

- ㉔受給者の HHRG を変更する必要があるような急変に対応する修正方式であること
- ㉕変化発生前と発生後それぞれについて、その期間ごとに給付を修正すること
- ㉖発生前と発生後の HHA が同一の場合に適用されること

③LUPA Adjustment : 過小提供時給付修正方式

これは前述C) の ㉑に対応する方式で次のようなプロセスをたどる。

受給者 D さんは 2000 年 10 月 1 日～11 月 29 日の間に HHRG1 (ケースミックス係数 0.5265) グループとしてのサービス提供を受けた。HHA f 社は全期間を通してサービスを提供することとし、10 月 5 日、第一回給付請求を送付した。RHHI は HHRG1 に基づく第一回分割給付額 US \$ 734.94 (US \$ 1,469.88×50%) を f 社に送金した。11 月 29 日、f 社は D さんへのサービス提供活動を終了し、最終給付請求書を RHHI へ送付した。しかし RHHI は f 社に対して、全米平均 (4 回) 以下のサービス提供活動であるため、LUPA 修正を行うと回答した。f 社は 60 日間で、訪問看護 (スキルド・ナーシング) 1 回とホームヘルス・エイド (医療的介護) 1 回の計 2 回しか実施していなかった。そこで RHHI は f 社への給付額を次のように修正した。

〈ステップ 1〉 サービス別給付額の算出

表 H) に基づいて、スキルド・ナーシングとホームヘルス・エイドそれぞれの給付額を算出する。

①スキルド・ナーシング給付額=US \$ 95.79×1 回=US \$ 95.97 表 G)

②ホームヘルス・エイド給付額=US \$ 43.37×1 回=US \$ 43.37 表 G)

〈ステップ 2〉 地域人件費係数 (RWI) による給付修正 (サンフランシスコ市)

①の人件費修正額=US \$ 95.79×77.668%×1.4002=US \$ 104.17→①'

②の人件費修正額=US \$ 43.37×77.668%×1.4002=US \$ 47.17→②'

〈ステップ 3〉 非人件費部分の算出

①の非人件費部分=US \$ 95.79×22.332%=US \$ 21.39→①''

②の非人件費部分=US \$ 43.37×22.332%=US \$ 9.69→②''

〈ステップ 4〉 LUPA 給付額の算出

$$\begin{aligned} \text{LUPA 給付額} &= \text{RWI 修正後スキルド・ナーシング給付額 (①' + ①'')} \\ &\quad + \text{RWI 修正後ホームヘルス・エイド給付額 (②' + ②'')} \\ &= (\text{US } \$ 104.17 + \text{US } \$ 21.39) + (\text{US } \$ 47.17 + \text{US } \$ 9.69) \\ &= \text{US } \$ 182.42 \end{aligned}$$

〈ステップ 5〉 第一回分割給付額との差額検討

$$\begin{aligned} \text{第一回分割給付額 (HHRG1)} - \text{LUPA 給付額} &= \text{US } \$ 734.94 - \text{US } \$ 182.42 \\ &= \text{US } \$ 552.52 \end{aligned}$$

従って、f 社への次回給付から US \$ 552.52 を差し引く。

以上のことから、LUPA 修正方式の特徴は次の通りである。

- ㉔サービスの種類ごとに一回当たり定額給付額を定め、実際に提供した回数分だけ給付する。
- ㉕給付額は地域の人件費に差があることを考慮して、地域人件費係数 (RWI) で修正する。

以上①PEP、②SCIC、③LUPA それぞれについて給付額の修正方法を検討した。なお、それぞれの算定フォミュレーションは図 C) の通りである。

表H)

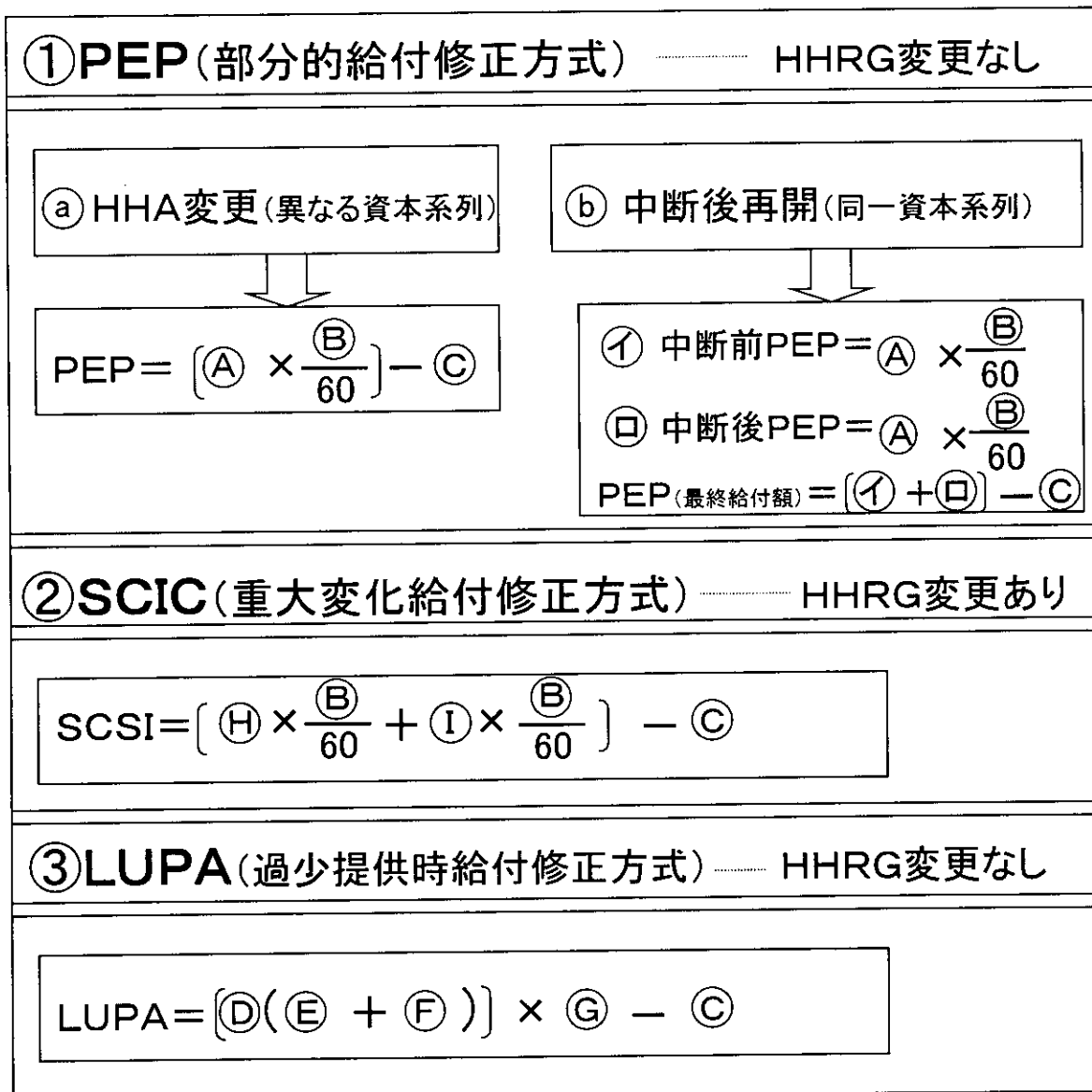
サービス種類別LUPA定額給付表(1回当り)2000年会計年度

サービスの種類	LUPA修正給付用 1回当り給付額
①訪問看護(Skilled Nursing)	\$ 95. ⁷⁹
②ホームヘルス・エイド(医療的介護) (Home Health Aide)	\$ 43. ³⁷
③医療ソーシャルワーク (Medical Social Work)	\$ 153. ⁵⁵
④PT (Physical Therapy)	\$ 104. ⁷⁴
⑤OT (Occupation Therapy)	\$ 105. ⁴⁴
⑥ST (Speech Pathology Therapy)	\$ 113. ⁸¹

出典:“Final Rule – Prospective Payment System Published July 3, 2000” table 6

図 c)

HHA/PPS給付修正方式 フォーミュレーション



<記号リスト>

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| ㉑ HHA/PPS給付額 | ㉒ 提供実日数 | ㉓ 第1回分割給付額 |
| ㉔ サービス種別1回当たり給付額 | ㉕ ㉔のRWI修正後給付額 | ㉖ ㉔の非人件費部分 |
| ㉗ サービス種別提供実回数 | ㉘ SCIC発生前のHHRGによるHHA/PPS給付額 | |
| ㉙ SCIC発生後のHHRGによるHHA/PPS給付額 | | |

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

1980年代末、米国厚生省はホームヘルスにおけるケアニーズ評価とそれに基づくメディケア受給者の分類および、HHA/PPS におけるケースミックス手法の確立に的を絞っていた。一方、下院では、1989年に提出された下院レポートにもとづいて『メディケアに関する現在の包括的なデータベースは不適正であり、新しい情報システムを開発するべきである』と指摘していた。そこで厚生省は1990年、ジョージタウン大学付属看護学校に委託し、「ホームヘルス資源の必要度予測と成果測定を目的とした患者分類手法のモデル事業および研究」を実施した。その結果、ジョージタウン大学は次のようなレポートを提出した。注1) すなわち、「正確に予測できること」を目的としたケースミックス修正手法を確立するためには、ホームヘルス提供行為の指数化が本質的には重要な役割を持つべきである。そして、提供行為には、特定のスキルド・ナーシング（糖尿病教育や静脈注射療法など）、PT、OT、STなどがあげられる」と。一方、ジョージタウン大学の研究をベースに、ホームヘルス提供業者への予見給付を目的とする比較分析的なプロジェクトも進んだ。これは Mathematical Policy Research Inc., N.J.が行ったもので注2)、1991年11月25日付の研究レポートによればジョージタウン大学の研究がケースミックス確立には行為の指数化が不可欠だと指摘していることに対して次のように反論している。すなわち「提供行為の規模（種類や量）を指数化することは給付システムに不可欠な基本要素でなくてもよい。なぜなら、提供計画や提供活動そのものがHHAの自由裁量にまかされているからである。従って、提供行為の規模や提供活動に基づいてケースミックス・システムを確立するとすれば、それは収益を最大化しようとするHHAのごまかしに対応できず、スキだらけのシステムになる可能性がある」と。ところで、厚生省は1994年までの間に“メディケア・ホームヘルスへの主導権”注3)と呼ばれる包括的な政策再評価活動を実施していた。その結果、メディケア認定ホームヘルス提供業者（HHA）の認定条件（COP：Condition of Participation）が改正され、HHAは「継続的な質改善プログラム（CQI）」にもとづいた標準評価手法を採用するよう義務付けられることになった。そこで厚生省は、患者評価のために必要な患者の特定要素を包括的な一覧表にまとめる作業に着手した。これが、OASISとよばれる「成果および評価の包括的情報セット（the Outcome and Assessment Information Set）」である。

この時のOASISは次のような患者情報を含んでいた。

- ・患者の居住地域
- ・家族構成や住宅構造（一戸建てか集合住宅など）
- ・介護支援・補助の体制
- ・知覚の状態
- ・皮膚の状態
- ・呼吸の状態
- ・排泄状態
- ・神経や感覚および行動の状態
- ・ADL / IADL
- ・薬剤服用状態
- ・器材利用状態
- ・救急医療利用状態

・退院後のサービス利用状態（再入院の頻度）

注1) 「Virginia K. Saba : Develop and Demonstrate a method for classifying home health patients to predict resource requirements and to measure outcomes」 (Georgetown Univ., School of Nursing, February 1999)

注2) 「Case Mix Analysis using Georgetown Data : Home Health Prospective Payment Demonstration」

注3) Medicare Home Health Initiative

厚生省は OASIS の開発によって、患者の包括情報セットが HHA の CQI プログラムだけではなく、ホームヘルス PPS のケースミックス手法にも活用できると共に、提供者 (HHA) が最小の情報によってサービスの質を改善できると考えた。メディケアに OASIS の評価データを付加したことで、厚生省は HHA/PPS における全米統一的な基本 PPS 給付額を確立するプロジェクトを 1996 年にスタートさせ、90 の HHA からデータ収集を開始した。このプロジェクトは Abt Associates Inc. (ケンブリッジ、マサチューセッツ州にある政策研究所) との共同委託研究によって実施された。プロジェクトの目的は、ケースミックス手法によって、“予見”の正確性を向上させるためには、現在の OASIS 評価項目の他にどんな評価項目を新しく付加すべきかという点にあった。そこで、Abt Associates Inc. は 1997 年末から 1998 年初めにかけて、メディケア認定 HHA を利用するメディケア患者のデータを大量に収集した。それらのデータは主に、①患者の依存度の変化、②提供コスト、③患者の個別特性が多様性をもっていることの根拠を示すことができるデータなどであった。そして、収集したデータは、患者の個別性が活かされるようなケースミックス手法の開発を主眼として分析検討された。これは HHRG (ケースミックス) における“予見係数”の正確性を大きく改善する研究開発でもあった。Abt のもう一つの重要な研究開発は、ケースミックスによる患者のグループ化が非常に簡単かつ、わかりやすいものであるためにはどうしたらいいかという点にあった。そこで、グループ化にあたっては、ホームヘルス臨床医が患者のケアニーズを判定するときに用いる臨床区分や論法 (ロジック) を活かしながらシステム化していった。そのため、Abt のプロジェクトは多くのホームヘルス臨床医を参加させ、彼らは収集した患者データの分析と評価、そして統計や患者特性などについて助言を行った。一方、政府の政策担当官や厚生省の研究開発専門官もこのプロジェクトに参加し、彼らは OASIS に基づくケアニーズの包括一本化やケアニーズが共通する患者群の分類化などを開発した。なお、筆者がミーティングした A.Meadow 女史は Abt プロジェクトの厚生省側責任者である。

2. ケースミックス・システムの内容

このように HHA/PPS におけるケースミックス・システムの開発は、1990 年代初頭におけるジョージタウン大学や Mathematical Policy Research Inc. などの研究によって、ケアニーズ評価に必要なサービスの種類と量の指数化や評価項目の選別などからスタートした。1994 年には HHA の CQI プログラムに OASIS を導入したことで、ケアの質を落とさずにケアニーズの包括的な評価を可能にした。そして 1996 年からの Abt プロジェクトが、a) ケアニーズを包括的に判定するための最も適切なケースミックス評価項目の選定、b) それに基づく共通患者群の分類化、へと進んでいったのである。その結果、HHA/PPS は Abt プロジェクトの開発成果に基づくケースミックス・システム (OASIS) を用いて、2000 年 10 月 1 日から実施された。それは主に次のような内容を持っている。

1) 3大ニーズ分野と22の評価項目

HHA/PPSのOASISは、ケアニーズを包括的に判定するために、まずニーズ分野を大きく3つに区分している。

1. Clinical Severity Domain (C) ・・・臨床重症度
2. Functional Status Domain (F) ・・・機能低下度
3. Service Utilization Domain (S) ・・・サービス利用頻度

次に1.～3.それぞれに、ニーズ評価項目を選定し、分野ごとのニーズ規模(程度)を測定する。分野毎の評価項目は次表のとおりである。

1. Clinical Severity Domain (臨床重症度) の評価項目 (C)	14 項目
a) プライマリホームケアにおける診断名	
b) 静脈注射療法および静脈栄養、経腸栄養、化学療法、抗生物質の使用	
c) 視力	
d) 痛み	
e) 外傷/傷害	
f) 多発性褥そう	
g) 圧迫潰瘍による最も問題となる褥そうのステージ	
h) うっ血性潰瘍の程度	
i) 外科的外傷の程度	
j) 呼吸困難	
k) 尿失禁	
l) 便失禁	
m) 腸瘻	
n) 問題行動	

2. Functional Status domain (機能低下度) の評価項目 (F)	5 項目
o) 衣服の着脱 (Dressing)	
p) 入浴 (Bathing)	
g) 排泄	
r) 移動	
s) 運動	

3. Service Utilization Domain (サービス利用頻度) の評価項目 (S)	3 項目
---	-------------

t) 過去 14 日以内の病院退院回数（入院医療ニーズ）
u) 過去 14 日以内の入院リハビリテーションおよびナーシングホーム（SNF） 退院回数（両方の施設利用も含む）（スキルド・ケアのニーズ）
v) 8 時間以上または 10 回以上の訪問療法利用回数（ホームヘルスのニーズ）

2) ニーズレベル（ケアレベル）の包括化

さて、これら a) から v) の評価項目（22 項目）は、メディケア受給者がホームヘルスを利用する際のヒアリングやインタビュー、アンケート形式の質問リストなどによって実施され、その結果収集した 22 項目の受給者データを用いて、受給者 1 人ひとりのケアニーズを点数（スコア）化することで、規模や程度（ニーズが大きい小さいなど）を判定するために用いられる。従って評価項目の点数を（C）臨床、（F）機能、（S）サービス利用ごとに合計すれば、受給者に必要なケアやサービスの量と種類を各ニーズ分野ごとに包括化できる。つまり、合計点数の大小がそのまま、ケアニーズの大小（または患者の状態が軽い重い）を示すということだ。そこで、OASIS では（C）臨床、（F）機能、（S）サービス利用ごとに 4 段階から 5 段階の合計点数レベルを設定し、患者のケアニーズを判定している。2000 年度の OASIS では、（C）臨床、（F）機能、（S）サービス利用のそれぞれに対して、次のような点数区分を設定している。表 a)、表 b)、表 c)

表 a)

(C) 臨床重症度 (Clinical Severity Domain)		4 段階
合計点数	ニーズレベル	HHRG のための記号
0 点から 7 点	最軽症	C0
8 点から 19 点	軽症	C1
20 点から 40 点	中程度	C2
41 点から	重症	C3

表 b)

(F) 機能低下度 (Functional Status Domain)		5 段階
合計点数	ニーズレベル	HHRG のための記号
0 点から 2 点	最小	F0
3 点から 15 点	小	F1
16 点から 23 点	中程度	F2
24 点から 29 点	大	F3
30 点	最大	F4

表 c)

(S) サービス利用頻度 (Service Utilization Domain)		4 段階
合計点数	利用頻度	HHRG のための記号
0 点から 2 点	最低	S0

3点	低	S1
4点から6点	中程度	S2
7点	高	S3

3) 共通受給者群の分類 (HHRG の設定)

このようにニーズレベル (またはケアレベル) は、(C) 臨床が4段階、(F) 機能は5段階、そして (S) サービス利用では4段階に区分される。ここまでくれば後は、それぞれの段階をお互いに組み合わせることによって、(C)、(F)、(S) を包括一本化したニーズレベルが設定できる。その組み合わせは 80 (4 (C) × 5 (F) × 4 (S)) 通りある。つまり、表 a)、表 b)、表 c) の HHRG 記号を組み合わせた (C0F0S0) から (C3F4S3) までの 80 である。例えば、C0F0S0 は、臨床ニーズが最低で機能障害のレベルは最も軽く、サービス利用についても最小の受給者だということになる。そして、この 80 のニーズレベルが HHRG (Home Health Resource Group) である。

表 I) 参照

つまり、HHA/PPS では OASIS によって受給者のケアニーズを3つの分野に分けて判定し、それぞれのニーズレベルを細かく評価判定したうえで、それらを包括的なニーズレベルとして一本化することによって、ニーズが類似する受給者を 80 の共通受給者群に分類するという仕組みをもつということである。なお、HHRG 確定のためのケースミックス評価判定構造全体は図 D) に示した。

4) ケースミックス・システムの課題

OASIS は、米国ホームヘルスのケースミックス手法開発における長い歴史を土台にして確立されてきたものだが、ニーズ分野、評価項目、点数設定などについては、様々な議論がある。例えば、2000年7月3日付けの "Federal Register" によれば、HCFA と HHA との間で、次のようなやりとりがあり、HCFA の見解が載っている。

[HHA]: ケースミックス・システムは、病院退院後のホームヘルス利用者と SNF (Skilled Nursing Home : スキルドナーシング施設) や入院リハビリテーション施設から退院した患者との間に提供コストの差 (ケースミックス係数) をつけていないのではないかと? 急性病院から退院してホームヘルスを利用する患者の多くは、SNF より重い病状の患者であり、訪問サービスや患者教育などを SNF 退院患者より多く提供しているのではないかと?

[HCFA]: OASIS は、本人の重症度を包括的に判定して分類しており、ホームヘルス利用前の施設サービス種類では分類していない。これは施設が提供するサービスの種類は必ずしも患者のケアニーズとマッチしていないことが多く、サービスの種類で患者を分類することは不適正であるからである。そこで、OASIS では唯一、施設によるリハビリテーションについてのみを重症度の判定要素として取り込んでいる。従って病院での急性リハだけで退院した患者、および病院から SNF または入院リハ施設を経て退院した患者①、あるいは病院から両方の施設リハを経て退院した患者②は同一の重症度グループ A として分類している。しかし、SNF または入院リハ施設だけを利用して退院した患者③は、患者①または②と異なる重症度グループ B として区別している。つまり、治療や看護、投薬などと包括的に提供される療法の必要性をもつグループ A と、療法だけが特に必要なグループ B とを区分し、しかも施設リハの必要性をもたない別のグループ C とも区別するということだ。OASIS では従って、ホームヘルス利用前の施設ケア提供場所および療法の必要性だけで (S) サービス利用のニーズ分野を点数評価している。重要な

のは、ホームヘルスを利用する前の施設の種類ではなくて療法の必要度（または、どの程度の療法が必要か）である。

HHA：OASIS では、SNF または入院リハ施設を退院後、ホームヘルスを利用するグループはケースミックス係数が高く設定してあるが、これは郡部や山村地域の HHA にとっては不利である。なぜなら、これらの地域では SNF などのような急性期後の回復施設数が少ないので、どうしても病院入院が多く、入院患者は病院退院後ただちにホームヘルスを利用しているからだ。

HCFA：OASIS の判定は、3つの施設（病院、SNF、入院リハ施設）からの退院患者については基本的に同一の重症度グループとして係数化している。ただし、SNF/入院リハ施設だけを利用して退院するグループは、長期入所者が多いのでこのグループだけを除外し、ケースミックス係数も高く設定してある。従って、郡部や山村地域の HHA には不利かもしれない。Abt のプロジェクトでも、そのことがデータとして証明されている。そこで、これらの地域には給付額を増額する措置を取り入れている。これは、PPS 導入前の給付額をベースに上乗せするという方法を採用する。

HHA：HHA/PPS のルールによれば、患者への介護協力者（家族やインフォーマル・サポートなど）がいるかないかについてはケースミックスの判定因子から除外されている。しかし、これを考慮しないなら給付額に妥当性を欠く。特に、独居者や長期ケアの必要な患者は地域を含む患者支援システムの有無によって、ホームヘルスの利用状況が大きく異なり、給付額はこれを考えた設定をすべきではないか？

HCFA：我々がルールを設定したときに検討したことは、介護協力者の有無によって給付額を修正するのは、①地域や家族のあり方によって給付に差をつける、②介護協力者が、民間営利の場合はどうするか、③家族に介護協力者がいる場合に給付額を減額したら、HHA はこうした患者への提供を敬遠するのではないか、などの諸問題が発生し、メディケアの理念からみて不公正であると判断したからである。また Abt プロジェクトの結果によれば介護協力者がいたとしても、提供コストの平均値はほとんど変化していない、更に介護協力者がいる患者のセルフケア利用率は、いない患者よりも低い、すなわち、介護協力者がいない患者はその分セルフケアでカバーしているという結果が出ており、いない患者がホームヘルス・サービスを多く利用するとは限らないと指摘している。注1)

これらの他、OASIS のベースになる臨床データや患者データは正確ではないという指摘やスコア（点数）の設定が不適正であるというような技術論議もある。

しかし総じて、HCFA は OASIS に自信をもっているようで、利用者や HHA からの指摘に対して取り入れるものと取り入れないものを明確に区別した見解をもっているようである。

注1) 「First Interim Report, December 1998」 Abt Associates., Inc.

表 1)

HHRG およびケースミックス係数表

TABLE 9.—RELATIVE CASE-MIX WEIGHTS CORRESPONDING TO HOME HEALTH RESOURCE GROUPS

HHRG group	HHRG description	Case-mix weight
1 C0F0S0	"Clinical=Min, Functional=Min, Service=Min"	0.5265
2 C0F0S1	"Clinical=Min, Functional=Min, Service=Low"	0.6074
3 C0F0S2	"Clinical=Min, Functional=Min, Service=Mod"	1.4847
4 C0F0S3	"Clinical=Min, Functional=Min, Service=High"	1.7364
5 C0F1S0	"Clinical=Min, Functional=Low, Service=Min"	0.6213
6 C0F1S1	"Clinical=Min, Functional=Low, Service=Low"	0.7022
7 C0F1S2	"Clinical=Min, Functional=Low, Service=Mod"	1.5796
8 C0F1S3	"Clinical=Min, Functional=Low, Service=High"	1.8313
9 C0F2S0	"Clinical=Min, Functional=Mod, Service=Min"	0.7249
10 C0F2S1	"Clinical=Min, Functional=Mod, Service=Low"	0.8058
11 C0F2S2	"Clinical=Min, Functional=Mod, Service=Mod"	1.6831
12 C0F2S3	"Clinical=Min, Functional=Mod, Service=High"	1.9348
13 C0F3S0	"Clinical=Min, Functional=High, Service=Min"	0.7629
14 C0F3S1	"Clinical=Min, Functional=High, Service=Low"	0.8438
15 C0F3S2	"Clinical=Min, Functional=High, Service=Mod"	1.7212
16 C0F3S3	"Clinical=Min, Functional=High, Service=High"	1.9728
17 C0F4S0	"Clinical=Min, Functional=Max, Service=Min"	0.9305
18 C0F4S1	"Clinical=Min, Functional=Max, Service=Low"	1.0114
19 C0F4S2	"Clinical=Min, Functional=Max, Service=Mod"	1.8887
20 C0F4S3	"Clinical=Min, Functional=Max, Service=High"	2.1404
21 C1F0S0	"Clinical=Low, Functional=Min, Service=Min"	0.6221
22 C1F0S1	"Clinical=Low, Functional=Min, Service=Low"	0.7030
23 C1F0S2	"Clinical=Low, Functional=Min, Service=Mod"	1.5803
24 C1F0S3	"Clinical=Low, Functional=Min, Service=High"	1.8320
25 C1F1S0	"Clinical=Low, Functional=Low, Service=Min"	0.7169
26 C1F1S1	"Clinical=Low, Functional=Low, Service=Low"	0.7978
27 C1F1S2	"Clinical=Low, Functional=Low, Service=Mod"	1.6752
28 C1F1S3	"Clinical=Low, Functional=Low, Service=High"	1.9269
29 C1F2S0	"Clinical=Low, Functional=Mod, Service=Min"	0.8205
30 C1F2S1	"Clinical=Low, Functional=Mod, Service=Low"	0.9014
31 C1F2S2	"Clinical=Low, Functional=Mod, Service=Mod"	1.7787
32 C1F2S3	"Clinical=Low, Functional=Mod, Service=High"	2.0304
33 C1F3S0	"Clinical=Low, Functional=High, Service=Min"	0.8585
34 C1F3S1	"Clinical=Low, Functional=High, Service=Low"	0.9394
35 C1F3S2	"Clinical=Low, Functional=High, Service=Mod"	1.8168
36 C1F3S3	"Clinical=Low, Functional=High, Service=High"	2.0684
37 C1F4S0	"Clinical=Low, Functional=Max, Service=Min"	1.0261
38 C1F4S1	"Clinical=Low, Functional=Max, Service=Low"	1.1070
39 C1F4S2	"Clinical=Low, Functional=Max, Service=Mod"	1.9843
40 C1F4S3	"Clinical=Low, Functional=Max, Service=High"	2.2360
41 C2F0S0	"Clinical=Mod, Functional=Min, Service=Min"	0.7965
42 C2F0S1	"Clinical=Mod, Functional=Min, Service=Low"	0.8774
43 C2F0S2	"Clinical=Mod, Functional=Min, Service=Mod"	1.7548
44 C2F0S3	"Clinical=Mod, Functional=Min, Service=High"	2.0065
45 C2F1S0	"Clinical=Mod, Functional=Low, Service=Min"	0.8914
46 C2F1S1	"Clinical=Mod, Functional=Low, Service=Low"	0.9723
47 C2F1S2	"Clinical=Mod, Functional=Low, Service=Mod"	1.8496
48 C2F1S3	"Clinical=Mod, Functional=Low, Service=High"	2.1013
49 C2F2S0	"Clinical=Mod, Functional=Mod, Service=Min"	0.9949
50 C2F2S1	"Clinical=Mod, Functional=Mod, Service=Low"	1.0758
51 C2F2S2	"Clinical=Mod, Functional=Mod, Service=Mod"	1.9532
52 C2F2S3	"Clinical=Mod, Functional=Mod, Service=High"	2.2048
53 C2F3S0	"Clinical=Mod, Functional=High, Service=Min"	1.0329
54 C2F3S1	"Clinical=Mod, Functional=High, Service=Low"	1.1139
55 C2F3S2	"Clinical=Mod, Functional=High, Service=Mod"	1.9912
56 C2F3S3	"Clinical=Mod, Functional=High, Service=High"	2.2429
57 C2F4S0	"Clinical=Mod, Functional=Max, Service=Min"	1.2005
58 C2F4S1	"Clinical=Mod, Functional=Max, Service=Low"	1.2814
59 C2F4S2	"Clinical=Mod, Functional=Max, Service=Mod"	2.1588
60 C2F4S3	"Clinical=Mod, Functional=Max, Service=High"	2.4105
61 C3F0S0	"Clinical=High, Functional=Min, Service=Min"	1.1973
62 C3F0S1	"Clinical=High, Functional=Min, Service=Low"	1.2782
63 C3F0S2	"Clinical=High, Functional=Min, Service=Mod"	2.1556
64 C3F0S3	"Clinical=High, Functional=Min, Service=High"	2.4073
65 C3F1S0	"Clinical=High, Functional=Low, Service=Min"	1.2922
66 C3F1S1	"Clinical=High, Functional=Low, Service=Low"	1.3731
67 C3F1S2	"Clinical=High, Functional=Low, Service=Mod"	2.2504
68 C3F1S3	"Clinical=High, Functional=Low, Service=High"	2.5021
69 C3F2S0	"Clinical=High, Functional=Mod, Service=Min"	1.3957
70 C3F2S1	"Clinical=High, Functional=Mod, Service=Low"	1.4766
71 C3F2S2	"Clinical=High, Functional=Mod, Service=Mod"	2.3540
72 C3F2S3	"Clinical=High, Functional=Mod, Service=High"	2.6056
73 C3F3S0	"Clinical=High, Functional=High, Service=Min"	1.4337
74 C3F3S1	"Clinical=High, Functional=High, Service=Low"	1.5147
75 C3F3S2	"Clinical=High, Functional=High, Service=Mod"	2.3920
76 C3F3S3	"Clinical=High, Functional=High, Service=High"	2.6437
77 C3F4S0	"Clinical=High, Functional=Max, Service=Min"	1.6013
78 C3F4S1	"Clinical=High, Functional=Max, Service=Low"	1.6822
79 C3F4S2	"Clinical=High, Functional=Max, Service=Mod"	2.5596
80 C3F4S3	"Clinical=High, Functional=Max, Service=High"	2.8113

出典：“Federal Register” VOL65, No.128 July3, 2000

図D)

HHRG確定のためのケースミックス評価判定構造

評価項目	患者調査データによる付加点数	ニーズレベル ケアレベル
(C)臨床重症度 ①主疾患名/副疾患名	整形外科的疾患⊕11点、糖尿病⊕17点 神経系疾患⊕20点 (注1)	Minimum=0~7点 (C0) LON=8~19 (C1) Moderate=20~40 (C2) High=41 + (C3)
② 静脈注射療法	患者データにより⊕14~24点 (注2)	
③ 視力	患者データにより⊕6点	
④ 痛み	同上⊕5点	
⑤ 外傷/傷害	熱傷による場合⊕21点	
⑥ 多発性の褥そう	ステージ2以上の圧迫かきよう⊕17点	
⑦ 圧迫潰瘍による最も問題となる褥そうのステージ	患者データにより⊕15点または36点	
⑧ うっ血性潰瘍の程度	同上 ⊕14点または22点	
⑨ 外科的外傷の程度	同上 ⊕7点または15点	
⑩ 呼吸困難	同上 ⊕5点	
⑪ 尿失禁	同上 ⊕6点	
⑫ 便失禁	同上 ⊕9点	
⑬ 腸瘻	同上 ⊕10点	
⑭ 問題行動	同上 ⊕3点	

(F)機能低下度 ①衣服の着脱	患者データにより ⊕4点	Minimum=0~2点 (F0) LON=3~15 (F1) Moderate=16~23 (F2) High=24~29 (F3) Maximum=30 (F4)
② 入浴	同上 ⊕8点	
③ 排泄	同上 ⊕3点	
④ 移動	同上 ⊕3点または6点	
⑤ 運動	同上 ⊕6点または9点	

(S)サービス利用頻度 ①病院入院(14日以内)	患者データにより ⊕1点	Minimum=0~2点 (S0) LON=3 (S1) Moderate=4~6 (S2) High=7 (S3)
② SNF/入院リハ施設(„)	同上 ⊕8点	
③ 8時間/10回以上のセラピー利用	同上 +4点	

出典: Abt Associates inc

(注1)最も主たる疾患についてのみ加算する (注2)最も主たるIVセラピーについてのみ加算する

第5章 HHA/PPSの目的とメディケア改革

ところで、米国はなぜ、この時期に HHA/PPS を導入したのだろうか。また導入の目的はどこにあるのだろうか。

例えば、公的介護保険がスタートし、民間活力によって在宅サービスの拡充を図ろうとしている日本から見れば、給付額やサービス量を抑え込むための HHA/PPS という一面に焦点をあてて、この支払い方法を見てしまうかもしれない。また、DRG/PPS 導入以来、メディケア病院の平均入院日数が短くなり（現在では 6.2 日）、ホームヘルスは、退院後のサービスの多様性や連続性を考えればむしろ拡大すべきなのに、なぜ抑制を目的とした支払い方法を導入するのかと不思議に感じるかもしれない。

しかし、HHA/PPS は、給付額（診療報酬）やサービス提供量を削減することが主たる目的ではない。例えば、1998 年会計年度実績によると、メディケアホームヘルス給付額は、パート A で約 145 億ドル（パート A 総給付額 1,343 億ドルの 10.8%）、パート B では約 3 億ドル（パート B 総給付額 758 億ドルの 0.4%）の合計約 148 億ドルであり、メディケア全給付額の約 7% 程度である。一方、ホームヘルス利用者は 1997 年度で、メディケア加入者総数 3,840 万人の 9.1% にあたる約 350 万人という規模である。つまり、メディケアホームヘルスの規模は約 1 割程度であるという状況からすれば、約 6 割を占める病院や医師サービスよりも、抑制インセンティブが低いと言える。言い換えればホームヘルスへのコストコントロールは、病院や医師に比べたら、1/6 程度のインセンティブしか持っていないとも言える（表 B、C 参照）。

このように、ホームヘルス医療費やサービス提供量の抑制が HHA/PPS 導入の目的でないとしたら、ではその他にどんなことが目的なのか。

そこで、HHA/PPS 導入の法的根拠となった 1997 年成立の均衡予算法（BBA）に立ち戻ると、メディケアホームヘルスに PPS を導入する目的はメディケアプログラム全体の構造改革を推進することにあるとされている。また、これは 18 年にわたる DRG/PPS の実施成果から明らかになったことだが、ケースミックスによる PPS 支払い方法は、保障システム（メディケアプログラム）と提供システム（病院や医師など）の効率化を可能にしてきた。従って、今回の HHA/PPS 導入もまた、この点に大きな目的があると言える。つまり、HHA/PPS 導入の目的は、ホームヘルス保障体系と HHA の効率化に基づいてメディケア全体の構造改革を進展させるという点にある。

ところが、メディケアホームヘルスの保障と提供を取り巻く状況には、効率化を妨げるいくつかの要素がある。それらは主に次のような分野に存在している。

1. 支払い方法の一本化

メディケア構造改革の大きな柱は、パート A、パート B が保障する分野すべての支払い方法を一本化または、お互いに整合性を保つように転換することにある。そこでメディケアはこれまで、病院費用（パート A）に DRG/PPS を医師・専門サービスおよび外来（パート B）については RBRVS を、そしてナーシングホーム（パート A）について RUG をというふうに、ホームヘルス（パート A、パート B 共に）を除けば、主な保障分野はすでにケースミックスに基づくサービスニーズを包括化し、ニーズの類似するグループ（患者群や疾病群）毎に前もって、定額報酬を定めておくという支払い方法へ転換済みである。従って、最後に残ったホームヘルスに対して HHA/PPS を導入すれば、支払い方法の整合性が進展し、プログラム全体の効率化も向上する。

2. 給付と自己負担水準の構想改革

パート A は保険料を徴収しない強制加入の間接償還プラン (Service Benefit) であり、HHA の多くは利用者への費用請求権をメディケアに譲渡するという“アサイメント (assignment)”に基づいて費用の償還を受ける。従って HHA はメディケアが設定した費用請求水準を受け入れると共に、請求額より低い償還額であっても不足分を利用者に追加請求できない。

一方、パート B はパート A 加入者が保険料を払って任意に加入する直接払いプラン (Indemnity) で、HHA は自由に請求額を決めて加入者から直接支払ってもらえる。但し、在宅医療用具はメディケアが請求水準を設定している。つまりパート A ではメディケアが給付水準をコントロールできるのに、パート B は困難なので、ホームヘルスの給付水準は全体としての効率化・適正化が進まないということになる。しかも在宅医療用具を除けば、訪問看護など大半のサービスはパート A、パート B 共に自己負担なしで利用できるの、HHA の請求額が上昇すれば、それに伴ってメディケアが加入者へ返還する保険金 (請求額) も上昇し、パート B は給付額がほとんど歯止めなく増加する (メディケア保障内容は表①参照)。そこで、HHA/PPS を導入すれば、パート A はもちろんだが、パート B についても、請求水準をコントロールすることが可能になり、加入者が HHA へ支払うサービス利用費用 (医療費) の上昇を抑えることができる。

3. プログラム管理コストの効率化

1. と 2. で見たように、メディケアホームヘルスの保障プログラムは、他の保障分野と支払い方法に整合性がなく、給付プロセスもパート A とパート B で異なっているため、プログラムを管理運営する費用の効率化を妨げている。例えばパート A における HHA からの請求事務については、HHA がサービスを提供するたびにメディケアへ請求書を送付するので、包括的一括払い型の DRG/PPS に比べるとかなりの事務処理および管理コストがかかる。つまり重複やムダが発生しやすい。しかし、HHA/PPS を導入すれば、60 日単位の 2 回分割給付を基本としているので、コストが大幅に削減できる。ただ、修正給付の場合は事務処理が増えるが、それでも従来よりは当然コストを削減できる。

ところで、メディケアプログラムの管理コストだが、主な項目とコスト水準は次の通りである。

1998 年会計年度

給付管理コスト	117 億ドル
一般管理コスト	10 億ドル
PRO コスト	2 億ドル
虚偽・悪用監視コスト	6 億ドル

出典：HCFA, Office of Financial Management

以上 1. から 3. にあげたように、メディケアホームヘルスの保障プログラムは、メディケア全体の効率化に対して大きな障害となってきたのである。

こうした現状からみれば、今回の HHA/PPS 導入はまず第一に、メディケア全体の効率化を推進する構造改革の流れから必然であり、第二には給付水準をパート A、パート B 共に同一水準にすることで、利用者の自己負担を適正にすること、第三には給付と提供の効率化をはかること、そして第四にプログラム管理コストの削減をはかることなどを目的としていると言えるだろう。

表①

メディケアプログラムの保障内容

(2000年実施)

項目 プラン	保障分野	自己負担	支払い方法
パート A	①病院入院 ※2人部屋、食事、看護、治療材料、等 (個室、私的ナース、テレビ、電気代をのぞく) ※病院入院以外の入院精神医療は190日限定の保障	a)1~60日まで \$776/1入院当り b)61~90日 \$194/1日当り c)91日~150日 \$388/1日当り 但し、90日以上入院は一生涯で60日分のみ給付する	DRG/PPS
	②スキルドナーシング施設(SNF) ※2人部屋、食事、スキルドナーシング&リハビリ、治療材料、その他 但し、病院入院期間が3日以上でSNFに移動した患者のみを対象	a)1~20日まで自己負担なし b)21~100日 \$96/1日当り負担 c)100日以上全額自己負担	RUG(資源利用グループ別費用支払方式)
	③ホームヘルスケア機関(スキルド) ※看護、リハビリ、ホームヘルスエイド及び在宅医療用具	a)1~100日まで自己負担なし 但し、在宅医療用具はメディケア給付額の20%自己負担(給付額はメディケアが決定)	HHA/PPA、但し、在宅医療用具は診療報酬料金表
	④ホスピス/レスパイトケア ※入院および通院費用(病院&ナーシングホーム)	a)医薬品:1処方当り \$5負担 b)レスパイトケア:1入院当り 5%負担	定額(メディケアが決定)
パート B	⑤医師/専門サービス ※医師技術料、治療材料、外来外科手術、在宅医療用具、診断検査、等	a)\$100/年間当り自己負担(\$100に達するまでは全て加入者が支払う) b)\$100以降、20%の共同自己負担、但し、一部の外来サービスは自己負担なしの場合もある c)通院リハビリテーション(PT,OT,ST)20%の共同自己負担 d)通院精神科診療50%自己負担	RBRVS(資源準拠相対評価方式)
	⑥臨床検査	自己負担なし	診療報酬料金表
	⑦ホームヘルスケア機関(スキルド) ※看護、ホームヘルスエイド、在宅医療用具	a)1~100日まで自己負担なし 但し、在宅医療用具は20%自己負担	HHA/PPS (2000年10/1より)
	⑧外来通院(病院) ※診療および処置一般	サービス毎に自己負担が異なる	診療報酬料金表

出典：HCFA, "Medicare & You 2001"より作表

参考文献

HCFA ホームページ : <http://www.hcfa.gov/medicare/medicare.htm>より、

“Final Rule-Prospective Payment System published July 3,2000”

“Summary of Policy Changes from Proposed Rule Published on Oct. 28,1999,Compared to Final Regulation”

メディケアホームページ : <http://www.medicare.gov/35/anniversary.asp>

Abt Associates.ホームページ : <http://www.abtassoc.com/reports/health-care/hhc-pps.pdf>より、

“Case-Mix Adjustment for a national Home Health Prospective payment System,Second Interim Report,Sept.24,1999”

US Department of Health and Human Services:1999 HCFA Statistics,2000.

Federal Register: Proposed Rule Vol.64,No.208,Oct.2000

Information an 在宅医療用具 thods Group:OSP No.8,Oct.2000, HCFA:Medicare & You 2001 Handbook

第 3 部 資料編

第1章 在宅PPS向けの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)

メディケア・ホームヘルスサービスの支払方法は、1回の診察ごとにかかった費用を償還してもらうというやりかたから、エピソードごとの予定定額支払方式（PPS）へと移行しつつある。このことは、ホームヘルスサービス機関（以下 HHA）がメディケアから受け取る支払額はもはや、各患者に提供された医療サービスや発生したコストに基づいたものではない、ということになる。HHA が、PPS のもとでの成功への望みをつないでいるのは、正確なケースミックスアジャスターである。米国医療財政庁（HCFA）は、Abt に対し、必要とされる資源を正確に予測するためのケースミックスシステムを開発するようにとの依頼を行った。

ケースミックスアジャスターを新しい PPS の中に組み入れることの目的は、患者が治療に要する資源の量は患者ごとに異なるということ、さらに、HHA によっては、平均より極端に高かったり低かったりするケアニーズの患者に対応する必要がある、ということ認識することである。ケースミックスによって支払いを調整することにより、在宅提供者やメディケアのリスクを軽減できる。さらに、これは患者にとってもよいことだ。なぜなら、これにより HHA は、現行のシステムのもとでよりも、よりケアニーズの高い患者を受け入れやすくなるからである。それは、より高額の支払いが期待できるからである。

必要なことは、在宅医療のはっきりしたニーズに基づいて（実際に患者が受けたサービスに基づくのではない）、患者が必要としている在宅医療サービスの量や種類が正確に予測できるシステムであるということだ。このシステムは以下のものでなくてはならない。

- ① 実行可能であること 新しいデータの収集が改めて大量に必要となったり、HHA にさらなる運営上の手間を増やすようなことなく実施できること。つまり、2000年10月1日までに、メディケアが実施できるようなものであること。
- ② 临床上、論理に適していること HHA/PPS は、医師が利用サービス総量だとみなすことに基づいて患者の特性を設定して、臨床医が納得できるような方法で患者をグループ分けできるものである必要がある。
- ③ 公平であること HHA/PPS が設定する患者群（HHRG）は、同様の資源ニーズを備え、さらに、他のグループの患者とは異なるニーズを備えていなくてはならない。

1) 方法

我々のプロジェクトチームは、全米中の8つの州の9つのHHAから、全国的に見て典型的といえる層化標本を抽出した。HHAは、利用度の高いものもあれば低いものも含まれる。また、プロジェクト対象のHHAは所在地の支払代行機関（RHHI）からすべての支払いを受けている。これらHHAは営利/非営利、公的、病院併設型、独立単体、チェーン参加型および都市型/郡部山村型など様々な形態である。

HHAはプロジェクトのデータ収集プロセスに基づいて、1997年10月～98年3月までの期間中に出来高払い方式のホームヘルス・サービスを利用したすべてのメディケア患者を対象者として、彼らの最大18ヶ月にわたる利用データを集めた。

ケースミックスモデルを作成するのに使われた資源利用を測定する基準は、家でのケアタイムに基づくものであった。データを提供するため、各 HHA は、患者に提供した訪問看護の労働時間表を作成した。この表には、患者名、ケア提供者名（担当者名）、患者の自宅に到着した時間と退出した時間、訪問時に収集されたその他のデータなどについて記されている。さらに、メディケアに加入している在宅ヘルスサービス機関は、各患者について、メディケアが必要とするデータセットに基づいて OASIS アセスメント（the Outcome and Assessment Information Set）を作成した。

一つのケア提供機関単位の中で提供する資源（サービス）量を予測する上で、プロジェクトが収集した患者データがうまく活用されるために、Abt は HCFA が検討中の支払い方法（HHA/PPS）と整合性がとれるような「ケア提供期間単位」を定義づける必要があった。この「ケア提供期間単位」はサービス提供開始初日から 60 日目（60 日を含む）とした。もし利用者（メディケア患者）が 61 日目以降も引き続きサービスを利用する場合は、61 日目から新しい「ケア提供期間単位（新しい 60 日）」が開始される。なお、この期間単位 60 日の間に訪問サービス提供が 4 回以下の場合は、当プロジェクトの対象外とした。（なぜなら、このケースは HHA/PPS の支払い方式によらず 1 件当たり払いとなるからである）。

2) モデルの作成

他のシステムやこれまでの研究、及び臨床医とのコンサルテーションを考察した結果、我々は、ケースミックス類型を考慮する際に考えられる「ファクター」として、3 つのグループを設定してみた。

①臨床的ファクター 患者の臨床状態に関連するもの。
②機能状態 日常生活動作における患者の自立の度を反映したもの。
③受けた医療サービスの集中度 患者がホームヘルスを利用する前に利用していた医療サービスまたはケア提供期間単位の中で受けていたホームヘルスサービスの利用量水準。
プロジェクトの研究者は、これらの①～③にあてはまるデータを全て検討し、多くの代替案も考慮した。あらゆるデータは、以下のような目標に基づいてスクリーニングされた。

- ①適切な方針/理念 支払いの根本方針として認められないこと（例えば利用者の人種によって支払いを区別すること）を除外する。
- ②まちがった動機付けの排除 提供者が最良のケア提供様式を崩すよう誘導するような因子を排除する。
- ③策を弄する余地をできるだけ少なくすること 提供者が給付システムを悪用し、償還額をできるだけ大きくできるような余地を与える変数は排除する。
- ④信頼性をできるだけ高めること 評価者の相互信頼感を壊すような可変的ファクターの排除となるような変数は除く。

- ・運営上の手間をできるだけ少なくすること
- ・度を越えたデータ収集や、在宅 HHA が新たな投資の必要とするような項目は除く。
- ・統計の役割を最大にする資源利用予測の正確性をより高める。

最終的に選ばれた 18 項目の OASIS 変数を図 1 に示す。

図 1

臨床重症度	
M0230	診断グループ: 整形外科、神経性糖尿病
M0250	在宅での静脈/注入/非経口/経腸療法
M0390	視力
M0420	痛み
M0460	多発性褥そう
M0476	うっ血性潰瘍
M0488	外科的創傷
M0490	呼吸困難
M0530	尿失禁
M0540	便失禁
M0550	腸瘻
M0610	問題行動
機能状態	
M0650	上半身の着衣動作
M0660	下半身の着衣動作
M0670	入浴 (現在)
M0680	排泄 (現在)
M0690	移動 (現在)
M0700	歩行運動 (現在)

上記のような項目への対応と医療サービスパターンとの間の関係が幅広く分析された結果、最終的なモデルは、適用されるあらゆる制約が最もバランスのとれたものである一方で、資源利用を予測する機能も保たれたものとなっている。項目によっては、それまでも、それ自身単独で資源利用を予測することができるものであったろうが、既に存在する多くの変数の仲間入りをして上記モデルに付け加えられるまでは、その効果は目を引くほどのものではなかった、というものもある（例えば、「介護者のアベイラビリティ」変数がその例である）。

図 2 が示しているのは、3つのドメインの中にグルーピングされた変数である。各項目に対応する選択肢には、それぞれの変数が当該のエピソードの間、資源合計に与えることが分かっているインパクトの大きさに基づき、スコアが割り当てられる。これらのスコアは、当該患者のサマリードメインスコアを求めるために、ドメイン内で、異なる変数も含めて合計された。当該のドメインスコアは、4つまたは5つの強度別カテゴリーに分類されるため、考えられる80のケースミックスグループを規定するのに採用されたのは、この3つのドメインそれぞれをこれらのカテゴリーと掛け合わせて作った組み合わせ（ $4 \times 5 \times 4$ ）なのである。

R 二乗手法（回帰手法で用いられる決定係数、クラスタ間分散/全分散ともいう）を用いて、上記モデルによって説明される、利用資源における分散を測定する。当該モデルは、異なる患者間で利用された資源の変動のうち、32%を説明することができる。在宅医療に入ってから最初の60日間の場合をみると、時間の経過につれ患者が他のグループに移行する傾向はあるものの、このモデルは比較的うまく機能している。このことによって、当該のモデルそのものが、患者の治療期間における様々なポイントで変化する資源ニーズを捉えている、と見ることができる。このように、高いパーセンテージの説明を可能にする機能をみれば、メディケアが採用している他のケースミックスアジャスターよりも優れている

るといえる。

今後数ヶ月の間、HCFA では、米国官報の中に掲載された上記ケースミックスアジャスターに関して提案された規則を受けて医療提供者が提起するコメントや意見などを勘案し、同モデルや、提案された支払システムにおける他のコンポーネントについてさらに練り上げていくことになるだろう。その目的は、円滑に機能し、患者の資源ニーズを正確に反映する支払いをメディケア参加医療提供者に対して行うことができるようなシステムを実施することである。

図 2

