

ており、投じられる財源に対して最大効果を挙げるための実施計画としての色彩が濃いものとなっている。

一方、わが国の医療計画は、都道府県が医療供体制に関する計画を財政運営とは切り離れた場面で立案していくことが求められている。そのため、計画目標値を達成するためにとりうる政策手段には限界がある。つまり都道府県が PDCA サイクルを構築することは容易ではない。しかしながら、こうした制度環境にあるからといって無責任に総花的な計画をたて目標を設定することは適切ではない。

こうした点から、都道府県が医療計画を策定する際には財政的にも関与しうる事業領域を念頭におきながら（医療費適正化計画、健康増進計画、介護保険事業計画が範囲とする領域）、地域住民が求める医療の方向性（例：在宅志向か施設入院・入所志向か）をどのような財政規模で実現していくのかという多面的発想を持って PDCA サイクルを管理していく活動が求められよう。

（３）患者選択の支援

フリーアクセスが前提となっている日本の状況と比較すれば、医療機関間の競争や患者の選択には限界があるが、イギリスでは NHS 改革を通じて、患者が医療サービスを選択することによるサービス提供組織間の競争関係を構築しようとしている³⁾。実際、GP、NHS トラストより二次医療機関を受診する際には患者の選択が可能となるよう改革が図られている。

こうした患者の選択支援として、各 PCT のホームページでは健康課題別に相談窓口の設置、関連機関の医療内容等に関する情報提供を行っている。

わが国の医療計画も地域住民・患者に対する医療に関する情報提供が重要な役割となるが、計画策定時に集積した情報を効果的に住民が活用できるようにするための患者選択の支援についての検討が必要であると考ええる。

（４）地域の医療体制づくりにおける住民・患者関与

イギリスでは、地域の医療体制づくりにおける住民・患者関与の取組みが模索されており¹⁰⁾、PCT の事業内容の柱の 1 つとなっている（Annual Report (年次計画) にも活動状況や評価が記述されている）。各 PCT が医療サービス等へ予算配分を行なう際に地域住民の合意が必要である点、医療サービスの質向上において患者の視点が求められることがその理由と考えられる。具体的には Patient and Public Involvement Forum (PPIF)、Independent Complaints Advocacy Services（不満や苦情を持った患者や家族の医療機関への伝達支援組織：ICAS）、Commission for Patient and Public Involvement in Health：PPIF、ICAS を支援する全国組織：CPPIH）があげられる。

わが国の医療計画策定時においても、医療審議会やパブリックコメント等を通じた住民意見の把握が課題となっている。今後、住民・患者関与を PDCA サイクルマネジメントにどのように位置づけるのか、その仕組みについて具体的な検討が求められると考える。

(5) 手軽な計画書

PCT が公表している Business Plan (事業計画)、Annual Report (年次計画) はいずれの PCT も概ね 50 ページ程度の量である。

わが国の医療計画は、一般的に非常に記述量が多く目標達成に向けた実施計画に関する記述以外の情報（現状分析、情報提供リスト）も一体的に編集される方式がとられてきた。

今後、地域住民が読む医療計画にしていくためには、事業計画に関する部分、現状分析に関する部分、情報提供に関わる部分を整理し、目的別に冊子を分ける、もしくは要約版の作成等の検討が必要であると考えます。

参考文献

1. 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
2. OECD Health Data 2006 - Frequently Requested Data (OECD ホームページ)
3. 郡司篤晃 イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携 海外社会保障研究、No. 156、2006 年 8 月
4. Bromley Primary Care Trust ホームページ <http://www.bromley.nhs.uk/>
5. Bromley Primary Care Trust Annual Report 2005/06
6. Standards For Better Health, Department of Health
7. National Standards, Local Action 2005/06-2007/08, Department of Health
8. Payment by Results Consultation Preparing for 2005, Department of Health
9. Bromley Primary Care Trust, Business Plan 2006/07,
10. CPPIH. Handbook for PPI Forum Members Issue Seven, Dec. 2004

ⁱ その他、年齢に関係なく、2 年以上障害年金を受給している者と腎臓移植・人工透析を受けている者も含まれる。

第3節 フランス

1.医療制度の概要

(1) 医療保障制度の特徴

国民皆保険体制、患者による医師及び医療機関の選択の自由などは、わが国と同様である。保険財政については、疾病保険制度が複数の金庫から構成されており、被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度からなる。

(2) 保険給付の内容

外来医療では、医療機関で診療費の全額を支払い、後に疾病金庫から償還される償還払い方式がとられている。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっている。

入院医療では、患者は自己負担分のみを医療機関に支払い、残りは疾病金庫から給付される。ただし、民間病院の場合は、医療費用は入院治療であっても外来医療の枠組みで規定されており、償還払いが適用される。

(3) 医療提供体制

公的病院には、地方病院センター、一般病院センター等があり、施設数は国内で約 1,000 である。24 時間すべての患者を受け入れられる病院は、公的病院サービス参加病院 (Participant Service Hospitalier Public) として認可される。公的病院は DRG (フランスでは GHM) により総額予算を決定する。

民間病院は、病床の平均が約 80 床。設置主体は個人、私法人、企業等がある。施設数は国内で約 2,000 である。入院費は Doctor's fee と Hospital fee に分けられる。Doctor's fee は疾病金庫と自由開業医師間で締結される協約料金である。Hospital fee は各医療施設と地方病院庁との契約で、1 日あたり入院料として定められている。1997 年以降、すべての民間病院で GHM に基づく医療活動報告と財務報告を地方病院庁に提出することが義務付けられている。地方病院庁は、それらを基に民間病院への 1 日あたりの費用額を算出する。

開業医は、一般医と専門医の診察科目は医療行為規定により、規定外の医療行為は行えない。開業医には Sector1 と Sector2 の区分がある。Sector1 の医師は診療費に関して協約料金を強制されるが、Sector2 の医師は協約金以上の診療費を請求できる。

2. 地方医療計画

(1) 経緯

1991年の病院改革法で、医療区ごと（日本における2次医療圏）に地方医療計画の制定を義務付けられた。地方医療計画では、地方医療組織化委員会 の意見を参考に地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画を記載することになっている。

1999年～2004年の第二次保健医療計画では、公的病院と民間病院の協力体制の強化（機材や施設の共同利用等）や病診連携の推進が目指された。

保健医療計画の内容は地方ごとに異なっている。計画の優先課題については具体的な目標値とそれを達成する為の行動計画が作成され、その実行が地方病院庁と当該施設の間で複数年契約に基づいて保証される。

1996年の社会保障財政法の制定により、GHMに基づいて国レベルで病院医療の支出目標値が制定されるようになった。GHMの浸透により病床規制の撤廃が決定された。ただし、医療圏の設定及び病床基準、高額医療機器及び高度先進医療の規制は存続する。

(2) 地方病院庁（ARH）

地方毎に地方病院庁を創設。1997年より全ての病院はGHMに基づく病院活動報告を地方病院庁に提出することが義務付けられている。それらのデータを使って、ARHでは主に次のことを行っている。

- ①中央から地方に配分された病院医療費の各施設への配分額の決定
- ②域内の施設の病床・診療科・高額医療機器に関する許認可業務
- ③地方医療計画の策定

(3) わが国の医療計画への参考例

わが国において医療計画を作成するにあたり、地方医療計画より参考となるものをいくつか紹介する。

①医療圏・基準病床

1970年の病院改革法で医療地図を導入し医療提供のための地域が設定された。それにより、病床および高額医療機器について国の定める整備指標に従って設置されることになった。

医療地図は、医療費の増大に関してはある程度の抑制効果があったと評価されている。

しかし、医療地図への批判として、新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものについては全く規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じてきている点や、より重要な点として、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に応えるための手段となっていないことが挙げられる。そこで、質を保証するための仕組みが必要という議論がなされている。

病床基準がなくなることになった。高額医療機器としては画像診断装置についての基準は残る（ただし認証の期間は5年間、5年ごとに見直し）。

②医療安全・質の保証

1991年の病院改革法において、医療機関は国が作る評価基準（院内感染の防止や疼痛対策、診療録の記載、輸血の安全性等）について自己評価を行い、地方病院庁に報告することとなった。地方医療計画では、質に関する評価指標を設定することで、医療の質を保証するようにしている。

③疾患別・事業別の視点

自地方における疫学データ等から、医療政策上の優先課題を検討し、医療計画を作成する。

④医療連携

連携の具体的方法を地方医療計画に記載している。病診連携や医療機器の共同使用について記されている。なお連携に伴う、医療機関や診療科の統廃合の基準は近接性と補完性の2つの原則によっている。近接性では、すべての住民が30分以内に救急医療ができる医療機関にかかることができることを原則としている。補完性では、施設基準（最低手術数や最低分娩数等）をもとにして施設や診療科の統廃合を検討している。

⑤目標設定・PDCAサイクル

計画に記載された事項は、その進捗状況が地方病院庁によって適宜審査され、財政計画にもつながっている。

⑥わが国には無い視点

患者満足度をとることが義務化されている。地方病院庁に自己評価が報告され、各施設と地方病院庁との契約の参考資料として使用される。

参考文献

- ・ 松田晋哉[2005]医療計画と DPC—ヨーロッパの動向との比較から
- ・ 医療経済研究機構[2005]「フランス医療関連データ集」
- ・ 医療経済研究機構[2004]「フランス医療関連データ集」
- ・ 医療計画の見直し等に関する検討会[2004]「第 2 回ワーキンググループ資料 2」

第7章 今後の課題

以上、平成18年度における「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」報告書を取りまとめてきた。来年度以降は、この成果を踏まえながら、さらに研究を発展させていく必要がある。以下では、来年度以降の本研究の展開の方向性について考察する。

まず、第1に、「医療計画作成マニュアル」については、平成18年度時点では、あくまで素案（第1次案）を示したに過ぎない。今後、19年度における実際の（模擬）医療計画作成を通じて、マニュアルの改善、拡充を図っていく必要がある。その際、全県を対象とした医療計画（本体）はもとより、各2次医療圏ごとの計画の特色をどのように出していくかが1つの課題である。19年度においては、千葉県において、特定の医療圏を設定して分析を行う方向で検討が進められており、2次医療圏の医療計画のあり方についてさらに分析を深めることができるだろう。また、福岡県の在宅医療について集中的な調査研究を実施する予定となっている。18年4月の診療報酬改定で導入された在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等が地域で実際にどのように機能しているのか、その実態や成果をどのように測定すればよいのか、さらに在宅医療を推進していくためにはどうすればよいのか等々、医療計画の策定を通じて地域の実態に即した検討を行い、その成果をマニュアルに反映させていくこととしたい。

第2に、「医療計画管理マニュアル」については、平成19年度における医療計画策定の後、実際には20年度から計画の「管理」が始まることとなる。上述の「作成マニュアル」の場合と同様、「管理マニュアル」についても、19年度における実際の（模擬）医療計画策定作業を通じて、その改善、拡充を図るとともに、次期医療計画策定（平成24年度）までの4年間に実施すべき調査や検討事項等について、時系列的にわかりやすい形で整理しておく必要があるだろう。その際、今回の医療計画策定に携わった県庁職員等からのヒアリング等を通じ、計画策定者の意図や想定、知見等を次代の担当者に継承していくような工夫が必要であると思われる。

第3に、第4章の「医療計画と他の諸計画との関係」については、18年度においては一般的な法令上の関係等を整理するに留まっている。実際には、本年夏から秋にかけて、各都道府県で地域ケア整備構想が策定され、療養病床の再編・スリム化を中心とした地域の医療・介護提供体制の再編がスタートすることになっている。医療計画や医療費適正化計画はいわばその後追いをする形になるわけであるが、2006年医療制度改革の柱の1つが中長期的な医療費適正化であった以上、これらの諸計画が相互に整合性をとり、最終的には中長期的な医療費の伸びのコントロールにつながっていく必要がある。医療計画自体においてそうした視点を明示的にあらわすことは困難であるとしても、少なくとも将来の医療費の見込みが将来の医療提供体制のあり方を踏まえたものである必要がある。こう

した点についても、実際のフィールドにおいて（模擬）医療計画を策定する過程において十分考慮に入れ、より具体的な形で諸計画間の「整合性」を表現できるよう、さらに検討を深める必要がある。

第4に、今回の医療計画の見直しにおいては、PDCA サイクルを回していく上で、目標値や指標の設定が重要となる。医療サービスの質の評価をめぐる、Donabedian による伝統的な structure-process-outcome という3段階論が有名であるが、近年、経営学の立場からも、医療制度改革にあたっては、結果（results）を重視した value-based competition の重要性が改めて主張されている（注1）。臨床指標等指標のあり方については、第5章でも触れているように、本研究においては、国がすでに示している指標案の他、各領域における診療ガイドラインや文献等から、いわゆる9事業等の指標として参照しうるものについて検討を行っている。しかしながら、現段階では、これらの指標について、量的・質的な数値「目標」の設定や、特に有用あるいは簡便な指標として選択・抽出を行うには至っていない。こうした点については、19年度以降の研究における課題であると考えている。その際、国際比較の観点からは、OECD が近年継続して展開してきている医療の質に関する指標の国際比較研究が参考になるものと思われる（注2）。

第5に、医療計画に類似した制度や政策は、先進各国においてもいろいろ採用されている。近年、（ケースミックスの導入等）診療報酬制度の改革等を通じ、伝統的な病床規制等の量的規制は基本的に廃止の方向にあると言われている（注3）が、日本の政策を考える上で、こうした諸外国の政策の動向は参考になる。18年度の研究においては、アメリカ、イギリス、フランスの3か国の類似制度についての最近の動向を調査検討した。各国の医療制度の成り立ちや歴史的社会的文化的背景等は異なっており、外国の経験をそのままの形で日本に適用できるものではないことは言うまでもない。しかしながら、アメリカの州レベルでの CON（Certificate of Need）の運用やイギリスの PCT（Primary Care Trust）による事業計画の管理運営等、わが国の医療計画の今後を考える上で参考になる点も多かったように思われる。特に、アメリカでは連邦制度としての CON は廃止されたが、州政府レベルではまだ多くが残されており、しかもかなりの程度の地域差が見られるという点などはわが国の医療計画のあり方に対しても示唆的である。また、イギリスの PCT についても、評価結果にはばらつきが見られ、相当の地域差があるようである。今回の研究では、代表的な州政府や PCT を選んで事例として提示したが、今後、さらに多くの事例を検討することによって、より一般化した各国の政策評価及びわが国の政策への implication の提示が可能となろう。

第6に、医療計画を本当に実効性あるものとするためには、都道府県等における人材の育成が急務である。医療計画の作成・管理という仕事は、高度の専門的知識と創造性が要求される専門的な業務であるが、こうした業務を担いうる人材の育成については、はなはだお寒い状況にあると言っても過言ではない。ようやく厚生労働省・保健医療科学院による都道府県職員に対する研修事業が18年度から開始されたが、これだけではとうてい十

分とはいえない。一方で、医療機関を中心とした「医療経営人材育成」については、経済産業省のパイロット事業が17年度から開始され、すでにモデルテキストの開発、さらにはモデルテキストを使用した実証事業の展開へと進んでいる（注4）。医療計画、さらにはもう少し広く医療政策に関しても、同様の人材育成プログラムやモデルテキストの早急な開発が求められている。本研究においても、19年度に実際の医療計画の策定作業を行う中で、こうした人材育成プログラムについて検討をはじめ、20年度において専門職大学院等の場を活用してモデルカリキュラム等を開発し、実施に移すことを考えている。すでに総額で32兆円、GDPの8%近くを占めるに至っている医療費の効率的、効果的な使用を図っていく上で、こうした医療政策に係る人材の育成は不可欠の要素である。国及び都道府県等が人事政策を含め、今後この分野における人材育成に本格的に取り組むことを願ってやまない。

<注>

（注1）代表的なものとして、Porter, Teisberg〔2006〕がある。

（注2）OECDは、2001年から「医療の質指標プロジェクト（Health Care Quality Indicators（HCQI）Project）」を展開してきている。その最近の成果については、OECD〔2006〕を参照。

（注3）医療計画等の見直しに関する検討会WG〔2004〕を参照。

（注4）経済産業省の医療経営人材育成事業の概要については、尾形〔2007〕を参照。また、モデルテキストについては、経済産業省HP及び黒川・尾形監修〔2006〕を参照。

<参考文献>

医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書〔2004〕厚生労働省

尾形裕也〔2007〕「経済産業省・医療経営人材育成事業の展開について」『月刊MMRC』2007年2月号所収（社）日本医業経営コンサルタント協会

黒川清・尾形裕也監修、KPMGヘルスケアジャパン編集『医療経営の基本と実務』（上）（下）日経メディカル開発

OECD〔2006〕OECD Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report 岡本悦司訳『医療の質国際指標』明石書店

Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg〔2006〕Redefining Health Care, Harvard Business School Press

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

「医療計画における PDCA サイクルによるマネジメント
に関する研究」 平成18年度 総括研究報告書

平成19（2007）年3月

編集：〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

教授 尾形裕也

TEL 092-642-6960 FAX 092-642-6961