

結果

39 都道府県から回答があり、回収率は 83.0%であった。回答都道府県の地域的な偏りはなかった。計画の策定の開始時期をみると、2007 年度になってから始めた都道府県が 27 (69.2%) あり、計画策定が短期間で行われたことが明らかになった。

まず、計画策定のための組織、予算の状況を見ると、既存組織が計画策定にあっていたのは 35 都道府県 (89.7%) であり、その多くは国民健康保険事業を所管する組織であった。その他には、政策課や企画課といった組織がみられた。また、複数の課で対応したとする都道府県が 2 (5.1%) あった。新規に専従の組織を設置したのは 4 都道府県 (10.3%) であり、その場合は、国民健康保険事業を所管する課に医療費適正化関連事業担当者を置いた例や、保健医療政策を所管する課に医療制度改革推進担当者を置いた例がみられた。

委員会や協議会の設置状況を見ると、計画策定のために新たに委員会・協議会を設置した都道府県は 23 (59.0%)、既存の委員会・協議会を利用した都道府県が 12 (30.8%)、委員会・協議会を設置していない都道府県も 3 (7.7%) あった。委員会・協議会の位置づけを複数回答で聞いたところ、計画策定のための情報・意見の聴取としたのが 24 (61.5%)、計画案の審議・承認としたのが 17 (43.6%) であった。委員会・協議会の役割に計画策定のための情報・意見の聴取を位置づけている都道府県では、一部のデータを除き、計画策定時における既存統計データの利用がそうでない場合に比して多い傾向がみられた (図 1)。また、委員会・協議会への関連団体からの参加状況を見ると、医師会、学識者、歯科医師会、薬剤師会、保険者、看護師会は 8 割以上の都道府県で参加していたが、病院団体が参加している都道府県は 19 都道府県 (48.7%) であった。また、住民が参加しているのは 16 都道府県 (41.0%) であった。そして住民の意見を聴取する方法として最も多かったのはパブリックコメントであり、34 (87.2%) の都道府県で実施していた。なお、計画策定に使用した予算には大きなばらつきがあり、最も低いところでは 0、最も高いところでは 2 千万円弱、平均約 300 万円であった。

計画策定のための情報の収集状況を見ると、既存の都道府県庁関連部局が行っているケースが多かった (84.6%)。データ分析の実施主体も同様に既存の都道府県庁関連部局が行っているケースが多く (82.1%)、コンサルタントなどの民間機関を利用したのは 4 (10.3%) であった。既存のデータのうち計画策定過程で利用されていた割合が高いものは、国民医療費、医療施設調査・病院報告、将来人口推計、国勢調査、人口動態統計、患者調査、老人保健事業報告などであった。このうち、国民医療費、病院報告、将来人口推計、国勢調査、患者調査は国が示した「標準的な都道府県医療費の推計方法」において推計時に使用する基礎データとして挙げられている。その他、各都道府県の国民健康保険団体連合会が実施したレセプトデータ分析結果が 12 (30.8%) の都道府県で用いられていたが、被用者保険のレセプトデータを分析した都道府県はなかった。一方、計画策定の上で必要性が高いにもかかわらず入手できないデータがあったと回答した都道府県が 15 (38.5%) あり、

具体例として、国民医療費の詳細な分析結果（都道府県別の性・年齢別データ等）、公費負担医療費のデータ、住所地別の医療費データ、都道府県別の疾病別医療費、患者調査といった官庁統計の個票などが挙げられた。計画策定に関して都道府県独自の調査を行ったのは17（43.6%）であり、その内容は療養病床に関する調査のほか、都道府県版の健康・栄養調査などであった。独自に医療費に関する調査を実施した都道府県は3（7.7%）であり、老人医療費に係る診療報酬明細書調査、歯科保健と老人医療費の関係に関する調査、レセプトデータと健診結果データを突合した分析がそれぞれ行われていた。こうした分析では、地方衛生研究所や国民健康保険団体連合会、その他関係組織による国民健康保険等の医療費分析報告書の結果が活用されているケースもみられた。

計画内容の実施に関しては、すでに独自の活動や他事業の一環として行っているところが多く、健康診査、保健指導実施に向けての保険者の指導を行っている都道府県が29（74.4%）、医療機能分化・連携促進に関する事業を行っている都道府県が24（61.5%）、市町村の啓発活動を行っている都道府県が20（51.3%）であった。また、医療費適正化には、保険者指導、市町村啓発、医療機能分化・連携、病床転換、一般市民向啓発活動のどれが最も効果的かという質問では、これらの項目のいずれかをあげた都道府県はほとんどなく、その他として診療報酬の改定を挙げた都道府県が2（5.1%）、生活習慣病対策を挙げた都道府県が3（7.7%）あった。

在院日数短縮に向けて都道府県独自の事業を行っているのは12（30.8%）であり、その多くは地域連携クリティカルパスの開発や推進事業など、地域医療連携体制の構築支援に関する事業であった。その他、精神障害者の地域生活移行支援事業を行っている都道府県が2（5.1%）あった。

計画の評価主体について尋ねたところ、既存の都道府県庁関連部局としたのが29（74.4%）、委員会・協議会としたのが18（46.2%）であった。また、評価の対象は、「設定した目標値の達成度」がもっとも多く32（82.1%）、ついで「医療費の動向」が23（59.0%）、関連事業の進捗状況の評価とした都道府県が4（10.3%）であったほか、未定あるいは検討中が2（5.1%）であった。評価結果の公表方法を尋ねたところ、ホームページ上で行うとした都道府県が22（56.4%）、検討中もしくは未定としたのは13（33.3%）であった。

考察

本アンケート調査の結果から、今回の都道府県医療費適正化計画は策定までの期間が短く、既存の部署による都道府県の現状分析にとどまっている都道府県が多いことが明らかとなった。ヒアリングをした北海道、沖縄でもこの点は指摘されており、計画の中間評価の際に新たな行動計画を付け加えていくとの回答が得られた。

策定過程の委員会体制をみると、委員会・協議会に病院団体が参加した都道府県は半数以下であった。都道府県医療費適正化計画では平均在院日数の数値目標を定めたいうえで、その短縮を目指すことが求められている。平均在院日数の短縮では、病院における業務改

善や診療の標準化、地域における医療機関の機能分化の推進や医療連携体制の構築などが必要となる²⁾など、病院の果たす役割も大きい。こうした取り組みについて計画策定過程で十分に議論し、計画に盛り込むためにも、策定委員会・協議会に病院関係者加える必要があると考えられる。

国が示した都道府県医療費の将来推計に用いるデータの利用率は高かったが、地域保健事業報告などそれ以外のデータの利用率は低かった。特に医療費データを見ると、用いられているデータは国民健康保険のものが中心で、被用者保険のデータを用いたと回答した都道府県はなかった。被用者保険データ分析の必要性を指摘する回答もあり、今後、保険者協議会を活用するなど、被用者保険データの活用を進めるための体制づくりが課題と考えられる。また、被用者保険データ以外にも、計画策定のために必要なデータが不十分であったとする回答が多く、個票データの目的外使用申請をしている例もあった。都道府県は国の示す指針に沿って医療費適正化計画を策定することとされるが、国は指針を示す際に、計画策定に必要なデータ分析を迅速に行えるよう、データ利用の利便性を高める措置を同時に進めることが必要と考えられる。

一方、計画策定におけるデータ分析体制をみると、データの収集、分析ともに既存の都道府県庁関連部署が行っていることが明らかとなった。厚生労働省による医療費適正化計画策定指針には、医療費の現状分析に関する具体的な分析モデルは示されておらず、都道府県によってその分析内容は様々である。都道府県医療費に関する現状分析では、疾病別の有病状況や医療費を性別、年齢階層別、療養形態別などの視点から観察するなど、レセプトデータを用いた分析³⁾が必要となる。取り扱うデータ量を考慮すると、レセプトデータを用いた分析を短期間のうちに、既存組織内部で行うことは難しい。アンケート結果でも必要性を感じながらも使用できなかったデータとして挙げた都道府県があった。しかしその一方で、国民健康保険に限ってはいるが、レセプトデータの分析結果を活用している都道府県もあった。例えば、沖縄県では、地方衛生研究所が継続して老人医療費の分析⁴⁾を行っており、その結果が計画策定過程で活用されていた。また、東京都福祉保健局は東京都国民健康保険団体連合会の疾病別医療費分析システムを用いて国民健康保険のレセプトデータ分析結果をまとめ⁵⁾、医療費適正化計画に引用している。このように、このほかにも都道府県によっては地方衛生研究所や国民健康保険団体連合会が、計画策定時点で既に医療費分析の基盤を構築している場合があり、そうした地域では医療費分析結果の活用が進んでいた。今後レセプトデータを用いた医療費分析を一層進めるために、こうした関連機関との協働による体制づくりが有用と考えられた。

指針に示される医療費の将来推計モデルは、都道府県の疾病別有病率や疾病別医療費などといった医療費分析の結果を反映するモデルとはなっておらず、都道府県の特性を反映する変数は医療費の伸び率、平均在院日数の短縮による医療費適正化率に限られる。また、健康診査の結果などから把握される地域の健康水準も考慮されない。さらに、医療費適正化の柱のひとつとされる生活習慣病対策実施に伴う医療費削減効果は全国一律に設定され

ており、その根拠は不明確である。疾病によって異なる療養の形態や治療内容は医療費の発生にも関連する。そのため、医療費の将来推計にあたっては疾病構造を考慮する必要があると考えられるが、現在のところこうしたことを考慮した医療費推計モデルは確立していない。

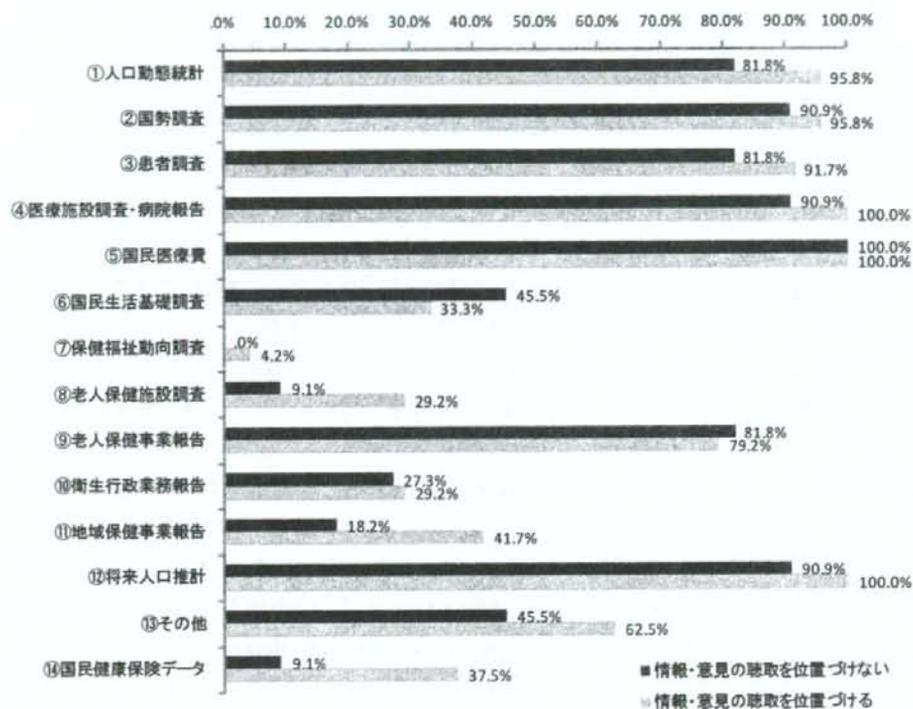
現在の医療費適正化計画策定プロセスは、全国で画一的であり、医療費推計モデルについても都道府県によって異なる疾病構造や医療費の特性、健康水準を反映するものとはなっていない。計画の説明責任を明確にし、今後より具体的な医療費適正化を進めるためには、疾病別受診率や医療費の疾病別構成割合などを反映し、明確な根拠をもち、政策評価が可能な医療費推計モデルの構築が必要と考えられる。

本研究は平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究（主任研究者：長谷川友紀）」の一環として実施した。

参考文献

- 1) 厚生労働省告示第 149 号：医療費適正化に関する施策についての基本的な方針。2008.
- 2) 平尾智広：データ収集と計画の追跡評価。保健医療科学。55(4); 332-336. 2006.
- 3) 鹿妻洋之：医療費分析と医療費適正化計画。保健医療科学。55(4); 326-331. 2006.
- 4) 沖縄県福祉保健部医務・国保課、沖縄県衛生環境研究所：沖縄県における老人医療費の動向。2007.
- 5) 東京都福祉保健局：平成 19 年度東京都医療費分析報告書。2007.

図 1 委員会・協議会の位置づけと各統計データの利用の関係 (N=39)



第6章 米国医療の質に基づく支払制度のレビュー

1. はじめに

医療技術が進歩、成熟化し、あたりまえ品質化するとともに、医療の質と安全についての社会的関心も増大している。現在の医療システムは、このような医療ニーズの高度化に必ずしも対応しておらず、医療スタッフの需給、労働環境、教育システム、IT化、医療安全などの面で、早急かつ全面的な対応を迫られている。2001年に米国 Institute of Medicine (IOM)が公表したレポート Crossing Quality Chasm では、(1) 米国において受けてしかるべき医療の質と、実際に受けている医療の質の間に大きな乖離(chasm)が存在すること、(2) 疾病構造が単一施設内で治療が完結することの多い急性疾患から、多様な施設が医療サービス提供を連携して行う必要がある慢性疾患に移行するにつれてその乖離は増大することが危惧されること、(3) これに対応するためには医療システムの大幅な再編成が必要になることを明らかにした。また、良質で効率的な医療提供にインセンティブを与える診療報酬支払いシステムを導入すべきとの提案を行っている。

医療の質は、1910年代の外科医師 Codman E.、1870年代の看護師 Nightingale F.らの臨床指標を用いた結果(outcome)の測定に始まった。結果は最も重要な情報であるものの、長期予後など情報によっては容易に得ることができないことから、Donabedian A.は、1960年代に状況に応じて構造(structure)、過程(process)、結果の3つの視点から評価すべきであると概念整理を行った。その後、World Health Organization の World Health Report 2000 など、いくつかの評価の枠組みを設定し医療システムの評価を行う試みがなされるようになった。

このような経緯を経ることにより、かつては医療の質は精神論的に議論されることが多かったが、現在では、医療の質は、適切な指標を用いることにより測定可能かつ可視化可能であり、管理の対象であり、質向上を目的とした積極的な資源投入の対象であると認識されるにいたっている。

2. P4P(pay for performance)の導入

米国は複雑な医療制度を持ち、メディケア、メディケイドなどの公的医療保険の占める割合は限られているもの、医療サービス提供のあり方に大きな影響力を有している。メディケアでは医師の診療報酬は SGR (sustainable growth rate)に基づいて設定されている。これは、経済成長率に基づいて医療費目標 (target spending)を定め、実際の医療費 (actual spending) と比較し、翌年の診療報酬を決定する仕組みであり、後者が前者を上回った場合には、価格の引き下げがなされる。しかしながら、診療報酬の引き下げは、医師会などの反対を招き政治問題化しやすいために、診療報酬の引き下げをしなければならない状況においても実際には引き上げが十分に行わ

れない状況をしばしば生じるため、特に2003年以降は医療費抑制が十分に機能しなかった。このため新たな診療報酬支払い方法として、2005年に Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)は、P4Pが病院、在宅医療、医師の診療報酬支払いに導入されるべきであると提言した。さらに、Deficit Reduction Act of 2005 (2005年財政赤字削減法)は、2007年までにMedPACがSGRに替わる医師の診療報酬支払い方式について議会に報告を行うこと、2009年にはP4Pが病院の診療報酬支払に導入されることを要求している。診療報酬支払にどのようなP4Pが望ましいかについて、2004-2006年までの3年間をかけてCMSが10のパイロットプロジェクトを実施し、効果を検証中である。

3. 解決すべき問題

質を反映した診療報酬が合理的であることは容易に理解できるものの、制度設計に当たってはより詳細な情報が必要である。具体的には以下のような課題について回答を得る必要がある。

(1) どのような臨床状況に適用すべきか

予防、急性疾患、慢性疾患のどれに適用すべきか。

(2) 何を根拠として(質をどのように定義するか)

病院の順位に基づくべきか、一定の基準を定めてそれを満たしているか否かで判断すべきか、あるいは改善度合いで判断すべきか。改善度合いに基づく場合には、スタート時点で質の低い医療機関が有利になるなどの問題を生じかねない。

(3) 誰に(支払い対象)

医師個人、医師グループ、病院のどれを支払い対象とすべきか。現在、メディケアでは医師グループを対象にした支払いは行っていない。また、慢性疾患では患者の生活習慣、治療への協力が重要な要素となっている。この場合には、患者も支払い対象(医療費の還元などの形で)に含めるべきではないか。

(4) 質の何に焦点をあてて

質のうち過程、結果のどちらに、あるいは双方に焦点をあてて情報収集および評価を行うべきか。

(5) 不適切なケアをしないためのインセンティブは有効か

不適切なケアに対して、これを阻止するようなインセンティブ(減額査定など)は有効か。

(6) 理想的なインセンティブのパッケージは

診療報酬、監査、情報のフィードバック、IT によるベンチマークなどの支援、リマインダー、表彰などのインセンティブのうち、どのような組み合わせが有効か。このうち診療報酬は、そのうち何%位を質に連動させることが有効か。

(7) 中止した後も効果は持続するのか

インセンティブは永続的に続けるべきか、あるいは期間を定めて実施すべきか。後者の場合、インセンティブを廃止した後も効果は持続するのか。

4. 文献レビュー

上記の課題に対して、これまでどのような知見が得られているかについて、最近 2 件の文献レビューが実施された。Petersen LA らは、P4P は医療の質改善をもたらすかについてのシステマティックレビューを行った¹⁾。1980 年 1 月より 2005 年 11 月までに、PubMed を用いた文献検索と、検索された論文に引用されている文献を対象に、原著論文で財政的インセンティブと医療の質の測定結果との関連を論じたものをレビューの対象にした。ただし、コントロールのないもの、ベースラインデータのないものは除いた。17 論文が該当し、うち 13 論文では医療の過程を対象とし、その大部分は予防に関わるものであった。インセンティブの対象別では、

- ・ 医師個人を対象にしたものでは、5/6 で (部分的を含む) 肯定的
- ・ 医師グループを対象にしたものでは、7/9 で (部分的を含む) 肯定的
- ・ 診療報酬支払いシステムを対象にしたものでは、1/2 で (部分的を含む) 肯定的

な結果が報告された。また、4 論文では意図しない結果として、重症患者の受け入れを避ける adverse selection、入院時に実際より重症である登録し回復度合いを強調しようとする up-coding、同様に喫煙者を多く登録し禁煙指導の実績を上げようとするなどが認められた。制度設計に当たっては、意図しない結果を回避するためのモニタリングを含めて注意が必要であろう。Rand Health の Sorbero M らは、メディケアへの P4P 導入にあたっての問題点を整理し報告書にまとめている²⁾。1999 年 1 月より 2006 年 4 月までの PubMed、ABIInform、PsycInfo、CINAHL を用いた文献検索により、P4P の効果について明らかにした 15 論文を得た。このうち最も信頼性の高い情報をもたらす RCT は 7 論文あり、4 論文では (部分的を含む) 肯定的な結果を、3 論文では無効との結果を報告していた。無作為化されていないコントロールを有する (Quasi-experimental) 2 論文では、2 論文とも (部分的を含む) 肯定的な結果を報告していた。コントロールを有さない pre/post の比較を行った 6 論文では、4 論文が (部分的を含む) 肯定的な結果を、2 論文では無効との結果を報告していた。より信頼性の高い研究デザインにおいても、一貫した結果が得られていないことは、P4P の実証的研究が技術的にも困難であることを示唆している。結果の要約を表 1 に示す。

2つの包括的なレビューの結果からは、P4Pの医療の質にもたらす影響についてのこれまでの知見は、(1)対象領域が限定され、観察期間が比較的短い、(2)コントロールを欠く、あるいは医療提供者のサンプル数が少ないなど、信頼性の低い研究が多い、(3)研究結果に影響をもたらす可能性のある背景要素(インセンティブが医師の収入に占める割合など)について十分な情報が得られない、ことから不十分であり、P4Pの有効性について判断を下すことは時期尚早であると考えられる。

表1 文献レビュー結果の要約(参考文献2に基づいて作成)

報告者	発表年	研究デザイン	対象領域	インセンティブの対象+	医療の内容*	結果**
Amundson	2003	Pre/post比較	過程	PCP、専門医、医療機関	P	positive
Armour	2004	Pre/post比較	過程	PCP	P	positive
Fairbrother	1999	RCT	過程	PCP	P	positive
Fairbrother	2001	RCT	過程	PCP	P	partial effect
Fairbrother	1997	Pre/post比較	過程	PCP	P	partial effect
Francis	2006	Pre/post比較	過程、効率、患者満足	PCP、専門医	T	partial effect
Grady	1997	RCT	過程	PCP	P	negative
Greene	2004	Pre/post比較	過程、効率、患者満足	PCP、専門医	T	positive
Hillman	1998	RCT	過程	PCP、専門医、医療機関	P	negative
Hillman	1999	RCT	過程	PCP、専門医、医療機関	P	negative
Kouides	1998	RCT	過程	PCP	P	partial effect
Levin-Schertz	2006	Quasi-experimental	過程	PCP、専門医、医療機関	P/T	partial effect
Morrow	1995	Pre/post比較	過程、効率	PCP	P	positive
Rosenthal	2005	Quasi-experimental	過程	PCP、専門医、医療機関	P	partial effect
Roski	2003	RCT	過程	PCP、専門医、医療機関	P	partial effect

+インセンティブの対象: PCP primary care physician

*医療の内容: P 予防、T 治療

**結果: positive 有効、partial effect 部分的に有効、negative 無効

5. P4P の拡大

P4P が医療の質にもたらす影響については、いまだコンセンサスは得られていないものの、P4P を診療報酬の支払に導入する動きは急速に拡大している。Med-Vantage, Inc の調査によれば、米国では 2005 年 12 月現在で 130 組織（保険者など）が 157 の P4P プログラムを用いて 5000 万人に医療サービス提供を行っている³⁹。最近の P4P の拡大は目覚ましいものがある。また、Mathematica 社が 600 以上の病院経営者に対して行った電話調査では、病床規模、P4P への参加経験に関わらず、大多数（93%）が P4P の拡大に賛成であること、評価項目の選定が重要であり、1 つの病院が複数の P4P プログラムに参加する状況では、それらの整合が重要であることが示唆されている⁴⁰。Rothenal M. らは、米国の 10 万人以上の被保険者を有する 252HMO（うち 242 が回答）のうち、90%が病院を、38%が医師を対象にした P4P を導入していること、医師への支払は医師グループを対象としたものが多いこと、日常的な管理を行うかかりつけ医（primary care physician）の役割が大きいことを報告している⁴¹。メディケアで医師への支払に P4P の導入を検討するには、医師グループを対象とした支払を現行では行っていないこと、かかりつけ医の制度がないこと、もし診療報酬の 5%以上の比較的大きな財源をインセンティブとして用いるならば、支払のベースラインの引き下げが必要となることが問題となることを指摘している。

表 2 米国における P4P の拡大（Med-Vantage, Inc の調査による）

2004 年	84 プログラム	39M i l をカバー
2005 年	107 プログラム	55M i l をカバー
2008 年（予測）	160 プログラム	85Mil をカバー

表 3 医師と対象とした P4P で用いられている指標（n=113）（文献 5 より作成）

（臨床の質指標）	
血圧コントロール	35 (31.0%)
喘息治療	80 (70.8%)
糖尿病ケア	98 (86.7%)
抗うつ剤管理	42 (37.2%)
マンモグラフィー	85 (75.2%)
（インセンティブの方式）	
高順位	36 (31.9%)

一定の基準を満たした場合	70 (61.9%)
改善度合いに基づいて	23 (20.4%)
不明	8 (7.1%)

6. 情報公開とパイロットプロジェクト

米国では、Joint Commission が病院の第三者評価、認定を行っている。1998 年からは Oryx プロジェクトとして、病院の任意参加の下で臨床批評を用いたアウトカム評価を実施している。2002 年からは、Joint Commission と CMS は共同して Hospital Quality Alliance を実施し、一定の臨床指標について病院からデータの提供を受け、Hospital Compare としてインターネット上に公開している⁶⁾。2003 年には、APU (Medicare's Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update)によりメディケアで満額の支払を受けるためにはデータ提供が必要であるとされ、2004 年には 98%とほぼ全ての病院がデータ提供を行っている。臨床指標も、当初は 10 のみであったが、現在は 22 指標に拡充されている。

米国では、さらにメディケアへどのような P4P を導入すべきかについて、10 の実証研究が実施された(表 5)。このうち代表的な Premier Hospital Quality Incentive Demonstration は 250 以上の病院が任意で参加している 2004 年より 3 年間の時限のプロジェクトである⁷⁾。5 疾患(急性心筋梗塞、CABG、心不全、肺炎、膝・股関節置換術) 34 臨床指標について参加病院はデータを提出する。各疾患について、上位 10%の病院には 2%、上位 11~20%の病院には 1%が診療報酬に加算される。また、下位 20%の病院には、初年度の成績に基づいて 3 年目に到達すべき目標値が設定され、達成しない場合には 1~2%の減算がなされる。インセンティブに用いられる総費用は初年度 8.69 百万ドルであり、123 病院に 900 ドル~84.7 千ドルが支払われた。初年度と比較して 2 年目には 5 疾患の全てで、臨床指標の平均値の改善、ばらつきの減少が認められた(図 1)。

Lindennauer P. らは、Premier プロジェクトに参加している 207 病院と、Hospital Compare にデータ提供のみを行っている 406 病院について、14 臨床指標を比較し、両者ともにパフォーマンスの改善が認められるが、データ提供に加えて診療報酬上のインセンティブを与えられている病院の方が改善の度合いが高いことを報告している⁸⁾。P4P が医療の質について与える影響について、徐々に良質のエビデンスが構築されつつあることが伺える。

英国では、3 年間の試行を経て、2004 年より家庭医の診療報酬に Quality and Outcome Framework を導入した⁹⁾¹⁰⁾。これは 10 の慢性疾患、患者満足度調査、がん検診などに関連した 146 臨床指標を設定し、達成度に応じて診療報酬を支払う P4P の 1 つである。満点は 1050 点で、1 ポイントについて 128 ポンドが診療報酬として支払われる。2004 年と 2005 年の比較では、コレステロール低下 71%⇒79%、アスピリン/抗凝固剤使用 90%⇒94%、β遮断剤使用 63%⇒68%、インフルエンザ予防接種 87%⇒90%、平均点 958 点⇒1011 点と改善が認められるものの、満点を取った医師の割合が 2.6%⇒9.7%と急増し、医療費の増加をもたらした。現在は、

専門医にも P4P の導入が検討されている。P4P を導入するにあたっては、到達すべきレベルの設定が重要かつしばしば困難であることを示していよう。

表 4 Hospital Compare で用いられている臨床指標（文献 6 より著者作成）

（急性心筋梗塞）

- ・来院時のアスピリン投与
- ・退院時のアスピリン処方
- ・左室収縮不全に対する ACE 阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
- ・来院時の β 遮断剤の投与
- ・退院時の β 遮断剤の処方
- ・来院 30 分以内の血栓溶解治療
- ・来院 90 分以内の PCI
- ・禁煙指導

（心不全）

- ・左室機能の評価
- ・左室収縮不全に対する ACE 阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
- ・退院時指導
- ・禁煙指導

（肺炎）

- ・血液酸素濃度測定
- ・抗生剤投与の開始時間
- ・肺炎球菌のワクチン接種
- ・インフルエンザのワクチン接種
- ・抗生剤投与前の血液培養
- ・適切な抗生剤選択
- ・禁煙指導

（手術創ケア及び感染予防）

- ・切開 1 時間以内の予防的抗生剤投与
- ・手術終了後 24 時間以内の予防的抗生剤投与中止
- ・適切な予防的抗生剤選択

表5 メディケアで行われている P4P パイロットプロジェクト

Hospital	Physician	Nursing home
Hospital Compare	Medicare Physician Group Practice Demonstration	Nursing Home Compare
Premier Hospital Quality Incentive Demonstration	Medicare Care Management Performance Demonstration	Nursing Home P4P Demonstration
Medicare Health Care Quality Demonstration	Physician Voluntary Reporting Program	
Reporting Hospital Quality for Annual Payment Update		
Gainsharing Demonstration		

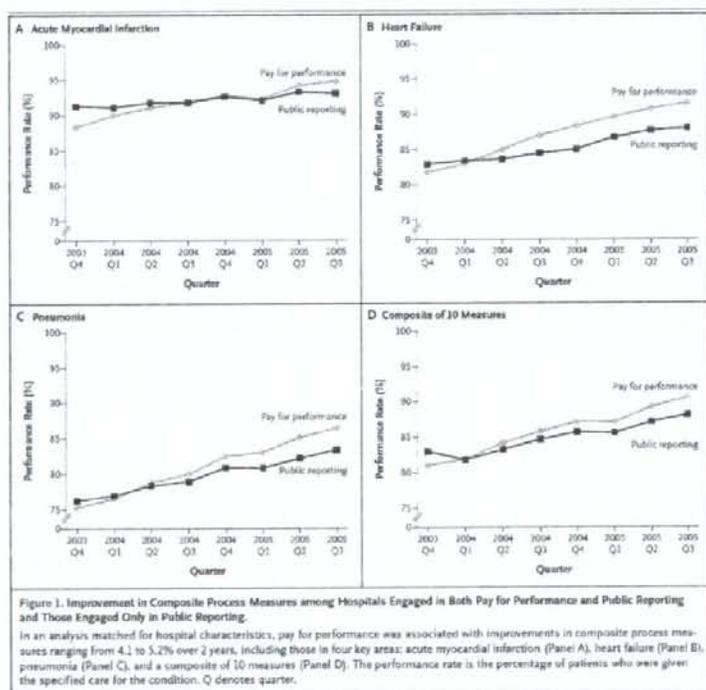


図1 急性心筋梗塞、心不全、肺炎、10指標の合計にみるパフォーマンスの改善度合いの比較 (文献7より引用)

Hospital Compare へのデータ提供のみ(Public reporting)と比較して、診療報酬上のインセンティブを与えられた病院(Pay for performance)では、パフォーマンスの改善度合いが大きい。

7. 今後の展望

主として米国の状況を中心にレビューを行ったが、一般に、医療情報の整備・公開は、当初は医療機関の任意により始まり、次いで制度化され、さらに診療報酬などインセンティブとリンクされるというプロセスを経て、発展・定着するという段階が伺えて興味深い。英米では第三段階の検討がなされ、日本では第二段階への移行準備中である。

P4P は、いまだ試行段階にあるものの、医療の透明性と質を向上させる上で大きな潜在能力を有する。P4P の円滑な導入には、医療情報の整備公開は必須である。日本では 2006 年の医療法第六次改正により、2008 年より医療機能情報提供制度が導入される予定である。これまで医療法に定める広告規制の下、医療情報の公開は医療機関の任意であったが、今後は総ての医療機関は一定の情報の整備・公開が求められることになる。公表対象の情報は、現行では、医療機関についての基本的な情報、事実や実績に関する情報のみであるが、今後は、治療成績（アウトカム情報）など評価に関する情報にも拡大されることが望ましい。それとともに診療報酬上のインセンティブ付与の方式についても、諸外国の知見、日本での実証実験をもとに、どのようなインセンティブが適切であるか検討されることが望ましい。

参考文献

- 1) L, Woodard L, Urech T et al: Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 145: 265 – 272, 2006
- 2) Sorbero M, Damberg C, Shaw Rebecca et al: Assessment of Pay-for-Performance Options for Medicare Physician Services: Final Report, Rand Health, Santa Monica, 2006
- 3) Healthcare Informatics: Pay for performance (http://www.medvantage.com/Pdf/Health_Informatics_P4P_2_06_9_Trends.pdf), last accessed on Mar 31, 2008
- 4) Felt-Lisk S et Laschober M: Are Hospitals Ready and Willing? (www.mathematica-mpr.com/publications/pdfs/P4P.pdf), last accessed on Mar 31, 2008
- 5) Rosenthal M, Landon B, Normand SL et al: Pay for Performance in Commercial HMOs. *NEJM* 355: 1895-1902, 2006
- 6) Hospital Compare - A quality tool for adults, including people with Medicare (<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Static/Data-Professionals.asp?dest=NAV|Home|DataDetails|ProfessionalInfo#measureset>), last accessed on Sep 2, 2007
- 7) Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/35_HospitalPremier.asp), last accessed on Sep 2, 2007
- 8) Lindenauer P, Remus D, Roman S et al: Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *NEJM* 356: 488-496, 2007

9) UK Department of Health QOF guidance (http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653) , last accessed on Mar 31, 2008

10) Doran T, Fullwood C, Gravelle H et al: Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *NEJM* 355: 375-384, 2006

第7章 メディケア Value Based Purchasing の概要

1. はじめに

米国では、1990年代後半に医療現場における患者の安全確保や、医療の質向上への関心が特に高まった。米国 Institute of medicine (IOM) は、1999年の報告書 *To Err is Human* において、国家的な課題として患者安全の確保と、医療の質向上の必要性を明確に提示した。そして2001年の *Crossing the Quality Chasm* では、提供されてしかるべき医療と、実際に提供されている医療の間に大きな乖離があることを示し、保健医療提供システムのすべてのレベルにおいて変革が必要であることを指摘した。特に医療の質に応じたインセンティブの創出と導入、質の改善や説明責任、消費者の選択に役に立つ情報の整備を提言した。これらの報告は、州レベルの医療の質向上への取組みに大きな影響を与えただけでなく、米国連邦政府レベルの政策にも影響を与え、質の向上を目指して臨床指標データを収集し、その結果を公開する制度の導入、さらに臨床指標を基に評価された医療の質に応じて診療報酬を支払う *pay for performance* (P4P) の概念へと展開してきた。本稿では、米国における P4P 導入までの経緯と現況、さらに 2009 年からメディケアに導入される P4P プログラムである *Value-Based Purchasing* (VBP) について概観する。

2. Pay for Performance 導入以前 —カリフォルニア州の事例

カリフォルニア州では、米国内の他の州と同様に 1980 年代からマネジドケアの導入が拡大した。しかし 1990 年代になって、全米でマネジドケアによる給付拒否などの問題が顕在化すると、マネジドケアへの不満が高まり、カリフォルニア州のヘルスプランと臨床医グループは、彼らのそれまでのマネジドケアのあり方を再検討するようになった。

1990 年代の終わりごろから、カリフォルニア州のヘルスプランは臨床医グループの運営管理状況に対して支払っていたインセンティブを、質の改善を促すインセンティブへと切り替えていった¹⁾。これらのヘルスプランや主要なサービス購入者は、臨床医グループ間のパフォーマンスの比較が可能となる情報の公開と、パフォーマンスが良好な臨床医グループの表彰も始めた。こうした取組みは、ヘルスプラン側の意図にもかかわらず、臨床医からの憤りを増大させた。当時、それぞれのヘルスプランが独自にパフォーマンスを測定、評価しており、例えばあるヘルスプランで上位に評価された臨床医が、他の評価では平均的に位置付けられることなどがあった。さらに、各ヘルスプランは情報公開や財政的インセンティブに必要な十分なデータを確保できずにいた。一方、臨床医からは、パフォーマンス測定項目やレポート形式の統一化への要望も出されていた。こうした背景から、医療の質に基づく支払いに関する横断的な組織づくりの必要性が

指摘されるようになり、雇用者および保健医療サービス購入者の代表、臨床医組織の代表、ヘルスプランの代表による検討を経て、1996年に州内をカバーする Integrated Healthcare Association (IHA) が設立された¹⁾。こうした経緯から IHA には設立当初から州内の主要な利害関係者の参加が認められた。

IHA は、2000 年より明確にされたパフォーマンスに基づいて臨床医に報酬を支払う、カリフォルニア州内の統一された PFP 枠組みの構築を始めた。2001 年には州内の主要なヘルスプラン 6 組織の協力を得て、臨床医グループのパフォーマンスを共通項目で測定することと、パフォーマンスに基づく財政的なインセンティブを導入することの 2 つの事項について合意した。その後、2003 年から本格的にパフォーマンスの測定が開始され、各ヘルスプランがその結果を活用することとなった²⁾。

2007 年現在、IHA には 8 つのヘルスプラン、228 の臨床医グループに所属する 4 万人の臨床医が参加しており、IHA による PFP プログラムは米国内最大規模である。臨床指標データの収集は National Committee for Quality Assurance (NCQA) の協力のもとに行われている。IHA が用いるパフォーマンス測定項目は、毎年改訂されていて、例えば 2003 年には臨床、患者による経験、情報技術への投資の 3 領域から構成されていたが、2008 年の最新版では臨床、患者による経験、情報技術の活用、糖尿病ケア、効率化、報告可能な非支払的要素の 6 領域に拡大している。これらのパフォーマンス測定には、NCQA によって開発された Health Employer Data Information Set (HEDIS) が活用されている³⁾。HEDIS はヘルスプランによって提供されるケアとサービスの質に関するデータを収集するためのツールであり、全米の 90% 以上のヘルスプランで用いられている。

IHA は、PFP の導入により各利害関係者それぞれに利得があるとしている。例えば、消費者にとっては、医療機関選択時に有用な情報やより良好なヘルスケアの享受、臨床医グループにとっては、質の改善に費やした過去の投資への報酬、情報技術やインフラストラクチャの改善への布石、臨床医個人にとっては、個別にフィードバックされるデータの活用、同僚とのベンチマーキング、購入者にとっては、提供者の特性を十分に識別する正確な測定、ヘルスプランにとっては、提供者レベルにおけるシステムの改善などである。

3. 3rd National Pay For Performance Summit

IHA による P4P プログラムは米国内で先駆的であり、かつ規模も大きい。そして、IHA は P4P の更なる展開を目指し、専門家と政策策定者による P4P の構造と適切な役割について議論する場として、National Pay For Performance Summit を 2006 年から毎年開催している。

2008 年 2 月 27 日から 2 月 29 日に米国カリフォルニア州ビバリーヒルズのザ・ビバリーヒルトンホテルにて開催された 3rd National Pay For Performance Summit では、講演形式のプレゼンテーションの他、パネルディスカッションにより、先駆的な研究者や政策策定者、P4P 運営者による情報提供、ケーススタディなどが紹介された。さらに、P4P プログラムのデザイン、

メディケアにおける P4P プログラム、メディケイドにおける P4P プログラム、パフォーマンス測定の標準化、P4P における効率的な測定方法のあり方、情報技術の活用や、データ収集の方法などの個別テーマについても議論の場が提供された。会議には研究機関のほか、連邦政府、州政府、ヘルスプラン、医療機関、保健医療情報システム企業、コンサルティング企業等に所属する約 600 名が参加した。

会議において、Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) の Carolyn Clancy CEO は、病院で提供されるケアの質、コスト、価値を測定する Hospital Quality Alliance や臨床医レベルでのパフォーマンスを測定する Ambulatory Care Quality Alliance (ACA) などを通じて、連邦政府として医療の質の向上にこれからも積極的に取り組んでいくことを示した。また、人種や加入保険に基づく不均衡への対応を今後さらに重視していくこと、メディケアに導入する value-based purchasing を通じて、質の高い医療への支払いを強化し、質の低いケアへの支払いを削減する方針を強調した。

ヘルスプランの立場から講演した America's Health Insurance Plan (AHIP) の CEO は、質測定への統一的な取組みを今後を進めること、医療機関に対してデータの収集と公開、質に基づくコンセンサスの再認識を求めるほか、それらの消費者への周知、説明も同時に進めることを示した。

また、American Hospital Association (AHA) の次期会長は、Pay For Performance は医療の質向上に関する有用なツールであるとの認識を強調し、今後、臨床ニーズへの対応を引き続き重視し、バランスの取れた意思決定を目指すこと、ペイメントシステムリフォームに対応していくこと、臨床医の段階におけるデータ収集を強化するとともに、収集されたデータの利活用をより一層進めることを示した。

各利害関係団体が P4P 促進を明確に打ち出すなか、American Medical Association 次期会長は、臨床データの収集と公開について、臨床医間での認識をさらに向上させることを明言する一方で、臨床指標に含まれない部分の評価の重要性を強調し、P4P を含めた種々の規制により、臨床医に限界感・焦燥感が漂っていると示した。

IOM 在籍時に患者の安全確保や医療の質向上の必要性を提示し、現在はヘルスケアに関する質の測定と公開の改善に向けた事業を行う NPO 組織である The National Quality Forum (NQF) の CEO である Janet M. Corrigan 氏は、NQF では医療の質評価、測定項目などの検討について、これまでに 7 年間の蓄積があり、指標は大幅に改善していることを示した。今後のパフォーマンス測定として、個人、集団それぞれのアウトカムを測定するにあたり、腰痛や急性心筋梗塞等のように患者の疾病毎に焦点を当てていく必要があることを示した。また、その疾病に関する疾病予防や治療、リハビリテーションなど、地域住民や患者の持つ疾病の各コンディションに応じた測定が求められているとした。例えば、腰痛を対象疾患とした場合では、集団を高リスク群、診断・初期治療群、インフォームドチョイス群、手術・医学的処置群、フォローアップ・予防群、予後良好群、慢性障害群等に分け、各群に応じたパフォーマンス測定が必要であることを示した。そして、今後（電子診療録の普及などに伴って）さらに得られる情報が増えた場

合を想定して P4P を検討している段階であると述べた。

2009 年 10 月からメディケアにおける P4P プログラムである Value-Based Purchasing (VBP) の導入が予定されており、本会議においても関連したいくつかの情報提供があった。Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) の VBP 担当ディレクターは、VBP の仕組みを紹介するとともに、その経過が順調にすすんでいることを報告した。次項ではこの VBP を概観する。

4. Value-Based Purchasing⁴⁾

2006 年 10 月、米国大統領により、(1) 連邦政府が関与するヘルスケアの質と効率の向上すること、(2) 双方向情報技術を用い、ヘルスケアの質と価格に関する透明性を高め、プログラム受益者、参入者、提供者それぞれに対する良好なインセンティブを活用すること、(3) 民間と非連邦の公的セクター双方に関する、関係者に有用な情報の整備を図ることがそれぞれ指示された。これに基づき、米国保健省 Department of Health and Human Services (DHHS) は、双方向情報技術を用いたヘルスシステムの融合、質に関する情報の収集と公開、価格に関する情報の収集と公開、質が高く、費用効果に優れたケアを促進するインセンティブの活用をそれぞれ基本理念とする改革へのビジョンを示した。さらにメディケア、メディケイドの運用を担う CMS は、ケアの安全性、効果、即時性、患者中心、効率性、公平性それぞれの促進を改革の目標として示した。すなわち、これまでケア提供の質よりも量を重視し、ケアの質改善へのインセンティブと支援が欠如していたメディケアは、プログラムの購入価値に着目し、受動的な支出者から積極的な購入者への変革を進めることとなった。こうした背景に加え、2004 年から CMS が進めてきた試行的 P4P プログラムの結果を踏まえて、メディケアにおける医療の質に基づく支払の仕組みである VBP が導入されることとなった。

メディケアでは、2005 年度から Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update (RHQDAPU) が導入されており、公的に報告された各病院の入院患者へのケアパフォーマンスに基づき、病院毎に異なる診療報酬が支払われている。VBP は、RHQDAPU の医療の質に関する報告システムを基盤とし、情報の公開と財政的なインセンティブを組み合わせ、かつ臨床ケアの質向上、患者中心主義と効率化を目指す新たな仕組みである。

VBP では病院毎にパフォーマンススコアを計算し、その結果が診療報酬に反映される。パフォーマンスは、ケアプロセス、患者満足度調査、生存率等の領域別スコアをまず算出し、それらをもとに総スコア (VBP Total Performance Score) を算出する。パフォーマンスは達成あるいは改善の視点から測定され、結果のスコアは一般にも公開される。

VBP の目標は以下の 8 つである。すなわち、(1) 医療の質向上、(2) サービスの過少利用、過大利用、誤用への対応、(3) 患者中心医療の促進、(4) 非安全事象の削減と患者安全の向上、(5) 不必要なコストの削減、(6) 構造的要素とケアプロセスの再構築への投資の誘発、(7) 透明性が高く、消費者に有用なスコアの作成、(8) 更なるヘルスケアの不均衡と、既存の不

衡を改善する取組み、である。また、VBP は、(1) 分析モデルを用いた、パフォーマンスの測定、(2) 測定結果の報酬への反映、(3) 測定方法の開発、(4) 既存システム (RHQDAPU) から VBP への移行、(5) データ収集、確認手法の再設計、(6) Hospital Compare website の拡張による結果の公開、(7) 影響のモニタリングの 7 要素から構成される。

メディケアにおける VBP は、2009 年 10 月 1 日の財政年度の開始に合わせて本格的に導入される予定である。データの収集は VBP に基づく診療報酬支払いに 1 年半先行して行われている。すなわち、2008 年 4 月からの 1 年間は、2009 年度 (2009 年 10 月 1 日～2010 年 9 月 30 日) に支払われる診療報酬の根拠データの収集と共に、2010 年 10 月 1 日～2011 年 9 月 30 日の支払い根拠となるデータの収集 (2009 年 4 月 1 日から 2010 年 3 月 31 日までのデータと比較される) が行われている。

VBP で測定される項目は、臨床ケアプロセス、患者満足度、臨床アウトカムの 3 つの領域から構成され (表 1)、それらを統合した Total Performance Score が算出される。

表 1 VBP による財政上のインセンティブ開始時点における基本測定項目

臨床指標—ケアプロセスの測定	
急性心筋梗塞 (Acute Myocardial Infarction: AMI)	
AMI-1	来院時のアスピリン投与
AMI-2	退院時のアスピリン投与
AMI-3	左室収縮機能不全に対する ACE 阻害剤またはアンギオテンシン受容体ブロッカーの投与
AMI-4	禁煙指導あるいはカウンセリングの実施
AMI-5	退院時のβブロッカーの投与
AMI-7a	病院到着後 30 分以内の血栓溶解剤の投与
AMI-8a	病院到着後 120 分以内の虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施
心不全 (Heart Failure: HF)	
HF-1	退院時評価の実施
HF-3	左室収縮機能不全に対する ACE 阻害剤またはアンギオテンシン受容体ブロッカーの投与
HF-4	禁煙指導あるいはカウンセリングの実施
肺炎 (Pneumonia: PN)	
PN-2	肺炎球菌ワクチン接種状況
PN-3b	病院における初回の抗生剤投与以前の血液培養実施
PN-4	禁煙指導あるいはカウンセリングの実施
PN-6	適切な抗生剤の選択
PN-7	インフルエンザ・ワクチン接種の状況
外科的治療の改善/術後感染予防 (Surgical Care Improvement: SCIP / Surgical Infection Prevention: SIP)	
SCIP-Inf-1	術後感染に備えた 1 時間以内の予防的抗生剤の投与
SCIP-Inf-2	手術終了 24 時間以内の予防的抗生剤投与の中止
臨床指標—アウトカムの測定	
	30 日間の急性心筋梗塞死亡率
	30 日間の心不全死亡率
患者中心ケアの測定	
	HCAHPS 調査結果