

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3



米国グローバルヘルス財団
理事長
アキよしかわ

米国における EDRG の試行： 入院からその後のリハやケア までを包括する支払制度

これまで数回にわたって、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説明を行ってきた。

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>

2012 年 12 月号では P4P の失敗を行動経済学的なアプローチから説明し、2013 年 1 月号では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、に関して説明した。

この対談は 2012 年の秋に行われたが、その中でスモルト氏は、米国は 80 年代の DRG 導入以降、マネージド・コンペティション、そしてマネージドケアにおけるキャピテーション（人頭割り制度）など、ヘルスケア分野において、さまざまな試行錯誤を行ってきたが、次のステップは DRG/PPS によってカバーさ

れるサービスの拡大である、と述べ、「拡張型 DRG」の概念を紹介した。まさにスモルト氏の言葉通り、2013 年 1 月、米国では拡張型 DRG の試行が始まり、一つの大きな流れを作り出しつつある。今回はこの拡張型 DRG に関して説明したい。

Episode of Care という考え方

「拡張型 DRG」とは一体どのようなものであろうか。一般的には Expanded DRG、略して EDRG と呼ばれている。その他にも、Bundled Payment (bundle とは「一纏め」という意味)、Episode-Based Payments あるいは Mini Capitation など、様々な名前で呼ばれている。ここでは EDRG という名称を使って説明を行う。

米国の DRG/PPS、そして日本の DPC/PDPS も、患者に提供された個々の医療行為とそれを提供した医療機関に対して、その都度支払われるものである。例えば大腿骨の置換術では、手術を受ける前に受けた検査と診察、入院での手術、退院した後のリハビリ、在宅でのリハビリなど、治療には複数の施設（病院、リハビリ施設、在宅ケアなど）が関与するが、それぞれのサービスに対して、別々の支払いが行われる。

EDRG は治療行為の初めから終わりまでを一つのエピソード (episode) として、その疾病の治療に関わる医療費を一纏めにして支払う方法である（図 1）。

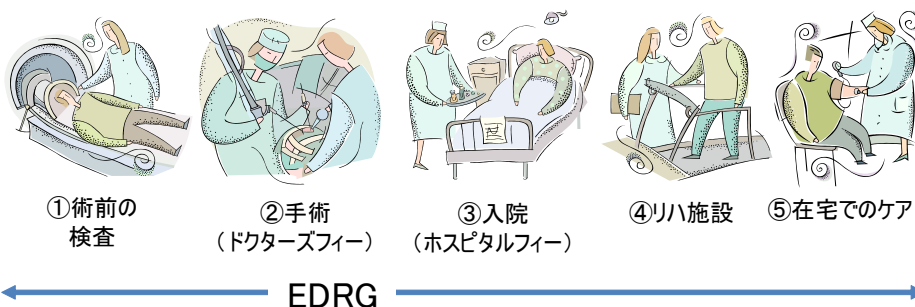


図 1 EDRG の概念

$$\text{Expanded DRG (EDRG)} = \text{現在のDRG} + \begin{array}{l} \text{その疾病・コンディ} \\ \text{ションに関わる} \\ \text{退院後、一定期間} \\ \text{にかかった医療費} \end{array}$$

図2 EDRGの支払い方法

EDRGでの支払い方法は図2のようになる。例えば上の大腿骨の置換術の例では、①術前の検査、②手術での医師への技術料（doctor's fee）、③病院での医療費（hospital fees）、④回復期リハ施設における術後のリハ、そして⑤在宅でのリハビリなど一連の医療行為を一つの単位として捉え、包括された診療報酬を支払うという考え方である。「始めから終わりまで」を一連のエピソードとして一纏めに支払う事により、一連の治療行為に関わる個人・組織が協力し合い、今まで分断されていた治療行為がよりコーディネートされ、無駄を省き、質を上げることが期待されている。支払いは、個々の医療機関に対してではなく、医療を提供したグループ（急性期の病院、回復期リハ施設、在宅ケア提供者など）に対して総額を一括して支払われる。これまでは5つに分けて支払われていた診療報酬が一纏めにされる。これがBundled Paymentとも呼ばれる由縁である。

いかにもアメリカ的な実利主義的な割り切り方だが、支払われた診療報酬をグループの中でどのように分けるかは、それぞれのグループの判断に委ねられる。要するに支払い側の興味は総額であり、お金をどのように分担するかには興味がない、分配方法は自分たちで考えろ…、ということである。1990年代にIDS（integrated delivery system）と呼ばれた医療供給システムが広まったが（代表的なものはカイザーパーマネンテだが、スモルト氏のメイヨークリニックもIDSである）、IDSのように同一組織内にいろいろな役割の施設を保持していた場合、組織内で完結でき、支払額の分配には手間のかからない。しかし、全くオーナーシップの異なる施設間では、それなりに大変な作業になるであろう。そのため今後、EDRGにより米国における垂直統合が推進される事は間違いない。後述するメディケアにおけるEDRGの試行などが医療関連施設の戦略的提携と統合を後押しし、米国の医療供給制度を一変させることになるかもしれない。

EDRGとしてグループに支払われる額は、それまで

に複数の医療機関に対して別々に支払われていた診療報酬の総額を少しディスカウントした額が基準になるが、その額よりもコストを削減できたチームは、その差額を利益としてチーム内で分配することが出来る。このようにEDRGでは効率化がますます進むが、これまでのように分断された中での効率化だけでなく、一連のエピソードごとの効率化が促進される。

医療の質に関しても向上への努力が促されるであろう。例えばDRGでは再入院・再手術が起こった場合は、改めて請求が可能であったが、EDRGではこれを一つのエピソードと捉え、再入院に関しては新たな請求はできない。

EDRGでの難問はどのようにエピソードを定義するのか（術後30日、60日、あるいは90日？あるいは1年）、そして複数の組織をどのようにして統括するのか、どのように診療報酬の請求を行い、それを分配するのかである。EDRGが機能する為にはITの活用が必須である。90年代に構築されたIDSの多くは実のところバラバラであり、組織的には機能しなかった。その原因の多くがITテクノロジーの不備にあった。20年後の今日、当時と比べITは比べようがない程、進化している。

EDRGとPay for Value

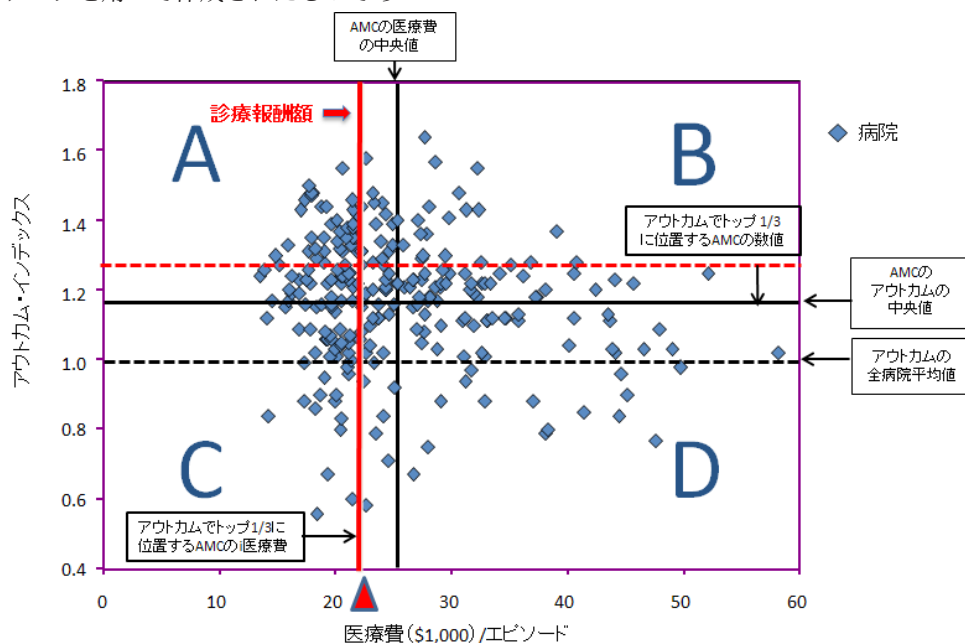
「始めから終わりまで」を一連のエピソードとして捉えるEDRGでは、医療を断片的にしか把握できないDRGやDPCとは異なり、術後の経過も踏まえてアウトカムを把握する事が可能である。P4Pのように「何を行ったか」というプロセスを見るのとは異なり、EDRGでは、どのような結果になったかを判断する事が出来る。

前回説明したように「医療の価値（Value）」は、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）を実際にかかったコストで除算したも

のである。EDRG では単なる一入院ではなく術後の経緯を踏まえてアウトカムを評価する。そしてコストに関しても、入院して手術をした際に入院医療にかかったコストだけではなく、その後のリハ、再手術・再入院などにかかったコストも含めて考える。EDRG では診療報酬が医療の価値、つまり医療の質、アウトカム、そしてかかった医療費にリンクするように巧妙に図られているのである。

前回用いた図を再掲する（図 3）。前回も使用した図であるので説明は省略するが、この図はある EDRG において、米国のデータを用いて作成されたものであ

る。縦軸のアウトカム・インデックス、横軸の医療費請求額は手術のドクターズフィーだけではなく入院時のホスピタルフィーも含み、また退院後に院外で他の医療機関によって行われたリハなどのフォロー、そして再入院・再手術の場合は、その費用も含まれている。前回説明したように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。EDRG では、分断された入院医療だけではなく、治療をめぐる一連のエピソードを単位として把握する事により、より正確なアウトカムを反映し、Value を推計できる。



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・ジャパン感謝祭」)

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

分断された医療行為に対して診療報酬が支払われる、これまでの DRG とは異なり、EDRG では執刀医と手術を行った病院は、患者の術後の経過とそれにかかった医療費にまで責任を負われるのである。

の家庭医」が中心になり、病院、リハビリ機関、ケア付きナースিংホームなどを一つの医療提供チーム（Care Delivery Teams 略して CDT）を形成し、地域住民の健康を請け負う、という仕組みになっている。

ACOs（Accountable Care Organizations）

EDRG のコンセプトとよく混同されるのが、オバマ政権で国民皆保険を実現する為に進められている Accountable Care Organizations (ACOs) である。

Accountable という言葉は説明の責任・説明の義務を意味するが、文字通り、ACOs は地域住民の医療の質とかかるコスト、そして健康管理に責任を持つグループを組織化する仕組みである。ACOs では「地域

ACOs に対しては、カバーする人口に対して統計的に計算された「かかるであろう医療費」が提供される（この計算には曖昧な部分もあり、これが ACOs にとっては最大のリスクである）、医療機関が協力し合い、情報を共有し、無駄を省くなどの努力を行い、実際にかかったコストがその推計値を下回ると、その部分は ASOs のメンバーに配当される。地域住民の健康管理一切の責任を負い、疾病管理のインセンティブも盛り込まれている ACOs は 1990 年代にマネージドケアの環境下、カリフォルニアで広まったキャピテー

ションと似ている。今回の ACOs との違いは、90 年代のキャピテーションがマネージドケアの環境下、保険会社が力づくで前払い人頭払いを広めようとしたのとは異なり（これがマネージドケアに対する反発を招いた）、今回はソフト路線で地元の医師、ナース、他の医療職の協力体制の構築を目指している事である。

EDRG と ACOs の違い

EDRG は診療報酬の支払い方法、そして ACOs は組織化の仕組みであるが、これまで分断されていた開業医、専門医、急性期病院、そして亜急性期、回復期リハなどの後方支援病院などを組織化し、医療費を削減しながら質の高い医療を目指す、というゴールは EDRG も ACOs も同じである。

このように同じゴールを目指す EDRG と ACOs はよく混同されるが、この 2 つには大きな違いがある事も理解しておく必要がある。地域住民の健康を請け負う ACOs では病院での医療行為を減らす事、つまり入院自体を減らす事が、成功につながる。EDRG でも入院でのコスト管理を極めようとするが、一方で入院自体の数を増やさなければ、医療機関の収入にはつながらない。

EDRG と ACOs の成功の鍵は、いかに開業医、病院、後方支援の医療機関などが協力し合い、診療報酬を分け合えるか、という点に尽きる。個々の機関が、個々の収入と利益の最大化を求めるのではなく、いかにチームとして機能できるかどうか、つまり密接な地域連携を構築し、チームとしての利益を追求できるかどうかである。EDRG と ACOs は、共に試行錯誤の国、アメリカにおいて考えられた実利を伴った地域連携を組織化する作戦である。

今、アメリカで最も旬な病院コンサルティングのプロジェクトは、いかにして ACOs を構築し、戦略的に展開をするかである。日本でも 10 年後にはそのような時代が来ているかもしれない。

米国での EDRG の試行

2013 年 1 月 31 日に、アメリカ厚生省におけるメディケアおよびメディケイドの運営主体となってい

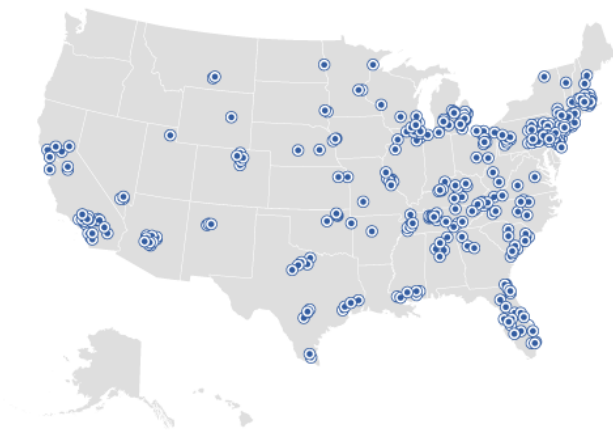
る CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) が本格的な EDRG の試行、the Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) initiative を開始した。これには 500 以上の医療機関が参加を表明した。

これまで施設ごとに細分化されて支払われてきたメディケアの診療報酬を、入院エピソードごとの EDRG として一纏めの bundled payment をケアチームへ支払うというものである。この方法により、一連の治療行為に関わる個人・組織が協力し合い、今まで分断されていた治療行為がよりコーディネートされ、無駄を省き、質を上げることが期待されている。

既に IDS を構築しているヘルスケアシステムでなくとも、より多くの医療機関が試行に参加できるように、試行では“一連の医療行為”(episode of care)をどのように定義するか、どこまでの範囲を one episode として捉えるかによって、初歩的な連携からより高度な完成された連携まで 4 つのオプションが示されている。

モデル 1 はごく初歩的なものであり、急性期の入院医療に限定したものであり、医師の技術料(ドクターズフィー)もホスピタルフィーとは別に支払われる。しかし、コスト削減による利益は医師と病院で分け合う事が許されている。カバーされているのは 48 の疾病・手術に対してである。モデル 2 は急性期での入院とその後(30 日、60 日、90 日)の医療行為を包括したものであり、モデル 3 は急性期の入院後の回復期リハ、医療付ナーシングホームと長期療養型施設をカバーするものである(カバーする期間は 30 日、60 日、90 日)。モデル 4 は急性期の入院でドクターズフィーとホスピタルフィー等を一纏めにして支払うものである(医師はドクターズフィーを受け取らない)。退院後 30 日以内の医療行為はその中に含まれる。

図 4 の地図は試行に参加している病院をプロットしたものだが、多くの病院はカリフォルニア、フロリダ、マサチューセッツやニューヨークなどの米国北西部の州、そしてイリノイなどの五大湖周辺の州に集中していることが分かる。これらの地域の多くは 1990 年代に IDS が広まった地域である。



Source: Centers for Medicare & Medicaid Services

図 4 Bundled Payments for Care Improvement Initiative

高齢化とそれに伴う疾病構造の複雑化に対応する為にも、開業医、病院、後方支援施設、リハ、回復期などの連携を強化し、システム化する事は急務であろう。EDRG と ASOs はその為の最初の一步であるが、これまでの分断された診療報酬の支払いを見直し、地域連携を促す壮大な実験である。

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)