

医療の標準化と医療保障

川 渕 孝 一

はじめに

わが国の医療保障制度は、先進諸国の羨望の的になっている。というのも、わが国では、地域で加入する国民健康保険、職業団体の組合健康保険、あるいは政府管掌健康保険など、いくつかの保険形態のいずれかに国民のすべてが加入するという、いわゆる“国民皆保険制度”が採用されているからである。わが国の平均余命は、世界的に見ても最長寿のレベルにあり、2050年には、男性は79歳、女性は86歳にも達すると予測されている。

さらには、患者が診察・治療を必要とする際に、自由に医療機関を選べる、いわゆるフリーアクセスも確保されており、わが国の医療制度は、かなり利用しやすいものになっている。

しかし、わが国の医療保障制度に全く問題がないかと言えば、そうでもない。深刻な問題の一つに、人口の高齢化による老人医療費の増大化が挙げられる。実際、わが国では高齢者の医療ニーズが、これまで以上に増えてくるにしたがい、老人医療費も、人口の高齢化とともに増加の一途を辿っている。

他の先進諸国と同じように、わが国でも老人医療費の増加分の大半は、政府、および若年代代によって負担されている。わが国では1989年度(平成元年度)に高齢者に対する医療費(老人医療費)が、国民医療費全体の28.2%を占めたが、1995年度(平成7年度)には、老人医療費の割合は約33%に達している(国民医療費全体27兆円に対し、老人医療費は8.9兆円：平成9年版『厚生白書』より)。

また、わが国の病院の平均在院日数は、他の

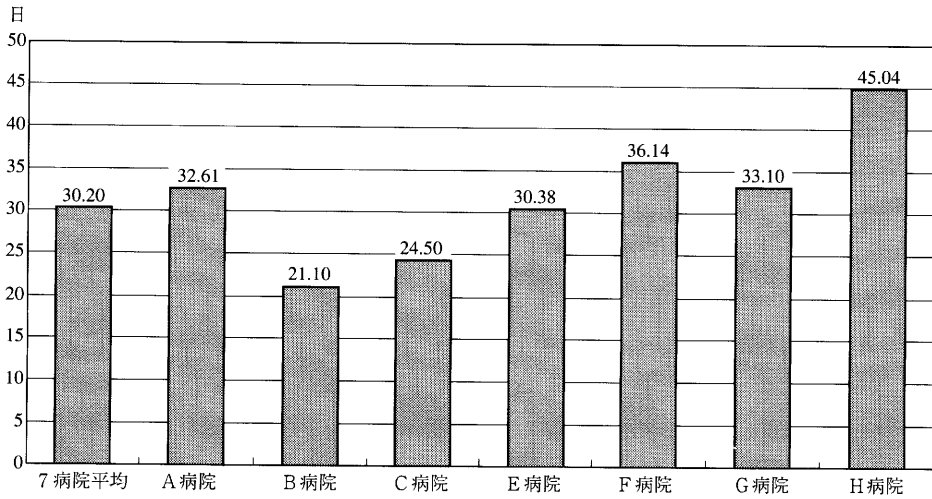
国々に比べてかなり長くなっており、70歳以上のほぼ50%が、平均3カ月以上の入院期間を要している。この背景には、わが国独自の文化や生活環境に根ざした事情がある。実際、家族を介護するに十分なスペースを割けるだけの住環境を有していないことが多いため、回復に至るまでの亜急性医療や介護は、病院において提供されている。

さらに、わが国の医療機関は、原則“出来高払い方式(a fee-for-service)”に基づいて経営が行われているため、実施される医療処置の件数を抑えたり、あるいは、ムダ使いを排除するというインセンティブ(経済的な誘因)が働く余地が非常に少ない。従来から、「提供した個々の医療サービスに対して一定の支払いを受けるという出来高払い方式は、一定の医療供給量を確保するうえで、多大な効果があった」と言われてきた。

つまり出来高払い制度は、医療費の高騰を抑えるという意図には沿わなかったが、患者の医療ニーズに 대응していくという点では、一定の効果をもたらしたわけである。

言い方を換えれば、医療行政側としては、出来高払い方式を利用することで個々の患者が必要とする医療資源を提供する点では成功したが、その一方で医療の標準化は野放しにしてきたのである。

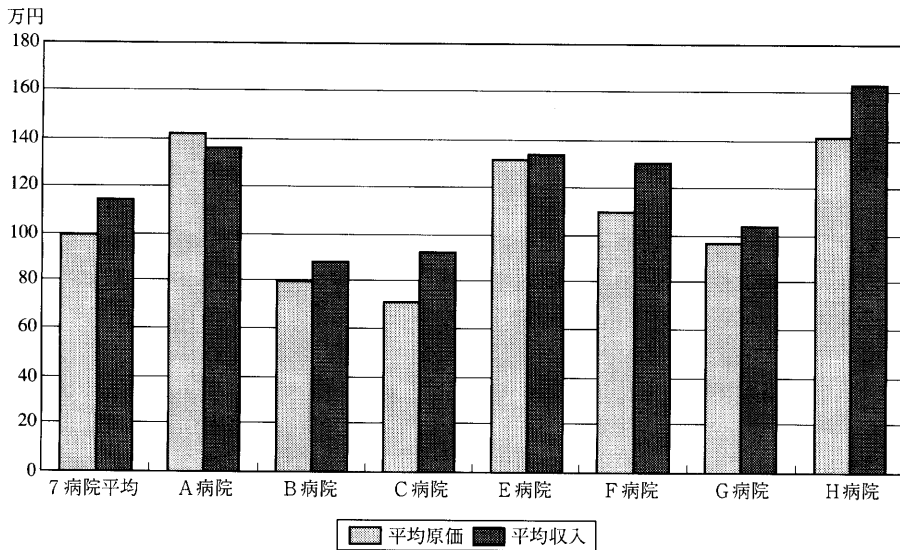
出来高払い方式の問題はよく指摘されているが、不思議なことにわが国では、診療報酬改定の際に、各医療機関ごとにコストを比較したり、あるいは取扱患者のデータを分析したりすることはなかった。図1は、わが国を代表する急性期病院において胃ガンで入院した患者の平均在院日数を比較したもののだが、一言で胃ガンと言っても、病院によって随分バラツキがあることがわかる。また、図2は、当該7病院の胃ガンの治療に要した平均医



	7病院平均	A病院	B病院	C病院	E病院	F病院	G病院	H病院
平均在院日数	30.20	32.61	21.10	24.50	30.38	36.14	33.10	45.04

出所) 筆者作成。

図1 「胃の悪性新生物」における平均在院日数



	7病院平均	A病院	B病院	C病院	E病院	F病院	G病院	H病院
サンプル数	317	44	21	151	13	14	20	54
平均原価	992,991	1,413,151	796,282	714,729	1,311,235	1,096,803	968,594	1,410,746
平均収入	1,141,678	1,356,069	878,234	921,684	1,336,766	1,306,251	1,032,830	1,635,286

出所) 筆者作成。

図2 「胃の悪性新生物」病院別平均原価及び平均収入

療費(平均収入)と平均原価との関係を見たものだが、これも病院によって随分バラツキがあるとともに、その収益率にも相当格差があることがわかる。問題は、こうした各病院のコスト・パフォーマンスを比較する試みが医療界に皆無に等しいということである。しかしこれをもってわが国の医療機関を責めるのはあまりにも早計すぎる。

というのは、病院のコストの格差を説明する指標の確立が遅れているからである。例えば、がん患者の重症度が高いほど、医療コストが高くなることは直感的に想像できるが、実際にがん患者の重症度を計測するとなると困難を極める。また、同程度のがん患者でも手術療法、放射線療法、化学療法を施したか否かによっても医療コストは異なってくる。さらに、同程度のがん患者を中小病院で治療する場合と、大学病院や臨床研修指定病院等の大病院で治療する場合とでは、医療機器の減価償却費や人件費などの固定費において相当バラツキがあることが予想される。

つまり、各病院間のコストの違いを証明するには病院特性の他に一定の科学的・客観的な尺度、いわゆるケースミックスの開発が求められるわけである。

そこで、本稿では、臨床医が納得するようなケースミックスをいかにすれば構築できるかについて述べた後、これを支払い方式に利用するときの留意点を指摘する。

I 医療の標準化とケースミックス

1 求められるパフォーマンス基準の確立

現在、わが国の医療界では、診療報酬体系を出来高払いから包括払いへシフトすることが大きな争点になっているが、ポイントは医療の標準化を推し進める一方で、一定の医療の質を確保するために要するコストを保障する支払い方式が確立できるか否かである。具体的には、一定のパフォーマンス基準を設定して、これを達成した医療機関には報奨金を与えるが、これを達成できなかった医療機関には、自動的に経済的な制裁が加わるという支払い方式の確立が望まれる。

しかし、ここで問題になるのは、どうやって一定のパフォーマンス基準を確立するか、言い換えれば何をもって医療のパフォーマンスを測定する尺度とするかということである。一つの考え方として、①平均在院日数、②高度の手術件数、③患者の満足度などを総合的に評価してこれをパフォーマンス基準とする考え方がある。確かに、一理あるが、隔靴搔痒の感がある。むしろ、パフォーマンス基準としてはその策定が若干むずかしいかもしれないが、①患者の重症度、②投入コスト、③治療成果の3要素が加味されたものを目指すべきである。というのは、人々が医療機関に行くのは、病気を治して欲しいからであって、それは患者が重症であればあるほどその治療成果は期待できない。それを相対的にコストをかけないで一定の治療成果をあげたとすると、その医師・病院は当然経済的にも報われるべきだからである。

ここで留意すべきは次の3点である。まず第一は、患者の重症度(ケースミックス)をどうやって把握・測定するかである。患者の重症度を測定する手法としては、学会や医療評価機関等から様々なものが提案されているが、残念ながら、今の所、完璧なものはない。

例えば、患者重症度を疾病の進行度と感染・閉塞などの合併症の観点から患者を分類するという病期分類法はよく使用されているものである。この分類法では420の疾病それぞれを概ね4つの状態に分類している。4つの状態とは、①合併症無し、②単一の器官および臓器における疾病・障害、③複数の疾病・障害、④死亡の4つである。

しかし、同じ病期であっても重症度は疾病によって異なる。たとえば、がんの第2期と糖尿病の第2期の重症度は異なる。また、病期分類法は患者の医療資源の利用パターンを分類する目的で開発されたわけではないので、医療資源の消費量との対応関係ははっきりしていない。表1は、胆嚢炎の病期分類の例を示したものだが、一言で胆嚢炎と言っても、14のタイプに分類されることがわかる。しかし、こうした分類が可能になるのは、あくまでも退院サマリーにきちんと主病名および合併症・併存疾患が記入されており、なおかつこ

表1 胆嚢炎の病期分類の例

重症度	状態	ICD-9-CM コード
1.1	慢性(結石症)胆嚢炎	574.10 その他の胆嚢炎を伴う胆嚢結石 574.20 胆嚢炎の記載のない胆嚢結石 575.1 その他の胆嚢炎
2.1	総胆管結石症を伴う慢性(結石症)胆嚢炎	574.11 その他の胆嚢炎を伴う胆嚢結石 574.21 胆嚢炎の記載のない胆嚢結石 574.40 その他の胆嚢炎を伴う胆管結石 574.41 // 574.50 胆嚢炎の記載のない胆管結石 574.41 //
2.2	急性胆嚢炎	574.00 急性胆嚢炎を伴う胆嚢結石 575.01 急性胆嚢炎
2.3	総胆管結石症を伴う急性胆嚢炎	2.1+2.2または, 574.01 急性胆嚢炎を伴う胆嚢結石 574.30 急性胆嚢炎を伴う胆管結石 574.31 //
2.4	胆嚢膿症	該当コードなし
2.5	胆嚢壊死	該当コードなし
2.6	限局性の穿孔を伴う急性胆嚢炎	1.1-2.3+ 575.4 胆嚢の穿孔
3.1	胆石性腸閉塞	1.1-2.3+ 560.31 腸充塞
3.2	急性化膿性の胆管・胆道炎を伴う急性胆嚢炎	1.1-2.3+ 576.1 胆嚢炎
3.5	胆嚢のひどい穿孔(汎発性腹膜炎)	1.1-2.3+ 567.0 他に分類される感染症における腹膜炎 567.2 その他の化膿性腹膜炎 567.8 その他の腹膜炎 567.9 詳細不明(腹膜炎)
3.4	急性胆嚢炎および瘻炎	1.1-2.3+ 577.0 急性瘻炎
3.5	敗血症	1.1-3.4+ 038.0 れんさ球菌性敗血症 038.1 ぶどう球菌性敗血症 038.3 嫌気性菌性敗血症 038.40 その他のグラム陰性菌による敗血症 038.42 // 038.43 // 038.44 // 038.49 // 038.8 その他の明示された敗血症 038.9 詳細不明の敗血症
3.6	ショック	1.1-3.5+ 785.50 外傷の記載のないショック 785.51 // 785.59 //
4.0	死亡	

出所) 筆者作成。

表2 診療に関する標準的なコード体系の概要

	病名コードのみ		病名+手術・処置	
	ICD-9	ICD-10	ICD 9-CM	ICD 10-CM
正式名称	International Statistical Classification of Diseases 9th Revision	International Statistical Classification of Diseases and Related Health	International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification	International Classification of Diseases 10th Revision Clinical Modification
版権	WHO	WHO	NCHS/HCFA	NCHS/HCFA
使用料	無料	(無料)	無料	(無料)
コード数			約1万1千(病名)	
桁数	4桁(数字のみ)	5桁(アルファベット+数字)	病名5桁(数字のみ) 処置4桁(数字のみ)	5桁(アルファベット+数字)
用途	各種統計	各種統計	・メディケアのパートA(病院入院の報酬)	・ICD-9-CMの次世代版
概要	第9回 国際疾病, 傷害及び死因分類	第10回 国際疾病, 傷害及び死因分類	・病名部分はICD-9(4桁)を5桁に拡張 ・処置・手術部分はICPMの拡張 ・簡便かつ他の候補がないため各国で使用	・病名部分は, 昨年ドラフト版公開(現在意見集約中) ・手術・処置部分に関しては, CPT-5とICD10-PCSの2候補がある
基本分類軸(大分類)	疾病や損傷の発生頻度・重要性	基本的に部位別	ICD-9に準ずる	ICD-10に準ずる
使用国	世界各国	世界各国	アメリカ・ヨーロッパ	アメリカ
日本の病院での使用状況	◎:最も多くの病院で使われている。また, レセコンの機種も多く, 対応コードを持っている	○:病院の新築, システムの刷新の場合に選択されることが多い	△:一部の先進的な病院で, 手術・処置コード部分のみが使用されている	未使用
和訳	あり:厚生省	あり:厚生省	あり:Medis-DC	

—開発中—

	手術・処置コードのみ			
	ICPM	CPT-4	CPT-5	ICD 10-PCS
正式名称	International Statistical Classification of Procedures in Medicine	Current Procedural Terminology 4th Revision	Current Procedural Terminology 5th Revision	International Classification of Diseases 10th Revision Procedure Classification
版権	WHO	AMA	AMA	HCFA
使用料	(無料)	有料	有料	(無料)
コード数				
桁数	4桁(数字のみ)	5桁(数字のみ)	編纂中	7桁(数字&アルファベット)
用途	各種統計	・メディケアのパートB(医師の技術料)	・(メディケアのパートB)	・(メディケアのパートA)
概要	・ICD-9を補助するための手術・処置分類 ・統計用の大まかな仕様のため, あまり利用されていない	・医師の手技を詳細に区分 ・RBRVSに基づく医師の診療報酬請求に使用	・ICD 9-CMの手術・処置コード部分の次世代版としても使用できる仕様でAMAが開発中 ・2000年をメド ・ICD-10とのリンクを強力に推進(詳細不明)	・ICD 9-CMの手術・処置コード部分の次世代版としてHCFAがプロデュース ・1998年4月ドラフト完成
基本分類軸(大分類)	ICD-9に準ずる	専門分野別	—	ICD-10に準ずる
使用国	世界各国	アメリカ	アメリカ	アメリカ・(ドイツ)
日本の病院での使用状況	△:ごく一部の先進的な病院で使用	△:ごく一部の先進的な病院で使用	未使用	未使用
和訳	なし	なし	なし	なし

—開発中—

出所) 日医総研。

注) WHO:世界保健機関(World Health Organization)

NCHS:全米健康統計センター(National Center for Health Statistics)

HCFA:米国医療財政庁(The Health Care Financing Administration)

AMA:アメリカ医師会(American Medical Association)

RBRVS:医師診療報酬表(Resources Based Relative Value Scale)

れをベースに ICD-9-CM コード (表 2 参照) が付されている時である。コーディングがきちんとなされていないならば、こうした患者の重症度分類は到底不可能である。これは DRG においても然りである。そもそも DRG とは Diagnosis Related Group の略で、国際疾病分類 (ICD-9-CM) で 1 万以上ある病名コードを人件費、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計上意味のある 500 程度の病名グループに整理し、分類する方法をいう。15 年前、米国の HCFA は 65 歳以上の入院医療費の支払方式にこの DRG を利用したが、これができたのも、米国の病院にコーディングのインフラが整備されていたからである。

これに対して、わが国にはこうしたインフラは非常に貧弱である。したがって医療のパフォーマンスを測定すると言っても一筋縄ではいかないが、これを「後進性の優位」と受けとめて、コーディングのインフラ整備を可及的速やかに図っていく必要があるだろう。

なお、米国では、医師の技術料 (ドクターフィー) は、病院の医療費 (ホスピタルフィー) とは別枠で支払われていることはつとに有名だが、HCFA は医師の技術料をアメリカ医師会が開発した CPT-4 コードに基づいて支払っている (表 2 参照)。

いずれにせよ、コードは患者の重症度を把握・測定するのみならず、診療報酬体系の基礎にもなるものなので、この普及を図っていく必要がある。

第二の留意点は、投入コスト (原価) をいかに把握・測定するかである。

病院の原価は、その消費量および価格の算定基準を異にするにしたがって、「実際原価」と「標準原価」とに区分される。実際原価とは、実際に消費した医療サービスの量をもって計算した原価を言う。これに対して、標準原価とは、医療サービスの消費量を科学的・統計的調査に基づいて、能率の尺度となるように予定し、かつ、予定価格または正常価格をもって計算した原価をいう。この場合、能率の尺度としての標準とは、その標準が適用される機関における達成されるべき原価の目標を意味する。

さて、このうち、どちらが「真の原価」なのだろう。この点について大きな論争がある。

例えば今、民間病院の約 30%、公的病院の約 80% は単年度収支で赤字を計上していると言われるが、仮に、各医療機関が計上した医業費用を適正な原価とすれば、わが国の医療機関の約 40% が原価割れを起していることになる。

しかし、これはおかしい。その理由は、医療機関によって患者一人一日あたりの医業費用が随分異なるからである。もちろん、これは、取り扱っている患者の属性の違いによるところが大きいと考えるが、その一方で、経営の非効率から生まれる格差も確実に存する。つまり、医療資源のムダ使いによるロスも医業費用の中には含まれているのである。その証拠に同一銘柄の医薬品や診療材料の購買価格を調べると、医療機関によって随分バラツキが存する。また、職種別賃率 (従事者費土地あたりの単位コスト) を調べると年齢補正を行っても公的病院と民間病院とでは随分格差があることは周知の通りである。さらに、CT や MRI などの高額医療機器や手術室の稼働率を調べても一日につき 8 時間しか CT が稼働していない病院があるかと思えば、朝の 7 時半から夕方 19 時まで年中無休で手術室が稼働している病院もある。そこで真の原価として理想的には標準原価を採用すべきである。しかし、わが国では医療の標準化が進んでいないので、即刻標準原価を採用することは困難である。そこで短期的には適正原価として平均原価を採用しつつ、長期的に標準原価を採用する努力が求められる。

第三の留意点は、どうやって治療成果を把握・測定するかである。患者は疾患の完治を期待して入院するわけだが、いわゆる生活習慣病が増大する中で、完治が期待できない疾患も増えている。実際、1995 年の国民医療費でみると、悪性新生物 (がん) 1 兆 8,637 億円、脳血管疾患 1 兆 8,543 億円、高血圧性疾患 1 兆 6,359 億円、糖尿病 8,741 億円、虚血性心疾患 6,862 億円となっており、これらを合計すると、6 兆 9,000 億円以上に上っている。つまり、生活習慣病の国民医療費に占める割合が 25.6% に達しているのである。

したがって、治療成果の指標としては、当面は治療・軽快・寛解・転院・死亡といった転帰状況の他に、再入院率、術後の合併症、術後5年以上の生存率、再手術率といった指標が必要になるだろう。

2 ケースミックスの概念

いずれにしても、こうしたケースミックスという考え方が出てきた背景には、従来からのコスト分析の限界が挙げられる。伝統的には、病院間のコストの差異を説明する変数として、①教育病院か否か、②病床数、③地域格差、といった病院の特性が用いられてきた。

しかしながら、このような病院の特性だけでは、個々の病院のケースミックス(対象患者の違い)によるコストの差異を十分には説明しきれない。その理由は、どの病院も往々にして、自院のコストの高さをより複雑な患者を扱っていることに求める傾向があるからである。

医療界には、ケースミックスが複雑であればあるほど、コストも高くなるという合意はあったが、精緻なケースミックスの開発は遅れた。そこで、DRGの導入によって、個々の病院におけるケースミックスを定義したうえで、病院のコストのパラッキが説明されることになった。

ケースミックスという概念自体は、一見単純なもののように思える。しかし、病院管理者、臨床医、および行政担当者のそれぞれが、各自の背景と狙いをもとに、このケースミックスという概念に対して、異なった意味合いを付与してきた。

たとえば病院管理者にとって、“ケースミックス”という言葉は、①病気の重症度、②予後、③治療の難しさ、④介入の必要度、⑤医療資源に対する需要などを総合的に評価して、各病院のパフォーマンスを表す指標として使ってきた。

他方、臨床医が、ケースミックスという考え方をを用いる場合は、①自分の取り扱っている患者の病状が他の患者の病状よりどのくらい重症か、さらには②治療や予後に、どれだけの介入が必要かということを意図している。つまり、臨床医の視点からは、ケースミックスというのは、治療中の

患者の状態と、医療対応を行うにあたっての治療の難しさを指し示しているのである。

これに対して、行政担当者は、通常、ケースミックスという概念を、治療中の個々の患者に対してどれだけの医療資源が必要であるか、もっと言えばどれだけの医療コストがかかるかを意味する場合に用いている。

こうした三通りのケースミックスに関する考え方は、しばしば密接に関連しているとはいえ、個々の患者に対しては、異なる意味を持ちうる。たとえば、末期ガンの患者は確かに病状が重く、予後が悪いが、医療資源という点では初期のガンほどには必要としない。図3は、先に示した7病院のうち、5病院の胃ガンの症例の平均原価を病期別に調べたものだが、必ずしも病期が高いほど平均原価が増大しないことがわかる。しかし、同じ病期で病院間のコストのパラッキは大きく、これから病院のコストの差を証明するには病期以外の指標が必要になることがわかる。そのため、病期分類に代わるケースミックスの開発が世界中で行われているわけだが、先に述べたDRGもその一例である。

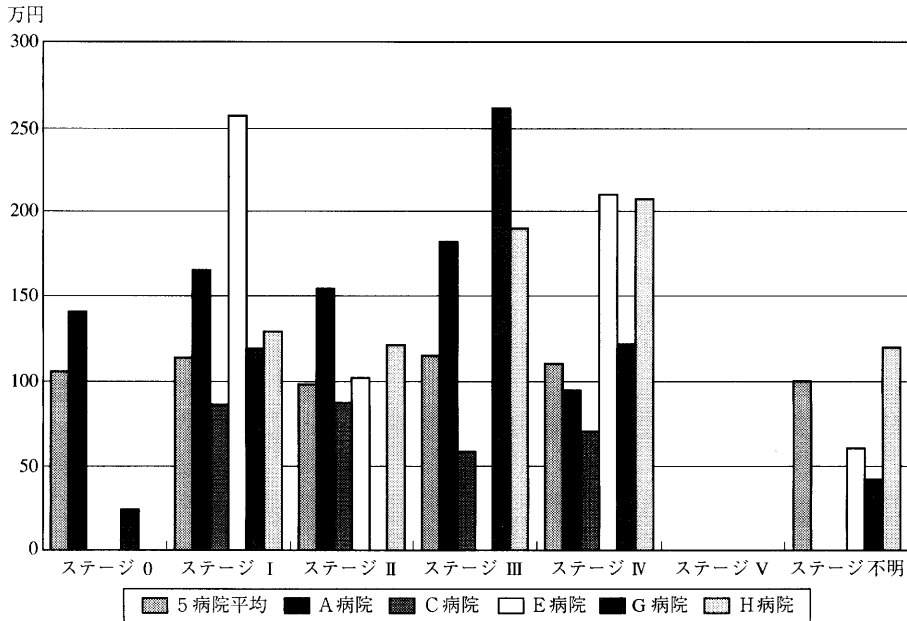
3 DRGはケースミックスの一つ

そもそもDRGは、1970年代後半に、アメリカのニュージャージー州で大規模に適用された。ニュージャージー州保健局は、退院患者別に、DRG分類に基づいて一定の金額を病院に支払う“包括払い方式(PPS=Prospective Payment System)”にDRGを用いた。

これを受けて米国議会は、1983年に、すべてのメディケア患者を対象に、DRGをベースとした包括支払い方式(いわゆるHCFA-DRG/PPS)を施行するよう、「社会保障法案」を改定した。

その後、新しいDRGシステムが開発された。たとえばAP-DRG(the All-Patient DRG)は、HCFA-DRGを拡大したものである。小児科やHIVのグルーピングに精緻化が見られる。

さらに、AP-DRGは、CC(Complications and Comorbidities:合併症および併存疾患)をより細かく分類している。具体的には、合併症及び併



出所) 筆者作成。

図3 「胃の悪性新生物」ステージ別平均原価

存疾患を重大なもの (Major) とそうでないもの (Minor) に分けることによって、医療従事者が、病気の重症度という概念を把握でき、患者のニーズを、より正確に選り分けることができるようになった。確かに HCFA-DRG も、CC を用いたが、より単純な “Yes/No” (有るか、無しか) というやり方であったので多くの批判を招いた。

そこで、AP-DRG に改良を加えて、“全患者を微細に分類した DRG” (All-Patient Refined DRG: APR-DRG) が開発された。ここで留意すべきは、APR-DRG は、AP-DRG よりも、さらに高度なやり方で CC の概念を精緻化したことである。具体的には、APR-DRG は、一次診断名に二次診断名が加えられ、各 DRG は重症度別に 4 段階に分かれている。

表 3 は、この 3 種類の DRG の構造的相違点を比較したものである。一言で DRG と言っても、その精緻化のいかんによって、多種多様な DRG が存在することがわかる。この他に、ヨーロッパ諸国 (ドイツ、フランス、イギリス、イタリア等) やアジア諸国 (韓国、台湾、シンガポール、

オーストラリア等) でも、その国固有の DRG の開発が進められており、まさに望ましいケースミックスの開発は世界共通の課題になっている。換言すれば医療の標準化を図る上で、ケースミックスの開発は急務と言える。

II 医療の標準化と支払い方式

1 支払い単位の設定

一旦、精緻化されたケースミックスが完成すればそのケースミックスは次のような目的に使用することができる。

- ①医療資源の使用状況、および治療成果を、広範に測定することによって病院のパフォーマンスを比較する
- ②入院患者別死亡率の差を査定する
- ③各病院が、標準的治療計画であるクリティカル・パスウェイ (Critical Pathways) を設け、平均在院日数の短縮に努力する
- ④継続的に医療の質を改善するプログラムを確立する

表3 3種類のDRGの構造的な相違点

	HCFA-DRG 第14.0版	AP-DRG 第14.0版	APR-DRG 第12.0版
基本DRGの診断群分類数	338	NA	384
DRGの数	492	641	1530
多発性外傷のMDC	後に追加	有	有
HIV感染症のMDC	後に追加	有	有
新生児の体重のデータの有無	無	有	有
NACRI小児データの有無	無	一部有り	有
主要(最重症)CC	無	有	無
DRGの定義に死亡因子使用の有無	有	有	無
DRGの定義に在院日数使用の有無	無	新生児のみ有	無
CCリストの再評価の有無	無	一部有り	有
複数CCの認知の有無	無	無	有
CCのサブグループ数	2	3	4
CCのサブグループ構造の有無	無	無	有
死亡リスクのサブグループの有無	無	無	有
使用した基本DRG	—	HCFA-DRG	AP-DRG (新生児を除く)

出所) 筆者作成。

注) CCは合併症(Complication), 併存疾患(Comorbidity)の略。AP-DRGのNAは、AP-DRGに、Major CCカテゴリーがあることによりNot Available。

⑤患者の疾病分類に基づいて、次年度の予算を立てる

⑥患者別包括払い方式に利用する

ここで興味深いのは、元来DRGは、病院の運営の無駄を省いて生産性をあげるために開発されたマネジメント手法の一つだったということである。具体的には、患者に使ったマンパワー、薬剤や医療材料、入院日数、コストなどのデータをできるだけ多くの病院から集め、一定の疾患ごとに分析することでそれぞれの病院の改善点を明確にすることがDRG開発の主たる目的であった。換言すれば、DRGは一般産業界のQC活動と同じ目的で始まった研究プログラムの成果なのである。したがってこれを支払い方式に使うかどうかは政策判断を伴う。仮に支払い方式に使うとした場合、技術的には支払い単位をどうするかが一つの論点となる。

というのは、医療提供者に一定のインセンティブを付与する支払い単位として、個別のサービスごとに支払う方式(出来高払い制)から、人頭払い方式に至るまで、さまざまな方式が存在するからである。こうした支払い方式には、コストを抑

制するためのそれぞれ異なったインセンティブがある。概念的に比較してみると、これらの選択肢には、医療提供者に対するファイナンシャル・リスクが最小のものから、最大のものまであり、一つの“連続体”として位置付けられる(図4参照)。

個別サービスごとの支払い方式(いわゆる出来高払い)を用いる場合、医療サービスを提供する側は、提供したサービスごとに個々の支払いを受ける。この支払い方式によれば、より多く診療をすれば、より多くの支払いを受けることができるため、“処置件数や医薬品の消費量を抑制するというインセンティブ”は働かない。実際、わが国における現行の医療保険制度では、医療サービスの提供に伴う給付金額が、税金・保険料からなる医療費総額を超過する、というファイナンシャル・リスクが極めて大きい。このリスクは、医療提供者には、ごくわずかしかならわされてはいない。

それどころか、より多くの医療サービスを提供すればするほど、医療保険制度からさらに多くの支払金額が得られる仕組みとなっており、わが国の医療提供者は、入院患者個々に対して、入院日

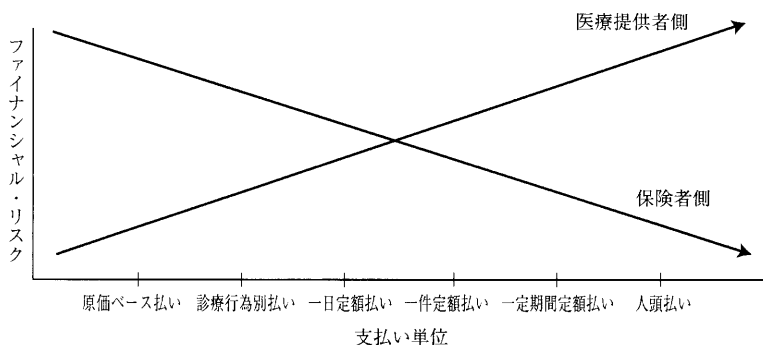


図4 支払い単位とファイナンシャル・リスクの概念図

数や、検査、および治療処置などの医療資源を十分に効率良く提供するというインセンティブ（動機づけ）を持ちにくくなっている。

これが、現在、わが国の医療保険制度で広く用いられている支払い方式の問題点である。

これに対して、定額払い方式の場合は出来高払い方式と全く逆のインセンティブが働く。具体的には、診療に使われなかった資金は、すべて医療提供者側の手元に残る。すなわち、コスト抑制のインセンティブが働くという点では、定額払い方式の方がすぐれていると言える。定額払い方式の色彩がより強くなると、医療機関は、出来高払い方式に比べて、患者への医療サービスを細かく検討してから提供するようになると予想される。

しかし、一言で定額払いと言っても、図4に示されるように多種多様な支払い方式が存在する。具体的には、保険者は、医療提供者に対し、患者の病状に応じて一日定額払い (Per Diem)、一件定額払い (Per Case)、一定期間定額払い (Episode) という形で支払うことも可能である。

仮にこうした定額払い方式を導入すると、より注意深く、医療資源を割り当てるといったインセンティブが、医療提供者側に与えられることになる。しかしながら、一日定額払いでは、入院日数を抑えようとするインセンティブは働かない。つまり同システムでは、一日あたりのコストを削減しようとする動機づけは生まれるが、総医療費を抑えようとするインセンティブは働かないのである。

これに対して、一件定額払い、および一定期間定額払いには、時間要素を一つの誘因として含ん

でいるため、医療サービス提供者が、コストを抑制しようとするインセンティブが働く。

特に、再入院のケースも含めて一定の治療期間しか支払わないという“エピソード”に基づく支払い方式は、全期間にわたって患者に対して予防措置を講じるというインセンティブを付与することになる。というのは、“エピソード”に当たる期間中に、当該患者に費やされなかった金額は、すべて医療提供者側の余剰になるからである。従ってエピソードによる支払い方式のもとでは、医療提供者は、“医療サービスの量をコントロールする”という誘因が強く働くことになる。

しかしながら今の所、エピソード方式は、あくまでも医療の標準化にのみ使われており、医療費を抑制するための手段ではないことに、留意する必要がある。

2 マネジド・ケアのもとでの人頭払い方式の功罪

支払い単位を決定することは、政策的な判断を伴うが、ファイナンシャル・リスクを医療提供者側に負わせるという点では、人頭払い方式が最も進んだ方法である。

事実、米国ではマネジド・ケアのもと人頭払い方式がますます普及しつつある。しかし、果たして人頭払い方式はわが国に導入可能な方式なのだろうか。ここでは、米国が人頭払い方式の経験から学んだ教訓について、触れることにする。

米国では人頭払い方式が導入されたことで医療機関の財務上のインセンティブが180度変化するとされる。というのは従来の出来高払い方式では

医療サービスの量が多ければ多いほど利益は多くなったが、人頭払い方式では加入者数の増加を回りつつ、その一方で徹底したコスト管理が求められるからである。その結果、医療サービスの提供をできるだけ抑える医療機関が増えている。これが、人頭払い方式の大きな効能であり、この利点が、保険会社がこぞって一般企業の社員に対し、人頭払い方式とマネジド・ケアを結びつけた保険商品を勧める大きな理由の一つである。実際、1995年に人頭払い方式を採用した医師は38%で、1994年の36%より若干増えていることが最近の“Medical Economic Continuing Survey”でわかった。

人頭払い方式を最も多く採用している診療科は小児科医(68%)で、次いで内科医(57%)、家庭医(54%)の順となっている。これに対して、最も少ないのは形成外科医で12%であった(Terry, 1996)。

総じて言うとHMOおよびPPOからの収入は1995年における医師の総収入の45%を占め、1994年の41%を若干上回った(Terry, 1996)。

しかしながら、人頭払い方式が将来的に医療機関の主要な支払い方式となるかどうか、アナリストの意見は大きく分かれる。というのは、プライマリーケア医師への人頭払い方式は、高リスク患者がマネジド・ケアからはじき出されるとして反対の声が大きいからである。いわゆる逆選択の問題である。

また、米国の保険会社は、提供された医療サービスに対し、支払い限度額を設けることが認められている。そのため、被保険者個人は通常、保険会社が決めた支払い限度額を超える部分を、自己負担しなければならない。

さらにマネジド・ケアにおいて、病院と専門医の利用を制限することも医療費の抑制に貢献しているとされる。狭義にみれば、この抑制策は、プライマリーケア医が、医療費適正化の“門番(Gate Keepers)”の役割を果たすことによって、達成されているといえる。

具体的には、マネジド・ケアにおいては、専門医、および病院サービスを利用するにあたり、保

険会社の事前許可が必要となる。つまり、マネジド・ケアのもとでは、患者個人は、どの医師にも自由にかかれるわけではない。

もちろん、各人は、一定のリストの中からプライマリーケア医を決めることができるが、わが国のようなフリーアクセスが確保されているわけではない。なお、米国では、プライマリーケア医が、患者を専門医に紹介することになっているので、その評価も専門医に対する紹介件数や、病院への入院件数、いわゆる利用度審査(Utilization Review)によって行われている。したがって、当然のことながら、専門医の紹介件数や病院への入院件数の少ない医師は高く評価されるわけで、これが、重症患者を敬遠するという現象を招いている。

現在、米国ではマネジド・ケアが拡大するにつれ、こうした弊害が社会問題化している。そのため、加入層の健康状態によって、人頭払い方式に一定の調整を加えるという必要性が生じてきている。まさに、これは、ケースミックスの概念に通じるものである。

しかしながら、人頭払い方式のレート調整方法の開発は、ほとんど進んでいない。

メディケアの関係機関の一つであるAAPCC(Average Adjusted per Capita Cost)が用いている方法では、メディケアの受益者にとって、1%から1.5%のあいだの保険料が、年間の調整医療コストであるとしている。しかし、この数値は低く、その結果として、逆選択を抑制するという点では、AAPCCはあまり効果的とは言えない。これは、人頭払い方式に基づくマネジド・ケアを、高齢者に拡大する場合の、致命的な欠陥と言える。

この問題の解決方法は、病気や症状が、時間とともに進行する様子を把握するとともに、その治療に要するコストを測定することである。これは先に述べた医療を一つの“エピソード”とする考え方である。

そこで、現在米国では、エピソードの定義に向けた大規模なプロジェクトが開始されている。2000年始めには、人頭払い方式のレート調査も可能とするエピソード・グループが試験的に利用

できる予定になっている。このエピソード・グループは、わが国においても将来的に、利用可能と考えられる。

しかしそれまでは、逆選択の問題があるため、わが国において人頭払いによるマネジド・ケアを一般的に導入するのは困難であると言わざるを得ない。

III 結びにかえて

以上、医療の標準化に必要なケースミックスの開発とこれを支払い方式に使う時の留意点について述べてきたが、価格政策を通じて効率的に運営するというインセンティブを医療提供者に与えれば、医療費の適正化に効果があると考えられる。

たとえば、DRGを病院への支払い方式のベースとして導入すれば、わが国における現在の医療保険制度の財源配分構造を、より公平にするのみならず、早急に医療提供者が医療の標準化に努力する可能性が出てくる。さらにDRGに基づく支払い方式は、将来的に、エピソードに基づく支払い方式を導入する場合の基礎にもなりうるので、検討に値すると考える。

参考文献

- 川淵孝一 (1997) 『DRG/PPSの全貌と問題点——日本版診断群別包括支払方式の開発は可能か——』薬業時報社。
- 川淵孝一 (1998) 『DRG/PPSの導入の条件と環境——求められる日本版診断群別包括支払方式のインフラ整備——』薬業時報社。
- (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」, 3-7, 23-30.
- 経済企画庁 (1998) 「物価構造政策委員会, 医療価格に関する作業委員会 中間報告書」, 68.
- Cbrewster, B. G. Karlin, L. A. Hyde, C. M. Jacob, R. C. Bradbury, and Y. M. Chae (1985) "MEDIDGRPs: A Clinically Based Approach to Classifying Hospital Patients at Admission," *Inquiry*, 22, 377-87.
- Goldsmith, Jeff C., and Michael J. Goran (1996) "Managed Care Mythology: Supply-Side Dreams Die Hard," *Healthcare Forum Journal*, 39 (6), 42-47.
- J. E. Conklin, J. E. Lieberman, C. A. Barnes, and D. Z. Louis (1984) "Disease Staging: Implications for Hospital Reimbursement and Management," *Health Care Financing Review*, supplement, 13-22.
- J. G. Christoffersson, J. E. Conklin, and J. Gonella (1988) "The Impact of Severity of Illness on Hospital Costs," *DRG Monitor* 6, no. 1, 1-8.
- J. S. Hughes, J. Lichtenstein, L. Magno, and R. B. Fetter, "Improving DRGs: Use of Procedure Codes for Assisted Respiration to Adjust for Complexity of Illness", *Medical Care*, in press.
- Keegan, Arther J. (1987) Saving Money throughout the Cost Accounting Installation Cycle, *Hospital Cost Accounting Advisor*, Vol. 2, No. 10.
- L. I. Iezzoni, M. A. Mokoskowitz, and S. Asu, *The Ability of MEDISDISGRPs and Its Clinical Variables to Predict Cost and In-Hospital Death* (report to the Health care Financing Administration under agreement no. 18-C-98526/1-04, July 1988).
- M. D. Gonella, M. C. Hornbrook, and D. Z. Louis (1984) "Staging of Disease: A Case Mix Measurement," *Journal of the American Medical Association* 251, no. 5, 637-44.
- M. L. Garg, D. Z. Louis, W. A. Giliebe, C. S. Spirka, J. K. Skipper, and R. R. Parekh (1978) "Evaluating Inpatient Costs: The Staging Mechanism," *Medical Care* 16, no. 3, 191-201.
- McClellan M. (1997) Hospital reimbursement incentives: an empirical analysis, *Journal of Economics and Management strategy* 6 (1), 91-128.
- S. D. Horn, P. D. Sharkey, and D. A. Bertram (1983) "Measuring Severity of Illness: Homogeneous Case Mix Groups," *Medical Care*, 21, no. 1, 14-30.
- S. D. Horn (1986) "Measuring Severity: How Sick Is Sick? How Well Is Well?" *Healthcare Financial Management*, October, 21-32.
- S. Mendenhall (1984) "DRGs Must Be Changed to Take Patient's Illness Severity into Account," *Modern Healthcare* 14, no. 15, 86-88.
- Stephenson, Randall C. (1985) "Cost Accounting Software Design," *Hospital Cost Accounting Advisor*, Vol. 1, No. 6, November.
- Terry, Ken (1996) "Medical Economic Continuing Survey: Managed Care Participation and Income Keep Rising," *Medical Economics*, October 14, 196-208.
- Toso, Mark (1984) Reader's Forum: The Value of a Cost Accounting System, *Hospital Cost Management and Accounting*, Vol. 1, No. 4, July.

W. W. Young (1984) "Incorporating Severity of Illness and Comorbidity in Case-Mix Measurement," *Health Care Financing Review*, supplement, 23-31.

(かわぶち・こういち 日本福祉大学教授)