

○昨年暮れにメディケアコストが初めて前年度比マイナス1%になったと聞いたが、そのような事象が起こったときには、2000年の保険料計算ではそれを反映して下げることがあるか。

…連邦議会が1997年に財政均衡法を通過させたが、その中に、メディケアプログラムの各種サービスについてその支出の伸びを抑制するような規定が盛り込まれ、それによりメディケア全体の支出が抑制されたというのが1点目である。またそれと並行して、不正・乱用(Fraud and abuse)による無駄を無くすための活動をするための予算が割り当てられ、実際にそれを使って様々な活動が行われ、不正・乱用に使われていた資金の回収ができたことが2点目である。第3点目に、全体として景気が良かったので、医療セクターにも波及効果を及ぼしたということである。この3つの要因があったために、メディケア支出が前年より下回るということがあり、現に99年の支出は98年の支出よりも低くなっている。

○マネジドケアへの委託時は、出来高払いの元でのコストの95%を支払うため5%のコスト削減になると聞いたが、それ今までも変わっていないか。

…まず、確かに5%費用が浮くとも見えるが、仮にマネジドケア組織がより健康な人を選んで加入させているとすると、政府側の支払は平均的な出来高払いコストの95%を支払っているわけだから、健康な人であれば実際にはそれ以下のコストですむとすると、政府からしてみれば逆に損しているということになっている。また、1997年の財政均衡法によって、マネジドケア組織へ政府が支払う方式が変わり、今や出来高払いコストに連動した支払ではなくなった。全米で料金のばらつきがあることが問題であったし、コストが毎年どんどん上昇していたので、マネジドケア組織側では翌年のコストを予測しにくいという問題を抱えていた。その様な中で今日は、地域料金と全米料金をミックスして算出した料金と、2%の引き上げ、の2つのうちより大きな方を支払っている。ただ低費用の地域については例外として、最低保証額を設けている。なぜなら、政府・連邦議会の最大の関心事は非都市部・農村地域へのマネジドケア組織の進出であり、それを奨励したいと考えたのである。今は都市部に比較的集中しており、低費用の非都市部・農村地域の方に手厚く支払い、高費用地域での支払の伸びを抑制することで、非都市部・農村地域への進出を奨励しようとした。

○リスク調整 (Risk Adjustment) の導入により、今の出来高払いに連動した支払方式よりも改善されたということであるが、このシステムの根拠について AAHP では、入院患者だけを対象としているため入院患者を外来へ移すインセンティブが無いという問題点を指摘していた。今後更に改善していく予定はあるのか。

…現在リスク調整は段階的導入に入っており、あくまでも第1ステップとして、以前の入院患者の病院の利用という情報に基づく支払方式をとっているが、2～3年後には次の段階へ移行して今よりもっと包括的なモデル (外来診療、ホームヘルスサービス、ナーシングホームサービスを含めた Comprehensive モデル) として、将来の支出をよりよく予測できるよう改良する予定である。

○入院患者の履歴は DRG-PPS で簡単に取れると思うが、外来やホームケア、ナーシングホームの過去に遡った個人単位のデータベースが既に作ってあるということか。

…HCFA は出来高払いに関する全員のデータを所有しているが、マネジドケア組織への委託部分については必ずしも情報を持っていない。1997 の財政均衡法で少なくとも 2000 年までに何らかの形のリスク調整システムによる支払方式を始めることが義務づけられていたため、一番簡単に始められる入院患者のデータから段階的に始め、マネジドケア組織に対して入院患者のケアに関する情報を提供することを義務づけた。現在それ以外の情報についても報告を義務づけるための手法を開発している途中であり、将来的にはそれによりより包括的なリスク調整システムを実行することができるはずである。

○メディケアにおけるマネジドケアプラン加入者割合が 30%位まで伸びると過去の推計で示されていたと思うが、現時点での HCFA としての将来予測はどうか。

…多くのマネジドケア組織がメディケアビジネスから撤退してしまった理由は、彼らに言わせれば、支出が多いのにそれに見合う支払がないためであり、確かに過去3年についてはマネジドケア組織への支払額の伸び率が低かったということは言える。現時点では、もう少しマネジドケア組織への支払がノーマルなトレンドに戻っていく、つまり異常に低いということは無くなると考えている。そうなればマネジドケアプラン加入者は再度増加してくると予測しており、向こう5～6年のうちには 25%位まで持ち直し、その後は横這いではないかと考えている。

○25%でマネジドケアプラン加入者が頭打ちとなるという予測の根拠は何か。

○75%の人は出来高払いプランにとどまるというのはなぜか。

…今の予測というのは将来起こりうるメディケア改革の影響は考慮に入れておらず、現行の法律の下ではマネジドケア組織が現在進出していないような地域に大々的に進出するインセンティブが無いと考えられるからである。先程言った新しいマネジドケア組織に対する支払方式を使っても、現に非都市部・農村地域へのマネジドケア組織の進出というのはあまり大きく増えておらず、将来的なメディケア改革によりそれらの地域への進出のインセンティブが出てくれば、加入率が増えるかも知れない。また現行の加入者達は、自分の好きな医師を選択できる出来高払いのプランを好む傾向にあり、マネジドケアプランで医師を指定されることに慣れていないことも1つの根拠である。

○メディケア改革案として去年提示されたプレミアムサポートモデルでは、更にマネジドケアプランを利用し、出来高払いプランと競争させることが示されていたが、どのように考えているか。

…複数のメディケア改革提案がなされているが、大統領案では、マネジドケアプランに対する支払については HCFA が運営するが、基本的にはスタンダードなメディケアのパッケージに対してマネジドケア組織の希望する額を払っていこうというものである。しかしそれは、なるべく低費用のプランをマネジドケア組織が編み出すことを奨励し、一方加入者は低費用プランに加入すればパートBの保険料の割引を受けられることにより、それに加入することを奨励する仕組みになっている。マネジドケア組織としても加入者数を拡大したいのだから、低費用プランを提案するインセンティブがそこに働く仕組みとなっている。それ以外にも大統領の提案では、限定的ではあるが処方薬の給付をスタンダードなメディケアパッケージの中に組込んでおり、スタンダードなメディケアパッケージというものに統一されれば、今よりも加入者は加入プランを比較しやすくなると思う。というのは、今は色々なマネジドケアプランでまちまちの給付を標榜しているために正確な比較が加入者には難しいという点がある。これらの案はまだまだ詳細は煮詰められていないが、今年は選挙の年なので、何も実質的な結論には至らないと思うが、将来本当に内容のある改革の基礎となるような根拠・論理が確立できるような良い議論がまき起こっていると思う。

○HCFA 自身がマネジドケアプランと競争するという提案もあるようだが、それに対してどのように考えるか。

…私自身はそれに携わっていなかったため、現時点で特段の見解は持っていない。HCFAの中でその法案を細かく検討した人がいるが、あくまでもアクチュアリーであり政策判断をするというよりも技術面でサポートする立場であった。

○NCQA で HEDIS という情報を HCFA に提供していると聞いたが、HCFA ではそれをどのように活用しているのかを教えてください。

…ケアの質の測定に関するデータで、HCFA が NCQA と協力して情報獲得の方法を編み出した。NCQA は調査票等を使ってマネジドケア組織に行き、HCFA が求めているスタンダードを満たしているかどうか等を調査する。JCAHO が行う質の測定と似ている。

## (6) AUSHC (Aetna US Healthcare)

(面談者) Ms. John Coyle (Vice President and Head)

Ms. Sandra Harmon-Weiss, M.D. (Vice President and Head)

Ms. Kim McDonnell (Director)

Mr. Paul Battersby (Program Manager)

Ms. Joan Kostusiak (Assistant Vice President Core Quality Management)

Mr. Mike Sipos (Vice President Actuarial Services)

### ①AUSHC の概要

AUSHC は全米 50 州に進出しているアメリカ最大のヘルスケア会社である。メディケアを含めたマネジドケア保険業界全体で 2100 万人の加入者がおり、そのうちの 600 万人が AUSHC の加入者である。また、約 31 万のプロバイダー（医師の数ではなく組織の数）と契約を結んでいる。

AUSHC ではヘルスケアビジネスを管理するにあたり 8 つの地域に分けており、加入者数で地域を区分けしているため、8 つの地域の大きさはそれぞれ異なる。例えば、ペンシルバニア州、ニュージャージー州、デラウェア州という小さな地域に AUSHC にとって最大の 200 万人の被保険者が加入している。

AUSHC のメディケアマネジドケアの加入者数は全米で約 66 万人（2000 年 3 月 1 日時点）であり、8 つの地域のうち 3 つの地域でメディケアとの契約を結んでいる。具体的には、14 の州において HCFA との間に 25 の契約（ナイルケア、プレデンシャルケア分の契約を含む）を結んでいる。ただし、過去 2 年の間にナイルケアおよびプレデンシャルケアの 2 社を買収したが、メディケアとのビジネスおよび委託契約を一本化するのに時間がかかっている。

### ②AUSHC の組織の概要

社員数は約 45,000 人であり、組織的には 8 つの地域ごとに、ゼネラルマネージャー、ゼネラルマネージャー、オペレーション管理マネージャーが任命されている。

ゼネラルマネージャーの業務は各種商品の営業業務や医療供給主体との契約を結ぶ業務を行っており、メディカルディレクターの業務としてはユーティリゼーションマネジメントおよび医療の質に関する活動の監督を行っている。また、オペレーション管理マネージャーは保険請求支払、加入脱退、加入者へのヘルスサービスに関する業務の監督を行っている。

### ③メディケア HMO に関する HCFA の規制

メディケア HMO のサービスの中に POS の業務を付加したものがある。従来型のメディケア保険はアクセスの制限が無いためにこのようなサービスを付加している。このサービスはオプションになっており、約 66 万人のうち企業側で加入している受給者が約 7,000 人また個人加入している受給者が約 4,000 人いる。POS の付加給付は HCFA と州政府から承認をうける必要があり、承認を受けた 5 つの州でサービスを提供している。

また通常のメディケア HMO プランの給付内容の説明書についても HCFA の承認が必要であり、販売促進に関する規制は 80 頁にわたるほど大量なものであるため、一言一句に対してチェックが入る。

### ④新規加入者に対する提供資料

新規加入すると、歓迎のレターが送付される。その中には、メディケアの ID カードとカード入れが送付される。カード上にはプライマリーケアのプロバイダーの電話番号が記載され、裏側には入院や救急外来にかかる際の連絡用の電話番号が記載されている。カード入れは 2 枚のカード用になっており、1 枚は AUSHC の会員カード、もう 1 枚は HCFA が発行したメディケア有資格者用のカードを入れるようになっている。その他、プライマリーケアのプロバイダーを代えたときの連絡用のハガキおよびメールオーダーの薬剤の注文書等が送付される。なお、契約書については別の封書にて送付される。

### ⑤AUSHC のメディケアマネジドケアを支えるコンピュータシステム

メディケアマネジドケア組織にとって重要な加入脱退処理、請求処理、キャピテーション（人頭払い）処理等がそれぞれ大型システムとして構築されており、メディケア業務の心臓部としての処理を行っている。これらのシステムはメディケアのみではなく、一般の民間保険やメディケイドの業務の処理も行い、メディケアに特化したシステムではない。

しかし、メディケア独自のシステムも存在しており、HCFA がそのシステムに対して規制を掛けている。AUSHC のシステムではこれらの規制を遵守しているかについて自動的にチェックできるようになっている。メディケア関連のシステムについては 7 人のプロジェクトマネージャー（システムコンサルタントを含む）がプログラマー兼運用オペレーターとして業務を行っている。今回は時間の制約もあり、これらのシステムの中から Syngle Point of Entry System、Provider Termination Notices、および Impatient Encounter Reporting の 3 つのシステムを紹介する。

## ⑥ Syngle Point of Entry System

Syngle Point of Entry System は以下の 5 つのサブシステムに分類されている。

### (a) HCFA 関連業務の自動スケジューリングシステム

毎月の HCFA への情報提供の締切日等が登録された自動スケジューリング機能をもつシステム

### (b) 日次処理

Intermediary (メディケアパート A の審査支払機関) から加入希望者受給者情報の情報提供を交換するシステム。(加入希望者のメディケアの受給資格を確認するためのシステム)

### (c) 週次処理

日次処理の確認処理を行うシステム

### (d) 月次処理

HCFA への支払情報、加入者情報等の提供資料作成処理を行うシステム

## ⑦ Provider Termination Notices

Provider Termination Notices はプロバイダーの脱退通知システムである。このシステムが開発された理由は 1997 年の財政均衡法により、プロバイダーの脱退の際に加入者に対して通知をしなければならないと義務づけられたことによる。また、NCQA が民間保険に求めている要件でもあることにもよる。このシステムは受給者に対して出されたレターに関する履歴は情報として登録されており、HCFA から情報提供を求められた場合対応が可能である。

## ⑧ Impatient Encounter Reporting

このシステムが開発された理由も 1997 年の財政均衡法によるものであり、AUSHC がメディケアからの償還支払を受ける際に大きな影響があった。1997 年以前の支払は受給者の年齢、性別、地域により支払が決定されていたが、財政均衡法成立後、入院患者受診情報に基づくリスクベースの調整により支払を受けるようになった。

このシステムは入院患者受診情報を作成するシステムであり、メディケアの入院の請求情報を抽出して、UB-92 と呼ばれる形式でデータを転送する。HCFA はデータチェックを行い、エラーデータ (エラー率 8%) については処理を行わずに返送してしまう。このため、AUSHC 側ではデータ訂正後再送しないと支払を受けることができない。

### ⑨現在開発中のシステム

現在開発中のシステムは以下の3つのシステムである。

#### (a) 医師および外来受診情報提供システム

HCFA が 2000 年 10 月から情報提供を義務づけているために開発を行っている。

#### (b) 受診情報訂正システム

Impatient Encounter Reporting のエラー訂正は現在は手作業によるバッチ処理による訂正であるが、オンライン処理によるエラー訂正が可能なシステムの開発を行っている。

#### (c) 加入確認のチェックシステム

現在はオペレータの電話による加入確認をおこなっているが、加入者への自動ダイヤル可能なクライアントサーバーシステムを開発している。

### ⑩プロバイダーとの契約手続

AUSHC は約 28 万人の医師のネットワークを持っており、2 年に 1 回、ネットワークへの参加資格の更新を行っている。

参加希望の医師は診療活動の概要、学歴、職歴、免許の一時停止の経験等を申込書に記入し、医師免許と専門医の認定書のコピーも併せて提出してもらう。申込書等の書面を受け取った後、ビジネスクライテリアという基準により医師を審査する。この基準はビジネス上の基準であり、例えば、AUSHC が進出しているビジネスエリアで業務を行っているか、あるいは加入者にとってふさわしいか等の基準がある。

ビジネスクライテリアの基準をクリアすると、専門医の資格に関するチェックを行い、さらにメディケア・メディケイドファンクションレポートに関するチェックについても行う。このレポートは何らかの不正（不正請求、不適切な投薬等）によりメディケア・メディケイドのサービス提供を停止されている医師を載せているもので、参加希望医師がこのレポートに載っていないかどうかのチェックを行う。

参加希望医師の中でプライマリーケアの医師、産婦人科の医師、精神科の医師、心理学のカウンセラーについては、診療所への訪問調査を行う。この訪問調査の調査項目は、患者にとってアクセスしやすい場所であるのか、外観、スペース、予約状況、カルテの保管方法等である。

最後にパフォーマンスコミッティーという委員会（委員は医師）において参加希望医師がネットワークに参加させるのにふさわしいかどうかについて決定を下す。なお、この委員会はピアレビュー法によって保護されており、委員会における議論が外に漏れることを防いでいる。

一方、施設に対する審査については、医師の審査に対するほど厳しくはない。審査項目としては、連邦政府や州政府との間に問題が無いかどうか、ファンクションレポートに載っているかどうか、JCAHO 等の認定機関から認定をうけているかどうか等の項目がある。ただし、認定機関の認定をうけることができない地方のプロバイダーは AUSHC 独自の評価認定を受けることができる。



### ⑪プロバイダーの審査体制

医師の資格審査については全米で 2 ヶ所の部署において審査の有用な情報を収集し審査を行っているが、一部については医師グループに資格審査を委託している。ただしこの医師グループについても資格審査を行うグループとして適切かどうかをチェックする。

審査を行うスタッフの配置は 1,000 人の医師に対しフルタイムで 1 人の配置となっている。また、実地の調査を行う専門のスタッフもいる。さらに、委員会への提出資料を作成する別のスタッフもいる。この人員の配置は 4,000 人の医師の資料を作成するごとにフルタイムで 1 人の配置となっている。なお、委員会は年に 10 回開催される。

### ⑫プロバイダーとの契約内容

契約の中には患者保護の規定が多数入っている。具体的には AUSHC の質の改善やユーティリゼーションマネジメントに参加し、患者の治療の際にこれらを遵守することが規定されている。さらに、プロバイダーは患者の代弁者として活動することに制約を設けない、患者のニーズに対して医療情報を与えることに制限を設けない、専門職としての業務を遂行することなどが規定されている。

その他の契約条項として、契約は他にネットワークを活用する要件が入っている。これは AUSHC のネットワーク内のプロバイダー同士で患者の紹介を行うことである。

また、AUSHC がカバーしているサービスにおける患者に対する追加請求の禁止、1 日 24 時間サービスを提供できる体制の整備、専門医としての免許、資格の更新、訴訟（訴えられた時）の際の通知等の契約条項がある。

### ⑬メディケアマネジドケアの財務状況の概要

AUSHC はメディケア受給者数ではパシフィック、カイザーに次いで全米第 3 位である。しかし、最近の状況は政府からの収入が切りつめられておりメディケアの給付内容を下げる必要性にせまられた。メディケアマネジドケアのプランは受給者負担は無いことにより今までは保険料もゼロであったが、2000 年から保険料がゼロで済む地域やプランを制限する予定である。

これほどまで、財政状況が悪化しているのは 1997 年の財政均衡法による。1997 年以前は人口動態的な情報に基づく AAPCC Formula という公式により計算された額を HCFA から支払われていた。しかし、財政均衡法成立以降、支払方式がリスク調整による支払の方式へと変更された。

このリスク調整方法は、例えば、75～79 歳の男性で前年度に病院入院歴が無い場合、11.1%削減され、また、前年度に腎臓の感染症により入院した場合 99%上乘せされるというものである。HMO としては在院日数を減らすという努力をしているので、この支払方式に反対である。そこで、HCFA は影響度が大きいことに考慮して段階的にこの支払方式を導入している。しかし、AUSHC では段階的に 10%ずつ導入されるにつれて、HCFA からの支払が年間で 2%の上昇が保証されているにも関わらず 6%減ると推計している。さらに、2000

年の AUSHC の財政的な影響は約 2000 万ドルであり、2004 年にはその 10 倍に達すると推計している。

最後に、AUSHC では財政的目標として、2000 年の Medical Loss Ratios を 91~92%としている。この目標の達成の為に、保険料の値上げ、給付の削減、市場からの撤退を考えている。

#### ⑭質疑応答

○メディカルディレクターは原則、医師であるのか。

…医師免許のみでなく専門医の資格も持っている。

○メディカルディレクターの下にいる各ローカル毎のメディカルディレクターはどうか。

…医師を相手にもものを言う担当者は医師にすべきであると考えているため、医学部を卒業していること、研修医の研修を受けていること、少なくとも 1 つの州で医師免許を取得していること、専門医の認定を受けていることの 4 つの条件を必ず満たしていなければならない。ただし、150 人のメディカルディレクターの他に、1,500 人のレジスタードナース（各州の公認看護婦）が補助業務を行っている。

○今回説明を受けている数字は AUSHC の数字なのか、それともナイルケアとブレデンシヤルケアを含めた Aetna 全体の数字なのか。

…AUSHC の数字である。

○600 万人という数字に、PPO、POS、出来高払いのサービスを受けている人も含まれているのか。

…HMO 加入者のみの数字である。PPO、POS、出来高払いのサービスを受けている人は含まれない。

○約 31 万のプロバイダー数も HMO と契約しているプロバイダーか。PPO、POS、出来高払いとの契約しているプロバイダーは含まないのか。

…AUSHC との契約として、多くのプロバイダーはオールプロダクトコントラクト（HMO、PPO、POS、出来高払い等のすべてのプランに対する全包括契約）の契約を結んでいる。

○オールプロダクトコントラクトについて医師は好んでいないという話を聞いたことがあるが、実際はその通りなのか。

…その通りである。医師はこの契約を好んでいない。当社としては医師との間で確固たる関係を築くことができる、より多くの患者を割り当てることができる、高齢者・低所得者に対して質の高いサービスを提供できる、という理由で歓迎している。

○プランの給付内容の説明書は比較可能なように他社の分も含めて載っているのか。

…自社の分のみである。雛形は標準化されており他社との比較が容易なようになっている。

また、HCFA の Web サイトでも保険会社の比較ができる。

○担当するプライマリーケアのプロバイダーが HMO のネットワークからはずれて、契約を取りやめた時、受給者に連絡はしないのか。

…契約を取りやめたプライマリーケアのプロバイダーが担当している受給者全員に対して連絡をしている。当然、新しいプライマリーケアのプロバイダーを探す場合には情報提供の支援は行う。

○POS の付加給付を希望している受給者が少ないのはなぜか。

…55 ドルの付加保険料がかかることと 5 つの州のみでしか対応できないことが理由として挙げられる。また他の理由として、ネットワーク内のプロバイダーが充実しており、わざわざネットワーク以外のプロバイダーの診療を受ける必要がない。

○従来型のメディケアの請求処理は約 80~90% 電送化されていると思うが、AUSHC も同じぐらいの電送化率なのか。

…従来型のメディケアの請求処理の電送化率はご指摘のとおり高い数字となっているが、AUSHC では 30~40% 程度である。そこで、現在、100% にしようとする活動をしている。

○Encounters のシステムとは何か。

…キャピテーション（人頭払い）システムと関連するシステムであり、金銭的な情報である請求情報は含まれないが患者の受診記録の情報を管理しているシステムである。

○HCFA に提出する入院患者受診情報のデータ項目はどのくらいなのか。

…加入者情報、プロバイダー情報、請求情報から作成するデータであり、情報量は膨大である。データ項目としては 1 入院につき 100 項目以上ある。

○AUSHC の情報化投資はどれくらいか。

…多くのシステムは自社開発であり、システム関連の部門に勤務しているのは約 500 名程度勤務している。約 15 年程の長期間のシステム化投資をしており、これまでの全体額を答えるのは難しいが、財政均衡法による情報化投資は数 100 万ドルにも達している

○Medical Loss Ratios はどのくらいか。

…メディケアに関しては現在、90% である。残りの 10% の中で情報化投資等の管理コストを捻出しなければならない。

○プルデンシャルヘルスケアやナイルケアの合併によりシステムを統合する必要があったと思うが、メディケアについても同様のことが言えるのか。

…メディケアも同様であり、他の保険プランよりも統合化が複雑である。

○統合化にどのくらいの期間を費やしたのか。

…US ヘルスケアとの統合化は 1 年程度であったが、プルデンシャルヘルスケアやナイルケアの統合については 2～3 年かかる見込である。

○契約内容の話聞いたところ、これまで聞いていた話とまったく逆の話をしている。マネジドケアプランにおいて最も批判されたのはギャグ条項（さるぐつわ条項）であり、AUSHC がこれを改善した話は聞いていない。患者権利法について議会の中で議論されているが、その中でも問題となっているのがこのギャグ条項である。このことに関する事実を教えて欲しい。

…確かに数年前、ギャグ条項について業界全体が攻撃を受けたことがあり、事実、幾つかの保険会社が契約にこの条項をいれていた。ただし、ほとんどの会社はギャグ条項とは関係なく、いくつかの目立つ会社がこの条項をいれていたため、マスコミからたたかれることとなった。

○ギャグ条項はすべてのマネジドケア保険会社が契約に入れていたのではないか。

…業界全体が批判されたのは事実であるが、大半の保険会社はこの条項を契約に入れてない。業界に対する批判にたいして、AAHP ではギャグ条項に対する反対の声明をだしているし、さらに NCQA の評価項目の中に「ギャグ条項を入れていない」という項目を設けている。AUSHC ではさらに一歩進んで、医師と患者との対話を奨励するための契約条項を設けている。

○問題を起こした会社はどこか。

…マクシケアという会社であったと思う。

○コロンビア HCA 等の病院チェーンと契約をしているのか。

…病院チェーン傘下の幾つかのプロバイダーとは契約を結んでいる。

○コロンビア HCA においてアップコーディングが摘発されたが、このような問題が生じた場合に契約を取りやめることもあるのか。

…出来高払いよりもマネジドケアプランは不正は少ない。ただし、不正を発見した場合は HCFA に通告する。HCFA も保険会社からの通告によって初めて不正の事実を知るケースがある。

○メディケアの場合は HCFA に通告すると思うが、一般の民間保険は契約を解除するのか。

…プロバイダーは何かしらのメディケア、メディケイド（例えば従来型の保険）に関しているはずであり、AUSHC との契約が民間保険のみの場合でも HCFA へ通告する。また状況によっても対応が異なり、軽微な場合は再教育、深刻な場合は契約解除や訴訟という対応になる。

○地域によってプロバイダーの数を絞るということを行っているのか。

…数年前まではネットワーク内のプロバイダー数の制限があったが、保険会社同士の競争の激化により、たくさんのプロバイダーと契約する必要が生じ、プロバイダーが最低 250 人の加入者を扱うことができるという条件さえ満たせばそのプロバイダーと契約を行う。

○パフォーマンスコミッティーにおいて新規加入の医師が同業者から審査されるというのは、独禁法に抵触しないのか。

…パフォーマンスコミッティーは専門医としての臨床上の審査をおこなうのであり、ビジネス上の審査を行うのではないので独禁法違反にはならない。しかもこの委員会自体ピアレビュー法という州の法律で守られている。

## (7) Island Peer Review Organization (IPRO)

(面談者) Mr. Theodore O. Will (Executive Vice President)

Mr. Spencer Vibbert (Vice President Communications and Corporate  
Development)

Mr. John McGrath (Senior Policy Advisor Communications and Corporate  
Development)

Mr. John Quinley (Clinical Coordinator Quality Improvement Affairs)

Ms. Mary Hibberd (Senior Vice President for Medicare Affaires)

### ①IPRO の概要

IPRO は 1983 年に創設され、独立した非営利法人という形態を取っている。Lake Success が本社であり、年間売上は 3,000 万ドルである。医療の質を評価する組織としては全米の中でも大手の 1 つであり、職員数は約 250 名である。

IPRO の顧客には、公共部門と民間部門の 2 種類がある。公共部門では、連邦政府・州政府からの委託契約を受けている。一方民間部門では、一般企業、労働組合、コマーシャルキャリアなどから、民間保険加入者に関連する仕事をしている。HCFA からの委託の占める割合は大きいものの、メディケア関連業務以外にも全米の医療の質の測定をして改善をするという仕事をしている。医療のアウトカムを改善することを通じて、医療がもたらす価値のそのものを改善・向上することができると考えており、それは支払者にとって非常にメリットがある。

### ②米国医療の概要

医療は米国経済の中でも単独で最も重要な 1 つのセクターであると言える。米国経済全体の 7 分の 1 が医療に使われており、医療業界は自動車産業、電子産業、石油化学産業などよりも更に大きく、業種としては最大であると言える。1 時間につき政府は 1 億ドルずつ医療にお金を使っている。また医療は、アメリカの有権者によると 2 番目に重要な政治的テーマであり、共和・民主両党の大統領候補 2 人共がこれについての異なった意見を持っている。更に、企業側から見ると 3 番目に重要な労働問題とされており、労働組合のストライキのうちの 3 分の 2 の大きな争点として取り上げられている。例えば、つい最近終わったボーイング社のストライキは、医療の給付範囲がその争点となって起きたものだった。

このように米国民は巨額な医療費を負担しているにもかかわらず、医療についてまだ満足していない。全体の約 3 分の 2 の人々は医療の質が落ちてきており、また 3 分の 1 の人々は医療へのアクセスが狭まっているあるいは悪化していると感じている。しかしその一方で、個々の医者に対する米国民の満足度は非常に高く、米国の専門職の中では聖職者に続いて医師に対する満足度が高い。

### ③米国医療保険制度の課題

米国の医療保険制度は非常に混沌としている。支払側については、雇用主・政府・自己負担の3つが財源となっており、雇用主が約40%、政府が約40%、本人負担が約20%であるが、雇用主の支払でカバーされている加入者数の占める割合が最も大きい。そして驚くべきことに4200万人が無保険者である。

現在の医療保険制度は色々な課題を抱えている。経済・財務の側面では、医療保険会社の株価の時価がウォールストリートで40%も下がってしまうと言う状況である。医療費の上昇率は一般の物価上昇率の約3倍にも昇っており、雇用主は近年の医療費コストの上昇に直面し、現在の医療保険制度に満足していない。また政治的にも、患者、つまり有権者の満足度が低いために、批判的となり、連邦議会においても患者の権利法をめぐる大きな戦いが繰り広げられている。更に法的側面では、現在ほとんどの場合において患者がHMOを相手取って訴訟を起こせないという状況になっている。米国の産業の中でも、この業種だけが訴訟の危険から保護されているというのが現状であり、法律上1つの改善課題となっている。

### ④米国の医療供給システムの概要

米国の医療供給システムは過去10年間で劇的に変わり、マネジドケアが今では85%をカバーし、従来型の出来高払い保険は15%にすぎない。マネジドケアは大きく3つの種類に分類できるが、HMOに約7800万人、PPOに約9600万人、POSに約2500万人が加入している。

かつての医療供給システムにおいては、個々の医師に対する信頼が高く、病院が教育病院というステータスを持っていたため、医療の質はある種の非常に恵まれた立場にあったと言える。恵まれていたと言うよりも、むしろ誰も疑問を挟まなかったと言う意味で、それが高い質とイコールではなかった。今日のマネジドケアのシステムの下では、質の改善について定量化していこうという動きが増えている。医療保険制度の支払方法や供給システムと同様に、医療の質の測定システムもバラバラである。医療の質を取り扱う組織としては、政府、州だけでなく、雇用主も医療の質に関心がある限りにおいては何らかの活動をやっている。企業毎に独自の活動を行ったり、社外のコンサルタントを活用したりしているが、最近では企業同士で協力しながらこういった活動を行おうという動きが、少しずつ増えてきている。そのほかにも官民が協力しているものとしてJCAHO, NCQA, FACCT、業界団体としてAAHP, HIAA, BC&SC Association等の数多くの機関がある。

### ⑤HCFA との委託契約の概要（質の改善プログラム）

IPRO が手がける契約の中で HCFA との契約は一番大きな契約であり、複数の医療の質についての研究を設定し実行するというプロジェクトである。その中には HCFA のほうがデザインするものもあれば、IPRO のほうでデザインすることが許されているものも一部ある。色々な医療供給者（病院・個々の医師・ナーシングホーム）と協力し合いながら、IPRO がリーダーシップと援助を提供する。これは IPRO にとっては契約上の義務であり、医療の質を向上しないと契約金が削減される（あるいは支払われない）にもかかわらず、医療供給者側はこの活動に参加・協力するかどうかは自主的・任意となっている。

主な質の改善についての作業は、まず第1に、プロジェクトを作る、つまり特定の対象人口にとって大切なテーマを選ぶ。第2に、どこが改善の余地があるかを見出す。そのためにはデータの収集が必要となるが、事務管理的なデータもあれば、患者のカルテといった医療情報もあり、それらを分析する。第3に、データからある特定の病院や医師が本来理想とするほど良い仕事をしていないという分析結果が出てきた場合には、戦略的改善活動を行う。病院や医師の元へ行き、文献を提供したり臨床ガイドラインを示したり、その他様々な働きかけにより医療の質を上げてもらう。第4に、指導から6ヶ月～1年後に、果たして質が改善したか測定をしてみる。

プロジェクトのテーマの選定においては、加入者ないしは患者に最も実際的な恩恵が得られそうなものの優先順位を高くする。本当にその対象患者のグループにとってニーズがあるかどうかというところが大事であり、高齢者というメディケア受給者で言えば急性心筋梗塞とかうっ血性心不全等、その人々に重要なものを選ぶ。

また、質の改善を測定する際の Quality Indicator の作成にあたっては、客観的で明確に定義されていなければならず、最新の臨床知識が基盤になっていなければならない。測定するものとしては、健康状態や色々な機能の状態、満足度等である。Quality Indicator の多くはケアののプロセスにかかわるものであり、既に公表された研究やリサーチにおいて、医療の Outcome に非常に重要な影響を及ぼすと立証されているものを活用する。ここで Outcome というのは、医療保険制度を運営することによってもたらされる好ましい健康、利用、経済的恩恵、害である。もしケアのプロセスを信頼できる予測可能な形に変えれば、Outcome をケアのプロセスに連動させて特定の方向に変えることが出来る。具体例としては、心臓発作をおこした人において、急性心筋梗塞に対するケアのプロセスと連動して死亡率を減らすというものである。

HCFA との契約は3年毎であり、3年の間にメディケアにおいて質を向上することを期待されているプロジェクトである。プロジェクトによっては、入院患者を対象とするもの、外来を対象とするものがある。これは全ての州で全部の PRO が同じプロジェクトを行っている。これとは別に個別の PRO との契約もあり、例えばニューヨーク州で行っている急性心筋梗塞に関するベースラインのデータ作りのプロジェクトである。救急治療室に到着してから24時間以内にアスピリンを投与する割合は現在82.6%であるが、それを3年以内に上昇させるという義務を負っている。



## ⑥プロジェクトの具体例～予防医療サービス～

予防医療サービスというテーマのプロジェクトを具体例に、実務・内容について説明する。HCFA からの委託の1つに、メディケア受給者におけるインフルエンザ・肺炎菌の予防ワクチン接種率を改善するという仕事がある。

ワクチンの接種に関する公的スタンダードを作成しているのはACIP(Advisory Committee on Immunization Practice, 予防接種敢行諮問委員会)であり、その上部組織がCDC (Center for Disease Control, 疾病・感染等予防センター)である。また専門医の学会や協会でもまた独自のスタンダードを作っていて、両者のスタンダードの違いがあったりする。

ワクチンの予防接種つまり予防サービスに対する支払については、マネジドケア組織もメディケア・メディケイドプログラムも、各々の独自の方針を設定しており、様々な違いが存在する。メディケアの予防サービスに対する支払については、法律により決められなければならないとされている。例えば肺炎ワクチン PPV については 1983 年から、インフルエンザワクチンについては 93 年に承認された。もちろんインフルエンザワクチンの接種勧告は 93 年以前にも出されていたが、支払が承認されていなかったため、メディケア受給者は自費で受けるしかなかった。法律上、高齢者に対して医療供給者がワクチンを提供しなければならないという義務も、接種を促進する義務も無かった。そのような状況でワクチンの接種を普及させるためには、結局政府機関や民間グループがワクチン接種促進プログラムに投資して、個人にワクチンを接種するよう、また医療供給者もそれを奨励するよう働きかけるしかなかった。メディケアでインフルエンザや肺炎の予防接種に対する支払が承認された後も、HCFA はその接種率に満足できず、そこで IPRO を始めとする PRO に呼びかけて、予防接種率の向上を図る仕事を委託し始めたのである。

連邦政府では、西暦 2010 年までにこの 2 種類のワクチンの予防接種率 90%達成を目標値として設定しており、Healthy People Program の中に盛り込まれている。しかしこれはあくまでも自主的なもので、特別の罰則等があるわけではない。州法や連邦法において、誰がどこでどのようなプログラムの構成の中で予防接種を受けられるかということが定められている。

IPRO では、このプロジェクトに対して、フルタイム要員にすれば 3 人に等しいマンパワーと一定の予算を与えられ、メディケアから委託プロジェクトではあるが、最初はメディケア以外のところとの協力を活用した。その理由はまず第 1 に、予防接種を必要とする人は必ずしもメディケア受給者だけではないからである。そして第 2 に、インフルエンザや肺炎は各役所の医療部・保健省にとって見れば公衆衛生上の問題であり、公衆衛生管理の当局という観点から独自のプログラムを持っているためである。第 3 に、プログラムの財源や運営主体が何であれ、最終的にはワクチンは医師や看護婦の協力で直接接種されるものであるから、彼らの協力が無ければできないからである。つまり、システムが統合されていないため、関係者が協力し合う必要性は非常に強く、これは何もワクチンのプログラムに限らず、何でも同じである。

このプロジェクトの活動の中で最も重要な活動は、ニューヨーク州の医師の中でメディケアの患者をかなり扱っている医師から、全ての保険請求その他支払に関するデータを収

集し、そこから予防接種率を計算することである。その医師とニューヨーク州のほかの医師とを比較し、それに基づき予防接種率向上活動をサポートする色々な材料として、教育・啓蒙のためのパンフレットや診療システムを支援するような資料類を提供すると同時に、患者リストを IPRO から提供してワクチン接種の有無をチェックしてもらった。これらの情報は、理論上元データは医師が IPRO に送ってきたものであり、それを集計しただけなのだから、医師自身が作ることが出来るはずである。しかしながら、自分のかかりつけの患者の予防接種率の変化を見ている人はほとんどおらず、医師のオフィスにコンピューターがあるにもかかわらずそのようなデータは入力していないと言うのが現状なのである。その上で、最終段階として、人員・予算の制約上実地訪問をすることができないため、患者を多く抱えている医師の患者を中心に電話で予防接種受診の確認を行った。これらの手法は全て医療サービスにおいて医師の行動を変えるために有効な手段を示した文献に基づいている。

一方で、大規模な予防接種を提供できる組織・個人、つまり郡・市町村の保健部との協力を行った。そこでの現状を検討し分かったのは、インフルエンザの予防接種はかなり高かったが、肺炎ワクチンについては余り実施されていなかった。そこで、両方一緒に実施するよう指導を行った。これはごく簡単なことだったのだが、非常に効き目があった。

更に、プログラムの中で HCFA から特別要請として、これらの予防接種率に関する人種・民族間の格差の削減もあった。この問題は、究極的には HCFA の範疇にとどまらず大統領の言う医療における人種差の削減につながってくる。基本的な戦略はニューヨーク州で行ったのと同じ戦略を、ニューヨーク市内に住む黒人を対象により集中的に行った。使った戦略は全て HCFA の承認を得ており、これに対する主要な評価は 2001 年に出てくる。

#### ⑦質疑応答

○IPRO の州政府の顧客の中で、ニューイングランドのほとんどの州が入っているのに、マサチューセッツ州が入っていないのはなぜか。

…州や地域全体で一括して仕事がもらえるわけではない。州の仕事の大半はメディケイドの関連で、それぞれの州ごとに色々な会社同士の競争に基づき委託している。マサチューセッツ州については、競争相手であるマサチューセッツ PRO が競争に勝って、その州の仕事を担当している。

○職員数 250 名の中で、医師・正看護婦はどのくらいの割合を占めるか。

…スタッフとして含まれる医師は約 10 人程度だが、外部の医師を囑託として委託している。また正看護婦は 100 名程度いる。

○CIDAC で収集したデータをもらって PRO で活用していると聞いたが、IPRO でも CIDAC のデータを使っているのか。

…CIDAC のデータを使う部分もあるが、それだけでは足りないと考えているから、独自に患者のカルテから抽出した情報を収集している。

○1 患者につき何項目位のデータ規模なのか。

…プロジェクトによっても項目数は異なるが、急逝心筋梗塞は項目数が多くて約 200～300 であるが、普通は大体 40～50 くらいである。

○JCAHO は医療供給者の認定を行い、医療供給者の品質の改善を図っていくが、PRO は医療そのものもしくはプロセスを改善していくと理解して良いか。

…かなり近い理解ではあるが、JCAHO は医療供給者を認定する民間の業界団体的な組織であるが、PRO はもっとケアの細かいプロセスに立ち入って改善する度合いが高い。言いかえれば、JCAHO の性格は質の高いケアを現に提供しているかということよりむしろ提供する能力・可能性を持っているのかを測定するところである。それに対し PRO とは、現に質の高いケアが提供されているのかどうかを測るところであると言える。これは非常に適切な質問であり、質の改善システムは非常にバラバラしており、色々な団体が同じようなことを重複して行っていたり、他がやっているのに競争心から似たようなことをやったりしている。ちなみに 2 つの団体は最近もっと強力を密接にしようと努力している。なぜなら無駄な重複を無くし、病院や医師のやらなければいけない仕事の効率性を上げるためであるが、まだ完璧に無駄がなくなったというわけではない。

○JCAHO が全米の医療機関の質改善に手が回らないから、それを PRO に外部委託しているのかと思ったのだが、それは正しいか。

…外注や下請けというビジネス上の契約関係は一切無い。

○JCAHO や NCQA は一般市民に対してウェブサイトや出版物で評価した情報を公開しているが、IPRO はそのようなことを行っているか。

…契約の下でやっている仕事には守秘義務がある。その理由は、政府の側で契約をするときには結果は秘密であるとしたほうが医療供給者が進んで参加するだろうと考えられるからである。ただ、それで良いということになっているわけではなく、情報を公開すべきかどうかと未だ多くの議論がなされている。一応 IPRO ではウェブサイトを持っている。

○HCFA が質の向上に関するシステムとして QISMC というシステムを開発し、それに対して PRO が何らかの支援をしたと聞いているが、それは本当かどうか。

…QISMC とは、Quality Improvement System for Managed Care の略で、PRO は HCFA との契約でその開発に携わり、質の向上活動も行っている。契約プロジェクトの分類では TASK 3 に入っていて、マネジドケアの質を改善しようというものである。ちなみに出来高払いのメディケアに関するプロジェクトは TASK 1、2 に入る。HCFA からは全米のマネジドケア組織に対して全国で 1 つの共通テーマで取り組むことを義務づけられている。マネジドケア組織が選んだテーマ（去年は糖尿病）を 1 つ取り上げて、PRO ではその評価をし、質の改善の手伝いをする。ちなみにニューヨーク州においてはメディケア受給者のうちマネジドケアプラン加入者は 17% に過ぎず、大多数は出来高払い制度のプランに入っている。ここで重要なことは、HCFA や政府一般は自分達に関与しているプログラムに関してのシステムを作ったり義務付けたりすることは出来るが、むしろ医療制度全体では大きな部分を占めている雇用主が支払者となっている民間保険の方は民間が自分達で決めて自分達でやることになっており、政府が関与する部分とは分かれている。

○不正請求 (Payment Error) の審査についても HCFA から委託されて行っていると思うが、出来高払いのアップコーディングなどのチェックも IPRO で行っているのか。

…その通りである。メディケアは DRG に基づいて病院等に償還しており、もしそこでアップコーディングが不適切に行われれば支払額が不当に増えてしまう。そこで最近色々な PRO ではこういった不正請求対策のプログラムを打ち出しており、IPRO でも DRG Varidation と銘打って、メディケア・メディケイド関連のクライアント向けの活動をしている。これは HCFA との契約の TASK4 にあたる。

○日本にも医師会があるが、アメリカでは不正請求審査を行うことで、医師会 (AMA) との緊張関係において非常に難しい問題が生じていないか。

…端的に言えばそのとおりである。逆に質問だが、日本で支払者側と医師側で意見が合わなかった場合が生じたときは、その解決はどういう手段で行うのか。交渉かそれとも政治介入か、あるいは何か別の手段か。

○日本には中央社会医療保険協議会があって、支払側・医療供給者側・知識者が集まるが、それを運営しているのは政府である。そこでの決定方法は、おっしゃるとおり政治的介入がとられる場合もあるし、支払側と医療供給者側で交渉を行えば医療供給者側が圧倒的に力が強いいため、結果的に医療供給者の言うとおりになることもあり、極めて問題である。

…アメリカの医師会も日本と同じくとても強い。彼らの力の源は患者からの信頼と政治献金である。参考までに言えば、日本の医師会はアメリカの医師会よりもはるかに強い。その理由は、全医師の中で医師会に加入している率が非常に高く、日本の場合は 60% 程度だが、アメリカの場合は 40% 程度だと聞いている。