

医政メモQ&A

マネジドケアについて

Q 1：マネジドケアとは

A：マネジドケア（Managed Care 以下MCと略す）は管理医療と訳されるが、米国でも統一された見解や合意はなく、さらにその形態の複雑化に伴い内容が変容しつつあるため、定義はあいまいである。

おおよその概念は医療費抑制を目的に医療サービスの種類、内容、範囲を管理する医療供給の一形態であり、医療の裁量に委ねられていた治療の決定権の大部分が、医師から保険者等に移り、医師以外の人によって医療が管理化される医療保険プランである。

また医療供給者（病院・医師）および消費者（患者）双方に様々な制約を強いることで、割安の医療保険を提供することができる仕組みであるとも言える。

Q 2：歴史と潮流は

A：1937年、カリフォルニア州のカイザー建設が、従業員のために医師や医療機関と直接契約し、従業員は定額の保険料を支払うMCを開始した。

次いで1947年、ワシントン州のグループヘルス・コーポラティブが、共同組合形式でMC機関を開始した。被雇用者への給付を拡大すると同時に、医療供給者が患者を確保できるという利便により、米国内にMCの医療保険の形態が着々と根を下ろしていった。

1970年代に入ると、米国の医療費は急激に増大してきた。そこで連邦政府は医療費削減効果に注目して、1973年、MC組織である健康維持機関（HMO：Health Maintenance Organization）（後述）を奨励するHMO法を制定したことにより、MCの拡大に拍車がかかっていった。

一方、急速な普及、発展の陰で、極度の医療へのアクセス制限、医療サービス内容の制限等に対する不満も出始めた。そこでその欠点を補うべく新しい形態のPOS（Point-Of-Service）やPPO（Preferred Provider Organization）などの保険プランが登場してきた（後述）。

しかし市場原理を追求するあまり、MCの各組織間で低価格化が進み価格競争が激化したり、医療保険給付の内容や加入者獲得に対する問題点が続出し、国民からの批判、不満が増大してきた。それに答えるためクリントン大統領は患者の権利を守る「患者権利法」を制定して、行き過ぎたMCにブレーキをかけようとしている。

Q 3：その形態と仕組みは

A：MCはHMOに代表されるが、それ自体複数の形態（4つのタイプ）があり、さらに別の組織形態も普及してきている。

従来型HMOは①医療サービスは契約医からのみしか受けられない（医師へのアクセス制限）ので束縛プラン（Lock In Plan）とも呼ばれ、アクセスできる医療機関を非常に厳しく制限している。

②専門医受診や入院の判断はゲートキーパー（門番）と呼ばれるHMOの契約医が行う。患者は必ずこの契約医の診察を受け、医師選択や治療方針に従わなければならない。

③契約医療者にサービス提供に伴うリスクを負わせる。医療行為の必要性に関する責任は、あくまでも医師に帰属し、保険会社は金の面倒をみるという経済的判断をしているだけである。

④会員の健康度を高め医療費の低減を計る、などが特徴である。

医療費抑制に関わる管理法は①レセプト請求のチェック②利用審査③医療者の審査④医師へのアクセス制限⑤医療者との経済的リスク共有⑥入院前後の審査⑦セカンドオピニオン聴取などである。

MCの本質は「金をだすから口も出させる」ということだと揶揄する向きもある。

MCの最大の欠点は経済効率を優先するあまり、医療機関へのアクセスが厳しく制限されることである。近年、その欠点を補おうとHMOの新しいプランとして、契約医以外への医師へのアクセスも可能なPOSが注目されてきた。しかしその場合は患者負担額は多くなる。ゲートキーパーは依然存在する。

さらにHMOに対抗して別形態の新しい組織として優先供給者組織(PPO)が出現している。このプランは①医療者の選択基準を設け、効率的な医療者とのみ契約を持つ②契約医には単価を割り引いた出来高払い(FFS:Free For Service)を行う(Discount FFS)。③患者負担は増加するが、医師へのアクセスは自由である。例えば通常のFFSが2割負担とすれば、契約内の場合は1割、外の場合は3割負担といった具合である。

このMCの3つのプランは、従来のFFSと比較すると、当然ながら医療費が削減され、利用者の負担は少なくなっている。

最近では医師自身がMC組織(POM、PSOs)を作ろうとの動きもある。

Q4:なぜ急速に普及したか

A:前述のHMO法の制定が医療費削減の観点から政策として推奨された側面がある。

しかし最も大きな背景は、雇用者、利用者にとって保険料が低く、患者にとっても自己負担が安いためである。

またMC機関は医療費を抑えるために予防を重視し、かつ統合的な医療に貢献するとの評価もある。

一方、米国の医師が増加の一途にあり、医師は患者を確保したり、収入の安定を計

る必要がある。そのためにはMC組織と契約することは魅力的である。

医師は人頭割り、給与、出来高、ボーナスなどで収入を得ることができる。

さらにMC組織に資本参加すれば、組織の指定医、顧問医など身分を獲得でき、多数の加入会員を自らの患者対象にする可能性がある。

Q5:普及の割合は

A:米国の保険別医療費(96年)の内訳は民間保険36%、メディケア(高齢者など)20%、メディケイド(低所得者など)14%、その他保険(軍人など)13%、自己負担17%となっている。そのうち民間保険の約7割がMCで占められている。

従業員200人以上の企業における保険タイプ別加入割合(97年)は、従来型HMO34%、PPO31%、FFS18%、POS17%となっているが、次第にPOSの人气が高まっている。

最近、公的保険であるメディケア、メディケイドにもMC化が進んでいる。

Q6:「悪魔の手先」か「魔法の杖」か

A:MCは過少医療(Too-Little-Care)のインセンティブが働くことにより、種々のホラーストーリー(恐怖物語)が生まれる。

1) 専門医への紹介が遅れ病状悪化。

ゲートキーパーであるプライマリケア医は人頭払いで収入を得ているが、専門医へ紹介すると、その費用は自分の持ち出しとなるため、紹介が遅れ気味になる。この行為はゲートキーパーならぬゲートシャッター(門を閉める人)と揶揄される。

2) 医療費の出し渋り。

高価な検査や治療を行う場合、診療前検査でMC組織の了解を得る必要がある。必要な検査や治療が行われず、患者が死亡したケースもある。

3) 契約医の地理的問題。

契約病院への地理的アクセシビリティが悪く、70Kmも離れた契約病院で治

療を受け、一命は取り留めたが、後遺症が残った例もある。

4) 早期退院の強制。

経済効率を上げるため、早期退院を迫られることがある。

出産後24時間以内の退院を強いるものにドライブスルー分娩 (Drive-Through-Delivery)がある。現在は24時間以上の入院が認められるようになっている。

5) 未熟練医師による診療、手術。

6) 悪徳MC組織の存在。

医療基準に合わないとは拒否する場合があります。米国では精神医療費は高く、効果が必ずしも明瞭でないため、精神医療に多い。医療の問題というよりも組織的犯罪行為に近いケースもある。

「救急」の解釈もトラブルのもとである。MCの契約病院以外でも救急の場合は受診可能であるが、MC組織と加入者の間に救急の解釈にギャップがある。MCでいう救急とは、生死にかかわるか、四肢機能に影響を及ぼすような状態をいう。1日前後の腹痛や足の捻挫、軽い熱傷などは救急の範疇には含まれず、救急病院を受診した場合は全額自己払いとなり、利用者に不満が残る。

医療サイドにも問題が多い。

1) 医師の非倫理的行為。

MC組織では、支払は少なく利益は多くとのインセンティブが働くため、医師が適性の医療を認識していても、経済的見地から最適な医療が導入されない場合が少なくない。後悔した医師が「うつ状態」となりMC組織を辞職した例がある。

2) 解雇の不安。

MC組織が何の理由もなく医師を解雇できる場合がある(Termination Without Cause)。解雇された医師は他のMC組織に再雇用されにくい現状もあり、MC組織の方針に逆らえない状況に追い込まれる。

3) ギャグルール。

治療方針の決定には強力に医師への圧力がかかる。医師は勤務評定され、大企業に雇用された単なる組織の歯車かロボットにすぎない。

医師は契約したMC組織の批判は一切できず、例えばMCが認めた医療行為が「最高の質」でなくても、医師は患者にそのことを言えない。この一種の箝口令が悪名高いギャグ条項 (Gag Rule) と呼ばれるものである。さすがに多くの州がこの条項を禁止しつつある。

あまりにも市場原理が浸透すると経済的競争による弊害が生じる。悪貨が良貨を駆逐するの例えもある。マフィアも赤面、仁義なき闘い、悪徳業者が医療をむさぼり喰うなどの局面もある。一度、悪徳MC組織がサービスの質を落としてシェアを拡大すれば、良心的な保険会社としても生き延びるためにはサービスの質を落として対抗するしかない。吸血鬼にかまれた者が吸血鬼になる「バンパイア効果」が歯止めなく広がる危険がある。

MCは種々の欠点や反感があるが、多くの実証研究から、従来の医療保険と比べ、医療の質が低いという確証はなく、医療費抑制効果は、ある程度認識されている。

米国では医療を救う「切り札」であると期待する人もいる。

しかし、日本が経済効果のみに着目して、MCをそのまま導入することは、誠に危険である。

一方、MCが本来的に目指すもの、その考え方を検討することは、わが国への示唆となるかもしれない。

①ゲートキーパーのようなプライマリケア医が家庭医機能を持ち、患者のムダな診療や手遅れなどを防ぐことにより、医療費の費用効果を高めることが考えられる。

②予防医療のインセンティブが働くことは利点である。

③患者や国民が医療費や医療保険システムの問題点を認識し、発言し易い環境ができ

ることも評価できる。

④医師の裁量権はある程度必要であるが、各自各様の治療法がベストという保障はなく、医師が単独に治療内容を決定するよりも、医療が標準化されることにより、効率的に質の保障された医療を包括的に提供できる可能性がある。

⑤MC組織の管理・情報システムも有用かもしれない。

MC組織は種々の管理ツールを用いて、経済的に効率的な医療サービスを提供する努力を払っている。

DRG/PPS、クリティカルパス、EBM、診療ガイドラインなどの手法である。その導入については一長一短があり、今後、慎重に議論する必要があるだろう。

MCの「ひずみ」や試行錯誤に揺れる米国医療の現状を考える時、世界に誇る日本

の医療制度の素晴らしさを改めて認識させられる。

日本の医療保険制度は、いつでも、誰でも、どこでも安心して医療が受けられることが特徴で、経済効率も決して悪いとは言えない。

(医政部長 安井 隆弘)

参考資料

- 1) マネジドケアの新しい潮流
日医総研報告書第8号、1999.
- 2) マネジドケアで医療はどう変わるか
田村 誠 医学書院、1999.
- 3) 市場原理に揺れるアメリカの医療
李 啓充 医学書院、1998.
- 4) マネジドケア医療革命
西田 在賢 日経新聞社、1999.
- 5) 日本よ！米国医療を見習うな
廣瀬 輝夫 日本企画医療、1998.

