

- ・メディケアは医療保険市場で1/3の支配力（給付規模）を持っている。
- ・メディケア・リスクプラン（マネジドケア）の加入者は全受給者の約18%（686万人）で、給付額は15.2%（320億ドル/1998年度）を占めている。注8）
- ・メディケアは連邦予算全体の約13%を占め、GDPの2.5%に相当する。

注1) HCFA, Office of Financial Management “The September 1999 Monthly Treasury Report”

注2) HCFA, Office of Actuary

注3) HCFA, Office of Information Services, Social Security Administration, Office of Program

注4) HCFA, Budget and Analysis Group

注5) PPS 適用外病院は、①精神、②リハビリ、③小児・子ども、④アルコール/薬物依存、⑤LTC 病院、⑥ガンの各専門病院、および⑦メリーランド州の短期急性病院

注6) HCFA, Office of Information Services
Center for Health Plans and Providers
Office of Clinical Standards and Quality

注7) HCFA, Office of Information Services
Office of Strategic Planning
医師のカテゴリーに入る専門職者 27.11 万人を除く

注8) HCFA, Budget & Analysis Group

2. 給付方法と給付管理システムの変化

米国の医療保険は主に3つのタイプがある。それらは、a) 出来高直接給付方式 (Indemnity)、b) 出来高間接償還方式 (Service Benefit)、c) 予測額前払い方式 (Direct Service) であり、メディケアは b) のタイプである。メディケアは当時主流であったブルーシールドの UCR (Usually, Customary, Reasonable) 償還方式に似た CPR (Customary, Prevailing, Reasonable) を設定し、パート B (医師費用など) の給付方式としていた。一方、病院などへの給付 (パート A) は、ブルークロスの1日あたり1件あたり定額積み上げ方式を採用していた。しかし、当初の警告通り、給付額は増加し、メディケア基金は70年代中頃から危機を迎える。

一方、出来高タイプの保険では不可欠なサービス利用監視や提供活動の審査については、65年のスタート地点で、まず、メディケア償還病院は必ず院内 UR 委員会の設置を義務づけることから出発した。その後、1973年に、PSRO (Professional Standard Review Organization: 専門標準評価機構) を創設し、保険者と提供者 (主に医師・看護婦) とが二人三脚で、医療活動の標準化や質の評価・審査体制を支えていった。PSRO は非営利の第三者機関で各州に設置されたが、最初に着手した課題は入院の必要性標準・ガイドラインや入院医療の質向上であった。そして、1977年頃には多くの PSRO が「プレ・アドミッション (入院事前承認ルール)」を確立していた。そこで、メディケアは77年、このルールを病院に義務づけると共にそのコストを給付した。さらに、民間保険市場ではすでに導入していた「セカンド・オピニオン (別の医師による入院外科手術の必要性判断)」も1981年に義務化した。

こうして、スタートから10数年間、メディケアはもっぱら、病院医療の適正化、特に必要性に基づく入院医療のコントロールを課題としていた。これは70年代後半から病院が本格的に取り組み始めたもので、退院計画やケースマネジメント、そして外来外科手術などのマネジメント手法によって一定の成果をあげつつあった。一方、給付方法だが、これは CPR の R、すなわち Reasonable 給付水準の引き下げや、ブルーシールドが1954年頃から実施していた RVS (Relative Value Scale: 相対評価尺度) 方式をパート B に採用することなどが検討されていた。また、HMO 法の成立プロセス (1973年成立) において、プリペイド方式や予測額給付 (PPS) などへの関心も強まっていた。しかし当時はまだ、出来高方式を基本的に維持する方針であった。それは、医療提供活動の自由を保証し、その活動の結果として発生した費用を給付するという考え方が、医師会 (AMA) や病院協会 (AHA) に強く支持されていたためである。だが、メディケアの給付額は増え続け、基金崩壊の危機は深刻化した。しかも、70年代後半の米国では、財政赤字が拡大し続けており、メディケアの給付予算はもはや厚生省だけの問題ではなくなりつつあった。この頃から米国では、メディケア問題を含み社会保障や公的福祉プログラムを連邦財政の最も重要なテーマだと位置づけ、これらへの予算カット法案や政策、特にメディケア予算および給付額のコントロールを目的とする法律を次々に導入し始めたのである。米国では70年代後半、すでに社会保障の構造改革が始まっていた。

1982年、連邦政府は TEFRA (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982: 税均衡および会計責任法) を成立させ、メディケアの入院医療は、DRG/PPS による給付方式を採用すると決定した。と同時に、これまではどちらかといえば、サービスの質向上を主な目的とし、病院や医師などへの強制力を持たなかった PSRO を廃止、その代わりに新しく PRO を各州に一つ設置することで、サービス提供とコストに関する審査活動を強化し、不適正な提供者に対しては、強制的に改善命令を下すことも可能な UR 機関を育成することを決定した。DRG/PPS によってメディケア入院医療費の上昇傾向に一定の歯止めはかかったが、メディケアにはもう一つの問題があった。それは、受給者の大半が高齢者で、

慢性疾患や長期ケアなどへの保障が必要であるにもかかわらず、“スキルド”なケアレベルまでしか保障しない矛盾、つまり受給者が LTC (Long-Term Care : 長期ケア) ニーズを持つのに、プランは短期急性医療に偏った保障構造をもつというミスマッチである。そこで、HCFA は 1984 年頃から、S-HMO (Social-HMO/Health Maintenance Organizations : 健康維持組織) プロジェクトを開始し、メディケア (メディケイドも含めて) が LTC ニーズを保障するために可能なプランの枠組みを検討しはじめる。一方で、RUG (Resource Utilization Group : 資源利用グループ別費用支払い方式) を導入し、ケアニーズが共通する入所者群ごとに給付額を設定するというケースミックス手法によって、ナーシングホーム費用の適正化を推進してゆく。こうして、80 年代は DRG や RUG のような“ケースミックス”によるケアニーズの分類化に基づいて、コスト・コントロールを実現しようという時代の幕開けとなった。それは、2000 年 10 月 1 日から実施されている HHA/PPS へと受け継がれていく。

ところで、メディケアがケースミックス手法に基づいて給付額のコントロールを拡大していく過程で、最もやっかいであったのは、医師技術料や医師による専門サービスの給付方法を CPR から RBRVS へと転換することであった。このケースミックス手法は、前述したように、1950 年代にすでに基本的な枠組みが開発されていたにもかかわらず、メディケアが RVS を導入したのは 1993 年であった。RVS 実施までに時間がかかった理由はいくつかある。一つは導入によって直接影響を受ける専門医、特に外科医たちの反対が強かったことである。これはメディケア RVS (RBRVS : Resource Based Relative Value Scale) がプライマリケア (医) を重視したケースミックス手法であることや、従ってプライマリケア (医) を軸としたケースマネジメントにもとづく医師サービスの利用を推進しようとしていること、言い換えれば、プライマリケア医がゲートキーパーになって、専門医や医師関連サービスをコントロールするという目的を持っていたからでもある。もう一つは、アメリカ医師会 (AMA) の反対である。AMA は医療活動の自由と自立を確保し、患者と最良の関係を保つために出来高払い (特に Indemnity) を維持すべきだという立場をずっととってきた。しかし、マネジドケアの加入者が増え、医師の多くがグループ化したり、PMPM (Per Member Per Month : 1 人当たり 1 ヶ月当たり定額給付方式) を受け入れている実情からすれば、AMA の見解と現場の医師たちの気持ちとの間にはかなりの温度差があった。事実、若手の開業医や HMO の勤務医たちは、専門医や入院医療中心の医師サービスを改善し、コミュニティケアやプライマリケアを重視するために“コミュニティへ戻ろう”という活動を展開していた。特にプライマリケア医の IPA (Individual Practice Association : 独立診療組織) やスタッフ HMO などでは、メディケアがプライマリケアを重視した RVS を採用したことで、更にプライマリケア医への優遇傾向が進んだ。その意味で、RBRVS はプライマリケア・ケースマネジメントを拡大するという働きを持っていたとも言える。いずれにせよ、メディケアはこうして 35 年間に全てのサービス分野に対して、出来高方式からケースミックス手法に基づいた給付方法への変更を完了したのである。

表 F) 参照

表F)

メディケア35年の歩み

年	イベント
1965年	<p>メディケア創設 (社会保障修正)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院/ナーシングホーム/ホームヘルス保障 ・医師及び専門サービス保障 <p>⇒ マルチホスピタル増加</p>
1973年	<p>PSRO創設</p> <p>HMD法成立</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ナーシングホーム & SNFとICFに区分 ・アダルト・デイケア保障開始 <p>⇒ ON-LOKプロジェクト ケースマネジメント開発</p>
1977年	<p>プレアドミSSION導入</p> <p>⇒ コミュニティケア・プロジェクト</p> <p>⇒ 退院計画の推進 ⇒ ケア・コーディネーターの増加 ⇒ HMD増加</p>
1980年	<ul style="list-style-type: none"> ・ナーシングホーム保障限度は100日とする ・病院入院期間が3日以上のお客のみ SNFへの入所を可能とする <p>⇒ RUGによる給付方法 の研究開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルス(訪問サービスは)は 年間100回までを保障
1981年	<p>セカンド・オピニオン義務化</p>
1983年	<p>DRG/PPS導入 (TEFRA)</p> <p>PRO創設 (PSROの改組)</p> <p>⇒ 外科外来手術増加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホスピス保障開始 (ターミナルケア6ヶ月以内のみ) <ul style="list-style-type: none"> ・メディケア・スイングベッド条項 (100床以下の病院に許可)
1984年	<p>S-HMOプロジェクト開始</p> <p>⇒ 早期退院計画 ⇒ 診療報酬化 ⇒ JCAHOのアウトカム評価 指標 ⇒ HMO/PPO急増 ⇒ 巨大グループ・プラクティス (スーパーグループ)の形成</p>
1986年	<p>RUGをスキルト・ナーシング施設 に適用</p> <p>⇒ PBMの増加</p>
1990年	<p>SNFとICFを統合し ナーシングホームとする</p>
1993年	<p>医師/専門サービスにRBRVSを導入</p> <p>⇒ マネジメントケアの増加</p>
2000年	<p>ホームヘルスにPPSを導入</p>

第2章 ホームケア PPS (HHA/PPS) の導入

1. 重要な2つの法律

1997年8月5日に施行した『均衡予算法 (The Balanced Budget Act of 1997 : BBA)』は、メディケア認定のホームヘルス・エージェンシー (HHA)、いわゆる保険認定在宅ケア提供者に対して、新しい給付方法の適用を正式に決定した。その主なポイントは次のとおり。

①HHA への費用給付は従来の CPR (出来高償還) から PPS (予見定額給付) へ変更し、97年10月1日からは、暫定給付方式 (IPS : Interim Payment System) を導入する。

②IPS 暫定給付方式は HHA のサービス提供費用に上限枠を設定するために、次の2つの手法を適用する。

- ・ 1 訪問当たりの提供経費は、人権費関連および管理・事務関連経費について、全米平均コストの 112% までを上限としていたが、これを 105% に低下させる。但し、医療提供コストは対象外とする。

- ・ 受給者 1 人当たりの提供経費は、経費の種類や分野を集合化したうえで、一括的な包括コストとする。また包括コストは 1 人当たりの上限枠も設定する。この上限枠は 1994 年連邦会計年度において、各 HHA が HCFA にレポートした提供コスト請求実績を参考に、

- a 各 HHA 独自の提供コスト水準、および

- b HHA 所在地域の標準的な提供コスト水準の平均値

とを a : b = 3 : 1 の割合で配分設定する。すなわち、a の独自コストについては全コストの 98% を対象に、1 人当たり上限枠全体の中で 75% を配分し、一方、b の地域標準コストは同じく 98% を対象に残りの 25% を配分するという方法によって 1 人当たり上限枠を設定するというのである。但し、94 年会計年度の途中から参入したり、94 年度以降、新規に認定した HHA については、会計年度 (12 ヶ月) すべての月次レポートがないので、1 人当たり提供コストの上限枠は、全米平均値を用いる。

③IPS 暫定給付方式は HHA/PPS が実施されるまで継続し、HHA の提供コスト削減を目的とした次の 3 点を重点課題とする。

- ・ CPR の逡減化
- ・ 1 訪問当たり提供コストの上限枠逡減化
- ・ 1 人当たり提供コストの上限枠逡減化

このように、97年10月から実施した IPS 暫定給付は、HHA が出来高請求 (CPR) を維持しながらも、1 訪問当たりおよび、1 人当たりの提供コストを削減するよう誘導するものであった。更に 1998 年 10 月 21 日、連邦政府は、HHA/PPS の開発と導入のために必要な 99 年会計年度の予算を確保する法案、『総括統合的な緊急補正のための歳費法 (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。この法律の主な内容は次のとおりである。

- i) 標準予測給付額 (SPP : Standard Prospective Payment) を設定する。これは入院医療の DRG/PPS における連邦基本給付額のような機能をもつ。

- ・ SPP の給付水準は現行の IPS 暫定給付水準よりも 15% 低く設定する。

・ SPP はメディケアが保障するすべてのホームヘルスを含み、厚生省（長官）が入手する最新の“HHA 提供コスト・レポート”に基づいて設定する。なお、在宅医療用具（Durable Medical Equipment :

在宅医療用具-ベッド、車イス、酸素吸入器など）は別に定める定額給付料金表に基づいて給付し、PPS 一括払いから除外する。

・ 従来の CPR 償還方式では、各 HHA が提供する在宅サービスの種類、訪問回数、訪問時間、人件費などの違いによって償還額は異なっていたが、SPP はこれらを包括し、各 HHA の提供状況には関係なく定額の標準給付額を設定する。但し、人件費については、地域ごとに人件費水準を比較した地域人件費係数を用いて SPP を修正する。

・ SPP の上昇率は、2002 年（または 2003 年）会計年度までの間、ホームヘルス市場価格統合指数よりも 1.1% 低く抑える。

・ SPP は 2000 年 10 月 1 日から実施するが、給付水準の設定が困難な場合に限り、最大限 6 ヶ月決定を延期することができる。（最終決定は 2001 年 4 月 1 日までを限度とする）

- ii) HHA/PPS は受給者の個別性に応じた枠外付加給付（Outlier）および修正給付を採用する。付加給付は受給者 1 人当たり給付総額の 5% 以内とする。

2.在宅ケア利用率の変化

BBA（1996 年）と OCESAA（1998 年）の二法案によって、メディケア認定在宅ケア業者への IPS 暫定給付を実施した米国では、在宅ケアの利用が低下している。筆者は今年 11 月中旬にポルティモアの米厚生省 HCFA 局を訪れ、10 月 1 日から実施している HHS/PPS の実情について担当官らとミーティングを行ったが、席上、T.E.Hoyer 氏は利用率の低下について“MCBS Profiles”を示しながら『利用の適正化・効率化が進んでいる』とコメントした。当レポートによれば、利用率は IPS 暫定給付方式実施以前の 1996 年に、地域ごとの全平均値で 9.1% の水準にあったものが、実施 1 年後の 1998 年に 7.8% へと低下し、その間の低下率は 1.3% だという。しかし受給者を年齢性別、収入、家族構成、ADL、疾病などに分けてみた場合には、大幅に利用者が低下している層もある。特に、①85 歳以上、②多重 ADL 低下者（2～6 つの ADL）、③発作・卒中患者、④失禁患者などに利用低下が目立っている。全体としては慢性疾患や特定の疾患（例えば糖尿病、呼吸器系疾患、脳卒中など）、および高齢者や独居者の利用が減り、逆に中南米系移民や高額所得者、アルツハイマー患者などの利用が増えるという傾向である。表 G)

一方、HHA について、Hoyer 氏は「収入が減ったという不満があることを承知している」と語り、提供側は、出来高コストをベースにした IPS 暫定給付から PPS への移行にうまく対処していないと指摘している。また、SPP 標準予測給付額の水準や受給者のニーズ判定について、OASIS（the Outcomes and Assessment Information Set : 成果/評価包括情報セット）開発責任者で戦略計画局の A.Meadow 女史は「大量の統計と科学的な調査分析手法に基づいて設計した“OASIS”は適正にニーズを評価しているし、再評価は 2 ヶ月（60 日）ごとに実施することになっているので、12 月に入ってからニーズ判定の検証を行う。SPP の水準については、2001 年 4 月 1 日までに適正な給付額を設定する」と述べた。

ところで、PPS の管理運営や SPP 標準予測給付額、あるいはニーズに基づく受給者の分類手法などが適正かつ妥当性を持つために HCFA は、メディケア受給者や HHA 在宅ケア提供者、有識者などを中心

に幅広く意見を求め、これらの見解に対する HCFA 側のコメントを HCFA 官報 “Federal Register” に
おいて公開している。2000 年 7 月 3 日付けの “Federal Register”によれば、1999 年 10 月 28 日の時
点で、381 件の意見や助言が寄せられており、同官報ではこれらの意見に対する HCFA 側の見解やコメ
ントに大量のページが充てられている。

こうした HCFA 側と国民とのコミュニケーションに基づいて、HHA/PPS 適正化を確立し、国民の理解
に支えられるというメカニズムが米国の新システムには存在している。

表G)

メディケア:ホームヘルスサービス利用率(1998)

メディケア加入者の特性		利用率(1998年) (%)	1996年との 増減比率 (%)
全加入者(平均)		7.8	-1.3
① 年齢層別	(a) 45才以下	3.5	-2.4
	(b) 45~64才	5.8	-1.8
	(c) 65~74才	4.1	-1.1
	(d) 75~84才	10.5	-1.0
	(e) 85才以上	20.7	-4.5
② 性別	(a) 男性	6.5	-0.9
	(b) 女性	8.8	-1.6
③ 婚姻状態	(a) 既婚	5.6	-0.8
	(b) 未亡人(死別)	12.3	-1.8
	(c) 離婚/別居	7.0	-0.8
	(d) 未婚	6.6	-2.7
④ 家族構成	(a) 単身	9.4	-2.2
	(b) 夫婦のみ	5.5	-0.9
	(c) 夫婦と子	13.4	-1.5
	(d) 他人との共同生活	9.7	-0.9
⑤ 人種別	(a) 白人(中南米系のぞく)	7.5	-1.5
	(b) 黒人(中南米系のぞく)	11.1	-0.5
	(c) 中南米系	7.6	+0.5
	(d) その他	5.9	-1.0
⑥ 収入別	(a) \$5,000以下	10.4	-1.3
	(b) \$5,001~\$10,000	11.0	-2.7
	(c) \$10,001~\$15,000	9.0	-1.8
	(d) \$15,001~\$20,000	8.0	-0.2
	(e) \$20,001~\$25,000	7.2	+0.5
	(f) \$25,001~\$30,000	5.1	-2.9
	(g) \$30,001~\$35,000	5.8	-0.5
	(h) \$35,001~\$40,000	4.8	-1.2
	(i) \$40,000以上	4.2	+0.6
⑦ 健康状態	(a) きわめて最良	2.6	-0.6
	(b) 大変良好	3.9	-0.3
	(c) 良好	6.1	-2.0
	(d) 普通	12.7	-2.0
	(e) 不良	21.5	-3.3
⑧ ADL(機能)	(a) 異常なし	2.0	-0.9
	(b) IADLのみ低下	7.4	-1.8
	(c) 1つまたは2つADL低下	10.9	-6.7
	(d) 3~6つADL低下	30.5	-9.0
⑨ 動作・移動能力	(a) 異常なし	2.4	-0.4
	(b) あり(IADL・ADL低下なし)	3.6	-2.4
	(c) あり(IADL・ADL低下あり)	17.1	-4.7
⑩ 慢性疾患	(a) なし	1.6	-0.5
	(b) 1つあり	1.9	-0.7
	(c) 2つ以上あり	10.2	-2.1
⑪ 疾患/症状	(a) 高血圧	9.8	-1.1
	(b) 糖尿病	13.6	-2.3
	(c) 関節炎	9.3	-1.6
	(d) 骨粗しょう症/股関節骨折	14.7	-1.9
	(e) 呼吸器系疾患	11.5	-2.5
	(f) 発作	17.7	-4.2
	(g) アルツハイマー	26.3	+0.5
	(h) パーキンソン	26.5	-4.4
	(i) 皮膚ガン	9.2	+0.1
	(j) その他のガン	10.2	-1.8
(k) 尿失禁	13.3	-4.2	

出典:Information and Methods Group,OSP/MCBS Profiles

September/October 2000 Issue No.8

第3章 HHA/PPS の内容

1. 主な機能と手法（用語の解説） 図A) 参照

HHA（あるいはHH）/PPSは“スキルド（skilled）”注1)なホームヘルスを必要とするすべてのメディケア加入者に適用し、2000年10月1日から実施されている。この仕組みや手法は主に、次のようなものが軸となっている。

1) ケアの必要性分類と評価システム

a) HHRG (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（コストなど）の実績に基づいて、80の共通利用者群に分類したもの。各グループの資源規模はグループ毎に共通群の相対係数で示される。なお、HHRGはDRG/PPSにおけるDRGと同じ役割を持つ。しかし、DRGが疾病ニーズに基づく資源の共通グループ化であるのに対してHHRGは患者のケアニーズに基づく資源の共通グループ化であるという点で異なる。

b) OASIS (the 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で、受給者の個別データや情報を入力することによって、共通群（HHRG）の分類やケアニーズの評価を可能にする情報処理システム。但し、リハビリテーション（PT, OT, ST）の提供時間は、OASISに含まず、付帯的に評価判定する。

c) HAVEN (HAVEN software)

州ごとに設置するOASISの端末コンピューターシステム。HHAはHAVENを用いて受給者それぞれのケアニーズやHHRGを判定する。

注1) スキルド（skilled）はHCFAの”Medicare & You 2001”によれば、「免許を持つ医療専門職が提供または管理しなければならず、しかも、医師の全般的な指示のもとにあるケアのレベル」だとされる。これは保護・介護（Custodial）を含まない。なおHCFAの定義はWalter Feldesman, Esq., の”Dictionary of Eldercare Terminology 2000”から承認を受けて引用している。

「A Level of Care that must be given or managed by licenced health care professionals and is under the general direction of a doctor」

（出典：HCFA”Medicare & You 2001”）

2) 給付の構造

d) SPP (Standard Prospective Payment)

受給者1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。2001年度会計年度は、US\$2,115.30と設定。この水準は1998年10月1日以降のHHA提供コストレポートに基づいて設定された。また、SPPはメディケアDRG/PPS（病院入院給付）と同じ構造をもち、人件費と非人件費の2つの部分から成り立っている。2001年会計年度の人件費部分は、77.668%と定められている。つまり、US\$2,115.30の77.668%=US\$1,643.00がSPPの人件費部分にあたる。

e) RWI (Regional Wage Index : 地域人件費係数)

1999 年会計年度の病院人件費係数(1995 年度の病院賃金実績に基づく)を用い、SPP の人件費部分(77.668%)を修正するための地域人件費係数。RWI は都市部と郡部に分かれており、都市の定義は MSA (Metropolitan Statistical Areas) の基準に基づいている。

f) PEP (Partial Episode Payment : 部分的給付修正方式)

SPP 給付期間の 1 単位である 60 日間の間に、メディケア受給者が自分の意志でサービス提供者(HHA)を変えたり、途中で利用を中止したあと期間内に再び同じ HHA を利用する場合に適用される SPP の部分給付修正方式。(詳しくは後述する)

g) SCIC (Significant Change in Condition : 重大変化への給付修正)

60 日間の期間中に受給者の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。(後述)

h) LUPA (Low Utilization Payment Adjustment : 過小提供給付修正)

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、もし 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変更する。

2000 年 10 月 1 日からの実施では 60 日間における直接訪問回数の全米平均値を 4 回とし、4 回以下について LUPA を適用する。給付額は全米標準人件費水準[前述 e) RWI]で修正し、サービス種類ごとに 1 訪問当たり 1 時間あたりの定額を訪問回数分だけ給付するという方法による。なお、電話や FAX などによるケア提供は LUPA の対象件数に含まれない。

i) RHHI (Regional Home Health Intermediary : 地域ホームヘルス給付代行機関)

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パート A を代行する機関とパート B を代行する Intermediary を合同して給付の仲介・代行を行う。RHHI は HHA からの「サービス提供開始レポート」を受理し、HHRG や給付額の確定を行う。また第 1 回目の請求申請書に基づく給付および修正などの処理を行う。一方、RHHI はホームヘルス PRO (Peer Review Organization) が確立するまでは、コストとサービス提供、およびサービスの成果などについての審査活動も行う。

j) Outlier (枠外給付)

DRG/PPS と同様に、受給者の個別事情に応じて付加的に提供されるサービスや提供期間の延長などを保障するもので、基本給付の枠外で HHA に給付する。

なお、HCFA は Outlier の上限を基本給付額の 5% までと定めている。

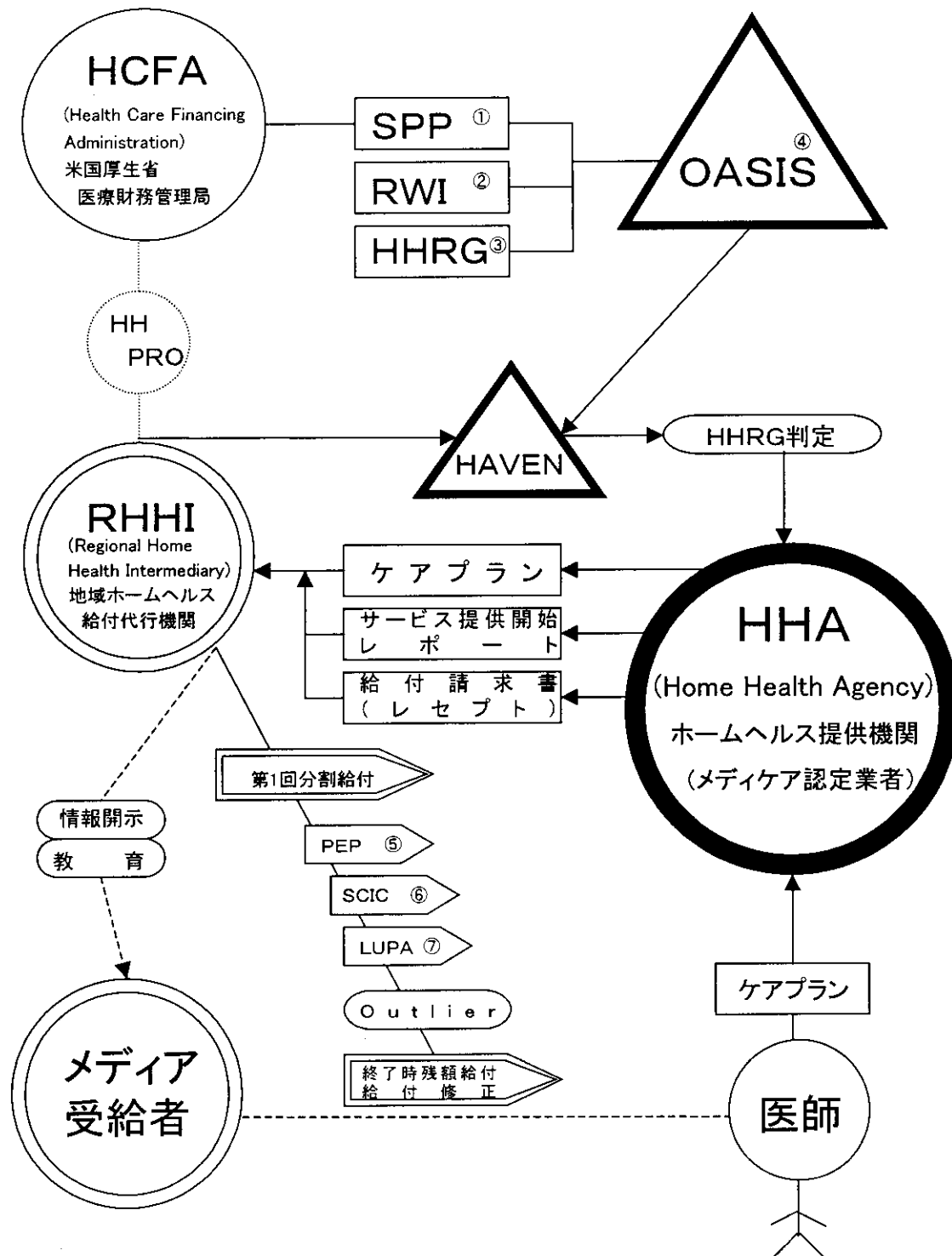
3) その他のルール

k) 同一資本 HHA グループごとの一括請求方式

給付額の請求は、独立単体 HHA の場合は当然だが、チェーンやネットワーク型の HHA であっても、資本母体が同一、または合併やパートナーシップの形態にあれば、受給者 1 人につき、グループで一括して請求すること。これはグループ内の委託や代行サービスも同系列にあれば含まれる。なお、SPP には在宅医療用具(在宅医療用具: Durable Medical Equipment)を含まないので、在宅医療用具は別請求を認める。

4) HHA/PPS の仕組みと手法

前述の1) から3) を図示してみたものが下の図A) である。
HHA/PPS の仕組みと手法



- ①Standard Prospective Payment (標準予測給付額)
- ②Regional Wage Index (地域人件費定款)
- ③Home Health Resource Group (ホームヘルス受給者群) (重大変化への給付修正)
- ④Outcome and Assessment Information Set (成果/評価の包括情報セット)
- ⑤Partial Episode Payment (部分的給付修正)
- ⑥Significant Change in Condition
- ⑦Low Utilization Payment Adjustment (過少提供給付修正)

5) HHA の遵守事項

- ①サービス提供開始レポートの提出〔州の RHHI へ〕
- ②医師の指示に基づくケアプラン（The plan of care）の提出〔RHHI へ〕
- ③OASIS データ更新の基礎となる HHA 活動実態レポートおよび提供コストレポートの提出（州の HCFA へ）。但し、次の受給者については上記のレポートを提出しなくてもよい。

ア) 妊娠中の患者

イ) 18 歳以下の患者

ウ) パーソナルケア（例：ハウスキーピングなど）、または保健・健康維持関連サービスを利用していない患者、つまり OASIS は成人のホームヘルス利用者に関するデータシステムであり、未成年や医療収容患者のデータは不必要であるから

- ④HHA は適正なサービスが提供されるために、60 日ごとに受給者のケアニーズと HHRG を見直すこと（HAVEN 利用）。一方、RHHI（地域ホームヘルス給付代行機関）は必要に応じて、HHA への利用審査（UR）を実施する。なお、現在、5 州がホームヘルス PRO（HH/PRO）導入に向けたモデルプロジェクトを実施中である。

次に、これらの手法やルールに従って、HHA/PPS の給付と修正の仕組みを追ってみる。

2. 給付額の設定プロセス

1) 給付期間の周期：60 日サイクル

HHA への給付額は、受給者 1 人当たり 60 日間を一単位とし、基本的には 60 日ごとに給付水準を見直すという 60 日サイクルによって設定される。つまり、HHA が受給者の a) HHRG を c) HAVEN によって判定し、医師が指示するケアプランに基づいてサービスの提供を開始した初日から 60 日までを包括した給付額である。その後、引き続きサービス提供を続ける場合は、HHRG とケアプランを見直し、新たに 60 日間の給付額が設定される。但し、60 日間の途中で、受給者がサービスの利用を中断したり、利用している HHA を変えたりした場合や、ケアニーズが大きく変わった場合には、期間中の修正給付を行う。

一方、途中でも、次の i)、ii) のようなケースは修正を行わず全額給付とする。

i) ケアプランが 60 日以内にサービス提供を終了するよう指示し、実際に全ての提供活動が終わった場合で、

① 残りの期間中に、給付対象のサービスを全く利用しなかったとき

② 病院やナーシングホームに転移したが、退院後、期間内に給付対象サービスを全く利用しなかったとき

ii) 期間中に受給者が死亡したとき

このように、給付額が 60 日間を一単位として周期的に変更されるため、HHA は 60 日間の中で、1 人当たりの提供コスト全体をいかに効率化するかというマネジメントが求められる。そこで HHA は、HHRG（受給者群）ごとに最適なケアパッケージを開発し、有効なサービスを効率よく提供することで、提供期間の短縮を図ろうとする。しかしケアプランにはサービスの種類や訪問回数、提供終了日などの指示もある。従って、HHA の収益を確保するためには、提供コストと期間を削減化するような“ホームヘルス代替えサービス”の開発も必要となる。一方、HHA/PPS では、過小サービスに対する給付修正

の方法〔h〕LUPA〕があるし、〔i〕RHHI〕によるURもある。これらの手法は、HHAが早期にサービス提供を終えたとしても、受給者がサービス利用を再開することになれば、HHAへの給付が減額されるというインセンティブを持っている。従って、提供を短縮し、なおかつ全額給付を得たいのなら、HHAは受給者のADLやケアレベルを必ず改善しておかなければならないということになる。

ところで、HHA/PPSが60日をサイクルとした給付額を設定したのは、HCFAのHHA/PPSモデルプロジェクトから得られた実証的な結果によっている。プロジェクトによれば、メディケア患者のホームヘルス利用期間は、メディケア保障サービスだけに限ってみると、大多数が60日以内の利用であるという。また、医師は60日間を一つのサイクルとして、ケアプランの再評価を行うのが一般的であるという。そこでHHA/PPSでは、HHRGやケアプランは基本的に60日ごとの見直しと再評価を行うよう定めている。

2) HHA/SPP (基本給付額) の設定

HHA/PPSの給付額は、メディケア入院医療のDRG/PPSにおける病院給付額の設定プロセスによく似た構造をもつ。図B)はHHA/PPSの2001年会計年度における1人当たり60日当り給付額の算出構造である。

〈ステップ1〉

受給者のHHRG係数をSPPに乗ずる。

⇒ケースミックス修正SPPの算出(80種のCM・SPP)

〈ステップ2〉

CM・SPPの人件費相当部分(77.668%)にHHAが所在する地域のRWI係数を乗ずる。

⇒地域人件費修正後のSPP算出(RWI・SPP)

〈ステップ3〉

RWI・SPPと非人件費部分(22.332%)を加算して、HHAへの1人当たり60日当りの基本給付額を算出する。

⇒HHA/PPS基本給付額の算定

〈ステップ4〉

提供期間中における受給者の変化や変更および個別ニーズに伴う修正や枠外給付によって最終的な給付額を算定する。

⇒修正・枠外給付の検討

3) 分割給付ルール

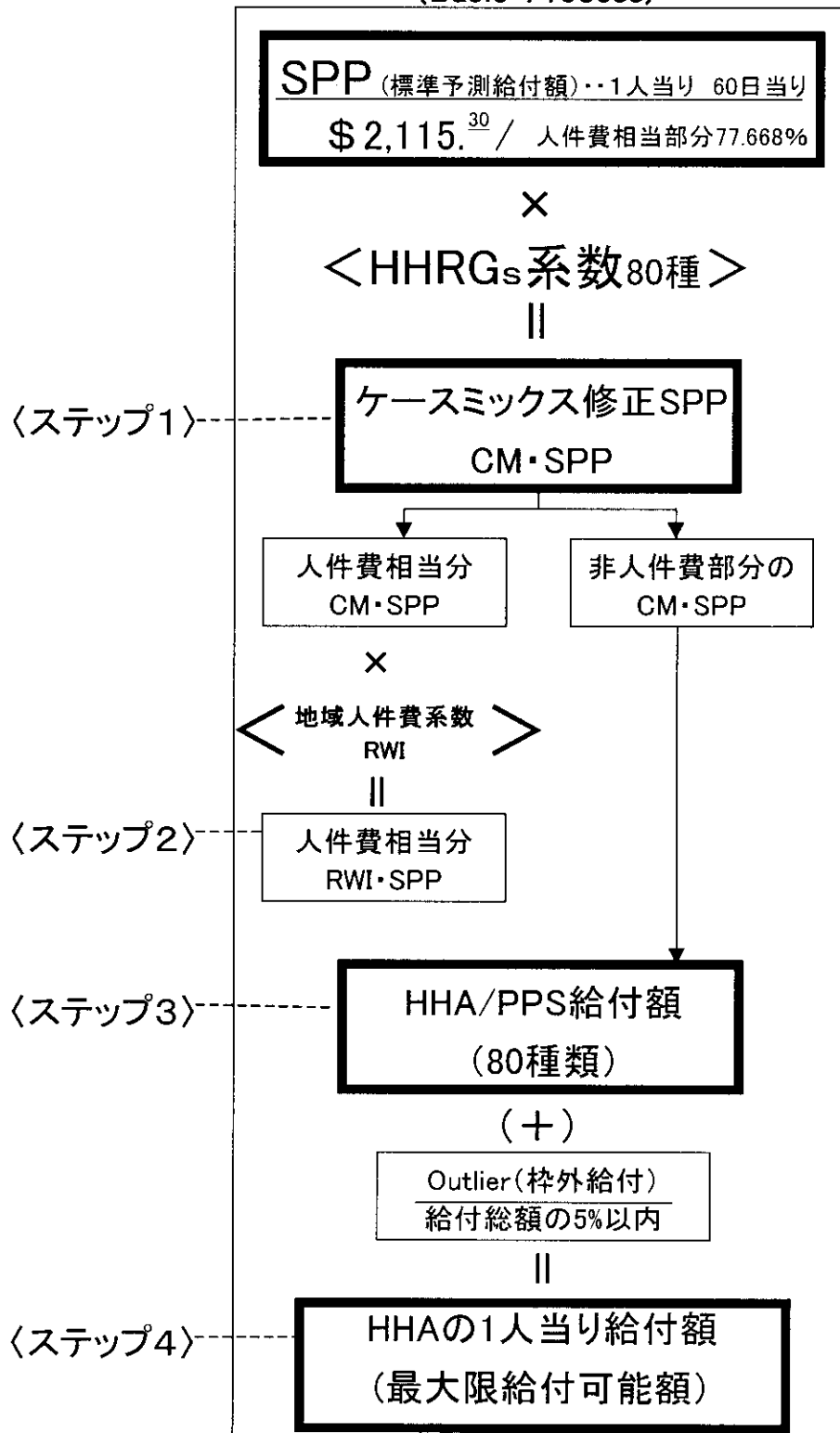
一人当たり60日当りの給付額は基本的に二回に分けてHHAへ給付される。

A) 第一回分割給付の時期:

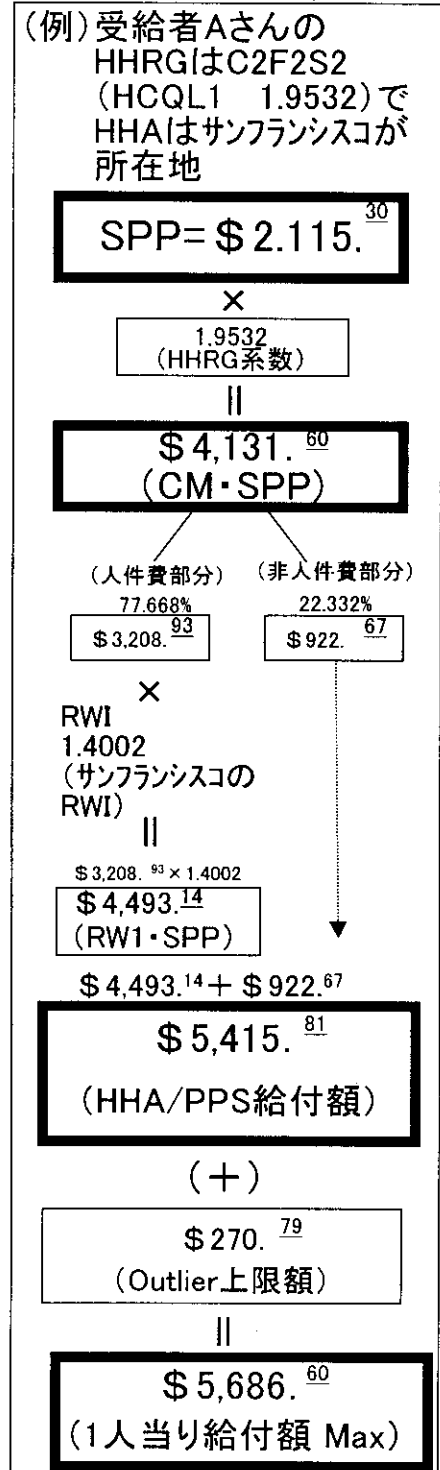
HHAが保障対象サービスの提供を開始し(開始レポートの提出)、管轄地域のRHHI(給付代行機関)が最初の給付請求書(例:レセプト)を受理した時点(通常開始から4~5日後)で、ただちに給付額の50%を送金する。但し、60%を給付する州もある。

HHA/PPS給付額の設定プロセス(2001年会計年度の場合)

(Basic-Process)



(SAMPLE)



①C2F2S2は、Clinicalレベル2、Functionレベル2、サービス規模2の意味。

B) 第二回分割給付の時期：

残りの50%は開始日から60日後に送金する。これはケアプランの指示にもとづく提供活動が60日以前に全て終了し、残りの期間中にHHAを利用しないケースや死亡の場合などのように、残りの給付額が全額支払われるときはもちろんだが、PEPのような何らかの給付修正を行う場合も60日後に給付される。例えば、メディケア加入者Aさんはスキルド・ホームヘルスが必要で、2000年10月1日を含む60日間（つまり10月1日～11月29日）を給付対象期間の一単位としたとき、HHA（サンフランシスコ所在）への分割給付および事務処理は次のようなプロセスをたどる。

第一回分割給付まで

HHA a社はAさんのケアニーズをHAVENとインタビューによってHHRG1 [COFOSO=臨床ニーズ最小(CO)、機能ニーズ最小(FO)、サービスニーズ最小(SO)]だと判定する。HHRG1のケースミックス係数は0.5262である。10月1日、a社はAさんへのサービス提供を開始し、RHHIへの開始報告書を送付する。と同時に担当医に対してケアプランの指示を依頼する。10月3日、医師がケアプランの概要を示し、提供終了予定日を11月5日(35日間)と設定する。10月3日、a社はRHHIにケアプランと給付請求書(HHRG1を明記)を提出。10月5日に受理したRHHIはただちにa社への第一回分割給付手続きを開始する。給付額は次のプロセスによって算出された。

$$7) \text{ SPP} = \text{US\$ } 2,115.30 \times \text{HHRG1 (0.5262)} = \text{US\$ } 1,113.71$$

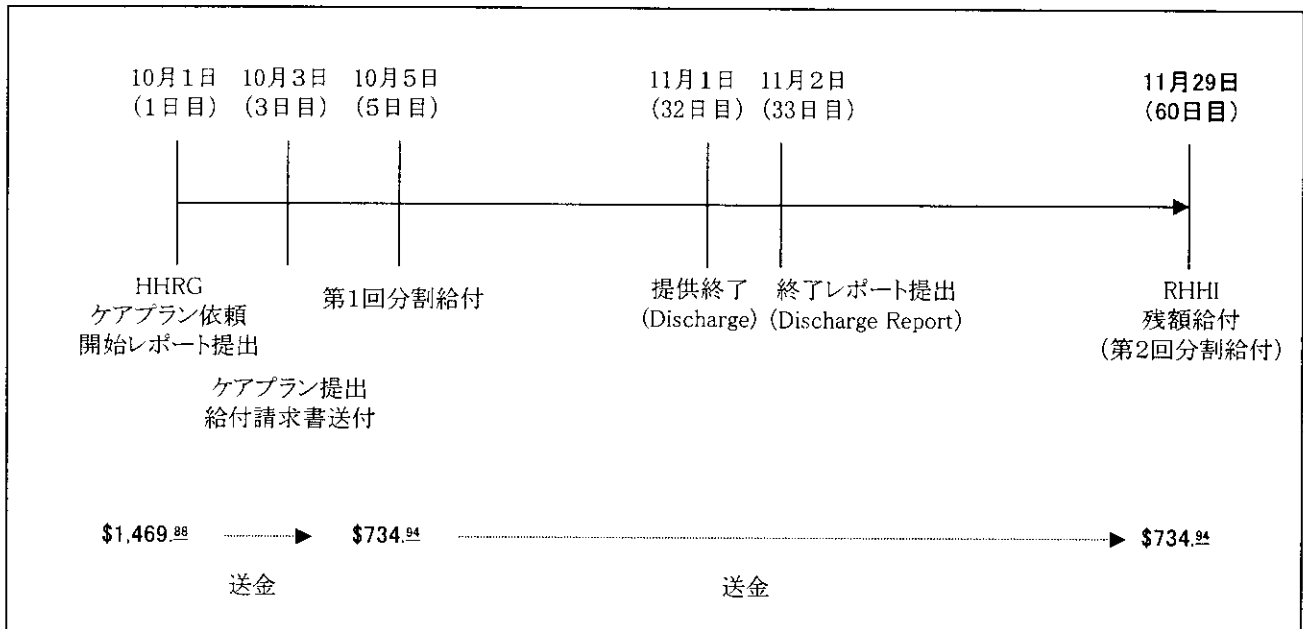
$$1) \text{ RWI} \cdot \text{SPP} = \text{US\$ } 1,113.71 \times 77.668\% \times 1.4002 = \text{US\$ } 1,211.17$$

$$9) \text{ HHA/PPS 給付額} = \text{US\$ } 1,221.17 \text{ (人件費部分)}$$

$$+ (1,113.71 \times 22.332\%) \text{ (非人件費部分)}$$
$$= \text{US\$ } 1,469.88$$

$$1) \text{ 第一回分割給付額} = \text{US\$ } 1,469.88 \times 50\% = \text{US\$ } 734.94$$

10月5日、RHHIはa社にUS\$734.94を送金した。a社はその後、Aさんへのサービス提供を効率よく的確に実施したので、AさんのADLが予想より早く改善し、“スキルド”の必要性はなくなった。10月30日、a社はケアプランの指示より5日早くサービス提供を終了し、医師の判断を待った。医師の了承が得られ、a社はAさんへのサービス提供を11月1日にすべて終了した。と同時にa社は週2回のハウスキーピングと移送サービスについてはAさんとの継続契約を行った(メディケア保障外のサービス)。11月2日、a社はAさんのサービス提供終了レポート(Discharge Report)をRHHIに送付した(32日目)。Aさんはa社のサービス提供終了後、11月29日(60日目)までの間に、医師の診療を受けたもののa社を含むHHAサービスを全く利用しなかった。11月29日(60日目)、RHHIは残りUS\$734.94をa社に送金した。この流れを図式化すれば次のとおりになる。



なお、こうした分割給付は HHA の保険請求事務や会計処理のサイクルが他の保険プランを含めて、伝統的には 30 日を単位としたシステムであるため、HHA/PPS の導入によって新しく 60 日単位へのシステム変更を行えば、HHA にコスト負担を強いることになることや、HHA のキャッシュフローを健全に維持することなどに配慮したからだと HCFA は “Federal Register” でコメントしている。

4) 給付額の修正

給付額は通常、60 日ごとにケアニーズを見直し、HHRG の再判定を行うと共にケアプランを修正変更するという手続きを経て、新しい給付水準を設定する。しかし 60 日間の途中で、受給者に次のような変化があれば、給付額の修正を行う。

A) HHRG に変更なし

- ⑦ 受給者が自分の意志で、HHA a 社から b 社へと利用業者を変更した場合。
但し、a 社と b 社は資本母体が全く異なる HHA であること [前述の f) PEP]。
- ⑧ HHA a 社はケアプランの指示通り、60 日間の途中 (例えば 35 日) で受給者へのサービス提供を全て終了したが (Discharge)、受給者が残りの期間中に再び a 社または x 社からのサービス提供を受けた場合。なお、x 社は a 社と資本母体と同じであれば a 社とみなされる。また、資本母体は共同出資や合併を含み、その傘下にあるネットワーク HHA と子会社および委託、代行関連会社も含まれる。従って、独立資本が連携するネットワークは対象外 [前述の f) PEP]。

B) HHRG に変更あり

- ⑨ 受給者のケアニーズが 60 日間の途中で、大きく変化し、HHRG やケアプランが変更された場合 [前述の g) SCIC]。

C) その他の修正 (HHRG やケアプラン変更の有無に関係なく行う修正)

- ⑩ サービスの提供量 (訪問回数) が 60 日間全体を通して、全米標準量 (4 回) 以下である場合 [前述の h) LUPA]

④ 州（または RHHI）が給付額を過大、または過小だと判断した場合（RHHI の UR に基づく給付修正）。

そこで、こうした修正給付の手法を具体的に追ってみる。

① PEP Adjustment : 部分的給付修正方式

これは A) の ⑦① に対応する方式で次のプロセスをたどる。

〔⑦ の場合〕

A さんは HHRG1（ケース・ミックス係数 0.5262）と認定され、2000 年 10 月 1 日～11 月 29 日の 60 日間につき、HHA a 社（所在地はサンフランシスコ）がサービスの提供を行う。ケアプランは 60 日以前の終了を指示していない。しかし A さんは a 社のサービスがよくないと思い、10 月 20 日（20 日前）a 社の提供を断った。a 社が A さんに最後のサービスを提供したのは 10 月 18 日（18 日間）であった。しばらく経った 11 月 10 日（40 日目）、A さんは前の a 社とは全く別資本の HHA の b 社から、引き続きサービスを受けようとした。b 社は A さんのケアニーズやケアプランを見直したが、ほとんど変更はないので、HHRG1 のまま、サービス提供開始レポートを RHHI に送付した。b 社も a 社と同じサンフランシスコに所在している。b 社が最初にサービスの提供を開始したのは、11 月 13 日（最初の期間単位では 43 日目）であった。そこで RHHI は A さんの新しい 60 日間を 11 月 13 日から 60 日間、つまり 2001 年 1 月 11 日までと再設定した。11 月 15 日、b 社は最初の給付申請書を RHHI に送付した。a 社、b 社の給付額は次のように算出される。

〔a 社の場合〕

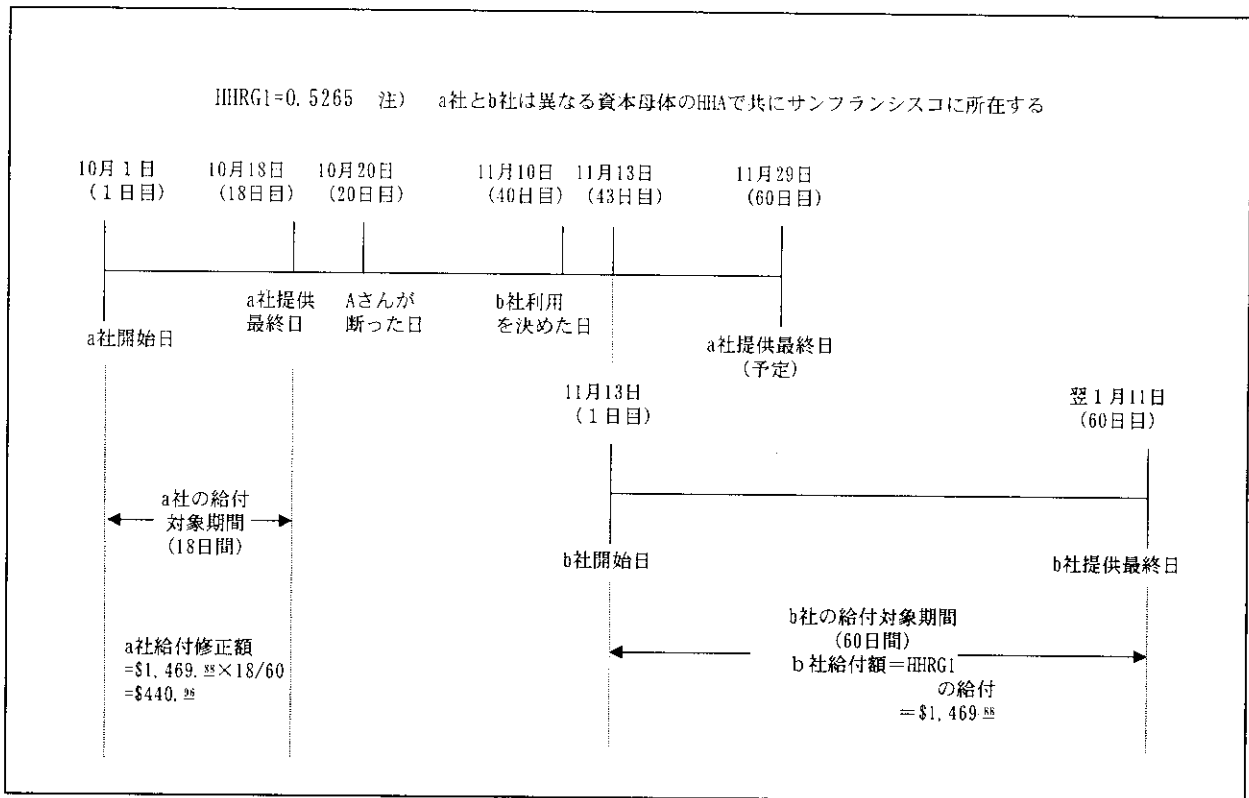
a 社が本来受け取る給付額は US\$ 1,469.88 である（⑦～⑨参照）。しかし、a 社が実際に提供した日数は 18 日間である。そこで、a 社の修正給付額は次の算式によって給付される。

$$\begin{aligned} \langle \text{a 社修正給付額} &= \text{当初給付額} \times \text{提供実日数} / 60 \text{ 日} \rangle \\ &= \text{US} \$ 1,469.88 \times 18 / 60 \\ &= \text{US} \$ 440.96 \end{aligned}$$

一方、a 社はすでに第一回分割給付額 US\$ 734.94 を受け取っているため、実際には US\$ 293.98（US\$ 440.96 - US\$ 734.94 = -US\$ 293.98）が過剰給付になっている。そこで RHHI は次回の a 社への給付総額から US\$ 293.98 を差し引いて給付する。

〔b 社の場合〕

b 社の提供開始初日は 11 月 13 日である。従って b 社は A さんのサービス提供に対して、11 月 13 日～翌年 1 月 11 日までの 60 日間について、US\$ 1,469.88（HHRG1）を受け取ることができる。また第一回の分割給付額は a 社と同様 US\$ に 734.97 である。これを図式化すれば下図のようになる。



①の場合] 同一資本母体の HHA への利用変更

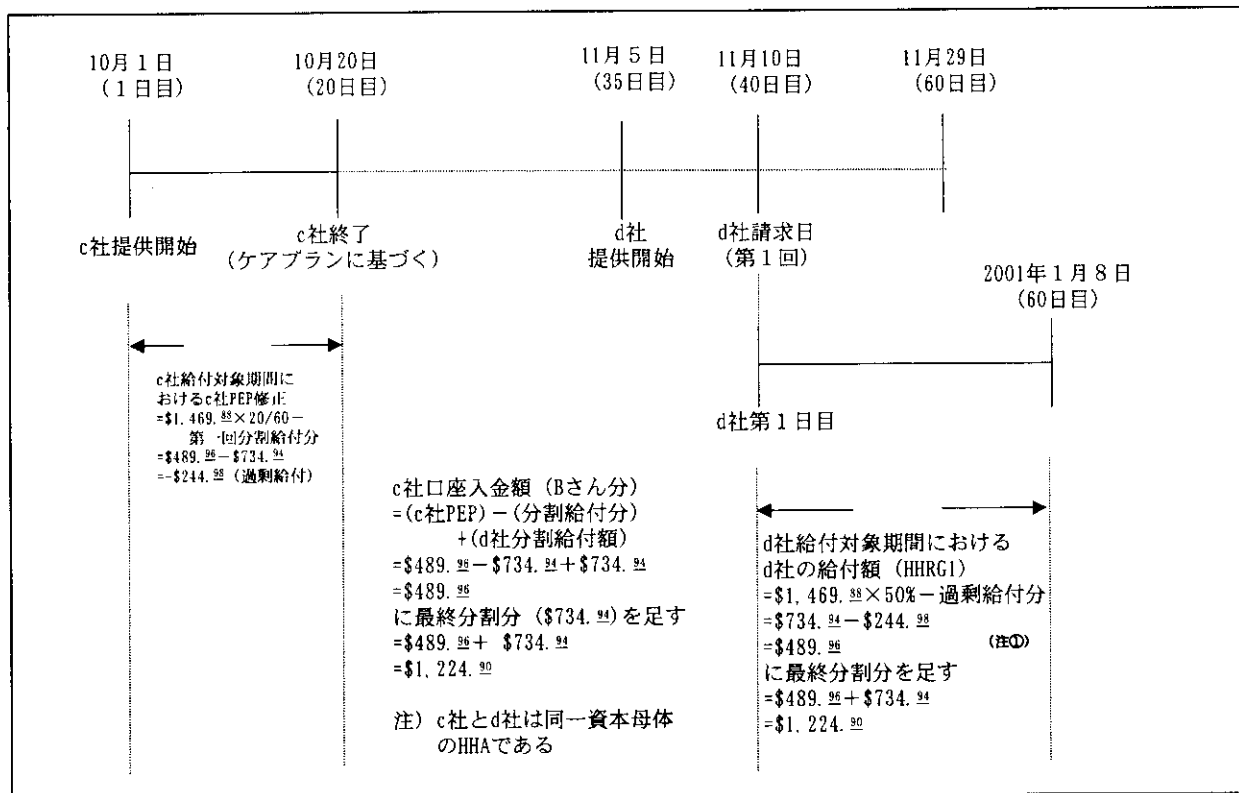
受給者 B さんは HHRG1 と認定され、2000 年 10 月 1 日～11 月 29 日までの 60 日間を提供期間としたサービス提供を HHA c 社から受けることになった。c 社は医師の指示によるケアプランによって、提供終了日が 10 月 20 日 (20 日間) だとわかり、B さんへの提供を 10 月 20 日に全て終了した (Discharge)。ところが、11 月 5 日になって、B さんは再び c 社から訪問 PT サービスを受けたいと申し出た。ただ、c 社はいにくく、PT の訪問日程を調整できず、B さんは結局、c 社と共同経営で同一系列のネットワークにある d 社から PT の訪問を受けた。d 社は同日、11 月 5 日に B さんへの PT 訪問を開始し、サービス開始レポートを RHHI に送付した。11 月 10 日 (40 日目)、d 社は最初の給付請求書を RHHI に送付、これを受理した RHHI は、B さんの新しい 60 日間を、11 月 10 日 (d 社が請求を起こした日) から 2001 年 1 月 8 日までと再設定し、B さんに対する c 社への給付額を次のように修正した。

$$\begin{aligned} \llcorner \text{c 社修正給付額 (PEP)} &= \text{HHRG1 給付額 (US\$ 1,469.88)} \times \text{実提供日数 / 基本提供日数単位} \\ &= \text{US\$ 1,469.88} \times 20/60 \\ &= \text{US\$ 489.96} \end{aligned}$$

しかし、c 社はすでに第一回分割給付額 (US\$ 1,469.88×50%=US\$ 734.94) を受け取っているのので B さんの給付額は US\$ 244.98 (US\$ 734.94 - US\$ 489.96) の過剰給付である。一方、d 社は 11 月 10 日～翌年 1 月 8 日までを一単位として、HHRG1 (US\$ 1,469.88) による給付を受けるが、d 社と c 社は同一資本であるため、RHHI は両社への給付を同一口座として処理する。従って、d 社は第一回分割給付として、本来 US\$ 734.94 を受け取ることができのだが、同一系列であるため、c 社の過剰給付額 US\$ 244.98 を差し引いた金額 US\$ 489.96 しか受け取れないということになる。

[図 B (注①) 参照]

d 社が同一系列でなければ前述のように US \$ 734.94 を受け取ることができる。以上を図式化すれば次の通りである。



以上⑦と④の例から次のことがわかる。すなわち、受給者が60日間の途中で同一資本母体のHHA c社からd社へと利用を変更した場合、受給者の利用期間は新たに60日を加算するが、HHAの収入は、オリジナル期間のPEP(c社の提供実日数分)と新しい60日間の最終分割給付分つまり、d社が新しい期間において本来受給しうる全額の50%(州によっては40%)しか受け取れないということだ(前述の例なら、PEP=US\$489.96と分割分US\$734.94=US\$1,224.90)。しかし、c社とd社が全く別資本母体なら、c社がPEP=US\$489.96を受け取り、d社はHHRG1の給付額全額(US\$1,469.88)を受け取る。

②SCIC Adjustment: 重大変化への給付修正方式

これは前述B)の⑦に対する修正方式で、次のようなプロセスをたどる。

受給者Cさんは2000年10月1日～11月29日までの60日間を一単位として、HHRG1(ケースミックス係数0.5262)のグループだと判定され、HHA e社がサービス提供を開始した。しかし10月20日(20日目)、Bさんは突然発作でただちに病院に入院した。10月24日、Bさんは退院し自宅に戻ったが再びe社のサービス利用を開始した。そこでe社はOASISによってBさんのケアニーズを再評価し、新しいHHRGを発作前のHHRG1からHHRG52(C2F2S3 臨床ニーズ中程度、機能レベル中程度、サービスニーズ最大/ケースミックス係数2.2048)へと変更した。10月25日(25日目)、RHHIはe社からの提供再開レポートおよび給付請求書を受理し、e社への給付修正処理を行った。e社への10月1日～11月29日までの給付額は次のように修正された。

〈ステップ1〉 SCIC 以前の給付額 (HHRG1 : 10月1日~10月20日までの20日間)

$$\begin{aligned} \text{修正給付額 (SCIC 以前)} &= \text{HHRG1 給付額} \times \text{提供実日数} / 60 \text{ 日} \\ &= \text{US \$ } 1,469.88 \times 20 / 60 \\ &= \text{US \$ } 489.96 \end{aligned}$$

〈ステップ2〉 SCIC 以降の給付額 (HHRG52 : 10月25日~11月29日までの36日間)

$$\begin{aligned} \text{修正給付額 (SCIC 以降)} &= \text{HHRG52 給付額} \times \text{提供実日数} / 60 \text{ 日} \\ &= \text{US \$ } 6,113.45 \times 36 \text{ 日} / 60 \text{ 日} \text{ 注1)} \\ &= \text{US \$ } 3,668.07 \end{aligned}$$

〈ステップ3〉 e社への給付額 (SCIC 以前と以降の給付額合計)

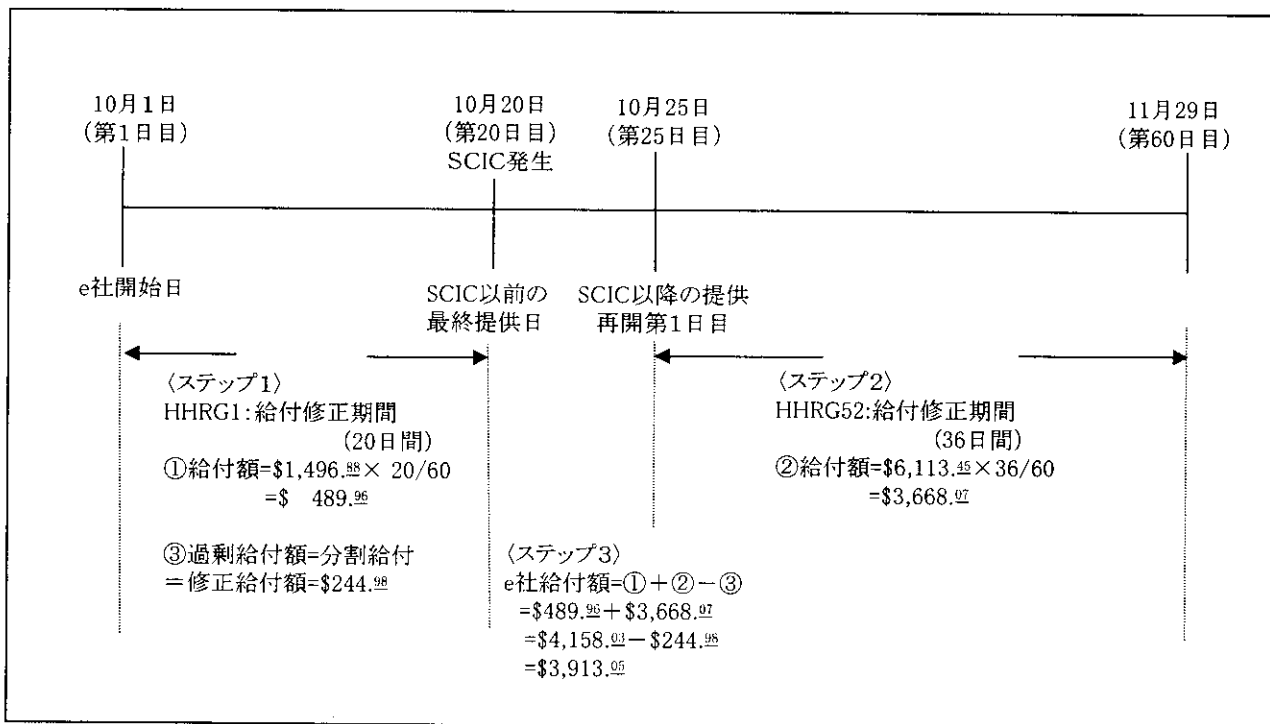
$$\begin{aligned} \text{e社への給付額} &= \text{US \$ } 489.96 + \text{US \$ } 3,668.07 \\ &= \text{US \$ } 4,158.03 \end{aligned}$$

但し、HHRG1 の第一回分割給付額 (US \$ 734.94) をすでに給付しているので、

(US \$ 734.94 - US \$ 489.96) = US \$ 244.98 が SCIC 以前の期間 (20日間) については過剰給付となっている。

そこで、e社への最終的な給付額は、US \$ 4,158.03 - US \$ 244.98 = US \$ 3,913.05 となる。

以上のことから、SCIC 修正方式を図式化すれば次のようになる。



注1) HHRG52 給付額算定プロセス (サンフランシスコ市) は次のとおりである。

$$\begin{aligned} &\text{SPP\$}2,115.30 \times \text{CM (Case Mix : ケースミック) 係数 } 2.2048 \\ &= \text{CM} \cdot \text{SPP\$}4,663.81 \text{ (人件費部分\$}3,662.29) \\ &\text{RWI} \cdot \text{SPP} = \$3,662.29 \times 1.4002 \text{ (RWI)} = \$5,071.93 \\ &\text{よって給付額} = \$5,071.93 + \text{非人件費\$}1,041.52 = \$6,113.45 \end{aligned}$$

これらをまとめると、SCIC (重大な変化に対する給付修正方式) は次のような特徴をもつと言える。