

DRG/PPS の意義と課題

安部 雅仁

I 問題意識

わが国をはじめ各国において医療費が増加する中で、経済成長の停滞に伴って保険料および租税収入といった財源上の制約問題が生じている。これに対する一つの制度対応として、診療報酬の改正を通じた医療費適正化策が選択されている。

本来、診療報酬のあり方は、医療の成果に応じた対価が求められるべきであろう。従来の出来高払い制は、主に診察・検査、薬剤および入院等といった資源投入によって対価が規定されるシステムである。一般的には、それらの数量が多い場合に質の高い医療とみなされ、これが診療報酬と医療費を増加させる誘因にもなっている。

定額払い制は、医療行為を包括化した上で診療報酬(価格)が設定・管理されるシステムである。近年では、その導入または対象範囲拡大を通じた医療費適正化が進められ、さらに投入資源に対する成果を維持・向上させようとする取り組みがなされている。

本稿は、定額払い制の一形態としての DRG/PPS (Diagnosis-Related Groups/Prospective-Payment System: 診断群別分類に基づく定額払い制) を取り上げ、受診機会平等が優先されるわが国の医療において、こうしたシステムがどのような意味をもちうるかを、いくつかの新しい資料と視点に基づいて検討するものである。

まずは II において、DRG/PPS の基本概念を整理した上で、競争・選択的な医療が優先されるアメリカの医療費適正化政策の中で、これがいか

に位置づけられているかを再確認する。アメリカの経験を取り上げる理由は次の点にある。すなわち、1983年に管理医療 (Managed care) の一つとして DRG/PPS が導入されて以来 20 年が経過し、これを導入している他国 (フランス、ドイツ、オーストラリア、韓国等の 13 ヶ国) と比較して対象範囲が最も広いことから、その効果と課題および性質を明確にする上で有益と考えられるためである。アメリカの経験は、わが国の DRG/PPS 導入論議においても重要な意味をもっている。

次の III では、わが国の医療費適正化の必要性を踏まえ、厚生労働省による DRG/PPS の試行・調査関係資料 (2000 年 7 月と 2002 年 4 月の中央社会保険医療協議会・総会資料) の要点を整理し、その導入に関する現段階での分析・評価を行う。これについては、「入院医療標準化の基礎研究」、「退院 (可能) 患者に対する施設と制度面での対応」の 2 点が重要な前提となることに触れ、IV において導入段階 (移行期) にも係る他の課題を提起・検討する。その際には、「受診機会の平等確保と医療費適正化とのトレード・オフ関係への対応」、「医療原価 (とくに薬剤と医療機器の価格) の適正化」等といった点から実効可能性を検討した上で、最後に筆者の考えを加える。

II アメリカの医療費適正化政策

アメリカの医療保障は、Medicare (主に 65 歳以上の高齢者が対象) と Medicaid (低所得者等が対象) の公的制度以外は民間保険が中心になっ

ている。この中でも、HMO (Health Maintenance Organizations: 健康維持組織), PPO (Preferred Provider Organizations: 特約医療組織) 等¹⁾ といった Managed care が普及し、80年代以降これが急速に拡大している。

Managed care が拡大した要因の一つは、医療の競争原理ないし Managed competition²⁾ の浸透によるものである。さらに加入者の保険料が、Indemnity (損害賠償タイプ) または出来高払い制のプランや受診制約の少ないプランよりも低額に設定されるためである。

Managed care においては、医療費増加要因が患者と医師の情報非対称性、保険に伴うモラル・ハザードおよび医師誘発需要にあると判断され、一定の管理を通して競争原理が取り入れられる。この場合の管理とは、①医療の価格、数量および質の審査、②医師・医療機関の選別と任意・個別契約 (契約解除を含む)、さらに③加入者に対する受診制約 (保障内容によって異なる)、を指している。国民・被保険者は、これらに関する情報と所得制約等の諸条件のもとで保障プランを選択する。

近年では、Primary Care Physician (内科・家庭医等の初期診療医師: 以下、PCP と略称) が Gate keeper³⁾ として契約されるケースが増加している。患者・被保険者は、PCP の診察と治療を受けた上で、必要に応じて一部の専門医ないし

医療機関を紹介される⁴⁾。

次に、アメリカの診療報酬は、Doctor's fee と Hospital fee に大別され、それらがいくつかの形態に分類される (表 1)。

DRG/PPS は、70年代末に、HCFA (Health Care Financing Administration: 医療保険財政庁)⁵⁾ から調査・基礎研究委託を受けた Yale 大学のもとで考案された (調査対象は 332 の医療機関と 140 万件の症例、調査期間はおよそ 10 年間)。これは、定額払い制の中でも、医療資源の必要性あるいは実際の投入とは直接的な関連性をもたない Capitation や Per-Diem に比べ、資源配分と医療費適正化の上ですぐれていると考えられる。

DRG は、WHO (世界保健機構) の ICD-9 (International Classification of Disease: 国際疾病分類) に規定される約 7,000 の疾病 (現在は ICD-10 の約 14,000 の疾病) を、それぞれの治療に要した時間、薬剤、材料・機器および入院といった資源の必要性や医学的近似性に基づいて 500~600 程度に分類したものである。これについては、EBM (Evidence-based Medicine: 医師の主観ではなく、治療成果の実績データや科学的根拠に基づく医療)、さらにクリティカル・パス (Critical Path: 看護行為ないし看護度の標準化・効率化プロセス) が応用される。これらは、客観的基準に即して治療方法の較差 (相違) を抑制した上で、医療の質や効率性を向上させる知識

表 1 診療報酬の主な支払い方法

診療報酬	Doctor's fee (医師に対する報酬)	定額払い制	APG/PPS (Ambulatory-Patient Groups/Prospective-Payment System: 外来患者に対する定額払い制) RBRVS (Resource-Based Relative Value Scales: 資源基準相対評価制) Capitation (人頭請負払い制) *通常は 1 人あたり
		出来高払い制	Fee-for-Service Discounted Fee-for-Service (割引き出来高払い制)
		その他	Salary *給与, 日給ないし時間給
診療報酬	Hospital fee (病院に対する報酬)	定額払い制	DRG/PPS Capitation Per-Diem (1 日あたり定額払い制)
		出来高払い制	Fee-for-Service Discounted Fee-for-Service

出所) Folland, Goodman and Stano (2001), 広井良典編 (2000) より作成。

および技術として位置づけられている。

DRGは、医療の評価基準ないし標準的数量を規定する手法として考案されたものであり、これにPPS(標準的価格)が適用された際に診療報酬償還システムとなる。したがって、医療費適正化の実質的効果は、PPSのあり方にも左右される。

PPSは、DRGによって設定された数量を包括化した上で、定額払い制の価格とするものである。その基礎償還額(標準的原価に一定のマーク・アップ率が加味されたもの)に対して、医療機関の機能や規模、地域特性等に応じて調整係数が付加される。

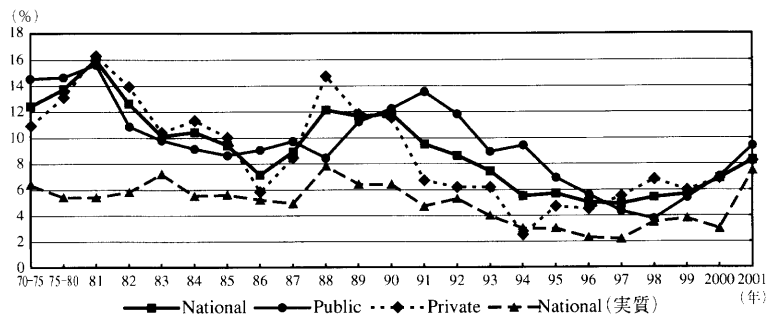
DRG/PPSが唱えられた基本的背景は、70年代以降とりわけ81年に医療費が急増(対前年度名目比で約16%上昇)したことにある(図1)。こうした中で、MedicareとMedicaidに対する公的支出(とくに連邦の財政負担)が拡大し⁶⁾、さらに企業サイドからは、保険料負担上昇と国際競争力への悪影響に対する警戒がなされた。

医療行為の制約に対する抵抗がみられたが、DRG/PPSは、83年にMedicareパートAのHospital feeに導入された。Medicaidの入院医療については、88年にニューヨーク州において

これが導入された後に、多くの州で取り入れられている。こうしてアメリカの公的入院医療は、AP-DRG(All Patient-DRG)に移行している。さらに、民間医療保険やManaged careにおいても、83年ないし84年以降これが段階的に導入されている。

DRG/PPSの運用面において、DRG-creep⁷⁾への対応を中心にいくつかの管理がなされている。この中でも、82年に設置されたPRO(Peer Review Organizations:同僚監視機構)の一つの役割は、これに所属する医師等の医療関係者がDRG分類やPPSのレセプトを審査・評価することにある。こうした審査において適切・妥当性が認められない場合には、翌月の診療報酬支払いの際に減額清算がなされる。また、Managed careは、一定の管理を通じた医療保障を行うことが本来の目的であったが、患者と医師・医療機関から成る医療において第三者として強く介入する組織に変質し、こうした中でDRG分類の妥当性やPPSの支払い審査を強化している⁸⁾。

DRG/PPSとその運用管理システムとしてのPROとManaged careは、医療費(とくに入院医療費)適正化の上で有効と判断され、80年代以



出所) Folland, Goodman and Stano (2001), Centers for Medicare & Medicaid Services (2002), Health Accounts Data等より作成。

注1) Nationalは、PublicとPrivateの医療制度を通して支払われた総医療費伸び率(自己負担を含む)。

2) Publicは、MedicareとMedicaidを通して支払われた医療費伸び率(FederalとStateを含む)。

3) Privateは、民間保険やManaged care等(Blue-cross, Blue-shieldといった民間非営利団体、およびIndemnityを含む)を通して支払われた医療費伸び率。

4) 70-75年および75-80年は、それぞれの期間の平均値。

図1 医療費の対前年度伸び率(名目)

降段階的に導入されることになった。以下では、こうした政策の経緯と医療費伸び率(図1)との関係をマクロ的に概観しよう。

医師・医療機関は、DRG/PPSへの対応上、原価抑制によって利益ないしマージンの拡大が可能になる。これが導入された83年以降(87年までのおよそ4年間)には、次の効果あるいは現象がみられた⁹⁾。

(1) 入院医療費の減少によって医療費伸び率が低下した。なお、カルテやレセプト等の記録・管理業務の増加に伴って、事務系職員の雇用関係費が一時的に上昇した。これは、医療費伸び率の低下を予想よりも抑える要因となった¹⁰⁾。

(2) 平均在院日数が導入前の7.2日から6.6日へと短縮した¹¹⁾。また、184の医療機関と6万の病床がそれぞれ減少し¹²⁾、病床利用率が74.5%から64.1%に低下した。これらによって、年間およそ3,500万人であった入院患者が、導入後には3,100万人程度にまで減少した。

(3) 外来医療と日帰り手術が増加した。外来の日帰り手術(Day-surgery)は、83年には全手術件数の内15%程度であったが、これ以降大きく上昇した。総医療収入に占める外来収入比率(全医師・医療機関を含めた平均)も、83年の12.5%から上昇を続けた¹³⁾。さらに、ナーシング・ホーム(リハビリ施設を含む)への転院と在宅医療が拡大した(前者は退院〈可能〉患者の受け入れ施設としての役割を担い、後者は訪問看護ケアの体制が整えられた)。

(4) 従来の病院経営においては、多くの患者を確保した上で、収入を維持・増加させるマーケティングが中心であった。導入後は、疾患別原価の比較とその抑制を踏まえ、医療の質と患者満足度の向上を通して収入や利益を確保することが求められた。

こうした中で、DRG/PPSのコスト管理によって医師・医療機関の裁量が制約され、粗診粗療につながるの指摘がなされた。これについては、再入院率がわずかに増加したとはいえ、退院後6週間以内の死亡率にはほとんど変化がなかったことから、患者に対する悪影響ないし治療上の弊害

が回避されたものと考えられる。なお、Medicare入院患者の死亡率が83年の6.6%から84年の7.2%へと一時的に上昇したが、これは対象入院患者が減少する中で重症の入院患者割合が増加した結果である。

DRG/PPSが導入された後に、医療費適正化と医療の質に関して一定の成果を確保しえた要因は、PROとManaged careによる管理医療および情報公開のもとで、医療提供者が良質の治療を行うことが要求されたためである。また、退院(可能)患者に対する施設と制度面での対応(医療機関からナーシング・ホームやリハビリ施設および在宅医療へとといった提供体制：これは“垂直的連携”ともいわれる)がなされたこともあげられよう¹⁴⁾。しかしなによりも、その導入までに要した約10年間のプロセスにおいて多くのデータが収集・分析され、さらにEBMとクリティカル・パスを取り入れながら入院医療標準化への対応(知識と技術の習得)が行われた結果である。

ところで、88年の医療費伸び率は、Nationalレベルではおよそ12%(実質でも7.8%)に上昇し、Privateでは14%をこえ、Publicにおいても89年に11%をこえている(図1)。これは、主に上記(3)の外来医療・日帰り手術の増加によるものである。

医師・医療機関は、入院医療収入が減少する中で、一定の収入を維持する上で外来医療・日帰り手術にシフトする必要がある。医学・医療技術の進歩によって外来での対応が可能になったことも、これを増加させる要因になった。

こうして外来医療を中心にあらためて適正化問題が提起され、PROとManaged careによる管理ないし介入強化とあわせ、外来診療報酬のあり方が問われた。Doctor's feeのAPG/PPSとRBRVS(表1)は、主にHCFAと3M-HIS社によって、この問題を踏まえた調査・基礎研究を通して考案されたものである(もっともこれらの支払い方式は、アメリカ医師会や議会の抵抗のため、どの程度まで普及・浸透しているかは現段階では不明確である)。

APG/PPSは、臨床的特質と使用された資源

が類似する外来患者を 297 程度にグループ化した上で、これに係る報酬を定額払いとするものである。これは、90 年以降、Medicare パート B、Blue-cross および Managed care の一部に取り入れられている。

RBRVS は、外来医療（手術を含む）に要する時間、労働力、医療過誤保険料および他の経費を包括して医師に支払うものである。これは、心臓・脳神経・整形等の外科医（専門医）に対する PCP の相対的価値 = Relative Value Scales を高めた上で、それぞれの報酬を規定することが一つの目的になっている（専門医報酬が抑制され、PCP のそれがある程度引上げられる中で、全体として Doctor's fee の伸び率が抑制された）。RBRVS は、92 年以降、Medicare パート B、Medicaid および Managed care において段階的に導入されている。

こうして、DRG/PPS、PRO と Managed care、さらに APG/PPS と RBRVS の一部の効果により、一時期の 10% をこえる医療費伸び率が 90 年以降徐々に低下して 6% 前後（実質では 2~3%）となった。

しかし 90 年代末以降、これが再び上昇に転じている（図 1）。この要因は、診療報酬多様化に伴って制度が複雑化した結果、入院・外来患者別のカルテやレセプトおよび原価管理に要する労働・設備関係コストが上昇したことにある。また、医学の発展と対象者拡大（高度医療に対する超過需要）¹⁵⁾、さらに薬剤費上昇が医療費増加要因の一つになっている。

以上の諸点からすれば、DRG/PPS が医療費適正化と医療の質に関して一定の成果を確保するためには、適正な DRG 分類と PPS の設定、および医療標準化の知識と技術の基礎研究が不可欠といえる。実践段階においては、保険者等による運用面での管理に加え、退院（可能）患者に対する垂直的連携の整備が求められる。さらに、入院・外来医療を含めた適正化の上では、Doctor's fee への対応が重要といえよう。また、医療技術と治療方法の変化（高度化）に応じて DRG 分類を改定し¹⁶⁾、PPS についても、標準的原価や経

済・財政状況の如何によってはこれを見直すことが求められる。

次に、以上の性質を有する DRG/PPS が、わが国の医療にとっていかなる意味をもちうるかを検討しよう。

III 日本の医療と DRG/PPS

わが国は、1961 年の国民皆保険が制度的に定着する中で、受診機会平等およびいくつかの健康指標に関して一定の評価が得られている。しかし、高齢化の進行と医療技術高度化等により、近年では医療費が 30 兆円（対国民所得比では 8%）にまで増加する一方で¹⁷⁾、経済の長期的停滞に伴って財源問題が深刻化している。これが、受診機会平等を保証する制度の持続可能性にも影響を与えようとしている。

医療費適正化が求められる基本的背景はこうした現状にあり、制度改革の一つとして診療報酬のあり方が問われ議論がなされている。

出来高払い制と定額払い制の選択問題においては、医療費増加の一要因が前者にあると判断され、近年では後者の導入ないし対象範囲拡大を通じた適正化策が唱えられている。また、定額払い制が選択されるとした場合でも、外来医療と入院医療の両者ではなく、現段階では入院医療への導入が中心テーマになっている。

わが国の入院医療については、他国に比べて平均在院日数が長く、さらに対人口比でみた病床数が多いことも指摘される。近年の平均在院日数（一般病床）は 30.4 日¹⁸⁾ になっており、これはアメリカの約 5 倍である。なお、アメリカの定義は、在院日数が 30 日未満の医療機関に限定されるが、わが国では長期療養型施設も含まれる。アメリカと同様の定義に置き換えた場合、わが国の平均在院日数はおよそ 20 日とされる¹⁹⁾。

一方の病床数は、対人口 10 万人あたりでみた場合、90 年以降減少傾向にあるとはいえ 995.9 である²⁰⁾。アメリカではおよそ 360（医療機関のみ）であり、これは DRG/PPS 導入効果の一つと考えられる（病床数は 81 年の約 110 万床から、

2000年の90万床程度にまで減少している)。わが国では、約126万の一般病床²¹⁾の効率的利用とその医療費適正化問題が提起される。

これに関連して、2000年11月の第4次改正医療法において、精神、結核および伝染病床以外の「その他の病床」が「一般病床(109万床)」と「療養病床(17万床)」に区分され、療養病床に係る部分では、定額払い制や介護保険を通じた適正化対応がなされつつある(このケースの定額払い制は主に老人医療が対象とされ、Per-Diemタイプが採られている)。

一般病床に係る部分では、98年11月より厚生労働省(保険局・医療課)において『急性期入院医療の定額払い方式の試行に係る関係調査』(以下、「試行調査(98)」と略称)が行われている²²⁾。この目的は、急性期入院医療の一部にDRG/PPSを適用し、これに該当する疾病ないし患者の在院日数や病床利用率等がどのような影響を受けるかを把握することである。実際には、183のDRGが設定され、それぞれに要した入院、薬剤および検査・画像診断が包括の上でPPSの対象とされる(手術や麻酔に対しては出来高払い制が適用される)。

ここで、DRG/PPSの一般的な導入プロセス(以下の[1]~[4]段階)²³⁾を整理し、基本的に

[2]の段階にある「試行調査(98)」の要点を確認しよう(表2, 表3)。

- [1] ICD-9ないしICD-10に係るMDC (Major Diagnostic Categories: 主要診断群)²⁴⁾に基づいて適正なDRGを設定する。
- [2] 各DRGの標準的原価とPPS(基礎償還額, 調整係数)を算出した上で試行調査を行う。
- [3] これらの結果と課題を踏まえ、すべての医療機関にDRG/PPSを導入する。
- [4] 定期的にデータを収集・分析し、必要に応じてDRG分類とPPSを改訂する。

「試行調査(98)」では10の病院が対象とされ、DRG/PPSの患者該当率は平均で27.8%になっている。各調査項目の試行前と試行後を比べれば、平均在院日数は24.16日から23.05日へと若干の短縮がみられる。病床利用率については、許可病床のそれが84.1%から81.5%に、稼働病床のそれが88.5%から86.0%に低下している。

再入院率と入院中死亡率は、望ましくない結果になっている。前者は3.2%から6.6%にまで上昇しているが、これには次の3つの理由が考えられる。①医師等の医療関係者がDRG/PPSの内容および対応を必ずしも把握しているわけではない(転勤や異動によって周知徹底がはかられないことも指摘される)²⁵⁾。②上記の平均在院日数短

表2 対象病院と定額払い制(183のDRG)の該当者数および該当率

対象病院	入院患者数	DRG該当患者数	該当率(%)	対象病床数(一般病床)
国立仙台病院	7,575	1,761	23.2	668
国立埼玉病院	4,396	1,360	30.9	400
国立千葉病院	5,778	2,365	40.9	467
国立豊橋病院	2,499	825	33.0	327
国立神戸病院	4,615	1,381	29.9	304
国立南和歌山病院	4,203	1,261	30.0	330
国立岡山病院	7,211	1,567	21.7	661
国立病院九州医療センター	8,336	2,148	25.8	650
岐阜社会保険病院	4,615	1,235	26.8	250
健康保険諫早総合病院	5,008	1,197	23.9	300
合計	54,236	15,100	27.8	4,357

注) 入院患者数は、98年11月1日以降に一般病棟に入院し、なおかつ99年10月31日以前に退院した患者総数。この中には、検査入院、正常分娩および治験等の試行対象外の患者も含まれる。

表3 DRG/PPSの試行前と試行後の対比

調査項目	試行前(96年4月~97年3月)	試行後(98年11月~99年10月)
平均在院日数 ¹⁾	24.16日	23.05日
病床利用率	許可病床に対して	81.5%
	稼働病床に対して	86.0%
再入院率 ²⁾	3.2%	6.6%
入院中死亡率 ³⁾	1.9%	2.4%
(参考) 入院比率 ⁴⁾	41.1%	41.0%

出所) 表2・3は、厚生労働省資料(2000年7月)「急性期入院医療の定額払い方式の試行に係る関係調査の概要—平成10年11月1日から平成11年10月31日の状況」より作成。

注1) 平均在院日数は、次により算出。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \div 2}$$

* 年間在院患者延数は「病床数×平均病床利用率×365日」と同義である。

- 2) 入院日の6週間前までに前回の入院がある場合に「再入院あり」と判断される。
- 3) 入院日から4週間以内に死亡した場合に「入院中死亡あり」と判断される。なお、試行前は96年4月~12月。
- 4) 入院比率は、患者総数(入院患者+外来患者)に占める入院患者数の割合。

縮はDRG/PPSへの形式的な対応によるものであり、この結果として再入院治療が必要とされた。さらに③退院(可能)患者に対する施設と制度面での対応、すなわち垂直的連携の整備が不十分である。

一方の入院中死亡率が1.9%から2.4%に上昇した一要因は、アメリカのMedicareと同様に、平均在院日数短縮の中で重症の入院患者割合が増加したことによるものと考えられる。なお、再入院率と入院中死亡率(とくに前者)が上昇した重要な理由として、入院医療標準化対応が必ずしもなされていないことがあげられる(これについては後述する)²⁶⁾。

以上は183のDRGに関する調査概要であるが、2000年11月の中央社会保険医療協議会を踏まえ、2001年4月以降、対象範囲を拡大した上で新たな調査が行われている(正式名称は『急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究』であり、この結果は厚生労働省によって2002年4月に「中間報告」としてまとめられた²⁷⁾。以下、「調査研究(01)」と略称)。

これによれば、DRGが532に分類され、対象病院は「試行調査(98)」の10機関に加え、これと同等の機能を有する56の国立および民間病院

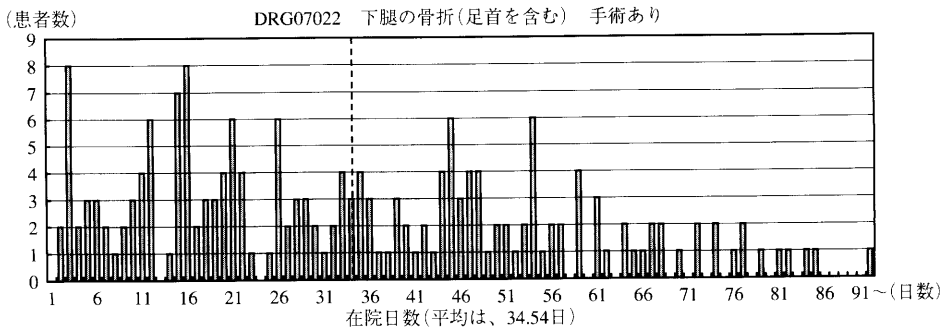
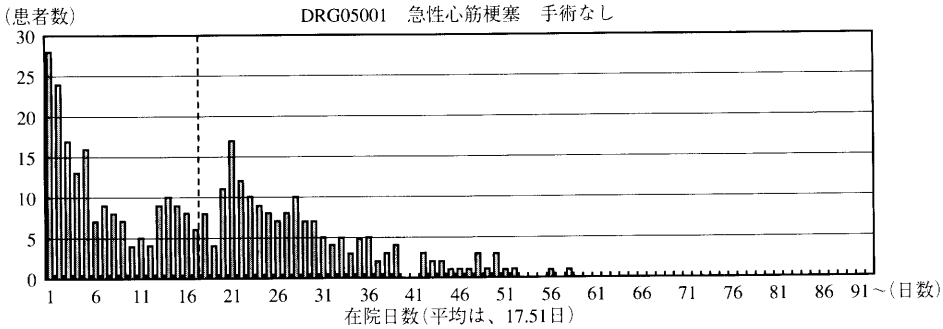
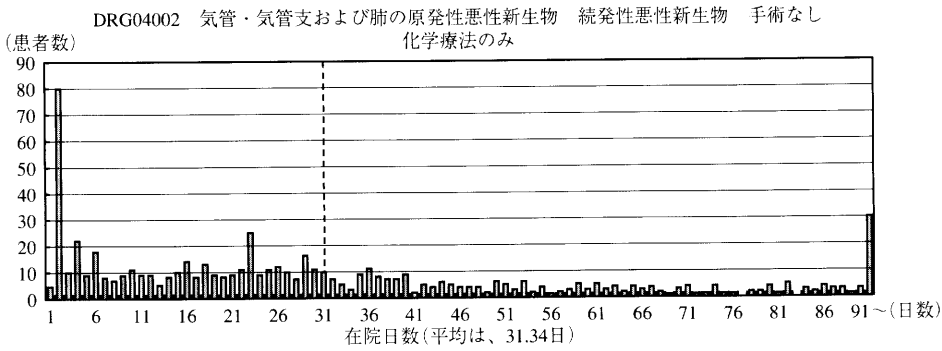
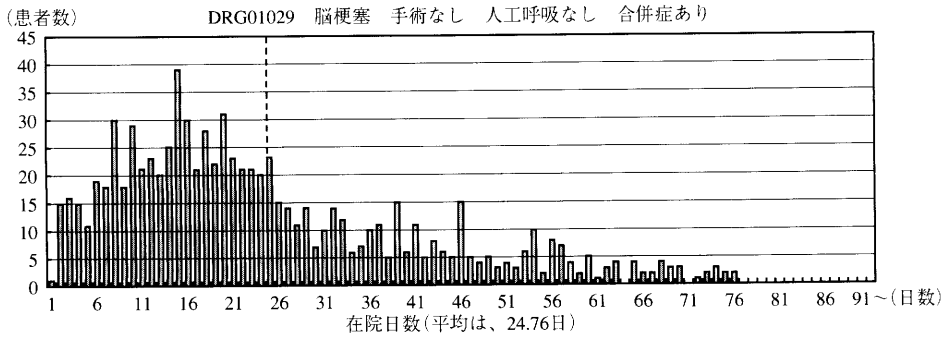
等を合わせ計66機関である(前者の10機関に対してはPPSの適用が継続されるが、新規対象の56機関に対してはそれが適用されない)。なお、平均在院日数(全DRGの平均値)は、15.94日になっている。

「調査研究(01)」では、分析対象症例数が153,612、その内DRG該当数が109,766(該当率は71.46%)といったように調査対象が広く採られ、「中間報告」とはいえ在院日数に関する資料(図2、図3)から重要な示唆を得ることができる。

「調査研究(01)」によれば、532のDRGの中で、図2の01029と同様の在院日数分布を形成するものが60%程度を占める。04002および05001と同様の分布がそれぞれ全体の10%前後、07022のそれが約20%を占めている。これらから、次の3点を指摘することができる。

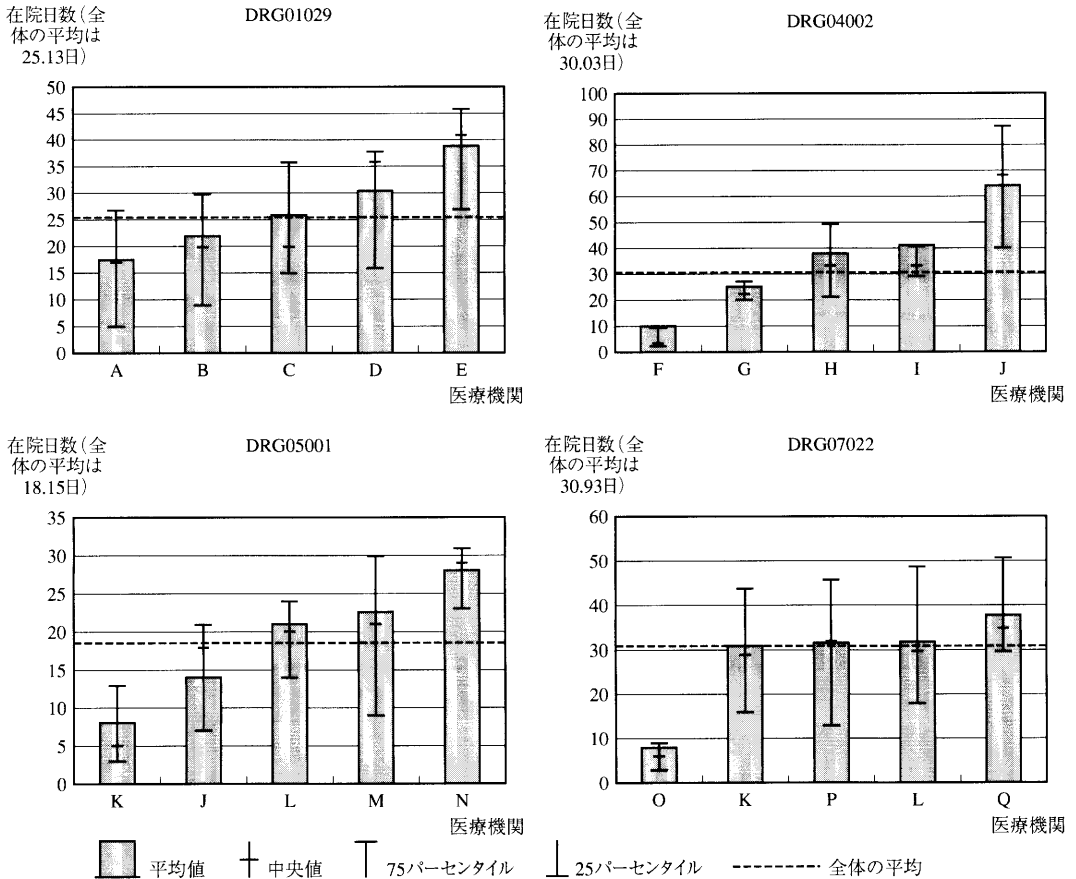
(1) 多くのDRGでは、平均値よりも短い在院日数の方にピーク(中央値・最頻値)があり、長期入院の方にテールがみられる(01029のタイプ)。

(2) 各DRGの在院日数には大きな較差(いわゆるバラツキ)がある(04002,05001および07022の各タイプ)。とくに、04002では2日間の超短期入院の一方で、91日間をこえる超長期入



注) 各図の!は平均値。

図2 DRG (01029~07022:一例)の在院日数分布および平均在院日数



出所) 図2・3は、厚生労働省資料(2002年4月)『急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究(中間報告)』より作成。

注1) 各図には、それぞれのDRGに関係する医療機関の中で5機関を選択して掲載(内訳は、平均在院日数が「最短」と「最長」の2機関、それらの「中間」の1機関、および最短と中間、中間と最長のそれぞれにおける「中間」の2機関)。なお、A~Qの所在地は全国に点在している。

2) 各図の「在院日数(全体の平均)」は、上記5機関の平均値ではなく、当該DRGに関係する全機関の平均値。なお、図2と図3では、各DRGの平均在院日数が一致していないが、この理由は、図2は「関係医療機関での患者入院日数の“実数”に係る平均値」、図3は「関係医療機関の“平均”在院日数に係る平均値」になっているため。

図3 在院日数較差(対象DRGは図2と同じ)

院がみられ、05001の分布には3つ程度のピークが形成されている。

(3) 患者の在院日数較差の理由は、各医師・医療機関の医学的判断、あるいは財政や経営上の判断によるものと思われるが、これを考慮した場合でも“患者”に対する治療方法には大きな相違があると考えられる。

また、図3のデータから、次の3点を指摘する

ことができる。

(4) 各DRGにおいて、医療機関ごとの在院日数には大きな較差がみられる。平均値の最短と最長を比べれば、01029ではおよそ2.2倍、04002では6.7倍、05001では3.5倍、さらに07022では4.7倍の較差になっている(中央値においても同様の傾向がみられる)。

(5) 在院日数のマクロ的な地域間較差と医療

機関較差の他に、ミクロ的に同一機関内においても、DRGによっては他の機関と比べて長短のバラツキが生じている。たとえば、J病院の在院日数は、04002の平均値が最長(中央値も同様)の一方で05001のそれが全体の平均よりも短く、K病院の在院日数は、05001の平均値と中央値が最短の一方で07022のそれらが中位に属している(こうしたケースが図に記したDRG以外にもみられる)。

(6) 医療機関の在院日数較差の理由は、上記(3)と同様に医学的判断あるいは財政・経営上の判断によるものと思われるが、これを考慮した場合でも“医師・医療機関”が行う治療方法には大きな相違があると考えられる。

わが国では、医療制度改革の一つの問題提起において、長期入院に伴う医療費増加問題が取り上げられる。この対応として、平均在院日数の短縮が唱えられるが、これを優先ないし一律に短縮させる政策選択は、以上の諸点から適切ではないと考えられる。

DRG/PPSとの関係においては、導入後に期待される効果等が中心テーマになっている。しかしこうした状況からすれば、臨床に導入する際的前提を整理・再検討する必要がある。その前提としては、入院医療標準化、退院(可能)患者に対する施設と制度面での対応、および医療原価の適正化があげられる。この中でも標準化については、基礎研究と医学(部)教育等を通して、その知識と技術を普及・浸透させることが重要と考えられる。

もっともこれとは反対に、DRG/PPS導入によって標準化が進められるとの見方も可能であろう。しかしこうした方法は“制度による強制”のもとで治療方法の較差(相違)を抑制しようとするものであり、とくに急性期医療(=突発的または急に症状を発して進行の早い段階にある疾病や怪我に対する医療)においては、いくつかの弊害が予想される。

ここで“弊害”とは、一般的にいえば医師裁量や医療行為の制約に伴う治療上の悪影響であるが、具体的には、{1}標準的在院日数(適正なDRG

に基づく在院日数)²⁸⁾に達した後の再入院(転院)と重複医療、{2}続発性ないし転移による合併症の併発や転帰に伴うQOL(Quality of Life)の低下、さらにこれらによる{3}追加的医療費の発生、を指している(疾病と怪我の種類<=DRG>や患者特性によっては、以上の内容と程度が異なるであろう)。

急性期医療が調査対象とされる2つの資料の内、「試行調査(98)」では治療の成果に関して望ましくない結果が報告され、「調査研究(01)」のデータからは上にみた較差が明らかにされている。これに関連してDRGによっては、転帰の判断が医師の主観を通してなされるケースが指摘され、看護行為においても客観的基準が把握されていないことが報告されている²⁹⁾。

こうした中でDRG/PPSが導入されたとすれば、医師・看護師は臨床での経験ないし試行錯誤を通して標準化の知識と技術を習得することにもなるため、とりわけ医学的に長期入院や濃厚治療が求められる患者および医師・看護師にとって、適切な医療提供は期待しえないと考えられる。この場合には、再入院率(あるいは入院中死亡率)の増加につながる事が予想され、結果的に在院日数短縮や医療費適正化効果も確保することができないであろう(表3)。これらについては、医療の需要側(患者)における需要の価格弾力性とその性質に置き換えて検討しておこう。

現代のDRG/PPSの導入対象にもなっている急性期医療の価格弾力性は、他の医療、たとえば慢性期医療、予防医療・健康診断および美容形成等のそれと比較した場合には、非弾力的と考えられる³⁰⁾。なぜなら急性期医療は、慢性期医療等(救急・救命医療を除く)に比べて健康あるいは生命にも直接的に係りうることが多いとされ、治療の緊急性・必需性が高い性質をもっているからである(なお、DRGと転帰によっては需要曲線の傾きの変化や右上方シフト<所得弾力性にもよる>が生じ、医療提供者が医学・経営上の判断からこれに影響を与えるケースもあろう)。

いいかえれば、患者は急性期疾患によってQOLあるいは効用が低下した時に医療サービス

を消費する(消費しなければならない)のであり、他の方法ないし財・サービス消費を通じた対応行動によって“健康状態”に回復しうる選択の機会が少ない(DRGや転帰の如何では、こうした機会がほとんどない)とみる必要があろう³¹⁾。

以上の性質をもちうる急性期医療の標準化においては、医師・看護師の知識と技術に加え、垂直的連携の整備および医療原価適正化への対応(これについては後述する)がとくに求められる。DRG/PPSの導入段階(移行期)においてこれらの対応がなされていないとすれば、上記{1}～{3}の“弊害”が避けられないであろう。

医療費適正化とその標準化・効率化(質の維持)といった目的の上で、“制度による強制”あるいは診療報酬の上限設定によって経済的誘因を活用(優先)する手法が必ずしも望ましくないと考えられる理由は以上の諸点にある。アメリカにおいてDRG/PPSが導入された後に、それらの目的に関して一定の成果を確保しえた要因の一つは、先にも触れたように、導入までのプロセスにおいて多くのデータが収集・分析され、標準化の基本的対応や垂直的連携の整備がなされたことにある。

わが国でも、まずはEBMとクリティカル・パスを踏まえ、標準化の知識と技術対応を通して以上の弊害を回避しうる環境を整えておくことが望まれる。このためには、各医療系の大学と医療機関等において、症例研究や治療の成果と課題に関する情報公開を進め、基礎研究・教育の拡充をはかることが求められよう。また、いわゆる患者と医師の情報非対称性の中で、患者が事後的に情報(とくにカルテの内容)を知ることができれば、医療への参加を通して標準化・効率化の向上に寄与することが期待される。

IV 展望—今後の課題

わが国においてDRG/PPS導入による医療費適正化策が選択された場合(上記、導入プロセスの[3]段階)、実効可能性に関していくつかの課題が提起される。これについては「コスト(とく

に原価)を抑制した上で、医療の成果を維持・向上させることが可能か」といった点に集約される。以下では、個別の課題を取り上げることにしよう。

1 医師等の医療従事者と病院経営者が、DRG/PPSの内容および対応を把握する

DRG/PPSはわが国の医療にとって新しいシステムとなるため、まずは医療提供サイドがその内容と実施上の対応を把握することが必要である。

アメリカでは、導入までのプロセスにおいてこれらに関する情報提供がなされ、また、医療関連情報(カルテや疾患別原価)を詳細に記録・管理する習慣が早くから浸透していた。このため、事務系職員の増員がなされたとはいえ、導入後の対応においてはとくに混乱が生じることはなかった。

わが国においても、情報提供を進めた上で、診療記録と原価管理部門の設置および人員の確保が求められよう。さらに、わが国の医療にとって適正なDRGを設定することが必要である(これについては、HCFA-DRG、AP-DRGおよびAPR-DRGの中でも、AP-DRGが望ましいといわれる：注16)参照)。

2 保険者(将来的には民間保険者を含む)の機能を強化する

保険者は、患者と医師・医療機関から成る医療において第三者として介入する組織であり、その役割や方法および程度に関してはいくつかの考え方があ

わが国では、国民の加入する医療制度＝保険者が原則的に就業形態・居住地域によって定められる。各保険者に与えられた基本的役割は、保険料等収入の確保とレセプトに記載された診療報酬償還業務であり、これらは公的に管理・規定されたものである。

アメリカにおいてDRG/PPSが一定の成果をもちえた背景は、PROやManaged care等によって運用面での管理がなされたことにもある。わが国でも、保険者による管理機能強化が要件の一つとなろう。たとえば、DRG分類の妥当性(DRG-creepへの対応を含む)とPPSのレセプ

トに対する厳密な審査、医療の成果（内容）に関する情報公開といった裁量を保険者に認める必要がある。

なお、近年わが国では、次の2つの保険者機能ないし裁量について検討がなされている。すなわち、「医師・医療機関の選別および任意・個別契約」、「多様な保障プラン提供とこれに応じた保険料設定」である。

これらは、競争・選択的な医療が優先される場合には、各保険者の財政安定化や国民・被保険者のプラン選択の上で有益と考えられる。わが国でも、民間医療保険や民間と公的保険による二階建て医療保険が導入され、診療報酬と保障内容が多様化する際には、それらの機能・裁量は望ましいと思われる。しかし、受診機会平等が優先される現段階では、必ずしも適切とはいえない。これが維持・優先される一つの結果として、受診率上昇を通じた医療費増加問題が指摘されるとはいえ、早期の診断と治療（健康診断を含む）によって、その抑制効果が期待されうることを評価する必要がある。

とくに“医師・医療機関の選別”については、これを保険者に委ねるのではなく、患者・被保険者が医療の成果（内容）に関する情報に基づいて選択行動を行った結果、それらが選別されるといった方が望ましく、国民的合意を得やすいものと考えられる。

上記2つの機能・裁量は、DRG/PPS導入との関係においても、現段階では必ずしも有益ではないと思われる。

3 Doctor's fee と Hospital fee の合理的区分を行い、医療機関選択の中立性を確保する

わが国の診療報酬は、Doctor's fee と Hospital fee を分けた上で設定がなされているわけではない。DRG/PPSの基本目的は入院医療費の適正化にあるため、これらを合理的に区分する必要がある。

これに関連して「試行調査(98)」では、入院、薬剤および検査・画像診断のHospital feeに相当する医療がPPSの対象になっている。ただし、

その適用機関はカルテや情報管理システムが整備された高機能病院であり、入院医療費は他の病院よりも高額とされる。これを基準にしてPPSが設定された場合には、医療費が増加する可能性があるため³²⁾、医療機関の規模や専門領域等に応じて調整係数を加減することが求められる（調整係数に関しては、病床数の地域間較差〈注20参照〉に対する配慮も必要であろう）。

また、導入段階（移行期）においては、アメリカと同様に外来医療・日帰り手術または術後の短期入院医療へのシフトが予想される。これについては、外来診療報酬やDoctor's feeの適正化に加え、退院（可能）患者に対する施設と制度面での対応が求められる。

さらに、特定の医療機関がDRG/PPSの対象とされるのではなく、中立性の観点から全機関が対象とされる必要がある。患者・被保険者が医療機関を選択する際に、診療報酬の相違によってこうした行動が歪められることを回避するためである。

この点について、「試行調査(98)」の対象病院はこれに参加していない他の病院（出来高払い制のもとで医療が行われる病院）との比較で“不利な状況となっている”ことが報告されている³³⁾。アメリカの競争・選択的な医療とは異なり、受診機会平等が優先される場合には、医療機関選択の中立性確保は重要な要件といえる。

4 受診機会の平等確保と医療費適正化とのトレード・オフ関係の乖離を抑制する

上記の中立性を考慮してDRG/PPS導入がはかられる場合でも、「受診機会平等」確保と「医療費適正化」において生じうるトレード・オフ関係への対応が必要である。

わが国では、前者の維持が国民の基本的選択とされ、今後の制度改革においてもこれが優先されるものと考えられる。後者の問題に関しては、医療費“抑制”手段としてのDRG/PPSではなく、“適正化”手段としてのそれが選択されるべきであろう。

わが国の医療制度内容は、患者・被保険者およ

び医師・医療機関において原則的に統一されているため、医療費“抑制”手段としてのDRG/PPSが選択された場合、この影響が広範囲に、しかも同時発生的に強く現れることが予想される。

これは、医療費の抑制あるいは削減の上では重要な要件であり、したがってわが国はそれが可能な条件下にあるとはいえ、こうした導入方法はいわゆるhard-landingにもつながる。とくに急性期医療がDRG/PPSの導入対象となることからすれば、先にあげた{1}~{3}の弊害が予想されるため、強い抑制効果を目的とした導入は避けるべきであろう。

繰り返し触れているように、医療標準化と垂直的連携といった導入前提、さらに(次の5において取り上げる)医療原価適正化への対応を通して、soft-landingしうる環境を整えておくことが必要である。この上でDRG/PPS導入をはかり、受診機会平等を基本的に維持する中で、医師・医療機関に対して一定の適正化誘因を与えることが求められよう。これらによって、両者のトレード・オフ関係の乖離を抑制することが可能と考えられる。

5 医療原価としての薬剤と医療機器の「価格」を適正化する

DRG/PPSの実効可能性を判断する上では、以上の他にも医療原価の適正化問題を検討する必要がある。これには医療用材料・備品、人件費および他の経費等が含まれるが、以下では、原価比率と治療上の必要性が高く、さらに競争原理が作用しえないと考えられる薬剤と医療機器を取り上げることにしよう。

わが国は、他国に比べて医療費に占める薬剤比率が高く、ジェネリックよりも価格の高い新薬が使用される傾向にある³⁴⁾。また、医療機器(とくにMRI、CTスキャナー等の高度・高額機器)についても、対人口比でみた設置数が最も多くなっており、必ずしも施設規模とは係りなくその設置によって近代化が進められている³⁵⁾。

ところで、薬剤の効能と医療機器の技術が向上し、これらが多数の患者ないし疾患に対して使用

される際には、通常は価格が低下すると考えられる。実際に、薬剤や医療機器によっては価格の低下傾向がみられるとはいえ、こうしたケースは必ずしも一般的ではない。とりわけ、少数の患者・疾患が対象とされる新薬と高度機器に対しては、基本的に製造・販売側によって高価格が設定される(輸入医療機器はとくに高額と思われる)。

こうした中で医師・医療機関は、薬剤の購入資金(製薬側にとっては研究開発・製薬費)回収の上で投与数量を、さらに医療機器の投下資金(製造側にとっては技術開発・製造費)回収の上で検査回数(数量)をそれぞれ増加させる必要がある³⁶⁾。

これらは医療原価(=価格×数量)を上昇させる要因となるため、医療機関にとっては「原価の下方硬直性」にもつながる。DRG/PPS導入後の医療費適正化効果は、原価の適正化がどの程度まで可能かによっても影響を受けるであろう。

この点について、たとえばDRGの標準的原価をC、それに係るマーク・アップ率をmとすれば、DRGの診療報酬(=PPS)は、

$$PPS=C(1+m)$$

と定式化される(mのあり方は医療費適正化目標等によって左右される)。

PPSはCを基準にして設定されるため、原価下方硬直性のもとでCが上昇した際には、原則的にPPSの引上げがなされる(短期的にはmの調整による対応も可能であろう)。Cに医療機器の価格ないし減価償却費が算入されるとすれば、PPSはさらに高く設定される。

DRG/PPSの導入対象とされる急性期医療の需要は価格に関して一般に非弾力的と考えられることから、需給関係でみた場合、PPSの上昇は急性期医療費を(弾力性に依じて)増加させる誘因をもっている³⁷⁾。したがって、医療標準化とあわせ、原価適正化に対する検討と対応も重要テーマとなろう。

DRG/PPSのもとでは、薬剤と医療機器・検査の数量が標準化の上で適正化されうるとはいえ、それらの価格の適正化効果が作用しないとすれば(とりわけ数量抑制の中で規模の経済性が後退し、

これによって価格が上昇した際には) PPSの上限設定がなされている限り、投入可能数量の追加的制約に伴って医療の質が低下すると考えられる。また、質を維持するために数量が抑制されない場合には、結果的に医療費適正化効果を確保しえないであろう。

アメリカでは、PROやManaged careの他にも、DUR(Drug Utilization Review:薬剤利用審査)を通して薬剤の価格と数量に対する管理がなされている(ただし、Indemnity等の出来高払い制が適用される一部の医療保険を除く)。また、医療機器については、とくに高額機器の重複購入を防ぐためにCON(Certificate of Needs:必要証明書)によって購入が認められるケースが一般化している(近隣の医療機関での共有・共同利用も進められている)³⁸⁾。

わが国でも、薬剤と医療機器の適正化、とりわけ価格の適正化対応ないし管理を通して、医療の標準的原価(上記式のC)を抑制することが求められよう。

V むすびにかえて

本稿は、DRG/PPSの基本概念と性質をアメリカでの経験等を参考にして整理した上で、わが国でのこれまでの経緯と実効可能性について考察を行った。以下では、「DRG/PPSの意義と課題」の要点をまとめ、わが国の実情に即して今後の方向を展望することにしよう。

DRGは、医療の質に関する評価基準としての性質をもっているため、客観的根拠に基づいて適正な分類がなされた場合、投入資源に対する成果や効率性向上を通して医療費適正化の必要条件を得ることができる。

PPSは、DRGにおいて規定された医療行為を包括化した上で定額払い制の価格とするものであり、標準的原価を踏まえた基礎償還額と調整係数の設定によって医療費適正化の十分条件を得ることができる。

いいかえれば、DRGは医療の標準的数量を、PPSはその価格をそれぞれ適正化しうるため、

DRG/PPSとしてのシステムは、本来、医療資源と医療費配分の合理性向上の上ですぐれた性質をもちうる。

DRG/PPSの意義はこうした点にあり、競争・選択的な医療が優先されるアメリカでは管理政策の一つとしてこれが導入され、医療費適正化等の目的に関して一定の成果を得ることができた(事後的にはいくつかの対応が求められたとはいえ、それはDRG/PPSの本来の性質に係るものではない)。受診機会平等が優先されるわが国の医療において、これによっていかなる効果が得られ、課題が提起されるかが問われている。

現代のDRG/PPSの導入対象は、治療の緊急性・必需性が高いとされる急性期医療である。これに関する2つの厚生労働省試行・調査資料によれば、再入院率と入院中死亡率に対して望ましくない影響を与えたことが報告され、さらに各DRG患者と医療機関の在院日数較差が明らかにされている。また、医師・看護師において、DRGによっては標準化対応がなされていない現状が指摘される。

こうした中で、DRG/PPS導入を通して医療費や在院日数の適正化が進められるとした場合には、DRGと転帰の如何によっては治療上の弊害が予想され、本来これに期待された効果を得ることができないと考えられる。わが国ではDRG/PPSの効果を確保する上で、導入の前提ないし課題を整理し、これに対する検討・対応を行うことが必要である。

入院医療較差(バラツキ)への対応においては、適正なDRG分類および標準化の知識と技術の普及・浸透が重要といえよう。しかし、医療費適正化誘因の上でこれにPPSが活用されることに限っては、現段階では程度問題を含め慎重な判断が求められる。この点については、DRGとPPSの位置づけを分けて検討することが重要であり、前者の導入と一定の標準化対応が可能となった段階で後者の導入がはかられるべきであろう。

また、退院(可能)患者に対する施設や制度面での連携に加え、保険者の管理機能強化と医療原価適正化等の対応が求められる。さらに、外来医

療および(将来的には)歯科医療の適正分類とこれに対するPPSのあり方を含めた検討が必要であろう。

DRG/PPSは、医療費適正化を通して受診機会平等を維持する管理政策の一つとして望ましいシステムと考えられるが、導入の前提としていくつかの重要課題が残されている。

平成14年11月投稿受理

平成15年5月採用決定

謝辞

本稿の作成においては『季刊社会保障研究』の2名のレフェリーより有益なご指摘・ご示唆を頂戴しております。また、東北経済学会・第56回大会(2002年9月)での報告の際には、吉田浩東北大学助教授(座長)、栗山規矩東北大学助教授より、生活経済学会・北海道部会研究大会(2002年11月)での報告の際には、蓮池稷札幌学院大学教授(座長)、黒田重雄北海道大学名誉教授より、さらに現代財政金融研究会(2003年1月)での報告において、林健久・加藤栄一両東京大学名誉教授、渋谷博史東京大学教授ならびに根岸毅宏國學院大学助教授より、重要なコメントを頂きました。資料提供および最新動向に関する情報供与については、厚生労働省(保険局・医療課)の江浪武志課長補佐(MD)より甚大なご協力・ご助言を賜っております。ここに記して謝辞を述べさせていただきます。

注

- 1) PPOに類似するプランとして、POS(Point of Service Plan:受診時選択プラン)、EPO(Exclusive Provider Organizations:指定医療提供組織)があげられる。なお、HMOは、86年以降Medicaidにおいて、91年以降Medicareにおいてそれぞれ部分的に参入している。
- 2) Enthoven(1988), McPake, Kumaranayake and Normand(2002), pp. 238-242.
- 3) Mayer and Tanaka(1999), McPake, Kumaranayake and Normand(2002), pp. 201-204, p. 219.
- 4) 高額医療や特殊治療に対しては事前審査が行われ、医師・医療機関がこれに応じない時には、診療報酬の支払いが減額あるいは拒否されることもある。薬剤についても管理が行われ、価格の値引きやジェネリックの使用を通して薬剤費抑制がはかられている。さらに医療費抑制の上

で、予防医療と健康診断が奨励されている。

- 5) HCFAは、2001年7月よりCMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)に改組された。
- 6) MedicareとMedicaidの導入時期(65年)には、前者の加入者がおよそ1,200万人、後者の対象者が1,100万人であったが、81年にはそれぞれが2,200~2,300万人にまで増加している。こうした中で、Medicareの医療費が66年の56億ドルから81年の350億ドルへと6倍以上に、Medicaidのそれが34億ドルから550億ドルへと約16倍にそれぞれ拡大した。
- 7) これは、医療提供者が患者のDRG分類を行う際に、近似する疾病分類の中でもより高い報酬の得られるDRGに患者を該当させる現象である(Upcodingともいわれる)。Folland, Goodman and Stano(2001), p. 485, McPake, Kumaranayake and Normand(2002), p. 132, p. 153.
- 8) 医療の質と内容審査および情報公開を行う第三者(民間非営利)機関として、NCQA(National Committee for Quality Assurance:全米品質保証委員会)、JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations:医療機関評価合同委員会)があり、これらも効率化・適正化の上で一定の役割を担っている。Folland, Goodman and Stano(2001), p. 199, p. 201, p. 403. 広井良典編(2000)第1・2章。
- 9) 川淵(1999), p. 7, pp. 51-59. 廣瀬(2002), pp. 112-135. Folland, Goodman and Stano(2001) ch. 12・21等。
- 10) DRG/PPS導入前には、病床数が200程度の中規模の病院では、およそ10名の診療記録・管理系職員が雇用されていたが、導入後には15~16名程度に増員された。これは、いわゆる医療過誤訴訟対策のためでもある。
- 11) 2000年には5.9日になっている。
- 12) 医療機関の減少は、主に統廃合ないし吸収・合併によるものである。とくに、全米で病院チェーンを運営するコロンビアHCAやTENET社は、吸収・合併を積極的に展開していた。
- 13) 90年代後半には、全手術件数に占める外来日帰り手術の割合が60%にまで増加し、総医療収入に占める外来収入比率は35%以上になっている。
- 14) しばしば“sicker and quicker”(完治していない中での早期退院)といったことが指摘されるが、こうした連携によって、退院(可能)患者に対する弾力的対応が行われている。
- 15) こうした医療には、脳死臓器および異種・再生移植が含まれる。これは、損傷あるいは機能不全の臓器や組織を「治療する医療」ではなく、新しいものと「交換する医療」である。この中でも異種・再生移植は、ES細胞(Embryonic

- Stem cell：胚性幹細胞)の発見と培養条件の基礎研究, さらにヒト・ゲノム計画による遺伝子解読と診断によって, 2010年までには臨床応用が可能といわれる。これらは通常は高額とされ, 初期段階の「特殊医療」から対象者拡大に伴って「一般的医療」にシフトする際には, 医療費や国民負担の増加が予想される。
- 16) これは, HCFA等によって行われている。なお, DRGのタイプに関しては, MedicareパートAに適用されたものがHCFA-DRG(499のDRGコード)であり, これにAP-DRG(641のDRGコード)が追加された。近年では, APR-DRG(All Patient Refinement-DRG: AP-DRGが精緻化されたもので, 1,422のDRGコード)に移行するための調査・基礎研究が進められ, 現在では3タイプのDRGが作成されている。
- 17) 医療費の対前年度(名目)伸び率でみれば, 80~2001年までは(介護保険が導入された2000年以外)概ね4~6%で推移している。厚生労働白書(2001)。(財)厚生統計協会(1995)『国民衛生の動向』。
- 18) 一般病床の平均在院日数は, 精神病床(390日)と結核病床(102日)を除いたものである。厚生労働白書(2001), p. 350。
- 19) 川淵(2002), pp. 181-182, p. 309。
- 20) (財)厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向』, pp. 185-187, p. 479。なお, 病床数(対人口10万人比)には地域間較差があり, 最多の高知県(1,960.4)と最少の埼玉県(683.3)とでは2.8倍の較差がある。
- 21) 現在の病院数は, 一般病院, 老人病院, 特定機能および専門病院を合わせておよそ9,300であり, これに設置される病床数が約126万である。これには, 約18,000の有床診療所での病床(22万程度)は含まれていない。
- 22) 「試行調査(98)」ではDRG/PPSといった用語は必ずしも使われていないが, 一般に日本型DRG/PPSとして取り上げられる。
- 23) 各段階の進み方は, EBMとクリティカル・パスの導入状況等によって変わりうる。なお, 救急・救命医療は, 症例の分類・類型化が困難であり, DRG/PPSの設定が不可能と思われる。
- 24) MDCは25程度に分類される。詳細は川淵(1999)等を参照。なお「試行調査(98)」のそれは13である。
- 25) 厚生労働省資料(2000), pp. 212-215。
- 26) 以上の調査に関連して「試行調査(98)」では, 入院患者の平均費用が約38万円(基礎償還点数が38,000点)とされる。しかし, 97年に(財)医療経済研究機構が行った調査研究(17の民間病院が対象)では, これが約80万円と推計された。こうした差額の理由の一つは, 「試行調査(98)」ではすべての費用が包括されていないことにある(手術と麻酔がDRG/PPSの対象外)。また, それぞれが異なる医療機関とDRGを対象にしているためである。「試行調査(98)」と比較して(財)医療経済研究機構の調査では高度・高機能病院が対象とされ, さらに症例の少ない重症疾患のDRGが含まれていることが, 高い入院費用として推計されたものと考えられる。(財)医療経済研究機構(1998)『米国における疾病分類の妥当性に関する研究』。野口一重(2000)『早わかり図解でみるDRG』, 日本医療企画。
- 27) これは, DRG患者別および医療機関別の在院日数調査が主な目的であり, 在院日数や再入院率・入院中死亡率等がいかに変化するかを把握するための事前(Benchmark)調査である。今後, それらの変化・動向を把握する事後調査が行われる予定とされ, 対象DRGと患者数および医療機関数からみて, この調査結果がDRG/PPS導入論議にも大きな影響を与えるものと思われる。
- 28) 標準的在院日数は, 平均値ないし中央値が一つの判断基準にもなる。ただし, 医療費適正化目的からすれば, これらよりも短い日数が設定されるであろう(アメリカでは, 日帰り手術が適用されるDRGの標準的在院日数は1日であり, 他の大半のDRGでは3日~1週間, 最長の場合でも10日~2週間程度である)。
- 29) 厚生労働省資料(2000), pp. 212-215。
- 30) 救急・救命医療(=短時間の中で生死にも係りうる医療)については, これが“ゼロ”ないし“極めて非弾力的”と考えられる。価格弾力性に関しては, 救急・救命医療, 急性期医療, 慢性期医療, 予防医療・健康診断, および美容形成の順に“弾力的”となる。
- 31) 上記の「医療の性質(およそ5つの分類)」と「価格弾力性」の関係およびその分析・応用と解釈については, 現在, 調査・研究を進めている段階であり, 詳細は別稿において取り上げることにする。
- 32) 韓国では98年に, 正常分娩, 虫垂炎, ヘルニア, 白内障および扁桃腺摘出の各手術と入院に対してDRG/PPSが導入されたが, 中小の医療機関では収入(医療費)が増加した。
- 33) 厚生労働省資料(2000), pp. 212-215。
- 34) 薬剤比率は, (80年以降)97年までは27~30%であったが, 薬価基準引下げと自己負担引上げ(および薬価差益縮小)により, 近年では低下傾向にある。ジェネリックの価格は他の先進国と同程度であるが, 医薬品市場に占めるその割合(数量ベース)は11%程度である(アメリカではおよそ50%)。なお, 新薬の価格については“世界一高い”といわれる。(財)厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向』。二木立(2000)『介護保険と医療保険改革』, 勁草書房, p. 114。

『日本経済新聞』2003年1月1日。

- 35) 36) 近年の医療費増加要因の一つは、これに関連するものである。廣瀬(2002), pp. 282-285, 日本医療企画(2001)『保健+医療+福祉の現代用語(WIBA)』, pp. 945-952。
- 37) 医療保険によって患者の自己負担が抑えられる際には、医療費はより大きく増加するであろう。なお、「医療需要の価格弾力性」と「医療保険の患者自己負担」の関係(部分均衡)については、需要の価格弾力性が非弾力的な医療ほど保険に伴う厚生損失(dead-weight loss)が抑制され、価格弾力的な医療ほどそれが拡大することが一般に知られている(漆博雄編(1999), Folland, Goodman and Stano(2001))。前者の例が急性期医療であり、後者としては慢性期医療があげられる。すなわち、医療の性質と価格弾力性(一例として5つのタイプ:注30参照)の如何では、医療保険が社会的余剰に与える影響は異なるものと考えられる。医療の性質と価格弾力性に応じた自己負担の「差別化」問題については、注31と同様に別稿において取り上げる(平成15年度文部科学省科学研究費・萌芽研究対象課題:課題番号15659125)。
- 38) Folland, Goodman and Stano(2001), pp. 473-479。なお、NCQAとJCAHOによる治療内容等の審査においても、薬剤と医療機器および検査がその対象とされる。

参考文献

- 漆 博雄編(1999)『医療経済学』, 東京大学出版会。
 川淵孝一(1999)『DRG/PPSの全貌と問題点』, 薬業時報社。
 ———(2002)『医療改革』, 東洋経済新報社。

- 厚生労働省資料(2000)『急性期入院医療の定額払い方式の試行に係る関係調査の概要』。
 ———(2002)『急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究(中間報告)』。
 広井良典編(2000)『医療改革とマネジドケア』, 東洋経済新報社。
 廣瀬輝夫(2002)『皆保険を守る医療改革を』, 篠原出版新社。
 二木 立(2002)『21世紀初頭の医療と介護』, 勁草書房。
 Enthoven A. C. (1988) *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Amsterdam, North-Holland.
 Feldstein M. S. (1981) "The Rising Price of Physician's services," *Review of Economics and Statistics*, No. 52.
 Folland S., Goodman A. C. and Stano M. (2001) *The Economics of Health and Health Care* (3rd. ed), Prentice-Hall Inc.
 Fuchs V. R. (1992) "The Best Health Care System in the World," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 268, No. 7.
 McPake B., Kumaranayake L. and Normand C. (2002) *Health Economics-An International Perspective*, Routledge, London.
 Mayer L. G. and Tanaka S. (1999) "The Changing Role of the Primary Care Physician in Managed Care," *Journal of Health Care and Society*, Vol. 8, No. 4.

(あべ・まさひと 北海道医療大学助教授)