

Kostnad per patient (KPP) inom hälso- och sjukvård

序文

「県連合」(註1)は、1999年春にKPPに関する全国的なプロジェクトを発足させた。KPPとは「Kostnad Per Patient」(Cost Per Patient、患者一人当たりのコスト)の頭文字で、個々のケア・コンタクト(care contact)の保健サービスおよび医療サービス(public health service & sick service)に要するコストを算出するのに必要な各種の方法やシステムに関する包括的なコンセプトである。このプロジェクトの目的は、保健サービス(保健活動)と医療サービス(医療活動)のコストと活動の内容を比較し、分析しやすくすることにある。

このプロジェクトは、具体的には下記のことを目指している。

- KPP 数値管理システムの統一原則が適用されて、さまざまな病院と県当局の間で内容の充実した比較がしやすくなること。
- KPP/DRG(註2) データベースの内容、品質およびアクセシビリティ(accessibility)を向上させること。
- 各県当局がKPPシステムを導入し、発展させる作業を専門家の仲介などにより支援すること。

このプロジェクトを運営するために、各県当局や病院の代表および社会庁(Socialstyrelsen)の代表からなる運営グループが設置されている。このグループの議長は1999年8月13日までは当時の県連合の会計主任であったスヴェン・ヘーゲルン氏だった。現在の議長は、やはり県連合の会計主任を務めている私、レンナット・ティングヴァルである。プロジェクト・リーダーはホーカン・ニルソン氏である。現在、2001年末までのプロジェクト・プランニングが進められている。このプロジェクトに関与している者についての詳細は付録1に記載されている。

この報告は、このプロジェクトに関係して発行されたいくつかの部分報告の一つである。発行予定の部分報告のリストは付録2に記載されている。本報告の第一の目的は、KPPシステムの構造と適用方法について説明し、一つのケア・コンタクト当たりのコストを計算する際に適用するいくつかの基礎的な原則について提案することにある。それが、統一問題を解決する大切な第一歩である。

本報告は、ホーカン・ニルソン、モーナ・ヘヨールグレン(リーダー)、フレードリーク・ヴェスタンデルの3名から成る作業グループが作成したものである。この報告については、運営委員会でも討議された他、既にKPPシステムを適用しているさまざまな病院や県当局の代表から成るエキスパート・グループでも審議された。また、各県当局にあってKPPプロジェクトを担当している責任者からも意見を述べてもらった(付録1参照)

於ストックホルム、1999年10月

レンナット・ティングヴァル

報告作成の背景と目的

1998 年春に、県連合は、保健サービスと医療サービスにおける情報管理および全国的な医療サービス統計の作成に関する報告「保健サービスと医療サービスの管理とフォローアップのための情報の必要性」を発表した。

この報告で説明されているいくつかの提案の中で最も大切なものは、措置、診察、看護、コストに関する情報はできるだけ個々のケア・コンタクトに関連付けて仕分けして記録すべきであるという主張である。これらの情報は、医療サービスと県当局のさまざまなレベルでのさまざまな必要性に応じて分析され、統合される。それを行うのに必要なモデルとシステムを、我々は「KPP—患者一人当たりのコスト」という包括的コンセプトで呼んでいる。

この提案の背景には、現行の医療サービス統計にはかなり大きな欠陥が存在していること、したがって、KPP システムを導入することにより非常に多くの利点が得られるはずであるという状況が存在している。実際、KPP システムを適用すると、医療サービスの結果とコストをニュアンスに富む方法でフォローアップできるようになり、かつさまざまな医療サービスの環境における医療実務を相互比較する可能性を拡大することにも役立つ。この報告では、医療サービスの活動状況とコストに関して管理機構が保有する情報は、クリニック・レベル（註 3）に適用される情報で構成されるべきであるとの主張が展開されている。その狙いは、サービス部門の管理組織と医療組織の間でもっと充実した対話が行われるようにすることにある。

すべての県当局はこの提案を歓迎した。したがって、県連合は KPP プロジェクトの計算原則を統一して、さまざまな県の病院の状況を比較できる体制を実現するために全国的な KPP プロジェクトをスタートさせた。その第一の目的は、これらの計算原則を病院での医療サービスとプライマリーケアの両方に適用することにあった。第二の目的は、Spri（「医療サービスと社会サービスのプランニングと合理化を図るための機関」の略）が 1999 年末から 2000 年初にかけての時点まで責任を負うことになっており、かつ、現在 KPP システムを適用している約 10 ヶ所の病院から得た KPP 情報に基づくコストのデータベースを開発することにあった。このデータベースは 2000 年から県連合に移される。このプロジェクトの第三の目的は、KPP 会計システムを導入しようとして、さまざまな作業を既に発足している、あるいは発足の準備をしているそれぞれの県当局を支援することにあった。

この報告は、KPP というコンセプトの意義を説明し、このコンセプトを導入するにあたって、どのような共通法則を適用すべきかに関する討議と提案の基礎資料を提供することを目指している。いずれにせよ、この報告は全国的な統一 KPP 原則を作成するための大切な第一歩である。

医療サービス活動の運営と発展に不可欠な KPP システム

KPP は、既に入手可能で KPP 以外の目的にも利用できる情報を組織化する方法の一つである。例えば、患者管理システム、会計システム、レントゲンシステムからの情報であり、看護活動の分野における患者分類システム（ケア等級判定）からの情報でもある。KPP システムを適用すると、診断と治療に関連する措置とコストをそれぞれのケア・コンタクトにおける患者一人当たり／ケア一つ当たりの実際の消費と結び付けて比較分析でき、これが KPP の最大の利点である。いずれにしても、すべてのクリニックに対して、その医療活動の運営、管理、フォローアップに役立つ情報を提供できる手段になることを、KPP の出発点の中心に置かなければならない。

KPP 情報システムの重要な利点の一つは、組織に影響されない点にある。患者またはケア・コンタクトは、例えば診断グループに分けることができる。そして、ケア・コンタクトは最小のコンポーネント（構成要素）なので、フレキシビリティが大きい。それにより、医療サービスに関する一連の情報を一つにまとめることができる。その場合、最初は、クリニックとクリニックの比較ではなく、さまざまな患者グループに対するサービスとそれに要したコストを比較できることになる。例えば、心不全の治療について、大学付属病院でかかるコストと県立病院でかかるコストを直接比較することができる。すなわち、KPP システムをこのコスト比較に適用すると、情報をこれまで以上に詳しく分析することができる。

KPP システムが潜在的に持っている可能性を十分に利用するには、県当局と疾病ケアの生産ユニット（producing units、医療サービスを行う現場）が医療活動の運営とフォローアップに関して明確な戦略を有していなければならない。それにはさまざまな手法やモデルが適用される。例えば、発注者モデル・遂行者モデル、企業化／民営化モデル、品質管理作業、医学プログラム作成作業、アクティブでオープンな優先的選別のための方法、ベンチ・マーキング（bench-marking、測定基準の設定）、ターゲット・コントロール（例えば、Balanced Score Card 方式）などがそうである。KPP システムはこれらの手法やモデルに、活動やコストに現在一般的に適用されている数値管理方式によるデータよりもずっと正確で、詳しいデータを提供するものである。そして、それにより目的とする結果を得る前提条件も改善される。

コスト比較に関連して、医療サービスのさまざまな手法やモデルの品質とその適用結果にも注意しなければならない。しかし、均質な品質基準をどの程度まで適用できるかは、県連合の KPP プロジェクトが適用される範囲に含まれない問題である。

KPP モデルとそのコンセプト

この報告には、KPP 方式の基礎的なモデルについて説明されている。総体的に見ると、最も重要なコンセプトとコンポーネントは、ケア・コンタクト、ケア・サービス、患者に直接関係するサービス活動（patient-related service activities）および共通活動（common activities）

である。

「ケア・コンタクト」とは、自宅または医療施設などにおける診察、看護、コンサルテーションまたは介護の際の患者とサービス提供者の間の直接的な接触を指す。通常、一人の患者は多くのケア・コンタクトを持っている。「ケア・サービス」とは、具体的には KPP システムにおけるケア・コンタクトでの個々の患者に対する医療サービスを指し、具体的にはラボラトリー検査や1時間の手術を指す。「患者に直接関係する活動」とは、ケア・サービスを生産するユニット、例えば治療部門、急患受け、放射線科などでの作業を指す。「共通活動」とは、病院や治療センターのユニットで、治療とは直接的な関係は持たない間接的なユニット、例えば病院経営者などのスタッフ部門、電話交換室、受付などでの活動を指す。このユニットのコストも KPP システムに含まれ、一定の基準に従ってケア・コンタクトに配分される。

コスト計算に関連するコンセプトには、総コスト決算 (total costs book-keeping)、基本コスト (basic costs)、患者固有コスト (patient-specific costs) がある。「総コスト決算」とは、コスト配分の対象とする各ユニットにすべてのコストを負担させる決算方式で、そのコストには当該のユニットが他のユニットから調達／購入するサービスのコストも含まれる。「基本コスト」とは、ケア・サービスのコスト計算で一定の基準に基づき配分されるコストを指す。「患者固有コスト」とは、コスト計算における基本コストとは逆に、「当該コストを発生させた」患者に帰属させられるコストである。

KPP モデルは下記の4つの段階に分かれている：

第一段階では、まずケア・サービスに関係するコストが選別される。この段階では、KPP システムにはどのようなコストと活動を含めるべきか、どれほどの数のコスト項目を含めるべきかが問題になる。問題となるコスト項目の例としては、救急車、往診、研究、県当局の保健部門または発注機能、さまざまなリース原則 (leasing principles) などを挙げることができる。

第二段階では、さまざまな共通活動のコストの選別と配分が行われる。ここでは病院または治療センターの KPP に関連する総合コストを患者関連活動に配付することを目的とするコスト配分が行われる。

第三段階では、医療サービスとそのコストについて記述し、医療活動と KPP システムの目的に適合した方法でコスト計算がなされる。これは、ある分野 (例えば放射線サービス) では簡単にできるが、他の分野 (例えば治療部門での医師のサービス) では複雑で困難である。進歩した KPP 会計システムでは、一つの患者関連活動からリソース (物的、人的手段) の必要性に応じて多くの異なった種類のケア・サービスが発生する。

第四段階では、ケア・サービスの消費が個々の患者のケア・コンタクトと結び付けられる。この段階では、ケア・サービスの消費とそのコストに関する情報をそれぞれの活動システムから関連のケア・コンタクトに集める。これは、年度ごとに、あるいは通年で多くの機会にコンピュータを利用して行われている。

KPP システムによる計算に含めないコスト

この報告には、KPP に関係するすべてのコストを計算する際に含めるべき、あるいは含めるべきでない活動に関する暫定的な提案が記載されている。さまざまな理由に基づき、KPP によるコスト計算に含めるべきでないものとしては、例えば、発注者機能および県当局の統括陣と管理部門で働く職員およびそれに関与する政治家の活動コストを挙げることができる。また、研究／開発／教育訓練、いわゆる FoUU のコスト、ならびに外部の組織／企業から購入するサービスのコストも、KPP によるコスト計算に含めるべきではない。

これらの提案は、それぞれの県当局や病院の代表たちと既に討議されており、現在準備中のガイドラインに関する審議の基礎資料とされる予定である。

ケア・サービスに関する説明とコスト計算

患者関係のケア・サービスの概括的な記述およびコスト計算の方法は、この報告に記載されている。ここにも、意義のある比較をするに当たって満たすべき要件がいくつか挙げられている。

最も重要な活動を展開している部門としては、例えば、治療部門、外来治療部門、準医療活動部門、手術ユニット、放射線活動部門、ラボラトリー、集中治療室、麻酔部門、術後管理部門がある。これらの部門の活動のすべてについて、その活動を説明し、分別し、コスト計算すべきである。

この報告には、ケア・サービスのコストをどのように計算するか、それぞれのケア・サービスについて、そのコストを基本的コストと患者固有コストにどのように分けるかが例示されている。

1. 序文

1.1 県連合の全国的 KPP プロジェクト

県連合は、1998 年春に、保健サービスと医療サービスにおける情報管理および全国的な疾病ケア統計の作成に関する報告「保健サービスおよび医療サービスの管理とフォローアップのための情報の必要性」を公表した。この報告で説明されているいくつかの提案の中で最も大切なものは、措置、診察、看護、コストに関する情報はできるだけ個々のケア・コンタクトに関連付けて仕分けて記録し、次にそれらの情報をこのシステムのさまざまなレベルでの必要性に応じて組織カテゴリーと医療カテゴリーに分けて分析することにより、保健サービスと医療サービスにおける情報システムを発展させるべきであるという主張である。我々は、この主張を実現するために必要なモデルとシステムを総合して「KPP」（患者一人当たりのコスト）と呼んでいる。

この提案の背景には、スウェーデンの現行の医療サービス統計にはかなり大きな弱点が存在していること、このため、KPP システムを導入すると非常に多くの利点が得られるという状況が存在している。この報告では、医療サービスの活動状況とコストに関して管理機構が保有する情報は、クリニック・レベルに適用される情報で構成されるべきであると主張されている。なぜならば、そうすることにより医療分野での管理組織と医療組織の間でもっと意義のある対話をもっと容易に展開されることになるからである。実際、KPP による数値管理システムを適用すると、医療サービスの結果とコストをニュアンスに富む方法でフォローアップできるようになり、かつさまざまな医療サービスの環境における医療実務を相互比較する可能性を拡大することにも役立つ。そのような数値管理システムを確立させることは、保健サービスと医療サービスの情報管理が質的に大きく向上し、発展することを意味する。

県当局は、上記の報告に対する答申のなかで、KPP 数値管理システムに関する提案を歓迎する態度を見せている。また、政府も保健サービスと医療サービスをフォローアップし、分析するための手段を上記の方向で発展させることを求めている。これらの事情を背景にして、県連合は 1999 年に全国的な KPP プロジェクトをスタートさせた。このプロジェクトの目的は三つに分けられている。すなわち、このプロジェクトを導入することにより、

- KPP 計算の統一原則が適用されて、さまざまな病院と県当局の間で内容の充実した比較が容易になされる状態になること。
- KPP/DRG データベースの内容、品質およびアクセシビリティが向上すること。
- 県当局が KPP システムを導入し、発展させる作業を専門知識の仲介などにより支援するようになること。

我々としては、数年のうちにすべての県当局と医療サービス地域が KPP 情報をローカル・レベルで利用すると共に、全国的なデータベースに報告するようになることを目指している。現在のところでは、10 以上の病院が主として入院治療のために KPP 情報の収集と集中

管理を行っているにすぎない。将来は、病院での医療サービスだけではなく、それぞれの県全体の医療サービスがこのシステムに参加するようにすることが、我々の夢である。

1.2 報告の目的と用途

この報告には二つの目的がある。その第一は、KPP というコンセプトの内容を記述し、説明することである。第二は、KPP にどのような共通原則を適用すべきかを討議するための基礎資料を提供することである。したがって、この報告は、全国的に統一された KPP 原則を適用するための第一歩とみなすことができるであろう。

第 2 章では、KPP 数値管理システムを導入する動機、このシステムの全体像の紹介およびその利点について論じられている。第 3 章では、KPP システムの原則モデルについて簡単に説明されている。原則モデルはこのシステムに関心のある医療サービスの監督者、管理者および職員代表に対して紹介することを目指している。このモデルには、KPP 数値管理システムの構成と KPP 方式の各段階について説明がなされている。

第 4 章では、KPP 数値管理システムの保健サービスと医療サービスのためのトータル・コストにどのようなコストを含めるべきか、およびさまざまなコストと活動をどのように扱うべきかについて暫定的なガイドラインが紹介され、論じられている。第 5 章では、ケア・コンタクトと結び付けられるケア・サービスの説明とコスト計算について論じられている。

2. 医療サービスの管理と発展、なぜ KPP を適用しなければならないのか

この章では、KPP を医療サービスの管理と発展に役立てるために、更に広い範囲に適用し、さまざまな方法に結び付けて利用する点について解説する。

公的活動にとっては、さまざまなリソースをできるだけ効率的に運用し、管理することは基本的要件である。特に今日のようにほとんどの県当局の財政が赤字であり、しかも経済的バランスを保つことが要求される状況では、リソースの効率的な運用と管理は最大の責務である。1990 年代初め以降、スウェーデンの社会経済は久しぶりに立ち直りの傾向を見せ、地方自治体も保健サービスと医療サービスに投入できるリソースも増大しつつあるが、リソースの効率的な運用と管理は依然として重大な社会的要請である。

国民の年齢構成の変化、高齢者介護の必要性の増加、医学的な知識の進歩、生活水準の向上、これらの要因は、医療サービスに関するかぎり、今後はリソースの需要の方が供給よりも早いテンポで伸びることを示唆している。医療活動の拡張に必要な資金を増税などによりまかなう余地は、周知のごとくますます狭くなりつつある。このことは、どの県でも、医療体制の充実に投入するリソースをできるだけ効率的に利用することにより、県の医療組織とその運営を適正に発展させることに最大の努力を払わなければならないことを意味する。

保健サービスと医療サービスを効率的に管理し、この分野への資本投資の適正化を図るには、とりわけ適切な情報管理と知識生産が要求される。KPP 方式による数値管理を適用すると、医療サービスの情報管理が、現在の情報管理の状態よりもずっと質的に改善され、より合目的々になり、決定権者にとってもずっと役立つものになることは間違いない。また、その反面、KPP が情報管理方法の一部にすぎないこと、および既に大部分が入手可能な状態にある情報を組織化して、もっと効率的に利用できるようにする新しい方法にすぎないことを忘れてはならない。

現在、医療サービスのさまざまな分野において、その管理とフォローアップを能率化するさまざまな方法が試されている。例えば、発注者モデル、遂行者モデル、競合促進、企業化／民営化、品質管理作業、医学プログラム作成作業、リーダーシップ開発、ベンチ・マーキング、それにさまざまな形のターゲット・コントロールがそうである。

これらの方法に共通しているのは、基礎となる活動やコストが精密化すればするほど、KPP を適用することにより目的とする成果を挙げる可能性が大きくなることである。現在、KPP に強い関心が寄せられているが、それもこの点に注目されているからである。しかし、KPP が有しているポテンシャルが医療サービスに十分に役立つようにコントロールするための哲学とモデルが必要であることを忘れてはならない。

2.1 現在の情報管理の弱点

今日、国内の統計での比較と計算の品質に相当に不確実な点が存在しているが、一つの県

当局に関する統計、および異なる県当局間の統計についても同じことが言える。また、経営陣の統率状態をフォローアップするために利用される経営情報と治療活動をフォローアップするための基礎ユニットをチェックするための情報の間には何らかのギャップが存在することは、既に多くの者が経験している。これが組織の士気を低下させ、県当局または病院の経営陣が組織するベンチ・マーキング活動の統率者が数値管理にあまり関心を示さない原因の一つとされている。

データの品質に不完全な点があると、決定権者も本格的な比較ができない。この問題はどの数値管理の方法にも存在し、KPP の場合も同じである。そのため、データ記録（例えば診断データ）の品質を向上させるために懸命の努力がなされている。その際、大切なのは、データ記録の品質を高める刺激手段（incitement）を設定することである。品質改善には、何よりもまず経営陣が、管理、リソースの配分、活動の評価に関連するさまざまなレベルで品質の高い情報とデータを使うようにしなければならない。

もう一つの問題点は、ユーザー・キャパシティとユーザー・アンビションに関係している。医療サービスの県当局レベルでは、医療データを使い、さまざまな目的に応じてそれを処理するだけのコンピテンス（資格・能力）と時間がなければならない。今日、この点ではバランスの取れていない病院や県が多い。疾病ケア活動とそのコストについては、実に多様で、大量のデータが入手できるが、それらから新しい知識を創出するには相当な時間と力量が必要とされる。

県当局と医療サービスの生産ユニット（治療現場）は、現行の情報管理の品質とはまったく関係なしに、その活動を管理し、フォローアップするための戦略を作成すべきである。それには、継続的な活動管理で、それぞれのレベルにおいて、決定をする前にどの種類のフォローアップと分析を行うべきかを定めることが含まれている。その際、下記の点が問題になる。すなわち、頻繁に行われる日常的なフォローアップと稀に行われる評価的な詳しい分析のバランスをどのようにとるべきか。また、複雑なデータを分析し、解釈する作業の責任者はだれにするか。関連するすべてのディメンション（必要性、生産、コストおよび品質／患者の利益）において、知識ベースをどのように作成すべきか。

これらの点に関連して、管理統率陣が医療サービスの活動とコストに関して有する情報はクリニック・レベルにおける同じ情報で構成することが、もう一つの重要な面となる。なぜならば、それにより医療サービスの統率陣と治療の統率陣が内容のある対話を交わすことができるからである。

このような戦略的な問題での方針決定は、例えば KPP による数値管理システムにおける情報管理の品質を高めるためのリソース投入と密接に関連している。

2.2 KPP 数値管理システムとはどのようなもので、何に従属するのか？

KPP 方式の最も大切な役目は、医療サービスの診断的措置と治療的措置およびそのコストを個々のケア・コンタクトに結び付けることである。次に、それらのケア・コンタクトは

さまざまなグループに分けられる。例えば、措置の種類別またはクリニック別、または病院別の診察グループに分類される。病院での医療サービスの生産と消費に関する一連の情報も、それぞれのグループにまとめられる。このようにして、ケア・コンタクトを情報管理の最小コンポーネントにすることにより、フレキシビリティが大きくなる。

KPP 情報が原則として組織と無関係であることは非常に大切な利点である。比較の対象となるのは、クリニックまたはそれに類する組織のユニットにおける医療サービス全体ではなく、個々の患者グループまたは個々の患者に要した介護とコストである。それにより、比較と分析が一層具体的に行われ、充実したものとなる。例えば、過疎地域の県立病院での心不全の治療を過疎地域の県立病院で行った場合の介護とコストを、大都市の大学病院で行った場合に対照させて、病院の違いを無視して純粋な形で比較することができる。

KPP システムの重要な目的の一つは、クリニックが医療サービス活動の管理とフォローアップに必要な情報を得られるようにすることである。そして、それには高い品質の情報が確保されるベースを築くことも含まれている。KPP システムを適用すると、情報は分析に更に適した形に処理される。現在一般的に使用されているクリニック・ベースの医療サービス統計では、特定の疾病グループのコストに関する情報を得ることができないが、このシステムではそれが可能である。また、その種の情報は、治療に当たる医師や看護婦のチーム、あるいはその他の職員グループが自分たちの目的に適切な形に処理することが非常に困難である。しかし、KPP システムによる情報は、それに反して、さまざまな患者グループや個々の患者の治療に当たるチームにとって実に合目的々である。なお、このシステムを介して供給されるすべての患者情報は、秘密保持のために登録されているクリニック、治療センターまたはそれに類する医療施設以外では利用できないようにコンピュータ処理され、識別不能な形に処理されていることを指摘しておく。

医療データと KPP データを併用することにより、現在ではクリニック・レベルでは行われていない個々の患者または患者グループに関する医療実務、コスト、生産性の比較が可能となる。現在の医療管理システムのキャパシティでは、ある患者グループに関してあるクリニックは能率的に治療しているか、他のクリニックではどうかなどの比較はできない。

KPP システムにある県全体の病院と医療施設のデータが含まれるならば、その県全体の医療消費の状況が詳しく把握でき、地域による違いや、地域ごとに異なるコストとの関連性などが簡単に分析できるようになる。また、例えば、心筋症や大腿骨骨折の治療に県当局が負担しているコストが、各地域の人口ごと、住民のカテゴリーごとにすぐに算出することができるようになる。

下記に、医療組織のさまざまなレベルに蓄積されている KPP データを利用して効率的に回答できるいくつかの具体例を挙げておく。

クリニックと病院

- ある病院での平均的な通常の出産のコストは、他の病院での同じような出産のコスト

と比較すると、どれくらい異なるか。帝王切開の場合と比較すると、どう違うか。

- 同一の診断に基づく治療で、異なる方法を適用した場合、総コストの違いはどれほどになるか。
- 同じ診断、同じ治療方法を適用された患者の間で、その総コストにどれほどのバリエーションがあるか。コストの違いは療養期間の長短によるものか、手術、麻酔、レントゲン、IVAなどの適用の有無によるものか。
- 標準とは異なる患者または患者グループのコストは予測できるか。治療活動のルーチンは、品質の改善やコストの削減の必要性に応じてどの程度まで変えることができるか。

県当局

- 心不全の治療コストはなぜ病院によって違うのか。療養期間の長さによるのか、IVAの利用の有無、あるいは代替的な治療方法によるのか、あるいは同じサービスでも、そのコストの違いによるものか（医学的なルーチンは同じとする）。
- 住民のうち、高額所得者の医療コストは社会全体の医療コストのどれくらいを占めているのか。医療チェーンの連携を改善することにより、総コストを引き下げることができるか。
- 特定の地域の患者グループのコストはどのような構造をしているか。特定の患者グループについては、ローカルな病院と大学病院の間に見られるコストの違いはどれ位か。

国内的な比較

- 診断結果の異なるさまざまな患者グループの治療コストと住民のさまざまな特徴の間に一定の関係が成立するか。
- それぞれの年齢グループ、男性グループ/女性グループが、全体として、また疾病の種類に従って、医療費全体にどれ程の割合を占めるか。

2.3 KPP システムの管理、および保健サービスと医療サービスの管理

KPP システムにより得られる情報は、決定をしなければならないさまざまな状況で利用できる。県当局の代表は、リソースをそれぞれの活動分野に配分する際に、コストと消費に関する知識を必要とする。病院、クリニック、医療部門、介護センターのチーフたちは、年次予算を作成する際、あるいは自分が管理する施設や部門の活動結果を報告し、コストを継続的にチェックする際、その活動をコントロールするために正確な知識ベースを必要とする。

KPP 数値管理システムを適用することにより保健サービスと医療サービスのコントロールに必要な情報ベースをどのように改善できるか、その例をいくつか下記に示す。

公的資金でまかなわれる保健サービスと医療サービスの分野でリソースを管理することは、リソース配分を行う場合に配付先の順位付けと配分決定を意識的かつオープンに行わなければならないことを意味する。この作業は、治療の必要性和内容、コストおよび利点に関する情報が患者グループごとまたは疾病グループごとに収集され、分類されていれば、簡単に実施できる。これは、いわゆる垂直優先順位決定（vertical priority-setting）（例えば一つの疾病グループ内での患者のランク付け）ならびに水平優先順位決定（horizontal priority-setting）（例えば複数の患者グループの比較）に是非行わなければならない。例えば、リソースの配分順序を決めるに当たって、心不全と糖尿病のいずれの治療を優先させるかを検討する場合は後者の例である。但し、この場合、KPP 情報とその治療活動の結果と品質を示すインジケータを組み合わせることが大切である。

県当局によっては、これらの問題をいわゆる医療プログラム作業で処理している。その目的は、さまざまな疾病グループに対する治療の必要性、医療作業の投入量の決定およびコスト計算に当たって、地方自治体議会の議員、患者代表、医療施設の責任者が共通に使用できる幅広い知識ベースを作成することにある。これは、それぞれの疾病グループのケア・プログラムの作成に役立ち、患者グループの優先順位決定とケア品質を政治的に決定する場合の基礎となる。

多くの県当局は、リソースの発注者組織と治療実施者組織の間の契約の適用対象である医療サービスの分野におけるリソース配分をコントロールしたいと考えている。契約がクリニックの活動に関する情報ではなく、すべての患者グループに関する具体的で詳細な情報に基づいているならば（例えば「医療クリニック」ではなく「狭心症治療」とされている場合）、契約内容の精度と適性は格段に向上する。この願いは KPP システムを適用すると、簡単に実現される。

発注者組織と治療実施者組織は、両方共に適切な基礎に基づく契約を締結するために、措置とコストに関する正確な情報を必要としている。医療行為の生産者に対する報酬は妥当でなければならない。妥当な報酬を決めるには、医療コストに関する知識を有する他に、他の医療行為の生産者からの情報を参考にして、合理化ポテンシャルの存在位置を感知しなければならない。あるいは、品質要件を厳しくした場合に、患者グループの治療にどれだけのコストがかかるかを算出できなければならない。KPP システムまたはその他の優れたシステムによる医療情報を保有していることは、医療施設の代表者が保健サービスと医療サービスに関して住民を代表する「発注者」としての任務を遂行する上で最も大切な前提条件の一つである。

県当局が公営の病院または治療センターの運営を会社化または民営化することによって経営リスクが大きくなり、「超過利益」が生じた場合に県当局がそれをコントロールできなくなると、事態が「先鋭化」した場合は、正確なコスト情報の必要性が増大する。

1990 年代後半に医療組織が大きく発展したが、その時のメイン・テーマはフロー・コントロール（flow control）またはプロセス・コントロール（process control）であった。この場

合のフローとは、病院内でのケア・フローやケア・チェーンに沿ったケア・フローを指し、プライマリーケア、病院およびコミュン（県以外の地方自治体、日本の市町村に相当）の医療サービスを包含している。個々のケア・コンタクトに関する情報が得られると、さまざまなプロセスの記述と評価が行いやすくなる。

ここでは、KPP 数値管理システムを次の分野において発展させなければならないことを指摘しておきたい。すなわち、第一に、同じ患者に関するすべてのケア・コンタクトを一つにまとめて、いわゆるケア・エピソード（care episodes）にするにはどうすべきかを検討すべきである。その他にも、プライマリーケア全体およびコミュンによる一次的疾病治療において、この KPP システムの適用が遅れていることも問題点の一つである。このような問題点が解決され、県とコミュンの治療組織に収容されている患者たちのすべてのケア・エピソードも含まれるようになって、KPP システムはあらゆる分野をカバーする完全なものと言えるであろう。

Balanced Score Card 方式は、医療サービスの活動を多くの異なったディメンションで組織的にフォローアップするための手段の一つである。このコンセプトによると、活動体のさまざまなレベルに関するいくつかの異なるキー数字（key figures）を選択して、活動体の特定の面を取り出して、調べることができる。つまり、KPP とは、利用可能なキー数字を増やすだけでなく、目的を記述するのに役立つ、高い精度を持つキー数字を自由に引き出し、利用できる数値管理システムである。これにより、ニュアンスに富むフォローアップができるのである。

上記の説明でもわかるように、KPP システムを介して得られる情報はどのケースでも高い価値を有するコンポーネントを構成している。したがって、KPP 情報は、経済的なフォローアップや医療実務の比較に利用できる他、価格計算の基礎資料として、あるいは給付に対する報酬における給付ごとのコンポーネント計算にも利用できる。また、医療サービスにおけるさまざまな患者グループの取り扱いの状態を多面的にフォローアップし、分析する際の基礎に含めることもできる。KPP は、医療機関のさまざまなレベルと管理職でさまざまな目的に利用できる情報システムの一部である。

2.4 医療サービスでは品質と結果をどのように捉え、どのように分析すべきか

医療サービスにおいて優先順位を決定する場合は、疾病の難度、措置の有効性、および患者グループと個々の患者にかかるコストを基礎にしなければならない。そのような場合、KPP システムは、さまざまな患者グループの治療にかかるコストの計算に役立つ大切な手段となるが、コストだけではフォローアップと分析のための知識ベースの一部にすぎない。いつの場合でも大切なのは、日常の医療サービスの結果を調査するためのルーチンを確立させ、その過程で得た情報は他の情報と関係付けて保存しておくことである。

今のところ、KPP データを治療の品質と結果に関する情報と直接結合させた事例はまだない。それでも、医療サービスの分野では、治療の品質とリソース投入の結果について各種

の情報やデータを収集しつつある。例えば、さまざまな患者グループに関する情報とリソース投入の結果を収集し、記録管理者により処理する、いわゆる「全国品質記録」(the National Quality Register) が作成されつつある。

医療機関は、通常の統計資料を作成しながら、これらの情報をコンピュータや文書による報告の形で送付してくる。そのようにして送られてきた情報は、コンピュータ処理された後、識別不能な形にされてから、情報を送付してきた元の医療機関に戻される。送られて来た情報は、稀には公共統計資料に取り入れられることがある(但し、例外もある)。

KPP システムを品質や結果に関する情報で補強することは、システムの更なる開発のために大切なことである。治療の総合的な評価は、品質およびそのバリエーションを個々の措置や治療選択肢に直結させることにより始めて可能になり、例えばコストが上昇しても、品質の向上に裏付けられているかぎり、関係者を納得させることができる。品質と結果に関する情報の一部は患者向けの出版物で採取できる。コンピュータが普及し、インターネットなどによる患者向け広報が本格化することにより、KPP システムは更に改善されるであろう。近い将来、コンピュータによる患者向け出版物が、KPP 情報と患者に関係する品質データの情報源として重要な位置を占めるようになることは確実である。

2.5 全国的な KPP 報告システム — 現状と今後の発展

1994 年以降、毎年、Spri は全国的な KPP/DRG データベースに患者ごとのコスト・データを収集している。これまでに、10 ヶ所以上の病院が KPP データを提供してきた。それらの情報は、主としていわゆる「診断関係のグループ」(DRG) における治療ケースをグループ別に分けるための計算に利用されてきた。そこで得られたデータは、地方医療活動およびいくつかの県当局の内部報酬システムでの報酬計算の基礎資料になっている。

KPP プロジェクトは、全国的な KPP/DRG データベースと幅広い接触面を有し、相互比較することが可能な情報を得るための前提を作る大切な手段である。KPP プロジェクトは、KPP データに関する共通基準を設定し、それにより上記のデータベースの品質保証がなされるようにすることも目指している。Spri は 1999 年末/2000 年初になくなるが、その後、この全国的なデータベースの開発責任は県連合に任せられることになっている。

Spri (医療サービスと社会サービスのプランニングと合理化を図るための機関)、社会庁、県連合の三者は、1999 年春に活動を開始した「患者分類センター」(CPK) という共通のネットワーク組織の枠内で共同作業を進めている。CPK の主たる任務は、全国的に適用できる均質的な二次的患者分類、すなわち、診断グループにおけるケア・コンタクトのグループ化にある。

この KPP 報告システムをどのように構成し、全国的な報告作成組織をどのような形にするかは、KPP プロジェクトが決定すべき問題点である。それに関連しては、例えば次のような問題点がある。全国の医療機関に配付される統計資料はどの程度まで詳しく分類すべきか。全国的な KPP データベースに基づき、どのようなタイプの比較ができるようにすべき

か。KPP 資料の詳細化レベルはどの程度に設定すべきか。これらの問題点は、それぞれの
県当局の協力のもとに検討し、決定されるであろう。

3. KPP モデル — その概要とコンセプト

KPP モデルは、原則としてケア・コンタクトが病院または治療センターなどで発生するすべての医療コストの最終的コスト負担要因であるという考えに基づき構成されている。個々の患者にどのコストを計上するかは、当該患者がどの種類の治療サービスをどれ位利用したかによって決まる。患者を中心に、その患者に施行した措置とそれに要したコストに関する情報を集めることにより、その情報は組織には拘束されないものとなる。今日、保健サービスと医療サービスの分野で大規模な組織変更が進められているが、組織に拘束されない情報が得られることは大きな利点である。現在、この分野の情報ができるだけ組織に拘束されない形に書き改められ、記録されているが、それはそのような状況を反映しているからである。

3.1 KPP モデルのコンセプト

この報告で使用されている医療サービスの管理に関する用語とコンセプトは、県連合と社会庁の勧告「保健サービスと医療サービスに関する統計に関する用語、その定義と規則」に記載されている。そこにはないコンセプトについては、KPP 固有のコンセプトが作成された。ここに使用されているコンセプトの中で最も重要なものを下記に示しておく：

- ケア・コンタクト — 疾病に関する診察、治療、コンサルテーションまたは看護に関連する患者とケア・サービス提供者の間の接触。ケア・コンタクトには、治療機会、往診、疾病介護のための家庭訪問、コンサルテーション、電話相談、手紙による相談が含まれている。一人の患者が複数のケア・コンタクトを行うことができる。
- ケア・サービス — 患者に関係する活動において生れ、KPP システムの中で個々の患者とケア・コンタクトに結合されるサービス。KPP システムに関する他の文書では部分的給付や部分的生成物 (products) という用語が登場するが、それらと同義語である。
- 患者に関係する活動 — 特定の患者と直接的な関係を有するサービス活動、例えば、レントゲン検査、手術、治療部門での活動がそれである。つまり、患者に関係する活動はケア・サービスを生む。この報告においては、患者に関係する活動のコストは患者に関係するコストと呼ばれている。
- 共通活動 — 特定の患者とは直接的な関係を持たないサービス活動。例えば経営サービス、警備、電話交換などのサービスを指す。共通活動のコストは、本報告では共通コストと呼ばれている。
- 患者固有コスト (patient-specific costs) — 「正しい」患者に結び付けることができるコストの意味で使用される。患者に関係する活動の中で、どれだけの部分が患者固有コストになるかは、医療サービスにどの程度まで進歩したコスト計算が適用されるかにより決まる。

- 基本コスト — 患者固有コストと反対の用語である。すなわち、医療サービスのコスト計算において定型化されたコストを指す。
- 総コスト決算 (total costs book-keeping) — 一つの病院の各ユニットに、他のユニットから取得または購入するサービスのコストも含めて、当該ユニットが負担すべきすべてのコストを負担させる方式の決算を指す。

3.2 KPP システムの概要、および KPP 計算における原則的な段階

KPP システムによる計算とは何を指すのかを明確にするために、概括的なモデルを使って説明する。図 1 は、ある病院または治療センターの KPP モデルである。このモデルには四つの原則的段階が含まれている。それらは KPP システムを構築するための作業の進行順序を示している。このモデルを見ると、KPP 方式とはどんなものか、その概要が判るはずである。

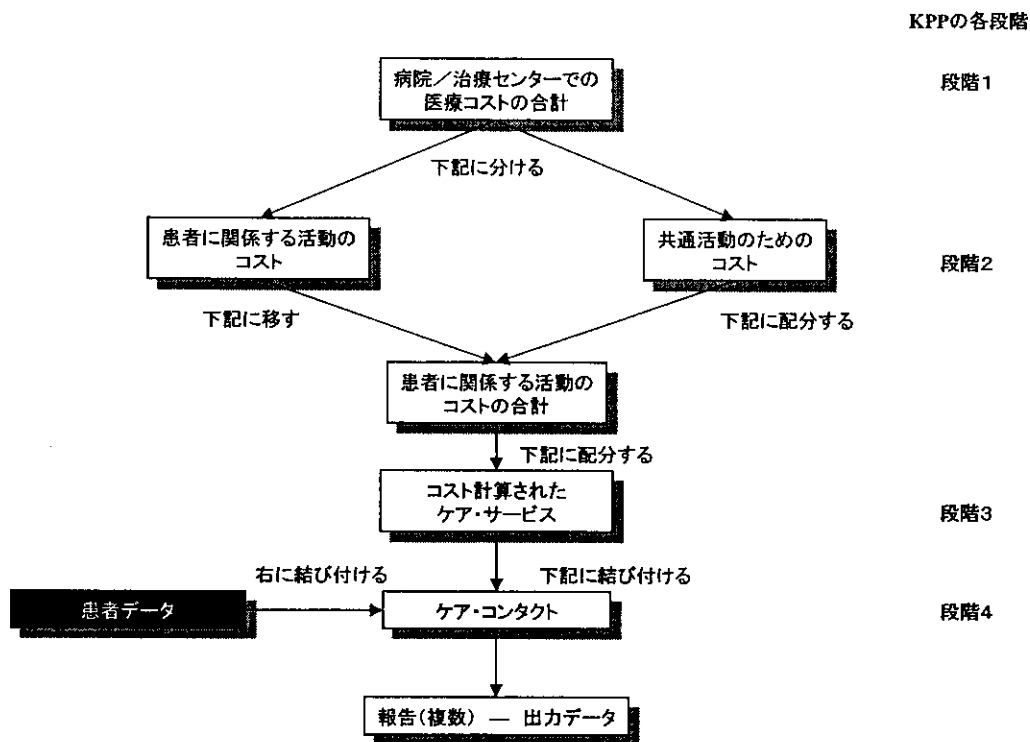
これは、ある組織レベル（例えばクリニック）または他のグループ分けのために、トータル・コストを患者固有コスト部分と基本コストまたは基礎コストの部分に分けて表した KPP システムの例である。このモデルでは、意識的にケア・サービスが中心的コンセプトにされている。まず、ケア・サービスについて説明してから、コスト計算をする。第 5 章でのコスト計算に関する討議に関連して、基本コストと患者固有コストについて考える。

KPP モデルの 4 つの段階

1. 関連する医療サービス・コストを識別する。— 何を含めるべきか。
2. 共通活動のためのコストを識別し、配分する。
3. ケア・サービスを記述し、そのコストを計算する。
4. ケア・サービスを個々のケア・コンタクトに結び付ける。

各段階については、3.3 項～3.6 項に詳しく説明されている。

図1 KPP方式の概要



3.3 第1段階 — 関連する医療サービス・コストを識別する — 何を含めるべきか

関連する医療サービス・コストとは、KPP システムに関するかぎり、病院／治療センターでケア・サービスを生産するために消費されるすべてのリソースのコストを指す。これには、当該組織外でのサービスのために発生するコストの内、当該ユニットが負担すべき分も含まれる。KPP システムでは、ケア・ユニットで発生するすべてのコストはすべてのケア・サービスに配分した後、個々の患者に帰属させることが原則になっている。

しかし、ある種のコストと活動は KPP 計算から除外しなければならない。それは、さまざまな理由により、当該ユニットに属する患者のケアに負わせるはならないコストと活動である。ケア・コンタクトに帰属させてはならないコストは、この第1段階で除外される。

どのコストが医療サービスと関係あるか否かを判断するには、二つの異なる部分のコストをチェックする。第一の部分は、当該の活動全体から除外できるコストから成る。第二の部分は、残して置くべき活動から除外すべき活動とそのコストから成る。

計算の出発点は、病院、医療センターまたはそれに準じる医療施設の医療コストの合計が示されている通常の会計である。通常の会計では、保健サービスと医療サービスのすべてのコストは、原則として上記の医療コストに含まれる。第4章にすべての勘定項目を示

しておく。但し、下記のようなコスト項目は医療コストの合計から除外すべきである：

- 県議会の議員、議会事務局、発注者組織などのコスト
- 患者が所属している県以外の外部から購入されたケアのコスト
- 救急治療のコスト
- 一回かぎりのコスト（例えば、一回かぎりの減価償却や資材の処分にかかるコスト）
- 出張コスト

上記のコストを除外するのは、下記の理由に基づいている：

複数の県に共通する政治的活動のコスト、および公務員組織の一部、例えばさまざまな種類の注文者組織のコストは、ケア・コンタクトに配分すべきではない。なぜならば、統率機能に属するこれらの部分のコストは、それ自身の活動と外部から調達した私的活動に等分に配分されなければならないためである。

ケア・サービスが他の医療施設から調達される場合、患者は当該の病院のユニットで治療されるわけではないので、そのコスト計算の対象とはならない。KPP 方式によるコスト計算の主原則によると、患者を現実には治療するユニットにそのコストが計上されることになる。

救急治療コストは、ケア・コンタクトが開始する前に、あるいはケア・コンタクトが終了してから、治療ユニットの外部で発生する。出張コストについても、同じことが言える。但し、救急治療コストが発生した場合、患者が病院までどのような方法で搬入されたかにより、同じ診断グループに属する患者の間で治療コストに大きな違いが生じることになる。

一回かぎりのコスト項目でも、多額のコストに関する場合は、会計処理技術の違いに起因することがしばしばで、実際に行われた治療のコストとは無関係なことが多い。会計責任者が、どのコストをこの項目に所属させるかを決定すべきである。

KPP 方式によるコスト管理によると、治療ユニットのケア・サービスに関係させてはならない活動のコストはコスト総額から控除される。例えば、ある大学の付属病院に属し研究活動を行う部門が、同じ付属病院で治療活動を行う部門と統合したとする。この場合、研究コストはケア・サービスに負担させてはならず、仕分けられて、その部門のコスト計算からは除外されなければならない。治療ユニットの KPP によるコスト計算には含まれない活動の例としては下記のものがある：

- FoUU（研究開発費）（国または県から助成されている活動）
- 外部に販売されるサービス — 例えば外部依頼者（自己の組織に属さない顧客）から委託されるラボラトリー検査