

マネジドケアの新しい潮流

平成 11 年 3 月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

まえがき

この報告書は当研究所がアメリカのマネジドケアの新しい潮流を探るために行った基本調査と視察調査をまとめたものである。資料等による基本調査は、当研究所アメリカ駐在研究員の江口が担当した。現地視察は 糸氏 青柳 中村 江口 で行った。視察先はカリフォルニア・パシフィック・メディカルセンター、ラッセン合同診療所、オルセン在宅医療サービス、カイザーパーマネンテである。更に江口がフォローアップ調査を行った上でこの報告書をまとめた。
(12章は中村が担当)

この報告書は以下の点が明らかにされている。

- ① PSO 等による医師や医療機関側のマネジドケアへの対抗等
- ② 医療複合事業 (IDS) の実態
- ③ キャピテーションの実態
- ④ マネジドケアにおける EBM の臨床的位置付け
- ⑤ 在宅医療に対する日米の考え方の違い

この報告書がマネジドケアの正しい理解と評価に役立つことができれば幸甚である。

1999年1月

日医総研	所長	糸氏英吉
	研究部長	青柳 俊
	主席研究員	中村十念
	アメリカ駐在研究員	江口成美

日医総研：米国視察報告書
『マネジドケアの新しい潮流』

日医総研	所長	糸氏	英吉
同	研究部長	青柳	俊
同	主席研究員	中村	十念
同	アメリカ駐在研究員	江口	成美

▽視察インタビュー先

'98年10月12日

- カリフォルニア・パシフィック・メディカル・センター（CPMC）
マーティン・プロットマン医学博士（センター理事長・院長）
- ジョシュバ. H. ラッセン医学博士（内科開業医）
- 江口成美（医療アナリスト・アメリカ駐在研究員）

'98年10月13日

- オルセン・ヘルスサービス
アイネス・ロビンソン（支社ディレクター）
- カイザー・パーマネンテ
フランシス. J. グロツソン医学博士（パーマネンテ常任理事）

目 次

1. 米国の国民は医療システムに満足しているか	1
▽表1 / 米国民が意識する重要問題	1
▽表2 / 米国民の制度・システムに対する信頼度	1
2. マネジドケアは国民医療費に影響しているか	3
▽図1 / 米国の国民医療費の推移	3
▽図2 / 日本の国民医療費の推移	4
▽図3 / 米国の保険別医療費の内訳	4
3. マネジドケアはどのように普及したか	6
1. マネジドケア普及の過程	6
2. 患者、医師とマネジドケアの関係	7
3. マネジドケアの発展と加入者数の推移	8
▽図4 / HMOの会員数と保険料増加率の年次別推移	8
▽図5 / PPOの会員数と保険料増加率の年次別推移	9
4. マネジドケア・プランは一長一短か	10
1. マネジドケアの定義と目的	10
2. マネジドケアのプラン別分類	10
▽図6 / 従来の保険とマネジドケア・プランの保険料と医療費支払いの比較	11
▽表3 / 従来の保険とマネジドケア・プランの特色比較	12
3. HMOの4つの運営形態	13
4. 保険プラン別の保険料と加入者の割合比較	14
▽図7 / プラン・タイプ別平均保険料の比較（月額）	14
▽図8 / 従業員200人以上の企業における保険タイプ別加入割合	15
5. HMOの経営はうまくいっているか	16
1. HMOの会員趨勢	16
▽表4 / 5大HMOの会員数比較	16
2. HMOの業績内容	16
▽図9 / マネジドケア機関を取り巻く契約関係相関図	18

6. マネジドケアの医師への影響	19
1. 診療面への影響	19
① 医師個人の裁量権	19
② 資源管理の向上の動機づけ	19
③ プライマリ・ケアの重視	19
2. 報酬面への影響	20
① 医師への報酬形態	20
▽図 10/保険料を 100 とした場合の取り分の設計	20
② 財政的リスク	21
③ 医師タイプの変化	21
3. 患者との関係への影響	21
4. マネジドケア組織への対抗戦略	22
① グループ・プラクティスの動き	22
② P S O (Provider-Sponsored Organization) の設立	22
▽図 11/公的医療と直接契約する場合の P S O の位置関係	23
7. 病院はマネジドケアにどう対応しているか	24
1. 保険者からの支払い	24
▽図 12/マネジドケア機関から病院への支払い形態別構成	24
▽表 5/C P M C の売上構成	25
2. 効率化の促進	25
▽表 6/C P M C とカイザーの患者と従業員の割合比較	26
3. 統合的医療供給システム I D S (Integrated Delivery System) の構築	26
4. 寄付集め活動	27
8. どの保険プランの患者が満足してるか	28
1. 全体としての満足度	28
2. 医師へのアクセス	28
▽図 13/全体としての満足度	29
▽図 14/医師へのアクセスに関する満足度	29
▽図 15/自己負担に関する満足度	29
3. 自己負担について	30
9. マネジドケア機関に対する規制は?	31
1. 出産のための最低入院日数の設定	31
2. サービスへのアクセスの向上	31

3.	ギャグルールの撤廃	32
4.	患者の権利法	32
10.	公的保険のマネジドケア化はどこまで進んでいるか	
	-メディケア・メディケイドの場合-	33
1.	予算均衡法(Balanced Budget 法)の制定('97)	33
	▽図16/F F S(出来高払い)の支払い概念図	33
	▽図17/メディケア・マネジドケアの支払い概念図	34
2.	H C F Aからマネジドケア機関への支払い方法	35
3.	受給者への給付	35
4.	メディケアにおけるマネジドケア加入者の増加	35
	▽図18/メディケア・マネジドケアの加入者数の推移	36
5.	メディケイドの加入者の増加	36
	▽図19/メディケイド・マネジドケアの加入者数の推移	37
11.	質向上に全力投球しているか	38
1.	N C Q A	38
2.	J C A H O	38
3.	「マネジドケアの質」レポート(N C Q A)	39
4.	ケア管理手法	39
	「疾病管理」	39
	「ケア・マネジメント」	39
	「クリティカル・パス」	39
	「診療ガイドライン」	40
12.	米国における在宅医療	42
1.	メディケアにおける在宅医療	42
2.	在宅医療は中間医療	43
3.	在宅医療の仕組み(オルセン・ヘルスサービスの例)	44
	【解説1】P S O、および医療供給者所有のH M O	46
1)	P S Oとは	46
	▽別表1/H C F AのP S O関連スケジュール	47
	▽別表2/P S O設立費用の例	48
2)	P S Oのケーススタディ:クローサー・キーストン・ヘルスシステム社 の場合	50

3) 医療供給者所有のHMOおよびPPO	51
▽別表3 / 医療供給者所有の非営利HMOの趨勢	52
【解説2】 亜急性期医療(Subacute Care)の現状	54
【解説3】 IDS(Integrated Delivery System)	56
1) IDS(医療供給者の統合的ネットワーク)の趣旨	56
▽別表4 / IDS番付第1位の「プロミア・ヘルスシステム」の 評価指標値	57
2) IDSの保険機能	58
3) IDSの具体例: プロビデンス社のケース	58
【添付資料】	61~67

1. 米国の国民は医療システムに満足しているか

米国におけるマネジドケアの現状視察に際し、まず、医療そのものが米国の国民のあいだで、どのように意識されているのか、また信頼されているのかを俯瞰してみる¹。まず、米国民が意識する重要課題として「医療問題」を挙げる人の割合は、教育、犯罪、ドラッグに続いて四番目に多い（→表1参照）。これは、EBRI とギャラップ(Gallup)の2つの調査において同じ結果であった。また、米国の制度やシステムに対する「信頼度」についての調査では、「医療システム」に対する信頼度が高いと回答した人の割合が、軍、宗教組織、大統領制に続き四番目であった（→表2参照）。この数字が示すように、米国民は医療に対して高い関心を持っており、しかも、医療システムに対する信頼度が予想以上に高いことが理解できる。

表1/米国民が意識する重要問題

順位	問題	EBRI調査	Gallup調査
1	教育	26%	13%
2	犯罪	21%	20%
3	ドラッグ	17%	12%
4	医療	15%	6%
5	経済	9%	6%
6	財政赤字	7%	5%
7	地球温暖化	3%	n/a
	回答なし	3%	4%

(出所/Modern Healthcare 98年8月19日号)

表2/米国民の制度・システムに対する信頼度

各種制度	1994	1993	1995	1996	1997	1998
軍	64%	68%	64%	66%	60%	64%
宗教組織	54	53	57	57	56	59
大統領制	38	43	45	39	49	53
医療システム	36	34	41	42	38	40
新聞	29	31	30	32	35	33
議会	18	18	21	20	22	28

(出所/Modern Healthcare 98年8月19日号)

¹ Modern Healthcare, "Dueling for Public Support", Modern Healthcare, August 17, 1998:30-33

一方、AHA(米国病院協会)は現状の医療内容の良い点、悪い点に関する世論調査を行っている。その結果は以下の通りである。

▽良い点：

「医師、看護婦、医療スタッフが丁寧」

「治療において患者が尊重される」

「患者の基本的なニーズが満たされる」

▽悪い点：

「医療システムの将来の方向づけができていない」

「医療提供者が十分な情報をくれない」

「患者がケアの決定に参加していない」

「ゲートキーパーによる制限」(マネジドケアのプライマリ・ケア医)

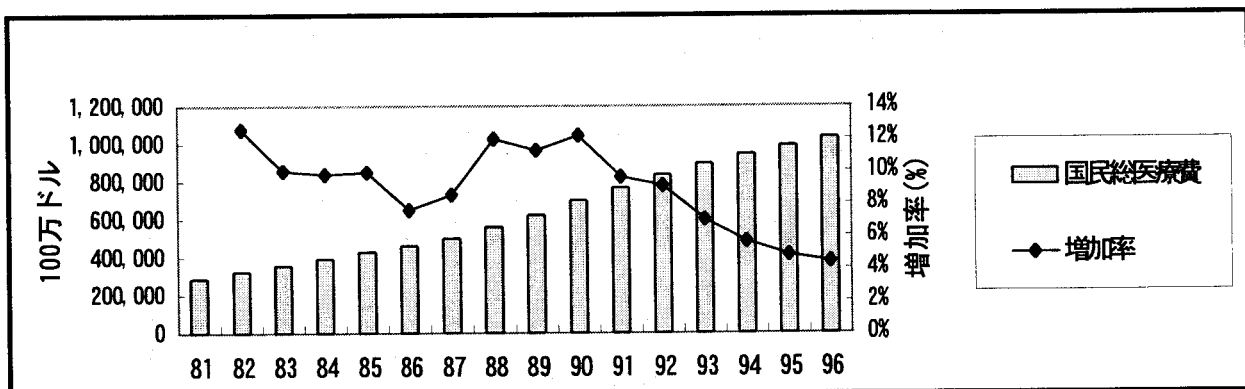
内容から考察すると、良い点、悪い点に関しては、医療者のサービスのバラツキと共に、患者の受け止め方のバラツキも表している。言い換えれば、医療サービス自体の評価の難しさを示しているとも言える。

2. マネジドケアは国民医療費に影響しているか

HCF A (医療財政庁) の調査によると、米国における国民医療費は、1996 年に過去最高の 1 兆 350 億ドルに達し、国民 1 人当たり医療費は、3,759 ドル (1 ドル=120 円換算で約 45 万円) となっている (→図 1 参照)。ただし対前年増加率は 4.4% であり、これは 1960 年以来、最低であった。増加率については、マネジドケアが拡大された 1991 年の前年を境に、下降の一途を辿っている。このように、医療費の増加率の減少は、マネジドケアの普及拡大と時期をほぼ同じくして進行している。一方、国民医療費の対 GNP (国民総生産) 比は 1996 年までの 4 年間連続で 13.6% を保ち、増加率に歯止めが掛かっていることを示している。参考までに、わが国の国民医療費、ならびにその増加率の推移と比較してみた (→図 2 参照)。

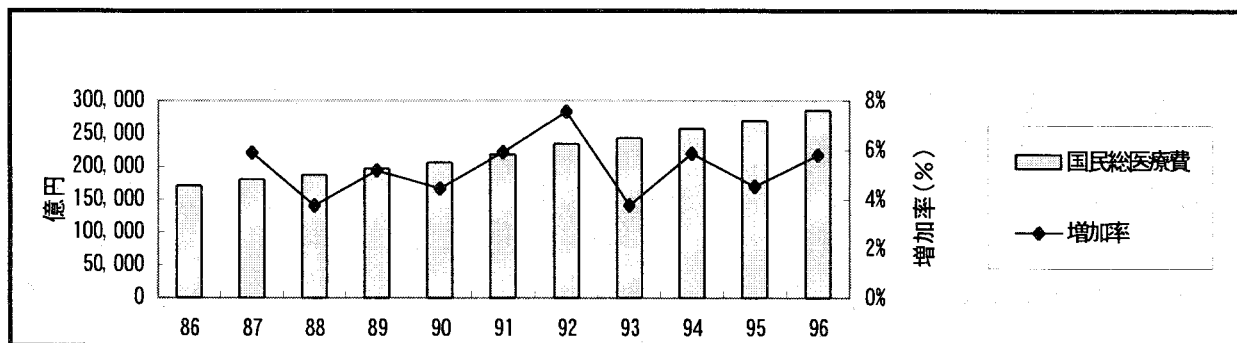
わが国における 1996 年の国民医療費は約 28 兆円、対前年増加率は約 5.8% となっている。前年 (95 年) の国民 1 人当たりの医療費は 21 万 5 千円で、米国の半分以下の水準にある。

図 1 / 米国の国民医療費の推移



(出所/HCF A)

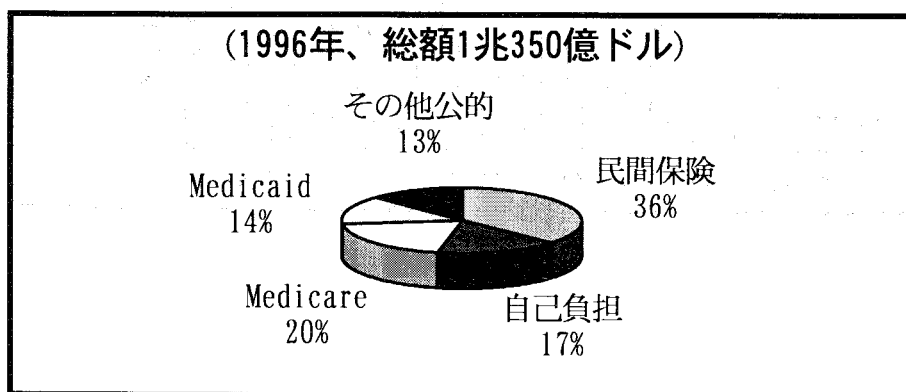
図 2 / 日本の国民医療費の推移



(出所 / 社会保険旬報 No. 1992)

次に、米国の国民医療費の内訳を、医療保険の種類別にみるとどのような状況であろうか。1996年の国民総医療費 1兆 350億ドルに対し、民間保険は 36%という最も高い比率を占めている (→図 3 参照)。公的保険はメディケアが 20%、メディケイドが 14%であり、これにその他の公的保険 (軍など) の 13%を加えた公的保険の構成比は、47%を占める。残りの 17%は、患者の自己負担分である。アメリカでは民間保険が主流と考えられがちであるが、公的保険の自己負担分を考慮すると、米国においても、公的保険制度による医療費支出が国全体の 50%を超えていることがわかる。

図 3 / 米国の保険別医療費の内訳



(出所 / Health Affairs Jan/Feb 1998)

参考までに、公的保険制度の柱であるメディケアの 96 年の医療費支出は、対前年で 8.1%増加している。一方、自己負担の構成比は、7年連続で減少している。これは、マネジドケアにおける患者自己負担率が、従来型の保険会社に比べて低いことを

反映していると考えられる。なお現在は、民間保険の7割をマネジドケア保険が占めるに至っている。

医療費の将来については、医療費の増加率が1997年以降に再上昇に転ずるとの予測もなされている²。その理由は、近年のマネジドケア機関の経営悪化により、保険料の引き上げが今後予想されるからである。また、わが国同様、高齢者人口の自然増加も挙げられる。ベビーブーマーの高齢化までにはまだ数年の余裕があるが、1996年現在、65歳以上の人口はすでに3,300万人に達している。それに対し、わが国における65歳以上の人口は1,900万人であり、この年齢層の人口を比較すると、わが国の1.74倍に相当する（ちなみに米国の人口は、92年で約2億5千万人。対人口比では13.2%。対する日本の人口は95年時点で1億2500万人、対人口比では14.5%と、構成比は日本の方が高い）。

² Sheila,S., “The Next Ten Years of Health Spending : What Does the Future Hold?” , Health Affairs,September/October,1998:128-140

3. マネジドケアはどのように普及したか

1. マネジドケア普及の過程

米国において、マネジドケアはどのような普及過程を辿ってきたのであろうか。その過程を初期、中期、成熟期に分けてみよう³。まず、1970年初めまではマネジドケア普及の「初期」と言える。1937年にはカリフォルニア州のカイザー建設が、従業員のために医師や医療機関と直接契約し、従業員は定額の保険料を支払うマネジドケアを開始した。その10年後の1947年に、ワシントン州のグループヘルス・コーポラティブが協同組合形式でマネジドケア機関を創業した。被雇用者への給付を拡大すると同時に、医療供給者が患者を確保できるという利便により、米国内にマネジドケアの医療保険の形態が根を下ろしていった。

次に、1970年前半から1985年までの「中期」は、米国国内の医療費が急激に増大した時期である。連邦政府は、マネジドケア組織として会員数を伸ばしていたHMO (Health Maintenance Organization:健康維持機関)の活動が、入院費用の削減に効果的であったという研究結果に刺激を受け、1973年、HMOを奨励するプログラムを打ち出した(HMO法の制定)。法令では、HMOが地域内にある場合、25人以上の従業員を擁する雇用者(企業)が、HMOを従業員に対する医療保険の選択肢の一つとして提示することを義務づけた。その結果、当該企業では、出来高払い(FFS:fee for service)で医療費が支払われてきた保険の他に、HMOの医療保険プランを被雇用者の選択肢として提示し始めた。一方、同法令では、HMOを新たに設立する場合には、政府援助を行うという制度が設けられ、HMOの設立促進を図った。

最後に、1985年以降現在までを「成熟期」とする。この間、医療保険の形態が多様化し、マネジドケアの普及の度が高まっている。雇用者側も、従業員への医療給付手段として積極的にHMOなどマネジドケアの保険プランと契約するようになり、被雇用者に勧奨するケースが目立つようになった。そうした動きを背景に、従来型のマネジドケアであるHMOに対抗して、PPO (Preferred Provider Organization:優先供給者組織)など別形態のマネジドケアによる保険プランも登場し始めた(→詳細は第4章参照)。1996年現在、HMOは6,750万人、PPOは9,780万人の会員数をそれぞれ擁しており、マネジドケアの成熟期において飛躍的に普及している。ただし、

³ Fox, PD., "An Overview of Managed Care" in The Managed Care Handbook, 3ded., ed. Kongstvedt, PR., Aspen, Gaithersburg, MD., 1996:3-15

普及の度合いについては、地域間で格差がみられる（→添付資料1参照）。一方、急速な普及発展の一方で、マネジドケア機関の医療保険給付の形態や加入者確保の姿勢に対する、一般の批判が増えてきた点も見逃せない。過去数年にわたり、マスコミを通じたマネジドケア機関の批判が目立っている。

2. 患者、医師とマネジドケアの関係

ところで、なぜ今日に至るほどマネジドケアの医療保険が普及をみせ、その保険プランの加入者が増えてきたのであろうか。その最も大きな背景として、保険料の低さを理由に、多くの雇用者がマネジドケア機関を選択するようになったことがある。また、患者側の自己負担が軽減されるため、消費者もマネジドケア機関を選択するようになっている。さらに、マネジドケア機関の予防重視の方針と統合的な医療に対する魅力が、消費者の間で高まっていることも挙げることができる。一方、マネジドケア組織と契約を交わす医師がなぜ増えてきたのか、という点についても注視が必要である。その大きな理由として、3点挙げることができる。まず第一に、医師が患者を確保する必要が高じてきたことであり、その背景には米国の医師数が増加の一途にあり、対人口10万人当たりの医師数は220人に達していることがある（ちなみにわが国の場合は、同じく対10万人当たり191人）。そのため医師は、会員を多く擁するマネジドケア機関と契約して、患者数を増やす動機づけがされやすい。

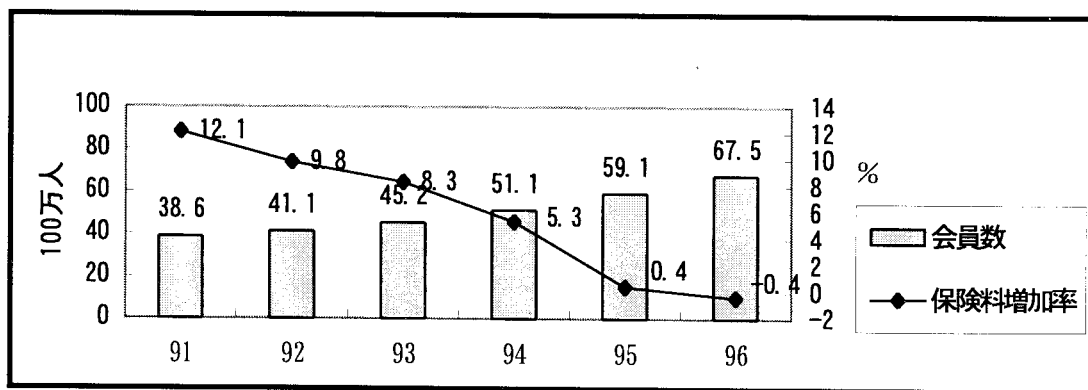
第二に、医師が、自らの収入を安定させる必要が高じてきたことである。マネジドケアの場合、医療費の支払いの形態として人頭割り、給与、出来高などが採られる。従来の出来高払いだけの支払いであると、診療する患者の数をこなさないと収入にはつながらない。他方、人頭割りや給与などの支払いでは、患者の通院の有無に関わらず医師の診療報酬は一定である。そのため収入の安定を望む医師には、マネジドケア機関は魅力的である。今回の視察先でのインタビューによると、例えばカイザー・パーマネンテの契約医師の場合、約15万ドルにボーナス報酬をプラスしたものが平均年収となっている。一方、医師グループのブラウン&トーランドに属している開業医の1人当たりの年収は、平均で約20万ドルとなっている。開業医の場合、医業コストが勤務医より多くかかることを考慮すれば、両者の平均年収は、それほど格差がないとみられる。ブラウン&トーランドは複数のマネジドケア機関と契約しており、それを通じて医師の収入の安定が図られていることが理解できる。第三に、医師が、身分の安定を図ることも可能になることがある。医師同士で資本的なグループを組み、医療機関あるいは医療保険会社の株主となり、その契約勤務医として身分の安定を図ることが可能である。特に、大規模な営利HMO、PPOに資本参画すれば、組織の

指定医あるいは顧問医的な身分を獲得でき、また膨大な加入会員を自らの患者対象とすることが可能となる。

3. マネジドケアの発展と加入者数の推移

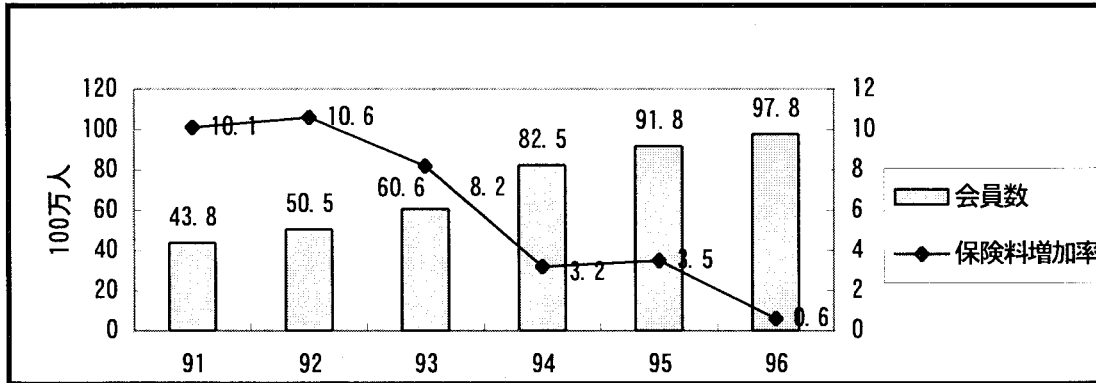
米国を代表する二大マネジドケア組織、HMOとPPOの過去数年間における成長は著しいものがある。その推移を示したものが図4、図5である。HMOの会員数は1991年に3,860万人であったが、5年後の1996年には6,750万人となり、1.75倍の会員規模に膨れ上がっている。一方、PPOの成長度はさらに顕著であり、91年に4,380万人だった会員数は、96年に9,780万人まで増加し、2.23倍の規模に拡大している。98年以降に、会員数1億人を突破するのも時間の問題とみられている。こうした会員数の急増とは対照的に、両組織とも、その保険料の増加率は、ほぼ反比例して下降線を辿っている（→図4、図5参照）。これらの数字を解釈すると、会員確保を図るマネジドケア機関の間で保険料の価格競争が激化し、低価格化が進んでいるということになる。

図4 / HMOの会員数と保険料増加率の年次別推移



(出所/AHPP)

図5 / P P Oの会員数と保険料増加率の年次別推移



(出所/AHP P)

4. マネジドケア・プランは一長一短か

1. マネジドケアの定義と目的

米国において急速に普及してきたマネジドケアは、具体的にどのような形態で医療供給を行っているのでしょうか。マネジドケアの一形態であるHMOの中にも、さらに複数の形態があり、しかもHMOに続いて別の形態も普及したため、形態は複雑化する一方である。そのため、実はマネジドケア自体の定義が変容している。現在は、「コスト抑制を目的に、医療サービスの種類、内容、範囲を管理する医療供給の形態」と定義できる。マネジドケアは、病院・医師などの医療者の医療サービスを何らかの形で制限することに特色がある。また、提供するサービスの適正化を図る一方で、サービスの内容に応じた正当な対価について、医療提供者と交渉して医療費を抑制する経営方針が特徴である。医療費の適正化のため、会員全体の健康度を高めて出来るだけ医療費を低減することや、診断ガイドラインの普及などの種々の管理ツールを用いて、経済的に効率的な医療サービスを提供する努力を払っている。

2. マネジドケアのプラン別分類

マネジドケアの保険医療の形態は、患者が契約医師以外への受診が可能であるかどうか、というアクセスの可否に応じて分類できる。マネジドケアの従来型ともいえるHMOの医療保険プランの場合、以下のような特徴を持つ。

- ・医療サービスは、契約医からのみ受ける。
- ・専門医の紹介は、ゲートキーパー(門番)であるHMOの契約医を通して行われる。
- ・少なくとも一部は、HMOと診療契約を結ぶ医療者(病院・医師)にサービス提供に伴うリスクを負わせる。
- ・HMO会員の健康促進、予防を重視する。

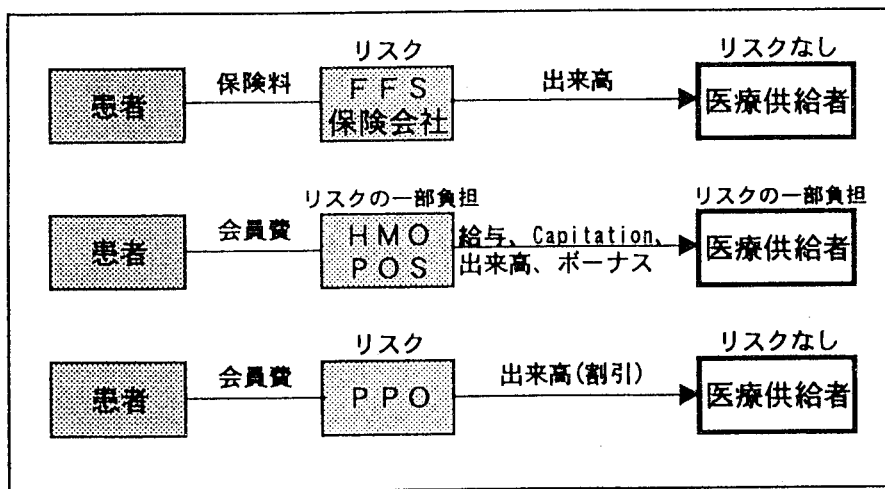
この原則的な形態とは別に、HMOの新しい医療保険オプションとして近年、消費者の注目を集めているのがPOS(point-of-service)というプランである。従来型のHMOの医療保険プランが契約医からだけしか医療サービスを受けられなかったのに対し、この新しいプランは、会員が医療を受ける際、契約医以外の医師や医療機関で受診できる点に特色がある。さらに、PPO(Preferred Provider Organization)は、従来型のHMOの医療保険プランに対抗してできた別形態の新しい医療保険プランであり、以下のような特徴を持つ。

- ・医療者の選択基準を設け、効率的な医療者とのみ契約を持つ。

- ・契約医には、単価を割り引いて出来高払いを行う (discounted FFS)。
- ・会員は、契約医以外の医師からも診療を受けることが可能であるが、この場合、患者の自己負担額は多くなる。

従来型HMOのプラン、HMOの新しいプランであるPOSプラン、HMOとは別のPPOプランについて、出来高払いされる既存の医療保険会社の保険プランとの違いを整理して図6に示した。

図6 / 従来の保険とマネジドケア・プランの保険料と医療費支払いの比較



一方、表3は、既存の医療保険会社を含めた4つの形態別に、被保険者のコスト、医師へのアクセス、医師への支払い、そして医療費抑制に関わる管理、の4つの側面から、それぞれの特色を一覧にしたものである。これらの比較において、主な相違点を挙げてみると、以下のようなになる。

▽被保険者のコスト：

従来型の保険では、患者負担は控除額と給付の一定割合であるが、マネジドケアプランでは3種とも、控除額と定額一部負担金で、従来型に比べて負担は少ない。

表3 / 従来の保険とマネジドケア・プランの特色比較

	従来の保険	PPOプラン	POSプラン	従来型HMOプラン
被保険者のコスト	保険料 控除額と給付の一定割合	定額会員費 控除額と定額一部負担(例: \$15)	定額会員費 定額一部負担(例: \$10)	定額会員費 定額一部負担(例: \$10)
医師へのアクセス	自由	自由(患者負担増)	自由(患者負担増) ゲートキーパー	契約医に限る ゲートキーパー
医師への支払い (主流)	出来高払い	割引の出来高払い	キャピテーション、 給与、出来高、ボーナス	キャピテーション、 給与、出来高、ボーナス
管理	保険請求チェック UR	契約医以外へのアクセス管理 UM プロバイダーの審査	医師へのアクセス制限 プロバイダーとのリスク共有 UM, 入院前審査、セカンドオピニオン プロバイダーの審査	医師へのアクセス制限 プロバイダーとのリスク共有 UM, 入院前審査、セカンドオピニオン プロバイダーの審査

▽医師へのアクセス：

従来型の医療保険では、医師へのアクセスは自由であるが、従来型HMOプランでは契約医だけに限られる。PPOプランとPOSプランの場合は、医師のアクセスは自由であるが、契約外の医師・医療機関を利用した場合は自己負担の増加を強いられる。一方、プライマリ・ケア医が会員のゲートキーパー（門番）の役割を果たすのは、従来型HMOとPOSプランだけである。

▽医師への支払い：

医師に対する保険からの医療費支払いは、従来型保険では出来高払いで行われる。PPOプランでは、かかった医療費から割り引いて出来高で支払われる。一方、POSプランと従来型HMOプランでは、医師との契約により、いくつかの形態が用いられている。それらは、キャピテーション（人頭割り）、給与、出来高である。人頭割りの場合、医師は担当する会員1人当たり定額で支払いを受ける。その場合、すべての会員が同一額で支払われるため、担当会員の中にコストの高い会員が多いと、医師自身が経済的なリスクを負うことになる。医師のパフォーマンスに応じて支払うボーナスなどについては、従来型HMOやPOSで多く用いられている。

▽医療費抑制に関わる管理：

医療費抑制に関わる管理の方法も、各パターンによって異なっている。従来型の医療保険では、かかった医療費に関する保険請求（レセプト請求）のチェック、並びにutilization review(UR)と呼ばれる利用審査が行われる。PPOでは、契約医以外の医師・医療機関へのアクセスに関する管理、utilization management(UM)と呼ばれる

資源利用上の管理と審査、並びに医療者の審査などにより管理が行われる。従来型のHMOプランとPOSプランの場合は、医師へのアクセス制限、医療者との経済的なリスク共有、UM、入院前審査、セカンドオピニオンの聴取、医療者の審査などの管理方法が講じられている。

このように、従来の医療保険とマネジドケアプランとの比較、マネジドケアプラン間の比較を行うと、立場によってプランの内容にそれぞれ一長一短があることがみてとれる。利用者である被保険者（患者）の立場からすると、医療費の支払い負担面とアクセス面におけるプラス・マイナス、診療に携わる医師の立場からすると、患者確保の面、診療報酬をベースとする収入面におけるプラス・マイナスがあることがわかる。

3. HMOの4つの運営形態

ここでは、HMOの4種類の運営形態について説明する。医療者との契約方法によって分類されており、それらは、スタッフモデル、グループモデル、ネットワークモデル、IPAモデルで以下に示した（→その詳細な定義と性格は、末尾添付資料2参照）。ただし、あらかじめ断っておくと、最近では上記4つのタイプのミックス型が急増しており、各モデルタイプの境界線は曖昧になりつつある。

① スタッフモデル(Staff Model)

HMOが診療所、病院など施設・設備を所有し、医師を含む医療従事者は全員が雇用され、俸給制で働くモデル。資本コストが高いため経営が難しく、全体の機関数は減少している。

② グループモデル(Group Model)

HMOが所有する施設において、別組織の医師グループが契約して、加入者に対する医療を提供するモデル。HMOが施設、スタッフを所有する代わりに、医療の提供を単一のグループ診療に委託契約するモデルを含めることもある。医師グループは、HMOと専属診療契約を交わすことから、結びつきは強い。キャピテーション(人頭割り：加入者数に応じた年間定額料金)か、出来高で医師グループに支払いを行う。

③ ネットワークモデル(Network Model)

HMOが既存の地域の医師グループと契約するが、単一の医師グループではなく、複数のグループとの契約になる。時には開業医が参加することもある。上記の2モデルでは施設が特定されるのに比べ、加入者は医療へのアクセスがしやすくなる。医師グループは、他のHMOとも契約することができる。

④ IPAモデル(Independent Practice Association Model)

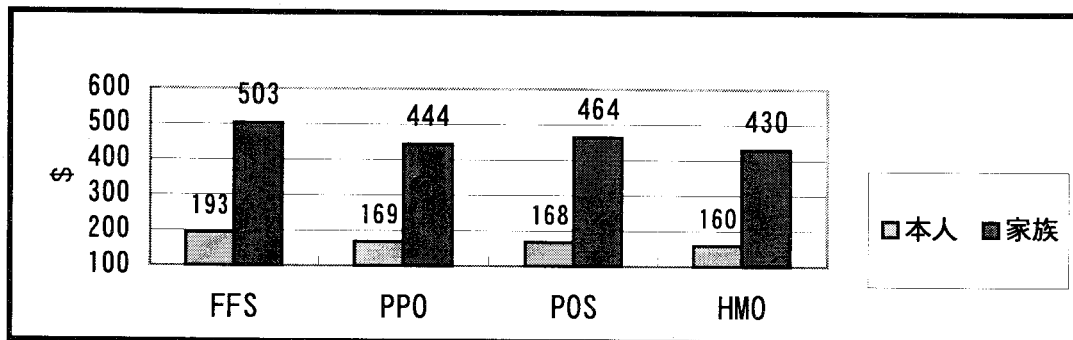
開業医がIPA (Independent Practice Association) を設立し、IPAがHMOと診療契約を結ぶ。IPAは施設を所有しないため、個々の医師は、自らの診療所（開業医の場合）、あるいは診療に携わる病院などで医療サービスを提供する。HMOは、IPAを通して加入者を患者として紹介し、その医療費を契約したIPAに人头割りで支払う。IPAは通常、開業医へ出来高で支払うか、プライマリ・ケア医にのみ人头割りで支払う。IPAを通じてHMOと契約する医師の選定権は会員側に残る。医師が他のマネジドケア機関とも契約するケースも多く、その場合、医療の標準化の徹底をはじめとする管理が難しくなる。

HMOにおけるこれら4つのタイプのうち、前二者（スタッフモデル、グループモデル）は、診療する医師がHMOとの専属契約であることから、閉鎖的契約モデルとも言える。それに対し、あとの2つのモデル（ネットワークモデル、IPAモデル）は、性格上、開放的契約モデルとも呼べる。

4. 保険プラン別の保険料と加入者の割合比較

医療保険の4種のプラン、FFS（従来型出来高払いの医療保険）、PPO、POS、HMO（以上3種はマネジドケアプラン）について、プラン別の平均保険料（月額）と、企業におけるプラン別加入者の割合をみてみよう（→図7、図8参照。いずれも1997年）。

図7 / プラン・タイプ別平均保険料の比較（月額）

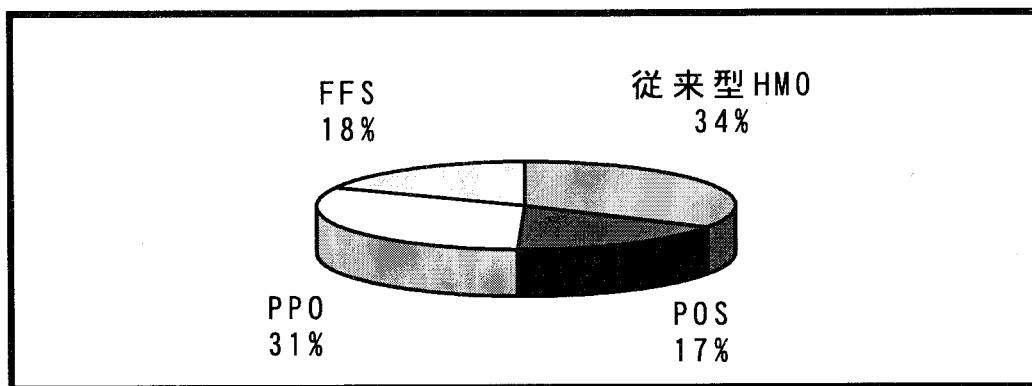


(出所/KPMG Health Benefits 1997)

各プランの平均月額保険料を被保険者本人と家族のタイプに分けて比較すると、出来高払いの医療保険であるFFSの保険料が、本人・家族共に最も高くなっている（→図7）。出来高払いに続いて、高い順は、PPO、POS、HMOである。このように、HMOの保険料が最も安いことが理解できる（家族の保険料の順位で、POSの

保険料がPPOより20ドル高くなっている点だけ例外)。一方、企業の保険タイプ別加入割合については、従業員200人以上の企業を対象にした調査によると、従来型HMOに加入する従業員の割合が34%と最も高くなっている(→図8)。従来型HMOに続いて、PPO(31%)、FFS(18%)、POS(17%)の順となっているが、FFSとPOSの加入割合はほぼ拮抗している。ただし、POSプランの人気を反映して、この調査以降でPOSの割合がさらに上がっていることが予想される。

図8 / 従業員200人以上の企業における保険タイプ別加入割合



(出所/KPMG サベイ 1997)

5. HMOの経営はうまくいっているか

1. HMOの会員趨勢

米国におけるマネジドケア組織の中軸をなすHMOの経営状態を俯瞰してみる。1996年に全米で6,750万人の会員を擁するHMOの組織数は、97年に651組織を数える。HMO間での吸収合併により組織数が減少したが、同時に、全米各地で新しいHMOの設立が進められており、全体としては増加の傾向を示している。1組織当たりの会員数を算出すると、平均10万人強の会員が加入していることになる。最近における全米5大HMO組織は、1998年6月1日現在、表4に示す通りである。1位のカイザー・パーマネンテは、先に触れた通り、米国で最初のマネジドケア機関であるが、低価格の会員費と一貫した医療サービスで会員数を増やし、現在910万人の会員を擁している。

表4 / 5大HMOの会員数比較

	HMO	会員数
1	Kaiser Permanente	910万
2	Cigna	630万
3	United HealthCare Corp	540万
4	Aetna US Healthcare	520万
5	Humana	320万
	計	2,920万

(出所/Modern Healthcare (6/1/98))

ちなみに、非営利機関のブルークロス/ブルーシールドは、従来、出来高払い保険だけを提供し、民間保険の柱であった。しかし、現在は多種多様なマネジドケアプラン(HMO, PPO, POSを含む)を提供しており、出来高払いの保険はもはや提供する保険商品全体のほんの一部に過ぎない。この背景には、企業を含む保険購入者からの要求の高まりと、保険価格競争の激化で、保険料の高い出来高払いの保険だけではやっていけなくなったことがある。ブルークロス/ブルーシールドは各地で新しくマネジドケア・プランを提供し、中には営利HMO会社に転換を図る機関もあり、マネジドケア機関の加入者数の増加に貢献している。

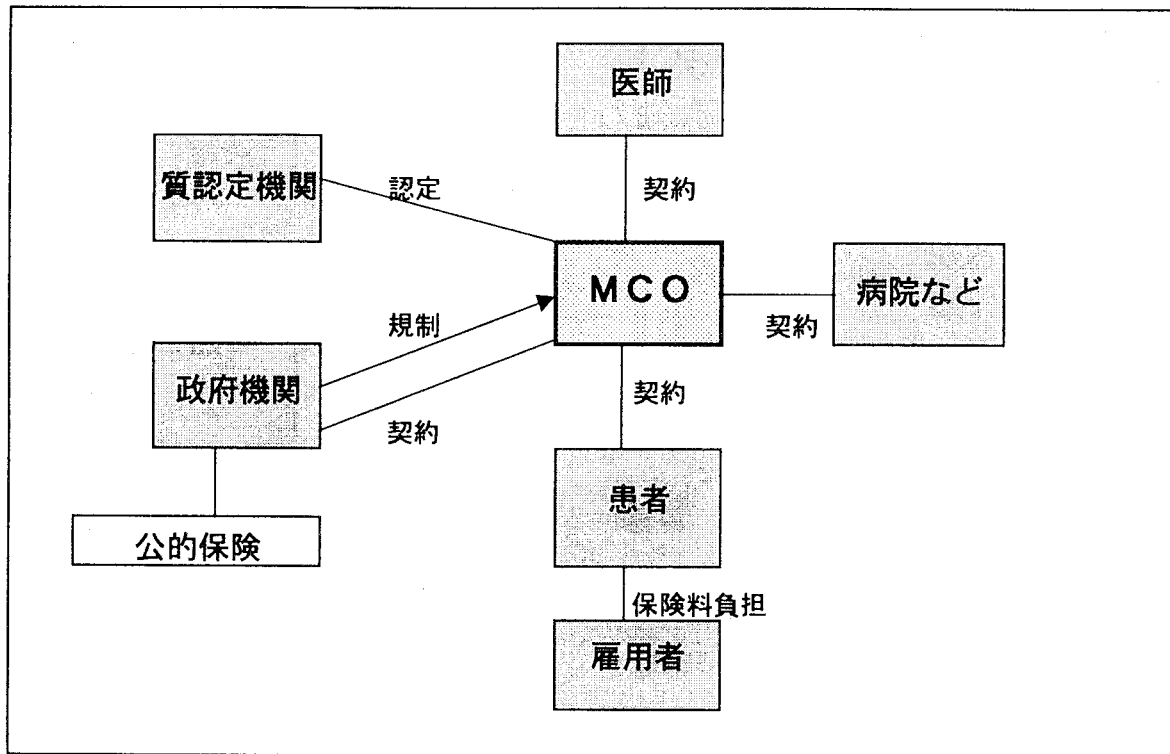
2. HMOの業績内容

全米で、すでに6,750万人の会員数を誇るHMO組織であるが、97年時点では、

HMO全体で収支状況が赤字に転落し、赤字額は7億7千万ドル(約900億円)に達した。ひとつの原因は、マネジドケア機関の間での価格競争による収入の低減である。特に、マネジドケア機関が集中する地域、例えばカリフォルニア州などでは、赤字HMOが続出した。もうひとつの原因は、メディケア・マネジドケアにおける赤字である。高齢者向け公的医療保険のメディケアの受給者をマネジドケア機関に加入させることに伴い、HMOがメディケア受給者の会員数を増やし、メディケア会員への給付範囲を広げた結果、医療費がかさんだ(→メディケア・マネジドケアについては第10章参照)。その結果、メディケア会員の医療費がHCF Aからの支払いを超え、マネジドケア機関の経営全体へ影響を及ぼしてしまった。

以上、マネジドケアについての概要を述べてきた。以下では、マネジドケア機関と関係を持つ種々のプレーヤー、すなわち、医師、病院、患者、政府機関、質認定評価機関について、マネジドケアから受ける影響や、それへの対応を中心に、個別に説明を行いたい。図9は、HMO、PPOなどのマネジドケア機関(Managed Care Organization:MCO)の医療界における位置づけを示した概念図である。この中で、政府機関はMCOに対して規制を行うと同時に、マネジドケア機関と契約関係を持つ医療サービスの購買者でもある(メディケアHMOなど)ことに注目したい。質認定評価機関は、マネジドケア機関の経営の健全化と医療サービスの質の向上を目標とするNCQA(National Committee for Quality Assurance)などである。

図9 / マネジドケア機関を取り巻く契約関係相関図



6. マネジドケアの医師への影響

1. 診療面への影響

医師の診療面では、大きくみて以下の3つの影響が考えられる。

① 医師個人の裁量権

マネジドケア普及以前、ほとんどの医師は、医療サービスの提供に対して保険者から出来高で支払いを受けていた。医療サービスを行えばその分は支払いを受けることができ、医師の診療行為はすべて個人の判断で行うことができた。マネジドケアの普及により、そのような自由は昔のこととなってしまった⁴。マネジドケア機関では、コスト削減の意図から不必要・不適切な医療サービスを削減し、医療サービスの効率性を追求する。医療サービスの主体者である医師は、効率的な医療サービスを行うことを要求され、医療行為のモニターが行われる。特に、スタッフモデルとグループモデルの場合は、医療者と保険者の関係が密で、他のモデルに比べると診療に対する保険者の介入が多くなる。

② 資源管理の向上の動機づけ

なぜ医師が資源管理意識を向上させなければならないか。それは、マネジドケアの普及により、医師がマネジドケア機関に選択してもらわなければならない立場になったことによる。ただし、マネジドケア機関の選択基準を満たせば、契約関係、雇用関係を持つことができる。また、マネジドケア機関に属してからは、契約がキャピテーション(人頭割り)の場合、医師が経済的リスクを負うことになり、サービスの効率化を図るインセンティブが高くなる。さらに、マネジドケア機関の多くは、医師の資源管理意識の向上を目的に、不必要・不適切な医療サービスに対する監視、医療資源管理、医師のパフォーマンス評価などを行っている。

③ プライマリ・ケアの重視

マネジドケア機関における医療費削減の手法の一環として、予防や患者教育を進め

⁴ Birenbaum,A., “Managed Care-Made in America” ,Praeger,Westport,CT,1997:120

て会員の健康増進を行うことがある。そのために重要な役割を果たすのがプライマリ・ケア医であり、マネジドケアは多くのプライマリ・ケア医と契約している。プライマリ・ケア医は門番として患者を専門医へ紹介する役割も持つ。マネジドケアにおけるプライマリ・ケアの重視は、プライマリケア医の需要増加につながっている。

2. 報酬面への影響

① 医師への報酬形態

マネジドケアの普及により、医師の収入形態も大きく変化している。その形態には、出来高払い、キャピテーション (**注1 参照)、および給与があり、それらに加え、診療のパフォーマンスに基づくボーナス等の報酬 (→添付資料3 参照) が支払われるケースもある。このうち、キャピテーションについて説明を加えると、その額の決定には、地域、加入者の年齢や性別などが考慮される。開業医のラッセン医師のインタビューによれば、例えば、ブラウン・アンド・トーランドという医師グループが、サンフランシスコ市リッチモンド地区で 18 歳の男性の医療費として支払うキャピテーションの額は、月当たり 11 ドルである。それに対し、80 歳の女性の場合、月当たり 35 ドルとなっている (これらの中には、薬剤費、検査費は含まれない)。

.....

(**注1) キャピテーション:

人頭割り定額前払い制。マネジドケアにおいては、加入者数に応じて、定額の契約金が頭割りの数だけ医師に支払われる

.....

一方、保険料と、それに対する保険者、病院、医師の個々の割り当てについては、カリフォルニア・パシフィック病院のプロットマン院長等の話を統合して、おおよその概念を図 10 に示した。

図 10 / 保険料を 100 とした場合の取り分の設計 (Brown & Toland の場合)

Plan (保険者) 20	病院 45	医師 35
薬剤費、マーケティング、地域外受診の費用等		医師グループ 3 (検査代、マネジメント等) プライマリ・ケア医 15 専門医 17

同病院の医師は、ブラウン・アンド・トーランドという医師グループに属している。医師への配分は保険料全体の 35% となり、それらをさらに、プライマリ・ケア医、専門医、そして医師グループの管理部門の間で配分することになる。ちなみに、保険者の配分は全体の 20% で、薬剤費、マーケティング費、および地域外受診の費用等が含まれる。地域外受診の費用は、加入者が保険プランで指定された医師・医療機関以外にかかる場合に発生する費用を指している。

② 財政的リスク

マネジドケア機関が医師との間の契約で、支払いをキャピテーション方式にして、財政的リスクを医師に負わせるケースが多いことは先に述べた。財政的リスクを負う医師にすれば、効率的な医療サービスを行うインセンティブが高くなる。一方、キャピテーションとは別に、保険者が、医療者（病院・医師）との間で損失責任制（危険を分担する＝risk sharing）を採るケースも多い。その際、成果に伴うボーナスの支給や一定割合の回収 (withholding) が行われる。例えば、病院入院支出が予算を超えて赤字を記録した場合、参加医師に対する医療費の支払いから 20% を回収する仕組みを持つ機関もある。同じマネジドケア機関でも、PPOプランは、損失責任制を取らないケースが多い。

③ 医師タイプの変化

マネジドケアの隆盛は、医師の診療姿勢・意識の面にも微妙な影響を及ぼしている。自らの専門領域を積極的にアピールして診療活動を行う専門医タイプより、マネジドケア組織・機関との契約に応じて、堅実に紹介患者の診療をこなすといった内科医・勤務医タイプを志向する医師が増えている。診療報酬は、プライマリ・ケア医や専門医より少ないが、確実にマネジドケア組織・機関からの紹介患者を受け持てば、自ら開業しなくても十分に収入を確保できる。この背景にはマネジドケア機関が、患者の管理を行うプライマリ・ケアを重視する方針をとっていることがある。米国の医学生の間でも、従来は専門医志向が圧倒的に多かったが、近年は市場のニーズも反映してプライマリ・ケア医志向が増加している。

3. 患者との関係への影響

患者にとって、保険者であるマネジドケア機関よりは、診療を受ける医師・医療機関の方が身近な存在であり、その“患者－医師”関係が良好に保たれることが重要で

ある。しかし、マネジドケア機関が科す制限や支払い手法のため、医師が患者のために行えない診療行為も出現し、医師と患者との間の信頼関係が崩れることも考えられる。また、医師がマネジドケア機関を離れると、その医師にかかっていた会員は、別の医師に変えざるを得なくなり、従来の医師との関係を失うことになる。その一方で、マネジドケア機関が推進する予防や健康増進、そして質向上が、患者と医師の関係を向上させることも有り得る⁵。さらに、マネジドケア機関という共通の敵を持つことにより、医師と患者が逆に信頼関係を強くするという事態も考えられる。いずれにせよ医師は、患者とのコミュニケーションをより向上させることが、信頼関係を高める上で重要となってきた。

4. マネジドケア組織への対抗戦略

① グループ・プラクティスの動き

米国の医師の間では、医師同士でグループを組み、患者の幅広い医療ニーズに対応しようというグループ・プラクティス（集団開業）の動きが増えている。その大きな目的は、医療サービスの効率化を進めると共に、団結してマネジドケア機関との交渉を有利にすることである。また、医療過誤による訴訟の防止など個々の医師では取り組みが難しい問題に、集団で対処しようという考え方もある。日本でも、開業医たちが、医療ビル内でグループ化して診療を行う形態がみられるようになってきたが、各医師が資本を出し合い、共同経営のもとで診療活動を行うという経営形態を取るケースは極めて少ない。実質的には、同一ビル内において単に寄り合いの格好で診療を行うという形態がほとんどであり、本来の意味でのグループ診療は、経営維持の問題なども絡むため、話題に上るほど普及をみていないのが実情である。

② P S O (Provider-Sponsored Organization) の設立

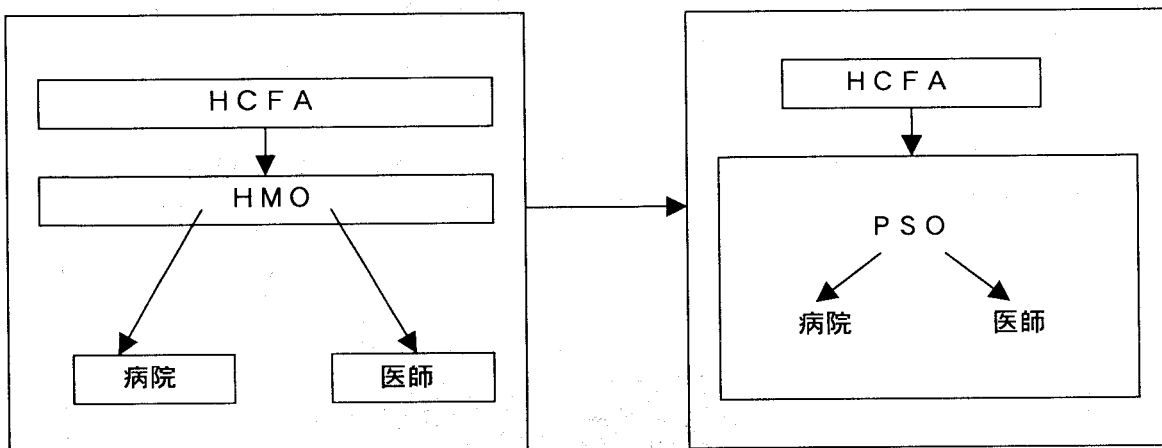
HMOなどマネジドケア組織・機関から医療者への締め付けが厳しくなるにつれ、医師と病院が連合して統合的な組織を設立し、保険者を經由せずに企業などと直接契約する動きもみられるようになった。その中のP S O (Provider-Sponsored Organization) は、「医療供給者が設立し所有する機関」で、97年の予算均衡法 (Balanced Budget Act) により、公的に認可された。従来の同類機関に比べ、設立に関する規制が緩く、医療者が設立を行いやすい条件となっている。P S OはH C F A

⁵ Emanuel, EJ. and Dubler, NN., “Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care”, JAMA, January 25, 1995, 273, No 4:323-329

と直接に契約をして、メディケア受給者へ医療供給を行う。これまでの〔HCFA－HMO－病院・医師〕というメディケア・マネジドケアの委託経路とは別に、PSOの直接契約により、〔HCFA－PSO－病院・医師〕という経路で受託診療活動が可能となる（→図11参照）。

（* PSO、および医療者主体のマネジドケア機関については、本文末尾の解説1を参照）

図11／公的医療と直接契約する場合のPSOの位置関係



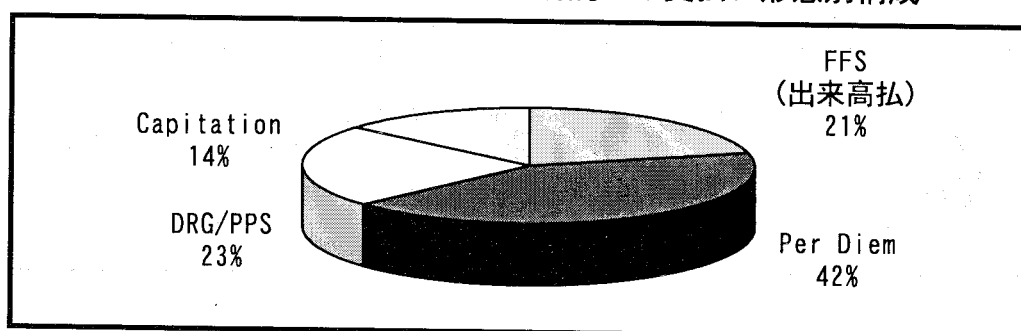
7. 病院はマネジドケアにどう対応しているか

マネジドケアの普及・拡大に対し、病院はどのように対応しているのか。ここでは、4つの観点から実状を記しておく。

1. 保険者からの支払い

病院は、保険者からどのような形態で医療費の支払いを受けているのか。図12に、その支払いタイプ別割合を示した。それによると、最も多いのは日払いであり、全体の42%を占めている。以下、DRG/PPS（診断群別包括支払い）、FFS（出来高払い）、キャピテーション（人頭割りの定額前払い報酬）の順となっている。

図12/マネジドケア機関から病院への支払い形態別構成



(出所/Interstudy, 1995)

このデータによると、マネジドケアから支払われる医療費のうち、出来高払いの方が、人頭割り払いであるキャピテーションより構成比にして7ポイントも多い点は、注目に値する。マネジドケア機関からの支払いの影響を受け、病院における医業収入が逡減している。今回の米国視察の対象であるカリフォルニア・パシフィック・メディカル・センター(California Pacific Medical Center:CPMC)の場合を紹介しよう。同センターでは、8年前と比較して、明らかに保険者からの医療費支払いは減少している。例えば、大腸ポリープの場合、1,200ドル~1,500ドルだった治療費は、300ドルまで下がり、1/4ないし1/5まで激減している。心臓バイパスの場合は、75,000ドル~90,000ドルの基準料金+13,000ドルの付加料金が支払われていたのに対し、現在では、すべて合算で21,000ドルにしかならない。CPMCは、1994年に2,400万ドルの赤字を計上し、翌95年には、当初に設定した4億ドルの予算から7,200万ドルを縮減している。ちなみにCPMCの保険者別医業収入の内訳は、表5に示した

通りである。

表 5 / C P M C の 売 上 構 成

種別	割合
P P O	3 3 %
メディケア	2 8 %
フルリスク・マネジドケア	2 8 ~ 2 9 %
メディケイド	9 %
民間出来高払い保険会社	2 ~ 3 %

最もウエイトの大きいのは、マネジドケアのPPOプランによるもので、33%と約3分の1のシェアを有している。次いでメディケアとフルリスク・マネジドケアがほぼ同率。あとのシェアは1桁に下がり、メディケイドが9%、一般の出来高払い保険会社が2~3%という構成になっている。この内訳をみてもわかる通り、フルリスク・マネジドケアとPPOを合わせたマネジドケアプランによる医業収入は、61~62%と同センターの過半数を占めている。

2. 効率化の促進

C P M C の よ う に、 医 業 収 入 の 大 半 を マ ネ ジ ド ケ ア の 医 療 に 負 っ て い る 病 院 は、 経 営 効 率 化 を い や が う え に も 促 進 し な け れ ば な ら ない。それだけでなく、マネジドケア機関と診療契約を結ぶために、契約先として選ばれるに足る資格も備えなくてはならない。そのために、例えば、入院日数の短縮化を図るなどの施策も必要となる。事実、マネジドケア機関との契約に則り、入院日数が患者全体で減少している病院が多い。また、急性期病院への入院を亜急性期(subacute)の入院で代替するケースも増加している。参考までに、カリフォルニア州における病院のマネジドケア浸透率と病院の使用率に関する統計値を末尾の添付資料4に示した。同資料によると、マネジドケア浸透率の高い地域での入院日数の減少が目立っている。また、マネジドケアの浸透率の高い地域で、亜急性期医療が急増している(→亜急性期医療については、末尾の解説2を参照)。

一方、効率化の一環として人員削減を行う病院も多い。今回の視察先であるC P M

Cでは、最近、職員1,000人のリストラが実施された。対患者の職員比率を、参考として表6に示した。

表6/CPMCとカイザーの患者と従業員の割合比較

マネジドケア機関	患者と従業員の比率
CPMC	患者対従業員=1:5.2
カイザー	患者対従業員=1:4.0

CPMCの場合、リストラの結果、患者対従業員の比率は、1:5.2に下がっている。カイザーの場合は、さらに少ない比率となっている(1:4.0)。このような経営効率化、合理化により病院側が意図しているのは、診療機能の明確化である。これには例えば、高額医療の臓器移植を行うか否かといったことも含まれる。ちなみに、カイザーの場合は臓器移植は独自の施設ではなく、契約病院で行われている。

3. 統合的医療供給システムIDS(Integrated Delivery System)の構築

病院の新しい試みとして、医療提供体制の再編成がある。いわゆる「統合化」で、その手法には、水平型(horizontal)統合と垂直型(vertical)統合の2種類がある。水平型統合は、病院同士が合併することにより、互いに経営の合理化・効率化を意図した統合の形である。今回視察したCPMCも、それまで独立経営されていた3つの病院が合併してできた医療センターである。こうした病院同士の合併・吸収、倒産などを背景に、米国では、病院の数がかなりの減少をみている。1980年には全米で5,830の病院があったが、94年には5,256病院にまで減少しており、14年間で1割も少なくなった計算である。水平型による病院同士の合併が進むにつれて、医薬品、医療器具・機材などを共同で仕入れることができるというメリットがある。また、それをさらに進めることを目的として「病院連合」を結成するという動きも活発である。例えば、CPMCの場合は、サターヘルスという病院連合を形成している。

一方、垂直型の統合は、急性期医療だけでなく、亜急性期医療や在宅ケア、リハビリといった関連医療サービスを、病院が直接的ないしは間接的に手がける形態である。この形態を推進する上で象徴的なのが、PHO(Physician Hospital Organization)という医師と病院の連合により設立される組織である。この連合形態は、医師と病院同士が一段と組織的に連繫できるというメリットがあり、マネジドケア機関との交渉も行う(→IDSの詳細は末尾解説3を参照)。

4. 寄付集め活動

病院の収入に関して補足すると、米国では市民の慈善活動が著しく普及しており、病院への寄付が古くより行われている。病院が、地域の住民や企業に働きかけ、地域病院としての機能を地元のため十分に発揮することを担保に、寄付を募るケースもある。米国では、寄付金は無税扱いであるため、これが病院の経営資金として寄与する。視察したCPMCには、97年に約1,000万ドル（約12～13億円）の寄付があり、そのうち70%が個人からの寄付であった。その中には担当医師への感謝の意を示すために、患者が病院へ寄付したものを含む。ちなみに、米国では、医師が個人の懐に入れるというケースはほとんどない。もしも患者が医師に謝礼をすることがあっても、医師はそれを病院へ渡すか、あるいは部門の研究費にするのが一般的である。一方、寄付者に対しては、病院側は入院時に広い病室を用意することなどで感謝の意を示しているという。

8. どの保険プランの患者が満足しているか

マネジドケア・プランの会員が増加している中、医療サービスに対する消費者（患者）の満足度はどのような状況であろうか。調査会社のナショナル・リサーチが行った1997年の「患者満足度調査」の結果は、いくつもの注目すべき点を示唆している。その結果の中から、・全体としての満足度（→図13参照）、・医師へのアクセスに関する満足度（→図14参照）、・自己負担についての満足度（→図15参照）、の3点について抜粋してみた。この調査では、a. 出来高払い（FFS）、b. HMOのPOS、c. PPO、d. メディケアの4種類の保険を対象としている。

1. 全体としての満足度

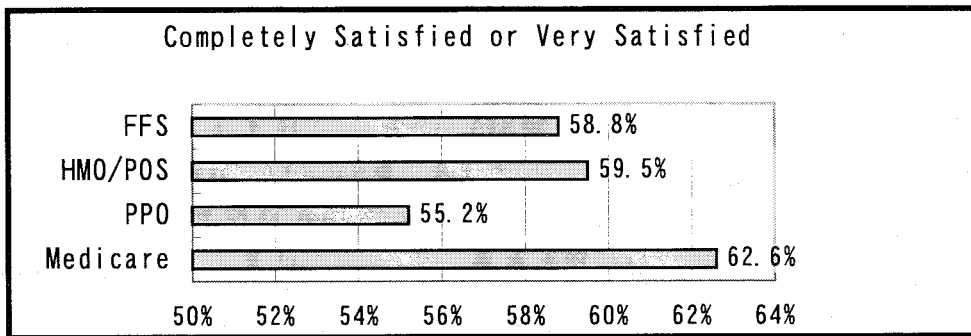
図13が示す通り、上記4つの医療保険の比較では、公的保険であるメディケアに対する全体の満足度が最も高く（「十分に満足している人」と、「かなり満足している人」の合計回答率は、62.6%。以下、同）、ほぼ3人に2人が満足している。2位はPOSで、全体的に満足している人の割合は合計で59.5%。ほぼ5人に3人の割合である。次いで3位は、FFSの58.8%で、2位との差は1%もないので、全体としての満足度は、両者ともほとんど変わらないともみることができる。上記4種類の中で全体としての満足度に関し回答率が一番低いのが、PPO（合計回答率は55.2%）である。公的保険であるメディケアに対する全体としての満足度が最も高いというのは、注目すべき点といえる。

それとは逆に、マネジドケアのPPOの医療プランに対し全体としての満足度を覚える人の割合が最も低いという点は、興味深い点である。その理由として2点考えられる。一つは、後述するが、価格面で自己負担が高いことである。また保険料自体もHMOに比べると高いレベルである。もう一つの理由は、診療面で、従来型保険と違って医療者選択の制限がある上に、一方でHMOのような統合的な医療が期待できないことである。HMOでは会員の健康増進と予防のための種々のプログラムや、一貫した医療サービスを行っているが、現在のPPOでそのようなサービスを提供している機関は少ない。今後のPPOの組織運営上の課題と言えそうである。

2. 医師へのアクセス

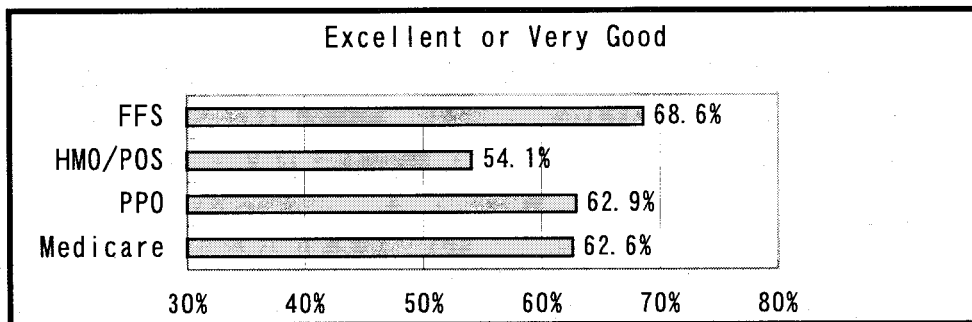
図14は、医師へのアクセスに関し、「アクセス性に優れている（十分にアクセスし

図 13 / 全体としての満足度



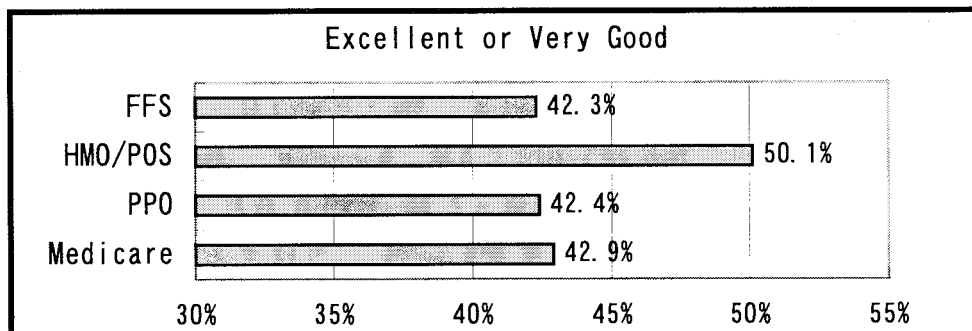
(出所 / National Research Corporation, 1997)

図 14 / 医師へのアクセスに関する満足度



(出所 / National Research Corporation, 1997)

図 15 / 自己負担に関する満足度



(出所 / National Research Corporation, 1997)

やすい」とする人と、「やや優れている (いづらかアクセスしやすい)」とする人の回答率を合計した比率で、上記4種の保険サービスを対象に比較したものである。図

に示された通り、最もアクセス性に優れている（アクセスの良さに満足できる）のは FFS（出来高払いの民間医療保険）であり、回答率は 68.6%と、10人中7人近いという高い割合となっている。つまり、医師・医療機関の選択面で制約がないため、利用者（患者）にとってもアクセス性は、必然的に良くなるというのはいずれも。続く2位のPPO（回答率 62.9%）と、3位のメディケア（同 62.6%）の場合、ほぼ同率であり、アクセスの良さという点で、両者はほとんど変わらないと言える。逆に、全体としての満足度で2位だったHMOのPOSが、医師へのアクセスという面では、利用者（患者）の満足度が最も低くなっている。それでも回答率は 54.1%であるから、この医療プランを利用している人の半数以上が、アクセスの面でも満足していることになる。

3. 自己負担について

図 15 には、保険でカバーされない分を自己負担しても「十分に満足できる」と答えた人、および「一応は満足できる」と答えた人の回答を合計した率で、上記4種のプランを比較した結果が示されている。「自己負担の額に満足できる」という人がほぼ半数の 50.1%でトップとなっているのが、HMOのPOSプランである。POSは、「急いでいる場合、あるいは指定された医師の中に望む医師がいないと判断したとき、加入者は、自分が選んだどの医師にもかかることができる」というのが特色となっている。現在は、マネジドケア組織・機関の7割前後が、このPOS方式のプランを提供しているといわれる。2位以下のメディケア、PPO、FFSはいずれも、「満足」と答えた人の小計回答率は 42%台で拮抗しており、逆に言えば、この3種類については、利用者（患者）の10人に6人までが、自己負担額に満足していない、ということを示している。

9. マネジドケア機関に対する規制は？

1996年現在、マネジドケアの加入者は、HMOとPPOの会員を総合すると1億4千万人に達する。二つの組織に重複加入している会員が相当数いることを差し引いても、こうしたマネジドケア方式の医療保険は、すでに米国の人口2億5千万人の半数以上をカバーしている。しかし、その普及と並行して、マネジドケア機関の医療サービス提供に伴う運営姿勢に対して批判が増加している。一部のマネジドケア機関に対しては、医療の水準の低下が指摘されており、患者に対する制限医療の状況を監視することが必要となってきた。これに対応して連邦政府や州政府は、マネジドケア組織・機関に対する規制の手を打ち始めている。

1. 出産のための最低入院日数の設定

マネジドケア機関による医療規制で真っ先に批判を浴びたのは、「ドライブスルー分娩」などと呼ばれた分娩後の短い入院期間である。ちなみに96年には、正常分娩の入院期間で1日以内のケースは51%に達した。反面、3日以上は12%にしか過ぎなかった。一方、帝王切開の場合、2日以内のケースが21%、3日以内は62%にも上っていた。この状況を問題視した連邦議会は、正常（普通）分娩で48時間、帝王切開で96時間の最低入院保障をHMOに求める法制化を行った。こうした法制化措置の背景には、ニュージャージー州の女性知事ウィットマンがこの事実をいち早く取り上げ、分娩後最低2日間の入院保障を提示したことがある。現在では、全米の医療機関がこの法令に従っているが、連邦政府による法規制より厳しい規制で臨む州の場合は、州の規制を優先することになっている。

2. サービスへのアクセスの向上

マネジドケアは、何らかの形で、医師、病院・診療所の選択や使用を加入者に規制している。しかし、“患者がプライマリ・ケア医から専門医へ紹介してもらえない”、“救急施設の使用の支払いを拒否された”などの問題が増加した。これらの問題が生じているのは、一握りのマネジドケア機関においてであると思われるが、政府機関による対応策が取られはじめている。専門医への紹介については、バージニア州などで、専門医の診療の必要性の有無を評価する外部監査機関を設立し、消費者の支援を行い始めた。また、メリーランド州では事前審査なく救急病院に入院しても、保険者が支払いを行うことを義務付けている。

3. ギャグルール of 撤廃

マネジドケア機関が行う医療の規制、並びに支払いの規制に関して、医師が患者に口外することを禁じるHMOがあったと言われる。マネジドケア機関が給付しない治療法について、医師が患者に話すことを禁じるというもので、このような一種の箝口令はギャグルール(gag rule)と呼ばれる。ギャグルールを医療者との契約文に盛り込むマネジドケア機関が実際にどの程度あったか、あるいはギャグルールが医師に影響を与えているかどうか、実は明らかではない。しかし、カリフォルニア州を含む 32 州が、HMOと医療者との契約にギャグルールを含むことを禁止している⁶。

4. 患者の権利法

マネジドケアの組織網が拡大し、全国的に加入者が増えるにつれ、各組織は保険者として、医師、医療機関などに対する発言力を強めるだけでなく、政治的にも影響力を有するようになってきている。それとは逆に、利用者である消費者・患者は、個人的な立場でマネジドケア機関に対して異議を唱えたり、医療過誤などに対する訴訟を起こしても効力が薄いという状況が生まれてくる。いわゆる“個人対巨大組織”という図式の発生である。そうした事態を憂慮する動きとして、マネジドケアへの規制強化を内容とする「患者の権利法案」が議会に提出されたが、98年10月9日、マネジドケア機関の強力なロビーイング活動等の影響により、同法案は廃案となってしまった。

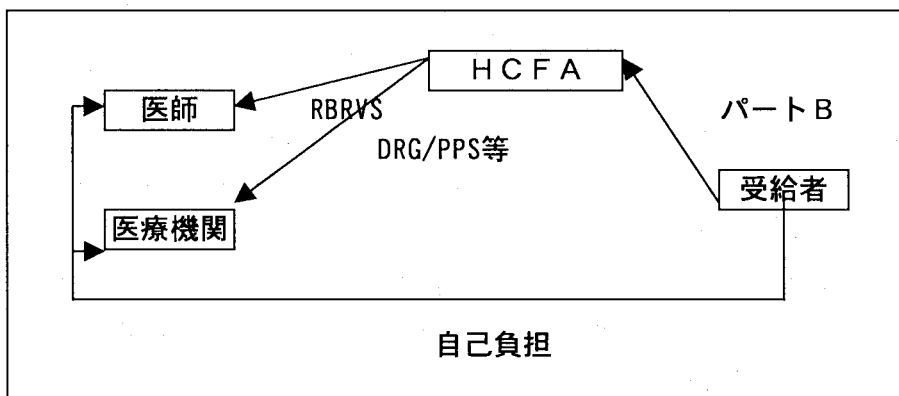
⁶ Modern Healthcare, “Yes, Virginia, there is no clause”, Modern Healthcare, October 6, 1997:8

10. 公的保険のマネジドケア化はどこまで進んでいるか -メディケア・メディケイドの場合-

1. 予算均衡法(Balanced Budget 法)の制定 ('97)

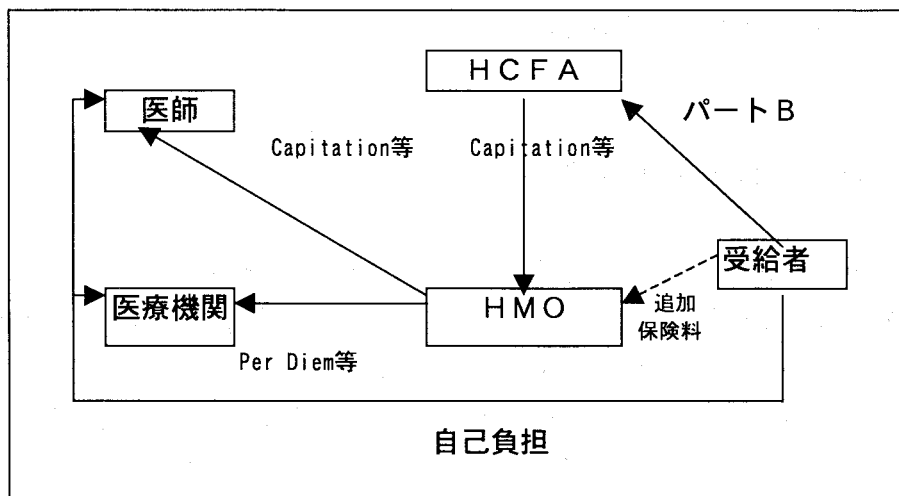
マネジドケアが医療費の抑制に与える影響に注目し、連邦政府も州政府も公的保険のマネジドケア化を推進する政策をとっている。メディケアを管轄するHCFAも、受給者のマネジドケア・プランへの加入を推進している(**注2参照)。97年には予算均衡法(Balanced Budget Act)を制定し、メディケアにHMO以外のマネジドケア・プランが参入することを認可した。これにより、POSやPPOなどが新たにメディケアへ参入できることになり、メディケア・マネジドケアの普及が予想される。従来からのメディケアの支払い方式と、新しいメディケア・マネジドケアの支払い方式の違いを明らかにするため、概念図を図16および図17に示した。

図16 / FFS (出来高払い)の支払い概念図



まず、図16の説明を行うと、既存出来高払い(FFS)の場合、医療費は、メディケアの保険者であるHCFA(医療財政庁)から直接、医師・医療機関へ支払われる。図中、医師に対する支払い方法でRBRVS(Resource Based Relative Value Scales)とあるのは、投入された医療資源の量に基づく相対的価値表に基づいて医師の診療報酬が決定される支払い手法である(**注3参照)。メディケアの被保険者(受給者)は、保険料をHCFAへ納入し、自己負担分を医師・医療機関へ支払う。入院医療のためのパートAの保険料は社会保障の一環として無料、パートBを選択した場合はその保険料は月当たり43.8ドル(1ドル=120円換算:5,256円)である。

図 17 / メディケア・マネジドケアの支払い概念図



一方、図 17 に示すように、メディケア・マネジドケアでは、HCFAがHMOへ加入者数に応じたキャピテーションで前払いを行う。医師・医療機関に関しては、HMOから支払いが行われる。医師に対する支払いは、先述したようにキャピテーションなど種々の支払い方式が用いられ、一方、医療機関に対しても1日当たり定額(Per Diem:日払い)を含むいくつかの支払い方式が用いられる。メディケア受給者がマネジドケアプランに加入するには、メディケア・パートBに加入していることが前提である。従って、受給者は従来どおりHCFAにパートBの保険料を支払う。HMOに保険料を支払うケースもあるが、多くのHMOがメディケア会員の保険料を無料とし、「ゼロ保険料」を宣伝文句としている。

自己負担分を医師・医療機関へ支払うのはFFSの場合と同様である。ただし、HMOのマネジドケア・プランでは、一般の出来高払いの医療保険による場合より、自己負担分を低く抑えているのが普通である。

.....

(**注2)「公的医療保険」:

メディケア/65歳以上の高齢者や腎透析患者などを対象

メディケアパートA/入院医療や専門的看護施設、在宅医療サービスなどを給付

メディケアパートB/外来医療、医師の技術料などを給付

メディケイド/低所得者層などを対象

.....

(**注3) RBRVS (Resource Based Relative Value Scales:医療資源準拠・相対評価点数):

HCFA (医療財政庁) は、1983年からメディケア・パートAの入院医療にDRG/PPS (診断群別包括支払い方式)を導入したのに呼応し、医師診療料の支払い方式の検討を行い、全国的に統一された診療報酬の支払い方式を開発した (ただし地域調整あり)。92年からメディケア・

パートBにおける医師への支払いに段階的に適用し、96年に完全実施した。

RBRVSに基づく医師診療報酬は、治療行為ごとに一定の診療報酬が設定されており、それに基づいて医師に支払いが行われる。報酬は、a. 治療にかかる時間や技術的難易度、b. 必要経費、c. 医療過誤のリスクなどをもとに計算され、地域価格指数により一定の調整が加えられる。RBRVS導入の目的のひとつは、地域の不均衡を是正し、専門的医療とプライマリ・ケアとのバランスを取ることであった。

.....

2. HCF Aからマネジドケア機関への支払い方法

図 17 に示した通り、HCF AからHMOへの支払いはキャピテーションに拠っている。1997年までは、受給者(患者)1人当たりで、当該地域におけるFFS(出来高払いの従来型医療保険プラン)の平均医療費の95%が、調整の上、支払われていた。これはAAPCC(adjusted average per capita cost:人頭割りごとに要するコストの調整後平均値に基づいて計算する)と呼ばれている。

98年からは、(1)調整後価格、(2)367ドル、(3)前年度比2%増加の額、という3つのうちから最大となる価格で支払われるようになっている。

HCF Aの支払い方法については、リスク調整がなされていない、価格が低すぎるなど様々な批判がなされてきており、今後改正が計画されている。

3. 受給者への給付

他機関のマネジドケア・プランとの加入者をめぐる競争を背景に、マネジドケア機関はメディケア会員への医療給付範囲の拡大を図っている。具体的には、従来型のメディケアではカバーされていなかった検診・検査の無料実施や、外来の医薬代給付(但し上限額は指定)などである。

参考までに、カリフォルニア州サンマテオ郡のメディケアHMOが給付する内容・価格と、従来のメディケアのものとの比較を末尾添付資料5に示した。

4. メディケアにおけるマネジドケア加入者の増加

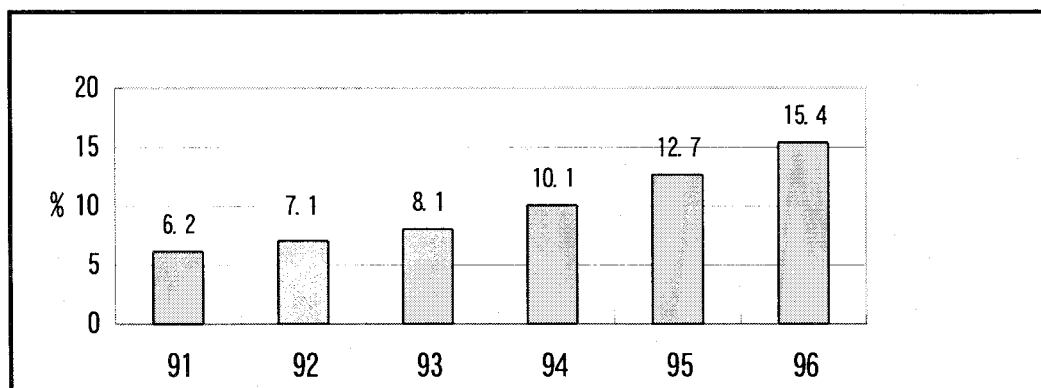
メディケアにおいてもマネジドケアの加入者は年を追って増加の傾向にある。

図 18 は、その加入率の年次推移を示したものである。

1991年にはメディケア全体の6.2%だったが、5年後の96年には15.4%まで増加している。メディケア被保険者の6人から7人に1人の加入割合となっている。ちなみに96年の対前年伸び率は、21%強であるが、94年からの最近3年間は連続して20%

台の伸びを記録している。メディケア受給者の間では、HMOによる給付の拡大が魅力となっている。一方、受給者に対する個々のHMO組織・機関同士の宣伝競争もしだいにエスカレートの度を増している。

図 18 / メディケア・マネジドケアの加入者数の推移



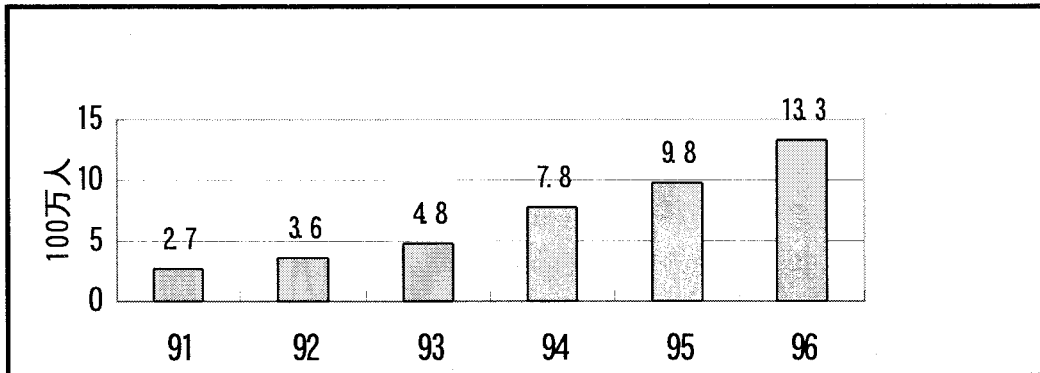
(出所/HCFIA)

5. メディケイドの加入者の増加

一方、低所得者層向けの社会保障であるメディケイドのマネジドケア化は、どのような状況であろうか。メディケイド・マネジドケアの加入者も、メディケアと同様、年を追って増加している（→図 19 参照）。ただし、メディケイドのマネジドケア加入に関しては、連邦政府ではなく各州政府が個々のマネジドケア組織・機関と医療プランの契約を結ぶ形を採っている。91年には270万人だったのに対し、96年には1,330万人にまで膨れ上がっている。これは対前年で35%強の伸びとなる。92年以降5年間の年次別増加率の推移をみると、94年から95年にかけての増加率が20%台だったほかは、いずれも対前年30%台の伸びで推移しており、メディケアにおける増加傾向を上回るハイペースでマネジドケアの加入者が増えていることがわかる。

また、96年の加入者は、メディケイド全体の被保険者約3,000万人に対し、44%を占めており、これはほぼ5人に2人の割合となる。91年と比較すると492%であり、ほぼ5倍の規模に膨れ上がっている。ただし、メディケイドのマネジドケア化に積極的な州と、そうでない州との格差は大きい。メディケイドのマネジドケアの効果については、アリゾナ州の例を挙げると、マネジドケア化によりメディケイドの医療費は全体で7%削減している。

図 19 / メディケイド・マネジドケアの加入者数の推移



(出所/HCFA)

1 1. 質向上に全力投球しているか

マネジドケア機関における質向上の努力はどのように行われているのであろうか。

1. NCQA (National Committee for Quality Assurance)

マネジドケア機関にとって評価認定機関であるNCQA (National Committee for Quality Assurance:全米医療の質保証委員会)の認可を受けることは、年々その重要度を増している。NCQAは、企業のイニシアティブで創設された非営利の保険者評価機構で、マネジドケア機関の経営面での健全性を保ち、医療サービスの質を向上させることを目的としている。マネジドケア機関がNCQAの認定を受けると、企業との契約の際に有利になるため、認定を受ける動機づけが高い。一方、評価に関しては、多くのマネジドケア機関がHEDIS (health plan employer data information set)と呼ばれる評価指標に基づいて、機関内の財務データや診療データの収集・分析を行い、結果を公表している。HEDISはマネジドケア機関の統一評価表ともいえるもので、NCQAが一般企業やHMOなどと共同開発したものである。企業がマネジドケア機関を選択する際、各機関のHEDISの数字を比較検討することができる。従って、マネジドケア組織にとってはHEDIS指標の数字の向上が、会員を増やすための重要課題となっている。このように、NCQAは、マネジドケア機関に質向上の動機づけを与える上で重要な役割を果たしている。

2. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

マネジドケア機関を含む米国の大半の医療機関にとって、JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations:病院品質認定委員会)の認定は重要な要件である。JCAHOは非営利の独立認定評価機関で、全米の約80%にあたる病院の質に関する認定、および約6,000にのぼる診療所、ナーシングホーム、在宅ケア組織・機関、精神病院などの医療関連機関の質に関する認定を行っている。認定を受けるかどうかは医療機関の自由であるが、公的保険の指定を受けるためには必須で、また、マネジドケア機関の選択を受けるためにも重要となっている。マネジドケア機関の中で、スタッフモデルとグループモデルについては医療施設を所有するため、上記のNCQAの認定をマネジドケア機関として受けると共に、医療施設の質の保証としてJCAHOの認定も受けることが必要になる。従って、データ収集をはじめ、これらの認定のための準備はかなりの負担となっている。

3. 「マネジドケアの質」レポート（NCQA）

NCQAでは、米国のマネジドケア機関全体の質向上の度合いを調査するため、毎年「マネジドケアの質」レポートを公表している。98年の評価では、予防接種率、心臓発作後のベータブロッカー治療、乳癌検診率、帝王切開率、禁煙のための忠告等、ほとんどの指標が前年度に比べ、向上しているという結果であった。この背景には、消費者である企業が医療サービスの質に一段と敏感になっていること、マネジドケア機関もそれらに対応して質向上を推進していることが考えられる。

4. ケア管理手法

マネジドケア機関で一般によく行われている質向上のための対応を以下にまとめる。

「疾病管理」:

疾病管理は医療の質向上と効率化を目的としている。特定の患者集団を対象に予防、検査、治療、リハビリ、教育などの医療サービスを一貫して提供する手法で、TQC的に目標値と成果の乖離を減らしていく。従来の医療との違いは、「治療」中心から「一連のケア提供」への重点の移行である。対象患者は高額医療費でかつ予防効果がある糖尿病などの慢性疾患が多い。マネジドケア機関、特にHMOでは会員が、かかりつけ医を通じて特定されるため、患者集団別の疾病管理は行いやすい環境にある。疾病管理は、患者集団に対する総体的管理を目指すので、患者情報やコストなどの管理情報を分析・監視するための情報システムが大きな役割を果たす。そのため、情報システムの構築がマネジドケア機関においての重要課題となっている。

「ケア・マネジメント」:

マネジドケア機関では資源使用の最適化を図るため、医療審査や特定の症例について、医療計画を立てるケース・マネジメントもしくはUM(utilization management)が行われている。病院を含む医療福祉施設や特定の治療について、その必要性、適切性、効率性を症例別に審査することを目的とする。入院に関する事前審査(プリオーソライゼーション)、入院中のケアに対する審査、症例別のコスト管理などが中心である。従来型保険会社の出来高払いによる医療プランでは、医療機関からの請求書をもとに行う医療費面での審査が中心であった。マネジドケア機関(特にHMO)では、より診療行為に踏み込んだ管理を行っている点が異なる。

「クリティカル・パス」:

クリティカル・パス(critical path)というのは、「疾患別に、予想される在院日

数を定め、検査や投薬、手術などの提供すべき医療を標準化し、これらを時系列的に明記したスケジュール表を作成すること」を指す。医療サービスのバラツキを減らし、不必要なサービスを減らすことを目的とする。また、これにより平均在院日数を短縮することも期待されている。病院によっては、症例数の多い疾患に関してそれぞれに関するクリティカル・パスを作成して、管理を行うこともある。医師だけでなく、患者と接する医療スタッフ全員が、共通の治療方針・計画に沿って医療チームを組んで対応するという点に特色がある。マネジドケア機関では、疾病管理の一環としてクリティカル・パスを用いることも多い。

「診療ガイドライン」:

診療ガイドラインは、特定の症状に対する適切な医療行為を決定することを目的とした、医療者と患者のための「指針」である。注意すべきは診療ガイドラインはあくまで意思決定を支援するための指針であり、医師が従わなくてはならない「基準」ではないことである。高額、ハイリスクの症状やサービス、または疾病率の高いものについてガイドラインを導入して、治療のばらつきを減らし、医師が高品質で効率的な治療を提供しうることが目的である。診療ガイドラインは、現在様々な医療関連機関において開発と普及がめざましい。特にマネジドケア機関では、効率的なサービス提供を行うために診療ガイドラインを何らかの形で医師の間に普及させようとするところが多く、全体の63%が普及を行っている⁷。

一般に、医師がガイドラインを用いるか否かは、医師の判断に任される。ただし、医師のパフォーマンス評価の一環として、ガイドラインの遵守を測定する機関もある。ガイドラインの普及のための重要な要件は、医師主導で開発を行うことである。カイザーの例を取ると、診療ガイドラインの作成に関しては、あくまで医師主導の形で取り組んでいる。同機関内のケア管理研究所から資料が提供され、個々の医師グループが独自に作成している。また、提供された資料やガイドラインに従うか否かは、個々の医師の自由である。HMOの管理要件にもなっているセカンドオピニオン（第三者の医師の意見）の聴取については、カイザーの場合、医師のグループ内で自由に聴ける体制も組まれている。最後に、近年、エビデンス（科学的根拠）に基づいた医療（EBM：evidence-based medicine）が医療界で注目されているが、診療ガイドラインの開発においてもEBMの影響を受けている。特に、専門家の非体系的な意見に基づかず、「エビデンス」を体系的に利用してガイドラインを開発することが重視され始めた。エビデンス重視の根底には、質向上と効率的医療の提供があり、この思想はマネジドケア

⁷ Gold,MR,et al., “A national survey of the arrangements managed-care plans make with physicians” ,NEJM, Dec. 21, 1995:1678

機関の経営方針と合致する。今後、マネジドケア機関においても、エビデンスに基づいた医療の普及が予想される。

以上、第1章から第11章まで、米国におけるマネジドケアの現状を、医療費への影響、歴史的背景、マネジドケア機関のいくつかの形態とその特徴、経営状態、医師、病院、患者への影響、規制、公的保険のマネジドケア化、質向上の施策、などの諸観点から述べてきた。マネジドケアは過去数年で大きく変化を遂げ、今後も企業、消費者、政府、医療者の影響を受けて変わり続けるであろう。

マネジドケアが医療問題を解決する魔法の杖ではないことは、誰の目にも明らかである。しかし、社会からの種々の圧力を受けつつ、良きにつけ、悪しきにつけ、ダイナミックに変貌を続けるマネジメントケアは、わが国の医療政策を考える上で、非常に興味ある研究対象であり続けるであろう。公的保険のマネジドケア化が進められていくなか、質の維持向上がどのように図られるか、その支払い方法にどのような工夫がなされていくか等、注目に値する。更に、解説のページで詳述されるPSOやIDS等医療提供者側からの挑戦も大いに興味のもたれるところである。

1 2. 米国における在宅医療

1. メディケアにおける在宅医療

米国では、介護保険の制度化の試みに失敗し、将来の制度化の展望さえ未だに立っていない。クリントン政権は、医療改革に力を入れているが、長期介護に関わる部分に触れる機会は極めて少ないといわれる。しかし、現在働き盛りであるベビーブーム世代（この点は日本と類似）が退職期を迎える 2010 年以降には、高齢者人口比率が急上昇し、2030 年には、20%を超えると予測されている。そのため、在宅医療や介護、ナーシングホームなどにおける長期介護の問題を避けて通ることはできない状況にある。クリントン政権が医療改革のコンセンサス作りに成功するためには、医療の最大の消費者である高齢者の支持を獲得することが不可欠とみられている。しかし、現実に進行している医療政策は、将来の高齢者の主流を占めるベビーブーム世代をも含めて、介護を必要とするであろう年齢層の人々にとって好ましいものとはなっていない。

公的医療保険メディケアにおける在宅医療への支払いは、1980 年頃から許可された。しかしその政策によって、在宅医療の支出は急増した。米国における 1995 年度の在宅医療の総費用は 520 億ドルに達している（別に、個人負担が 164 億ドルに上る）。そのうちメディケアの在宅医療に対する支払い額は、同年度で約 230 億ドル前後にまで膨らんでおり、国全体の 44%のシェアを占めている。また、メディケアの在宅医療受療者は、同年度で 350 万人を突破したともみられている。在宅医療への支出の増加は、在宅医療機関の急増によるものが主流といわれるが、在宅医療機関の過剰サービス（ときには架空サービスもある）、医師および看護婦・介護人等のホームサービスの増加なども関係している。また、経静脈治療、在宅人工透析、高栄養療法、ガン化学治療等の増加なども、在宅医療への医療費支出増加の要因に挙げられている。

クリントン政権は、連邦議会との合意により 1997 年 8 月、予算均衡計画（赤字財政解消計画）の一環として、1998 年度～2002 年度の 5 年間で、メディケア支出を総額 1,100 億ドル削減することを決定した。これは、総額 1,600 億ドルの財政削減の 7 割をも占める額である。この事実一つをとっても、医療関連支出は、米国連邦政府にとって最大の赤字拡大要因となっていることは誰の目にも明らかである。なお、メディケア支出削減の 9 割は、診療提供者への支払いの抑制によって捻出することが求められている。入院医療における DRG/PPS の 1998 年度の支払い額据え置き、99 年度以降の改定率の割引き、病院外来、熟練看護施設 (SNF)、在宅医療の支払いなど

は大幅に削減されることが決まっている。すなわち、改定率の抑制と包括化がさらに押し進められることになる。

介護関連医療費に対する抑制策は、介護保険制度をもたない米国においては、極めて深刻な問題を提起している。公的保険メディケアは、熟練看護施設(SNF)、ナーシングホーム、および在宅医療に対しても医療費を支払っているが、それが今後さらに抑制されるだけでなく、「介護」に関わる部分については保険給付を行っておらず、民間保険でも「介護」についてはほとんどカバーされていないため、近い将来に介護問題が国民レベルの問題として急浮上してくることは確実と予測されている。介護保険の制度化に失敗した米国であるが、1985年には民間介護保険の販売が開始されている。ただし、高齢者のうち、民間介護保険に加入しているのは4~5%に過ぎない。その後、民間介護保険の普及が進まない最大の理由は、保険料が高いことにある。ちなみに、67歳の方が加入する場合の保険料は、年間2,500ドルにもなる。これを負担するだけの資力のある高齢者は、10~20%に過ぎないといわれる。

現役の勤労者である時から民間介護保険に入れば、保険料は購入可能な水準になるが、次の3つの理由から、高齢者ではない人々が、民間介護保険に加入するとは考えにくい状況にある。

- ・多くの人々は、自分に長期介護のリスクがあることを知らない。しかも自分とは無関係と考えていること。
- ・メディケアが長期介護費用を支払ってくれると信じている人が多いこと。
- ・子供の教育など民間介護保険の購入より優先順位の高い支出項目が多いこと。

こうした様々な背景もあり、介護については、特別な保険を除き、どの保険でも給付されないのが実態である。

2. 在宅医療は中間医療

米国における在宅医療は、あくまでも自立を前提にして提供されており、短期的なサービスという位置づけがなされている。ある程度の医療費を投入しても患者が自立できなければ、ナーシングホーム、シニアハウスなどの療養型施設に入所させられるケースが大半であり、施設重視型の医療政策が採られている。ある研究機関(RAND)が行ったDRG/PPSの影響に関する調査に基づく“医療の質に関する研究”でも、「自宅から病院に入院し、退院後に自宅ではない施設(メディケアのSNF、あるいはナーシングホーム)へ移った患者の比率は、かなりの増加をみせている」と報告されている。

仮に在宅のままであれば、患者が自費で医療費、介護費を支払わなければならないウエイトが増すことになる。ナーシングホームなど長期介護を必要とする人のための入居施設は、在宅医療の形態も含めて中間医療施設と呼ばれる。ナーシングホームの場合、1日当たりの費用で比較すれば、病院に入院するよりは安く済む。とはいえ、ナーシングホーム入所に要する年間費用は3万ドルを超えともいわれる。しかも、先にみた通り、民間・公的いずれにおいても介護保険が未発達な状況であり、入所者が自己負担しなければならないウエイトが非常に大きくなる。重度の障害のためにナーシングホームに入居している高齢者の場合、所得の90%を医療費に費やしているケースも珍しくない。仮にその資金が不足すれば、貯蓄を取り崩す必要も出てくる。中流所得者層だった高齢者が、ナーシングホーム入所後、無一文に転落する現象を「スペンディング・ダウン」と呼んでいる。無一文になれば、メディケイドの適用を受け、入居し続けることは可能であるが、米国では、メディケイド受給者になること自体が一種の“汚名”でもあり、メディケイド受給者に対する看護・介護の質もかなり劣るのが実情である。

要介護者の状態変化についていえば、ナーシングホーム入居者の半数が3ヵ月以内に退院している（必ずしもすべてが回復しているわけではなく、さらに悪化して病院に戻されるというケースもある）。反面、長期入院となるリスクも小さくない。その平均入院日数は、男性が329日、女性は452日を数えている。スペンディング・ダウンを避けたい高齢者にとって、長期介護を受けるための費用確保は重大な関心事となっている。換言すれば、民間介護保険の潜在市場はそれだけ大きいものがあるということもできる。しかし、将来的に介護保険が民間で主流になるのか、それだけの需要が確実に見込めるのかどうかは未知数であり、国民の間では公的介護保険を待望する声も相当数にのぼっているのが現状である。

3. 在宅医療の仕組み（オルセン・ヘルスサービスの例）

今回の視察先の一つであるオルセン・ヘルスサービスは、在宅医療サービスを手掛ける機関の一つである。在宅医療の必要な患者には、退院時に主治医から指示書が出される。同社では、RN (registered nurse: 正看護婦、一般看護婦) がアセスメント（医療・介護必要度の査定）に訪問し、acuity（医療の提供基準）を決める。この医療提供基準は公的なものではなく、同社独自の私的な判断基準である。メディケアにおけるマネジドケアの場合、給付される医療費は全部込みであり、患者1人当たり年間で4,100ドルに設定されている。この制度の中では、以下のような訪問者と、訪問ケース別コストとを組み合わせ、当該患者にとって最適と思われるケアプランを作成する。

▽RN (正看護婦) 45ドル (アセスメントのための訪問の場合)

▽同 35ドル (per visit:看護婦の1回訪問ごとに)

▽LPN (licenced practice nurse:実務看護婦/*日本の准看の役割を担う)、PT (理学療法士)、OT (作業療法士)、ST (言語療法士) 35ドル (per visit:1回訪問ごとに)

FFS (出来高払い)のメディケアの場合、RNに対し1訪問につき131ドルが支払われるが、このケースは極めて少ない。しかも、1999年以降は75ドルに減額されることが決定している。ちなみに同社の訪問看護ステーションでは、以前、訪問人員が500名いたが、メディケア・マネジドケアの導入による競争の激化によって、現在は123名に減らされている。同ステーションの平均サービス期間は6ヵ月であり、職員は、支店長1名、レセプションリスト1名、カルテ係1名、事務員1名、ケースマネージャー1名の計5名が正社員として関わっている。訪問員は全員がパートタイマーであり、30~40名いるとのこと。パートタイマーの採用に当たっては、犯罪歴チェックが重要となる。また、サービスの質に関しては、ケースマネージャーが巡回してチェックを行っている。

【解説1】 P S O、および医療供給者所有のH M O

1) P S Oとは

P S Oは「医療供給者が設立し所有する機関」で、97年の予算均衡法(Balanced-budget Act)により公的に認可された。H C F Aと直接に契約をして、メディケア受給者へ医療供給を行うことができる。従来、メディケア受給者に対してマネジドケア・プランを提供することができたのは、州が認可したH M Oだけであった。今後は、P H O (Physician Hospital Organization) や、I P A (Independent Practice Association)などを含んだ医療供給者所有の機関がP S Oを設立すれば、メディケア受給者を会員としたヘルスプランを提供することができるようになる。

H C F Aが同法令の施行に踏み切った背景には、医療供給者の利益団体の要求が高まったこともあるが、多くのメディケア受給者をマネジドケア・プランに加入させたいという意図がある。メディケア受給者のうちマネジドケア・プランに加入しているのは現在、全体の約15%に当たる。この割合を少なくとも30%から40%に高める計画であり、マネジドケア・プランの加入者の増加によってメディケア医療費を削減することが、最大の狙いである。ただし、P S Oの認可は、H C F Aがメディケアの支払いを今後減らすことに対する医療供給者側との交換条件という見方もある。P S Oは、メディケア会員に全ての必要な医療サービスを提供する責任を有す。また、定額報酬を収入源とするヘルスプラン(保険者)として財政的リスクを負わなくてはならない。H C F Aは、メディケアH M Oへの支払いと同様、P S Oに毎月、キャピテーション(人頭割りの診療報酬)を支払うことになる。P S Oは、H M Oなどの仲介者をなくすことにより、H C F Aからの全支払いを享受できる反面、H M Oと同様の業務機能を持つことにより、財政的リスクを負うことになる。

こうしたP S O自体のコンセプトは特に新しいものではない。基本的にはH M Oなどの医療保険者を除外した医療供給形態であり、財政的リスクを伴う点では変わりがない。90年代初期にA H A (米国病院協会)は、P S N (provider-sponsored network)と名づけて、病院を主体とする地域のための医療を提案してきた。また、A M A (米国医師会)も長年にわたり医師主体の医療、すなわち医師の意思決定が保険者に左右されることのない医療システムを提案し続けている。そのような状況下で近年には、医療供給者所有の(provider-owned) H M OやP P Oが数多く設立されている。95年から97年の間に全米で認可された228のH M Oのうち、約3分の1は医療供給者所有である。しかし、その経営状態は決して良好とは言えず、過剰投資、不適切な情報

システム化、経営手法の未熟さなどから、多数が経営危機に陥り、保険会社等を買収されているのが実情である。

PSOは設立の認可を受けると、99年からメディケア受給者に対しフルリスクを負うヘルスプラン（保険者）として医療供給を開始する（→別表1参照）。

別表1 / HCFAのPSO関連スケジュール

年 月	案 件
97年5月	予算均衡法(Balanced Budget Act)成立
97年9月	PSOの支払能力に関する基準の法案を公開
98年6月	PSO等を含むMedicare+Choiceに関する最終法案の公開
98年8月	法案に関する一般からのコメント
98年11月	HCFAがメディケア受給者へ種々のプランに関する情報を公開
99年2月	PSOの認可開始、HCFAとの契約開始
99年3月	PSOが会員の勧誘を開始
99年4月	PSOの支払能力に関する法令設置
00年12月	厚生省が議会にPSO(州の認可を受けていないPSO)の連邦認可を期限の2001年12月まで続行するかどうか報告

(出所/AHA(米国病院協会))

連邦議会の予算委員会では、PSOのメディケア会員が2002年までに約100万人に達するという予測を立てている。PSOの設立については、最少会員数の水準が低く、HMOやPPOなどに比べて設立条件が緩やかであり、政府からの補助金も提供される。設立条件は98年6月に発効した最新の法令の中で、HCFAが以下のように定義している(**別注1参照)：

- PSOは、メディケアの給付対象となる医療サービスを全て、提携した供給者(affiliated providers)を介して提供することが可能である。
- 「提携した医療供給者」の定義は、「PSOが人头割りで支払う者」ではなく、何らかの形態で「PSOの利益あるいは損失を共有する者」である。
- PSOの医療供給者は、営利PSOの場合、最低51%の持ち分(equity)を所有することが必要であり、非営利PSOの場合は理事の人数の最低51%を占めることが

必要である。

●P S Oは実際に提供する全サービスの最低 70%（地方は 60%）を、提携先の医療供給者を通じて提供しなくてはならない。

●P S Oは最低 150 万ドルの資本積立金を維持しなければならない。

●P S O設立にあたっての最少会員数は、都市部で 1,500 人、地方では 500 人である（**別注 2 参照）。

HMOやPPOの設立に比較して、P S Oは優遇されていると言われているが、準備費用に 300 万ドルを要するという見積りもあり、決して容易な事業ではない（→別表 2 参照）。しかも、本業である医療提供と並行して、HMOなどと同様の保険業務と会員サービスを行わなくてはならない。

別表 2 / P S O 設立費用の例

開業前資金項目	必要金額
資本積立金*	\$1,500,000 - \$3,000,000
運転資金*	\$400,000 - \$1,000,000
コンサルティング料金	\$200,000 - \$300,000
弁護士料	\$100,000 - \$200,000
情報システム費用**	- \$750,000
事務所準備	\$25,000 - \$50,000
開業前費用	
人件費**	\$100,000 - \$250,000
マーケティング	\$100,000 - \$250,000
営業損失	
初年度***	\$500,000 - \$1,000,000
総計	
	\$2,425,000 - \$6,800,000

*：連邦政府もしくは州政府の法令に依存する

**：内部のリソースを使うか外注するかに依存する

***：PSOの規模と会員数に依存する

（出所／Modern Healthcare：97年11月24日号）

このようなP S Oの設立については、米国内で賛否両論がある。賛成論は、(1)医師や病院などの医療供給者の裁量権の確保、(2)地域に根ざした医療、さらに(3)医療供給者への医療報酬配分の増加を根拠としている。前述の通り、この背景にはAHA（米国病院協会）やAMA（米国医師会）などの影響がある。一方、反対論の根拠は、第

一に、財務管理、マーケティング活動、価格設定、会員サービスなど、経営全般における経験不足に置かれる。先に触れたように医療供給者所有のHMOやPPOの経営状態が芳しくないことの事由ともなっている。第二に、PSOが今後の財政リスクを管理できるかどうかに対する懸念がある。今後、HCFAが診療報酬の値下げを行う可能性が想定されるためである。さらに、現状では比較的健康なメディケア受給者がPSOに加入するとはいえ、数年後にはその健康度が悪化して医療費が高騰する可能性が考えられることも、懸念材料となっている。

第三に、PSOを設立した医師が、メディケアのプランを持つ保険会社やHMOと従来から契約関係を持っていた場合、それらの機関との関係を悪化させる可能性が考えられることである。PSOとそれらの機関とは互いに競争相手となるわけで、競合組織の契約医師に会員を割り当てるかどうかは疑問である。第四に、PSOが財政的窮地に陥った場合には、従来からHMOなどで問題視されてきている医療サービスの事前審査や否定などの問題が浮上してくる。最後に、法的な面での懸念が挙げられる。PSOは、設立にあたって政府の認可を受ければ、州の認可なしに3年間営業できる。しかし、3年後に州の認可を受けられなかった場合は、HCFAとの契約を破棄しなくてはならない。その場合に救済措置が必要になる、などの点が反対論の根拠となっている。

現在、全ての医療供給者にPSO設立の機会が与えられているのは事実であり、今後、PSOがどの程度普及していくかは、非常に興味深いところである。多数設立されるとすれば、たとえ不幸にも経営が悪化し、その結果、大規模なHMO等を買収されたとしても、最終的にはメディケアのマネジドケア化が進み、HCFAの悲願である医療費削減が達成されるものと予想される。ただ、PSOの場合、自らの組織が民間の保険者として機能するためには、困難な背景が二つある。一つは、HMOなどのマネジドケア機関をも含めて既存保険者のロビーイングパワーが強く、PSO自体が保険者となるまでには時間がかかること。二つ目は、HCFAなど連邦政府機関からの信用獲得が容易ではないことである。こうした課題に関しても、HCFAとの直接契約を実現していくうえで、緊急に解消を図っていくことが望まれている。

.....
(**別注1) 詳細は「Federal Register」 Vol. 63 No. 123, June 26, 1998 参照。Web ページのアドレスは、www.hcfa.gov/medicare/mplusc.htm でM+C Regulationのパート。

(**別注2) メディケアHMOの最低会員数は、都市部で5,000人、地方で1,500人。
.....

2) P S Oのケーススタディ：クローサー・キーストン・ヘルスシステム社 (Crozer-Keystone Health System)の場合

〈組織概要〉

ペンシルバニア州フィラデルフィア市郊外にあるクローサー・キーストン・ヘルスシステム社(Crozer-Keystone Health System:以後CK社)は、地域の5つの病院、4つのSNF(skilled nursing facility)、140人の医師ネットワークによって構成される。CK社は、HCFAの“Medicare Choice”の試行プログラムに96年から参加し、“MedCarePlus”というメディケアP S Oを設立した。メディケア受給者の会員数は設立1年後に3,100人であったが、脱会率は2%と非常に低いレベルを保つことができた。その後順調に会員を増やし、現在の会員数は目標数をはるかに超える94,000人を擁している。

〈管理面でのサマリー〉

「財務」：医療サービス提供のための支出は、メディケア保険料の約95%で、今後の目標は92%に置かれている。メディケア保険料の分配は容易ではないが、交渉により、PCP(プライマリ・ケア医)、専門医、病院、そして薬剤師に割り当てる。

「システム」：情報システム及び通信ネットワークの構築のために、CK社は1億5千万ドルの投資を行っている。目的は患者と会員の生涯カルテを電子化し管理することである。これにより、医師や患者が、過去の健康度をデータに基づいて分析することが可能となった。また、P S Oに所属する医療供給者の中で患者データの共有も可能である。

「医師管理」：医師は、患者に何が必要かについて、保険会社よりもよく知っている。資源使用率を比較検討し、必要なときのみ治療法などに介入する。

「健康アセスメント」：CK社は、92年に地域の住民の健康アセスメントを開始し、その後2年おきに行っている。P S O設立にあたって、このアセスメントの経験が非常に有効であったという。例えば、マンモグラフィーの施設の多い郡で乳癌の死亡率が高い、あるいは政府援助があるにも関わらず低体重の新生児の率が異常に高い、などの結果から、医療技術の提供だけでは人は健康にならないことを理解した。P S Oの経営にあたっては、(1)メディケア受給者の中で危険度の高い患者を見つけること、(2)患者が自ら健康を管理するようにさせることを中心ポリシーとしている。

「その他」：会員のワークグループは、「健康維持の努力に対して何かの報いがあるとやる気も起きる」という意見をCK側に提出した。それに対応して、最初の健康診断、インフルエンザ予防注射、健康管理のための簡単な課題を達成した場合は、その会員に対して1年に100ドルの換金を行うという規約を作っている。

〈CK社とマネジドケア&PSOとの相関関係〉

実は、メディケアPSOの設立以前に、CK社はマネジドケアを経験済みであった。それは90年に倒産したHMOを買収し、その際、会員であった患者を維持することにより、同社の病院での入院日数を確保しようとした。しかし、2年後には当のHMOをまた倒産させる結果になった。この失敗からCK社が学んだのは、マネジドケアは伝統的な意味での「病院ビジネス」ではないということである。すなわち、マネジドケア機関の利益は、会員の健康を維持することによって得られるわけであり、そのために病院自体の入院日数は減少し、収入も減少する。会員が健康であればあるほど、入院サービスは不必要となり、逆にプライマリ・ケアがより多く使われることになる。マネジドケアを手がける医療供給者は、その意味で大きな思考転換が必要となる。

また、PSO設立には、病院、医師、医師ネットワーク、ナーシングホーム、在宅ケア機関の密接な連繋・統合化が必要である。財政面では、コストが保険料を上回るという財政リスクに対する対応策が必要で、しかも、州や連邦政府の法令に従った資本金等の要件を満たしていることが条件となる。さらに、マーケティングに関しては、地域のメディケア市場の調査が欠かせない。経営・事務管理面では、請求処理、保険料設定、患者との渉外活動、医師との渉外活動などが必要である。これらは、CK社がマネジドケアを開始する以前から、医療供給者が行ってきたことでもあるが、ただし全く異なる角度からの実施であった。CK社のジョン・マクミーケン(John McMeekin)社長は、「医療供給者によるPSOの設立と経営維持は決して容易ではない。しかし、設立がもたらす恩恵は地域への貢献を含めて大きなものが期待できる」と強調している。

3) 医療供給者所有のHMOおよびPPO (Provider-owned HMO/PPO)

医療供給者(病院あるいは医師グループ)所有のHMOやPPO(provider-owned HMO/PPO)は、米国におけるマネジドケアの普及に伴い、その数を増やしてきた。果たしてそのパフォーマンスはどのようなであろうか。「モダン・ヘルスケア」(Modern Healthcare)誌は、医療供給者所有のHMO(110社)およびPPO(114社)を対象として、98年にアンケートを行った。しかし、回答を得られたのはHMOで30社、PP

〇で27社に過ぎなかった。この背景には、(1)これらの機関の経営者が全般に時間的余裕を失っていること、(2)競争の激化に伴い経営情報の公開に対する警戒心が高まっていること、そして恐らく、(3)全体的に経営状態が余り良好でないこと、などがあると思われる。事実、回答したHMOのうち、営利HMOについては20社中10社が、非営利HMOについては10機関中2機関が赤字経営であった(→非営利HMOについては、別表3参照)。

別表3 / 医療供給者所有の非営利HMOの趨勢

	会員数 単位：千人	総収入 単位：千ドル	利益 単位：千ドル	所有者
Altru Health Plan	9.9	10,617.0	179.0	Altru Health System
HAP	541.2	914,905.5	21,449.0	Henry Ford Health System
Hometown Health Plan	22.4	33,162.0	-1,822.0	Health Group
Illinois Masonic Community Health Plan	4.0	5,049.0	181.2	Illinois Masonic Medical Center
Mercy Health Plans -Michigan	173.4	263,418.0	-3,559.0	Mercy Health Services
Providence Health System	191.8	350,320.0	5,704.0	Providence Health System
Physicians Health Plan	206.0	280,844.6	2,847.8	Sparro Health System
Scott and White Health Plan	142.5	220,055.4	1,592.5	Scott and White Memorial Hospital
Sentara Health Management	172.9	248,650.5	4,533.3	Sentara Health System
UIHMO	19.1	16,841.2	147.9	Board of trustees of the University of Illinois

(出所/Modern Healthcare : 98年6月15日号)

医療供給者によるHMOおよびPPOは、エトナ(Aetna)やカイザー(Kaiser)などの大手に比べて、非常に小規模であるのが一般的である。大企業は従業員の転勤なども考慮して、多数の州にまたがる大規模なヘルスプラン(保険者)と契約することを好む。それらのニーズに対応して拡張するには、莫大な資金が必要となるが、資金調達が容易ではない。また、HMOの浸透率の高い大都市などでは、会員数の拡大も難しい。さらに、情報システムへの投資が不十分で、長期的な経営問題も予想される。例えば、カリフォルニア州のカリフォルニア・アドバンテージ(California Advantage)は、同州の医師会が経営し、約7,600人の医師が参画するPPOであったが、98年6月に倒産している。さらに、全米でも最大規模と言われていた医療供給者所有のHMO、ケア米国(CareAmerica)も、昨年末に保険会社のカリフォルニア・ブルーシールド(California Blue Shield)社に買収されている。

このように、医療供給者所有のHMOおよびPPOの現状は、決して明るいものとは言えない。しかし、同業者同士の吸収合併による大規模化が、一つの生き残りの手法かもしれない。実際に吸収合併は始まっており、例えばカリフォルニア州のビーチ・

ストリート(Beech Street)社は、2年前に同業2社を買収し、現在はさらに2社の買収を計画している。

【解説2】亜急性期医療(Subacute Care)の現状

米国のJCAHO(病院設置認定委員会)では、亜急性期医療(サブアキュート・ケア)について、以下のように定義している。「急性疾患、傷害、あるいは病状の悪化をすでに過ぎた患者に対する一貫した入院ケアである。急性期病院からの退院直後、あるいは入院の代わりに、患者の長期的視点・全体的状態に基づいて提供される。目標ベースの治療法であり、特定の健康状態の治療やケア、あるいは特定の治療法の管理を行うものである」 亜急性期医療は、一般にハイテク監視・診断機器に頼らないもので、メスを用いるような侵襲性の治療法は含まれない。また、ケアの内容・水準を指す呼称であり、医療施設の形態とは無関係である。そのため、患者の病状に従って、急性期病院、特殊病院、診療所、ナーシングホーム、SNF(skilled nursing facility)、および在宅ケアを行う居宅など、種々の場で提供することができる。

現在最も多いのは、長期化した急性期病院の入院患者の代替として提供するものである。一般に従来のナーシングホームのケアより集中的な治療が行われるが、急性期病院での通常の治療ほどには集中的ではない。患者の診察は、毎日もしくは毎週の頻度で行い、一定期間内(数日もしくは数ヶ月)での健康状態の変化と治療計画のレビューが行われる。これらは、患者の病状が安定するか、あるいは予定の治療プログラムが終了するまで続けられる。こうした亜急性期医療には、リハビリテーションの他、呼吸、栄養、心臓、創傷ケアに対応したプログラムも含まれる。プログラムの重度(intensity)の水準にはバラツキがあるが、通常、患者一人当たり一日の看護時間は3.5~8時間であり、うち最高5時間までは療法や検査などに当てられる。

亜急性期医療は、医療費を抑えて高品質の医療を提供するために、医療供給者が創出した方策と言える。急性期医療とナーシングホームなどで行われる長期ケアの間の橋渡しをすることにより、コスト削減を図ることが可能である。医療供給システムの垂直型統合(vertical integration)を実施するには、施設間の橋渡しを効率よく行うことが必要であり、亜急性期医療のプログラムが必要となる。米国サブアキュートケア協会(ASCA:American Subacute Care Association)の公表データによると、亜急性期医療は急性期医療に比べて約50%のコスト削減が可能という。米国には現在、約5,000施設があり、約20万の亜急性期医療用の病床がある、との推計もなされている。マネジドケアにより、一段とコスト削減が求められている米国では、亜急性期医療に対するニーズは、今後もさらに増加していくものと予想される。

《参考》

米国の中で亜急性期医療(サブアキュート・ケア)を扱っているのは、上記のJCAHO(病院設置認定委員会)、ASCA(米国サブアキュートケア協会)の他、全米サブアキュートケア協会(NSCA:National Subacute Care Association)である。JCAHOの「長期ケア」認定指標の中には、亜急性期医療関連の指標が含まれている。亜急性期医療のプログラムを持つ長期ケア機関が、亜急性期医療の認可を望む場合は、「長期ケア」の認定と「サブアキュート・ケア」の認定の両方を受けなくてはならない。なお、参考までにそれぞれのホームページ・アドレスを掲げておく。

JCAHO www.jcaho.org

ASCA members.aol.com/ascamail/index.htm

NSCA www.nasca.net

【解説3】 I D S (Integrated Delivery System)

1) I D S (医療供給者の統合的ネットワーク) の趣旨

医療提供体制の再構築を図ろうとする背景から起こってきたのが、I D S (Integrated Delivery System) という形態である。I D Sには様々な定義が存在する。ただし一般的には、「医師や病院などの医療供給者が、互いに公式あるいは非公式な契約を行い、一貫した医療サービスを患者に提供するシステム」と定義づけられている。要約すれば、“医療を提供するための医療供給者による統合的なネットワークシステム”とも換言できる。

このI D Sと称される機関には、あくまで医療供給のみを行うケースもあれば、自らが保険者になる場合もある。従って、先に示した医師と病院の連合組織P H O、H M Oの4つのモデルの項で紹介したI P A (Independent Practice Association) モデル、第6章-4、および解説1で詳述したP S Oなども、一種のI D Sの形態といえる。米国では現在、国内の半数近い約2,400の病院が何らかの統合的医療供給ネットワークシステム、すなわちI D Sに参画している。また、医師だけで構成されるI P Aや医師グループなどについては、全体の約2割がI D Sに参画している。「ホスピタル&ヘルスネットワーク」(Hospitals & Health Networks)誌は、98年3月にこの統合的ネットワークの番付を組み、上位100のI D Sを発表した。同誌の評価の基準には、以下の指標が用いられている。

1. ネットワーク内の病院の数
2. 外来施設の数
3. カバーする地域の郵便番号の数
4. 急性期病院の入院総数
5. 病床利用率
6. 平均在院日数
7. 純利益
8. 医業収入
9. 医業利益率
10. 売上高利益率
11. 総資本負債率
12. 流動資産率 (流動資産/流動負債)
13. 医師数

14. 異なる施設タイプの代表から構成される経営陣
15. 意思決定の統合化
16. 疾病管理・ケース管理
17. 情報テクノロジーの統合化
18. 購買の統合化
19. マーケティングの統合化
20. 施設別決済の統合化

番付の第一位にランクされたプロミア・ヘルス・システム社(Puromia Health System / 本拠、アトランタ市)は、12 病院と 45 診療所を所有し、約 3,000 人の医師が参画する中規模のネットワークを構築している。医業収益は 9 億 8 千万ドル、純利益は 1 億 1 千万ドルという並外れた利益率を誇る。また、経営管理手法や上層役員の構成についても統合化が徹底して行われている。同社の各指標の数値は、以下の別表 4 に示した通りである。

別表 4 / I D S 番付第 1 位の「プロミア・ヘルスシステム」の評価指標値

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
12	45	37	116,297	55.3%	5.1日	\$110mil	\$984mil	4.63	11.23	.33	2.12	2,985
14	15	16	17	18	19	20						
あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり						

〈表注：番号は前掲の I D S ベスト 100 位の番付で示された各評価指標を示す〉

また、トップ 100 の I D S のうち、病院数(指標 1)に関するのトップは、マーシー・ヘルスサービス社(Mercy Health Services)の 43 病院、外来施設(指標 2)に関しては、同じくマーシー・ヘルスサービス社の 236 施設、医師数(指標 13)に関しては、マウント・サイナイ・ヘルスシステム社(Mt. Sinai Health System)の 12,000 人、医業収入(指標 8)に関しては同じくマウント・サイナイ・ヘルスシステム社の 35 億 9400 万ドルであった。

このように、ランキングで示されるような優良 I D S が米国には多数ある。しかし、90 年前半より設立されてきた多数の I D S の中には、パフォーマンスが優れない機関も多い。特に、統合化による効果は予想に反して出ていないというデータもある。例えば、全米の I D S の平均医業利益率は 94 年に 4.6%であったが、96 年には 2.5%に低下している。ところが、同時期の病院の利益率は 3.1%から 3.8%に上昇している。また、SMG マーケティング・グループ(SMG Marketing Group)の調査では、“I

IDSにおける垂直の統合化が進めば、1件当たりの入院コストが下がる”という統計上の因果関係は見出されなかった。

2) IDSの保険機能

IDSにおける統合化の最終的な目標は、保険者機能の所有であると指摘されることが多い。すなわち、(1)IDSの形態には医師だけで統合システムを作っているもの(例:IPAなど)、(2)医師と病院・医療福祉施設が統合化しているもの(例:PHOなど)の2つのパターンがあるが、いずれにしても各形態において保険者の機能を持ち合わせることになる。

保険者機能を持つための手法は以下のような形態となる。(1)IDSが保険機能を独自に構築するか、保険者を買収する、(2)IDSと保険者(マネジドケア機関も含む)がジョイント・ベンチャーとして新しく立ち上げる、(3)保険者がIDSを買収するという3つの形態の他、(4)IDSが保険機能をリースする、すなわち第三者保険業務機関(TPA:Third Party Administration)に被保険者一人当たりを定額払いする、である。(2)のジョイント・ベンチャーを行うにあたってのメリットは、IDSが医師や病院のネットワークを提供し、医療サービス管理が出来ることである。一方、保険者は州法で必要とされる医療サービス機能や最低資本額、そして州の許可書を所有する。また、会員である被保険者を有し、請求業務や会員サービスの提供に関する経験が豊富である。

ただし、パートナーとなる保険者が従来の出来高払い型中心で、マネジドケアの請求業務には精通していない場合も多く、経営面での主導権争いなども予想されることから、課題も多い。

3) IDSの具体例：プロビデンス社のケース

IDSの例として、ワシントン州シアトル市に本社を置くシスター・オブ・プロビデンス・ヘルスシステム社(Sisters of Providence Health System/修道院系の医療供給会社。以下、プロビデンス社と略)を紹介する。

▽業務概要

プロビデンス社は、急性期医療、プライマリ・ケア、在宅ケア、ホスピス、予防と健康増進、精神病、長期ケア(ナーシングホーム、SNF:skilled nursing facility)などを手掛ける。病院数は、急性期病院19、長期ケア施設10、低所得者のための施設8を擁し、プライマリ・ケアの診療所は60以上にのぼる。また、ヘルスプラン(保険者機能)も果たし、約31万人がそれに加入している。サービス地域はワシントン、

オレゴン、アラスカ、カリフォルニアの4州にまたがる。ただし、経営管理は地域のニーズなどに合わせ、11のサービスエリア単位に細分化して行っている。97年の総収入は約23億ドル、総利益は7千万ドルを計上した。

●サービス実施地区(Service Area)

Alaska
Puget Sound
Southwest Washington
Central Washington
Marion County
North Coast
Portland
Yamhill
Southern Oregon
Los Angeles
Oakland

●ベッド数の総計

急性期 3,748
長期 1,361

●収入の内訳

民間保険	40.6%
メディケア	38.7%
メディケイド	10.8%
その他の政府プログラム	3.3%
その他	6.6%

●支出の内訳

給与	37.9%
物品および外注サービス	21.6%
契約医療サービス	17.9%
福利厚生	6.8%
資本コスト	6.3%
その他	9.5%

●サービス統合化

中心となるのは、医師グループのネットワークと、マネジドケア・ヘルスプランの所有

●プロビデンスにおける医療サービスの動向

- ・従業員数は 21,800 人
- ・急性期病院への入院数は、97 年が対前年度 6.5% 増加の 159,258、平均在院日数は 4.2 日
- ・プライマリ・ケアの外来 (visit) 回数は、対前年度 9.7% 増加の 1,558,960 回
- ・長期ケアの患者日数は、9.6% 増加の 424,512 日
- ・在宅ケアとホスピスの使用件数は、97 年で 609,132 件

●プロビデンスの経営管理者

理事会 (Board of Directors) 12 名で構成

社長室 (Office of the CEO) 3 名で構成

社長 (President & CEO) と副社長 2 名 (うち「医師」は副社長の 1 名のみ)

経営戦略会議 (Strategic Operations Council) 7 名で構成

- ・全施設のコーディネーション
- ・マネジメントにおける戦略プランの開発
- ・パフォーマンスの監視

システム運営方針会議 (System Policy Council) 12 名で構成

- ・プロビデンス社全体の法的ポリシーの開発 (例：外部施設との契約手法)
- ・地区別ポリシー開発の支援
- ・ポリシーの普及における監視

添付1
大都市地区別マネジドケア普及率

大都市地区 (MSAs)	FFS (%)	POS (%)	PPO (%)	HMO (%)
アトランタ (ジョージア州)	20.2	7.2	40.3	32.3
ボイジー (アイダホ州)	57.0	5.5	29.2	8.3
シカゴ (イリノイ州)	16.8	4.6	42.5	36.2
ユージーンズプリングフィールド (オレゴン州)	15.5	0.3	22.9	61.3
ジャクソン (ミシシッピ州)	34.3	5.2	50.5	9.9
ロサンゼルスーロングビーチ (カリフォルニア州)	8.8	2.1	19.3	69.8
マイアミ (フロリダ州)	6.9	2.5	34.6	56.0
ニューヨーク (ニューヨーク州)	16.8	6.2	29.4	47.6
ピッツバーグ (ペンシルバニア州)	22.2	13.2	18.6	46.0
サンフランシスコ (カリフォルニア州)	4.8	2.0	22.6	70.6
シアトルーベルビューーエベレット (ワシントン州)	10.4	2.9	50.4	36.2
ワシントンDC	16.1	5.5	34.3	44.2

出所：AHPA レポート(1996)より一部抜粋

添付2 HMOのタイプ

HMOのタイプ	定義
スタッフ・モデル	HMOが医師を雇用する。HMOは契約医師へ給与(場合によってはボーナスまたはwithhold)を支払う。医師はHMOが所有する病院か地域ごとに所有する施設(medical center)で医療サービスを提供する。HMOの立場からは医療サービスの管理が容易。 (例: Group Health Cooperative of Puget Sound)
グループ・モデル	HMOが1つのmultispecialtyの医師グループと契約し、医師グループが医師を雇用して給与を支払う。(例: Kaiser Foundation Health Plan がHMOで、Permanent Medical Groupが医師グループ)HMOは医師グループにCapitationで支払うか、あるいは出来高で支払う。医師グループはHMOの会員だけにサービスを提供するか、あるいはHMOとの契約によっては非会員にサービスを提供する。
ネットワーク・モデル	HMOが複数の小規模の医師グループ、あるいは医師と契約する。(例: Health Insurance Plan of Greater New York) HMOはこれらのグループ、医師にCapitationで支払うケースが多い。限られた医師グループとのみ契約するHMO(closed panel)と、規定に合う医師なら誰でも参加させるHMO(open panel)の2種類がある。
IPAモデル	医師がIPA(Independent Physician Association)を作り、IPAがHMOと契約する。IPAは施設を所有せず、医師は独自の施設でサービス提供を行う。HMOはIPAへCapitationで支払い、IPAは通常、医師へ出来高(プラス、withhold)で支払うか、もしくはPCPPのみCapitationで支払う。HMOは出来るだけ多くのIPAと契約するインセンティブが高い。IPAモデルのHMOはイニシヤル・コストと維持費は低い、医療サービスの管理は行いにくい。

添付3

マネジドケアの医師への支払い方法

	全プラン	グループまたは スタンプモデル HMO	ネットワークま たはIPAモデ ル HMO	PPO
Primary care physicians 支払い方法 1. 何らかのリスク共有* うち、Capitation 2. 給与 3. 出来高	60%	68%	84%	10%
	37%	34%	56%	7%
	8%	28%	2%	0%
	31%	3%	12%	90%
支払いの調整要因 使用率またはコスト 患者の苦情など 質の指標 患者アンケート 医師の生産性 会員の脱会率 その他	57%	50%	74%	34%
	49%	57%	61%	21%
	46%	54%	64%	7%
	36%	37%	55%	3%
	24%	43%	26%	3%
	21%	11%	36%	3%
	28%	29%	14%	55%
Specialty Physicians 支払い方法 1. 何らかのリスク共有* うち、Capitation 2. 給与 3. 出来高	43%	59%	54%	3%
	18%	31%	20%	0%
	6%	17%	2%	0%
	52%	24%	42%	97%

出所: Robert Berenson et al., "Arrangements that managed-care plans make with physicians", NEJM, Dec. 21, 1995 より抜粋

* リスク共有の中には、1. Capitation、2. 給与支払いであるが、パフォーマンス・ベースのボーナス、またはWithholdingのシステムが付随する、3. 出来高払いであるが、パフォーマンス・ベースのボーナス、またはWithholdingのシステムが付随する、の3形態がある。

添付 4
 マネジドケア浸透率と病院使用率 - カリフォルニアの例

	1983と1993の間の変化率	
	マネジドケア浸透率	
	低*	高**
入院日数		
Medical & Surgical	-29%	-44%
Psychiatric	13%	-48%
Subacute	76%	216%
平均入院日数	-19%	-20%
外来患者数 (Acute Care)	35%	46%
医療費	109%	61%

出所: James Robinson, "Decline in Hospital Utilization and Costs", JAMA, Oct. 2, 1996 より抜粋

* HMO の浸透率が 1983 年に 0.6%、1993 年に 10.7%

** HMO の浸透率が 1983 年に 15.2%、1993 年に 31.4%

MEDICARE PROGRAM 1998 Benefits & Services		Costs & Conditions		KAISER PERMANENTE Senior Advantage	LIFEGUARD FOR SENIORS Basic Plan & Sterling Plus	PRUCARE Prudential Senior Care Basic Plan & High Option Plan	SECURE HORIZONS Division of PacifiCare	UNITED Health Care United for Seniors
HOSPITAL INSURANCE (PART A) COVERED SERVICES								
PREMIUM OR SUBSCRIPTION CHARGE	No charge. Credited under Social Security Program.	No premium charge. STERLING PLAN - \$28.00 per month.	BASIC PLAN - No premium charge. HIGH OPTION - \$6/month (more vision/chiropractic)	No premium charge.	BASIC PLAN - No premium charge.	No premium charge.	No premium charge.	No premium charge.
DEDUCTIBLE ON ENTRY TO HOSPITAL.	\$764 deductible for first 60 days/benefit period. (Days 61-90 cost \$191 per day. For reserve days used (60 per lifetime), \$382 per day.)	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.	No charge. Covered 100% for unlimited number of approved days.
SKILLED NURSING CARE IN MEDICARE- APPROVED FACILITY. 3-day hospital stay required.	First 20 days of skilled care free. You pay \$95.50 each day from 21st through 100th day per benefit period.	Covered for skilled care up to 100 days per benefit period for semiprivate room. No hospital stay required.	Covered for up to 100 days of skilled nursing care per benefit period. No hospital stay required.	Covered for up to 100 days of skilled nursing care per benefit period. No hospital stay required.	Covered in full for up to 100 days of skilled nursing facility care per benefit period. 3-day hospital stay may be waived.	Covered in full for up to 100 days of skilled nursing facility care per benefit period. 3-day hospital stay may be waived.	Covered in full for up to 100 days of skilled nursing facility care per benefit period. 3-day hospital stay may be waived.	Covered in full for up to 100 days of skilled nursing facility care per benefit period. 3-day hospital stay may be waived.
MEDICAL INSURANCE (PART B) COVERED SERVICES								
PREMIUM OR SUBSCRIPTION CHARGE	You pay \$43.80 per month plus \$100 annual deductible.	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month.	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month.	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month.	You continue to pay Part B premium of \$43.80 per month.
OUTPATIENT SERVICES: PHYSICIANS, TESTS, THERAPIES, ETC.	Medicare pays 80% of allowed charges. You pay 20%.	\$5 copay for office visits.	\$5 copay for office visits.	\$5 copay for office visits.	\$5 copay for office visits.	\$5 copay for office visits.	\$5 copay for office visits.	\$5 copay for office visits.
OUTPATIENT PRESCRIPTION DRUGS	Medicare pays 100% for inpatient prescription drugs only.	\$1600 annual limit. \$5 copay generic. \$15 copay brand. STERLING - \$1800 annual limit. \$5 copay generic. \$15 copay brand.	\$1500 annual limit. \$5 copay for generic drugs. \$10 copay for brand name drugs.	\$1500 annual limit. \$5 copay for generic drugs. \$10 copay for brand name drugs.	\$1600 annual limit. Unlimited generic. \$7 copay each prescription at contracting pharmacy. \$10 copay 90-day supply through mail service program.	\$1600 annual limit. Unlimited generic. \$7 copay each prescription at contracting pharmacy. \$10 copay 90-day supply through mail service program.	\$1200 annual limit. \$6 copay for formulary (31-day supply); \$25 copay for non-formulary. Mail order \$12 copay formulary. \$25 non-formulary for 90-day supply.	\$1200 annual limit. \$6 copay for formulary (31-day supply); \$25 copay for non-formulary. Mail order \$12 copay formulary. \$25 non-formulary for 90-day supply.
CHIROPRACTIC CARE: Approximately 12 visits per year.	Manipulation of spine to correct subluxation demonstrated by X-ray.	\$5 per visit. Treatment provided by Kaiser physician.	\$5 per visit. referral required.	\$5 per visit. referral required.	\$6 per visit. referral required. Medicare guidelines apply.	\$6 per visit. referral required. Medicare guidelines apply.	\$5 copay - manual manipulation of spine; \$5 copay - routine, up to 12 visits/year without referral.	\$5 copay - manual manipulation of spine; \$5 copay - routine, up to 12 visits/year without referral.
MENTAL HEALTH VISITS	Medicare pays 50% of allowed charges. You pay 50%.	\$20 copay for individual therapy. \$10 copay for group therapy. No visit limit	\$20 copay for unlimited visits.	\$20 copay for unlimited visits.	\$10 copay for unlimited visits.	\$10 copay for unlimited visits.	\$10 copay for unlimited number of outpatient visits.	\$10 copay for unlimited number of outpatient visits.
OTHER								
DENTAL COVERAGE	Generally not required except in extreme cases requiring hospitalization.	Delta Care included. \$8.00 copay for preventive care. Other procedures may have a higher copay.	Sterling Plan includes dental benefits. \$5 copay. No copay for cleanings every 2 years.	Delta Care included. \$8.00 copay for preventive care. Other procedures may have a higher copay.	Sterling Plan includes dental benefits. \$5 copay. No copay for cleanings every 2 years.	Premium for dental services \$70/year.	Premium for dental services.	\$5/visit for covered services.
HEARING EXAMS HEARING AIDS	No coverage. Not covered.	\$5 copay. Not covered.	\$5 copay. Sterling Plan - \$900 hearing aid benefit maximum every 3 years.	\$5 copay. Not covered.	\$5 copay. Sterling Plan - \$900 hearing aid benefit maximum every 3 years.	\$0 - \$10 copay. Not covered.	Not covered. Not covered.	Not covered. Not covered.
VISION CARE	Examination for prescribing or fitting glasses not covered. One pair glasses/contact lenses after surgery.	\$5 copay. Single vision lenses - no charge. Multi-vision lenses - \$48 credit. \$35 credit towards frames every 24 months.	\$5 copay for exam. Basic - \$25 copay for lenses and frames every 2 years. Sterling - \$25 copay for lenses every year; \$25 for frames every 2 years.	\$5 copay. Single vision lenses - no charge. Multi-vision lenses - \$48 credit. \$35 credit towards frames every 24 months.	\$5 copay for exam. Basic - \$25 copay for lenses and frames every 2 years. Sterling - \$25 copay for lenses every year; \$25 for frames every 2 years.	\$6 exam copay. \$20 copay for glasses at contracting provider every 2 years.	\$3 copay exam. \$0 copay for contacts. \$20 copay for lenses and frames plus charges in excess of \$75 allowance.	\$3 copay exam. \$0 copay for contacts. \$20 copay for lenses and frames plus charges in excess of \$75 allowance.
TRAVEL RESTRICTIONS	Covered in U. S. & possessions. May use in Canada & Mexico under specific conditions.	Emergency/urgent care covered worldwide. \$25 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).	Emergency/urgent care covered worldwide. \$25 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).	Emergency/urgent care covered worldwide. \$25 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).	Emergency/urgent care covered worldwide. \$20 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).	Emergency/urgent care covered worldwide. \$20 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).	Emergency/urgent care covered worldwide. \$25 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).	Emergency/urgent care covered worldwide. \$25 copay for emergency care received at nearest facility (waived if admitted).
FOOT CARE	Not covered unless a medical condition requires care by a medical professional.	Routine foot care not covered.	Specialized foot care.	Routine foot care not covered.	No extended foot care.	No extended foot care.	\$5 copay per visit.	\$5 copay per visit.
PHYSICAL EXAM	Not covered.	Periodic exams.	Annual physical exam.	Periodic exams.	Annual physical exam.	Annual physical exam.	Annual physical exam.	Annual physical exam.
TRANSITIONAL CARE/ASSISTED LIVING	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Not covered.
ACUPUNCTURE	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Not covered.	Sterling Plan \$5/visit 20 visits maximum.	Not covered.	Not covered.	Not covered.
TOLL FREE NUMBERS		1-800-464-4000	1-800-585-4633	1-800-778-0871	1-800-982-8280	1-800-788-0268		

*A benefit period starts when you enter a hospital or skilled nursing facility and ends when you have been out for 60 days in a row.

添付6

HEDIS 3.0/1998 の指標 (メディケア・プラン用)

Required for Reporting by Medicare Health Plans in 1998

1. Breast Cancer Screening
2. Beta Blocker Treatment After a Heart Attack
3. Eye Exams for People with Diabetes
4. Follow-up After Hospitalization for Mental Illness
5. The Health of Seniors
6. Adults' Access to Prevention/Ambulatory Health Services
7. Availability of Primary Care Providers
8. Availability of Mental Health/Chemical Dependency Providers
9. Availability of Language Interpretation Services -- Parts I & II
10. Years in Business
11. Disenrollment Rates
12. Provider Turnover
13. Indicators of Financial Stability
14. High-Occurrence/High-Cost DRGs
15. Rate Trends
16. Provider Compensation
17. Total Enrollment
18. Enrollment by Payer
19. Frequency of Selected Procedures
20. Inpatient Utilization -- General Hospital/Acute Care
21. Ambulatory Care
22. Inpatient Utilization - Non-acute Care
23. Mental Health Utilization - Inpatient Discharges and Average Length of Stay

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第8号

マネジドケアの新しい潮流

発行 日本医師会総合政策研究機構
〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
日本医師会館内 TEL03(3942)7192
代表 坪井 栄 孝

平成 11 年 3 月 発行

会員価格 1,000 円 (本体 952 円)
一般価格 2,000 円 (本体 1,905 円)