

## 米国におけるマネジドケアの進展と薬剤医療費への影響

### 【OHP 1】

演題は「米国におけるマネジドケアの進展と薬剤医療費への影響」ということなのですが、実際には3つのことを行ないました。

### 【OHP 2】

第1点目ですが、マネジドケアというものは非常に流行り言葉でして、沢山の研究がなされ、また、雑誌等でも取り上げられています。私は1980年代中頃から注目していました。

その時代、ちょうどDRGが83年に導入され、日本で盛んに議論されました。当時は、ヒステリックにDRG、DRGと騒ぐ。そこには、きちんと学問的にどこまで明確に分かっているのかという議論はもちろんあったのですが、それ以上に、一種のメディアハイプと言いますか、そういう形で議論がされていて、そのことすら今や忘れ去って、覚えておらず、あまり反省もしていないというところがあります。

マネジドケアというのと同じようなことになるのではないかと、若干危惧を持っています。従って、アカデミックな意味でどこまで分かっているかという、ボトムラインを明確にしておく必要があると感じたこと、これが第1点です。

第2点目は、マネジドケアは医薬品産業に関わりが深いということで、医薬品産業への影響と言いますか、それほど大きなものではなくて、薬剤医療費に対する影響を明確にしておきたい。

第3点目ですが、マネジドケアの実際の薬剤費版であるPBMという制度がありまして、ここ5年間くらい急速にアメリカで普及しています。これについては日本では全く取り上げられていませんので、それについて若干現地調査をして調べました。

この3点についてご報告いたします。

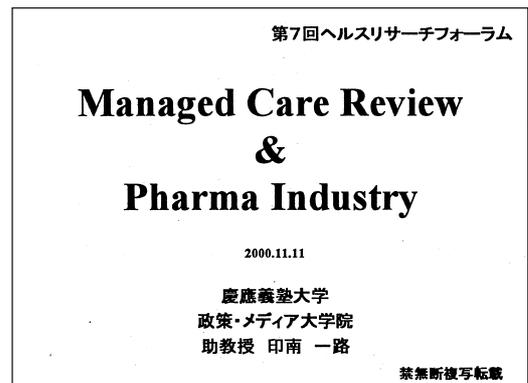
まず第1点、マネジドケアに関するアカデミックなことがどこまで分かっているかという話です。

マネジドケア自体については、さまざまに定義をされ、あるいは確立された定義は無いとか、色々書かれておりますが、本質的には、医療の提供と保険を一体化して、経済インセンティブを与え、支払い方式を変える

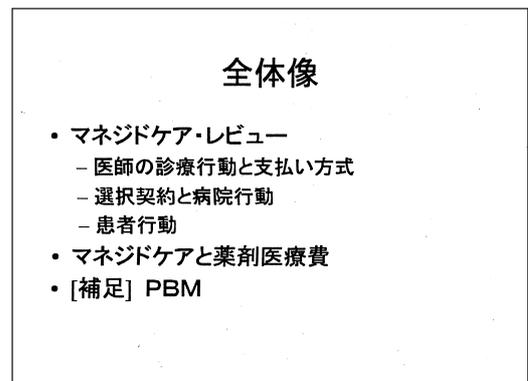


慶應義塾大学総合政策学部  
政策・メディア大学院助教授  
印南 一路

### OHP 1



### OHP 2



ことによって（単純化した言い方をすると）過剰医療から過小医療へ持っていくという仕組みを持っているということです。

それから、医療保険を選択できる制度。購入者が医療保険を複数比較検討して選択できるという、選択医療の契約の部分とセットになっております。

医療費の適正化機構を強化して、財政的インセンティブを医師にも負わせた、総合的なプランをマネジドケアと呼んで良いかと思えます。

これはもちろん医療経済的に言いますと、需要サイドと供給サイドから見るべきなのですが、ご承知の通り情報の非対称がありますので、実質的に医療サービスの内容を決めているのは医師である。ですから、医師の行動と患者自体の行動の2つを、通常は見ればよいということになります。

### 【OHP 3】

まず最初に診療行動と支払い方式です。

FFSというのはFee For Serviceで、これも有名です。

あまり面白くない結果なのですが、このようにマネジドケア（HMOとかPPOとかPOSという制度）はFFSに比べて、入院患者が割合低い、心電図利用は7割程度である、あるいは検査・手続き・料金が20%くらい少ないとか、専門医の紹介率が低い。その結果として（直接的な結果ではないのですが）、患者の信頼が低いという研究成果が沢山出ています。

しかしこれらの研究を詳細に読みますと、ケースミックス、いわゆる「どんな患者を抱えているか」といった部分を調整していないので、この研究成果をそのまま信用するわけにはいかないということが言えます。

ちなみに、こういった研究成果はどこから引っぱってきたかと言いますと、「ダイアログ」と言われる検索システムです。データベースの複合版なのですが、それで“マネジドケア”と入れますと、3,600くらい出てきます。“医療経済”というスクリーニングをかけますと、若干減るのですが、そのうちの学術的にちゃんとしたものをピックアップすると約100くらいになるわけです。80年度以前の研究は、ほとんど実態にそぐいません。研究対象が現在とはかけ離れていますので、ほぼカットしてよい。ですから、80年代の後半ぐらいから2000年に至るまでの研究をピックアップすると、100くらい残って、それを読んで若干の整理を行なうと、このようになったということです。

ですから、これだけの結果が出ていますが、確定的な結論が出せるわけではないというのが結論です。

### OHP 3

#### 医師の診療行動と支払い方式

マネジドケアでは、FFSに比べ

- 入院患者の割合低い  
Hillman et al. (1989) Manning, et al. (1984)
- 心電図利用 7割 Epstein, et al. (1986)
- 検査・手続き・料金 -22% Miller and Luft(1994)
- 専門医の紹介率低い Martin et al. (1989)
- 患者の信頼が低い Kao et al. (1998)

⇒以上の研究はケースミックスを行っていないため完全には信頼できない

### OHP 4

#### その他

- プライマリケア医の収入増加(勤務医減少)  
Simon et al. (1998)
- 家庭医研修プログラム増加 Simon et al. (1998)
- 医師のグループ化増加&プライマリケア医の割合上昇 Fronstin (1995)

⇒以上の研究では、マネジドケアのみが原因とはいえない

#### 【OHP 4】

その他ですが、プライマリケア医の収入が増加していて、勤務医は逆に収入が減少したという結果。それから、家庭医研修プログラムが増加している。医師のグループ化が増加してプライマリケア医の割合が上昇している。これはHMOともプライマリケアを重視するのは当然の結果だと思われます。

しかしこの時期、本質的に難しい問題がありまして、マネジドケアのみならず、色々な構造的な変化がアメリカの医療業界に起きております。ですから、この時代にこういう変化がおきたのはマネジドケアが影響しているからであろうと推測では言えても、マネジドケア以外の要因との関係で、どれだけマネジドケアが実際にこれらの比率を上げたのかということは明確には言えません。

#### 【OHP 5】

選択的な契約の部分ですが、選択契約が普及しますと、病院コストが減少に転ずるという結果が出ています。

病院間の競争が激しいほど、病院コストの増加率が低いという結果も出ています。これもマネジドケアそのものの進展度なのか、例えば、医療機関の増加や地域の集中に基づく、競争自体の強化による結果なのかは明確ではありません。

それから、価格が1ドル増加すると患者数は1～3%減少するというような研究。また、一般的に購入する企業の方からみますと、質が高いほど契約したいのですが、質が高いプランは概して保険料も高い。高すぎて契約しないという傾向にありまして、両方のエンドで、実は契約が減少するという、面白い効果が出るということでもあります。

#### 【OHP 6】

患者行動ですが、サービスの利用度が、一般的にマネジドケアの利用者は低い。

それから保険料に対して敏感でありまして、これを価格弾力性と言うのですが、5ドル保険料が増加すると脱退者が66%になるということ。アメリカでは、雇用主が従業員に毎年毎年医療保険プランを提示しなくてははいけません。逆に言いますと、従業員が毎年毎年保険を変えることができるということになります。ですから、保険料が5ドル上がると66%くらい脱退してしまうということになります。

HMOの自己負担の保険料の1%の増加は、それを別の面で見ますと、プランを選ぶ可能性を7.9%減少させるという結果も出ています。

これで言えることは、加入者は保険料に対してかなり敏感でありまして、価格弾力的であると言えらると思います。

#### OHP 5

##### 選択契約と病院

- 選択契約普及後、病院コスト減少に転ずる  
Zwanziger & Melnick (1988)
- 病院間の競争が激しいほど、病院コストの増加率低い  
Melnick et al. (1997)  
⇒マネジドケア浸透度よりも競争の影響が大きい
- 価格1ドル増加で患者数1-3%減少 Feldman et al.(1990)
- Uカーブ現象 Zwanziger and Meirowitz (1998)  
⇒質が高いほど契約しやすいが、高すぎると契約できない

#### OHP 6

##### 患者行動

- サービス利用度が低い Miller and Luft (1994)
- HMOの相対的保険料が5ドル増加すると脱退者が66.7%増加する Long et al. (1988)
- HMOの自己負担の保険料の1%の増加は、そのプランを選ぶ可能性を7.9%減少させる  
Buchmueller & Feldstein(1996, 1997)  
⇒患者は保険料に対し価格弾力的

以上をまとめますと、これは薬剤費についても言えるのですが、HMO等マネジドケアが色々なサービスの利用の減少を通じて、Cost Effectivenessがあることは明らかであります。しかし、それが効率が良いかどうかというのはよく分からない。つまり、オレンジとりんごを比較しているようなもので、まずきちんとケースミックスの調整をして、なおかつ厳密な研究をしたとしても、医師の行動や患者の行動が違うわけです。それをもって効果があると言えばそうなのですが、本当はこういう中間変数ではなく、どれだけ健康を増進したか、あるいは長期的な医療のアウトプットで、本来測るべきであります。しかし、それが研究上非常に難しいというのが現実でありまして、長期間にわたって保険の個人の健康に対する影響をみるというのは、極めて困難です。ですからアカデミックな見方をしますと、こういう部分部分の細かいことは分かるのですが、総じて、マネジドケアが優れているかどうかという問題を明らかにすることは、なかなか難しいということが言えると思います。

**【OHP 7, 8】**

マネジドケアと薬剤医療費であります。1994年～97年の3年間に、患者の一人当たりの薬剤費が40%以上増加した。これはかなりドラマチックなアメリカ医療の変化であります。この時期、入院医療費はかなり増加が鈍っていましたので、結局何が起きたかと言いますと、マネジドケアが普及するに従って、非常にコストの高い病院医療から比較的薬剤に頼る医療に、アメリカの医療がこの時期シフトしたということでありまして。そのエビデンスがどこにあるかと言いますと、マネジドケアの処方が多いという結果があります。これは91年のもので古くありますが、その延長線にあるのではないかと。コストの高い入院に対する、経済学で言うところの、代替財の役割を薬剤が果たしていたということになります。

これが、後で言いますマネジドケアの薬剤費版であるPBM発展の背景になっていきます。PBMというのは、薬剤にからむ医療費支払から処方、薬の配送までを一手に電子化して行なう、超合理的な仕組みなのですが、これが90年代後半に非常に普及したのは、マネジドケアによって入院医療費が薬剤医療費の方にシフトする、しかしマネジドケアのプランの保有者は、今度は薬剤医療費を抑制したが、それに応える形でPBMが普及したというシナリオが見えるわけです。

薬剤医療費に対するマネジドケアのインパクトに関する研究というのは、実際探してみるとあまり多くありません。フォーミュラリーとかジェネリック薬についての研究もいくつか散見するのですが、中身を見ますと、あまり信頼できないということが言えると思います。

OHP7の一番下は若干ジャーナリスティックな書き方ですが、薬剤費は最近抑制さ

OHP 7

**マネジドケアと薬剤医療費**

- 1994-97年の3年間に、患者1人当たりの薬剤費が40%以上増加
- マネジドケアの方が処方が多い  
Weiner et al. (1991)  
⇒コストの高い入院の代替財  
⇒PBMの普及
- フォーミュラリー、ジェネリック薬についての信頼できる実証研究なし
- 薬剤費抑制の利益は患者に還元されず Kane(1997)

OHP 8

- 価格弾力性の推定値は、0.15から (Lavers,1989) 0.64 (O'Brien,1989)  
⇒歯科サービスに比べ小さい
- 共同保険の存在は、薬剤利用を減少させる  
Johnson et al. (1994)
- 共同保険支払は、鎮痛剤、鎮静剤、睡眠薬以外の全ての治療カテゴリーにおける薬剤の使用を減らした Reeder and Nelson(1985)

---

れているのですが、その利益は患者に還元されていない。なぜこれを載せたかといいますと、いくつもの有益な仮説を、この研究が残しているからです。将来、実際にマネジドケアないしPBMが、どういった形で薬剤医療費を抑制化ないし適正化したかということ、検証する仮説を提供しているという意味で掲げました。

マネジドケアの薬剤費版であるPBMという仕組みがございまして、OHPを用意したのですが全然読めない状態だと思いますので、これは口答で申します。日本ですと、医師が処方し処方箋を書く、患者はそれを院内か院外の薬局に持って行って、そこでもう一度チェックして、薬剤師が調合して渡します。患者はその場で自己負担分を払い、薬剤師が保険請求するという形であります。薬剤師は薬品メーカーから卸を通じて薬剤を購入して、審査に回ってきたものは審査機関が審査する。一部電算化されているようですが、原則として目で審査するという仕組みで、それを支払いに回す。支払いが決定しますと、保険から薬剤師あるいは医師等に振込みがされるということになります。この間恐らく2か月から3か月かかっているわけです。

米国では、この部分にデータプロセッシング会社を中心とする会社が参入しました。これが85年くらいなんですけど、ほぼ10年間くらい、急上昇する以前の停滞状態にあった後、約5年ほど前から急成長して、今や「Fortune 100」にいくつか入っているくらいの、年率40%を超える急成長を示している会社群があります。そのシステムは超合理的で、1日百万件処理できます。処方せんを電子決済しまして、支払いまでおよそ2週間、保険審査は約2秒で行なえるという仕組みです。そういう仕組みが、今後ずっとアメリカでは普及して、薬剤に大きなインパクトを与えると思われまます。

IT革命という言葉が日本でもようやく流行っていますが、米国では薬剤支払いまで既に及んでいるということになります。