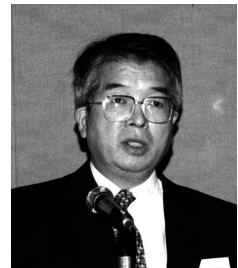


国民医療費の定額支払システム導入についての メリット・デメリット考察

私のテーマにつきまして、ジャーナリスティックな表題をつけてしまったかなと思っているのですが、今、日本の国民医療費の抑制という中で、米国のDRG / PPSをモデルにした契約支払いの導入の論理が非常に高まっている。そういう前提に基づきまして述べたいと思います。



広島国際大学医療経営学科・
教授（医療経営学）

森下 正之

この導入を考えた方々の中に、HIDDEN ASSUMPTIONS と言いますか、もしくはTAKE FOR GRANTED ...あたりまえのこととして捉えられている前提条件があるのではないか。その前提条件とは何かと言いますと、一つは米国のDRG / PPSというものが、公的部門の医療費の抑制に非常に効果的であるということ。もう一つは、このようなシステムで提供される医療の質は、一定の品質が保証されているであろうということです。この2点について少し考察してみたいと思います。

(OHP 1)

まず最初の医療費抑制についてということですが、最近の米国の保健福祉庁とか、もしくは日本の厚生省にあたるどころの下の HCFA (ヘルス・ケア・ファイナンス・アドミニストレーション) が出してあります数字を使ってご説明申し上げたいと思います。米国の医療費は、公的な部分と民間の部分の両方を足して、1996年に1兆ドルを超した。これは非常に大きな出来事である。

OHP 1

表▶米国医療費支出統計 資料：HCFA1998年1月15日発表

Item	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Amount in Billions (単位:10億ドル)										
米国医療費支出合計	\$ 26.9	\$ 73.2	\$ 247.3	\$ 699.5	\$ 766.8	\$ 836.6	\$ 895.1	\$ 945.7	\$ 991.4	\$ 1,035.1
民間部門	20.2	45.5	142.5	415.1	445.2	478.1	506.2	521.8	536.2	552.0
公的部門	6.6	27.7	104.8	284.4	321.7	358.5	388.9	423.9	455.2	483.1
連邦政府	2.9	17.8	72.9	195.8	225.8	257.6	276.4	304.1	328.7	358.0
州と地方自治体	3.7	9.9	32.5	88.5	95.9	101.6	109.3	119.8	126.5	125.7
Number in Millions (単位:100万人)										
人口	190	215	235	260	263	265	268	270	273	275
Amount in Billions (単位:10億ドル)										
国内総生産	\$ 527	\$ 1,036	\$ 2,784	\$ 5,744	\$ 5,917	\$ 6,244	\$ 6,558	\$ 6,947	\$ 7,265	\$ 7,636
Percentage of Domestic Product (国内総生産に対する割合)										
米国医療費支出合計	\$ 141	\$ 341	\$ 1,052	\$ 2,691	\$ 2,709	\$ 2,854	\$ 3,141	\$ 3,437	\$ 3,633	\$ 3,759
民間部門	106	212	606	1,597	1,695	1,802	1,889	1,939	1,965	2,065
公的部門	35	129	446	1,094	1,222	1,302	1,452	1,568	1,668	1,754
連邦政府	15	83	306	753	860	909	1,044	1,125	1,205	1,274
州と地方自治体	20	46	140	341	365	383	408	443	464	480
Percentage of Domestic Product (国内総生産に対する割合)										
米国医療費支出合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
民間部門	73.2	62.2	57.6	59.3	58.1	57.1	56.5	55.2	54.1	53.3
公的部門	24.8	37.8	42.4	40.7	41.9	42.9	43.5	44.8	45.9	46.7
連邦政府	10.9	24.5	29.1	28.0	29.4	30.7	31.2	32.2	33.2	33.9
州と地方自治体	13.9	13.5	13.3	12.7	12.5	12.1	12.2	12.7	12.6	12.8
Percentage of Domestic Product (国内総生産に対する割合)										
米国医療費支出合計	5.1	7.1	8.9	12.2	13.0	13.4	13.6	13.6	13.6	13.6

その中で民間の部門は、マネージドケアの効果により比較的うまく抑制されている。これをCOMPOUND GROWTH RATE という複利計算で伸び率を見ますと、だいたい年間4.8%くらいで伸びてきた。ところが公的な部分は非常に高い伸びである。民間・公的を合わせた米国全体では90年から96年に年間平均6.7%くらい伸びて、そのうち民間部門は4.8%。それに対して連邦政府は10.1%でした。なかんずく、その中で大きなウェイトを占めているメディケア (DRGが主になっております) は10.3%で伸びている。

ということで、HCFAの見解、並びに米国の医事の専門家の人達の意見は、どうもDRGというものに一つの欠陥があるのではないかと、もしくは運用上の不備があるのではないかと、というのが今のところ大勢になっています。

(OHP 2)

これは、先ほどのものを90年から96年にかけてのグラフで表わしたものです。

(OHP 3)

それではちょっと解かりにくいのでこのOHPは、民間部門とメディケアを同じスケールに合わせてパーセントで出したものです。1990年を100にして各年度を割っていったものですが、民間部門とその下のメディケアの角度を見ていただくと、メディケアの方がはるかに急速に伸びているということがわかります。

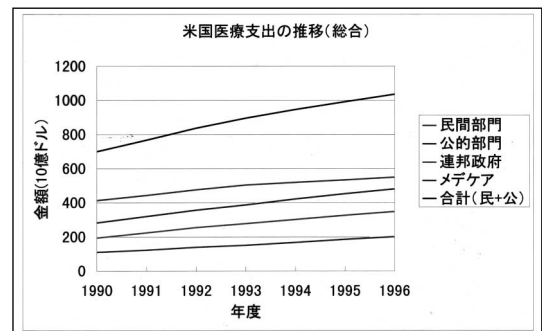
それでは、このメディケア並びに公的な部分で、なぜこのように急速に伸びたのか、DRG / PPSにどういう問題があるのだろうかということで考察してみますと、一つわかったのはUP CODING という慣行です。

UP CODING というのは、実態以上に悪い病状にグループ化して請求するというも

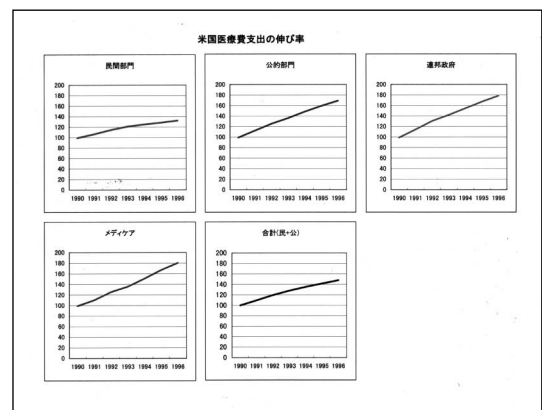
ので、これがシステムティックに行われた。システムティックという意味は、UP CODINGのコンサルタントというものが米国にかなりの数存在しており、この人達はUP CODINGすることによって成功報酬 (CONTINGENCY) という形で収入を得た。例えば UP CODING をしたことによって収入が1万ドル伸びれば、その半分の5千ドルを貰う。医療機関にとっては腹が痛まないものだから、そういうUP CODING のコンサルタントを非常に歓迎して、ほとんどの医療機関が雇った。大学病院も含め、プロフィット、ノンプロフィット (アメリカのノンプロフィットというのはご存じのように、日本のような考え方ではなく、税的な形態が変わっているというふうに考えた方がいいかもしれません。) を問わず、そういうコンサルタントを雇った。今米国では大きな問題としてこれを取締っております。

この取締りの内容は非常に面白く...面白いというのはちょっと語弊がありますが、法律の元になっているのは、日本の明治政府が開国をしたその2年前の南北戦争時代にリンカーンが法律にしたもので、北軍の軍隊への供給業者が非常に詐欺的な行為をしたことに対して、告発に基づいて懲罰的な賠償金を得た場合には50%差上げますという内容のものです。この法律はその後死んだようになっていたのですが、レーガンの時代、ソビエトの崩壊に結びついたあの軍拡競争のときに、国防産業がまた非常に詐欺的な行為をした。コスト的にはたかだか10ドル・20ドルのものを、何千ドルで請求したというような、今のNECのような感じのものだと考えていただければ良いと思うのですが、そういう慣行が起こった。それを取締るために、この法律を復活させた。もう少し制度的に精緻さを上げまして、内部告発者に対して、単独で行った場合については25%から30%。政府が一緒にやった場合については15%~25%の賠償報賞をもらえる。こういう内部告発のことを、米国においては

OHP 2



OHP 3



WHISTLE BLOWER と呼んでおり、ホイッスルを吹く人というのは、暗いイメージではなしに良いイメージになるような政策をとっている。

この政策で、スミスラインピーチャムも内部告発者によって、最近の判決で1千万ドルをその人に払ったということも報告されております。

それほど DRG / PPS の中で、詐欺的行為が非常に大きいということがわかった。これは ESTIMATE ですからわからないんですが、7%から15%くらいの DRG / PPS の支出の中に、そのような FRAUD (詐欺的行為)が入っているのではないか。この FRAUD の概念なんです。これは当然単純なミスではなしに、BENIGN NEGLECT と申しますか、もしくは重過失 (GROSS NEGLIGENCE) というものも含まれて、それでそういうような金額になっている。

そういうことで、米国の場合には今、この UP CODING のコンサルタントが成功報酬でやった場合には、すぐに査察に入るという形でやっている。非常に柔軟な対応をとっているということです。それで今コンサルタントの方も CODING COMPLIANCE というコンサルタントに鞍替えをして、むしろコードをきちっと守るんだというような形で、固定料金でコンサルタントを始めているということのようです。

そういうことで、DRG / PPSを導入したからといって、すぐに支出が抑制されるかということにつきましては、なかなか難しいということが、一つ米国から学ぶべき教訓ではないかと思えます。

(OHP 4)

次に、品質保証についてですが、米国の場合はCME (CONTINUING MEDICAL EDUCATION) というものがあるということ。

これは1990年に始まったものですが、サー・オスラーという方(ジョンホプキンス大学の主任教授)が最初に始めました。この方の述べた理論は3つございまして、1つは医師は生涯学生であらねばならないということ、それから教える側は常に鮮度を保つということ、3つ目は教える場所は病院であることです。これが第一段階で、第二・第三段階ははしょって第四段階に移ります。

第1次・第2次大戦後非常に医学が進み、そのために細分化・専門化が進んだということで、医学の最前線にいる方と、学位を取られた後ルーティーンの方の如く医療行為を行ってあまり学ばれない方との間に非常に大きな差が出てきた。これが大きな問題になってきた。第四段階は、ちょうど70年から80年にかけて、米国のレーガンのデレギュレーションが始まった頃であり、これはそれに呼応するような形で法制化されたもので、米国の医師は1年毎の州における医師免許を更新するに場合に、必ずCME単位を取得しなければならないということです。テキサスの例で言いますと、年間24単位の時間を取らないといけな

OHP 4

CME (Continuing Medical Education)
継続的医学教育・医学の生涯教育

第一段階: 1900年 Sir William Osler のロンドン講演発表

第二段階: 1930年代 John Youman の Resident プログラムに基づくCMEプログラム(経済大恐慌時期)

第三段階: 1950年代 AMA(米国医師会)/ELIS(ボストン医師会組織のPostgraduate Medical Institute)のイニシヤチブ

第四段階: 1960年代 George Miller の画期的CME プログラムと各州によるCME履修の義務づけ

第五段階: 現在・未来

- 80 -

ち12時間につきましては、ぴしっと決められたコース。あとは自習に基づくフォーマットで、きちっと報告すれば良いという形で、非常にゆるやかなんですが、このCMEは今後もっと内容が充実され、拡大していくのではないかと。

コンクルーディングとしまして、今後のCMEはどのようなふうになるのだろうかということについてですが、1つはCMEの具体的な効果というものの測定法の解決。これは現実の患者さんにどういう形でメリットを表わしているのだろうかということです。それからもう一つは、教える側と学ぶ側が一体になって問題を解決するようなプロセスを、どのように開設したらいいかということ。それから医師の職場における毎日の活動の中に、どういう形でCMEを組み入れていくか。こういうことが今後の課題として残りますが、日本の中でもDRG / PPSというものを導入する際には、この辺のことも明確に把握されてやるべきだろうと思います。