

欧州におけるDRGの導入状況について

【スライド1】

今回の協賛であります医療経済研究機構の研究としまして、2年間にわたり、欧州のDRGの導入状況を調べましたので、その結果について、簡単にご報告させていただきます。



産業医科大学公衆衛生学教室
教授
松田 晋哉

【スライド2】

DRGというのは、ここに書いてありますように、「国際疾病分類で1万以上ある病名を、マンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計学的に意味のある500～1,000程度の病名グループに整理、分類する方法」で、いわゆるケースミックス分類です。従って、必ずしも系統的病理学的診断とは対応しておりませんし、一部で誤解があるのですが、DRG方式そのものは包括支払方式（PPS）を意味しないということがあります。

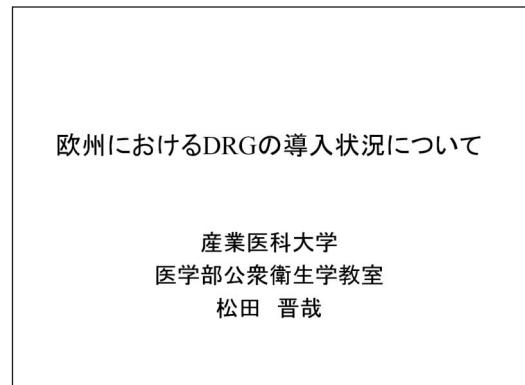
【スライド3】

これは、先ほど出てきましたHCFA-DRGというのですが、入院症例を、MDC主要診断及び外科処置があるかないかという基準によって、このように分類していくというやり方です。

【スライド4】

これが、DRGがどういう発展形態をとってきたかということ、歴史的に示したものです。もともとあったものはFetter教授らが開発したYale DRGというのですが、HCFAに採用されてHCFA-DRGになりました。これがニューヨーク州で開発されて、すべてのPatientに使われるようなAP-DRGに

スライド1



スライド3

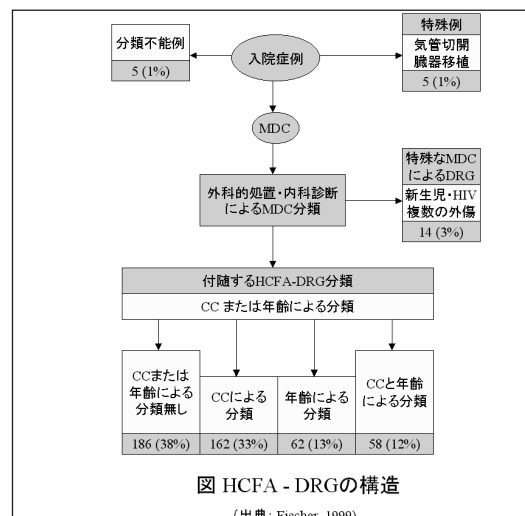


図 HCFA - DRGの構造

(出典: Fischer, 1999)

スライド2

DRG方式とは何か

DRGとはDiagnosis Related Groupの略で「国際疾病分類で1万以上ある病名を、マンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計学的に意味のある500程度の病名グループに整理し、分類する方法」

注意すべき点:
1) 必ずしも系統的な病理学的診断とは対応していない
2) DRG方式そのものは包括支払方式(PPS)を意味しない

なって、さらに、重症度分類とか色々なものをもう少しRefineしたものにしようということで、APR-DRGになっております。それがベースになって、オーストラリアで使われている Australian National DRG (AN-DRG)、さらにそれがRefineされた Australian Refine DRG (AR-DRG) ということになっております。

またAPR-DRGから International AP-DRG (IAP-DRG) というものも出ています。その他、HCFA-DRGが基本になりまして、北欧諸国で使われている Nord DRG、あるいはフランスで使われておりますGHMなどが開発されています。ドイツのFP/SE、オーストリアのLDF、UKのHRG、そしてオランダのHBGなどは、HCFA-DRGとは少し異なるコンセプトで作られています。

【スライド5】

DRG分類の採用の国際的動向ですが、基本的にはこの流れに沿っております。

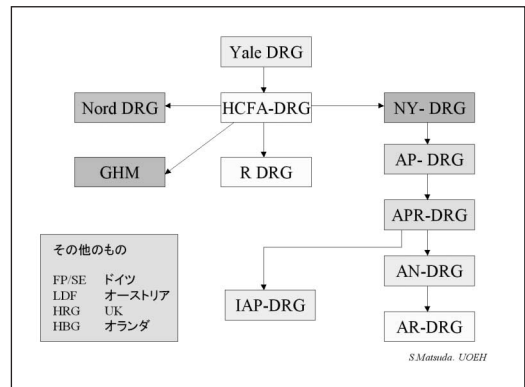
まず最初にHCFA-DRGがありまして、それをすべての疾患の患者に適応するAP-DRGに、さらにそれをRefineしたAPR-DRGに、といった一連の流れがあるわけです。欧州でもどちらかと言うと、APR-DRGをベースにしたようなものに、少しずつ変りつつあります。

なぜAPR-DRGなのかと言いますと、欧州の場合、DRGそのものを支払に直結しているのではなく、どちらかと言うと内部管理に使いたい、あるいはファイナンス（グローバルバジェット）と組み合わせて使いたいというのがあります。APR-DRGでは資源消費量をより細かくみることができますのでベンチマーキングや内部管理に使う上で都合がよいと評価されています。特に、死亡率の比較やクリニカルパスの作成、疫学的研究への応用可能性ということで、このAPR-DRGを採用する動向があります。

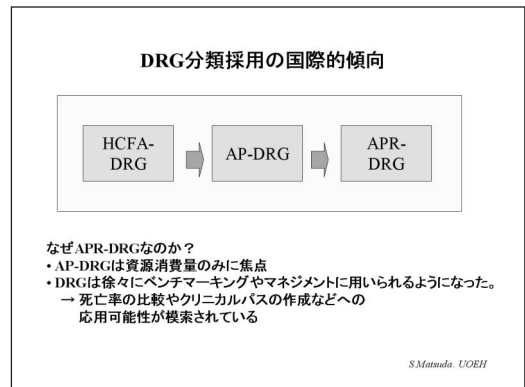
【スライド6】

これは、APR-DRGがどのような構造になっているかということですが、「外科的処置・内科診断によるMDC分類」まではHCFA-DRGと同じなのですが、コアになるのはBase-APR-DRGというラフな分類でして、そのあとに、資源消費に基づく4段階のCCと死亡危険度に基づく4段階のCCがつけられ、全部で1,000いくつの分類に持っていくというやり方になっています。

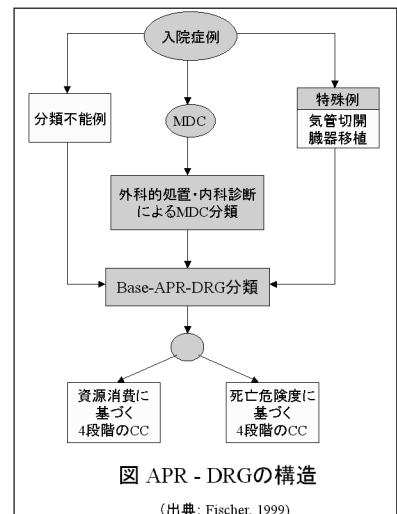
スライド4



スライド5



スライド6



【スライド7】

要するにどうということかと言いますと、355のBase-APR-DRGの各々に対して、疾患の重篤性とか死亡危険度をMinorからExtremeまでの4段階に分けて、どちらかという医師の臨床的感覚に合うような形でDRGに分類していこうという形になっております。

【スライド8】

一応これをベースにしまして、今日の本題であります、欧州におけるDRGの導入というものを、ご紹介したいと思います。

まず、ヨーロッパにおけるDRG導入の経緯というのは色々な要因があるわけですが、大きな流れとしては、1970年代、特にオイルショックの後の経済成長鈍化に伴う社会保障財政の危機があります。このような社会情勢の中で、病院の財政方式を適正化しなければならないという圧力があり、このときに、医療活動と経営との共通言語の必要性が医師の中で認識されるようになりました。ベースとしては、ヨーロッパ統一市場における医療情報の標準化プロジェクトがありまして（これは開原先生とも親交がありますルーバンカトリック大学のロジャー先生等が中心になってやったものなのですが）、European Minimum Basic Data Set (MBDS) 計画というものが元々のベースになり、その上にDRGを乗せていき、これがEuro DRG Hospital activity data bank projectというものにつながってきております。そして、欧州評議委員会の中でも、病院における医療情報コンピュータ化事業が採択されて、こういったものが全て結び付いて、今欧州におけるDRGが進行しています。

【スライド9】

欧州におけるケースミックスの導入は、非常に早い時期から検討されておまして、HCFA-DRGがメディケアに採用された1982～3年前後から、DRGの施行実験がヨーロッパでも始まっております。これにだいたい10年くらいかけています。元々のHCFA-DRGの分類が受け入れ可能であったのかどうか、そしてどういう支払方式にを使ったのかということ区分してみますと、このような形になります。

まず分類が受け入れ可能であったかどうか。特に医師の診療行為の慣行に関して、

スライド7

APR-DRGの構造

355のBase-DRGの各々に対して

- 疾患の重篤性 (Severity of illness)
- 死亡危険度 (Risk of mortality)

の2つをそれぞれ4段階で評価

- ・ Minor
- ・ Moderate
- ・ Major
- ・ Extreme

医師の臨床的感覚にあう。また、同じ一次診断の疾病が異なるDRGに分類されることもない。

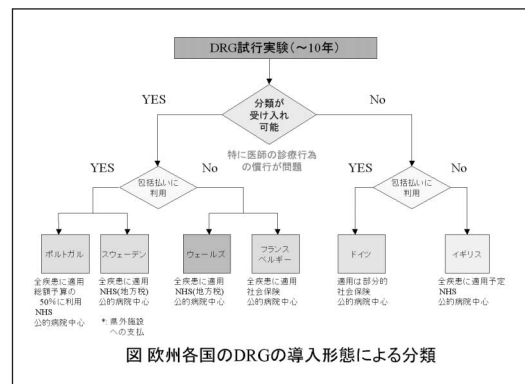
S.Matsuda, UOEH

スライド8

ヨーロッパにおけるDRG導入の経緯

1. 1970年代後半以降の経済成長鈍化に伴う社会保障財政の危機 → 病院への財政方式適正化への圧力：医療活動と経営との共通言語の必要性
2. ヨーロッパ統一市場における医療情報の標準化：European Minimum Basic Data Set (MBDS) 計画 (1982年～) → Euro DRG Hospital activity data bank project
3. 欧州評議会：病院における医療情報コンピュータ化事業 (1985年)

スライド9



合うものはどうであったのかということで分類しますと、Yesの方にっておりますのはポルトガル、スウェーデン、ウェールズ、フランス、ベルギーなのですが、このときに、包括払いに利用した国と総括予算制に使っていった国とに分かれます。

包括払いに利用したのはポルトガルとスウェーデンなのですが、これは利用はしているのですが、実際にはグローバルバジェットとの組み合わせで使っております。包括払いに利用していない国はウェールズ、フランス、ベルギーです。

そして、分類が受け入れ不可能であった、つまりローカルな医師の医療・診療慣行と合わないと言ったのがドイツ、イギリスなのですが、この2つは異なった対応をしています。イギリスの場合には、元々がナショナルヘルスサービスという、予算制ですので、それを包括払いに使っておりません。むしろ、ベンチマーキングに使う方向で、発展してきております。

ドイツの場合にはこれを包括払いに使ったのですが、使ったゆえに適応できる疾患が非常に限定されてしまいました。それで、現在2000年計画というものがあるのですが、その中で、ケースミックス分類を全ての急性期医療に適用しなければいけないということが決まってしまうために、現在の分類では無理だということになって、実はAR-DRGが導入される予定になっております。

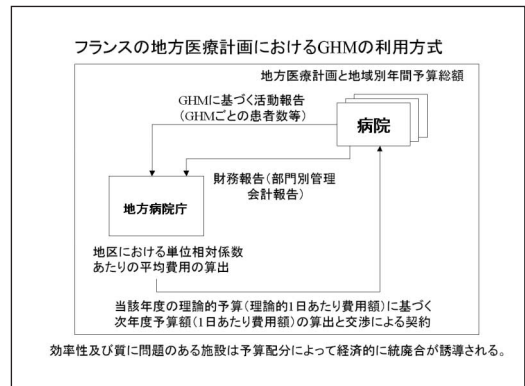
【スライド 10】

では、例えばフランスではどのように使われているかと言いますと、フランスの場合は、地域医療計画と結び付けて、地域単位で年間の予算額総額が決まります。その中では、各病院から前年度のGHMに基づく活動報告と財務報告が行われて、ここから単位相対係数あたりの平均費用を算出し、これから各病院の理論的な予算を計算して、それを実際の支出と比較して、予算を増やすのか減らすのかという、いわゆるグローバルバジェットとの組み合わせで使っております。

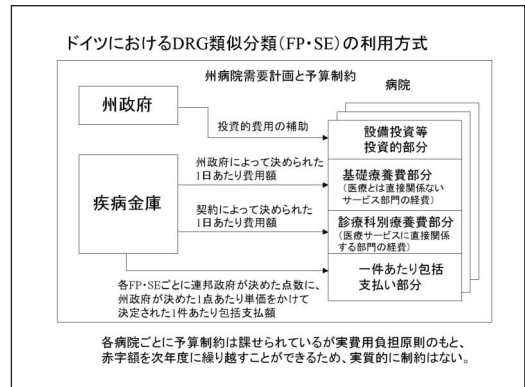
【スライド 11】

一方で、その対称にありますドイツの場合には、包括払いをやっているのですが、主に外科的領域だけの一部分にしか適応できません。これを全体に広げたいという希望があるのですが、実際には不可能な状態になっております。

スライド 10



スライド 11



スライド 12

国	PCSを支払に使用している	ケースミックス分類システムの種類			
		HCFA-DRG	AP-DRG	DRGを基礎とする他分類	DRG以外の分類
オーストリア	x				LDF
ベルギー	(x)		Ver.10 99よりVer15 計画	APR-DRG 99より Nord-DRG	
デンマーク	(x)			Nord-DRG	
フランス	(x)			Nord-DRG	GHM
ドイツ	x		計画		FP/SE
アイスランド				Nord-DRG(計画)	
アイルランド	x	Ver.12.0		APR-DRG(計画)	DS(計画)
イタリア	(x)	Ver.14.0	計画		DBC DS(計画)
オランダ					
ノルウェー	x	Ver.12.0		99よりNord-DRG	
ポルトガル	x	Ver.10.0 99よりVer.15.0			
スペイン			部分的	RDRG(計画)	PMC
スウェーデン	(x)		部分的	Nord-DRG	
英国	x				HRG-HBG
ウェールズ			Ver.13.0		
オーストラリア	x			AN-DRG	99よりAR-DRG
USA	x	Ver.16.0		RDRG, APR-DRG	DS,PMC,...
シンガポール	x			AN-DRG	

出典: Fischer(1999)を改変

【スライド 12】

これがヨーロッパ全体のものをまとめたのですが、このように、色々な国でDRGが使われています。

【スライド 13】

欧州の場合、いくつかDRGに成功した国があるのですが、そういう国の特徴をみますと、まず最初に財政方式とは切り離れた導入をやっている、いわゆる情報システムとして導入しているということがあります。

それから、ICD及び類似の疾病分類と治療行為分類の普及。これは、欧州の中でいわゆるMinimum data baseというものを作ろうという動きがあったことがあります。

そして、HCFA-DRGなどの既存のシステムによる試行をやって、まずそういうものが乗るのかどうかといったことから検討しているというのが、非常に大きな点だと思います。

それから、現場担当者（医師）が計画初期から多数関与していること。

もう一つは、公的病院中心の急性期医療体制であったために、導入が容易だったという点が挙げられると思います。

あと、病院の機能分化の水準が高いことも導入が容易であった理由の一つにあげられます。

【スライド 14】

DRG方式導入のための日本への示唆として、もし日本が将来的にDRGを導入するのであれば、ヨーロッパの経験から学ぶものはいくつかあるのではないかと思います。

まず1つは、DRG方式導入の目的を明確にしなければいけないと思います。私自身が考えますのは、やはり、情報の透明化や共通言語による医療の適正化といったものを、最初にもってくるべきであって、財政方式とは切り離れた試行をやった方が良いのではないかと思います。

あとは、ICD及び類似の疾病分類と治療行為分類を普及しなければならない。そういう意味では、日本の医療の現場では、まだICDによる記載が一般化されていないわけですので、そこから始めないと、なかなかうまくいかないと思っています。

そして、現場担当者（医師）の積極的な参加も必要です。

また、ベースになるような病院の機能分化の推進をどうするのかという問題もあるだろうかと思います。

これからの調査の予定ですが、DRG先進国のより詳細な実態調査を行いたいと思っています。特に社会保険方式の国でドイツ、オーストリア、フランス、オランダ、

スライド 13

DRG導入成功のためのいくつかの共通要因
(欧州諸国の比較研究より)

- 財政方式とは切り離れた導入：情報システムとして導入
- ICD及び類似の疾病分類と治療行為分類の普及
- HCFA-DRGなどの既存のシステムによる試行
- 現場担当者（特に医師）が計画初期から多数関与
- 公的病院中心の急性期医療体制：導入が容易
- 病院の機能分化の水準が高い
- 保険者（あるいは行政）の強いリーダーシップ

S.Matsumoto, UOEH

スライド 14

DRG方式導入のための日本への示唆
(Euro-DRGプロジェクトの結果より)

- DRG方式導入の目的の明確化：
 - 情報の透明化、共通言語による医療の適正化 ...
- 財政方式とは切り離れた試行：情報システムとして導入
- ICD及び類似の疾病分類と治療行為分類の普及
- HCFA-DRGなどの既存の分類方法による試行
- 現場担当者（特に医師）の積極的な参加
- 病院の機能分化推進
- DRG（あるいはPCS）先進国のより詳細な実態調査
(特に社会保険方式の国：ドイツ、オーストリア、フランス、オランダ、ベルギー等)

S.Matsumoto, UOEH

ベルギー等で今積極的な展開が行なわれております。例えば、ドイツの場合にはAR-DRGが一般化されることが予定されておりますし、フランスの場合には包括予算制をベースとして、それにDRG/PPSと1日あたり費用額支払い方式のようなものと組み合わせてやっていこうという方向に動いております。そしてオランダでは、また別の方式のDRG（ケースミックス分類）が開発されておりますので、こういうものを、これからまた2、3年かけて調査していきたいと考えております。

質疑応答

座長： 日本への示唆が大変興味深く、財政と切り離してやったほうが良いだろうという話ですが、もう既に財政とくっついて一部動き始めてしまっているので、今からではなかなか難しいかなと思うのですが。そのへん、何か先生のコメントはございますか。

A： その意味では、日本の今後のDRGの動向を見ていく上では、ドイツの経験が非常に有用だろうと思います。ドイツと申しますのは、部分的にしかケースミックス分類が入らなかったわけなのですが、現行の日本のDRGの試行というものも、部分的にしか無理だろうと思うからです。これを一般化することは、現行のものでは無理ですので、行き詰まりが出てくるだろう。そのときにヨーロッパ、特にドイツの経験というのは、非常に役立つだろうと思っております。

例えば日本でDRGを議論するとき、診療行為が色々なところで違っているという問題があるだろうと思います。ただ、そのときに、日本のDRGの試行の中では元々意図（期待）しなかったのだろうと思いますが、非常に良い副産物として、それぞれの病院がクリニカルパスを自主的にお作りになっているということがあります。それとDRGを組み合わせることによって、平均在院日数が何故各病院によって違うのか、何故コストが違うのかということをお互い比較できるだろうと思います。そうしますと、イギリス的なベンチマーキング的手法で、診療行為の標準化につながっていくだろうと思います。このようなことができるとDRG分類の精緻化も容易になります。

あともう一つは、日本の場合には基本的なMinimum data setができておりませんので、今回の試行の中でそれができてくれば、それから先は、日本の場合にはいわゆるfee for serviceで、コストを積み上げるシステムができておりますし、情報が全部上がってくるシステムができておりますので、比較的スムーズにいくのではないかなと考えております。いずれにしても、一回はやり直さなければいけないだろうと思います。

座長： 日本のDRGは、系列から言うと、どのへんに位置すると考えれば良いのですか。

A： 日本のDRGは、先ほどの森口先生のお話しと合わせますと、HCFA-DRGが非常に大きくミュータントしたものとみなすことができるかと思いますが、概念的にはイギリスのHRGやドイツのFP/SEに近いかもしれません。