

疾病構造の変化と高齢化がもたらす医療への影響：米国での定点観測をもとに

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所
 医療リスクマネジメントセンター 教授
 (社)農協共済総合研究所 客員研究員

ま 真 の 野 と し 俊 き 樹

目次

はじめに	バンドルドペイメント方式の支払い
米国医療の変化の概観	シャープヘルスケアとマルコム・ボルドリッジ賞
米国の公的医療保険	シャープヘルスケアとACO
米国民間医療保険の仕組み	サンシティ・アンセム
TJC (The Joint Commission) の歴史	南ネバダ州退役軍人病院
JCIの本質	産業衛生の充実
再入院対策	職域保健を充実させようとしている米国
The Accountable Care Organization (ACO) とは何か	リテールクリニックとは
The Patient-centered Medical Home (PCMH) とは何か	企業中心のコスト管理へ
疾病管理とは何か	まとめ

はじめに

高齢化先進国である日本では、医療の重要性が増加している。また、医療を改善するために国際標準に合わせるべきだ、という声も聞かれる。それはそうであるが、世界に先駆けて超高齢社会になっている日本では、どの国をベンチマークとするのか、あるいは何を学んで何を自ら考えるのかが重要になる。

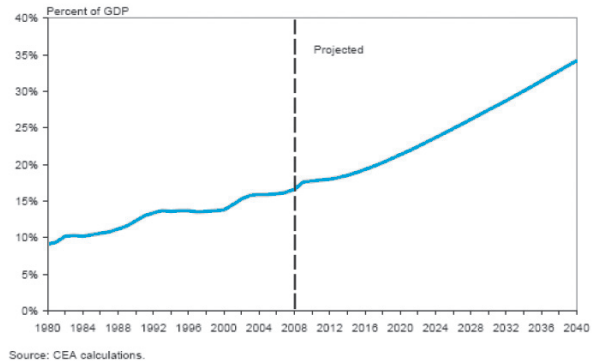
時にベンチマークの対象になる米国であるが、米国においても医療の変化が起きている。今回、2012年12月の視察で、米国医療の変化を調査した。その中で日本に似てきた部分が観察されたので今回、近年の米国医療の変化を報告する。

米国医療の変化の概観

最初に米国医療の最近の変化を概観してみ

よう。米国の対GDP比医療費は急速に上昇しており（図1）、何らかの対策が急がれる。カイザー・ファミリー財団の2009年調査では1世帯あたりの保険料の支払額は前年より約5%増の年13,375ドル（約120万円）という。保険料は雇用主と従業員がそれぞれ負担するが、全体の支払額は過去10年で約2.3倍に増えた。通信大手AT&Tの医療機関の費用は

(図1) 米国医療費 (対GDP比)



(出所) Executive Office of The President Council of Economic Advisers.

年55億ドルの規模とされる。そういった中、2010年の3月23日にThe Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (PPACA、通称「オバマケア」)が制定された。

医療制度、医療提供体制の類型において米国と北欧やイギリスを対峙させ、その中間にドイツやフランス、あるいは日本を置くことは多々ある(図2、3)。財源が税金で医療供給も公が行うイギリスや北欧と、財源も医療供給も主に私的に行われている米国が両極とすれば、財源は公的だが医療保険制度を持ち、医療提供は公的なものが多いドイツやフランス、財源は公的だが医療提供は公私のミックスになっている日本、といった分類である。

日本がドイツ・フランスに似た職域をベースにした社会保険システムであるので、日本

からスウェーデンやイギリスの医療のような税金による普遍給付へのかじ取りは難しい。逆に、最近では、むしろ米国医療が日本に近づいてきているように感じることも多い。米国ではオバマケアということで、民間保険を使ってではあるが国民皆保険をめざし、さらに、メディカルホームというコンセプトのもとで、小児医療を重視したかかりつけ医による地域医療体制の構築や、ACO (Accountable Care Organization、本稿で詳述)のコンセプトで保険者ではなく医療提供者を中心にした地域医療体制の構築、さらには高齢者対策の充実、産業衛生の充実といった日本的な施策が行われるようになってきている。

詳しい変化について述べる前に米国医療の状況を概観しておこう。

(図2) 主要国の医療保障制度概要

	日本 (2012)	ドイツ (2011)	フランス (2011)	スウェーデン (2010)	イギリス (2011)	アメリカ (2011)
制度の種類	社会保険方式 ※国民皆保険 ※職域保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約95%が加入。 ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており(一般的加入義務)、事実上の国民皆保険。	社会保険方式 ※国民皆保険(国民の99%が加入) ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度(自営業者)等加入。(強制適用の対象とならない者: 普遍的医療給付制度の対象となる。)	税方式による公営の保険・医療サービス ※全居住者を対象 ※ランスタング(県)が提供主体(現金給付は国の事業として実施)	税方式による国営の国民保険サービス(NHS) ※全居住者を対象	社会保険方式(メディケア・メディケイド) ※65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※国民皆保険になっておらず(いかなる医療保険の適用も受けていない国民が人口の16.3%(2010)、民間部門の果たす役割が大きい。
自己負担	3割 (義務教育就学前 2割) 70歳~74歳 2割 (1割に凍結中) (現役並み所得者は3割) 75歳以上 1割 (現役並み所得者は3割)	・外来: 同一疾病につき四半期ごとに10ユーロの診察料(紹介状持参等は無料) ・入院: 1日につき10ユーロ(年28日を限度) ・薬剤: 10%定率負担(負担額の上限10ユーロ、下限5ユーロ)	・外来: 30% ・入院: 20% ・薬剤: 35% (抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は0%、胃薬等は70%、有用性の低い薬剤85%、ビタミン剤や強壮剤は100%) ※償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要あり(しかし、入院等の場合は現物給付) ※自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。(共済組合形式、国民の8割が加入) ※上記の定率負担のほか、外来診療負担金(1日1ユーロ、暦年で60ユーロが上限)、入院定額負担金(1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ)があり、これについては補足疾病保険による償還が禁止されている。	・入院: 日額上限90クローナの範囲内でランスタングが独自に設定 ※多くのランスタングでは18~20歳までは無料。 ・外来: ランスタングが独自に設定 プライマリアケアの場合の自己負担は、1回100~200クローナ(法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1年間900クローナ。各ランスタングはこれより低い額を定めることもできる) ※多くのランスタングでは20歳未満については無料。 ・薬剤: 全国一律の自己負担額 900クローナまでは全額自己負担(年間1800クローナが上限)	原則自己負担なし ※外来処方箋については1処方当たり定額負担、歯科治療については3種類の定額負担あり。 なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。	・入院(パートA)(強制加入) 入院から60日 : \$1,156まで自己負担 61日~90日 : \$289/日 91日~150日 : \$578/日 151日~ : 全額負担 ・外来(パートB)(任意加入) 年間\$155+医療費の20% ・薬剤(パートD)(任意加入) \$310まで : 全額自己負担 \$310 ~ \$2,830 : 25%負担 \$2,830 ~ \$4,550 : 全額自己負担 \$4,550 ~ : 5%負担
保険料	報酬の10.00% (労使折半) ※協会けんぽの場合	報酬の15.5% (本人: 8.2% 事業主: 7.3%) ※全被保険者共通 ※自営業者: 本人全額負担	資金総額の13.85% (本人: 0.75% 事業主: 13.1%) ※民間商工業者が加入する被用者保険制度(一般制度)の場合	なし	なし ※NHS費用の2割強は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	入院(パートA) 給与の2.9% (労使折半) ※自営業者: 全額本人負担 外来(パートB) 月約115.4ドル(全額本人負担) 薬剤(パートD)(平均保険料) 月約40.72ドル(全額本人負担)
財源	給付費等の16.4% ※協会けんぽの場合	法律上、2009年においては40億ユーロとし、その後毎年10億ユーロずつ合計140億ユーロになるまで増額することとされていた。 2009年1月に決定された経済金融危機に伴う第二次電気対策において、2009年7月以降の保険料率を0.6%減額することが決定されたため、32億ユーロ(満年度ベースで63億ユーロ)が追加投入された。したがって、2012年には上限である140億ユーロに到達する見込み。	従来、国庫負担は赤字補填に限定されていたが、1991年から国庫負担が増大。医療、年金等の財源として、一般社会拠出金(目的税)からの充当あり。(税率: 資金所得の7.5%、うち医療分5.29%) ※被用者保険制度の財源内訳(2008) ・保険料 約56% ・一般社会拠出金 約37% ・その他の目的税(タバコ、酒等) 約5%	原則なし ※ランスタングの税收(住民所得税等)と患者の自己負担額で賄っている。 ※わずかながら、国からの一般交付税、補助金あり。	租税を財源としている。	入院(パートA) 社会保険税を財源 外来(パートB) 費用の約75% 薬剤(パートD) 費用の約75%

(出典) 厚生労働省 (2013年2月25日現在、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken11/dl/02.pdf>より取得可。)

(図3) 医療分野についての国際比較 (2010年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3.1	3.0	8.3	6.4	2.73	13.6
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.6 (※1)	2.4	5.7	3.5	2.0	2.2
人口千人当たり臨床医師数	2.4	2.7	3.7	3.3#	3.8 (※1)	2.2
病床百人当たり臨床医師数	79.4	91.8	45.2	50.9#	37.8 (※1)	16.4
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.0#	9.6	11.3	8.5#	—	10.1
病床百人当たり 臨床看護職員数	350.8#	324.7	136.7	131.5#	—	74.3
平均在院日数	6.2	7.7	9.6	12.7	5.7	32.5
平均在院日数 (急性期)	5.4	6.6	7.3	5.2	4.6	18.2
人口一人当たり外来診察回数	3.9 (※2)	5.0 (※1)	8.9	6.7	2.9	13.1 (※1)
女性医師割合 (%)	31.8	44.1	42.3	40.8	45.0 (※1)	18.8
一人当たり医療費 (米ドル)	8,233	3,433	4,338	3,794	3,758	3,035 (※1)
総医療費の対 GDP 比 (%)	17.6	9.6	11.6	11.6	9.6	9.5 (※1)
OECD 加盟諸国間での順位	1	13	3	3	13	16
平均寿命 (男) (歳)	76.2	78.6	78.0	78.0	79.5	79.6
平均寿命 (女) (歳)	81.1	82.6	83.0	84.7	83.5	86.4

(出典) 「OECD Health Data 2012」

(注1) 「※1」は2009年のデータ 「※2」は2008年のデータ

(注2) 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

(注3) 一人当たり医療費 (米ドル) については、購買力平価である。

米国の公的医療保険

現在の米国の医療費は250兆円に上り、2010年の医療費が37.4兆円と伝えられた日本の約6.7倍である。ここで簡単に米国の医療保険の仕組みを眺めてみよう。

米国では、日本のように国民全員が公的な医療保険に加入するという「国民皆保険制度」ではなく、多くの人が民間の医療保険に加入している。しかしながら、国の支出は医療費全体の50%近くになっている。

米国の社会保障の中心となるのは、1935年に立法化されて1937年に発効した社会保障法 (Social Security Act) である。当初、この社会保障法は給与所得者の退職給付と一部の公的扶助のみからスタートし、1965年にはメディケア、メディケイドの採用など多くの改正を経て現在に至っている。

1965年に65歳以上の人の公的な医療保険として「メディケア」が成立した。同年に、生活困窮者に対する医療保障として「メディケイド」が作られた。さらにメディケアは、1972年の改正で対象が65歳以上の者だけでなく24ヵ月以上就業不能の者、腎臓透析、腎臓移植を必要とする者に拡大された。メディケアは全国単一の保険者であり、加入者は4,700万人ほど、米国厚生労働省 (HHS, U.S. Department of Health & Human Services) の中の組織であるCMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) が運営にあたり、保険請求など事務手続きは各州で事務を委託された保険会社や非営利団体 (ブルークロス・ブルーシールドなど) を通して行われる。

メディケアは、全員加入の入院保険 (Hospital Insurance) のPart Aと任意加入の追加医療保険 (Supplemental Medical Insurance) の

Part Bに分けられる。Part Bについては、米国では医師への支払いと医療機関に対する支払いが分離されているため、主として病院外来やその医師への部分の支払い、その他在宅医療や予防医学サービスの支払いに充てられる。さらに2006年からは、Part Dが追加され、薬剤の償還が決まった。

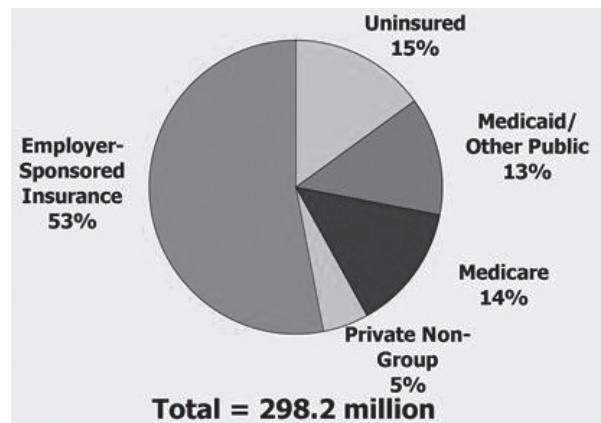
なお、Part Aの支払いには、1983年から包括支払い方式であるDRG (Diagnosis Related Group) / PPS (Prospective Payment System)を導入している。最近では、メディケアにプラスして後述するマネジドケアプランへも並行して加入することもできる。また、メディケアには入院期間に応じて定額の自己負担や、2割の自己負担になる病院外来への支払いなどの自己負担部分を補う「メディギャップ」という保険もある。

さらに、高齢者で収入が少ない場合にはメディケアが基本となり、メディケイドが追加になる。メディケイドの連邦ガイドラインによる受給対象者は、生活保護にあたる追加保障所得受給者、児童のいる貧困家庭補助の受給者、さらに生活保護の給付は受けないものの医療費用を支払う余裕のない人、すなわち医療困窮者と呼ばれる人を州のレベルで追加できることとなっている。

米国民間医療保険の仕組み

前述のとおり米国では日本のように国民がみな公的な医療保険に加入するという国民皆保険制度はない。図4に示すように、いわゆる生産年齢の人はメディケア、メディケイドを除く民間医療保険に加入している。ここで主流の民間

(図4) 米国の健康保険の種類別内訳 (2007年)



(出典) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured/Urban Institute analysis of March 2008 CPS

(注) 65歳以上の高齢者も対象。「Medicaid/Other Public」はメディケイド、SCHIP (児童医療保険プログラム) など州によるプログラム、および重関係の保障を指す。メディケアとメディケイドの両方が適用されている者 (全体の1.7%) は「Medicare」に含めた。

医療保険、いわゆるマネジドケアについて述べよう。

・マネジドケア

約500万人は以前の米国型の保険、すなわち出来高払いの医療保険に加入している。この場合には保険料が高額になる。この患者に対して保険者は、医療費を出来高払いで支払うので、医療機関にとっては昔ながらの裁量権が利かせやすいことになる。

しかし、米国の民間医療保険の現在の主流はなんといってもマネジドケアである。

1930年代の米国にも先払いグループ医療という形で、マネジドケアの元始的形態は見られた。その後50年ほどしてその代表的な形態であるHMO (Health Maintenance Organization) 加入者、PPO (Preferred Provider Organizations) 加入者は増加し、被保険者の70%を超える割合が加入する形態になった。

マネジドケアは制度において競争条件が確保された中での競争である。準市場¹の中で

1 準市場については拙稿「社会保障と準市場の考え方」『共済総合研究』vol.65を参照されたい。

の競争といってもいいであろう。ただしイギリスでの準市場の考え方とはことなり、管理するのは国家ではない。管理あるいはチェックするのは保険者で、管理されるのは医療提供者になる。また、金銭の管理のみをしているわけでないことも忘れてはならない。保険者は医療の質の管理もしているのである。

マネジドケアの目的は、『アメリカの年金と医療』（渋谷博史、中浜隆（2006））によれば下記の3つである。

1. 医療費と保険料負担の抑制を通して加入者拡大を図り、健康診断を含むプライマリケアを中心に医療を提供する
2. 医療市場における競争と選択の機会を拡大させ、これにより医療の提供システムと保険システムを維持する
3. 医療保険の経営組織さらに経済と財政の安定化を図る

マネジドケアの代表的な形態は、HMO、PPO、POS（Point of Service Plan）、EPO（Exclusive Provider Organization）の4形態である。

・HMO

HMOは「すべての医療サービスが、HMOに参加している病院、医師などから提供されること、いかにえれば加盟していない組織／個人からのサービスは受けることができない仕組みである。保険者は医師に対して人頭払いで支払うことになる。

これが、マネジドケアの原型とでもいうものなので詳しく紹介したい。HMOは医師との契約関係においていくつかのパターンに分けられる。

1) スタッフモデル

保険者が給与を支払う形態で医師を雇用している場合を指す。医師の技術（最優先）、生産性（診察する患者数）、臨床ガイドラインの遵守度、医療の結果などといった基準で雇用している医師に対する報酬額を決めている。

2) グループモデル

保険者がいくつかの医師集団と契約する。医師はHMOではなく、医師集団との雇用関係になる。いくつかの医師集団と契約する場合と唯一排他的な医師集団と契約する場合がある。

3) ネットワークモデル

単独の医師あるいは医師グループとHMOが個々に契約する場合を指す。

4) IPA（Independent Practice Association）モデル

法的にHMOとは別の組織形態であるIPAがHMOと契約する形態を指す。IPAは単独の医師あるいは医師グループの集合体であり、HMOに対する医師側の交渉力強化の意味合いが強い。それゆえに、HMOの医師に対する干渉力は弱くなる。法的な組織、多くは営利企業の形態をとっているために、上記の1) 2) 3) のモデルより参加医師数は多い。

・PPO

近年、PPOは数・増加率ともにHMOを超えている。PPOはシェア拡大を続け2002年には50%を超え、2005年には61%に達している一方、POS、HMO、出来高払いは減少傾向にある。PPOは医師への出来高払いだが、一定の割引率があり、疾患群別定額払いであるDRG／PPS方式を採っていることもある。

HMOが参加医師以外のサービスに対して償還しないのに対し、償還額こそ減少するがこの組織に参加していない医師・医療機関からのサービス提供に対しても、PPOは償還を行う。ただし、ネットワーク内の医療プロバイダーの利用においてはかかりつけ医（PCP、Primary Care Physician）への訪問が義務づけられる。

・ POS

HMOとPPOの折衷様式で、HMO的な部分は人頭払いなどの規制の強い支払方法を採用したり、参加医師によるゲートキーパー制度を厳密に施行していることであり、PPO的な部分は、ゲートキーパーであるPCP受診後に当該のPOS参加医師以外のサービスを受けることが可能なことである。

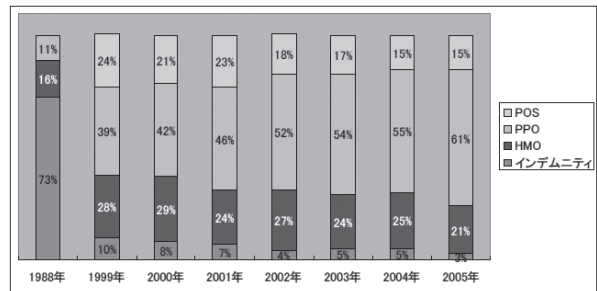
・ EPO

これは、ネットワーク外での受診をPPOより制限しているタイプである。すなわち、緊急や状況によってはネットワーク外での受診を可能にしているが、条件が厳しい。HMOとの違いは、HMOがすべての医療サービスの利用についてPCPを経由することを必須としているのに対して、EPOではネットワーク内の医療機関であればPCPを経由しなくても受診が可能である。

なお、図5に保険加入の変遷、図6にこれらのマネジドケアプランを受診する場合の1回の自己負担金額、図7に各国の自己負担額の例を示す。

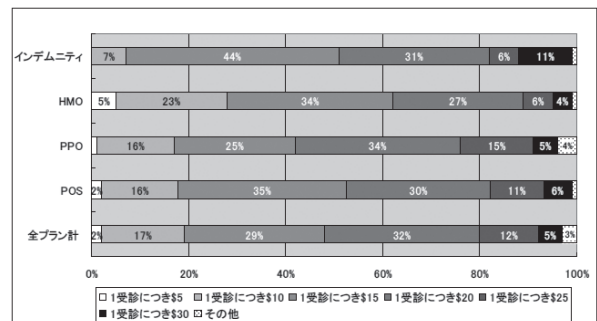
このあと本稿では、最近日本でも注目されているジョイントコミッション（TJC、The Joint Commission）と米国の医療の質管理について述べ、ついで米国で注目されている再

(図5) 加入プラン別従業員数分布の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005. supra, Exhibit 5.1.

(図6) 医師の診察1回につき自己負担する受診料金額の分布 (加入プラン別、2005年)



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, supra, Exhibit 7.8.

(注) パーセンテージの表示のない部分（インデムニティ、HMOおよびPOSの「その他」、PPOの「1回につき\$5」）は、1%またはそれ未満であることを示す。

入院対策を述べたい。後半は2012年12月に行われた米国視察に基づき、1) ACOプロジェクトを行っているサンディエゴのシャープヘルスケア、2) 高齢者対策という視点でサンシティと周辺の退役軍人病院、3) 産業衛生の充実の動き、についてまとめてみた。

TJC (The Joint Commission) の歴史

TJCは、第三者の視点から医療機関を評価する民間団体であり、1910年代に米国、ハーバード大学外科医のコールドマン教授が、「自ら行っている診療行為を第三者的立場にいる別の専門医、外科の専門医に評価してもらいたい」と考えたのが誕生のきっかけと

(図7) 海外の医療事情

国名	都市	救急車の料金	初診料	病院部屋代 (1日)	盲腸手術治療費
イギリス	ロンドン	①公営：無料 ②民営 ・日中 (08:00~18:00) 基本料金26,100円 (5マイルまで) + 走行加算1,100円/マイル	17,400円	①相部屋：144,800円 ②個室：131,400~172,000円 ③ICU：408,200~608,000円	①総費用： 1,302,800~1,737,100円 ②平均入院日数：2~3日
フランス	パリ	①公営：無料 ②民営：基本料金9,300円+走行加算300円/km	16,200~ 24,400円	①相部屋：81,200円 ②個室：123,200円 ③ICU：212,400円	①総費用：860,500円 ②平均入院日数：3日
イタリア	ローマ	①公営：無料 ②民営：基本料金32,500円+走行加算300円/km	16,200円	①相部屋：93,500円 ②個室：93,500円	①総費用：1,217,600円 ②平均入院日数：4日
アメリカ	ロサンゼルス	①公営：基本料金41,700円+走行加算1,500円/マイル ②民営：同程度	18,400円	①相部屋：162,400円 ②個室：270,700円 ③ICU：433,200~649,700円	①総費用： 1,624,400~2,165,800円 ②平均入院日数：2日
中国	北京	①公営：基本料金6,000円+走行加算100円/km	3,000~ 4,500円	①相部屋：通常利用しない ②個室：4,500~15,000円 ③ICU：6,000円~	①総費用： 45,000~90,000円 ②平均入院日数：2日
	上海	①公営：4,500円 ②民営：通常利用しない	9,800円	①相部屋：7,500円 ②個室：30,000円 ③ICU：150,000円	①総費用：112,500円 ②平均入院日数：7日
シンガポール		①公営：無料 ②民営：10,800~15,500円	5,000円	①相部屋：8,500~28,500円 ②個室：28,500円 ③ICU：34,800円	①総費用： 154,800~773,800円 ②平均入院日数：1~2日
タイ	バンコク	①公営：通常利用しない ②民営：3,700~7,300円	1,800~ 7,300円	①相部屋：通常利用しない ②個室：25,600~54,800円 ③ICU：36,500円	①総費用：511,000円~ ②平均入院日数：2~3日
日本		①無料 ②通常利用しない	2,700円	①17,000円 ②20,000~50,000円 ③ICU：87,600円	①400,000円 ②4~7日間

(出典) ジェイアイ傷害火災保険株式会社HP

言われる。設立においては、米国病院協会や医師会、米国厚生省のサポートもあったが独立した第三者組織である。2009年においては、全米の病院の約80%、病床数で言えば95%をカバーしている。米国の国内でTJCの認証を受けるメリットとしては、メディケアなどの保険償還を医療機関が受ける際に簡便になるというものであった。つまり保険者対策である。厳密には、TJCはこの権利を独占しているわけではなく、メディケアにみとめられたほかのISO組織の認証も同じ効力がある。

そして、TJCの国際部門として、JCI (Joint Commission International) があり、国際的な認証、教育活動を展開している。同組織は、国際的に医療の質、及び安全の改善を図ることをミッションとしており、認証のほかに、コンサルティングや教育・出版などの事業を展開している。2012年の春の時点で、50

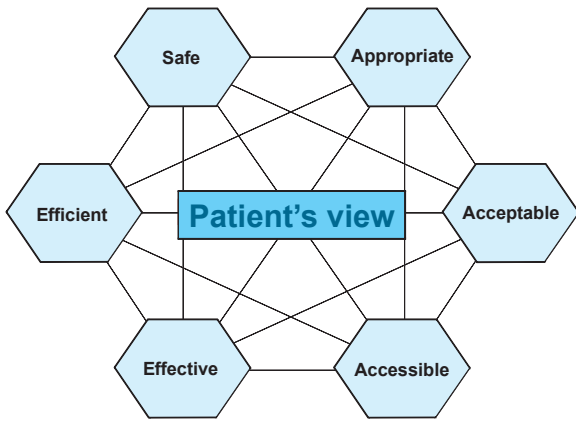
か国450組織が認証を取得している。

JCIの本質

TJCもJCIも最近の目標は変わってきている。つまり、医療機関の認証を必ずしも主業務ととらえずに、質改善や医療安全を推進する団体としての位置づけへの変化である。

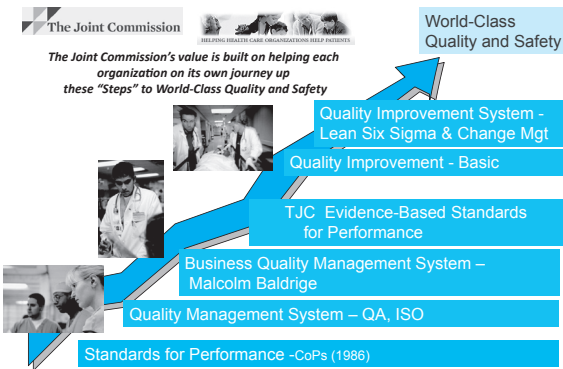
また、TJCの基準とJCIの基準は異なる。JCIの基準はISQua (the International Society for Quality in Health Care) の認可のもとにあり、その意味では日本医療機能評価機構と同列ともいえる。しかし、最近ではTJCもJCIも疾患ごとのプロセスへの第三者評価という新しいプログラムを展開しており、ここでも単なる認証機関からの脱皮を目指している。この点において、TJCは医療安全においてWHOとのコラボをおこなったり、具体的な改善ツールの提供や、病院同士のベンチマ

(図8) 6つの質の基準



(出典) Institute Of Medicine Report, 2001

(図9) “最高クラスの医療” 到達への道程



ークを行おうとしている。

改善ツールの考え方としては、図8、9に示す、米国流の6つの質の基準をもとに、CQI (Continuous Quality Improvement) やTQM (Total Quality Management) よりシステマティックでデータを使用するRPI(Robust Process Improvement) という考え方を提唱している。この中で推奨されるのは、トヨタ式の経営手法であるリーンや、GEやモトローラの手法で知られるシックスシグマ、あるいは安全文化の醸成であり、データの活用なのである。

日本でも病院は5組織が認証を受けた。それは取得順に、亀田総合病院、NTT東関東

病院、聖路加国際病院、湘南鎌倉病院、聖隷浜松病院である。亀田総合病院においては2回目の認証(更新)も受けている。このように、JCIの認証は日本でも確実に広がってきているが、各国の急性期病院では1%くらいまでの認証を目指すというJCIの戦略からいって、100の単位の認証を日本の病院が受けるとは思えない。

最後にJCIの最近の試みを紹介したい。米国でも上位の病院でのベンチマークを行って、医療の質の底上げを行おうという試みがある。背景には、JCI (TJC) が得意としてきたプロセス評価・改善から、より客観的な指標を基にした改善への方向修正があろう。さらにその背景には、医療保険者がデータに基づき病院を選別する動きが米国では強くなっていることがある。ペイ・フォー・パフォーマンス(P4P)のプログラムがそれである。この仕組みは、医療の質をいくつかの指標で評価しようというものである。ちなみに、P4Pというのは、VBP (Value-based purchasing) というCMSにおける質に見合った医療サービスの購入というプランでは、その一部分になる。VBP、すなわち質に見合った購入というのが、米国の保険制度の本質ともいえる。すなわち、提供者の提供する価値を購入する保険者が厳密に見極め、いいものを購入するという姿勢である。

CMSでは質の担保に大きく分けてふたつの考え方を持っていて、ひとつは支払いでのインセンティブ、もうひとつは、情報公開によるインセンティブである。P4Pは前者に当たるが、同時にCMSは情報も吸い上げており、情報公開をも考えている。

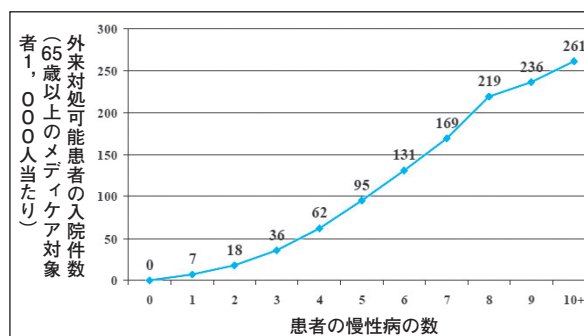
さらに医療消費者もデータを見て病院を選別するようになってきている。病院の側に立つJCI (TJC) としてはこういった動きにも合わせてその認証スタイルや病院への便益の提供方法を変更しているのである。

再入院対策

PPACAでは、院内感染による病気の治療や、防止が可能であった再入院にかかるメディケア患者の費用の支払いの削減も目指している。以前からメディケアではその支払い方式であるDRG/PPSにおいて、院内でのトラブルで入院が延びた場合や余分の医療費がかかった場合の支払いについての議論を行っていたが、それが正式に表明されたことになる。

同法は病院が院内感染防止策を改善するため、病院での院内感染症の治療に対するメディケアの支払いを1%減額することを定めている。メディケアの患者の18%が30日以内に再入院しており、201億ドル(約1.8兆円)が院内感染による潜在的な医療費と推定されている。そのうち120億ドル(約1.1兆円)の節約が可能としている。そこで、同法はまた、76%いるという不必要あるいは防止できたはずの再入院の費用についても、病院へのメディケアの支払いを最大3%減らすことを定めている。具体的には2012年から急性心筋梗塞、心不全、肺炎について再入院率の計算を始めた。しかし再入院はこれらの疾患が原因でなくても同じように計算される。なお、CMSの言う再入院は、(関連)病院からの30日以内の再入院で、リスク調整をした平均値からのかい離で判断する。

(図10) 不十分な医療連携が無用な再入院を増加させている：多疾患を抱えている患者の再入院が高い



(出典) Medicare Standard Analytic File, 1999. Cited : Horvath, J. Chronic Conditions in the US

米国のように在院日数が少ない場合には、退院後のケアが極めて重要になる。この退院後のケアを充実させようという動きは今回の視察でも多く見てとれた。後述する、急性期のリハビリテーション病院、リテールクリニックもそれであるが、そもそもそういったケアのコーディネーションができていないことこそが問題であるという指摘もある。図10に示すように、多疾患を抱えている患者の再入院が高く、ケアのコーディネートがない(日本で言えば医療連携がとれていない)ことが再入院を増やしているのではないかという指摘である。そのために悪い結果を起こしていると医師の85%が感じているという調査が出ている。

The Accountable Care Organization (ACO) とは何か

ACOは責任ある医療組織と呼べる医療機関や医師が中心となって人口集団に対するアウトカム重視、成果重視の健康戦略で対応する統合組織である。患者のケアについて医師間の調整をうまく行い、ケアの質を向上させ

て病気の予防や不必要な入院の削減につながる。医療の質の向上とコストの削減に成功した病院は、節約したコストの一部を病院運営などに充てることができる。この概念が出てきた背景には、疾病管理プログラムが必ずしも効果を示せなかったことが背景にある。

ACOの概念は、ダートマス大学のエリオット・フィッシャー教授によって2006年に提唱され、PPACAに組み込まれた。

定義は明確ではないが、同教授によれば

1. 医療提供者主体のプライマリケアモデルで地域へのポピュレーションアプローチである。
2. 支払いが質の改善にリンクしている。
3. 質の改善を含む効果判定について洗練された方法を使用する。

といったことを行っている組織である。

CMSとしての目的は3つであり

1. 個人により良いケアを
2. 住民により良い健康を
3. メディケアの支出削減

となる。

現在、CMSにより、ケアのコーディネーションに経験がある組織を全国で32か所選び、そこにパイロットとして実行させている。パイロット施設では支払い方式を最初は、出来高払いであるが徐々に（可能であれば3年目から）住民数をもとにした、人頭払いに移していく方針である。

The Patient-centered Medical Home (PCMH) とは何か

同じ時期に提唱されてきた概念にThe Patient-centered Medical Home (PCMH)

がある。これは、米國小児科学会が1967年に提唱した考えであるが、当初は子供の診療記録を家においておこうというところから始まった。後述するように米国医療では保険者が変わることによってサービスの内容も大きく変わるし、情報が分断されてしまうので自らが情報を管理する必要がある。「アクセス可能で、継続性があり、包括的で、家族中心の、コーディネートされた、思いやりのある、文化的に効果的なケア」を目標としている。

最近では2007年にアメリカ内科学会(American College of Physicians : ACP)、アメリカ家庭医協会などが声明を出した。ここでも患者中心の全人的な医療が強調されている。もともと、電子カルテを用いて患者が自らで医療や健康データを管理すべし、というのが個人主義が強いアメリカの考え方であるが、メディカルホームというコンセプトでも電子カルテが重視されている。メディカルホームは、かかりつけ医を中心に治療を継続的に行おうという、急性期中心で病院医療が中心であったアメリカにおいては方向転換を意識した動きと思われる。

このようにPCMHは、プライマリケアの中核施設、患者、医師、家族との調整、また病院、専門医療機関、場合によっては介護者や介護福祉施設との連携も目指しているというチーム医療の概念である。

後述するが、米国ではプライマリケアにおいて、上級看護師であるナース・プラクティショナー(NP)やフィジシャン・アシスタント(PA)の役割が重視されてきているので、PAやNPが引っ張っていく可能性もある。

る。一言で言えば、医療へのアクセスを改善しようという取り組みといってもいいかもしれない。さらに、調整や連携の仕組みとしてはITの利用だけではなく、コーディネーターの必要性も言われている。ACOと同じようにモデルとして取り組みが行われているが、実は、こういった考え方には歴史がある。

疾病管理とは何か

米国で疾病管理 (Disease Management) という用語をはじめて使ったのは、ミネソタにあるメイヨークリニックである。メイヨークリニックは、1980年後半に、疾病管理の考え方にもとづいて、診療ガイドラインおよび関連する管理ツールの作成に取り組んだ。

疾病管理の考え方が概念としてはじめて公表されたのは、1993年9月のことである。ボストン・コンサルティング・グループ社が、ファイザー社などの製薬会社をスポンサーとして行なった研究の成果を報告書 “What’s at Stake for America : The Contribution of Pharmaceutical Companies” (何が米国のためになるのか——製薬企業の貢献) にまとめた。

報告書は、「疾病管理とは個々の疾病について患者の生涯にわたるコスト構造全体に着目するものである」として、疾病管理を通じて、医療費抑制と医療サービスの質の向上が実現する可能性が高いと指摘している。

その後、1999年3月に疾病管理に関する学会ともいえる米国疾病管理協会 (Disease management Association of America : DMAA) が設立された。

疾病管理の定義は、JAMA (米国医師会雑

誌) によると「疾患の継続性を横軸に、医療提供システムを縦軸に共同的・包括的ケアを重視した患者ケアへのアプローチ」である。

対象は、米国でも増加している慢性疾患であり、たとえば糖尿病、喘息、心不全などで医療機関による診療の手順を極力標準化する一方、患者の自己管理に関する教育を通じて行動変容を促す。また、疾病管理サービスのねらいの一つに、医師と患者の関係や医療の計画のサポートということがある。医療のように、多くの知識や情報を必要とするサービスを利用する場合には、適切に情報を管理し提供してくれる人あるいは組織が必要である。

たとえば、インターネット上には、おびただしい量の医療情報が氾濫しているが、情報を必要とする人が目的とする情報にたどりつくのはむずかしい。医療情報の水先案内人が必要なのである。すなわち医療の目的を達成するためには、情報を管理し、指導してくれるコンシェルジュのような人が必要であり、こうしたニーズを疾病管理サービスが満たすことができると考えられる。しかし、効果について疑問が呈され、個別のケースについての介入ではなく、メディカルホームやACOのようにその対象になる集団へのアプローチであるポピュレーション・ヘルスマネジメントにその方向が変わってきている。また、プライマリケアへの支払い増加ももくろまれている。上述したPPACAでは、プライマリケアを提供する医師に対し、2011年1月からメディケア患者への医療サービスへの報酬に10%のボーナスを出すことを定めている。

バンドルドペイメント方式の支払い

最近では、メディケアによって包括的な支払い方式が模索されている。しかし、米国での保険償還制度の実態を見てみると、それは日本では当たり前の内容である。

きわめて簡単に米国医療保険の償還制度を患者の立場で紹介してみよう。個人の選択は重視されているが、きわめてややこしいことになっている。

まず、Aさんが医師に受診に行くと、保険の有無、あるいは種類がまず第一に聞かれる。すなわち、その保険をその医師が扱っているかが第一なのである。その後、問診や診察は医師のもとで行うが、検査やレントゲンは原則ほかの場所で行うことになる。これらは入院すればその病院で行なわれるが、外来では別の場所になることがふつうである。請求書も、これらの施設から個別に後で送られてくることになる。

請求の仕組みはさらに複雑である。医師は保険会社に請求書を出す。このあとに、米国流の交渉が始まる。医師が出した請求金額がそのまま認められることはまずない。交渉の末、いくらか減った金額が保険会社から支払われることになる。ややこしいのは、この減った金額でも保険会社が支払わないという場合である。免責金額が決まっている場合や、安い保険は上限が定められている場合などがあるためなのだが、その場合には、患者側はその分は、医師からの請求書に上乘せされてくるので、余分に支払わなければならない。

バンドルドペイメント方式の支払いは、

CMSから直接病院に一括して支払われ、病院内で医師や病院、その他の医療提供者が分け合う。ここで病院が提供するサービスのコストや、病院と医師の利用を減らすことを重視しており、医療機器などの使用に伴うコストや、入院期間の短縮、再入院の頻度の低下などを通じた節約を狙っている。病院は、節約したコストを節約に協力した医師たちと分け合える仕組みとなっており、バンドルドペイメント方式の契約を結んでいる病院は、1人のメディケア加入患者に対して施された医療にかかわったあらゆる医療提供者のサービスについて料金を割り引くことを義務付けられている。上述したACOの考え方と連動している。

シャープヘルスケアとマルコム・ボルドリッジ賞

1944年、サンディエゴ出身のパイロットであるシャープ氏がドイツで病院の設立を申請したときに、その父親が当時のお金で50万ドルを寄付して非営利の病院、シャープヘルスケアが作られた。その後サンディエゴを本拠地とする非営利の統合医療供給システムとして長年、技術革新を実践してきた。従業員18,000名以上、提携医2,600名、2,100名のボランティア、4か所の救急病院、3か所の専門病院を持つ。2007年11月には、マルコム・ボルドリッジ賞という国家最高の名誉を大統領より受け取った。

アメリカは、1980年代前半の経済活動の大幅な落ち込みの原因分析と根幹的な対策の確立に国を挙げて取り組み、従来のマネジメント・スタイルを大きく変える手法を開発した。

顧客が満足する経営品質の改善をトップのリーダーシップの下で全社的に、創造的かつ継続的に実施し、その実施度合いを客観的に評価し、改善領域を発見する優れた経営システムを有する企業に対し、アメリカ大統領が賞を与えるというものがマルコム・ボルドリッジ国家品質賞である。それ以来アメリカの企業は徹底した顧客志向と経営品質を基本とする経営革新の大運動を展開し、その成果をあげた。アメリカの産業が復調した本当の理由をこの賞にあるという人もいるくらいである。

この賞の基準は日本式経営の長所を分析し取り入れ、更にこれを改善し統合したといわれている。現在では、52州の内43州が地方政府の運営する経営品質賞を設けて州経済の活性化に貢献している。

さらに社会的に大きな問題となっている病院や学校の経営の分野でもマルコム・ボルドリッジ賞を対象とすべく1994年からパイロットプランがスタートしている。このようにこの賞は産業を越え、世界の優れた経営のデファクト・スタンダードとして定着している。

因みに、米商務省が発表したボルドリッジ指数（国家経営品質賞とS&P500社への仮想の株式投資の成果）によると受賞企業への株式投資は、S&P500社平均よりも、3倍も収益率がよいという結果が出た。

シャープヘルスケアとACO

シャープヘルスケアは地域医療にフォーカスしてきたために、2012年1月からACOのパイロットケースとして選ばれている。この地域では、エトナなどの営利ACOに属して

いる人も2万名ほどおり、シャープのメディケア対応ACOは32000名の人を対象にしている。

シャープヘルスケアには医師組織がある。カリフォルニアでは病院が医師を直接雇用できないために2つの医師組織と契約関係にあるが、その組織とLLC（Limited Liability Company）を作った。

評価される指標は33個に及び、患者や家族等のHCHAPS（後述）に基づく7つの項目から測定される経験、電子カルテの導入を重く見るケアコーディネーションによる6つの指標、予防医学への取り組みによる8つの指標（予防接種、健診、たばこ対策など）、リスクの高い集団への対策として12の指標（糖尿病や冠動脈疾患など）である。

そして、この指標の成果とともに、shared saving potentialとして削減できたコストを組織で分けることが可能である。なお、最低でも1%削減を達成しないとこのshared savingにはならない。

なお、米国の病院では、米国保健省HHS（Department of Health and Human Services）内の機関であるAHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality）によって、HCAHPS（Hospital Consumer Assessment of Health Plans Study）と呼ばれる患者満足度調査の標準フォーマットが作成されて一般公開されている。

アンケート調査は、医師や看護師との意思の疎通や病院スタッフの対応の良さ、清潔さ、静かな病院環境、痛みへのケア、医薬品に関する情報の提供、退院に関する情報の伝達、病院の総合評価など、18の質問を設けて

入院中の患者の経験を聞く内容になっている。アンケートは無作為抽出された成人患者を対象に、退院の2日後から6週間後に行なわれる。こうして算出された各病院の総合スコアが他の病院と比較されて、総合スコアが高い病院ほど高額報酬が支払われる仕組みとなっている。

サンシティ・アンセム

サンシティ・アンセム²は米国のネバダ州ヘンダーソン市（人口30万人）にある高齢者が主体となって住む600万坪の町で、住民には年齢制限があり、55歳以上で、自分自身が住んでいることが条件となる。1998年に最初の住宅が売り出され、現在は7,144世帯、13,500名の住民が住んでいる。現在の土地・住宅平均購入価格は25万ドルである。サンシティ自体はアリゾナなど全米にあるが、ここアンセムはその中でもトップクラスの満足度であるという。夫婦のどちらかが年齢の基準にあっていれば、購入・住居可能となるが、19歳以下の未成年者は住むことはできない。サンシティ内には2つのゴルフ場があり、図書館、テニス場、ビリヤード、陶芸、集会場、映画館などが完備している。独自のケーブルテレビ、24時間のセキュリティ体制の完備、ウェルネスセンターなどで非医療サービスを提供している。さらに近隣の病院、教会、ショッピングセンター、ボウリング場やスポーツ公園など、ひとつの町としての機能が整えられている。

考え方は、active adult livingというもので、「新しい人生を求めて」というコンセプト

2 「サンシティ」とは、民間ディベロッパーが開発しているシニアタウンのこと。

(写真1) サンシティ・アンセム外観



(写真2) サンシティ・アンセム内のビリヤード場



(写真3) サンシティ・アンセム内の図書館



トである。住民は管理組合を作り自主管理している。また、フルタイムではないにせよ働いている人も多く、ラスベガスなどへ働きに行っている人も多いという。

南ネバダ州退役軍人病院

当初VA (Veterans Affairs) のクリニックしかなかったが2012年10月にあたらしくVA病院が建設された。1995年以来、VA病院の新建築はなかったので画期的なことである。急性期病床が90床、亜急性病床が120床、その他リハビリテーションや、緩和ケア、慢性透析24床、精神科のクリニックを持つ。今後米国では、この南ネバダのVA病院をモデルとしてフロリダ、ニューオーリンズなどの退役軍人が多いエリアに病院を作っていくという。「財政の崖」も、なんのそのという感じである。

VA病院はサンシティ近隣の病院のひとつであるが退役軍人対象の病院である。サンシティにも退役軍人は多い。米国では1970年に徴兵制はなくなったが、現在でも男子は登録制度が残っている。現役の軍人は軍の病院が管轄なので、この病院では診察しない。したがって、退役軍人で一定の要件を満たした人と、軍隊でのけがや病気が原因の疾病に罹患している人が対象で、収入が少ない場合には家族として妻や子供の受診も可能である。すべて無料であるが、従来では収入が高い退役軍人は民間の病院に行っていた。サービス向上による患者満足度向上でそのあたりも変化させたいという。

2011年には全人口が3億1,000万人の米国において2,180万人(全人口の13%)が退役

(写真4) VA病院



軍人である。この南ネバダには17万人が滞在しており、その人たちが対象である。

VAの重点領域として精神科がある。戦争という強烈な体験によるPTSD (Post-traumatic Stress Disorder) が多いためであるが、戦争体験でなくても、軍隊という厳しい環境にいることで、鬱^{うつ}になったりする場合も多いという。陸軍では、戦死者より自殺者が多いという統計もあるようである。これは「常にリスクにさらされている」という緊張感が大きな原因であるという。

なお、VAの病院では医療訴訟はほかの病院よりは少ないであろうということであった。

産業衛生の充実

国民皆保険制度のような普遍的な制度がなかったり、金銭の支払い能力を重視した保険制度になっているからこそ、従業員が企業に補助を期待する部分が大いわけである。

米国では2002年にはデンゼル・ワシントン主演で「ジョンQ - 最後の決断」という映画がヒットした。ここで主人公のジョンQ (デンゼル・ワシントン) は、自分の医療保険が、雇用主の都合でランクを落とされてしまった

ので、心臓移植を子供に受けさせることができなくなってしまう。そして、自分の子供に心臓移植を受けさせたいがために、病院をハイジャックするという映画である。日本でも保険目当ての就職者もいるかもしれないが、米国では医療保険のどのタイプに加入しているのかはまさに命がけの決断なのである。

そのために、給与以外のメリットとして医療保険の充実が重要なテーマであった。米国は公的な医療保険が65歳以上の高齢者や一部の障がい者向けのメディケアや、低所得者向けのメディケイドなど一部に限られる。したがって、働いている人は企業が用意する保険プランに入ることが一般的である。ただ、民間団体カイザー・ファミリー財団によると、福利厚生の一環で何らかの医療費の補助を実施している企業は全体の60%にとどまる。図に米国の保険者事情を示す(図4)。このうち、employer sponsoredというのが今回話題にしている企業経由の保険加入になる。

第二次大戦の影響でどの企業も人手不足となった際、医療保険などの給与外福利厚生の提供が求人対策の中心となった。その代表的な企業が1908年設立のゼネラル・モーターズ(GM)など創業から歴史の長いビッグスリーである。GMでは企業と組合との労使交渉の際に、税金がかからない給与外の福利厚生の充実が賃上げに代わる取引材料として使われるようになった。そして、GMの医療保険は米企業の中で一番条件がよいと言われるまでになった。しかし、その結果はよくなかった。1995年には自動車1台で400ドルの医療保険コストがオンされるといわれるようになった。現役社員に加え、退職者向けの医療や

年金の負担が重い。GMは過去15年間で従業員の年金と退職者の医療費に約1,000億ドルを費やした。GMの医療費の2/3は退職者向けである。つまり、GMが苦しんだ原因は、退職者への給付が当初の想定を越えて膨らんでしまったことでもある。実際、2009年に経営が悪化したGMの経営再建問題に関連して、GMが200億ドルの支払い義務を負っていた退職者向けの医療保険の枠組みを大幅に変更することになったのである。

職域保健を充実させようとしている米国

このような歴史はあるが、病気になったから会社から放り出すというわけにもいかない。一方では、「フォーチュン500」のような収益を重視したランキングもあるが、Best Companies to Work For(働きやすい企業)、Best Places to Work in Industryといった従業員の働きやすさを重視したランキングもある。そのひとつが職域(企業)での従業員の福利厚生に対する考え方である。

米国では、民間企業が従業員用のプランを保険者と契約し、そこから従業員が選択する。この場合は団体契約なので、個別の契約より保険料が安いなどのメリットが大きい。しかしながら、すでに図1で示したように、対GDP比医療費は急増している。たとえばカイザー・ファミリー財団の3,100社調査によれば2006年の年間保険料は7.7%上昇したという。このような状況下で予防医療に注目が置かれるのはどこの国でも同じである。米国には制度化された産業医制度はないが、企業によっては企業内に診療所を置いたり日本

でいう産業医機能を置いたり、従業員の福利厚生に努めている。

最近、PPACAにおいて米国が予防医療・公衆衛生を軽視した医療システムとなっている点が問題視された。そこで、2014年1月から、従業員に医療保険を提供しない雇用主に対する罰金が決められた。従業員数が50人以上で、医療保険を従業員に提供しない雇用主には、罰金が課される。

PPACAでは新規の保険プランは全て、マンモグラフィによる乳がん検診や大腸の内視鏡検査など、特定の予防サービスについて、控除免責金額や患者自己負担など無しで、償還しなければならないとされた。しかし、生活習慣病に対する対策といった視点での健診が行われていないことが普通である。そのために、産業保健から予防・プライマリケアへのアプローチという動きがみられる。企業内で気軽に受診できるOn-Site Healthcareの概念である。さらには、リテールクリニックをうまく使おうという動きがある。

リテールクリニックとは

リテールクリニックとは、医師ではなくNPやPAと呼ばれる上級看護師が、限定された軽疾患の患者に対し、事前予約なしで診断・治療・投薬を行う外来診療機関である。これらは、薬局やスーパーマーケット、ショッピングモールの中に開設されており、患者の生活圏内で利便性の高い立地である上に、夜間や週末診療を行っているケースが多く、地域によっては、プライマリケア医不足の解消や救急外来における医療費削減の切り札として期待されている。また、一般的な病院や診療

(写真5) ミニッツクリニック (リテールクリニックの例)



所に比べて安価である上、個々の診療項目が固定料金で明示されていることから、患者が気軽に立ち寄れる外来診療機関として患者視点を重視した医療サービスとなっている。

リテールクリニックで診療を行う代表的な対象疾患は、州の規制により多少の違いはあるが、熱・咳・のどの痛み・鼻づまりなどの風邪症状やアレルギー症状、血液検査を含む健康診断、発疹や日焼けなどの皮膚症状に加えインフルエンザなどの予防接種等が挙げられる。一方で、重篤な急性疾患はもちろんのこと、慢性疾患に関しても基本的に治療・投薬は行わず、実施するのはコレステロールや血糖値等の検査のみとなっている。

診療費は、一般的な診療所 (Physician office) や救急医療クリニック (Urgent Care Clinic) と比較して、平均して32~35%安いという結果が報告されている。また最近では、民間医療保険に加えて、公的医療保険メディケアの保険求償の対象となるケースも出てきており、患者にとってますます身近な医療サービスになりつつある。

企業中心のコスト管理へ

企業主体による産業保健は、まさに日本で健保組合や企業の産業医が行っていることである。またこういったサービスを請負やアウトソーシングするというビジネスが起きているのも日本に近いものがある。

さらに、面白い動向としては、メディカルツーリズムがある。通常メディカルツーリズムは医療サービスの受診・受療を行う目的で他国を訪問し、併せて国内観光を行うこととして定義される(観光庁)。この場合には、「健診」「治療」「美容・健康増進」の3つの医療サービス分野を対象とする。しかし、日本に限らず観光と医療の混合を好まない国も多く、治療を求めて国を越えるメディカルトラベルといった表現をする国もある。以降、本論文ではメディカルトラベルの方が文意に近いので使用する。観光を伴うか否かに拘らず、日常の行動範囲を越えた地で国境を越えた医療サービスを受けるのがメディカルトラベルの定義であった。しかし、医療費が高額なためにメディカルトラベル患者の送り出し国の代表となっている米国で変化が起きている。国内でのメディカルトラベルが増加しているのである。つまり、保険者ではなく主に雇用主が従業員にかかる医療費を削減する目的でメディカルトラベルを実施しているので、こういった現象が、当初見られた国境を越えた移動ではなくとも起きているのである。

たとえば、Lowe's (ロウズ) やPepcico (ペプシコ) などの大企業が一括して州外の大病院 (Cleveland Clinic、Johns Hopkins Medical Instituteなど) に高額医療を依頼し、コスト

を削減できた成功例が出ている。心臓手術や骨頭置換などの手術がターゲットである。質の良い医療を受けることで、再入院も少なく予後が良いため、コストを削減できるというのである。メディカルトラベルが主に質は同じでコストが安い、保険者の視点のものであったのに対し、費用はそれなりに高額であっても従業員の満足や質が高ければ長期の医療費の節減につながる、という視点に変わってきたということである。ただし質が良くなったために、Cleveland Clinicと契約しているLowe'sの場合には心血管や整形外科の手術において20~40%の費用が削減できたという。なお、この場合には、企業は保険者を介さずに直接病院と契約することになる。

まとめ

米国医療視察はほぼ毎年続けているが、最近の変化は激しい。特に、名称はともかくとしても日本でいう地域医療連携 (Community-based Care Transitions Program) の概念が強く打ち出されてきたことは、本論文でも随所に感じられたと思われる。日本でも地域医療連携が叫ばれるようになった数年前に米国を調査したときに、米国において地域医療連携の概念はほぼ感じられなかった。アクセスあるいは平等な医療提供を重視する民主党への政権交代の影響も大きくあると思われるが、やはり疾病構造の変化の影響が大きいと思われる。慢性疾患への対応は米国医療でも以前から重視されているが、2年前の視察から再入院に対して問題視されるようになっていたことを感じていた。人口の高齢化によって、疾病が単純な急性期医療のみでは対応で

きなくなってきた。この動きは米国でも同様であり、実はここで紹介した動きの背景にはすべて高齢化した患者があるといってもいい。患者が高齢化しているので、合併症（DPCで言う併発症）も多く免疫力も低く再入院が増えるということである。

さらに、メディケアが中心になって改革を行っている点にも注意を払うべきであろう。もっと言えば、今回紹介した（退役軍人のみを対象にする）VAといった政府病院も同じである。これは国の管轄であるから保険者や医療提供者にも指示がしやすいという側面と、2030年にはメディケアの受給者が2倍になるという高齢者医療に対する対策という2つの側面があるのではないか。

つまり、筆者が『入門医療政策 誰が決めるか、何を指すのか』で分類した治療モデルの代表である米国であっても高齢者医療に対しては公衆衛生あるいはケアモデルの側面を取り入れざる負えなくなっていることを示す。その点では日本が高齢化先進国でもあり地域医療連携の先進国であることを再認識すべきであろう。

(参考文献)

- ・加藤貴子（2009）「アメリカにおけるコンビニエント・ケア・クリニックの動向」『治療』91（5），pp.1598-1602，南山堂。
- ・渋谷博史、中浜隆（2006）「アメリカの年金と医療」日本経済評論社。
- ・真野俊樹（2012）『入門医療政策 誰が決めるか、何を指すのか』中公新書。
- ・Healthcare Solutions Centers, LLC, <http://www.hcsonsite.com/> 2013/1/10.
- ・NCQA, <http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/PatientCenteredMedicalHomePCMH.aspx> 2013/01/10
- ・Partnership for Solutions（2002）“Physician Concerns:

- Caring for People with Chronic Conditions”, <http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/physicianccern.pdf> 2013/1/10.
- ・森山美知子『米国ディジーズマネジメントの最新動向』, http://www.jshss.org/news/pdf/ST004/ST004-2_presentation.pdf 2013/1/10.
- ・MinuteClinic, <http://www.minuteclinic.com/en/USA/> 2013/1/10.
- ・Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. JAMA. 1997;278:1687-1692.
- ・後藤愛・久司敏史(2011)「米国の企業における健康増進・疾病予防に関する取り組みの動向—ディジーズ・マネジメント、ウェルネスプログラムを中心として」『損保ジャパン総研クォーターリー』57, pp.20-36, <http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt57-2.pdf> 2013/1/10参照。
- ・米国疾病管理協会 <http://www.dmaa.org/> 2013/1/10参照。
- ・Soeren Mattke, Michael Seid and Sai Ma, “Evidence for the Effect of Disease Management: Is \$1 Billion a Year a Good Investment?”, American Journal of Managed Care 2007 Dec. 13 (12) 670-676.
- ・<http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/fpm/preprint/reform.html>2013/1/10参照。
- ・http://www.jetro.go.jp/jfile/report/07000743/us_healthcare.pdf2013/1/10参照。
- ・<http://www.innovations.cms.gov/initiatives/bundled-payments/index.html>2013/1/10参照。
- ・<http://www.pillsburylaw.com/siteFiles/Publications/2C9547A6BFCBB37D8366EA2272190123.pdf>2013/1/10参照。
- ・<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html> 2013/1/10参照。