マネジドケアの現状と日本への適用の可能性

－供給者・保険者・消費者を兼ねる立場から－

亀田 俊 忠*

21世紀を目前に控えた今、先進各国はそれぞれより質の高い医療を効率的に提供できるシステムの構築に取り組んでいる。

中でも米国は、多くの無保険者の存在、他国に比し高い医療コスト等の問題を抱える一方、独創的なアプローチで本質的な課題に対する挑戦を続けている。

1980年以降、米国の医療システムを根本的に変貌させるほどの拡大を続けているマネジドケアは、その多様性や変異性ゆえに、捕らえどころがないように見える。また、米国特有の民間保険を中心としたシステムを背景として生まれ発展してきたもので、他国のシステム、例えば、社会保険制度を中心とする日本の医療システム等へは馴染まないようにも見える。

しかし、我々は医療者、保険者、消費者、支払い者を兼ねる立場から、マネジドケアの概念、手法は、日本の医療システムの長所を生かした上で、さまざまな単位、形態で活用できる可能性があることを見出してきた。

本稿では、日本型マネジドケアにおける医療者、保険者、消費者の取り組みを紹介するとともに、その視点から、米国のマネジドケアの現状を各要素ごとに観察し、より汎用的な日本への適用の可能性について考察する。

キーワード：マネジドケア、医療の質、疾病管理、日本型マネジドケア

1. はじめに

亀田メディカルセンターは、民間医療機関として300年以上の歴史を持つ総合的医療機関である。千葉県鴨川市にある800床の臨床研修病院、1日約2,000人の患者が訪れる独立型高機能クリニックを中核として、さまざまな分野の医療・福祉機関を配し、急性期医療を中心に予防医療からリハビリテーション、療養介護サービス、在宅医療サー

ビス等、地域におけるさまざまな分野の医療ニーズに統合的なサービス提供体制で応えている。

一方、亀田メディカルセンターのスタッフは独自の健康保険組合を運営している。すなわち医療供給者であると同時に、保険者でもあるのである。さらにスタッフ、およびその家族は、患者として自らの医療システムで全医療費の80%以上を消費する消費者の顔も持っている。

本稿では供給者、保険者、消費者の三者を兼ねる立場から、米国のマネジドケアを観察し、日本の医療システムへの適用の可否や方法について考察する。

* 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

2. 供給者 亀田メディカルセンター

(1) 統合的包括医療への取り組み

亀田メディカルセンターは、サービスの主体を救命救急医療を含む各専門領域の急性期医療においてきたが、今後の医療ニーズに応えるためには、あらゆる医療分野を含む医療提供体制の構築と分野間の協業による最適なサービスの提供が不可欠と考え、予防医療から在宅ホスピスに至る包括的なサービス提供体制を実現している。

また、通院医療機能の拡大と、包括的医療サービスのコーディネーター役を果たすことを目的として、日本では他に例のない大型高機能クリニックを開設し、地域における他の診療所や病院との積極的な連携も行っている。

(2) 医療機能評価への取り組み

亀田メディカルセンターは、1990年頃より自院の医療機能について客観的な評価を得て、その継続的な向上を図ろうと、当時既に米国の約700の病院が参加していた医療成果（クリニカルアウトカム）の評価プロジェクトであるMHA (Maryland Hospital Association) クオリティインディケータプロジェクトに加わり、データの比較を行ってきた。

これは、感染症や再手術率といった20項目程度の共通の臨床指標を用いて医療成果を測ろうとするものである。このプロジェクトの特徴は、医療そのものの機能を反映するデータを扱うことであり、我々はこのレポートから自身の医療成果についての推移や米国の最新の標準的な医療との比較をすることができ、それを臨床現場にフィードバックさせてきた。

一方、そのころわが国においても医療の質を自己および第三者によって評価しようという動きが具体化してきた。病院医療の質に関する研究会（JHQAS）や、それに続いて発足した（財）医療

機能評価機構は代表的なものであり、意義深い取り組みといえる。

しかし、日本におけるこれらのプロジェクトでの評価は、現在のところ医療を提供するための仕組み（ストラクチャー）に焦点を当てている。医療そのものを評価するためには診療内容（プロセス）や成果（アウトカム）についての評価が必要であると思われる。

そこで、1993年より我々は北海道から九州までの地域中核的な約10病院とともに、日本における急性期医療の臨床機能を評価する方法を開発し、相互比較等を行ってきた。

このプロジェクトでは、全退院患者についてあらかじめ設定した患者属性情報に加え診療プロセスデータ、アウトカムデータ、コストデータ等を系統的に収集し入院医療データベースを構築した上でさまざまな指標に基づく分析を行い、医療機能を評価しようというものである。また、患者満足度等の主観的アウトカムデータについても、共通のアンケート様式や分析方法を用いて評価、比較等を行っている。

このアプローチは医療機能を直接的に、かつ客観的、定量的、そして継続的に測定、フィードバックできる特徴を有するが、普及するためには現在、急速に発展を遂げているコンピュータによる情報処理技術の活用が鍵を握る。そして、そのためには各医療機関における正確なデータの入力が必要であるが、その前提となるのが病名分類、手術々式等の基本的な情報要素の標準化であり、コストを測定するためには人件費や材料費、経費等を測定するための取り決め等も必要となる。

現在、わが国においては（財）医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）や（財）医療経済研究機構等でそれぞれの取り組みが行われているが、共通の目標に基づいた連携が求められるところである。そして、やがてこれらの成果が大きく統合されれば、社会資本として医療機能評価システムおよびデータベースが整備され、医療者、

保険者、そして何よりも国民がいつでも必要な情報にアクセスし、それぞれの便宜を享受できるようになる。

一方、評価の目的はそれに基づく改善活動であるといっても過言ではない。これについては、産業界におけるTQM (Total Quality Management) 等の手法の医療への応用が試みられているが、我々もさまざまなアプローチでこの課題に取り組んでいる。現在、その一環としてISO9000シリーズの医療業務への適用も試みているところである。

なお、これまで主に各病院や各診療領域という単位の機能評価、および改善を中心に取り組んできたが、今後ますます多様化する医療ニーズに対応するためには、さまざまな医療機関間の連携や、さらに保険者も含めた医療システムの評価、改善も重要なテーマと考えている。

(3) 情報化の実践

亀田メディカルセンターでは、1990年より医療情報の中核に位置する患者情報や診療プロセスの情報をシステム化し、これを中心にあらゆる医療情報を統合する、いわゆる統合電子カルテシステムの開発に着手した。4年半の開発期間を経てシステムは完成し、1995年4月、病院、クリニックで稼働し、まもなく関連療養型施設、在宅医療サービス、さらには地域の有志の開業医を含めたネットワークで稼働するようになった。

電子カルテ化の目的はメディカルセンター内、および地域での医療情報の共有化と、システム化による医療情報の整理、統合化を通じて医療の質やコストの評価改善を可能にすることであった。

そして、実際に稼働させると、前者についての成果が明らかに得られたのと同時に、後者に関する可能性が予想以上に大きいことを実感することになった。

それ以後、コンピュータの記憶・計算・通信機能を活用した統合医療支援システム“クリニカルナビゲーションシステム”の開発に着手し、現在

試用段階に至っている。

このシステムは、ナビゲーションケアマップと名づけられた診療プロセス管理システムを中心に、大きく3つの機能から成っている。

第1の機能はケアマップエディターと呼ばれるもので、診断群毎、術式毎等に標準的な診療プロセスを管理された形で作成支援する機能と、それをそれぞれの症例に合わせて個別化する機能である。疾病類型毎の標準プロセスに基づいて個別化された診療計画は、医療チームの診療目標になるばかりでなく、患者にとっては自身の診療予定、およびその変更等をリアルタイムに詳細に知るための良いツールとなる。また、医師、ナース、患者等、アクセスする人の属性に応じて、表示する内容や表現を変えることも容易である。

第2の機能は、ナビゲーションケアマップに表示された項目がシステム内のあらゆるデータベースとリンクしているもので、ケアマップチームワークと呼ばれている。医師をはじめスタッフは、ナビゲーションケアマップ上から指示を出したり、結果を参照することが自由にできる。そして、症例についての予定と診療進捗状況、結果等をリアルタイムに共有し、協業を進めるためのツールとすることができる。さらに、ケアマップチームワークは診療の実績を詳細に記憶し、第3の機能であるケアマップマネージャーへ提供する。

ケアマップマネージャーは、患者属性データベース、診療プロセスデータベース、アウトカムデータベース、コストデータベース、および診療プロセス分析システムからなり、診療の評価および改善の支援を行う。この概念は、有志の民間病院グループVHJ (Voluntary Hospitals of Japan) のベンチマークプロジェクト (VHJ-QIP) 等においても応用されている。

一方、前述したケアマップエディターの機能も多様な活用を図る可能性を持っている。単体システムとして診療標準作成の支援をする、インターネット等の通信技術を用い、グループ病院間や、

図1 一人当たり診療費の推移【本人・入院】

よりオープンにケアマッピングライブラリといった形で診療標準の共有化を図る、学会等が疾病類型毎の標準診療を作成し提示する、保険者と医療者間で標準診療を共有する等である。

このクリニカルナビゲーションシステムは、入院医療だけではなく予防、外来、急性期、慢性期、リハビリ、療養介護、在宅、終末期医療等、あらゆる医療の分野を通じて活用され、統合的(Integrated)、かつ継続性のある医療(Continuum of Care)を支援するものである。そして地域全体が受け皿とならざるを得ない、生活習慣病を中心とする今後の疾病構造に対応する際に、よりその真価を示すと考えている。そして、人の生まれてから亡くなるまでの健康情報、およびヘルスケア情報をさまざまに活用できる形で時系列に管理することは、本人のより健康で幸福な人生に向けて活用できると同時に、臨床情報に関する膨大なデータベースの構築を通じて、より優れた医療技術や健康管理技術、そして医療システムを開発するための基盤となろう。

3. 保険者 亀田健康保険組合

1992年より亀田メディカルセンターおよび関連事業所の職員2,000名により健康保険組合が設立

され、医療者と同時に保険者、および患者の立場を内包するようになった。大企業の健康保険組合もしばしば直営の病院を運営しているが、我々の場合は自分たちの手で、自分たちに直接医療を提供し、そのコストを自分たちで支払う点で、より自己完結的であるという特徴を持っている。

日本の社会保険制度下で、形式的には「点数表」と呼ばれる公定価格表に基づく診療報酬の請求、および支払いを我々の運営する医療機関と健康保険組合の間で行っているが、実際の意識としては総枠予算制に近く、医師もすべて俸給制であることも合わせ、健康、および最適医療に向けての強い動機が働く仕組みとなっている。実際、健保設立以前に比べ職員1人当たりの医療費は抑制され、全国健康保険組合の1人当たり平均医療費に対し、70%（平成8年度）にとどまっている。（図1）

なお、医療機関の立場からみると、我々の健保からの診療報酬は1.5%（平成8年度）にすぎないが、健康保険組合の側からみると84%（平成8年度・本人）が自らの医療機関で医療を受けている。

これは、職員一人ひとりの動機づけにより健康増進や予防活動に力が注がれることや、医療が必要となった場合においても医療者、患者がともに最適医療を目標とすることによるものと推測され

る。

また、同時に被保険者の、このシステムについての満足度は、さまざまな調査を通じて一様高くなっている。

我々の自己完結的医療システムは、医療コストのリスクが保険者たる健康保険組合と支払者でもある医療提供者側で共有されている点、保険者と医療者が外部の機関を経由せず直接医療費の請求、および支払い業務を行う点、（これは同時に、診療情報の直接授受を伴うことになる）、さらに、価格表の一点単位を調整することによって健保側、および医療者側の損益を適正化することができる点等、米国のマネジドケア、特にHMO（Health Maintenance Organization）との共通点が挙げられる。

一方、組合員は自院以外の医療機関にも公定の自己負担で自由に受診することができる点や、健康保険組合が自院に対しても一応公定価格表に基づいた支払いを行う点等、異なる部分もあるが、前者のフリーアクセスに対しては、自院受診の自己負担分を健保より還付するといった、自院受診へのゆるやかな動機づけが行われている。

4. 消費者として

これまで述べてきたように、我々は医療を供給し、かつ支払者や保険者としてこれを支えてきた立場にもあるが、もちろん生活を営む人間として医療保険料を支払い、医療を受ける立場にもある。亀田総合病院健康保険組合の被保険者は、医療従事者のみならず、事務スタッフや管理スタッフ、ホテル等のグループ企業のスタッフ等であり、医療従事者が多いという特徴はあるが、さまざまな人々が集まっている。被扶養者になると、他の健康保険組合と変わるところはない。

消費者としての目標は何か。社会生活を営む人間として、基本的な要求に健康・自立・生産という価値があるであろう。我々は医療サービスを生

産しているが、そのような生産をしていく際には、健康は欠くべからざるものでもあり、健康増進を自らの問題として捉えていく必要がある。また、不幸にして何らかの障害を持つようになっても、自立的な生活を営むという目標を持つことは重要である。我々は消費者として、医療を受ける権利を持つのは事実ではあるが、みだりに医療を消費するのではなく、何が自分たちにとって真に価値があるのかを自ら判断し、行動する立場に置かれている。

5. 新たな動き 韓国国際疾病管理研究所について

日本の医療保険制度の動きをみていると、現在は医療費の抑制を目標に、患者の自己負担増や診療報酬の包括化が推進されている。例えば我々は、DRG/PPS（Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System）は粗診粗療の危険性もあるが、合理的な診療を行うインセンティブになり得るとも考えており、早くから対応を検討し始めている。また、合理的な診療を行う際には、保険者と医療供給者の協力が必要であるということにも気づいた。そこで、1998年初頭に（韓国）国際疾病管理研究所を設立し、新たな概念である疾病管理の概念を軸に、そのような協力関係を模索し始めている。

疾病管理とは次のようなものである。

- ・介入効果が大きい疾病（群）を特定する。

具体的には糖尿病や喘息、虚血性心疾患、悪性腫瘍、慢性腎不全等が挙げられる。

- ・リスクグループの特定等による介入対称の重点化を行う。

絨緞爆撃的な検診や教材の配布を行うのではなく、リスクグループには自覚と行動変容を促すような介入を行う。病気をみつけろということではなく、発症や重篤化の予防を意識する。

- ・情報システムを利用し、知識や情報の共有化を図る。

患者個人への個別化も重要ではあるが、介入者によってバラツキが大きいということは非効率的である。介入者の合意に基づいて共有化した介入方針と手法を用いることが重要である。

- ・資源管理を行い、配分の最適化をめざす。

統一的な資源管理を行い、バランスのとれた介入を行う。保健と医療が別々に介入するのではなく、一体となった管理が必要である。

- ・地域ケアで最も大きな問題であるコンプライアンスの悪さに、行動科学的なアプローチで対処する。

入院医療では、コンプライアンスのことはあまり気にしなくても良いだろうが、地域医療になると大きく影響を与えることになる。医療従事者が常時監視を行って、診療方針に患者が従っているかどうかを確認することは不可能であるし、実際にはあまり従っていないと考える方が妥当である。たばこやアルコール等の嗜好品の消費もそうだし、食事療法や運動療法も通常の社会生活の中に組み込まれてはいないので、実行することは困難である。そこで、行動科学的なモデリングに基づいて、対象者の行動変容を促し、保持させるようなアプローチをとっていくことが重要になる。

- ・評価システムを組み込み、品質改善のアプローチをとる。

個人の経験の深まりのみに期待するのではなく、常にモニタリングを行い、その結果をもって介入の改善へと結びつけていくことが重要である。

ただ、このような介入も、公衆衛生で叫ばれている一次・二次・三次予防と概念的には似通っている。医療の面からこのようなアプローチを行い、品質改善プログラムを組み込んでいるということが新しいといえるだろう。

ただし実際に、介入に関しては行動科学的なアプローチができる人材に乏しく、どちらかという

と脅していることを訊かせようとしたり、従わないのは自分の責任と放任主義になったりしていることが多い。我々は米国の大学と協力して人材育成を始めており、今後、日本独自のノウハウも含めて人材育成に努めていきたいと考えている。

また疾病管理プログラムについても、まず糖尿病および喘息を対象疾病に、専門家も含めた開発チームをつくり、開発を始めている。

現状では、疾病管理は事業所を基盤として、健康保険組合立医療機関と提携して、従業員を対象として介入を行うのが最も効果的と考えている。結果として、診療結果の向上のみならず、医療費の削減と生産性の向上が見込まれ、今後、健康保険組合をクライアントと考えて事業を進めることとしている。また、医療機関についても新たな形態としてのクライアントとなり得ると考えている。

6. 米国のヘルスケアシステムーマネジドケア

各国はそれぞれ、より質の高いヘルスケアを、すべての国民に（経済的、地理的等の差異による偏りなく）、効率的に（適切なコストで）提供し、国民の健康状態の向上、そしてより幸福な生活を実現することをめざし、ヘルスケアシステムの構築に取り組んでいる。これらの観点から米国のヘルスケアシステムをみてみると、世界で最も豊かな国でありながら多くの問題点が観察される。全国民の15%もの無保険者の存在、国民1人あたり、あるいは国民生産に対しても、他国に比し高い医療コスト（これは高い消費者負担、雇用者負担、財政負担に反映されている）はその代表例である。米国医療を取り巻く歴史的背景が生んだ負の部分といえよう。

しかし一方で米国のヘルスケアシステムは、本質的な課題に対する挑戦をさまざまな角度から続けている。医療財源をどう求めるのか、医療へのアクセスをいかに改善するか、医療の質をどう捉え改善していくのか、倫理的側面、そもそも有限

である医療資源をどういう基準で使用するべきなのか、医療提供体制の在り方は、コストをいかにコントロールするのか、経済的リスクをいかに分配するのか、ヘルスケアのさまざまな領域、予防や長期療養介護といった急性期医療に連なる分野をどう扱うのか、そして社会保険制度導入の是否と具体的方法等々について精力的、かつ実証的な取り組みが行われている。

本節では日本における医療者、および保険者を兼ねる立場から、近年の米国におけるヘルスケアシステムに大きな影響を与えているマネジドケアの現状を概観し、その要素の日本への具体的な適用の可能性を探ることとする。

(1) マネジドケアとは

マネジドケアは米国の民間医療保険の一形態として生まれ、1980年代以降、米国の医療システムを根本的に変貌させるほどの拡大が続けている。その背景をみると、米国経済の高度成長の下で医師、病院等、医療提供者の主導に任せられ、コストの飛躍的な増大を招いてきた医療に対し危機感を募らせた企業や政府等の支払者側により、コスト管理・抑制を求めるために支持され、一気に広まってきたといえる。

マネジドケアとは、一般的には「医療のコストを管理するために生まれた、人頭払い（キャピテーション）を典型とする包括支払い契約に基づく医療システム」と理解されているが、米国の現状におけるマネジドケアの形態は多様であり、汎用的な定義としては「支払者、保険者が、医療者の行動に何らかの影響を与える医療システム」というような、より広い概念を設定せざるを得ない。そして、より具体的にその実態を把握しようとするならば、マネジドケアと総称される医療システムの全体像を一元的に捉えようとするよりも、これをさまざまな医療管理（ヘルスケアマネジメント）の技術、ないしは手法の集合体として捉え、その個々の技術要素および組み合わせについて考察し、

今後の向かうべき方向性や、日本など異なる環境への適用の可否、方法等について検討することが実際のであり、有用であると思われる。

そこでマネジドケアを構成する要素を把握するために、マネジドケアの形態、保険システムとの関係、診療報酬方式との関係、質の管理等の各側面から観察してみたい。

(2) マネジドケアの類型と構成要素

◆スタッフ／グループHMO

1930年代からの歴史を持つカイザーパーマネンテHMOに代表される形態で、垂直統合型と表現される。プライマリーケアから高次医療に至る、あらゆる医療ニーズに対応する医療施設とスタッフを1つの組織内に抱え、専属の医師グループと契約をしている。

システム内の支払い方式は、医師に対しては俸給制、病院に対しては総額予算制である。この形態は個人開業という形で医師が地域の病院と契約し医療を行う米国の伝統的な方式とは、統合性という点で大きく異なっている。また、カイザーパーマネンテでは広域をカバーする高度に専門化された医療施設を配し、そのような医療を必要とする症例を集中的に管理している。

カイザーパーマネンテモデルでは、理論的には、その会員に対して脱医療化の促進、すなわち予防や健康増進プランへの注力が促されると期待されるが、一方で会員の医療アクセスについての選択肢は制限される。

◆IPA-HMO

IPA（Independent Practice Association）モデルのHMOは、1950年代にカルフォルニア州でカイザーパーマネンテHMOの進出に対抗する形で生まれた。開業医のグループが組織を作り、企業と雇用者に対する医療について月額人頭払い契約を結び、その組織が各医師に人頭払いで支払うか、出来高払いをベースにした割引払いに加え、

図2 IPA-HMOの構造、および支払いの流れ

出所 Bodenheimer, and Grumbach (1998)

医療内容の管理を行うというものである。

1973年の医療改革法によるHMO法で、正式にHMOとして位置づけられた上、組織づくりが容易で、医師からみると、今までの診療形態の延長線上で診療でき、会員以外の患者も診ることができるという長所があった。

この医師グループによる組織：IPAは、医師とHMO間の個別契約を一括して代行するブローカーの役割に加え、経済リスクの大部分を受け持つこと、医療内容の審査に積極的な役割を担うこと、医療の質を評価し、参加する医師の選択を行う役割等を持つ。IPA-HMOモデルでは、カイザーパーマネンテメディカルグループのように、医師が病院とがっちり結合するのではなく、医師は複数のHMOやIPAと契約を結ぶことができる。

また、多くのIPAでは患者に特定のプライマリケア医師を選ばせ、初診およびその後のコーディネーションをその医師が行う、いわゆる“ゲート

キーパー”方式を取り入れている。このシステムでは、ゲートキーパー医師にボーナス等の形で経済的な動機づけを行い、専門医の紹介等、コストのかかる医療行動を抑制する傾向が強く、医療の質の低下が問題視されている。

図2に典型的なIPA-HMOの構造、および支払いの流れについての概念図を示す。

その他の形態としては、IMG（Integrated Medical Group）が挙げられる。

IMGはIPAよりも強固な組織で、個々の医師は開業形態ではなく、組織に雇用される形を取っている。このモデルにはメイヨークリニックのような古い歴史を持つものと、マネジドケアの時代になって、主に営利組織が開業医を雇用する形で設立したものがある。そして、このモデルも複数のマネジドケアプランと契約する点や、ボーナスを用いて医師にコスト抑制の動機づけを行う点ではIPAと同様である。

IPAおよびIMGは、垂直統合モデル（カイザーモデル）HMOとは対称的に、さまざまなHMO、医師グループ、病院、他のプロバイダー等と柔軟にネットワークを構築し、“バーチャルインテグレーションモデル”とも呼ぶべき医療提供体制を作っている。この中では、HMOは病院や医師を抱えて直接医療提供することはせず、さまざまな契約のまとめ役となっている。

◆PPO（Preferred Provider Organization）

加入者は原則としてPPOが提示するリストにある医療機関でしか保険が適用されない。しかし、それ以外のところで診療を受けることも可能で、ただしその場合には自己負担が多くなる。つまり、PPOは交渉した料金体系で医療サービスを提供する医療提供ネットワークを持っているが、加入員の医療機関選択にはHMOよりも柔軟性がある。1980年代に発達した。

◆POS（Point-of Service Plan）

ゲートキーパーPPO、HMO-PPOハイブリッド、もしくはオープンエンドHMOとも呼ばれ、HMOとPPOの両方の特徴を持つ。POSは選択と契約によって参加する医師や病院を活用する。加入者はプライマリーケア医を選べる。そして、この医師が専門医の紹介を管理する。加入者がネットワーク外で医療を受ける場合には、保険は適用されるが、基本控除額が高く設定され、本人負担額もかなり高い。医療提供側への支払い方法は、出来高払いか人頭払いかのどちらかであるが、どちらにしても医療提供側が過剰提供しないように管理されている。この提案方法は人気を高め、シェアを伸ばしている。このようなハイブリッド方式の進展により、HMOとPPOとを区別することがむずかしくなっている。

これらいずれの形態においても、保険者と医療者の選択契約方式や、市場原理に基づく人頭払い

方式がシステムの中核に組み込まれており、所属医療保険が選択できないことやフリーアクセス、公定価格表に基づく一律の診療報酬が原則となっている日本の制度へ、そのままの形で適用することは困難であるようにみえる。

(3) 米国の医療保険システムとマネジドケア

米国における医療費の支払い形態は、患者による直接支払いを原点として、これに個人民間保険、企業単位の民間保険、さらに高齢者、低所得者に対する公的支払制度が加わり構成されている。全国民が公的保険によりカバーされる、いわゆる皆保険制度をとっている日本とは異なり、米国民の15%にあたる約4,000万人が、何の医療保険も持たない無保険者となっており、大きな社会問題となっている。

一方、マネジドケアは個人や企業単位の民間保険の中で生まれ進展を見せたものの、1990年代に入り、公的支払制度であるメディケイドやメディケアの中へも取り込まれるようになった。

メディケアは65歳以上の高齢者に対する公的支払制度で、連邦政府により、税と保険料により運営されており、1980年代以後、病院への償還（PartA）および医師、その他への償還（PartB）にはそれぞれDRG／PPSおよびRBRVSと呼ばれる公定価格制度が導入されてきた。これらの制度は、急増していたメディケアの医療費増加率の抑制に一定の効果を示したものの、1980年代後半にはその医療費抑制効果が薄れたとされる。

このような背景の中で、政府は民間のマネジドケア（HMO）がメディケアの対象者を取り込むことを認め、平均的医療費の95%で委託するようになった。HMO側の姿勢には個体差があるものの、現在、メディケア全対象者の約15%程度がメディケアHMOに加わっている。

メディケアはアクセス制限がない一方で免責額が大きく、薬剤給付や療養介護費用の償還も限定的である。これに対しメディケアHMOは、加入

表1 支払い方式と価格設定方法

		価 格 決 定	
		公 定	自 由 (市場)
支 払 い 方 法	出来高比例払い	<ul style="list-style-type: none"> ・診療行為毎定額払い ・RBRVS ・DRG/PPS ・件数比例払い ・日額定額払い 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関毎自由価格設定方式 ・契約割り引き方式 (アメリカ) <ul style="list-style-type: none"> ・PPO
	固定額払い	<ul style="list-style-type: none"> ・登録人頭払い (イギリス) ・総枠予算払い (フランス) 	<ul style="list-style-type: none"> ・契約人頭払い (アメリカ) <ul style="list-style-type: none"> ・スタッフHMO ・グループHMO ・IPA HMO

者を募るべく償還範囲の拡大を競っている。

メディケイドは、税収に基づいて州政府により運営される低所得者に対するプログラムで、こちらもHMOへの委託が図られている。

これらの公的支払制度へのマネジドケアの活用は、日本の保険システムへのマネジドケアの適用可能性を示唆している1つの例といえるが、米国においてもその評価は定まっているとはいえず、今後の推移が注目される。

メディケアの支払い方法について、現在連邦政府はいくつかの異なる方向へのチャレンジを同時に試みているように見受けられる。すなわち、一方でメディケアHMOという民間市場への委託を図り、他方で同時に公定価格に基づく支払制度であるDRG/PPSの精緻化および外来診療等への拡大や、亜急性期、慢性期医療、在宅医療等に対するさまざまな包括単位の公定価格支払制度の導入を進めている。また、さらに1996年より医療貯蓄口座 (Medical Saving Accounts) と呼ばれる目的特定型貯蓄が、試験的に認められるようになった。これは健康なメディケア対象者に支持されと考えられ、無制限な導入はメディケアにハイリスクの対象者だけを残し、制度の基盤を揺るがすことになるとの見方もある。

しかし一方、この目的特定型貯蓄制度は個人に強く医療費抑制の意識を持たせ、予防や健康増進

への動機づけを行うと考えられる。今後拡張を余儀なくされている日本の社会保険システムの一定部分への適用を、検討課題として挙げておくべきであろう。

(4) マネジドケアと診療報酬

◆支払い方式と価格設定方法

患者に対して医療機関が行った医療行為に対する報酬の支払い方式にはさまざまな方式があり、各国における社会保障制度や医療制度等の背景により、異なった方式が併用も含めてさまざまな形態で運用されている。(表1)

支払い方式には大別して、実施した医療行為に比例して支払われる出来高払い方式 (比例支払い方式) と実施した件数や診療行為の内容、あるいは所要した在院日数等に比例することなく被保険者の数に応じて定額が支払われる人頭払い方式 (固定払い方式) に分類される。

また価格設定方法には大別して、公定価格制と自由価格制 (市場価格制) との2つの方法がある。わが国においては、保険医療機関の場合には、診療報酬点数表という公定価格表に定められた定価に基づいた請求が義務づけられている。医療保険が社会保障システムの中に組み込まれている場合に、公定価格制が導入されることになる。一方、米国の場合には民間保険は自由価格制であり、社

表2 出来高払い方式と人頭払い（固定額）方式の比較

	出来高払い（比例払い）方式			人頭払い（固定額）方式
	診療行為毎定額払い RBRVS	DRG/PPS	日額定額払い	
医療機関の視点				
患者数	増患	増患	増患	抑制
在院日数	延長	短縮	延長	短縮
医療成果に対する評価	なし	あり	なし	あり
診療マインド	濃厚指向	必要最小限指向 但し（アップコーディング） （コストシフティング）指向あり	必要最小限指向	必要最小限指向 予防医学への注力
管理マインド	増収	増収 コスト削減	コスト削減	医療の抑制 コスト削減
主たる適用領域	全領域	急性期入院	慢性期入院	全領域
患者の視点				
必要な医療の享受	過剰傾向	包括範囲内では過少傾向	過少傾向	過少傾向
アクセス	フリーアクセス	フリーアクセス	フリーアクセス	制限アクセス
負担	実績	実績	実績	確定（前払い）
支払い者の視点				
過剰診療の抑制効果	弱	中	強 （在院日数を除く）	強
支払額コントロール	困難	やや困難	比較的容易	確実（年間確定）
パワーバランス	医療者優位	医療者優位	医療者優位	支払い者優位

会保障制度であるメディケアやメディケイドにおいては公定価格制であるという二制度の併用が行われている。

◆ 出来高払い方式と人頭払い方式

出来高払い方式と人頭払い方式の違いを表2に示す。

マネジドケアに用いられる支払い方式の中核をなすのは、いわゆる人頭払い（Capitation payment）である。これは、あらかじめ契約を結んだ人数に基づいて月次等の期間毎に一定額を支払う方式で、診療報酬に用いると、保険者のリスクを医療者にシフトする機能を持つ。そして、医療者側に予防医学に力点を置いて患者数を抑制し、また、高額医療を抑制して総医療費の増加を抑制

するというインセンティブをもたらす。患者の立場からは、フリーアクセスを制限されることで受療機会とかかる医療機関を管理されることになる。

しかし、近年の米国におけるマネジドケアの形態は、前段に述べたように重層化、多様化しており、これに伴い、支払い方式も人頭払いを中心に、さまざまな方式が重層的に用いられている。そしてリスクプールと呼ばれる仕組みと組み合わせられて、リスクヘッジを行うと同時に、ボーナスという形で医師、病院ともに対して、コスト抑制の動機づけを行う、実に複雑で多様な診療報酬システムとなっている。

以下に、マネジドケアで用いられる診療報酬支払い方式を羅列する。

- 医療内容の審査を伴う出来高払い

IPAの医師への償還や、専門医等への償還に用いられる。

- 選択的契約による割引出来高払い

PPOの償還に用いられる。

- 日額定額払い (Per Diem)

多くのマネジドケア、HMOで、病院コストの償還に用いている。

- 疾病類型毎定額払い (Per Case, DRG/PPS)

Medicare Part Aのほか民間保険、マネジドケアの病院償還に用いられる。他、医師への償還、外来や在宅医療への適用も進められている。

- 人頭払い (Capitation Payment)

HMO (IPA) におけるかかりつけ医 (PCP) への償還のほか、民間保険、マネジドケア、HMOの病院償還にも用いられる。

- 給与方式 (Salary)

スタッフ／グループHMOの医師への償還に、コスト抑制成果に基づくボーナス方式と合わせて用いられる。

- 総枠予算方式 (Global Budget)

スタッフ／グループHMO (カイザーパーマネンテが代表例) の病院への支給に用いられる。

日本の診療報酬システムは出来高払いに基づくとされるが、現行制度を具体的にみると、包括度の小さい診療行為毎の価格設定から、術式毎等に診療行為群を包括した価格設定、さらには入院時医学管理料、看護料、特定入院料等のように、日数制限や逓減制が組み込まれた1日単位の価格設定まで、多様な方式が組み合わされている。また、日本においても、急性期医療の報酬の一定部分にDRG/PPS (診断群別包括払い) を導入することが検討されている。

一方、日本の社会保険診療においては、公定料金 (自己負担分を含む) に加えて自由設定の料金を徴収する、いわゆる混合診療は認められていない (例外項目として特定療養費が設定されている)。

このように、多様な包括単位が組み合わせられているものの、皆保険制度の下で、あらゆる医療サービスが公定価格で一律に設定され出来高に基づいて支払われる点は、契約人頭払い方式による医療者へのリスクシフトをメカニズムの中核とする米国マネジドケアの背景とは大きく異なっている。

(5) マネジドケアにおける医療の質の管理

医療の質の向上はマネジドケアに限らず、いずれのヘルスケアシステムにおいても重要なテーマであり、一般に医療へのアクセス、医療知識・技術の向上・開発、医療提供者の資質・能力の向上、医療財源の確保、医療提供体制の機能向上等の要素を含む。

米国のマネジドケアは、これらの医療の質に関する要素のうちのいくつかについて、新しい技術の開発、あるいは既存技術の発展、普及等の成果を生みだしている。

◆診療ガイドライン

診療ガイドラインは疾患毎や術式毎に多くの知識の集積に基づき、最も効果的な標準診療プロセスを設定することにより、診療内容のバラツキを減らし、効率的な医療を実現しようとする手法である。

米国においては、メディケアの病院コスト償還に利用されてきたDRGが普及しており、この疾病分類と対応させる形で各病院、HMO等の民間セクターのほか、AHCPR (Agency for Health Care Policy Research) 等の公的機関もこの開発に取り組んでいる。そして、現在の流れはさらに後述する診療成果の評価技術と組み合わせて、診療ガイドラインの客観的な評価や改善を可能にすることに向いている。

マネジドケアの中で、診療ガイドラインは医師グループや病院が自ら担う医療コストのリスクを管理するためや、医療成果の向上による競争力向上のために用いられるばかりでなく、HMOやIPA

等のMCO (Managed Care Organization) が、傘下の医療者に効率的な医療を実施させるためにも用いられ、運用にあたってはケースマネージャーと呼ばれる専任のスタッフが置かれ、細かく診療状況をチェックすることも行われる。

◆クオリティレポートカード (Quality Report Card)

医療の質の評価についての具体的なアプローチとして、米国においては1970年代に同僚による審査 (ピアレビュー) の方法が考案され、普及した。そして1980年代には診療ガイドラインやCQI (Continuous Quality Improvement: 生産業の管理手法を応用した医療の質を継続的に管理改善する手法) が注目を浴びた。そして1990年代に入ると、医療成果 (アウトカム) を定量的に測定評価しようという動きが広がっている。

クオリティレポートカードは、最初はHCFAにより、主にメディケアの患者の診療成果のデータを収集する目的で考案されたが、アウトカムに影響を与える重症度等の補正がされていない等の強い非難を浴びた。

そのような中で、1990年、1992年にニューヨーク州衛生部は、各病院で行われたA-Cバイパス術のリスク (重症度) 補正後死亡率を公表するという実験を行った。これは各方面に大きなインパクトをもって受け止められ、その後のアウトカム測定および公表等のプロジェクトを活性化した。

1990年代後半になると、マネジドケアの質を評価する目的で大規模なHMOや企業により設立されたNCQA (National Committee of QA) がマネジドケアの質、パフォーマンス測定のためのツールとして、HEDIS3.0 (Health Plan Employer Data and Information Set) を開発している。この中には70以上の指標がリストアップされ、医学的成果の他に患者満足度、医療へのアクセス、予防医療の機能等、幅広い側面についての評価が意図されている。

しかし、HEDIS3.0は課題として重症度など、臨床的な患者特性情報の薄さを指摘されている。これについては、すでに米国で共通に強く認識されているように、近年、急速な発達を遂げつつあるコンピュータの技術を医療システムに活用することが必須であり、次世紀にかけての大きな挑戦と位置づけられる。

◆医療機能の統合化

プライマリケアを担当する医師、専門医、さまざまな機能の病院と各分野のスタッフ、外来医療施設、在宅医療施設、ナースিংホーム、薬局、検査受託機関等が、機能的に連携、協業することは、効率的で質の高い医療を実現するための重要な要素である。従来、米国のヘルスケアシステムにおいては医師の独立性が強く、Fee-for-serviceに基づく償還方式と相まって、医療提供者間の協業 (collaboration) については、常に課題を抱えてきたといえよう。

これに対しマネジドケアは、従来ネックとなってきた医療者自身が、進んで連携、協業に取り組もうとする環境を作り出した。

◆医療資源の最適配分

ヘルスケアシステムの質とは、究極的には限られた資源を用いて、国民等、そのヘルスケアシステムのカバーする人々が、いかに健康で充実した生活を過ごせるかという観点で評価されるべきであり、A-Cバイパス手術後の死亡率等で示される急性期医療機能は、ヘルスケア全体からみれば限られた要素といえよう。

従来、米国のヘルスケアシステムでは、最先端の急性期医療のレベルアップに重点がおかれ、そのために医療技術革新や専門医の養成、急性期病院の整備等がめざましい発展を遂げた。しかし一方で、入院、手術等の医療を未然に防ぎ、充実した社会生活を送ることを支援するための健康教育や、予防医療は置き去りにされてきた感が否めな

い。マネジドケアは、米国ヘルスケアシステムの、この欠けた部分に光を当てた。すなわち医療のコストについてのリスクを負うHMOや医療提供者は、加入者になるべく入院医療をはじめ、大きなコストのかかる医療を必要とする状態にならないように、従来見向きもしなかった教育や予防に注力するようになったのである。

高血圧や糖尿病、喘息といった特定の頻度の高い疾患に着目して、データに基づいて潜在的に発病の危険を有するハイリスクグループを含めた対象を特定し、それぞれの病期に対応したガイドライン等の疾患毎健康管理プログラムを開発し、それに基づいて（専任のスタッフを含め）さまざまな方法で生活行動様式の変容等に向けた介入を行うディジーズマネジメントの概念は、マネジドケアが生んだ新しいヘルスマネジメント技術といえよう。さらに予防医療の前に位置する分野として職場単位、地域単位のヘルスプロモーション活動も脚光を浴びるようになってきている。

その他の大きな医療分野として、長期療養型の施設医療や、在宅医療等がある。これらの分野におけるマネジドケアシステムの活用については、1990年代よりメディケアおよびメディケイドが積極的に民間HMOへの外注化を進める中で、一部適用されているが、その有用性については今後の評価を待つところである。メディケアHMOについては、できるだけリスクの少ない健康な老人を会員に取り込もうとする動き（いわゆるクリームスキミング、又はチェリーピッキング）が水面下で進むことが懸念され、現在HCFAは、これに対してリスクを勘案した人頭払い方式（Risk Adjusted capitation）を開発中である。

老人医療へのマネジドケアの本格的な適用については、マネジドケアのアキレス腱ともいえる被保険者間のリスク補正が技術的にクリアされることが一つの要件となろう。

7. 日本へのマネジドケアの適用

米国におけるマネジドケアの発展は、さまざまな論議を呼んでいるものの、新しい手法や成果を多く生みだしており、変革を迫られている日本の医療制度への適用の可否、方法等について検討することは有用であると思われる。なお、日本の医療制度全体をマネジドケアの一形態にとらえることができるという考え方もあり、一理あるといえるが、ここでは米国マネジドケアの手法の適用について考察することとする。

前述したように、アクセスの管理と人頭払いによるリスクシフトを基盤とするマネジドケアは、一見フリーアクセスと出来高払いを原則とする日本の医療制度にはなじまないようにみえる。しかし、我々が医療機関を中心に実践してきた医療者、保険者、支払者の統合事例においても示されるように、国全体のシステムではなく、具体的な一定の機能単位に着目してみると、日本の制度の長所を活かしながら、マネジドケアの概念および手法を活かす可能性がみえてくる。

以下に具体的な4つのモデルについて検討を加える。

(1) 健康保険組合モデル

企業を基盤とする健康保険組合は、次のようなHMOとの共通点を持っている。

- ・被保険者の人数と保険料によって決まる保険料収入で運営される。
- ・保険料は自由に設定できる。
- ・医療費の増加が保険者のリスクである。
- ・医療機関を運営し、直接医療を提供する組合もある。
- ・医療内容についての審査や査定を行い、医療の質やコストを管理する。

特に重要な点は、支払者、保険者、被保険者のめざすところは基本的に変わらないことである。

企業は雇用者への十分な福利厚生サービスを、限られたコストで実現しなければならない。コストが増加すると、保険料の上昇に跳ね返り、企業本体のコスト増に繋がるからである。被保険者の立場からも、医療費の増加は保険料の上昇、自己負担の増加、そして検診や予防、レクリエーションといった、既得の付加サービスの削減等のリスクに繋がる。

保険者である健康保険組合は、企業側と雇用者側の両方で運営される民間非営利組織であるが、従来、実際の運営は、社会保険庁の指導に従うだけの受動的な姿勢で行われてきたといえる。その体質が作られてきた背景には、企業の経済力の強さ、米国と比べて低い医療費、加入員の健康状態の良さ等の下で、民間保険者としての積極的な努力をさぼりしなくても、ゆとりを持って運営し、剰余金を積み立てることができた環境が挙げられよう。

しかし、高齢化の急激な進行に伴い、老人保健制度が発足し、健康保険組合からの拠出金が求められるようになると状況は一変し、現在では過半の健康保険組合が赤字に苦しんでいる。企業を取り巻く経済環境も厳しい状況に直面しており、健康保険組合が本来の保険者としての機能を積極的に発揮し、難局にあたることが強く求められるようになってきたのである。

◆保険者機能の強化

診療報酬の請求、および支払いは、医療機関と各健康保険組合の間で直接行われるのではなく、一括して公的な審査支払機関を通じて行われる。この仕組みは、医療者側からみれば請求業務の効率化や、確実な支払いの保証といった長所を持っているが、保険者からみると医療機関との直接の情報授受に基づく医療内容の審査、管理を阻害する要因になっている。請求の妥当性についての審査は、支払基金で行われ、健康保険組合ができるのはその後方でのチェックと再審査の要請等であ

る。保険者機能を活性化するためには、この画一的審査支払い制度を見直す必要があると思われる。

また、請求はレセプトと呼ばれる一定の様式にそった明細書により行われている。この様式には患者基本情報、病名、診療明細、転帰情報等を含み、各医療機関はその作成に多くのコストをかけているが、様式そのものに問題点が多く、十分に活用されているとはいえない。

保険者が医療の質とコストについて評価をし、適切な対応をしていくためには分析、評価ができるような情報を得ることが必要である。現行のレセプトでは、主病名等の定義やコード体系等が整備されておらず、データベース化できない。これについては、電子化と合わせて標準コード体系に基づいた症例属性、診療プロセス、アウトカムについての標準データセット、そして医療機関についての属性データセット等の整備を急がなければならない。

これらの情報がデータベース化できれば、保険者がさまざまな角度からそれを分析し、一件毎の審査ばかりでなく、医師や医療機関の評価や受療行動の分析をし、被保険者への情報提供や付加給付の活用等を通じて、受療行動にある程度介入することも可能となる。

また、現在急激に進みつつある情報技術を活用すれば、それらの臨床データに基づいて最適な診療ガイドラインを作成提示することも不可能ではない。

一方、これらのデータは保険者や被保険者ばかりでなく、医療機関が自らの医療の質とコストを管理、改善する基盤となることは言うまでもない。

◆外部委託（カーブアウト）：健康保険組合の機能およびリスクの外出し

小規模な健康保険組合が多く、単独で多方面にわたる機能を備えることがむずかしい現状にあって、マネジドケアにおけるカーブアウトの手法は有効に活用できると思われる。最初に想定される

対象領域は、予防医療や特定のハイリスクグループに対するディジーズマネジメント、特定疾患（がん等）についてのケースマネジメントや再保険等であるが、より広い多様な機能がカーブアウトの対象となり得よう。

また組合員が一律のプランを強いられ、選択の余地のない現行システムは、今後のニーズ多様化への対応に課題を持っている。

これに対して、カーブアウトメニューについて、組合員の選択制を導入することにより、プランの多様化を図ることもできると思われる。

◆ 直営医療、契約医療

企業または健康保険組合が直営の診療所、または病院を運営することは珍しくない。これは、マネジドケアの一形態とみることもできる。しかし、支払者や保険者と一体の医療機関としての、目標を明確にした運営がされている例は少ないように見受けられる。その背景には、多くの例で企業側が医療運営に介入せず、特定の大学医局等に主導権をゆだねていることが挙げられよう。

企業や健康保険組合は、医療者と一体となって目的を共有し、本来の目標に向けての責任ある役割を果たすべきである。

以上、具体的に示した各項目は、現行制度の概念内で取り組める内容であり、健康保険組合はマネジドケアの日本への適用における主体となる可能性を持つといえる。

(2) 病院モデル

すでに紹介したように、我々は医療機関を中心として、マネジドケアの一形態ともいえるシステムを日本で実践してきた。医療者、保険者、患者、雇用者等、それぞれの立場の経済的なインセンティブが中立的で、共通に健康状態とコストの最適化を目標とする点で、このカメダモデルはマネジドケアが本質的に進む方向を示しているともいえる。

しかし、我々のケースは特殊な状況であり、社会保険制度の中では、個人や企業と医療機関が人頭払い等に基づく直接契約を結ぶ形態は一般化されにくい。

社会保険の範囲について、病院が主体となった形でマネジドケアを適用するためには、個人に対し自己負担分を年額固定（人頭制）等で契約する方法や、健康保険組合や国保等と割引契約や人頭払い契約をする方法等が考えられるが、いずれにしても、ある程度の法的見直しが必要である。もちろん予防医療等、社会保険の範囲外では、個人や企業と医療機関が契約を結ぶことが可能であり、我々も健康増進や予防医療、検診（ドック）等をサービス内容とする、会員制システムを運営している。

病院を中心とした日本型マネジドケアが進展する場合には、地域におけるさまざまな分野の医療資源の有機的連携や統合、有力医療機関の全国的ネットワーク化等の動きを伴うと思われる。

(3) 民間保険モデル

現在でも、さまざまな民間医療保険商品が販売されているが、これらは医療保障制度とは独立の仕組みであり、入院や通院が発生すると定められた保険金が、日額定額金や手術加算金等の形で支払われる。今日、民間保険に加入していると、入院時に差額ベッド代の支払いがない場合には、多くの場合は医療費自己負担額以上の保険金を受け取る。いわゆる入院タリという矛盾が発生している。

民間保険が医療制度に組み込まれることは、すなわちマネジドケアの適用を意味するといっても過言ではない。

そこで、ここでは日本の医療制度への民間保険の導入方法について図3の3つの案を示す。

Cについては、抜本的な制度改革を伴わない民間保険の活用方法としてメディケアHMOとも対

図3 日本の医療制度への民間保険の導入方法

A. 現行の個人加入者への支払制の拡大

公的保険における自己負担割合を拡大し，民間保険がその自己負担分をカバーする。

B. 公的保険と民間保険の組み合わせ。いわゆる混合診療の導入。

C. 公的保険と民間保険の選択制

比できる再保険システムの導入も考えられる。

医療保険者の求められる機能を専門的に備えた上で，民間保険者同士競争しながらリスクの引き受けも行えば，医療者との選択契約等については制約があるものの，日本型マネジドケアの一形態を示すことができよう。

(4) 地域モデル

高齢化と疾病構造の変化は医療提供の在り方，および保険システムの構造変革を求めている。日本では医療保険制度，老人保険制度に加えて，新たに介護保険制度の導入を決めており，さらに医療と介護を含めた高齢者医療保険制度創設という制度の再構築も検討されている。

高齢者医療保険においては，介護保険やサービスの提供体制，および保険機能の構築は全国単位や企業単位よりも地域単位で進められていくと思

われる。

そして，その視点に立つと健康増進活動，予防医療，急性期医療，療養型医療，在宅医療，終末期医療等の広い分野にわたっての最適な資源配分と，分野間の効果的な連携がテーマとなる。そして，被保険者ができるだけ入院医療等を必要としないような取り組みに力が注がれることになる。

米国においても，いくつかの高齢者に対する地域型拡張マネジドケアシステムの事例があり，サンフランシスコのオンロック・ヘルスサービスプログラムは成功例として知られている。

オンロックは中国語の安楽に由来し，1971年サンフランシスコのチャイナタウンで始まった。オンロックではデイサービス，ホームケア，在宅支援サービス，包括医療サービス，入院医療，そしてスキルド・ナースングケア等を1つのプログラムに包含している。被保険者の平均年齢は81歳と

高く、慢性疾患を有し自立が困難なことが要件とされる。オンロックハウスと呼ばれる拠点を中心に、在宅支援に主眼をおいた一人ひとりの状態に合わせたきめ細かいサービスを提供し、入院率、医療費、満足度等客観的なデータにおいても良好な成果を上げている。1983年オンロックは、全米で初めてメディケア、およびメディケイドの支払いをあらかじめまとめて、人頭払いで受け取る組織となった。オンロック・プログラムは、これらの財源を統合的に使って運営されている地域型のマネジドケアなのである。

わが国でも、いくつかの地域で病院や行政を主体とした積極的な包括的ヘルスケアサービスへの取り組みがみられる。また、消費者による選択などについての課題はあるものの、各市町村国保、医療生協、厚生連等も各地域における日本型マネジドケアの主体となる可能性を持っていると思われる。そして前述した今後の保険、医療、福祉システムの再構築の中で、サービス提供体制だけでなく、財源の統合による、より包括的で効果的なシステム構築が試みられていくことと思われる。

8. まとめ

マネジドケアは民間保険を中心とする米国独特の制度の中で生まれたもので、社会保険を中心とする日本の医療制度にはなじまないと思われるが、よく観察するとさまざまな単位、および形態でマネジドケアの概念、および手法を有効に活用できる可能性がある。

マネジドケアは医療者や患者の行動に制限を加え、医療の質を低下させるシステムであるとの声が聞かれるが、現在の米国におけるマネジドケア

は、その発達の途上にあり、成熟するにしたがって、医療者グループ、保険者、被保険者、支払者のインセンティブを統合し、共通の“最適化”の目標へ向かわせるようになるだろう。

日本のシステムの目指す方向も共通であり、お互いの技術の活用を積極的に図るべきである。

参考文献

- Bodenheimer, Thomas S., and Kevin Grumbach (1998) *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 2nd ed. Appleton & Lange.
- 伊原和人 (1997) 「アメリカの均衡予算 (財政改革) における医療制度改革の動向」『月刊現代社会保険』12月
- 亀田俊忠 (1992) 「拡大する病院機能格差に対応した診療報酬体系とは」『月刊保険診療』47 (7) : 17-24
- 亀田俊忠 他 (1997) 「医療制度改革について」亀田総合研究所, 平成9年9月
- 亀田俊忠 (1997) 「日本の医療保険制度改革についての提言」『医療'97』Vol.13, 9月 : 62-63
- 河口洋行 (1997) 「巨大化する米国ヘルスケア産 : マネジドケア手法導入のわが国への影響」『日本興業銀行IBJ』December, 1997
- ジョン・キャンベル (1998) 「患者の立場からみたアメリカ型マネーজドケアの功罪」『日医雑誌』120 (2) : 251-256
- 下村 健 他 (1997) 「情報システムによる病院管理と経営の改善に関する研究」平成8年度 情報技術開発研究事業
- 須磨忠昭 (1998) 「マネジドケアの理論と実際 (1) —米国にみる医療組織の運営手法—」『社会保険旬報』No.1975 : 6-12
- 西田在賢 (1998) 「米国マネジドケア考—つかみどころのないマネジドケア—」『社会保険旬報』No.1984 : 6-12
- 日本開発銀行 (1997) 「ヘルスケア分野における情報化の現状と課題 : ヘルスケア情報ネットワークをめざして」『調査』第228号

The Present State of Managed Care and the Feasibility of its Application to Japan

Toshitada Kameda*, M. D.

Abstract

As we approach the 21st century, all advanced nations are striving to build a healthcare system capable of providing high-quality healthcare to every citizen.

Particularly, the healthcare system of the United States continues to challenge essential issues with their original approaches, while also facing the problems of a considerable number of uninsured citizens and higher healthcare costs than any of the other countries.

Since 1980, managed care in the United States has been expanding at a pace rapid enough to bring about radical changes to the various healthcare systems, but it seems vague due to its variety and variation. It was born and developed in a private-insurance-centered system unique to the United States. It does not seem to easily apply to other healthcare systems in other countries, for example, in the social-insurance-centered healthcare system of Japan.

However, from the standpoint of a provider, an insurer, a consumer and a payer, we have found the possibility of effectively applying the concept and method of managed care in various configurations and forms while preserving the advantages of the Japanese healthcare system.

In this article, I will introduce the efforts of providers, insurers and consumers in Japanese-style managed care, look at each element of the managed care system of the United States, and examine the feasibility of adapting it more broadly to the Japanese healthcare system.

Keywords : Managed care, Quality of care, Disease management,
Japanese-style managed care

*Chairman of the Board, Kameda Medical Center