

# 米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者 —ヘルスケア提供システムのイノベーションとしてのACOモデルへの期待—

## 目 次

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| I. 米国ヘルスケア改革のイノベーションとACOモデル       | IV. ヘルスケア改革法のACOモデルに至るまでの先行的取組  |
| II. 米国ヘルスケアシステムの特徴とACOモデルの背景      | V. 多様なACOモデルと成立条件・課題            |
| III. 連邦政府によるACOモデルの導入とイノベーションの促進策 | VI. 民間健康保険者のACOモデル導入と民間健康保険者の役割 |
|                                   | VII. ACOモデルの今後                  |

ファカルティフェロー 小林 篤

## 要 約

### I. 米国ヘルスケア改革のイノベーションとACOモデル

米国ヘルスケア改革では、イノベーションと呼ぶべき新しい取組がなされている。大きなイノベーションの取組としては、政府が開設運営する保険加入インターネットサイトで個人が健康保険に加入する仕組みを導入したことが挙げられる。もう一つが、ヘルスケアサービス提供者が連携し、健康保険者と協力して、高品質なヘルスケアサービスを提供し、かつ医療資源の効率的効果的利用を図り、ひいては医療費増加の増勢の低減を実現しようとする、ACOモデルである。

### II. 米国ヘルスケアシステムの特徴とACOモデルの背景

米国でイノバティブなACOモデルが導入展開される背景には、疾病パターンが慢性疾患へシフトしたため対処できない既存のシステムを改革する必要がある、また増加し続ける医療費への対処が必要であるという先進国共通の状況と、当事者が試行錯誤を伴う市場取引で多様なモデル創出に熱心に取り組み、公的部門がイノベーションを促進しているという米国独自の状況がある。

### III. 連邦政府によるACOモデルの導入とイノベーションの促進策

連邦政府は、高齢者向公的ヘルスケアサービス制度であるメディケアを運営している。メディケアは、米国全体のヘルスケアサービスの資金循環でも大きな存在となっており、その影響力は大きい。そのメディケアでACOモデルが実施されている。連邦政府は、これまでイノベーションを促進し、ACOモデルについても促進を図っている。

### IV. ヘルスケア改革法のACOモデルに至るまでの先行的取組

ACOモデルがヘルスケア改革法へ導入されたのは、先行的研究の提言と先行的取組の成果を評価した経緯がある。研究の提言も連邦議会も、医療費支出の増加を緩やかにすると同時にヘルスケアサービスの品質も向上させなければならないとの問題意識があった。その問題意識に応えたのが、ACOモデルであった。

### V. 多様なACOモデルと成立条件・課題

ACOモデルは多様にあるが、ACOモデルを類型化して成立条件と課題を検討すると、ケアコーディネーション(Care Coordination)、パフォーマンス評価指標を計測管理できるシステムの運用、マネジメント活動が成立条件であり、そのためにリーダーシップと財務的リスクに対するリスクマネジメントが必要である。

### VI. 民間健康保険者のACOモデル導入と民間健康保険者の役割

民間健康保険者も、連邦政府の取組に追随するように、ACOモデルを積極的に導入し展開を図っている。民間健康保険者がACOモデルへ関与し果たす役割は、システム投資への協力、保険リスクに関する専門性の提供および患者集団と医療サービス関係者を結びつけるファシリテーターである。特に、ACOが負担する財務的リスクは、保険者が扱ってきた保険リスクと同質であり、この面での寄与が可能である。

### VII. ACOモデルの今後

連邦政府によるACOモデルも、民間健康保険者によるACOモデルも始まったばかりで、その成果を判断する時期ではない。ACOモデルを実際に運用するには、ACOモデルの成立条件を満たし課題を解決していく必要があるが、それは難しい挑戦である。しかし、実務家は楽観的であり、今後のイノベーションへの期待は大きい。事業環境に柔軟性があり、試行錯誤の実践を重ねていけば、今後ACOモデルはまだ変化し進化すると予想できる。

## I. 米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと ACO モデル

### 1. 米国ヘルスケア改革におけるイノベーション

ヘルスケア<sup>1</sup>改革法 (Health Reform Act) は、2010 年に成立した米国のヘルスケア改革を定めた法律である。2010 年ヘルスケア改革法は、正式には、The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (多くの場合、ACA と略称される。本稿でも ACA と略記する。) である。ACA には、イノベーションと呼ぶべき新しい取組が導入されている。大きなイノベーションの取組としては、政府が開設運営する保険加入インターネットサイト“Exchange”で個人が健康保険に加入する仕組みを導入したことが挙げられる。もう一つが、ヘルスケアサービス提供者が連携し、健康保険者と協力して、高品質なヘルスケアサービスを提供し、かつ医療資源の効率的効果的利用を図り、ひいては医療費増加の増勢の低減を実現しようとする、ACO モデルである。ACO モデルの ACO とは、Accountable Care Organization (以下、ACO という) の略称である。

なお、本稿では、ヘルスケアという用語は、脚注 1 に示した米国での用法の意味に用いる。また、ヘルスケアのサービス提供者である、医師・看護師等の専門職、および病院等の医療施設・その他の施設を、ヘルスケアプロバイダーと称する。

### 2. ACO モデルの概要とイノベーション

#### (1) ACA における ACO モデルの導入

ACA は、メディケアに ACO モデルを導入することを規定している。メディケアは、65 歳以上の者および 65 歳未満の障害者を対象として、ヘルスケアサービスを提供する連邦政府のプログラムである。メディケアの担当部局は、連邦政府保健福祉省の Centers for Medicare & Medicaid Services (メディケア・メディケイド・サービスセンター、以下 CMS という) である。CMS のホームページでは、ACO について次のように説明している<sup>2</sup>。ACO は、医師、病院およびその他のヘルスケアプロバイダーが、自己の意思に基づいて組織化したグループである。ACO に参画したヘルスケアプロバイダーは、特に慢性疾患の患者が適時に適切なケアを受けられるように、協力協調して (coordinated) 高品質のヘルスケアを提供するとともに、不必要な重複するケアを避け医療過誤を防止することを目指す。もし ACO が目標どおりに高品質のヘルスケアを提供すると同時に、ヘルスケアに係るお金を賢く使うことができれば、費用節減が実現する。ACO は、その実現した費用節減に関して分配を受けることができる。

#### (2) ACO モデルの一般的理解

CMS の ACO に関する説明は、近年広く使われるようになった ACO モデルの考え方に沿っている。ACO モデルとは、一般的に次のように理解されている。主として慢性疾患を有する患者集団を対象にして、プライマリーケアに従事する医師、病院、その他のヘルスケアプロバイダーが任意に集まりネットワーク組織を形成し連携して、高品質かつ不必要な重複を避けた、ヘルスケアサービスを提供するモデ

<sup>1</sup> 米国において、「ヘルスケア」の意味は、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院等の医療施設において提供される幅広い医療サービスはもとより、さらに介護サービス (long-term care)、疾病予防・健康増進まで含まれている。

<sup>2</sup> CMS のホームページ Home > Medicare > Accountable Care Organizations (ACO) > Accountable Care Organizations (ACO)<visited Feb.27, 2015)

<<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html?redirect=/ACO>>

ルである。

プライマリーケアとは、一般的な病気に関する予防、健康増進 (wellness)、治療に渡る広範囲のヘルスケアサービスである。プライマリーケアを提供するヘルスケアプロバイダーは、医師、看護師、ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner, 診療看護師とも訳される) および医師の補助者などである。プライマリーケアを提供するヘルスケアプロバイダーは、しばしば患者と長期的な関係を維持し、健康全般に関わる問題について助言し治療処置をするともに、必要に応じて専門医と協力し協調する (coordinate) <sup>3</sup>。

もし、このモデルがうまく機能すれば、このモデルを採用しない場合と比較して医療資源が効率的効果的に使用されるので、ヘルスケアサービス費用の節減が期待できる。ヘルスケアサービスの目標品質と費用節減目標水準が実現した場合には、ACO は節減分を費用の支払者と共有する。ただし、ACO は患者および費用の支払者に対して透明性を確保して品質等の達成状況を説明する義務を負う。ACO の Accountable とする所以と考えられる。

### (3) ACO モデルとイノベーション

ヘルスケアシステムは、ヘルスケアサービスを提供する提供システムのサブシステム、およびヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払うファイナンスシステムのサブシステムの二つで構成されている。保険加入インターネットサイト “Exchange” は、情報通信技術の進展を取り入れ無保険者の保険加入を促進する、従来にない新しい取組であり、主としてファイナンスシステムのサブシステムに関わるものである。ACO モデルは、主としてヘルスケアサービスを提供する提供システムに関わるものである。米国では以前から、慢性疾患の増大に伴いヘルスケア提供モデルの改革が必要との問題意識が高まっていた。現行ヘルスケアサービス提供モデルは、ヘルスケアプロバイダーがバラバラに患者にヘルスケアサービスを提供するサイロ型モデルから、複数のヘルスケアプロバイダーおよびヘルスケア専門職が連携統合して患者にヘルスケアサービスを提供する統合型モデルへの移行が課題になっていた。他方、ヘルスケアプロバイダーへヘルスケアサービスの費用を償還する支払方法の改革も進められてきた。ヘルスケアプロバイダーのインセンティブを考慮して効果的にこの両者の改革の動きを結合する、従来にない新しいモデルが ACO モデルである<sup>4</sup>。また、カリフォルニア州においてカリフォルニア大学バークレー校が推進している、ACO モデル展開のプロジェクトである Berkeley Forum for Improving California’s Healthcare Delivery System の趣意書 “A NEW VISION FOR CALIFORNIA’S HEALTHCARE SYSTEM” <sup>5</sup>の副題は、Integrated Care with Aligned Financial Incentives である。これは、ヘルスケアサービスを提供する統合モデルと財務的インセンティブを適切に結びつけることが強く意識されており、従来は結びつけられていなかった二つのものを新たに結合することにより、これまでない成果を上げようという意図が伺える。

<sup>3</sup> CMS が運営するホームページ HealthCare.gov の glossary (visited Feb.27, 2015)

<<https://www.healthcare.gov/glossary/primary-care/>>

<sup>4</sup> Francis J. Crosson, “Medicare: The Place To Start Delivery System Reform”, Health Affairs, vol.28, January 2009, w232-w234.

<sup>5</sup> Berkeley Forum for Improving California’s Healthcare Delivery System, “A New Vision for California’s Healthcare System”, (visited Feb.27, 2015) <<http://berkeleyhealthcareforum.berkeley.edu/report/>>.

### 3. 本稿の構成と ACO モデルの取り上げ方

本稿では、ACO モデルの成立・状況を整理したのちに、ACO モデルと健康保険者の関係およびその役割を取り上げる。本稿の構成は、概ね以下のとおりである。

イノベーションと捉えられる取組である ACO モデルが導入され展開される背景には、米国ヘルスケアシステムの特徴がある。どの国のヘルスケアシステムも独自であり特徴を持っているが、本稿では ACO モデルを理解する上で重要と考える、米国の特徴を取り上げる（第Ⅱ章. 米国ヘルスケアシステムの特徴と ACO モデルの背景）。ACO モデルは ACA で重要な政策として位置づけられ、連邦政府が実施している。連邦政府が導入している ACO モデルを概観し、ACO モデルはイノベーション促進策の一つに位置づけられていることに着目する（第Ⅲ章. 連邦政府による ACO モデルの導入とイノベーションの促進策）。ACA の ACO モデルは、どのような狙いからヘルスケア改革法案に導入にされたか、導入を促進した先行的取組がどのようなものであったかを取り上げる（第Ⅳ章. ヘルスケア改革法の ACO モデルに至るまでの先行的取組）。続いて、ACO モデルの一般的な状況を、メカニズムと多様性の観点から概観する。まず、ACO が機能するにはどのようなメカニズムを実現しなければならないか、メカニズムを実現するための課題と組織能力を理解し、ACO モデルの多様性を踏まえてどのように類型化できるか、さらに類型別にみた ACO モデルの成立条件と実現するための課題を整理する（第Ⅴ章. 多様な ACO モデルと成立条件・課題）。ACO モデルは、連邦政府の取組に追随するように、民間健康保険者も積極的に導入展開を図っている。その状況を整理した上で、ヘルスケア提供システムに属する ACO モデルにおいて民間健康保険者がどのような役割を果たすかについて検討する（第Ⅵ章. 民間健康保険者の ACO モデル導入と民間健康保険者の役割）。ACO モデルはまだ生成途上にある。最後に今後の見通しを整理する（第Ⅶ章. ACO モデルの今後）。

なお、2015 年 1 月に米国において ACO モデルを導入している民間健康保険者、ACO モデルの導入を支援するコンサルタント、研究者などに聞き取り調査を行った。本稿では、この聞き取り調査の情報も使用している。

## Ⅱ. 米国ヘルスケアシステムの特徴と ACO モデルの背景

### 1. 疾病パターンの慢性疾患へのシフトと増加し続ける医療費への対処の必要性

#### (1) 疾病パターンの慢性疾患へのシフトとメディケアへのインパクト

##### ①人口高齢化のインパクト

本章では ACO モデルを理解する上で重要と考えられる背景および米国の特徴を取り上げる。

他の先進国と同様に、米国も高齢人口の割合は上昇し続けており、今後も相当期間継続すると見込まれている。65 歳以上の高齢人口は、1900 年から 1960 年に 10 倍に増加したのに対して、65 歳未満人口は 2.2 倍の増加に止まっていた<sup>6</sup>。この高齢人口の増加傾向は、1946 年から 1964 年生まれのベビーブーマー世代の高齢化に伴い、さらに加速することになった。2014 年の人口動態予測によると、ベビーブーマー世代の高齢化もあって、2012 年と 2050 年対比で 65 歳以上の高齢人口は、2012 年 43.1 百万人か

<sup>6</sup> The U.S. Census Bureau, the U.S. Department of Commerce, "Aging in the United States-Past, Present, and Future", 1997 (visited Mar.2, 2015) <<https://www.census.gov/population/international/files/97agewc.pdf>>

ら 2050 年 83.7 百万人に倍増すると予測されている<sup>7</sup>。

65 歳以上の高齢人口を対象にするメディケアにおいて、ACO モデルが導入された背景には先進国共通の 65 歳以上の高齢人口の増加が今後も続き、特にベビーブーマー世代の高齢化が高齢者向ヘルスケアサービスに大きな変化をもたらすという問題意識があったと考えられる。

## ②疾病パターンの慢性疾患へのシフトと統合型ヘルスケアサービスの提供

人口動態の変化の他に、疾病パターンの変化も ACO モデルが導入された背景として重要である。高齢者向ヘルスケアサービスに大きな変化をもたらしている要因として、罹患したあるいは死亡原因となった疾病が急性期の疾患から慢性期の疾患へ変化していることがある。先進国では高齢人口の割合が高まり、社会経済情勢が変化するとともに、主体となる疾患が結核など感染症・急性期疾患から、肥満、高血圧、糖尿病など非感染症・慢性疾患に変化してきた。疾病パターンは慢性期の疾患へ変化しているが、しかし、ヘルスケアサービスを提供する提供システムは、急性期の疾患に対処するように設計され運用されてきたため、齟齬が生じている。

急性期の疾患では手術等の治療を行えば短期で回復し退院することが多く、単一の医療施設でそれぞれヘルスケアサービスを提供し治療が完結するサイロ型<sup>8</sup>の提供システムが効果的効率的であった。上記の疾病パターンの変化に対応するために、サイロ型の提供システムを変更する必要性が生じた。すなわち、短期で治癒することなく、長期的にケアをしなければならない糖尿病等の慢性疾患では、医師・看護師以外にも運動療法士などのコメディカルを含め多職種が連携することおよび患者が日常通院する近隣の診療所と専門的ヘルスケアサービスを提供する病院とが連携する統合型の提供システムを整えることが、高齢者を中心とする患者にヘルスケアサービスを提供する条件とするとなった。

ACO モデルを導入実施しようとする動きの背景には、疾病パターンが慢性疾患へシフトし、統合型のヘルスケアサービスの提供システムが必要になったという背景がある。ACO モデルはヘルスケアプロバイダーが自己の意思に基づき関係者が協力し協調した (coordinated) 高品質のヘルスケアを提供することを目指しており、統合型のヘルスケアサービスの提供システムを実現する有力な手段の一つである。

## (2) 医療費の伸び抑制への期待

また、米国は、対 GDP で突出して医療費の割合が高く、少なくとも伸び率の抑制を行わないとヘルスケアシステムは維持できないのではないかと懸念が行政機関、立法機関および医療界では共通認識になっている。他方、ACO モデルがうまく機能すれば、このモデルを採用しない場合と比較して医療資源が効率的効果的に使用されるので、ヘルスケアサービス費用の節減が期待できる。ACO モデルは、これらの問題に対処することが期待できるので、導入が進められたと理解されている<sup>9</sup>。

<sup>7</sup> The U.S. Census Bureau, the U.S. Department of Commerce, "An Aging Nation: The Older Population in the United States-Population Estimates and Projections", 2014 (visited Mar.2, 2015) <<http://www.census.gov/prod/2014pubs/p25-1140.pdf>>.

<sup>8</sup> サイロ (silo) は、背が高い大穀物倉庫またはセメント・石炭などの地下貯蔵庫・地下ミサイル格納庫である。専門性が高いヘルスケアプロバイダーが、それぞれ患者等にヘルスケアサービスを提供して終了する完結型のサービス提供形態をサイロごとにサービスを提供することに擬えた表現。

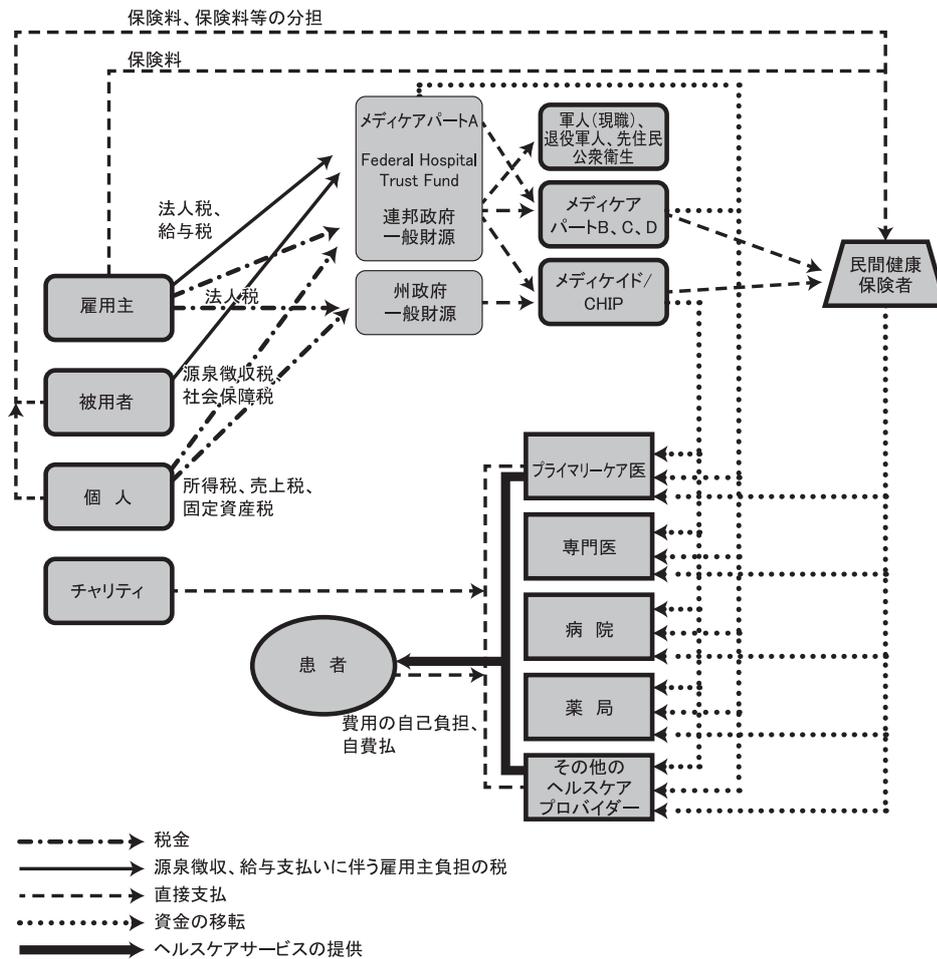
<sup>9</sup> 例えば、米国の心臓病学会が公表した Paul N. Casale et al, "Payment Reform: Current and Emerging Reimbursement Models", American College of Cardiology, 2011, p1.

## 2. 償還方式の多様性をもたらす市場取引とイノベーション

### (1) ヘルスケアシステムの資金フロー

米国のヘルスケアシステムの資金フローは、かなり複雑である。図表1は、ヘルスケアシステムにおける複雑な資金フローを簡略に模式化したものである。図表1の資金フローの構成は、概ね以下のとおりである。左側の雇用主等の資金拠出者が主として保険料と税金を拠出する。保険料は民間健康保険者が受け取り、税金は連邦政府・州政府の一般財源およびメディケア制度等の財源として納付され、メディケア・メディケイド/CHIP<sup>10</sup>および連邦政府が運営する軍（現職）・退役軍人等向け公的医療保障制度を運営する予算となる。右側下部に一列に並んでいるプライマリーケア医、専門医等が、ヘルスケアプロバイダーである。ヘルスケアプロバイダーは、患者にヘルスケアサービスを提供する。中央下部の患者は、ヘルスケアサービスを利用した後に、ヘルスケアプロバイダーにその掛かった費用を自分で支払う（自費払い）か、掛かった費用の一部を支払う（費用の自己負担）。

《図表1》米国ヘルスケアシステムの資金フロー



(出典) Thomas Rice et al, "United States of America: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.15 No.3, 2013, p.105.より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

<sup>10</sup> メディケイドは、州政府が運営する、低所得者向け医療保障制度。連邦政府は、州政府にメディケイド運営の資金の一部を提供するとともにメディケイドに関するガイドラインを定める。しかし、州政府は制度の対象範囲、運営方法に裁量が認められており、実際の運営形態は州ごとに異なり多様性がある。CHIPは子供向け医療保障プログラムで、The Children's Health Insurance Programの頭字語。

ヘルスケアプロバイダーは、ヘルスケアサービスを利用した患者からヘルスケアサービスのコストを回収する場合もあるが、患者以外の第三者から回収することもある。それを示しているのが、右側の資金の移転の流れである。すなわち、民間健康保険者は、自己の健康保険加入者にヘルスケアサービスを提供した、ヘルスケアプロバイダーに対して、そのヘルスケアサービスのコストを回収するために必要な資金を移転する。メディケアの各パートおよびメディケイドもその対象者にヘルスケアサービスを提供した、ヘルスケアプロバイダーに対して、そのヘルスケアサービスのコストを回収するために必要な資金を移転する。メディケイドおよびメディケアは、民間健康保険者に実務を委託することも行っており、その場合には民間健康保険者に委託するための資金を支払っている。民間健康保険者は、その資金をもとに、ヘルスケアプロバイダーに対して必要な資金を移転している。

## (2) 主要な当事者と償還方式

米国のヘルスケアシステムでは、前述したようにヘルスケアサービスを利用した後にヘルスケアプロバイダーに患者が直接ヘルスケアサービスに伴い発生した費用を支払う場合と第三者が支払う場合と両方があるが、後者の場合が圧倒的に多い。第三者の支払者 (**third-party payer**) による支払がなされる状況に基づいて、ヘルスケアサービスの提供・利用および主要な資金フローに関する主要な当事者を挙げると、①患者を含む保険加入者および雇用主、②ヘルスケアプロバイダー、③**third-party payer** である (図表 2)。payer に **third-party** という修飾が付けられるのは、患者が **first-party** であり、ヘルスケアプロバイダーが **second-party** であると観念されているからである。

患者はヘルスケアプロバイダーを訪問しヘルスケアサービスを利用するが、ヘルスケアサービスに関するコストを一部自己負担する場合以外は、第三者がそのコストを支払う。一般に既に利用されたヘルスケアサービスのコストを回収または償還するとの意味で償還 (**reimbursement**) と呼ばれている。ヘルスケアサービスのコストを償還する者は、payer (**payor** と表記されることもある) と呼ばれる。payer は、ヘルスケアサービスに関する支払をする主体であって、健康保険者、労災補償の支払をする基金、メディケアなどがある。個人も payer になる (ただし、個人は含まないという理解もある)。

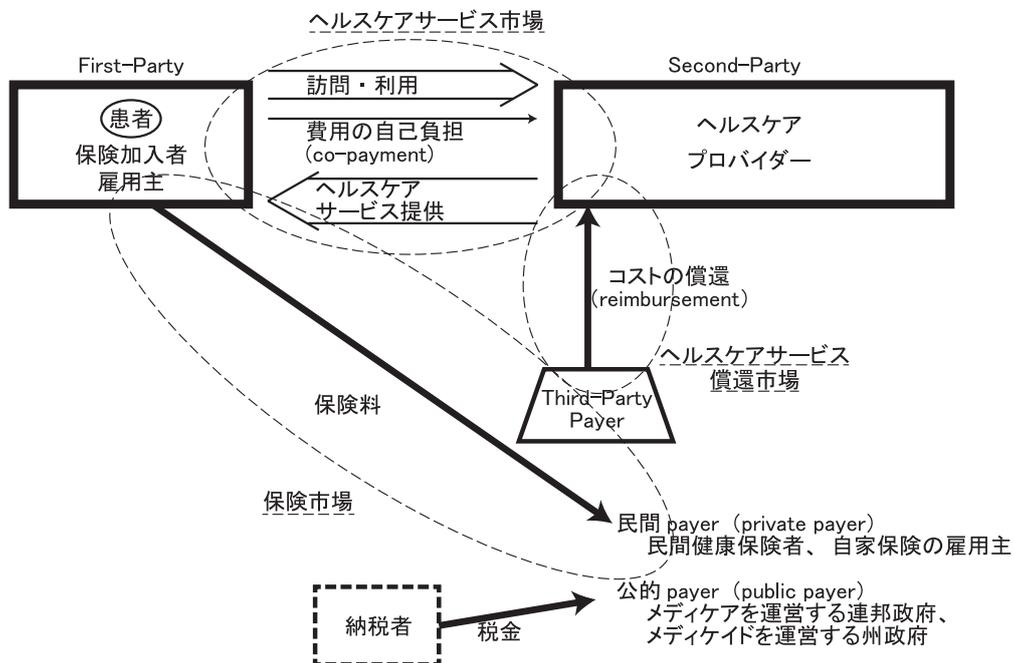
**third-party payer** には、民間 payer (**private payer**) と公的 payer (**public payer**) とがある。前者は、営利健康保険会社、非営利健康保険組織などの民間健康保険者および自家保険を運営する雇用主である。後者は、メディケアを運営する連邦政府、メディケイドを運営する州政府などである。

図表 2 に示された主要当事者は、ヘルスケアサービス市場、保険市場、およびヘルスケア償還市場で、市場取引を行っている。保険加入者・雇用主は、民間健康保険者に保険料を支払い、健康保険の保険保護のサービスを購入する。保険加入者等と民間健康保険者は、保険市場で取引をしている。患者は、ヘルスケアプロバイダーを訪問しヘルスケアサービスを利用するが、ヘルスケアプロバイダーに対して **third-party payer** から自分が利用したヘルスケアサービスに関して償還がなされる資格があることを証明する書類 (保険証など) を提示する。この提示により、患者はヘルスケアサービスを利用する。ヘルスケアサービスを利用しても、そのコストを支払う必要は無い (ただし、コストの一部自己負担の支払は生じることがある)。このような取引方法で、患者とヘルスケアプロバイダーは、ヘルスケアサービス市場で取引をしている。ヘルスケアプロバイダーは、患者からコストを回収するのではなく、

third-party payer から、提供したヘルスケアサービスに関する償還を受けることとなる。ヘルスケアプロバイダーと third-party payer は、ヘルスケアサービス償還市場で取引をしている。

ACO は、患者とヘルスケアプロバイダーが市場取引をするヘルスケアサービス市場におけるヘルスケアプロバイダーである。ACO モデルは、ヘルスケアプロバイダーがそのサービスを提供するヘルスケアサービス提供システムに関わるものであるが、ヘルスケアサービスに関して費用節減が生じた場合に節減分を third-party payer と共有する仕組みを内蔵している（すなわち、ヘルスケアサービス償還市場で取引が前提となっている）ため、third-party payer も深く関わることになる。ACA が定めるメディケアの ACO モデルは、公的 payer である、メディケア運営主体の CMS によって企画され主導されている。

《図表 2》米国のヘルスケアサービスの提供・利用および資金フローに関する主要当事者



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

### (3) 市場取引の多様性とイノベーション

#### ①償還方式の多様性

全国一律に社会保険に関わる報酬基準が定められている方式とは異なり、米国では、費用の償還に関する全米一律の強制的な基準は無く、それぞれの当事者が交渉して償還方式を決める市場取引が基本となっている。

当事者が異なり交渉内容が異なれば、償還方式は異なる。償還方式は、償還支払の単位、時間軸の方向、財務的リスクの負担の三つの特性によって、次のように様々な方法が生まれる<sup>11</sup>。償還支払の単位は、個々のヘルスケアサービス単位（例えば、患者の受診一回分、一検査など）から対象となる一定期間の患者集団単位（例えばある地域の全住民を対象とする予算制など）まで採用できる範囲は広い。

<sup>11</sup> Anne B. Casto and Elizabeth Forrestal, "Principles of Healthcare Reimbursement", 4th Edition, 2013, pp.6-7.

時間軸の方向性には、遡及的 (retrospective) と前向き (prospective) の二つがある。償還支払は、例えば入院した期間・一日・一年間などある一定の期間に掛かったコストに関して行なわれる。前者の遡及的とは、対象となる期間が終了した後にはそれまでにかかったコストが判明しているため、そのコストを基に償還額を決める方法である。後者の前向きとは、対象となる期間が始まる時点でこれから始まる対象期間に関する償還額を算出する方法 (例えば、一日あたり (Per Diem)、一人あたり (Capitation)<sup>12</sup> に設定される償還額でコスト償還算出式を決める) を予め決めておく方法である (実際資金を移転するすなわちキャッシュの受け渡しの時点と償還方式を取り決める時点は同一であるとは限らない。例えば、後者の前向きの場合、期間が開始する前に資金の移転をすることもあれば、資金の移転を期間終了時にすることもある)。

財務的リスクの負担に関する典型的例は、健康保険者などの保険者である。保険者は、保険開始後保険期間終了までに保険金支払等のコストの額を推定算出 (project) する。そして、推定算出した総額に見合う保険料を算出し、収支相等を実現する。しかし、推定算出された額は必ずしもそうなるとは限らない。推定算出した額以上の保険金支払額の債務が発生した場合、保険者は自己の資産から不足額を支弁して、保険金受取人に保険金を支払う。この推定算出額の見積もり違い (別の表現では、将来予測の不確実性) により、自己の財務状況に負の変動を与えてしまうリスクは、財務的リスクと観念されている。もし、ヘルスケアプロバイダーが third-party payer と Capitation による償還方式で契約したとすると、実際に掛かったコストが Capitation の金額より少なければ剰余を得ることができる。そうでは無く、実際に掛かったコストが Capitation の金額より多くなれば、自己の資産から不足額を支弁することになり、自己の財務状況に負の変動を与えてしまう財務的リスクを負担していることになる。財務的リスクの負担に関して third-party payer と分担することもある。実際には、財務的リスクを分担するパターンは幾つもある。

以上の解説を基にするならば、次のように考えることができる。特性それぞれに幾つものパターンがある。従って、三つある特性ごとに幾つかのパターンの乗数だけ、種類があることになる。

## ②市場取引とイノベーション

米国において、患者がヘルスケアプロバイダーを訪問し利用するヘルスケアサービス市場では、患者が自費払いするならば、どのヘルスケアプロバイダーでも利用することができるフリーアクセスは可能である。しかし、保険市場で提供される民間健康保険では、このようなフリーアクセスは一般的ではない。勿論、フリーアクセスの民間健康保険を購入することはできる。しかし、患者が利用できるヘルスケアプロバイダーを自由に選択できるためには、ヘルスケアプロバイダーの選択に制限がある場合より高い保険料を支払う必要がある。ヘルスケアプロバイダーの選択が狭い場合は、一般的に保険料を低く抑えることが可能である。これは、民間健康保険者が、保険料に見合う水準になるように多くのヘルスケアプロバイダーと交渉して償還方式を約定した契約済みのヘルスケアプロバイダーを複数準備する (複数のヘルスケアプロバイダーと約定し保険加入者が利用できるように組織化したものをプロバイダー・ネットワーク (provider network) と呼んでいる) からである。このような交渉は、ヘルスケア

<sup>12</sup> Capitation とは、実際に掛かったコストに拘わらず、対象となる患者一人につき決まった金額の償還を受ける償還方式。

サービス償還市場で行われ、その取り決め内容は多種多様であり、償還方式も多種多様になる。

また、ヘルスケアサービス償還市場のプレイヤーは、民間健康保険者に限らない。公的 payer であるメディケアを運営する連邦政府もプレイヤーとなる。CMS が ACO モデルを実施するためにヘルスケアプロバイダーに対して公募する活動も、ヘルスケアサービス償還市場の市場取引の一つである。市場取引であるから、ヘルスケアプロバイダーが契約するのもしないのも自由である。

市場取引が基本となっているため、多くの取引形態と類型が多様に存在していることになる。このため、ACO モデルの実施方法も多様になる。また、多様な主体が市場取引の中で多数の当事者が試行錯誤するプロセスがあるので、試行錯誤を経た多様な経験が蓄積され、関係者がある程度共有する状況が生まれやすく、イノベーションが生じやすい土壌があるとも考えられる。

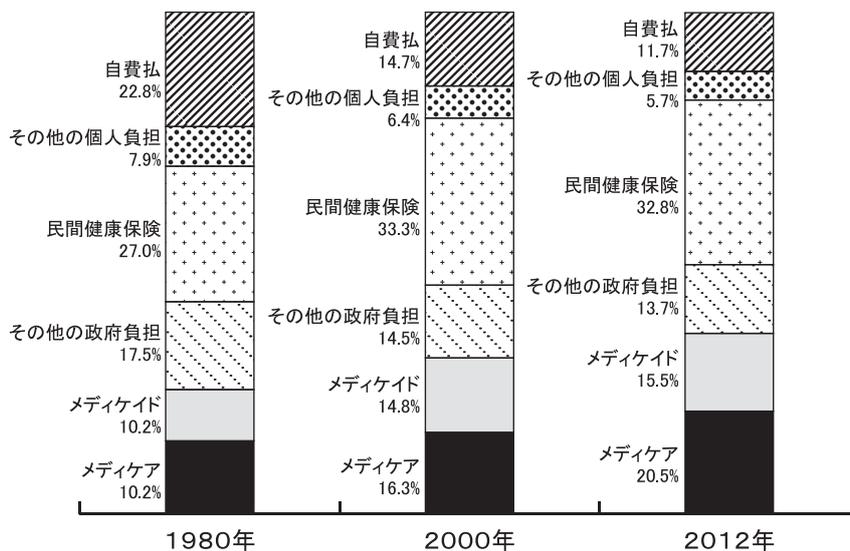
### 3. メディケアの影響力

#### (1) 国民医療費に占めるメディケアの位置

米国のヘルスケアシステムでは、上述のように市場取引が主体となるが、市場取引でも公的部門の影響力はかなり大きい（図表 3）。

2012 年の国民医療費の支払財源別割合をみると、11%強が医療費負担の自費払いであるのに対して、20%強がメディケアとなっている。メディケイドも合算すると、35%を超える水準である。また、1980 年からの推移とみると、自費払いの割合は低下し、メディケアの割合は倍増している。このように、メディケアの位置は上昇してきており、全体の 5 分の 1 を占めるまでになっている。高齢人口の割合の高まりを反映していると解することができる。

《図表 3》 国民医療費の支払財源別割合（1980 年、2000 年、2012 年）



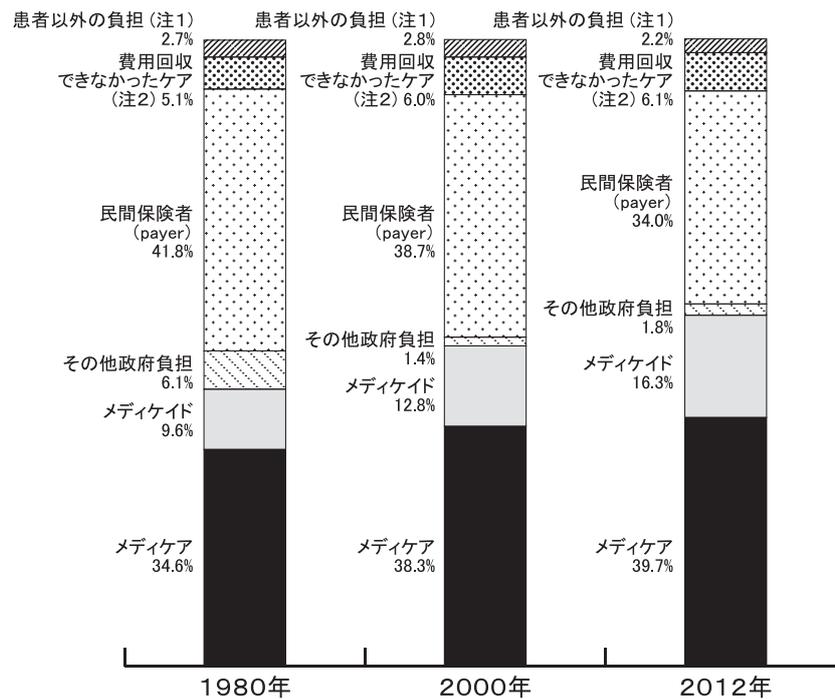
(出典) The American Hospital Association, “TRENDWATCH CHARTBOOK 2014: Trends Affecting Hospitals and Health Systems”, 2014, p.10.

## (2) 病院コストに占めるメディケアの位置づけ

ヘルスケアプロバイダーの有力な一員である病院で発生するコストがどのように負担されているかを示したのが、図表4である。最大の負担者は、2012年の時点で、全体の40%弱をしめるメディケアである。1980年からの推移を見ると、メディケアの割合は徐々に僅かに上昇したことが分かる。

この状況は、メディケアを担当するCMSが病院を巻き込むACOモデルを主導しやすい土壌が存在していることを示唆している。

《図表4》 病院で発生する費用の負担者の種類別割合（1980年、2000年、2012年）



- (注) 1. 飲食施設、駐車場などの収入  
 2. 貸倒れ債権、病院の慈善行為など  
 3. 丸めの誤差によって合計が100%を超えることがある

(出典) The American Hospital Association, "TRENDWATCH CHARTBOOK 2014: Trends Affecting Hospitals and Health Systems", 2014, p.39.

## Ⅲ. 連邦政府によるACOモデルの導入とイノベーションの促進策

### 1. メディケアの概要

メディケアは、主として65歳以上の高齢者を対象とする、連邦政府が運営する健康保険プログラムである。この健康保険プログラムは、現在4つのパートで構成されている。各パートから給付される内容の概略は、次のとおりである<sup>13</sup>。メディケアパートAは、病院保険 (Hospital Insurance) と呼ばれ、病院への入院が給付対象である。一部自宅での医師によるヘルスケアサービス (home health care) も対象になる。メディケアパートBは、医療保険 (Medical Insurance) と呼ばれ、医師その他のヘルスケアプロバイダーによるヘルスケアサービス、外来、一部自宅での医師によるヘルスケアサービ

<sup>13</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services, U.S. Department of Health and Human Services, "Medicare and you 2015", 2014, p.15.

ス (home health care)、および疾病予防も対象になる。メディケアは発足時にはこの二つのパートだけだったが、その後パート C、パート D が順次追加されていった。メディケア パート C は、Medicare Advantage と呼ばれている。メディケアが承認した民間健康保険会社が運営する給付プランである。この給付プランは、パート A、パート B の給付内容を含み、後述のパート D の処方箋薬も含んでいる。メディケア パート D は、Medicare prescription drug coverage と呼ばれ、メディケアが承認した民間健康保険会社が運営する処方箋薬プランである。現在と将来の処方箋薬の費用負担を援助する。

メディケアの給付を受ける方式には、二つある。一つは、Original Medicare と呼ばれるパート A とパート B を選択する方式である (もし処方箋薬プランも必要と考えるならば、パート D も追加することができる)。もう一つは、居住している地域でパート C を利用できるなら、これを選択する方法がある (民間健康保険会社が進出していない地域がある)。メディケアは、当初パート A とパート B で開始し、その後パート C が追加された際に、パート C の給付を担わせる民間健康保険者かどうかを審査し承認する仕組みを採った。65 歳以上の高齢者は、多くの薬剤を長期に利用することが多いので、その後パート D が創設されるようになった経緯がある。

また、メディケアという健康保険プログラムのなかで、病院、医師、コメディカル等のヘルスケアプロバイダーがヘルスケアサービスを提供して、そのコストの償還を受けるには登録 (enrollment) をする必要がある。登録を受けるには CMS が定める要件に合致する有資格者であることを示す必要があり、3 年ごとに資格認定の更新 (revalidation) が行われる。

このように、メディケアは、慢性疾患を抱えた高齢者を対象にする一方、民間健康保険者、ヘルスケアプロバイダーを登録、承認する業務を通じてヘルスケア関係の市場に大きな影響力を有するようになってきているのである。

## 2. メディケアにおける ACA に定める ACO モデルの導入とその他の ACO モデルの取組

### (1) ACA に定める ACO モデル

ACA の規定に基づいて実施される ACO モデルの実施計画は、“Medicare Shared Savings Program” (以下、MSSP という) と命名されている。CMS は、MSSP を次のように説明している<sup>14</sup>。MSSP は、ヘルスケアプロバイダー間の協調・協力を促進して Medicare Fee-For-Service (FFS)<sup>15</sup>タイプのメディケア受給者に対するケアの品質を向上させるとともに不必要なコストを削減させるものであり、この ACO モデルに参画する病院・医師等は ACO の構成者になる。ACO への参画は強制ではなく任意である。ACO は、ACO が対象とするメディケア受給者に対して説明責任 (accountability) を果たさなければならず、情報通信インフラストラクチャへ投資をし、ヘルスケアサービス提供プロセスの再設計を行わなければならない。従来とは異なるインフラストラクチャを整備し、従来のヘルスケアサービス提供プロセスを革新する取組を実施することにより、ヘルスケアサービスの品質向上とヘルスケアのコス

<sup>14</sup> CMS のホームページ (visited March.2, 2015)

<<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/index.html?redirect=/sharedsavingsprogram/>>

<sup>15</sup> Fee-For-Service (FFS)とは、医師・病院等のヘルスケアプロバイダーが、例えば検査、診断など実施したヘルスケアサービスそれぞれについて支払を受ける方式である。Fee-For-Service (FFS) は、サービスに対する支払あるいは償還の単位が個々のヘルスケアサービスであるの対し、支払または償還の単位を一連の治療ごとにするなど大きな括りで行う方式もある。

ト増勢を低下させることができた場合には、ACO は報償を得ることができる。CMS は、MSSP に参画するヘルスケアプロバイダーを公募し、適格な ACO と報償に関する協定を締結する。

MSSP における目標設定・ベンチマークと実施期間について、ACA の条文は次のように定めている。目標設定となるベンチマークは、ACO がメディケア パート A と B の直近 3 カ年の Medicare Fee-For-Service (FFS) タイプのメディケア受給者の実績をもとに対象とする集団の特性に応じて調整する。また、本プログラムの実施期間は 3 カ年単位とし、この実施期間中に国民医療費の予測額の変更が生じた場合にはベンチマークを変更する。

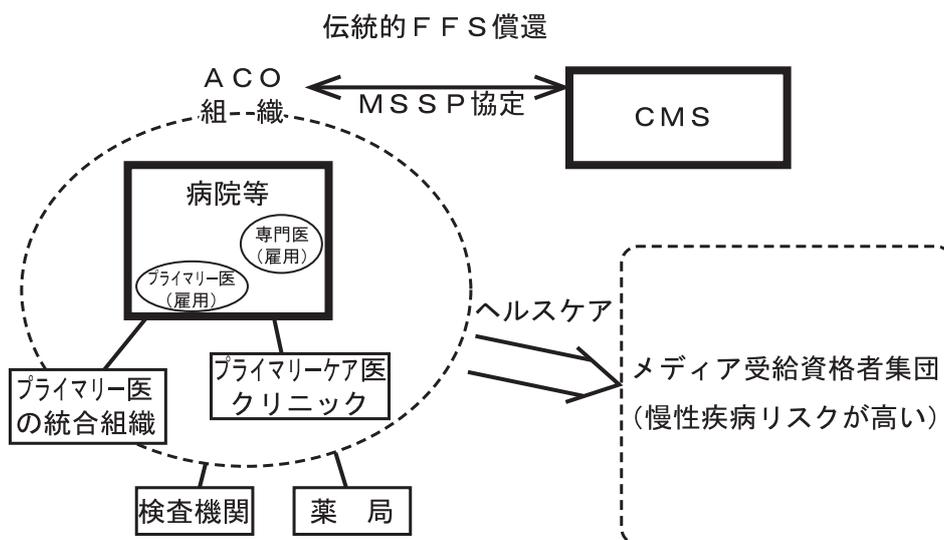
なお、ACA の当該条文には次のような興味深い条項がある。対象集団の人数を最低 5,000 名としている。この条項によって、小規模集団は対象外となっている。また、リーダーシップの発揮と臨床システム・管理システムのマネジメント構造を有することを ACO の条件とする条項がある。これは、組織論的問題とマネジメントシステムの重要性を重視していることを示す条項である。さらに、遠隔医療、テレヘルスなどの情報通信技術を導入して、証拠に基づく医療、患者の能動的参加、品質・コスト計測方法の報告および統合的ケアの提供を実現する、相応しいプロセスを ACO は定めなければならないとの条項もあり、技術革新へ期待が高いことが窺える。ACO は、MSSP の協定以外に、類似の協定を他の payer と締結することも可能とする条項もあり、排他的にプログラムを実施しないことを示している。

## (2) CMS と ACO との協定

ACA に基づく MSSP は、CMS と ACO との協定で具体化される。CMS は Medicare Fee-For-Service (FFS) の取り決めをしている、ヘルスケアプロバイダーと MSSP の協定を締結して、ACO モデルを実施する。

実施される ACO モデルは、ACO の組織形態、参加するヘルスケアプロバイダーなどによって様々になる。例えば、病院を中核に ACO モデルを想定すると、図表 5 のようになる。

《図表 5》 CMS の MSSP ACO モデルで想定される事例



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

### (3) CMS による ACO モデルの取組

#### ①MSSP の実施状況

2015年2月6日現在、403のACOがCMSに登録されている<sup>16</sup>。403のACOの組織形態は、会社を示すInc.の略語を用いる法人組織、LLCと略称されるLimited Liability CompanyおよびPCと略称されるProfessional Corporation（医師、会計士などの専門職業人が設立）が多いが、医師・クリニックのネットワーク形態を取っているACOもある。

#### ②MSSP 以外の取組

ACAに基づくMSSP以外に、CMSはPioneer ACOモデルとAdvanced Payment ACOモデルも実施している。

Pioneer ACOモデルは、複数のヘルスケアプロバイダーおよびヘルスケア専門職が連携統合して患者にヘルスケアサービスを提供する統合型モデルを実施した経験があるヘルスケアプロバイダーを対象に、MSSPとは別建てで全米の特定地域において実施されている取組である。CMSは、営利健康保険会社、非営利健康保険組織などの民間健康保険者および自家保険を運営する雇用主などの民間payerと協力して、新しい償還方式を試行実施して、高品質のヘルスケアサービスの成果と同時に費用節減が実現できるかを検証している。2012年から開始され、32の地域で実施された<sup>17</sup>。

Advanced Payment ACOモデルは、非都市部の郡部田園地域において、医師のクリニック、病院および介護施設などの小規模ヘルスケアプロバイダーがACOを組成することを支援する取組である。MSSPに参加するACOは、相応の設備投資を行う資本力が必要である。小規模ヘルスケアプロバイダーのACOも相応の資金力が必要になるが、実際には資本を準備できないことが多い。Advanced Payment ACOモデルは、資本力を支援するために、事業開始に伴う必要資金を前払いする（例えば、将来費用節減の分配が期待できる分を前払いするなど）。2012年から開始され、2015年1月現在35の地域で実施されている<sup>18</sup>。

### 3. 連邦政府・連邦議会によるイノベーション促進策

2011年からCMSは、イノベーションセンター部門としてCMS Innovation Centerを設けて多様な取組を継続してきた。Pioneer ACOモデルとAdvanced Payment ACOモデルもCMS Innovation Centerの取組として実施されている。

メディケアは、1966年から事業開始された、長い歴史を有する。今日まで多くの改革が実施されてきている。その歴史には、強いイノベーション志向がある。例えば、歴代大統領がCMSに関して行ったスピーチを収録したCMSの歴史史料<sup>19</sup>では、イノベーションへの言及が38カ所もある。同じく、CMS

<sup>16</sup> CMSのホームページ ACOs in Your State (visited Mar.2, 2015)

<<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/ACOs-in-Your-State.html>>.

<sup>17</sup> CMS, "Pioneer Accountable Care Organization Model: General Fact Sheet", September 12, 2012, (visited Mar.2, 2015)

<<http://innovation.cms.gov/Files/fact-sheet/Pioneer-ACO-General-Fact-Sheet.pdf>>.

<sup>18</sup> CMSのホームページ Innovation Center (visited Mar.2, 2015)

<<http://innovation.cms.gov/initiatives/Advance-Payment-ACO-Model/>>.

<sup>19</sup> CMS, "CMS History Project President's Speeches", (visited Mar. 2, 2015)

<<http://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/Downloads/CMSPresidentsSpeeches.pdf>>.

が、CMS が画期的と考える出来事をまとめた歴史資料 “Key Milestones in CMS Programs”<sup>20</sup>では、1997年に成立した Balanced Budget Act of 1997 (BBA) によって、CMS は CMS Programs に償還とヘルスケアサービス提供の方式にイノベーションをもたらす調査研究と実証のための試行を行うようになったと記している。

さらに連邦議会が可決成立させた ACA には、イノバティブな事業モデルの実験を行う CMS Innovation Center を設立する条文もある<sup>21</sup>。その条文は、CMS program に関する支出削減のために、CMS に償還とヘルスケアサービス提供に関するイノバティブな事業モデルの実験を行う部門を設立すること、およびその部門の業務遂行に当たってはヘルスケアマネジメント業界の臨床・分析専門家の代表と協議を行い、関係者からの意見聴取と開かれた運営を行うことを定めている。

CMS Innovation Center が現在実施している事業内容について、CMS は次のように説明している<sup>22</sup>。CMS Innovation Center の事業目的は、メディケア等のプログラムに関して償還方法と提供方法のイノバティブな事業モデルの実証実験を実施することであり、同時に提供されるヘルスケアサービスの品質の維持向上を図ることである。現在、注力していることは、償還方法・提供方法のイノバティブな事業モデルに関する新規の方法の実証実験を実施すること、償還方法・提供方法のイノバティブな事業モデルの成果を評価しベストプラクティスを推進することおよびより広範なステークホルダーの参画を得た事業モデルの実証実験を拡大することである。

このように、連邦政府も連邦議会もイノベーション促進策に長く熱心に取り組んできたのである。

#### IV. ヘルスケア改革法の ACO モデルに至るまでの先行的取組

##### 1. ACO のアイデアの源流と提言に至る問題意識

ACO のアイデアは、2006年に開催された 2006 Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC) の会合で、Elliott Fisher 博士と Glenn Hackbarth 博士が最初に提言した。その後 2007年に Stephen Shortell 博士と Lawrence Casalino 博士が、“Accountable Care Systems for Comprehensive Health” と題する論文でその概念を敷衍し、2010年成立の ACA に取り込まれることになった経緯があった<sup>23</sup>とするのが、通説的理解である。

Elliott Fisher 博士らは、その後メディケアに ACO モデルを導入することを提言する論文<sup>24</sup>を公表し、問題意識と狙いを次のように説明した。

##### ①問題意識

ヘルスケア改革が成功するためには、医療費支出の増加を緩やかにする<sup>25</sup>のと同時にヘルスケアサービスの品質も向上させなければならない。

<sup>20</sup> CMS, “Key Milestones in CMS Programs”, (visited Mar. 2, 2015)

<<http://www.cms.gov/AboutCMS/AgencyInformation/History/index.html>>.

<sup>21</sup> 42 U.S. Code § 1315a - Center for Medicare and Medicaid Innovation.

<sup>22</sup> CMS のホームページ Innovation Center (visited Mar. 2, 2015) <<http://innovation.cms.gov/about/index.html>>.

<sup>23</sup> Sidney S. Welch, “Accountable care organizations—overview”, in American Medical Association, “ACOs and other options: A ‘how-to’ manual for physicians navigating a post-health reform world”, 4th edition, 2013.

<sup>24</sup> Elliott S. Fisher et al, “Fostering Accountable Health Care: Moving Forward In Medicare”, Health Affairs Vol.28 No. 2, January 2009, w219-w231.

<sup>25</sup> 一般的に Bending A Curve という表現が用いられる。ヘルスケアコストの増加はやむを得ないが、持続可能な水準を維持できる増加率に抑制するという考え方を表している。

## ②狙い

A. 地域ごとにメディケア受給資格者集団を対象にした説明責任団体と新たなインセンティブの創設  
この二つの課題を実現するために、ヘルスケアサービスのパフォーマンスを計測することによって品質とコストについて説明責任を果たす組織を地域別に創設し、その活動によって実現できた費用節減を分配する仕組みを創るべきである。その仕組みは、地域ごとに創るべきである。

B. 現実的で実現可能なアプローチ

ACO モデルに参加するかどうかをヘルスケアプロバイダーは任意に決められる(強制化するなら立法が必要)。プライマリーケア医から専門医・病院へ紹介する現行システムのパターンに載せられる。メディケア受給資格者にとって受給制限とならない。ACO モデルの実施によって、従来よりも効率性が向上するので、仮に総費用が抑制されることになってもヘルスケアプロバイダーにとって持続可能な収入を確保できる。

## 2. 先行的取組の成果

ACA に ACO モデルが導入されたのは、上記のような理論的な洞察に依拠しただけでなく、先行的取組が各地域で実施されていた実績があったという面もある。

ACO モデルのコンセプトに基づく、先行的取組の例として、Community Care of North Carolina (1989 年から、医師、病院、州政府厚生部局・社会事業部局が、連携して地域のヘルスケアサービスを提供してきた。対象となる住民には担当のプライマリーケア医を付けて、ハイリスクの患者にはケースマネジャーが病院等と連携して支援する。糖尿病患者の入院が減少して医療費の減少を得た。)、メディケアの Physician Group Practice Demonstration (2005 年に医師を中心にヘルスケアサービスを連携して提供するグループに、32 のヘルスケアサービスパフォーマンス指標に基づく品質評価とコスト効率性を基準として、目標値より良好な費用節減額からボーナス支払いを行った。)、Pathways to Health, Battle Creek, Michigan (2006 年にヘルスケアプロバイダーである Integrated Health Partners が健康保険者の Blue Cross/Blue Shield of Michigan (BCBSM) と提携して慢性疾患患者集団を対象とするモデル事業を実施した。)、Brookings/Dartmouth Accountable Care Collaborative (Elliott Fisher 博士が director を務める Dartmouth Institute for Health Policy と Brookings Institution がコラボレーションを組んで、幾つかの地域で ACO モデルの事業を展開した。)、Robert Wood Johnson Foundation Medical School (ニュージャージー州の Robert Wood Johnson Foundation Medical School がプライマリーケア医クリニックと提携して ACO モデル事業を行ってきた。) などがある<sup>26</sup>。

これらの先行取組で今後に期待できる成果があがっているとの判断があって、ACO モデルが単なるアイデアに止まらない、現実的政策選択肢となったと考えられる。

## 3. 連邦議会の問題意識

ACA に ACO モデルが規定されるようになったのは、連邦予算に赤字をもたらす主要要因はメディケアであり、何らかの対策が必要であるとの問題意識があるなかで、ACO モデルのパイロットプログラム

<sup>26</sup> American Hospital Association, "AHA Research Synthesis Report: Accountable Care Organization", 2010, pp.6-7.

が実績を挙げたという経緯があったからだと言われている。この理解は通説的であり、例えば多くの関係者が準拠する、Kaiser Family Foundation の Kaiser Health News のひとつである“FAQ On ACOs: Accountable Care Organizations, Explained”でも同じ説明がされている<sup>27</sup>。

また、CMS の当局者も同様の説明を行っている<sup>28</sup>。まず、ACO 概念に発展していった研究成果があった。メディケアのデータを地域比較する研究プロジェクトである Dartmouth Atlas Project が開始された (ACO 概念の提唱者である Elliott Fisher 博士もこのプロジェクトの共同責任者である)。その研究成果は、それぞれの地域の 65 歳以上の高齢者に関するヘルスケアサービスのコストと品質は、地域毎にバラバラであり、多くの医療資源投入が良好な実績をあげるとは限らないというものであった。この研究結果が、ACO 概念に発展していった。ACO 概念は、その後連邦議会にも受け容れられるようになった。ACA 成立前の 2009 年に Medicare Payment Advisory Commission (以下、MedPAC という) が議会に提出する報告書で一つの章を割くほど ACO は大きく取り上げられた。MedPAC は、1997 年成立の 1997 年 Balanced Budget Act に基づき創設された連邦議会に属する独立組織で、メディケアに影響を与える諸問題について連邦議会に勧告をする組織である。MedPAC は毎年連邦議会に報告書を提出している。2009 年提出の報告書は、何故 ACO を導入するべきかについて次のように説明している<sup>29</sup>。現在のメディケアに関する支出額の軌跡がそのまま続くとメディケアは継続不可能である。ACO を導入し、他のメディケア改革の対策を併せることにより、この軌跡を変化させることができる。ACO は、ヘルスケアプロバイダーに品質と医療資源利用を改善するインセンティブを与え、医療資源を多く使っている地域で不必要な利用を低下させ、地域間のバラツキを減少させることができる。ACA の審議では、これらの専門家の意見も参考にされたほか、CMS が実施した Physician Group Practice (PGP) 実証研究の成果も参考にされた。

## V. 多様な ACO モデルと成立条件・課題

### 1. ACO のメカニズム

第Ⅲ章まで、ACO モデルが ACA に導入された経緯、規定等を概観した。本章では ACO モデルが成立する条件、課題を取り上げる。ACO モデルにおける ACO にはどのようなメカニズムがあるだろうか。まず、ACO をある目的をもった事業体と考えてみよう。ACO は、有限で貴重な人的資源を含むヘルスケア関係の資源を利用して、高度で専門的なサービスを提供する事業の経営主体として捉えることができる。その経営主体の実現すべき主要な経営目標は、慢性疾患に適合した高品質のヘルスケアサービスの提供、ヘルスケアサービス利用者への説明責任および目標とする経費節減の実現である。

これらの経営目標を実現する方法について議論している多くの文献および米国での聞き取り調査におけるコメントを総合して考えると、この経営目標を実現するために実行しなければならない主要事項と

<sup>27</sup> (Visited Feb. 27, 2015) <<http://kaiserhealthnews.org/news/aco-accountable-care-organization-faq>>.

<sup>28</sup> 米国連邦政府保健福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services(HHS)) の Centers for Disease Control and Prevention(CDC)に所属する Clinical Laboratory Improvement Advisory Committee (CLIAC) が 2012 年 2 月に開催した meeting における、CMS の November 氏のプレゼンテーション資料 (visited Mar.2, 2015) <[ftp://ftp.cdc.gov/pub/CLIAC\\_meeting\\_presentations/pdf/Addenda/cliac0212/Tab\\_22\\_November\\_CLIAC\\_2012Feb15\\_ACO\\_Overview\\_Final\\_Rule.pdf](ftp://ftp.cdc.gov/pub/CLIAC_meeting_presentations/pdf/Addenda/cliac0212/Tab_22_November_CLIAC_2012Feb15_ACO_Overview_Final_Rule.pdf)>.

<sup>29</sup> Medicare Payment Advisory Commission, “Report to the Congress: Improving Incentives in the Medicare Program”, June 2009, p43.

して、少なくとも次の三つは必須である。

### ①ケアコーディネーション (Care Coordination)

慢性疾患に適合した高品質のヘルスケアサービスの提供を実現するためには、コーディネートされた活動が必要である。ケアコーディネーションとは、複数のヘルスケアプロバイダーが患者等に治療処置等のヘルスケアサービスを提供できるように、関係者の活動を連携・組織化するプロセスである。ACOモデルでは、サイロ型ではなく統合型のヘルスケアサービス提供システムであるので、このプロセスは不可欠である。

### ②パフォーマンス評価指標を計測管理できるシステムの運用

対外的な説明責任を果たすとともに組織内部の事業活動を遂行するためには、業務遂行にとって機能的なシステムが必要である。患者あるいはメディケア受給資格者集団に対してヘルスケア品質に関する説明責任および third-party payer との協定に定めるパフォーマンスに関する説明責任を果たすには、パフォーマンス評価指標を計測管理できるシステムを運用することが必要である。また、ACO の組織で業務する実務家が利用できるように情報が提供されることも必要である。このため、パフォーマンス評価指標を計測管理できるシステムというインフラストラクチャを整備する投資が必要であり、そのシステムを運用する組織的習熟も必要である。

### ③マネジメント活動

目標とする経費節減を実現するには、単純に費用支出を減少させるだけではなく、効率的効果的にヘルスケアサービス業務を遂行する仕組みと実践が必要である。提供するヘルスケアサービスが良好なパフォーマンスを実現し費用節減を実現するには、対象集団の疾病リスクの低減のための Population Health Management (Chronic Disease Management とも言われる) とヘルスケア関係の資源の効果的効率的利用のための Case Management 活動のプロセスが必要である。

Population Health Management (Chronic Disease Management) は、慢性疾患等の疾病リスクがある対象集団を対象として、その集団をマネジメントする統合的アプローチであり、対象集団の構成員に対する疾病リスクのスクリーニング、健康診断・モニタリング、統合的治療・処置および患者教育などの活動が行われる。この活動により、疾病の予防と疾病がもたらす影響を最小化できる<sup>30</sup>。

Case Management は、個別の患者を対象にして継続的に多数の場所で多数のヘルスケアプロバイダーによって行なわれるケアコーディネーションである。多くの場合専門職のケースマネージャーが担当して連絡調整をする。対象となるケースは特に複雑で高額の費用を要するものである。その目的は、ケアの継続性の確保、費用対効果の改善、適切な医療資源利用である。

## 2. ACO のメカニズムを実現するための課題と組織能力

### (1) ケアコーディネーションとリーダーシップ

前述した ACO のメカニズムを実現するためには、幾つもの課題がある。また、経営主体にその課題を解決できる組織能力 (Capability) が備わっている必要がある。ここでは、二つの特徴的課題を取り上げる。

<sup>30</sup> (visited Feb. 27, 2015) <<http://www.healthcare.gov/glossary/chronic-disease-management/>>.

一つは、ケアコーディネーションである。その課題に対処するにはリーダーシップが必要である。

米国での聞き取り調査では、サイロ型に慣れていたヘルスケアプロバイダーが、患者または対象集団にケアコーディネーション的ヘルスケアサービスを提供することに困難を伴うとの指摘があった。ケアコーディネーション的ヘルスケアサービスを継続的に組織的に提供するには、単に個人の能力に依存するだけでなく、専門職の思考様式と組織文化の変革を必要とする。それを実現するには、リーダーシップの発揮が不可欠である。米国での聞き取り調査でも、ACO モデルが機能するために最も重要なことは、リーダーシップであるとの発言があった。

## (2) shared saving に由来する財務的リスクとリスクマネジメント

もう一つの特徴的課題は、財務的リスクである。その課題に対処するにはリスクマネジメントである。

ヘルスケアプロバイダーが third-party payer と Capitation による償還方式で契約した場合、実際に掛かったコストが Capitation の金額より多くなれば、自己の資産から不足額を支弁することになり自己の財務状況に負の変動を与えてしまう財務的リスクを負担していることになる。本項では、ACO モデルで導入されている費用節減の分配でも、同じように財務的リスクの課題があり、ACO にはこの課題に対処のためのリスクマネジメントが求められることになる事情を取り上げる。

### ①CMS における MSSP の Shared Saving の方法

CMS の MSSP における Shared Saving はどのように機能しているのだろうか。CMS は、Shared Saving の流れを次のように説明している<sup>31</sup>。

#### A. ベースラインの設定

CMS の MSSP では、ヘルスケアプロバイダーである ACO に対して、一方で個々のヘルスケアサービスの提供に対して支払う Medicare Fee-For-Service (FFS) を実施し、他方で MSSP を同時に実施している。すなわち、ACO は、Medicare Fee-For-Service (FFS) で償還を受ける一方、他方で MSSP 実施期間終了後にその実績が条件に合えば報償を得ることになるのである。MSSP では、このプログラムを実施するときにベンチマークの数値を算出する。ベンチマークの数値は、ACO が経費節減に関する報償を得る資格があるかあるいは損失の責任を取るかを測る基準となる。ベンチマークは、もし ACO モデルを実施していないとするならば ACO の対象となるメディケア対象集団がどのような数値の軌跡をたどるかを見積もるものであり、Shared Saving を実施するとどの程度の報償になるかを決めるベースラインとなる。

#### B. 報償に関する二つの方法

MSSP 実施期間終了後に、ACO が受け取る報償の実施方法には、one-side モデルと two-side モデルがある。前者は、経費節減に関する報償を得る Shared Saving のみで、経費節減の目標が未達で損失が生じても損失を分担する Shared Loss は適用しない方式である。後者は、Shared Saving と

<sup>31</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services, U.S. Department of Health and Human Services, "Accountable Care Organizations: What Providers Need to Know", April 2014. および Centers for Medicare & Medicaid Services, U.S. Department of Health and Human Services, "Medicare Shared Savings Program Shared Savings and Losses and Assignment Methodology: Specifications", Version 3, December 2014.

Shared Loss を適用する方式である。CMS は、最初の実施期間に one-side モデルを、その後継続する実施期間には two-side モデルを適用する。

### C. 通常変動 (Normal Variation) を考慮した計算基準の設定と報償額の計算

MSSP 実施期間終了後に、報償を受けるかどうかは、ベースラインを基に設定した経費節減目標を達成したかに基づいて判断される。経費節減目標には、ヘルスケアサービスの経費にはある範囲で通常変動が生じることを考慮して Minimum Savings Rate (MSR) と Minimum Loss Rate (MLR) の範囲を予め設定しておく。例えば、two-side モデルでは、全ての ACO に対して一律 2% の範囲が設定されている。

ACO は、MSSP 実施期間終了後に、品質基準を達成し、かつ経費節減を実現し、目標額を超えることあるいは MSR を超えることができれば、一定の上限まで経費節減の報償を得ることができる。逆に目標額を達成できないときあるいは MLR を超えてしまったときには、一定の上限まで損失の負担をしなければならない。

## ② Shared Saving/Shared Loss と Shared Risk の概念

CMS による MSSP の説明では、Shared Saving と Shared Loss の概念が導入され one-side モデルと two-side モデルについて言及されていた。この one-side モデルはアップサイド・リスク (upside risk) のみの報償を得る、そして two-side モデルは、ACO がアップサイド・リスク (upside risk) とダウンサイド・リスク (downside risk) の両方を負担する償還方法が採用されているモデルであるという意味で用いられることが多い。

米国医師会 (American Medical Association, 以下 AMA という) のサイトは、Shared Saving と Shared Loss について、次のように解説している<sup>32</sup>。

Shared Saving モデルと呼ばれるものは幾つもあるが、概ね二つのカテゴリーに分けることができる。一つのカテゴリーは、ヘルスケアプロバイダーが患者等へ提供したヘルスケアサービスに関して目標として見積もり算出された予算総額より実際に掛かった費用総額が少なかった場合には、実際に掛かった費用総額と予算総額との差額の一定割合がヘルスケアプロバイダーに支払われる (“share of the savings” 費用節減の分配という)。目標として見積もり算出された予算総額より実際に掛かった費用総額が多かった場合には、ヘルスケアプロバイダーは増加した差額の分配に関わらない。この方式は、ヘルスケアプロバイダーがアップサイド・リスク (upside risk) を負担する方式という。

AMA の説明にある、リスクの用法は、将来損害が起こりうる望ましくない出来事あるいはその発生確率という意味ではなく、予想通りにならない不確実性あるいは変動の意味で使われている。予想より好結果になる上振れリスク、予想を下回るあるいは損失が生じる下振れリスクとして表現される用法である。民間健康保険者が payer になる Commercial ACO モデルまたは Private ACO モデル<sup>33</sup>では、このカテゴリーの Shared Saving モデルが一般的である。

<sup>32</sup> American Medical Association のホームページ (visited Mar.3, 2015)

<<http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/shared-savings.page>>.

<sup>33</sup> Commercial ACO とは、民間 payer (private payer) が third-party payer になっている ACO をいう。公的部門 (Public sector) の payer と民間部門の payer と区分する場合に、Private ACO と呼称されることが多い。

もう一つのカテゴリーは、ヘルスケアプロバイダーがアップサイド・リスク (upside risk) だけでなく、ダウンサイド・リスク (downside risk) も負担する方式である。目標として見積もり算出された予算総額より実際に掛かった費用総額が多かった場合には、ヘルスケアプロバイダーは増加した差額の分配に関わり、そのある割合を負担することをダウンサイド・リスク (downside risk) の負担という。

AMA の説明にある、このカテゴリーの Shared Saving モデルは、CMS の MSSP における two-side モデルに当て嵌まる。CMS の MSSP では、one-side モデルと two-side モデルの両方について Shared Saving として説明している。民間健康保険者の場合、アップサイド・リスク (upside risk) だけでなく、ダウンサイド・リスク (downside risk) も負担する方式のカテゴリーは、Shared Risk と呼ばれることが多い。この呼び方をする場合、アップサイド・リスク (upside risk) のみを負担する方式は、Shared Saving と呼称することになる。Shared Saving の用語は多義的に使用されている実態がある。

Shared Risk の実態を調査分析した報告書<sup>34</sup>は、関係者にインタビュー調査を実施した際 Shared Risk の解釈は様々あったが、どの解釈でもヘルスケアプロバイダーはダウンサイド・リスク (downside risk) を負担しベースラインの収益に負の影響を受けるので、Shared Risk のモデルでは、ヘルスケアプロバイダーは結局財務的リスクを負担していることになると指摘している。

以上で取り上げた、Shared Saving と Shared Loss の概念は、償還方式に関わる将来予測の不確実性を、third-party payer とヘルスケアプロバイダーの間でどのように分有するかという問題を表す概念である。ヘルスケアプロバイダーがアップサイド・リスク (upside risk) だけを負担する方式は、third-party payer がダウンサイド・リスク (downside risk) を全て負担していることを示しており、ヘルスケアプロバイダーがアップサイド・リスク (upside risk) とダウンサイド・リスク (downside risk) もある割合で負担する方式は、両者がこれらのリスクをある割合で分有していることを示している。

以上の議論は、将来予測の不確実性が事業主体のバランスシートに負の影響を与えるリスクを、関係者がどのようにどの程度負担していくかという問題に関わっているのである。

### ③ACO が負担する財務的リスク

財務的リスクの典型は、保険者が負担する保険事業に伴う将来予測の不確実性である。保険者は、保険開始後保険期間終了までに保険金支払等のコストの額を推定算出 (project) して保険料を決める。保険料総額が推定算出した保険金支払等のコスト総額を下回ることが起きる。そうすると、保険金を支払うために自己の資産を取り崩すという、自己の資産へ負の変動が起きる。

上記の ACO モデルでは、ACO は高品質のヘルスケアサービスを提供し、説明責任を果たす以外に、費用節減の分配を得る際に Capitation や Shared Risk の方式を採用すると、保険者と同様の財務的リスクを引き受けていることになっているのである。

### ④財務的リスクに対処するリスクマネジメント

保険数理サービスを提供するアクチュアリーサービス組織である Milliman は、この財務的リスクを伝統的保険リスクと呼び、ACO はこの伝統的保険リスクに対処するために対象とする集団に関する保険

<sup>34</sup> Suzanne Delbanco et al, "PROMISING PAYMENT REFORM: RISK-SHARING WITH ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATIONS"; The Commonwealth Fund, July 2011, p.6.

数理的 (actuarial) コスト計算と医療資源利用の目標値を設定する必要があると指摘している<sup>35</sup>。

資源利用の目標値を設定しただけでは実際に機能しない。実際に機能させるには、医療資源利用の目標値を個々の業務に関する指標に変換し、その指標の動きを制御する組織能力が ACO には必要になっている。保険者は、負担する保険事業に伴う将来予測の不確実性に伴う事業リスクを制御する、全社的な統合リスクマネジメント活動を行っている。ACO も、保険者と同じく事業に伴う将来予測の不確実性に伴う事業リスクを制御するリスクマネジメント活動が必要とされるのである。

### 3. 多様な ACO モデルの類型化

#### (1) 多様な ACO モデル

ACO モデルでは、CMS などの公的 payer が third-party payer になる場合だけでなく、健康保険者などの民間 payer が third-party payer になる場合もある。これらの場合には、当事者が任意に契約できる市場取引が基本となっているため、償還方式に関し多くの取引形態と類型が生まれる。多くの取引形態と類型が多種多様にあることを反映して、ACO モデルの実施方法も多様になる。

CMS の MSSP における ACO の組織形態も、前述したように幾つもある。CMS の MSSP における ACO モデルは、法律の規定に基づく多くのルールがある。CMS の MSSP で実施される ACO は、Federal ACO と呼ばれ、民間セクターで実施される ACO は、Commercial ACO または Private ACO と呼ばれる。Commercial ACO/Private ACO は、契約によって組成することができ、政府規制が少ない分様々な ACO モデルが生まれてくる<sup>36</sup>。

#### (2) 類型分析の研究結果

Shortell 博士らは、多様に展開している多くの ACO モデルを対象にして、それらを類型化する研究<sup>37</sup>を行なった。類型化する目的は、事業の成功要因・失敗要因に影響を与える ACO の特性、技術的支援を必要とする点の解明である。その結果、現在生成発展途上にある多くの ACO から、次の三つのクラスターを抽出した。

第一のクラスターは、Integrated Delivery System ACO (以下 IDS ACO という) である。大病院、クリニックなどの複数の組織を監督差配し、ヘルスケアサービスを切れ目無く提供でき、臨床的にも会計的にも説明責任を果たすクラスターである。第二のクラスターは、physician-led ACO である。医師クリニックを中心に形成された ACO であり、統合型ヘルスケアサービスの経験が乏しいが、臨床的にも会計的にも説明責任を果たす指標が比較的高いクラスターである。第三のクラスターは、プライマリケア医を中心に形成され、病院との協定、医師間の提携協定、地域・州内の協定を締結しようとする志向が強い hybrid ACO である。このクラスターは、臨床的にも会計的にも説明責任を果たす指標が低い。

<sup>35</sup> Kate Fitch et al, "Nuts and Bolts of ACO Financial and Operational Success: Calculating and Managing to Actuarial Utilization Targets", Milliman Healthcare Reform Briefing Paper, 2010.

<sup>36</sup> Greenway, "Commercial ACOs", August 2012 (visited Mar.2, 2015)

<[http://www.greenwayhealth.com/wp-content/uploads/2013/03/Greenway\\_Fact\\_Sheet\\_8\\_Private-Commercial\\_ACOs.pdf](http://www.greenwayhealth.com/wp-content/uploads/2013/03/Greenway_Fact_Sheet_8_Private-Commercial_ACOs.pdf)>.

<sup>37</sup> Stephen Shortell et al, "A Taxonomy of Accountable Care Organizations for Policy and Practice", Health Services Research, Vol. 49, December 2014, pp.1883-1899, Lawrence Casalino, "Categorizing Accountable Care Organizations: Moving Toward Patient-Centered Outcomes Research That Compares Health Care Delivery Systems", Health Services Research Vol.49 December 2014, pp.1875-1882.

規模が小さい physician-led ACO は、より広範なヘルスケアサービスを提供できるプロバイダー・ネットワークの構築が必要であり、規模が大きい IDS ACO は市場支配力が強くなるため独占禁止法上の諸問題を解決する必要がある。この三つのクラスターには規模と提供するヘルスケアサービスの範囲に違いがあるが、制度的リーダーシップが重要である点は共通である。制度的リーダーシップは、異なる考えを持つ人間を従わせる権力に基づくリーダーシップではなく、組織に与えられた使命・ミッションに基づく共有されている価値に基づいて個人と組織を構成する部門が自立的に動くように、組織にその価値を共有させるリーダーシップである。

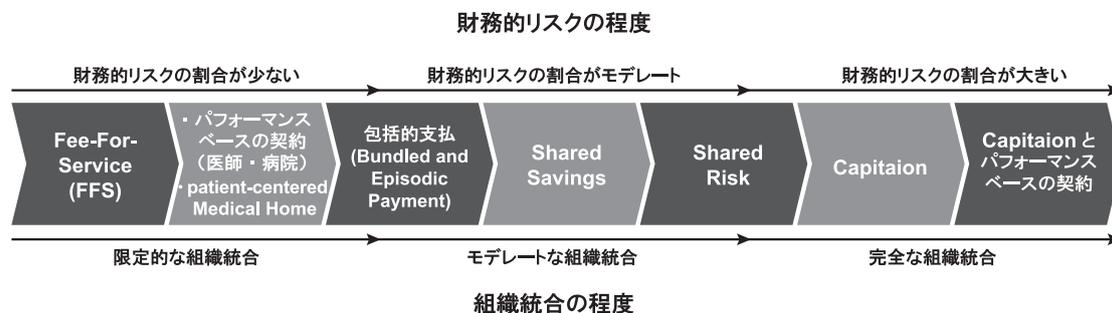
### (3) 実務家による類型化

Commercial ACO/Private ACO の組成に取り組んでいる実務家の経験から取り出された類型化を以下に紹介する。

#### ①償還方式の財務的リスク連続スペクトルと組織の統合性

ACO モデルを導入している民間健康保険者に対する聞き取り調査では、財務的リスクの割合が低ければ、限定的な組織統合で対応可能だが、財務的リスクが高ければ組織統合はより統合度を高くする必要があるとの指摘があった。前述のように、ACO が third-party payer と締結する償還方式によって財務的リスクは異なる。財務的リスクと ACO が機能的に運営され成果を生み出すには、財務的リスクに見合った組織的統合が必要であるが、その程度は連続スペクトル的に連続している関係にある（図表 6）。

《図表 6》 償還方式の財務的リスク連続スペクトルと組織の統合性



(出典) United HealthCare Services, “Value-based Contracting and Accountable Care Organizations”, 2012.

(注) Patient-centered Medical Home とは、プライマリーケア医等が患者に対しコーディネートされたヘルスケアサービスを提供するモデルのひとつ。

Bundle Payment も Episodic Payment も、個々の治療行為ではなくより大きな単位で包括払いする、償還方式。

#### ②民間健康保険者の参画と分業体制の構築

ACO の組成を主導するのは、病院や病院等を統合した組織などヘルスケアプロバイダーが主流であるが、民間健康保険者が ACO の組成に積極的に関与するあるいは協力する場合もある。民間健康保険者の参画を類型化した事例<sup>38</sup>では、Insurer ACO（民間健康保険者が対象集団に対して適切なヘルスケアサービスの提供責任と説明責任を引き受ける）、Insurer-Provider ACO（民間健康保険者とヘルスケア

<sup>38</sup> Robert Cimasi, “Accountable Care Organizations: Value Metrics and Capital Formation”, 2013, p.127.

プロバイダーの両方が対等に対象集団に対して適切なヘルスケアサービスの提供責任と説明責任を引き受ける)、Single Provider ACO (大病院を中心に形成された Integrated Delivery System などの単一ヘルスケアプロバイダーが適切なヘルスケアサービスの提供責任と説明責任を引き受け、民間健康保険者は償還協定を通して限定的に参画する)、Multiple Provider ACO (複数のヘルスケアプロバイダーが適切なヘルスケアサービスの提供責任と説明責任を引き受け、民間健康保険者は償還協定を通して限定的に参画する) に分類している。

## VI. 民間健康保険者の ACO モデル導入と民間健康保険者の役割

### 1. 民間健康保険者の ACO モデル導入

民間健康保険者は、Commercial ACO/Private ACO と呼ばれる ACO モデルの展開を進めている。以下では、事業者団体の取組と大手の民間健康保険者の事例を取り上げる。

#### (1) AHIP のイニシアティブ

ACA の施行を受けて CMS による MSSP 等の ACO モデルが多く実施される展開のなかで、現在民間健康保険者も ACO モデル導入に積極的に取り組む動きを加速している。

CMS による MSSP 等の ACO モデルが多く実施される以前から、民間健康保険者の事業者団体である America's Health Insurance Plans (以下 AHIP という) は、ACO モデルの必要性を主張し、CMS の MSSP を支持し実施を要望していた。2010 年に公表したポジションペーパー<sup>39</sup>では、ACO モデルの革新的な取組によって、米国のヘルスケアシステムの課題の解決に寄与するとの見通しを表明し、規制当局に ACO の組成・プロセスにより柔軟な規制をするように要望している。また、ACO モデルの運営に伴い、ACO が負担する財務的リスクが大きすぎヘルスケアサービスの供給責任が果たせないという消費者保護上の問題を指摘し、民間健康保険者が有するリスクマネジメントのスキル、経験およびリソースを生かすように主張している。

また、AHIP は、会員である民間健康保険者向けに Private ACO モデルを促進するセミナー、イベントを開催してきた。

#### (2) 民間健康保険者の ACO モデルの導入と展開

民間健康保険者は、従来にないイノバティブな ACO モデルを創出する取組をしている。米国での聞き取り調査から 2 社の特徴を紹介する。

A 社の場合、時間をかけて良質なプロバイダー・ネットワークを構築することが特徴である。同社はヘルスケアプロバイダーの経験、コスト、品質を評価し良好と判断したヘルスケアプロバイダーと ACO 償還協定を締結する。こうすることによって、同社の保険に加入してよかったとの感覚を自社の健康保険加入者にもってもらい、他社と差別化した競争力を獲得することを目指している。こうした良好なヘルスケアプロバイダー・ネットワークの装備があるから、保険加入集団の特性に応じてオーダーメイド的に ACO のヘルスケアプロバイダーを組み立てることができる。また、ヘルスケアプロバイダーと締

<sup>39</sup> America's Health Insurance Plans, "Expanding the ACO Concept to Encourage Innovation, Accountability and High Performance and the Value: Health Plans Bring to Delivery System Transformation", August, 2010.

結する ACO 償還協定では、ヘルスケアプロバイダーが負担する財務的リスクが過大にならないように（経費節減額の配分もせいぜい 50% ずつ程度に抑制）、組織の統合性などを考慮して個別に柔軟に対処している。

B 社の場合、ACO モデルを実施しようとするヘルスケアプロバイダーに、ACO モデル実施を可能にする三つの要素を提供する自社部門を構築したことが特徴である。三つの要素とは、Care Management、テクノロジー、そしてリスクマネジメント（保険サービス）である。Care Management とは、Population Health Management (Chronic Disease Management) や Case Management などの効果的効率的にヘルスケアサービスを提供するマネジメント活動である。テクノロジーとは、予測モデルや保険支払データの活用等である。リスクマネジメントとは、保険者が行っている保険事業に関するリスクを制御するマネジメントであると説明されているが、このリスクマネジメントは、ACO が負担する財務的リスクに対するリスクマネジメントとほぼ同義である。B 社は、これらの三つの要素を提供し ACO のプロバイダー・ネットワーク（ACO ネットワーク）を今後生成していく。今後は、健康保険商品としてではなく、特定地域、特定集団に対して設計したオリジナルで、ACO ネットワークをベースにした ACO 商品を販売していく予定である。

## 2. ACO モデルにおける民間健康保険者の役割

### (1) システム投資への協力

ACO モデルが成功するには、説明責任を果たすために大規模なシステム投資が必要である。大規模な投資ができない ACO では、資本力がある民間健康保険者のこの面での協力は重要である。

AMA が会員向けに発行している指導書<sup>40</sup>では、この点を指摘するとともに医師の主導権に影響を与えないように注意することが重要としている。また、民間健康保険者が蓄積してきた保険支払データは、ACO の業務運営に役立つ情報が多い点にも注目している。

### (2) 保険リスクに関する専門性

ACO の業務プロセスでは、ヘルスケアプロバイダーが患者等へ提供したヘルスケアサービスに関して目標として予算総額を見積もり算出する。対象集団全体の予算総額を算出するには、個々の患者の将来医療費を推計する必要がある。その推計には、民間健康保険者が使用している予測モデルを使うことが一般的である。この推計モデルには、民間健康保険者が蓄積してきた保険支払データが使われる。その意味で、民間健康保険者の経験と専門性は有用である。

AHIP が会員向けに発行している研修資料<sup>41</sup>には、ヘルスケアプロバイダーはある患者の疾患の帰趨を予測し治療することに長い経験と知見を有しているのと類似して、民間健康保険者はある患者の保険金請求額の予測に長い経験と知見を有していると記されている。この経験と知見は、財務的リスクを抱える ACO モデルの運営にとって必要不可欠な要素になっている。

<sup>40</sup> American Medical Association, “ACOs and other options: A “how-to” manual for physicians navigating a post-health reform world”, 4th edition, 2013.

<sup>41</sup> America’s Health Insurance Plans, “Understanding Private Accountable Care Organizations (ACOs)”, 2014.

### (3) ファシリテーター

米国で行った民間健康保険者への聞き取り調査では、民間健康保険者は、患者集団の特性を理解し、ヘルスケアプロバイダーの品質に関する特性も理解もしているため、両者を結びつけるファシリテーターの役割を果たすことができるとの主張があった。

## VII. ACO モデルの今後

CMS の “Medicare Shared Savings Program” の Federal ACO モデルも民間健康保険者の Commercial ACO/Private ACO モデルも始まったばかりであり、その成果を判断する時期ではない。

ACO モデルの実践は、第V章に示された ACO モデルの成立条件を満たし課題を解決していく必要があるが、難しい挑戦である。困難な課題へ挑戦であるが、聞き取り調査では実務家は楽観的であり、今後のイノベーションへの期待は大きい。事業環境に柔軟性があり、試行錯誤の実践を重ねて、今後 ACO モデルはまだ変化し進化すると予想できる。

また、ACO モデルに対する批判として、インセンティブシステムには限界があり、効果を期待できないとするものがある<sup>42</sup>。しかし、インセンティブシステムはその程度の効果しかないことは分かっていた。それでも何もしないよりは良いという水準が達成できれば、目標は達成したことになる。

民間健康保険者がファシリテーターであるとの発言は、ACO モデルへの取組が地域または特定の属性のコミュニティに属する、慢性疾患を有する高齢者集団に対する最適化されたヘルスケアサービスの提供システムを作る過程にあることを示唆していると解することもできる。

---

<sup>42</sup> Rita Numerof, “Why Accountable Care Organizations Won’t Deliver Better Health Care—and Market Innovation Will”, Backgrounder, No.2546, April 18, 2011.