

の理由として帝王切開術に関しては、文献の根拠に基づくレビューではなく専門家意見を反映したものとなったためであり、手根管症候群の手術に関しては、利害の対立により作業委員会と評価委員会が満足に機能しなかったためである。診療ガイドライン作成・印刷・配布に要した費用は、1トピックあたり70,000アメリカ・ドル程度と報告されている（Grol et al, 1998）。

なお、ANDEMは現在、全国保健認定評価公社（Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé: ANAES）と改称し、診療ガイドラインの作成を継続するとともに、病院機能評価等も手がけている。

3. 強制力のある診療基準

RMOの導入は、1994年に非ステロイド性抗炎症薬の処方、抗生物質の処方等の14トピックについて行われたが、それらはANDEMの診療ガイドラインとは無関係に、疾病金庫と医師の労働組合により作成されたものであった。1995年には26トピック、1996年には14トピックのRMOが導入されたが、これらの1995年以降に導入されたものについては、ANDEMの診療ガイドラインがその根拠となっている。また、1トピックにつき数項目の禁止事項が定められているが、Durand-Zaleskiら（1997）によれば、RMOの147禁止事項のうち、90(37%)がANDEMで出版された診療ガイドラインに準拠したものであった。各々の禁止事項について、罰金額が医療指数と財務指数、ならびに違反回数をもとに個別に定められており、1,562フランから11,250フランである。回数的に最も厳しいものは、非ステロイド性抗炎症薬の処方に関するもので、2ヶ月中に3回の違反で罰金の対象となる。一方、最も緩いものは13回の違反のもので、血液検査、正常妊娠における3回以上の超音波検査、無症状の場合の複数回の甲状腺検査、中等度高血圧患者の複数回の心電図検査、等であった（Durand-Zaleski et al, 1997）。

RMOの項目は、修正や削除が行われてきている。例えば、当初は罰金の対象であった「日常診療における子宮頸部塗抹検査」の項目は、「症状がなく、婦人科疾患の既往がなく、危険因子がなく、診察上異常がなく、塗抹検査の結果が正常である女性では、塗抹検査は3年に1回以上行わない」とされていたが、医師の選択の自由や瀬回検査の必要性などにつき、大手新聞Figaro紙上等で論争になり、結果として1998年はじめに罰金の対象から除かれることとなった（松田, 1998）。なお、本稿執筆時点における最新のRMO(1998年11月版)では、58トピック、242の禁止事項が存在している。例として、合併症のない軽度本態性高血圧症の成人（妊婦以外）の管理に関するRMOを表5に示した。

審査は、初級疾病金庫(Caisse Primaire de l'Assurance Maladie: CPAM)の3,000名の審査医師が担当している。RMOを遵守しなかった医師は、自らの診療行為を正当化することが求められる。RMO導入時は、2年間で13,000名の医師（全体の約10%）が審査対象となったが、このうち1,278名が医師による監査をうけ、186名は訴訟手続きが行われ、75名が罰金を科せられている（Lalardrie, 1996）。

4. 考察

近年、わが国においても診療ガイドラインの重要性が認識されつつある。1999年3月に厚生省の医療技術評価推進検討会の報告書が公表され、この中で、治療ガイドラインの対象疾患の優先順位が示された。この中で、上位4疾患（「本態性高血圧」、「糖尿病」、「喘息」、「急性心筋梗塞およびその他の虚血性心疾患」）については1999年度より作成に着手するとしている。ガイドラインの作成に際しては、レセプト審査への活用も視野に入れるべきと筆者は考えるが、そのためのコンセンサス形成のためには、ガイドラインの作成段階において開業医を含む多領域の代表者を参画させることが重要と考えられる。また、ガイドライン作成のペースをフランス並にスピードアップすべきであろう。

ただし、フランスにおいても、RMOは必ずしも医師に十分受け入れられているわけではないことに留意する必要があるだろう。医師団体による62,000人以上の医師に対する調査では、38%の医師がRMOの罰金制度について憤慨していた(Dorozynski, 1998)。また、医師におけるRMOの遵守率や認知度は必ずしも高くはないとの報告もある。Durieuxら(1999)は一般医に対しアンケート調査を行い、8つの診療行為の中から4つのRMOトピックを選択する質問、ならびに16の文章の中から8つのRMO禁止事項を選択する質問を行った。321名の回答者のうち80%は時々RMOを読んでいると回答したが、全てに正解した者はいなかった。トピックについての正答率は55.8%、RMO禁止事項については50.5%であった。当てずっぽうで回答した場合の期待正答率が50%であることから、RMOは医師に十分浸透していないものと結論付けている。実際、1992年から1995年の4年間に、2,300名の医師を対象に処方内容と薬剤名に関する情報が調査によると、遵守率が最高であったのは抗生物質ならびに非ステロイド性抗炎症薬(40-45%)であり、一方、降圧剤、ステロイド、糖尿病薬については最低の遵守率(5-15%)であった(Le Fur et al, 1996)。

医療費抑制効果も疑問視されている。薬剤処方に関する18のRMOの効果調べたところ、その効果は有意であり、しかも一過性ではなく持続的であった。しかし、薬剤費の削減効果は微々たるものであったと報告されている(Le Pape et al, 1998)。

RMOを用いた審査における主たる限界は、情報の電子化が進展していない点にあった。上記調査においても、手作業によりRMO遵守に関するチェックが行われたため、1名の医師の2ヶ月間の処方のチェックに、300-350時間を要したという(Le Fur et al, 1996)。したがって、これまでは全ての処方・検査内容の審査を行うことは実質上不可能であった。

こうした状況に対応すべく、現在フランスでは、ICカードと通信技術を用いた医療情報システム(SESAM-Vitale)の導入を進めている[表6]³⁾。フランスの医療保険システムにおいて2000年には1年に20億枚の書類の処理が必要と予測されており、サービスの質の低下や不正請求の件数の増加が懸念されていた。ICカードを用いた本システムの導入により、処方箋発行と疾病金庫への診療費請求が電送化される。処方箋は、患者カードと医師カードの2つを使って発行され、薬局により電子的に処理されて投薬が行われる。さらに疾病金庫により払い戻しの処理が行われる。これにより処方箋発行コストが5分の1に削

減されるほか、患者にとっては迅速な治療費の償還、疾病金庫側にとっても書類による領収書の処理がなくなる、といったメリットが掲げられている。

1999年8月の時点で、フランス全土（海外県を除く）において3,600万枚の家族カード Vitale 1 が配布されている。また、7,286名（保険医総数の7%）が必要なコンピュータ装置を設置し、診療費請求を電送している。Vitale 1には、被保険者の氏名、社会保険番号、加入健康保険名、償還金庫名、有効期間、補足される疾病保険の範囲（追加で個人加入の保険がある場合）などが記載されているが、2001年から2003年にかけて全保険受給者に配布される予定の Vitale 2には、患者の病歴に関するデータ、緊急用データ（血液型、主治医、など）、最近の治療記録も記載される予定である。こうした情報化の進展により、RMOに基づく審査の実効性も上がるものと期待される。

わが国においても医療の情報化は時代の要請であり、1997年10月には兵庫県等でレセプト電算処理システムの本稼働が開始している。しかしながら、かつて1983年7月に厚生省がレセプト電算化（レインボーシステム）構想を公表した後、1985年1月に「電算化で審査強化」との報道があり、結果としてレインボー計画が頓挫した経緯がある。レセプト電算化をはじめとする医療の情報化は、レセプト審査をはじめとする保険者機能の強化を主眼として推進すべきでないことは言うまでもない。

謝辞

フランス現地調査および資料の収集に関しては国際医学情報センター 鈴木博道氏に、フランス語資料の翻訳に際しては財団法人医療科学研究所 武藤香織に多大なご協力をいただいた。ここに謝意を表する。

表1 償還率（1999年現在）

	償還率
一般医、専門医、歯科医、助産婦による診療行為	70%
看護人による診療行為	60%
検査	60%
搬送費用	60%
白ラベルの薬	65%
青ラベルの薬（重に重症でない疾患のための薬剤）	35%
その他の費用	65%
入院	状況により 80%または100%

出典：Mvsée national de l'Assurance maladie, <http://www.cpam33.com/pratique/remboursement/remb.htm>,
1999年9月5日アクセス

表2 100%償還対象の長期療養疾患のリスト

1. 日常生活に支障を来す急性脳血管疾患
2. 骨髄形成不全
3. 虚血性臨床所見を伴う進行性の動脈疾患
4. 難治性ビルハイツ住血吸虫症
5. 重症の先天性心疾患、重症心不全、重症弁膜疾患
6. 慢性活動性肝疾患および肝硬変
7. 長期的な治療を要する原発性重症免疫不全および HIV ウイルス感染症
8. インスリン依存性糖尿病もしくはインスリン非依存性糖尿病で、通常の治療ではコントロール不能なもの
9. ミオパチーなど、神経筋疾患のうち重症のもの
10. ホモ接合体の異常ヘモグロビン症
11. 血友病
12. 重症の高血圧
13. 発症6ヶ月以内の心筋梗塞
14. 重症の慢性呼吸不全
15. ハンセン氏病
16. パーキンソン病
17. 長期にわたって特殊治療を要する先天性代謝性疾患
18. 嚢胞性肺腺維症
19. 重症慢性腎不全および原発性ネフローゼ症候群
20. 対麻痺
21. 結節性動脈周囲炎、急性期の全身性エリテマトーデス、進行性全身性強皮症
22. 重症の進行性関節リウマチ
23. 精神疾患、重症の人格障害、精神遅滞
24. 出血性大腸炎（潰瘍性大腸炎）、進行性クローン病
25. 日常生活に支障を来す多発性硬化症
26. 脊椎成熟前の（成長期の）進行性脊椎側弯（角度が25度あるいはそれ以上）
27. 重症強直性脊椎炎
28. 臓器移植後
29. 活動性結核
30. 悪性腫瘍、悪性リンパ腫、造血器腫瘍

表3 一般医および専門医の診療報酬（1999年現在）

診療行為	キーワード	1単位あたり 報酬額 (F)	有効日	償還率 (%)
一般医の診察	C	115.00	01.04.98	70
専門医の診察	CS	150.00	01.03.95	70
神経精神科医の診察	CNPSY	225.00	01.03.95	70
循環器専門医の診察	CSC	320.00	31.03.97	70
一般医の往診	V	110.00	28.11.93	70
専門医の往診	VS	135.00	28.11.93	70
神経精神科医の往診	VNPSY	205.00	28.11.93	70
交通費	ID	25.00	01.03.95	70
距離加算 (km)	IK	4.00	01.03.95	100
その他の専門的行為	K	12.60	01.03.95	70
超音波・超音波断層・ドップラー	KE	12.60	01.03.95	70
外科および専門的行為	KCC	13.70	01.04.98	70
	KFA	200	09.12.94	70
	KFB	400	09.12.94	70
放射線 (リウマチ・呼吸器)	Z	10.10	01.03.95	70
放射線 (電離放射線・消化器・癌放射線)	Z2	10.60	27.02.99	70
放射線 (その他の専門および一般)	Z3	8.70	01.03.95	70
放射線治療および放射線癌治療の専門医	Z4	10.95	08.10.98	70
核医学行為	ZN	10.95	01.03.95	70
病理解剖学および細胞学行為	P	1.87	01.03.95	70
放射性物質	PRA	2.90	01.03.95	70
保存的治療	SCM	15.20	31.03.97	70
歯科顔貌矯正治療	ORT	14.10	31.03.97	70
義歯行為	PRO	14.10	31.03.97	70
夜間加算		165.00	01.03.95	70
休日加算		125.0	01.03.95	70
救急		125.00	18.05.98	70
単産の分娩		1160.00	01.03.95	100
複産の分娩		1220.00	28.11.93	100

出所：Mvsée national de l'Assurance maladie, <http://www.cpam33.com/pratique/remboursement/remb.htm>, 1999年9月5日アクセス

表4 ANDEMによる診療ガイドライン作成のトピック

【1994年(27件)】	【1995年(23件)】
胆嚢摘出術	脳循環不全の症候における血管拡張剤、抗
子宮摘出術	虚血剤、血管保護剤
股関節全置換術	静脈強化剤
膝の検査と手術	抗うつ薬
腰-座骨神経痛	血中脂質降下剤
前立腺限局癌の治療	手術時の予防的抗生物質投与
前立腺腺腫の治療	日常診療における尿路感染症
動脈内膜摘除術	下肢の慢性静脈不全
大動脈冠動脈バイパス術	夫婦の不妊
目のインプラント	日常診察における血液検査
眼科におけるレーザーの適用	喘息
鼓膜チューブ留置術、難聴の手術	心不全における侵襲的技法
歯-上顎異形成	虫垂炎
子宮頸癌検診のための頸管塗抹標本の実施	手根管症候群の手術*
妊産婦のhCG検査	帝王切開術*
脳波検査	ウイルス性肝炎の血清学的診断
筋電図検査	慢性呼吸不全患者の長期酸素療法
呼吸機能検査	一般の腰痛のマッサージ運動療法
小児の胃食道逆流の診断と追跡における検査の適応	高齢患者の自立の保存におけるマッサージ運動療法
70歳以上の高齢者における多剤処方	大腿-膝蓋症候群と半月板切除の追跡におけるマッサージ運動療法
催眠剤・抗不安薬の処方	妊産婦の医学的検査
精神病患者の追跡	非ステロイド系抗炎症剤(NSAIDs)
精神安定剤の処方	上部・下部消化器内視鏡検査
下肢の閉塞性動脈疾患の治療における血管作動剤の処方	抗潰瘍薬
にきび	
皮膚癌	* 未出版
病理解剖学の免疫組織化学	

出所：松田晋哉 1998 「フランスにおけるDRGの現状について」『病院管理』35巻、25-37

表5 合併症のない軽度本態性高血圧症の成人（妊婦以外）の管理に関する
RMO

- 二次性高血圧を示す臨床的・生物学的徴候がなく、合併症のない成人の軽度高血圧症（収縮期血圧が140-180 mm Hg 拡張期血圧が90-105 mm Hg）を扱う場合、放射線、超音波、内分泌、アイソトープ検査により初回の病因検索を行うのは適切でない。
- 2 カ月間以上の間隔で少なくとも3回の診察により、合併症のない軽度高血圧症が存続していることを確認しない限り、降圧剤による治療を開始するのは適切でない。
- 合併症のない軽度高血圧症患者に、利尿剤との組み合わせや、初期治療として国立医薬品局が認めている他の設定された組み合わせを除き、二種類以上の降圧剤を用いて治療を始めるのは適切でない
- 合併症のない軽度高血圧症患者に、高血圧の管理が満足な状態である際に、年一回以上の心電図検査を繰り返すのは適切でない。ただし新規の症状がある場合を除く
- 高血圧の管理が満足な状態であり、明らかな左心室肥大や関連する心異常が無い場合に、心エコーを行うのは適切でない

表 6 SESAM-Vitale 計画の経緯

1991年	一般、農業従事者、自営業者の3種の疾病保険によるカードの基本計画の立案
1993年	3種の疾病保険による GIE.SESAM-Vitale (SESAM-Vitale 利益経済団体) の創設 UNRS (専門医団体) の賛同
1994年	550,000 枚のカードを Boulogne-sur-Mer, Bayonne, Charleville-Mézières, Rennes の4地域で試験的に配布
1995年	試験的に FSE (電子疾病保険償還請求用紙) が初めて用いられる 8-12月の間に FSE の枚数は月あたり 99,000 から 166,000 に増加
1996年	MFP (公務員共済組合) と CNPS (全国医療専門家センター) が GIE.SESAM-Vitale を支持 Blois と Lens の2地区で新しい IC カードを配布し、医療従事者用カード (CPS) も配布 2月 GIE.SESAM-VITALE が Mans に移転し、ここを本社とする 4月 医療費抑制についてのオルドナンス (政令) 発令 6月 カードの供給・配布等の入札開始 12月 医療プログラム開発者向けの Cahier des Charges SESAME-Vitale (バージョン 1.00) を発行
1997年 6月	新デザインのカードの登場
12月	疾病保険の給付についての情報公開に関する FSE デクレ (政令) 発令
1998年	医療従事者用カード (CPS) および個人用 IC カード (Vitale 2) についてのデクレ (政令) の準備
1998年 3-4月	ブルターニュ地方で IC カード配布 SESAM-Vitale 計画の開始

出所：Lalardrie, S. 1996. "Rôle des caisses d'assurance maladie dans l'élaboration et l'application des références médicales opposables." *Arch Ped*, Vol. 3(suppl.), 261-262.

[用語説明]

- *1. フランス医療保障制度に関する研究会 (1999)、松田 (1998)、Sorum (1998)、江口 (1999)
- *2. Musée national de l'Assurance maladie, <http://www.cpam33.com/pratique/remboursement/remb.htm>,
1999年9月5日アクセス
- *3. G.I.E. SESAM-VITALE, <http://www.sesam-vitale.fr/datescles.htm>, 1999年9月5日アクセスおよび
Bull K.K., <http://www.jatobull.co.jp/Products/ICCards/Success/vitale.html>, 1999年9月5日ア
クセス

[参考文献]

- 1) Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie. 1993. "Annexe de l'arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins." Journal officiel de la République Française, 6 novembre 1993, 16297-16311.
- 2) Dorozynski, A. 1998. "French doctors grumble at healthcare reforms." *BMJ*, Vol. 316, 1407.
- 3) Durand-Zaleski, I., C. Colin, and C. Blum-Boisgard. 1997. "An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France." *BMJ*, Vol. 315, 943-946.
- 4) Durieux, P., B. Gaillac, B. Giraudeau et al. 1999. "Despite financial penalties, doctors' knowledge of standards of practice is poor in France." *Proceeding of the 15th annual meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care*, 67.
- 5) 江口隆裕 1999 「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一編 『先進諸国の社会保障 6 フランス』東京大学出版会
- 6) Fourquet, F., H. Maisonneuve, F. Steudler et al. 1997. "Le rôle des sociétés savantes dans le développement de l'Evaluation Médicale. Snslydr d'un échange épistolaire avec d'ANDEM." *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, Vol. 37, 53-75.
- 7) フランス医療保障制度に関する研究会編 1999 『フランス医療関連データ集[1998年版]』財団法人医療経済研究機構
- 8) Grol, R., M. Eccles, H. Maisonneuve et al. 1998. "Developing clinical practice guidelines: The European Experience." *Dis Manage Health Outcomes*, Vol. 4, 255-266.
- 9) Lalardrie, S. 1996. "Rôle des caisses d'assurance maladie dans l'élaboration et l'application des références médicales opposables." *Arch Ped*, Vol. 3(suppl.), 261-262.
- 10) Le Fur, P. and C. Sermet. 1996. "Les références médicales opposables, impact sur la prescription pharmaceutique." Paris: Centre d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, No.1116.
- 11) Le Pape, A. and C. Sermet. 1998. "Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application." Paris: Centre d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, No.1237.
- 12) Maisonneuve, H., H. Cordier, A. Durocher et al. 1997. "The French clinical guidelines and medical reference programme: development of 48 guidelines for private practice over a period of 18 months." *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 3, 3-13.
- 13) 松田晋哉 1998 「フランスにおけるDRGの現状について」『病院管理』35巻、25-37
- 14) Mossé, P. 1998. "La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité." *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 16, 35-60.

- 15) Schott, A.-M., R. Nizard, H. Mainsonneuve et al. 1996. "Methods used to develop clinical guidelines in France: The example of common lumbosciatic syndrome." *Rev Rhum.* Vol. 63, 830-836.
- 16) Sorum, P. C. 1998. "Striking against managed care: The last gasp of La Médecine Libérale." *JAMA*, Vol. 280, 659-664.
- 17) 与党医療保険制度改革協議会 1997 「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針—」平成9年8月29日

第7章 西田委員研究発表「米国マネジドケアと保険者機能の強化」

1. はじめに

西村周三京都大学教授が、最近の論説*¹の中でマネジドケア managed care を「保険者機能の強化」と意識されていた。

私は、この意識が、「管理医療」という直訳と較べて、昨今の米国のマネジドケアをより正確に説明するものだと考える。その理由は次の通りである。

機能とは、「（法律では）機関がそれぞれ有する権限内で活動できる能力」（広辞苑より）と説明される。このことから、保険者機能とは、保険機関が有する権限内で活動できる能力ということであり、ここには保険者が有する権限と保険事業活動の能力という二つの要点がある。そして、米国のマネジドケアを考察したところ、米国の医療保険機関の権限と保険事業活動の能力の様子が分かり、彼ら保険者が他国のそれと比べて強い立場にあることが知られるからである。

ちなみに私は米国のマネジドケアを「医療保険事業の経営」という視点で考察してきた*²。いうまでもなく、「経営」とは、与えられた諸条件の下で事業を持続させるための組織運営全般を指すが、その諸条件の中には、ヒト・モノ・カネ・情報といった経済的資源の制約のほかに、その事業を取り巻く「制度」による制約も入る。その意味で、米国のマネジドケア保険業の動向と経営の在り方を調べることで、米国の「保険者機能の強化」の様子が日米の保険制度の違いと共に明らかになるものとする。*³

すなわち、米国のマネジドケア保険は、わが国とは異なる制度下で発達したものであり、米国保険者と同じ経営でわが国医療保険者の機能の強化ができるとは考えられない。しかし、米国における公的医療保障であるメディケアやメディケイドにおいて、マネジドケア保険が利用される仕組みや実態について調べることは、わが国の医療保険者の機能を見直す参考になるものとする。とくに、高齢化の進行が近い将来に深刻な保険財政難をもたらすと予想されているメディケアでは、制度改革を急いでおり、現在のところ民間のマネジドケア保険の利用を促進することが有力視されている点などからも、マネジドケア保険の経営研究は、わが国医療保険制度改革とそこにおける保険者機能の研究に参考になるものと思う。*⁴

2. 米国マネジドケア保険の考察

(1) マネジドケアの動向

1997年7月から99年6月までの2年間、ハーバード大学公衆衛生大学院に研究者としての籍を置き、マネジドケアについて集中的に調べてみたが、結局のところ、「マネジドケア」そのものについては発祥の地、米国にあっても研究者の間で合意された定義も理論も存在しないことが分かった。

その理由を理解するためには、マネジドケア組織の中核であるマネジドケア保険 HMO (health maintenance organization) の普及の実態を観察することが重要と考える。

まず、マネジドケア保険 HMO の普及は、図1のように州によって様々であるから、研究者が住む州によって問題意識に明らかに差がある。(但し、データは96年時点)

また、たとえば図2のように、あるディレクトリに登録される HMO の加入者は、多いところでは数百万人以上を数え、最も小さいところは100人にも満たない。(但し、データは97年版による。なお、データをみると最大のところは加入者数が1億人にのぼっており、この辺りは集計の誤りがあるのではないかと思われる。) このようにここに登録された一千社以上の HMO についてざっと眺めたときに、その規模が実に様々であることが分かる。このことから、一概にマネジドケア保険 HMO といっても、社会的なインパクトがずいぶん違うことが容易に察せられるだろう。

ちなみに、ある程度まとまった加入者数を有するマネジドケア保険会社 HMO では、図3のように一般的な保険会社とほとんど組織機構が変わらない。ただし、特徴的な部署として「医療管理部」が備えられ、ここでは、医師や看護婦といった医療プロフェッショナルが主だった経営管理の職に就いているところが、一般の保険会社とは異なる。(図4参照)

*2

このような状況の下で、私が米国に滞在した間には、先にも述べたようにマネジドケアの統一された定義を見ずじまいであった。しかし、マネジドケア保険という巨大な産業が生まれていることと、マネジドケア保険が引き起こしている大きな社会問題が現在あるということの二つの事実については、米国の研究者の間で共通に認知されていた。

マネジドケア保険産業の規模は、97年時点でも優に20兆円は超えたものと、私はみている。このような巨大な産業の成長過程では、図5に描いたような因果関係図で説明するような、多くの米国民を巻き込んだ社会問題が生じていた。

そして、米国の中間選挙が98年にあり、この年にマネジドケア保険は一気に政治問題化した。その流れは、昨年99年夏から秋にかけて、上院と下院で相次いだ「患者の権利法案」の通過につながっている。別表にあるように、患者の権利法は両院で内容が揃っておらず、摺り合わせはこれからだという。しかし、消息筋によると、下院が主張し、米国民の多くが望んでいるといわれる「加入者の患者が HMO を訴える権利」については、取り入れられる公算が高いといわれる。(表1参照)

そこで、それを先取りするかのように 99 年 11 月上旬、ユナイテッド・ヘルスケア (United Health Care Group) は、ながらくに渡ってマネジドケア保険に対する不満の元であった、患者と医師との間の治療に干渉することをやめると発表した。これによりこの保険に加入する患者の医師は、ユナイテッド・ヘルスケアからの干渉なしに加入者の入院や治療を決められるようになった。もっとも、ユナイテッド・ヘルスケアは医療費管理をやめたわけではなく、引き続き実際の医療費を調査して、平均値を超える医療費を使っている医師には注意を促すという。そして、それでも結果が変わらないときには、その医師を自分達の医療ネットワークの登録から外し、患者を他の登録医に移すことを考えているとのことである。なお、ユナイテッド・ヘルスケアが引き受けるマネジドケア保険の加入者数は 870 万人で、エトナ社に次いで全米で第 2 位であるので、業界に与える影響が大きいものと予想されている。

(2) マネジドケアの存在意義を考える

このように、米国のマネジドケア保険業界は昨年末から大きな変化をし始めている。しかしながら、私が観察するところでは、マネジドケアの存在意義は図 6 に描くように、医療保険事業における関係三者間の妥当な経済分担を探るメカニズムにあると考えている。

このことは、煩雑となったマネジドケア保険のタイプを整理すれば分かる。すなわち、典型的なものとして HMO 型、POS 型 (point of service type)、PPO 型 (preferred provider organization type)、MI 型 (managed care indemnity type) の四つについてみる。

たとえば、HMO 型は、加入者が契約時に選択した医師の合意がなければ病院にかかることが認められない (つまり、医療費が給付されない) といった医療アクセスの制限を受ける。また、医師や病院などの医療提供者にとっても、HMO 型の加入者を診たときの報酬は人頭払い (キャピテーション) といった一人完結型包括払いとなり、施しうる医療費用の全てを賄えない恐れがある。(だから、医療サービスが抑制気味になる恐れがある。) その代わりに、このタイプの保険加入者の保険料は安くなる。すなわち、保険者側でも応分の経済リスクを分担することになる。

一方、PPO 型になると加入者の医療アクセス条件はずっと柔軟になるし、また、加入者が医療機関にかかったときの支払いも出来高払い部分が多くなって医療サービス提供の抑制も少なくなる。ただし、保険者の経済リスクを補うべく、加入者が支払う保険料は高くなる。MI 型などは、従来からの医療保険、すなわち、裕福な人しか医療を受けられなかった時代から続く、「フリーアクセス、且つ、出来高払い」の体制時の医療保険を踏襲するもので、もちろん、保険料はたいへん高いものになる。

以上の事柄を視覚的に表すと図 7 のようになる。つまり、マネジドケアは「関係者間での医療保険リスクの共同管理」をするためのロジックを教えるはずである。

実際には、保険タイプ間で図 7 ほどの極端な保険料差にはならないであろう。私が聞くところでは、昨年 99 年秋頃であるマネジドケア保険会社の場合、おおよそ保険料月額 HMO 型で 3 万 5 千円、PPO 型で 4 万円、従来型 (MI 型) で 5 万 5 千円であった。もちろん、

各種マネジドケア保険の契約内容については、保険会社毎にさまざまであるから、いまの数字はあくまでも一事例に過ぎないことはいうまでもない。

3. 米国における公的医療保険メディケアの改革とマネジドケア

(1) マネジドケアは高齢者の社会保険医療の仕組みに使えるか

社会保険方式を採っている米国の高齢者医療保険メディケアは、ずいぶんと以前からマネジドケア保険を取り込んでいる。

メディケアでは財政改革の一環として、既にレーガン政権の時代の 82 年からメディケア・パート B（外来医療のための保険）加入者が HMO を利用する「リスク契約プログラム (Risk-contracting Program)」が導入されていた。（いわゆるメディケア HMO。）ただし、この当時にはマネジドケアという概念が、米国にも存在していなかったことに注意する必要がある。そして、保険者の機能を兼ね備えた医療機関ともいうべき初期の HMO では、なかなか事業が軌道に乗らず、メディケア HMO も余り普及しなかった。

ところが、90 年代になってマネジドケアという新規な概念（言葉？）が現れ、HMO の保険者機能が整備されて医療保険サービスのリスクマネジメントに自信が生まれると、HMO 会社による加入者獲得のためのサービス競争も本格化した。そして、メディケア受給者にとっても、メディケア HMO だと薬剤給付がある等、保険カバーの内容が増えるのでこれを歓迎した。そのため、この頃からメディケア HMO の受給者の数はみるみる増えていった。その数は、低迷後期の 90 年頃までには 100 万人程度にしか至らなかったのが、96 年に 350 万人、97 年に 460 万人、98 年に 700 万人と急増している。

リスク契約プログラムは、先頃、97 年に制定された財政均衡法 (Balance Budget Act) の中で、HMO 型以外の PPO 型などのマネジドケア保険も選択が可能となり、メディケア+チョイス (Medicare+Choice) と改められた。すなわち、メディケアによる本格的なマネジドケア保険の取り込みである。

ところが、最近になってマネジドケア保険会社のメディケア HMO 撤退が相次ぐようになってきている。

米国議会予算局では、メディケアは 1997 年の 2080 億ドル（約 25 兆円）から 2008 年には 4480 億ドル（約 54 兆円）に倍増すると見ていた。そこで、その増嵩抑制を期待してマネジドケア医療保険への委託を進めていたわけである。そして、1997 年にはメディケア受給者 3800 万人のうち 12% がマネジドケア医療保険に委託されたが、その割合は 2002 年には 25%、2008 年には 38% に、そして、2030 年には 50% にすることを目論んでいた。

しかし、98 年夏頃からマネジドケア保険会社 HMO がメディケアマネジドケア保険から手を引くという新聞報道が頻繁に現れるようになってきている。たとえば、一例を挙げると次のような具合である。

- 同年6月 カリフォルニア州大手 HMO ヘルスネットは 10 の郡でメディケアマネジドケア保険を中止
- 7月 アンサム・ブルークロス・ブルーシールドは、オハイオ州の 19 の郡から撤退
- 8月 ユナイテッドヘルス社が約 700 億円の正味損失を発表し、急速にこの分野の事業規模を縮小
- 10月 ユナイテッド・ヘルスケア社がダラスにおけるメディケア部門を閉鎖

そして、99年1月、ニューヨークタイムズ紙はHMOのメディケアマネジドケア保険からの撤退を報道し、「98年だけで、米国の30の州でHMO会社がメディケアマネジドケア保険事業から撤退し、そのため44万人のメディケア加入者達が慌てて他の医療保険を捜すはめに陥った」と報じている。伝えるところでは、マネジドケア保険会社が、政府が行う高齢者医療保険メディケアの制度の下で、お年寄りの医療にどれほどの費用がかかるかを見誤ったのが原因とのことであった。要するに、これら保険会社では、メディケアから提示される保険料では採算が合わないから、この事業を打ち切ったということであった。

(2) 米国の超党派によるメディケア構造改革の試み

メディケア HMO の撤退問題がクローズアップされた 99 年 1 月末に、メディケアの抜本的改革案の予告があった。じつは、先に触れた 97 年の財政均衡法が成立した際に、併せて「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会 (National Bipartisan Commission on the Future of Medicare)」が設立されていた。その委員会は 17 人の委員で構成されていたが、そのうちの 11 人の賛成を以て改革案がまとまりそうだということで、3 月の発表を目指して報告書作成作業を進めているということで、委員長のブロー上院議員 (Mr. John Breaux、民主党) による短い概要説明が新聞で報道された。その後、2 月中旬には彼らのメディケア改革案の骨子が新聞報道されたが、その骨子をほとんど変えることなく 3 月下旬に最終案、ブロー・トーマス提案 (Breaux-Thomas Proposal) が発表された。

この提案では、まず、「メディケアの実情」として表 2 のように簡潔に五つの問題意識を整理するところから始めている。つぎにその内容であるが、私が理解するところでは次の通りである*。

①政府の役割を医療費の管理から保険料の管理に切り替えるという発想 !?

ブロー・トーマス提案では、政府の役割を従来のように高齢者のための社会保険医療とその財政の管理ではなく、高齢者医療保険の市場監視と保険料サポートに切り替えるという。つまり、医療ではなく、(マネジドケア) 医療保険を監視することで政府の役割を効率よく果たそうとしている。

そのための鍵となるのが、後に説明するプレミアム・サポート・システム (Premium Support System) であり、これを実施に移すにあたり、メディケアの制度を次のように大掛かりに見直そうという。

パートAとパートBを統合して、一つの基金とする。

両者を統合した新しい保険では、年間の患者自己負担上限額 (deductible) を 400 ドルにする。

(現行では、入院費関係のパートAで 764 ドル、外来医療費関係のパートBで 100 ドル)

・受給年齢を 65 歳から 67 歳に引き上げる。

低所得の受給者に対して直ちに薬剤の給付を行う。

連邦政府が行う直接的医学教育 (Direct Medical Education) などための特別な支払い負担からメディケアを外す。

等々

とくに、メディケア・パートAとパートBを統合する理由については、次のように説明している。すなわち、パートAの基金はメディケア支出の一部分だけをカバーしているが、議会の最近の対応はパートAから、(大半が連邦政府の一般歳入からの資金である) パートBへと支払いの一部を単純に移すことを手助けしているにすぎない。つまり、現在のメディケア予算案は、パートA基金が支払い不能となる時期を遅らせるために、追加の資金を連邦政府の一般歳入からパートA基金へと送り込んでいるのと同じだ。パートAの基金は決してメディケアの全てをカバーしていないし、最近の基金移動や提案される保険料がゆえに、パートAの基金はもはやメディケア保険の財務状態を適切に管理していることにはならない。だから、パートAとパートBを合併した基金のほうが、誰がメディケアの資金を支払うかを明確にするとともに、メディケアの財政をいかにして支援するかがより明確になってよい。

②プレミアム・サポート・システムの概略

ブロー・トーマス提案の新機軸であるプレミアム・サポート・システム (Premium Support System) は、その説明の大意を取って「保険料支援制度」と訳してみる。

さて、この制度案のもとでは、メディケア受給者は、従来からの政府管理出来高払い保険 (Government-run Fee-For-Service Plan) と民間医療保険 (Private Plans、マネジドケア保険とは区別していない) のいずれかを選択する。新設されるメディケア・ボード (Medicare Board) が、調査した結果にもとづいて判明した全国加重平均の保険料について、政府はその 85% を支援する。そこで、メディケア受給者は平均で全国加重平均の保険料の 12% を負担することとなる。(現在あるデータを参考にして全国平均を超える場合について上限と下限を調べたところ、この数値を得たという。)

なお、政府管理の保険以外に選択肢がない地域では、受給者の義務は保険料の 12% を越えることはない、すなわち、全国平均の水準である。メディケア・ボードは定期的にこれらの定率保険料の地域を調べ、定率であることが競争を阻害しないことを確認する。

標準的な保険給付内容は、法律によって明記される。標準給付内容は、現行のメディケアの法規の下でカバーされる全て医療サービスから成る。そして、標準給付内容の費用のみが、全国加重平均保険料の計算に用いられる。

全ての保険はメディケア・ボードで、給付内容と保険料について承認を受けなければならない。メディケア・ボードは、全ての保険が提示する保険料について、現実的に十分であるか否かの厳密な審査をし、内部留保の適切性を調べ、保険サービスの遂行能力を監視することによって、承認した全ての保険の給付が財政的に自立し、自らの力で継続できること確かめる。

政府管理や民間の保険とも、全ての保険は基本的な給付内容の他に追加的な給付をすることが認められるし、とくに、外来患者のための処方箋薬剤給付と損失制限する保護を含んだ多くの選択肢を提示することを求められる。但し、余分な付加給付を多く持つ保険は、民間保険であろうと政府管理の保険であろうと、別途、標準内容を越える給付コストの増分としてメディケア・ボードに資料を提出する。そして、メディケア・ボードの承認の下で、これら保険は患者自己負担分や控除額の水準を含む費用分担のバラエティを設定することができる。

なお、メディケア・ボードに管理されるにあたって、全ての保険とも等しく扱われ、この制度の中で政府管理の保険と民間の保険とが競争することを促される。だから、政府管理の保険であっても、提示保険料が現実的に十分であるか否かの厳密な検査と内部留保の適切性や保険のサービス実施能力を含めて、民間保険と同じ基準にもとづいて、財政的自立と保険経営持続を果たさねばならない。そのため、政府管理の保険でも医療費抑制手段は必要であるので、97年の財政均衡法が適用されるべきであり、それ相当の節約が達成されるべきである、とされている。また、雇用者側やその他の医療サービス購買側に提供される一般的な民間保険の標準や手続きといったものと統一がとれるように、政府管理の保険は医療給付サービスを確約するルールや手続きを作ることになる。ちなみに、政府管理保険の保険料は特別助成金分を除いて計算される。現行のメディケアの中の全ての非保険的機能や特別支払い分は、政府管理の保険や民間保険の保険料計算に含めない。

提案書中の算定では、政府管理保険の出来高払いの支出に増大があれば、HCFA と議会の努力の組み合わせで何とか収めると仮定している。同時に、もしも、そのような継続的な節約努力がなければ、出来高払い医療保険は徐々に民間の医療保険に太刀打ちできなくなるだろう、と考えられている。

その他にも、提案書には、低所得の受給者にも広範な医療給付が可能となるように、ある水準以下の貧困な高齢者には別途に保険料支援の仕組みを設けることや、また、メディケアからの特別な支出（直接的医学教育のためとして教育病院への別途支出金など）を外すことを主張して、そのため政府管理出来高払い医療保険や民間医療保険の保険料算定の負荷には含めないものとしている。さらに、長期介護の問題は、急性期医療を対象とするメディケアから分離すべきだとして、様々な長期介護の問題を研究することを奨めている。

以上のようなプレミアム・サポート・システムの概要をまとめると、図8のようになる。

この新制度案に従えば、メディケアを管轄する連邦医療保険財政庁（Health Care Financing Administration: HCFA）は、民間の保険会社が提示する処方箋薬剤給付条件と契約したり、協同販売したりすることができる。このことは、メディケアがカバーする医療サービスと提携する民間保険がカバーする薬剤給付保険とで、公営・民営の選択肢を含む医療保険を認めることになる。公営・民営の多選択肢の医療保険における HCFA の保険料の分は、単純に標準保険の分のみである。HCFA は長期間の運営の中で、政府管理の出来高払い医療保険から、地域ごとに利用可能な様々な選択肢をもって、全般的にもっと民間の医療保険へと移行させることができるはずであるという。

以上により、プレミアム・サポート・システムを導入することで、高齢者医療のための社会保険制度における政府の役割が「医療費の管理」から「保険料の管理」へと変わるの
である。