

20030075 (資料集3)

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）研究報告書

急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究

(課題番号H13-政策-034)

資料集3

韓国DRGに関する資料

平成16（2004）年4月

主任研究者 松田 晋哉

**DRG 支払制度試験事業の評価
および導入妥当性の検討**

2000.6

汎医療界医療保険制度改善委員会

序 論

政府の政策は、一度採択されれば国民生活に及ぼす影響が広範囲で長期間持続するだけでなく、政策の順機能と逆機能がともに混合して起こることとなる。したがって、合理的で科学的な政策決定過程を経て執行されてこそ政策遂行による逆機能を最小限にして政策目的を達成することができる。したがって、DRG 支払制度の導入も、こうした観点から検討されなければならないだろう。

診療費支払制度は医療供給体系と診療形態の変化に多大な影響を及ぼすことになる。現在、DRG 支払制度は米国とオーストラリア、そしてヨーロッパの一部国家で実施されているが、それらの国々の大部分の医療体系基盤が構築され、主に公共医療供給体系からなっており、国民総生産と比べた国民医療費規模もわが国の 2 倍以上高く、国民医療費の効率的管理が政策の優先課題として扱われている国々である。それでも DRG 支払制度を診療費支払基準よりは公共病院の予算支払基準として主に活用する等、慎重にアプローチしている点に留意する必要がある。

一方、わが国の場合、DRG 支払制度は 1980 年半ばに一部学者により紹介された後 1994 年に医療保障改革委員会の建議によって政府の政策として採択され 1997 年から 3 回にわたる試験事業を経て、2001 年から拡大実施されると発表されている。その間、DRG 支払制度の導入に関連して様々な議論があった。特に試験事業主管研究機関の評価結果の客観性と導入の妥当性に関する議論があったが、体系的な研究はなされなかった。幸い、昨年 11 月に汎医療界医療保険制度改善委員会の決定により、梨花女子大イ・ソンヒ教授チームにこれに関する研究を依頼して、初めて実を結ぶこととなった。

本研究報告書が DRG 支払制度関連制度の研究に基づき、政策決定に有益に活用されることを期待する。併せて、難しい条件の中で情熱的に研究を続けておられるイ・ソンヒ教授と研究に参加された皆様に深く感謝の挨拶を申し上げる。

2000.6

汎医療界医療保険制度改善委員会

汎医療界医療保険制度改善委員会

大韓医師協会

常勤副会長 イ・サンウン
保険医師 パク・ヒョギル
 キム・バンチョル
政策医師 キム・ジョンシン

大韓病院協会

副会長 ハン・ドングァン
保険医師 イ・ホンギユン
事務総長 パク・ユンヒョン

大韓開業医協議会

会長 パク・キルス

中小病院協議会

会長 ユ・テジョン

大韓医学会

副会長 ク・ビョンサム

研究陣

研究責任者	イ・ソンヒ	(梨花女子大学医学部予防医学教室教授)
共同研究者	パク・ヒョギル	(汎医療制度研究委員会委員長、パク・ヒョギル産婦人科医院)
	キム・バンチョル	(大韓医師協会保険医師、キム・バンチョル産婦人科医院)
	イ・ホンギョン	(大韓病院協会保険医師、上溪白病院病院長)
	パク・ユンヒョン	(大韓医師協会事務総長)
	ヤン・ミョンセン	(韓国病院経営研究院研究委員、大韓病院協会医療保険専門委員)
	ソン・ミョンセ	(延世大学医学部予防医学教室教授)
	イ・ヘジョン	(延世大学保健科学部病院行政学科教授)
	ソ・ジンスク	(三星ソウル病院医務記録課長)
	キム・ヘスン	(国立医療院医務記録室長)
	カン・ヨンヒ	(慶熙大付属病院医務記録課長)
	チェ・ミョンエ	(スンチョンハン大付属病院医務記録課長)
その他の研究陣	カン・デリョン	(延世大学保健大学院、研究講師)
	チェ・グィソン	(梨花女子大学医学部予防医学教室、研究講師)
	チョ・ヒスク	(梨花女子大学医学部予防医学教室、研究講師)
	チェ・ユミ	(梨花女子大学医学部予防医学教室、専攻医)
	ハン・ウナ	(梨花女子大学医学部医科学研究所研究員)
	パク・チュンソク	(延世大学保健学科大学院修士課程)
	コ・ヒジュン	(延世大学医学部医学統計学科、助教授)
	キム・ミョンシル	(梨花女子大学医学部予防医学教室、助教授)

研究諮問陣

- ・保健管理専門家
 - チョ・ウヒョン (延世大学予防医学教室教授)
 - パク・ウンチョル (延世大学予防医学教室教授)
 - チョ・ヘヨン (シンフン大学教授)
- ・主要臨床学会保険委員会
 - 大韓内科学会
 - 大韓産婦人科学会
 - 大韓小児科学会
 - 大韓眼科学会
 - 大韓耳鼻咽喉科学会
 - 大韓一般外科学会
- ・大韓医師協会
- ・大韓病院協会
- ・韓国医務記録協会
- ・保険審查看護師会

DRG 支払制度試験事業に関する政策提言

DRG 支払制度試験事業に関する政策提言

1. DRG 支払制度に対する世界的な動向を考慮すると、これを適用している国々と国内医療体系間に次のように適用条件に差があり、こうした差は DRG 制度の否定的な影響が強化される方向で現実化されうるために、DRG 支払制度の全面拡大実施に対する政策的再検討が必要である。
 - 第 1 に、医療費支出水準が低く（OECD 国家中下位）、いまだに適正水準の医療費確保が政策課題となっているために、医療費削減目的で開発された DRG 制度導入は、時期的に適切でない。
 - 第 2 に、DRG 制度適用国の大部分が公共医療体系を運営しているのに反して、民間医療体系中心の国内医療体系に導入することになる場合、サービスの質低下や早期退院の問題等の問題が生じる可能性が高い。米国等ではこうした問題を解決しうる基盤条件が備わっており、これを最小限にしえた半面、韓国の場合、問題に対する制度的整備（国内医療の質管理能力および情報生産インフラが脆弱で、医療紛争調停機関が未整備）がうまくいっていない状態であるので、現時点で DRG 制度を全面実施する場合、政府、医療界、国民の間の不信が深刻化しうる。
2. したがって、DRG 支払制度が意図する政策効果を達成するために、次のような先行条件が整備されなければならない、DRG 支払制度の全面実施に先立ち、こうした条件を早期に整備することができるように、具体的な政策案が要求される。
 - 第 1 に、国内医療の質管理能力向上のための政策的支援策として、審査評価員の合理的機能の確立、評価以前に質向上のための技法開発およびサービスの質評価のための情報生産インフラ構築の支援（研究支援および支援条件づくり）等に関する具体的方策が提示されなければならない。
 - 第 2 に、医療紛争調停法を含めて、医療界と患者間の紛争を合理的に調停できる制度的基盤が整備されなければならない。
 - 第 3 に、家庭看護サービスの活性化を含めて、療養機関または療養病床の運営等、多様な中間段階の施設を拡充できる政策的支援策が整備されなければならない。
 - 第 4 に、国内の現実に沿うように、DRG 支払体系の整備が必要であり、具体的に次の事項に対する補完が必要である。

- ① DRG 分類体系および電算プログラムが再整備されなければならない。臨床専門家の公式的な検証過程と意見が十分に集約されなければならない。
 - ② 酬価算定過程の合理性を高める必要があり、具体的に酬価算定資料の代表性の確保、酬価算定方式の合理的改編、原価を土台にした酬価の再算定が要求される。
 - ③ 試験事業に関連する資料（原資料および二次資料）が政策専門家および関連団体に公開されて、これを土台に多様な側面の効果と問題が綿密に検討される必要がある。
 - ④ 今までの試験事業評価は DRG 支払制度開発チームによって主導されたため妥当性に議論があったため、中立的な研究陣によって試験事業に対する再評価がなされなければならない。
 - ⑤ 以上の事項が合理的に解決されたかを評価できるように、過程の透明性が確保されなければならない。
- 第 5 に、酬価調整に対する予測可能な手続きと指標が提示されるので、酬価調整過程の合理性を確保しなければならない。酬価調整および支払体系解決時に医療界の意見を体系的に集約しうる制度的に議論する機関が整備されなければならない。
 - 第 6 に、適正酬価保障のための現実的かつ具体的な保険財政の確保案が提示されなければならない。

目 次

研究結果の要約.....	1
第1章 序 論.....	5
1.1 研究の背景および目的.....	5
1.2 研究内容および方法.....	7
第2章 米国 DRG 支払制度適用の教訓および世界的動向.....	11
2.1 研究方法.....	11
2.2 米国の適用経験に関する分析結果.....	11
2.3 ヨーロッパとオーストラリアの DRG 導入事例.....	40
2.4 国内適用過程に関する示唆点.....	44
第3章 DRG 試験事業参加機関の意見調査.....	50
3.1 調査目的および方法.....	50
3.2 分析結果.....	51
3.3 試験事業参加の動機および満足度.....	53
3.4 DRG 酬価水準に対する意見.....	59
3.5 DRG 分類体系に対する意見.....	62
3.6 DRG 支払制度とサービスの質に対する意見.....	64
3.7 患者の苦情に関連する意見.....	71
3.8 本事業実施に関連する意見.....	73
3.9 試験事業参加機関の意見調査の総合.....	77
第4章 DRG 分類体系の評価.....	79
4.1 DRG 分類体系開発過程の適切性に関して.....	79
4.2 DRG 分類体系構造の合理性に関して.....	84
4.4 DRG 分類体系適用過程における問題点.....	103
4.5 その他の問題点.....	107
第5章 DRG 支払体系設計の適切性の評価.....	109
5.1 医療環境および構造的特性反映の適切性に関して.....	109
5.2 DRG 酬価算定過程および資料の信頼性に関して.....	111

第6章 試験事業結果の評価.....	119
6.1 医療費削減効果の評価.....	119
6.2 医療サービスの質.....	121
6.3 医療報酬水準に対する評価.....	125
6.4 その他医療供給者の側面における評価.....	138
6.5 患者の側面における評価.....	139
6.6 要約および結論.....	143
第7章 DRG 支払制度導入に関する政策提言.....	145
7.1 DRG 支払制度導入適切性に対する意見.....	145
7.2 DRG 支払制度導入に関する政策提言.....	148

参考文献

表 目次

表 2-1	DRG 制度導入による在院期間の減少を報告した研究.....	13
表 2-2	DRG 制度導入による在院期間減少効果に対する留保的評価.....	15
表 2-3	DRG 導入による医療費上昇の鈍化を報告した研究.....	16
表 2-4	Medicare DRG が医療費に及ぼした影響に対する留保的評価.....	19
表 2-5	DRG 導入による退院後の療養施設利用増加を報告した研究.....	21
表 2-6	医療情報の操作および疾病構成の変化を報告した研究.....	23
表 2-7	Medicare DRG が医療技術に及ぼす影響を報告した研究.....	25
表 2-8	DRG 導入による不適切な退院の増加を報告した研究.....	27
表 2-9	DRG 導入による再入院率の増加を報告した研究.....	29
表 2-10	DRG 導入による死亡率の変化がないことを報告した研究.....	30
表 2-11	DRG 導入による死亡率増加を報告した研究.....	31
表 2-12	DRG が病院収益に及ぼした影響.....	35
表 2-13	DRG 分類の同質性の問題を報告した研究.....	38
表 2-14	Medicare DRG 酬価体系の問題.....	40
表 3-1	調査対象機関.....	51
表 3-2	医院級応答機関の DRG 該当診療科目分布.....	51
表 3-3	応答機関の構造的特性.....	52
表 3-4	試験事業参加分布.....	53
表 3-5	医院級機関の診療科別試験事業参加分布.....	53
表 3-6	試験事業参加動機分布.....	54
表 3-7	医院級診療科別試験事業参加動機分布.....	55
表 3-8	試験事業に対する満足度.....	55
表 3-9	医院級機関の診療科別試験事業に対する満足度.....	56
表 3-10	試験事業に満足する理由.....	56
表 3-11	医院級機関の診療科別試験事業に満足する理由.....	57
表 3-12	試験事業不満足理由.....	57
表 3-13	医院級機関の診療科別不満足理由.....	58

表 3-14	試験事業期間の DRG 報酬水準に対する意見.....	59
表 3-15	医院級機関の診療科別試験事業期間の DRG 報酬水準に対する意見.....	60
表 3-16	今後の本事業の DRG 報酬水準の変化の方向に対する意見.....	60
表 3-17	今後の本事業の DRG 報酬水準の変化の方向に対する医院級機関の意見.....	61
表 3-18	現行 DRG 分類方式に対する意見	62
表 3-19	医院級機関の診療科別現行 DRG 分類方式に対する意見.....	62
表 3-20	DRG 内重症度間の報酬の差に対する意見.....	63
表 3-21	医院級機関の診療科別 DRG 内重症度報酬差に対する意見.....	63
表 3-22	試験事業に適用している年齢基準に対する意見	63
表 3-23	試験事業に適用された年齢基準に対する医院級医療機関の意見	64
表 3-24	試験事業中の試験事業に関連する医療事故の経験	65
表 3-25	医院級機関の試験事業に関連する医療事故の経験	66
表 3-26	DRG 支払制度が医療事故発生に及ぼす影響.....	66
表 3-27	DRG 支払制度が医療事故発生に及ぼす影響に対する診療科目別意見の比較.....	67
表 3-28	試験事業関連再入院、再手術経験.....	67
表 3-29	医院級医療機関の試験事業関連再入院、再手術経験.....	67
表 3-30	試験事業参加中の医療サービスの質低下事例.....	68
表 3-31	医院級医療機関の試験事業中の医療サービスの質低下事例.....	68
表 3-32	DRG 支払制度が医療の質に及ぼす影響.....	69
表 3-33	DRG 支払制度が医療の質に及ぼす影響に対する医院級医療機関の意見.....	69
表 3-34	DRG 支払制度が医学の発展に及ぼす影響.....	70
表 3-35	医院級医療機関の診療科別 DRG 支払制度が医学の発展に及ぼす影響.....	70
表 3-36	試験事業参加中の患者の抗議経験および抗議内容	71
表 3-37	医院級機関の試験事業参加中の患者の抗議経験および抗議内容	72
表 3-38	DRG 支払制度拡大実施に対する意見.....	73
表 3-39	DRG 支払制度拡大実施に対する医院級機関の意見.....	74
表 3-40	DRG 支払制度拡大実施のための前提条件.....	75
表 3-41	DRG 支払制度拡大実施のための前提条件に対する医院級医療機関の意見.....	76
表 4-1	EDI 手術コードの未分化事例	81
表 4-2	ICD-9-CM コードの準用事例	82

表 4-3	米国と韓国の帝王切開 DRG 施術内容の比較.....	85
表 4-4	主要試験事業 DRG に対するオーストラリア (AR-DRG) と韓国 (K-DRG) の間の分類体系の比較.....	86
表 4-5	経膈分娩における類似疾患のうち分娩関連合併症認定の有無の比較.....	89
表 4-6	同質的な疾患群に対する DRG 適用の差の比較.....	91
表 4-7	同質的な疾患群に対して相異なる重症度分類適用事例.....	94
表 4-8	重症度が低く評価された疾病事例.....	96
表 4-9	米国と韓国における産科疾患 DRG の重症度分類の比較.....	99
表 4-10	重症度対象疾患のうち国内に回帰した疾患.....	102
表 5-1	年度別試験事業の DRG 酬価算定資料および算定方法の要約.....	112
表 5-2	年度別試験事業の DRG 重症度別算定資料および算定方法の要約.....	115
表 5-3	DRG 別在院日数増加による診療費逆転事例.....	118
表 6-1	DRG 基準酬価と比べた行為別酬価と行為別原価.....	135

図 目次

図 1-1	研究概要.....	10
図 6-1	DRG 試験対象疾患の年度別在院期間の推移.....	120

要 約

研究結果の要約

- 1997年から実施されてきた DRG 分類基準による包括報酬制（以下 DRG 支払制度と称する。）に対して、政府が当初計画していた試験事業期間を延長し 2000 年 7 月から全面拡大実施を明言しており、医療界が反発している。
- DRG 支払制度に対しては、試験事業実施前から肯定的・否定的影響を巡って多くの議論があり、これに対して政府は新たな支払制度が国内医療環境と病院文化の下でいかなる影響を及ぼすのかに対して合理的に検証・評価し、こうした議論を土台に支払制度の導入の適否を検討するという目的の下に試験事業を実施することになった。
- これにより、保健産業振興院を中心に、第 1 次、第 2 次試験事業の影響に対して幅広い評価を実施したが（1998～1999）、政府はその結果により試験事業を拡大適用しても問題がないものと判断し、全面拡大を決定することとなった。
- しかし DRG 支払制度が国内医療界に及ぼす影響を勘案するなら、今までの試験事業効果に対する評価は不十分であると判断され、評価結果に対する客観性についても議論が起きているのが実情である。したがって、この間の経験をもっともう少し多様な視角から奥深い検討と議論がなされる必要があると判断される。
- これに対して、この研究では試験事業全般について問題点を調べ、今後この制度の拡大適用に対する妥当性を検討し、このために参考として米国を含む世界的経験についても再評価しようとした。
- 主な研究結果を要約すると、次の通りである。

1. 米国および外国の DRG 支払制度適用経験に対する評価

- 米国を含めて、現在 DRG 支払制度を適用している国々は、基本的な医療体系基盤が構築された状況で医療費投入の効率性に政策的優先順位が与えられており、大部分公共医療体系で公共病院の予算支払基準として活用されている。
- こうした特性は民間医療体系中心の韓国とは多くの違いを示しており、こうした国家間の差は DRG 支払制度を国内に導入する場合、外国に比べて否定的な側面がより強化される方向で作用する可能性があるとして評価される。
- また、米国における DRG 支払制度適用経験に対する評価を総合すると、在院日数の減少等、診療提供量の減少に対して議論の余地があり、特に効果の長期性に対しては批

判的な結果が多い。特に病院の在院日数減少効果等による医療費削減効果は、新医療技術の発展による医療費上昇を相殺できずにおり、外来診療費の上昇、代替医療機関への診療費の転移、非適用人口への医療費転移等により、全医療費削減には大きな効果を上げられないものと評価されている。

2. 試験事業参加機関の意見調査

- － DRG 支払制度試験事業に参加した医療機関を対象に意見調査した結果、試験事業参加動機において他律的理由または防御的な理由で参加する場合は3分の1に達した。
- － 試験事業に対する満足度もやはり高くなく、主な満足理由は請求および数量手続きが簡便になった点を上げた半面、主な不満の原因として酬価水準の不十分と過度な資料要求を上げている。これは、DRG 支払制度を導入する場合、行為別酬価制に比べて行政的簡便性は重大なことと予想される半面、酬価水準に対する否定的な評価が支配的なので、適正酬価水準を補償するという政府の政策とも距離があることを示している。
- － 特に今後、酬価水準に対して悲観的な見通しが優勢で、これは医療保険酬価に関連するこの間の政策に対して医療界が根強い不信を持っていることを示すものであり、DRG 支払制度導入において適正酬価水準に対する政府の信頼性ある政策提示が前提にならない限り、医療界の反発を解消するのは難しいものと判断される。
- － 試験事業に参加した医療機関の相当数がサービスの質低下および苦情の経験を報告しており、こうした結果が、参加期間が短く医療機関の規模が小さいながら相対的に試験事業が有利であると判断され、参加した医療機関の経験であることを考慮すると、拡大実施時の医療サービスの質に関する問題や患者との葛藤がより深刻な問題として浮上する可能性があるかと判断される。
- － 結論的に、試験事業に参加した医療機関は、参加しなかった医療機関と比べて相対的に DRG 支払制度に対して肯定的な立場を持った医療機関であるにもかかわらず、絶対数の医療機関が DRG 支払制度の拡大実施に反対し、たとえ DRG 支払制度を導入するとしても、拡大実施以前に運営上の問題点が解決されるべきだという意見を提示していた。

3. 試験事業設計モデルに対する評価

広範囲な専門家パネルと実際の病院事例を収集・分析した結果、現在試験事業設計モデル

に関して次のような問題点があるものと判断される。

- － DRG 分類体系開発に関連して、米国と資源消耗量の側面で分類の基準が異なり、適用対象人口と疾病構造が異なるにもかかわらず、こうした差が補完されずに国内医療の現実と乖離があると判断される。
- － 現行 DRG 分類体系は DRG 分類の同質性と合理性、重症度分類の合理性の側面で妥当性が欠如している。
- － DRG 分類体系適用過程の誤謬が存在し、運営も任意なので、制度運営の信頼性を落とす問題点がある。
- － 報酬算定過程でも報酬算定のために使用された資料の制限性の問題、非給付診療費と重症度報酬算定時に間接的推定方法を用いるので、発生しうる誤謬等、算定過程で正確性が欠如しており、こうした問題点を補完しない限り、国家的な支払体系として信頼性に関する議論が起きるものと判断される。

4. 試験事業結果に対する評価

- － 試験事業評価結果を見ると、1次年度に在院日数の減少と診療提供量の減少効果が報告されたが、2次年度に入って減少幅が鈍化し、比較過程の合理性の欠如によって診療費減少効果を結論づけるには不十分である。
- － サービスの質に関する問題として不可欠なサービスの提供減少、合併症の減少に関する事例が報告され、制度の問題が現実化される可能性があることを示唆する。
- － DRG 報酬水準に関しても、3次医療機関対象の分析結果、勝りはするが重症度が高まるほど、医療機関の規模が大きいほど、報酬水準は低く、行為別報酬または原価と比較して低い水準であった。
- － その他、行政的側面で請求の簡便性は増大したと報告した半面、診療の自律性の阻害や保険者との摩擦が再現されていた。
- － 患者の側面では、本人負担の減少による満足度は増加した半面、非給付サービスの制限によりサービス選択権に対する制限が問題点として提起された。

5. DRG 支払制度導入に関する政策提言

以上の研究結果を総合して、次のような政策提言を提示しようと思う。

一 DRG 支払制度は、次のような理由によって長期的課題として再検討する必要がある、特に 2000 年 7 月の実施は拙速による問題をもたらす可能性がある、再考する必要があると判断される。

- 外国と比較して国内医療体系の特性を勘案すると、良質のサービスを提供できる医療体系の基盤拡充、段階別機能分担が可能な医療機関関係体系、国民と医療機関の間の葛藤調整期前の整備、およびサービスの質管理体系等のような医療体系の合理的な整備が先行されなければならない。
- 研究結果から、現行 DRG 支払制度試験事業で補完すべき事項が相当部分存在し、試験事業の肯定的・否定的効果に対しても明確な結論を導き出しにくく、制度の当事者として医療界の不信と反発が強い状況で制度を強行するのは、政策効果を半減させるであろう。
- 2000 年 7 月は医薬分業をはじめとして、国内医療界を揺るがす多くの政策変化が予想されているなかで、制度整備が充分でない DRG 支払制度を性急に導入する場合、混乱を招きうる。

一 今後、DRG 支払制度を長期的課題として検討するにおいて、次のような事項に関する改善が必要である。

- ① 国内の現実に合わせて分類体系が再整備されなければならない。
- ② 報酬算定過程の合理性が向上されなければならない。
- ③ 原価に基づいた適正報酬水準が算定されるべきで、これに関連して保険財政の代案が用意されなければならない。
- ④ DRG 基準報酬の調整が任意に運営されないように、予測可能な例年的な報酬調整モデルが開発・提示されなければならない。
- ⑤ 以上の過程を民主的かつ合理的に遂行できるように、協議機関が整備されなければならない。

第1章 序 論

表3 フランスにおける医療費支出国家目標 ONDAM と実績の経時的推移

ONDAM	1997年			1998年			1999年		
	目標	実績	差	目標	実績	差	目標	実績	差
開業医部門	2618 (2.0)	2613 (1.8)	-5 (-0.2)	2675 (2.4)	2762 (5.7)	87 (3.3)	2747 (-0.6)	2875 (4.1)	128 (4.7)
公的病院部門	2428 (-0.1)	2435 (0.2)	7 (0.3)	2484 (2.0)	2475 (1.6)	-9 (-0.4)	2540 (2.6)	2532 (2.3)	-8 (-0.3)
私的病院部門	419 (9.1)	406 (5.7)	-13 (-3.1)	414 (2.0)	420 (3.4)	6 (1.4)	413 (-1.7)	412 (-1.9)	-1 (-0.2)
社会医療部門	402 (2.3)	404 (2.8)	2 (0.5)	415 (2.7)	430 (6.4)	15 (3.6)	439 (2.1)	440 (2.3)	1 (0.2)
合計	6002 (1.7)	5995 (1.5)	-7 (-0.1)	6138 (2.4)	6236 (4.0)	98 (1.6)	6299 (1.0)	6412 (2.8)	113 (1.8)

た。しかし、総額規制そのものは「憲法違反」ではなく、「医療費総額」の遵守を契約したのであれば、それを守ることは社会連帯を基礎とする社会保障制度における医師の義務と考えられており、実際、憲法評議会判決においても集団罰則ではなく、個人個人にとって平等となる返済システムへの改定が要求されている。すなわち、個々の医師の提供するサービスの内容が把握できない現在の医療情報システムが問題とされたのである。この経緯は高齢者医療費において伸び率管理制度を導入しようとしたわが国の議論を再検討する上で示唆に富むものである。

d. 薬剤費対策

1990年代、欧州各国では薬剤費支出の増大が医療費増の大きな部分を占めるようになり、その対策が急務となった。医薬品に関しては、医師がその消費に関する大きな決定権を持っていることから、医師の処方行動を如何に適正化するかが、対策の主たる目標となった。表4は Mossialos and Abel-Smith (1996) を参考に欧州における薬剤費適正化対策の内容をまとめたものであるが、その主なものは医師処方の予算化や処方ガイドライン、疾病マネジメントといった医師側への対策と価格コントロール、医薬品支出の国レベルでの固定予算化、医薬品数の制限や価格規制、あるいは

利益管理や予算管理と言った製薬企業側への対策が中心となっている。患者による一部負担や薬剤の公的給付からの除外、あるいは参照価格制といった需要側を主たるターゲットとした対策もすべての国で取られている。以上のような対策は並行的に採用されているためにその効果を個々に分析することは困難であり、個別の対策の有効性に関する明確な結論はでていない。しかしながら、一般的に公定価格を採用している国よりも自由価格制の国において薬剤費支出が少ないと言う興味深い現象もある。

e. 代替政策の推進

代替政策 Substitution とは、病院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリーケアへ、医師によるプライマリーケアから看護職によるプライマリーケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していこうというプログラムである。この代替政策という用語は、医療費の抑制と医療システムの効率化を目標として組織されたオランダの Dekker 委員会報告で初めて使用されたものである (Dekker, 1987)。そして、オランダではこの報告の後、多くの社会実験が地域で行われ、例えば、長期療養型医療施設入居者のナー

表4 欧州諸国における医薬品支出の適正化策

対策	実行している国
供給側の対策 医師処方固定予算化 医師処方の予算目標 医薬品支出の国レベルでの固定予算化 処方ガイドライン 費用効果性に関するガイドライン 処方管理 疾病マネジメント ポジティブリストまたはネガティブリスト 医薬品数の制限 ジェネリック市場の拡大 販売促進費の抑制 薬剤師への1件あたり固定報酬による支払い 薬剤師による代替処方	イギリス (予算管理を行っている医師) イギリス (予算管理を行っていない医師), ドイツ ドイツ, イタリア フランス (拘束力のある医療指標) イギリス イギリス (その他の国でも部分的に実行) イギリス及びフランス (社会実験) すべての国 オランダ, デンマーク, ノルウェー 主としてオランダ, イギリス, ドイツ, デンマーク イギリス オランダ, イギリス フランス
需要側の対策 患者一部負担 健康教育プログラム 市場全体を対象とした対策 価格コントロール 製薬会社の利益管理 参照価格制 予算超過時の製薬会社による払い戻しペナルティ 製薬企業の予算管理 販売促進費への課税	すべての国 オランダ, イギリス, フランス デンマーク, ドイツ, イギリスをのぞく国 イギリス デンマーク, ドイツ, オランダ, スウェーデン ドイツ, フランス フランス, スペイン フランス, スペイン, スウェーデン

出典：Mossialos and Abel-Smith (1996) を改変

シングホームへの誘導などが行われてきている。また、スウェーデンでは急性期を過ぎた高齢患者の入院費用を従来の県の負担から、福祉サービスを担当している市町村の責任とすることで、経済的インセンティブにより医療から福祉への代替を推進している。さらに、イギリスでは前述のPCTやPCGが、コミュニティケアについても予算管理を行うようになり、治療から予防、あるいは医療から福祉への代替が促進されている。代替政策は現場における権限のバランスを変更することを意味するため、それに対する抵抗も大きい。例えば、フランスではFilière des soinsというゲートキーパーシステムを社会実験として行っている。このシステムは専門医や病院にかかる際に必ず登録した一般医を受診する義務が設けられている。そして、このように一般医の権限が強まることに対して専門医から強い反対が出ており、結

果としてこのシステムは一般化されるに至っていない。

このような代替政策の推進の過程で、最近のヨーロッパにおいては医療サービス提供の場としての病院機能の見直しが生じている。すなわち、外科治療に代わり得る薬物治療の発達や外来外科の進歩により、必ずしも入院を必要としない症例が増加しており、また内視鏡手術など侵襲の少ない治療の普及による在院日数の減少も進んでいる。すなわち、病院においては外来や手術室が重要となってきており、病床数の削減あるいは病院そのものの削減が課題となる。実際、ベルギーやフランスでは小規模病院が閉鎖されたり、あるいは福祉施設に転換されている。

4. まとめ

最後に本論文のまとめとして本節では欧州における医療制度改革の基本理念としての契約主義について整理し、次いで改革の実行過程に触れた後、それがわが国の医療制度改革に示唆することについて述べてみたい。

(1) 欧州における医療制度改革の基本理念としての契約主義について

契約は社会保険制度を採用している国においては、診療報酬額の決定などにおいて伝統的に使用されてきた手法であり、その目的は保険者とサービス提供者との関係を安定化し、被保険者への医療サービス提供を保障することにあった。経済が好調であった時期においては、国や疾病金庫はたんなる社会保障のための銀行としての機能を果たしていれば良く、特にその他の保険者機能を発揮することを期待されてはいなかった。しかしながら、経済環境の厳しい今日、国や疾病金庫は単なる支払者ではありえず、財政の健全性を保障するために、被保険者の代理人としての機能を強く求められるようになってきている。そして、消費者主権的な考え方の浸透により、国および保険者は医療サービスの質についても代理人機能を持つことを求められているのである。

ところで、一般的に言って、社会保険制度を有する国の多くは、開業医医療について出来高払い方式を採用しており、基本的に医療費が増大する傾向にある。特に、フランスのように開業医が保険者に対して、どのような診断に基づいて、いかなる診療行為を行ったのかについて、具体的な情報を提供していない国においては、保険者が個々の医療者における診療行為の適正さを評価することが難しいため、医療費増に歯止めをかけることが難しい。また、保険者が被保険者の代理人として医療サービスの質について評価することもでき

ない。さらに、このような契約の多くは中央レベルで疾病金庫の代表者とサービス提供者との交渉によって締結され、それが現場に適用されることになるが、このような中央レベルでの交渉と監督というシステムも機能しなくなっている。例えば、フランスの場合、病院医療については公的・私的を問わず、DRGに基づく情報をもとに地方レベルで、地方病院庁と各医療施設が予算額あるいは一日当たり費用額とサービスの質について契約を結び、それを前者が監督するという仕組みをとっているために、病院医療については医療費対策および質の面でも十分な効果をあげている。その一方で、開業医医療については契約の締結およびその遂行状況のモニターを地方レベルで行うシステムになっていないために、医療費増に歯止めがかからず、また質について評価することもできない状態にある。ドイツの場合、開業医医療については地方レベルで医師組合と疾病金庫組合が総額を契約し、その配分については医師組合が責任を持つ仕組みとなっているために、開業医医療費の抑制という点では最もモデル的な成功例と評価されている。

NHSタイプの医療サービスを提供しているイギリスやスウェーデンにおいては、医療費適正化そのものが問題になることは少なく、むしろ効率的な医療の提供および質の保証を目的として契約主義の推進が図られている。具体的には従来政府が支払者でありかつサービス提供者でもあった体制を見直し、支払者とサービス供給者を分離した上で、サービス提供者間の競争を喚起するために内部市場を形成し、その上で両者がサービスの内容について契約を結んでいくと言う方法がとられている。イギリスの場合、病院医療について地区当局および病院医療に関する予算管理を行う権限を持つGPファンドホルダーが、独立行政法人となったトラスト病院と病院サービスの価格について交渉を行うという仕組みが導入された。この際、契約としては一連の契約について量のみを定める

Block contract, サービス単位で価格とその量を定める Cost-and-Volume contract, サービスごとに価格を定める Cost-per-Case contract の三種類がある。後二者がより洗練された契約であるが、このためにはサービス単位での標準的価格が必要であり、この目的で DRG などのケースミックス分類が活用されている。例えば、スウェーデンのストックホルムモデルの場合、国レベルで収集された DRG 単位でのコスト情報に基づいて、地区当局と病院が価格契約を結ぶ方式が採用されている。さらに、イギリスではこのような契約による価格と質の適正化を、地域ケアや予防的ケアにまで拡大し、このようなサービスを購入する主体として従来の GP ファンドホルダーに代わってプライマリケアグループ PCG を組織している。

以上、説明してきたように契約にもとづいて医療費や質の適正化を行うためには、それに耐え得る情報システムの構築が必要であり、多くの国ではそのための努力を行ってきた。例えば、病院医療についてみると、イギリスでは HRG、北欧では Nord-DRG、フランスでは GHM という診断群分類に基づく病院情報システムが開発され、契約の資料となっている。そして、病院医療の適正化にある程度のめどがたった今日、多くの国が外来医療の情報化に取り組みつつある。しかしながら、このような情報システムの構築は多額の投資を必要とし、また、契約に関連する事務コストも発生する。また、契約に基づくシステムが適切に運営されるためには、それを可能にする人材の育成も必要である。情報化にこのような多額の投資に見合うだけの効果があるのかについては、今のところ十分なデータは無い。しかしながら、従来の Command and control 型の資源配分方法では、住民の医療ニーズを満たすことはできず、また医療者の説明責任と言う点でも不十分である。低経済成長と社会の高齢化という環境条件の中で、医療に対して経済的にも質的にも適切な資源配分を行うためには、国民を含めた関係者の合意が必

要であり、そのためには情報システムの整備が不可欠なのである。

(2) 改革の実行戦略について—ビッグバン方式か漸進主義か—

欧州の医療制度改革の実行過程をみると、その戦略においてイギリスのようなビッグバン方式とスウェーデンやオランダのような漸進主義的手法の2つがあることに気づく。Cleaves (1980) は改革実行過程における成功要因として、明確に表現された政策目標、技術的な簡易度、周辺的な改革からの開始、単一の関係者による実行、迅速な実行をあげ、そして阻害要因としては政策目標における不一致、技術的複雑性、大規模な改革からの開始、複数の利害関係者の存在、複雑な改革プログラムと緩慢な実行をあげている。例えば、イギリスの NHS 改革はサッチャー政権が市場化テストによる民営化という明確な方針のもと、NHS という単一保険者の強い力を背景に、迅速な改革を行ったまさにビッグバンのアプローチであった。NHS 改革は他の国における医療制度改革の方向性に大きな影響を与え、内部市場の形成やプライマリケアの重視などは、他の国においても採用されている。しかしながら、このようなビッグバンアプローチの弊害も指摘されており、現在のブレア政権では「競争」に代わって「パートナーシップ」という用語を採用し、関係者間の対話による漸進主義的な改革推進へと方針を変更しつつある。このようなビッグバンアプローチは社会保険制度という利害関係者の多い仕組みにおいては困難であり、そのような急進的な改革を掲げたオランダの Dekker-Simons plan もフランスの Juppé plan もそのまま実現されることはなく、後を引き継いだ政権により、改革の方針は維持されながらも漸進主義的な政策運営へと方針転換し、そして、それは確実に実行されてきている。このような漸進主義的な改革の基礎となっているのは多くの社会実験の実行であり、その結果に基づい

て改革提案がなされることになる。スウェーデンの場合、保健医療福祉サービスの提供責任は地方自治体にあり、一つの国でありながら、同じNHS方式でも民営化や内部市場の利用などといった改革の採用に関しては多様である。そして、このような各地方政府の試みが社会実験となり、他の自治体に広がっていく仕組みとなっている。NHS改革の過程を分析したいくつかの研究によると (Robinson and Le Grand, 1994), 市場主義的アプローチの有効性については、改革前に何らかの証拠があったわけではなく、それは必ず有効であるに違いないという楽観的な仮説に基づいた一つの社会実験であったという。フランスやドイツのように複数の関係者がかかわる社会保険制度と異なり、NHSという単一で強力な組織の存在が、このような強権的な改革を可能にしたのである。一方、オランダの例が示しているように社会保険制度の国の場合、そのようなアプローチは難しい。むしろ、どのような社会保障制度が望ましいかという理念を国民的議論のもとで明確にした上で、それを実現するための代替案を複数準備し、社会実験を通して徐々に証拠を積み上げていくという漸進主義的なアプローチが必要であると考ええる。

これまで本論文で検討してきた欧州における医療制度改革の過程が示唆するように、改革の成功のためには明確な理念あるいはグランドデザインの確立とその漸進的展開が重要なのである。昨年出されたわが国の総合規制改革会議報告や経済財政諮問会議報告を、以上の視点から改めて検討してみると、欧州における医療制度改革に比較して、その基礎となる理念や方法論に関する議論が不充分であるという印象を禁じえない。社会保険制度という複雑な体系を要するわが国においては、医療制度のビッグバンの改革は困難であると筆者は考えている。また、欧州における経験を俯瞰すると診療報酬制度の改革のみで問題の解決を図ることも不可能である。現在のわが国の医療問題を考える上で、最も必要とされていることは、医療の

現場で何が行われ、そのコストや質はどのようなかといった情報を透明化することであり、その上で関係者の責任を明確にし、その内容を契約に基づいて実行していくというアプローチを取ることであると筆者は考えている。そのような基盤のない現在の状況で、徒に市場主義原理の導入や制度の民営化を論じることは、医療制度の基本的理念は社会連帯であると考える筆者にはとても危険であるように思われる。もちろん、十分な議論の後、国民の合意として新自由主義的アプローチが医療においても望ましいというのであれば、筆者はそれに反対するものではない。従って、医療制度の抜本改革が必要である現在だからこそ、医療情報の透明化と平行して、わが国の社会保障制度の基本理念をどうするのかといった点についてあらためて議論する必要があると考える。

参考文献

- Borgenhammer E (1993) *At Varda Liv: Organization, Etik, Kvalitet*. Stockholm: SNS Forlag.
- Calnan M, Cant S and Gabe J (1993) *Going Private: Why People Pay for their Care*. Buckingham: Open University Press.
- Cleaves P (1980) "Implementation Admist Scarcity and Apathy: Political Power and Policy Design," in *Politics and Policy Implementation in the Third World*; ed. By Grindle M. Princeton: Princeton University Press.
- Dekker W. (1987) *Willingness to Change*. The Hague: SDU.
- Dunning A (1992) *Choices in Health Care: A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. Executive Summary*. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Culture.
- Fuchs VR (1994) "Physician-induced Demand: A Parable," *Journal of Health Economics*. 13(3): 369-372.
- Ham C, ed. (1997) *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.
- Jonsson B. and Gerdtham UG (1995) *Cost Sharing for Pharmaceuticals: The Swedish Reimbursement*

- System*. Basle : Pharmaceutical Partners for Better Health Care.
- Klein R (1995) "Le Service National de Santé (NHS) Britannique et le Consommateur," in *Les Transformations des Systèmes de Santé en Europe : Vers de Nouveaux Contrats Entre Prestataires, Payeurs et Pouvoirs Publiques?* : ed. by MIRE. Rennes : ENSP.
- Lambert DC (2000) *Les systèmes de santé*. Paris : Seuil.
- Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K *et al* (1989) "Do Practice Guidelines Change Practice? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians," *New England Journal of Medicine*. 321 : 1306-1131.
- MIRE ed. (1995) *Les Transformations des Systèmes de Santé en Europe : Vers de Nouveaux Contrats Entre Prestataires, Payeurs et Pouvoirs Publiques?*. Rennes : ENSP.
- Mossialos E and Abel-Smith B (1996) *Cost Containment in the Pharmaceutical Sector in the EU Member States*. London : LSE.
- Puska P *et al* (1981) *Community Control of Cardiovascular Diseases : The North Karelia Project*. Copenhagen : WHO Regional Publications.
- Robinson R and Le Grand J, eds. (1994) *Evaluating the NHS Reforms*. London : King's Fund Institute.
- Saltman RV and Figueras J, eds. (1997) *European Health Care Reform : Analysis of Current Strategies*. Copenhagen : WHO Regional Publications, European series, No. 72.
- Saltman RV, Figueras J and Sakellarides C, eds. (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham : Open University Press.
- Van de Ven W (1997) "The Netherlands," in *Health Care Reform : Learning from International Experience*; ed. by Ham C. Buckingham : Open University Press.
- 医療経済研究機構 (2001) 『ドイツ医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『イギリス医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『フランス医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『スウェーデン医療関連データ集』
- 医療経済研究機構 (2001) 『欧米先進諸国の医療政策決定過程に関する調査報告書』
- 週刊社会保障編集部編 (2000) 『欧米諸国の医療保障』法研

Health Care Reform in Europe

Shinya Matsuda, M. D.*

Abstract

Many European countries are reviewing their health care systems and the suitability of their existing approaches to financing, organizing and delivering health care services. As health care reform is deeply associated with the normative, economic and organizational characteristics of each country, programs to achieve better expenditure control and greater productivity and efficiency need to be balanced with solidarity principles, such as equal access.

In order to attain this difficult goal, most western European countries have tried to adopt contract-based health care reform. Contracts define the relationships between different categories of participants in the health care system. Two approaches are used for contracting. First, contracting is used as an instrument of health care planning and management in both competitive (i. e., the UK and the Netherlands) and non-competitive environments (i. e., France and Germany). For this purpose, contracting is regarded as the formalization of the planning and management process. Second, contracting is regarded as a tool for increased choice of providers (i. e., the UK and Sweden). Although the cost-containment effect of contracting is still unclear, most European countries formalize the contracting within their health care reforms. Along with the implementation of the contracting approach, most European countries have developed a health information system that is indispensable for contracting procedures. In particular, hospital information systems based on casemix classification are widely adopted (i. e., Nord-DRG in the Nordic countries, GHM in France, AR-DRG in Germany, HRG in the UK).

In summary, policymakers in most European countries are moving away from command and control strategy and are placing greater emphasis on accountability and contestability through the development of contracting mechanisms.

Keywords : Contracting, Health care reform, Europe, Health information

* Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine,
University of Occupational and Environmental Health

