

# マネジドケアと高齢者介護（その1）

## 普及するマネジドケア介護プログラム

Vol. 4, NO. 57 September 3, 1999  
Health and Welfare Department  
伊原和人 (Kazuhiro Ihara)  
天池麻由美 (Mayumi Amaike)

1980年代以降、医療の分野において、マネジドケアが急速に普及する中で、こうしたマネジドケアの手法を介護の分野にも取り入れ、医療と介護サービスさらには生活支援サービスを包括的に提供することによって、要介護者の多様なニーズに応えとともに、費用の効率化を図ろうとする動き（以下「マネジドケア介護プログラム」と略称）が急速に広まっている。

図表1はその現状を示したものであるが、PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly)、Social HMO、Arizona Long Term Care Systemといった様々なプログラムが全米各地で行われ、年々その数も増えている。

日本では来年4月に導入予定の介護保険制度において、ケアマネージャーによるケアマネジメントをベースとして、プライマリケアと介護サービス、そして生活支援サービスの一体的・包括的な提供の実現を図ろうとしているが、米国のマネジドケア介護プログラムの場合には、サービス提供面のみならず、財源面（費用償還）でも一体化が図られ、柔軟なサービス提供と費用の効率化という一見相矛盾するような目的の両立に一定の成果を挙げている。

そこで、今後、数回にわたって、急速に普及するマネジドケア介護プログラムの現況について、PACEやSocial HMO等の例を取り上げながら紹介してみたい。今回はその第一弾として、マネジドケア介護プログラム登場の背景やその概念などについてレポートしたい。

### 1 マネジドケア介護プログラム登場の背景

図表1に示すように、介護分野においてマネジドケアの手法を活用した試みは、近年になって急速に普及しているが、その背景には以下のような事情がある。

要介護高齢者の多くは、介護サービスのみならず、様々な医療を必要とするケースが多いにもかかわらず、サービス提供体制の面でも、費用保障の面（メディケアやメディケイド）でも、縦割りであり、相互の連絡・調整が十分に行われていないこと。

現行のメディケアやメディケイドの給付要件、対象となるサービスの範囲などは非常に限定されており、現行制度の下では要介護者の多様なニーズに応えられないこ

と。<sup>1</sup>

急増する高齢者の医療・介護費用のコントロールという点で、費用のリスクをサービス提供者に分散・転嫁し、費用の効率化に関するインセンティブをサービス提供者自身に持たせるマネジドケアの仕組みが有効と考えられたこと。

## 2 マネジドケア介護プログラムの概念 医療と介護を「サービス提供」、「費用保障」の両面で統合

このマネジドケア介護プログラムという新しい試みを概念化すると、図表 2 のとおりとなる。高齢者の医療や介護について費用負担を行うメディケアやメディケイドは、図表 2 A に示すように、通常、提供されたサービスに応じ、個々に給付を行っている。また、同様に、要介護高齢者に対するサービス提供も各サービス事業主体がそれぞれはらばらに行い、相互の連携も不十分となっている。

これに対し、マネジドケア介護プログラムの場合には、図表 2 B に示すような仕組みとなっている。<sup>2</sup>

メディケアやメディケイドは、マネジドケア介護プログラムの運営主体となる HMO や中核的サービス事業主体に対し、あらかじめ定額の報酬を前払いする。

運営主体は、この報酬を財源として、要介護高齢者が必要とする入院・外来、ナーシングホーム、訪問看護・リハビリテーション、ホームヘルプ、デイケア、食事など医療から生活支援サービスに至るまでの広範囲なサービスについて、要介護高齢者のニーズを踏まえながら、ケアプランを作成する。

当該ケアプランに基づき、それぞれのサービスを自らあるいは他のサービス事業主体に委託することによって提供する。

この方式では、生活支援サービスなど通常は公的制度の対象とならないようなサービスを提供することが可能となるほか、サービス提供に関する責任と権限が運営主体に一元化されているために、サービス間の連携がスムーズとなる。また、運営主体は、限られた財源の中ですべてを賄わなければならないため、最小の費用で利用者のニーズを最大限に満たすよう費用対効果を考えた効果的な運営に努めるようになると期待されている。

さらに、Social HMO 等の場合には、一層の費用の効率化を図る観点から、個々のサービスを提供する各サービス事業主体自身にもサービスの効率的な提供に関するインセンティブを付与するため、サービス事業主体が運営主体とその費用負担のリスクをシェアする（つまり、あらかじめ前払いされた報酬額に残余が生じた場合には各サービス事

<sup>1</sup> 高齢者の医療をカバーするメディケアの場合、対象となるサービスはあくまでも医療系のサービスに限られており、家事援助、デイケア、ショートステイ、食事サービス等は含まれていない。また、低所得者の医療・介護サービスをカバーするメディケイドでも、食事サービスやアシスティッド・リビング（Assisted Living Facility：主として虚弱の高齢者が対象の施設）等のサービスは、原則として給付対象となっていない。

<sup>2</sup> こうした新しい試みは、メディケア・メディケイドそれぞれで連邦医療保険財政庁より、ウェイバーと呼ばれる特別の承認を受けることで実施可能とされている。メディケアの場合には社会保障法第 222 条、メディケイドの場合は、同法第 1115 条の research and demonstration waivers（5 年間で限度（更新可能）とする実験的プログラム）を活用することにより、実施されている。

業主体にも配分され、不足した場合には各サービス事業主体も負担する) という手法も用いられている。

### 3 マネジドケア介護プログラムの現状 PACE を除き、なお試験的段階

マネジドケア介護プログラムの形態はプログラムごとに多様であり、図表 1 に示すように、対象者の範囲、プログラム参加の任意性、運営主体、対象となるサービスの範囲、報酬支払方式などそれぞれ異なっている。

対象者を要介護者のみとするのか、それとも、比較的健康的な高齢者を含むかどうか、運営主体をサービス事業主体そのものとするのか、HMO とするのか、メディケイド受給者の参加を任意とするのか強制とするのかなど、こうした要素によって、プログラムの性格が少しずつ変わってくる。

1997 年に均衡予算法によって恒久化された PACE を除き、マネジドケア介護プログラムの多くは、試験的段階にあるか (Social HMO) あるいは、最近開始されたばかりである。したがって、事業内容も発展段階にあり、また、その評価に関する研究も PACE に関するものを除き、非常に少ない。

ただし、これまでのところは、事業実施主体の数も限られていることもあって、全体としては、医療と介護の包括的・一体的な提供が図られたことを評価する声が強く、マネジドケア (医療分野) に関し、しばしば指摘されるところの「粗診租療」(手抜き)の問題は顕在化していない。

次回以降、PACE、Social HMO、Arizona Long Term Care System を例に取り上げ、実際のマネジドケア介護プログラムの内容を紹介する。

http://www.jmarl.med.or.jp