

第2章 米国における「HHA に対し適用される予見定額支払制度」について

I. 背景

1. 法的根拠:

本提案は、1997 年均衡予算法 (BBA) 第 4603 項および 1999 会計年度向け包括的総合緊急補足歳出予算法 (OCESAA) 第 5101 項における修正を受け、下記のように HHAHHA に対する予見定額支払システムの適用要件を確立するものである。

2. 現行支払方法と、新制度が準拠するもの:

現在は、暫定給付方式と呼ばれるコストベースの償還制度を取っており、この制度のもとでは、2 種類のコスト制限が HHA に課され、実費、1 回 1 訪問当たり又は、利用者 1 人当たりの償還上限額のそれぞれについて、より低い金額の方が支払われる。なお、現行制度は、予見定額制度導入までの措置とすることが決まっている。

OCESAA の定めるところによると、新制度のもとでは、1994 会計年度が終了する前に、12 ヶ月にわたって原価報告期間があり、かつ、利用者 1 人当たりの償還上限額が国家平均値 (100 とする) よりも低かった HHA に対しては、現行の利用者 1 人当たり限度額に、その金額と、利用者 1 人当たり上限額の調整済み国家平均値との差額の 1/3 を加算したものが支給されるとしている。1994 会計年度の終了以前には 12 ヶ月まるまるでの原価報告期間がなく、1998 年 10 月 1 日から原価報告期間が開始する HHA は、利用者 1 人当たり上限額の国家平均額 100%分を受け取ることになる。また、最初の原価報告期間が 1999 会計年度中に始まる新規参入 HHA は、利用者 1 人当たり上限額の国家平均額の 75%を受け取ることになる。

新規参入 HHA か、原価報告期間は 1994 会計年度中に始まったが、12 ヶ月まるまるの報告期間は持たずに、1998 年 10 月 15 日以前に HHA としての申請を行った HHA、または、それ以前に親会社の一部門として認可されていて、それ以後に親会社のサブユニットや別の個人開業 HHA になったりした HHA については、利用者 1 人当たり上限額は、国家平均額の 100%に設定される。

II. HHA 向けの PPS 策定のための実験内容概説

1. 訪問ごとの PPS (Per-Visit PPS) 策定のための実験概略

Abt アソシエイツ社との契約のもと、1990 年 10 月から始まる会計年度を皮切りに、カリフォルニア、フロリダ、イリノイ、マサチューセッツ、テキサスの各州から 47 の HHA が、HHA/PPS 策定のための実験に、漸次参加した。実験の継続期間は 3 年間である。47 の HHA のうち、26 の HHA に対し、ランダムに予見定額支払制を割り当て、残りの 21HHA に対しては、従来型出来高払いを暫定給付とし、割り当てた。前者がトリートメント群、後者がコントロール群となる。なお、プロジェクト対象 HHA の訪問 1 回当たりの平均コスト、各訪問の種類や患者のタイプは、全国的に見ても平均的なものである。

支払金額は、実験が開始された年の、訪問の種類別[スキルド・ナーシング、物理療法 (PT)、作業療法 (OT)、言語療法 (ST)、ソーシャルサービス、ホームヘルプ]の、訪問 1 回当たりの予見定額料金に対して、実験に参加する前年の各 HHA のコストにインフレ率調整を行うことによって決定した。料金設定に使われた基準年のコストが法的に定められたコスト上限額を上回っている場合には、限度額の範囲内に収まるよう修正した。実験の 2 年目、3 年目についての実験対象 HHA の料金は、インフレ率の調整を行って改訂した。実験における支払金額は、毎年、各 HHA の訪問回数の変化に応じて調整し、厚生省 HCFA 局と各当事者 HHA とで損得失を折半するよう調整された。

訪問ごとに利益が得られるという方法は、実験参加 HHA について、訪問ごとのコスト増が訪問ごとの支払増加率を下回るよう抑制するというインセンティブが働くことを期待して取られたものである。また、効率の向上、サービス関連コストや管理費抑制といった様々な努力が行われることも期待された。だが、各 HHA が、コスト償還制度のもとで行われたであろうよりもより多くの訪問を行ったり、コストを引き下げようとする各 HHA の努力が介護の質まで引き下げてしまった結果、他のメディケアサービスの利用が増加したりすれば、メディケアプログラムに振り向けられるコストは、予見定額支払制度のもとでは増加する可能性のあることが明らかになった。

上記実験の評価は、専門の評価会社に委託され、行われたものである。

1) 実験の評価方法:

実験評価の目的は、メディケアプログラムとその利用者にも与える影響を正確に示し、評価すること、さらにこの新たな制度から得られるインセンティブの結果として、各 HHA がどのような意思決定や運用を行うと思われるかを理解することである。

実験を評価するデータ源は、①メディケア支払請求、②登録ファイル、③ケース・スタディ、④参加 HHA の立ち入り訪問、⑤年 1 回行われる実験参加 HHA に郵送される調査表、⑥実験にかかわる HHA (例えば支払代行 HHA) へのインタビュー、⑦HHA の原価報告書、⑧患者調査、⑨HHA が集めた患者受入データ、⑩メディケア決定書式、⑪治療プランフォーム、⑫サービスの質審査レポート (quality assurance review) であった。

分析には多変量回帰モデルを使用した。例えば、1 回の訪問コストや、訪問回数の分析には、実験の行われた 3 年間の原価報告書と、その前の 3 年間の原価報告書を比較した。

トリートメント群 HHA のグループの、平均訪問コストと平均訪問回数における違いを、コントロール群グループのそれらと比較した。中でも患者調査データとサービスの質審査が、品質への影響を分析する主な材料となった。これらは、患者や各 HHA の特性といった交絡因子をコントロールし得るもの

である。

各 HHA の対応を理解するための質的調査としては、ケース・スタディ法を用いた。5 つの州から、後援団体、規模、都市型、非都市型といった様々な HHA 特性について代表的な 22 のケースが選出され、実験期間であるほぼ 3 年間にわたって追跡された。データの収集は、現地訪問、電話インタビュー、原価報告、各 HHA に郵送される調査などを通じて行った。ケース・スタディは、①戦略策定、②臨床コスト、③管理費、④各 HHA と管理組織との関係、⑤国家プログラムである PPS に対する認識といった実験の主要側面に特化したものである。

2) 実験の評価結果:

コストに関して

訪問ごとの PPS (Per-Visit PPS) の方がよりコスト管理ができるというわけでも、訪問回数が増える、というわけでもなかった。トリートメント群とコントロール群の大きな差も見られなかったが、強いて言えば、多くのメディケア訪問を行う個人開業 HHA では、両群間の差がより鮮明だった。

利用度に関して

PPS の料金設定による、訪問回数への影響は見られなかった。患者による、その他のメディケア対象サービス (病院での治療、医師の訪問など)・非メディケアサービスの利用の増減といった影響も見られなかった。

医療の質とアクセスに関して

訪問ごとの PPS が、「医療の質」に対して影響を与えたことを示すものはなかった。受入患者をより選別するようになった、という傾向も見られなかった。

質的な面における所見

実験の最初の年は移行期で、各 HHA が様々な調整を要したため、全体のコストを抑えることができなかった。この間、多くの HHA は訪問回数を大幅に増やし、また、急性患者の割合も増えた。

各 HHA は依然として効率を測る基準を模索している。評価者によれば、実験そのものが照会手順、受入手順といった臨床活動に対して影響を及ぼしている様子は見受けられないとのことである。各 HHA と支払代行機関との関係は概ね良好といえるようだ。

トリートメント群 HHA が、訪問ごとの PPS に切り替えることに伴うインセンティブに惹かれて、自分達の置かれている状況を抜本的に変える、というわけではない。これは、メディケアプログラムそのものが負担するコストや保険填補額にそもそも上限が伴うことによるものと考えられる。評価者によれば、訪問ごとの PPS に伴うインセンティブは、コントロール群 HHA よりも、トリートメント群 HHA のコスト削減努力に、若干の影響を与えているかもしれないとのことである。具体的には、コントロール群 HHA に比べ、コンピュータを多用するとか、スタッフの生産性を高めるといったことである。

3) 結果要約:

上記結果から、訪問ごとの PPS は、メディケアプログラムの大幅なコスト節減につながると思われないとの結論に達した。

2. エピソードごとの PPS (Per-Episode PPS) 策定のための実験概略

上記実験には、国家 5 州 (カリフォルニア、フロリダ、イリノイ、マサチューセッツ、テキサスの各

州) から 91 の HHA が参加し、その中で PPS 支払制度を取るトリートメント群 48HHA と、従来のコストベースの支払方法を取るコントロール群 43HHA をランダムに割り振った。当該実験は、1966 会計年度から漸次、開始された。

当該実験においては、120 日間を 1 エピソードとし、最初のエピソードに対するトリートメント群への支払いは、各 HHA のコストに基づき、インフレ率とケースミックス変更を調整して行われる。トリートメント群は、ホームヘルス利用の患者を受け入れてから最初の 120 日間、支払いを受けないというリスクを負うことになるため、当該会計年度の損失の 99%まで (法定支払上限額) は償還するものとし、法定上限額以上の利益は、各 HHA と厚生省 HCFA 局で分配するものとする。最初の 120 日間を過ぎたら、各 HHA は訪問ごとの PPS 金額で支払いを受ける。

後で詳述するが、エピソードとは、メディケアホームヘルスサービスを受けてから少なくとも 45 日以上の合間があくことによって、規定されるものである。120 日のエピソードの後、45 日以上経ってからのサービスは、新しいエピソードが始まってからのものと認知され、そこで初めて HHA は、新しいエピソードに対する支払いを受けられるのである。従って、120 日間の支払期間中にトリートメント群の HHA がコストを削減する方法は、①訪問回数を減らす、②低額コストで済む訪問の比率を大きくするなど、訪問種類の内訳を変える、③訪問ごとのコストを削減する、④その 3 つを組み合わせる、である。

エピソードごとの支払制度のもとでは、コスト削減によって、「医療の質」が損なわれるかもしれない。具体的には、高額な PT などのサービスを不必要に提供したり、訪問頻度を極端に下げたり、訪問回数自体を極端に減らしたりする、などによってである。

1) 実験の評価方法:

当該実験の目的は、既述の訪問ごとの PPS 実験時と同様、この制度の影響と、それに対し各 HHA がどのような意思決定や運用を行うと思われるかを理解することである。

主に、以下への影響を評価する。①ホームヘルス利用度、②他のメディケア対象サービス利用度、③非メディケアサービス利用度、④質とアクセス、⑤コスト、の 5 点である。

サービスの質モニタリングのため、全 HHA に患者の治療開始時、終了時などに患者状態データの提出、アウトカム報告を求め、さらにそれに基づき、フォローアップ活動に従事させた。アウトカムモニタリングに加え、トリートメント群とコントロール群のアウトカムパターンの違いに着目した。

分析の多くは、実験の初年度のデータに依存したものとなった。85 の実験参加 HHA から、ほぼ 51,000 件のホームヘルスのエピソードデータを収集した。ほとんどの統計分析に対し、回帰分析を利用したのは、トリートメント群とコントロール群の違いの中で、PPS の影響のみを抽出するためである。質的調査には、ケース・スタディ法を用いた。67 の実験参加 HHA については、1 次データは、実験初期の段階で現地立ち入りインタビュー時に集め、後、各 HHA からの資料で補足した。実験に参加したのは、独立開業 HHA が圧倒的に多く、56 を占めた。うち半数は、営利団体で残りは任意の非営利、あるいは民間の非営利団体 (主に訪問看護組織) であった。

2) 実験の中間評価結果:

コストに関して

エピソードごとの PPS では、エピソードごとのコストが平均して 419 ドル (13%) 引き下げられた。これは、訪問回数が減る一方、訪問ごとの平均コストは上がる、ということがあいまって引き起こされ

た結果である。トリートメント群にとっては、訪問ごとのコスト上昇がエピソードごとのコストを 377 ドル引き上げているはずだったが、エピソードごとの訪問の減少が、エピソードごとのコストを 656 ドル引き下げていることになり、ネットで見ると約 280 ドルの減少につながっている。

コントロール群については、エピソードごとのコスト増が比較的少ない（139 ドル、4%）のは一重に訪問ごとのコスト増が少ないことによる。それに対して、トリートメント群のエピソードごとのコスト減が 280 ドルで、全体としての PPS の影響は 419 ドルになる。エピソードごとのコストへの影響は、大手 HHA の方がより「規模の経済」によるコスト減を達成しやすいという事実はあるにせよ、HHA の種類による違いはさほど見られなかった。

利用度に関して

120 日間のエピソード中、提供されるサービスの量に対して PPS が与える影響は大である。最初の 120 日間という「リスク期間」中、トリートメント群とコントロール群とで訪問回数を比べると、トリートメント群では平均 37 回、コントロール群では平均 45 回で、トリートメント群の方が 17% も少なくなっている。この差は主に、トリートメント群ではスキルド・ナーシング、ヘルパーサービス、医療ソーシャルワーカーの訪問が少ないことによる。エピソードごとの PPS は、最初の 120 日における平均的なエピソードの長さも 15% 減らしている。PPS のもとでは、120 日間を越えるエピソードは 25% だったのに対し、PPS によらない場合では 35% である。

各在宅専門治療を受ける患者の比率には変化が見られなかった。例外は OT のみで、1/3 に減った。

訪問回数が減ったからといって、他のメディケア対象サービスの利用度が上がったという事実はなかった。つまり、PPS によって、「医療の質」が落ちたり、急性期医療病院、緊急治療室、スキルド・ナーシング施設などへコストシフトが行われることはないということが明らかになった。だが、問題は、メディケアの対象とならないサービスへの「溢出効果」である。ナーシングホームへの入所率低減には影響を与えているかもしれない。が、身の回りの世話、デイケア、親戚/友人からの介護といったものを受けることには影響していないようだ。

提供されるホームヘルスの質に関して

トリートメント群とコントロール群の間に、患者のアウトカムについての大きな違いは見出せなかった。サービスの質の評価は、支払請求、患者調査、患者評価データの 3 つに基づいて行われた。トリートメント群についてもコントロール群についても患者の満足度は概ね良好なものであった。HHA の職員に対する満足度では、コントロール群の方がやや高い傾向が見受けられた。

ものによっては、2 通りに解釈できるデータもあり、今後の分析を待たなければならない部分はあるものの、現段階で明らかに言えることは、エピソードごとの PPS は、現行方法に比べ、患者のアウトカムを改善しなければ悪化もさせないということである。

ケース・スタディ分析から、質的評価の中で明らかになったことは、トリートメント群であろうとコントロール群であろうと、あらゆる HHA が訪問ごとのコスト削減のための施策を講じているということである。その例として、機能の統合などを通じた管理費の削減、ホームヘルススタッフへのノート型コンピュータ貸与、患者の受入/スケジュール管理/記録などのための低コストの職員採用、生産性基準の導入、残業時間制限、時給/給与制を 1 訪問当たり人件費へと移行、居住地区に従ってスタッフの配置変更を行うことで交通費を削減する、一括集中購入の実施などが挙げられる。

エピソードごとのコストを削減するための様々な施策も各 HHA で検討されている。例えば、UR（サービス監視）体制を強化する、地域のサービスやインフォーマルなサービスへの依存を高める、訪問のうち、可能なものは電話による連絡で済ませる、患者が自分で身の回りのことを行えるよう教育をスピードアップする、栄養士などの専門家の利用度を高める、患者のニーズや身の回りの世話を軽減するた

め、患者のリハビリや環境改善を集中して行う、などである。

ケース・スタディに基づき、実験評価者の出した結論は、トリートメント群の HHA は、ホームヘルスサービスのアクセスや質の低下につながる行動パターンをとらない、というものだ。例えば、高額な患者を避けるため、従来からの照会手続きや患者受入手順などを変えようとはしないものである。検討中の施策の中には、医療の質の改善につながるものも見受けられるが、より長期的に追跡していかないと結論は得られないものも多い。

後半 2 年間の評価活動

基本的には、最初の年の分析結果と同様であった。即ち、エピソードごとの PPS は患者への訪問回数削減につながるということが明らかになった。コストベースの支払い時と比較すると、24%の削減である。

今後のレポートには、患者の健康面や、サービスへのアクセス、非在宅医療支出、その他のアウトカムに与える影響の評価や、より長期的に見た非メディケアサービス利用への影響、各 HHA の実験への反応、財務実績の分析なども盛り込まれることになる。

III. 60 日間エピソード支払金額を決定するために用いられたデータ源

連邦標準予測額の決定には、以下のようなデータが用いられた:

a. 監査済み原価報告書データ

1997 会計年度末に終了する原価報告期間を持つ HHA からの、監査済み原価報告書サンプルである。その際、原価報告書を提出したあらゆる HHA をリスト化し、「フレーム」を作成した。このフレームからは、監査対象年度について、通年での原価報告ができない HHA は除かれる。フレームを作った後、「独立開業の非営利」、「独立開業の営利」、「独立開業の政府 HHA 系」、「HHA 併設」の各タイプ別にサンプルを抽出し、サンプルに含める HHA の数、コスト・患者面でのバリエーションなども考慮した。複数の HHA が単一の原価報告書を用いていたり、その逆の場合もある。前者の場合、同一のサンプルが何度もフレームリスト上に現れることになってしまう。このため、それらが実態を正しく代表するよう、このようなユニットには加重を小さくするという調整を加えた。

b. ホームヘルス HHA マーケットバスケット指数

厚生省 HCFA 局のデータベースに含まれている原価報告期間から 2001 年 9 月 30 日までのアクセス医療サービスに生じることが予想されるコスト増を反映させるために、最新のマーケットバスケットファクターを利用して調整した。

c. 支払請求データ

1997 年度国家支払請求履歴ファイル (1997 National Claims History File) を利用して、エピソードデータベースを作成し、分析した。60 日間連続するエピソード数や、その分布、ケアの種類別分布などを調査した。

d. 人権費コスト調整

社会保障法の中で、HHA は、PPS のもとでの連邦標準予測額について、地域による人件費格差を是正できるよう、ホームヘルスサービスの提供に付随する人件費や人件費にかかわるコストの相対的なレベルを反映し得る人件費調整ファクターを決定することが求められている。当該調整は、ホームヘルスを受けているメディケア利用者の地理的所在に対する人件費コスト指数に基づいて行われる。60 日間のエピソードに対する人件費調整は、支払総額が、人件費コスト指数調整が行われていなければ支払われ

ていた総額への多寡を生じないように、予算中立性を堅持して行う。

e., Abt アソシエイツ社のケースミックス研究プロジェクトデータについて

ケースミックスシステム策定に必要な基本的データ構成要因は、①決められたタイムフレーム内での資源コストの測定基準になり得る信頼性の高いもの、②患者特性の測定基準になり得る信頼性の高いものと、利用度を示すいくつかの変数、である。患者特性と利用度変数は、資源コストの予測値としてのどの程度有用かを試すためのものであった。調査対象のタイムフレームは 60 日間とした。総数で 22,120 の記録が、17,000 以上の患者のサンプルから抽出され、さらにエピソード記録のサブサンプルが無作為に抽出された。残りは提案されたケースミックスシステムの、予測正確性を確認するために利用された。

ケースミックスシステム策定フェイズが終了した後、その同じファイルを HHA 特性や全国のエピソード数についてのデータと組み合わせて、Abt 社のエピソード記録に対するサンプル加重セットを作成した。HHA 特性の抽出には、「オンライン調査・認定システム (OSCAR)」を利用した。サンプル加重に加え、60 日間エピソード記録に関連する各地区の件数指数もエピソードサンプルに結合させた。サンプル加重とは、ケースミックスを割り当てられたサンプルエピソードが 1997 年度の全国の支払エピソードを 100% 代表するものとなるよう付与されるものである。加重は、ケースミックスグループごとに、最高 32 の層別セル (HHA の 4 つの営業形態《独立開業の非営利、独立開業の営利、独立開業の政府 HHA 系、HHA 併設》×2《都市部または非都市部》×4 地区《北東部、中西部、南部、西部》) に対してかけられる。加重の算定は、当該層のサンプルにおけるエピソードに対して、当該層における 1997 年度のエピソードがどの程度の比率を占めていたかに従った。なお、初回の 60 日間エピソードに対する加重は、初回以降のエピソードに対する加重とは別に計算した。加重付与後、ケースミックスグループごとの平均的な資源コストと全体での平均的な資源コストを計算した。これらの平均から算出した比率がケースミックス相対加重となる。ファイルのサンプル加重を用いて、1997 年の 60 日間エピソードに対し、各ケースミックスグループがどの程度の頻度で出現したかを予測することもできる。

上記のように、サンプルの各記録に対して、ケースミックスグループを割り当てることとサンプル加重をかけることは、料金設定方法の根底となる 2 つの手順の拠り所となっている；即ち、①ケースミックス相対加重の計算、②標準化ファクターの計算、である。これらのサンプルは、8 つの州 (アーカンソー、カリフォルニア、フロリダ、イリノイ、マサチューセッツ、ペンシルバニア、テキサス、ウィスコンシンの各州) の 90HHA から提供されたもので、1997 年 10 月から 1998 年 4 月にかけて新たにホームヘルスサービスを受けることになったあらゆる患者コーホートから抽出された。

1 次データ源は、患者評価と訪問時間を記録した表、2 次データ源は、メディケア支払請求とその他の管理用・経済データベースである。評価に用いられたのは、OASIS データ項目と、約 40 の追加評価項目であった。訪問時間記録表を利用して、ホームヘルスサービスに関するデータも収集された。訪問時間記録表は、資源利用や訪問時間に関する根本的な測定基準となり、それが労働統計局の件数コストデータを使って、資源コスト標準に変換される。ケースミックスに関する従来の調査データは、訪問回数に基づいて資源利用を測定することが多かったが、訪問時に費やされた時間そのものの方が、訪問回数よりも、ケースミックスグループを作る際、より信頼性の高い情報を提供し得る。

6 ヶ月ごとのコーホートでまとめられたメディケアへの支払請求を患者特性データと、訪問時間記録表にリンクさせ、患者コーホートの中での有資格性を確認し、資源測定基準を提供し、60 日間エピソードのシミュレーションを行った。評価は、その評価がエピソード開始後 14 日以内に行われたものである場合のみ、シミュレーションファイル中のエピソードにリンクさせることで行う。評価と訪問時間記録表を支払請求記録にマッチングさせるために、反復マッチングアルゴリズムと、マッチする可能性の

ありそうなものについて集中的に、マニュアルによるレビューを行った。

各 60 日のケア期間に対する資源利用を見積もるために、支払請求や訪問時間記録表を各分野別に、60 日間のどの時間帯やエピソードに割り当てるかについての規則も定められた。シミュレーション中のあらゆる支払セグメントに関して資源利用を計算した後、データ分析を行うことで、支払セグメント内における分野別の、1 訪問当たりの平均時間という形で、アウトライアーの存在が明らかになった。アウトライアー値は、各 HHA レベルでの訪問分野別訪問時間平均に置き換えられた。

1. 標準化ファクター

PPS 支払金額は、HHA 間の人件費レベルやケースミックスの違いによる影響を相殺するよう標準化しなければならない。標準化を行う目的は、連邦標準予測額に対して人件費係数やケースミックス調整を行っても、最終的な支払合計額はそれらを行わない時と変わらないようにすることである。

人件費格差を考慮する際、人件費と物件費の比率を明らかにする必要がある。人件費関連は、77%であり、物件費は、23%であった。人件費格差は、1995 年度病院関連賃金統計に基づく 1999 年度病院関連人件費指数に従って測定した。

ケースミックスの違いを考慮する際、HHRG ケースミックスシステムの中の 80 のグループにおいて、60 日間のホームヘルスサービスがどう分布しているかを知る必要があった。この情報は、HHRG ケースミックス分類システムを策定するのに利用した Abt のデータセットからしか得られなかった。さらに、標準化のために必要なものは、全体の平均的エピソードに比して、各 HHRG グループの平均的エピソードにおいて、資源がどのように集約的に利用されているかを反映する HHRG の相対加重であった。

エピソード支払金額の標準化には以下のような手法が用いられた。①Abt 社のデータセットを用いて 2 種類の標準化ファクターを類推した。1 つは、人件費係数の差だけを示すもの、もう 1 つはケースミックスの違いも人件費係数の格差も説明し得るものである。Abt 社の標準化ファクターとの差は、0.006 であった (0.096093 vs 0.096667)。②Abt 社のデータから抜き出した人件費のみに対する標準化ファクターを、支払請求データから計算した、賃金のみに対する標準化ファクターと比較した (0.096093 vs 0.094935)。これらの標準化ファクターの差はおおよそ 0.12 である。これら 3 つの推定値は互いに極めて近似しているが、支払請求データをもとにした標準化ファクターが、賃金格差の影響を類推するのに最も信頼性が高いと思われるため、これを採用した (0.094935)。

0.94935 に Abt 社の 2 つの推定値の比 ($0.09667 \div 0.096093 = 1.00597$) を掛け合わせると 0.95502 となり、これが標準化ファクターである。これら 3 つの標準化推定値を用いて、さらに以下のように計算する。①各エピソード (Abt データについては各サンプルエピソードで代表されるエピソード数) について、ふさわしい人件費係数を、人件費部分 (0.77) と掛け合わせ、物件費部分 (0.23) を加え、賃金調整ファクターを算出する。同じ手順で、賃金調整ファクターを HHRG 相対加重と掛け合わせる。賃金調整ファクターとケースミックスファクターの積に、データベース中のあらゆるエピソードを加え、ケースミックス調整済みエピソードの和及び賃金調整済みエピソードの和を算出する。それらをエピソード合計数 (未調整のエピソードの和) で割ると、標準化ファクター、つまり賃金格差やケースミックスの違いが、支払合計額にどのように複合的に影響を与えているかを示す比率が算出される。

標準化ファクターが 1 より大きければ、非標準化エピソードコストは、ケースミックス/賃金指数支払金額調整の、合計支払金額効果を折り込むよう削減しなくてはならない。標準化されたエピソード支払金額は、標準化ファクターで割った時に、非標準化エピソードコストと同額になるはずである。上記 3 つの推定値は全て 1 より小さい。つまり、標準化ファクターは標準エピソード支払金額を増加させる

ものである。最終的な標準化ファクターを用いれば、およそ4.7%の増額につながる。

2. 非ルーティーン医療用品の扱い

ケアプランに基づき、出来高請求の償還ベースで支払われていた医療用品給付額は、全米代表値となるよう加重を付与された監査済み原価報告サンプル中のあらゆる HHA に対する医療用品コストを合計することで計算し、2001 年度向けにアップデートした。その合計を、全国を代表するよう加重を付与された監査済み原価報告サンプル中のあらゆる HHA に対するサービス提供で割り、2001 年度向けにアップデートした。

PPS 金額の中に含まれ、パート B に基づいて請求されるエピソードごとの、一括請求の対象とならない可能性のある非ルーティーン医療用品金額は、1997 歴年度について、メディケア利用者に、ホームヘルスケアプランでの填補対象となる 199HCPC コードに対して認められている請求額を合計して計算された。総額を、エピソードデータベースから引き出した 1997 歴年度エピソード総数で割った。

3. OASIS コスト調整

OASIS データの収集と報告は、HHA がメディケアに参加するための条件であるが、OASIS データの収集に付随して永続的に増加するコストは存在しないものと思われる。さらに、IPS のもつて OASIS データ収集が開始された時のように、立ち上がり時の一斉コストが発生するとは思われない。だが、OASIS データ報告には継続的に発生するコストが付随する。それは、OASIS デモンストレーションデータと「メディケアの質と改善デモンストレーション」(Medicare Quality and Improvement Demonstration) からの情報である。OASIS データ報告調整は、1 度きりの OASIS データ収集調整とは異なり、メディケア訪問総数に基づいて行われる。

以下では HCFA が、典型的な HHA (年間のホームヘルス引き受け数が 486 件、訪問介護が 30,000 件、職員数 18 名とする) が OASIS 報告 (訪問ごとの OASIS 報告調整とエピソードごとの OASIS 調整) により負うことになるコストを以下のように見積もった; HHA に生じる基本 OASIS 報告コストには、①データ正確性を確認する監査、②データ入力、③編集と監査、④備品代、⑤通信コスト、の 5 つがあり、これらを、1 訪問当たり 0.101228 ドルと見積もる。次に、必要なハードウェアがないために OASIS を運用できない HHA (ほぼ 50%と見積もっている) に生じる、コンピュータ関連コストがある。これらのコストには、コンピュータとプリンターの償却費がある。1 年目から 3 年目にかけては、コンピュータもプリンタも減価償却可能である。この OASIS コストは、1 訪問当たり 0.026778 ドルと見積もられる。4 年目から 5 年目にかけては、HHA はプリンタしか減価償却できない。この OASIS コストは、1 訪問当たり 0.004 ドルである。

Haven の OASIS ソフトウェアを始め、進化の一途をたどるコンピュータ技術に取り残されないためには、各 HHA は、5 年ごとにこのような減価償却のプロセスを繰り返すことになる。上述の年間平均のコンピュータハードウェア減価償却費を計算して、この 5 年サイクルのそれぞれの年についての OASIS 調整費を算出する。これは、以下のように計算する。まず、0.026778 ドル (最初の 3 年間のコンピュータハードウェア減価償却調整費) $\times 3$ 年 = 0.080334 ドル、次に、0.004 ドル (4、5 年目のコンピュータハードウェア減価償却調整費) $\times 2$ 年 = 0.008 ドル、これらを合計し、合計の減価償却年数である 5 で割ると、0.01767 ドルとなり、これが 1 年間の平均償却額である。これに、基本 OASIS 調整金額 (0.101228 ドル) を加えると、OASIS 調整金額の合計である 0.118895 ドルとなり、1 訪問当た

りおよそ 0.12 ドルとなる。60 日間のエピソード支払いにおける OASIS 調整金額を算出するために、上記で算出した 0.12 ドルに、60 日間エピソード中の平均的な訪問数である 36 を掛け合わせると、PPS のもとでの各エピソードごとの OASIS 調整費用は 4.32 ドルとなる。

4. エピソード支払いの分割

厚生省 HCFA 局では、60 日間のエピソードに対する支払い方法として、2 回の分割払いを提案する。初回の支払金額は、ケースミックス調整済みの支払予測金額相当分であり、これは、現在の OASIS に基づくケースミックスと、セラピー予測時間に基づいて算出される。2 度目に支払われる最終金額は、実際のケースミックス値で調整済みのものとなる。支払請求は、エピソードが新たに認定を受けるごとに、それぞれ初回と 2 度目に分けて提出する必要がある。

例えば、ある患者が、OASIS 評価とセラピー変数に基づいて、Y という HHRG グループに割り当てられたとする。Y は、ホームヘルス提供中に予測されるセラピー時間が 8 時間である。この HHRG グループのケースミックス調整済み支払金額は、エピソード全体で 2,000 ドルになる。当該 HHA は、HHRG グループ Y に対応するコードを書いて支払請求書を提出する。RHHI のプライサーが、その HHRG に対する支払金額の 50%を計算する。当該 HHA は、初回の支払金額として、1,000 ドルを受け取る。60 日間のエピソード終了時に、HHA は残りの 50%である最終支払いに対する請求を行う。項目別情報の中の日付情報が、時間の代替となり得るものとして少なくとも 10 回のセラピー訪問を行っていることを確認する。最終の支払請求書が提出される。それに対し、RHHI のプライサーが、項目別情報の日付情報を確認する。セラピー利用に関しては増減の必要が認められない。プライサーは残りの 50%である最終支払額を計算する。こうして当該 HHA は、2 度目かつ最終の支払額である 1,000 ドルを受け取ることになる。なお、LUPA、PEP、SCIC の各調整、及びメディカルレビュー実施の必要性が生じた場合、初回のパーセンテージ支払いに反映させる。

分割払方式を取った場合、HHA が被る財政上、運用上の影響について特にコメントを募りたい。今のところ、50/50 の比率での分割案を提示しているが、この比率については、今後さらに精査する必要がある。

5. アウトライアー支払い

医学的に見て、特にホームヘルスの必要性が高く、特例といえるケースについては、支払金額を増額したり調整することが認められている。「アウトライアー支払い」とは、患者の HHA に対するニーズが高いために、異例ともいえる高額のコストを生じるエピソードに対し、通常のケースミックス調整済みエピソード支払金額に加えて支払われるものである。

但し、会計年度中に増額されたり調整を受ける金額は、当該年に、当該 HHA に対して支払われることが予定されている予算総額の 5%を越えてはならない。

利用者が継続して認定を受けている限りは、エピソードに対する支払いは連続して行われるのであるから、HHA に対する PPS のもとでは、長期アウトライアーを設定する必要はないはずであるが、エピソード期間中の支払いを越えるほど極めて多額のコストを HHA が被った場合にはアウトライアー支払いを適用するのが望ましいと思われる。アウトライアー支払いは、ケアニーズコストがエピソード支払額を越える患者にとっても保護施策になり得るし、HHA にとっても被るかもしれない損失から身を守る財政的な手だてとなる。

この場合のアウトライアー支払方法は、メディケアの入院患者向け PPS に適用されているのと同じものとするよう提案する。即ち、以下のような 2 つの基本方針に基づくものとする: ①アウトライアー支払いを受ける前に、既にコストが支払額を超過していることが前提で、その超過金額 (= 填補される金額?) は、あらゆるケースミックスグループにおけるエピソードについて同額とする、②アウトライアー支払いが適用されたとしても、コストのオーバー分よりも少ない金額しか受けられない。前者の理由は、低コストのケースミックスグループであろうが、高コストグループであろうが、損失は損失だからである。同一の固定損失額をあらゆるケースミックスグループに適用させれば、異なるケースミックスグループの患者を受け入れることで生じる特別なインセンティブを防ぐことができる。2 つ目については、アウトライアー適用を受けたからといって、コスト抑制を怠ることのないようにするためである。具体的なアウトライアー支払金額算定の方法は以下の通りである。

アウトライアー支払いの判定基準値は、当該の HHRG に対する 60 日間のエピソード支払金額に、あらゆるケースミックスグループで同一の固定損失額を加えることで決定される。アウトライアー支払いは、PEP や SCIC に対しても適用される。PEP に対して、アウトライアー支払いが受けられる金額は、PEP 調整金額に固定損失額を加えたものであり、SCIC についても同様のことがいえる。賃金調整済み構成要素は、60 日間のエピソード支払いに対しても、PEP に対しても、SCIC に対しても同様に適用される。アウトライアー支払い金額は、それが受けられる判定基準値となる金額を越えたコスト予測分の一部のみである。アウトライアー支払いとして支払われる追加コスト分が、「損失共有率」と呼ばれる。固定損失額と損失共有率は、アウトライアー支払金額の総額が、エピソード支払総額の 5% 以内に収まるよう設定される。

アウトライアー支払金額に 5% 以内という上限が設定されていることで、固定損失額と損失共有率との間にある種のトレードオフ関係が生まれる。つまり、あるアウトライアー支払金額レベルについて、高額な固定損失額が支払われるならば、アウトライアー支払いを受けられる症例数が減ることになるが、高い損失共有率の割り当てが可能となり、エピソードごとのアウトライアー支払金額は増える。その反対に、低い固定損失額を割り当てると、より多くのエピソードがアウトライアー支払いを受けられることになるが、エピソードごとのアウトライアー支払金額は低くなる。従って、これら 2 つのパラメータの設定には、アウトライアー支払いの対象となる症例数やその支払金額をどう決定するかという政策的選択が伴うことになる。

5% という上限を守りつつ固定損失額や損失共有率を推定するには、アウトライアー支払いがある時とない時の違いについて、PPS のもとでのシミュレーションを行う必要がある。固定損失額と損失共有率を実現可能なレベルに設定するには、以下の条件を満たす必要がある。①アウトライアー支払いがある時とない時の支払総額が同じである、②アウトライアー支払いを行うとした時のシミュレーションでは、アウトライアー支払総額は、アウトライアー支払額を含めた支払総額の 5% でなければならない、この 2 点である。なお、LUPA や 60 日エピソード支払金額を計算する際、アウトライアー支払金額を捻出するための手段として、標準的な 1 訪問当たりとエピソード当たりの支払金額を 1.05 で割った。推定金額が実費と食い違っていたことが明らかになったとしても、遡及的な支払いや弁済は行わないものとする。

賃金調整は 2 つの方法で行い得る。①あらゆる構成要素を賃金調整する; 対象となるのは、i) ケースミックス調整済みエピソード支払金額、ii) 固定損失額、iii) エピソードコスト予測額、である。賃金調整済みエピソードコストと、賃金調整済みアウトライアー支払いの受けられる判定基準値との差額に、損失共有率を掛け合わせ、そのエピソードに対するアウトライアー支払金額を算出する。反対に (金額的には同じになるが)、アウトライアー支払いが受けられる判定基準値とエピソードコストは賃金調整を

行わずに決められる。その差額に、損失共有率を掛け合わせ、賃金調整を行ってアウトライアー支払金額を算出する方法もある。

Abt データを用いたシミュレーションによって、アウトライアーに対する政策的パラメータの選択に伴って以下のようなトレードオフが生じることが分かる。損失共有率を 0.80 とすれば、固定損失額は標準エピソード支払金額の 1.35 倍となる。これらの数値によると、通常エピソードの 5.5% がアウトライアー支払いを受けることになり、1 アウトライアーエピソード当たりの平均的なアウトライアー支払金額は、標準エピソード支払金額の 93% になる。損失共有率を 0.70 にすると、固定損失額は標準エピソード支払金額の 1.22 倍となり、アウトライアー支払いを受けられるエピソードの比率は 6.5% に増える。この規則の目的に鑑み、固定損失額を標準エピソード支払金額の 1.67 倍とし、損失共有率を 0.60 とすることを提案したい。これが、PPS アウトライアー施行の最初の年度について、アウトライアー支払受給資格を得るための条件として、最も公平なものと思われるからである。この数値を採用すれば、アウトライアー支払いを受けられるエピソードの比率は 7.5% となり、アウトライアー支出総額は目標である 5% に抑えられる。

下記にアウトライアー支払い算定方法の一例を示す。

6. アウトライアー支払いの例

ある HHA がペンシルバニア州ハリスバーグに居住するメディケア利用者と契約しており、その利用者の HHRG が C3F4S0 であったとする。エピソードには 88 回のスキルド・ナーシング訪問と、60 回のホームヘルパー派遣が伴ったとする。アウトライアー支払金額がどのように決められるかを分かりやすくするために、この例を単純化して話を進めることにする。ケースミックス調整は既に済んでおり、さらに、ハリスバーグの賃金指数が 1.0060 に限りなく近いことから、賃金調整も省略する。

1. C3F4S0 へのアウトライアー支払いを受けられる判定基準値を、固定損失額を 1.07 として決める:

アウトライアー支払いを受けられる判定基準値 = 固定損失額 + ケースミックス調整済み固定損失額 = $1.07 \times \$2,037.04$ ドル = \$2,179.63

ケースミックス調整済みエピソード支払金額 = $2,037.04 \times 1.4357$
= \$2,924.58

アウトライアー支払いを受けられる判定基準値 = $\$2,179.63 + \$2,924.58 = \$5,104.21$

2. エピソードの標準コストを求める:

1 回当たり \$76.32 のスキルド・ナーシング訪問を 88 回で \$6,716.16

1 回当たり \$34.44 のホームヘルパー派遣を 60 回で \$2,066.40

総コストは $\$6,716.16 + \$2,066.40 = \$8,782.56$

3. 判定基準値を越えた分のコストを計算する

$\$8,782.56 - \$5,104.21 = \$3,678.35$

4. アウトライアー支払金額を計算する

$\$3,678.35 \times 0.6 = \$2,207.01$

5. エピソードに対する総支払金額を計算する:

$\$2,924.58 + \$2,207.01 = \$5,131.59$

アウトライアー支払いについても広く意見を待つ。

7. HHA への連結請求

BBA では、メディケアでカバーされる全ての HHA 対象項目は、ある単一の HHA に支払われることを定めている。全ての HHA 対象項目とは、以下の通りである、①パートタイムまたは間欠的なスキルド・ナーシングケア②パートタイムまたは間欠的なホームヘルパーサービス③OT④ST⑤PT⑥ソーシャルサービス⑦ルーティーン/非ルーティーン医療用品⑧保険対象だが PPS 料金では支払われない骨粗鬆症治療薬⑨メディケアパート A またはパート B で填補される、20%の定率一部負担対象となる在宅医療用具⑩病院付属である HHA の患者に対して認定プログラムに基づいて行われる、研修中のインターンやレジデントによる医療サービス⑪自宅へ持ち帰れないほど大掛かりな装置を伴う、病院・スキルド・ナーシング施設・リハビリテーションセンターでのサービス、である。

社会保障法に従えば、PPS 支払いには、適正コストベースの HHA だけしか含まれないはずで、在宅医療用具は HHA 対象項目ではあるが、在宅医療用具点数に従って支払われている。さらに、メディケア対象となる HHA の支払いは、ケアプランを作成した HHA だけにしか行われない。その結果、ケアプランが在宅医療用具を特定していたり、外部のサプライヤーが在宅医療用具を提供していたりする場合ですら、当該の HHA が請求を行わなくてはならない。HHA は、本来なら外部業者が直接パート B 保険業者に請求を行うことができていたサプライヤーが提供するサービスを一括請求の中からはずすことができなくなり、HHA 自身がそういったサービスを行うか、外部サプライヤーによるお膳立てのもと、そのようなサービスを行うことになり、その分の請求は、外部サプライヤーでなく HHA がメディケアに対して行うことになる。

上記の連結請求要件が HHA にもたらす影響としては、以下が考えられる。即ち、当該規定を実施するにあたり、運用上以下のような 2 つの選択肢が考えられる。①HHA は、PPS 支払金額で対象となっているあらゆる HHA（詳細は既述）に対する支払請求を RHHI に対し行わなくてはならない。HHA は、さらに在宅医療用具についても RHHI に対する請求義務を負う。②①と同様だが、HHA は、パート B を扱う地区の在宅医療用具保険業者に対し、サプライヤーとして請求を行う、この 2 つである。現行法では、HHA が外部のサプライヤーに支払いを行う条件について具体的に規定していない。基本的には、HHA とそのサプライヤーとの関係は、純粋に、個々の契約に基づくものであり、両者間の交渉に委ねられることになる。また、反キックバック法関連の事柄は、保健省監察官局の権限に属することであり、これらについての疑問、質問は、監察官局へ直接向けられるものである。

8. PPS のもとでのメディカルレビュー

60 日間のエピソードの初回支払請求には、訪問情報や、ケースミックスカテゴリーに対応するコードといった限られた情報しか盛り込まれないことを考えると、初回請求のプリペイメントレビューは、治療の医学的必要性や、受給資格にチェックポイントを絞って行わざるを得ない。

メディカルレビューには、無作為なものも、対象を限定したものもある。対象を限定したものについて具体的に示すならば、より高額な支払いが受けられるケースミックスコードを付与していないか、エピソードに対する医学的ニーズはあるのか、受給資格は妥当か、といったものである。前払いに対しても、後払いにたいしても、支払請求を拒否したり、ケースミックスを修正したりすることは認められている。メディカルレビューは、カルテと照合して OASIS ケースミックスカテゴリー情報を確認したり、質的情報としての OASIS 情報を確認したりする。また、個人のセラピー情報や、より大規模なグループについてのセラピー情報パターンを確認したりする。

9. PPS のもとでの、質の高い HHA へのアクセス確保

HHA が、利益を増やそうとするあまりに必要なケアを行わないという弊害を避けるために、ケアのアウトカムとケースミックスを通じて医療の質を測ることが重要である。なぜなら、ケアのアウトカム測定値が悪ければ、その HHA は、患者が必要としているより以下のケアしか行っていないことが分かるからだ。

10. PPS 実施に伴う諸要件

支払いに関する移行期間及び施行日時:

BBA では、完全な PPS が施行されるまでの移行措置として最高 4 年間、予算中立性が守られる範囲で、PPS と個別の HHA のコストに基づく支払方法を併用することを認めている。しかし、実際にこの 2 つを併用することには多くの難題が伴い、事実上、不可能に近い。従って、2000 年 10 月 1 日から PPS への完全な移行を行うというのが最も現実的な選択肢であると考えられる。なお、OCESAA では、あらゆるメディケア参加 HHA に対し、PPS の施行同日——即ち、2000 年 10 月 1 日——を以って、PPS に基づく支払いを行うことを義務づけている。

2000 年 9 月 30 日までに提供されたサービスについて未払いとなっている支払請求は、2000 年 9 月 30 日をもって会計処理を終えるものとする。

いつまでに OASIS 評価他のケースミックス項目評価を終えなければならないか： OASIS 評価は、現行の「2 ヶ月ごと」から、「患者が別の HHA に移転したり、状態の重大な変化を生じ新たなケースミックスを付与されるといった、介入的事象がなければ、60 日ごと」へと修正する。また、現行のフォローアップ評価項目に含まれていない MO230 プライマリー在宅ケア診断、MO390 視覚の 2 つを、新たなケースミックス変数として組み入れる。

現行ケアプランのもとで HHA を受けている利用者に対する評価と認定についての移行措置：

利用者が 2000 年 10 月 1 日以前に、現行ケアプランに基づく HHA を受けている場合や、HHA が 2000 年 9 月 1 日より以前にホームヘルス開始/フォローアップ OASIS 評価を終えている場合には、各 HHA は、新規にケースミックス分類を行うため、PPS への以降に伴うフォローアップ OASIS 評価を、2000 年 10 月 1 日以前の 5 日以内に実施しなくてはならない。但し、利用者が 2000 年 10 月 1 日以前に、現行ケアプランに基づく HHA を受けている場合や、HHA が 2000 年 9 月 1 日より以前にホームヘルス開始/フォローアップ OASIS 評価を終えている場合に、PPS への以降に伴うフォローアップ OASIS 評価を行いたくない HHA は、PPS 施行以前の OASIS 評価を利用しても構わない。これは 1 度限りの特別措置である。

現行の在宅ケアプラン医師による認定についても、上述と同様のことが認められる。これも 1 度限りの措置である。

IV. 当該規則が及ぼす影響

合衆国連邦法規集では、「主要な規則」とは、下の結果をもたらすであろうと行政管理予算局がみなす

ものことであると定めている。即ち、①1年間で1億ドルを越える規模の経済に影響を及ぼす、②消費者や、個々の産業界、連邦、各州、地方自治体などに対し、大規模なコスト増や価格上昇をもたらす、③競争、雇用、投資生産性、革新、及び米国を拠点とする企業の外国の企業に対する国内外での市場競争力などの点に鑑み、それらを著しく悪化させる、この3点である。

我々がシミュレーションモデルに従って試算してみたところ、当該規則がメディケアに参加しているHHAにもたらす影響は、2001会計年度につき、独立開業の非営利HHAに対して、プラス6億5,000万ドル、独立開業の営利HHAに対してはマイナス9億8,300万ドルの影響があるとの結果が出た。つまり、当該規則は上述の「主要な規則」に該当することになる。

ある法律の施行に伴う経済的な影響が1年間で1億ドルを越える場合、関係各HHAはそれがコストや利益面に及ぼす影響を試算しなくてはならない。だが、本規則に伴って各州、地方自治体などが行わなくてはならない支出は、合計で1億ドルの範囲内に収まるものと考えられるので、今回は試算は行わなかった。しかし、あらゆるHHAは、中小機関とみなされ得るため、少しでもそれらの負担を少なくするため、上述のような様々な手だて（PEP、LUPA、SCIC他）が考えられた。

現行IPS（15%削減された額）に対して、PPS支払金額がどう変動するかを各地区別、HHAの営業形態別に見ると以下の表の通りとなる。

現行システムは、非都市部のHHAに比べ、都市部のHHAを財政的に優遇し過ぎているとの批判を受けている。HHA向けPPSシステムは、患者特性に基づいた支払システムであるため、その差が縮小され、一般的には都市部のHHAより郡部のHHAの方が、財務状態はよくなる。特に打撃が大きいのは、都市部の独立開業型HHAであるが、従来、これらのHHAのコストは、患者の相対的なニーズと何の関係もないところで不相応に高額であるとの批判を受けていた。

行政府HHA系列のHHAは、PPSシステムになれば、他のタイプのHHAに比べ、財政状態が大きく改善する。その理由の1つは、HHA向けPPSは、利用することに対するインセンティブによって、というよりもそもそも、患者のニーズに基づいて運用されるシステムだからである。従来から行政府HHA系HHAのコストは低額で、エピソードごとの訪問利用も著しく低いものであったため、現行のIPSシステムでの支払総額が15%削減されることによる打撃が少ない。行政府HHA系のHHAは平均的にみて、エピソードごとの訪問が少ないと同時に、1訪問ごとの平均コストも低額である。このカテゴリーに入るHHAは、全HHA支出のうち、上記コストはたった2.6%と報告している。従って、これらが大幅に増額されたとしても、コスト全体への影響は小さいのである。

残念ながら、より細かくブレークダウンされた地区別の影響を示す表はデータ不足のため、用意できなかった。が、従来、最も高額な説明のつかないHHAコストを生じている地区、即ち南部、続いて西部が最も大きな打撃を受ける。予算中立性を堅持しようとする支払システムにおいては、国の支払システムの影響をより受けやすい地区への支払いを増額しようとするれば必然的に、在宅医療のもとで従来コストを抑えてきた地区に対する支払いの削減につながる。

表 1. 各地区別、営業形態別の、現行 IPS（15%削減された額）支払額に対する PPS 支払金額の割合

①都市部/郡部の HHA 営業形態別:

都市部

独立開業型:	
営利	-17.0%
行政府 HHA	46.4
非営利	13.7
HHA 併設	10.1

郡部

独立開業型:	
営利	-18.4%
行政府 HHA	50.9
非営利	20.5
HHA 併設	2.1

②HHA 営業形態別

独立開業型:	
営利	-18.1%
行政府 HHA	47.9
非営利	19.4
HHA 併設	3.8

③都市部/郡部

都市部の HHA	4.2
郡部の HHA	-0.4

④地区別

中西部	21.8
北東部	21.4
南部	-15.5
西部	-1.3

第3章 HHA 向け予見定額支払制度について

全米ホームケア協会（NAHC）は、在宅ケア提供者とその患者を代表する、米国最大の団体である。我々は、1999年10月28日付けの米国官報に掲載された、在宅サービス提供者（HHA）への新たな予測定額支払システム（PPS）を確立するための現提言に対し、コメントを述べる機会を与えられたことに感謝の意を表す。

NAHCでは、過去10年以上にわたり、HHAへのPPS（予見定額支払い）適用を訴え続けてきた。NAHCは、PPSを実施すれば、在宅ケアの効率を高められるものと確信する。我々はPPSの利点を認識するものではあるが、同時に、慎重さも求められると考えられる。なぜなら、適用されるPPSは入念に考慮され、実行に移されるのでなければ、メディケア受給者及びメディケア認定HHAに対し、深刻な損害をもたらす可能性があるからである。提言された現提言を徹底的に分析し、政財界の専門家やHHAからの意見を検討した結果、NAHCとして以下のような提言を提示するものとする。

1. 予算中立性堅持のために必要な調整について

PPSの構造以上に、現提言において最も重要な要素となっているのは予算の中立性を確保することである。1999年包括的予算歳出法に盛り込まれた修正に従えば、PPSのもとでの償還額は、2001年会計年度まで、暫定給付方式（IPS）を継続した場合と比較してPPSのほうがより、予算中立性を保つようなレベルに設定しなければならない。このように予算中立性を堅持する中でIPSからPPSへの移行は、適切かつ質の高いホームヘルス・サービスを実現するうえで大きな制限が課されることになる。支払い金額が上限付き予測額に基づいた場合、HHAはメディケア給付額の範囲内でHHAコストを抑え込めないという危険性が高くなる。従って、議会が定めた歳出制限の実施にあたり、医療財政庁（HCFA）は、目標とする予算中立性について公平かつ正確な予測を立てることが極めて重要である。ホームヘルス・サービスへの支出予測額が誤って評価され、不適切な償還額へと結びつくことになれば、ケースミックス調整を通じて入念に設定した給付分割システムや、提供期間単位基準、さらにアウトリヤー（高額医療費を生じる長期入院患者）などへの給付水準に妥当性を欠くことになる。

予算の中立性を調整するために事実と仮説の組み合わせが必要だということはわかっている。メディケアが今後必要とする給付額を算定する場合、給付額をどんな水準で予測したとしても、もし、不適正なら、予測値にせよ、予測される給付額が過大に見積もられたり、過小に見積もられたりしかねないという危険性を多大にはらんでいる。予測には仮説が不可欠であるが、入念で説得力ある仮説とは、最新のデータや経験に基づかなければならないということだ。

2. 計算の不備

予算の中立性を達成するための目標値を予測する算出方法は、不備な点が沢山あって最終提言で修正する必要がある。しかし、2001年会計年度の給付額は174億6,600万ドルに上るとの予測の裏付けとなっている事実や仮説に関して、現提言では何も明らかにされていないため、詳細な分析を行うことは極めて難しい。この数字はHCFAの保険数理局（Office of the Actuary）が算定したというのがNAHC

の見解であるが、国民が適切に評価したり意見を述べたりできるよう、その根底にある事実や仮説について明らかにするべきである。現提言の不備な点は、さらに以下のようなものがある。

A) HCFA は、2001 年会計年度における利用件数は 1997 年の利用件数と同程度であると予測している。現時点で、1998 年と 1999 年の正確な利用件数は不明である。しかし、2 年の間にホームヘルス・サービスの利用が大幅に減少したとあらゆる証拠が示している。利用が減少したことは、給付額、訪問件数やメディケア受給者数の減少などでも明らかである。地区代行 HHA の直近データによれば、1998 年には、利用者数が約 25%減少している。利用者 1 人当たりの訪問数が 20%減少したことと併せて考慮すれば、総利用者数が減少したことによって次のことが明らかになった。すなわち、2001 年会計年度に予測される利用件数は 1997 年実績の 895 万人よりもはるかに少なくなるはずであるということだ。

B) 低利用への給付修正 (LUPA)。HHA が、4 または 6 回 (未決定) のサービス提供しか行わなかった場合、HHA は、PPS で定められた金額でなく、国が地域ごとに定めた一回当たり定額しか受け取れないというものは HHA の提供活動様式を変更するために役立つものではない。現提言の中で HCFA はデータに基づいて次のように言う。ケア提供期間の長短を問わず、その 12%から 15%は、患者が 4 回またはそれ以下の訪問しか受けていないと。しかし、予算中立性の計算に際し、2001 年会計年度における低利用ケースとして HCFA が予測したのは、全利用件数のうちのたった 5%に過ぎないのである。この仮説は、以下のような HHA の提供活動パターンに基づいている。すなわち、低利用ケース全体の 3 分の 2 は、患者 1 人当たりの訪問件数を増やすことで、HHA は低利用ケースを通常ケースへと転換するだろうという仮説である。この何年か、医療費支払請求についてのメディカルレビューが集中的に行われていることを受け、HHA は、支払代行機関が特に注意を払うのは、低利用支払調整の適用対象である 4 回というしきい値をぎりぎり越えるか越えないかといった程度の訪問しか受けていない患者であろうと予想している。従って、HHA は、訪問数 4 回というしきい値を越えるか越えないかのサービスを行ってリスクを拡大するよりも、むしろ LUPA の適用されそうな患者を避ける、という選択の方向が高くなる。歯止めの利かない過剰利用が発生するという当て推量を、予算中立性の計算に用いるべきではない。

C) HCFA のアウトリアー (枠外給付額) 水準予測は、予算の中立性を達成するための目標値を引き下げることになる。目標値設定過程で HCFA は枠外給付額水準値を予測給付総額の 5%と予測している。枠外給付提言によれば、もし HHA が枠外給付対象として認められるようなサービス量を利用者に提供すれば、どんな HHA でも 1 利用者当たりの経済損失を覚悟すべき利用者数と全利用者数との比率が 6 : 1 になるような枠外給付水準であれば、HHA は大量のホームヘルス・サービスが必要な利用者への提供活動を回避するだろう。このように、予測給付総額を軸とした予算の中立性調整の算定水準に基づいて枠外給付総額を設定することは根拠のないことだと言える。

D) 予算中立性の計算は、部分的給付修正 (PEP) を考慮していない。予算中立性の目標値を設定するうえで必要なサービス量や期間は包括一括支払額として含まれる。サービス期間やサービス量は、従って、部分的給付のための給付率を導入し、包括支払額を修正するためのファクターを設定することが適正である。

E) 予算中立性の計算をする場合、ホームヘルス利用期間中に利用者がパート B 保障のサービス（外来）を利用したときの費用も考慮すべきである。現行の法律のもとでは、メディケアのホームヘルス利用には、HHA または、通院リハビリ専門施設、または、独立開業 PT からの治療を受けるという選択肢が与えられている。ただし、HHA がパート B 保障対象サービスの提供機能を持っていない場合には、HHA を通じて利用するサービス（リハビリ）種類の選択肢がほとんどないというケースもある。PPS では一括請求と包括給付を標準としているのだから、こうした付加的給付は予算の中立性に対する目標値を算定するうえで含むべきものである。

NAHC 提言

予算中立性の調整提言には明らかな誤りがあるというより、不十分な点があるとの認識に立ち、NAHC では HCFA に対し以下のように提唱する。

A) 予算の中立性調整の検討については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予測支払額の算定が、同一の基準と仮説に基づいて行われるべきだ。

B) 予算中立性調整の修正計算は、最終提言の提示に先立って公表されるべきである。NAHC の理解では、HCFA は 1 月下旬または 2 月初旬までには予算中立性を再計算することができるはずである。この再計算は、支払上限額 15%削減の延期、サービス利用率に関する最新データの適用、さらに原価報告データの精度の向上などに対処するために行うものである。修正後の予算中立性補正值は、国民が意見を述べる機会を持てるよう、その計算の拠り所となる詳細点とともに、最終提言が決定される前に公表すべきである。

C) 予算の中立性については、ホームヘルス利用期間単位の中で給付される LUPA、PEP、およびパート B セラピーサービスの費用（つまり、ホームヘルス給付対象外の通院リハビリコスト）などに対して、適正な仮説を設定したうえで調整すべきである。

3. ケースミックス

患者のサブカテゴリー

ケースミックス測定についてもいくつかの懸念すべき点がある。我々の行った予備調査によれば、患者のサブカテゴリーによっては、ケースミックス測定値が資源利用を低く見積もり過ぎているものがある。創傷患者がその一例である。創傷患者は、機能状態ドメイン、サービス利用度ドメイン、そして臨床的重症度スケールにおいては低くスコアリングされるかもしれないが、治療効果を上げるには、ケースミックスインデックスで予測されるよりもはるかに多額の支出を要する。その結果、創傷患者は、アウトライアーになりやすく、医療サービス機関にとって経済的に望ましくない、とみなされがちである。PPS のもとで提言されているアウトライアーシステムが、ケースミックスシステムが示すよりも多くの

資源利用を定常的に必要とする患者層に対して、うまく機能することを目的として作られたものとは思われない。

NAHC 提言

この問題を解決するために我々が提言するのは、ケースミックス測定基準の精度を高めて、ケースミックス測定基準で予想されるよりも、治療が定常的に高額となる患者のサブカテゴリを考慮したものにするということである。創傷患者の他にも、インシュリン自己注射によるインシュリン依存型の糖尿病患者も特別ケースであると考えられる。HCFA はケースミックス測定システムの精度を高めてケースミックスグループ同士の差異を小さくすることができるが、我々の提言は特定可能な患者のサブグループ化を推進するうえで阻害因子を少なくできるだろう。HHA は、こういったサブグループを特定するために、喜んで HCFA に協力するだろう。簡潔で正確なケースミックス測定基準を作りたいという我々の関心は HCFA と同じであり、より多くのデータが入手できるようになれば、ケースミックスをさらに細分化するために我々は協力を惜しまない。

4. ケースミックスの規模

次に我々が懸念している点は、ケースミックス測定基準の規模と、それが訪問回数にのみ着目している点である。Abt のケースミックス調査は、資源利用について測定し、説明しようとするものであった。選ばれたケースミックス測定基準は、サンプル抽出利用者全体を通じて見た場合、ホームヘルスに振り向けられる資源利用のうちの 32% を説明している。しかしながら、個々の HHA にとって、ケースミックスの理論値は、人件費水準によって大幅に異なってくる可能性が高い。PPS モデルプロジェクトの評価によって明らかになったことは、小規模 HHA は、大規模 HHA と比べた場合、PPS 制度のもとでコストを賄っていくのがより困難であるということだ。HCFA が行った HHA への影響分析によれば、郡部の HHA と都市部の HHA との間の訪問回数は大差がない。これは、ケースミックス研究の調査構造が、在宅サービス以外のサービス提供量を測定していないためだと言える。

NAHC 提言

HCFA が実施すべきであると我々が考えるものは、都市部と郡部の HHA における資源利用の潜在的な違いを明らかにするため、HHA の種類を比較した自宅外での医療サービス時間について調査することである。都市部と郡部における HHA の資源利用については潜在的に相違点があるということに関して、その大きなものは、訪問時の通勤時間である。従って外来・通院資源の利用を切り離して調整することは、郡部のメディケア受給者がホームヘルスサービスへのアクセスを確保するために必要である。