

(c) 支給開始年齢の引き上げによる無保険者拡大への懸念

具体的な無保険者対策が全く示されないまま、支給開始年齢の引き上げが盛り込まれており、それは更なる無保険者の拡大につながってしまうという批判を浴びた。

(d) メディケアボード新設の是非

HCFA と並列的なメディケアボードの創設をする必要性は無く、むしろ新機関を創設・運営することによってコスト増をもたらすという反論が挙げられた。また、厚生省からも HCFA からも独立した組織とすれば、メディケア受給者と税金負担者のいずれに対する責任をも欠如する危険な事態を引き起こしかねないとの指摘を受けた。

(3) クリントン大統領による改革案

①提案内容

ブロー／トーマス提案が棚上げされたことを受け、その代案として1999年6月29日にクリントン大統領自らが提示したのが、「21世紀に向けたメディケアの近代化と強化の計画」である。主なポイントは、①薬剤給付の創設②メディケア・マネジドケア保険への価格競争の導入③HCFAが運営するオリジナル・メディケア保険における診療報酬ディスカウント契約の導入④健康診断における一部負担の廃止⑤検査費用に関する患者一部自己負担の導入、免責額に消費者物価スライドを導入⑥医師・医療機関等に対する報酬削減を2003年以降も継続⑦65歳未満を対象とした任意加入制度の創設⑧財政試算、である。

全般的にはブロー／トーマス提案を活かしている印象を受けるが、次のような点で大きく異なる。例えば②メディケア・マネジドケア保険への価格競争の導入は、一見ブロー／トーマス提案に近い印象を受けるが、ブロー／トーマス提案ではオリジナル・メディケア保険商品がメディケア・マネジドケア保険商品と対等に価格競争を行うことを提案しているのに対し、クリントン提案ではあくまでも価格競争を導入するのはマネジドケア保険が運営する保険商品間に限定している。一方メディケア・マネジドケア保険との価格競争から除外されるオリジナル・メディケア保険に関しては、クリントン提案では③のように診療報酬ディスカウント契約の導入を提案している。HCFAがプロバイダーとの直接交渉を行い（実際には優先プロバイダーネットワークとして既存のPPOとの包括契約を想定している）、特別のディスカウント契約を結んで費用抑制を図ろうとするものである。ここには、HCFAが自ら保険者としての機能を発揮して、オリジナル・メディケア保険商品にマネジドケアの手法を取り込むという新たな視点が盛り込まれていると言える。以上のような点も含め、ブロー／トーマス提案とクリントン提案の違いを比較したのが、図表4-3-1である。

図表 4-3-1 現行メディケアとブロー／トーマス提案、クリントン提案との比較

	現行制度(メディケア+チョイス)	ブロー／トーマス提案	クリントン提案
給付内容	・HCFAが指定する最低限の給付内容を基本として、HCFAからの承認の下、追加給付内容と追加保険料をマネジドケア保険会社が決定 ・薬剤給付はメディケア基本給付の対象外	・全ての給付内容と保険料をマネジドケア保険会社が独自に設計し、メディケアボードが承認 ・薬剤給付は低所得者を対象に一部導入する	・給付内容の設計についてはブロー／トーマス提案を参考とする(具体的内容は明示せず) ・薬剤給付は全受給者を対象に導入する
HCFAからの支払	・HCFAが算出する人頭前約定額保険料をマネジドケア保険会社に支払う	・メディケアボードが算出する全国加重平均保険料の一定割合(平均88%)を加入者へ支払	・ブロー／トーマス提案を参考とする(具体的内容は明示せず)
加入者の保険料負担	・メディケア・パートBの月額保険料もしくは、メディケアマネジドケア保険に加入の場合は個別の保険会社によって徴収される追加保険料	・原則、全国加重平均保険料の12% ・高コストプランを選択すれば、超過保険料は全額自己負担 ・低コストプランを選択すれば、保険料負担を軽減もしくは免除	・ブロー／トーマス提案を参考とする(具体的内容は明示せず) ・但し、低コストプランを選択した場合、選択プランの保険料に応じたキャッシュバックシステムを導入
オリジナルメディケアの取扱い	・メディケアマネジドケアプランとは一線を画して、伝統的出来高払い保険とする	・伝統的な出来高払い保険ではあるが、メディケア・マネジドケアプランと並んで価格競争を行う	・現行通りメディケアマネジドケアプランとの競争からは除外するが、別途HCFAによるプロバイダーとのディスカウント契約を導入する
競争原理導入のポイント	・HCFAから支給される一定の支払額の下で、マネジドケア保険間に給付内容の充実による競争をさせる	・加入者に低コストプランを選択させるインセンティブを持たせながら、マネジドケア保険会社に保険料から給付内容まで独自のプラン設計を委ね、質と価格による競争を行わせる ・HCFA自らが出来高払い保険の提供をし、マネジドケア保険と対等の立場で競争する	・キャッシュバックシステムの導入により、加入者が低コストプランを選択するインセンティブを強める ・オリジナルメディケアプランでも、マネジドケアの技法であるディスカウント契約を導入し、効率化を図る

事務局作成資料

②提案に対する反応

(a)一般財政繰入の是非

クリントン大統領は、米国経済の好調を背景に一般財政予算の余剰の 15%をメディケアパート A の信託基金や、新設する外来薬剤給付費用の補助に繰入することによって、メディケア財政の強化を図るとの提案を示した。これに対してブロー上院議員は、「古い車にガソリンをそそぎ込むようなもの」として、メディケアへの資金投入は構造改革を完了した後にすべきだとコメントした。他にも、そもそもそれだけの剰余金の確保が果たして実現可能であるかという点も議論の余地がある。

(b)オリジナル・メディケア保険商品の取扱

クリントン提案では、前述のブロー／トーマス提案とは異なり、HCFA が運営するオリジナル・メディケア保険商品を現状のまま、メディケア・マネジドケア保険商品と競争にはさらさないという取扱にしている。これに対して、オリジナル・メディケア保険商品自体の効率化が図られないのではないか、また現行制度とあまり変化が無く結局メディケア・マネジドケア保険商品の選択が進まずに期待する効率化が得られないのではないか、また現状でも問題となっているオリジナル・メディケア保険商品への高リスク受給者の集中が発生してしまうのではないか、などの指摘があった。

(c)今後の見直し

クリントン提案は、新大統領の政策課題の 1 つであるメディケア改革議論の大きな柱になるのではないかと予想されている。

(4) メディケアにおける保険者機能の問題点・今後の課題

以上のように、近年のメディケア改革論議の焦点は主に財政問題であり、そのためにいかに効率化を図るか、しかしその一方で不十分な給付をいかに改善するか、という綱引きが行われてきた。財政状況については、少なくとも現時点では、経済の高成長という外的要因の影響を受け、1997年財政均衡法の施行により、若干の余裕がもたらされている。しかしながらそれは、診療報酬支払削減などによる短期的な効果に過ぎず、足元では再び医療費の増嵩の兆しが見られる。更に今後ベビーブーマー世代の高齢化により財政問題が深刻化することが予測されており、抜本的な取組が必要であることは否めない。こうしたメディケア全体の議論の中から、改めて保険者機能という視点・切り口で問題点・課題を整理すると、図表4-4-1のようになる。

図表 4-4-1 メディケアにおける保険者機能に関わる問題点と今後の課題

	保険者機能に関わる問題点	今後の課題
保険者－被保険者関係		
保険者による被保険者の選択	・メディケアマネジドケアにおけるクリームスキミングの発生	・クリームスキミング解消の実現可能性(リスク調整支払方式により果たして解消されるのか)
被保険者によるヘルスプランの選択	・メディケア+チョイスによって選択肢は増えたものの、地域格差もあり、また出来高払いに慣れ親しんだ高齢者にとっては実質的に選択があまり進んでいない ・採算が合わずに撤退するメディケアマネジドケア保険が相次ぎ、メディケア+チョイスの運営が難航し、被保険者が選択可能なヘルスプランの提供が少ない	・より競争的なプラン選択が実質的に行われるようなシステムの導入 ・オリジナルメディケアプランの運営方法の改革
保険料	・メディケアは長期的には保険料アップが避けられない ・メディケアマネジドケア保険会社の採算が合わなくなり、追加保険料の徴収が避けられなくなっている	・パートABの信託基金を統合するか否か、統合した場合信託基金財源と公費財源の負担割合の明確化 ・高齢者自身が負担する保険料の所得段階別定額制への変更 ・メディケアマネジドケア保険における独自の保険料の設定
保険給付内容	・外来薬剤給付をカバーしていない等の不十分な給付内容 ・自己負担額を高く設定しているため、受給者の満足度が低い ・メディケアマネジドケアで実現してきた追加給付部分の削減が避けられなくなっている	・不十分な給付内容の改善(但し財政問題有り) ・適正な自己負担額の検討 ・(上記保険料の設定と連動して)メディケアマネジドケア保険会社による柔軟な保険給付設定の推進
予防給付、ヘルス事業	・オリジナルメディケアでは、段階的に拡大してきているものの、依然予防給付が不十分である	・予防給付の更なる拡大(但し財政問題有り)
保険者－プロバイダー関係		
保険者によるプロバイダーの選択	・オリジナル・メディケア保険は原則的に一律の料金表に基づく出来高払い方式となっており、十分な医療費のコントロールができない	・オリジナルメディケアにおける医師との選択的契約やディスカウント制の導入
診療報酬などの契約	・メディケアマネジドケア保険の採算が厳しく良質なプロバイダー関係維持が難しくなってきた	・マネジドケア保険における良質なプロバイダーの確保
診療内容及び報酬の審査	・磁気レセプトによるコンピュータ処理により審査業務の効率化が進んでいるが、アップコーディング等の不正が跡をたたく	・不正請求撲滅可能な更なる審査の充実
診療報酬の支払い		
保険者－委託契約先(マネジドケア保険、インターメディアリー、PRO等)関係		
委託先の活用状況	・HCFAはマネジドケア保険、インターメディアリー、PRO等に種々の権限・機能を委託しているがトータルとしての機能発揮は不十分	・HCFA自身が行う機能と関与・規制の再整理 ・民間保険者の裁量に関する認可の範囲 ・同一条件下におけるオリジナル・メディケア保険とメディケア・マネジドケア保険との競争
委託契約内容	・HCFAからの規制が膨大で厳しく、また流動的なので、それに対応するための業務上の負担が非常に重い	・HCFAの規制の簡略化
委託契約に対する報酬支払い	・マネジドケア保険、インターメディアリー、キャリア等の中でも採算が合わずに撤退する委託先も増えており、契約内容・規制・委託費の面で改善が必要	・委託報酬額の見直し、受託先にインセンティブを与えるシステムの検討 ・特にマネジドケア保険の追加保険料徴収に関するHCFAからの規制の緩和

事務局作成資料

以下では主として、公的保険であるメディケアに民間保険であるマネジドケア保険を活用してきたことが保険者機能にどのような影響を及ぼしているかについて見てみたい。

当初、マネジドケア保険の活用により、メディケア受給者との関係では多くの効果が期待されていた。例えば、保険商品選択肢の拡大、少額の患者負担、保険給付の充実（特に薬剤給付）、予防給付の充実、被用者保険との連続性（退職後もマネジドケア保険へ継続加入）等である。また、HCFA の財政にも大きく寄与することが期待されていた。しかし、当初の期待ほどには現状では十分機能しているとは言えない。その最大の要因は、HCFA からの委託費用が採算上魅力がないとしてマネジドケア保険が保険料を上げるか保険給付を落とすか、更には保険運営そのものの撤退までに及んできたことにある。HCFA はこれに対し、疾病履歴データに基づくリスク調整保険料の導入で、クリームスキミング対策も含めて対処しようとした。またジョン／ブロー提案やクリントン提案では、マネジドケア保険に、より商品設計の自由度を与え、マネジドケア保険相互間で、あるいはオリジナル・メディケア保険との関係で、更なる競争を促し、効率化を図っていこうとするものであった。

これらの案は、先述したとおり、内容的には各々異なっているが、その考え方の根底にあるのは、メディケアにおけるマネジドケア保険の有用性を基本的に認め、HCFA とマネジドケア保険との役割分担を明確にし、トータルとしての保険者機能をいかにして最大限に発揮していくか、言い換えれば、いかにして少ない患者負担や追加保険料でメディケア受給者の利益を最大限追求していくか、ひいては保険財政をいかに安定的継続的に確保していくかという点にある。

公的保険者の HCFA について言えば、その機能をどの範囲までとするのが最も望ましいのか、従来通り、行政組織としてレフリーの顔と保険者としてのプレーヤーとしての顔を併せ持つことが良いのか、国民超党派委員会の革新的提言に見るように、メディケアにおける HCFA の役割・機能をオリジナル・メディケア保険商品の運営（プレーヤー）のみとして、それ以外の制度構築や監視業務は新設するメディケアボードに全て移行するという仕組みが良いのか、また、これとは違った形の組織・機能の再編成がありうるのかという問題である。

一方マネジドケア保険の立場から言えば、民間保険者としての裁量（権）をどこまで広げていけるかという問題である。これまでは、基本的な保険料や給付内容は HCFA によって規定され、民間マネジドケア保険の裁量は追加給付部分に限定されてきた。これによって HCFA は、費用を削減すると同時にメディケア受給者を保護しメディケアの安全な運営を担保しようとしたのである。しかしながら結果として、採算が合わない保険会社が撤退するという事態に陥り、逆にメディケアの運営を不安定にしてしまった。それを解決するために新規改革案では、マネジドケア保険が保険料も給付内容も独自に設計するという方針を提案している。もちろん保険商品の質を確保するために、商品設計内容に関する審査や承認が必要となるが、それを従来通り HCFA が行うのか、それとも HCFA 以外の第三者（メディケアボード）が行うのかというのは、HCFA が運営するオリジナル・メディケア保険商品を

どう取り扱うのかという問題に関わってくる。

かような文脈の中でオリジナル・メディケア保険の取扱というのが、第3の論点であり、民間保険者と同じ土俵で競争させるのか、それとも従来通り民間保険との競争とは一線を画して運営するのかということが大きなポイントである。またその際、オリジナル・メディケアにもプロバイダーとの選択的契約を導入するかどうかということも検討の余地がある。

現在出されているメディケア改革提案における HCFA とメディケア・マネジドケア保険の役割・機能分担は、最終的には政治的判断に左右されることとなるが、大統領選終了後間も無いことでもあり具体的な政策はまだ打ち出されてはいない。メディケア支払制度委員会のゲイル・ウィレンスキー委員長は、更に次の議会選挙や大統領選挙後の2005年までずれ込むと予想している。

5. 日本へのインプリケーション

これまで見てきたように、HCFA は保険者として様々な役割・機能を兼ね備えており、それらを全て HCFA 自らが直接発揮するには至らずとも、その発揮を図るために必要となる周辺組織との関係構築を進め、積極的に外部委託してきたと言えよう。しかしながら、財政上の対応を含めて少なくとも十分に円滑に機能してきておらず、依然問題点や課題が残されているのが現状である。また、米国のメディケアから日本へのインプリケーションを導き出すにあたり、そもそもの土壌の差異が存在するということも事実である。

こうした前提を踏まえた上で、以下では、メディケアから日本の医療保険制度に対する具体的なインプリケーションについて考えてみたい。

(1) 保険者としてのHCFAの多面的活動

これまで見たきたように、HCFA が公的医療保険（メディケア）全体を運営する唯一最大の保険者であり、また行政組織（レフリー）と保険者（プレイヤー）とを兼ね備えてきた組織と言える。日本におけるこの行政組織（レフリー）と保険者（プレイヤー）とを兼ね備えた組織は社会保険庁であるが、HCFA と比較してみると、医療保険のみならず年金制度についても所掌しているため、米国での HCFA と SSA を併せたような存在であると考えられる。その中で医療保険のみに焦点を絞って組織・機能を比較するために、年金部分を除いた社会保険庁の組織図を図 5-1-1 示す。

図 5-1-1 社会保険庁の組織図（年金部を除く）

社会保険庁(長官)			
次長			
総務部	総務課	社会保険庁の組織及び定員/所管行政の総合調整/社会保険大学校に関する事	
	職員課	職員の能率増進、保健、福利厚生/分限、懲戒、服務/職員団体/社会保険職員共済組合に関する事	
	経理課	社会保険庁の所掌事務に係る一般会計並びに構成保健特別会計(児童手当動定を除く)、船員保険特別会計及び国民年金特別会計についての経費、収入の予算、決算及び会計/児童手当法に基づく児童手当の拠出金の徴収/国有財産に関する事	
	地方課	地方支分部局の総合的監督に関する事	
	社会保険監査室	地方支分部局の所掌事務についての監察/観察結果等の分析及び評価に関する事	
	運営部	企画課	政府管掌健康保険事業、船員保険事業等の実施に関する総合的企画及び調整/社会保険事務センターに関する事
		施設管理室	政府管掌健康保険事業、船員保険事業の保健施設及び福祉施設等に関する事
		数理調査室	政府管掌健康保険、船員保険等の統計並びに事業運営のための統計数理的調査に関する事
		医療保険課	政府管掌健康保険事業及び船員保健事業に関する事
		社会保険業務センター	政府管掌健康保険、船員保険等の被保険者に関する記録の作成、整理及び保管/船員保険の保険給付のうち障害及び死亡に関するもの(介護料及び葬祭料を除く)/政府管掌健康保険事業、船員保険事業等の実施に関する事務の処理に関する電子計算組織の運用/保険の給付に関する相談等
		社会保険大学校	職員の研修計画の作成、研修生の教育及び研修の実施等
		社会保険事務局	社会保険庁の所掌事務/医療保険の医療に関する指導及び監督/健康保険組合、社会保険診療報酬支払基金等の指導監督に関する事務を分掌
		社会保険事務所	政府管掌健康保険、船員保険等に関する届書の審査、保険料の徴収、保険給付の支給等に関する事務

Source : 厚生省ホームページ (2000/10/12 現在)

これを図 2-1-2 HCFA 組織図と比較してみると、HCFA においては苦情・相談対応センター (Center for Beneficiary Services)、医療の標準と質に関する部局 (Office of Clinical Standards and Quality) 等、社会保険庁には見られない部門が存在しており、内部組織だけを比較しただけでも HCFA が幅広い権限を持ち活動をしていることが良く分かる。

それに加え HCFA の場合は、外部組織との提携や連携をとり、更に多面的な役割を果たしている。例えば、実際の業務委託先としてマネジドケア保険、PRO、インターメディアリー、キャリアー等が挙げられる。また情報提供への協力として、NCQA や JCAHO 等との連携をとり、HCFA 内部だけでは果たしきれない役割を補完させている。

先にも述べたとおり、必ずしも現状では十分に円滑に機能していない部分もあるが、メディケアの改善に向け、保険者としての役割・機能を考え、実践し、更にそこで問題点が発生すればそれを解決する策を打つという PLAN-DO-SEE のサイクルを確実にまわしてきた。それは近年の改革のみならず、メディケアの長い歴史の中で評価できることであり、また日本の保険者にとって見習うべき点であると言えよう。

(2) 保険者による医師等専門家集団の活用

日本の保険者と比較すると、HCFA はプロバイダーの提供するサービス内容・質に対する大きな役割を具備していることも 1 つの特徴であると言える。メディケアの下でプロバイダーによる不正・乱用を撲滅するために、HCFA 自らが指揮をとって具体的な活動を展開している。その手足となって実際にプロバイダーに働きかけているのが、医師等による専門家集団である PRO である。PRO は、そもそも 1983 年の DRG/PPS 導入の際、不正請求のチェックを行うために HCFA によって作られた組織であったが、メディケア・マネジドケア保険の普及とその苦情件数の増大に伴い、HCFA は PRO に対して様々な役割を担わせていった。具体的には、患者の相談窓口機能、プロバイダーのサービス提供能力の審査、診療内容の質の審査、メディケア受給者に対する予防・保健活動の推進などである。つまり、当初の目的に加え、そこから発展して、特に保険者が医療という専門領域に介入していく際の手段として、専門家集団である PRO を活用してきたのである。

現在のメディケアで、保険者である HCFA を代行して PRO が果たしている役割は非常に大きい。こうした組織の活用は、日本において保険者主導による医療の質の向上を実践する上で非常に参考となるが、日本にはその機能を担えるだけの組織は存在しないため、まずは同種の機能を一部保有する機関において体制整備・機能強化をはかり、いずれ新組織の設立をも視野において、官民一体となって積極的に推進すべきではないだろうか。PRO が不正請求のチェックを行う機関から発展した組織であるということから考えると、PRO の担っている役割を果たすための組織として、日本の現状で最も近いレベルにあるのは、社会保険診療報酬支払基金や国保連合会等、専門的な医療情報処理・活用技術を持った既存組織であろう。これらの組織を核とし、まずは医療関連専門知識の蓄積をはかり、いずれ専門職集団を拡充していけば、将来的には日本でも PRO のような機能を持つ組織が実現できる

のではないであろうか。しかしながら、その際米国の先行事例の経験を踏まえ、漸進的に、また、プロバイダーの意見を十分踏まえつつ推進していく必要がある。

また米国では、PROのみならず、医療の質の評価に関わる専門家集団組織が、図 5-1-2 のように様々な切り口で複数存在する。日本においても同様の機能の重要が認識され始め、一部類似機関が活動しつつあるが、これらの組織による保険者ひいては被保険者への貢献も非常に大きいことを考えると、出来るだけ早く整備されることが必要であると言えよう。

図 5-1-2 米国の医療関連評価・認定機関

名称	創立	業務内容
JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization、医療機関認定評合同委員会)	1951年	医療の質の向上を図るため、医療機関(病院及びその他医療施設)の機能評価と認定を行う非営利組織
ACHPR (Agency for Health Care Policy and Research、医療政策・研究機関) ⁷⁾	1989年	米国厚生省(DHHS)の下部組織。医療技術査定を軸とした医療政策研究を行う。
NCQA (National Committee for Quality Assurance 全米品質保証委員会)	1990年	全米レベルでのマネジドケア・プランの提供する医療の質についての審査・認定を行う非営利組織
URAC (American Accreditation Healthcare Commission、診療内容審査認定委員会)	1990年	診療内容審査会社の認定を行う非営利組織。

Source : 各種資料より作成

(3) 情報化による被保険者サービスの強化と情報公開の推進

日本においても、情報化による被保険者サービスの強化や情報公開の推進は、喫緊の課題として取り上げられている。情報化が遅れてきた背景には、つい最近まで情報化に対する必要性や関心が低かったこと、その結果情報化を推進するインセンティブが働かなかったこと、同時にそれを実行出来るだけの能力を兼ね備えた受け皿がなかったこと、等の要因があげられる。また、実行にあたって必要となる情報化投資財源をいかに確保するかという障壁も主要要因の1つと言える。

米国では民間保険が主流であり、情報装備力を持つ組織がそもそも発達してきたという土壌を背景として、国の政策のもと、HCFA 自らが情報化に積極的に取り組んできた。具体的には、メディケアの情報化の推進を法制化し、期限を設定することで、保険者である HCFA が各委託先に情報化に対する協力として一定の費用を負担せざるを得ないようにすることにより、HCFA が必要とする情報を吸い上げる周辺環境を整えてきた。

例えば、オリジナル・メディケア保険における審査支払業務を委託するインターメディアリーに対しては、委託契約条件の中に「高度の情報処理能力を有する」という条件を盛り

込み、実質的に自社の情報システム開発費用は自前で賄うことを強制している。またプロバイダーに対しては、メディケアにおける支払請求の電子化の推進にあたり、紙ベースよりも電子化による請求に対する支払日数を短く設定したり、HCFA が電子支払請求ソフトウェアやサポートを無償で提供したりする等、インセンティブが働く工夫を盛り込んできた。同時にプロバイダーに対して、標準化された電子支払請求書を用いることによるコスト・業務の効率化のメリットを HCFA が全面的に PR し、その結果今日のような高い電子化率を達成してきた。更にメディケア・マネジドケア保険でも、1997 年財政均衡法によって加入者の異動・支払請求等の情報化の推進を規定することにより、メディケアからの委託を受けるためにはマネジドケア保険が自主財源でそれに対応できるだけの情報システムを整備せざるを得ない状況をつくり出した。このように米国では、外部委託に機能を委託してきた上で、法制化により HCFA が強制的に契約先企業に費用負担を強いることを可能とする手法が通用し実践できた。

さらに、HCFA は NCQA や JCAHO をはじめとする専門評価機関とも連携しながら情報提供を受け、その上で HCFA がメディケア受給者に対してメディケアに関する一般的な情報提供を行っている。その上 HCFA 本体からの情報提供のみならず、業務委託先である PRO やインターメディアリーにもメディケア受給者のサービス対応窓口としての役割を発揮させ、より専門的な情報提供を推進している。

米国でのこうした情報化推進のプロセスを参考とすると、日本ではまず、保険者が被保険者のニーズに応えるために情報収集できる環境を整備することから始めなければならないだろう。日本の被保険者証やレセプトの情報は紙ベースの情報が主体であり情報収集の点で多大な労力がかかる。したがってまず、個別の保険者が自らのニーズや被保険者のニーズに応えるために情報収集できる環境の整備が必要であろう。レセプトフォーマットの改訂、被保険者証の IC カード化、情報公開などの地道な努力に加え、全国的レベルでのシステム構築のための機器購入やソフトウェア開発費用については、IT 予算の活用、必要な法制化など電子政府構築の一環として推進していくことが必要ではないか。この情報インフラが整備されれば、被保険者情報およびレセプト情報をデータベースに蓄積することにより様々な分析が可能となり、それらの分析情報をもとに HCFA が行っているような苦情対応やプロバイダーおよび保険商品に関する情報提供等の被保険者サービスが可能となるのである。

(4) 被保険者による保険者選択の実施

日本の医療保険制度では、原則的に本人の属性（職業、居住地等）によって加入する保険制度と保険者が規定され、被保険者には保険者選択の権利が実質的に無い。おそらく、これまで公的国民皆保険制度を比較的安定的に維持できたことによってどの被保険者でもほぼ同レベルの医療サービスを受けることが可能であったために、それほど問題とされなかったと言えよう。しかしながら、今後の日本の医療保険制度を考えた場合、高齢化等によ

る財政の窮状化を背景に次のような状況が想定され、いずれ、被保険者による保険者選択は必須の課題となると思われる。

- ① 厳しい保険者間の競争(保険者機能の発揮を含む)の中で優劣が端的にあらわれること。
- ② 保険給付の中で、混合診療や予防医療の問題が生じてくること。
- ③ 被保険者主権のもと情報収集により保険者への評価・選択の機運が高まること。

当面、日本の現行制度を前提に被保険者による保険者選択の段階的な導入を考える場合は、公的保険者が提供すべき給付内容は維持したままで、オプションとして被保険者が選択できる余地を作っていくという手法も考えられる。将来的にいずれの方向となるにしてもメディケアでのモデルは学ぶべき点は多い。

メディケアでは、受給者が加入プラン、つまり保険者を毎年1回選択することが可能である。その原則的な仕組みは、公的保障としての範囲を HCFA が定め、それを上回る保障に追加的保険料を支払って加入するかどうかを受給者の選択に委ねている。また選択方法も、HCFA が提供するオリジナル・メディケア保険に medigap による追加保障をつけるのか、それともメディケア・マネジドケア保険に加入するのか、受給者の支払能力と希望保障内容に応じて複数のタイプから選ぶことができる。このような仕組みを運営する実務レベルのスキルとして、オプションプランの内容審査・承認方法や被保険者が保険者を選択する際に必要となる情報の収集・提供方法や被保険者の加入・変更手続き処理方法や民間プランとの委託契約方法等も参考となる。

また HCFA は、被保険者による保険者選択が実質的に機能することを確保するための各種対策についても取り組んでいる。例えば、メディケア受給者が民間プランに加入する際のクリームスキミングを排除するために、リスク調整支払額の導入にも着手し始めている。リスク調整基準を設定する際に必要となる、被保険者情報の収集・分析方法なども、HCFA の経験を活用できる点が多い。クリームスキミングの問題への対応は保険者機能論に内在する難しい課題であり、保険者が被保険者のそのエージェンシーになりうるかどうかの試金石となろう。

被保険者による保険者選択の導入により、保険者には被保険者から選ばれるプランやサービスを提供するための努力が求められる環境となる。その結果より強靱な保険者機能の発揮を促し、被保険者にとってより望ましい医療保険、ひいては医療サービスの提供の促進につながるのである。

-
- 1) **Social Security Administration** は、全米の主要な所得保障機関であり、老齢・遺族・障害者年金保険制度と老齢・盲目・障害者に対する補足的保障所得制度を管轄している。1935年フランクリンルーズベルト大統領による社会保障法 (**Social Security Act**) 調印の際に創設された独立機関 **Social Security Board (SSB)** を前身とし、1953年に **Department of Health, Education and Welfare (HEW)**、後の **Department of Health and Human Service** が作られた際にその下部組織となったが、1995年3月から再び独立行政機関となった。
 - 2) **HCFA** は、パート B における診療所等の医師に対する支払請求処理に関しても同様に、別の公的・民間組織との委託契約を結んでおり、それらはキャリアーと呼ばれている。
 - 3) **Office of Inspector General (OIG)** は、不正・乱用・無駄や運営ミスの発生を削減することにより、**SSA** 制度運営の経済効率性や効果促進するという法定任務を充足する責任を直接負っている。この任務を達成するために、**OIG** は **SSA** 制度運営に関連する監査・評価・調査の総合的なプログラムを指揮、指導、監督する。**OIG** は同時に **SSA** 制度運営のシステムの弱点を見出し、必要な改善に対する提言を行う。
 - 4) 現在は **Medicare Payment Advisory Commission** (メディケア支払委員会となっている)。
 - 5) その後ブロー／トーマス提案に対する反論を踏まえた修正案として、ブロー／フリースト提案となる。
 - 6) その後の財政予測では、1997年の財政均衡法の効果によって、メディケアパート A の破綻は2015年まで延長されると修正された。
 - 7) 1999年12月6日に通過した **Healthcare Research and Quality Act of 1999** により、2005年度末までに **AHCPR** を **the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)** として改編することとなった。

第2章 イギリス訪問調査

府川哲夫
泉田信行

1. 訪問調査の趣旨・概要

NHS (National Health Service: 国民保健サービス) はイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対 GDP 比も他の先進国より低く済んでいる。医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している。NHS の特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990 年代の改革で「供給側に市場原理導入」という 4 番目の特徴が加わった (Glennester, 2000)。市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存する。イギリスの NHS の効率化への道は運営の専門化、供給サイドでの競争、交渉による契約による。改革は管理者と医療従事者、医療サービスの購入者と供給者の間の力関係を変えるために使われたが、ユーザーの力は根本的には強くなっていない (Robinson, 2000)。1997 年 6 月の労働党政権成立後、GP ファンド・ホールダー制及び包括購入制は廃止されたが、プライマリー・ケア集団 (PCG) の形成を通じて「プライマリー・ケア重視の NHS」政策は維持されることになった。

イギリスの医療制度は日本のそれとは外見上大きく異なる。しかしながら両国の制度比較を行うことは非常に有意義である。イギリスの税方式に対して日本は社会保険方式であることから、日本の制度に則した保険者機能の分析に対して何の意義があるかとの疑問が呈されるかも知れない。これに対する筆者らの解答は否である。実際の医療提供体制を管理するための技法を比較することは税方式であれ、社会保険方式であれ医療費調達方式に依存するものではないからである。

筆者らは「保険者機能に関する研究」プロジェクトの海外調査の一環で 2000 年 9 月にイギリス・ヨーク地方を訪問する機会を得た。その際見聞した情報と事前に日本で収集・調査した資料、イギリスにて収集した資料をもとに NHS システムから日本の保険者機能のあり方について検討するものである。

我々が訪問し、ヒアリングを行った機関は次の通りである。

訪問先

London School of Economics (R. Robinson 教授)

North Yorkshire Health Authority (John Grait)

York Primary Care Group (Chris Reid, et al.)

North York Health Services NHSTrust (Robert Chapman)

本稿の構成は次の通りである。2節においてイギリスの医療制度の概要を報告する。3節でNHS改革のオーバービューを与える。4節において医療制度のマクロ・パフォーマンスについて背景説明を行った後に、5節でヨーク地方での訪問調査結果を詳述した。6節は今回の訪問調査の対象ではないが、今後イギリスの医療制度において重要な役割を果たすであろう、NICEについて説明した。7節ではまとめが与えられる。

2. イギリスの医療制度

(1) イギリスにおける医療政策の決定過程

イギリスにおいては医療政策の管轄は Department of Health (DOH; 以下、保健省と訳す)が行っている。よって医療政策の最高意思決定は保健省の担当大臣である Secretary for State for Health (以下保健大臣と訳す)に委ねられていることとなる。1988年以前は、保健省は Department of Health and Social Security が管轄していたが、政治的に論点の多い問題を実効的に取り扱えなくなったので分離され、現在に至っている。

保健大臣の執務をサポートするために2名の Minister of State (副大臣)と3名の Parliamentary under Secretary of State (秘書官)がおかれている¹⁾。保健大臣は国会に対して医療政策に関する執務責任・説明責任を負っている。

保健大臣を支える保健省の構造は図 2-1 にまとめられている。保健大臣の下に Junior Minister が配置され、下部構造すなわち保健省の官僚のトップに Permanent Secretary、Chief Medical Officerそして NHS Chief Executive が配置されている。イギリスにおいても保健省には generalist と specialist という二種類の官僚が存在し、Permanent Secretary はその最上位の官職にあたる。

Permanent Secretary の指揮下に Departmental Resources and Services Group、Public Health Group、そして Social Care Group というセクションがある。これらも重要な役割を果たしているが、本稿の直接の論点とはかかわりがないのでこれ以上述べることはしない。

Chief Medical Officer は保健省内における専門家の最上位の官職であり、直接保健大臣に進言することができるだけでなく、政府全体の医療問題に関するアドバイザーの役割も果たしている。

NHS を統括するのは NHS Chief Executive である。Chief Executive の下位に NHS の各セクションを統括する官僚が配置されている。これらの官僚と8つの NHS 地方事務局の長が NHS management board を構成している。

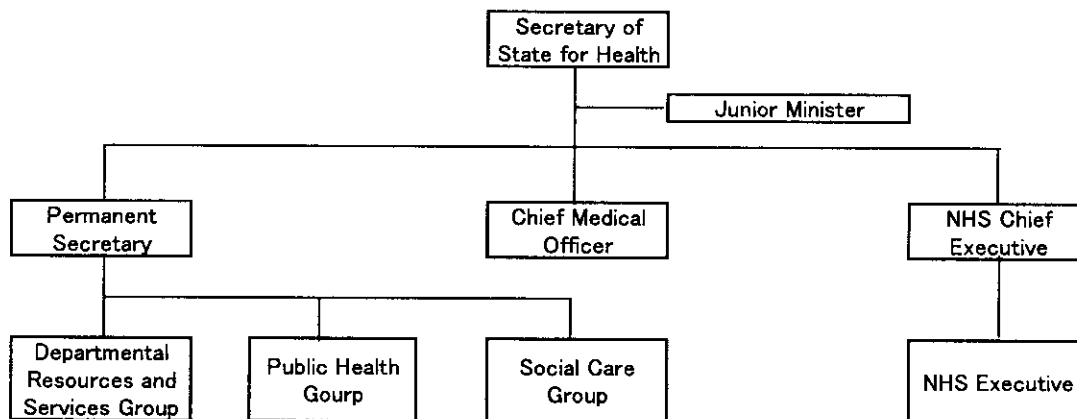


図 2-1：イギリス保健省の構造

医師をはじめとする医療従事者の教育は保健省ではなく、教育労働省 (Department of Education and Labor) の管轄下にある。それゆえ、医学部を持つ大学のコントロールは保健省が直接行えるわけではない²⁾。この点は日本の医療行政システムと似ているであろう。

(2) 予算とその編成過程

NHS をはじめとする保健省の予算がどのように決定されるかを概観する。周知のとおり NHS は税によって財源が調達されている。それゆえ、予算決定のためには議会の議決が必要である。そこでまず、イギリスの議会における予算審議過程についての知識を得るべきであろう。

当該年の予算は前年の夏に大蔵省が総予算を決定する。これは経済全体に占める公的部門の比率や税収見込み、PSBR (Public Sector Borrowing Requirement) の大きさに依存する。

保健省は現在から将来の財政必要度を予測し、人口の推移、患者行動の推移、医学・医療技術の推移、健康関連物価上昇率、政策のトレンド、潜在的な効率性の改善などの事実を考慮に入れる。各部局の行政計画に対する望ましい支出水準を評価した後に DOH は大蔵省との交渉に入る。秋には全ての予算が決定される。11 月中に大蔵大臣が予算案を国会へ提出する。この予算案の提出に際しては前年の支出、予測される当該年度への繰越、将来の支出計画の情報も提供する。

NHS の予算の推移は表 2-2 にまとめられている。当初予算ベースでは NHS 予算は順調に増

加している。ただし、医療サービスの利用については自己負担額が設定されている場合もある。それゆえ、当初予算額と実際の予算額は異なる可能性がある。この点を1998年度について見たのが表2-3である。

表2-3からわかるように、病院サービス・地域ケアサービスに対して3/4程度の支出を行っていることがわかる。残りを家庭医療サービスが占めている。これにより病院医療費がNHSの太宗を占めていることと、保健省の管理経費はその規模が非常に小さいことがわかる。

病院や地域サービスの予算はNHS Executivesによって決められる。NHS Executivesは人頭割の原理に従い、HAに固定予算の形で財政資金を分配している³⁾。現時点のイギリスにおける人頭割の方法は3段階の均一割当額が用いられている。第1段階は8つの年齢階層について調整を行う。1997年度の病院や地域サービスに関する人頭割の調整係数は表2-4に示されている。

新生児	0-4歳	5-15歳	16-44歳	45-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上	平均
1839	400.3	188.3	262.9	393.7	776.6	1392	2379	456.5

表2-4：病院・地域サービスに関する人頭割の調整

第2段階では、それぞれのサービスについて地域の特徴を反映したニーズ指数に基づき調整を行う。この調整は、全ての区域において固定的な比率を用いることで年齢調整人頭割額を増減させる効果がある。

第3段階では、地域間における供給費用の地域差に関する調整が行われる。この調整では、1977年度の一般賃金データの統計分析結果を用い、その結果ロンドン中心部の人頭割額がイギリスの他の地域よりも多く47.1%となった。

人頭割額の決定公式は1970年代のRAWP(Resource Allocation Working Party)の勧告に始まる。当時用いられていた公式は

$$\text{Budget} = \text{PerCap} * \text{Pop} * (1+a) * (1+n) * (1+c)$$

である。PerCapは平均的な一人当たり支出、Popは当該地域の人口、aは年齢・性別調整係数、nはニーズ調整係数、cは費用調整係数である。全国平均値では、a、n、cはゼロである。RAWPによる人頭割公式の最も議論を呼んだ点は相対的なニーズの指標として標準化死亡率を利用した点であった。

人頭割額の決定公式は当初のものであれ、現在のものであれ、医療費の配分にリスク構造調整の要因を入れたものと考えられる。また、ニーズと費用の両面で地域差の要因も含んだものとなっている。

現在は病院サービスなどの医療費調達手段は政府を通じたものだけではない。固定資本投資についてはPrivate Finance Initiative(PFI)も利用可能である。PFIは1992年に導

入された民間投資資金の導入方法の一形態である。1993年以降、NHSはPFIを通じて資本支出計画のための資金調達をしている。NHS Trusts に対しては公的資金要請の前に私的資金調達を試みたかを証明することを求めている。

PFIを実施する際の原則として Value for Money がある。これは「PFIは全体的な費用対効果と金銭的価値を改善し得なければならない。」というものである。PFIはもちろん全能というわけではない。一般に投資計画についてはリスクが伴う。投資を行う NHS Trusts などがより小さなリスクの下に投資を実施したいと考える場合にはより大きなリスクを民間部門に負わせなければならない。リスクをより多く民間に移転するためにはより高いコストが必要となる。

筆者らが後述する North York Health Services NHS Trust を訪問した際にも PFI が話題に上った。彼らは PFI を利用して検査機器を導入したとのことである。その際の審査は非常に厳格であり、(病院予算が全体として押さえられていることもあり) 過剰な投資が発生しないようになっているとのことであった。

(3) National Health Service の概要

NHS システムは 1948 年の National Health Service Act によって規定されている。1991 年の改革においては内部市場の導入などの大きな変革が行われたがそれから数年を経て制度の微調整を行う必要があるものと考えられている。現在の NHS システムの直面している問題点を検討するために、まず現行の NHS システムの概要を把握する。

地方レベルでは、NHSE の地方事務局が、1) 地域医療戦略の策定、2) 内部医療市場の規制、3) 医療購入戦略の展開、4) NHS Trusts ビジネスの検討、5) HA の購入戦略の検討とそれとの NHS Trusts のビジネス戦略との調整、6) 量・質・効率性と医療費財源調達の点から NHS 組織のパフォーマンスのモニタリング、などを行っている。

中央と地方をあわせた NHS の組織は図 2-5 のように描かれる。中央は上述のとおり、保健大臣を頂点に保健省内部の NHSE が NHS を管理・運営している。

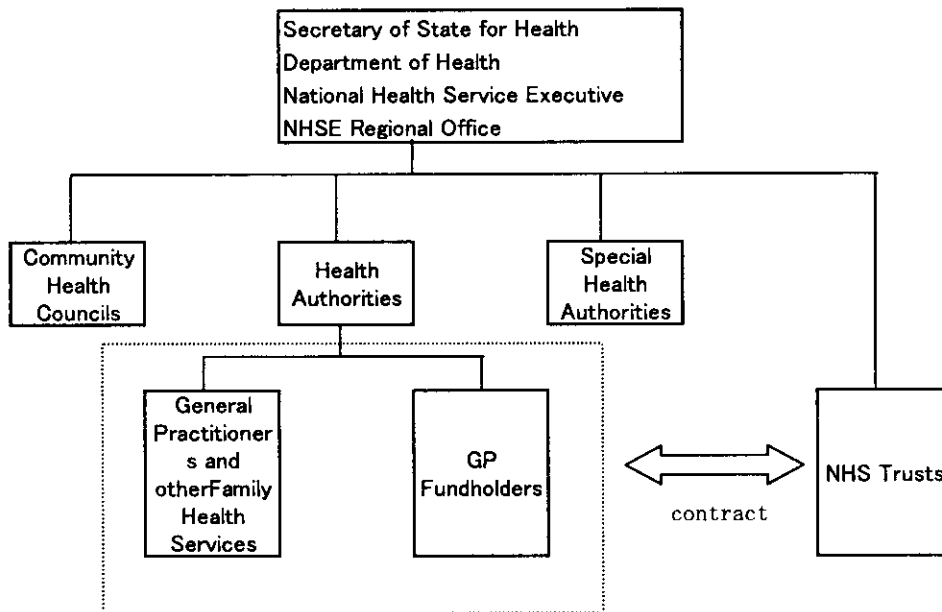


図 2-5 : NHS の組織

NHSE の地方事務局 (NHSE Regional Offices) は地域区分に応じての 8 つおかれている。NHSE 地方事務局の下部にいくつかの組織がある。これを順に見ていく。以前は 8 つの地域区分に対応した Regional Health Authority、その下位の行政区に対応して District Health Authority (以下では単に HA と略す。) がおかれていた。しかし行政の簡素化の要請から Regional Health Authority は NHSE 地方事務局の形態に縮小された。

HA は供給されるべきサービスの特定化とその NHS Trusts への委託について法制上の責任を持つ。よって、医療機関への支払の管理も HA が行っていることになる。なお、図では HA の下位に Practitioner がおかれているが、これは Practitioner が HA の完全なコントロール化にあることを意味しない。Practitioner は NHS からは独立した存在であり、契約によって NHS との関係が発生する。

HA は地域での医療購入について管理するが、地域を越えて医療供給を管理する必要がある場合のために Special Health Authority (SHA) がおかれている。SHA は高度な機能を持つ病院、post graduate teaching hospital が供給するサービスについて管理する。他にも健康教育、supplies、血液製剤、人工骨、訴訟、そして処方箋の価格付けなどに関する SHA がある。

1991 年の NHS 改革により、イングランドに 190 存在した DHA は医療の購買能力を強化するために提携を行い、その数が減少した。この点については別の節において詳しく論じることとする。

DHA が適正に医療を購入することを確保するために予算配分方式を工夫する他、Community Health Council (CHC) を HA に対応させて配置している。CHC は保健大臣によって設立される。医療サービスの供給はしないが、消費者のために医療購入の監視人としての役割を持つ。ただし病院医療サービスについて監視するだけであり、家庭医療サービスについては監視しない。HA は付随する CHC を一つ持つ。CHC の支出は NHS の中央から賄われる。

CHC は特定の権限をもつわけではないが、患者の意見を生かすための機能を果たすための権利をもっている。医療内容に関する質問権、Health Authority の会議録を閲覧する権利である。しかし、CHC の意義は常に疑問符が付けられており、存在意義が再検討されつづけている。その理由は Health Authority の会議から排除されてしまったことや、CHC の設立と維持を任されていた Regional Health Authority が廃止されてしまったためである。

NHS Trusts が医療サービスの主要な供給者であるが、HA の直接コントロールの下にはない。NHS Trusts は NHSE の地方事務局に対して医療供給責任を負っている。その権限は、1) 資産の取得・使用・廃棄、2) NHSE に対して直接に資本増加の要請をする、3) 合意された限度内での借入れを行う、4) 自己管理組織に関する意思決定、5) 組織内の staff との雇用期間・条件の交渉を行う、などである。

NHS Trusts は HA と契約して医療を供給する。イングランドには 400 ほどの NHS Trusts があるが、大きさはまちまちであり、予算規模で 10 百万ポンドから 150 百万ポンド程度の大きさである。近年合併により小規模なもの数が減少している。

1991 年の改革により導入された GP Fundholder の制度であるが、1997 年の労働党政権の誕生により GP Fundholder としての新規の登録を停止した。その後 1997 年の白書において 1999 年までにこの制度が廃止され、GP Fundholder は全て Primary Care Group に統合されることとなった。

3. NHS 改革

(1) 保守党政権の NHS 改革

サッチャー政権のもと、1987 年にプライマリー・ケアの改革に関する白書「Promoting Better Health」、1989 年に NHS 改革白書「Working for Patient」が発表され、NHS 改革が進められた。この改革によって NHS 病院のトラスト制や GP ファンドホルダー制が導入された。病院は改革前は当該地区の保健当局 (HA) の管理化におかれ、そこから予算が配分されていた。しかし、改革後は、NHS 病院は保健当局から分離され、独立した組織となった (NHS 病院トラスト)。今日では病院の 90%以上が NHS トラストとなっている。

NHS トラスト病院には資産の売買やある限度額までの借入れなどが認められ、余剰が