

CONFIDENTIAL



海外医療制度シリーズNo.4
アメリカ医療制度とヘルスケアサービス
ver2.0

2020/01/06

海外医療制度シリーズ開催にあたって

欧州医療制度に続いて、先進国で唯一、国民皆保険制度がない国「米国」の医療制度をご紹介します。

米国は、GDPの医療費が占める割合が17.2%がありますが、その公的医療支出だけであれば、フランス（11%）やドイツ（11.3%）、日本（10.9%）よりも低く、押し上げているのは民間保険になります。

民間保険ベースという事もあり、非常に内容は難解ですので、今回は他国とは異なり、俯瞰的な医療制度の勉強からスタートしていき、それぞれの解説といった流れで進めていきたいと思っています。



アメリカってどんな国？

アメリカ合衆国

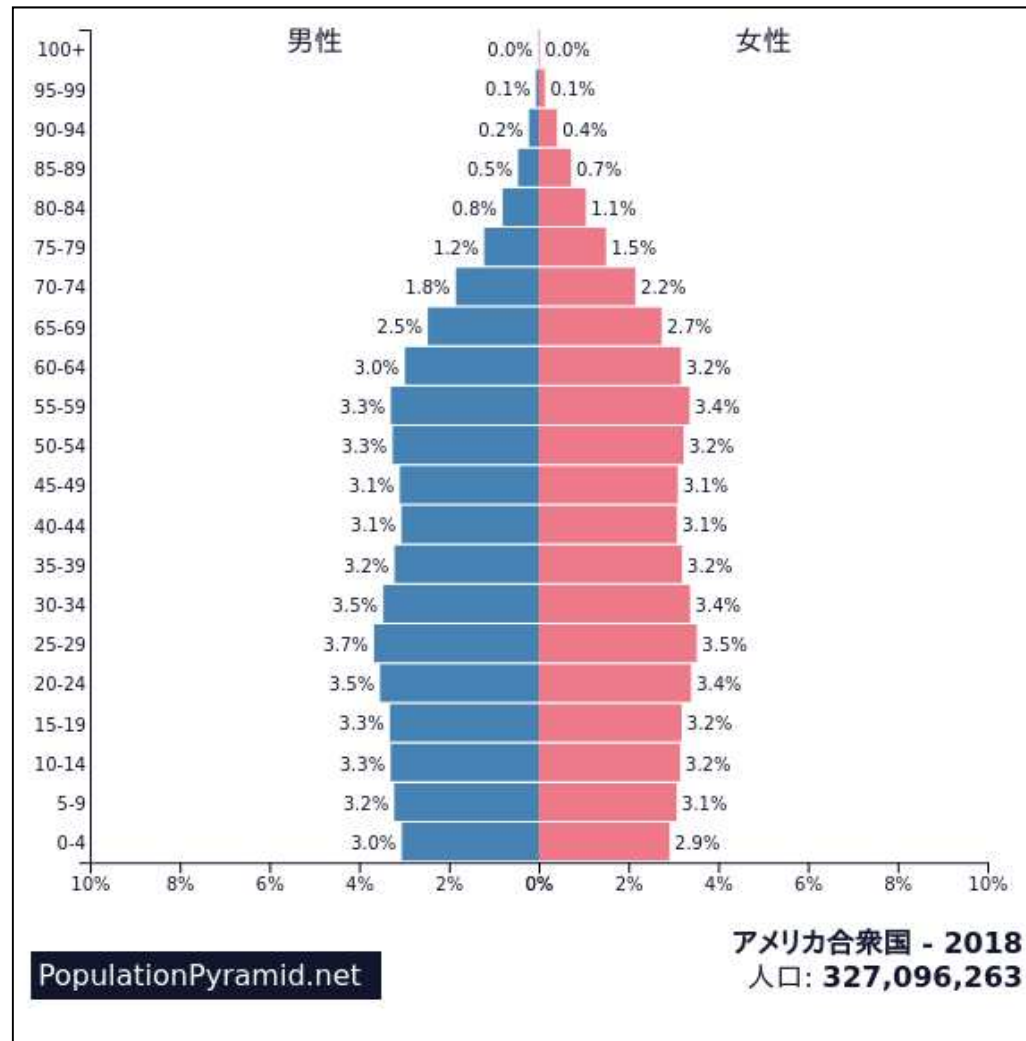
1. 面積 9,628,000 km² (日本の25倍)
2. 人口 327,830,000人 (2018年、日本の2.5倍)
3. 首都 ワシントン (人口約558万人、2010年)
4. 言語 英語 (事実上)



国民性

- ◇地域や人種、宗教などにより、考え方や嗜好は大きく異なる。
- ◇外向的な性格で、自分の意見を遠慮なく堂々と述べる。
- ◇初対面でもとてもフレンドリーで、ハグなど相手に触る習慣がある。
- ◇個人を尊重し個性を認める。
- ◇みな平等という考え方があり、上下関係はあまりない。
- ◇愛国心がとても強く、愛国心を表現することが普通にある。

アメリカの人口



人口バランスでいえば、高齢者が増えているとは言われているが、かなりバランスが良い。

無保険者が目立っていたが、オバマケアでかなり改善されている。

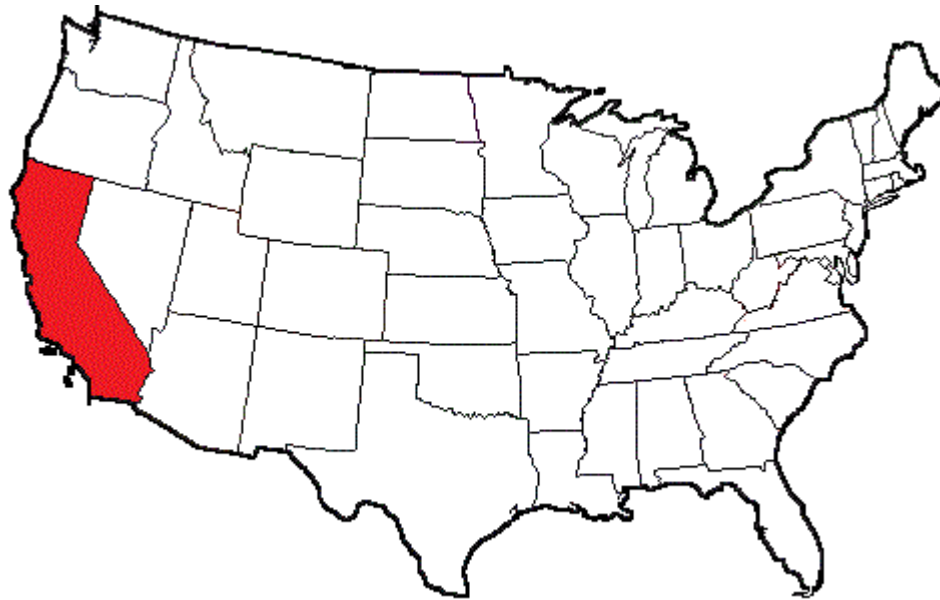
トランプ政権としては、こうした医療費負担を減らしたいという意向があり、次の大統領選などでも焦点になりえる。

共和党：小さな政府、階層的

民主党：大きな政府、平等主義

一概にはいえないが、そんな感じ。ACOなどの新しい取組など、アメリカはビジネスのヒントは多いと思うが、人口構造が日本と決定的に異なる事を忘れないのが大事。

広いぞ、大きいぞ、アメリカ合衆国①



カリフォルニア州 3,956万人

主要都市：

ロサンゼルス 399万人

サンディエゴ 143万人

サンノゼ 103万人

サンフランシスコ 88万人

フレズノ 53万人

西海岸沿いに位置する州で、最大都市はロサンゼルス、州都は人口51万人のサクラメントです。

アップルやGoogle、Yahoo!など、多くの世界的企業が本拠地を置いていることでも有名ですね。

上位5都市の他にも、州都のサクラメント、ロングビーチ、アナハイムなど、知名度の高い都市が数多く存在しています。

広いぞ、大きいぞ、アメリカ合衆国②



テキサス州 2,870万人

主要都市：

ヒューストン 233万人

サンアントニオ 153万人

ダラス 135万人

オースティン 96万人

フォートワース 90万人

アメリカ南部に位置しメキシコと国境を接している州で、最大都市はヒューストン、州都はオースティンです。

ちなみに、人口だけでなく面積もアラスカ州に次いで全米第2位となっています。油田があるため石油産業が盛んで、エクソンモービルも本拠地を置いています。

広いぞ、大きいぞ、アメリカ合衆国③

フロリダ州 2,130万人



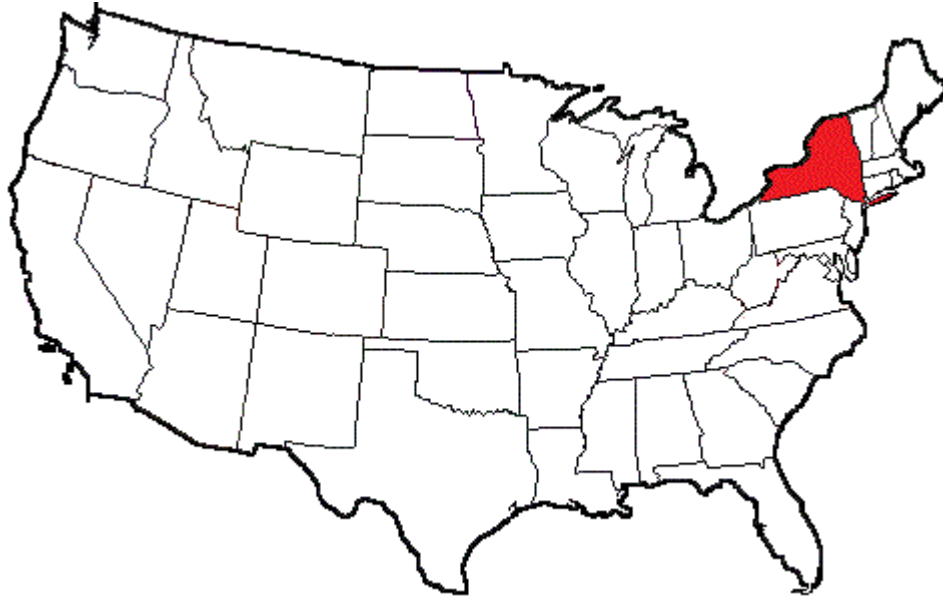
主要都市：	
ジャクソンビル	90万人
マイアミ	47万人
タンパ	39万人
オーランド	29万人
セントピーターズバーグ	27万人

アメリカ南東部のフロリダ半島に位置している州で、最大都市はジャクソンビル、州都は人口19万人のタラハシーです。

オーランドにはディズニーワールドやユニバーサルスタジオがあり、全米有数の観光地となっています。

温暖な気候を生かし、オレンジなど柑橘類の生産でも有名な州です。

広いぞ、大きいぞ、アメリカ合衆国④



ニューヨーク州 1,954万人

主要都市：

ニューヨーク 840万人

バッファロー 26万人

ロチェスター 21万人

ヨンカーズ 20万人

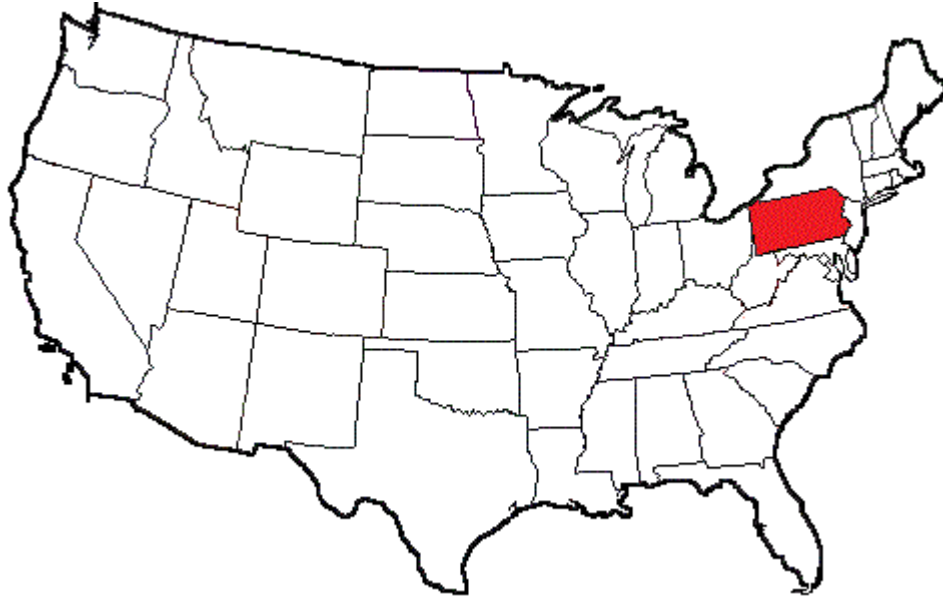
シラキュース 14万人

世界経済の中心地であるニューヨークを擁するアメリカ北東部の州で、最大都市は**ニューヨーク**、州都は人口10万人の**オールバニ**です。

かつては全米で最も人口の多い州でしたが、現在では第4位となっています。

ナイアガラのはこのニューヨーク州にあり、カナダとの国境に。

広いぞ、大きいぞ、アメリカ合衆国⑤



ペンシルベニア州 1,281万人

主要都市：

フィラデルフィア 159万人

ピッツバーグ 30万人

アレンタウン 12万人

エリー 10万人

レディング 9万人

ニューヨーク州の南に位置する州で、最大都市はフィラデルフィア、州都は人口5万人のハリスバーグです。

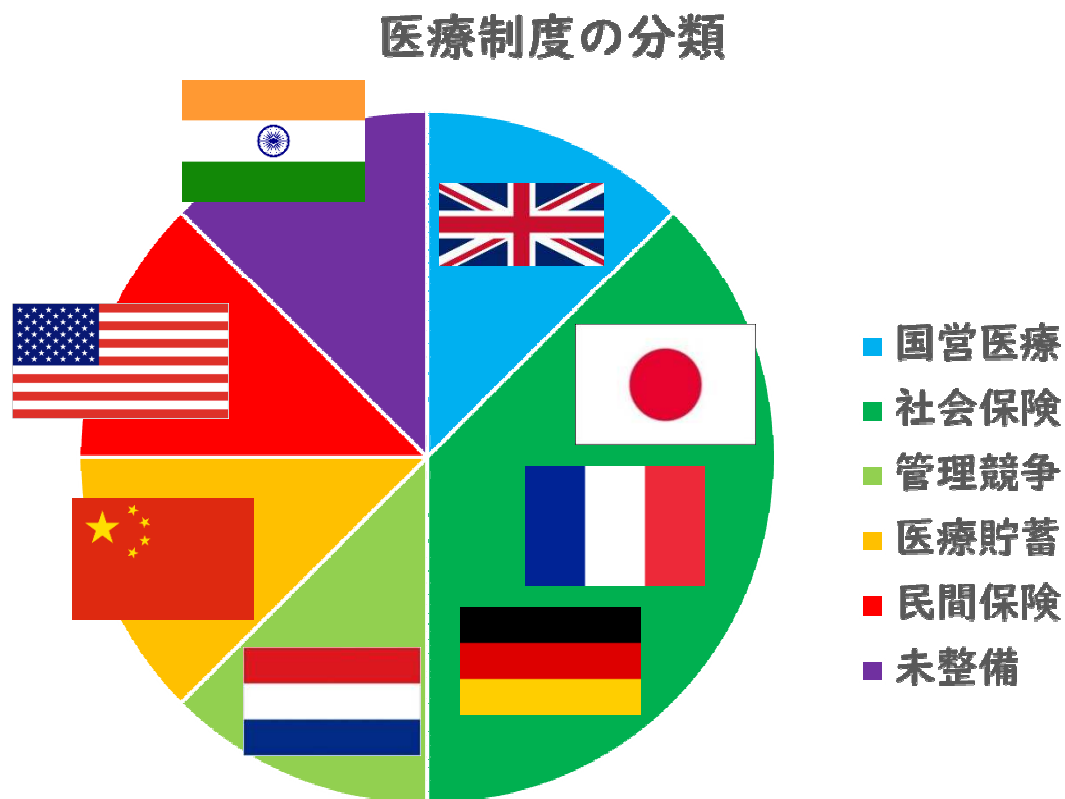
アメリカでは最も歴史のある州で、フィラデルフィアはアメリカ合衆国発祥の地と呼ばれています。

南北戦争でリンカーンが演説を行ったゲティスバーグも、このペンシルベニア州にあります。

諸外国の医療制度 解説 2020

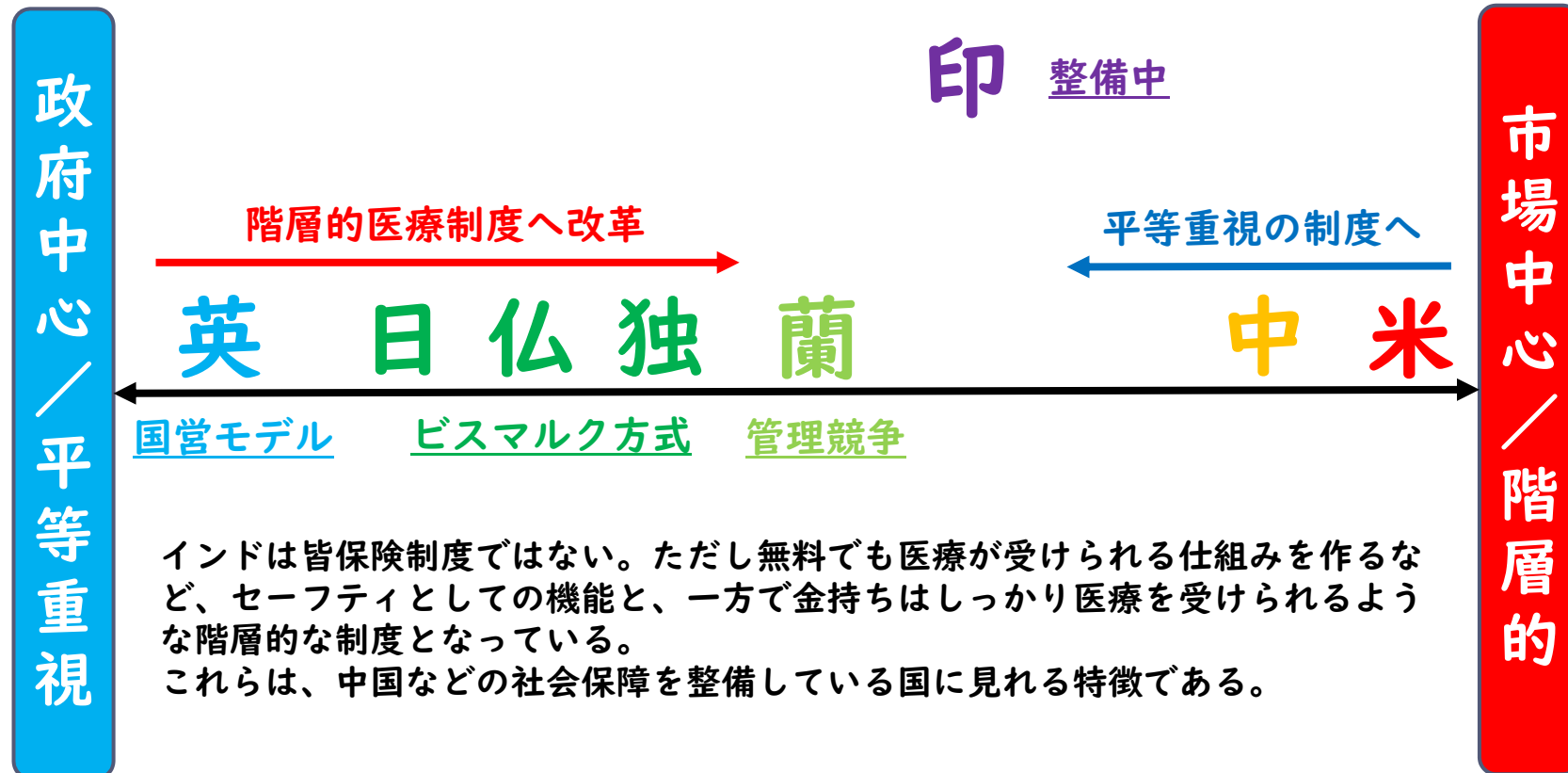
医療制度の分類 そのⅠ（これまでの医療制度）

今までに勉強した
国の制度分類っすね！



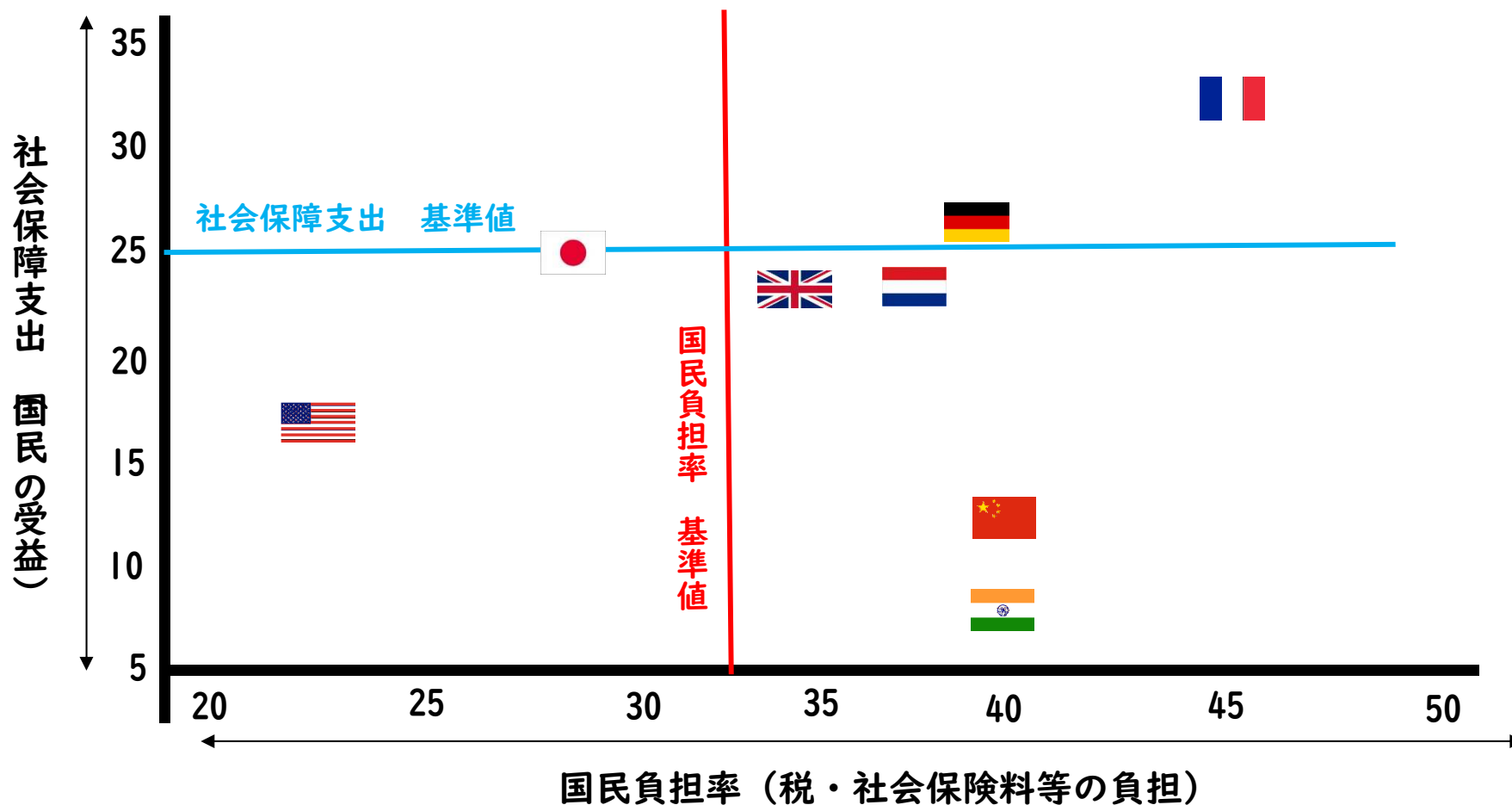
中国、アメリカ、インドなどは、単一の制度ではなく複数の制度が走っているので、厳密ではない。
どこの国も、これからは民間医療保険を活用した医療制度の構築が課題とされている。
その中で民間保険の活用という意味では「フランス」は一步も二歩も他国に先んじている。
また「オランダ」の競争管理は、民間保険会社に公的保険の運営を任せるという仕組み。
ドイツの医療制度をさらに一步、進化させた感じの制度設計となっている。

医療制度の分類 その2



アメリカは、メディケアやメディケイドといった制度は社会保険や国営モデル。その他が民間保険モデルとなっており、オバマケアでアメリカ式医療制度の方向性が定まった。
中国は、2020年に皆保険を完成させるが、内容としては非常に階層的であり、実態と形式の差異が大きいと言える。民間保険の活用に熱心な国の一つと云える。

国の社会保障支出と国民負担率（2016）



中国、インドは色々と統計を見ての溝口の推測値です。
ただしいかどうかは分かりませんが、たぶん、こんな感じです。

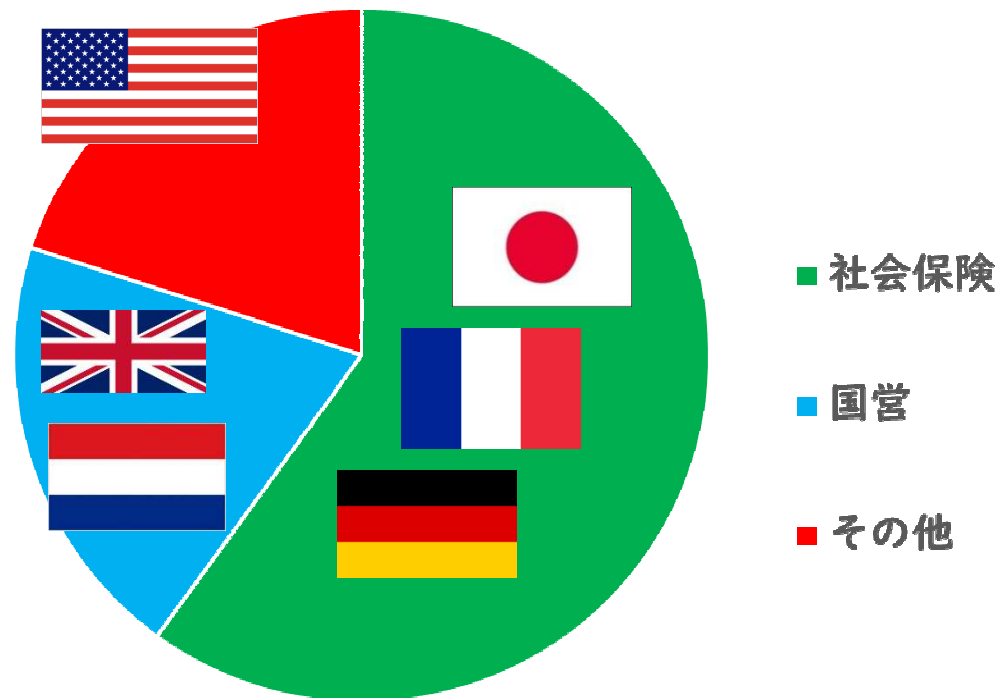
介護制度の分類



アメリカは、メディケアと民間保険の組み合わせになります。
介護制度については、世界各国で様々な仕組みが運営されており、財源での分類は可能ですが、それ以上に中身の検証については、様々なコンセプトで行われています。

フランスや中国などは、家族介護にも報酬が発生します。
イギリスなどは、自分がスタッフとして働きながら、自身もケアを受けるといった形態がとられており、社会参画を重視しています。
日本は高齢者向けのサービスについては、かなり優遇されていると言えるでしょう。

医療制度の分類



医療制度の評価①

**“Cost, Access, Quality
--- Pick Any Two.”**

**Oregon Health Plan
Administration Office**

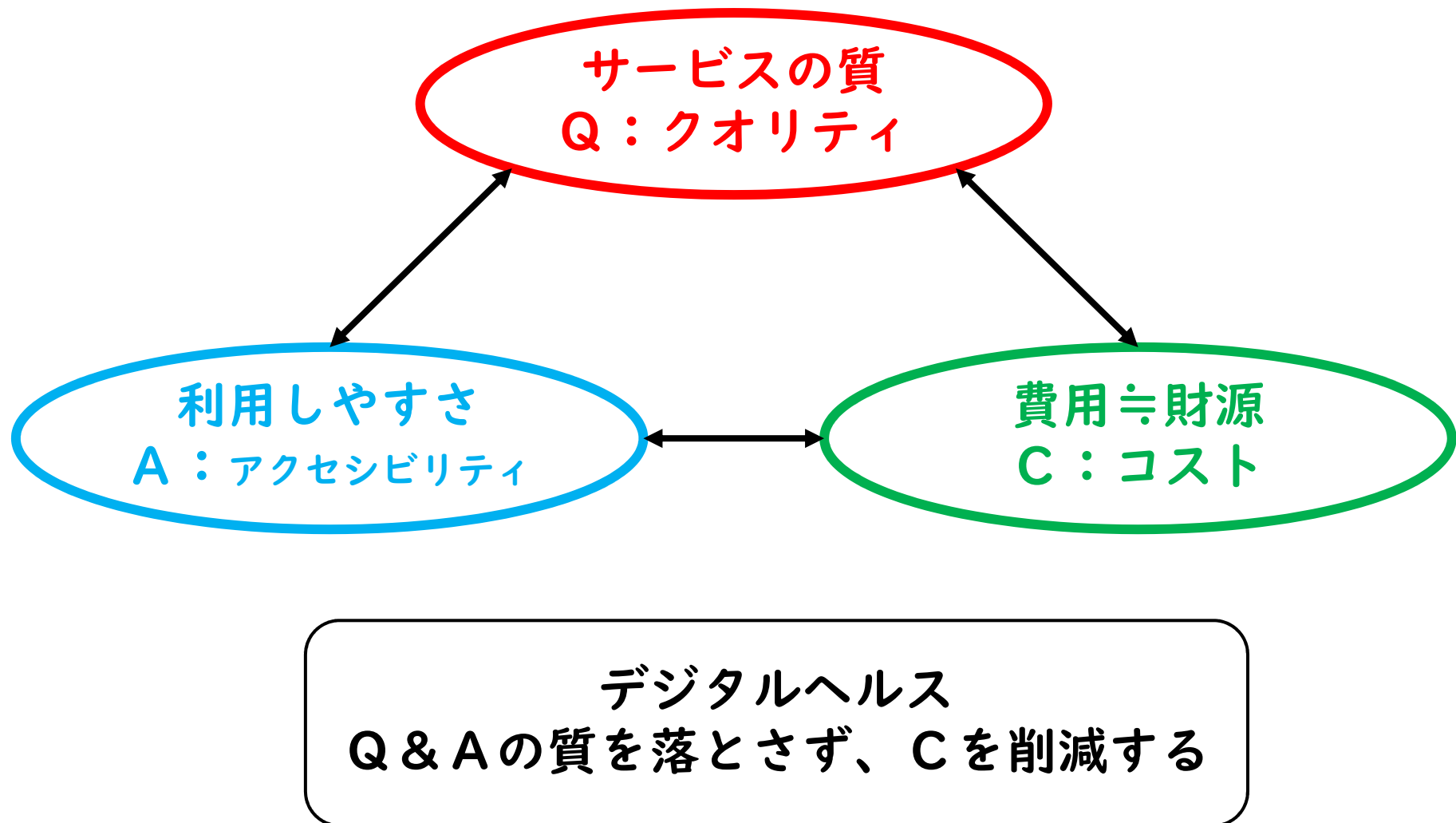


『以下の3つをすべて満たすことはできない、頑張っても2つまで』

- ①安い医療 (Low cost)
- ②質の高い医療 (High quality)
- ③いつでも利用できる (Easy access)

1989年のオレゴン州の医療制度改革（第一次メディケイド改革）の際の基本コンセプト。
お金がないから医療を制限しようぜ！という州の方針と医療の在り方について、バシバシ戦った時の
医療の基本原則が何か、とした標語。通称「オレゴンルール」

医療制度の評価②



2016年 世界の高齢者比率

		高齢者人口比率	特殊出生率
	日本	26.86 % (1位)	1.43 人 (189位)
	イタリア	22.75 % (2位)	1.46 人 (185位)
	ドイツ	21.45 % (4位)	1.41 人 (190位)
	スウェーデン	20.20 % (8位)	1.93 人 (132位)
	フランス	19.49 % (11位)	2.00 人 (126位)
	デンマーク	19.33 % (13位)	1.74 人 (155位)
	イギリス	17.97 % (25位)	1.92 人 (134位)
	オーストラリア	15.32 % (35位)	1.89 人 (136位)
	アメリカ	15.16 % (38位)	1.88 人 (137位)

HTAと世界の医療制度

医療サービスの財源が不足した場合、3つの対策があると考えられてます。

- ①財源を増やす（医療に使うお金を増やしてその他の公共サービスに使うお金を減らす、もしくは保険料や税金を上げる）
- ②保険がカバーする集団を制限する（例えば超高齢者の透析導入は健康保険のカバーから外す等）
- ③保険がカバーする医療サービスの種類を限定する

といった方法があります。

この3つ目の方法である「保険がカバーする医療サービスの種類を限定する」時には、どの医療サービスを保険適用にするかを決める必要が出てくるのですが、その時にしばしば用いられるのがHTAです。

HTAの結果によって保険が適用となる医療サービスを選択していることで有名なのは英国ですが、日本でも医療技術評価（Health technology assessment; HTA）や費用対効果分析（Cost-effectiveness analysis; CEA）を導入して、診療報酬制度に収載するか決めようという流れがあります。

医療制度の潮流

ビスマルク・モデルとは医療保険提供者の間に競争認められており、医療提供者と保険業者が分けられている国。

・・・ドイツ医療制度が代表格（フランスや日本も）

ビバレッジ・モデルとは医療提供者と保険提供者が分けられておらず、保険業者の選択がない制度。

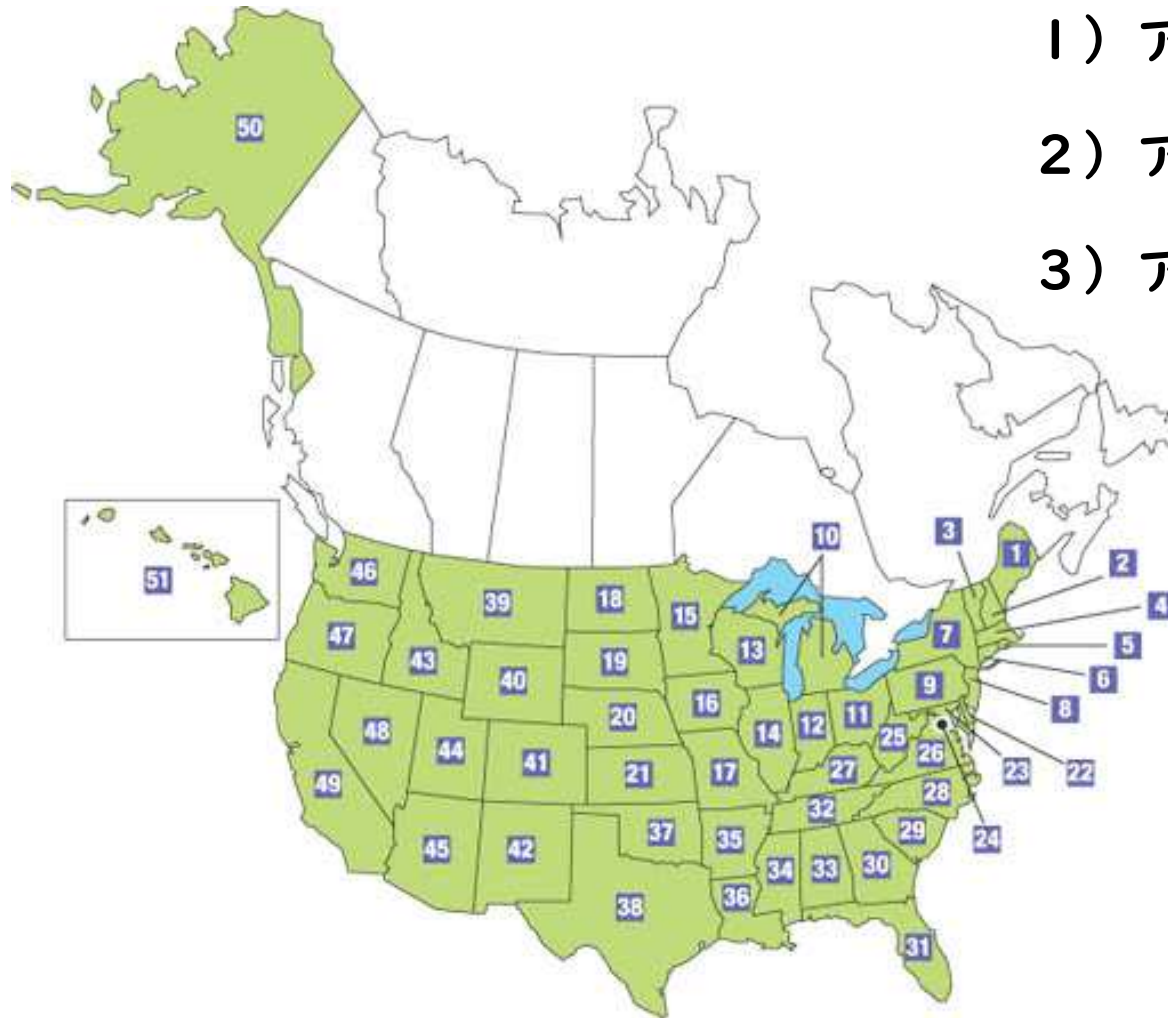
・・・イギリス医療制度が代表格

民間保険モデルは、医療提供者と保険提供者が分けられており、保険提供者が民間企業である場合の制度。広義で言えば、中国もこの分類に入る。

・・・アメリカ医療制度が代表格

本日のサマリー

- 1) アメリカの医療の歴史
- 2) アメリカの医療制度
- 3) アメリカのヘルスケア



アメリカ 医療制度史

アメリカの医療制度の流れ

1930年代	ニューディール政策で、医療政策が除外される	
1940年代	戦争と戦後復興期（マーシャルプラン）	
1950年代	民間医療保険が浸透、同時に無保険者の問題も表出化	
1965年	メディケア、メディケイドの確立	
1969年	ニクソンの新医療構想	
1970年代	医療費の高騰が問題に	
		← 二度のオイルショック
1980年代	レーガンのメディケア改革	← 世界各国で医療制度改革
1993年	クリントンの医療改革	
		← 世界各国で医療制度改革
2008年	オバマのオバマケア	
20??年	オバマケアの廃止？	

現在に至る

アメリカの医療制度の歴史

人呼んで「ニューディールの孤児」

戦前、ニューディール政策というのがアメリカでありました。その時に、アメリカでも公的医療制度の導入が言われましたが、失業補償と年金制度が優先された歴史があります。

1935年に制定された社会保障法に、医療制度は組み込まれませんでした。

戦後、幾度か公的医療制度の導入が議論されましたが
共和党、南部民主党、全米医師会、地域医師会の反対で実現せず。

退役軍人などは例外ですが、1965年にメディケア（高齢者及び障がい者向け医療保険）、メディケイド（低所得者向け医療保険）、1990年代のCHIP（こども版メディケア）ができるまで、公的医療保険がない国でした。

公的支援のない医療制度

アメリカ独自の医療保険の発達

私的医療保険と労災保険

《企業医療保険》

企業年金と同じく、所得控除の対象に。

1948年 270万人

1954年 2700万人 に一気に拡大

1960年 国民の3分の2が企業医療保険に加入

2011年 1億7000万人（国民の55%が加入）

《解説》

基本的に大企業向け、上層労働者に有利な医療保険プログラム。

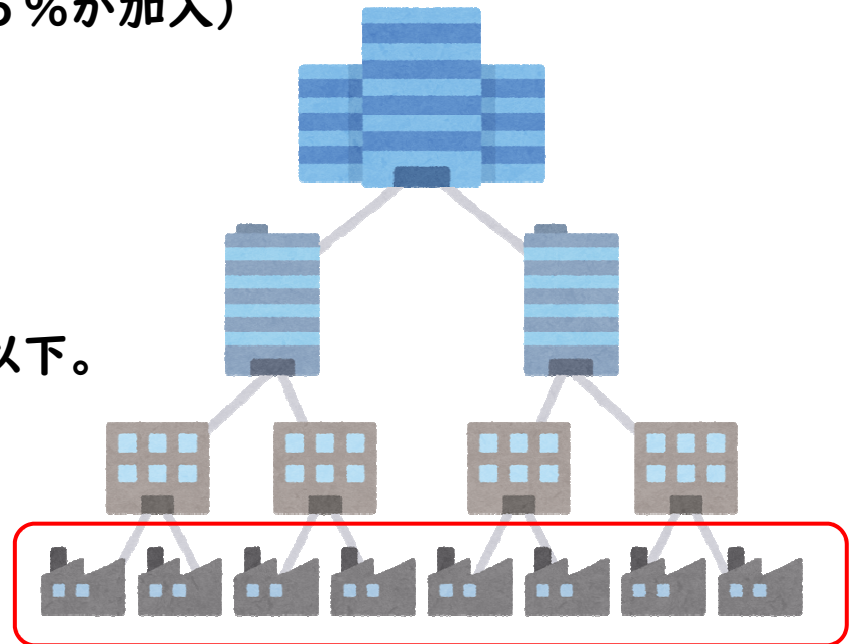
従業員50人以上の会社の大半が加入しているが、それ以下の会社の加入率は40%以下。

《個人加入の医療保険》

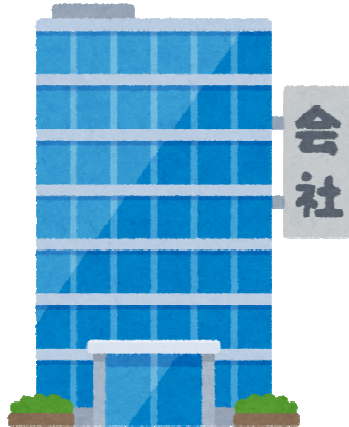
加入者は7400万人
（2011年）

中小企業の
加入率低い

企業が保険料を全負担

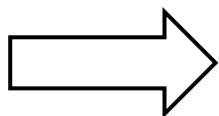


アメリカに、公的医療保険はないの？



《米国企業》

企業年金を企業側の責任の下限として認識。
医療制度は、責任の上にある2階部分にあたると思った。
よって、余裕のある企業だけ医療保険に入ればよい、という
発想に。



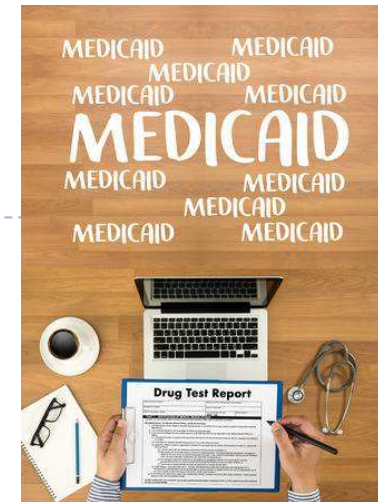
1960年代、米ソ冷戦。

大企業、医師会などが、公的医療制度は「社会主義を持ち込むこと」として、一斉に大反対。

労働組合も公的医療制度の導入よりも、企業医療保険の導入を求めた。
一般的に公的医療制度は、金属加工や炭鉱労働者などのリスクの高い労働者を対象に広がっていくが、アメリカでは、そこを民間保険が担う異例の制度発達をしていく事に。← 資本主義のイデオロギー、大事

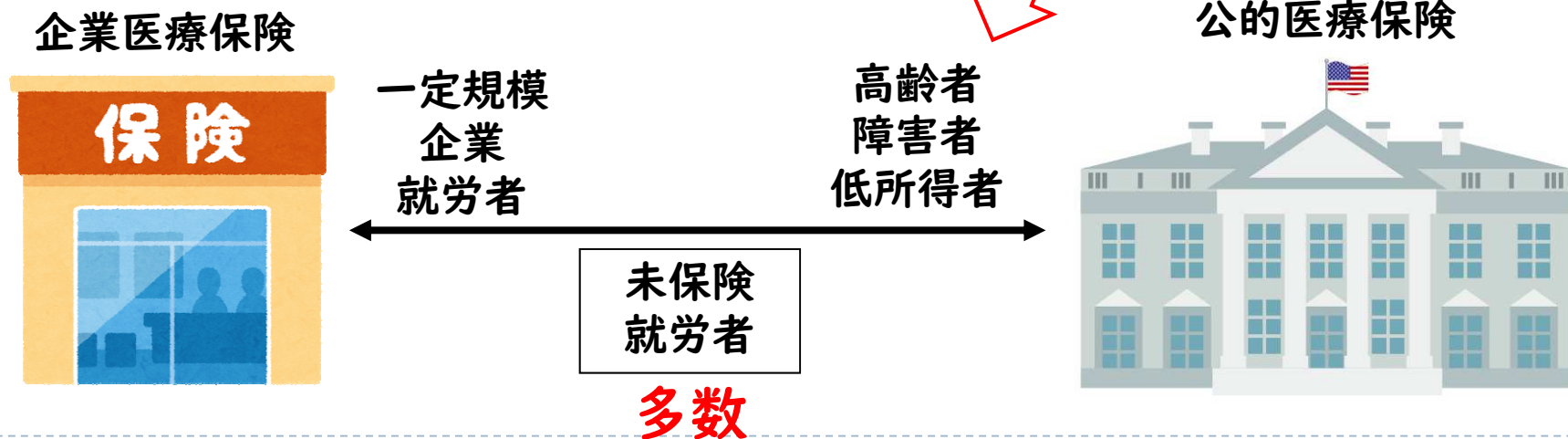
公的保険制度の誕生

1965年 メディケア、メディケイド創設
リスクの高い人は、民間保険に加入できず。
また一定規模以上の企業就労者でない人は個人加入。
それも無理なら、無保険へ。



高齢者、障害者、低所得者は
政府が引き受けて、公的医療制度が
誕生するも、逆風状態。

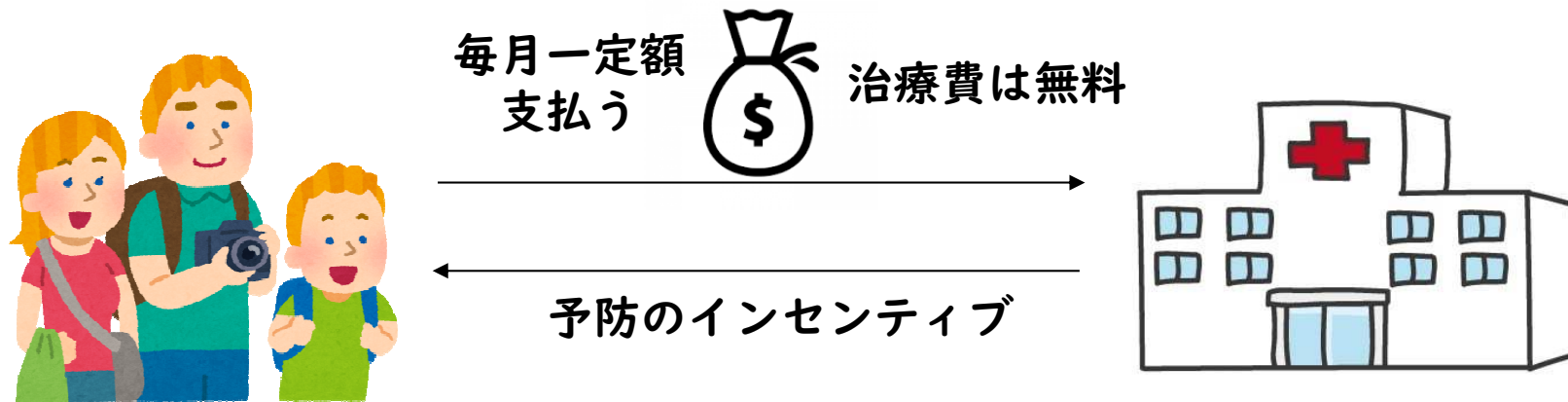
社会主義的政策 大批判



1969年 ニクソンの新医療構想

1973年 HMO法 (Health maintenance organization)
ニクソン大統領曰く「医師と病院が、患者が健康ではなくて、病気になると利益を得る構造に問題があるんじゃないの？」と本末転倒な状態を指摘。
PGP（前払い型グループ診療）やIPA（独立診療組織）と呼ばれる診療形態。
一定の医療の質を担保して、効率よく診れる。

HMO・・・健康維持機構（政府の助成で低金利でお金が借りられる）



イギリスの人頭制と一緒に

参考 《ニュージャージーの実験》

1983年10月より、全米でDRGが導入。
医療費予見払い方式=包括払い方式=DRG。

《ニュージャージーの実験》

患者あたりの医療費の診断グループごとに枠組を考案。
全米332の病院で140万人の患者のデータを収集。

(1) 23の主要診断カテゴリーに分別。

(2) 二次的診断、手術の有無、年齢、性別、退院時の状態

上記を実施した結果、医療費のコントロールが可能な事が研究で判明。

※ホスピタルフィー（Aパート部分）だけ包括払い

※米国ではドクターフィーは別払い

※キャピタルコスト（土地建物代とか）は別払い

※教育研修病院だったら、医学教育費用も乗っかる



1980年～ レーガンのメディケア改革

1973年 ERISA法

従業員の医療費を保険会社を介さずに、直接医療機関に支払ってOKに。

1980年代、年々高騰する保険料に対し、大企業（金持っている）が保険会社離れを起こす。そのため、残った会社は保険料がもっと上がるので、どんどん離脱。中小企業の多くが、企業年金から離脱。無保険者が超増大。

メディケアのBパート（ドクターフィー）の高騰。

1970年後半から1985年まで、毎年7～10%のドクターフィーの上昇。

ドクターフィーの評価指標の設定。

医療政策・研究機関（AHCPR）を設立。

RVS（相対評価尺度）とVPS（診療基準量）を両輪とする医療費の抑制政策開始。



1993年～ クリントンの医療改革

クリントン政権の医療制度改革

- (1)国民のHMOの加入促進 ⇒ 国民皆保険の失敗
- (2)CHIPの創設 ⇒ 成功

CHIP (Children's Health Insurance Program)

州が主体となって低所得家計の19歳以下の子供に対し、無料または低コストの医療保険を提供する公的医療保険制度である。CHIPは無保険の子供を減らすことを目的に1997年の均衡予算法で設立され、2009年の児童医療保険再認可法によって加入資格の基準が緩和された。



CHIPは設立されて以来、あらゆる面においてプラスの効果を表しており、成功を収めていると評価されている。

CHIPへの加入を推進する活動の成果が表れ、無保険の低所得家計の子供のCHIPへの加入率が上昇した。また、CHIPの医療サービスの利用が増加し、低所得者の医療費に対する経済的負担が軽減された。CHIPは低所得者の経済的困難時における医療保険のセーフティネットとなっており、低所得者におけるCHIPの認知度は高く、CHIPに加入後の残留率も高くなっている。

2008年～ オバマのオバマケア

《背景》

国民の6人に1人が無保険状態。
破産する人の半分以上が、医療費が原因。
ちなみに、上記の破産者の8割は保険加入者。
どんな医療制度だよ、このままじゃまずいよ。
えらいこっちゃ、と公約でオバマケアを掲げる。

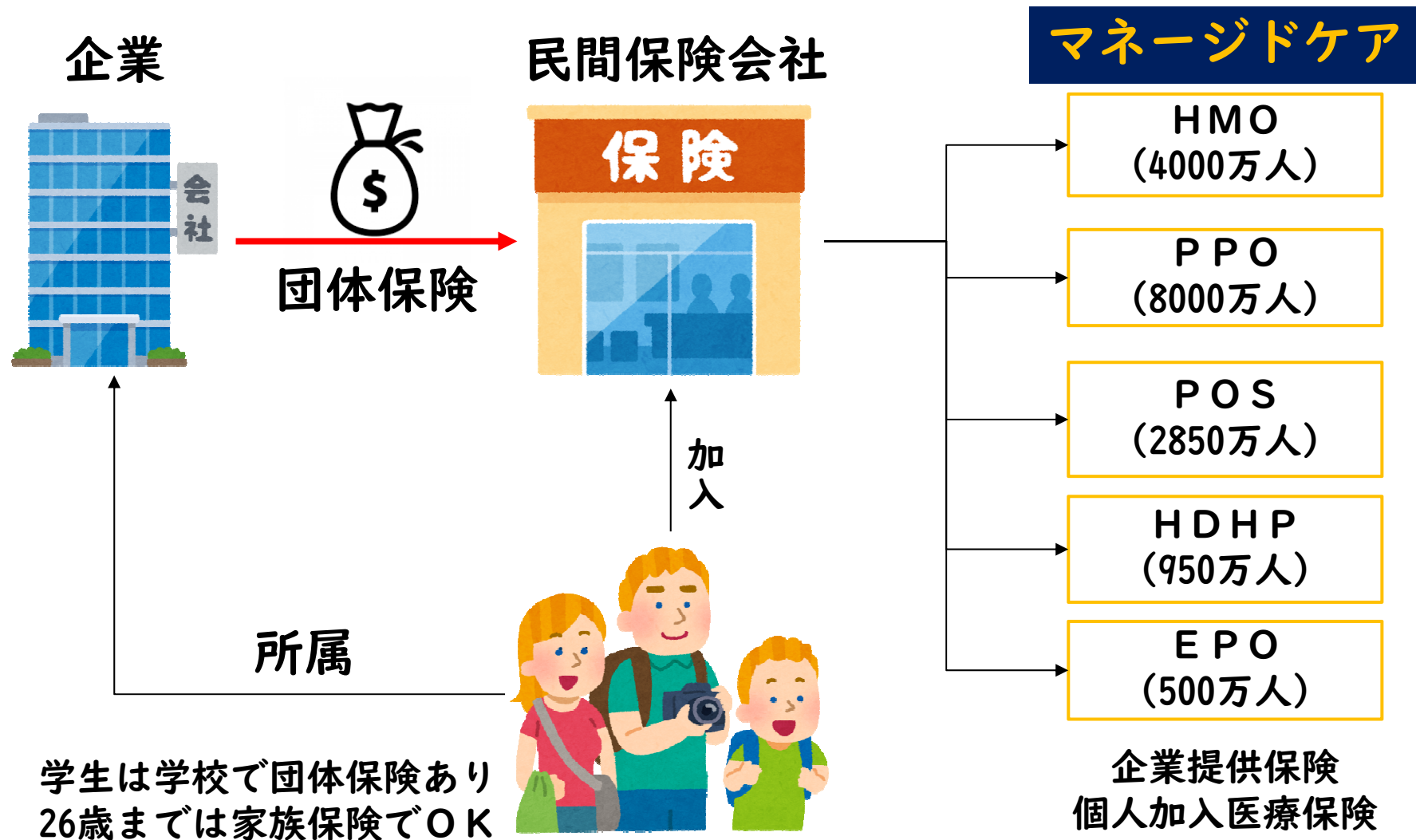
《要約》

- ・ 国民の医療保険加入の義務化
- ・ 従業員50名以上の企業の企業保険加入義務化
- ・ メディケイドの要件緩和
- ・ 医療保険の適正化



詳しくは後述にて・・・

アメリカの医療制度（民間保険の場合）



アメリカ医療制度と歴史 まとめ

米国の医療保険制度の特徴

先進国では稀な国民皆保険制度の不在国

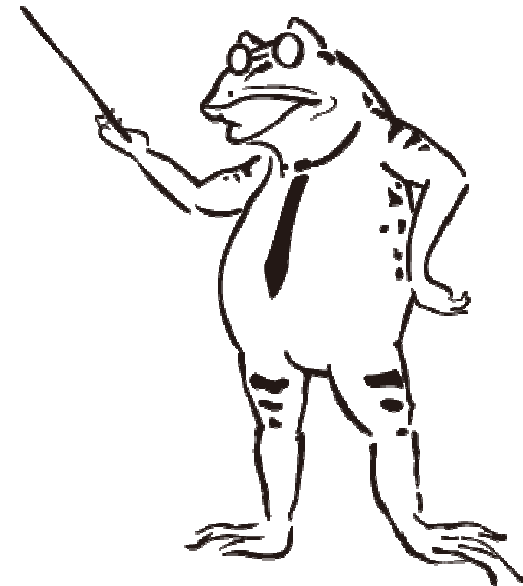
1910, 40, 70年代に公的医療制度の導入策は失敗

1935年 公的年金制度は実現

1965年 メディケア（65歳以上の高齢者）
メディケイド（貧困層）

1993年 クリントン改革も失敗

2003年 メディケアの薬剤給付開始（パートD）



民間医療保険制度が中心的な役割

①企業雇用者提供保険；大企業しか提供できない

②個人購買保険；中小企業の従業員や自営業者などが加入

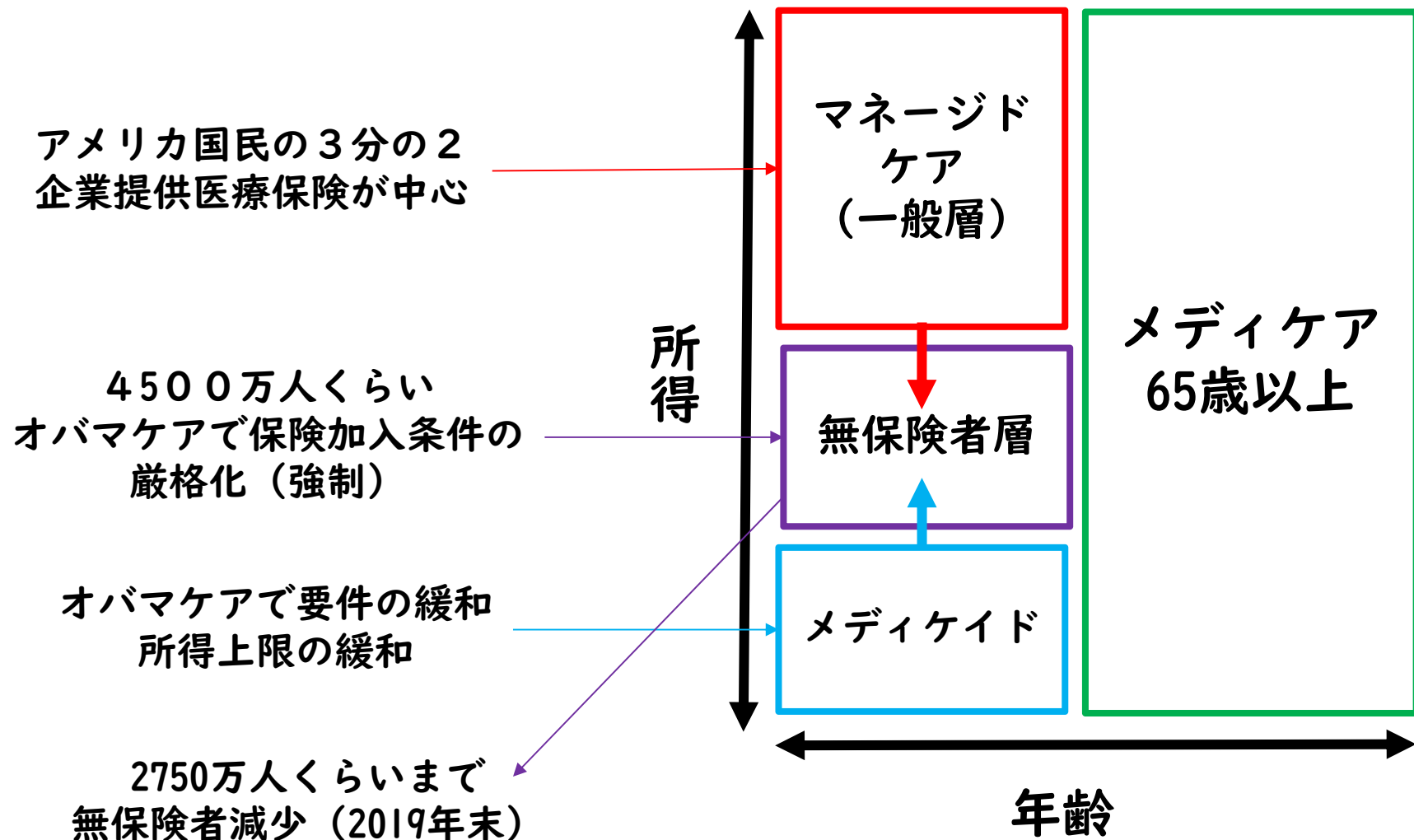
③保険の提供をしない企業や自営個人などは保険料負担が大きく加入困難

⇒ 無保険者の大量発生

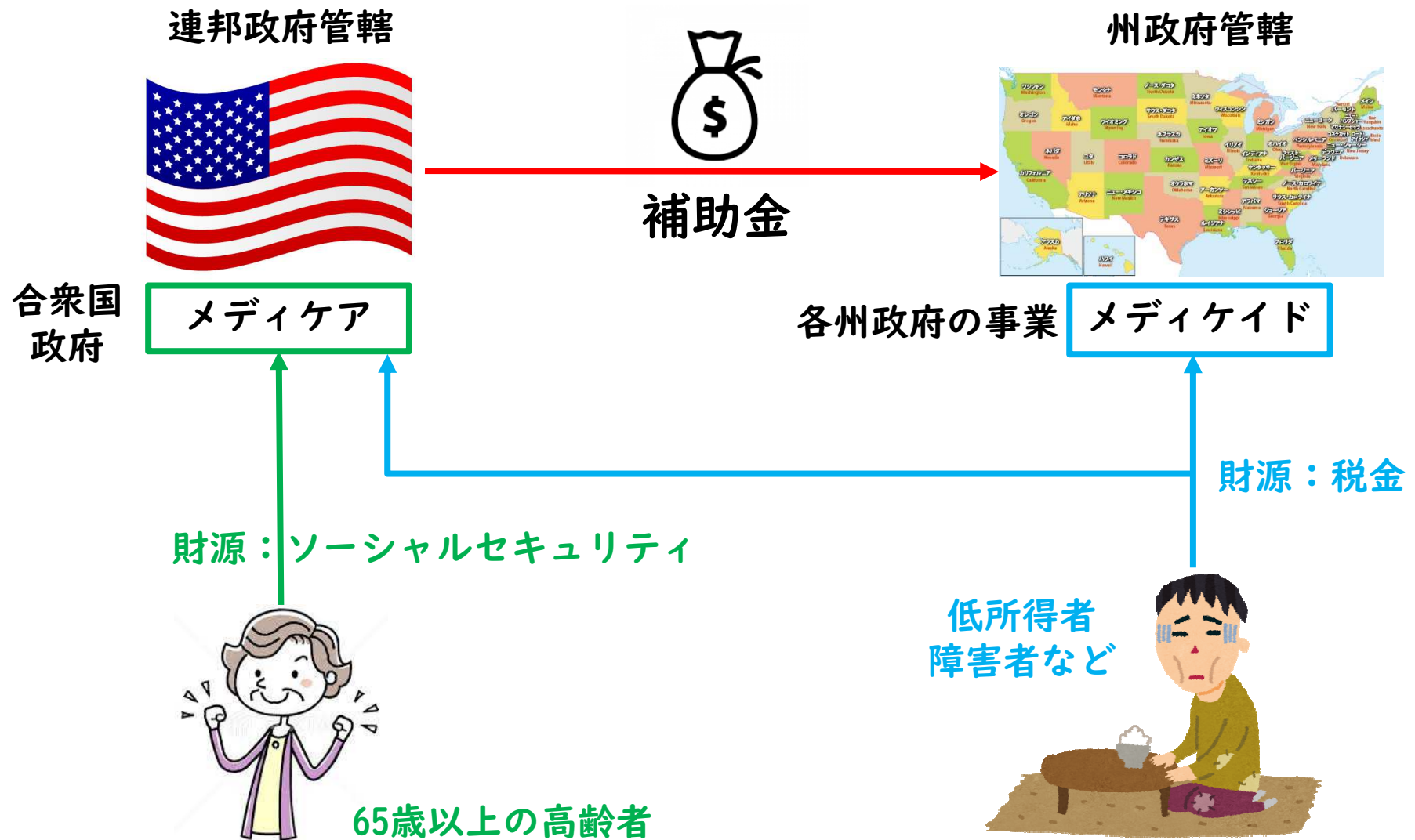
2008年 オバマケア、無保険者の解消を目指す

アメリカ 公的医療制度 解説

図解 アメリカの医療保険



アメリカの医療制度（公的保険の場合）



アメリカ医療用語解説

Deductibles(免責、控除)

Part Aでは一回の入院につき\$1,316、Part Bの年間\$183のDeductible（ディダクティブル。この金額を上回ると保険適用となる）があり、自己負担となります。

Part Bの20%のCoinsurance

Part Bほとんどの医療費に20%の自己負担（Coinsurance）が発生します。自己負担のOut Of Pocket Limit(自己負担上限額)はないので検査、診断、治療が重なると、かなりの高額の自己負担になってしまう可能性もあります。
また、医師やクリニックによって通常の20%の自己負担に加え、追加料金を負担せねばならない可能性があります。（ドクターフィーの発生）

処方箋(Drug)の費用

処方箋は、入院中の一部の例外を除いてほとんどカバーされません。

Dental, Vision, Hearing関係の費用

医療的に必要な歯科措置、眼科系の措置（緑内障テスト、白内障手術など）のみカバーします。それ以外のルーティンチェックや虫歯治療、入れ歯、眼鏡、補聴器などはカバーされません。

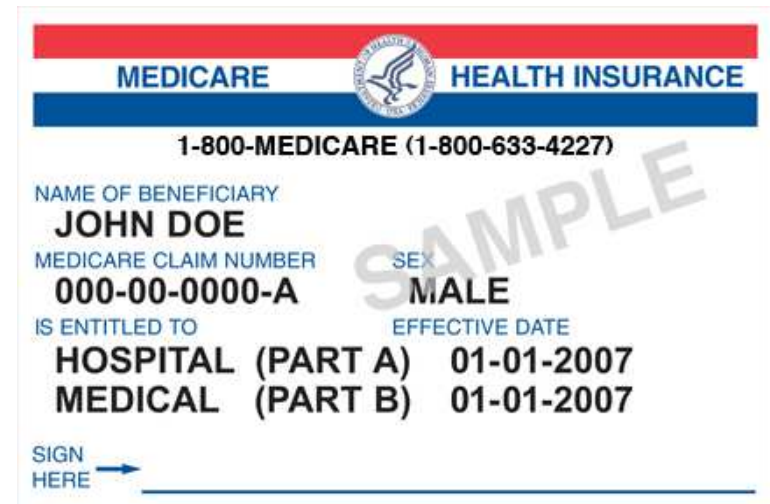
メディケアー概要

メディケアとは、65歳以上の高齢者及び障害者のための健康保険で、連邦政府が運営している制度です。

メディケアは、Part A、PartB、PartC、PartD、MediGap (Medicare Supplement) などの各パートに分かれていて、それぞれ保険の適用範囲が定められています。PartAとPartBは「オリジナルメディケア」と呼ばれ、もっとも古くから存在し連邦政府により直接提供される部分です。

財源は、「ソーシャルセキュリティ」と呼ばれる、日本でいうところの厚生年金と労災保険と社会保険を合わせたものになります。

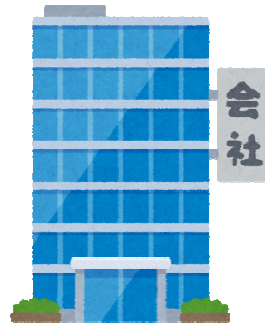
米国で雇用者と被用者で負担をします。



A sample Medicare Health Insurance card for John Doe. The card features a red header with 'MEDICARE' and 'HEALTH INSURANCE' in blue, separated by the Social Security Administration eagle logo. Below the header is the toll-free number 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). The card lists the beneficiary's name as JOHN DOE, claim number as 000-00-0000-A, and sex as MALE. It also shows entitlement to Part A (Hospital) and Part B (Medical) starting on 01-01-2007. A 'SIGN HERE' line with an arrow is at the bottom left. A large 'SAMPLE' watermark is diagonally across the center.

MEDICARE HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY JOHN DOE	
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A	SEX MALE
IS ENTITLED TO HOSPITAL (PART A)	EFFECTIVE DATE 01-01-2007
MEDICAL (PART B)	01-01-2007
SIGN HERE → _____	

ソーシャルセキュリティと社会保障



老齢年金とかにも関係するよ



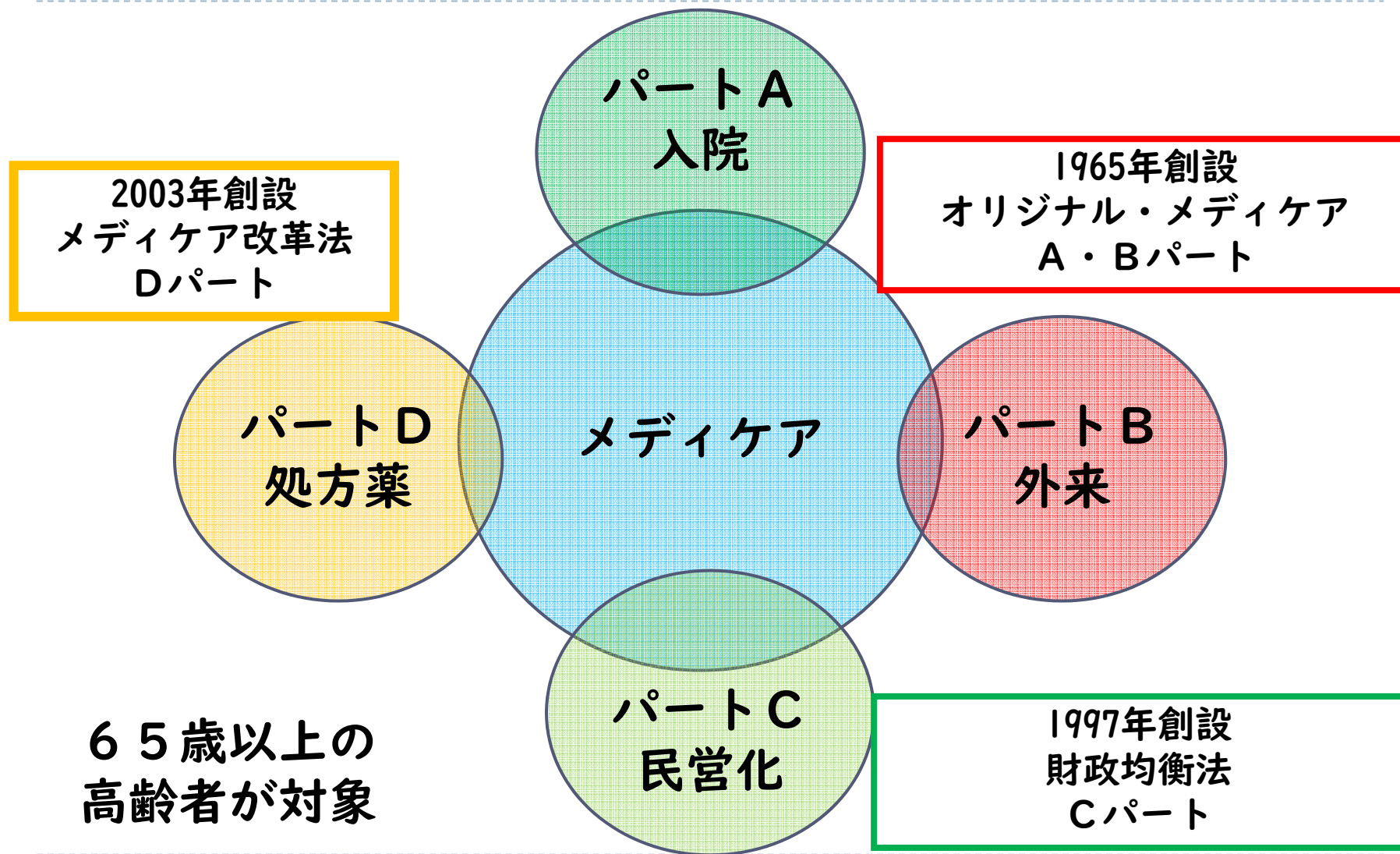
勤務 ↑
↓ 1300ドル以上の給与
1クレジット／四半期



加入条件

納税期間10年以上：無料で加入OK
5年以上：月額243ドル、それ以下なら413ドル
クレジットでの加入もOK

公的医療保険制度－メディケア

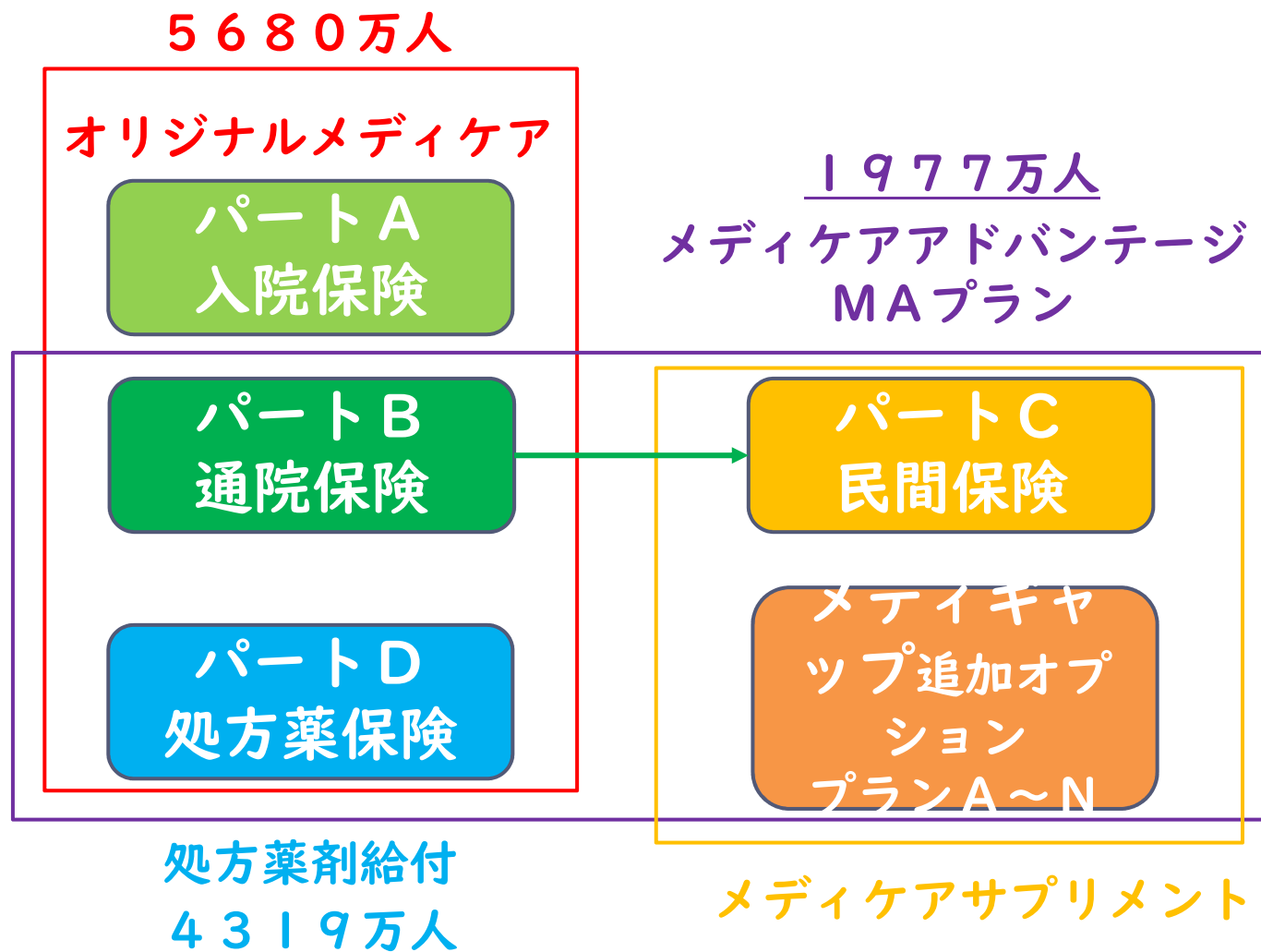


オリジナルメディケア 費用負担詳細

2017年実績

	Deductible	Co-insurance	
Part A (入院)	最初の1-60日 \$1,316	61-90日まで \$329/日	91-150日まで \$658/日
Part A (ナースিংホーム)	最初の20日 (3日以上入院後) \$0	21-100日まで \$164.5/日	101日目まで 全額
Part B (通院)	最初の \$183/年	医療費の20% (上限なし) クリニックによってさらに 最大 +15%	

メディケアまとめ (2017年)



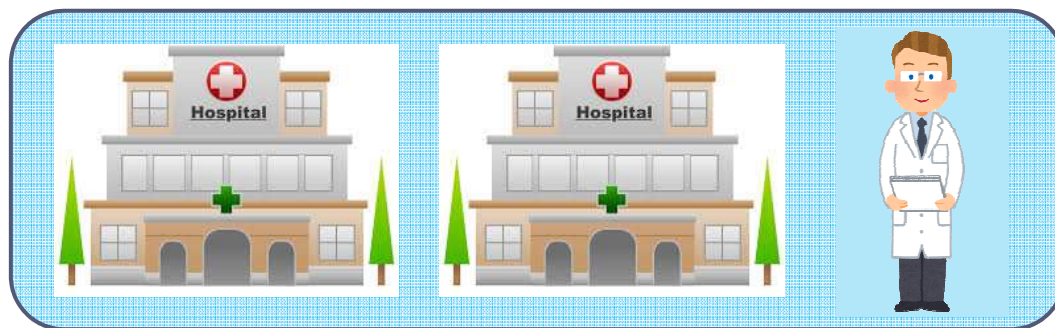
ACO (Accountable Care Organizations)

- (1) メディケア保険の報酬支払いに使われるモデル
- (2) 地域の病院と開業医・専門医が一つの診療母体を形成
- (3) 一つの診療母体が数千人規模の患者を担当し、外来初診から入院、退院後のフォローアップまで継続的にケアを提供
- (4) 診療母体は電子カルテ・システムなども共有
- (5) 診療母体は、医療の質を高めるために、さまざまな指標を通じて医療の質を管理し、質の向上に努める
- (6) これらの必要条件を揃えるとACOに認定され、特別な保険支払いプログラムが適用される
- (7) このプログラムでは担当する患者数などを基に従来の医師出来高払いや病院DRG払い制で計算される「予想されるコスト」と「ACOの実際のコスト」の差額の何割かがその診療母体にインセンティブとして払い戻される
- (8) 医療の質に関しても指標の達成度に応じて評価される

**メディケアの新システム
マネージドケアからACOへの転換が図られる**

典型的なACOモデル（メディケアの場合）

グループ内でカルテの共有（電子カルテの連携）



人頭払い

予想額支払



医療費が少なければ、
差額を収益としてもらえる

出来高払いから
包括払いへのシフトの為
導入されたのが「ACO」

P C P

受診

予防給付



特定エリアに住む
65歳以上の高齢者

メディケアから導入
メディケイド、民間保険と
導入範囲が広がっている

2006年に概念が生まれ
この10年で急激に広がった

公的医療保険制度－メディケイド

メディケイドとは、連邦政府とそれぞれの州の両方からの資金によって成り立っている、低所得者、特に妊婦、子供、65歳以下の障害者等が利用できる健康保険プログラムです。

メディケイドのルールはそれぞれの州によって異なり、合衆国政府はそれぞれの州に特定の割合で資金を提供します。その資金額は州によって異なります。



メディケイドの沿革

1965年 社会保障法改正で創設

当時、州ごとに貧困層を対象にした取組に差が大きく、社会的セーフティとして導入された。

ちなみに、メディケイドは、各州任意で参加だが、現状は全ての州が参加している。

1997年 財政均衡法 成立

メディケアを受給できなかった無保険者に対して、医療供給が可能に。

同年、州児童医療保険プログラム「CHIP」が創設。

メディケイド受給者ではない、低所得世帯の児童に対して、医療サービスの提供を行う仕組みが導入された。

2005年 財政赤字削減法 成立

連邦貧困基準：FPLを上回る所得のメディケイド受給者から、保険料や自己負担金が徴収できるようになった。

メディケイドとオバマケア

2010年 医療制度改革法（通称オバマケア法、ACA）
国民の医療アクセスの向上。2014年よりメディケイドの拡充。

《具体的には》

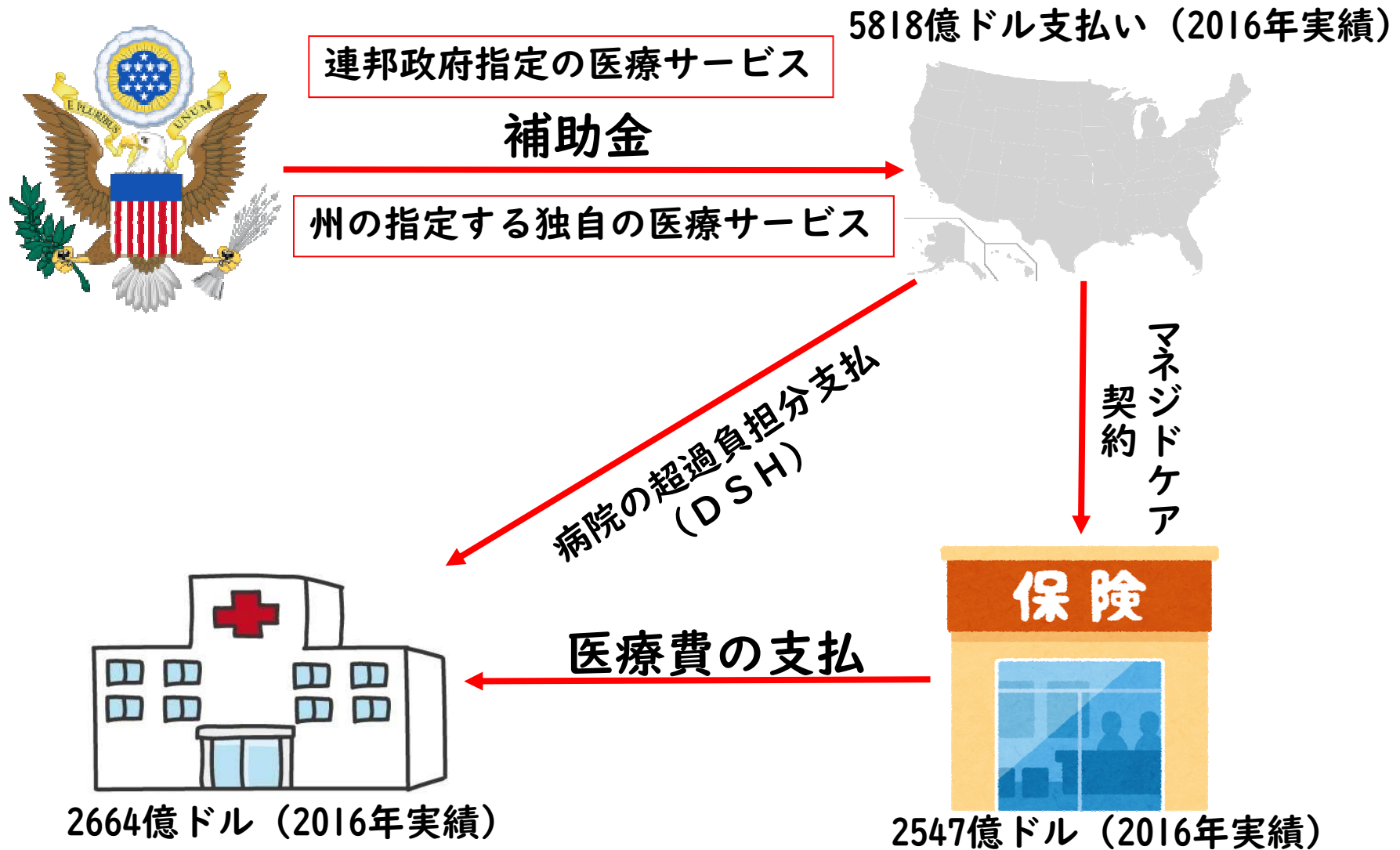
オバマケアでは、それぞれの州にメディケイドの枠を拡大するように要求し、その要求にこたえた州は、それによって州の財政を悪化させないように、拡大した枠の費用の90%（2017年以降）を合衆国政府からもらえることになりました。これをメディケイド・エクспанションといいます。

ですが、この合衆国政府からの資金ではメディケイド枠を拡大後の運営は無理だと判断し、メディケイド枠の拡大をしないことを選択した州が出ている。

また、2012年には、オバマケアのメディケイド拡充条項は、州に対する強制と判断され、違憲判決がでており、メディケイド補助金の交付による拡充政策が難しい状況にある。

詳しくは「オバマケア」で

メディケイドの必須給付と選択給付



公的医療保険制度－CHIP

1997年 州児童医療保険プログラム（CHIP）
2015年の受給者 877万人（児童840万人、妊婦47万人）

《受給資格》

FPL 138%～405%の間で、各州が決定。
2016年の全米児童（0歳～17歳）のうち、43%がメディケイド、もしくはCHIPを通じて、医療給付を受けている。

《期間》

トランプ政権になり、CHIPの連邦負担金の延期が止まっていたが、2018年1月に6年延長する事が連邦議会で決まった。（2023年10月まで）

《自己負担》

FPL 150%以下の世帯への自己負担を課す事の禁止
保険料を徴収する場合も、世帯収入の5%を上限とする

質疑応答の時間

アメリカ 民間保険 医療制度編

民間保険の種類

P P O
(5 8 %)

THEアメリカな医療制度、お高い

H M O
(1 5 %)

英国NHSに似た医療制度、お安い

P O S
(9 %)

上記2つのハイブリッド

H D H P
(5 %)

最近人気の医療貯蓄口座、大企業向き

E P O
(1 %)

P O S の劣化版、微妙だが安い

《簡単な解説》

簡単に言えば、複数の医療提供システムが並列して存在しているといえるので、ややこしいです。

重要：基本的な用語解説

『ネットワーク/Network』

医師や病院など健康管理に関連するサービスを提供する人や施設の集団のこと。医療サービスをプランのメンバーに、ディスカウント価格で提供する事を保険会社と契約しています。これは、プロバイダー・ネットワーク/Provider Networkと言われることもあります。ここで言う『プラン』が、皆さんが購入される健康保険/Health Insuranceで、メンバーがその保険の加入者です。

自分の健康保険プランが契約しているネットワークの事を、インネットワーク/In-Network と言い、契約していないネットワークのことを、アウトオブネットワーク/Out-of-Network (OON) と言います。

このようにネットワークを通じて医療を提供する仕組みをマネジド・ケア/Managed Careと言います。マネジド・ケアの仕組みによって、不要な医療費の発生を避けることができ、結果、医療費を抑えることができるようになっています。

要するにインネットワークだと比較的安く医療が受けられる。
アウトオブネットワークだと、べらぼうに高く医療費がつくと覚えておけばOK。

参考：アメリカの医療費 内訳

経常的費用 operating cost

- 1) 医師の人件費 (=技術料)
- 2) 医師以外の人件費
- 3) 材料費
- 4) 経費
- 5) 医師の教育費
- 6) 医師の研究費

別に請求
ドクター
フィー



RBRVS
今日は省略

資本的費用 capital cost

- 7) 土地、建て替え費
- 8) 減価償却費
- 9) 保険料、賃貸料、利息
- 0) 租税

ホスピタル
フィー



日本では
7) 以下は
報酬外

PPO

PP0とは、プリファード・プロバイダー・オーガニゼーション/Preferred Provider Organization の略称。

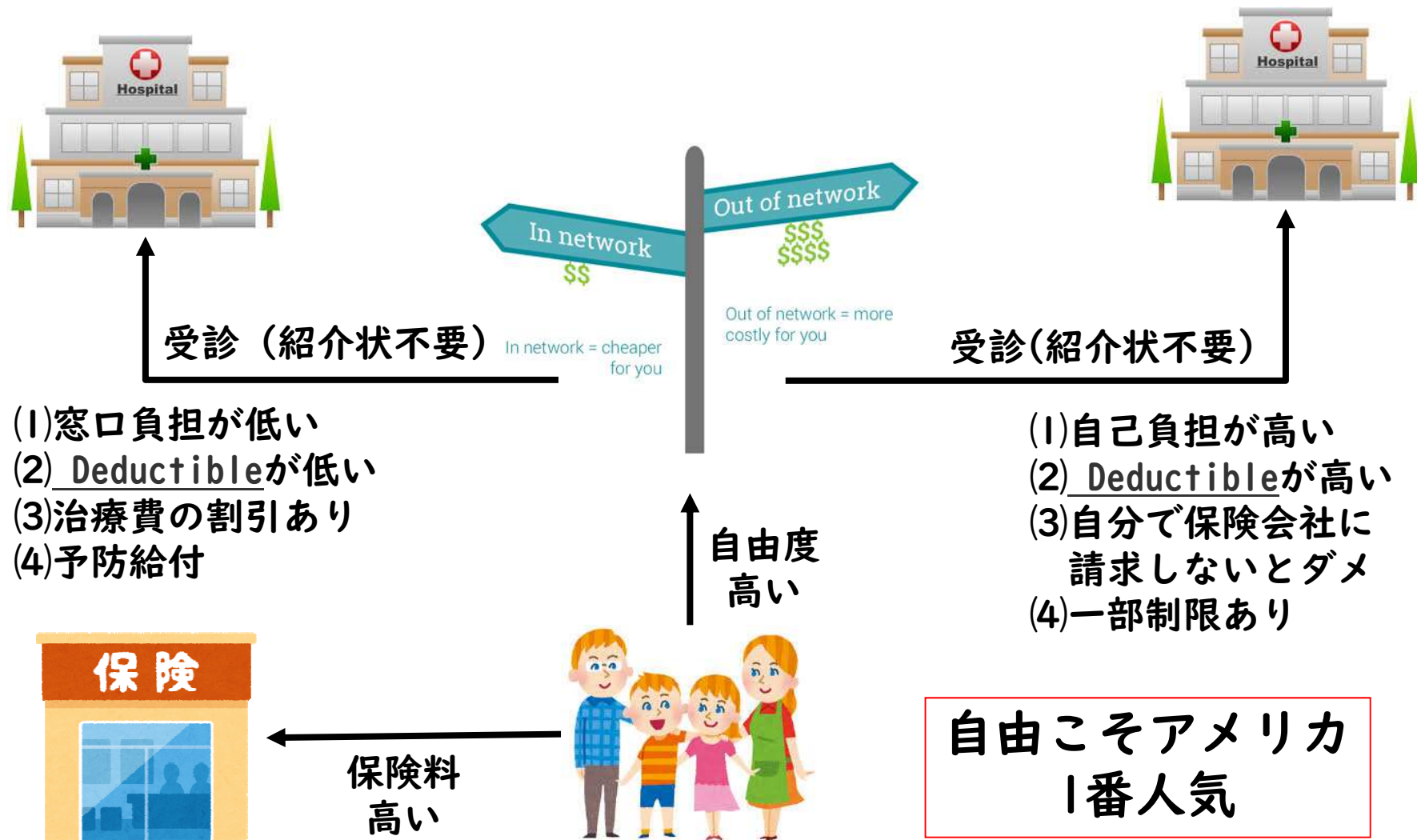
PP0プランでは、加入者がそのネットワーク内のドクターや医療サービス機関、どこでも自由に行くことができるからです。HMOと違ってPCPを選ぶ必要もなければ、紹介/Referralを事前に得る必要もありません。

メンバーがPP0のネットワーク内で医療サービスを受けると、医療サービスはメンバーのディスカウント価格で受けられることになりますが、HMOと違って紹介状がいらないのでどこにでも自由に掛かれます。利用できる医療プロバイダーに制限がないので、保険料はHMOより高くなります。

ただし、アウトオブネットワークで医療サービスを受けた場合、PP0プランは医療費の一部をカバーしますが、インネットワークより高い医療費請求を受けることになりますので、注意が必要です。



図解 《PPO》



HMO

ヘルス・メンテナンス・オーガニゼーション/Health Maintenance Organizationの略称。

予防する事にフォーカスした医療サービスを提供することで、高騰する医療費を抑えることを目的に作られたネットワークです。

HMOネットワークの健康保険のメンバーは、プライマリ・ケア・フィジシャン/Primary Care Physician (PCP)を指定する必要があります。

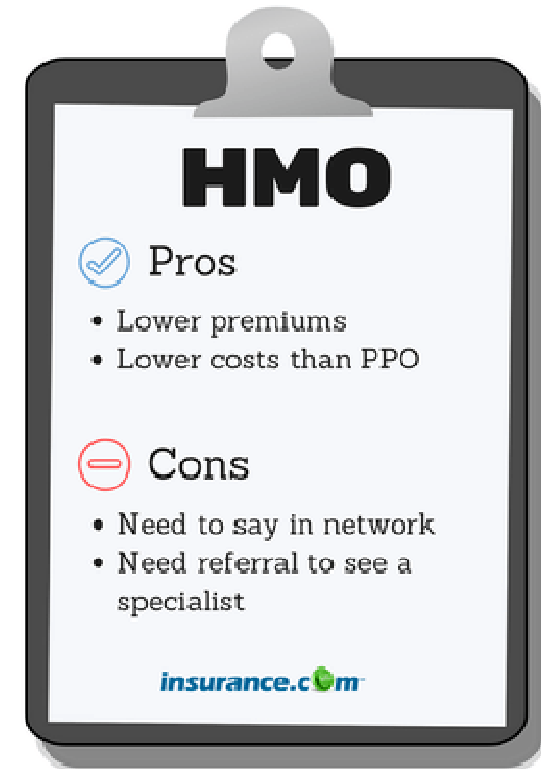
PCPは、別名をゲート・キーパー/と言います。

(英国のG Pと同じ役割で、人頭制です)

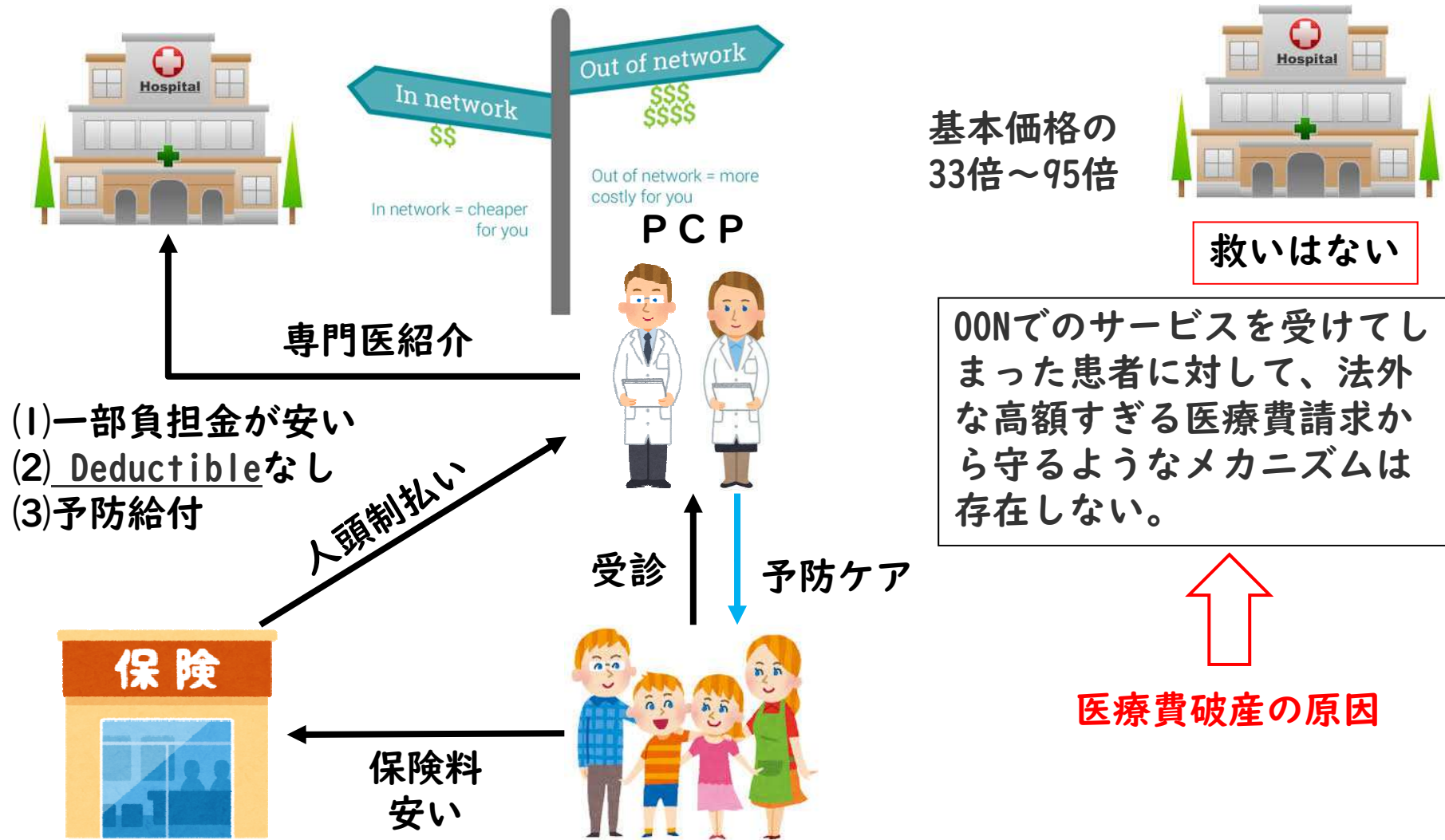
HMOのメンバーはまずPCPの診断を受けて、専門医が必要と判断されたら、ネットワークの中から紹介/Referralしてもらうことができます。

通常、HMOのメンバーの医療費自己負担額は少なめで、プランの保険料も他のプランに比べると安いのが特徴です。

ACOと内容は非常に似たような内容になっています。



図解 《HMO》



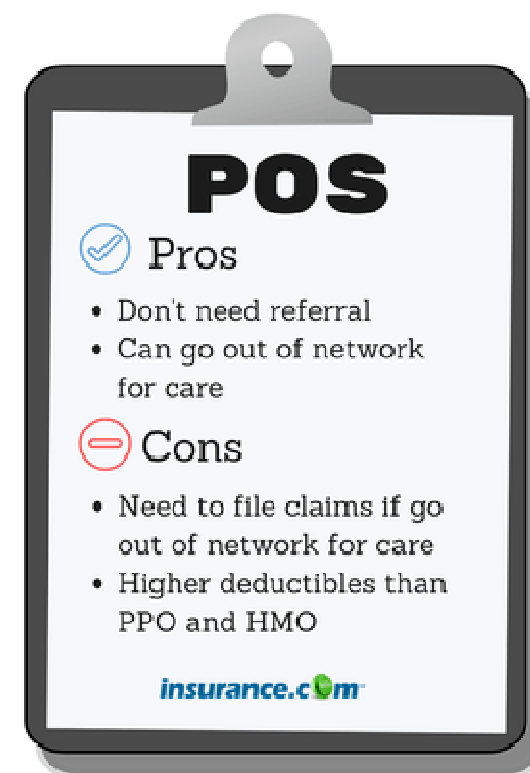
POS

POSとは、ポイント・オブ・サービス/Point of Service の略称。
基本的にはHMOと同じく、PCPを持ちますが、ネットワーク外の医療提供者への受診に対しても給付を行う事で、医療サービスのアクセスを向上させているのが特徴です。

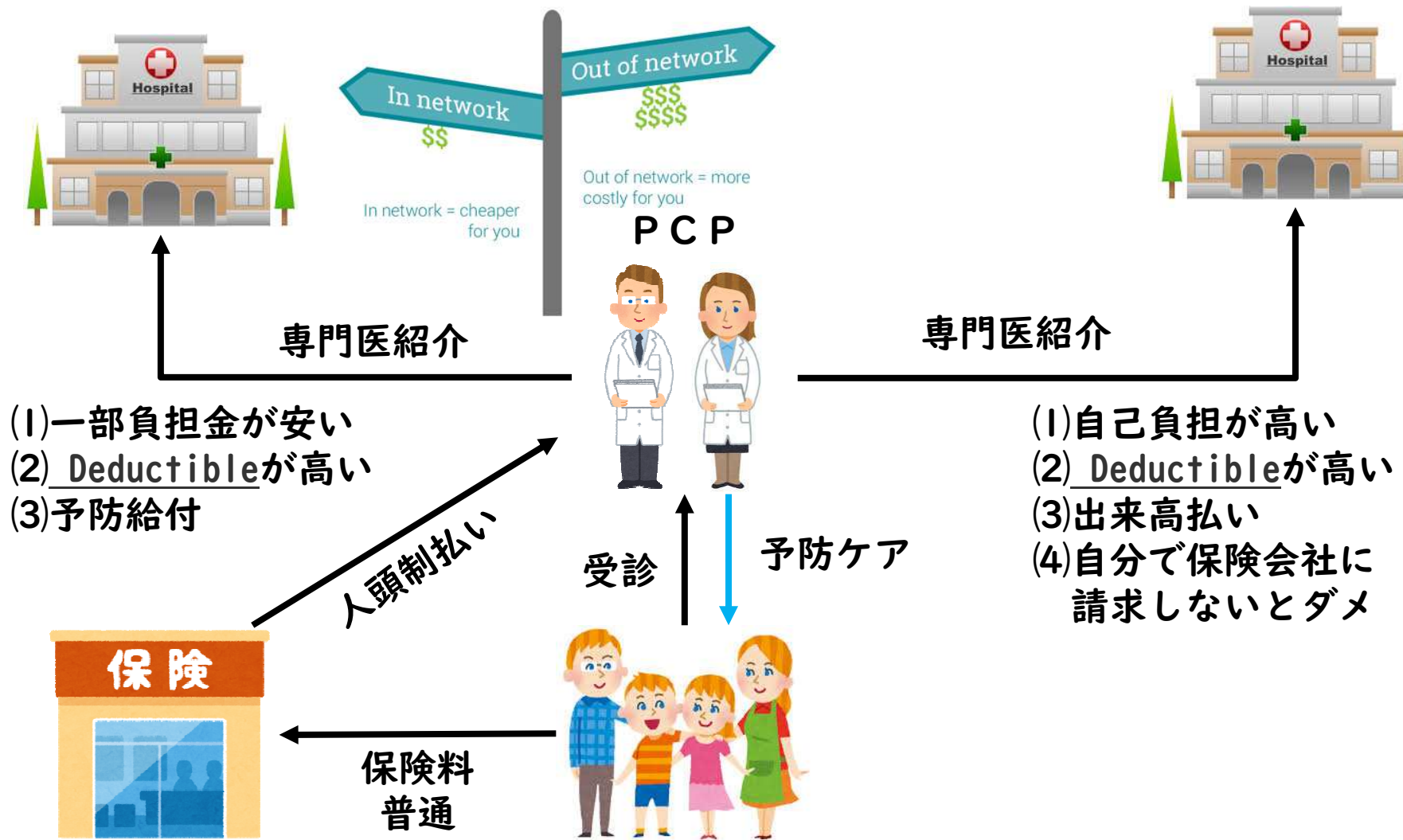
ネットワーク外の医療サービスの利用の場合は、
診療報酬は出来高払いであり、ネットワーク内よりも
高い自己負担が求められます。

またDeductible（ディダクティブル）が、PPOよりも
高く設定されているので、ちょっと使い勝手が悪いか
もしれない特徴もあります。

その為、HMOやPPOに比べて、人気がない保険プラン
になっています。



図解《POS》



HDHP

2000年代よりスタートした新しい医療保険プランになります。
消費者主導型医療プランといい、Deductible（ディダクティブル、保険給付されるまで、加入者が負担しなければならない金額）が非常に高額な医療保険プランになります。

HSA、もしくはHRAと組み合わせた医療保険プランになります。

HSA：雇用主と被用者、両方が拠出の医療貯蓄口座（課税から控除可）

HRA：企業が被用者の為に積み立てる医療貯蓄口座（課税から控除可）

HDHPとの組み合わせが義務付けられています。

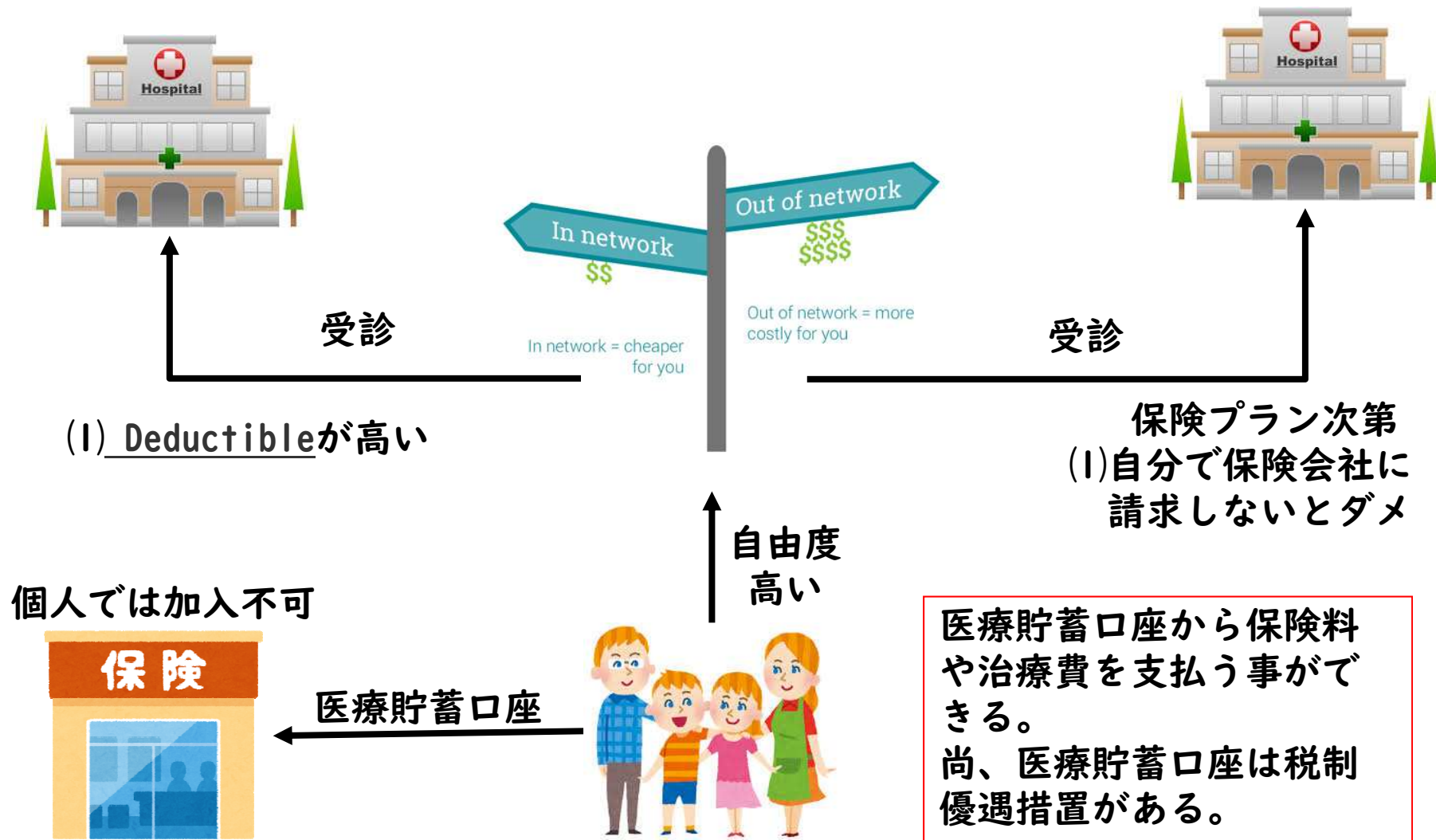
支払（保険料の支払、自己負担金の支払）についても、この医療貯蓄口座の場合も非課税になります。

HDHP／HSA 単身保険2,295ドル 家族保険4,346ドル

HDHP／HRA 単身保険2,031ドル 家族保険4,321ドル

コスト効率的なケアでの金銭的インセンティブ、もっと良い医療サービスを探す手段を合わせて提供する場合が多く、近年、利用者が増加しています。

図解 《HDHP》



E P O

EP0とは、エクスクルーシブ・プロバイダー・オーガニゼーション/Exclusive Provider Organization の略です。

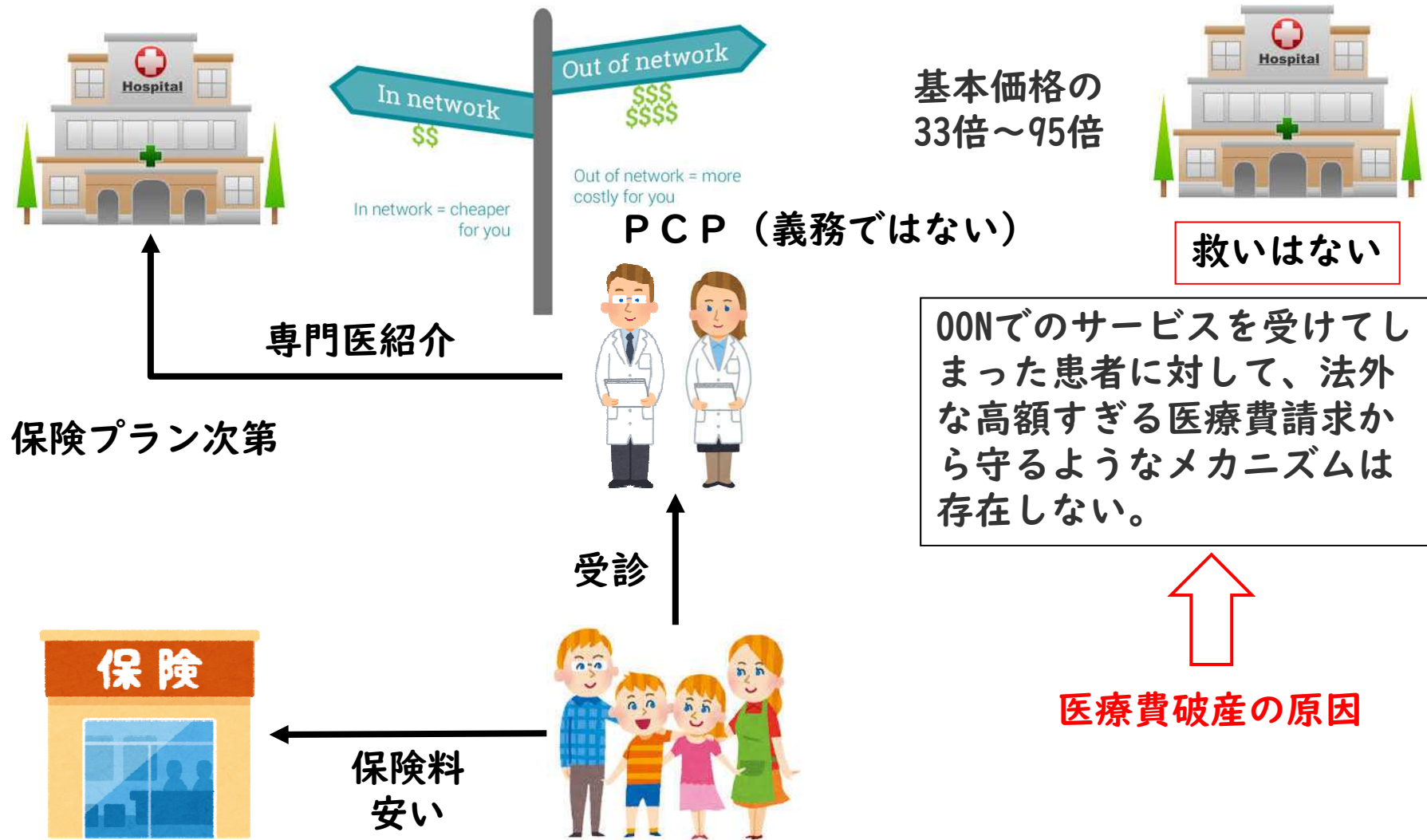
この保険プランの加入者は、排他的に（Exclusively）その医療プロバイダー・ネットワークを利用しなければならないことからこの名前が付けました。

もう少し簡単に言うと、HM0のようにPCP（プライマリー・ケア・フィジシャン/Primary Care Physitian）を決める必要がなく、紹介なしにネットワーク内のプロバイダーならどこにでも行くことができますが、PP0のようにアウトオブネットワークの医療をカバーすることはしません。

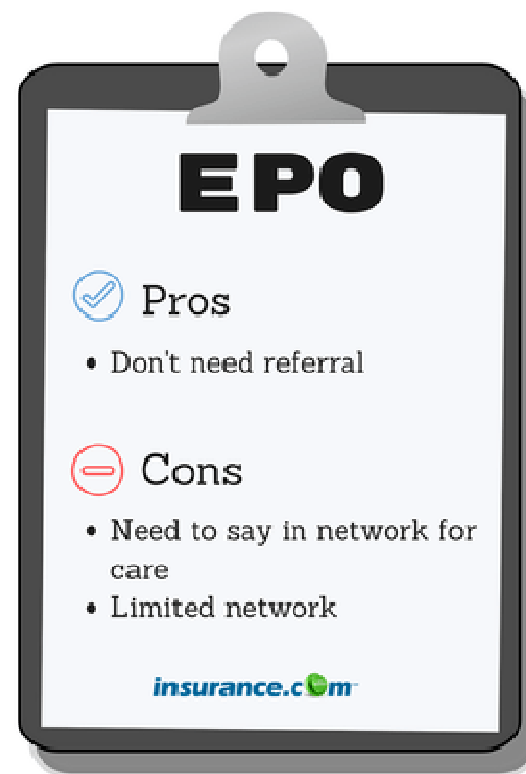
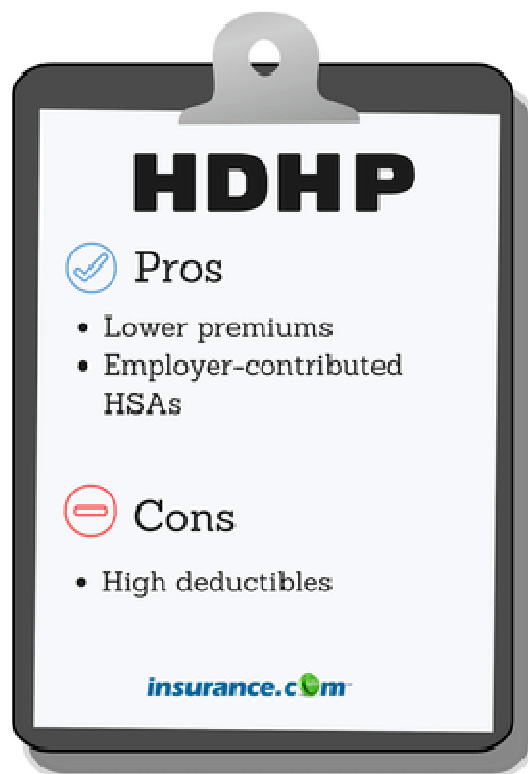
ですので、EP0は、HM0とPP0の中間に位置すると考えることができます。EP0プランの下で受けられるサービスは、通常、医学上必要/Medically Necessary とみなされる医療サービスや、HM0の様に、その医療サービスを受けることで、長い目で見た場合に医療費がおさえられる（大きな病気の予防になる）というようなサービスに限定されます。

HM0プランと同様に、アウトオブネットワークのプロバイダーから受けたサービスに対する医療費は、全て自己負担になってしまうことを覚えておく必要があります。

図解《EPO》



HDHPとEPOの特徴



民間保険の簡単比較(Ⅰ)

	PPO Preferred Provider Organization	EPO Exclusive Provider Organization	POS Point-of-service	HMO Health Maintenance Organization
PCPがいるの？	No	Sometimes	Yes	Yes
専門医への紹介条が必要？	No	No	Sometimes	Yes
IN内は保険適用？	Yes	Yes	Yes	Yes
OONは保険適用？	Yes	No	Yes	No
融通はどのくらい利くの？	Highest	High	Medium	Low
治療費はどのくらい？	\$\$\$\$	\$\$\$	\$\$	\$

民間保険の簡単比較(2)

保険種類	保険プランの特徴	典型的な加入者像
HDHP	High deductible, low monthly premiums, network flexibility	(1)健康な人 (2)毎月の保険料を低くしたい人
HMO	Low or no deductible, low out of pocket costs, no out of network or specialist coverage	(1)専門医やネットワーク外に行かない人 (2)窓口支出を最小にしたい人
PPO	Low deductible, higher out of pocket costs, network flexibility	(1)専門医に診てもらいたい人 (2)ネットワークの外の医師にも行きたい人
POS	Low out of pocket costs, higher premiums, network flexibility	(1)医療機関を最大限、自由に選択したい人
EPO	Low deductible, higher out of pocket costs, no out of network coverage	(1)ネットワークの外に行かない人 (2)健康な人（病気にならないと思う人）

アメリカ 民間保険用語①

プレミアム（保険料）：保険会社に支払う料金。月額、年額、年4期で被保険者または雇用主が支払う。

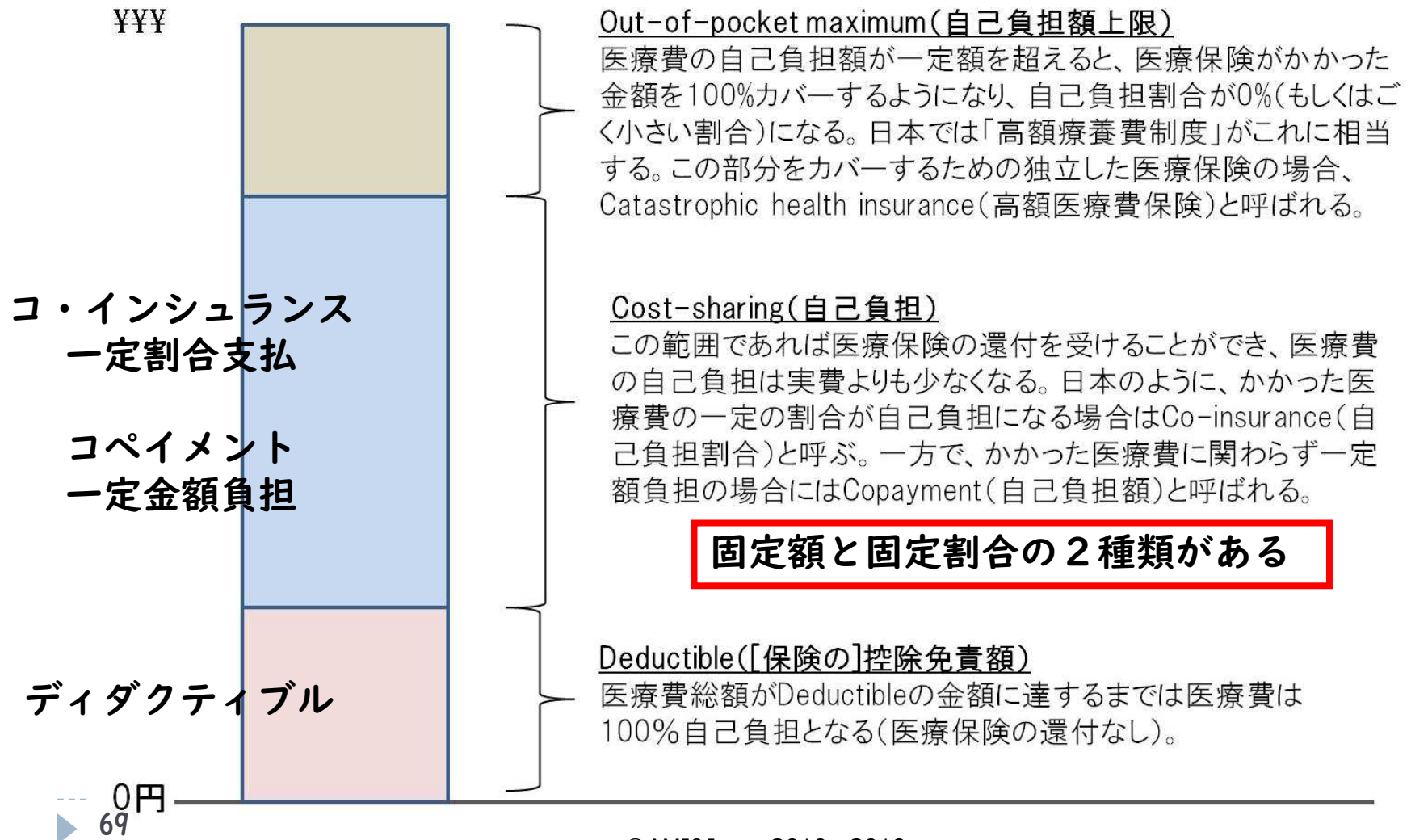
コーペイ：保険プランが保障する医療サービスを受けたときに、被保険者が医療機関に支払う一定額（例：\$15）。医療サービスによって金額が異なることもある。

コインシュランス：保険適用時に被保険者が負担する割合（例：20%）。例えば、ディダクトブルを満たした後、診察が\$100、コインシュランスが20%の場合、\$20を支払う。残りの80%(\$80)は保険会社が支払う。

ディダクトブル（免責額）：保険会社が医療サービスを保障する前に被保険者が負担する金額。例えばディダクトブルが\$1,000の場合、\$1,000を最初に支払いこまなければ保険会社はカバーしない。また、すべての医療サービスにディダクトブルが適用されるとは限らない。

マキシマム・アウトオブポケット（自己負担限度額：MOOP）：保険会社が医療サービスを全額保障する前に、自分が負担する年間最高額。ディダクトブル、コインシュランス、コーペイ、その他保障されなかった自己負担額を含む

アメリカ 民間保険用語②



問題！

例) \$500ディダクダブル、\$15コーペイ、 20%コーインシュランス、
\$3,000 MOOP の保険プラン

上記の保険プランで医者に行き、次の日に入院・手術をした際、
「Office Visit \$150, Medical Services & Hospital \$10,500」とい
う医療費請求書が送付された。自己負担の総額はいくらになるか？

Office Visit . . . 外来診療のこと
Medical Services . . . 手術治療サービスのこと
Hospital . . . 入院費のこと

さらに、ここにドクターフィーが別の請求書でやってくる。
今回は、なかった事で。

解答

☆Office Visit \$150, ディダクダブル\$350 の支払いが必要。

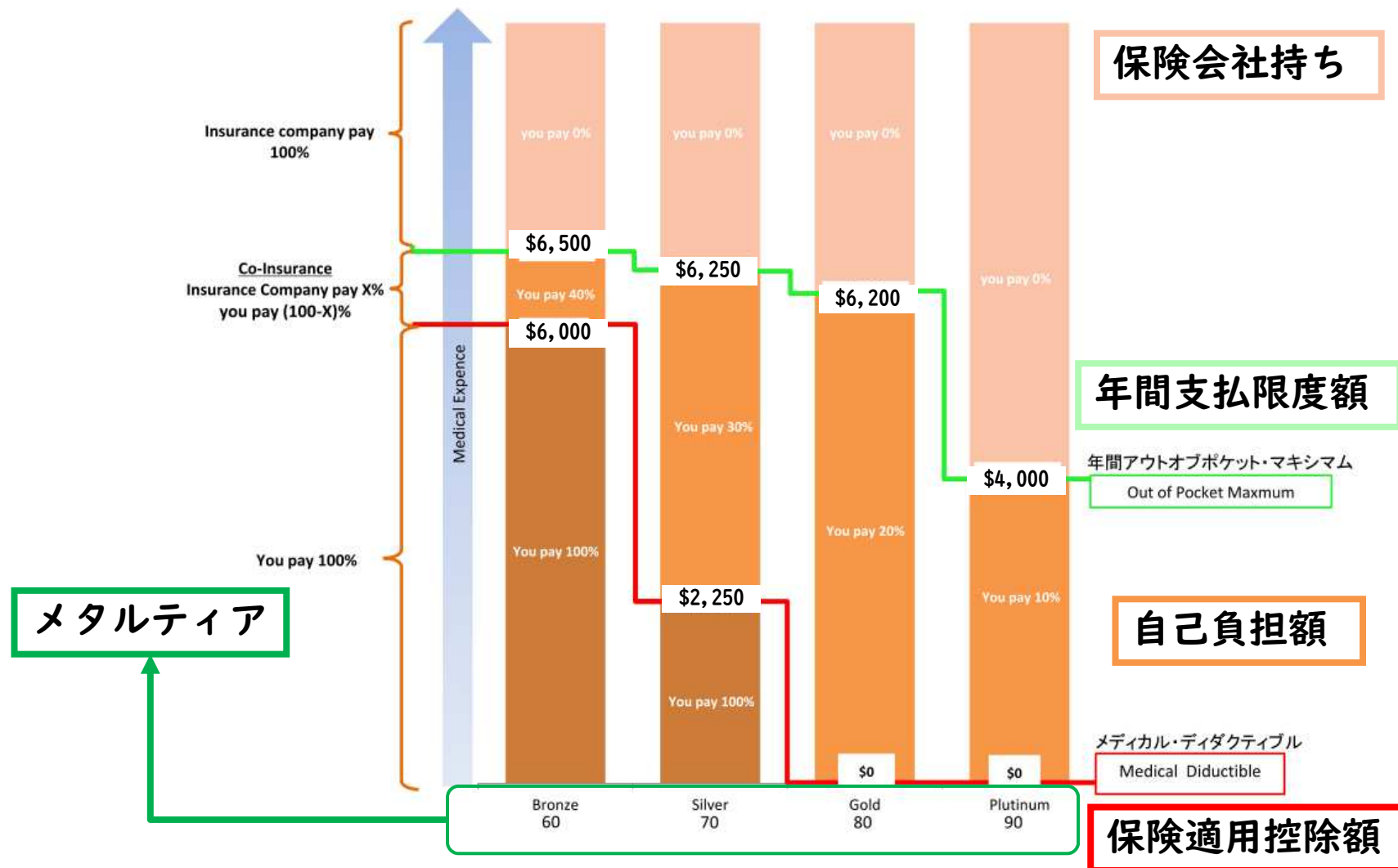
$$150 + 10500 - 500 = 10150$$

$$10150 \times 20\% = 2030$$

したがって、この場合の自己負担費用総額は\$2,530 （\$530+\$2,000）

☆更に入院が長引き高額請求がきたとしても、年間自己負担限度額が\$3,000 のため、\$470 （\$3,000-\$2,530）を支払い後、残りは保険会社が全額負担する。（一年単位）

保険プランごとに違ってくる



マーケットプレイスの保険用語

世帯：タックスリターンを一緒にファイルしている家族

FPL(Federal Poverty Level)：連邦貧困レベル。

アドバンス・プレミアム・タックス・クレジット (APTC)：FPL 100%～400%に該当する個人や小規模企業が保険料を減額するために使えるクレジット。このクレジットはNY State of Health (マーケットプレイス) を通して利用可能。

世帯数と世帯家族全員の総収入で割り出される。

コストシェアリング・リダクション (CSR)：ディダクタブル、コーインシュランス、コーペイなどの自己負担額を減額する補助。FPL100%～250%に該当しており、マーケットプレイスを通してシルバーレベルの保険を購入したときのみ利用可能。

メタルレベル：ブロンズ(60%) シルバー(70%) ゴールド(80%) プラチナ(90%) レベルは、実際に保険会社がどの割合で医療費を負担するか (コーインシュランス) を表している。マーケットプレイス内の保険会社はすべて、この4つのレベルのプランを提供している。ディダクタブルとコーペイもメタルレベルで同じ。

フォーミュラリー：処方せん薬用プランによって保障されている処方せん薬の一覧。ドラッグ・リストとも呼ばれる。

クオリファイド・ヘルス・プラン (QHP)

ヘルスケアサービスのコストシェアリング	プラチナム	ゴールド	シルバー	ブロンズ
年間免責額	\$0	\$600	\$1,300	\$4,425
予防ケア	無料	無料	無料	無料
プライマリーケア診察	\$15	\$25	\$30	3回目までの診察は無料、 その後は50%コストシェアリング
スペシャリスト診察	\$35	\$40	\$50	50%コストシェアリング
入院毎の入院患者の入院費	\$500	\$1,000	\$1,500	50%コストシェアリング
メンタルヘルス外来診察	\$15	\$25	\$30	50%コストシェアリング
入院毎の入院患者のメンタルヘルス診察	\$500	\$1,000	\$1,500	50%コストシェアリング
救急診療	\$100	\$150	\$250	50%コストシェアリング
急患診療	\$55	\$60	\$70	50%コストシェアリング
心理療法、言語療法、作業療法	\$25	\$30	\$30	50%コストシェアリング
処方薬のコストシェアリング	プラチナム	ゴールド	シルバー	ブロンズ
ジェネリック	\$10	\$10	\$10	\$10
推奨の製薬会社	\$30	\$35	\$35	\$35
非推奨の製薬会社	\$60	\$70	\$70	\$70

質疑応答の時間

本日の主役

オバマケア と ヘルスケア I T

オバマケア(1)

『オバマケア/Obamacare』という言葉ですが、これは、オバマ大統領が制定した法律のニックネームです。2010年3月にオバマ大統領がサインをして開始が決まった『ペイシェント・プロテクション・アンド・アフォードブル・ケア・アクト/The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)』という法律があります。

「オバマケア」という言葉は、この法律のニックネームであり、また一方で、この法律の要求を満たす健康保険のことも「オバマケア」と呼ぶことがよくあります。

この法律には、「オバマケア」だけでなく、

「**アフォードブル・ケア・アクト/The Affordable Care Act (ACA)**」

と言う、正式名を略したニックネームもあります。

この「オバマケア」という法律がどういう法律かを簡単に一文で表現すると、

『アメリカ国民に手ごろな金額の健康保険を提供し、健康保険業界を規制し、そして、アメリカにおけるヘルスケアと健康保険の質を向上させる目的で作られた法律』

オバマケア(2)

オバマケアは健康保険で必ずカバーされなければならない項目を、
10項目（ミニмум・エッセンシャル・カバレッジ/Minimum Essential Coverage）と決め、その中の1つにそれまでカバーされていなかったメンタル・ヘルス・サービス/Mental Health Serviceも含めました。
これにより、それまで保険でカバーされなかったメンタル・ヘルスを煩う人たちが、健康保険を持ち、諦めていた高額のメンタル・ヘルスサービスが受けられるようになりました。

また、オバマケアは、アメリカ政府の低所得者向けの健康保険プログラムであるメディケイド/Medicaidの枠を広げて、より多くの低所得層の人々がメディケイドを利用できるようにもしました。
オバマケアは、保険料に当てられる補助金を出すことによって、保険料をより手ごろな金額にして、低所得でない方も安く健康保険に加入できるようにしました。

無保険者を減らす事が第一目標になっている

ミニマム・エッセンシャル・カバレッジ



治験参加



救急医療



処方箋薬



メンタル
ヘルス
薬物治療



妊娠・出産
新生児ケア



小児歯科
視力矯正
(メガネ)



リハビリ
テーション



入院医療



慢性病ケア
予防など



外来医療
往診

オバマケア(3)

オバマケアの健康保険のレベル、メタル・ティア/Metal Tiersについて、参考で説明しましたが、プランの選択の際には、まず、自分の健康保険ニーズからプランのレベルを絞る事がポイントになります。

たとえば「持病があり、定期的に病院にも行くし薬も必要だ」という方にはゴールドやプラチナレベルの保険が必要になるでしょうし、逆に、全く健康で病院にも行かないし保険も必要ない。法律の決まりだから保険を購入するだけ」という方には、一番下のブロンズレベルが向いている。という風にレベルを絞ることができます。

メタルレベル毎のスタンダードも先述していますが、医療費の額については、あくまでも目安です。実際の医療費は、それぞれのプランによって異なり、また、保険会社とドクターとの契約によることもあります。詳しくは、それぞれの保険会社が出しているサマリー・オブ・ベネフィット/Summary of Benefits等（保険内容の規約）を確認する必要があります。

参考：標準化された健康保険

オバマケア・プラン選択の基準

4つのレベル・メタルティア/Metal Tiers

オバマケアの健康保険/Health Insurance には、次の4つのレベルがあり、どの保険会社のプランも、それから、マーケットプレイス内でも外でも、全てのプランはこの4つに分けられます。

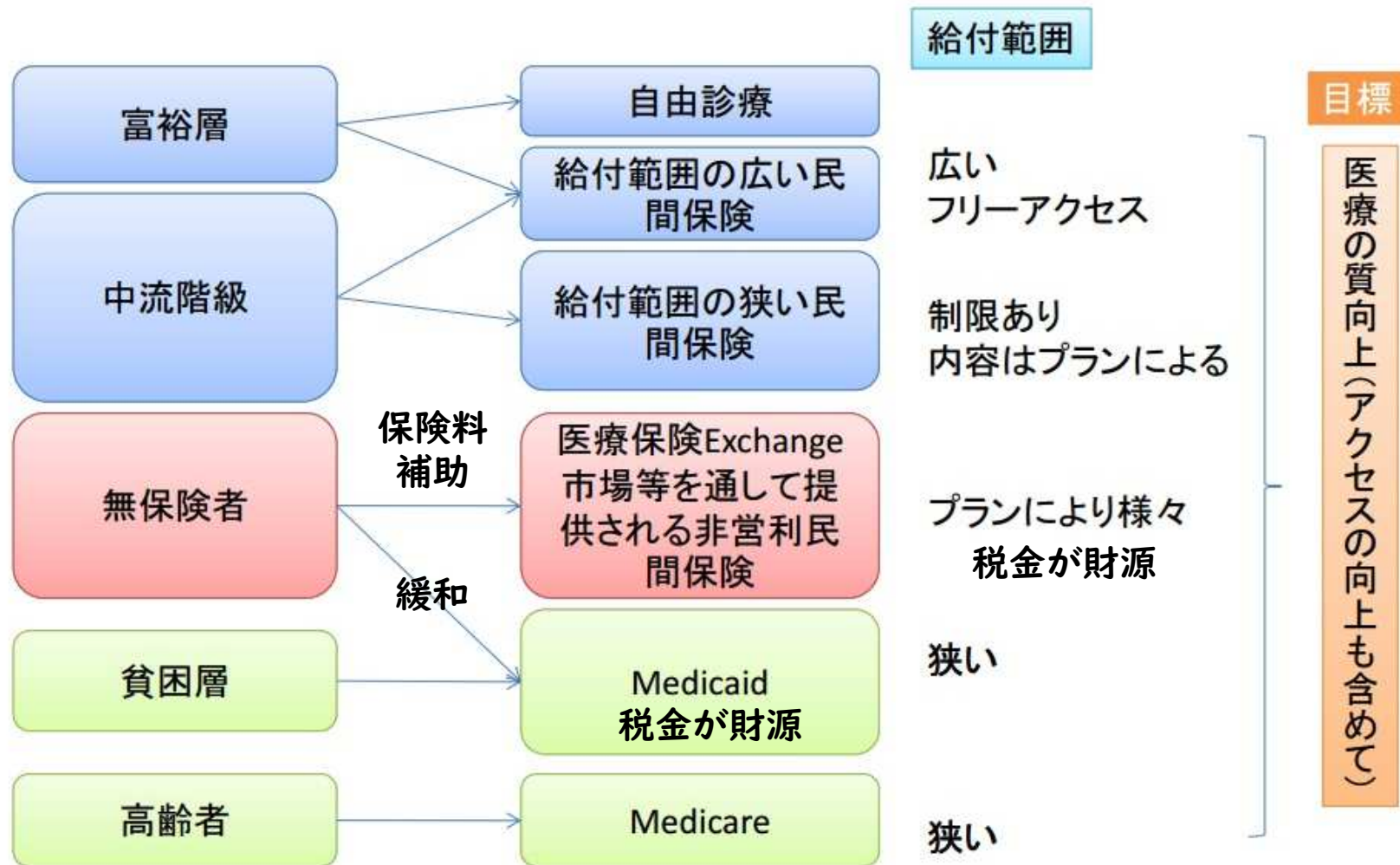
- ① ブロンズ/Bronze
- ② シルバー/Silver
- ③ ゴールド/Gold
- ④ プラチナ/Platinum



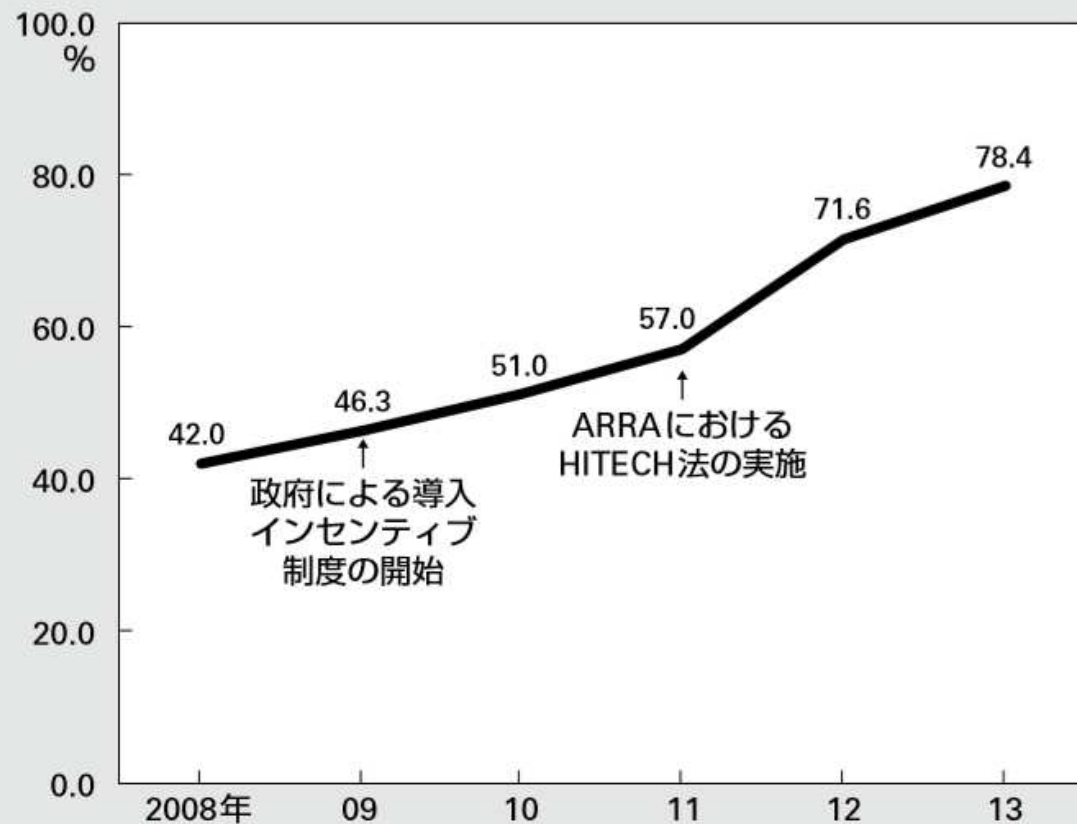
オバマケアの法律では、このように、金属の名前で健康保険のプランを標準化し、これを、メタルティア/Metal Tiers と名づけました。

それぞれの金属の価値から想像できると思いますが、一番レベルの低いカバレッジがブロンズで、それから、シルバー、ゴールド、プラチナと、レベルが上がっていきます。カバレッジの内容が良くなるほど、毎月の保険料も高くなります。

オバマケア(4)



H I T E C H法



出所) Centers for Disease Control and Prevention, 「Use and Characteristics of Electronic Health Record Systems Among Office-based Physician Practices: United States, 2001-2013」 より作成

2008年に就任早々のリーマンショックでしたが、オバマさんは、オバマケアの一環として、健康情報整備に190億ドルの予算を2009年に米国再生・再投資法（ARRA）で計上します。

当時の電子カルテの世界市場が220億ドルですから、すげえ予算をかけて、整備に取り組みます。

2011年から本格化。わずか4年で全米のEHR普及率を32ポイント上昇させる事に成功。

米国ヘルスケアITのルールが変わりました。

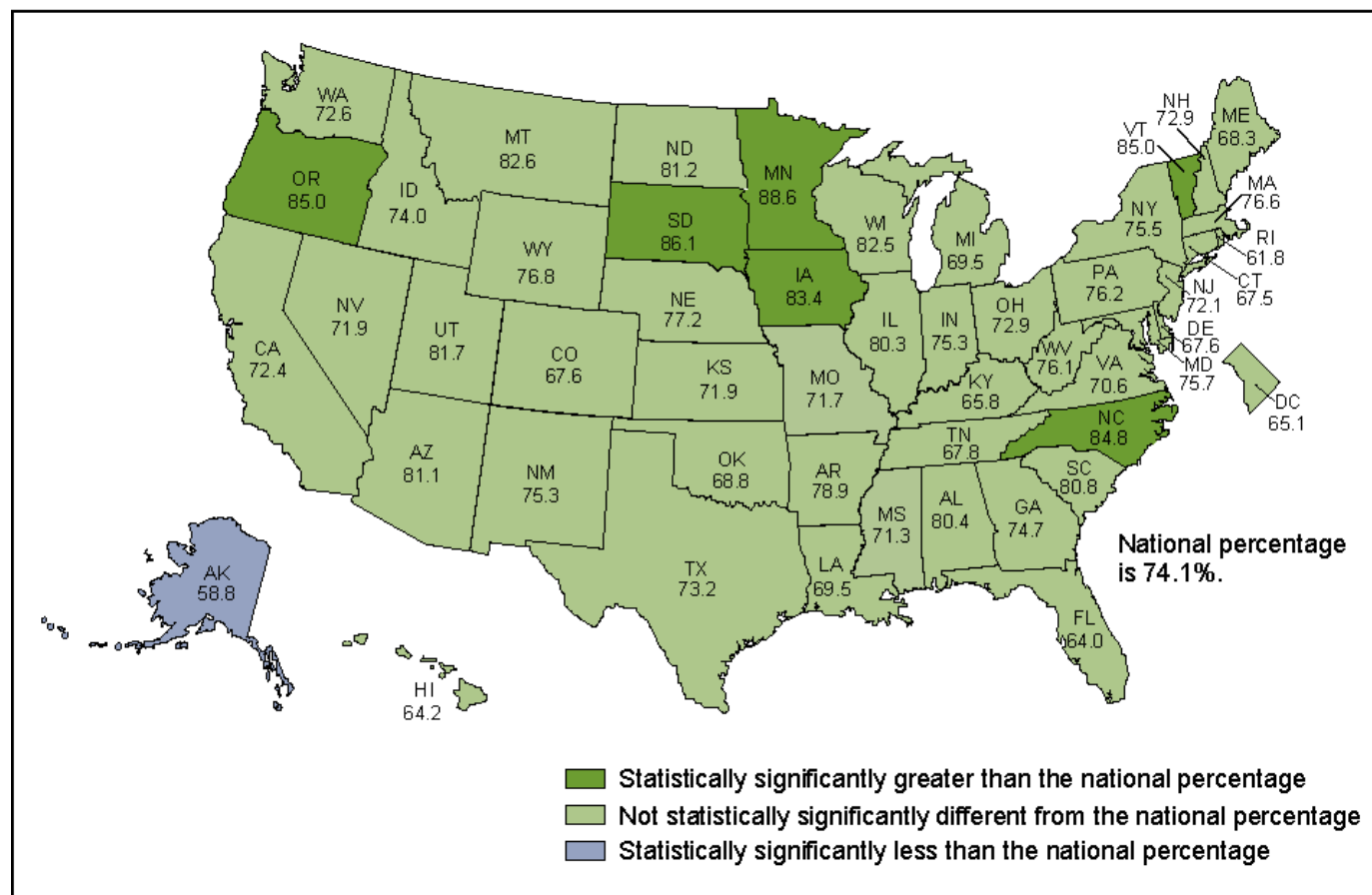
MU

	ステージ1	ステージ2	ステージ3
開始時期	2011年～ 12年	2014年	2016年
目的	医療データ取得と共有	医療現場でのプロセス向上	総合的治療効果の向上
MU要件	- 医療情報の電子化および標準化 - 主要臨床記録 - ケアサービスの調整過程におけるコミュニケーション - 医療の質評価および公衆衛生に関する報告書作成への取り組み - 患者および家族へのかかわり合いに向けた利用	- 医療情報交換の活性化 - 電子処方箋および診断結果を含むEHR要件拡大 - 患者情報を複数の第三医療機関へ電子送信 - 患者による自己管理データへ拡大	- 治療効果向上につながる医療の質および安全性の向上と効率化 - 国家重点疾患に関する判断サポート - 患者のための自己管理ツール - 患者を中心とした包括的な医療情報交換 - 社会全体の健康向上

2011年から2016年まで、診療所や病院でEHRを導入し、「（EHR の）有益な活用（Meaningful Use：MU）」という詳細な要件を満たしている医師や病院に対して、CMS が金銭的なインセンティブを付与していた。MUには30億ドルが投じられ、オバマ政権における医療保険改革プログラム中の大きな施策の一つであった。MU と認定されるための要件は三段階に分けて導入され、2011年から2012年が第一段階（MU1）、2014年が第二段階（MU2）、そして2016年が第三段階（MU3）となった。

アメリカ 電子カルテ導入率 (2014年)

Figure 2. Percentage of office-based physicians who have a certified electronic health record system, by state:
United States, 2014



NOTES: Having a certified electronic health record system was defined by physicians answering "yes" to "Does your current system meet meaningful use criteria as defined by the Department of Health and Human Services?" Significance is tested at $p < 0.05$.
SOURCE: CDC/NCHS, National Electronic Health Records Survey, 2014.

電子カルテ 導入率 都市別 (2014)

Table 16: Electronic Health Records

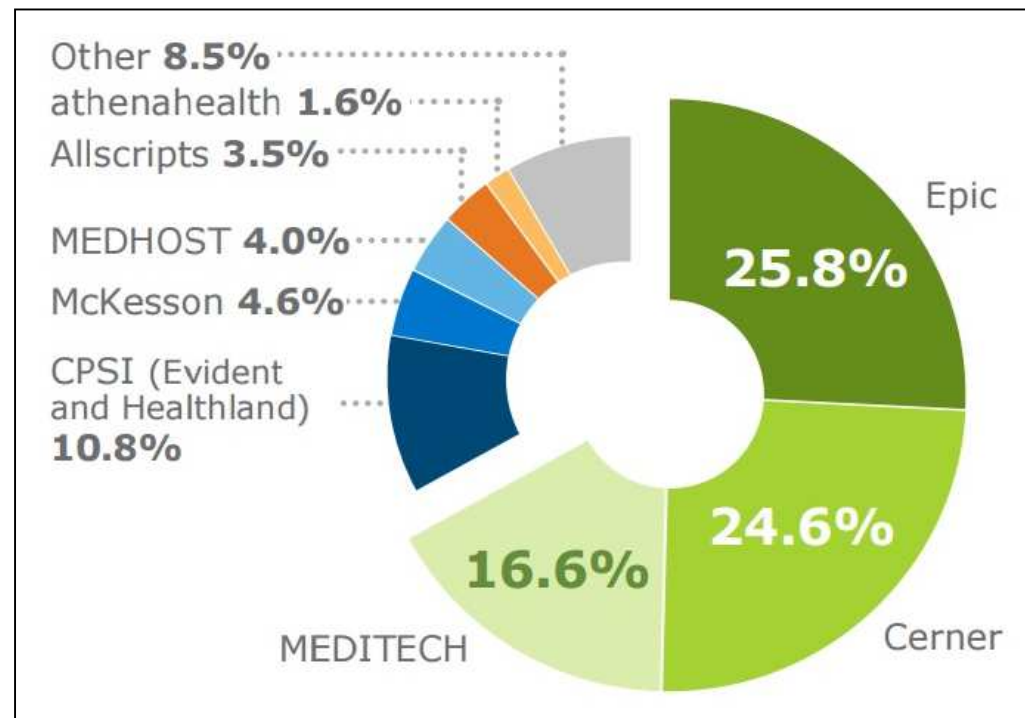
Rank	State	Hospitals	Physicians	Rank	State	Hospitals	Physicians
1	Massachusetts	93%	90%	26	Oregon	85%	78%
2	Wyoming	94%	88%	27	Idaho	80%	81%
3	Washington	94%	86%	28	New Hampshire	79%	82%
4	Minnesota	88%	89%	29	California	85%	77%
5	Indiana	88%	89%	30	Ohio	85%	76%
6	Colorado	87%	90%	31	Texas	81%	79%
7	North Carolina	86%	89%	32	Illinois	87%	74%
8	Arkansas	90%	85%	33	Maine	87%	73%
9	North Dakota	89%	84%	34	Alaska	89%	71%
10	New Mexico	90%	82%	35	Alabama	80%	78%
11	South Dakota	80%	90%	36	Connecticut	83%	75%
12	Michigan	85%	85%	37	Montana	83%	75%
13	Mississippi	86%	83%	38	Kansas	73%	83%
14	Maryland	95%	73%	39	New York	82%	75%
15	Tennessee	87%	80%	40	Georgia	85%	69%
16	Kentucky	82%	84%	41	Arizona	78%	74%
17	Wisconsin	83%	83%	42	Delaware	67%	83%
18	Florida	87%	79%	43	Pennsylvania	78%	73%
19	Utah	93%	73%	44	West Virginia	74%	75%
19	Virginia	93%	73%	45	South Carolina	71%	77%
21	Missouri	87%	79%	46	Vermont	65%	79%
22	Nevada	94%	72%	47	Hawaii	71%	71%
23	Oklahoma	87%	77%	48	Louisiana	70%	69%
24	Nebraska	75%	87%	49	Rhode Island	70%	69%
25	Iowa	82%	81%	50	New Jersey	75%	62%

中小病院の電子カルテベンダー（2016）

米国の急性期病院の78%が200床以下の病院。
その200床以下の病院の電子カルテベンダー別シェア。

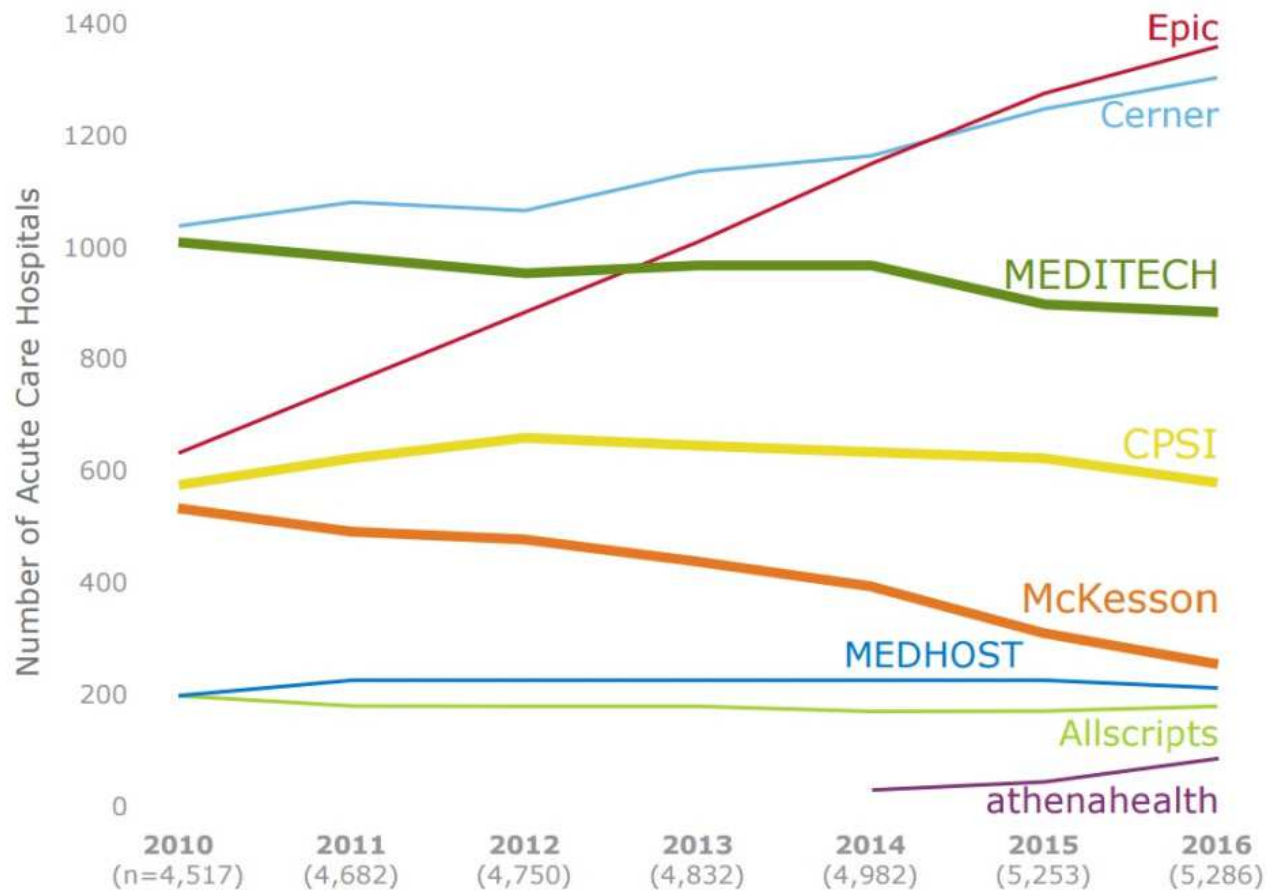
n = 5, 286

1. Epic 25.8%
2. Cerner 24.6%
3. MEDITECH 16.6%
4. CPSI 10.8%
5. McKesson 4.6%
6. MEDHOST 4.0%
7. Allscripts 3.5%
8. athenahealth 1.6%



病院電子カルテ市場のシェア

Total US Acute Care Hospital Market Share over Time



日本の電子カルテ導入率（2016）

九州医事研究会		A+B+C+H	A	B	C	D	E	F	G	H	A+B+D+E+F	H28年度電子カルテ化達成率(予定含)	電子化予定なし
電子カルテ導入状況 (H28.7.20 加工版)		総数	病院全体で電子化している	病院内の一部で電子化している	今後電子化する予定がある 総数	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	電子化する予定なし			
上巻 第 64表 病院数(重複計上), 診療録電子化(電子カルテ)の状況・精神科病院ー一般病院・病床の規模別													
総数	総数	8,493	2,321	412	1,897	150	424	305	1,018	3,863	3,612	42.5%	45.5%
	20～49床	945	120	61	219	9	40	31	139	545	261	27.6%	57.7%
	50～99	2,147	320	95	515	39	101	88	287	1,217	643	29.9%	56.7%
	100～149	1,421	322	51	335	20	64	63	188	713	520	36.6%	50.2%
	150～199	1,336	334	50	318	27	84	53	154	634	548	41.0%	47.5%
	200～299	1,116	362	59	246	18	65	29	134	449	533	47.8%	40.2%
	300～399	711	327	46	153	23	40	19	71	185	455	64.0%	26.0%
	400～499	380	222	21	58	8	16	10	24	79	277	72.9%	20.8%
	500～599	190	125	13	33	2	11	7	13	19	158	83.2%	10.0%
	600～699	107	81	6	10	3	2	1	4	10	93	86.9%	9.3%
	700～799	54	41	4	5			3	2	4	48	88.9%	7.4%
	800～899	30	24	1	3		1	1	1	2	27	90.0%	6.7%
	900床以上	56	43	5	2	1			1	6	49	87.5%	10.7%
	400床以上	817	536	50	111	14	30	22	45	120	652	79.8%	14.7%

※ただし、日本の場合は統一のデータ企画はなく、診療所との情報連携が難しい。

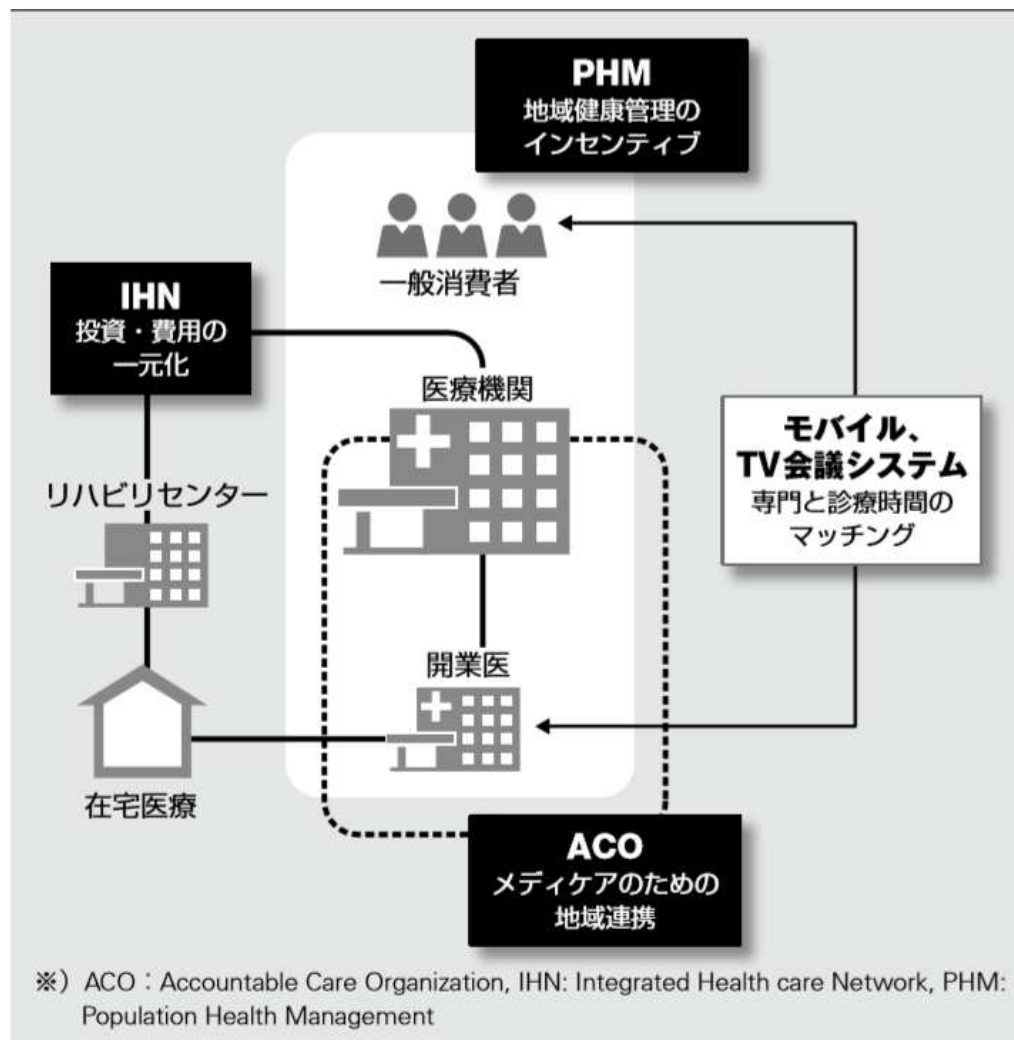
※米国は補助金の条件に、病診地域連携ができるシステムである事が条件に。単に普及率だけ比較しても意味はないかも。

電子処方箋 導入率 都市別（2014）

Table 6: E-Prescribing

Rank	State	Percentage	Rank	State	Percentage
1	New York	37.7%	26	Washington	2.5%
2	Nebraska	20.2%	27	Colorado	2.4%
3	Delaware	11.8%	28	Kentucky	2.2%
4	California	9.6%	29	Oklahoma	2.2%
5	Texas	9.4%	30	Idaho	2.0%
6	Michigan	8.4%	31	Connecticut	1.9%
7	Wisconsin	8.3%	32	Utah	1.8%
8	Massachusetts	6.6%	33	Alaska	1.7%
9	Oregon	6.3%	34	Kansas	1.6%
10	Rhode Island	5.8%	35	New Mexico	1.6%
11	Ohio	5.3%	36	Missouri	1.5%
12	Maryland	5.3%	37	Virginia	1.5%
13	Indiana	5.1%	38	Tennessee	1.4%
14	Minnesota	4.9%	39	Maine	1.2%
15	Illinois	4.4%	40	Georgia	1.2%
16	Iowa	4.4%	41	Florida	1.2%
17	South Dakota	3.8%	42	Hawaii	1.1%
18	New Hampshire	3.8%	43	West Virginia	1.0%
19	Louisiana	3.7%	44	Alabama	1.0%
20	Vermont	3.3%	45	Montana	0.8%
21	Arizona	3.1%	46	Mississippi	0.8%
22	North Carolina	2.8%	47	South Carolina	0.7%
22	Pennsylvania	2.8%	48	North Dakota	0.7%
24	Wyoming	2.7%	49	Arkansas	0.6%
25	New Jersey	2.6%	49	Nevada	0.6%

IHN、PHM、ACOの組み合わせ



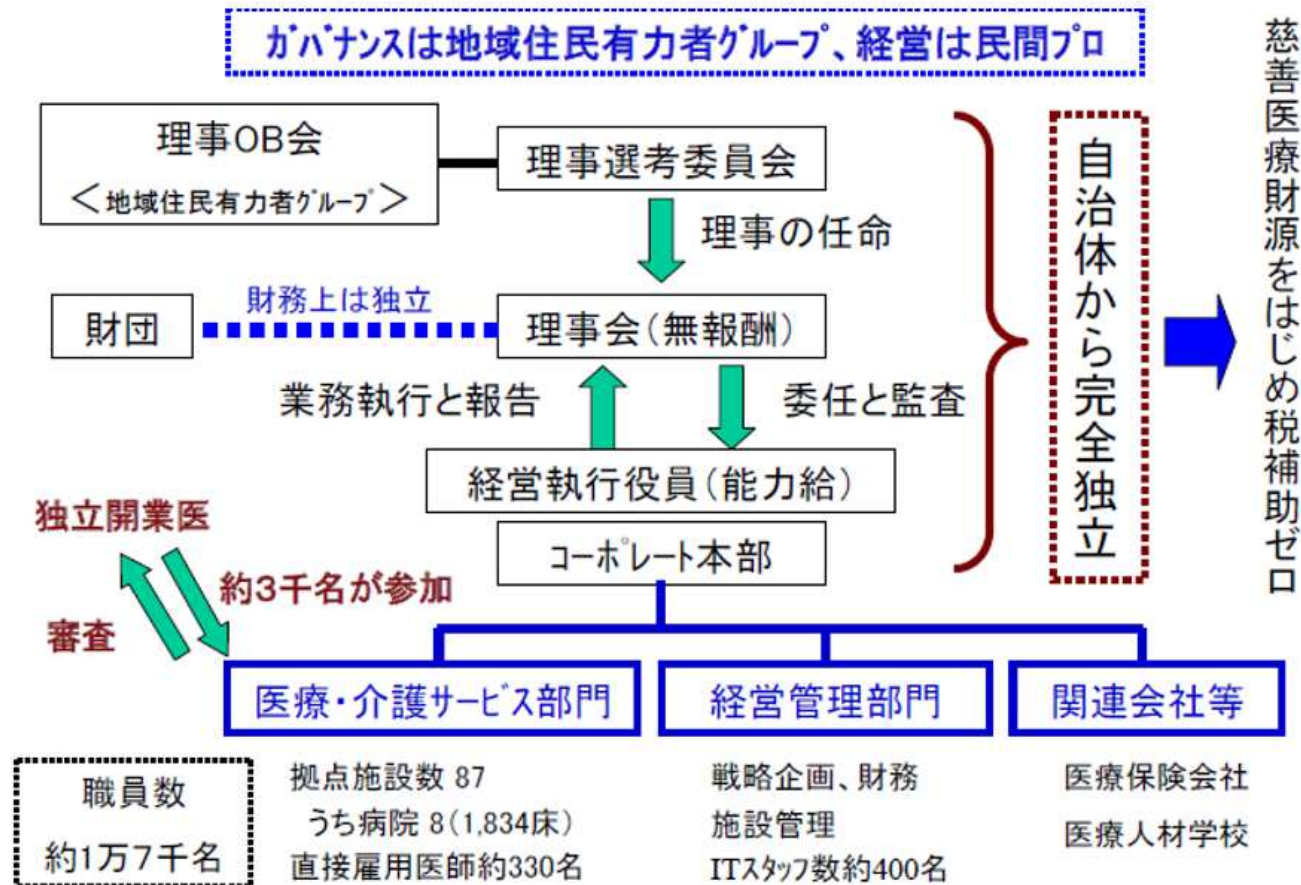
IHN (Integrated Healthcare Network)



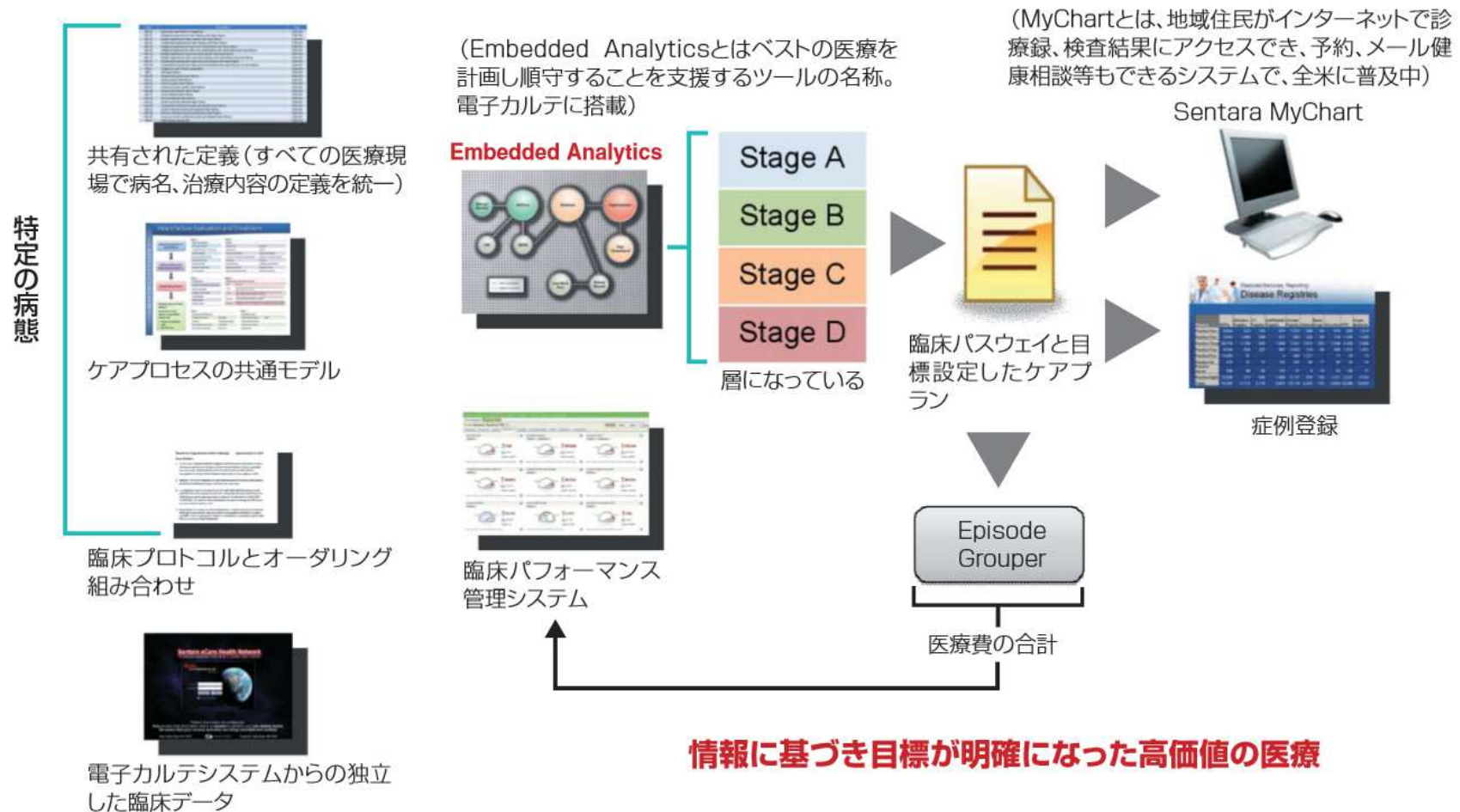
全てのサービスがつなぎ目なく、広域医療圏で統一されている

I H Nの事例紹介①

Sentara Healthcare



I H Nの事例紹介②



出所:©The Canon Institute for Global Studies, All Rights Reserved

米国IHNモデルの成功の秘訣

- ①地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- ②規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止
- ③浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- ③医療人材養成機関（医学部、看護学部など）を併設
- ④医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- ⑤医療と経営の分離
- ⑥民間非営利手法による「地域医療の連携」ではなく「地域医療の統合」へ

非営利ホールディングスカンパニーは持株会社なので、経営権の所在がはっきりしており、そういう意味では効率的な経営が可能。

現状の地域医療連携推進法人では、革新性が少なく、イマイチ。

またプロ経営者に経営を投げる事で、医療と経営の分離ができている点などが大きく異なる。

米国 IHN との経営の差を考える

非営利IHNの経営の要諦 (Sentara Healthcareからのヒヤリング結果)

①経営管理はトップダウン、臨床はボトムアップ

- 経営計画、物流、人材育成など臨床の裏方部門の意思決定はトップダウン
- 臨床プロトコル順守を求めずに医療チームが向上を目指す組織カルチャー醸成を支援

②ベンチマーキングをフル活用

- 医師個人、診療科、事業拠点単位で評価表を作成、問題点をピンポイントで把握
- 医師個人の評価表は本人にのみ開示。低評価医師には訓練機会を無料提供

③病院は必要最小規模、浮いた財源で高機能サテライト施設群に投資

- コスト高の急性期病院よりサテライト施設の方がアクセス向上に寄与、利益率も高い

④医療ITの100%の標準化は目指さない、情報共有カルチャーこそが要

- 事業拡大と共に増える独立開業医グループはセンタラと異なる医療情報システムを使っていることが多い。これを全て標準化するには莫大なコストがかかるため不可。
- センタラは2001年に最新医療ITなしでも全米で経営統合度No.1 IHNに選出された
- 100%標準化をしなくても最先端臨床研究に必要なデータ集積ができる事業規模

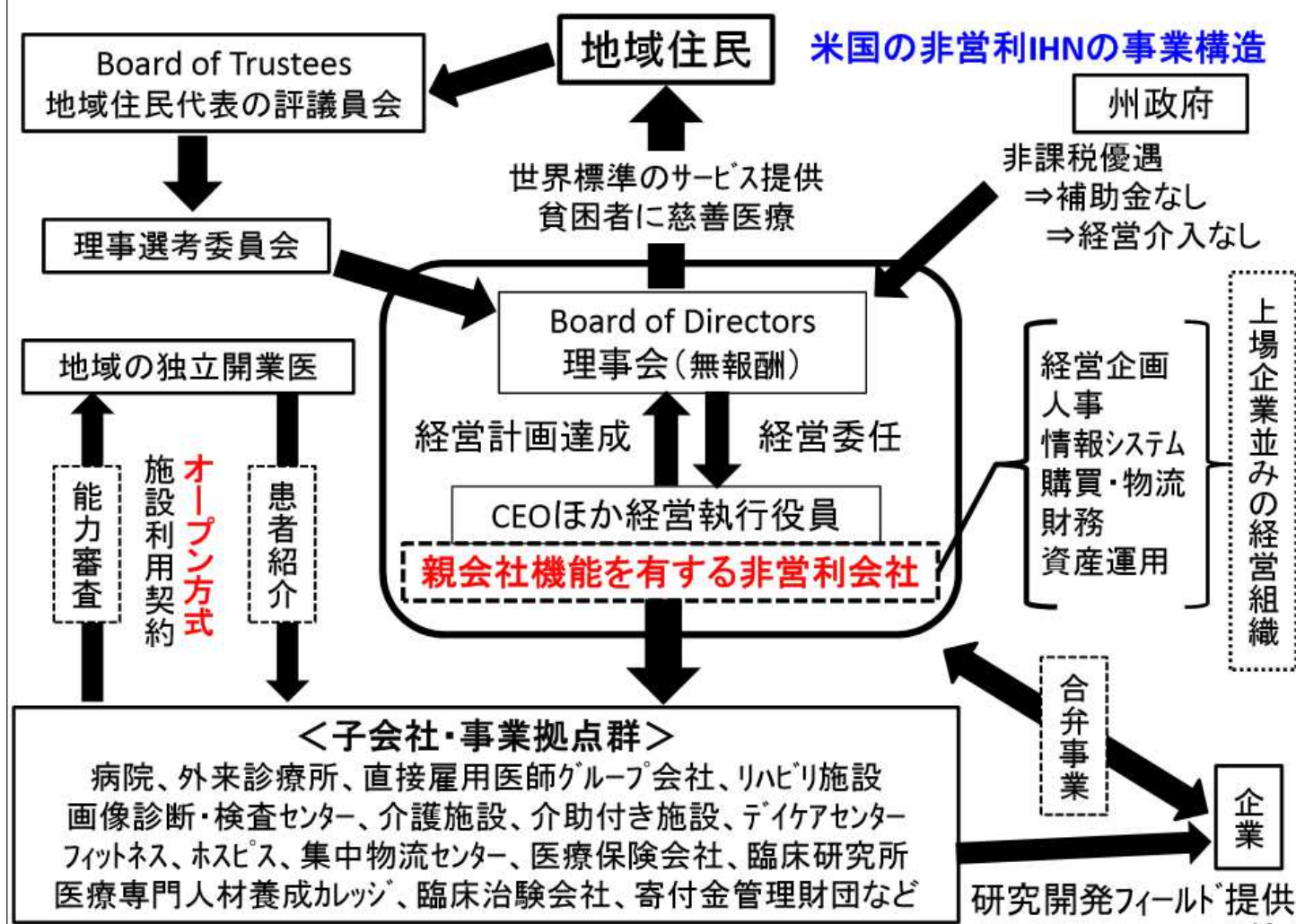
⑤每期利益の地域還元率は連邦・州法人税率を超える約50%

- 米国の非営利IHNの場合、法人税率免除に経済的インセンティブはない

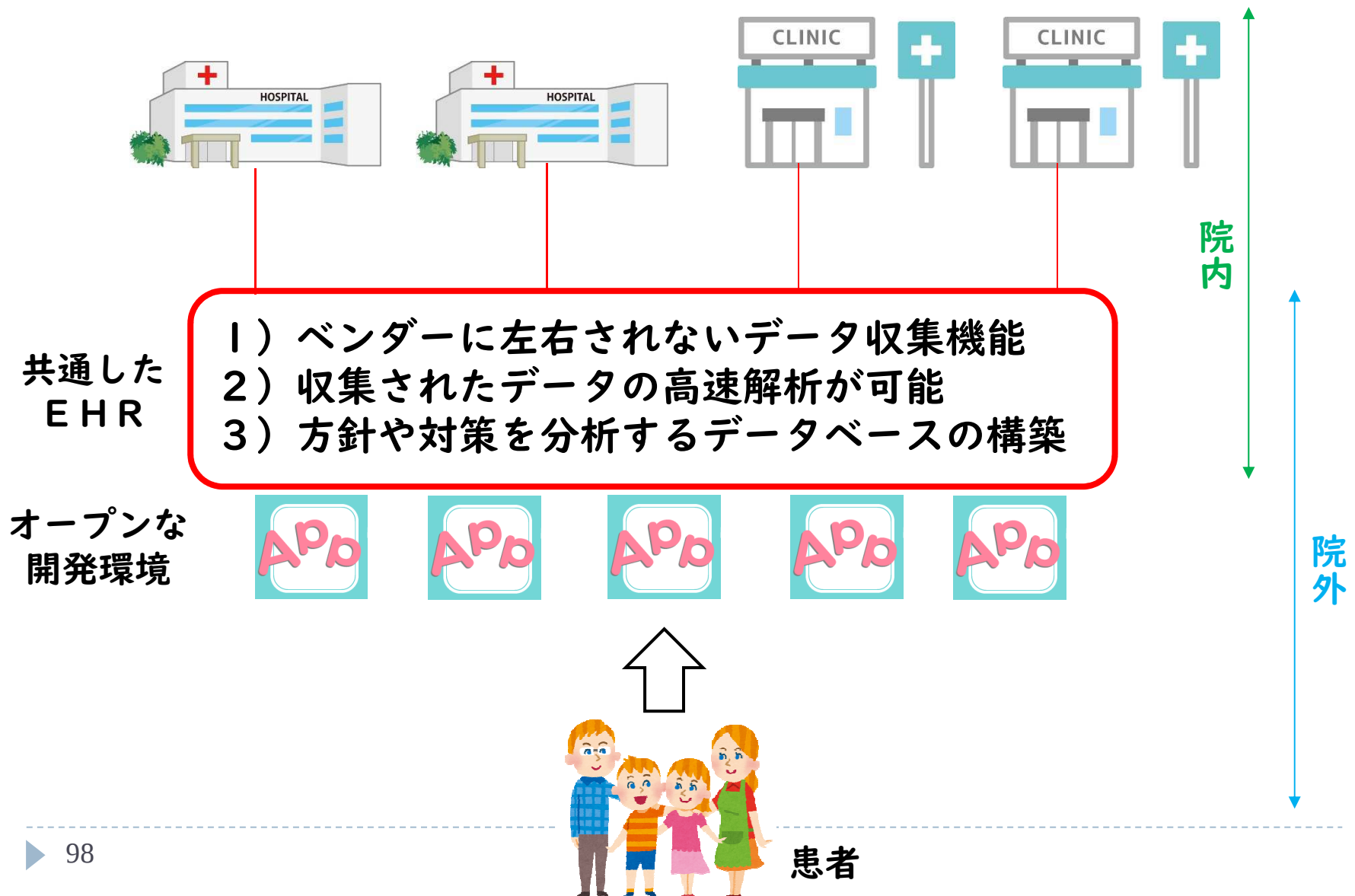
⑥技術進歩が加速する中、地域住民に世界標準の医療を提供する

- 世界標準医療提供の目的は海外患者獲得ではなく地域住民の満足度向上

IHNの事業構造



アメリカのヘルスケア IT 新しい土壌の誕生



アメリカのヘルスケア I T

新しい土壌の誕生

1、規模の経済

各種設備、備品、さらに人員を共同購入・共同利用することにより規模の経済が働きます。大規模購入することにより仕入れ先に対して大きな交渉力を発揮できます。

2、アメリカ復興・再投資法

リーマンショック後の2009年のThe America Recovery & Reinvestment Actにより規格に適合した電子カルテを採用していない医療機関はMedicareの保険償還を失うと決められました。電子カルテシステム導入は開業医～中小病院には大きな負担となったため、この法律は電子カルテの導入推進とともに中小病院M&Aを加速させる副作用がありました。

その影響もあり、2015年には米国のEHR普及率は85%に。

3、保険会社との交渉力

民間保険会社が病院に治療対価として支払う金額は厳密には病院ごとに違います。大きく、設備が整っている病院ほど保険会社との価格交渉で大きな交渉力を持ちます。これは米病院に対してグループ化のインセンティブを与えます。

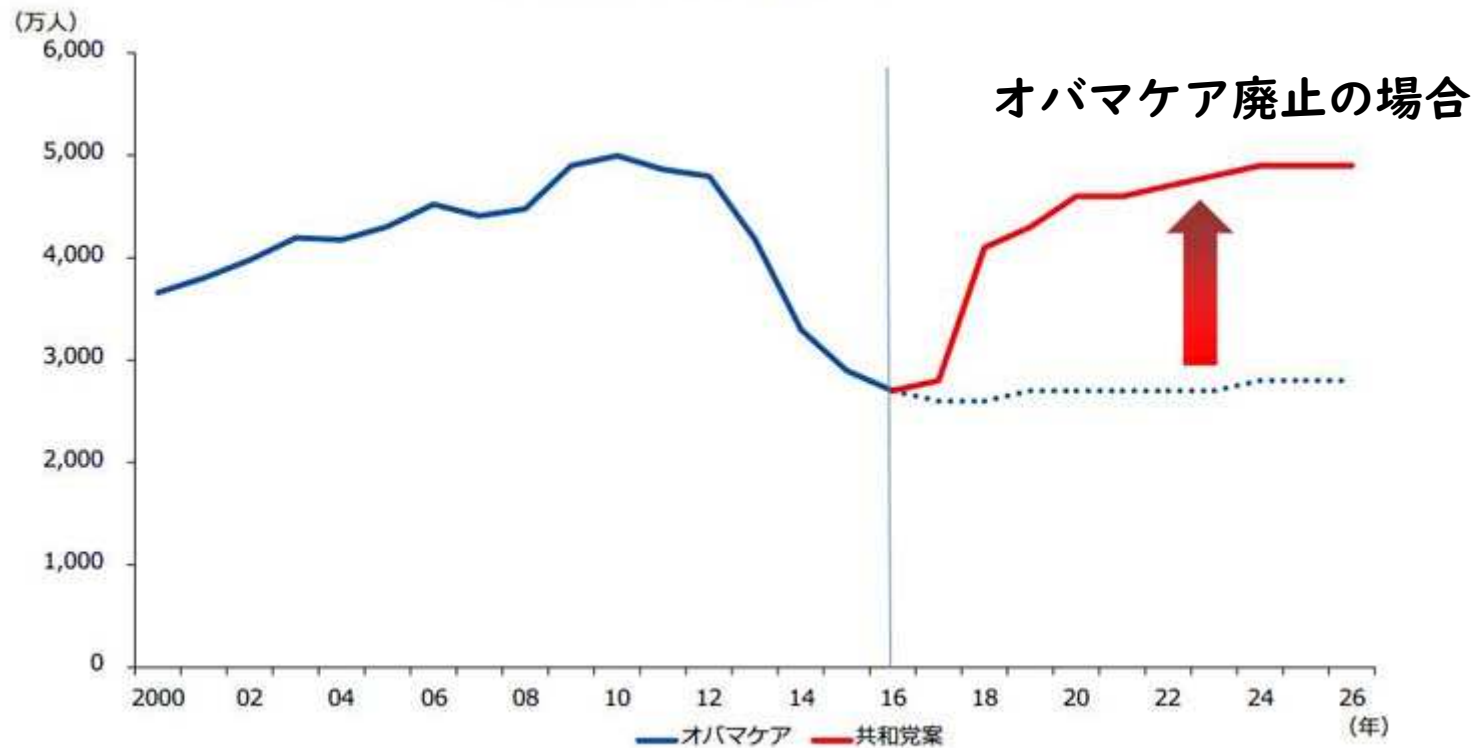
ヘルスケアスタートアップ

企 業 名	特 徴
1) One Medical Group	米国大手プライマリーケア診療所の運営。患者の受診の利便性を追求
2) Athenahealth, Inc.	EHR システム開発。医師の負担を軽減する仕組み（診療報酬の請求事務等）
3) Healthline Network, Inc.	患者向け情報提供ウェブサイト、医療費削減を目指したヘルスケアデータ提供
4) Grand Rounds, Inc.	医師の能力を評価して、患者のニーズと専門医をマッチング
5) Share Practice, Inc.	医師同士が薬や診療方法に関して情報共有、相談できるSNS サービスを提供
6) Hale Health, Inc.	患者の医療ニーズに応えることができる遠隔ケアプラットフォーム構築
7) Sense.ly.	CHF ソリューション、バーチャルナースによる医療相談・健康管理等
8) Center for Digital Health Innovation at UCSF	患者ごとの適切な医療情報を提供できる仕組みを提供
9) Bloom Technologies	妊婦用のウェアラブルセンサー開発。Plug and Play Tech Center の支援先企業
10) Stanford Clinical Excellence Research Center	革新的なヘルスケア提供モデルを研究
12) Drchrono	小規模病院・個人クリニック向けEHR システム
13) Better.	WEB上の患者コンシェルジュサービス。希少・難病疾患の患者向けのサービス
14) Scanadu, Inc.	ウェアラブルバイタルサインモニタとアプリ
15) Ayasdi.	ビッグデータ自動解析・マッピングプラットフォーム



トランプ（共和党）VSオバマケア（民主党）

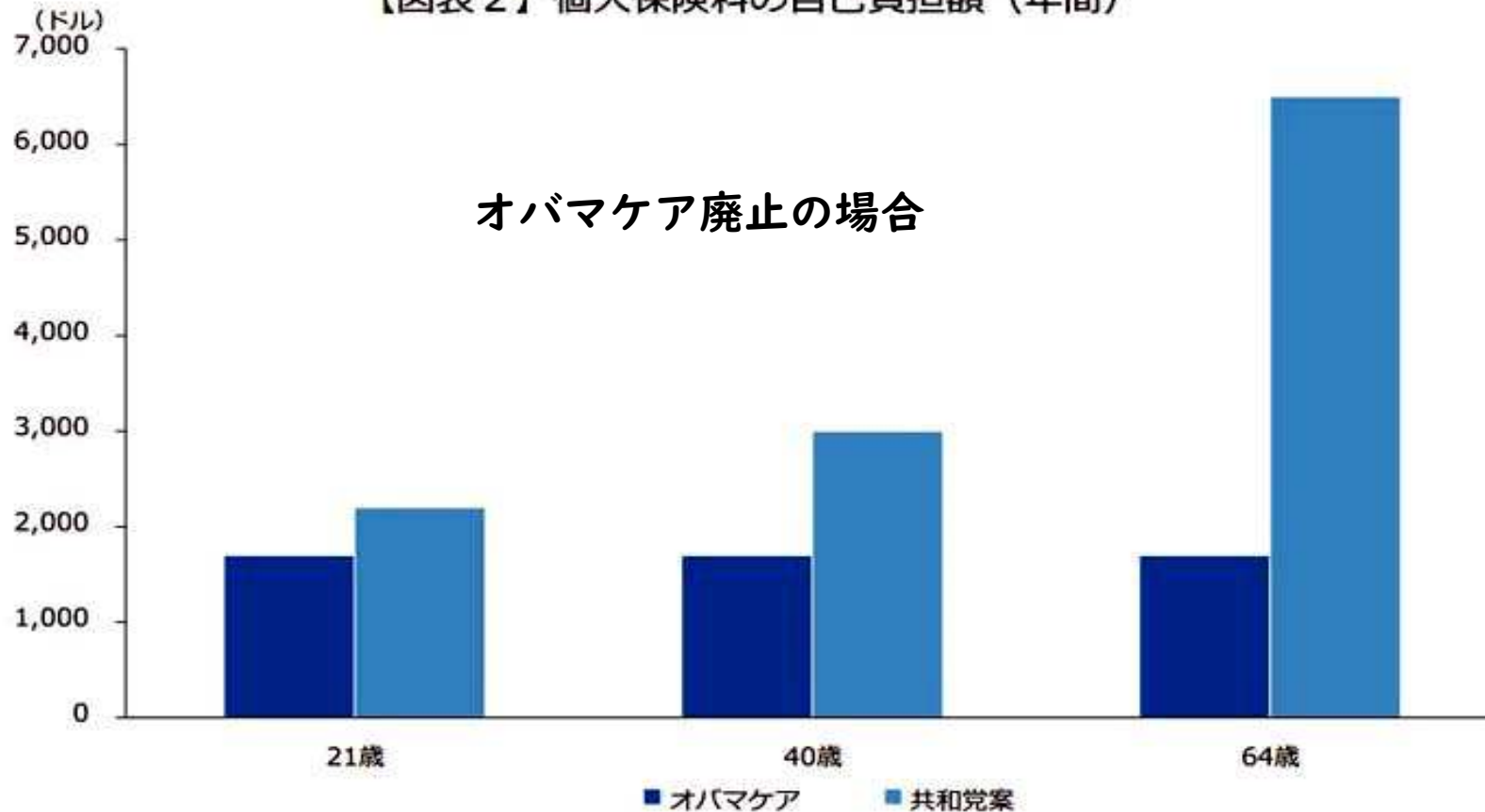
【図表1】無保険者数の推移



(注) 2016年以降は予測。共和党案は上院案 (H.R.1628)。
(資料) CBO、センサス局資料により、みずほ総合研究所作成

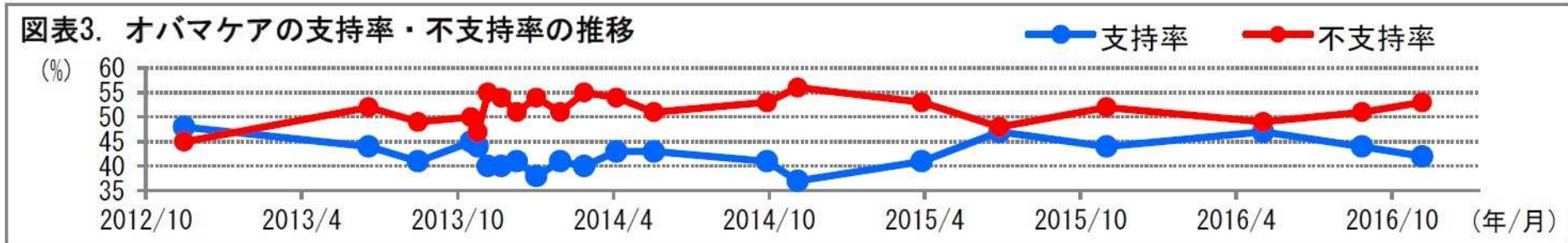
トランプ（共和党）VSオバマケア（民主党）

【図表2】 個人保険料の自己負担額（年間）



(注) 単身で年収26,500ドルの場合。共和党案は上院案 (H.R.1628)。
(資料) CBOにより、みずほ総合研究所作成

トランプ（共和党）VSオバマケア（民主党）



※ Gallup 社の Healthcare Systemに関するアンケート調査(<http://www.gallup.com/poll/4708/healthcare-system.aspx>) 中の設問
Do you generally approve or disapprove of the 2010 Affordable Care Act, signed into law by President Obama that restructured the U.S. health care system? に対する支持 (Approve) と不支持 (Disapprove) の割合をもとに、筆者作成

オバマケア、実際のところ、あんまり人気がない。

- ・ 無保険者が減少したが、メディケイドの税金額が増加した。
- ・ メタルティアで保険に入りやすくなったが、保険料が低く、もっと浅い保険商品が駆逐されてしまった。
- ・ 50人以上の会社は民間保険加入義務があり、資金繰りが大変だ。
- ・ 低保険者にとっては、別に有難くも何もない施策だ。

トランプは、これらの反対意見を参考に代替案を提示。

トランプ（共和党）VSオバマケア（民主党）

現在、トランプ大統領のホームページには、医療制度改革に関する条項が削除され、確認する事ができない。オバマケアの廃止を謳っていたが、そもそも医療制度に詳しくない、トランプ政権にとって、選挙で勝つための一つの分かり易い主張でしかなかったのでは？ が現在の主流に。

ただし、下記の規制緩和については推し進めている。

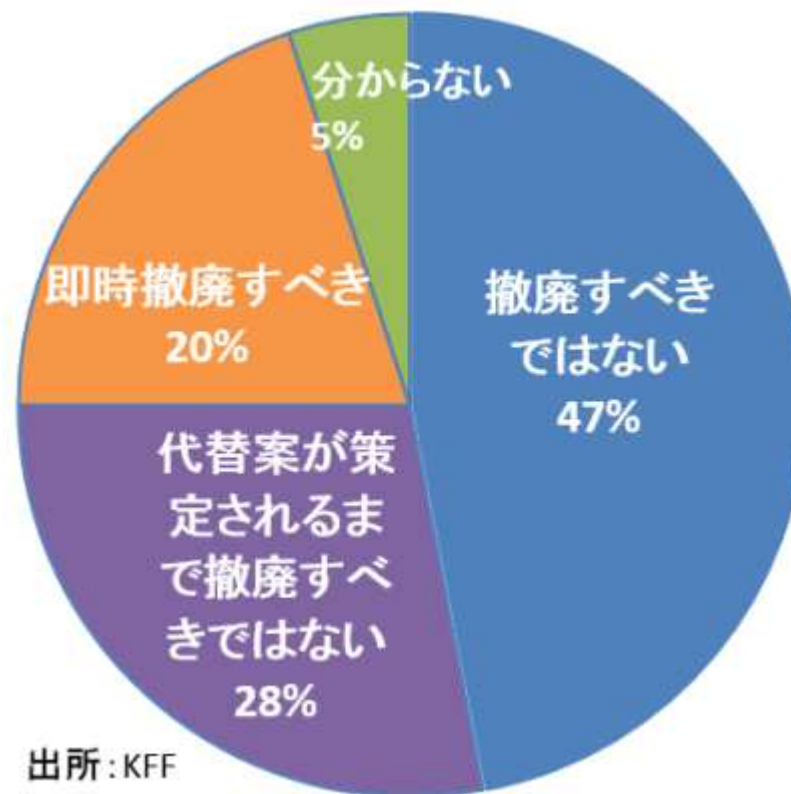
- 1) 医療貯蓄口座（HSA）の導入
- 2) 中小企業による、共同保険購入（越州でもOK）
- 3) 雇用者が被用者にお金を渡して、自分で医療保険に入る仕組み
- 4) メディケイドの補助金については、総額を決めて、あとは州で勝手に予算を組む裁量を与えるブロックグラント方式の導入

トランプ大統領の主張は非常に明確で

自分の健康は自分の金で、自分で考えて、自分で保険に入りましょう！

トランプ（共和党）VSオバマケア（民主党）

オバマケア廃止については、現在も議論中。



Facebook

きょうは
ありがとう
ございました



しがい
中国で
おあいしましょ

溝口博重

<https://www.facebook.com/hiroshige.mizoguchi>