

## 米国メディケアにおける保険者機能

住吉 英樹  
清野 仁子

### ■ 要約

メディケアは、主に高齢者を対象とした米国の公的医療保険制度である。1965年の創設以来度重なる改革が導入されてきたが、特に1997年財政均衡法を機に、30年以上維持してきた古い体質の制度から脱却するための抜本的改革を、保険者であるHCFAが主導し積極的に進めている。そこで本稿では、こうしたメディケアの制度改革のプロセスにおいて、いかにHCFAが保険者機能を発揮してきたかに焦点を当てた。今日、日本の構造改革で喫緊の課題の1つとして位置付けられている高齢者医療制度改革を考えるにあたり、米国のメディケアは参考となる先駆的モデルと言え、そこから日本における保険者機能のあり方に対するインプリケーションを導き出すことを目的とした。

HCFAは、「質の高い医療を効率的に提供する」ために保険者として、「保険者による医師などの専門家集団の活用」、「情報化の推進と情報活用」、「被保険者による保険プラン選択の実施」に積極的に取り組み、「保険者としての多面的な活動」を実現していると言える。日本の医療制度改革を考える際、情報化の推進と情報公開は、すべての保険者機能を発揮する上での基盤となるものであり、そこに専門家の活用や被保険者に対する選択肢の拡大やサービスの充実を図ることにより、保険者の多面的な活動が実現可能となる。まずは現行で可能な範囲での保険者努力や環境整備に着手していくことから始めなければならない。そして、それを必要条件とし、制度の修正や法改正などを要する長期的な課題へと段階的に進めていくことが必要であろう。

### ■ キーワード

保険者機能、メディケア、情報化、多面的活動、業務委託

## I はじめに

米国は、先進国の中で唯一、民間保険を中心に医療システムが構築されている国である。日本でも、その特異な医療システムに対して、主に民間医療保険(例えばマネジドケア等)を中心に調査・研究が蓄積されてきた。一方公的医療保険に関しては、その制度概要や制度改革に関する情報収集・提供にとどまっていたと言える。

その米国の公的医療保険制度として代表的な1つであるメディケア(65歳以上の高齢者などを対象)は、1965年の創設当初から大幅赤字という問題を抱え、度重なる制度改革を行ってきた。その過程

では、既に日本に紹介されているDRG/PPSやRBRVS<sup>1)</sup>など、非常に革新的な手法が導入されてきた。特に1997年の財政均衡法(Balanced Budget Act of 1997)施行後は、30年以上維持してきた古い体質の制度から脱却するための抜本的改革案が数多く出され、それらを軸にした改革が現在も徐々に進められている。こうした改革は、斬新であるが故に乗り越えるべき障害やもたらされる弊害も少なくないはずである。しかし米国では、メディケアの保険者であるHCFA(Health Care Financing Administration: 米国医療財政庁)が主導となり、改革を成功に導くため、さまざまな施策を積極的に打ち出している。

そこで本稿では、メディケアの制度や改革の内容より、むしろそのプロセスにおいてどのようにHCFAが保険者機能を発揮してきたのかに焦点を当てて考察することを目的とする。そして、そこから日本における保険者機能のあり方に対するインプリケーションを探っていきたい。

前述のとおり、メディケアにおける保険者は、厚生省 (Department of Health and Human Services: DHHS) 管轄のHCFAであるが、実際の医療保険プランの提供は、HCFA自らが行っているだけでなく、民間保険会社にプラン提供を委託し「メディケア・マネジドケア保険」として提供されているものもある。その意味では、委託先である個々の民間保険会社が、メディケアにおける保険者機能の一部を担っているとも言える。しかしながら、委託先の保険プランの運営はHCFAが厳重に管理・統制を行っているのが実態であり、メディケアの保険者機能をHCFAが掌握していると言える。こうした現状を踏まえ、以下では原則としてHCFAが担っている保険者機能についてまとめることとする。そして、必要に応じ、メディケア・マネジドケア保険において民間保険会社が担っている保険者機能についても触れることとする。

本稿の構成は次のようになっている。まずIIでは、HCFAの内部組織について簡単に触れるとともに、外部組織の活用により実現している多面的な活動について述べる。IIIでは、保険者機能の要となる情報化の推進について、HCFAがとった対策の特徴と情報活用の実態について整理する。IVでは、保険者とプロバイダー間の相対的な情報・知識格差を埋めるための手段として、HCFAが取り組んでいる医師などの専門家集団の活用について述べる。Vでは、メディケアで導入されている被保険者(受給者)<sup>2)</sup>による保険プラン選択を取り上げ、それにより発生した問題に対しHCFAがどのように保険者機能を発揮して対応してきたかを考察する。そして最後に、日本の医療制度改革にお

ける保険者機能のあり方に対し、メディケアの保険者機能から得られるインプリケーションをまとめる。

## II 保険者としての多面的な活動

### 1. 多面的な活動をするための組織体制

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およ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り締まりを行っている。

メディケアの運営におけるHCFAの責任の範囲としては、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。

- ① 受給資格の決定 (SSA<sup>3)</sup> と協力)
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 統計研究、保険数理プログラムの開発・管理
- ⑥ 財政管理
- ⑦ 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

HCFAは、上記の任務を担い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)とを兼ね備えた組織と言える。日本においてこの行政組織と保険者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り、表1のように、年金部分を除いた社会保険庁の組織をHCFA組織と比較してみると、HCFAにおいては、医療の標準と質に関する部局 (Office of Clinical Standards and Quality) などの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していることがよく分かる。

## 2. 業務委託の活用による多面的活動

HCFAは外部組織への委託や提携を図ることによって、さらに多面的な役割を果たしている。例えば、被保険者の保険プランの選択肢を拡大するために民間保険会社に保険プランの提供を委託している。また、支払請求書(レセプト)の審査・支払業務は、インターメディアリーやキャリアと呼ばれる民間保険会社に対して委託を行っている<sup>4)</sup>。さらに、メディケアに参加している医療機関のモニタリングや医療の質の確保・向上を図るために、各州ごとにPRO (Peer Review Organization: 同僚審査機構)<sup>5)</sup>

表1 HCFAの組織概要と社会保険庁組織との比較

HCFAの部局名	主な担当業務内容	社会保険庁の該当部局
Press Office	広報	
Office of Legislation	立法手続き運営・企画	
Office of Strategic Planning	長期計画の企画・立案, そのための情報・分析支援の提供	運営部企画課
Office of Actuary	医療保険財政のマクロ経済分析の開発	(総務部経理課, 運営部医療保険課)
Office of Equal Opportunity and Civil Rights	HCFA 職員の雇用・労働環境の総合的調整	総務部総務課・職員課
Center for Beneficiary Services	受給者などとの相互対話, メディケア政策全般の開発(資格・加入権・保険料賦課徴収・給付調整・権利保護・苦情処理手続き・マネジドケア保険加入解約等)	(運営部医療保険課)
Center for Health Plans and Providers	保険会社・医療サービス提供者との相互対話, 保険会社の資格認定・競争政策等の管理運営, 医療サービス提供者の質の審査, 診療データに基づく支払方法の開発	(地方社会保険事務局, 社会保険事務所)
Center for Medicaid and State Operations	州・地方政府との相互対話, メディケア付加給付保険の運営に関する支援	総務部総務課, 地方課
Office of Internal Customer Support	HCFA 内部の人事関連業務運営	総務部総務課・職員課
Office of Information Services	Information Resource Management (IRM) のシステム管理・開発, 情報収集・分析, メディケア・メディケイド関連情報の一般への情報提供	社会保険業務センター
Office of Financial Management	HCFA 予算管理・公表, メディケア財政システムの運営 (PRO 等委託先への支払管理)	(総務部経理課)
Office of Clinical Standards and Quality	臨床医学の質に関するあらゆる政策の調整・運営, HCQIPをはじめとする質の向上政策の推進, 質の測定・インディケータの開発等におけるPROとの連携	
Office of Communications and Operations Support	HCFA 内部組織間の中立的な調整, 監査	総務部総務課, 地方課

出所: HCFA ホームページ・社会保険庁ホームページより作成

と委託契約を結んでいる。これらの委託契約の他に、保険プラン(会社)についてはNCQA (National Committee for Quality Assurance)<sup>6)</sup>、医療機関についてはJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)<sup>7)</sup>などと連携をとり、より専門的で詳細な情報収集を行っている。

このように、HCFA 内部だけでは果たしきれない役割を、さまざまな外部組織との委託・連携によって補完しているのである。これには、HCFA が保険者であると同時に行政組織であるという立場によるところが大きい。つまり、本来保険者として行うべき業務だけでなく、行政組織として公的保障を確保するための業務も担っているため、その両方の役割が重なる財政運営や基本となる保険プランの設計などの根幹業務は、HCFA 自身が抱えている。HCFA はそうした役割に特化する一方、必ずしもHCFA 自身が直接行う必要性の高くない、情報収集や経常業務については、より比較優位のある外部組織に委託している。そうすることで、HCFA がすべての業務を抱え込むことによる非効率を排除しようとしているのである。いわば、内部組織で抱えるべき業務と外部の専門組織の能力を積極的に活用すべき業務を明確に切り分けることによって、より効率的かつ効果的にメディケアを運営しようという工夫がなされているのである。

ただし、メディケアでのこうした業務委託は、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。例えば、近年HCFA から支払われる業務委託料が低すぎるという理由で、撤退する外部組織が相次いだ。あるいは、委託先に対するHCFA からの管理・規制が厳しすぎるといった不満も多い。しかしながらHCFA は、こうした問題点が発生してもそれを解消する方法を模索しながら、保険者としての役割・機能を実践し、メディケアの改善に向けて前進してきたと言える。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HCFA を評価できる点と言えよう。

日本でも、平成13年3月30日閣議決定「規制緩和推進3カ年計画」における保険者機能の強化の内容として、「保険者と民間企業が契約し、民間企業に健康保険組合の事務処理を委託できるようにすることについては13年度に検討する」ことが盛り込まれた。つまり、これは「保険者が果たすべき機能を拡大していくとともに、保険者から外部組織への業務委託が徐々に進められる」という、HCFA と同じ方向に日本が向かっていくことを示唆したものと言えよう。故に、これまでのHCFA の経験や工夫から見習うべき点が多いのはもちろんのこと、今後その重要性はさらに高まると考えられ、HCFA の動向に注視していく必要がある。

### III 情報化の推進と情報の活用

#### 1. 米国の情報化の現状

米国では民間保険が主流であり、情報化が進んだ組織がそもそも発達してきたという土壌を背景として、国家政策の下、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について、タイムスケジュールを織り込んで法制化することで、HCFA はそれを後ろ盾に各業務委託先に情報化推進のための協力を求めることができる。つまり、HCFA 内部と同時に各委託先の情報化を促し、そのための費用を各委託先が自ら負担せざるを得ないようにすることで、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が伝送用請求ソフトウェアを無償で提供したりするなど、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削減と業務の効率化のメリットをHCFAが全面的にPRし、その結果、表2のように高い電子化率を達成してきた<sup>8)</sup>。具体的には、1996年の医療保険の携帯と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA）により、医療制度の生産性向上のために、データ通信（Electronic Data Interchange: EDI）を活用した運営・財政に関する標準的情報システムの構築が目標とされ、その一環として、厚生長官はIT化されたヘルスケア取引標準を採用することが求められた。これに関連してHCFAは、プライバシー基準などの関連を除いて、計画の調整・実行のリーダーに任命され、メディケアでEDIを推進することとなった。

EDIを使うことによるプロバイダーのメリットとしては、第一にコスト的にも事務的にも効率化されることである。メディケア支払請求において無料

で伝送用請求ソフトウェアを導入し、そのサポートが受けられるだけでなく、すべてのメディケア契約先に受け入れられる標準化されたフォーマットを活用することによって、さらなるコスト削減にもつながる。第二に、紙の支払請求が最低27日間で支払われるのに対し、電子請求（Electronic Medical Claims: EMC）は最短13日後には支払われる。電子送金（Electronic Funds Transfer: EFT）についても、紙ベースでは手続きに1週間ほど要するのに対し、支払いが2営業日後に可能となり、さまざまな面において迅速な処理が可能となる。

パートAの保険請求処理システムは、「シアール・プロセスイン・アレンジメント」と呼ばれており、インターメディアリーのうち一部の機関（現時点では4つ）が集中データセンターとなって、複数のインターメディアリーのデータを一括処理しており、各インターメディアリーは支払請求1件当たりの処理費を負担している。HCFAは、システムの信頼性、安全性、効率性の観点から、このような集中データセンターを設置し、データの集中管理を行うように決定したのである。

表2 メディケアのEMC（Electronic Media Claims: 電子請求）処理率（2000年3月）

パートA

支払請求処理総数	EMC支払請求処理総数
13,958,089	13,598,563
タイプ	EMC処理率
All Bills	97.4%
Inpatient Hospital Bills	99.4%
Outpatient Hospital Bills	98.8%
Skilled Nursing Facility Bills	98.5%
Home Health Agency Bills	96.6%
Hospice Bills	97.1%
CORF Bills	87.4%
ESRD Bills	98.1%
Outpatient Lab Bills	99.6%
Other Bills	83.9%

パートB

支払請求処理総数	EMC支払請求処理総数
64,715,512	52,233,398
タイプ	EMC処理率
All Claims	82.3%
Physician Claims (Assigned)	81.7%
DME Claims (Assigned)	92.2%
Lab Claims (Assigned)	93.1%
Ambulance Claims (Assigned)	83.6%
Other Claims (Assigned)	63.4%
Unassigned Claims	55.0%
Participating Physician Claims	82.6%

注：CORF: Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility

ESRD: End-Stage Renal Disease

HCFA ホームページより作成

インターメディアリー以外の委託先における情報化推進の事例として、メディケア・マネジドケア保険では、「Impatient Encounter Reporting」というコンピュータシステムによりHCFAに履歴情報の提供を行っている。このシステムは入院患者受診情報を作成するシステムであり、メディケアの入院の請求情報を抽出して、UB-92<sup>9)</sup>と呼ばれる形式でデータを転送する。HCFAはこのデータで支払請求処理を行っている。それと同時に、リスク調整保険料を2001年より段階的に導入するにあたり、これらの被保険者の診療履歴情報を保険料算出の基礎データとして活用している<sup>10)</sup>。

また、1997年の財政均衡法により、マネジドケア保険のネットワーク内からプロバイダーが脱退した場合に加入者に対して通知することが義務づけられた。例えば、エトナ(Aetna U.S. Health Care)においては「Provider Termination Notices」というプロバイダーの脱退通知システムを開発している。このシステムは、プロバイダーの脱退に関する加入者への通知履歴情報を登録しており、HCFAによって通知実施状況の確認を求められた場合に対応が可能である。

これらのシステムは、インターメディアリーと同様に、メディケアでの委託契約を受ける際の規定の中に「受給者の異動・支払請求等の情報化の推進」という条件が盛り込まれており、自主財源により情報システムを整備せざるを得ない状況となっている。

## 2. 日本における情報化推進のための環境整備

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、同時にそれを実行できるだけの能力を兼ね備えた受け皿がなかったことなどの要因があげられる。また、実行にあつ

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。

米国での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こた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あろう。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さまざまな分析が可能となり、それらの分析情報を活用することによって、HCFAが行っているような、より進んだ苦情・相談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。

## IV 保険者による医師などの専門家集団の活用

### 1. HCFAの医師専門家集団の活用方法

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。メディケアにおいて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、医師などによる専門家集団であるPRO (Peer Review Organization)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 に対してさまざま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、不正請求のチェックという当初の目的に加え、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。

## 2. PRO

PRO 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、質を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 の使命であると定義づけている。

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い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、過誤支払予防プログラム (Payment Error Prevention Program: PEPP) とヘルスケアの質向上プログラム (Health Care Quality Improvement Program: HCQIP) 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い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 年ごとに競争によって HCFA から各州に 1 つ選定され、全国 53 の PRO が締結している。契約報酬は、協定に基づき各プロジェクトごとに支払われ、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 5 億 5000 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 受給者当たり約 5 ドルのコスト負担となる。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 ドル超ということを見ると、PRO プログラムの年間予算はその 0.1 % 以下にすぎない。

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、その中でもメディケアの業務の占める割合は最も大きく、他の業務関係を確保するためにも 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。ただし、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などのデメリットもある。

## 3. 過誤支払予防プログラム

過誤支払予防プログラム (Payment Error

Prevention Program: PEPP)がHCFAからPROに委託された経緯は、メディケア全体として不正・乱用撲滅活動が大々的に行われており、特に1997年のHCFA財政状況報告に関する監査院(Office of Inspector general: OIG)の監査結果によって、DRG/PPSでの入院サービスに関する過誤支払総額は4億ドルにも上ることが指摘されたことによる。HCFAは、個別の州ごとに過誤支払率(州の入院サービスのDRG/PPS支払総額に対する過誤支払額)の見積もりを算出し、同時に監視システムも提供し、その見積りに対する過誤支払抑制の成果に応じてPROのパフォーマンスを評価することとした。PROは、HCFAやインターメディアリー、その他メディケア関連委託先、メディケア受給者からの照会を受け、それぞれの事例に対して医学的に必要なケアであったかどうか、個別調査・遡及審査する。その結果改善の余地がある場合には、その対象機関や医師に対する改善行動計画を実施する。これは、HCFAから委託されているという権限に基づき行うことができる。それと同時に、治療・サービス提供の適切性、サービスへのアクセス・支払いの適切性、早期支払いの達成をプロバイダーに呼びかけることによって、メディケア受給者に提供されるサービスの監視を行う。またこうした作業過程から、潜在的な不正・乱用・無駄のパターンを特定化し、HCFAに潜在的な事例を撲滅するための情報を提供することも期待されている。

#### 4. ヘルスケアの質向上プログラム

ヘルス事業としては、個人属性・地域・施設にかかわらず全メディケア受給者の健康を向上させるために、HCFAがPROに対する委託契約の一環として、「ヘルスケアの質向上プログラム(Health Care Quality Improvement Program; HCQIP)」を計画した。この契約でHCFAは、全国的に健康増進を優先すべき質の指標を設定したが、必ずしも各州独自の状況を完全に反映していないため、PRO

に対して次のことを主導するよう依頼している。

- ① 州のメディケア受給者に対して、次の6つの臨床項目それぞれにおいて設定された標準的な質の指標に基づき、質向上計画を実践する：急性心筋梗塞、肺炎、糖尿病、乳癌、一過性脳虚血発作/心房細動、およびうつ病・虚血性心不全
- ② 次の3つの領域における州独自のプロジェクトを指揮する：医療代替施設における質向上計画、受給者間のケアの不一致削減計画、その他地域の関心・必要性に基づく計画
- ③ 州のマネジドケア保険に対して、技術的サービス支援を行い、健康向上計画(特に糖尿病とインフルエンザの予防プロジェクト)に協力するよう働きかける

具体的には、質向上活動として実際に病院や医師の元へ行き、文献・資料を提供したり、臨床ガイドラインを示したり、その他さまざまな働きかけによって質の向上を図る。そのような指導の6カ月～1年後に、質改善の成果を測定する。このように、PROがプロバイダーと協力しながらプロジェクトを進めることは契約上の義務である一方、プロバイダーの参加は自主的であり、強制ではない。プロバイダー側から見れば、診療報酬の支払方式によって、PROプロジェクトに協力するインセンティブが異なる。例えば虚血性心不全の再入院率を減らすことや予防接種率を高くして肺炎の入院率を減らすという改善目標によって、患者の健康がより早く改善し在院日数が短縮された場合、DRGによる支払制度では財政的インセンティブが働くが、1日当たり定額支払いの場合は逆にインセンティブは損なわれるからである。

また、前述のとおり、その他のPROの使命として、健康増進・疾病予防に関するメディケア受給者の教育と保護という役割が任されており、その一環で各PROは電話ホットラインを設置し、受給者への一般的な情報提供を行っている。



5. 支払基金、国保連合会の機能拡充による  
日本版 PRO の組織化

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・機能強化を図り、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の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図り、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、医療の質の評価にかかわる専門家集団組織が、表3のようにさ

まざま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性が認識され始め、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、できるだけ早く整備されることが必要であると言えよう。

V 被保険者による保険プラン選択の実施

1. メディケアにおける被保険者による保険  
プラン選択の概要

メディケアでは、公的保険給付としての範囲を HCFA が規定している。それを上回る保障に追加保険料を支払って加入するかどうかは、メディケアの被保険者自身の選択に委ねられている。被保険者には、支払能力と希望保障内容に応じた複数の保険プランが選択肢として提供され、毎年1回見直しすることが可能となっている。HCFA が提供するオリジナル・メディケア保険では、入院時の費用を一部保障する「パートA」と呼ばれるプランが最低保障となっており、それに加え毎月50ドル(2001年現在)の保険料を追加負担すれば、通院時の費用を保障する「パートB」に加入することができる。また、オリジナル・メディケア保険(パートA+B)でカバーされていない一部の免責額や薬剤費を保証するためのオプション・プランとして、

表3 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(病院およびその他医療施設)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)	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。

各種資料より筆者作成

民間保険会社が提供する11種類のメディギャップ保険がある。パートBと同じく、追加保険料を支払えば上乗せ加入することが可能である。さらに、オリジナル・メディケア保険に並列する選択肢としてメディケア・マネジドケア保険がある。これは、HCFAが民間保険会社に対して保険プランの提供を委託し、最低限オリジナル・メディケア保険と同じ保険料負担で同じ保険給付内容が提供されるものである。

## 2. メディケア・マネジドケア保険における問題とHCFAの対応

HCFAは、被保険者に複数の保険プラン選択肢を提供することで、特にメディケア・マネジドケア保険という民間保険会社の競争原理の導入により、医療保険財政の効率化を目的としていた。また、民間保険会社間の競争の結果として、より少ない保険料負担でより充実した給付内容が提供されることを期待していた。しかし実際には、民間保険会社による収益最大化やコスト削減が最優先され、クリームスキミングの発生や、患者が受ける医

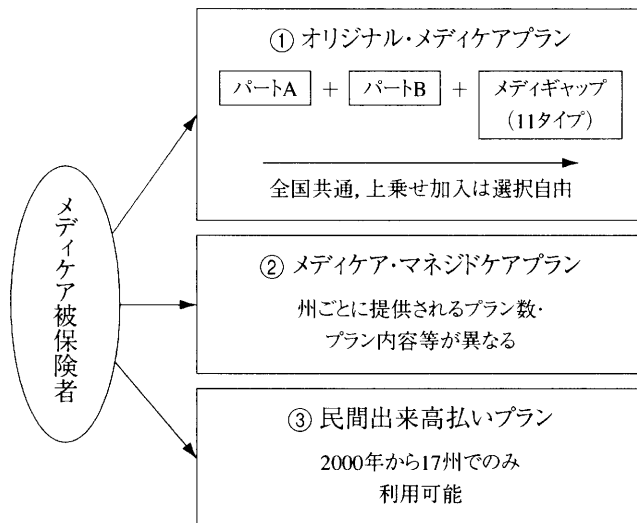
療サービスの量や質の低下がもたらされてしまったのである。

こうした問題に対し、HCFAは自らが被保険者のエージェントとしての機能を発揮することにより、委託先の各保険会社間の適正な競争が働くよう、次のような環境整備に取り組んだ。

### (1) 被保険者が保険プラン(会社)を評価・選択するための環境整備

被保険者が保険プラン(会社)を実質的に評価・選択できるような環境の確保である。これは、メディケアのみならず米国の医療保険市場全体で、保険プラン(会社)や医療機関、医療の質に関する情報・評価結果の公開が、1990年代に入り急速に進められてきたことも背景にある。こうした過程で設立されたNCQAやJCAHOをはじめとする専門的な情報収集・評価期間と連携しながら、HCFAは各種の情報を積極的に被保険者に提供している。

まず、メディケアの概要、オリジナル・メディケア保険の給付内容、およびメディギャップ保険の給



各種資料より筆者作成

図1 メディケアにおける保険プラン選択の概念図

付内容については、「Medicare & you」や「to Health Insurance for People with Medicare」などの小冊子を作成し、インターネット・電話・郵送などによって情報提供する体制を取っている。また、メディケア・マネジドケア保険に関する情報提供としては、HCFAが民間保険会社と契約締結する際に審査・承認を行った各保険商品の情報を公表し、そのサマリーを小冊子としてメディケアの全被保険者に郵送している。同時に、インターネット上に「Medicare Health Plan Comparison Database」と呼ばれるデータベースを構築し、各地域で提供されている保険商品をメディケア被保険者が比較できるよう、包括的な情報を開示している。

一方プロバイダーに関する最も基本的な情報として、「Participating Physician Directory」でメディケアに参加している医師（一般・専門医）の名前と住所を公開している。また、メディケア受給者がプロバイダーを選択する際のガイドラインとして、「choosing a doctor」「choosing a hospital」「choosing treatments」という参考書のようなものを作成し、提供している。あるいは、「Nursing Home Compare」では、全国17,000のメディケアおよびメディケイドで承認されているナースングホームについて、各施設の特徴や州の監査結果、スタッフに関する情報等を提供し、比較可能なデータベースをホームページ上で公開している。

また、これらのHCFA本体からの情報提供のみならず、業務委託先である各州の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發揮させ、より専門的な情報提供を推進している(IV参照)。

## (2) 被保険者のエンパワーメントのための環境整備

保険会社の行き過ぎた行動によって、被保険者に被害が及ばないための環境整備である。いわば受給者のエンパワーメントであり、これもメディケ

アに限らず、米国医療保険全般で取り組まれたことである。具体的には、患者の権利を保護するための「患者の権利法」という法規制が作られたことが挙げられる。あるいは、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、リスク調整支払保険料の導入にも着手し始めている。

こうしたHCFAの取り組みによるここ数年の環境変化を受け、収益だけを優先した保険会社がメディケア・マネジドケア保険市場から姿を消し始めた。このようなメディケア・マネジドケア保険会社の撤退は、その加入者であるメディケア被保険者の混乱を招く結果とはなったが、適正な市場インセンティブが機能し始めた結果ととらえることができよう。

## 3. 日本へのインプリケーション

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。これはおそらく、今日まで公的国民皆保険制度が比較的安定的に維持されてきたことにより、どの被保険者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、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、保険者間の（保険者機能の發揮を含めた）提供サービス格差の拡大、保険給付内容のさらなる充実や予防医療に対するニーズの高まりが徐々に進むことが予測される。その結果、日本においても将来的に、被保険者による保険者選択が議論されることになるかと予想できる。そこで、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と、当面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が考えられる。

その際、上述したHCFAによるメディケアの制度改革は、先駆的なモデルとして非常に多くのインプリケーションを含んでいる。

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。この点は、IIIで詳しく述べたとおりである。また、クリームスキミングの問題への対応は、被保険者による保険者選択に内在する難しい課題であり、HCFAが行ったリスク調整保険料の設計方法やそのため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。あるいは、保険会社の行動が行き過ぎていないかどうか、外部からチェックする仕組みを作ることも必要であろう。

こうした環境整備が整った上で、より実務レベルのスキルも参考となる。例えば、オプション・プランの内容審査・承認方法、被保険者がプラン選択する際の情報の内容や提供方法、被保険者の加

入・変更手続き方法、民間保険会社との委託契約方法等、HCFAから学べることは多い。

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。

## VI おわりに

医療保険財政が逼迫する中で、党派的な駆け引きにより抜本的な改革が進まないという状況は、米国も日本も同じであるといえる。しかしながら日本の公的保険者に比べHCFAは、「質の高い医療を効率的に提供する」ことに対して保険者として可能な範囲で積極的に取り組み、多面的に活動している点で評価できると言えよう。

表4 日本の医療制度改革に対するメディケアからのインプリケーションのまとめ

	← 当面着手可能な課題		→ 長期的な課題	
保険者としての多面的な活動	共同事業による効率化	一部業務委託	業務委託の自由化	
情報化の推進と情報活用	医療関連専門情報機関の整備	日本版PRO組織化のための体制整備	保険者による医療機関の推薦	医療機関との直接契約
保険者による医師等専門家集団の活用	医療関連専門知識の蓄積	医療情報収集・解析	保険者による医療技術評価	主体的な保険プラン設計
被保険者による保険プラン選択の実施	被保険者との対話(情報公開・提供)	保険内容選択範囲の段階的拡大	複数保険プランの提供	

特に今日、日本の構造改革で喫緊の課題の1つとして位置付けられている高齢者医療制度改革を考えるにあたり、米国のメディケアは参考となる1つの先駆的モデルと言える。また、保険者機能を考える上で保険者の組織構成の見直しも並列的な課題である。その際、1つ1つの保険者機能をどのように強化していくかということはもちろんだが、同時に保険者機能をうまく発揮するための保険者組織をいかに構成すべきかということを考える上でも、HCFAの取り組みから得られる示唆は多い。

最後に、これまでの考察結果を、日本の医療保険制度改革のタイムスケジュールを横軸にとって整理すると、表4ようになる。情報化の推進と情報公開は、すべての保険者機能を発揮する上での基盤となるものであり、その上で専門家の活用、被保険者に対するさまざまな選択肢の拡大、サービス内容の充実等を図ることにより、保険者としての多面的な活動が実現可能となる。そのために、まずは現行で可能な範囲での環境整備に着手していくことから始めなければならない。そして、それを必要条件とし、制度の修正や法改正等を要する長期的な課題へと段階的に進めていくことが必要であろう。

注

- 1) DRG/PPS (診断群別包括支払方式)はメディケア(パートA)のホスピタルフィーの支払方式に、RBRVSはメディケア(パートB)のドクターフィーの支払方法に導入されている。
- 2) メディケアでの受給資格が認められた者は、受給資格の無い他の被保険者と区別するために、「受給者(beneficiary)」と呼ばれている。本稿では、特にメディケアの受給者のみに限定する必要がある場合には「受給者」と表すが、その他の場合は「保険者」に対応するものとして「被保険者」という言葉を用いる。
- 3) Social Security Administration (SSA)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。

- 4) インターメディアリーとは、パートA・B両方の下で、病院等に対するメディケア支払請求処理を行うために、HCFAからの委託契約を締結した民間組織である。キャリアーとは、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を行うために、HCFAから委託契約を締結した民間組織である。
- 5) 詳細はIVを参照。
- 6) 詳細はIVの表3を参照。
- 7) 詳細はIVの表3を参照。
- 8) パートBの審査支払機関であるキャリアーもインターメディアリーと同様に請求書の電子化率が高い。
- 9) インターメディアリーで使用しているパートAの請求フォーマット。
- 10) メディケア・マネジドケアにおける民間保険への支払いは、1997年の財政均衡法以前は、人口動態的な情報(年齢、性別等)に基づいていたが、法施行後はサービス利用の履歴情報をもとに受給者ごとの将来支出を推計して支払いを行っている。

参考文献

- 西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社  
週刊社会保障編集部編 2000『欧米諸国の医療保障』法研  
広井良典著編 1999『マネジドケア医療改革』東洋経済  
新報社  
川渕孝一 1998『DRG/PPS導入の条件と環境』じほう  
財団法人医療経済研究機構編 1998『米国のヘルスケア  
ビジネス』法研  
財団法人医療経済研究機構報告書 1997「技術料評価に  
関する研究」  
<http://www.hcfa.gov> (HCFA ホームページ)  
<http://www.sia.go.jp> (社会保険庁 ホームページ)  
(すみよし・ひでき 富士総合研究所主事研究員)  
(きよの・きみこ 第一生命経済研究所副主任研究員)