

質に基づく支払い（Pay for performance:P4P）の動向と今後のあり方

鄭 丞 媛
井 上 祐 介

I はじめに

この10年間、医療の質の評価と向上は、先進諸国において求められているキーワードになっている。そのための取組の一つとして、質に基づく支払い（Pay for performance）（以下、P4Pとする）がある。P4Pは、医療の質の向上を目指して、1990年代より米国を中心に広まってきた。

米国のIHA（Integrated Healthcare Association）によると、P4Pとは、医師、病院、その他、ヘルスケアに関連するものに対して行った行為について、決められている評価指標で評価をし、その結果に対して、金銭的なインセンティブまたは、ペナルティを与える方式である。近年、その中身は、安全性、効率性、患者満足（Patient experience）、HIT（Health information technology）にまで広がっている。また、米国のカリフォルニア州では、2013年からは、医療の質とコストの両方を対象にしたP4Pを実施している [IHA (2011)]。

P4Pは1990年代に米国で始まったが、その後英国、オーストラリア、カナダ、デンマーク、ドイツ、イスラエル、ニュージーランド、台湾、韓国など、徐々に広がりをみせている。日本でも、2008年よりP4Pとみなせる「医療の質に基づく支払」方式を、回復期リハビリテーション病棟の診療報酬に導入した。そして、医療の民間保険領域から出発したP4Pは、公的な医療報酬支払制度へと広がり、さらに米国を中心として介護領域にま

で広がっている。

しかし、P4Pの導入が質の向上につながっているのかについてはまだ十分に明らかにされていない。本稿では、P4Pを導入し20年以上が経過している米国と、2008年より回復期リハビリテーション病棟にP4Pが導入された日本、そして、医療と介護の両方でP4Pを導入している韓国の動向を検討し、「質に基づく支払い」の今後のあり方について考察する。

II 米国におけるP4Pの動向と質の向上

1 米国におけるP4P導入の背景

米国では、1980年から1990年にかけて医療費が2,539億ドル（GDP比9.1%）から7,140億ドル（GDP比12.3%）に急増した。急増した理由は、国民の医療に対する支払能力が増大したこと、医療保険制度は民間保険制度が中心であるため医療全般の管理運営コストが増大したこと、高度な医療技術を積極的に導入したことなどの他に、大きな要因として公的保険であるメディケアとメディケイドが創設されたことが挙げられる。

急増した医療費の抑制のために、医療現場にコスト意識をもたすマネジドケアやDRG/PPS（Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System：診断群別包括支払い方式）¹⁾が導入されたものの、導入初期にしか費用の抑制効果はみられなかった。むしろ、診療側と患者側の双方から、医療費抑制およびマネジドケアによる医療の質の低下を招く制限診療に対する反対運動が高まっ

た。さらに、「9万8,000人が医療ミスで死亡」[IOM (1999)] というレポートに象徴されるように、低い医療の質への強い懸念も高まってきた。

2 米国におけるP4Pの歴史

1985年に民間保険会社Pioneers US Healthcare (現在のAetna), 1993年にHealthPartnersがそれぞれP4Pとみなせる制度を導入したのがP4Pの最初とされる。P4Pは、2003年にメディケア、メディケイドを統括するCMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) が規模や範囲を拡大させたモデル事業を実施したことで、その数や領域が急速に広がることになった。

2004年に実施されていたプログラムは84であったが、2005年には115, 2007年には米国の28州のメディケイドと148の保険者が6,000万人の被保険者を対象としてP4Pプログラムを運用している [鄭・近藤・井上 (2009a)] (図1)。

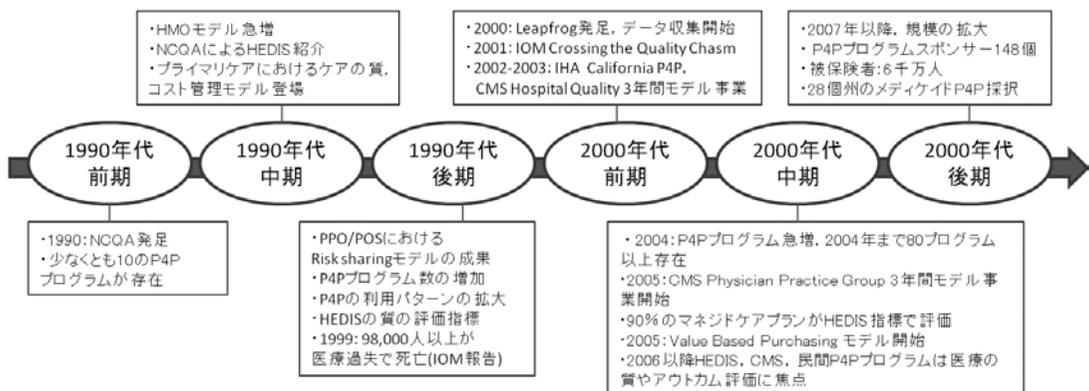
P4Pの評価領域は、導入初期から2000年代前半までは一般医や専門医など医師個人へのインセン

ティブが大半であった。2007年以降は医療チームや、病院全体の医療提供システムへと範囲が拡大されている。それでもなお、2011年12月の時点では、医師個人に対するP4Pは病院に対するものよりも4倍多い。また、米国のカリフォルニア州におけるP4Pプログラムを見ると、2003年には予防的なプログラムが主に行われていたが、2011年には急性期プログラムから慢性期プログラムにまで範囲を拡大させている [IHA (2011)] (表1)。

P4Pは、質の高い医療に対してインセンティブを与えるシステムである。インセンティブの支払い状況を見ると、米国のある民間保険者は2007年にインセンティブとして10%の支払いを準備していたが、実際には評価基準を満たせずに、2%弱のインセンティブしか支払われていなかった [IHA (2011)]。

3 米国におけるP4Pと医療の質との関連を検証した研究

P4Pは、「金銭的インセンティブにより人や組



出所: 鄭丞媛, 近藤克則, 井上祐介 (2009) 「米国における医療の質に基づく支払 (P4P) の動向と日本への示唆 (上)」『社会保険旬報』(2396), p.13.

Integrated Healthcare Association, IHA Pay for Performance Report of Results for Measurement Year 2010, 2011.

HMO: Health Management Organization

NCQA: National Committee for Quality Assurance

HEDIS: Health Plan Employer and Data Information Set

PPO/POS: Preferred Provider Organizations/ Point-Of-Service Providers

IHA: Integrated Healthcare Association

CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services

IOM: Institute of medicine

Leapfrog: 医療消費者のための医療情報をサポートするグループ

図1 米国におけるP4Pの歴史

表1 米国のカリフォルニア州における評価領域別にみたP4Pプログラム数の変化

評価領域	2003	2005	2007	2009	2011
臨床・予防	8	10	12	14	18
臨床・急性期	0	1	1	4	4
臨床・慢性期	3	9	10	12	16
患者満足 (Patient experience)	6	7	7	9	9
Health IT使用	8	10	19	21	18
合計	25	37	49	76	82

出所：Measure Set Expansion, 2003-2011 (IHA Pay for performance report of results for measurement year 2010, Integrated Healthcare Association, 2011)

織の行動を変化させる」という経済学的な理論に基づいて開発されたものである。P4P導入初期は、質の向上にある程度は効果があるように見られ、その将来性に対しても肯定的な見方が多かった。しかし、P4Pが本格的に導入され、10年が経過した現在ではピークを過ぎているという意見もある [Ryan (2012)]。

筆者らがPub Med などを用い、1992年から2009年までに発表されたP4Pと医療の質の関連性を検証した論文 (62論文) のうち、米国のデータを用いた実証研究である29の論文を検証した結果、まず評価対象領域別にみると、プロセスを対象にした論文は17 (58.6%)、アウトカムを対象にした論文は12 (41.4%)であった。インセンティブの対象別でみると、一般医が10 (34.5%)、一般医および専門医など医療提供者グループが10 (34.5%)、病院が9 (31.0%)であった。P4P導入と医療の質向上の関連を検証した結果別にみると、質の向上に有効であった論文が12 (41.4%)、部分的に有効であった論文が9 (31.0%)、無効とする論文が8 (27.6%)であった (表2)。とくに、2007年以降でみると、P4P導入と医療の質との関連はなしとする結果が増えているように見える [鄭・近藤・井上 (2009a)]。

4 介護領域のP4P

米国においては医療領域におけるP4Pの拡大の影響を受けて、メディケイドのナーシングホームでもP4Pが導入された。2002年から2007年にかけてミネソタ州、カンザス州、アイオワ州など6つの州で実施された。導入の目的は、ナーシングホー

ムの質を高めるためである。指標は州によって異なるが、職員のレベル、職員の満足度、医療の質、利用者のQOL (Quality of Life) やケアに関する満足度、家族の満足度、施設のオペレーションの効率性などから成る。2009年には先に挙げた6つの州のうちの4つの州でモデル事業を拡大し、州毎に50の施設が対象となった [Briesacher (2009)]。

P4Pが質の改善につながったとする報告もあるが [Briesacher (2009)], P4Pにより質が改善したと見なせるエビデンスはないとするものもある [Briesacher (2008), Briesacher (2009), Castle (2010)]。Briesacherらは、P4Pプログラムを検証した13論文を検討した結果、介護領域におけるP4Pプログラムの実施期間が短いこと、P4Pの効果の検証は十分でないとしている [Briesacher (2009)]。

III 日本および韓国におけるP4P

1 日本のP4P

日本では、2008年に回復期リハビリテーション病棟の診療報酬にP4Pとみなせる制度が導入された。評価基準はこれまでに2度変わり、改定の度に厳しくなっている (表3)

米国ではエビデンスに基づいて医療の質を高める診療ガイドラインが策定され、それに基づいて測定する基準や指標が設定されて、それを満たすものに対し報酬を与える形でP4Pが導入された [医療の質に基づく支払い研究会 (2007)] のに対し、日本のP4Pは、特定施設・地域でのモデル

表2 米国におけるP4Pと医療の質との関連を分析した文献

第1著者	発表年	研究対象	評価対象領域	インセンティブの対象	研究結果***
Norton	1992	36 Facilities	Structure, Outcome	Provider group	Positive
Morrow	1995	20Chart Audits	Process, Outcome	Physicians	Positive
Clark	1995	185 Practices	Structure,	Provider group	Partial effect
Grady	1997	61 Practices	Process	Physicians	Negative
Hillman	1998	52 Practices	Process	Provider group	Negative
Kouides	1998	54 Practices	Process	Provider group	Positive
Hillman	1999	49 Practices	Process	Provider group	Negative
Fairbrother	1999	60 Physicians	Process	Physicians	Partial effect
Christensen	2000	200Pharmacies	Process	Provider group	Positive
Fairbrother	2001	57 Physicians	Process	Physicians	Positive
McMenamin	2003	1,104 Physician Organization	Process	Provider group	Partial effect
Roski	2003	40Clinics	Process	Provider group	Partial effect
Casalino	2003	1,040 Physician Organization	process	Provider group	Partial effect
Shen	2003	5,552Patients	Structure,	Hospital	Negative
Beaulieu	2005	1,076 Patients	Process Outcome	Physicians	Partial effect
Pourat	2005	8HMO (California)	Process,	Physicians	Positive
Rosenthal	2005	300 Physician Organization	Process	Physicians	Partial effect
Grossbart	2006	CMS data	Process	Hospital	Positive
Francis*	2006		Process Outcome	Physicians	Partial effect
Levin-Schertz*	2006		Process	Provider group	Partial effect
Pesis-Katz**	2006	HEDIS data1)	Process Outcome	Physicians	Positive
Remus D**	2006	259HQID data2)	Process Outcome	Physicians Hospital	Positive
Jha AK	2007	EPRP data3)	Process	Hospital	Positive
Lindenauer PK	2007	613Hospital	Process Outcome	Hospital	Positive
Glickman SW	2007	105,383Patients	Process Outcome	Hospital	Negative
Doran T	2007	60,000Patients	Process Outcome	Physicians	Positive
Patterson**	2007	21,385FFS data4)	Process Outcome	Hospital	Negative
Cheryl**	2008	198Medical groups	Outcome	Hospital	Negative
Weissman**	2008	12779 Hospitals	Outcome	Hospital	Negative

* 参考文献の参考文献リストから追加検索した論文, ** AcademyHealth's ARMで発表された文献

***結果 Positive : P4Pが医療の質の改善に寄与した, Negative : P4Pと医療の質改善との関連性が見られなかった, Partial effect : 医療の質の改善への部分的な有効を認める

1) HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) の糖尿病患者

2) HQID (Hospital Quality incentive Demonstration) Project, HQID N=259, Hospital Compare N=3303

3) EPRP (External Peer Review Program) の患者

4) FFS (Fee for Services) 出来高払い

出典: 鄭丞媛, 近藤克則, 井上祐介 (2009) 「米国における医療の質に基づく支払い (P4P) の動向と日本への示唆 (上)」『社会保険旬報』(2396), p.15。

表3 回復期リハビリテーション病棟におけるP4P評価指標の変遷

	2008年	2010年	2012年
1	新規入院患者のうち15%以上が重症（日常生活機能評価で10点以上）の患者であること。	新規入院患者のうち20%以上が重症（日常生活機能評価で10点以上）の患者であること。	新規入院患者のうち30%以上（入院料Ⅱは20%以上）が重症（日常生活機能評価で10点以上）の患者であること。
2	退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が60%以上であること。		退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が70%以上（入院料Ⅱは60%以上）であること。
3	重症患者の30%以上が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善していること。 ※加算点		重症患者の30%以上（入院料Ⅱは20%以上）が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善していること。 ※加算点を廃止し、入院料の要件となった。

事業を飛ばして、一気に全国レベルで「社会実験」を行ったことが特徴である [二木 (2008)]。

2 P4P導入による弊害—患者選別—

日本のP4Pは、患者の機能状態というアウトカム評価の導入に伴い、回復しやすい患者の選別が起こることが危惧された。これまでにこの点について調査したものは2点ある。

日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会は、「平成20年度リハビリテーション料の診療報酬改定に関するアンケート結果について」を2009年に出している。この調査は、リハ医学会の医師である評議員と、評議員以外のリハビリテーション科の専門医400名（回収率54.5%（218名））を対象に行われた。その結果、上記で示したP4Pの評価項目（重症患者の割合と在宅復帰率）を満たすために、患者の選別を行っているとしたのは約10%、選別する可能性があるとしたのは約30%であった。これを回復期リハ病棟に関わる病院のみに限定して推計すると、それぞれ約20%、約50%に達する [日本リハビリテーション医学会 (2009)]。

他方で、中央社会保険医療協議会「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された『質の評価』の効果の実態調査報告書」(2010年)によると、P4Pの評価項目である①新規入院患者に占める重症患者の割合（平均30%）と、②退院患者の在宅復帰率（平均76%）に関しては、多くの病院がP4Pの評価基準を満たすための努力をしてきたと報告している。また、患者選別の懸念に

対しては、①P4Pの評価基準を満たしていないところよりも、基準を満たしたところの方が新規入院患者に占める重症患者の割合が高いこと、②診療報酬改定前の2008年3月以前から継続算定している病棟よりも、改定後に入院料Ⅱを取得した病棟の方が重症患者の割合が高いことなどから見て、患者選別は起こっていないことが示唆されたとし、リハ医学会とは異なる結果であった [中央社会保険医療協議会 (2010)]。

3 P4P導入前後の患者像とパフォーマンスの変化

次に、P4P導入前後の患者像とパフォーマンスの変化を見るため、厚生科学研究費助成によって開発されたリハビリテーション患者データバンク（DB）（以下、リハ患者DB）のデータを用いて検証を行った結果を紹介する。リハ患者DBに登録されたデータ（30病院、6,929人）を用い、P4P導入前後の患者像とパフォーマンスの変化を検証した。リハ患者DBは、2010年4月からリハビリテーション医学会に運営が移行されている。

筆者らが分析を行った結果、患者の日常生活動作（Activities of Daily Living : ADL）を複合的に評価する退院時のFunctional Independence Measure²⁾（退院時FIM）と、在宅復帰率³⁾については、いずれもP4P導入による変化を確認することはできなかった（表4）

他方で、在宅復帰に影響を与えるとされる家族の介護力がない患者の比率は22.0%から29.6%に増えていた。入院時FIMの合計は高くなっており、

表4 P4P導入前後の患者像とパフォーマンスの変化

入院時患者の現況	P4P導入前 2006.4-2008.3 (14病院, N=530)		P4P導入後 2008.4-2010.3 (12病院, N=373)		有意水準
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
在宅復帰率 (%)	80.6		81.8		n.s
入院時FIM合計	58.0	28.9	62.2	29.7	p<.05
発症前Modified Rankin Scale ⁴⁾	3.6	1.0	3.5	1.3	n.s.
退院時FIM合計	82.3	32.4	85.7	32.3	n.s.
FIM利得 ⁵⁾	24.2	20.1	22.6	18.9	n.s.
FIM効率 ⁶⁾	0.3	0.5	0.4	0.5	n.s.
在院日数 (日)	90.7	43.9	83.6	43.8	p<.05
家族の介護力なし患者の比率	22.0%		29.6%		p<.05
リハ専門医の関わりあり	26.4%		48.3%		p<.001
定期的カンファレンスあり	37.6%		84.1%		p<.001
2週間以上の訓練中断あり	4.9%		1.1%		p<.001
PT訓練量 (時間)	49.9	34.6	54.9	37.6	p<.05
OT訓練量 (時間)	48.4	32.3	52.7	35.2	p<.05
ST訓練量 (時間)	26.9	27.8	37.6	29.5	p<.05
年齢 (歳)	76.2	6.6	76.2	7.1	n.s.
発症後入院までの期間 (日)	30.7	24.0	30.5	25.0	n.s.
診断名	脳梗塞	76.3%	73.9%		n.s.
	脳出血	18.7%	23.9%		
	くも膜下出血	5.0%	2.3%		

出典：Yusuke Inoue, Seungwon Jeong, Katsunori Kondo (2011) Changes in hospital performance after implementation of pay-for-performance in Japan, *Clinical Audit*, 2011 (3), 20。

患者の入院時の機能状態は高くなっていることがわかる。プロセス面で見ると、患者のアウトカムの改善に寄与するとされる理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語聴覚士 (ST) の訓練量 (それぞれ49.9→54.9時間, 48.4→52.7時間, 26.9→37.6時間) と、リハビリテーション専門医の関与は増加 (26.4→48.3%) していた。加えて、定期的カンファレンスの増加 (37.6→84.1%), 2週間以上の訓練中断の減少 (4.9→1.1%) などが確認された。この先、アウトカム面の改善があったとすれば、こうしたサービス提供プロセスの改善によってもたらされる可能性がある。しかし、その改善は、P4P導入によって促進されたのか、偶然的な供給量の増加によるものなのかは今後の検証を要する [Inoue (2011)]。

4 韓国におけるP4P

(1) 医療領域のP4P

国民皆保険制度により医療が提供されている韓国においても、2007年よりP4Pのモデル事業が実施されている。導入当初は、三次医療機関のみであったが、その後、二次医療機関も対象となった。P4Pの評価の対象は、心筋梗塞、帝王切開、急性期脳卒中である。2008年からは、評価結果が良かった医療機関に対して、診療報酬の1%分をインセンティブとして支給している [韓国健康保険審査評価院 (2010)]。

急性期脳卒中の評価指標を見ると、ストラクチャーとプロセス指標から成り、前者には専門医等の配置が設定され、プロセスには喫煙歴の調査率や神経学的検査、嚥下障害の確認などが設定されている (表5)。現在は、アウトカム面での評価項目に関して検討中である。

評価は、医療機関を単位として、5段階で行わ

表5 急性期脳卒中中のP4P評価指標

区分	評価項目
ストラクチャー	専門医の配置
プロセス	喫煙歴調査率
	神経学的検査
	嚥下障害の確認(2日以内)
	脳画像の診断(24時間以内)
	早期リハビリテーションの実施考慮率(3日以内)
	脂質検査実施率
	tPA血栓溶解剤の投与考慮率
	抗血栓剤投与率(48時間以内)
	抗凝固剤の投与率(退院時)
	抗血栓剤の投与率(退院時)

れる。最も評価が高いのが1級で、低いのが5級である。脳卒中に関する2011年の評価結果を見ると、1級の評価を受けたのが47.8%、2級19.4%、3級14.4%、4級8.5%、5級4.0%であった。1級と2級に対してインセンティブが支払われた。ペナルティは今後導入する計画であり、2012年10月頃に評価基準を確定する予定である[韓国健康保険審査評価院(2011)]。

韓国のP4Pの課題としては、規模が大きい病院およびソウルとその周辺の病院ほど高い等級を受けており、中小病院では2007年と2010年の間で質の向上があまり見られないことである。三次医療機関44病院の内の43病院(97.7%)が1級を受けたことに対して、二次医療機関273病院では54病院(34.4%)が3級以下の評価を受けていた。また、地域別に見ても、人口が集中しているソウルとソウル近辺の医療機関は高い評価を受けていた[韓国健康保険審査評価院(2010)]。業界全体の質の底上げという点では、効果的なP4Pを実施しているとは必ずしも言えない状況である。

(2) 介護領域のP4P

韓国では、2010年より介護領域においてもP4Pが導入されている。目的は、質の向上と入所を希望する者に対して施設選択の情報を提供することである。2006年から2008年にかけて評価指標の開発を評価指標開発委員会によって検討し、評価項目を設定した。そして、2008年に109カ所の施設

を対象にして1回目の評価モデル事業を実施し、評価指標の妥当性を検討した。2009年4月には11カ所の施設を対象に2回目の評価を行い、再度、評価指標の妥当性と施設側の受容性の検討を行った。そして、2009年7月に老人長期療養保険法の施行規則を改定し、長期療養機関評価チームを設け、2009年9月から11月にかけて定期的な評価事業に移行した。

評価の内容は①組織運営、②環境・安全管理、③権利および責任、④サービス提供プロセス、⑤サービス提供の結果から成り、全体で106項目ある[韓国健康保険公団(2010)]。評価は、①評価者2名が長期療養機関を訪問し、施設長および職員と面談を行うことと、②評価者が評価項目を確認する形式で行われる。

P4P導入前後の変化を見ると、2007年は平均で評価項目の51.2%を実施していたのに対して、2009年度には72.8%にまで向上したとしている。しかし、2007年と2009年の評価基準がやや異なったり、評価者の質や教育の問題など課題はいくつかあると見受けられる。

2011年度は3,195カ所を対象に評価が行われ、最も評価が高いAから、最も低いEランクに区分された。そして、上位10%の施設に対して平均で2,400万ウォン、最高で2億600万ウォン、合計で76億ウォンのインセンティブが支給された。評価結果が高かったところは、ソウルなどの都市部且つ、規模が大きいところに集中しており、医療と

同じ傾向が見られた。

IV P4Pの今後のあり方

米国と、日本および韓国のP4Pの現状と、P4P導入と質の向上との関連について見てきた。米国ではP4Pが導入され20年以上が経ち、本格的な導入からは10年が経過した。日本でも回復期リハビリテーション病棟に2008年よりP4Pが導入され4年が経った。しかし、これまでも示した通り、P4Pが質の向上に寄与したか否かについては、まだ一貫した結果は出ていない。そのことを踏まえて、最後に今後のP4Pのあり方について述べたい。

(1) P4Pサイクル

これまでも指摘してきたことだが、P4Pの導入や運用において最も重要な点は、P4Pの導入自体が目的となるのではなく、「質を高めるための手段」とすることである。そして、米国での経験に鑑みると、質の向上やそれを判断するためには、図1に示したようなプロセスを踏む必要があると思われる〔鄭・近藤・井上(2009b)、鄭・近藤

(2010)〕。

まずは①データ項目や形式を定めてデータを収集しデータベースを構築すること、②交絡因子を考慮したデータ分析を進めて質の向上につながるプロセスについてのエビデンスをつくること、③エビデンスに基づき、質の向上につながるプロセスや中間アウトカムに関する目標を設定すること、④それを捉えられる信頼性と妥当性が高く、交絡要因も考慮した指標を開発すること、⑤ベンチマーキングなどの手法を用いて、医療機関などの間で比較評価し、⑥問題があればプロセスを改善することのすべてを丁寧に行う必要がある。これらによる質向上の効果を評価するために、再びデータを収集して、次のマネジメントサイクルを回すことになる〔鄭・近藤・井上(2009b)、鄭・近藤(2010)〕。

(2) データベースの構築と質の改善の検証

P4Pサイクルを回していくには、まずはこのサイクル中の①データ項目や形式を定めてデータを収集しデータベースを構築することから始めることになる。蓄積されたデータを用いて、どのよう

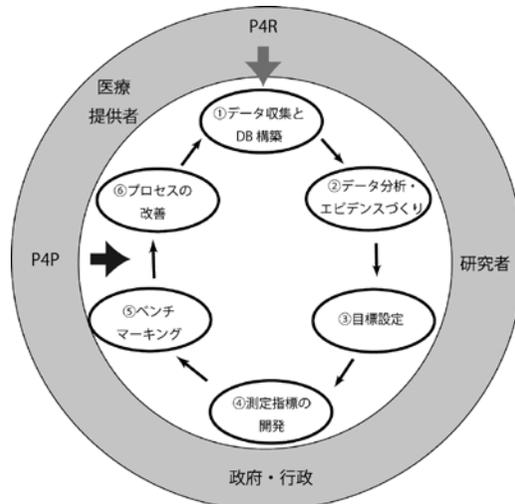


図1 P4Pサイクル

P4P: Pay for performance, P4R: Pay for reporting

出所：鄭 丞媛他「米国における医療の質に基づく支払 (P4P) の動向と日本への示唆 (下)」
『社会保険旬報』2397, 20-25, 2009

な医療機関・介護施設等の、どのような患者・利用者の、医療・介護のどの側面の質の改善をもたらしているのかを継続して検証する必要がある。これは、介護領域においても、当てはまることであろう。日本の介護における実証研究は増えているものの、それらの多くは事例研究や質的研究、サンプル数が少ないデータによる研究が多く、海外の学術誌に掲載されるレベルの研究が活発に行われているとは言い難い。その根底には、介護に関わる良質なデータベースが欠如していることがあると思われる。

データベース構築に関わる課題としては、①熱意ある共同研究組織を結成すること、②開発費用を誰が負担するのか、③データ提供施設の負担を軽減すること、④必須入力項目であるコアデータは最小限とすること、⑤データ入力のインセンティブを与えること、⑥多施設において、共同で使える標準化された尺度と個人情報保護に配慮することが挙げられている〔近藤・山口(2005)〕。

データベース構築には、施設側から情報を収集する必要があるが、評価される側からみると、評価者の育成や評価結果を報告するなど新たに追加コストが発生する。そのための負担を少なくする必要がある。米国では、P4Pに関わるデータ提出のための条件整備に対し、経済的補償を行っており、この作業をPay for reporting (P4R) と呼んでいる。日本においても、こうした施設側の負担を軽減し、良質なデータの確保に結びつくP4Rの導入を検討する必要があると思われる。良質のP4Rプログラムは、質の見える化につながり、改善点を見出す出発点になる。そのみでも質の向上に大きく寄与することになるとされる〔IHA(2011)〕。

(3) 評価指標の妥当性の検証

P4Pは何らかの評価指標を用いて評価を行うことになる。まずはその評価指標が質を評価するのに妥当であるかを見極めなければならないが、用いる評価指標や考慮する交絡因子によって結果が変動するため〔Jeong(2010)〕、指標の設定には慎重を期す必要がある。

日本のP4Pは、効果が出にくいとされる慢性期疾患〔Bruin(2011)〕を対象(回復期リハビリテーション)としている。また、リハビリテーション領域は、アウトカムに関して、医療提供者側の努力だけでなく、患者の背景因子や治療条件の複雑性など様々な交絡因子が存在する可能性が高い〔里宇(2002)〕。例えば、P4Pの評価項目である在宅復帰率には家族の介護力が大きく影響しており〔Jeong(2010)〕、在宅復帰率60%を満たせなかった病院でも、家族の介護力がない者を除くといずれも60%を超えることが指摘されている〔柏原(2010)〕。こうした結果から、在宅復帰率は医療提供者側の力が及ばない項目である可能性があり、P4Pのアウトカムの評価指標として用いるのが妥当であるかどうかを今後、慎重に判断すべきである。

米国においても、P4Pの導入以来、評価指標については様々な議論が続いており〔Liptzin(2009)〕、P4Pプログラムが慢性疾患や1入院の単位まで広がっているなど、より多くの交絡因子が考慮された評価指標の開発が求められている〔Rosenthal(2008)〕。さらに、プロセスとアウトカムを全体的に評価するなど、より合理的な指標となるように改善する必要があるという報告もある〔Rosenthal(2007)、Glickman(2008)〕。

質の標準化や業界全体の底上げのためには、評価基準の引き上げをどうするかを考える必要がある。Glickmanは、CMSが導入した救急医療におけるP4Pの評価指標の問題点を挙げており、全国レベルではほとんど実施されているものをP4Pの評価項目としても、質の向上はもたらさないと述べている〔Glickman(2008)〕。つまりは、P4Pの対象となる評価指標は適宜見直す必要があるということである。この点に関して、日本のP4Pはこれまでに2度改定されており、重症患者の割合を15%から30%に段階的に引き上げたり、重症患者の改善を加算点から入院料の基本要件に変更するなどしている。P4Pを行っていくうえで、今後もエビデンスに基づいて指標の設定を見直していく必要がある。

(4) 質の格差の拡大を防ぐためのサポート

P4Pは、施設間の格差を生じさせる恐れがあることがこれまでの研究において確認されている。米国の研究では、メディケイド患者の割合が高い医療機関などは、概して医療の質が低く、P4Pによる質の改善率も低いとされ、結果的にP4Pの導入が医療機関の間に質の格差を拡大させる可能性があるとして報告しているものがある [Jha (2007), Chien (2007)]。韓国においても医療と介護領域においてP4Pが導入されているが、都市部にある規模が大きい施設ほど高い評価を得ている反面、小規模施設では質の向上はあまり見られなかったとしている [韓国健康保険審査評価院 (2010)]。

さらに、P4Pが導入された当初に比べて、現在のP4Pは、安全性、効率性、患者満足、コスト面など評価が複雑化している。こうした複雑化したプログラムは小規模な施設にとって、様々な側面において負担を強いるものになる可能性があると考えられる。

P4Pは「質を高めるための手段」である。制度の運用に関しては、事業規模や施設が置かれている環境、評価の出発点となるベースライン等を十分に考慮し、業界全体の質の底上げにつながる仕組みを、継続的に且つ、慎重に検討していく必要がある。何らかの事情があり質が低いと評価された施設に対しては、ペナルティだけを与えるのではなく、質を高められる支援を受けられる仕組みを導入するなど工夫する必要もあるだろう。そして、何よりも質を高めるためには、現場サイドと十分なコミュニケーションを取り、評価される側の合意を得ることができなければ導入の効果は期待できないであろう [鄭・近藤 (2010)]。

V おわりに

医療領域のP4Pは、20年以上の歴史があり、様々な検証がなされているものの、P4P導入が質の向上に有効であるとするものがある一方で、そうでないとする研究も多数ある。P4P導入により質が向上しないのは、メディケイドの患者の比率が多い医療機関や、小規模で地方にある施設であると

する海外の報告もある。つまり、P4Pは「質を高めるための手段」になっていない恐れもある。制度の運用に関しては、データベースなどを整備し、継続的に且つ、慎重にモニタリングを行い、現場サイドの合意を得て、取り組んでいく必要がある。今後、介護領域においてP4Pが導入された際にもこれらの点を考慮することが重要であろう。

注

- 1) DRG (診断群別分類) とは、患者を臨床的同質性ならびに医療資源の必要度に基づいて、統計上意味ある診断群に整理する方法をいう。DRGの各グループごとに料金を定めて支払いに適用したものをDRG/PPSという [池田 (2006)]。
- 2) FIM (機能的自立度評価) とは、Grammer, C.V.らが開発した活動の自立度を判定する日常生活動作 (Activities of Daily Living : ADL) を複合的に評価する方法である。運動機能 (motor FIM) に加えて、コミュニケーション能力や問題解決能力など認知的機能 (cognitive FIM) が含まれ、7段階の採点によって評価される。
- 3) 在宅復帰は、自宅および福祉施設の一部への復帰のことを指す。
- 4) Modified Rankin Scaleとは、国際的に用いられている日常生活指標で、患者の身体状況を示すために用いられる指標である。0=症状なしから6=死亡まで7段階で示される。
- 5) FIM利得とは、退院時のFIMから入院時のFIMを引いたものであり、機能の回復の程度を示す。FIM利得は以下の通りに求めた。FIM利得 = 退院時FIM合計 - 入院時FIM合計
- 6) FIM効率とは、1日当たり患者の機能状態がどれほど向上するかを見るものである。FIM効率は次の通りに求めた。FIM効率 = (退院時FIM合計 - 入院時FIM合計) / 在院日数

参考文献

- Arling G., Job C., Cooke V. (2009) "Medicaid nursing home pay for performance: where do we stand?", *Gerontologist*, Vol.49, No.5, pp.587-95.
- Briesacher B.A., Field T.S., Baril J., Gurwitz J. H. (2008) "Can pay-for-performance take nursing home care to the next level?", *J Am Geriatr Soc*, Vol.56, No.10, pp.1937-9.
- Briesacher B.A., Field T.S., Baril J., Gurwitz J. H. (2009) "Pay-for-performance in nursing homes", *Health Care Financ Rev*, Vol.30, No.3, pp.1-13.
- Bruin S.R., Baan C.A., Struijs J.N. (2011) "Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature", *BMC Health Serv Res*,

- Vol.11, p.272.
- Castle N.G., Ferguson J.C. (2010) "What is nursing home quality and how is it measured?", *Gerontologist*, Vol.50, No.4, pp.426-42.
- Chien A.T., Dudley R.A. (2007) "Pay-for-performance in pediatrics: proceed with caution", *Pediatrics*, Vol.120, No.1, pp.186-8.
- Glickman S.W., Schulman K.A., Peterson E.D., Hocker M.B., et al (2008) "Evidence-based perspectives on pay for performance and quality of patient care and outcomes in emergency medicine", *Ann Emerg Med*, Vol.51, No.5, pp.622-31.
- Institute of Medicine (1999) "To err is human: Building a safer health system", *IOM*.
- Integrated Healthcare Association (2011) "IHA Pay for Performance Report of Results for Measurement Year 2010", IHA.
- Jha A.K., Wright S.M., Perlin J.B. (2007) "Performance measures, vaccinations, and pneumonia rates among high-risk patients in Veterans Administration health care", *Am J Public Health*, Vol.97, No.12, pp.2167-72.
- Liptzin B. (2009) "Quality improvement, pay for performance, and "outcomes measurement": what makes sense?", *Psychiatr Serv*, Vol.60, No.1, pp.108-11.
- Rosenthal M.B. (2007) "Pay for performance and beyond", *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, Vol.7, No.4, pp.351-5.
- Rosenthal M.B. (2008) "Beyond pay for performance-emerging models of provider-payment reform", *N Engl J Med*, Vol.359, No.12, pp.1197-200.
- Ryan A., Blustein J. (2012) "Making the best of hospital pay for performance", *N Engl J Med*, Vol.366, No.17, pp.1557-9.
- Seungwon Jeong, Katsunori Kondo, Nariaki Shiraishi, Yusuke Inoue (2010) "An evaluation of the quality of post-stroke rehabilitation in Japan", *Clinical Audit*, Vol.20, pp.59-66.
- Yusuke Inoue, Seungwon Jeong, Katsunori Kondo (2011) "Changes in hospital performance after implementation of pay-for-performance in Japan", *Clinical Audit*, Vol.3, pp.17-23.
- 池田俊也 (2006) 「DRG/PPS」日本病院管理学会学術情報委員会編『医療・病院管理用語事典改訂第3版』エルゼビア・ジャパン, p.161.
- 医療の質に基づく支払い研究会 (2007) 『P4Pのすべて—医療の質に基づく支払方式とは』医療タイムス社.
- 柏原正尚・近藤克則・白石成明・松本大輔 (2010) 「リハビリテーション患者データバンク (DB) の開発に関する研究 『平成19年度～平成21年度 総括研究報告書 (研究代表者: 近藤克則)』 pp.319-323.
- 韓国健康保険審査評価院 (2010) 「加減支給モデル事業第一年度評価分析」.
- 韓国健康保険審査評価院 (2011) 「急性期脳卒中評価加減支給事業」.
- 韓国国民健康保険公団 (2010) 「2009年度長期療養機関 (施設) 評価結果報告」.
- 近藤克則・山口明 (2005) 「エビデンスづくりに向けた大規模データバンクの可能性と課題」『総合リハビリテーション』 Vol.33, No.12, pp.1119-1124.
- 中央社会保険医療協議会 (2010) 「回復期リハビリテーション病棟入院科において導入された『質の評価』の効果の実態調査報告書」.
- 鄭丞媛, 近藤克則, 井上祐介 (2009a) 「米国における医療の質に基づく支払 (P4P) の動向と日本への示唆 (下)」『社会保険旬報』 Vol.2397, pp.20-25.
- 鄭丞媛, 近藤克則, 井上祐介 (2009b) 「米国における医療の質に基づく支払 (P4P) の動向と日本への示唆 (上)」『社会保険旬報』 Vol.2396, pp.10-15.
- 鄭丞媛, 近藤克則 (2010) 「医療の質のマネジメントとP4P」『総合リハビリテーション』 Vol.38, No.10, pp.929-934.
- 二木立 (2008) 「今後の医療制度改革とリハビリテーション医療」『地域リハビリテーション』 Vol.44, pp.234-242.
- 日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会 (2009) 「平成20年度リハビリテーション科の診療報酬改定に関するアンケート結果について」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』 Vol.46, pp.7-13.
- 星宇明元 (2002) 「リハビリテーション医学とEBM」『医学のあゆみ』 Vol.203, No.9, pp.590-596.
- (Seungwon Jeong 国立長寿医療研究センター
老年社会学研究部研究員)
(いのうえ・ゆうすけ 韓国延世大学医療福祉研究所
専門研究員)