

- PRO の仕事は不正請求に関するチェック機能が高いと理解していたが、PRO の事業内容が変化しており、医療の質の管理・コンサルティングの仕事が増えていると AHQA で聞いた。IPRO では 1983 年の設立当初から今にいたるまでの間、収入の中で不正請求チェックの占める割合はどのように変化したかを教えてほしい。
- …おっしゃるとおり長年にわたって仕事の性格が変わってきた。昔は大半仕事は不正請求や Utilization Review だったが、今ではそれらの仕事は 30% 程度しか占めておらず、Quality Improvement の仕事が 70% を占めている。しかしもっと最近では再び振り子が戻りつつあって、不正請求や Utilization Review の仕事が増える傾向を示している。他の会社や業種と同じく、時の経過と共に、同じ会社であってもやっている仕事の性格はサイクルで循環してくるのではないかと考えている。

(8) Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

(面談者) Mr. Emil P. Moschella(Assistant General Counsel Legal Affairs)

Mr. William R. Myers(Manager Provider Audit & Reimbursement Department)

Ms. Michelle Salaam Gilmore(Manager, Medicare Operations Government,
Strategic Planning & Quality Management)

Ms. Michaela Nardella(Manager, Medicare Operations Government,
Strategic Planning & Quality Management)

(今回の面談者は、メディケアプログラムのパート A の intermediary に関係する人で、
メディケア HMO プランとは違う。また、メディカルレビュー、不正乱用の担当者は来てい
ない。)

①HCFA との契約について

Horizon では、HCFA と 2 つのメディケアに関する契約を結んでいる。1 つは HCFA との
直接結んでいる契約であり、もう 1 つは Medicare+Choice 契約である。約 4 年前、政府
は産業界で発展してきた HMO モデルに目をつけて、メディケアを出来高払いよりも HMO タ
イプで提供するほうが費用抑制出来るのではないかと考えた。後者の契約において Horizon
はそのプログラムに参加し、現在、Horizon Health Service, Inc. でその業務を行っている。
一方、前者の契約は、政府と病院の間の中間介在者 (Intermediary) としての仕事に
関連する孫請契約のようなものであり、HCFA からパート A の支払請求部分についての委託
契約を BC/BS Association が受けたものを、更に下請けしているものである。BC/BS
Association の本部はシカゴにあり、BC/BS の商標の権利を所有している。BC/BS の商標は
コカコーラの次に知名度が高く、価値は非常に高い。Horizon Health Service, Inc. では
その商標を使う権利を買い取って、独立した組織として Horizon Blue Cross Blue Shield of
New Jersey がある。BC/BS Association は、医療保険会社として典型的に提供するよう
なサービスを提供しているのではなく、商標権とそれを使用するに当たって守るべきルー
ルを管理している。

30 数年前にメディケア関連法が通過した際、政府は民間保険会社を医療供給者との中間
介在者 (Intermediary) という位置付けとして見た。すなわち、政府と BC/BS Association
の間に契約があり、そこから更に孫請契約によって各保険会社が政府の望むサービスの供
給しているのである。具体的には、政府から支払や給付対象となるサービス内容に関する
指導が行われ、政府に代わってプログラムの運営に則って請求があったものを支払ってい
る。

パート A で扱うサービスはプライマリケアや入院・外来・ナーシングホームケア・ESRD
(末期腎疾患)・医学療法・その他リハビリといった様々な種類があるが、それらの保険
償還を受けるための請求が Horizon に提出され処理している。プロバイダーからの請求書
については、ニュージャージー州では 99.1%が電子化されている。

事務管理コストについては毎年 1 年間に取扱う保険請求件数の推計を行い、その推計値に基づいて HCFA から Horizon に対し事務管理費用として予算が与えられ、その予算内で審査支払業務を行うようにしなければならない。この予算は、あくまでも直接コスト分であり、直接かかわる事務管理として使われる。またこれに加え、メディケアの保険請求関連の処理に直接かかわる事務管理コスト以外の、一部の間接コスト（人事・システム等）についても、政府から相当分が支払われ、部門間で比例配分によって分ける。この間接コスト予算が補完的に提供されることにより、この契約における利益が出る。つまり直接コスト部分は完全に右から左に使われてしまい、間接コスト分によってやっと息をつけるというのが、この契約の性格である。

②保険請求処理について

メディケアパート A の保険請求処理システム今の体制は、シアー・プロセスイン・アレンジメントと呼ばれており、ごく少ない数のデータセンターが複数ずつの孫請会社の契約者の処理を扱っている。Horizon の場合は、アーカンソー BC/BS がデータセンターとなっていて、Horizon のコンピューターシステムにログオンすると、全体のネットワークがアーカンソー BC/BS にあるデータセンターと接続されているという形になっている。もし HCFA が何らかの政策変更をしたときは、アーカンソー BC/BS のデータセンターと共に、その変更をシステムに入れる責任がある。アーカンソー BC/BS のデータセンターにはクレーム 1 件当たりのコストを処理費として支払っている。

Horizon の担当部署には 46 名おり、全体で 85 の病院（そのほかの種類施設もやっておりそれを含めると 700 位ある）をカバーしている。ここでは、不正請求に関する取り組みとして、現場訪問調査を行っている。それ以外にも、メディケアプログラムに参加しているニュージャージー州の病院は、1 年に 1 回、1 会計年度全体の病院の収支を記載したメディケアコストレポートを Horizon に提出する。Horizon では、そのレポートによって、その病院が 1 年間に受け取った費用と実際に使った費用との突合せをし、メディケア基準に基づいて内容を監査する。その際事務管理費について、前年の経験に基づく推計値で与えられた予算と実際に使った費用との差額が発生した場合には、余った部分は返却し、足りなかった部分は追加支給を受ける。

③質疑応答

○HCFA は Intermediary の事務管理費の推計に基づき予算を付与するということであるが、クレーム 1 件につき予算を出すのか。それならば、そのときに Horizon としては多めに推計すると言うことが通るか。

…1 件当たりで計算される。そして年度末清算する際に、支払う内容に関して規定に基づき精査なチェックが入るので、もちろん多めに請求することはできない。

○事務管理費を年末に調整するというが、ただ完全に実績に調整するだけで、医療供給者側に対するコスト抑制インセンティブはないのか。

…メディケアではコストレポートに載っている費用でも払われない費用があり、監査で認められた費用についてだけ払い戻し等が行われ、1ドルのところまでつき合わせて調整する。インセンティブについては、あまり考えたことが無かったので面白い点をつかれた。

○日本にも支払事務を行う組織があるが、独占的に1箇所がやっている。米国ではそう言うところが複数現れて競争するものだと思うが、その競争入札に当たってBC/BSのブランドは必要なのか。

…純粋な意味で独占と言えないかもしれないが、パートAの給付に関連して言えば、結局のところ政府は1つのところ(BC/BS Association)と契約をしたと言える。もともとメディケアプログラムが出来たときに、その仕事が出来知識・ノウハウを持っているところは事実上BC/BSの組織だけだったから、BC/BS Associationに委託された。但し、孫請契約のところでは競争入札であり、BC/BSでない保険会社が入札をするということも可能である。また、数は少ないが、いくつかのBC/BS保険会社が、自分が普段仕事をしている州の境を越えて、複数の州の孫請契約を引き受けているところもある。

○Horizonはニュージャージー州の全体のメディケアパートAを見ているのか。

…ニュージャージー州にある病院医療供給者は全て扱っているが、州全体のほかに一部州を超えている部分がある。例えば、大きなチェーンでいくつかの州にまたがって複数の施設を持っているという場合で、ニュージャージー州を第1義的なIntermediaryに選んだ場合には、彼らの施設が物理的にニュージャージー州に無くてもHorizonが引き受けるということになる。

○パートBのCarrierについても、パートAと同じように孫請契約形態になっているか。

…違う。パートBはご承知のとおり、HCFAと個々の医師との間のサービス関係がほとんどであるが、クレーム請求処理については、1つの組織としてBC/BS Associationと契約するのではなく、直接個別の保険会社と契約をしている。

○アーカンソーBC/BSはそれ自身がintermediaryか。つまりアーカンソー州のintermediaryがニュージャージー州のデータも扱っていると言うことか。

…その通りである。彼らはintermediaryであり、かつシステムのメンテナンスやデータセンターの役割も担っている。HCFAは、パートAについてはアーカンソーを始めとして、BC of South Carolina、Anthem BC/BS、Florida BC/BSという4つのデータセンター(トライゴンというところもあったが破綻してしまった)に集約するよう取り決めている。

○BC/BS という名前を使うと、非営利になるのか。

…ロゴを使ったからと言って、営利・非営利に関係は無い。Horizon BC/BS の場合、その上に Horizon Health Care Inc. というのがあり、それが親会社である。その会社はペンシルベニア州・デラウエア州・ニューヨーク州で保険商品を販売している。Horizon グループとしては Horizon BC/BS という名前はニュージャージー州でしか使えない。

○ニュージャージーでは BC/BS という名前を使っているのは、Horizon だけか。

…その通りである。但し 1 州に 1 個とは限らず、区分けが郡の境で分かれている場合もあるが、その地域では 1 つである。ペンシルベニア州では、東・西で 1 つずつあるし、ニューヨーク州も複数あるから、1 つの州に必ずしも 1 つの組織だけが商標を使うことを許されているとは限らない。

○BC/BS の商標の使用権を得ると同時に、質の管理についても BC/BS Association から厳しく言われるのか。

…何らかの質に関するスタンダードを守ると言う契約をしているとは思いますが、その内容や管理については厳密には良く分からない。Ms. Nadella がやっている Quality Management というのは協会とは関係無く、メディケアの請求処理に関連することであり、むしろ HCFA が決めたスタンダードに基づいている。メディケアは言うなれば政府が運営する大きな自家保険であり、その給付関係の事務管理処理を片代わりして請け負っているのであるから、本家本元の政府がスタンダードを作っている。民間に置きかえれば、例えば民間大手企業 AT&T や GE が自家保険を運営している場合、その事務的な給付処理関係を請け負うことも出来る。

○メディケアコストレポートについて、直接費用は人件費や消耗品費等すぐに想像つくが、施設費など間接費用はどのように分けているのか。

…コストレポートには直接費用だけでなく間接費用も含まれている。メディケアだけの費用だけではなく、まずトータルの病院の間接費用、トータルの患者入院日があり、そこからメディケアの患者人日の比率をかけて割り出す。

○クレームの審査は、PRO と協力してやることもあるか。

…ある。PRO はケアの質の問題についての審査もする。

○PRO の仕事はクレームチェックだと思っていたが、今ではケアの質の向上に大分集中してきていると聞いたが、実際そのように見ておられるか。

…そう思う。PRO の役割として、患者に与えられたケアのレベルが適切であったかどうかを第三者機関として審査することが非常に重要になってきている。

○Horizon BC/BS が行う病院に対する監査活動について HCFA から監査されているのか。その場合もし HCFA に不満があったときにはどのようなペナルティを受けるのか。
…監査されている。ペナルティとしては、深刻な場合は契約取り消しもありうる。実際に、不正請求をそのまま放置した為に撤退を余儀なくされた孫請組織がいくつもある。

○HCFA からの契約を切られると言うことは BC/BS Association からの商標使用の契約を打ち切られるということか。

…ちがう。両者は関係しあっていない。契約を打ちきられた場合の後継は、BC/BS 以外の保険会社でも良いが、一番可能性が高いのはよその地域にある BC/BS 保険会社が孫請契約を受ける場合が高い。

○BC/BS からの孫請契約には競争があるというが、その際どういう規準に契約を取れるのか。

…コスト、技術的能力、評判、契約を扱う一般的知識等が要素であるが、恐らくコストが一番効き目があるだろう。

○病院にコスト抑制のインセンティブが無くなると病院は DRG-PPS に基づいてアップコーディングに走ると思うが、それに対する具体的な対策を取っているか。

…メディケアの不正・乱用撲滅活動が大々的に行われている。また抽出により請求における異常の有無をチェックし、何か発見された場合は Horizon の不正乱用防止部に照会して、追跡調査を行っている。米国法に独特のものかもしれないが、政府と関連する仕事をしている会社が政府に対して不正請求を働こうとすると、第 1 に政府を騙して得た資金について損害賠償責任を持つだけでなく、刑事罰を受けるという可能性も大いにある。企業の財務部長、社長、会長は、自分達の会社が不正を行えば刑務所に入ってしまうことになり兼ねないため、また実際にいくつかの会社でそのようなことが起こっており、アップコーディングに対するディスインセンティブがここにある。ただ、メディケアの患者数は非常に多いので、病院としては厳しい規制があってもメディケア患者を欲しがらる。90%以上の病院では、総収入に占めるメディケアからの収入率が 40%を超えている。

○Horizon が色々な努力をしてパート A の支払額を削減したという場合、HCFA から何らかのインセンティブはあるのか。無い場合は、事務の間接コストの収入の格差だけが利益で、あまり大幅な損益変動が無いと言うことか。

…インセンティブはない。おっしゃる通り損益の変動はあまり無い。

○Horizon にとってこのビジネスの魅力は何か。

…Good Will、つまり Horizon の評判を高めるための看板代である。ただ、Horizon はメディアケアパート A のビジネスから 7 月末に撤退するということを決めており、新しい孫請先もテネシー BC/BS に決まっている。

○HCFA がもっと魅力的なお金をこの事業に提供すれば契約を続けたと理解して良いか。

…何とも言えないが、ローリターンだからということは大きな要因であろう。ただ、それだけが決定の要因かは分からない。確かに評判、のれん、安定的な事業と言う面で事業を継続する意義もあるだろうが、そのようなことも全て十分議論した上での決定だと言える。

(9) Kaiser Foundation Health Plan, Inc(KFHP)

(面談者) Ms. Beth Trudell(Director of Training and)

Ms. Shelley M. Roth (Senior Consultant Medicare Clinical Operations)

①カイザーの概要

カイザーは3つの組織からなっている。1つ目は Kaiser Foundation Health Plan(KFHP)である。これは保険会社ではないが、保険会社の役割を努めており、具体的には、マーケティング、セールス、ヘルスプランへの加入、医療供給者との契約、あらゆる管理業務を行う非営利組織である。2つ目は Kaiser Foundation Hospitals(KOH)であり、別の機能を持つ建物として考えれば良く、これも非営利である。3つ目は Permanente Medical Group(PMG)であるが、これはカイザーの医師グループであり、KFHPのメンバーに対してだけプライマリケアと専門的ケアの全てを提供し、提供される医療ケアの費用と、特に質を管理している。また、ここで全ての医師を雇用し管理しており、ここだけは営利会社である。

KFHPではカイザーのマネジドケアを、Integrated Careと呼んでいる。カイザーはカリフォルニアを本拠地として50年以上サービス提供をしてきており、加入者の大多数もカリフォルニアに抱えているが、全国的には800万人超の加入者を持っている。世界で最大の民間非営利ヘルスケアプロバイダーであり、全米11の州とワシントンD.C.に所在している。Permanente Medical Group(PMG)には11,000人超の医師が所属しており、少なくとも90,000人の医師以外の従業員がいる。サービスを提供している全ての地域で医療機関を所有しているわけではなく、幾つかの地域では病院との契約を行っている。病院を所有している地域では約8,000床のベッドを所有し、診療所・薬局等を含むメディカルオフィスと呼ばれるものが361ヶ所、病院を含むメディカルセンターが30ヶ所ある。昨年の事業収入は15.5億ドルである。

米国にはたくさんの種類のHMOが存在するが、その中でカイザーは「グループプラクティスモデル」である。Permanente Medical Group(PMG)という医師グループとの契約によりケアを調整し、その医師グループは1つの組織として一緒に活動し、グループのオーナーシップを共有している。医師達は人頭払いによって支払われているが、その支払いは個々の医師ごとではなくグループ全体に対する人頭払いによって支払っているところが非常に大きな違いである。ヘルスプランとPMGはお互いに包括的な契約を結んでいて、毎年契約内容は交渉され、ヘルスプランが支払う人頭払いの金額が単年毎に決定され、それによってPMGはどのようにお金を使うかを定める。個々の医師には、給料とそれに上乗せされるインセンティブを支払われる。医師に対して支払われるインセンティブは3つの要素によって決められる。1つ目は、病院費用のコントロールである。医療費の中で病院費用は最も高い比率を占めており、加入者の病状を管理し病院のケアをできるだけ抱えないようにする責任を持たせ、つまり予防医療に焦点を当てている。20%の人口が80%の資源

を使っているという現状に着目し、慢性疾患のガイドラインを通じて慢性疾患患者の管理を行っている。PMG は大規模な研究機関を持っていて、この慢性疾患ガイドライン以外にも、ガン検診や慢性鬱病、糖尿病等について非常に様々なガイドラインを開発している。2 つ目は、患者からの医師に対するフィードバックに基づく。具体的には診療を受けたらその翌日に調査票を患者宛に郵送する。その調査内容に対し、カイザーは非常に大きな組織であるから客観的に判断することができるが、一方でそのデータが純粋で良質あることを確認しなければならないという点で非常に難しい。3 つ目は、ケアの提供方法、つまりガイドランを順守し、フォーミュラリーに則って処方しているかである。実際に提供する医療ケアを決定するのは医師グループではあるが、その際にカイザーは証拠に基づく医療の実践を求めている。

グループプラクティスを取っている理由は、規模の経済性を得られるからである。例えば、KFHP は全米で第 2 位の薬剤購入者である（第 1 位は連邦政府である）。また、医師達が全員一緒に診療行為をするからこそ、最良の診療行為を開発することができる。HMO が組織やコミュニティの医師と個別に契約を結んでいる場合は、医師に集団で診療行為をさせることも、それを強要することも出来ないため、決められた金額に基づき十分なケアを提供するという人頭払いのリスクを取ることが出来なくなってしまう。

一方グループプラクティスの欠点は、第 1 に巨大になりすぎて、官僚的になってしまうことがある。第 2 に、常にサービス志向でいられなくなってしまう。カイザーではそれを解消するために、患者への調査をはじめた。第 3 に、成長のためにはかなり大きな資本が必要とされる。医師のためのオフィスや薬局、検査所、その他のサービス提供ができる設備を整備しなければならない。これに対し個別の独立した診療組織であれば、成長するためには単にコミュニティの医師との契約を増やせば良いだけである（例：IPA）。

医師との契約について、医師への償還はケアを提供したかどうかに基づいているわけではないが、ケアの利用についてのプロファイルを行っている。またプライマリケア医であれば、加入者に何回変更されてきたかということに注目する。プライマリケア医師を何度も変更するという事は、何らかのコミュニケーションか質の問題があるということを示していると考えられるからである。そこで医師に対するあらゆる苦情や問題に注目し、2 年ごとに契約更新を行う。

カイザーの宣伝に、次のような説明があった。出来高払いのもとでは十分な医療を受けることが出来るが、過剰な医療が決して質の良い医療であるとは言えない。例えば米国力では心臓バイパス手術の 50% は不必要であると言われている。一方個別の医師毎に加入者 1 人当たりの人頭払い費用を支払うとすると、医師は毎月ある一定の金額を手に入れて、それを元にプライマリケア、専門的治療、検査等全ての医療を提供しなければならない。しかし、実際には診療行為毎に医師の元からお金がなくなっていくわけだから、一部の医師はお金を確保しようとしてしまうわけである。つまり本来であれば提供されるべき専門的治療や検査が提供されなくなってしまう、量が少なくなると同時に、医療の質も下がってしまう。つまり出来高払いでは過剰医療へのインセンティブが働き、個別の医師に対する人頭払い契約においては過少医療のインセンティブが働いてしまい、いずれも低い医

療の質をもたらしてしまうのである。カイザーではこの両方の悪いインセンティブを取り除くことが出来るのである。

カイザーの財源は、大まかに 80%が雇用主グループ（GM、GE、Toyota 等の大手企業から街角の商店まで含む）から、10%が政府（メディケア・メディケイド）から、10%が個人（自営業等）から支払われている。今年度は、その財源の約 50%が PMG に支払われた。そして財源の 20~30%が KOH に支払われる。残りは KFHP に支払われるが、管理費や人件費、薬局の運営（薬剤費）に使われる。PMG の財源が非常に大きな理由は、ケアの提供以外にも臨床ガイドラインの研究・開発なども行っており、それらには非常に費用がかかるからである。その具体的な例として、予防ガイドラインを作成している（一般向けと高齢者向けに分かれている）。疾病毎のガイドラインを作成することは一般的であるが、予防ガイドラインを作成しているのは非常に珍しい。このガイドラインは、正しいヘルスケアと予防手順を提供する上で、加入者にとって役に立つものである。禁煙や、自転車に乗るときのヘルメットの着用など、一見医療ケアとは見えないが、それを示して疾病・けがの発生を防ぐことはカイザーの加入者に対する責任であり、まさにヘルス・メンテナンスである。最近の統計からも分かるように、人々は親や友人、近所の人と話しながらアドバイスを受けて、多くの自己診断を行っているから、カイザーはその中に参加したいと考え、加入者 1 人に 1 冊ずつ予防ガイドラインを提供している。House Wise という会社が作ったものをカイザー用に改訂したものであり、マネジドケア組織の中でははじめてカイザーが行ったのであるが、これをもとに人々がより適切にヘルスサービスを活用するようになったということが調査から得られている。また同じ調査によって、医療に関する教育の手助けをしてくれるとして、この本を付与されたメンバーからのカイザーへの好感度が高まっていることも分かったが、これは非常に良い結果であり予想外の副産物であった。このようにカイザーは非常に大規模な医療に関する教育プログラムも持っているのである。

医療供給者との関係については、カイザーはハワイとカリフォルニアの北西部に 28 の病院を所有しており、それ以外の地域では病院と契約を行っている。NCQA の認定条件において、その機関のケアの利用や基本的な質の水準（最低限度）が適切であることを確かめるために、カイザー自らある種の監視を行うことが求められている。その際、州の認可機関であるか、JCAHO の認可機関であるか、質のプログラムはどのようなものかをチェックする。また現状だけでなく、認可取り消しになるような行動をしたことがないか、医療の質に関する苦情を受けたことはないか等、これまで発生したあらゆる出来事についての報告も要求する。ちなみにカイザーが契約している病院は全て JCAHO に認定されているものであり、それが 1 つの規準となっている。カイザーは様々な種類の医療・ケアサービス提供施設と契約をしており、Skilled Nursing Facility (SNF) については、自身では 1 つしか所有していないため（ハワイ）、それ以外は全て外部との契約に基づいている。また急性リハビリ施設についても 1 つしか所有していないため、他は全て外部契約している。ホームヘルスについても、一部の地域でホスピスと外部契約している。

②メディケア・マネジドケアについて

カイザーでは2種類の契約を持っている。1つはM+Cであり、もう1つは1876Costと呼ばれる古いタイプの出来高払い契約である。後者は、連邦政府の雇用者を対象としたものであり、2004年には打ちきられる予定である。カイザーでは、M+Cタイプで724,128人、Costタイプで76,464人、計800,000人超のメディケア受給者を抱えている。

メディケア受給者に対するM+Cへの加入上のルールは、現在は資格があればいつでも加入できるし罰則無しでいつでも脱退できる。一部雇用主が保険料を支払っている契約の場合には、異動に伴う事務費用の節約のために何らかの規則を会社が設けている場合もある。しかし将来的には、2002年に加入・脱退に関する期間の制限設けられ、2004年以降は1年間固定されてしまうようになる。

パートBの保険料については、HCFAが加入者から直接保険料を集めており、1999年は毎月48.5ドルであった。またパートBに上乘せする際の保険料徴収は、地域により、また加入するプランのタイプによってその金額が異なる。KFHPの保険料は毎月徴収されるが、直接本人から徴収する場合と、雇用主から支払われる場合とある。本人から徴収する方法は、クーポン形式が多く、現時点では銀行口座引き落としは1地域にとどまっているが、将来的には電子化された徴収方法が出来るように計画中である。

メディケアの告訴(appeal)と苦情(grievance)については、HCFAによって厳格に規定されている。告訴とは、サービスの利用や支払の否定に対することが対象となる。第1段階としては保険会社内部で処理し、そこで解決できなかった場合は、HCFAが契約している代理会社、更には連邦裁判所へ進むこともある。一方苦情は、告訴とは異なるものであり、ケアに対する申し立てである。基本的には保険会社の中で対応し、州によっては州政府への報告を必要とする場合もある。

加入者情報の管理については、カイザーは地域毎に独立したシステムを開発しており、地域間でお互いにアクセスすることが出来ず、全国規模ではない。地域によってデータの質は非常に様々である。現在病院への償還支払に関するデータをHCFAに提供しているが、データを収集する必要は無いが、カイザーの情報システムは全国的ではないため、地域毎に正確にコード化されているかチェックしたり整備したりする必要があるため、非常に苦勞している。現在データのウェアハウスを開発中で、クレームデータを取りこんで分析を行うものであり、現時点ではバラバラであるが、全国的なデータベースとなる予定である。

HCFAには中央集中化されたデータベースがあり、加入者の加入・脱退のみならず、クレームの支払に関するデータも含んでいる。これは全国規模のデータベースで、マネジドケア組織は「Common Working File」と呼ばれているこのたくさんの情報にアクセスすることが出来る。それに加え、HCFAでは毎月加入・脱退に関する報告をマネジドケア組織に提供しており、マネジドケア組織はそれを保存して、自社のデータを随時更新している。実際にHCFAは脱退に関する情報は必要ではなく、新しいプランに加入したという情報が必要なわけであるが、それを知ることによって自動的に月末や翌月末に前のプランから脱退したという情報が得られる。

宣伝・広告については、非常に厳しく規制されている。どんな方法でも直接メディケア受給者に宣伝するためには、毎年事前に HCFA の地方オフィスで承認を得なければならない。宣伝・広告をする対象者を選択することも認められていない。なぜなら、全ての加入希望者を受け入れなければならない、健康な高齢者にターゲットを絞ってはいけないからである。当然、加入規準を設けてはいけない。これは障害者に対しても当然である。様々なメディアや出版物、催し物、スポーツイベントなどにおいて宣伝・広告を行っているが、全てに対して HCFA の承認が必要である。商品についての誤った説明が無いかを確認し、「チェリーピッキング」と呼ばれている選択的加入を行っていないかを確認するためである。

③メディケア・マネジドケアからの撤退の要因

HCFA からの支払については、1997 年以前はメディケアの出来高払いに連動しており、特定の地域において出来高払いで支払われているコストの 95%が支払われていた。しかし、出来高払いのコストをコントロールできなくなり、インフレーションが起こって、大統領のメディケア改革提案を中心とする議論でも言われたように、数年後にはメディケアの信託基金が破綻すると予測された。そこで、1997 年に議会を通過した財政均衡法で、メディケアのインフレーションを抑制しようとし、マネジドケア組織に対する支払方式も改革された。1997 年以前は、保険料が毎年 8~10%ずつ上昇していたので、追加保険料を徴収しなくても、処方薬や非常に低い一部負担など、かなり充実した給付を提供することが出来た。しかし 1997 年以降は、HCFA からの支払額は毎年 2%の上昇しか認められなくなったにもかかわらず、コストはその 2%を上回る勢いで伸びてしまった。これが撤退の第 1 の原因である。その結果、マネジドケア組織が一部の地域から撤退しただけでなく、追加保険料を徴収したり、処方薬の給付を減らしたりすることが起きた。

第 2 に、医師との個別契約をしている場合、HCFA からの支払が抑制されると医師へ渡る分も当然少なくなるから、契約がより難しくなった。そのため、医師との契約更新が出来ずに撤退を余儀なくされるマネジドケア組織がでてきたのである。カイザーは 1 つの KMG という組織と契約をしているため状況はまだ良く、メディケア加入者も診療することが出来る。

第 3 に、医療費が年率 6~7%の勢いで伸びており、それに対して HCFA からのメディケア費用の支払は 2%しか上昇しないため、メディケアを上手く運営するためには、民間市場の人々とは非常に異なる医療の利用を行うメディケア受給者を医師が上手に扱えることが求められるようになった。例えば、SNF の利用はそもそも 65 歳以下の民間市場とは大きく異なるものであるし、メディケア受給者には慢性医療が多いという特徴があるし、より継続的な医療を必要とするという特徴もある。そうしたメディケア受給者の管理を契約している医師に求めることが必要になってきたが、彼らを十分に操縦しきれなかった一部のマネジドケア組織は撤退せざるを得なくなったといえる。

第 4 に、カイザーは別として、そのほかのマネジドケア組織は民間市場においても財政的困難に直面し、その影響でメディケアからも撤退したのである。メディケア・マネジド

ケだけで悪く見えがちだが、一般のマネジドケア事業においても、むしろ民間市場においてより困難な状況だったのである。その一例がハーバードピリグリムであり、マネジドケア事業全般において困難に直面した（確かに一時は名声を得ており、現在でもケアの質については評価が高いが、財政的に苦境に陥ったのである）。

第5に、規制が厳しすぎる事である。特に HMO に対する規制要件が厳し過ぎるということの1つの例として、QISMC のための HCFA への情報提供について、HMO に対しては非常に要件が厳しくかなり密度の濃い情報提供を求められるが、出来高払いのメディケアや PPO に対しては HCFA に対して情報提供すべき要件が大きく減少する。

第6に、支払額の地域差が非常に大きいことである。支払がより低い地域では医師との契約も難しくならざるを得ない。また地域差によって、競争が激しくなりすぎる地域が発生し、1つの地域で5～6つのプランが非常に限られた加入者を奪い合っていた。成長には巨額な投資が必要であるが、それに見合うだけの加入者がいないため、加入者をあまり獲得できなかったプランは採算が合わないということに気付いて撤退した。（保険会社が撤退する度に加入者は長年見てもらっていたプライマリケア医を変更せざるを得なくなるためフラストレーションが溜まってしまい、結局長期間事業を展開していて安心できるカイザーを選択するようになる。）

④メディケア・マネジドケアのメリット

メディケアにおける利益を民間市場と同じ水準に持っていくことがカイザーの最終目標であるが、なかなか上手く行かない。なぜなら民間市場ではマネジドケア組織が雇用主に対して徴収額を決定することが出来るが、メディケアの支払は行政の価格制度下であり、政府がマネジドケア組織への支払額を決めているからである。そのため、ある一定の利潤を生むための保険料と給付を算出することが出来ないのである。

それでも HCFA と契約するインセンティブは、まず第1に M+C の支払方式、つまり全ての加入者毎の人頭払いが好ましい支払方式であるということである。出来高払いの場合には、請求に際しコードが必要となったり、それを実行するための医師への教育が必要となったり、様々な事務手続きとそれに伴う莫大な事務経費が必要となり、これまでの文化の改革まで行うことが必要となる。

インセンティブの2つ目は、企業の退職者の医療保険をカバーしている多くの雇用主を抱えており、退職者向け、つまりメディケア受給者向けの商品を提供したいためである。実際に、カイザーは他の競争相手に比べて雇用主を通じてメディケア保険を給付している割合が高く、メディケア加入者の半数近くが雇用主グループによって医療保険を提供されているのである。全国的には30%近くの退職者が雇用主から医療保険を提供されている。

⑤リスク調整支払方式 (Risk Adjustment System) について

長期間 HMO は過剰支払されていると非難されてきたが、過剰支払の背景にある 1 つは、健康な人だけを加入させるチェリーピッキングによっている。これに対し、1997 年の財政均衡法によって、人々の疾病の負担に応じて支払われる人頭払い方式への改良が HCFA に要求された。それは、より病状の重い人に対してより多く支払おうとするものであり、リスク調整支払方式 (Risk Adjustment System) と呼ばれる。具体的には、支払金額の一部を患者の病状に比例させて、例えば心疾患を患った人のケアに対する償還金額がある一定期間より高く設定されるようになる。現在着手されているのは入院患者に関するリスク調整であり、2004 年には全ての支払において新しいリスク調整による支払が行われる予定である。

⑥その他

NCQA は 50% 近くのマネジドケア組織の認定を行ってきているが、その費用が非常に高いため、最近多くのマネジドケア組織が認定を継続すべきかどうか検討し始めている。特に営利組織では株主に対する配当を要求されるため、より深刻に NCQA の認定を継続すべきかどうか検討している。カイザーは、NCQA の認定は非常に価値があるし、その認定プロセスに対しても指示をしているので、継続していこうと考えている。雇用主の中で医療の質に注目して、被用者と医療の質に関する情報を共有して質の高いプランを選択するインセンティブを与えているのは、ごく少数に過ぎない。そのため加入者は結局価格に基づいてプランを選択してしまうという問題がある。

⑦質疑応答

○グループプラクティスの場合はカイザーによって運営されているが、一方 IPA の場合は医師自身が運営していると理解して良いか。

…契約を結んでいる管理会社によって運営されている。マネジドケアが米国で悪名高くなってしまった原因の 1 つは、多くのマネジドケア組織が医師が診療を行う際に管理部門の認可を求めなければならないとしたことである。カイザーでは、医師以外の人々は管理事務を行っており、医師自身が診療行為や薬剤給付を決定し、それに対する許可を得る必要は全く無く、KMG が最終決定をする

○KFHP が Health Plan ではないということと、Health Plan の役割を引き受けると言うことは、どう違うのか。

…KFHP は Health Plan であると同時にケアの直接のプロバイダーであり、加入者に対する全てのケアを提供している。保険会社は単にクレームの処理を行うだけであり、加入者は保険会社の外部で異なる医師や病院からのケアを受ける。

○カイザーはマネジドケア組織自身なのか。

…Integrated care company であり、HMO として独立したものである。カイザーはマネジドケアが存在していなかった 50 年前から存在していた。私達は Health Maintenance Organization であり、Integrated Care Program を提供する組織であると考えている。Integrated というのは、プライマリケア医が専門医や病院と薬剤師と一緒に活動しており、あらゆる段階のケアと一緒に計画されるということである。そこにマネジドケアが発生してきて、もちろんカイザーも加入者のケアを管理しているが、しかし他のマネジドケア組織とは支払方法もその他の活動も異なっている。

○ハーバードピリグリムには 2 つの機能があると理解している。1 つは保険者としてのヘルスケアの財政運営であり、もう 1 つはヘルスケアのプロバイダーとしての機能である。カイザーはこの形態と同じものと考えて良いか。

…カイザーは管理と財政運営を行う Health Plan と、全ての医療ケアを提供する KMG を所有している。KMG はグループプラクティスを行っており、KFHP はこの KMG と全てのケアを提供するための包括的な契約を結んでいる。

○アメリカでカイザーと言うときは、どこを指すのか。

…KFHP、KMG、KOH の 3 つの組織からなるカイザーを指す。人々は医師はカイザーと一緒に働いていると考えており、Kaiser の雇用者でないと考えている（スタッフモデルである）。

○KMG に支払われる費用の中身は、医師に対する料金と考えて良いか。

…グループプラクティスを実行するための費用であり、薬剤費は含んでいない。

○KFHP に支払われる費用のうち、管理費はどのくらいか。

…非常に低く、毎年 2~3% 程度である。非営利であるから管理一般経費は低く押さえて、営利会社のように株主へ利益を還元するのではなく、ヘルスケアを提供することによりたくさんの費用を還元することが重要である。

○しかし将来再投資するために一部の資金を確保しておくことが重要だと考えるが。

…その通りで、そのことは法律でも決められており、財政的な信頼がなければ何もできないため、実際に非常に大きな資金を確保し、債券を購入するなどの投資を行っている。

○予防ガイドラインは本でかかれたものであるが、電話で直接聞きたいという人がいた場合はどのように対応しているか。

…KFHP に電話する代わりに、今起こっていることを本で確認するか、あるいは直ちにカイザーの医師に電話するように指導している。また本で確認することによって、正しい状況においてより適切な時期に医師へ電話することが出来る。

○6年前にコロラドにあるカイザーに行ったことがあるが、それはどのような位置付けになるか。子会社や支店ということか。

…各地域で、カイザーの Kaiser Permanente Medical Care Program の一部が実行されており、それぞれが KFHP、KFH、PMG という同様なセットアップを持っている。メディカルディレクターと管理ディレクター（non-medical director）によって、リーダーシップを共有している。支店や子会社という位置付けではなく、地域によって独立しており、全てが同じ地位を持っているが、全てがカイザーの 1 部として Kaiser Permanente Medical Care Program を行っている。

○PRO は基本的には HCFA からの QI 活動の委託を受けマネジドケア組織に働きかけると聞いたが、PRO は QI に関するコンサルタント事業をマネジドケア組織と一緒にしているのか。

…その通りで、それはポジティブな側面であるが、その一方でマネジドケア保険会社に対して病院への償還記録を PRO に提供するように求められてその内容を検査される。

○マネジドケア保険会社にとって情報化投資の費用が巨額になってきており、規模の小さい保険会社はそれだけの金額を調達できないと聞いているが。

…その通りである。KFHP では現在臨床における主導権を支援するデータベースを持っており、ケアマネジメント機関として糖尿病や心臓病をわずらっているような患者について、検査の状況や医師への訪問などを記録している。カイザーの中でその他の情報部門が別にもあるため、これらを全て中央集約化して、クレームの支払や医療の利用、加入・脱退なども含めた全国的なデータベースを開発中である。

○28 の病院を所有していると聞いたが、それはカイザーの加入者だけのものか。また契約を結んでいる病院についてはどうか。

…所有している病院については（救急の場合は例外である）基本的にはカイザーのメンバーだけのものである。一方契約の病院は公開されており、複数の HMO と契約を結ぶことも可能である。ただ、契約を結んでいる病院において、カイザーのメンバーはカイザーの医師によって診察される。ただし、SNF の患者の場合には、例外的にカイザーの医師以外の人の手助けを受ける場合もある。

○これまで訪問してきた組織ではほとんどが HCFA に対して規制が厳しいという不満を抱いているが、カイザーではどのように考えているか。

…カイザーは HCFA と非常に良い関係を持っており、親密に協力している。なせならカイザーは非常に大規模で、75 万人というたくさんの加入者を抱えており、HCFA はカイザーの声を聞いてくる。だけれども、メディケアプログラムは非常に規制されていると感じる。規制の問題は、それを決める議会が現場を十分に理解していないということである。特に、償還と契約の領域においては、HCFA が生み出した規制の方法には深刻な問題があると考ええる。HCFA は出来高払いとは異なる規制をマネジドケア保険会社に行っており、マネジドケアに比べて出来高払いに関しては規制が弱い。

○メディケア加入者に占めるメディケアマネジドケア加入者の比率は、HCFA では 30% まで上がると当初予測していたが、現在は 17% 程度で頭打ちであり、再予測として 25% 程度までは拡大するだろうといていた。またエトナでは、むしろ今後減って行くと考えている。カイザーはどのように考えているか。

…エトナは営利であり、株主に配当を還元して満足を得なければならないから、そのような見解が出るのであろう。確かに 3~4 年間で毎年 2~3% ずつ加入者が伸びるといのは楽観的すぎるが、低い支払の地域の問題が改善されたり、メディケア基本プランにおける処方薬の給付について実現すれば、それはプラスの方向に動くだろう。

○カイザーはより多くのメディケア加入者を獲得しようと努力するのか。

…その通りである。非営利の組織であり、メディケアにおいて連邦政府と協力するよう委託を受けている。それと同時に、メディケア加入者の大部分は、長年被用者として民間市場における加入者の多く割合を占めており、カイザーは誕生から死亡まで引退後も含めて一生涯ヘルスケアを提供しつづけたと考えている。

○しかしもしカイザーがある地域で財政的困難に直面した場合は撤退を余儀なくされると思うのだが。

…カイザーは連邦政府と非常に強い関係を持っている。第 1 に連邦政府の職員の多くをカバーしており、第 2 にヘルスケアの規制に影響力を持っており、第 3 に HCFA やメディケアとの関係を維持したいと考えている。これは非常に重要であり、可能なこと全てを行う。カイザーは非常に大きなプロバイダーであり、政府への影響力を持ってそれを操縦することを望んでいる。

○しかしながら、新聞でカイザーが東海岸の一部地域から撤退したという記事を読んだが。

…メディケアが原因ではなく、全ての事業から撤退したのである。

○非営利の場合でも赤字を作ったら事業を運営できなくなるのではないか。

…その通りである。2001年以降には、保険料をこれまで徴収していなかった安いプランも、加入者へのコストシェアリング、つまり個人負担の増加をもたらさざるを得なくなってくると予想している。保険料の増加だけでなく、診察料の一部負担や薬剤費自己負担分の増加等も同時に起こるだろう。

○カイザーは拠点がある州では全てメディケア事業を展開しているということでしょうか。

…そのとおり。ただ、幾つかの州では、サービス提供地域が民間市場よりも若干狭くなっている場合もある。

(10)Palo Alto Medical Foundation

(面談者) Mr. David Hooper (Senior Administrator Clinical)

Ms. Joy V. Shoji(Contracts Manager)

①Palo Alto Medical Foundation の概要

Palo Alto Medical Foundation(PAMF)は70年前に、8人の医師が集まり Palo Alto Medical Clinic(PAMC)クリニックとして始まった。当時、異なる専門性を持つ医師同士が互いにリファーし合うというのは倫理的ではないと思われていたので、ある意味センセーショナルなことだった。1940年代から50年代にPAMCは病院を運営し始めたが、ちょうどその頃サンフランシスコにあったスタンフォード大学病院がパロアルトに移ってきたため、それと同時に Palo Alto Medical Clinic も全て一緒に移してしまった。その関係から、現在スタンフォード大学病院が PAMF の主な入院患者受入先となっており、スタンフォード大学病院のベッド占有率の30%がPAMFの患者である。1981年にPalo Alto Medical Foundation (PAMF) という非営利の団体を作った。その理由として、それまでは医師がその病院の土地や建物を所有しており、そのため新しい医師を雇うときに不動産の一部を持つことが必要となるが、それを購入するだけの資金がある医師は少なく、新しい医師を惹きつけることが出来なくなってしまったからである。つまり、不動産を基盤とした事業形態から離れるために、非営利団体を作ったのである。1950年から一応非営利団体の研究所を持っており、それを拡張するという形式を取った。創業時は7人の医師委員会で経営を行っていたが、現在では33人に拡大している。メンバーの中にはコミュニティーにずっと住んでいる人々も含まれ、ボランティアで無償で委員会の委員として経営に指示をしている。また非営利であることの利点は、患者からの慈善活動や寄付を惹きつけやすく、例えば最近建てた新施設の設立費12,500万ドルのうち4,000万ドルは寄付でまかなわれている。

PAMFは、実質的には2つの組織からなっており、1つは非営利の財団で、全ての土地を所有し、全ての契約をし、資金を集め、そこから経費を支払っている。もうひとつは、営利の医師達のパートナーシップであり、財団が医師からの医療サービスを提供してもらうために契約を結んでいる。しかし実際には1つの組織として機能しており、内部で働いている人々も2つの組織からなっているということ意識していない。それを表す例として、初代のPAMFの代表も現代表(Dr. Druker)も、営利の医師グループ側のチェアマンだったし、それ以外にも人材の交流は盛んである。

スタンフォード大学病院とはLoveとHateの関係がずっと続いており、そのためHMOやマネジドケアが入ってくる以前から、出来る限りの活動をPAMFの中で行い、出来る限りスタンフォード大学病院へ入院させることを避けるよう促してきた。そしてPAMF自体で、外科手術室や、放射線療法センター、化学療法センター、検査所、X線、超音波、CT、MRI等の映写室を独自に所有してきた。パロアルト地域にはそれら機械の製造会社が多く、彼

らとパートナーシップを結んでおり、新施設を建てる時にもスタンフォード大学が持っている以上の最新設備を完備させた。この結果、患者 1000 人当たりの平均入院日数については、65 歳以下で 150 日間、メディケアの患者の場合は 800 日（ナーシングホームへの滞在期間も含む）となっている。これは非常に低い数字であり、全米の他のクリニックから見学が集まるほどである。他では入院となるものでここでは外来で診察する具体例として、胃腸の出血の場合、チューブを入れて今実際に出血が起こっているかを検査するが、再出血の機会は非常に低いということに着目し、それを外来で 1 日に 1~2 回チェックし、その間患者は家に戻している。

PAMF では、200 人の医師が 5 個所の施設で働いている。患者総数は 170,000 人であり、65,000 人の人頭払いの HMO 患者、6,500 人のメディケア患者を診ている。年間 13,500 万ドルの収入のうち、半分が出来高払い、半分が人頭払いから入ってくる。この半分ずつという割合は、PAMF にとって非常に好都合であると考えている。というのは、ある処置をやめるという臨床決定を行うときに、出来高払いにおいてはもう収入が入ってこないわけだからお金を失うが、人頭払い側では既に支払われているからその分をカバーすることが出来る。その逆にある処置を追加的に行うという決定を行うときは、出来高払い側では新しい収入となるが人頭払い側ではその分お金を失うこととなり、どんな決定を行うにしても、事業の半分でお金を失い、もう一方でお金を得ることになるからである。

Pacific Business Group on Health という、300 万人くらいの労働者をカバーする最大の雇用主グループがあり、そこが行った調査結果の中で、患者の満足度についてこの地域で PAMF は最も高いとされている。

②患者管理 (Case Management) について

患者管理下に置かれている人は非常に少なく、ごく一部の人頭払いの患者に対してのみ、医師以外の第二義的な特定の人によって患者管理が行われているといえる。PAMF の中で処置を行う限りにおいては、どんなプランに加入していようとも全ての患者に同様に処置を施すよう医師に指導しており、人頭払いであれ出来高払いであれ、最も低いコストで最良の結果をもたらすことを第 1 の原則としている。いつ検査を行うか、専門医にいつ送るか等は、全て医師個人の正しい医学的判断に基づく裁量に任せている。患者が必要とする全てのサービスが利用可能であり、PAMF 内部である限りは誰かが認可しない限り処置を出来ないという状況は全く無いが、スタンフォード大学病院など外部との契約を行っているものについては、PAMF のメディカルディレクターによる承認が必要となる。また、医療の利用をチェックしている Utilization Nurse がおり、外部の病院へ依頼して入院させた場合にも、本当にその人が適切なケアを受けているか、そしてナーシングホームへ行って良い時期になったらすぐに移すよう、随時チェックを入れている。

また別の患者管理として、様々な医師判断にパターンを作り、そのデータベースを作ろうとしている。そして、医師の活動における不必要な処理を提示し、低コストで最良の成果をもたらす標準的なケアの実現を期待している。