

米国マネジドケアの試みから 医療保険における保険者機能を考える

西田 在賢

■ 要約

機能とは「機関がそれぞれ有する権限内で活動できる能力」と説明される。そこで保険者機能とは、保険機関が有する権限内で活動できる能力と解され、保険者が有する権限と保険事業活動の能力という2つの要点がある。

米国マネジドケアの概念とは、加入者・保険者・医療提供者の三者間の経済的リスク分担を明らかにすることでもある。マネジドケア保険を考察して分かるのは、米国の医療保険機関の権限と、保険事業活動の基本的能力ともいべき加入者から集めた医療費資金の科学的管理の実態である。そのマネジドケア保険の試みから敷延できる医療費資金管理の原理は興味深い。

多くの先進国の医療保障は社会保険方式や税方式に拠っており、国民の医療費資金管理は公営であるため、マネジドケア保険の導入については疑問視されている。しかし米国では社会保険医療メディケアの改革で、民間保険であるマネジドケア保険を積極的に活用している。

■ キーワード

マネジドケア保険、メディケア改革、医療費資金管理、医療費予算制約、医療給付機会集合

I はじめに

今、世界各国で行われている医療改革（ヘルスリフォーム）の中身は、医療保障制度の改革であり、実態は医療財政の改革にはかならない。

医療保障については、国によってシステムが異なるとはいえ、多くの先進国では社会保険方式や税方式に拠っており、要するに国民の医療費資金の管理を公営で行っている。その意味では、国民の半数以上が民間保険に加入する、すなわち医療費資金の管理を民営で行う米国は、ほかとは違ったシステムをとっているといえよう。

その米国であっても、医療保障の問題は、公営部分のメディケアやメディケイドに限らず、民間保険に加入する国民やそれらの人たちを雇用する企業、産業側においても重要であり、医療改革への

関心は高い。

米国がかつて深刻な不況期にあった80年代後半から90年代初頭の頃、例えば、自動車1台当たりのコストの内訳をみたら鉄板の費用よりも、人件費中の医療保険負担費のほうが大きいという実情が喧伝され、基幹産業の国際競争力減退の危機を訴えるほどに企業の従業員医療保障、医療費資金の問題がクローズアップされたものである。

ちょうどそのような頃に現れた「マネジドケア（managed care）」なる言葉は、ほどなく米国の医療改革を推進する象徴のようになった。マネジドケアは、あるときは合理的な医療費資金の管理方式だと賞賛され、あるときは患者生命を軽視する医療方式だと非難されて、大きな社会問題となって、今日現在も評価は確定しない。

ところで、「マネジドケア」は、勿論、古くから

あった言葉ではなく、80年代末に現れた造語である。しかし、作者は不明である。同じような時期に、スタンフォード大学教授のエンソーベン(Alain C. Enthoven)が著書“Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance”を発表しているが、その中には“managed care”という言葉は出てこない。余談だが、マネジドケアに深く関係するHMO(Health Maintenance Organization)という言葉は、HMO法を成立させた1973年当時のニクソン大統領の医療政策ブレイン、エルウッド(Paul Ellwood)博士が造った新語である。

おそらく「マネジドケア」という言葉は、エンソーベンの唱える医療における管理された競争(managed competition)の経済理論に触発されて誕生した新語であろうことは想像に難くないが、あくまでも憶測でしかない。

そして、米国に実在するマネジドケアは、わずかここ10年余りの間にも、社会の要請や批判の中でアメーバのように変容を重ねている。そのため、マネジドケアの考察には年次を明らかにすることが重要であろう。

さて、最近ではわが国でも米国のマネジドケアについて紹介する雑誌や書籍が数多く出ているので、本稿では考察点を絞って次の3つの点についてまとめてみた。

まず、民間医療保険であるマネジドケア保険についての私の考察結果にはじまり、続いて、マネジドケア保険の方式が社会保険でも有効か否かをみるために公的保険メディケアの改革で検討される民間マネジドケア保険導入案についての動向を説明する。最後に、それまでの考察を念頭に置いて米国マネジドケア保険の試みから敷衍できる医療費資金の管理と保険者の機能について結論的整理を行うという3点である。

II 米国マネジドケア保険の考察整理

1. マネジドケアの動向整理

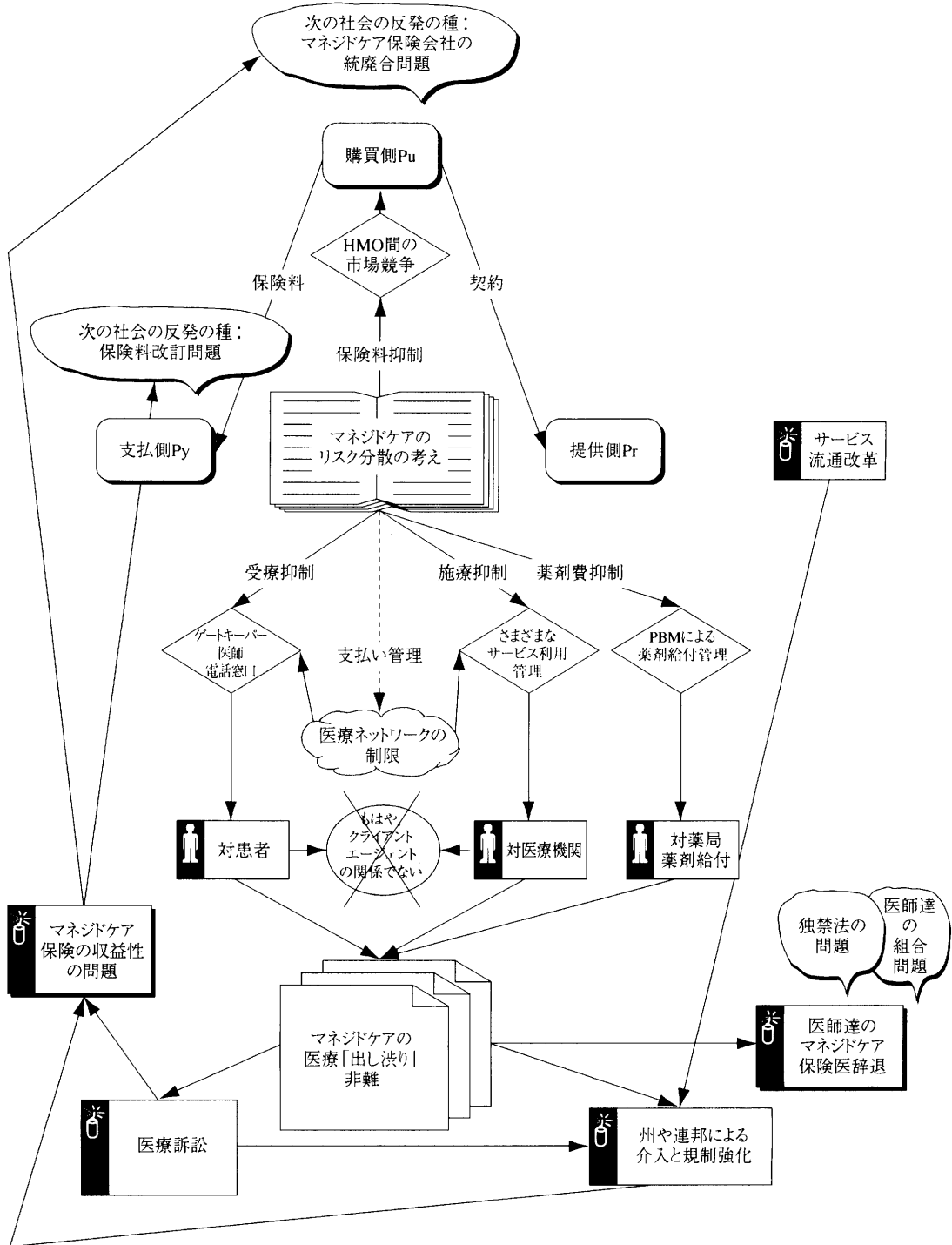
1997年7月から99年6月までの2年間、ハーバード大学公衆衛生大学院にリサーチフェローとして籍を置き、マネジドケアについて集中的に調べてみたが、結局のところ、「マネジドケア」そのものについては発祥の地、米国にあっても研究者の間で合意された定義も理論も存在しないことが分かった。

その理由を理解するためには、マネジドケア組織(managed care organization)の中核的存在であるマネジドケア保険の実態をみることが重要であった。

まず、当時でもマネジドケア保険の普及は、米国では州によってさまざまであったから、研究者が身を置く州によって問題意識に差があったようである。

また、例えば全米マネジドケア保険のディレクトリHMO/PPO Directory1997(MEDICAL ECONOMICS社刊)に登録されるHMOの加入者は、多いところでは数百万人以上を数え、最も小さいところは100人にも満たない。つまりここに登録された1,000社以上のHMOについてざっと眺めたときに、その規模が実にさまざまであることが分かった。このことから、一概にマネジドケア保険HMOといっても、社会的なインパクトがずいぶん違うことが容易に察せられた。

ちなみに、近年の米国では、ある程度まとまった数の加入者を有するHMOの組織機構をみると、一般的な保険会社とほとんど変わらず、また、このようなマネジドケア保険を扱う保険会社を指してHMOと呼んでいる。その意味では、HMO法が施行された70年代前半から80年代にかけてのHMOと昨今のHMOとでは組織形態は違っている。特に昨今のHMOの組織機構で特徴的なのは、医師や看護婦といった医療プロフェッショナルが主だった経営管理の職に就くという医療管理部門が



出典：西田在賢 1999 『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社（但し、一部情報を追加して改訂）

図1 マネジドケアに対する社会の反発の背景

（1999年2月頃までの様子を描く）

備えられていて、ここが保険契約する医療機関の評価や管理の点で重要な役割を果たしていることであった。

こうした状況下であったため、私が米国に滞在した間には、とうとうマネジドケアの統一された定義を見ることができなかった。しかし、マネジドケア保険という巨大な産業が生まれていることと、マネジドケア保険が引き起こしている大きな社会問題がある、という2つの事実については、米国の研究者の間で共通に認知されていた。

マネジドケア保険業の規模は、97年時点でも優に20兆円は超えたものと考えられる。このような巨大な産業の成長過程では、図1に描く因果関係図で説明するような、多くの米国民を巻き込んだ社会問題が生じていた。その背景には、74年に成立した、事業主が被用者に提供する福利厚生プラン規制連邦法 (Employee Retirement Income Security Act) 以来、医療保険者であるHMOは、不十分な医療のため健康を損なった患者に対する法的責任を免れてきたことが挙げられる。というのも、この法律では、保険給付の拒否や制限によって患者の治療・生命に問題が発生した場合には、拒否・制限された保険給付の履行を求めて訴訟を起こすことは認められているが、保険会社に対して医療過誤責任を問うことは認められず、医療過誤責任はあくまでも医療提供者が問われるべきだとしているからである。そのため、裁判所は従業員福利厚生給付プランの下での医療過誤に関係する訴訟をことごとく退けてきた。

しかしながら、最近になって審判は医療の質の不適切を争点にして、マネジドケア保険会社HMOによる患者ダメージを調査する訴訟を受け容れるようになってきた。そして、米国の中間選挙が98年にあり、この年にマネジドケア保険は一気に政治問題化した。その流れは、99年になって、上院では7月に、下院では10月に相次いで「患者の権

利法案」が通過することにつながっている。

ところが、上院案はわずか4800万人の国民にしか適用されないが、下院案は1億6100万人に適用され、また、上院の法案には患者がHMOを訴える権利がないといったように、患者の権利法は両院で内容がそろっておらず、摺り合わせや合意がなされていない。

2000年3月末に米国に赴いてマネジドケア保険の実態を再度、点検調査する機会を得たが、結論からいうと患者の権利法案の擦り合わせも含めて、特に目新しい変化や発見はなかった。

その大きな理由のひとつとして、2000年秋が米国大統領選挙の年であるため、新しい政策判断はすべて2001年以降になるということがある。そのため、マネジドケア保険の規制に関わる本格的な政策及び政治的活動は、これから現れるものと予想される。

ところで、「患者の権利法案」の通過に対して、マネジドケア保険会社HMOの側ではさっそく反応があった。例えば99年11月上旬にユナイテッド・ヘルスケア (United Health Care Group) が、長らくマネジドケア保険に対する医療機関側の不満の根源であった、保険会社が患者と医師との間に入って治療方針に干渉するというギャグ・ルール (さるぐつわ条項) を撤廃すると発表した。これによりユナイテッド・ヘルスケアの保険に加入する患者の医師は、ここからの干渉なしに加入者の入院や治療を決められるようになった。もともと、ユナイテッド・ヘルスケアは医療費管理をやめたわけではなく、引き続き実際にかかった医療費を精査して、平均値を超える医療費を使っている医師には注意を促すという。そして、それでも結果が変わらないときには、その医師を自分達の医療ネットワークの登録から外し、患者を他の登録医に移すことを考えているとのことである。なお、ユナイテッド・ヘルスケアが引き受けるマネジドケア保険の加入者数はこの当方で約870万人であり、エトナ社に次い

で全米で第2位であることから、業界の動向に与えた影響は少なくないはずである。

2. マネジドケア保険という社会実験の

意義を考える

このように、米国のマネジドケア保険業界は今後とも大きく変化、成長していくものと思われる。しかしながら、私が観察するところでは、マネジドケアの存在意義は図2に描くように、医療保険という事業における関係三者間の妥当な経済分担を探るメカニズムにあると考える。

このことは、煩雑となったマネジドケア保険のタイプを整理すれば分かる。例えば、典型的なものとしてHMO型、POS型(point of service type)、PPO型(preferred provider organization type)、MI型(managed care indemnity type)の4つについて取り上げて整理してみる。

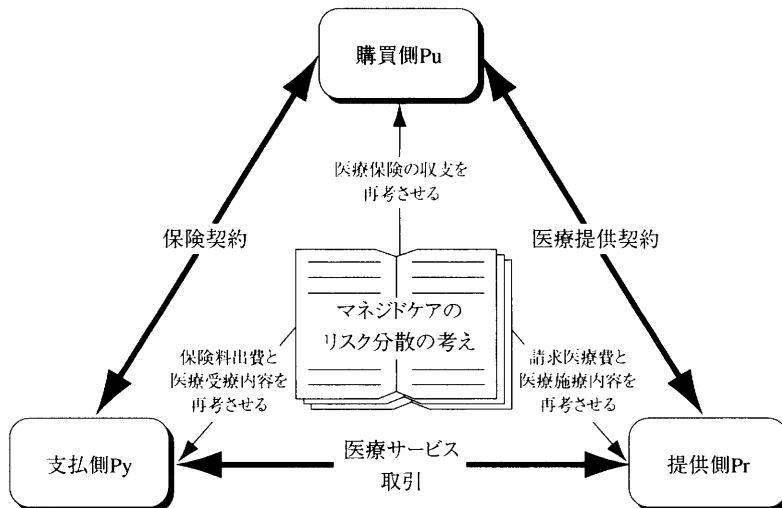
まず、HMO型は、加入者が契約時に選択した医師の合意がなければ病院にかかることが認められない、つまり、医療費が給付されないといった医療

アクセスの制限を受ける。また、医師や病院などの医療提供者にとっても、HMO型の加入者を診たときの報酬は人頭払い(キャピテーション)といった一人完結型包括払いとなり、施しうる医療の費用すべてを賄えない恐れがある。だからまた、医療サービスが抑制気味になる恐れがある。その代わりに、このタイプの保険料は安くなる。すなわち、保険者側でも応分の経済リスクを分担することになる。

一方、PPO型になると契約医師以外でも条件付きで診てもらうことが可能となって、加入者の医療アクセス条件はずっと柔軟になるし、また、加入者が医療機関にかかったときの支払いも出来高払い部分が増えるので、プロバイダ側のサービス提供の抑制も少なくなる。ただし、保険者は自分達の経済リスクを補うべく、加入者が支払う保険料を高くする。

さらにMI型では、従来からの医療保険、すなわち、裕福な人しか医療を受けられなかった時代から続く、「フリーアクセス、かつ、出来高払い」の医療保険を踏襲するもので、もちろん、保険料はたいへん高いものになる。

マネジドケアによる医療費抑制はリスク分散への期待に基づいている?



出典：西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社

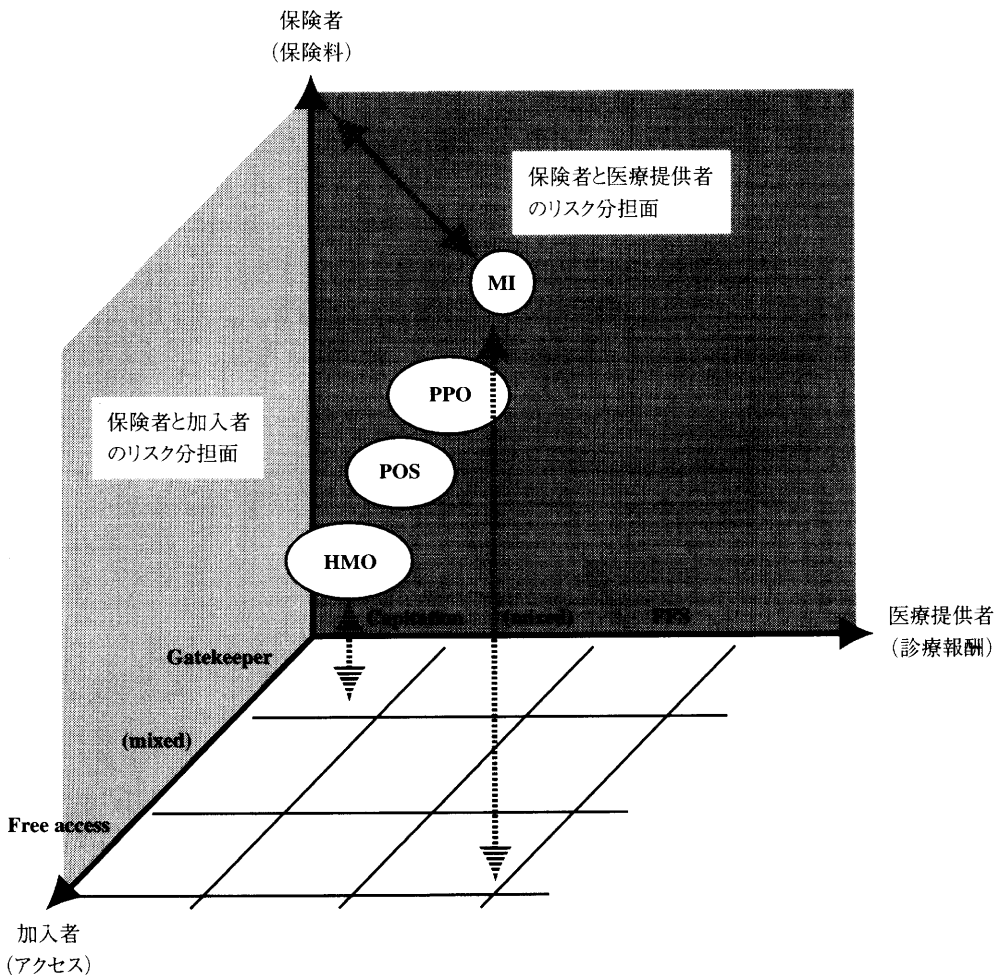
図2 マネジドケアの存在意義

なお、POS型は、融通の利かないHMO型には不満だが、PPO型の保険料は高くて手が出ないという人達に向けて、その中間条件の保険商品として出現している。

以上の事柄を視覚的に表すと図3のようになる。つまり、マネジドケアはこのようにして「関係者間での医療保険リスクの共同管理」をするためのロジックを教えるのである。

実際には、保険タイプ間で図3に描くほどの極端な保険料差にはならないようである。私が知るところでは、99年秋頃で、あるマネジドケア保険会社の場合、おおよその保険料月額はHMO型で3万5千円、PPO型で4万円、従来型(MI型)で5万5千円であった。もちろん、各種マネジドケア保険の契約内容については、保険会社ごとにさまざまであるから、この数字はあくまでも一事例にすぎ

マネジドケア保険の種類を医療サービス取引における三者間のリスク分担の大小で整理すると…



出典：西田在賢「米国マネジドケアと保険者機能の強化」保険者機能に関する研究プロジェクト中間報告書、平成11年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書

図3 マネジドケア保険にみる三者間の経済リスクの分担

ないことはいうまでもない。

しかし、冒頭に述べたように、公営によって国民の医療費資金の管理を行っている先進各国では、今もって一体いくらの医療費資金を用意すれば足るのかについて論理的説明ができずにいる。それに対して、巨大な社会実験ともいえる米国の民営マネジドケア保険は、給付条件次第で加入者の医療費資金を管理して妥当な保険料を決めうることを見出したことは注目に値すると考える。

III 米国の公的医療保険メディケアの改革とマネジドケア保険への期待

1. メディケアにマネジドケア保険を利用する試み

社会保険方式を採っている米国の高齢者医療保険メディケアは、ずいぶん以前からマネジドケア保険を取り込んでいる。

メディケアでは財政改革の一環として、既にレーガン政権時代の82年からメディケア・パートB(外来医療のための保険)加入者がHMOを利用する「リスク契約プログラム(Risk-contracting Program)」を導入していた。いわゆるメディケアHMOである。ただし、この当時にはマネジドケアという概念が、米国にもまだ存在していなかったことに留意する必要がある。そして、保険者の機能を兼ね備えた医療機関ともいべき初期のHMOでは、事業がなかなか軌道に乗らず、メディケアHMOも余り普及しなかった。

ところが、90年代になってマネジドケアという新奇な概念らしきものが生まれ、HMOの保険者機能が整備されて医療保険サービスのリスクマネジメントに自信が生まれると、HMOはより企業的な活動をするようになり、加入者獲得のためのサービス競争も本格化した。先にも触れたように、このような変身を遂げた現在のHMOを、それ以前と区別する意味で、本稿ではマネジドケア保険会社HMO

と呼ぶようにしている。

そして、メディケア受給者にとっても、メディケアHMOだと薬剤給付がある等、保険カバーの内容が増えるのでこれを歓迎した。そのため、この頃からメディケアHMOの受給者の数がみるみる増えていった。その数は、低迷後期の90年頃までには100万人程度でしかなかったものが、96年に350万人、97年に460万人、98年に700万人と急増している。

リスク契約プログラムは、97年に制定された財政均衡法(Balance Budget Act)の中で、HMO型以外のPPO型などのマネジドケア保険も選択が可能となり、メディケア・プラス・チョイス(Medicare+Choice)と改められた。このことは、メディケアによる本格的なマネジドケア保険の取り込みであるといえる。

米国議会予算局では、メディケアは1997年の2080億ドル(約25兆円)から2008年には4480億ドル(約54兆円)に倍増するとみていた。そこで、その増嵩抑制を期待してマネジドケア医療保険への委託を進めていたわけである。そして、1997年にはメディケア受給者3800万人のうち12%がマネジドケア医療保険に委託されたが、その割合は2002年には25%、2008年には38%に、そして、2030年には50%にすることを目論んでいた。

ところが、98年夏頃からマネジドケア保険会社のメディケアHMOからの撤退が相次ぐようになっている。そして、99年1月、ニューヨークタイムズ紙はHMOのメディケアマネジドケア保険からの撤退危機を報道し、「98年だけで、米国の30の州でHMO会社がメディケアマネジドケア保険事業から撤退し、そのため44万人のメディケア加入者達が慌てて他の医療保険を捜し回る事態に陥った」と報じている。

伝えるところでは、マネジドケア保険会社が、政府が行う高齢者医療保険メディケアの制度の下で、高齢者の医療にどれほどの費用がかかるかを

読み誤ったのが原因とのことであった。要するに、これら保険会社では、メディケアから提示される保険料では採算が合わないから、この事業を打ち切ったということであった。

2. 超党派によるメディケア構造改革の

新たなる提案

メディケア HMO の撤退問題がクローズアップされた 99 年 1 月末に、メディケアの抜本的改革案の予告があった。実は、97 年の財政均衡法が成立した際に、併せて「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会 (National Bipartisan Commission on the Future of Medicare)」が設立されていた。その委員会は 17 人の委員で構成されていたが、そのうちの 11 人の賛成をもって改革案がまとまりそうだということで、委員長のプロウ上院議員 (Mr. John Breaux、民主党) による「3 月の発表を目指して報告書作成作業を進めている」という内容の短い説明が新聞で報道された。その後、3 月下旬に最終案、プロウ・トーマス提案 (Breaux-Thomas Proposal) が発表された。

そこにはメディケアが抱える問題として、改革なしでは、①メディケアパート A の基金が 2008 年には破綻しそうだということ、②昨 98 年の 2070 億ドル (約 25 兆円) から、2030 年には 2.2～3.0 兆ドル (約 260～360 兆円) に膨れ上がるものと予想されること、③今日、メディケアの受給者は医療費の約 30% を自己負担しているが将来はもっと高い費用負担に直面すること、④2011 年から 7700 万人のベビーブーマー達 (1946 年から 1964 年までの間に生まれた人たちが) メディケアの受給対象者に加わり始めること、⑤高齢退職者 1 人当たりのメディケア基金を支える労働者数割合がかなりの勢いで減ることの 5 点について前置きされている。

そして、この事態に備えるべく、プロウ・トーマス提案では、政府の役割を従来のように高齢者のための社会保険医療とその財政の管理ではなく、

高齢者医療保険の市場監視と保険料サポートに切り替えるという。つまり、医療ではなく、医療保険を監視することで政府の役割を効率よく果たすことを提案している。

これを実施に移すにあたり、メディケアの制度を根本的に見直すことが必要であるが、その鍵となるのがプレミアム・サポート・システム (Premium Support System) だという。これは、その説明の大意を取って「保険料支援制度」と訳せるであろう。

さて、この新システムのもとでは、メディケア受給者は、従来の政府管理出来高払い保険 (Government-run Fee-For-Service Plan、以下、政府管理保険) と民間医療保険 (Private Plans、マネジドケア保険とは特にっていない) のいずれかを選択することになる。そして、新設されるメディケア・ボード (Medicare Board) が、調査した結果にもとづいて判明した全国加重平均の保険料について、政府はその 85% を支援する。そこで、メディケア受給者はならずと全国加重平均保険料の 12% を負担することとなる (現在あるメディケア支出データを参考にして全国平均を超える場合について上限と下限を調べたところ、この数字を得たという)。

なお、政府管理保険以外に選択肢がない地域では、受給者の義務は保険料の 12% を超えることがないように取り計らうという。

法律によって明記される標準的な保険給付内容は、現行のメディケアの法規の下でカバーされるすべての医療サービスから成るものとし、この費用のみが全国加重平均保険料の計算に用いられる。

すべての保険は、給付内容と保険料についてメディケア・ボードの承認を受けなければならない一方で、メディケア・ボードでは、彼らが提示する保険料すべてについて、保険事業運営上、現実的に十分であるか否かについて厳密な審査を行い、内部留保の適切性や保険サービスの遂行能力を監視することによって、承認したすべての保険につい

て財政的に保険者自らの力で給付を継続できることを確かめる。

政府管理保険、民間保険とも、基本的な給付内容のほかに追加的な給付を行うことが認められるが、それと同時に、特に外来患者のための処方箋薬剤給付や患者負担を制限する加入者保護を考慮した、多くの保険選択肢を提示することが求められる。但し、余分な付加給付を多く持つ保険は、民間保険であろうと政府管理保険であろうと、別途、標準内容を超える給付コストの増分としてメディケア・ボードに資料を提出する。そして、メディケア・ボードの承認下で、これらの保険は患者自己負担分や控除額の点で費用分担のバラエティを設定することができる。

このように、メディケア・ボードの管理により、すべての保険が等しく扱われ、この制度の中で政府管理保険と民間保険とがサービス競争することを促される。だから、政府管理保険であっても、提示保険料が現実の運営上十分であるか否かの厳密な検査と内部留保の適切性や保険のサービス実施能力を含めて、民間保険と同じ基準にもとづいて、財政的自立と保険経営持続を果たさねばならない。そのため、政府管理保険でも医療費抑制手段は必要であるので、97年の財政均衡法が適用されるべきであり、それ相当の節約が達成されるべきである、としている。

また、雇用者側やその他の医療サービス購買側に提供される一般的な民間保険の標準や手続きといったものとの間で統一がとれるように、政府管理保険は医療給付サービスを確約するルールや手続きを作ることになる。ちなみに、政府管理保険の保険料は特別助成金分を除いて計算される。現行のメディケア中のすべての非保険的機能や特別支払い分は、政府管理保険や民間保険の保険料計算に含まれることはない。

提案書では、政府管理保険の出来高払いの支出に増大があれば、議会と連邦医療保険財政庁

(Health Care Financing Administration: HCFA)の努力によって事態を収めるとしている。そして、もしも、そのような継続的な節約努力がなければ、政府管理保険は徐々に民間の医療保険に太刀打ちできなくなるだろうと、暗に民間の経営努力により政府管理保険が民間保険に置きかえられていくであろうことを示唆している。

あるいはまた、公営・民営の多選択肢の医療保険におけるHCFAの保険料支出は、単純に標準保険分のみであり、HCFAは地域ごとに利用可能なさまざまな保険選択肢を持つことによって、政府管理の出来高払い医療保険から、全般的にもっと民間の医療保険へと移行させることができるはずであるという。

こうしてプレミアム・サポート・システム(保険料支援制度)を導入することで、高齢者医療のための社会保険制度における政府の役割が医療の管理から医療保険の管理へと変わる。もっと具体的には、「医療費の管理」から「保険料の管理」へと変わると説明するのである。

ところで、ブロー・トーマス提案はその後、棚上げとなった。クリントン大統領の薬剤給付の改善意向と逆行していたことや、彼らのメディケア改革案には、支給開始年齢の引き上げ、HCFAと対抗するようなメディケア・ボードの創設などが盛り込まれており、多くの利害関係者が現れたことが直接の原因であるといえる。

その結果、99年6月29日にクリントン大統領によってメディケアの基本的な構造改革案が提示されたが、それはベビーブーマーたちが年を取ったときにもメディケアが維持されるように、メディケアの運営をもっと民間の医療保険のようになるとともに、以前から求められていた薬剤給付をカバーするなどといった内容となった。勿論、それはブロー・トーマス提案のような革新的なものではなかったし、また、ブロー・トーマス提案の核であっ

たプレミアム・サポート・システムについても言及されていなかった。しかし、ブロー委員長の全米超党派委員会の検討を踏まえていたのは確かだった。現在のところ、この提案は修正されてブロー・フリースト提案となっている。

ところで、もうひとつ、ブロー・トーマス提案が棚上げとなった外部環境の変化が思い当たる。実は、99年暮れに、1999年度(98年10月から99年9月まで)のメディケアの支出が前年度比で1%ほど減るようであるという米国政府統計の報道があった。1965年のメディケア制度実施以来、このような財政好転は初めてのことであるという。そして、この成果の背景にはブロー上院議員たちの「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会」が97年に提案、成立させた財政均衡法が大きな役割を果たしたとのことであった。つまり、この委員会のメディケア財政緊縮政策が成果をあげたにもかかわらず、これに悲鳴をあげる医療機関や被保険者たちの不人気を考え、また、翌2000年の大統領選への配慮から大統領府ではブロー・トーマス提案を取り上げることをためらったものと憶測できるのである。

これら一連の事柄については、後日にHealth Politics(医療政治学)の領域で米国の研究者たちが取り上げるかもしれない。

3. プレミアム・サポート・システムを発想できた背景とは

このようなプレミアム・サポート・システムが、なぜ、米国では可能なのかを考えると、82年から実施しているリスク契約プログラムの経験が大きいといえよう。

このプログラムに参加したHMOは、メディケアの給付内容のすべてをカバーする(加入者が入院関連のパートAにも入っているときにはその給付も含む)ことが義務づけられていた。そして、HMOでは毎年、メディケアからの加入者1人当たりの給

付コストを概算し、これに自分達の管理コストと利益とを加えた収支計算書をHCFAに提出しなければならなかった。

一方、メディケアからHMOへの支払いは、原則として月極め人頭払いで、HCFAがその額を決めることになっている。そのため、HCFAは毎年、全米で郡別に出来高払い医療費データをもとに加入者の給付コストを推計し、これに一定の支払率を掛けて人頭払い額を決めていた。また、HCFAではその人頭払い額に、全国のメディケア受給者全体の平均自己負担額を加えた金額、すなわち、メディケア受給者1人当たりについてのHMOの収入見込額と、HMOが提出してきた支出見込額(給付コスト予想額)とを比べて、そこに余剰があればその分だけ給付を加えるよう指導していた。

このような経験の積み重ねが既にあったため、プレミアム・サポート・システムに唱えるような「保険料の管理と支援」が可能だと発想されたものと思う。またさらには、マネジドケア保険が普及して、民間の保険会社側に医療保険リスクを管理するための体制が整ったことも、重要な前提条件であろう。すなわち、マネジドケア保険の経営技術や、それを手がける人材層の厚さといったマネジドケアのインフラが整備されていたことである。

IV 米国マネジドケア保険考察からの敷衍

1. 保険者機能の第一義は医療費資金の管理

私が米国のマネジドケア保険を考察するのは、一国の医療保険財政の均衡策を考える上で役に立つと信じてのことだが、その意味では、医療財政が逼迫している環境でこそ真剣なソリューションが探索されるわけで、昨今の米国の好況はマネジドケア保険の進歩を足踏みさせたかも知れない。しかし、これまでに説明したように、米国のマネジドケア保険のように大規模な社会実験を経て医療保険の経済リスクを具体的な数値で把握し始めている

ことは、注目に値すると考える。他の先進国では、医療サービスの準市場管理や医療保険のリスク構造調整等の試みを行ってはいるものの、要素が複雑に絡み合っていて、見通しが悪いものになっている。それに対して、米国のマネジドケア保険では関係者間のリスク分担ということで保険加入者の医療費資金の管理について見通しを与えてくれそうに思われる。その見通しについて、次にまとめてみた。

2. 医療費資金管理の原則

(1) 医療費予算制約と給付機会集合の関係

米国では給付内容次第で高い保険料を支払ってもよいと考える社会の合意があり、実際に支払うことができる者に保険商品を供給するという民間医療保険市場がずいぶん以前から成立していた。ただし、医療保険という性格上、そのリスク計算が難しいために、保険会社も従来は損害賠償方式のMI型商品しかなく、保険料もたいへん高いものであった。そのため、個人や、法律によって被用者保険を用意しなければならない企業にとって、利用可能な医療保険の選択肢は限られていた。

ところが、新しい発想による医療と保険の複合サービス組織HMOが法制化された70年代前半以降、医療提供者側の経営内容が保険会社でも共有できるようになり、保険会社はそれを参考にして保険者のリスク計算ができるようになった。私はこれが80年代末のマネジドケア誕生につながる。とみる。

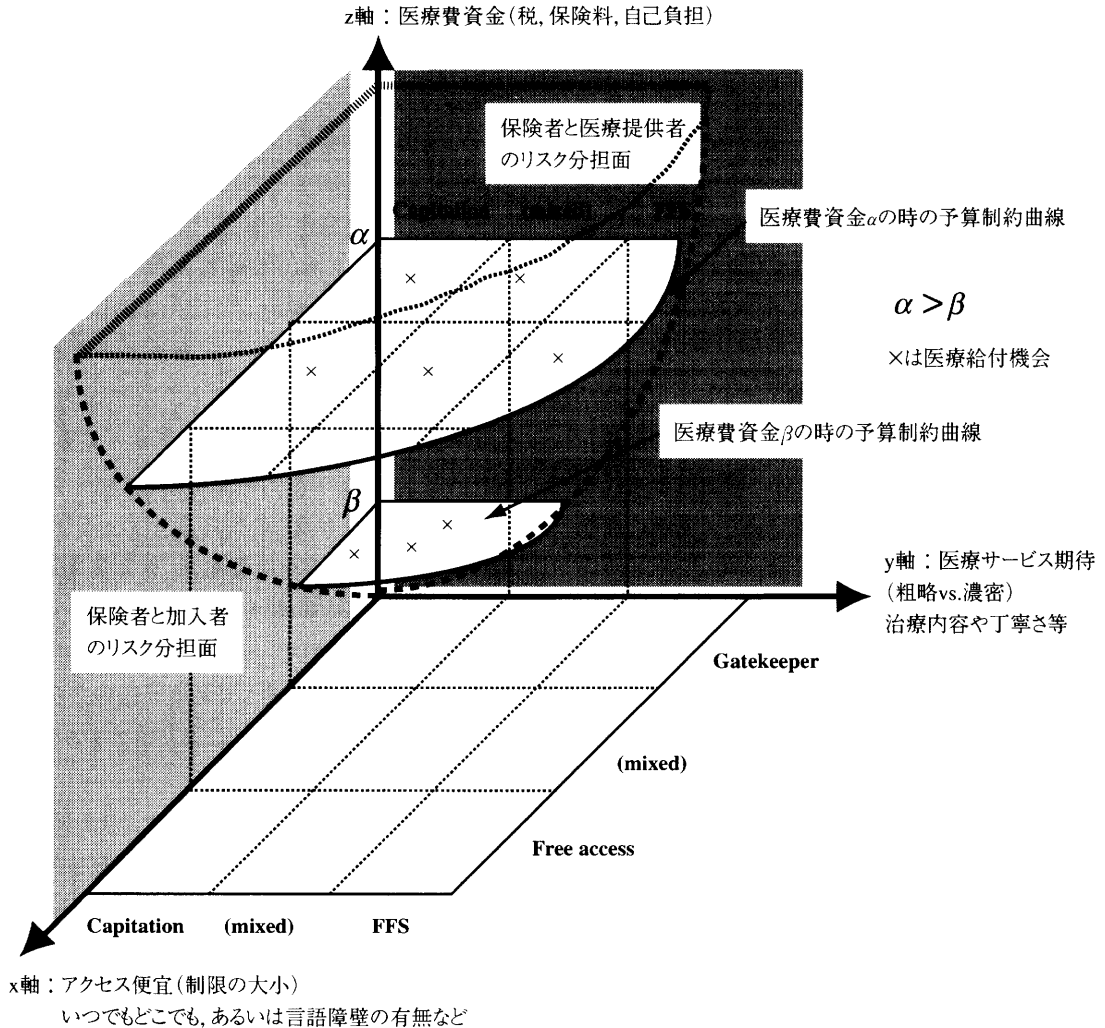
このことは医療保険商品のバラエティを増やし、個人や企業の医療保険の選択肢を増やした。つまり、医療給付の「機会集合」を増大させたわけである。

もしも、このことが米国でしか成立しないのであるならば、他の国々がマネジドケア保険に注目することはなかったはずである。ところが、いろいろな国でマネジドケアの要素を取り入れた医療財政改革が行われていることは周知の通りである。すなわち、米国のマネジドケア保険が提示した医

療給付の機会集合の枠組みが米国以外の国々にとっても参考になることが分かってきたのである。それはけっして医療提供者と保険会社の対立といった構図に終始するものではない。私の米国マネジドケア考察結果もそこにある。

例えば、私が米国マネジドケアを整理した図3のy軸やz軸を、医療保険を購入する個人や企業、つまり支払者側の立場に立てば、図4のようにそれぞれ「医療サービス期待」、「医療費資金」の軸と言い換えることができる。このとき、xy平面は保険加入者にとっての医療給付の機会集合平面を表す。もちろん、本来ならばこの機会集合はもっと多次元で説明されるべきものである。しかしながら、現行の米国マネジドケア保険が、アクセス便宜と医療サービス期待(=診療報酬支払い方法によるプロバイダの経済的インセンティブ誘発の大小)の大きく2つの軸で単純化して保険商品の差別化を図れたところをみると、この単純化はあながち無理のない仮定だと考える。

さて、米国マネジドケア保険にあるようなHMO型やPPO型やMI型といったものが保険料の大小で決まることは先にも述べた。このことは、いまい医療給付の機会集合平面xy上で保険のタイプごとに予算制約線を引くことを意味する。実際のところ、マネジドケア保険のそれぞれのタイプの中で、保険給付の中身は一義的には決まるものではない。例えば、Aという保険会社とBという保険会社とでは、同じくHMO型マネジドケア保険を売っており、その保険料が同じであったとしても、給付内容が異なっていることがしばしばある。このことは、医療費資金に制限があるということで予算制約曲線によって医療給付の機会集合の限界を規定するものの、その中にある給付機会の選び方がさまざまであることを意味している。そして、PPO型やMI型といったように保険料が上がると医療費資金は増えて予算制約曲線は広がっていき、内包する機会集合が多くなることになる。



出典：西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」『社会保険旬報』No.2077

図4 医療費資金管理の形態の説明

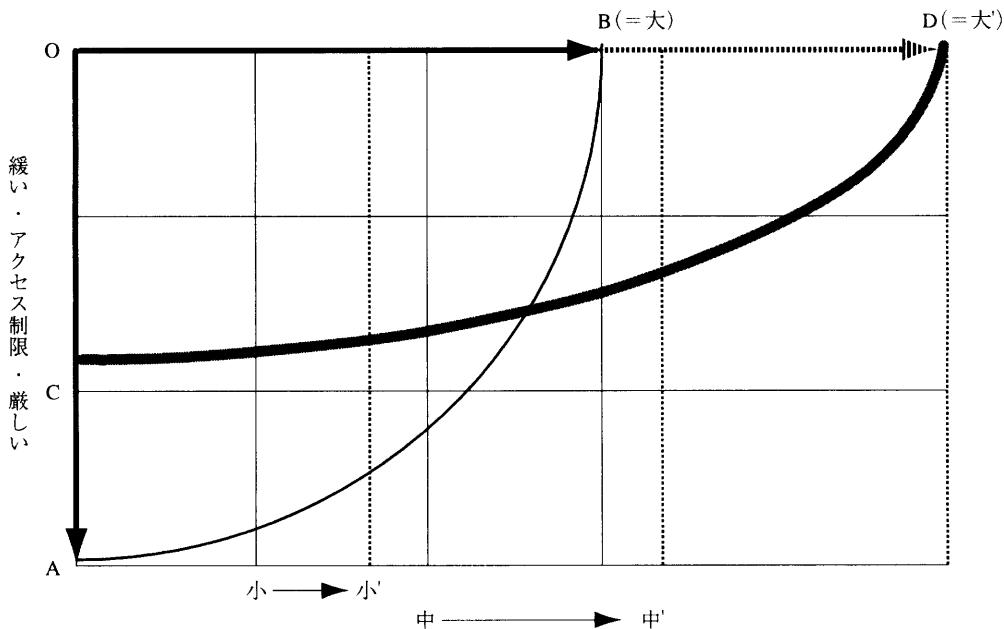
話を図4の三次元形態図に戻すと、ここでは保険料の大小等の医療費資金の大小に応じて医療給付の機会集合が増減することを示す。そして、zの値が大きくなるほど予算制約曲線で囲まれた医療給付の機会集合の面積が大きくなることが予想されるのである。

ちなみに、この形態図を用いれば、医療保障に税金を投じる意味は、z軸方向への嵩上げを意味

し、これによって医療給付の機会集合を拡げていることにほかならない。だから、例えば英国の医療保障制度にみるように、税の投入だけでは給付機会集合が小さくて十分な医療給付ができずにいる国では、経済的余裕のある国民たちは、もしもに備えて保険料を払い、別途に民間医療保険にも加入することで医療給付の機会集合を増やそうとするのである。

医療サービスへの期待が、医学や医療の発達によってランクの大中小から大'中'小'へと伸びると、医療費資金が限られているときには、サービス期待の大きい方の給付機会を選択するためにアクセスの制限を受け入れるというトレード・オフにより財政管理が行われるはずである。(図中で面積OAB = 面積OCD)

粗・薄(小)・期待医療サービス・(大)密・濃



出典：西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」『社会保険旬報』No.2077

図5 医療費資金が一定であるときのアクセスとサービスのトレード・オフ概念図

(2) アクセスとサービスのトレード・オフ関係

医療費資金管理の難しさのひとつに、医学の進歩によって医療技術が日進月歩で発達することで、医療サービスへの期待上限がどんどん伸びていくことがある。

ちなみに、医療の生産性曲線とx軸、y軸で囲まれた領域は、そのとき投入できる医療費資金で可能な医療給付の機会が集まっており、その面積は医療費資金に比例するはずである。そのため、医療の進歩が医療サービスへの期待上限を伸ばすとき、さらに投ずるべき医療費資金に余裕がなければ、図5のように医療給付の機会集合ABOをCDOのように変じることによって、医療アクセスの便宜を犠牲にして新サービスの給付を得るトレード・オフを成立させるであろうことが示唆される。

V おわりに

ヨーロッパ主要国の医療改革を眺めると、このような合理的なトレード・オフを繰り返し行っているように見える。それでもなお増大する医療費への対応に苦慮しているのが現状であろう。そのため、彼らは米国のマネジドケア保険会社が手掛ける医療保険の商品開発の仕方に注目しているのであって、けっしてそれらの国々が医療提供者の管理手法だけを学ぶ、あるいは取り入れようとしているのではないと思う。詰まるところ、医療改革の重要なテーマである保険者機能について、その基本的な役割は医療費資金の管理であって、医療そのものの管理ではないことに注目し始めているのではないかと考える。

翻って、わが国はというと、深刻な医療費財源難に直面しながらも、政治的判断を先行させてきた。つまり、予算制約線を無視し、合理的なトレード・オフを中途半端にしたまま、税金の投入や保険料率引き上げの猶予といった一時しのぎの施策によって、拡がる一方の医療給付集合に追隨していき、根本的な改革が手付かずのままである。

このことはバブル経済破綻以降の金融機関やゼネコン、百貨店の破綻を先送りしてきた政府施策と同一パターンである。しかし、それら先送り策のいずれもが膨大な国債発行による国費投入に頼るものであり、その結果がもたらす将来の生活に対して多くの国民が不安を抱いていることを考えれば、わが国の医療改革も「医療保険という事業」の本質に迫った改革が求められてしかるべきである。

私は、米国マネジドケアの考察から抽出した一連の図式が、わが国医療改革の複雑さを一挙に単純化して説明するのに使えないものかと考えている。もちろん、ここに示せたのはまだまだ序段の形態図にしかすぎない。

しかし、今後、この形態図をもとにして、医療や経済・経営、そして保険の専門家が一同に集って検討することで、例えば被保険者集団の違いによって経済効率の良い医療給付の機会集合を論じることができるかも知れないと考えている。

あるいはまた、生産可能性曲線上の点でありさえすれば、それより内側のどの点よりも望ましいというわけではないという経済学の研究に従えば、医療保険を選択する加入者側には好みがあり、これ

が国の単位の話になれば「文化」や「歴史的背景」という理由になって、敢えて多少の非効率を甘受した医療保険制度を選び取ることがあることを教えてくれる。このことは、米国のマネジドケア保険のコピーではなく、国それぞれで米国マネジドケア保険に学んだ独自の医療保険システムを構築する必要性があることを示唆するものと考えている。

参考文献

- 1) 西田在賢 2001「米国マネジドケアと保険者機能の強化」『保険者機能に関する研究プロジェクト』平成12年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書 pp.209-227
- 2) 西田在賢、橋本英樹 2001「国民皆保険制度の戦略的運営—ポートフォリオ・マネジメントの視点から見た医療保険改革の在り方を考える」『社会保険旬報』No.2084 pp.16-24
- 3) 西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」『社会保険旬報』No.2077 pp.12-17
- 4) 伊原和人、小野太一 2000「米国のマネジドケア—強まる反発と新しい展開(上・中・下)」『社会保険旬報』No.2075 pp.26-31, No.2076 pp.10-16, No.2077 pp.28-34
- 5) 西田在賢 2000「米国非営利マネジドケア保険会社の経営破綻を考察する」『社会保険旬報』No.2052 pp.9-15
- 6) 西田在賢 1999「マネジドケアは社会保険医療体制にも有効か?(上・中・下)」『社会保険旬報』No.2035 pp.16-21, No.2038 pp.22-28, No.2040 pp.28-32
- 7) 西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社
- 8) Anthony Giddens (佐和隆光訳) 1999『第三の道』日本経済新聞社
- 9) Litman, Theodor J., Leonard S. Robins. 1997. *Health Politics and Policy*. Delmar Publishers.
(にしだ・ざいけん 川崎医療福祉大学大学院教授
岡山大学大学院客員教授)