

連載

ヘルスサービスリサーチ(21)

「米国健康医療政策会議 (National Health Policy Conference) に参加して」

東京大学医学系研究科公衆衛生学 東 尚弘

1. はじめに

ヘルスサービスリサーチが医学の科学的知見を広く現場の患者に役立てる方策を探る研究分野であることは、本シリーズでも既に紹介されているが、その「方策」の一つは医療政策 (Health Policy) である。わが国では研究が政策を動かすといった気風が豊富とはいいがたいが、米国は民間保険、州、連邦など様々なレベルで医療システムが構築されるため、そのシステムや政策のモデルとなる研究や政策やシステムを評価する研究が盛んである。わが国の医療も急速な高齢化、予想される財政的な困難、医師を始めとする人材の偏りと不足などの問題が山積する中、今後、政策・システムを対象とした研究を行うことはもちろん、その成果を元に政策を作って行かなければならない。そのためには、政策にたずさわる実務家と研究者が最新の現状と課題について情報共有し、エビデンスを生むために協力する必要がある。米国では、そのような場としてヘルスサービスリサーチの学会である AcademyHealth¹⁾ が健康医療政策会議 (National Health Policy Conference, 以下、NHPC) という会議を主催している。これは毎年2月頃に行われており、主に連邦政府や州政府機関の医療政策担当者、大学やシンクタンクの研究者などが参加して、情報交換の場として機能している。筆者は今回その会議に参加してきたので様子を紹介したい。本稿の目的は、ヘルスサービスリサーチを発展させる基礎として情報交換の場の可能性を関係読者の皆様に紹介することにあるが、合わせて変革期で複雑な現在の米国の概況を理解する上でも多少なりともお役に立てば幸いである。尚、当会議は2012年2月13日-14日行われたものであり、11月には大統領選挙が行われるため、本稿で触れる米国の状況は選挙後で完全に変わってしまう可能性があることを、まずお断りしておきたい。

2. 米国健康医療政策の現状

米国は国民皆保険を目指す2010年 Patient Protec-

tion and Affordable Care Act (以下、Affordable Care Act) の成立により医療政策の大幅な変革期にある。詳細は本稿の範囲を超えるため概説にとどめるが、この法律における国民皆保険達成の方法は大別して2通りの方向性による。一つは雇用主に対し一定以上の規模の場合には被用者に医療保険の提供を義務化すること、もう一つは、各人が自ら保険に加入する場合も手続きが円滑化するように制度整備を行う代わりに、保険を購入しなかった場合にはその個人に対し税金上のペナルティを課すというものである。この保険加入の制度整備は各州が担うこととされており、保険会社が提供する保険内容や保険料に一定の規制を設けて不公平を廃し、さらに選択肢の比較がしやすいように情報提供支援も行うなどの一連の制度 (Health Insurance Exchange とよばれる) を整備することとされている。さらに、現行で州政府によって運営されている経済的困窮者の保険であるメディケイドの対象範囲も拡大することとされている。これらは州政府の作業負担を大きく増加させるだけでなく、国家運営理念である個人の自由への一定の制限が加わることから論争の元となり、法律の合憲性を問う訴訟が提起されている。

しかし、Affordable Care Act の定めるものはそれだけではない。これまで米国で問題とされてきた雑多ともいえる多種多様の課題、例えば高齢者医療の処方薬保険の欠陥の補完、民間保険における既存疾患を持つ者の保険加入上の差別の禁止、医療技術の有効性を評価する「患者中心アウトカム研究機構 (PCORI; Patient-Centered Outcome Research Institute²⁾)」の創設、政府高齢者保険メディケア (Medicare) における支払い方法において、病院・医師などの医療提供者が共同で質の向上とコスト低減のインセンティブを持つ仕組み (Accountable Care Organization) の開始などをも定めている。これら各施策は、詳細に何年何月までにこの制度を発足させるといった形でスケジュールが定められており、例えば先述の Health Insurance Exchange が始動するのは2014年1月とされている。このNHPC

が行われた時期というのは、まさに各種の体制整備に関係者が追われている最中のことである。

3. NHPC の内容

A. 様々な政策話題と多様な演者による全体講演

表1に2日間のセッションのタイトル一覧を示す。半数ぐらいが全体セッションであり、残りが分科会として分かれてそれぞれの話題について話し合うと言った形であった。会議冒頭では、オバマ政権で医療改革担当副補佐官の Jeanne Lambrew 氏が講演し、現在の医療改革の進捗を報告、米国民の皆保険のために州政府の役割は大きく道のりは困難ではあるが連邦政府が全面的にサポートすると州担当者へ呼びかけるとともに、研究者に対しては政策決定のために事実 (Fact) がデータで示されることはとても重要であると期待を語った。このように会議全体を通じて、話題の中心は今回の医療改革であった。中には、共和党の健康政策関連スタッフがパネリストとして登壇して医療改革に対する批判を述べる場も用意されていた。主な批判は、導入される新しい皆保険の仕組みが非常に複雑でわかりづらいこ

表1 NHPC のアジェンダー一覧

全体セッション
<ul style="list-style-type: none"> • 現政権の優先的な健康政策 • オバマ医療改革 (Affordable Care Act, ACA) の施行に際しての州の課題 • 産業アナリストからみた医療 • 知事から見た医療 • オバマ改革後の公衆衛生 • 議会の政策について • 医療への投資動向 • 医療政策におけるメディアの役割
分科会セッション
<ul style="list-style-type: none"> • エビデンスを使って学習する医療システムを構築する • 軍と退役軍人への医療のこれから • 健康保険エクチェンジに関する最近の話題 • メディケア・メディケイド同時加入者にとって医療の価値を増加する政策選択肢 • 病院の医師雇用 • 医療改革に関する憲法問題 • 州の医療に関する研究と政策 • 小児ヘルスサービス研究 • 公衆衛生システム研究 • メディケイドマネジドケア • 経済の原動力としての医療 • 医療の質の測定と公表

とや、主な論点は保険加入者が増えると医療費が増大して運営がたちゆかなくなるのではないかと、といったことであまり目新しいものではない印象であったが、逆に聴衆からは「共和党が政権を取ったらどのように方針転換するのか」という質問も見られ (この質問に対しては話題がそれて具体的な回答が無かったように思う)、さらに民主党の関係者に対しては「Affordable Care Act は実に広範囲の問題に対応しているのに、医療訴訟や防衛医療 (Defensive Medicine) について対策が希薄なのはなぜか?」、等といった質問もあり、様々な角度から議論がなされていた。面白かったのは、共和党も民主党も目標は同じで米国民が受ける医療の質を改善し医療費を抑制することである、と対立する立場のパネリスト達が確認しあっていたことだった。事前に打ち合わせがあったのかどうかは定かではないが興味深いまとまりであった。

さらに共和党で皮膚科医でもあるアラバマ州知事の招待講演もあった。知事の講演は政治家として間違いを恐れてなのか主に原稿を読む形でなされたが、その声はオバマ医療改革への対応に追われる州政府のトップとしては実感がこもっていた。また、彼は州の中でプライマリケアの確保に実績があり、また現在、肥満対策の施策を進めているとのことで、いつの間にかそちらのアピールへ話が移っていくという政治家らしい一面もみられた。

病院や健康保険が通常の会社と同様に投資の対象となる米国ならではの、投資の専門家も招かれて、医療は成長産業と考えられるか、投資先として推奨されるか、等といったことも話していた。詳細は投資関連の英語に慣れていない筆者には理解できない部分も多く詳述をさけるが、全体として医療関連銘柄は変化に対応して成長する潜在力を持っているので投資先として良い分野だという論調だったように思う。

メディアの役割というセッションも設けられており、メディアが医療政策に与える影響が大きいのは論を待たないが、より細かく、例えば研究結果をメディアに伝えるにはどうしたら良いか、等が議論されていた。プレスリリースは重要だがおそらく十分ではなく、分かりやすく詳細を伝える方法 (決まったものはないが) の必要性などが議論されていた。

B. 分科会の様子

分科会では各個別テーマについて関係者が集合し、より詳細な議論がなされていた。筆者が参加してみたものを中心に概説する。

a. 医療改革に関する憲法問題

分科会の一つには医療改革に対する違憲訴訟の論

点は何かといったものがあった。法律の専門家が論点を解説するもので、筆者が理解した範囲では論点が2つあり、一つは州と連邦政府の関係、もう一つは個人の自由に関するものようである。

州と連邦政府の関係については、従来各州はメディケイド (Medicaid) という困窮者医療保険を運用しているが、それは州政府独自の予算に連邦政府からの補助金を加えた形で財政的にまかなわれている。今回の医療改革においてはその貧困層の対象範囲を拡大して皆保険を目指すのがひとつの柱となっているが、これが連邦政府による不当な強制ではないかということのようである。本来州には政策を選ぶ権利があり、拡大メディケイドを扱わないという選択肢が州にはあるという建前は守られているが、そうすると補助金が打ち切られて現状のメディケイドも運用ができなくなるので、州政府は困難な立場に置かれる。つまり、補助金を圧力にした強制であるという主張である。ただ、演者の意見ではそれが認められる見通しはあまりないという解説であった。

もう一つは保険を「買う」ことを義務づけてそうでない場合に税金上の不利な扱いをすることが、個人の自由を侵すものだという議論である。ある程度公共の利益のために個人の自由を制限することは米国でも認められているようだが、そのような他の事柄と健康保険が同列に扱えるのか、といったことが議論の中心であった。背景知識が薄い筆者にとっては少し理解が十分とは言えない面があったが、この議論の行方は今後の医療改革の行方を左右しかねないものであるために多くの参加者があり、活発な質疑応答がなされていた。

b. 公衆衛生の役割 (公衆衛生制度研究分科会)

公衆衛生の専門家も演者として講演が多数組まれていた。米国はこれまで無保険者や貧困層に対する医療提供が大きな問題であるため、公衆衛生の仕事はその対策が重要な部分を占めており、医療改革で国民皆保険が成立すると「仕事がなくなるのではないか?」、「もう予算は要らないね」と冗談を言われてしまうらしい。医療費の内訳をみても「総医療費」の大半は診療の提供に費やされており、予防を含む公衆衛生関連の支出は5%程度であるとされている。そのような自嘲気味の話もある一方で、今回の Affordable Care Act は医療費の抑制のためには予防も重要との認識から、各州における予防公衆衛生基金 (Prevention and Public Health Fund³⁾) の設立を定めており、その成立以降15億ドルの資金が計上されていることから、本当の意味で公衆衛生が必要とされる時代になるという期待も語られていた。その中で、これまででも地域ごとに算出した公衆衛生関

連予算の多い場所では、生活習慣病 (がん, 糖尿病, 心臓病) に関連した死亡率が低いというデータが示され⁴⁾, その重要性の再認識を再認識しつつ, 有効な予防体制構築などについて情報交換がされていた。ここでは同時進行の「医療提供体制の構築に州がどのような役割を果たしていくのか」という分科会よりも参加者数は少なかったが関係者の中での意気は高かった。

c. 医療システム運営現場から見た研究 (エビデンスを使って学習する医療システムを構築する)

研究者の観点から最も印象的だったのが、「エビデンスを使って学習する医療システムを構築する」というセッションだった。ここでの課題は、施設、病院グループ、医療保険において、データを使って医療提供体制を素早く検証して、それをシステムの構築に応用していくかということだった。まず何よりも電子カルテやレセプト、加入者名簿などのデータを利用できる形で抽出できることは必要条件であることは当然であるが、しかしそれだけでは十分ではない、という意見が繰り返しのべられていた。実際にデータからシステムの評価を行い改善した例として、カイザー (Kaiser Permanente) 病院の中で、予約申し込みから受診までの時間を短縮するために、主治医とは関係なく最も早く空いている医師の予約を取るシステムが検討されたが、他方で診療の継続性への懸念があり検証されたことが紹介されていた。同様の状況として「主治医が病院を辞めて他の医師に引き継がれた患者」と、他の「同じ医師に継続して受診している患者」の間で比較すると前者で「予防可能な入院」や「救急受診率」が高いといった結果が示されて継続性を重視する方策へ転換されたことが紹介されていた。

この結果は興味深いものであったが、さらに、「このような検証作業は現場にとっては重要だが、そのような解析が得意であるはずの研究者が積極的ではない」という問題点が指摘され、何が問題であるのかといった議論も盛んになされていた。そこで指摘された最大の問題は研究者に対して、専門家間での評価と、現場に役に立つかどうかの評価が乖離していることだということ。特に研究機関における研究者の評価基準は、何本論文を書いたのか、いくつ研究費を取ってきたのか、であるが、本当に解析結果が必要な現場から見ると、研究結果が論文を通して発表される場合には発表までの時間がかかりすぎて現場の役に立たないことが多い一方で、逆に現場で有用な解析であっても、サンプル数が小さい、対象集団が特殊、などの問題から研究として発表して

も良い学術誌に掲載されないリスクがあり研究者がそのような仕事をしたがらないということである。また、研究としても「統計解析をしたら関連が見つかった」という形の思考停止・統計ソフト任せの研究ではなく課題を解決するために頭を使うことの方が重要だ、との指摘がなされていた。このあたりは日本でも米国でも状況は似ているのかもしれない。しかし、面白いのは、そこからの議論の流れで、この分科会では（実現可能かは別として）現場や組織に貢献する研究の仕事も評価すべきだという方向に向かい、そのためには、論文化できない結果を発表する場を作るべきである、そのような準研究データベースを公的機関が構築すべきではないか、といった議論がなされていた。

d. 医療の質の測定と公表

米国は医療の質の測定、公表についてメディケアが行う全国的な制度が存在するなど、進んでいるが、それは活発な議論のたまものである。本セッションにおいても、指標は限界が必ずある、法律のように硬直的に当てはめようとすると弊害がでてくる、という認識が関係者の中で確認されていた。たとえば転倒率や予定外入院率などにも一定割合避けられないものはあるし、診療報酬を質評価の結果によって変化させる Pay-for-performance も他の施設との相対的なランクで増額や減額が決定されるのは、低いランクであっても質に絶対的な問題があるとは限らないので問題だ、などの議論もあった。また、指標が多数ある中でどのように優先順位づけをするか、またバランスを取るのか、といった課題もある。日本で米国の状況が引き合いに出される時に問題点が指摘されることは少ないが、これらを他山

の石として、あわせて今後わが国におけるシステム作りを検討すべきであろう。

4. 結 論

この会議の内容は米国の医療の特殊事情に関するものであるが、医療政策に関係する研究者や政策立案者、医療制度運営現場の担当者が広く情報を共有する場はわが国にも望ましいと思われる。ヘルスサービスリサーチが現場の医療を改善してあまねく最新の医学知見を国民に届けることを目標とするならば、それは医療現場、政策立案現場の問題を解決するものでなければならない。日本でも、医療現場も包含して、政策立案・実行現場・および研究者が広く情報交換しつよよりよい医療をつくっていくために協力するような場が、今後構築されることを切に願う次第である。

文 献

- 1) AcademyHealth: Advancing Research, Policy and Practice. <http://www.academyhealth.org/> (2012年4月2日アクセス可能)
- 2) Patient-Centered Outcome Research Institute. <http://www.pcori.org/> (2012年4月2日アクセス可能)
- 3) United States Department of Health and Human Services. The Affordable Care Act's Prevention and Public Health Fund in Your State. 2011. <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2011/02/prevention02092011a.html> (2012年4月2日アクセス可能)
- 4) Mays GP, Smith SA. Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30: 1585-1593.