

ヨーロッパにおけるDRG導入の動向 (3)

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

松田 晋哉

(6) デンマーク

デンマークは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、病院医療を受けるためには、緊急時を除いて地域の一般医の紹介により居住地域内の病院においてサービスを受けるのが一般的であった。DRGに関しては一九九〇年代半ばまで関係者の関心は少なかったが、新しい医療法の制定に伴って住民が他県の病院における医療サービスを受ける自由が認められたことにより、DRGがそのような医療サービスに対する支払いの手法として導入されることになった。

すなわち、ある県の住民が他県の病院において病院サービスを受けた場

合、居住地の県当局がDRGごとに定められた医療費を当該病院に支払うシステムが導入された。

病院の予算については、総括予算制が採用されているが、一九九九年からは各病院の予算のうち一〇%はDRGに基づく活動評価によって行うという九〇/一〇原則が導入されている。

使用されているDRGは、ノルウェー政府が中心となつてHCF A—DRGをもとに開発したNord—DRGで、外科的診療行為および小児科領域での区分が北欧諸国における医療の現状に対応するように変更されている。

DRG導入を最近行ったデンマークにおける問題点としては、DRGによる評価に対応するための情報システムの整備が遅れていることであり、この面で今後一層の努力が必要であると考えられている。最近の動向としては外来医

療におけるケースミックス分類の開発が試みられている。

(7) ポルトガル

ポルトガルの医療制度はイギリスと同様、租税を主たる財源としたNHSタイプのものである。

公的医療費の五三%は地方医療センターにおける外来医療に割り当てられており、その財源は性別、年齢、地域の健康度などで調整した上で、カバーする住民の数によって支払うという人頭制となっている。八〇%の病院は公立病院であり、病床の七八%は公立、一八%は非営利民間病院で、私的営利病院の病床は四%に過ぎない。

ポルトガルはヨーロッパ諸国において、いち早くDRGシステムを導入した国であり、ベルギーと並んでヨーロ

ッパにおいてDRG導入に成功した国と評価されている。

ポルトガルにおけるDRG導入実験の開始は早く、一九八四年から一九八九年にかけてFeijó教授をはじめとするエール大学のグループが社会実験に参加している。

保健省とアメリカ3M社との契約に基づいてHCF A—DRGのシステムが試験的に導入され、保健省情報・財政研究所(Institute of Financial and Informatics Management of Health) 病院の代表者(医師、管理者など)および3M社のコンサルタントから構成されるチームによって、一九八四年から一九八六年の三年間複数の公的病院においてFeasibility Studyが行われると同時に、全病院を対象にシステムの配布が行われた。

試行期間においてはAP—DRGの

検討も行われたが、情報の収集に手間がかかりすぎるなどの実務的な理由により採用が見送られている。

次いで一九八七年から一九八九年の第二次計画期に、会計モデルの設計とその導入準備が行われた。このステージではコード化の基礎としてICD9-ICMが採用され、各病院においてコード化を担当する医師のトレーニングが行われた。そして、同時に退院時サマリー記録用紙が標準化され(UHDS: Uniform Hospital Discharge Summary)、DRGを基礎とした病院情報システムが作成された。

そして第三期にあたる一九八九年から一九九〇年に、まず各病院・各地域においてDRG分類に基づく入院医療データベースが作成され、次いで全国レベルでのデータベースが作成された。一九九三年からは全国九二の公的病院においてDRGシステムの運用が行われている。

現行システムではHCFADR G Var.10に基づいた年間約八〇万件のケースミックスデータが全国の八七病院から収集され、各病院への給付に用いられている。

図15はポルトガルにおけるDRGを用いた各病院への予算配分方式を示したものである。NHSの枠組内にある公的病院に対する財政は、総括予算と

DRGベースの予算との二本立てとなっている。DRGベースの予算は、システム導入当初は二〇%であったが、これが一九九〇年度には三〇%、二〇〇〇年度には五〇%となり、将来的には全額がDRG方式による支払いに移行する予定となっている。

ところで、このDRG方式と総括給付方式による各病院に対する支払いの割合は一定であるが、DRG当たりの費用については五つの病院種別ごとに調整が行われている。すなわち、高機能病院は+三〇%、中央病院は+二〇%、母子病院は+五%、地方病院は±〇%、コミュニティ病院は△二〇%までの削減(アイスカウントの割合は病院の規模・機能により異なる)というように、DRG単位での機能による調整が行われている。

また、平均在院日数(Average Length of Stay: ALOS)を高く、High (High tim point) とLow (Low tim point) がDRGごとに設定されており、HTPを超えたものについては減額の支払い(一日当たり六〇%)、LTM以下のものについては一日当たり費用額の支払いが行われる。また、他医療機関に転送になった患者についても別方式の支払いを行っている。

一方、図15に示すように民間病院に対するNHSからの支払いはDRGベ

ースの包括払い(DRG/PPS)となっている。他の欧州諸国と同様、ポルトガルにおいてDRGは支払いにのみ用いられているのではなく、施設ごとの関係情報(平均在院日数、データの正確度、診療の質など)を公表することにより、ベンチマーキングや政府による評価にも用いられるようになっていく。

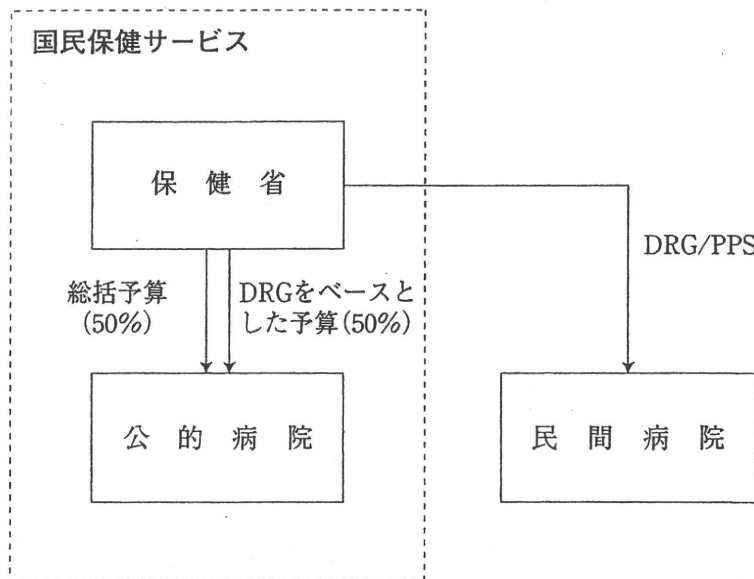
病院医療におけるDRG導入の成功を受けて、現在では外来医療を対象としたケースミックス分類の導入が試みられているが、その一方で財政上の制限

からDRGの精緻化(AP-DRGあるいはAPR-DRGの導入)などは計画の段階で停滞している実状もある(註3)。

(8) オーストリア

オーストリアは、ドイツや日本と同様、社会保険方式を基盤とする医療保障制度を有しており、医療費は種々の医療基金(労働者基金、政府雇業者基金、私的基金など)および国税、州税、郡税

図15 ポルトガルにおけるDRGをベースとした病院財政方式



などにより支払われている⁽⁵⁾。

オーストリアでは一九九六年まで、変動費については医療基金による一日あたり費用額の支払い、固定費については州政府予算による支払いという二重支払方式が採用されていた。しかしながら、この支払方式では患者の状態像によるコストの違いが公正に評価されないため、これに変わる支払方式の検討が開始された。

一九八五年から一九八七年にかけてDRG方式導入の可能性について検討が行われたが、アメリカ的なDRG/PPSはオーストリアの医療制度にはなじまないと結論され、それにかわるケースミックス分類の開発が医療機関共同作業基金KRZZAFによって開始された。その結果、各ケースを外科的診療行為の有無によって、外科的疾患を中心とする医療サービス群MELと内科系疾患を中心とする主診断グループに分けた後、それぞれを資源消費の均質性をもとにグループ化し、MELグループについて三四一、主診断グループについて五二二の合計八六三の疾患群から構成されるLDF(医療サービスに基づく診断グループ)が構築された。

一九九七年一月よりオーストリア全土の急性期病院においてLDFに基づき病院への支払LKFが行われている

が、その内容は地域医療計画に基づく

予算制約下でのケースミックス方式による支払いとなつていゝ。すなわち、各病院は前年度の活動実績についてLDFをベースとして州当局に報告し、当該年度の予算および各ケースミックス当たりの価格交渉を行う。各患者の変動費部分に関しては各ケースミックス当たり年度当初に決められた価格での支払いが行われる。サービス提供量の予想外の増加があり、予算超過が生じた場合は次年度の予算で調整される。

オーストリアにおけるこのようなケースミックス分類の使用方法は、現在フランスが一般化を試みている方式に類似しており興味深い。

オーストリアにおいてこのようなケースミックス分類の一般化が可能となつた要因としては、一九七七年に各病院に診療部門ごとの部門別会計方式を義務づけた病院簿記法が制定されており、そのためにLDF構築及びLKF導入のための基礎データおよびシステム構築が容易であつた点が指摘されている。

(9) 欧州各国におけるDRG方式導入の総括

ここでは欧州におけるDRG導入の経緯を、図5(本誌三月二十一日号八頁

に従つて分類の受け入れ可能性と支払方式の種類によつて整理しながら記述してみる。

いずれの国においても、まずHCF A-DRGをベースとしてケースミックス分類導入可能性についての社会実験が五年から一〇年かけて行われている。そして、いずれの国においてもケースミックス分類の有効性については確認されているが、HCF A-DRGを導入するか否かについては、▼ICD分類が病院医療の現場で一般化しているか否か、▼診療行為の分類がICD-ICMに合致するものか否かが鍵となつている。

すなわち、社会実験導入開始時点において多くの国はICDの一般化が実現されていなかったが、ベルギーやポルトガルのようにDRGの導入を前提としてICDの一般化を精力的に行つた国と、HCF A-DRGの分類が自国の医療行為の慣行と大きく異なつているとの認識から別のケースミックス分類の開発に取り組んだイギリスやドイツのような国とに区分される。

スウェーデンやノルウェーなどの北欧諸国では、HCF A-DRGの基本的な分類については受容可能であつたが、主に外科領域での診療手技にアメリカのそれと大きな相違があり、この部分を修正したNord-DRGが

その後導入されている。

第二段階では、ケースミックス分類を支払方式とどのように組み合わせるかによつてこれらの国が区分される。いずれの国も既存の医療制度の枠組みに沿う形でケースミックス分類の導入が図られている。

イギリスの場合は病院医療費のコントロール自体は予算によつて十分効果的に行われており、むしろ効率的かつ公正な配分にその主眼があつたといえる。したがつてHRGの利用目的も、行われた医療サービスの内容に関する情報の透明化とそれに基づく評価に主眼が置かれている。

同様にNHSの基本的枠組みをもつポルトガルの場合も、分類そのものはHCF A-DRGをそのまま導入しているが、支払方式に関しては予算制を前提として五〇%をDRGでファイナンスするという仕組みになつている。

ドイツはケースミックス分類を包括払いに利用しているが、主に外科領域のみで一般化はできていない。一九九九年の社会保障制度改革をめぐる連邦議会の議決を受けてケースミックス分類の一般化が行われることが決定されたが、FP/SEではそれが難しいと考えられることから、AR-DRGの採用が予定されている。

フランスの場合はHCF A-DRG

表3 ヨーロッパにおけるDRGの動向

国	PCSを支払に 使用している	ケースミックス分類システムの種類			
		HCFA-DRG	AP-DRG	DRGを基礎とする 他分類	DRG以外の分類
オーストリア	×				LDF
ベルギー	(×)		Ver.10.0 99よりVer.15.0 計画	APR-DRG 99より Nord-DRG Nord-DRG	
デンマーク					
フィンランド	(×)				
フランス	(×)				GHM
ドイツ	×			AR-DRG	FP/SE
アイスランド				Nord-DRG(計画)	
アイルランド	×	Ver.12.0			
イタリア	(×)	Ver.14.0		APR-DRG(計画)	DS(計画)
オランダ		計画	計画		DBC DS(計画)
ノルウェー	×	Ver.12.0		99よりNord-DRG	
ポルトガル	×	Ver.10.0 99よりVer.15.0			
スペイン		部分的	部分的	RDRG(計画)	PMC
スウェーデン	(×)	部分的	部分的	Nord-DRG	
英国	×				HRG-HBG HRG
ウェールズ			Ver.13.0		
オーストラリア	×			AN-DRG	99よりAR-DRG
USA	×	Ver.16.0	Ver.16.0	RDRG,APR-DRG	DS,PMC,...
シンガポール	×			AN-DRG	

PCS : Patient Classification Sysytem の略でDRGを含む患者分類の総称

出典 : Fischer.W (2000) を改編

のほぼ完全なコピーから始めて、漸進的に現在の制度へと移行してきた。H C F A - D R G 試行初期における主な動機は、同時期に導入された総括予算

制における予算配分のための指標開発であった。そして紆余曲折はあったものの I C D 分類使用の一般化、フランスにおける診療行為分類 C d A M の作成、コストデータの作成などを、数次の社会実験を経て徐々に、その一般化を達成している。そして、将来の方向として O N D A M という医療費の上限を前提として、D R G / P P S、予算制、民間病院における医師報酬の支払いという三つを組み合わせた病院医療支払方式に移行することになっている。

なお、表3は欧州各国における D R G 方式の現在の状況と将来の方向性をまとめたものである。

以上のように現在の欧州においては D R G を予算方式と組み合わせて用いる方向が一般的である。特に社会保険制度を採用しているドイツ、フランス、ベルギーでのこうした動向は、わが国における今後の D R G 方式の活用方法を考える上でも示唆に富むものである。

D R G 分類の一般化を基準とするとイギリス(HRG)、フランス(GHM)、ベルギー(AP-DRG)、ポルトガル(HCFA-DRG)、オーストリア(LKG)などがヨーロッパ諸国において D R G 導入に成功した国としてあげることができる。

これらの国に共通している事項につ

いて整理すると以下のようになる。
① H C F A - D R G など既存のシステムによる試行

② 漸進的な導入

③ I C D および類似の疾病分類と診療行為分類の普及

④ 財政方式とは切り離れた初期導入
情報システムとして導入

⑤ P P S ではなく予算配分を目的とした広義の病院管理指標として利用

⑥ 現場担当者、特に医師が計画初期から関与

⑦ 医療機関における機能分化

⑧ 公的病院中心の急性期医療体制

⑨ 保険者(あるいは行政)の強いリーダーシップ

【引用文献】

(5) 大河内二郎、オーストリアにおける医療費支払い制度、Monthly JHEP 医療経済研究機構レター、No.七、三六一四一、一九九九

【註3】ポルトガルにおける D R G の詳細については病院管理、37(4)、松田晋哉他「ポルトガルの医療制度と D R G について」を参照されたい。

ヨーロッパにおけるDRG導入の動向 (4)

産業医科大学医学部 公衆衛生学教室 教授

松田 晋哉

3 わが国におけるDRG方式導入の方向について

わが国においても、一九九八年から旧厚生省により全国一〇施設において一八三疾患群についてDRG/PPSの試行調査が行われている。この試行においては一三の主要診断群のそれぞれについて、専門家による分類の作成が行われ、運用に際しては現行の診療報酬を基礎に積み上げ方式でコストデータと在院日数のデータ収集・分析が行われている。

この試行のスタイルを欧州におけるものと比較してみると、疾病分類の作成方法に関してはイギリスのHRGあるいはドイツのFP/SEに、そしてコストデータの作成についてはベルギーに類似している。ただし、ドイツのF

P/SEがPMCを基礎としたコストデータの作成、ベルギーのAP・DRGでは診療行為別の原価分析を基礎としたコストデータの作成を行っており、わが国の診療報酬体系のように原価から乖離しているデータが基本とはなっていない点に留意が必要である。

旧厚生省によるDRG試行についてはその意義について種々の論評がなされているが、本稿では筆者らが医療経済研究機構において二年間にわたって行った欧州DRG調査の結果を踏まえて、今後のわが国におけるDRG導入に関する私見を述べてみたい。

■DRG方式の一般化の可能性

わが国のDRGは、各診療科における専門家が主体となって作成している。これはイギリスやドイツと同様の

アプローチであり、医師による分類の受け入れ可能性を高める手法であるといえる。しかしながら、コストデータに関する検討が不十分であるために、PPSのような支払方式として一般化することは現状では困難と考えられる。

実際、試行調査においても変動係数が一以上となり、包括払いの対象外となったケースが少なくない。また、疾病分類そのものについても、ドイツのFP/SEの例で明らかのように、それを急性期疾患すべてに一般化することは困難であろう。

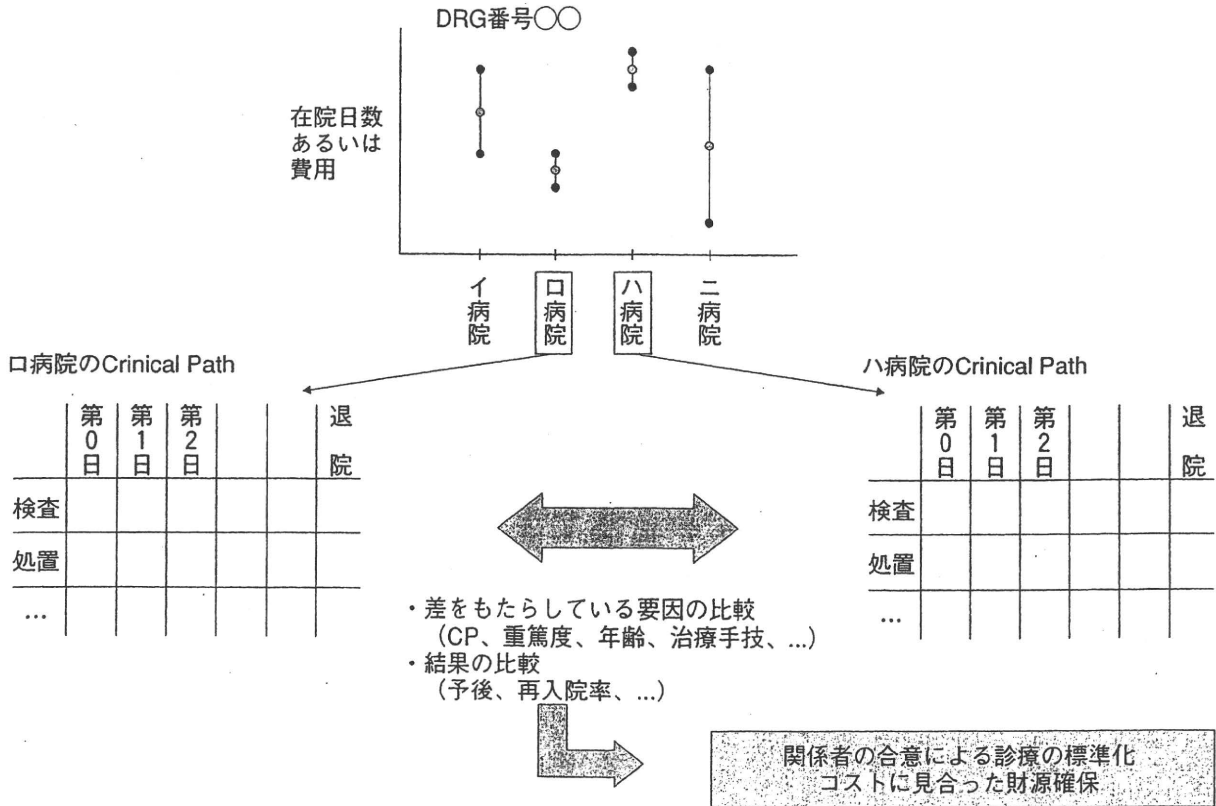
したがって、現行の開発方法では、わが国においてDRG方式を全急性期疾患を対象とした支払方式として一般化することは難しいと考えられる。また、仮に一部の疾患群とくに外科系疾患群を対象にPPSを導入するとしても、コストデータに関するより詳細な

検討を行った上でコスト的にも均一な分類になるように精緻化する作業が今後不可欠である。この点に関して医療経済研究機構が行った原価調査は貴重な資料となる⁶⁾。

しかしながら、仮に対象疾患を一部に限定したとしても、診療行為における標準化が行われない限り、支払いの公平性をめぐる問題は避けられない。この点に関して、わが国のDRG試行調査の副産物として、試行対象病院のみならず、多くの病院においてクリニカルパスの作成が自主的に行われていることは積極的に評価できる。

すなわち、試行の対象となったDRGのそれぞれについて各施設のクリニカルパスを比較することにより、コストとアウトカム(在院日数や予後など)を比較することが可能になる(図16)。そしてこのような検討により複数の診

図16 DRGとクリニカルパスを組み合わせたベンチマーキング



アメリカにおけるHCF A・DRGの導入を期に、ヨーロッパにおいてもDRG(類似)分類の導入が行われたわけだが、導入初期におけるもつとも大きな課題の一つはICDの一般化であった。

■標準的な疾病分類の一般化と情報管理部門の設立

今年度から見直された試行においては、支払方式と切り離れた上で、民間病院を含めたより多くの施設が参加するが、これはDRG方式一般化への大きな前進であると考えられる。

治療法の有効性について、医療経済的な側面からも評価することが可能となる。その上で標準的な治療を基準に支払額を決める、あるいは診療行為の差を認めた上で、それぞれについてPM C的な手法で価格を決めるというアプローチが、わが国の現状ではより受け入れられやすいのではないだろうか。その意味でわが国のDRG試行調査においても、最初からPPSを前提として値付けをするのではなく、コストおよび在院日数のバラツキを前提とした上で、そのバラツキの原因を検討する、あるいは施設側にその説明責任を負わせるというイギリス的なアプローチが望ましいと思われる。

わが国の現状も、ICDのような標準的な疾病分類が日常診療の中で一般的に使用されるという状況には程遠く、卒前医学教育および卒業臨床研修・生涯教育の中でこの点に関する努力が必要であろう。また、DRGが医療制度の中で十分な意味を持って活用されるためには、基礎となる情報の正確性が重要である。そのためには各施設内に診療情報を担当する専門家が必要となる。

■漸進的な導入の必要性

欧州DRG調査において、一般化に成功したイギリス、フランス、ベルギー、ポルトガルの関係者がその成功要因として共通してあげていたのは、「漸進的な導入」である。

筆者がDRG試行調査対象施設を訪問して担当者の聞き取り調査を行った結果でも、情報の質についての問題点が指摘されており、今後の重要な検討課題の一つであろう。

アメリカやベルギーのように医師以外の診療情報の専門家を育成するのか、あるいはフランスやポルトガルのように医師に医療情報を担当させるのか、わが国においても情報管理のプロセスについて今後検討する必要がある。

アメリカやベルギーのように医師以外の診療情報の専門家を育成するのか、あるいはフランスやポルトガルのように医師に医療情報を担当させるのか、わが国においても情報管理のプロセスについて今後検討する必要がある。

とくに、ドイツやフランスと同様、社会保険を基盤として関係者間の利害が複雑に絡み合うわが国の医療制度を前提とした時、行政主導のドラスティックな改革は行いにくい。その意味で試行を行う各段階で、そこまでの結果の内容を検討した上で、将来の方向についての関係者間の合意形成を図っていくという手続きを踏むのが実際的である。また、一般化に成功した国はいずれも既存のシステムを前提として、その中でDRG方式をいかに活用し、また改善していくかという漸進的なアプローチを採っており、この点も一般化成功の重要な要因の一つである。したがって、現行の医療保険制度をベースに導入の可能性を探っているわが国の試行調査のアプローチ方法は積極的に評価できる。

しかしながら、わが国の場合、試行の目的が関係者によって十分共有されていないと言いがたく、この点については今後詳細な議論と合意形成が必要であろう。欧州における経験からも明らかのように、DRGを導入すると在院期間の短縮と病床回転率の増加が起こり、したがってその導入は短期的には医療費が上昇する方向に作用する。すなわち、医療費増の抑制という観点からはDRG単独では有効な手段とはなり得ない。

医療費適正化という視点から考えるならば、フランスやイギリスのような予算制との組み合わせか、あるいはアメリカのようなマネジドケアの各手法との組み合わせが必要となる。わが国の医療制度が将来的にどちらの方向に動くのか、あるいはその両方を視野に入れて、改めて試行の設計について考えてみる必要があるのではないだろうか。それでなければ今後の政策決定に役立つ情報を試行から得ることは難しい。

たとえばフランスの場合、DRG方式導入の目的が不明瞭であった一九八〇年代後半においては、ほとんど見るべき進捗が得られていない。その一方で、DRG方式導入の目的が明確化した一九九〇年代においては、個々の社会実験で検討すべき事項が明確となり、その後の政策決定が具体的データに基づいて行われるようになり、急速に一般化が進展した。また、社会実験の目標自体も当初の情報の透明化から支払方式の検討へとかわったが、それを可能にするだけのノウハウの蓄積と関係者の認識の変化が一九九〇年代の社会実験を通して起こったことが重要であろう。

各段階に応じた目標を明示した上で、漸進的に事業を行っていくというフランスあるいはイギリスの政策決定

のスタイルからわが国が学ぶ点が多いと思われる。

■病院の機能分化

DRG方式導入に成功している国の多くは、受け入れ側の条件として▽病院の機能分化が明確になっている、▽公的病院中心の病院医療サービス提供体制となっているという二つの特徴がある。後者の条件については支払方式が公的病院と民間病院で異なるという要素も大きく、公私に係わらず同じ支払方式でファイナンスしているわが国の場合は、キャピタルコストに関する公民格差の問題を解決できれば、公民に係わらずDRG導入の社会実験の試行は、フランスなどより格段に容易であろう。

しかし、前者の機能分化については課題が多い。わが国の場合、人員配置基準や施設基準に基づいて、診療報酬を誘導手段とした施設の機能分化がこれまで行われてきている。しかし、地域における適正な医療機能配分を実現するはずの地域医療計画との整合性が必ずしも十分でなく、適切な機能分化が行われているかどうかについてこれまで十分な検証がされてきてはいない。

この意味でDRG導入の前提条件として「機能分化が進んでいることが必

要である」という考え方は別に、フランスのようにDRGに基づく病院活動報告を一つの指標として、病院の機能分化を地域医療計画の中で実現していくという考え方も一考に価すると思われる。

■情報の標準化

DRGをPPSに用いるにしても、総括予算と組み合せた配分のための指標として用いるにしても、情報の標準化が行われていることが前提となる。わが国の場合、診療行為については詳細な診療報酬点数表が作成されており、したがって、現状において、必ずしもわが国の診療慣行に一致していないICD・CMに行われた診療行為を改めて割り付けるのではなく、ベルギーと同様に、現行の診療報酬点数表をもとにDRG分類に用いる診療行為の標準化を行うことも選択肢として可能である。

しかし、その一方で診断名に関しては、ICDに準拠して各ケースに対して診断名を割り付けることが可能になるような情報の標準化が必要である。さらに、わが国の場合、病院医療、外来医療いずれにおいても、一月ごとにレセプトを作成する仕組みとなっているという問題点がある。

療養型病床群などのように一日当たりの資源消費量が平均的であり、なおかつ入院が長期にわたるものについては現行どおり一月ごとの支払いで対応可能であるが、DRGベースで急性期医療に関する情報システムを構築する、あるいはDRGを急性期病床の支払いに利用するのであれば、一退院当たりの請求に情報整理の体系を変える必要がある。そのためには、わが国における標準的なMinimum Data Set(MDS)が作成される必要がある、それが現在の試行調査において期待される最も重要な成果の一つであろう。

DRG導入に成功した欧州各国の担当者の意見としても、施行初期において分類の標準化とMDSの作成、そしてその質の確保を担当する責任者を養成できたことがその後の発展の大きな要因となっているという点が強調されていた。

■既存システムの導入か 新規開発か

DRG方式の導入に関してはこれまで述べたように、ウェールズ、ポルトガル、ベルギーのように3Mのような民間業者との共同によりアメリカのシステムを採用した国と、イギリス、フランス、ドイツのように独自開発を行った

国、そしてオーストラリアのように開発当初は3Mと共同開発を行ない、その後それをベースに独自開発を行った国という大きく三つのタイプがある。

既存のシステムを採用した場合、システム導入にかかる期間の短縮化やその後のメンテナンスの点で有利であり、また副産物としては国際比較も可能となる。平成九年度に医療経済研究機構が国内一七施設を対象に行った結果では、患者データの質の問題からAPR・DRGの導入は難しいものの、HCF A・DRGとAP・DRGに関しては導入の可能性が示されている(7)。

他方、独自開発を行った場合には導入までの時間が長期化するとともに、開発コストに関してもかなりの額がかかると思われ、また、システムの標準化をあらかじめ行わないと、種々のシステムが乱立してその調整のために必要以上のコストがかかる危険性がある。さらにドイツのように支払方法として一般化が困難な分類を開発してしまつた場合、結果的にそのシステムを破棄することになり、それに要したコストは無駄なものになってしまう。

しかしながら、産業政策の観点からDRGを考えた時、医療情報部門は産業として今後重要な部門になり得ると考えられ、したがって、それを国策とし

て育成するという考え方もあつてよいであろう。実際、フランスは無償で入手したHCF A・DRGの旧バージョンをもとに現在のGHMを開発し、国がコアの部分の標準を定めた後、残りについてフランス国内の民間情報産業に応用開発を競わせるといふように、国内的な産業政策の枠組みの中でDRG方式をベースとした病院情報システムの開発に取り組んでいる。この点はわが国も参考になるものである。

またイギリスのように、支払方式に直結しない形で、すなわち情報の透明化のために用いるのであれば、コストデータを分類に反映させる手間がはぶけ、比較的短時間かつ低費用で開発を行うことも可能であろう。

とくにわが国の場合、DRG試行と併行して、クリニカルパスの作成が試行対象病院のみならず他の急性期病院でも始まつており、イギリス的なDRG類似分類の開発およびその応用も検討に値すると思われる。いずれの選択を行うかは、DRG導入の目的と利用方法に関する政策的な決断に委ねられるものであり、筆者の能力を超えたものになるのでこれ以上の言及は差し控えたい。

しかしながら、過去二年間の調査においてインタビューを行った関係者が共通して指摘していた事項として、単

一の担当機関(組織)の設置と、国による情報標準化の必要性がある。すなわち、DRGに関心のあるいろいろな関係者がそれぞれ独自に検討を行っている状況が定常化すると、結果的に一つのシステムにまとめることが困難となり、コスト的にも時間的にも大きな口スが生じてしまう。

したがって、わが国においてもイギリスNHSのInformation Authority(以前のNational Casemix Office)やスウェーデンのSPRI、あるいはフランス保健省のMission PMSIのようなDRG方式導入を専属で担当する組織が必要であろう。

■DRGの海外調査に関する 今後の検討課題

わが国の今後の施策を考えていく上で、わが国と同様の社会保険制度を持つ国が多いヨーロッパ諸国におけるDRG方式採用の動向を分析することは非常に参考になると思われる。したがって、その動向については今後も引き続き注視していくことが望まれる。とくに、以下の項目については重要であると思われる。

- ①ドイツII F P / S E からA R ・D R Gに移行する過程の分析
- ②ベルギーII診療報酬表をもとに診療

行為分類とコストデータを作成した過程の分析

③フランスⅡ総括予算制からDRG／PPSへの移行過程の分析

④オーストリアⅢ3M社と共同でAN・DRGを開発した過程の分析と、AR・DRGを独自開発した過程の分析

⑤オランダⅡ主訴・徴候と診療の組み合わせを基本とする新しいケースミックス分類であるDBCの展開過程の検討

ところで、筆者も含めて、これまでが国の研究者による海外制度研究は単なる制度の記述のみに終始しているものが少なくなかった。しかし、厳しい財政状況下に社会保障制度改革が喫緊の課題となっている今日、これからの研究の方向としては、わが国の制度改革への応用を前提として、ベンチマーキング的な視点からの分析がより多くわれることが必要であると考える。

※

以上、筆者らが医療経済研究機構において二年間にわたって行った欧州におけるDRG方式の動向に関する現地調査をもとに、わが国におけるDRG方式の方向について私見を述べた。文化や言葉の壁のために、筆者が誤って

理解している部分もあるかと思う。読者のご助言やご意見などいただければ幸いである。

最後に本研究を行う機会を与えてくださった医療経済研究機構の皆様には感謝する。なお、本論文は筆者が医療経済研究機構の過去二回の報告書で記述した内容を加筆・修正したものである。

【引用文献】

(6) 田中滋他、医療費の原価に関する研究 報告書、医療経済研究機構、一九九七七

(7) 川渕孝一他、米国における疾病分類の妥当性に関する研究報告書、医療経済研究機構、一九九八

諸外国における外来医療の包括評価の現状

産業医科大学

公衆衛生学教室教授

松田晋哉

● Shin'ya Matsuda

1. はじめに

疾病構造の変化と社会の高齢化、そして医療技術の進歩により増大す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。Ham(一九九七)は、欧州における医療制度改革を三つの時期に分けて、それぞれの時期における目的と政策を整理している(表1)り。経時的にその流れを見ると、一九七〇年代の二度にわたるオイルショックを契機として生じた低経済成長下において、医療費増を制限するために、まず、一九八〇年代に医療計画の制定や総額予算制といったマクロ的な抑制策が執られ、次いで医療における消費者主権

的な考え方の台頭、個々の医療サービスレベルでの質や効率性への関心の高まりなどに対応するためにミクロレベルでの対策が執られるようになってきている。具体的にはガイドラインの策定やアウトカムに応じた支払い、そして市場原理の導入による競争の導入などが、一九九〇年代以降、契約主義の原則のもとで試みられてきた。そして、契約主義的アプローチの進展に伴い、そのようなシステムに不可欠である医療情報システムの整備が進んできた。すなわち、医療の質に関する国民の関心が高まっている今日、経済的な関心のみから医療費の抑制を行うことは適切でなく、いかにサービスのコストと質とのバランスをとるか

が課題となっている。支払い者、サービス提供者、そして国民といった関係者の合意の上で医療費の適正化を行っていくためには、それを可能にする共通言語が必要である。近年、欧米諸国の病院医療において採用されている診断群分類(DRGなど)は、この目的に適合するツールとして開発されてきたものである。診断群分類は、国際疾病分類(ICD)で二万以上ある傷病を、臨床面及び資源の投入量の均一性に着目して五〇〇から一五〇〇程度の診断群にまとめたもので、本来は病院管理指標としてエール大学のPflegerらにより開発されたものである。一九八三年、アメリカの連邦医療庁HCFA(現在は、Center for Medicare & Medicaid services)以下、便宜的にHCFAと記載。)がDRGをメデイケアにおける包

表1 近年の欧州における医療制度改革の経時的変化

第一期	1970年代後半から1980年代
目標	マクロレベルでの医療費抑制
政策	病院の総枠予算制 医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学部定員の削減 一般医の養成
第二期	1980年代後半から1990年代前半
目標	ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任
政策	市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期	1990年代
目標	医療サービスの合理化と優先度設定
政策	一般の公衆衛生活動・健康増進 プライマリケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM

出典：Ham C. (1997)

括支払いに採用したことを契機に、同じく病院医療費の適正化に悩んでいた欧州諸国においてもDRG導入の検討が開始された。DRGの利用方法としてはアメリカのように一件あたり包括払い(いわゆるPPS)と、フランスのように包括予算制と組み合わせさせて調整係数的に用いる方法とに大別される。ヨーロッパにおいてはフランスのように、施設間比較(いわゆるmedical profiling)のツールとしてDRGを用いている国が多いが、スウェーデンのように各DRG分類の価格を設定し、その予想症例数を推計して契約を行うCase-

volume contractなど、より洗練された予算策定が行われるようになってきている。このような一連の対策により、近年、欧米では入院医療費の適正化に関しては、一応の目的がたつたと評価されている。そして、このような議論の延長として、病院における外来医療、さらには外来医療一般における包括評価の可能性が議論されるようになってきた。本論文では欧米における外来医療を対象とした包括評価の現状と、わが国におけるその利用可能性について述べてみたい。

2. 背景および検討事項

(1) 背景

外来医療における診断群分類が必要になった背景としては種々の要因が考えられるが、その主なものとして、ここでは病院における外来手術等の増加と外来医療における情報透明化の必要性の二つをとりあげる。

① 病院における外来手術の増加とその評価

近年の医療技術の進歩、特に内視鏡や麻酔の進歩により、従来、入院で行われていた手術が外来で行われるようになってきている。このような事例のコストを入院医療における診断群分類でそのまま評価することは不適切であり、診断群分類上での新たな評価が必要

となってきた。そのほかにも外来における放射線治療や化学療法、あるいは透析治療や内視鏡を用いた検査などが、外来における包括評価の対象として議論されるようになった。

② 外来医療の透明化

イギリスや北欧諸国のようなNHSタイプの医療を行っている国を除くと、外来医療は自由開業医セクターにより、多くは出来高払いで提供されている。しかしながら、フランスやベルギーに代表されるように、償還払いを採用している国では、医療サービスはあくまで医師と患者の個別契約によって提供されるべきものであるとして、保険者にはサービスの具体的内容が知らされない仕組みとなっている。たとえば、フランスにおいて医師が患者あるいはネット経由で疾病金庫に提出する領収書には「KCS0」といった診療行為の種類を示すコードとその相対点数が記載されているのみで、保険者がその詳細な内容を知ることができない。ちなみに「KCS0」は外科的な専門行為の五〇点が行われたことを示しており、これに対応する傷病名と処置は複数存在している。入院医療と同様、外来医療においても医療費の適正化が求められている今日、情報の透明化が必要であり、それが外来を対象とした診断群分類導入の理由の一つとなっている。この点に関して、情報の透明化を目的とするのであれば、診断群分類ではなく、たと

えばICPCのようなコード体系を導入すれば十分であるという議論もある。しかしながら、後述のように評価を行う視点からみると、詳細に過ぎる情報を用いて、各医療者の各行為を相対評価することは困難であり、支払いに結びつけず、単にMedical profilingに使うことを目的としても、何らかのグループ化が必要となる。そして、このような集約された情報をもとに、異なる保険者間のリスク構造調整を行うことがオランダなどでは検討されている。

(2) 外来医療における診断群分類を考える上での検討事項

外来医療における診断群分類を検討する際には、入院医療とは異なるいくつかの点に留意する必要がある。

① 一症例の単位

入院医療の場合は、ケースの定義について一回の入院という明確な基準が存在するが、外来医療の場合は、一連の医療行為が複数回にわたって行われることが通常であり、どのように一症例を定義するかが課題となる。とくに、全外来医療を包括する診断群分類（APGs, APCs, DBCなど…後述）の場合、高血圧のような慢性的な疾患も対象としており、一症例をいかに定義するかの基準が、消費する医療資源の量に大きく影響する。

② 包括性

診断群分類は、外来医療におけるあらゆる種類の患者を定義する必要がある。診療行為からみると、診察・診断を受ける患者、治療を受ける患者、診療補助的なサービスを受ける患者に大別される。また、診断群分類をえる上で鍵となる傷病名については、それが確定できるものときかないもの（たとえば、全身倦怠感など）が混在している。このような要素をどのように包括的に評価するかが外来医療における診断群分類を考える上で重要となる。

③ 管理操作性

診断群分類を検討する際には、その現場での利用の利便性を考慮する必要がある。入院に比べて外来の患者は多様であり、また患者数も多い。したがって、細かすぎる分類は、コーディングなどの事務作業の負担を大きくし、結果的に臨床現場で受け入れられない可能性がある。また、患者分類に用いられるデータは、従来利用されているレセプトなどから入手可能であることが、管理運営上重要な点である。外来は入院に比較して数が多く、また一件あたりのコストが安いという特徴があるため、外来医療を対象とした診断群分類の開発に際しては、導入の効果とそれにかかるコストとのバランスに留意することが求められる。

④ 消費される医療資源の均質性

診断群分類においては各診断群における医療資源利用の均一性が求められるが、上記で指摘したように、そのための単位をどうするかは課題となる。すなわち、後述のように単位としては、まず患者単位かあるいは診療科単位かという議論があり、また、患者単位の場合、医師費用を含めるのか否かという包括化の範囲に関する検討が必要となる。

⑤ 臨床的な意義

各ケースを診断群分類に割り付けるためには、医師の診療データが基礎となる。したがって、分類は臨床的にも意味のあるものなればならない。現場の医師の臨床的な感覚から外れた分類は受容され難い。

⑥ データの信頼性

データの信頼性の基礎となるのは、診療の正確性は当然のこととして、その診療行為の正確なコード化である。コード化に際しては、ICD9CMやその他の標準的な分類の一般化が前提となる。そして、忙しい外来診療の過程で、正確に、かつ効率的に情報を入力するために、外来医療を対象とした診断群分類を導入している国では様々な工夫をしている。たとえば、オランダでは電子カルテからオランダ版診断群分類であるDBCへの割付に必要なデータが作成されるようになっており、またチェック式のDBC入力シートも利用されて

いる。

(3) 外来医療における診断群分類開発の
歴史的経緯^{2,3)}

入院医療と同様、外来医療においても診断群分類開発の先頭に立ってきたのはアメリカである。そこで、ここではまずアメリカにおける歴史的経緯について記述する。最初に検討された外来医療用の診断群分類はAVGs (Ambulatory Visit Groups) で、一九八〇年代半ばにVertreesらにより開発された。これはDRGと同様のロジックを用いて、患者を一回の診察ごとに分類していくというものであった。しかしながら、各診断群内でのばらつきが大きすぎ、実用化されることはなかった。AVGsの失敗を受けて、一回の診察ごとに複数の分類を当てることにより診断群分類を作成しようとしたのがAPGs (Ambulatory Patient Groups) である。APGsは消費する施設関連コストの均一性によって外来医療を分類するもので、医師費用の均一性については必ずしも考慮していない。この分類は外来医療を包括評価する上で画期的なものであったが、一回あたりの医療費を高めるリスクがあることなどが問題となり、HCFAMediaケアにおける外来医療の支払方法の基礎として実用化されることはなかった。しかしながら、カリフォルニア州のブルーシールドやアイ

オワ州のメディケイドはAPGs ver.1.0を採用し、いくつかの医療機関も内部管理の目的でAPGsを利用するようになった。HCFAMもAPGsの潜在的価値を認識し、そのメディケアでの利用を目的とした改善を3M-HIS社に依頼し、その結果作成されたのがAPGs ver.2である。後述のように、同分類は外来医療を分類するために様々の画期的な工夫をしており、また決定係数もおおむね七〇〜八〇%と満足の行くものであったが、HCFAMメディケアにおける外来医療の支払方法の基礎として採用されるには至らなかった。一九九七年に連邦議会はHCFAMに対して、メディケアの外来医療における施設費用部分に包括払い(PPS)を適用することを義務化した予算均衡法 (Balanced Budget Act) を制定し、それを受けてHCFAMはAPGs ver.2をベースとしたAPCs (Ambulatory Payment Categories) を一九九八年に開発した。そして、専門家及び3M-HIS社との共同研究の結果を踏まえて修正を行い、二〇〇〇年に六六七分類からなるAPCsが正式に採用され、以後修正を続けて今日に至っている。

このようなアメリカにおける状況を踏まえて、HCFAMDRGを採用している国を中心にその他の先進国でもAPGsの社会実験が行われた。しかしながら、分類の基礎にアメリカの診療コード分類であるCPT (Current

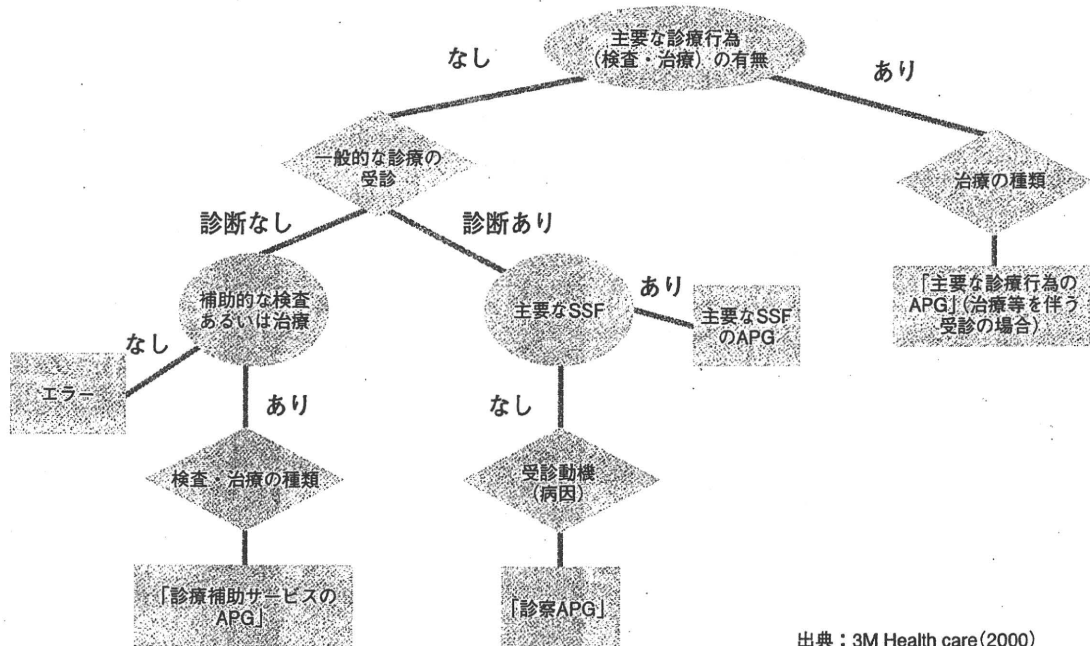
Procedural Terminology: 米国医師会によって作成された約七〇〇からなる医療処置コード)を用いていること、診療報酬に医師費用が含まれている国が多いことなどの理由により、それを正式に採用している国はこれまでのところない。むしろ、後述のように各国はAPGsの考え方を参考としながらも、独自の分類とその活用方法を模索している。

3. 諸外国の事例

(1) APGs (Ambulatory Patient Groups)²⁾

APGsは一九八六年に連邦議会において制定された包括的財政調整法 (The Omnibus Budget Reconciliation Act) によって、病院の外来医療の施設費用についても入院医療と同様、一件あたり包括払いの導入が求められたのを契機にHCFAMが3M-HIS社に開発を依頼したものである。APGs自体はいくつかの州のメディケアおよびブルーシールドで採用されたのみで、HCFAMによって全面的に採用されるには至らなかったが、後述のAPCs開発の基礎となったものであり、また、研究者によっては実際に用いられているAPCsよりも優れているという評価もある。図1はAPGsのロジックの概要を示したものである。病院外来における医療行為は、まず「主要

図1 APGsの分類ロジック



出典：3M Health care(2000)

な診療行為 (Significant procedure) (検査や処置、手術などの治療)の有無によって分類され、それが あるものについてはその種類によつて「主要な診療行為のAPG (Significant procedure and therapy APGs)」に分類される。主要な診療行為のないものについては「一般的な診療 (Medical)」の有無が検討され、それがあるものはさらに「主要なSSF (S: Sign 徴候, S: Symptom 症状, F: Findings 臨床的所見)」の有無を検討され、それが あるものは「主要なSSFのAPG (Major signs, symptoms and findings; APC3)」に分類される。一般的な診療の受診による診断はあるが、主要なSSFがないものは受診動機によって「診察APG (Medical APG)」に分類される。一般的な診療の受診によつて「診断なし」のものは補助的な検査あるいは治療の有無が検討され、それが無いものは「エラー」に、あるものはその種類により「診療補助サービスのAPG (Ancillary services APGs)」に分類される。APGs ver.2は二九〇

の分類が設定されている。表2に分類の例を示した(各分類は Ambulatory Patient Category: APCと記載されることに注意。後述のAPCsとは異なる)。なお、APGsはICD9CMとCPTコードで分類されている。

APGsにおける分類システムでは、外来患者に対する多様な医療サービスをデータ化するために、必要に応じて、一人の患者に対して複数のAPGが割り当てられる。たとえば、患者が一回の診察で主要な診療行為を二つ、そして二つの補助的な検査(胸部X線撮影と血液検査)を受けていれば、「主要な診療行為のAPG」を二つ、「診療補助サービスのAPG」を二つ振られることになる。各APGについてはそれぞれ相対係数が割り当てられており、割り付けられるAPGが一つの場合は、その相対係数に基準価格をかけて地域係数などで補正したものが支払い額となる。しかし、複数のAPGが振られた場合は、それらがすべて満額の支払い対象となるわけではなく、複数のAPGの統合(いわゆるマルチ)あるいは診療補助サービスの割引給付が行われる仕組みとなっている。

APGs自体はHCF Aによって、メディアケアにおける病院外来の施設費用の支払いに採用されることなく、それをベースに開発された後述のAPCsが実際には採用されている。しかしながら、たとえば、施設間の比較

諸外国における外来医療の包括評価の現状

表2 APG s ver.2 の分類の概要 (抜粋)

主要な診療行為のAPG		診療補助サービスのAPG		診察APG	
APC1	皮膚系	APC16	放射線	APC24	悪性腫瘍
001	光化学療法	301	複雑な診断目的の核医学	431	血液の悪性腫瘍
002	経皮的な生検および吸引	...	...	432	前立腺の悪性腫瘍
...	...	306	MRI	433	肺の悪性腫瘍
012	乳房再建または乳房切断	...	...	...	...
APC2	筋骨格系	APC17	麻酔	APC25	中毒
021	手及び足を除く複雑な筋骨格の処置	321	麻酔	451	中毒
...	...	APC18	病理	APC26	外傷
034	手及び足の腱切除	321	複雑な病理検査	461	頭部及び脊椎の外傷
035	関節穿刺及び靭帯及び腱への注射	322	単純な病理検査	...	...
APC3	呼吸器系	323	PAP スメア	465	火傷
051	肺機能検査	APC19	検査	466	その他の外傷
...	...	341	血液及び組織検査	APC27	新生児
055	下部気道の気管支鏡検査	342	複雑な免疫学的検査	481	新生児及び先天性奇形
057	肺療法	...	...	APC28	妊娠
APC4	心臓血管系	360	血液及び尿の試験紙による検査	491	通常分娩前のケア
071	運動負荷試験	APC20	その他の補助的な検査及び治療	...	...
072	心エコー	371	単純な肺機能検査	494	妊婦の分娩後合併症の治療
...	...	372	化学療法を除く点滴	APC29	感染性疾患
084	心疾患のリハビリ	...	...	...	...
APC5	血液、リンパ及び内分泌	383	注射及びカテーテル挿入	503	生殖器の感染性疾患
APC6	消化器系	...	...	APC30	神経系疾患
APC7	泌尿器系	APC21	化学療法用医薬品	511	TIA、CVA及びその他の脳血管発作
APC8	男性生殖器系	391	クラス1の化学療法用医薬品	...	...
APC9	女性生殖器系	...	...	515	その他の神経系疾患
APC10	神経系	365	クラス5の化学療法用医薬品	APC31	眼疾患
APC11	眼および目の付属器官	APC22	精神疾患及び薬物乱用者の診療補助	531	白内障
APC12	顔、及び耳鼻咽喉	411	向精神薬の管理	...	...
APC13	治療及びその他の目的の放射線処置	412	作業療法	534	白内障、屈折異常、結膜炎以外の眼疾患
APC14	理学療法及びリハビリテーション	APC23	付随的な処置及びサービス	APC32	耳鼻咽喉
APC15	精神疾患及び薬物乱用の処置	...	...	...	...
...	...	...	...	545	他の単純な耳鼻咽喉科的疾患
APC33	呼吸器系疾患	...	...	...	...
561	肺炎	...	...	...	...
562	慢性気管支炎及び喘息	...	...	...	...
...
APC34	心血管系疾患	...	...	...	...
571	うっ血性心不全及び虚血性心疾患	...	...	...	...
572	高血圧	...	...	...	...
...
APC35	消化器系疾患	...	...	...	...
591	非感染性胃腸炎	...	...	...	...
592	潰瘍、胃炎及び食道炎	...	...	...	...
593	肝胆系疾患	...	...	...	...
...
APC36	主要なSSF	...	...	...	...
APC37	筋骨格系疾患	...	...	...	...
621	背部の異常	...	...	...	...
...
APC38	皮膚及び乳房の疾患	...	...	...	...
...
634	乳房疾患	...	...	...	...
635	皮膚疾患	...	...	...	...
...
APC39	糖尿病	...	...	...	...
651	糖尿病	...	...	...	...
...
APC40	腎臓及び尿路疾患	...	...	...	...
APC41	男性生殖器系疾患	...	...	...	...
APC42	女性生殖器系疾患	...	...	...	...
APC43	免疫系及び血液疾患	...	...	...	...
APC44	予防医学・患者管理	...	...	...	...
APC45	原因不明の死亡	...	...	...	...
APC46	エラー	...	...	...	...

出典：3M Health care (1999)

といったMedical profilingにはAPGsの方が優れているという意見は根強く、3M HIS社はAPGsをベースに施設費用だけでなく医師費用も含め、さらに病院外来以外の外来医療にも適用範囲を拡大したPCGs (Physician Care Groups) の開発を行っている。この分類はまだ実用化はされていないが、今後の開発の動向が注目されている。

(2) APCs^{3,4)}

APCsはHCF AがAPGsをベースとして、支払いを主目的として作成した分類である。表3はその分類を示したものである。基本的な考え方はAPGsと同様で、一回の受診で行われた診療行為が「手術サービス (Surgical service)」、「外科処置の分類、略号T、二〇〇〇年八月時点の分類では一七四分

類：以下同じ)、「主要な診療行為 (Significant procedure)」、「略号S、七九分類)」、「一般的な医療行為 (Medical Visit)」、「略号V、六分類)」、「診療補助サービス (Ancillary services)」、「略号X、四〇分類)」、「診療補助の薬剤類 (Drug / Biological)」、「略号K、三九分類)」、「部分的病院サービス (Partial hospital services)」、「略号P、一分類) に分類される。また、薬剤と医療装置については基本的に「主要な診療行為」及び「一般的な医療行為」のAPCに包含されることとなっていたが、

い額 (Payment rate)、調整前の被保険者負担額 (National unadjusted coinsurance)、病院が被保険者の負担額を減らしたい場合に提示できる最低負担額 (Minimum unadjusted coinsurance)、対応するCPTコード (Assigned CPT code) が記載されている。たとえば「APC0006」の「レベル1の切開及び吸引」は手術サービスクラス「I」で、その相対係数は「2.00」、対応するCPTコードは「10040 (アクネの手術)」をはじめとする九つが割り当てられている。

APCsは一回の外来における診療を対象とした分類であるが、外来医療の多様性を踏まえて、複数の分類を振ることが可能である。しかしながら、支払いに関してはAPGsと同様の「マルメ」と「割引」が行われる。その原則は表5に示したとおりで、最も重要な診療のStatus indicatorによって適用方法が決定される。

APCsは二〇〇〇年八月に正式に採用されて以来、主に移行措置対象分類の分類変更と追加により頻繁に改変されており、当初六六七であった分類数は二〇〇一年一月版では一〇七五まで増加している。上記の「マルメ」及び「割引」はそれをまとめた資料 (Correct Coding Edit) によって現場担当者によって行われるが、頻繁な分類の追加・変更により現場に混乱が生じているのが現状である。

(3) VACS

オーストラリアの医療保障の基本はメディケアと呼ばれる公的国民皆保険である。全国民を対象に目的税であるMedicare Levy Tax (課税対象所得の1・5%) が徴収され、一般会計からの歳出とあわせて運営がなされている。公的病院は入院医療、外来医療ともに基本的に無料であり、その財政はメディケアからの予算による。従来、予算策定は前年度の支出実績に基づく方式であったが、医療費適正化を目的として、活動実績に基づく支払い方式、すなわち診断群分類 (ANDRG、現在はARDRG) に基づく予算策定が一九九三年に入院医療を対象として開始されている。そして、その経験を踏まえて、公的病院における外来医療の予算についても、診断群分類に基づいて策定することが求められるようになった。オーストラリア・ビクトリア州では一九九一年にアメリカのAPGsの試行調査を行った後、このシステムを導入することのコストが莫大なこと、および医師費用の含まれているオーストラリアの外来医療の場合、APGsのような患者単位での診断群分類におけるコストの均質性の保証が必ずしも十分でないことから、診療科単位での包括評価を基礎とするVACS (Victorian Ambulatory Classification System) を開発し、一九九七年以来これを利用してきている。表6はVACSの

基本的分類を示したものである。VACSにおける包括評価の単位はこの表に示したように四五の診療科で、一ケースは外来における診察とその前後三〇日以内に行われた補助的な診療行為 (病理学的検査、放射線科学的検査および薬剤) と定義されている。実際の分類の割付は、各病院の各外来診療科が、それぞれのサービスクラス部門について四五の診療科の一つを選択する形で行われる。そして、次年度の予算を決定する各分類のコストの算定はこの定義に従った一ケースごとに行われ、それを用いて州レベルの相対係数が計算される。決定係数で見るとVACSの説明力は8%、一5%で他の外来医療を対象とした診断群分類に比較して低い。この値は個別の患者ベースで計算を行った結果であり、診療科ベースではより高い説明力があるとされている。このような方式は公的病院が予算制で運営されているゆえに可能であると思われる。

(4) Nord-DRG

スウェーデンではHCFARDRGをもとに入院医療用に開発したNord-DRGをベースとして、病院外来における外来手術および内視鏡検査などの処置を対象としたNord-DRGを開発している。開発の手順はいたって簡単で、まず入院医療用のNord-DRGから外科的分類を抽出し、それを対象病院

表6 VACS分類の内容

内科分類 Medical categories		整形外科分類 Orthopaedics categories	
101	一般内科 General medicine	310	整形外科 Orthopaedics
102	アレルギー科 Allergy	311	整形外科的器具 Orthopaedic application
103	循環器科 Cardiology	精神科関連分類 Psychiatric related services	
104	糖尿病科 Diabetes	350	精神科ないし行動学的異常
105	内分泌科 Endocrinology	産婦人科分類 Obstetrics & Gynecology	
106	胃腸科 Gastroenterology	401	家族計画 Family planning
107	血液科 Haematology	402	産科 Obstetrics
108	腎臓科 Nephrology	403	婦人科 Gynecology
109	神経科 Neurology	404	生殖医療 Reproductive medicine
110	腫瘍科 Oncology	405	異形成及びコルポスコピー Dysplasia & Colposcopy
111	呼吸器科 Respiratory	小児科 Paediatrics	
112	リウマチ科 Rheumatology	501	小児科 外科的 Paediatrics surgical
113	皮膚科 Dermatology	502	小児科 内科的 Paediatrics medical
114	感染症科 Infectious diseases	救急医療 Emergency medicine	
115	発達神経障害科 Developmental Neurological Disability	550	救急医療 Emergency medicine
外科分類 Surgical categories		診療補助 Allied medicine	
201	一般外科 General surgery	601	聴力検査 Audiology
202	心臓胸部外科 Cardiothoracic	602	栄養 Nutrition
203	脳神経外科 Neurosurgery	603	視力検査 Optometry
204	眼科 Ophthalmology	604	作業療法 Occupational therapy
205	耳鼻咽喉科 Ear, nose and throat	605	理学療法 Physiotherapy
206	形成外科 Plastic surgery	606	足底治療 Podiatry
207	泌尿器科 Urology	607	言語療法 Speech therapy
208	血管外科 Vascular	608	ソーシャルワーク Social work
209	術前入院 Pre-admission	609	その他の診療補助サービス Other Allied Health Services
歯科 Dental			
301	歯科 Dental		

表7 オランダのDBCシート (泌尿器科)

主訴及び徴候	診 断				治 療
1 痛	腎臓:	膀胱:	陰茎:	精巣・陰囊:	0: なし
2 血尿	10: 腎癌	30: 膀胱癌	50: 陰茎癌	60: 精巣炎 悪性	1: 薬剤投与
3 U W I	11: 腎結石	31: 膀胱結石	51: 包茎	61: 精巣捻転	2: 切開手術
4 L U T S	12: 腎感染症	32: 膀胱感染症	52: 亀頭炎	62: 精巣上体炎	3: 内視鏡
5 失禁	13: 腎外傷	33: 無緊張性膀胱	53: 形成性陰茎硬化/湾曲勃起	63: 下降しない 精巣	4: ESWL (体外衝撃波結石破砕術)
6 腹部の異常	14: 腎/UPJ狭窄	34: ストレス性失禁	54: インポテンス/性的機能不全	64: 精索静脈炎	7: 他科受診
8 不妊	18: その他の水腎症	35: 切迫失禁	55: 不妊症	65: 陰囊水腫/精液瘤	8: その他
9 性的機能不全	19: 腎臓の先天性異常	36: 遺尿症	56: 尿道下裂	66: 精管切除	
10 血精液症	尿管:	37: 神経因性膀胱	57: 割礼希望	67: 鼠蹊ヘルニア	
11 P S A 増加	20: 尿管痛	38: 機能不全による排尿困難	59: 陰茎の先天性異常	尿道:	
12 スクリーニング	21: 尿管結石	39: 膀胱の先天性異常		71: 尿道狭窄	
13 避妊手術の希望	22: 巨大尿管	前立腺:		72: 尿道破裂	
14 陰囊の病理	23: 逆流	40: 前立腺癌		73: 尿道弁	
5 陰茎の病状	24: 尿管閉塞	41: 前立腺肥大		79: 尿道の先天性異常	
10 出生前の異常	29: 先天性の尿道異常	42: 前立腺炎			
10 先天性の病状		43: 前立腺痛		98: その他	
5 フォローアップ				99: なし	
7 慢性					
8 その他					
9 なし (none)					
合計 20項目	合計 50項目				合計 7項目

における外来手術に適用することから開始した。外来手術を受ける対象者の特徴としては合併症・併存症の少ない健康な者が多く、また術式も複雑なものや大掛かりなものとは少なく、結果的に一七八の分類が外科的分類としてNord-DRG-Oにそのまま採用された。そして、その他外来で行われる内視鏡検査や、入院では通常行われない小手術など四五分類とその他のものが追加され、合計二二七分類となっている。今後、この分類を用いた試行調査が行われ、病院における外来医療の支払いの基礎となる予定である。この開発を担当している研究者は、スウェーデンの場合、このような方法を採用することで、開発に要する時間とコストを大幅に節約できるというメリットがあることを強調しているが、患者像の複雑な内科系疾患にはあえて踏み込まないという割り切りゆえにこのような方法が可能となっていると思われる。

(5) DBC

DBC (diagnose-behandeling-combinatie; diagnosis-treatment-combination: 診断治療群) はオランダ政府が病院医療費の適正化のために導入を検討しているケースミックス分類である。DBCとは「診断と診療行為のコンビネーション」の略であり、「患者のもつ問題およびケアニーズに関連して、病院において行われた医師によるすべての活動」の記録

である。表7は最初にその使用が開始された泌尿器科のDBC記録用紙(入力シート)の例を示したものである。記録用紙は主訴および徴候、診断、診療行為の三つの部分から構成されており、主訴および徴候と診断についてはそれぞれ二つまで、診療行為については一つが選択される。DBC記録用紙は診察を行った医師によって記録されるが、記録の負担を最小限にするためにすべての選択肢が記録のなかにあり、また記録方法の説明については記録の裏面に記載されている。泌尿器科におけるDBCの場合、理論的には一万以上の可能な組み合わせがあるが、臨床的に意味のある組み合わせは限定される。

DBCプロジェクトが政府レベルで正式に開始されたのは一九九四年のSteering Committeeの創設時で、以後DRGグループを用いたレトロスペクティブな調査(一九九六年)、オランダ王立外科学会によるDBCの検討の開始(一九九七年)を経て、一九九七年にいくつかの一般病院でDBCによる医療情報登録のパイロットスタディが開始された。そして、一九九八年には病院、専門医、保険者のそれぞれの代表者間においてDBCによる医療情報登録に関する合意が行われ、一九九九年からは一の一般病院の泌尿器科における登録が開始された。一九九九年の泌尿器科における試行では五月から一二月まで

の期間に対象施設から一〇〇〇のDBCデータが収集された。これらのデータは九〇六の異なるDBCから構成され、さらにこれに変数として費用と医療職の作業負荷を加えてクラスター分析を行うことで二の分類が作成された。収集されたDBCの九五%はこれら二の分類によって説明されている。DBCによる情報収集は臨床家からも大きな支持を得ることができ、これを受けて保健省は二〇〇〇年三月一六日付通達でDBCを病院に対する支払いに用いることを決定した。この通達に基づき、二〇〇〇年二月一日に全科を対象としたDBCを導入し、二〇〇一年一月に一五から二〇のパイロット病院における情報収集の開始、そして二〇〇二年一月には全病院におけるDBCの一般化、そして二〇〇三年にはDBCに基づく病院予算の支払いが計画されている。DRGがグループソフトによって事後的に行われる患者分類であるのに対し、DBCは医師による経時的な診療行為の記録システムである。そのため医師による受容度も高く、またDBCをベースとした電子カルテの開発も進んでおり、病院および専門医に対する支払いのツールとしての側面のみならず、各医師による診療行為の質的分析も可能にする総合的な電子化マネジメントシステムに発展し得ると期待されている。また、DRGによる情報システムの場合、一

患者に一DRGしか登録されないのに対し、DBCの場合、経時的な記録であるゆえに複数のDBCの登録が可能である。さらに入院と外来の両方に同一のフォーマットで対応できるシステムであること、一年以上の継続する診療の対象となった疾患群については慢性DBC (Chronic DBC) のコードが別途準備されている、という特徴もある。現在、各DBCの相対係数を決定するためのコストデータの作成が行われており、二〇〇三年度からの運用に向けての準備が進んでいる。

(6) その他の分類

外来を対象とした診断群分類の開発はその他の国および組織においても積極的に取り組まれている。ここでは詳細については触れないが、その主なものを列挙するとCACS (カナダCanadian Institute of Health Information)、CHIRAMBUGHM (フランス保健省Mission PMSD)、PACSおよびPAS (New York State Health Department)、EDGs (Health Research, Inc.)、ACGs (John Hopkins University)、International APG (3M、HIS) などがある。これらの分類についても、今後、詳細に分析したうえで別報で報告したいと考えている。

4. まとめ

以上、諸外国における外来医療を対象とした診断群分類の状況について概説した。それぞれのシステムは、各国の医療保障制度の直面する問題に対処するために整備されてきており、そのまま日本に適用できるものではない。たとえば、オーストラリアのVACSやスウェーデンのNord-DRGOはそれぞれ予算制の枠組みのなかで、各病院の外来医療の予算を活動実績に基づいて策定するためのツールとして開発されており、アメリカのAPCsのような個別の患者を対象とした包括払い(PPS)のツールではない。そして、アメリカのAPCsもあくまで病院外来の施設費用を対象としたPPS用の分類であり、医師費用は別途RRVSという診療報酬表によって算定されている。オーストラリアにおけるVACSの開発過程で指摘したように、外来医療は多様性に富み、また患者数が多く、一件あたりのコストが入院に比べて格段に安いという特徴がある。このため、診断群分類の基礎となる情報のコード化をどのように行うかが問題となる。たとえば、APCsはCPTコード、Nord-DRGOはスウェーデンの処置コードであるNOMESCOとICD9CMを用いているが、仮にコンピュータ化

が進んでいるとしても、全患者を対象にこのようなコード化を行う事務的作業の負担は大きい。とくに、APCsのように分類の組み合わせによって「マルメ」や「割引」が設定されている場合、その事務的負担は大きい。しかしながら、VACSのように診療科単位という非常に荒い分類でコスト計算を行うことについては、わが国のように出来高払いの伝統のある国においては受け入れがたいものであろう。この点、電子カルテと連続性をもたせたDBCデータシートを導入しているオランダの試みは興味深い。外来医療の場合、入院医療に比較して情報が多様でしかも量が多いという特徴があり、したがってどのようにそれを効率的に情報化するかが、その導入成功の鍵を左右する。そのため、仮に、わが国において、外来医療を対象とした診断群分類の導入を検討する場合、標準的なコーディングの効率的なシステムをいかに導入するかが最も重要な検討課題となる。外来医療を対象とした診断群分類を開発するに際して重要となるもう一つの検討課題はケースの定義である。すなわち、入院の場合は、症例の確定に関して一入院というような明確な単位を設定できるが、外来医療の場合はその設定が難しい。たとえば、オーストラリアのVACSは主な診察と日数の組み合わせで症例を定義し、またオランダのDBCは診察した医師の