

1960年代後半以降、医療価格の上昇と医療費の増大を背景に、医療計画の目的が医療コストの抑制にシフトしていくことになる。例えば、ロチェスター市（ニューヨーク州）では医療計画評議会によって病床の必要性が研究された。これによると、同市では病床が過剰状態にあり、これにより引き起こされる様々な問題を回避するためには州が供給を抑制すべきと提言されている。

連邦政府の取り組みとしては、1972年の社会保障法（セクション1122）の改正が重要である。これにより、州は10万ドルを超える全てのヘルスケア資本支出の妥当性を精査するよう求められ、必要性が認められないにもかかわらずプロジェクトを実行した医療機関に対しては公的医療制度の償還を削減することが認められることとなった。

②CONの成立

1974年に国家医療計画・資源開発法^{xvii}が成立した。同法の目的は、連邦レベル、州レベル、地域医療圏レベルで医療計画を策定し、医療資源を最も必要度の高いサービスや地域に優先的に配分すると同時に、これまで医療機関主導で進められてきた供給量の拡大に歯止めをかけることにあった。具体的には、連邦政府は州政府に対して医療機関等から申請された増床・病床転換や資本投資について必要証明（Certificate of Need : CON）調査を行うよう義務付け、州政府がこれに従わない場合には、公的医療制度にかかる州への補助金を凍結することとした。

CONの対象については、連邦からガイドラインが示されていた。CBO[1982]によると、対象施設は民間・公的・精神病院、ナーシングホーム、救急外科センターおよびリハビリ施設、プロジェクトは60万ドル超の資本支出、40万ドル超の機器購入、年間運営コストが25万ドル以上の新規サービス提供であった^{xviii}。また、CONの規制は病床数やサービス内容に変動を伴う場合の既存施設の買収にも適用された。

連邦政府が当時CONを義務付けた背景として、以下の諸点が指摘される。

まず、コスト抑制インセンティブの不在である。当時、医療費の支払いは自由診療価格をベースとする慣行的な適正料金（CPR^{xix}）方式が一般的であり、医療機関はコスト全額を回収することができたため、コスト抑制インセンティブが働かなかった。このため、トップダウン型で供給量をコントロールすることにより、コストや価格上昇を抑制することができるのではないかと考えられた。

加えて、消費者参加型の医療環境整備の必要性である。医療環境の整備はコストを伴うため、コスト負担者である消費者の同意が不可欠である。もっとも、当時、医療環境の整備は提供者主導で進められていた。また、病床ニーズを算定する医療評議会のメンバーに消費者代表の参加が義務付けられていたものの、彼らは医療の経験が豊富ではなかったため、重要事項の決定は主に供給者によって行われていた。このため、専門スタッフからの助けを通じて消費者代表に技術的な情報を提供することが期待されていた。

③CON に対する評価

CON に対する評価を整理すると、以下の通りである。

まず、病床数の抑制については一定の効果が認められたものの、全体的なコストの抑制については否定的な見方が多数派であった模様である。ちなみに、1人当たり医療費の推移を見ると、CON が義務付けられた 1974 年以降も増加傾向に歯止めはかかっていないことが看取される（図 6-6）。この要因として、例えば、資本投資は少ないが操業コストが高くつく設備やサービス（例えば電気胎児モニターや開心術等）や人員増強が CON の対象外であったことが指摘される。すなわち、投資先を規制対象外の高コスト設備にシフトしたり、設備の代わりに人員を増やしたりする等、コスト抑制効果を相殺する動きがみられたと考えられている。

次に、産業競争の観点からは、CON が競争障壁となっているとの議論があった。すなわち、施設の新規建設や病床の増加を阻止することは、新たにヘルスケア産業に参入しようとする者にとって参入障壁として機能した。一方、既存の提供者間の競争については研究例がみられないものの、CBO[1982]によると、非価格面での競争は妨げられなかったとの見解が示されている。非価格競争力にはアメニティの改善や新規サービスの提供等、コストを増やす方向に働くものが含まれるため、資本投資を規制する CON は非価格競争力を弱めることが懸念される。もっとも、実際には CON は設備投資や資本支出に影響を与えているようにはみえないので、非価格競争にも影響を与えなかったと考えられる。

さらに、CON のそもそもの目的が不明確だったことも指摘されている。CON の根拠法である国家医療計画・資源開発法では 17 の優先事項が記載されており、それらにはサービス・アクセスの改善やケアの質等、コスト抑制とは矛盾する項目もリストされていた。実際、州政府の目的はコスト抑制よりむしろアクセスの改善、質の向上や健康教育の充実等に置かれていた模様である。国家医療計画・資源開発法が 1974 年に制定されたにもかかわらず、CON に関する連邦ガイドラインの策定が 1978 年までずれ込んだ背景として、このような各主体間の目的の違いを指摘する声もある（CBO[1982]）。

④CON の廃止

1982 年、連邦政府は CON がヘルスケア・コストの抑制に失敗していることを認め、CON の適用を強制から任意に緩和した。さらに、1986 年には CON そのものを廃止し、その適用や具体的内容は州の裁量に委ねられた。

図 6-5 は、CON を採用する州の数の推移である。1970 年代に CON は急速に普及し、1980 年にはすべての州で CON が採用されたものの、任意適用になった 1984 年以降徐々に減少している。2005 年時点で CON を採用する州は 37 (36 州とコロンビア地区) である。連邦レベルでは廃止になったものの、依然としてかなりの数の州政府が CON を採用していることがわかる。この理由としては、①コスト抑制に失敗したとの連邦政

府の判断はあったものの、州政府レベルではコストをコントロールする手段として CON の必要性を認識していたことに加えて、②州独自の規定を盛り込むことにより、良質なサービスへのアクセスをすべての州民に保障するツールとしても期待されていたことが指摘される。

(2) フロリダ州のケース

現在、CON の適用やその具体的内容は州政府の判断に委ねられている。実際、規制の内容は州によって大きく異なっている。ちなみに、規制対象となっているサービスの数や重要性に基づいて算定された加重レンジをみると、コネティカット州、アラスカ州、ジョージア州の順に規制が強く、ルイジアナ州、ネブラスカ州、オハイオ州では相対的に規制が緩いとされている（図 6-8）。

以下ではフロリダ州を取り上げ、同州における CON の概要を整理する。

①管理者

CON はフロリダ州法に定められており、実際に審査を行うのはヘルスケア管理局 (AHCA^{xx}) である。

②対象

CON とは、特定のヘルスケア提供者が新規サービスの提供やサービス内容の変更・改善、一定金額超の資本支出を行う前に州の認可を必要とする規制プロセスのことである。特定の提供者には、病院、ナーシングホーム、ホスピス、発達障害者のための中間ケア施設^{xxi}等が含まれる。なお、認可は AHCA によって書面で通知される。

CON の審査対象となるプロジェクトは、施設の新規建設の他、心臓切開手術、小児心臓カテーテル挿入^{xxii}、特別火傷ユニット、臓器移植等の特別な病院サービスの提供の開始、病床の転換、病院とナーシングホームにおける増床等である。ただし、州の健康政策や社会政策の観点から CON の対象にならないプロジェクトも存在する。具体的には、救急手術センターの設立、増床やサービス内容の拡大を伴わない施設の修繕、僻地における急性期病床の増床、退職軍人のナーシングホーム等が挙げられる。

③審査プロセス

審査プロセスはプロジェクトの内容により異なるが、増床やサービス拡張に適用されるフル・プロセスは以下のステップで構成される（図 6-9）。

i) 趣旨書の提出

申請者は申請期限（年 2 回）の少なくとも 30 日より前に趣旨書をまとめる必要がある。趣旨書には、申請者の連絡情報の他、提案されるプロジェクトの種類、施設/サー

ビスの場所が記載される。なお、これらの情報はフロリダ行政週報のパブリック・レビューに掲載される。

ii) 申込書の提出と手数料の支払い

趣旨書が受け取られた 30 日後（ただし 6 ヶ月以内）、申請者は AHCA に対して申込書を提出するとともに、手数料^{xxiii}を支払う。申込書とりまとめ締め切り後 15 日以内に AHCA スタッフは申込書が完全か否かを判断し、完全と認めた場合には公式な審査を開始する。申請されたプロジェクトが地域の公共利益に大きく影響する場合、AHCA の判断によって公聴会が開催される。このヒアリングは、申込書が完全と見なされてから 21 日以内に開催される。

iii) .最終期限から脱落

申込書が不完全な場合、AHCA スタッフは申込書が完全になるために必要な情報を申込者に要求する。もっとも、スタッフがこのような要求をするのは 1 回のみである。要求された情報が 21 日以内に当局に提出されない場合、申込書は不完全とみなされ、対象から取り消される。

iv) .最終申込書の提出

申込者は、AHCA が追加情報を受け取ってから 21 日以内に最終申込書を提出する。

v) .公的審査期間

申込者からの審査開始の要請、あるいは AHCA による申し込み完了の宣言後、5 営業日目に公的審査期間が始まる。審査期間の最初の 35 日間は一般的なパブリックコメントが集められ、要請された場合には公的ヒアリングが実施される。続く 10 日間は、公的コメントに対する申込者の反論供述のために設けられる。最後の 45 日間は、AHCA が書面の分析と決定を準備するために費やされる。

vi) AHCA による最初の決定

全ての申し込みが完了してから 60 日以内に、AHCA は州当局アクション・レポートと、CON を与えるか否かを内容とする趣旨通知を公表する。州当局アクション・レポートは、書面で、事実認識と決定の基準となった判決について見解を示す。公表は、最終的な指示を行った長官以外から任命された主任 (senior) スタッフによって行われる。

申請者によって上訴が行われない場合、州当局アクション・レポートと趣旨通知が AHCA の最終的な指令となる。AHCA はこれらのコピーを地域の医療健康評議会^{xxiv} (医療計画評議会に相当) に提出する。

一方、上訴が行われる場合、行政ヒアリングが実施される。ここで示される行政法審判官の決定は、地方上訴裁判所で上告されることも可能である。AHCA は地方上訴裁判所によって言い渡された決定を受け入れるよう求められる。2001 年フロリダ CON ワーキンググループ・レポートによると、1996 年から 2000 年の間に全部で 338 の病院プロジェクトがフロリダの CON 審査を受けており、その期間中、決定の 33.3% ~ 70.9% が上告されている。

vii) 行政ヒアリング

州当局アクション・レポートと趣旨通知の公表後 21 日以内に、ヒアリングへの参加が認められた者は行政ヒアリングへの要望を出すことができる。通知公表 21 日以内にヒアリングへの要望を提出できない場合、その者はヒアリングへのあらゆる権利と AHCA の最終決定に異議を唱える権利を放棄したものとみなされる。ヒアリングは行政法審判官が任命されてから 60 日以内に開始される。数日から数週間に亘ってヒアリングが行われた後、推薦指令 (recommended order) が行政法審判官によって書かれる。

viii) AHCA による最終判断

推薦指令を受け取ってから 45 日以内に、AHCA 長官は最終的な判断を公表する。AHCA が期限内に公表しない場合には、申込者は AHCA に対して公表に向けて適切な法的措置を取ることができる。

ix) 司法審査

最終判断が出されてから 30 日間、申込者は地方上訴裁判所で司法審査 (judicial review) を要求する権利を有する。司法審査は、CON が認められなかった場合に申込者が採る最終手段である。

④ペナルティ

CON が与えられないにもかかわらずプロジェクトを実施した者は違法とみなされ、60 日以内の実刑と 500 ドルの罰金に処せられる。

3. 日本の医療計画へのインプリケーション

以上、アメリカでの医療計画に関する規制として、フロリダ州を例に CON の内容をみてきた。最後に、日本の医療計画へのインプリケーションを整理すると、以下の通りである。

第 1 に、国の策定ガイドラインは最小限の内容に留めることである。CON が連邦レベルでは成功しなかったにもかかわらず、多くの州で引き続き採用されている要因として、地域特性への配慮が必ずしも十分ではなかったことが考えられる。すなわち、医療供給体制の整備状況や住民ニーズ、財政事情等が州によって異なることを考えると、医療計画の目的やその優先順位は州によって様々であり、その結果規制の対象や内容も州によって多様であると思われる。実際、規制対象となっているサービスの数や重要性に基づいて算定された加重レンジをみると、最も規制の緩いルイジアナ州とネブラスカ州の 0.4 から最も厳しいコネティカット州の 28.8 まで幅広く分布している。翻って日本をみると、アメリカと同様に供給体制の整備状況や財政事情は都道府県によって様々であり、その結果医療計画の目的や位置づけも地域によって異なるものと思われる。この

ようにみると、計画の実効性を高めるためには、国の介入は安全面や基本的な医療サービスの確保など最小限の内容に留め、大部分を都道府県の裁量に任せることが必要であると考えられる。ただし、その場合、そうした裁量的政策の結果として生ずる医療費の負担についても、あわせて都道府県や地域の責任をより重いものにしていく必要がある。

第2に、医療供給体制のあり方を考える際には多様な要因を考慮することである。フロリダ州では、医療計画は当該地域にとって望ましい供給キャパシティを基に策定され、望ましいキャパシティは人口動態や住民の健康状態、サービスの利用パターンやその傾向、必要なサービスへの地理的アクセス、経済動向等、様々な要因を考慮して算定される。これに対して日本では、供給キャパシティは病床についてのみ算定されており、それは計画策定時の人口のみをベースとしてきた。必要病床数は人口動態や疾病構造の変化、住民の経済状況等によっても影響を受けることを考えると、必要キャパシティの算定に際しては社会経済的な要因も考慮することが求められるであろう。

第3に、病床規制については多様な観点から規制のあり方を検討することである。フロリダ州では増床に関する CON の対象にスキルドナーシングホーム (SNH) は含まれていない。この理由として、亜急性期医療を担う高度看護・介護体制の充実を通じて、病院を急性期医療に特化させると同時に入院日数の短縮を図ろうとする州政府の意向があるものと考えられる。これは、病院と SNH を合わせた入院・入所日数は変わらないかもしれないが、SNH は基本的には看護師によってサービスが提供されるため、医師が中心となってサービスが提供される病院に比べて治療に係る総コストは小さくて済むためである。一方日本では、病床に関する規制である基準病床数は医療機関の機能とは無関係に、一般病床と療養病床を併せたベースで算定される。医療機関の機能分化や地域連携を促進するためには、急性期、(亜急性期)、回復期、療養の各分野別に望ましい病床数を検討すべきであると思われる。

さらに、医療計画の策定に際して保険者や地域住民の声が反映される仕組みを取り入れることも求められる。アメリカでは地域医療計画は当該地域の医療計画評議会(フロリダ州のケースでは健康評議会)で策定される。同評議会はヘルスケア提供者、購入者(保険者)および消費者で構成され、メンバーの大多数は購入者と保険者で占められている。これに対して日本では、タウンミーティングを通じて住民の声を聞く機会は設けられているものの、基本的には行政主導で医療計画が策定される。医療サービスからの恩恵を受けるとともに、保険料や税金という形で最終的にコストを負担するのは住民であることを考えると、住民の声が反映される仕組みを医療計画の策定プロセスに組み込む必要があると考える。

(図6-1)メディケアとメディケイドの対象者(保険料は2007年時点)

		内容	対象者	保険料
メディケア	パートA	入院サービス等を保障	65歳以上高齢者(10年以上 社会保障税を拠出、注1)	なし
			65歳以上高齢者(30~39四 半期雇用されていた者)	\$ 226/月
	65歳以上高齢者(雇用期間 が30四半期末満の者)		\$ 410/月	
	パートB	外来等における医師の診察等を保障	パートA登録者のうち、保険 料を支払っている者(注2)	\$ 93.5/月
メディケイド		①低所得の子供がいる世帯や障害者への 医療保障、②高齢者や障害者への介護、③ 低所得のメディケア加入者への補助等	強制加入対象者(注3)、任意 加入対象者(注4)、医療困窮 者(注5)	なし

(資料)CMS ホームページを基に作成。

(注1)2年以上障害年金を受給している者、および腎臓移植・人工透析を受けている者も含む(年齢は関係なし)。

(注2)年収が単身で8万ドル、夫婦で16万ドル超の者は、保険料の上乗せがあり。

(注3)要扶養児童家庭扶助(AFDC:Aid to Families with Dependent Children)に該当する子供のいる低収入家庭、
補足的保障所得(SSI:Supplemental Security Income)受給者、連邦貧困レベルの133%以下の収入の家庭の
6歳未満の子供と妊婦、連邦貧困レベル以下の収入の家庭の19歳未満の子供等。

(注4)州の設定する所得制限以下の該当者等。例えば、強制加入対象者とならない連邦貧困レベルの185%(州が高
い比率を設定することも可能)以下の収入の家庭の1歳までの子供と妊婦、収入が強制加入対象者以上であるが
連邦貧困レベル以下である障害者、州の設定する収入以下の施設(病院、看護施設等)入所者等。

(注5)強制加入と任意加入に該当しない収入を得ているが、医療費の控除によって所得が州の貧困レベル以下になる
者。この中で、州によって対象範囲が決められているが、18歳未満の子供と妊婦は必ず含まれる。

(図6-2)主なメディケア・サービスの自己負担

パ ー ト A	入院サービス	最初の60日間	\$ 992/日
		61~90日目	\$ 248/日
		91~150日目	\$ 496/日(注)
		91日目~	全額自己負担
	高度看護施設サービス	最初の20日間	なし
		21~100日目	\$ 124/日
		101日目~	全額自己負担
パートB		\$ 131/年プラス超過部分の20%	

(資料)Medicare ホームページと「アメリカ医療関連データ集」を基に日本総研作成

(注)生涯に一度だけ適用。

(図6-3)メディケイドの主な給付対象

1) 基礎給付(注)

- ・入院および病院外来サービス
- ・医師診療サービス
- ・歯科診療サービス
- ・21歳以上の者に対する看護施設サービス
- ・看護施設サービス受給資格者に対する在宅医療サービス
- ・家族計画サービスと用品の供給
- ・地方の診療所サービス
- ・臨床検査およびレントゲン検査
- ・小児科および家庭看護婦のサービス
- ・連邦認可の保健センターにおける外来診療サービス
- ・看護助産婦サービス
- ・21歳未満の者に対する早期ならびに定期的検診・治療

2) オプション給付

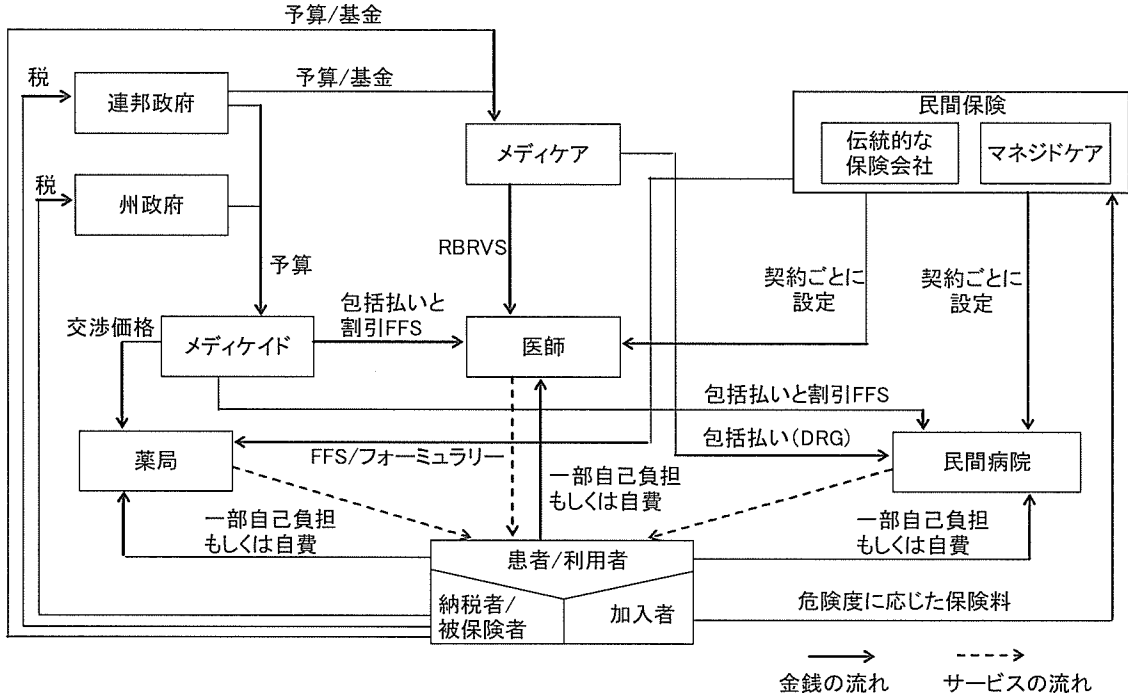
- ・診療所サービス
- ・21未満の者に対する看護施設サービス
- ・中間看護施設/知的障害者サービス
- ・検眼士サービスおよび眼鏡
- ・薬剤給付
- ・結核患者に対する結核関連サービス
- ・人工器官、等

(資料)「アメリカ医療関連データ集」

(資料)「アメリカ医療関連データ集」

(注)医療困窮者を認めている州は、妊婦に対する出産前診療や出産サービス等も給付する義務がある。

(図6-4)アメリカにおける医療サービスと医療費の流れ

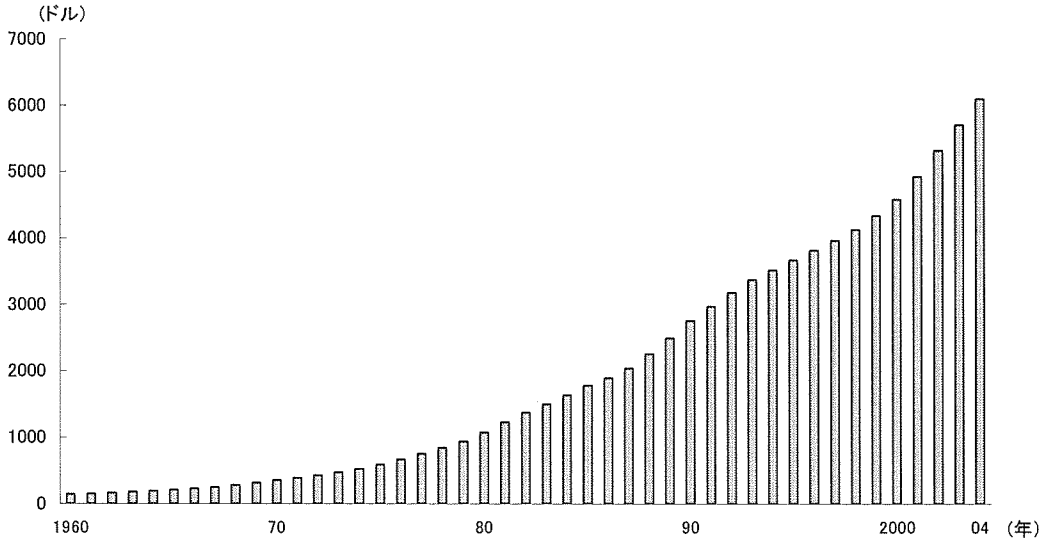


(資料)「アメリカ医療関連データ集」

(注1)RBRVSは、Resource-Based Relative Value Scale(資源準拠相対評価尺度)の略。

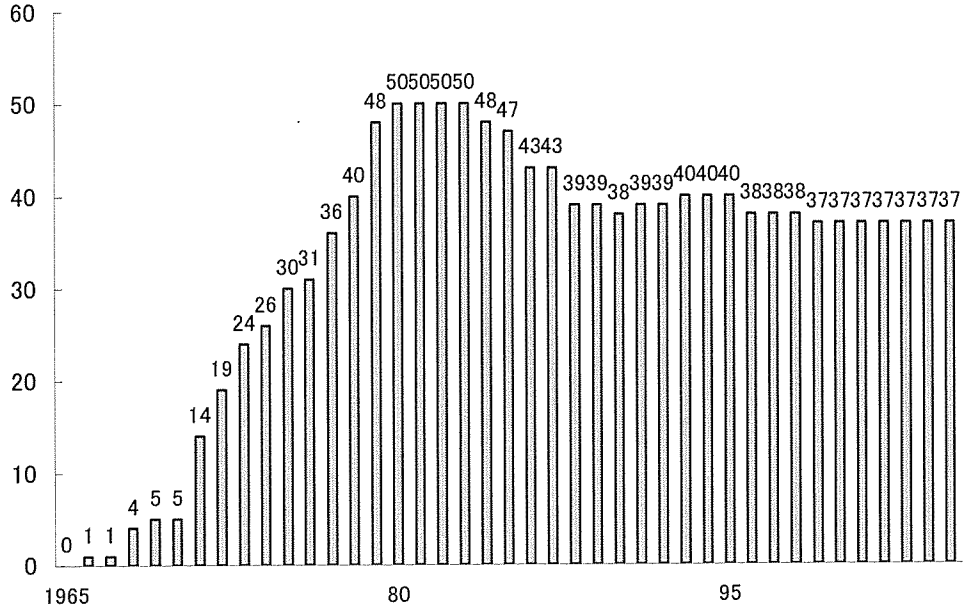
(注2)FFSは、Fee-For-Service(出来高払い)の略。

(図6-6)アメリカにおける1人当たり医療費の推移



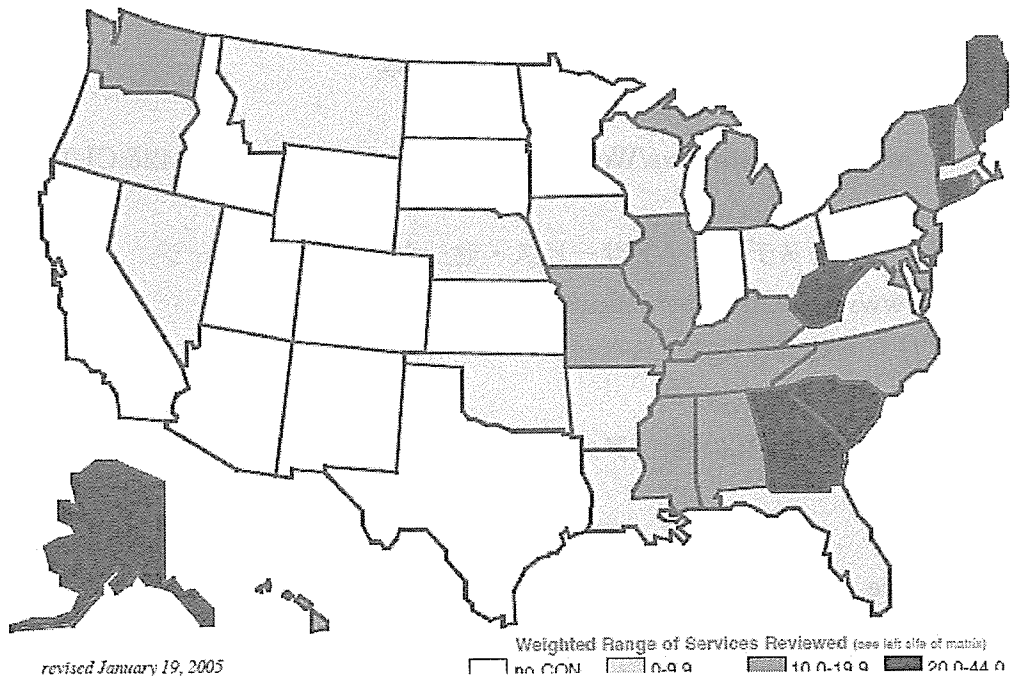
(資料)OECD“Health Data 2006”

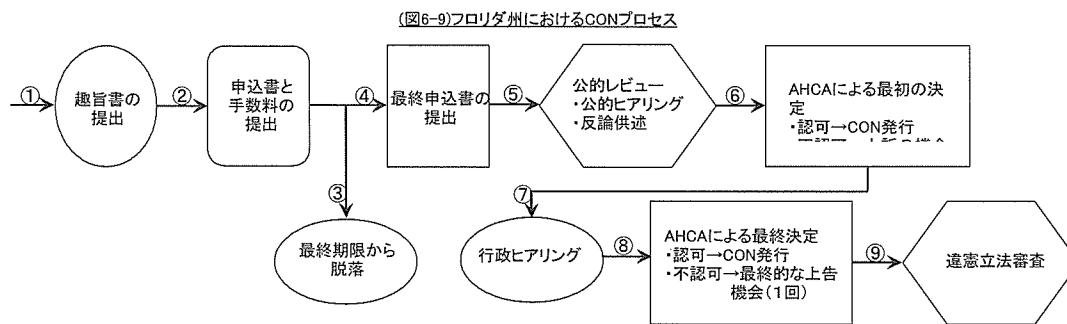
(図6-7) CONを適用する州の数の推移



(資料) Washington Policy Center ホームページ
 (注) コロンビア地区を含む。

(図6-8) CONの加重レンジ





(資料)West and Ebron[2006]

参考文献

- ・ Congressional Budget Office[1982] “Health Planning: Issues for Reauthorization”, A CBO Study, March.
- ・ Sloan, Frank A.[1981] “Regulation and the Rising Cost of Hospital Care”, Review of Economics and Statistics, November, pp.479-487.
- ・ Policy Analysis, Inc. and Urban Systems Research and Engineering, Inc.[1980] Evaluation of the Effects of Certificate of Need Programs.
- ・ West, Terry and Ebron, Cameron[2006] ”Understanding Florida’s Certificate of Nees(CON) Program”, The Lewin Report, May.
- ・ フロリダ州議会ホームページ
<http://www.leg.state.fl.us/Welcome/index.cfm?CFID=11157542&CFTOKEN=31351350>
- ・ メディケア&メディケイドサービス・センター ホームページ
<http://www.cms.hhs.gov/default.asp?>
- ・ アメリカ国勢調査局ホームページ
<http://www.census.gov/>
- ・ 医療経済研究機構[2005] 「アメリカ医療関連データ集」

¹ Medicare。

¹ Department of Health & Human Services。

¹ Centers for Medicare & Medicaid Services。

- 1 Skilled nursing-home。急性期を脱した患者を対象とする施設で、医師の指導の下で看護師によって医療サービスが提供される。
- 1 Medicaid。
- 1 Diagnosis Related Group。
- 1 Prospective Payment System。「予見的（事前的）」とは、事後的に費用が確定する出来高払い方式に対して、あらかじめ一定の金額が設定されていることを意味する。
- 1 ただし、精神病院、リハビリテーション病院・病棟等については、適正費用ベース（reasonable costs basis）に基づく出来高払い方式が採用されている。
- 1 Medicare Fee Schedule。
- 1 Resource-Based Relative Value Scale。
- 1 Nursing-home。医療・介護の複合施設のことで、主に慢性疾患・障害を有するものを対象に施設サービスが提供される。
- 1 Certificate of need。
- 1 Hospital Construction and Survey Act（Hill-Burton）。
- 1 当時、アメリカ病院協会は約 18 万床の病床が不足していると推計。
- 1 相対的に人口密度の高い地域では 1000 人当たり 4.5 床、低い地域では 5.5 床が必要と考えられていた。その後、人口密度の他に人口見通し、病床利用率、目標占有率等が算定式に加えられた。
- 1 National Health Planning and Resources Development Act。
- 1 これらの上限は 1981 年の包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act）の施行に伴って、資本支出と機器購入については 15 万ドル、新規サービス提供については 7 万 5 千ドルに引き下げられた。
- 1 Customary Prevailing Reasonable。
- 1 Agency for Health Care Administration。
- 1 Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled。
- 1 pediatric cardiac catheterization。
- 1 CON 申込者の手数料は最低 10,000 ドルで、プロジェクトの支出 1 ドル毎に 0.015 ドルが加算される（ただし、手数料の上限は 50,000 ドル）。
- 1 地域の医療計画を策定する公的あるいは民間非営利組織（地域によって異なる）。ヘルスケア供給者と購入者および消費者によって構成。開設許可を与えられたヘルスケア施設からの納付金で運営される。

第2節 イギリス

1. 医療制度の概要

(1) 概要^{脚注¹⁾}

イギリスの医療は、国民保健サービス (National Health Service : 以下 NHS) が国営事業として提供している。医療サービスを受ける国民は、一次医療の場合、一般医 (General Practitioner : 以下 GP) もしくは民間診療所と委託契約を結び受診し、医療を受ける。二次医療は、地域単位で設置されている Primary Care Trust (以下、PCT) が National Health Service Trust (以下、NHS トラスト) 病院もしくは民間病院と委託契約を結ぶことにより提供している。患者は GP を受診した上で、その紹介の下、居住地域の PCT が契約している医療機関から受診先を選択する。

医療提供にかかる費用は税財源で賄われている (一部、国民保険からの繰り入れがある)。患者負担は原則無料であり、患者の負担能力によって医療の利用機会に差が生じることはない。患者が自らの意思によって民間病院を選択した場合は、医療費は全額自己負担となる。この場合、民間医療保険が利用されることが多い。

従来イギリスの医療は、OECD 諸国の中で最も提供量、質ともに低い位置を占めてきた。しかしながら昨今の NHS 改革により、サービス供給不足の改善、サービスの質向上、GP 及び二次医療等の患者選択の機会確保、医療内容の地域格差の解消、NHS の効率的運営が図られている。ブレア政権の下での NHS への予算配分の拡大政策もあり、2004 年における医療費は対 GDP 比 8.3% (1995 年 7.0%) と上昇傾向にある²⁾。

(2) 関連組織と役割

イギリスの医療提供に関わる関連組織とその役割の概要は以下の通りである。

① Strategic Health Authorities (戦略的保健当局)

2002 年 10 月から概ね人口 150 万人ごとに 1 箇所程度設置。保健省と地方の医療サービスの橋渡しの役割を担う。所管地域での医療サービスに関し、資源の確保や配分のための戦略立案や問題解決に向けての調整を行う。当該地域の医療上の目標管理、PCT の業績管理、臨床ネットワークの確保等を実施する。各戦略的保健当局の業績評価は保健省が行う。

^{脚注¹⁾} 制度概要は、伊藤善典「ブレア政権の医療福祉改革」ミネルヴァ書房、2006 年に記載されている直近の制度状況に関する記述を要約している。

②Primary Care Trust (プライマリケアトラスト：PCT)

2004年度では人口20万人ごとに303のPCTが設置されている。PCTは地域の医療サービスの購入、提供を通じ地域の医療を確保する第一義的な責任を有する機関である。PCTの役割としては、①所管地域における計画策定等を通じた医療水準の向上、②スタッフや施設設備の確保とベストプラクティスの普及による医療サービスの向上、③プライマリケアや病院サービスのGP、歯科医、薬局、NHSトラスト、民間病院等への委託またはPCT自身による提供等を行っている。

PCTは議長、5人の非常勤役員、最高経営責任者（多くの場合NHSのキャリア職員）、財務担当責任者、3人の経営委員会委員（GP、看護師等）の11人で構成されている。議長、非常勤役員は医療専門家である必要はなく、地方議員経験者、ボランティア団体経験者等が担当してもよい。通常、保健省に設置された委員会が人材の発掘、指名を行い、研修機会等を付与している。

経営委員会は、議長（医療専門家）、10人までの医療専門職、最高経営責任者、財務担当責任者、自治体社会サービス部の代表で構成されている。

従来は、PCTに対する予算は、戦略的保健当局を通してNHS予算の一部が配分されていたが、現在は保健省から直接NHS予算全体の8割が配分されている（基本は住民数に応じて配賦）。用途は制限されないが、予算範囲内に支出を抑えることが義務付けられる（主体的に効率的なサービス確保と運営が求められる）。

NHSトラストの主な財源は、PCTから支払われる委託費であるが独立採算が原則であり収支のバランス確保が求められる。PCTがNHSトラストに委託を行う場合以前は、治療件数とは無関係に行われていたが現在は支払い方法が変更されている。保健省はPCTに対して予算を配分し、PCTはそれを財源として地域住民に対する一次、二次医療及び地域保健サービスを確保する。一次医療は、家庭医機能を有するGPと契約し、患者の診察を委託する。GPによる診察の結果、病院での処置が必要と認められれば患者をNHS病院等に紹介する。NHS病院等はその患者に対しPCTから委託費の支払いを受けて手術等の病院医療を提供する。

③National Health Service Trust (NHSトラスト)

イングランドに約270箇所（急性期医療トラスト166箇所、精神保健トラスト44箇所、学習障害トラスト3箇所、救急トラスト31箇所）が設定されている。各トラストは1箇所もしくは複数の病院を傘下に持ち病院サービスを提供している。

議長、非常勤役員等からなる役員会が経営を監視し、日常業務については最高経営責任者、財務担当責任者、医療及び看護部門のトップ等の委員会が執行する。

NHSトラストには一定の経営の自立性が付与されておりスタッフの雇用、資産の処分、私的診療の実施等に関し一定の範囲で裁量が認められている。

2008年度までにNHSトラストをNHS本体から完全に独立した公益法人化する予定と

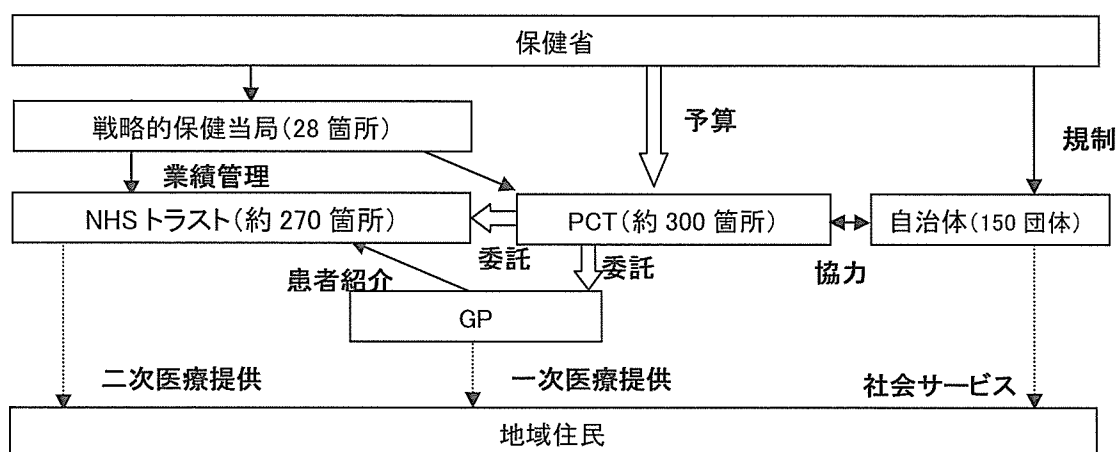
なっている。運営と統治は住民や職員の代表によって行われる。その目的は、NHS 組織運営の分権化を進めるとともに、医療の世界において国有、中央集権的運営ではなく、コミュニティによる公有へと転換し、コミュニティ自身によるコミュニティの利益のための運営を目指すものである。

④General Practitioner（一般医：GP）

GP（一般医）は、一次医療の提供が主たる役割である。各地域の PCT と委託契約を結び医療を提供している。患者は PCT に登録されている GP から自由を選択することができる。二次医療を必要とする場合には GP を受診することが求められることから、GP は医療のゲートキーパーとしての役割を担っている。

以上の関連組織の関係を図表に示した（イングランドの場合）。

図表 医療サービス関連組織とその役割（イングランド）



資料：伊藤善典「ブレア政権の医療福祉改革」,p.50

注：イングランド以外の地域（スコットランド、ウェールズ、北アイルランド）は自治権が付与されているため NHS の組織構造もその判断に任されている。そのため独自の機構が構築されつつある。

（3）イギリスの医療制度の特徴

①予算執行とサービスの効果的効率的提供体制づくりに関する活動の一元化

PCT には保健省より人口規模に応じて予算が配分されその執行が任されている。一方で、PCT は地域ニーズを踏まえ医療、公衆衛生活動等のサービスを購入し、国家が示した目標を良質かつ効率的なサービス提供体制を作ることによって実現するという企画、管理の役割も担っている。このように、1つの組織に予算執行・管理とサービス提供体制作りを一元化している。さらに、1999年以降、医療・福祉の財源統一も PCT（もしくは CT）ごとに可能となったことから事業範囲も拡大しつつある³。

②アクセス管理

二次医療を受けるためには、GP の受診が不可欠である。このように GP がゲートキーパーの役割を果たしている。GP は PCT に登録することが義務付けられているため、資源の効率的活用、配分にあたって GP の果たす役割は大きい。

③患者の選択機会の確保

NHS 改革を通じて患者は、GP、二次医療機関ともに複数選択肢の中から選ぶことが可能となった。選択に資する資料として GP、二次医療機関の情報が各種公開されている。

2. 事業計画、進捗管理活動

イギリス国民の健康課題の設定、その対策としての公衆衛生活動、医療サービス等の提供に関する事業計画、進捗管理は、PCT が主体的に行っている。国は、Department of Health (保健省) より「Standards for Better Health」ならびに「National Standards, Local Action (Health and Social Care Standards and Planning Framework)」を通じて活動方針を示している^{脚注2}。各 PCT は、それらに示された方針、達成目標等を踏まえ PCT 独自の Business Plan (事業計画書) を策定している。さらに、この事業計画書の進捗管理手法の 1 つとして年度ごとに Annual Report (年次報告書) が作成され、PCT の活動、目標の達成状況、財務状況等を監視、公表している。これらの PCT の事業計画立案、進捗管理手法としての各種計画、報告書の作成は 2001 年に示された「The Health and Social Care Act」に基づくものである。

Strategic Health Authority (戦略的保健当局) は、PCT の目標達成状況を監視している。また NHS は、The Healthcare Commission (ヘルスケア委員会) により全国の PCT の活動を「Quality of services」、「Use of resources」の観点から評価し、PCT 間の相対比較とその情報公開を行なっている。

イギリスの医療は、国が提供指針を示し、PCT が指針に基づきながら各地域の実情も踏まえ、予算と提供体制に関する事業計画の立案と達成状況のモニタリングを担当している。さらに The Healthcare Commission (ヘルスケア委員会) が PCT 間の活動実績を相対的に評価するという重層的機能分担による管理体制をとっている。

(1) 「Standards for Better Health」

「Standards for Better Health」⁶は、NHS 改革の一環として策定されたものであり、2008 年度までに達成すべき活動方針が 7 領域について示されている。具体的には、医

² 同省からは財政面について「Payment by Results Consultation」⁸も示されている。

療安全、治療の費用対効果、組織統治、患者の視点の導入、アクセスと効果的治療、治療環境等、公衆衛生である。これらの7領域について予防から治療までの広範な対象について outcome（アウトカム）に置き換えて standards（基準）を示している³。

各領域は、Core Standards と Developmental Standards で構成されている。前者は、必ず守らなければならない基準であり、後者は継続的に開発していくべき基準を示している。後者については、The Healthcare Commission（ヘルスケア委員会）が領域ごとに達成状況を評価している。

図表 「Standards for Better Health」が示している基準の構成

領域	Core Standards	Developmental Standards
①医療安全	4 基準	1 基準
②治療の費用対効果	2 基準	1 基準
③組織統治	6 基準	5 基準
④患者の視点の導入	4 基準	3 基準
⑤アクセスと効果的治療	3 基準	1 基準
⑥治療環境等	2 基準	1 基準
⑦公衆衛生	3 基準	1 基準

注 各基準には下位基準が示されている場合もある。

(2) 「National Standards, Local Action (Health and Social Care Standards and Planning Framework) 2005/06－2007/08」

「National Standards, Local Action (Health and Social Care Standards and Planning Framework) 2005/06－2007/08」⁷は、NHS 改革計画に基づいた国家的目標、地域別の目標及びその設定方針を示している。国家的活動目標は優先順位順に①健康増進（平均余命の延伸、死亡率の減少、喫煙者人口の減少等）、②長期ケアを要する人々に対する支援、③診療アクセス（待機期間の短縮化）、④患者が治療方針の決定に関与すること（サービス選択も含む）が示されている。地域別活動目標は、地域住民のニーズを踏まえること、サービス提供体制の格差を克服すること、公平性の実現、実証データに基づいた検討、NHS と地方局等との連携強化、費用対効果志向といった指針が示されている。

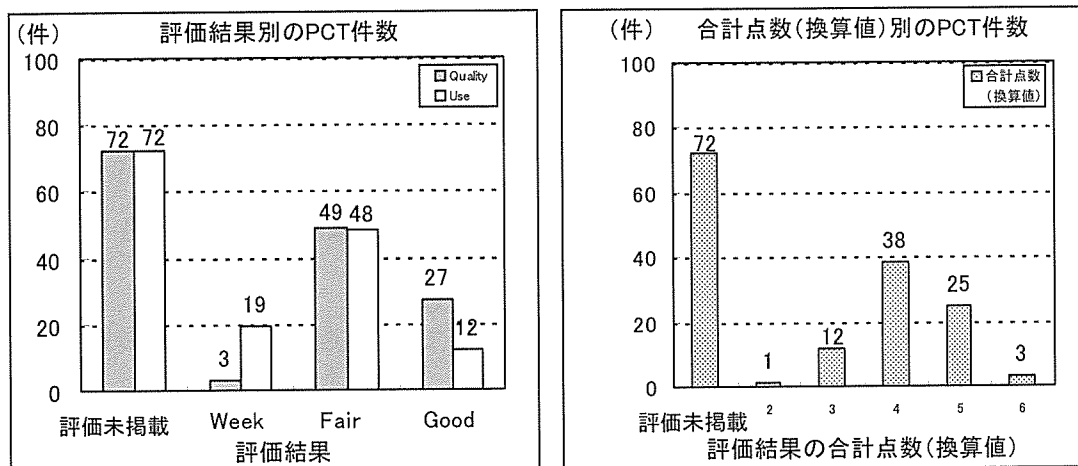
(3) PCT の事業計画、年次事業報告書事例 (Bromley Primary Care Trust)

2007年2月時点でNHSのホームページ上に公表されているPCTは、151箇所であった。

³ National Service Frameworks, National Institute for Clinical Excellence は医療サービスの質向上のためにハイレベルな guidance（手引き）等を示している。

本論では、代表的な PCT の事業計画、年次事業報告書を示すために、The Healthcare Commission (ヘルスケア委員会) が公表している PCT の評価点(「Quality of services」, 「Use of resources」) において最高点の評価を受けている 3 つの PCT よりホームページ上で公開されている情報量が豊富であった Bromley Primary Care Trust を選び分析を行なった。

図表 評価結果別の PCT 件数



資料：保健省ホームページに掲載されている primary care trust の評価結果より作成。
 注1：Healthcare Commission (ヘルスケア委員会) は「Quality of services」, 「Use of resources」それぞれについて 3 段階で評価を行い、その結果を公表している (Good, Fair, Week)。
 注2：合計点数の換算は、「Quality of services」, 「Use of resources」それぞれの評価を Good=3 点、Fair=2 点、Week=1 点に換算し合計値とした。なお、評価結果が公表されていない PCT については評価未掲載としてカウントした。

①Bromley Primary Care Trust の概要⁴

2001 年 4 月設立、予算規模 £ 347, 000, 000 (2005 年度)、ケント州に位置。主な活動は①Bromley Hospitals NHS Trust (急性期医療提供機関)、Oxleas NHS Foundation Trust (精神科医療提供機関)、非営利団体への委託、②その他の医療、ソーシャルケア、London Brough of Bromley (学習障害者、児童・若年者向けサービス機関) 等の非営利団体との提携、③コミュニティヘルスサービスの直接的提供 (健診、訪問看護、小児医療等)、④一次医療の調整、支援 (GP、歯科医、薬剤師、検眼医)、⑤公衆衛生理事会による医療、健康問題の評価、監視、改善活動。

②Annual Report (年次報告書)⁵

Bromley PCT が策定し公表している 2005 年度年次報告書である「Bromley PCT Annual Report 2005/06」の構成及びその内容を以下に示す。

目次	内容
1. 序文 (市長及び臨時最高責任者)	・昨年度の活動状況と将来に向けての検討
2. はじめに	・当該 PCT の設立経緯と活動内容、2005 年度の目標と課題、サービス提供支援について記述
3. 活動概要	<p>A 「事業計画」に対する達成状況を評価</p> <p>領域 1：MRSA から患者を守る</p> <p>領域 2：国立臨床評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence) が示す診療ガイドランスの実施による費用対効果の達成</p> <p>領域 3：情報ネットワークの整備</p> <p>領域 4：患者中心の視点：計画策定時の患者関与</p> <p>領域 5：受診のしやすさ、効果のある治療</p> <p>①がん医療の受診待ち期間： ・GP による紹介後 2 週間以内 99%達成 他 (2005 年度に達成)</p> <p>②外来患者の受診待ち時間： ・2005 年 12 月までに 13 週以上の受診待ち患者をなくす</p> <p>③手術待時間：2005 年 12 月までに 6 ヶ月以上の受診待ち患者をなくす</p> <p>④入院医療へのアクセス： ・2005 年 12 月より 4, 5 病院の中から選択可能とする</p> <p>⑤一次医療へのアクセス： ・一次医療専門医は 1 営業日以内、GP は 2 営業日以内に受診できることを継続 (2005 年度間)</p> <p>領域 6：療養環境</p> <p>領域 7：公衆衛生の普及</p> <p>B The Healthcare Commission による PCT の活動評価</p> <p>C 共同事業</p> <p>D 一次医療</p> <p>E 学習障害者向けサービス</p>
4. 財務状況	・2001 年以降の事業別歳出状況、2005 年度の財務状況、内部統制に関する方針等についてデータの開示、解説 (例) 2005 年度の事業別歳出状況、年度末時点における運営管理費、貸借対照表、資金繰り状況、監査報告書 等
5. 報酬に関する報告	・報酬設定の考え方について解説と個別給与の状況、年金受給額のデータを開示
6. PCT の運営と委員会構成	・各種委員会の委員名を公表
7. 職員	・採用方針、教育活動等について説明
8. Bromley PCT と地域	・社会的・地域的問題、環境問題、競争環境、緊急時の体制について説明
付属資料 1	・GP 一覧等
付属資料 2	・用語集

③Business Plan 2006/07（事業計画書）⁹

Bromley PCT が策定した事業計画書が公表されている。内容は、①財政状況の推移と財務体質の改善目標、②財源配分の方向性、③サービスの質向上に関する取り組みが具体的数値と実施方策を合わせて示されている。その他に、2006/07年事業計画の目玉事業（Priorities：健康に関する不平等の解消、がん患者の待機期間の短縮化、入院医療へのアクセスの改善、MRSA の撲滅、患者の選択機会の拡充、性病対策について責任者名と達成目標と達成期限を明記）、医療提供体制の近代化と再構築に関する取り組み課題がそれぞれ達成目標とともに表示されている。

3. わが国の医療計画における PDCA サイクルマネジメントに対する示唆

（1）計画管理に向けた組織間の役割分担

税財源で運営され、公的医療機関中心で医療サービスが提供されているイギリスの医療を効率的、効果的に運営していくために、国（NHS、保健省）、戦略的保健当局、PCT 等の NHS 関連機関それぞれが計画管理上の役割を分担している。保健省は医療に関する国家戦略と方針を明示し、その実行管理（監査）を戦略的保健当局が担い、PCT が実行計画の策定とモニタリングを行なっている。National Institute for Clinical Excellence（国立臨床評価機構：NICE）は費用対効果分析に基づく診療ガイドラインを作成し根拠に基づく医療の国家的指針を示している¹。計画の最前線を担う PCT は NHS が設置している The Healthcare Commission（ヘルスケア委員会）により活動状況の評価を受ける。このようにイギリスでは医療分野の計画管理に関わる機関別の役割分担が整理しやすい制度環境にある。

一方、わが国の医療制度は、財源を保険料と公費に依存した多様な保険者による社会保険方式により運営されており、提供は民間医療機関中心に構築されている。そのため財政運営と提供体制の整備を同時に調整できる仕組みにない。日本の医療分野の計画管理は単純にはいかない制度環境にあるといえる。

しかしながら、今後、わが国の医療計画が医療提供に関して PDCA サイクルを構築していくことを目指す際に、イギリスに見られるような組織別（国、地方組織、医療に関わる専門団体等）の計画管理上の役割分担や具体的記述方法、達成度評価の仕組み等は参考になると考えられる。

（2）PDCA サイクル志向性の向上

PCT の Annual Report（年次報告書）、Business Plan（事業計画書）は、財務状況、事業別の費用対効果に関する評価、計画達成目標とその手段と責任者等が具体的に示され