

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	医療の質と「実績に基づく支払（P4P）」—諸外国の事例を中心に—
他言語論題 Title in other language	“Pay for Performance” and the Quality of Healthcare: The situation outside of Japan
著者 / 所属 Author(s)	田辺 智子 (Tanabe, Satoko) / 国立国会図書館 前 調査及び立法考査局 社会労働課
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	819
刊行日 Issue Date	2019-04-20
ページ Pages	77-98
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	近年、医療の質を向上させる方策の一つとして「実績に基づく支払（P4P）」が注目されている。米国、英国、韓国の導入事例を紹介し、P4P の効果や問題点に関する既存研究の知見をまとめる。

* 掲載論文等は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

医療の質と「実績に基づく支払（P4P）」

—諸外国の事例を中心に—

国立国会図書館 前 調査及び立法考査局
社会労働課 田辺 智子

目 次

はじめに

I 医療の質と「実績に基づく支払（P4P）」

- 1 医療の質とは何か
- 2 医療の質の改善策
- 3 ベンチマーキングと医療の質情報の公表
- 4 実績に基づく支払（P4P）

II 米国の動向

- 1 医療の質評価の背景
- 2 医療の質評価事業
- 3 P4P の普及
- 4 メディケアにおける P4P 実証事業
- 5 メディケアにおける P4P の現状

III 英国の動向

- 1 医療の質評価の背景
- 2 一般医を対象とした P4P
- 3 病院を対象とした P4P

IV 韓国の動向

- 1 医療の質評価の背景
- 2 病院を対象とした P4P —価値インセンティブ・プログラム—
- 3 病院を対象とした P4P —医療の質評価支援金制度—

V 諸外国の P4P の効果と問題点

- 1 P4P の効果
- 2 P4P の弊害
- 3 P4P の制度設計

おわりに

キーワード：医療の質、医療の質指標、実績に基づく支払、P4P

要 旨

- ① 「医療の質」は様々な文脈で使われる言葉であるが、医学的に見れば、質の高い医療とは最新の医学研究の成果に合致し、健康状態を改善する可能性が高い医療であると定義されている。医療の質は「医療の質指標」で評価され、医療機関において診療行為の改善に利用される。近年、医療の質を向上させる方策の一つとして「実績に基づく支払」（Pay for Performance: P4P）が注目されている。医療の質を含む医療提供者の実績を診療報酬の支払に反映させるものであり、諸外国では2000年代以降に急速に広がった。
- ② 米国では1980年代から医療の質評価の取組が行われており、P4Pも当初は米国の民間医療保険で普及したものであった。2003～2009年には、高齢者向けの公的医療保障であるメディケアで大規模なP4P実証事業が行われ、その後の米国内外のP4P導入に影響を与えた。メディケアでは2012年以降、病院、医師等を対象とした複数のP4Pが導入されている。
- ③ 英国では、1997年からの労働党政権において、医療の質向上を含む様々な制度改革が展開された。この改革の一環として、一次医療を担う一般医を対象としたP4Pが2004年に導入された。このP4Pは診療所の年間収入の約2割を占めるとされ、報酬の規模が大きいのが特徴となっている。2009年には病院に対するP4Pも導入された。
- ④ 韓国では、全国民を対象とした一元的なレセプトデータベースが存在することが、医療の質を評価する上での重要な基盤となっている。2000年以降、医療の質評価制度が段階的に整備されており、その一環として大学病院等を対象としたP4Pが2008年に導入され、2011年から一般病院にも拡大された。
- ⑤ P4Pについては様々な研究が蓄積されており、その有効性を示す研究も存在するものの、全体としてみればP4Pが医療の質を向上させるという十分なエビデンスは得られていない。一方、P4Pがもたらすおそれのある弊害としては、実績を良く見せるために医療提供者が行う患者選択、P4Pの対象外の領域での医療の質の悪化、医療施設間の格差拡大などがある。P4Pが期待されるほど効果を上げていない一因は制度設計に問題があるためと考えられているが、どのような制度設計が望ましいか現時点では結論が出ていない。

はじめに

医療政策の目的の一つは、国民に質の高い医療を提供することにある。近年、国民医療費の増大や医療保険財政の悪化が問題となり、医療費削減が政策課題となっているが、そのために医療の質が低下することは望ましくない。

医療費削減と医療の質向上を両立し得る方策の一つとして、近年注目を集めているのが「実績に基づく支払」(Pay for Performance: P4P)⁽¹⁾である。P4Pは、医療の質等の医療提供者の実績を評価し、それを診療報酬の支払に反映させるものであり、諸外国では2000年代以降に急速に広がった。日本においてもP4Pとみなし得る制度が一部導入されているが⁽²⁾、それを更に拡大させるべきかどうか議論となっている。

本稿では、医療の質とP4Pの概念を整理した上で、P4Pを導入している米国、英国、韓国の事例、P4Pの効果と弊害に関する知見を紹介する。

I 医療の質と「実績に基づく支払（P4P）」

1 医療の質とは何か

「医療の質」は、様々な文脈で使われる言葉である。質の高い医療と言った場合、スタッフの接客態度の良さや、「神の手」と呼ばれるような名人芸的な手術の技能を思い浮かべる向きもあるだろう。しかし、医学の専門的な見地からは、医療の質とは、「個人や集団を対象に行われる医療が望ましい健康状態をもたらす可能性の高さ、その時々専門知識に合致している度合い」⁽³⁾と定義されている。最新の医学研究に合致し、健康状態を改善する可能性が高い医療とは、1990年代以降に医療の世界で普及・定着した「エビデンスに基づく医療」(Evidence-Based Medicine: EBM)と重なる概念である。つまり、EBMにどれだけのとっているかが、質の高い医療の重要な要素となっている。これに加え、医療の質は医療安全や患者満足度を含むと解釈される場合も多い⁽⁴⁾。

医療がエビデンスに基づいて実施されるのは当然のこととも考えられるが、実際には病院や診療所などの医療現場で、研究が示すエビデンスどおりの医療が常に実施されているとは限らない。例えば、2003年の米国の研究によれば、エビデンスに基づく推奨どおりの医療を受けていた人の割合は全体の55%にとどまっていた⁽⁵⁾。また、医療の質は、医療機関や地域によって差があることが明らかとなっている。

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2019年2月28日である。

(1) “Pay for Performance”の略称としては“P4P”が一般的に用いられている。

(2) 回復期リハビリテーション病棟の診療報酬の算定要件として、患者の機能改善度合いの評価が用いられている。「回復期病棟でのリハビリを推進—18年度診療報酬改定—」『厚生福祉』No.6410, 2018.6.8, pp.2-7; 池上直己「リハビリテーションと診療報酬—日本版P4Pの導入—」『総合リハビリテーション』37(5), 2009.5, pp.407-412.

(3) 福井次矢監修『Quality Indicator〈医療の質〉を測り改善する—聖路加国際病院の先端的試み 2017—』インターメディアカ, 2017, p.16.

(4) OECD編著(児玉知子・岡本悦司訳)『医療の質国際指標—OECD医療の質指標プロジェクト報告書— 2』明石書店, 2011, p.16. (原書名: OECD, *Improving Value in Health Care*, 2011.)

(5) 池上 前掲注(2), pp.407-408; Elizabeth A. McGlynn et al., “The quality of health care delivered to adults in the United States,” *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2003, pp.2635-2645.

医療の質を高めるためには、現状の医療の質を客観的に評価する必要がある。このために用いられるのが「医療の質指標」(Quality Indicator: QI) である。医療の質は、ストラクチャー (構造)、プロセス (過程)、アウトカム (結果) の三つの側面を対象に評価することができる⁽⁶⁾。ストラクチャーとは施設やスタッフなど医療提供に用いられる資源、プロセスとは手術や投薬など実際に行われた医療の内容、アウトカムとは生存率や QOL (Quality of Living. 生活の質) など医療を行った結果としての患者の健康状態を意味する。

これら三つの側面は、医療の質を評価する上でそれぞれ一長一短がある。ストラクチャーは医療を提供する上での基礎となるものであり、客観的に測定しやすいメリットがあるが、良い設備や医師を揃えたとしてもそれだけで医療の質が保証されるわけではない。プロセスは医療者が行った行為を直接の評価対象とするものであるが、適切な診療を行ったとしても患者の年齢や病状等の条件によっては効果があるとは限らないという問題がある。アウトカムは患者の関心も高く医療の結果という意味では最も重要な指標とも言えるが、人体や疾病には未だ不明な点が多く医療には不確実性が伴うこと、患者条件の影響を受けることから、アウトカムだけで医療の質を評価するのは難しいと考えられている⁽⁷⁾。先進国においては、医療のストラクチャーはほぼ充足していることから、医療の質を評価する上ではプロセス指標とアウトカム指標が多く用いられている。

2 医療の質の改善策

政策的に医療の質改善に取り組む場合、まず医療を直接提供する医師への働きかけが考えられる。エビデンスに基づく推奨をまとめた診療ガイドラインを配布する、医師への生涯教育を行う等である。しかし、研究によれば、単に知識を提供するだけでは診療行為を改善するという行動変化までは生じにくいことが分かっている⁽⁸⁾。新たな診療方法を採用するためには、得た知識を評価・吟味することで医師がその診療方法に肯定的な意見を持ち、さらに時間・人員・設備等の制約を乗り越えて医師が自らの行動を変えるというプロセスが必要となる⁽⁹⁾。

このため、医療の質を改善する上では、医師個人の努力を超えた組織的・体系的な取組が必要だと考えられている。その手法として、日本の自動車業界など産業界で発展した品質改善手法が広く用いられている。医療の質の定期的な測定結果を医師にフィードバックすることで行動変容を促す「クリニカル・オーディット (臨床監査)」、改善のためのチームを組織し計画 (Plan)・実施 (Do)・評価 (Check)・改善 (Act) のサイクルで継続的に質を改善する「PDCA サイクル」など様々な手法がある。医療現場での適用事例としては、糖尿病患者の血糖管理の改善、救急外来待ち時間の短縮、MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) 院内感染の新規発生率の減少、手術時の抗菌薬使用の適正化などがある⁽¹⁰⁾。

医療機関での導入例としては、米ハーバード大学附属のマサチューセッツ総合病院において、

(6) QI の種類として、ストラクチャー、プロセス、アウトカムに加えて、アクセス、患者の経験を加える場合もある。福井監修 前掲注(3), p.29.

(7) 同上, p.16; 東尚弘「QI とは—エビデンス-診療ギャップをはかる研究—」『医学のあゆみ』221(4), 2007.4.28, pp.335-336.

(8) 東尚弘「エビデンス-診療ギャップを埋める研究」『医学のあゆみ』221(6), 2007.5.12, p.543.

(9) 同上; 鄭丞媛・近藤克則「医療の質のマネジメントと P4P」『総合リハビリテーション』38(10), 2010.10, p.932.

(10) 小松康宏ほか「医療の質改善の概念と手法—PDCA, six sigma など—」『日本内科学会雑誌』105(12), 2016.12.10, pp.2353-2357; 小松康宏「透析医療の CQI 入門 第 1 回: 最善の医療を最善の方法で提供するシステムとは?」『臨床透析』28(1), 2012.1, pp.101-103.

院内感染予防の基本となるスタッフの手指消毒の徹底にPDCAサイクルを活用し、2003年に8%だった遵守率を2009年には90%以上に改善させた例が報告されている⁽¹¹⁾。国内では、医療の質改善の先進事例として知られる聖路加国際病院で、PDCAサイクルの導入により、スタッフの手指消毒の徹底、患者の転倒・転落防止、中心静脈カテーテル挿入時の合併症減少、糖尿病の血糖管理の改善等を実現している⁽¹²⁾。また、系列病院の質改善に積極的に取り組んでいる国立病院機構では、やはりPDCAサイクルを活用し、急性脳梗塞で入院後4日以内にリハビリを開始した割合が、2010年には病院により20～90%であったが、2013年には大部分の病院で70%以上に改善したと報告されている⁽¹³⁾。

3 ベンチマーキングと医療の質情報の公表

医療の質改善に取り組む際には、何らかの基準に照らして実績値の良し悪しを評価することになる。その際の評価基準としては、当該医療機関の過去の実績値を比較対象とする場合と、他の医療機関の実績値を比較対象とする場合とがある。特に、複数の医療機関の医療の質を横断的に比較する取組はベンチマーキングと呼ばれる。

他の機関と医療の質を比較する場合は、比較の条件を揃えることが課題となる。重篤な患者が集まる病院、高齢の患者が多い病院などは、同じ疾病に同じ治療を行った場合でも治療成績が悪くなり、医療の質が低く見える問題があるためである。このため、患者の年齢や病状等のリスクが同条件であったと仮定したデータの補正が必要となり、これをリスク調整と呼ぶ⁽¹⁴⁾。特にアウトカム指標についてはリスク調整の必要性が高い。このため、ベンチマーキングを行う場合は、リスク調整を行ったり、一定の条件を満たさない患者を指標算出の対象外としたりする措置が採られる。このリスク調整の問題があるため、医療の質の改善に当たっては、他機関との比較ではなく自機関の実績値の時系列での比較を基本とすべきとの主張も見られる⁽¹⁵⁾。

また、医療の質を測定する場合、結果を公表するかどうかの一つの論点となる。個々の医療機関の質改善運動ではその医療機関の選択により結果を公表する場合もしない場合もあり得るし、複数機関のベンチマーキングにおいても、成績は個々の医療機関にフィードバックするのみで非公表とする場合もある。医療の質情報の公表については、患者が病院を選択する上で有用な情報となり得る、患者の選択を通じて医療機関同士の競争が促され医療の質の向上につながるという肯定的な見方がある一方、患者が数値に惑わされる、正しい解釈に基づかないランキングが作成され誤解を招きやすい等の否定的な意見もある⁽¹⁶⁾。

(11) 小松康宏「透析医療のCQI入門 第2回：PDCAサイクルをチームで使う」『臨床透析』28(2), 2012.2, p.215.

(12) 福井次矢「Quality Indicator (QI) を用いた医療の質管理」『日本病院会雑誌』62(4), 2015.4, pp.12-41; 福井監修 前掲注(3)

(13) 伏見清秀「わが国における医療の質指標導入の意義について—国立病院機構の取り組みを中心に—」『病院』74(11), 2015.11, p.809.

(14) リスク調整の具体的な方法には、特殊な条件を持つ患者をQI算出から除外する方法、対象患者の年齢・性別・合併症等に応じたQIの予測値を算出し実測値と比較して統計的に補正する方法等がある。リスク調整の具体例としては以下を参照。「医療の成果に関する指標（アウトカム指標）及び過程に関する指標（プロセス指標）の取扱い（第8回資料1）」（医療情報の提供等のあり方に関する検討会（第9回）参考資料1）2011.12.22. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ywey-att/2r9852000001ywla.pdf>>; 「QIの算出方法」QI研究会ウェブサイト <http://interrai.jp/qi/about_qi/calculation>

(15) 福井 前掲注(12), p.39; 東壮太郎ほか「クリニカル・インディケータの現状と課題」『恵寿総合病院医学雑誌』3巻, 2015, p.23.

(16) 松本晴樹「医療の質指標と「医療の質の評価・公表等推進事業」について」『病院』74(11), 2015.11, p.798; 桐野高明・松田晋哉「対談：医療の質指標は何をもたらすか」『病院』74(11), 2015.11, p.785.

4 実績に基づく支払 (P4P)

P4P は、医療の質の改善を促すための政策的取組の一つである。P4P とは、医療の実績 (performance) を評価し、その結果に基づいて医療提供者に経済的インセンティブを与える制度である。通常は実績が基準より高い場合に追加の報酬 (ボーナス) が与えられるが、実績が低い場合に減額するなどのペナルティを課す場合もある。実績としては QI で測定される医療の質を用いることが多いが、情報化の進展度合いや効率性等の指標も用いられる。P4P の制度設計に当たっては、インセンティブ付与の対象 (医師個人か医療機関か等)、評価基準 (絶対評価か相対評価か、改善の度合いを評価するか等)、インセンティブの規模などの要素に応じて、様々な形態がある。P4P は、英国、米国、ドイツ、フランス、オーストラリア、ニュージーランド、韓国、トルコ、ブラジルなど多くの国で導入されており⁽¹⁷⁾、当初は主に外来診療から始まったが、近年では入院診療もカバーするように拡大している。

P4P を医療費削減と結びつける見方も存在するが、P4P で医療費が減るかどうかは制度設計に依存する。ボーナス支払のために追加的な財源を用意するのであれば医療費は増加するが、別の医療提供者へのペナルティから得られた収入をボーナス支払に充てるのであれば医療費は増加しない。実際、米国や英国では P4P の導入によって医療費が増加したとされる⁽¹⁸⁾。P4P を導入する際は、医療提供者が自らの実績を測定し報告を行う必要があるが、そうした仕組み作りには IT への投資を含めコストがかかるため、その財源をどうするかも課題となる⁽¹⁹⁾。

II 米国の動向

1 医療の質評価の背景

米国では、早くから医療の質を評価する取組が始まったが、その背景には、民間医療保険が主体となる米国の医療システムの影響があると言われている。公的な医療保障制度は、高齢者を対象とする連邦政府のメディケア (Medicare)、低所得者向けの医療扶助を行う州政府のメディケイド (Medicaid) 等に限られ、それ以外は企業又は個人が契約する民間医療保険に依存している。企業は従業員のために保険料の全額又は一部を負担することから、安価で良質な医療が受けられる医療保険を選択できるような情報を求め、そこから医療の質に関する情報公開が始まったとされる⁽²⁰⁾。

米国では 2000 年代に入り医療の質への関心が大きく高まったが、そのきっかけとなったのは、米国科学アカデミー (National Academy of Sciences) に置かれた「米国医療の質委員会」 (Committee on Quality of Health Care in America) が 1999 年にまとめた『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して—』⁽²¹⁾ という報告書であった。この報告書では、米国では毎年

(17) Cheryl Cashin et al., eds., *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*, Open University Press, 2014. WHO Europe website <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf> では、10 か国の P4P の事例が紹介されている。

(18) *ibid.*, p.12.

(19) *ibid.*

(20) 小林美亜・池田俊也「臨床指標を用いた医療の質のベンチマーカー—諸外国とわが国の取り組みから—」松田晋哉・伏見清秀編『診療情報による医療評価—DPC データから見る医療の質—』東京大学出版会, 2012, p.193.

(21) Linda T. Kohn et al., eds., *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, 2000. (邦訳: コーン他編 (医学ジャーナリスト協会訳)『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して—』日本評論社, 2001.)

4万4000人が医療過誤で亡くなっていることに警鐘を鳴らし、医療の質を全国的に高い水準に収れんさせる均てん化⁽²²⁾を行うことで防げる死が多数あることを示した。さらに、同委員会の2001年の報告書『医療の質—谷間を越えて21世紀システムへ—』⁽²³⁾では、医療の質を高める方策の一つとしてP4Pの導入が提言された。

2 医療の質評価事業

医療の質を評価する事業は、1980年代から、非営利団体、連邦政府、州政府、学会等、様々な主体によって行われてきた。そこで開発されたQIはP4Pを導入する上でも重要な基盤となっている。代表的な医療の質評価としては、以下の3機関による取組がある。

まず、医療機関の評価・認証を行う非営利団体であるジョイント・コミッション (Joint Commission: JCAHO)⁽²⁴⁾による取組がある。JCAHOによる認証はメディケアや民間医療保険の償還(支払)を受けるための要件となっているが、その認証の一環としてプロセスとアウトカムの評価が行われている。JCAHOは1986年からQIによる評価事業を開始したが、当初はデータの収集手順等が詳細に規定されたため、既に自主的にQIの収集を行っていた多くの医療機関にとっては追加投資が必要で自由度が小さく、積極的な参加が得られなかった。この反省から、1997年に導入した新たな枠組みでは、データ収集システムや報告するQIを柔軟に選択できるようにし、段階的に導入するなど、医療提供者が参加しやすくなるような改善が行われた⁽²⁵⁾。

二つ目は、連邦政府機関である公的保険制度運営センター (Center for Medicare and Medicaid Services: CMS) が設けている病院比較サイト (Hospital Compare) である⁽²⁶⁾。これは、2001年のブッシュ(子) (George W. Bush) 政権下で展開された医療の質保証政策である「病院の質イニシアティブ」 (Hospital Quality Initiative) の一環で開始されたもので、一般市民が医療の質を含む病院のデータを比較することができる。このCMSと前述のJCAHOは、医療機関の負担を軽減するため、共通のQIを使用し、算出マニュアルも一本化している⁽²⁷⁾。

三つ目は、同じく連邦政府機関である医療研究・品質評価機構 (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) による取組である。AHRQでは、避けることができた死亡や合併症などの有害事象や不適切医療を明らかにし、医療の質向上に役立てる目的で、質評価事業を行っている。この事業では医療機関の既存の管理運営データから容易に抽出できるQIが用いられており、医療機関の実績確認や他機関との比較に利用されている⁽²⁸⁾。

⁽²²⁾ 「均てん化」は主に医療分野で用いられる用語であり、医療サービスの地域格差を是正し、全国どこにいても高度な医療を受けられるようにすることを意味している。

⁽²³⁾ Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, 2001. (邦訳: 米国医療の質委員会・医学研究所著 (医学ジャーナリスト協会訳) 『医療の質—谷間を越えて21世紀システムへ—』日本評論社, 2002.)

⁽²⁴⁾ 旧称が“Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations”であったことから、その略称であるJCAHOが現在でも略称として用いられている。

⁽²⁵⁾ 小林・池田 前掲注⁽²⁰⁾, pp.193-194.

⁽²⁶⁾ “Hospital Compare.” Medicare.gov. website <<https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>>

⁽²⁷⁾ 小林・池田 前掲注⁽²⁰⁾, p.194; “CMS and JCAHO make it easier for consumers to assess hospital quality,” September 15, 2004. CMS website <<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-and-jcaho-make-it-easier-consumers-assess-hospital-quality>>

⁽²⁸⁾ 同上, pp.195-196; “Quality Improvement and monitoring at your fingertips.” AHRQ website <<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>>

3 P4Pの普及

米国はP4P発祥の地であるが、1980年代には既に、民間の医療保険会社でP4Pとみなせる制度が導入されていたとされる⁽²⁹⁾。1990年代にはP4Pを導入する保険会社が増加したが、その多くは、小規模で実験的なものにとどまっていた⁽³⁰⁾。2003年には、民間では初の大規模なP4Pがカリフォルニア州で導入されている⁽³¹⁾。

そうした中、2003年から2009年にかけて、メディケアにおいて大規模なP4Pの実証事業が行われた。この実証事業は、その後、P4Pの効果や影響を検証する多数の研究の対象となり、現在に至るまでP4Pの効果語る際は常に言及される重要なマイルストーンとなっている。また、その後の各国のP4Pの制度設計にも影響を与えていることから、次節で詳細を紹介する。

このメディケアのP4P試行を契機として、2000年代後半には、民間医療保険におけるP4Pの導入やその対象領域が大きく拡大した。2004年の時点で導入されていたP4Pプログラムは84であったが、2007年には148の保険者と28州のメディケイドでP4Pプログラムが実施され、対象となる被保険者は6000万人に達していた。P4Pプログラムの内容は保険者によって様々であり、導入初期は医師個人を対象にインセンティブを与えるものが中心であったが、次第に医療チームや病院全体を対象としたものが増加した⁽³²⁾。

このようにP4Pが普及した背景には、医療機関や医師への診療報酬の支払方式が、伝統的な出来高払いから包括払いに移行したことがある⁽³³⁾。出来高払いでは、検査、点滴、手術など、提供した医療行為の内容に応じて報酬が積み上げられる。これに対し包括払いでは、疾病の種類等に応じて入院1回当たり、患者1人当たり等の単位で一定額が支払われるため、医療提供者に不要な医療を抑制し効率化するインセンティブが働くが、それが行き過ぎて過少診療が生じるおそれがある。特に、1980年代以降に普及した「マネージド・ケア」と呼ばれるタイプの医療保険では、医療費の償還を、提供した医療内容にかかわらず被保険者の人数に応じて行う人頭払いにするなどの方法により、医療提供者に医療費削減の強いインセンティブが与えられた⁽³⁴⁾。これにより、必要な医療が提供されず医療の質が悪化する弊害が生じたことで、医療の質を支払と結びつけるP4Pがクローズアップされた。

4 メディケアにおけるP4P実証事業

高齢者を対象とした公的医療保障であるメディケアは、医療費増大と財政悪化のため、1990年代後半から運営の見直しが政策的な課題となっていた。これに加え、前述の米国医療の質委員会による報告書『人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して—』を契機に医

(29) 鄭丞媛・井上祐介「質に基づく支払い（Pay for performance: P4P）の動向と今後のあり方」『季刊社会保障研究』48(2), 2012.Aut, p.187.

(30) Cheryl Cashin, “United States: Hospital quality incentive demonstration,” Cashin et al., eds., *op.cit.*(17), p.289.

(31) Meredith Rosenthal, “United States: California integrated healthcare association physician incentive programme,” Cashin et al., eds., *ibid.*, pp.223-238.

(32) 鄭・井上 前掲注(29)

(33) 武藤正樹・塚崎朝子「質に基づく支払い方式が日本でも開始 看護におけるP4Pの課題と展望とは」『Nursing Business』3(4), 2009.4, p.10.

(34) マネージド・ケアについては以下を参照。岩崎宏介・村山令二「高齢者医療の人頭払いに代わるACO（責任医療機構：アカウントブル・ケア・オーガナイゼーション）—オバマケア改革における医療費適正化と医療の質の向上を同時に達成する試み—」『社会保険旬報』No.2588, 2014.12.11, p.10; 伊原和人・荒木謙『揺れ動く米国の医療—政策・マネジドケア・医薬品企業—』じほう, 2004, pp.66-79; 『アメリカ医療関連データ集 2008年版』医療経済研究・社会保険福祉協会・医療経済研究機構, 2009, pp.98-103.

療の質への関心が高まったことから、P4Pの導入が検討の俎上に上った。それまでも、QIの“報告”を支払と結びつける制度は存在したが、さらに医療の質の達成状況と支払とを結びつけるP4Pを導入するのはメディケアにとって大きな制度変更となることから、まずは試行が実施されることとなった。

この試行は、「プレミア病院質インセンティブ実証事業」(Premier Hospital Quality Incentive Demonstration: HQID. 以下「実証事業」)と呼ばれ、当初は2003年から3年間の実施予定だったが、さらに3年間延長されて2009年まで実施された。全米38州に7,000以上の医療機関を持つ非営利団体プレミア・グループが、系列病院の医療の質を測定するシステムを有していたことから、同団体側からの提案を受けて実証事業が行われた⁽³⁵⁾。実証事業は、メディケアを所管するCMS(前述の公的保険制度運営センター)とプレミア・グループが共同で実施した。

実証事業には222~273病院(年度によって異なる)が参加し、年間約40万人の患者が対象となった。多くの参加病院は都市部の大規模病院であった⁽³⁶⁾。対象となる疾病・治療は、急性心筋梗塞、心臓バイパス手術、心不全、市中肺炎⁽³⁷⁾、股関節・膝関節置換術の5種類であり⁽³⁸⁾、表1に示す合計34の指標が用いられた。QIとしては、第II章2で見たAHRQ等の質評価事業で採用され、有用性が広く認められているものが採用された⁽³⁹⁾。

報酬への反映は、当初の3か年については、対象疾病・治療ごとにスコアが上位10%に入る病院に対して当該疾病・治療の医療費支払額の2%、上位10~20%の病院に対して1%を増額するという方法で行われた。ペナルティも導入されており、3年目のスコアが1年目の下位10%のスコアを下回る病院は医療費支払額の2%、下位10~20%を下回る病院は1%が減額された。スコアは定期的に集計されて他院のスコア分布と共に参加病院に配布され、各領域のスコア上位50%の病院名が公表された。後半の3か年には報酬への反映方法が変更され、より多くの病院がボーナス支払の対象となった。スコア上位20%の病院と、改善の度合いが大きい20%の病院に対しては、ボーナス予算の6割が配分された。スコアが中央値を超える病院もボーナス支払の対象となり、ボーナス予算の4割が配分された⁽⁴⁰⁾。

実証事業の結果、データのある当初5年間に関しては、5種類の対象疾病・治療のすべてについて平均スコアが改善しており、事業は成功したとしてメディアでも取り上げられた⁽⁴¹⁾。しかし、当初の3か年を対象とした外部委託による評価によれば、改善のうち事業に起因する部分はわずかであるとされた⁽⁴²⁾。その後、外部の研究者が様々な側面から事業の効果を研究し、学術論文として発表しているが、実証事業が医療の質を改善したという明確な結果は得られていない。正確な検証のためには事業に参加しなかった病院との比較が必要となるが、そうした検証の結果、事業参加病院のスコア改善は非参加病院より大きいのが、その差はそれほど大きなも

(35) Cashin, *op.cit.*(30), p.290.

(36) *ibid.*, p.293.

(37) 医療機関に入院中に感染した「院内肺炎」に対し、医療機関の外で日常生活を送っている人が感染した肺炎を指す。

(38) その後、外科と虚血性脳梗塞が追加された。

(39) Cashin, *op.cit.*(30), p.290.

(40) *ibid.*, p.292.

(41) 池田俊也「P4Pにおける諸外国の動向・事例と日本への導入の可能性について」(月例セミナー116回) pp.10-11. 医療関連サービス振興会ウェブサイト <<https://ikss.net/wp-content/themes/ikss/pdf/seminar/166.pdf>>; *ibid.*, p.294.

(42) 5種類の対象疾病・治療のうち、急性心筋梗塞、心不全、市中肺炎について、QI改善の効果、メディケア経費への影響、平均入院日数を検証したもの。CMSが行う試行に際しては、こうした評価が行われることが多い。*ibid.*, pp.294-295.

のではないことが明らかにされた⁽⁴³⁾。また、改善したのはプロセスのみであり、アウトカムの改善は観察されなかった⁽⁴⁴⁾。なお、こうした評価・研究に関連して、各病院のスコアが最終年度まで継続的に確認されていないこと⁽⁴⁵⁾、ボーナス支払のために生じる薬剤の過剰投与等の意図せぬ悪影響に関する検証が不十分であったことが指摘されている⁽⁴⁶⁾。

表1 メディケア P4P 実証事業で用いられた医療の質指標

	対象疾患	指標
1	急性心筋梗塞	来院時のアスピリン投与
2		退院時のアスピリン投与
3		左室収縮機能不全に対する降圧剤（ACE 阻害薬又は ARB）の投与
4		禁煙指導・カウンセリングの実施
5		退院時の降圧剤（ β ブロッカー）投与
6		来院時の降圧剤（ β ブロッカー）投与
7		来院後 30 分以内の血栓溶解剤の投与
8		来院後 120 分以内の経皮的冠動脈形成術（PCI）実施
9		院内死亡率*
10	心臓バイパス手術	退院時のアスピリン投与
11		内胸動脈を用いたバイパス術
12		切開 1 時間以内の予防的抗菌薬の投与
13		手術患者への予防的抗菌薬の適切な選択
14		術後 24 時間以内の予防的抗菌薬の中止
15		院内死亡率*
16		術後出血・血腫*
17		術後の生理的異常・代謝異常*
18	心不全	左室機能の評価
19		詳細な退院指導
20		左室収縮機能不全に対する降圧剤（ACE 阻害薬）の投与
21		禁煙指導・カウンセリングの実施
22	市中肺炎	酸素療法の必要性評価の実施
23		現状の推奨に適合した初期投与の抗菌薬
24		抗菌薬投与開始前の血液培養
25		インフルエンザワクチンの接種状況の確認と接種
26		肺炎球菌ワクチンの接種状況の確認と接種
27		来院後 4 時間以内の初回の抗菌薬投与
28		禁煙指導・カウンセリングの実施
29		股関節・膝関節置換術
30	手術患者への予防的抗菌薬の適切な選択	
31	術後 24 時間以内の予防的抗菌薬の中止	
32	術後出血・血腫*	
33	術後の生理的異常・代謝異常*	
34	退院後 30 日以内の再入院*	

*を付したものはアウトカム指標。その他はプロセス指標。

（出典）池田俊也「アウトカム評価が変える診療報酬制度 P4P 導入に向けた課題と展望を考察する」ヘルスケア総合政策研究所編『医療白書 2015-2016 年版』日本医療企画, 2015, p.56 を基に筆者作成。

(43) *ibid.*, p.295.

(44) *ibid.*, p.296.

(45) プレミア社は、ウェブサイト当初の 5 年分のスコアしか掲載していない (*ibid.*, p.295.)。

(46) *ibid.*

5 メディケアにおける P4P の現状

2010年に成立した医療制度改革法⁽⁴⁷⁾、通称「オバマケア」は、医療に関する様々な改革を含む政策パッケージであったが、その中にはメディケアの償還方式の改革が含まれていた。そこでは「価値に基づくヘルスケア」(Value-Based Healthcare)という考え方の下、提供されたサービスの量(volume)に対する支払から、実現された健康状態の改善等の価値(value)に対する支払へ移行するのが基本的な方針とされた。P4Pに当たる償還方式は「価値に基づく購入」(Value-Based Purchasing)と呼ばれ、表2に示す制度が相次いで導入された⁽⁴⁸⁾。興味深いのは、この「価値に基づくヘルスケア」の方向性の中では、P4Pはいわば通過点に過ぎず、最終的には医療サービスの提供量と支払とを完全に切り離し、対象集団に対する長期にわたる健康管理や質の高い医療提供に対して支払を行う方式が目指されていることである。医療保険業界でもこうした方向性は支持されている⁽⁴⁹⁾。

その後、2015年には、メディケアにおける医師に対する支払方式を見直すメディケア・アクセス貧困児童医療保険再授權法⁽⁵⁰⁾が、超党派の合意により成立した。これにより、表2に示したP4Pのうち、外来医療を対象とした「価値に基づく調整」(Value-Based Modifier)という支払方式が修正され、2018年から「実績に基づくインセンティブ支払制度」(Merit-Based Incentive Payments System: MIPS)という制度に移行した。旧制度では、医師の実績の報告を軽減するため、2007年度に導入済みであった「医療の質報告制度」(Physician Quality Reporting System)を利用し、報告された医療の質とコストの実績に応じて支払額が調整されていた。新制度では、「医療の質報告制度」を含めた関連制度を整理し、医療の質、医療資源の有効利用、医療の改善、電子的診療記録の利用に関する実績に基づいて医師等への支払が行われることとなった。この法律が超党派で成立していることから、「価値に基づくヘルスケア」の方向性には広範な合意が存在すると見られている⁽⁵¹⁾。また、トランプ(Donald J. Trump)政権においても、「価値に基づくヘルスケア」を推進する方針が示されている⁽⁵²⁾。

(47) 正式名称は「患者の保護及び購入可能な医療の提供に関する法律」(Patient Protection and Affordable Care Act, Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119)。

(48) オバマケアでは、これらに加え、責任医療機構(Accountable Care Organization: ACO)という制度が導入されている。病院や医師で構成されるネットワーク組織が、割り当てられた患者集団に対する医療について共同で責任を負う仕組みであり、医療費の配分を受けるためには医療の質が一定の基準を達成することが条件となっている。岩崎・村山 前掲注(34); 石田道彦「アメリカにおける医療提供システムの新たな展開」『金沢法学』55(2), 2013.3, pp.39-54.

(49) 小林篤「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割」『損保ジャパン日本興亜総研レポート』No.68, 2016.3, p.13. <<http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt68-1.pdf>>

(50) Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA), Pub. L. No. 114-10, 129 Stat. 87.

(51) 小林 前掲注(49), p.17.

(52) Kimberly Leonard, "HHS' Alex Azar urges 'bolder action' on value based healthcare," *Washington Examiner*, March 5, 2018.

表2 米国メディケアにおける P4P

対象	名称	性格	導入年
病院	価値に基づく購入プログラム (Hospital Value-Based Purchasing Program)	「臨床ケア」、「患者・医療提供者の経験とケア調整」、「医療安全」、「効率性・コスト削減」の4領域(各25%ずつ)の総合得点で評価(2018年度)。全参加病院へのメディケアの支払総額の2%を保留し(2018年度。割合は年々増加)、総合得点に応じて配分する。結果的に、配分額が2%を上回ればボーナス、下回ればペナルティとなる。	2012
	再入院削減プログラム (Hospital Readmissions Reduction Program)	退院後の予期せぬ悪化や不適切なフォローアップ等による再入院を減少させるため、退院後30日以内のリスク調整した再入院率が高い病院について、最大で3%支払を減額(2015年度)。急性心筋梗塞、心不全、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、股関節・膝関節置換術、心臓バイパス手術が対象(2017年度)。	2012
	院内獲得状態削減プログラム (Hospital-Acquired Condition Reduction Program)	入院中の問題事象や感染を減少させるため、医療安全指標の成績が悪い病院について支払を減額。AHRQ医療安全指標90項目の合計と、中心静脈関連感染、カテーテル関連尿路感染、手術部位感染、MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)感染、クロストリジウム・ディフィシル菌感染について、成績下位25%の病院への支払を1%減額(2018年度)。	2014
医師等の外来診療担当者	価値に基づく調整 (Value-Based Modifier)	医師等の外来診療担当者を対象としたP4Pで、2015年度から段階的に導入。既存の医療の質報告制度(Physician Quality Reporting System)を利用し、報告された医療の質とコストの実績を基に支払額を調整。	2015

(出典) 池田俊也「アウトカム評価が変える診療報酬制度 P4P 導入に向けた課題と展望を考察する」ヘルスケア総合政策研究所編『医療白書 2015-2016年版』日本医療企画, 2015, pp.57-59; Tingyin T. Chee et al., “Current state of value-based purchasing programs,” *Circulation*, 133(22), May 2016, pp.4-5, 7-8; “Better care, smarter spending, healthier people: improving our health care delivery system,” January 26, 2015. CMS website <<https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/better-care-smarter-spending-healthier-people-paying-providers-value-not-volume>>; “Hospital Value-Based Purchasing.” *idem* <<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing-.html>>; “Hospital-Acquired Condition (HAC) Reduction Program.” Quality Net website <<https://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier2&cid=1228774189166>> を基に筆者作成。

Ⅲ 英国の動向

1 医療の質評価の背景

英国では、日本のような公的医療保険ではなく、租税を財源とする国民保健サービス(National Health Service: NHS)という医療保障制度が整備されている⁵³⁾。NHSでは、処方薬等に一部自己負担があることを除けば、全国民が原則無料で医療サービスを受けることができる。一次医療(プライマリケア)を担う一般医(General Practitioner)と、二次医療を担う病院や専門医の機能が完全に分化しているのも特徴である。国民は、まず自らが登録した一般医の診療を受け、必要と判断された場合にのみ病院・専門医の診療を受けることができる。

1980～1990年代の保守党政権下では財政抑制的な医療改革が行われたため、医療現場の疲弊が進み、慢性的な待機時間の長さ、地域による医療格差等が社会問題となった。1997年に労働党政権が誕生すると、NHSの予算は大幅に増額され、医療の質の向上を含む様々な制度改革が大規模に展開された。プライマリケア部門は特に設備の老朽化が進んでいたため集中的な投資が行われ、それと併せてIT化も進められた。後述のようにプライマリケア部門には2004年にP4Pが導入されたが、それはこうした医療への投資拡大の文脈の中で実現したものである。

53) 本稿では、英国のうちイングランドの政策を紹介する。

労働党政権下では、医療の質向上と地域間格差の是正について積極的な取組が行われた。1999年には国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence: NICE)⁽⁵⁴⁾が設立され、エビデンスに基づいた診療ガイドラインの作成、医薬品の費用対効果等を分析する医療経済評価を実施している。また、個別の医療分野ごとにエビデンスに基づいて政策目標を定める全国サービス枠組み (National Service Framework) が1999年以降、順次策定され、精神医療、冠動脈性心疾患、糖尿病、高齢者医療等の分野が対象とされた⁽⁵⁵⁾。さらに、地域ごとの行政上の実績のベンチマーキングを行う実績評価枠組み (Performance Assessment Framework) という制度の中で、病院ごとの医療の質についても指標が収集され、ウェブサイトで公表された⁽⁵⁶⁾。現在では、『NHS チョイス』という医療情報サイトで、個別の医療機関について後述のP4Pの指標等を閲覧することができる⁽⁵⁷⁾。

このほか、1990年代後半には、一般医が200名以上の患者を自然死に見せかけて殺害したとされるハロルド・シップマン事件、心臓手術後の死亡率が他施設と比べ高いことが問題となったブリストル王立小児病院事件等の不祥事が相次ぎ、国民の医療不信が高まったことも、医療の質向上策やP4P導入の背景となったと指摘されている⁽⁵⁸⁾。

2 一般医を対象としたP4P

一般医への支払は、伝統的に登録患者数に応じた定額払い (人頭払い) とされてきた⁽⁵⁹⁾。この支払方式では、提供したサービスの量や内容にかかわらず支払額が一定となるため、積極的にサービスを提供するインセンティブがなく、潜在的に過少サービスとなるおそれがある。また、高齢者や低所得者など、医療を必要とする確率が高い人の登録を排除する一般医がいることが問題となっていた⁽⁶⁰⁾。

こうした背景の下、2004年に一般医への報酬支払方式の抜本的な改革が行われた。支払契約の対象を一般医個人ではなく診療所単位とするとともに、定額払い部分とサービス提供に応じた追加的に支払われる部分を整理するなどの変更が行われた。このとき同時に導入されたのが、「質アウトカム・フレームワーク」 (Quality and Outcomes Framework: QOF) と呼ばれるP4Pである。QOFへの参加は任意とされたが、導入当初から参加率は高く、2016-17年度の参加率は95.4%であった⁽⁶¹⁾。

QOFでは、当初、「臨床ケア」、「組織」、「患者の治療経験」、「追加的サービス」の4領域について、合計146の指標を設定していた。その後、指標や対象領域の見直しが重ねられた結果、2017-18年度には「臨床ケア」と「公衆衛生」の2領域について、合計77指標が設定されている。対象となる疾患・健康状態は表3に示す25種類であり、生活習慣病から精神保健、喫煙、

⁽⁵⁴⁾ 設立当初の名称は“National Institute for Health and Clinical Excellence”であったが、2005年に名称変更された。

⁽⁵⁵⁾ 健康保険組合連合会「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」2012.3, p.37. <http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa23_02_kaigai.pdf>

⁽⁵⁶⁾ 近藤克則『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革—』医学書院, 2004, pp.83-84.

⁽⁵⁷⁾ 堀真奈美「イギリスにおけるプライマリケアP4Pの導入とその影響」『健保連海外医療保障』No.86, 2010.6, p.7.

⁽⁵⁸⁾ 同上, pp.1-2.

⁽⁵⁹⁾ 堀真奈美「イギリスの医療制度改革はどこに向かうのか (7) 診療報酬支払制度の動向」『文化連情報』No.426, 2013.9, p.48.

⁽⁶⁰⁾ 同上

⁽⁶¹⁾ “Quality and Outcomes Framework (QOF) - 2016-17,” 26 October, 2017. NHS website <<http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB30124>>

肥満まで多岐にわたっている。指標の多くはプロセスに関するものである。指標の構築には NICE が積極的に関与することが求められており、その過程では科学的なエビデンスに加え、患者団体や専門家の意見を反映することが重視されている⁽⁶²⁾。診療所は、通常の診療が難しい一定条件に合致する患者については、指標の算出から除外することができる。データ収集やフィードバックは「質管理分析システム」(Quality Management Analysis System: QMAS) という全国統一のシステムを通じて行われており、一般医が入力した患者の医療データが直接、指標算出に用いられる⁽⁶³⁾。

表3 英国 QOF の対象分野 (2017-18 年度)

領域	対象となる疾患・健康状態	指標数	ポイント数
臨床ケア	心房細動	3	29
	冠動脈疾患の二次予防	4	35
	心不全	4	29
	高血圧	2	26
	抹消動脈疾患	3	6
	脳卒中・一過性脳虚血発作	5	15
	糖尿病	11	86
	喘息	4	45
	慢性閉塞性肺疾患	6	35
	認知症	3	50
	うつ病	1	10
	メンタルヘルス	7	26
	がん	2	11
	慢性腎疾患	1	6
	てんかん	1	1
	学習障害	1	4
	骨粗しょう症 (骨脆弱性骨折の二次予防)	3	9
	関節リウマチ	2	6
	緩和ケア	2	6
	公衆衛生	循環器疾患の一次予防	1
血圧		1	15
肥満		1	8
喫煙		1	64
子宮頸がん検診		3	20
避妊		2	7

(出典) “Summary of changes to QOF 2017/18 - England.” NHS Employers website <<http://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Primary-care-contracts/QOF/2017-18/201718-Quality-and-outcomes-framework-summary-of-changes.pdf?la=en&hash=D08AB4F7CE88F5D76E836E2F57FB6DCF241C8BC6>> を基に筆者作成。

指標の達成状況はポイントに換算され、獲得したポイントによって診療所はボーナス支払を受ける。QOF によるボーナス支払は、診療所の年間収入の約 20% を占める⁽⁶⁴⁾。英国の場合、QOF が医療への予算や投資を拡大する局面で導入されており、ボーナス支払の規模が他国の

(62) 堀 前掲注(59), pp.50, 52; Cheryl Cashin, “United Kingdom: Quality and outcomes framework,” Cashin et al., eds., *op. cit.*(17), p.208.

(63) 堀 前掲注(57), p.5; *ibid.*, p.212.

(64) *ibid.*, p.213.

P4P と比較して大きいのが一つの特徴となっている。QOF のための予算は年間 10 億ポンドに上る⁽⁶⁵⁾。

ボーナス支払が高水準となっているもう一つの背景として、QOF の達成基準が比較的低位に設定されており、達成率が高いことが挙げられる。2016-17 年度の平均達成率は 95.5% であり⁽⁶⁶⁾、全体の 11.9% の診療所が満点を獲得している⁽⁶⁷⁾。QOF は導入前に試行が行われなかったため必要な予算額が正確に見積もられておらず、導入初期は想定を上回るボーナス支払が必要となり予算の大幅な不足が生じた⁽⁶⁸⁾。

QOF の達成率が総じて高く、対象とされた指標を中心に改善傾向が見られることから、QOF は成功事例とみなされる場合が多い。しかし、その改善効果は期待されたほど大きなものではなく、また、指標の改善が QOF の効果と言えるのか、医療のプロセスやアウトカムが本当に改善されたのか等の点については否定的な研究結果もあり、必ずしも明らかではない。この背景として、QOF 導入前の比較可能なデータが存在せず、また QOF と同時に医療の質向上につながる様々な施策が展開されたため、QOF による純粋な効果を評価するのが難しいことが指摘されている。また、QOF の対象外となっている疾患・指標で医療の質が低下しているのではないかと、算定から除外する患者を増やすことで意図的に指標を良く見せる例があるのではないかと懸念があるほか、一般医の生産性は QOF 導入後に逆に低下したことが指摘されている⁽⁶⁹⁾。

3 病院を対象とした P4P

2009 年には、病院部門の P4P として、「質と技術革新のための報酬制度」(Commissioning for Quality and Innovation: CQUIN) が導入された。プライマリケアを対象とした QOF の場合と同様に、評価指標を定め、その達成状況に応じてボーナス支払が行われる。評価指標は全国レベルの指標と地域レベルの指標に分けられる。全国レベルの 2017-19 年度⁽⁷⁰⁾の対象分野を表 4 に示す。医療の質と機能転換に関する 13 の目標について合計 25 の指標が設定されており、目標と指標は年度ごとに見直しが行われる。CQUIN によるボーナス支払は最大で病院の総収入の 2.5% までとされており、全国レベルの指標に 1.5%、地域レベルの指標に 1% が配分される。

このほか、前章で見た米国のメディケア P4P 実証事業を基にした「質の向上施策」(Advancing Quality) という P4P が、北西部の 24 の病院で導入されている⁽⁷¹⁾。

(65) *ibid.*, p.216. 邦貨換算で約 1422 億円 (報告省令レート (2018 年 2 月分) による。単位未満は四捨五入。)

(66) “Quality and Outcomes Framework – Prevalence, achievements and exceptions report: England, 2016-17,” 26 October, 2017. NHS website <<http://digital.nhs.uk/pubs/qof1617>>

(67) “Quality and Outcomes Framework (QOF) - 2016-17,” *op.cit.*(61)

(68) Cashin, *op.cit.*(62), p.216; OECD 編著 前掲注(4), p.30.

(69) 堀 前掲注(57), pp.5-6; *ibid.*, pp.214-216; 同上, p.31; 池田 前掲注(41)

(70) 2017-19 年度から、制度の安定性を高め、医療関係者に対応のための時間的余裕を与えるため、CQUIN の指標等が 2 か年度の枠組みで提示されるようになった。

(71) 津川友介「医療における業績に基づく支払い方式 (P4P) のエビデンスは極めて弱い」2016.2.15. 医療政策学×医療経済学ウェブサイト <<https://healthpolicyhealthecon.com/2016/02/15/pay-for-performance/>>; Søren Rud Kristensen et al., “Long-term effect of hospital pay for performance on mortality in England,” *New England Journal of Medicine*, 371(6), 2014, pp.540-548.

表4 英国 CQUIN の全国レベルの対象分野 (2017-19 年度)

	目 標	指標数
1	スタッフの健康・福祉の改善	3
2	重症感染症の減少 (抗生剤耐性と敗血症)	4
3	重症精神疾患患者の健康管理改善と早期死亡率減少	2
4	メンタルヘルスの問題で救急部門を利用した患者へのサービス改善	1
5	青少年メンタルヘルス・サービスからの移行の改善	1
6	助言とガイダンス (一般医が患者を二次医療機関に紹介する前に、助言とガイダンスを受けられるサービスの提供)	1
7	オンライン予約システムの導入	1
8	早期かつ安全な退院の促進	3
9	アルコール・たばこによる健康障害の予防	5
10	外傷アセスメントの改善	1
11	在宅ケアと支援計画の策定	1
12	救急搬送	1
13	救急電話相談サービス (救急部門以外への紹介割合の増加)	1

(出典) “Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN): guidance for 2017-2019,” March 2018. NHS England website <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/cquin-guidance-2018-19.pdf>>; “Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) 2017/19 indicators.” *idem* <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/cquin-indicator-spreadsheet-april-2018.xlsx>> を基に筆者作成。

IV 韓国の動向

1 医療の質評価の背景

韓国では、日本と類似した公的医療保険が整備されている。1990年代後半に大規模な制度改革が行われ、2000年にはそれまで350に分かれていた保険者が国民健康保険公団に統合された。これにより、韓国の全人口約5000万人をカバーする単一の保険者が誕生している。これと同時に、医療機関からの診療報酬請求(レセプト)の審査を行う組織として、健康保険審査評価院(Health Insurance Review and Assessment Service: HIRA)が創設された。HIRAは、レセプトの審査に加え、保険医療の給付基準や診療報酬水準の立案、医療サービスの分析に必要なデータ整備、医薬品の費用対効果評価なども行っているほか、医療の質評価も重要な任務としている。また、韓国ではレセプトがほぼ100%電子化されており、全国民を対象とした一元的なレセプトデータベースが存在することが、医療の質を評価するための重要な情報基盤となっている。なお、韓国の診療報酬は基本的に出来高払い方式となっている⁽⁷²⁾。

HIRAでは、2000年の創設当初から医療の質評価制度を段階的に整備してきている。2005年から評価結果をウェブサイトで公表しており、地域、疾病ごとに医療機関の評価結果の詳細を見ることができる。これによって、医療機関の質向上の努力を促すことに加え、国民の医療機関の選択や、政府の医療政策の立案にも役立てることが意図されている⁽⁷³⁾。

評価項目は毎年拡大されており、2016年度は、虚血性心疾患、急性期脳卒中、各種がん、糖尿病等の各種疾患と手術、薬剤等の幅広い対象について、37項目のQIが設定された⁽⁷⁴⁾。HIRA

(72) 松田晋哉「韓国の医療制度と医療情報の活用状況について」『社会保険旬報』No.2667, 2017.2.21, pp.6-15; 武藤正樹「Pay for PerformanceとQuality Indicator」『医薬ジャーナル』47(9), 2011.9, pp.83-87.

(73) 廉宗淳「韓国の医療情報化と政策への利活用」『病院』73(6), 2014.6, p.467.

(74) 松田 前掲注(72), p.13.

の持つレセプトデータに加え、医療機関がデータを追加提出しており、このためにオンラインのデータ提出システムが整備されている⁽⁷⁵⁾。HIRAによれば、これらの医療の質評価によって、医療の標準化と格差縮小、国民の医療機関の選択への貢献、処方薬の減少等による医療費削減が実現したとしている⁽⁷⁶⁾。HIRAがまとめた医療の質評価制度による効果の具体例を表5に示す。

表5 韓国における医療の質評価制度による効果の例（健康保険審査評価院（HIRA）のまとめによる）

評価項目		QIの変化*	
薬剤	風邪への抗生剤処方率	73.3% (2002)	44.1% (2015)
	注射剤処方率	38.6% (2002)	18.3% (2015)
がん	大腸がんに対する勧告された化学療法の実施率	53.4% (2012)	95.2% (2016)
	肺がんの治療前の精密検査の実施率	64.4% (2012)	96.6% (2015)
急性期・慢性期疾患	糖尿病患者の必須検査の実施率	69.0% (2012)	76.7% (2015)
	急性期脳卒中の入院30日以内の死亡率	11.3% (2012)	9.3% (2015)

*（ ）内は年。

（出典）松田晋哉「韓国の医療制度と医療情報の活用状況について」『社会保険旬報』No.2667, 2017.2.21, p.13を基に筆者作成。

2 病院を対象としたP4P—価値インセンティブ・プログラム—

HIRAでは、前述の医療の質評価制度の一環として、高度急性期医療を担う大学病院を対象とした価値インセンティブ・プログラム（Value Incentive Program: VIP）というP4Pを2008年に導入した。2011年からは、対象が一般病院に拡大されている。この背景としては、2000年代に医療費が急増し、医療財政の持続性確保と医療の質向上が課題となり、特に医療費の3分の1を占める病院部門の改善が意図されたことがある。導入に当たっては、米国のメディケアP4P実証事業がモデルとされた⁽⁷⁷⁾。

2008年からの試行的導入では44の大学病院が対象とされ、参加は任意ではなく義務とされた。対象となったのは急性心筋梗塞と帝王切開の2分野である。急性心筋梗塞については、韓国の罹患率・死亡率が増加傾向にあり諸外国のP4Pでも対象とされてきたこと、帝王切開については国際的に見ても高い帝王切開率が問題視されていたことが選定の理由である。急性心筋梗塞ではプロセス指標7項目とアウトカム指標1項目の組合せ、帝王切開ではリスク調整された帝王切開率の指標1項目によって評価が行われた。指標の数値を基に統合スコアが算出され、それを基に対象病院がグレード1からグレード5まで5段階に分類された。最上位のグレード1の病院と、改善の大きかった病院には、全診療報酬の1%に当たるボーナスが支払われた⁽⁷⁸⁾。また、基準値を下回る病院には1%のペナルティが課せられた。ボーナス支払の総額は、2008年から2010年で8億5700万ウォンであった⁽⁷⁹⁾。

2011年からの本格導入では、対象が一般病院に拡大され、急性心筋梗塞を扱う71病院（全体

(75) 健康保険組合連合会『韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書』（平成28年度医療保障総合政策調査・研究基金事業）2017, p.74. <https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf>

(76) 同上, pp.75-76.

(77) Raphaëlle Bisiaux and Y-Ling Chi, “Republic of Korea: Value Incentive Programme,” Cashin et al., eds., *op.cit.*(17), pp.251, 254.

(78) *ibid.*, pp.254-257.

(79) *ibid.*, p.256. 邦貨換算で約6261万円（換算方法は前掲注(65)と同じ。）。

の49%)と、年間200以上の帝王切開を実施する50病院(同46%)に参加が義務付けられた⁽⁸⁰⁾。対象病院の分類は5段階から9段階に変更され、グレード1の病院に2%、グレード2の病院に1%のボーナス支払が行われた。ペナルティの基準も二段階となり、最低の基準値未満だと2%、二段階目の基準値未満だと1%のペナルティが課された。2011年のデータによれば、急性心筋梗塞のボーナス支払は5億2500万ウォンでそのうちの約8割が大学病院に支払われ⁽⁸¹⁾、帝王切開のボーナス支払は5億7700万ウォンで約4割が大学病院に支払われた⁽⁸²⁾。対象分野については、2012年に手術への予防的抗生剤投与が追加され、2014年に急性脳卒中と薬剤使用(抗生剤処方率等)の2項目が追加された⁽⁸³⁾。

評価に用いるデータは前述の医療の質評価と同じものであり、新たなデータ収集制度は導入されていない。用いられるデータは、HIRAのレセプトデータと、オンラインのデータ提出システムで病院から追加提出されるデータであり、年1回の監査でデータの信頼性がチェックされる。また、各病院の統合スコアや評価結果のグレードは一般に公表されている⁽⁸⁴⁾。

P4Pの導入後、評価指標の値は改善しており、医療の質が改善したとする肯定的な評価が示されている⁽⁸⁵⁾。しかし、厳密な評価が行われていないとの指摘や⁽⁸⁶⁾、質の改善の程度は小さいという見方もある⁽⁸⁷⁾。また、P4Pでは病院全体の医療の質の底上げが意図されていたが、上位病院と下位病院の質の格差が縮まったとする指摘がある一方⁽⁸⁸⁾、下位病院の質向上はあまり見られず質の底上げにつながっていないとする指摘もある⁽⁸⁹⁾。

なお、韓国では2010年から介護領域にもP4Pが導入されており⁽⁹⁰⁾、プライマリケアでも導入が検討されている。

3 病院を対象としたP4P—医療の質評価支援金制度—

2015年度からは、前述のVIPとは別に、一種のP4Pとみなせる「医療の質評価支援金制度」が導入されている。韓国では、公的医療保険で非給付とされる範囲が広いことを背景に、混合診療が一般的となっている。その一つに「選択診療」という制度があり、患者が一定の資格を有する「選択診療医」と呼ばれる医師を自ら選択・指定して診療を受けた場合は、その10割が自己負担となる。しかし、実際には患者が希望していないにもかかわらず、選択診療医のほかに担当できる医師がおらず、やむなく選択診療となって患者の経済的負担が重くなる問題が生じていた。このため、選択診療は段階的に縮小されており、それによる病院側の収益減を補てんする目的で新たに導入されたのが、医療の質評価支援金制度である⁽⁹¹⁾。

⁽⁸⁰⁾ *ibid.*, p.259; Sun Min Kim et al., “Korean National Health Insurance Value Incentive Program: achievements and future directions,” *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 45(3), 2012.5, p.150.

⁽⁸¹⁾ Bisiaux and Chi, *ibid.*, p.258. 邦貨換算で約3509万円(換算方法は前掲注(65)と同じ)。

⁽⁸²⁾ *ibid.* 邦貨換算で約3856万円(換算方法は同上)。

⁽⁸³⁾ Seung Ju Kim et al., “Pay-for-performance reduces healthcare spending and improves quality of care: Analysis of target and non-target obstetrics and gynecology surgeries,” *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 2017.4, p.223.

⁽⁸⁴⁾ Bisiaux and Chi, *op.cit.*(77), pp.257, 259, 262.

⁽⁸⁵⁾ 武藤 前掲注(72), p.86; OECD 編著 前掲注(4)

⁽⁸⁶⁾ Kim et al., *op.cit.*(80), p.153.

⁽⁸⁷⁾ Bisiaux and Chi, *op.cit.*(77), p.262.

⁽⁸⁸⁾ *ibid.*, p.263.

⁽⁸⁹⁾ 鄭・井上 前掲注(29), p.192.

⁽⁹⁰⁾ 同上

同制度では、「医療の質と患者安全」、「公共性」、「医療伝達体系」⁽⁹²⁾、「教育研修」、「研究開発」の5領域について、合計59の指標が設定されている。「医療の質と患者安全」では、医師数・看護師数などのストラクチャーの指標に加え、抗生剤処方率、注射剤処方率、各種がん、脳卒中、肺炎、血液透析等についてプロセス指標が設定されており、第IV章1で見た医療の質評価制度と共通の指標が利用されている。

評価の実施機関はHIRAであり、医療機関は事前に通知された評価項目についてのデータを期日までにHIRAに提出する。結果は相対評価によって5段階で示され、等級別、入院患者・外来患者別に定められた加算額が、患者1人当たりの診療報酬に加算される⁽⁹³⁾。

同制度は導入されて間もないものであるが、医療機関の不満は大きいと指摘されている。選択診療の縮小を受けた損失補てんとされながらも多面的な評価制度と連動しており、損失補てんという制度目的と手段が合致していないこと、大規模病院にとっては指標の改善率が評価されないこと、中小病院からは指標が自分達にとって不利であること等が、不満の理由として挙げられている⁽⁹⁴⁾。

V 諸外国のP4Pの効果と問題点

以上で見たような諸外国の取組は、医療の質の向上にどのような効果があり、どのような問題を生じているのだろうか。本稿で取り上げた米国、英国、韓国以外の国々も含め、P4Pに関する研究の蓄積から明らかになった知見を以下にまとめる。

1 P4Pの効果

QIを用いて医療の質を測定することにより、対象となった指標の数値は向上することが知られている。ただし、プロセス指標と比較するとアウトカム指標の改善効果は限定的であり、アウトカムの改善効果があるかについては明確な結論が出ていない。アウトカム指標を改善するためには、測定結果を現場にフィードバックするだけでなく、何らかの方策と組み合わせることが必要だと指摘されている⁽⁹⁵⁾。

この方策の一つとしてP4Pが注目されているわけであるが、果たしてP4Pによって医療の質は改善するのだろうか。各国のP4Pを対象とした効果の検証としては、実施当局が行う評価に加え、外部の研究者が学術研究として分析したケースがあり、これまでに多数の研究が蓄積されている。その中には、P4Pの有効性を示す研究も存在している。しかし、全体としてみれば、P4Pが医療の質を向上させるという十分なエビデンスは得られていない。海外の学術誌に

(91) 健康保険組合連合会 前掲注(75), pp.52-53, 82; 金明中「文在寅政府の医療政策「文在寅ケア」がスタート—財源の安定的な確保こそが成功の近道—」2018.7.4. ニッセイ基礎研究所ウェブサイト <<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=58977&pno=2?site=nli>>

(92) 韓国では、患者は原則としてまず診療所等の一次医療機関を受診することとなっており、上級総合病院と呼ばれる大病院を受診するためには紹介状が必要となる。この仕組みを「医療伝達体系」という。

(93) 健康保険組合連合会 前掲注(75), pp.83-86.

(94) 同上, p.87. この文献では中小病院が自分達に不利と考える理由について詳しい説明はないが、評価指標には「医療機関認証の有無」、「分娩室運営の有無」、「新生児重症患者室入院患者数」、「研修医確保率」、「研究費の有無」等、大病院に有利と推測されるものが含まれている(同, p.84)。

(95) 松田晋哉「DPC制度の活用による医療の質評価」『病院』74(11), 2015.11, p.830; 小林美亜「医療の質評価について知るための文献」『病院』75(11), 2016.11, p.884.

2017年に公表された既存研究のレビューによれば、P4Pの効果に関する研究は信頼性の高いものが少なく結果にばらつきが大きいこと、そうしたばらつきを踏まえても全体としてP4Pの効果は限定的と見られること、効果があるとしても一部のプロセス指標に対してであり、アウトカム指標への影響はほとんど見られないことが示されている⁽⁹⁶⁾。また、P4Pがコストに見合う効果を上げているかという点についても、エビデンスが不十分だと指摘されている⁽⁹⁷⁾。

そもそも、P4Pの効果について信頼性の高い評価を行うのは容易なことではない。P4P導入後に指標の数値が改善したとしても、それがP4Pの効果であるとは限らない。実はそれ以前からすう勢的に改善していたという場合もあるし、経済的インセンティブを伴わないQI測定のみでも一定の改善効果があることから、本来であればP4Pによる追加的な効果を峻別する必要がある。厳密な評価のためには、P4Pの対象となっていない集団と比較する必要があるが、全国一斉に制度が導入され比較可能な集団が無かったり、参加が任意の制度だと非参加者はもともと参加者と条件が違い比較対象として不適切であったりするため、適当な比較対象を設定できない場合も多い。理想的には、P4Pの導入前から評価を計画しておき、評価に基づいて制度改善していくのが望ましいとされる⁽⁹⁸⁾。

一方で、P4P導入により、医療の質以外の面でプラスの波及効果が生じることも指摘されている。医療データの収集・利用の改善、IT化の進展、医療提供者の目標明確化、ガバナンスとアカウントビリティの向上等である⁽⁹⁹⁾。

2 P4Pの弊害

P4Pがもたらすおそれのある主な弊害としては、以下の三点が挙げられる。一点目は、医療提供者による患者選択である。P4Pでは、医療提供者が実績を良く見せるため、状態の改善が見込めない患者を排除したり、状態の改善しやすい患者を優先的に確保したりするインセンティブが働く。この問題は、医療の結果としての患者状態を評価するアウトカム指標を用いる場合に特に生じやすい。理論上の懸念が存在するのみでなく、実際に海外の実証研究で患者選択が起こった事例が確認されているほか⁽¹⁰⁰⁾、日本においても介護の分野で患者選択が観察されたことが報告されている⁽¹⁰¹⁾。好ましくない患者選択が起きないようにするためには、英国のQOFのように特定の患者を指標算出から除外する等、何らかのリスク調整を行う必要がある。

二点目は、医療提供者がP4Pの対象となった領域に注力する結果、それ以外の領域で医療の質が悪化する問題である⁽¹⁰²⁾。こうした問題が実際に生じたとするエビデンスは限定的であるものの、そのリスクは無視できず、評価対象外の領域で質の悪化が生じていないかを継続的に

(96) 田村誠「バリュー・ベース・ヘルスケア（価値に基づく医療）の意味するところ」『社会保険旬報』No.2700, 2018.1.21, p.38.

(97) Frank Eijkenaar, “Key issues in the design of pay for performance programs,” *European Journal of Health Economics*, 14 (1), 2013.2, p.128.

(98) Y-Ling Chi and Matt Sutton, “Evaluating P4P programmes,” Cashin et al., eds., *op.cit.*(17), pp.63-81.

(99) Cheryl Cashin et al., “Health provider P4P and strategic health purchasing,” Cashin et al., eds., *ibid.*, pp.14-15.

(100) Eijkenaar, *op.cit.*(97), pp.119-120.

(101) 飯塚敏晃・菅原慎矢「介護危機打開できるか（下）成果支払い、制度設計カギ」『日本経済新聞』2017.12.8.

(102) 逆に、P4P対象外の領域で医療の質が向上する正の波及効果もあり得る。しかし、既存研究では正負いずれの波及効果も明確に観察されていない。Eijkenaar, *op.cit.*(97), p.120.

確認することが必要だと指摘されている⁽¹⁰³⁾。ただし、幅広い領域の指標を対象とすることで、この問題は緩和され得る。

三点目は、P4Pによって医療施設の間に格差が生じるおそれがあることである。米国や韓国では、小規模施設や低所得の患者が多い施設ではP4Pによる質の向上があまり見られず、結果として格差が拡大したのではないかとの指摘が見られる。P4Pのためのデータ測定や報告は、相対的に見れば小規模施設にとって負担が大きい。P4Pが医療機関全体の質の底上げにつながるよう、事業規模や施設条件を考慮して慎重に制度を検討すること、条件の不利な施設が質向上のための支援を受けられる仕組みを工夫すること等が必要だと指摘されている⁽¹⁰⁴⁾。

3 P4Pの制度設計

P4Pが期待されるほど効果を上げていない一因は、制度設計に問題があるからだと考えられている。P4Pでは、医療提供者が経済的インセンティブに反応し医療の質を向上させるような行動を取ることが想定されているが、実際の医療提供者の行動はP4Pの制度上の様々な要素に影響を受ける。また、P4Pによって前述のような問題点ができるだけ生じないような制度設計を工夫する必要がある。制度設計上、考慮すべき要素としては以下が挙げられる⁽¹⁰⁵⁾。

- ① 対象領域と指標：諸外国のP4Pで最も一般的に用いられている指標は医療の質を測定するQIであるが、予防接種やがん検診等の基本的なサービスのカバー率、患者の経験・満足度、効率性などの指標も用いられる。死亡率等のアウトカム指標を用いる場合は、リスク調整を制度に組み込む必要が生じる。また、指標の数が少ないと医療提供者が評価対象外の領域で手を抜く弊害が生じやすいが、一方で指標が多くなるほど制度が複雑になる。
- ② 評価基準：実績の評価基準としては、絶対評価、相対評価、改善度での評価などがあるが、それぞれ、成績上位者と下位者のいずれに強いインセンティブを与えるかや、算出過程の複雑さなどの点が異なる。また、実績の評価とインセンティブ付与は、診療領域ごとに行う場合と、全対象領域をまとめて一括して行う場合がある。
- ③ 経済的インセンティブの性格：ボーナス支払のみとするか、ペナルティを併用するかを選択する必要がある。理論的には、ボーナスやペナルティの金額が大きい方が医療提供者に与えるインセンティブも大きくなるが、一方で患者選択などの弊害のおそれも大きくなる。また、ボーナス支払のために新たな財源を用意するか、ペナルティにより得られた収入をボーナス支払の原資とするかも検討する必要がある。
- ④ データ報告と検証：諸外国の例では既存のレセプトデータを用いることが多いが、それだけでは必要な情報が不足することから、診療記録等から追加のデータ提出を求める場合もある。データ提出のために新たなシステム構築を行うか、その場合の費用負担をどうするか、データの信頼性確保や監査の仕組みをどう制度化するかも検討する必要がある。

以上のような点について、どのように制度設計すれば有効なP4Pとなるか、現時点では明確な結論が出ているわけではないが、P4Pの制度設計について既存の理論的・実証的研究をレ

⁽¹⁰³⁾ *ibid.*

⁽¹⁰⁴⁾ 鄭・井上 前掲注(29), p.195.

⁽¹⁰⁵⁾ ここでのまとめは、Cheryl Cashin, “P4P programme design,” Cashin et al., eds., *op.cit.*(17), pp.23-39; Eijkenaer, *op.cit.*(97)による。

ビューした 2013 年の論文によれば、幅広い領域を対象とするのが望ましいこと、アウトカム指標や費用面の指標を用いる場合は十分検討されたりリスク調整が重要であること、医療提供者の理解を得るため制度設計に参加してもらうことが不可欠であること、通常は絶対評価より相対評価が望ましいこと、制度の予見性を高めるために恒久的な制度として導入すべきこと等が指摘されている⁽¹⁰⁶⁾。また、適切な P4P の在り方は、ベースとなる診療報酬の支払方式、IT 環境、既存の質向上施策など、それぞれの国の医療の状況によっても異なったものとなる。

おわりに

以上で見たように、諸外国では医療の質評価や P4P について様々な取組が行われている。P4P は医療の質の向上策の一つとして米国で誕生し、2000 年代以降に英国、ドイツ、フランス、韓国等を含む多くの国に普及した。しかし、P4P が医療の質向上に与える効果については諸外国でもいまだ十分なエビデンスがなく、どのような制度設計が望ましいかも明らかになっていない。

翻って日本の状況を見ると、医療の質の評価と公表という点では諸外国に遅れを取ってきたものの、近年では一部の医療機関や病院団体において積極的な取組が展開されている⁽¹⁰⁷⁾。医療の質を支払に反映する P4P については、回復期リハビリテーション病棟において診療報酬の算定要件にアウトカム評価が用いられている例があるが、更に本格的に P4P を導入すべきか否かについては有識者にも見解の相違が見られる⁽¹⁰⁸⁾。今後、日本において医療の質向上や P4P 導入について検討する際は、本稿で見てきたような諸外国の政策動向や、P4P の効果についての知見を踏まえる必要があるものと思われる。

(たなべ さとこ・電子情報部電子情報サービス課)

(本稿は、筆者が社会労働課在職中に執筆したものである。)

⁽¹⁰⁶⁾ Eijkenaar, *ibid.*, p.117.

⁽¹⁰⁷⁾ 「特集：医療の質指標—新時代の幕開け—」『病院』74(11), 2015.11, pp.797-835.

⁽¹⁰⁸⁾ 池田俊也「診療報酬改定の論点（上）医療の質評価、一層反映を」『日本経済新聞』2017.11.23; 松田 前掲注⁽⁹⁵⁾等。