

特別寄稿

キャリアブレイン ニュースで掲載された 日米対談への補足説明

その2



米国グローバルヘルス財団
理事長
アキよしかわ

医療における価値の 概念と Pay for Value

前回に続きキャリアブレインニュース（CB ニュース）に掲載されたメイヨークリニック名誉最高経営管理責任者のロバート・K・スモルト氏、厚生労働省保険局前医療課長の鈴木康裕氏、そしてグローバルヘルスコンサルティング・ジャパン代表取締役社長 渡辺幸子と小生の4名による対談への補足情報を提供したい。

同記事は下記から確認できる。

★日米ビッグ4 DPCの未来を語る（上）

「1疾病当たり」のEDRGとは？

<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/38175.html>

★日米ビッグ4 DPCの未来を語る（下）

診療報酬は「価値」に支払う時代へ

<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/38181.html>

今回は多くの実証分析がP4P（Pay for Performance）に対して否定的な結果を示したことを紹介し、なぜP4Pが失敗したのかを行動経済学的なアプローチから説明した。医療のように複雑で、もともと高い自主性と使命感がある仕事においては、P4Pのような金銭的な動機付けは内発的な動機のクラウディング・アウトを引き起こし、結果として供給されるパフォーマンスの低下を招く、というものである。

今回は医療における「価値」と鈴木氏との会談においてスモルト氏が推奨した医療の価値に対して診療報酬を支払うという考え方、Pay for Value、に関して説明しよう。

「価値」の概念とは

まずは、医療における「価値」（Value）を定義しよう。ここで重要なのは、Valueは単に医療の質（Quality）、安全性、提供されるサービスの質だけではなく、コ

ストを加味して構成されるという事である。つまりValueとは、下の式で示されるように、アウトカム・インデックス（医療とサービスの質、安全性などを含む）をかかったコストで除算したものである（図1）。ただし多くの病院を同一のコスト分析の手法を用いて厳格にコスト計算する事は事実上困難であり、また米国の医療の消費者（支払い側、患者、患者の家族）のように、消費者が合理的であり、実際に価値を判断する際には、その医療がどのような価格で提供されたかによって判断するので、実際にかかった「医療費」をコストの代替として用いても良からう。

$$\text{価値} = \frac{\text{アウトカム・インデックス}}{\text{コスト}}$$

図1 医療における価値の概念

つまりA病院とB病院が同じ質の治療を同様な安全性とサービスで提供したとしても、かかったコスト（請求した医療費）が異なれば、価値も異なる。より多くの医療費がかかった方の医療機関の方が、提供できた医療の価値は低い事になる。

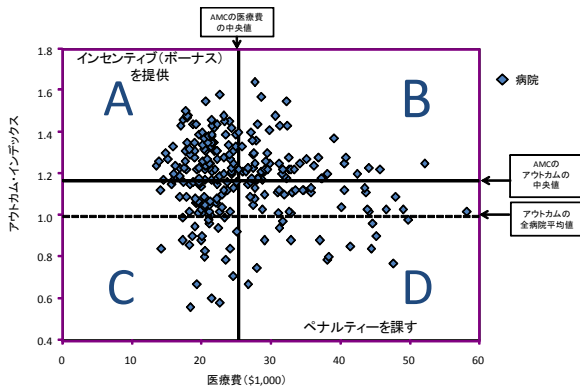
図を用いてValueの概念を説明しよう。図2はある疾病群において、縦軸に医療の質、安全性、提供されるサービスの質を統合して作成したアウトカム・インデックスを、横軸に医療費をプロットして医療機関をベンチマークしたものである。（医療費にはホスピタルフィーだけではなく、ドクターズフィーも加え、かかった全医療費を計算した。）図2でプロットされているのは、分析に参加した米国のアカデミック・メディカル・センター（以下、AMC）、つまり日本であれば、DPCではI群として定義された大学病院である。

図2で黒の点線で示されているアウトカム・インデックスの1.0の値はAMC以外の医療機関を含めて計算された全米の平均値である。AMCのアウトカム・インデックスの値は約1.2であり、1.0よりも高いので、AMCが提供する医療のアウトカムは平均的には全米の病院の平均値よりも高い事を示している。しかしこの疾病の治療においては、アウトカム・インデックスが全米の平均値以下のAMCも数は少ないが存在していることにも目を向けなければならない。

アウトカム・インデックスと医療費をそれぞれのAMC病院の中央値で分ける事により、AMCは4つのグループに分けられる。C群に属するAMCは医療費は安い、残念ながら質も低い。D群に属するAMCは、質が低いにもかかわらず、医療費は高い。C群とD群で特に点線で示されている全米平均値よりも低い位置にあるAMCは果たして臨床教育の場として相応しいかどうか、問われるべきであろう。低い質にも関わらず、高額な医療費を請求しているD群の病院に対しては、何らかのペナルティーが課せられるべきではなかろうか、というのがPay for Valueの発想の原点である。D群の病院は消費者・支払い側の観点から見たら最も避けるべきAMCと言えよう。

C群は「安かろう、悪かろう」であるが、逆にB群に位置するAMCは質は高いが、医療費も高い、つまり「高かろう、良かろう」である。質が高くても、医療費も高ければ、価値は低まる。最も高い価値を提供しているのは、高い質のアウトカムをより低い医療費で提供している、A群の病院である。

厚生労働省保険局前医療課長の鈴木康裕氏との対談



出典: "Why so many Americans are against the Obama Care? - Americans do the right thing after exhausting all possibilities" Robert Smoldt (2012年9月8日「グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン感謝祭」)

図2 アウトカムと医療費のベンチマーク (あるDRGにおける分析結果)

の中でも、メイヨークリニックのスモルト氏は、高い価値を提供している病院に対して、インセンティブを与える Pay for Value を提唱している。これはより高い価値、つまりより高いアウトカムを低い医療費で提供しているA群の病院にインセンティブ(診療報酬の上乗せ)を提供し、低い価値(低いアウトカムを高い医療費で)を提供しているD群の病院に対してはペナルティーを課す、という考え方である。至極まっとう、ストレートな発想であろう。このような情報を消費者(つまり患者と患者の家族)に提供できれば、D群は危険水域となり、医療機関はA群を目指して努力するであろう。

今後、限られた医療財源の中で、皆保険を維持する為には、価値に基づいた方法で診療報酬を支払う試みは避けられないのではないかと。このようなインセンティブを提供する事は現在の日本のDPCの枠組みの中でも可能である。まずは図2と同じような分析を、米国と同様に日本の大学病院、つまりI群に含まれる医療機関に対して行い、結果を実名公表し、インセンティブで強弱を付けてみてはいかがであろうか。(グローバルヘルスでは実際にこのような分析に既に着手している。DPCのデータだけでは分析が不十分な部分もあり、少し時間がかかるが、今後DPCマンスリーレポートで随時紹介していく。)

P4P と Pay for Value との違い

インセンティブ(ボーナス、ペナルティー)の観点から、このPay for Valueの考え方はプロセス評価であるP4Pとはどのように異なるのであろうか?

ここで、プロセス指標では同様なスコアで、アウトカム指標でも同様なレベルの医療を提供する医療機関が2つ(A病院とB病院)あったと仮定しよう。次に治療にかかる医療費は、A病院では100万円、B病院では200万円と仮定しよう。

A病院もB病院もP4Pのプロセス指標では同じスコアであるので、P4Pでは同様に評価される。仮にインセンティブを5%と仮定すると、A病院のインセンティブは5万円。B病院のインセンティブは倍の10万円となる。つまり医療費が高いほど、ボーナスの額も増える。(P4Pでのインセンティブのかけ方には幾つかの方法があるが、これは"Using Financial

Incentives to Stimulate Quality, Affordable Health Care”でスモルト氏が用いた方法である。)

しかし、価値の観点からみると、P4Pのスコアは同じであっても、より高い価値を提供しているのは、価値の計算で分母が200万のB病院ではなく、分母が100万のA病院である。Pay for Valueでは、より高い価値の医療を提供するA病院に対して、多くのインセンティブが提供されることになる。

つまりP4Pでは「P4Pで決められたプロセス指標を全うしている限り、ハイコストの医療機関の方が、より多くのボーナスを得る」という矛盾が生じる。すなわちP4Pでは診療への請求をより高める方向にインセンティブが働き、「価値」の最大化とは相反する。

他業種から学べ

戦後の日本の経済復興を牽引したトヨタとホンダは「安かろう、悪かろう」で世界のトヨタと世界のホンダになったのではない。彼らは、エンジンの性能と燃費をベンチマークして向上した。そして、欠陥品の率を下げ、高い質の車を完成した。そしてコスト削減に血の出るような努力を行い、より高い質の車をより安く提供する事によって世界のトヨタと世界のホンダになったのである。

「自身の能力と判断に従って、患者に利すると思う治療法を選択し、害と知る治療法を決して選択しない」「生涯を純粋と神聖を貫き、医術を行う」と、ヒポクラテスの誓いを立てた医師が施す医療はもちろん他のサービス業とは異なる。しかし「医は仁術なり」という反論と疑問を排除する呪文のようなフレーズによって医療を特別扱いするのは、医療人の過信と傲慢ではなからうか。

Pay for Value における シンプルな診療報酬の決め方

拙著「日本人が知らない日本医療の真実」(幻冬舎)でも述べたが、米国で教育を受けた医療経済学者として、小生は日本の細かな出来高の点数設定には大きな疑問を持ってきた。なぜ日本ではこのような細かな点数設定を行うのか？日本で2年ごとに行われる診療報酬の改定は、小生にとっては東洋の国の謎の伝統儀

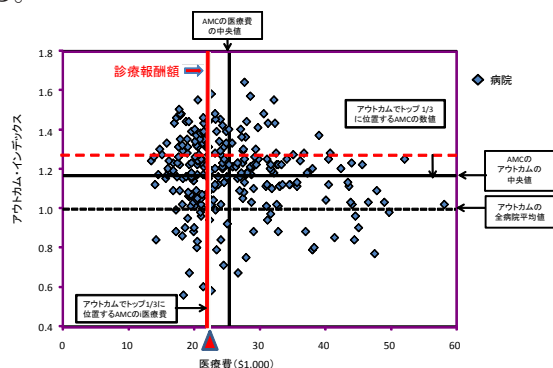
式としか思えなかった。

小生は日本の医療の研究を始めた今から25年以上前から、出来高制度の終焉を予想し、やがて日本でも何等かの包括払いが導入されることは想定していたが、既に実証的に分析が蓄積されていた一入院あたりの包括制度であるDRGではなく、「一日あたり」という経済学的にみて不思議な、そして未知のDPC制度が日本に導入されたことにはいささかびっくりした。よほど日本の官僚と医師は感情的にDRGが嫌いなのか、あるいは出来高からの包括制度への移行を怖がっているのかの何れかだとは思う。理論的にもDPCは過渡的なものである、と小生は考えている。

しかし、一日当たりであっても、包括払いではあるDPCが、出来高での点数設定のような複雑怪奇な数値設定を過去のものにするのか…、と期待していたが、DPCも係数やI群、II群などの導入により、より複雑化しつつある。

東洋の謎と伝統はともかく、スモルト氏同様に、小生は診療報酬は出来るだけ分かりやすく、シンプルに決めべきだと考えている。図を用いてシンプルな診療報酬の決め方の一例を示そう(図3)。アウトカム・インデックスでトップ1/3に位置するある病院(仮に病院Xと呼ぶ)をプロットし(赤の点線)、その病院Xでかかった医療費をその疾病に対する診療報酬のベース額(図3では赤の▲で示されている)とする、というものである。

これは実際にメイヨーのスモルト氏などが提唱し、メイヨークリニックでは幾つかの疾病・手術に関しては、現在、既にこの方法での診療報酬請求を行っている。



出典: "Why so many Americans are against the Obama Care? - Americans do the right thing after exhausting all possibilities" Robert Smoldt (2012年9月8日「グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン」感謝状)

図3 Pay for Value を活用した診療報酬の決め方 (あるDRGにおける事例)

病院 X よりも効率的に、より高い質、高いサービス、高い安全性の医療を提供している医療機関は今よりも高い診療報酬を受けられる。しかし、病院 X よりも低い効率（より高い医療費）で同様なレベルの治療を行っている病院は、より効率を高める事に努力しなければならない。

米国では診療報酬に関して、P4P を含め、並行して幾つかの試行が行われている。その中の一つが Pay for Value である。現在、メイヨークリニックでこのような方法で診療報酬の請求を行っているのは、いくつかの疾病と手術に限られている。全てに対してこのような診療報酬の設定を導入するのではなく、まずは最もアウトカムが定義しやすく（つまり 5 年生存率などアウトカムを測るのに時間がかかり過ぎるがん等はまずは避け）、重要かつ高額な疾病・手術において試行するのが、プラグマティックな米国流である。

今回は拡張型 (expanded) DRG に関して説明する。

●参考文献：

“Using Financial Incentives to Stimulate Quality, Affordable Health Care” Robert Smoldt, in “Engineering the System of Healthcare Delivery” by W.B. Rouse and D.A. Cortese (May 15, 2010).