

【論文】

カナダ・オンタリオ州での  
hospital funding system 改革プロセスの考察  
～ activity-based payment systems の可能性～

Investigating improvements to the hospital funding system  
in Ontario, Canada

— The potential for activity-based payments systems —

高橋 淑郎  
Toshiro Takahashi

目次

1. はじめに
2. オンタリオ州の医療制度の概略
3. カナダの病院経営と資金供給システム
  - 3-1. オンタリオ州の公的病院経営への圧力
  - 3-2. グローバルバジェット
4. Activity-based payment systems (ABP) の導入と課題
  - 4-1. 医療政策としてのABP導入要件
  - 4-2. オンタリオ州で提示されたABPと課題
    - (1) 臨床データの精査の必要性
    - (2) ABP導入のコストの検討
    - (3) ABPの導入が医療コストと患者の治療成績に及ぼす影響
    - (4) ABPが患者の入院期間に及ぼす影響
    - (5) ABP導入による病院での医療の質の変化
    - (6) ABPが病院の利用と入院待機期間に及ぼす影響
  - 4-3. 資金供給のモデルとオンタリオ州におけるABPの可能性
5. オンタリオ州における医療制度改革プロセスと政策マネジメント
6. ホスピタル・レポート（・カード）プロジェクトの功績
7. わが国の医療経営と医療の質の向上のために

## (要旨)

世界各国で診療報酬の支払い方式あるいは病院への経営資金の供給に苦慮している。それは高齢化、医療技術の進歩、患者や社会からの様々な要求とその水準の上昇などにより、医療費が高騰し、それを何らかの方法で食い止めながら、提供する医療において、質、量、安心、安全を担保していくことが求められているからである。したがって、質が高く、広くアクセス可能で、しかもコスト効率に優れた病院医療の実現は、カナダだけでなく日本の医療制度が直面する最重要課題の一つである。世界各国で様々な形式と名称で導入されている activity-based payment systems (ABP) の現状について、カナダ・オンタリオ州の病院と保健省でのインタビューおよび文献から分析した。

これまで病院への資金提供の方法を変更するだけでは、病院での臨床的成果の量、質の変化を望ましいレベルまで高めることはできなかった。しかし、ABPのインセンティブ構造を活用して、さらに、グローバルバジェット方式の長所を組み合わせると、オンタリオ州では結論づけた。本稿ではカナダで実績のある CIHI による「ホスピタル・レポート（・カード）」による情報収集と一元管理および BSC による政策マネジメントの活用が ABP 導入の実現可能性や成果を高めることを示唆した。

わが国で ABP が機能するにはどのような条件が必要かを検討した結果、わが国で中立の非営利組織による医療成果と経営成果を測定・評価を行う全国的な組織の設置と運用が必要であり、厚生労働省主導の DPC (Diagnosis Procedure Combination, 診断群分類) を利用したもののだけでは十分でないことを示した。そして、医療および経営データの様々な収集と適切な処理と情報発信をする非営利の組織体や大学や民間の知恵を結集した医療の質の向上のための組織などが協働する仕組みづくりと運用が必要であることを明らかにした。

## キーワード：

病院経営への資金供給, ABP (activity-based payment system), BSC (balanced scorecard), DRG (diagnosis-related group), 医療と経営の質

## 1. はじめに

世界各国で、これまで病院への経営資金供給方法を変更するだけでは、病院の臨床成果の質、量の変化を望ましいレベルまで高めることはできなかった。さらに、経営の安定も望ましい成果が出ていない。アメリカやヨーロッパの病院経営資金あるいは病院への医療費償還制度の改革を見ながら、公的病院への経営資金供給を通じて新しい制度を作ろうとしているカナダのオンタリオ州に注目した。なぜなら、その新制度策定プロセスに、研究者、実務家、官僚などが確実に協働している仕組みと成果、および導入前のいくつかの熟

考された準備施策などが、日本では感じられないほど、用意周到であり、並々ならぬことを筆者が感じたからである。

カナダの医療制度、特に、オンタリオ州の医療システム、なかでも公的病院への経営資金供給システムを検証し、わが国と共通するシングルペイアの国(州)の医療システムにおいて、病院への経営資金供給でどのような改革を行おうとしているのか、医療政策策定での思考方法やこれまでの他国の経験をどのように活かそうとしているのかを、文献およびオンタリオ州保健省、オンタリオ病院協会、CIHI (Canadian Institute for Healthcare Information, 詳細は後述) などの担当者お

よびオンタリオ州・トロントの急性期病院でのCEO インタビューの結果を交えながら、わが国での診療報酬制度の在り方を考える前提条件あるいは必須条件を整えるには何が必要かを明らかにすることを目的としている。

## 2. オンタリオ州の医療制度の概略

カナダは、1976年からG7として先進国首脳会議の参加国となっているように、高所得の先進諸国の一つでもある。その中でもオンタリオ州はカナダ政治の中心オタワがあり、経済や文化の中心トロントがある。オンタリオ州だけでも日本の国土の約4倍あり、州内での南北格差、医療格差もある。さらに、カナダの人口の38.39% (Statistics Canada 2011) を占めていることからわかるように、連邦国家カナダの中心的な州といえる。

オンタリオ州の医療制度は、イギリスの制度を下敷きにしつつも隣国アメリカの良いところと悪いところを見極めながら大規模で複雑なシステムを構築してきたといえる (高橋淑郎 1991, 1995, 1999)。したがって、古き良きカナダへの想いを抱きつつ、すなわち、ある程度の不自由さや不便さを受け入れながら、最新の医療技術を導入し、医療制度改革の準備をゆっくり行っている。

オンタリオ州の病院は、病院数で約98%が公的病院であり、私的な理事会が公的病院経営資金を受けて経営される公的病院が150以上存在している。その過半数は一つの病院が一つのサイトをもつ急性期患者向け医療機関である。病院によっては、複数箇所の病院を運営しているので実際の病院数は、約260病院である。ショートステイ患者もしくは通院患者に対する限られた範囲の処置を行う複合的継続医療病院、リハビリテーション病院、精神病院、民間専門病院の数は少ない。長期医療施設は急性期病院の5倍以上あり、トロントには、精神医療、ホームケア、その他の

関連サービスを提供するコミュニティーの機関が5,000以上存在する。以上からわかるように、医療はオンタリオ州最大の雇用主でもある。2万人以上の医師、10万人以上の看護師が雇用され、医療関連の従事者総数は50万人を超えている。

カナダ連邦全体で2011年では、総医療費は2,000億カナダドルが支出され、その約43%が病院と医師の費用である。また、公的保険でカバーされない、歯科、めがね、薬局での処方箋医薬品、処方箋外の医薬品などでその中の30%が私的な支払で占められている。カナダ連邦全体で、医療費の財源別の構成比は、一般税から70.5%、自己負担分として14.7%、民間保険から12.8%、社会保険から1.3% (OECD 2011) となっている。このような状況で、医療費増加、病院医療費の増加に関しては、年々その圧力が増加してきている。

カナダのすべての州と同様、オンタリオ州では、患者が家庭医あるいは病院の救急室で受診しても、入院しても医療費の個人負担は少ない。しかし、院外処方箋医薬品、自ら望んだ個室利用での室料、歯科医療、検診などはカバーされない。これらの個人的支出は、個人の支出あるいは民間医療保険によってカバーされる (高橋淑郎 1991, 1999)。

医療制度上、オンタリオ州の医療費はほとんど税金すなわち公的資金によって賄われている現実があり、そこでの各種の矛盾や医療費の伸びをいかに抜本的に改善するかが課題となっている。さらに、個人の支払いもしくは民間の保険で補填される費用は、リハビリテーション、公的保険対象外の様々なサービス、65歳未満もしくは十分な収入のあるオンタリオ州住民の院外での調剤に集中している。院外処方箋も製品名ではなく成分名であり、民間医療保険あるいは個人の負担上差があり、個人の所得と受けるサービスの質の差に密接に関係することも課題である (高橋淑

郎 1991, 1995, 2000)。

オンタリオ州の医療費の公的負担の大半は州政府によっている。ただし、その支出のうちの約 200 億ドルは地域健康統合ネットワーク (Local Health Integration Network, LHIN, 以下LHINと呼ぶ) と呼ばれる 14 の地方医療計画・資金調達機関であるLHINに移転される<sup>1)</sup>。これらの機関は 2005 年に州議会で地方医療制度統合法が可決されたことによって設立された。

カナダは連邦政府のCanada Health Act<sup>2)</sup>の基本原則に沿って、各州が医療制度の策定と運用に責任を持っている。したがって、州政府によって医療制度の運用に関する規則が策定されており、州の医療制度にはいくつか重要なガバナンス・レベルが存在している。

2013 年現在、各地域の病院統合組織であるLHINは、14 の地域機関が州全域にわたる医療の計画とサービスの購入を受け持っている。さらに、LHINが管轄している病院は、州からの経営資金を受けて、各地域が独自に任命した理事会の下に運営される独立非営利法人でもある。したがって、日本的な表現をすれば半官半民といった意味合いとしてみることができるので、これまで「親方日の丸」的病院経営の意識が温存していたが、近年、高機能病院、大都市の病院を中心に、自ら収益をあげる意欲が急激に増大してきた。

一方、開業医数は約 2 万人を超えており、診療報酬の償還に関しては、診療ごとの個別支払い方式で運営され、州の健康保険 (Ontario Health Insurance Plan, OHIP) に請求書を提出する方式をとっている (高橋淑郎 1991, 1999)。すなわち、日本の診療報酬制度と同様にschedule of benefitという医療行為に価格がついている価格表によって支払われている。したがって、本稿では、病院への経営資金の供給に関して議論し、開業医の診療報酬に関しては触れない。

### 3. カナダの病院経営と資金供給システム

#### 3-1. オンタリオ州の公的病院経営への圧力

オンタリオ州では、1950 年代末から州内の全住民が、病院で公的保険を利用した医療を受けられるようになってきているが、これは家庭医で提供される医療および病院での外来・入院を原則無料とする制度であり、その資金の多くを州および連邦の税収で賄っている。この制度を維持していくには費用が莫大にかさむため、1960 年代末から原価管理の施策が実施されるようになった。その中で最も注目すべきは、グローバルバジェット (global budget, 総額予算制度) の実施であり、また、病院がオンタリオ州保健省 (Ontario Ministry of Health and Long- Term Care : MOH) の許可なしに赤字を繰り越したり、負債を担保したりすることを法律違反とする立法措置がなされたことである。

オンタリオ州では総医療費の 28%以上を病院が占める。この割合は過去数十年間でかなり減少してきたものの、依然として病院は、約 450 億ドルの総医療費の中で最大の構成要素となっている (CIHI 2009a)。病院が提供するサービスは、広範で多彩である。その中で、最大の要素は、看護、診断、治療である (CIHI 2009b)。これらの支出の重要性を考えると、病院にかかわる費用は、州予算には極めて大きな負担となっている。

医療費予算はほぼ毎年 6 パーセントを超える率で増加し続けており、現在、州政府の医療費予算 450 億カナダドルのうち、150 億ドルを超える額を病院が消費している。こうしたコスト面からの圧力は毎年強くなってきている。

#### 3-2. グローバルバジェット

カナダ全州では、病院への資金供給方法として、グローバルバジェット方式が主として

使用されてきた。グローバルバジェットによる資金供給とは、公的病院に、固定額の一定の経営資金が病院に配分し、診療・教育・研究などを行うことである。グローバルバジェットで供給される金額は歴史的に、これまでの予算獲得の実績、インフレ率、設備投資計画、CEOの交渉力、病院の理事会の政治力など、さまざまな要因に基づいて決定されてきた。したがって、現代の病院で行われている多種多様なサービスとその複雑な手続きや医療行為、患者の重篤度、看護必要度などは、グローバルバジェットを決定する際には考慮されたことはない。この点がグローバルバジェットの限界であり、患者により良い医療を提供するには、納得性に乏しい予算制度ともいえる。

一方、州政府にとって、グローバルバジェットを採用するメリットは、毎年の予算編成での業務を簡素化し、予算額の予測を可能にする便利な方法であり、州政府が予算上限額を決定する手段として、病院側の支出の伸びを制限することが容易にできることであった (Antioch, K. M. and Walsh, M.K. 2004)。つまり、グローバルバジェットは効果的な総額医療費管理手段となってきたが、病院側の対応として予算の枠内に抑えるために入院を制限し、その結果、入院待ち患者数が増加した。

グローバルバジェットの運用上のデメリットは、資金供給のこれまでの実績を基礎とした病院への配分プロセスが不透明であるため、公正さ、柔軟性、公平性を欠くとの病院側からの不満や苦情の申し立てに州政府がさらされることである。これらの不満や苦情は、すべてが根拠のないものとは限らないので、政府として無視するわけにはいかないのである。また、患者のcase-mixの変化は、病院の資源消費に関係するので、病院の収支に直接影響を与えることになり、結果として医療の質に影響を与えることになる。さらに、グローバルバジェットは、病院医療の質を高めよう

と、より高いコストを負担するといった、病院の経営行動に影響を与えることはない。また、グローバルバジェットを使用する病院では、リスクとして、これまで長年にわたる不公平性や非効率性が温存されることが考えられる。すなわち、これまで、年間を通じて経営が継続するように、前期には予算をあまり消費しない傾向があった。このような病院の年間の経営資金を考えた組織文化を今後も継続させるのか、予算を使い切るリスクにどのように対応するのか、いずれにしてもリスクはある。

カナダ以外の先進国で、この方法を現在も単独で使用している国はほとんどない。世界の先進諸国でのABP導入をみると (図1)、オンタリオ州は、遅く検討を始めた分だけ、他の国の事例を調査したり、文献で内容を精査したりすることができるので、大きな失敗をしないように、準備してきているように保健省の動きから感じられる。

#### 4. Activity-based payment systems (ABP) 導入と課題

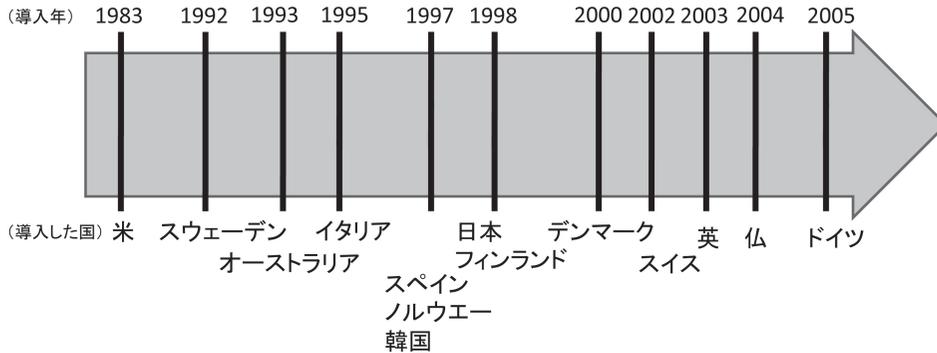
提供するサービスの種類と量、さらには患者の特質に基づく病院への資金供給は、グローバルバジェットに代わる方法として、近年では、様々な形式・名称で、多くの国々に導入され国際的に標準的な手法になっている。1980年代初期に米国でDRG<sup>3)</sup>が出現して以来、case-mix funding、医療活動に基づく資金供給 (activity-based funding)、または診断名別資金供給 (DRGs-based funding) と呼ばれることが多い (図1)。

本稿ではこの手法を、オンタリオ州の保健省のHealth System Funding Strategyで使用されている用語に合わせて、Activity-Based Payment (ABP) と呼ぶことにする。

これまでの資金獲得実績に基づくグローバルバジェットに比べて、ABPはより複雑な

図 1

## ABPの国際的な導入時系列



(出所) Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (2009) “Patient-Based Payment : Advancing hospital funding policy in Ontario” Policy Discussion Paper, October 9, p.14 を参考に筆者改変

メカニズムを持っている。ABPによる病院への資金供給は、医療上の患者特質とサービスの量、つまり、病院での医療行為の種類と量に基づいてなされる。米国で開発されたDRGの開発は、病院の医療行為及び活動量をどのような方法で分類し、定量化すべきかという問題を解決した (Fetter, R. B., et al., 1980) といえる。世界で最初の利用は、米国であり、メディケア制度<sup>4)</sup>で、1983年にDRGを使用した病院への支払いを開始した。

各DRGは、臨床的に類似したコストに大差ないと考えられる患者の集合体を表している。また、患者の処置と診断の組み合わせに基づいて、各DRGに入院が割り当てられる。たとえば、「合併症のない虫垂炎」を表すDRGが存在するとしよう。そうすると、患者の入院の予測コストを表す値である支払い額が各DRGに関連付けられる。多くの国々が、その国独自のDRG型のシステムを開発している。各国のDRGは、自国内の処置分類、処置パターン、コストなどを反映しており、病院への償還方法として国民に妥当性を持つ

て受け入れられるように考案されている。英国のHRG、オーストラリアのAR-DRG、北欧諸国のNord-DRG、日本のDPCなどがその例である。

アメリカがDRGを採用した理由は、1970年代、患者への医療行為と病院利用料金の積み上げ計算方式による出来高払いの結果として病院支出が大幅に増加していたための、コストの抑制にあった。

当時、多くのヨーロッパ諸国は、case-mixの手法について、アメリカでDRG支払い方式が採用されてから数年後には、すでに研究がおこなわれていたが、実際はグローバルバジェットに基づいて病院に資金供給していた。当時、オンタリオ州は、DRGについては研究者レベルの関心に過ぎず、政策担当者までたどりついていなかった。したがって、先進諸国の中では政府の反応としては遅かった。なぜなら、OHIPははじめ、病院の経営に関する諸制度がまだ十分に財政的にも、人的資源でも、州民の要求の高さに関しても、カナダの各州の中では余裕のある時期であった

からといえる。

グローバルバジェットを採用している場合、コスト抑制のインセンティブを与えても、歳入と歳出が釣り合うように均衡予算規律を導入すると、患者の入院期間を長期化させ、不適切な設定による非集中的な治療を行う可能性があり、オンタリオ州のLHINがサービス計画を資金提供の仕組みと結び付けるのを阻止するインセンティブが生じる可能性がある。したがって、アメリカ以外のほとんどの先進諸国においては、コストの抑制に加えて、医療での生産効率を高めることがABPの採用の主目標であった (Street, A. S., et. al., 2007)。

#### 4- 1. 医療政策としての ABP 導入要件

オンタリオ州では、病院への資金供給手段として、ABPの採用を考える場合、ABPの導入の理論的根拠のより詳細な検討が必要となった。なぜなら、現在の制度よりも明確にメリットがあることを、オンタリオ州の住民に明確に根拠をもって示すことが州政府に求められたからである。ABPを導入する理由として、国によって異なる理由が報告されているが、最も一般的な目的として、以下が挙げられる (Eldrige, C. and Palmer, N. 2009)。

- ①生産性と効率の向上を促進すること
- ②入院順番待ち患者の数を減らすこと
- ③病院間の競争を高め、医療の質を向上させること
- ④医療監視とベンチマークを進めること
- ⑤病院への資金提供の透明性を増すこと
- ⑥患者が各種サービスの選択を容易に行えるようにすること
- ⑦公的医療機関と民間医療機関との間で、支払いの仕組みの調和を図ること

オンタリオ州でのABP実行に際して、現状のシステムの中で制度設計に必要なデータが揃えられないという課題がある。カナダ国内の病院にとって、ABPによる資金供給を

支えるのに必要な病院での臨床あるいは経営のデータの確保は重要である。すなわち、第1に患者データの標準化と質の担保であり、第2に病院への資金供給に関与する人々が適時に信頼できる形でデータを利用できることである。つまり、オンタリオ州政府が制度設計に必要なデータを確立でき、それを標準化して、実際に医療制度の中で、容易に利用できるようにすることを求めている。

カナダでは、すべての病院が診断および処置に関してICD-10-CAおよびCCIを使用している。したがって、患者の診療録から臨床データの一部を利用して報告データを作成し、疾病分類の定義と利用のガイドラインは、CIHI (Canadian Institute for Healthcare Information)<sup>5)</sup>が責任を持って管理し、メンテナンスしている。しかしながら、ガイドラインに関しては、どの程度厳守するかは州、準州によって意識に濃淡がある。データに関しては、病院は、入院時の臨床領域、経営管理領域、診断情報領域のデータを収集し、CIHIの退院要約データベースであるDischarge Abstract Database (DAD) に報告している。

医療費の支払いに関してオンタリオ州では、CIHIが計算しているCMG+<sup>6)</sup>と呼ばれる方式を維持している。CMG+には、症例固有の支払い額の決定に使用可能な資源強度重み (resource intensity weights : RIW) が含まれている。CIHIは、CMGを使用して、この病院データから資源強度重みであるRIW、すなわち償還料金を作成し、支払い額として設定される。オンタリオ州は、これらの「相対的重み」を見積もる目的で、個々の患者に関するデータをCIHIに提供している。したがって、case-mixを基礎にししながら、ABPにまで持って行くには、CIHIからの要求する情報を変えていく必要が生じてきている。

#### 4-2. オンタリオ州で提示された ABP と課題

オンタリオ州においては、これまで患者をコストグループに分類する手法として、DRGに基づく支払方法とコスト配分ではなく、「case-mix grouper : CMG+」に基づいて割り当てられる、特定の症例群の資源強度重み (resource intensity weights) を使用してきた。

医療行為に基づく資金供給は、まず、人工股関節置換手術、人口膝関節置換手術、慢性腎臓疾患の3指標に限定され、その他は、Health Based Allocation Model (HBAM) という資金供給方式によって行われることになった。HBAMは、配分モデルを使用して決定される組織レベルの医療行為に基づく資金提供方式であり、本来、医療行為に基づく資金供給のために考案された方式ではなかった。

そこでオンタリオ州が直面した課題は、ABPのカテゴリーをどのくらい広く設定するかという問題であった。米国では、提供すべきサービスの合理的かつ正確な予測を可能にする方法で疾病の発症を定義する取り組みにおいて、以下に示す4つの特性を使用してDRGを作成したとFetterは述べている (Fetter, R. B. et. al., 1980)。

- ①退院時要約に基づき定期的に収集された情報に基づくカテゴリーの定義
- ②管理可能な数のカテゴリー
- ③カテゴリー内の資源強度の類似パターン
- ④臨床的視点から見た、カテゴリー内の類似したタイプの患者

多くの国々では、この思考方法を踏襲して、各国の実情に合わせた独自の疾病分類別の体系をつくってきたが、オンタリオ州では、現在、その他の基準はないのか、多角的な検討を重ねている。その結果、現在の基本的判断は、ABPにおいて、カテゴリーの幅をどの程度とるか、すなわち、幅を広くする場合と

狭くする場合では、トレードオフとなる可能性が出てくることが考えられる。すなわちカテゴリーの幅を広くするほど、症例当たりの支払額の不均一性が大きくなる。したがって、病院の財政的なリスクは高くなる可能性が増し、病院としてはそのリスクを軽減する行動をとることになる。同時に、カテゴリーの幅を広げると病院は医療を提供するにあたり、多くの選択肢を用意して各カテゴリーでの技術的効率を高めることになる。

##### (1) 臨床データの精査の必要性

DRGに基づく資金供給方式は、患者の診療録からの正確で包括的なデータの抽象化・標準化が必要である。すなわちコーディングの力量に依存する。病院がABPを導入すれば、合併症のコーディングにが正しく正確に行われることで、病院の収入は増加することになる可能性が高いが、これは存在しない合併症を不適切に追加し、患者のDRGを、より高い「価格」に関連付けられたDRGに変えて、ランクアップする「アップ・コーディング」と混同してはならない。このような行為は不正行為であり、こうした行為がアメリカやそれ以外の国で行われていることは、各国で裏付けのある事実として認識され、その防止が議論されている。類似したカナダのデータから、カナダの病院経営者も警戒している (Preyra, C 2004)。

したがって、臨床データの信頼を高めるためにも監査が必要で、アメリカのメディケアでは日常的に行われている。現在、過剰コーディングの検出に力点が置かれており、結果として、ABP方式を利用する時には必要な構成要素と見なされている。現在、カナダでは、CMG+用の総合的な監査あるいは監視システムはまだ開発されていないのが現状である。

## (2) ABP 導入のコストの検討

ABPの導入と規制にはコストがかかる。イギリスでは、グローバルバジェットからABPへの移行において、病院の活動の変化の監視、患者レベルのコストデータ収集、データの質の監視、病院向けサービス契約の作成と管理のコストが発生した (Marini, G. and Street. A. 2007)。オンタリオ州でも同じコストが発生すると考えられている。カナダの病院は、従来からコンピュータ化のスピードが遅いことが課題であり、データ取得に要するこれらのコストの多くは、いずれ発生するであろう。しかし、これに加えて、DRG毎に、「実際のコスト」と「州政府が提案する金額」との差を定期的に把握し、調整するための仕組みが、地域レベルで確立される必要がある。さらに、医療行為のレベルは、資金提供政策上の決定事項の意図した効果が実現したことを確認するため、慎重にモニターし、評価する必要がある。

## (3) ABP の導入が医療コストと患者の治療成績に及ぼす影響

カナダが英連邦に加盟していることもあり、国民の30%以上が英国系ということもあり、オンタリオ州は英国の医療制度の変革と結果と成果を詳細に検討してきた。英国は、実績払い方式 (Pay by Result : PbR)<sup>7)</sup>の導入から2年経過後、選択的症例において、よりコスト効率の高い日帰り手術を受けた割合が1.5%上昇し、それは同時に、高コスト病院の方が、低コスト病院より上昇率は高いことが分かった。そして、医療の質へのマイナス影響を見ることなく、単位コスト全体の低下が見られた。調査で判明した事実として、PbRを導入した病院では、患者の入院期間が急速に短縮され、日帰り症例の割合が急速に高まった。これは実績払い方式に関係した単位コストの低減を示している (Farrar, S., et. al., 2009)。この事実は、支払い方式によっ

て質を下げないで、コストを下げることは可能であることが示されたといえる。

アメリカでは、ABPへの移行は、メディケアコストの伸びの鈍化や病院の単位コストの低下など、コスト面でプラスの成果を生み出している。調査で実証された事実として、メディケアコスト全体の伸び率は1974年から、定額DRGに基づく支払いが導入された1983年までは、年平均19%の伸びであったが、導入後は8.6%に鈍化した。DRGに基づく支払いによる資金供給をうけている病院は、1日あたりのコストが9.8%、入院患者1人あたりのコストが14.1%低下したことが判明した。ニュージャージー州では、DRGに基づく支払い方式は、単位あたりの年間コスト削減という形で成功を収めた。しかし、コストに関するDRGのプラス影響は、大部分が、入院率の増加によって相殺され、DRG方式による純節減は最大2.4%と、オンタリオ州保健省では推定している

スウェーデンやイタリアなど先進諸国の事例から、各国とも個々の病院での医療費削減は大なり小なり成功していることが判明しているが、総医療費の削減および医療の質の維持あるいは質の向上に関して確実に成果を上げる保証はないことは示されたといえる。したがって、医療の質の向上に向けての各施策が優劣に関係することが分かる<sup>8)</sup>。

## (4) ABP が患者の入院期間に及ぼす影響

一般に、平均在院日数の短縮は、医療の質の向上と合併症発症率の減少を伴う傾向があるとされている。さらに、医療制度において病院医療をABP方式に移行すると、多くの国々で、導入後の初期段階に患者1人あたりの在院期間の短縮が認められ、平均在院日数は5～15%短縮しており、この影響の大部分は、移行から最初の約3年間に発生している。

例えば、英国のある調査で、PbRを導入し

ているNHS病院では、ABP方式を採用していないスコットランドの病院に比べて、入院患者100名あたりの在院日数が8日短縮した (Kroneman, M. and Nagy, J. 2001)。

アメリカの病院でも平均在院日数の短縮が示されている。DRGを最初に導入したニュージャージー州では、DRG導入後3年間で、8.4日から7.9日へと、年2%の平均在院日数の短縮が見られた。米国全体では、12年間で28%の短縮が見られたことがオンタリオ州保健省で検証されている。

以上からわかるように、平均在院数が短縮されることは確認される。しかしながら、平均在院日数の短縮に関係した医療の質の変化については明らかになっていない。

#### (5) ABP 導入による病院での医療の質の変化

病院にとって、ABPにおけるインセンティブは、患者の入院期間を短縮し、病床回転を早くし、サービスの量を増やしコストを下げることである。コスト削減は、技術的効率の向上につながると考えられるが、医療の質を犠牲にする効率向上はあってはならない。

アメリカのメディケア適用病院でのデータの分析から、死亡率の変化は、ABPに起因するものではないことが分かった (Jencs, S. F., et. al., 2007)。別の論文で、アメリカでは、6つの慢性疾患の医療の質に関する指標に、目に見える変化はないことが判明した (Kahn, K., et. al., 1990)。

英国では、質に関する指標がABPに関係して病院医療の質の低下を示すことはなかった (Farrar, S., et. al., 2009)。ABPとコストと質に関する最近の調査では、ABPを採用している国と死亡率は関連性がないこと (Forgione, D. A., et. al., 2005) が分かった。

さらに、イタリアにおいて、死亡率と再入院率はABPの採用後も変化がなかった。ABPに関する28か国を対象とした別の調査

では、ABP方式での病院資金提供と死亡率の低下はほとんど関連性がないこともわかった (Mereno-Serra, R. and Wagstaff, A. 2009)。

患者が入院すれば新たな支払いが発生することから、ABPでは、回避することが可能な再入院を回避するインセンティブが不足しているものの、アメリカ国内での調査によると、大部分の病院で、再入院では利益が出ないという事実があった (Jencks, S.F. et. al., 2009)。したがってABPは、コストのかかる合併症や再入院を減らすため、さらに高い質の医療を提供するよう病院を促進する可能性もある。といったように、医療の質に関しては、限定的な指標ではあるが、ABPを導入しても医療の質はほとんど下がらないといえる。

しかし、ここで注意しなければならないことは、入院率に関しては、Epsteinらによって、地域別の再入院率と全入院率とのあいだに顕著な関連が認められたという。したがって、医療費の削減だけからいえば、病院利用がより少ないことから得られる医療費節減を目標としたプログラムのほうが、これまでに導入されてきたcase-mixプログラムよりも再入院を減少させられる可能性を示した (Epstein, A.M. et. al., 2011)。したがって、必要な入院というよりも、無理をした入院が増加すると、再入院率が増加し、case-mixによる医療費に適正化を阻害する可能性が指摘される。

上記から、ABPの導入と病院の質をモニターする取り組みの強化が求められることは必須となる。具体的には、質の保証計画、再入院指標、患者満足度調査などを別の側面からの補助指標として機能させることが必要となる。

#### (6) ABP が病院の利用と入院待機期間に及ぼす影響

ABP方式を導入し、医療効率を高め、患者を早期に退院させ、入院患者数の増加と平均在院日数の短縮を通じてより多くの収益を得られるようにすることで、入院待ち期間を短縮できるかについては、これまで議論がなされてきた。オンタリオ州保健省によると、対象とする外科手術にcase-mixに基づく資金供給を適用すると待機期間の短縮が実現した (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 2009)。

例えば、スウェーデンでは、急性期病院の支出のABP資金提供分が70%であり、最も高い州にあるストックホルムでは、ABP導入初年度、入院患者の医療件数が8%、日帰り手術数が50%、外来患者来院数が15%増加し、年間活動全体で11%の増加が見られた (Dismuke, C.E. and Guimaraes, P., 2002)。

以上のように、州政府にとってはABPの導入は、必須の条項になってきているが、それを支えるcase-mixの分類方法、統計学的妥当性、医学的根拠などを再度、今、明らかにして整理することが必須になる。

#### 4-3. 資金供給のモデルとオンタリオ州における ABP の可能性

アメリカのメディケア制度を含め先進諸国の多くがABPを使用して、病院におけるすべての活動に資金供給する方法を採用している。こうした動きの最近の例として、英国、フランス、ドイツの例が挙げられる。これらの国々では、これまでの制度との継続性やマイナス面を緩和するために、複数の資金供給源を組み合わせて使用する移行期間が適用されており、これがABPの導入を容易にしている。この移行期間は、英国では6年間、ドイツでは5年間、フランスでは4年間+ $\alpha$  (後に延長された) と発表された。これらの国で

は、移行期間中、病院への資金供給の減額規模に「上限」が設けられていた。アメリカのメディケアにおいても、投入と価格の差や地域の人口特性を反映すべく、DRG支払い額に明示的な調整要因が組み込まれてきた。具体的には、地域の賃金率、教育/研究費、医療保険に加入していない患者の「不均衡な部分」に関して、支払い額の調整分が設けられている。したがって、このような導入経緯をみると、オンタリオ州では、ABPとグローバルバジェットの特質の組み合わせを考え始めた。

すなわち、サービスの量の増加に伴い、ABPが病院への支出合計の増加に結びついていることを示す事実が存在する。これに対して、グローバルバジェットは、コストの伸びの抑制に効果を発揮する一方、病院サービスの適正配分につながる。国(州)によっては、ABPとグローバルバジェットの「混合方式」を導入し、両方の強みを利用し、弱みを回避することは可能かを考えたのである。例として、デンマーク、スウェーデン、ノルウェー、イタリアなどが挙げられる。ABPがカバーしている病院への資金供給比率は定まっていない。病院の固定コストをグローバルバジェットでカバーすることは概念的に支持されているが、ABPがカバーする病院への資金供給の割合は、多くの場合、政策面での配慮と、資金供給者側と病院側の交渉に従うことになる。ABPに基づく病院への資金供給の割合は、ノルウェーでは40%であるが、デンマークでは郡によって39%～52%の範囲で変動があり、同様な変動はスウェーデンでも見られ、ストックホルムで最大70%であった (Ettelt, S., et. al., 2006)。

英国における市場改革とABPの導入の組み合わせに関する研究は、市場改革とABPの導入によって病院間の競争が激化し、経営効率あるいは医療行為での効率と医療の質の向上につながったことを示唆している。一般

的に、医療制度がABP方式の導入の方向に向かうと、患者一人あたりの入院日数が短くなり、入院率が高まり、待機期間が短くなる。反対のケースもあるが、一般に、ABP方式が医療制度のコストに及ぼす影響に関する文献において、多くが退院までの平均コストは減少する一方で、技術面での効率すなわち、一定の量の資源を入力とする場合に一定の質レベルの成果が増大することで示された生産効率は大幅に上昇していることが判明している。

このように医療活動に基づく資金供給計画においては、量そのものが増えることから、総支出額の小幅な増加が生じるとオンタリオ州では判断している。医療制度全体のコスト節約という視点から見た場合、ABPの導入による症例あたりのコスト効率向上による生産性の向上は、多くの場合、量の増加によって相殺されている。例えば、ABPの導入に伴い、収益を増やすためのサービス過剰、診療報酬コード水増しの増加など、負の影響が生じるおそれがある。ASP方式において、サービスの支払い上限額が低すぎる場合、問題が発生するおそれがある。このようなケースでは、上限額を超えた場合、生産効率向上のためのインセンティブは、1年のうち大部分の期間にわたり減少するおそれがある。

前述したように、オンタリオ州では、ABP方式においてカテゴリーの幅をどの程度広くするか、狭くするかの間でトレードオフがあると考えているので、カテゴリーの幅が広いほど、症例あたりの支払い額の不均一性が大きくなるおそれがさらに高まると判断している。したがって、医療機関が負う財政的リスクはますます高くなり、このリスク負担を軽減するためのリスク選択が行われるおそれが増すことになる。その一方、カテゴリーを広げれば、医療機関は、臨床医療においてより多くの選択肢を設け、各カテゴリーでより効率を高めることができる。

したがって、ABP方式においては、治療の複雑さと実際の医療の質に応じて上下する料率を使用して、治療した患者のタイプと人数に応じて診療報酬の支払いを行うということを考えた (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 2011)。その支払い額は、 $rate \times volume$ で決定することになる。医療行為に基づく資金供給は「尺度を定めた競争 (yardstick competition)」であり、病院の効率に関するコスト尺度を設定し、市場で通常見られる競争原理が不足している医療の市場において、病院の実績を測定するものである (Shleifer, A 1985) と医療界では考えられていることが多い。

したがってABPは、患者の疾病とその重篤度などによって収入が変化することを理解することが病院に必要な。これは病院の一定の期間にわたる運営に対して、固定額を提供するグローバルバジェットを使用した資金供給や、患者に提供した各種サービスの料金による出来高払いとは異なる。

医療行為に基づく資金供給のモデルとして、CIHIは以下に示す3つを州政府に報告した (CIHI 2010)。

- ① 純粋な医療行為に基づく資金供給：資金供給の100%が医療活動に基づくものであり、患者の発症ごとに一定額が支払われる。
- ② 混合型の医療行為に基づく資金供給：各種コストをカバーするための医療活動に基づく資金供給と、固定コストをカバーするためのグローバルバジェットなどとの組み合わせ
- ③ 報酬設定が関係する混合型の医療行為に基づく資金供給：医療行為に基づく資金供給とブロック資金供給との組み合わせであり、量の目標値を設ける。この目標値を超えた場合、発症あたりの報酬が減額されるか、撤廃される。

したがって、ABPとグローバルバジェットの特性を組み合わせれば、グローバルバ

ジェットとABP両方の力を最適化することが可能となる。自国の病院制度に資金供給するためにABPを整備している多くの国では、複数のグローバルバジェットを組み合わせて利用して支出を管理する一方で、ABPという仕組みを設け、病院に適時かつ公平なアクセス、適切な量の治療、効率の良い治療を提供させるインセンティブを創出している。

カナダにおいては、現在以下が推奨されている (Sutherland, J. M. 2011)。

- ①地域レベルで人口に基づく資金供給を採用し、全住民、全地域にわたり、時間の経過とともに、相違点を認識することによって、これまでの資金供給の不公平性を減じること。
- ②ABPとグローバルバジェットを組み合わせ、病院の効率とアクセスの容易性を向上させるインセンティブを創生すること。

この2つの指摘は、これまで本稿で検証してきたことを網羅的にかつ単純化して示している。すなわち、グローバルバジェットを組み合わせることで支出を管理し、同時に、ABPを利用して、病院に適時かつ公平なアクセス、適切な量と良い質の治療を提供させるインセンティブを作り出すことができるので、病院への資金供給を合理的に、納得性を持って行い、病院に効率へのインセンティブを持たせたいという州政府の立場、医療を効率的に平等にかつ質を高めて提供するという病院側の立場、医療の経済的アクセスを高め、安心・安全な医療を受けたいという患者側の立場をうまく調整できるということを狙っている。これは、本稿の最初に述べたオンタリオ州の保険制度の緊急課題であった、病院で提供される医療の質が高く、州の住民に地理的にも経済的にもアクセスビリティが良好で、コスト効率に優れた医療を提供することへの解決策の大きな柱となる。

## 5. オンタリオ州における医療制度改革プロセスと政策マネジメント

これまで議論してきたように、オンタリオ州では現在、ABPによる支払とグローバルバジェットの併用による病院への資金供給方法へ向かってきたことを示した。ここでは、その考え方を決定させるまでの医療政策と医療制度改革のプロセスを検証する。

オンタリオ州では、医療に関する行政の業務に関して、これまでのような単に業績の記録をするだけということから、業績を測定し、記録し、管理する方向に大きく転換した。そこでオンタリオ州の医療政策策定と実行において、世界で初めて、バランスド・スコアカード (Balanced Scorecard, BSC) の初期の概念が導入された。BSCが導入される以前に、その傾向が1970年代から始まり、大きく進展したのは1999年あたりからである(表1)。

このような報告がなされて行くプロセスで、オンタリオ州では、様々な場所で、様々な人々による議論を呼ぶような報告が行われ、それがさらに議論が議論を呼び、それらの多くの議論が州政府の政策に反映されるという形へと変化してきた。加えて、人々がこのような医療や医療政策に関する情報に慣れるようになることで、この種の情報を医療経営での業績管理に使うことが可能となった。すなわち、病院のマネジメントに関する様々な情報を実際に病院の臨床医療、経営、教育といった領域での成果を向上させるために使用することも可能となった。これらに加えて、2005年にはCIHIの準備が整ったことで臨床指標が使用されるようになり、その臨床指標に基づいてアカウントビリティ・アグリメント<sup>9)</sup>が導入された。さらに2007年から臨床医療の質など、より臨床に焦点を置いた評価がなされるようになった。例えば、入院させなくてもいいケースがどれくらい増えてきたか、患者の安全性がいかに伸びてきたか、と

表1 オンタリオ州の医療施設における「業績の記録から業績の管理へ」の変遷

1970年代初頭	病院のケアについての調査の開始 業績の報告がトロント市全体から個々の病院へ
1999年	初めてスコアカードを地域レベルで導入。サービスの質、満足度、財務評価の3点についてからスタート
2001年	個々の病院レベルでスコアカードを評価することが始まる
2003年	6つの異なったタイプの病院でスコアカードが導入される
2005年	待ち時間に関するウェブサイトがスタート
2006年	Webベースのスコアカードの導入
2007年	個々の病院での死亡率の報告書が発表される
2009年	保健省でのBSCの特定目的の利用を中止し、新たな仕組みを模索 CIHIでのBSCの新規プログラムとして利用開始

(出所) Brown, Adalsteinn, D.と高橋淑郎により作成

いった指標を評価に用いるようになったのである。

また、もともと州全体で行ってきたスコアカードという方法が、2005年に今度は地域別に行われるようになった。これは上述のLHINを通し地域的なレベルでスコアカードに落とし込んで行くことが可能となったのである。そして、2007年にはターゲットを設定し、Pay for Performance<sup>10)</sup>が一部で実験的に導入されるようになってきた。注意すべき点は、P4Pは、ABFと同じではないということである。P4Pのインセンティブは、提供される医療の質に的を絞ったもので、多くの場合、質に関する基準またはベンチマークが含まれている。一方ABPは、部門ベースの資金供給方式は、「望ましい」サービスの量と症例群の実現のため、どのような形でインセンティブを提供するかに重点を置いているものである。したがって、P4Pは、これらの病院への資金供給方法のどれでも補完することができるので、オンタリオ州では実験を行った。

これらは州レベルのものになるが、地域レベルでも同様に縮小版のようにして行われてきた。内容の水準が高い報告が行われるようになり、より詳細にわたった報告が行われるようになった。なによりも、報告すること自

体が受け入れられるようになり、それに基づいた成果をマネジメントするということが受け入れられるようになってきたことが、オンタリオ州にとって大きな変化であり収穫であったといえる。

このように、オンタリオ州では、医療政策において戦略的思考の結果としての業績の単なる記録から、プロセスを測定しながら管理しようとする思考へと進化してきたのである。

しかしながら、抜本的制度改革までは、なかなか到達しなかった。すなわち、オンタリオ州では、地域化や病院へのDRG方式などの採用に関しては、既に多くの国々で行われている医療政策改革において、これまでのところ他の先進国に比較して遅れをとってきたといえる。この遅れは、1990年代初期に短期間に急性期医療病院の収容力を大幅に縮小させたHealth Services Restructuring Commission<sup>11)</sup>のような大きな変革を行う強大な権力を有する委員会組織の起用や病院等の医療提供者組織における支出増加を抑制する方法としてのグローバルバジェットの実施への強い意欲など、いくつかの要素によるものであると考えられている。

特に、抜本的な改革に早い時期に失敗した

ことに起因しているとも言える。たとえば、1990年代末、オンタリオ州では、患者一人当たりの予想コストと実際にかかったコストとの差に基づいて、報奨を出すといた制度を導入した。これにより予想単位原価を超える結果となった病院の方が受け取る報奨金は少なくなるということになった。そしてDRGのようなcase-mixを利用した支払いなどが、他の先進国で採用されるようになり、オンタリオ州では、全病院を対象としてこの改革を公正な方法で適用することが困難な状況に至ったのである (Preyra, C., 2004)。

これまでにオンタリオ州で導入されてきた一連の医療制度財政改革の概略を示す (図2)。ほかの多くの国々とは対照的に、患者別支払い、成果に基づく支払い、業績に基づく支払い、購買モデルの総合的な実施は、現在に至るまで見られない。

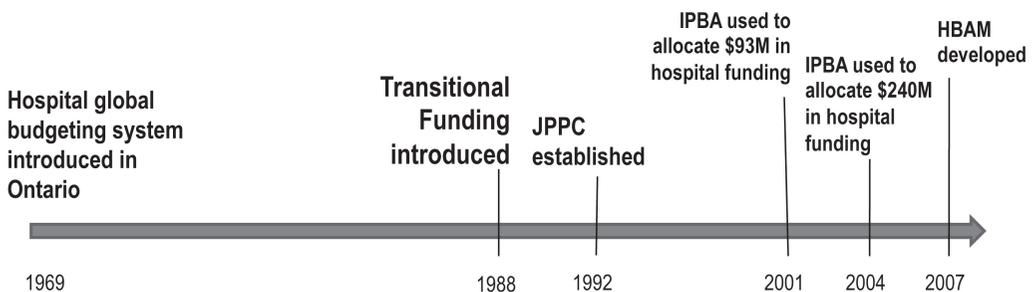
しかし、財政改革が進まないままの状況では、かえって成果測定は、医療政策および医療制度改革においてますます大きな役割を帯びてきた。成果の公開報告は、病院レベルであれ医療制度レベルであれ、医療制度側がすぐに反応したことも手伝って、成果向上に向けての強力なテコ入れとなった。結果を公開報告することの重要性は、多くの研究で力説されているが (Hibbard, J. H., et. al., 2005)、オンタリオ州では、他にインセンティブがな

かったことで、こうした成果報告の影響がさらに増進されてきたと言える。したがって、1990年代半ばにオンタリオ JPPC (Joint Policy and Planning Committee) が日帰り手術実施率を最初に測定し、各病院に測定結果を報告したとき、病院側は、手術のかなりの部分を外来患者向けの日帰り手術に移行させた。同様に、それらが最初に報告されたとき、各病院における報告書に記載された指針の活用および患者満足度の向上に大きな改善が見られた。広範な成果報告方式を導入する能力は、医療提供者がこれを先導したことによっても一段と高められたと言える。

## 6. ホスピタル・レポート (・カード)・プロジェクトの功績

ホスピタル・レポート・カード (Hospital Report (Card))<sup>12)</sup>プロジェクトのスタートは、1997年にオンタリオ病院協会 (Ontario Hospital Association, OHA) がトロント大学医学部ヘルス・アドミニストレーション教室 (当時の名称) にBSCを利用したホスピタル・レポート・カードを作成することを依頼したことから始まる。ただ、これは特に特別な目的があったのではなく、当時、州政府がヘルスケアに対する資金供給を減らしたので、OHAはBSCを使って、州政府のヘルス

図2 オンタリオ州の病院経営資金供給方法の変遷



(出所) Brown, Adalsteinn, D.が保健省の資料として作成

ケアに対する資金カットが、医療の質にどのように影響を与えるかを明らかにし、理解したいというのが主な理由であった。一方、州政府は、各病院でBSCの基本の4つの視点を読み替えた独自の視点に沿った成果測定の結果を一般州民に公表することで、州政府がサービスのコストを削減したいという州政府の「のぞみ」、しかも、病院経営資金をカットしてもサービスの質が低下していないことを示すことに役立つと考えた。

このプロジェクトが立ち上がる最初の2年間はオンタリオ病院協会が資金を提供し、3年目からはオンタリオ州政府が大半の資金を拠出した。このプロジェクトは、病院が費用自己負担で患者満足度調査を実施し、さらに経営に関する長々としたアンケートに答えるという手間をかけなければならないにもかかわらず、州内全体の患者の95パーセント超に対して責任を負わなければならない病院の自主参加を得るに至ったのである。

そして2007年末までには、州、地域、機関レベルで医療制度の成果を報告する州組織および連邦組織がいくつか登場した。これらの組織の最も注目すべき例として、糖尿病などさまざまな疾病に付随する利用および成績に関する臨床地図帳を作成するICES (Institute for Clinical Evaluative Sciences)、9つの局面を持つ枠組みに関して医療制度が残した一連の成績を公開報告するOHQC (Ontario Health Quality Council)、BSCの枠組みに基づいてガン治療成績に関して報告を行うCCO (Cancer Quality Council of Ontario)、急性期医療、精神衛生、リハビリテーション、複雑な症例の継続ケア (慢性期医療) 病院向けのBSCと救急部門および女性の健康に関するBSCを作成するホスピタル・レポート (・カード)・プロジェクト、一連の医療制度関連の現状に関する報告を作成するCIHI、非営利で自立した病院医療認定組織で、認定の結果を公開するAccreditation Canadaなどを挙げる

ことができる。

オンタリオ州保健省として、上述のような何種類もの組織に関係させて、医療システムの戦略マップが完成した段階で医療システムのスコアカード作成で直面したのは、適切な指標選択をめぐる難問だった。州政府は、これまですでに様々な成果データを収集し利用していた。現在使用されている約2,000の指標の候補から選択しようとする、政治的意思決定が反映されることになりかねない。そこで指標の候補の数を減らすにあたっては、文献ベース、専門家ベース、臨床家ベース、事務官ベースなど多段階に及ぶ専門家委員会が編成され、約98%の指標が却下され、スコアカードの最終的な指標は27に絞り込まれた。ここでは科学的根拠に基づいた利用に重点を置き、また、外部専門家委員会の利用に重点を置いたため、州政府は指標の選択の政治性を排除することができた。そのため、結果として得られた一連の指標は、戦略および目標を可能な限り正確に反映したものとなった。この事実は驚異的なことであり、わが国の各省庁の委員会や諮問委員会では、ほとんど不可能に近いことをオンタリオ州では実現したのである。

スコアカードから得られた成果は現在では、指標の一部をLHINとのアカンタビリティ・アグリメントに導入されている。これらの指標の多く、例えば、外来患者数、病床利用率、平均在院日数などは、州レベル、LHINレベル、病院レベルで算出可能であり、州、地方、機関それぞれの優先事項の間の結びつきを確保する上で、また、戦略目標に対する成果の改善を実現する上で有用な指標となっている。

また、指標を組み合わせ、効率や費用対効果といった他のコンセプトを導入する成果総合尺度についての研究も開始された。このような総合尺度を追求すべき理由は多数存在した。Bevanをはじめとする研究者は、ハイレ

ベルの成果総合尺度の導入が英国のNational Health Service (NHS) における成果改善の重要な要素であることを明らかにしていたからである (2013年8月 Dr. Bevanへのインタビュー)。同様に、このようなハイレベルの尺度は、総合的な医療制度成果の有用な指標でもあり、省内のトップの意思決定者や政治家が医療制度成果の全体的傾向を理解するために利用することができる。このようなハイレベルな尺度は、様々な投資の投資効果を比較する方法としても使用可能であり、戦略上の優先順位に従って投資を行い、スコアカードの導入成果に好影響を及ぼすことが期待された。

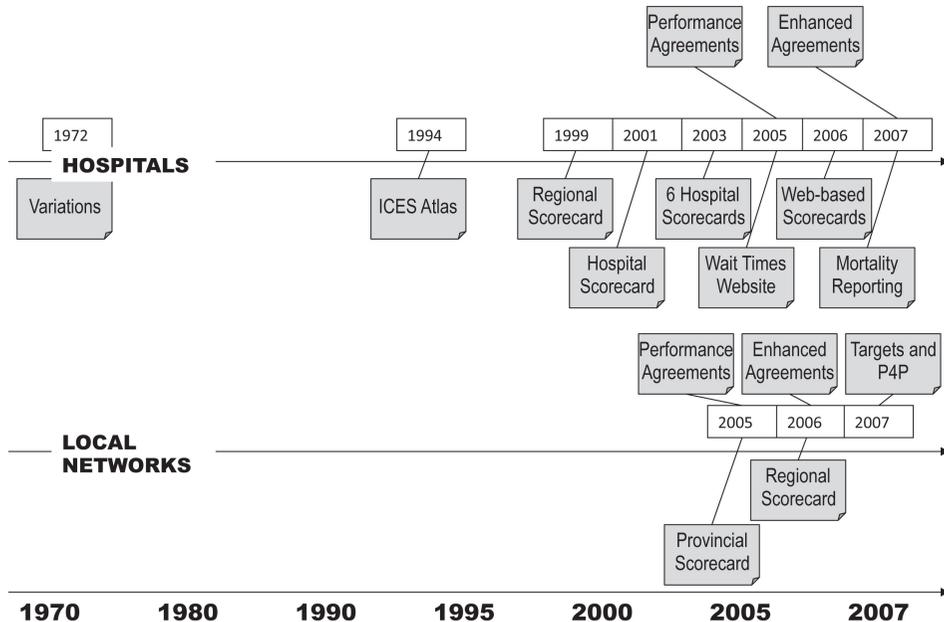
オンタリオ州の医療システム BSCの場合、結果および費用対効果における改善に関する単一尺度の作成を進めてきた。しかし、単一尺度は透明性を失いがちであるため、意思決定者によって独占的に使用されていたり、BSCのようなより詳細な情報集合体と切り

離して用いるべきではないことに注意が必要となった (2013年8月 Brown, Adalsteinn, D. へのインタビュー)。

最近になって、一連の政策および各種権限が導入 (図3) されたため、既存の政府権限を超えるような成果の管理、すなわち、医療の質や経営の質に関して大きな課題や懸念がある場合に病院のCEOや理事会メンバーを解雇することができるのであるが、それは成果の管理の一環として、成果測定を活用したい州政府には有益であった。新たに導入されたこれらの権限は、LHIN向けに、成果が上がらなかった場合のLHINと病院CEOの給与引き下げを行う権限などに影響を与えた。成果測定の長い歴史と強力な行為能力が組み合わされたことで、オンタリオ州ではますます急速に成果測定と管理方式を導入することが可能になる状況が出来上がったといえる (2013年8月保健省でのインタビュー)。

現実の問題として、病院部門で州民と患者

図3 医療制度の中で焦点を当てた施策の変遷



(出所) Brown, Adalsteinn, D.により、保健省の資料として作成

の期待に応えるのは、ますます困難な課題になりつつある。コストが、インフレ率よりも高率で増加し続けるのがその理由である(2013年8月Dr. Barryへのインタビュー)。こうした課題に対応するために、オンタリオ州では、病院への資金供給方法を再検討することになったのである。現行制度の下では、グローバルバジェットが、病院の収入の基本となっている。

グローバルバジェットは、個々の病院に、これまでの実績に基づいて、患者の治療に対する費用の償還として、1年分の費用を一括して病院に供給するのである。したがって、資金供給側にとっても、病院側にとっても、グローバルバジェットは、病院間の不公平を固定化する、透明性を欠く、医療供給の質や効率を改善するためのインセンティブを抑え込んでしまう、とこれまで批判されてきた。

オンタリオ州では医療の地域化、人口の変化、新医療技術の採用にもかかわらず、病院への資金供給方法は、数十年間ほとんど変わっていない。オンタリオ州では、病院間での病床利用率、コスト、質の差が大きいという事実があり、また、競争力の不足あるいは競争環境にさらされていないというこれまで指摘されてきたことが、非効率の原因であるとも見られてきた。

病院への資金供給者である州政府は、病院または地域のLHINに、入院患者の入院待機期間の短縮、患者一人当たりのコストの伸びの抑制、質と安全の向上、あるいはアクセスの公平性など全部門にわたる実現可能な変更を促進することができる新しい資金供給政策の検討に入ったのである。それがABPの利用と他の償還方法との併用の可能性を探ることであった。州政府は、医療政策の選択肢に関する様々な議論の内容を伝えるには、病院への資金供給の代替手段の意図的な影響、意図しない影響に関する客観的な事実が必要であると判断した。そこでオンタリオ州保健省

では、プロジェクトを組み、先進国での病院への資金提供に関する文献レビューや実証研究を通じて、病院への資金供給の実態を明らかにしてきた。さらに、カナダの連邦制度と他の国の関わりを示し、公的資金で賄われる病院経営が直面する課題を資金提供者の視点から明らかにし、意思決定者およびカナダ国民にとっての政策上の選択肢を示すことをおこなった(2013年8月保健省でのインタビュー)。

同時に、オンタリオ州では、保健省で使用していたBSCの概念を、政策の実行の一元化のためという目的でのBSCの利用を中止し、政策の実行に関しては、いくつかの新設された政府機関に実行させ、そこで目標を達成させて、保健省は方向だけ示すこととする。BSCの概念フレームは州政府から外して、BSCに沿った新しい方法および収集と、その分析枠組みの提供はCIHIに移行した。それによって、各病院がこれまでとは違ったBSCの利用が可能になる。また、現在CIHIでは、その新しい仕組みを思考中である(2013年8月Dr.Veillardへのインタビュー)。

当初、保健省がBSCを利用した意図は、州民に対してオープンに透明な形で、病院の財務状態を知らせ、医療の質、患者満足度をスコアで示すことであった。オンタリオ州の病院が透明な形で州民に対して説明責任を果たそうとする態度になることを期待してBSCを導入したのである。当時、州政府は病院があまりにも支出し、資金を使いすぎるという意味で、医療に対する資金カットを正当化するように州民に広報してきた。それに対抗するために、オンタリオ病院協会では、透明性を保証しながら、住民に各病院の実情を明らかにしたというように、保健省とオンタリオ病院協会が同じプロジェクトで一見逆の方向で同床異夢ということになったことが、時間が経過して、どのような仕組みの中

で機能させるべきか、ということを考え CIHIにその主たる業務が移行したと判断できる。

ホスピタル・レポート（・カード）の結果が公表されるので、ある意味で期待していたことが生じた、すなわち結果が公表されることで、あまりよくない結果であった病院は、これまでホスピタル・レポート（・カード）以外には、それらの病院の経営内容や臨床水準が公表されることは無かったので、向上しようというインセンティブがなかった。しかし、ホスピタル・レポート（・カード）が登場したことにより、如何にして改善できるか、そこで病院は、いかにしてこの数値を改善するかというように考えて行動するようになった。同時にホスピタル・レポート（・カード）を導入して2～3年後には、報道機関は、ホスピタル・レポート（・カード）は目新しいものでないとして、結果の公表を積極的に報道されなくなっていく。しかし、一般に対する透明性を知らしめるものとして、病院での質の向上に関してBSCを使用できるようになったのである。さらに、オンタリオ病院協会と保健省は、引き続きより複雑なものを測定していったのであるが、それぞれの病院が質を改善する機会をより同定することができた、そのためより複雑なものを測定するようになった。それによって、各病院の質を高めえることおよびその要因を同定することになった。このことは各病院の質の向上に役立った。

以上からわかるように、オンタリオ州では、BSCを使用して、病院の行っている様々なことを測定し報告することについては大変成功した。しかし、州政府の考える質の向上および医療費の削減にはあまり寄与しなかった。すなわち、医療費の削減という目標に関しては、州政府がBSCを継続して行くというユニシァティブにならなかったからである。

その理由の一つが、個々の病院で、病院経営にBSCを使用することに関しては、温度差があり、積極的に関与してこなかった病院もあったからである。確かに、トロント市内の大規模、高機能病院はBSCに積極的であったが、オンタリオ州の過疎地域で、その地域の唯一の病院というところでは、全く興味を示さない病院もあった。研究者がホスピタル・レポート（・カード）の結果を地域で病院を集めて説明したまでは良かったが、病院でのBSCの利用に関しては、あまり積極的に丁寧な指導や関与をしてこなかったことも原因の一つであると考えられる。個々の病院が積極的に経営に利用する機会を提供しなかったともいえるし、病院のCEOの能力や事務方の能力にも関係したと思われる。州政府もオンタリオ病院協会も、病院の戦略経営を助けることをしなかった。

ただ、BSC導入プロセスの不便だけではなく、良いこともあった。それは、BSCの基本概念を用いたホスピタル・レポート（・カード）の基本フレームワークの作成と運用を大学の研究者が中心となって研究をデザインしてきたことである。そこでデータを収集、公表するプロセスで、政策担当者や個々の病院だけでなく、広く研究者がCIHIの管理のもとで、それらのデータを公平に使用できたことにある。この点は、MDCの6ケタ程度で、DPCに関するベンチマークデータのように限られたデータ以外は、特定の研究者グループにしか使用させていない日本とはかなり異なる。なぜ、それが可能になったのか。なぜなら、前述したように、ホスピタル・レポート（・カード）をBSCの4つの基本的な視点で整理して、当初から新聞で病院名が分かるように、比較できるように公表してきたことで一般の州民に公開してきたこと、さらに急性期病院、慢性期病院、リハビリテーション病院、精神科病院などと区分しながら内容を詳細に冊子やバインダーにまとめて配

布し、また、インターネット上でもホームページでデータを州民に公開してきた。すなわち透明性の担保をしながら、CIHIのデータ管理のもとで研究したい研究者には公平に開示されてきたからである。すなわち、これらのデータを使用して、様々な研究成果を論文として公表することによって、政策にも、臨床医学にも、病院経営にも、患者にとっても有益なことになった。ここで、CIHIの機能が有益に作用していることがわかる。

2009年に保健省がBSCの利用を止めた最大の理由は、州政府からの資金提供を止めたからであるが、それはHealth Quality Ontario (HQO) という新組織をつくり、そこでホスピタルレポートに代わるパブリックレポートとしての機能を果たすようにさせたのである。しかしながら、HQOは病院での質の改善にかかわる業務を指標として比較できるように行っているが、戦略マップの意識は持っていない(2013年8月Dr. Reyへのインタビュー)。

そしてオンタリオ州は、2010年に新たな州法を導入し、すなわち、Excellent Care for All Actを導入し、各病院が毎年QIP (Quality Improvement Plan) を作成し、州政府に提出することを定めた。州が定めた指標、病院が定めた指標を確定し、ターゲットを決めて、それを達成するには、それを改善するには何をしなければならぬかを示すものであるが、QIPのなかには戦略マップ的な思考があるかどうか現段階では分からない。しかし、すでにBSCを機能させている病院では、2013年8月の段階で、戦略マップ、スコアカードに従って、病院の指標を設定していた。しかしながら、州政府が戦略マップに類似した機能を持たせたスコアカードを推進しないと、わが国の公立病院ガイドラインのように、戦略経営の意識のない、戦略マップのない、かつ、戦略目標とアクションプランの連携がない、まさに点数表としか機能し

ない、業績評価だけのスコアカードになってしまう危険性を持っている。

したがって、オンタリオ州の現状は、医療政策で質の改善指向はわかるが、病院がどのような方向に進んでいるかが、保健省、あるいは州政府には見えない。保健省も病院の方向やビジョンを見ることは、質の改善に関しては見ることができなくなっているが、先の州法によって、どのように具体的に数年間で改善できるか期待される。また、病院の方向性に関しての州の方針を含んだ州法はまだ一部であるが、実施途中である。完全に実施されれば、全体を見られるようになるはずである。したがって、州政府はサービスの質を向上させるという意味でも、health system founding reformを実施する準備をしているのである。ベストプラクティスに焦点を置いて、それが達成できるような資金を供給しようというものであり、これまでも医療の質の向上という掛け声があったが、実際は、質ではなくコストに焦点が当たりがちであったので、それを改善しようという意識で行われていることは大きな変化といえる。

BSCに関していえば、CIHIで様々な活動を行う中で、独自のモデルを作成し、2011年からカナダ全土でBSC利用する枠組みを作って実行している。したがって、医療でのBSCの利用の主体が州政府からCIHIに変化したとみることができるといえる。

こうして、ホスピタル・レポート(・カード)と医療政策マネジメントにBSCを活用してきた実績を考慮すると病院経営資金供給のありかた、ABPの単なる導入のみならず併用システムも含め新たなシステムモデルのマネジメントに極めて有用であると考察される。なぜなら、BSCの基本概念にイノベーションがあり、「学習と成長の視点」にそれが含まれ、それが個人個人のモチベーションの向上につながることで、グローバルバジェットとABPの併用の実行を確実にする

ことが可能になるからである。

## 7. わが国の医療経営と医療の質の向上のために

翻って、わが国の実態を見ると、類のない高齢化のスピードによる超高齢社会の出現は医療技術の進歩と相俟って医療費の増加が社会保障、さらに国の財政を圧迫することが懸念されている。2013年10月1日に安倍首相が消費税率を2014年度より5%からまず8%に引き上げを表明したことは財源への新たな対策に着手することに他ならない。ただし、ここに至るまでにさまざまな医療政策、ことに医療の質と医療費抑制を両立することを標榜した政策、制度変更が実施されてきた。その代表が長期にわたってわが国の診療報酬を特徴付けていた「出来高払い」に「包括払い」を急性期医療に導入したABP、日本的DRGであるDPCといえる。

日本でも欧米同様、相当な医療資源が費やされているにも関わらず、医療で質のギャップがなかなか埋まらない。医療の成果と経営の成果と患者の成果を客観的に把握する機関の設置と運用と情報発信が求められる。そのため、第一に医療サービスを選択するにあたり、確かな情報と教育に基づく選択を可能にするために、一般社会への情報提供が必要であり、第二に医療提供者に対し、医療の結果の改善への動機付けが必要だと考えられる。

わが国のDPCはその導入期ではインセンティブとして医療経営上のメリットが付与されていたが、現在、普及期・定着期に進み漸減する方策がとられている。そこで、医療の質と経営の質の維持・改善には個々の病院の努力が求められており、DPCの運用に発生する大量のデータ、診療情報活用の途が探求されている。すなわち、従来、診療録(カルテ)出しと保管が中心であった診療録管理室(診療情報管理室、病歴室)では、診療録管

理業務が「診療情報管理士」による診療情報管理システムにレベルアップさせ、物品管理の診療録管理から情報管理へ進化した。そして、診療行為の標準化から原価計算、そしてDPC導入病院に関する情報公開はベンチマーキングも可能にし、管理会計的な病院経営戦略情報としての活用が志向されている。一方、ICT技術の進歩は医療管理の世界にも浸透しつつあり、特に電子カルテの進歩とネットワークシステムとのシンクロナイズは診療管理情報の経営管理への直結を加速すると考えられる。さらに、個々の病院の診療情報データベースから地域医療システム、国のデータベースとクラウドコンピューティングに拡大すると次世代型「ビッグデータ」による質管理への昇華が期待される。こうして、システムとしての進化はICT技術もさることながら情報のコンテンツ、診療情報そのものの質の真価が問われることになる。

したがって、カナダで先行した医療政策へのBSCとそれに関連した仕組みづくりが注目されるが、その有用性を高めるためにも本稿で触れたホスピタル・レポート(・カード)あるいはそれに類似した方法で、成果とプロセスを測定することが望まれる。ホスピタル・レポート(・カード)は、目的、方法論、透明性のレベルの点でも様々なものが存在するが、できる限りオープンにすることが望まれる。

この議論を行うにあたり、ホスピタル・レポート(・カード)の有効性の根拠として、質の高い医療という考え方があるが、何をもって「質の高い医療」とするかについては共通の定義が今のところ存在しない。しかし、1990年にアメリカのInstitute of Medicine(IOM)が提案した質の定義は、多くの人々を納得させることができると思われる。IOMは質を次のように定義している。「個人および集団に対して提供される医療サービスが、望まれる健康成果をもたらす可能性を高め、

最新の専門知識と矛盾しない状態にあること」(Institute of Medicine 2013)。この状態を作り出すために、世界各国ではその内容を吟味し政策を改定していつているのである。したがって、それをどのように測定するかが課題になる。

現在のところ、ホスピタル・レポート（・カード）にどのような尺度（指標）を使用すべきかについては、明確な合意が成立していない。たとえば、アメリカのThe Agency for Healthcare Research and Quality'sは、急性入院患者医療における予防可能な症状悪化を識別する目的で、退院データの分析に使用できる32の患者安全指標（Patient Safety Indicator, PSI）を開発している。さらに、American Medical Association, Blue Cross and Blue Shield Association, National Business Coalition on Health, The Joint Commission (JC) など、複数の組織が参加する官民合同事業体であるHospital Quality AllianceがHospital Compare データベースを開発し、アメリカ国内の一部の病院に臨床データの提出を義務付けている。このHospital Compareの指標には、急性心筋梗塞に関する8つの指標、心臓障害に関する4つの指標、肺炎治療に関する6つの指標、外科感染症防止に関する2つの指標が含まれている。しかしながら、研究ベースでも、臨床ベースでも使用する指標の信頼性と有効性については、ほとんど実証されていないケースが多い。たとえば、AHRQの指標はシステム的なプロセスから得られるが、このプロセスには、指標に現れた結果の有効性を確認するステップが含まれていない。AHRQは自らのホームページでこの点を公表し、「管理」データを使用したこれらの指標は最初の一步に過ぎず、指標の忠実性や具体性を評価するために、「臨床」データを使用した調査を推奨している。しかしながら、この第一歩は大きいものであり、日本でのこのような試み

はまだない。

ホスピタル・レポート（・カード）で使用すべきデータの種類についても、かなり議論が行われてきた。しかしながら結論はまだできていない。さらに、比較情報を公開すべきかどうか、公開するのであれば、どの程度の具体性をもって公開するかについても議論の結果はまだない。このようなレポートを刊行するのであれば、当然、完璧に近いデータの信頼性と測定方法論が要求されるが、それは不可能である。したがって、一般財団法人聖路加国際病院が独自に書籍として刊行しているように、自らを律することができる試みは評価できる。

さらに、病院ごとの成果が公開されることで、逆効果につながったケースもある。病院が好成績に見せるために、重症の患者を断ることも想定できるし、自らの医療機能よりも低い患者をえりすぐることも考えられないこともない。しかしながら、仮にそうであっても、社会的なアカウンタビリティの視点からすれば、病院名の公開には利点がある。病院の成果についての比較情報を一般社会に提供することを考えれば、病院名が明示されて初めてその目標が達成される。それだけでなく、病院名の公開は、透明性とアカウンタビリティを向上させようとする病院の意欲を示す証拠となる。適度な透明性は政治的・政策的に多くの賛同を得るための条件といえる。

ホスピタル・レポート（・カード）の有効性は、アカウンタビリティを達成するための手段となることに尽きる。アカウンタビリティは現在の医療環境において必ずしももろ手を上げてすべての医療関係者に歓迎されるものではないが、決して悪いことではない。むしろわが身を律するという意味では必要であり、医療費の高騰や医療格差に対する認識の高まりとのバランスを取るうえでも、提供されている医療の質について、病院レポート・カードでアカウンタビリティを示すことは重

要である。ホスピタル・レポート（・カード）は、医療の質について確定的で総合的な情報を提供することはできないという制約はあるが役立つ。しかしながら、わが国でこの種の研究が少ないことが危惧される。

同様に、わが国でカナダのCIHIのような機能を持った組織が今後稼働しないと、DPC データの質の確保と向上という課題、民間から発信する正確で客観的な病院データのメンテナンスの課題などがのしかかる。その抜本的改革は、CIHIの機能を持った組織の創設と運用である。このようなCIHIのような機能を持った組織と非営利組織で経済

的にも政治的にも独立した「ホスピタル・レポート（・カード）」の作成と運用と情報発信の機能を持った組織がわが国が必要であるし、2つの組織が相補的に機能する仕組みをつくり運用して成果を出すことが、日本でのABPの健全な運用の前提になることが明確になった。

本研究は、JSPS科研費基盤研究（B）[課題番号 25301033, 研究代表者:高橋淑郎]および挑戦的萌芽研究[課題番号 25590086, 研究代表者:高橋淑郎]の助成を受けた研究の研究成果の一部である。

〔注〕

1) LHINs (Local Health Integration Networks) : 現在オンタリオ州内に14のLHINsがあり、9人の理事が保健省によって任命されている。州政府とLHINsとの間に合意書があるが、その合意書の中で効率と質の2つを測定値として入れている。LHINsが個々の病院と契約・合意書を結ぶときにも同じことをしてほしい、つまり効率と質の両方を入れてほしいとしている。州政府がLHINsに資金を渡す。その資金をLHINsがその地域にある病院に割り当てる。現在のところ、その資金というのはLHINsのもとにある病院の既存の予算にしたがって、その合計として各LHINsに資金を支出している。これが現在の方法である。これからの計画は、LHINsに資金を支出する時にも、そのポピュレーション・ヘルスあるいはcase-mixにしたがった資金配分方法によって割り当てを行いたいと考えている。そして同じことをLHINsからも各病院に行ってもらいたいと考えている。つまり、これからのビジョンとか戦略にしたがって資金の割り当てをLHINsに

も行ってもらいたいと考えている。ただこれはまだ完全には達成していない。上述は、いわゆるカスケードの構造で各病院の予算の割り当てと考えることもできる。個々の病院の戦略や方向性はLHINsがある程度決めた方向性と一致しないといけないということになる。測定することもカスケードしなければならないし、戦略もカスケードしていかなければならない。まず州政府が戦略を決める。その下にあるLHINsもそれと同じ戦略を、そしてその地域にある住民のヘルス状況によって、戦略や優先順位を決めていく。その中にある個々の病院というのも、それと同じ戦略をとっていかなければならないのであるが、まだその状態には達していない。

2) Canada Health Act : その源は、英領北アメリカ法 (British North America Act) のセクション91, 92に由来する。現在は、1984年に導入されたカナダ保健法 (Canada Health Act) によって基本が設定され、州ごとに独自に医療制度を設けているのであるが、連邦政府の基本のルールも遵守することで、州ごとの

国民皆保険が連邦の国民皆保険になっている。

- 3) DRG (diagnosis - related group) : 現在, 世界で標準的に使用されている「国際疾病分類ICD-10」では, 1万以上の疾病名で分類されている。それらの疾病名と医療従事者の労働力, 医薬品の使用などを加味して, 医療資源の必要度の視点から統計学的手法を用いて, 500~1,000程度の疾病群に分ける手法で分類することを指す。その分類に従って, 疾病グループごとに医療費を割り振ることとして, 医療政策として利用される。したがって, DRGはあくまでも疾病の分類手法であり, case-mix分類の一つであり, アメリカがメディケア患者に包括払い (PPS) を導入したことで世界に広まっていった。このアメリカのDRG以外に, 世界各国でcase-mixの研究は同時期にかなり行われていた。Fetter教授らが開発したオリジナルはYale DRGとよばれ, アメリカで公式採用されたのはHCFA-DRGと呼ばれている。その後, 各国で重症度を加味したりすることで修正をかけ, 例えばAustralian refine DRGや北欧諸国で利用されているNord DRG, イギリスのHRGなどがある。
- 4) メディケア: アメリカで65歳以上の高齢者と65歳未満の障害をもった一定の資格を満たす人および末期の腎臓病患者などに対する国の医療保険である。この保険では, 入院費用をカバーするパートA, 外来医療をカバーするパートB, HMOやPPOなどを通して, パートAとパートBを, 民間の保険会社が代行して提供するパートC, 処方箋による医薬品をカバーするパートDの4種類がある。
- 5) CIHI (Canadian Institute for Healthcare Information) : CIHIが設立される以前に, カナダ全土で, HMRI (Hospital

Medical Record Institute) やMIS (Management Information System) などのプロジェクトが, カナダ統計局やカナダの保健省, オンタリオ州などのもとで様々存在した。それがHMRIを中心に一つにまとまってCIHIができたのが, 1991年であった。CIHIの組織としての役割や委託使命は, 臨床医学, 人事, 財務の情報を集めるという役割である。これはオンタリオ州だけではなく, カナダの全ての州に渡って情報を集める。

さらに, 様々なヘルスケアの分野の情報を集める。急性, 慢性, 長期ケアといったセクター別の情報の集積。そして人事情報は, いろいろなヘルスケアにかかわっている専門職, 医師, 看護師, 薬剤師などの情報を集め, また各病院やシステムの財務的な支出に関するデータも全て集めて保持している。そして, そのようなデータというのは我々の組織以外の研究者に使ってもらうように提供することもできる。あるいはそのようなデータを使いながらCIHI独自の分析を行っている。その一つがホスピタル・レポート・カードで, ある。その他, CIHIは特別なレポートも作成している。例えば, 産科の出産の結果などのレポートを作成している。

さらに, システムの指標としては, ヘルスケアへのアクセス性に関する分析も行っている。例えば, 社会経済的な要因がいかに影響しているのか, カナダの市民がヘルスケアを利用するに当たり社会経済的要因がいかに影響を与えているのかなども分析も行っている。

CIHIの予算の80%は連邦政府から, 残りの20%はカナダ全国の州・準州からの拠出金で構成されている。組織は独立した理事会があり, そこが運営してい

る。その理事会のメンバーは16人であるが、その中の2人は、1名ずつが、カナダ連邦の保健省、カナダ統計局から必ず出ている。残りの14人はCIHIの独自に選んだ人がメンバーになっている。したがって、政府からは独立した組織といえる。

- 6) CMGs (Case Mix Groups) RIWs (Resource Intensity Weights) : このコンセプトは、CMG™ (Case Mix Groups, 症例群) と呼ばれる患者分類方式を使用し、CMGがMCHPのデータリポジトリに保管される病院抽象データに含まれていることを特徴としている。CMGに関連して、DPG™ (Day Procedure Groups, 日帰り治療グループ) と呼ばれる日帰り手術分類方式と、RIW™ (Resource Intensity Weights, 資源強度重み) と呼ばれる、CMGとDPGが消費すると予測される資源の相対値を測定する方法が存在する。CMGは、急性期病院を退院した入院患者をグループ分けし、入院患者のタイプを示すために使用されるカナダの患者分類方式の一つである。米国のDRG (Diagnosis Related Groups) をモデルとするCMGは、4つの判定基準を使用して、CIHIが作成したものである。①患者グループは、臨床上、十分に意味をなさなければならない②患者グループは、日常的に収集されたデータに基づかなければならない③患者グループは管理可能な数だけ存在しなければならず、かつ、入院期間に関して統計的に同質でなければならない (Pink, G. and Bolley, H. 1994)。
- 7) 英国での実績払い方式 (Payment by Results (PbR)) : この制度は2002年に発表され、その後、段階的に導入され、2003年からDRGをもとに開発されたHRG (Health Resource Group) の

15項目の分類によってカバーされる医療のみにPbRが使用されるようになった。2004年から2005年にかけて、この制度は、好業績のNHS病院の一部であるFoundation Trust 病院における入院待機患者への病院での治療に対して支払いを行うよう拡張された。2005年から2006年にかけて、この制度は、入院待機患者への治療に対して支払いを行うべく、NHS全体にわたって完全導入され、NHS病院、非NHS病院で治療を受けるNHS患者を対象とする、ほぼすべての支払いにHRGが使用された。2006年以降、この制度は外来医療などの病院活動に対して支払いを行うよう拡張された (Cooper Z., et. al., 2010b)。

- 8) カナダおよび先進諸国の医療の質とコストに関する研究は、高橋淑郎とBrown Adalsteinn, D.によって、以下にまとめられている。堺常雄・高橋淑郎編著 (2013) 『病院経営のイノベーション』建帛社の第5章pp.66-90。
- 9) (Health Service) Accountability Agreement : 州政府とLHINsの間でアカウンタビリティ・アグリメントという合意書がある。説明責任の合意書、成果測定というのもその中に含まれている。それは2年間の契約であるが、1年ごとに見直される。1年ごとにそれを見直して、優先順位を設定・更新していくものになる。それと同じものがLHINsとその下にある病院の中で結ばれていて、これが(ヘルス・サービス) アカウンタビリティ・アグリメントと呼ばれる。これまでのアカウンタビリティ・アグリメントとLHINの関係を時系列で見ると次のようになる。2003年: JPPC (Joint Policy and Planning Committee) 主催で、オンタリオ州内の病院向けの多年資金調達およびアカウンタビリティ 枠組み

の作成作業を開始。2004年：オンタリオ州では、Future of Medicare Actへのコミットメントにより、アカウントビリティ・アグリメントが必須に。2005年：最初のアカウンタビリティ・アグリメントについて、オンタリオ州保健省と各病院との間で交渉を開始。2006年：Local Health System Integration Actにより、LHIN (Local Health Integration Networks) が設立。2007年：地区・地域・郡の医療機関のサービスアカウントビリティがLHINの受け持ち業務となる。2007年：オンタリオ州保健省とLHINのアカウンタビリティ・アグリメントが、有効期間3年で発効（満了日は2010年3月31日）。2008年：LHINと各病院との間で、有効期間2年のアカウントビリティ・アグリメントを交渉。2009年：LHINとコミュニティ医療センター、コミュニティ精神衛生・中毒症治療サービス、コミュニティサービス機関、Community Care Access Centreとの間でアカウントビリティ・アグリメントを締結2010年：LHINと長期ケア施設との間でアカウントビリティ・アグリメントを締結。（高橋淑郎他 2011）

- 10) Pay for Performance (=P4P)：アメリカのInstitute of Medicine (IOM) では、P4Pの定義を「エビデンスに基づいた規準や手法を用いた測定により、医療者が質の高いケアを提供するようなインセンティブを与える方策」としている。すなわち、医療機関が、質の高い、効率的な医療サービスを提供した場合に、高い診療報酬を支払うというインセンティブ制度である。その目的は、医療の質の向上と共に医療費の有効活用を実現しようとするものである。P4Pは、医療費の効率的な支払いを行おうとする米国の民間保険会社が

先導してきた。米国の医療保険制度では、日本やヨーロッパ諸国のような公的な医療保険は高齢者と低所得者にしか適用されず、一般の患者は民間の保険会社の医療保険に加入し、そこから医療費の支払いを受けている。そのため、保険会社には、高騰する医療費を抑制したいという力が作用している。P4Pにおいて、医療の質、成果の測定は、臨床医学的指標、患者満足度、IT化度等についてなされている。とくに臨床医学的指標についてはガイドライン準拠率や死亡率・合併症率等のアウトカム指標が用いられる。

- 11) オンタリオ州で、1990年代初期にHealth Services Restructuring Commissionという委員会が設置され、当時、オンタリオ州の医療領域で影響力のあった人々が担ぎ出された。例えば、筆者の指導教授であった、University of Toronto School of Medicine, Department of Health Administrationの学科長で、副学部長、教授であったDr. Leatt, Pなども責任者のひとりとして、大学を辞職して委員会に入った。オンタリオ州では、公的病院の統廃合によって、病床数の大幅な削減、経営の統廃合などがかなり大胆に行われた。これらのプロセスはSinclair, D., Rochoen, M., Leatt, P, (2005)に詳しいが、その功罪が現在にも影響を与えている。
- 12) Hospital Report (Card)：ホスピタル・レポート（・カード）は、少なくとも1世紀以上にわたって使用されてきた。現在のような形式のホスピタル・レポート・カードの原型は、1990年代初期にニューヨーク州とペンシルバニア州で冠動脈バイパス術 (Coronary Artery Bypass Graft surgery, CABG)

に関して義務付けられたレポート・カードであることが多い。アメリカとイギリスではホスピタル・レポート（・カード）が数多く生まれているのに対し、カナダでは採用が遅かったため、ホスピタル・レポート（・カード）の種類も少ない。1990年代後半になって、初のオンタリオ・ホスピタル・レポート（Ontario Hospital Report）が作成された。

オンタリオ・ホスピタル・レポートは、バランス・スコアカードの手法を採用している。この病院レポート・カードは発展途上のものと見なす必要がある。使用されている指標の中には完全に新しいものがあり、定着した指標でも、詳しく検証すればさらに良くなると思わ

れるものが含まれている。それでもなお、研究グループがこのホスピタル・レポート（・カード）を開発し、改良を続ける「プロセス」すなわち、広範囲に及ぶ利害関係者の参加、データ品質の問題の反復的な調査、指標の継続的な評価などは非常に強力である。このプロセスを考慮すると、このレポートは現時点で望みうる最高レベルであり、今後も引き続き改良されていくものと確信できる。それだけでなく、このレポート・カードで行われているデータの分析と解釈は科学的に健全である。結果が客観的に報告され、制約事項が明確に記述され、過剰な解釈やセンセーショナルリズムが避けられている。（Postl, B., et. al., 2008）

#### 〔謝辞〕

本研究でインタビューを受けていただいた皆様に感謝申し上げます。

- ・ Dr. Brown, Adalstainn D.: Professor and Director, University of Toronto Institute of Health Policy, Management and Evaluation.
- ・ Dr. Lemieux-Charles, Louise: Professor, University of Toronto Institute of Health Policy, Management and Evaluation.
- ・ Dr. Barnsley, Jan: Professor, University of Toronto Institute of Health Policy, Management and Evaluation.
- ・ Dr. Bevan Gwen : Professor, London School of Economics and Political Science
- ・ Dr. Srinivasan Vasanthi: Assistant Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Health System Strategy and Policy Division
- ・ Mr. Peffer Justin: Manager, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Health System Strategy and Policy Division, Economic Analysis and Evaluation Unit
- ・ Dr. Rey Michelle: Director for Research, Health Quality Ontario
- ・ Dr. Veillard Jeremy: Vice President for Research and Analysis, Canadian Institute for Health Information (CIHI).
- ・ Mr. Reidel Lou: Director for Health Finance & Research, Ontario Hospital Association.
- ・ Dr. McLellan, Barry: CEO Sunnybrook Health Science Centre

#### 〔参考文献〕

尾形裕也（2002）「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」海外社会保障研究, 139, pp.14-26

- 佐藤主光 (2007) 「医療保険制度改革と管理競争:オランダの経験に学ぶ」 会計検査研究, 36, pp.41-60.
- 高橋淑郎 (1991) 「カナダの医療制度の現状と課題その1~4」 社会保険旬報  
その1, No.1727, pp.16-19, その2, No.1728, pp.28-33, その3, No.1729, pp.18-23,  
その4, No.1731, pp.28-33
- 高橋淑郎 (1992) 「カナダの老人ケアの現状と課題」 海外社会保障情報 (国立社会保障研究  
所), No.99, pp.33-45
- 高橋淑郎 (1995) 「カナダの医療制度」 日本病院会雑誌, 42 (5), pp.839-849
- 高橋淑郎 (1997a) 『変革期の病院経営』 中央経済社
- 高橋淑郎 (1997b) 「カナダのロングタームケア政策」 海外社会保障情報 (国立社会保障・人  
口問題研究所), 120, pp.59-72
- 高橋淑郎 (1999a) 「医療制度」, pp.211-237 (収録: 城戸喜子・塩野谷祐一編 『先進諸国の社  
会保障カナダ』 東京大学出版会, 第11章)
- 高橋淑郎 (1999b) 「カナダにおける医療サービスの質の確保をめぐる諸問題」 海外社会保障  
研究 (国立社会保障・人口問題研究所), 129, pp.75-86
- 高橋淑郎 (2000) 「カナダの医療保障」, pp.394-421 (収録: 仲村優一・一番ヶ瀬康子編 『世界  
の社会福祉・アメリカ・カナダ』 旬報社, 第2部, 第2章)
- Takahashi Toshiro (2009) “Balanced Scorecard as Health Policy in Ontario, Canada: Intent  
and Process of Implementation, Evaluation, and Challenges”, 会計学研究 (日本大学商学  
部 会計学研究所), 23, pp.35-74
- 高橋淑郎 (2010) 「カナダ・オンタリオ州での医療BSCの現状と医療政策における利用」 病  
院, 69 (2), pp.123-128.
- 高橋淑郎 (2011a) 「医療政策としてのカナダ・オンタリオ州の病院BSC」, pp.295-340 (収  
録: 高橋淑郎編著 『医療バランスト・スコアカード研究 経営編』 生産性出版, 第15章)
- 高橋淑郎 (2011b) 「地域社会での医療BSCの活用の可能性~The Sustainability Healthcare  
balanced Scorecardの開発にむけて~」 バランスト・スコアカード研究, 8 (2), pp.20-41
- 高橋淑郎, Brown, Adalsteinn, D., 中野種樹 (2011) 「医療政策での医療BSCの活用可能性」  
医療バランスト・スコアカード研究, 8 (2), pp.26-55.
- 高橋淑郎, Brown, Adalsteinn, D. (2013) 「病院経営における内への戦略・医療の質の向上と  
コスト低減への展開」, pp.66-90 (収録: 堺常雄・高橋淑郎編著 (2013) 『病院経営のイ  
ノベーション』 建帛社)
- 松田晋哉 (1996) 「フランスの医療制度とその動向」 医療経済研究, 3, pp.143-156.
- みずほ総合研究所 (2005) 「医療費の総額管理制度の導入をどう考えるか」 みずほレポート,  
2005年8月24日, みずほ総合研究所
- 森宏一郎・法坂千代 (2010) 「諸外国 (英・仏・独・米) の診療報酬 診療原価やドクター・  
フィーは明確化されているか?」 日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパー,  
No.224, 2010年11月9日
- Antioch, K., M. and Walsh, M. K., (2004) “The risk-adjusted vision beyond case mix (DRG)  
funding in Australia” *European Journal of Health Economics*, 5, pp.95-109.

- Arnaboldi, M. and Lapsley, I. (2005) “Activity based costing in healthcare: A UK case study” *Research in Healthcare Financial Management*, 10 (1), pp.61-75.
- Bevan, G and Cornwell, J (2006) “Structure and logic of regulation and governance of quality of health care: was OFSTED a model for the Commission for Health Improvement?” *Health economics, policy and law*, 1 (4). pp.343-370.
- British Columbia Medical Association (2010) Patient-Focused Funding in British Columbia, A policy paper.
- Canadian Healthcare Association (2011) Incentive Based funding and Canada’s Health System, CHA working paper.
- Carter, C. M., Newhouse, J. P., and Delles, D. A. (1990) “How much change in the case mix is DRG creep?” *Journal of Health Economics*, 9 (4), pp.411-428
- CIHI (2009a) *National Health Expenditure Trends, 1975-2009*
- CIHI (2009b) *Health care Canada in 2009 A Decade in Review*
- CIHI (2010) A Primer on Activity-Based Funding, Discussion Paper By the Activity-Based Funding Unit
- Cooper Z., Gibbons S., Jones S., McGuire A (2010a) Dose Hospital Competition Save Live? Evidence from the English nhs patient choice reform. London school of economics and political science Working paper No.16/2010, January 2010
- Cooper Z., Gibbons S., Jones S., McGuire A (2010b) Dose Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS, CPE Discussion Paper No.988, June, 2010
- Duckett, S. J. (1995) Hospital payment arrangements to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia, *Health Policy*, 34, pp.113-134
- Dismuke, C. E. and Guimaraes, P (2002) “Has the caveat of case-mix based payment influenced the quality of inpatient hospital care in Portugal”, *Applied Economics* 34 (10) pp.1301-1307.
- Eldrige, C. and Palmer, N. (2009) “Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions”, *Health Policy and Planning*, 24, pp.160-166.
- Epstein, A. M. Jha, A. K. and Orav, E. J. (2011) “The Relationship between Hospital Admission Rates and Rehospitalizations” *New England Journal of Medicine*; 365, pp.2287-2295
- Ettelt, S., Thomson, S., Nolte, E. and Mays, N. (2006) “Reimbursing highly specialized hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries”, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averil, R. F. and Thompson, J. D. (1980) “Case mix definition by diagnosis-related groups”, *Medical Care*, 18 (2) S: 1-53
- Fetter, R. B., Brand, D. and Gamache, D. (1991) *DRGs: Their Design and Development*, Health Administration Press

- Farrar S., Yi D., Sutton M., Chalkley M., Sussex, J., Scott, A. (2009) “Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis”, *British Medical Journal* 339:b 3047.
- Forgione, D.A., Vermeer, T. E., Suryseker, K., Wrieden, J.A and Plante, C. C (2005) “DRGs, cost and quality of care: An agency theory perspective”, *Financial Accountability and Management*, 21 (3) pp.291-308.
- Goldfield, N (2010) “The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): From its beginning in case mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital”, *Quality Management in Health Care*, 19 (1) pp.3-16
- Gaynor, M. (2006) “*What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Market?*” CMPO Working Paper Series No.06/151, University of Bristol.
- Gaynor, M., (2004) “Competition and quality in hospital markets. What do we know? What don’t we know?” *The Journal of Economic perspective*, 13, pp.141-164.
- Gayner, M and Hass-Wilson, D (1999) “Change, Consolidation, and Competition in Health care Markets”, *Journal of Economic Perspective*, 13 (1), pp.141-164
- Hibbard, J. H., Stockard, J. and Tusler, M (2005) “Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share, And Reputation” *Health Affairs*, 24 (4), pp.1150-1160
- Institute of Medicine (<http://www.iom.edu/> 2013年10月14日参照)
- Jencs, S. F., Williams, M. V. and Coleman, E. A (2007) Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program, *New England Journal of Medicine*, 360, pp.1418-1428
- Kessler, D. P and Geppert, J. J. (2005) The Effects of Competition on Variation in the quality and Cost of Medical care, *Journal of Economics and Management Strategy*, 14, pp.575-589
- Kroneman, M. and Nagy. J. (2001) “Introducing DRG-based financing in Hungary: a study into the relationship between supply of hospital beds under changing circumstances” *Health Policy*, 55, pp.19-36
- Kahn, K., Koseff, J., Rogers, W. H., Keeler, E. B., and Book, R. H. (1990) “The effects of DRGs-based perspective payment on quality of care for hospitalizes Medicare patients” *Journal of American Medical Association*, 264 (15) pp.1953-1955.
- Louis, D., Yuen, E. J., Braga, M, Cicchetti, A, Rabinowitz, C., Laine, C. and Gonnella, J, S. (1999) “Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy”, *Health Services Research*, 34 (1), pp.405-415.
- Marchildon, G. P. (2013) Health Systems in Transition: Canada, *World Health Organization*.
- Marini, G. and Street, A. (2007) “A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS” *Health Policy*, 83 (1), pp.17-26

- Mereno-Serra, R. and Wagstaff, A. (2009), *System-wide impacts of hospital payment reforms, evidence from central and eastern Europe and central Asia, Policy research paper 4987*. Washington, USA: Development Research Group, Human Development and Public Services Team, The World Bank
- Ontario Ministry of Health and Long Term Care (2009) “*Patient – Based Payment: Advancing hospital funding policy in Ontario*”, Policy Discussion Paper, October 9
- Ontario Ministry of Health and Long Term Care (2011) “*patient-based Payment*”, *Final Report*, July 2011
- OECD (2011) *OECD economic surveys: Canada*, Organization for Economic Co-operation and Development
- Pink G. H. and Bolley, H. B., (1994) “Physicians in health care management: 3. Case Mix Groups and Resource Intensity Weights: an overview for physicians”, *Healthcare Management*, 150 (6), pp.889-894.
- Postl, B., Moffatt, M., Kreindler, S. and Lutfiyya, N. M. (2008) “*The Quality of Quality: A Comparative Analysis of Two Different Canadian Hospital Report Cards The 2007 Hospital Report Research Collaborative’s Ontario Hospital Report and The 2008 Fraser Institute’s British Columbia Hospital Report Card*”. Report to The British Columbia Ministry of Health, Winnipeg Regional Health Authority.
- Preyra, C (2004) “Coding response to a case mix measurement system based on multiple diagnosis” *Health Services Reserch*, 39 (4), pp.1027-1040
- Rachlis, M (2009) “position on activity-based funding in Canadian hospitals and other surgical facilities”. Canadian Doctors for Medicare, <http://www.michaelrachlis.com/pubs/2009%20Activity%20based%20funding.pdf>
- Shen, Y. C. (2003) “The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals” *Journal of Health Economics*, 22, pp.243-269.
- Shleifer, A (1985) “A Theory of Yardstick Competition”, *RAND Journal Of Economics* 16, pp.319-327
- Sinclair, D., Rochoen, M., Leatt, P. (2005), *The Story of Ontario’s Health Service Restructuring Commistion*, 1996-2000, The Institute for Research on Public Policy
- Statistics Canada (2011) *2011 census of population*, Statistics Canada
- Street, A. S., Vitikainen, K., Bjorvatn, A., Hvenegaard., A. (2007), “*Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Demark, Norway and Sweden*”. Centre for Health Economics, CHE Research Paper 30, University of York (UK)
- Veillard, J. H. M (ed.) (2012) *Performance Management in Health System and Services*, Bourgen-Bresse.

(Abstract)

All countries of the world are struggling with their medical (healthcare) fee reimbursement systems and sources of finance. These problems are due to ageing populations, advances in medical technology, and wide-ranging demands placed on hospitals by patients and society, and because raising standards and so forth also raises the costs of healthcare, there is also a demand for approaches that halt cost increases while still providing healthcare in which quality, safety and security are ensured. Accordingly, achieving high-quality, widely-accessible and cost-effective hospital service is one of the most serious issues facing the healthcare systems of both Canada and Japan.

I have analyzed the state of activity-based payments systems (ABP) that have been deployed in various countries in a range of forms, from interviews held with acute hospitals and Ontario Ministry of Health and Long-Term Care in Canada, and from literature.

To date, merely changing the methods of hospital funding has not raised the quality and quantity of clinical outcomes to a desirable level. However, it was concluded in Ontario that combining the incentives structured in ABP with the advantages of global budgets method could be used. As a result of considering the requirements to make ABP function in Japan, I conclude that there needs to be a neutral, non-profit organization set up and deployed nationally to measure and evaluate medical and management outcomes, and that the DPC (Diagnosis Procedure Combination) initiative taken by the Ministry of Health, Labor and Welfare alone is insufficient. Thus, there is a need for mechanisms through which non-profit organizational bodies that collect, and appropriately process and publicize healthcare and healthcare management data and organizations etc set up to improve the quality of healthcare by gathering knowledge available from universities or civilian organizations, can cooperate.