

[用語説明]

- \*1. The Fact About Medicare 「メディケアの実情」
- \*2. BUILDING A BETTER MEDICARE FOR TODAY AND TOMORROW Final Version: March 16, 1999
- \*3. 「今日そして明日のためにより良いメディケア制度を築く（最終報告）」
- \*4. Subject: Cost estimate of the Breaux-Thomas proposal 「ブロー・トーマス提案のコスト算定」
- \*5. TALKING POINTS Breaux-Thomas Proposal 「ブロー・トーマス提案の談話要点」
- \*6. これらはインターネットを使って原文を手に入れることが可能で、アクセス先は、  
<http://medicare.commission.gov/medicare/>である。

### ③プレミアム・サポート・システムが可能となる背景の考察

先に概説したプレミアム・サポート・システムが、なぜ、米国では可能なのかを考えると、82年から実施しているリスク契約プログラムの経験が大きいものと思う。

このプログラムに参加するマネジドケア保険会社 HMO は、メディケアの給付内容のすべてカバーする（加入者が入院関連のパートAにも入っているときにはその給付も含む）ことが義務づけられていた。そして、HMO では毎年、メディケアからの加入者一人当たりの給付コストを予想し、これに自分達の管理コストと利益とを加えた収支計算書を HCFA に提出しなければならなかった。

一方、メディケアから HMO への支払いは、原則として月極め人頭払いで、HCFA がその額を決めることになっている。そのため、HCFA は毎年、全米で郡別に出来高払い医療費データをもとに加入者の給付コストを推計し、これに一定の支払い率を掛けて人頭払い額を決めていた。また、HCFA ではその人頭払い額に、全国のメディケア受給者全体の平均自己負担額を加えた金額、すなわち、HMO の収入見込額と、HMO が出してきた支出見込額（加入者一人当たりの給付コスト予想額）とを比べて、そこに余剰があればその分だけ給付を加えるよう管理、指導していた。

このような経験の積み重ねがあったため、プレミアム・サポート・システムに唱えるような「保険料の管理と支援」が可能となる。

しかしながら、さらに重要なこととして、マネジドケア保険が普及して、保険会社側に医療保険リスクを管理するための体制が整っていることも、重要な前提条件である。すなわち、マネジドケアのインフラが整備されていることである。それはマネジドケアの経営技術であり、それを手がける人材層の厚さである。

#### （補足1）政治的環境が左右する政策提案の難しさ

ブロー・トーマス提案の資料を99年3月末に入手して読んだのだが、その後、6月末頃まで、ブロー・トーマス提案に関する報道が全く沙汰やみになった。そのため、何らの追加資料も得られなかった。6月29日になって、クリントン大統領がメディケアの基本的な構造改革案を提示したが、それはベビーブーマーたちが歳を取ったときにもメディケアが維持されるように、メディケアをもっと民間の医療保険のようになるとともに、以前から求められていた薬剤給付をカバーするなどといった内容で、ブロー・トーマス提案ほどの革新的な表現ではなかったし、また、ブロー・トーマス提案の核であったプレミアム・サポート・システムについても言及されていなかった。しかし、ブロー委員長は全米超党派委員会の検討案を踏まえていた。

じつは、クリントン大統領の提案が行われる前日、6月28日月曜日付のニューヨークタイムズ紙にブロー上院議員の記事が載った。そこには、ブロー上院議員らの提案は多くの自由主義論者に嫌われ、クリントン大統領も幾つかの理由を挙げて、この提案は薬剤給付策があまりにもお粗末で、伝統的なメディケア政策の考え方を十分に護っていないと責め立てたと書かれている。そして、そのような手厳しい批判を受けて、当初は妥協可能と考

えていたブロー・トーマス提案の賛否は全くの両極端に分かれ、彼の委員会は 3 月で解散したとのことであった。ところが、ここに来て事態は変わり、ブロー上院議員は彼のメディケア改革案を上院に提示しているところであり、上院の財政委員会もこの問題を推挙しようとしているとのことであった。この記事を 6 月 25 日金曜日に取材した記者は、このとき、二人の大統領補佐官がオフィスの外で待っていて、クリントン大統領が間もなく行おうとしているメディケア改革案についてこれからブロー上院議員に説明をするところだと記していた。

#### (補足 2)

99 年暮れの米国政府統計報道によると、1999 年度 (98 年 10 月から 99 年 9 月まで) のメディケアの支出が前年度比で 1% ほど減るようであるという。このことは、1965 年のメディケア発足以来、初めてのことであるという。また、この成果の背景として、「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会」が 97 年に提案、成立させた財政均衡法が大きな役割を果たしたといわれる。

### 4. わが国公的医療保険事業の再設計に向けて

#### (1) 事業の再設計、リエンジニアリング

いま、世界各国で行われている医療改革の中身は、医療保険制度改革のことであっても過言ではない。そして、この試みは一国の医療保険事業の再設計でもある。

ところで、近年の経営研究のなかで、事業再設計に有効な手法としてリエンジニアリングが挙げられる。その進め方の特徴のひとつに、改革可能性調査という項目があり、この中で事業主体の文化的背景や価値観についても検討の俎上にのせるという「カルチャー・スキルの評価」のステップがある。(図 9 参照) そこで、わが国の公的医療保険事業の再設計をリエンジニアリングの手法に則って考えれば、日本の文化的背景や価値観についても議論される必要がある。

具体的には、わが国の「健康保険制度」、つまり公的医療保険事業をみれば、事業主体は政府であり、また、その基本理念には国民福祉がある。議論百出となることは容易に予想されるが、わが国医療保険の事業再設計が収束する先は「日本がどのような福祉国家を目指そうとしているか」の答えに他ならない。

ところが、ここで「福祉」の定義が大きな問題となりそうである。というのも、第二次世界大戦が終わった半世紀余り前、資本主義先進国は戦争の反省と同時に世界情勢への対応から、競って福祉国家の建設を目指した。ただし、当時の福祉国家の目標は、貧困や病气や無知といった社会のネガティブな要素の撲滅であった。そして、日本をはじめ世界の多くの国々が、戦後の経済復興を果たし、経済成長を果たして、それぞれの国民生活を向上させることに一定の成功を収めた。しかし、近年になって社会主義国家群の盟主であっ

た旧ソ連邦の政治システムの崩壊を契機に世界情勢も大きく変化し、そんな中で「福祉」に対する人々の考え方が以前とは違ってきている。

この点について、たとえば英国の社会学者アンソニー・ギデンズ氏が近著\*<sup>5</sup>の中で福祉をあらためて定義し直しているのが目につく。すなわち、ギデンズ氏は「福祉とはリスクの共同管理である」と提唱している。

私は、経済リスク管理の難しい医療保険において、「保険料と給付のバランス維持」に苦心する米国の民間医療保険が辿り着いたマネジドケアを考察して、公的医療保険であっても保険リスクのマネジメントにもっと真剣に取り組むべきではないか、との疑問を持っていた。それゆえ、ギデンズ氏の福祉の新定義に賛同する。すなわち、これからの時代には「(社会福祉の一環である)公的医療保険は、関係者の間で経済リスクを共同管理する」形態をとらねばならない、と考える。だから、わが国の公的医療保険事業の再設計も、保険リスクを共同管理する姿から模索できないかと考えている。

なお、リエンジニアリングの進め方の中でもう一つ注目されるのは、優秀なマネジメント例を産業分野を超えて探し、比較するベストプラクティス分析である。

いま問題としている公的医療保険事業の再設計の場合、「公的」という枠組みにとらわれず、民間の私的医療保険の優秀な例も参考になることを示唆する。

たいていの医療サービスの場合、提供される患者側にはその内容の善し悪しや対価の判断がつかないという、いわゆる情報の非対称性の問題が生じる。そこで、加入者が病気に罹ったときに医療費を支払う仲介役の保険者側で、医師や看護婦などの医療専門家を多数抱えて、患者に代わって提供される医療内容とその対価の妥当性を判断することによりこの問題に解決を図ろうとする試みが現れた。米国のマネジドケア保険の新奇な試みはここにあると考える。

この試みの成否はまだ定かではない。<sup>\*6</sup> また、保険者側の経済的観点のみに立っているという批判もある。ただし、注目されるのは米国マネジドケア保険の試みに刺激を受けたヨーロッパの国々で、自国の医療保険制度や文化的価値観を考慮して受け入れ可能なマネジドケア保険の在り方を探っているという報告が出始めていることである。<sup>\*7</sup>

## (2) 新たな医療保険体制のメルクマール

昨今のわが国医療保険制度改革の取り組みを図10のように整理してみた。ここにみるように、現実に行われた改正は保険加入者や患者負担増ばかりが目立ち、保険からの医療費支出を管理する施策はどれも実現には至っていない。<sup>8)</sup>

その原因として俄にクローズアップされてきたのが、保険者が本来の役割を果たしていないではないか、という批判である。すなわち、「保険者機能の見直し」要求である。

先に見てきた公的医療保険のリエンジニアリングの発想や、米国マネジドケアの考え方をみれば、この批判が正鵠を射ているのは明らかである。

わが国の公的医療保険制度を考えるとときには、国民が「良質な医療」を受けられることが譲れない条件となろう。また、アンソニー・ギデンズの新定義に則れば、福祉国家の大

きな課題の一つである医療保険について、保険事業の関係三者間でリスクの分担を協議することが求められよう。そして、米国マネジドケア保険の考察から類推すれば、三者間のリスク分担の中で保険者対国民患者と保険者対医療提供者については、保険料を軸にして協議することが可能となろう。

すなわち、先の図7でみたように国民患者側に向けては医療アクセスの条件区分（家庭医制、混合アクセス、フリーアクセスなど）、また、医療提供者に向けては診療報酬支払いの条件区分（人頭払い制、混合支払制、出来高払い制など）のそれぞれの切り口に対して、保険者側が財政上の物差し、すなわち保険料情報を提供することで協議できるのではないかと考える。

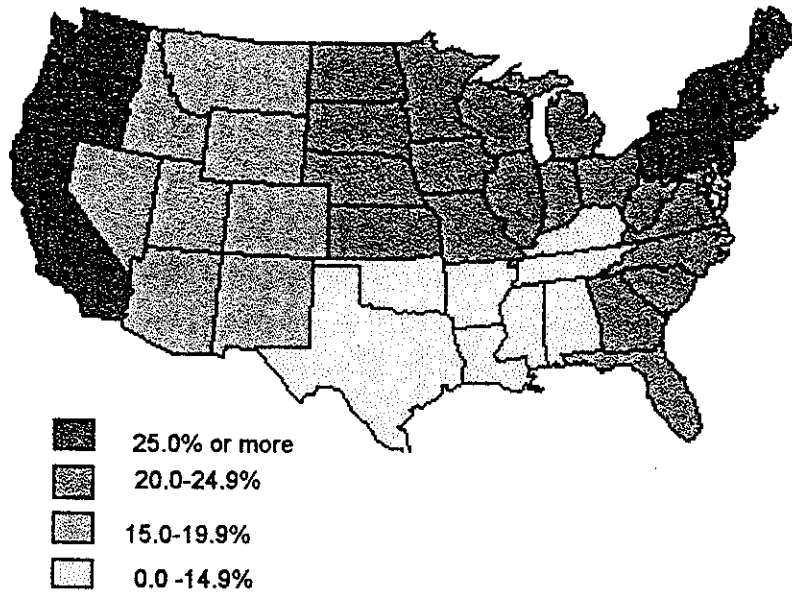
ちなみに、わが国のこれまでの医療保険制度改革の方向は、図11でみるように、加入者のフリーアクセスが堅持される一方で、医療提供者への包括払い制も遅々として進まず、保険料だけが実質的に増えていっている。もしも、医療福祉の新定義として「医療保険事業の関係三者間でリスクを共同分担」することが容れられるならば、そのロジックは理想的なマネジドケア保険が教える HMOw 点から MI 点を結んだ直線上に乗るよう軌道修正されることであろう。そして、その軌道修正に必要な政策としていま求められているのが「保険者機能の見直し」ということなのではなかろうか。すなわち、保険者が有する権限と保険事業能力という二つの要点の見直しである。

なお、国民患者側と医療提供者側との間でのリスク分担の協議は容易でないではなく、まだ課題として残ることになるだろう。おそらく、この課題は「患者と医師との信頼関係」でしか解決されないであろうから、わが国で遅れているカルテ等の情報開示の問題は、大きくここに関わってくると考えている。

[参考資料]

- 1) 西村周三 「(経済教室) 医療制度改革を問う：組合・国保、骨組みの一本化を」日本経済新聞(1999年11月16日付)
- 2) 西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社
- 3) 西田在賢 1999「インタビュー：マネジド・ケアは医療提供者の敵か」『日経ヘルスケア』1999年9月号
- 4) 西田在賢 1999「マネジドケアは社会保険医療体制にも有効か？(上・中・下)」『社会保険旬報』No.2035、2038、2040
- 5) Anthony Giddens. (佐和隆光訳) 1999「第三の道」日本経済新聞社
- 6) 西田在賢 1999「バンク財政に救世主か!? マネジドケアで医療革命」週刊東洋経済(9/11)
- 7) Franz Knieps. 1999. "From payer to payer - A new role for health insurance funds by implementing managed care tools." 23, 日独社会保障共同研究シンポジウム資料
- 8) 西田在賢 2000「米国非営利マネジドケア保険会社の経営破綻を考察する」『社会保険旬報』No.2052

图1 美国地域别 HMO 普及率  
(Percentage of Population in Total HMO Enrollment As of January 1, 1996)



出典 : The InterStudy Competitive Edge: HMO Industry Report 6.2

# HMO/PPO Directory™

From Medical Device Register®

**1997** U.S. MANAGED  
HEALTHCARE ORGANIZATIONS  
IN DETAIL PLUS KEY DECISION MAKERS

**SECTION VI**

## Membership Enrollment Index

**FEATURES**

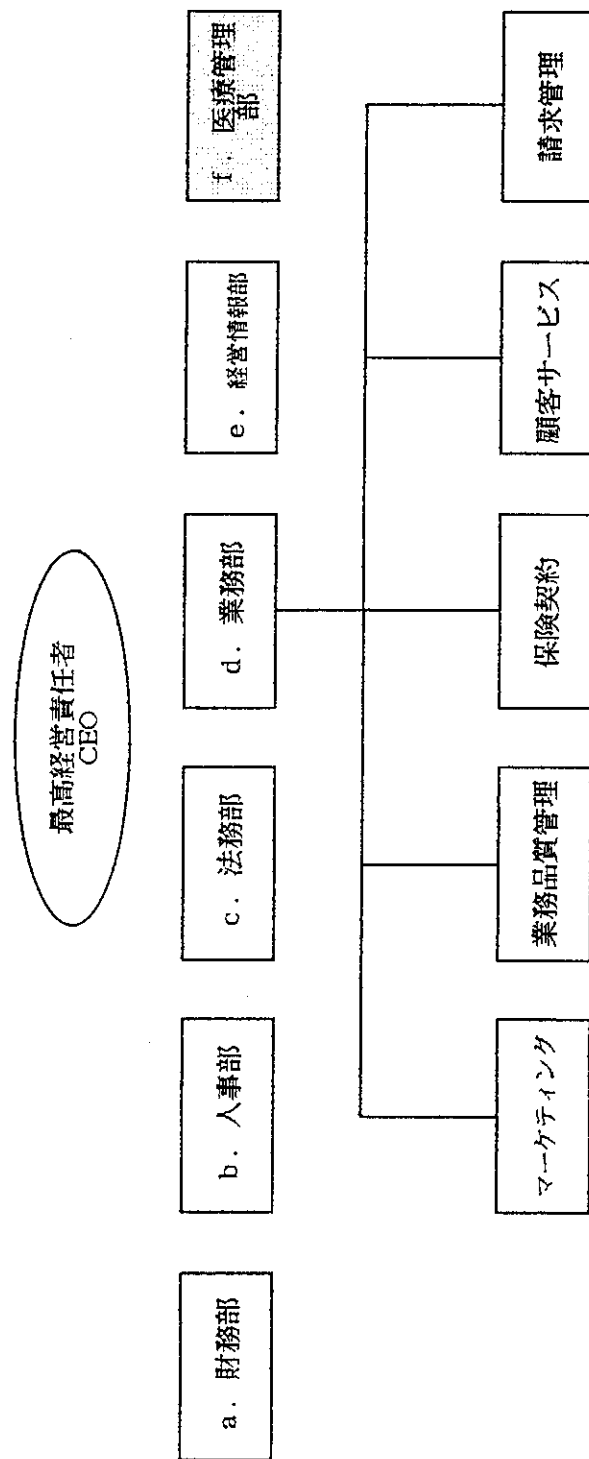
HMO/PPOs listed in descending order of enrollment, with the page number of the full profile for each.

### MEMBERSHIP ENROLLMENT INDEX

MEMBERS	PAGE	MEMBERS	PAGE	MEMBERS	PAGE
100001373 Health Plus of Michigan	I-178	1500000 Ameritas Life Insurance Corp.	I-209	617000 Oral Health Services	I-90
200000000 Multiplan, Inc.	I-238	1500000 Spectra, Inc.	I-153	613000 Coventry Corp.	I-305
160000000 Vision Service Plan, Inc.	I-357	1400000 CIGNA HealthCare, Inc.	I-69	610000 Preferred Mental Health Management, Inc.	I-139
116000000 Delta Dental Plan of California	I-145	1400000 Dental Benefit Providers	I-154	600000 Blue Cross of North Eastern PA	I-293
100000000 Eye Care Plan of America	I-8	1340052 Health Net	I-54	589946 National Foot Care Program, Inc.	I-185
9600000 Health Care Compare Corp.	I-115	1300000 MagnaCare	I-232	576375 Harvard Community Health Plan	I-165
9600000 HealthCare Compare Corp.	I-322	1300000 PPO Alliance	I-55	565000 CIGNA HealthCare of Southern California	I-25
8200000 Admar Corporation	I-48	1300000 ProAmerica Managed Care, Inc.	I-317	561430 HealthPartners	I-191
8200000 Beech Street, Inc.	I-27	1250000 Midwest Business Medical Association	I-122	550000 Medcost, Inc. (MedCost Preferred/MedCost PrimeNet)	I-251
8000000 American Health Care Alliance	I-198	1200000 Comprehensive Behavioral Care, Inc.	I-95	Blue Cross & Blue Shield of Michigan	I-236
8000000 Davis Vision	I-240	1170000 United Dental Care, Inc.	I-315	N/A Care Plus	I-237
7000000 The HMO Group	I-221	1160000 Oxford Health Plans, Inc.	I-71	N/A Care Plus	I-237
6890600 MedView Services, Inc.	I-177	1120000 Avesis, Inc.	I-193	N/A Casualty Care Network	I-141
6586581 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.	I-38	1100000 Block Vision, Inc.	I-103	N/A CCHP - Colorado Chiropractic Network	I-59
6400000 Private Healthcare Systems	I-120	1100000 United Health	I-103	N/A CCN-LA	I-148
6000000 America's Health Plan	I-159	1078108	I-193	N/A CCN-National Capital Area Community Care Network (CCN)	I-335
575200 United Health Care Corp.	I-193			N/A Celtic Life Insurance Co.	I-109
575200 Private Healthcare Systems	I-27			N/A Center Care	I-141
575200 Private Healthcare Systems	I-186			N/A Century Dental Plan	I-37
1000				N/A Chirocare of North Carolina	I-169
1000 Superior				N/A Chiropractic Care of Minnesota, Inc.	I-193
1000 Well Care HMO, Inc.	I-171			N/A Chiropractic Health Plan of California	I-23
515 HealthFirst PPO	I-273			N/A CIGNA	I-69
500 CompMed PPO, Tulsa	I-273			N/A CIGNA HealthCare	I-147
440 OnLok Senior Health Services	I-145			N/A CIGNA HealthCare	I-258
358 El Camino Preferred Physicians Medical Group, Inc.	I-30			N/A CIGNA HealthCare	I-259
325 Fort Collins Individual Practice Association	I-85			N/A CIGNA HealthCare	I-287
300 Chirocare of Wisconsin	I-359			N/A CIGNA HealthCare	I-303
288 Community Medical Alliance	I-183			N/A CIGNA HealthCare	I-59
193 Med Corp	I-183			N/A CIGNA HealthCare	I-261
144 Managed Healthcare Options	I-104			N/A CIGNA HealthCare Mid-Atlantic	I-155
100 Advanced Foot Care Group	I-8				
100 First Health of Arizona, Inc.	I-13				
90 Great Lakes PTPN	I-183				
81 HealthPlus	I-341				
27 Mida Dental Plans	I-319				
N/A Advanced Dental Systems, Inc.	I-146				
N/A Advantage	I-168				
N/A Advantage Care Network, Inc.	I-316				



図3 HMO 事業に備わる部署概要



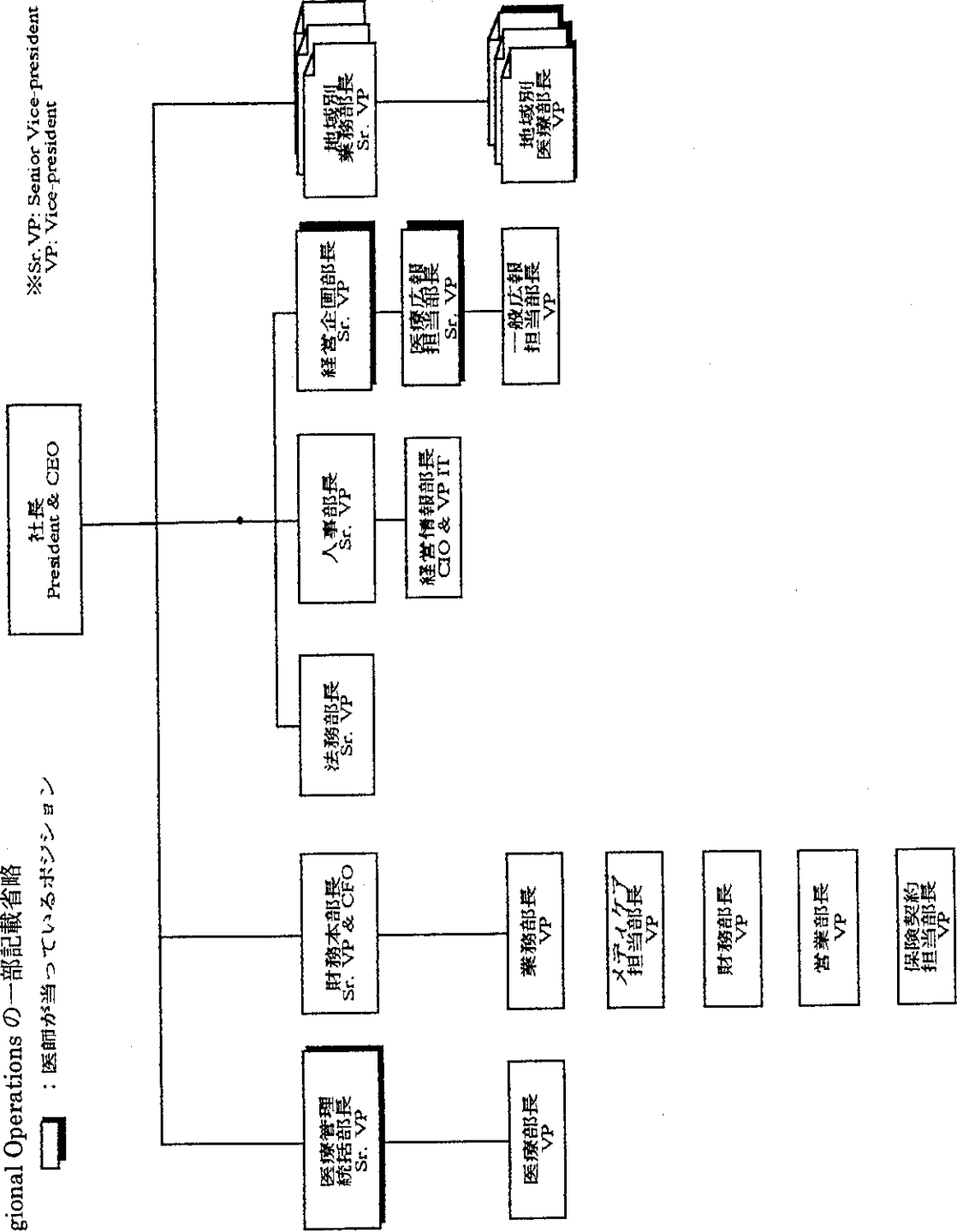
出典：西田在賢 1999 「マネジドケア医療革命」 日経新聞社

図4 HPHC 会社組織

(97年12月末時点)

Regional Operations の一部記載省略

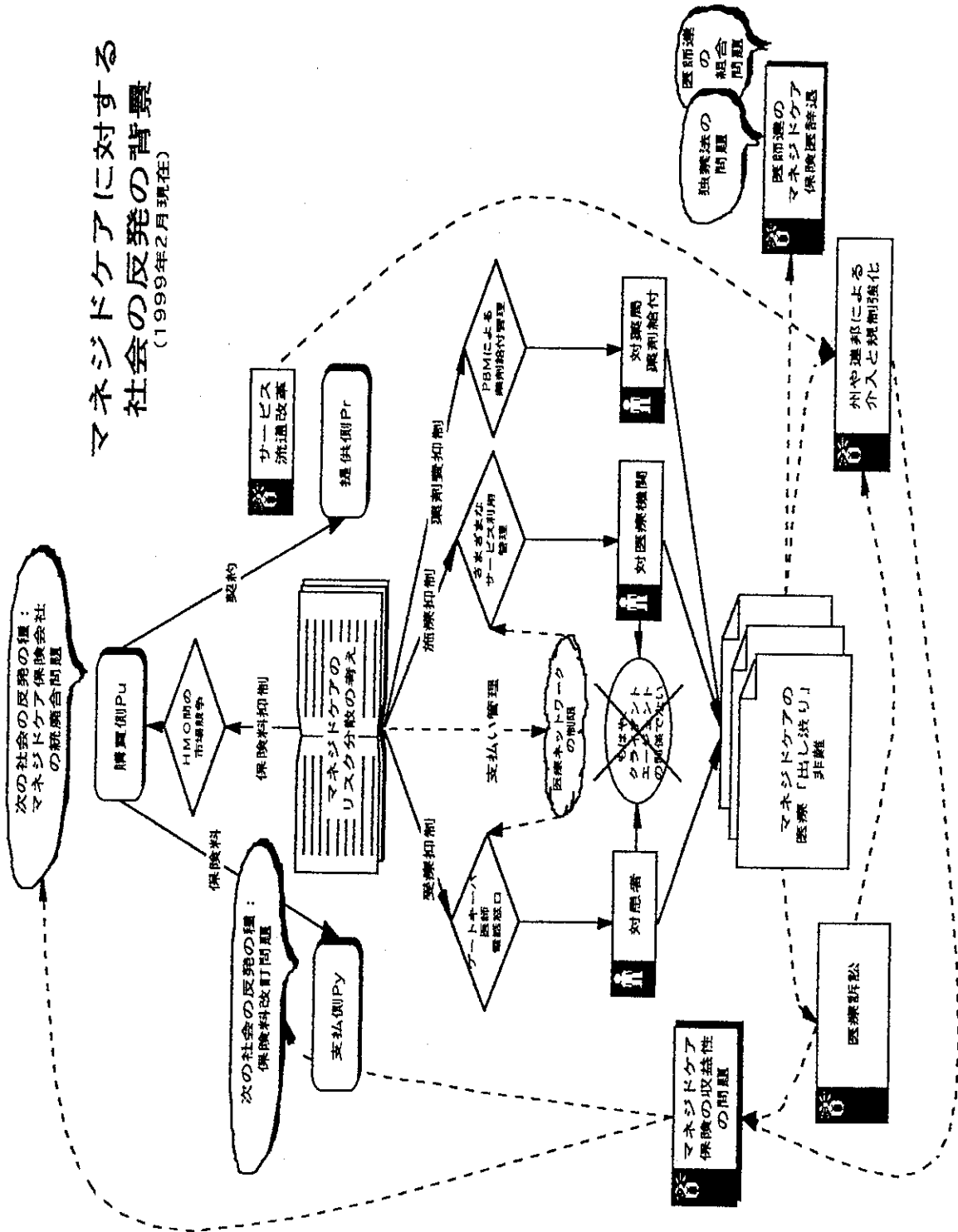
☐ : 医師が当たっているポジション



出典：西田在賢 1999 「マネジドケア医療革命」 日経新聞社

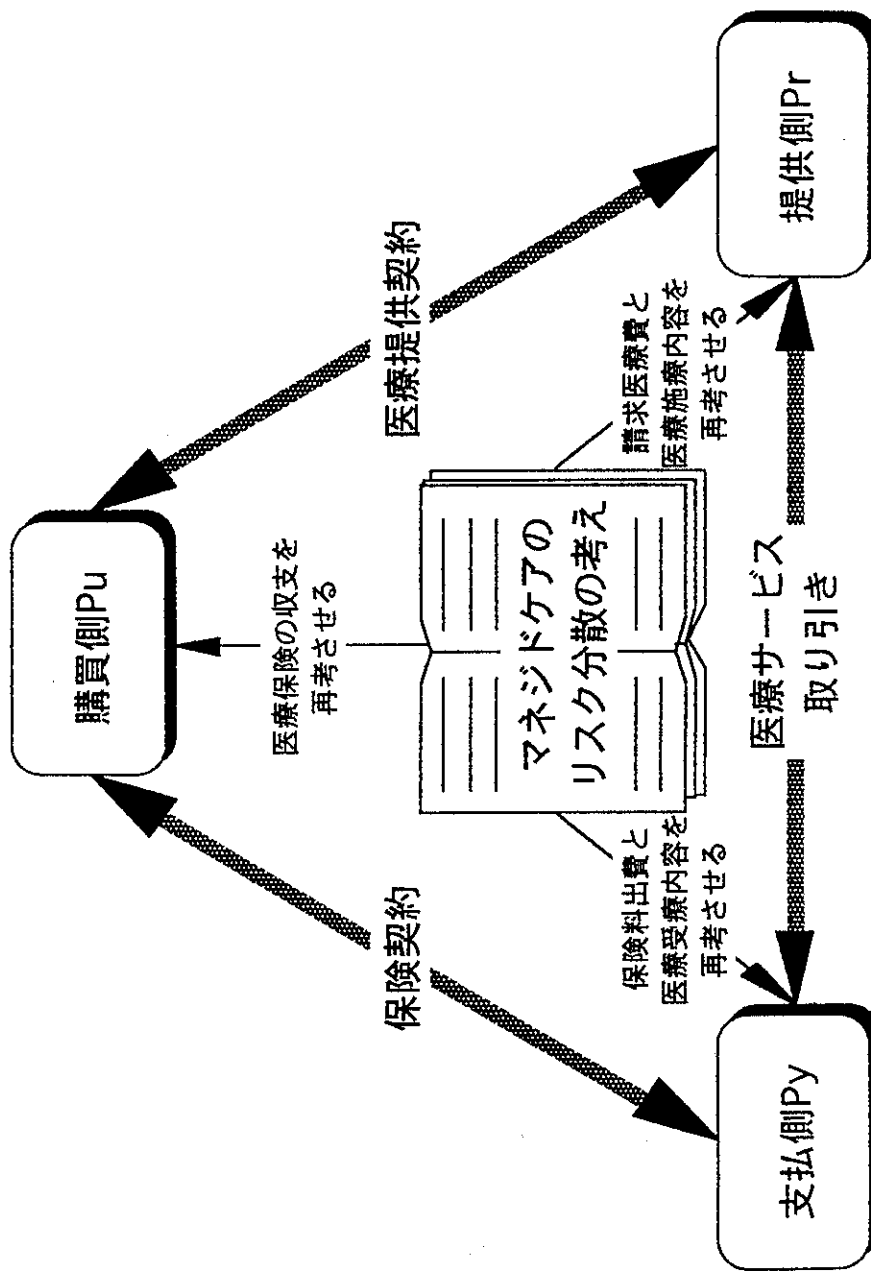
図5

# マネジドケアに対する 社会の反発の背景 (1999年2月現在)



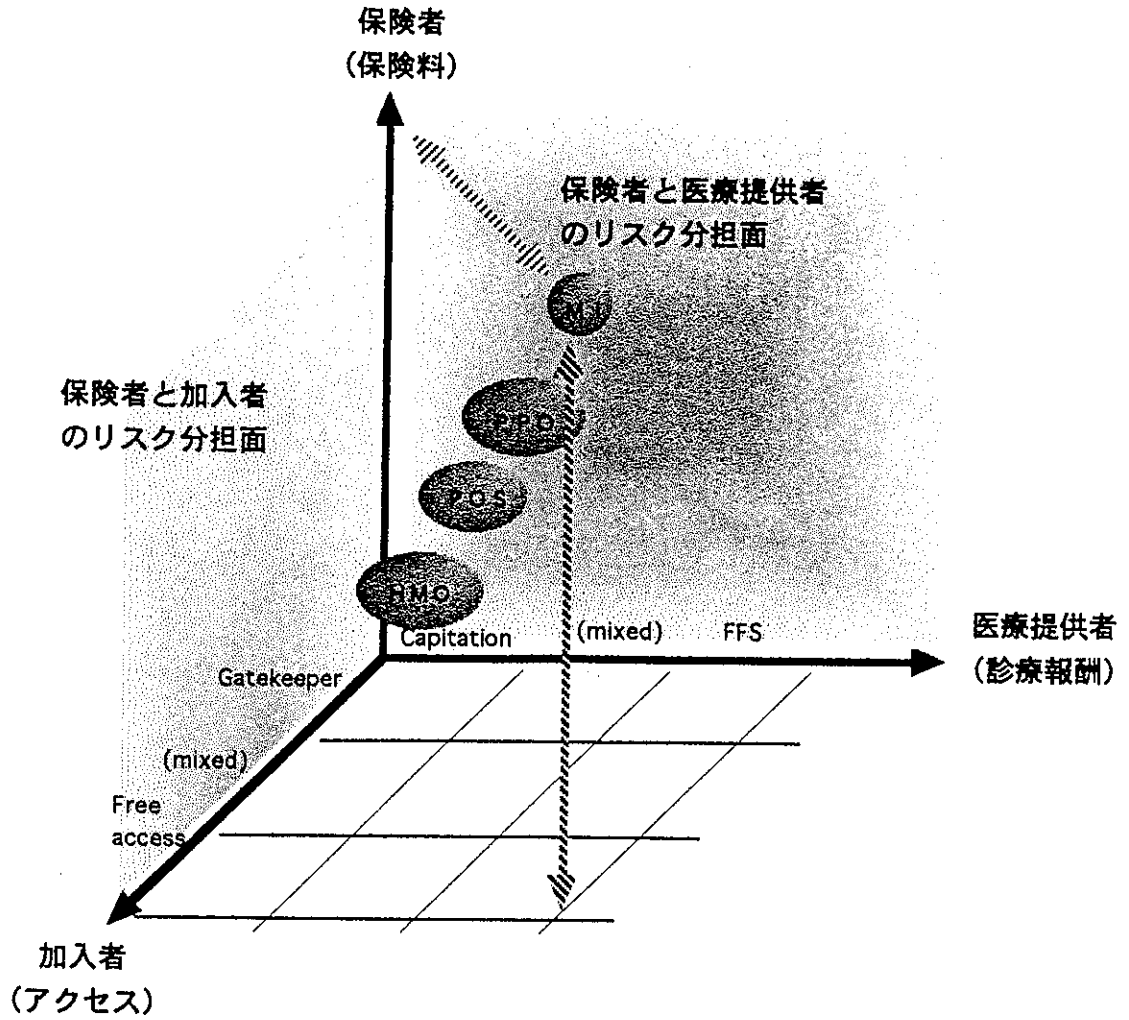
出典：西田在賢 1999 「マネジドケア医療革命」 日経新聞社 (但し、一部情報を追加して改訂)

図6 マネジドケアによる医療費抑制はリスク分散への期待に基づいている？



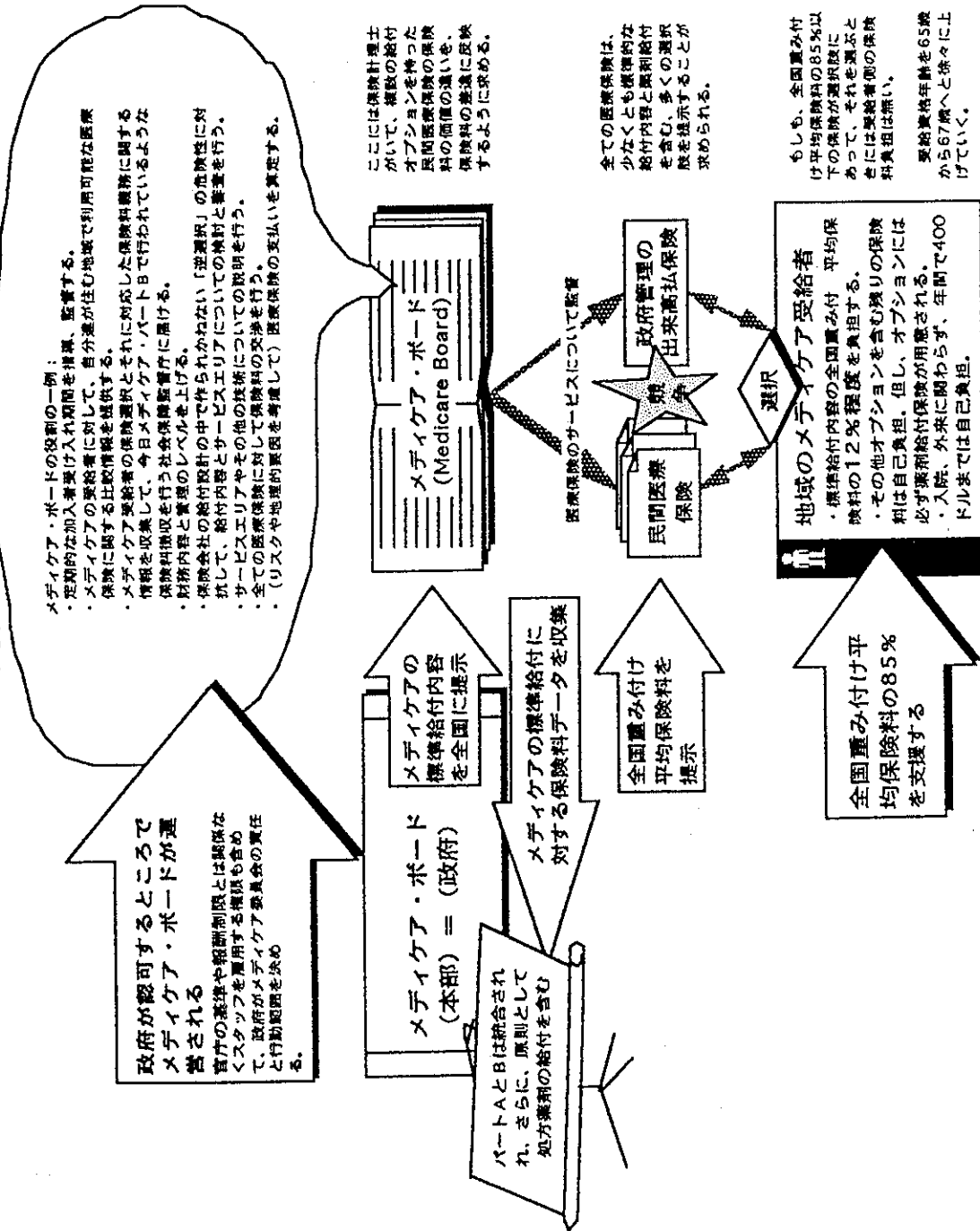
出典：西田在賢 1999 「マネジドケア医療革命」 日経新聞社

図7 マネジドケア保険の種類を医療サービス取引における  
三者間リスク分担の大小で説明すると…



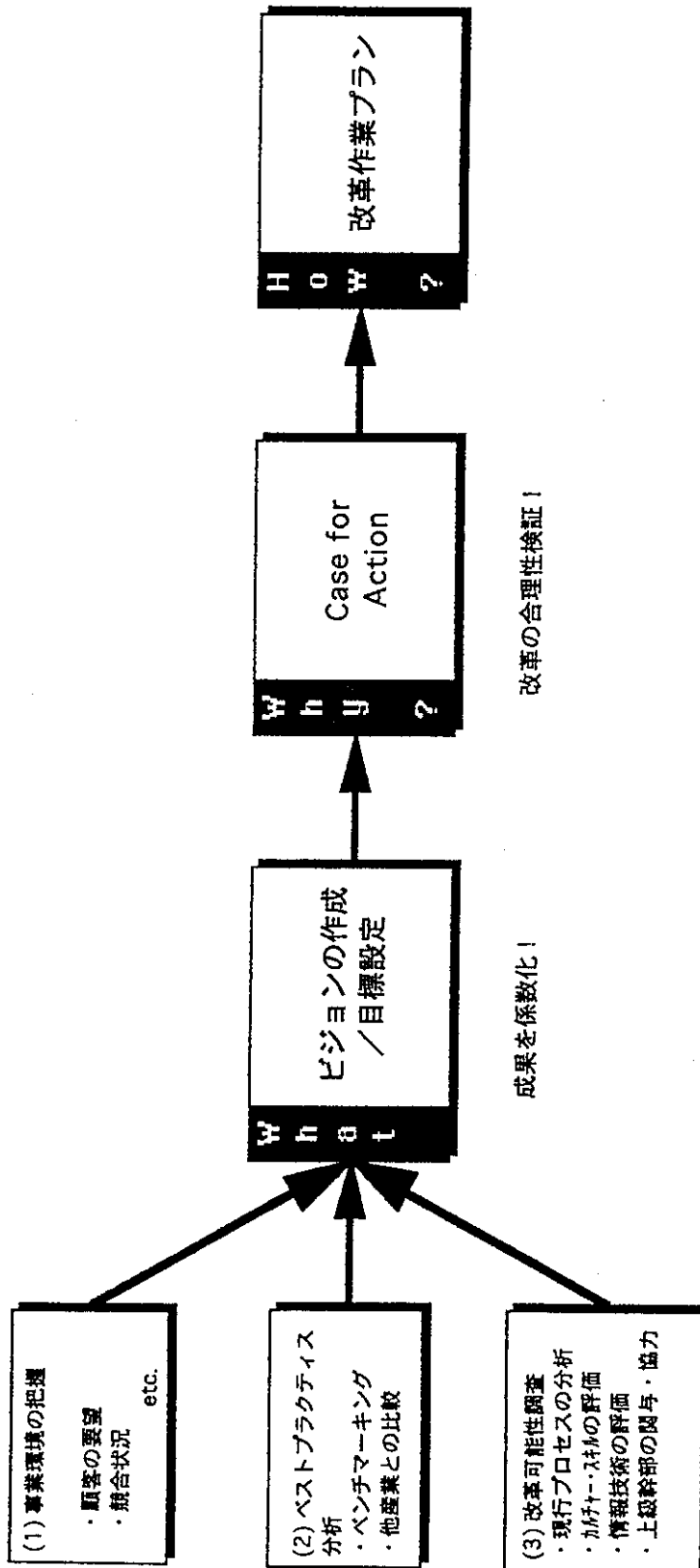
注. 西田在賢分析による

図8 メディケアの抜本的改革案、ブロー・トーマス提案の中の  
プレミアムサポートシステム（保険料支援制度）の概要



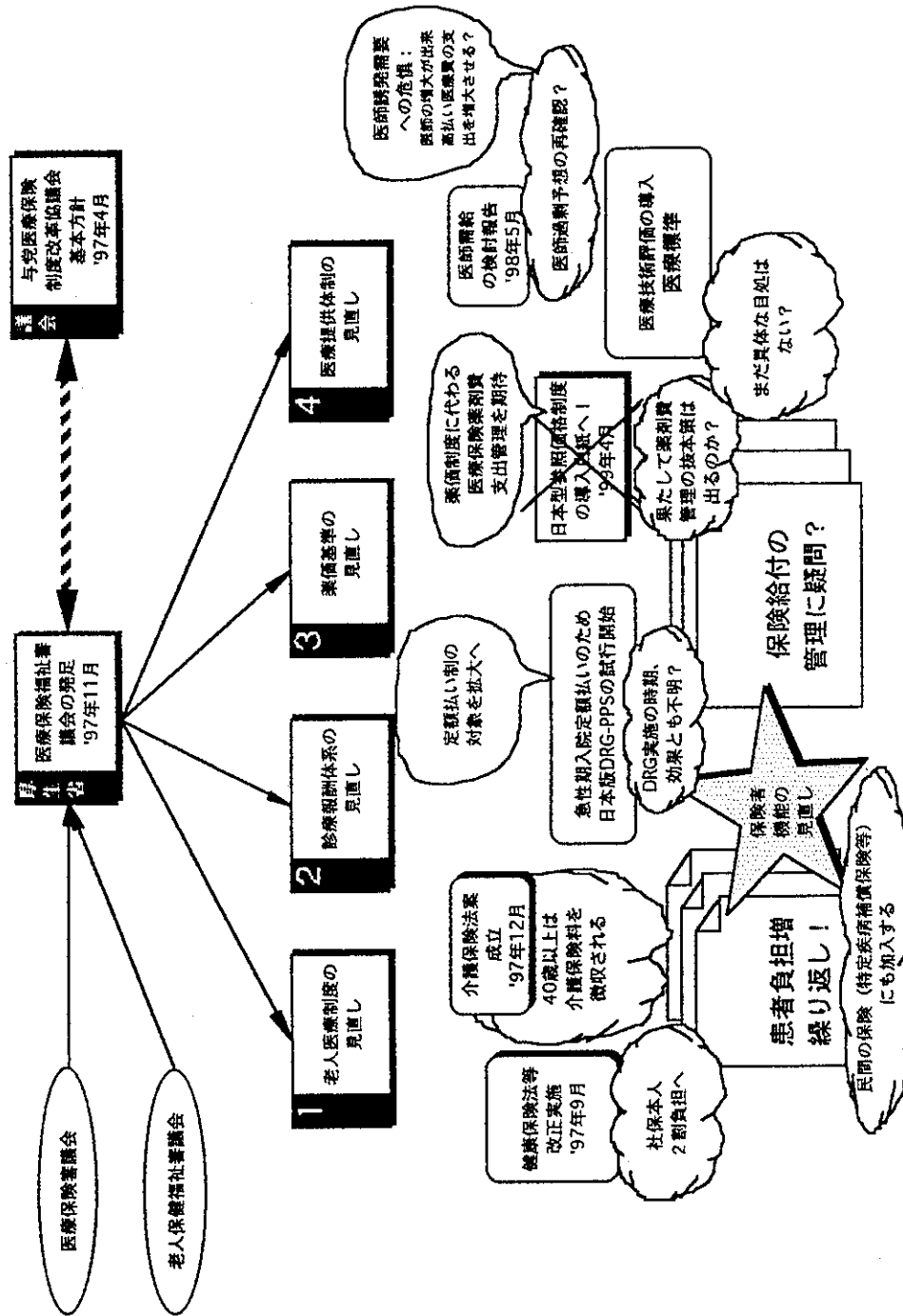
出典：西田在賢 1999 「マネジドケアは社会保険医療体制にも有効か？ (中)」 『社会保険旬報』 No.2038

図9 リエンジニアリングの進め方



参考文献：Michael Hammer, James Champy, 野中郁次郎監訳 1993「リエンジニアリング革命」日本経済新聞社  
西田在賢、ケイミン・ワング 1995「医療経営革命」日経BP出版センター

図10 日本の医療保険制度の改革の行方は？



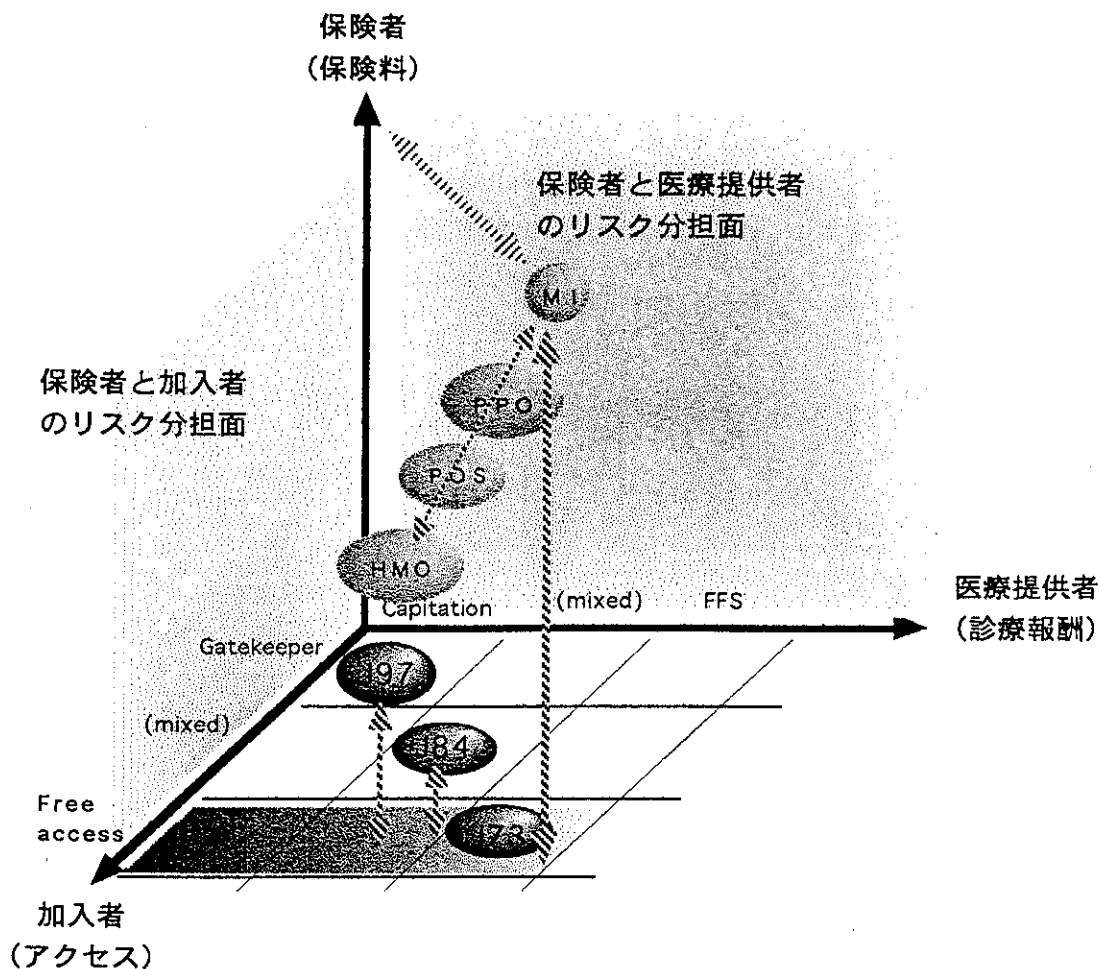
出典：西田在賢 1999「マネジドケアは社会保険医療体制にも有効か？（下）」『社会保険旬報』No.2040



図 1 1

日本の医療保険改革は、フリーアクセスを大前提にして  
加入者と提供者のリスク分担を増やしている…

果たして、リスク分担の均衡点はどこに存在するのか？  
マネジドケアは均衡点探索のロジックを示唆する…



注. 図中、J73は戦後日本の医療福祉政策の象徴的な転換点である昭和48年(1973年)の「老人医療費無料化」策の施行時点を、J84は健保被保険者本人1割負担を実施した昭和54年(1984年)の健保法改正の時点を、また、J97は健保被保険者本人負担2割に踏み切った平成9年(1997年)の健保法改正の時点をそれぞれリスク分担の三次元チャート上にポジショニングしてみた。

表1 米国における「患者の権利法案」の進展について

本年になって、米国上院では7月に、下院においては10月に「患者の権利法案」が承認された。両院の大方の「患者の権利法案」は、救急医療には直ちに医療機関に駆け込めることを約束し、患者が第三者機関に保険範囲の疑問について訴え出られることや、医師が患者に治療の選択肢を自由に説明できる、としている。

両院で法案内容は次の二つの点で大きく異なる。

- ・上院案は、わずか4800万人の国民にしか適用されないが、下院案は1億6100万人に適用される。
- ・上院の法案には、患者がHMOを訴える権利が含まなかった。・そもそもこれが議論の焦点！

【背景】1974年のEmployee Retirement Income Security Act以来、マネジドケア型の医療保険であるHMOは、不十分な医療を受けて健康を損なった患者に対する法的責任を免れてきた。この法律の下で、裁判所は従業員給付プランのもとでの請求の管理に直接関係する訴訟をことごとく退けてきた。しかしながら、ここ2年ほどは、審判は医療の質の不適切を争点にして、HMOによる患者ダメージを調査する訴訟を受け容れるようになっていた。

そして、1999年10月7日、米国下院において、「患者がHMOを訴えうることを含む」広範な患者権利法案(Norwood-Dingell bill)が、275対151で承認された。じつは、このたびの下院の法案のほぼ全ての条項が、幾つかの州では既に法制化されている。ただし、先に上院で通過した法案ではこのことが含まれていない。

注. 1999年3月から11月の間に米国で新聞報道された内容を西田が整理した。

## 表2 メディケアの実情 (The Fact About Medicare)

### メディケアの将来を考える超党派議員委員会

#### National Bipartisan Commission on the Future of Medicare

##### 実情#1: メディケアは2008年に破綻する

メディケア委員会 (Medicare Commission) が作った 1997 年の財政均衡法は、メディケアパートAの基金が今後 10 年間、継続可能となることを確約するものである。しかしながら、改革なしでは、その基金も 2008 年には破綻する。

##### 実情#2: メディケアの支出は他の国家予算に影響する

年間のメディケアの支出額は今年の 2070 億ドル (約 25 兆円) から、2030 年には 2.2~3.0 兆ドル (約 260~360 兆円) に膨れ上がるものと予想される。その結果、メディケアの支出額に占める国家予算の割合はかなり多くなり、おそらくは、国防費や司法関係、健康や安全環境保護といった重要な予算に影響を与えることとなる。

##### 実情#3: メディケア受給者の自己負担分は上がる

メディケアの制度それ自体が財政的な問題に直面しているので、メディケアの受給者達ももっと高い費用負担に直面する。今日、メディケアの受給者は自分達の医療費のおおよそ 30% を自己負担している。1995 年では、保険料やメディケアがカバーしない医療費についての一人当たりの支払いは 2563 ドル (約 30 万円) であった。将来は、このコストが上がるものと予想されている

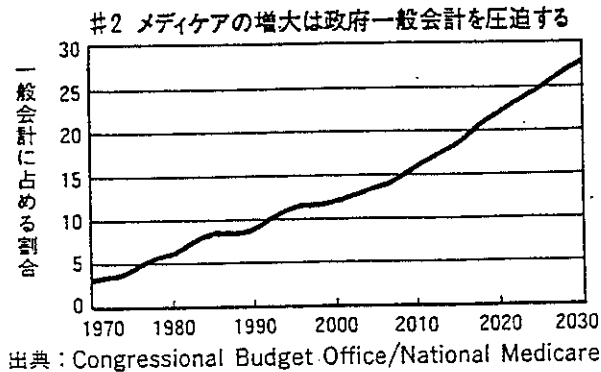
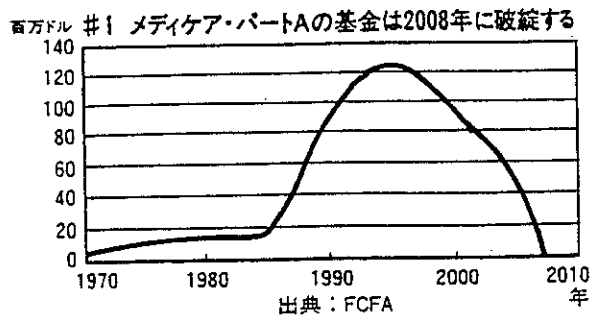
##### 実情#4: ベビーブームの 7700 万人の人たちがメディケアに加わる

7700 万人のベビーブーマー達 (1946 年から 1964 年までの間に生まれた人たちが) が 2011 年からメディケアの受給対象者に加わり始めるので、それに備えて、メディケアを強化、改善するべきである。

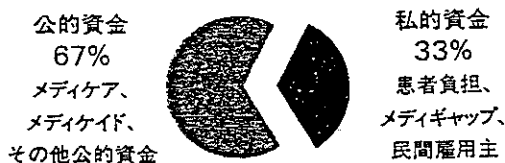
##### 実情#5: 高齢退職者一人当たりのメディケア基金を支える労働者数が減る

新しくメディケアの受給者になる人の数が急激に増えているので、メディケア基金を提供する、高齢退職者一人当たりの労働者の数がかなりの勢いで減っている。

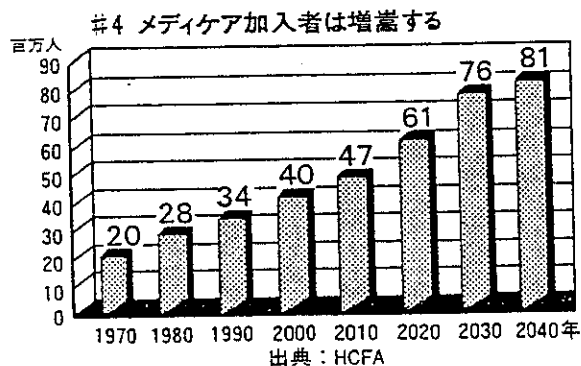
注. 翻訳は西田による



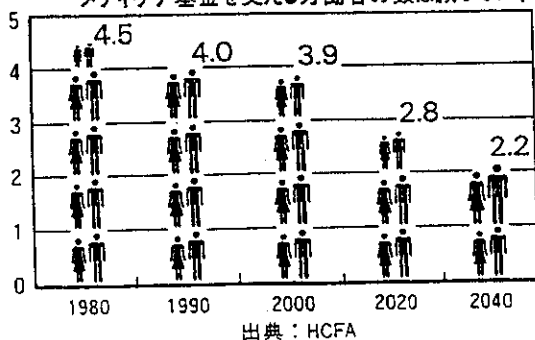
#3 誰が、メディケア受給者の医療費を支払うのか



出典：HCFA, 1995 Medicare Current Beneficiary Survey



#5 退職者1人あたりでみた、  
メディケア基金を支える労働者の数は減っていく



別表(1) メディケアの実情 (The Fact About Medicare)

メディケアの将来を考える超党派議員委員会

National Bipartisan Commission on the Future of Medicare

実情#1：メディケアは2008年に破綻する

メディケア委員会 (Medicare Commission) が作った1997年の財政均衡法は、メディケア・パートAの基金が今後10年間、継続可能となることを確約するものである。しかしながら、改革なしではその基金も2008年には破綻する。

実情#2：メディケアの支出は他の国家予算に影響する

年間のメディケアの支出額は昨年の2070億ドル (約25兆円) から、2030年には2.2~3.0兆ドル (約260~360兆円) に膨れ上がるものと予想される。その結果、メディケアの支出額に占める国家予算の割合はかなり多くなり、おそらくは、国防費や司法関係、健康や安全環境保護といった重要な予算に影響を与えることとなる。

実情#3：メディケア受給者の自己負担分は上がる

メディケアの制度それ自身が財政的な問題に直面しているため、メディケアの受給者達ももっと高い費用負担に直面する。今日、メディケアの受給者は自分達の医療費のおおよそ30%を自己負担している。1995年では、保険料やメディケアがカバーしない医療費についての一人当たりの支払いは2563ドル (約30万円) であった。将来は、このコストが上がるものと予想されている。

実情#4：ベビーブームの7700万人の人たちがメディケアに加わる

7700万人のベビーブーマー (1946年から1964年までの間に生まれた人たちが) が2011年からメディケアの受給対象者に加わり始めるので、それに備えて、メディケアを強化、改善するべきである。

実情#5：高齢退職者一人当たりのメディケア基金を支える労働者数が減る

新しくメディケアの受給者になる人の数が急激に増えているので、メディケア基金を提供する、高齢退職者一人当たりの労働者の数がかなりの勢いで減っている。