

## メディケアにおける診療報酬制度の改正

川 渕 孝 一

米国のメディケアの診療報酬制度が大きく変化した。

そもそもメディケアとは、連邦政府によって管理・運営される医療保険制度で、1966年7月1日に施行されたものである。病院保険および医療保険を、65歳以上の老人、障害年金受給者資格を有する65歳未満の障害者、鉄道従業員退職者制度に基づく年金受給者、慢性腎臓病を有する者に対し適用するものである。1973年以降は外国人と一定の連邦公務員および年金受給者も、月々の保険料を支払えば加入できるようになった。

メディケアには、パート A と呼ばれる病院保険 (HI)、パート B は、医師のサービス、各種医療サービス、その他パート A でカバーしきれない診療材料の費用などをカバーする。一方、パート A の財源は65歳未満の勤労者 (公的年金加入者) が支払う保険料 (特別源泉徴収社会保障税) で賄われている。これに対してパート B の財源は、加入者の毎月の保険料 (全体の25%) と連邦政府の一般歳入 (同 75%) で賄われている。

このパート A、パート B 両方の診療報酬制度が大幅に改正されたわけである。

具体的には、パート A においては、キャピタルコストに対する支払い方式が変更された。一方、パート B においては、RBRVS (Resource-Based Relative Value Scale) という新しい支

払い方式が導入された。

本稿では、この2つの改正の内容を具体的に紹介することにする。

### I. パート A の診療報酬制度の改正

#### 1. 歴史的経緯

従来はメディケアの資本関連費用 (Capital-related costs) は予見定額払い (DRG/PPS) とは別の枠組みで適正費用ベースという形で支払いが行われていた。それが、1991年10月より DRG/PPS でもって評価されることとなった。

資本関連コストを診療報酬の中でどう評価するかについて、米国においてもこれまで長い間議論されてきた。最初にそれが問題となったのは1972年のメディケア改正のときである。このとき入院費用について一定の上限が設けられたが、キャピタル・コストは結局そこから除外されることとなった。しかし、何らかの形でキャピタル・コストの支払に一定の規制をかける必要性は強く認識されており、議会は別の方法でその抑制を図ろうとした。それは、「地域医療計画」を活用した方法であり、州の承認なしに行われた病院建設については、メディケア・メディケイドにおけるキャピタル・コストの支払を取り消すことができると規制した。

その後、1983年に DRG の制度が導入されたときもキャピタル・コストの取扱いは大きな論

点となった。結局、このときもキャピタル・コストは予見定額払いの対象から外された。しかし、このとき併せて、厚生省長官は、議会に対し、このとき併せて、厚生省長官は、議会に対し、キャピタル・コストを予見定額払いの中に包括化する方法について報告することを求めた。

以後、1986年の法改正のときに、厚生省長官の報告を踏まえてキャピタル・コストの取扱いがまたしても問題となり、1991年10月1日までにキャピタル・コストは予見定額払いに吸収されることが定められ、実施に至ったところである。

これから、①米国の病院は、日本の病院と異なりキャピタルコストがきちんとてん補されている一方で、②それが、連邦政府にとって相当の負担になっていることがわかる。

また、資本関連費用に対する支払基本算定方式を示すと以下のとおりになる。

標準連邦価格 (Standard Federal Rate) × ① DRG 係数 × ② 地域調整係数 × (1 + ③ 大都市地域付加係数 + ④ 資本関連・間接的医学教育費用調整係数) × ⑤ 都市部の大病院に対する加算 × ⑥ アラスカ州およびハワイ州に対する特別加算 × ⑦ 特別調整係数

ここで留意すべき点は①資本関連費用の算定においても DRG 係数が用いられていること、②地域差が考慮されていること、③その他政策変数として、いろいろな係数を設けていることの3点である。

こうした変数については、後で詳しく説明するが、上記計算式のうち、1992年度の連邦標準価格は415.59ドルとなっている。また、地域調整係数は、都市部については都市圏ごとに、非都市部については州ごとに、定められている。

## 2. 米国における資本関連費用の“新”支払方式

1991年8月30日、HCFAは、メディケア入院患者の資本関連費用に対する予見定額支払方式の最終規定を発表した。1991年10月1日以降、メディケア入院患者の資本関連費用に対する現行の支払方式が廃止され、1件当たりの資本関連費用の全国平均に基づく予見定額支払方式に10年間かけて移行することになった。その結果として、予見定額支払方式(DRG/PPS)の適用を受ける病院および医療サービスは、この最終規定に従うことになった。しかしながら、外来患者の資本関連費用は現行の出来高払い方式で支払われる。また、DRG/PPSの適用対象外の病院(例えば精神病院)および特別病棟、さらには、プライマリケアに従事する地方の病院には、この新しい規定は適用されない。

主要な改正点は次の7点に要約される。

### (1) 予算の中立性 (Budget neutral)

1990年の包括予算調停法 (Omnibus Budget Reconciliation Act. OBRA-1990) の規定により、1992年から1995年の4年間の支払は、現行の出来高払いで支払われる場合と同額でなければならないとされた。

いわゆる、予算の中立性が条件とされたわけである。しかしながら、1996年以降はこのような予算の中立性は要件とされていない。1996年からいかなる算定方式が採用されるかによって病院の投資計画が異なるので、その動向が注目される。

### (2) 10年間の移行期間

移行期間が10年間あり、最終的には、損失補てん方式 (Hold Harmless Payment System) と予見定額払い方式 (Fully Prospective Payment System) の2つのタイプに分けられることとなる。なお、予見定額払い方式を選択した

病院では、その間①連邦政府が定めた標準価格と、②各病院固有のキャピタルコストとの加重平均額をもって支払われることになる。換言すれば、予見定額払い方式による病院に、100%の標準連邦価格が適用されるのは西暦2001年からだということである。

(3)支払方式

移行期間中の原則的な支払方式および例外的な支払方式は、図1のフローチャートに示されるように、主として既存の方式を採用している病院にとってどちらかが優位になるように作られている。

より具体的には、病院特定価格が1992年の標準連邦価格より低い病院は、①標準連邦価格と②1年ごとに変わることになる病院特定予想価

格との加重平均額で支払われる。すなわち、1992年度の支払は、(病院特定価格×90%+標準連邦価格×10%)という形で支払われる。さらに、その翌年からは病院特定価格の割合が1年ごとに10%減少する一方で、標準連邦価格の割合が10%ずつ上昇し、最終的には資本関連費用は標準連邦価格に一致する。

これに対して、病院特定価格が、1992年の標準連邦価格より大きい病院は、損失補てん方式で支払われる。損失補てん方式とは次の2つの金額のうち、いずれか高い方の金額をもって支払われる方式のことである。

①連邦価格

標準連邦価格100%が支払われる。

②“旧プラス新キャピタル”コスト

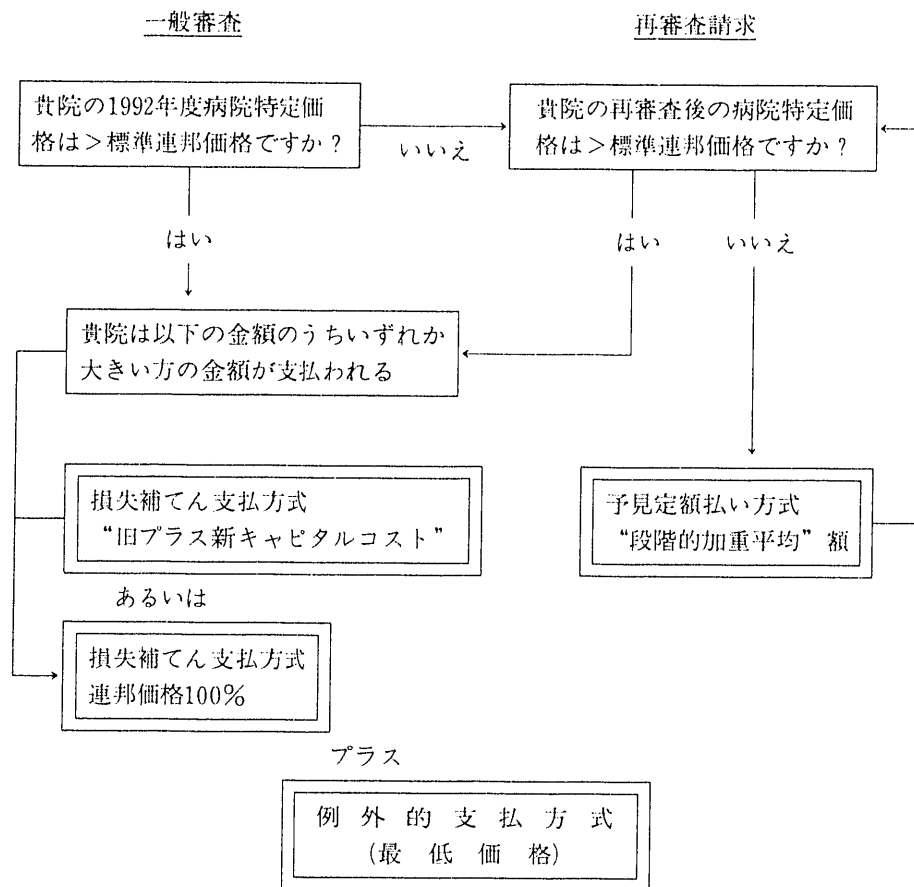


図1 10年間の移行期間中の支払方式

("Old Plus New Capital" Cost)

(“旧” キャピタルコストの85%+全メディケア入院キャピタルコストに対する“新”メディケア入院キャピタルコストの比率)×標準連邦価格

注1) ここで、“旧”キャピタルコストとは、1990年12月31日までに生じたキャピタルコストをいう。その構成要素としては①減価償却費②支払利息③同資産が使用されている間のキャピタルリース費(リースの更新は、同資産が使用されており、資産の耐用年数が最低3年で、リースの年間返済が最低1,000ドルである限り“旧”キャピタルコストと認められる)④賃借料⑤償却資産にかかる租税公課⑥損害保険料⑦土地等に関するライセンスおよびローヤルティ費

注2) さらに、①州の承認(CON)の手続きが思いのほか長びいている場合や、②1990年12月31日までに工事は着工したがまだ竣工に至らなかった場合(ただし、750,000ドルまたは総見積工事原価の10%のいずれかを超過している場合のみ)なども“旧”キャピタルコストの対象となる。

(4)最低価格 (Payment floors)

最終規定は、この制度の円滑な導入を図るために病院を3つに分けて移行期間中につき、次のような最低価格を保障している。

- ①当該地域に単独で存立するコミュニティ病院…実際のキャピタルコストの90%
- ②病院数を100床以上有し、不採算患者率すなわち、メディケア・メディケイドでカバーされない生活困窮者に対する補助金収入が全収益の20.2% (1992年は30%) を占める都市部の病院…実際のキャピタルコストの80%

- ③上記以外の病院…実際のキャピタルコストの70%

ただし、上記の比率は当該金額がメディケア総資本関連費用の10%を下回るように移行期間中、毎年変更される。

(5)改定 (Updates)

1993年から1995年にかけての標準連邦価格および病院特定価格の改定は、当該会計年度の4年前の会計期間を基準年度とする当該2年間における1件当たり移動平均コストに基づいて行われる。したがって、1993年度の改定は1989年度と1990年の移動平均額を使うことになる。

また、1996年以降の改定方法は、現在思案中であるが、HCFA (Health Care Financing Administration) によると、キャピタルコストの変化や新しい医療技術、既存技術の普及に起因する設備投資に関する諸要件などを総合的に評価して決定するとしている。

(6)調整係数 (Adjustments)

先にも述べたように、新しい資本関連費用の支払方式には次のような数々の調整係数が存在する。

- ①DRG係数…DRGの指標を用いたメディケアケースミックス係数
- ②大都市地域付加係数…100床以上の都市部の病院に対する不均衡調査係数で、 $(e^{0.2025 \times \text{不採算患者率}} - 1)$  という形で算出される。これは不採算患者率が10%増加するごとに、標準連邦価格は約2.0%増加することを意味する。
- ③地域調整係数…資本関連コストの地域格差を補足するための係数で病院の地域賃金係数(AWI)の指数関数として  $(AWI^{0.6848})$  という形で導き出された。これは病院の賃金指数値が10%増加するごとに、連邦価格

は約6.8%増加することを意味する。

- ④資本関連・間接的医学教育費用調整係数  
教育病院に対する特別調整係数で、  
 $(e^{0.2822 \times \frac{\text{研修医数}}{\text{1日当たりの平均入院患者数}} - 1})$  という形で計算される。これは、当該病院における1日当たりの平均入院患者数が10%増加すると、標準連邦価格が約2.8%増加することを意味する。

- ⑤都市部の大病院に対する加算

DRG/PPSの中で、「都市部に存する大病院」として位置づけられた病院は3%を加算する。

- ⑥アラスカ州およびハワイ州に対する特別加算

物価が他の州と比べて著しく高いアラスカ州とハワイ州においては、DRG/PPSの中で使用されている生活費調整係数(COLA)を使って一定の加算がなされる。その加算は具体的には $(0.3152 \times (\text{COLA} - 1)) + 1$ という計算式で示される。たとえば、アラスカ州の1992年度におけるCOLAは1.25なので、アラスカ州に存する病院では連邦標準価格に $(0.3152 \times (1.25 - 1)) + 1 = 1.0788$ を乗じた金額が支払われることになる。

- ⑦特別調整係数

在院期間が過度に長びいたり、極端に大きな費用がかかったりした場合にのみ適用されるものである。このような特別調整は非資本関連費用である経常費用の支払に対してもすでに設けられていたので、資本関連費用に対しても、同様の根拠で適用されることとなった。HCFAの推計によると、こうした特別調整に対して支払われる金額は、総資本関連費用の5~6%の間に落ち着くとしている。

### (7)報告義務

メディケアの資本関連費用の支払を受けようとする病院は定期的に支払機関に対して資本関連コストに関する報告義務がある。

支払機関は、その報告書を受けて、特別監査を実施して、当該病院に適用される支払方式を決定する。

さらに、新方式が導入されたことにより、“旧プラス新”キャピタルコストによる損失補てん方式の適用を受けようとする病院は、移行期間中の“旧”および“新”キャピタルコストを識別するために追加報告書を提出しなくてはならなくなった。そのため、“旧”キャピタルコストに関する支払利息や関連費用を絶えず記録に残しておく必要がある。

もし、当該病院がこの報告書を提出しなかったり、記録をとっていなかったりすると、自動的に標準連邦価格100%が適用されることになる。

### 3. 検討項目

以上、1991年10月1日から開始された資本関連費用に対する新支払方式の概要を説明したが、この新方式について、すでにいくつかの懸念が病院団体等から出されている。

まず第1は、支払価格の妥当性に関する懸念である。たとえば、1993年度から1995年度までの標準連邦価格を決定する際に、当該会計年度の3年~4年前に発生した患者1件当たりの資本関連費用を使用する一方、これをベース(2年間の移動平均額)に改定を行うことにしたが、それで妥当な支払いといえるかどうかである。

第2は、改定率が予測困難なことに対する懸念である。1996年以降改定率は、キャピタルコストの変化や新しい医療技術、既存技術の普及

に起因する設備投資に関する諸要件などを総合的に評価して決定するとしているが、どのように改定されるかは、依然として未知数である。病院の設備投資は、長期的な展望が不可欠なので、将来の改定方法や改定率が不明であるということは病院の将来の意思決定を不確実なものにしている。

第3は、最低価格に対する懸念である。最終規定に盛り込まれた最低価格の設定により、いくつかの病院には優遇措置が設けられたが、これはあくまでも移行期間中だけのことである。さらに、最低価格に対する予算の財源も予見定額支払金額の10%を上限とすることが決められているので、1992年度以降は変更される。したがって、最低価格による優遇措置も確実なものとはいえない。このように不確実な部分が多いと、最近改築した病院、あるいは、大きな設備投資を控えている病院にとって、将来の見通しがたたなくなる。また、入院患者が激減している病院は、短期間で資本構成を変える能力に限界があるので、打撃が大きいと考えられる。

第4は、予算中立性が1996年以降は、保管されていないことに対する懸念である。

これは、場合によっては、病院の資本関連費用も医療費の適正化の影響を受けることを意味するわけで、今後の動向が注目される。

そして第5は、病院の資本関連費用が旧方式から新方式に移行することによって報告事務や会計処理がますます複雑になるのではないかという懸念である。これによって、病院の事務費用はさらに増大するかもしれない。

以上、米国の病院における資本関連費用の支払方式を中心に述べてきたが、米国においてもわが国と同様その支払方式については苦慮している実態が読み取れたと考える。

## II. パート B の診療報酬制度の改正

### 1. 歴史的経緯

メディケアの医師サービスに対する支払方法を変えるために、医療界と政府が10年にわたって努力を重ねた結果、1992年1月1日より、メディケアの資源準拠相対評価尺度に基づく医師支払方式が開始された。医師サービスをカバーするメディケアパート B に対する支払方式を変更することになったのは、メディケア支出の年間増加率が急激に上昇したことにも関係している。病院の入院サービスをカバーするパート A に対して、“予見定額支払方式” (DRG/PPS) が1983年に導入されたことから、パート B の支払方式の変更を求める声が一段と増した。

医師支払方式の改定を求める声が強くなった背景には、①煩雑な旧支払方式に対する不満、②安定した支払制度への期待、そして③パート A と対照的に上昇し続けるパート B の医療費の抑制などがある。

ここでは、これらの背景を具体的に論じ、RBRVS がいかなる過程を経て誕生したかについて述べることにする。

### 2. 医師会の RBRVS への関心

医師に対する支払は、メディケアパート B 費用の約81%を占め、残りは臨床検査、医療器具、病院の外来サービス、医薬品、在宅サービスなどとなっている。診療報酬体系を RBRVS に基づく体系に変更するということは、1966年度にメディケアが導入されて以来の大変更である。なぜなら、メディケア診療報酬料金は25年間に渡って“慣行的な、一般的、適正な”料金 (customary, prevailing, and reasonable

charges, CPR) 方式に基づいていたからである。

CPR 方式とは、医師の実際料金に基づいた方式で、これに政府が若干調整を加えたものである。多くは、民間保険会社が使っていた“通常の、慣行的な、適正”料金 (usual, prevailing, and reasonable, UPR) 方式に基づいていた。

メディケアの支払方式では“慣行的な”料金を、ある一定の期間の、ある特定のサービスに対する個々の医師の料金の中位数 (median) とした。また“一般的”料金は、メディケアで決めた地域における全医師が使用している慣行料金の90パーセントイルを使用した。そして、“適正な”料金とは、当該サービスに対する①医師の実際の請求料金、②慣行的な料金、③一般的な料金の中で一番低い料金とされた。

### 3. CPR 方式の問題点

CPR 方式では、同一のサービスでもいろいろな料金が存在するので、メディケアの支払に大きなバラツキが生じることとなった。

さらに、メディケアの保険代行者 (Medicare carriers) と呼ばれるメディケアパート B の請求事務を代行する保険会社も自ら独自の調整を行ったので、このバラツキはさらに広がった。たとえば、ある医療サービスに対して一種類の一般料金しか設定しない保険代行者があるかと思えば、各専門医ごとにそれぞれ異なる一般料金を設定している保険代行者もあった。その結果、地域や診療科ごとに大きなバラツキが生じることになった。

このような大きなバラツキ、すなわち、“一物多価”に対する不満が医療界内に絶えずくすぶっていた。特に、1970年代半ばから1980年代半ばにかけて政府がメディケア医療費の適正化政

策を打ち出したので、この不満はピークを向かえた。この医療費の適正化政策とは、具体的には、一般料金を慣行的な料金の90パーセントイルから75パーセントイルに漸次減少させ、最終的には政府の「賃金・価格凍結政策」を医師の診療報酬にも適用するというものである。

こうした賃金・価格凍結政策が解除された後、1976年には、一般料金の伸び率をメディケア経済指数 (Medicare Economical Index, MEI) の伸び率にリンクさせるという新しい適正化政策が採用された。メディケア経済指数とは、一般の経済動向のみならず、医師の診療費用の年間伸び率を測定することを意図して1973年に開発された指標である。

価格凍結および MEI 上限枠の狙いは、1970年代初頭に存在した「メディケア一般料金」の価格決定の基本的パターンを半永久的なものにすることであった。

このパターンは、1992年まで続いた。その結果、医療サービス1件あたりの支払いは、診療内容や医療技術の変化に対応しないものになってしまった。一般に新しいハイテク技術に対する支払いは、その数に制約があることもあって高い初期投資コストに比例して増えたが、外来や診療に対する支払いは増えず、メディケアの患者を診るコストと煩雑さだけが增える結果となった。新しい治療に対する支払いは、外来や診察に対する支払いに比べて、また経年的に見ても、相対的に高い水準で維持されたのである。そのため、各医療サービス間の相対価格は、著しく歪められた。

また、支払い金額は、「僻地に対する補正」がなされていないなかったので、新しい治療法が地方に普及しても、地方の医師への支払額には変化がなかった。

つまり、地域格差についても、1970年代初頭における料金表そのものを踏襲していたわけである。そのため、同じような物価水準を有する州や地域に位置する医師が同じ医療サービスを行っても、全く異なる料金が支払われるということが、しばしばあった。

このように、一般料金の時代錯誤が著しくなっていたので、プライマリケアを専門にする医師や地方に住む医師が中心となって、改革を求めるようになった。1980年代の新CPR支払い方式は、医師の実際料金を制限し、“過剰価格”とみなされるような外科的処置に対する支払い額を減らすことを目的とするものであった。第2回目の価格凍結とあわせて行われたので、専門医の中からも長期的に安定した医師診療報酬料金改正を求める声が生まれた。つまり、CPR方式が意図したものと全く逆の結果たる矛盾のみが生じるようになったのである。具体的には、CPR方式が有する矛盾とは、①メディケア医師支払い方式が複雑で混乱が生じやすく、②予測不能で、③医師の実際の診療報酬料金とは完全に遊離しているということである。

#### 4. RBRVSの開発過程

そこで、こうした従来の支払い方式の問題点を解決するために、1992年1月よりRBRVS (Resource-Based Relative Value Scale) と呼ばれる日本の診療報酬点数表に似た方式が導入された。日本の点数表と異なるのは、米国の点数表は科学的なコストスタディに裏打ちされたものであるという点である。

そもそもRBRVSの開発にあたり、AMA(米国医師会)が強く参加の意を示した。具体的には、AMAは積極的に開業医や専門医を参画させるために、RBRVSを開発するための研究補

助金をHCFAに申請した。

HCFAは、当初AMAを参画させることに好意的であったが、独占禁止法に抵触することを恐れて、HCFAとAMAが直接に契約することはできないと判断した。

そこで、AMAはハーバード大学の公衆衛生学教室との共同研究でRBRVSを開発することで同意した。ハーバード大学の研究はHCFAの研究費を受けて1985年12月に始まった。

ハーバード大学における主任研究者はWilliam C. Hsiao PhDとPeter Braun MDの両氏であった。両氏は、以前からHCFAの研究費を受けRBRVSの基礎研究にも携わっていた。両氏は1979年の調査研究で、5つの専門科が提供する医師サービスを、各サービスに要する時間と、各サービスの複雑さの程度によって、27のランクに分類しようとした。しかし、サービスをランク付けするのに、所要時間と技術的難易度でもって判別するのは不可能ということが、研究の結果から分かった。そのため、研究結果は信頼性に欠けるということになった。1984年に両氏が行った第2回目の研究では、所要時間と技術的難易度でもって判断することを放棄して、サービスに含まれる全体的な仕事量を直接ランク付けした。この研究によってより安定したランク付けがなされたが、使われたスケールに問題が発生した。その問題とは、例えば、1から100までの整数値でもってランク付けしようとしたが、時間が長くかかる処置は常に不当に低く評価されることとなった。

そこで、もう少し包括的な調査を行うために、全国調査が1985年に始まった。まず、手初めに以下の12の専門科に対するRBRVSの開発が行われた：

①麻酔科、②プライマリケア、③一般外科、



④内科, ⑤産科および婦人科, ⑥眼科⑦整形外科, ⑧耳鼻咽喉科, ⑨病理学, ⑩放射線科, ⑪胸部心臓血管外科, ⑫泌尿器科

さらに, 関連する専門医学会の要請を受けて, 以下の6つの専門科がつけ加えられた。

①アレルギーおよび免疫科, ②皮膚科, ③口腔内外科, ④小児科, ⑤精神科, ⑥リウマチ科

研究の第1段階(phase 1)として知られるようになった調査対象は, 以前の研究よりも遥かに広いものであった。その目的は18の専門科の各々に対し, RBRVSを開発することであった。包括予算調停法 (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA 86. PL99-509) により, 厚生長官は議会に対してこのRBRVSの開発に関する報告書を, 1987年7月1日までに提出しなければならなかったが, 報告書の提出期限を1989年7月1日までに延長した。その翌年, 議会は長官に対してさらに15の専門科を研究するよう命じ, それがハーバード大学研究の第2段階 (Phase 2) となった。

第3段階 (Phase 3) では第1段階と第2段階の調査結果を再評価するとともに, RBRVSを残りの医療サービスに拡大した。第3段階は履行日の1992年1月1日までに完了しなかったため, HCFAは, 第1段階と第2段階でデータが得られなかった約800のサービスに対しては, 保険代行者医療部長 (Carrier Medical Directors, CMD) が仕事量相対評価単位を指定できるようにした。第3段階のデータは, 1992年11月25日の“官報” (Federal Register) の中の, 1992年度最終通知 (Final Notice) で初めて公表された。さらに, このデータは, HCFAが仕事量相対評価単位を改良する時にも使われた。

## 5. RBRVSの概要

RBRVSは, 基本的には各診療行為ごとの点数が, ①医師の仕事量②医業経費③医療過誤の3つの点数から成り立っており, さらにそれぞれに地域格差が加味されている。すなわち, 各診療報酬行為の報酬は, これら3つの点数に地域格差係数を乗じ, それらを合計した点数にさらに1点単価を乗じることによって算出される。

これを計算式で示すと次のようになる。

$$\text{診療報酬} = (\text{医師の仕事量に関する診療報酬点数} \textcircled{1} \times \text{地域格差係数 } w) + (\text{医業経費に関する診療報酬点数} \textcircled{2} \times \text{地域格差係数 } Pe) + (\text{医療過誤に関する診療報酬点数} \textcircled{3} \times \text{地域格差係数 } m) \times \text{点数単価} \textcircled{4}$$

注) ①医師の仕事量に関する診療報酬点数: 当該診療行為に関する医師の件費に関する点数

②医業経費に関する診療報酬点数: 当該診療行為に係わる診療所の開設・維持に関する経費, 医師以外の職員の賃金, 器材経費, 消耗品の費用等の診療に必要な間接経費に関する点数

③医療過誤に関する診療報酬点数: 医療過誤に対する医師賠償責任保険の保険料に関する点数

④点数単価: 1992年全国統一の点数単価は1点当たり31ドル0.1セント

例えば, 外来診療料は簡単, やや簡単, 普通, やや複雑, 複雑の5つに分かれるが, ロスアンゼルスにおける外来初診料 (普通) を例にとると,  $(\textcircled{1}1.14 \text{点} \times 1.06 + \textcircled{2}0.57 \text{点} \times 1.196 + \textcircled{3}0.06 \text{点} \times 1.37) \times \textcircled{4}31.001 \text{ドル} = 61.144 \text{ドル}$ と計算される。原則として, このうち80%をメデ

ィケアが負担し、残り20%は患者が自己負担することになる。

なお、この3つの点数の全体の費用に占める割合は、それぞれ医師の仕事量に関する点数が約54%、医業経費に関する点数が約41%、医療過誤に関する点数が約5%となっている。

ここで、留意すべき点は次の3点である。

まず第1は、医師の仕事量を測定する際に、診療サービスにおける「時間」という要素が重視された点である。実際は、ハーバード大学の研究班は、医師の仕事量の要素を①医療サービスを行うのに要する時間、②専門技術および肉体的な疲労、③精神的な疲労および判断、④患者と対面することから生じる精神的なストレスの4つと定義した。この結果、これまで外科系偏重とされた米国の診療報酬体系が改められ、手術料が大幅に引き下げられた代わりに、一般内科医や家庭医等の内科的診療を再評価するものとなった。これによって、手術件数が非常に高かった米国の医療が、どう変化するか注目に値する。

第2は、医療過誤に関する点数が医業経費とは別に、新たに設けられたことである。米国の医事訴訟の多さはつとに有名だが、訴訟の頻度も医療費以上の地域格差があるので、独立点数項目とされたわけである。実際、最高のニューヨーク近郊と最低のアーカンサスとでは6倍以上の開きがある。具体的には、ニューヨーク近郊の医療過誤に関する地域格差係数が1.929なのに対して、アーカンサスは0.302となっている。

最後は、点数単価の調整で医師の診療報酬金額全体の伸びに一定のブレーキをかけようとしている点である。これは、政策誘導的色彩の強い日本の点数表と共通するところである。実際、この点数単価の設定に当たり、HCFAは、AMAの猛反対にあった。そこで、とりあえず、現行の医療費の水準を維持する形で、すなわち、予算中立性(Budget neutrality)を担保する形で、点数単価を設定した。今後、この点数単価は物価上昇率等を加味したメディケア経済指標(MEI)やメディケア診療量標準(MVPS)に応じて毎年改定していくとしているが、どうなるだろう。

いずれにせよ、奇しくも米国で標準的な点数表が導入されたことは、「医療費の適正化」が先進諸国の中心課題となってきたことを物語るもので注目に値する。

#### 参考文献

- 1) 広井良典：『欧米諸国の診療報酬』財団法人長寿科学振興財団，1992年3月，p. 50-51
- 2) 川淵孝一：「諸外国における病院施設整備に関する制度」『病院』医学書院，1994年5月，p. 440-443
- 3) AMA：“A Prospective Payment System for Medicare Inpatient Hospital Capital Costs: The Health Care Financing Administration's Final Rule”，1991年10月
- 4) AMA：“Medicare RBRVS: The Physicians' Guide” 1993年2月

(かわぶち・こういち)

国立医療・病院管理研究所研究員)