

どのくらい健康に留意しているか	応急手当受講率		
どのくらい健康に留意しているか	バイスタンダーによる心肺蘇生法実施率		
適切な救護が受けられるか	公共施設のAED設置割合		
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
適切な医療が受けられるのか	重症患者の救命救急センター搬送率		
適切な医療が受けられるのか	メディカルコントロール体制の有無		
適切な医療が受けられるのか	救命救急センターA評価割合		

医療提供体制その他追加指標案

構造	救命救命センター、救急告示病院、病院群輪番制病院 病棟（病室、ICU等）、診療棟（診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人工透析室等） 専門医、クリティカルケア看護専門看護師、救急看護認定看護師、救急救命士
過程	救急医療情報システムの実施率
結果	救命率、救命救急センターの受人数、救急医療機関へのアクセス、心肺停止患者の蘇生率、救急救命士の運用数、救急搬送時間

(8) 災害医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい健康に留意しているか	応急手当受講率		
どのくらい健康に留意しているか	バイスタンダーによる心肺蘇生法実施率		
事前準備がしっかりしているか	防災マニュアルを策定している病院割合		
事前準備がしっかりしているか	災害訓練実施割合		
災害のときに、どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
災害のときに、どこが医療を行うのか	災害拠点病院の割合		
災害のときに、どこが医療を行うのか	病院耐震化率		
災害のときに、どこが医療を行うのか	DMAT(災害医療チーム)研修参加割合		

医療提供体制その他追加指標案

構造	基幹災害医療センター、広域災害・救急医療情報システム、災害医療に関する研修受講者 災害時患者受け入れ、搬送、医療者派遣体制
過程	関係機関等との連携、こころのケア
結果	

(9) へき地医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか			
どのくらい健康に留意しているか	応急手当受講率		
適切な医療が受けられるのか	へき地医療支援機構 派遣医師数の伸び率		
適切な医療が受けられるのか	代診医派遣延べ数の 伸び率		
適切な医療が受けられるのか	へき地診療所の数		
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
切れ目の無い医療が受けられるか	へき地からの紹介患 者受け入れ数		
切れ目の無い医療が受けられるか	地域連携率		

医療提供体制その他追加指標案

構造	無医地区、へき地医療拠点病院、へき地診療所数、遠隔医療実施状況
過程	
結果	

(10) 在宅医療(終末期医療を含む)

指標案

構造	在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数、訪問看護指数、利用者数、 地域看護専門看護師、訪問看護認定看護師、認知症高齢者看護認定看護師
過程	・往診、在宅患者訪問診療、高齢者訪問歯科診療、在宅訪問リハビリテーション指導管理、在宅末期医療総合診療、訪問看護指示、在宅時医学総合管理料

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の実施状況：在宅自己注射、在宅自己腹膜灌流、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅悪性腫瘍患者、在宅寝たきり患者処置、在宅自己疼痛管理、在宅肺高血圧症患者 ・精神疾患、脳血管疾患、リハビリテーション ・処置（膀胱カテーテル交換、褥創処置、ストーマケア、喀痰・気管内吸引、気管カニューレ交換、人工呼吸器管理、点滴、HPN管理） ・連携状況
結果	在宅看取り率

(11) 医療安全対策

指標案

構造	医療安全相談窓口設置数、利用率 医療安全マニュアル・医療安全管理委員会設置割合、 院内感染防止マニュアル・対策委員会設置割合、感染看護専門看護師、感染管理認定看護師
過程	
結果	医療事故件数、院内感染発生件数・患者数

(12) 精神保健医療

指標案

構造	<p>在院患者数、平均在院日数、長期入院患者</p> <p>精神科指定病院、老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟</p> <p>アルコール・薬物依存症外来、思春期外来、小児精神科外来、学習障害外来、自閉症外来</p> <p>アルコール・薬物依存病棟、児童思春期病棟、作業療法、デイケア、ナイトケア、精神科訪問看護</p> <p>精神科医、精神看護専門看護師、臨床心理士、精神保健福祉士</p>
過程	
結果	在宅復帰率、転帰（自院外来、他院外来、転院、終了、その他、治癒、軽快、寛解、不変、増悪、死亡）、自殺率

<参考文献>

- ・有賀徹，林宗貴：救急医療における臨床指標の適応，病院 65(7)，564-567，2006
- ・飯田修平，長谷川友紀，河北博文：診療アウトカム評価とベンチマークー診療アウトカム評価

事業の概要報告, 病院 65(7), 557-559, 2006

- ・上原鳴夫: 医療の質保証—評価から改善へ, Biomedical Perspectives 10 (2),99-109,2001
- ・梅里良正: クリニカル・インディケーター活用の現況と今後の課題, 病院 65(7), 540-543, 2006
- ・梅里良正他: 救急医療領域におけるクリニカル・インディケーターの開発に関する研究,病院管理 38,301-307,2001
- ・遠藤久夫: 平成 18 年診療報酬改定における「患者の視点の重視」, 病院 65(7), 553-556, 2006
- ・川口毅: 医療制度構造改革における政策目標と実績評価, 病院 65(7), 532-534, 2006
- ・副島秀久: クリニカルパスと TQM, Progress in Medicine23(5), 1435-1439, 2003
- ・高木康: 臨床検査におけるクリニカル・インディケーター(臨床評価指標) 1.クリニカル・インディケーター(臨床評価指標)とは何か, 医療と検査機器・試薬 27(3), 135-141, 2004
- ・武澤純: 病院パフォーマンス評価指標—わが国における現況と課題, 病院 65(7), 526-531, 2006
- ・秦温信: ベンチマーク分析による DPC の医療評価—社会保険病院における調査研究, 病院 65(7), 560-563, 2006
- ・長谷川敏彦: 医療の質測定方法と病院医療の質改善, 病院 65(7), 535-539, 2006
- ・長谷川友紀: 医療安全の新たな展望-各論-臨床指標ベンチマーキング, 保健医療科学 51(4), 251-256, 2002
- ・長谷川友紀: 医療計画の評価とその方法, 病院 65(1), 26-30, 2006
- ・前川剛志, 藤原幸人, 岡田靖: 鼎談 わが国の神経疾患救急の現状, 医学界新聞,2006.10.2.
- ・益子邦洋他: 三次救急医療機関の機能を評価する指標の開発と今後の課題, 日本救急医学会誌 13,769-778,2002
- ・満田年宏: 感染管理のクリニカル・インディケーター, 医療と検査機器・試薬 27(3), 147-151, 2004
- ・武藤正樹: クリティカルパス総合講座 DPC における病院マネジメント 10 のポイント, 医療マネジメント学会雑誌 6(3), 506-516, 2005
- ・吉田茂: ファイルメーカーPro を用いた患者状態適応型クリティカルパス, 医療マネジメント学会雑誌 6(3), 555-560, 2005

<参照 URL>

がん

○厚生労働省: 第3回がん医療水準均てん化の推進に関する検討会参考資料, 主要検討課題についての論点整理

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/11/s1130-11f.html>

○日本経済新聞社, 日経メディカル : がん治療の実力病院 全国調査, 2004 年 (がん治療を行う全国の主要病院 773 施設対象、郵送法、有効回答 233 施設 30.1%)

<http://health.nikkei.co.jp/hRanking6/index.cfm?i=2004120403016pl>

- 国立がんセンターがん対策情報センター

<http://ganjoho.ncc.go.jp/>

脳卒中

- 日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン 2004

<http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>

急性心筋梗塞

- 循環器病政策医療ネットワーク臨床評価指標調査票

http://www.ncvc.go.jp/mgt/pdf/beshi_7.pdf

- 楠岡英雄：循環器病臨床評価指標の質的向上と効果的活用に関する研究：独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター臨床研究部

<http://www.onh.go.jp/cr/gvouseki/gvouseki16/iryojoho.html>

糖尿病

- 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会資料
標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）；第4章 保健指導の評価

<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/koroshoshiryo/kenshin/index.htm>

- 兵庫県：糖尿病医療保健システム整備指針，平成14年4月30日策定

web.pref.hyogo.jp/kenkou/pdf/sisin_tounyou.pdf

小児救急を含む小児医療

- 国立国会図書館調査資料 少子化・高齢化とその対策 総合調査報告書；小沼里子：わが国及び主要国における小児医療政策の現状と課題，2005

<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/document2005.html>

周産期医療

- 厚生労働省：平成17年度受療行動調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>

- 徳島県：新規事業評価シート（平成16年度新規分）周産期医療対策事業

<http://www2.pref.tokushima.jp/BusEval15.nsf/0/06DD9E2E144E03FE49256D84002A2AD5?opendocument>

災害医療

- 厚生労働省：災害拠点病院の指定について

<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0901/h0116-3.html>

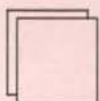
へき地医療

○厚生労働省医政局指導課：終期付き事業評価書 へき地医療拠点病院等運営費，H17.8

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/05syuki/01.html>

○第1回「医療計画の見直し等に関する検討会」今後の評価方法等について，資料3-3

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/s0930-6e.html>



第6章 諸外国の状況

第6章 諸外国の状況

第1節 アメリカ

1. 医療制度の概要

(1) 保険者・被保険者・財源

アメリカには全国民を対象とする公的な医療保険制度はなく、公的医療保障制度の対象者は65歳以上高齢者と低所得者に限定されている。ちなみに、人口の15.9%は民間保険にも加入しない無保険者である(2005年)。

公的医療保障制度の概要は、以下の通りである。

まず、高齢者を対象とする公的制度はメディケア^{iv}といい、保健省ⁱⁱⁱ内のメディケア&メディケイド・サービス・センター^vによって運営されている。メディケアは、入院やスキルドナーシングホーム(SNH)^vへの入所等を対象とする強制加入のパートAと、外来での医師の診察を保障する任意加入のパートBで構成される。パートAの財源は現役時に支払われる社会保障税(所得の2.9%、労使折半)、連邦政府からの補助金、現役時の拠出期間に応じて設定される定額の保険料等から成り(図6-1)、社会保障税が9割近くを占める。一方、パートBは費用の25%を定額の保険料(ただし、高所得者には上乘せあり)、残りの75%が連邦政府からの拠出金で賄われる。主な自己負担は図6-2の通りである。

次に、低所得者を対象とする制度はメディケイド^{vi}といい、連邦政府のガイドラインに基づいて州政府によって運営される。財源は連邦政府と州の税金であり、連邦政府の拠出割合は州の1人当たり平均所得等を基に50~83%の範囲内で決定される。各州のプログラムはガイドラインに定められた基礎給付をカバーする必要があるが、33のオプション給付から追加メニューを選択することもできる(図6-3)。自己負担は原則としてない。

(2) 診療報酬

医療費と医療サービスの流れは図6-4の通りである。このうち、メディケアとメディケイドの支払い方式について整理すると、まず、メディケアについては、パートAでは診断群別分類(DRG^{vii})に基づく予見的(事前的)包括支払い方式(PPS^{viii})が採用されている^{ix}。ここで、DRGとは疾病分類のひとつで、国際疾病分類(ICD)で約1万ある疾病を、マンパワー、医療材料、医薬品等治療に費やした医療資源の必要度を基準に500~600の診断群に統合したものである。アメリカでは現在511の分類があり、各

DRG グループに対して包括的な診療報酬が設定される。一方、パート B では、メディケア診療報酬表 (MFS^v) に基づく支払いが行われる。MFS は資源準拠相対評価尺度 (RBRVS^{vi})、地域格差係数、ドル換算係数をベースに毎年改定され、RBRVS は医師の労力、診療に要する費用、医療過誤訴訟費用の 3 要素で決定される。

次に、メディケイドについては、連邦ガイドラインの範囲内で診療報酬の支払い方式や金額が州ごとに決定される。ただし、施設サービスについてはメディケアの水準を上回ってはいけない、ホスピスケアについてはメディケアの支払額を下回ってはいけない、メディケア受給権者を多く受け入れている病院には割増料金を設定する、等の例外がある (医療経済研究機構[2005])。

(3) 医療提供体制

アメリカでは、患者は基本的には家庭医や一般医等のプライマリケア医の診察を受け、その後必要に応じて病院サービスを受けることになる。病院、高度看護施設、看護施設^{xii}について施設数と病床数をみると、以下の通りである。

まず、施設数については、病院 5,759 (2004 年)、SNH 14,838 (同)、ナーシングホーム 16,803 (2003 年) である。病院のうち営利は 83 (全病院の 14%) であり、残りは連邦管掌、州・地方自治体管掌等の非営利である。

一方、病床数については、病院 966 千床、SNH 1,261 千床、ナーシングホーム 1,730 千床 (いずれも 2004 年) である。

2. 医療計画

アメリカには医療供給体制を規制する州プログラムとして必要証明 (CON^{xiii}) が存在する。本節では、CON の経緯と、フロリダ州における CON の具体的内容を紹介する。

(1) CON の経緯

① 成立までの経緯

医療供給体制に対して政府が積極的に関与する契機となったのが、1946 年に成立した病院調査・建設法 (ヒル・パートン法^{xiv}) である。同法は、第二次世界大戦後病院の老朽化と病床不足が深刻化するなか^{xv}、連邦政府が積極的に医療施設の建設・改善を行う目的で制定された。具体的には、まず、州は州や地域単位で医療計画評議会を組織する。そこでは人口密度^{xvi}から算定される病床ニーズに基づいて医療計画が策定される。そして、州が計画に沿って病院建設を行う場合には、連邦政府から補助金が支給される仕組みである。

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。もともと、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^{xxxiii}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^{xxxiv} (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30四半期未満の者)	\$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
パート A	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

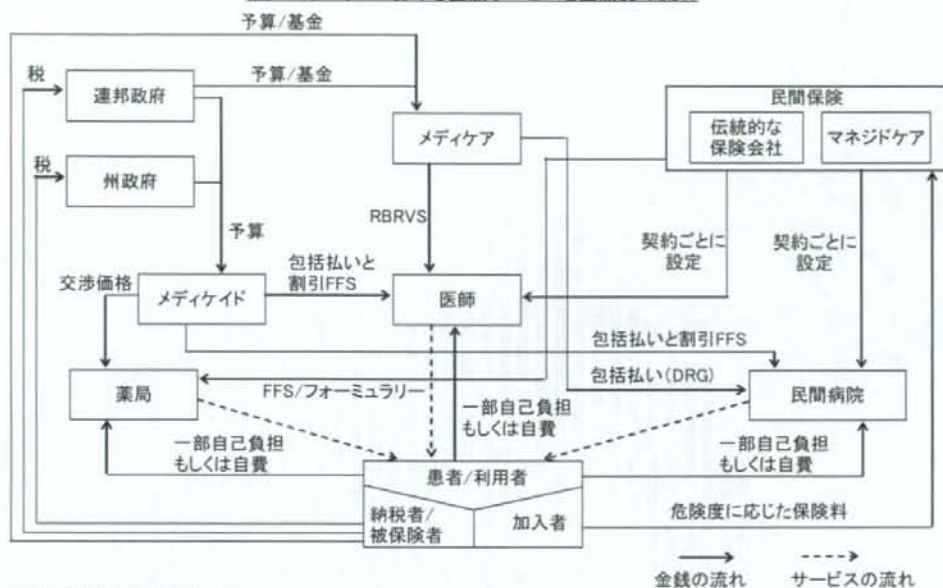
- ・診療所サービス
- ・21未満の者に対する看護施設サービス
- ・中間看護施設/知的障害者サービス
- ・検眼士サービスおよび眼鏡
- ・薬剤給付
- ・結核患者に対する結核関連サービス
- ・人工器官、等

(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

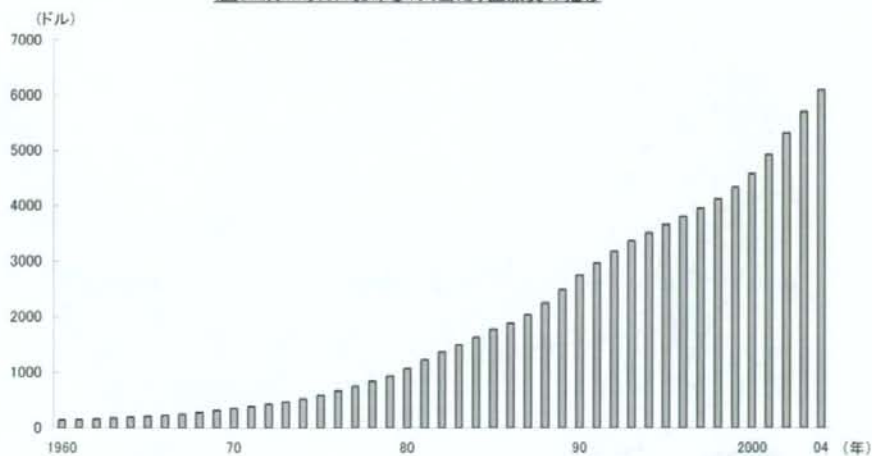


(資料)「アメリカ医療関連データ集」

(注1)RBRVSは、Resource-Based Relative Value Scale(資源標準相対評価尺度)の略。

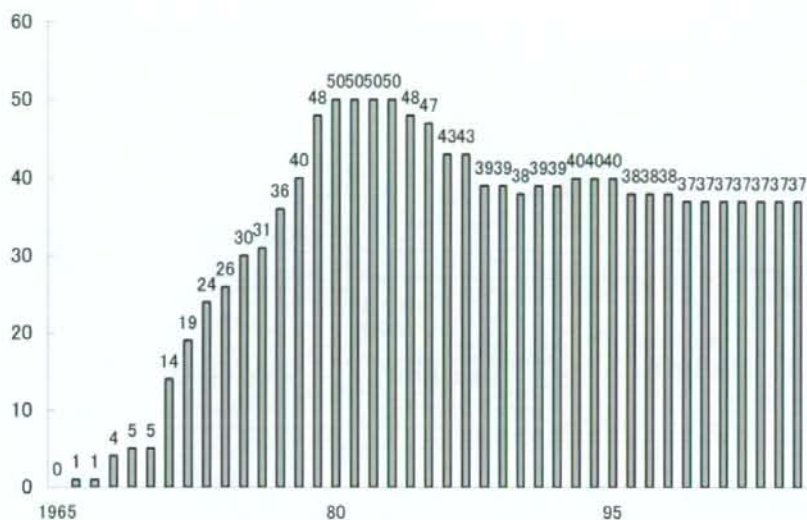
(注2)FFSは、Fee-For-Service(出来高払い)の略。

(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」

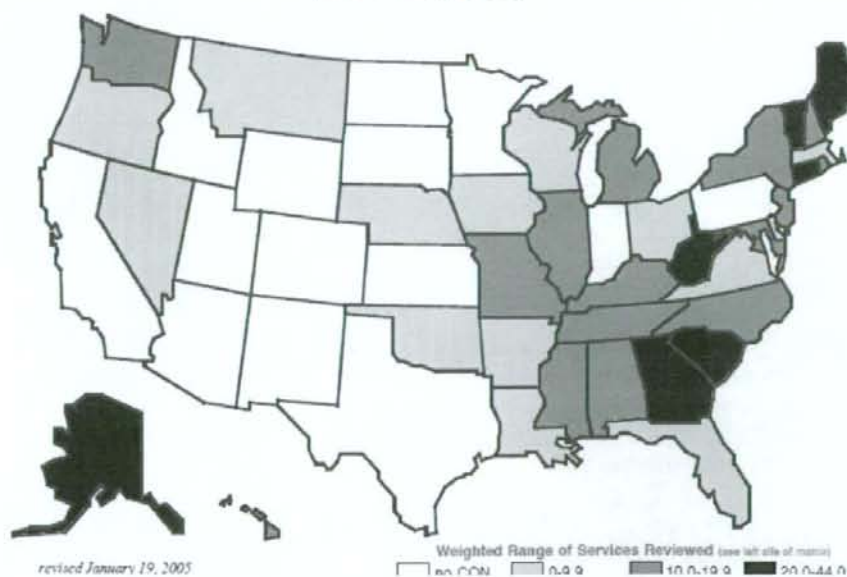
(図6-7) CONを適用する州の数の推移



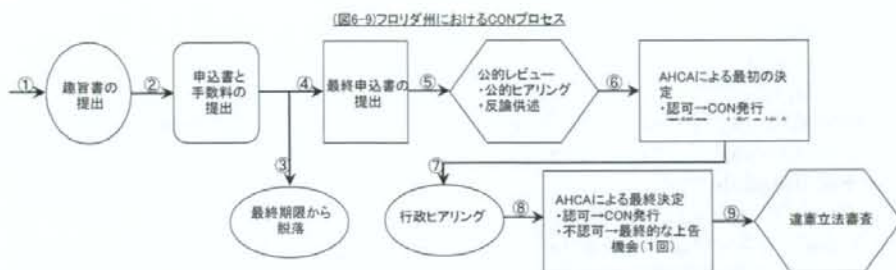
(資料) Washington Policy Center ホームページ

(注) コロンビア地区を含む。

(図6-8) CONの加重レンジ



revised January 19, 2005



(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。