

DRGの波紋と対応

——医師を中心にして——

日 野 秀 逸

昨年10月1日より、メディケア病院費の支払いに診断群別支払額事前決定制 (DRG)¹⁾ が導入された。実施に至る経過や、DRG の内容等については、少なからぬ論稿が発表されている²⁾。本稿は、DRG 登場の背景を踏まえつつ、DRG がもたらしつつある波紋と、DRG に対する医師層の反応を検討するものである。

I 背 景

DRG 登場の背景は注2)に示した諸文献において触れられている。またメディケアの問題点多角的に検討されている³⁾。ここでは、それらとの重複を避けつつ、簡略に背景を押さえておく。

DRG 導入の最大の狙いは、合衆国における医療費の急速な増大に対する抑制である。アメリカの医療費 (health expenditure) は1982年には3,224億ドル、GNP 比10.5%に達している。メディケア費は522億ドルで全体の16.2%を占めている。このメディケア費は、連邦の医療支出についてみれば56%と最大部分になっている。しかも、メディケア費の伸び率は、全医療費の伸び率、連邦政府医療費の伸び率のいずれよりも大きい。1972年から1982年までをとると、各々、572%、345%、407%である⁴⁾。

すなわち、アメリカにおいて、医療費は他の財やサービスよりも高率の価格上昇を示し、なかでも連邦支出医療費の伸びが著しく、連邦歳出全体の10%に達した。この連邦医療費のうちで最大のものがメディケア費であり、しかも、その伸び率は極めて大であった。そして、メディケア費のう

ちの70%は病院費であり、この部分の急増がメディケア費を押し上げてきたのである。

1980年に登場したレーガン政権は、レーガノミクスと総称される独特の経済政策を全政策の根底に置いているが⁵⁾、中心をなすものは連邦歳出抑制の強力な遂行である。この抑制策の主要ターゲットとして医療費、とりわけメディケア費、そのなかでもまず病院費が位置づけられたのである。

DRG の直接的契機をなすのは、1982年9月に成立した「税の公平と財政の責任に関する法」(TEFRA)⁶⁾ である。TEFRA は、メディケアの償還単位を、1日当たり (per diem) から1件当たり (per case) に変更し、事前決定制への地ならしを行った。そして、1件当たりの償還額を病院の診療特性 (case-mix)⁷⁾ に応じて定めることとした。DRG は、この case-mix 測定方法として採用されたのである。

この項の最後に、DRG の基本的考え方を確認しておきたい。DRG の目的は資源消費の同質性を示すことであり、その資源消費は在院日数を単位として測られている。在院日数は「資源利用を示す基本標識 (key indicator) とみなされている」⁸⁾ のである。この基本線に沿って、さまざまな分類が考慮され、現行の DRG に当面のところ落ち着いているのである。

II 波 紋

(1) 歴史的意味

DRG の波紋の大きさを理解する手順として、DRG のもつ歴史的意味を関係者に示させよう。

表1 New Jersey の病院償還制度について (New Jersey 州各 County 医師会, 複数回答, 回収率50%)

	(%)
1. DRG に対する感想	
病院関係者の費用意識を高めた	72.7
医師の " "	45.5
患者の " "	9.1
在院日数を減らした	36.4
病院が新しいより良いサービス・技術を提供することを妨げた	54.5
患者の再入院に影響した	45.5
外来サービスや在宅サービスを促進した	36.4
病院の将来計画に影響した	63.6
病院を効率的にした	9.1
価格上昇を抑えた	9.1
その他	36.4
2. 費用抑制という点で DRG をどう評価するか	
完全に成功している	0.0
まあ成功している	18.2
成功とはいえないが希望はある	18.2
成功もしていないし見込みもない	18.2
一時的成功で根本原因を解決していない	27.3
その他	18.2
3. 患者のケアという点からの DRG 評価	
最大限のケアを認めている	9.1
最大限のケアを保障するためには安全壁が必要	18.2
コスト志向的で、ケアは第二義的にしている	90.1
4. 全般的にみて N.J. の DRG をどう評価するか	
これまでの制度よりも良好	9.1
これまでとかわらない	18.2
これまでの制度ほど良好ではない	36.4
5. DRG 制度によって早期退院が生じているといわれるが	
早期退院は問題とならなかった	18.2
" " なりうるが、モニタリングが必要である	45.5
早期退院が生じた	18.2
問題はこれまでの制度より大きいわけではない	27.3
DRG は早期退院を避けるだけの弾力性がある	9.1
DRG のもとでは十分な弾力性がない	36.4
DRG は定型化されたケアをめざしているので早期退院はある	81.8
例外規定を修正すれば容易に早期退院は防げる	9.1
その他	9.1
6. DRG について会員の医師の感想は	
満 足	0
不満足	72.7
その他	9.1

出所 1983.7. 下院高齢者特別委員会, N.J. Hospital Reimbursement System より。
(医療経済研究会第8回総会シンポジウムにおける青木郁夫氏の配布資料)

アメリカ医師会病院スタッフ部会議長 T.C. Peebles は、DRG をアメリカの医療供給制度200年の歴史における最大の変化であるとみている⁹⁾。DRG が、出来高払い、自由診療、自由開業、オープンシステム病院、という従来からアメリカ医療制度のわく組みとみなされていたものを、根本

的にゆるがす波及力を有していることを踏まえてこの発言とみるべきであろう。

もう1人、DRG 作製の当事者側である、大統領政策担当補佐官の J.A. Svahn は次のように述べている。「レーガン政権のメディケア領域における第1の成功は、上昇しつつある医療費の流

表 2 Medicare Inpatient Hospital Payments Per Admission—
Waiver States Versus Rest of US, 1982

	Inpatient Hospital Spending \$(million)	Admissions (000)	Payments Per Admission (\$)
Maryland	579.2	158.5	3654
Massachusetts	1024.3	297.0	3449
New Jersey	1055.2	318.2	3316
New York	2587.7	786.3	3290
US	33897.0	11122.5	3047
Non-Waiver States	28650.6	9562.5	2996

Source: —data from HCFA Bureau of Data Management and Strategy

—FAH calculations

Review, Jan./Feb. 1984, p. 90.

れを変える第一歩を踏み出したことであり、われわれは、この成功を、メディケア支払額事前決定制によってなしとげたのである¹⁰⁾。

DRG はメディケアの病院費に限定して実施されているにすぎない。その意味では、まだ第一歩を踏み出したにすぎない段階である。それにもかかわらず、上記のピーブレスのような評価が出るのは、DRG の波及力が巨大なことを念頭に置いているからであろう。

ところで、DRG は州レベルでみれば、すでにいくつかの州で実施されていた。なかでもニュージャージー州の経験は、DRG の対象となるサービスおよび病院が広いところから、分析の対象とされることが多かった¹¹⁾。

このニュージャージー州の DRG について、郡医師会レベルで会員の意見を調べたものが表 1 である。医師の側から、DRG がどのように受けとめられたかを示す資料といえるが、総じていえば、DRG は不人気であり、医療費抑制効果も評価されていない。表 2 は、1982年度について、独自の病院費抑制施策を行っているために、現行 DRG の下に組み込まれないことになった 4 つの州の 1 件当たり病院費を、その他の州と比較したものである。ニュージャージー州の 1 件当たり病院費は、その他の州より 320 ドル高くなっている。ニュージャージー州の DRG は、医療費抑制という点からみて、「甘い」DRG なのである。このような「甘い」DRG に対する医師の評価が表 1 であることを確認すれば、はるかに「辛い」DRG に対して、医師がどのようにみるかは、おのずから

予測できよう。

(2) 医師報酬凍結と DRG 拡張

DRG は第一歩にすぎないと述べておいた。DRG はメディケア病院費のみに適用され、しかも現段階では病院費の 4 分の 1 にしか適用されない (1987 財政年度に病院費の 100% に適用される)。この意味でも第一歩にすぎない。

しかし、問題は、病院費が、それもメディケアの病院費が、今後 100% DRG のもとにおかれるようになるというだけのことではない。昨年暮れの「全国州知事会議」の席上、上院保健問題小委員会議長 David Durenberger は、DRG を、病院のみでなく、ナースিংホームへも、ホスピスケアへも、在宅ケアへも、医師診療報酬へも拡張し、最終的には外来部門も含めた、単一の年間 1 人当たり固定額によってメディケアを運用する方向へ足を踏み出すべきだと述べている¹²⁾。

デュレンバーガー上院議員の話は現実性を帯びつつある。本年 6 月には、連邦両院で、メディケアの DRG 方式を医師報酬にまで拡張した場合の効果について、厚生省が、研究結果を報告すべき日程を提示するように要請された。同じく 6 月に、1984 年 7 月 1 日より、1985 年 9 月 30 日までの 15 ヶ月間、メディケアにかかわる医師報酬を凍結することが認められた。

医師報酬凍結は、アメリカ医師会も本年 2 月に、自主的にこれを行うという方針を打ち出していた。しかし、議会側では、法による強制的凍結を選択した。これらの問題が連邦議会で論じられて

いるのと全く同じ時期に、アメリカ医師会年次総会がシカゴで開かれた。総会中に開かれた代議員会は、DRGを医師報酬にまで拡張することに強く反対するよう、アメリカ医師会理事会へ要請した。また、総会中に、アメリカ医師会として、もし政府が強制的凍結を行うならば、メディケア診療からの会員引き揚げも辞さない旨、議会に対して警告を発した。

州レベルの動きも活発である。アリゾナ州では「適正費用良質ケアのためのアリゾナ同盟」¹³⁾が、DRGをメディケアのみならず、あらゆる病院医療に適用する内容の提案を、1984年に州民投票にかけるよう、昨年11月に州議会へ請願書の提出を行った。

DRGをメディケイドの病院費にまで拡張する法律制定が、7つの州で準備されている。メディケアが連邦政府の事業であるのに対し、メディケイドは州主体の事業なので、州の立法によってDRGの適用は可能となるだけに、この動きは他の州にも及ぶものと思われる。

上記のような情報を考慮しつつ、株式会社病院の連合体であるアメリカ病院連盟(FAH)専務理事 Michael Bromberg は、DRGを拡張する法律が1985年には相当に出そうし、その意味で1985年は、アメリカ医療の再編成が一段と加速される年になるであろうと予測している¹⁴⁾。

III DRGと医師

DRGの施行、そして予想される医師報酬までへの拡張は、医師のあり方に少なからぬ影響を及ぼすものとみられる。すでにいくつかの新たな変化が生じつつある。

(1) 生産ラインの標準化とクリニカル・フリーダム

まず第1に考えるべきは、病院経営幹部たちがDRGを、生産ラインの標準化とみなしていることである。すなわち、「ある1つのDRGは、生産ラインの単位と考えられるべきである」¹⁵⁾し、DRGの影響によって「病院は生産ラインの標準化を迫られる」¹⁶⁾し、「標準化こそが——生産ライ

ンを狭く定め固定すること(日野)——絶対的に必要となる」¹⁷⁾のである。

この立場からすれば、いわゆるクリニカル・フリーダムのもとで、各医師が、好みのスタイルで診療を行う余地は狭められざるをえない。標準化された診療が、さしあたりは、投入される物品の標準化(量的にも、質的にも)をテコにして追求されることは確実である。DRGを医療標準とみる根拠の1つも、こうした事情にある。この点は、病院と医師の関係にも影響を及ぼすことになる。病院としては、自立性の高い、標準化を受け入れにくい、また病院経営に対する責任の薄い、開業医集団に依拠するよりも、勤務医として医師を管理する方が有利になる。すなわち、オープンシステムからクローズド・スタッフ・システムへの移行である。

この移行は、DRGが医師報酬にも拡張されると、一層の進行を示すものとみられる。ジョンズ・ホプキンス大学病院長でアメリカ医科大学協会議長でもある Robert M. Heyssel はこう述べている。DRGが病院と医師の双方に適用された場合、1つの病名のもとで一定になっている金額を、病院と医師とで分割することになる。従って、そこでは両者の新たな競争と緊張関係が生ずるであろう。そして、緊張関係を緩和する意味も含めて、従来のオープンシステムが、勤務医主体のクローズド・スタッフ・システムに移行するであろう¹⁸⁾。

(2) 医療の大企業化

DRGに限らず、近年の強力な医療費抑制政策は、医師のあり方に変更を求めてきた。とりわけDRGは、明瞭に従来からの独立自営小企業家としての医師のあり方を、激しく揺さぶっている。この問題を考察する前提として、医療の大企業化を底流として進む、大規模な医療供給側の再編成に触れておく^{19,20)}。近年、アメリカの病院は全体として施設数、ベッド数ともに減少しつつある(1980年から81年の1年間で117病院、6万9,000床の減)。他方では株式会社病院が急速に増大している(同時期に80病院、1万3,693床の増)。この傾向は、その後も続いている。そして、株式会社病

院の間で、合併・吸収が進行し、少数の巨大病院資本がシェアを拡げている。また、一般の非営利病院に脅威を与えはじめているものに、チェーン方式のクリニックがある。外来だけの施設であるが、軽費であると同時に、多くの検査や小手術、腎透析などをこなせるので、需要は高まっている。1975年の55施設から1983年の1,300施設へと、急速に伸びている。これも、大手の病院企業との提携が背後にあり、大資本との結合、あるいはそれへの従属は今後強まるとみられる。

以上のスケッチにみるように、すでにアメリカの医療供給サイドの大企業化は進んでいたが、DRGは、この傾向に拍車をかけた。すなわち、467の各DRGは、あたかも467の商品と同じであり、各々に価格が公定されているので、問題は経費を、この公定価格以下に抑えることになる。そして、経費を抑えることのできる病院は、規模の経済を追求でき、チェーン経営を行える、金融資本のバックアップを受けられる、こういう病院になる。レーガン大統領に近いシンクタンク Interstudy 社の Paul Ellwood Jr. 社長は、「将来は合衆国の医療ビジネスの過半数は、せいぜい20社までの企業が支配するであろう」²¹⁾とみている。

(3) DRGのもとでの医師の生きる道

アメリカの病院（むしろ医療供給体制全体）の大企業化という現実には、DRGと医師の関係を条件づける最大の要因といえよう。ここから、有力なオピニオンリーダーたちも、「大企業化された病院のもとでの医師の生きる道」を、きびしい眼で模索せざるをえなくなっている。American Group Practice Association 会長の David J. Ottensmeyer は、「医療が大企業の面々によって行われるようになりつつある」ので、「ボランティアをもとにした、1人1人独立している、自治的な (self-governing) 医師スタッフは、もはや機能的な配置とはいえなくなった」とみている。そして、零細企業としての開業医でもなく、小企業としての病院でもなく、大企業としての病院株式会社が医療の主役となりつつある今日、医師の課題は「こうした新たな企業のなかに、居心地の良い

い場 (niche) を見つけることである」と考えている。しかしながら、オッテンスマイヤーは、居心地の良い場が見つかったとしても、それは必ずしも指導的地位であるとはみていない。彼は「医師は、四頭立て馬車の後馬であって前馬ではなからう。これが現実である」と厳しくみている。その上、多くの医師たちが、こうした事態の進行を理解していないので、居心地の良い場を見つけないことさえなくなる危険性もあり、そうすれば、「われわれは、看護婦や検査技師と全く同様に、病院に雇われる立場となるであろう」²²⁾と述べている。

オッテンスマイヤー等の予言あるいは懸念は、すでに現実化しつつある。DRG実施後に目立ってきた、開業医（アメリカではイコール医師）の地位低下を示す現象として、医療機器や資材購入の発言力の問題がある。前出の Humana 副社長 ポール・パウエルは、「長い間、多くの機材販売業者は、医師あるいは技術者を、自分たちの『おとくいさん』とやってきた。……しかし、決定権者が変わった」²³⁾と述べて、臨床医よりも経営幹部が大きな発言力をもつようになったことを報告している。

Stanley Wohl も、これまでは医師が病院に関与すれば、全体を通して「head」としての扱いを受けていたが、最近では経営幹部が医師に対して「先生、私が医師スタッフの head ですよ」と発言する例を示し、「ここに企業がある」²⁴⁾と指摘している。

DRGの波紋を、ごく限られた問題のみについて略述してきた。このほか、病院株式会社のDRG対策など、検討すべき課題は多いが、紙数も尽きたので他日を期したい。

注)

- 1) Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System. DRGと略称する。なお、Prospective Payment Systemを、「前払い」と訳している文献もあるが（『週刊社会保障』No. 1255以降の、「米国の1983年の社会保障法改正——成立までの経緯と改正法の要約——」）、「前払い」に対応する語は Prepaymentであり、これは、患者が医療機関を利用する以前に、一

定額を例えば HMO に支払うような場合に用いられる。DRG のもとでは「前払い」は行われていない。行われているのは「事後払い」である。ただし、支払額は、診断群ごとに事前に決定されるのである。なお、「事前」とはいうものの、現行 DRG の場合は、退院時における患者の状態（転帰も、病院費の決定に関与するので、厳密に言えば、すべての医療サービス提供が終わってからでないと、金額は決められない。しかし、どんなケースにしろ、すべての場合について、支払われるべき額が、事前に決められているという意味においては、事前決定制なのである。日本の保険診療における出来高払い制も、事前に支払われるべき額が決められている点では同様であるが、DRG では診断群 467 におさまるように決められているのに対し、日本の出来高払いは、行為ごとに金額が定められているので、現実的には事前に予測できない（ないしは予測困難）という点で、DRG と大きく異なる。

2) DRG 制定までの議会審議を含む経過と主な内容について最も信頼できるものは、大統領政策担当補佐官であり前厚生省次官として当事者の立場にあった John A. Svahn 等の論文である。

J. A. Svahn, M. Ross, Social Security Amendments of 1983: Legislative History and Summary of Provisions, Social Security Bulletin, Vol. 46, No. 7, July 1983, 邦訳は前出の『週刊社会保障』連載。Svahn 等の論文のうち、DRG を述べているのは 35 ページから 40 ページまでであるが、この部分を手ぎわよく抄訳したものが、青木郁夫氏の「アメリカの医療費支払い制度の変更について」(『医療生協運動』1983 年 12 月号) である。

DRG の支払い額決定手順までを解説したものとして、大道久氏の「DRG 償還システム」(『週刊社会保障』No. 1259, 1261, 1262) が参考になる。

DRG 実施直前に関係者を現地に訪ねた内容が、青木信雄氏の「老人問題レポート 米国の医療・ケアと日本①～④」(『モダン・メディシン』1984 年 1 月～4 月) に盛られている。

なお、筆者の DRG 紹介文として、「DRGs の基本問題」(『月刊保団連』1984 年 9 月, 12 月) がある。

- 3) 米林喜男, 伊東敬文「危機に立つ米国の医療制度」(『国際社会保障研究』No. 32, 1983 年 10 月)。
- 4) 以上の数字は, R. M. Gibson, D. R. Waldo, K. R. Levit, National Health Expenditure, 1982. Health Care Financing Review, Vol. 5, No. 1 (Fall 1983) による。
- 5) レーガノミクスと医療政策の関連について, さしあたり, 拙著『現代日本の医療政策』(労働旬報社, 1984 年), 第 5 章第 3 節「医療費抑制とレーガノミクス」を参照されたい。
- 6) Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982. 本法の内容を, 医療関連に限定して報告したものとして, 水田邦雄「82 年度予算関係法による米国社会保障制度改正について」(『週刊社会保障』No. 1198, 1199, 1982 年 10 月 18 日, 25 日) が有益である。
- 7) case-mix とは, 「病院資源に対するニーズの違いを

反映する, 様々なタイプの患者の相対的入院頻度である。case-mix を測定する方法は多数存在する。あるものは, 患者の診断にもとづくか, あるいは疾病の重篤度による。あるものは, サービス利用にもとづくし, あるものは, 病院の性格によるし, あるいは病院の立地にもとづく」(Office of Technology Assessment, Diagnosis Related Groups and the Medicare Program: Implications for Medical Technology, A Technical Memorandum, July 1983, p. ix) と定義されている。

- 8) Appendix B. A Brief Review of the Development of DRGs. *ibid.*, p. 66.
- 9) Review, July/August, 1984, p. 34 なお Review は, 投資家所有病院 (Investor-owned Hospital) の全国団体である Federation of American Hospitals (FAH) の機関誌である。
- 10) Review, March/April, 1984, p. 42.
- 11) 各州の DRG を含む病院費用抑制システムの比較検討として, A. Esposito, et al., Abstracts of State Legislated Hospital Cost-Containment Programs, Health Care Financing Review, Fall/1982, Appendix C—Examples of Per-Case and DRG Payment Systems, Office of Technology Assessment, *op. cit.*, および State-by-State Survey, Review, Sep./Oct. 1983 が有益。またニュージャージー州の検討としては, 上記の各文書に加えて, Michael D. Rosko, The Impact of Prospective Payment: A Multi-dimensional Analysis of New Jersey's SHARE Program, Journal of Health Politics, Policy, and Law, Vol. 9, No. 1, Spring 1984 が参照されるべきである。
- 12) Review, Jan./Feb. 1984, p. 4.
- 13) The Arizona Coalition for Cost Effective Quality Health Care.

この団体は, 近年アメリカに急増している「医療費防衛同盟」(coalition for cost of health care などと称する例が多い) の 1 つである。この種の同盟は, 大企業が中心となって, 一種の買い手独占状態をつくるものである。すなわち, 自社の従業員が受診する医療機関を, 同盟と契約したものに限定する。各種の医療費についても契約がなされる。他方, 同盟と契約した医療機関を, PPO (Preferred Provider Organization) と称している。

- 14) Review, Jan./Feb. 1984, p. 4.
- 15) 病院株式会社 Chart Medical Corporation 副社長 Fred Follmer の発言。Review, Jul./Aug. 1984, p. 45.
- 16) アメリカ病院連盟主催の "Suppliers Forum" (1983 年 11 月) における Hospital Corporation of America の資材担当副社長 Gene Burton の発言。このフォーラムのテーマは「DRG 時代の病院産業」であった。Review, Jan./Feb. 1984, p. 102.
- 17) *Ibid.*, p. 102, Humana Inc. の副社長 Paul B. Powell の発言。
- 18) Review, Jul./Aug. 1984, p. 26.
- 19) 詳しくは拙論「アメリカの投資家所有病院の動向」(『全国保険医通信』1982 年 12 月, 83 年 2 月) 参照。