

平成12年度 長寿科学総合研究事業

H10-長寿-011

介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究

総括研究報告書



©MPC

平成13年 3 月

主任研究者 小 山 秀 夫

(国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長)

はじめに

現在、主に高齢者の長期ケアを対象に独立した介護保険制度を運営している国は、ドイツ、ルクセンブルグ、日本であるが、オーストラリアが介護現金給付制度を実施し、オランダでは1968年から特別医療費保険という名称で公的介護保険制度を実施している。このほかのOECD参加国は、何らかの方法で高齢者の長期ケアを対象にした制度がある。そして、各国の長期ケア制度は、近年、大きな制度改革を進めており、わが国でも参考になる事項も少なくない。

米国のメディケアにおける認定在宅ケア提供者（Home Health Care Agency：HHA）に対する定額予測支払制度（Prospective Payment System：PPS）は、在宅の長期ケア制度の改革であり、その実態は医療保障制度全体の改革の一部であり、の注目に値する。医療分野における最適マネジメントは、米国においてはマネジトケアとして注目を集めているところであるが、わが国においてはマネジドケア、DRG、クリティカルパス等の米国における医療施策の動向に関する研究はそれぞれが単独に実施されており、施設マネジメントと結びつけた総合的な研究は十分なされていない。

3年間にわたる本研究の目的は、今後大きな変革を求められる介護保険施設における最適なマネジメントを模索する一方で、各国の制度研究を進め介護保険制度の資する基礎資料を分析し整理することを通じて、施設マネジメントにおける最適化指標等を作成することである。居宅サービスを含めた施設マネジメントの最適化は、介護サービス等を提供する施設・組織のミス・マネジメントにより発生する費用を最少化することを通じて、結果として介護保険財政の適正化に資することになると同時に、施設・組織の最適マネジメントを前提とした制度設計が有効かつ効率的に立案できるという結果をもたらすはずである。逆の見方をすれば、いかに有効な公的制度であっても、サービスの受給の場である施設・組織のミス・マネジメントを放置するのであれば、政策評価を著しく低下させる原因にならざるをえないのである。

わが国においては、論文・研究等において、高齢者保健医療施設の最適マネジメントに触れたものは少なく、実証研究によってまとめられたものはほとんどない。本研究は、そのような意味から、介護保険制度の最適マネジメントの方策について実証的に検証する研究として企画したものである。本研究のもうひとつの特色は、各国の要介護判定と施設マネジメントの関係を明らかにするところにある。要介護認定は周知のように、わが国独自の方法であり、要介護認定と施設マネジメントとを関連させて検討した場合、介護保険施設のマネジメントがどのように変化すると予想できるのか、そしてマネジメントの最適化のためにどのような課題や解決方法があるのかを研究することは今後とも重要な政策関連の研究課題であると考えられるからである。

平成 10 年度においては、施設マネジメントの最適化について、①特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群、その他として複数種類を展開している社会福祉法人並びに医療法人に対する聞き取り調査の実施、②入所者に対する要介護認定調査の実施、③オーストラリア・ドイツにおける高齢者ケアの実態についての調査研究、などを行なった。平成 11 年度は、介護保険制度施行前夜でもあり、研究会において、まず、最適マネジメントの基本的分析基軸を明らかにした上で、介護保険のマネジメントに重要な意味を持つ要介護認定基準について分析を試み、さらに介護報酬基準の策定過程について検討を加え、その上で、各施設、事業者に予定されている各種事業を調査し、主に要介護認定の状況について、実態調査を実施した。また、研究会においては 10 年度に引き続き、ドイツやオーストラリア等の諸外国の介護システム等についての検討を行うとともに、英国の P F I や長期ケアに関するケアの質の確保方策等の検討を行った。最終年度である平成 12 年度には、米国の現地実態調査並びに膨大な資料分析等から、米国における在宅定額支払制度等の実態分析を行った。

本年度の研究では、以下のことが研究成果として得られた。第 1 に、米国における在宅ケア給付に対する定額制（HHS / P P S）の導入により、在宅ケアの利用率が低下していることが明かとなった。具体的には、慢性疾患や糖尿病や呼吸器系疾患等の特定の疾患、高齢者や独居者の利用が減少する一方で、中南米移民や高額所得者、アルツハイマー患者などの利用が増えているという実態が明らかとなった。第 2 に、サービス提供者側の不満は大きく、出来高払いから定額制の移行に対処できないという実態が明らかとなった。標準予測給付額の水準や受給者のニーズの判定については、大量の統計データと科学的な調査分析手法に基づいて設計されたシステム（O A S I S）が作成されている。このシステムはわが国の介護保険制度における要介護認定のコンピュータプログラム等と類似の考え方が基礎にあるものと考えられる。米国では、ニーズの適性評価と、2 か月ごとの再評価の実施により、2000 年 12 月以降はニーズ判定の検証が進められている。なお、給付水準については、2001 年 4 月 1 日までに適正な給付額を設定するとしている。

HHA / P P S には、本報告で述べるように各種の機能と手法があり、わが国の今後の高齢者ヘルスケアマネジメント分野や政策立案の基礎資料として、参考となるものと考えられる。今後はこれらの米国の動向について、わが国においてシミュレーションを実施し、その有用性を検証することが課題として明らかになった。

12 年度の研究では、米国、カナダ、ドイツ、オランダ、ルクセンブルグ等の高齢者ヘルスケアマネジメントの現状分析を行った。また、委員会において、各国のインターネット上の最新情報を分析するとともに、今後ともそれらの追跡調査を実施することを確認した。また、米国の現地実態調査については、ワシントン D C で開催される全米老年学会第

53 回大会において、ポスター発表「日本における介護保険の最適マネジメントについて」を行うとともに教育シンポジウムのシンポジストとして「日本の長期ケアシステムに与えた介護保険制度の影響」というテーマで報告した。米国において、わが国の介護保険制度は大きな関心を集めており、特に要介護認定システムとともにわが国の緒高齢者保健・医療施設におけるマネジメントについての報告には、多くの質問が寄せられた。

本報告書は、3部構成で、巻末にA、Bの付録が編集されている。第1部は研究概要であり、第2部は「HHA/PPS（その仕組みと手法）」である。第3部は、資料編で、最低限必要と考えられる各種の資料を仮訳してある。

また、巻末付録として「ドイツにおける介護保険制度」と「英国自治体社会サービスにおける業績指標」を掲載した。この2つの課題は、研究過程で重要なテーマであると確認されたものの、ドイツの介護保険法改正法の原案が2000年3月まで公表されず、英国の改正法も完成していない現状で、十分な分析を進めることができなかった。

本調査研究の進捗にあたり多くの人々にご協力いただいた、特に、米国医療財政庁のアン・メドー博士には、2回の訪問調査において技術的な情報提供をいただいた、ドイツ連邦保健省介護保険部長ルドルフ・ホルマー博士には、介護関連制度の国際比較研究の重要性について、多くの示唆をいただいた、国立医療・病院管理研究所協力研究員でもある藤林慶子氏（北海道女子大学）、長澤紀美子氏（新潟青陵大学）、西村啓氏には、研究の企画や取りまとめを、研究生の平井政規氏には図表作成や原稿の整理をそれぞれお願いした。膨大な翻訳作業については、須磨忠昭氏、林陽子氏、服部いづみ氏にご協力いただき、当部の主任研究西村秋生氏には医学用語等の確認をお願いすることができた。このほかご協力いただいた各研究協力者および調査にご協力いただいた多くの方々を含めて、深く感謝を申し上げる次第である。

平成13年3月30日

平成12年度 長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究」

主任研究者 小山 秀 夫

(国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)

—目次—

第1部 介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究の概要

第1章 12年度研究の概要

- 1. 研究目的と研究経過 3
- 2. 研究により得られた成果の今後の活用・提供 4
- 3. 研究の実施経過 5

第2章 米国の在宅定額支払制度の概要

- 1. 調査の概要 5
- 2. 米国の医療保障制度の概要 6
- 3. HHA/PPS の開発経緯 7

第3章 本報告書の構成

- 1. 全体構成 9
- 2. 訳語について 10

第2部 HHA/PPS（その仕組みと手法）

第1章 メディケアの35年

- 1. 今日の規模 15
- 2. 給付方法と給付管理システムの変化 19

第2章 ホームケア PPS(HHA/PPS)の導入

- 1. 重要な2つの法律 22
- 2. 在宅ケア利用率の変化 23

第3章 HHA/PPS の内容

- 1. 主な機能と手法（用語の解説） 26
- 2. 給付額の設定プロセス 29

第4章 HHA/PPS におけるケース・ミックス・システム

- 1. システム開発の経過 41
- 2. ケース・ミックス・システムの内容 42

第5章 HHA/PPSの目的とメディケア改革

- 1. 支払い方法の一本化 49
- 2. 給付と自己負担水準の構想改革 50
- 3. プログラムの管理コストの効率化 50

第3部 資料編

第1章 在宅PPS向けケースミックスアジャスターの作成 55

第2章 米国におけるHHAに対し提供される予見定額支払い制度について 59

第3章 HHA向け予見定額支払い制度についての意見書 75

第4章 対照表 97

付録A：ドイツ介護保険制度について 105

付録B：英国自治体社会サービスにおける業績指標 135

**第1部 介護保険制度における最適マネジメントの方策に
関する研究の概要**

第1部 介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究の概要

第1章 12年度研究の概要

1. 研究目的と研究経過

医療分野における最適マネジメントは、米国においてはマネジトケアとして注目を集めているところであるが、わが国においてはマネジドケア、DRG、クリティカルパス等の米国における医療施策の動向に関する研究はそれぞれが単独に実施されており、施設マネジメントと結びつけた総合的な研究は十分なされていない。3年間にわたる本研究の目的は、今後大きな変革を求められる介護保険施設における最適なマネジメントを模索し、介護保険施行時に効果を発揮するような施設マネジメントにおける最適化指標等を作成することである。

わが国においては、論文・研究等において、高齢者保健医療施設の最適マネジメントに触れたものは少なく、実証研究によってまとめられたものはほとんどない。本研究は、そのような意味から、介護保険制度の最適マネジメントの方策について実証的に検証する研究として企画したものである。

本研究のもうひとつの特色は、各国の要介護判定と施設マネジメントの関係を明らかにするところにある。要介護認定は周知のように、わが国独自の方法であり、入所者の要介護度調査は厚生省のモデル事業でも行われているが、要介護度と施設マネジメントとを関連させた調査は未だ行われていない。介護保険法施行後の見直しに向けて、このような調査を行うことは重要である。なぜならば、介護保険制度が本格的に実施されることによって、介護保険施設のマネジメントがどのように変化すると予想できるのか、そしてマネジメントの最適化のためにどのような方法があるのかを研究することは今後とも重要な政策関連の研究課題であると考えらるからである。

平成10年度においては、施設マネジメントの最適化について、①特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群、その他として複数種類を展開している社会福祉法人並びに医療法人に対する聞き取り調査の実施、②入所者に対する要介護認定調査の実施、③オーストラリア・ドイツにおける高齢者ケアの実態についての調査研究、などを行なった。平成11年度は、介護保険制度施行前夜でもあり、研究会において、まず、最適マネジメントの基本的分析基軸を明らかにした上で、介護保険のマネジメントに重要な意味を持つ要介護認定基準について分析を試み、さらに介護報酬基準の策定過程について検討を加えた、その上で、各施設、事業者に予定されている各種事業を調査し、主に要介護認定の状況について、実態調査を実施した。また、研究会においては前年度年に引き続き、ドイツやオーストラリア等の諸外国の介護システム等についての検討を行うとともに、英国のPFIや長期ケアに関するケアの質の確保方策等の検討を行った。最終年度である平成12年度には、米国の現地聞き取り調査並びに文献調査等から、米国における在宅定額支払制度等の実態分析を行った。

米国において、1997年8月5日に施行された「均衡予算法（The Balanced Budget Act of 1997:BBA）」は、メディケアの保険認定在宅ケア提供者に対して、PPS（定額予測給付）を導入し、97年10月1日からは、暫定給付方式（Interim Payment System: IPS）を導入した。1998年10月21日に、連邦政府は99年会計年度において、HHS/PPSの開発と導入のために必要な

予算を確保する法案「総括統合的な緊急補正のための予算法（The Omnibus Consolidated and Emergency Supplemental Appropriation Act for Fiscal Year 1999:OCESAA）」を成立させ、2000年10月1日からHHS／PPSを実施するための財源を確保した。これらの一連の法律等により、米国では明らかに在宅ケアの利用が低下しているが、米国厚生省では「利用の適性化・効率化が進んでいる」としている。なお、米国では、2008会計年度まで黒字基調にあると言われており、それにも関わらず在宅ケア給付の最適化や他制度との整合性の確保および費用抑制を政策目標に掲げるブッシュ政権の現状を理解する必要がある。また、これらの米国の動向から、わが国の介護保険制度における在宅給付のあり方を検討する際の政策技法が、参考になることが示唆できた。

2. 研究により得られた成果の今後の活用・提供

本年度の研究では、以下のことが研究成果として得られた。第1に、米国における在宅ケア給付に対する定額制（HHS／PPS）の導入により、在宅ケアの利用率が低下していることが明らかとなった。具体的には、慢性疾患や糖尿病や呼吸器系疾患等の特定の疾患、高齢者や独居者の利用が減少する一方で、中南米移民や高額所得者、アルツハイマー患者などの利用が増えているという実態が明らかとなった。第2に、サービス提供者側の不満は大きく、出来高払いから定額制の移行に対処できないという実態が明らかとなった。標準予測給付額の水準や受給者のニーズの判定については、大量の統計データと科学的な調査分析手法に基づいて設計されたシステム（OASIS）が作成されている。このシステムはわが国の介護保険制度における要介護認定のコンピュータプログラム等と類似の考え方が基礎にあるものと考えられる。米国では、ニーズの適性評価と、2か月ごとの再評価の実施により、2000年12月以降はニーズ判定の検証が進められている。なお、給付水準については、2001年4月1日までに適正な給付額を設定するとしている。HHA／PPSには以下の機能と手法があることが明らかとなった。①HHRG（Home Health Resource Groups）：ケアニーズや利用サービスの種類・量（回数）などが類似する加入者を、利用資源規模（コスト）の実績に基づいて、80の共通利用者群に分類し、資源の規模を共通群の総係数で示す、②OASIS（Outcome and Assessment Information Set）：メディケア受給者の多様なケアニーズをケースミックスによって統合一本化したうえで評価し、HHRGのどれに該当するかを判定するための全米統一的な情報セット。③HAVEN（HAVEN software）：州ごとに設置するOASISの端末コンピュータシステム。④SPP（Standard Prospective Payment）：受給者一人当たりにつき、60日間を一つの単位としてHHAに給付するための全米統一的な標準予測給付額。⑤SCIC（Significant Change in Condition）：60日間の期間中にケアニーズが大きく変化し、HHRGの変更やケアプランの見直しが必要になった場合に適用される給付修正方法。⑥LUPA（Low Utilization Payment Adjustment）：受給者が60日間の間に受けるサービス量は種類ごとに全米平均量（訪問回数の全米平均値）を設定しているが、仮にHHAが平均値を下回ってサービス提供を行った場合には、SPPを1訪問当たりの定額給付にする。⑦RHHI（Regional Home Health Intermediary）：州を単位として地域ごとに設置される「地域ホームヘルス給付代行機関」で、基本的にはメディケアの給付の仲介・代行を行う。RHHIはHHAからの「サービス提供開始レポート」を受取り、HHRGや給付額の確定を行う。これらの機能・手法は、わが国の今後の高齢者ヘルスケアマネジメント分野においても、参考となるものと考えられる。今後はこれらの米国の動向について、わが国においてシミュレーションを実施し、その有用性を検証する必要があるだろう。

3. 研究の実施経過

今年度は委員会を設置し、米国、カナダ、ドイツ、オランダ、ルクセンブルグ等の高齢者ヘルスケアマネジメントの現状分析を行った。また、米国現地実態聞き取り調査を実施した。委員会において、各国のインターネット上の最新情報を分析するとともに、今後ともそれらの追跡調査を実施することを確認した。また、米国の現地実態調査については、ワシントンDCで開催される全米老年学会第53回大会において、ポスター発表「日本における介護保険の最適マネジメントについて」を行うとともにシンポジウム“Linking Research to Policy Practice and Education:Lessons Learned Task Ahead”にシンポジストとして「日本の長期ケアシステムに与えた介護保険制度の影響」というテーマで報告した。米国において、わが国の介護保険制度は大きな関心を集めており、特に要介護認定システムとともにわが国の緒高齢者保健・医療施設におけるマネジメントについての報告には、多くの質問が寄せられた。

アメリカ合衆国医療財政庁（HCFA）の現地聞き取り調査は2000年11月と2001年2月に実施し、最新情報を聴取するとともに、わが国の現状との比較調査等のわが国の今後の政策に寄与する聞き取り調査を行った。なお、ドイツ、オランダ、ルクセンブルグの制度運営状況については、小山市が、財団法人長寿科学振興財団長寿科学国際共同研究事業「諸外国と日本における介護保険制度の国際比較研究」（太田壽城主任研究者）の研究班員に参加し、2001年3月に11日間の現地調査をおこなった。

第2章 米国の在宅定額支払制度の概要

1. 調査の概要

米国で1997年8月5日に施行された「均衡予算法」以降、HCFA（医療財務庁）の開設しているホームページに大量の文書が公表され、これらを資料として解析を進めた上で、2000年11月と2001年2月の2回、ワシントンD.C.のHCFA（医療財務庁）を訪問した。その目的は、2000年10月から実施されたメディケア（全米唯一の公的老人医療保険制度）の認定在宅ケア提供者（Home Health Care Agency：HHA）に対する定額予測支払制度（Prospective Payment System：PPS）の実態を調査することであった。

この制度は、メディケアの在宅医療サービスを支給しようとする人々に対して①重症度14項目②機能低下度5項目、③サービス利用度の3項目の3分野別にアセスメントを行い、それぞれの点数に応じて60日間の定額予測支払を実施するというものである。

細部については、かなり大きな差があるが、わが国の介護保険制度による、要介護度判定と支給限度額の決定と同様の考え方に基づいているといえる。これまで米国の在宅医療（主に訪問看護、医療的介護、医療ソーシャルワーカー、在宅リハビリテーション）は、メディケアからの支給により大きく発展してきたが、この制度の導入で、認定在宅ケア提供者（HHA）の経営は大打撃を受けている。実施に、多くのHHAは収益を減少させており、この制度自体に強い不満表明している。しかし、後に述べるように医療財務庁担当者は「これまでの料金が適正だったかどうかが問題であり、この制度によって利用の適正化・効率化が進んでおり、ニーズも正確に把握されるようになった」と述べている。

対岸の国の制度変更ではあるが、この制度の状況は、いずれわが国でも議論されることになるであろう。この意味で、このHHA/PPS制度の全体像を明らかにすることは、研究を進めるために必要であ

る。

米国で唯一の公的医療保険“メディケア”は、1965年の創設からすでに35年が過ぎた。メディケアは国民の一部分しか保障しない限定的な社会保障制度であるとは言え、この35年の間、つねに医療保障市場の中で強い影響力や指導性を保ってきた。その理由は、給付方法に対する継続的な改善努力とサービス評価・審査（UR/Utilization Review：サービス評価審査）システムの質向上にある。

例えば、入院医療における DRG/PPS（Diagnosis-Related Group/Prospective Payment System：疾病診断群予見定額払い制度）やホームケアにおける HHA/PPS（Home Health Agency/Prospective Payment System：ホームヘルス提供機関予見定額支払い制度）などの開発と導入、あるいは医師技術料や通院サービスに対する RBRVS（Resource-Based Relative Value Scale：資源準拠相対評価方法）の導入など、給付方法の大胆な改善と変更は民間保険市場へ強いインパクトを与えた。また、URシステムについていえば、PRO（Peer Review Organization：同僚審査機構）を中心としたサービスの質評価項目および成果指標の設定、外来外科手術およびセカンド・オピニオンのガイドライン設定、入院の必要性基準（プレアドミッション）、あるいはインフォームド・コンセントの指針などはサービスの質やマネジメントの改善に大きな影響を与えた。ところで、一般に、医療保険存続の鍵は、①料率（保険料）の市場競争力、②支払い（給付）方法の効率性、③評価・審査（UR）システムの質にあるといわれるが、メディケアの場合は②と③に存続のキーポイントがあった。それは、創設当初すでに発せられていたいくつかの警告が示していた。

例えば、受給者数（高齢者人口）の急増や医療技術と医薬品・器材などの進歩によって、メディケア給付信託基金（Medicare Trust Fund）は近い将来必ず枯渇するのだから、出来高に代わる有効な給付手法の開発が不可欠だとか、病院や医師などの提供活動を監視し、サービスの質を確保するためのUR（サービス評価審査）活動を強化しないと、メディケア医療費は歯止めなく膨れ上がるというような指摘である。このような警告は70年代後半に現実となり、医療費の上昇が本格化した80年代になると民間保障市場はメディケアの予見定額払い制度（PPS）やURシステムへの関心を強めていく。その意味で米国においてメディケアは、医療費適正化の手本として民間保障市場を指導した保険プランであると言えるだろう。

これらのことを正確に理解するためには、米国の医療保障制度全体についての理解が前提とならざるをえない。つまり、HHA/PPS制度の全体像を明らかにするためには、メディケアの概要を理解することが必要であるとともに、米国の医療保障制度におけるメディケアの位置と役割を明らかにしておく必要がある。以下では、まず、簡単に米国の医療保障制度全体を概説したい。

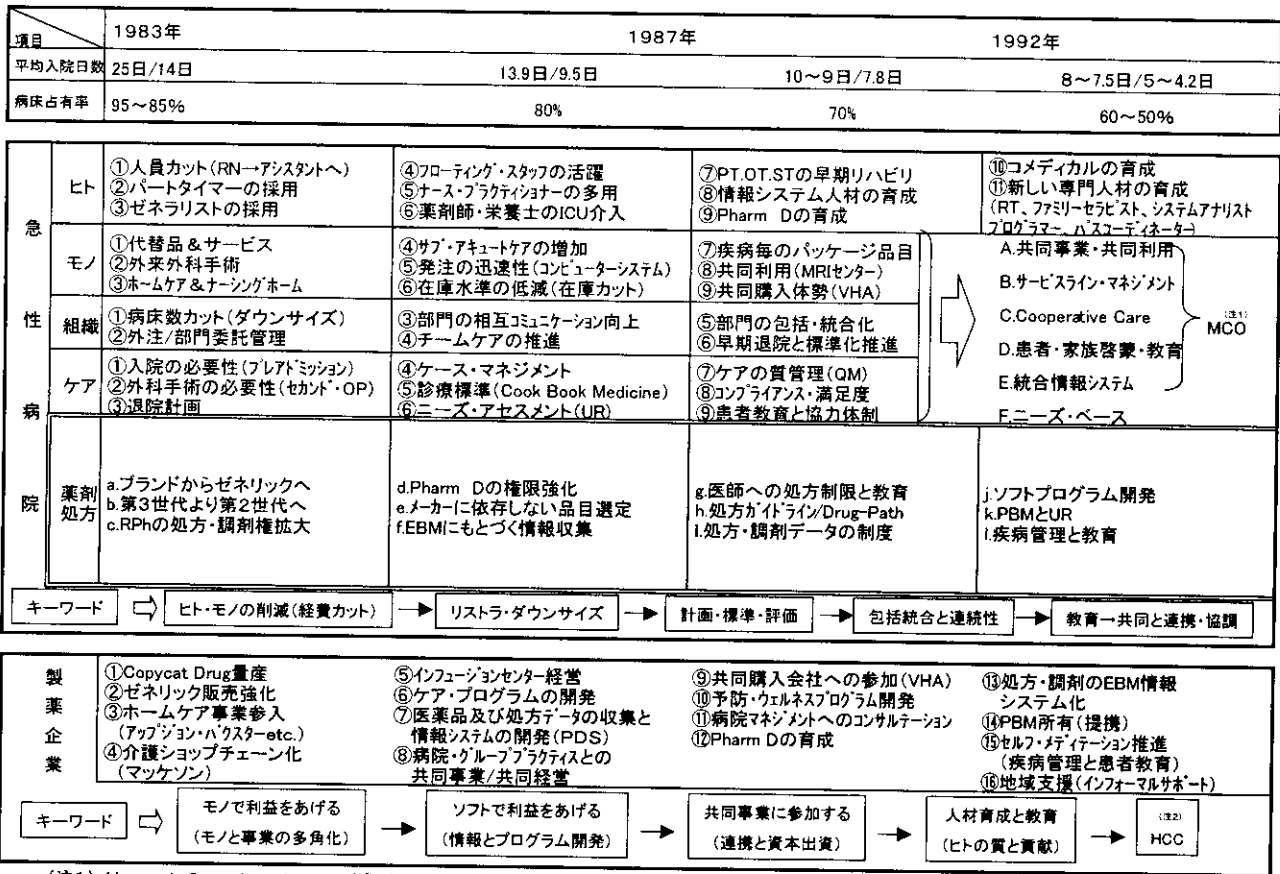
2. 米国の医療保障制度の概要

米国の医療保障制度は、わが国と比較すると強制加入ではなく、市場原理に基づいた民間保険者が主体で、統一したシステムが存在しないという特徴がある。全米の被用者は、約1億7000万人で、企業が個々に“Managed Care Plan”と契約を結ぶか、大企業によっては独自の保険制度を採用していることもある。一方、約2800万人といわれる低所得者層は、1966年に施行されたメディケイド（医療扶助制度）の対象となる。メディケイドは、連邦政府（55%）と州政府（45%）が公費負担する制度で運営は州が行う。2000年度の予算額は1150億ドルである。約3800万人といわれる65歳以上の高齢障害者等がメディケアの対象となる。この制度は、全額公費負担の病院、ナーシングホーム、在宅ケアの一部の費用を保障するパートA（2000年度予算1360億ドル）と、医師の診療費や、在宅ケア費用の一部を保障するパートBに区分されている。パートB費用の4分の1は高齢者が払う保険料でまかない残りを税負担（2000年度830億ドル）している。このほかに低所得ではあるが、メディケイドの適応にならない程度の収入がある層（最貧困層ではない人々、例えば、パートタイム

の有職者、単身世帯や子供のいない勤労者世帯等)が、約4300万人おり、これらの人々が無保険者である。

なお、全米の医療提供機関は、20年間で25%減少した認定病院 (Accredited Hospitals: 在院日数30日以内の短期型入院)約4,500病院、長期ケア施設(LTC facilities: ナーシングホーム)約16,000施設、在宅医療機関等(訪問看護、在宅ケア機関等)現在約10,000か所、このほかに非認定病院(Non-Accredited Hospitals、多くが、小規模病院か精神病院)がある。

須磨忠昭氏によると、1983年のDRD/PPS導入以降のメディケアの動向については、以下のような図にまとめることが可能であるといわれている。



(注1):Managed Care Organization (注2):Health Care Corporation

3. HHA/PPS の開発経緯

2000年10月1日から全米で開始されたメディケアのHHA/PPSシステムの開発経緯を述べる。80年代後期から、HHA (Home Health Agencies) にPPS (Prospective Payment System) という定額支払い方法を適用しようという動きは高まりつつあった。

1999年9月24日にAbt Associates Inc. (全米有数の政策シンクタンク) がHCFA (保健福祉省医療財政管理庁) と共同開発したOASIS評価システムならびにHHRG (患者分類手法) についての中間報告が発表された。主な内容として、

- ・プロジェクトの背景/実験プロセス
- ・収集データの分析と評価

- ・分析手法および評価手法の開発
- ・臨床モデルから得た成果
- ・ケースミックスモデルの確定
- ・支払い手法に関する将来の政策的課題

があげられる。この Abt Associates Inc. は、1965 年にクラーク・アプト医師により創設され、社会的・産業的問題に研究中心の解決方法を持ち込み、政策決定に反映させ、国際的な知名度を高めたシンクタンクである。30 年以上にわたり、政府、産業界、財団および団体に対して定量的な事実ベースの情報を心がけ、提供し続けている。特に合衆国政府には評価システム、政策分析、技術力推進およびプログラム実行サービスなどを提供しており、産業界では戦略計画、マネジメント、組織的発達、市場調査、新商品開発サービスおよびサービスの質評価やマネジメントなどを開発している。

Abt による中間報告の後、同年 10 月 28 日付で“Federal Register”に HHA/PPS 適用案が掲載され、HHA/PPS 導入の法的背景、開発プロセス、仕組みや遵守規定が明らかにされた。この適用案に対して全米ホームケア協会 (NAHC) が現場の状況をふまえた上での見解を示し、同年 12 月 22 日、NAHC 会長のハラマンダリス氏から HCFA に手渡された意見書がある。その内容は以下の通りである。

第一に訴えたいことは予算の中立性を確保できるかどうかである。従来の IPS (暫定給付方式) から PPS への移行には多くの制限がみられ、上限のつく PPS に基づいた支払い算出法ではメディケア給付の範囲内で HHA のコストをカバーできないという懸念がある。

LUPA (過小サービス修正給付) の不適切性

ケースミックスの調整がされておらず、HHA の医療の質を落とさずに不必要な訪問看護を減らそうという意図からはずれる。4 回というしきい値を越えないと国の定めた定額しか受け取れないため、ケアニーズの高いショートステイ患者を避ける傾向になるのではないかと懸念がある。LUPA による支払額だと、訪問回数 5 回未満では実際にかかったコストを反映できない。

アウトライアーの水準予測では予測給付額の 5 %としている。HHA が枠外給付対象とされるサービス量を利用者に提供すると、経済的にマイナスとなるために大量のホームヘルスサービスを必要とする利用者へのサービス提供を回避することになる。出来高払いで生じるホームヘルスサービスへの支払予測総額とサービスの包括化に基づく PPS の算定が同一の基準と仮説に基づいていない。

PEP や SCIC が適切に検討されていない。HHA を変更したり、ホームヘルスを中断したり、再度ホームヘルスを利用する PEP や大きな容態の変化による SCIC などに対してまるまる 60 日間の提供期間分の給付金を支払うべきである。利用者が自発的に他 HHA へ変更したり不当な治療が行われた患者をそのまま放置していたなどと明白な理由がない限り、元 HHA に 60 日分の完全な給付金を支払うべきである。

- ・ホームヘルス利用期間中にパート B 適用の通院リハビリを受けた場合、パート B 保障サービス提供機能のない HHA を利用している患者の自己負担が増える。PPS では一括請求と包括給付を目指しているわけだから、こうした付加的給付に関して再度検討すべきである。

次に、ケースミックス測定基準の高度化である。これはケースミックスの細分化を意味する。Abt の調査では資源利用に基づいて測定し、説明しようとしたが、都市部と地方では地域性による違いがみられることが考慮されていない。例えば、訪問時の往復所要時間の差異があげられる。よって、外来・通院利用を切り離して調整することが、地方のメディケア受給者への平等なサービス提供につながるはずである。現在のケースミックス基準では資源利用を低く見積もっているものが多い。

その他の懸案事項：

- ・低所得者対象病院に対するメディケア医療償還の調整も必要。
- ・支払い上限額をどのように決めるか

・代理データに依存するのではなく、できる限り臨床特性や患者特性をベースとしたものにする。

・分割給付ルールによって、ケースミックス調整されたものは二回に分けて HHA に給付される。しかし、例えば、60 日間の中で訪問が最初の 30 日間で終わってしまうことが 73%、最初の 20 日間で終わってしまうものが 59%にもなるという現状で、請求に対する支払いは少なくとも 25 日後に半分の 50%、実際には 45～50 日後に給付されることが予測される。

加えて医師の署名やメディカルレビューを受けるかどうかで日数は一層延びる。

などケースミックス手法、付加給付を含んだ給付修正方式、分割給付、包括的一括請求方式、OASIS 項目、臨床行為および医療サービスの審査 (UR) と多岐にわたって、現場で支障をきたす可能性のある給付方法や給付内容について述べられている。

以上のような経過を通して、2000 年 7 月 3 日付で“Federal Register”に、最終的な HHA/PPS に関する解説および連邦政府の規定が掲載され、実際に HHA/PPS システムが開始されたのは 2000 年 10 月 1 日からである。

最後に、1999 年 10 月 28 日付の適用案と 2000 年 7 月 3 日付の最終規定を比較した表を第 3 部資料編に添付する。この表から主に、SPP (連邦標準予測額) 水準、地域賃金係数、人件費や物品費の比率、LUPA におけるサービス 1 件当たり給付額水準に変更および改善がみられる。

第 3 章 本報告書の構成

1. 全体構成

本報告書は、3 部構成で、巻末に A, B の付録が編集されている。第 2 部は「HHA/PPS (その仕組みと手法)」である。第 3 部は、資料編で、最低限必要と考えられる各種の資料を仮訳してある。各資料の内容は、次の通りである。

第 3 部の第 1 章は、「在宅 PPS 向けケースミックスアジャスターの作成」(ヘルスウォッチ：2000 年春号、Vol.4, No.2) である。これは、メディケアの HHA に PPS (60 日間エピソードごとの定額支払い制度) を導入するにあたって、Abt Associates が HCFA と共同で開発した OASIS 評価ならびに HHRG (患者分類法) を取り入れたケースミックスモデルを概説してある。

第 2 章は、「米国における HHA に対し提供される予見定額支払制度について」(1999 年 10 月 28 日付“Federal Register”) である。これは、“Federal Register”に HHA/PPS 適用案が掲載され、HHA/PPS 導入の法的背景、開発プロセス、仕組みや遵守規定が明らかにされたものである。なかでも、60 日間を 1 エピソードとする PPS 制に決定されるまでの実験経過と決定要因データの説明をあげる。

第 3 章「HHA 向け予見定額支払い制度についての意見書」(1999 年 12 月 22 日付、全米ホームケア協会 (NAHC) による意見書) は、1999 年 10 月 28 日付の適用案に対し、NAHC が現場の状況を踏まえた上での見解を示し、ケースミックス手法、付加給付を含んだ給付修正方式、分割給付、包括的一括請求方式、OASIS 項目、臨床行為およびサービス評価審査 (UR) と多岐にわたって現場で支障をきたす可能性のある給付方法や内容が説明してある。

第 4 章は、前述の「対照表 (英文)」(<http://www.hcfa.gov/medicare/hhppssum.pdf>より 1999 年 10 月 28 日規定案と 2000 年 7 月 3 日最終規定との比較表) である。この比較表は、開発経過を知る

上で重要である。SPP（連邦標準予測給付額）水準、地域賃金係数、人件費、物品費の比率、LUPA（過小提供給付修正）におけるサービス1件あたり給付額水準などに変更および改善点が明らかになっている。

また、巻末付録「A：ドイツにおける介護保険制度」は、2000年11月13～14日にわたって、OECD国際会議ワークショップが国立医療・病院管理研究所（新宿区戸山）で開催され、ドイツ連邦保健省介護保険部長のR.ホルマー博士からドイツ介護保険制度についての発表があった。高齢者および障害者の障害状態が政策的に持つ意味を検討しながら、きわめて高レベルの負担となる痴呆症や認知障害を持つ高齢者の継続的利用可能なケアを模索することがドイツにおける介護保険制度の特徴としてあげられた。発表では、1994年の介護保険制度成立の背景、人口統計学的高齢化検証、負担と給付の仕組み、給付の内容、制度の効果および今後の課題としてのケアの質の改善対策などの説明がなされたものの翻訳である。

「付録B：英国自治体社会サービスにおける業績指標」は、本研究の研究協力者である新潟青陵大学の長澤紀美子氏が新潟青陵大学の紀要（2001年3月新潟青陵大学紀要第1号）に発表した論文を、本人の許可を得て転載したものである。この論文は、行政運営の効率化を目標に各国で行政改革（NPM/New Public Management）が展開されている現状を踏まえて、英国地方自治体による「業績/成果（performance）による管理」に焦点をあて、社会サービスの業績指標をとりあげた。業績指標導入の経過、基本理念である“ベスト・バリュー”の枠組み、包括的な業績指標群「社会サービス業績評価フレームワーク」等の概要と特徴について言及したものである。わが国でも、介護保険サービスの質の議論が展開されているが、行政上の業績評価は介護保険制度のマネジメントに深く関係するものであるで、転載した。

2. 訳語について

本報告書では、次の訳語を使用した。

HHA/PPS(その仕組みと手法)用語集

UR (Utilization Review)	サービス評価審査
DRG/PPS (Diagnosis-Related Group/Prospective Payment System)	疾病診断群予見定額払い制度
HHA/PPS (Home Health Agency/Prospective Payment System)	ホームヘルス提供機関予見定額支払い制度
RBRVS (Resource-Based Relative Value Scale)	資源準拠相対評価方法
PRO (Peer Review Organization)	同僚審査機構
Medicare Trust Fund	メディケア給付信託基金
Indemnity	出来高直接給付方式
Service Benefit	出来高間接償還方式
Direct Service	予測定額前払い方式
PSRO (Professional Standard Review Organization)	専門標準評価機構
RVS (Relative Value Scale)	相対評価尺度
S-HMO (Social-HMO/Health Maintenance Organizations)	健康維持組織
RUG (Resource Utilization Group)	資源利用グループ別費用支払い方式
PMPM (Per Member Per Month)	1人当たり1ヶ月当たり定額給付方式
IPA (Individual Practice Association)	独立診療組織
IPS (Interim Payment System)	暫定給付方式
SPP (Standard Prospective Payment)	標準予測給付額
DME (Durable Medical Equipment)	在宅医療用具
OASIS (the Outcomes and Assessment Information Set)	成果/評価の包括情報セット
HHRG (Home Health Resource Groups)	ホームヘルス受給者群
RWI (Regional Wage Index)	地域人件費係数
PEP (Partial Episode Payment)	部分的給付修正方式
SCIC (Significant Change in Condition)	重大変化への給付修正
LUPA (Low Utilization Payment Adjustment)	過小提供給付修正
RHHI (Regional Home Health Intermediary)	地域ホームヘルス給付代行機関
Outlier	枠外給付
COP (Condition of Participation)	HHA認定条件
CQI (Continuous Quality Improvement)	継続的な質改善プログラム

第2部 HHA/PPS（その仕組みと手法）

第1章 メディケアの35年

1. 今日の規模

メディケアは当初、高齢者だけを対象に 1,910 万人の受給者をかかえて出発したが、2000 年には障害者 550 万人を含む約 4,000 万人へと膨らんでいる。彼らへの医療費は保険管理コスト約 20 億ドル (2,140 億円) を加えると、2,120 億ドル (22.7 兆円) で、厚生省予算全体の約 6 割を占めるに至った。注1) 一方、1998 年会計年度の米国総医療費は 1 兆 1,491 億ドル (123 兆円) で、メディケア医療費は全体の 18.4% に相当する。注2) また、総医療費を公私の保険プラン別で見ると、メディケアは 32.8%、メディケイドおよび州の福祉プログラムによる医療費給付額が 12.7% で、公的保障は 45.5% を占める。従って民間保険は残り 54.5% という比率になる。

表 A) 注3)

表 A) 米国総医療費の推移

項目	年度			
	1965	1980	1997	1998
総医療費 (\$ 億)	411	2,473	10,882	11,491
体GDP比 (%)	5.7	8.7	13.4	13.5
国民1人当たり医療費 (\$)	202	1,052	3,912	4,094
保険者別医療費給付(率)	100.0	100.0	100.0	100.0
・民間保険者	75.0	57.6	53.8	54.5
・メディケア	11.7	29.1	33.4	32.8
・メディケイド	13.3	13.3	12.8	12.7

出典：HCFA, Office of the Actuary

一方、病院や医師などの提供者別給付額を見ると、施設ケア費用 (パート A の病院やナーシングホームなど) は 1998 年度で 1,343 億ドル (14 兆 3,701 億円)、通院/訪問および医薬品/材料などの費用 (パート B のクリニック、ホームヘルスなど) は約 758 億ドル (8 兆 1,106 億円) を給付している。従って、費用ベースでみた施設ケア対通院/訪問ケアの提供比率は 6 : 4 (1998 年度) である。

表 B) 注4)

表B) メディケア/サービスタイプ別給付額 (1998 年会計年度)

サービス \ 年度	1998FY(億ドル)	全体比(%)
施設ケア(パートA) 注1)	1,343.2	100.0
・入院医療費	865.6	64.4
・スキルド・ナーシング施設	133.8	10.0
・ホームヘルス機関	144.9	10.8
・ホスピス	20.8	1.6
・マネジドケア	178.1	13.2
通院・訪問サービス(パートB)	757.8	100.0
・医師およびその他	400.6	52.9
・外来・通院提供者	148.5	19.6
・ホームヘルス機関	2.7	0.4
・検査センター	64.6	8.5
・マネジドケア	141.3	18.6

出典 : HCFA, Budget and Analysis group

注1) PRO 管理コストは含まない。

また、受給者の利用規模を見ると、1997 年度の実績では、急性病院退院患者数が、1,180 万人（受給者 1,000 人に対して 309 人）、ナーシングホームは 150 万人（同 46 人）、ホームヘルス利用者数が 350.1 万人（同 106 人）である。

表C)

表C) メディケア/サービスタイプ別利用者数

サービスタイプ別	1985年	1997年
急性病院退院患者数(万人)	1,050	1,180
(受給者1,000人当り)	(347)	(309)
平均在院日数(急性病院)	8.7	6.2
1日当り入院医療費(ドル)	597	2,330
スキルド・ナーシング施設(万人)	31.5	150.3
(受給者1,000人当り)	(10)	(46)
ホームヘルス機関(万人)	157.6	350.1
(受給者1,000人当り)	(51)	(106)

出典 : HCFA, Office of Information Services

一方、急性病院の平均在院日数を見ると、DRG/PPS 導入直後の 1984 年に 9.1 日であったものが、1998 年度には 6.2 日まで短縮した。ただし、6.2 日は PPS 適用病院のもので、PPS 適用外病院 注5) は 84 年の 18.0 日から 98 年の 12.9 日へと推移している。表D)

表 D) メディケア/平均在院日数の推移

病院タイプ	1984年	1990年	1995年	1996年	1997年	1998年
短期急性病院全平均	9.1	9.0	7.1	6.6	6.4	6.2
PPS適用病院	8.0	8.9	7.1	6.6	6.4	6.2
PPS適用外病院	18.0	19.5	14.8	14.0	13.4	12.9

出典：HCFA, Office of Information

更に、提供者数に目を移すと、PPS 適用病院数は 4,975 病院、適用外病院は 1,191 病院で計 6,166 病院がメディケア給付病院数である。また、ホームヘルス提供機関（Home Health Agency：HHA）は 9,330 機関、通院リハビリテーション施設の 2,890 ヶ所と総合リハビリテーションセンター590 ヶ所などの合計約 13,000 機関が訪問/通院在宅ケアの規模である。その他、通院ベースの臨床検査および検診センター、166,817 などメディケアからの給付を受けている。注6)

そして、1999 年のデータによれば、開業医数は、

- ・内科専門医：162,040 (人)
- ・外科専門医：159,787
- ・家庭医 / GP：100,317
- ・小児専門医：29,947
- ・救急専門医：22,772
- ・整形外科医他：84,398

の合計 559,261 人が現役の医師である。また、その大半 (98.6%) がメディケア契約医でもある。なお、整骨療法士 (Doctor of Osteopathy) や限定免許の治療行為許可者など約 27 万人を加えると、米国の現役医師数は約 83 万人となる。表 E) 注7)

表 E) 医師数の変化/現役専門医師数

現役専門医タイプ別	1998年(構成比%)	1999年(構成比%)
医師総数	767,058 (100.0)	830,371 (100.0)
内科専門医	157,279 (20.5)	162,040 (19.5)
外科専門医	157,679 (20.6)	159,787 (19.2)
家庭医/GP	98,903 (12.9)	100,317 (12.1)
小児科専門医	29,098 (3.8)	29,947 (3.6)
救急専門医	21,497 (2.8)	22,772 (2.7)
その他(整形外科医他)	82,150 (10.7)	4,398 (0.5)
非医師 注1)	220,452 (28.7)	271,110 (32.6)

出典：HCFA, Office of Information Services and Office of Strategic Planning

注1) Doctor of Osteopathy, Limited Licensed Practitioners など

以上の数字から見て、メディケアは 35 年の間に次のような規模を持つに至ったといえる。

- ・メディケアは国民全体の 15% をカバーしている。
- ・メディケアは高齢者人口の 98% をカバーしている。
- ・メディケアは米国総医療費の約 2 割を担っている。