

市（小金丸良次長）の報告参照（同122頁以下）。

④国保制度や財政状況への理解を深めるための情報提供活動が重要である。なお、地方の小規模の保険者において保険料の徴収率が高い事例が目立つ。国保加入者が協力して国保財政を支えるものだとの連帯意識は保険料納付率の向上に関係していると思われる。

（2）医療費の適正化

医療費の請求支払いは、毎月単位で行われている。その概要と合わせて述べる。

①請求

- ・国保医療費の請求は、医療機関から各都道府県の国保連合会に対しておこなわれる。
- ・請求は、当月診療分までを翌月10日までにを行う。

②国保連合会の審査

・国保連合会は、国保保険者（国保組合を含む）により構成される保険者の団体である。審査は、形式的な内容点検、診療報酬体系への適合性確認と医学的な妥当性評価に大別され、医師による診療報酬審査委員会が行う。なお、国保連合会の職員が、請求明細書の内容の予備的チェックなど審査事務の支援を行っている（「事務共助」という）。

③保険者事務の共同処理

・国保連合会は、多くの保険者からの委託を受けて、個別の保険者が行う事務の一括（共同）処理を行っている。

・審査支払い事務関係では、

a. 請求明細書が資格ある被保険者に関するものであるか（資格点検）

b. 請求明細書が前月までの受療の状況からみて保険給付として認められる内容か（「縦覧点検」

を行っている。これらは、市町村の磁気データや前月までの審査支払いの磁気データなどを活用して電算処理によって行っている。

④審査決定額の支払い

・支払額を審査決定すると、各保険者にその加入者分の所要額を請求して受領のうえ、医療機関に支払う。

・支払いは、翌々月末日までに行われる。

⑤課題－審査の充実

・請求内容の適正な審査のため、審査の方法を常に工夫していく必要があり、国保連合会の事務局の審査委員会支援体制の強化が課題である。そのための手段として、事務処理過程の機械化、電算システムのより効果的な利用も課題である。

⑥課題－事務の効率化

・審査は、基本的に紙の請求明細書による。結果を磁気化して計算処理している。電算処理化は充分とはいえない。

・審査段階で請求情報を磁気化して扱えば、より効率的な処理が行える可能性はあるが、磁気化の経費の問題がある。

・請求省令上特例として規定されているFDによる請求が一部の医療機関で行われているが、現在で約250機関にとどまり、あまり普及していない。

なお、全国保連合会ではFD請求を処理できる電算システムを準備済である。

〔参考〕介護保険の請求支払いシステム

・2000年5月から始まった介護保険の介護給付私費請求払いの業務においては、請求はすべて国保連合会が受付けて処理をする。

その事務処理は、磁気情報による電子請求を原則として構築された。なお、基幹である国保連合会の電算処理システムは、国保中央会が各国保連合会共通の標準のシステムを開発し提供している。

・法制面では介護保険の請求省令で、介護給付費の請求手続きについて原則「伝送または磁気媒体」による請求と規定している（小規模の事業所の請求について例外として暫定的に、紙の明細書での請求も認められている。）。

・2001年2月の請求では約7万4300の介護サービス関連の事業所からの請求は、請求手段についての事業所数の割合でみて、回線による「伝送」35%、FDなど磁気媒体の提出25%、紙の明細書提出40%である。なお、請求明細件数の多い事業所は磁気請求システムを採用している傾向にあり、請求明細書数では既に70%以上が電子請求である。

・この結果、国保連合会の事務処理は大幅に効率化が進んできている。

・なお、保険者への請求明細情報を磁気情報で提供する、請求事業所への結果通知を伝送するなどシステム化されている。

・この経験から、我が国の情報処理システム開発関係者のほか、介護保険関係者の一般的な情報処理能力の高さが窺われる。

⑦医療保険でのシステム化

・医療保険の分野でも、請求明細情報作成のより効果的なシステム化、医療機関への普及の促進（環境整備も）が課題である。さらには、効果的なシステム化ができるように考慮した診療報酬体系の検討も、技術的には課題である。

・また、現在実施されている特例のFD請求に関連してはさらに、介護保険で技術的に確立し実用化されている伝送請求を進める余地がある。

（3）保健事業

①保健指導

・相談、啓発活動により、無駄な受療に対する問題指摘も行われている。

（同じ疾病について複数の医療機関にかかることの問題など）

②健康づくり

・地域住民の健康な生活は、国保事業者にとっても望ましい。

・保険者がそのために活動を積極的に行っている事例は多い。

③国保の保健事業活動の実例については、平成11年度報告書の石川県七尾市（高橋勝

美課長)の報告を参照(同91頁以下)。

④今後の課題

- ・国保の保健事業の今後の中心的課題は、高齢者である。
- ・国保は、地域の人的・組織的・物的資源を効果的に活用できる環境にある。この特性を活かし、地域住民のつながりや福祉関係者との連携なども視野にいて、需要・供給の両面で地域の実情に応じた保健事業の展開が望まれる。

4. 国保連合会の機能

国保連合会は、保険者団体として、大別して2つの保険者の機能を、果たしている。

(1) 診療報酬の審査支払い

- ・手続の流れは3(2)に記述
- ・保険制度では、本来であれば、a医療機関が診療した患者(被保険者)を区分して所属保険者あてにそれぞれ請求する(被保険者はどの医療機関にも受診(フリーアクセス)できる制度であるため)、b保険者はその内容を審査決定し、各医療機関ごとに支払う、という業務の流れである。現行の仕組みにより、医療機関、保険者とも所在地都道府県の国保連合会ひとつを相手にすればよく、両者の事務の簡素合理化のために機能している。

・なお、国保中央会は、国保連合会全体の事務処理の効率化のため、国保連合会の審査支払い関係事務処理システムを標準化した電算処理システムを開発し、全国の国保連合会への普及を推進している。

(2) 保険者事務の共同処理

個々の保険者の業務の委託を受け共同して処理する。以下に例示する。

- ・電算処理システムによる事例を、3(2)に記述
- ・電算処理による被保険者証の作成
- ・患者の請求明細書(レセプト)情報を整理し保険者の保健事業のために提供
- ・保険者の保険料や医療費支出費などの関係データをもとにその国保財政分析資料の提供・高額医療費の発生による個別保険者の財政負担(リスク)を均衡化させるための再保険事業(「高額医療費共同事業」)

なお、著しく高額な医療費(1枚420万円以上の明細書)については、再々保険事業を国保中央会が行っている(「超高額医療費共同事業」)

- ・自動車事故などの治療費などをとりあえず国保が負担した場合に加害者等にその費用額を請求し、回収する「第三者行為求償事務」の実施

(3) 国保中央会の支援活動

国保連合会業務を支援している。前述の例示以外の例としては

- ・著しい高額な診療報酬請求(1枚420万円以上)の審査を、国保連合会の代わりに実施

・保険者の保険料算定試算のためのソフトの提供

なお、国保中央会は、これらの支援活動とともに、医療保険改革等について、国保の立場からの主張や提言活動をしている。

5. 保険者機能の展望

(1) 皆保険下の保険者努力

・国民皆保険は我が国の貴重な社会システムであり、社会の安定のために、21世紀の高齢社会においても維持しなければならない。

・保険者としては、まず、現行制度の枠組みの中で医療費の適正化、とくに一人あたり老人医療費の抑制のため、前述した事業などにより経営努力を続ける必要がある。そのために、国保連合会、国保中央会もその役割を果たさなければならない。

・また、現行制度においても保険者規模を拡大することができるので、国保事業をすこしでもより安定的に実施するため、各地域の状況をふまえながら国保事業単位の拡大や保険者の統合をめざす必要がある。ただし、国保被保険者集団の構造的な問題が解消されるわけではないことに留意すべきである。

なお、複数の市町村による国保保険者は、現在、3保険者である。これに対して、介護保険では、事業の広域化実施がすすんでおり、全事業を複数市町村が保険者として行う事例も多い。介護保険の保険者総数は2910である（2001年3月現在）。

(2) 制度の枠組みの変更－制度間の不均衡の解消への方向性

しかし、制度間の構造的な不均衡が大きいので、国保保険者の努力にも、その財政効果には自ずから限界があるといわざるをえない。さらに各制度とも保険者財政は、厳しい経済情勢のもと深刻な状況にある。

このため、制度の構造を見据えた改革が必要である。

・当面はまず、現行の保険者の枠組みを維持しながら、老人保健制度がその理念として内包していると理解されるリスク構造の調整をさらに深めていくべきであろう。

具体的には、保険財政に関して、

a. 年齢構造による医療費の格差という構造的な支出の格差

b. 所得構造による保険料負担能力の格差という構造的な収入の格差

を問題として、全制度を通じた、保険者間のリスク構造の調整を検討すべきである。

・さらに抜本的な制度改革としては、国保の立場からは地域保険への制度の一本化構想がある。

「保険者機能」の観点からみれば、この地域保険への一本化には、保険者の効率的効果的な事業運営を目指す場合に、そのような保険者機能を現在より有効に発揮できる可能性があることを指摘したい。

ちなみに、介護保険の保険者は市町村のみである。介護サービスは在宅サービス、施設サービスとも地域と密接に関係しており、保険者が市町村であることによって、サー

ビスの質や供給量についての保険者の主体性を発揮しやすくなっているものといえよう。医療保険においても、保健事業に限らず、在宅医療と入院医療の在り方などについても、地域保険の保険者は「保険者機能」を発揮し易い環境にあるのである。

(3) 基本視点の確認

公的医療保険の意義は、加入者の連帯にある。その観点から制度間不均衡という構造問題に取り組みたい。職域などの限られた狭い範囲での連帯に固執せずに、全国民的視点からの連帯を模索する時期ではなかろうか。

そして、制度改革には「保険者機能の発揮」の視点も考慮に値するであろう。

(参考)

国民健康保険の構造的問題点に関する直近のデータは、国保中央会ホームページ (URL = <http://www.kokuho.or.jp>) 参照。

第16章 マネジドケアと医療の質

日経メディカル開発顧問
盛宮喜

はじめに

この小論はアメリカのマネジドケアと医療の質の関係を、全米品質保証委員会(National Committee for Quality Assurance, NCQA) の評価事業の一点に絞って論述する。

その理由の1つは、NCQAのような医療保険または保険者を評価する機関はわが国に存在しないからである。保険者機能の強化にこれから第一歩を踏み出そうとしているわが国にとって、それでは参考にならないという見方もできるが、コントラストが鮮やかなほど参考になる事柄が多く、また参考の度も高いと考える。

第2の理由として、NCQAは過去10年間に多大な実績を積み上げながら、さらに進化を続けていることを指摘したい。変化に対応するヒントがそこには数多く埋もれていると考えられる。

第3に、保険を通じて、あるいは保険サイドから医療の質を改善させることが可能であることを、NCQAの事業活動から学べることが上げられる。

この報告が保険者機能のプロジェクト研究にいささかでも貢献できることを期待するものである。

なお、ここで使用するデータは、3度に及ぶNCQA訪問の際のプレゼンテーションとその際に入手した資料、及びジョイント・コミッション(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) やアメリカ健康保険協会(American Association of Health Plans) など、関係団体で入手した資料・情報に基づいていることを断っておきたい。

1. マネジドケアの背景

アメリカの医療需要が爆発的に拡大したのは1965年、老人と身障者を対象にした連邦政府所管のメディケアと、低所得者を対象にした連邦・州政府共管のメディケードという、2つの公的医療保険が創設されたことによる。年率15%から20%を越える医療費の膨張により、医師数、病院(病床)数は急増し、医療供給体制は瞬く間に飽和状態に達した。60年代後半から70年代前半にかけて営利の病院組織が相次いで誕生し、HCAのように今日に至るまで最大規模を誇る医療システムも出現した。

しかし、あまりにも急激な医療費の高騰に医療保険を買う企業や財政負担を強いられる連邦・州政府が音を上げ、医療の危機(ヘルスケアクライシス)が叫ばれるようになった。70年代に入ったばかりの頃の出来事であり、1990年には総医療費がGDPの10%のラインを越え、アメリカの医療が崩壊すると、警鐘が鳴らされた。この10%ラインは80年代半ばに突破し、世紀の変わり目には14%前後に達したことは周知のことである。

以後、アメリカの医療改革の歴史は、太平洋の対岸から遠望する限り、医療費の一貫した高騰と政府による抑制策の繰り返しの観を呈している。

表1 全国の入院診療料金の主な契約配列の事例

契約配列	事例&内容
① 直接請求	◆費用ベースの50%程度のマージンを上乗せした病院の自由な請求方法。古典的な手法でほとんどない。
② 直接請求値引き	◆請求に対する一律の定率または診療頻度(量)に応じた値引き率の契約方法。(入院500日まで10%、同750日まで12%上限料金制との併用が多く、後者はかなり一般的。) 例: 1日1,000ドル。診察料・集中医療部門別、特殊高額
③ 1日あたり料金	◆症例の定額との併用を含めた一般的なアプローチ。年間の診療の頻度(量)に応じてスライド値引きする契約もある。
④ 入院日数別定額料金	◆入院費用の実態に対応するシステム。 例: 初日1,200ドル、2日目800ドル、以降800ドル
⑤ DRG	◆メディケア方式
⑥ サービス分類別料金	◆内科・外科・ICU・NICU・精神科などサービス種類別定額料金。例えば、産科の料金は正常分娩と帝王切開の料金と症例構成を按分して決定する。
⑦ 症例別料金	◆心臓血管バイパス手術や、臓器移植などターシャリー・ケアの契約に用いられる。
⑧ 病床リース	◆利用状況に関係なく一定の病床数を定額で契約する。 ◆契約者は、ごく僅かである。
⑨ 人頭割り料金	◆加入者数に応じた定額支払い方式。 ◆トータルな入院医療のリスク・シェア方式。

(出所: 日米文化センター「医療経営革新のための訪米研修プログラム」報告書, 1997.)

80年代を代表する改革はDRG・PPSの導入(1983年～)であろう。連邦政府はそれまでのメディケアの入院医療に対する出来高払いの制度を疾患別(診断群別)の定額払い制度に改めた。これは医療機関に対する償還を出来高から定額に改めるだけのものではなく、医療のリスクを医療提供者に転嫁する重大な出来事であった。

DRG・PPSが導入される頃から民間医療保険も変質し始めた。それまでは医療機関が提出する請求書に応じて支払う機能しか備えていなかったのが、医療費を抑制する役割を担い始めた。医療費負担の重圧にあえぐ雇用主サイドからの圧力が、日増しに強くなったことによるものである。しかし、コストを抑えるにも、安かろう悪かろうで、医療の質を低下させることは、競争上、医療提供者にも保険会社にも出来ることではない。保険会社とし

ては、当時の医療水準に見合うように医療のアウトカムを高めていく機能を開発する必要に迫られた。コストと医療の両面を管理するマネジドケアがここに台頭してきたわけである。

マネジドケアのエスカレートが始まり、1993年にはマネジドケアの加入者がついに従来型のインデムニティ保険の加入者を上回った。今日ではマネジドケアの中核をなすHMOの加入が8000万人、PPOが1億2000万人で、アメリカ全人口の約80%がマネジドケアに組み込まれている。これに対して出来高払いを続けるインデムニティ保険の加入者は3000万人と少数派に落ち込み、立場は全く逆転した。

この加入者数の重みと、医療と医療費の両面を管理する機能をもつマネジドケアの存在が、医療の質を大きく左右することは容易に理解できるであろう。HMOは基本的に人頭払いの方式を採って、医療のリスク負担をDRG・PPS以上に医療提供者にシフトしていることも追記しておこう。

2. NCQAの概要

NCQAはマネジドケア(HMO)の質を評価するために1990年に設立された民間非営利の組織であり、保険会社、雇用主、消費者、医療機関、行政機関の代表で構成される理事会のもとで運営されている。その使命は全国どこでも国民にどのような医療を提供するか、また医療機関がどのような医療を提供すればいいかの情報を提供することによって医療の質を向上させることであり、医療の品質を改善するうえで最も信頼される情報源となることをビジョンとして掲げている。

医療費高騰に対処する切り札として80年代半ばから急激に台頭してきたマネジドケア組織(MCO)は、医療の管理とコスト(医療費)の管理をバランスを取って運用する保険のシステムとは言うものの、コストつまり医療費の償還を削減することに傾注するあまり医療の質を犠牲にしている、との批判がとりわけ新興の営利HMOに浴びせられていた。批判をかわすために各MCOは自己評価やピアレビュー(同僚評価)の方法を試みたが、効果はなかった。第三者機関による評価でなければ信用しないのが、米国社会の一般的風潮である。NCQAはマネジドケアの責任(アカウントビリティ)問題に対処するために民間の第三者機関として誕生したのである。

NCQAによる品質評価の方法は3つあり、保険の機能を評価する「認定制度」(Accreditation)、保険のパフォーマンスを測定するHEDIS、加入者の経験・満足度を評価する消費者調査のCAHPS(Consumer Assessment of Health Plans Study)からなる。

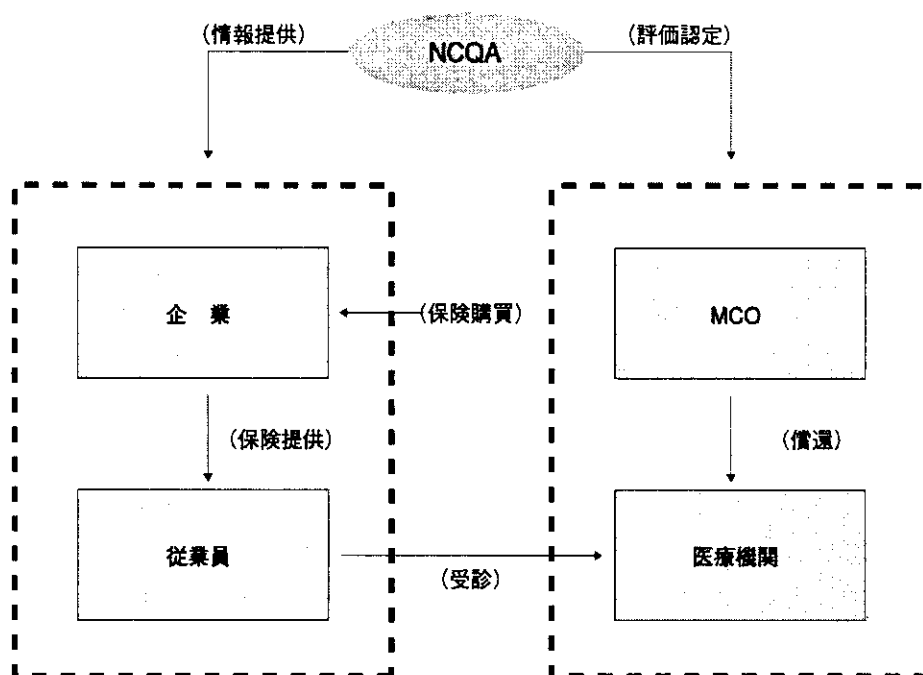
評価認定のための調査は、契約した医師やマネジドケアの専門家ら4~5人で構成するチームが保険会社や医療機関に直接出向いて行う。総勢300人ほどが調査活動に従事している。

評価認定は従来、HMOの機能に照らして次のような区分・枠組みの中で行われてきた(数字は配点)。

- ・ Quality Management and Improvement (QI) = 信頼性の確保と維持 (35%)
- ・ Utilization Management (UM) = 医療資源適正使用管理 (10%)
- ・ Member's Rights and Responsibilities (RR) = 加入者の権利と義務 (25%)
- ・ Credentialing and Recredentialing (CR) = 医療提供者の資格審査と再審査 (10%)
- ・ Medical Records (MR) = 診療録 (10%)
- ・ Preventive Health Services (PH) = 予防医療 (10%)

これら 6 項目は評価のカテゴリーであって、実際は 54 項目 (大項目) に及ぶ基準 (Standards) によって審査される。

図1 NCQAによる評価認定の関係



注1：雇用主が保険の購買者となる場合の例
 注2：MCO=HMO、PPO、POSなど

- ・ Standards for Quality Management and Improvement ・ 質管理と改善の基準 (大項目 13, 中項目 51、小項目 62)
- ・ Standards for Utilization Management ・ 資源適正使用管理の基準 (大項目 12、中項目 35、小項目 36)
- ・ Standards for Credentialing and Recredentialing ・ 資格審査と再審査の基準 (大項目 13、中項目 51、小項目 20)
- ・ Standards for Member's Rights and Responsibilities ・ 加入者の権利と義務 (大項目 8、中項目 28、小項目 34、細項目 8、細々項目 2)

- ・ Standards for Preventive Health Service・予防医療サービスの基準（大項目 4、中項目 10、小項目 9）
- ・ Standards for Medical Records・診療録の基準（大項目 4、中項目 7、小項目 9）

認定結果は現地調査の評価に基づき次の 5 段階に分けて行われる。現在、651 ある HMO のうち約半数が認定を受けているという。

- ・ Excellent（卓越、1999 年からの新規）
- ・ Commendable（優等、前年までフル認定）
- ・ Accredited（認定・1 年以内に別途審査、前年まで 1 年間認定）
- ・ Provisional（暫定、従来どおり）
- ・ Denied（非認定、従来どおり）

NCQA の年間予算は約 2500 万ドル（1999 年時点）。認定手数料が 3 分の 1 を占め、その他は財団からの助成金、教育事業収入、教科書・CD-ROM などの販売収入、大企業（製薬会社）の協賛金、州政府との契約による収益などによって賄っている。

3. 成果を測る HEDIS

歴史的にみて、認定制度はサービス提供のシステム（またはストラクチャー）とプロセスに焦点を当ててきた。しっかりしたシステムとプロセスのもとで行われるサービスは、必ずやいい成果を生み出すであろうとの想定に立ってのことである。NCQA による評価も同様の方式を踏襲してきた。このやり方は確かに保険の「内部」の改善を促すものではあるが、保険を購入する雇用主や保険を利用する従業員（消費者）など、外部の者にとっては理解しやすいものではない。保険を選択するに当たって雇用主や消費者が望むのは、どの保険を利用すればいい成果が得られるかという、パフォーマンスの問題である。

NCQA は認定制度に併行して雇用主向けにヘルスプラン（保険）のパフォーマンス・データを提供する HEDIS（Health Plan Employer Data Information Set）を開発した。

これは 54 のプロセスと成果を指標化して、保険同士を比較できるようにしたもので、保険を買う企業や政府、医療機関が保険の質を判断する材料として利用する。

HEDIS の作成は、①保険会社から毎年データを提供、②患者満足度と閉経管理調査を別々に実施し、③独立機関の監査にかけて行う。

指標開発は、医療界、保険会社、消費者、公衆衛生関係者、公私の雇用主の代表からなるパフォーマンス測定委員会（CPM）が当たる。その主な役割は HEDIS にかかわる各方面の意見を集約、審議することであり、これに「測定諮問委員会」（Measurement Advisory Panels, MAPs）が加わり専門的な見地から作業を進める。

評価基準には、たとえば小児の予防接種率を選び、基準と質の関連性、科学的（臨床的）証拠に照らした妥当性、実行性を調べる。データは診療録や各種自動化された情報システ

ムから集める。

HEDIS の測定分野は次の7つに分けている。

- ・ケアの効果
- ・ケアの利用のし易さ、受け入れ体制
- ・ケアに対する満足度
- ・知らされたうえでの医療の選択
- ・保険の安定性
- ・サービスの利用度
- ・医療のコスト

指標の例としては次のようなものがあげられる。

- ・心発作後のベータ・ブロッカー療法
- ・急性心疾患後のコレステロール管理
- ・包括的な糖尿病管理
- ・老人に対するインフルエンザ予防接種
- ・ぜん息患者への適切な薬物療法
- ・入院後のメンタルヘルスのフォロー
- ・抗うつ剤の投与管理
- ・禁煙指導

4. HEDIS の進化

前述のとおり、HEDIS 指標の作成作業は CPM の監督のもとで行われる。MAPs は特定の臨床領域や特定の集団に対する指標の開発に必要な臨床的・技術的な専門知識を提供する。それに加えて、HEDIS ユーザー・グループと呼ばれる集団が、新しい測定仕様に対するフィードバック並びに現行の指標作成に関する問題の解明や解決策の勧告で、貴重な援助を提供している。

このようなシステムで作成する指標の範囲は広く、また情勢の変化によって新規に取り上げるものも増えるために、過去 10 年間、HEDIS は大幅な改定を繰り返してきた。特に過去 5 年間に HEDIS は急速な進歩を遂げた。

1993 年以降は version2.0 が採用され、広範囲に流布された。1995 年にはそれがメディケードに拡大され、1996 年以降は大幅に強化した version3.0 が使用されるようになった。1998 年 9 月には HEDIS' 99 が発表され、その 1 年後には HEDIS2000 の公表と続き、年ごとの改定が行われている。

HEDIS2000 は 6 分冊からなる膨大なファイルで、10cm 近い厚みがある。その概要を以下に紹介する。

Volumel : Narrative HEDIS 指標とその使い方に関する概説書

Volume2 : Technical Specifications HEDIS2000 のデータの収集・提出に係る説明書。8 領域からなる 56 の指標を含み、各指標に関するデータの収集方法、必要な計算方法のガイドラインなどを示している。

Volume3 : HEDIS Surveys HEDIS で使用される CAHPS の成人、児童調査版で、調査方法も規定している。閉経管理の調査も含む。

Volume4 : A Road Map for Information Systems 情報システムの指南書。HEDIS の現行版並びに未来版を支える情報システムに関する指針で、指標作成の発展過程で直面する主要問題についての重要な報告書。

Volume5 : HEDIS Compliance Audit : Standards ,Policies and Procedures HEDIS のデータの一貫性、信頼性を保証する重要なツールで、MCO が HEDIS 指標を作成するプロセスを監査する方法論を文書化したもの。これには情報システム全般の評価や HEDIS 仕様に対するヘルスプランの遵守度の評価が含まれている。このツールは HEDIS 遵守度監査のガイドとなると同時に、MCO が監査を受ける際の手引きともなる。

Volume6 : Medicare Health Outcomes Survey Manual Health Outcomes Survey (HOS) は HEDIS の対象となるメディケア受給者にとって最初のアウトカム指標となる。マニュアルには指標についての背景情報や調査手段、MCO や取扱業者が HCFA 等に結果を報告する際に必要な情報が含まれている。

以上が 6 分冊の概要であるが、ここでは Volume4 と Volume5 の情報システムの整備や評価に関する項を強調しておきたい。「測定できるものは実行できる」との信念のもと、NCQA は自らの情報システムの構築と関係 MCO の情報システム整備に力を入れているが、医療の質の測定の評価のためには、高度な情報システムの構築・整備が不可欠であることをこの際十分に認識しておく必要があるように思われる。

5. マネジドケアの質

NCQA のデータは Quality Compass と名づけられたマネジドケア情報のデータベースに蓄積されている。1998 年のデータを収めた Quality Compass1999 には 247 社、410 のヘルスプラン（保険）から集めた HEDIS の指標、認定並びに加入者満足度の情報が含まれており、この他に 112 のマネジドケア会社が平均値やベンチマークの算出に供するためにデータを提供した。加入者数で見ると、7000 万人以上のアメリカ人のデータを集積しているというから、あたかもアメリカ全体のマネジドケアの成果を見る「のぞき窓」の観がある。HEDIS に限ると 50 指標のデータが含まれており、テキストにすると 4000 ページになろうかという。

NCQA はこの中から HEDIS12 指標を抽出し、The State of Managed Care Quality（マネジドケアの質の現状）の名称で報告書を出版している。1999 年版は 3 号目に当たる。12 の臨床指標を以下に示す。

- ・青年予防接種
- ・禁煙のアドバイス
- ・抗うつ薬投与管理
- ・心発作後のベータブロッカー療法
- ・乳ガン検診
- ・子宮頸ガン検診
- ・水疱瘡ワクチン
- ・小児予防接種
- ・心発作後のコレステロール検診
- ・糖尿病眼検査
- ・精神疾患入院後のフォローアップ
- ・第1トリメスターにおける出生前ケア

加入者調査 (CHAPS2. 0H) の指標は次の8項からなる。

- ・ヘルスプランの評価
- ・必要なケアを受けた
- ・迅速にケアを受けた
- ・礼儀正しく助けになるオフィススタッフ
- ・顧客サービス
- ・請求書処理
- ・かかった医師と看護婦の評価
- ・ヘルスケア全体の評価

これらの指標から総じて言えることは、地域的にも地域内でもマネジドケアの間に大きな格差があるということ、しかしながらデータの提供、指標の公表を続けていくうちに格差が縮小していく傾向がみられるということである。小児の予防接種を例にとると、実施率は全米平均 65.4%であるが、地域別には最も高いニューイングランドと最低の南部中央地域とでは 14%以上の開きがある (表)。心発作後のベータブロッカー療法では、ヘルスプランごとの実施率にかなりのバラツキがあるが、1996年と1997年を対比すると、全体として実施率が高まり、バラツキも少くなっている (標準偏差は 1996年が 18.04、1997年が 16.0) (図 2、3、4)。HEDIS がマネジドケアの質を徐々に引き上げていることの1つの証左といえるであろう。

図2 ベータブロッカー療法の実施率 (1996~1998)

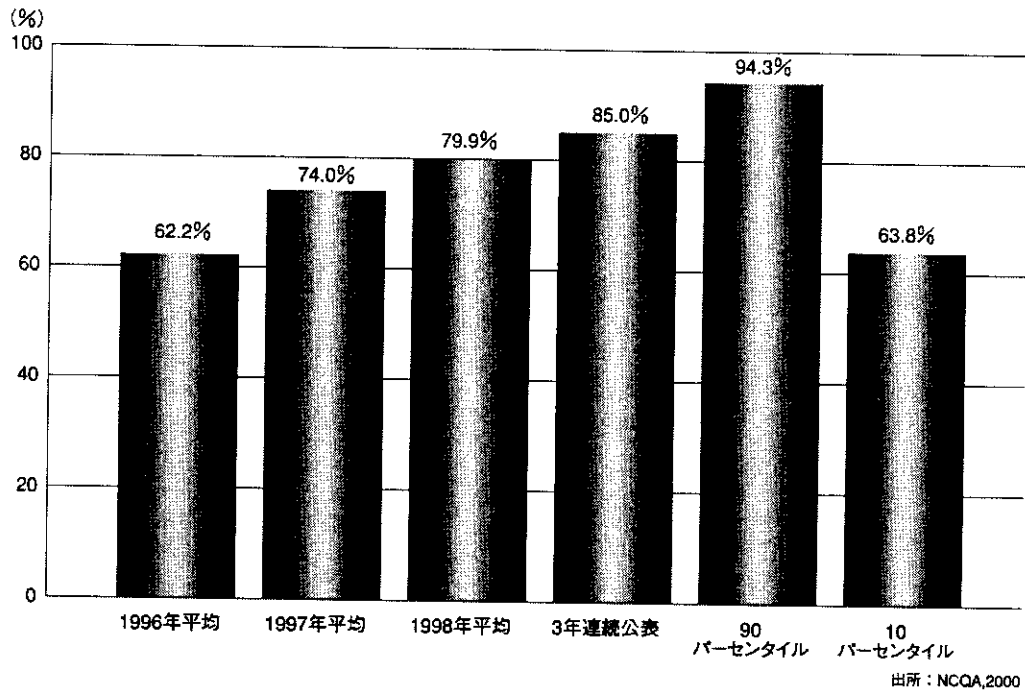


図3 心発作後のベータブロッカー療法の実施率—全米1996年

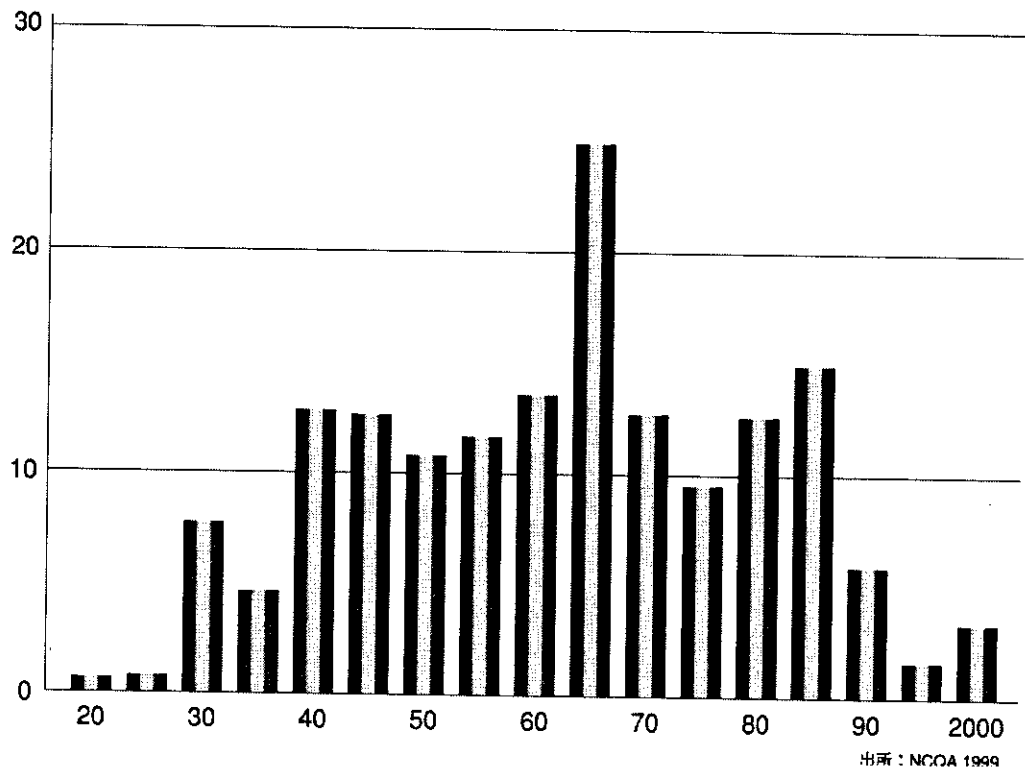
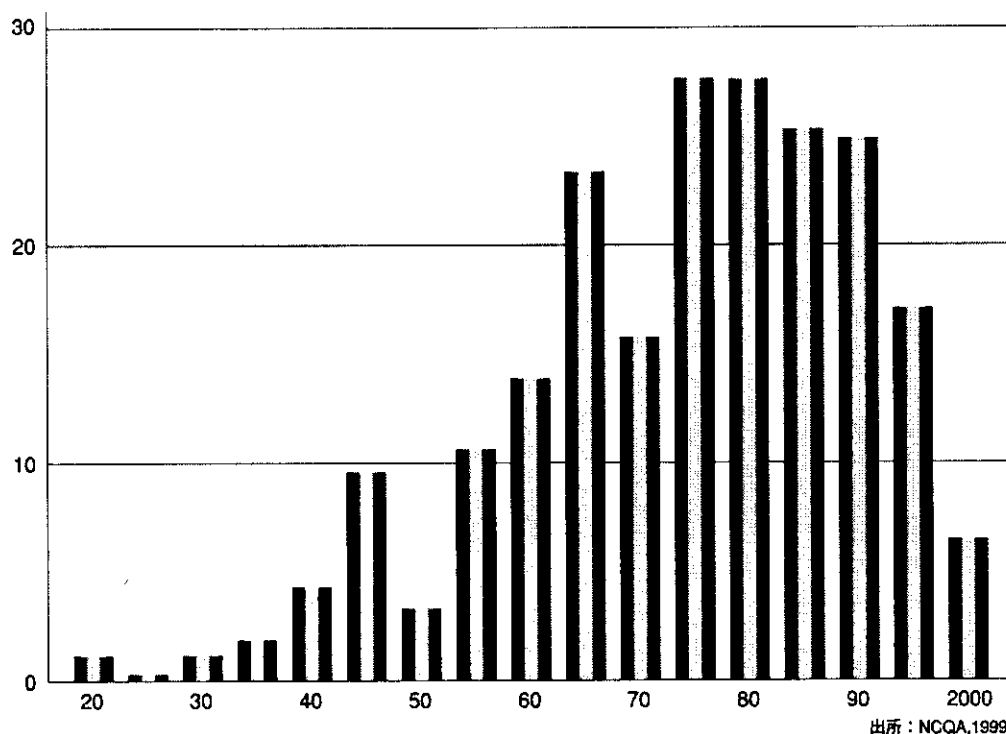


図4 心臓発作後のベータブロッカー療法—全米1997年



報告書に示されたデータからはさらに4つの主な所見が読み取れる。

①質のモニター・報告を一貫して行っているマネジドケア・プランは質の上でかなり改善を示している。NCQA に対し2年か3年データを報告したプランは、臨床と加入者満足などの指標でも全米平均をはるかに上回った。パフォーマンスの違いは3%から12%以上に及んだ。報告期間が長いほど、いいパフォーマンスを示している。(表7、表8)

②NCQA の認定を受けてデータを公表しているヘルスプランはどの指標においても、認定を受けられなかったかデータを公表しなかったプランに差をつけた。この結果は、雇用主や消費者、その他関係者がこぞってヘルスケアにおけるアカウントビリティへの要求を強め、アカウントビリティの向上に努める保険に引き寄せられていることを如実に物語っている。例を上げると、認定を受けたプランはコレステロールスクリーニング率が62.9%に対し、非認定のプランは53.3%にとどまり、青年予防接種に関しては60%対44%であった。認定保険の加入者は、またヘルスプランの総合評価でも自分たちの加入プランをより高く評価し、より良い顧客サービスが行われているとしている。(表6)

③大概の指標は1997年から1998年へかけての改善がおしなべて下がったが、新しい指標は大きな、しかも意味ある改善を示した。ベータブロッカー療法の実施率は、初年度の1996年の62.5%から1998年に79.9%に上昇したが、これは2000人の生命を救ったことを意味する。水疱瘡ワクチンの平均実施率は1997年の40%から1998年には51.9%にハネ上がった。両年ともデータを報告しているプランの成績はさらに高く、ベータブロッカー

で83.1%、水疱瘡で52.6%であった。

④臨床の質で高いスコアを上げたヘルスプランは加入者の満足度も高かった。ケアの効果の指標で上位25%のスコアを取ったプランの加入者は、自分たちが加入するプランに満足、アクセス、顧客サービス、プラン全般についてより高い評価を与えた。たとえば、ヘルスプランの評価は62.6%対53.3%（下位75%）という具合であった。

以上をまとめると、臨床指標とデータの公表に基づくアカウントビリティ、さらには加入者の満足の間には目に見えた結びつき（リンク）がある、ということになる。臨床指標の高いプランはマーケティング効果を考えて積極的に公表するが、それが低いプランは公表しないだけのこととの見方ができないこともないが、連続して報告するプランはさらにスコアを上げている点を見ると、やはり各種指標とアカウントビリティの間にリンクがあることは否めないであろう。情報開示のもつ意義をここでも見出すことができる。

6. Accreditation と HEDIS の統合

NCQA にとって1999年は記録に値する年であった。この年からNCQAは認定制度にHEDISの要素を取り入れて、ヘルスプランの選択をやりやすくする情報を消費者や企業に提供することになったからである。具体的には次の2つのシステムを併行して運用する。

システム1:1999年基準によるMCOのスコアのみを認定を決めるベースとする。最高75点となる。

システム2:HEDISの結果の一部に1999年基準によるMCOスコアを加えて認定を決めるベースとする。最高100点となる。HEDISの結果は最高25点を勘定に入れ、基準遵守の評価を75点までとする。NCQAはMCOのHEDIS成績をパフォーマンス目標に照らして評価する。

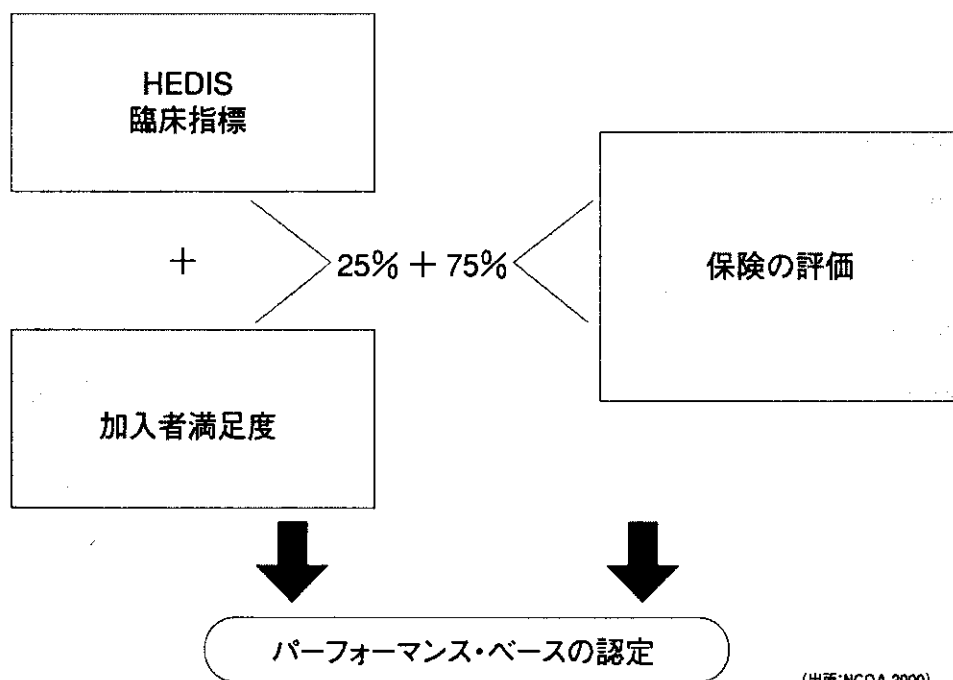
つまり従来の評価に75点、HEDISの結果に25点を配分し、100点満点とする改革である（図5）。NCQAは両方の方法を使ってMCOを評価する。従って1999年7月1日以降に認定を予定しているすべてのMCOは、指定されたHEDIS指標の成績を監査を受けたうえで提出しなければならなくなった。しかも他のMCOと確実に比較できるようにするために、NCQA認定の監査人による監査を受けなければならなくなった。この方式は1年限りとし、2001年7月1日からはシステム2だけを使用することにした。

何故にこのような統合をしたのか。有体に言えば、2つのすぐれた評価ツールを束ねてパワーと有用性を増すことをねらったものである。システムとプロセスを基盤とする認定はヘルスプランの力量を示し、HEDIS情報は選択の際の判断材料として役立つ。より多くの情報を提供してヘルスプランの選別をよりやりやすくするねらいがあることは確かである。

質はすべて結果で判断するというアウトカムベースの段階にNCQAが成長したということであろうか。アメリカにおける医療評価機関の一方のリーダーであるジョイント・コミッション（The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations）が

ORYX と呼ばれる情報システムを開発して、医療機関の質を常時アウトカムベースで観察し

図5 HEDIS情報の評価認定への結合



ようとしている動きに照らし合わせて考えると、実に興味深い。

おわりに

この報告ではアメリカ医療の代表的評価機関である NCQA の活動の概要を紹介し、マネジドケアと質の関係を考察した。

その結果、マネジドケアプランのパフォーマンスには目に見えたバラツキがあり、このバラツキは医療と保険加入者の満足に多大なインパクトを与えていることが明らかになった。また、指標の分析を通じて、保険加入者に対する情報提供と、情報システムの整備がいかに重要であるかが読み取れた。

これらの結果はマネジドケアの質や価値を絶対視するものではない。NCQA が対象としているマネジドケアは従来 HMO とその変型ともいえる POS に限られていた。加入者の状況からみても、ここ 2、3 年は受診に制約の多い HMO を避けて、制限のゆるやかな PPO へ流れる傾向がみられる。NCQA はこの事態に対処するため、2000 年 7 月から評価事業を PPO に広げたばかりである。

ともあれ、NCQA の評価事業は近年、急速な進歩を遂げ、システムとプロセスを基盤とするものから、成果の測定を前提とするアウトカムベースのものに脱皮した。真価を問われるのはこれからであり、保険と医療機関の選択に必要とする十分で的確な情報を消費者大衆に提供することと、そのための情報システムの整備が大きな課題になるとみられる。

翻って、わが国の保険者機能に着目すると、彼我の制度的、機能的差異があまりにも大きいことを痛感させられる。わが国の保険者としてはまず、被保険者が受けている医療内容を把握するために、情報システムを整備することが急務であろう。そのうえで、現行の保健事業や健康情報の提供、さらには医療費通知、レセプト開示以外に加入者が受ける医療の質を高める方法はないか、課題を整理してみる必要がある。保険者サイドから医療の質の向上に取り組んでいくに際して、NCQA の評価事業から学ぶことは多々あると思われる。

参考文献

- ①NCQA、1998. NCQA' 97. National Committee for Quality Assurance.
- ②NCQA、1999. The State of Managed Care Quality. National Committee for Quality Assurance.
- ③NCQA、1998. ACCREDITATION' 99. National Committee for Quality Assurance.
- ④NCQA、1999. HEDIS' 2000—Narrative. National Committee for Quality Assurance.
- ⑤NCQA、1999. HEDIS' 2000—Technical Specifications, National Committee for Quality Assurance.

表2 小児の予防接種

ニューイングランド	80.0%
中部大西洋	69.9%
南部大西洋	67.0%
西北中央部	66.3%
東北中央部	65.4%
太平洋	62.3%
マウンテン	57.1%
南部中央部	55.8%
全米平均	65.4%

(出所：NCQA 1998。)

表3 スコアが高い保険は加入者経験調査 (CAHPS2.0H) のスコアも高い

	CAHPS 下位 75%	CAHPS 上位 25%
CAHPS2.0H の指標	55.3	62.6
保険の評価	71.9	78.3
必要のケアを受けている	77.2	81.8
迅速なケアを受けている	90.6	92.8
礼儀正しく役に立つスタッフ	52.1	59.2
顧客サービス	75.2	83.0
請求書処理	71.1	73.2
すべてのヘルスケアの評価	69.3	73.1

(出所: NCQA 1999, 以下同じ)

表4 患者満足度の高い保険は HEDIS のスコアも高い

HEDIS のケア効果指標	CAHPS 下位 75%	CAHPS 上位 25%
青年予防接種	50.4	63.4
禁煙のアドバイス	61.7	65.0
抗うつ薬投与管理	54.1	54.8
ベータブロッカー療法	79.1	84.9
乳ガン検診	71.3	77.0
子宮頸ガン検診	68.7	75.9
水疱瘡ワクチン	52.8	50.6
小児予防接種	62.7	72.4
心臓発作後のコレステロール検診	57.6	66.6
糖尿病眼検査	38.9	47.6
精神疾患入院後のフォローアップ	65.5	73.6
第1トリメスターの出生前ケア	83.3	88.1

表5 NCQA 認定 Vs 非認定保険

	NCQA 認定保険	非認定保険
青年予防接種	60.0%	44.3%
禁煙のアドバイス	63.8%	61.3%
抗うつ剤投与管理	54.5%	54.1%
ベータブロッカー療法	82.3%	75.7%
乳ガン検診	73.8%	70.6%
子宮頸ガン検診	72.3%	67.5%
小児予防接種	67.9%	61.6%
糖尿病眼検査	44.9%	36.9%
精神疾患入院後のフォローアップ	70.1%	63.8%
第1トリメスターの出生前ケア	86.3%	80.7%
医療保険の評価	58.5%	55.7%

表6 データ公表保険 Vs 非公表保険

青年予防接種状況	57.6%	41.1%
禁煙のアドバイス	63.8%	60.1%
抗うつ薬投与管理	54.6%	53.4%
ベータブロッカー治療	82.0%	73.3%
乳ガン検診	74.0%	68.6%
子宮頸ガン検診	72.2%	65.1%
水疱瘡ワクチン	52.7%	50.9%
小児予防接種状況	68.3%	57.3%
糖尿病眼検査	43.9%	34.9%
精神疾患入院後のフォローアップ	70.0%	60.9%
第1トリメスターの出生前診断	85.9%	78.6%
医療保険の評価	59.6%	53.9%

表7 3年連続公表 Vs 初年度公表の保険

指標	3年連続公表	初年度公表
青年予防接種状況	67.9%	42.9%
禁煙のアドバイス	66.1%	59.9%
抗うつ薬投与管理	55.0%	52.1%
ベータブロッカー治療	85.0%	72.8%
乳ガン検診	76.1%	68.9%
子宮頸ガン検診	75.4%	64.7%
水疱瘡ワクチン	52.6%	49.8%
小児予防接種状況	72.8%	58.0%
コレステロール検診	63.6%	55.3%
糖尿病眼検査	49.4%	38.0%
精神医療のフォローアップ	76.1%	63.3%
第1トリメスターの出生前ケア	87.7%	78.6%

表8 3年連続データ公表保険における改善

	1996	1997	1998
青年予防接種の状況	60.6	65.4	67.9
禁煙のアドバイス	63.2	67.1	66.1
ベータブロッカー療法	70.5	82.4	85.0
乳ガン検診	73.8	74.6	76.1
子宮頸ガン検診	74.2	76.6	75.4
糖尿病眼検査	45.2	47.6	49.4
精神医療フォローアップ	75.8	76.0	76.1
第1トリメスターの出生前診断	86.8	87.7	87.7