

## HMO 産業の構造的変化

——80年代における米国の医療費抑制政策——

知野哲朗

### はじめに

米国の多様な医療システムのなかで、HMO (Health Maintenance Organization (s)) は米国が抱える医療問題の解決に向けて積極的な役割をもつだろう、と期待されている。このHMOはPPOなど他の医療提供組織とともに、医療サービス市場の競争を促す主体として、また、有効な医療費抑制の機能をもちながらも人々の健康を促進するモデルとして提唱されてきた(Enthoven[1988], Enthoven and Kronick

[1989])。90年代における米国の医療改革においても、その重要な位置を占めるものと考えられている(Kronick, Goodman, Wennberg, and Wagner [1993])。このような背景には、HMOに関する研究の支えがあるだろう。たとえば、大規模な社会的実験として有名なRand Health Insurance Experimentにおいて、HMOが伝統的なFFS(Fee-For-Service)制医療プランに比べ、医療費支出の点で低く、しかもサービスの質の点でも劣っていない、という結果が報告された(Manning *et al.* [1984], Ware *et al.* [1986])<sup>1)</sup>。

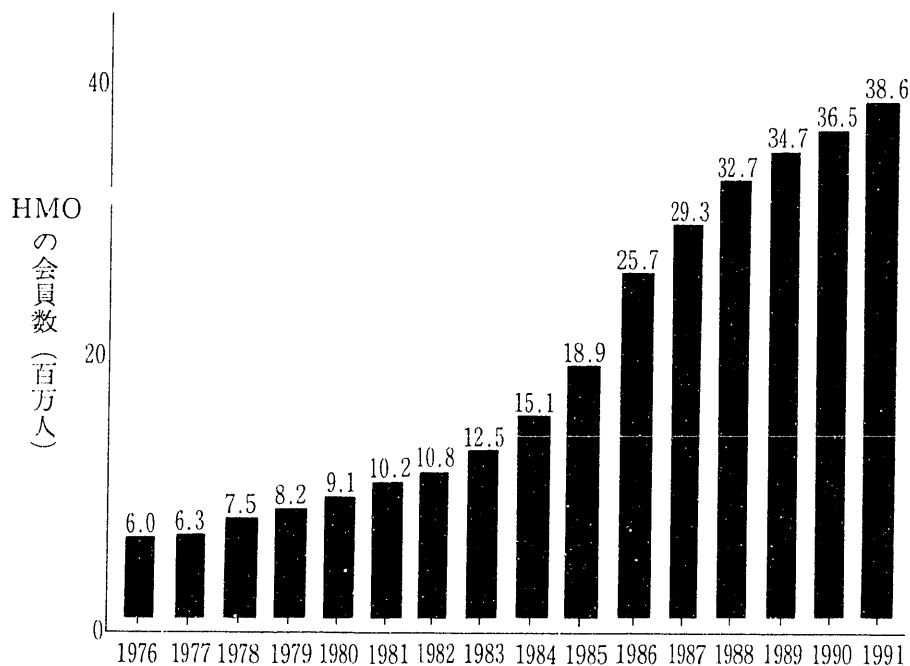


図1 HMOの会員数(1976～1991年)

出所: Iglehart [1992]

小論では、このようなHMOの成果や役割の議論を支えている構造的な側面について吟味しようと、試みるのが目的です。その理由は、1980年代におけるHMO産業の急速な成長にある。HMO会員数は1980年の900万人から91年には3,900万人へと急激な増加を示した(図1)。さらに重要なことは、ほとんどすべての医療プランがutilization reviewをもち、広義の意味では“managed care”<sup>2)</sup>になるという事実である(Iglehart[1992])。managed careの典型であるHMOに対して、その対極に位置していたFFS医療プランにおいてもmanaged careを提供するようになった。このようなHMO産業の急速な発展と医療サービス市場の競争圧力によって、HMOそれ自身もまた変化せざるをえないであろうと考えられる。

HMOの歴史は古いが、その成長はここ数年であった。それは、米国の医療サービス市場を取り巻く環境が80年代に急速な変化を受けたことによる。医療費高騰が続くなか医療サービスの購入者・支払者は、医療費抑制への関心を高めるようになった。医師サービス市場では医師数の増加によって競争圧力が強まり、患者確保へと医師らは医療提供組織への連携を求めようようになった。また、連邦HMO法改正、診断群別PPSの導入(83年)、RBRVSの導入決定(89年)など、公的部門における医療費抑制政策の強化は民間部門に対してもその傾向に拍車をかけることになった、など。これらHMO産業を取り巻く環境変化は否応なしに、医療費抑制政策を通じてHMOの構造的変化を促すこととなった。小論では、HMOにおける医療サービスの供給サイドを中心に、HMO産業の構造的変化を明らかにすると同時に、医療費抑制政策の経済的含意を吟味することが主眼となる。

次節では、HMO産業の発展・成長の背景をなした医療サービス市場の環境変化について触れる。第2節では、HMOの内容と従来の各種タイプについて説明する。第3節では、HMOの主要な医療費抑制政策について触れ、それがどのようなHMOの組織構造上の特徴と関連しているか、を議論する。その対象となる政策は、財政的インセンティブ(financial incentives)とutilization managementです。HMOの医療費抑制政策に関する研究は、その急速な発展および(あるいは)変化のため、比較的最近なされるようになったに過ぎない。今日のHMOの行動や成果を予測・評価するためにも、HMO産業の実態的な分析を含む諸研究の蓄積が要望される。しかし他面では、その性質上、HMOは常に変化のなかにあり、静態的な意味でのモデルを求めるのは困難なことかもしれない。

ところで、米国の医療システムにおけるHMOの成果や役割、たとえばPPOや伝統的な医療プランなどとの成果上の差異、あるいは米国の医療改革案におけるHMOの位置づけなどは、たいへん興味深い問題ですが、小論の範囲を越えてしまう。まずは、最近のHMO産業の組織的、構造的な変化を視野に入れることが欠かせないことであろう。

## 1 HMO市場を取り巻く環境変化

80年代のHMO産業は急速な発展・成長を経験すると同時に、市場の競争圧力を通じて、その構造的な変化を受けることになった。今日のHMOは、70年代(あるいはそれ以前)のHMOに比べ、その組織構造および契約構造の点においてかなり異なっている。さらには、FFS制の伝統的な医療システムやPPOなどの他の医療

提供組織との境界も従来に比べ不明瞭になっている。このような変化をもたらした主要な要因について、HMO市場の需給両サイドそれぞれから簡単に触れることにしよう。

まず、供給サイドの要因として政府規制が指摘できる。HMOの歴史は古いが、その公認は1973年連邦HMO法である。そして連邦公認HMOは、連邦政府によって保護・育成されるようになった。これは当時、HMOが医療費抑制の方法として有効であると考えられたからである。しかし80年代になると、HMO産業への政府援助は縮小・廃止される一方、競争促進政策として民間投資の導入が積極的に進められた。また公的医療サービスの領域では、83年の診断群別PPS (DRGs-based Prospective Payment System) の実施や89年のRBRVS (Resource-Based Relative Value Scales) の導入決定 (91年実施) など、医療費抑制政策が積極的に強化されていった。これら一連の公的関与は、HMO産業への新規参入を容易にする一方、民間部門における医療費抑制政策をさらに促すのに役だった。

また、HMOのような医療提供組織の増加に寄与した要因としては、医師数の増加が指摘できるだろう。医師の増加によって医師サービスの供給が増えたが、その利用する入院医療施設 (病院) およびベット数は増加しない。そして相対的にいえば患者数は減少していった。したがって、患者獲得や病院との提携獲得をめぐる、医師間の競争圧力は強まることになった。医師らは施設利用と患者確保のためにも、医療提供機関や組織との結びつきを強く求めるようになった。もちろん、両者の結びつきはHMO産業内であっても、後述するようにgroupモデルからIPAモデルとその提携の強さは弱くなる

いうように、その範囲は広い。さらにPPOなどの医療提供組織をも考慮すると、さらに両者の結びつきは広がろう。

他方、HMO市場の需要サイドはどうか。医療費の高騰は直接的に雇用主の経営状況を圧迫する。たとえば、企業の医療支出に関してその総労働費用に占める比率は70年3.1%、80年4.9%、90年7.1%、また課税前利潤に占める比率は70年19.8%、80年27.3%、90年61.1%へと上昇した (Levit and Cowan [1991])。このような状況のもとで、雇用主は保険料負担への関心を高めると同時に、積極的に医療費負担を軽減するような方策を求めざるをえなくなった。このような動きは、財政的リスクを伴わない定額前払いで、医療費抑制機能が含まれたHMOへの需要を喚起することになる。

以上のような需給両サイドにおける環境の変化は、HMO市場の競争を促すことになった。医療費抑制への要請とともに、医師による病院経営への参加も行われ、医師と医療機関との関係は変化していった (Alexander, Morrissey, and Shortell [1986], Shortell, Morrissey, and Conard [1985])。このようにしてHMO産業では、医師との連携を規定する契約形態・構造の修正・変更が促され、HMOの組織構造が変化した。同時に3節で述べるように、HMO産業内においても、さまざまな形態・方法の医療費抑制政策が行われるようになった (Langwell [1990], Morrison and Luft [1990])。他方、医療プラン市場では、保険料、医師選択の自由や保険給付の範囲などの点において、さまざまな組み合わせをした多様なプランが提供されることになった (Feldman, Kralewski, and Dowd [1989])。このような傾向は、HMO、PPO、あるいはFFS制に基づく伝統的な医療プランの

間にあった、従来の区別を曖昧なものにした。

では、今日のHMOは従来のHMOに比べ、構造上、あるいは組織上どのように異なるのであろうか。このような視点を欠くと、HMOの行動様式さらにはその経済的成果を評価・予想することは、困難になると考えられる。たとえば、医師と医療提供機関・組織（HMOを含めて）との関係は強くなったが、これは医師にとって患者確保が容易となり、医療事務などの負担も回避できるので好ましいものの、次のような問題が提起される。医療提供機関への依存度が高まる結果、診療上の裁量権が狭まるのではないか。それはまた、医療提供組織の利益を優先させることによって、患者の便益を損なうような医療サービスが提供されないか、と。これらの問題は、次のようなHMO産業の組織上、構造上の特徴に関連する。実際に、医師とHMO経営者側でどのような内容の契約が結ばれているのか、HMO内でどのような医療費抑制の手段・方法が採用されているのか、またそれがどのように運営されているのか、など。

## 2 HMOとその各種タイプ

この節の主眼は、従来の分類によるHMOの各種タイプについて概観することである。最近のHMO内の構造的変化に関しては次節で展開される。まず、HMOの基本的な特徴を述べ、その後、従来からのタイプ分類に基づき、HMO各種タイプの動向と特徴について触れることにする。次節でこのHMO分類にどのような問題が存在するかが議論される。

HMOは医療サービスのファイナンスを行うと同時に、医療サービスそれ自体をも提供するという、いわば保険サービスと医療サービスの

垂直的統合を行った組織である。従来の医療プランと比べた場合、HMOの基本的な特徴は保険と医療の統合のため、保険者のみならず医療提供者にも財政的リスクを課すという点にある。被保険者は疾病リスク等に関わりなく定額の保険料を支払うことにより<sup>3)</sup>、健康管理やリハビリなどを含む包括的医療サービスの提供が保証される。他方、HMOは一定予算額のもとで患者への医療サービスを提供するという制約を伴うことになるので、もし予算額を越える医療資源の利用がなされるならば、当該HMOは損失を被ることになる。したがって、HMOは医療資源の利用に細心の注意を払う。とくにその資源利用に大きな権限をもつ医師の行動が、HMOにとって“鍵”となる。次節で展開されるように、最近ではこの点においてさまざまな方法で医師への制約が課せられるようになったのである。

では、従来のHMOの分類とはどのようなものか。通常、HMOの典型としては、医師サービスの提供方法とその報酬支払方式に基づいて、次の4つのタイプが指摘されている（Davis, *et al.* [1990]の7章、Langwell [1990]、Welch, Hillman, and Pauly [1990]を参照）。staffモデル、groupモデル、networkモデルおよびIPA (Independent Practice Association) モデルのHMOがある。これら4つのモデルの80年代における動向には、図1に示されたHMO会員数から予想される傾向に反して、各モデル間における成長のバラツキが存在する（表1-A、表1-B）。

このHMOモデル間における成長のバラツキは、各タイプの特徴も1つの理由であると考えられる。以下では各タイプの特徴を簡単に触れよう。まず、staffモデルでは、医師はHMO

表 1-A HMO モデル別の動向

モデル	数	割合	変 化	会 員		変 化
			1985-88年 (%)	数	割合	1985-88年 (%)
Staff	67	10	+22	3,737,617	12	+39
Group	68	10	+4	7,967,841	26	+23
Network	101	16	+17	6,138,536	20	+21
IPA	412	64	+128	13,171,431	43	+183
合 計	648		+65	31,015,425		+64

出所：Davis, *et al.* [1990]

表 1-B HMO モデル別の会員数とプラン数  
(1981~1987年)

HMO	1981	1983	1985	1987 年
会 員 数				
Staff	1,137,332	2,145,072	2,685,875	3,707,553
Group	6,702,370	6,286,369	6,488,406	7,672,726
Network	844,795	2,170,579	5,073,011	5,865,832
IPA	1,581,675	1,888,760	4,646,315	12,039,909
合 計	10,266,172	12,490,780	18,893,607	29,286,020
プ ラ ン 数				
Staff	44	59	55	69
Group	88	86	71	70
Network	21	36	86	100
IPA	90	99	181	411
合 計	243	280	393	650

出所：Davis, *et al.* [1990]

と雇用契約を結び、給与制のもとで医療サービスの提供を行う。医療提供施設は HMO の所有で、患者の診療記録や医療施設は HMO 医師達によって共同に利用される。医療センターを中心としてグループ診療が行われる。例として Cigna Health Plans of California がある。group モデルでは、HMO は医療施設やパラメディカルスタッフなどを提供する一方、多数の専門医から構成された 1 つの診療グループと契約し医療サービスの提供を行う。医師への報酬は、HMO 会員 1 人当たり定額制となる人頭払い (capitation) である。例としてカリフォルニア州北部・南部の Kaiser Foundation Health

Plan がある。

network モデルでは、HMO は医療施設やメデカルスタッフなどを提供してくれる複数の医師グループと契約し、HMO 会員に医療サービスを提供する。各医師グループは引き受ける HMO 会員数に応じて定額前払いされる。各医師達には人頭払いあるいは FFS 制が採用される。大半の医師グループは HMO 会員以外にも、FFS 制のもとで医療サービスの提供を行う。この点で staff モデルや group モデルとは異なる。例として Health Net Plan of California がある。以上の 3 つのモデルでは、HMO 会員は保険料を定額前払いし、実際に提供される医療サービスの費用のいかに関わらず、HMO の医師から医療サービスを受けることができる。これは、Prepaid Group Practices (= PGPs) と呼ばれている。

最後の IPA モデルでは、医師グループよりはむしろ、多数の個別診療を行う医師達 (solo practitioners) と契約するところに特徴がある。各医師は自分のオフィスで独立に個別診療を行う。医師への報酬は FFS 制に基づいて支払われるが、財政上のリスク負担が課せられる。IPA モデルは PGPs に比べ、多数の個別診療の医師と契約しているため、広い範囲に渡って、IPA 会員に診療の提供が可能となる。最初、こ

のIPAモデルは、個別診療の医師達がPGPsに対抗するための1つの方策であった。つまり、医師達は従来のFFS制のもとで独立に診療活動を行うことが可能であったので、他のHMOモデルに比べ、その抵抗感は少なかった。また、会員も従来から診療を受け持っている医師達の診療を受けることができるなど、医師選択の自由がある。そのため、他のHMOモデルに比べIPAモデルは急速に発展した。

以上がHMO各タイプの単純化した特徴であるが、各タイプでも医師への報酬支払方式にはバラツキが存在していることも事実である。たとえば、Hillman[1987]によると、調査対象となったHMO各モデルについて、採用されている報酬制度は次のような比率を示した。staffモデルについては79%が給与制、groupモデルでは39%が給与制、35%が人頭払い制、networkモデルでは76%が人頭払い制、IPAモデルでは53%がFFS制で43%が人頭払い制となる。これらの支払方法の相違はまた、異なる財政上のリスク負担を意味することから、医療費抑制へのインセンティブの差異を促す。しかし、80年代にいたると、他の各種手段が組み合わされて利用されることになった。

### 3 医療費抑制の方法

医療費高騰を背景にして、HMO産業もさまざまな医療費抑制政策を利用するようになった(Langwell[1990], Garrison[1991]等を参照)。この節では、医療費抑制政策のなかでも、最近とくに著しい展開をみせた財政的インセンティブ(financial incentives)とUtilization Management(以下ではUMと略す)を取り扱う。これらの医療費抑制手段は、以下に述べるよう

に医師のインセンティブに重要な影響を与えるにも関わらず、従来のHMO分類において十分には考慮されていなかった。以下では、HMOの組織上および構造上の観点を踏まえながら、医療費抑制の方法とその問題点を明らかにしていこう。

#### (1) 財政的インセンティブ

一般に、HMOにおける各種の医療サービスは、担当医(プライマリケア医)を通じて提供される。もしHMO会員が専門的医療サービスを必要とする場合、この担当医が専門医を紹介する仕組みとなっている。つまり担当医は“gatekeeper”として医療資源の配分に重要な役割を担っている。したがって、医師に対する報酬支払方式がどのような形態でなされるかは、HMOの経営状況にも影響を与えることは推測できる。前節ではHMOによって利用される医師への報酬支払方式として、給与、人頭払いおよびFFS(出来高払い)の方式が指摘された。これらの支払方法に加えて、今日のHMOは積極的に財政上のリスクを医師に課している。以下では、この財政的インセンティブ(financial incentives)についてHMOの組織上および構造上の視点に注意しながら議論する。

典型的なHMOでは、会員から徴収された保険料はその経営管理費用を控除した後、プライマリケア医師、専門医、病院や外来検査等のサービスに対する資金として分けられる。プライマリケアに対する資金はその一部を除き、プライマリケア医師に支払われる。この除かれた一部資金が預託金として、HMOの経営収支に利用される。もしHMOに黒字が計上されると、その資金がプライマリケア医師に報酬(たとえ

ばボーナス)として支払われ、また、もし赤字が計上されると、その資金がHMOの赤字に利用される。このような金銭的な報償を利用した方法(以下ではこれを報償制度と呼ぶ)が、HMO産業で広く普及している。したがって、この報償制度もまた報酬支払方法と同様に、財政上のリスク分担の方法を規定したもので、医師に対して一定の行動を奨励、処罰する方法となる。

では、HMO医師はどのような財政的インセンティブのもとに置かれているのだろうか。Hillman[1987]によれば、調査対象のHMOのなかで、約2/3のプラン(232プラン)が報償制度を利用しており、したがって医師報酬の一部がHMOに預託されている。医師の報酬支払方式との関連でいえば、報償制度の採用比率は次のようになる。給与制の場合には21%、人頭払い制では67%、FFS制では82%となる。報償制度が医師に財政上のリスクを課すということから、最も医療費抑制機能を欠いたFFS制のもとで多く採用される結果が示されている。この報償制度は医療費抑制手段として報酬支払方式と補完的關係にあることがわかる。この報償制度もまた、医師行動に影響を及ぼしている(Hillman Pauly, and Kerstein [1989], Hemenway *et al.* [1990])。

HMOの医療費抑制機能として重要な役割を担うにもかかわらず、その報償制度とHMOの組織構造との關係に十分な検討が少ないように思われる。この主要な原因として、報償制度の利用が比較的最近展開されるようになったこと、および従来のHMO分類ではリスク分担機能を把握しにくいことが指摘出来よう。まず、報償制度を考慮する場合、なぜHMOの組織構造が欠かせないのか。それはHMOの組織構造

によって、医師とHMO側とにおけるリスク負担の配分が左右されるからである。預託金および報償金がどのような水準であるか。報償金(罰金の場合も同様)が各個人の医師の実績に基づいて評価され支払われるのか、それとも医師グループごとの実績に基づいて評価され支払われるのか。リスクプールの対象となる集団の規模はどのくらいか。これらはHMOの契約および組織構造に密接に関連した問題となる。

最近のHMOの組織構造を考える場合、Welch, Hillman, and Pauly [1990] および Hillman, Welch, and Pauly [1992] の研究が興味深い。彼らは、医師行動に影響を及ぼす財政的インセンティブを重視する視点から5つの分類基準を採用し、新たなHMO分類を試みた。小論との関連では、とくに契約形態とリスク・プールの基準が重要となる。この両基準が医師とHMO側とのリスク負担の配分に大きく関わる。これらの基準からみると、(従来のHMO分類による)他のHMOモデルに比べ、とくにIPAモデル内において組織構造上のバラツキが大きいことが観察される。このことはIPAモデル内のHMOにおいても、リスク分担でかなり異なることを意味している。したがって、これらHMOを従来のようにIPAモデルに分類することには問題が残ることになる。

彼らの研究によるとまた、医師グループなどの中間的組織が介在する場合、HMO側と中間的組織とで結ばれる報酬支払方式の契約は、中間的組織と医師とで結ばれる契約内容と相違することが指摘されている。たとえば(従来のHMO分類による)IPAモデルでは、IPA側から中間的組織<sup>4)</sup>への支払は人頭払いが多いが、そのうち半分の中間的組織は給与制あるいはFFS制で医師らに支払っている。したがって、

人頭払い方式のIPAモデルであっても、直面する財政上のリスク負担が異なるため、医師の財政的インセンティブに大きな相違が生じる。とくに中間的組織が介在する場合、最終的に医師への診療報酬支払方式がどうなっているのか、さらにどのような報償制度が採用されているのかなど、どのようなリスク負担がどの主体に課せられているかということが、財政的インセンティブの効果にとって重要な問題となる。

このように最近では、財政的インセンティブといっても、それがHMO産業内でさまざまな方法・形態で利用されるようになってきた。したがって、HMOの組織構造の文脈のなかで、報酬支払方式のみならず報償制度をも含めて医師の実際のリスク負担を考慮することが、その評価にとって欠かせない点である。

## (2) Utilization Management

医療費抑制政策には上述した財政的インセンティブの方法のほかに、最近、特に注目され研究されるようになったUM (Utilization Management)がある。この用語は“managed care”や“cost containment”と同様に、厳密な定義はなく、論者それぞれによってその意味内容は異なっている (Gray and Field [1989] を参照)。小論では一応、患者への医療サービス提供に先立ち、そのサービスが当該患者にとって適正であるかどうか、またそのサービスが医療費の観点から適当であるかを評価するための管理政策を指すことにしよう<sup>5)</sup>。以下ではUMの内容を説明し、これがHMOの組織構造とどのように関係しているかを議論する。

UMでは次のような方法が広く利用されている (Gray and Field [1989], Langwell [1990], Bailit and Sennett [1991])。患者に予定された

医療サービスを管理するための方法に関しては、入院の必要性を検討する入院事前審査 (preadmission review)、入院継続の必要性を検討する継続審査 (concurrent review)、早期退院を促す退院計画委員会 (discharge planning committee)、セカンド・オピニオン (second opinion) 制度がある。さらに、高額な医療サービスを必要とする患者に対しては、医療費に配慮しながら当該患者の個人的状況を評価し、適正な医療サービスの組み合わせを計画・調整しようとする方法 (high-cost case management) がある。

このような医療サービスに対する事前審査はむろん、80年代に限った目新しいものではなく、70年代にも Medicare の review organizations によって、入院事前審査 (preadmission review) が行われている。しかし80年代では、医療資源の利用について積極的に管理していくという政策がHMOやPPOのみならず、伝統的な民間保険会社、ブルークロス・ブルーシールドのプランなどにも広く普及していった。そして、独立した会社も設立されるなど、UM産業の急速な発展があった (図2を参照)。

UMがHMO産業で急速に浸透した背景には、80年代における医療費高騰への関心が増加したことがあるだろう。医療サービスの購入者あるいは支払者は、近年の医療費増加が果たして医療の質的向上を反映しているのか、さらに不必要な部分が存在するのではないかと、といった懸念を抱くようになった。さらにその懸念は、医療資源の利用や診療パターンに関する地域的な格差・バラツキの存在<sup>6)</sup>によって、増幅されたであろう。このことは医療プラン市場における変化から推察されよう。当該市場では、どのような医療費抑制機能 (UMを含めて) を有



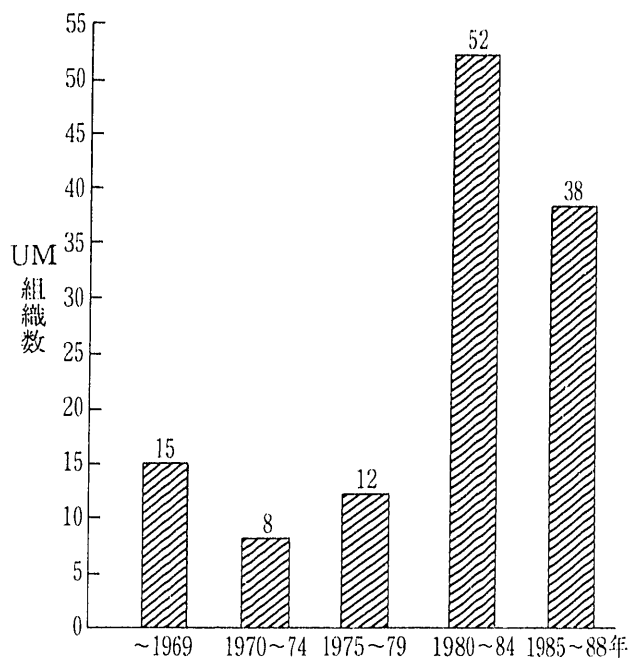


図2 UM産業の成長

出所：Gray and Field [1989]

するプランかということが消費者の重要な選択基準となっており、また、さまざまな医療費抑制政策をもったプランが提供されるようになった (Feldman, Krالewski, and Dowd [1989])。

ところで、このUMがどのような経済的効果をもたらすかは、次の問題に関わり、当該HMOの組織構造に密接に関連している。HMOのUMを実際に運営する主体はだれなのか。UMによって財政上のリスクを回避する(あるいは負担する)主体はだれなのか。リスク負担の程度および範囲はどのくらいなのか。これらの問題も財政的インセンティブと同様に、HMOの組織構造や契約構造に依存している。これに関しては、実際のHMO内のUM運営を取り扱っているTrauner and Tilson [1989]が参考になる<sup>7)</sup>。彼らは、医師と直接に契約した(2層構造)HMOと中間的組織が介在している(3層構造)HMOとの間では<sup>8)</sup>、UMの各種手段に対して管理責任の主体に明かな相違が存在する

ことを指摘している。それは、後者ではHMO側から医師グループなどの中間的組織にUMの管理責任が委譲されたことに起因している。また3層構造をもつHMOについても、UMの利用状況に差異が存在している。たとえば、3層構造IPAモデルと3層構造groupモデルを比較すると、前者ではUMがよく利用されるが、後者ではその他の医療費抑制政策が利用されている。

## むすび

小論では、HMOにおける医療サービスの供給サイドに焦点を絞り、かつ医療費抑制という視点からHMO産業の構造的変化を議論してきた。これはとくに、米国の80年代におけるHMO産業に関して、財政的インセンティブやUtilization Managementといった医療費抑制政策が積極的に利用され、普及していったという経緯からである。まずはこれらの政策が実施される今日のHMOの状況を踏まえてから、その影響を考えることが小論の目的であった。しかし最終的にその効果あるいは成果を考える場合、HMOのもう1つの側面である保険サービスの提供という点が考慮されなくてはならない。医療費抑制政策は患者の自己負担分や給付の内容・範囲にも及んでいる。そして、消費者(患者)の医師選択の自由や医療サービスへのアクセスといった側面も考慮されなくてはならない。とくに医療費抑制という観点からすると、その政策主体に関わる“費用”に目が向きがちであるが、患者や他の医療提供機関に転化される“費用”を斟酌することは、欠かせない点であろう。

## 注

- 1) しかし、対象となった HMO (Group Health Cooperative of Puget Sound) が、大きく著名な staff モデルのプランであったので、実証結果が他の HMO にも妥当するか、などの批判もある。これについては Luft and Morrison [1991] を参照。
- 2) この “managed care” の概念は、論者によってその定義は多様である。患者の医師選択を制限するような形で提供される (HMO や PPO などの) 医療サービスを指す場合もあれば、また広義には、何らかの医療費抑制政策をもった従来型の医療費補償プランによる医療サービスを含めて指す場合もある。これについては Iglehart [1992], Relman [1993] を参照。
- 3) HMO の保険料は通常、当該地域の年齢構成や医療ニーズ等によって地域別に決定される。これは community rating といわれているが、最近では変化している。連邦公認 HMO でも 1988 年にその設定方法が緩和され、community rating by class となる。これについては Langwell [1990] を参照。
- 4) Welch, Hillman, and Pauly [1990] および Hillman, Welch, and Pauly [1992] の研究では “IPA” という用語は、中間的組織としての意味には使用されていない。
- 5) この定義によると、医療費請求書や診療記録などを通じて医療資源の利用を事後的に審査する方法 (retrospective utilization review) は含まれない。事後審査については以前から実施されていたので、この領域における研究は多い。
- 6) Wennberg, Freeman, and Culp [1987], Roos, Wennberg, and K. McPherson [1988] など を参照。
- 7) Trauner and Tilson [1989] では、各種 HMO による医療費抑制政策 (UM を含む) の運営に関わる事例研究が含まれている。
- 8) Trauner and Tilson [1989] が利用した分類は基本的に、Welch, Hillman, and Pauly [1990] および Hillman, Welch, and Pauly [1992] の分類と同じである。

## 参考文献

- Alexander, J.A., M.A. Morrissey, and S.M. Shortell, “Effects of Competition, Regulation, and Corporation on Hospital-Physician Relationships”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 27, No. 3, 1986, pp. 220-235.
- Bailit, H.L., and C. Sennett, “Utilization management as a Cost-Containment Strategy”, *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 1991, pp. 87-93.
- Davis, K., G.F. Anderson, D. Rowland, and E.P. Steinberg, *HEALTH CARE COST CONTAINMENT*, Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 1990.
- Enthoven, A., *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland, 1988.
- Enthoven, A., and R. Kronick, “A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 320, No. 1, Jan. 5, 1989, pp. 29-37.
- Enthoven, A., and R. Kronick, “A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 320, No. 2, Jan. 12, 1989, pp. 94-101.
- Feldman, R., J. Kralewski, and B. Dowd, “Health maintenance organizations: The beginning of the end?”, *Health Services Research* 24 (2), 1989, pp. 191-211.
- Garrison, L. P., “Assessment of the Effectiveness of Supply-Side Cost-Containment Measures”, *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 1991, pp. 13-20.
- Gray, B.H., and M.J. Field, eds., *Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management*, National Academic Press: Washington, D.C., 1989.
- Hemenway, D., A. Killen, S.B. Cashman, C.L. Parks, and W. J. Bicknell, “Physicians’ Responses to Financial Incentives: Evi-

- dence from a For-Profit Ambulatory Care Center", *New England Journal of Medicine*, Vol. 322, No. 15, April 12, 1990, pp. 1059-1063.
- Hillman, A.L., "Financial Incentives for Physicians in HMOs: Is There a Conflict of Interest?," *New England Journal of Medicine*, Vol. 317, No. 27, Dec. 31, 1987, pp. 1743-1748.
- Hillman, A.L., M.V. Pauly, and J.J. Kerstein, "How do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and the Performance of Health Maintenance Organizations?," *New England Journal of Medicine*, Vol. 321, No. 2, July 13, 1989, pp. 86-92.
- Hillman, A.L., W.P. Welch, and M.V. Pauly, "Contractual Arrangement Between HMOs and Primary Care Physicians: Three-Tiered HMOs and Risk Pools," *Medical Care*, Vol. 30 No. 2, 1992, pp. 136-148.
- Iglehart, J. K., "The American Health Care System - Managed Care", *New England Journal of Medicine*, Vol. 327, No. 10, Sept. 3, 1992, pp. 742-747.
- Kronick, R., D.C. Goodman, J. Wennberg, and E. Wagner, "The Marketplace in Health Care Reform: The Demographic Limitation of Managed Competition", *New England Journal of Medicine*, Vol. 328, No. 2, Jan. 14, 1993, pp. 148-152.
- Langwell, K.M., "Structure and performance of health maintenance organizations: A review", *Health Care Financing Review*, Vol. 12 No. 1, fall, 1990, pp. 71-79.
- Levit, K.R., and C.A. Cowan, "Business, households, and governments: health care costs, 1990", *Health Care Financing Review*, Vol. 13, No. 2, winter, 1991, pp. 83-93.
- Luft, H.S., and E.M. Morrison, "Alternative Delivery Systems", in Eli Ginzberg, ed., *Health Services Research: Key to Health Policy*, Harvard University Press, 1991, pp. 195-233.
- Manning, W.G., A. Leibowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers, and J.P. Newhouse, "A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services", *New England Journal of Medicine*, Vol. 310, No. 23, June 7, 1984, pp. 1505-1510.
- Morrison, E. M., and H. S. Luft, "Health maintenance organization environments in the 1980s and beyond", *Health Care Financing Review*, Vol. 12, No. 1, fall, 1990, pp. 81-90.
- Relman, A.S., "Controlling Costs by "Managed Competition" - Would it Work?," *New England Journal of Medicine*, Vol. 328, No. 2, Jan. 14, 1993, pp. 133-135.
- Roos, N.P., J.E. Wennberg, and K. McPherson, "Using diagnosis-related groups for studying variations in hospital admissions", *Health Care Financing Review*, Vol. 9, No. 4, Summer, 1988, pp. 53-62.
- Shortell, S. M., M. A. Morrisey, and D. A. Conard, "Economic Regulation and Hospital Behavior: The Effects on Medical Staff Organization and Hospital-Physician Relationships", *Health Services Research* 20, No. 5, 1985, pp. 547-628.
- Trauner, J. B., and S. Tilson, "Utilization Management and Quality Assurance in Health Maintenance Organizations: An Operational Assessment," in Bradford H. Gray and Marilyn J. Field, eds., *Controlling Costs and changing Patient Care? The Role of Utilization Management*, National Academic Press: Washington, D.C., 1989.
- Ware, J.E., R.H. Brook, W.H. Rogers, E.B. Keeler, A.R. Davies, C.D. Sherbourne, G.A. Goldberg, P. Camp, and J. P. Newhouse, "Comparison of Health Outcomes at a Health Maintenance with Those of Fee-For-Service Medical Care", *Lancet* 1, No. 8488, 1986, pp. 1017-1022.
- Welch, W.P., A.L. Hillman, and M.V. Pauly, "Toward New Typologies for HMOs", *Milbank Quarterly*, Vol. 68, No. 2, 1990, pp. 221-243.
- Wennberg, J.E., J.L. Freeman, and W. J. Culp, "Are Hospital Services Rationed in New Haven or Over-Utilised in Boston?," *Lan-*

cet, May 23, 1987, pp. 1185-1188.  
Wennberg, J.E., K. McPherson, and P.C. Caper,  
"Will Payment Based on Diagnosis-  
Related Groups Control Hospital Costs?",

New England Journal of Medicine,  
Vol. 311, No. 5, August, 1984, pp. 295-300.  
(ちの・てつろう 東京学芸大学助教授)