

オバマ医療制度改革下の病院マネジメントシステムの変化

浅川 哲郎

1. はじめに

2014年11月4日に投開票が行われた米国連邦議会の中間選挙であるが、結果としてはバラク・オバマ政権にとっては厳しいものになった¹。当時、医療システムのセミナー²に出席するため、筆者はボストンに滞在していたのであるが、開票速報に即し、涙目になっている大統領をテレビは映し出していた。連邦議会の選挙であるからその争点は多岐にわたり、本稿の対象である医療分野のみがその結果に影響を与えたとは言えない。しかし景気問題とともに医療制度改革の不人気を民主党の敗北につなげる識者は日本の中にも多い³。

米国の医療制度に関しては、歴史的に治療行為は医師の専門性に依るという自由診療を基本とし、健康保険制度も含めて民間の制度を中心に運営してきた。この姿勢が転換したのが1965年のリンドン・ジョンソン大統領が創設した公的保険制度であるメディケア (Medicare) およびメディケイド (Medicaid) である。同制度の導入以降、米国の医療分野におけるマネジメントシステムは公的保険の診療報酬支払方式に従って変遷してきている⁴。その様な中、最近の医療技術の進歩等による医療費および民間の健康保険料の高騰は、無保険者を増加させ、米国社会では大きな問題となっていた。2009年に登場したオバマ大統領は、この無保険者⁵問題を解決すべく、2010年に医療保険制度改革法を成立させた訳だ。この新しい医療保険制度は導入

において政府は医療保険に加入する時のシステムの不具合など混乱を発生させ、それが中間選挙における与党民主党の敗北につながったのであるが、より長いスパンで見ると国民皆保険制度は米国社会にとって意義深いものになると感じられる。

オバマ大統領はこの医療保険制度改革法を導入する際に、米国の医療費を削減する目的でアカウンタブル・ケア・オルガニゼーション (Accountable Care Organization : ACO) などいくつかの仕組みも実施している。これらの仕組みの米国の医療のマネジメントシステムに対する影響は大きいと考えられる。本稿では、2014年に施行された医療保険制度改革法とその医療のマネジメントシステムへの影響を考察していきたい。

2. オバマ医療制度改革の概要

まず、2010年に立法化された医療制度改革について言及しておきたい。2010年に立法化された医療保険制度改革法 (Patient Protection and Affordable Care Act : 以下「ACA」と略す) の狙いの一つは、無保険者の削減である。米国の医療制度は民間の健康保険を中心に運営されており、公的な医療制度は1965年のリンドン・ジョンソン (Lyndon Johnson) 大統領によって創設されたメディケアおよびメディケイド制度まで待たなければならない。ここでメディケアというのは65歳以上の高齢者向け医療保険制度であり連邦政府が管理し、メディケイドは貧困者向け医療保険制度であり州政府が管理

するものである。この2つの公的医療制度に民間の医療保険を加えた仕組みで長年、米国の医療保険は運営されてきたのであるが、最近社会問題になっていたのがどの医療保険にも加入しない無保険者⁶の存在である。オバマ政権は懸案となっていたこの問題に一応の解決策を提示したわけである。

無保険者を無くすためにACAは、それぞれの関係者が責任を分担する枠組みを設けた。つまり、個人には医療保険への加入を義務（加入義務）付け、企業には従業員への医療保険の提供を義務（提供義務）付けたのである。その上で政府は公的保険の拡充や医療保険市場（health insurance marketplaces: health exchanges: 以下「エクスチェンジ」と略す）の整備を進めると同時に、補助金などによる財政支援を行い、個人・企業の取り組みを支援することとされた。簡単に言うとエクスチェンジは、民間医療保険、メディケアおよびメディケイドの隙間を埋めるもので、2014年1月から各州で運用を開始されている⁷。

ここでエクスチェンジについて少し詳しく説明すると、エクスチェンジは州を単位として設けられる医療保険の官製市場であり、主にメディケイドの加入対象者以外を想定している。個人や中小企業は加入する保険をインターネット上で複数の商品から選択できるようになり、また、エクスチェンジを通じて保険に加入した場合には、連邦政府から補助金が支給される。

またエクスチェンジの準備・運営方式に関しては、州政府に三つの選択肢が用意されており、ACAが基本としているのは、それぞれの州政府が独自にエクスチェンジを設ける方式である。また、州政府が連邦政府とパートナーを組んで、共同でエクスチェンジを準備・運営する方式も選択できる。さらに、全米規模でエクスチェンジを展開するためのセーフティー・ネットとして、州政府がその準備・運営に関わりたくない場合には、連邦

政府が代行して制度の準備・運営を行う仕組みが整えられた。

3. アカウンタブル・ケア・オルガニゼーション (ACO)

このACAを実施するに際して病院のマネジメントシステムを議論する上で注目すべきなのはアカウンタブル・ケア・オルガニゼーション（Accountable Care Organization: 以下「ACO」と略す）という概念である。2009年10月のアーバン研究所から出された報告書によるとACOとは、「定められた人々に対して提供した医療の原価および品質に対して説明責任を持つことができる地域の医療機関および関連する一連の医療提供者（最低、プライマリーケアの医師、専門家および病院）⁸（a local health care organization and a related set of providers (at a minimum, primary care physicians, specialists, and hospitals) that can be held accountable for the cost and quality of care delivered to a defined population.）」である。

ACOという言葉自体は最近になって注目されたものであるが、ACOが示す概念自体が発生したのは2010年のACAが初めてではない。医療界は当然のことながら医療技術の向上とその原価の削減を追求してきており、ACOは、長年にわたって発展してきた原価と品質、両方に焦点を当てた医療費を抑制させるための手法の最新版であるに過ぎない。特にアカウンタブル・ケア（Accountable care）という説明責任果たす機能だけに限ると、ACOの発生より相当以前の、マネジドケア⁹（managed care）の最初の頃に遡ることになるので米国の医療界においては数十年の歴史を持つことになる。

ACAの3022条はメディケア・メディケイド・サービスセンター（Center for Medicare and Medicaid Services: 以下「CMS」と略す）に対して2012年1月までにメディケア・シェアード・セービング・プラン¹⁰（Medicare

Shared Savings program : 以下「MSSP」と略す)を創設する権限を与えている。同プランはメディケアに対してACOの設立を許可するものであり、ACAにおけるメディケア部分の改革の柱である。

このACOに関しては米国史上、政府が医療機関の経営に関与するのは初めての試みであることに注目すべきである。米国では医療保険の整備を通しては行政は医療に関与したけれども、医療機関の経営そのものにはこれまでタッチしたことはなかった。それだけに今回のACOの導入は、国民皆保険制度の導入による医療費の高騰に政府が神経を使ったということであろう。ACOの概念は、ダートマス大学医学部のエリオット・フィッシャー(Elliott S. Fisher)教授によって2006年に提唱された¹¹⁾。同教授が提唱したACOは、次のように3つの取り組みで定義される。

- (1) 医療提供者主体のプライマリケアモデルで地域の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。

つまり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、特定の地域住民に対する治療や疾病予防に取り組むのであるが、特にオバマケアにおいては、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負う。このACOの理念は評価されるが、行政への提出資料が多く、「セミナー」に出席した病院経営者によると病院側の不満は高いという事だった。また患者側にとっても、かかりつけ医に行こうとしてもその数は少なく、経営者と同様に不満が高まるという構造に陥っていた。そもそも既述のように米国の医療制度は自由診療であるため

に、医師は技術を向上させるというインセンティブは常にあるのであって、専門医というより一般医であるかかりつけ医を育成する仕組みは整っていないとACOを導入するには時期尚早であったと言える。

4. 統合型支払制度(Bundled Payment)

米国における診療報酬の支払方式是伝統的に出来高払い方式で、1983年に包括払い制度(Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System : DRG/PPS)が導入されてからはこの2つの方式が主流であった。これらに加えACAに定められたとおりCMSは2011年8月23日に「治療改善の為の統合型支払制度(Bundled Payments for Care Improvement Initiative)」を発表し、統合型支払制度という全く新しい支払方式を導入している。「治療改善の為の統合型支払制度」そのものは、治療の調整と品質を強調することにより患者中心のアプローチを採用することで治療行為を改善することを目標とするものである¹²⁾。医療機関のマネジメントシステムは診療報酬の支払方式に大きく影響されてきたために、この統合型支払制度を検討していきたい。

統合型支払制度とは、一連の治療行為、もしくは一定の期間の治療に対して支払われるもので、複数の機関に対して一度だけ支払われるものである。この方法によると統合型支払は、それぞれの医療機関に診療報酬が配分されることになる¹³⁾。この方式では、例えば心臓病の手術をした場合は、手術そのものに加えて、その前の準備や検査も含めて一度の支払いで済ませることになる。統合型支払制度には現在4つの選択肢があり、それぞれの特徴は(図-1)の通りである。

(図-1)

統合型支払い制度の特徴

	形式1	形式2	形式3	形式4
形式の特徴	入院のみ	入院および退院後のサービス	退院後のサービスのみ	入院のみ
適格な受領者	医師グループによる治療： IPPS（入院支払いシステム）下の急性期病院、医療機関 医師＝病院組織： 医療提供者のコーディネーター	医師グループによる治療： IPPS（入院支払いシステム）下の急性期病院、医療機関 医師＝病院組織： 医療提供者のコーディネーター	医師グループによる治療： IPPS（入院支払いシステム）下の急性期病院、医療機関 長期治療病院 入院リハビリテーション施設： 高度看護施設 在宅看護機関 医師経営の病院 医療提供者のコーディネーター	医師グループによる治療： IPPS（入院支払いシステム）下の急性期病院、医療機関 医師経営の病院 医療提供者のコーディネーター
統合型支払いおよび目標価格	割引IPPS価格 目標価格は存在しない	目標価格と実際の出来高払いとの包括的比較	目標価格と実際の出来高払いとの包括的比較	包括的支払い
目標とする症状	全てのMS-DRG	入院に対してMS-DRGに基づき申請する者	入院に対してMS-DRGに基づき申請する者	入院に対してMS-DRGに基づき申請する者
統合の中に含まれるサービスの種類	入院サービス	入院サービスと医師によるサービス 関連する急性期後の治療、関連する再入院、および統合の中に定義する他のサービス	入院サービスと医師によるサービス 関連する再入院、および統合の中に定義する他のサービス	入院サービスと医師によるサービス 統合の中に定義する他のサービス
メディケア患者に対して期待される割引	請求による CMSは最初の6ヶ月は0%から開始し3年目には2%まで最低要求している	請求による CMSは退院治療の治療は最初の30-89日は最低3%、90日より長期は最低2%の割引を要求	請求による	請求による 最低3%の割引、MS-DRGへはより大きな割引
CMSから医療機関への支払い	急性期病院 IPPSの支払いから規定の割引額を控除した金額 医師 伝統的な支払い規定による（割引対象外）	全ての医療機関及び医師に伝統的な出来高払い 既定の目標価格と調整する必要がある	全ての医療機関及び医師に伝統的な出来高払い 既定の目標価格と調整する必要がある	対象病院に対して包括的な統合された支払い 病院は統合された支払いから配分を受ける
品質管理手段	全ての病院が四分位範囲（IQR）法及び申請者により提案された方法	申請者により提案された方法によるが、CMSは究極的には他のCMSの測定方法と最も調整可能な手法を構築する見込みである。		

出典：Cimasi (2013) pp.91-92.

統合型支払制度には現在4つの形式が用意されている。例えば形式1と形式4は入院のみで、形式2は入院および退院後のサービスも含み、形式3は退院後のサービスのみである。ここで注目すべきは全ての形式において目標価格が設定され、治療における原価が削減される仕組みになっていることであろう。ACAにより医療需要者は爆発的に増大すると予想されるが、それによる医療費増大を防ぐ機能を統合型支払制度は持っているのである。

出席したセミナーの講師である医療コンサルタント、スチーブン・バーガー (Steven H. Berger) 氏によると統合型支払制度において成功するためには、医療のサービスライン (診療科に近い組織の括りになると考えられる) を識別し業務の分析を行うこと、統合の契約 (bundled contracts) の効率性を判断するためにネットワーク分析をおこなうこと、そして運営上およびネットワークの成果の統合的分析をおこなうことが必要であるとしている¹⁴。そのような組織において効率性を判断するには原価計算を行う必要がある。その間接費の配賦法としてはどのような手法が用いられるべきであろうか。次に適切な配賦法について紹介することとする。

5. 相関価値単位法 (Relative Value Unit Method : RVU)

米国病院における伝統的な間接費の配賦法は、部門内各種治療の行為価格を基準とした算出法 (Ratio of Costs to Charges Method : 以下「RCC」と略す) と相関価値単位法 (Relative Value Unit Method : 以下「RVU」と略す) がある。RCCによる配賦は、1965年のメディケア創設時から導入された、一種の階梯式間接費配賦法といえるものである。つまり、治療に関する原価は、部門内において診療報酬の請求額に対する総治療費の割合を求め、それを各疾病の診療報酬額にかけることによって求めることになる。この割合の分母部分を大きくするため、RCCは診療報酬が

大きな治療を受ける傾向を助長することになる。このRCCは、ウェストらの研究によると①間接費は、単一に括れて相互に代替可能である¹⁵、②診療報酬が治療の程度を反映している、③全ての治療が同じ割合で間接費を消費している、という3つの前提の上に成立していることがわかる。ここで総収入が総費用を上回っている限りは原価を管理することはそれほど重要でないと考えられている。

一方のRVUは、当初は医師による自らの診療報酬算定の手段として発達してきた。その歴史は古く既に1950年代の中葉には、医師の診療報酬を理論的かつ正確に請求するために、医師の日常的な業務を治療行為の難易度や消費時間によって分類していた。この分類を相関価値尺度 (Relative value scale: 以下「RVS」と略す) というが、RVSに一定の係数を掛けることによって医師への診療報酬以外の病院における間接費の算定に用いられることもあった。RVSは、次第に医師の間で診療報酬の標準値として用いられるようになった¹⁶。

病院におけるRVU値の利用は1983年のメディケア改革後であり、RBRVS方式の開発・導入過程とほぼ同じ時期である。診療報酬の支払方法にDRGを採用したことは原価の標準化を促すことになった。そしてメディケア改革による診療報酬の抑制環境の中、DRGを基準にRBRVS方式において用いられたRVUによる原価算定はRCCよりもより正確な方法として導入されていった。1980年代後半の研究は、DRGごとのRCCとRVUとの比較という形でなされるものがある¹⁷が、それはDRGのもとで原価の標準化がなされRCCやRVUといった疾病別の原価計算方法の比較が容易になったことが背景と考えられる。

RVUは、RCCの2つの前提、つまりまず第1に間接費は単一に括れて相互に代替可能である点、第2に全ての治療が同じ割合で間接費を消費している点を排除した所に特徴を持っている。RVUは治療の複雑さ、消費された資源量や治療時間にもとづき治療の標準

値を決めるものである。RCCとは対照的にRVUは間接費が実際に病院によって消費された資源の量を表していると仮定している。加えて、RVUは治療における資源は算出された標準値（RVU値）にもとづいて消費されることを前提としている。つまりRVUはRCCのように診療報酬の金額を基準にして原価を計算するよりも正確に治療の原価を表すことができるということになる。

RVUの計算方法には、直接費の平均を用いる方法（RVUs set as an average of direct costs）、と主観的判断によって定める方法（RVUs set by subjective judgment）、の2つがある¹⁸。前者の直接費の平均を用いる方法が一般的な方法である。直接費の平均を用いる方法による算定の具体例としては、ある検査の直接費が42.65ドルで、別の検査の直接費が35.73ドルである場合を考えてみよう。これらが病院内の画像検査部で行われたとすると、この部門の直接費の平均は、 $(42.65 + 35.73) \div 2 = 39.19$ となる。この39.19ドルが基準値としてのRVU値となり最初の検査のRVU値が、 $42.65 \div 39.19 = 1.088$ となり、もう一つの検査が $35.73 \div 39.19 = 0.912$ となる。実際には、基準である期の当該部門におけるRVU値の合計が計算される。また、固定費の合計は帳簿から算定される。この固定費の合計をRVU値の合計で割ることによって、RVU値あたりの固定費が算定され、特定の検査への固定費の配賦が可能となる。また、RVU値が変動間接費と固定間接費に用いられた場合、RVUごとの総原価も求められる。RVUを用いた計算例については、（図-2）に示している。また主観的判断によって定める方法とは、直接費の平均のような計算値によるのではなく管理者の見積もりによってRVU値を決めるものである¹⁹。

結局RVUには、治療に使用される資源を認識する、治療レベルの原価を算定する基準として診療報酬よりも治療行為を用いてい

る、治療に関わる資源を管理する、という3つの利点があることに特徴が見出されよう。反対に、欠点として考えられることは各々のRVU値が同質の資源を一定の割合で消費するという前提に乗っている、ということである。しかし活動基準原価計算（Activity-Based Costing）など新しい手法の利用が伸び悩んでいる現在、比較的簡易なRVUは有効な間接費配賦法と考えられよう。

オバマ医療制度改革下の病院マネジメントシステムの変化

(図-2)RVUの計算例

ある会社が異なる4つの検査に2つの費用、つまり材料費と労務費を次のようにかけているとする。

検査の種類	1	2	3	4
実施した検査	500	150	100	230
検査ごとの直接費				
材料費	\$5.00	\$1.20	\$7.40	\$2.00
労務費	10.00	15.00	5.00	20.00
検査ごとの直接費合計	15.00	16.20	12.40	22.00

ここで、検査の平均直接費は次のとおりとなる：

$$(15.00 + 16.20 + 12.40 + 22.00) \div 4 = \$65.60 \div 4 = \$16.40$$

平均費用はRVUは1であり、各検査のRVUは次のとおりである：

$$\text{検査1 } 15.00 \div 16.40 = 0.915 \text{ RVUs}$$

$$\text{検査2 } 16.20 \div 16.40 = 0.988 \text{ RVUs}$$

$$\text{検査3 } 12.40 \div 16.40 = 0.756 \text{ RVUs}$$

$$\text{検査4 } 22.00 \div 16.40 = 1.341 \text{ RVUs}$$

RVUは、次のように検査部門の間接費を配賦する：

$$\begin{aligned} \text{期における総RVU} &= 500 \times 0.915 + 150 \times 0.988 + 100 \times 0.756 + 230 \times 1.341 \\ &= 475.5 + 148.2 + 75.6 + 308.4 = 1,007.7 \text{ RVUs} \end{aligned}$$

ここで検査部門における総間接費が、21,860ドルであった場合、RVUごとの間接費は、

$$21,860 \div 1,007.7 \text{ RVUs} = 21.70$$

である。よって検査ごとに配賦される間接費は

$$\text{検査1 } 21.70 \times 0.915 \text{ RVUs} = 19.86$$

$$\text{検査2 } 21.70 \times 0.988 \text{ RVUs} = 21.44$$

$$\text{検査3 } 21.70 \times 0.756 \text{ RVUs} = 16.41$$

$$\text{検査4 } 21.70 \times 1.341 \text{ RVUs} = 29.08$$

よって検査1の総原価は、直接費 15.00+ 間接費 19.86 = 29.10ドルということになる。

出所: Hankins, Robert W. and Baker, Judith J. (2004), *Management Accounting for Health Care Organizations—Tools and Techniques for Decision Support*, Jones and Bartlett, pp.85-86.

ここまでACOの仕組みとその下での望ましい原価計算システム（間接費の配賦法）について考察してきたわけであるが、ACOの医療組織に対する影響としては自前のネットワークを構築し、間接費を圧縮するための病院規模の拡大や定額の治療費の患者を治療するためのコスト重視の病院組織への転換、更には医療サービスの需要者拡大のため病院施設への資本調達が可能で株式会社立病院の拡大などが考えられるであろう。実際に2013年7月にニューヨーク市にある2つの大病院、マウント・サイナイ病院（1852年設立）とセント・ルーク病院（1847年設立）が合併し²⁰巨大病院組織が出来上がっているのは病院規模の拡大の象徴的な例²¹であるし、病院組織も2000年頃からマネジドケア・バックラッシュ²²（Managed Care Backlash）を受けて、品質に重点を置いたプログラム組織が注目されてきたのであるが、今後は機能性組織など

よりコスト重視の組織へ転換せざるを得なくなることが考えられる。

株式会社組織の病院の拡大については次に詳細に分析していこう。

6. 株式会社組織の病院の拡大

ACAによる医療需要の増大に伴い、その受け皿として株式会社組織による運営の病院に注目が集まっている²³。まず米国における営利病院と非営利病院のマネジメントシステム上の特徴を整理すると、営利病院は資本調達のために株式を発行でき、また各レベルの職員の採用および維持にストック・オプションを提供することが可能である。また慈善医療への義務はより少ない負担で済むことになる。これに対して非営利病院の場合は、内国歳入法501条(c)(3)の規定が大きく影響してくる。同条によると非営利病院は、利益に対し



写真1：マンハッタンのイースト・サイドに位置するマウント・サイナイ病院



写真2：マンハッタンのウエスト・サイドに位置するセント・ルーク病院

て連邦所得税および州税が免除され、ほとんどの場合、資産税（property taxes）も免除される²⁴。また非営利病院は資本調達のために購入者に税の特典がある債券を発行することができ、更に寄付を受けた場合にはその贈与者にも所得税もしくは法人税において費用控除が可能となる。非営利病院は租税の優遇が大きなメリットとなっている。

しかし最近になって内国歳入庁は、医療とは関係のない事業行為や経営幹部の報酬、地域の利益の適格性など非営利病院の地位悪用について調査を進めている。適正なマネジメントが行われているか検証されている訳だ²⁵。この点においてはACAも非営利病院に対して次のような新しい規制を定めている。

- 3年毎にコミュニティ・ニーズに適合しているか検査を実施し、特定のニーズを

達成すべく戦略を採用させる。

- 財政的な援助を必要としている患者に対して適切な援助を実施することを要請する。

等である。そしてこれらの規制に反した場合は、年5万ドルの課税としている。

非営利病院のメリットは主に税制面であるが、その地位を維持するのに要求される事項も多くなり、最近では（図-3）のとおり営利病院の数が増加している。米国において営利病院は1970年代初頭に台頭してきたが、コロンビア大学教授で公衆衛生が専門であったエリ・ギンズバーグ（Eli Ginzberg）は1988年に営利病院という組織形態が従来の非営利病院に比べて優れていると思われる項目（assumptions）を次の5つに整理している²⁶。

- ① 営利病院は、いくつかの病院を同時に経

営しているというだけでなく、追加的な医療サービスを行うことによって消耗品や設備機器を購入する際などに規模の経済を得ることができる。

②営利という形態によって、より強力な経営構造を取ることやより高い収入を得ることができる可能性を持つ。つまり、より収益を上げている営利病院は有能な病院管理者を雇用することができ、成長を維持できるということである。

③収益を上げている営利病院は強力な経営計画と管理システムを実行できる。そのシステムはコンピューターによって支えられ、データは合理的な経営の意思決定に対して重要な役割を果たすことができる。

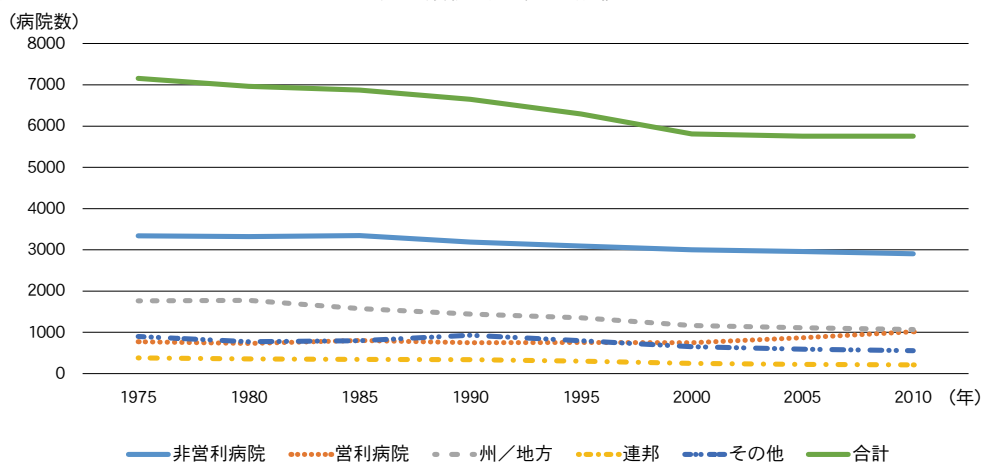
④人件費は病院の総費用の半分以上を占めているが、営利病院は全社的に効率的な人事管理策を取ることができ、看護師やサポート部門のスタッフの利用をより強く管理するこ

とができる。このことは管理者や看護師長、コンピューターの技術者はより大きな病院に移ることにより、従前以上の生産性を上げることができるということの意味する。

⑤非営利病院と比較して、伝統や規制などにとらわれない営利病院は、より快適にすごしたいという患者の要望に素早く、しかも効果的に対応することができる。

(図-3)に示されているとおり、営利病院の数は2000年まではほぼ横ばいであるが、それ以降は右肩上がりに増加している。また2005年の医療経営コンサルタントであるクレバリーらの報告によると、営利病院は20年前の13パーセントから16パーセントヘシアを拡大している。これは1990年代の厳しいマネジドケアによる原価削減および品質面での犠牲があり、医療サービスの利用者には不満が高まり、その反省もあり医療界は2000年頃か

(図-3) 営利病院等の数の推移



	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
非営利病院	3,339	3,322	3,349	3,191	3,092	3,003	2,958	2,904
営利病院	775	730	805	749	752	749	868	1,013
州／地方	1,761	1,778	1,578	1,444	1,350	1,163	1,110	1,068
連邦	382	359	343	337	299	245	226	213
その他	899	776	797	928	798	650	594	556
合計	7,156	6,965	6,872	6,649	6,291	5,810	5,756	5,754

出所：Health, United States, 2012, Table 106

らマネジドケア・バックラッシュ (Managed Care Backlash) という品質を重視した医療を求める動きが高まっている。その提供組織として営利病院は注目を集めているのであろう²⁷。クレバリーらによると、最近では患者にとって非営利病院と株式会社運営の病院とは違いがほとんどなくなっているという²⁸。また以前は米国においても歴史的に宗教団体などの非営利法人が運営してきた医療機関を株式会社などの営利法人が運営することに対してアレルギーがあったとされるが、出席したセミナーの講師である医療コンサルタント、スチューブン・バーガー (Steven H. Berger) 氏によると最近はそのような抵抗は少なくなったということだった。今後、医療需要が増える中で、高い品質を特徴としてきた営利病院がどのように変貌していくか興味深いところである。

7. 終わりに

米国に限らず世界の医療システムは現在変革期にあると言えるだろう。わが国でも厚生労働省が平成27年9月に発表したデータによると平成26年度の医療費は40兆円に及び前年に比較して0.7兆円の伸びとなっている²⁹。高齢化社会の中で医療費の伸びの加速が予想されており、その対策は急がれるところであろう。更に平成27年10月に大筋で合意したと伝えられる環太平洋戦略的経済連携協定 (Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement: TPP) は医療の分野も含むと伝えられ³⁰、例えば医療専門職の資格が相互利用可能となった場合などは医療従事者の国際間移動を通じて医療サービスの提供システムに影響を及ぼすであろう。

本稿で検討したのは最近の米国における医療制度の変化とそれに伴う医療のマネジメントシステムの変化であるが、この起点はオバマ大統領による2010年の医療保険制度改革法である。5,000万人とも言われる医療無保

険者の解消は米国社会にとって大きな出来事である。しかしそれに伴い米国においても医療費の高騰は避けられないのであり、行政や医療機関がどのようにその問題に対処していくかは興味深いところである。更に2016年は米国では大統領選挙があり、国民皆保険を存続させるか否かは争点とならざるを得ないだろう。その中で大統領候補者達がどのようなビジョンを示すか、注目していきたい。

注

- 1 下院では全435議席中、247議席が共和党、188議席が民主党で共和党が改選前と比較して13議席伸ばしている。上院は改選36議席の内、21議席が民主党、15議席が共和党で共和党が9議席伸ばしている。
- 2 医療経営者を対象とする学術団体 (American College of Healthcare Executives) が主催した「病院財務管理における上級問題 (Advanced Topics in Hospital Financial Management)」と題するセミナーで講師は医療コンサルタントのスチューブン・バーガー (Steven H. Berger) 氏。本稿において「セミナー」とはこのセミナーのことである。
- 3 例えば日本経済新聞2014年11月11日付の東京大学 久保文明教授の記事。久保教授によると今後はオバマケアに対する予算削減など厳しい運営を強いられるだろうと予想している。
- 4 例えば1983年の診療報酬の包括払い制度 (Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System: DRG/PPS) の導入は病院における原価計算システムを著しく向上させる結果となった。
- 5 5,000万人存在しているという。
- 6 2007年に公開されたマイケル・ムーア (Michael Moore) 監督の映画『シッコ (Sicko)』には、米国内で5,000万人ともいわれる医療保険の無保険者が置かれた厳しい現実が描かれている。
- 7 2013年10月から加入可能となっているが、システムの不具合で混乱が起きている。
- 8 Kelly Devers and Robert Berenson (2009) p.1. <http://www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/411979-Can-Accountable-Care-Organizations-Improve-the-Value-of-Health-Care-by-Solving-the-Cost-and-Quality-Quandaries-Summary.PDF>

- から平成27年10月15日に引用。
- 9 マネジドケアとは「管理された医療」を意味する。特に1990年代に良く用いられ、医療の原価削減には貢献したが、一方医療の品質に関しては高いものは提供されずに問題となった。その仕組みについては浅川 (2009) 参照。
 - 10 MSSPは、メディケア加入の医療機関の内、出来高払い制度 (fee-for-service) を採用している医療機関を対象に設定され、当該医療機関の中での協調と不要な原価の削減を目的としている。
<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/index.html?redirect=sharedsavingsprogram/>から平成27年10月15日に引用。
 - 11 医療諮問委員会 (Medicare Payment Advisory Commission: Medpac) の議論から生まれたという。
 - 12 CMSのホームページ。<https://innovation.cms.gov/initiatives/Bundled-Payments/>から平成27年10月15日に引用。
 - 13 米国医師会のホームページ。
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/bundled-payments.page> から平成27年10月15日に引用。
 - 14 Berger (2014) p.106.
 - 15 つまり費目に分ける必要がない、ということである。
 - 16 このような傾向を受けてカリフォルニア州医師会は、1956年に「カリフォルニア相関価値調査 (California Relative Value Studies)」という調査を開始し、州レベルでの標準値を求めようとした。President's Letter, *Southern California Physician*, November 2006, p.25.
http://www.lacmanet.org/about_lacma/presidents_letter_nov06.pdfから平成19年1月4日に引用。
 - 17 例えばWeintraub and Dube (1988)。
 - 18 Hankins and Baker (2004) pp.84-86.
 - 19 West, Balas and West (1996) には腎臓透析における例が掲載されている。
 - 20 セント・ルーク病院のホームページから。
http://www.stlukeshospitalnyc.org/About_St_Lukes/
 - 21 マウント・サイナイ病院はユダヤ系、セント・ルーク病院はカトリック系であるから宗派を超えての連携となる。
 - 22 1990年代のマナジドケアによる厳しい原価管理に反発する動きをマネジドケア・バックラッシュという。
 - 23 米国の営利病院の経営に関しては浅川 (2006) に詳しい。
 - 24 その他、州や地方の消費税が免除の対象となる。ただしエクサイズ・タックス (excise taxes) は免税対象とならない。
 - 25 Berger (2014) p.46.
 - 26 Ginzberg (1988) p.758.
 - 27 逆に言うとマネジドケアの厳しい原価管理のもとでは営利病院は市場シェアを拡大できなかったという事である。
 - 28 Cleverly and Cleverly (2005) p.79.
 - 29 厚生労働省「平成26年度 医療費の動向」
http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/14/dl/iryouchi_data.pdfから平成27年10月15日に引用。
 - 30 内閣官房のホームページ。
<http://www.cas.go.jp/jp/tpp/>から平成27年10月15日に引用。

引用：

- ・浅川哲郎 (2006) 「米国営利病院の原価管理と品質管理」九州大学「経済論究」第125号。
- ・浅川哲郎 (2008) 「米国の医療システムと経営学からの批判」九州産業大学「商経論叢」第50号第1号。
- ・Berger, Steven H., (2014) 'Advanced Topics in Hospital Financial Management' American College of Healthcare Executives. (2014年11月に開催されたセミナーのテキスト)
- ・Robert James Cimasi (2013) 'Accountable Care Organizations' CRC Press.
- ・William O. Cleverly and James O. Cleverly (2005) 'Conversion to Taxable Status: Future Choice for Capital Formation' Journal of Healthcare Management 50: 2 March/April 2005.
- ・Kelly Devers and Robert Berenson (2009) 'Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandaries?' Urban Institute.
- ・Weintraub, Leslie A. Davis. and Dube, Richard J. (1988), Alternative Costing Methods in Health Care, Hospital Cost Accounting Advisor, Vol.3, No.12.

オバマ医療制度改革下の病院マネジメントシステムの変化

- Ginzberg, Eli. (1988), For-profit medicine, The New England Journal of Medicine, Vol. 319, No. 2.
- West, Timothy D., Balas, E. Andrew. and West, David A. (1996), Contrasting RCC, RVU, and ABC for Managed Care Decisions, Healthcare Financial Management, August.
- Hankins, Robert W. and Baker, Judith J. (2004), Management Accounting for Health Care Organizations-Tools and Techniques for Decision Support, Jones and Bartlett.

以 上