

## 老人医療の評価と質の向上のための対策

入所者アセスメントとケースミックス支払方式による  
ナーシングホームの質の向上  
——アメリカにおける老人医療の政策課題——

ブラント・E・フリース博士  
通訳：小林しのぶ

社会保障研究所では、昨年9月21日に、ミシガン州立大学公衆衛生学部のブラント・E・フリース教授を迎えて、第5回社会保障研究国際交流セミナーを開催した。

本誌では、講演要旨と、フリース教授の日本における共同研究者である慶応義塾大学総合政策学部池上直己教授の補足発言の掲載にとどめ、セミナー参加者との一般討論は割愛した。

### 〔講演〕

ナーシングホームのケアの質を、どのようにして高くすることができるかについて、現在アメリカではいろいろな試みがなされている。今日はその試みについて、その中でも特に3つの試みについてお話をしたい。

まず1つは、ケースミックスの測定に関するRUGと呼んでいるリソース・ユーティライゼーション・グループ (Resource Utilization Groups) で、これは私と私の同僚とが開発したものである。このRUGというのは、基本的には入所者を分類するためのシステムである。つまりナーシングホームの入所者にはこういったタイプの人があるか、分類をするためのシステム



である。

この分類の方法はすでにアメリカのいくつかの州で実行され、RUGは医療機関に対する州政府の支払いに関するシステムとして利用されている。この分類方法を使えば、正しいケアを入所者に対して提供するインセンティブとなると、私どもは考えている。

2つ目は、ケースミックスに基づいた、アメリカにおける支払い制度の動向である。

3つ目は、入所者のアセスメントで、RAI (Resident Assessment Instrument) と呼ばれているアメリカ全国入所者評価法についてである。これは入所者に対して適切なケアを提供するために、どのようにすればよいか、それを決定するためのシステムで、アメリカにおいては

すでに使われており、臨床的なシステムとして、その効果もすでに現われてきている。

では、まずケースミックスの測定からお話をしたい。私がこのケースミックスに興味を持ったのは、エール大学で働いていたときだが、私の疑問は、いろいろ施設があるけれど、その施設ごとになぜこれだけコストが違ってくるのだろうかということだった。実際にいろいろと施設の調査をして、グループ分けをしていくと、中には他の施設と比べると、政府から支払われているお金が3倍も多いというところもあった。

なぜ3倍も支払われているのかとその施設に聞くと、「当たり前だ、それだけ重症の入所者がいるからだ」という説明であった。しかし、重症の患者や、重症の入所者の面倒をみるというのは施設にとっては当たり前のことである。そういったケアが必要でない人は、症状が軽いということで、施設入所者ではありえないわけで、もともと施設入所者というのは非常にケアが必要なわけである。

そこで、何があると患者、あるいは入所者に対してのケアが沢山必要になってくるのか、どういう特徴があれば、その患者に対して余計コストがかかるのかと考えた。そしてその答えがわかれば、施設間の正しい比較ができると考えた。

ケースミックスをどう使うかという点、たいしての人は支払いのときに使っていると考えているし、それが人の大きな興味の対象である。

ケースミックスというのは他にも使い方があがる。たとえば管理・運営といった使い方、こういった使い方については、まだ理解されていないと思う。

では、このケースミックス・システムがどの

ようにして開発されてきたか見てみたい。

ケースミックス・システムは、患者のケアに対してどれほどコストがかかるのか、資源の利用はどれほどになるかということ、予測するためにあり、私どもの考え方としては、これがこのシステムの目指すところである。

入所者の特徴を基にしてグループを形成することによって、資源利用の観点から、比較的同じ質の集団をつくっていった。

このようなプロセスを経てきたわけだが、そのプロセスの中で、私どもが重要と考えた3つの基準がある。1つは統計的なもの、2つは臨床的なもの、そして3つは管理・運営上のものである。

まず、実際の患者に対して、どのようなケアが提供されているか、どれだけのコストがかかるかを知るために、患者のグループ分けが必要となる。それが統計的な基準である。

その次に臨床的な基準というのは、このシステムの中で見ていく患者のタイプを見分けるために必要な基準である。つまり、対象としている患者、あるいは入所者に本当に適切なケアが行われているかどうかを、ここの臨床的な基準で見きわめていくわけである。

管理・運営上の基準とは、非常に質の高い、良いケアを提供させるためのインセンティブを、このシステムから見い出していこうというものである。

このような基準、あるいは領域を使って、プロジェクトを進めていった。その例をここで挙げていきたい。

たとえば、入所者の調査で、入所者ごとにどれほどコストがかかるかを見ると、カテーテルを付けた入所者のほうがコストがかかるということがわかった。それはカテーテルそのものが

非常に高いとか、カテーテルのケアそのものに非常にお金がかかるということではなく、カテーテルを付けている患者自身の病気の程度が重いので、それだけ資源が必要だということである。

そこで、カテーテルを使っている患者はすべて重症者とみなすというシステムをつくったらどうだろうか。つまりこのシステムの中では、カテーテルを付けた患者は、病気が重篤であるわけだから、それだけコストがかかるとみなすわけである。実はそういうシステムをつくってしまうと、患者がいれば即、誰でもいいからカテーテルを付けてしまえというインセンティブが働いてしまう。そこで、私どもがこのシステムをつくるのに当たって気をつけたことは、この3つの領域、つまり、統計的、臨床的、管理・運営的な基準において、できるだけバランスの取れたものにしていくということである。

また患者の容体というのは日々変わるうえ、長期的にも変わるので、毎日の資源の使い方ということ、このシステムでうまく説明できないければいけない。また、日々変わる患者の変化を、十分に取り入れることができるような複数のアセスメントを、このシステムの中に取り入れる必要がある。

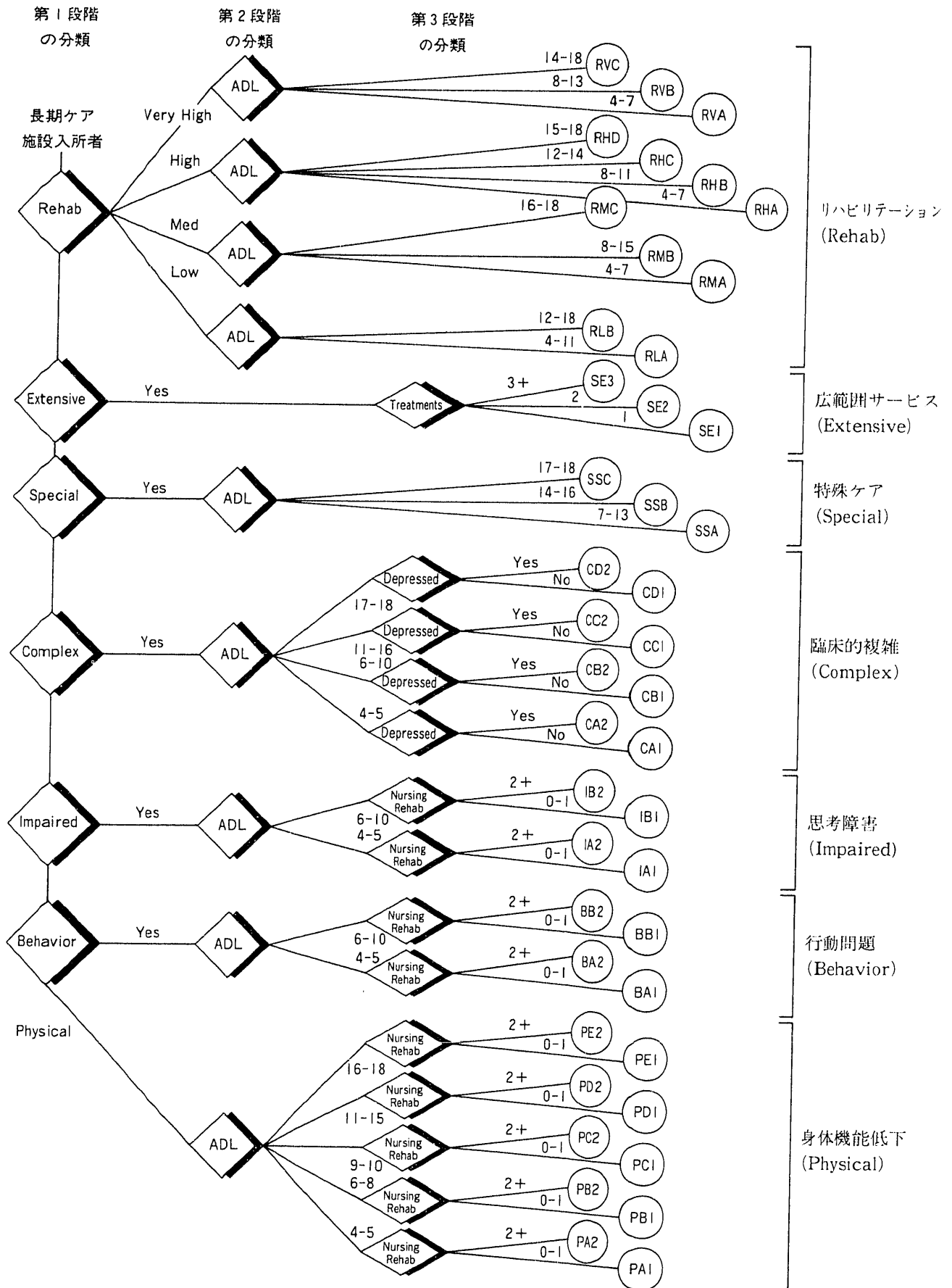
このシステムは、RUG（資源利用グループ）と呼ばれていて、現在第3バージョンまで改善されている。このシステムは、7つの州のナーシングホーム200カ所における7,500人の入居者のデータを基にしている。このようなデータを集めるにあたっては、入所者の特徴をできるだけ細かく評価した。また、スタッフがどれだけ入所者に対して時間をかけているかという、その時間をできるだけいねいに測定した。スタッフがかける時間は、施設によってずいぶん変

わってくるが、ナーシングホームのコストを考える場合、これがいちばん大きな部分を占めるコストになる。

これは、RUG-III システムと呼んでいるが、その中を見てみると、要素が3つある。まず最初はヒエラルキー、階層である。これは臨床像による分類で、6つの主要なタイプのグループである。2番目がADLによる分類で、これは患者の身体的機能がどのくらい残されているのかを、サマリーとして知るためのものである。高齢者の機能を考える場合、いちばん重要な指標であるADLをここでも使っている。3番目は、サービスの程度やうつ状態の有無、看護スタッフによるリハビリテーションの有無などによる細分化であり、患者によっては情緒が不安定で、ケアがそれだけ必要な人がいるし、またリハビリテーションが必要な人もいる。そういった患者をより詳しくグループ分けするための特徴づけも入ってくる。

図はRUGシステムの全体像を示しているわけではなく、ほんの一部だが、このRUGシステムが、どのように使われるものなのかを示している。ナーシングホームの入所者のタイプを分けていくと、主要なタイプはこのように分けられるというのが、私どもの発見である。いろいろなリハビリ治療を受けている人も入る。また、レスピレーター（呼吸器）などが必要な患者も含まれてくる。また昏睡状態にある患者は「特殊ケア」に入ってくる。ここで「臨床的複雑」といっているのは、たとえば片麻痺の患者である。またアルツハイマー病のように認識力に障害がある患者、行動上に問題のある患者も入ってくる。それ以外の患者でも、身体的に何か問題があるためにナーシングホームに入らざるを得なかったような患者も含まれる。

図 RUG-III の分類方法



そして、ADLを測定することによって、この患者をもっと小さなグループに分けていくことができる。さらにもう少し細かく分けようとする、ほかの特徴を使う。たとえば看護上リハビリテーションが必要な患者という、指標を基にして分けていく。

ここでそのグループの具体的な特徴について、少しお話をしたい。

日本とアメリカのコストを比べてみると、比較的近い値が出ている。日本の場合もいちばんコストがかかるグループと、いちばんコストがかからないグループを比較した場合、約8対1の違いが出ている。しかし現実には、そういった異なったコストのかかる患者に対して、同じ金額が支払われているということになる。これは非常に大きな問題になると考えている。事実これがアメリカでもいま大変問題となってきた。

ところで、各施設ごとに入所している患者に提供されるケアはそれぞれ違うので、それに対応した支払いがなされていかなければいけないわけである。つまり、ケアに非常にコストがかかる患者と、そうでない患者に、同じように支払っていくのは、正しいだろうか。もしもそれが許されるのなら、施設側、あるいは病院側には、できるだけ程度の軽い患者、手のかからない患者を、長く施設内に置くというインセンティブが働いてしまう。

日本におけるこの44のグループの分布の状態は、アメリカの分布の状態とずいぶん違っている。つまり、日本のナーシングホームに入所している患者のタイプの分布は、アメリカとは違うのである。でもこれは、それほど驚くべきことではない、当たり前のことかもしれない。

注目すべきことが2つある。第1は、様々な

タイプの患者がいるが、日本とアメリカではそれに対するコストのかけ方が、相対的コストが比較的似ているという点である。この点が、私が日本に来てナーシングホームを研究するに当たって、大変難しいと思った点である。

日本におけるナーシングホームと、アメリカにおけるナーシングホームは、違ったものだと考えざるを得ない。この点についてはのちほど考えてみたい。

2番目のポイントは、非常にコストがかかる患者のグループは、沢山はいないということだ。その数は限られている。

RUG-IIIのシステムがなぜ開発されたかという、そのような数少ないグループではあるが、お金がかかる患者グループを識別していくためだった。ケースミックス・システムの支払いでは、そのようなグループをまず認識し、見出すというのが、重要となってくるからである。

ケースミックスの測定そのものは、基本的には科学的な課題であるが、ケースミックスの支払いということになると、これは政治的な課題となってくる。施設ごとにコストが違う、患者ごとにコストが違うという事実を認めるか、認めないかは、政治家の判断にかかってくる。そして何らかの決定がなされれば、それに基づいて様々なインセンティブが出てくる。つまりそれをやるかやらないかによって、インセンティブの方向がまた違ってくる。

では、なぜケースミックスによる支払いが興味、あるいは関心の対象になっているかである。

ケースミックスによる支払い方法を使うと、ケアが非常に必要な重症の患者に余計に上乘せされ、ケアがそれほど必要でない患者には、少ない額が支払われるということになる。私は個

人的にもこれが非常に重要だと思っている。というのは、非常にケアが必要な重症な患者が、どうしても各施設ごとに出てくるので、そういった患者に適切なケアが提供できるように、施設側に働きかけることは、重要なことだと思うからである。適切なケアとは、そうでなければならぬ。それ以外の方式、たとえばナショナルレート（全国的な一律なレート）からはじき出したり、あるいは施設全体にかかるコストから計算したりすると、最終的には非常に不公平な支払い方式になるのではないかと考える。

また、年がたてばケースミックスが各施設ごとに変化してゆくわけで、その施設ごとのケースミックスにうまく対応できなくなるということも、ここでは問題となってくる。

日本の場合でも同じで、1つのタイプのナーシングホームをとってみて、そのケースミックスを調べていけば、ほかのタイプのナーシングホームのケースミックスとはやはり違ってくる。

このように、入所している患者のタイプが違うので、そのタイプの違う患者のケアをしている施設に対して、どのように支払いを変えていけばよいのかは、大きな問題となってくる。そこでケースミックスの中では、各施設ごとの患者のタイプの分布が年ごとに変わっていくので、その変化に正しく対応することが、自動的にできるようになっている。

このケースミックスの支払い方法を使えば、コストを全体的に抑えていくことができるのではないかと考えている人がいるけれども、必ずしもそういうわけではない。施設に対して支払うお金を少なくすれば、それだけでコストを削減することができるわけだから、どのようなシステムを使っても同じである。

このケースミックスの支払い方式のデザインをする場合に、考えなければならない課題がいくつかある。まず1つは、過去にその施設ではどのくらいコストがかかったかということで、そのコストに基づいて支払いを決めるというやり方である。もう1つは、過去のコストにはまったく関係なく、各施設ごとにどのくらいお金を得ていたのかという、歴史に基づいて、フィックス・プライス（固定価格）で考えていくというやり方である。アメリカの場合は、これまでの過去のコストには関係なく、正しい支払いをするために、価格について、費用を基準にして決めていくという方法が、大切になってきている。

また、患者のタイプごとの調節が必要だが、具体的に何をどのように調節をしていくのかが問題である。また患者もタイプが変わるわけで、そのタイプが変わると、タイプの変化に合わせて、どれほどシステムがそれに対応できるかである。つまり、年がたつにつれて患者の重篤度が増していく場合もあるし、病気が軽症になっていく場合もあるわけだが、そういったタイプの変化に対して、どれほどシステムがうまく、早く追いついていくかということである。

またシステムの中にどのタイプの患者の入所についてインセンティブを組み込んでいくのかということ、これも重要である。たとえば、患者に対処するためのインセンティブについて、私どもの経験がある。患者のアウトカム（ケア結果）に基づいて、非常によい結果が出たら、それをどのようにして利用していけばよいのかという、可能性についても考えている。

また、施設に対して支払われるお金が適正なものになるようなシステムをつくっていかねばならないが、その場合には患者のアセスメ

ントが必要になるだけでなく、それをサポートするようなデータシステムも必要となる。

このRUG-IIIシステムは、すでにアメリカの何州かで実施されている。1986年からニューヨークではメディケイドの支払い制度の一部として使われており、日本円に直すと約30億円支払われている。それ以外にテキサス州でもこのシステムが使われていて、1994年の末までには50州のうちの13州がRUG-IIIを使ったケースミックスの支払いシステムを導入することになっている。

アメリカにおけるナーシングホームの質を向上させるために、いろいろな問題を研究していく中で、アメリカ連邦政府は1987年に、1つの法律を制定した。その法律に基づいて、アメリカにおけるナーシングホームの質が良くなることを、私どもは望んでいる。そして法律では、入所者のレジデント・アセスメントを義務とする勧告がなされている。その法律の内容を一部紹介したい。

まず、ナーシングホームの入所者を特定するためのナショナル・システム（全国的なシステム）が必要であるということである。これは、一人ひとりの入所者に対して、包括的なアセスメントを必要としている。また、全国的に同じ内容のもので、また正規の看護婦によってそれが実施され、コーディネートされるということである。

ここで、コーディネートという言葉を使っているけれども、この言葉に注意していただきたい。必ずしも正規の看護婦が直接これを行う必要はない。コーディネーターとして入っていればいいわけである。ということは、入所者のケアに関係する人々すべてがこの中にかかわってくる。もちろん、看護婦は治療上のケアにたず

さわるし、介護者は看護婦が提供するケア以外のケアをする。また、医学上のいろいろな記録だけではなく、患者の家族から聞き取った調査、報告も入ってくる。

ここに含まれる患者というのは、連邦政府によって支払われている患者だけではなく、それ以外の患者でも、とにかく施設に入っている患者はすべて含まれる。

このような制度の実施は、入所したときに行われるだけではなく、毎年1回は行われるし、また患者に何か大きな変化が起これば、そのたびに行われる。

このような試みの中から生まれてきたのが、RAI (National Resident Assessment Instrument) である。RAIが目指している唯一の目標は、ケアの計画を正しく立てることによって、入所者に対して提供されるケアの質をできるだけ向上させることである。

このRAIの方法を開発するに当たっては、4つの大学やセンターに対して、協力をお願いし、契約を結んでいる。私が勤めているミシガン大学もその1つである。そして1991年の4月までには、アメリカのすべての州で導入が完了した。

このRAIの手法の1つとして、MDS (Minimum Data Set) がある。入所者の評価は、非常に広範囲で包括的なものになり、含まれているアイテムの数は350にもなる。ミニマムデータセット、最小のデータセットといっている割には、ずいぶん量があるではないかというのが、アメリカでの反応である。けれども、各入所者に対して適切なケアのプランニングをするために、どうしても欠かすことのできないアイテムを数えていくと、これだけになる。それを全部入れたのが、このミニマムデータセットである。

ただ実際には、ナーシングホームの中でうま

くアセスメントがされていない分野もある。たとえば視聴覚の部分、あるいは情緒不安定について述べられている部分を見ていただければ、それはわかると思う。また歯科のケア、栄養もそうである。

この中では患者の悪いところ、できないところばかりを見ているのではなく、患者が何に優れているかとか、何ならできるのかといった長所も、述べられている。たとえば自立ができる、自分の身の回りのことができるというような様々な能力を高めるための、個別の患者の特徴、すなわち長所もわかるようにしてある。

例や説明が沢山書いてある理由は、たとえばこれを見ただけでは何だかよくわからなくて、ほかの本を見なければ詳しいことがわからないという仕組みになっていると、わざわざその本を探しに行くだろうか。そういうことはまずないと思う。だから、例もできるだけ多く入れた。なぜなら、そういった例がなく、簡単に質問だけあった場合には、それを解釈する仕方が、読む人によって違ってくることが有り得るからである。

たとえばアメリカでは、患者がミルクを飲む場合、そのミルクの carton を誰かが開けてあげたとすると、それだけではその患者は自立性がないとはみなされない。患者が自分で食事ができれば、それだけで自立性があると考えられている。そういうことは非常に細かいことではないかと思われるかもしれないが、患者の能力がどのくらいあるかということ、注意深く評価していく必要があるので、そういう例を挙げている。

また、いろいろなサービスの時間的構成はどうなっているのか、頻度はどうなっているのか、密度はどうなっているのかということも特定し

ている。たとえば、患者が自分で食事が摂れているといった場合に、それはいまなら摂れるというだけなのか、あるいは今週は摂れたということなのか、あるいは今年全体を通じて摂れていたということなのか、そのいつということが大変重要になってくるからである。

また、このミニマムデータセットを開発するにあたって、パネリストとして医師、看護婦、臨床家、管理者、あるいは行政監察官に参加していただいた。また、アメリカのナーシングホームに関係しているいろいろな組織、機関（たとえばアメリカの医師会、精神学会等）にも参加していただいている。また、現在入手可能ないろいろな方法があるけれども、そういったものも確認した。

また、これを開発するにあたっては、多くの意見をうかがい、またコメントを出していただいた。私どももいろいろと調べて、最終的には50回ほど改訂をして、このようなバージョンができています。

このアセスメント表に書き込んでいただくのに必要な時間は、平均して80分ぐらいである。最初は時間がかかって、4時間ぐらいかかるということもあるが、10回もやれば、最終的には80分ぐらいで書き込めるようになっている。けれども患者ごとに、入所者ごとに、これだけ細かい評価をするのは、大変な負担だという施設が多いというのが現状である。そのような施設に対しては、患者についてよく知らなくて、どうやって正しくケアができるのですかと、強調している。

ただ、情報が集まったからといって、それをポンと渡せばすむというものではなく、それをどのように使えばよいかについても、指導をしていく必要がある。



では具体的に、ここから得られた情報によって、良いケアプランをつくるためには、どうすればよいか。私どもはこの情報を使ってケアプランニングをする場合に、臨床家のお手伝いになるようなシステムをつくり上げた。

このプロセスには2つステップがある。まず最初のステップは、「トリガー（引き金）」と呼ばれている部分である。これは、ナーシングホームの入所者が抱えている痴呆、失禁等の主な18の問題点を挙げ、それぞれについてケア計画の必要を明記した手引きである。ナーシングホームの入所者に共通して見られる問題で、しかも非常に深刻な問題がここに挙げられている。この18の分野それぞれに対して、さらに RAPs (Resident Assessment Protocols=指針=) がある。

まずトリガーを使って、その18のいろいろな問題を、患者が実際に抱えているのか、あるいはこれから抱えるリスクがあるのかということ洗い出していく。これは MDS (Minimum Data Set) の中の各項目、アイテムに基づいている。まず、この段階で18の分野のどの問題を患者が抱えているのかがわかれば、それを引き金として、次の段階に移って、RAPs を基にケアの計画を立てていく。このケアプランをつくっていくに当たって、ガイドラインの役割を果たすのが RAPs である。

たとえば、RAPs の No.6 というのは、失禁に関する RAPs であるが、ガイドラインに従って進んでゆくと、ケアのプランニングをする場合、どのように考えていけばよいのかが書いてある。しかし、これを読めば直ちに、患者のケアがわかるというのではなくて、患者のケアのプランニングをする場合に、どこに注意をしなければよいかという注意点がわかるのであ

る。

たとえば、これは薬物療法に関係している問題なのかどうか、つまり薬を使うことによって、かえって問題が起きているのだったら、その薬をやめることを考えたことがあるか、あるいはその量を減らすことを考えたことがあるか、あるいは、他の薬を使うことを考えたことがあるかということである。この分野の専門家、たとえば失禁なら失禁の専門家が、こういう場合にはこういう治療をすればよいのではないかということが、わかるような書き方になっている。

治療で非常に状態が改善するという場合もあるだろうし、あるいは治療してもうまくいかない場合でも、何とかそれに対応すればよい。つまり、治癒がなかなか期待できないのであれば、その問題にうまく対処していくためにはどうすればよいか、ここから考えられる。

以上のケースミックスと RAI の2つのことを整理をすれば、次のようになる。

まず RAI は、アセスメント、つまり評価である。患者、入所者の特徴を評価することによって、その患者のケアに何がいちばん重要なのかを、発見していく。ケースミックスというのは、その中でも特にコストに関係してくる特徴を見出すものである。最近では、コストが非常に大きな問題となってきているので、ケースミックスも、支払いということを考える場合の、アセスメントの1つのアプリケーション、応用として考えていくことができる。

ここでアセスメントデータが細かく揃ってくれば、それに基づいて、ケースミックスによる支払い方法のみならずクオリティ、品質のためにこのようなデータを使うということも可能である。つまり、施設ごとの管理・運営のために使う方法である。またナーシングホームに対し

て、これからどのような政策を行っていけばよいのかといった、政策立案のためにも、こういったデータを使うことができる。

最後に、重要なポイントを1つお話ししたい。

まず、ナーシングホームと一口にいうけれども、これの意味するところは国々によって違うということである。ナーシングホームでいろんな統計を、たとえばアメリカでとり、日本でとった場合、その違いを見て、どのようにそれを評価をすればよいのか、考えてしまうのである。ただ、この問題については、簡単な答えが見い出せそうである。たとえば入所者に対して、完全なアセスメントを行って、そのデータがあれば、そのデータに基づいて、日本とアメリカの患者を直接比べるということは可能ではないかと思う。原点をそこに持っていけば、そのあとはいろいろ積み重ねが可能だと思う、また他の国に応用していくことも可能だと思う。

実はこういった考え方に基づいて、すでに、国際RAIと呼ばれる試みが行われている。これはアメリカ、イタリア、スウェーデン、日本、イギリスなど13カ国が参加して、ナーシングホームの入所者のデータを比較するものである。日本は池上先生に参加をさせていただいている。たとえば、デンマークの場合には、今年コペンハーゲンでナーシングホームの入所者に対して、同じRAIを使って、同じ試みがなされている。長期的なケアシステムが、各国によってどのように違うのか、それを財政的にどのように援助しているのかという違いを見きわめるためにも、こういったデータは大変重要になると思う。

## 補足発言

池上 日本の場合について、私から補足したい。ケースミックスのタイムスタディのやり方は、アメリカと同じマニュアルにしたがって、同じ方法を用いて行った。ここで測っているのは、患者に帰属する固有のコストの部分で、そのほかのコストは、先ほどフリース教授が述べたように、たとえば光熱費や減価償却費などは、均等に案分できる。あるいは、薬剤費などもかなりケアの重症度に関係しています。ですから、基本的に案分できるものは案分できる。それ以外のケアのコストは、こうした重症度に関連すると考えてよいと思う。

ナーシング・コストについては、日本の場合たしかに、その地域差というのは多少出てくると思うけれど、実際に施設を調べて感じたより大きな問題は、地域差というよりも、職員の年齢構成だと思う。というのは、アメリカの場合は職能給が徹底しているので、だいたい勤続5年になると、あとは物価調整手当以外のベースアップはないので、看護補助者の給与が、経験年数が何年になっても、准看護婦の給与以上になるということは、決してありえない。ところが日本の場合、老人ホームで公的性格が強いところでは、年齢にしたがって給与が非常に上がって行って、ある施設では最高齢の寮母の給与は、施設長よりも高給ということになる。

そうになると、職能ごとの平均賃金に基づいて、原価を割り出すという方式は、日本では問題がある。なお日本の場合、福祉施設については、職員の人件費に対して、多少考慮をしているけれども、診療報酬に関しては、まったくそういう考慮はなされていないので、今後の課題として、

職員の年齢加給分まで診療報酬として、あるいはケアの費用として、費用保障する場合にどうするかという問題があると思う。この問題は、先ほどフリース教授がいわれた科学的課題ではなくて、政治的課題なので、ここでは簡単には結論は出せない。ただ、患者の受けるサービスの量からすると、年齢の高い方から受けたほうが、サービスがより充実しているということは、

必ずしもいえないと思う。適正な費用保障とは何か、職員の立場に立った適正な保障か、患者の立場に立った適正な保障かというのは、考えるべき課題だと思う。

(Brant E. Fries PhD.)

ミシガン大学公衆衛生学部教授)

(こばやし・しのぶ フリー通訳者)