

# 米国のHMO

総合研究部 岩崎宏介

## はじめに

今年度アカデミー主演女優・男優賞を受賞した映画「恋愛小説家」は軽妙洒脱な大人の恋愛映画である。ヘレン・ハント演じる貧しきヒロインは、ぜんそく持ちの息子と暮らしている。月に4・5回、発作を起こすたびに病院の救急治療室に駆け込むが、なかなかよくなる。ジャック・ニコルソン演じる恋愛小説家は窮状を見かねて、知り合いの開業医を治療に行かせる。医者は息子を診察し、ぜんそくの原因であるアレルギーを特定するための検査を行う。それは皮膚を針でちょっと引っかくだけの極めて簡単なものだった。「なぜこの検査を今までしなかったのですか？」と医者が訊ねると、彼女は叫ぶ。「(アレルギーを特定するための)検査は支払いの対象外だとHMOが言うので...HMOの医者にくそつたれ！」その後息子の具合は大分よくなるようだ。もちろん高額の治療費はジャック・ニコルソンが支払い、それをきっかけにして二人は親密になってゆく。

ヒロインが口にしたのが本稿でとりあげるHMO(Health Maintenance Organization: 会員制健康維持組織)と呼ばれる民間医療保険の一つのタイプ・制度である。比較的安い保険料で質の高い医療を受けることができるため、急速に普及しつつあるが、一方でさまざまな弊害も指摘されている。

本稿では米国の医療保険制度の課題とHMOの功罪について述べ、連邦議会におけるHMO規制の動向を紹介したい。

## 1 米国の医療保険制度の課題

米国の医療保険制度は医療保険見加入者の増加と医療費の高騰というジレンマに陥っている。

### (1) 増加する医療保険未加入者

米国の医療保険制度における最大の問題点は、かなりの割合で医療保険未加入者が存在し、その割合が増加傾向にあることである。米国はわが国のように国民皆保険体制をとっていない。公的医療保険は障害者および65歳以上を対象とする「メディケア」と、失業者をはじめとする貧困者を対象とする「メディケイド」などであり、人口の26%しかカバーしていない。多くの人の保険加入は自助努力で行われている。その結果、人口の約15%が医療保険未加入者である。

図表 - 1 アメリカ国民の医療保険加入状況

	1988年		1995年	
	百万人	%	百万人	%
人口	242.4	100.0	263.6	100.0
民間医療保険	180.5	74.5	185.7	70.4
雇用主拠出プラン	158.5	65.4	159.0	60.3
その他	22.2	9.2	26.6	10.1
公的医療保険	55.5	22.9	69.0	26.2
メディケア	30.5	12.6	34.6	13.1
メディケイド	20.7	8.5	31.8	12.1
軍人プラン	9.2	3.8	8.6	3.3
医療保険未加入者	32.7	13.5	40.6	15.4

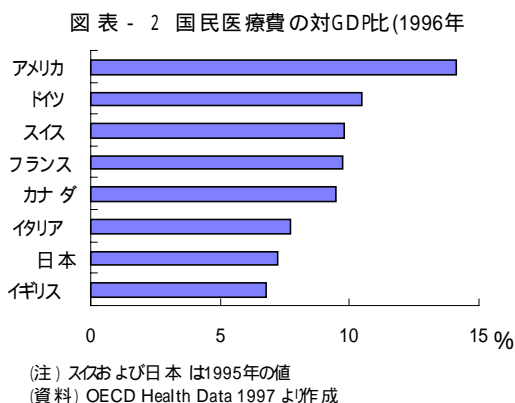
(注)民間保険と公的保険の重複加入があるため合計は合わない。  
(資料)EBRI Databook on Employee Benefits, 4th editionより作成

もちろん無保険者の中には、映画「恋愛小説家」の主人公のように保険の必要がない大金持ちも含まれるが、その割合は小さい。問題なのは真面目に働いている中途半端な貧困者（およびその家族）で保険に加入できない場合である。彼らは医療費の全額が自己負担になるわけだから、気軽に開業医を訪れにくい。疾病の初期に医療を受けない人は重症化する確率が高い。重症化して初めて救急治療室に運び込まれる場合には、結局高額な医療を受けざるを得ない。そして、その医療費は当人と家族に重く押し掛かる。

## (2) 増加する国民医療費

米国の経済にとって医療費の増加は深刻な問題である。米国の国民医療費のGDPに対する割合は14%（1996年）であり、国際的水準から見ても非常に高い。また米国厚生省は、現状を放置すれば国民医療費の対GDP比は、2000年には18%に、2030年には32%に達すると警告している。

医療費の高騰は医療保険の保険料アップへと繋がる。その結果、中小企業の雇用主は従業員のために保険料を支払うことができなくなり、無保険者の割合がますます増加する。議会予算局（Congressional Budget Office）は、1%の保険料の引き上げが約20万人の無保険者を生じさせると見積もっている。



米国の医療には効率化、すなわち医療の質を落とさずに医療費を削減することが求められている。どうすれば医療は効率化できるか。その一つの答えがHMOに代表されるマネージド・ケアという仕組みである。

## 2 民間医療保険のタイプとマネージド・ケア

### (1) 民間医療保険の4つのタイプ

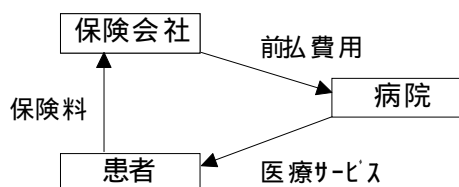
米国における医療保険の大半を占める民間医療保険は、かつてはFFS（Fee For Service）と呼ばれる出来高払い診療報酬支払方式の保険が主流であったが、現在ではさまざまなタイプの保険が併存している。それらは大きく次の4つのタイプに分類できる。

#### HMO（Health Maintenance Organization）

会員制健康維持組織。保険会社は病院・医師のネットワークを持ち、そのネットワーク内において、会員に対して行なわれた医療にのみ保険会社は費用を負担する。また会員ごとに担当医が決められ、専門的な治療が必要な場合には担当医の紹介を通じて治療を受けられる。救急の場合にはどの病院で治療を受けても保険金は支払われるが、救急の定義はHMOによって異なるため、まず電話でHMOの指示に従わねばならない。

保険会社は患者一人当たり想定される医療費を、実際にかかった費用とは関係なく、人頭割りかつ前払いで病院に対して支払う場合が多い。その場合病院は毎月保険会社からほぼ一定の額を受け取り、治療にかかる費用はその中からやりくりすることになる。このようにコスト削減に対するインセンティブを、病院・医師に持たせることによって、無駄な医療をなくし、保険料を安くしようとしている。

### 図表 - 3 HMOの仕組み(イメージ)



#### POS（Point of Service）

HMOを改良したタイプの保険。HMOに比べて会員による病院・医師の選択の幅が広い。

会員には担当医が設定される。ネットワーク内の医療については、そのまま無料で受けられるか、いったん会員が支払い後ほど保険会社よりほぼ全額が償還される。ネットワーク外の医療も受けることができるが、その場合は一定程度会員が自己負担しなければならない。

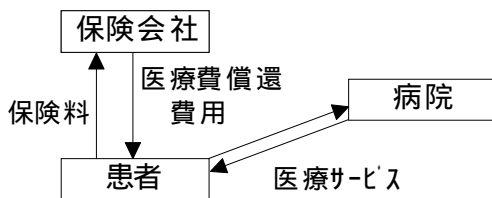
#### PPO (Preferred Provider Organization)

病院・医師のネットワークは持つが、担当医は設定されない。保険会社は病院に対して一定数の患者を確保するかわりに、病院は保険会社の協定料金を受け入れ、医療費のディスカウントを行う。このディスカウントによってFFSに比べて保険料を安くできる。

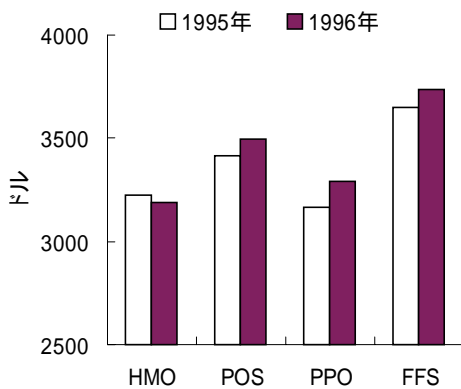
#### FFS (Fee For Service)

伝統的な出来高払い診療報酬支払方式の保険。保険会社は病院・医師に対して、実際にかかったすべての費用を支払う。保険加入者は基本的にはどの病院を選択してもよい。4つのタイプの中で、保険料はもっとも割高である。

図表 - 4 FFSの仕組み(イメージ)

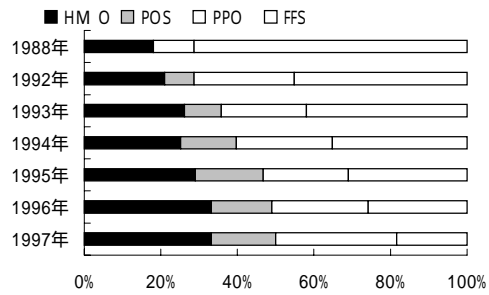


図表 - 5 民間保険一人当たり保険料



(資料)Foster Higgins社調査より作成

図表 - 6 民間保険のタイプ別割合



(注) 加入者数の割合  
(資料) KPMG Peat Marwick社調査より作成

各タイプの割合の推移を見ると、かつてはFFSが大半であったが、近年HMO、POS、PPOの割合が急増しており、97年にはFFSの割合は20%を下回っている。

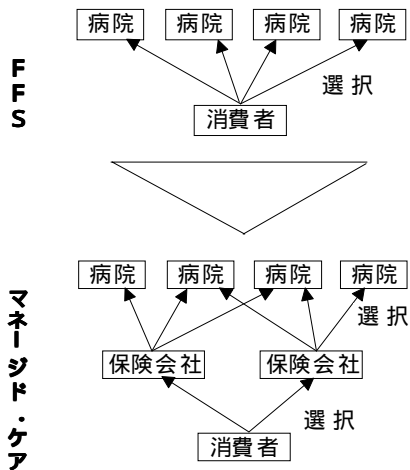
#### (2) マネージド・ケア

HMO、POS、PPOを合わせてマネージド・ケアと言う。「マネージド・ケア」とは医療サービスの利便性、医療費、医療の質を総合的に管理する組織や制度のことである。

医療マーケットを考える上で、医療サービスを受けることと、自動車を買ったり、レストランで食事をしたりすることとの大きな違いは、医療サービスについての情報が消費者(患者)側に不足している、あるいは知らされても理解することが難しいことである(いわゆる情報の非対称性)。自分の受けている医療が適切かつ無駄のないものであるかどうかは、なかなか判断し難い。このような状況では医療サービスを供給する側に競争原理は働きにくい。

マネージド・ケアは、消費者と病院の間を仲介し、医療における情報の非対称性を解消する。保険会社は自社の保険商品を競争上、より魅力的なものにするために、効率的な医療を提供できる病院と提携したり、既に提携している病院に対してコスト削減と質の向上を促す。このことによって病院の間に競争原理が働く。マネージド・ケアは競争原理を通じた医療サービスの効率化に不可欠なものである。

図表 - 7FFSとマネージケアの仕組み



3 HMOの功罪

マネージド・ケア、中でもその代表とも言えるHMOは医療の効率化に大きな役割を果たしていると言われる一方、映画「恋愛小説家」に出てくるように、HMOに対する苦情はしばしば新聞等を賑わしている。

(1) 医療の効率化

HMOによる医療の効率化の試みの例として、疾病の予防・健康診断に対する取組みと、診療ガイドラインの導入を紹介する。

予防・健康診断に対する取組み

多くの疾病は、あらかじめ予防措置を講じたり、定期的健康診断を行って早期に治療することによって総額の医療費を削減することができる。同時に患者の満足度を著しく向上させることにもなり、総合的に見て質の高い医療を提供することができる。このため多くのHMOが予防接種や年一回癌検診を無料で行うなど、予防・健康診断に注力している。

診療ガイドラインの導入

従来、医師による診断は経験と勘に頼る部分が大きかった。そのため医療の質は医師によってバラツキがあり、また余分な検査・念のための措置が多くなることで医療費も増大しがちであった。

最近、HMOが主体となって科学的データに基づく診療ガイドラインが策定され、

ネットワークの病院に対して導入されている。図表 - 8はミネソタ州のメイオウ病院におけるガイドラインの抜粋である。

図表 - 8 膀胱炎に関するガイドライン

- 単純な膀胱炎の兆候を示す18歳から64歳までの女性に対して、膀胱炎と診断するのに際して、尿の培養は必要ない
- 抗生物質による治療は、3日間行うことで、感染は根絶される。

(メイオウ病院のガイドラインより抜粋)

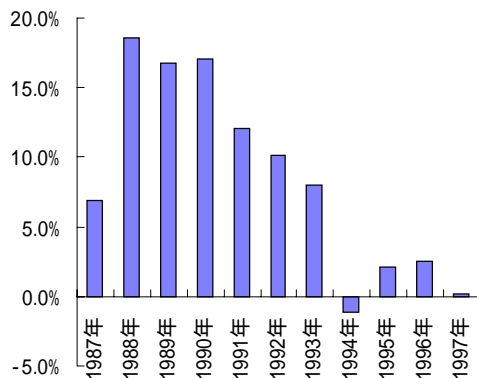
このガイドラインが導入されることによって、尿の培養が行われる割合および4日以上抗生物質が投与される割合が減少し、その結果、従業員一人当たり年間約5,500ドルのコストが削減できた。

(資料) Journal on Quality Improvement, Nov. 1996

このようなガイドラインは、まず医療行為をデータベース化し、統計に基づいて効率的な医療行為を定めることで作成される。医療に現実のデータに基づく根拠を与えることで、医療の質を向上させると同時に、無駄な医療を省く効果がある。一方で、ガイドラインは医師の診療行為の自由を束縛するものであるという見方もある。

このようなHMOの試みの結果、実際、毎年の医療費の増加率は80年代後半から90年代初頭にかけて10%を超えていたが、94年頃から急激に抑制されてきた。これをHMOの医療費削減効果の結果であるとする見方もあるが、立証するには、より精緻な解析が必要である。

図表 - 9 従業員に対する医療費の増加率



(注) 退職後従業員も含む  
(資料) William Mercer社調査

## (2) ホラー・ストーリーズ

HMOが普及するにつれて、HMOのコスト削減は行き過ぎで必要な医療も受けられないのではないかと、ネットワーク以外の病院を選べないのはあまりに不自由ではないか、救急の場合でもHMOの指示に従わなければならないのはおかしいのではないかと、といった消費者の不満の声が出てきた。新聞等では、HMOについてのホラー・ストーリーズが、いくぶんスキャンダラスに報道されている。

図表 - 10 ホラー・ストーリーズ

カリフォルニア州に住む27歳の男性は、心臓移植手術を受けた後わずか4日で退院させられた。HMOがそれ以上の入院期間に対する費用を払わないと言ったためである。また、HMOは手術後の感染を防ぐための包帯の費用をも支払わないとした。その結果その男性は死亡した。(The Enterprise-Record, Jan.21, 1996)
アトランタに住む生後6ヶ月の男の子は、激しい動悸を伴う40度の熱を出したため、母親が午前3時半にHMOに電話した。ホットラインの看護婦は、その母親に、近くの病院ではなく、68キロ離れた所にある、HMO傘下の病院へ連れて行くことを指示した。処置が遅れたため、結局手足を切断しなければならなかった。(Long Island Newsday, Feb.11, 1996)
交通事故で頭を怪我し、病院に運ばれた時にはあと数時間の命と思われていた少年は、16日間の昏睡状態の後、目を開け脚を伸ばし、言葉は話せないものの反応を示し始めた。医者は専門のリハビリテーション施設で回復させるべきだとしたが、HMOは系列の看護施設への入所しか認めないとした。結局HMOはリハビリテーション施設での療養を認めたが、それは両親が州および連邦議員に対して陳情した結果であった。(1997年10月、Hebert氏の連邦議会証言より)
フロリダに住む老婦人は、自宅で倒れ病院に運ばれたが、脳出血のため治療の甲斐なく死亡した。HMOはこの婦人の治療費3万ドルの支払いを拒絶した。理由は婦人は直接脳外科に運ばれ、救急医療室において専門的治療の必要ありと判断されなかったためである。(U.S. News and World Report, Oct.13, 1997)

## 4 連邦議会におけるHMO規制

現在連邦議会では、HMOの規制について議論されている。今年には連邦議員の中間選挙の年であり、選挙民にアピールする上で絶好のテーマと捉えている議員も多い。

関連する法案は下院だけで50以上提出されているが、その中で共和党ノーウッド議員が共和党・民主党合わせて211名の議員との連名で提出したPARCA(Patient Access Responsible Care Act)法案を紹介する。

### (1) PARCA法案の概要

PARCA法案の主な内容は次のとおり。

HMOは、十分な数のさまざまな分野の医者ネットワークに揃えて、患者の住居や職場から十分近い病院において、迅速に治療を受けられることを保証しなければならない。

「救急医療」の統一定義を作成し、患者がその定義に沿った救急医療を受けた場合には、病院や治療内容にかかわらず、HMOは費用を負担しなければならない。HMOは、必要と認められる場合には、患者がネットワーク内で受けられない特殊な治療を受けることが可能であることを保証しなければならない。

医者が治療に関して患者と話し合うこと(すなわち支払対象外の治療についての情報を医者が患者に与えること)を制限するような条項を、HMOの契約において規定することを禁じる。

### (2) PARCA法案に対する反応

PARCA法案は多くの連邦議員たちの後押しがある一方で、規制の強化につながるものとして反発する声もある。

共和党フェアウェル議員は、PARCAが成立すれば保険会社は保険料を上げざるを得ず、その結果多くの無保険者が生じることになるだろうとして反対している。専門家筋の試算によれば、PARCA法案によって保険料は平均23%上昇する。議会予算局は1%の保険料アップは20万人の無保険者を生むとしているので、単純に掛け算す

ると無保険者は約460万人すなわち現在の無保険者が1割以上増加することになる。米国家営利民間医療保険協会（Health Insurance Association of America）や保険会社も同様の理由で反対している。

## 5 おわりに

医療の効率化を、行政が規制したり、医者や患者のモラルに期待するのではなく、医療提供者の間に競争原理を導入することで行おうというマネージド・ケアの考え方は、わが国の医療制度を考える上でも大いに参考になる。

97年12月12日に発表された行政改革委員会最終意見においても、「新たな社会保障制度への転換を展望すると、効率性、コスト意識や競争意識の醸成・・・などの新たな価値基準による」制度が必要であるとしている。

わが国においてマネージド・ケアを導入するには、医療ガイドラインの作成や医療の質の評価手法の開発など、さまざまな環境整備が必要である。

・本レポート記載のデータは各種の情報源から入手、加工したものです  
がその正確性と完全性を保障するものではありません。  
・本レポート内容について、将来見解を変更することもあります。

Copyright © ニッセイ基礎研究所 1996 All Rights Reserved