

オンロック/PACEモデル (米国高齢者医療介護プログラム)の概要と課題

— わが国介護保険への示唆 —

河口 洋行

■ 要約

本稿では、最初に米国の高齢者向け医療介護統合モデルであるオンロックと、オンロックをプロトタイプとして全米各地で実験的に実施するPACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) プログラムについて概要を説明した。特にオンロックの特徴である多職種チーム (multidisciplinary team) によるサービス供給は、経営学的にもその効率性が優れる点を指摘した。次に、オンロックとわが国公的介護保険の比較検討を行った。最後に、公的介護保険への示唆について考察した。そこでの示唆は、わが国公的介護保険での、① ケア統合の強化、② 品質管理と事後チェックの徹底、③ 顧客セグメント別サービス供給体制の検討、を挙げている。

■ キーワード

ケアの統合、オンロック、介護保険

はじめに

オンロック (On Lok) とは「安楽」を英語表記したもので、サンフランシスコの中国人街で生まれた、慢性期ケア (Long term care) の供給および保障モデルである。当初は、東洋人にもみ通用する特殊な方法と見られていたが、その成果が明らかになることによって、オンロックをプロトタイプとして全米各地で実験的に実施するPACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) プログラムが創設された (2000年3月時点で13州の25組織が参加、加入者約7,500人)。医療福祉分野に市場原理を積極的に活用している点で、世界的にも特殊な米国ヘルスケア市場において、東洋的と言われるモデルがこのような成果を上げたことは注目に値すると考える。

オンロック/PACEモデルについては、わが国では過去に前田 (1990)、鳩野 (1996)、日原 (1997) によって90～97年に紹介されている。最近では

Bodenheimer (1998) が慢性期ケアの理想的なモデルとして、近藤 (2000) が日米医療福祉複合体の比較例として取り上げている。ここでは、わが国介護保険とオンロック/PACEプログラムを比較し、その相違点からわが国公的介護保険制度への示唆を得たい。

本稿では、始めにオンロック/PACEプログラムについて概要を説明し (I)、次にオンロックの課題について分析を行い (II)、そこからわが国介護保険の示唆について考察を行った (III)。特にこの示唆では、わが国介護保険での① ケア統合の強化、② 品質管理と事後チェックの徹底、③ 顧客セグメント別サービス供給体制の検討、を挙げている。

I 米国オンロック/PACEモデルについて

1. その背景と狙い¹⁾

- (1) オンロック・シニアヘルスサービスのこれまでの経緯

① 当初は、チャイナタウンの住民中心

オンロックは、急性期医療から配食まで含めるサービスモデルである。そもそも、サンフランシスコ市のチャイナタウン(Chinatown)、ノースビーチ(North Beach)、ポークガウチ(Polk Gulch)近隣の虚弱な高齢者の福祉を心配した住民によって、1971年に設立された非営利団体である。当初は英国のデイサービス(day service)をお手本として、デイヘルスセンター(Day Health Center)といわれる自前の施設を設立運営したところから始まっている。

② メディケア助成金により病院とナーシングホームのサービスを追加

1979年にはメディケアの助成金を受け、病院とナーシングホームがサービスに追加され、慢性期ケア(long term care)の統合プログラムとして再編成された。

③ メディケア・メディケイドの権利放棄(waivers)の対象に

1983年には、メディケアとメディケイドの「権利放棄」(waivers)に適格し、双方より毎月1人当たり一定金額(capitation)の給付を受けることとなった。これによって統合されたサービス(例えば、通所介護[day health service]、入院[hospitalization]、移送[transportation]、配食[meals]、在宅サービス[in-home service])を供給することとなった。

1996年にはサンフランシスコ市全域にサービスを拡大し、現在では市内6カ所に自前の施設(オンロックでは「サイト」と呼んでいる)を配置し、約800人の虚弱な高齢者が加入している。なお、サンフランシスコ市の人口は80万1,377人で面積75.62km²、人口密度は10,600人/km²である。

(2) オンロックのターゲット層

① 加入者条件は、年齢と障害

オンロックの加入には、(a)55歳以上、(b)サンフランシスコ市在住者、(c)カリフォルニア州からナーシングホームへの入所資格を認められている、の3点が必要な条件である。

表1 加入者のプロフィール

メンバー概要	項目
平均年齢	83歳
人種	アジア人種が60%
公的保険の加入状況	メディケア & メディケイド加入者が88%
月収	月収\$800以下が約84%、SSI受給者が67%
医学的状态	平均7つの既往疾病を抱える
日常生活での要介助状況	入浴84%、歩行58%、移動53%、食事13%、身繕い77%、着衣70%、排泄58%に介助が必要
平均加入期間	3～5年(生涯の最終段階)

出所：On Lok Home Pageより作成

② 加入者は重度介護が必要な者が多い

オンロック加入者は、アジア人が約6割と依然多く、約9割がメディケアおよびメディケイドの適格者(低所得高齢者)である。医療的には平均7つの既往症を持ち、日常生活の介護としては約8割が入浴、約6割が排泄、約5割が移送に対して何らかの支援が必要である(表1)。

平均加入期間が死亡前の3年から5年であることをみても、生活保護にあたるSSI(Supplemental Security Income)受給者が、加入者の約7割であることをみても、重度の医療介護が必要な低所得者が大層の加入者層となっている(カリフォルニア州全体では、高齢者の33%がSSI受給者)²⁾。

2. オンロックヘルスサービスの基本的な仕組み

(1) オンロックのファイナンス方法

① メディケア給付は、AAPCCを基準に算定

メディケアからの給付金額は、1982年のTEFRA法(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act: 課税公平財政責任法)に規定された、AAPCC(Adjusted Average Per Capita Cost)に基づいて支払われる。99年の支給額は1人当たり平均\$1,308/月である。

② メディケイド給付は、ナーシングホーム入所者コストを基準に算定

メディケイドからの給付は、ナーシングホーム入所者のコストをベースにして5～15%低い水準を目安に、毎年カリフォルニア州保健局との交渉によって決められる。99年の支給額は1人当たり平均\$2,308/月である。この水準はカリフォルニア州のナーシングホームでの1人当たりコストの約85%である(ENG et al. 1997)。

③ 1人当たり給付額は約\$3,600/月

オンロック加入者の88%はメディケア・メディケイド両方の適格者であるため、加入者1人当たりの支給額は約\$3,600/月となっている。これは、わが国介護保険の給付額(要介護度Vで約36万円)よりも高額で、米国の営利ナーシングホームの平均的費用、\$3,000/月程度³⁾と比較しても高コストである。一方で、患者の重篤度を考慮に入れた場合には、メディケア(運営者は連邦政府)・メディケイド(運営者は州政府)ともに、重篤度を考慮した加入者1人当たりコストより5～15%低い費用を給付すればすむため、財政的には節約が可能となるとされている⁴⁾。

加入者の負担は、メディケア・メディケイド両方の適格者は無料となる。併せて、サービス受給時の加入者自己負担(定率負担coinsuranceや定額負担deductibles)はなく、メディケア・メディケイドで指定されている以上のサービスが追加で供給されても、そのための追加負担は発生しない。なお、どちらかが欠格する場合はその不足分を自己負担することとなる。例えば、メディケイド欠格者は、月額\$2,000以上を自己負担することとなり、負担できる層に限られる。

このようにオンロックは、メディケアおよびメディケイドからの人頭払い方式による給付を、主な財源として運営されている。人頭方式(一人当たりの定額払い)であるため、オンロックが加入者が必要とするケアを供給する義務を負い、そのための財政リスクを負っている。

(2) オンロックのサービス供給方法

オンロックのサービス供給方法においては、①加入者のニーズに適合させた資源配分、②広いサービス範囲、③多職種チームによるサービス供給、④QAIP(On Lok's Quality Assurance and Improvement Program)によるアウトカム評価の4点の特色が挙げられる。

① 加入者のニーズに適合させた資源配分

オンロックの特徴の第1点は、加入者のニーズを文化的背景や価値観にまでわたって把握し、そのニーズに応える体制を取っている点である。具体的には、加入の際に細かなアセスメントを行い、家族も含めて加入者の意向を最大限くみ上げる手法を取っている。

終末医療においては特に、死亡約2カ月前から「コンフォートケアプラン」(Comfort care plan)が実施される。これは、重視する精神的項目(文化・道徳・信条等、人種等個人によって大きく異なる)をアセスメントした結果から、ペインコントロールや生活保全のプログラムを組む仕組みである。この結果病院でよりも自宅で死亡する割合が高く(自宅死亡率は全米平均約2割に対してオンロックでは約7割)、加入者の満足度を高めるため、ニーズに合わない終末医療を積極的に行わない傾向が伺われる。

② 広いサービス範囲

特徴の第2点は、利用者のニーズに適合できるように広いサービスの品揃えを行っている点である。重度の介護が必要な場合には、自律的に必要なサービスを選択・注文することは難しい。ところが必要なサービスは多岐多様に渡るため、縦割行政や供給主体の都合によって、バラバラに供給されることが少なくない。

オンロックは医療サービスから介護・社会福祉サービスまで包括的にワンストップで供給できる体制になっており、そのカバー範囲は、メディケア・メディケイド・地域サービスを含めたカバレッジよりも大きい(表2)。

表2 オンロックの対象サービス比較

	Medicare	Medicaid	HCBS	On Lok	介護保険	医療保険
Inpatient hospital (入院)	○	○		●		○
Skilled nursing home (亜急性期)	○	○		●		○
Therapies (OT, PT, ST)	○	○		●		○
Physician (医師診察料)	○	○		●		○
Outpatient hospital (外来)	○	○		●		○
Ambulatory surgery (救急手術)	○	○		●		○
Home health (在宅ケア)	○	○		●		○
Hospice (ホスピス)	○	○		●		○
Laboratory (検査)	○	○		●		○
Radiology (放射線医学)	○	○		●		○
Ambulance service (救急移送)	○	○		●		—
Medical equipment/supplies (医療材料)	○	○		●		○
Psychology (心理学)	○	○		●		○
Custodial nursing home (重度慢性期)		○		●	○	(○)
Drugs (薬)		○		●		○
Optional needs (dental, vision, etc)		○		●		○
Personal care (日常生活の介護)		○		●	○	
Social service (recreation, supervision)			○	●	—	
Nutrition counseling (栄養指導)			○	●		
Case management (ケアプラン作成)			○	●	○	
Homemaker (家事サービス)			○	●	○	
Respite care (家族介護者支援)			○	●	△	
Adult day care (デイケア)			○	●	○	
Adult foster care (身体介護・養護)			○	●	○	
Extended personal care			○	●	△	
Extended home health aide			○	●	△	
Companion service (付き添い)			○	●		
Caregiver training (介護教育)			○	●		
Home delivered meals (配食)			○	●	(○)	
Extended home health nursing (在宅看護)			○	●	△	△

注1: HCBS = Home and Community Based Service

注2: adult foster care = community-based living arrangement with 24-hour supervision, protection, and personal care

注3: ○はサービス給付対象, ×は給付対象外, △はサービス量に制限があることを, (○)は実質上給付対象であることを示す。

出所: Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing より作成。

一方で、利用可能なサービスはオンロックのネットワーク内に制限される。そのため、ケアプランは本人や家族と相談の上で作成されるものの、これまでのかかりつけ医師を指定したり特定の

サービスを選んでの利用などの利用者側の意向のみで自由にならない部分もある。

③ 多職種チームによるサービス供給の優位性

第3は、多職種チームが、サービス供給を行う

表3 オンロックの多職種チーム構成

<ul style="list-style-type: none"> ・登録看護婦 (Registered Nurse) ・ソーシャルワーカー ・管理栄養士 ・プライマリケア医 ・施術看護婦 (Nurse Practitioner) ・理学療法士 ・作業療法士 ・ヘルパー ・送迎車運転手

注：顧客の担当およびミーティング実施の単位であり、サービス供給は個別に行う場合が多い

出所：オンロック home page および近藤(2000)より作成

点である。オンロックでは、表3にあるチームで加入者個人を担当し、全職種が参加する毎朝のミーティングで、加入者の症状に応じてプラン変更およびサービス供給実施の決定が行われる。このミーティングには送迎バンの運転手も参加しており、送迎の際に利用者の健康状態をチェックしてプラン変更を促すなど、素早い対応が可能となっている。その変更は毎朝のミーティングで即座に決定され、その結果どのような影響があったかについても次回のミーティングで把握可能である。また、慢性期ケアの供給に関わる全プロセスが1つのチームで管理されるため、取引費用(情報等を伝達するコスト)を抑えかつ情報の偏向なく全メンバーに情報伝達が可能である。

このようなチーム活動を支えるため、オンロックではIntegrated Chronic Care Information System(以下ICCIS)という独自の情報システムを導入しており、加入者個人毎の病歴、健康状態、家庭状態等を記録している。このICCISによって、多職種チームの全職種が加入者の通所回数、入院日数、栄養管理状態等を同時にチェックできるようになっている。毎朝のミーティング内容も即時入力され、追加情報も逐次入力される。筆者が訪問したサイトでは、3人が専属でシステム運用のための情報管理に配置されており、その管理コストは不明である

が、かなり重点が置かれていることが伺われた。

④ QAIPによるアウトカム評価

オンロックでは、QAIPによって独自のアウトカム指標を収集し、事後チェックを定量的に行っている。この方式は人頭払い方式のような包括支払方式と組み合わせて、個々のサービス供給を柔軟に行う場合には、従来のプロセス(サービス供給課程)でチェックするよりも、効率的なチェックシステムであると考えられる。

(3) オンロックのインセンティブシステム

① 保険市場での競争

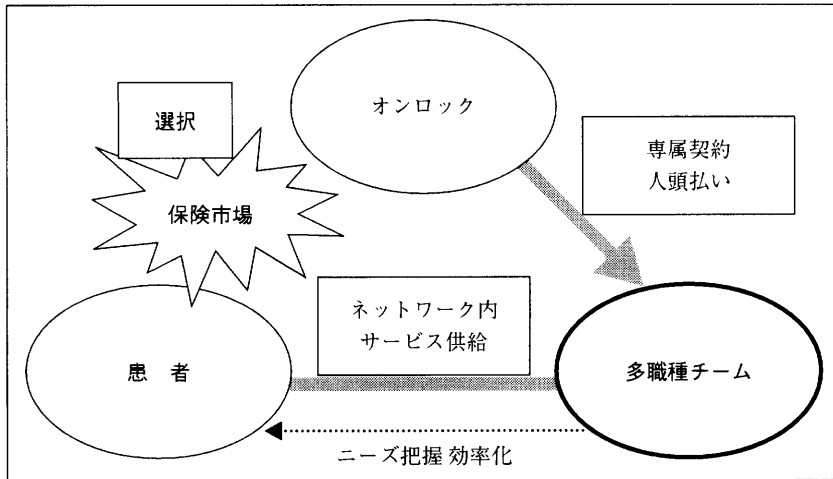
オンロックでは選択的契約は加入者との間で締結されており、ここに市場が存在する。実際に、チャイナタウンでは少なくとも7プランのメディケアHMOプラン(NCQAの認定を受けたもの)が販売されており、オンロックはこのなかから選択される必要がある。オンロックと多職種チーム(サービス供給者)は専属契約関係にあり、ここでの選択や競争は生じない。また加入者はオンロックのネットワーク内でしかサービスを受けられない。

② 財務リスクの所在

オンロックは、前述のメディケア・メディケイドから引き受けた財務リスクを各「サイト」の多職種チームに対して転嫁している。通常財務リスクは保険料収入と保険給付額のギャップが生じるリスクを指す。オンロックでは専属のサービス供給者(多職種チーム)への支払方式を人頭払いとし、各チームに財務リスクを負わせている。現状では、各「サイト」は80人から120人程度の担当加入者を抱えており、この人数に人頭払いの単価を掛けた収入を得ることとなる。このため、必要なサービスを峻別し、できるだけ効率的なサービス供給を継続的に改善しながら行うインセンティブとなっている(図1)。

③ ケアの統合方法

オンロックは、多職種チームによってサービス供給のほとんどを行うことによって、「ニーズ把握によ



注1: 太線は、主に財務リスクを負っている者を示す

注2: 点線は財務リスクを負う者が、リスクを制御可能な手法

出所: 河口作成

図1 オンロックのインセンティブ・システム

る資源の最適配分(医療から介護への資源シフト、特に過剰な終末医療の削減)」と「ケアの統合(チーム方式による取引費用の削減)」が強く促進されていると推測される。

しかも、オンロックは顧客特性を絞り、ニーズを平均的に揃えることによって、顧客特性把握のための取引費用を低減し、サービス供給の多様化を一定に留め、チームが供給するサービス種類の減少による熟練度の向上を可能にしている(例えば重度介護も回数を重ねれば習熟し単位時間コストが下がる)。

(4) 経営学的見地からのオンロックの評価

経営学から見てもこのようなサービス供給モデルは、「参加型リーダーシップ」による従業員のモラルアップ(全員によるミーティングで毎朝情報伝達をすること)によって、「情報の選別や加工が、不適切かつ高コストで行われることが防止」され、低コストで品質管理が容易になるというメリットが指摘できる(岡本 1976)。

90年代前半に米国を中心に導入された新しい

経営手法の1つであるリエンジニアリングの考え方から見ても、このオンロックにおける多職種チームによるサービス供給モデルはプロセス改善の事例と共通点が多いことを指摘したい。Hammer(1993)によれば、品質・サービス・柔軟性・低コストを満たすためのリエンジニアリングの特徴としてさまざまなケースに共通する9つの点を上げている。そのうち少なくとも以下の3点については、オンロックモデルとの共通点が指摘できる。①これまで分割されていた仕事や業務を統合しケースチームに統合することによって、責任の所在の明確化・情報伝達の効率化・管理費用の削減ができる。これは正に多職種チームを指す。②従業員が意志決定を行うことによって、管理コストと適時適切なサービス提供を行う。これは朝のミーティングによる意志決定を指す。③チェックと管理を減らすことによって、細かな不正防止のためのコストが便益のコストを上回ることを防ぐ。これにはQAIPによるアウトカム指標管理も当てはまるといえる。

併せて、結果として重度の介護が必要な者に加え、加入者を絞り込んでおり、この患者特性の絞り込み

はHerzlinger (2000)のいうフォーカスト・ファクトリー方式による規模の経済による効率化(例えば椎間板ヘルニア手術専門の病院では、症例数が多くプロセスがほぼ同じとなるため、手術の習熟度の向上やプロセス改善が見られる)と同じ戦略を採っていると思われる。

このように、オンロックの統合モデルは、経営学的に見てもサービスの品質と低コストを両立させる手法として評価できると考える。

(5) オンロックの成果と課題

① コストは10%程度削減。客観データ比較は2000年から可能に

オンロックは、メディケアのFFS下でよりも多くのサービスを供給し、かつコストを10%以上削減することに成功している(Bodemheimer 1998)。医療の高度化や合併症のような症状の複雑化に対応するには、多職種チームによるサービス供給が有効で、虚弱高齢者のケアにおいても同様であるとの研究結果もある(Jeffrey 1996)。また、後述するPACEプログラムでもその優位性を裏付けるデータがある。

オンロック自身もその成果をデータで蓄積しており、米国議会等でのアピールに利用したといわれている。しかし自社収集データであり、客観性の点で信頼性に疑問が残っている。2000年よりHCFAはオンロックに対しても、他のメディケアHMOや実験プロジェクトと同様にHSO(Health Outcome Survey)⁵⁾を課すことが決定しており、今後はより客観的なデータによる比較が可能になる予定である。

② オンロックの中間所得者層拡大への課題

オンロックは今までのところ成功したケア統合モデルと言われているが、顧客層を中間所得者層に広げる場合には、以下の3点が課題となろう。

第1にオンロックは、小規模で重度要介護者に絞ってサービス供給を行うことから、一定規模の

同質な顧客を確保することが可能となっている。したがって、加入者を中間所得者層にまで広げた場合、多くは従来と異なるセグメントの顧客を抱え込むこととなりこれまでの顧客絞り込みによるメリットは失われる。

第2に多職種チームを組成するためには、職制別人員を各「サイト」に張り付ける必要がある。したがって多職種チームに参加し、オンロックの方法に従ってもらえる人材を確保する必要がある。近藤(2000)によれば、オンロックでは医師の勤続年数が短く、その確保に苦労しているとのことである。

第3に、オンロックは前述のとおり同じ品質でもコストが低いことが報告されているが、その比較対照は1人当たりの医療費が世界一高い米国でのことであり、日本から見ればかなり高コストで高い品質のケアを供給しているという印象がある。多職種チームは相対的に高いコストをかけて重度の介護を行うには適しているが、軽度の介護にはむしろコスト高になる可能性もある。これらの課題に対して米国ではPACEプログラムが試行されている。

3. PACEプログラムの運営

(1) PACEプログラムの創設経緯

オンロックの成功をみて米国政府はPACEプログラムを1986年から開始した。PACEプログラムでは、全米の非営利団体に対してオンロックをモデルにした参加ルールの遵守を求め、メディケア・メディケイドからの給付を行うものである。1994年には全米PACE協会を結成し、1997年には97年財政均衡法によって、メディケアとメディケイドの永続的な提供体として認められた。このときに、1999年8月までに80団体までの参加を認め、更に10営利団体による4年間の実験実施を許可している。

(2) PACEプログラムへの参加要件

それぞれ加入を希望する団体は、加入規則に則り組織運営を行うことが求められる。主な要件

表4 PACEへの加入規則概要

項目	内容
目的	1. 質の高い生活の確保 2. 個人の尊厳を遵守 3. 地域社会での生活を維持 4. 家族生活の保持と支援
サービス供給	ケアはニーズに応じて24時間供給されること。プライマリケア、福祉サービス、作業療法、理学療法、個人ケア、栄養相談、食事等のサービスが給付されること
多職種チーム	多職種チームを、プライマリケア医、登録看護婦、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、リハビリテーション療法士、管理栄養士、管理マネジャー、在宅ケアコーディネーター、個人ケア供給者、送迎運転手等で組織すること
ケアプラン	多職種チームが、ケアプランを協力して作成、見直し、再評価すること
品質確保報告(QAIP plan)	1. サービスの利用率 2. 加入者および介護者【家族等】の満足度 3. アウトカム指標 4. スタッフの効率性と安全性 5. 非医学的分野の状況 (grievance, transportation, meals, etc)
地域貢献委員会	1. 品質のアウトカムデータを評価する 2. オンロック品質確保報告、改善プログラムの実施 3. 倫理的問題解決への関与

注：QAIP = On Lok's Quality Assurance and Improvement Program

出所：National PACE Association

は、PACEの目的を共有すること、指定されたサービスを供給すること、ケアの計画や供給の中心である多職種チームを決められた職制別人数で組成すること、指定されたデータ収集とそれに基づいた品質改善を行うことなどを求められる(表4)。

加入者条件はオンロック同様に、55歳以上でナーシングホームへの入所が適当であると州政府から認定された場合で、かつプログラム毎に指定された特定の診療地域に住んでいる人である。平均的な加入者のプロフィールもほぼオンロックと同様である。

(3) PACEプログラムの成果

オンロック同様に、施設ケアよりも在宅ケアに重点的に支出を行い(表5)、死亡場所についても自宅が多い。PACEプログラムは機能状態の向上、消費者満足度向上、施設ケアの削減、医療サービスの利用率の抑制、コストの削減、という良好な結

表5 PACEのサービス項目別財政支出割合

サービス種類	支出割合
デイケアセンター	36%
在宅ケア	22%
管理コスト	14%
入院	13%
設備コスト	5%
その他医療サービスコスト	10%

出所：PACE Profile

果をもたらしているとの報告がある(近藤 2000)。

今後オンロックの手法はPACEプログラムの実施によって、中間所得者層にも対象範囲を拡大していくことが計画されており、その手法はわが国介護保険の運営にとっても大いに注目されるであろう。Bodemheimer(1999)は、メディケアのみの適格者に対しては、政府がメディケイド分の資金を拠出する方法で、高齢者全般に広げて行くべきとしている。一方で、PACEプログラムは、その整備

に時間と資本(自前のセンター建設)を要し、人口比の高い中産階級にとってはまだ魅力的ではないとの指摘もある(近藤 2000)。

II 米国オンロック/PACE モデルとわが国公的介護保険

(1) 公的介護保険との相違点

① サービス市場での準市場導入

加入者数約 800 人のオンロックと約 6500 万人のわが国公的介護保険を同列に比較することは危険であるが、あえてそのフレームワークを比較してみたい。

日本の公的介護保険は皆保険制度であるため、保険市場での選択はなく加入者はその地域の保険者に強制加入となる。また、保険者はプロバイダーと選択的契約は行わない(アクセスフリー)。ただしサービス供給市場において、加入者がプロバイダーを選択できるように準市場(Quasi-Market)を導入する効率化の仕組みをとっている(図2)。

準市場とは、政府が公的誘導と公的規制を組み合わせ、市場メカニズムを導入する方法である。

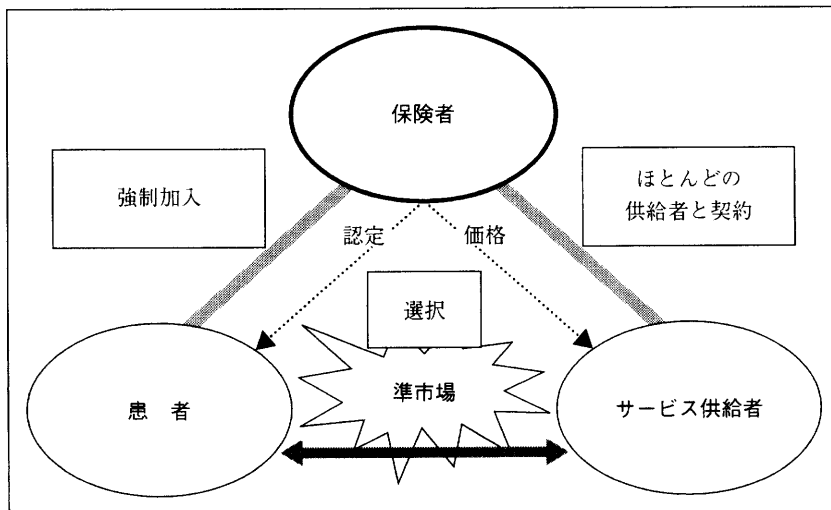
② 財務リスクの所在

わが国介護保険では、保険者が財務リスクの大層を負い、約1割の自己負担部分と段階的給付限度(要介護度)を超えた部分が加入者の財務リスクとなる。サービス供給者は価格上限を決められるほかは、保険給付にかかる財務リスクを負わない(サービス供給者は上限価格内での経営を求められるのみ)。

③ ケアの統合手法

ケアの統合については、別途サービスを「ケアマネジャー」がケアプランを基準として統合する形をとっており、個々のサービス事業者にはケア統合の誘因が小さい。また、あくまで加入者の自己判断が可能との前提で制度設計がなされており、ケアマネジャーはサービス供給者に属することが多い。

このように、わが国介護保険は、利用者の選択権を確保し、サービス事業者間の競争を通じた効率化を企図している。



注 1: 太線は、主に財務リスクを負っている者を示す

注 2: 点線は財務リスクを負う者が、リスクを制御可能な手法

出所: 河口作成

図 2 公的介護保険のインセンティブ・システム

(2) 公的介護保険における効率化の条件

したがって公的介護保険における効率化の鍵は、準市場メカニズムが機能する条件を満たすことである。介護サービス市場で市場原理が働くためには、①利用者の選択の余地があること、②選択に必要な情報を正しく認識理解している(家族やケアマネジャーの代理人の場合でも同様)、③利用者の主体性権利性が保証されている、④利用者が自己責任の意識を持っている、という条件が必要である(堀田1999)。

(3) 公的介護保険とオンロックの比較

これまで述べてきたように、慢性期ケア保障に対してオンロックは顧客ニーズ把握と多職種チームを中心としたケアの統合に力点が置かれ、公的介護保険では準市場導入による競争に力点が置かれている。双方の方法の優劣は、費用に比した効用のデータがないため本稿では論じないが、少なくとも双方の背景に留意しながら、お互いの手法を取り入れることは可能であろう。具体的には、わが国介護保険で鍵となる準市場においてオンロックの効率化手法を部分的に取り入れて活用する方法を以下で検討したい。

III わが国介護保険への示唆

1. ケアの統合強化

(1) ケア統合の重要性

西村(1997)では、医療機関と福祉サービスの連携がうまく行われたなら医療費と福祉費の両方が節減される可能性を指摘している。併せて老人医療費では終末医療費の多いことを指摘し、ホスピス等の疼痛緩和ケア施設の利用促進を提唱している。

二木(2000)では、医療福祉複合体がケアを複合的に供給することによって生産効率的なサービス供給が可能となることを指摘している。また、丸尾(1998)では、地方自治体における医療施設と

福祉施設を最適に配置することによって最適な医療福祉資源の配分が可能となることを示唆している。このように、医療と福祉を統合することはさまざまな観点からその有効性が主張されている。

(2) 準市場での多職種チームの試行

それでは準市場を利用するわが国介護保険において、ケアの統合を強化するためにはどのような手法が考えられるであろうか。現在のケアマネジャー方式は、サービス供給者間の調整連絡の取引費用が高く、そのしわ寄せがケアマネジャーに集中している。現行方式をベースとしながら、部分的に多職種チームを導入し、支払方法を重度の要介護者に限って人頭払い(段階別支払限度額)として、請け負ったサービス供給者がケアプランの範囲内でどのようなサービスの組合せも可能とする方法を試行し、その効率性を従来方式と比較していくことが検討できると考えられる。

2. 品質管理と事後チェックの徹底

(1) 事後的な品質管理手法の導入

人頭払い方式を利用する場合には、過小供給を防止するため、必ず品質指標(特に加入者満足度)の測定を義務づけることが必要である。これによって、サービス供給者による効率化が進むと考えられる。オンロックの事後品質チェック手法(QAIP)のように、わが国でも、TQM(Total Quality Management)のような品質管理手法を早期に公的介護保険に導入することの検討が必要であろう。

一方消費者としても、客観的な品質指標やガイドがないと、準市場において合理的な判断が行いにくい。準市場を有効に活用するためにも、合理的な選択に必要な客観的な品質データを収集蓄積フィードバックする仕組みを検討するべきである。

(2) 品質管理コストの負担

品質管理や品質改善のためには、そのコストが必要である。これまでわが国社会保障制度は、管

理コストの節減によりコストダウンを図る方法をとってきた。しかし介護(あるいは終末医療)については、各個人による信条や受容性が大きく異なる。公的保険の給付対象に品質管理コストを盛り込むなどの検討を行うべきである。

3. 顧客セグメント別サービス供給体制の構築について

オンロックは、顧客特性を絞り込むことによって、効率性を高めている。このため、多様な要介護者へのサービス供給を行う必要があるわが国介護保険にそのまま導入することは困難である。ただし、サービス供給者数が多い都市地域で、顧客の重篤度別に多職種チームを編制し、複数チーム(重・中・軽と分けるならば3チーム)がサービスを供給する方法が考えられる。併せてこの場合には、加入者のニーズを想定した異なる構成メンバーにより組成することも考えられる。

おわりに

慢性期ケア保障については、先進諸国が等しく悩み、その解決を糸口を見いだそうとしている問題である。ある意味では、わが国介護保険とオンロック/PACEプログラムは、この点についての先進的な実験ともいえよう。わが国介護保険は海外で高く評価され、その行方が見守られている。世界から注目されているわが国公的介護保険を、弛まない見直しと改善によって世界に冠たる高齢者ケア保障制度にすることは、なよりの国際貢献であると考えられる。

(平成13年1月投稿受理)

注

1) On Lok Senior Health (2000)「On Lock Senior Healthパンフレット」,「On Lock News winter 2000」,「On Lock Home Page」. On Lok Senior Health Press releases August 19, 1997.

- 2) California Department of Social Service, Information Services Bureau (2000) "Profile for the Month of January 1995 Supplemental Security Income /State Supplemental Payment Program Selected Recipient."
- 3) National Center for Health Statistics (2000) "Advance Data Reports" 2000. 03. 01 p.10 Table 8によれば、米国の投資家所有型ナーシングホーム(営利株式会社)における滞在型(ナーシングホームは Skilled 亜急性, Intermediate 中間型, Residential 滞在型の3種類がある)の一日当たり平均入所者負担費用は、100.87ドルとなっている。
- 4) 一般的なメディケアHMOは、HMOによるクリームスキミング(疾病リスクの小さい健康な高齢者を中心に加入者を募った)が発生し、社会的コストは低くないとの研究もある。
- 5) HSOとは、メディケアを管理するHCFAにより、NCQAに委託されて行われる保険プランの評価調査。主に消費者満足度等のアンケート調査が中心。

参考文献

- 前田信雄 1990『米国における保健と福祉の連携事業—オンロックとトリアージュほか。保健医療福祉の統合』頸草書房
- 鳩野洋子他 1996「アメリカ保健人間サービス省による地域総合保健福祉事業、オンロック類似事業(PACE)」『トータルケアマネジメント』Vol.1 pp. 1-5
- 日原知己 1997「米国における高齢者の長期介護とPACEプログラム—日本に見る在宅ケア・保健・医療・福祉の統合化」社団法人生活福祉研究機構
- Bodenheimer, Thomas., et al. 1998. *Understanding Health Policy*. Appleton & Lange.
- 近藤克則 2000「オンロック/PACEモデルに見る医療福祉統合」日本福祉大学セミナー資料
- Eng, Catherine, MD., et al. 1997. "Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing." *Journal of American Geriatrics Society*, Vol. 45, No. 2, pp. 223-232. (Eng氏はオンロックのMedical Director)
- 岡本康雄 1976「現代の経営組織」日本経済新聞社
- Hammer, Michael., and James Champy. 1993. *REENGINEERING*. (野中郁次郎監訳「リエンジニアリング革命」日本経済新聞社)
- Herzlinger, Regina. 2000. *Market-Driven Health Care* (岡部陽二監訳「医療サービス市場の勝者」シュプリンガー・フェアラーク東京)
- Alexander, Jeffrey A., et al. 1996. "The Effects of Treatment Team Diversity and Size on Assessment of Team Functioning." *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 41, Number 1, Spring, pp. 15-37.
- Bodenheimer, Thomas. 1999. "Long Term Care for Frail

Elderly People.” *The New England Journal of Medicine*,
Vol. 341, Number 17, pp. 1324–1328.
掘田一吉 1999「介護サービスと保険原理」(慶応義塾保
険学会)『保険研究』第五十一集 pp. 89–117
西村周三 1997「医療と福祉の経済システム」筑摩書房

二木 立 2000「介護保険と医療保険改革」頸草書房
丸尾直美 1998「高齢者医療と福祉の総合化」『医療と社
会』Vol.8, No.3, pp. 1–15
(かわぐち・ひろゆき 学校法人国際医療福祉大学
国際医療福祉総合研究所研究員)