

1. 基本的な視座について

本稿に掲げた論題は極めて大きな内容であるので、その内容を医療と介護に限定した。

2. ケアとして論ずる意義

医療と福祉、ともにケアであるとされる。まず医療と福祉のケアの比較をした。

両者を比較することの意義は、1) 両者は積極的に統合が必要であるばかりでなく、2) 共通点を見ることはその本質を見ることに寄与し、3) 異なる点に注目することはその概念の幅、辺縁を知ることができるからである。

II. ケアの質の評価と向上

1. ケアの質とその管理

2. 医療の第三者評価

医療の質の定義と管理の方法の発展の歴史、要素、評価の方法についてレビューした。

3. 介護サービスの第三者評価の現状について述べた。

4. 「パス法」

新たな医療のプロセスの管理法として、これにより始めて医療の内容に管理学が入ったことについて述べた。パス法は、施設間、あるいは在宅との連携パスの発展もあり、将来は医療と福祉の連携促進にも寄与することが期待される。

また、パス法はガイドライン作成への刺激となったが、これはいわゆる医療の“norm”そのものである。現在では多くの学術団体・政府がガイドライン作成と、それによって質を管理することは世界的な趨勢である。

5. 人間関係的要素

患者中心主義の発展の歴史と限界をレビューし、協働性の重要性を強調した。

6. 重症度、自立度と Health Literacy との関連

急性疾患から慢性疾患へ、重症から軽症、さらに疾病予防になると、ケア提供者のかかわりは相対的に低くなり、患者及びクライアント(以下、ケアサービス利用者、または単に

利用者)の主体的、積極的な行動が相対的に重要性を増すことになる。そこで、Health Literacy が重要であり、Expert Patient Programme、Disease Management が重要な活動になりつつある。

III. インセンティブによる制御とシステムの問題

報酬の支払い制度は、働き手に対して最も強いインセンティブとして、質と効率に大きく影響する。代表的な支払い制度をインセンティブの視点から比較した。

Managed competition という思想を吟味し、USA、UK の近年の医療福祉政策を批判的にレビューした。

D. 考察

以上の議論をもとに、以下のようなわが国に対する示唆と結論を導いた。

E. 結論

1. ケアの質と効率を確保する政策立案と運営には、慎重なインセンティブの設計が必要である。
2. 医療の質と効率を確保するためには、医療費の項目別支払い制度を、ケア提供者も分配に責任を持つものに改変しなければならない。
3. ケアの質と効率向上を確保する政策は、現場の人々のエートスを励ますものでなければならない。
4. わが国においては医療と福祉の連携が重要となるが、その促進にはプライマリーケアのビジョンが必要である。その組織は透明性の高い、民主的で住民との協働体でなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

一部、「イギリスのプライマリーケアに導かれた第 3 の道制度改革」『聖学院大学総合研究所紀要』（印刷中）で発表。

2.学会発表

一部、2005 年社会政策学会第 110 回大会で報告（「イギリスにおける医療・福祉の現状とその評価」医療改革について：プライマリーケアに導かれた制度改革）。

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第2章 ケアの質と効率の確保をめぐる

政策課題に関する研究

郡司篤晃（聖学院大学大学院）

I. はじめに（ケアと政策）

1. 基本的な視座について

本稿に掲げた論題は極めて大きな内容であるので、重要な論点が不明確になることを避けるために、あらかじめその内容と範囲を限定しておきたい。

一般の消費財の場合には、その質と効率するための解は市場の活用である。しかし、ケアの場合には市場は失敗するので政府が介入する。政府の介入は、社会保障の観点からメリット財として広く国民にサービスを提供するという目的から、サービスの価格及びサービス提供者への支払い制度に対しても行われる。その結果、質と価格が切り離され、価格は質の情報を持たず、かつサービスの提供者と消費者間に情報の非対称があるので、サービスの提供者と消費者間の取引は必ずしも合理的なものとならない可能性がある。

サービスの質と効率は Trade-off の関係もありうるから、政府はその両方を管理しなければならないことになる。サービスの質は用いられる技術の質が重要であるが、本稿では個々の技術の質やその改善を論ずるのではなく、質を確保し向上させるシステムの問題を議論する。

本稿では医療ばかりでなく福祉も含めてケアシステムの質と効率を確保する政策を議論する。

ケアの領域における管理手段の世界的な趨勢はインセンティブによる制御である¹。インセンティブに反して、法による強制に頼れば、単に脱法行為を誘発することになりかねない²。従って、ケアの質と効率を確保するための政策はインセンティブの設計が中心的に重要になるが、市場機構のような単純で明確なモデルがないこともあり³、現実に設計どおりの結果が得られるという保証はない⁴。従って、国際的な経験的、あるいは厳密な実証的な評価が必要となる。

社会保障費用の配分の問題、総額が少ないか、十分かは民主主義国家においては、民主的な政治プロセスで決定することであり、いわゆる研究可能（researchable）な課題であるかどうかから検討しなければならない。政策研究としては、予算制約の下でどのようにしたら質と効率を向上させるかが課題となる。

本稿では質の確保を中心に論をすすめるが、下記の理由から福祉をも視野に入れながらケアとして議論をしたい。しかし、福祉の範囲は介護に絞って議論したい。

また、個々のケア技術やサービスの質の問題ではなく、質を向上・保証するためのシステム、政策の問題を議論したい。医療を中心にするが、介護の質も視野に入りたい。

しかし、質の確保の問題だけとしては議論できない。留意すべき点は、複雑なシステムは、一側面を改善しても全体として改悪になる可能性が大きい。従って、ケアシステムの評価フレームが必要となる⁵。ある側面の改変は他の要素に影響するが、その全てについて言及することは不可能であるので、本稿では効率との関係を重視して、議論したい。

また、自国の現状や議論を客観的するために、連合王国（イギリス、または UK と略す）と、場合によってはアメリカ合衆国（アメリカ、または USA と略す）の例を多く参照したい。理由は著者の能力が限られていることと、両国はいわゆる管理競争（Managed competition）という基本的な考え方では共通していながら、現実には極めて市場競争的な USA とインセンティブによる管理の UK と、両極の例をなしているからである。

2. ケアとして論ずる意義

医療と福祉、ともにケアであるとされる。しかし、福祉の領域は広いので、本論では当面介護に限定して考える。ケアの質と効率を論ずる前に、まず医療と福祉のケアの比較をしておきたい。

医療と福祉の連携は今後ますます緊密になっていく必要性は誰もが認めることではあるが、その具体的な作業は極めて困難である。両者はこれまでサービスの体制が分かれていただけではなく、従事者の教育、研究・学会にいたるまで別々に行なわれてきた。このような状況は世界共通であり、各国でもそれらの連携が模索されている。

両者を比較することの意義は、1) 両者は積極的に統合が必要であるばかりでなく、2) 共通点を見ることはその本質を見ることに寄与し、3) 異なる点に注目することはその概念の幅、辺縁を知ることができるからである。

ケアという財の分配の仕組みを、利用者のニードによるか、需要によるかの問題を考える場合にも重要である。従って、比較考察することは政策的研究としては基礎的な作業である。

1) 必要性：

高齢化に伴い、医療と介護は包括的に提供される必要がある。別な呼称としてシームレスなサービスの必要性である。特に、心身の状態にふさわしい施設に入所す

ることは、ケアの質と効率の観点から重要であるが、それが合理的に進まないのは世界的な現実である⁶。在宅においてはケアの責任主体の問題があり、必要不可欠である⁷。これはまた、ケアの質と効率に関わる要素である⁸。

2) 共通点：

サービス財の中で、ケアは特別な財である。ケアは本来、人道的な行為であり、その本質には利他的な要素が大きい。ケアは約束しただけのサービスをするのではない。ケアの形容詞 ‘careful’ がその本質を示しており、相手を注意深く見守り、その状態の変化に対応するという意味が含まれている。ケアの質はまさにこの見守りと対応のでき不できにある。

市場モデルの前提となる人間性に関する仮定は、基本的には利己的人間であるので、ケアのシステムを市場で構築する場合には、本来利他的な行為を利己的であることを前提とする仕組みで行うという矛盾があることに留意しなければならない。

ケアの取引を契約によって行なうとしても、それは極端な不完備契約とならざるを得ない。

3) 異なる点：

医療の目的は疾病の治療にあるのに対して、介護の目的は生活の支援である。疾病の診療の基礎には医学、さらにその基盤には生命科学、工学などの巨大な科学の体系がある。従って、診断と治療というニードの概念が明確に存在する⁹。それに対して、介護の目的は生活の支援であるから、ケア・サービスの利用者がどのような生活を望むかが重要となる¹⁰。

医療においては技術的要素が大きく、介護は医療との比較においてはより小さい。人間関係的要素¹¹が医療においては小さいわけではないが、技術的要素が大きいので相対的は小さい。

ケア提供者と利用者間における情報の非対称の程度は、医療の場合には大きく、福祉は小さい。介護の場合には、事前には大きくても、事後的にはかなり狭まる可能性が高いが、医療の場合には事後的にも必ずしも狭まるとは限らない。

ケアの契約は不完備契約にならざるを得ないが、医療は結果を約束できないので、明確な契約は取り交わすことはできない。それに対して介護においては仕事の種類と時間の契約は出来る。

情報の非対称が大きい医療に代理人がいらないが、介護にはいわゆるケアマネージャーという代理人がいる¹²。

表 1 医療と福祉の比較

	目的	ニーズ/需要(N/D)	技術的要素	人間関係的要素	情報の非対称	代理人
医療	疾病の治療	N>D	大	小	大	いない
介護	生活の支援	N<D	小	大	小	いる

II. ケアの質の評価と向上

1. ケアの質とその管理

医療の質は様々に定義されている¹³。しかし、本稿では医療の技術の質ではなく、それを保証するシステムを議論する。

その視点からは、Donabedian の次のような概念的な整理は重要である。即ち、医療の質には多くの要素が考えられるが、もっとも単純化した場合には、(1)技術的要素¹⁴、(2)人間関係的要素に分けられ、さらに(3)アメニティの要素があるだろうという。

介護ケアの場合には、目的が生活支援であるから、人間関係的要素やアメニティの要素がより重要となるであろう。

それらのケアを、普遍主義の社会保障制度の下では、行政サービスや配給 (rationing) によって分配するのではなく、ケアの提供者と利用者が相互に主体性を認めつつ納得に基づくやり取りをする。即ち、社会的交換ではなく経済的交換として、市場における取引によって分配されるのだが、ケアの場合には最も重要な取引は相対取引として行われる。ケアの提供者である代理人 (agent) と依頼者 (principal) の間に情報の非対称がある場合には、代理人側にモラルハザードが起こる可能性がある。また、それを防止する方法は、1) 第三者が評価するか、2) インセンティブによる制御しかない、と言われている¹⁵。

そこで、以下ではまず第三者による評価システムについて論じ、その後にインセンティブによる制御について論じたい。ただし、インセンティブによる制御は質向上と効率向上を分離して設計することは出来ないので、不可避免的に効率の問題をも含めて議論せざるを得ない。

2. 医療の質の第三者評価

医療の質を第三者が評価しようとするとき、技術的な問題として重要な指摘は、Donabedian が言うように、「どれが質の良い医療かを定めることは医療のあるべき姿 (norm) を論議することになる」と言う指摘である。norm とはその形容詞の normal, normative が示すように、通常はここまではやるべきだという意味で「あ

るべき姿」と訳している。この重要な系 (corollary) は、医療の質の上限は議論できるが下限は議論にならないということである。近年、多くつくられるようになったガイドラインはこのノルムを示すものである。

評価は客観的でなければならないが、質的なものを評価することは本質的に難しい。確かに、医療の質は量的な面と無関係ではない。量的に不十分な医療は質的にもよいとは言えない。また、量的に過剰な医療の質も問題だからである。

質的なものはそのまま人の判断に頼らなければならない場合が多い。質的なものの良し悪しを判断する基準を明確に定義できる場合もある。たとえば、量的なものに置き換え一定のクライテリアに照らして判断することが出来るような場合、これを「外的(explicit)な基準」という。それが不可能であるため人の判断に頼らなければならない場合、その基準が判断者の中に内在しているが必ずしも明らかになっていないという意味で「内的(implicit)な基準」と言う。内的基準による評価の客観化は、評価者の選別と判断結果の統計的な処理によらざるを得ない。

医療における質の具体的な評価法 (approach)には、3つの方法があるとされている。すなわち、「構造 (structure)」、「過程(process)」、あるいは「結果 (outcome)」に注目する方法である。医療の質の評価は、歴史的には結果から始まり、次第に構造よりになって行き、近年また過程と結果に回帰しつつある。医療の質の評価のためのこれらの接近法にはそれぞれ長所と短所がある。たとえば、結果は医療の目的であり、その点では理想的だが、結果が明らかになるのに時間がかかりすぎることがある。たとえば、癌の治療法を厳密に評価するために5年生存率で見ようとすれば5年後にしか結果はでない。その間に患者や病棟における活動の完全には役立たない。構造は客観的に把握しやすい点で優れているが、医療の質の評価方法としては最も間接的な方法である。

従って、近年は診療の過程による評価が主流となりつつある。パス法も診療のプロセスの管理法である。ガイドラインによる質向上の動きもこの線上に位置づけられよう。

医療の質の第三者評価小史

医療の質の第三者評価のシステムを構築してきたのはアメリカである¹⁶。1912年のFlexnerの報告書に刺激を受けて、外科医 E. Codman は、外科医療の質を予後、つまり最終的な結果によって評価されなければならないと主張した。そのため彼の主張したシステムは後年'End Result System'と呼ばれるようになった。しかし、この方式は医師たちに受け入れられず、その評価は次第に構造という間接的な評価へと移っていった。1919年にはいわゆる“Minimum Standard”が取り決められ 89 病院が認定を受け、1950年には全米の半分以上の 3290 病院が認定を受けた。1951

年にはアメリカ外科学会を始めとした諸学会、医師会、病院協会、さらにカナダ医師会も参加した組織によって JCAH(Joint Commission on Accreditation of Hospitals)が設立され、1970年には最初の認定の基準(AMH: Accreditation Manual for Hospitals)が作られるが、これは究めて構造的である。

JCAH の活動はアメリカにおける医療の質の向上と標準化に多大の貢献をしてきたことは間違いない。その基準も年々改定が加えられてきた。Medicare, Medicaid の支出の高騰に悩んだ連邦政府は、このいわば民間の活動を利用して、JCAH の認定を受けられなかった病院には医療費を 2 分の 1 しかし払わないこととした。

この政府の方針によって、従来は医療提供者側の自主的な質向上のための目標となってきた基準が当落の基準となったため、その当落を巡って厳しい議論が起り、その判定の基準に文書主義が持ち込まれた。そのため、JCAH の認定を受けるためには多くの記録を整えることが必要となり事務が膨大なものとなっていった。

また、一方 JCAH のこの評価の方式についても批判が高まってきた¹⁷。その批判の重要な点は、病院側の負担が大きいかかわらず、? 構造的な評価が本当に医療の質の結果を改善していることの証拠が不十分であること、? 基本的な考えが悪いものを切り捨てて全体の質の向上をはかるという切り捨ての論理であること¹⁸、などであった。

これに対し、JCAH は 1987 年より名称を JCAHO と改めると同時に、"Agenda for Change"という改革に取り組んだ。この改革の要点は二つある。一つは、基本的な考え方を "KAIZEN(改善)"¹⁹にあるとした点である。これは日本の QC 運動を見習おうというものである。もう一つは「結果」による評価への回帰である。具体的には、"Clinical Indicator (CI) "の導入である。この導入によって、構造的な基準を大幅に簡略化しようという考えである。いわば、構造による第三者評価から、再び結果による評価への回帰である。

わが国における歩み

我が国においては、1987 年に、厚生省・日本医師会により「病院機能評価表」が作成された。これは我が国の医療の質を評価しようとした初めての試みであったが、その評価が自己評価であり、その客観性は保証されない。同年、東京都私立病院会の青年部会は病院の第三者評価を目的として JCAHO 研究会を発足させた。この研究会は「病院機能評価表」を出発点として、第三者評価用の基準を作成し、会員の病院の相互の評価を行なった。

この活動は、1990 年から全国のより多くの病院の参加を得て「病院医療の質に関する研究会」に発展した。この研究会は、第三者評価を実施しながら評価基準の開発、評価者の訓練、評価システムの開発を行なってきた。同研究会によって開発さ

れた基準、評価者、評価のシステムをもとに、1995年、わが国においても「日本医療機能評価機構」が発足し、病院の第三者評価が発足した。

3. 介護サービスの第三者評価

介護サービスの第三者評価は、2003年3月に「規制改革推進3か年計画」において政府として取り組むことが閣議決定された。規制改革との関連で取り決められた理由は、利用者が介護サービス業者を選択するための情報として、評価結果を公表することを主たる目的としているからである。しかし、本事業はまだ緒についたばかりであり、事業そのものの成否、さらにその効果については今後の検証を待たなければならない。

4. 「パス法」²⁰

第三者評価を目的としたCIは必ずしも成功してはいないようである。その理由は、ほとんどのCIの内容は医療の期待に反する悪い結果に関する統計なので、医療施設や従事者から歓迎されないからであろう。

医療の質向上の仕組みは医療従事者からも歓迎されるインセンティブを持っていないからではないだろう。その意味では、医療の第三者による構造的な評価や結果による評価は、必ずしも前向きでないと言う批判がある。

そのような中で新たな管理手法として発展してきたのが「パス法」である。パス法は、管理科学の観点から見て極めて正統的な医療の質と効率を確保する管理技法²¹であり、これにより始めて医療の内容に管理学が入った。これまで病院管理学にとどまっていたが、パス法によって医療管理学になったともいえる。

また、疾病の経過の理解を、患者も含めて医療チームが共有するという原点にたっている点で、患者をも含んだ医療チームの「協働」を具体的に可能にする²²。また、医療職の現任教育の学習目標を明確にすることができる。そのような意味でパス法は、医療における生産性²³を向上させるための新しい医療管理の概念であり方法である。

パス法は、アメリカにおいてMedicareにDRGが導入されたことから、当初は在院期間を短縮する目的で、古い合理主義的計画技法の一つであった‘critical path method’が持ち出された。しかし、その後次第にその目的は医療の生産性の向上の手法との認識に変化してきた。

パス法の本質は、診療のプロセスの標準化である。標準化は一般的に質と効率の向上をもたらす。

パス法は、それぞれの病院で最良と思われる診療プロセスをチームで相談して作成するものであり、必ずしも客観的に最良であることを要求はしていない。しかし、

同一の疾患に複数のパスが存在すれば、当然どちらが良いかが問われることになる。多くの医療施設においてパス法が普及した結果、必然的に多くの疾患のガイドラインが作られるようになった。

このようにパス法は、「疾病の理解」を患者と医療チームが共有し診療を進めていくという、医療のエートスを具体的に実現する手段となった。そのため、医療関係者から熱烈に支持され、わが国では大きな学会にまで成長し、近年は研究的な交流が活発に行なわれるまでになった。

パス法にも限界がある。それは全ての症例が対象になるわけではないという点である。しかし、例えば選択的な外科手術の適用例の場合にはかなりの割合の患者に提供することが出来る。診療の論理は本質的に複雑な枝分かれの論理であるので、それを二次元に収めようとすれば、いろいろな工夫を凝らしても逸脱する例が多発する。しかし、基本的にやるべきことを標準化することをはじめとして、医療チームの形成、患者を含めた診療の目標の設定など、ケアの質向上には大きく寄与するはずである。また、施設間、あるいは在宅との連携パスの発展もあり、将来は医療と福祉の連携促進にも寄与することが期待される。

このようにパス法は医療の質と効率を向上させるための医療現場からの主体的な運動となり、ケアの質の管理のあり方を根本から変革したといえる。

また、パス法はガイドライン作成への刺激となったが、これはいわゆる医療の“norm”そのものである。現在では多くの学術団体・政府がガイドライン作成と、それによって質を管理することは世界的な趨勢である。

5. 人間関係的要素

市場経済は市民に民主主義と消費者主権を根付かせた。しかし、ケアを受けるとなると、市民は主権者として振舞えない。特に、日本の医療においては「知らしむべからず、よらしむべし」という医療提供者の態度が未だに残っている。この両者の価値観の齟齬が、医療に対して不満を引き起こし、さらに医療訴訟など、両者の間で多くの摩擦を引き起こしてきた。

医療における患者中心主義は、医療がこのような市民の価値観の変化に対応しようとした医療提供者側の努力の1つと見ることが出来る。

医療において患者の主体性を重視する考えは L. L. Weed によって主張された。彼は「患者はパラメディカルになる最も優れた素質を持っている」として、診療録に“Education”という項目を記載することを主張した²⁴。

ほぼ同じころ、Kübler-Ross によって医療の倫理の書き換えが行われ²⁵、出来るだけ患者の目線で患者に聞く態度の重要性が主張された。

1980年代の半ば頃から“Patient Centred Medicine”の概念化が進んだ。Moira

Stewart らは、医師は患者を生物モデルで見るだけではなく、病む人間として、全人間的に理解し、共通の問題認識と目標と役割を共有し、良い医師患者関係を樹立することの重要性などを強調した²⁶。その基本的な態度は、医師が患者の目線でのコミュニケーションを重視する。彼等の活動は医師教育に大きな影響をあたえたが、患者の empowerment については必ずしも十分な努力が払われてはいない。

Susan B. Frampton らの Plane-tree Hospital Group のアプローチ²⁷は研究的というより実際のであり、患者中心主義に基づいて具体的な病院の建設・運営のに努力が向けられている。彼らは、概念や言葉だけではなく、患者とケア提供者間の交流の具体的な行動として“Informing and Empowering”の重要性を強調する。そのため、患者に対する情報提供、病院の患者図書室及び地域医学図書館などの重要性を強調する。

Debra Roter らは患者と医師の力関係から、Patient-Centeredness と Mutuality を比較して、前者には父権主義が残ることを指摘し、Mutuality は患者の主権をより重んじた考えであるとしている²⁸。これを我々は協働の医療と呼んでいる²⁹。わが国でも、患者の声や感受性を医療に生かそうという啓蒙的な試みも行なわれるようになった³⁰。

表 2 医師と患者の関係

患者の Power	医師の Power	
	医師の Power が強い	弱い
強い	Mutuality	Consumerism
Goals and agenda	Negotiated	Patient set
Patient values	Jointly examined	Unexamined
Physician's role	advisor	Technical consultant
弱い	Paternalism	Default
Goals and agenda	Physician set	Unclear
Patient values	Assumed	Unclear
Physician's role	Guardian	Unclear

Debra Roter (2000)より引用

6. 重症度、自立度と Health Literacy との関連

急性疾患から慢性疾患へ、重症から軽症、さらに疾病予防になると、ケア提供者のかかわりは相対的に低くなり、患者及びクライアント(以下、ケアサービス利用者、または単に利用者)の主体的、積極的な行動が相対的に重要性を増すことになる。従って、ケア提供者と患者あるいはクライアントとの協働の重要性が増大する。

疾病予防や慢性疾患の管理においては、本人が持つ情報量、積極的に取り組む態度、コミュニケーション能力、具体的な行動が重要である。つまり、ケアが良い outcome を得るために重要なことは利用者が知識と情報を持っており、それを利用できることである。近年、それを Health Literacy と呼ぶ。現実にはほとんどの人々は健康に関しては illiterate であり、自分の健康に異常をきたして、はじめて自分の illiteracy に気がつく。アメリカの IOM は Health Literacy は「医療の質向上への最後の道程 (path)」だという³¹。

Health Literacy を改善して疾病の管理の質向上を目的としたプログラムが欧米では活発になってきた。アメリカに始まり、近年イギリスにおいても Expert Patient Programme³²が発足している。

介護ケアにおいては、目的が生活支援であることから、利用者の主体性の尊重は当然である。主体性の尊重という観点からすれば、どのようにサービスを利用するかは利用者本人が決めることが理想であろう。現実にはそのような啓蒙普及を目指して活発な活動をしている組織も存在する³³。

わが国においても、多くの患者団体が組織され³⁴、その中には Health Literacy 向上のための事業を積極的に推進するものが増えてきた。特に、近年は IT 環境が改善されたこともあり、優れたサイトが運営されている。保険事業者や製薬産業による Disease Management の啓蒙活動も行なわれている。

III. インセンティブによる制御とシステムの問題

報酬の支払い制度は、働き手に対して最も強いインセンティブとして、質と効率に大きく影響する。表 3 は、横軸に支払い方式、縦に支払いの単位、支払い時期、過剰な経済負担をする危険負担を誰がするかをまとめたものである。

表 3 支払い方式の比較

支払方式	項目別出来高払い	DRG	定額払い	請負
支払単位	サービス項目	病名	件数	人数
支払時期	診療終了後	診断後	入・来院時	病気になる前
危険負担	患者、保険者	中間	医療提供者	医療費支払組織

縦の支払い単位と支払い時期と危険負担は密接に関係している。

項目別の出来高払い制の支払は、診療が終了してからでないといと提供した項目の全てを確定はできないので、当然後払い (retrospective payment system)となる。出

来高払いにおいては、医療提供者が提供したサービスは原則として全て患者と保険者で支払ってもらえるので、医療提供者側は危険を負担しない方式である。

項目をさらに「まるめ」て、病名単位から、さらに同程度の費用がかかる複数の病名単位に「まるめ」た支払い方法が疾病群別支払い制度 (DRG: Diagnosis Related Group) である。この方式は医療費前払い制度 (prospective payment system) と呼び習わされている。しかし、診断名が決まるのは診療が始まった後で、いわば医療の中間である。従って、前払いというのは正しくない。むしろ、医療費の中間払いである。

疾病に関係なく、あるいは個人の特性とかにも関係なく、一人あるいは一件単位でまるめたのが定額払いである。この場合、支払う金額は入所、あるいは来院時に決まってしまう、過剰な経済負担が生じた場合には、その負担をするのは支払いを受け取るケアの提供者である。

それをさらに時間軸上にまるめていくと人頭払いか請負制となる。例えば、アメリカの HMO のような場合、利用者が年間一人、一定の金額で契約すれば、病気になっても原則無料で医療を受けることが出来る。これこそが医療費の前払いである。この場合、過剰な医療支出があれば請け負った組織が危険を負担するが、加入者が多ければリスクの分散が可能である。また、年間の経営計画等が立てやすくなるので、合理的な経営が可能である。

項目別出来高払い制

項目別出来高払いは、医療の診療報酬として世界的に最も採用されてきた方式である。その長所は以下のようなものである。

- 1) 出来高払い制は完全な能率給³⁵であり、熱心に働くことへの強いインセンティブとなる³⁶。
- 2) 医師に最も好まれてきた支払い方式である。医師の立場からすると *professional freedom* を最も保証するシステムである。
- 3) 項目別の出来高払いは原価に基づいて価格が決められるならば合理的な面がある。制度発足当初はこの原価主義が原則であったが、現在は医療費総額が決められ、科別や施設などへの配分を考慮するという他の原則が入ってきたため、原価主義は貫かれていない。

出来高払い制の短所は次のようである。

- 1) *incentive* の働く方向が医療の倫理と逆である。たとえ医療の質が悪くて生じた過剰な負担のリスクをも医療提供者が負わない方式である。
- 2) 重症者には多くのサービスが可能であるため³⁷、重症指向となり、患者を紹介してしまうと収入は得られなくなるので、非協調的になる。

- 3) サービス量が過剰に傾き、需要誘発のインセンティブとなる³⁸。
- 4) 経済的インセンティブが強すぎ、一つ一つの診療行為に対して incentive がかかるので、診療行為に歪みが生ずる可能性がある。
- 5) その他、「物」や外科系に報酬が偏る。患者の教育などのように、重要ではあるがいわば証拠が残らないようなサービスに支払うことが避けられるようになる。モラルハザードを前提とした、いわば性悪説的な考え方がとられがちである。

定額払い

定額払いのもとでは、ケア提供者はそのような過剰な負担をする危険を用意にはプールできないので、個別の利用者に対する費用節減の強いインセンティブがかかるので、ケアの質を損なう可能性が大きい。

DRG

Reagan 政権は 1983 年の Medicare, Medicaid の病院医療費の支払いに対して DRG による支払い方式を導入した。この支払い方式は、患者の診断名、年齢、手術のありなしで同程度の医療費となる約 500 程度のグループに分類され、その分類によって医療費を支払うというものである³⁹。この方法では診断や治療方針が決まったら病院への支払いが決まるので、病院側は利潤をあげようとするれば費用を削減せざるを得ないというインセンティブが働く。病院の費用を削減するには、在院日数を減らさなければならない。

病院の在院期間を減らす努力が行われ、その結果全国の病床のほぼ 40% が空床となってしまった⁴⁰。この在院期間の短縮が医療の質にどのような影響があったかは心配になるが、悪い影響が出たとする報告は必ずしも多くはない。しかし、病院を早期に退院した患者はケアが不必要になったわけではないということもあり、パート B の医師に対して支払う医療費が急速に伸びた。その結果連邦政府の支出は相変わらず増大し続けその対策が急がれた。

また、医師への支払方式は現物給付と償還払いの二通りあり、現物給付の場合は支払機関から医師に対して直接支払われるので、定められた金額が支払われることになり、患者は定率で支払えばよい。しかし、償還払いの場合もほぼ同程度あり、その場合には医師は定められた価格以上の請求をすることがあり⁴¹、支払機関は定められた価格に対して定率で償還するので、患者の自己負担は増えることになった。

この支払い制度においてもモラルハザードがあることが知られている。後述するように‘DRG creep’とか‘unbundling’などの病院側の行動によって期待されたほどの医療費節約にはならなかったことも事実のようである。

請負制については、アメリカにおけるシステムのところで述べる。

Managed competition

ケアの提供システムを社会主義的なシステム、あるいは行政サービスとして行なうことは失敗であることは、イギリスを始め北欧の国々の経験で明らかとなった。一方、ケアにおいては、市場は失敗することが知られている。そこで、考え出された考え方が Managed competition という考え方である。

即ち、手を加えなければ市場が失敗するなら、市場が機能するように、組織と制度を作っていくという考え方である。しかし、その具体的な制度化には、国の歴史的な背景もあり、極めて異なる形を取っている。以下、アメリカとイギリスにおけるその導入を、ケアの質と効率の観点から概観する。

USA

アメリカにおける Managed competition の考え方は、HMO を中心とした大きな組織間の競争を促進することによって、市場が機能しケアの質と効率が確保できるというものである。

HMO は Henry Kaiser が管理学を医療にも導入する目的ではじめたものであるが、その基本には出来高払いをやめて、医師のインセンティブを逆転するということがあった。そのため医師のグループとは加入者 (enrollee) を年間定額で契約し、契約金額以下で済んだ場合には、余剰の 1/2 を医師に提供するとした。そうすることによって、医師が予防指向になることが期待された⁴²。

HMO を中心に保険者間の競争を促進することを Managed competition を呼び、医療の質と効率を確保するアメリカ的な制度となることを主張したのは Enthoven らであった^{43,44,45}。

クリントン大統領はこの考え方で皆保険を実現することを公約に大統領に当選したが、その実現には失敗した⁴⁶。しかし、失敗後、むしろ HMO や民間の保険者間の競争は激化し、民間保険者は HMO に価格で対抗するためには医師の行動に介入せざるを得なくなった。これが Managed care と呼ばれるものである^{47,48}。

介入の方法はまちまちである。わが国でよく知られているのは Second opinion であるが、より深刻なのは Gag 条項の存在である。つまり、保険者が医師に対して保険で認められない診療方法を患者に説明しないように指示することである。

これに対して、患者の権利の侵害であるとして、民主党が推進して患者の権利を法的に規定するべきだとする動きもあり、共和党間での大きな政治問題となっている。

ここで問われている問題は多々あるが、基本的な問題点は、医師が患者の代理人

ではなくなったという点である。即ち、市場競争の結果、医療の質の技術的な要素ばかりではなく、患者と医師の信頼関係を損ない、人間関係的要素が悪化したことである。

UK

イギリスの医療制度改革については昨年、詳細に報告した。ここでは、ケアの質と効率の観点から、議論となるだろう部分を述べるにとどめる。

Blair 政権は、NHS については、1997 年 *The New NHS; modern, dependable* を公表し、医療の質の向上を目指すとして基本方針を明確にした⁴⁹。そして、良質の医療を無料で効率的提供しようということを目標に掲げた。また、長年の懸案であった医療と福祉の統合に取り掛かった。

政策手法としては、市場機構の力ではなく、目標の設定とインセンティブによる管理であるが、政策基盤は前保守政権の改革を引き継いだ点が多い。即ち、内部市場と予算管理 GP は公約どおり廃止したが、*purchaser-provider split* は残し、PCG が手上げ制によっていたが、GP の強制加入による PCT 化を進めた。そして、予算の執行権限を PCT に残し、2 次医療機関とは価格の交渉は行なわれないが、国家目標を実現するための量的な 3 年間の契約を結ぶ、とした。

新たな政策の成否は、1) 新たな地域組織である PCT、さらには CT がうまくいくのか、2) 2 次医療への介入が効果的であるか、にかかっている。

1997 年の計画では PCG から PCT への移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべての PCG は trust に移行を済ませ、5 年間で NHS の動きを根本的に変えた。現政権は、PCT を組織して NHS 改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいとしている。

NHS と福祉(*personal social service*)の統合は、長年の懸案であった。例えば NHS の病院に入院していれば無料であるが、自宅に帰って福祉サービスを受けると自己負担が生じた。したがって、入院の長期化がおり、2 次医療の非効率化と待ち行列が長くなる大きな要因となっていた。また、例えば在宅で入浴サービスを受ける場合に、福祉のサービスと NHS のサービスで、その負担と財源が異なるなど、さまざまな不合理が生じていた。

そのため、中央の行政機構を改革した。国においても 2 大臣を統合し、1998 年には医療と福祉の統合を促進するための課 (*The Joint Unit*)⁵⁰を新設し、医療の地方組織 (*Regional Health Authority*) を縮小し、情報収集などを主務とする *Strategic Health Authority* に改変した。

1999年にHealth Care Act: Partnership Arrangementsを制定して、以下の3つの仕組みを整備した。

- ① 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする、
- ② 対象に対する責任の明確化、
- ③ 管理組織を統合する。

福祉 (Social Service) については、1998年に白書⁵¹が公表されたが、特に注目を集めたのは、long-term care に対する Royal Commission の報告書⁵²をどう扱うかであった。結局、労働党政権はそれを拒否して、PCG/Tに期待することとした。

2001年のThe Health and Social Care Actで、PCTをさらに発展させ、CT (Care Trust) を発足させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進した。PCTは住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなければならない。新たに医療と福祉それぞれの審査官を任命し、審査結果を毎年議会に報告する。

入院の長期化による bed blocking を解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかった。しかし、福祉施設に入所できず基準以上長期に入院した場合にはその料金を福祉財源に請求するという制度改革によって効果を出しつつあるという⁵³。

しかし、種々の困難が残されている。即ち、福祉はLAの仕事であり、有料であり、地域差もある。一方、医療は国営であり無料であるから、この統合は政府間関係の修正となる。地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。

そのような多くの基本的な問題を抱えているため、急速な進展は困難であるが、少しずつ進展をみている。医療・福祉の財源の統一も、各項目別にPCTごと、さらにはCTごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

2004年の末までに、8つのCTが組織された。また、それらの地方組織の協議会 (Integrated Care Network) を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。現在、CTの数はまだ少数にとどまるが、PCT/CTの協議会 (Integrated Care Network) を組織して経験の交流を促すなど、下からの盛り上がり期待されている。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。

PCの方式には多様な方式が出現し、Blair政権の改革でもっとも大きな変化をもたらした点である。従来から、GPによる一時医療の質の悪さが問題となっていた。その対策として、各PCTにClinical governanceの責任者を配置して、GPの質向上に努めている。現在は処方内容などについての相談・指導が主な活動内容となっ

ている。

さらに、GP のケアの質改善を目的として、2004 年からパイロット的に、GP に対して従来の一般医療の契約方式にかえて、新たな契約方式（PMS: Personal Medical Services）が試行されている⁵⁴。この契約方式は、主要疾患に関するガイドラインの示すどこまでの診療をするか、そのほかチーム医療、夜勤などの条件を明記した契約方式となっている。現在までに半数近くの GP が新たな契約方式に変更している。

2 次医療に対する介入機能の評価のレビューが、2004 年 9 月に、King's Fund の The Health Foundation から出版された⁵⁵。それによれば、この介入の機能は、PCT 側に高度な事務機能が必要であり、その事務費用は高いが、病院の効率の向上に役立っているという証拠は全くない、というものである。

そのため、2005 年 2 月から Practice based commissioning なる制度を発足させた⁵⁶。これは価格の交渉はないが病院の選択を自由化するという意味では、内部市場の方向への復帰と見る事が出来る。

質と組織の Performance 評価^{57,58,59}

Blair 政権は NHS の改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である。

政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療の質及び費用対効果を分析するための NICE を組織して、診療の標準を明確にする。

各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。

NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。

前保守政権は GPFH による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の 6 側面をバランスよく評価しようとしている。6 要因とは以下のとおりである。

- 1) 健康水準の改善、(例: Premature death)
- 2) 公正なアクセス、
- 3) 有効な医療の提供、
- 4) 効率 (例: 在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- 5) 患者/提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章、
- 6) 健康アウトカム、例: 感染症の発生率のトレンド。

医療と福祉、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、それらの多く

は、計画のフレームワークと、国の目標とその達成率をモニタリングするものである。これは地方ごとに推進速度の自由度を認めている。また、国の目標以外はモニターの頻度等は低くても良い。

この評価の計画は 2001 年からはじめ、2003 年 6 月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は 2003 年から 3 年間の予定だが、さらに次の計画周期は 2004 年の秋から始まり、2005 年～2008 年までをカバーする。

評価組織の統一と評価結果の公表

NHS の評価は、2002 年の白書 *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*⁶⁰によって設立された独立の評価機関である the Commission for Health Improvement が実施してきた。この組織はが、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の 4 つの監視機構を統一し、2003 年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act⁶¹で the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI)に改組され、2004 年の 4 月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection (CSCI)も同法によって、福祉サービスの質を、公私にかかわらず、標準に照らして評価し、情報を取り公開する⁶²。同じく、2004 年から以下のような活動している。その仕事は、

- ・ 福祉サービス提供者の達成度と質を評価
- ・ 地方自治体の達成度評価
- ・ 政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価 (appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)
- ・ 福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- ・ 政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック
- ・ 公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。
- ・ CHAI、Modernisation Agency、the Social Care Institute for Excellence などと密接に協働する。
- ・ 評価は 4 段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている⁶³。

最近、これら 2 つの第三者評価組織は統合されたが、現実にはまだ別々に活動が行われている⁶⁴。

VI. 考察と日本に対する示唆

わが国の詳細な項目別出来高払い制と中央政府による制御のシステムは制度疲労を起こしている。項目別出来高払い制度はケアの項目を増加させる方向へインセンティブが働くため、消費量が増大し、そう医療費は少なく見えるが、本質的な効率の向上にはならない。

医療費削減を目的に単価を下げると、医療施設はサービス量を増大させて採算を取ろうとするため、貴重な医療収入は薬品その他医療資材を提供する側に偏って配分され、医療施設には少ししか残らない。従って、最大の原価項目である人件費にしわ寄せが来る構造となっているため、日本の医療スタッフの数は極めて少ない。スタッフが少ないことがケアの質に影響することは十分考えられる⁶⁵。

アメリカ型の Managed competition が医師患者関係を毀損することによって医療の質が危機に立たされている。本来、人道的な活動を市場機構と整合させるとこの困難性を示していよう。

一方、イギリスにおいては、同じ Managed care の考え方から出発して、全体としては、市場競争ではなく、目標とインセンティブの設定と評価により、相変わらず無料の医療を提供しているという事実は重いものがある。また、コミュニタリアン的な地方分権化により、医療と福祉の統合を着実に進めつつあることは注目に値する。

しかし、PCT などに医療福祉予算の 75% の配分を任せるという大胆な政策は、民主化という点では評価できるとしても、政府組織ではない新たな地方組織が官僚化しないか、予算の執行を任せられるということにより、GP をはじめケア提供者が政府のエージェントともなっていることに問題は生じないのかは今後の検証を待たなければならない。

競争は一般的には対立と分断を生む。あるいは、水平・垂直の経営統合を生じさせる。アメリカにおいても HMO の営利法人化と系列化が進行している。わが国においても医療施設を中心としたケアシステムの統合と地域独占が進んでいるが、そのメリットとデメリットを質と効率の観点から、十分評価する必要がある。

イギリスにおける医療と福祉の連携が地方組織への分権化と評価結果などの透明化、民主化とともに進められていることは注目に値する。

医療資源はますます限られてくるため、終末論的には配給制 (Rationing) となる可能性がある⁶⁶。配給制度のもとでは、政府及び専門家支配になり消費者主権はない。消費者の主権を尊重し、シームレスなケアの質と効率を確保するシステムは、分権化と透明化、利用者との協働によらなければならないだろう。そのためにもわが国におけるプライマリー・ケアのビジョンづくりが急務である。