

医療保険における
P4P(Pay for Performance) 制度導入の
背景と現状¹

一橋大学 大学院
経済学研究科 修士1年

三上 裕介

2008年8月

¹本稿は、一橋大学政策大学院・公共経済プログラムにおけるコンサルティング・プロジェクトの最終報告書として、受入機関である一橋大学 P4P 研究会に提出したものです。本稿の内容は、すべて筆者の個人的見解であり、受入機関の見解を示すものではありません。本研究を完成させるにあたり、一橋大学の須磨忠昭特任教授、佐藤主光準教授、山重慎二準教授から多くの有益なコメントを頂戴した。ここに改めて感謝の意を表したい。なお、当然のことではあるが、本文中の誤りに関する一切の責は、筆者に帰するものである。

要約

アメリカ合衆国の GDP に占める医療費支出の割合は 15.3%で、他の先進諸国と比較しても高水準である。しかし、近年ではこの過大な医療費支出に対して成果（医療の質）が伴っていないという報告が挙げられている。本論文では、医療の質向上を図るために欧米諸国で実行された「医療保険への P4P 制度導入」に焦点を当てて、具体的なプログラムにも触れながら、改革が必要となったアメリカ医療の現状を述べていくこととする。

簡潔にまとめると、欧米諸国では、医療分野への P4P 導入に比較的肯定的であり、実際に成果（質の改善）に結び付けている事例も多く、また経済的インセンティブを与えるためにも診療報酬へのボーナス給付が大半で、そのための財源確保が必要不可欠となっている。但し、基準となるパフォーマンス指標のほとんどが process 指標であり、院内死亡率に代表されるような outcome 指標の導入には未だ多くの障害が残されているのが実情である。また P4P 関連の文献をレビューした論文や、効果そのものを検証した論文は多く発表されてはいるが、対象疾病や観察期間、サンプル数や公平性等の要素が不十分であり、有効性・有用性を断言するには至っていない問題も残されている。

0. はじめに

本報告書では、医療保険に P4P(Pay for Performance)制度を導入する保険者が、アメリカ合衆国やイギリスを中心に欧米各国で普及していることに着目し、①なぜ医療大国アメリカで P4P 制度を導入することになったのか、②欧米では実際にどのような P4P プログラムが実施されているのか、③日本の医療を取り巻く環境の現状を踏まえた上で、P4P プログラムを日本に導入できる余地があるのか、を文献の精読やセミナー・勉強会での学習を中心にまとめてみようと思う。

1. アメリカの医療制度の現状

アメリカには、公的医療供給制度として medicare（主に高齢者に対して医療を提供する高齢者医療保険制度）と、medicaid（主に貧しい人に対して医療を提供する低所得者医療保険制度）の 2 つが存在するが、基本的に医療の提供は民間部門に任されているという側面が強く、この方式でアメリカの医療制度は発展してきたわけである。

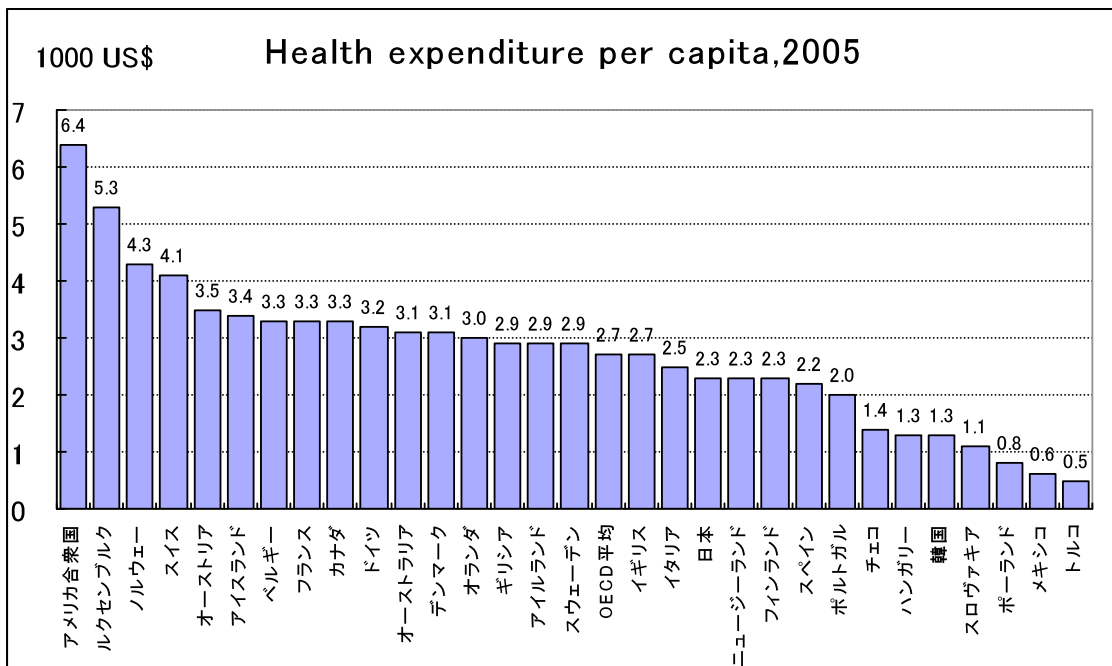
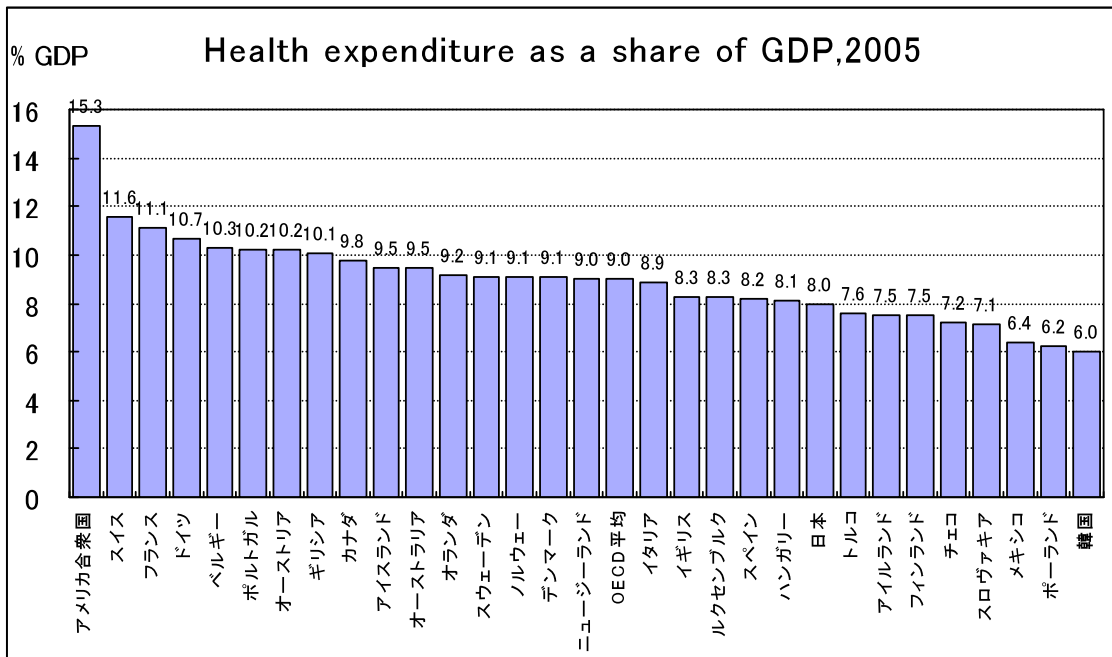
しかしながら上記のように公的な医療保険制度は、medicare と medicaid（2 つ合わせての総受給者は約 8,700 万人）の 2 種類しかいないため、その他の個人や企業は民間の医療保険制度に加入しなければならない。

最近ではこの医療制度に医療の質や、医療費の面から陰りが見え始めてきていることも事実である。(Sorbero,2006)

1-1 高額な医療支出費用

アメリカの GDP に占める総医療費支出の割合は、15.3%(2005 年)であり、他国と比べるとかなりの高水準となっている（日本は 8.0%、デンマークは 9.1%、オランダは 9.2%、スイスは 11.6%となっている）。また、人口 1000 人当たりの外科医の数では、アメリカは 2.4 人であるが、これは他のヨーロッパ諸国と比較しても多いとはいえない（ちなみに日本は 2.0 人である）。ただし、アメリカの医療現場では、医師 1 人だけが診察・治療するのではなく、専門医師に対して、看護師・看護助手・技術者が何人もサポートにつくことが多く、彼らはそれぞれ自分の専門的業務を行うことになっている。このようないわゆる co-medical staff がついているために、単純に医師の数で医療費の多さや医療の質を比較するのは適切でないかもしれない。

アメリカの医療に使用される金額は、2005 年では約 2.0 兆ドル（対 GDP 比 15.3%）にも達している。これは国民 1 人がそれぞれ約 6,400 ドルも医療に費やしている計算になってしまうのである。もちろん、この膨大な支出額が全て悪いという訳ではない。医療に多大な投資をしたおかげで、アメリカの医療技術は急激な進歩を見せることとなり、世界の
(図表 1-1) 各国の医療費支出額とその割合



出所) OECD Health Data 2007 より作成

注) オーストラリア、オランダ、ルクセンブルク、ハンガリー、日本は 2004 年の数値

医療をあらゆる面でリードしてきた事実もある。ただ、現在では医療に費やされる費用が結果に結びついていないことが問題なのである。

(図表 1-2) 各国の疾病死亡率と健康状態

	脳卒中 死亡率①	呼吸器疾患 死亡率①	乳幼児死 亡率②	成人肥 満率③	成人 喫煙率	飲酒量 ④
日本	50.7	55.0	2.8	3.0	30.0	7.7
アメリカ合衆国	35.7	58.0	6.8	32.2	16.9	8.4
イギリス	55.9	74.1	5.1	23.0	24.0	11.3
フランス	34.5	32.9	3.6	9.5	23.0	13.0
ドイツ	45.4	36.1	3.9	13.6	24.3	10.0
スウェーデン	53.1	36.2	2.4	10.7	15.9	6.6
韓国	95.8	42.2	5.3	3.5	25.6	8.1
OECD 平均	52.0	54.3	7.4	18.4	24.0	8.4

出所) OECD Health Data 2007 より作成

注) フランス、ドイツは 2003 年、韓国は 2002 年、その他は 2004 年の数値

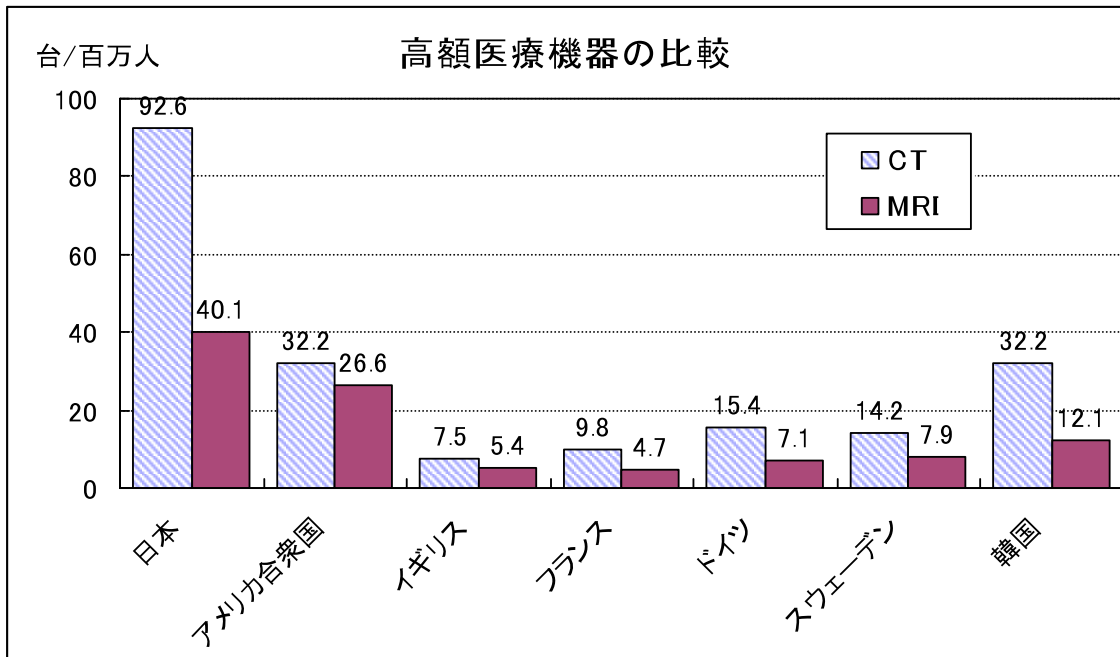
- ①人口 10 万人あたりの死亡数、②人口 1,000 人あたりの死亡数、③BMI>30、
④単位：リットル/年

また、アメリカ国民の健康状態は、1 人 1 人に年間約 6,000 ドルもの金額をつぎ込んでい
る割には、他の先進国と比較しても良好であるとは言い難い現状がある。例えば、平均寿
命 (77.8 歳) や乳幼児の死亡率 (1,000 人当たり 6.8 人) は先進国の中でも低い部類に属し
ている。また、多くの病気 (糖尿病など) の引き金とも言われている肥満について見てみ
ると、アメリカ国民の 3 分の 1 は肥満の部類に入り、3 分の 1 は太りすぎであるという統計
がある。その肥満の国民が多いせいもあるであろうが、60 歳以上の糖尿病比率は年々増加
傾向にあり、約 20%の高齢者が糖尿病と診断されている事実がある。ただし、アメリカと
いう国はいわゆるジャンクフード文化 (マクドナルドやケンタッキーに代表されるように)
が存在しており、他国とはライフスタイルが異なっているため、単純に数値だけを参考に
して比較することは難しいが、数値だけからはアメリカ国民の健康状態が決して良い状況
にあるとは言い難い。(Kaiser,2007 Heffler,2005 OECD,2006)

このような状況であるので、アメリカの医療制度は膨大な支出に見合った結果・効果が
伴っていないと言える。多額のコストをかけても、糖尿病になったのでは意味がないよ
うに思える。このような理由は様々あるであろうが、1 つは出来高払い制度(Fee For Service
Plan)の下で過剰な医療行為や非効率な医療資源の使用をもたらす、間違ったインセンティ
ブ構造があるのではないかと考えられる。さらには、病気にかかってしまったことに対す
る医療費の支払いにではなく、そもそも病気にかからないような予防医療や健康管理の費
用保障に医療保険を徐々にシフトしていくべきであるといった議論も存在している。

(図表 1-3) 各国の医療供給体制(～人当たり=人口～人に対して)

	千人当たり 外科医数	千人当たり 看護師数	千人当たり 急性期病床 数	百万人当 たり CT 台 数	百万人当 たり MRI 台 数
日本	2.0	9.0	8.2	92.6	40.1
アメリカ合衆国	2.4	7.9	2.7	32.2	26.6
イギリス	2.4	9.1	3.1	7.5	5.4
フランス	3.4	7.7	3.7	9.8	4.7
ドイツ	3.4	9.7	6.4	15.4	7.1
スウェーデン	3.4	10.6	6.5	14.2	7.9
韓国	1.6	1.9	6.5	32.2	12.1
OECD 平均	3.0	8.6	3.9	27.1	15.1



出所) OECD Health Data 2007 より作成

注) アメリカ合衆国は 2004 年、日本(CT,MRI のみ)は 2002 年、スウェーデン(CT,MRI のみ)は 1999 年、その他は 2005 年

1-2 保険未加入者の多さ

アメリカの医療社会は良くも悪くも「競争社会」であるため、裕福な人はたくさんの医療保険に加入することができるが、その反面に貧しい人は保険にすら加入できない実態が存在する。

1990年には医療保険の未加入者は全体の約8分の1であったものが、2005年では約6分の1もの人々が医療保険に加入できていないといわれている。彼らの多くはいわゆる中間所得層の労働者であり、これはアメリカの医療保険の多くが企業（雇用者）によって提供される企業保険のため労働者は失業してしまうと同時に医療保険も失ってしまうという理由が考えられる。

このような保険未加入者を保護するシステムが上記で少し触れた **medicaid** であり、この制度は主に低賃金労働者や非正規雇用の労働者、自営業者を対象として医療を公的扶助として提供するものである。しかし、病院側が保険に入っているかどうかだけで治療を断ることはないが、保険未加入者に対しての治療はどうしても正規の保険加入者より後回しにされることが多々あるということであるので、患者に対して適切な治療が実施されていない以上アメリカ全体の医療支出は過大になっていると言わざるを得ない。そして、医療費が過大となることで、単純に言えばアメリカ全体の医療の質が低下する危険性も常に含んでいる。ここで述べている医療支出の増大は、富裕層や貧困層へ提供されている医療サービスの種類や量が不適切であり、多くの医療費を使用しているにも関わらず、不適切な供給のせいで医療の質の向上に結びついていないため、無駄遣いが多くなっているという意味であり、適正な医療費支出の増大は加味していないことを断っておく。

(Sorboro,2006 McCllan,2006)

1-3 政府財政の悪化

医療費支出が急騰することによって、先の公的医療制度 **medicare・medicaid** への政府支出がその分押し上げられることで、政府全体の財政状況が悪化するという懸念が浮上してきている。

アメリカの **medicare** と **medicaid** に対する政府支出の額は、1990年頃にはGDPの約3%であったが、2005年には約5.5%にまで上昇し、この比率は2050年には約16%にまで上昇すると予想されている。この急騰の理由としては、平均寿命の増加による高齢者人口の増加や高齢者が利用する医療サービス自体の急増、一般物価水準を上回る速さで上昇する医療サービス価格が主たる原因とされている。

これら医療支出がこのまま抑えられることなく将来的に増加し続けたならば、一般財源収入のアップが見込めないと仮定すると、増税をして収入を増やすか、その分がまるまる

(図表 1-4) 各国の疾病別平均在院日数(単位：日)

	白内障	虫垂炎	胆石	呼吸器系 ガン	糖尿病
日本	8.3	9.0	19.9	34.1	34.4
(高齢者のみ)	(7.6)	(24.1)	(26.3)	(37.3)	(46.7)
アメリカ合衆国	2.2	3.1	4.0	7.0	4.7
イギリス	1.5	4.0	4.6	10.1	8.4
フランス	1.6	4.7	6.0	11.1	7.7
ドイツ	2.7	6.0	7.8	9.6	13.2
スウェーデン	1.8	2.9	3.6	10.5	6.7
OECD 平均	1.9	4.1	5.3	10.4	8.6

出所) OECD Health Data 2007 より作成

注) 日本、スウェーデン、イギリスは 2005 年、フランス、アメリカ合衆国、ドイツは 2004 年の数値

赤字となって計上されるか、他の公共支出を削るかせねばならず、どの方法を選択するにしても医療費支出額の急増が政府財政を圧迫し、国民生活にも影響が出ることは必死であろう。現在のアメリカでは、ブッシュ政権の下で公的医療保険に後で述べる P4P を導入することで、高齢者にかかる医療費（特に慢性疾患）を圧縮しようという動きが活発に見られている。(Sorbero,2006 McCllan,2006)

1-4 医師の人数

アメリカの医療費が高額とされている一番の要因は、診察費や人件費に関わる費用であるといわれている。医薬品や医療機器等の設備投資に関する費用は他国とはそれほど変わらないはず（人口百万人当たりの CT の数は日本が 92.6 台、アメリカと韓国が 32.2 台である）であり、むしろ医薬品の費用は日本のほうが高額になっているくらいである。しかし、手術や治療に対して専門医である医師に支払われる診療報酬、いわゆる Doctor-fee や、病院に入院したときに発生する部屋の代金(室料)や看護代などの Hospital-fee は他国と比較すると、かなりの高水準にあることがわかる。アメリカの医療費が高いといわれるのはこれら診察費や人件費からくると推察される。

アメリカでは、ベッド 1000 床に対して医師は約 700 人、看護師は約 2000 人にもものぼり、日本と比べるとおよそ両者ともに約 5 倍もの人数がかけられているのである。これらは

ヨーロッパ諸国などと比較しても極めて高い水準であるといえる。これだけの人員の差を考えれば、医療費が高くなることはむしろ当然であり、手厚い医療や看護が提供されているならば、仕方がないという意見があることも納得が出来る。また、前述したようにこういった医療への多額の投資が、世界の医療技術の進展に大きく貢献し、世界の医療をあらゆる面から引っ張ってきたことも1つの事実ではある。

(Kaiser,2007 Heffler,2005 OECD,2006)

1-5 医師の育成制度

アメリカでは、1人の医師を教育するために、長い時間と多くのお金をかけているということである。身近な例を挙げると、日本では医師になるために、大学の医学部に入学し、その後6年間かけて医師免許を取得（医師国家試験に合格）するシステムになっている。しかし、アメリカでは大学（college）を卒業した後で、**Medical school**（日本で言う所の医学部）に入学する制度になっている。

Medical schoolでは4年間、医師になる勉強を積むことになり、主として前半2年間は基礎勉強に重点を置き、後半2年間はみっちり臨床の実習を積むカリキュラムになっていることが多い。**Medical school**を出た学生は、臨床経験を積んだ（1～2年間）あとで州ごとに定められている医師国家試験を受験して、ようやく患者を診ることが許されるシステムとなっている。日本と比較すると、医師として一人前になるためには、相当の努力と時間を費やさなければならない。

日本では、このように長時間かけて専門性の高い医師になったとしても、保険点数によって診療報酬が決定され、技術の高さに関係無く報酬が支払われるので、努力するインセンティブがアメリカと比較すると非常に薄いといえる。その点、アメリカではいわゆるスペシャリストになればその分高い報酬を得られるため、長い期間をかけて高い技術水準の医師を育成しているのではないだろうか。また、アメリカでは医療スタッフの専門分化が進んでおり、医療専門医や看護師等の種類が非常に豊富である。このような患者中心の医療を実現し、患者満足度の向上を支援・サポートする専門スタッフの存在は日本とはまた異なる点であるので、このことも考慮に入れて論じる必要があるようだ。

2. アメリカの診療報酬体系

2-1 診療の体系

アメリカの開業医には、自分の診療所でオフィス診療をやる業務と、入院患者の治療で担当病院へ出向く業務の 2 種類がある。アメリカの開業医は事前に契約してある病院に対して、担当患者を入院・治療させることを病院側に請求することになる。このような形で医師個人が病院と契約することになるため、ここにも医師としての経歴や学歴が生きてくる可能性が高いということになる。

ある患者さんが 1 つの病院に入院して診療を受けたとすると、アメリカでは診療が終わったときに、診療報酬を支払うのではなく、退院した後に医療サービスに対する料金の請求書が届けられるシステムになっている。その患者の担当医から請求書が来るのはもちろんのこと、麻酔医や放射線医等の専門医からも請求されるケースも十分にありうる。さらには血液検査などの簡単な検査でも誰かしら医師が関与しているので、患者側はその医師に診療報酬を支払う必要が出てくる。このようにアメリカでは、診療費用をまとめて病院に支払うという日本のシステムとはかなり異なった、独特のシステムをとっていることがわかる。

2-2 診療費の請求

アメリカでは、患者にいろいろな専門医から請求書が届くのであるが、患者はまず病院側や担当の医師に請求書の通りに全額医療費を支払うことになる。その後に患者が保険会社へ医療費の償還請求を起し、保険会社は患者の自己負担分や定額の免責金額を差し引いた上で患者に料金を還付する形式になっている。保険会社が関わってくるだけだが、少し複雑な制度になっている。患者と保険会社との間の契約、患者と専門医との間の契約の 2 種類の契約が介在していることになる。

また、診療費用の設定にも医師の独自性が守られている。診療費用の決定はそれぞれの医師に全てではないにせよ委ねられており、診療をする医師によって診療費用の請求額に大きく違いがでることもある。もしも同様の治療を受診したとしても、仮にスペシャリストばかりで、立派なオフィスを構えているような病院で診療を受けたならば、莫大な金額の請求書が届けられる可能性もあるし、逆に新米の医師に診察してもらえれば、安価な金額で収まるかもしれない。よって、患者はその病院（医療機関）の医療サービスの値段を理解した上で行かなければならないということになる。

例えば、アメリカの場合だと、出産費用の目安として産婦人科医に対して平均的に約 7000 ドル、麻酔科医に対して約 2000 ドル、小児科医に対して約 2000 ドル、そして場所を提供した病院には約 3,000 ドルを支払うことになり、合計すると患者は平均約 14,000 ドル（約 170 万円）もの費用負担をすることになる。他には Appendectomy（盲腸）で入院・手術し

たときには約 20,000 ドル（おそらく 1 日当たり）かかると推計されている。日本では考えられないような金額になっている。

このように日本とアメリカの違いは、病院自体の費用はもちろんのこと、技術料、診察料の金銭的評価がかなり異なることだといえる。日本の場合は、名医といわれる医師がどんなに素晴らしい手術をしても、新米医師がするのと全く同じ診療報酬になる制度設計となっている。その点、アメリカでは技術が高ければ、かなりの高額でもその医療サービスを受けたがっている患者は大勢いるのが現状であるようだ。逆にいえば、保険にも入れない低所得者には、まともな医療サービスが提供されない可能性が非常に高いと考えられるだろう。

ちなみに、医師の診療報酬金額は当該医師と同程度の医師やその地域の特殊性を考慮して相対的な価格で償還されることになるため、おおよその場合には専門医の請求額は高ければ高いなりに、低ければ低いなりに平均化するとされている。

2-3 Managed-care (マネジド・ケア)

Managed-care 方式は、1980 年代からアメリカの企業の間で普及し始めたものであり、1990 代になると当時のビル・クリントン大統領が医療費抑制政策を掲げ、その医療改革の一環として、急速に発展してきた方式となっている。

一般的な医療保険は、疾病による通院・入院・手術等にかかってくる医療費のほかにも、検査費用や処方薬代を網羅している。また、企業が契約者となり従業員に代わり保険料を負担する、団体医療保険という仕組みも存在する。そのときの被保険者は従業員とその家族であり、診療にかかった医療費の一部だけを保険加入者本人が負担することになっている。通常は、実際にかかった医療費を加入者がその場で立て替え、後日、保険会社へ給付請求手続きを行う。保険会社の審査は主に事後的に行われるため、伝統的プランは、出来高払い(Fee-For Service Plan)医療保険とも呼ばれ、医師の過剰な診療、投薬、検査が医療費高騰を招くという欠点をもっていた。そこで考えられた方式が、Managed-care 方式の医療保険となっている。この例として HMO、PPO、POP 等が存在する。

Managed-care の最大の特徴は、伝統的な出来高払い方式とは異なる包括定額医療費償還契約という方式にある。この方式では、あらかじめ医師や病院との交渉によって主な医療費（病院の入院費用や検査診断費用、治療費用、専門医の技術料など）を包括的な金額で設定して、医師や病院側はその金額以上は請求することが出来ないことになる。したがって、医師や病院への医療費給付抑制機能が働き、伝統的な出来高払い方式よりも保険料を低い水準で保つことが出来る。

しかし、アメリカの保険制度としての Managed-care では、今までよりも低額の保険料をできるだけ維持することが主の目的となっているために、医療費用をできるだけ削減す

ようなインセンティブが発生しやすくなっている。その結果として、医療費を低く抑えるかわりに医療の質の低下を招きかねないという批判もある。実際に、医師の側からは患者に対して適切で十分な医療行為ができないという反発があり、また患者の側からは必要と感じている治療が十分に受けられないという不満が多く出てきているという現状もあることは事実である。

①HMO (Health Maintenance Organization)

HMO (Health Maintenance Organization)は一定地域内にいる病院や医師を組織化し、医療保険の加入者に対して定額保険料前払い制のもとで、医療サービスを提供する制度となっている。また、加入者がネットワーク以外の病院の医療サービスを利用した場合には、特別の医療的緊急性や特殊な事情がない限り、かかった医療費は全額加入者が支払うことと成る。今までのプランでは医療サービスにかかった実費を給付する形になっていたが、HMO の場合では基本的に病院窓口での自己負担分はなく、HMO への会費のみで医療サービスが受けられる制度となっている。アメリカ全土では約 650 の HMO が存在し、それに加入している会員はアメリカ全土で約 8000 万人といわれている。

このシステムでは、被保険者 1 人 1 人がその地域を担当する HMO に加盟している医師の中から、Primary Care Physician : PCP (いわゆる Gate Keeper と呼ばれる専門医 : 主治医) を選択し、基本的にはまずその PCP の診察を受けなければならない。前述のように PCP 以外の医療サービスを受けると全額自己負担となってしまう。ただし、生死に関わるような、重大な疾患はやはり除外されるということだ。(Rosenthal,2006)

②PPO(Preferred Provider Organization)

PPO(Preferred Provider Organization)は、主として保険会社によって構築・管理がなされており、アメリカのほぼ全体をカバーしている病院や医師のネットワーク組織のことである。これらのネットワーク組織がカバーしている病院や医師の元で、保険に加入している患者が診療行為を受ける場合には、事前の取り決め(保険会社と病院または医師の間の契約のこと)がなされていることから、一般的な医療費よりも 15%程度低い料金で医療サービスを受けることができる。アメリカ全土では約 1000 の PPO が存在し、それに加入している会員は約 1 億人とまで推計されている。

一般に患者側は、安い診療費用の負担で済むというメリットがあるため、医療サービスが給付される割合が高くなり、より広範囲に医療が提供できるという利点がある。そのかわり、このネットワーク組織に加盟していない病院や医師によって、医療サービスを受けたときには、後で実費分が給付される今までと同じ方法で処理されることになる。

ただ、HMO と異なり、ネットワーク組織に所属している病院・医師はもちろん、所属していない病院や医師も利用することが可能となっているので、比較的利便性が高く、この

システムを利用している企業が現在では増加しているということだ。

③POS(Point of Service)

POS(Point of Service) では、PPO と同様に、医療を受ける際にはネットワーク組織内の医療機関だけでなく、ネットワーク組織外の医療機関も自由に選択し、受診することができる。また、ネットワーク組織内の診療費用負担については、HMO とほぼ同様の料金体系となっている。

このシステムのデメリットとしては、ネットワーク組織内の病院・医師によって医療サービスを受診すると、その医療サービス分の保険給付を全額受けるためには、あらかじめネットワーク組織内の医師から自由に患者が選択した担当の主治医の承認が必要になってくることである。

3. アメリカの P4P

3-1P4P の導入背景

アメリカでは、1951年にJCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)という第三者評価機関によって、アメリカで初めて病院の診療機能を公式に評価しようという動きが見られた。これは、専門医の資格審査や、診療行為を記録した書類の適切性といった多数の細かい項目について基準を設け、医療評価の3要素のうち、構造面の評価を中心にしていた。ここでいう3要素とは、structure(構造)、process(過程)、outcome(成果)の3つである。

1970年代には、医師によって診療行為にばらつきが多分に含まれているという種の報告が多く挙げられ、結果として医師がそれぞれの病気に対する最善の治療行為を把握し切れていないことが大きな問題となり、この問題の解消のためにHealth Services Research(医療サービスのための研究)が盛んになった。

このような流れの中で、1990年代のアメリカの診療ガイドラインは約1300もの膨大な数になっていたのであるが、その中にはガイドラインの作成過程が不明確であるものや、非公式の場所において作成されたガイドラインが混ざっていたため、これらを是正することが求められていた。そのせいであろうか、近年のアメリカでは、診療行為についてEBM(Evidenced Based Medicine)を重要と考え、医学的・統計的にきちんと証明された診療行為を実施しようという風潮が高くなり、診療ガイドラインについても文献等を包括的に盛り込んだものや、統計手法を利用した根拠に基づいたガイドライン作りに力を入れ、医療行為の質を維持しようという動きが見られている。

1990年に創設されたAHCPR(Agency for Health Care Policy and Research)においては、上記の診療ガイドラインの作成や、それに付随する医療研究が実施されていた。診療ガイドライン自体の作成は2000年頃からストップしているということであるが、現在では医療成果に関する科学的な基盤づくりや、医療行為の質そのものを向上させるための医療成果のフィードバック推進といった活動を続けている。これらの研究成果に基づいて、AHCPRでは毎年数箇所の研究機関を独自にEvidence Based Practice Centerとして指定し、研究成果としてまとめられた文献に基づいたEvidence Reportの作成を依頼(委託)している。

3-2 医療費高騰・医療の質低下の原因

①医療ミスの多発

アメリカでは医療の現場における有害的事象(いわゆる医療ミスを含む)の発生頻度が高くなっているとの指摘がある。文献によれば、入院患者の処置に関連した有害的事象が発生した割合は、ニューヨーク州で3.7%、コロラド・ユタ州で2.9%であり、これらのう

(図表 3-1) 有害的事象の種類

Types of Errors

Diagnostic(診断)

- Error or delay in diagnosis
- Failure to employ indicated tests
- Use of outmoded tests or therapy
- Failure to act on results of monitoring or testing

Treatment(治療)

- Error in the performance of an operation, procedure, or test
- Error in administrating the treatment
- Error in the dose or method of using a drug
- Avoidable delay in treatment or in responding to an abnormal test
- Inappropriate (not indicated) care

Preventive(予防)

- Failure to provide prophylactic treatment
- Inadequate monitoring or follow-up of treatment

Other(その他)

- Failure of communication
 - Equipment failure
 - Other system failure
-

出所) Leape et al(1993)、IOM(1999)より作成

半数は結果的に予防可能なミスであったとされている。この有害的事象のために、推計ではアメリカ全土で 376～500 億ドルもの無駄な費用が発生したであろうということである。また、医療上のミスで死亡してしまったアメリカ国民は少なくとも 4.4 万人、多くて 8.9 万人であると推察され、これは自動車事故の死亡者数とほぼ同数である。

処置関連だけでなく、薬剤でのミスも多く報告されており、入院患者のうち約 7,000 人が薬物関連の有害的事象で死亡している。また、薬物関連の有害的事象にかかる費用は、約 20 億ドルであると推計されている。さらには年間約 25 億枚の処方箋においても、約 0.4% の割合で処方のミスや調剤上のミスが確認されている。

②訴訟の多さ

アメリカという国は「訴訟大国」とであると揶揄されている。プラモデルを飲み込んだり、タバコで病気になったという理由で何億、何十億円という慰謝料を請求されることもしばしば

しば報じられている。しかし、この訴訟問題は企業に限られたことではない。医療の世界でも悩みの種となっている。

2003年の統計では、専門医の中でも産婦人科医に対する訴訟の割合は全訴訟の約8%で件数にすると約1,200件であった。この件数自体も多いように思われるのであるが、その慰謝料は膨大な金額となっている。訴訟金額は平均で約50万ドルとも60万ドルとも言われ、個々の産婦人科医にとってみれば、訴訟に巻き込まれるだけでも致命的なものとなっている。これに加えて医療ミスがあると認められれば、100万ドルを超える可能性もあり、日本では考えられない金額である。

そのため、医師を莫大な訴訟金額から保護するため、Professional Liability Insurance（専門医賠償保険）というものが設計されており、たいいていの医師はこれに加入することになる。しかし、アメリカの各州によってもこの保険の保険料が異なったり、補償する範囲が異なったりと、国家で統一されているわけではないということである。例えばフロリダ州の保険料（掛け金）は、カリフォルニア州の約2~3倍であり、これはフロリダ州の訴訟率が高いことや、訴訟金額が高額になりやすいことが原因として挙げられる。また、保険料が高額になればなる程、その州で医師や看護師をする人が減少し、結果として医師不足が生じやすい。そのため、医療サービスが州全体に行渡らなくなることで、州全体の医療サービスの質が低下する恐れがあるのだという議論がある。医師の立場からすれば、リスクの低い州で仕事をしたいという欲求は当然といえば当然のことであろう。

また最近では医師だけではなく、看護師や助産師に対しての医療訴訟も増加傾向にあるのである。90年代では州平均で数件であったものが、2000年代に入り数十件もの訴訟が発生しているのである。これは、看護師や助産師も重要なポジションであるという、アメリカ医療の根本的な考え方からきていると推測される。

③訴訟の対抗保険

アメリカでは1970年代に入ると、医療訴訟の急増や賠償金額の高騰等といった理由から、保険会社が経営悪化などで医療保険自体から撤退してしまったり、被保険者からの保険料（掛け金）を大幅に増額するなど、医療を取り巻く環境が大幅に変化してきた。

保険料の増額によって、加入する医師は年間収入の2~3割を保険料として負担せざるを得なくなるケースが多く発生する。産婦人科などでは訴訟に発展してしまう医療過誤のケースが多く、産婦人科医の中には医師そのものを辞めてしまう人や、より保険料の安い州に転勤する医師が続出し、訴訟リスクや保険料の高い地域の医師不足が深刻化して、非効率な医療がさらに医療費の増大を招き、医療全体への悪影響が危惧されている。

④Malpractice Crisis（医療過誤に対する危機）

Malpractice Crisisとは「経営悪化などの理由により保険会社が市場から撤退してしまっ

たために、専門医等の医師や病院が医療過誤に対する保険加入する機会が無くなってしまふことや、保険料の異常な高騰で保険が購入できなくなってしまうこと」を指すとされている。このような保険会社の撤退や、保険料の高騰はアメリカ全土で広まっている現象であり、アメリカの医師は皆、医療過誤によって訴えられることを覚悟して診療行為を行わなければならないことになっている。アメリカの医師は、訴訟に対する警戒心を常に持っているといっても過言ではない。この危機感の最大の表れが次の **Defensive Medicine**（防衛的な医療）である。

⑤ **Defensive Medicine**（防衛的な医療）

アメリカの医師が、自分の身を訴訟問題から免れるために実行している、防衛的な医療や保身的な医療というものは、医療過誤訴訟に対する過剰反応というだけにとどまらず、訴訟から身を守るために、本来であれば患者に提供する必要のない医療サービスまでも患者に提供する結果を生んでいる。なぜならば、できるだけ多くの医療行為をしておいた方が、訴訟になった時に最大限の努力をしたと言い訳が可能になるからである。このようにアメリカ全土で発生している無駄な医療サービスが、結局はアメリカ全体の医療費を大幅に引き上げているのだというのが最近の1つの考え方となっている。

この **Defensive Medicine** が行き過ぎると、ごくわずかの確率でしか起き得ないような重大な病気のために、膨大な検査や投薬が行われ、それがすべて無駄な医療サービスとして医療費の増大を引き起こすことになる可能性が高いということである。例えば、ちょっと頭が痛いと訴えるすべての患者に対して、CT 検査や MRI 検査をするようになれば、医療資源がいくらあっても足りなくなってしまうであろうと心配されている。

推計では、**Defensive Medicine** の実施がどのくらい医療費を底上げしているかについては、医療費全体の5~10%が追加的な **Defensive Medicine** として無駄に浪費されているのではないかとされている。ただし、これは医療過誤訴訟に対する保険給付の範囲が各州によって異なるため、一概には言えない。しかしながら、この **Defensive Medicine** によって発生する医療費の無駄使いは、把握できている金額よりもかなり莫大な金額に上っているとの指摘もあり、アメリカ全土の医療費抑制を考えるならば、**Defensive Medicine** に対する一刻も早い包括的な対策が必要となってくるであろう。

(Leape,1993 Hallas,1990 Brennan,1991 Thomas,1999 Willcox,1994 Phillips,1998)

3-3 医療の質への提言

近年では、アメリカの医療支出の増加と医療そのものの質に疑問の声が上がっていた。そのようなときに 1999 年の IOM (The Institute of Medicine) の報告書の中で、「病院での患者死亡数が増加してきている最大の要因は医療ミスであり、その背景にはアメリカ医療全体の質の低下がある」という警告がなされた。

また、その他の指摘として、

- ・ アメリカ国民が実際に享受している医療サービスの質と、本来理想的に受けてしかるべき医療サービスの質との間に、大きな隔たりがある。(理想の 55%程度の医療サービスしか提供されていない)
- ・ 国民の多くが急性疾患よりも慢性疾患を疾病している現在の移行段階では、複数の病院や診療所等の施設の間で、医療サービスを連携して提供する必要があり、その影響で医療の質がさらに低下する恐れがある。
- ・ 改善には医療システムの再編成が不可欠であり、方法の 1 つとして効率的な医療サービスの提供者に対して経済的なインセンティブを与える診療報酬の支払いシステムの導入を提案している。

この警告を受けて、アメリカでは医療行為の主体者である病院・診療所に対して医療パフォーマンスの改善や医療サービスの向上を促すインセンティブを与えるという方法が研究・試行されるようになった。その方法の 1 つが P4P (Pay for Performance) というものである。

P4P (Pay for Performance) は「EBM(Evidenced Based Medicine)に基づいて事前に設定された業績水準や臨床指標で、病院や臨床医の医療行為を客観的に測定し、その結果質の高い医療提供者に対してボーナス(診療報酬加算)を給付するプログラム」であり、その意義は単にボーナスを与えるだけでなく、資源効率化を迫るインセンティブを医療行為者に付与することにより高品質で安全な医療サービスへの改善を促すことである。アメリカでは現在 100 以上もの保険者がこのプログラムを何らかの形で始動させており、アメリカ最大の保険者 medicare でも試行が始まっている。

2001 年に IOM が出した「"Crossing the Quality Chasm" A New System for the 21st Century」という報告書の中で、この P4P に課せられた役割と解消すべき重要な課題が提示されており、

- ・ 医療ミスそのものを減少させる
- ・ 臨床行為の医療提供者間でのバラツキを減少させる
- ・ 急性期治療を減少させる
- ・ 医療の品質やコストに関連する統計・データを公式に出版し、啓発を促す
- ・ 品質改善に対するボーナス給付の仕組みを開発する

- ・ ヘルスケアの有効性を向上させる
- ・ 複数の治療チーム・機関や医療スタッフ相互のコミュニケーションを迅速かつ正確に実行することができる、情報システムの改善を図る

などが P4P の具体例として挙げられている。

また、これに付随する提言としては、

- ・ アメリカ全土を挙げて、医療ミスの強制的報告システムを州単位で確立し、死亡・重篤傷害を引き起こした有害の事象（医療ミスを含む）の情報収集を可能にすべきである。
- ・ 民間・公的に関わらず、医療機関や医療従事者に安全性向上を啓発するインセンティブを付与することが望まれる。
- ・ 医療機関や医療従事者に期待されるべき目標は、患者の安全性重点を置いて客観的に設定されるべきである。

が述べられている。(IOM,1999 IOM,2001 IOM,2005)

3-4P4P の財源(Pay)

仮に P4P プログラムを導入するのであれば、医療提供者のパフォーマンスに見合ったボーナス給付の財源を、当然どこからか確保しなければならない。財源の選択肢として考えられる方法は IOM によると代表的な 3 つの方法が挙げられる。

- ・ 既存財源の再使用 (Use of Existing Fund)

→既存の支払い制度の中で使用されている資金源を再使用することで、より高い質の医療を提供することができた医療者に再分配する方法である。この方法では、パフォーマンスに対するボーナスの財源は、具体的には一部あるいは全部の診療報酬価格のマイナス改定や診療報酬ベースの定率削減等で賄われることになる。

- ・ 貯蓄生成 (Generated Savings)

→この方法では、医療提供者が医療の質全体を改善すること（医療の効率化）によって生成される貯蓄のみで、ボーナス支給の財源を確保するやり方である。もしも実際の支出額が、予測された支出額よりも遅いペースで成長したとすると、医療提供者はその差額分を医療の効率化によって得られる報酬として受け取ることができる仕組みとなっている。

- ・ 直接投資 (Direct Investment)

→ここでは上記の 2 つと異なり、一般歳入からボーナス給付のために新しい資金を投入する方法を取る。上記の 2 つは予算中立的な方法であり、政府の支出を直接増加させるものではなかったが、3 つ目のやり方は適切な金額を算出しなければ政府の赤字を増大させることにも繋がってしまうというデメリットがある。

P4P プログラムに必要な財源を確保するためには様々な方法があると考えられるが、巨

額の財政赤字が深刻化している今の時代において、下手をすると急速に財政状態が悪化しかねない新たな巨額資金の投入には、政治家や官僚は反対するであろうし、一方で、既存の資金を再使用することによって、現在の医療報酬が減少することには医療関係者が反対する可能性が高い。その他にも運営可能性や効率性、公平性の観点から考えるとこれらの方法はそれぞれ 3 者 3 様であり、どの方式を取るかどうかはきちんとした検証が必要となってくる。(IOM,2005)

3-5 パフォーマンス指標の作成(Performance)

財源が確保できたとしたら、次に考えるべきなのはどのような医療行為者のパフォーマンスにボーナス給付をすべきか、という問題である。

IOM は報告書の中で医療パフォーマンスの指標として以下の 6 つを挙げている。

- ・ 医療の安全性 (Safety)
- ・ 臨床の有効性 (Effectiveness)
- ・ 患者志向性 (Patient-Centeredness)
- ・ サービスの適時性 (Timeliness)
- ・ 効率性 (Efficiency)
- ・ 公平性 (Equity)

例えば、保険者 Blue Shield of California では、業績に応じたボーナス評価加算の金額として 1 人当たり・1 診療当たり最高で 2 ドルまで加算されるシステムになっている。その 2 ドルの内訳は①臨床指標が 1 ドル、②患者満足度が 0.80 ドル、③情報システムが 0.20 ドルとなっている。

①臨床指標 (最高 1 ドル、配分割合 50%)

臨床指標はその中でさらに 6 つの細かい指標に区分して、6 つの区分に均等に最高約 0.17 ドルずつ給付される仕組みとなっている。

- ・ 新生児の予防注射 (麻疹・風疹・耳下腺炎等の混合摂取率)
- ・ 子宮がん検診 (最低 1 回以上の、パピニコラウスミアの採取率)
- ・ 乳がん検診 (最低 1 回以上の、マンモグラフィーの実施率)
- ・ 喘息の適正治療 (薬剤の適正処方)
- ・ 急性期治療後の心臓疾患患者に対するコレステロール管理 (退院後の検査実施率)
- ・ 糖尿病治療 (糖化ヘモグロビンの、測定実施率)

以上 6 つの項目に、それぞれ最高約 0.17 ドルの付加給付が与えられる。

②患者満足度 (最高 0.80 ドル、配分割合 40%)

患者満足度の指標は、基本的に一般消費者満足度調査の得点を基準としてその分だけボーナスが付加給付されている。

医師 1 人当たりの最高付加給付金額は 0.80 ドルで、それは以下の 4 つに分けられる。

- ・ 医師と患者のコミュニケーション満足度
- ・ 治療全体に対する満足度
- ・ 専門的治療に対する満足度
- ・ サービスアクセスに対する満足度

以上 4 つの項目に、それぞれ最高 0.20 ドルの付加給付が与えられる。但し、一般消費者満足度調査の点数に応じて項目ごとに減額される。具体的には満足度調査の点数が平均以上の場合で 100%給付、ほぼ平均で 50%給付、平均以下では給付されないという制度となっている。

③情報システム（最高 0.20 ドル、配分割合 10%）

情報システムの指標では以下の 2 つの項目を両方達成できていれば 0.20 ドル給付、片方のみの達成であれば 0.10 ドル給付となっている。

- ・ データと統計セットの統合性

（これは、臨床データと臨床報告書が一定レベル以上の統合化が成されているかを見る指標であり、例えば診察した医師別の糖尿病患者のリストと検査結果が異常と出た患者の情報を 1 つに統合して情報システムが達成目標となっている。）

- ・ 臨床意志決定支援のための情報システム

（例としては、検査結果を医師個別の診察室でコンピューターを使用して自由に検索できることや、コンピューターを用いて薬剤の処方が可能であること、医薬品それぞれの副作用をチェックできること等が挙げられる。）(IOM,2001)

3-6 資源効率化プログラム

P4P プログラムの概要は前項で説明したが、具体的に P4P を導入すると医療機関にはどのような効率化を行うインセンティブが付与させるのか考えることにする。その中で、医療資源が有限であることに着目して 3 つの効率化プログラムを考察してみる。

①疾病管理プログラム

日本の国民医療費支出は、少子高齢化も合わさって年々増加しているのが現状である。その一方で、国民医療費のうちの一般診療医療費（歯科や調剤薬局分を除外したもの）について傷病別の医療支出額を見てみると、2002 年度では上位 3 位が悪性新生物・高血圧・脳血管疾患で占められており、その次のグループとして腎不全・糖尿病・虚血性心疾患等

がランクインしている。これらの疾患はいずれも生活習慣病と関わりの深いものが多く、医療費抑制の観点から見ても対策の重要性が高いと言えるであろう。

疾病管理という概念は、主に慢性疾患を対象としてそれらの疾病の重症化を予防するため患者の自己管理をサポートすることによって、患者本人の総合的な健康改善とそれに基づく医療費用のコントロールを目標として掲げるものである。患者の健康管理への病院側の介入方法としては、実際のデータを元に介入すべき患者集団の特定と、疾病リスクによる層別化を実施し、それら疾病リスクに応じた適切なタイミングでの介入が求められている。疾病管理は、患者のライフサイクルに対してのマネジメントであるので、医療機関の機能分化や連携作業が必要となってくる。

現在アメリカでは情報技術の進歩、診療ガイドラインの改良、アウトカムに関する研究の増加、慢性疾患の医療コントロールの必要性、医療の全国標準化の必要性といった観点から、この疾病管理は幅広く普及している。特に、電子カルテ等と用いた多くの医療機関における患者情報の収集や共有化が進んでいることもあり、アメリカなどの国々では患者のデータベースを使用しての分析・研究が実施できる基盤整備がすでに整っている。日本で疾病管理の概念を普及させるに当たっては、これらの情報の集約化・共有化といった問題が大きく上ってくるであろうと考えられる。

②薬剤サービス適正化

医療資源は医者・看護婦という人材から病院・医療機材という資本まで様々であるが、これらは基本的に保険料で支えられているので、医者が勝手に大量消費使えるものではない。特に医薬品は患者に与えられた約60%は使用されずに捨てられるとも言われている。

医療資源の中で最大のネックになっているものが薬剤の無駄遣いである。医者はお気に入りの製薬会社の医薬品を、無意識的に患者に投与している。医療費コントロールを実現するならば、この薬剤サービスを改善する必要がある。ここで、医師に効率的な薬剤を使用させる誘因を付与する方策としてのP4Pの存在が挙げられることになるわけである。

ここではサービスの基本である医薬品の適正管理について触れる。現在の薬剤管理は悪く言えば適当であり、各医師が自己判断で薬剤を決定している。結果として、医師によって投与する薬剤が異なり、組み合わせ禁止の薬剤を処方してしまうことも多く、これでは薬剤の無駄使いだけでなく患者に余計な負担を与えている。

これら薬剤投与も手術等と同等の医療行為なのだから、きちんと薬剤博士のような専門家を育成し、さらに病院全体で副作用やハイリスクの危険性を常に監視・報告し合い、ガイドラインを作成して正しい薬剤処方を薬剤博士主導のもと実践し、それぞれの患者にふさわしい薬剤サービスを実施すべきである。また、アメリカでは、「i scribe」というシステムが普及しており、このシステムでは薬剤データが全て紙ベースではなく電子化され、端末に薬品名を打ち込むと様々な情報（副作用・治癒効果・保障など）が即座に得られ、

システムを応用すれば電子処方やオンライン発注、病院間検索まで可能となっている。このシステムはこれから日本で薬剤適正化を推進する上で貴重な参考例となるかもしれない。薬剤サービス1つをとっても、病院全体・地域全体での連携が急務となってきているのである。

③人材配置の効率化

医者、看護師といった人材も有限である。限られた人材を効率的に配置して、より質の高い医療を目指す必要がある。まず、病院を訪れた患者に対してプレアドミッション（入院前検査）を実施し、患者が入院するに値するか検査した上で、入院した患者には術後に早期退院できるよう手続き面やリハビリ面での協力を行い、少ない人材で多くの患者を診られるようにする。治療中には、クリニカル・パスや退院計画を作成し、医者や看護婦が患者ごとの診療過程・他業種の動向を常に把握できる環境を整えることで、高い医療の質を管理し、かつ業務を効率化してムダを省くことが可能となる。また、近年では病院内のサービスを外注委託することが多くなっている。日本の院内清掃・病院給食・臨床検査などの医療関連サービスの外注率は60%以上にもなり、適材適所を推し進めることで資源の効率化が図られている。今後も積極的に推進していくべきである。

4. P4P の実例

4-1 アメリカの一例

アメリカ保健省の一組織である CMS(The Centers for Medicare and Medicaid Services) は、公的医療保険の medicare と medicaid を各州と連携して運営している。P4P プログラムは民間医療保険を中心に広がりを見せていたのであるが、近年では medicare や medicaid においてもその導入が進んできている。その1つの例が CMS と Premier 社が共同で開始した Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project である。

①Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project

このプロジェクトは急性期病院を対象とした実験的調査として、CMS と Premier 社が共同で実施した、3年間限定の時限プロジェクトである。調査期間は2003年10月1日から2006年9月30日までの期間で、評価の対象とする疾病は急性心筋梗塞・心臓バイパス手術・心不全・肺炎・股及び膝関節置換術の5つの領域とした。そして、この5領域から process 評価と outcome 評価から成る34の指標(process 指標27+Outcome 指標7)を設定して参加する病院の質を算定することになっている。

また、このプロジェクトの対象となる病院はそれぞれ5つの疾病において年間の手術症例が30例を超えているものとし、合計262の病院が任意に参加をしている。

②ボーナス給付方法

このプログラムでは、良い成績を挙げた病院に対して診療報酬ボーナスを付与することで、病院の質改善を促すインセンティブを与えている。

- ・ まず、5つの領域・34の指標について、それぞれ参加している病院に情報やデータを提出させて、決められた計算方法を元に各病院のスコアを算定する。
- ・ 参加病院のスコア分布を載せた成績表を公表し、さらに各領域の総合スコアの上位50%の病院名を公表する。
- ・ 各年次において、各領域のスコア成績が上位10%以上の病院には診療報酬2%増の追加ボーナスを与え、上位20%以上の病院には診療報酬1%増の追加ボーナスを与える。
- ・ 3年目のスコアが、1年目の下位10%点を下回るような病院に対しては診療報酬2%減のペナルティを課し、下位20%点を下回るような病院には診療報酬1%減のペナルティを課す。

(図表 4-1) 5つの領域・34の指標

The Premier Hospital Quality Incentive Demonstration:

Clinical Condition and Measures for Reporting

Clinical Conditions	Measures
<p>Acute Myocardial Infarction (AMI)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirin at arrival (来院時のアスピリンの投与) 2. Aspirin prescribed at discharge (退院時のアスピリンの投与) 3. ACEI for LVSD (左心室収縮機能不全へのアンジオテンシン変換酵素阻害剤の投与) 4. Smoking cessation advice/counseling (禁煙指導及びカウンセリングの実施) 5. Beta blocker prescribed at discharge (退院時のベータ・ブロッカーの投与) 6. Beta blocker at arrival (来院時のベータ・ブロッカーの投与) 7. Thrombolytic received within 30 minutes of hospital arrival (来院後 30 分以内の血栓溶解剤の投与) 8. PCI received within 120 minutes of hospital arrival (来院後 120 分以内の経皮的冠動脈治療の実施) 9. Inpatient mortality rate (院内の死亡率)
<p>Coronary Artery Bypass Graft (CABG)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Aspirin prescribed at discharge (退院時のアスピリンの投与) 11. CABG using IMA (内胸動脈を用いた心臓バイパス手術) 12. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision (外科的切開前 1 時間以内の予防的抗生物質の投与) 13. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients (手術患者への予防的抗生物質の適切な選択) 14. Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time

	<p>(手術終了 24 時間以内の予防的抗生物質の中止)</p> <p>15. Inpatient mortality rate (院内の死亡率)</p> <p>16. Post operative hemorrhage or hematoma (術後の大出血または血腫)</p> <p>17. Post operative physiologic and metabolic derangement (術後の生理的異常や新陳代謝の異常)</p>
--	---

ACEI : Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor

LVSD : Left Ventricular Systolic Dysfunction

IMA : Internal Mammary Artery

PCI : Percutaneous Coronary Intervention

Clinical Conditions	Measures
Heart Failure (HF)	<p>18. LFV assessment (左心室機能の適切な評価)</p> <p>19. Detailed discharge instructions (きめ細かな退院教育)</p> <p>20. ACEI for LVSD (左心室収縮機能不全へのアンジオテンシン変換酵素阻害剤の投与)</p> <p>21. Smoking cessation advice/counseling (禁煙指導及びカウンセリングの実施)</p>
Community Acquired Pneumonia (CAP)	<p>22. Percentage of patients who received an oxygenation assessment within 24 hours prior to or after hospital arrival (来院前後 24 時間以内の酸素治療が評価された患者の割合)</p> <p>23. Initial antibiotic consistent with current recommendations (最新の推奨に適合した抗生物質の初期投与)</p> <p>24. Blood culture collected prior to first antibiotic administration (初期の抗生物質投与前の血液培養の収集)</p> <p>25. Influenza screening/vaccination (インフルエンザのスクリーニング及び予防接種)</p> <p>26. Pneumococcal screening/vaccination (肺炎球菌のスクリーニング及び予防接種)</p> <p>27. Antibiotic timing, percentage of pneumonia patient who received</p>

	<p>first dose of antibiotic within 4 hours after hospital arrival (来院後 4 時間以内に抗生物質を投与された肺炎患者の割合)</p> <p>28. Smoking cessation advice/counseling (禁煙指導及びカウンセリングの実施)</p>
Hip and Knee Replacement (HNK)	<p>29. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision (外科的切開前 1 時間以内の予防的抗生物質の投与)</p> <p>30. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients (手術患者への予防的抗生物質の適切な選択)</p> <p>31. Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time (手術終了 24 時間以内の予防的抗生物質の中止)</p> <p>32. Post operative hemorrhage or hematoma (術後の大出血または血腫)</p> <p>33. Post operative physiologic and metabolic derangement (術後の生理的異常や新陳代謝の異常)</p> <p>34. Readmission 30 days post discharge (退院後 30 日以内の再入院)</p>

LFV : Left ventricular function

出所) Premier Inc.(2004)より作成

③成果

このプロジェクトの成果として、参加病院のスコアが改善傾向にあることが認められる。導入してから 2 年目には、臨床成績の平均値が増加し、各病院間の成績のばらつきも減少したという報告がなされている。また、このプロジェクトにかかった費用として、初年度にはボーナス給付水準に達した 123 の病院にそれぞれ約 900～84,000 ドルが診療報酬に加算され、合計では約 9 百万ドルが CMS の財源からボーナスとして支給されている。

(図表 4-2) P4P 導入前後のスコア変化

領域	プロジェクト導入前	プロジェクト導入後
急性心筋梗塞	87.5	94.4
心臓バイパス手術	84.8	93.8
心不全	64.5	82.4
肺炎	69.3	85.8
股・膝関節置換術	84.6	93.4

4-2 イギリスの一例

イギリスの国営医療サービス(NHS:National Health Service)では、原則全ての国民に対して無料で医療サービスを提供しており、その財源は税金で賄っている。提供される医療サービスは、基本的な診療から、予防・リハビリテーションまであらゆる医療を幅広い分野にわたっている。

医療サービスを受ける住民は事前に診療所を登録しておき、まず初めに診療所のGP(General Practitioner)の診察を受ける必要がある。いきなり GP を飛び越して、病院や専門医を受診することは出来ないシステムになっている。

①診療報酬体系

イギリスの診療報酬体系は基本的に人頭払いと出来高払いの 2 つで成り立っていた。人頭払い(Grobal Sum)は年齢・性別・医療ニーズ・特殊事情に応じて予め国民 1 人 1 人に包括的に診療報酬金額(これには診療所の維持費・検診・簡単な外科的処置・時間外診療を含んでいる)が設定されているものである。基本的にどのような医療サービスを提供したとしても、事前に決められた金額しか支払われない。出来高払い(Enhanced Service)は人頭払いに規定されている以外の特別な医療サービスを提供した場合に、追加分として出来高に応じて支払われるものである。2004 年から試行期間を経た上でこの 2 つにイギリス版 P4P である QOF が追加されることとなった。

②QOF(Quality and Outcome Framework)

QOF ではそれぞれの臨床指標ごとに目標とすべき患者割合が予め設定されており、実際に達成した患者割合に応じて成績点数がスライドしていく方式を取っている。例えば、「糖尿病疾患を患っている患者のうち、血圧が 145/85mmHg 以下の患者割合」という指標では、報告した実際の患者割合が 25%~55%の範囲であった GP には、最低 0 ポイントから最高 17 ポイントまでの成績が患者割合に比例して加算されるシステムになっている。従って、患者割合が高ければ高いほど、ポイントが蓄積していることになる。そして、このような加算方法を 10 つの領域・146 の指標ごとに全て計算し、合計したものが個々の GP の成績(最高で 1050 ポイント)となり、1 ポイントにつき 175 ポンドが診療報酬にボーナス加算される。ちなみに 10 の領域とは喘息・がん・慢性閉塞性肺疾患・冠動脈疾患・糖尿病・てんかん・高血圧系疾患・甲状腺機能低下症・精神疾患・脳卒中である。

(図表 4-3) 10 つの領域と指標の例

Examples of Quality Indicator from the 10 clinical Domains

Clinical Domains	Description Example	Points	Payment Range(%)
Asthma (喘息)	The percentage of patients with asthma who have had an asthma review in the previous 15 months	0-20	25-75
Cancer (がん)	The percentage of patients with cancer (diagnosed since April 1, 2003) reviewed with 6 month of confirmed diagnosis, including assessment of support need and review of coordination arrangement with secondary care	0-6	25-90
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (慢性閉塞性肺疾患)	The percentage of patients with chronic obstructive pulmonary disease in whom diagnosis has been confirmed by spirometry and reversibility testing	0-5	25-90
Coronary Heart Disease (冠動脈疾患)	The percentage of patients with coronary heart disease whose last blood pressure measurement (within the previous 15 months) was 150/90 mm Hg or less	0-19	25-70
Diabetes (糖尿病)	The percentage of patients with diabetes whose last blood pressure measurement was 145/85 mm Hg or less	0-17	25-55
Epilepsy (てんかん)	The percentage of patients 16 years of age or over receiving drug treatment for epilepsy who have been convulsion-free for the previous 12 months	0-6	25-70
Hypertension (高血圧症)	The percentage of patients with hypertension in whom last blood pressure measurement (within the previous 9 months) was 150/90 mm Hg or less	0-56	25-70
Hypothyroidism	The percentage of patients with hypothyroidism	0-6	25-90

(甲状腺機能不全症)	with thyroid function tests recorded in the previous 15 months		
Mental Health (精神疾患)	The percentage of patients with severe long-term mental health problems reviewed in the preceding 15 months, including a check on the accuracy of prescribed medication, a review of physical health, and a review of coordination arrangements with secondary care	0-23	25-90
Stroke (脳卒中)	The percentage of patients with transient ischemic attack or stroke whose last measured total serum cholesterol level (within the previous 15 months) was 193 mg per deciliter (5 mmol per liter) or less	0-5	25-60

出所) Doran et al.(2008)より作成

この QOF を導入する前には、GP の収入は平均 7 万～7.5 万ポンドであったが、導入後には平均 2.3 万ポンドも収入が増加し、増加率は約 30%にもなる。また、導入後には臨床指標の改善も確認されている。改善例は下記の表に挙げる。

(図表 4-4) P4P 導入前後の成績変化

臨床指標	導入前	導入後
コレステロール低下割合	71%	79%
アスピリン・抗凝固剤使用割合	90%	94%
ベータ・ブロッカー使用割合	63%	68%
インフルエンザ予防接種割合	87%	90%

4-3 最近の日本の動向

2008 年 2 月 1 日に開かれた中央社会保険医療協議会(通称：中医協)総会において、回復期リハビリテーション病棟に対する医療の質評価の導入が検討されている。ここでの中医協の考え方は、「今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居住等への復帰率や、重症患者の受け入れ割合に着目した評価を行うとともに、病棟における

く検証の対象をするという事を是非お願いしたいと思います。」と発言されている。また、P4P 研究会第 3 回定例会で二木先生は、「厚生労働省自身が 3 基準は『試行的なもの』と認めているにもかかわらず、特定施設・地域でのモデル事業を飛ばして、一気に全国レベルでの『社会実験』を行うのはあまりにも乱暴です。この点では、急性期病院への DPC 方式の導入が、まず 2003 年に大学病院などの特定機能病院に試行的に行われた後、質の担保された民間病院などを対象にして手上げ方式で段階的に慎重に行われてきたことと対照的です。」と意見を述べられている。

5. 日本の P4P 土台の現状

5-1 電子カルテの未熟

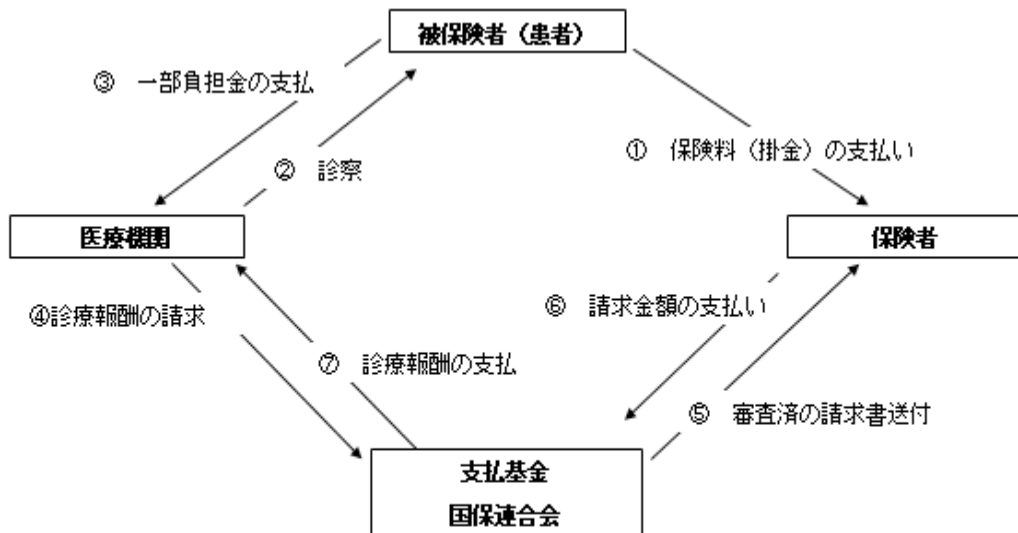
最後に、アメリカのように医療費コントロールの分析が思うように進まない大きな理由の1つである電子レセプト・カルテによる日本のデータ収集の遅れをしてみることにする。P4P をもし日本で導入・活用するのであれば、電子データは必須であるといえるからである。

日本の診療報酬決済手順を簡潔にまとめると、(図表参照)

- i. 被保険者(患者)が医療機関に自己負担(通常 3 割)額を支払う(③対応)
- ii. 医療機関は、支払基金に対して毎月レセプトを送付する(④対応)
- iii. 支払基金はレセプトを審査した上で、保険者に診療報酬額を請求する(⑤対応)
- iv. 保険者は請求に基づいて、支払基金に請求金額を支払う(⑥対応)
(不明瞭なレセプトについては、差し戻して再審査を請求する)
- v. 審査機関が医療機関に、診療報酬を支払う(⑦対応)

となっている。

(図表 5-1) 診療報酬の仕組み



出所) 厚生労働省ホームページ

現状の日本では、病院や診療所等の医療機関が保険機関に診療報酬を請求する際に使用されるレセプト(診療報酬請求明細書)の電子化・IT化がほとんど進行しておらず、このことが医療に関するデータ収集を推し進める上での障害となっている。

レセプトに関して、日本ではほぼ紙ベースのままである。これまでのようにレセプトが

紙の資料のままであると、レセプトの送付や審査に多大な労力と人件費が発生し、そのコストは間接的に医療費に上乗せされている。また、レセプトは貴重な医療データが集約されているにもかかわらず、紙ベースであるとデータ集積にかかるコストが高くつくため、レセプトが単なる診療報酬のためだけの道具となってしまっている。

この紙ベースのレセプトを電子化することのメリットは、単に時間の短縮ができるということだけでなく、医療機関の診療記録が容易に集積でき、集積されたデータに基づいて様々な議論・分析を交わすことが可能となることである。今の高度情報化社会の中でレセプト情報(医療関連情報)を電子化・IT化することの利益は大きく、電子化された情報は医療者と保険者間だけでなく、少し手を加えるだけで消費者(患者)や医療評価機関といった情報を欲しがっている主体への情報開示にも繋がる。また、医療ベンチマーキング(診療部門間・医療施設間・地域間などで診療コスト・プロセス・アウトカムの結果や成果を比較・検討すること)の実施には、膨大なデータを短時間で集約できる電子ベースのレセプトが必須となってくると思われる。

①他国の事例(韓国)

韓国での医療の情報化・IT化は、日本よりも大きく前進しているといわれている。その中でも特に、上述しているレセプトの電子化と、これによる診療報酬のオンライン請求の普及が目覚ましい。レセプト電子化の普及率は、電子化が1990年代後半に開始されたにもかかわらず2002年には約7割、2003年には約9割にまで達し、2006年には約99%が電子請求させている。このように、韓国ではほぼ100%のレセプト電子化をいち早く達成したのである。

またレセプトの電子化は、その基礎となる電子カルテの導入を促すことにも繋がっている。韓国での電子カルテは、患者ごとの診断結果や実施した処置、各種検査等を整理・記録した情報の集まりであり、これが医事会計システムを通じてレセプト作成の基礎となっている。韓国において、電子カルテは2000年に3割を超える医療機関に普及していたが、2004年にはその数は半数近くに達している。

これらの電子化されたレセプトや電子カルテの導入は、病院全体における統合情報システムの実現を促進することの起爆剤となりうる。病院の情報化は、院内の医療事務や医事会計及び保険請求などから始められる場合が一般的であり、こと韓国では2000年には9割以上の医療機関で院内事務の電子化が実現されていた。レセプトや電子カルテの導入を通じて、病院内部のシステムの統合実現に向けた取り組みが加速され、2006年には9割以上の医療機関において、病院情報システムの総合管理が実現しているといわれている。

以上の取り組みによって、病院内部におけるペーパーレス(paper less)、画像データ等のフィルムレス(film less)、診療録のチャートレス(chart less)及び診療情報伝達におけるスリップレス(slip less)の実現が可能となり、このような病院を「4レスホスピタル(four-less

hospital)」という。これらの病院では、迅速な診療や診療情報の共有化を通じた医療サービスの質的向上等、病院経営の高度化や費用削減など様々な効果が得られると期待されているものである。

このように医療情報化の背景には、政府による医療改革や IT 国家政策といった計画的な施策の実施があった。

1996 年には情報化促進基本計画が、1997 年に情報化促進アクションプランが策定されて「情報技術の利用による医療サービスの向上」が、当面の重点施策の一つに位置づけられた。ここでは特に、年間数十万トンに上るといわれるレセプトのペーパーレス化、不正診療請求の早期発見や保険費用の削減等を目的として、レセプトの完全電子化やオンライン請求、健康保険証の IC カード化などを通じて、医療情報化が広く急速に進められてきた。さらに、韓国の医学教育がアメリカ合衆国から大きな影響を受けていたこともあり、アメリカ合衆国方式の病院経営手法が広く導入されて、経営情報の管理を通じた意思決定の支援や事務処理コスト削減のため、医療情報化に向けた取り組みが熱心に行われていた。

②他国の事例(オランダ)

1990 年代に、オランダ保健省がプライマリケア（患者が最初に受ける医療）における IT 化を推進し始め、政府の補助金政策等に後押しされ、電子カルテが広く普及した。現在ではプライマリケア医の 98%が電子カルテを利用していると言われている。

電子カルテの普及のみならず、1996 年以来、医療セクター全体で、薬歴から家族歴まで、患者のあらゆる医療関連データをまとめた電子患者記録（EPD：Elektronische Patienten Dossier）を、全国規模でネットワーク化しようとする取り組みがなされてきた。この取り組みが軌道に乗り始めたのは、2002 年に、国立医療 ICT 研究所（NICTIZ：National ICT Instituut in de Zorg）が設立されてからである。NICTIZ は、国内医療 IT システムの連携と、それに基づく医療機関の間での患者情報の共有を目的として、オランダ保健省により設立された NPO であり、病院・医師・患者・医療保険会社・IT 産業など、電子医療に係わる組織、団体及び政府の代表者から構成されている。2010 年までの年間予算は 1 千万ユーロ（1 億 5,300 万円）であり、全国規模の EPD を構築するという目標に向け、着実に成果を上げてきた経緯がある。

2006 年には、全国 EPD 導入のため、電子患者記録の核となる電子薬歴（EMD：Elektronisch Medicatie Dossier）及び電子代診記録（WHD：Waarneem Dossier Huisartsen）等が、一部ではあるが試験導入されている。NICTIZ は EPD の全体像を明確にはしていないと言われている。また、同プロジェクトの完了に向けたスケジュールも特に設定していない。これは、EPD を「継続的」なプロジェクトとして位置づけ、常に普及と向上を図り、新たなアイデアがあれば取り込んでいこうとする NICTIZ のアプローチに

起因している。

③日本の改革過程

日本では、政府・与党医療改革協議会の提出した医療制度改革大綱(2005)にレセプト IT 化の推進について、以下の記述が盛り込まれている。

『医療保険事務全体の効率化を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプト及び審査支払機関が保険者に提出するレセプトについて、平成 18 年度からオンライン化を進め、平成 23 年度当初から、原則として全てのレセプトがオンラインで提出されるものとする。その際には、データ分析が可能となるよう取り組む。』

また、オンライン化のための経費に対する支援などに積極的に取り組むとともに、レセプトオンライン請求に関する情報保護ガイドラインの作成等により、個人情報の保護に十分配慮する。』

また、平成 19 年 6 月 23 日の朝日新聞 1 面に、以下のような記事が書かれている。

『政府・与党は 22 日、年金や医療保険、介護保険の個人情報を一元的に管理する「社会保障番号」を 11～12 年をめどに導入し、IC チップ入りの「国民サービスカード」(仮称)を全国民に 1 人 1 枚ずつ配布する方向で検討を始めた。与党はこれを参院選の公約に…(中略)』

個人情報の漏洩を防ぐために、IC チップを搭載。カードをパソコンの端末に差し込み、暗証番号や生体認証などで本人確認ができれば、年金の加入履歴や給付の見込み額、健康診断や治療を受けた際の検査結果、請求書(レセプト)などが常時、閲覧・保存・印刷できる。医療機関や介護業者の窓口でカードを提示すればすぐに本人確認ができ、複数の医療機関で同じ検査を受けたり、薬をもらったりすることもなくなり、医療費の抑制につながるとしている。』

電子カルテやレセプトの電子化というものは様々な役割を持っており、メリットもあればデメリットもある。しかしながら、少なくともデータを収集することに当たっては電子データの活用は必要性が高く、P4P 導入にももちろんであるが必須項目であろう。それだけに日本はまだまだ P4P を普及するだけの地盤が整っていないことが明白である

6. P4Pに関する文献

6-1 文献レビュー

Peterson(2006)では、1980年1月1日から2005年11月14日までの期間に発表されている論文の中で、医療の質と財政的インセンティブとの関連性を論じている文献を選び出して、その内容を検討している。この論文では検証するに値する17の論文をピックアップしており、そのうち13の論文では process 指標を評価対象としていた。結果としては17の論文の中で、全部(あるいは一部)で肯定的な結論を導き出している論文は13であった。詳しくは下記の表にまとめてある。

この論文では好ましくない結果として、Adverse Serection(病院側が成績を上げるために重症患者や高齢患者の受け入れを拒否してしまうこと)や、Up-Coding(患者が入院するときに実際よりも重症である様に記載して、改善度合いを水増しする方法)が発生していると指摘しており、P4Pのシステムを設計する場合にはこれらを回避する手立てを模索する必要があるだろう。

(図表 6-1) 17 論文の要約

Author	Year	Incentives	Domain of Quality	Overall Effect
Norton	1992	Level : payment system Type : bonus	Access Outcome	Positive
Shen	2003	Level : payment system Type : PBC	Access	Negative
Clark	1995	Level : provider group Type : enhanced FFS	Access	Partial Effect
Hillman	1998	Level : provider group Type : bonus	Process	No Effect
Kouides	1998	Level : provider group Type : bonus	Process	Positive
Hillman	1999	Level : provider group Type : bonus	Process	No Effect
Christensen	2000	Level : provider group Type : enhanced FFS	Process	Positive
Casalino	2003	Level : provider group Type : better contracts with Health plan; bonus	Process	Partial Effect

McMenamin	2003	Level : provider group Type : financial incentives; additional income; better contracts with health plan	Process	Partial Effect
Roski	2003	Level : provider group Type : bonus	Process	Partial Effect
Rosenthal	2005	Level : provider group Type : bonus	Process	Partial Effect
Crady	1997	Level : physician Type : bonus(\$50 for a 50% Referral rate)	Process	No Effect
Fairbrother	1999	Level : physician Type : bonus and FFS	Process	Partial Effect
Safran	2000	Level : physician Type : not ascertained in survey	Patient Experience	Partial Effect
Fairbrother	2001	Level : physician Type : bonus and FFS	Process	Positive
Beaulieu	2005	Level : physician Type : bonus	Process; Intermediate Outcome	Partial Effect
Pourat	2005	Level : physician Type : better contracts with health plans	Process	Positive

出所) Peterson(2006)より作成

また、Sorbero(2006)でも同様に 1999 年 1 月から 2006 年 4 月までの論文の中で医療の質と財政的インセンティブとの関連性を論じている文献を選び出して、その内容を検討している。この論文では検証するに値する 15 の論文をピックアップしており、全ての論文が process 指標を評価対象としていた。結果としては 15 の論文の中で、全部（あるいは一部）で肯定的な結論を導き出している論文は 12 であった。これも詳しくは下記の表にまとめている。

(図表 6-2) 15 論文の要約

Author	Year	Incentives	Domain of Quality	Overall Effect
Fairbrother	1999	Level : physician Type : bonus and FFS	Process	Partial Effect
Fairbrother	2001	Level : physician Type : bonus and FFS	Process	Positive
Grady	1997	Level : physician Type : bonus and FFS	Process	Negative
Hillman	1998	Level : provider group Type : bonus	Process	No Effect
Hillman	1999	Level : provider group Type : bonus	Process	No Effect
Kouides	1998	Level : provider group Type : bonus	Process	Positive
Roski	2003	Level : provider group Type : bonus	Process	Partial Effect
Levin	2006	Level : provider group Type : bonus	Process	Partial Effect
Rosenthal	2005	Level : provider group Type : bonus	Process	Partial Effect
Amundson	2003	Level : provider group Type : bonus	Process	Positive
Armour	2004	Level : physician Type : bonus	Process	Positive
Fairbrother	1997	Level : physician Type : bonus	Process	Partial Effect
Francis	2006	Level : physician Type : enhanced FFS	Process; Efficiency; Patient Satisfaction	Partial Effect
Greene	2004	Level : physician Type : enhances FFS	Process; Efficiency; Patient Satisfaction	Positive
Morrow	1995	Level : payment system Type : bonus	Process; Efficiency	Positive

出所) Sorbero(2006)より作成

また、Lindenauer(2007)では P4P および public reporting がどれだけ医療の質を向上させることに有効的かを検証している。比較対象は national public reporting initiative を通じて自主的に病院の情報を報告している 613 病院とし、その中で P4P 参加病院 207 と不参加病院 406 を比較検討している。

結果としては、心不全や急性心筋梗塞、肺炎等の医療指標の全てにおいて参加病院の方が不参加病院よりも良い成績を示していたとしている。つまり、P4P システムは医療の質を向上させることに効果的であると結論付けられている。

しかし一方で、Glickman(2007)は P4P の有効性に否定的な論文となっている。対象は心臓系学会に参加している 500 の病院の中で、P4P 参加病院 54 と不参加病院 446 を心筋梗塞について比較検討している。結果は、禁煙指導プログラムと退院時アスピリン投与の指標だけは P4P 参加病院の成績が良かったものの、その他の指標では両者に差は見受けられず、死亡率等にも差は無かったとしている。

7. さいごに

これまでの議論のように、欧米（特にアメリカやイギリス）各国では医療分野において、**Pay for Performance** プログラムを導入し、医療の質の向上や医療ミスの予防を図っていくという大きな流れができており、結果として質の改善に成功している事例が多数存在するため、P4P に対しては肯定的な意見が強いことも事実である。また、経営学的視点から優れた機関に対して送られる MB 賞(Malcolm Baldrige National Quality Award)が、2006 年に前述した Premier 社に贈呈されている。医療行為をサービスとして捉えるならば、医療資源を有効的に活用する医療機関は優れた経営を行っていることにもなるため、アメリカでは経営努力への評価も対象として挙げられているということである。これらのように欧米では P4P の観点を導入することで成果を挙げており、医療行為を評価することが当たり前のようにになっているのが伺える。

しかしながら問題が無いわけではない。パフォーマンス指標の大半は **process** 評価であり、一般的に医療の質を示している **outcome** 評価はまだまだ少数にとどまっている。また欧米の事例では、経済的なインセンティブを医療従事者に与えるため、診療報酬ボーナス付与タイプの誘因付けが主流であり、そのボーナスの財源を確保することがネックにもなっている。このように医療の質向上の 1 つの方策として P4P を導入すること自体には肯定的な世の中になってはいるものの、客観的で有効的な医療指標の作成やインセンティブ付けのための財源確保、審査基準メカニズムの公平性確保など、医療改革が進んでいる欧米各国であっても未だ改良する余地が多く残されていることも現実であろう。

それでは医療環境整備が遅れている日本で、果たして P4P のようなプログラムを導入できるのだろうか。私は相当の制度基盤を強化していかなければ厳しいと考え、まずはアメリカの Premier プロジェクトのように医療機関の情報を正確に報告し、かつ一定レベル（厳しい水準ではない）に達した全ての医療機関にボーナスを給付する **P4R(Par for Reporting)**の導入から入ることが、日本にはベストではないかと考える。この目的は、後の P4P 導入を見据えた上で、パフォーマンス指標作成に必要な医療情報を集約し、精密に分析・検討することと、P4P という一種の競争社会に耐えうるだけの医療基盤を段階的に整備していくことにある。そして、アメリカやイギリスを見習うのであれば、今後の日本に必要な医療改革として、

- ・ レセプトの 100%電子化を始めとする、IT 関連のインフラ整備を支援し(補助金政策等)、医療関連情報の的確・迅速な処理・伝達が実行できるようにする。
- ・ 医療機関・医療従事者への第 3 者による監査メカニズムを構築し、医療機関・医療従事者のパフォーマンスを客観的に、かつ公平に審査する制度を確立する。また、医療行為者の **risk selection** や **cream skimming** を出来るだけ排除する。
- ・ 医療機関へインセンティブ付与としての診療報酬ボーナスを給付するため、中立的（ま

たは非中立的) な投資資金を確保する。

- EBM に基づいた、客観的なパフォーマンス指標を作成する。その際には、process 評価と outcome 評価を混在し、徐々に outcome 評価の比重を高めていく。
- 医療サービスを受け入れる患者（消費者）側への意識改革を実行して、医療社会に競争原理が働いたときに、医療の質を敏感に感じ取る「賢い」消費者を育成する。

などが挙げられる。

これらを短期間で行うことは当然不可能であり、医療環境の急激な変化が逆に悪影響を及ぼしかねないことも承知している。だが、今後の超高齢化社会を見据えて考察するならば、実際に高齢化比率が 30%や 40%になってしまったときに医療費適正化を実行するためには、医療改革を開始する時期は今しかない。その 1 つの方策として P4P プログラムが挙げられており、真剣にこの制度をどう日本に取り入れていくかを考察することが、現在の日本社会にとって必要ではないだろうか。

8. 参考文献

- 池上直己・西村周三(2005)『医療技術・医薬品』(株)勁草書房
- 医療保険制度研究会『目で見える医療保険白書－医療保障の現状と課題－平成17年度版』
- 木下康司(2006)『平成18年度版 図説日本の財政』東洋経済新報社
- 中医協(2008)「平成20年度診療報酬改定における主要項目について(案)」中央社会保険医療協議会総会 2008.2.1
- 中医協(2007)「リハビリテーションについて」中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会 2007.11.28
- 西田在賢(2001)「米国マネジドケアの試みから医療保険における保険者機能を考える」『海外社会保障研究』No.136, p3-16
- 西村周三他(2006)『医療経済学の基礎理論と論点』(株)勁草書房
- 日本医療情報ネットワーク協会(2006)「医療分野における情報化促進のための国内外の実態調査報告書－レセプトオンライン化に関する韓国実態調査－」
- 長谷川敏彦(1998)『クリティカル・パスと病院マネジメント-その理論と実態-』(株)薬業時報社(現名称じほう)
- 広井良典(1999)『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社
- 二木立(2008)「今後の医療制度改革とリハビリテーション医療」地域リハビリテーション 2008-3
- 『2003年度医療関連サービス実態調査』医療関連サービス振興会
一橋大学・各種講義資料
- P4P研究会・各種セミナー資料
- Anderson.G.F(2005) “Medicare and Cgronic Conditions” The New England Journal of Medicine 353.305-9
- Bates.D.W, Spell.N, Cullen.D.J(1997) “The Costs of Adverse Drug Events in Hospitalized Patients” JAMA 277.307-11
- Brennan.T.A, Leape.L.L, Laied.N.M(1991) “Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study” The New England Journal of Medicine 324.370-76
- Doran.T, Fullwood.C, Gravelle.H, Reeves.D, Kontopantelis.E, Hiroeh.U, Roland.M(2006) “Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom” The New England Journal of Medicine 355.375-84
- Fairbrother.G, Friedman.S, Hanson.K.L, Butts.G.S(1997) “Effect of the Vaccines for Children Program on Inner-City Neighborhood Physicians” Archives Pediatric Adolescent Medicine 151.1229-35
- Fairbrother.G, Friedman.S, Hanson.K.L, Butts.G.S(1999) “The Impact of Physician

Bonuses, Enhanced Fees, and Feedback on Childhood Immunization Coverage Rates”
American Journal of Public Health 89.171-5

Glickman.S.W, Ou.F.S, Delong.E.R, Roe.M.T, Lytle.B.L, Mulgund.J, Rumsferd.J.S,
Gibler.W.B, Ohman.E.M, Schulman.K.A, Peterson.E.D(2008) “Pay for Performance,
Quality of Care and Outcomes in Acute Myocardial Infarction” JAMA 297.21

Hallas.J, Haghfelt.T, Gram.L.F(1990) “Drug Related Admissions to a Cardiology
Department: Frequency and Avoidability” Journal of Internal Medicine 228.379-84

Hillman.A.L, Ripley.K, Goldfarb.N, Nuamah.I, Weiner.J, Lusk.E(1998) “Physician
Financial Incentives and Feedback: Failure to Increase Cancer Screening in Medicare
Managed Care” American Journal of Public Health 88.11

Institute of Medicine(1999) “To Err is Human: Building a Safer Health System” The
National Academic Press Washington D.C.

Institute of Medicine(2001) “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the
21st Century” The National Academic Press Washington D.C.

Institute of Medicine(2005) “Rewarding Provider Performance” The National Academic
Press Washington D.C.

Kaiser(2007) “Health Care Costs A Primer” The Henry.J Kaiser Family Foundation
2007

Laschober.M, Felt-Lisk.S(2006) “Pay for Performance: Are Hospitals Ready and Willing”
Mathematica Policy Research Inc.

Leape.L.L, Brennan.T.A, Laird.N.M(1991) “The Nature of Adverse Events in
Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study” The New
England Journal of Medicine 324.377-84

Lindenauer.P.K, Remus.D, Roman.S, Rothberg.M.B, Benjamin.E.M, Ma.A,
Bratzler.D.W(2007) “Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality
Improvement” The New England Journal of Medicine 356.486-96

McClellan.M.B(2006) “Presentation given at National Pay for Performance Summit”
Los Angeles,CA

McGlynn.E.A, Ache.S.M, Adams.J, Keesey.J, Hicks.J, Dechistofaro.A, Kerr.E.A(2003)
“The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States” The New
England Journal of Medicine 348.2635-45

Med-Vantage(2006) ”Pay for Performance Program for Providers Continue to Increase,
Diversify in 2005, According to Med-Vantage”

Norton.E.C(1992) “Incentive Regulation of Nursing Homes” Journal of Health
Economics 11.105-128

OECD(2007) "OECD Health Data 2007"

Peterson.L.A, Woodard.L.D, Urech.T, Daw.C, Sookanan.S(2006) "Dose Pay-for Performance Improve the Quality of Health Care?" Annals of Internal Medicine 145.265-272

Phillips.D.P, Christenfeld.N.G, Lause.M(1998) "Increase in US Medication-Error Deaths Between 1983 and 1993" Lancet 351.643-4

Premier Inc.(2004)(2006) "Premier Hospital Quality Incentive Demonstration"

Raths.D(2006) "Pay for Performance" Healthcare Informatics

Rosenthal.M.B, Frank.R.G, Li.Z, Epstein.A.M(2005) "Early Experience with Pay-for-Performance from Concept to Practice" JAMA 294.14

Rosenthal.M.B, Landon.B.E, Normand.S.T, Frank.R.G, Epstein.A.M(2006) "Pay for Performance in Commercial HMOs" The New England Journal of Medicine 355.1895-902

Shen.Y(2003) "Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System" Health Services Research 38:2

Sorbero.M.S.E, Damberg.C.L, Shaw.R, Teleki.S, Lovejoy.S, Decristofaro.A, Dembosky.J, Schuster.C(2006) "Assessment of Pay-for-Performance Options for Medicare Physician Services: Final Report" US Department of Health and Human Services

Studdert.D.M, Mello.M.M, Sage.W.M, DesRoches.C.M, Peugh.J, Zapert.K, Brennan.T.A(2005) "Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment" JAMA 293.21

Studdert.D.M, Mello.M.M, Gawande.A.A, Ganndi.T.K, Kachalia.A, Yoon.C, Puopolo.A.L, Brennan.T.A(2006) "Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation" The New England Journal of Medicine 354.2024-33

Thomas.E.J, Studdert.D.M, Newhouse.J.P(1999) "Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado" Inquiry 36.255-64

Willcox.S.M, Himmelstein.D.U, Woolhandler.S(1994) "Inappropriate Drug Prescribing for the Community Dwelling Elderly" JAMA 272:292

厚生労働省ホームページ—我が国の医療制度の概要—

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken01/01.html>

医療制度改革大綱—政府・与党医療改革協議会—

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>

日本のレセプトの現状

<http://yuhanjap.hp.infoseek.co.jp/index.htm>

朝日新聞朝刊 平成 19 年 6 月 23 日 1 面