

(3) 民間主導の医療提供

○publicly funded and privately delivered

- ・病院8,862のうち、医療法人64.3%、個人6.0%、公的15.0%、国3.3%
- ・国際的には、公—公、民—民の組合せも

○営利—非営利論とは別の話

17

○公—民という日本の組合せの評価

- ・「保険あって医療なし」という当初の危惧は杞憂に
- ・むしろ、「需要が供給を引っ張る」形で、医療提供体制の整備が急速に進んだ
- ・問題はこれから
 - 民間主導の医療提供体制に対する有効な政策
 - 「権限」論ではムリ。ソフトな誘導政策が重要
 - 2006年改革では、ここを変える方向③
(情報開示による患者の医療機関選択の促進)

18

<まとめ>

○わが国の医療提供体制改革の基本的方向性

- ①より労働集約的な方向
- ②機能分化と連携の方向(地域完結型医療へ)
- ③情報開示による患者の医療機関選択の方向

→これらの基本的方向性は、中長期的には不変
今後の医療政策を考える上での基本的前提

19

3. 医療計画の見直しと医療連携

(1) 医療計画の見直し(構造改革試案)

「入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、患者の生活の質(QOL)向上に向けて総治療期間が短くなる仕組みをつくるため、医療計画を次のように見直す」

・脳卒中対策、糖尿病対策、がん対策等の主要事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、その地域内では地域連携クリティカルパスを共有するとともに、患者の尊厳を重視する在宅医療を推進

20

- ・数値目標導入
- ・医療連携体制の構築
 - 都道府県は、地域の関係者による協議を経て、医療連携体制が構築されるよう配慮
- ・情報提供
 - 都道府県は、必要に応じ、市町村等、保険者、医療提供施設の開設者・管理者に対し、医療機能に関する情報等の提供を求めることができる

21

- ・目標の設定、評価等(PDCAサイクル)
 - 都道府県は、医療計画に達成すべき目標を定める
 - 都道府県は、少なくとも5年ごとに目標の達成状況等の調査、分析、評価を実施
 - 必要に応じ、医療計画を変更
- ・2008年4月から新たな医療計画が全国いっせいにスタートした

22

(2) 医療計画の課題

○数値目標の適切性

- ・structure, process指標が7～8割
- ・outcome指標は、死亡率が中心
→医療の過小評価の可能性(QOL等)

○数値目標の実現可能性

- ・PDCAのDが総花的、定性的

23

○病床規制の扱い

先進諸国における「近年の傾向としては、ケースミックス(各種疾患を診断群に整理分類して管理する方法)などの導入により、各医療機関の医療行為の実情を把握できる情報システムを構築し、それらの情報に基づき医療計画の作成、見直しを行っていること、医療計画の主たる目的が量的な規制から、医療機関間の連携の促進、医療の質の保証等、質的な側面に重点が移っていること、特に、フランス、ドイツ及びオランダでは、量的規制としての病床規制をなくす方向で検討が行われていることなどが指摘できる」

(「医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書」)

24

○レセプト完全オンライン化(2011年度～)

- ・審査・支払いの「近代化」・効率化とあわせ、
- ・巨大なデータ・ベース構築の可能性
 - 医療計画等における活用
- ・医療の透明化、標準化が飛躍的に進展する可能性
 - 連携推進にとっても追い風？

25

(3) 医療連携に関する諸外国の事例

(Think globally, act locally.)

OECD(2007), *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*,
OECD Health Working Papers No.30

- 各医療機関が連携なく独立した "silo model" が伝統的モデル
 - considerable fragmentation of health care provision

26

○各国共通のトレンド

- ・人口高齢化、疾病構造の変化
 - 生活習慣病、慢性疾患のウェイトの増大
- ・一方で、プライマリー・ケア医の役割低下
 - 病院・施設志向
- ・care coordination問題への関心の高まり

○Poor transmission of information between providers is a key cause of weak coordination.

27

○改革の試み

- ・英国におけるGPによる患者のための医療サービス購入→「代理人(agent)」機能
- ・オランダにおけるGPが一般病院の診療科長を務め、諸機関の調整役を果たす試み
- ・米国におけるintegrated delivery networksの試み
- ・フランスにおける専門医を家庭医にし、調整役を担わせる試み

28

○その他

- ・診療報酬上のインセンティブも重要だが、まだ、あまり採用されていない
- ・ITの活用の可能性は大きい

29

4. 今後の展望

(1) 社会保障国民会議最終報告(2008年11月)

○「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築等を図る

○医療・介護費用将来推計の「新奇性」
・選択と集中、機能分化の推進→費用増大

30

○改革シナリオ

・B1～B3

・病床の機能分化、効率化

→2025年時点で

急性期:67～80万床

亜急性期・回復期等:40～52万床に

31

(参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

	2024年			
	基ラインシナリオ	改訂シナリオ	改訂+シナリオ	
急性期	急性期病床の充実 (診療病床の集中数人等)	・急性期病床の増設14万床、 稼働率1.5倍	・急性期病床の増設100万床 稼働率1.5倍	・病床数倍増110万床、稼働率1.5倍 ・一泊型病床 80万床、2泊型病床
	在宅医療・在宅介護の充実 (通院から在宅へ転移へ)	・在宅医療・在宅介護の充実 約17万人増加	・在宅医療・在宅介護の充実 約43万人増加	(数 値)
	認知症への対応	・グループホーム、地域連携 事業所の充実、約4万人増 認知症対応型介護老人保健施設		(数 値)
	医療・介護従事者の増加	・医師 220万人増、看護師 17万人増 その他	・医師 27万人増、看護師 20万人増	(数 値)
	その他サービス向上の充実、 サービス向上の推進等	・診療報酬100%以上のサービスの充実、在宅介護サービス向上の推進、訪問診療の充実等 サービス向上の推進等	・サービス向上の推進等、訪問診療の推進等	(数 値)
回復期・ 亜急性期	急性期病床の充実 (平均滞在日数の短縮等)	・急性期、平均滞在日数12日 短縮率20%増	・急性期、平均滞在日数10日 短縮率30%増	・回復期、回復期病床100万床 稼働率1.5倍 ・一泊型病床 80万床、2泊型病床
	在宅医療・在宅介護の充実 (通院から在宅へ転移へ)	・在宅医療・在宅介護の充実 約17万人増加	・在宅医療・在宅介護の充実 約43万人増加	(数 値)
	認知症への対応	・グループホーム、地域連携 事業所の充実、約4万人増 認知症対応型介護老人保健施設		(数 値)
	医療・介護従事者の増加	・医師 220万人増、看護師 17万人増 その他	・医師 27万人増、看護師 20万人増	(数 値)
	その他サービス向上の充実、 サービス向上の推進等	・診療報酬100%以上のサービスの充実、在宅介護サービス向上の推進、訪問診療の充実等 サービス向上の推進等	・サービス向上の推進等、訪問診療の推進等	(数 値)

32

(2) 若干の私見: 医療における基本的トレード・オフ



図の矢印(望ましい方向)は達成不可能、trade-off

33

○各ステーク・ホルダー等の基本的スタンス

- ・診療側: 医療の質↑、医療費↑↑、アクセス→
- ・支払側: 医療の質↑、医療費→、アクセス↓
- ・厚労省: 医療の質↑、医療費↑、アクセス→
- ・私見: 医療の質↑↑、医療費↑、アクセス↓

○アクセス対策

- ・これまでの経緯を踏まえれば、経済的誘導が現実的か(一部負担弾力化等)

34

5. 課題

(1) 課題1: 病院経営も保険者も赤字？

わが国の医療については、近年マクロ的な医療費が増大し、医療保険財政が困難に陥る等大きな問題になっている一方で、ミクロ的には病院経営が「冬の時代」に入り、その経営が困難になってきているという主張も見られる。この一見矛盾しているように見える2つの事象(または主張)を論理整合的に説明しなさい。

35

○まず、そもそも「何が矛盾している」のか？

→カネの流れを考えてみる(全体図を描いてみること)

- ・カネの出し手(保険者)とカネの受け手(医療機関)の双方が苦しい、というようなことが本当に起こりうるのか？
- ・起きているとしたら、どうしてだろうか？

○「他の条件を一定(Ceteris paribus)」として考える

○「言葉」の使い方に注意する

→社会・人文科学では、「言葉」が重要

36

(2) 課題2:「医療崩壊」の原因

わが国における近年のいわゆる「医療崩壊」の原因は、長期にわたる医療費抑制と、医師数の抑制である。従って、医療費を増やし、医師数を増やせば、問題は解決する、という主張（「多々ますます弁ず」）があるが、これは正しいだろうか。

37

- 日本の医療費の水準（対経済水準比）が、国際的に見て、高くないのは事実（P40）
- 日本の人口当たり医師数が、国際的に見て、多くないのも事実（P40）
 - ただし、両者はほとんど関係ない
（英米の比較、日加の比較、ギリシアのデータ）
- 無際限のフリー・アクセス、自由開業制の下での
・勤務医の「立ち去り型サボタージュ」、無床診療所の急増
現象をどう考えるか

38

○大きな地域差の存在

・病床数(P9)

・医師数

人口10万対医療施設従事医師数(全国平均206.3人)

都道府県間最大最小比:2.01

(圏域ではさらに大きな格差)

1. 京都府272.9 2. 徳島県270.1 3. 東京都265.5 4. 高知県262.3 5. 福岡県262.8

47. 埼玉県135.5 46. 茨城県146.7 45. 千葉県153.5 44. 静岡県169.9

43. 青森県170.5

○医師数全国3位の東京都において、妊婦の「たらい回し」が起きている

39

○人口千人当たり医師数及び総医療費の対GDP比:2006年
(OECD Health Data 2008)

	人口千人当たり医師数	総医療費の対GDP比
カナダ	2.1人	10.0%
フランス	3.4	11.0
ドイツ	3.5	10.6
ギリシア	5.0 ⁽²⁰⁰⁵⁾	9.1
イタリア	3.7	9.0
日本	2.1	8.1
韓国	1.7	6.4
イギリス	2.5	8.4
アメリカ	2.4	15.3

40

3. 課題3: 包括払いによる医療費抑制？

日本は、出来高払い、国民皆保険、フリーアクセスと、医療費高騰の条件がそろっているのに、国際的に見て医療費水準(対GDP比)が高くないのはなぜか、との海外の研究者の問いかけにどう答えたらよいだろうか。また、DRG/PPS採用国が低医療費という事実もないことを考えると、包括払いの拡大によって医療費抑制を図るという考え方は正しいだろうか。

41

○医療費の国際比較(OECD Health Data 2008)

総医療費の対GDP比(2006年)

日本	8.1%
フランス	11.0
ドイツ	10.6
イタリア	9.0
イギリス	8.4
アメリカ	15.3

○包括払いは、「可視化」を通じた「標準化」のためのツールととらえるべき

42

<参考文献:最近の講演者の著作から>

- 尾形裕也〔2004〕「医療保険制度改革試論」『社会保険旬報』No.2206, 2007 所収
- 尾形裕也〔2005〕「日本における医療の規制改革と市場化の動向」『季刊 ナースアイ』Vol.18 No.3所収
- 尾形裕也〔2005〕「保険者機能と世代間利害調整」田近・佐藤編『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社 所収
- 尾形裕也〔2007〕「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」田中・二木編『医療制度改革の国際比較』勁草書房 所収
- 尾形裕也〔2007〕「医療費の財源問題」『病院』2007年7月号所収
- 尾形裕也〔2008〕「医療制度改革と看護への期待」『日本看護科学会誌』Vol.28 No.1所収

43

- 尾形裕也、田近栄治編著〔2009〕『次世代型医療制度改革(仮題)』ミネルヴァ書房出版予定
- 尾形裕也〔2009〕『志なき医療者は去れ:岩永勝義、病院経営を語る(仮題)』日本経営出版・出版予定
- 尾形裕也〔2009〕『看護管理者のための医療経営学(仮題)』日本看護協会出版会出版予定

44

全国の医療計画作成状況

平成21年3月12日

九州大学大学院医療経営・管理学講座

医療計画について

- ・ 第1次医療法改正(1985)により導入
二次医療圏単位での病床数の総量規制
- ・ 医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書
(2004)
具体的な数値目標の設定と評価を提言
- ・ 第5次医療法改正(2006)
4疾病5事業の数値目標、PDCAサイクル

対象と方法

対象

平成20年10月1日時点で、各都道府県ホームページに公表している医療計画

公表都道府県: 45都道府県
目標設定自体が抽象的であった2県を除き
43都道府県

▷ 3

対象と方法

方法:

- ① 4疾病5事業及び在宅医療の数値目標を Donabedian(1966)のStructure, Process, Outcome に分類
- ② 数値目標の達成に向け、PDCAサイクルが循環するよう、医療計画に規定されているかを分析

▷ 4

SPO分類の意義

- ▶ 1 設定目標間相互の関連性、階層性の明確化
- ▶ 2 数値目標の達成状況を幅広い視点から評価できる
- ▶ 3 行政内部での動機付け
- ▶ 4 医療関係者との協働
- ▶ 5 千葉県、石川県では今計画においてSPO分類

▷ 5

数値目標のSPO分類（4疾病5事業）

分類	件数	構成比
Structure	463	40.1%
Process	449	38.8%
Outcome	244	21.1%
合計	1,156	100.0%

・Structure, Process, Outcomeの分類は、千葉県の分類方法を参考に実施

▷ 6

各指標ごとの設定状況（4疾病5事業）

Structure指標		Process指標		Outcome指標	
DMAT関連	26	地域連携クリティカルパス関連	64	死亡率関連	172
緩和ケア関連	25	特定健康診査関連	48	糖尿病、高血圧症等の有病・発症関連	38
救命救急センター関連	15	メタボリックシンドローム関連	32	新規人工透析導入関連	20

▷ 7

なぜ在宅医療を加えたのか？

- ・早期の在宅生活復帰、復帰後の在宅生活の質の維持、向上
- ・今後は少子高齢化に伴い需要も増え、ますます重要性を増す分野
- ・4疾病5事業のように、数値目標を設定することとは義務づけられていないため、都道府県による取組の違いがあると予想

▷ 8

8

在宅医療の数値目標（都道府県）

- ・22都道府県、59件の目標設定
うち45件がStructure指標、14件がProcess指標

熊本8件（S目標7件）

千葉7件（S目標5件）

京都6件（S目標5件）

山形・福島5件（S目標5件）

岐阜・香川4件（S目標4件）

その他1～2件

⇒多くの目標を掲げている都道府県においても
Structure指標が優位。Process指標は少なく、
Outcome指標はゼロ。

▷ 9

9

在宅医療の数値目標（2次医療圏）

- ・2次医療圏レベルでの目標設定

3県で24件の目標設定・・・熊本21件

兵庫 2件

山形 1件

うち18件がStructure指標、6件がProcess指標

⇒Structure指標を重視した目標設定

▷ 10

10

在宅医療の目標例

Structure指標

- ◎都道府県
「在宅療養支援診療所の設置促進」「地域医療支援病院数」等
- ◎2次医療圏
「訪問看護ステーション数」「在宅療養支援診療所数」等

Process指標

- ◎都道府県
「地域連携パス実施医療圏」「かかりつけ医がいる人の割合」等
- ◎2次医療圏
「訪問看護サービス利用者数」「在宅医療体制について事例検討及びケア会議の開催回数」等

▷ 11

在宅医療に関する課題

・都道府県間の取組格差

47都道府県のうち22都道府県しか目標設定をしていない。

都道府県間においても多数の目標を掲げている都道府県もあれば1つしか目標のない都道府県も存在する。

また2次医療圏レベルの目標設定もほとんどなされていない。

このように各都道府県においてかなり取組に格差がみられる。

▷ 12

12