

米国ヘルスケア改革本格実施後の 新しいヘルスケアサービス提供システムと健康保険者 —健康保険者の事業モデル改革とヘルスケアサービス提供組織のマネジメント—

目 次

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I. イノベーションを重視する米国ヘルスケア改革</p> <p>II. ACAが健康保険者に与えたインパクトと事業モデルの革新</p> <p>III. ACOに関与し、事業モデルを革新しつつある健康保険者</p> <p>IV. ACOの意義と評価</p> | <p>V. ACOにおける組織マネジメント機能の必要性と重要性</p> <p>VI. ヘルスケアサービス事業におけるマネジメント層の育成システム</p> <p>VII. 米国ヘルスケア改革の特徴と示唆</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ファカルティフェロー 小林 篤

要 約

I. イノベーションを重視する米国ヘルスケア改革

2010年から進められているヘルスケア改革では、イノベーションを重視しつつ、健康保険市場改革を推進している。ヘルスケア改革は健康保険者に大きなインパクトを与え、健康保険者は、その事業モデルの革新に取り組んでいる。ヘルスケアプロバイダー側のイノベーションである、新しいヘルスケアサービス提供システムのACOに積極的に関与している。この動向をどのように理解することができるだろうか。

II. ACAが健康保険者に与えたインパクトと事業モデルの革新

ヘルスケア改革は、伝統的保険システムの基盤を崩す強制措置を伴っている。危険選択した良好保険集団の組成維持による利益獲得という伝統的な事業モデルが従来そのままでは維持できない状況に健康保険者を追い込んだ。このため、健康保険者は、競争減殺と規模の利益の追求のためにM&Aを積極的に進める一方、事業モデルの転換を模索している。

III. ACOに関与し、事業モデルを革新しつつある健康保険者

危険選択した良好保険集団の組成維持による利益獲得という伝統的な事業モデルではなく、引受保険集団の危険度低下によって利益を獲得する、新しい事業モデルに適合的な取組がある。ACOは、主として長期のケアが必要な慢性疾患・高齢者団体、すなわち慢性疾患等の疾病リスクがある集団を対象として、集団の構成員の疾病予防を促進し集団全体の健康リスクを改善する、Population Health Managementと呼ばれる取組を行っている。健康保険者は、ACOに関与して、疾病リスクを低減する事業モデルの実現に取り組み、事業モデルの革新を進めている。

IV. ACOの意義と評価

ACOの意義は、ヘルスケアサービス利用者へ説明責任を果たし、品質と経費節減の実現を図っていることである。また、ACOの仕組みと最新の情報通信技術を駆使したPopulation Health Managementは、イノベーションの取組として高い評価を受けている。

V. ACOにおける組織マネジメント機能の必要性と重要性

ACOの目標達成には、複数のヘルスケアプロバイダーが連携して、患者等に治療処置等のヘルスケアサービスを提供する必要がある。それ故、関係者の活動を連携・組織化する、組織マネジメント機能が不可欠である。

VI. ヘルスケアサービス事業におけるマネジメント層の育成システム

ACOにおける組織マネジメント機能は、その機能を担う人材を必要とするが、米国ではマネジメント層の育成システムの仕組みが整っている。その仕組みの特徴は、企業内育成ではなく労働市場を移動して育成されること、Jobの紹介システムと連動したプラクティカルな手法が実施されていること、およびマネジメント階層それぞれについて教育システムが整備されていることである。

VII. 米国ヘルスケア改革の特徴と示唆

米国固有の特徴として、イノベーションへの期待の大きさと楽観主義およびValue-Based志向がある。このほかに、医療保障アクセスの保障のために民間健康保険者を活用していること、漸進主義であること、米国では過去の沿革もあり、ヘルスケア費用支払側とヘルスケアサービス提供側を統合したモデルがいまも現存し、ACO運営にも導入されていること、広い労働市場内での移動があるので多様な経験を積むことができることがある。

I. イノベーションを重視する米国ヘルスケア改革

1. 着実に進展する米国ヘルスケア改革

米国のヘルスケア改革は、2010年に成立した2010年ヘルスケア改革法¹（Health Reform Act、多くの場合ACAと略称される。本稿でも必要に応じてACAと略記する。）に基づき、2010年以降数年の準備を経て、主要項目は2014年に本格的に実施された。

2010年ヘルスケア改革法は、医療制度改革および健康保険制度改革に止まらない広い範囲を対象にした包括的改革法であり、多岐に亘る内容を含んでいる。米国において、「ヘルスケア」の意味には、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・健康増進まで含んでいる。

このヘルスケアに係わるヘルスケアシステムは、ヘルスケアのサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」（医師・医療機関・保健施設等が患者・一般公衆に対してサービスを提供する）と、そのサービスをファイナンスするシステム「ヘルスケアファイナンスシステム」（保険制度、患者の自己負担、公費負担など）の二つのサブシステムから成り立っている。同法は、この二つのサブシステム全般に関わる広範囲の改革を定めている。

2010年ヘルスケア改革法に基づくヘルスケア改革（以下、2010年ヘルスケア改革という。オバマケアと呼ばれることも多い。）は、立法された後、常に政争のなかに投げ込まれてきた。共和党は2010年ヘルスケア改革法の廃止を一貫して主張してきた。現在も、2010年ヘルスケア改革は次期大統領選挙の争点になっているほど、政治の話題になっている。日本では、ヘルスケア改革の問題状況は報道されるが、その進展状況は伝えられない。大統領選挙に関連した報道では、2010年ヘルスケア改革は窮地に陥っているとする報道すらある。しかし、報道とは異なり、実務の世界では、2010年ヘルスケア改革法を廃止する立法の可能性および改革の頓挫に関して全く話題になっていない。なぜなら、次の事情があるからである。もし、共和党が主張してきたように、同法を廃止するならば、2010年ヘルスケア改革によって、健康保険に加入できた者や医療保障を得ることができた膨大な対象者を以前の状態に戻す必要がある。以前の状態に戻すだけでも大混乱が生じる。その混乱を收拾した共和党が望む新法を成立させるには、相当の期間を要する。2010年立法のヘルスケア改革は、長い準備を経て2014年に本格実施となった。本格実施後、2年近く経過した2016年時点では、手続上の問題からも実務上の問題からも、同法の廃止は不可能と言わなければならない。業界関係者に聞き取り調査を行った2016年3月の時点でも7月の時点でも、同法の廃止は全く話題にならなかった。確かに政治的な争点になっているが、実務の世界では全く話題になっていないのである。

2010年ヘルスケア改革は、連邦レベルと州レベルで進められている。2010年ヘルスケア改革法は、連邦議会で成立した法律であり、連邦政府が、連邦法に基づいたヘルスケア改革を進めている。その主要機関は、保健福祉省（Department of Health and Human Services、以下必要に応じてHHSと略称する）の部門であるCenters for Medicare & Medicaid Services（以下CMSという）や財務省内国歳入庁（Internal Revenue Service, Department of the Treasury）などである。州レベルでも、連邦法であ

¹ 2010年ヘルスケア改革法の正式名称は、患者を保護しヘルスケアが利用できるようにする法律であることを示す、The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010であり、PPACAと略称されることもあった。

る 2010 年ヘルスケア改革法と整合的な自州のヘルスケア改革が進められている。共和党は、連邦法である 2010 年ヘルスケア改革法に反対し、その後廃止を主張しているが、共和党知事となっている州政府も、2010 年ヘルスケア改革法を推進した民主党知事となっている州政府も、それぞれ州独自の方針に沿ってヘルスケア改革を進めている。業界関係者である支払側の健康保険者もサービス提供者側のヘルスケアプロバイダーもともに、それぞれ変革のチャンスに乗り遅れないようにヘルスケア改革に適合して市場競争に生き残り、より良いリターンが得られる自己の事業モデル変革の実行に奮闘している。

また既にヘルスケア改革の恩恵を受けている多数の国民がいる。このような状況では、同法の廃止は実際的に不可能となっている。勿論多くの問題状況が発生し、課題が山積していることは言うまでもない。日本の報道、評論、出版は、これらの問題状況・課題に焦点を当てることが多い。しかし、米国の実情は、日本に伝えられる情報とそれに基づく印象とは大きくかけ離れており、実際には米国のヘルスケア改革は着実に進展しているのである。

本稿は、その進展状況を健康保険者の視点から理解しようとするものである。

2. 2010 年ヘルスケア改革法がもたらしたイノベーションに対する健康保険者の取組

損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.68 (2016 年 3 月)「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割—問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—」において、2016 年年頭の時点を目安として、2016 年 3 月初め時点の情報をもとに ACA が本格的実施となった後にどのような進展があったかを取り上げた。その際、2010 年ヘルスケア改革を実施展開していく動きには、二つの底流が観察できると指摘した。一つは、イノベーションへの期待と楽観主義である。もう一つの底流は、ヘルスケアに関する資源利用を Volume から Value へ転換していこうとする流れである。Value-Based へ転換しようとする取組は、様々な分野・領域で進められている。Value-Based への転換には、利害関係者がある種の合意を形成しつつあるかのようにみえる。イノベーションも Value-Based への転換もいずれも難事業である。

2010 年ヘルスケア改革がヘルスケアサービスにもたらしたイノベーションで、健康保険者に関するものとして、(a) インターネットサイトで保険加入手続きを行う Health Insurance Marketplace (保険加入インターネットサイト “Exchange”) ²と、(b) ヘルスケアサービスの新しい提供システムである Accountable Care Organization (以下 ACO という) ³がある。ACO は、一見健康保険者と関係がないように見えるが、実際には多くの健康保険者が ACO に関する改革に関与している。

健康保険者は、Exchange (健康保険者にとっては厳しい事業環境である⁴) に参加して 2010 年ヘルスケア改革法が定めるリスク調整メカニズムの不具合で損失を被る経験をしている。このような経験にも拘わらず、現在健康保険者は ACO に積極的に関与し、ACO モデルの商品開発および関連サービス開

² Exchange は通称で、正式名称は “Health Insurance Marketplace” である。Exchange は、購入可能な健康保険商品を選択し加入手続きができるようにするサービスである。健康保険商品の選択・購入は、原則ウェブでなされるが、コールセンターを使う場合も募集人が対面で加入援助することもある (米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov の用語解説 (visited Sep.3, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/health-insurance-marketplace-glossary/>> の説明に準拠)。

³ 小林篤「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割—問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.68 (2016 年 3 月)」で、その内容と動向を取り上げている。

⁴ 詳細は、第二章と第三章で記述する。

発を行っている。健康保険者は、単に関係するレベルではなく、これらに積極的主体的に参画して事業モデル改革を進めている過程にある。

3. 本稿の構成

(1) 本稿の取り上げる範囲と問題設定

本稿の表題は、「米国ヘルスケア改革本格実施後の新しいヘルスケアサービス提供システムと健康保険者」である。副題を、「健康保険者の事業モデル改革とヘルスケアサービス提供組織のマネジメント」としている。

本稿が取り上げる第一の問題は、2010年ヘルスケア改革は健康保険者の事業モデルにどのようなインパクトを与えたかである。

第二の問題は、なぜ健康保険者が新しいヘルスケアサービス提供システムであるACOに関与するかである。米国では、支払側とサービス提供者側とは深い関係があるという歴史的な背景もあって、支払側の健康保険者が、ヘルスケアサービス提供組織であるヘルスケアプロバイダーからの請求に応じて費用負担・支払をするだけに留まらず、新しいヘルスケアサービス提供組織の組成・運営に深く関与する事例が増加している。前述したように、ヘルスケアシステムは、概念的にはヘルスケアのサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」（医師・医療機関・保健施設等が患者・一般公衆に対してサービスを提供する）と、そのサービスをファイナンスするシステム「ヘルスケアファイナンスシステム」（保険制度、患者の自己負担、公費負担など）の二つのサブシステムから構成されている。ヘルスケアファイナンスシステムに属する健康保険者が、異なるサブシステムのヘルスケア提供システムに属する当事者であるACOに関する改革に関与するという興味深い現象が起きている。

第三の問題は、組織マネジメントを担当するマネジメント層が、ヘルスケアサービス産業および健康保険産業においてどのように形成されているのかである。ACOは、本稿の副題にあるヘルスケアサービス提供組織の一つである。ただACOという組織を組成するだけでは効果的にヘルスケアサービスを提供することはできない。適切なマネジメント人材が確保され組織が適切に運営されて、初めて効果を挙げることができる。適切なマネジメントを担える人材がどのように形成されているのかは、ヘルスケアサービス事業でも健康保険事業でも大きな問題である。

(2) 本稿の構成と情報時点

第II章以下の構成は、以下のとおりである。

2010年ヘルスケア改革は健康保険者の事業モデルにどのようなインパクトを与えたかという第一の問題を、第II章（II. ACAが健康保険者に与えたインパクトと事業モデルの革新）と第III章（III. ACOに関与し、事業モデルを革新しつつある健康保険者）で取り上げる。なぜ健康保険者が新しいヘルスケアサービス提供システムであるACOに関与するのかという第二の問題を、第III章（III. ACOに関与し、事業モデルを革新しつつある健康保険者）と第IV章（IV. ACOの意義と評価）で取り上げる。ACOという組織を組成するだけでは効果を挙げることが極めて難しく適切なマネジメントが不可欠であると事情があるなかで、組織マネジメントを担当するマネジメント層がヘルスケアサービス産業および健康保

険産業においてどのように形成されているのかという第三の問題は、第V章（V. ACOにおけるマネジメント機能の必要性と重要性）と第VI章（VI. ヘルスケアサービス事業におけるマネジメント層の育成システム）で取り上げる。

最後に、第VII章（VII. 米国ヘルスケア改革の特徴と示唆）で米国ヘルスケア改革の特徴を整理し、その示唆を検討する。

本稿は、主として2016年7月時点の情報をもとに作成している。なお、2016年7月に米国において民間健康保険者および民間健康保険市場に関わるコンサルタント・ブローカーなどの実務家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. ACAが健康保険者に与えたインパクトと事業モデルの革新

1. 健康保険者の事業領域と事業モデル

米国の健康保険に関する事業は、個人健康保険 (Individual health insurance) 事業と団体保険 (Group health insurance) 事業に大別される。それぞれの事業では、保険を引き受ける方法 (underwriting) も保険料率設定の方法 (rating) も異なっている。健康保険市場には、個人加入市場 (nongroup)、小規模団体市場 (small group)、大規模団体市場 (large group) の三つのセグメントがある。個人健康保険事業は個人加入市場に、団体保険事業は、小規模団体市場 (small group) と大規模団体市場 (large group) の二つに対応している。2010年ヘルスケア改革法は、前の二者の個人加入市場と小規模団体市場を対象にしており、個人加入市場向けには Exchange を、小規模団体市場向けには別途 Small Business Health Options Program (SHOP) を用意した。

以上は、健康保険市場という観点から見た事業領域である。実際に健康保険事業者の視点からみると事業領域はどうか。実務的には、メディケア⁵やメディケイド⁶など Government Program に関する Government Business という事業領域と、雇用主が従業員とその家族のために Employee Benefit として提供する団体健康保険 (Group Health Insurance) と個人に健康保険市場で提供する個人健康保険 (Individual Health Insurance) に関する Commercial Business という事業領域である。Government Business という事業領域における事業モデルは、政府が運営するシステムに参入する事業モデルである。その政府が運営するシステムに参入する方法は、政府が制度として運営しているシステムのなかでメディケイドの業務受託を行う、または公私混合システムとなっているメディケアのなかに設けられたメ

⁵ CMS のホームページ、Glossary では、65 歳以上の高齢者、65 歳未満の障害を有する特定の者、および末期腎不全の者を対象とする、連邦健康保険プログラムと説明されている (visited Sep.3, 2016) <<https://www.cms.gov/apps/glossary/default.asp?Letter=M&Language=English>>。

⁶ 連邦政府の公式サイト Medicaid.gov.では、1965 に創設された低所得者を対象に州政府が医療保障 (health coverage) を提供する制度であり、各州は連邦政府が策定した運用基準に準拠するが、各州独自のプログラムを運営しているため、メディケイドの給付には様々なバリエーションがあると説明している (visited Sep.7, 2016) <<https://www.medicaid.gov/about-us/program-history/program-history.html>>。連邦政府の公式サイト Medicaid.gov.は、メディケイドと後述の子ども専用の CHIP プログラムは別の制度として扱っている。健康保険に関する標準的な教科書では以下のとおり説明されている。メディケイドは、1965 年創設以降、数次の大規模な拡張がなされ、その一つが CHIP プログラムである。メディケイドは、低所得の家族が対象になるが、妊婦、子ども、高齢者および障害者に着目している。対象となる家族には単身世帯を含み、家族の人員数と連邦貧困基準との組み合わせで制度の対象になるかが決まる。メディケイドの給付プログラムは、どの州でも必須とされる給付項目と州が選択できる給付項目のグループに大別され、前者は 28 項目、後者は 21 項目の給付制度となっている (Michael A. Morrissey, "Health insurance 2nd edition," 2014, pp.461-463.)。

ディケア・アドバンテージ等の私的部門もしくは政府が設置運営する Exchange のなかで商品提供するという方法である。Commercial Business という事業領域における事業モデルは、かつては団体または個人の健康リスクを評価しそのリスクに見合う保険料と保険給付を設計することを基本とする、危険選択を原則的に行って利益を得る事業モデルであったが、後述のようにその事業モデルの基盤は崩れてしまっている。

現在健康保険者は、M&A、加入者の利用満足の向上・利用継続、医師等とのコラボレーションと Value-Based の償還契約の拡大、進展著しい情報通信技術を活用した効果的イノバティブなヘルスケアマネジメント手法の開発などに取り組んでいる。

《図表 1》は、大手営利健康保険会社が投資家向けに今後の事業成長の見通しを説明した資料である。Government Business という事業領域は、《図表 1》に記載されているメディケイド、メディケア・アドバンテージ、メディケア・メディケイド二重資格者⁸、Exchange が該当する。これらは、短期的に規模の拡大が見込める事業領域であり、多くの大手健康保険者は優れた組織能力をアピールして殺到している状況にある。Government Business が対象とする政府支出のプログラムは、ACA 以降様々な連邦政府の助成金や税制優遇措置などヘルスケアの支出とは想定していなかった分も含めると、全体の半分以上を超えるとの試算もある⁹。他方、利益率を求めるには、Commercial Business、なかでも団体健康保険が有望だが、時間が掛かりそうだという見通しを示している。なお、private exchange は、大企業向けの Employee Benefit において、雇用主が従業員に一定のファンドを渡して、多くのメニューのなかから選択するカフェテリアプランにおける個人向け健康保険商品のことである。

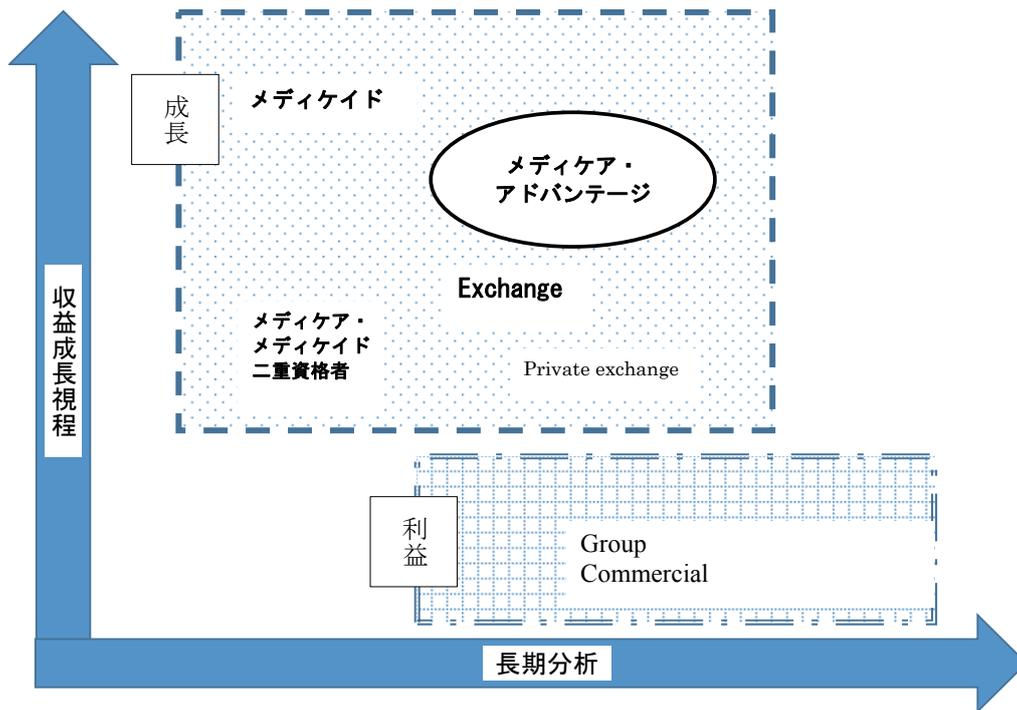
⁷ メディケア制度は、Part A、Part B、Part C、Part D と歴史的に拡大してきた。メディケア・アドバンテージは、Part C にあたる。米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov の用語解説では、以下のとおり説明されている。メディケア制度において、メディケアと契約している民間健康保険者が Part A と Part B にある保険給付を提供する健康保険商品。HMO タイプ、PPO タイプ、民間版 fee-for-service (FFS) プラン、メディケア Savings Account プランなど様々なタイプの商品があり、多くの商品は、処方箋薬も対象にしている(visited Sep. 3, 2016)

<<https://www.healthcare.gov/glossary/medicare-advantage-medicare-part-c/>>。

⁸ メディケア・メディケイド二重資格者とは、正式には Dual eligible beneficiaries と呼ばれる受給者の一般的呼称。メディケア対象（すなわち原則的には高齢者）かつメディケイド対象の低所得の者。

⁹ Everette James et al, "Government-Sponsored Programs Make Up 52% Of What We Spend On Healthcare," Forbes, Jul 29, 2015.

《図表 1》 営利健康保険者から見た ACA 後の事業成長見通し



(出典)2015年11月10日 Credit Suisse 2015 Healthcare Conference における Aetna 社のプレゼンテーション資料。

2. ACA による事業モデルへのインパクト

(1) 保険加入が公的制度の対象になるかの強制措置と健康保険者への強制措置

2010年ヘルスケア改革法は、ヘルスケア改革へ参画させる強制措置として、個人の責任と健康保険者の責任を定めた。米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov ((visited Sep. 3, 2016) <<https://www.healthcare.gov/>>.) では、次のように説明されている。

個人の責任は、もし入手可能な (affordable¹⁰) 健康保険があるにも拘わらずそれを購入しないことを選択した場合には、individual shared responsibility payment と呼ばれる納付金 (fee) を支払うという責任である。この納付金は、ペナルティ (penalty)、罰金 (fine) とも呼ばれるが、Individual mandate と呼称されることが一般的である。Individual mandate の適用を避ける方法には、二つある。一つは、minimum essential coverage (MEC と略称されることが一般的である。以下、MEC という。) と呼ばれる 2010年ヘルスケア改革法に基づく給付内容の健康保険商品を購入すること、もう一つは、適格な健康保険給付 (qualifying health coverage)、すなわち MEC の給付内容を提供する制度の対象になることである。このいずれかを行わなければ、納付金を払わなければならない (play or pay rule と言われることがある)。

一つ目の MEC の健康保険商品は、Exchange で購入することもできるが、Exchange 外でも購入できる。

¹⁰ 入手可能な (affordable) という表現は、2010年ヘルスケア改革法の正式名称の The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 の affordable と同じである。2010年ヘルスケア改革法は、様々な補助金措置を定めており、この補助金措置が利用できることは保険入手可能な状態と観念されると考えられる。

二つ目の適格な健康保険給付 (qualifying health coverage)、すなわち MEC の給付内容を提供する制度としては、メディケアやメディケイドにおける個別の様々な制度などが多数列挙されている¹¹。以下に該当する制度を例示的に示す。

- (a) 2010年3月23日以前に加入していた祖父条項 (“grandfathered”) ¹²の個人健康保険の制度。
- (b) 健康保険給付を行う職域の制度 (退職後の給付プランおよび COBRA 法に基づく健康保険給付の制度¹³を含む)。
- (c) メディケアのパート A またはパート C の制度(パート B は対象外¹⁴)。
- (d) 多くのメディケイド給付の制度 (ただし、緊急措置のみの限定給付プランは除く)。
- (e) 児童医療保険プログラム (Children’s Health Insurance Program、CHIP と略称される)の制度¹⁵。
- (f) 子どもが被扶養者となっている多くの健康保険制度。
- (g) 学校が学生に医療保障を提供する多くの制度。
- (h) 発展途上諸国に青年を派遣し技術教育を通して開発計画に貢献する平和部隊 (Peace Corps) の志願者に医療保障を提供している制度。
- (i) 復員軍人省 (Department of Veterans) によって復員軍人に医療保障を提供している多くの制度。
- (j) 国防総省において健康管理および医療サービスを統括する現業部門である TRICARE が、健康保険給付を提供する、多くの制度。
- (k) 連邦政府が全額資金提供を行う難民医療支援 (Refugee Medical Assistance) が短期の医療サービス給付を提供する制度。

“individual shared responsibility payment”と呼ばれる納付金 (fee) を支払う制度は、納付金を払えば ACA が定める健康保険に加入しない選択ができる制度でもある (日本の皆保険の概念では、健康保険に加入しない選択はあり得ない)。その意味で、2010年ヘルスケア改革法は、必ずしも米国民全員に保険加入を強制しているわけではない。したがって、2010年ヘルスケア改革は日本で観念されている皆保険を目指した改革であると表現する場合には、誤解を招く可能性がある。

なお、メディケイドなどは、連邦政府資料で保険プログラム (insurance program) と説明されてい

¹¹ 米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov の Types of health insurance that count as coverage に関する用語解説 (visited Sep. 3, 2016)

<<https://www.healthcare.gov/fees/plans-that-count-as-coverage/>>。

¹² 連邦政府のインターネットサイト HealthCare.gov では、以下のとおり説明されている。ACA のある条文の適用を免除されること(米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov の用語解説 (visited Sep.3, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/grandfathered/>>)。なお、一般に祖父条項とは、ある活動を禁止または規制する立法がなされた場合、その立法以前に行われていたいくつかの活動にはその法令の適用を免除するという意味で使われる (Webster’s New World College Dictionary, Fifth Edition)。

¹³ 連邦政府のインターネットサイト HealthCare.gov では、以下のとおり説明されている。COBRA 法とは、Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act を略した連邦法のこと。被用者の雇用関係の終了に伴い雇用主から被用者に提供されていた健康保険給付を暫定的に継続するために、被用者が保険料の 100% (すなわち、被用者負担分以外の雇用主負担分も含めて) および少額の管理手数料を支払う自費負担を行えば、同法はそれまでの健康保険給付の継続を認めている。米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov の用語解説 (visited Sep. 3, 2016)

<<https://www.healthcare.gov/glossary/cobra/>>

¹⁴ パート B 単体では、医療的見地から (Medically necessary) 必要とされる検査・診断などに限られた医療サービスなので MEC に該当しない。米国連邦政府のインターネットサイト HealthCare.gov の用語解説 (visited Sep. 3, 2016)

<<https://www.healthcare.gov/medicare/>>。なお、パート B は、Supplementary Medical Insurance と通称されることがある。

¹⁵ 主としてメディケイド対象の貧困水準よりも高いため対象となっていない低所得世帯の無保険の児童を対象とする低コストの健康保険給付プログラム。

ることがあるが、保険料拠出がない制度を保険制度というのは無理がある（健康保険プログラムと表記される理由については、《BOX 1》メディケイドに関する二つの疑問を参照）。

健康保険者の責任は、加入申込があった場合には MEC の保険を引き受けることである。Exchange へ参加するかどうかは任意だが、Exchange 市場でも Exchange 外の一般の健康保険市場でも MEC の保険を引き受けなければならない。

《BOX. 1》メディケイドに関する二つの疑問

1. メディケイドは保険制度か：保険料がない保険制度

メディケイドは、連邦法に基づく制度であり、連邦政府の保健福祉省（Department of Health and Human Services、HHS）に属する Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)が担当するが、実際の運営は州政府が担当する。その財源は、連邦政府と州政府が負担する（すなわち、税金であり、保険料ではない）。

主として高齢者向けのメディケアでは加入申込が必要だが、多くの場合メディケイドでは加入申込は必要ない。メディケイド医療費の負担をどうにかしたいというニーズベースのプログラム（needs-based program that helps with medical costs）であり、ニーズを持つ者を探すアウトリーチが必要だというのが、米国の一般的な理解である（例えば、DEFINITION Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)、(visited Sep. 4, 2016) <<http://searchhealthit.techtarget.com/definition/Centers-for-Medicare-Medicaid-Services-CMS>>

ところが、米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov では、メディケイドを低所得者等の者に無料または少額の自己負担で医療保障（health coverage）を提供する保険プログラム（insurance program）と説明している（visited Sep. 4, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/medicaid/>>。財源に保険料納付を必須としていない、保険プログラムとは、日本の常識に反している。日本の健康保険制度では、組合健保でも国保でも保険料を納付し、保険給付を受けるのが当然である。メディケイドは、本当に保険制度なのか。

メディケイドの成立とその後について、次の説明がある（The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “MEDICAID A PRIMER - Key Information on the Nation Health Coverage Program for Low-Income People”, 2010. (visited Sep. 3, 2016) <<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2010/06/7334-05.pdf>>。「メディケイドは、全米レベルで低所得者に健康保険給付と介護給付を行うファイナンスシステムである。1965年 Social Security Act の一部分として創設された。その時点では、金銭支援あるいは福祉を受給する者に対する医療的支援（medical assistance）を提供するものであった。その後、民間健康保険に加入できない状況が深刻になると、民間健康保険に加入できず無保険状態の貧困層に対して連邦議会と各州はメディケイドを拡大して救済するようになった。」

つまり、インフレーションの進行に伴い医療コストが上昇しその結果健康保険料が高騰することになって、保険料支払が困難なために無保険状態にある貧困層に民間健康保険と同様の保険給付（診療サービスの現物給付や各種サービスと受けるために必要な金銭給付など）を行うことになったのである。保険プログラムと称するのは、保険料の徴収を必須とする保険システムだからではなく、民間健

康保険と同様の保険給付を行うからである。

2. 州政府は、連邦政府と州政府の両方が拠出するメディケイドを独自に運営できるか：連邦政府は、どこまで関与しているのか

各州のメディケイドは、連邦政府と州政府が財政負担をして、州政府が運営している。州によりその内容に大きな相違があることから、お金が連邦政府からも拠出されているにも拘わらず、運営については州に大きな裁量があるように見える。連邦政府は、金銭面だけの関与だけなのかという疑問が起きる。

実際には、各州はメディケイド実施の詳細を記したメディケイド実施計画 (Medicaid state plan) を作成して実施している。各州は、実施計画を変更するには、連邦政府 HHS の CMS に state plan amendment (SPA) を提出し、承認を得なければならない。その意味で、連邦政府の関与は単に財政面に留まらず、実体的にも関与していることになる。

2. 伝統的保険システムの基盤を崩す強制措置：危険選択・運営費用必要水準の否定

ACA には、伝統的保険システムの基盤を崩す強制措置が定められている。その一つは、危険選択であり、もう一つは運営費用必要水準の否定である。

任意保険市場の民間保険会社は、販売する保険商品で設定している保険料水準と保険引受基準に合致している加入者のみを引き受け、合致しない加入希望者は引き受けない。この活動は、危険選択と呼ばれている。保険会社にとって危険選択が不可欠な理由は、事業収支を悪化させ、保険料水準を加入者が支払いたくない水準まで引き上げざるを得ない状況を回避するためである。もし、保険加入可能な水準の保険料で、顧客が魅力を感じる保険給付を設計し、大数の法則が働く規模の保険集団を組成できれば、保険会社は安定した利益を挙げることができる。伝統的な保険システムでは、危険選択が不可欠であるとの観念が支配的であった。

しかし、ACA は、民間健康保険者が、保険加入者の健康状態 (health status) または既往症 (preexisting conditions) に基づいて保険料水準を決定することを禁止し、年齢、家族構成、地域、喫煙の要素のみを斟酌することだけを認めている。これは、保険者の自在な危険選択を容認しないことを意味する。危険選択によって、安定したリスクの保険集団を組成維持することによって利益を上げる事業モデルを維持することは不可能になった。

もう一つの運営費用必要水準の否定とは、保険料のうち医療保障給付に当てる割合を法定する Medical Loss Ratio (MLR) の措置がその具体例である。米国連邦政府が Exchange の利用者のために開設しているインターネットサイト HealthCare.gov の用語解説においては、MLR を次のように説明している¹⁶。健康保険者が、保険加入者に健康保険の真価 (value) を提供することを促進するために、利用した医療サービスの費用とケアの品質を改善する費用との合算額を保険料の 80% とすることを定めた。したがって、保険料の 20% から、健康保険者はマーケティング、利益、従業員等への報酬、一般管理費および代理店等への手数料を捻出しなければならない。ただし、この比率は、州の状況と保険市場の種類によって異なっている。

¹⁶ (visited Sep. 3, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/medical-loss-ratio-MLR/>>.

一般に代理店手数料率は10%程度と言われており、保険者の取り分は利益も含めて10%以下になる。2016年2月の聞き取り調査では、Exchangeにおける保険加入者は低価格の保険商品を選択する傾向が強くなり、その結果この市場は大変価格競争が激しくなり、健康保険者は低価格を実現する商品設計を迫られていると専門家が指摘していた。つまり、Exchangeを含む健康保険市場における伝統的な保険引受事業は、構造的な低収益性の問題に直面しているのである。

《BOX 2》 保険システムの常識と一般の常識の衝突

任意保険市場における健康保険システムでは、保険加入者の疾病になるリスクを引き受ける（リスクの移転）だけで、消滅させることはできない。一般に保険事業では製造業と異なり製品に使用する部品の原価低減や流通業の仕入れ商品の低価格化を実現する、原価低減は困難であるという事業特性がある。保険事業では、引き受けた保険リスクを低下あるいは消滅させることはできない。換言すれば、技術革新または取引方法の改善による原価低減に大きく期待することは困難である。なぜなら、保険事業では大数の法則を使った、顧客のリスクをプールして、事業の収支を安定化することを行っているだけであり、原価の大きな部分を構成する顧客のリスクは、保険者が引き受けた後に技術革新による低下も顕著な改善もできないからである。

しかし、保険加入者は、リスクを引き取ってもらった、すなわち保険者のなかでリスクが消滅する印象をもつことがある。保険者ができることは、将来の疾病になる確率と将来疾病になったときに発生するコストを大数の法則に基づいてかなりの精度で予測することである。加入者自身にとって、将来どのような疾病リスクに基づく費用負担が生じるかは不明であるが、保険者にとって、将来保険加入者集団でどのような疾病リスクに基づく費用負担が生じるかは予測できる（誰に生じるかは不明のままである）。個々の主体にとっての不確実性が、大数の法則が働く集団を形成することで集団全体の費用負担がかなりの程度確実になり、将来生じる費用を見積もることができるメカニズムにより保険料を決定できる。保険集団全体の将来の保険給付に掛かるコストと運営コストの合算額（支出額）と、保険集団全体の保険料収入額とが、相当するように集団全体の平均的な保険料を決定する（収支相等の原則）。

任意加入の民間保険に加入しようとする者は、保険給付が自己の必要性に適合しているか、また支払可能な保険料水準かを考慮して加入の可否を決める。民間保険の場合には、市場取引で許容される保険料水準かが先に決まって、保険加入を勧める魅力がある給付内容かを検討する。加入強制的な社会保険システムでは、まず必要な給付内容を決めて、保険料水準を決める（足りない場合には、税金等を投入することが多い）。

任意加入保険では、支払可能な保険料水準と給付内容の釣合が重要になる。すなわち、リスクの高い者には高い保険料、リスクの低い者には低い保険料とする必要がある（給付反対給付均等の原則）。もし、リスクの高い者を集団全体での平均的な保険料で引受続けると、収支相等でなくなる。集団全体の保険料を引き上げるか、保険引受を停止するかのどちらかを選ぶ必要がある。したがって、保険者はリスクの高い者からの保険加入申込を拒絶し、集団全体の平均保険料を維持しようとする。これが保険の常識である。

しかし、一般の常識は、リスクが高い者は、保険加入の必要性が高い者であるから保険加入を認め

るべきであるという考え方である。正に保険の常識と一般の常識が衝突することになる。

その衝突を回避するには、保険加入時に既往症がある者は、当然保険集団の平均的なリスクよりも高いので、平均値よりも高い分を埋め合わせる措置が必要になる。2010年ヘルスケア改革法は、健康保険者に既往症を有する者を引き受ける義務を課したので、例えば、慢性疾患患者が多い、高いリスク集団を引き受けた健康保険者は、恒常的に赤字運営になる可能性がある。このため、その埋め合わせをする必要がある。保険引受年度毎に低いリスク集団を引き受けた健康保険者から高いリスク集団を引き受けた健康保険者に資金を移転させる Risk mitigation 措置として、Exchange に参加する健康保険者だけでなく、参加しない健康保険者も対象として（すなわち、全ての健康保険者を対象として）、連邦政府が定める方法に基づき各州単位に実施する Risk Adjustment プログラムを設けたのである。

3. 事業モデル革新の要因・方向性と現状

ACAによる伝統的保険システムの基盤を崩す強制措置は、危険選択した良好保険集団の組成維持による利益獲得という伝統モデルが従来そのままでは維持できない状況に健康保険者を追い込んだ。このため、健康保険者は、競争減殺と規模の利益の追求のためにM&Aを積極的に進める一方、引受保険集団の危険度低下による利益獲得へ事業モデルの転換を模索している。

引受保険集団の危険度を低下させることに利益を得ようとする事業モデルについて、各種のコメントが公表されている。以下、いくつかの見方を紹介する。

一つは、危険選択 (risk selection) からリスクマネジメント (risk management) へ転換するという見方である。すなわち、疾病リスクが高い既往症の加入申込も拒絶できず、相応の保険料も課金できないならば、利益を確保するには、保険加入集団の疾病リスクを低下させるリスクマネジメントに取り組むべきだとの主張である。健康保険者は、保険加入者の健康リスク (health risk) がどの程度かを処方箋薬の使用状況、健康に関係ある生活習慣、運動習慣、喫煙など入手できる情報に基づいて判断し、掛かりつけの医師を決め各種の検査その他の介入を行って、疾病リスクを下げるというリスクマネジメントを行えば、保険給付のコストは低減できる。保険集団をより健康にすることによって、利益を生み出すビジネスモデルは充分可能である¹⁷。

もう一つは、健康保険市場では保険加入者の健康状態に基づく保険料水準の差違は寡少か全くないのだから、健康保険者の競争の焦点は、危険選択から品質、効率性、そして価値 (value) にシフトしていくという見方である¹⁸。

¹⁷ John Howell, "Profits for Health Insurers Now Depend on Risk Management," March 3, 2014 (visited Aug. 28, 2016) <<http://3blmedia.com/News/Health/Profits-Health-Insurers-Now-Depend-Risk-Management#sthash.ywOY52Io.dpufhttp://3blmedia.com/News/Health/Profits-Health-Insurers-Now-Depend-Risk-Management>>.

¹⁸ John Kautter et al., "Affordable Care Act Risk Adjustment: Overview, Context, and Challenges," Medicare & Medicaid Research Review, Volume 4, Number 3, 2014 (visited Sep. 3, 2016) <https://www.cms.gov/mmrr/Downloads/MMRR2014_004_03_a02.pdf>

Ⅲ. ACOに関与し、事業モデルを革新しつつある健康保険者

1. 単純な Payor とは異なる健康保険者の事業モデル

(1) ヘルスケアシステムにおける Payor という当事者と競争的な市場

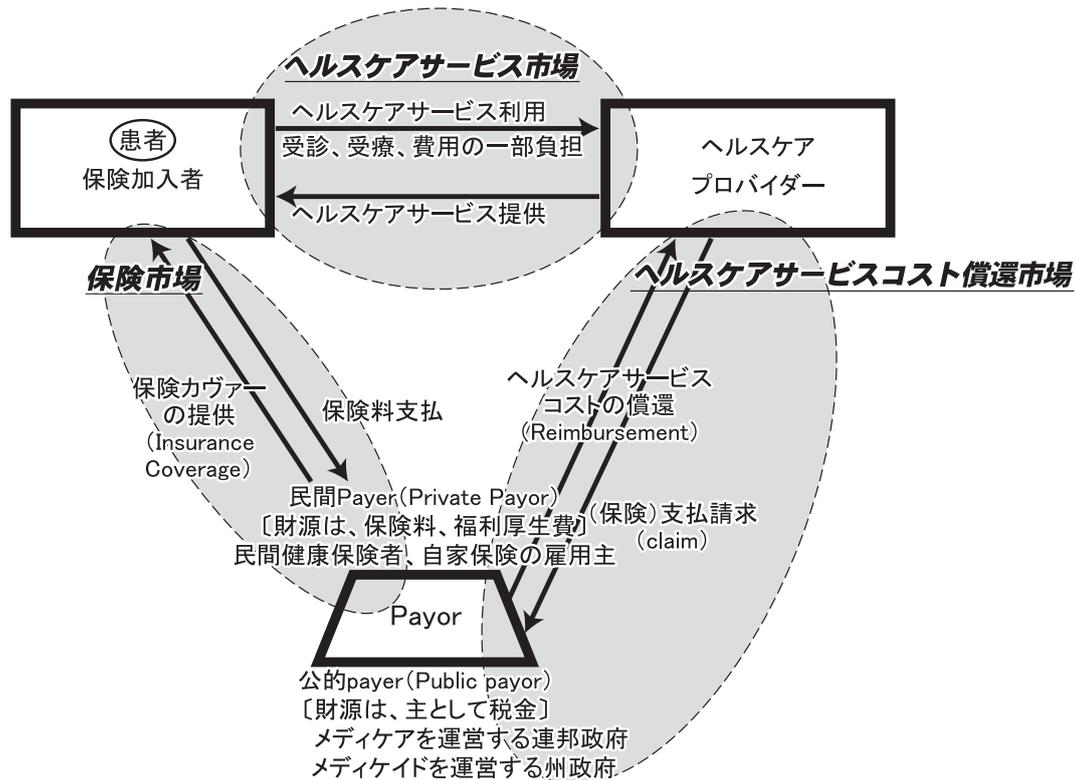
米国のヘルスケアシステムでは、ほとんどの場合、ヘルスケアサービスの利用者ではなくヘルスケアプロバイダーでもない、第三者である Payor が支払う。病院等のヘルスケアプロバイダーは、サービス提供の対価を先に受領するのではなく、まずサービス提供を行った後に、そのコストを第三者である Payor に請求する (Claim と呼ばれる)。請求を受けた Payor はそのコストを自分の支払基準で支払う (Reimbursement と呼ばれる。日本では伝統的に償還と訳している)。償還方式はその都度決める方法もあるが、多くの場合には事前に当事者が協議して取り決めている。

つまり、米国のヘルスケアシステムの主要な当事者を模式化すると、当事者は患者・保険加入者などのヘルスケアサービス利用者、病院等のヘルスケアプロバイダーおよび Payor である (《図表 2》)。

Payor は、民間と公的部門の二種類がある。主要な前者の例としては、民間健康保険者および自家保険で医療保障の福利厚生を提供する雇用主との二者があり、主要な後者の例としては主として高齢者に医療保障を行うメディケアを運営する連邦政府と低所得者に医療保障を行うメディケイドを運営する州政府の二者がある。

それぞれの当事者間には、それぞれの取引市場が存在する。ヘルスケアサービス市場では患者 (保険加入者) と病院等のヘルスケアプロバイダーが当事者であり、市場取引がなされる。ヘルスケアサービス市場では、患者 (保険加入者) は費用の一部負担をするが、基本的には費用負担者は Payor である。Payor とヘルスケアプロバイダーとが市場取引を行う、ヘルスケアサービスコストの償還に関する市場では、ヘルスケアプロバイダーは Payor に対して既に実施したヘルスケアサービスコストの支払請求 (Claim) を行い、Payor は、ヘルスケアサービスコストの償還を行う。この市場では、基本的には自由であり、多様な方式・基準単価が存在する。この二つの市場以外の保険市場では、保険料の支払と保険カバーの提供 (すなわち、保険事故であるヘルスケアサービスを必要とする事態が生じたら保険を使うことができる) が取引される。それぞれの市場では、公的 Payor 以外の当事者は同業者と非常に競争的な関係にある。この競争的な市場であることが、当事者の判断に大きく影響し、またイノベーションを進めようとする意欲に繋がるという特徴をもたらしている。

《図表2》米国ヘルスケアシステムの当事者と競争的市場での取引



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

(2) 単純な Payor とは異なる健康保険者

健康保険者は Payor に徹している事業者も多いが、大規模な健康保険者のなかには組織内部に保健職・医療職を保有し、様々なサービスを提供している例がある。例えば、CIGNA 社の報告書では、CMS と CIGNA 社は、ヘルスケアプロバイダーに対して、品質・加入しやすさ・ケアに関する満足が改善されれば金銭的な報酬を提供する ACO モデルに支払側として関与し推進している点は共通しているが、CIGNA 社は頑健なヘルスケア情報分析能力とヘルスケアコーチングサービスを提供するヘルスケアサービス機関でもあるので、Payor の役割を果たすだけでなく、ヘルスケア専門職グループやクリニックと積極的なコラボレーションも実施していると述べている¹⁹。

健康保険者は、高額医療費を要する疾病または慢性疾患に関して訓練された看護師がリハビリテーション、家庭でのケア、患者教育を推進して、アウトカムの改善と費用の低減をはかる Case management サービスや重症化予防のための disease management の提供を行っている²⁰。例えば、Aetna 社の PR 小冊子²¹では次の活動が紹介されている。手術後の患者に対してダイエット・運動を初めとする生活習慣改善の教育や精神的不安定への対処などの働きかけ (intervention) を、主として電話を使って行う看護師や、大量のデータマイニングと解析 (analytics) によって医療上の重大事項 (Medical

¹⁹ CIGNA, "Collaborative Accountable Care: A white paper, CIGNA's Approach to Accountable Care Organizations," 2011.

²⁰ Peter R. Kongstvedt, "Health Insurance and Managed Care: What They Are and How They Work-fourth ed.," 2016, p.167.

²¹ Aetna, "Aetna Story 2016: Healthier Days for a Healthier World," 2016.

Event) が起きる前に予測する予測モデル (predicting model) の使用と適切な働きかけによって、ある集団の再入院率が下がったことを語る医療職などの活動である。大規模な健康保険者は、健康保険に関連するサービスも提供する主体になっている。

2. 集団の疾病リスクを低減する Population Health Management と ACO

長期のケアが必要な慢性疾患・高齢者団体を対象集団とする ACO は、慢性疾患等の疾病リスクがある集団を対象として、その疾病リスクを低減する、Population Health Management と呼ばれる取組を行っている。

Population Health Management の取組は、集団の構成員の疾病予防を促進し集団全体の健康リスクを改善できる。対象集団に対して疾病リスクのスクリーニングを実施し、その構成員を階層化し、その階層別に必要に応じて健康診断・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い、資源利用の効率性を向上させるマネジメント手法である。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。

3. 健康保険者が ACO に関与する理由

健康保険者が、事業モデル革新のために、ACO に関与する理由はなにか。その理由の一つは、ACO が、慢性疾患等の疾病リスクがある対象集団を対象として、その疾病リスクを低減する、Population Health Management と呼ばれる取組を行っていることを挙げることができる。危険選択した良好保険集団の組成維持による利益獲得という伝統的な事業モデルではなく、引受保険集団の危険度低下によって利益を獲得する、新しい事業モデルを求める健康保険者にとって、ACO と Population Health Management は、適合的な取組となるのである。

IV. ACO の意義と評価

1. ACO の意義

ACO の設計思想は、ヘルスケアプロバイダーが患者集団に対して説明責任を果たすようにインセンティブを与えること、およびコーディネートされたヘルスケア、高品質のヘルスケアおよび効率的ヘルスケアの提供ができるようにすることである²²。

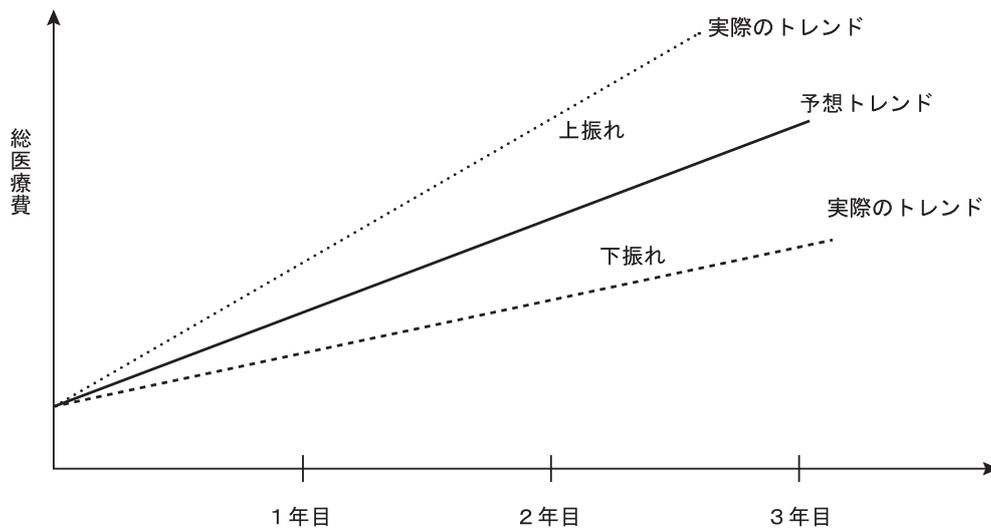
ACO を、有限で貴重な人的資源を含むヘルスケア関係の資源を利用して、高度で専門的なサービスを提供する事業の経営主体として捉えて、そのメカニズムを考える。その経営主体の実現すべき主要な経営目標は、慢性疾患に適合した高品質のヘルスケアサービスの提供、ヘルスケアサービス利用者への説明責任および目標とする費用節減の実現と分有ということができる。

ここでいう節減の意味は、単純に費用節減額を決めることではない。対象集団の大幅な入れ替えがなければ経年とともに集団平均の年齢は上昇し健康リスクは悪化するので、費用は基本的には増勢トレンドとなる。節減ができたかは、予想された増加トレンドと実際のトレンドの実績値を比較して判断する(《図表 3》)。下振れのときは、節減できたことが分かる。上振れのときはできなかったことが分かる。

²² CMS のホームページ Innovation Models (visited Feb. 29, 2016)

<[https://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models&key=payment reform](https://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models&key=payment%20reform)>1.

《図表 3》費用節減の判断



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

2. ACOの目標達成への課題

損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.66(2015年3月)「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—」で、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して、少なくとも次の三つは必須であることを指摘した。

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が不可欠である。

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 Payor 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。

③二つのヘルスケアマネジメント活動

目標とする費用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 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。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われるケアコーディネーションである。対象となるケースは特に複雑で高額のコスト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。

CMS が展開している各種 ACO プロジェクトは、ACA に基づくものである。しかし、特別の立法や特別の政策がなくとも、現行制度の枠内で実現できる ACO も多くある。ACO は、革命的な取組でなく漸進的な改革であるとの指摘もある²³。

2. 重要なイノベーションとの評価と健康保険者の取組の意義

ヘルスケア業界の専門誌 Modern Healthcare が、読者に対して 10 件イノベーションと考える事項を挙げてもらい、上位 25 位を公表した²⁴。Accountable care and population health は、第 2 位になっている。その理由は、ヘルスケアプロバイダー、健康保険者・CMS を含む Payor およびヘルスケア利用者（消費者）のインセンティブを精密に調整して、連携を実現していることであるとしている。

なお、第 4 位に Big Data が入っていることは興味深い。2016 年 7 月に健康保険者に聞き取り調査をした際、次の説明があった。大手の民間健康保険会社は、自社で養成したデータ解析(data analytics)能力を、多くの ACO に提供する取組をしている。ヘルスケアプロバイダーは疾病の転帰を予測することに長けているが、その結果医療費がどうなるかについては必ずしも優れている訳ではない。健康保険者は、ACO が対象とする患者集団に関する保険請求データ、処方箋データなどの大量のデータを解析し、データ解析結果を迅速に提供できる。どのデータセットをどのようにして解析するかは各社独自に開発した手法がある。健康保険者がヘルスケアプロバイダーとコラボレーションを取るときには、健康保険者が有する解析能力が極めて重要になっている。

2016 年の動向として、データ解析の取組が進展してきたという²⁵。すなわち、ヘルスケア産業全体で見ると、データ解析によって大きな費用節減を見込むことができるが、特に Population Health Management の分野で顕著である。ヘルスケア費用とそのトレンドを次の対策に結びつけることができる位信頼しうる予測が重要になっている。

V. ACO における組織マネジメント機能の必要性和重要性

1. ケアコーディネーションの難しさと組織マネジメント機能

ACO には様々な定義、形態および分類がある。ACO の分類には、private payor である健康保険者と契約を締結している private/commercial ACO と、連邦政府・州政府という public payor と契約を締結している public ACO がある。また、private payor である健康保険者が関与して組成する ACO とヘルスケアプロバイダー主導のもとに組成する ACO とがある。

²³ 2016 年 2 月の聞き取り調査におけるカリフォルニア大学バークレー校 James Robinson 教授の発言。

²⁴ Joseph Conn, "The Top 25 Innovations chosen by Modern Healthcare readers," Modern Healthcare, July 9, 2016.

²⁵ Deloitte US, Life Sciences & Health Care, "2016 Health Plans Industry Outlook," 2016. (visited Sep.9, 2016) <<http://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/health-plans-outlook.html>>

ACOは、一般的には単体のヘルスケアプロバイダーではなく、連携したプロバイダーがサービス提供を行うシステムである。ヘルスケアプロバイダー主導のもとに組成するACOに関して、その難しさを指摘した、次の報告がある²⁶。すなわち、医師が提供するサービスは、病院と健康保険者とコーディネーションがうまくいかない場合があり、対象集団への働きかけが冗長になりやすい。population health program に関して第一線の医師はマネジメント層への不信のために反抗的で非協力になることがある。このほか、自律性に関する研究結果の報道もある²⁷。すなわち、医師・看護師は自分で問題解決をする自由を求めて自己の職務に自律 (autonomy) をときに希求することがある。自律性は、ヘルスケアプロバイダーがコラボレーションとチームベースのケアを実行する際に障害になることもあるという研究結果がある。これらの指摘は、先に述べた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するためには関係者の活動を連携・組織化するケアコーディネーションの難しさがあるという問題を浮き彫りにしている。

2. 統合モデルの試み

健康保険者が関与する private/commercial ACO でも、ケアコーディネーションの難しさという組織問題を抱えている。この問題への対処方法の一つが、ケアコーディネーターを導入することである。ケアコーディネーターは、主として看護師であり、主体的に各当事者のコラボレーションを促す活動を展開するという方法である。しかし、コラボレーションという段階ではなく、さらに組織統合によって問題解決を図る対処方法も始まっている。その一つが、ジョイントベンチャーという組織統合の取組である。2016年7月の聞き取り調査では、次のような説明があった。健康保険者とヘルスケアプロバイダーがジョイントベンチャーを設立し、そのジョイントベンチャーがACOとして活動する方法である。多くの場合、50%、50%との出資割合となっている。一般的には同等の出資はうまくいかない。なぜ同等の出資としているかとの問いに対して、健康保険者は様々な能力と資金力があるので実質的にリードできる。ヘルスケアプロバイダー側は名を取り、健康保険者側は実を取るのだらうとの回答であった。ジョイントベンチャー方式は始まったばかりで、今後どのような帰趨になり得るか判断はできない。

ヘルスケアプロバイダーと健康保険者の統合モデルは、米国のヘルスケアの歴史を振り返ると、奇異なことではない。すなわち、1910年にWestern ClinicがPrepaid Medical Group Practicesを開始した。Prepaid Medical Group Practicesとは、一人あたり毎月 (per member per month) 一定額を事前に支払えば、医療サービスの提供を受けられる仕組みである。1929年には、Donald Ross 医師と H. Clifford Loos 医師が最初の health maintenance organization (以下、HMO という) を開始した。HMOは、予防と健康維持に注力していた。このような統合モデルが広く歓迎されたのは、関係者の利益になっていたからである。雇用主からすると被用者を引きつけ継続雇用できる、ヘルスケアプロバイダーからすると安定した収入を確保できる、消費者からするとより良い入手可能なヘルスケアサービスが受けら

²⁶ Shantanu Nundy and John Oswald, "Structuring Physician Leadership To Promote Accountable Care," Health Affairs Blog, April 17, 2015 (visited Sep.5, 2016)

<<http://healthaffairs.org/blog/2015/04/17/structuring-physician-leadership-to-promote-accountable-care/>>.

²⁷ Marty Stempniak, "ACHE Congress Day 3: Three Hot Topics in Health Care Management, and How the Field's Best are Responding," Hospitals & Health Networks, March 16, 2016 (visited Jul.29, 2016)

<<http://www.hhnmag.com/articles/7042-ache-congress-day---three-hot-topics-in-health-care-management-and-how-the-best-are-responding->>.

れる、住宅ローン貸付機関からすると健康関連の個人破産のために発生する譲渡抵当実行手続（foreclosure）が減少するという利点があったからである。その後の統合モデルの好例は、カリフォルニア州の Kaiser Foundation Health Plan とワシントン D.C.の Group Health Association であり、今日では Kaiser System と呼ばれている²⁸。

VI. ヘルスケアサービス事業におけるマネジメント層の育成システム

第V章で ACO における組織マネジメント機能の必要性和重要性を取り上げた。必要性和重要性だけ議論しても、その担い手がそれぞれの階層に配置されていなければ組織マネジメントの機能は発揮しない。本章では、米国のヘルスケアサービス事業におけるマネジメント層の育成システムを取り上げる。米国のマネジメント層の育成システムの特徴は、少なくとも次の三つを挙げることができる。第一は、企業内育成とは異なるシステムであり、第二は、Job の紹介システムと連動したプラクティカルな手法の実施であり、第三はマネジメント階層それぞれについて教育システムが整備されていることである。

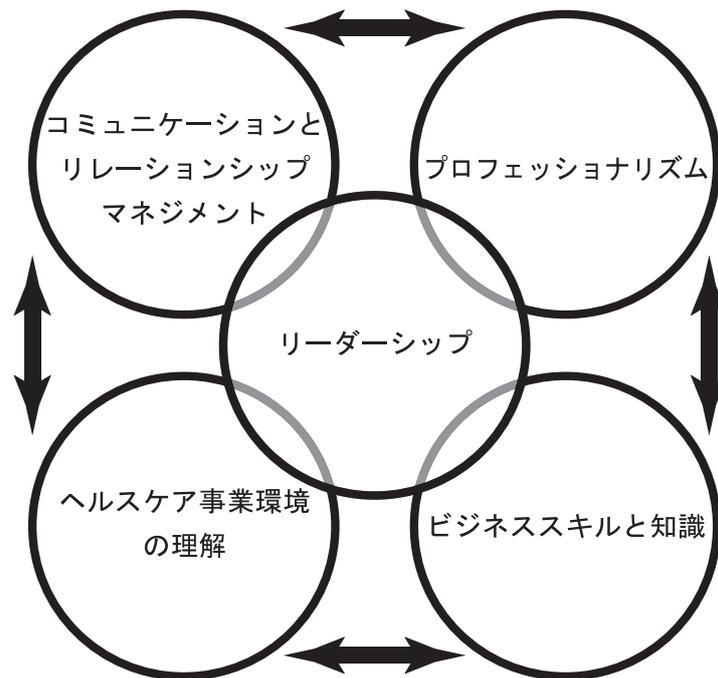
第一の企業内育成とは異なるシステムとは、多くの人材はヘルスケア関係の労働市場を移動してキャリアを形成しマネジメント能力を獲得している。インタビュー先の回答者と関係者は、ほとんど労働市場を移動している。病院の事務部門、病院団体、健康保険者、コンサルタントなどを転々としている事例が多くあった。

第二の Job の紹介システムと連動したプラクティカルな手法の実施とは、American College of Healthcare Executives（以下ACHEという）の活動を指している。ACHEは、そのビジョンをヘルスケアエグゼクティブの専門家協会であると表明している。本部の他に全米に支部（Chapter）が多数ある。具体的な活動は、教育、教育終了後は本部と支部でJobを紹介する活動である。支部の先輩は、ときにメンターになりときにJobを紹介する。ACHEは、ヘルスケアエグゼクティブの専門性資格を五つのドメインに整理し（《図表4》）、ドメイン毎に詳細な要件を定義し、受講者は自己の専門性がどこまで獲得できているか自己点検をし、不足する要件を満たすために必要な教習コースを選択受講する仕組みとなっている。この仕組みは、ACHE Healthcare Executive Competencies Assessment Tool として纏められ毎年改訂されている。

第三のマネジメント階層それぞれについての教育システムの整備とは、Association of University Programs in Health Administration（以下、AUPHAという）の活動を指している。AUPHAは、第二次大戦後、W.K.Kellogg 財団が病院のマネジメントを専門化するために事業開始したときに遡ることができる。その後病院以外のヘルスケア専門家に拡大し、専門学校レベルからビジネススクールレベルも包含して、各マネジメント層の教育まで拡大した。AUPHAは、教育界等のリーダーが教育方法と研究について情報交換をするフォーラムを継続的に開催してきた。

²⁸ Peter R. Kongstvedt, *Health Insurance and Managed Care: What They Are and How They Work-fourth ed.*, 2016, pp.2-3.

《図表 4》ヘルスケアエグゼクティブの専門性資格ドメイン



(出典) Healthcare Leadership Alliance and the American College of Healthcare Executives,
 “ACHE Healthcare Executive Competencies Assessment Tool,”2015,p.1.

VII. 米国ヘルスケア改革の特徴と示唆

本稿を閉じるにあたって、米国ヘルスケア改革の特徴を整理し、その示唆を検討する。

1. 米国ヘルスケア改革における特徴の整理

米国ヘルスケア改革は、まさに米国固有の沿革に根ざす米国固有の特徴を持っている。

米国固有の特徴として、イノベーションへの期待の大きさと楽観主義および Value-Based 志向の二つは、既に損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.68 (2016年3月)「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割—問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—」で指摘した。上述の内容からそれ以外の特徴を整理するならば、以下の四つを挙げることができる。

第一は、医療保障アクセスの保障のために民間健康保険者を活用していることである。公的医療保障は、国民に公的医療保障を提供する方法の一つである。公的な健康保険者が国民全員を対象とする皆保険システムを実施することが政治上またイデオロギー上不可能な状況において、メディケイド等の公的な医療保障制度に加えて、民間健康保険者の保険商品内容を社会保険類似のものとしたうえで民間健康保険者は保険市場で競争しその保険市場において個人が社会保険的保険を選択して加入する管理競争的なアプローチ（オランダに類似したアプローチ）を取って、その加入促進を図る方法が採られていることが、大きな特徴である。民間健康保険に対する期待は、公的医療保障システムを補完するのではなく、医療保障アクセスの主要な手段になっている。

第二は漸進主義である。米国のヘルスケアシステムは断片の寄せ集めの (fragmental) であると関係

者が常に主張するように、もともと米国では整然とした中央統制的なシステムとなっていない。常にパッチ当てを繰り返すアプローチが取られてきた。今般の 2010 年ヘルスケア改革は、メディケア・メディケイド創設に匹敵する大規模な改革であり、今後相当期間このような改革は実際上期待できない。その大規模な改革であっても、メディケイドを拡充し民間健康保険・民間保険市場を改革するなどのパッチ当てを重ねていくアプローチが取られている。米国では革命的な (revolutionary) な対策・改善が実現するという表現が好まれるが、革命的な措置を導入して直ちに大幅に事態が改善できる特効薬はないと考えているのである。

第三は、米国では過去の沿革もあり、統合モデルが現存し、ACO 運営にも導入されている。統合モデルは、コーディネーションの課題を解決できる一つのモデルになり得る。

第四は、組織マネジメント人材の問題である。米国では、ヘルスケア関係のそれぞれの労働市場は結合しており、専門的組織内での移動だけでなく、広い労働市場内での移動があるので多様な経験を積むことができる。専門的組織内移動にない利点がある。

2. 米国ヘルスケア改革における特徴から得られる示唆

次に米国ヘルスケア改革から他の先進国が得られる示唆を検討する視点を考える。どの国のヘルスケア改革も他国に示唆を与える。米国のヘルスケア改革の経験も他国にいくつかの示唆を与える。示唆を検討する視点は、次のように考えることができるだろう。米国は多くの先進国と同様に、急性期の疾患に対するヘルスケア提供システムを構築し、その後高齢化・医療費の継続的高騰を経験している。2010 年ヘルスケア改革には、医療費の継続的高騰に関する対策も人口高齢化 (米国は他の先進国よりも程度に差こそあれ) に伴う慢性疾患対策も盛り込まれている。そして、その対策の立案・実行に際して、イノベーションを重視し試行錯誤を厭わないアプローチを取っている。各国のヘルスケア提供システムおよびヘルスケアファイナンスシステムには独自の経路があるが、イノベーションに基づく実験とその結果は経路依存性による差違を超えて、多くの示唆を得られる。

米国、欧州および日本等のいわゆる先進諸国は、インフレーション・医療技術の目覚ましい進展などによる医療費の高騰および人口高齢化が進行する前に、それぞれ独自の経路を経て医療機関などのヘルスケア提供システムと、保険制度、患者の自己負担、公費負担などのヘルスケアファイナンスシステムの整備を進めてきた点は共通している。そこで米国の経験から得られる示唆をいくつかあげることができる。例えば、上述した管理競争的なシステムは、米国以外でも実施されており、これらの国々では低リスク集団を引き受けた健康保険者から高いリスク集団を引き受けた健康保険者に資金を移転させる Risk mitigation 措置も米国同様に実施されている。これらの国々では、米国の経験から Risk mitigation 措置に関わる課題・解決方法について、いくつもの示唆を得ることができるだろう。また、経路依存性による差違は技術的な改良に影響しないことを考慮するならば、近年飛躍的進展を見せている情報通信技術を活用して大量のデータを解析しそのデータ解析結果に基づき個々の患者・集団構成員に関する将来の健康リスクや医療費支出を予測し、効率的効果的に医療資源を使おうとする取組は、経路が異なる他の国々も導入の可能性があるとの示唆を得ることも可能だろう。