

フランスにおけるDRG方式の現状について

(OHP1)

今日はフランスにおけるDRG方式の現状についてお話をさせていただきます。

(OHP2)

フランスは医療制度研究においては比較的マイナーな国ですが、わが国と同じように、原則として国民皆保険下に出来高払いと自由開業制で医療を行っており、非常に日本に類似した制度を持っています。そのフランスにおいては、1970年代以降、医療費、特に病

院医療費が増加し、社会保障制度維持のためにいろいろな対策が取られることとなりました。まず、第一のものはわが国と同様の地域医療計画によるボリュームのコントロールです。この計画においては医療区ごとの病床数や高額医療機器、および特定の高度医療診療科が制限されると同時に、医療施設間の協力関係（例えば、病診連携や機器の共同利用あるいは共同購入など）が規定されています。このようにフランスにおいては公私に係わらず病院は地域医療計画の枠組みの中で、その医療活動に一定の制限を加えられているのですが、支払方式に関しては明確な差異があります。すなわち、公的病院については前年度の活動実績と財政実績から決定される予算額が月単位で給付される総括給付方式を取っているのに対し、私的病院においては Hospital fee

については各施設と地方病院庁との個別契約によって決められる1日あたり費用額、Doctor's fee については医師組合と疾病金庫との間で決定される協約料金によって支払われるというシステムになっています。しかしながら、公的部門と私的部門の間には、対象としている患者層の違い、あるいは診療科の違いによるコスト構造の差があり、病院医療費のコントロールに関して大きな問題となっていました。特に、フランスの場合、医師による診療の自由の原則のもと、伝統的にどのような診断に基づいてどのような医療行為が行なわれたのかを疾病金庫側が把握することが困難であったことが障害となっていました。このような病院医療における問題点を解決する方法の一つとしてDRG方式は導入されてきました。結論から申し上げますと、フランスのDRG方式はアメ



産業医科大学医学部・助教授
松田 晋哉

OHP 1

フランスにおけるDRGの方式の現状について

産業医科大学・医学部
公衆衛生学教室
松田晋哉

OHP 2

フランスにおける病院医療及びDRGの特徴

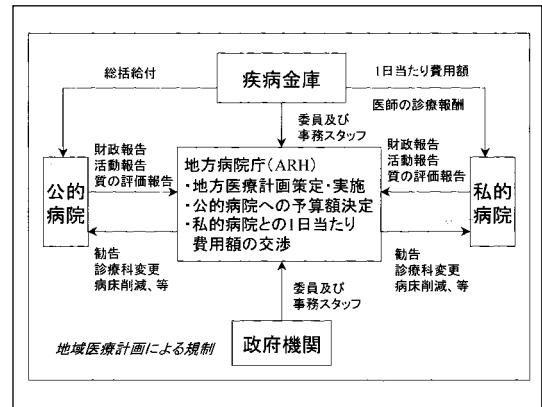
1. 地域医療計画による診療科、病床数、及び高額医療機器の量の規制
2. 公的病院サービス参加病院：総括給付
3. 私的病院：地方病院庁との契約による1日あたり費用額（医師の診療報酬は出来高払い）
4. DRGは病院の管理会計手法及び地域医療計画と連結されており、医療資源の適正配分のための広義の病院管理手法として用いられている。

リカのような DRG/PPS 方式ではなく、個別の医療行為に対する支払いには直結していません。すなわち、疫学的な要因によっては説明できないような医療費における施設間較差あるいは地域間較差を適正に調整するための広義の病院管理手法の一つとして、地域医療計画の枠組みの中で使用されています。

(OHP3)

この図はフランスにおける病院医療の枠組みを模式化したものです。まず、地域においては、地域医療計画によってボリュームがコントロールされています。中心にあるのは地方病院庁というエージェンシーです。この組織ができた背景について若干の説明をさせていただきます。従来、病院医療の計画及び医療費の支払いにおいては、疾病金庫と政府が別々に関与していました。しかしながら、疾病金庫は単なる支払い機関になってしまっており、医療サービスの量及び質のコントロールに何ら貢献していないという批判がありました。また、政府に関しても、法律による規制を行なうだけで、医療技術の発展を踏まえた上での量及び質のコントロールを行なっていないという批判がありました。このような問題点を解決するために、情報の透明化を行ない、その上で保険者機能を強化しようということのできたのが、疾病金庫と政府の合同機関としてのエージェンシーである地方病院庁です。そして、現在ではこの地方病院庁が公的病院・私的病院双方とその予算と1日当たり費用額を交渉するシステムとなっております。

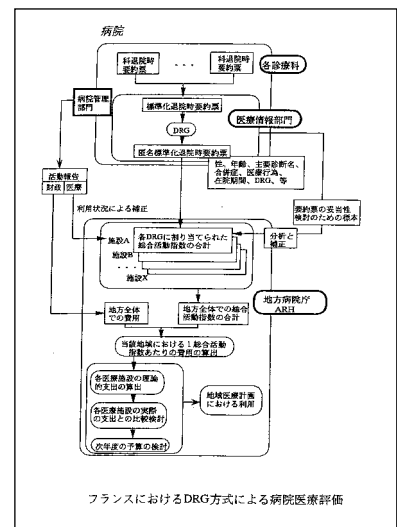
OHP 3



(OHP4)

この図はフランスのDRGシステムを具体的に説明したものです。まず、各病院において、各診療科の担当医師が退院時要約票を作成します。この要約票には、患者の年齢、性、主要診断名、合併症、医療行為、在院期間等が記載されます。この要約票は次に病院内の医療情報部門に提出され、対応するDRG分類が割り当てられ、さらに匿名化されて匿名標準化退院時要約票になります。さらに、各DRGに割り当てられている総合活動指数ISA（アメリカにおける相対係数）の合計が各病院単位で算出され、当該年度におけるISA合計ポイントが、活動報告として地方病院庁に提出されます。また、各施設からは財務報告も地方病院庁に提出されます。地方病院庁では、管轄区域内の各施設から報告されたISAポイントを合計し、さらにこの合計で全施設の医療費合計を割ることにより、当該地域における1ISAポイント当たりの費用額を産出します。そして、この1ISAポイント当たり費用額を各施設のISAポイント合計にかけ戻すことにより、各施設の理論的な医療費を

OHP 4



フランスにおけるDRG方式による病院医療評価

計算して、それを実際の医療費と比較し、それぞれの医療施設において適切な医療行為が行なわれたのかどうかを評価します。そして、各施設は医療費の差額についての説明を地方病院庁に対して行ない、その妥当性が認められなかった場合には、例えば次年度の予算を減額されるという結果になります。以上の説明では少し分かりにくい点もあるかと思しますので、次に簡単なモデル例を用いて説明いたします。

(OHP5)

表の中に PMSI という単語がありますが、これは DRG を用いたシステムの名称です。例えば、ある地方病院庁の管轄内に5つの施設があったとして、それぞれ100、200、450、160、90の合計1,000の退院時要約票が提出されたとします。そして、各施設ごとの ISA ポイントの合計が表の通りであったとします。そして、先ほどの概要図では説明しなかったのですが、実際には施設ごとに抜き取りサンプルによる補正が行なわれています。そして、例えば、施設Bで1,500の過大報告、施設Eでマイナス1,000の過少報告があった場合には、これらが補正され、補正後の地域内の ISA ポイント合計は100,000になります。ここで、退院時要約票の合計は1,000ですので、1退院時要約票当たりの平均 ISA ポイントは100になります。

(OHP6)

一方、年度単位で提出される活動報告においては、当該年度の医療行為のボリュームに関する計画が提出されます。例えば、施設Aにおいては99%、施設Bにおいては92%、施設Cにおいては70%しか達成していないために、合計で57の入院数が足りなかったとします。評価においてはこの57の入院があったとみなし、 $100 \times 57 = 5700$ ISA ポイントが、先ほどの100,000に加えられて105,700がこの地域における入院医療のISA ポイント合計となります。さらに、外来医療の合計ISA ポイントが7,000であったとしますと、これらの合計の112,700ISA ポイントが、この地方における合計ISA ポイントとなります。

ここで、仮にこの地域における実際の医療費支出の合計額が、表の一番下にありますように1,690,538Fであったとすると、これを上記の112,700で割って得られる15Fが当該地域における1ISA ポイント当たりの平均費用となるわけです。

(OHP7)

上述のように1ISA 単位当たりの費用額が15Fと算出されますと、各施設ごとにこれを合計ISA ポイントにかけることによって理論的な支出額が決まるわけです。そうすると、理論的な支出額と実支出額とを比較することによって、例えば施設Aにおいては理論的には202,500Fかかるはずなのに、実際には133,245Fしかかかっていないということで34%少ない。逆に、施設Eは理論値よりも37.3%も多く使っている。このようなことが明らかになる

OHP 5

ある一地方におけるPMSIによる統計事例(モデル事例)
地方病院庁(AHRI)における補正前のデータ

施設A	施設B	施設C	施設D	施設E	合計
100	200	450	160	90	1,000
12,500	18,000	42,000	15,000	11,000	100,000

1) ISA: 総合活動指数
2) ISA: 総合活動指数

ある一地方におけるPMSIによる統計事例(モデル事例)
地方病院庁(AHRI)におけるISAの修正と修正
施設D: 1,000 ISAの過大報告
施設E: 1,000 ISAの過小報告

施設A	施設B	施設C	施設D	施設E	合計
100	1,500	450	160	90	1,000
12,500	20,500	42,000	15,000	10,000	100,000

1) ISA: 総合活動指数
2) ISA: 総合活動指数

ある一地方におけるPMSIによる統計事例(モデル事例)
一人院当たり平均ISAの算出

施設A	施設B	施設C	施設D	施設E	合計
100	200	450	160	90	1,000
12,500	18,000	42,000	15,000	11,000	100,000

1) ISA: 総合活動指数
2) ISA: 総合活動指数

OHP 6

ある一地方におけるPMSIによる統計事例(モデル事例)
地方病院庁(AHRI)による各施設の活動計画の算出
それによる補正

施設	計画達成率	予定入院数
施設A	99%	99
施設B	92%	184
施設C	70%	315
施設D	70%	112
施設E	70%	63
合計		577

従って、本事例から(57 × 100 = 5,700)ISA「発生」があったと評価されるので、入院部門に提出されたこの地域内の合計は
 $100,000 + 5,700 = 105,700$ となる。

1) ISA: 総合活動指数

ある一地方におけるPMSIによる統計事例(モデル事例)
各施設における外来医療のISAの合計

施設	外来部門
施設A	1,000
施設B	2,000
施設C	2,000
施設D	2,000
施設E	1,000
合計	7,000

従って、この地方におけるISAの合計は
 $105,700 + 7,000 = 112,700$ ISA

1) ISA: 総合活動指数

ある一地方におけるPMSIによる統計事例(モデル事例)
各施設における「1ISA」単位の費用の算出

施設	実際の支出(2022年)
施設A	133,245
施設B	202,500
施設C	725,340
施設D	214,410
施設E	229,543
合計	1,690,538

従って、この地方における1ISA「単位の費用は
 $1,690,538 / 112,700 = 15$ F/ISA

1) ISA: 総合活動指数

わけです。仮に、その後の調査の結果、施設Aにおいて費用がかかっていないという理由が、非常に質の悪い医療を行なっているためであるということになりますと、地方病院は、この施設Aに対して、例えばそれが呼吸器外科部門が原因になっているのであれば、同部門の閉鎖を命ずることができるわけです。

(OHP8)

実際の運用はこのように単純なものではありませんが、こうした手続きを踏んで、1997年度の公的病院の地方レベルにおける総括給付額の配分がこのOHPのように決定されているわけです。過剰な医療行為が行なわれていると評価されたパリを中心とするIle-de-France圏においては0.77%の減少、逆に医療施設が少ないとされているフランス北部地方ではだいたい1~2%ぐらいの上昇という形で予算の配分が行われています。

このようにフランスにおいてはDRGは地方医療計画の枠組みの中で、広義の病院管理指標の一つとして使用されており、一定の効果は上げていますが、その一方で種々の問題点も明らかになってきております。

(OHP9)

この表はフランスにおけるDRG導入に関する主な問題点を列挙したものです。まず、第一に診療行為のよりの確な分類という問題があります。8,000の医療行為と12,000の診断名を僅か500余のDRGにまとめているわけですが、各DRGごとに詳細にその中身を検討してみると、例えば、CM 24という分類のように外来手術、24時間以内の入院診療、外来放射線治療など、広範囲の診療行為が含まれているものがあります。また、小児科や救急医療、癌治療などでは、同一DRG内における重篤度に大きな差があり、結果としてコストが大きく異なるという結果も報告されています。このようなものをどのように適切に分類していくかが現在もっとも大きな課題の一つとなっております。

2番目の問題は慢性疾患における医療行為の分類です。現在、精神科領域と老人医療に関してDRG分類が試みられていますが、使用した資源をいかに適切に配分する評価指標を開

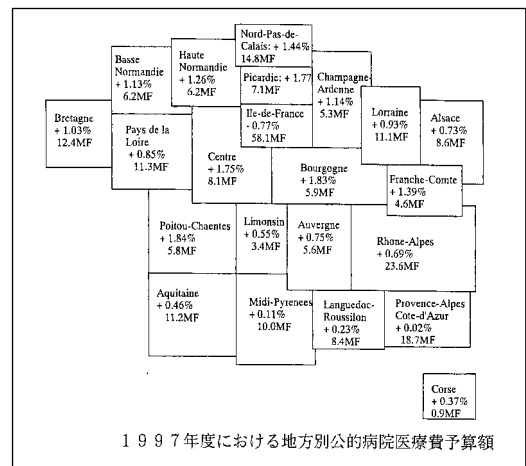
OHP 7

ある一地方におけるPMSIによる検討事例(モデル事例)
各施設におけるn-1年度の理論上の支出とその実支出との比較

	実支出	実入額 ISA ¹⁾	外委 ISA	合計 ISA	この地方の 1) 単価ISA額	理論的な 給付額(2)	実支出と 理論値との差
施設A	133,245	12,500	1,000	13,500	15	202,500	-64.2%
施設B	280,835	20,500	2,500	23,000	15	345,000	-15.7%
施設C	725,240	42,000	2,000	44,000	15	880,000	9.9%
施設D	314,573	15,000	500	15,500	15	232,500	25.3%
施設E	228,545	10,000	1,000	11,000	15	165,000	27.3%
合計	1,890,538	100,000	7,000	107,000		1,505,000	

1) ISA: 総合活動指数

OHP 8



OHP 9

- フランスにおけるDRG導入に伴う問題点
1. 診療行為のより適格な分類 (外来手術・24時間以内の入院、放射線治療など; 特に小児科や救急部門、癌治療における同一DRGにおけるコスト格差)
 2. 慢性疾患における医療サービスの分類 (精神科、高齢者)
 3. コスト
 4. 外来医療へのDRG方式の拡大 (既存の診療行為分類との整合性の確保が難しい)
 5. 施設間格差 (特に私的医療機関と公的医療機関間の格差)
 - ・この問題解決のために「病院における質と安全性の評価指標」が保健省病院局において開発中
 6. 病院における管理会計方式の標準化

発するかが大きな課題となっております。特に、看護資源の評価には苦勞しているようです。
3番目の問題はコストです。

(OHP10)

この表はDRG導入に際して実際にかかったコストを年度ごとに示したものです。1996年までの合計額は、既に31億フランを超えています。これだけの巨額の費用をかけてDRG導入を推進してきたわけですが、実際にこのコストに見合うだけの効果が上がっているのかということが大きな問題となっています。結論としては、非常に高くなっているという評価を下している報告がこれまでのところは多いようです。

問題の4番目は、外来医療へのDRG方式の拡大です。前述のように、近年外来手術が急速に普及してきており、これらにいかん適切にDRGを割り付けるかということが大きな問題となっています。実は、外来診療に関しましてはNGAPという別の診療行為分類が確立しています。これら2つの診療行為分類をいかに整合させていくかということが問題となっています。

問題点の5番目は施設間較差です。これに関しては、特に私的医療機関と公的医療機関の間の大きな較差が問題となっています。この較差の理由としてはサービスの質の違い、あるいは用いている管理会計の手法の違いなどが指摘されています。先ほど、アメリカにおけるDRG/PPS方式に関連した不正の例としてUp-codingの話がありましたが、フランスにおいてもいくつかの私的医療機関においては、そのような不正が系統的に行なわれている例が報告されています。

以上、フランスにおけるDRG方式の現状についてご説明いたしました。今後、日本においてDRG方式を導入する際には、同様の問題点に直面するのではないかと思います。その意味において、フランスにおけるDRGの動向を研究していくことは大きな意義があるのではないかと考えています。

ご静聴有り難うございました。

OHP10

期 間	疾病保険金庫出資額	国家出資額	合 計
1990年以前	56.1	—	56.1
1990年	23.2	0.0	23.2
1991年	385.4	3.3	388.7
1992年	404.1	4.1	408.2
1993年	413.2	3.7	416.9
1994年	477.5	11.6	489.1
1995年	478.5	11.7	490.2
1996年(予想)	785.5	11.8	797.3
合 計	3051.6	46.3	3100.9