

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<sup>脚注1)</sup>

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<sup>2)</sup>。

#### (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。

<sup>脚注1)</sup> 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)。使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(主體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

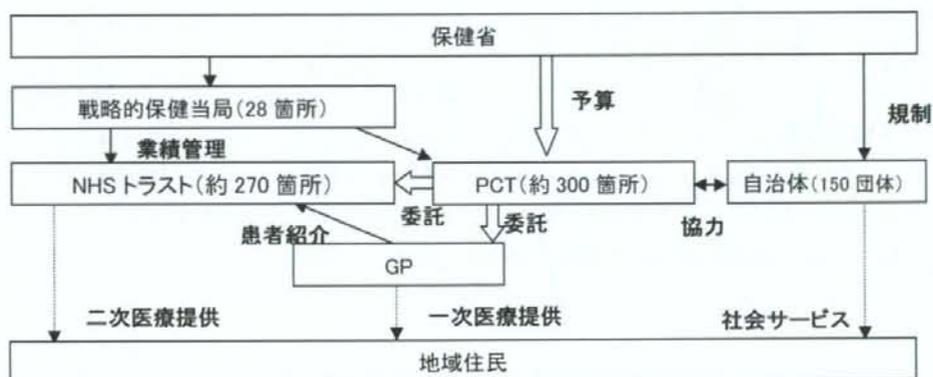
なっている。運営と統治は住民や職員の代表によって行われる。その目的は、NHS 組織運営の分権化を進めるとともに、医療の世界において国有、中央集権的運営ではなく、コミュニティによる公有へと転換し、コミュニティ自身によるコミュニティの利益のための運営を目指すものである。

#### ④ General 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 から自由に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<sup>3)</sup>。

## 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<sup>1)</sup>。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」<sup>6)</sup>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

<sup>2)</sup> 同省からは財政面について「Payment by Results Consultation」<sup>8)</sup>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<sup>3</sup>。

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」<sup>7</sup>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。

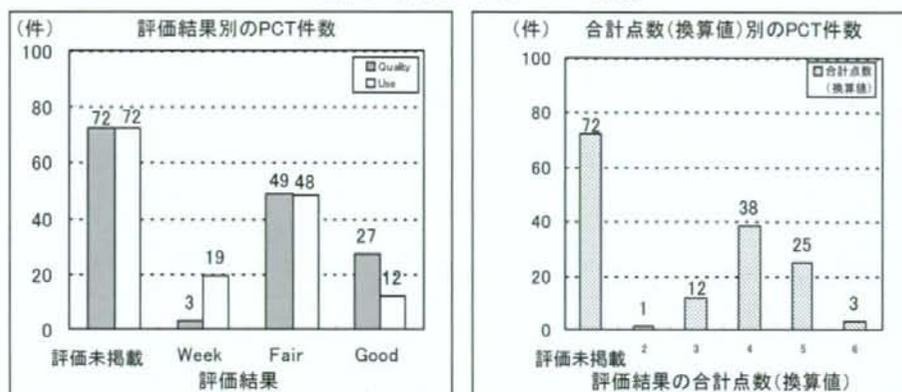
## (3) PCT の事業計画、年次事業報告書事例 (Bromley Primary Care Trust)

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。

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>

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)<sup>5</sup>

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手術待ち時間: 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)<sup>9</sup>

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針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<sup>1</sup>。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

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し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<sup>3)</sup>。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<sup>10)</sup>、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らる。

#### 参考文献

1. 伊藤善典 プ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

<sup>1</sup> 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体制の強化（機器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

---

## 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。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には、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、こうした業務を担う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、これだけではどうとい十

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）日本医療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PDC A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