

フランスにおける医療費総枠予算制の理論と実際の乖離理解のために。

近年、日本において、「ドイツやフランスでは、既に医療費は DRG 方式で支払われているらしい。」とまことしやかに語られる事が多々ある。この真相は如何様なものであろうか。

結論から先に言うと、2002 年 12 月現在、フランスにおいて DRG 方式で支払いが行われている医療機関はない。公立病院、公的医療活動参加私立病院においても、診療報酬は、DRG 支払方式を採用している訳ではない。従って、冒頭の科白は、正確な理解ではない事になる。

尚、フランス版 DRG 支払い方式である TAP(Tarifcation a la Pathologie)は、現在一部の公的医療活動病院で、実験中である。

DRG 方式と混同されがちなものに、現行の入院費用支払い方式の中にある PMSI とグローバル・バジェット包括予算制度がある。PMSI(Programmes Medicalisation du Systeme d'Information¹)とは医療情報プログラム・システムのことである。退院サマリーをもとに、全医療行為が、GHM(Groupes Homogenes de Maladie)と呼ばれる 28 のカテゴリーと、580 の疾患群別にコード化分類²される。この情報を報告する事が全て(私・公立、営利・非営利)の医療機関に義務付けられている。これは、支払いとは直結していない。

グローバル・バジェット包括予算制度は、公立病院および社会医療施設を対象に実施されている、出来高払い方式ではない包括支払方式であり、人件費等の経費は、これにより決められる。頁末図表パリ市公立病院協会のデータからみても解るように、実際の病院支出に占める割合では、人件費が 66%と最も高く、直接の医療原価が占める割合は、実に、全支出の 14%に過ぎない。この数値はあまりにも低く、質に疑いをもちたくなる所以である。総枠予算制度は、医療の質を犠牲にして、人件費に振り向けられがちになるという欠点を呈出している。

根拠法は、病院予算の総枠予算制度が、1983 年 8 月 11 日法の法令(デクレ; 議会での決定を要せずに、大統領、首相が決める。)により導入され、PMSI は、1991 年 7 月 31 日法、病院改正法により導入された。

次に、「ドイツ、フランスの開業医は、総枠予算管理の下、予算を超過した分は、医師が、

¹ 単位 : ISA(Indice Synthetique d'Activite)活動分析指数、理論上、ARH(Agence Regional d'Hospitalisation)地方病院庁は、この数値を参考に、次年度の病院予算を配分する。

² 診断名(WHO 定義の CIM-10) + 医療行為 + 二次的診断名 + 年齢 + 性別 = GHM、に利用されるコンピュータソフト : Groupeur (仏)

疾病金庫に返済する。」、これも、やはり日本の一部で聞かれる科白である。しかし、やはり、これも、正確な理解ではない。

制度上は、開業医の外来(薬剤費は開業医費用に含まれる。)を含む私立医療機関費用も、国家医療費 ONDAM(Objet Nationale Depance d'Assurance Maladie)の中で、包括管理予算となっている。しかし、保険者機能に乏しく形骸化しており、実際には出来高払いである。また、開業医による予算超過返済罰則は、1998年に一度、法制化されたが、フランス憲法評議会が、この法を憲法違反であると判断し、実施を見ずに廃止となった。

クリニックと呼ばれる私立医療機関には、とりあえず名目上 OQN (Objet Quantite National) とよばれる総枠管理指標があり、穏やかなコントロールがなされているが、やはり、前述の公的病院、開業医と同様、毎年、この数値は守られない。

フランス語で TAP(Tarifcation a la Pathologie)と呼ばれる DRG の導入の議論は、既に今から十年以上前、1993年に現在利用される PMSI と二人三脚をなすツールとして、最も公平な支払い方式の可能性があると語られていた。更に PMSI はその十年以上前から CNAMTS (全国被用者疾病保険機関) を中心にして、実験が開始された。GHM によって疾病別に標準医療でかつ公的保険償還の対象となるもの(適正)、有益な医療行為ではあるが、保険償還の対象とするまでの必要はないもの(過剰)、無益・不必要な医療行為を(無駄)を明らかにできると期待された。しかしながら、新医療技術の試みやイノベーションにブレーキをかける危険のある「適正医療」という言葉は、なかなかフランス医療界から受け入れられない。少々乱暴な物言いをすれば、そもそもアメリカのメディケアで採用されたような、最低ラインを適正医療とするような考え方は、フランスの医療水準の下方転落を連想させるのである。メディケアでの前例を見ても、最低ラインを適正医療とすることで最も期待される医療経済上の節約効果すらも、ごく短期的なものであると指摘するフランス人医師もいる。³

DRG, TAP, GHM, PMSI、総枠管理予算といずれも、すべて平均的医療行為により経済性をデジタル化する手法である。最も肝心であるべき患者本位の医療の質、と言った「質」そのもののインジケータを求める事が、大変難しいのは、フランス、日本とも同様ではなかろうか。しかしそれ以上の大きな問題点は、「予算は得て、実際の病床稼働率は低く。」と言う人為的なベッド管理を行う、社会主義の悪い側面が出る点である。(これは、パカンス・シーズンやストライキの時期に、よくみられる現象である。勿論、全ての医療機関では無い事を蛇足として付け加える。)

³ Feder & al. (1987)

医療機関・社会施設の質と、予算の費用対効果をコントロールする機関としては、IGAS(Inspection Generale des Affaires Sociales)社会事業全般監査局が、1967年に保健省の下に設立された。(1990年に独立)ここが政府・大統領府・議会への提出義務があり一般にも公表されているアニュアル・レポートを含め、定期的に様々な活動報告書を発表している。IGASの活動は、コントロール、調査・アンケート、評価であり、公の予算を受けている各機関・施設のコスト管理と、公共活動サービスの更なる改善、問題点を明らかにする事である。この活動は、国民からの信頼が厚い。

各医療機関が発表するものとは別に、病院患者満足度の数字も、発表されている。ちなみにフランスの患者満足度はとても高い。(平均70%が、「満足」と回答)

最近(2002年夏)では、看護者・介護者による高齢者虐待に対する調査アンケートが出された。虐待があったとされる施設(私立営利株式会社経営)の、運営母体の株価が大きく降下する等、社会的影響をもたらした。高齢者施設内での虐待問題が明るみに出、間接的な経済制裁(株価降下)がもたらされた事によって、今後の関係者の本問題への取り組みと改善、質の向上が期待される。

フランスに住み、社会保障費、税金を支払う身としては、実際に機能しない、理論としての総枠予算や、医療費目標値の計算に、優秀な役人の頭脳・労力・時間が費やされるよりも、こうした、社会的変化をニュースで見聞きできる時の方に、フランスの保健政策が頼もしく感じられる。

文責：日医総研フランス駐在研究員 奥田七峰子

パリ市・首都圏医療データ

資料：2000年パリ市公立病院協会AP=HP⁴

パリ市面積	105 km ²
パリ市人口	219万人(1997年)
公立病院(AP-HP)数	39院
公立病院病床数	24,977床 内24時間未満病床：1,246床
公立病院職員数(全9万人雇用)	勤務医師 12400人 卒後インターン研修医 2372人

⁴ Assistance Publique - Hopitaux de Paris

	卒前医学生 3906人 その他の契約医師 430人 看護師 17560人 看護助手・ヘルパー 33,300人⁵ 医療技術士 6200人 事務・工務・非メディカル職員 14,700人
公立病院入院件数	1,003,700件 急性期：981,000件 中期・長期：22,000件
24時間未満床を除く、平均入院日数	7.3日
歳入	社会保障疾病金庫総枠予算から： 3821.13ミリオン・ユーロ 病院活動収入：409ミリオン・ユーロ 合計4691.13ミリオン・ユーロ その他：461ミリオン・ユーロ
支出	人件費：3092.62ミリオン・ユーロ(66%) ⁶ 直接医療原価：663ミリオン・ユーロ(14%) リネン・食事・電熱費等 ⁷ ：702.18ミリオン・ユーロ(15%) 合計4712.39ミリオン・ユーロ その他諸経費：254.59ミリオン・ユーロ(5%)

⁵ 数字に見られるように、首都圏公立病院では、明らかに、看護師よりも、より低賃金の看護助手、ヘルパー（患者搬送職者等、患者と接触のある職者を含む。）が圧倒的に多い。

⁶ 人件費66%、医療費15%、公立病院の不経済性が叫ばれる所以。

⁷ 年間：85,000食、リネン20,305トン、350万m²建物保全