【研究論文】

Value-Based Health Care の研究動向
－アウトカム，コストおよび支払い方式を中心として－

谷　光　　透

要　旨

2010 年のオバマ政権による医療改革は，米国における医療の提供を量重視から質重視に転換したと言われている。なお，そうした転換の重要な起点は，Porter and Teisberg（2006）である。また，その著書が出版された後も，概ねそこで示された内容に沿いながら，Value-Based Health Care（以下，VBHC と略称する）の実証研究が拡大している。

そこで本稿の目的は，Porter and Teisberg（2006）を起点として，その後さらに研究が進展している VBHC の研究動向を明らかにし，我が国における医療機関への VBHC の適用可能性を探ることである。なお，本稿ではその動向を明らかにするために，(1) アウトカム（あるいは，医療の価値），(2) Time-Driven Activity-Based Costing（時間主導型活動基準原価計算）に基づくコスト，(3) 支払い方式の転換（量から質（あるいは価値）に基づく支払い），(4) VBHC の実証研究動向，の 4 点を中心に考察する。その上で，本稿では上記の考察を踏まえた上で，我が国における医療機関への VBHC の適用可能性を，アウトカム，コストおよび支払い方式の順に検討する。

1　はじめに

2010 年のオバマ政権による医療改革は，米国における医療の提供を量重視から質重視に転換したと言われている。なお，そうした転換の重要な文献としては，Porter and Teisberg（2006）を挙げることができる。また，その文献が出版された後も，概ねそこで示された内容に沿いながら，Value-Based Health Care[1)]（以下，VBHC と略称する）の実証研究は，世界各国で進展している。しかし，我が国の VBHC の実証研究は，筆者の知る限り，ほとんど進展していない。ただし，我が国においても，米国の VBHC を下支えする時間主導型コスティング・システムの体系を明らかにし，我が国の医療制度に示唆に富む提案をしている先行研究として足立（2019）が存在

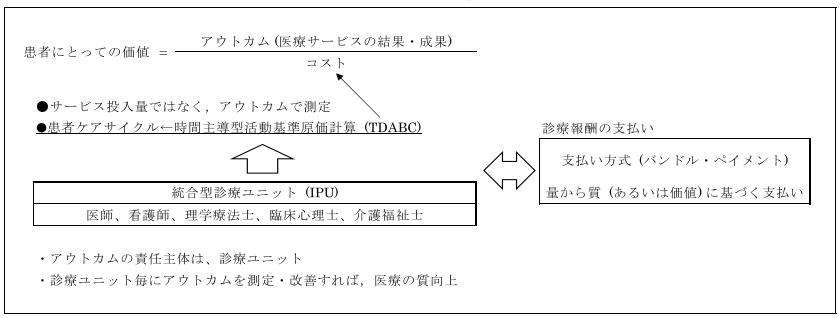
キーワード：VBHC（Value-Based Health Care），時間主導型活動基準原価計算（Time-Driven Activity-Based Costing），アウトカム（Outcomes），バンドル・ペイメント（Bundled Payment）

する。その他にも，山本（2015a）では，Kaplan and Witkowski（2014）を中心として，Porter and Teisberg(2006)をはじめとする価値フレームワーク全体を論じている。また, 山本(2015b)では，医療への Time-Driven Activity-Based Costing[2]（時間主導型活動基準原価計算，以下 TDABC と略称する）の適用がどのような内容を持つものなのか整理し，その上で，病院業績管理の観点から TDABC の有効性がどのような点に見いだされるのか検討している。最後に，水野（2021）では，本稿の主たる目的である VBHC に関する言及は無いが，TDABC に焦点を当てて，経営改善に関心が高い K 病院における DPC データから，経済的に抽出が可能である患者別麻酔時間を配賦基準とする TDABC モデルを開発している。

そこで本稿の目的は，Porter and Teisberg（2006）を起点として，VBHC の研究動向を明らかにし，我が国における医療機関への VBHC の適用可能性を探ることにある。なお，本稿ではその研究動向を明らかにするために, (1) アウトカム（あるいは, 医療の価値）に関する研究, (2) TDABC に基づくコスト，(3) 支払い方式の転換（量から質（あるいは価値）に基づく支払い），(4) VBHC の実証研究動向，の 4 点を中心に考察する。その上で，本稿では上記の考察を踏まえた上で，我が国における医療機関への VBHC の適用可能性を，アウトカム，コストおよび支払い方式の順に検討する。

なお，本稿の研究枠組みを簡潔に示せば図 1 の通りである。図 1 の通り，VBHC が目指す患者にとっての価値は，アウトカム／コストの計算式で示されている。なお，その計算式におけるコストは，患者のケア・サイクル[3]に沿って発生したものを TDABC で計算することになる。また，アウトカムの責任主体は，Integrated Practice Unit[4]（統合型診療ユニット，以下 IPU と略称する）であり，VBHC には IPU 毎にアウトカムを測定・改善すれば医療の質が向上するという前提が存在する[5]。また，図 1 の右側では IPU 毎にアウトカムおよびコストを測定・改善し，その結果に基づいて診療報酬制度を構築する仕組みを示している。したがって，図 1 は医療サービス提供に対して量から質（あるいは価値）に基づく支払い（バンドル・ペイメント）が実施されれば，IPU 単位で診療報酬制度の枠内でのサービス提供の工夫が行われ，IPU 毎にアウトカムおよびコストのイノベーションが促進されるという仕組みとなっている。

図1　本稿の枠組み



（出所）（筆者作成）

2　アウトカム（あるいは，医療の価値）に関する先行研究

2.1　Porter（2010）でアウトカムが定義された理由

Porter and Teisberg（2006）以降の研究において，医療におけるアウトカム[6]を定義した研究としては，Porter（2010）が重要であり，それを踏まえて本稿における医療のアウトカムを簡潔に定義すれば医療における結果・成果である。なお，Porter（2010）ではアウトカムを定義した必要性として以下の 2 点が指摘されている（Porter，2010，p.2477）。

（1）医療サービスへのアクセス，収益性，高品質，コスト抑制，安全性，利便性，患者中心性，満足度など利害関係者の目標は無数にあり，しばしば相反する。

（2）価値はインプットではなく結果に依存するため，医療における価値は提供されたサービスの量ではなく，達成された結果によって測定され，量から価値に焦点を移すことが中心的な課題である。

上記の 2 点について，筆者なりに簡潔に言えば，（1）は医療の複雑性である。したがって，筆者は，Porter（2010）において医療のアウトカムが定義されたことによって，医療の複雑性が整理され，後述する VBHC の実証研究が進展したと考えている。また，（2）は，VBHC が必要とされる理由そのものであり，Porter（2010）で医療のアウトカムが定義されたことは，VBHC が世界中で普及するための第一歩であると考えている。

2.2　アウトカム，コスト，IPU（統合型診療型ユニット）の関係性

ここでは，VBHC において重要となる，アウトカム，コスト，IPU の 3 つの関係性を確認する。最初にその関係性を端的に言えば，IPU がアウトカムの責任主体であると同時に，アウトカムおよびコストのアカウンタビリティを負うということである。ただし，IPU はそれらのアカウンタビリティを負うと同時に，アウトカム向上による成果や収益（あるいは利益）が帰属する主体でもある。そのため，VBHC は，IPU 単位でアウトカムの競争が行われることを前提としている。さらに VBHC は IPU 単位で専門知識の蓄積が行われ，その蓄積が IPU を超えて共有されれば，最終的に国全体の医療価値の向上に貢献することが期待されている。

また，IPU は医療の価値を最大化するために，患者のケア・サイクルに沿った「モニタリング／予防[7] ⇒診断⇒準備⇒介入⇒回復／リハビリ⇒モニタリング／管理」といった価値連鎖[8]を基礎にしている。したがって，例えば原価計算システムにより，製造業の前工程の出来が後工程に与える影響までを可視化できるように，そうした医療の価値連鎖のどこに問題があるのかを特定することが VBHC で可能となる。つまり，患者のケア・サイクルにおけるアウトカムおよびコストにより問題が特定できれば，医療の価値連鎖において問題となる活動を改善することが可能になる。ただし，我が国では「モニタリング／予防」であれば診療報酬体系外のサービスとなり，例えば介護報酬における福祉サービス等も含まれる。したがって，本稿では，厳密には範囲の限

定が困難であるが，概ね現行の診療報酬体系内での医療価値連鎖を想定している。

最後に，ここでの目的であったアウトカム，コスト，IPU の 3 つの関係性を要約すれば，以下の 3 点である。

（1）IPU がアウトカムおよびコストのアカウンタビリティの責任主体である点

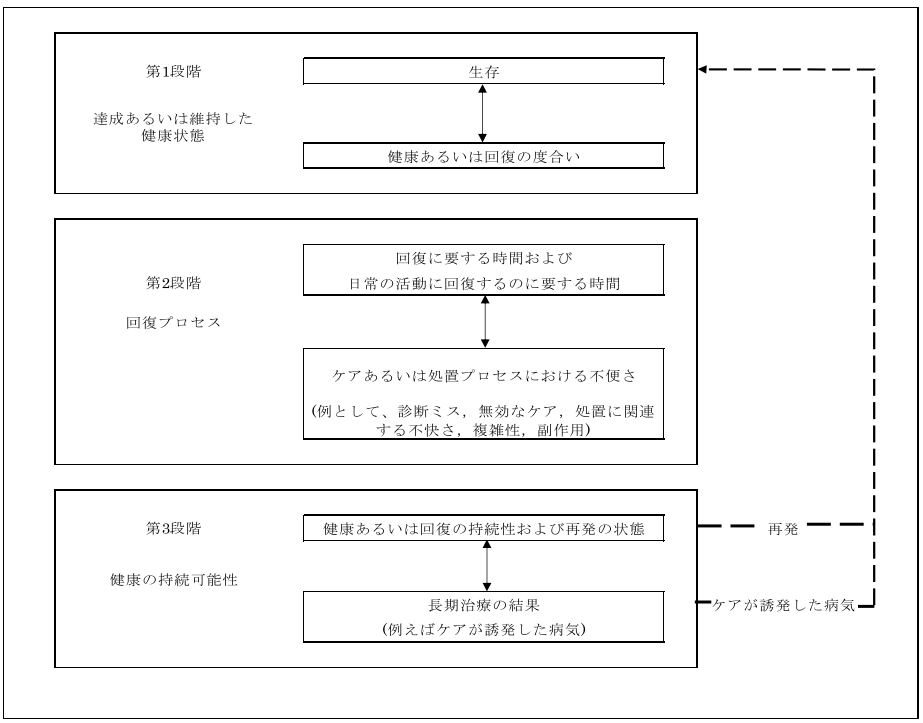
（2）IPU 単位での業務活動は国全体の医療価値の向上に繋がることが期待されている点

（3）IPU は医療提供の価値連鎖に基づいており，アウトカムおよびコストにより問題となる活動を改善することが可能になる点

2.3　Porter（2010）におけるアウトカムの定義

ここでは，Porter（2010）で示されたアウトカム測定ヒエラルキーについて，若干の考察を述べたい。その前に，筆者は，Porter (2010) は Porter and Teisberg（2006）と並び，アウトカムを定義した点で重要な論文であると考えている。なお，そのように考える根拠は，本稿執筆時点の 2022 年 3 日 17 日現在でグーグルスカラーにより検索したところ，Porter（2010）の引用元が 4,734 件存在しており，多くの実証研究の出発点になっていることである。そこで，Porter（2010）で示されたアウトカム測定ヒエラルキーを示せば，図 2 の通りである。

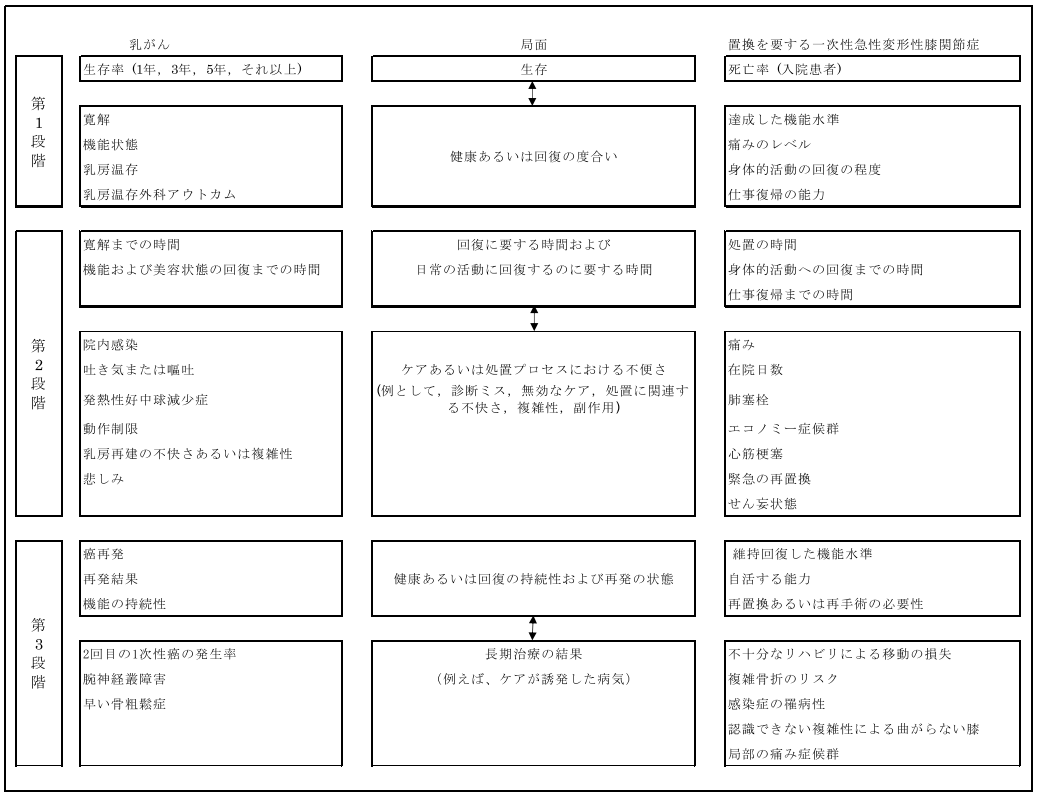
図2　アウトカム測定ヒエラルキー



（出所）（Porter，2010，p.2479）

アウトカム測定ヒエラルキーは，図の上から，第 1 段階「達成あるいは維持した健康状態」，第 2 段階「回復プロセス」，第 3 段階「健康の持続可能性」の 3 段階で示されている。なお，この 3 段階は患者にとって最も重要性の高い第 1 段階を頂点として並べられている。ただし，この 3 段階を患者のケア・サイクルに応じて時系列に並べると，第 2 段階「回復プロセス」⇒第 1 段階「達成あるいは維持した健康状態」⇒第 3 段階「健康の持続可能性」の順となる。なお，Porter（2010）ではそうしたヒエラルキーを具体的に理解できるように，乳がんおよび変形性膝関節症の疾病に応じた指標および症状を示している。
それらを示せば図 3 の通りである。

図3　乳がんと変形性膝関節症のアウトカムヒエラルキー



（出所）（Porter，2010，p.2480 に一部加筆）

最後に，Porter（2010）の本稿での位置付けを確認しておけば，後述する VBHC の実証研究における医療アウトカムのフレームワークと言える。

2.4　ICHOMの取組み

ここでは，Porter（2010）で示されたアウトカム測定ヒエラルキーに沿ったものとして，