か現時点では予想できないが、H R G / H B G マトリックスはわが国の健康日本21を考える上でも非常に参考になる試みであると筆者は考えている。この意味で、イギリスにおけるケースミックス分類の動向に関する研究は、今後の国際研究の題材の一つとして取り上げられるべきである。

ベルギー王国の保健医療制度とDRGの現状について

産業医科大学医学部公衆衛生学教室
松田晋哉

I. ベルギーの医療保障制度の概要

医療サービス提供体制は、「自由診療 *Médecine libérale*」の原則に基づいており、独立した医師による診療、医師選択の自由、出来高払いがその特徴である。診療へのアクセスはどのレベルにおいても自由であり、Gate keepingは無い。

ベルギーでは、医師側及び共済組合側の代表が「全国健康及び障害保険機構 *National Institute of Health and Disability Insurance: INAMI*」に参加し、価格交渉を行っている。フランスの診療報酬表と同様、すべての医療行為にコードと難易度及び相対的コストに相当する点数がつけられ、この点数が毎年の価格交渉の対象となる。診療報酬表は国内の全医師及び病院に適用される。

医療サービス提供者及び医療施設に支払われる医療費の一部は診療報酬表によって支払われ、他の部分、例えば病院医療費の一部は1日当たり費用額の形式で支払われる。1日当たり費用額は、専門診療科の種類や各病院のパフォーマンスによって異なり、保健担当省が決定する。

1. 意思決定プロセス

①社会問題省・保健・環境省

政府の再編で社会問題省と保健省とが統合されたが、実際的には2つの省として機能している。社会問題担当省は保険料率を決定する社会保険全国組織ONSS (*Organisation Nationale de la Sécurité Sociale*)を監督している。保険料率は雇用者代表と労働組合代表との交渉結果に基づき、政府が決定する。社会問題担当省はINAMIの監督も行っており、近年その影響力を強めている。

一方、保健省に相当する組織は医療提供体制の整備を担当し、医療計画の策定や病院における医療職のポスト、あるいは質に関する認証事業などを行っている。また、この部門は病院についての1日当たり費用額の決定とその支払いも部分的に行っている。

②地方政府

1991年に地方分権化が行われ、医療についても多くの機能が地方及びコミュニティに委譲された。その中で、医療提供体制に関する次の3機能もコミュニティに委譲されている。

(ア)高額医療機器の設置に関する基準及び質に関する認証の基準の適用(注1)

(イ)公衆衛生サービスの提供

(ウ)医療者の教育プログラムの整備

これらの事業は、国から交付される補助金によって行われている。

③INAMI (全国健康及び障害保険機構)

INAMIは社会保険制度の運営責任を負っている。INAMIは各ミュチュアリテを通して医療費の支払いを行うと同時に、中央で財源をプールし制度の財政的安定にも貢献している。また、支払側と診療側との診療報酬額交渉の場でもある。

④ミュチュアリテ (共済組合)

ミュチュアリテは非営利の民間保険者であり、政治的信条や宗教に基づく連帯を基礎として設立されている。キリスト教民主党によるもの(全人口の45%をカバー)と、社会党によるもの(同29%をカバー)の2つが最大組織であり、その他非営利共済組織が多数存在している。ミュチュアリテの代表者はINAMIにおいて患者側代表者として価格交渉にあたる。

皆保険制度導入初期には、各ミュチュアリテの財政に大きな差があった。例えばブルーカラー労働者層が多く加盟する社会党共済組合は慢性的な財政不足なのに対し、ホワイトカラー層が多く加盟するキリスト教民主党共済組合は常に黒字基調にあった。1964年に、社会党共済組合の理事長かつ社会保障担当大臣であったEdmond Leburtonは、「こうした状況は労働者連帯の原則から見ても不適切である」とし、政府の介入によるリスク構造調整を導入、現在にいたっている。

⑤医師組織

医療評議会Medical Councilは医師の倫理事項に関する

る監督を行っている。医療評議会は医師の不法診療行為や過剰診療などを調査し、必要に応じてペナルティを科す権限を有している。例えば、医療行為の内容に関する広告や、診療報酬より安い料金での診療の提供などはペナルティの対象となる。なお、ミュチュアリテとの診療報酬額の交渉は医療評議会の業務ではなく、医療職の労働組合組織の役割である。

⑥全国病院協議会

全国病院協議会には決定権はないが、病院計画の策定や病院医療に関する基準の策定及び病院財政問題に関して、保健相への答申を行っている。

2. 医療保障システムの概要

図1、図2に、ベルギーの医療保険制度の概要を外来医療と病院医療とに区分して示した。

被用者とその被扶養者については、major riskと minor risk (注2)の両方をカバーし、自営業者については minor riskのみをカバーしている。外来医療では償還制が採用されており、患者が外来医療あるいは薬の処方を受けた場合、患者は診療報酬表にしたがった医療費を医師や薬局に全額支払い、その領収書を所属するミュチュアリテに送付して償還を受ける。償還割合は外来診療では80%、医薬品では内容によって異なる。

保険料率は被用者では、収入に関する上下限は設定されていないが、自営業者には下限が設定されている。

病院医療では、公的契約モデルが採用されており、第三者であるミュチュアリテ及び政府が直接病院に医療費の支払いを行う形式になっている。後述のように、病院財源は出来高払い部分と1日当たり費用額をベースとする総括予算部分とに分かれている。

①外来医療

外来医療の99%以上は独

立した開業医によって提供されている。

一般医の市場は近年非常に競争的になってきている。専門医では、臨床研修病院における専門研修医のポストが制限されているために参入障壁が高く、専門医になるための試験(concour)は非常に難しい。また、医師数増大に対処するために1995年以来医学部入学者数の定員制限が行われている。専門医は自分の診療所あるいは契約した病院の外来診療部門で診療を行っている。後者の場合、出来高払いの報酬の一部が病院の収入となる(割合はケースバイケース)。一般医によるGate keepingが行われていないため、患者は一般医と専門医とを自由に選択ができる。

②病院医療

病床の63%が非営利民間病院、37%が公的病院となっている。病院区分は一般病院と精神病院の2種類で、公私による医療費支払方法の差は無い。しかし、公的病

図1 ベルギーにおける医療保険制度の概要 (外来医療)

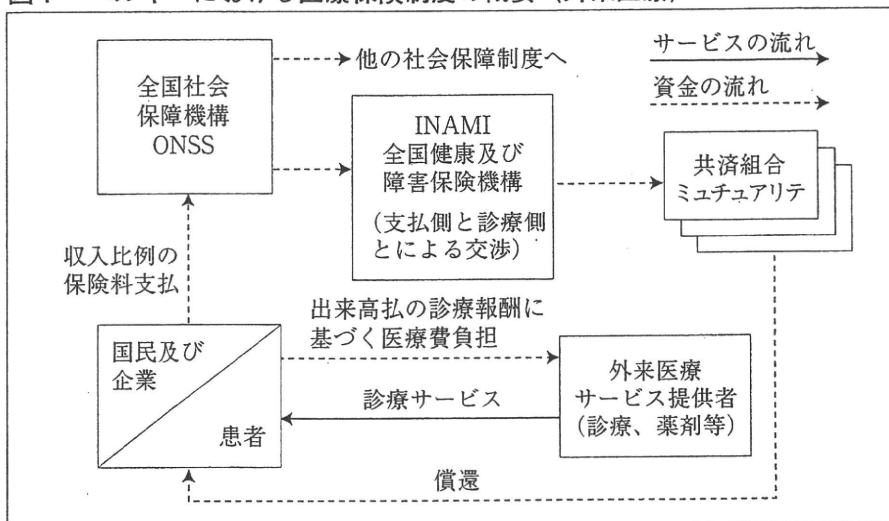
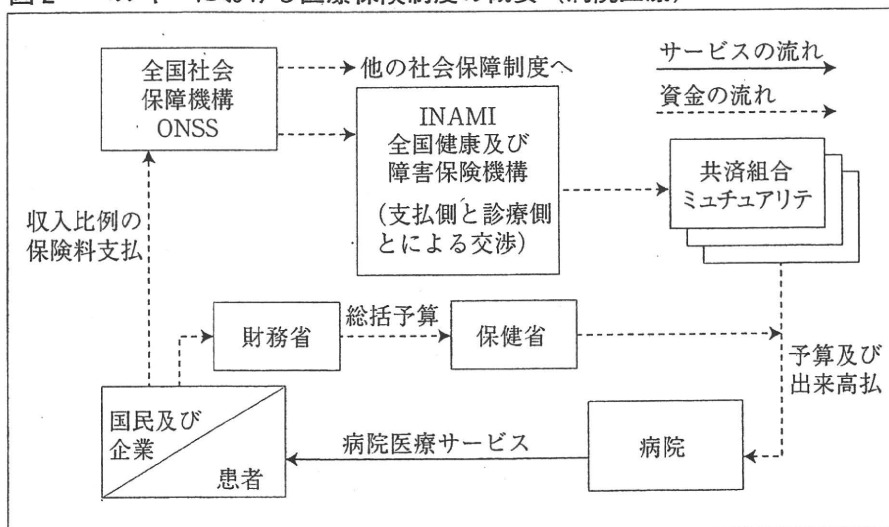


図2 ベルギーにおける医療保険制度の概要 (病院医療)



院では、保険の有無にかかわらずすべての患者を受け入れることが要求される、福祉制度の医療扶助を受けている者は公的病院しか受診できない等のために、低所得者層を受け入れる割合が高い。このため、公的病院には財政赤字を補填するための財政補填が行われている。

③地域ケア

60歳以上の要介護高齢者は、地域の保養院あるいはナーシングホームでケアを受けられる。これらの施設への支払いは、INAMIの定めた要介護基準にしたがって定額払いとなっている。しかしベルギーでは在宅医療や在宅福祉の整備が遅れており、医療施設への長期入院を余儀なくされている現状がある。

3. 医療財政の概要

①財源別構成地域ケア

OECDの統計では、ベルギーの1998年の総医療費は8027.7億ベルギーフラン(BEF)(注3)である(表1)。経時的にみると、80年代まで急速に増大した医療費は、政府による抑制策が積極的に展開され始めた1993年以降、増加率が抑制されている。総医療費の対GDP比は、80年代は7%台、90年代は8%台となっている。

また、Kesenne(注4)による1994年の推計をもとに医療費の財源別構造をみると、38%が社会保険、38%が税金、17%が患者の自己負担、9%がその他の財源(任意の医療保険、自動車保険の一部、医薬品の売上税など)となっている。このうち、任意の民間保険は自営業者のminor risk、アメニティなどの社会保険対象外部分、及び自己負担部分をカバーしており、営利の民間保険会社やミュチュアリテ(ただし加盟者に限定)が提供している。

IBESの1994年の統計では任意の民間保険は1250億

表1 ベルギーにおける医療費の経時的推移

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
総医療費(a)	19150	32700	51496	133999	229240	352553	490400	668324	714337	753270	802773
%GDP	3.4	3.9	4.1	5.9	6.4	7.2	7.4	8.2	8.6	8.6	8.8
病院医療費	7361	9706	13225	39323	75821	119856	160969	236961	257618	260202	n.a
(a)に対する%	38.4%	29.7%	25.7%	29.3%	33.1%	34.0%	32.8%	35.5%	36.1%	34.5%	n.a
外来医療費	7904	14142	21888	50727	89854	141196	194942	243372	255361	255520	n.a
(a)に対する%	41.3%	43.2%	42.5%	37.9%	39.2%	40.0%	39.8%	36.4%	35.7%	33.9%	n.a

【参考】

薬剤費	4653	8797	14477	29327	39827	55294	76111	115350	115629	121400	n.a
-----	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	-----

単位 = 百万ベルギーフラン。n.a.: not available

出典: OECD HEALTH DATA 2000 (2000)

注: 薬剤費には外来で処方された薬に加えて、総医療費に含まれないOTC薬費用なども含まれる。

BEFの支払いをしているが、内訳は自己負担分(560億BEF)、非償還医薬品(420億BEF)、付加的サービス(177億BEF)、自営業者のminor risk(100億BEF)となっている(注5)。

②予算配分

固定された保健予算は無く、いくつかの部門別予算と医療保険予算が定められている。予算配分は行政の各レベルで行われるが、それにより対象と上限額の有無が異なる(図3)。INAMIから医療保険に支出される予算は上限額が設定されている。政府は各地域における資本投資部分に対して上限額の設定された予算を配分している。配分額は1988年に定められた計算方式によって決定されている。また、政府はINAMIへの補助も行っている。地方政府及びコミュニティ政府の保健予算については上限額が設定されておらず、各政府はそれぞれの政策上の優先順位によって配分額を決定している。

INAMIにおける予算配分は以下のように行われる。

(ア) 契約と合意委員会における各関係者との交渉結果とその提案に基づき、歯科、医薬品、病院医療、外来医療の各部門別の予算額を決定。

(イ) 医療保険委員会から提案された年度別部門別予算目標と医療保険への総括予算額が医療保険総合委員会で検討される。医療保険総合委員会は予算統制委員会の助言を斟酌した上で、総額予算額の上限上昇率を決定し、政府に答申する。最終的には政府が総額予算額の上限上昇率を決定する。仮に医療保険総合委員会で上限上昇率の合意が得られなかった場合には、閣僚委員会がこれを定めることができる。1994年以来、上限上昇率は1.5%となっており、その内訳は1%が医療技術の進歩、0.5%が高齢化に対応する部分とされている。

(ウ) 上記の決定を受けて契約と合意委員会は出来高払

いにおける診療報酬表に関して合意を行う。最終的な合意書類には支出超過を防止する手段についても記載されなければならない。

(エ)仮に年度途中で上限上昇率を超過する可能性が生じたときには、まず合意書類に記載された対策が取られる。にもかかわらず支出増が止まらないときには、社会問題相が診療報酬支払いの減額などを行う。

以上のような対策が導入された直後の1994年と1995年は医療費支出の上昇率は1.5%以内に抑えられたが、1996年には上限を超える医療費支出増が生じた。そのため中央政府が介入し、診療報酬の3%減額が行われている。

③病院への支払い

病院に対する支払いは、資本投資部分と1日当たり費用額(ケースミックス部分)と出来高払いの組み合わせによっている(図4)。

まず、建物や高額医療機器などの資本投資部分は、その大部分が地方及びコミュニティ政府からの予算によって行われる(民間病院の場合は60%、公的病院の場合は70%)。残りは中央政府からの予算配分となるが、配分額には上限があり、投資内容によって配分額も異なっている。他方、地方及びコミュニティ政府からの投資額にはこのような制限は定められていない。

医療施設等の建設及び高額医療機器の設置に関しては33年、その他の医療に直接関係のない機器に関しては10年、そして通常の医療機器に関しては5年間を減価償却期間として予算配分が行われる。

その他の医療材料については医療サービスに含む形で診療報酬の中で支払われる。

しかし、この方法は医療機器を多く使うことで収益をあげようとするインセンティブが働くために、医療費高騰の原因の一つとなった。そこで、高額医療機器を用いた診療行為については出来高でなく、固定費の中に組み込む手法が取られるようになってきている。例えば、すでに放射線療法やMRIによる検査についてこの手法が導入されている。

また、現在は中央政府が定める7ヵ年計画によって資本投資が行われることになっており、この期間中は計画に定められたもの以外は原則として承認されないため

に、投資における強力な抑制手段となっている。

1日あたり費用額部分はHotel fee部分と看護サービス・医療機器・医薬品を包括したClinical service費用に区分される。Hotel fee部分は、規模別に全国の病院がグループ化され、その平均費用を定めることで標準化され、Clinical service費用はケースミックス単位で標準化が行われている。

この総括予算部分については、政府の定めた公式によって推計される理論的予算と実際の支出との比較により支払い額が決定される方式となっている。

この推計に関しては、従来病床利用率が主要な指標として用いられていた。例えば、外科系80%、内科系・産婦人科系70%と定められた病床利用率を元に、年間総入院日数が計算され、目標以上の利用については1日当たり費用額の30%が支払われ、目標日数に満たなかった場合には支払いが行われなかった。しかし、この方式では効率の良い医療を行ったために平均在院日数が短縮し、病床利用率が低下した病院を罰し、逆に効率の悪い医療を行った結果として、病床利用率が上がっている病院が褒賞をうけるシステムとなってしまう、シ

図4 ベルギーにおける病院医療費の財政方式

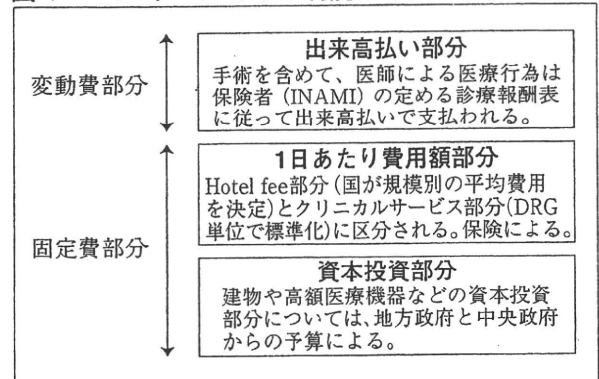
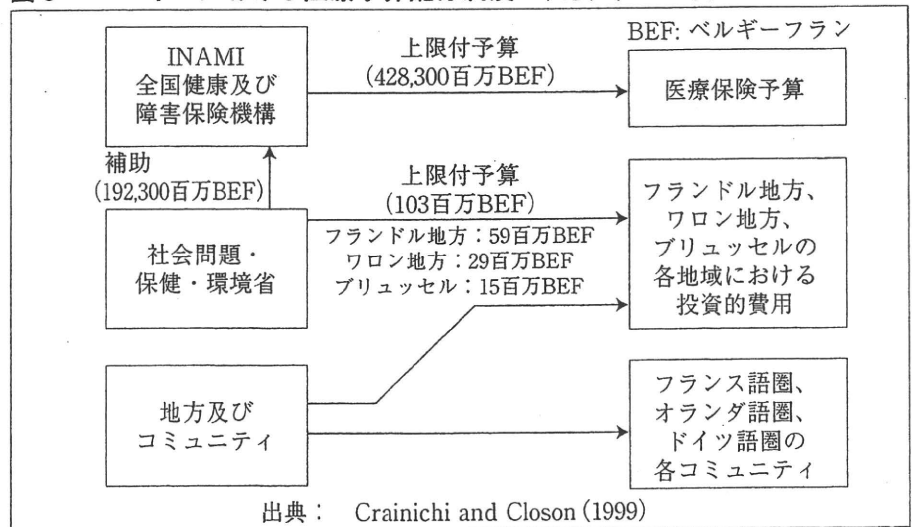


図3 ベルギーにおける医療予算配分制度の概要(1997年)



システム全体として効率化へのインセンティブが働かない。

そこでAP-DRGによりパフォーマンスを評価するシステムが導入された。例えば、当初はDRG単位で評価して、平均在院日数が全国平均の-2から+2%の場合は基準通り、+2%から+10%の場合は超過分について基準額の50%の減額、+10%以上の場合には10%の減額となっていた(注6)。

その後、支払い方式及びDRG統計の変更があり、現在は図5に示したシステムとなっている。すなわち、DRGごとにLow Trim Point (LTP)、High Trim Point I (HTP I)、High Trim Point II (HTP II) が決められ、LTP未満のアウトライヤーについては出来高払い、HTP I以上のアウトライヤーについては長期療養の出来高払い方式(1日あたり費用額)、インライヤーとHTP IIとHTP Iの間のアウトライヤーについては各疾患群で定められている定額での支払いとなる。また、HTP I以上のアウトライヤーについてはDRGをベースとした統計の対象からは除外されている。

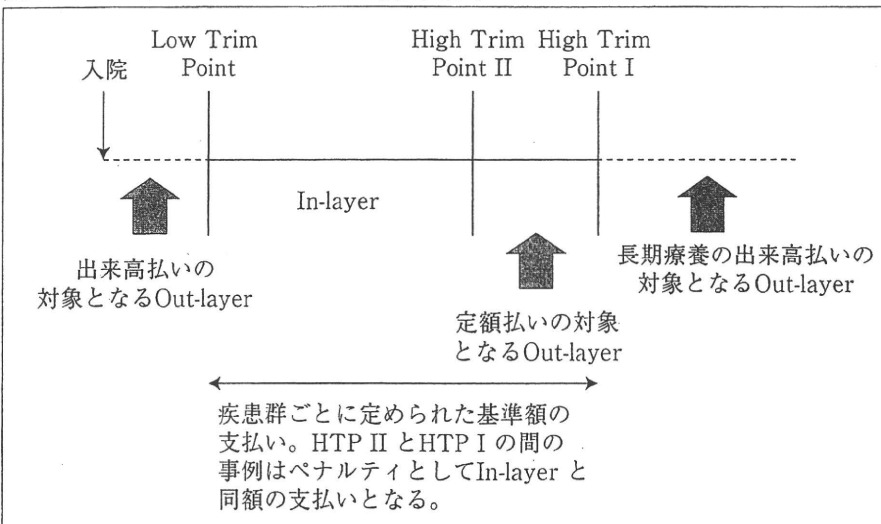
出来高払い部分は、手術を含む医師による医療サービスは診療報酬表にしたがって支払われる。しかし、この方式には常に過剰診療につながりうるものが懸念されるため、臨床検査などは費用の82%をケースミックス単位の包括払い、18%を出来高で支払う方式が導入されている。

④自由開業医への支払い

自由開業医への支払いはINAMIで合意された診療報酬表による。ただし、医師の40%がその内容に反対した場合は適用されない。この場合、以下の3つのオプションがある。

(ア)政府による代替案の提示

図5 ベルギーにおけるDRGの使用方式



(イ)政府による代替案の執行

(ウ)政府が償還率のみを決定し、償還額については各医師が決定する

仮にイ案がとられる場合は、さらに政令交付後30日以内に、医師側はその提案を受け入れるか否かを選択する権限が与えられる。ただし、皆保険制度であること、医師間の競争が激しいことなどの諸条件のために、医師側は受け入れざるを得ない環境にあるのが実情である。また、1993年以降、医療保障支出目標額が超過した場合、政府が一方向的に1点当たり単価を減額できる制度が導入されており、近年政府の介入権が強化されている。

⑤医薬品

1994年度の統計によると、政府の総医療支出の16% (621億BEF)が医薬品費である(注7)。市中の薬局が医薬品の販売及び供給をほぼ独占しており、総医薬品売上約85%を占めている。医薬品価格は経済問題省によって決定され、これを基準にINAMIとメーカーとの間で小売価格の交渉が行われる。現在、約6000品目の医薬品が入手可能だが、うち2500品目がINAMIによる償還対象となっている。償還割合は各医薬品の性質によって異なり、以下のようになっている。

(ア)カテゴリーA(癲癇や糖尿病などの重篤な疾患の治療薬):100%償還。

(イ)カテゴリーB(効果的だがコストの高い医薬品):75%償還(生活困窮者は85%)。ただし、1処方あたりの支払いに上限額あり(345BEF。生活困窮者は230BEF)。

(ウ)カテゴリーC(一般的な医薬品):50%償還。ただし、1処方あたりの支払いに上限額あり(575BEF。生活困窮者は345BEF)。

(エ)カテゴリーCs(効果が限定されている医薬品及び定期的な処方の対象ではない医薬品):40%償還。支払い

上限額なし。

ベルギーでは医薬品費上昇を抑制するために、近年種々の対策が取られている。例えば、病院における術前の抗生物質の使用については予算制が導入され、各施設はその手術実績によって抗生物質使用に関する予算を受け取る仕組みとなっている。政府は他の領域にもこのような仕組みを導入しようと試みている。

II. ベルギーにおける医療制度改革

従来、ベルギーの医療制度では、民間のサービス供給者と社会保険の組み合わせゆえに、供給側にも需要側にもコスト削減のインセンティブがないという構造的な欠点があった。近年の改革では、医療施設への自由なアクセスという長所に着目する一方で、関係する各アクターの責任の明確化、特に供給者側に重点を置いた改革が展開されている。またファイナンス方式についても、過去の量的な活動実績に基づくレトロスペクティブな対応から、利用者のニーズや供給側のパフォーマンスに着目したプロスペクティブな方式への転換が図られている。

1. 病院の財政方式の改革

病院では1990年以来、minimum clinical summaryとminimum nursing summaryが系統的に収集されるようになり、DRGに基づく情報により病院の効率性を評価することが可能になった。この情報に基づいて各病院の1日あたり費用額が算出され、総括予算として病院への支払いが行われている。

しかし、現行システムはケースミックス関連のデータは直接保健省に、支払いに関するデータはミュチュアリテを経由してINAMIに収集され(注8)、両者を突き合わせて系統的に分析できる体制ではない。そのため情報に中央で総合的に収集・分析する組織の創設が保健省側から提案されているが、中央政府が制度への介入の度合いを強めることに対してミュチュアリテ側が反対しており、計画は進んでいない。しかし、1997年度の情報についてminimum clinical summaryとミュチュアリテの持つ支払いデータとを突き合わせて分析するプログラムが、現在ルーヴァンカトリック大学医療情報部などを中心に行われており、将来に向けての重要な布石になると考えられている。

2. 臨床検査の支払いに対する改革

臨床検査については入院・外来を問わず、費用の82%をケースミックス単位の包括払い、18%を出来高で支払う方式が導入されている。また、各医師の検査の処方モニターされており、処方量が著しく多い医師に対しては警告が出され、それにもかかわらず状況が改善されない場合支払いが減額される。この方式の効果は大きく、導入後の1993年には前年比で25~30%の支出減が観察された。

3. 医薬品の支払いのコントロール

医薬品費用のコントロールに関しては、近年以下のような対策が取られている。

- ①償還カテゴリーの格下げ及び償還対象薬からの除外
- ②1処方当たり自己負担額上限の引上げ:カテゴリーB薬では300から345BEF(生活困窮者の場合200から230BEF)、カテゴリーC薬では500から575BEF(生活困窮者の場合300から345BEF)
- ③1996年の医薬品価格への凍結
- ④ジェネリック薬の価格引下げ(1996年:20%)
- ⑤償還対象医薬品の売上への2%の課税

また、いくつかの医薬品では処方総量に関する統制も導入されている。さらに、医薬品の量及び価格両面での契約方式(price-volume contract)の採用、医師の処方履歴(profile of prescription)の作成、処方行為に関する評価委員会の創設などが検討されている。

4. INAMIの改革

INAMIには、サブセクターごとの固定予算が総括予算制とともに導入された。同時に予算超過時のペナルティが定められ、改革の実効性が保証された。この改革では理念上の大きな変革が行われている。それは、従来の事後的な情報に基づくファイナンス方式ではなく、国民の健康ニーズに応えるために必要な資源量を推定した上でファイナンスするという前払方式への転換である。この方式で最初に作成された1994年の予算は3870億BEFであったが、実際には3800億BEFの支出で済んでいる。しかし、このような大幅な費用削減は、実際には患者の自己負担増で行われたという批判が強いのも事実である。

5. 患者の自己負担

90年代に行われた主な患者自己負担の増額は以下の通りである。

- ①急性期病院及び慢性期病院の病床の保養所及びナーシングホームへの転換:これによりHotel fee部分が完全に医療保険制度から切り離され、原則自己負担となった。
- ②医薬品の償還率の引下げ
- ③自己負担額の引上げ

6. ミュチュアリテの改革

ミュチュアリテの財政に関しては、1963年以降国民連帯の観点から各ミュチュアリテの余剰及び負債が全国レベルでプールされ、ニーズ(支出)に応じてそれぞれファイナンスされる方式となっており、効率的な資金の配分が行えなかった。そこで、資金の配分に関して、

どれだけ使ったかという実績による部分に加えて、加入者のもつリスクに応じて資金を配分するというリスク構造調整部分が導入されている。

1995年、96年は前者が90%、後者が10%であったが、97年には80%と20%、99年には70%と30%、そして最終的には60%と40%にすることになっている。予算に対しての財政上の責任は各ミュチュアリテが負い、最初の2%までの赤字は各ミュチュアリテで処理する。将来的には、被保険者とミュチュアリテとの契約により、患者による医師選択自由の制限、及び医師とミュチュアリテとの契約により、医師の診療の自由を制限することも検討されている。

7. 資本投資部分の財政方式

資本投資部分への財政方式では、ケースミックス単位での看護婦の活動量や在院日数などの活動実績にリンクした動的な基準によってファイナンスされる方式が導入されるようになってきている。このような改革により、住民のニーズに対応したサービス提供体制の整備が促進されると考えられている。

8. 質に関する認証制度

1995年以来、認証制度が導入されている。主な目的は医療行為の質と効率性そして効果の向上である。評価項目としては、医師と患者とのコミュニケーション、医療サマリーの整備、生涯学習への参加、効果的・効率的診療の実践、診療患者数の多さなどがある。認証制度は診療報酬とリンクしており、認証を受けた医師はより高い償還率が認められる。このような診療報酬とのリンクは、医師の認証制度への参加のインセンティブとなっている。

9. バーコード処方の導入

1994年7月にバーコード処方が導入され、各医師の処方行動に関する情報が効率的かつ体系的に収集されるシステムとなった。しかし、情報の分析過程で処方医師名は除かれるため、これに基づいて処方量の著しく多い医師にペナルティを科すというものではない。

10. 供給体制のリストラクチャリング

近年のベルギー政府における医療費適正化対策では、供給体制のリストラクチャリングが積極的に行われていることが特徴的である。第一に1995年以降、医学部学生の制限(Numerus clausus)により、将来的には2004年に700人、2005年に650人、2006年に600人に制限されることとなっている。

第二にベッド数の制限である。全国の病床数は1982年7月におけるレベルを超えることはできないとされ、病床数削減のための種々の経済的インセンティブがとられている。例えば、すでに計画されていた増床については、実行しない場合の補償金が支払われ、病床を25%以上減らす場合、地方政府による病院への支払いを現行の60%から30%に減少できる制度が導入されている(残りの部分は医療保険から支払われる)。また、もう一つの重要な病床減少プログラムは病床の集中政策である。すなわち、病院の最低基準が150床に定められ、それ以下の病院は閉鎖か地域の他施設との合併を選択しなければならなくなっている。ベルギーでは小規模病院が非常に多いため、この政策の効果は非常に大きい。また、一般病院の病床の老人科病床や保養所、あるいはナーシングホームへの転換も積極的に誘導されてきた。

しかし、このような施設体系の再編成は、負担を社会保障制度(政府)から患者へと転化するものだとして批判されている。また、最近では施設転換もあまり積極的に行われなくなっており、転換を促進する新たなインセンティブの必要性が議論されている。

Ⅲ. ベルギーにおけるDRGの状況

ベルギーは欧州諸国の中で、DRG導入に最も成功した国の一つといわれる。ただし、米国のようなDRG/PPSではなく、各病院に対する予算の一部を決定するための手法として用いられている。すなわち、病院に対する支払い方式は、資本部分に対する固定予算、DRGベースの1日あたり費用額、各病院の特性によって決定されるHotel fee部分、そして医師の診療行為に対する出来高払い部分から構成されており、DRGベースの支払いは全体の50%程度である。

自由開業制、Fee-For-Serviceによる支払い、社会保険制度、医療計画、病院機能の未分化といったベルギー医療制度の特徴はわが国と共通する点が多く、ベルギーにおけるDRG導入過程と現在の状況を検討することは、わが国におけるDRG方式の利用方法について考える上で参考になる点が多いと考えられる。

1. 導入の経緯

ベルギーでDRG方式導入が比較的スムーズに行われた理由としては、病院情報の標準化がすでに確立していた点あげられる。その端緒となったのはHaxhe教授によって1968年にルーヴァンカトリック大学病院に導入された臨床要約Clinical abstractである。その後、病院情報システムは米国のAnn Arbor委員会が確立し

た疾病コードであるHICDA (Hospital International Classification of Disease Adapted)をベースとしたものになり、科学技術省の決定で1971~73年の間にベルギーの全大学病院で利用されることとなった後、大学病院以外の病院にも拡張された。

この間、医療情報システムの普及と改善に貢献したのがルーヴァンカトリック大学の医療情報センター (Service d'Information Médicale: SIM)である。また、同時期にEC委員会が加盟国共通の医療記録の確立を専門委員会に求めたことも重要である。この委員会から出された医療記録案がベースとなって、1983年にベルギーにおけるMinimum Data Set (MDS)が標準化された。さらに、保健担当省がMDSを病院の内部管理に使用することを決定したことを受けて、1985年にMDSによる記録の整備が全大学病院に義務化された。そして、その後徐々にMDSによる情報システムの確立が進められ、1986~89年の間に110の非大学病院においてその導入が達成されている。

また、1979年以来ICD9-CMが診断をコード化するプログラムに参加していた病院において義務化されていたことも重要である。ICD9-CMの導入はRogerらの検討をもとに全国病院委員会Committee of National Council of Hospitalsによって決定された。ICD9-CMには、臨床医の要求により3550の補足分類が追加された。

医療費増抑制策展開の過程でレトロスペクティブな予算決定方式にかわる手法の必要性が強く認識されるようになったことから、DRGに基づく予算決定方式が1992年以降導入された。すなわち、前年度いくら使ったかを基礎として予算を決定する従来の方法では、活動の効率性の如何にかかわらず、多く医療費を使っている施設が多くの予算を獲得できるという問題があり、これを解決するためにDRGを総括予算策定に利用することが決定されたのである。

DRGの導入に際しては、独自でケースミックス分類を開発するのではなく、すでに米国で実用実績のあるDRG (最初はHCFA-DRG、次いでAP-DRG)を導入している。

2. ベルギーにおけるDRG導入の成功要因

DRG導入に重要な貢献をしてきたRoger教授 (ルーヴァンカトリック大学公衆衛生学校・学校長)によると、DRG導入成功の要因としては、以下の4点が重要であったという。

第一には、病院において診療情報の標準化が行われていたことである。すなわち、DRGのベースとなるMDSがすでに確立していたことが重要である。

第二に基盤整備を徐々に行ったことである。特に、DRGの導入を事前に決定したのではなく、あくまで可能性の一つとして他の手法とともに社会実験の中で検討し、科学的に利用が望ましいという知見を研究者が出していったことが重要であったという。また、開発過程で大学病院の研究者が果たした役割が重要であるという。大学病院以外の病院でDRG関連の社会実験を行うことは、単に業務が増えることと認識されがちであり、研究者の知的好奇心が質の高い社会実験を推進していく上で必要不可欠であったという。

第三に人口規模である。対象施設が少ないことは導入が容易であった大きな要因の一つであろう。しかし、中央・地方の政府の構成が非常に複雑であり、この要因については割り引いて考える必要がある。

第四に、初期においてDRGがファイナンスの目的ではなく、施設間の活動状況を比較するためのツールとして導入されたことである。これにより、病院の機能分化が十分でないために一般病院に急性期から慢性期までの患者が混在しているという、わが国と同様の状況でも、さほど無理なくDRG導入が可能になった。

以上の点は医療システムにおいて類似の特徴を持つわが国におけるDRG導入を検討する際に、参考になるものと思われる。

3. 現在の課題

現在、ベルギーにおいては病院の予算策定にDRGが用いられているが、そのベースは平均在院日数であり、DRGごとのコストではない。しかし、各医療行為が診療報酬表にしたがって出来高で請求され、それがすでにデータベース化されている。

したがって、この2つのデータベースの総合的な分析が、総括予算策定のさらなる合理化のために不可欠だが、これまでこのような研究は少数の病院において行われているのみであった。その理由は医師及びミューチュアリテがそうした制度に強く反対しているからである。DRGによる情報を基に予算が固定されることで経済的に不利になることを医師は危惧しており、また、支払者側は医療費がケースミックス単位で処理されることで保険者として患者単位で介入することが困難になることを危惧している。

しかし、1997年のデータについて2つのデータベースを突き合わせて分析する研究がルーヴァンカトリック大学において進行しており、将来的にはDRGごとのコストをベースとして1日あたり費用額が決定される方式になると考えられる。

2番目の問題点は、複数の診療行為分類が用いられ

ていることである。ICD9-CMとINAMIの診療行為分類の2つが、各病院の選択にしがたって用いられており、DRGベースで情報整理を行う場合にはINAMIコードをICD9-CMコードに変換する作業が必要となる。変換プログラムとエラーチェック及びフィードバックプログラムが開発されているが、INAMIコードの改定ごとに新たな作業が必要となるため、両者の統合が検討されている。

3番目の問題点はAP-DRGによる分類の均質性である。現在、入院データはAP-DRGによって分類され、ケースミックス単位で平均在院日数を全国平均と比較することによって、各急性期病院における予算が決められる方式となっている。しかし、各ケースミックス内でのばらつきは大きく、さらに施設ごとの比較を行う際には、年齢(17歳未満または以上)、合併症の有無などによってサブグループに分ける必要があるというように、適切な比較及びファイナンスを行う上でAP-DRGのままでは不都合が多いと認識されている。

また、時代の進展によりDRGは施設間において、死亡率やクリニカルパス、あるいはその他の広範囲の結果指標、内部管理などにも用いられるようになってきており、AP-DRGはこの点でも使いにくいとされている。このため重症度や複雑度を基に、より詳細な分類が可能であるAPR-DRGの導入が検討されている。

IV. まとめ

以上、ベルギーの医療制度とDRG方式の現状について説明した。医療経済研究機構の2年間の研究事業(欧州DRGプロジェクト)における検討結果として、著者らはわが国におけるDRG方式採用を考える上で、欧州の経験は非常に参考になり、各国別に検討課題を定めてベンチマーキング的な調査を今後継続していくことが必要であると強調した。その中で、ベルギーについてはDRGの導入過程が特に検討の対象となると考えた。

今回の調査では、以下のようないくつかの重要な知見が得られたと考えている。例えば、①情報の標準化の重要性②社会実験の成果としての根拠に基づく漸進的な事業の展開③中立的な立場での研究者の積極的な関与④出来高払いのデータベースを基にしたDRG単位でのコストの分析などは、非常に参考になる点である。

現在、わが国でもDRGの試行調査が行われているが、①、②、④については現行調査の中で検討されており、批判するのみで無く、その成果を冷静に分析することが必要であろう。その際、研究者が中立的な立場で、積極的に関与していくことが必要である。また、わが国の場合、DRGについては常にPPSとの関係で議論される

ことが多いが、筆者は、現時点ではPPSとは切り離して、DRGに基づく医療情報システムの確立とそれに基づく施設間の比較を当面の目標とすることが妥当ではないかと考えている。

また、DRGを米国のようにPPSと組み合わせて(恐らくマネジドケアとも組み合わせて)用いるのか、あるいは欧州や豪州のように総括予算制と組み合わせて用いるのかについての議論を行うことも、将来的には必須となるであろう。その意味で、DRG先進国である欧米諸国の動向を注視していくことが今後も重要であると考えられる。

V. 謝辞

本研究に際して、ご多忙中にもかかわらずインタビューに応じていただいたF. H. Roger France教授(ルーヴァンカトリック大学)、C. Licoppe 医師(3M Belgium)、及び現地訪問についてお骨折りいただいた奥谷 勇氏(3M Japan)に深謝いたします。

【脚注】

1 基準そのものは国レベルで策定され、その適用方法がコミュニティ政府に委ねられる

2 Major riskは入院治療、特殊な技術・機械を必要とする診療行為に対応するもので、minor riskは一般的な外来医療、医薬品、歯科診療などに対応するものである。

3 ベルギーフラン=25円

4 Kesenne J. Health care reform and risk structure compensation: the case of Belgium. In: Risk structure compensation, Brussels: ANMC, 1996.

5 IBES. Compendium des Statistiques de sant Brussels, 1996.

6 超過日数が10%以上の場合の方が減額率が低いのは、そのような病院が急激な財務環境の変化により閉鎖に追い込まれるのを防止するためと説明された。

7 Kesenne J(1996). *ibid.*

8 しかもミューアリティからINAMIに情報が提供される際には、情報の匿名化が行われるため、個人の同定ができなくなる。

【参考文献】

1. Crainich D. and Closon M-C. Cost containment and health care reform in Belgium. In: Health care and cost containment in the European Union. (edited by Mossialos E and Le Grand J). Aldershot: Ashgate, 1999: pp219-266.

2. France F. R. Belgium: Steady and incremental activity. In: The migration of managerial innovation. (Edited by Kimberly J. R. and de Pourville G). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993: pp60-82.

ヨーロッパにおけるDRG導入の動向 (1)

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

松田晋哉

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、医療費の適正化を行うことは容易ではない。特に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、また絶えず革新の途上にある医療技術を適正に評価しつつ、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する指標が必要である。アメリカにおいて開発されたDRGはそのような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に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)。

アメリカのエール大学で開発された最初のDRGは、一九八三年以降高齢者を対象とした公的医療制度であるメディケア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(2)。

すなわち、まずICDにしたがって二二三のMDC(主要診断分類)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

(CC)及び退院形態で分類するという四段階から構成されている。

一方、ニューヨーク州は高齢者のみならず全患者を対象としたDRGを、3M/HIS(3M Health Information System)と共同で開発し一九八九年から支払いへの利用を開始した。これがNY-DRGである。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、鉛中毒及び一八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、一九九一年の改定によりAP-DRG(All Patient DRG)と名称を変更している。図3はその分類ロジックを示したものである(1)。

また、HCFAも一九八三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、HCFA-DR

G ver.4を基に、一一七〇の分類からなるR-DRG(Refined DRG)を作成した。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四レベルでの分類をやめ、資源消費量の多寡を合併症・併発症により三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、 R^2 で見た説明力が五〇%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APR-DRG(All Patient Refined DRG)である。

その基本的な考え方は図4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三五五分類を疾患の重篤度、死亡の危険度

のそれぞれについて四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)。APR-DRG Ver.120では分類総数は一五三〇となっており、現在アメリカ本土では一九の州において支払いに利用されている。

3M社の資料によれば、APR-DRGはHCFA-DRGsと比較して、その説明力が七五%向上しているという。しかし、SPR I(スウェーデン医療福祉計画合理化研究所)がスウェーデンの入院データをもとに検討した結果によるとHCFA-DRG、R-DRG、APR-DRGの説明力には差はなく、むしろ分類数の少ないHCFA-DRGの方が実用的には優れているという結論を出している(2)。

わが国においても、DRG/PPS方式導入の試行調査が平成十一年十一月より国立など一〇病院で開始された。この試行調査については平成十二年七月の厚生省・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のが提言されている(3)。

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直しや、②ICD10を基礎とした診断群分類の再整理などが行われる予定となっている。

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、①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備したこと、②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③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直しも、上記のような条件を持つものである。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。と筆者は予想している。

図1 DRGの歴史的発展過程

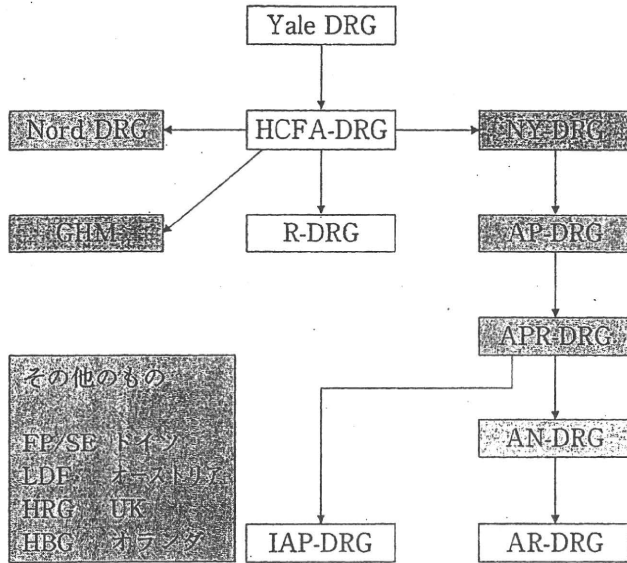


図2 HCFA-DRGの構造

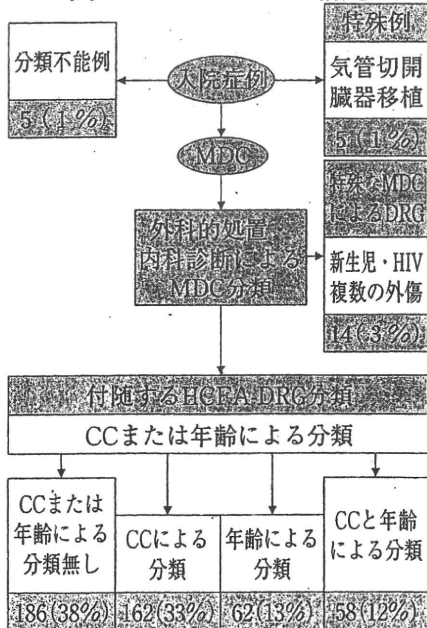


図3 AP-DRGの構造

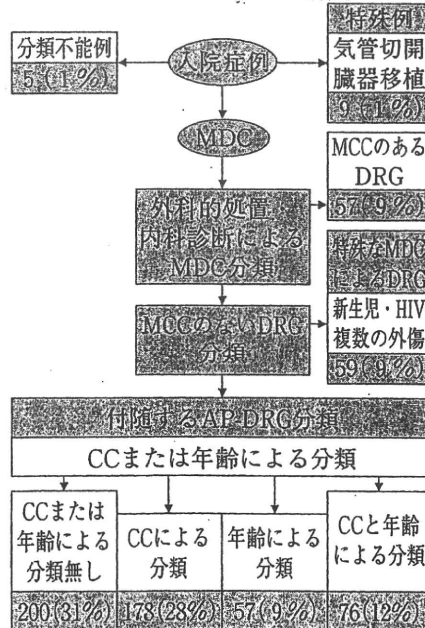
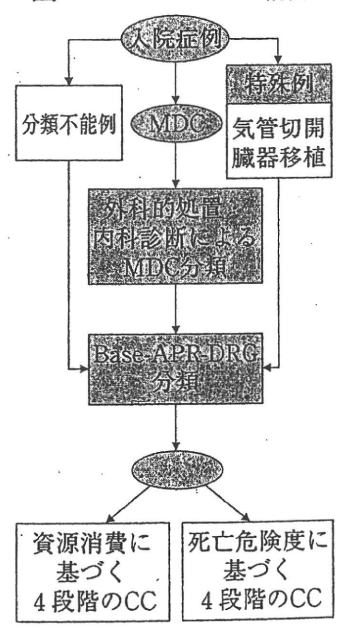


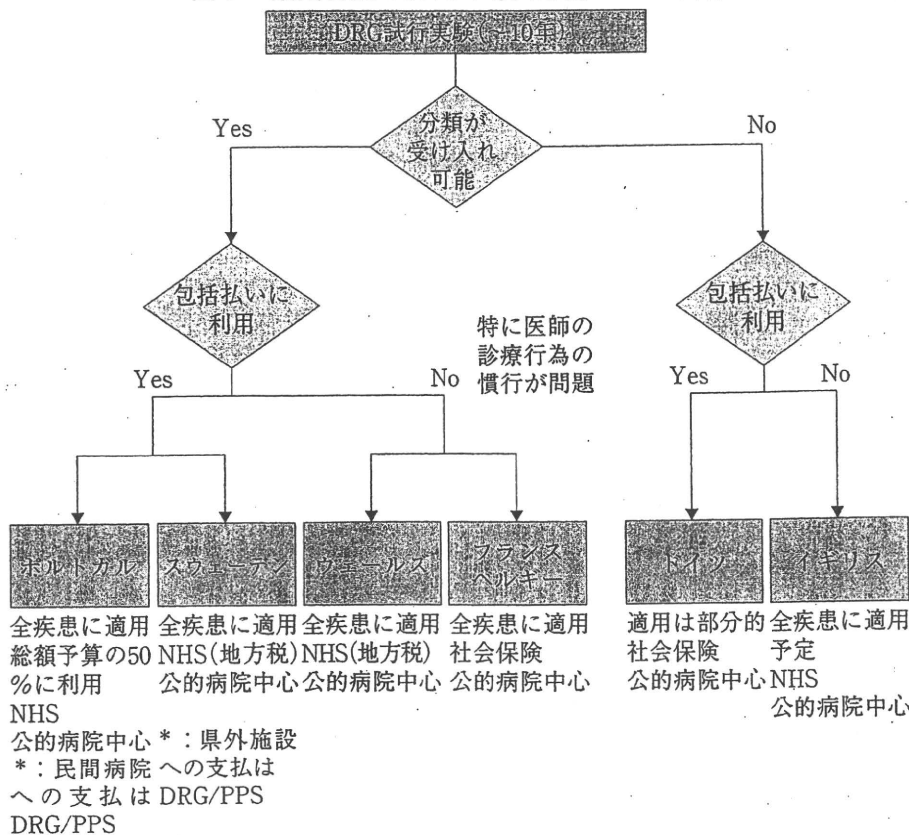
図4 APR-DRGの構造



(注) 図2～4とも①出典：Fischer, 2000。②数字はDRG分類の数。

図5 欧州各国のDRGの導入形態による分類

ポルトガル
混合型
NHSと医療保険制度という2つの制度が併存している。 多くの医師はNHSで俸給制の勤務医として働く一方で、私的診療も行っている。 医師組合が強い力を持つ情報システムが未発達なために、医療政策をうまく展開することができない。 ポルトガルは比較的うまくいっている国とされているが、実際には病院予算の50%に試験的に使われているに過ぎない
全病院 全ケースミックス 病院医療費の抑制
行政側のリーダーシップ
HCFA-DRGを試行の後、採用 現在はAP-DRG
医療情報の透明化 病院医療費削減についてはまだ明確なデータなし
総括予算制における予算策定にDRGを100%利用を計画 外来医療・慢性疾患への適用拡大を計画



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欧州諸国の医療政策担当者に関心事となった。そして、一九八〇年代初頭から欧州における多くの国が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。

表1は、筆者らが医療経済研究機構において過去二年間にわたって調査を行なった主要五カ国の制度の概況、DRG方式の導入状況及びその影響を、そして図5は分類の受け入れ可能性と支払方法への利用の形態によって導入されたケースミックス分類を整理した

本論文では、今後のわが国におけるDRG導入に関する議論に資する目的で、わが国と同様の社会保険制度を持つ国の多い欧州における近年のDRG導入状況を概説する。

2. ヨーロッパの動向

ものを示したものである。

以下、主要先進国八カ国、具体的にはフランス、ドイツ、イギリス(イングラ)、ベルギー、スウェーデン、デンマーク、ポルトガル、オーストリアにおける近年の状況を簡単に説明する(2)、(4)。

(1) フランス

フランス政府がDRGに関心を持ったのは比較的早く、一九七九年にはエール大学に最初の調査団が訪問している。しかしながらDRG導入が具体的な政策課題としてあがってきたのは一九八一年末で、翌八二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、DRG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DRG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、DRG導入の試みは継続され、そして一九九六年のジュベ・プラン(Juppe Plan)以降は急速にシステム化されている。

フランスは、一九八三年にグルノーブルにおいて最初のHCFA-DRG

表1 調査対象となった欧州主要5カ国における医療制度の特徴とDRG導入の現状

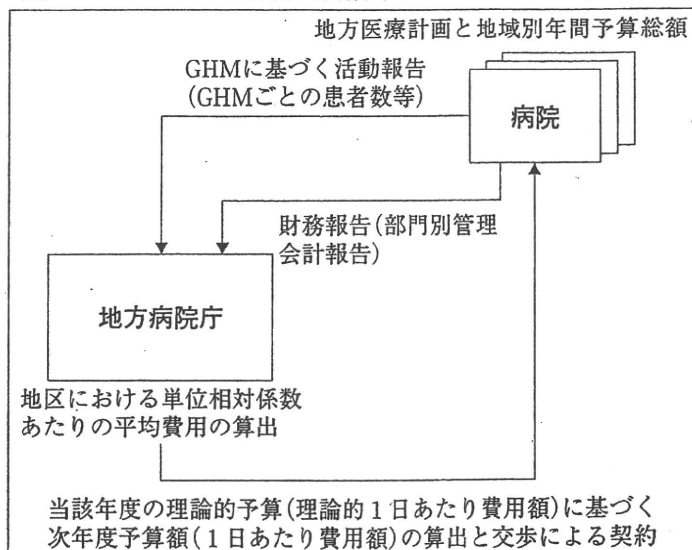
国名	イギリス	スウェーデン	ドイツ	フランス
医療保障の形態	税金による方式	地方税による方式	医療保険による方式	
医療保障の特徴	国民は税金の増額に抵抗感を持っているが、国(NHS)が独占的であるために医療政策が行いやすい。 医療費の制御は容易であるが長いウェイトイング・リストが問題となっている。	地方政府が独占的な力を持っている。地方政府の支出の70%が医療・福祉に使われるために、国民の関心は高い。 私的部門の役割は小さい。近年、増大する医療費に対処するために、利用料が導入されている。	保険料が基盤となっている。財政の透明性が高いため、保険料率をあげることは比較的容易である。	
			3000の保険者 一つの医師組織	保険者数は少ない 複数の医師組織
			保険者は個人の医師と契約することはできず、組織単位でのみ契約を行う。相対的に医師組合の力が強い。診療報酬は点数制で自己規制の仕組みを導入している。	
			外来と入院が分離	外来と入院は連続
			複雑な組織のためにドラステックな医療制度改革は現行では難しい。	
			保険者間の競争を導入したが、実際には機能しなかった。	償還制でしかも自己負担分に対するMutuelle (補足的疾病保険)による払い戻しがある。 フォローアップシステムがないために、Drショッピングが起る。また、これは文化的なものでもあり制御が困難である。
DRGの導入状況	全病院 全ケースミックス	全病院 全ケースミックス	全病院 一部のケースミックス	全病院 全ケースミックス
DRG導入の目的	病院医療情報の透明化 病院医療の効率化・標準化	病院医療費の抑制	病院医療費の抑制	病院医療情報の透明化 病院医療の効率化・標準化 地方医療計画の内容の向上
DRG導入決定の政治的過程	行政側のリーダーシップ	行政側のリーダーシップ	関係者間の交渉 (政府・保険者・医療者)	関係者間の交渉 (政府・保険者・医療者)
疾病分類の開発過程	HCFA-DRGを試行の後、独自の分類(HRG)を開発	HCFA-DRGを試行の後、採用	HCFA-DRGを試行の後、独自の分類(FP/SE)を開発	HCFA-DRGを試行の後、そのコピー(GHM)を開発 最初は公的病院のみが対象、私的病院は1997年から
DRG導入の効果	医療情報の透明化 医療の効率化への自主的対応 診療内容の標準化	医療情報の透明化 病院医療費削減は失敗 (1件あたり費用額は減少、平均在院日数は減少、入院待機期間は減少 入院件数が急増)	医療情報の透明化 病院医療費削減は失敗 (1件あたり費用額は減少、平均在院日数は減少、入院待機期間は減少 入院件数が急増)	医療情報の透明化 医療の効率化への自主的対応 診療内容の標準化
DRGに関する今後の動向	HRGを予防活動にも適用を計画 外来医療・慢性疾患への適用拡大を計画	北欧諸国共通のDRG分類の作成	保険者はAP-DRG導入、医療者はSEの対象拡大を希望していたが、AR-DRGが導入されることとなった。	外来医療・慢性疾患への適用拡大を計画 将来的にDRG/PPSを部分的に導入予定

導入実験を行っているが、その結果DRG分類がフランスの病院医療にも適用可能であることが確認された。フランスにおけるDRGの導入は、ほぼ完全なHCFA-DRGのコピーから開始され、退院時要約表や相対係数、及び診療行為分類についてもアメリカのものフランス風にアレンジするという形で導入されてきた(フランス版DRGをGHMという)。最近のDRG分類の精緻化作業においてもアメリカにおけるAP-DRGやAPR-DRGなどの開発過程を参考にしており、また外来領域、リハビリテーション、精神科などについてもアメリカやその他の国における動向を参考にケースミックス分類の開発を進めている。

DRG利用の枠組みについては、フランスの場合、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)及び一日あたり費用額(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(図6及び表2参照)。

すなわち、各病院から地方病院庁に提出されるGHMベースの医療活動実績と財務報告から、一相対係数あ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ずることによって得られ

図6 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。

表2 フランスにおけるGHM分類を用いた総括予算策定のための分析モデル例

	相対係数 合計(1)	GHM対象病院 医療費合計	当該年度理論的 予算=(1)×20F	差
A 病院	10,000	300,000	200,000	100,000
B 病院	20,000	350,000	400,000	-50,000
地方合計	2,000,000	40,000,000		

①この地方における1相対係数あたりの病院医療費を算出する。

$$\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20F$$

②実際の各施設の相対係数合計にこの値をかけることで当該年度の理論的予算を算出

③差の検討：A施設については多い理由、B施設については少ない理由を問い、その妥当性を検討。その結果を踏まえて施設の統廃合を地方医療計画の枠組み内で検討。

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一日あたり費用額決定の資料となる(註1)。

このようにフランスにおけるDRG分類はHCFA-DRGに準拠したものであるが、その利用方法は総括予算制と組み合わせたフランス独自のものとして一般化されている。さらに、一九九二年以降社会実験として行われているコストデータの収集とその分析結果

をもとに、DRG方式を部分的にPPSに結び付けることで、公的病院医療と私的病院医療とを共通の財政方式で行っていくことが今後の政策として提示されている。

(2) ドイツ

ドイツにおけるケースミックス分類導入に関する検討は、一九八四年に連邦労働社会大臣が、当時の病院医療財政方式であった実費負担補填原則(患

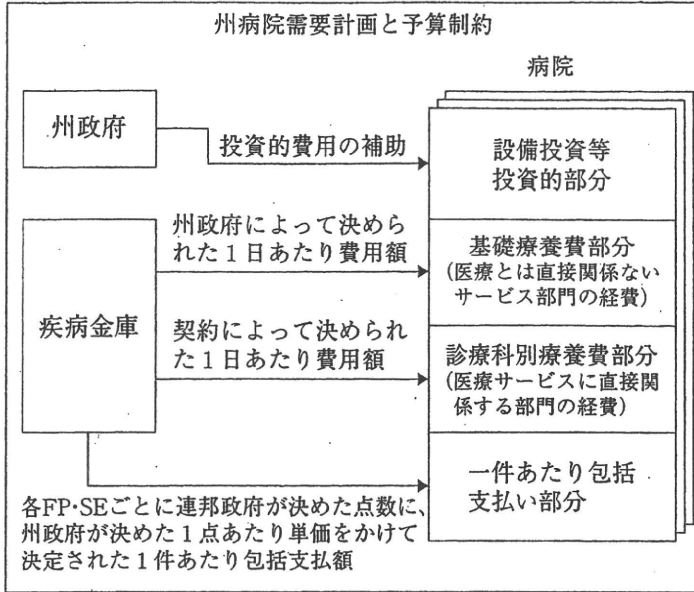
者の診療にかかった費用はすべて疾病金庫が補填する)と一日あたり費用額にかわって、提供されたサービスに基づいて報酬額を決める方式を導入する構想を明らかにしたことには始まる。その後民間のシンクタンクなどの調査によりドイツにおけるDRG導入の可能性が検討されたが、ICDの利用が一般的でなかったこと、診療行為の区分方法がドイツのもの異なるなどの理由で、DRG方式をドイツに導入することは難しいとの結論となった。

そこでDRGに代わるものとしてドイツで導入されたのがFP/SEである。FP/SEは、アメリカのPMC (Patient Management Categories)を参考に開発されたものである。すなわち、DRGのように資源消費量をもとに分類を行うのではなく、患者ごとにその入院中にどのような診療行為が行われたかというフローを考え、各段階での平均費用を積み上げることによって分類を行うというロジックを採っている。すなわちDRGに比較して臨床的類似性がより重視されており、かつ行われた医療の費用をより反映する分類であるために、現場の臨床家から強い支持を得ることとなった。

しかしながらFP/SEがカバーする領域は医療費全体の二五%に相当する部分に過ぎず、特に入院期間の長い内科領域の疾患が少ない、あるいは現在のFP/SEは高すぎるのではないかと批判があった。

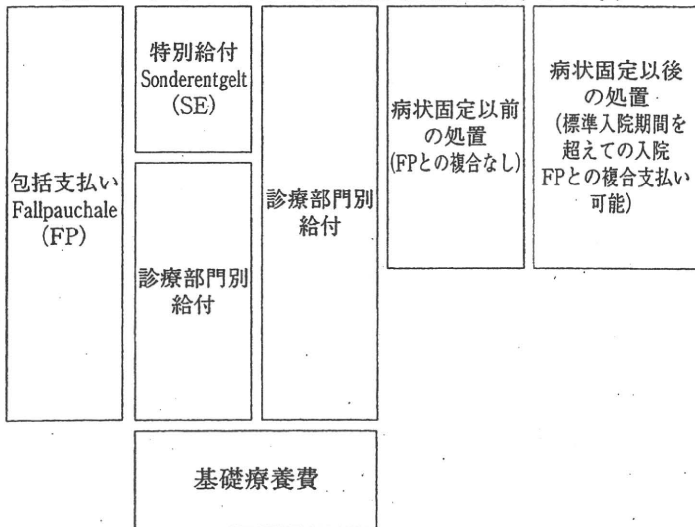
図7と図8はドイツにおける病院財政方式と医療費支払い方式におけるFP/SEの位置付けを示したものである(2)。この図に示したようにドイツにおけるDRG方式であるFP/SEについては、定型的な医療行為に関して行われる部分的な包括支払い方式であり、施設経費や包括払いの対象であってもそれを超えるコストについては別

図7 ドイツにおけるDRG類似分類(FP・SE)の利用方式



各病院ごとに予算制約は課せられているが実費用負担原則のもと、赤字額を次年度に繰り越すことができるため、実質的に制約はない。

図8 ドイツにおける医療費支払区分(1995年)



出典：大河内二郎(1999年)

途支われる形になっている。

一方、一九九八年に政権についた社会民主党及び緑の党は一九九九年九月にすべての疾患を対象としたケースミックス分類の導入を提案し、同年十二月に連邦議会を通過している。

これを受けて関係者は二〇〇〇年六月までに新しい病院医療支払い方式を決定することになっていた。医療サービス提供者側は提供したサービスのコストに関して十分に補償されるFP/SEの一般化を主張したが、コストの

積み上げによって分類を行っている同分類手法を全疾患に一般化することは難しく、最終的にはハンブルク病院協会で施設間の医療費の配分に用いられ

てきた実績のあるAPDRGのような方式、あるいはフランスのGHMのような方式がドイツ全体のシステムとして導入されると当初は予想されていた。しかしながら、政府が事業者と結ぶ契約における独占性の問題、知的所有権や将来的なコスト、及びグループ

ソフトの開発期間などが総合的に勘案された結果、オーストラリア政府が開発したARRDRGが導入されることとなった。将来のドイツにおけるケースミックス分類の使用方法に関しては、州レベルで設定される病院予算の枠内で各施設に対する病院医療費の支払いをARRDRGによって評価される活動実績に基づいて調整するという方式や、ARRDRGをベースとした包括支払い方式が議論されている。

【引用文献】

- (1) Fischer W. A comparison of PCS construction principles of the American DRGs, the Australian system, and the German FP/SE system. Casemix 2 (1): 12-20, 2000.
 - (2) 松田晋哉他「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」医療経済研究機構、一九九九
 - (3) 中協がDRG/PPS試行の見直し決めるー民間病院のデータも収集へ、社会保険旬報No二〇八〇(二〇〇〇・一一・二二)六〜九
 - (4) 松田晋哉他「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」医療経済研究機構、二〇〇〇
- 【註】フランスの病院医療における財政方式は公的病院と民間病院とで異なる。公的病院の場合は総括予算性、民間病院の場合はHotel feeについては1日あたり費用額、Doctor's feeについては診療報酬表に基づく出来高払いとなっている。詳細については社会保険旬報No一九六五(一九九七・一一・一一)松田晋哉「フランスの医療情報に関する改革」を参照されたい。

ヨーロッパにおけるDRG導入の動向 (2)

産業医科大学医学部 公衆衛生学教室 教授

松田晋哉

(3) イギリス(イングランド)

イギリスにおけるケースミックス分類導入の検討は、一九八六年にNHS内にResource Management Initiativeが創設されたことに始まる。当時の状況として、医療費高騰の問題があり、効率的な医療費配分のための医療活動の測定手法が模索されていた。一九八九年にこの目的でHCF A—DRGを使用できるか否かについての検討が開始されたが、同分類はイギリスにおける診療行為に対応するものではなく、導入は困難であるとの結論に達した。また、イギリスの場合、医療費については予算でコントロールできるため、DRG/PPSとして導入する理由はなく、むしろ診療行為の効率性を評価するための情報ツールとして利用できる

分類の導入が望ましいと結論された。

このような結論を受けて、NHSが現場の医師(特にRoyal College of Menパー)と共同でイギリスにあったケースミックス分類を開発する方針が採択され、HRG(Health Resource Group)の開発が始まった。以後、原則として三年ごとの改定と領域の拡大を重ねていく。

各施設(HS, HSA)のHRGに基づく在院日数及びコストのデータは、NHSによって毎年公表されており、施設間の比較が行われ、この透明化された情報に基づいて各施設が自主的に診療行為の効率化を行うというベンチマーク的なシステムが構築されている。

図9はNHSにおけるHRGの利用方式を、図10は公表されている初回股関節置換術におけるNHSトラスト病

院間の平均費用の比較を示したものである。

また、HRGの各群にどのようなハイルスクグループがいるかという観点から患者群を対応させたHRG/HBGマトリックスが、主要疾患に対して開発されてきており、一次予防から三次予防までを包括的に評価する試みが展開されている(図11)(註2)。

(4) ベルギー

ベルギーは、ミュチュエルと呼ばれる非営利の保険組織への強制加入を原則とする社会保険制度を基礎とした医療制度を有している。営利民間保険会社の役割はわが国と同様、自己負担分のみをカバーするというように非常に小さな役割にとどまっている。

病院利用の費用負担に関しては、従

来出来高払い制度が採用されてきたが、医療費増を抑制するために一九八七年に予算上限制度(Ceiling)が導入された。また、医療サービスの効率性を高めるために、それを計測するツール導入の検討が開始され、それがベルギーにおけるケースミックス分類検討の端緒となった。

ベルギーにおけるDRG導入の試行は早く、一九八一年にはすでにルーバンカトリック大学病院でグループパーの利用が試行的に開始されている。というのもDRGの開発者であるJanssens教授が、一九七〇年代末にすでにルーバンカトリック大学の研究所でこのシステムの開発についての検討をベルギー人研究者と開始していたという事情があったからである。

ベルギー政府は一九八三年、医療制度改革を行うことを宣言し、その中で

DRG導入を明言した。この際、出来高払を基礎として医療記録が整備されてきたことがDRG導入に際して大きなメリットとなった。すなわち、この記録をベースとしてMDS (Minimum Data Set) が一九八三年に作成され、八五年にはすべての大学病院での使用が開始された。次いで八七年にはルーバンカトリック大学病院と他の二つの大学病院でコストデータとの連結が行われ、九〇年にベルギーのすべての病院においてMDSによる整理が義務化された。

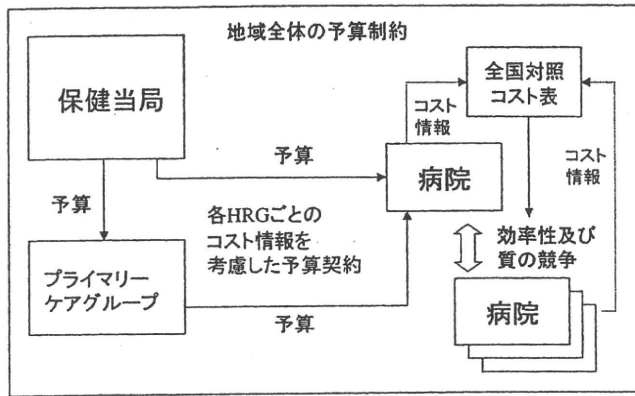
さらに一九九四年にはHCFA-DRGに代わりAP-DRGが導入され、病院予算の配分に使用されると同時に、地方医療計画における資源配分の指標として用いられるようになった。

病院の財政方式は図12に示したように、資本投資部分、一日当たり費用額(包括予算部分)及び出来高払いの組み合わせによっている。

まず、建物や高額医療機器などの資本投資部分は、その大部分が地方及びコミュニティ政府からの予算によって行われる(民間病院は六〇%、公的病院は七〇%)。残りの部分は中央政府からの予算配分となっている。

出来高払い部分については、手術を含む医師による医療サービスはIN A

図9 イギリス・NHSにおけるHRGの利用方式



各病院は公開されているコスト情報に関して説明責任があり、効率化と質の向上への自主的な努力が求められる。

図10 初回股関節置換術(待機手術)におけるNHSトラスト病院間の平均費用の比較

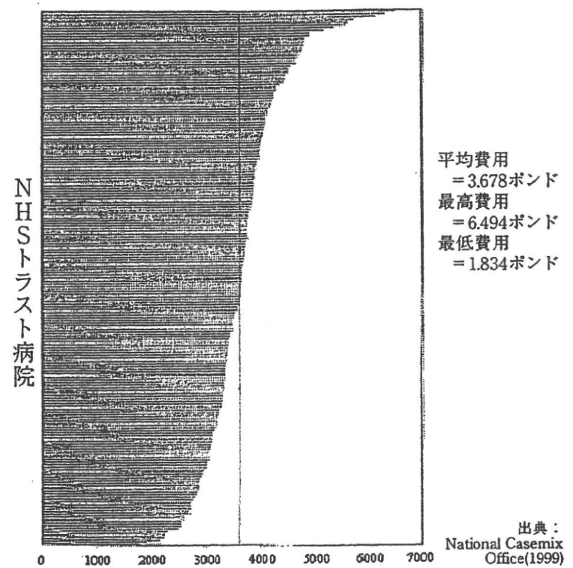


図11 HRG/HBGマトリックスの構造

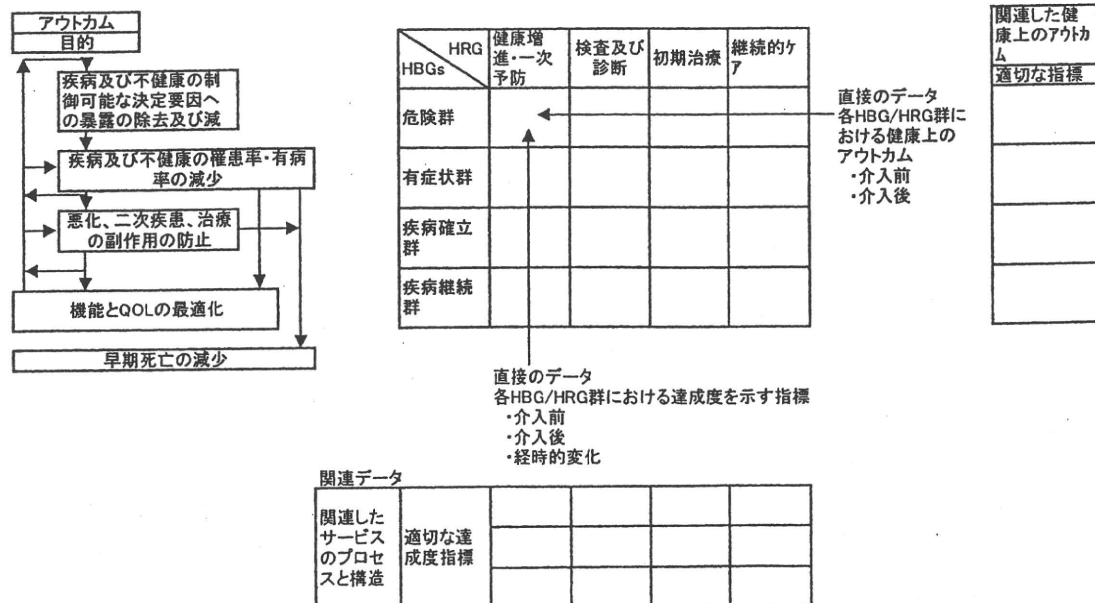


図12 ベルギーにおける病院医療費の財政方式

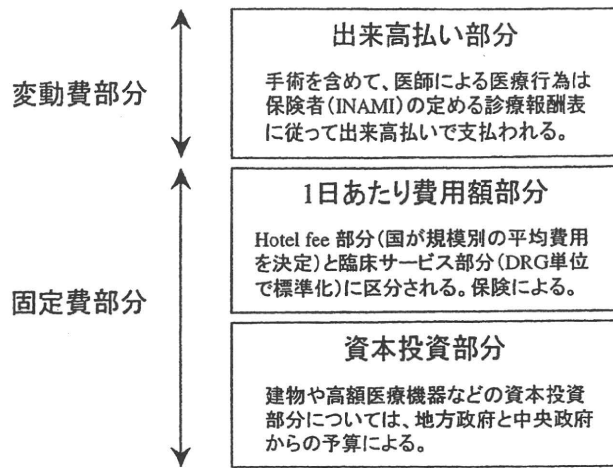
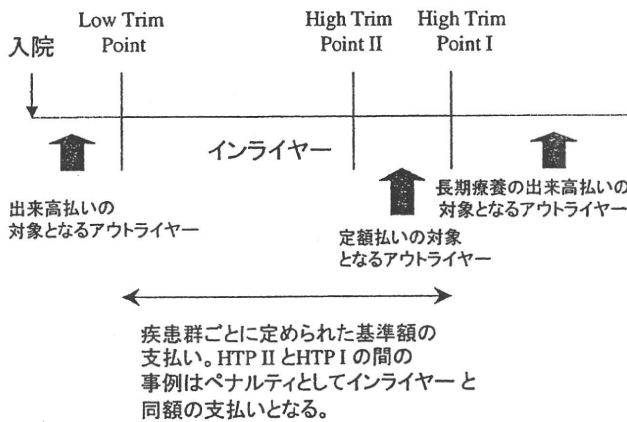


図13 ベルギーにおけるDRGの使用方式



スウェーデンも他の北欧諸国と同様、県 (county) レベルで地方税を主たる財源としてNHSタイプの医療システムを構築している。従来は医療をファイナンスする保健当局が自らサービス提供主体となっていたが、近年、増大する病院医療費を制御するために購入者/提供者分離モデル (Purchaser/provider split model) が導入され、県の保健当局が各病院と病院予算について契約を結ぶシステムが導入されている。そして、一九九八年現在で三つの県が、この購入者/提供者分離モデルにおける契約時の交渉資料としてDRG方式を用いている。

図14は、スウェーデンのストックホル

MI (全国健康及び障害保険機構) が国の健康保険組合連合会に相当の定める診療報酬表にしたがって出来高払いで支払いが行われる。

最後に包括予算部分であるが、これはHotel fee部分と看護サービス・医療機器・医薬品を包括したClinical service費用に区分される。

まず、前者のHotel fee部分は、規模別に全国の病院がグループ化され、その平均費用を定めることで標準化されている。後者のClinical service費用についてはDRG単位で標準化が行われている。この包括予算部分は、政府の定めた

公式によって計算される理論的予算と実際の支出との比較によって支払い額が決定される方式となっている。

例えば、当初は、DRGごとに見て平均在院日数より二%長い施設は超過額について五〇%の払い戻し、逆に二%以上短い施設は報奨金の支払いが行われるシステムが導入された。その後、支払い方式及びDRG統計の変更があり、現在は図13に示したシステムとなっている。

すなわち、DRGごとにLow Trim Point I (HTP I) High Trim Point II (HTP II) High Trim Point I (HTP I) の

が決められており、LTP未達のアウトライヤーは出来高払い、HTP I以上のアウトライヤーは長期療養の出来高払い方式 (一日当たり費用額)、HTP IIとHTP Iの間のアウトライヤーとインライヤーについては各疾患群で定められている定額での支払いとなる。また、HTP I以上のアウトライヤーはDRGをベースとした統計の対象から除外されている。

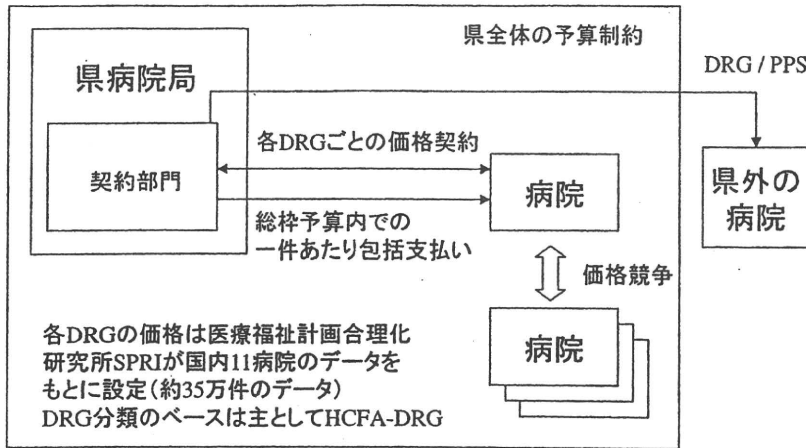
ベルギーにおけるDRGの現在の動向としては、外来医療に関するケースミックス分類の開発及びAPR-DRGの導入などが3M/HIS社との協

力のもとに行われている。

ベルギーはヨーロッパにおいてDRG導入が最も成功した国の一つとして評価されているが、その理由としては最も早期にDRG導入に着手したにもかかわらず関係者との合意形成をゆとり行うことで、種々の問題点を解決を図ってきたこと、出来高払いをベースとした医療記録がベルギーの医療制度にあったMDSを開発する上で非常に有効であったことなどがあげられている。

(5) スウェーデン

図14 スウェーデン・ストックホルムモデルにおけるDRGの利用方式



ルムモデル(スウェーデンにおけるDRGの利用方式)を示したものである。各病院への支払いは地区当局からの総括予算で行われるが、DRGをベースとした価格競争が地域内の病院間で行われる仕組みとなっている。

また、患者居住地と異なる県における病院サービスに対する県当局の支払方式としてもDRGが用いられている。導入に中心となる役割を果たしたのが、スウェーデン保健医療計画・合理化研究所(SPRI: Swedish Institute for Planning and Rationalisation of the Health and Social sectors)である。

SPRIは、一九八五年にDRG方式導入に関する検討を開始し、八七年には一〇の産婦人科施設において臨床現場での検討を実施。八九年から九二年にかけてはHeisingborg病院においてDRGによる支払の実験も行なっている。

当時の結論は、スウェーデンにおけるDRG方式にアメリカのコストデータを用いることは不適切であるというものであった。そして、九三年以来SPRIは毎年一から二三の病院のデータを用いてコストデータを作成している(全急性期病院の患者の二五%に相当)。なお、SPRIの廃止にともない、二〇〇〇年以降は国立ケースミックスオプティミズがこの業務を行なっている。

SPRIはHCFA-DRGのみならず、AP-DRG、R-DRGなどについてもスウェーデンのデータとの適合性を検討している。その結果、外科領域や小児科領域で北欧の診療慣行に合わないものがあるという結論に達し、Nord-DRGの開発を行なっている。ストックホルムでは一九九七年以来、分類にNord-DRGが採用されているが、小児科領域などの支払いに関してはNord-DRGの開発が十分でないため、部分的にAP-DRGが用いられている。

スウェーデンにおいては、その医療サービスのあり方については各県が決定権を持っており、そのためDRG方式を採用するか否か、及び採用した場合の使用方法は各県によって異なっている。現在スウェーデンには二〇の県があるが、そのうちDRG方式を採用していないのは四県に過ぎない。しかしながら、使用方法としては他県の医療機関を利用した場合の支払などに用いているものが多く、その使用が一般化しているのはストックホルムなどに限定されている。

ストックホルムにおいては、急性期病院の費用の七〇%がDRG方式に基づくもので、二〇%が患者の自己負担やその他の支払方式によるものとなっている。しかしながら、DRGに関しては病院間の過剰な価格競争を招き、その結果コスト削減による労働強化やサービスの質の低下につながっているという意見もあり、DRGの適用方式の見直しが課題となっている。

