

日本の「点数」とアメリカの「RVUs」との比較

坂本 大輔*

日本の診療報酬点数が国際的に見て妥当な形で設定されているかについては、今まであまり検証がなされてこなかった。本稿では、診療報酬点数設定の妥当性を検証するための第一歩として、「老人初診料」「老人再診料」「老人慢性疾患生活指導料」の点数と、アメリカの「Evaluation and Management (E/M)」の中の「外来」サービスに設定されたRVUs(Relative Value Units)とをピックアップし、簡単な診療モデルを用いながら「直接的な」方法により比較した。用いた診療モデルは、症状の程度及び診療が行われる期間の長短という2つの要素に応じた4つのパターンで構成されている。この比較によって、各パターンごとの合計点数ないし合計RVUsは、日米間においてcomparableであることを示唆する結果を得た。

キーワード：① 診療報酬点数、② RVUs(相対評価単位)、③ 「直接的な」比較、④ 「相対的な」比較
⑤ 簡単な診療モデルを用いた比較、⑥ 比較研究を行う際の留意点

I はじめに

本稿は、厚生省からハーバード大学公衆衛生学部 (Harvard School of Public Health) に客員研究員として派遣された筆者が、1995年2月から12月まで11か月間、同学部の付属プログラムである Program in Health Care Financing において、RBRVS<#1>の創始者であるシャオ教授 (William C. Hsiao) の指導の下、RBRVSと日本の診療報酬点数表との比較を念頭に置きつつ研究した結果をまとめたものである。

1990年度に20兆6,000億円であった日本の国民医療費は、1995年度においては27兆2,000億円に達する見込みで、ここ5年間は平均で毎年6%近く増加している<#2>。また、世界に類を見ないペースによる高齢化の動きを反映して、老人医療費の増加ぶりはさらに著しく、1990年度に5兆9,000億円であったものが、1995年度において

は国民医療費の32.2%に当たる8兆7,000億円に達する見込みで、ここ5年間の平均で毎年8%を超える速さで増加している。このように増嵩する医療費のコントロールをいかに行うかは、もはや喫緊の課題であるが、日本 (特に厚生省) の考え方は「医療費それ自体をいかにコントロールするか」という方向に傾きがちで、個々の医療サービスの価格や供給量 (需要量) に着目した考え方に対しては、あまり注意が払われていない。しかし、そもそも医療費自体が、医療サービスの価格と供給量の積として算出されるものである以上、「価格」や「供給量」に着目した研究こそ、本来不可欠である。

このような観点から、本稿では、アメリカとの比較という形で、日本における個々の医療サービスの価格の分析を試みた。具体的には、診療報酬点数表 (1994年10月版) 及びCPT<#3>から比較の対象として「診察・指導管理」及び「Evaluation and Management (E/M)」を選び出し、それらの点数とRVUs<#4>とを比較して

* 総理府国際平和協力本部事務局 (厚生省より出向)

みた。

点数とRVUsとの比較をするためには、本来その前提として、そもそもRBRVSとは何か、どのように開発されたのか、等について詳細な説明が必要であるし、さらに、各診療行為のRVUsはCPTのコード(約7,000に及ぶ)ごとに設定されているため、CPTに関する詳しい解説も必要である。しかし本稿では、紙面の都合から、RBRVSやCPTに関する詳細な説明は一切省略し、別稿に譲る。

点数とRVUsとの比較をするとき、まず念頭に置かれなければならないのは、

- ・できるだけ類似した医療サービスの選択
- ・各点数(RVUs)がカバーしている費用の範囲の正確な吟味

などの点であろう。いずれにしても、比較研究は、比較結果がどうなっているかよりも、比較の視点や方法が明確かどうかの方がよほど重要であり、本稿が最も強調したいのはこの点であることを、まず示しておきたい。

II. 点数とRVUsとの比較

1. 比較の方法

点数とRVUsとを比較するための方法として筆者が想定するのは、「直接的な」方法と「相対的な」方法との2つである。まず「直接的な」比較の方法は、類似する診療サービスについて、日本とアメリカとでサービスの値段にどのような差異があるかを見るための比較である。例えば、日本の「眼内レンズ挿入術 [K283]」に設定された点数(1994年10月版では8,000点)と、アメリカの「眼内レンズ挿入・交換(insertion or exchange of intraocular lens) [CPT code Nos.66983-66986]」に設定されたRVUs^{<注5>}とを、それぞれ金額に直して比較することとなる。8,000点は80,000円に相当し、CPT CODE No.66985の診療行為に設定された18.62RVUsは、

1995年においては734.50ドル(1ドル=100円とすると73,450円)^{<注6>}に相当するから、全く単純に比較すれば、「眼内レンズ挿入という診療サービスの値段に関しては、日米とではあまり差は見られない」という結論が得られる。

一方、「相対的な」比較の方法は、ある診療サービスの点数ないしRVUsを1と置いた場合、他の診療サービスの点数ないしRVUsの相対指数はいくつになるかを見るための比較である。例えば、日本の「老人初診料(診療所)」には221点が、「眼内レンズ挿入術」には8,000点がそれぞれ設定されているが、ここで「老人初診料(診療所)」の点数を1と置くと、「眼内レンズ挿入術」の点数は36.20となる。他方、アメリカの「Evaluation and management(E/M)」というサービスのうち、日本の「初診」に相当する診療行為であって最も簡易なもの(CPT code No.99201)には0.79RVUsが、「眼内レンズ挿入・交換」のうちCPT code No.66985の診療行為には18.62RVUsがそれぞれ設定されているが、ここで前者のRVUsを1と置くと、後者のRVUsは23.57となる。よって、全く単純に比較すれば、「初診という診療サービスを基準とした場合、眼内レンズ挿入という診療サービスは、日本において、より高く評価されている」という結論が導かれる。

RBRVS開発の本来の趣旨からすれば、後述のように「相対的な」比較の方法がとられるべきであるが、本稿においては、時間的な制約や適切なデータの不足等の理由により、「直接的な」比較の方法を採用した。

2. 比較対象の選択等

(1) 診療行為の選択

まず、対象となる診療行為カテゴリーとして、点数表からは「診察・指導管理」を、CPTからは「Evaluation and Management (E/M)」を選定した。

次に、対象とする診療行為として、以下に掲げるものをピックアップした。

① 診察・指導管理

- ・老人初診料（診療所）
- ・老人再診料（診療所）
- ・老人慢性疾患生活指導料（診療所）

② Evaluation and Management (E/M)

- ・ Office and other outpatient visit for E/M of a new patient
CPT code Nos. 99201, 99202, 99203, 99204, 99205
- ・ Office and other outpatient visit for E/M of an established patient
CPT code Nos. 99211, 99212, 99213, 99214, 99215

(2) 各点数ないし各RVUsに含まれる費用の範囲

診療報酬点数とRVUsとの比較をするに当たって、重要なポイントとなるのは、個々の診療行為項目に割り当てられた点数ないしRVUsが、どのような費用を含む（あるいは含まない）ものとして設定されているかである。

各点数ないし各RVUsに含まれる費用の範囲については、点数表ではいわゆる「通則」の部分、CPTにおいては各診療カテゴリーの最初の部分にあるGuidelinesに記述がある。それらの記述に基づきながら、以下では、選択した診療行為に設定された点数ないしRVUsがカバーする費用の範囲に関する「一般原則」がどのようなになっているか概観する。

① 「初診（料）」「再診（料）」

まず、点数表における「初診料」「再診料」がカバーしている費用の範囲を見てみる。「初診料」「再診料」については、「第1章 基本診療料」の最初の部分に「（基本診療料の性格と内容）」という形で通則的な説明が設けられている。それによると、「初診料」「再診料」には、

- ・簡単な検査（例えば血圧測定検査、簡単な視野測定検査、精液pH測定検査）等の費

用

- ・簡単な処置や物理療法（例えば、浣腸、注腸、吸入）の費用

等が含まれている。簡単な検査や処置の費用が含まれる点はこれで理解できたが、そもそも「初診」「再診」は、日本においてはどのような内容をもった診療行為として捉えられているのであろうか。日本の診療報酬点数表には、「A000 初診料」が算定できるための原則として、次のような通知が掲載されている。

「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合において、特に初診料（紹介患者初診料を含む。以下同じ。）が算定できない趣旨の規定がある場合を除き算定する。」（1994年3月16日 保険発 25）

ここで、「医学的に初診といわれる診療行為」という表現がみられるが、この表現の内容を厚生省に照会してみた結果、「医学的に」初診といわれる診療行為としては、

- ・現病歴（主訴）に関する診察等の他に、
- ・病歴
- ・家族歴
- ・生活習慣
- ・全身的所見等の把握

が挙げられることがわかった。病歴や全体的所見等の要素を改めて把握する必要があるかどうか、「初診（料）」と「再診（料）」との差になっていると、一般的には言えるであろう。

② Evaluation and Management

次に、CPTにおいては、Evaluation and Managementの範囲は、

- ・ examinations
- ・ evaluations
- ・ treatments
- ・ conferences with or concerning patients
- ・ preventive pediatric and adult health supervision
- ・ similar medical services

とされている。また、Evaluation and Managementのサービスのレベル（すなわちRVUsの大

小) は、基本的に次の7つの構成要素によって決定される。

- ・ history
- ・ examination
- ・ medical decision making
- ・ counseling
- ・ coordination of care
- ・ nature of presenting problem
- ・ time

このうち、最初の3つの構成要素 (history, examination, medical decision making) は、key components と呼ばれ、提供されるべき Evaluation and Management サービスのレベルを決定するための最重要要素となる。次の3つ (counseling, coordination of care, nature of presenting problem) は、contributory components (「寄与的要素」とでも訳せようか) と呼ばれ、Evaluation and Management サービスのレベルを決定するに当たっての付加的な要素となる。最後の1つ (すなわち time) は、簡単に言えば、医師の仕事量の多寡を示してい

ると考えてよい。

このように見てくると、日本の「初診」「再診」と、アメリカの E/Mサービスとを比較した場合、設定された点数ないしRVUsがカバーしている費用の範囲にはそれほど大きな差異はないと言える。

3. 点数とRVUsとの比較

以下、ピックアップした診療行為について点数とRVUsとの比較を行い、適宜考察を加える。

(1) 比較表 (<表>を参照)

(2) 考察

① CPT上のE/Mサービスに関する若干の説明

a. Office or other outpatient visit for the E/M of a new patient

99201 は、身体のある一定の限られた部分を

<表> 「診察・指導管理」と「Evaluation and Management」との比較表

1. 診察・指導管理

	診療所	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上
老人初診料	221点 [2210円]	208点 [2080円]	208点 [2080円]	208点 [2080円]
老人再診料	61点 [610円]	50点 [500円]	50点 [500円]	50点 [500円]
老人慢性疾患 生活指導料	200点 [2000円]	130点 [1300円]	75点 [750円]	—

表注1：老人初診料、老人再診料及び老人慢性疾患生活指導料については、診療行為が病院で行われた場合の点数(病床数によって、さらに点数が分かれている)と、診療所で行われた場合の点数とが設定されている。本稿において比較の対象としたのは診療所用の点数であるが、上表においては、病院用の点数も参考までに掲載した。

表注2：老人慢性疾患生活指導料は、1月に2回を限度として算定できる。また、老人初診料を算定する初診の日又はその日から1月以内に行った指導の費用は、老人初診料に含まれるものとされる。

2. Evaluation and Management (E/M)

(1) 概略表

99201	TOTAL	0.79RVUs [2433円]	99211	TOTAL	0.38RVUs [1170円]
99202	TOTAL	1.25RVUs [3850円]	99212	TOTAL	0.68RVUs [2094円]
99203	TOTAL	1.72RVUs [5297円]	99213	TOTAL	0.96RVUs [2957円]
99204	TOTAL	2.57RVUs [7915円]	99214	TOTAL	1.48RVUs [4558円]
99205	TOTAL	3.22RVUs [9917円]	99215	TOTAL	2.34RVUs [7207円]

表注3： [] 内の算出は、次の方法によった。

- ① 1995年の平均為替レート = 94.06円/\$
- ② 日米間における保健・医療費の内外価格差 = 0.90^{<187>}
- ③ ①②より、保健・医療費の購買力平価 = 84.65円/\$
- ④ 1995年における primary care type の診療行為(E/Mサービスはこれに該当)の1RVU当たりのドル換算値 = \$ 36.382/RVU
- ⑤ ③④より、1995年における E/Mサービスの1RVU当たりの円換算値 = 3079.88円/RVU

(2) 詳細表

① Office or other outpatient visit for the E/M of a new patient

			History	Examination	Medical Decision Making	Time typically spent for face-to-face
99201	TW RVUs	0.38	problem-focused	problem-focused	straightforward	10 minutes
	PC RVUs	0.37				
	ML RVUs	0.04				
	TOTAL	0.79				
99202	TW RVUs	0.75	expanded problem-focused	expanded problem-focused	straightforward	20 minutes
	PC RVUs	0.45				
	ML RVUs	0.05				
	TOTAL	1.25				
99203	TW RVUs	1.14	detailed	detailed	of low complexity	30 minutes
	PC RVUs	0.52				
	ML RVUs	0.06				
	TOTAL	1.72				
99204	TW RVUs	1.71	comprehensive	comprehensive	of moderate complexity	45 minutes
	PC RVUs	0.78				
	ML RVUs	0.08				
	TOTAL	2.57				
99205	TW RVUs	2.28	comprehensive	comprehensive	of high complexity	60 minutes
	PC RVUs	0.85				
	ML RVUs	0.09				
	TOTAL	3.22				

② Office or other outpatient visit for the E/M of an established patient

			History	Examination	Medical Decision Making	Time typically spent for face-to-face
99211	TW RVUs 0.17 PC RVUs 0.19 ML RVUs 0.02 TOTAL 0.38		minimal problem	(may not require the presence of a physician)	(may not require the presence of a physician)	5 minutes
99212	TW RVUs 0.38 PC RVUs 0.28 ML RVUs 0.02 TOTAL 0.68		problem-focused	problem-focused	straightforward	10 minutes
99213	TW RVUs 0.55 PC RVUs 0.38 ML RVUs 0.03 TOTAL 0.96		expanded problem-focused	expanded problem-focused	of low complexity	15 minutes
99214	TW RVUs 0.94 PC RVUs 0.50 ML RVUs 0.04 TOTAL 1.48		detailed	detailed	of moderate complexity	25 minutes
99215	TW RVUs 1.51 PC RVUs 0.76 ML RVUs 0.07 TOTAL 2.34		comprehensive	comprehensive	of high complexity	40 minutes

Note: "TW" = Total Work, "PC" = Practice Cost, "ML" = Malpractice Liability

診察すればすむような、ごく軽症の場合である。例えば、手の皮膚をケガした患者等がそれに当たる。

99202 は、生命に対する危険性は皆無で、それほど詳細に診察をする必要がない場合である。例としては、カゼや、アレルギー性鼻炎、急性中耳炎等が挙げられる。

99203 は、患者の主訴の原因となりうる候補は比較的限られているが、かなり詳細な全身的検査が必要になってくる場合である。例えば、腰痛の患者、突然の血尿が見られた患者等がそれに該当する。

99204 は、全身的な疾患であるため、詳細な全身的診察・検査が必要になってくるような場合である。例としては、狭心症や糖尿病の兆候が見られる患者、全身的な関節痛の患者等が挙げられる。

99205 は、早急な診療計画を立て、一刻も早く対処しなければならないような場合である。例えば、心不全患者、突然の体重減少が見られ

た患者（がんの疑いがある）等がそれに該当する。

b. Office or other outpatient visit for the E/M of an established patient

99211 の例としては、いわゆる「薬だけ再診」に相当するものや、ツベルクリン反応の測定、包帯の交換のみ、といったものが想定される。

99212 は、病態が安定しており、何か状態変化が起こったとしてもそれほど大事には至らないような場合である。例としては、病態の安定した高血圧患者等が該当する。

99213 は、病態自体は安定しているが、もし何か状態変化が起こった場合、ひとたび対処法をまちがえれば死に至る危険性を孕んでいるような場合である。例としては、心不全患者、肝硬変患者、喘息患者等が挙げられる。

99214 は、(i) ある程度病態に変化が見られる急性の疾患ではあるが、死に至るような危険性はない場合や、(ii) 病態に若干変化の見られ

る慢性の疾患で、ひとたび対処法をまちがえれば重症化する危険性があり、医師による微妙なコントロールを必要とする場合である。(i)の例としては、急性の腹痛等が挙げられ、(ii)の例としては、化学療法中のがん患者や、中度のリウマチ患者^{<注8>}等が挙げられる。

99215 は、病態が急性で、状態変化のスピードも速く、患者が重態かそれに近い状態で、対処法をまちがえると死に至ることもありうるような場合である。このような場合の1つの例として、CPT は、「筋萎縮性側索硬化症で、既に嚥（えん）下不能の75歳の再来患者の外来^{<注9>}」というのを挙げている。

99214 及び 99215 の対象となる患者は、基本的には新規の患者であり、日本においては初診に該当するケースが多いであろう。もしこれらの患者の外来であって再診と評価される場合があるとすれば、いわゆる急性増悪のようなケースが想定されよう。

② 簡単なモデルを用いた比較

ここでは、ごく簡単なモデルを設定して、点数と RVUs との「直接的な」比較を試みる。例としては、(i) 病態の安定した高血圧の老人が新患で外来した場合、(ii) 軽度の心不全の兆候が見られる心臓病の老人が新患で外来し、最初の1月で診断がついて病態が安定してきた場合、を想定する。医師は、初診又は再診以外の医療行為としては生活指導しか行わないものとする。

(i) -1 最初の3か月モデル

(日 本) 最初の月……初診1回、再診1回
 第2月 ……再診1~2回、
 生活指導1~2回
 第3月 ……再診1~2回、
 生活指導1回

合計点数 (最も再診、生活指導が少ない場合)
 $= (221 \times 1) + (61 \times 3) + (200 \times 2)$
 $= 804 \text{点} [8,040 \text{円}]$

合計点数 (最も再診、生活指導が多い場合)
 $= (221 \times 1) + (61 \times 5) + (200 \times 3)$
 $= 1,126 \text{点} [11,260 \text{円}]$

(アメリカ) 3か月の間に、「初診 (99204)」1回、
 「再診 (99212)」0~1回

合計点数 (「再診」がない場合)
 $= 2.57 \text{RVUs} [7,915 \text{円}]$

合計点数 (「再診」がある場合)
 $= (2.57 \times 1) + (0.68 \times 1)$
 $= 3.25 \text{RVUs} [10,010 \text{円}]$

(i) -2 最初の6か月モデル

(日 本) 最初の月……初診1回、再診1回
 第2月 ……再診1~2回、
 生活指導1~2回
 第3月 ……再診1~2回、
 生活指導1回
 第4~6月 ……再診1回、
 生活指導1回

合計点数 (再診、生活指導が最も少ない場合)
 $= (221 \times 1) + (61 \times 6) + (200 \times 5)$
 $= 1,587 \text{点} [15,870 \text{円}]$

合計点数 (再診、生活指導が最も多い場合)
 $= (221 \times 1) + (61 \times 8) + (200 \times 6)$
 $= 1,909 \text{点} [19,090 \text{円}]$

(アメリカ) 6か月の間に、「初診 (99204)」1回、
 「再診 (99212)」1~2回

合計点数 (「再診」1回の場合)
 $= (2.57 \times 1) + (0.68 \times 1)$
 $= 3.25 \text{RVUs} [10,010 \text{円}]$

合計点数 (「再診」2回の場合)
 $= (2.57 \times 1) + (0.68 \times 2)$
 $= 3.93 \text{RVUs} [12,104 \text{円}]$

次に、心臓病患者の場合を考えてみる。

(ii) -1 最初の3か月モデル

(日 本) 最初の月……初診1回、再診1回
 第2~3月 ……再診2回、
 生活指導2回

$$\begin{aligned} \text{合計点数} &= (221 \times 1) + (61 \times 5) + (200 \times 4) \\ &= 1,326 \text{点} [13,260 \text{円}] \end{aligned}$$

(アメリカ) 3か月の間に、「初診 (99205)」1回、
「再診 (99214)」1回、
「再診 (99213)」0~1回

$$\begin{aligned} \text{合計点数 (「再診 (99213)」を行わない場合)} &= (3.22 \times 1) + (1.48 \times 1) \\ &= 4.70 \text{RVUs} [14,475 \text{円}] \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{合計点数 (「再診 (99213)」を行う場合)} &= (3.22 \times 1) + (1.48 \times 1) + (0.96 \times 1) \\ &= 5.66 \text{RVUs} [17,432 \text{円}] \end{aligned}$$

(ii) -2 最初の6か月モデル

(日本) 最初の月……初診1回、再診1回
第2月……再診2回、
生活指導2回
第3~6月……再診1~2回、
生活指導1~2回

$$\begin{aligned} \text{合計点数 (再診、生活指導が最も少ない場合)} &= (221 \times 1) + (61 \times 7) + (200 \times 6) \\ &= 1,848 \text{点} [18,480 \text{円}] \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{合計点数 (再診、生活指導が最も多い場合)} &= (221 \times 1) + (61 \times 11) + (200 \times 10) \\ &= 2,892 \text{点} [28,920 \text{円}] \end{aligned}$$

(アメリカ) 6か月の間に、「初診 (99205)」1回、
「再診 (99214)」1~2回、
「再診 (99213)」1~2回

$$\begin{aligned} \text{合計点数 (最も「再診」が少ない場合)} &= (3.22 \times 1) + (1.48 \times 1) + (0.96 \times 1) \\ &= 5.66 \text{RVUs} [17,432 \text{円}] \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{合計点数 (最も「再診」が多い場合)} &= (3.22 \times 1) + (1.48 \times 2) + (0.96 \times 2) \\ &= 8.10 \text{RVUs} [24,947 \text{円}] \end{aligned}$$

モデルにおいて、アメリカにおける visit の頻度が、日本的な感覚からするとかなり低く設定されているように思われるかもしれないが、アメリカでは日本で行われているほど頻繁には visit が行われないのが実態である^{<注10>}。

それぞれのモデルを見てみると、まず (i) の

ような軽症患者の場合には、最初の3か月モデルでは日本が 8,040~11,260円、アメリカが 7,915~10,010円ではほぼ同じとなるが、最初の6か月モデルで比較すると、15,870~19,090円対 10,010~12,104円と、日本の方がかなり高くなるという結果となった。

他方、(ii) のような比較的重症な患者の場合には、最初の3か月モデルでは 13,260円対 14,475~17,432円とアメリカの方が高くなるが、最初の6か月モデルでは 18,480~28,920円対 17,432~24,947円とほぼ同じになるという結果が得られた。

(i) (ii) をまとめると、次のマトリックスを得る。

	最初の3か月モデル	最初の6か月モデル
軽症患者	日米ともほぼ同じ	日本の方が高い
比較的重症な患者	アメリカの方が高い	日米ともほぼ同じ

このマトリックスは、簡単な診療モデルを設定して合計点数 (RVUs) を比較すれば、comparableな結果につながり得ることを示唆していると言える。

4. 比較のまとめ

以上が、「診察・指導管理」及び「Evaluation and Management」に関する点数と RVUsの「直接的な」比較の結果である。

本稿において、点数ないしRVUsの単純な比較ではなく、簡単なモデルを用いた比較を試みたのは、(i) 単純な比較はほとんど意味がない、(ii) どのようなモデリングが可能なのかにつき自分なりのイメージを持ちたかった、(iii) きちんとしたモデル設定を行うためにはそれなりのデータが必要であることを再確認したかった、等の理由によるものである。上記で述べたように、E/M サービス (ないし初診や再診) については比較的容易にモデル設定ができたが、それは E/M サービスがすべての医療サービスの基本であり、机上の想定でも実態とはそれほどかけ離れないからである。また、例えば画像診

断 (Radiology) のように診療行為がある程度定型的である場合には、各点数及び各RVUs が含む費用の範囲 (例えば、フィルム代、薬剤費、特定保険医療材料費等を含むか否か) について吟味がなされれば、かなりcomparable な比較結果が得られるものと予想される。これに対し、例えば手術サービスを研究対象とする場合には、フォローアップ・ケアの態様がひじょうに多岐にわたり、しかも専門科ごとにサービス内容がまちまちであるため、適切なデータが存在しない限り、机上モデリングは不可能に近い。いずれにしても、よく練られたリサーチ・スキームの中で、適切なデータに基づき、適切なモデルを設定して行う、よりミクロ的な比較が、今や不可欠である。

III 考 察

点数とRVUsとの比較方法としては、上述のように、「直接的な」比較のほか、「相対的な」比較の方法がある。診療科目 (specialty) 間の不公平感の是正という、RBRVS開発の趣旨からすれば、「相対的な比較」の方法が本来とられるべきであったが、時間的な制約や適切なデータの不足といった理由により、本稿では「直接的な」比較のみにとどめざるを得なかった。今後は、医学、経済学、統計学あるいは心理学等さまざまな分野の英知を結集させて科学的に開発されたRBRVSと、科学的な方法に基づいて作成されているとは言えない日本の診療報酬点数表との比較を意味あるものにするためにも、「相対的な」比較の方法を用いた比較研究が不可欠である^{<注11>}。

診療報酬の国際比較研究を行う際にまず念頭に置くべきなのは、最初にも述べたように、

- ・できるだけ類似した医療サービスの選択
- ・各点数 (RVUs) がカバーしている費用の範囲の正確な吟味

の2点であるが、その他に必要ないくつかの視点について、ここで考察しておく。

1つ目は、誰に対して診療報酬が支払われているのか、という視点である。日本においては、診療報酬点数表を通じて、保険医療機関に対し、診療報酬が支払われている。これに対し、アメリカのメディケアにおいては、基本的に、入院サービス等 (パートAの部分) の診療報酬はいわゆるDRG-PPS方式によって病院に対し、外来サービスその他の医師サービス (パートBの部分) の診療報酬は、本稿の主題であるRBRVS方式によって医師 (physician) に対し、それぞれ支払われている。この視点からすると、診療報酬の日米比較を完全に行うためには、少なくとも「DRG-PPS+RBRVS」と「診療報酬点数表」とを比較しなければならない。

2つ目は、医療サービス提供に関する費用にはどのようなものがあるか、という分析的視点である。すなわち、固定費用・可変費用にはそれぞれどのようなものがあるか、どんな費用の占める割合が大きいのか (例えば、日本では設備費の割合が高く、アメリカでは運営費用や医療過誤保険料の割合が高い等)、等である。

3つ目は、サービス提供形態についての分析的視点である。すなわち、あるサービス (あるいは、あるサービス・パッケージ) を提供する際に、どのようなヘルス・ケア関係職種 (医師、看護婦、技師等々) が、それぞれどのような役割をどの程度果たしているのか、を正確に分析することである。

4つ目は、3つ目の視点の裏返しであるが、提供されるサービスそれ自体の内容を分析するという視点である。「(医療) サービス」というものをどのように捉えるか、という視点と言ってもよい。この点、ハーバードの研究グループが、サービスを pre-service、intra-service 及び post-service に分けて考察している^{<注12>}のは、サービス内容自体の分析手法の1つとして、注目されてしかるべきであろう。もし医師の技術料評価をきめ細かく行おうとするのであれば、医師が提供している個々のサービスの内容をきめ細かく分析することは不可欠というべきであ

る。また、今後医療サービスの質の評価を行っていく場合においても、個々のサービス内容それぞれ自体のきめ細かな分析がどれだけできているかが、ひとつのキーポイントになってくると考える。

注

<注1>

Resource-Based Relative Value Scales。「投入された資源コストに応じた相対評価の尺度」と訳せるが、要は日本の診療報酬点数表を想定すればよい。

<注2>

国民所得との関係で言えば、国民医療費の対国民所得比は、1990年に5.96%であったものが、1995年には7.2%に達する見込みとなっている。

<注3>

Physician's Current Procedural Terminology の略で、AMAによって毎年改訂・発行されている。本稿では1995年版を用いた。

<注4>

Relative Value Units。「相対評価単位」と訳せるが、要は単位当たり点数と考えればよい。

<注5>

例えば、CPT code No.66985の診療行為 (Insertion of intraocular lens prosthesis (secondary implant), not associated with concurrent cataract removal) には、1995年版では18.62RVUsが設定されている。

<注6>

ここでは議論を単純にするために為替レートを用いているが、為替レートは資本収支を合わせた通貨の市場交換レートであって、サービス費目の直接比較にとって適切な指標ではない。そのため本稿では、後述のように保健・医療費に関する購買力平価を指標として用いている。

<注7>

経済企画庁物価局の資料によれば、内外価格差とは、購買力平価を為替レートで除したものとされている。1995年においては、生計費の購買力平価が149円/\$、為替レートが94円/\$であることから、生計費の内外価格差は1.59倍となっている。なお、保健・医療費については内外価格差の数字 (0.90) のみ発表されていることから、本稿では、為替レートに内外価格差を乗じて、保健・医療費の購買力平価を算出した。

<注8>

ステロイドで抑えるような第1期のリウマチではなく、金やメトトレキセードを施用する必要があるよう

な第2期のリウマチにかかっている患者などがこれに該当するであろう。

<注9>

原文では、“office visit for a 75-year-old established patient with ALS (amyotrophic lateral sclerosis), who is no longer able to swallow”。

<注10>

OECD Health Data 1996によれば、1人の患者が外来で医師の診察を受ける頻度は、日本では16.3回/年 (1.4回/月) であるのに対し、アメリカでは6.0回/年 (0.5回/月) となっている (日米とも1995年のデータ)。

<注11>

RBRVSの開発過程の基本的な部分をごく簡単に述べれば、①中心サービス提供中の仕事量の測定 (Measuring Intraservice Work)、②中心サービス提供前及びサービス提供後になされる付随サービスの仕事量の見積もり (Estimating Preservice and Postservice Work)、③調査の対象とならなかった診療行為の仕事量の推定 (Extrapolation of Measures of Work)、④専門科間の関連付け (Cross-Specialty Linkage) を通じた共通の相対評価尺度 (Common Scale) の作成、⑤診療費用 (医師の仕事量は除く) の相対指数の作成 (Development of Practice Cost Indices) の5つの要素から成る (このうち①~④は、仕事量RVUsを設定するための一連のプロセスである)。筆者個人は、かかる開発過程は十分科学的であると考え、[RBRVSと同様の開発プロセスを踏んだ上で日本の診療報酬点数を設定してみたらどのようなようになるか] という研究テーマに強い関心を持っている。

<注12>

詳しくは、参考文献として掲げた、ハーバード大学のRBRVS開発研究 (第1段階) に関する一連の論文 (JAMA 1988年10月28日号) を参照のこと。

参考文献

1. ハーバード大学のRBRVS開発研究 (第1段階) に関する一連の論文 (JAMA 1988年10月28日号)
 - (1) Resource-Based Relative Values
William C. Hsiao, PhD; Peter Braun, MD; Daniel Dunn, PhD; Edmund R. Becker, PhD
 - (2) Measurement and Analysis of Intraservice Work
William C. Hsiao, PhD; Douwe B. Yntema, PhD; Peter Braun, MD; Daniel Dunn, PhD; Christine Spencer, MS
 - (3) A Method for Estimating the Preservice and Postservice Work of Physician's Services

- Daniel Dunn, PhD; William C. Hsiao, PhD; Thomas R. Ketcham, MPH; Peter Braun, MD
- (4) Extrapolation of Measures of Work for Surveyed Services to Other Services
Nancy L. Kelly, DSc; William C. Hsiao, PhD; Peter Braun, MD; Arthur Sobol, MA; Margaret DeNicola, MPH
- (5) Cross-Specialty Linkage of Resource-Based Relative Value Scales
Peter Braun, MD; Douwe B. Yntema, PhD; Daniel Dunn, PhD; Margaret DeNicola, MPH; Thomas Ketcham, MPH; Diana Verrilli; William C. Hsiao, PhD
- (6) Relative Cost Differences Among Physician's Specialty Practices
Edmund R. Becker, PhD; Daniel Dunn, PhD; William C. Hsiao, PhD
- (7) Evaluation and Management Services in the Resource-Based Relative Value Scale
Peter Braun, MD; William C. Hsiao, PhD; Edmund R. Becker, PhD; Margaret DeNicola, MPH
- (8) Resource-Based Relative Values for Invasive Procedures Performed by Eight Surgical Specialties
William C. Hsiao, PhD; Nathan P. Couch, MD; Nancyanne Causino, EdD; Edmund R. Becker, PhD; Thomas R. Ketcham, MPH; Diana K. Verrilli
- (9) Results, Potential Effects, and Implementation Issues of the Resource-Based Relative Value Scale
William C. Hsiao, PhD; Peter Braun, MD; Nancy L. Kelly, ScD; Edmund R. Becker, PhD
2. ハーバード大学のRBRVS開発研究(第2段階)の研究報告書(1990年9月)
(A National Study of Resource-Based Relative Value Scales for Physician Services)
3. CPT'95 (Physician's Current Procedural Terminology)
American Medical Association
4. Medicare Fee Schedule 1995
Health Care Financing Agency (HCFA)
5. 医科点数表の解釈 (1994年10月版)
厚生省保険局医療課・老人保健福祉局老人保健課編
6. 社会医療診療行為別調査報告 (1993年6月審査分)
厚生省大臣官房統計情報部編
7. 米国の医師診療報酬-RBRVSの全貌-
川渕孝一 <社会保険旬報に連載されたもの>
8. 診療報酬改定-今後の流れ-
編集: 厚生省保険局医療課保険医療企画調査室
協力: 財団法人 医療経済研究機構
9. OECD Health Data 1996
OECD
10. 生計費調査 (1995年) による購買力平価及び内外価格差の概況
経済企画庁物価局 (1996年5月発表)
11. Purchasing Power Parities and Real Expenditures 1993
OECD

Comparison of “TENSU” in Japan with “RVUs” in the United States

Daisuke Sakamoto*

It has not been deeply examined whether the Japanese Fee Schedule (“Tensu-hyo”) is validly set against international standards. As a preparatory study for more thorough examination of validity of the Japanese Tensu, this paper makes, using a simple model, “direct” comparison of Tensu with RVUs (Relative Value Units), which is equivalent to Tensu, in the Medicare Fee Schedule. The author picks up Tensu set for Outpatient Visit (“Shoshin” and “Saishin”) of an Elderly Patient and for Medical Guidance (“Seikatsu-shido”) to an Elderly Patient with Chronic Disease(s), and RVUs set for Office or Other Outpatient Visit (equivalent to “Shoshin” and “Saishin”), which is part of Evaluation and Management (E/M). The simple model is composed of four patterns according to length of period in which visits are performed and to severity of disease. The result of this comparison suggests that total Tensu and total RVUs are comparable in each of the four patterns.

[key words]

Japanese Fee Schedule (“Tensu”, “Tensu-hyo”), RVUs (Relative Value Units),
Comparison by a “direct” method, Comparison by a “relative” method,
Comparison using a simple model,
Several Methodological issues for doing effective comparative researches

* International Peace Cooperation Headquarters, Prime Minister's Office (seconded from Ministry of Health and Welfare)