

健保連海外医療保障

No.123 2019年9月

■特集：診断群分類を活用した入院包括払いについて

- ドイツ
ドイツの DRG 包括報酬システム 田中 伸至
- フランス
フランスにおける
診断群分類を活用した入院包括払い 松田 晋哉
- アメリカ
アメリカのメディケアにおける
急性期入院医療の包括払い制度 (IPPS) 安東 時彦

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／アメリカ

健保連海外医療保障

No.123 2019年9月

ドイツのDRG包括報酬システム

新潟大学教授

田中 伸至

Tanaka Shinji

ドイツにおいても、2003年から病院診療を対象にDRG包括報酬システムが実施されている。病院別予算制の中に位置付けられ、診療報酬が予算との関係で収入調整されること、精神科などを除くすべての一般病院に適用されること、実際の費用調査に基づき評価係数を設定していることなどの特徴がある。2020年からは、DRGシステムの対象経費から看護介護職員人件費分が除外される。包括範囲がわが国のDPC/PDPSとは対照的といつてよいほど異なることになる。

1. 本稿の目的と構成

わが国では、2003年から急性期入院医療を対象にDPC/PDPSが導入された。ドイツにおいても、同年から病院診療においてDRG包括報酬システムが実施されている。わが国のDPC/PDPSと同様、診断群分類を活用した包括払いの制度であるが、診療報酬制度の中での位置付け、対象となる診療領域、包括報酬の包括範囲などに大きな違いがある。制度の展開や抱えている課題も異なる。もとより、医療提供の実態や体制が異なる他国の制度を単純に引き合いに出したり、簡単に引き写したりすることはできないが、日独間の制度を比較することにより、わが国にとって参考となる情報を得ることは可能であろう。

本稿では、ドイツのDRG包括報酬システムの制度の概要と経緯などを整理し、わが国の診療報酬制度における今後の制度整備の参考資料を得ることとする。整理は、現在の制度概要、制度導入の経緯と展開の順で行う。制度概要については、はじめに、病院診療報酬の枠組みとして、二元資金調達方式と予算制を素描し、

DRG包括報酬システムの対象診療領域と診療報酬形態の種類、患者の追加負担について概観する。続いて、最も中心的な診療報酬形態である包括報酬の仕組みと診療報酬の審査について整理する(2.)。制度導入の経緯と展開では、DRGシステム導入前の診療報酬制度を簡単に振り返った後、DRGシステム導入の目的、包括報酬の下で懸念された問題への対応、導入後の動向について見ていく(3.)。その後、DRGシステム導入による成果と課題について考察し(4.)、ドイツDRGシステムの特徴を取りまとめ、わが国への示唆の獲得を目指す(5.)。

2. 制度概要¹⁾

(1) 病院診療報酬の枠組み

～ 二元資金調達方式と予算制

ドイツの病院制度では、投資的経費には、原則として、州の病院計画と投資プログラムの下で公費助成が行われ(病院資金調達法²⁾ 4条)、経常的経費は診療報酬の対象とする(17条4項)。二元資金調達方式(duale Finanzierung)である。

診療報酬システムは、病院別の予算制の中に位置づけられている。予算は、収入予算 (Erlösbudget) と収入合計 (Erlössumme) からなる。収入予算は、(2) で示す包括報酬や追加報酬についての予算であり、収入合計は、その他の個別的な診療報酬に関するものである。これらは、各病院と疾病金庫側との交渉を通じて協定される (18条、病院診療報酬法³⁾ 4条1項、2項、6条3項)。収入予算および収入合計の総額 (Gesamtbetrag) と診療報酬から得られた収入との間で過不足が生じた場合には、収入調整が行われる。収入調整は、原則として総額を超過した部分の65%が疾病金庫に払い戻され (超過収入調整。Mehrerlösausgleich)、総額に不足する部分の20%が後払いされる (不足収入調整。Mindererlösausgleich) 制度である (4条3項)。

こうした予算制の中で、DRG包括報酬システムが予算の協定や事後清算などのために利用される。予算の交渉は、DRG評価係数のデータに基づき行われ、収入調整の対象となる収入は、DRG包括報酬システムによって算定される。

診療報酬は、開業医のような団体請負の仕組みがないため、疾病金庫から直接、個々の病院に支払われる。

(2) 対象診療領域と報酬の種類

DRG包括報酬システムの適用対象は、精神科病院等を除くすべての病院である (病院資金調達法17条1a項、17b条1項1文)⁴⁾。診療報酬形態には、包括報酬 (Fallpauschalen)、追加報酬 (Zusatzentgelte)、その他報酬 (Sonstige Entgelte)、加算・減算などがある。

包括報酬は、DRGとして定義された症例に係るすべての給付の費用を包括する (17b条1項3文)⁵⁾。包括報酬は、実際に要した費用と入院期間とは無関係に算定される。DRGは包括報酬カタログに規定され、それぞれ入院期間上限・下限が設定されている。上限を超えた期間については、補足報酬 (Ergänzende Entgelte) として1日当たり診療報酬が支払わ

れる (包括報酬協定⁶⁾ 1条2項)。下限に達しない期間の入院に対しては、包括報酬から1日単位で減算される (同条3項、3条)⁷⁾。包括報酬カタログは、連邦レベルの自治当事者、すなわち、疾病金庫中央連合会、民間医療保険協会およびドイツ病院協会による包括報酬協定の別添として定められている。

追加報酬は、DRGでは適正に支払うことができない給付を対象とする⁸⁾。対象の給付は、包括報酬協定別添の追加報酬カタログに記載される。血友病の治療や透析、血液製剤、高額な医療材料や治療法を用いる診療が対象である (病院資金調達法17b条1項7文)⁹⁾。

その他報酬は、DRGカタログ未記載の包括症例や追加報酬に適しない給付が対象である。例えば、感染症隔離病棟や重症熱傷対応施設における診療である。病院ごとに、一件当たりその他報酬、1日当たりその他報酬を協定する (病院診療報酬法6条1項)。対象となる病院は、特別施設 (Besondere Einrichtung) として承認を受ける必要がある。承認は、特別施設指定協定 (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen - VBE) に規定される¹⁰⁾。

加算・減算は、2019年時点で、29種類適用されている¹¹⁾。例えば、保障加算 (Sicherstellungszuschäge。病院資金調達法17b条1a項6号、病院診療報酬法5条2項) は、対象患者数が少ないため包括報酬では費用を補填できない給付について、個々の病院と疾病金庫が協定によって設定する。地方圏域では、人口が少なく患者も少ないため、採算が採れないことがあることから、加算を行い、医療ニーズに応じた診療提供を保障するのである¹²⁾。対象となる診療科は、内科、外科、産科などである¹³⁾。拠点病院加算 (Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte。病院資金調達法17b条1a項2号、病院診療報酬法2条2項2文4号、4文、5条3項) は、州の病院計画において指定等を受けた老人医療センターやがんセンターなどの特別な診療機能に着目した加算である。個々の

病院と疾病金庫との協定による。

(3) 患者の追加負担

被保険者である患者は、定額の追加負担 (Zuzahlung) を支払わなければならない。1日10ユーロ、入院期間28日まで算定される (社会法典第5編¹⁴⁾ 39条4項、61条2文)。追加負担は、診療の反対給付ではなく、重複受診や重複検査を抑制すること¹⁵⁾ や疾病金庫の財政負担を軽減することを目的として、被保険者である患者が負担するものである¹⁶⁾。

(4) 包括報酬

①概要

診療報酬形態の中心となるのが、包括報酬である。前述の包括報酬カタログにおいて、DRGそれぞれに評価係数が付される (病院資金調達法17b条1項4文、病院診療報酬法8条2項1文)。評価係数の値は、基準となる給付との関係で相対的に設定する (病院資金調達法17b条1項5文前段)。ただし、症例数が増大し、または、増大が予想される場合は、評価係数を引き下げることができる (同文後段)。評価係数は、無作為抽出で行う診療費用の調査に基づき設定される (17b条3項3文)。評価係数の合計に、州ごとに設定される州基本単価を掛けて包括報酬の額を算出する (病院診療報酬法4条2項2文、8条2項1文1号)。

②診断群分類のシステム¹⁷⁾

診断群分類では、病院の患者すべてが基準に従いDRGに分類される。主要診断名、副診断名、診断治療方法が分類の基準である。一部のDRGでは、入院理由、年齢、性別、新生児入院時体重、入院日数などの要素も考慮される。病院は、分類ソフトGrouperを利用して患者を分類する。使用できるソフトは、疾病金庫とドイツ病院協会が共同で運営する機関が認証したものに限る。

DRGは1,319 (2019年) あり¹⁸⁾、DRGコードはアルファベットとアラビア数字の4桁で表記

される。1桁目のアルファベットは主要診断群 (MDC) を表し、B神経系疾患、C眼科系疾患など23群ある。2桁目と3桁目の数字は、主要診断名に対応する治療の種類である。手術ありの場合は01から39、保存療法の場合は60から99、その他の治療には40から59が付される。4桁目のアルファベットAからDは、重症度である。重症度で分類されていない場合、4桁目はZとなる。例えば、B02Aは、「B神経系疾患、02手術あり、A最重症」の分類である。

③包括報酬カタログと評価係数の改定

DRG包括報酬システムの運用は、連邦レベルで、疾病金庫中央連合会、民間医療保険協会、ドイツ病院協会が共同で担当し、上述のとおり ((2) 参照)、この三者に包括報酬カタログ等を協定することが義務付けられている (病院資金調達法17b条2項、病院診療報酬法9条1項1文)。DRGシステムの調整や評価係数の算定作業は、三者が共同で設立した病院診療報酬研究所 (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. InEK GmbH) が行う。毎年、臨床医学団体からのヒアリングなどを行い、包括報酬カタログを改定している¹⁹⁾。診療報酬システムの基本構成や評価係数の算定手続などの重要事項については、InEKの株主総会の同意を必要とする²⁰⁾。InEKによる包括報酬カタログ改定に基づき、三者が同カタログについて協定を締結する。

三者が協定できなかった場合は、連邦保健省が法規命令によりカタログを改定することができる (病院資金調達法17b条7項1文)。

④州基本単価の設定

州基本単価は、州レベルで州病院協会、疾病金庫の州連合会、民間医療保険協会が、毎年、翌年分の単価を協定する (病院診療報酬法10条1項1文)。協定に当たっては、指標単価を参照して交渉する。指標単価は、連邦統計庁が人件費物件費動向を基礎として算定する (10条6項1文)²¹⁾。

また、州基本単価は、州基本単価改定上限率を超えてはならない（9条1b項1文、10条4項1文）。同上限率は、連邦レベルで、疾病金庫中央連合会、民間医療保険協会、ドイツ病院協会が協定する。同上限率は、指標単価が保険料算定基礎所得平均変動率を下回る場合、指標単価の値としなければならない（10条6項2文）。指標単価が保険料算定基礎所得平均変動率を上回る場合、同上限率は、保険料算定基礎所得平均変動率と指標単価との間の範囲内にしなければならない（10条6項3文）。

（5）診療報酬の審査

診療報酬の支払いに当たっては、審査が行われる。その前提として、病院には、（i）医学的な必要がない入院（Fehlbelegung）を回避し、（ii）早過ぎる転退院を抑制するとともに、（iii）診療報酬請求を適切に行うことが義務付けられている（病院資金調達法17c条1項）。

（i）の医学的な必要がない入院には、入院治療の必要がないにもかかわらず入院する場合と、加療の必要がなくなったにもかかわらず入院を継続する場合がある。包括報酬の下では、後者のおそれは乏しい²²⁾。（ii）の義務付けは、包括報酬の下、経営上の観点から費用削減するため、入院期間の短縮が行われる可能性があるためである。未だ入院加療の必要があるにもかかわらず転退院させてしまうことは、費用負担を転院先のリハビリテーション施設などに付け替えることになるし、再入院による費用増高のおそれもあり（回転ドア効果）、望ましくない²³⁾。（iii）については、診断名と実施した手術その他の診断治療方法等のデータを疾病金庫に送信することとされている（社会法典第5編301条1項1文）。診断名は、国際疾病分類第10版ドイツ修正版（ICD-10-GM）によりコード化され、診断治療方法は、手術・診断治療方法コード（OPS）によりコード化されている²⁴⁾。診療報酬請求の際に誤ったコードを付すと、診療報酬額が本来よりも高くなることがある。こうしたアップコーディングはDRG包括報酬システ

ムの弱点であり、審査によって防止する必要がある²⁵⁾。

これらの義務の履行に関して、疾病金庫は疾病保険メデイカルサービス（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK）を介して審査を行うことができる（病院資金調達法17c条2項）。MDKは、疾病金庫の州連合会が設立する共同機関である。審査は、個別事例審査による（社会法典第5編275条1項1号）²⁶⁾。

3. 導入の経緯と制度の展開²⁷⁾

ここから、DRG包括報酬システム導入の経緯とその後の動きを見ていく。DRG導入前の状況から時系列で振り返る。

（1）DRG包括報酬システム導入までの制度

1972年、二元資金調達方式導入時、実費補填原則の下で、診療報酬は完全包括的な1日当たり療養費によって支払われていた。その額は、実際の診療提供に要した費用にかかわらず、症例の重症度に応じた定額であった。このため、病院には、診療報酬を増やすため、治療終了後も患者の入院を継続するインセンティブが生じることとなった²⁸⁾。

その後、在院日数の長期化を是正するため、1986年から、実費補填原則が修正されるとともに、予算制の導入や療養費の細分化が行われた。すなわち、療養費は、前年実績ではなく事前に計算した原価に基づくこととされ、予算への分割払いの性質を持つものに変更された。その種類も診療科別療養費等に区分され、特別に高額な診療については特別診療報酬を設定できるようになった。例えば、心臓手術、腎臓移植、血友病治療などである²⁹⁾。さらに、1996年には、予算の対象となる療養費は給食や室料を対象とする基本療養費と診療科別療養費とされ、予算外の診療報酬として147の特別診療報酬と73の包括報酬が規定された³⁰⁾。

このように、1986年、1996年の制度改革においては、特定の診療行為に対する包括報酬や特

別診療報酬を予算適用外とし、価格システムに近づけることが目指されてはいた。しかし、疾病金庫側、病院側双方の抵抗により、それらの診療報酬を予算外としたのは一部の病院に止まっていた。その後、立法府は、DRG包括報酬システムを導入する方向に転換することになった³¹⁾。

(2) DRG包括報酬システムの導入

2000年、公的疾病保険医療改革法により全面的な包括報酬システムの導入が決定され³²⁾、2002年の包括報酬法³³⁾により2003年からDRG包括報酬システムが施行された。2004年からは、すべての一般病院に義務化されている。導入の目的は、診療記録を通じた病院診療の透明性確保、収益留保の可能性の創出、診療実績に応じた診療報酬による病院間や院内での効率的な資金配分、在院日数の短縮などである³⁴⁾。

一方、包括報酬への転換に当たって、医療の質が不十分になるおそれがあること³⁵⁾、早すぎる転退院がされること、アップコーディングが行われること、地方圏域において病院を維持していくことが難しくなることなどが懸念されていた³⁶⁾。こうした懸念に対して、医療の質については、公的疾病保険医療改革法により、社会法典第5編に病院等の給付提供者に対する医療の質の確保と改善の責務が規定され、院内医療の質マネジメントの実施、医療機関共通の医療の質の確保措置への参加の義務付けがされた³⁷⁾。早すぎる転退院については、入院期間下限を設け、これを下回る在院日数で転退院した場合には包括報酬を減算する仕掛けとすること³⁸⁾やMDKによる審査により抑止することとされている。MDKの審査は、アップコーディング対策でもある³⁹⁾。地方圏域における病院診療の維持については、保障加算により対応することとされた⁴⁰⁾。

(3) 制度導入後の動向

その後の制度の動向を見ると、包括報酬カタログではDRGの数が2003年の664から2007年に

1,082、2018年には1,292へと大幅に増加した。DRGが症例の複雑性や重篤度などにより細分化、精緻化されたためである⁴¹⁾。州基本単価は連邦統一単価に段階的に収斂させていくこととされていたが、2009年10月、一定の幅の範囲に収める方針に転換された⁴²⁾。

精神科や心療内科については、当初からDRG包括報酬システムの対象外とされ、1日当たり療養費が適用されてきた。その後、2009年、病院財政改革法⁴³⁾により、2013年以降、診療密度によって区分された1日当たり包括報酬に移行することとされ、2012年の精神科診療報酬法⁴⁴⁾により精神科診療報酬システム(Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, PEPP)が設けられた⁴⁵⁾。しかし、PEPPの運用には、参考になる国際的な診断治療コードがないことや精神医学会からの強い批判があったことなど、困難があった。このため、病院は以前の診療報酬とPEPPとを選択できることとされた。その後も、PEPPの義務化は何度も延期されたが、2018年からすべての精神科・心療内科に適用されている(連邦療養費令⁴⁶⁾3条1項4文)⁴⁷⁾。

4. 成果と課題

(1) 成果

では、DRG包括報酬システム導入によって、どのような成果があったか。

第一に、透明性の確保については、診療記録などを通じて、病院における入院診療の構成や費用構造が判明するようになった。診療費用調査により、診断や治療、症例の種類や件数、在院日数などの包括的な情報が得られることは大きな成果である。こうした情報は、医療の質報告書によって公表される⁴⁸⁾。医療の質報告書は、病院が毎年、自院の医療の質の状況について記述した文書を作成し、対外的に公表するものである(社会法典第5編136b条)⁴⁹⁾。病院にとっても、他院と比較しながら、自院が強い診療領

域や平均以上に費用がかかっている診療領域などを把握・分析し、ベンチマーキングに取り組むことができるメリットがある⁵⁰⁾。

第二に、在院日数は、2000年の平均9.2日が2005年に8.1日、2016年に6.7日になっている⁵¹⁾。DRG包括報酬システム導入前に比べやや停滞しているとの見方もあるが⁵²⁾、着実に短縮してきているとよいであろう。

第三に、効率性の面では、多くの病院が費用構造の改善、効率的な治療・療養プロセスの構築に取り組んだことが指摘されている。このため、病院間での事務部門の統合、共同購入の実施、給食、検査部門などのアウトソーシングが進んでいる。診療機能の見直しも行われており、手術の外來化や自院の中核となる診療部門への特化⁵³⁾、開業医からの紹介患者の確保などの動きが見られる⁵⁴⁾。

(2) 課題

他方、課題や問題点も少なくない。

①看護介護職員配置との関係

なかでも、DRG包括報酬システムの補填対象費用の範囲の見直しにまで至ることになったのが、看護介護職員配置の問題である。

一般病院における看護介護職員は、1997年から減少傾向が続いている。州政府からの投資的経費の助成が圧縮されてきており、病院は投資的経費を捻出するため、診療報酬からの資金を流用せざるを得ず、看護介護職員を始めとする人員削減に手をつける結果になったからである。看護介護職員配置規制が1996年限りで廃止されたことも大きい。こうした人員削減の動きは、DRG包括報酬システム導入後、加速しており、看護介護職員にとって雇用の不安定化が進んでいる。加えて、在院日数の短縮や重症患者の増加を背景として、労働負荷も大きくなっている⁵⁵⁾。

そこで、看護介護職員の増加を図り、看護介護の質を確保するため、公的医療保険から診療報酬による資金助成が行なわれている。看護介

護職員支援プログラム (Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals) である。プログラムでは、2009年から2011年までの間、1万6,500ポスト分の人件費のうち90%が公的医療保険により負担され、包括報酬、追加報酬およびその他報酬の額に加算される形で病院に支払われた⁵⁶⁾。その後、2016年から2018年の間にも、総額6億6,000万ユーロの資金によって同様のプログラムが実施された。さらに、2019年からは年間3億3,000万ユーロの資金が恒久的に確保されることとなった。

こうした看護介護職員支援のための資金をどのような形で使うかについては、連邦保健省の専門家委員会において検討が重ねられ、2017年3月、看護介護加算に投入するとの結論が出され、同時に看護介護が重要な診療領域について人員配置の最低基準を設けることも提起された。これを受け、2017年7月、感染症疫学監視現代化法⁵⁷⁾により、2018年6月30日までに、連邦レベルの当事者が看護介護の重要な診療領域を定め、それらの領域における最低基準や経過措置等を決定することとされ⁵⁸⁾、2019年1月1日から、集中治療室、老人医学、心臓科、災害外科について人員配置最低基準が施行されている (看護介護職員配置最低基準令)⁵⁹⁾。

一方、2018年3月、第4次メルケル政権の連立政権協約において、看護介護職員の人件費はDRG包括報酬とは別に支払うこととし、病院診療報酬は、DRG包括報酬と看護介護職員人件費報酬との二本立てとする方針が示された。DRGによる算定から看護介護職員人件費分を除外し、看護介護職員人件費報酬は病院ごとの看護介護ニーズに係る費用を考慮して定めるというものである⁶⁰⁾。この方針のもと、2018年12月、看護介護職員配置強化法⁶¹⁾により、個々の病院と疾病金庫とがDRGによる予算とは別に、看護介護職員人件費分について看護介護予算を協定する仕組みが定められ、2020年から施行されることとされた (病院診療報酬法6a条)⁶²⁾。

②病院の診療機能の多様性ととの関係⁶³⁾

診療機能の多様性ととの関係についても、課題が指摘されている。

DRG包括報酬システムは、個々の病院の診療機能とは関わりなく、すべての一般病院に適用される。ただし、包括報酬の算定方式は評価係数と州基本単価の積によるものであり、個々の病院の診療機能の全体像を適切に反映させることができない。そこで、症例の複雑性のスペクトラムをDRGに取り込むため、DRGとその算定要件の数が増え続けており、追加報酬も約200を数える。保障加算や拠点病院加算なども、病院のさまざまな診療機能に対して適切な診療報酬を設定しようとするものである。

しかし、DRGが細分化され、その数が増えると、診療報酬システムが複雑で分かりにくいものになる。また、診療プロセスの違いに応じてDRGを設定していくと、個別給付に対する診療報酬や、さらには実費補填原則に近づいていく⁶⁴⁾。治療内容に応じて支払われる追加報酬から収益を上げるため、保存療法よりも手術を優先するおそれもある。

こうした問題に対して、DRGシステムの中に診療機能のレベル（Versorgungsstufen）に応じて詳細な区分を設けてはどうかとの提案がある。例えば、オーストリアやスイスで行われているような評価係数に乗数を掛ける方式である。ただし、診療機能レベルの設定は州ごとに異なっている⁶⁵⁾ため、そのままではこの方式で利用できないから、新しく統一した診療機能レベルの定義が必要となる。また、一病院内でも診療機能レベルはさまざまであるため、診療機能レベルは診療科ごとに設定すべきとの指摘もある。

③評価係数の算出方法⁶⁶⁾

評価係数の算出方法にも、テクニカルではあるが、重要な問題がある。

評価係数は無作為抽出の診療費用調査に基づき設定されるが、改定時に評価係数が変動する

ことがある。その原因は、病院における診療費用の変化にあるのではなく、無作為抽出調査におけるサンプリングが変わるからであるという。このため、2016年、母集団を可能な限り適切に代表するような調査方法を連邦レベルの当事者が協定することとされ（病院資金調達法17b条3項4文）、その後、公証人の立ち合いの下での抽選による調査対象病院の選定が行われている。しかし、調査対象に選定されながらデータ提供を拒否する病院もある。費用構造が良好な病院にとっては、自院が調査対象となることにより、評価係数が引き下げられる結果になることを懸念してのことと思われる。

母集団の代表性を高めることは、診療費用を正確に把握する上で重要である。この点、上掲の対応では十分ではないとして、一定の病院群を経年的に観察する手法などが提案されている。

5. DRG包括報酬システムの特徴とわが国への示唆

最後に、DRG包括報酬システムの特徴をとりまとめ、わが国の診療報酬制度への示唆について検討する。

(1) DRG包括報酬システムの特徴

ドイツのDRG包括報酬システムの主な特徴は、次の4点である。

第一に、DRGシステムが病院別予算制の中に位置付けられていることである。診療報酬は予算の枠組みにおいて支払われ、収入調整が行われる。わが国の診療報酬のような純然たる価格システムではない。

第二に、対象病院の範囲である。DRG包括報酬システムは精神科などを除くすべての一般病院について適用される。主に急性期病院に対して適用されているわが国のDPC/PDPSよりも普遍的な制度である。精神科などにも、一件当たりの包括報酬ではないが、1日当たりの形で包括報酬が導入されている。

第三に、包括報酬の対象経費である。包括報

酬はDRGとして定義された症例に係るすべての給付の費用を包括しているが、2020年からは看護介護職員人件費分が除外される。病院診療報酬は、DRG包括報酬と看護介護職員人件費報酬との二本立てとなり、後者は病院ごとの看護介護ニーズに係る費用を考慮して定められる。他方、日本のDPC/PDPSは、1日当たり点数により、入院基本料や検査料、薬剤料等の部分をカバーする。ドイツのDRG包括報酬と日本のDPC/PDPSとでは、包括範囲が対照的といつてよいほど異なることになる。

第四は、評価係数の設定方法である。ドイツでは、実際の診療費用調査に基づいて評価係数を計算している。この点も、「包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出」しているDPC/PDPS⁶⁷⁾とは大きく異なる。

(2) わが国への示唆

ドイツの経験を振り返ると、まず、実際の費用調査に基づく評価係数の設定は容易ではないことが重要である。病院にとって費用調査は事務的に負担であるし、費用節減に努めれば、調査を通じて後年、評価係数の引下げを招いてしまう。こうした、コストカット → 評価係数引下げ → コストカット → 評価係数引下げ、のスパイラルにより、医療の質が損なわれるおそれもある。病院の診療機能に応じて異なる原価をより適切に反映しようとするれば、DRGの細分化、追加報酬や加算の設定が必要になる。そうすると、実費補填原則による報酬に近づいていき、効率化の契機が失われる。

そもそも、単一の財を供給する電気事業や水道事業と異なり、診療機能、施設設備、人件費の構造などが病院によって大きく異なる診療事業について、診療科ごと、症例ごとの原価を観念できるのか疑問がある⁶⁸⁾。DPC/PDPSでは、包括評価の範囲に相当する出来高点数に依拠した統計処理により点数を設定する方式や診療機能に応じ機能評価係数を乗じる方式を採用しているが、こうした方式の方が現実的であると考

えられる。ただし、DPC/PDPSにおける包括点数の基礎となる出来高点数での評価水準が適切かどうかの論点は残る⁶⁹⁾。

次に、ドイツにおける看護介護職員配置についての経緯にも留意すべきである。医療の質の確保に関し、構造基準は確かに間接的な要素である。そのため、プロセス基準やアウトカム指標も活用することは、困難な点もあるが、有益であろう。しかし、プロセス基準やアウトカム指標の活用が進んでいるからといって、構造基準を廃してよいとはいえない。医療の質を確保するための必要条件として維持していくのが適切である。

一方、地方圏域における診療機能の維持については、DRG包括報酬システムの保障加算が参考になる。DPC/PDPSの機能評価係数は、院内体制や診療実績を評価するものであるから、地方圏域で特定の診療科について診療ニーズがあるものの、採算が採れるだけの症例がない場合には適さない。保障加算のように個別の病院の診療科に着目して加算を行う手法が有効である可能性がある。ただし、わが国では加算分につき患者一部負担金も増えてしまうから、そのままの導入は難しい。いずれの診療科・診療機能を維持すべきか、どのような基準で判断するのかについても検討が必要である。

〔付記〕

本稿は、科学研究費補助金（基盤研究（A））「持続可能な社会保障制度構築のための病院等施設サービス機能に関する総体的比較研究」（JSPS科研費 JP15H01920、研究代表者加藤智章）および科学研究費補助金（基盤研究（C））「医療の質の向上に役だつ医療保険制度のあり方に関する基礎的研究—日本とドイツを例に」（JSPS科研費 JP16K03338、研究代表者田中伸至）による研究成果の一部である。

注

- 1) ドイツの病院診療報酬に関する近時の邦語文献として、田中伸至「診療報酬制度の構造と診

- 療報酬決定過程 — 日本とドイツを例に — (増補) 法政理論48巻2・3号(2015年) 58頁ないし78頁、同「ドイツ」加藤智章編『世界の診療報酬』(法律文化社、2016年) 34頁ないし37頁、43頁ないし54頁、同「ドイツにおける医療の質の確保に関する制度の構造と法体系モデル — 医療提供体制と公的医療保険を中心に —」法政理論50巻3・4号(2018年) 133頁ないし138頁、松村祥子ほか編『新世界の社会福祉 第2巻 フランス/ドイツ/オランダ』(旬報社、2019年) 315頁ないし318頁参照。
- 2) Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist.
 - 3) Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist.
 - 4) 2019年4月時点で、1,592の一般病院がDRG包括報酬システムの対象になっている。連邦保健省ウェブサイト
(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>).
 - 5) Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland. 6. Aufl. Bern 2017, S. 242.
 - 6) Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2019 (Fallpauschalenvereinbarung 2019 – FPV 2019) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin.
 - 7) Simon (En. 5), S. 242, 243.
 - 8) Simon (En. 5), S. 243.
 - 9) BT-Drucksache 16/6339, S. 169.
 - 10) Simon (En. 5), S. 243.
 - 11) AOK-Bundesverband, Übersicht zu den Zu- und Abschlägen im Rahmen der Krankenhausabrechnung (DRG) 2019 nach KHEntgG, Stand: 08. 01. 2019.
 - 12) Simon (En. 5), S. 244.
 - 13) § 5 Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von

- Sicherstellungszuschlägen gemäß §136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) in der Fassung vom 24. November 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2016 B3 in Kraft getreten am 1. Januar 2017, zuletzt geändert am 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 22.05.2018 B1 in Kraft getreten am 23. Mai 2018.
- 14) Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist.
 - 15) Janda, Constanze, Medizinrecht. 4. Aufl. München 2019, S. 90.
 - 16) Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland. 4. Aufl. Bern 2013, S. 405.
 - 17) BT-Drucksache 14/6893, S. 28; Simon (En. 5), S. 244-247.
 - 18) https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg-system/g_drg_2019/drg_system_5.jsp.
 - 19) Tuschen, Karl Heinz. /Trefz, Ulrich, Krankenhausentgeltgesetz. 2. Aufl. Stuttgart 2010, S. 135ff.
 - 20) 定款 (Gesellschaftsvertrag) 7条1項。
Laufs, A. /Kern, B-R. (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts. 4. Aufl. 2010, §82 Rn. 212による。
 - 21) Simon (En. 5), S. 251f.
 - 22) Gerlach, Alice. in: Dettling, Heinz-Uwe/ Gerlach, Alice (Hrsg.), Krankenhausrecht kommentar. 2. Aufl. München 2018, §17cKHG Rn. 9.
 - 23) Köbler, Katharina in: Dettling/Gerlach (En. 22), §301 SGB V Rn. 7.
 - 24) Gerlach in: Dettling/Gerlach (En. 22), §17cKHG Rn. 10, 13.
 - 25) Busse, Reinhard/Brümel, Miriam/Ognyanova, Diana, Das deutsche Gesundheitssystem Akteure, Daten, Analysen, Berlin 2013, S. 140.
 - 26) Gerlach in: Dettling/Gerlach (En. 22), §17cKHG Rn. 6.

- 27) 1972年以來のドイツの病院財政方式および診療報酬制度の変遷を概説した文献として、Tuschen /Trefz, (En. 19), S. 22-173, 105-134; Behrends, Behrend, Praxishandbuch Krankenhausfinanzierung. 2. Aufl. Berlin 2013, S. 1-27参照。近時の邦語文献として、田中・前掲(注1)「診療報酬制度」62頁ないし65頁、75頁ないし77頁参照。
- 28) Illing, Falk, Gesundheitspolitik in Deutschland: Eine Chronologie der Gesundheitsreformen der Bundesrepublik, Wiesbaden 2017, S. 106.
- 29) Tuschen /Trefz, (En. 19), S. 105f.
- 30) Tuschen /Trefz, (En. 19), S. 113f.
- 31) Tuschen /Trefz, (En. 19), S. 112-115.
- 32) Art. 4 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626).
- 33) Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412).
- 34) BT-Drucksache 14/6893, S. 26; BT-Drucksache 16/6339, S. 165.
- 35) BT-Drucksache 14/6893, S. 28.
- 36) BT-Drucksache 14/5661, S. 173ff.
- 37) Art. 1 Nr. 52 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); BT-Drucksache 16/6339, S. 166.
- 38) BT-Drucksache 16/6339, S. 166.
- 39) BT-Drucksache 16/6339, S. 166.
- 40) BT-Drucksache 14/6893, S. 28.
- 41) BT-Drucksache 16/6339, S. 167f; BT-Drucksache 19/3180, S. 247.
- 42) Simon (En. 5), S. 249f.
- 43) Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534).
- 44) Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613).
- 45) Simon (En. 5), S. 242.
- 46) Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist.
- 47) Gokel, Julia Maria in: Quaaas, Michael/Zuck, Rüdiger/Clemns, Thomas/Bearbeiter (in), Medizinrecht, München 2018, §32 Rn. 16f.
- 48) Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 2018/2019, Nürnberg 2019, S. 292.
- 49) 医療の質報告書を概説した邦語文献として、田中・前掲(注1)「ドイツにおける医療の質の確保に関する制度の構造と法体系モデル」223頁ないし228頁参照。
- 50) BT-Drucksache 16/6339, S. 170. DRGシステムによって病院の給付構造が透明化されたため、費用管理、ポートフォリオ分析、ベネフィットセンターにおける計算、臨床指標の開発などが格段に簡単になったともいう。Behrends (En. 27) S. 107.
- 51) BT-Drucksache 16/6339, S. 171; Bundesministerium für Arbeit und Soziales (En. 48), S. 292.
- 52) BT-Drucksache 19/3180, S. 244. 在院日数の短縮が大きく進まない理由としては、軽症患者を外来で診療するようになっていることが挙げられている。BT-Drucksache 16/6339, S. 170.
- 53) 半面、DRG包括報酬システム導入以降、赤字の診療科が閉鎖される事態も指摘されている。Busse/Brümel/Ognyanova (En. 25), S. 267ff.
- 54) BT-Drucksache 16/6339, S. 172f.
- 55) BT-Drucksache 16/6339, S. 174; Simon (En. 5), S. 240.
- 56) Tuschen /Trefz, (En. 19), S. 69, 103.
- 57) Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615).
- 58) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (En. 48), S. 297f.
- 59) Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1632).
- 60) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und

- SPD 19. Legislaturperiode, S. 99.
- 61) Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394).
- 62) Nakielski, Hans, Das ändert (e) sich in Krankenhäusern und bei der Altenpflege, Soziale Sicherheit 2/2019, S. 54f.
- 63) BT-Drucksache 19/3180, S. 247f.
- 64) Behrends (En. 27) S. 107f.
- 65) ほとんどの州の病院計画において、個々の病院の診療機能の水準 (Versorgungsstufen) が明示されている。ただし、州の間で統一された基準があるわけではない。例えば、ラインラント-プファルツ州の病院計画では、診療機能レベルを4種類設けており、(i) 基本診療提供病院 (Allgemeinkrankenhaus der Grundversorgung) は、総病床数250床まで、内科、外科を置かなければならないもの、(ii) 通常診療提供病院 (Krankenhäuser der Regelversorgung)、250床以上500床以下であり、内科、外科のほかに2つ以上の診療科を置かなければならないもの、(iii) 重点診療提供病院は (Schwerpunktversorger)、500床から800床であり、内科、外科のほかに6診療科以上を置くもの、(iv) 最大診療提供病院は(Maximalversorger)、800床以上であり、10以上の診療科を有し、高度特別な診療、複雑な症例の診療、希少疾患の診療を行うものと定義する(Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, S. 23)。一方、チューリンゲン州の病院計画では、病院の診療機能を3つのレベルに分けて規定している。(i) 地域診療提供 (Regionale Versorgung) には、内科、外科、整形外科、災害外科、産婦人科、小児青年科および集中治療室を有する病院が分類される。(ii) 広域診療提供 (Regional intermediäre Versorgung) には、それらの診療科に加え、耳鼻咽喉科、泌尿器科、神経科、老人医学、精神科などのうち1つ以上の診療科を備える病院が分類される。(iii) 州域診療提供(Überregionale Versorgung) には、皮膚科、性病科、眼科、放射線科、核医学、心臓外科、小児外科などのうち1つ以上の診療科を備える病院が位置づけられる (7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022, S11)。
- 66) BT-Drucksache 19/3180, S. 251f.
- 67) 中医協総会資料「DPC制度 (DPC/PDPS※) の概要と基本的な考え方」(平成23年1月21日 中医協総-3-1) 3頁参照。
- 68) 田中・前掲(注1)「診療報酬制度」108頁注181参照。
- 69) 中医協総会資料・前掲(注67) 4頁参照。

特集：診断群分類を活用した入院包括払いについて

フランスにおける診断群分類を活用した入院包括払い

産業医科大学教授

松田 晋哉

Matsuda Shinya

1980年代、病院医療費の高騰に直面したフランスはアメリカのHCFA-DRGをもとに病院医療の内容を標準的な情報フォーマットで可視化し、それに基づいて各病院の総額予算を決める方式の模索を開始した。1991年の病院改革法ですべての病院に標準的な情報システム(PMSI)が整備され、またこの間フランスの医療実態にあった診断群分類(GHM)が開発されたことでフランスのDRG活用の基盤が整備された。その後、1996年のジュペ計画によりDRGに基づく1件当たり包括支払い(T2A)と国レベルで策定される医療費の伸び率管理制度(ONDAM)が組み合わされた制度となり、現在に至っている。そして、現在その活用範囲は急性期入院や在宅入院制度に広がり、精神科領域のDRG開発も試みられている。

1. はじめに

～フランスの医療制度
および入院医療提供体制の概要～

まず、フランスの医療制度の概要について簡単に説明する。なお、歴史的経緯も含めて詳細について知りたい方は拙著を参考にしていただければ幸いである¹⁾。

フランスはわが国と同様、社会保険制度に基づいて医療サービスが提供されている。職業によって加入する保険制度が決まっており、例えば被用者であれば全国疾病金庫(Caisse nationale de l'assurance maladie : CNAM)、農業事業者であれば農業者金庫(Sécurité sociale agricole : MSA)、自営業者であれば自営業者制度(Régime social des indépendants : RSI)、公務員やフランス国鉄の職員であればそれぞれの特別制度(Régimes spéciaux)に強制加入となる。保険者への加入は突き抜け方式で、退職者は退職前に所属していた制度に継続的に加入する。貧困者に対しては税を財源とした普遍的

医療制度(couverture maladie universelle : CMU)が準備されており、貧困者は無拠出で医療サービスを受けることができる。なお、このCMUはCNAMの一部として準備されている。カバー率でみると国民の80%がCNAMに加入している。

次に医療提供体制について図1をもとに説明する。フランスにおいては患者による医師選択の自由が認められている。ただし、2005年のブラジ改革によりかかりつけ医制度が導入されたことに伴い、緩やかなゲートキーピングが導入されている。国民は自分のかかりつけ医を選択することが義務付けられており、専門医や病院の外來を受診する際には、まず登録したかかりつけ医を受診し、その紹介状を持って受診することが原則となった。各患者はかかりつけ医を経ずに他の医療機関を受診する事が可能であるが、その場合は公定価格以上の支払いを要求されることになる(かかりつけ医の場合は自己負担が30%であるが、かかりつけ医を経ない場合は70%になる)。また、原則として自己負担分

malades) を用いた1入院包括支払い方式(フランス語では tarification à l'activité : T2A)、その他の病院は1日当たり包括支払いとなっている。ただし、リハビリテーションなどを行う中期療養施設(SSR)はSSR用診断群分類であるGME (groupes médico-économiques) に基づいて1日当たり費用額が計算される(後述)。

なお、本稿では文脈に応じて一般用語としてのDRGとフランス版DRGであるGHMを使い分けることに留意されたい。

2. 地域医療計画とONDAM

(1) 地域医療計画

フランスにおいては1970年の病院改革法において医療地図(わが国の二次医療圏および圏域ごとの病床・医療機器整備基準)が導入されたことにより、医療提供のための地域が設定され、そして病床および高額医療機器については国の定める整備指標に従って設置されることとなった。例えば、内科系病床数と外科系病床数については人口1,000対1~2.2、産科系病床数については人口1,000対0.2~0.5、CTスキャナーについては人口11万対1、MRIについては人口50万対1等となっていた。しかしながら、医療地図については新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものについては何ら規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じてきていること、そしてより重要な点として、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に応えるための手段となっていないという批判が強くなっていた。

そこで、1991年の病院改革法では、各地方に地域医療計画(Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire : SROS)の制定を義務付け、その内容としてこれまでの医療地図に基づく規制に加えて、地方医療社会組織化委員会(Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale : CROSS)の意見を参考に作成される地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画が付録として記載されることとなった。例え

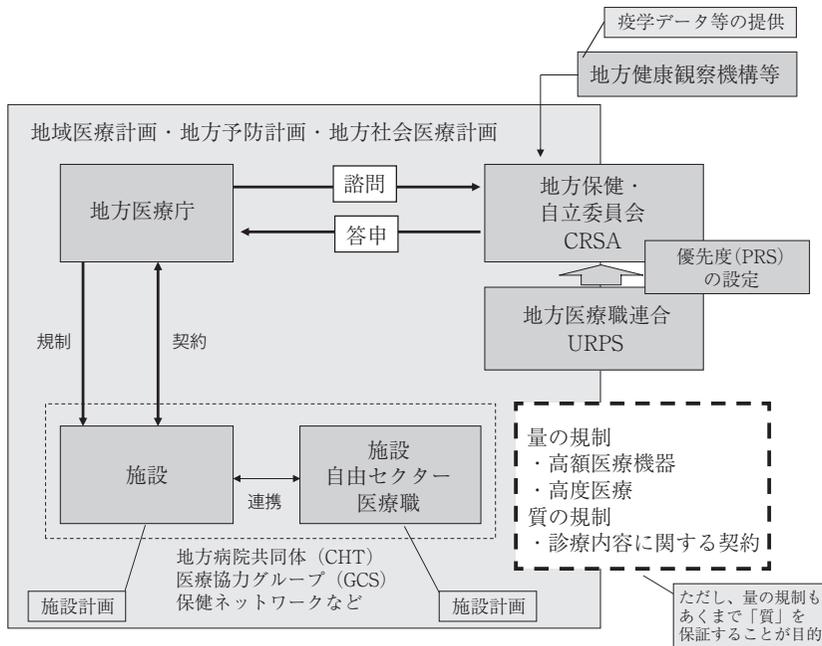
ば、ここには施設間の近接性、補完性などを基準として診療科の統廃合や医療施設間の協力関係の構築あるいは統廃合等が記載されている。そして、1996年のジュベ計画により、付録に記載された事項の実行が義務化されたことにより、地方病院庁(現在は地方医療庁 Agence Régionale de la Santé : ARS)は施設の統廃合等に関する強制力を持つことになった。

1999年~2004年の第二次保健医療計画以降、さらに施設間協力の推進による医療サービス提供体制の適正化と質改善が推進されることとなり、公立病院と民間病院との協力体制の強化(機器や施設の共同利用等)や病診連携の推進が、モデル事業も含めて多く行われた。保健医療計画の内容は地方ごとに異なっており、例えば、ブルターニュ地方のSROSにおいては i) 救急医療、ii) 回復期のリハビリテーションおよびフォローアップ体制の確立、iii) 自殺対策、iv) 悪性新生物対策などが優先課題として設定されている。そして、それぞれの優先課題については具体的な目標値とそれを達成するための行動計画が作成され、その実行が地方病院庁(現在は地方医療庁 ARS)と当該施設の間で複数年契約(Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens : CPOM)に基づいて保証される仕組みとなった。

地域医療計画については、医療資源の適正な分配に一定の役割を果たしたと評価されている。また、1996年の社会保障財政法の制定により、DRGの情報に基づいて国レベルで病院医療の支出目標値(Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : ONDAM)が制定されるようになり、ほぼ目標値内の支出に収まる状況が続いていた。これはDRGに基づく情報によって、予算策定が高い精度をもって行われるようになったためとされている。

DRGや、わが国の診療行為表に相当する医療行為の標準区分(Classification Commune des Actes Médicaux : CCAM)などの医療の情報化の進行に伴い、医療計画のあり方も再検討され、2009年7月21日に出された「病院・患

図2 地方医療庁と地域医療計画



者・健康・地域」法（La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires : HPST）により、SROSはSROS-PRS（Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire-Priorité Régionale de la Santé）と名称が変更され、地域の保健政策上の優先課題を踏まえて、入院・外来、そして社会医療的サービスも包含した総合的な計画として策定されることとなった。HPST法では各医療機関は医療指標の策定と公開が義務付けられ、医療の質に関する目標設定とその実行状況も医療計画の対象となった。図2は現在のフランスの地域医療計画の概要を図式化したものである。

(2) ONDAM

従来、フランスの医療財政は労使協働による疾病金庫の自主的運営下で収支相当原則に基づき運営されていた。その結果、医療費の増加に対しては主として保険料を上げることや患者の自己負担部分を上げることで対応してきた。しかしながら、経済の低迷と失業者の増大により労働所得に依存した社会保険制度の限界が1990年代になり急速に顕在化していった。また、保

険料率をあげることは労働コストの増大を意味し、フランス企業の国際競争力の維持という点でも問題があるという批判が経営者側から出されるようになった。こうした状況下でジュベ内閣は被用者の保険料部分を資産収入を含めた全収入を対象に課税する一般福祉税（Cotisation Sociale Généralisée : CSG）に置き換えることとした。これは医療保障財政の安定化を目指したものであるが、同時に医療保障財政に関する国の関与を強めることを意味した。そこで国として医療保障の財政規律を強化する目的で、憲法改正の後に1996年に制定されたのが社会保障財政法（Loi de Financement de la Sécurité Sociale : LFSS）である。LFSSに基づいて議会には医療財政に関する詳細なデータが提出されるようになり、これをもとに毎年の医療支出目標（Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : ONDAM）が制定されるようになった。ONDAMは、外来（一般医、専門医）、病院（公立、私立）、社会医療、その他（医療連携など）ごとに前年度の医療費を基礎として、自然増やその他の要因を考慮して対

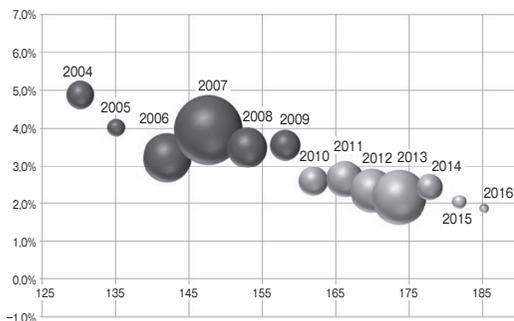
前年伸び率として議決される。

以下にONDAMの計算過程の概要を示した。

- ① まず、政府の保険当局と財務当局が、医療支出のトレンドを予測する（これをtrend ONDAMという）。今年度の医療費の実績に、理論的な伸び率を当てはめ、それに、すでに実行されている医療費抑制策の波及効果を加味して推計が行われる。
- ② 次に、“trend ONDAM”と関係大臣間で決められた目標値が比較され、この自然増と政治的な目標値の乖離幅に関して、政府間で、新たな抑制策の効果を踏まえて最終的な目標としての全体のONDAMと各部門支出目標が定められる。
- ③ 抑制策の主なものとしては、薬価引下げ、ジェネリックへの代替処方、病院の効率化（機能集約および在院日数の短縮、入院から外来への代替政策など）、外来医療の報酬引下げなどである。

導入当初は目標額に過ぎなかったONDAMであるが、その後2004年の改革で目標額を超過する事態が予想される時、疾病金庫の理事長は抑制策をとることが可能となった。すなわち、フランスの医療は領域ごとの総額予算制という上限付きの、出来高支払い方式になっている。

図3 ONDAMの効果に関する時系列変化



横軸は、十億ユーロで記録された支出水準。縦軸は、実際の増加率。バブルのサイズは、ONDAMの超過額または未執行額の大きさを表す。2010年以降は支出がONDAMよりも低くなっている。しかしながら、未執行額は年々減少し、2016年には、ONDAM分野の総支出は1,852億ユーロ（1.8%）で、ONDAMとはほぼ同額になっている。

出所：PLFSS 2017

この仕組みのために、近年は医療費の伸び率は目標値内に収まっている（図3）。

3. フランスにおける診断群分類DRGの現状と課題

(1) 導入の経緯

フランスにおけるDRG導入にむけた検討は早く1980年代前半になる。1983年にアメリカのMedicareにおいてDRG/PPS（DRGに基づく包括支払い制度）が導入されたことは、当時、病院医療の高騰に悩んでいたフランスの医療政策担当者に関心を集めた。当初の目的は、各病院の医療活動の状況を記述し、そしてその結果に基づいて公立病院については総額予算の調整を、また、民間病院については、この結果に基づいて各施設の1日当たり費用額を設定することであった。ただし、DRGに基づく評価を行うためには病院の情報化が進んでいることが前提となるが、1日当たり費用額をベースとする病院支払いを行ってきたフランスにおいては、医師の診療録としての紙カルテは存在していたが、わが国のレセプトに相当するような傷病名と医療行為を標準コードで記録する仕組みは発達していなかった。そこでフランス政府はまず病院の情報化に取り組むことになる。これが情報システム医療化プログラム（programme de médicalisation des systèmes d'information : PMSI）である。Grenoble大学病院で開発・実装されていた医療行為統計表（dossier statistique de l'activité médicale : DOSTAM）をベースに、病名のICD 9対応、病院における医療行為の標準コード化（catalogue des actes médicaux : CdAM）が行われ、さらにアメリカのDRGにおける入院サマリであるMinimum Basic Dataset (MBDS) を参考にフランス版MBDSであるRSS (résumé de sortie standardisé) の開発が行われた。そして、Grenoble、Marseilleといった医療情報先進地域における社会実験を行いながら、HCFA-DRG ver.3をもとにフランス版DRG (groupement homogène de malades : GHM)

の開発が行われることになる。ただし、1989年まではアメリカ Yale 大学の Robert Fetter 教授のチームとの共同研究であり、RSSの情報をもとにGHMを決めるコンピュータソフトである Grouper（フランス語では Fonction Groupage : FG）はアメリカのものが用いられている。また、分類においても副傷病による重症度の評価を行うために HCFA-DRG から AP-DRG への参照 DRG の変更、日帰り入院に対応するための新しい分類カテゴリー（CM24）の追加などが行われた。1989年に公立病院に PMSI を担当する部門としての医療情報部門（Département d'information médicale : DIM）の設置が義務付けられ、さらに1991年の病院改革法により、DIMの設置が設置主体および病院機能に関わらずすべての病院に義務付けられた。加えて、PMSI 関連事業（ICD 対応の支援、GHMの精緻化、GHMの相対係数設定、関係者の教育事業、各種ソフトウェアの開発など）を担う独立行政法人である病院情報技術庁（Agence technique de l'information sur l'hospitalisation : ATIH）が設立されたことで、フランスの DRG 運用体制は飛躍的に改善した。

その後、Ranguedoc-Roussillon 地方における公民すべての病院を対象としたGHMに基づくコスト構造把握の社会実験が行われ、公民のコスト構造の違いや分類ごとのコストのばらつき

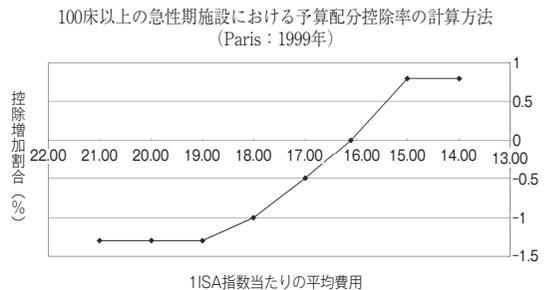
図4 フランスにおけるDRGを用いた総額予算策定のための分析モデル例

	相対係数 合計(1)	対象病院 医療費合計	当該年度理論的 予算=(1)×20 F	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。
 $\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20 F$
- 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域医療計画の枠組み内で検討。

注：FはFranc

図5 DRGに基づく予算配分の例 (Paris)



各施設ごとに算出された1ISA 指数あたりの費用をもとに、その平均である16F以上の施設は予算の削減、16F未満の施設は予算の増額が次年度に行われる。

などが検証され、GHMに基づくファイナンスの一般化への道筋が開かれることになる。そして、1996年のジュベ計画により、公立病院については各病院の Casemix index（当該病院の入院症例全体における相対係数の加重平均：相対係数はフランス語では Indice synthétique d'activité : ISA）が計算され、当該病院が位置する地方の平均ISAから計算される理論的予算と実際の支出との比較・検討によって、当該病院の総額予算が決まる仕組みが導入された。図4はDRGを用いた総額予算調整の仕組みを簡素化したものである。地域全体の相対係数合計で入院医療費全体を割り、当該地域の1相対係数当たり費用を用いて、地域内の各病院の理論的予算を計算し、それを実際の支出と比較して、次年度の予算を決めるという方式である。図5は1999年のParisにおける調整結果を示したものである。各施設ごとに算出された1ISA 指数当たりの費用をもとに、その平均である16F以上の施設は予算の削減、16F未満の施設は予算の増額が次年度に行われた。GHMを用いた体系的病院評価が可能になったこと、Ranguedoc-Roussillon 地方での社会実験の結果として、公民の病院を共通に評価する原価計算マニュアルが整備されたこと、フランス医療の効率性を向上させるためには1入院当たり包括支払い方式を導入してコスト削減とサービス提供量の増加を両立させることが有用であると判断されたこ

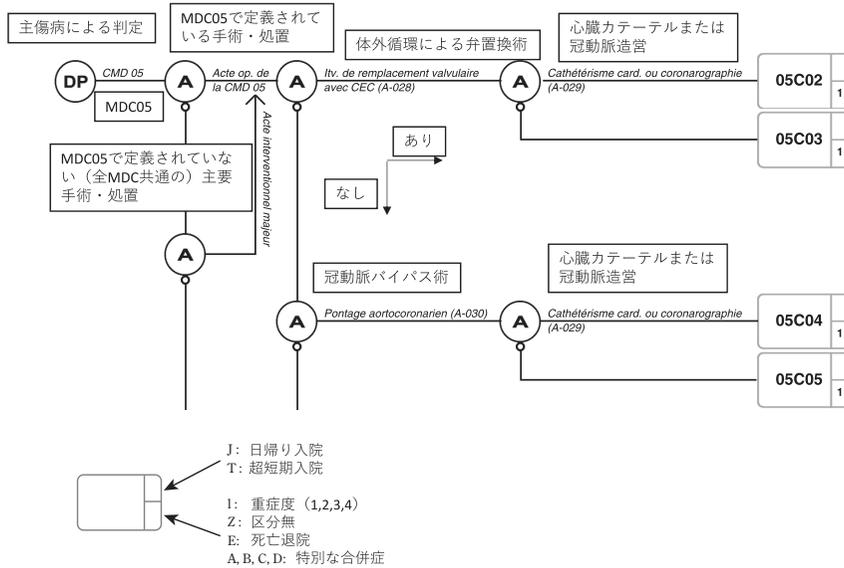
となどといった、当時の右派政権の判断もあり、2004年からは診断群分類に基づく1件当たり包括支払い、いわゆるDRG/PPS方式が開始されている。

(2) 現在のDRGに基づく病院支払い方式

1) 急性期病院

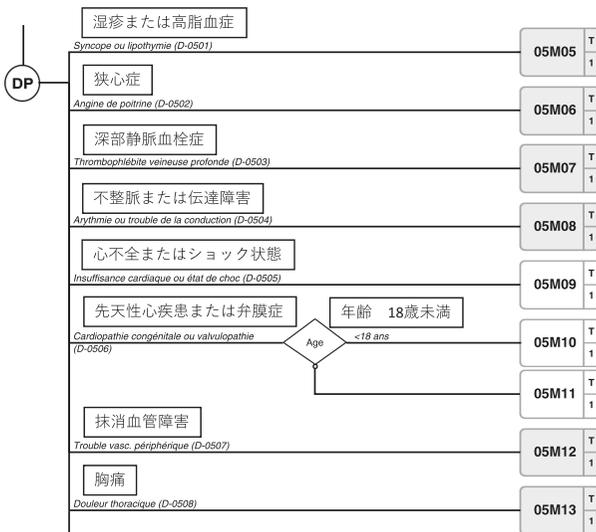
現在、DRG/PPSの基本となる分類はGHM ver.11 (2,291分類) である。その構造について

図6-1 フランスのDRG (GHM) の分類ロジック
MDC05循環器疾患 外科分類 (抜粋)



出所：ATIH：Tarifs MCO et HAD. <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-11f> の volume 3

図6-2 フランスのDRG (GHM) の分類ロジック
MDC05循環器疾患 内科分類 (抜粋)



分類に使用される手術・処置リストの医療行為がない場合、内科分類となる。この場合、主傷病と年齢等で分類が行われる。

出所：ATIH：Tarifs SSR. <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-11f> の volume 3

循環器疾患を例に図6-1および図6-2に示した²⁾。まず、グルーパーでは日帰り入院（人工透析（MDC28など）、臓器移植（MDC27）、多重外傷（MDC26）、HIV関連疾患（MDC25）、新生児疾患（MDC15）に該当するかどうか順番に評価されて、上記いずれにも該当しない

場合、主傷病に基づいてMDC01（神経疾患）からMDC23（その他の健康問題）に区分される。表1にフランスGHMにおけるMDCを示した。

各MDCでは定義表のリストにある手術・処置の有無で外科系GHMと内科系GHMに区分され（これをRacine du GHMという。アメリ

表1 フランスの診断群分類における主要診断カテゴリー（MDC）

MDC	内容	MDC	内容
01	神経疾患	15	新生児疾患
02	眼科疾患	16	血液および造血系の疾患
03	耳鼻咽喉科疾患	17	骨髄増殖性疾患および部位不明または拡散した腫瘍
04	呼吸器疾患	18	感染症および寄生虫疾患
05	循環器疾患	19	精神疾患
06	消化管疾患	20	薬物乱用に関連した器質性精神疾患
07	肝胆膵疾患	21	外傷、アレルギー、中毒
08	筋骨格系および結合組織疾患	22	熱傷
09	皮膚、皮下組織および乳腺の疾患	23	その他の健康問題
10	内分泌・代謝・栄養系疾患	25	HIV関連疾患
11	腎泌尿器系疾患	26	多重外傷
12	男性生殖器疾患	27	臓器移植
13	女性生殖器疾患	28	人工透析
14	妊娠に係る異常、分娩および産褥期の疾患		

出所：ATIH：Tarifs MCO et HAD. <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-11f> の volume 2

表2 2019年版のGHMにおける価格表（抜粋）

GHM	分類名	LTP (日)	HTP (日)	インライアーの1入院当たり支払額 (€)	LTP未満の在院日数における1日当たり減額 (€)	HTP超過の在院日数における1日当たり加算 (€)
05C021	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1 心臓カテーテル検査または冠動脈造影を伴う体外循環による弁置換術、レベル1	-	30	14,536.67	-	177.95
05C022	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 2 心臓カテーテル検査または冠動脈造影を伴う体外循環による弁置換術、レベル2	-	40	18,199.48	-	143.71
05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 3 心臓カテーテル検査または冠動脈造影を伴う体外循環による弁置換術、レベル3	-	60	22,218.80	-	110.99
05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 4 心臓カテーテル検査または冠動脈造影を伴う体外循環による弁置換術、レベル4	12	95	26,103.64	369.98	526.07

出所：ATIH <https://www.atih.sante.fr/>

カのDRGにおけるbase DRGあるいは日本のDPCの上6桁を手術の有無のみで分類したものに相当)、さらに年齢や医療行為の種類、副傷病に基づく重症度(1~4の4区分、4が最も重い)で分類し、最終的なGHMに割り付けられる。GHMは6桁で最初の2桁がMDC、3桁目はCが外科系、Mが内科系を表し、最後の3桁が連番となっている。

各MDCについては表2に示した価格表が毎年作成される³⁾。05C024「心臓カテーテル検査または冠動脈造影を伴う体外循環による弁置換術、レベル4」についてみると、LTP(日)、HTP(日)、インライアーの1入院当たり支払い額(€)、LTP未満の在院日数における1日当たり減額(€)、HTP超過の在院日数における1日当たり加算(€)がそれぞれ記載されている。GHMに基づく1件当たり包括支払い方式では、その対象となる入院期間が各GHMに設定されている。05C024の場合は12日から95日までの入院(inlier インライアー相当部分)については€26,103.64が定額支払い額となる。ここでインライアーの下限をLTP(Low Trim Point)、上限をHTP(High Trim Point)という。LTPよりも短い入院の場合は1日当たり€369.98の減算、HTPよりも長い入院の場合は1日当たり€526.07の加算が行われる。

なお、民間営利病院の場合は、医師費用(診察料や手術料)はCCAMに対応した価格表に従い別途出来高払いで支払われるため、その部分を除いた価格表が準備されている。

病院の費用はGHMだけでカバーすることは難しいため、ICUや救急、放射線治療など特定の行為に関しては1日当たりあるいは1件当たりの加算が設定されている。また、高額材料や高額医薬品については別途ポジティブリストが作成されており、出来高で給付が行われる。さらに、大学病院における先進医療や研修機能を補填するために、公共事業のための補助金(Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation : MIGAC)という特別枠による予算も設定されている。

2) その他の入院形態における診断群分類の開発状況

フランスにおいては全病院にPMSIを担当するDIMの設立が義務付けられており、すべての病院は入院情報を国の定める方式で提出しなければならない。集められた情報はATIHで分析され、急性期以外の入院を対象とした診断群分類の開発と、それを用いた支払い方式の検討が進められている。

まず、中期療養施設(SSR)に関するデータ収集は公立病院では開始され、2016年からはSSR用DRGであるGMEを用いた1日当たり費用額による支払いが開始されている。表3にGMEの1日当たり費用額の例を示した⁴⁾。0106A1「脳腫瘍、意識レベルスコア2以下、レベル1」の場合、インライアー期間であれば1日当たり費用額は€2,282.48で、HTPを超過すると€207.50となる。LTP未満の0日入院の場合は0106A0「脳腫瘍、意識レベルスコア2以下、日帰り入院」の€244.28が適用される。

診断群分類による包括支払い方式が採用されているもう一つの重要な領域は在宅入院(hospitalisation à domicile : HAD)といわれる在宅医療である。これは病院の医療チームが患者の居宅を病院のベッドとみなして入院治療を行うというもので、わが国の在宅医療に相当する。

精神科医療についてもPMSIで情報が収集されている。精神科医療施設は入院については治療の状況(フランス語ではséquence)単位でサマリ(résumés par séquence : RPS)を作成することが求められる。例えば、措置入院で観察室に入院し、その後一般の精神病棟に移動し、さらにデイサービス(半日入院あるいは日帰り入院)という経過をたどった患者については、観察室、一般精神病棟、デイサービスの3種類のRPSを作成し、当局に提出する。さらに、外来については1セッションごとに外来サマリ(résumé d'activité ambulatoire : RAA)の作成と提出が求められる。このようなデータを用いて精神科領域の診断群分類の開発が施行されているが、これまでのところ実用化されたもの

はない。その理由としては疾患を基本とした分類の作成が難しいこと、同じ病態の患者が入院、通院・通所、外来など種々の形態で診療を受けることが可能であるために、コストの評価が難しいことが指摘できる。

最後に、長期療養であるが、その診断群分類の開発は現在行われていない。

3) DRGに基づく経済評価における質の保障

GHMに基づく包括支払い方式については、アップコーディングなどの問題が生じる可能性がある。そのため問題のある可能性の高い施設をスクリーニングするソフトである、非定型医療情報検出プログラム（Détection des Atypies de l'Information Médicale : DATIM）が開発されている。また、疾病金庫の顧問医（各疾病金庫に勤務する常勤の医師で主に医療施設の監査やレセプトデータの監督を行う。）もデータの質の評価を行う。具体的には、顧問医が施設を訪問し、ランダムに選んだ20症例について診療記録を提出させ、その記述内容に基づいて再

コードを行う。その結果、明らかなアップコーディングが検出された場合、報酬の返戻を求めるとともに罰金の支払いが命じられることになる。また、単純なコーディングの誤りを予防するためにデータの物理的なチェックを行うソフトである、病院活動測定（Mesure de l'Activite HOspitaliere : MAHOS）も開発されており、これについては各施設にすでに配布されている。各施設では医療情報部門の医師がデータの質の管理を担当する。

(3) フランスにおけるDRG導入の評価

フランスにおけるDRG方式導入の影響についてはMichelot X and Rodrigues JM⁵⁾、Or Z⁶⁾、Dormont B⁷⁾、Franceinfo⁸⁾などによる評価がある。本節ではそれらを参考に記述を行う。

フランスにおけるDRG導入のもともとの動機は総額予算を公平に決定するために、各病院の医療行為の内容を標準的な情報システムで把握することであった。また、医療の生産性を向上させること（例：限られた予算下での治療件

表3 2019年版のGMEにおける価格表(抜粋)

GHM	分類名	LTP (日)	HTP (日)	LTP未満の 在院日数に おける1日当 たり費用額 (€)	LTP未満の 在院日数に おける1日当 たり加算額 (€)	インライアー の1日当たり 費用額 (€)	HTP超過の 在院日数に おける1日当 たり費用額 (€)
0103A1	Etats végétatifs chroniques - Etats pauci- relationnels - niveau 1 慢性的植物状態あるいは最小限の意識がある 状態、レベル1	1	1	301.43	0.00	301.43	301.43
0103A2	Etats végétatifs chroniques - Etats pauci- relationnels - niveau 2 慢性的植物状態あるいは最小限の意識がある 状態、レベル2	1	1	344.77	0.00	344.77	344.77
0106A0	Tumeurs malignes du système nerveux , score cog <= 2 - zéro jour 脳腫瘍、意識レベルスコア2以下、日帰り入 院	-	-	0.00	0.00	244.28	0.00
0106A1	Tumeurs malignes du système nerveux , score cog <= 2 - niveau 1 脳腫瘍、意識レベルスコア2以下、レベル1	1	21	0.00	0.00	2,282.48	207.50
0106A2	Tumeurs malignes du système nerveux , score cog <= 2 - niveau 2 脳腫瘍、意識レベルスコア2以下、レベル2	1	21	0.00	0.00	2,755.78	250.53

出所：ATIH <https://www.atih.sante.fr/>

数の増加)も重要な政策目標であった。総論としては、DRG導入によって医療内容の透明化や生産性の向上は進んだと評価されている。また、1996年以降はDRG情報に基づいて病院医療費の総枠がONDAMの一環として決められる仕組みになり、さらに超過に対する減額措置などが追加されたことで、図3に示したように医療費はおおむねONDAMの目標伸び率内にコントロールされるようになった。加えて、DRGの発展過程で病院情報システムが標準化・電子化され、その情報を用いた病院管理手法の開発が進み、フランス政府が長年の課題としていた公立病院のマネジメント改革も部分的ではあるが進んでいる。例えば、2003年から2011年の9年間で、公立病院における業務量が、この間医師などの医療職の増員を行っていないにもかかわらず22.9%増加し、結果として公立病院の赤字が縮小したことが報告されている。医療内容に関しても、近年の麻酔科技術、手術技術の進歩により日帰り入院や低侵襲手術が可能となり、在院日数の短縮と手術件数の増加が観察されている。特にこの傾向は民間営利病院で顕著でありT2A方式が採用された2004年から5年後の2009年には約62%の外来手術が民間営利病院で行われる状況となっている。ただし、この間公立病院も手術件数を増大させており、手術の実施状況を見る限りDRGに基づく財政方式の導入は医療提供体制の生産性を向上させたといえる(ただし、手術適応の適切性については分からない)。

しかしながら、他方でDRGを支払い方式に結び付けたことで、特に民間営利病院で手術分類症例に関してInduced demandが働いたのではないかという批判もある。すなわち、手術件数は増加しているが、この間Casemix Indexでみた重症度が民間病院では減少しており、リスクが少なくより経済性の高い医療行為を民間病院は多く行うようになっているのではないかと批判されている。また、この過程で意図的に高いGHMに割り付けるアップコーディングの発生予防も課題となり、前述のように当局による

コーディングのチェックと悪質な違反を行った場合の財政的ペナルティ(総額予算の最大5%)が導入されている。これによりフランスの場合、アメリカで生じたようなアップコーディングに関する大きな問題は発生していないようである。

DRGに基づくフランスの財政方式で現在最も問題となっているのは、前述のMIGACである。これは大学病院における先進医療や研修機能を補填するために設定され、GHMと連動した総額予算の枠外となっている。これは公的機能に対する予算であるが、実質的に公立病院の赤字補填に使われている実態がある。実際、MIGACの増加率はGHMに基づく総額予算の伸び率の2倍から3倍になっており、民間病院側からその不公平性が批判されている。

他方で、公立病院が医師の給与も含めて包括評価となっているのに対し、民間病院は病院費用のみが包括評価であり、医師の診療行為については別途出来高で支払う仕組みになっている。フランスで開発された病院原価計算方式は必ずしも正確ではないという批判があり、しかもGHMのコスト計算の対象病院は一部の施設に限られているために、特に民間病院でコストが過剰に推計されているのではないかと、そのために民間病院に支払いが有利に働いているのではないかという批判も公立病院側から出されている。

DRGに基づく1件当たり包括支払い方式が医療の質にどのような影響を与えたかについては、これまでのところ明確なエビデンスはない。ただし、手術件数が増加した民間病院において再入院率が導入前後で変化がないことから過少診療が生じているということはないようである。現在、PMSIで収集している情報をもとに医療の質指標の評価と開発が進んでおり、T2Aの導入が医療の質に与えた影響についてはより詳細な検討が行われるであろう。

4. まとめ～日本への示唆～

以上、フランスにおけるDRGの導入過程に

ついて説明した。その特徴は国レベルでの医療支出目標ONDAMとDRGに基づく1件当たり包括支払い方式が組み合わされていることである。年度途中で医療費がONDAMを超過する恐れがある場合、価格調整が行われ各病院への支払いが減額される。その意味で当該年度については医療費増が予算に見合ったレベルでコントロールされることになる。しかしながら、次年度は増加した医療行為（フランス語ではISAであるrelative weightの合計点数）をもとに予算策定が行われるため、医療行為の不適切性が証明されない限り、次年度の病院分のONDAMは増加することになる。したがって、医療費適正化という視点から考えるとDRG方式による評価を重くしすぎないほうが良いのではないかという意見が研究者からは出されている。また、分類およびその価格が毎年変わるために、DRGを用いた経営戦略が立てにくいことも指摘されている。この背景には医療情報が当局にとっては標準化・透明化されたが、その同じ情報が施設側には十分に開示されていないことがある。

以上のような課題はあるが、GHMを含めた医療情報の収集および活用システムという点でフランスはわが国よりも格段に進んだ状況にある。例えば、CNAMはSNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) というすべての保険者から収集したレセプト情報およびPMSIのデータベースを構築し、これを匿名化したうえで研究者や関係省庁（研究所を含む）に提供している。わが国のNational database (NDB) に相当するものであるが、データベースの使用手続きが定型化しているため、わが国のNDBより格段に使い勝手が良い。

また、フランスでは診断群分類に関連する事業を総括する公的組織 (ATIH) があり、ここでデータ収集・分析が行われ、各種診断群分類の開発およびその継続的精緻化、それに対応したグロブパーソフトの開発、医療情報部門担当者のための支援 (Q & A サイトの運営、各種セ

ミナーの実施、各種マニュアルの作成)、診断群分類関連データの解析と公表などを行っている。わが国の場合、この役割を厚生労働省の保険局と関連する研究班で担っているが、DPCのより精緻化された活用のためには、それを開発および分析や教育・研修を担う公的機関が必要であると考えられる。ドイツにはInEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)、イギリスにはNCO (National Casemix Office)、アメリカにはCMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) というように国レベルで診断群分類を医療政策に活用している国には必ずそれを担当する公的機関が存在する。わが国におけるDPC対象病院の広がりを考えれば、日本版のATIHの存在が不可欠である。

また、日本のDPCは諸外国における診断群分類の開発およびその展開過程を検討した後に開発とその活用方法に関する検討を行ったため、いくつかの追加情報は必要であるが、主要な国の診断群分類と対応表が作成できるように設計を行っている。現在、ヨーロッパではEuro-DRG、アジアではAsian-DRGの開発に向けた活動が始まっている。それぞれ地域内での病院間の情報交換あるいはベンチマーク事業を可能にしようという事業である。国際間の患者を含む人間の移動が活発になっている今日の状況を勘案すると、以上のような診断群分類をめぐる国際的な事業に乗り遅れないためにも、DPCを総括する公的組織の創設が望まれる。

引用文献

- 1) 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆 (2017), 勁草書房。
- 2) Ministère des Solidarités et de la Santé: Manuel des Groupes Homogènes de Malades Version 2019 de la classification, Volume 3, 2019. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3559/volume_3.pdf (2019年8月21日アクセス)。
- 3) ATIH: Tarifs MCO et HAD. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>. (2019年8月21日)

アクセス).

- 4) ATIH: Tarifs SSR. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-ssr> (2019年8月21日アクセス).
- 5) Michelot X and Rodrigues JM: DRGs in France, In: Kimberly JR, de Pourville G and D'Aunno T (ed) : The Globalization of managerial Innovation in Health Care, Cambridge, Cambridge University Press, 2008, pp116-143.
- 6) Or Z: Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent development, Health Policy, Vol.117: 146-150, 2014.
- 7) Dormont B: Retour sur 10 ans de Tarification à l'activité (T2A) en France, 2017. http://www.swissdrg-plus.ch/sites/swissdrg_plus/files/intervenants/1.3_fr_brigitte_dormont.pdf (2019年8月22日アクセス).
- 8) Franceinfo: Hôpitaux : les effets pervers de la tarification à l'acte. https://www.francetvinfo.fr/sante/hopitaux-les-effets-pervers-de-la-tarification-a-l-acte_2609134.html (2019年8月22日アクセス)

アメリカのメディケアにおける 急性期入院医療の包括払い制度（IPPS）

株式会社 健康保険医療情報総合研究所

シニア・マネージャー

安東 時彦

Ando Tokihiko

医療費の伸びの抑制を目的としてメディケアに導入されたDRGに基づく一入院包括払い制度も導入から37年目を迎えようとしている。本稿ではDRGの周延的な仕組み等も含めた急性期入院医療の包括払い制度（IPPS）を総体的に見ていき、医療費のコントロールをはじめとする諸課題にIPPSがどう対応してきたか、またその過程で「一入院」包括という方針にどのような修正がなされてきたか等を整理する。

はじめに

DRGに基づく一入院包括払い制度¹⁾がメディケア²⁾の急性期入院医療の支払いに導入されてから37年目を迎えようとしている。本稿では制度導入に至った背景、目的、および導入初期に観察された影響や効果を振り返るとともに、近年の制度概要や動向に焦点をあて、制度の特徴や課題を探る³⁾。

1. 範囲および定義

(1) 対象とする制度

メディケアでは各種の包括払い制度を有しているが⁴⁾、本稿ではそれらの中でもメディケアの医療費に占める割合が相対的に高い⁵⁾ DRGに基づく一入院包括払い制度を取り上げる。なお、2000年代初頭以降のアメリカの公的文書等において、同制度は付随する各種の加減算や改定の仕組みと併せてIPPS（Hospital Inpatient Prospective Payment System）と総称される。本稿もIPPSをテーマとし、近年の急性期入院

医療のホスピタルフィー⁶⁾に係る診療報酬制度を総体的に見ていく。

メディケア以外にもメディケイドや民間医療保険会社が独自の包括払い制度を用いることがあるが、メディケアの包括払い制度がそれらの下敷きになっているケースが多いこと（Abbey 2012）等から、メディケアを題材とする。

(2) 用語の定義

① 年度（fiscal year）

IPPSについて年度という場合、IPPSの制度改定のサイクルである、10月1日から始まり翌年9月30日で終わる期間を指す。例えば2020年度は2019年10月1日から2020年9月30日までである。

② DRGの種類

イエール大学が開発したDRGをYale DRGとする。Yale DRGをベースにメディケアが取り入れたDRGをM-DRGとする。メディケアがM-DRGを改良し2008年度から運用しているDRGをMS-DRGとする⁷⁾。単にDRGと呼ぶ際は患者分類手法としての一般的な名称か

M-DRGを指す。

③ コスト、請求、支払い

病院や医療提供者が患者に医療を提供するにあたってかかった費用を「コスト」(cost)とし、保険者に対する診療報酬の「請求」(charges)と区別する。保険者による医療機関や医療提供者への償還を「支払い」(payment)とする。

④ 包括払い制度

(prospective payment system)

病院に対する支払いにおいて、支払い額または単価があらかじめ定められており、実際にかかったコストと関係なくそれらが支払われる制度を言う⁸⁾ (Dowling 1974)。

2. M-DRG 導入に至る背景、目的

(1) 医療費問題の表面化

メディケア創設以前の1960年代の初頭にはGDPに占める国民医療費の割合は5%を超えていた⁹⁾。人口の約7割は何らかの医療保険でカバーされ、医療はアメリカ社会において既に大きな存在感を発揮するに至っていた (Stevens 1996)。医療費の伸び率は恒常的にGDPの伸び率を上回り、1960年代半ば頃から一部の経済学者や医療経済学者を中心に医療費への関心が高まり始めた。後に全米経済研究所¹⁰⁾の会長となったFeldsteinは、病院間のコストのバラつきを患者構成(ケースミックス)で説明するという先駆的な試みを、メディケア施行に先立って発表している¹¹⁾ (Feldstein 1965)。

1965年の社会保障法改正によりメディケアが創設され、翌年7月から運用が開始された。メディケアのホスピタルフィーの償還額については、病院が請求した額に対して「妥当なコスト」(reasonable cost)相当分を支払うという原則が据えられた。しかし、運用としては病院の請求がそのまま通るのが実態であった (Lave 1990)。病院は請求額を上げることで収入の増加を図ることが可能であり (Mayes and Berenson 2006)、類似のサービスであっても病院が異なれば支払い額が大きく異なるような事

態が生じた (Schweiker 1982)。いわば公定価格も価格の上限値もない出来高制度であった。医療費のコントロール手段に限られる中、1967年から72年にかけて病院の医療費は103%増加した¹²⁾。

メディケアについては、創設後まもなくはアクセスの確保および改善が政策立案者の最優先事項であったが、1970年代半ばを迎える頃には医療費の問題がその重要度を増した (Lave 1990)。

(2) 研究の進展

公定価格のない出来高制度の限界は早々に露呈し、1960年代後半頃から病院に対するインセンティブ設計のあり方が盛んに議論された (Dowling 1974)。民間医療保険会社の例ではあるが、一入院医療費の包括払いの小規模な試行例も報告されている¹³⁾ (Dowling 1974)。

また、医療費の問題を扱うにあたって医療資源のかかり具合により患者を分類するアプローチが有用であるという認識もこの頃には確立されており (Lave and Lave 1971)、後のDRGに基づく一入院包括払い制度につながる考え方の枠組みは概ね出揃っていた。

それらの先行研究に呼応するような形で、イエール大学の研究者は患者の分類手法として開発していたYale DRGのプロトタイプをコネチカット州の18の急性期病院のデータに当てはめた結果を発表し、支払い制度への応用可能性に言及した (Thompson, Fetter, and Mross 1975)。

(3) 州における社会実験、一日あたり上限額の導入

医療費の増加のペースを抑制するために、1972年の社会保障法改正において包括払いの社会実験を行う権限が保健教育福祉長官に付された。また、特定のサービス等もしくはその合計のコストに対して妥当な上限額を設ける方針が定められた。

前者については総額予算制度を含む包括払い

制度のメリット・デメリットを整理するために、次のような取り組みを対象とした：州単位の総額予算制度（ロードアイランド州）、病院単位での総額予算制度（ワシントン州など4州）、一日包括払い制度（ニューヨーク州）、個々の患者の状態に依らない定額制による入院包括払い制度（ジョージア州）、Yale DRGを活用した入院包括払い制度（ニュージャージー州）（Schweiker 1982）。

後者については、1975年度から「ルーチンで行われるサービスにかかる運用コスト」(general routine service costs) について一日あたりの支払い額の上限が設けられることとなった（HEW 1974）。上限額は病床規模と地域の二つの要素の組み合わせにより規定され、類似地域の類似病床規模の病院に対して同額が設定された。この上限設定は医療費増大のペースを多少緩めたとされる（Mayes and Berenson 2006）。

1970年代後半には病院団体による医療費削減の自助努力も行われたが、持続的な成果を挙げるに至らなかった（Mayes and Berenson 2006）。高いインフレ率という時代背景もあったが1975年から82年にかけて病院の医療費は年平均19%増加し¹⁴⁾、82年には失業率が二桁台に突入して財政危機が目前に迫った。この危機的な状況においてメディケアの支払い方式の抜本改革が必須であるという超党派的なコンセンサスが連邦議会や政権において形成されるに至った（Oberlander 2003）。

(4) 入院あたり上限額の導入

1982年に成立した税の衡平と財政責任に関する法（TEFRA）において入院包括払い制度の推進に資する次の内容が盛り込まれ、M-DRGの本格導入の呼び水となった（Oberlander 2003）。

一点目として、前述の「ルーチンで行われるサービスにかかる運用コスト」の一日あたりの支払い額の上限設定に修正がなされた（HCFA 1982）。コストの対象範囲が拡充され、検査や画像、ICU、CCUといった部門の運用コスト

も含まれるようになった。また、「一日あたり」の上限が「入院あたり」の上限となった¹⁵⁾。併せて、病床規模と地域の二つの要素の組み合わせにより規定されていた上限額が、病院の患者構成を表す指数（ケースミックス指数）により規定されるようになり、上限額に病院によって異なる重症度が反映されるようになった。なお、翌1983年のM-DRGの本格導入に先立って、上記指数の算出において既にM-DRGが使用されている。

二点目として、同法は保健福祉長官に対して1982年12月までに包括払い制度を提案するように要請した。

(5) 問題の解決策としてのM-DRGの本格導入

TEFRAの要請を受けて保健福祉長官は同年12月に下記の提案を上げた。

まず、採用すべき制度の持つべき性質として次を掲げた：理解しやすく運用が簡易なこと、早急に運用が開始できること、政府の支出額の予測可能性を確かなものとする、連邦政府をサービスの賢明な購入者（prudent buyer）¹⁶⁾として確固たるものにできること、既存の出来高制度を継続した場合の医療費を超えないこと、病院経営における柔軟さ・革新性・計画・管理に対してインセンティブを与えること、質の高いケアへのアクセスを低下させないこと等（Schweiker 1982）。

次に、上記および社会実験等の結果を受けて包括払い制度は次のような仕組みを有するべきとした：包括払いの単位は「退院患者のタイプごと」とすること¹⁷⁾、価格の年度改定は物価指数等から定式で出せる方法とすること¹⁸⁾等。そして、退院患者のタイプの分類手法としてニュージャージー州で用いられた1981年版のYale DRGの活用が提言された（Schweiker 1982）。

Yale DRGを活用した入院包括払い制度を最終的に提案した理由として主に次の事項を挙げた：医師も交えた研究の積み重ねにより臨床的にも支払いの単位としても妥当性の高い患者

の分類方法であると判断できること、メディケアの受給者の代理人である連邦政府が賢明な購入者として何を購入しているかが見えやすいこと、一入院包括払いが病院に対し効率化に向けた強いインセンティブをもたらすこと、懸念されていたアップコーディングなどの弱点が社会実験において露呈しなかったこと（Schweiker 1982）。

M-DRGによる一入院包括払い制度が盛り込まれた社会保障法改正案は、連邦議会での約2か月という非常に短い審議を経て1983年3月24日に成立し、同年10月1日（1984年度）から段階的に運用開始することが定められた¹⁹⁾。

導入にあたり468の分類からなるM-DRGが準備され、運用開始から4年間は各病院に対して過去のコスト水準を一定考慮する激変緩和措置が取られた（HCFA 1983；Chulis 1991）。また、1984年度と85年度は財政中立の原則が置かれ、86年度の支払いからそれらの移行措置が撤廃されることとされた（HCFA 1983）。

3. 導入初期に観察された影響や効果

M-DRGによる一入院包括払い制度の導入に伴う影響に関する研究は多くあるが、それらの中から制度導入の直接的な意図に関連する事項と、制度導入にあたり懸念された事項について主だった結果を紹介したい。

まず、一入院包括払いという制度設計上、当然の帰結として予測された在院日数の短縮は実際に観測された。段階的導入が行われた初年度において、導入前に9.33日だった平均在院日数が導入後に7.69日まで短縮した（Chulis 1991）。

併せて、在院日数の短縮に伴い退院先に占める高度看護施設（skilled nursing facilities）や在宅医療の割合が上昇し、入院医療から外来医療への一定のシフトが見られた（Lave 1990）。

粗診粗療による医療の質の低下が懸念されたが、アウトカムの悪化傾向を示す一貫したエビデンスは出てこなかった（Lave 1990；Chulis 1991）。例えば、5つの疾病のアウトカムにつ

いてM-DRG導入前（1981～82年）と導入後（85～86年）を比較した研究では、リスク調整後の退院時死亡率は導入後で有意に低く、再入院率の悪化傾向も観測されなかった（Kahn, Keeler, et al. 1990）。背景として、当該期間中に診療やケアのプロセスの改善が進んだことが要因の一つに挙げられている（Kahn, Rogers, et al. 1990）。

病院が入院件数を増やすのではないかとの懸念もあったが、1984年度から88年度にかけて入院件数は1,155万件から1,072万件に減少した（Chulis 1991）。

病院の患者構成を表すケースミックス指数は1981年度から84年度にかけて全体で9.2%上昇し、84年度の財政中立の前提として織り込まれていた3.4%の上昇を上回り、予定を超える医療費の支出に繋がった（Ginsburg and Carter 1986）。指数上昇の最大の要因は、病名や診療行為のコーディング習慣の変化と推定された（Ginsburg and Carter 1986）。

制度導入の最も直接的な背景であった医療費の増加ペースの抑制に対する効果はどうか。一入院包括払い制度の導入前（1979～83年）と導入後（84～88年）の比較では、導入前に期間通算45%であったインフレ調整後の医療費増加率が導入後は3%に留まり、出来高制度と比較して医療費の伸び率抑制の効果は明白であった（Chulis 1991）。ただし、この効果の要因としては1980年代後半に標準額の改定率（後述）が政治的な判断により低く抑えられたこと等の影響が大きかったとされる²⁰⁾（Mayes and Berenson 2006）。政府は「改定率」という、公定価格の無い出来高制度下では持ちえなかった医療費のコントロール手段を手にし、メディケアの財政もしくは国家財政の状況、ならびに病院の利益率の水準等を鑑みながら利用していた（Mayes and Berenson 2006）。

4. 近年の制度概要や動向

IPPSは毎年度改定が行われるため、過去の

改定は網羅的には追わずに直近のIPPSの概要や動向を中心に紹介する。本章は特に記載のない限り連邦官報(Federal Register)およびメディケアのマニュアル等を参考としている(主にCMS 2019b; 2017; 2018a等)。

(1) IPPSの給付範囲

1) 対象となる施設

IPPSはメディケアの患者を受け入れている急性期の病院(約3,300施設²¹⁾)を対象としている。入院リハビリテーション、長期ケア、精神入院医療の施設またはその病棟はIPPS以外の包括払い制度が運用されており対象外となる。

小児病院、ごく一部のがん専門病院、またはアメリカ領ヴァージン諸島やグアムなどの一部の地域の急性期病院等も対象外となる。これらの病院では「妥当なコスト」に基づいた出来高制度が運用されている。

2) 給付の対象となるサービスおよび物品

入院医療における次に挙げるようなサービスや物品にかかる病院からの請求に対して、包括化された支払いが行われる: ベッド、食事、施設の利用、看護、病院が手配して行う医師以外による麻酔、ソーシャルワーク、医薬品、入院中に必要な範囲の診療材料、医療機器の利用、病院が手配した診断もしくは治療のためのサービスや物品、病院が雇用する臨床心理学博士²²⁾もしくは理学療法士による診断もしくは治療、認証された教育プログラム下におけるインターンやレジデント²³⁾による医療サービス等。

逆に、次のようなサービス等は含まれない: スウィングベッド (swing-bed)²⁴⁾を届け出ている病院で提供される急性期後の高度看護施設サービス、医師による診療およびそれに伴う物品、その他の専門職²⁵⁾による診療およびそれに伴う物品等。

3) 医学的必要性に基づく入院指示

入院にあたり、当該病院において入院指示を出す権限を有する医師等による入院指示および

その記録が支払いの前提条件となる。また、在院日数が20日以上等の患者については、医学的な必要性および合計の在院日数もしくはその見込み等について、医師による証明書が追加的に必要となる。

入院指示の目安は、患者の在院が午前0時を2回以上またぐと判断時に想定されるケースである (two-midnight rule)。診断が付いている患者に手術や診療行為を行う場合で、かつ滞在が24時間未満であることが想定されるケースにおいては、仮に入院ベッドを使用したり午前0時をまたいだりしたとしても、請求および支払い上の整理は外来である。

4) 外来の一部包括化

入院日当日およびそれに先立つ3日間に入院予定先の病院(または当該病院が保有もしくは運営する施設)の外来で行われる診断関連サービス²⁶⁾および治療関連サービス²⁷⁾は原則、IPPSにおける支払いに丸められる (three day payment window)²⁸⁾。救急車による搬送サービスや維持透析は上記期間中であっても丸めの対象とならない。1990年の包括財政調整法(OBRA)を契機に仕組みの骨格が整備され、2010年の適用範囲の拡大で上記のルールに至っている。

(2) IPPSの支払い額

病院に対する支払い額は運用コストへの支払いと資本コストへの支払いに大別される。支払い額の算出過程は細かいルールや例外規定が多いため、一定の仮定を置いた上で主要な項目についてのみ紹介する。

運用コストへの支払いは概ね次の要素からなる: 運用コストへの支払い額 = (人件費関連の運用コスト標準額 × 賃金指数 + 人件費関連以外の運用コスト標準額) × MS-DRGの相対ウェイト ± 各種政策調整 - 転院等の場合の調整。

資本コストへの支払いは概ね次の要素からなる: 資本コストへの支払い額 = 資本コスト標準額 × 資本コスト用の賃金指数 × MS-DRGの相

対ウェイト±各種政策調整—転院等の場合の調整。

運用コストと資本コストへの支払い額の合計次第では、アウトライヤーの調整としてさらに支払い額が上乘せされる。

以下、運用コストへの支払い額に関する各要素について見ていきたい。

1) 標準額

毎年、人件費関連の運用コスト標準額、人件費関連以外の運用コスト標準額、ならびに資本コスト標準額の3つの種類の標準額が公表される。当該標準額の増減率が日本の診療報酬の議論で言うところの改定率に相当し、毎年注目される。運用コストの標準額はM-DRG導入時に、1981年度のコスト報告書（Medicare Cost Report）をもとにベースが規定され、過去年度の改定率が織り込まれてきている。後述する賃金指数、MS-DRGの分類および相対ウェイト（relative weights）等は前年度からの財政中立を原則として更新される性質のため、それらに比べてこの標準額の絶対額と改定率は国の医療費の水準を大きく左右すると言って良いだろう。

標準額の改定率は病院が医療を提供する上で必要なサービスや物品の組み合わせ（market basket）の市場価格の変化率を基礎とし、それに政策による調整が加味される。政策による調整は主に政治的なプロセスを経てなされる（Oberlander 2003；Mayes and Berenson 2006）。

2020年度の運用コスト標準額の改定にかかる市場価格の変化率は+3.0%であった。政策による調整としては、オバマケア²⁹⁾で定められた生産性向上に伴う減算³⁰⁾（-0.4%）と過去の過度の減算を返還するための加算³¹⁾（+0.5%）が病院に共通して行われた。さらに医療の質に関するデータ提出が無い病院に対する減算³²⁾（-0.75%）、医療ITの促進に関する一定のパフォーマンス水準を満たさない病院に対する減算³³⁾（-2.25%）が行われている。最後の2つの減算が無かった病院の改定率は+3.1%

であった。2020年度の人件費関連の運用コスト標準額、人件費関連以外の運用コスト標準額、ならびに資本コスト標準額はそれぞれ3,962.17ドル、1,838.96ドル、462.61ドルである³⁴⁾。

2000年度以降の市場価格の変化率による改定分は年平均+3.0%で推移してきており（CMS 2018b）、多くの期間において国全体のインフレ率を上回る傾向にある。

なお生産性向上等への対処についてはM-DRG導入前から考え方が示されており（Schweiker 1982）、1986年度改定では既にそれらを理由とする改定率の減算が行われている（HCFA 1985）。直近では2009年以降から見られているメディケアの医療費の伸び率鈍化についても、オバマケアによる政策調整等の影響が指摘されている（MedPAC 2019）。

2) 賃金指数（wage index）

賃金指数は病院のコスト報告書を基に地理的なエリア³⁵⁾ごとに病院の賃金水準を集計し、当該エリアの賃金水準を国の平均との比として表した指数である。指数の算出の過程で上限や下限の各種調整がなされる。

賃金指数が都市部と地方の賃金格差を固定化し悪化させるという指摘が以前からあり、2020年度改定においては全体として財政中立を保ちつつ賃金指数が低い地域の値が底上げされた。2020年度の賃金指数は最低が0.6083、最高が1.9343である。

3) MS-DRGの分類と相対ウェイト

2020年度に用いられるMS-DRG ver. 37は約760の分類からなる。患者はまず主診断名（principal diagnosis）³⁶⁾により26ある主要診断群（major diagnosis categories, MDC）³⁷⁾のいずれかに割り振られる。それぞれのMDCは手術の有無で外科的な分類と内科的な分類に分けられ、外科的な分類は手術の種類、内科的な分類は主診断名に応じてBase DRGに枝分かれしていくのが一般的である。Base DRGは合併症や併存症の重症度に応じてサブグループに細分

化される³⁸⁾。細分化にあたりコストおよび在院日数、ならびに臨床的な状態が似た患者同士が一定の基準の下でグルーピングされる³⁹⁾。

個々の分類には相対ウェイトが付されており、この値が前述の標準額に掛け合わされる。相対ウェイトは当該分類が全症例の平均に対してどの程度コストがかかるかの比で表され、毎年度更新される。更新にあたり請求データやコスト報告書のデータ等が用いられる。2020年度の相対ウェイトは最小0.1873から最大27.6339の範囲であった。

身近な例を挙げれば、肺炎・胸膜炎の相対ウェイトは重度の合併症や併存症がある場合（MS-DRG 193）に1.3335、中程度の合併症や併存症がある場合（同194）に0.8886、それ以外の場合（同195）では0.6821である。

なお、重度の合併症に定義される傷病を有する患者がいたとしても、当該傷病が特定の入院後発生合併症（hospital-acquired condition, HAC）に該当する場合は、支払い upper は当該HACが無かったものと扱われ、重症度の高い分類にはならない。病院経営においては、入院後発生と判定されないために入院時併存症をとりこぼさずに報告することが重要となる。

4) 各種政策調整

運用コスト算出に影響するその他の政策調整について主だったものを簡単に触れておく。

メディケアは認証された教育プログラムの運用コストの一部を直接的に支払うほか、医学教育への間接的な支払い（indirect medical education）としてレジデントの人数と病床数の比に応じた加算を行う。これは教育プログラムを提供する病院においては他の病院に比べてケア提供にかかる運用コストが高いとの考えによる。

低所得の患者が他と比べて著しく多い病院（disproportionate share hospitals）は、運用コストがその他の病院に比べて高い傾向にあるとされ、一定の基準を満たした場合に加算が取得できる。

再入院については、急性心筋梗塞、心不全、肺炎等を含む6つの疾患について退院後30日以内のリスク標準化後の予期せぬ再入院率による評価が行われ、過剰と判定された病院は3%を上限に減算が行われる（Hospital Readmissions Reduction Program）。減算の率は過去3年分のデータより算出され、2020年度の設定において減算を免れた病院は約2割である⁴⁰⁾。

入院後発生合併症（HAC）については前述のとおり個別患者の支払いに影響があるだけでなく、褥瘡の発生率等を含むいくつかの指標について病院レベルでも評価が行われる。スコアが下位25%タイルの病院は1%の減算となる。

価値に応じた購入（Hospital Value-Based Purchasing, VBP）として診療の質、患者満足、安全性および効率性といった領域に関して幅広い評価が行われ⁴¹⁾、スコアに応じて最大で±2%の加減算が行われる。2020年度は支払いのうち19億ドルがVBPの財源として再分配される。

ごく一部の革新的な医薬品等については、利用した場合に一定の条件のもと当該医薬品等のコストの一部が支払われる場合がある（new technology add-on）。2020年度の改定においては、技術革新を後押しするために支払いの掛け率が従来に比べて上乘せされた。薬剤耐性対策に資する場合はその他の医薬品等に比べて掛け率がさらに高く設定された。

5) 転院等の場合の一日包括払い（per diem）

IPPSの対象病院からIPPSの対象病院への転院で、かつ当該患者の在院日数がMS-DRGの各分類に定められる幾何平均在院日数⁴²⁾より少ない場合は、転院元へのMS-DRGの支払いは全額にならず一日包括払いとなる。前述の肺炎・胸膜炎で重度の合併症や併存症がある場合（MS-DRG 193）、当該分類の幾何平均在院日数が4.2日であるため、例えば在院日数3日で転院した場合は一日包括払いとなる。

支払い額は、仮に転院がなかったとした場合の全額の値を幾何平均在院日数で割って算出した単価に対し、入院初日のみ2日分とみなし

た⁴³⁾ 在院日数の合計を掛け合わせて求める。支払い額は上記の全額を超えない範囲とされる。

一部の分類についてはポストアキュート機能を担う施設もしくは病棟への転院・転棟も同様に一日包括払いの対象となる (postacute transfers, PACT)。PACTは1998年に導入され、近年に至るまで適用要件の拡大が続いている。

手続き論的に聞こえるかもしれないが、一入院分の支払いをするメディケアの立場からすれば、転院等に伴う過払いのリスクを回避するための仕組みが必要であった。

6) アウトライヤーへの対応

ある患者について、病院の請求額から推計されるコスト⁴⁴⁾ が所定の方法により算出される当該患者の運用コストの閾値および資本コストの閾値の合計値を上回った場合に、アウトライヤーとして支払い額が調整される。閾値を超過した分の80% (分類によっては90%) を基本として、さらにVBP等の加減算を加味した額が上乘せされる。

まとめ

IPPSにおける一入院包括払いという仕組みは制度導入の目論見通りに在院日数の短縮をもたらした。また、医師も交えた研究の積み重ねにより開発されてきたMS-DRGは臨床的にもコスト的にも均質な患者を分類することで、支払いに対する公平性や説明性の確保、病院の納得感の醸成等に寄与してきたと言えるだろう。

入院医療の外来シフトやポストアキュート機能を担う施設との連携が進む中、「一入院」という単位ではケアの「エピソード」全体を捉えづらくなり、前者についてはIPPSに丸め、後者については一日包括払いで対応した。また、アウトライヤー調整の機能には財務リスクの病院に対する過度の移転への歯止めといった配慮が読み取れる。「出来高」か「一日包括」か「一入院包括」か、という支払いの単位の違いには一見大きな断絶があるように思えるが、細かな

機能の設計・設定・組み合わせ次第でそれらの差はグラデーションのように埋まっていくのだろう。

病院に期待する機能やアウトカム、または地域医療におけるアクセスの確保等を目的として各種の加減算が行われる側面は、評価対象や方法の違いはあるものの日本の診療報酬制度と共通した側面と取れる。

医療費の支出レベルという点においては一入院包括払いという「支払いの単位」の話だけではなく、標準額や改定率の基礎をどこに置くかも非常に大きな要因であることが分かる。その点において定式等によって市場価格を毎年反映していくIPPSが、Dowlingの定義した「コストに関わらず」という包括払いの理念を体現しきれているかはやや疑問が残る⁴⁵⁾。VBPに見られるように「価値」が強調される中でIPPSが今後どのように変容していくか引き続き注視したい。

略語

CMS：メディケア・メディケイド・サービスセンター。
HCFA：医療保険財政管理局。CMSの前身。
HEW：保健教育福祉省。現在の保健福祉省の前身。
MedPAC：メディケア・ペイメント・アドバイザー・コミッTEE。

注

- 1) DRGはDiagnosis related groupの略で、疾病と診療行為等の組み合わせによる患者の分類手法を指す。臨床的な意味のあるまとまりで、かつ掛かるコストが似通うような患者同士がグループ化される構造となっている。メディケアではDRGの分類に連動した、一入院単位で包括化された医療費が病院に支払われる。
- 2) 1965年に創設された公的医療保険制度。65歳以上の高齢者もしくは一部の障害者等で、受給資格を満たす者を対象とする。
- 3) 本稿は筆者の所属する組織の見解を表すものではない。
- 4) 高度看護施設 (skilled nursing facilities)、在宅医療機関 (home health agencies)、入院リハビリテーション施設 (inpatient rehabilitation facilities)、長期ケア病院 (long-term care

hospitals)、精神入院医療施設 (inpatient psychiatric facilities)、ホスピス、末期腎不全患者への透析、病院の外來医療等でそれぞれ包括払い制度が運用されている。施設等の簡易な説明は <https://www.medicare.gov/glossary> 等を参照されたい。

- 5) 2017年のメディケア医療費7,059億ドルのうちIPPSに相当する部分が約1,190億ドルを占め (MedPAC 2019)、包括払い制度の中では最も大きい。
- 6) ホスピタルフィーの詳細は「給付の対象となるサービスおよび物品」にて記述。
- 7) Medicare Severity DRG の略。
- 8) 本定義を基にすると、日本の診療報酬制度において出来高制度と一般に称される仕組みは、「診療行為」(per service) という単位においてあらかじめ単価が定められており、一種の包括払い制度にあたる。後述のSchweikerにおいても診療行為ごとの単価設定は包括払い制度の一種という整理がされている。
- 9) CMS 2019c より筆者計算。
- 10) 英語名称は National Bureau of Economic Research。
- 11) 当時籍を置いていたオックスフォード大学でイギリスのNHSのデータを用いて研究がなされた。イギリスでもNHSの医療費増大は問題となっていた (Feldstein 1965)。
- 12) メディケアの運用開始が1966年7月であったため、12か月分のデータが揃ったのは1967年からである。増加率 (名目ベース) はCMS 2019c より筆者計算。
- 13) 北東ペンシルベニア・ブルークロス (Blue Cross of Northeast Pennsylvania) で、1病院を対象として、個々の患者の状態に依らない定額制による一入院包括払い制度が試行された。
- 14) 増加率 (名目ベース) はCMS 2019c より筆者計算。
- 15) 一入院あたりの上限額が設けられたが、出来高制度に上限が設けられた形であって一入院包括払い制度ではないことに留意されたい。
- 16) メディケアが掲げた指針で、市価を超える物品やサービスを購入しない、最小のコストにより節約を志向する、規模による購買力を活用するといった考えからなる。
- 17) 支払いの単位について網羅的な検討がなされた。診療行為ごとの包括 (per service) および一日包

括 (per diem) については、前者は診療行為、後者は在院日数を量的に減らすインセンティブが働かないと判断された。なお、検討された一日包括は定額制であり、日本のDPC/PDPSのように在院期間による点数の傾斜が無いことに留意されたい。人頭払い (capitation) は体制や運用が早急に準備できないという理由で見送られ、継続検討となった。個々の患者の状態に依らない定額制による一入院包括払い制度 (per discharge) はTEFRAで導入された一入院あたり上限額と同様にケースミックス指数で支払い額の調整がなされていたが、当該指数が過去データに基づく性質が難点として見送られた。結果として強みが多く、致命的な欠点のない「退院患者のタイプごと」(per case) の支払いが推奨された。

- 18) 交渉による価格設定、個々の病院のコストのレビューによる価格設定等も検討されたが、手続きの煩雑さや数千病院への適用可能性の困難さ等から見送られた。入札方式による価格設定は継続検討となった。
- 19) 別の支払い方式を試行中であったメリーランド州、マサチューセッツ州、ニュージャージー州、ニューヨーク州は初年度からの適用とはなっていない。
- 20) 病院の利益率は経過措置中に高い水準を確保したが、その後しばらくの期間は低迷を迎えることとなった (Mayes and Berenson 2006)。
- 21) CMS 2019aにおいて各種の係数が発表されている病院の数。
- 22) 心理学の博士号を有し、免許を得て心理療法等を行う者 (qualified psychologist)。
- 23) 各職種の詳細は Medicare Benefit Policy Manual “Chapter 15 - Covered Medical and Other Health Services” を参照されたい。
- 24) 地方の小規模の病院で許可されることがある仕組みで、必要に応じて同じ病床を急性期と高度看護施設の間で切り替えができる。
- 25) フィジシアンアシスタント (physician assistant)、ナースプラクティショナー、クリニカルナーススペシャリスト (clinical nurse specialist)、認定看護助産師 (certified nurse mid-wife)、臨床心理学博士等。各職種の詳細は注23) に同じ。
- 26) 血液検査、画像、心電図、肺機能検査、甲状腺機能検査等の診断に資する情報を得るためのサービス。
- 27) 診察室、救急室、経過観察等の場面において、

- 医師等の指示および監督の下で病院職員が行う、治療に関連するサービス。
- 28) 入院日に先立つ3日間において外来で行われる治療関連サービスについては、病院が入院医療との関係性を否定する場合に限り外来として請求できる。
- 29) Patient Protection and Affordable Care Act。
- 30) 社会保障法第1886条 (b) (3) (B) (xi) (II) に基づき、非農業民間部門における全要素生産性の変化率の10年移動平均値がベンチマークに設定されている。生産性が向上することで、同じアウトプットの水準でもより効率的に提供できるようになることを見越した減算である。2012年度以降、毎年度0.3~1.0%程度が市場価格の変化率から差し引かれている (CMS 2018b)。
- 31) MS-DRG の導入の際に、分類の細分化に伴い「実態」の患者の重症度や構成は変わらないがコーディング習慣が変わることに起因して数字上の患者構成がより重症の方向性にバイアスがかかるとされた。そのため、「財政中立を保つために」導入後複数年間に亘る減算 (documentation and coding adjustment) が行われた。しかしながら、当該調整の規模が過大だったとして後に一部の返還が決まった (CMS 2019b)。
- 32) 社会保障法第1886条 (b) (3) (B) (viii) に基づき、市場価格の変化率の1/4が減算される。
- 33) 社会保障法第1886条 (b) (3) (B) (ix) に基づき、市場価格の変化率の3/4が減算される。
- 34) プエルトリコ以外の地域で、賃金指数が1を超える場合の標準額。
- 35) 政府管理予算局 (Office of Management and Budget) が定めるエリア区分。
- 36) principal diagnosisは、検査等により判明した、患者を入院加療するに至らしめた傷病名である。
- 37) MDCの数は、主に移植の分類に当たる「pre-MDC」、およびMDC01 (神経系疾患) からMDC25 (HIV) までの26である。
- 38) MS-DRGはM-DRGでは重症度の反映が十分ではないとの問題意識から開発され、M-DRGでは合併症や併存症の有無による2段階だった重症度のレベルが次のような3段階に細分化されている：定義された重度の合併症や併存症 (major complication and comorbidity, MCC) がある、定義された合併症や併存症 (complication and comorbidity, CC) がある、MCC・CCのいずれも無い。
- 39) 次の5つの条件を満たすことがサブグループの改廃にあたっての条件となる：当該サブグループの追加によりコストのばらつきが3%以上減少する、当該Base DRGの患者の5%が当該サブグループに該当する、500名以上の患者が当該サブグループに該当する、サブグループごとのコストの平均値に20%以上の差がある、サブグループごとのコストの平均値に2,000ドル以上の差がある。
- 40) CMS 2019bより筆者計算。
- 41) HAC や VBP の 詳細 は <https://www.qualitynet.org> を参照されたい。
- 42) geometric mean length-of-stay。幾何平均は平均の一種で、数値を掛け合わせてその積の累乗根を取って得られる。
- 43) 入院初日が2日分としてカウントされるのは、入院初日の医療資源の投入が他の在院日に比べて最も多い傾向にあるという過去の分析を受けてのことである。
- 44) 病院の請求額および当該病院によって異なる係数 (cost-to-charge ratio) を用いて、請求額からコストを推計する。
- 45) 制度導入時期が高インフレの時代に重なったという背景の影響もあろう。Ikegami and Andersonは病院のコスト報告書が医療の価格を漸増させるメカニズムを指摘するとともに、アメリカの医療政策立案者が持つ「コストは補填されねばならない」という前提に対し、気づきと再考を促している (Ikegami and Anderson 2012)。

参考文献

- ・Abbey, D C. 2012. *Prospective Payment Systems*. 1st ed. CRC Press.
- ・Chulis, G S. 1991. "Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals." *Medical Care Review* 48 (2) : 167-206.
- ・CMS. 2017. "Chapter 1 - Inpatient Hospital Services Covered Under Part A." In *Medicare Benefit Policy Manual*.
- . 2018a. "Chapter 5 - Definitions." In *General Information, Eligibility, and Entitlement Manual*.
- . 2018b. "Market Basket Data." CMS. Gov. 2018. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareProgramRatesStats/>

MarketBasketData.html.

———. 2019a. “FY 2020 Final Rule Data Files.”

CMS.Gov. 2019. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/FY2020-IPPS-Final-Rule-Home-Page-Items/FY2020-IPPS-Final-Rule-Data-Files.html>.

———. 2019b. “Medicare Program: Hospital Inpatient Prospective Payment Systems for Acute Care Hospitals and the Long-Term Care Hospital Prospective Payment System and Policy Changes and Fiscal Year 2020 Rates: Quality Reporting Requirements for Specific Providers.” *Federal Register* 84 (159) : 42044-701.

———. 2019c. “NHE Fact Sheet.” CMS.Gov. 2019. <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nhe-fact-sheet.html>.

- Dowling, W L. 1974. “Prospective Reimbursement of Hospitals.” *Inquiry* 11 (3) : 163-80.
- Feldstein, M S. 1965. “Hospital Cost Variation and Case-Mix Differences.” *Medical Care* 3 (2) : 95-103.
- Ginsburg, P B., and G M. Carter. 1986. “Medicare Case-Mix Index Increase.” *Health Care Financing Review* 7 (4) : 51-65.
- HCFA. 1982. “Medicare Program: Schedule of Limits on Hospital Inpatient Operating Costs for Cost Reporting Periods Beginning on or After October 1, 1982.” *Federal Register* 47 (190) : 43296-338.
- . 1983. “Medicare Program: Prospective Payments for Medicare Inpatient Hospital Services: Interim Final Rule With Comment Period.” *Federal Register* 48 (171) : 39752-890.
- . 1985. “Medicare Program: Changes to the Inpatient Hospital Prospective Payment System and Fiscal Year 1986 Rates.” *Federal Register* 50 (111) : 24366-497.
- HEW. 1974. “Hospital Costs under the Health Insurance Program: Interim Schedule of Limits.” *Federal Register* 39 (110) : 20168-70.
- Ikegami, N., and G F. Anderson. 2012. “In Japan, All-Payer Rate Setting under Tight Government Control Has Proved to Be an Effective Approach to Containing Costs.” *Health Affairs* 31 (5) : 1049-1056.
- Kahn, K L., E B. Keeler, M J. Sherwood, W H. Rogers, D. Draper, S S. Bentow, E J. Reinisch, L V. Rubenstein, J. Kosecoff, and R H. Brook. 1990. “Comparing Outcomes of Care before and after Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System.” *JAMA* 264 (15) : 1984-88.
- Kahn, K L., W H. Rogers, L V. Rubenstein, M J. Sherwood, E J. Reinisch, E B. Keeler, D. Draper, J. Kosecoff, and R H. Brook. 1990. “Measuring Quality of Care With Explicit Process Criteria Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System.” *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 264 (15) : 1969-73.
- Lave, J R. 1990. “The Impact of the Medicare Prospective Payment System And Recommendations for Change.” *Yale Journal on Regulation Article* 7 (2) : 499-528.
- Lave, J R., and L B. Lave. 1971. “The Extent of Role Differentiation among Hospitals.” *Health Services Research* 6 (1) : 15-38.
- Mayes, R., and R A. Berenson. 2006. *Medicare Prospective Payment and the Shaping of U.S. Health Care*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- MedPAC. 2019. “Report to Congress: Medicare Payment Policy.” Washington, DC.
- Oberlander, J. 2003. *The Political Life of Medicare*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schweiker, R S. 1982. “Report to Congress: Hospital Prospective Payment for Medicare.”
- Stevens, R A. 1996. “Health Care in the Early 1960s.” *Health Care Financing Review* 18 (2) : 11-22.
- Thompson, J D., R B. Fetter, and C D. Mross. 1975. “Case Mix and Resource Use.” *Inquiry* 12 (4) : 300-312.

1. 基本情報

(17年)	日本	ドイツ	フランス	アメリカ	
総人口(千人)	126,706	82,657	66,865	325,719	
高齢化率(%)	27.7	21.2	19.2	15.6	
合計特殊出生率	1.43	1.57	1.86	1.77	
平均寿命(年)	男81.1/女87.3	男78.7/女83.4	男79.6/女85.6	男76.1/女81.1	
失業率(%)	2.81	3.75	9.40	4.35	
医療費対GDP(%)	10.94	11.25	11.33	17.06	
国民負担率 (国民所得比) (%)*	(A) + (B)	42.8	53.4	67.2	33.1
	租税負担率(A)	25.1	31.2	40.8	24.7
	社会保障負担率(B)	17.7	22.2	26.5	8.4

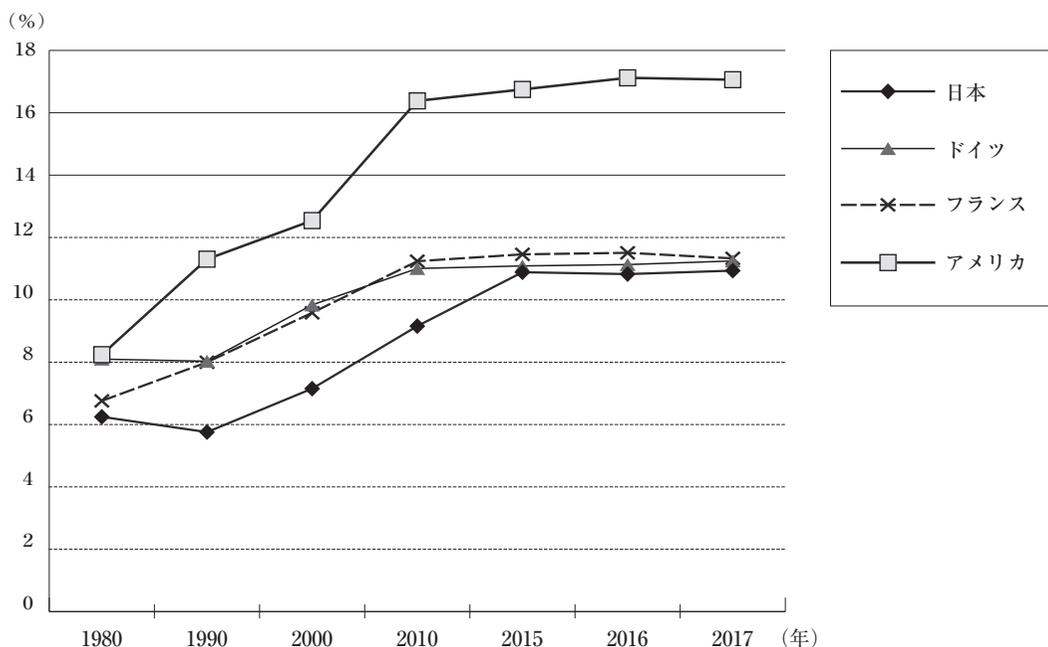
(注) 国民負担率については各国16年の数値。

出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2019 (Demographic References)

合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat 2019

失業率はLabour Stat 2019、国民負担率は財務省HP「平成31年度の国民負担率を公表します」

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat 2019

3. 医療提供体制

(16年)			日本	ドイツ	フランス	アメリカ
平均在院日数			16.3	7.5	5.6	5.5
病床数	医療施設	急性期	992,131 (7.82)	498,718 (6.06)	210,003 (3.15)	787,683 (2.44)
		長期	338,067 (2.66)	—	31,396 (0.47)	58,686 (0.18)
		精神	334,258 (2.63)	105,026 (1.28)	57,335 (0.86)	67,769 (0.21)
医療 関係者数	医師		308,105 (2.43)	344,755 (4.19)	209,367 (3.14)	835,987 (2.58)
	歯科医師		101,584 (0.8)	70,306 (0.85)	43,026 (0.64)	—
	薬剤師		230,186 (1.81)	52,430 (0.64)	70,025 (1.05)	—
	看護師		1,439,721 (11.34)	1,057,000 (12.84)	—	—

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat 2019 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

4. 掲載国通貨円換算表 (2019年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス (1ユーロ)	アメリカ (1ドル)
119.13	107.46

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL: 03-3403-0928 FAX: 03-5410-2091
E-mail: shahoken@kenporen.or.jp