

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 Programme⁹⁵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⁹⁶。

わが国においても、多くの患者団体が組織され⁹⁷、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。

2. 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提供した項目の全てを確認はできないので、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

⁹⁵ http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4006801&chk=UQCoh9

⁹⁶ 「全国マイケアプラン・ネットワーク」、<http://www.mycareplan-net.com/>

⁹⁷ 和田ちひろ監修 (2004) 「全国『患者会』ガイド」学習研究社。

者である。

それをさらに時間軸上にまらめていくと人頭払いとか請負制となる。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である。

- 1) 出来高払い制は完全な能率給⁹⁸であり、熱心に働くことへの強いインセンティブとなる⁹⁹。
- 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¹⁰⁰、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¹⁰¹。
- 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。

⁹⁸ 能率給は 'incentive payment' と呼ばれ、Taylor が Scientific Management の重要な管理手法として考案したものである。デンマークでは、GP の所得の 1/2 を出来高払い制度にしたら、GP から専門医に対する紹介の 1/4 が減少し、病院への紹介の 1/3 が減少した。Mooney, G. (1995). An international perspective on health services reform: Is it taking us where we want to go? 病院管理 23(supplement): 36-43.

⁹⁹ Enthoven, A. C. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.

¹⁰⁰ 老人の寝たきり者の医療費の地域差は最大の地域と最小の地域では約 8 倍もある。地域差研究会 (2001) 「医療費の地域差」東洋経済新報社

¹⁰¹ 倫理的に許される範囲の需要誘発については、郡司篤晃 (2003) 前掲書を参照。

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¹⁰²。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¹⁰³。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¹⁰⁴、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。‘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。

アメリカにおける Managed competition のその後

ケアの提供システムは、社会主義的なシステムでも失敗し、またアメリカにおいても必ずしも成功していない。

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

¹⁰² 具体的なグループの償還額は、まず人件費の地域格差を考慮して、その他の費用も併せて、地域ごとの医療費の単価を計算する。それに、病名、手術のあるなし、年齢を考慮してグループ化しそのグループの医療費（実際には計数化した数値）をかけ算し、定額の価格とする。それに、その病院が教育病院であるような場合にはそのための費用や腎透析や腎移植などの例外的な高額な負担や慈善的な医療の支出が予想されるような病院に対しては補正的な手当を加えて償還額としている。

¹⁰³ 病院の病床の占床率は 1980 年には 78% であったが、1985 年には 64.8%、1990 年 64.5%、1995 年 59.7% となった。Heffler, S. K., C. S. Donham, et al. (1996). Health care indicators: Hospital, employment, and price indicators for the health care industry: Fourth quarter 1995 and annual data for 1987-95. Health Care Financing Review 17(4): 217-256.

¹⁰⁴ この上乘せ請求を ‘balanced billing’ と呼ぶ。

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¹⁰⁵。

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^{106,107,108}。

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¹⁰⁹。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^{110,111}。

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¹¹²。

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。

3. コミュニタリアンの思想

その思想は「コミュニタリアン綱領：権利と責任」¹¹³に良く現れている。その思想の結果は地域社会の重視であるが、そこにこの改革の問題点も潜在するように思われ、吟味する必要がある。

PCT の具体的な問題は組織が大きすぎる（当初 35 万人、次第に小さくなって現在 10 万程度？）、新たな官僚化の恐れがある点である。

¹⁰⁵ HMO 発足当時、San Francisco の Kaiser Permanente には自動化総合検診システムが設置されたが、加入者は必ずしもそれを利用せず、著しい効果は上がらなかった。その部分だけがわが国に輸入されたものが「人間ドック」である。

¹⁰⁶ Enthoven, A.C. (1988) op.cit.

¹⁰⁷ Ellwood, P. M., Enthoven, C.A., Etheredge L., "The Jackson Hole initiatives for a twenty-first century American health". *Health Economics* 1(3): 149-68, 1992.

¹⁰⁸ Enthoven, A. C., "The history and principles of managed competition". *Health Affairs* 12: 24-48, 1993.

¹⁰⁹ 詳細は、郡司篤晃 (2003) 前掲書、12 章世界の医療制度改革を参照、pp.173-191.

¹¹⁰ 田村誠 (1999) 「マネジドケアで医療はどう変わるか：その問題点と潜在力」医学書院

¹¹¹ 日本でも近年、多くが紹介されている。例えば、<http://www.med.or.jp/nichikara/lee.html>

¹¹² 天野拓 (2006) 「現代アメリカの医療政策と専門家集団」慶應義塾大学出版会

¹¹³ Amitai Etzioni はコロンビア大学教授、ハーバード大学教授を経てジョージワシントン大学教授。1994-95 年、アメリカ社会学会会長。Amitai Etzioni, *The New Golden Rule: Community and Morality in a Democratic Society*, Basic Books, A Division of Harper Collins Publishers, 1996.(永安幸正監訳「新しい黄金律」麗澤大学出版会、2001)

commissioning という仕事は「医療計画」であり、膨大な作業量と能力を必要とする。内部市場では病院側に大きな事務が発生した。病院やっていた仕事（取引費用）の内、価格の決定は政府へ¹¹⁴、しかしそれ以外の仕事が病院から PCT に来た。

患者を奪われる可能性が少なく、3年間の量的「合意」のため、競争の Exit Power が働かない。その結果は病院側の変化は殆ど見られないことに現れている。

PCT を変えることは困難であり、利用者は不満を言うしかない。不平申し立て制度は、動機としては鈍感、エネルギーの無駄と訴えられる側の苦悩、さらに高価な「防衛医療」(defensive medicine) を生み出す。

4. Network の問題¹¹⁵

一連の改革でさらに権限（力のバランス）の下方委譲が進められた。PCT への権限委譲は、資源配分については、ヒエラルキーモデルでも、市場モデルでもなく、Network モデルに頼るということである。Network model は信頼（trust）により、資源の配分や分配は最前線に任せる方式であり、その長所は、少ない統制、民主的であるが、その短所は、組織全体にはインセンティブがかかるが、個人にかからないと有効に働かない点¹¹⁶のほか、ぬけがけ、ただ乗り、モラルの減少が起こる可能性ありことである。もし、ぬけがけやただ乗りが起これば、その行動を防止する仕組みがないので壊れる可能性がある。

そのため、監視と規制を発達させることになるが、“shame and blame”の政策は種々のモラルハザードを引き起こす。その結果、モラルの低下し、回避行動などが起こる可能性がある。まさに、地域社会や組織の民主主義の力が問われることになる。

無料の医療は、資源が有限、需要は膨大であるので、最終的には専門家による配給 (Rationing) になるのではないだろうか。

一方、福祉は有料であり、需要そのものである。福祉サービスについては、エージェントが介入するよりも利用者自身にサービスを購入させることが、連携へのむしろ近道ではないかということで、Direct Payment と呼ばれる政策が試行されている¹¹⁷。日本での「マイ・ケア・プラン」との比較は興味深い。

これらの問題をイギリスの社会はどのように解決していくのか、実証的な結果が待たれるところである。

¹¹⁴ Payment by Result については、Department of Health (October 2002), *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*. 郡司篤晃 (2003) 「イギリスの医療制度改革における PCG の意義と課題 II」医療保険事務研究協会 平成 14 年度 調査研究報告書『現行医療保険の今後のあり方』、Department of Health (2004) Appendix B. Reference Costs 2003, *Payment by Results: core tools*.

¹¹⁵ J Le Grand (2003) 前掲書、第 3 章

¹¹⁶ Matthew Bond and Atsuaki Gunji. The Commissioning Function of Primary Care Groups and Trusts, *The Japanese Journal of Social Security Policy*, Vol.2, No.1 (June 2003) ; 郡司篤晃 (2004) イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題 (III) (財) 医療保険業務研究会

¹¹⁷ <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/FinanceAndPlanning/DirectPayments/fs/en>

IV. 結語

- イギリスにおいて NHS に対して国民の評価が高いのは GP 制度にあると思われる。GP 制度は、登録制を基礎として、ゆるい形であるが住民に対する責任体制となっている。病気になったときの不安に対処する方法は誰かが責任を持ってケアをしてくれる体制を整備することである。
- わが国の高齢者の介護においては不完全ながら居宅介護支援事業者がいるが、医療には患者の真の代理人が不在である。いわゆるかかりつけ医は単にロイヤリティを基礎としており、普段健康な人、居住歴の短い人にはかかりつけ医はつくりにくく、システムとしては不安定なものである。わが国は住民に対する責任を明確にするプライマリーケアのシステムの構築が必要である。
- ケアの質向上のための政策は、第三者による評価と incentive constraint に期待せざるを得ないが、近年は health literate な消費者として empowerment に対する期待が高まっている。
- ケアの質と効率を確保するために、世界的に受け入れられている制度改革の基本的な考え方は、何らかのかたちで市場の力を活用すること、その場合、患者とサービス提供者間の情報の非対称を克服するために、代理人の設計とインセンティブをどのように設計するかである。
- イギリスの医療・福祉の制度改革は、このプライマリーケアの組織を基盤に行なわれている。そのねらいの一つは、この組織を住民の代理人として、2次医療など他のサービス提供者と利用者間の情報の非対称を克服しようとしている。
- イギリス政府はマクロな予算配分の権限は留保するが、ミクロな配分と分配に関しては PCT を政府の代理人としてその権限を委譲しているかたちである。しかし、このエージェントとインセンティブによる政策は、市場機構に比べると種々の仮定の上に行われることであるから、今後どのような経過をたどるかは注意して見守る必要がある。市場機構によらずに質と効率を達成しようとするならば、インセンティブを管理することによらざるを得ず、合理性の誤り (rationality mistake) がどこに潜んでいるかは未だ不明である。
- イギリスのプライマリーケア主導による制度改革は、本分の中でも指摘したように、double agent の問題をはじめとして、既に多くの懸念が存在する。地域の民間組織である PCT/CT に徹底した権力を委譲 (devolve) することによってケアの質と効率の向上を達成しようとするものであり、Communitarian の政権の面目躍如たるものである。まさに、イギリス社会の民主主義の実力が問われることになるであろう。
- わが国における医療制度の構造改革においては、項目別出来高払い制度を改める必要が

ある。特に、プライマリーケアのビジョンを明らかにし、そのための診療報酬体系を創設すべきである。

- 医療と福祉の連携を促進する一つの原動力は、わが国においては競争による垂直方向の統合の経済性であろう。しかし、そのことがもたらす結果についての検討は未だ殆ど行なわれていない。長期的には、医療と介護保険制度などの財源を含む統合を視野に入れなければならないが、その制度改革はもうひとつの次元としての地方分権化の中で考えていかなければならない。
- イギリスの場合はプライマリーケアの組織が明確であるので、競争によってもたらされる問題は見ることはできない。それはむしろケアの連携という視点でのアメリカの研究を必要とする必要があるだろう。
- イギリスの制度改革は、無料の医療と有料の福祉のシームレスなサービスを提供できること、且つ民主化と行政改革を同時に行う可能性があることを示している。そのような原理が明確で、かくもラディカルな改革が可能であることは、すべての改革が incremental なわが国は大いに参考とすべきである。
- しかし、無料のサービスは、需要が極大化すると考えると、限られた資源を配分する方法としては、結局は地域における専門家による配給制度 (rationing) になる可能性があるだろう。その時、分配のネットワークはどのように機能するのか、民主的な地域社会の力が試されることになるであろう。

参考文献

- 郡司篤晃（編著）（2004）『医療と福祉における市場の役割と限界：イギリスの経験と日本の課題』聖学院大学出版会
- 郡司篤晃（2004）「ケアの質向上への取り組みとその課題」2004年度、本研究報告書
- 郡司篤晃（2005）「ケアの質と効率の確保をめぐる政策課題に関する研究」2005年度、本研究報告書
- 郡司篤晃（2006）イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携、海外社会保障情報
- 郡司篤晃（2006）イギリスのプライマリーケアに導かれた「第三の道」制度改革『聖学院大学総合研究所紀要』34号、429-57頁。聖学院大学総合研究所

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

② ケアの質と効率の確保をめぐる政策課題に関する研究

分担研究者 郡司篤晃 聖学院大学大学院教授

（平成 17 年度実施）

研究要旨

医療と福祉（介護）の連携とケアの質と効率の要求が高まっている。両者を比較すると医療の目的は疾病の治療であり、情報の非対称が大きい。介護の目標は利用者の生活の支援であり、情報の非対称は医療との比較においては小さい。しかし、介護には代理人がいるが、医療にはいない。

質と効率を確保する政策は、第三者評価によるか、インセンティブによる制御しかない。第三者評価は次第に構造から、結果及びプロセスの評価に移行しつつある。特に医療においてはパス法が現場の主體的な質と効率向上の運動として受け入れられつつある。パス法は医療の norm としてのガイドライン作成を促し、今後の医療の質の管理はそれをもとに行なわれることが世界的な趨勢である。ケアの質と効率を向上させる政策は、インセンティブ制御が主流であり、特にケア提供者に対する報酬の支払い制度は、出来高払い制度からの方向転換は必須であろう。

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。

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。

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を励ますものでなければならない。

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。

A. 研究目的

医療と福祉の質と効率を確保する政策のあり方を考察する。

B. 研究方法

文献のリビューならびに現地の訪問。
（倫理面への配慮）

人体に直接触れることはないため、倫理的な配慮は不要である。

C. 研究結果

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、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

[この研究は、平成 17 年度に行った研究である。]

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、現実には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れたい。

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るながら、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ことではない。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得きにある。

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。疾病の治療の基礎には医学、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ため相対的に小さい。

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ないが、介護にはいわゆるケアマネージャという代理人がいる¹²。

表 1 医療と福祉の比較

	目的	ニード/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もある。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るれば5年後にしか結果はない。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

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ただけではなく、? 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实际的であり、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 Goals and agenda Patient values Physician's role	Mutuality Negotiated Jointly examined advisor	Consumerism Patient set Unexamined Technical consultant
弱い Goals and agenda Patient values Physician's role	Paternalism Physician set Assumed Guardian	Default Unclear Unclear 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とか請負制となる。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