

米国の医療保険制度改革と州レベルの対応 (オレゴン州の取組み事例) について

多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 教授
一般社団法人 JA共済総合研究所 客員研究員

まのとしき
真野俊樹

アブストラクト

日本では急速な高齢化の進展に伴い医療費は増加の一途を辿り、地域包括ケアをはじめ効率的で質の高い医療提供体制の整備が喫緊の課題となっているが、実はこれは米国にも共通する課題である。通称「オバマケア」と呼ばれる、2010年にオバマ大統領が署名して発効した医療保険制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act）にもとづく一連の改革の狙いもそこにある。

この改革によって、ICTを使った医療の質の向上と効率化が強調され、各医療機関において取組みがなされている。また、同じく大きなテーマであるメディケア改革については、人頭払いで医療の質を管理する仕組み「ACO（Accountable Care Organization）」の導入を含め、様々な改革がなされている。本稿ではあらためて米国の医療保険制度改革について概観するとともに、この改革を受けて州レベルでの対応が実際にどうなっているのか、オレゴン州の取組み事例をもとに情勢報告を行う。

(キーワード) 米国医療保険制度改革法 ICT 医療提供体制 ACO メディケア/メディケイド CCO

目次

1. オバマケアによる医療提供者への影響
2. 出来高払いから人頭払いへ
3. 米国での電子カルテの導入状況
4. 米国の保険償還制度
5. メディケアの変化
6. ACOとは
7. メディカルホーム
8. オレゴン州の取組み事例：CCO、ICTの導入等
 - (1) CCO とは
 - (2) 保険者：ファミリーケア
 - (3) 医療提供者（病院）：レガシーヘルスケア
 - (4) 医療提供者（CCRC）：MARY'S WOODS
 - (5) ICT導入：クリーブランドクリニック
 - (6) 高齢者向け包括ケア（PACE）：ONLOK
9. まとめ

1. オバマケアによる医療提供者への影響

米国の一人あたり医療費は図1のように増加中である。通称「オバマケア」は、2010年にオバマ大統領が署名して発効した、医療保険制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act）に基づく一連の改革である。とかく皆保険を目指している、民間保険（会社）を活用している、成功か失敗かといった話題が先行するが、医療機関はこの法の施行により、達成目標（The Triple Aim）が、Better Care、Better Health、Lower Costsと決められ医療提供が量から質への変化を強いられている^{[1][2]}。

ポイントは国民のヘルスケアへのアクセスを提供者の改革とともに実行することであり、予防の重視である。また、民主党らしく政府の役割を強調している。

具体的にいえば出来高払い（FFS：fee for service）が中心であったところに、人頭払

い（capitation）が取り入れられてきている。2011年には、メディケア・メディケイドを運営するCMS（Center for Medicare and Medicaid Services）内にメディケア・メディケイド・イノベーションセンター（CMMI）を新設し、提供したサービスの「量」ではなく医療の「質」に基づいて診療報酬を提供する改革が行われている。

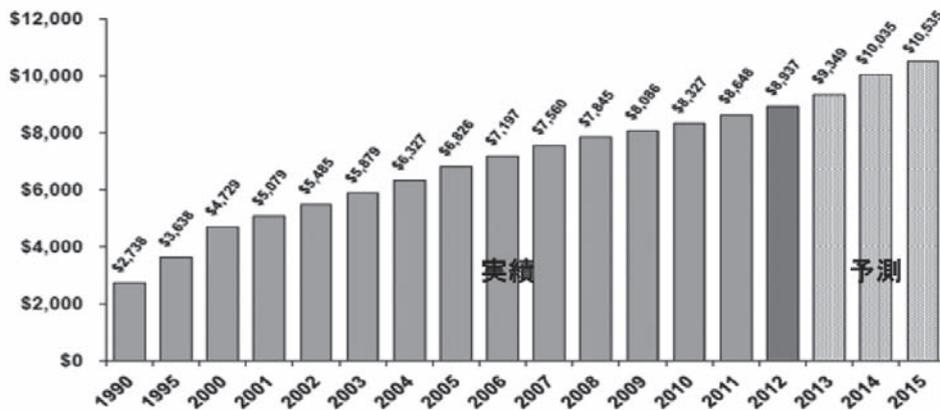
もちろん政府の管轄である、メディケイドを中心に保険制度も改革され、メディケアの枠の拡大、既往症を理由に保険加入を拒否できない、病気を理由に契約を解除できない、生涯受け取れる保険金の上限撤廃、保険料の決め方の制限、などが決められ、医療提供者から見ると費用に合わない患者が多くなった。

なお、保険会社が最低限カバーしなければいけない医療内容・サービスとして、以下の10項目が決められた。

- 外来（通院など）
- 救急

図1 1人あたりの医療費の推移

2010年の医療費は2.7兆円（GDPの17%）
一人あたりではこの10年で70%増加した。



Source : Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary

出所 : Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI)", Healthcare Payment Reform; The Road Ahead"

- 入院（手術など）
- 妊婦・新生児の看護（出産前後の看護）
- 問題行動の治療を含む精神科、薬物使用障害の医療（カウンセリングや心理療法を含む）
- 処方せん医薬品
- リハビリおよびリハビリ用器具（怪我、障がい、慢性症状の回復や精神的、身体的機能の回復のための医療および器具）
- 臨床検査
- 予防、健康推進サービス、慢性病対策
- 小児科

高齢化に備え、プライマリケアや予防医療の充実も行われている。この方向へのインセンティブとして期待されているのが本論文の主題のひとつであるACO（Accountable Care Organizations）という考え方である。

さらに、大学病院や大きなIHN(Integrated Healthcare Network)が、旧来は契約関係にあった医師を雇用してプライマリケアを提供し始めている。たとえば、クリーブランドクリニックが薬局チェーンのCVSとパートナーシップを結び、コンビニエント・ケア・クリニック¹として協力している。

ICT（Information and Communication Technology）については、オバマ大統領は2009年に「HITECH法」（The Healthcare Information Technology for Economic and Clinical Health Act）を成立させ、全国規模の医療情報技術ITインフラの構築に多額の予算を確保し、EMR（Electronic Medical

Records）やEHR（Electronic Health Records）の導入に経済的インセンティブを設けた。これは、EMRやEHRを導入した医療機関・クリニックに対して、総額250億ドルの支援を行う制度でその結果、図2、3に示すように、医師、病院ともに電子カルテの導入率が増えている。

ちなみに病院ランキングで名高いUSニュースでは「Most Connected Hospitals 2015-16」というランキングを発表しており、後述するクリーブランドクリニックも選ばれている。

2. 出来高払いから人頭払いへ

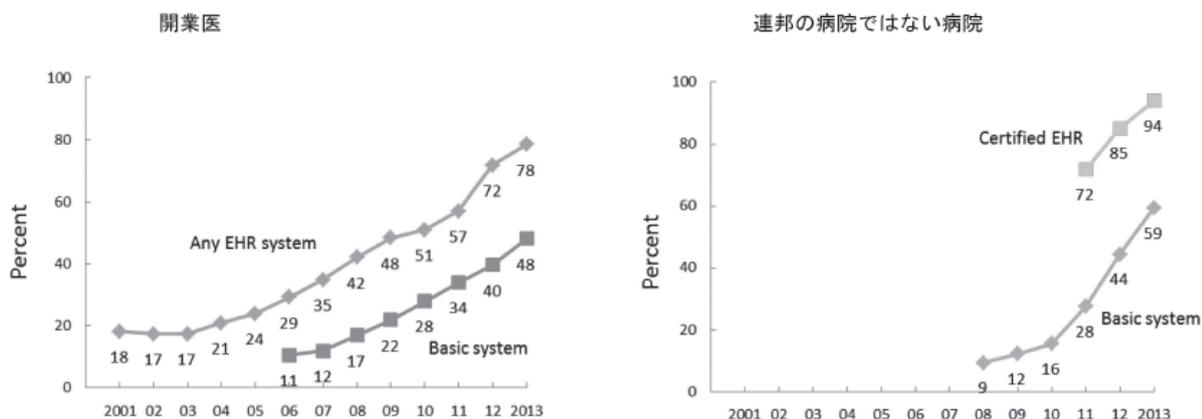
最近、米国の医療機関を訪問した際に口をそろえて主張されるのが、量から質への変換、支払い方式の側からいけば出来高払いから人頭払いへの変更である。

旧来の人頭払いでは医療の質が問題になった。すなわち経済的な阻害要因に基づく過小医療の問題である。古くは英国にてそれが指摘され、最近の英国ではP4P（pay for performance）として、アウトカム指標により経済的なインセンティブを付けるようになったことは記憶に新しい。もうひとつは、支払い側にとってもデータの入手が容易になったことで、他の医療機関との比較、全米のベンチマークとの比較を行うことで、過小医療は容易に発見できるようになった。

米国に端を発するDRG／PPSによる支払いもある意味では包括払いになるが、近年の

1 医療機関へのアクセスが悪い米国で、日常的に大勢の買い物客を集める量販店（たとえばスーパーマーケットやドラッグストア）に併設された小さな外来クリニックで、予約なしで簡単な診療や薬の処方、予防接種などが受けられる。通常医師は常駐しない。コンビニエント・ケア・クリニックともいう。詳細は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 http://mitsui.mgssi.com/issues/report/r0905h_kato.pdf

図2 開業医と連邦の病院ではない病院の電子カルテ普及状況

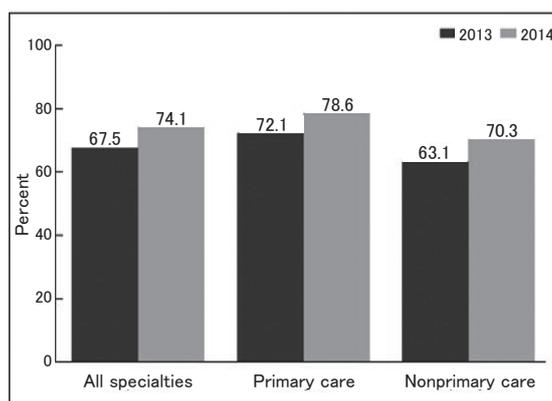


SOURCE: CDC/NCHS, National Ambulatory Medical Care Survey and National Ambulatory Medical Care Survey. Electronic Health Records Survey.

SOURCE: ONC/ American Hospital Association (AHA), AHA Annual Survey Information Technology Supplement.

https://www.healthit.gov/sites/default/files/rtc_adoption_and_exchange9302014.pdf

図3 専門医、プライマリケア医ごとの電子カルテ普及率



SOURCE: CDC/NCHS, National Electronic Health Records Survey 2013–2014.

米国では、これを拡張したバンドルペイメント (bundle payment)²ではその期間を、退院時から退院後30日、60日、または90日に延長という考え方である。方向はより包括的な支払い方式に向いている。その中の目玉といえるべきものが、ACOとなる。

3. 米国での電子カルテの導入状況

さて、ACOはIT化するにわち電子カルテの導入による医療行為の見える化を必須とする。そこで、ACOの話題に入る前にオバマケアにおける米国での電子カルテの導入政策について記載しておきたい。

従来、米国の電子カルテ市場は、企業や病

2 ヨーロッパでも似た考えは導入されつつある。

院によって分断化されているとされてきた。日本もそうであるが、スウェーデンやデンマーク、英国のように国が医療提供の役割も担っている国の方が導入が進みやすいと考えられていたのである。事実、日本の富士通やNECのような総合電機企業が電子カルテ市場に参入しているわけではなく、Serner社やEpic社といった電子カルテ専門メーカーが中心であった。

その米国に大きな変化をおこしたのがオバマケアである。ICTについては2009年に成立した米国再生再投資法（ARRA）の中にHITECH法を成立させた。この法律では、総計190億ドルの予算のもとで、電子カルテのみならず医療分野のICTの導入促進を下記の3つのステップ（要件）で進めようとしている^{〔3〕}。

簡単にいえば、①2011年から12年にかけてのEMRの導入、②2014年から患者情報としてデータを患者と共有、③2016年からのかかりつけ医も含めたデータの共有化が要件になる。

要件を満たした場合には開業医師で4－6万ドル、医療機関の場合には200－630万ドルの補助金が得られる^{〔4〕}。一方で、要件を満たさない場合には罰則がある。

その結果は、下記のとおりである^{〔5〕}。

- ・ 2013年に67.5%であった開業医師のEMR導入率は74.1%に上昇
- ・ 2014年には32.5%の開業医師が病院と情報を共有

なお、病院での電子カルテ導入率は、2011年では57%である。

ちなみに、「平成26年（2014）医療施設（静

態・動態）調査・病院報告の概況」によれば日本における平成27年度の電子カルテ導入率（予定を含む）は一般病院（7,426病院）が41.4%で、ベッド数が大きくなるほど導入率は高くなる。また、日本の一般診療所数（全体）100,461診療所の全国平均は36.2%となっている。このうち、一般診療所数（無床）92,106診療所の全国平均は36.8%と、導入率は米国と比べると低い。

4. 米国の保険償還制度

ここで簡単に、米国医療保険の償還制度を患者の立場で紹介しておこう。個人の選択は重視されているが、きわめて煩雑なことになっている。

まず、患者が医師に相談に行くと保険加入の有無、あるいは種類がまず聞かれる点である。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。入院すればこれらはその病院で行われるが、外来では別の場所になることが普通である。請求書も、これら何か所かから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。医師や病院が保険会社に請求書を発行すると、そのあとに、米国流の交渉がはじまる。医師や病院が示した請求金額がそのまま認められることはまずない（表1）。交渉の末、いくらか減額された金額が保険会社から支払われることになる。これは政府の保険であるメディケアでも同じか、あるいはそれ以上に厳しいといってもよいかもしれない。

表1 冠動脈ステント挿入時における無保険者と公的保険の医療費の違い

AHA統計（2010年）によれば、全コミュニティ病院の総収入（Total Gross Revenue）；2.1兆ドルから未収控除分（Deduction from Revenue）；1.4兆ドルを差し引いた純収入（Net Patient Revenue）；0.7兆ドルが病院の実収入額である。

この乖離は、慈善医療に加え、下表例にあるとおり、総収入には病院の提示価格を計上、実収入はメディケアで1/2、メディケイドでは1/5に過ぎないことに因る。

	医療機関の提示価格（チャージ）	バージニア州のメディケイドを利用した場合		メディケアを利用した場合	
		メディケイドからの支払額	患者の自己負担額	メディケアからの支払額	患者の自己負担額
救急車利用費	\$ 1,000	\$ 165	\$ 0	\$ 247	\$ 62
病院の利用費	\$ 29,500	\$ 6,000	\$ 100	\$ 15,000	\$ 876
循環器内科医の技術料・手技料	\$ 6,800	\$ 1,000	\$ 0	\$ 875	\$ 218
合計	\$ 37,300	\$ 7,165	\$ 100	\$ 16,122	\$ 1,166

出所：河野圭子著「病院の外側からみたアメリカの医療システム」（新興医学出版社）p302。

原著：Anatomy of a hospital the WallStreet Journal 2004年9月21日号より引用

さらに面倒なのは、この減額され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、安価な保険で上限が定められている場合などでは、その分が医師や病院からの請求書に上乘せされてくることがあるので、患者側は余分に支払わなければならない場合も出てくる。

5. メディケアの変化

オバマケアによって、65歳以上の高齢者を主な対象とする、政府が管轄するメディケアも大きな変化を遂げた。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「国民皆保険制度」はなく、多くの人々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。なぜだろうか。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歳以上の者と障害者に向けた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か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。メディケアは連邦政府が保険者であり、加入者は4,700万人ほど、(米国)保健福祉省(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。2014年の加入者は5,380万人(うち65歳以上4,490万人)である。

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 (doctor fee) と医療機関に対する支払い (hospital fee) が分離されているため、主として病院外来等の担当医師への報酬部分の支払いと、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 A、Bの加入を前提にPart Dが追加され、薬剤費用の償還が決まった。

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 / PPSを導入している。さらにPart Cとして、メディケアにプラスして民間保険に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。

また、高齢者で収入が少ない場合には、メディケアを基本としつつ、メディケイドに追加加入できる。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。

このように米国においても提供量、金額ともに大きな割合を占めるメディケアである

が、今回の改革では大きな医療費削減の動きに出た。

ハワイ州のデータ (Kuwakini病院での説明資料、2016年1月) によると、メディケアでは全米平均で82%、最低は55%で (ハワイ州では87%の償還)、メディケイドの場合には全米平均で82%である。言い換えれば、償還率がいい民間保険の患者を診ないと病院としては赤字になってしまうという状態である。さらに、30日以内の再入院に対してのペナルティや入院中の合併症治療費用が支払われなくなったこと、監査の強化、「財政の崖」³での償還費用2%カットなどで、メディケアの患者は、病院経営にとってはメディケイドの患者よりも厳しく、患者を診れば見るほど病院経営が苦しくなるという状況ともいえる。

6. ACOとは

ACOとは、メディケアの患者に地域の病院と開業医・専門医が一つの診療母体を形成し、一つの診療母体が数千人規模の患者を担当し、外来初診から入院、退院後のフォローアップまで継続的にケアを提供する概念である。これだけだと、オバマケアの提供体制の目玉である、後述するThe patient-centered medical home (PCMH) と似ている部分があるが、ACOは支払いの視点が大きい。

ACOは、複数の医療機関や医師などによる民間の医療統合組織で、アウトカム重視の健康戦略に基づき、地域住民に対する治療や疾病予防に取り組む。オバマケアにおいて

3 財政の崖 (フィスカルクリフ) とは、前大統領ブッシュ政権下で導入された大型減税策が2012年末で期限切れとなること、2013年1月から大規模財政赤字削減が強制発動される (国防費を中心に10年間で最大1兆2,000億ドル) ことを受けて、2013年以降、米国が直面する経済の下振れリスクを“米国経済が崖の上に立っている”と喩えたもの。「財政の崖」回避に向けた法案が成立し、危機は回避された。

は、メディケア（65歳以上の高齢者向けの公的医療保障制度）の被保険者に対するかかりつけ医機能などを提供する役割を担う。

診療母体は電子カルテなども共有し、医療の質を高めるために、さまざまな指標を通じて医療の質を管理し、質の向上に努める。5,000人以上の登録があり、これらの必要条件を揃えるとACOに認定され、特別な保険支払いプログラムが適用される。この支払いプログラムでは担当する患者数などを基にRBRVSやDRGで計算される「予想されるコスト」が前払いされる。そして「ACOの実際のコスト」の差額の何割か、つまり抑えたコスト分（Shared Savings）からACO管理コストが引かれ、残りを半々などの割合で、その診療母体（のグループ）にインセンティブとして払い戻される。また医療の質に関しても指標の達成度に応じて評価される。「質の管理指標」を満たすことが条件である。指標は治療、医療協力体制と患者安全、予防、リスクのある特別疾患、の4分野33項目からなる。

ACOは、2012年から32組織でデモンストレーションが行われた。その後、恒久モデルとしてMSSP（Medicare Shared Savings Program）が実行され、徐々に出来高払いから人頭払いに完全移行していく予定である。

ACOの第一の目的は、地域の患者・住民のケアについて医療機関・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げることである。医療の質の向上とコストの削減に成功した病院は、メディケアの運営主体であるCMSから、コスト削減により生まれた利益の一部

の還元を受けられる。ACOの概念が出てきた背景には、2003年から米国で行われた従来の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年に提唱された。そもそも、同教授が1973年頃から始めた、全米を対象とした研究において、提供される医療の質と医療費について地域ごとの差が大きいことが判明し、こういった差を明確にし、説明しようということで、accountable care（アカウンタブルケア）という名前になったのである。もう一つの問題は、米国においてはdoctor feeとhospital feeが分断されていることにある。それによって、医療の質を別々に測らねばならないことになっていた。ACOは人頭払いなのでこれも解決し、さらには医師と病院の距離を近づけようというものである。好都合なことに、医師自体もネットワークや医師グループを作るようになっていたので、ACOの取り組みに参加しやすくなっていた。

同教授によれば、ACOは（1）医療提供者主体のプライマリケアモデルで地域住民全体が対象である、（2）支払いが医療の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、といった取組みで定義される。

一方、CMSとしては、ACOを活用する主目的は、（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、の3点となる。なお、ACOは日本における介護に相当するlong term careを含まない概念である。

なお、2015年前半において、全米で744のACO組織があり、増加傾向にある。

7. メディカルホーム

ここで、The patient-centered medical home (PCMH) という概念についても、ACOと似た概念としてオバマケアの中で使われているので触れておきたい。

これは、米国小児科学会が1967年に提唱したもので、患者中心の医療 (Patient-Centered Medicine) を実践するかかりつけ医などを、患者にとっての医療の基地 (Medical Home) としてとらえる考え方である。

当初は子どもの診療記録を家に置いておこうというところから始まった。米国では転職などにより医療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り、それに伴い医療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。そこで、2008年から本格導入されたPCMHでは、患者の健康・診療情報を一元管理するかかりつけ医的な医療機関 (メディカルホーム) による、「常時アクセス可能で、継続性があり、包括的(全人的)で、患者やその家族が中心の、円滑な連携や適切なチーム医療による、思いやりにあふれた文化的で効果的なケア」の提供を目標としている。具体的には下記の5つが目標とされる。

- Comprehensive Care (包括的なケア)
- Patient-Centered Care (患者中心のケア)
- Coordinated Care (連携したケア)
- Accessible Services (アクセスがよいサ

ービス)

- Quality and Safety (安心と安全)

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もPCMHを推進する共同声明を出しており、継続的なプライマリケアの基本的な戦略として浸透しつつある。個人主義が強い米国では、患者が自ら医療・健康データを管理すべきというのが従来の考え方であり、さらに、急性期中心で病院医療が中心であったこれまでの歴史を振り返れば、いずれにせよ大きな方向転換だといえるだろう。

医療・健康情報を一元管理するメディカルホームというコンセプトにおいては、電子カルテが非常に重視されている。また、医療従事者と患者・家族との調整、医療・介護福祉施設間の連携、多職種からなるチーム医療の推進が鍵を握るこの概念においては、IT活用による情報共有化への積極的な取り組みが不可欠であることも当然である。

支払いについては、メディカルホームに登録した患者の人頭割で、患者重症度の補正は患者の現状からの将来の疾病負担の予測モデルにより行われる。その意味でメディカルホームは現在のACOにつながる考え方ともいえる。

8. オレゴン州の取り組み事例：CCO、ICTの導入等

アメリカのオレゴン州は、西海岸のワシントン州、カリフォルニア州と共にリベラルな州⁴で、保守的な中西部に対して「レッドウ

4 一部にメトロと呼ばれる、現代の先進国では珍しい直接民主制によって作られ、住民の直接的な投票によって、課税権までも保持するに至った世界でも珍しい先進的な地域政府がある。

ッド・カーテンの向こう側」と称される州である。

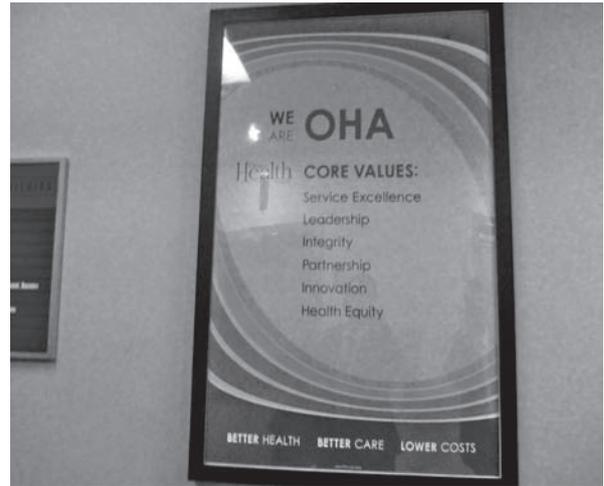
オレゴン州の低所得者用医療保険「オレゴン・ヘルス・プラン」の管理部局には、「Cost, Access, Quality. Pick any two (コストとアクセスと医療の質、このうち、2つまでなら選んでもよい)」という言葉が額に入れて飾られているという(李啓充「理念なき医療『改革』を憂える 第1回 日本の医療費は過剰か?」『週刊医学界新聞』第2469号 2002年1月14日)。すなわち、医療の指標には「コスト」「アクセス」「質」があり、そのうち二つまではどれでも選ぶことができるが、三つ全てを良いほうに満たすことはできないとされた。また、オレゴン州のメディケイドでは、薬剤や手術などにも優先リストが決められていた。

この仮説に猛然と挑み始めたのがオバマケアともいえるし、オレゴン州やOHA (Oregon Healthcare Authority) も同じである。

この州では、ACOとは異なる対応がなされている。つまり州の管轄になるメディケイドにおけるACOとでもいうべきCCO (Coordinated Care Organization) である。中所得層はACO、低所得層はCCOというすみわけと考えていいであろう。なお、以前にあった健康要件がなくなり、オバマケアによってメディケイドの患者が増加している。

(1) CCOとは

CCOとは、州法で規定されたコミュニティに立脚した組織で、2011年からの、患者参加を前提にし、様々な医療提供者を統合していこうという試みである。統合されるべきも



のには、従来の保険では別々に契約されていた身体系、歯科系、行動系(精神科)のケアがある。予算は包括制で、患者経験(満足)、資源の使用量、健康成果をもとにして透明性を図っている。

CCOの組織は2015年現在、オレゴン州に16施設ある。参加者は2015年9月15日において948,388人である。なお、連邦政府がメディケイド費用の約3分の2を支払っているということもあり、オレゴン州以外にもワシントン州などで同様の試みがなされている。

オレゴン州のCCOでは3つの目標として、費用の削減、質の向上、患者経験の向上が挙げられており、それぞれに目標が設定されている。

2011年からの効果としては、救命救急室への搬入が22%減少し、糖尿病患者数が26.9%減少、COPD(慢性閉塞肺疾患)患者数は60%減少した。また、発達障害のスクリーニングが21%から41%に増えた、などがある。電子カルテメーカーとしてはEpic社がシステムを提供している。支払いに対しては、ACOと同じ考え方になっている。

ちなみに、メディケアが主になるACOで

は、介護の問題は重要ではなかったが、介護の患者も多いメディケイドにおいては、介護の費用も重要な問題になっている。

(2) 保険者：ファミリーケア

上述したオレゴン州の中の16のCCO組織の一つで、内国歳入法第501条 c 項に基づく非営利組織である。ポートランドを担当している（なお、ポートランドエリアにはHealth Share of OregonというもうひとつのCCOがある）。13万人の患者を対象にし、予算は5億ドルで5年間オレゴン州と契約している。17の目標値がありそのうち13の目標値を達成すると州から1,300万ドルのインセンティブをもらうことができる契約になっている。

なお、オバマケアによってファミリーケアでの対象者は2倍に増えた。

ファミリーケアでは、医療提供者を所有していないので、約3,500人のプライマリケアの医師、ナースプラクティショナーなどと契約しており、被保険者とのコネクターの役割を果たしている。提供者とは具体的に言えば、診療所や認可されたヘルスセンター、行動科学センター（メンタルヘルスや中毒対応）、歯科、2つの病院（契約先の一つは後述するレガシーヘルスケアのシステム）である。

「PORTS」と呼ばれるチームを形成し、このチームがプライマリケア医やその担当する患者を担当し、情報を集約し患者からも医療提供者側からもワンストップで情報を提供し

ている。すなわち、従来の保険者では、歯科担当、身体科担当、精神科担当、苦情対応、支払対応など各部門が分断されていたが、それが顧客の混乱を招くということで、すべてを患者あるいは医師単位で一元化したのである。PORTSは、保険で薬剤が償還されるかどうかといった薬剤系の情報サービスも行っている。

さらに西海岸にあるという特徴を生かし、文化的な特徴を持つ患者対応も専門的に行っている。具体的にはアジア人専門のPORTSを作っている。ここでは、Asian Health & Service Centerと共同でアジア人用の疾病管理のプログラムを提供している。

(3) 医療提供者（病院）：レガシーヘルスケア

オレゴン州にあるレガシーヘルスケアは、1875年、今回訪問したGood Samaritan Hospitalができたところから始まる。現在は5つの病院グループで、あわせて998の稼働ベッド（認可ベッドは1,013）、医師は50ほどの診療所に400人の雇用医師がいる⁵。プライマリケア医は1名の医師でおよそ5,000人の住民をカバーしている。電子カルテはEpic社で、あまり高額にならないように導入している。典型的な地域医療を担っている病院である。

オバマケアにのっとなって、医療提供の量から質への転換、予防へのフォーカスを行っている。そのために、ポピュレーションヘルスにフォーカスし、医師からの統合データを分析する。上述したメディカルホームを実践し

5 以前と異なり、最近の米国では医師を雇用して系列のクリニックで働かせる場合が増えてきている。レガシーヘルスの経営陣によれば、これはコストの問題が第一で（電子カルテ、賠償保険料や人件費を含む）、次いでQOLを重視する意識の変化によるという。



ており、[Empanelment]（リスト化する）というキーコンセプトがあるという。これは、患者がプライマリケア医を主治医として指定し、登録することで、病院側の視点では患者の登録名簿を持つことになる。レガシーヘルスケアでは、雇用しているプライマリケア医を使って、慢性疾患の管理や予防プログラムを行っている。つまり病院中心での地域医療である。

病院はジョイントコミッションの病院認証、10の疾病治療プログラムの認証を受けている。産婦人科治療が有名であり、年間1,200分娩（平均在院日数2日間で約120万円）を取り上げている。米国によくあるが、病院のとなりに医師が入居するクリニックがあり、14人の医師（その他多数の非常勤医師）が診療を行っており、1日に約120名の外来患者がいる。

（4）医療提供者（CCRC）：MARY'S WOODS

次に、オレゴン州におけるCCRCを紹介しておこう。ご存知のように米国においては、公的な介護保険はない。したがって、民間の介護保険に加入するか私費でまかなうことに



なるが、そうでない場合にはどうなるのか。メディケイドは医療保険なので、期間の限定はあるが介護のうち医療の部分がある程度カバーする。しかし通常は、メディケイドという州政府が行う低所得者用の社会保障からのカバーになってしまう。

CCRCはContinuing Care Retirement Community（継続介護付きリタイアメント・コミュニティ）のことで、1か所で健康な高齢者から要介護、要医療の患者まで継続的に生活できるコミュニティ（施設群）をいう。なお、対立概念としてラスベガス近郊のサンシティ（Sun City）のようなAARC（Active Adults Retirement Community）もある。サンシティでは、介護度が上がったたり病気がひどくなった場合には、近隣の病院に移ったり、施設を移動する場合もある。

CCRCにはインディペンデント・リビング（Independent Living）と呼ばれる自立健常者向けの住宅と、アシステッド・リビング（Assisted Living）と呼ばれる介助サービス付きの居住棟と、重度の要介護者が介護サービスを受けられるスキルド・ナーシング・ファシリティ（SNF：Skilled Nursing Facilities、



日本の介護施設に相当) が同一敷地内にある。大きなプールもある充実ぶりである。

経営上は、SNFが一番大変なので、AARCではこの部分がない。また、CCRCの経営破たんのケースでもSNFへの入居が増えすぎた場合が多いということで、SNFなしの場合もできてきているという（それをCCRCと呼ぶかは疑問だが）。

MARY'S WOODSは典型的なCCRCなので、475名の入居者のうち、100名ほどがアシステッド・リビングに、30名弱がSNFにいる。通常はインディペンデント・リビングに最初に入居し、そのままそこで生涯を終える場合もあるが、徐々にアシステッド・リビングやSNFに移行する人もいる。医師は常駐していないが看護師は24時間体制になる。

経営母体については、もともとはシスターが所有していた教会の土地であったが、CCRCとしては少数派であるが非営利組織として経営されている。居住者の平均年齢は82歳で、100歳以上の方もいる。従業員は非常勤を入れて320名で人件費率は63%という。このエリアにおいてはCCRC入居のニーズは高く200人が入居待ちということで拡張工事



を行っている。

利用料は、入居時に支払う一時金と月々の費用に分かれる。600平方フィート(55.7m²)のワンベッドのアパートタイプが、入居時193,900ドル/毎月2,071ドル(インディペンデント・リビングは2食分、その他は食事代込み)、ヴィラの場合は一番狭い1,356平方フィート(126m²)で入居時469,900ドル/毎月4,847ドル、もう1名追加の場合には入居時34,000ドル/毎月627ドルと高額である。ただし、入居時の一時金は死亡後に80%が返金される。アシステッド・リビングはレベルによって費用が変わり、ワンベッドで1日191ドルから316ドルになる。

プールやスパ、フィットネスなどの予防ケアも行われているほか、この施設ならではの特徴として、大学が併設されており、大学の授業を聴講することも可能となっている。ちなみに、CCRCは19エーカー(7.7ha)、大学を含めると75エーカー(30ha)という広大な敷地である。

いずれにせよ高額であり、庶民には縁遠く思われる(ただし、ここが飛びぬけて高額というわけではなく、平均的という)。オバマ

ケアにより医療については保険のカバーが広がったが、介護について公的なサポートがない米国において、そのカバーをどうするのかを改めて問われる時期が来るであろう。

(5) ICT導入：クリーブランドクリニック

本節で紹介するクリーブランドクリニックは、ICTの導入で有名である。ICTの導入あるいは拡大の基本になる考え方は、「価値＝質／費用」を医療提供者と医療消費者が求めた結果がICTという選択であり、そして下記の4つがその導入によってもたらされる、というものだ。

- Predictive (予想)
- Preventive (予防)
- Personalized (個別化)
- Participatory (参加型)

ICTの導入による消費者意識の主要な変化の一つとして、消費者が「すぐ見たい」「すぐしたい」といったことが増えてきた。これは、米国医療の問題であったアクセスの改善につながる重要な点である。すなわち、医療に対するアクセスは、「医師」に対するアクセスとは同義ではない。

さらにいえば、「engagement」という考え方も進んできている。この言葉は、「契約」「約束」といった意味だが、「かみ合い」といった意味もある（Weblio 英語辞書）。最近では、このニュアンスが強くなり、例えばwork engagementという単なる契約ではなく、「社員と企業との関係について、社員がどのくらい企業に対して愛情を持っているか」といった従業員の側の積極的な参加といった意味合いを持つ。

オバマケアにおいては、健康についてもこの考え方が頻繁に登場する。つまり、契約社会である米国では、国民に健康に対してコミット（契約）させようというわけである。これは、満足度という視点でもプラスになる。すなわち、選択や参加を主体的に行うことで、満足度が上がるのである。日本人の目あるいは客観的に見て、とても大変な状況ではないかと思われる米国民が医療に対してさほど不満ではないのは、この選択や参加による。つまり医療保険に加入しないのも選択だというわけである。

ICTはこの選択や参加、言い換えればengagementに強い親和性がある。また、価値のとらえ方という意味では、経済学の主観価値説でも説明できる。

さて、クリーブランドクリニックについてだが、同院は1921年に4名の医師によって設立されたオハイオ州の非営利病院である。設立の目的は

- Care for the sick (病気の人へのケア)
- Investigate their problems (彼らの持つ問題を調査する)



- Educate those who serve (ケアをしている患者に教育をする) ということである。

ICTを重視するオバマケアの模範的施設ということで、2009年にオバマ大統領が訪問し、“Cleveland Clinic has one of the best health information systems in the country (クリーブランドクリニックには、国内屈指の健康情報システムが備わっている)”と述べたという。

本院は1,400床でそのうち3分の1がICU、オペ室は外来手術室を入れて100室（うちハイブリッド7室）というものである。ライバルは、USニュースによるランキングのトップ5の常連であるメイヨークリニックやジョンズホプキンスであるが、敷地面積が圧倒的に広いので積極的に拡張できることが強みであるという。クリーブランドクリニック自体でも医学部を作り（32人と少人数ながら学費無料、そのためか医学部のトップスクールの一つになった）、また近郊に大学病院を構えるケースウエスタンリザーブ大学の医学部との提携関係を作るなど戦略的に動いている。そして、図4に示すような包括的な医療提供

図4



を目指している。

国内にもフロリダ、ラスベガス、海外にはトロント、アブダビなどに病院を展開している。特にアブダビについては、王族の治療経験が誘致につながったという。ちなみに、敷地内に高級ホテルのインターコンチネンタルがあり、海外や国内遠方からの患者が宿泊する。写真に示すように、入り口には世界各国の言葉で歓迎の辞が記載されている。2014年の外国人患者数は4,431人である。

ちなみに、本院の平均在院日数は6.4日で心臓（600床）、腎臓、がんなど完全なセンター制を敷いている。ヘルスケアシステム内



には、全従業員が42,800人、うち医師2,700人（レジデント、フェロー 1,757人）、は1年契約の給与制で、臨床のみならず、ポストによっては教育、研究も評価の対象になる。非営利病院らしく、理念を重視しており、メイヨークリニック同様、医師のリーダーシップを重視している。収入の構成では、メディケアが43%、メディケイドが10%（オバマケアによって増加）である。なお、人工知能（AI）であるIBM社のワトソンを外来ケアで試験的に導入、コンタクトセンター（コールセンター）ではすでに使用中という。

また上述した、コンビニエント・ケア・クリニックを病院の中にも設置している。日本的に言えば、患者の取り扱いになるということでありえない話だが、患者の選択（言い換えれば所得の制約によって希望する医師を受診できない層がある）を重視した発想であろう。

そして、コンビニエント・ケア・クリニックではナースプラクティショナーが医師の管

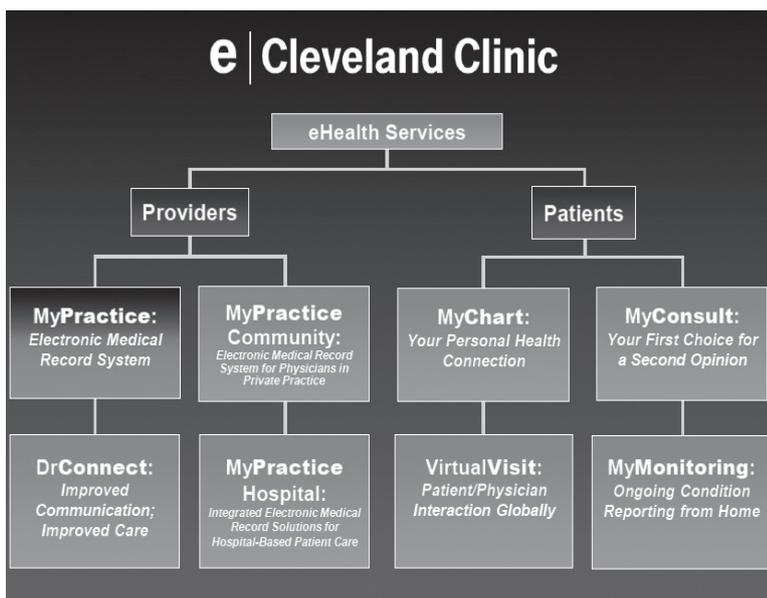
理下のもとで、簡単な診断や処方、予防注射などを行う。なお処方については併設されている薬局のOTC（Over The Counter Drug）を勧める場合も多い。

このようなある意味、病院の外来から見ればカニバリゼーションになってしまうようなコンビニエント・ケア・クリニックであるが、同病院の幹部に質問すると、病院は高度な医療を提供する場であるから全く関係がない、との返答であった。それでは通常の医師の診療には影響があるのではないか、との質問には明確に返答をしなかったのが印象的であった。

図5にクリーブランドクリニックのIT戦略の全貌が示されている。まず、「My Practice」と呼ばれる電子カルテである。これはEpic社の製品であるが、病院内のすべてと、近隣のプライマリケアのクリニックとも完全に連携している。プライマリケアのクリニックには2種類あって、クリーブランドクリニックに雇用されている医師と契約の医師であるが、契約の医師であっても「My Practice」の使用は義務化されている。690万人分のカルテが電子化されているという。

ついで「My Chart」である。これはiPhoneのアプリでもあり、診察の予定、検査結果、メッセージなどが伝達され、使用者は70万人にも及ぶ。ついで、「Dr. Connect」であるが、これは医師の紹介のフォーマットといってもいい。これにつながっている医師は、オハイオ州の3,124名を含む5,475名であ

図5



eCleveland Clinic MyConsult



る。同州以外にもかなりの数の医師が、患者を紹介したりして連携をとっていることがわかる。アメリカ国内でも遠方、海外の患者の場合には、フォローアップも必要になるので、このシステムの使用が必須になるという。

「My Consult」は、セカンドオピニオンのツールである。日本を含む104か国からの照会実績があるのだが、値段は500ドルくらいということでメールでのやり取りになる。

そして現在開発中なのが「My Monitoring」である。これはまさにwearable vital sensorであって、健康関連の生体情報をモニターしていく。こういった対応が疾病の予防につながり、医療費の減少ひいては2025年までに13万人不足（半分は家庭医、半分は専門医不足といわれる）するといわれている医師不足の問題を解決しようとしている^[6]。

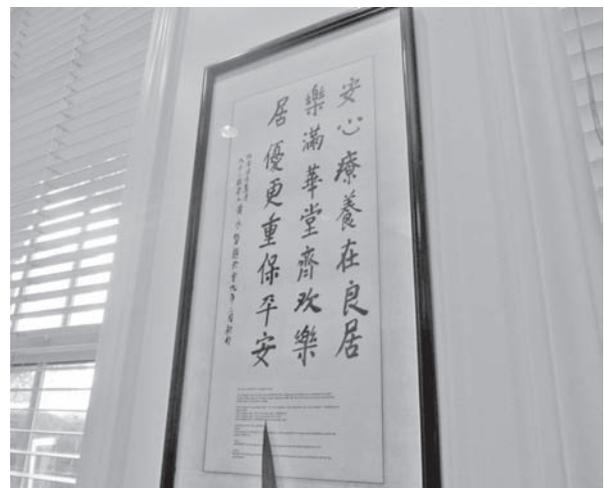
(6) 高齢者向け包括ケア (PACE) : ONLOK

上述してきたように、出来高払いから人頭払いへの流れがあるわけだが、低所得者への介護の領域ですでにこれを実践してきた組織がある。サンフランシスコの中国人グループ「オン・ロック」という組織は、1973年から

高齢者サービス・プログラム実施している。ONLOKとは安楽居という意味であり、PACE : Program of All-inclusive Care for the Elderly (高齢者のための包括的ケア・プログラム) という考え方の走りになったのがこの組織である。現在、1,400人の虚弱高齢者にこのプログラムが提供されている。またONLOKのサービス自体は非営利で、通所と在宅サービスであるが、3つの施設は株式会社で経営しているという。中国人用ということで下の写真のように中国語で理念が書かれている。

なお、ここをモデルとして始まったPACEのプログラムは全米32州で116の組織があり、35,000人の虚弱高齢者にサービスを提供しているという。

PACEとは、55歳以上の人を対象として、医療介護一体型の包括的ケアを人頭払いで提供するプログラムである。継続的な医療・介護を必要とするために在宅でのケアが困難で、施設や日本でいう療養型医療機関への入所・入院を要するメディケイド対応として認定されたような高齢者であっても、在宅で療養生活を続けられるようにする。現在ではメ





デイケアの対象者も一部含まれているが、全体の3分の1くらいでその数は少ない。ONLOKのサービスを提供できる地域に居住していて、このプログラムへの参加が本人または第三者の健康や安全を脅かさないことが参加資格となっている。

サービス内容としては、日本でいう医療サービスと介護サービス（非医療サービス）をともに提供している。具体的には、医療サービスとしては医師による医療、歯科、理学療法、作業療法、言語療法、血液検査やレントゲン、万が一の時の救急対応がある。また、非医療サービスとしては、デイケアセンター、レクレーションセラピー、給食、栄養相談・指導、搬送などがある。

サービス提供のかなめはIDT（Inter Disciplinary Team）といわれる10-15名くらいの看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、PT、OT、activity therapist等の専門職チームで、彼らの議論を踏まえ、必要なサービスがプログラムマネージャーによって6か月ごとに判定され、提供される。

デイケアセンターにはプライマリケア医が診断・治療にあたるプライマリケアクリニッ



クがあり、中国人用とそれ以外の人用の2か所でPT、OTによるリハビリも行われ、プールもある。中国らしく麻雀もできるようになっており、娯楽では一番人気だという。さらに専門的な医療が必要な場合には病院へ紹介する。医師か看護師がオンコールで24時間の医療対応をしており、デイケアセンターへの搬送や救急搬送（米国では救急搬送は有料）も行って、虚弱高齢者が可能な限り自宅で過ごせることを目標としている。患者は平均83才（62%がアジア人）で、軽度以上の認知障害者は62%、利用期間の平均は5.6年である。

ONLOKに参加することで、通常のメディケアの患者に比べ、再入院率や救急の受診数



が減り、医療経済的な効果も実証されている。

9. まとめ

日本ほどのハイペースではないが、高齢化の進む米国でも医療財政や医療人材の不足の問題を抱えている。そしてその解決策として、医療の効率化、治療から予防へといった日本と同様の対策が取られようとしている。ただ、米国ではIT化を伴う医療提供体制の大幅な改革、さらには効率化のための医療費の支払方式の大幅な見直しなど、いわば破壊的イノベーションとでもいうべき動きとなっているが、主にサービスの供給効率化の視点を持って看護師、具体的にはナースプラクティショナーや必ずしも看護師でなくてもよいフィジシャンアシスタントへの権限委譲、ICTの導入等が積極的に進められている。このあたりは、課題は共通でも日本とは事情がかなり異なるというよいのではなかろうか。

引用文献

1. <http://obamacarefacts.com/obamacare-website/>
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952545/>
3. <https://www.healthit.gov/providers-professionals/meaningful-use-definition-objectives>
4. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/Basics.html>
5. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db236.htm>
6. <http://www.gihepnews.com/news/news-from-theaga/single-article/looming-shortages-in-specialty-medicine/6152357264636d0096e6abae1e0cc5a2.html>

参考文献

- ・ <http://healthaffairs.org/blog/2013/02/19/continued-growth-of-public-and-private-accountable-care-organizations/>
- ・ Elliott S. Fisher, M.D., M.P.H., Julie P. Bynum, M.D., M.P.H., and Jonathan S. Skinner, Ph.D. Slowing the

Growth of Health Care Costs — Lessons from Regional Variation *N Engl J Med* 2009 ; 360 : 849–852 February 26, 2009

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0809794>

・ http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_04.htm#01

・ http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_04_01.pdf

・ <https://cco.health.oregon.gov/Pages/Home.aspx>

・ Thomas Bodenheimer, et.al. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med*, 2014 ; 166–171.

・ 堤未果著『沈みゆく大国アメリカ：逃げ切れ！日本の医療』集英社（集英社新書）2015.05

・ クレイトン・M・クリステンセン，ジェローム・H・グロスマン，ジェイソン・ホワン著，山本雄士，的場匡亮訳『医療イノベーションの本質：破壊的創造の処方箋』碩学舎（SGビジネス双書）2015.04

・ グレン・ハバード，ティム・ケイン著，久保恵美子訳『なぜ大国は衰退するのか：古代ローマから現代まで』日本経済新聞出版社2014.10

