

(表1)設置・運営主体別の病院・病床数 (1999年末)

	病院数	割合	病床数	割合	平均病床数
公立	753	37.4%	287127	54.3%	381.3
公益立	832	41.3%	204059	38.6%	245.3
私立	429	21.3%	37760	7.1%	88.0
計	2014	100%	528946	100.0%	262.6

(資料) Statistisches Bundesamt, Fachserie12 Reihe6.3,2001  
により作成。

(表2)設置・運営主体別の病院・病床数の推移

	1990年末		1999年末		増減		
	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	(増減率)
公立	1043	387207	753	287127	-290	-100080	-25.8%
公益立	843	206936	832	204059	-11	-2877	-1.4%
私立	321	22779	429	37760	108	14981	65.8%
計	2207	616922	2014	528946	-193	-87976	-14.3%

(資料) 表1と同じ。

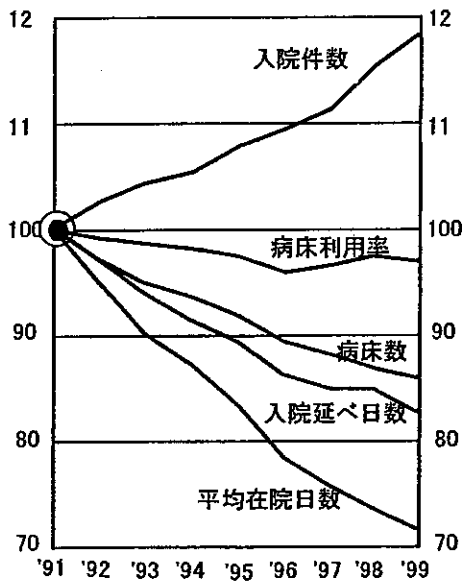
(表3) 病床規模別病院数

病床数	1991年		1996年		1997年		1999年	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
-100	539	24.9%	486	23.8%	494	24.5%	512	25.4%
100-200	551	25.5%	531	26.0%	529	26.2%	529	26.3%
200-500	797	36.8%	770	37.7%	750	37.1%	731	36.3%
500-	277	12.8%	253	12.4%	247	12.2%	242	12.0%
計	2164	100.0%	2040	100.0%	2020	100.0%	2014	100.0%

(資料) 表1と同じ。

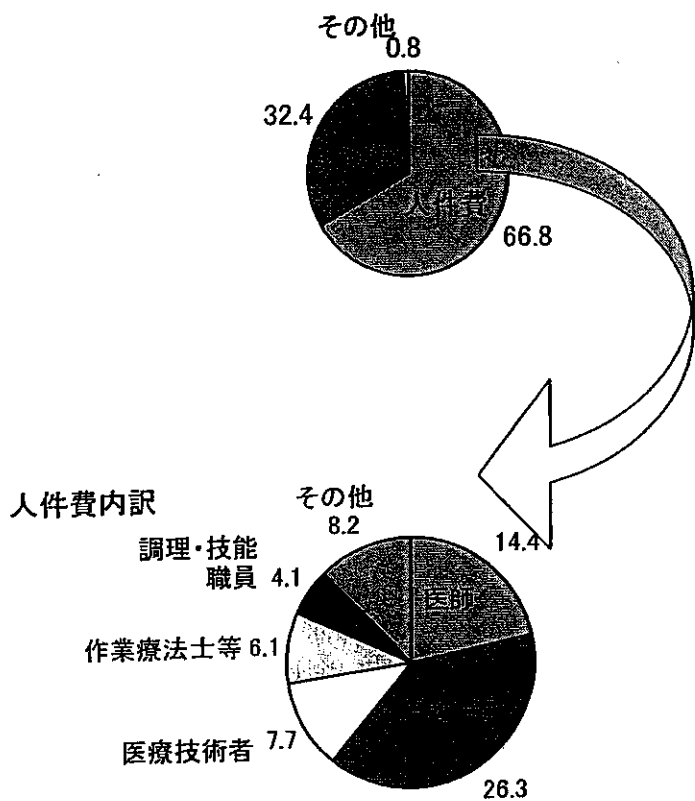
(図2)

病院部門での変化 1991年-1999年  
(1991年=100)



(資料) 表1と同じ

(図3)  
患者1人1日当たり費用の構成(1999年 単位:%)

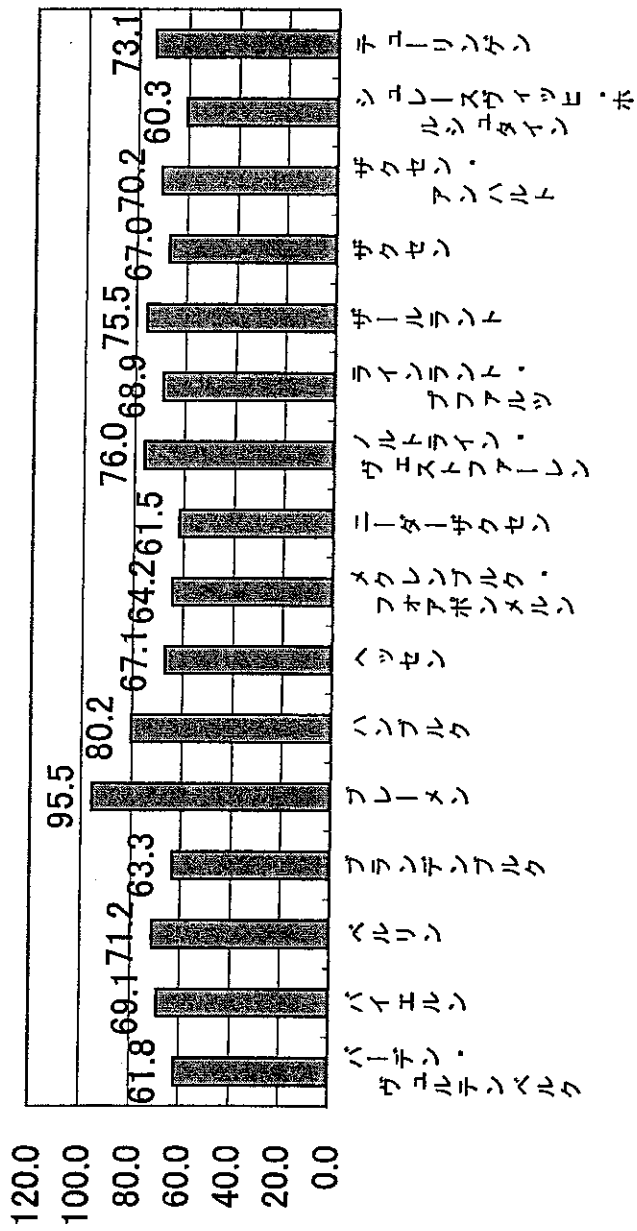


(資料) Statistisches Bundesamt, Fachserie12 Reihe6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser, 2001により作成。

(図4)

州別の病床密度(対人口1万人)

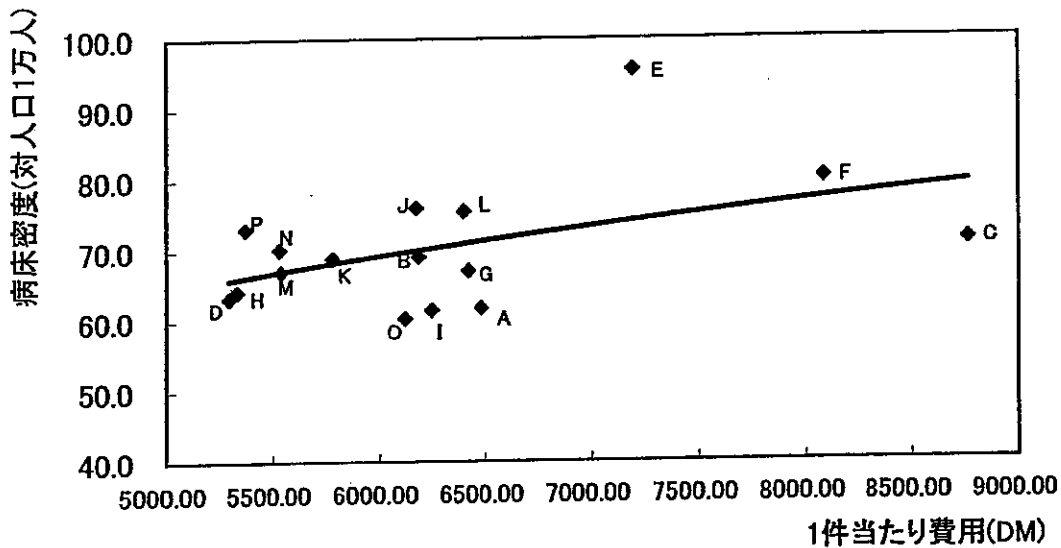
(1999年末現在)



(資料) 表1と同じ。

(図5)

病床密度と1件当たり費用との関係(1999年)

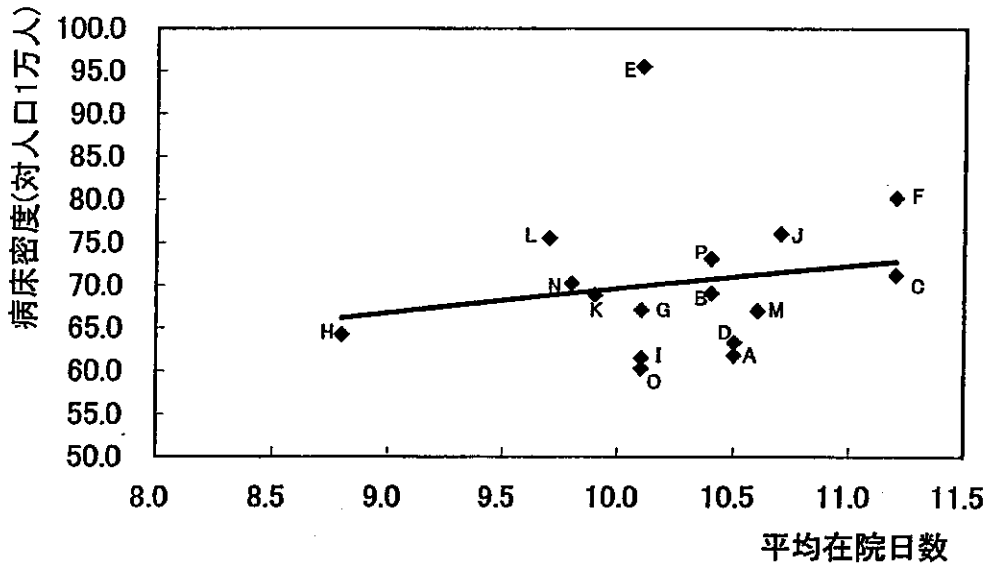


- A:バーデン・ヴュルテンベルク
- B:バイエルン
- C:ベルリン
- D:ブランデンブルク
- E:プレーメン
- F:ハンブルク
- G:ヘッセン
- H:メクレンブルク・フォアポンメルン
- I:ニーダーザクセン
- J:ノルトライン・ヴェストファーレン
- K:ラインラント・プファルツ
- L:ザールラント
- M:ザクセン
- N:ザクセン・アンハルト
- O:シュレースヴィヒ・ホルシュタイン
- P:チューリンゲン

(資料) 表1と同じ。

(図6)

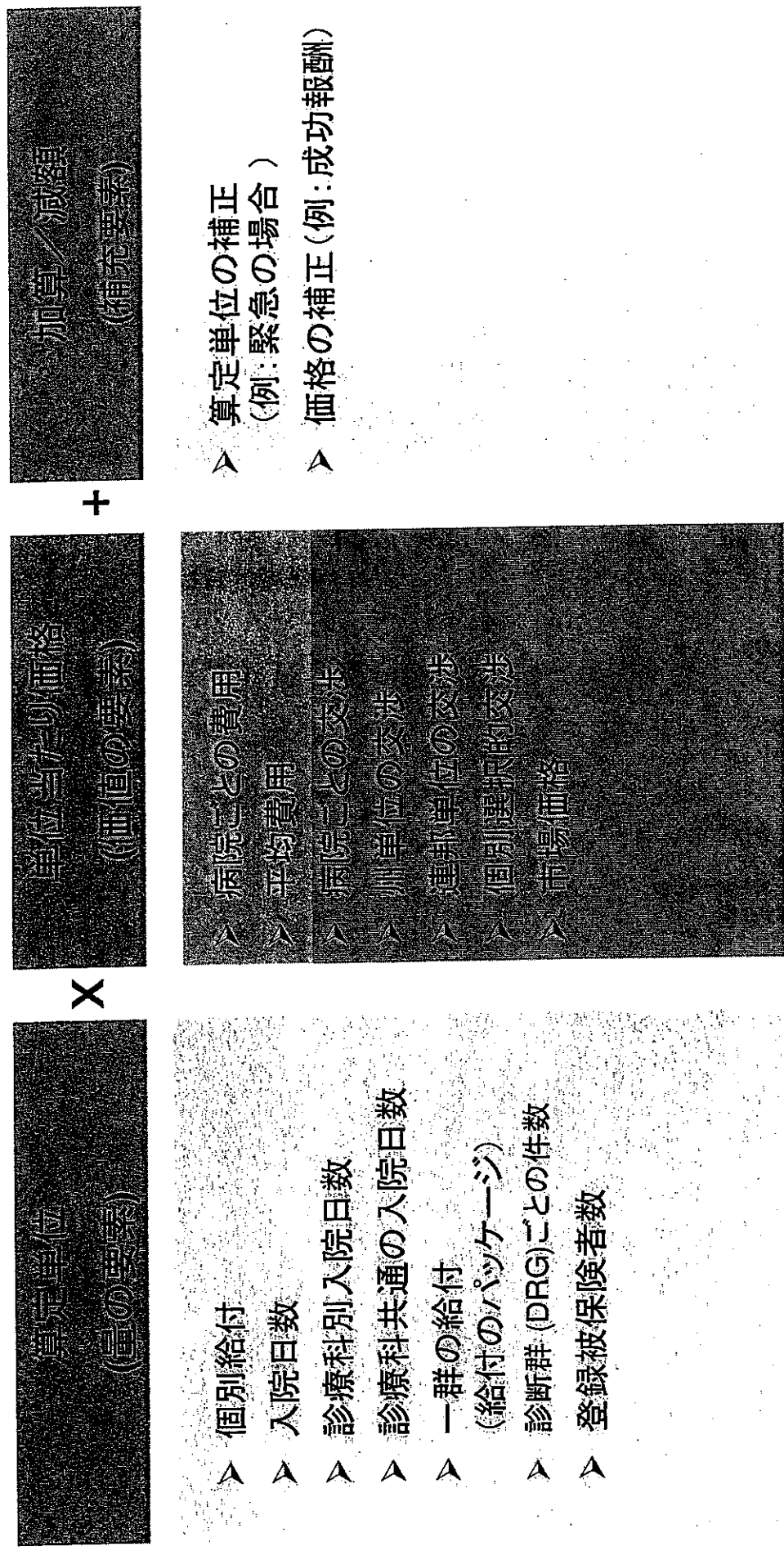
病床密度と平均在院日数との関係(1999年)



- A:バーデン・ヴュルテンベルク
- B:バイエルン
- C:ベルリン
- D:ブランデンブルク
- E:プレーメン
- F:ハンブルク
- G:ヘッセン
- H:メクレンブルク・フォアポンメルン
- I:ニーダーザクセン
- J:ノルトライン・ヴェストファーレン
- K:ラインラント・プファルツ
- L:ザールラント
- M:ザクセン
- N:ザクセン・アンハルト
- O:シュレースヴィッヒ・ホルシュタイン
- P:テューリンゲン

(資料) 表1と同じ。

# (図7) 診療報酬システムの構成要素



(資料) Neubauer G., Vergütung von Krankenhausleistungen auf der Grundlage von DRGs vom 17.November2001 より。



(図8) 入院診療報酬制度の概要

病院ごとの予算							包括的な報酬	
診療科別療養費							特別報酬	一件当たり 包括払い
内 科	外 科	整 形 外 科	耳 鼻 咽 喉 科	眼 科	.....	.....	148種類	96種類
基礎療養費								

(表4) 一件当たり包括払いカタログの抜粋

FP 番号	定義	ICD-10	OPS-301	報酬点数		左のうち基礎的給付の報酬点数		VD			
				人件費	物件費	GVD	人件費		物件費	計	
1	2	3	4	5	6	7	11	13	14	15	16
グループ12:消化管の手術											
		(略)									
12.05	穿孔のな い虫垂炎	A063.8,K35.9,K36, K37;K38.0	5-470.0,2; 5-479.1	2230	990	3220	15	430	440	870	7.16
12.06	穿孔のな い虫垂炎	A063.8,K35.9,K36, K37;K38.0	5-470.1	2250	1330	3580	14	370	370	740	6.04
		(略)									

(注) VD:報酬点数算定の基礎となる在院日数、GVD:限界在院日数、ICD:国際疾病分類のコード番号、  
OPS:手術コード番号

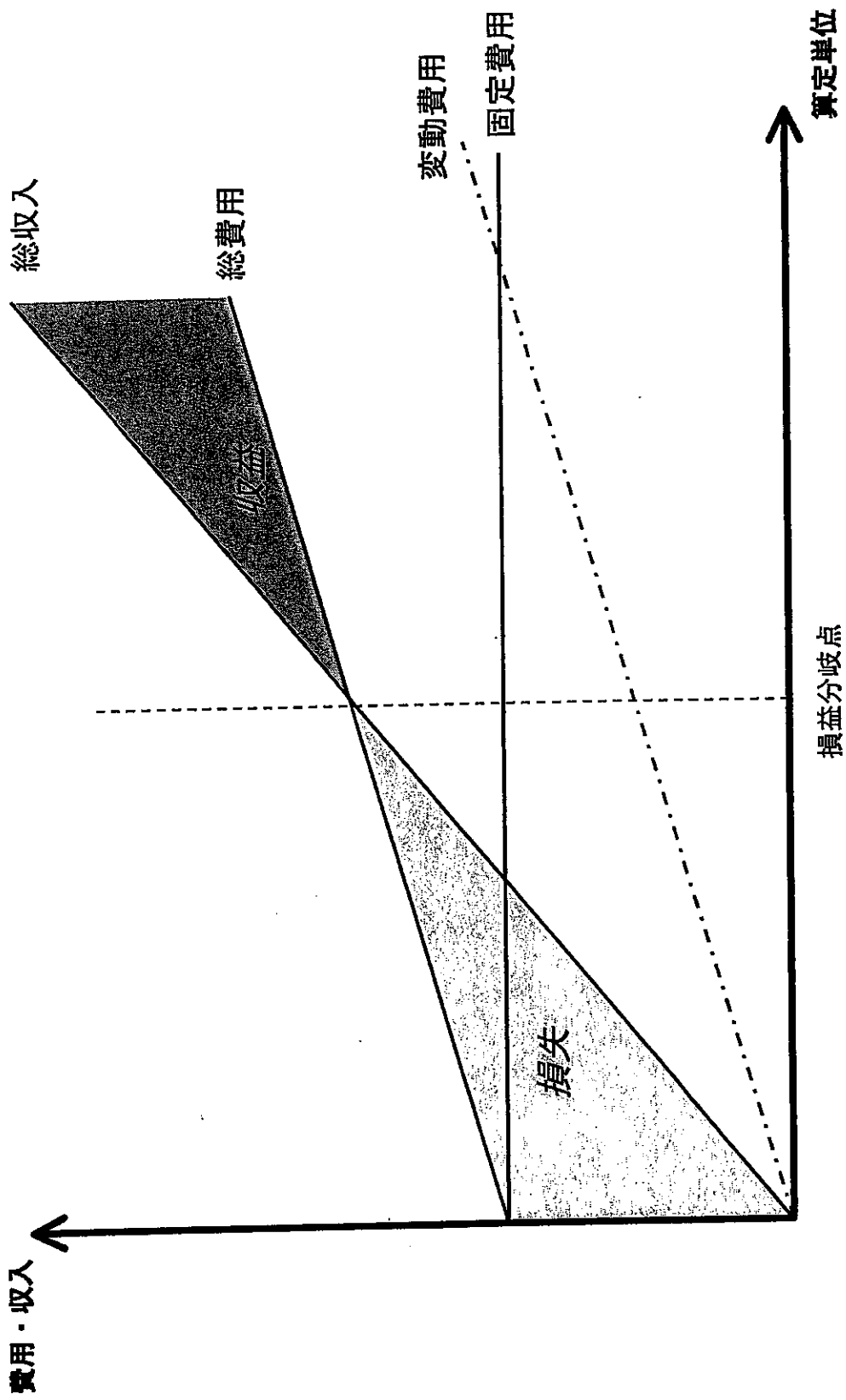
(出典) Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesweiter Entgeltkatalog für Fallpauschalen und Sonderentgelte  
nach § 17 Abs.2a KHG-gültig ab 1. Januar 2002 により作成。

(表5) 特別報酬カタログの抜粋

SE 番号	定 義	ICD-10	OPS-301	報酬点数		
				人件費	物件費	計
1	2	3	4	5	6	7
グループ12:消化管の手術						
		(略)				
12.16	外科的な虫垂切開		5-470.0,2; 5-479.1	780	210	990
12.17	内視鏡による虫垂切開		5-470.1	1005	630	1635
		(略)				

(資料)表4と同じ

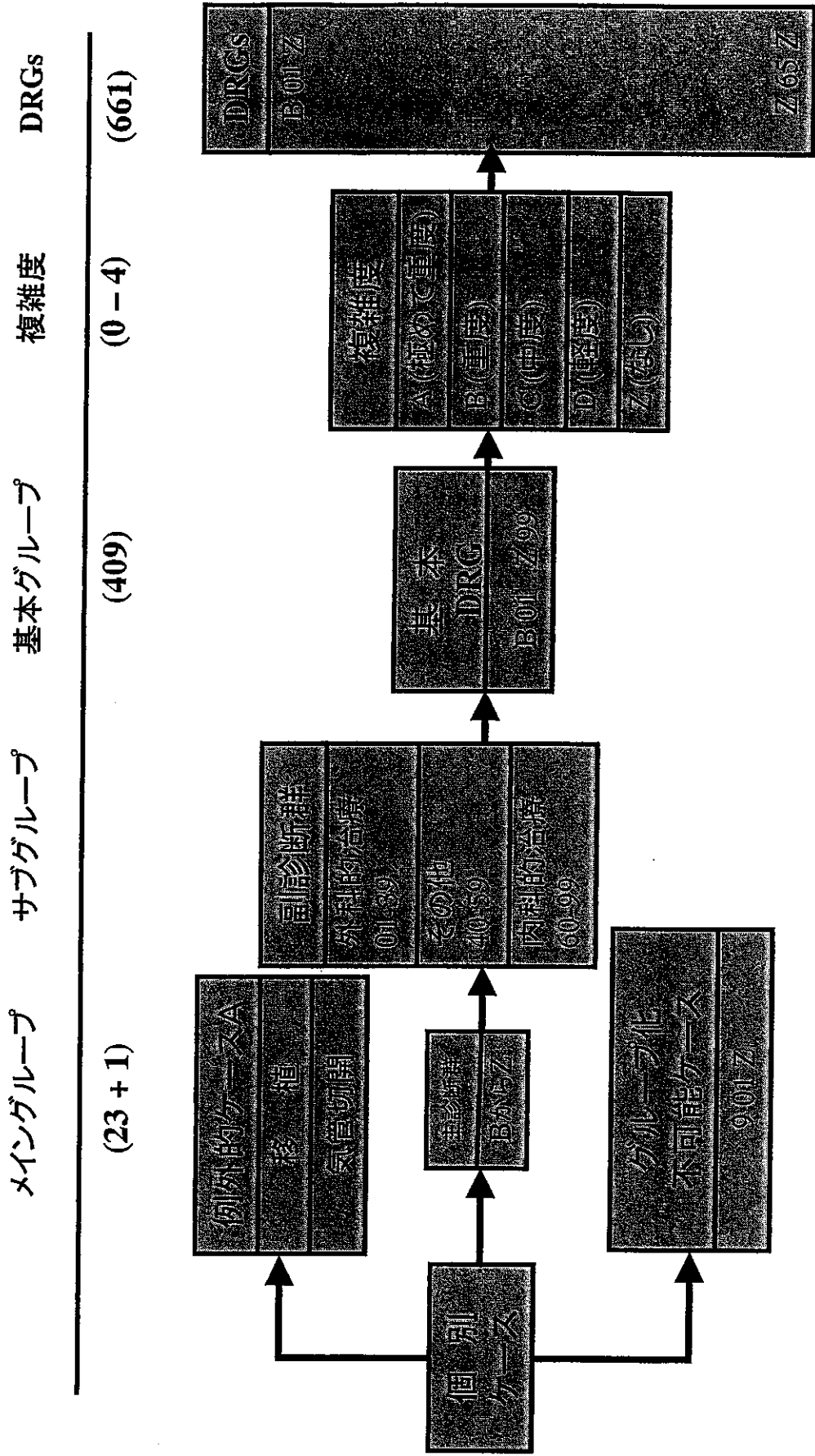
(图9)



(資料) 图7と同じ。

(図10)

# AR-DRGシステムの構造



(資料) 図7と同じ。

表6 バイエルン州病院計画 (1996年1月1日) -抜粋-

第II部

A: 計画病院

オーバーバイエルン地区 (Regierungsbezirk Oberbayern)

番号	市/郡 病院 (設置・運営者)	設置者 区分	計画 病床数	透析 定員	診療科	供給 レベル
1 61 01	インゴルシュタット市 インゴルシュタット病院 (インゴルシュタット自治 体目的連合)	公立	1,038	32	内、外、産婦人、耳 鼻咽喉、眼、泌尿器、 整形、神経、口腔外、 神経外、放射線、精 神、透析	III
1 61 02	Dr. マウル、ドンボスコ ネウム病院 (Dr. ルード ビッヒ、ミヒャエル・ノイ デッカー、ベアテ・ノイデ ッカー)	私立	58		外、産婦人	I
1 61 03	Dr. ライザー病院 (Dr. ライザー病院有限公司)	私立	48		外、耳鼻咽喉	I
1 62 01	ミュンヘン市 ミュンヘン-シュパービ ング市立病院	公立	1,347	17	内、外、産婦人、耳鼻 咽喉、小児、皮膚、神 経外、放射線、透析	IV

## 第 2 章 「医療・健康に関するパフォーマンスの評価 に関する会議（経済協力開発機構）」出張報告

### 1. はじめに

我が国は平均寿命の伸びにより、誰もが老後を迎えられる社会を達成した。厚生労働省「生命表」、「簡易生命表」によると、日本人が 65 歳の誕生日を迎えることの出来る確率は 1947 年には男性で 39.8%、女性で 49.1%であったものが 1998 年にはそれぞれ、84.1%、92.2%にまで上昇している。この背景には公衆衛生の係る思想や技術の普及と共に医療の進歩やその普及が大きく貢献していると言われている。

しかしながら、個々の医療技術や施策がどの程度国民の寿命や要介護度といった健康に関する領域にどの程度影響を与えたかに関する定量的な評価の方法やその実践については、充実したものがあるとは言い難い。

諸外国においては、医療機関の評価を市場ベースで行ったりするなど、様々なアプローチによる実践が進んでいる。しかしながら、世界各国でそのノウハウや経験などを共有する十分な検証が出来ているとは必ずしもいえない。

経済協力開発機構（以下、OECD）では、このような問題意識の下、必要な研究を進めるべく、加盟国間の意見交換を目的として表記国際会議を開催した。

### 2. 会議について

表記会議は OECD 及びカナダ政府の主催の下、同国の首都オタワ市にて開催された。介護の目的は、加盟国の政策当局者と保険者が、OECD 加盟国における保健医療システムの評価の実例について知識を共有し、保健医療システムの改善のために算出される評価指標の利用に関する経験について議論することである。会議は保健医療システムに関係する政府当局者、保険者、患者代表団体、研究者などが参加し、さまざまなテーマに分かれて、報告、討論などが行われた。参加者は OECD 加盟国の他、キューバや世界保健機構（WHO）などの国際機関など総勢 400 名近くに上った。

### 3. 会議の内容

会議は 2001 年 11 月 5 日から 7 日までの 3 日間開催された。第 1 日目には、カナダ保健大臣、OECD 事務局長による挨拶の後、デービット ネイラー（トロント大学薬学部学部長）による基調講演「保健医療システムの質の評価について」、ジェミー ハースト（OECD 事務局保健政策部長）による報告「OECD 加盟国における保健医療システムの質の評価とその改善について：問題の概観とこれからの取り組み」が行われた。その後は保健医療システムの評価に関する各国からの報告が行われ、英国、スウェーデン、オランダ、米国から参加者による報告が行われた。特に英国については中央集権システムとの関係から、

平成 13 年度厚生科学研究補助金（政策科学研究推進事業）  
「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

スウェーデンについては地方分権との関係からの報告が行われた。また、パネルセッションも行われ、患者、医療機関従事者、病院経営者、政策当局者のそれぞれの立場からの議論が行われた。

2 日目は複数のテーマのセッションを同時に進行させる方式で会議が進行した。午前中は「保健医療システムの変更が人々の健康に対する影響」、「健康増進と予防活動の結果の評価について」、「病院レベルにおける医療サービスの質の評価について」、「ヘルスケア利用における公平性の評価について」、「医療保険システムの効率性を総合的に評価するための包括的な指標の開発について」、「介護の質の評価について」のセッションが行われた。我が国からの報告者であった池上直己（慶應義塾大学医学部教授）による報告「施設における介護の質の評価について」が、「介護の質の評価について」セッションの中で行われた。

午後は、保健医療システムの質を改善させるための評価指標に関するセッションが複数行われた。評価指標の質と利用について、患者、医療関係者、病院経営者、行政当局者、マスコミ関係者からの立場から見た報告と討論が行われた。

3 日目は締めくくりの討論が行われ、OECD 事務局事務局長代理、およびカナダ保健省副大臣による挨拶で無事閉会した。

（詳細なプログラムは別添参照）

#### 4. おわりに

医療の質をいかにして評価し、分かりやすい指標にまとめるか。OECD 加盟国が様々な方法で、各国の実状に合わせた方法でこれを実行してきた。このような経験を世界が教習し、それぞれの国で実践することは、世界的な高齢化において、医療費を効果的に使うことや医療に対する信頼、安心感を確立させるためにも重要なことであると思われる。そのため、今後とも OECD による研究が進むことが期待できる。また我が国における医療に関する研究においても質の評価に関する議論は今後とも重要になるものと思われる。



## 「Measuring Up」

OECD 加盟国における保健医療の質の改善にむけた国際会議  
2001 年 11 月 5～7 日・カナダ、オタワ市

### 議題

11 月 4 日（日曜日）

**18.00 - 19.30** 参加登録とレセプション

開催国挨拶      イアン・グリーン、カナダ保健省副大臣

11 月 5 日（月曜日）

**8.30 - 10.15** セッション 1 オープニング セッション

座長              マイケル デクター（カナダ保健医療情報研究所所長）

開催国挨拶      アラン ロック（カナダ保健大臣）

開会宣言        ドナルド ジョンストン（OECD 事務局長）

基調講演        デービット ネイラー（トロント大学薬学部学部長）

「保健医療システムの質の評価：その問題と適切さについて」

テーマ：「問題点とこれからの取り組みについて」

報告            ジェミー ハースト（OECD 事務局保健政策部長）

「OECD 加盟国における保健医療システムの質の評価とその改善について：問題の概観とこれからの取り組み」

**10.15 - 10.45** 休憩

**10.45 - 12.30** セッション 2

テーマ「各国から見た保健医療の質評価とその管理：各国の経験から」

テーマ「各国から見た保健医療の質評価とその管理：各国の経験から」

報告

クリーブ スミー（英国保健省主席経済顧問）

「英国 NHS をその負担に見合うものにするための質の評価と中央集権化されたシステムの改善について」

ニナ レンクビスト（スウェーデン保健福祉省次官）

「地方分権化の進んだシステムにおける財政上の透明性の向上について：スウェーデンの経験から」

ニーク クラジンガー（アムステルダム大学社会医療学部教授）

「地域に密着した融合化された保健医療システムに向かって：オランダの経験」

グレッグ メイヤー（米国保健医療品質改善研究庁保健医療品質改善・患者安全保護センター所長）

「消費者に対する情報提供について：米国の経験から」

**12.30 - 14.00** 昼食

14.00 - 15.30 セッション 3

テーマ「国際的なレベルにおける保健医療の質の評価の動向：国際比較は国家レベルでの政策立案をいかにしてサポートするか？」

報告

ステファン ヤコブゾン（OECD事務局保健政策部）

「ブラックボックスを開けてみて：何が病名を基にしたアプローチから学ぶことは何か？」

クリストファー・マーレー（WHO、政策情報担当部長）

「WHO による保健医療における質の評価システムと、各国に対する貢献について」

15.30 - 16.00

休憩

16.00 - 17.00 セッション 4

(討論のためのパネルセッション)

パネリスト 患者の立場から ジャニー D・グラハム(オーストラリア 元市民健康フォーラム委員長)

医療機関関係者の立場から マーティー ケコーメキー(フィンランド ヘルシンキ大学中央病院病院長)

病院経営者の立場から ルドルフ・ハートウィグ(ドイツ アルフリード - クルップ病院、経営担当部長)

行政担当者の立場から フランチェスコ タローニ(イタリア エミリア・ロマーニャ地域保健庁長官)

17.30 - 19.30 夕方の会合(カナダ文明博物館)

11月6日(火曜日)

8.30 - 10.00 セッション 5

テーマ「質の評価を可能にするより統合化されかつ系統だった保健医療システムの確立に向けて」

報告 マイケル ウォルソン (カナダ統計局副局長)、リチャード・アルヴァレス(カナダ保健医療情報研究所所長)、「質の評価を可能にするより統合化されかつ系統だった保健医療システムの確立に向けて:カナダの経験より」

討論 アンドリュー ポージャー(オーストラリア保健・高齢者介護部部長)

10.00 - 10.30 休憩

10.30 - 12.00 セッション 6(複数のワークショップを同時に進行させます)

テーマ「質の評価の枠組みの構築とその実行」

ワークショップ1 テーマ「保健医療システムの変更が人々の健康に対する影響」

- 報告 リチャード レッサルト、デニス ロイ(カナダ モントリオール地域公衆衛生サービスセンター部長)、フレッド パッカー(スイス ローザンヌ大学公衆衛生研究所)
- 「評価の行い、健康の増進、保健医療サービスの拡充が人々の健康に与える効果について」

ワークショップ2 テーマ「健康増進と予防活動の結果の評価について」

- 報告 リサ ベルクマン、トーマス=D=カボット(米国、ボストン、ハーバード大学公衆衛生学部教授(公共政策))
- 「健康に対する害の理解から人々の健康状態の改善まで: 国際的な視点から見た公衆衛生の果たす役割について」
- ジャン・ベネット(オーストラリア、オーストラリア保健・高齢者介護部)
- 「政府レベルでの保健医療政策の評価とその結果の開示について」

ワークショップ3 テーマ「病院レベルにおける医療サービスの質の評価について」

- 報告 フランス中央科学研究院総合研究部長
- 「病院におけるサービスの評価 — いかなる情報が人々に提供されるべきであるか？」
- アンジェラ コルター(欧州ピッカー研究所所長)
- 「患者の病歴を評価することについて、我々はいかにして保健医療システムを患者のために機能させることが出来るか？」

ワークショップ4 テーマ「ヘルスケア利用における公平性の評価について」

- 報告 エディー バン ドアースラー(オランダ エラスムス大学教授(医療経済学))