

医療保険者での医療給付管理における 医療専門職の役割および情報技術の利用に関する 日米比較研究



国立がんセンターがん予防・検診研究センター情報研究部 研究員 石川 ベンジャミン 光一

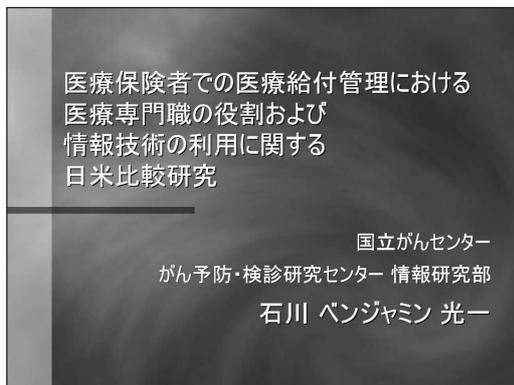
【スライド-1,2】

医療保険者の機能強化というのは、先ほどのご発表にもございましたように、非常に注目されている分野です。これにつきまして、医療専門職あるいは医療情報技術というものがどのように寄与できるのか、それを日米で具体的な事例をもとに比較をしてみ、何が日本で出来るのかということを考えてみたものです。

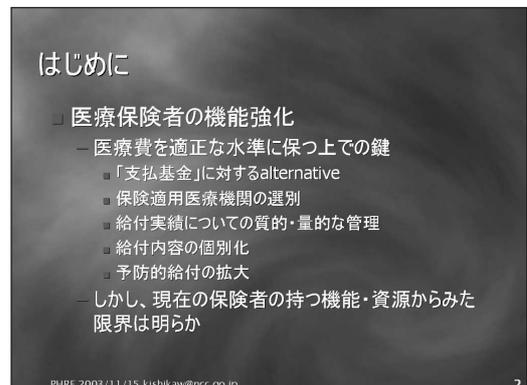
医療保険者の機能強化と言いますと、今はどうしても医療機関つまりプロバイダー側に対して様々な介入をしようということがあるのですが、本来被保険者に対して医療を提供したり、マネジメントを行う機能というのは保険者にあると考えています。ですので、そういった意味では、支払基金に対するalternativeが出来るようなこと、あるいは、保険者と医療機関とのより密着した関係というのは、恐らく今後は必要だろうと思いますし、こういうものが出来ないと、いつまでたっても保険者というものは育たないのではないかと考えています。

ただ、様々な試行があるのですが、現在の国内の保険者の持つ機能、あるいは資源からみた限界というものは明かですし、恐らく支払い基金にレセプトデータは出るのだけれども、それが上手く集計されて保険者に返るわけではない、といったようなところでの、いろいろな限界があるというように考えています。

スライド1



スライド2



【スライド-3】

本研究は、保険者の機能強化に向けた選択肢を、いくつかでもご提示出来ないかということで考えてみました。この中でも特に給付管理の機能について、選択可能な方策の具体的な例を示して、必要な条件、つまりわが国に何があと足されればそれが実現出来るのかということに関して、検討してみた次第です。

実際に、米国における事例調査を実施させていただき、わが国の現実とのギャップについて検討しております。本日はその抜粋をご報告させていただきます。

【スライド-4】

米国調査では、医療給付の管理（Medical Management）に関して、特に注目して調査を行いました。ただ、Medical Managementと言いますと、一つ目は、医療提供者（provider）に対するアプローチで、例えば、Utilization Reviewをやって、適正な医療が行われているのかを見ることもありますが、実際には、より重要なことは被保険者（member）に対するものだと考えています。

アメリカでは、こういったところはだいたい2段階に分かれておりまして、保険請求のインシデントが発生した時点

を起點として介入が始まる、そして医療管理を行う、疾病のために休業してしまった者の支援をする、あるいはその後の障害をサポートする、といったCase Managementと、逆に、インシデントが発生していないのですけども、疾患の発症や発見を起點として、出来れば二次予防的なサービスを含めて、リスクファクターをお持ちの方に関しては、積極的に介入をしようとするような疾病の管理（Disease Management）が行われてくるようになっていきます。

既に、糖尿病や心疾患あるいは喘息といったものでは、多くの保険者でプログラムが提供されている状態にあります。

【スライド-5】

この中でも、特に注目したいのがDisease Managementです。

これをどうやってやっていくかと言いますと、メンバーの中でリスク保有者のスクリーニングをまず行って、そのリスクに従って層別化を行います。その際には、保険者が最終的に医療機関から受け取っているデータを利用します。その中には受診歴や、処方、あるいは検査結果等も含まれていることもあります。これを解析した上で、対象疾病ごとに層別化した

スライド3

本研究の目的

- 保険者の機能強化に向けた選択肢
 - 特に給付管理機能について
 - 選択可能な方策の具体例を示し、
 - 実現に必要な要件を明らかにする
- 米国における事例調査の実施
 - 給付管理に対する先進的な取り組み
- 我が国の現実とのギャップについて検討
 - 医療専門職の役割、情報技術の利用を中心に

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 3

スライド4

**米国調査での注目点：
Medical Management**

- 医療提供者(provider)を対象とするアプローチ
 - Utilization Review
- 被保険者(member)を対象とするもの
 - Case Management
 - インシデント(請求)発生を起點
 - 医療管理 + 休業時支援 + 障害に対するサポート
 - Disease Management
 - 疾患発症・発見を起點
 - 2次予防を含むサービスの提供 + 再入院の予防
 - 慢性疾患中心(糖尿病、心疾患、喘息...)

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 4

スライド5

Disease Managementの例

- リスク保有者のスクリーニングと層別化
 - 保険者の持つデータを利用
 - 受診歴、処方、検査結果など
- 対象疾病ごとのプログラムへの加入
 - 対象者からの情報収集と教育プログラムの提供
 - 糖尿病: 体重、血糖値の定期的な計測...
 - 心疾患: 食問票、体重、心電計...
 - 喘息: 服薬指導、教育プログラム...
 - 医療専門職による対象者へのアプローチ
 - 経過管理のための定期的な電話、資料送付
 - 必要に応じて受診を指示(一般外来 or 救急)
- 対象者の健康(疾病)状態を維持し、医療資源の利用を最小化することが目標

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 5

リスクグループに対するプログラムを作って、それに入ってくださいということを勧誘するわけです。

そのプログラムというのは、ただ単純に「本を配りましょう」というものではなくて、よりきめ細かいことをやっています。医療機関から来るデータに加えて、糖尿病であれば「毎日この体重計に乗ってください。この体重計は、電話回線を通じてインターネットに繋がっています。私共のところには毎日毎日そのデータが届きます。」というようなことをやりながら、体重をキーとしながら、糖尿病の進行をコントロールする。あるいは心疾患に関して質問票を配る他に、場合によりますと、ポータブルな心電計を対象者に渡した上で、全てを遠隔モニタリングするような試みも行われています。

その上で実際には、情報を集めたならばそれを活用して、出来るだけタイムリーに医療関係者、これは多くの場合は看護師になるのですが、そうした専門職の方が対象者に電話をしたり、あるいは資料送付、あるいは受診を勧めたりというようなことで、非常に積極的に機能を果たすようになってきています。

残念なことに、医療機関というのは、段々医療が階層化してきて、先端のところないしは診療科のレベルまで行くと、どうしてもwhole spectrumで患者さんないしは対象者の状況を把握することは困難になります。しかし実は全体像が集まってくるのは保険者であって、そこで情報管理をした上で介入をしようというのが、この考え方なのです。ですから、対象者の健康状態を維持して、医療資源の利用を最小限にとどめよう、そのために出来るサービスを提供していこうというのがこのプログラムです。

【スライド6】

実際にDisease ManagementやCase Managementを、保険者がどうやって提供しているのかということなのですが、保険者が直接運営するケースは比較的小さいと考えています。それは、非常に大規模な保険者でも困難なことです。

私どもで調査に行かせていただいたAetna保険の場合、被保険者数が1,350万人で、日本であれば人口の1割をこの保険会社がカバーしているわけです。そこで実際にプログラムを提供するためには、例えばの話ですが、Case Managerが72人必要です。Utilization Reviewの看護師が65人、それからMedical Managementのドクターがfull-timeで10人、それ以外にも社外にいらっしやいます。こうした人達を会社の中に抱えて、プログラムを提供しなければいけない。このメンバー構成であっても、心不全や糖尿病に関してはDisease Management専用の会社に外注しているような状態です。

日本の医療の中では、こういう疾患管理を中心とするようなサービスを提供する業者はこれまで無かった。しかし、今後は必要なのではないかということを、今回、調

スライド6

Medical Managementの提供方法

- 保険者が直接運営するケースは少ない
←非常に大規模な保険者でも困難
 - Aetna: 被保険者数1,350万人
(HMO: 1,150万人 + PPO: 200万人)
 - case manager: 72人
 - utilization review nurse: 65人
 - medical management MD(full-time): 10人
 - disease management:
 - 心不全、糖尿病は外注(→LifeMasters Supported SelfCare, Inc.)
 - 喘息、腰痛症、虚血性心・冠動脈疾患(一部)のみ社内
- 多くは専門業者に委託

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 6

査を経て思っています。

【スライド-7】

さて、多くは専門業者に委託しているわけですが、専門業者にもいろいろ要件や資格はございます。

何が必要かといったら、やはり、介入をするプログラム自体を設計する能力がなければいけません。そのためには、日本では無いのですが、診療ガイドラインをベースとして、医学的な専門知識をもとにどんなことを介入したらいいのか、エビデンスベースにプログラムを立てなければいけないでしょうし、また、エビデンスがあったとしてもそれを最も有効に対象者に伝えるための行動科学的なアプローチのノウハウが必要になります。これらによってプログラムは設計出来るのですが、もう一つ重要なことは、特定の保険者と契約をする、ないしは加入者にプログラムを提供するとしたならば、どれくらいのハイリスクグループが層別化されるのか、ハイリスクグループをまずどうやって具体的に選んだらいいのか、それをベースにプログラムを提供したら本当に経済的にベネフィシアルなのか、ということを考える、つまりデータマイニングをやるような人達が必要になります。

外注委託される場合には、当然保険会社側がハイリスクグループを選んでから契約をすることもありますが、多くの業者では、加入者全員のデータを貰ってからデータマイニングをして、それでもって最終的には利益メリットを出しますというところが増えてきています。

そしてプログラムが一旦設計出来れば、実際に介入を行うためのコンタクトマネジメント、以前はよくコールセンターと呼ばれていたのですが、対象者に電話に限らないコンタクトをするような人員・設備が必要です。例えば看護師を中心としたオペレーターを雇用する。そのための情報システムを作る。患者さんのところからいかに情報を貰うかという部分で、リモートセンシング機器を使うことも行なわれています。

最後に必要なことは、何よりも保険者と連携して調整能力を持たないと契約が増えないということがあります。

これを全て保険者が単独で行うことは、非常に困難です。

【スライド-8】

そこで、例えば専門業者としてどんなところがあるかというのを示してみましよう。

Intracorpという会社は、Cignaという保険者の子会社なのですが、対象者が3,000万人いまして、医療管理が2,000万人。そのうちCigna保険から来ているのが1,400万人で、600万人はCigna以外から契約を取っています。社員数は3,500人、看護師を2,000人雇っていて、医師の常勤が42人、プラス嘱託が500人。その他にリハビリや、薬剤師、栄養

スライド7

Medical Managementを行うための要件

- プログラムの設計能力
 - 医学的な専門知識-診療ガイドライン
 - 行動科学的なノウハウ
 - 対象者の生活への介入と教育・コミュニケーションスキル
 - データマイニングと統計
 - 業務負荷とリスクの予測、採算性の検討
 - o リスク保有者のスクリーニングからの外注もあり
- コンタクトマネジメント(コールセンター)の運営
 - 看護師を中心とするオペレーターの雇用
 - 情報基盤の設計・構築・運用
 - リモートセンシング機器の利用(体重、心電計など)
- 保険者との連携・調整能力
 - 契約の締結、データ連携...

PHRF 2003/11/15 kishikaw@pcc.go.jp 7

士等の医療専門職を雇用している。

そこで、こんなに人を雇っていたら人件費の高いアメリカでやっていけるのかということなのですが、9,500万USドルぐらいの収益がございまして、そのうち利益が1,800万USドルあがっており、実際にはプログラムは提供できています。

どういうことかということ、9,500万ドルに対して2,000万人ですので、だいたい一人当たりの単価が出る。その単価の枠を

決めた中で、ハイリスクグループに何をしなければいけないのか、ミディウムリスクのグループに対しては何をやるのかということを設定する。

例えばの話ですけれども、Cignaから800万件分の処方箋と検査値を貰った上でデータマイニングをして、プログラムを作れるこのような会社が、アメリカには存在しているわけです。

【スライド-9】

ところで、サードパーティに外注をしましょうといった場合に、品質保証の問題がありますが、NCQAというところでDisease Management や Utilization Managementに関する承認・認定プログラムが既に稼働して、認定が始まっております。

【スライド-10】

では、わが国の現実はどうなのでしょう。

先ほどの演者の方のお話にもありましたけれど、やはりまず基盤的なデータが無い。データが無いことには研究成果も上がらないということで、恐らく、こうした直接的に保険者が加入者に対してアプローチするようなプログラムの設計というのは、非常に困難だろうと思います。そして、データが無いことに合わせて、

わが国では専門領域でも診療ガイドラインのあまり定まったものが無いということもあると思います。あるいは行動科学的な研究成果が無い。アメリカ人のメンタリティと日本人のメンタリティは違います。電話でコンタクトをとった方がよいのかメールでやった方がよいのか、手紙でやった方がよいのか、それによってどうプログラムの

スライド8

Medical Managementの専門業者

- (例) Intracorp: Cigna Corp.の子会社
 - 対象者: 3,000万人 (医療管理で2,000万人)
 - 医療管理: Cignaから1,400万人、他から600万人
 - 残りの1,000万人は、休業補償と障害管理
 - 社員数: 3,500人 (Cigna本体は45,000人)
 - 看護師: 2,000人 (内600人がdisease managementに関与)
 - 医師: 常勤42人 (+嘱託500人)
 - 재활、薬剤師、栄養士などの医療専門職を雇用
 - disease managementプログラム構築データ: 800万件の処方箋、検査値など (-Cigna)
 - 収益: 9,500万USD、利益: 1,800万USD

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 8

スライド9

Medical Managementの品質保証・認定

- National Committee for Quality Assurance (NCQA)
 - 独立したNPO
 - 認定 (Accreditation) / 認証 (Certification) プログラムの提供
 - Disease Management (A/C)
 - Utilization Management (C)
 - 他の認定・認証プログラム
 - MCO: Managed Care Organization (A)
 - PPO: Preferred Provider Organization (A)
 - NHP: New Health Plan (A)
 - Privacy Certification for Business Associates (C +JCAHO)

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 9

スライド10

我が国の現実
Health Services Researchと人材確保

- 基盤的な研究成果の不足 → プログラム設計が困難
 - 診療ガイドラインの不在
 - 行動科学的な研究成果の不足
- 人材確保に関する問題 → プログラムの運用上の問題
 - 医療機関外での医療専門職の雇用・就職に関する問題
 - 雇用者側: 社会医学的な教育の不足
 - 被用者側: 臨床との賃金格差、生業に対する志向
 - 医療情報技術者の不足
 - 病院情報システム以外の分野でのエキスパートの不在
 - IT+医学+保険制度をつなぐ人材の育成

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 10

効果が変わってくるのかというような研究・検討は、ほとんど国内で行われていないのが実状です。

さらにもう一つのことを言いますと、人材確保という問題があります。先ほど Intracorpでも数千名の医療従事者を雇用しているという話がありましたが、この人材確保ができない限りは、プログラムを実際に運用することはできません。残念なことに、日本では、医療機関外で医療専門職を雇用する場合、就職に関する問題というものがあって、雇用者側では「社会医学的な教育が専門職には不足しているから、欲しい人材がない」と言う。あるいは勤める側からすると、臨床との賃金格差はどうか、それが人生の仕事としてやっていく価値があるのだろうか、というような思考の中で、どうしても臨床指向が強かったりするところがあると思います。

これは何らかの形で解決していかなければならないことなのですが、もう一つ重要なことは、医療情報技術者の不足です。レセプトの電算化をしても、それにきちんと診療の実態を把握したデータが入っていないといけないでしょうし、その裏にはレセプトの傷病名には書かれていないような、様々な患者さんの重症度等があるはずで、包括評価の中では、そうしたものを副傷病であるとか処置等におきかえて取りあげ重症度を層別化することをやっているのですが、では、そういうものを実際に入力して運用するための病院情報システムは誰が作っているのか。また、病院情報システムの人たちというのは、後からデータを利用することを意識しているのか。あるいは病院情報システムに対して、富士通や日本電気、IBMなど様々な業者がありますがけれども、内部のSEと呼ばれる開発者にはどれだけエキスパートがいてノウハウを提供できるのかということを見ると、非常にお寒いところだと思います。

そういう意味ではやはり、ITと医学、それから保険制度を上手くつないでいくような人材を育成しないことには、恐らくこういったものは解決出来ないのではないかと考えています。

【スライド-11】

また、さらに大きな問題として、保険者のことを語るのには、日本では絵空物語だと言われる。私もそれに関しては非常に賛同するところがございます。日本の保険者の規模は小さいですから、せいぜい出来たとしても、レセプトが送られてきたらば、それをちょこちょこっと自前で点検して、文句を言うぐらいのことしか出来なくて、とてもじゃないですけども、自分たちが管理している数万人ないし、場合によっては数十万人の人たちに対して、「余剰金が発生しましたから、歯ブラシを配ります」という以上のことが出来る組織は非常に稀です。

そういう意味では、個々の保険者の規模が小さくて、どうしても今まで挙げてきたような要件を満たすことが困難と思いますから、保険者間で協力体制を作るか、ある

スライド11

我が国の現実
医療保険制度・システムと社会的な状況

- 医療保険制度・システム → 保険者の役割分担と自覚
 - 個々の保険者の規模が小さい
 - Medical Managementに必要な要件を満たすことは困難
 - 保険者間での協力体制づくり／第三者の参加が必要
 - 「支払い基金」の介在 → 保険者からproviderを隠蔽
 - レセプト電算化の遅れ → 情報の活用が非常に困難
- 社会的な参入障壁 → 企業(ベンチャー)の参入障壁
 - 市場規模とリスクの予測の困難さ
 - 認定・認証機関の不在
 - 医療の閉鎖性

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp 11

いは第三者で、アメリカでIntracorpがCigna以外のところからも顧客を獲得するような、そういう業者の参入が必要なのではないだろうかと思っています。

また、スライドに記載した「『支払い基金』の介在」について。ちょっと強い言葉かもしれないのですが、支払基金が存在しているが故に、保険者は直接医療機関と交渉するのではなくて、どうしてもペイヤーオーガナイズーションを通じてコンタクトすることになりますし、自分たちのところには生のレセプトがタイムリーに届かず、2ヶ月遅れになります。2ヶ月経ってから、「患者さんが心筋梗塞で入院しました」と言われたとしても、その2ヶ月間の間にだいたい再入院は起こるのであって、とてもではないですけども、プロバイダーないしはプロバイダーの情報を活かしてメンバーに保険者がコンタクトすることは困難だと思います。

また、レセプトの電算化の遅れは前のご発表にもあったとおりでと思います。

あともう一つ、社会的な参入障壁はどうしてもあります。例えば、市場規模やリスクの予測というものはデータがなければ出来ないのですが、こういうデータというのはなかなか無いですし、また、参入した上で自分の後ろ盾となって、「あなたたちがやっていることは大丈夫ですよ。何か法的な訴訟になったとしても、こういうセイフティネットがあります。」というようなものを提供してくれる認定・認証機関はありません。ということで、非常に困難な状態にあるのではないかと考えています。

【スライド-12】

Disease Managementというのは、きちんとEBMに則って、早期に介入ができるのであれば、非常に効果を上げているのですが、わが国の中ではちょっと大変でしょう。

ただ、この機会に是非お伝えしたいと思うのは、医療保険制度の改革の中心というのは、医療機関、あるいは診療報酬体系の改革や包括評価制度などの医療シ

ステムの改革だけではないと考えていることです。私も厚生労働省の包括評価の研究班に入っていてデータも見ているのですが、これまでのように保険請求額を管理することで達成できる経済的なベネフィットは非常に短期的なものであります。しかも、中期的に医療機関の淘汰がコスト削減によって進んでしまったとしたならば、医療施設は疲弊せずに、これから20年、30年、本当にわが国の医療体制を保っていただけるのでしょうか。

ということで、今こそ取り組まなければいけないのは、医療に対する需要の発生をある程度コントロールする、ないしは、その発生が少なくともアンマネージャブルにはならないようにすることだと考えています。ですので、Disease Managementは一例ですけども、より積極的に保険者がメンバーに対して介入していくようなことが国内でも重要なのではないかと、ということをご指摘させていただきまして、今回の発表を終わります。

スライド12

現時点では非常に厳しい状況にあるが...

- 現在の医療保険制度改革の中心となっているような、診療報酬体系の見直しには限界がある。
 - 短期的には医療費水準を維持できても、中期的には医療機関の淘汰が進むとともに、長期的にはproviderの疲弊を招くことになる。
- 医療に対する需要の発生をコントロールできない限りは、高齢化の影響を克服できない。
 - Disease Managementを代表とする予防的給付へのシフトや、より積極的なMedical Managementに対する投資は今後重要性を増すものと考えられる。

PHRF 2003/11/15 kishikaw@ncc.go.jp

12

なお、研究費を頂戴しましたファイザーヘルスリサーチ振興財団および共同研究者・研究協力者の諸先生方、中でも、Disease Management Association of America のトッド・E・ウォーレン氏には非常にお世話になりました。この場を借りて謝辞を述べたいと思います。

質疑応答

Q： 2つ質問があります。1つは、保険者がDisease Managementを進めていくためには、身体属性等の相当のクリニカルデータを集める必要があると思うのですが、その実態がこの場合どうだったのかをお教え願いたいこと。それから2つ目に、Disease Managementとはかなり違いますが、日本ではプロバイダーである各医療機関で、慢性疾患管理というようなことをやられてきたことがあると思うのですが、そういったものと、この保険者単位のDisease Managementが、どういうデメリット、メリットがあるのか。比較した場合に、どのように考えられるのかをおうかがいしたいと思います。

A： 2点目からお答えします。プロバイダーが提供するDisease Managementというのは、当然あります。私どもが調査した中でも、プロバイダーがDisease Managementプログラムを提供していて、それでさらにペイヤーからお金を貰うというビジネスモデルもございます。

但し、ある特定の地域基盤を持っている医療機関がDisease Managementプログラムを提供するということは、ある意味では患者さんの囲い込みをやっているということであって、アメリカの環境の中でいえば、それは特定のプロバイダーにすごく依存してしまって危険であるという発想があると思います。また、非常に広い地域で展開をしているような大規模の保険者では、やはりどうしても自前でDisease Managementをやろうとも考えているようです。さらにもう一つは、やはり医療機関にかからない方に対するアプローチを何とかしていく、ハイリスクグループに対してコンタクトをしていく、ということが非常に重要だと考えている方が多いように感じております。必ずしもプロバイダーのものと共存しないわけではないのでしようけれども、ある意味では利害関係の競合はあると考えています。

1点目の質問は、要するに、リスクの高い方を層別化する際に情報をどうやって集めるのかということですね。アメリカの場合、支払い基金のようなものは存在しませんので、直接支払いのクレームは保険者に届きます。それにプラスして、処方せんのデータベースを保険者は全て作っているのが実態です。それだけでも、十分に上手く活用できるのが実情のようです。その上で、さらに検診的なものを提供しているかという点も必ずしもそうとは限りません。ただ、幾つかの保険会社では確かにハイリスクグループの女性乳がんに関して、スクリーニングプログラムを提供しているところもあります。むしろこの点では、わが国は残念なことに健保組合と労働

安全衛生法をベースとした検診とが分かれているというのが非常に大きな問題でして、今後こここのところをつないでいく努力をした方がよいのではないかと考えています。そういう意味では、アメリカよりも多分実行することが楽だろうと思いますし、より効果の上げられるプログラムを作れるのではないかと考えています。まあ、幾つも超えなければいけない課題はあるでしょうが。

Q： まず、民間保険者からのDisease Managementのプログラムに従ったときと従わないときとで、本人にとって何かペナルティーとかインセンティブがあるのでしょうか。それともう一つは、今の方の質問とも関連するのですが、日本の保険組合のシステムからすると、企業内のクリニックとか企業内病院というものがやっている検診あるいは人間ドックというものの存在も大きいと思うのですが、その場合、私も一般病院で働いていた経験からいたしますと、えてして、何度も何度も働きかけてもちっとも検診に来ない、さらに、自分がひどい病気になるとクビになるかもしれないから隠してくれというようなことを言い出す。こういうことがままあるわけですが、そういった中で、さっきおっしゃった健保組合と検診システムをこれから融合させていくのに、何かよい方法があるのかどうか。

A： まず、アメリカにおいて十数年間このプログラムを動かして来られた歴史はあるのですが、ペナルティーを課しているかということと必ずしもそうではありません。あくまでも、「あなたがこれから過ごしていく上でヘルプしましょう」ということで、支援に応じなかったからといって、例えば保険料が上がるといったペナルティーは、実際には発生していないと思います。少なくとも、私が調査した範囲ではそういう状況でした。

それから、国内における検診やドックの情報と雇用者が直結しているという問題、あるいは、それに関する労働者側の心理的な障壁があるという話ですが、確かにその通りであると思います。国内で実証する場合には、第三者がプログラム自体を提供すべきであるし、そのプログラムに関する情報は、出来れば雇用者との間で分断が図られるべきだと思います。

現在の保険者側の取り組みの多くは雇用ベースの健康保険組合をさらに組織化する形で進んでいます。大規模なところはそれが出来るからやりましょうというパラダイムで来ているのですが、恐らくそれでは上手く立ち行かないのではないかと考えています。そうした意味では、ただ単純に一つの雇用者が、あるいは同じ系列のグループの中で雇用者がまとまって、健保組合を作るのではなくて、より柔軟な健保組合の組織の可能性を実現させるべく、是非規制緩和していただく必要があるのではないかと考えています。