

保険償還方式の分類と誘因体系の比較分析

石 田 成 則

1. 問題意識と課題の設定

先進諸国を中心とした各国の医療制度の運営について、医療供給体制の整備とその財源の調達が各国共通の課題になっている。とくに、政府と各種の保険者、そして個々の医療機関との関係変化がみられ、保険者がより主体的に機能を発揮することが医療改革の大きな論点になっている⁽¹⁾。保険者が政府のエージェントとしての役割を果たす際には、医療機関への支払い方式（保険償還方式）により、こうした機関の意思決定や個々の医師の診療行為をコントロールすることになる。わが国では、従来から医師の診療行為ごとに費用を積み上げる出来高払い方式が中核であり、検査や投薬で医療費が増えるほど医療機関の医療収益の増加になっていた。これを治療対象となる疾病ごとの定額払い、包括払い方式に置き換えれば、無暗な検査や投薬が抑制され、効率的な医療を行う誘因（インセンティブ）が働く。こうした定額払い・包括払い方式を広く普及させるには、同じ疾病には原則として同じ治療法を適用する医療の標準化、すなわち診断群分類が重要になる。

(1) 八代（2013），pp.162-163

本稿での論点は、こうした診療報酬と医療機関への支払い方式の比較分析を通じて、医療制度の改革の方向性を考察することにある。主に文献のサーベイが中心であり、わが国の実態や実証分析への橋渡しを目的にしている。

2. 保険者による医療機関への支払い方式の分類

1) 単一支払い方式

医療費を補償する支払い方式も、政府・保険者と医療機関との一種の契約事項とすると、こうした契約によってリスクと費用と責任をどのように分担していくかが、重要なポイントになる。またこうした契約をより上手く活かすためには、評価や評判、そして信用形成のメカニズムによって補完していく発想も要る。そこで、こうした方式の分類を両当事者の立場から整理してみる。なお、以下では、政府や保険者は一体となって、医療制度の目的をよりよく果たすために、適切な支払い方式を設計しようと試み、医療機関側は個々の機関で医業収益を最大化する目標を持つこととする。

多くの国では、政府またはその代理としての保険者には、労使からの保険料・税、国庫からの財政支出金、そして個人・家計から任意の保険料が流入する。こうした資金を財源として、医療機関に対して医療サービスに掛かった費用の補填、補償を行うことになる。医療機関への支払い方式は、包括払い方式と出来高払い方式に大別される。前者では年度初めに事前に支払い金額が確定しているのに対して、後者では提供されたサービスの内容と単価・数量によって支払い金額が決まってくる。前者の事例として、医療機関の部門別やプログラム別に予算を組む項目別予算方式と、全部門を跨る総額予算方式がある。また、人頭払い方式もこの方式の一種である。これに対して、後者には、FFS方式（Fee For Service）のほか、患者別・症例別支払い方式が知られている。こうした費用と支払い金額・報酬の関係による分類に加えて、支払い金額自体の固定制・変動制に合わせた分類方法もある。

医療機関にとっては、医療サービスの提供に掛かった費用がどのように補償されるかが問題になる。理論的には、診療行為にともない投入した医療資源量とその単価を掛け合わせた費用と保険者からの支払い金額が関連するときに、こうした方式は変動報酬制になる。両者の関係が希薄化し、定額の支払いが行われると、それは固定報酬制になる。変動報酬制では、一単位の追加（限界）生産に対して、追加（限界）収入が発生するのに対して、固定報酬制では後者の値は0になる。そのため、変動報酬制では、追加生産による限界費用が限界収入に等しくなるまで診療行為が行われ、固定費の存在を想定すると、多くの場合、過剰診療を来すことになる。これに対して、固定報酬制では限界収入自体は0となってしまう、医業収益の最大化のためには、総費用を減らす選択が行われ、それは過少診療に繋がることが多い。

ただし、こうした区分は相対的なものであることに注意を要する。医業収益を測るための生産量は医療資源の投入量を基準とすることが通例であるものの、その単位の取り方によってはこうした区分の境界は異なってくる。たとえば、生産量、すなわち診療行為の単位を患者1人当たり定めれば、それ自体は固定的なものであっても、投薬量や検査量に分解して単位をとれば変動的な要素が強くなる。つまり、生産量や診療行為の対象や範囲を細分化すればそれに応じて報酬が増える変動制であるものの、その対象や範囲を広くとることで固定制に近づいてくる。そのために、こうした分類で重要なことは、両報酬制度を対置しながら、診療行為に及ぼす影響を見極め、両者を使い分けながら、保険者が政策誘導していく点にある。

保険者の財政方式に当てはめると、固定報酬制は closed end finance system になり、変動報酬制は open end finance system になる⁽²⁾。固定報酬制では保険者は前年度予算などを参考にしながら、事前に予算の総枠を決めてしまう。

(2) Barnum et al. (1995), p.259

この枠内にひとつの医療機関を当てはめると global budget のやり方になり、部門ごとに適用すると partial budget の方法になる。これらの手法は強力な医療資源の管理方法であるものの、補正予算の手当てがない場合には、過少診療や医療資源の節約が横行し、医療の質にも影響が出てくる。こうした事態を招かないために、追加予算や補正予算での対応が必要になってくる。また、保険者が closed end finance system で運営され、個々の医療機関に対しては変動報酬制であれば、保険者が財務リスクを負担することになる。この逆のケースでは、こうしたリスクは医療機関側に移転する。

予め単価を想定してこうした診療行為の活動量の多寡と支払い金額の関連を捉える分類のほかに、医療行為にともなう費用と支払い金額の関連性を捉える区分が、出来高払い方式と包括払い方式の分類である。前者の支払い方式では、医療機関は単年度に提供した医療サービスに要する費用を回収することができるために、費用削減誘因が働かず費用効率的な医療技術や管理手法の摂取にも関心がなくなる。これに対して、後者の支払い方式では、医療機関に対する支払い率やその金額が事前に決められる。縛られた予算枠での医療サービスの提供となるために費用削減の誘因が働きやすい一方で、予算に不足が生じてしまうと財務リスクを負担することになるために、様々な弊害が生じてしまう。

診療行為に掛かる費用の節減と効率化を追求することになると、検査回数や投薬量を削ぎ落すことで、患者の回復状況にも影響を来すことがある。また、入院患者についても、早期退院を促すことがかえって再入院リスクに跳ね返るなど、短期的な医療費の縮減がかえって逆効果を有することがある。総じて、医療の質の低下の懸念が生じてしまう。また、手間と費用が掛かる患者を回避するための選別化のリスクも指摘されており、フリーアクセスの堅持や医療の公平性に支障を来しかねない。こうした事態を回避して、より費用中立的に支払い方式を仕組むためには、個別医療機関の受け入れている患者の実態や地域で果たしている役割、また地域間での疾病構造の相違を考慮しなければなら

ず、画一的な支払い金額の決定から個別事情に合わせた方式に移行せざるを得ない。

包括払い方式の代表的なものは、項目別予算方式と総額予算方式である⁽³⁾。項目別予算方式では、人件費、設備・備品費、そして薬剤費などと項目別に分けて予算を立て、診療行為を制御することが目論まれる。しかしこうした予算方式では、残余が残ると次年度予算が削られることもあり、無駄を顧みることなく予算消化に走る傾向や前年度主義・ノルマ主義に陥る可能性もあり、予算にメリハリをつけることができにくい。こうした弊害は、保険者が個々の診療行為と予算執行過程を監視できないことから生じている。そのために、非効率な資源配分を排除するには、こうした監視体制を整備する方法があるものの、それには多くの費用と人材が費消されることになる。そこで、効率的な予算使用に対して、次年度以降にボーナスを与えるなど、間接的に誘導するしか方法はない。

総額予算方式は、こうした弊害を除き、個別医療機関に予算使用の裁量性を認める一方で、説明責任を求め、それにより効率的な資源配分を促すものである。また、事前予算の決定については、医療機関側の診療状況だけでなく、保険者が地域の疾病特性などを鑑みて決めることになる。医療機関では、総枠予算のなかで、各診療科や各部門の予算執行状況に応じて柔軟に資金配分を調整できるメリットがある。とくに、年度終了時点での過不足について、現場状況を踏まえて再配分することもできる。こうした調整が裁量的にならないように、保険者への報告義務が課される。こうした方式採用の最大の眼目は、医療サービスの効率化と医療費の削減にある。ただし、その効果については、短期と長期に分けて考える必要がある。短期的にみれば、予算総枠が決まっている制約のもとで、医療費削減の動機が与えられる。また、当該医療機関内でガバ

(3) Jegers et al. (2002), pp.26-28

ナンスが徹底している場合には、部門毎に説明責任が求められることは当然であり、それに応じて効率的なサービス提供が期待される。しかし、中長期であれば、提供されるサービスの必要量も単価も人口構成や症例の変化によって変わるために、予算もそれに合わせて調整されることになる。単価の方が固定的であれば、将来予算に反映されることを見越して、医療資源投入量を増やす行動にでることもある。たとえ予算の調整が、ベッドの稼働率や重症患者・急患の引受け数に基づく場合でも、長期入院の促進や特定疾患の受入れに偏向する事態が起こりうる。そこで、医療の質に関する成果指標を予算作成過程に取り込むことで、ピュアレビューなどの評価体制構築を促すことが望ましい。こうした現場に即した動機付けが可能であれば、自己責任と自己規律に基づく、運営ができる可能性は高い⁽⁴⁾。

総額予算方式では、診療行為に関する詳細な記録を当事者間で共有する必要はないために、記録管理などに掛かる運営費用は安く上がる。それが必要となるのも、予算交渉などの場面だけに限定される。ただし、成果指標の監視のために、医療機関内でこうした情報を収集し、それを加工するためには一定の費用が掛かる。そのために、医療情報のシステム投資とその運営費用が高む可能性は否定できない。

一定期間内の予算を事前に決めるやり方は、人頭払い方式でも同様である。これは、各医療機関に事前登録された個人と家族に対して予め決められた医療サービス・パッケージを賄うための費用を、保険者が支払う方式である。各医療機関はこうしたサービスの提供を通じて、事前登録者の健康に責任を負う。そのため、診療行為を効率的に上手く行って、費用効率を高めるように動機付けられる。保険者にとっても、医療サービス総量とその提供費用が大凡予測できるために、医療費管理が容易くなる。保険者は、各地域での人口構成や疾病

(4) Jegers et al. (2002), p.29

構造、そして受診率に影響する要因を考慮して一定期間内の予算を決定する。

こうした方式のもとで、医業収益の拡大のために、低費用の代替的な治療法の活用、検査・投薬回数の限定、そして予防医療によって費用の抑止を試みる。しかし一方で、過少診療による医療の質の低下や高リスク者の排除が起りかねない⁽⁵⁾。これらのリスクの程度は、支払いの対象となる医療サービスの内容、リスク選択に対する規制、そして保険者と医療機関の選択権や変更可能性にかかってくる。

まず、医療費の抑止のために検査や投薬が対象となり回数制限されることは当然であるが、予防医療や術後のリハビリまでこの支払い方式の対象となると、健康状態の維持や回復へのマイナスの影響が大きい。逆に、こうした措置の高い実施率に対して特別な報酬を与えることによって、医療費の抑止ができる。つぎに、リスク選択に対する規制がなければ、医療機関や個々の医師の機会主義的行動から、クリーム・スキミングと受診機会制限が懸念される。該当する地域の個人や家族の強制的な受入れや義務化によってこうしたリスクは回避できる。また、保険者の財務に関する再保険制度や保証基金を創設することで、リスク要因の格差による収支の相違を調整して、高いリスク者の受診機会を守ることができる。最後に、個人や家族に対して、登録する医療機関の選択権や中途変更権を付与することによって、疑似的な競争環境を創出すれば、過少診療や医療の質低下の抑止力となる。

残念ながら、人頭払い方式では、医療機関の行動適正化のために監視費用と事後的なリスク調整費用が掛かることによって、運営費用が割高になりがちである。これが、出来高払い方式に要する診療情報の遣り取りのためのシステム投資費用とその運営費用よりも高くつくと、必ずしも取引費用が安価なシステムとはいえなくなる。

(5) Jegers et al. (2002), pp.31-32

出来高払い方式の事例として、FFS方式と症例別支払い方式（ケース・ペースド方式もしくはケース・ミックス方式）を取り上げる。FFS方式は、項目・品目別に単価・支払い額が点数化・指標化され固定されて、その利用頻度・回数に応じて支払いがなされる出来高払い方式の一形態である。この方式では、患者側が高額で効き目の高い治療や薬品を望むことと、出来高払いに固有の医師の需要誘発行為によって過剰診療から医療費の高騰に繋がる。また、追加サービス提供量に応じた費用が償還されることから、診療行為への制約が与えられることはなく、医師の裁量性が最大限発揮されることになる。さらに、薬価差益があるケースでは、過剰投薬や過剰検査の危険性を孕んでいる。そのために、項目別の点数を抑えるとともに、一症例当たりの総枠を設ける場合もある。総枠を超える場合には、点数の減点によりペナルティを科す方法もある。また、受診行為を抑止する目的をもって、患者の自己負担制が導入されることになる。

こうした方式では、医療機関の提供したサービスの内容について、項目・品目別に細かなデータを双方で管理する必要がある。また、医療機関から提供されるデータの信憑性を裏付け、事後的な不正請求対策を講じなければならない。こうしたことから、FFS方式では、明示的な管理運用費用も誘因体系の歪みによる暗黙の費用も高止まりしてしまう。

FFS方式にともなう医療費の高騰を抑止するために、一症例当たりの総枠が設けられることがあるが、これを徹底すると症例別支払い方式になる。一連の診療行為をひとつの医療サービスと捉えて、それをカバーする金額を支払うことになる。こうした一連の診療行為の塊は、診断群分類として一纏めにされる。入院の滞在費や施設・設備費、診断や治療費を纏めてパック料金にするケースや、病名と症状、それに対する検査と手術内容に基づいてカテゴリー分けする場合もある。医療機関にとっては、患者の診断群分類に則った金額しか支払われることがないので、医業収益を高めるためにより効率的な治療を指向する

ことになる。

こうした診断群分類の本来的な意義は、診療行為の標準化と透明化にあり、診療行為に関する情報をよりよく伝達する手法である⁽⁶⁾。医療に関わる経済主体である医師・病院経営者は、こうした情報を手にすることによって、被用者でもある医師の診療内容を知り、標準化された医療行為との相違を理解することができる。それは、医療機関や医師自身が医療行為の説明責任を果たすことにも役立つ。規制者・監督者がこうした情報を収集し、分析することによって、診療行為の適切性を把握することや、異なる医療機関との比較によって医療の質について判断することができる。こうしたことは押並べて、患者に対して医療の質を保証することに結実する。

こうした標準化は、費用面からみると、診断群毎の予期される治療費を明確にする。また標準化された治療プロセスに必要な医療資源の投入量もわかってくるので、個別の医療機関でも、特定地域でも、事前に必要医療資源量をより正確に見積もることができる。最終的には、個別医療機関の医業収入と費用の予測や保険者による予算も立てやすくなる。このようにして、患者の症状に合わせた複雑な治療プロセスを分類する過程を通じて、診断群に応じた医療サービスのインプットとアウトプットの量を明示することができ、両者の見合いで、効率性追求の素地を形作ることになる。

こうした診断群分類と医療機関への支払い金額を結びつける最大の利点は、一患者一症例当たりの医療資源利用量の管理を通じた医療費の抑止効果である。こうした方式を新規導入した諸外国の事例では、患者1人当たりの平均入院日数は低下し、平均入院医療費も減少している。一方で、1日当たりの医療資源投入量は増加していることが多い。つまり、入院当初の短期間のうちに集中的かつ効果的に手術を含む治療が行われ、一患者一症例当たりの平均医療費

(6) 今村・康永・井出(2007), p.19

が減少したと考えられる。

反面、当初の診断群分類に基づいた支払い金額（期待費用）が想定した点数ないし実費よりも上回る患者がいると、こうした患者を回避する傾向も生まれる。民間病院では、重症な患者、医原性合併症の発症確率が高いとみなされる患者など、潜在的高リスク患者グループは受入れが手控えられ、公立病院や大学病院に紹介する事例も散見される。また、当該診断群分類の費用をより高額に見せかけるために、主傷病を偽る機会主義的行動も起こりうる。これにより、見せかけの重篤患者割合の高まる傾向が生じる。

くわえて、医療資源投入量の節約傾向は、医療の質にも疑問を抱かせるものである。確かに、出来高払い方式のもとで過剰に利用されていた医療資源の投入量を削ぎ落すことは望ましいことである。しかしながら、検査回数の制限や術後処理の簡素化、そして早期退院傾向はこうした疑念を抱かせる尤もな理由である。現実には、再入院や長期通院に繋がることもあり、医療の質の維持は大きな課題になる。

こうした支払い方式の管理運営費用は、かなり高額に上がることが予期される。まず、導入当初に患者属性と症状・容体、その治療方法に関する詳細な情報収集が必要になる。いずれの形態であっても、こうした診療情報を様々な観点から分析して、均一性を保持するようにグループ分けしなければならない。また、その運営段階では、実際の診療行為に基づくデータを両方で共有する必要がある、その確認や正確性・適正性を担保することにも費用が掛かる。最低限の診療情報の電子化は避けて通れない。診断群分類は新しい医療技術や治療法の組合せによって変化することになり、システム更新費用も加わることになる。こうしたことから、診断群分類を不断に精緻化するための明示的な運営費用と、異質性により生じる医療機関側の機会主義的な行動を抑止するための暗黙の費用が発生する。こうした費用を節約する方法は、同一診断群内の同質性、裏を返すと異なる診断群間の異質性を保持するグループ分けを徹底しながら、

グループ数の厩大化を防ぎ管理運営費用を抑えることと両立させることである。

もちろん、前述したように、こうした診断群分類に基づく支払い方式のもとでは、診療行為の標準化と透明化が可能となる。そのために医師と患者の意思疎通や診療行為の妥当性を比較的容易に判断できるなど、医療の質を高める仕組みは内包されているといえる。医療の質を保証する費用が専門人材の育成と機関創設などで高額であることを考えれば、この点の社会的便益と費用節約効果は大きいと想定される。

2) 複数支払い方式

これまで変動報酬制と固定報酬制の別と、出来高払い方式と包括払い方式の相違によって、医療機関への支払い方式を分類してきたが、両方式を組み合わせることで、理論的には4つの手法が考えられることになる⁽⁷⁾。まず、変動報酬制と出来高払い方式の組合せをみる。変動報酬制と組み合わせられる出来高払い方式では、追加投入される医療資源は、医療機関にとって今期もしくは次期に具体的な収入となり、かつ要した費用はそのまま補償されることになる。このとき、各資材や医薬品などに差益が見込まれるのであれば、それは過剰診療の要因となり、また採算性確保のために在院期間の長期化などの事態が生じることになる。こうした事態が生じたとしても、財務上のリスクを保険者が負うだけで、医療機関が負担することにはならない。これに対して、変動報酬制が包括払い方式と組み合わせられると、必ずしも医療サービスの所要額は完全には補償されなくなる。このため、過剰診療に一定の歯止めが掛けられ、詳細な支払い方式の規定に依じて、保険者と医療機関とが財務リスクを分担することになる。

固定報酬制と出来高払い方式の組合せは考えにくいので、それと包括払い方

(7) Barnum et al. (1995), p.263

式が組み合わせされると、保険者からの支払い金額は医療行為にともなう追加費用と関連がなくなり、またその所要額が補償されることもない。こうしたことから、医療機関側に費用節約の強い誘因が作用するとともに、それが不調になり財務リスクが顕在化した場合には、医療機関自らが当該リスクの負担を強いられる。こうした状況が、医療の公平性や質を損なうことはすでに指摘した通りである。

こうした財政方式と保険者への支払い方式による様々な弊害を除去するためには、その原因を突き詰めなければならない。そしてそのためには、各国で採用されている仕組みや工夫について詳細に検討して、対策を講じる必要がある。本来であればこうした作業のために、主要国の事例について歴史的背景や社会経済的な文脈、そして医療制度の全体像を俯瞰する必要があるものの、ここでは財務・支払い方式のみを取り出して、最大公約数的な特徴についてのみ理論的検討を加える。この際のポイントとなるのは、支払い金額の算定の基礎と財務の単位である。それは、算出の基礎となる期間の取り方、対象となるサービス内容の包括性、投入指標と産出指標のウエイトの置き方などによって、医療機関と個々の医師に与える誘因効果が異なり、結果的に医療の成果指標への影響も相違するからである。

まず、患者1人当たり1日当たり定額支払い方式があり、主に入院患者を中心に、日々の運営費用を償還するものである。この方式では、1日当たりの単価が事前に決められており、実費との齟齬が生じることが多い。そのために、1日当たりの医療サービス量を引き下げようとする誘因が働く。一方、一症例（一患者）当たり定額制は、診断群分類との組合せで成り立つことが多い。患者の症状や属性、治療のプロセス、そして必要とされる医療資源について、同質的を確保するように症例を分類する。こうした固定と変動の中間的な方式では、分類されるグループ毎に支払い金額が決まってくる。こうした支払い方式のもとでは、在院日数を短縮化することや検査や投薬の回数を減らすこと、そ

して安価なインプットに代替することによって、一症例当たりの費用を落とそうとする。一方で、医原性の合併症のリスクが低い患者などを手術において優先することで、受診の機会均等が損なわれることがある。また、在院期間の短縮化や必要な検査・投薬の節約は患者の回復を遅らせるなどの副作用を伴い、医療の質に負の影響を及ぼしかねない。

こうした中間的な方式に対して、人頭払い方式は患者1人当たりについては、完全な包括払い方式である。この方式では、支払い金額は人数にのみ関連し、医療資源の投入量や診療回数などとは関係ない。そのために、たとえば、一人の患者が入退院を繰り返しても追加収入には繋がらない。こうしたこともあり、診療の質を落としたり、過度に検査・投薬回数を減らしても利得にはならない。必然的に、事後の治療にもまして、予防医療にも注力することになる。患者と特定の医療機関の関係性が長く続くような場合、予防医療はとくに促進され、その効果は大きくなる。

医療機関が患者を巡って獲得競争を行うケースでは、医療機関側は患者の良い評判を得るために質の高い医療を提供して、満足度を高めるように努めることになる。そのために、過少診療の心配はなくなる。ただ、潜在的に成人病の発症率が高い患者や持病のある患者はリスクが高いとして避けられてしまう。こうしたリスク選別が行われると、潜在的傷病リスクが高い者の受診機会が制限され、公平性は確保されなくなる。そこで、保険者の方で、各医療機関に属する個人の医療や要介護に関する（潜在的）リスクを測定して、支払い金額をリスクに見合うように調整することで、公平性を確保しなければならない。

包括払い方式のなかで、期間を定めて期間毎に定額を支払うやり方がある。こうした方式では、医療サービスの提供量、医療資源の投入量、そして受入れ患者数とも無関係に支払い金額が決まってくるために、診療行為や検査・投薬の回数を増やし、また在院日数を延ばしても医業収入増には繋がらない。反面、過少診療の危険性や患者を他の機関に紹介する行為の横行などが否めない。ま

た、人頭払い方式とも異なり、一人の患者の健康状態に責任を負うわけではなく、予防医療の促進も期待できない。

最後に、固定金額を支払う方式に、診療行為にかかるインプットとアウトプットを基準にする方法がある。前者は、医療機関のベッド数や人材配置などの基準値と、事前に定められた単価を掛け合わせることで予算額が決まるものである。後者では、外来患者数、手術数、在院日数などのアウトプットをもとに支払い金額を決める。ただし、多くの場合、前年度実績に準じて、単価だけをインフレ率で調整する方式をとることが多い。これらの方式も、広く包括払い方式の一種とされている。

以上のように、医療機関への支払い方式は、固定報酬制と変動報酬制、出来高払いと包括払い、そして各方式内の算定基準の取り方によって分類することができる。こうした分類とその細分類に応じて、医療機関と個々の医師に与える誘因効果が異なってくる（表1参照のこと）。

ところで、代替的な支払い方式には全て功罪があり、望ましい制度構築には、内在するトレード・オフを解決しなければならない⁽⁸⁾。こうした影響のなかでも、とくに管理運営費用による取引費用と暗黙の費用を生じさせる誘因体系に焦点を絞って解決策を模索したい。それは、医療サービス提供の効率性を追求することが、過少診療から医療の質に負の影響を及ぼすことが懸念されるからである。逆にこうした負の影響を考慮して誘因体系を構築すると、それだけシステムが複雑になり、取引費用が高騰することになる。そこで、トレード・オ

(8) Barnum et al. (1995), p.23, Jegers et al. (2002), pp.38-40。なお、わが国も含めて諸外国の事例をみると、複数の支払い方式が、その用途や対象を変えながら、組み合わせられて活用されている現状がある。こうした多様性は医療現場や地域医療の実情に合わせた側面があり、必ずしも否定するべきではない。しかしながら、保険者と医療機関のリスクの分担自体は現実的な措置としても、それに応じて財政責任を負う主体が不明確になる事態は避けるべきである。その意味では、英国のGPファンド・ホルダーやわが国の地域包括ケア構想にみられるように、地域において財政責任を負うべき経済主体を確定して、地域住民の健康管理に一元的責任を有する体制作りが望まれる。こうした経済主体は、一時点の地域における医療資源のための資金配分と、地域住民でもある患者の一生涯の健康管理に責任を持つことになる。

(表 1) 保険償還方式の誘因効果

支払い方式	単位期間の医療 費削減効果	症例毎の医療サー ビス量への影響	医療の質へ の影響	リスク選択誘 因の有無
総額予算方式	++	--	-	0 (中立)
項目別予算方式	+	+	+	0 (中立)
上限付き項目別 予算方式	++	+	+	- (有)
人頭払い方式	++	--	-	- (有)
症例別支払い方式 (診断群分類)	+	-	- ? +	0 (中立)
出来高払い方式	-	+	+	+ (無)

出所) Barnum et al. (1995), p.39, table 1 を筆者が一部修正。

フを解決する手法として、複数システムの組合せについて提言する。

国際的にみても医療機関への支払い方式は、多く混合制がとられている。それは、各国の医療制度が歴史的段階を経て、試行錯誤した結果である。同時に、いずれの単一の支払い方式にも固有の弱点、誘因体系上の歪みがあり、それを複数制度で補って制度補完していることによる。そこで各国の状況を念頭に置きながら、支払い方式の組合せの状況とその有効性について整理する。

まず、役割の異なる医療機関に対して異なる支払い方式が適用される場合がある。高度な経営と事務処理能力を有する専門病院では、入院患者の割合が高いこともあり、症例別支払い方式を用いても、それによる医療費の節約は管理運営費用を上回ることになる。これに対して、外来中心の家庭医やかかりつけ医などの診療機関では、人頭払い方式がより適格的である。同様にして、費用便益の観点から、規模の大きい医療機関に対して総額予算方式で、家庭医やかかりつけ医中心の診療機関には FFS 方式を適用することが考えられる。

つぎに、同一医療機関内でも、診療行為に掛かる費用は固定費用と変動費用に分けられる。このとき、前者には総額予算方式を適用し、後者に対しては症

例別支払い方式やFFS方式を用いることは、より費用実態に合わせた組合せになる。変動費用部分に上限枠を掛けることで、固定費用の削減効果を高めることができる。

最後に、提供される医療サービス特性によって、各々異なる支払い方式を適用する組合せもありうる。たとえば、検査や予防医療、救命サービス、そして日帰り手術などの基礎的サービスには人頭払い方式で対応し、高度な先進医療や複数の処置をとまなう外科手術などの選択的なサービスにはFFS方式を適用することである。こうした組合せにより、基礎的サービス部分で無駄を抑え費用を削減しながら、選択的サービスでは新技術や新たな治療法を取り込んで、質を落とすことなく患者の満足度を高めることができる。また、人頭払い方式により、医療の質が多少低下したとしても、受診機会の公平性を保持できるメリットもある。

各国とも種々の支払い方式を国情に合わせて活用しているものの、単一の支払い方式のみで成果を示しているところはない。各支払い方式の負の部分やマイナスの影響を打ち消すように、支払い方式を組み合わせるか、他の制度でそれを補完している現状がある。たとえば、総額予算方式での過少診療の懸念に対して、医療の成果指標を定めて、それを予算やその交渉過程に反映している。FFS方式では上限枠を嵌めても、それがソフトな制約であれば用をなさないため、個別医療機関の診療行為への監視が必要とされる。また、FFS方式や症例別支払い方式では、管理運営費用高からその導入が難しい場合があり、診療情報のシステム投資などに、国・政府が補助金や助成金を活用する事例がある。

これまで個々の支払い方式の管理運営費用や誘因体系については数多くの議論がなされてきたが、複数制度の組合せによる費用抑制効果や誘因体系の歪みは正効果は十分に検証されていない。今後は、こうした論点について、理論面と実態・実証面からの検討が待たれている。

実はこうした分析は、医療保険制度と医療サービスの提供に関する本質的な議論に繋がる可能性がある。管理運営費用などの明示的な費用と、誘因体系の歪みによる暗黙の費用について論じる際には、前者について医療行為や医療資源配分の効率性・非効率性が検討課題になり、それがひいてはマクロ的な医療の質やアクセスの問題に行き着く。後者については、これに過剰診療や過少診療を誘発する弊害と患者選別問題が加わり、こうした問題を解決するための監視や不正予防のあり方が課題とされる。そのため、こうした役割を政府の規制に期待するか、新たな監視機関を設立するか、もしくは医療機関の自己規律と患者による監視強化に委ねるか、などの選択肢を検討することになる。患者の監視強化については、当然のことながら、医療機関の変更可能性、セカンド・オピニオンの利用可能性、そして診療行為と医療機関経営内容の情報開示などの環境整備が要る。医療制度にかかるマクロとミクロの問題を、政府や保険者などの組織が効率的に解消できるのか、医療機関の競争環境とそれにとまなう自己規律に期待するのか、それとも医療サービス市場の情報不完全性を是正して患者による監視圧力を強化すべきか、こうした選択問題を解くことが今後の改革方向を決定付けることになる。

3. わが国の保険償還方式とこれまでの改革動向

わが国の医療機関への支払い方式のあり方は、21世紀に入り徐々に変化して、出来高払い方式から包括払い方式、ないしDPC（Diagnosis Procedures Combination）とそれに基づく包括評価方式へ移行しつつあり、そこに医療政策の変更意図も顕著である。とくに、DPCによる包括評価では、診療群分類毎に標準的な在院日数を決め、併せて診療報酬点数を入院期間に応じて逓減的に仕組むことで、入院日数の長期化を抑止する狙いがある。反面、こうした包括評価と包括払いにより、過少診療状況を来すリスクがあり、とくに重症者への医療サービス低下への対応を要する。

診療行為にともなう費用と収入の関連付けについて、それがより直接的であれば、出来高払い方式になり、医療サービス提供に付随する原価を補償することになる。両者の関係が間接的になるにしたがって、つまり、費用発生の期間を長期的にとったり、費用発生場所を広く捉えることによって、期間別の収入と費用、ケース別の収入と費用、患者別の収入と費用などに齟齬が生まれてくる。こうした齟齬は、より直接的に費用が補償される場合と比較して、医療機関の方針や個々の医師の診療行為に様々な恣意的な影響を及ぼしてくる。

従来の出来高払い方式では、診療行為にかかる単位当たり収入である診療報酬が大きな役割を果たしてきた⁽⁹⁾。診療報酬には算定のための要件が決められており、また支払うための審査も行われている。診療報酬を受ける条件として、入院診療を中心として、必要な施設基準が規定されている。また、一連の医療行為のなかで、個々の医療サービスの提供量の上限が決められているとともに、過去の平均在院日数や手術の件数実績などが、診療報酬の基礎となる評価に反映されている。さらにこうした診療報酬では、医療サービス提供のための人件費や資材費も対象とされている。医療従事者のサービス提供における裁量性と費用を掣肘することで、個別の病院や医療機関の経営にも嘴を挟むことになる。こうした管理体制は、個別医療機関の情報開示規定とレセプトの審査によって担保されることになり、不正請求や違法な診療行為が認められると、行政処分や行政指導の対象となることもある⁽¹⁰⁾。

戦後からの歴史的経緯をみれば、その特徴はつぎのように整理される。1) 診療報酬は、戦後長く、手術とその後の入院医療よりも診察中心の外来医療に

(9) 島崎 (2011), pp.362-373を参照のこと

(10) 伏見 (2009), p.179。なお、わが国の医療サービスの公定価格 (診療報酬) は、支払側、病院・診療側、そして公益代表から構成される中央社会保険医療協議会 (中医協) により決められるものの、現実には、医療費の増加率である診療報酬改定率には色濃く政府の意向が反映される。こうした改定を通じて、政府が総枠予算管理のなかで、医療費の伸びをコントロールしているのが実情である。一方で、こうした政策性的のために、公定価格と現実の医療コストが乖離する状況も生じている。

有利になっていたために、中小の病院と診療所が同等の役割を果たしてきた。

2) これに対して、1990年以降、入院医療について包括評価が導入され、それは施設要件なども加味したものとされた。そのために、病院と診療所の機能分化が進展した。3) 2000年以降は、慢性患者の急増も踏まえて、診療部門よりも手術部門への診療報酬が手厚くなってきている。診療報酬の改定率が抑制される中で、医療行為にも「選択と集中」の波が及んでいる⁽¹¹⁾。

こうした経緯を経て、現行の体系は過度に複雑になり、透明性も欠如している。また本来的に、取引サービス量と価格の決定には数多くの情報が反映されるべきものであるが、医療サービス取引ではこうした情報が遮断されてしまっている。そのために、政策目標の達成と管理体制の強化の名のもとに、需要者である患者やサービス供給者である医師の意向から乖離した政策決定のリスクを常に孕む。また、「支払いは本来患者のニーズに対応して行われるべきであるが、現状ではニーズを把握するための情報は病名に限られ、その病名も「保険病名」としてその信頼性は高くない。その結果、費用補償の担保として、これまで看護人員の配置や構造設備基準に頼ってきたが、これらの病棟基準が患者ニーズや医療の質に対応しているかどうかは検証されていない」という指摘⁽¹²⁾や「報酬は基本的には各病棟に対して規定された人員配置、施設設備等の「箱物」の基準を満たすために固定的に発生するコストを補償しており、「中身」である患者の医療と介護のニーズを充足するうえで発生するコストに対応していない。その結果、ニーズがあっても満たされない粗疹粗療と、費用のかかる患者は入院できなくなるという二つの危険性が存在することを意味する」などの見解もある⁽¹³⁾。いずれにしても、診療報酬を通じた収入と費用が乖離する場合には、それによって政策誘導を意図している場合であっても、診療行為にお

(11) 高木 (2008), p.115

(12) 池上 (2008), p.142

(13) 池上 (2008), p.145

いて偏向性や裁量性、そして機会主義的な行動が横行してしまい、予期した政策効果を挙げられないばかりか、医療制度の目的に悖るような事態も生じかねない。

そこで、わが国でも、診療行為にかかる変動費と固定費、医師の技術料・人件費（ドクター・フィー）と施設・設備費（ホスピタル・フィー）、もしくは外来診療と入院診療に区分することで、異なる方式を活用して対処することが現実的になる。同時に、診療行為が各種のインプットや医療資源の組合せの上に成立していることから、検査・投薬の一部を除いて、包括評価・包括支払いの部分があることによって、過剰診療が抑制される効果は重要である。反面、実際の医師の報酬が月給制であるところからこの部分の存在によって、過少診療に陥る危険性は否定できない。現在の診療報酬の基礎となる点数表では、包括払い方式であっても、機能評価係数によって患者の選別化や地域医療・緊急医療への貢献が見積もられており、機会主義的な行動や過少診療への予防線は張られている⁽¹⁴⁾。しかしこうした機能評価と、医療の質の確保との関係は明白ではなく、アウトカム指標として、医療の質をいかに取り込んでいくかは継続的な検討課題になる⁽¹⁵⁾。

わが国の包括払い方式では、包括評価部分に出来高評価部分が組み合わされ実施されている。前者の部分は、入院基本料、検査料、投薬料、注射料そして画像診断料などが主な対象となる。1日当たりの点数が3段階に決められてお

(14) 島崎（2011），p.368

(15) 椎野・高橋（2013），p.27，野口（2008），pp.126-127。急性期の入院医療を中心とした包括評価・包括払い方式は、2003年に特定機能病院を対象に導入され、その後、一般病院にも適用が広げられ現在に至っている。なお、今村・康永・井出（2007），p.97によれば、従来から大学病院などの特定系統病院では前年度実績に基づく総枠予算制が用いられている。また、現行のDPCはいわゆるケース・ミックスの考え方を基盤としている。つまり、「患者から発生したコストを逐一把握することは現実にはできず、また把握できたとしてもコストをすべて補償することは適切でない。そこで、患者の特性に基づいて、コストを反映したグループに分け、各グループに対して支払額を決めることが合理的な解決策であり、このような支払いのための患者分類がケース・ミックス分類である。」（池上（2008），p.147）

り、それに在院日数と医療機関別の係数が掛け合わされて、総点数が算出される。そのため、従来のように、医療資源の投入量に直接比例することは無くなっている。つまり、DPCによる包括評価では、診療群分類毎に標準的な在院日数を決め、併せて診療報酬点数を入院期間に応じて逡減的に仕組むことで、入院日数の長期化を抑止する目的を有する。それでも、入院検査時に発生する画像診断やカテーテル検査など固定費部分が存在すると、単位当たり定額の点数を逡減的に仕組んでも、なお、入院期間の引延ばし行為が誘発される。そこで、入院日数の下限と上限を定めて、完全に定額制にすることで、こうした行為を抑止できることになる。一方、後者の出来高部分は、手術料など医師の裁量が残る部分や麻酔料、カテーテルや内視鏡検査料、病理診断料、そしてリハビリの費用などによって構成されており従来と変化はない⁽¹⁶⁾。

包括評価方式の導入は、出来高払い方式で顕在化していた諸問題を克服できる利点がある。たとえば、出来高支払いの診療報酬は、検査や投薬の資源投入量に基づくコストベース価格であり、医師の診療行為などの質的な側面は評価されていない。高い技術で早期に治療するよりも、検査と投薬に時間を掛けることで収入を大きくすることができる。医療機関の施設・設備の費用や情報化のための投資費用は考慮されずに、他の資源投入量に内包されており、ストック面への配慮がなされていない問題点もあり、こうしたことが施設・設備の充実した大病院のコスト回収行為を促してしまう難点もあった⁽¹⁷⁾。

これに対して、包括評価方式では、DPC 毎に1日当たりの定額の診療報酬が決められることになる⁽¹⁸⁾。また、検査や投薬もその回数が制限されることに

(16) 今村・康永・井出 (2007), p.23

(17) 池上 (2008), p.142において、「出来高払いを基本とする診療報酬体系の弊害が最も顕著に表われたのが、かつての老人病院であった。急性期を過ぎれば過ぎるほど、医師の関与する場面は少なくなり、従って、医師の診療行為に対して払われる出来高払いでは収益を確保することは難しくなる。しかし、ケア職員の人件費と施設の資本費は発生するので収支のギャップを埋めるためにいわゆる「薬漬け、検査漬け」の医療や「お世話料」という保険外徴収が横行した。」

なる。さらに、医療機関別係数の導入により、病院の機能別に異なる運営費用を、包括評価による診療報酬(点数)に反映させることが可能になる。さらに、診療行為を一連のプロセスと捉え、その包括的な評価を試みることは、標準化・透明化とともに効率化を促す契機ともなる。これにより、費用削減が志向され、また医療行為のバラつきを抑えることで、品質保証が可能になる利点を重視すべきである。こうした仕組みは、医療サービス取引に固有の情報問題を一部克服し、患者主権を確立することにも繋がる。今後、医療費の伸びの抑止と品質保証を徹底するためには、診療行為のインプットとアウトプットに関するデータを広く収集、分析して、それを医療現場にフィードバックする機能やそれに基づいて品質を客観的に評価する中立機関の設立が求められてこよう⁽¹⁹⁾。

4. 2段階誘因体系からみた支払い方式のあり方

これまで、医療機関への支払い方式の是非を、固有の誘因体系から整理し検討してきた。実は、経済主体間の誘因体系にはふたつの構成要素がある。まず、利害の不一致、つまりプリンシパルがエージェントに望むこととエージェント自身が望むことは完全に同じではないという側面である。つぎに、プリンシパルがエージェントの努力の結果を、エージェントとは無関係の攪乱要因から区別して見出すことができないという側面がある。つまりエージェントの生産量は努力の不完全な尺度でしかないことである。そのため、プリンシパルの課題はエージェントの利害を自分自身の利害にできる限り近づけるように報酬の仕

(18) 伏見(2009), p.186。なお、急性期入院については診断群分類に従うものの、慢性期入院については病態のほか、ADLとその変化なども参考に決定される。

(19) 高木(2008), pp.112-113において、「診療報酬を適切に支払う上で、長期療養に適切な施設・設備という客観的な基準・条件の測定は容易であるが、日々変化する医療スタッフのケアやサービスを患者の状態像に合わせて計測することは困難である。医療サービスにおける診療報酬の体系は、さまざまな疾患・症状を抱えた患者と医療供給の施設・設備、技術・スタッフの費用を質と効率性を考えながら、その価格として結びつけるものであり、出来高払いと包括払いの両者のミックスを模索する必要がある。」

組みを設計することになる。

診療行為においては、通常、患者がプリンシパルで医師がエージェントになる。また医療機関内で、理事長や病院長などの経営者がプリンシパルになり、医師がエージェントになるケースも考えられる。こうしたことから、自身が経営者である開業医を除けば、現場の医師は、両プリンシパルの利害を調整する役割を担うことになってしまう。別の観点からは、患者の利益を守ることが監督官庁や規制者の役目であるとする、彼らがプリンシパルとなり、医療機関もしくは現場の医師がエージェントとなる関係もありえる。さらに、財務の観点からは、保険者が監督官庁や規制者の立場にとって代わることも考えられる。

そこで最後の視点から、プリンシパルとエージェントのための望ましい報酬体系を考察してみよう。ドクター・フィーに限定すれば、また生産量と医師の努力水準が1対1対応であれば、出来高払い方式は誘因体系にとって望ましいやり方である。しかしながら、医師の生産量はアウトカムのひとつであると考えられるものの、他の代替指標も候補になり、その選択は難しい。そのため、わが国ではアウトカムではなく、インプット指標である医療資源投入量を実費にて支払う方式が行われている。これでは、投入量に歯止めを掛けるすべはなく、健康状態への悪影響は過少であるものの、医療費の管理が困難になる。こうした過剰診療の危険性は、レセプトによる審査（モニタリング）を強化しても残存することが予期される。一方で、アウトプットやアウトカムを上手く指標化すれば、それと報酬（成功報酬やボーナス）と結びつけることは可能になるものの、指標の取り方次第で、診療行為が高い報酬目当てに歪むことが起こり得るので、こうした指標を客観的に創出する工夫が必要とされている。こうした指標によっても、医師の個人的な努力以外の要素、たとえば、医療機関のハード面や診察する患者の重篤度によって結果が左右されると、こうした報酬の不確実性を回避したい医師には、より施設・設備の充実した医療機関への移動や重症患者の選別が生じてしまうのである。内部情報を用いてこうした指標

を上手く工夫して、医師に有効な（金銭的）誘因を付与できる場合、診療行為は掣肘されることなく、質の高い医療が実現できる。

さて、プリンシパルとエージェントの関係は、リスクの分担関係からも整理できる。わが国の医療保険制度では、医療機関・医師は形式的には保険者と契約関係を結ぶことになる。このとき、保険者（もしくは監督者・規制者）と比較すると、エージェントである医療機関・医師の方が、財務的に弱い立場にあり、その分だけ、リスクの負担能力も小さいと想定される。診療行為の超過経費についても、一方的に医療機関・医師が負うことになると財務的により弱い立場に立たされることになる。そこで、その変動のリスクについても保険者と分担することができれば、両者はウィンウィンの関係になる。ただこの場合、医療機関・医師側に、財務リスクを回避する誘因が弱まってしまうので、努力水準は低くなり、同時に経費削減への意欲も削がれてしまう。正に、ソフトバジェット問題が顕在化することになる。

保険者には医療機関の診療内容や財務状況などが窺い知れない部分もある。また、診療科ごとの強み弱みや、無駄のある部分や費用効率が低い部署などについて、十分な情報を持ち合わせていない。わが国のホスピタル・フィーの支払い方式のように、手挙げによって、出来高払い方式と包括払い方式のうち医療機関側に有利な方式を選択させることは、医療機関側が想定する収益の源泉を解説する手掛かりになる。こうした医療機関や医師の私的情報の開示のもとに、望ましい診療報酬体系を構築することが重要になる。前述したように、出来高払い方式の方が医業収入そして収益の変動性は大きくなるものの、財務リスクは保険者が負うことになる。これに対して、包括払い方式の多くで、費用に影響を及ぼす複数のリスクや不確定要因を医療機関が自ら負担することになる。

しかしながら、ストーリーはこれだけでは終結しない。包括払い方式では確かに一定程度の医療費削減の誘因が働くものの⁽²⁰⁾、状況の変化に応じて、こう

した削減努力が困難な時点に至ると診療行為の質を落とすことや必要な設備更新を行わないことで、患者に負担を転嫁する行動が生じてしまう。これでは患者の代理人としての保険者の暗黙の費用が上昇することになってしまう。こうした個別医療機関の行動のモニタリングを強めると、それが行政費用を高める側面もある。そこで、こうした事態を未然に防ぐために、個別診療機関の経営状況に合わせた配慮と、リスク許容度に応じた段階的な診療報酬の新たな仕組みを考案するべきである。この点でも内部情報に基づく実証研究が前提となる。

5. 考察の纏めと実証分析への橋渡し

周知のように、米国では1970年代から80年代にかけて医療費が高騰を続けていた。公私の保険者はこうした事態に対処して、医療費を制御する術を失っていたと考えられる⁽²⁾。そこで、試行的な実験期間を経て、70年代の後半からいくつかの州において、従来の出来高払い方式に替えて、部分的に包括払い方式が導入されていった。そして、1984年にこうした方式がメディケアに導入され、患者1人当たり入院1日の定額方式に移行した。こうした支払方式の変更を受けて、それが診療行為、提供されるサービス内容、医療技術進歩、そして最終的に医療費に及ぼす影響が実証分析の対象とされることとなった。

こうした初期の段階の実証分析では、包括払い方式を導入している州とそうでない州とを他の属性をコントロールしたうえで、比較対比して支払い方式変更の影響をみる分析が試みられた。こうした実証分析では、患者1人当たり平均在院日数の減少や医療費の伸び率の低下を確認している。つぎの段階では、支払い方式の変更が医療費の伸びを抑制する要因を明らかにすることに関心が移った。こうした要因は、医療サービスのインプットである医療資源の投入量を抑えるか、その単価を切り下げるかのいずれか、もしくはその両方である。

(2) マクミラン (1995), pp.162-163

(2) Russell et al. (1984), p.78, 遠藤 (2008a), pp.71-75

考察対象を人件費に限定すれば、賃金率への影響はほとんどない反面、患者1人当たりの看護婦や医療スタッフの割合の伸びは抑制されたとする実証結果が多い。こうしたことから、包括払い方式導入にともない医療費が抑制されている主な原因は、医療資源投入量の抑制にあることになる。それでは、人材・物品・施設設備のうち、どのようなインプットが節約され、その結果としてどのような医療サービスが手控えられたのであろうか？

医療サービスの提供が市場経済に委ねられていると、各医療機関は、当該インプット（生産要素・投入物）の限界便益が限界費用に一致する点までそれを購入することになる。結果的に、各投入物の価値限界生産性は等しくなる。こうしたインプット購入の大多数が出来高払い方式により、保険者によって補填されることになれば限界費用は0になり、過剰にインプットの購入が行われ過剰生産に陥ることになる⁽²²⁾。これに対して、包括払い方式では、インプットの限界費用が0になることはなく、それに応じて投入されるインプットの選択から提供される医療サービス内容や医療技術、診療プロセスが異なってくる。各インプットの限界便益曲線の形状や傾きは相違しているために、包括払い方式のもとで、費用効率の高いサービスや技術が選好され、そうでないもののインプットは購入が抑制される可能性がある。ただし、診療報酬には政策性もあり、その点数化・指数値化において、保険者や規制者の意向によって医療サービスの提供に偏向が生じるリスクはある。実証結果については、この点について割り引いて解釈する必要がある。

いくつかの実証分析のなかで、ニューヨーク州を取り上げた研究はこうした仮説を支持するものであった。ニューヨーク州では、包括払い方式の導入当初、一症例当たり固定額を支払う厳格なものであった。他の州との条件を揃えた分析では、ニューヨーク州において高額な生命維持装置や電子救命装置、そして

(22) Russell et al. (1984), p.79

内視鏡検査などが抑止される傾向が明らかであった。逆に、いくつかの費用節約的な検査や診療サービス、そして医療技術が頻繁に活用されていた。明らかに新しい技術や治療プロセスの導入は遅れ、その伝搬速度を落としていた。併せて、メリーランド州やインディアナ州でも、集中ケア治療や電子検査などが抑制され、それが費用抑制的な診療行為や検査に置き換えられたとしている。

このように支払方式の変更が、政策的な意図は別として、検査や診療行為そして治療のプロセスに影響した可能性は高い。こうした短期的な影響に続いて、長期的な医療費や患者の健康状態への影響を考察する必要性は高い。同時に、米国の本格導入の後に、多くの先進諸国で同様な支払方法の変更が行われており、その検証を通じて医療費に与える影響のルートを解明するとともに、その影響や効果を一般化することが必要になっている。

わが国の保険償還方式の変更を対象とした実証分析の結果は、大凡似通ったものである⁽²³⁾。まず、包括払いの導入にともない対象となっている病院群で平均的に在院日数は短縮している。これに関しては、病床別や病院機能別に観察すると、やや異なる傾向がみられている。また、わが国の方式では、入院期間に応じて1日当たりの点数が逓減していくので、在院日数は規定上で特定された入院期間内に収まる傾向がみられる。これは継続的な入院が、転院や通院に切り替えられたことによると推察される。また、医業収益の維持には、「患者の回転率」を高める必要も生じる。一方で、合併症のリスクが高い患者が敬遠されるなど、より医療機関の短期的収益に貢献する患者の選別化傾向がみられるとしている。ただし、この点については、患者の属性と医療資源の投入量との相関性は高くないことから、病院間での役割分担が進んだだけで、意識的な患者選別（クリーム・スキミング）が顕在化したものではないとの指摘もある。また、包括払い方式の導入で医療資源の投入量が減少したとしても、それが包

(23) 今村・康永・井出（2007）、p.22

括評価部分に限定されることから、出来高部分も加わるとその削減効果は大きくないと推測されている。わが国に特徴的な手挙げ方式から、かえって医療費が高まる可能性も指摘されている。いずれにしても、償還方式の変更によって、在院日数の減少傾向と患者の選別化や過少診療状況を来すリスクは、理論仮説からも指摘されている点である。そのために、その効果を長期的な検証によって見極めることが益々重要になっている。

ただし、これまでの内外の実証研究では、医療の質への影響を直接検証したものは過少である。これは、医療成果の定義やその代理変数の取り方が困難なことに起因していると考えられる。しかし、保険償還方式の変更による医療成果や医療の質への影響は避けて通れない。またそれは、診療行為の評価とも関連する。政策的には、医療の質を確保するために診療情報に基づく医療評価が益々重要になり、医療情報の開示も課題になる。

医療を評価する方法として、「医師または管理者の自己評価」「評価専門職による第三者評価」「専門職相互の同僚評価」そして「患者・利用者による満足度評価」がある。また、こうした評価の対象については、医療施設・設備・人員配置（構造評価）と医療行為の適切性（過程評価）、そして医療の成果やアウトカム（結果評価）があるとされる⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾。こうした評価のためには、信頼できる医療情報の収集と分析を欠くことはできない。確かに、医療情報提供には患者のプライバシー問題のほか、その信憑性の確保にも課題が残る。しかし後者の問題は、医療行為情報の標準化によってある程度排除可能である。DPCの普及と促進は、こうした弊害や問題を排除して、政府と保険者による情報生

(24) 大道（2003），p.122

(25) 大道（2003），pp.121-122において、「保険者の下には、被保険者として医療を受けた医療機関が実施した診療に関する詳細な情報が集積されており、多くの医療機関で行われた診療内容に関する情報を、病名やその重症度などに応じて分類し、各医療機関が行った診療内容を分析することにより、提供された医療の適切性や医療費の多寡、さらには医療提供の経済効率に関する情報を得ることができるのである。」

産と情報供給の有効性を高めるものである⁽²⁶⁾。

今後は、診療報酬や医療機関への支払い方式のあり方と絡めて、医療情報の収集と解析に基づき、医療制度を一体的に改革することが望ましい。とくに、こうした医療情報を活用した実証分析を展開することで、複数の支払い方式の組合せがもつ誘因体系を解明し、それを医療政策に反映すべきである。

主要参考文献

- 安藤道人（2008）「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析」『季刊社会保障研究』Vol.44 No.1
- 朝日監査法人・アーサーアンダーセン（2002）『原価計算による病院マネジメント』中央経済社
- あずさ監査法人・KPMGヘルスケアジャパン（2011）『病院コストマネジメント』中央経済社
- 井伊雅子・別所俊一郎（2006）「医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』80号
- 池上直己・遠藤久夫（2008）『医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 池上直己（2008）「第5章 急性期以外の入院医療のための新たな支払方式」『医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 池田俊也・小林美亜（2007）「DPC導入に伴う診療内容の変化について」『医療と社会』Vol.17 No.2
- 石田重森（2006）『改革期の社会保障』法研
- 石原公一郎（2013）「医療費のマクロ統計から電子レセプトの分析へ」『週刊社会保障』No.2725
- 今村知明・康永秀生・井出博生（2007）『医療経営学』医学書院
- 印南一路（2009）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社
- 遠藤久夫（2008a）「第2章 診療報酬制度の理論と実際」『医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 遠藤久夫（2008b）「わが国の医療提供システムと準市場」『季刊社会保障研究』Vol.44 No.1
- 遠藤久夫（2005）「医療制度のガバナンス」『季刊社会保障研究』Vol.41 No.3
- 大道久（2003）「医療における情報提供と質の評価」『季刊社会保障研究』Vol.39 No.2
- 大森正博（2010）「第8章 日本の医療制度の問題点と医療制度改革の方向性について」『医療制度改革の研究』中央経済社
- 尾形裕也・田近栄治編著（2009）『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房
- 貝塚啓明編著（2010）『医療制度改革の研究』中央経済社
- 河口洋行（2012）『医療の経済学（第2版）』日本評論社
- 国立社会保障・人口問題研究所編（2005）『社会保障制度改革』東京大学出版会
- 笠木映里（2012）『社会保障と私保険』有斐閣
- 椎野優樹・高橋武則（2013）「DPC/PDPS導入による収入構造と診療内容の変化」『日本医療・病院管理学会誌』No.4
- 滋野由紀子（2000）「私的医療保険の需要と公的医療保険」『季刊社会保障研究』Vol.36 No.3
- 島崎謙治（2011）『日本の医療』東京大学出版会
- 高木安雄（2008）「第3章 わが国の診療報酬政策の展開と今日の課題」『医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 田中滋・二木立（2006）『保健・医療提供制度』勁草書房

(26) 松田（2003），p.138

- 田中滋 (2006) 「第1章 わが国の医療供給体制の展開」『保健・医療提供制度』勁草書房
- 田中滋・二本立 (2007) 『医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 地域差研究会 (2001) 『医療費の地域差』東洋経済新報社
- 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著 (2008) 『社会保障改革』ミネルヴァ書房
- 野口一重 (2002) 「包括支払に用いる疾病分類の妥当性に関する研究」『医療と社会』Vol.12 No.1
- 野口一重 (2008) 「第4章 DRG (DPC) 方式の機能性とPPSの経済的特徴」『医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 中浜隆 (2006) 『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社
- 八田達夫 (2011) 『ミクロ経済学Ⅰ』東洋経済新報社
- 府川哲夫 (2010) 「第1章 高齢化と医療需要の変化」『医療制度改革の研究』中央経済社
- 伏見清秀 (2006) 「急性期入院医療の包括払い制度の仕組みとその適用」『フィナンシャル・レビュー』80号
- 松田晋哉 (2010) 『DPCによる戦略的病院経営』日本医療企画
- 松田晋哉 (2003) 「医療における情報提供と質の評価」『季刊社会保障研究』Vol.39 No.2
- 松田晋哉 (2007) 「第5章 診断群分類導入の国際的動向と医療費への影響」『医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 宮本守 (2010) 『日本医療の経済分析』多賀出版
- 八代尚宏 (2013) 『社会保障を立て直す』日経プレミアシリーズ
- 山本克也 (2004) 「社会医療を用いた在院日数抑止の波及効果の研究」『季刊社会保障研究』Vol.40 No.3
- 「特集 医療制度における公的保険と民間保険の役割」財務省財務総合政策研究所 (2012) 『フィナンシャル・レビュー』111号
- 「特集 社会保障」財務省財務総合政策研究所 (2004) 『フィナンシャル・レビュー』72号
- J. マクミラン (伊藤秀史・林田修訳) (1995) 『経営戦略のゲーム理論：交渉・契約・入札の戦略分析』有斐閣
- Barnum, H., J. Kutzin & H. Saxenian (1995) "Incentives and Provider Payment Methods", *International J. of Health Planning and Management*, No.10
- Cromwell, J. & James, R. Kanak (1982) "The Effects of Prospective Reimbursement Programs on Hospital Adoption and Service Sharing", *Health Care Financing Review*, Vol.4 No.2
- Jegers, M., K. Kesteloot, D. De Graeve & W. Gilles (2002) "A Typology for Provider Payment Systems in Health Care", *Health Policy*, No.60
- Kidder, D. & D. Sullivan (1982) "Hospital Payroll Costs, Productivity, and Employment under Prospective Reimbursement", *Health Care Financing Review*, Vol.4 No.2
- Newhouse, Joseph, P. (1983) "Two Prospective Difficulties with Prospective Payment of Hospital, or, it's better to be a Resident than a Patient with Complex Problem", *J. of Health Economics*, No.2
- Russell, Louise, B. (1984) "Prospective Reimbursement and New Hospital Service", *J. of Health Economics*, No.3
- Tracey A. LaPierre, Christopher J. Conner, James W. Henderson, J. Allen Seward & Beck A. Taylor (2009) "Estimating the Impact of State Health Insurance Mandates on Premium Costs in the Individual Market", *J. of Insurance Regulation*, No.16
- Worthington, Nancy, L. & Paula, A. Piro (1982) "The Effects of Hospital Rate-Setting Program on Volumes of Hospital Services", *Health Care Financing Review*, Vol.4 No.2