

る職域保険（健保組合）と介護保険で力をつけつつある地域保険（広域国保イメージ）（双方で千程度）が、互いに切磋琢磨し、医療機関選択を行い、被保険者からは選択されるという、二重、三重の緊張関係のもとで、医療保険制度を担っていくということが望ましいのではないかと考えるが、今後の議論・研究の成果に待ちたい。

(b) 保険者の財政基盤強化

医療保険制度が財政面から崩壊の危機にあること、その主因が老健等の拠出金にあること、等については、先に述べた。

財政面においても、注目すべきは、2002年の「高齢者医療保険制度の創設」と拠出金の廃止である。高齢者の自助努力と公費の投入に加え、世代的連帯や共助の考え方に立つ、現役による高齢者のサポートは避けて通れないものと認識するものの、一定の歯止めや透明性や保険者等によるアカンタビリティー（説明責任）などが前提になることは理の当然である。そうでなければ、「患者主体」のもと患者・被保険者の理解と納得は得られない。

ただし、現下の国の財政状況や高令化を勘案した場合、健保組合として制度改正に過度の期待感を持つことは、自戒したい。期待感が高ければ高ただけ失望感もまた大きいことを憂えるからである。

どのような、制度が創設されても、医療費とりわけ老人医療費の増高圧力は強く、一方、標準報酬月額が今後順調に増加していくことは考え難い。かつてのバブル崩壊以前の「古き良き時代」への幻想は捨て、財政状況が厳しいのは常態であると腹を括ることが必要と思われる。このことによって、構造改革実現へのあくなき意思と行動、腰の入った共同事業の拡大・強化、医療費節減や合理化へのたゆみない自助努力、という三位一体をなした不断の経営努力を積み重ねる性根が定まる。健保組合幹部は、目先の現象に一喜一憂せず、中長期的視野に立った一本筋のとおった事業展開と、透徹した経営判断が求められることになる。

(c) 保険者権限の強化

「患者主体」の体現者と位置づけられる保険者が、責任ある経営を逆風の中で推進していくに当たっては、更なる規制緩和や、保険者権限の強化が必要不可欠である。

まず、規制緩和であるが、国（実施庁は除く）が全てに目を光らすことはやめ、原則としてルールづくりとルール違反の監視・制裁、プレーヤーの動きやすい環境づくり、にその役割を限定し、健保組合などのプレーヤーが自律的に事業運営を行い、結果について責任をとるとするのが、望ましい分担関係であろう。かような見地に立てば、例えば、軽微な不動産処分や医療機関経営への民間参入などは、当然規制緩和の対象になるだろう。ここでは、これ以上、個別論に踏み込むことは差し控えるが、このような考え方に立てば、まだ

まだ規制緩和の余地が大きかろうことは想像に難くない。

患者調査権の必要性については、既に述べた。「患者主体」論は更に主張を裏打ちする。患者主体を体現する保険者が患者と連絡を取り合う、調査をお願いする、ここに一体何の問題があるというのだろうか。

医療機関調査権も、少なくとも、医療費請求のチェックのためには認められるべきであろう。支払い者として、請求内容を最終的に確認してから払うのは医療に限らず極く当たり前のことである。

保険者による医療機関の選択と契約については、フリーアクセスとの関係もあり、道は険しい。当面の対応と将来の展望を分けて考える必要があろう。

まず、医療機関の選択・契約ができるだけの情報の蓄積と分析と評価が必要になる。その上で、当面、推奨医療機関には、附加給付において優遇措置をとることなどによって患者等をガイドしていくことが考えられる。この手法であれば、法令にもフリーアクセスにも抵触しない。

将来的には、保険者の統合・再編の項でも述べたように、保険者は医療機関を選択し、一方被保険者からは選択されるという厳しい関係が、(アクセス面で一部制約は受けるものの)、医療の質と効率性を担保するという意味で望ましいものとする。

2) 「患者主体」の情報システムの構築

① 情報分野における「患者主体」確立の必要性

保険者機能を論ずる場合、「情報」の位置づけが極めて重要であるとの認識の下に、先に、医療・医療機関情報を中心に、情報開示、医療費の請求・審査・支払い、医療の標準化・医療機関評価、被保険者のカード化等の現状や問題点等について眺めてきた。全般的に言えば、医師から患者への情報提供は進みつつあるが、基盤整備の遅れや、医療機関側の抵抗感や、更には、諸規制などから、行政、医療機関、保険者、患者・被保険者等、健康と疾病に係わる関係者間において情報の「共有」レベルまでは、到底到っていないということである。また、欧米諸国との対比においても、情報化の遅れは看過できない状況にある。

こうした遅れの原因は、上に挙げた、基盤整備の遅れなどによることは、疑いないが、その根底や底流には、「患者主体」、つまり、「患者のための情報」であり、「情報の主人公は患者である」、という認識の希薄さがあつたのではないか。医療機関のための情報化であつたり、医療費支払いのための情報化だつたのではないか。「患者主体」を常に意識することによって、強い使命感や目的意識が前面に出、関係者の自己完結的な思考や利害は背景に退く。かような、理念的・観念論的側面だけでなく、「患者主体」は、システム設計の考え方にも影響を与える。この点は、次項以降で触れるが、ここでは、「情報」分野においても、「患者主体」を確立し、貫徹することの必要性とその推進役としての保険者とりわけ健

保組合（組合方式）の重要性を再度強調しておきたい。

② 「患者主体」の視点からの「情報」の見直し・改革

(a) 医療・診療情報の基盤整備・充実化

わが国においては、医療・診療そのものの標準化が手法の導入開発を含めて遅れていること、その表裏の関係で、医療用語・コード（病名、医薬品コード等）の統一も遅れていること、全般にIT化が遅れていること等、情報の基盤整備が遅れがちであったこと、関係者の問題認識も深まり、足元で徐々に改善の動きがあること等については、先に見たとおりである。医療における情報の基盤整備の遅れは、医療そのものにとって大きな問題であるが、患者主体の医療や保険者機能を論ずる場合にも重い足かせとなる。良い医療機関で良い治療を受けようにもデータそのものがないか、あっても整合性がなければ、分析も検証も推奨もできない。

ここでの健保組合（健保連）の主要な役割・機能は、関係者と連携を図り、様々の手立てを講じて、極力早期に、次の事項を推進していくことに尽きる。

- ☆ 診療ガイドライン、クリティカルパス、EBM等診療の質を確保する手法の導入・整備
- ☆ セカンドオピニオン、ピアレビュー等第三者評価手法の導入・整備
- ☆ 傷病名、診療行為、検査等医療言語の統一化、
- ☆ 疾病コード（国際ICD分類）、医薬品コードの統一化
- ☆ 医師教育（特に臨床研修）の充実と診療情報管理士の育成・配置
- ☆ DRG、RUG等疾病分類、分析手法の充実・強化
- ☆ 患者受付オーダーリングシステム、電子カルテ、医事コン、レセプト電算化等、ITインフラの整備とネットワーク化

とりわけ、共通言語・コード統一は、全ての情報の基礎となるので、行政がコーディネータ役を担い、関係者の衆知を集め、汎用性ある体系とすることと、迅速に推進することが必要不可欠である。時間がかかるようであれば、重要項目等最小限の共通化をまず行い、順次拡大を図るという方策も考えられる。

また、ITインフラの整備は、電子政府を呼号し、目指している今が予算の獲得等のチャンスでもある。

(b) 医療機関との情報共有の推進

医療機関の情報開示が不十分ながらも、急速に進み出したことと、保険者や患者等と共有レベルまで至っていないことについては、再三に亘って述べた。

「患者主体」の視点から見た場合、保険者機能を発揮するアプローチには、二つある。

一つは、基盤整備の推進と同様のアプローチで、主として健保連を通じて、医療等の透明化と患者への情報開示・共有を推進していくことである。既に述べた内容が多いので、ここでは、推進すべき項目の列挙に止める。

- ☆ インフォームド・コンセント（特に文書化）の推進
- ☆ 医療機関広告の原則自由化（禁止事項の限定列挙）とインターネットを用いたより詳細なPRの一般化
- ☆ カルテ、レセプト等、診療記録開示の推進
- ☆ 明細付き領収書発行の推進

二つには、保険者が患者のエージェントとして、多岐に亘る情報をフィルターにかけ、食べやすい形で提供していくことである。

そのためには、情報提供・収集に係わる障害物と保険者の力量に係わる障害物を乗り越える必要がある。

前者の中で、情報基盤の遅れとその推進の必要性については既に述べた。また、支払基金や行政の情報提供の不十分性等についても見てきたので、ここでは確認的に、改善・改革すべき点を簡潔に述べたい。

支払基金については、まず顔の向け方をせめて中立にして、委託元である保険者への、情報の開示・共有を求めたい。次に、情報の元となるレセプト様式・記載事項の改善、三点目は、レセプト電算処理システムの推進と磁気媒体による提供内容の見直し・強化、四点目は、審査体制の充実・強化（支部間の格差是正を含む）、五点目は、事務処理の効率化・合理化である。最後になるが、一次審査を、支払基金に委託するか、自ら行うかは、委託元である健保組合の判断に委ねるべきである。事務的には、煩瑣になる面もあるが、健保組合の自律性を高め、また、支払基金に危機感と競争意識を醸成することにもなる。

行政については、ここでは、自ら保有する情報の前広な提供と、情報共有推進のためのコーディネート機能の発揮を要請したい。

後者の保険者の力量に係わる問題であるが、情報収集能力、分析・解析能力、PR能力など、従来に増した実力涵養とその発揮が必要である。健保連と個別組合によって求められる役割は異なる。

健保連は、個別組合とは比較にならない数多くの様々な貴重な情報が集まる。その情報を基に、自ら又は関連機関と協力して、医療機関評価や選択に係わる手法の開発や調査研究を行うとともに、各健保組合への情報の提供、更には、国民一般に対する分かりやすい情報提供が求められる。

個別組合は、地域の医療等情報、患者等情報に密着している特色を生かし、木目細かい情報提供を行う必要がある。成否のポイントは、一つには、事業主との連携による体制整備、二つには、医師、保健婦等医療専門スタッフの活用、三つには、IT環境の整備とその有効活用、があげられるが、何よりもまず、組合幹部の情報提供へのあくなき意欲が重要である。

立場上の制約のある健保連や、情報上の制約のある個別組合に代わって、第三の道として、先にも触れたが、地域の健保組合が協力して共同事業的に、レセプト情報・同過誤情報や患者アンケート等による医療機関評価の模索の動きが見られ、注目される。こうした、組合方式ならではの共同事業による先駆的試みは、障害物を自ら超克し、突破口を開けるものとして高く評価するとともに、今後とも推進していかなければならない。

(c) 保険者、患者間での情報共有の強化

「患者主体」を標榜し、患者等の強力なエージェントとして機能を発揮するたには、保険者、患者間での情報の共有が必要不可欠である。先に、医療費通知の問題、被保険者証のカード化問題、ホームページ等ITの活用、保健事業など、情報共有に係わる現状等について眺めてきた。

ここでも、既述したことの再説はできるだけ避けて、推進すべき項目の列挙と特に強調したい事項について述べることにしたい。

まず、推進すべき項目であるが、確認的に列挙すれば、次のとおり。

- ☆ 医療機関からの明細付領収書と健保組合からの医療費通知の照合の推進
- ☆ 被保険者証のカード化（ICカード）の推進
- ☆ ホームページの開設等ITの活用と情報提供の強化
- ☆ 被保険者（家族を含む）全体の健診データ・疾病データの分析と提供（事業主健康管理部門との連携、プライバシーの保護・守秘義務前提）
- ☆ 被保険者（家族を含む）個々人の健診データ・疾病データの提供（事業主健康管理部門との連携、プライバシーの保護・守秘義務前提）
- ☆ 健康の維持・増進と疾病予防に直接係わる保健事業への重点化（健康日本21運動と連携した形での保健事業の展開）
- ☆ 医師、保健婦等医療専門スタッフ（内部・外部）の活用
- ☆ 相談窓口の設置による苦情・相談対応
- ☆ 患者アンケート調査等、患者情報の収集

情報の共有のためには、保険者から患者等へ「役にたつ情報」の提供がまずあって、そのことによって患者等が保険者を信頼し、患者等からも情報が集まってくるという良い循

環が生まれ、蓄積される。言葉としては簡単なことであるが、保険者としては、長期に亘る、絶えざる智慧と工夫と熱意が必要不可欠であることを改めて強調しておきたい。

③ 「患者主体」の視点に立つトータルネットワークシステムの構築

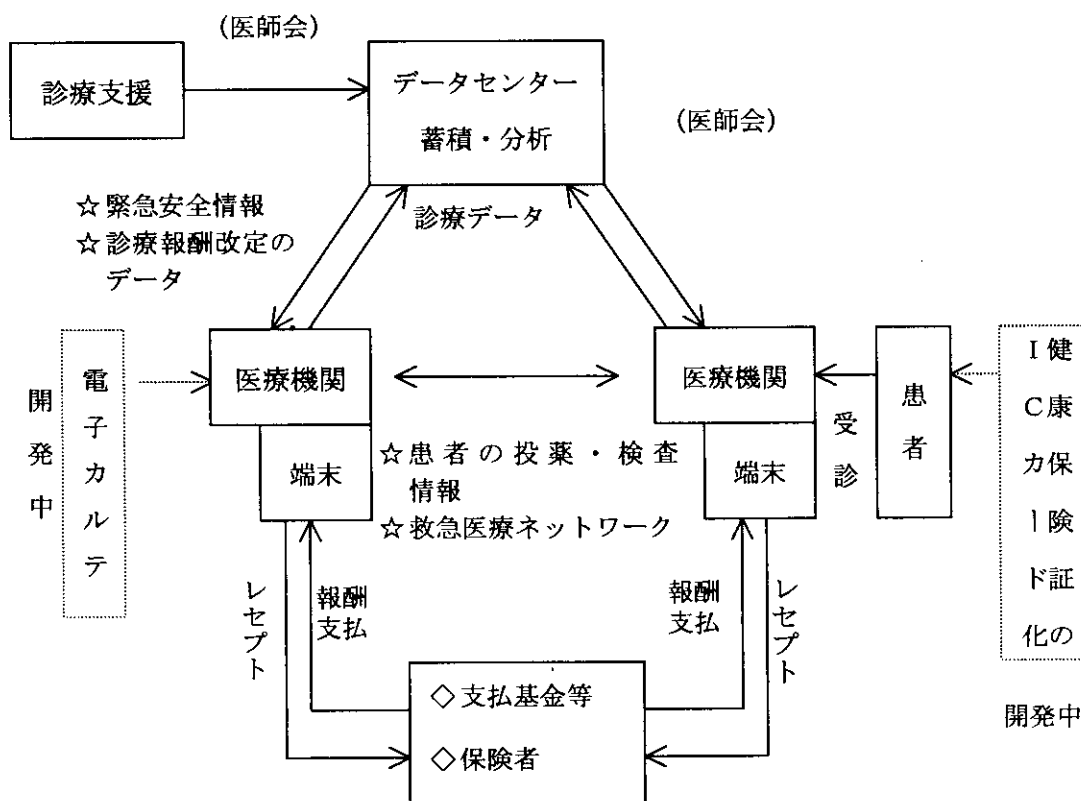
これまで、「患者主体」の視点に立って、「情報」の現状と問題点、更には改善・改革すべき事項について、述べてきたが、主として一定の「系」に属する個別事項についてであった。

ここでは、中長期的視点に立って、「情報」の将来像（全体像）、トータルネットワークシステムとでも称すべきものを考えてみたい。

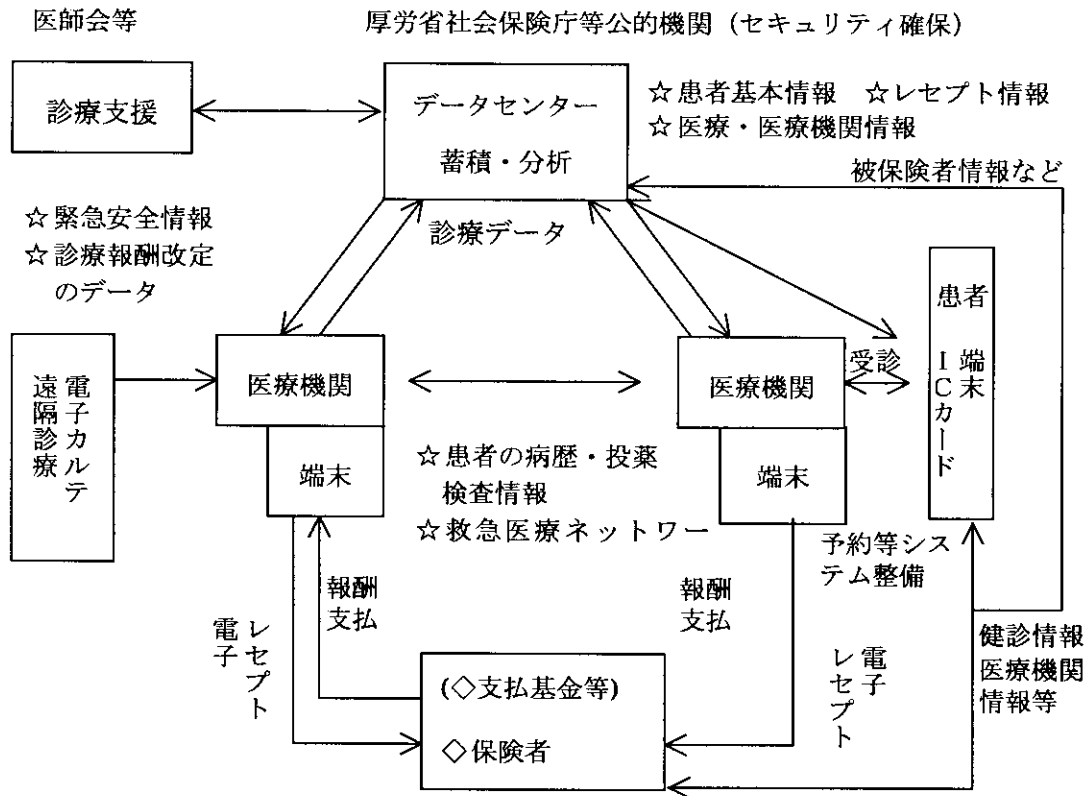
まず、図1に、医師会による医療機関の新たな情報ネットワーク案（以下「医師会案」という。）と言われているものを掲げ、次に、図2として、「患者主体」の視点に立つトータルネットワークシステムを示す。

〔図1；医師会案による医療機関の新たな情報ネットワーク〕

（出所；2001.1.18 日本経済新聞の記事、2001.3.12 「週刊社会保障」の記事を中心に著者作成）



〔図2 ; 「患者主体」のトータルネットワークシステムーク〕



(a) 医師会案による医療機関のネットワーク化

医師会案といわれる医療機関のネットワーク化は、これまで遅れていた、医療界のIT化と医療システムを、次のとおり、底上げすることは間違いない。

第一に、個々の患者への投薬や検査等の診療内容を電子カルテとして、医療機関が共有することから、同じ検査や治療を受ける患者の負荷や、無駄が省かれ、医療の効率化に繋がるものであること。第二に、ネットワークを活用して、新たな感染症や薬の副作用などの医療情報を瞬時に流せるので治療や予防に役立つこと、第三に、レセプト請求もオンラインで処理するのでチェックが容易になること、第四に、診療報酬改定時にはネットを通じて修正するので、計算ソフト買換えが不要になること、第五に、統計データの収集ができることなど、である。

医師会としては、オンラインレセコンシステムは、2002年3月に本格運用し、4月に予定されている、診療報酬改定に備えたいとし、電子カルテも2002年導入を目的としている。将来的には、EBMの基礎データの蓄積や診療ガイドラインの提供も視野に入れるという野心的なものである。

かように、医療の標準化とIT化に資するシステムであるが、患者の影が薄いことが気になる。患者は、医療機関のネットワーク化の反射的效果として、「はしご受診」の場合の二重の投薬や検査等から免れるに過ぎない。また、患者の医療情報へのアクセスは、医師を通じた間接的なもので、自ら主体的に係わることはできない。これは、先に述べた、被保険者証の個人カード化において八代市の試行の方向に反して、個人カードの材質を任意にし、被保険者を中心に据えた統一システムを放棄・先送りしたと奇妙に符合する。

医療機関中心ではなく、患者・被保険者を医療情報システムの中核に据えてこそ、医療情報ネットワークが生き、本来の機能を発揮するのではないか。

(b) 「患者主体」の視点に立つトータルネットワークシステムの構築

ここで「患者主体」の視点に立つネットワークシステムの構築を提案したい。

「患者主体」のネットワークシステムは、患者に係わる情報であれば、患者が、「いつでもどこでも何にでも」アクセスできることを基本概念とする。

自宅や医療機関、健保組合等に設置された情報端末から、ICカードと電子個人認証(識別)によって、データセンターや医療機関や健保組合などにアクセスし、必要な情報を得る。データセンターは、公的機関とし、全てのデータの保管とそのセキュリティ確保に責任を持つ。医療機関や健保組合からのアクセスについては、アクセス制限・範囲限定など守秘義務に係わる嚴重な注意を払うが、患者本人には完全フリーとする。

医療側の言い分(逃げ)として、患者が病名を知りたがらないケースがままあるので、完全にフリーにするわけにはいかない、という。このような議論は欧米ではあまり聞くことはない。わが国の患者の意識、死生観の問題にも波及しかねないテーマではあるが、アクセスするかしないかは本人の判断、選択なので、仮に重篤な病名を知ることになったとしても、やむを得ないものとして克服する必要があるだろう。

医師会案に比べると時間軸においては、より長い期間(2010前後)を考えているが、問題は期間の差異にあるのではなく、「医療機関主体」で構築するか「患者主体」で構築するかの差異にある。

我々健保組合は、「情報」の面でも「患者主体」を貫かねばならない。

逆説的ではあるが、医療機関と健保組合と患者等の情報力にそれほど差がなくなり、「情報の非対称性」なる言葉が消滅する時こそ、「保険者機能」という言葉もまたその任を終える時となろう。

- 1) 本稿での「保険者機能」は、「医療保険制度の運営に係る保険者としての自立的活動」といった意味で用いているもので、厳密な定義ではない。
- 2) 医療保険制度の概要については、毎年の厚生白書の「制度の概要および基礎統計」編等社会保障関係資料には数多く掲載されている。
- 3) 例えば、支払基金本部理事会（中央）、支部幹事会（地方）において、保険者代表として健保連（健保組合）、政管健保が参画しているが、健保連（健保組合）と医療提供側の論議の際にも、政管健保は行政機構の一員としての意識が強いのか、支払基金との仲間意識があるのか、まさに「静観」と揶揄される態度を取りがちであるし、中医協の場には、「国保中央会」代表も支払い側として出席するが、支払団体としての統一行動には二の足を踏むということも良く聞くことである。
- 4) 健保法第 22 条（保険者）

健康保険 ——ノ保険者ハ政府及健康保険組合トス

「健康保険事業は、保険方式による社会保障的施策であるから、本来国が行うべき事業であり——健康保険組合は、本来国が行うべき事業を、国に代わって行うもの、すなわち、代行的性格を有する機関と考えられる。」

（『健康保険の解釈と運用、第 10 版』（法研）1999 年、379 ～ 380）

- 5) 健保連「組合決算概況報告、1998 年度（平成 10 年度）版」より。
- 6) 健保法第 9 条ノ 2（医師等に対する質問・検査等）、同法第 43 条ノ 3（保険医療機関又は保険薬局の指定）、同法第 65 条（強制診断等）の解釈により、健保組合は、現金給付（患者、被保険者）についてのみ、調査権ありとされている。
- 7) ただし、健保法第 43 条ノ 9（療養に要する費用の額）第 3 項、及び保険局長通達（1957 年 9 月 2 日保険発第 123 号）により、従来から割引契約が認められていた保健所、国立療養所、事業主病院との間で割引き契約を締結することが可能とされている。
- 8) 介護保険料の徴収については、老人定率 1 割負担等一連の法改正（2001 年 1 月施行）の中で本文に記すとおり、健保組合の判断でいずれを選択するか決定できることとなった。ちなみに当健保組合においては、両年度均等上乘せ方式、標準報酬比例方式を選択した。
- 9) 健保連「健康保険組合の適正規模に関する調査研究事業報告書」（1997 年度）によれば、保険数理から見た適正規模は次のとおり。
 - ① 給付変動範囲 10%で危険率が 10%となる条件 → 7,700 人規模以上が
（保険給付額が平均より 10%以上になる確率が 5%） 必要
 - ② 給付変動範囲 10%で危険率が 20%となる条件 → 4,700 人規模以上が
（保険給付額が平均より 10%以上になる確率が 10%） 必要
- 10) 「受療行動調査の概要 1999 年」（厚生省）（有効回答数 192 千人）では、かかりつけの医師がいる者は外来、入院とも 63%となっている。

病院を選ぶにあたり「参考にしたものがある」者は外来で 31%、入院で 28%となっており、「参考にしたものがある」者について、その情報を見ると「家族・友人・知人から聞いた」が最も多く、外来で 74%、入院で 70%となっている。一方、「広告を見た」は外来、入院とも 4%、「刊行物や番組を見た」

は外来で2%、入院で3%、「インターネットを見た」は外来、入院とも1%弱、「保健所など行政機関で聞いた」は、外来で4%、入院で7%といずれも極めて少ない。

- 11) 「同上調査の概要」では、説明を受けた者が85%、詳しい説明を受けた者が49%となっており、説明を受けた者について、その内容を見ると、「病名・病状」が外来75%、入院83%と最も多く、次いで「治療の方法」が外来58%、入院70%となっている。
- 12) 支払基金から健保組合へレセプト内容の磁気媒体での提供が、1999年度から始められたが、OCR処理データ(全体の8~9割)に限定されること、データ項目が少なく健保組合のレセプトデータ入力作業がなくなる事、等から当面具体的メリットが少ない。上記問題がクリアできれば、データ処理手順が一工程省略でき業務効率向上が図れる。
- 13) 健保組合の施設保有状況を1996/3と2000/3で比較すると次のとおりで、保養所の減が著しい。(「健康保険組合の現勢(健保連)」より)

	1996/3	2000/3	増減率(%)
組合数	1,819	1,780	97.9
	(16)	(14)	(87.5)
病院数	19	17	89.5
	(124)	(116)	(93.5)
診療所数	311	294	94.5
	(147)	(141)	(95.9)
健康管理室数	427	405	94.8
	(761)	(684)	(89.9)
保養所数	1,839	1,598	86.9
	(73)	(63)	(86.3)
事業主病院数	143	144	100.6

※上段()内は保有組合数等

第 1 1 章 米国マネジドケアと保険者機能の強化

川崎医療福祉大学大学院

西 田 在 賢

1. はじめに

今、世界各国で行われている医療改革（ヘルスリフォーム）の中身は、医療財政改革であり、多くは医療保険改革のことにほかならない。

ところで、わが国国民福祉の象徴である公的医療保険制度を考えると、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。

福祉国家の先鞭をつけた英国にあって、現首相のブレインの一人である社会学者アンソニー・ギデンズ博士は最近の著書『第三の道(The Third Way)』の中で「福祉とはリスクの共同管理である」と唱えており、この新定義に則れば、福祉国家の大きな課題の一つである医療保険は、保険事業の主要関係三者（国民患者、保険者、医療提供者）の間でリスクの分担を協議することが求められることになろう。

ちなみに、私がこれまでに米国マネジドケア保険を考察したところ、その進展は三者間のリスク分担を明らかにしようとしていることが分かった。

そこで、本稿ではその考察を時系列的に説明することで、米国のマネジドケア保険の意味合いを整理し、なぜ米国マネジドケア保険の試みが結果として医療保険における保険者の機能を強化することになったのかについて考えてみたい。そして最後に、わが国医療保険改革へのメッセージについても考えてみたい。

2. 米国マネジドケア保険の考察

(1) マネジドケアの動向をみる

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リサーチフェローとして籍を置き、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。

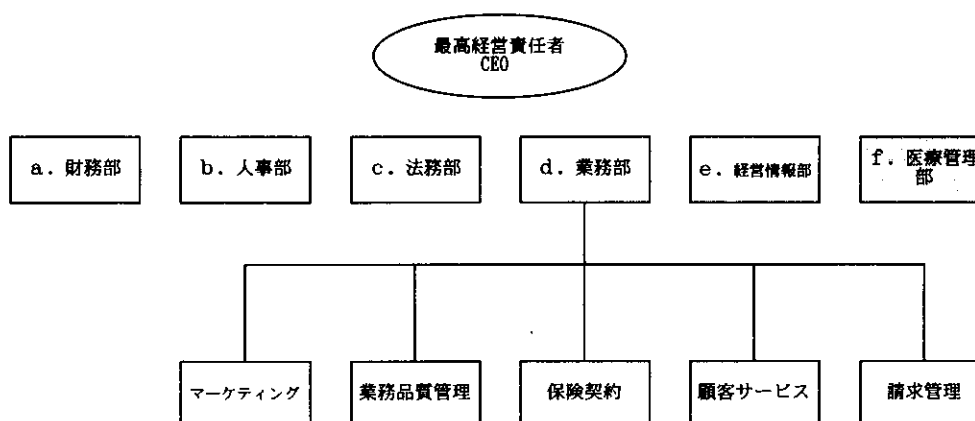
その理由を理解するためには、マネジドケア組織の中核であるマネジドケア保険HMO (health maintenance organization) の普及の実態を観ることが重要と考える。

まず、マネジドケア保険HMOの普及は、米国では州によって様々であるから、研究者が身を置く州によって問題意識に明らかに差がある。

また、たとえばよく知られる全米マネジドケア保険のディレクトリHMO/PPO Directory1997 (MEDICAL ECONOMICS 社刊) 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もしくは定義の混乱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。

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1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。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1 HMO事業組織に備わる部署概要



出典：西田在賢 1999「マネジドケア医療革命」日本経済新聞社

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。

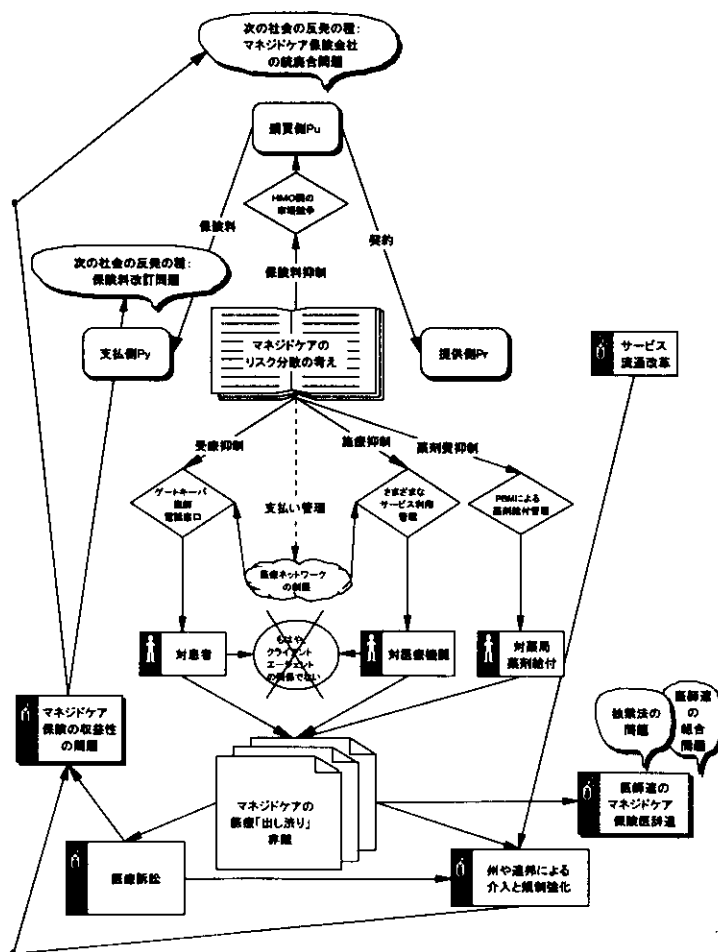
マネジドケア保険業の規模は、97年時点でも優に20兆円は超えたものと、私はみている。このような巨大な産業の成長過程では、図2に描く因果関係図で説明するような、多くの米国民を巻き込んだ社会問題が生じていた。その背景には、74年成立の、事業主が被用者に提供する福利厚生プラン規制連邦法（Employee Retirement Income Security Act）以来、医療保険者であるHMOは、不十分な医療のため健康を損なった患者に対する法的責任を免れてきた。つまり、この法律では、保険給付の拒否や制限によって患者の治療・生命に問題が発生した場合には、拒否・制限された保険給付の履行を求めて訴訟を起こすことは認められているが、保険会社に対して医療過誤責任を問うことは認められず、医療過誤責任はあくまでも医療提供者が問われるべきとしている。そのため、裁判所は従業員給付プラン下での医療過誤に関係する訴訟をことごとく退けてきた。しかしながら、最近になって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きた。

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、99年に、上院では7月に、下院においては10月に相次いだ「患者の権利法案」の通過につながっている。ところが、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、また、上院の法案には患者がHMOを訴える権利がといったように、患者の権利法は両院で内容が揃っておらず、摺り合わせは昨年2000年夏時点でも合意が為されたとは聞かない。このことはこの年にあった米国大統領選挙が影響していることは云うまでもない。そのため、マネジドケア保険の規制に関わる本格的な政策及び政治的活動は、本年2001年に現れるものと予想される。

一方で、マネジドケア保険会社HMO側では、たとえば99年11月上旬、ユナイテッド・ヘルスケア（United Health Care Group）が、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、患者と医師との間に入って治療方針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、引き続き実際にかかった医療費を調査して、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、すくなくならず

業界の動向に影響を与えている。

図2 マネジドケアに対する社会の反発の背景
(1999年2月頃までの様子を描く)



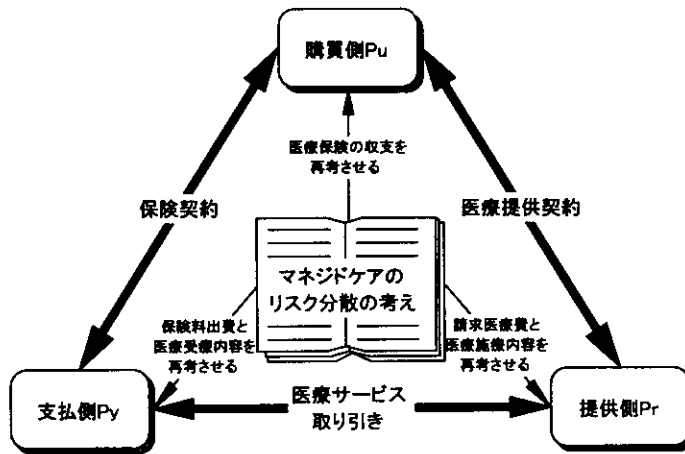
出典：西田在賢 1999 「マネジドケア医療革命」日本経済新聞社（但し、一部情報を追加して改訂）

(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99年末から大きな変化を呈し始めている。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3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。

図3 マネジドケアの存在意義

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」日本経済新聞社

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。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。

すると、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型になると契約医師以外でも条件付きで診てもらうことが可能となって、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増えるのでプロバイダ側の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。

さらにMI型では、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。

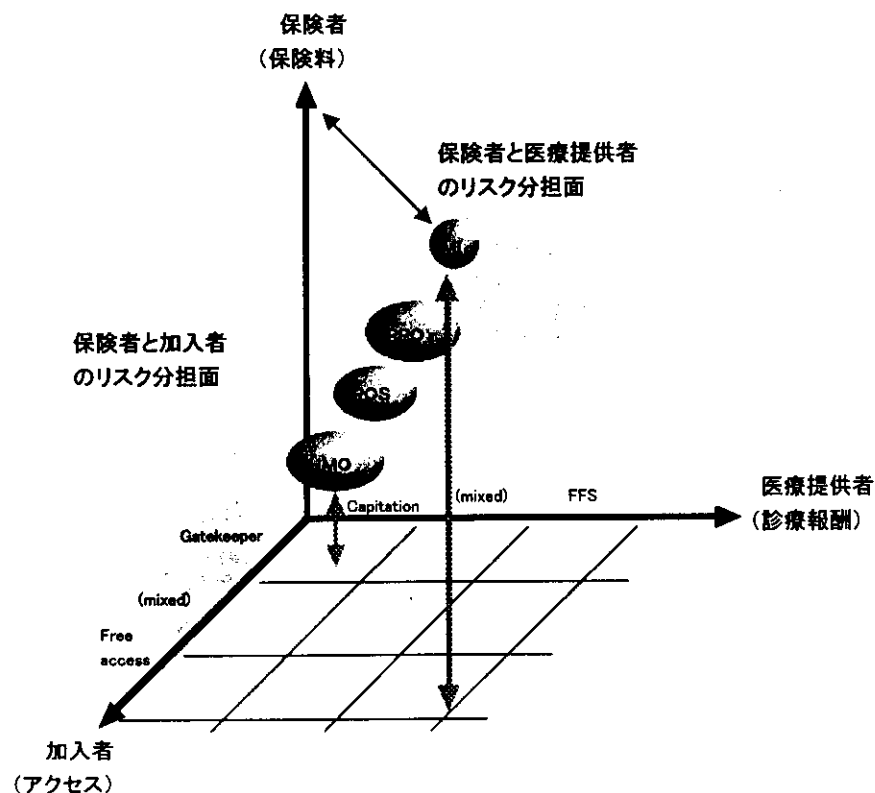
話の順序が前後するが、POS型は、融通の効かないHMO型には不満だが、PPO型の保険料は高くても手が出ないという人達に向けて、その中間の条件の保険商品として出現している。

以上の事柄を視覚的に表すと図4のようになる。つまり、マネジドケアはこのようにして「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のである。

実際には、保険タイプ間で図4に描くほどの極端な保険料差にはならないようである。私が聞くところでは、99年秋頃で、あるマネジドケア保険会社の場合、保険料月額はおおよそ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、今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。

図4 マネジドケア保険にみる三者間の経済リスクの分担 (西田在賢コンセプト研究より)

マネジドケア保険の種類を医療サービス取り引きにおける三者間の
リスク分担の大小で考えると…



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)」を導入していた。いわゆるメディケア HMO である。ただし、この当時にはマネジドケアという概念が、米国にも未だ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べき初期の HMO では、事業がなかなか軌道に乗らず、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（むしろ言葉か？）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 はより企業的な活動をするようになり、加入者獲得のためのサービス競争も本格化した。（このような変身を遂げた現在の HMO を、それ以前と区別する意味で私はマネジドケア保険会社 HMO と呼ぶようにしている）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 の受給者の数が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 万人程度でしかなかったのが、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・プラス・チョイス (Medicare+Choice) と改められた。このことは、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いえる。

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 からの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、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 ヘルズネットは 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 ユナイテッドヘルズ社が約 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・ヘルズ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危機を報道し、「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し回る事態に陥った」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、高齢者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ということで、委員長のプロー上院議員 (Mr. John Breaux、民主党) よる「3 月の発表を目指して報告書作成作業を進めている」という内容の短い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」として次のように簡潔に五つに問題を整理するところから始めている。

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 (98 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。

つぎにその内容であるが、私が理解するところでは以下の通りである。

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、（マネジドケアの）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、最近の議会の対応はパート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、最近の基金間の資金の移動や提案される保険料への疑問ゆえに、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を合併して一つの基金にしたほうが、誰がメディケアの資金を支払っているかが明確になるとともに、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とのことである。

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」と訳すことにする。

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特には言わない) 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均すと全国加重平均保険料の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、この数字を得たという)

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、全国平均の水準で取り計らうという。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役目を負う。

法律によって明記される標準的な保険給付内容は、現行のメディケアの法規の下でカバーされる全ての医療サービスから成るものとし、こ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一方で、メディケア・ボードでは、彼らが提示する保険料全てについて、保険事業運営上、現実的に十分であるか否かについて厳密な審査を行い、内部留保の適切性や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について財政的に保険者自らの力で給付を継続できること確かめる。

政府管理保険、民間保険とも、基本的な給付内容の他に追加的な給付を行うことが認められると同時に、とくに、外来患者のための処方箋薬剤給付や患者負担を制限する加入者保護を考慮した、多くの保険選択肢を提示することが求められる。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保険であろうと、別途、標準内容を越える給付コ