

第8章 米国保険者機能調査の概要報告

1. 本調査の基本的問題意識

米国の保険者機能に関連する調査については先行してかなり行われており、特に民間のマネジドケア保険の仕組み・内容、民間マネジドケア保険会社の組織概要等はある程度明らかになっている。そこで本調査ではむしろ米国の公的医療保険（メディケア、メディケイド）に注目した。

米国の公的医療保険制度は日本とは大きく異なる制度ではあるが、医療費の伸びを抑えるために市場の競争原理と被保険者による選択を導入する改革を行ってきており、今後の日本が目指す医療保険制度改革における公的な保険者の機能や、それを有効に機能させるための制度全体の構築について参考となる点も多い。

また、公的医療保険制度を支える周辺組織（マネジドケア保険会社、医療供給主体、各種評価機関等）については、概要はある程度明らかになっているが、実際に機能するために具備すべきマンパワー（の養成）や技術的ノウハウ（情報収集解析能力、レセプトの様式、電子情報化等の状況）等については不明瞭な部分が多い。日本の保険者がその機能を発揮することを想定した場合、最も不足しているのはこのような実務レベルの情報であり、本調査ではこの部分を重視して訪問調査を行った。

2. 訪問調査記録

(1) American Association Health Plan (AAHP)

(面談者) Ms. Diana C.Dennett (Executive Vice President)

①AAHP の概要

AAHP は全米のヘルスプランの協会であり、対政府関係、法的な問題、規制に関するヘルスプランの声を反映させる役割を果たしている。大半のアメリカのヘルスプランはAAHP の会員であり、伝統的な HMO (例えばカイザーヘルスプラン) から営利の保険会社を基盤とするマネジドケア保険会社、さらには、シグナ、プリンシプルのような特定の地域のヘルスプラン等の様々な種類・規模のヘルスプランが加入している。ただし、全米最大手の AETNA は会員ではない。

②マネジドケア保険会社からのメディケア受給者の脱退

メディケア受給者の脱退率は新しいマネジドケア保険会社の方が高い。これは、新しいプランのためよく保険内容を知らないまま加入するケースが多いためである。受給者の脱退率が高い場合、その保険に加入している受給者にとって保険料が高額となる。なぜならマネジドケア保険会社が新規に受給者を加入させる場合に一定のコストがかかるが、早期脱退の場合はそのコストを回収できないからである。このことにより、政府や民間の消費者団体等は受給者の脱退率を注視している。

脱退率の一因として、保険の営業担当が、受給者に保険商品の適切な情報を与えないままに勧誘を行ってしまうケースがある。これを予防する対策として各保険会社は営業担当の業務のチェックをおこなっている。具体的にはマネジドケア保険会社の営業担当以外の担当者が申込者に対して「保険内容を理解して加入しようとしているのか」ということを質問している。問題がある場合、営業担当者に対して再教育を行う。この中でも悪質なケースについては営業担当者を解雇する。

また、加入直後に脱退するケースだけでなく、1~2 年後に脱退するケースについて予防する対策も行っているが、こちらの対策の方がはるかに難しい。例えば保険のサービス・質に対して懸念があるという理由で脱退するケースが多いが、大半のマネジドケア保険会社では脱退する一人一人について分析を行い、この分析結果をもとに制度の改善を行っている。これは、受給者の脱退に対して適切な手が打てない場合は、市場において成功は望めないからである。但し、受給者のメディケアマネジドケアの加入期間が長ければ長いほど脱退率は低く、また脱退する場合にも、あるメディケアマネジドケア保険会社から他のメディケアマネジドケア保険会社へ移るといったようにメディケアマネジドケア自体からは脱退しない。さらに、脱退する妥当な理由もある。これは、あるマネジドケア保険会社が保険料を値上げした時に、受給者が保険料がより安いマネジドケア保険会社へ移ること

であり、市場の力が機能しているという健全なものである。ただし、このことは規制当局者に説明してもなかなか理解してもらえない。

③受給者の苦情処理

メディケア受給者には HCFA が規制している正式な苦情申立てのプロセスがあり、このプロセスを受給者が把握していることは重要なことである。受給者は時間にゆとりがあり苦情を言う機会も多く、苦情の内容はアクセス可能なプロバイダーにどのような選択肢があるのか理解できないというものが多い。これに対する対策として保険会社側が受給者情報を管理し受給者教育等を行うことが重要であり、このような対応ができない場合には問題が大きくなる。

しかし、苦情により、マネジドケア保険会社が改善されるメリットもある。例えば、ピーター・リーという研究者の論文（カリフォルニアの保険会社の苦情率を比較した研究）の中で、ある保険会社の苦情率が 2,3 倍ということが判明し公表された。その結果、この保険会社は顧客サービスを改善するための対策を講じた。

④追加保険料の徴収

法律上は追加保険料を徴収できることになっているが、政府の規制や市場によって縛られているため、簡単に追加保険料の徴収はできない。しかも、つい最近までは、追加保険料を徴収せずに追加給付を行うことが可能であった。

しかし、最近の医療費の急速な伸びに対する HCFA からの支払額は少ないため、給付内容を削減するか、または追加保険料を徴収するかを選択を余儀なくされてきた。今年から多くのマネジドケア保険会社が追加保険料の徴収を行っているが、追加保険料の徴収は保険料徴収業務のコストが高いため既に大変な苦勞を強いられている。

なお、マネジドケア保険会社が費用を節約するには保険料の値上げと給付内容の変更という 2 つの方法があるが、さらに効率性を高めるという 3 つめの方法がある。しかしこれは非常に困難なことである。

⑤薬剤給付管理

メディケアマネジドケアは外来処方薬をカバーしているが、処方薬の値段は年間 15～20% 上昇しているのに対して HCFA からの支払は 2% の伸び率であるため、カバーする割合を切りつめている。各マネジドケア保険会社は薬剤給付管理を行っているが、この中でフォーミュラリーという処方薬のリストの管理はサイエンスの域に達するほど難しいものになっている。

現在、アメリカでは入院費よりも薬剤費の方が高くなる現象が起きている。新薬については製薬メーカーが入院件数の減少や在宅件数の増加等のメリットを主張しているが、体系だった書類による証明は存在せず、値段が高いが薬効が同じではないかという疑問がある。

⑥質疑応答

○マネジドケア保険会社が患者の管理にコンピュータ投資を行っているが、その状況を説明して欲しい。

…マネジドケア保険会社は多額の投資をしており、カイザーヘルスプランでは情報システムの改善のため、10年間に20億ドルの投資を行っている。またAETNAのように保険会社の合併により多額の情報化投資を行っているケースもある。情報化投資を行うメリットとしては、情報をうまく活用することによって患者等を効果的に管理できることである。さらに多額の情報化投資を行っている保険会社は質を管理することの他に顧客サービスを改善できるという利点もある。ただし、AETNAでは合併によるシステム統合化に苦勞しており、また、オックスフォードヘルスプランでは情報化投資の失敗により株価が急落し、財務上非常に厳しい状況となった。

○AAHPで情報化投資に関するレポートは作成しているか。

…作成していない。

○マネジドケア保険会社のHCFAに対する苦情はあるのか。

…HCFAは年々悪い組織になっており、メディケアプログラムに対する規制は膨大なものである。法律の下のレベルに規制があり、さらにその下のレベルに規制を説明しているオペレーショナルポリシーレターというものがある。これらの膨大な規制があるために、メディケアマネジドケアプログラムが拡大できず、メディケア受給者全体におけるメディケアマネジドケアの受給者の加入率は17%であり伸び率は横ばいとなっている。(民間マーケットのマネジドケアの加入者の率は85%である。)

○昨年発表されたブロートーマス提案(プレミアムサポートシステム)についてAAHPはどのような立場をとるか。

…法案自体は細かいところまで具体化されていないのが現状と思われるが、モデル自体はサポートする立場にある。というのもメディケアを近代化して競争力をつけさせようという趣旨であるからである。現在は出来高払いによる従来型のプランと競争できない仕組みであり、結果的にはマネジドケア保険会社同士で競争をおこなっている状況にしかすぎない。従来型のプランを含めて競争を行い、受給者にコストが明確になるようなシステムにするべきである。

○マネジドケア保険会社が脱退する理由は何か。

…HCFAからの支払が不十分であること、規制を遵守するコストが大きいこと、刑事罰を含むほど処罰が厳しいこと、マーケットにおける敗退等の幾つかの理由がある。さらには、カイザーヘルスプランが東海岸の一部から撤退したように、メディケアのみではなくその地域の保険事業からすべて撤退してしまうケースもある。

○メディケアの新しいリスク調整システムとはどのようなものか。

…このシステムは入院患者をもとにしており、特定の DRG 番号に入院させた場合に支払いを増やすというものである。(例えば虚血性の心疾患の場合、事前に 14,000 ドルが支払われる) ただしこれは入院させずに患者を外来で治療した場合の考慮がされていないという大きな欠陥がある。

○キャピテーションシステムと調整システムのどちらをサポートするのか。

…メディケアの新しいリスク調整システムは外来ベースで患者を管理しようとすることに對して何もインセンティブを与えていないという大きな問題点があり、支持できない。

○マネジドケア会社のメディケア参入のインセティブは何か。

…伝統的なインセティブとしては保険事業を展開する地域社会の各階層にマネジドケアのサービスを受けさせたいということである。また、数年前まではこの分野でも収益を出せるだろうと考えていた。しかし、最近は財務状況の悪化により、メディケアビジネスをおこなっている保険会社は金融市場が低い評価を受けるようになっている。マネジドケア保険会社のメディケアへの参入の伸び率も 16.2% (1997-1998) から 4.8% (1998-1999) へと激減している。

(2) National Committee for Quality Assurance (NCQA)

(面談者) Mr. Brian Schilling (Communications Manager)

①NCQA の概要

NCQA は医療の質を向上させるということを目的として 1990 年に創立された民間の非営利団体である。スタッフは約 150 人、年間予算 2,000 万ドルという比較的小さい団体であり、医療の質に関して何を測定するのか、いかに測定するのかという点について関係各位の意見をとりまとめる役割を担っている。NCQA の運営上において関係者の声を反映させるために最高意思決定機関である理事会には企業側、消費者、マネジドケア保険会社が参加している。年間 2,000 万円の予算の内訳はヘルスプランの評価認定からの収入 (45%)、他財団からの寄付 (25%)、政府との委託契約 (20%)、教育的な会議 (5%) からの収入、出版による収入 (5%) である。

なお、マネジドケア保険会社が NCQA のプログラムに参加するか否かは強制的なものではなく自主的なものである。

②米国の医療システム

米国の医療システムは多種多様であるが、便宜上分類をしてみると、以下の様になる。

(a) HMO (POS を含む)	…8,000 万人
(b) PPO	…1 億 2,000 万人
(c) Fee-for-service (出来高払い)	…3,200 万人
(d) 無保険者	…4,500 万人

上記の分類において、無保険者以外の 70%の国民は勤務先を通じて保険のカバーを受けており、20%の国民はメディケア、メディケイドといった公的医療保険でカバーされている。残りの 10%の国民は保険に個人加入している。この中で勤務先を通じて保険のカバーを受けている人々と個人加入している人々は保険料等の価格に対して非常に敏感である。

③マネジドケア

マネジドケアが米国の医療制度に大きく貢献した点は、疾病の予防を重視したこと、医師の説明責任を明確化したこと、ケアのデリバリーシステムを統合化したこと等である。また、1980 年代後半から 1990 年代前半については医療費が高騰していたが、マネジドケアが普及するにつれて医療費の伸びが横ばいに近い状態となった。ただし、この医療費が低く抑えられている状況は各保険会社がシェアを拡大するために保険料を低く抑えたためであり、最近ではハーバードピルグリムのように財政破綻する保険会社も出てきた。

④Accreditation

Accreditation のプログラムはマネジドケア保険会社に対して行う認定のプログラムであり、このプロセスは次のようなものである。まず、医師そしてそれ以外の専門家からなるチームを実際に認定を受けるマネジドケア保険会社の現場へ送る。そして、現場で主要な人々の面接を行い、カルテや苦情ファイルをチェックすることにより、保険システムがどのように設計されどのように機能しているかを評価する。さらに、Review Oversight Committee (6 人のメディカルディレクターの委員会) において、HEDIS データ (後述にて説明) や現地調査での評価レポートをもとに認定の決定を行う。このプロセスは 50 以上の認定の指標に基づいており、この指標は保険を購入する企業側の意見が大きく反映されている。

⑤HEDIS

HEDIS は各マネジドケア保険会社のパフォーマンスを同じ指標のもとで測定するための標準的なデータセットであり、例えば予防接種率、乳癌検診率といった指標がある。ここでのパフォーマンスの測定尺度は心臓病、癌、うつ病、喘息、糖尿病等の有病率が高いものや治療にコストが高いものを重視している。保険会社はこれらの情報を集めるには多大の時間とコストをかけており負担が大きい。したがって、これだけの負担を強いてまでもデータを提供してもらっているからには、ケアの向上につながるような分野に注目すべきであると考えている。例えば、この指標の中に全米の主要死因の上位 10 のうち 7 つが含まれている。

一方、マネジドケア保険会社がこれだけの負担をかけながらデータを提出する理由は、企業が HEDIS データや Accreditation の結果をもとに従業員が加入するヘルスケアプランを決定しているからであり、また州によってはその地域で保険事業を行う際に第三者の評価を義務づけているからである。

⑥将来の方向性

NCQA の次のステップとしては以下の 4 点が挙げられる。

- (a) PPO を対象とした認定プログラムの開発を行う。
- (b) 保険会社の情報収集コスト削減のために不必要な尺度は廃止する等の効率性の追求の活動を行う。
- (c) 成功しているマネジドケア保険会社の良いアプローチを他の機関に普及させる。
- (d) QISMC のような政府が普及させるヘルスプランと重複しないように調整をしていく。

⑦質疑応答

○政府との委託契約にはどのようなものがあるか。

…連邦政府と州との両方の契約がある。連邦政府は HCFA からの委託契約であり、委託内容はメディケアマネジドケア保険会社の質の情報収集である。HCFA はその情報をもとにマネジドケア保険会社の内部チェックを行っている。また、ニューヨーク州、ニュージャージー州、フロリダ州、メリーランド州等の州政府からも HCFA と同様の委託内容の契約を締結しており、州政府は提供して情報を活用してマネジドケア保険会社の成績表のような資料を作成して州民に公表している。

○どの財団から寄付を受けているのか。

…ロバートウェイジョンソン財団、カモンウェルス財団、パッカード財団等の民間団体から定期的に補助金や寄付を受けている。

○評価認定の料金 (Accreditation Fees) の他に会費等の収入はあるのか。

…会員組織ではないので会費は無い。

○1972 年当時の HMO と現在の HMO とでは定義が異なるのか。

…定義は異なる。1972 年当時の HMO が重視していたのはコストコントロールであったが、現在はコストコントロールのみではなく医療の質についても重視している。ただし、現在でもコストコントロールのみを重視している HMO が若干残っており、問題視されている。HMO は営利組織もあれば非営利組織もあり、また規模についても大きいところ (300 万人) から小さいところ (1 万 5,000 人~2 万人) まで存在するため、一つの指標で評価することは大変苦労している。

○ONCQA の認定では財務的な部分も評価しているのか。

…これまでは財務的な面は評価していなかった。財務的な部分は州政府あるいはムーディーズといった格付機関に任せており、ハーバードピルグリムのように最高の評価をしたにもかかわらず破綻してしまう最悪のケースが生じている。そこで、財務的な部分も考慮した上で評価を行う方法を検討している。具体的には、準備金はどのくらいあるのか、メディカルロスレイシオはどのくらいなのか、キャッシュフローはどのくらいか、財務的安定性はどうか等の指標による評価を検討しており、翌年、または翌々年からこの財務的な部分を考慮して評価を行う予定である。

○HIDIS はどれくらいの期間で改定されるのか。

…HEDIS は全てではないが一部が毎年改定される。例えば、昨年においては高齢者への肺炎ワクチンの接種という指標が追加された。

○HEDIS の消費者への情報提供はどのように行われているか。

…メディアへの情報提供や WEB サイトからの情報提供を行っている。

- 企業で詳細に情報が知りたい場合には、NCQA からそのような情報が得られるのか。
…一つの問題点はすべてのマネジドケア保険会社が NCQA の認定プログラムに参加しているわけではないということがある。情報提供としてはメディアを使ったり、Quality Compass というデータベースの CD-ROM において詳細情報を提供している。

- 公表する際に、Denied といった評価を受けたマネジドケア保険会社についても公表するのか。株価等に影響を与えるのではないか。
…株価に影響を与える場合でも公表を行う。

- HCFA に対して HEDIS の情報を提供しているのか。
…HEDIS の情報を提供している。

- マネジドケアは医療費を抑制する可能性をもっているか。
…マネジドケアが適切に提供される場合は予防を重視するということで、病気になって後で治療するというよりも費用は低くなる。

(3) Senator John Breaux (ブロー上院議員)

(面談者) Ms.Sarah L. Walter (Legislative Director : Senator John Breaux の政策スタッフ)

①メディケア改革の必要性

ブロー議員はメディケア改革案の検討を行ってきた国民超党派委員会の中心人物である。ブロー議員がメディケア改革の必要性を感じている理由はメディケアが 1965 年にできた古い制度であり、外来処方薬をカバーしないであるとか、新薬、新技術および新医療機器に迅速に導入できないような体制にあるという問題を感じていたからである。

現在のメディケア受給者数は高齢者と障害者を併せて 4,000 万人であるが、西暦 2010 年にはアメリカにおける団塊の世代 (1946 年～1964 年生まれの人々) が高齢者層となるために 7,700 万人に増えることが予想されている。メディケアでは 1992 年から収入が支出を下回る状態となっており、現在の状況が続くと信託基金は 2015 年には破綻する。例えば、メディケアのパートAは現役労働者が給与税という形で受給者を支える構造となっており、1960 年において 4.5 人の現役労働者が 1 人の受給者を支えていた状況が西暦 2020 年には 2.8 人の現役労働者が 1 人の受給者を支える状況となると推計されている。

②メディケア改革案における給付プラン

改革の概要は、現在、政府が管理している価格体系を変えて、民間 (メディケアマネジドケア) が提供するプランと HCFA (出来高払い) が提供するプランとを競争させ統合的な給付体系を目指すというものである。ここではメディケアボードという組織を新たに設立する。このメディケアボードは 7 人から構成され、民間 (メディケアマネジドケア) および HCFA (出来高払い) が提供するプランの監督を行う。

給付プランは現在メディケアが提供している給付内容と同等プランを保証するというものである。具体的には受給者はスタンダードプランとハイオプションプランの 2 つの給付プランを選択でき、スタンダードプランは現行のメディケアが提供している給付内容、ハイオプションプランはスタンダードプランに 800 ドルの外来処方薬の給付とストックカバレッジという給付 (2,000 ドルの高額薬剤費を超える部分をカバーする給付) を含めた内容となっている。

③プレミアムサポートシステム

現在のメディケア給付の財源のうち高齢者は全体の 12%を負担し、政府が残りの 88%を負担している。今回の改革案ではスタンダードプランにおいて保険会社が独自に保険料を設定することが可能となるような保険料の入札制度の導入を提案している。具体的な仕組みはメディケアボードが全国の保険料の加重平均を計算し、一般的に受給者は加重平均値の 12%を支払うことになる。ただし、各民間保険会社が設定した保険料がその加重平均値よりも高い保険料であれば受給者は高い保険料を支払うことになり、加重平均値よりも安い保険料であれば安い保険料の支払で済む。また、政府拠出金は加重平均値をもとに算出される。

ハイオプションプランの保険料に対しては政府が 200 ドル (800 ドルの 25%) を負担する。さらに年収の 1 万 1,000 ドル以下の所得水準の受給者については政府が全額負担する。

④メディケアの信託基金の統合

現在のメディケアの財源はパート A は給与税からなる信託基金、パート B は受給者の保険料と一般税収からなる信託基金である。このうちパート B における保険料の占める割合は 50%であったのが、現在は 25%に減っており 75%は一般税収から賄っている。メディケア改革案ではパート A とパート B の信託基金の統合化を目指しており、統合化された信託基金全体で占める一般税収の割合に注目し、この割合が 40%を超えた時には連邦議会は何かしらの対応策をとらなければならないとされている。具体的には連邦政府が、保険料あるいは給与税を上げる、一般税収のうちメディケアへの割当て分を増やす等の対策をとることを想定している。(推計では 40%の割合に達するのは 2007 年頃)

⑤質疑応答

○昨年 11 月に出た新しい提案と昨年 3 月に出た提案を比較すると違いは薬剤給付に関して細かい提案が出ていることだと思うが、原則は HCFA がカバーしている従来型の保険と民間のマネジドケア保険が競争するというモデルを想定してよいか。

…そのとおりである。そのことが最大の検討課題である。薬剤給付に関する違いは保険料の割引に関して低所得者以外の受給者まで拡大したことである。

○HCFA は競争を受ける側になるがこの提案に対して反対はしていないのか。

…HCFA は競争を好んでいない。なぜなら現在のメディケア+チョイス(メディケアマネジドケア)は HCFA が監督しているからである。しかし、これは利害対立の構造と思われる。ゆえに、メディケアボードのもとに HCFA と民間保険が同一条件で競争可能な提案を行っている。現在、HCFA のプランの加入者は 83%を占めており、寡占状態と言える。

○ホワイトハウスがこの提案に対して反対している理由な何か。

…ホワイトハウスやリベラルな民主党の議員は改革によって HCFA の保険料が上がるのではないかという懸念を持っている。

○従来型の HCFA のプランはプロバイダーへのアクセスの制限をしていないが、この案が採用された場合は HCFA も競争上マネジドケアのようにアクセス制限を行う可能性がある。その場合、従来型の HCFA のプランの受給者は解約をされているように感じるため合意が得られないのではないか。

…政治的にはメディケアの構造を改革することは非常に難しいことである。HCFA のプランの受給者が被る変化については最小限の悪影響にとどめることが必要である。その中で、民間のマネジドケア保険へのインセンティブを持たせるように誘導することも重要である。そのインセンティブとは費用負担が低くなるということである。

○HMO のメディケア改革案に対する反応はどうか。

…現在、マイアミ州、カリフォルニア州、ニューヨーク市等の一部で HMO が薬剤給付を提供しているが、現行法では HMO は受給者に対する追加サービスとして保険料を下げることは許可されていないため、給付内容を追加するという選択肢しか残されていない。さらに、HCFA からの支払額が年々下がってきている。したがって、HMO はこの提案の入札方式や保険料を自らが設定可能というアイデアは歓迎している。

○保険料の入札の条件は同一ということだが、プロバイダーへのアクセスビリティの点では同一条件とは言えないのではないか。

…アクセスビリティも選択の条件の一つであり、受給者は保険料を低く抑えるためのインセンティブとなる。

○選挙の年に抜本改革を実現することは有り得ないのではないか。

…ご指摘のとおりであり、抜本改革ではなく外来薬剤給付の部分を最初に見直すといったように手をつけ始められるところから改革を行っていく。ただし、ブロー議員は外来薬剤給付の追加と他の改革を結び付けようと考えている。

○超党派委員会は昨年 3 月で解散したと聞いているが、今後、この改革案を実現するためのタスクフォースはどのように考えているのか。

…新しい大統領のもとでの改革案を実現していく動きになっていくと考えている。現在は選挙前であり改革に対して特に動きは無い。

(4) THE AMERICAN HEALTH QUALITY ASSOCIATION (AHQA)

(面談者) Mr. David G. Schulke (Executive Vice President)

①AHQA と PRO の概要

AHQA は 37 の団体から構成されている業界協会である。これらの構成団体は QIO (Quality Improvement Organization) と呼ばれ、政府のメディケアプログラムの委託契約を結んでいる団体もある。このメディケア業務の委託契約をしている団体という意味では、一般的に PRO (Peer Review Organization) として知られている。

PRO はメディケアの委託業務のみではなくメディケイドおよび大手の民間保険会社の委託業務、さらに場合によっては州の民間保険会社を監督する委員会の業務の委託を受けている。そのなかでもメディケアの業務が最も大きく、約 3,000 の契約を結んでいる。各 PRO は 1 つの州を担当しているが、場合によっては複数の州を担当することもある。現在、新しい契約が始まったところであり、これは 2000～2002 年の 3 年契約である。直近の 1996～1998 年の契約のもとでは 4 つの業務があり、医療機関の臨床の質の改善活動 (60%)、PEPP (Payment Error Prevention Program) と呼ばれる不正請求を予防する業務 (30%)、請求および病院の退院計画に対するケースレビュー (10%)、特別プロジェクト (特定の PRO のみがこの業務を行う) の業務を行っている。

1996～1998 年の契約と 2000～2002 年の契約との違いは、前者では臨床のテーマについて、PRO が独自に選択可能であったが、後者の契約では全国標準に設定された臨床テーマにおいて業務を行うこととされている点である。

②PRO の活動

各々の PRO は以下の 6 つのカテゴリーの中で活動することが求められている。この 6 つのカテゴリーとは入院では急性心筋梗塞、虚血性心不全、肺炎、一過性虚血性発作、外来では糖尿病、乳癌というものである。このカテゴリー上の医療の質に関する測定指標としては 21 項目の Quality Indicators を設定している。Quality Indicators により測定するデータは病院のカルテ、メディケアの請求データ、調査によるデータである。この中でも病院のカルテは最もよく使用されるデータであり、3 年間の契約の中で 60 万から 80 万の医療カルテ (大半が紙ベース) を抽出してコピーした後、データ入力を行っている。具体的には病院でカルテを複写した後、CDAC (Clinical Data Abstract Center) というコンピュータセンターに配送して Quality Indicators に関連する項目を入力しデータを作成している。

アウトカム評価の指標については、必ず Quality Indicators と関連したものとなっている。例えば急性心筋梗塞の再発防止という Quality Indicators に関しては、急性心筋梗塞の患者の死亡率の減少や再入院率の減少といった指標がある。

なお、最近の動きとして連邦法の改正のなかで医療情報の保護に関する議論が起きている。AAHP は社会保障法という連邦法に基づいて設立された組織であり、PRO に出される情報は厳密に秘密を守る義務がある。

③PRO の組織構成

典型的な PRO の組織構成は医師の資格を持たない CEO が組織運営上はトップであるが、最高意志決定機関として理事会が存在し、医師が理事会のトップに就任している。業務スタッフは医師の資格を持つ担当者が 4 人程度常駐しており、医師以外では疫学の専門家、統計の専門家、看護婦といったスタッフがいる。これは、専門家を雇用するようにと HCFA から指定を受けている訳ではなく、業務上必要なために専門家がスタッフとなっている。ただし、各種データを分析するアナリストは人手不足であり、より良い雇用条件を出さなければ人が集まらない。

④質疑応答

○60 万から 80 万のカルテはカテゴリー別の件数かそれとも総計か。

…総計である。カテゴリー別の内訳の件数は把握していない。ただし、糖尿病、乳癌のカテゴリーについては電子カルテではなく請求データを使用している。

○アナリストは何処か 1 ヶ所に集まって分析をおこなっているのかそれとも在宅で分析をおこなっているのか。

…CDAC のコンピュータセンターが所在する全米で 2 ヶ所（ペンシルバニア州のヨーク、メリーランド州のコロンビア）でデータ作成を行い、そのデータを各 PRO が入手して分析を行う。情報に関する厳しい守秘義務があるため在宅での分析は許可されていない。また病院における実地調査による分析は病院内で行われる為、データが外に持ち出されることはない。

○CDAC は AHQA とは別組織か。

…別組織であり、個々の PRO が CDAC と契約を結ぶ。

○PRO は営利組織か非営利組織か。

…37 の組織のうち、34 は非営利団体で残りの 3 機関は営利団体である。この 3 つの機関のうち 2 機関は州医師会がオーナーとなっている。

○PRO は医療機関の臨床の質の改善活動を行っているということだが、同様の業務を行っている JCAHO との違いは何か。

…JCAHO は州政府と同様の業務を分担して行っている。この業務はメディケア、メディケイドに参加している医療機関がミニмумスタンダードを満たしているかどうかを監督している。医療機関が JCAHO の認定を受けた場合には連邦法で定められているミニмумスタンダードを満たしているとみなされる。JACHO の認定を受けていない医療機関がメディケアに参加したい場合は認証を州政府から受ける必要がある。この場合、連邦政府から委託を受けた州政府の役人が医療機関に対して実施調査を行う。一方、PRO はミニмумスタンダードを満たしているかどうかを判断する業務は行っていない。PRO は認証は既に受けている医療機関を対象として臨床の質を改善させる役割を担っている。医療機関側は臨床の質を改善する場合に独力でも PRO の力を借りてもどちらでも良い。PRO が医療機関を対象として臨床の質を改善させる場合、医療機関からのデータを分析した結果を提示することにより医療機関側に改善する余地があることを示す。

○PRO から改善する余地があることを示された医療機関側のメリットは何か。

…メリットとデメリットの両面がある。例えば、虚血性心不全の再入院率を減らすことや予防接種率を高くして肺炎の入院率を減らすという改善目標により、患者の健康がより早く改善し在院日数が短縮する。このことは DRG による支払制度のもとでは財務体質の改善となるが、逆に、一日定額の場合は悪化する。

○PRO の機能は HMO が医療機関の評価を行ったり診療ガイドラインを作成している機能と手法的には似ているように感じがするが、同じ機能なのか。

…HMO が PRO と同じ様な手法を用いて医療機関の評価を行ったり診療ガイドラインを作成することは可能であり、実際にこれを実践している HMO も存在する。最もこの分野で活発的に業務をおこなっているのはスタッフモデルとグループモデルの HMO である。これらの HMO は医師が職員であるか、あるいは医師との関係が非常に緊密な契約で結ばれている HMO である。しかし、最近のマネジドケア分野において成功しているのは、HMO よりもむしろ PPO や POS ということである。この中でも PPO は自分たちは臨床の質に対して責任を持たなくても良いと主張し、連邦議会に働きかけをすることにより連邦法に規定されていた臨床の質に対する責任という条文の削除に成功した。

○メディケアマネジドケア保険会社の傘下の病院に対して PRO が協力して評価をし改善を指導していくケースはあるのか。

…そのようなケースは存在する。PRO はマネジドケア保険会社や医療機関から要請を受けた場合は協力する義務がある。しかし、マネジドケア保険会社や医療機関は必ずしも PRO に協力を要請する必要はない。

(5) Health Care Financing Administration (HCFA)

(面談者) Mr. Jay Merchant (International Relation Advisor)

Mr. Solomon M. Mussey (Director, Office of Medicare & Medicaid Cost

Estimates)

Mr. Stracke (Director, Office of Managed Care)

① HCFA および米国医療保険の概要

厚生省全体は大変大きな組織であり、その中において HCFA 自体は所属するの1つの組織に過ぎない。しかし、Secretary (厚生長官) に直接所属しているということからもわかるように、非常に重要な役割を担っており、財政面では厚生省全体の予算の約 82%、約 3000 億ドルの予算を消化している。一方、貧困者のための公的医療として州と HCFA がパートナーとして行っているメディケイドは州政府が約 1000 億を拠出している。

1997 年の米国医療保険市場について概略を示す。まず米国の民間医療保険市場については、その 94% はアメリカの場合勤め先で加入しており、雇用主が民間保険の中から手頃に参加できそうなものを選んで社員に提供している。民間医療保険の残る 6% は自営業が個人加入で加入しており、更にごく少数ではあるが、非常に富裕な人は勤め先が提供するものではなくて自ら個人加入している。民間医療保険加入者は 18,920 万人となっているが、それには 3,000 万人を超えるぐらいのメディケア受給者が含まれている。なぜなら、メディケアで必要なコストを 100% カバーできるわけではないため、その不足部分を補うために大半の人が民間の補足的保険に加入しているためである。また、総費用は 3,480 億ドルとなっている。

民間医療保険市場では 1970 年代に雇用主達が 2 けたの医療費の伸びという急激な高騰を経験したが、大半の民間医療保険は出来高払い制度であり、コストが上がってしまうと保険会社は保険料を値上げするという形で、コスト抑制は全くしていなかった。そのような状況下でコスト抑制に対する何らかの解決策が模索され、当時は非常に小さな業種であった HMO が自分たちの伸びるチャンスがあると考えた。彼らは民間企業の幹部に対し、「皆さんの従業員等をできるだけ健康な状態に保って医療費コストを下げることにより、月々頭割りの費用で全ての医療費をカバーして差し上げましょう。」と働きかけた。このようなアプローチに対し、雇用主側にとって魅力的だったのは、従業員の大半はまだ若くて健康だったため、月額保険料を安く押さえることができたことである。1980 年代に入るとマネジドケアプランへの移行が始まり、その結果民間部門でのコストが下がり始めた。連邦議会はメディケアとメディケイドに関するルールを全て定める機関であるが、民間部門でのこの動きに気付き、メディケアのコストを抑制するための回答がそこにあるのではないかと考えた。当時メディケア受給者は、伝統的な出来高払いの保険で治療を受けていたので、受給者はどこの医療供給者であっても自由に選んで利用することができた。ただしもちろん HCFA が認証している医療供給者でなければならなかったが、当時は文字通り、ほ

とんどの医療供給者が HCFA の認証を受けていた。今日メディケアの受給者となっている人々は、ごく少数の例外を除いては民間部門で出来高払いがごく当たり前であった時代に育った人たちであり、医療供給者のフリーアクセスを好むため、出来高払い制度を選好する。したがって、1997 年においてはメディケア受給者約 3,900 万人のうち、約 83%が出来高払いを、約 17%がマネジドケアプランを選んでいる。さらに、特に近年は、新聞などで HMO が採算がとれず財政的な問題に直面しはじめていると報道されており、マネジドケアプランが全て撤退してしまう地域に住んでいるメディケア受給者は、再び出来高払いのプランに戻ってしまうという流れが起きている。

②メディケアプログラムの概要

<資格要件>

メディケアは高齢者が主たる受給者で、障害者も一部含まれる。

パート A の資格要件としては、勤労生活の中で保険料払込期間が40四半期（端的に言えば10年）必要である。本人が勤労者として総計で10年以上保険料を支払っていたか、あるいはその要件を満たした人の配偶者であれば、65歳に達したときにはパート A について、それ以降保険料を払うことなく受給資格を得る。もちろん保険料や拠出などを払わなくてよいと言っても、一切自己負担が無くなるというわけではなく、給付内容によっては定率の自己負担 (coinsurance) があったり、免責額として自己負担 (out-of-pocket) をしなければならない。勤労者の払い込むべき保険料率は、総所得（各種控除をする前の gross earning）に対する 1.45%であり、FICA Tax と呼ばれている。これは本人負担で、雇用主側もこれと同率を支払わなければならない、つまり自営業主であれば 2.9%の保険料率となるわけである。ちなみに、アメリカの公的年金では課税対象となる総所得には上限があり、ある額以上の所得部分に付いては対象外となるが、メディケアの場合にはその上限が無い。一方障害者の場合は、社会保障年金の障害手当（現金給付）を少なくとも 24ヶ月間受けていれば、パート A の受給資格を得る。また、ESRD (End Stage Renal Disease、末期腎疾患（透析患者・腎移植者等）)患者は、全く保険料を払ったことが無くても受給資格を得る。

またその他の受給資格を満たす手段として、65歳時にオプションとして資格を得る方法がある。それは、FICA Tax ではなく、別途月額保険料を支払い続ける方法である。少なくとも 30 四半期は FICA Tax を払い込んでいる場合の月額保険料は 172 ドルとなるが、30 四半期に満たない場合は全員月額 312 ドルとなる。これはあくまでも自由選択であり、義務ではない。ただ実際には、10年以上の勤労による税負担という資格は比較的満たしやすく、また配偶者である場合も多いため、高齢者の中でこのような月額保険料を支払なければ受給資格を得ることができないという状況にいる人はごく少数である。

パート B は、Supplemental Medical Benefit と呼ばれるもので、任意加入で一定の保険料を払い込めば加入することができる。パート B 全体の平均コストうち、25%が保険料収入、残る 75%が連邦政府の一般税収で賄われている。障害者で既にパート A の受給資格を持っている人も、高齢者と同様の保険料を払えば加入することができる。

<給付内容>

パート A の給付は、病院入院サービス、ナーシングホームでのサービス、在宅医療に対するサービス、ホスピスケア等である。病院入院サービスの給付期間は、入院してから自宅に戻るかナーシングホームに行くまでの間、最長 60 日間支払われる。但し、この期間も保険の免責額があるので、その分は自分で支払わなければならない(2000 年は 776 ドル)。その後もケアが必要な場合、最高 30 日間ケアを受ける資格を持つが、免責額として 1 日当たり入院費用免責額の 4 分の 1 の定率自己負担(194 ドル)を支払わなければならない。

パート B は、医師のサービス、外来の病院サービス、各種検査サービス、一部のホームヘルスサービス等のサービスがある。

<財政状況>

毎年の連邦議会に対してメディケアの財政状況に関する年次報告をしており、パート A 病院保険、パート B 補足的医療保険のそれぞれ別冊で年次報告書が出されている、両プログラムともに信託基金が設けられており、そこで全ての収支に関する財政運営を行う。

パート A の場合、給与天引きの FICA Tax は、病院保険信託基金(Hospital Insurance Trust Fund)に入ってくる。1.45%という税率は法律に定められたものであり、パート A の財政収入がその料率では不十分なため料率を変更したいという場合には、連邦議会で法改正を行わなければならない。

一方パート B は法律で固定された料率ではなく、毎年変更される。HCFA Office of Actuary において、毎年翌年の保険料と一般税収の歳出額について計算を行う。パート B の財政内容は毎年そのように決められるため、財政的あるいは保険数理的に健全なプログラムと言われている。

最近単年度の財政支出の伸び率が前年度比マイナスという良いニュースがあるけれど、長期的なメディケア財政の問題は依然として深刻である。とりわけパート A は、連邦議会が法改正をしない限り税率が決めているため、将来的には収入の伸びよりも支出の伸びの方が大きくなると予想されている。99 年の年次報告書では、連邦議会が財政の是正策を採らないか、あるいは支出の抑制策を更に行わない限りは、2015 年までにパート A の信託基金は破綻することを示している。

③メディケア・マネジドケアプログラムの概要

<プログラムの財政>

メディケアではその地域でマネジドケアプランが提供されている場合は、マネジドケアプランを選択することができ、現在約 17%のメディケア受給者がそれを選んでいる。最近のマネジドケアの議論の中で、マネジドケアプランはケアの管理をするのだから、入院を減らす等プログラムにとって非常に節約になると言われている。しかしその一方で、マネジドケアプランに対してメディケアから平均的な健康度の人に応じて人頭払いがされており、マネジドケアプランは平均より健康な人を選んでプランに加入させることによりサービスを少なくして済ませてその分を収入としてしまい、結局プログラムの費用節約にはならないと言う逆の議論もある。

こうした問題点を一部是正しようという試みとして、新しい支払モデルが導入された。加入者毎に、以前の健康状態の情報に基づいて、つまりサービスの利用(Utilization)の履歴に基づいて将来の支出を予測し、マネジドケアプランに対してより適正な料金を支払っていくというやり方である。現在の支払モデルは人口動態的な特徴(年齢、性別、施設の状態)のみで支払われているが、新しいモデルは過去のサービス利用状況に基づいて支払うため、より良いモデルであると言える。

<メディケア受給者の加入・脱退>

現在メディケア受給者がマネジドケアプランに入る場合には、加入・脱退の時期は自由であり、また回数制限も無い。しかし2002年以降からは、自由に加入・脱退できる期間は、受給者がプランに加入してから最初の6ヶ月間に制限され、更に2004年以降は最初の3ヶ月とより制限が厳しくなる。現時点においてHCFAは約260のマネジドケアプランと委託契約し、マネジドケアプランは総計約1,100の商品を提供している。これは、およそ70%の受給者がマネジドケア商品が提供されている地域に住んでおり、そこでは平均して2~3種類の商品から選択することができるということになる。しかし、残りの約30%の受給者は、マネジドケア商品が全く提供されていない地域に住んでいる。

<マネジドケアプランとの契約>

マネジドケアプランとは1年更新で契約している。毎年3月1日に業界に対して、翌年の契約年度におけるマネジドケアプランへの支払額を発表する。その数字に基づいて、更新を希望するマネジドケアプランは、これまでの契約より給付内容を増やしたり自己負担額を切り下げる等の翌年の商品内容を練る。その上で、7月1日までにHCFAに更新の申出し、委託契約の調印を行う。この契約の際のマネジドケアプランが満たすべき要件や提供すべき情報はかなり多い。そして契約と同時に、商品内容の説明書(給付内容等)を提出する。ここでは、少なくとも従来型の出来高払いのメディケアで提供される給付内容を含まなければならないが、一方で、出来高払いの給付内容でカバーされていないサービスを提供し、しかも妥当な保険料をその追加部分について請求することがマネジドケアプランには許されている。典型的なマネジドケア商品の場合には、出来高払いで出されているものの他にそこではカバーされていないような給付内容(外来処方薬・眼鏡・補聴器等)というプラスαがある。もし、この上乘せ給付を別の民間保険に追加加入して手に入れようとしたら、非常に高く付いてしまう。この追加保険料を払ってもより手厚い給付内容の保険を手に入れられる選択肢がある点が、メディケア・マネジドケアの魅力の1つであると言える。

商品内容を提出後2ヶ月(8週間)間に、HCFAは個々の内容を審査し、承認する。過去2年間におけるルールが一番大きな変化は、HCFAがこの審査・承認された情報を消費者に普及させるようになったということである。HCFAはその内容のサマリーを書いた小冊子を9月頃3,900万人の受給者全員に郵送する。同時にインターネット上でもっと包括的な情報を開示する。メディケア受給者はその情報を参考にしてプランを選択し、11月までに申込書に記入して提出する。今は給付内容の情報を提供しているだけであるが、将来的には、

顧客満足の消費者調査の結果やケアの質の情報なども追加して、受給者がより比較しやすくしていきたいと考えている。

⑤質疑応答

○メディケアパート A の月額保険料支払いでの受給資格を得る人は少ないということであるが、その大半は移民と考えて良いか。

…移民の他にも存在する。代表例としては、勤労者であってもメディケアプログラムから除外されている場合（昔の国家公務員、州政府の公務員、その他の自治体でプログラムでカバーされていない場合）がある。

○加入期間の認定の際に配偶者でも認められるということは、納付実績とは別にいつからいつまで誰の配偶者であるというデータを取ってあるということか。

…残念ながら公的年金について詳しく分からないが、公的年金の保険料を集めている Social Security Administration(SSA)が公的年金に関するデータを集めており、HCFA はそのデータの提供を受けている。具体的には公的年金の受給資格を得たということになれば、それと連動してメディケアの受給資格を得るという仕組みなので、SSA にはそのような細かいデータがあるはずである。公的年金受給資格においても、有資格者との配偶関係等に関する細かいルールがあり、それを裏付けるためのデータがある。

○日本には戸籍があるが、米国にはそのようなものが無いのだから、配偶関係のデータを持っているということは、米国で結婚や離婚する場合は、SSA に報告するのか。

…自分に受給資格があると思う時には、現配偶者あるいは元配偶者である本人が、自らその事実・私有資格を立証する証拠を提出しなければならない。つまり、SSA の方で情報を追跡しているのではなく、本人が結婚証明書 (Marriage Certificate) や離婚の際の裁判所の書類等、書類・証明書の類での本人の立証負担ということになっており、年金の受給申し立てと連動している。アメリカでは全国民が年金受給番号 (Social Security Number) を記載したカードを持っており、SSA ではそのカードと保険料払い込み実績をクロスチェックする。メディケアパート A の 1.45% の保険料率は、年金、障害手当等の 7.5% の保険料率の一部になっており、HCFA は SSA に、HCFA に関連する受給資格の有無をチェックを委託している。