

第17章 医療保険との比較からみた介護保険

の保険者機能

上智大学

山崎 泰彦

1. はじめに一保険者機能論の台頭

現在議論されている医療保険制度の抜本改革論は、1997年の健康保険法等の改正を契機に登場したものである。その背景には、短期的な財政対策のみでは限界があり、薬価制度、診療報酬体系、医療提供体制、高齢者医療制度を柱とする医療制度全般の改革が必要だという認識があった。こうして1997年8月には厚生省案と与党医療保険制度改革協議会案が発表され、2000年には改革を実現するものとされていたが、それも先送りになり、再度2000年に財政対策に傾斜した健康保険法等の改正を講ずることとなった。

しかしこの間、改革に向けての進展がまったくなかったわけではない。薬価の適正化や診療報酬体系の見直しが進み、医療提供体制においても医療法の改正による急性期病床と慢性期病床への施設体系の分化や療養環境の改善等が着実に進展している。

特に大きな変化は、医療に密接に関連する高齢者介護の分野において、1997年に介護保険法が制定され、2000年4月から施行されたことである。介護の市場規模は医療にははるかに及ばないが、その影響力においては医療保険制度さらには社会保障制度の構造を大きく変える契機になりうる起爆力を有しているように思う。それは、介護保険制度が医療保険制度の懸案の諸問題を乗り越えるべく数々の新機軸を打ち立てたことと、国民的広がりをもった支持と期待を担って推進されたからである。

その介護保険制度の創設過程において最後まで難航したのが保険者論であった。ちなみに、公的機関として最初に介護保険を提案したといわれる1995年7月4日の社会保障制度審議会の勧告「社会保障体制の再構築」や、それに続く同年7月26日の老人保健福祉審議会の中間報告「新たな高齢者介護システムの確立について」は、いずれも社会保険方式による介護保障制度を提案したのみで、各論にまでは踏み込んでいなかった。

老人保健福祉審議会の各論審議の当初において厚生省事務局が整理した関係団体等が提案する制度案の一覧によれば、保険者はおおむね国(=国営保険方式)、市町村(=地域保険方式)、医療保険者(=老人保健制度方式)の3つの案に分かれていた。審議会ではやがて市町村を保険者とする地域保険方式を支持する意見が多数を形成し、1996年4月の最終報告「高齢者介護保険制度の創設について」をまとめた。これを受けて政府は同年6月に市町村を保険者とする介護保険制度案大綱を決定したが、市町村側にはこれに難色を示す声が強くなり、11月に法案として国会に提出されるまで市町村との調整作業が続いた。

国民健康保険の運営に苦しんでいた市町村にとっては、介護保険が「第2国保」になるのではないかという強い懸念があった。「第2国保」とは、患者の受療行動や医療内容に対してその適正化を促す有効な手段を持たず、ただ医療費の支払いのために保険料を徴収するのみだとか、保険料の収納状況も悪く一般会計からの繰り入れを余儀なくされているなど、国保の再現ではないかという懸念である。市町村にとっては、保険者としての基盤を強化することなしには、介護保険制度は受け入れ難いものであった。

介護保険の保険者論議は、もともとくすぶっていた医療保険の保険者論にも波及したように思う。医療保険制度のなかでは比較的優良な保険者とされてきた健康保険組合、経営者団体、労働組合、行政改革推進本部規制改革委員会等からも、保険者の機能強化を求める意見が台頭した。こうして、現在では、冒頭にあげた4つに加えて保険者機能の強化が医療保険改革のメインテーマにあげられるようになった。

筆者は、差し当たっての課題とされている高齢者医療制度改革をはじめとする医療保険制度の再編成や医療保険の保険者機能の強化の方向を探る上で、介護保険制度の経験が大いに参考として役立つと考えている。そこで本稿では、これらの課題との関連でみた介護保険制度の意義と保険者機能について考察することとする。

2. 医療保険の保険者機能の現状

本研究プロジェクトの報告では、医療保険の保険者機能とは、「医療制度における契約主体の1人としての責任と権限の範囲内で活動できる能力」であり、保険者機能の発揮とは、「保険者が自立し、医療制度における他のプレイヤー(サービスの受け手・プロバイダー)と直接かつ対等に十分な対話ができること」であるとしている(「保険者機能に着目した医療制度改革論(総括論文)」参照)。このような観点からみると、わが国の保険者は政府それも特に中央政府に対する依存度が極めて強く、保険者機能の発揮が大きく制約されているという特徴がある。

医療保険の保険者機能の骨格をなすものは、①保険料の決定と徴収、②給付内容や価格についての医療機関との契約、③診療報酬の審査・支払いである。しかし、わが国の実態をみると、医療機関との契約は行政(厚生大臣の委任を受けた地方社会保険事務局長)が一括しており、保険者にはこれを拒否する権限は与えられていない。また、医療保険がカバーする医療給付の内容および価格(診療報酬)も行政が一律に定め、保険者の独自性は認められていない。さらに、診療報酬の審査・支払いについても、行政指導により支払基金または国民健康保険団体連合会への委託が求められていることもあって、直接審査・支払いを行う保険者は存在しない。

このように現状の保険者は事実上行政の代理人化している。法律上は6つの医療保険制度の他に医療保険制度の共同事業的な老人保健制度がある上に、保険者数では5200余にも

分かれ、被保険者と保険者の関係は複雑であるが、保険者と医療提供者の関係には差異はなく、行政主導型の極めて単純な関係になっている。かくして保険者は、診療報酬の支払いのための保険料徴収という財政責任のみを負わされていると言っても過言ではない。

その他、保険者機能に関しては、被保険者の医療機関選択に資する情報提供や被保険者の苦情に対する対応も、今後重要な位置を占めることになるだろう。しかし、これらについても、医療機関に関する情報提供もごく少数の保険者が行っているにすぎず、多くの被保険者は客観性に乏しい世間の評判によって医療機関を選択している状況だし、医療に関する苦情や相談についてもほとんど対応がなされていない。これらについては必ずしも法律上の制約によるものでないことからすると、行政依存的で被保険者のニーズに鈍感な保険者の体質をどのようにして活性化するかということも課題であろう。

このような中央政府主導型の医療保険制度が形成されたのは、政府が直接に管理運営する政府管掌健康保険が医療保険の中核的位置を占めているからであろう。被用者保険制度の中にあつては健康保険組合や共済組合は事実上政管健保の代行組織であり、組合の保険者機能は大きく制約され、原点である組合自治は名ばかりのものになっている。一方、国民健康保険に関しては、皆保険前は保健活動、直営診療所の事業、審査等において保険者独自の取り組みが見られたが、皆保険体制下では被用者保険並びの制度への組み替えが急がれ、保険者機能が次第に制約されるようになった。こうして、「行政主導の護送船団方式による中央集権的管理モデル」による医療システムが形成されたのである。

このような医療保険の保険者機能の現状からすると、介護保険の保険者機能には医療保険改革の参考になる特徴点が多々みられる。以下、注目すべき特徴点について考察してみたい。

3. 介護保険の保険者機能

(1) 地域保険方式の採用—中央政府からの自立性の確保

前述したように、介護保険論議の初期段階の提案には、国営保険方式、地域保険方式、老人保健制度方式の3つの案があつたが、最終的には地域保険方式を採用することになった。これは以下の理由によるものと考えられる。

リスク分散機能に着目すると保険制度はその集団が大きいほど安定性を確保できるから、国営保険方式がベストだということになる。しかし、年金のように定型的な現金給付と違って、医療や介護などのサービスを提供する保険制度にあつては、サービスの利用状況と無関係に保険集団を構成することはかえって不公平を生む。典型的な例は政府管掌健康保険であつて、医療の提供体制の違いに起因する著しい医療費の地域差が存在するにもかかわらず全国一律の保険料率とされているため、地域レベルで見ると受益と負担の関係において大きな不公平を生じている。かと言って、全国一律・画一的なサービスの提供体制が

よいのかというと、決してそうではあるまい。疾病の状況や住民の意向等の地域特性を反映したサービス提供体制の方がむしろ望ましい。また、地域特性を反映させることで地方分権の推進や住民自治の確立等の時代の要請にも沿うことができ、かつ医療保険のような画一的な中央政府主導型のシステムから決別する契機にもなる。これが地域保険方式を採用することになった基本的な理由だと考えられる。

老人保健制度方式は、現行の老人保健制度と同様に、各医療保険者の拠出金と公費負担を財源として市町村が給付事務を行うものであり、既存の制度の活用による事務処理の効率性が最大のメリットであろう。しかしこの方式にも大きな問題があった。最大の問題点は、保険料徴収等の財政主体(医療保険の各保険者)と給付主体(市町村)が分離していることである。そのため、拠出金負担増に対する医療保険者の不満の高まりの他に、給付主体である市町村の運営努力に対するインセンティブが十分に確保できないことや、地域特性を反映した運営も困難であるという問題があった。そのような問題を抱えて見直しが求められている老人保健制度を基盤にして介護にまで事業を拡大することには、特に被用者サイドの合意を得ることは極めて困難であった。

こうして介護保険制度では市町村を保険者とすることになったのであるが、その基本的理由は、責任ある適切な制度運営を確保するためには財政主体と給付主体を一致させる必要があり、また介護サービスの性格から地域特性を反映させる必要があったことである。そのことによって、医療保険制度との関係でみれば、中央政府からの一定の自立性を確保したという大きな意義がある。

(2) 地域主義と連帯主義の調和－保険者責任の明確化

地域主義と連帯主義の調和を図った制度としても、介護保険は画期的な意義を有するものである。介護保険の第1号被保険者の保険料は地域のサービスの利用水準に見合せて設定される地域別保険料で、第2号被保険者の保険料は世代間連帯の観点から全国レベルで一律に設定される社会連帯保険料である。

老人保健制度は市町村を実施主体としているが、老人医療の財源は各医療保険者の拠出金と公費によって賄われるので、老人医療のための独自の保険料というものはないし、実施主体としての市町村の負担割合もわずかに5%にすぎない。つまり、老人保健制度は医療保険の保険者間の財政調整としての共同事業という性格が濃く、市町村の主体的取り組みに大きな制約がかかっているのである。

介護保険では保険料は介護保険固有のものであり、保険料徴収事務において年金保険者や医療保険者が関わるが、それは単に保険料徴収機関として関与するのみである。それゆえ市町村は、老人保健制度よりも運営面での保険者責任の度合いが高まり、給付の適正化努力や第1号被保険者の保険料を財源とする独自事業の展開が可能になった。これは、地方分権の推進、住民自治の確立という観点からも意義が認められるものである。

社会保険のあり方としては、保険料は応益主義の観点から給付水準に応じて設定し、構

造的な不均衡要因については社会連帯の観点から完全な調整を行うべきであろう。現行の医療保険制度について、地域の医療サービスの利用水準と保険料の関係をみると、市町村が保険者である国民健康保険ではリンクするが、全国一本の制度である政管健保ではリンクしない。また、医療サービスの利用水準は被保険者の年齢構成によって大きく影響を受けるが、老人保健制度では調整の対象が70歳以上の老人加入率に限られるなど、調整が不徹底になっているという問題もあった。

介護保険では、第1号被保険者の保険料をサービス水準に対応させる一方で、第2号被保険者の保険料は全国一律水準とし、さらに国庫負担の一部(財源の5%)を保険者間の財政調整にあてることにより、年齢構成や被保険者の所得水準等、個々の保険者の運営努力を超える不均衡要因についてはほぼ完全に調整した。財政調整の手法としても、介護保険制度は老人保健制度よりも進化したものとなった。

保険者機能を発揮させるには、保険者努力の及びえない構造的要因の調整と保険者の自己責任部分の明確化が必要になるが、介護保険ではそのインセンティブが制度的に組み込まれたと言えよう。

(3) 運営の広域化—小規模保険者の基盤強化

介護保険の保険者を市町村とする上では、小規模市町村の基盤強化も大きな課題であった。1995年の国勢調査による人口規模別市町村数をみると、全市町村のうち5000人未満が20.9%、1万人未満では47.5%も存在する。小規模市町村は運営の効率性と安定性の面で問題があり、国民健康保険でも大きな問題になっていたのである。

そこで介護保険制度では、事務処理やサービス提供体制の効率化や財政基盤の安定化を図るために、隣接する市町村が協力して広域的に取り組むことができる体制を整えた。具体的には、地方自治法の定める広域連合や一部事務組合の制度、介護保険法の定める市町村相互財政安定事業や要介護認定事務の共同実施等の活用である。

厚生労働省調べ(2000年11月1日現在)では、財政も含めて広域的に運営する市町村は441市町村・59地域で全市町村の約3割(27.3%)、介護認定審査会の広域化は2549市町村で全市町村の約8割(78.9%)を占めている。前者の財政も含めた広域化では、保険財政の一本化により、保険料水準を均一化し共同でサービスの基盤整備を進めることができるし、後者の介護認定審査会の広域化では、認定審査委員の確保、近隣市町村での認定の公平化、認定事務の効率化が期待できる。

国民健康保険を含む地方行政全体に通ずる課題としては、本格的な対応として市町村合併による広域化が課題になっているが、仮に市町村合併が進まない場合においても広域的な取り組みによる対応が可能であることを介護保険は示している。

(4) 保険料徴収力の強化—特別徴収と滞納対策の強化

市町村が介護保険の保険者を引き受ける上で特に大きな問題であったのは、保険料の徴

収の問題であった。国民健康保険についてみると、保険料の収納率は年々低下し、過去10年をみても現年度分の収納率は1990年度の94.2%から1999年度の91.4%へと低下した。過年度分の滞納保険料も若干は徴収しているにしても、最終的には滞納保険料分は納付者の保険料の引き上げに転嫁するか、または市町村の一般会計からの繰り入れによって対応しているのが現状である。

介護保険では、第1号被保険者の保険料は原則として年金保険者が特別徴収し、市町村に納付することとした。特別徴収の対象とされているのは年額18万円以上の老齢・退職年金であり、第1号被保険者の約8割である。この特別徴収の対象者については100%の収納率が見込まれるので、全体として国民健康保険よりは効率的でかつ高い収納率が期待できることとなった。なお、年額18万円以上であっても遺族年金と障害年金については、公租公課が禁止されているという理由で特別徴収の対象外とされているが、将来的には保険者機能強化の観点からも見直しが必要になるだろう。

また、介護保険では、保険料滞納者に対する給付制限を強化した。保険料の滞納が発生した場合、「保険料納付の督促」→「滞納処分(強制的な保険料徴収)」または「その他の措置」が講じられる。その他の措置としては、要介護認定等を受けた第1号被保険者については、「保険給付の償還払い化(支払い方法変更)」→「保険給付の一時差止」→「差止額からの滞納保険料の控除」が行われる。これは、要介護認定等を受けた第2号被保険者に未納医療保険料がある場合も同様である。さらに、要介護状態等がない時期に第1号保険料を滞納した者が後に要介護状態等になって保険給付を受ける場合、消滅した徴収債権の期間に応じて、保険給付率を9割から7割に引き下げたり、高額サービス費の給付を行わない措置が講じられる。

この介護保険での保険料滞納者に対する給付制限に合わせて、国民健康保険においても従来は保険者の裁量により運用されていた滞納者対策が義務化されることになり、「被保険者証の返還を求められることができる」「保険給付を一時差し止めることができる」の「ことができる」がいずれも「ものとする」と改正された。ただし、保険給付率の引き下げ等は介護保険のみの規定で、国民健康保険には設けられていない。

長期保険である年金保険では、過去の保険料納付実績が保険給付に反映する。一方、短期保険である医療保険では、現に被保険者であることが基本的な要件であって、過去の保険料納付実績は医療給付には必ずしも反映しないものであった。しかし、これでは被保険者の公平性において問題があるほか、医療保険においても現役世代が高齢世代を支えるという長期保険(世代間扶養)的要素が強まるにつれてフリーライダーを許容するものとして問題とされるようになった。介護保険も基本的には短期保険の体系の下で仕組まれたものであるが、保険者機能の一つとしての保険料滞納者対策を強化する方向に踏み出した。

(5) 要介護認定・ケアマネジメントサービス利用の適正化・効率化

介護保険では、サービスの利用についても、その適正化を促す機能を組み込んだ。フリ

ーアクセスを尊重するあまり、無秩序な受診行動をもたらし、サービスの質の低下や非効率を生み出した医療との大きな違いである。

フリーアクセスである医療と違って、介護保険では保険給付を受けようとする被保険者は、市町村(保険者)による要介護・要支援認定を受けなければならない。介護認定審査会は保健・医療・福祉関係者が全国共通の客観的基準に基づいて合議で認定するわけであるから、医師個人が給付の決定権をもつ医療とは異なる。介護認定審査会には主治医の意見書も提出されるが、それはあくまでも審査の参考意見であって認定審査会に対する拘束力はない。また、認定審査の結果、自立と判定されれば保険給付は受けられないし、要支援であれば在宅サービスのみ、要介護であってもその状態区分に応じて給付額が設定されている。まさに介護認定審査会はゲイトキーパーの機能を担っているのである。

さらに、介護認定審査会は療養に関する事項や被保険者が留意すべき事項について意見を付すことができ、ケアプランもこれに沿って作成されなければならない。このように介護認定審査会は、「単なる要介護度の認定機関にとどまらず、積極的にサービスの内容を審査・評価する監視機関としての役割もになっている」(岡本悦司「国民健康保険法からみた介護保険法」『国民健康保険』、2000.7.)とも言えよう。

こうして、介護保険のサービスのうちかつて措置制度のもとにあった福祉系サービスは自由契約制に移行したが、逆に医療系サービスでは医師の権限が後退しサービスの適正利用を促す仕組みが組み込まれたことになる。しかし、その反面で介護保険では、意見書の作成という過程を通して、主治医が事実上のかかりつけ医としての機能を担うことになったことも注目される。

また、介護保険ではケアマネジメントの仕組みが導入され、介護支援専門員(ケアマネジャー)を中心とした専門家チームが、利用者の相談に応じ、そのニーズを把握した上で、サービス計画(ケアプラン)を作成し、サービス提供機関との連絡調整を行って、利用者本位の適切なサービス利用をコーディネートする。その上、サービス計画の作成にあたっては、利用者に対する内容の説明と文書による合意を必要とするというインフォームド・コンセントの徹底も義務づけられている。つまり、要介護度別の定額払い制のもとでの利用者本位の最適なサービスの利用を促そうとするもので、サービス利用の効率化という観点からも評価されるものである。

(6) 保険者の裁量による保険給付の弾力化

介護保険では、要介護者・要支援者に対する市町村の独自給付が組み込まれ、保険給付の内容についても保険者機能が強化された。

この独自給付には上乗せサービスと横だしサービスの2種類がある。上乗せサービスとは、在宅サービスにおいて厚生労働大臣が定める支給限度額を超える額を市町村独自の支給限度額として定めるものである。また、横だしサービスとは、法定の保険給付の対象でないサービス(例えば寝具乾燥、移送、配食などのサービス)を市町村独自の給付とするも

のである。これらの独自給付の財源は、第1号被保険者の保険料が予定されるもので、地域の実態や住民の意向を反映した給付設計が可能になるものである。

なお、健康保険や国民健康保険と同様に、介護保険でも市町村独自の保健福祉事業が組み込まれており、第1号被保険者の保険料を財源として、家族介護者等に対する支援事業（情報提供事業、介護教室の開催、家族リフレッシュ事業）、要介護状態予防のための事業、介護サービスの利用者負担に対する資金貸付事業等を行うことができる。

(7) サービス提供事業者に対する保険者機能の強化

介護報酬に関しては、要介護度別・地域別報酬とされたことが医療保険との大きな違いである。

まず、要介護度別報酬の設定によって、特に施設サービスにあつては重度の者にも十分なサービスが提供されるよう、報酬面での保証が行われることになった。ちなみに、医療保険の診療報酬では要介護度は考慮しないこともあつて、医療保険適用施設では重度の要介護者が排除されがちだと言われている。

地域別報酬とは事業者の所在地別にサービス提供に要する費用を設定するもので、人件費の高い都市部について地域加算を設け、離島・山村等の僻地についてはサービス提供が非効率になることに配慮した加算を設けた。医療保険の場合では、診療報酬が全国一律を基本にしているため、大都市部では不明瞭な保険外負担が存在するとか、逆に僻地では医療機関が不足しているという問題がある。

サービス提供事業者の指定は、法人格を有し、一定の人員基準や設備・運営基準を満たしていることを条件として都道府県知事が行う。ただし、医療保険と異なり、居宅サービスについては、これらの条件を満たしていなくても（例えば法人格のない住民参加型の非営利組織など）、保険者である市町村が当該サービスが一定の水準を満たしていると認めた場合には、「基準該当サービス」として償還払い方式により保険給付を行うことができる。さらに例外的に、指定事業者も基準該当サービスも確保できない離島等にあつては、それ以外の事業者によるサービスの提供も、市町村の判断により保険給付の対象とすることができる。

さらに介護保険では、保険者である市町村に対して、保険給付に関して必要がある場合のサービス提供事業者（福祉用具販売、住宅改修を含む）への調査権を与えている。また、サービス提供事業者に対しては、事故発生時には、利用者の家族のほかに市町村への連絡を義務づけている。これらはいずれも、医療保険各法には存在しない介護保険独自の規定である。

(8) 保険者による情報提供と苦情処理への積極的対応

介護保険では、利用者のサービス選択の前提として、サービス提供事業者に関する情報を積極的に提供することとしている。事業者の指定は都道府県の権限であるが、市町村は

都道府県から指定事業者の情報を受け、これをもとに利用者やケアマネージャーの照会に応じることとしている。

また、介護保険では、サービス内容や事業者等に関する利用者からの苦情・相談に応じる体制も整えている。このオンブズマン的業務については、介護保険法では中立性・広域性等の観点から都道府県の国民健康保険団体連合会(国保連)が行うこととされているが、その他に運営基準において、事業者自身および介護支援専門員が適切に対応することとしている。また、市町村においても、苦情処理の窓口的な役割を担うとともに、運営基準において、苦情に関し、事業者に対する調査、指導、助言の権限が与えられている。

参考文献

- ① 社会保険研究所編 1999『介護保険制度の解説』社会保険研究所
- ② ぎょうせい編 2000『介護保険の手引き』ぎょうせい
- ③ 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 1996『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい
- ④ 岡本悦司 2000「国民健康保険法からみた介護保険法」『国民健康保険』第51巻第4号～11号
- ⑤ 山崎泰彦 1997「高齢者医療制度をどう改革するか」『社会保険旬報』第1960号
- ⑥ 山崎泰彦 1999「介護保険の意義と高齢者医療・介護制度改革のあり方」、山崎泰彦他『介護保険システムのマネジメント』医学書院
- ⑦ 山崎泰彦 2000「介護保険から高齢者医療制度の改革へ」『介護保険情報』第1巻第3号

第 3 部

第1章 米国訪問調査

対馬忠明
西田在賢
滝口進
浅野仁子
住吉英樹

1. 調査の目的とメディケア保険の概要

米国の保険者機能に関連する調査については多くの先行調査が行われており、特に民間のマネジドケア保険の仕組み、内容、組織体制の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であるメディケア保険に注目した。

米国のメディケア保険とは、65歳以上の高齢者を対象とした医療保険であり、保険者として DHHS (U. S. Department of Health and Human Services、米国厚生省) 管轄の HCFA (Health Care Financing Administration、米国医療財政庁) が保険制度の運営を行っている。米国においても日本と同様に高齢化が進行したため、1970年以降医療費が急速に上昇し、HCFAは数々のコストコントロールを試みてきたがいずれも成功しなかった。そこで、HCFAは2つの方式の導入により医療費の伸び率の抑制を試みた。一つは、1983年からパートAの給付 (Hospital Insurance、病院の入院費等の支払) において、これまでの出来高払いを廃止し DRG/PPS (Diagnostic Related Groups / Prospective Payment System) の導入を開始したことである。この DRG/PPS の導入の際、当初問題視されていた過小診療を防ぐため、HCFAは民間機関である各州の PRO (Peer Review Organization) と、プロバイダーの診療行為の監査業務の契約を結んだ。さらに現在では HCFAはプロバイダーにおける医療の質の改善活動に関する業務委託についても PROに委託しており、メディケア保険における PROの果たす役割は極めて大きいと言えよう。もう一つは、メディケア・マネジドケア保険と呼ばれる従来のオリジナルメディケア保険とは給付内容が異なる保険制度の導入である。この保険は、民間のマネジドケア保険を活用した制度であり、メディケア受給者は基本的にどちらの制度を自由に選択することが可能である。

このように、日本とは根本的に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。

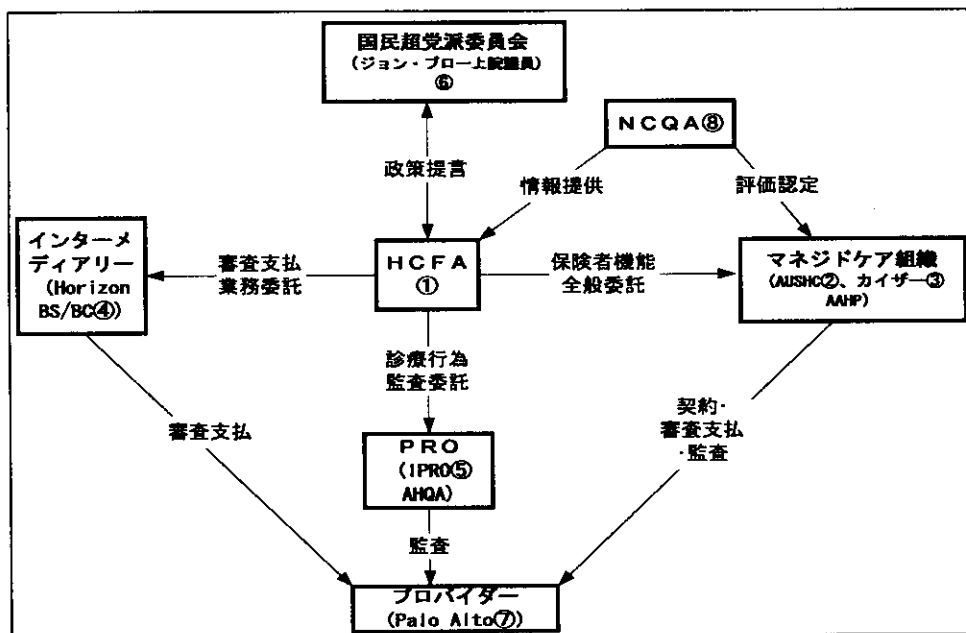
その他、前述の PROをはじめとしてメディケア保険を支える周辺組織 (審査支払機関、

プロバイダー、各種評価機関等) についての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、帳票の様式、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。

具体的な訪問調査はメディケアに関係する 10 機関に対して行い、本報告書では保険者機能の観点から次のようにまとめた。2 では、メディケアの保険者である HCFA が運営をしている従来型のメディケアプランについて、外部委託している部分を含めて役割機能別に整理した。また 3 では HCFA からの委託によりマネジドケア保険が保険給付業務を行っているメディケア・マネジドケア保険に関して、保険者機能別に整理を行った。4 は保険者機能の実態を元に、近年のメディケア改革における議論を踏まえ、メディケアにおける保険者機能の問題点・課題の整理を行った。最後に 5 において、日本において参考となるインプリケーションをまとめた。

なお、参考までに訪問した機関 (業界団体である AAHP (American Association of Health plan : マネジドケア保険の業界団体) と AHQA (American Health Quality Association : PRO の業界団体) は除く) についての関係図および概要について図表 1-1-1、図表 1-1-2 において示した。

図表 1-1-1 調査対象機関の関係図



事務局作成資料

図表 1-1-2 調査対象機関の概要

	調査対象機関	組織概要	調査概要
①	HCFA (Health Care Financing administration) ＜メディケアの保険者＞	公的医療保険であるメディケア、メディケイドの保険者。厚生省管轄の1機関であるが、Secretary (厚生長官) 直属の機関である。	本調査の目的であるメディケア保険の保険者としての役割・機能を調査した。
②	AUSHC (Aetna US Healthcare) ＜マネジドケア保険＞	東海岸を中心として活動している代表的な営利のマネジドケア保険。メディケア・マネジドケア保険にも参加している。	営利のマネジドケア保険が行っているメディケア・マネジドケアの状況と、HCFA との委託契約を調査した。
③	カイザー (Kaiser Permanente) ＜マネジドケア保険＞	西海岸を中心として活動している代表的な非営利のマネジドケア保険。メディケア・マネジドケア保険にも参加している。	営利のマネジドケア保険が行っているメディケア・マネジドケアの状況と、HCFA との委託契約を調査した。
④	Horizon Blue Cross /Blue Shield ＜インターメディアリー：審査支払機関＞	メディケアのパートA (ホスピタルフィー) の審査支払機関。最近ではパートB (ドクターフィー) の審査支払も行っている。Horizon Blue Cross /Blue Shield はニュージャージー州のインターメディアリー。	HCFA が委託している審査支払機能と、HCFA との委託契約を調査した。
⑤	Island Peer Review Organization (IPRO) ＜PRO (Peer Review Organization) ＞	HCFA からの委託を受けプロバイダーに対し医療の質の改善活動を行う機関。IPRO はニューイングランド州の中心に活動を行っている PRO。	HCFA が委託しているプロバイダーへの監視機能と、HCFA との委託契約を調査した。
⑥	Senator John Breaux (ジョン・ブロー上院議員)	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。今回の訪問ではスケジュールの関係で議員本人ではなく、議員の政策スタッフである Ms. Sarah L. Walter に対してヒアリングを行った。	国民超党派委員会の設立過程と運営といった改革活動の内容、委員会の中のタスクフォースのあり方、政策立案につなげる舞台裏の努力等に関して調査を行った。
⑦	Palo Alto Medical Foundation ＜プロバイダー＞	西海岸のパロアルトに本拠地を置きプロバイダーとしての機能を持つ非営利の医師グループの財団。	プロバイダー側と HCFA やマネジドケア保険との関係、およびメディケア保険 (メディケア・マネジドケア保険を含めて) に対する見解等の調査を行った。
⑧	NCQA (National Committee for Quality Assurance)	マネジドケア保険の評価認定を行う民間の非営利団体。	マネジドケア保険の評価認定方法およびその評価認定結果の情報の活用方法に関する調査を行った。

事務局作成資料

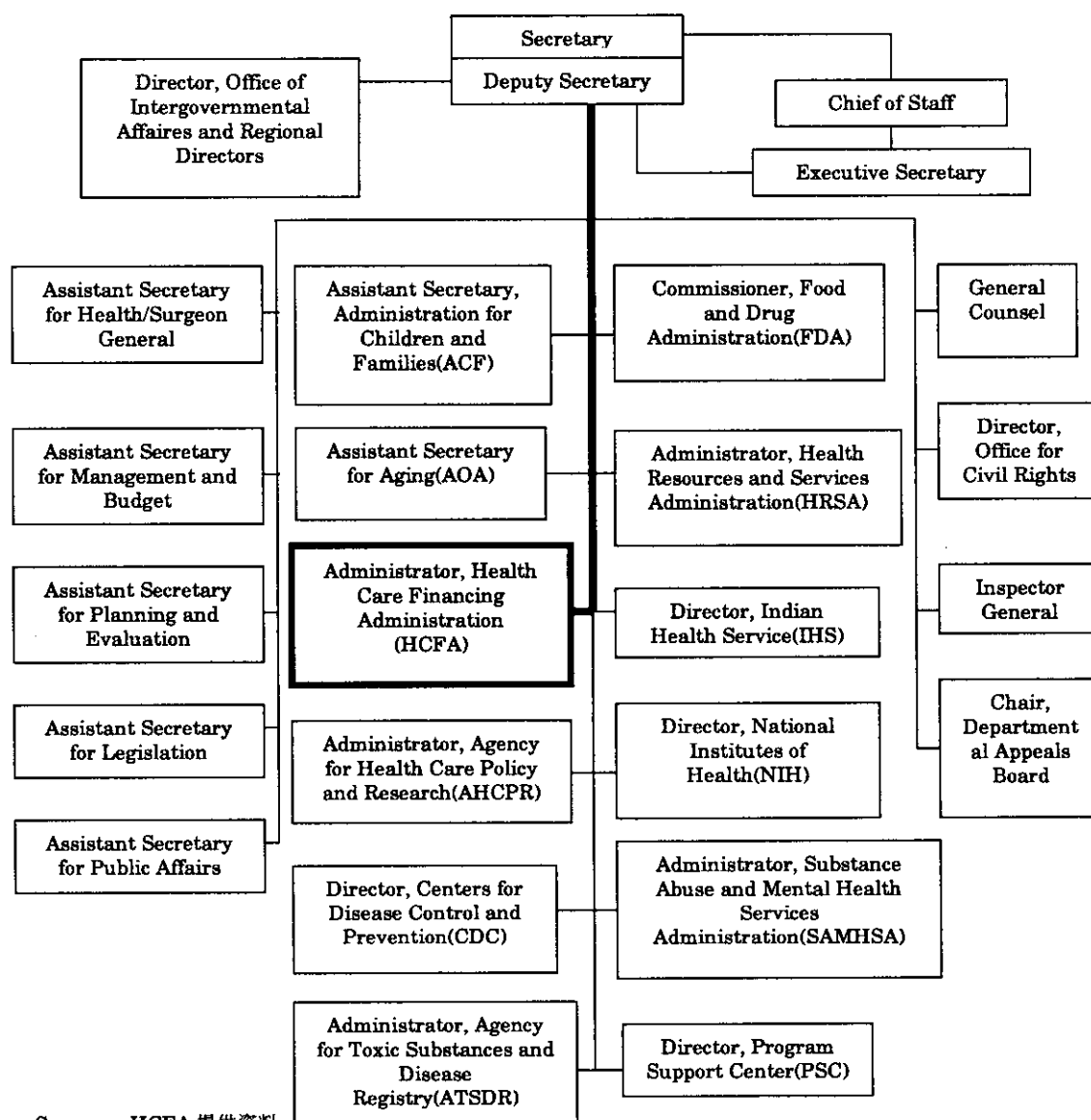
2. オリジナル・メディケア保険における HCFA の役割・機能

(1) HCFA の構成

①組織及び財政の運営・管理

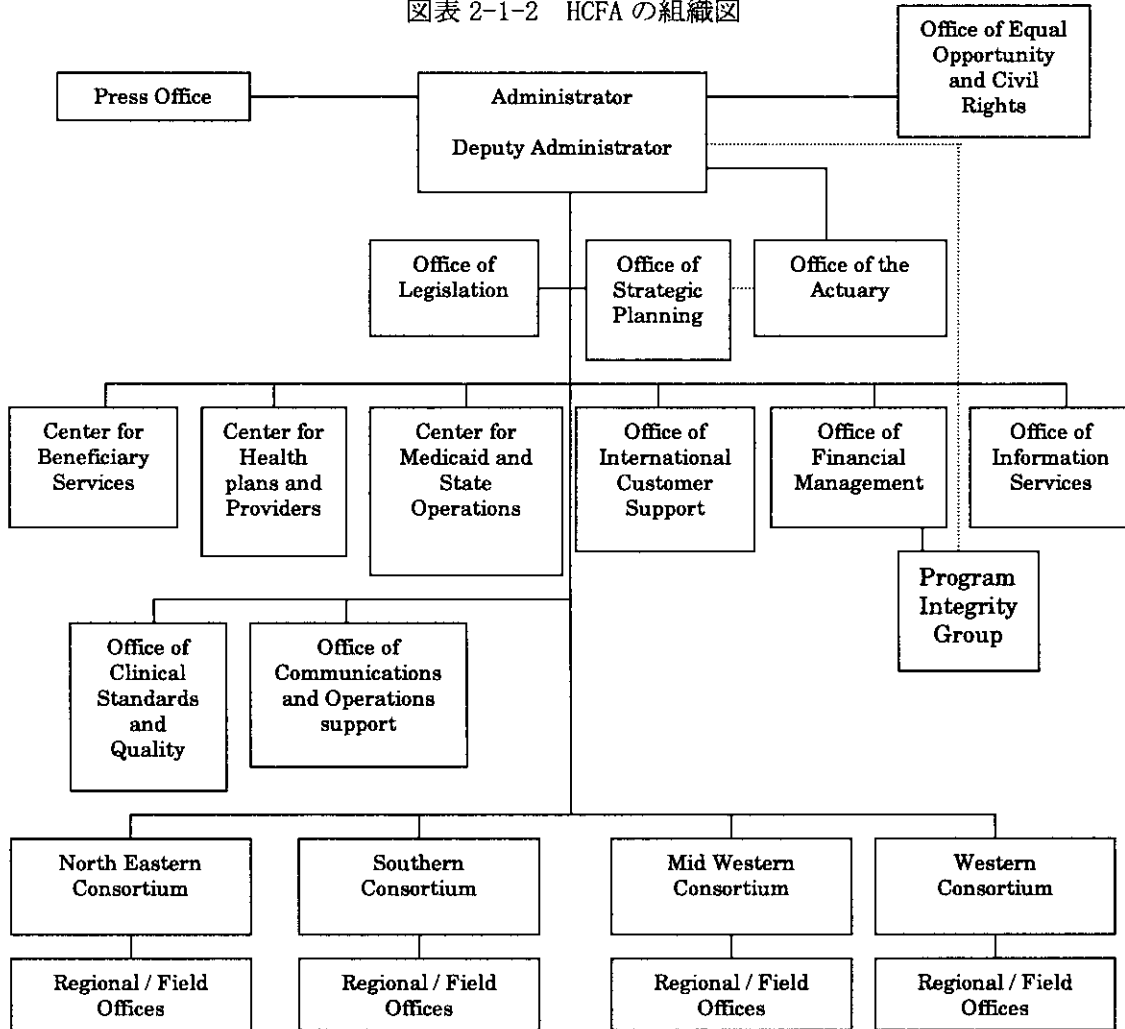
HCFA (Health Care Financing Administration) は、米国厚生省 (DHHS) の中で厚生長官 (Secretary of DHHS) 直轄の連邦組織であり、7500 万人をカバーする公的高齢者医療保険制度メディケア及び公的医療扶助制度メディケイドを運営している。HCFA はその本部をメリーランド州ボルチモアに構え、全米で 10 つの地方事務所を抱えている。本部は全米規模でのプログラムの統括と指示を行い、地域事務所は地域の保険サービス向上努力とそのため
の取締りを行っている。

図表 2-2-1 米国厚生省 (DHHS) の組織構成



Source : HCFA 提供資料

図表 2-1-2 HCFA の組織図



Source : HCFA 提供資料

メディケアは、3800 万人の米国民をカバーし、2000 億ドルのコストを要する、全米最大の医療保険制度である。メディケアの運営における HCFA の責任は、メディケア受給者に対する医療保障を提供することであり、具体的には次の任務が規定されている。

- (a) SSA (Social Security Administration)¹⁾ との協力の下個々人の受給資格の決定
- (b) 受給者にとって支払対象となる給付サービスの種類と期間の決定
- (c) 州の担当官、プロバイダー、各種契約委託先との協定の締結・維持管理
- (d) Public Health Service との協力の下 (Skilled Nursing Facility を除く) プロバイダーとの協力関係を踏まえた主要な政策の策定
- (e) 統計的研究、保険数理的プログラムの開発・管理
- (f) 制度の一般財政管理
- (g) 政府との直接契約先として選ばれたプロバイダーに対して支払われる合理的なコス

ト・量の決定

財政運営については、パート A (Hospital Insurance、病院の入院費等の支払) ・パート B (Supplementary Medical Insurance、医師の診療報酬等の支払) それぞれに信託基金が設立されており、そこで全ての収支を管理している。信託基金の財政運営を監視するために、管財人委員会 (the board of trustees) が、社会保障法の下で設立されている。委員は 6 人から構成され、連邦政府内から、財務長官、労働長官、厚生長官、社会保障長官の 4 名が、また国民代表として上院議院から大統領の指名を受けて 2 名が選出される。また社会保障法によって、HCFA はパート A・B それぞれの信託基金に関する財政状況報告書を、毎年連邦議会に提出することが求められている。

図表 2-1-3 1999 年のメディケアの財政状況

パートA	in billions	パートB	in billions
fund assets(12/31/98)	120.4	fund assets(12/31/98)	46.2
income	151.6	income	80.9
payroll taxes	132.3	general revenue	59.1
interest	9.8	premiums	19.0
benefit tax	6.6	interest and other	2.8
other	2.9	expenditure	82.3
expenditure	130.6	benefits	80.7
benefits	128.8	professional services	45.3
hospital	85.4	facility payments	18.5
home health	7.3	managed care	16.9
skilled nursing	11.7	administration	1.6
hospice	2.5	fund assets(12/31/99)	44.8
managed care	21.8	net change in assets	-1.4
administration	1.9		
fund assets(12/31/99)	141.4		
net change in assets	21.0		

Source : HCFA 「2000 Annual Report of the Board of Trustees」

1999 年度に関する財政状況報告書 (図表 2-1-3 参照) によれば、パート A については 2 期連続の黒字となっている。これは好調な経済成長の結果もたらされた収入増加による部分もあるが、その一方で実質的な支出減少の結果でもある。特に給付費は対前年比 4% 減となっており、この要因としては、1997 年の財政均衡法による各種規制の施行、一般的な医療費支払の削減、メディケアにおける不正乱用撲滅活動の実行、在宅ヘルスケアサービス利用の減少などが考えられる。

一方パート B について、1999 年単年度はパート B 創設以来の最低の伸び率 6% で、これは対 GDP 比の 1% 以下の規模であった。しかしながら、創設以来給付費は急速な増加を示しており、直近 5 年間で見ると費用抑制の努力にも関わらず 38% 増加しており、経済成長全体の伸び率を 5% も上回っている。このように 1999 年は若干落ち着いているものの、パート B の支出は今後も経済成長を上回る勢いで増加し、2075 年には 2.4% まで増加すると予測されている。

②HCFA から PRO (Peer Review Organization) への委託契約

PRO (Peer Review Organization) とは、1983 年の DRG/PPS 導入後、医療の質を確保する目的で設立された、医師による同僚審査機関である。HCFA は PRO に対して、メディケア受給者に対するケアの利用と質を監視し向上させることを委託している。HCFA が作成した「PRO マニュアル」では、メディケア受給者に対して提供された財やサービスに関して、医療サービスの適切性と医学的必要性、医療施設の妥当性、医療施設から提供される診療情報、支払請求情報の適切性・合理性・正当性、医療の質と効率性を審査し判断することが PRO の使命であるとしている。

PRO はこれらの活動によって、メディケアで請求されたサービスに対して支払を行うかどうかを決定し、必要な場合には適切な改善活動を計画・実行する権限を持っている。具体的な任務としては、ヘルスケアの質向上プログラム (Health Care Quality Improvement Program; HCQIP、詳細は (2) ⑦) と、過誤支払予防プログラム (Payment Error Prevention Program; PEPP、詳細は (3) ③) の大きく 2 つに分けることができる。PRO プログラムの創設当初は過誤支払防止プログラムが PRO の主要な任務とされていたが、最近ではむしろヘルスケアの質改善プログラムに対する業務割合が高まってきていることが特徴的である。例えば第 5 次契約 (1996~1998 年) における委託業務の割合は、ヘルスケアの質向上プログラムが全体の 60%、過誤支払防止プログラムが 30% を占め、残り 10% で、病院の退院計画と支払に対する個別のケースレビューや、特定の PRO のみに委託される特別プロジェクトが行われた。

これらの契約は、3 年ごとの契約サイクルに基づき、競争によって HCFA から各州に 1 つ選ばれ、全国 53 の PRO と締結している (場合によっては 1 つの PRO が複数の州を担当することもある)。契約報酬は、協定に基づき各プロジェクト毎に支払われ、契約上の成果が達成できなかった場合には契約金が削減される (あるいは支払われない) こともある。現在は第 6 次契約 (1999~2001 年) 期間であり、この契約に対する HCFA からの評価は、2001 年 11 月に行われる予定となっている。

全米規模で見ると、第 5 次契約における総額費用は 55000 万ドル (3 年間) であり、年平均受給者数を約 3800 万人とすると、1 年間に 1 受益者当たり約 5 ドルのコスト負担となる。これはメディケア全体の保険給付が年間 2110 億ドル、1 加入者当たり 5,000 ドル超ということ考えると、PRO プログラムの年間予算はその 0.1% 以下に過ぎない。

また、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民間マネジドケア保険の委託業務、さらに場合によっては州の民間マネジドケア保険を監督する委員会の業務の委託を受けている。しかし、そのなかでもメディケアの業務の占める割合は最も大きく、他の業務関係を確認するためにも HCFA との契約は重要であり、しかも採算は通常 5% 程度の利益を得ることが可能である。但し、HCFA との契約内容が頻繁に変更になる、質の改善プログラムの管理に対する HCFA から異議申し出が多い、PRO の業務に対する HCFA からの管理が細かい等のデメリットもある。

③HCFA からインターメディアリー (fiscal intermediary) への委託契約

インターメディアリーは、パート A・B 両方の下で、プロバイダーに対するメディケア支払請求処理を行うために HCFA との協定を締結した、民間組織である²⁾。HCFA から、審査支払に関する業務委託を Blue Cross / Blue Shield (以下 BC/BS) Association が一括して引き受け、そこから各州毎に競争によって再委託先を決定している (複数の州の再委託契約を引き受けている組織もある)。これは、メディケア創設当初、その業務を行うために必要な知識・ノウハウを持っていたのが、事実上 BC/BS だけであったという歴史的経緯による。「インターメディアリーマニュアル」の中では BC/BS Association との契約を Prime contract、そこからの下請け契約を Subcontract として区分しており、それぞれに対する契約要件を詳細に定義している。

Subcontract は入札方式による 1 年更新の契約で、電算処理システムや支払期間などの技術的能力、受給者への情報伝達や相談窓口開設などサービス機能に対する評判、契約を取り扱うための一般的知識等が基準とされている。契約業務を遂行するための事務管理コストは、1 年間に取扱う支払請求件数と支払請求 1 件当たりの事務コストの推計を各インターメディアリーが行い、それに基づいて HCFA から各インターメディアリーに予算が与えられ、その予算内で業務を行うこととなる。予算の執行については年度末に厳密にチェックされ、差額は 1 ドル単位まで調整される。また、メディケア支払請求関連に直接かかる事務管理コスト以外の、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る。契約の成果 (例えば不正請求発見検挙率等) に応じたインセンティブの支払は、一切ない。採算性は、直接コスト部分は完全に右から左に流れてしまい、間接コストが支給されることによってやっと利益が出せるという状況である。政府との契約であるため安定的な事業であり、HCFA と契約することによる評判を得るという面でメリットはあるが、一方ローリターンで魅力に欠ける点もあるため、撤退する再委託先もある。また、HCFA はインターメディアリーの活動内容を厳しく監査しており、不満・問題があった場合 (例えば不正請求をそのまま放置した場合) にはペナルティが下され、最も深刻な場合には契約取り消しとなることもある。

「インターメディアリーマニュアル」の中では、この委託契約における厚生長官の権限として、業務成果や業務実施能力の検査・評価権、業務上取得した情報・データへのアクセス・利用権、契約管理のための命令・一般的指導権、委託契約の自動終結権、契約内容変更等に関する事前承認権などが明記されている。

最後に、インターメディアリーの変更をプロバイダーが申し出ることも可能である (会計年度終了前 120 日迄)。プロバイダーから HCFA の地方事務所に申し出があった場合、その理由に鑑みて制度にとってより望ましいと判断されれば、変更が認められる。

(2) HCFA と被保険者との関係

① HCFA による被保険者の選択

メディケアの受給者資格について、パート A は、基本的に 65 歳になった時点で、本人もしくは配偶者の保険税払い込み期間が 40 四半期以上あるか、または図表 2-2-1 に示したような要件に該当していれば加入できる。また、いずれの要件を満たしていない場合でも、米国に居住し、かつ申請時点で 5 年以上の居住実績があり、さらに市民権あるいは永住権を有している者であれば、月払保険料を支払うことで加入することもできる。パート B は、パート A の受給者資格を満たしており、月払保険料を支払えば加入することができる。健康・既往症などによるクリームスキミング（選択的排除）等の加入者数制限は全く無く、受給者要件を満たして加入を申し出た被保険者については、HCFA は全て受け入れなければならない。但し、パート B については、65 歳になった誕生月の前後 3 ヶ月、合計 7 ヶ月間がオープン加入期間となっており、これより加入が遅れた場合には、原則として 12 ヶ月毎に 10% ずつ保険料が高くなってしまう。

一方メディケア補足保険 (Medigap あるいは Medigap SELECT) については、保険者は HCFA ではなく地域のマネジドケア保険で、原則パート B に加入していることが加入条件となる。パート B に加入してから 6 ヶ月間がオープン加入期間となっており、この期間中に加入すれば健康・既往症などによる拒否や、割高な保険料を賦課されることは禁止されている。しかし、この期間を過ぎてしまうと、拒否されたりや割高な保険料を賦課されることもあり得る。

以上のような受給者資格に関するデータ収集・審査については、SSA で収集している公的年金の受給者資格に関する詳細なデータを活用している。但し、受給者資格に関連する個人の異動情報（例えば結婚・離婚）については、原則として本人の立証負担となっており、その証拠を SSA に対して申し出なければならない。

図表 2-2-1 メディケアパート A の受給者要件

65 歳以上で

- ・ 社会保障制度もしくは鉄道退職者制度に基づく年金受給者資格を持っている場合
- ・ 本人もしくは配偶者がメディケア適用の（連邦・州・地方政府の）公務員である場合

65 歳以下であっても

- ・ 社会保障制度もしくは鉄道退職者制度の障害手当を 24 ヶ月以上受給している場合
- ・ 29 ヶ月以上社会保障制度の障害者規定を満たしているメディケア適用の公務員である場合
- ・ 末期腎臓病患者 (End Stage Renal Disease : ESRD) 、もしくはその配偶者や子供である場合

Source : HCFA ホームページより作成

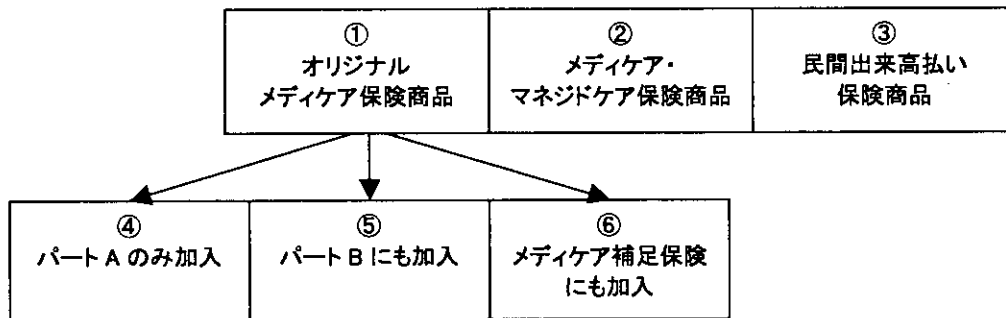
②被保険者による保険商品の選択

自動的に加入できる場合と、被保険者が申し出なければならない場合があるが、いずれの場合も原則として任意加入である。自動加入となるのは、①65歳以前に既に社会保障制度もしくは鉄道退職者制度の給付を受給している場合 65歳になった月から、②障害者で社会保障制度もしくは鉄道退職者制度から障害手当を 24ヶ月以上受給している場合は障害者手当受給 25ヶ月目からである。いずれもパート A・B 両方に自動的に加入することとなり、受給開始月の 3ヶ月前にメディケアカードが送付される。もしパート B が不要な場合は、その旨を申し出なければならない。

自動加入以外の場合には、被保険者が 65歳になる月の 3ヶ月前までに SSA もしくは鉄道退職者制度事務局に対してメディケアに加入する旨を申し出なければならない。

加入保険商品の選択については、基本的に①オリジナル・メディケア保険商品 (HCFA が提供、全国共通) ②メディケア・マネジドケア保険商品 (州毎に、保険商品数・商品内容などが異なる) ③民間出来高払い保険商品 (2000年から 17州でのみ利用可能) という選択肢がある。①を選択した場合には、更に④パート A のみ加入⑤パート A・B に加入⑥パート A・B に加えメディケア補足保険にも加入、の 3つの選択肢がある。④・⑤については、保険者を選ぶことはできず、パート A・B いずれも、HCFA が運営する全国共通の保険商品に加入することとなる。⑥のメディケア補足保険とは、Medigap あるいは Medigap SELECT と呼ばれ、メディケアパート A・B で規定された一部負担部分や給付対象外のサービスをカバーするための保険商品であり、連邦法・州法に従って民間マネジドケア保険が提供する。被保険者は、その中から給付対象や自己負担額などに応じて自由に選択することができる。

図表 2-2-2 メディケアにおける保険商品選択



Source : 各種資料より作成

メディケアからの脱退については、①メディケアホットラインに連絡し電話で脱退手続きをする②SSA に電話するか地域の Social Security Office に訪問して脱退希望用紙に記入する③ (メディケア・マネジドケア保険商品に加入している場合には) マネジドケア保険に直接連絡する、という 3つの方法がある。申し出時期にもよるが、申し出た 1～2ヶ月後には脱退することができる。尚、メディケア自体からの脱退ではなく、保険商品の変更の場合は、新しい保険商品に申込をすれば自動的に古い保険商品が解約されるため、解