

マネジドケアと高齢者介護 (その 2)

——PACE 方式 (オンロック) ——

Vol. 4, No. 58 September 9, 1999

Health and Welfare Department

伊原和人 (Kazuhito Ihara)

天池麻由美 (Mayumi Amaike)

今回のレポートでは、マネジドケア介護プログラムの代表例として知られる PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) について取り上げ、その原型とも言えるサンフランシスコ市のオンロックを例にとって事業内容等を解説したい。

1 PACE の歴史——約 30 年前、サンフランシスコ市のオンロックでスタート——

PACE は、カリフォルニア州サンフランシスコにある On Lock Senior Health Center (民間非営利) が 1971 年に小規模のデイケアセンターを開設したことにはじまる。

このオンロック (中国語で「安楽」と書く) では、イギリスの同種の施設 (デイ・ホスピタル) をモデルに、中国系アメリカ人の要介護高齢者を主な対象として、デイケアを中心に各種の在宅サービスを提供することによって、ナーシングホームへの入居や病院への入院を避け、住み慣れた自宅での生活を継続することを目標に事業をスタートした。

1975 年に家事援助等の訪問サービスを追加するとともに、1979 年からは、4 年間にわたって、連邦医療保険財政庁からメディケア (高齢者と障害者を対象とした医療保険制度) を財源とするモデル事業を実施することが認められ、医療と介護サービスの包括的・一体的提供が可能となった。その後この実績が各方面で評価され、1983 年からは、メディケア及びメディケイド (低所得者を対象とした医療扶助制度) のウェイバー (特例措置) が認められ、報酬支払方式が従来の個々のサービス実績に応じた支払方式から、利用者 1 人当たりの月決め定額前払い方式に改められた。これによって、オンロックでは既存のメディケアやメディケイドのルールにとらわれることなく、独自の判断で包括的なサービスを提供することとなったのである。

こうしたオンロックの取り組みは、ナーシングホームへの入居や病院への入院件数の減少等質的にも効果を挙げ、また、財政運営も黒字であり費用節約効果もあると判断されたことから、その後、他の地域でも実施されるようになった。1997 年の均衡予算法では、ついにこれまでの試験的なプロジェクトという位置づけを改め、正式にメディケアのプログラムとして位置づけられた。1997 年末現在で全米で 26 事業者がこの PACE を運営しており、対象者総数は約 5,000 人となっている。

なお、PACE 随一の事業規模を誇るオンロックは、現在、サンフランシスコ市内 6 ケ

所を拠点として、ナーシングホームへの入居が適当と判断された要介護高齢者（55 歳以上：約 750 名）を対象に、在宅サービスを中心にサービス提供を行っている。

2 PACE のサービス

（１）要介護者が必要なすべてのサービスを包括的に提供

オンロックのサービス提供面の特徴の一つは、要介護者が必要とする在宅・施設サービスのすべてを提供できる体制を整えつつ、できる限り在宅生活を可能とすることに重点を置いてサービス提供を行っている点にある。

ここでは、日頃の健康管理のみならず、外来、そして必要な場合には入院といった医療を提供するほか、デイケア、身体介護、訪問看護、リハビリテーションといった介護サービス、そして、家事援助、給食、移送、洗濯といった生活支援サービスまで幅広く自己の責任で提供している。さらに、要介護者の状態が悪化し、在宅生活が困難となった場合には、ナーシングホームへの入居についても責任を負う。PACEという名称中の All-inclusive Care（すべてを包括したケア）とは、こうしたプログラムの特色に由来している。

（参考）オンロックで提供されるサービス

① デイケアセンターにおいて提供されるサービス

健康診断、リハビリテーション、身体介護、給食サービス、栄養指導、レクリエーション、移送、洗濯サービスなど

② 自宅において提供される在宅サービス

訪問看護、身体介護、家事援助、配食サービス、洗濯サービス等

③ 専門医の医療

各種専門医（眼科、歯科等を含む）の医療

④ 病院、ナーシングホーム等で提供される施設サービス

入院、ナーシングホームでのケア等

（２）徹底したチームケア

前述の様々な種類のサービスを、要介護者それぞれに最も適した形で提供するために医師、看護婦、ソーシャルワーカー、PT、ホームヘルパー、栄養士、運転手といったケアに関わるすべての職種がチームとなってケアを提供するアプローチ（チームケア）が徹底していることもこのオンロックの特徴の一つである。

オンロックでは現在6つのチームがあり、毎朝、それぞれのチーム毎に各職種を代表する中心メンバーによって、ケア会議が開かれている。同一の組織に所属し、しかも医療、福祉という分野を超えた人々が一同に会してケアの検討を行うというアプローチは、

一つの理想的なケアマネジメントの姿といえるであろう。米国でも、医療と福祉の垣根は高く、まして、医師とホームヘルパー、栄養士といった分野を超えた職種間の意思の疎通は難しいといわれるが、オンロックではそんな「常識」はどここの国の話とばかりに、コミュニケーションもスムーズで、効率的な役割分担が行われている。

オンロックを訪問した際にインタビューしたプライマリケア医のデボラ・ダン医師(勤務歴7年)によれば、要介護高齢者の場合、通常、複数の疾患を抱えていることもあって、症状の変化、服薬管理など絶えずきめ細やかなフォローアップが必要で、多様な職種がチームを組んでケアを提供する仕組みが最適だとのこと。開業医が自力でこうしたフォローアップを行うことは事実上難しいという。ただ残念なことに、こうしたチームケアの意義が医師全般に広く浸透しているわけではなく、オンロックのような場所で働く医師を見つけることは必ずしも容易ではないとのことである。¹

オンロックのチームケアの発想は服装にも表れているようで、ダン医師を含め医師、看護婦といえども白衣を着用している者はおらず、誰がどのような職種なのか一目見てもわからない。この方がリラックスした雰囲気でお年寄りもケアを受けることができるからだという。

3 オンロックの財源——月決め定額前払い方式、費用抑制効果も大——

オンロックの財源は、メディケア及びメディケイドによって賄われている。通常、メディケア、メディケイドはともに、事業者が提供したサービスに応じて出来高で報酬が支払われるが、オンロックの場合には、プログラムに参加した利用者1人当たり月決め定額で支払われる。1999年でメディケアから月1,282ドル(約14万円)、メディケイドから月2,213ドル(約24万円)、合計3,495ドル(約38万円)という水準である。²

¹ オンロックに所属する医師(現在8名)はいずれもプライマリケア医であり、利用者の日常の健康管理のほか、慢性疾患の治療、さらには風邪、肺炎等の急性疾患や怪我の治療を担当している。具体的には、施設内で注射や点滴、傷口の縫合等の簡単な処置を行うほか、入院が必要となったら、その入院先を訪問し、自ら必要な治療を行っている。さらに専門医の診断治療が必要と判断した場合には、専門医の診断を仰ぎ、治療方針についてのアドバイスを受けた上で、治療計画を作成し(治療計画を作成するのはあくまでもプライマリケア医)、これに基づいて専門医に治療を依頼するというプロセスが採用されている。つまり、専門医の治療を含め、医療全般についてプライマリケア医がイニシアティブをとっている。

インタビューしたダン医師の場合、オンロックに勤務する前は、HMOの大手カイザー・パーマネンテで6年間の診療経験があるとのことだが、カイザー時代には、受診者の中には健康な者も多いため、1人当たり平均10分程度しか診察時間が割けなかったとのこと。これに対し、オンロックでは対象者がすべて病気を抱えていることもあって、じっくりと時間をかけ、必要な時間だけ診察する必要があるし、またそれが可能となっていると答えていた。

² PACEに対する報酬支払水準は地域によって大きく異なっている。メディケアの場合、同程度の要介護者に対するメディケアの平均給付費の約95%(均衡予算法により89%程度に削減される予定)とされている。メディケイドの場合には、州の判断によって報酬額が設定されるが、オンロックのエン医師らの研究(“Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE):An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing” Journal of American Geriatric Society, Vol.45,1997)によればナースিংホーム入居者に支払われる費用の74%~96%程度となっている。なお、1997年の状況を見ると、メディケア

オンロックでは、これを財源として、通常のメディケアやメディケイドでは給付対象とはならない給食、移送、洗濯といったサービスを含め、利用者の状況に合わせ、柔軟なサービス提供を行っている。なお、メディケアとメディケイドの対象となっている限り利用者負担はない。しかし、年齢、所得等の面でメディケアやメディケイドの対象とならない者については、PACEがこれらの制度から支払を受ける報酬と同額を自己負担する必要がある。

PACEの運営主体は、こうした自由度が認められている反面、あくまでもこの財源の範囲内で採算を採らなくてはならないという制約もある。したがって、オンロックは、費用のかかる入院や施設入居を回避するために、できるだけ要介護者が在宅生活を継続できるように力を注ぐことになる。

また、安易な入院や施設入居を防ぐため、入院・入居にはオンロックの事前の承認が必要とされている。こうした一連の手法は、米国の医療分野で普及している「マネジドケア」を介護分野に応用したものといえよう。

このような手法が功を奏してか、オンロックの場合、同程度の要介護者を対象にケアを提供するケースと比べて、メディケアで5%、メディケイドで15%程度、費用抑制効果が認められるという。

4 PACEの評価——これまでのところ比較的高い評価。事業が普遍化するこれからが正念場——

他のマネジドケア介護プログラムと異なり、PACEの場合にはオンロックの30年近くの実績があることもあって、数多くの評価研究が行われている。

マネジドケアの手法に関しては、しばしば費用の抑制に重点を置くあまりにサービスの質が切り捨てられたという「粗診粗療」（手抜き）の懸念が指摘されるが、これまでのところオンロックを始めとするPACEの参加事業者は、いずれも非営利で、かつその事業運営に積極的かつ熱心であったこともあって、こうした問題は指摘されていない。むしろ、現行制度の縦割りを排し、包括的なサービスを効率的に提供しているとして、費用対効果の高いプログラムとして比較的高い評価を得ている。

PACEの場合、プログラムへの参加・脱退は利用者の自由であるが、死亡を除く脱退率（1997年）は7.3%と、同様に参加・脱退自由のメディケアHMOの13.0%（1996年）と比べて低く、こうした評価を裏付けるものとなっている。³

では月 842 ドル～1,741 ドル（中央値 1,202 ドル）、メディケイドでは月 1,587 ドル～4,124 ドル（中央値 2,075 ドル）と大きくばらついている。

³ 脱退率のほか、利用者 1,000 人当たりの 1997 年の 1 年間の平均病院利用総日数を見ても、PACE は 2,180 日と、メディケア加入者の 2,014 日と比べて大きな差はない。PACE の対象者がすべて要介護者であることを考慮するとこの数値は相当低い水準であると言えよう。また、入院 1 回当たりの平均入院日数も PACE の場合、4.2 日とメディケア加入者全体の平均 6.4 日と比べても短くなっている。

なお、手抜きによるサービスの質の低下が懸念されるところであるが、前述のエン医師らによる研究によると 1993 年段階の 1,000 人当たりの死亡率は 138 人と、ナーシングホーム入居者の数値（186 人）と

しかし課題もある。その一つが、PACE のサービスを利用するためには、これまでの馴染みの医師、病院、その他のサービス提供機関との関係を断念し、PACE を中心とするスタッフ、サービス提供機関にその相手を変更しなければならないことである。このアクセスの不自由さは、マネジドケアそのものに付随する問題であるが、PACE によるサービス利用を断念したりあるいは脱退したケースの中には、馴染みの主治医を変更することへの抵抗感を理由とするものが多いとされる。

また、PACE が重視するデイケア（通所サービス）を望まぬ者が多いとも言われる。脱退者の脱退理由の中にはデイケアよりも自宅でのケアを好むためというものも見られるという。

もう一つの課題は、メディケイドの対象とならない中間所得者層等にとっては自己負担額が高額すぎて利用できないという問題である。前述のようにメディケイドの対象とならない場合には、全額自己負担となり月額約 2,000 ドルもの負担が必要となるが、実際にはこうした負担ができる者は少なく、中間所得層の参加者は非常に限られている（ただ、この問題は PACE 固有の問題というよりは、高齢者全般を対象とした公的介護保障制度が存在しない米国特有の事情によるものと言えるであろう）。

また、今後の課題としては、営利法人による運営を容認するかどうかという問題がある。均衡予算法では今後、4 年間で 10 の団体を上限として営利法人による PACE の運営を試験的に行うこととされている。オンロックを訪問した際にインタビューしたジェニー・ハンセン専務理事によれば、「株主から絶えず利益の追求を求められる営利法人の場合、広範な高齢者のニーズにあらかじめ定められた財源で応えなければならない PACE のようなプログラムの運営は難しいのではないかと懐疑的であった⁴。今後 4 年間の試行によって、どのような結果が得られるのか大変に興味深い。

また、現在のところはあまり問題となっていないが、今後、参加事業者数が増加し、事業が一般化するにつれ、ケアの「手抜き」や事業者自身による利用者の選択（要介護度の低い者のみを対象とし、手がかかる者を排除する行為：cream-skimming）の危険性が高まってこよう。今後、こうしたリスクにどう対処していくかが、PACE がどこまで普及するか（普遍化するか）といった問題に大きな影響を与えるであろう。⁵

比べて相当低くなっている。

⁴ なお、ハンセン専務理事に、「非営利法人では施設整備等の費用を捻出するのは困難ではないのか」と尋ねたところ、「オンロックの場合、当初の施設整備は連邦政府や地方政府からの補助によって資金を賄ってきたが、現在では活動が地域に根づいたこともあって企業や市民からの寄付を中心に施設整備費用を捻出している（実際、新築のデイケアセンターもオンロック自身で債券を発行することによって資金を調達し、その返済原資には寄付金を充てている）。確かに非営利法人の場合、施設整備等の多額の費用を調達することが難しいのは確かであるが、PACE は在宅ケアに焦点をあてて事業を展開しているので、ナーシングホームなどの高額な施設整備を必要とするわけではない。」とのことであった。

⁵ ハンセン専務理事に対するインタビュー時に、「PACE では必要な医療サービスはすべて責任を負うとなっているが本当に可能なのか。心臓手術が必要となったような利用者を体よく追い出すといったことはないのか」と尋ねたが、「オンロックの参加者は自由に脱退できるが、オンロックの側から参加を希望する者を断ることは許されていない。また、財政上の観点からいうと医療度の高い利用者には本来のメディケアに移って欲しいとの気持ちがないわけではないが、このような非倫理的なことを行くと、オンロッ

なお、デイケアを基礎とする PACE は、そのサービス提供の特性上、他のマネジドケア介護プログラムである Social HMO 等と違って、そのカバーする地域が狭くなる傾向がある。その点で郡部よりは人口が密集した都市部で特に有効なアプローチと言えるのではないだろうか。実際、こうした地域は要介護者数も多く、競争相手も常に存在することから、前述のような PACE の持つリスクを最小化するという点でもメリットを持つ。

日本で来年からスタート予定の介護保険制度では、給食、移送といった生活支援サービスが給付対象外とされているほか、また、医療についても医療保険と介護保険の間で未整理な部分がある。また、介護の現場を見ても、医療から生活支援サービスまで要介護者が必要とするサービスを一元的かつ包括的に提供するシステムが整っているところは残念ながら数少ない。

PACEを万能視することはできないが、PACEのアプローチはこうした課題の解決を考える上で大いに参考になるように思う。

<http://www.jmari.med.or.jp>

クの評判を落としてしまい、かえってマイナスになるであろうから、まったくやっていない。」とのことであった。