

・配布資料の評価	①大変有益であった	9名(40.9%)
	②有益であった	11名(54.5%)
	無記入	1名(4.5%)

・医療計画論の講義の進め方の評価	①大変適切であった	9名(40.9%)
	②適切であった	11名(50.0%)
	無記入	2名(9.1%)

特に良かった点

- ・国際的な比較や、諸外国の状況等がわかったこと
- ・具体的な事例をまじえて分かりやすかったこと

問題点や課題

- ・基本的な資料を事前に配布してもらった方がより理解できた
- ・課題について、議論の時間がなかったのが残念
- ・参加者の中には、診療報酬や医療保険、介護保険制度の基本も必要

・「医療計画演習」の進め方の評価	①大変有益であった	2名(9.1%)
	②有益であった	11名(50.0%)
	③どちらともいえない	7名(31.8%)
	無記入	2名(9.1%)

特に良かった点

- ・資料のボリュームが大きかったが、ポイントを絞った説明だったこと
- ・医療計画の進行管理のポイントをつかめたこと

問題点や課題

- ・グループディスカッション方式での課題の掘り下げが必要
- ・課題について、もっと時間をかけて討議した方がいい
- ・課題について、モデル回答の設定があれば、より具体的なイメージが広がった。
- ・少し難しかった
- ・医療業務の経験が浅いので戸惑った。

(5) 考察と課題

今回のモデル講義の参加者については、医療職の他、一般事務職が広く受講しており、本プログラムにおいて設定した研修対象の条件はほぼ満たしている。一方、保健医療科学院の研修は1人も受講しておらず、同研修との比較、差別化という当初想定した問題意識および問題設定条件は十分満たされておらず、今後の課題である。受講生のレベルについては、係長級以上の者が大多数を占めており、豊富な行政・社会経験に基づき、問題意識を持った積極的かつ真摯な研修参加態度が広く認められ、有益かつ有効な研修となった。その一方で、受講生の医療政策との関わりや現時点での基礎知識のレベルにはばらつきが見られ、大学院での基本科目を事前に履修しておくことも含め、受講生の基本学力のレベルを事前にそろえておくことは、今後の課題であると考えられる(今回のモデル講義においては、受講生22名中1名が専門職大学院の基本科目を履修済みであった)。

モデル講義に対する評価は、全体としては概ね良好であった。「医療計画論」については、受講生からは、講義の中で、国際比較や日本の医療制度改革の全体像の中での医療計画の位置付けが示されたことを評価する意見が多かった。Think globally, act locally という標語があるように、医療計画のような地域に密着した行政を展開するに当たっても、常に国際的な動向や国全体の医療政策の方向性を踏まえて取り組む必要があり、各種の研修においてこうした視点を取り入れることは重要であると考えられる(特に、医師会をはじめとする医療関係者との議論においては、行政側がこうした幅広い視点を有していることが重要であろう)。

また、「医療計画演習」については、その進め方について、グループ討議等による課題の掘り下げが必要とする意見がある一方で、実際に演習において取り上げた題材である「在宅医療」に関する戸惑いやテーマが難しいという意見もみられるなど、受講生によって理解の到達度に差が見られ、今後課題を残したと言える。これらの課題の解決に向けては、講義資料の事前配布及び受講生による十分な予習と、それらを前提とした少人数のグループ討議の実施やモデル回答例の設定等の検討が必要であると考えられる。

今回の受講生数22人は、講義形式の研修としては適当であるが、演習の実施にはやや多い人数であった。演習については、3ないし4程度のグループ(各グループの構成人数5~7人)に分けた上での討議が適当であると考えられるが、有効な演習を展開するためには、各グループにおいて同じレベルにある適切な facilitator の存在が不可欠である。今後、都道府県庁との連携、協力の下に、(専門職)大学院等におけるこうした facilitator の養成もあわせて考えていく必要がある。



第6章 今後の課題

第6章 今後の課題

以上のような平成18～20年度の3年間にわたる調査研究の成果を踏まえて、最後に、今後検討すべき課題について整理しておこう。ここでは、平成19年度に作成した福岡県及び千葉県の模擬医療計画（在宅医療部分）に関する課題、医療計画作成・管理マニュアルに関する課題、さらに医療政策担当人材育成プログラムに関する課題の3つに分けて検討する（19年度報告書第5章の再掲及び修正）。

1. 模擬医療計画（在宅医療部分）に関する課題

この点に関しては、すでに19年度報告書の各章において部分的には取り上げられ、触れられているが、ここで改めて整理しておく。

まず第一に、今回の模擬医療計画は、福岡県及び千葉県という具体的なフィールドにおいて、在宅医療部分に焦点を絞って作成したものである。その結果は、人的、物的及び時間的な投入資源の制約がある中で、検討の焦点を絞ったことによって、一定の明確な成果を生み出すことにつながっている。模擬医療計画を反映した両県の実際の医療計画において、在宅医療に関する部分は、定量的な実態把握や住民への情報提供等を含め、特色ある記述となっているものと思われる。平成20年4月以降は、他の都道府県において策定された医療計画との比較が可能となっている（20年度報告書第2章参照）。こうした全国の医療計画の比較検討及び評価等を踏まえ、今後、次期医療計画の見直し等において、在宅医療の記述に関してさらなる改善を図ることが第一の課題である。

第二に、平成19年度は、福岡・千葉両県において在宅療養支援診療所の活動実態について本格的な全数調査を実施した。それぞれの成果については、19年度報告書第2章及び第3章においてくわしく示した通りであり、調査結果の医療計画における活用について、関連研究等を含め、広範な可能性を提示できたものと考えている。しかしながら、時間的な制約等により、両県の調査についての比較検討は十分に行われていない。概括的に言って、人口当たりの在宅療養支援診療所数が多い福岡県においては、少ない千葉県に比べ、その活動状況にばらつきが大きく、看取り患者数も少ない傾向が見られる。このことは、「診療所数」といった（従来の医療計画等の行政施策においては整備「目標値」として取り上げられやすい）指標が必ずしも適切なものではない場合がありうることを示唆している。こうした点を含め、今回の両県における調査結果と他の類似データとの比較等の検討は今後の課題である。

第三に、在宅療養支援診療所の調査自体の改善も課題である。在宅医療を実施している在宅療養支援診療所以外の診療所や病院の活動実態は今回の調査では明らかにされていない。全医療機関に対する調査を実施するのか（その場合には膨大なコ

ストを要しよう)、それとも19年度報告書本文中でも言及しているように、平成23年度以降に実現することが期待される診療報酬レセプトオンライン化を踏まえ、レセプト・データを活用して必要な情報を収集するようにするのか、いずれにしても今から十分検討し、準備をしておく必要がある。また、今回の調査は、在宅医療を直接提供している医療機関についての調査であったが、これを支えている（後方）病院、連携診療所、連携訪問看護ステーション等についての調査は、在宅医療の全体像を把握する上で有益であろう。

第四に、19年度報告書第2章でも触れているように、今回の調査は、あくまでも在宅医療に関する供給サイドについての調査であり、そこから将来の需給推計や目標値を導出することには無理がある。やはり、在宅医療の需要面について、きちんとしたニーズ調査を行い、需要と供給を突合した上で、適切な政策目標を設定する必要がある。既存の全国レベルの調査等を踏まえ、都道府県レベルでどのようなニーズ調査を実施することが考えられるのか、検討しておく必要がある。

2. 医療計画作成・管理マニュアルに関する課題

平成18年度の研究における医療計画作成・管理マニュアル素案（第1次案）の提示に続いて、19年度及び20年度においては、模擬医療計画（在宅医療部分）を策定するとともに、全国の都道府県が策定した医療計画の比較・検討及び評価、さらには医療政策担当人材育成プログラムを開発・実践する中で、マニュアル素案の見直し（改善）を行っている。これらは、模擬医療計画（在宅医療部分）の策定作業や各都道府県の医療計画の検討等を通じて得られた知見をマニュアル素案に反映させたものであり、医療計画策定の現場に即した臨場感ある内容となっているものと考えられる。

今後は、各都道府県の医療計画担当職員に対する研修等の場において、当該マニュアルを使用した講義・演習等を実施する中で、研修受講者や研修担当講師の意見を幅広く聴取し、マニュアルの内容についてさらなる改善を図っていくことが課題である。特に、医療計画について十分な基礎知識がない職員であっても、限られた短い研修時間の間に、その概要について一通りの理解をし、日々の業務に直ちに活用できるような内容及び記述の工夫を図る必要がある。また、マニュアルは、単に研修時のみならず、その後の日常業務の中で、常に参照することができる内容のものであることが望まれる。そのためには、医療計画及び関連する医療政策の変化を踏まえ、マニュアルの構成や内容については不断の見直しを行っていく必要がある。

3. 医療政策担当人材育成プログラムに関する課題

平成18年度の報告書においても記したように、医療計画を医療政策のツールとして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医療政策に関する高度の専門性と創造性を兼ね備えた人材の育成が急務である。こうした観点に立って、平成19年度においては、九州大学専門職大学院の2年次社会人学生10名（県庁派遣職員2名、医療関係団体職員2名、民間シンクタンク職員等6名）が中心となって、福岡県及び千葉県の模擬医療計画（在宅医療部分）を当初から構想し、必要な調査研究を計画・実施・分析し、これを踏まえて模擬医療計画を策定し、そのかなりの部分を実際の県の医療計画に採用されるというプロセスを経てきた。また、これに引き続き、平成20年度においては、社会人学生2名（県庁派遣職員1名）、一般学生1名、さらに社会人研究生1名による全国の医療計画の比較検討及び評価、在宅医療推進の課題の検討等が行われた。具体的には、1年次における基礎的な医療政策等に関する学習を踏まえて、2年次における主任研究者が主宰する1年間の「演習」による少人数個別指導を通じて、実践的な成果物を取りまとめられた。こうした模擬計画策定や全国の医療計画の比較検討のプロセスそのものが、人材育成の実践であると考えられる。また、大学院を修了したこれらの学生は、職場復帰等の後も引き続き直接・間接に医療政策に関わっていく可能性が高く、今後、医療政策分野における高度専門職業人としての活躍が期待される。

今後の課題としては、まず第一に、こうした（専門職）大学院における教育及び都道府県庁における研修を継続実施し、医療政策を担当する人材育成を継続していくことである。その場合、上述した最近3年間の九州大学専門職大学院における実践例のように、（専門職）大学院に2年間県庁職員等を派遣し、本格的な大学院レベルの教育を受講することが望ましいが、それが困難な場合には、それとあわせ、「科目等履修生」制度を活用し、大学院の特定の講義科目を選択受講することも考えられよう。20年度報告書第5章に記したように、九州大学専門職大学院の事例であれば、「医療財政学」及び「医療制度改革論」等の講義が履修対象候補として考えられる。都道府県庁等における研修プログラムの中に、こうした「科目等履修生」制度の活用を適切に位置付けることが望まれる。

第二に、平成20年度において開発、実践した「医療政策人材育成プログラム」は、概ね好評であったが、いくつかの課題も明らかになっている（平成20年度報告書第5章）。特に「演習」形式の研修は、受講生の実践的な能力開発にとって有効であると考えられるが、その実施にあたっては、有能な facilitator の養成が重要な課題となる。今後、（専門職）大学院及び都道府県庁の連携、協力の下に、こうした facilitator の養成を図っていく必要がある。

第三に、医療政策に関する標準的な内容を盛り込んだテキストの開発及び講義・

研修等での使用である。医療経営人材育成に関しては、すでに経済産業省のパイロット事業が一定の成果を挙げ、モデル・テキストも各種開発されているが（注1）、医療政策分野についても同様の方向での展開が求められる。そして、これらが両々あいまって、初めてマイクロ・マクロ両面における医療費の効率的、効果的な使用と日本における医療の outcome の改善が実現するものと思われる。

<注1>経済産業省プロジェクト（医療経営人材育成事業）の成果に関しては、次のモデル・テキストを参照。

*黒川清・尾形裕也監修（2006）『医療経営の基本と実務：上巻（戦略編）、下巻（管理編）』日経メディカル開発

*医療経営教育協議会編（2008）『医療マネジメント』日経メディカル開発

<参考資料>

1. 医療計画に関する研修会 次第
2. 医療計画論（福岡県庁）
3. 全国の医療計画作成状況

医療計画に関する研修会 次第

日時：平成 21 年 3 月 12 日 10:00～15:00

場所：福岡県庁 行政棟 12 号会議室

1 あいさつ

2 医療計画論 (10:00 ～ 11:30)

3 全国の医療計画作成状況 (11:30 ～ 12:00)

休 憩

4 医療計画作成手順について (13:00 ～ 13:45)

5 在宅医療、在宅療養支援診療所について (13:45～14:15)

6 在宅医療に関する目標設定について (14:15 ～ 14:45)

14:45～15:00 アンケート記入

医療計画論(福岡県庁)

2009. 3. 12

1

本日お話しする予定の内容

1. 日本経済と医療経済の現状
 2. 日本の医療提供体制の現状と改革の方向
 3. 医療計画の見直しと医療連携
 4. 今後の展望
 5. 課題
- <参考文献>

2

1. 日本経済と医療経済の現状

(1) 国民医療費と国民所得の動向(対前年度伸率%)

	国民医療費	国民所得	割合
平成13年度	3.2	△2.8	8.61
14	△0.5	△1.5	8.70
15	1.9	0.7	8.81
16	1.8	1.3	8.85
17	3.2	1.3	9.01
18	△0.0	1.8	8.88

3

(2) 国民医療費の構造

○水準: 33兆1,276億円(平成18年度)

○社会保障給付費・医療との相違

○国民医療費の財源構造

公費36.6%(国庫24.7%、地方11.9%)

保険料49.0%、患者負担14.4%

4

○国民医療費の診療種別構成

- ・入院 37.0% (病院35.6% 一般診療所1.4%)
- ・入院外 38.6% (病院15.4% 一般診療所23.2%)
- ・歯科 7.6% (平成12年度8.5%、平成4年度9.8%)
- ・調剤 14.2% (平成12年度9.2%、平成4年3.0%)
- ・訪問看護 0.1%

→病院51.0%、一般診療所24.6%

5

(3)日本の医療費の水準(G7比較、対GDP比%)

	1970	2004	指数
日本	3.0	8.0	267
カナダ	7.0	9.9	141
フランス	5.4	10.5	194
ドイツ	6.2	10.6	171
イタリア	—	8.7	—
イギリス	4.5	8.1	180
アメリカ	6.9	15.3	222

*OECD Health Data2006 による(暫定値含む)

6

2. 日本の医療提供体制の現状と 改革の基本的方向

(1)「資本集約的」な医療サービスの提供

- 医療は、一般的には「労働集約的」なサービス
→「人件費比率」はマクロで見ても、ミクロで見ても50%が1つの目安(ドイツの病院の平均値は67%!?)
- 国際的には、豊富な資本の一方で、手薄な人員配置
→2006年改革では、ここを変える方向①
(病床数削減、看護職員配置等)

7

<表1> 主要な医療資本投入状況の国際比較
(2005年)

国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT台数	人口百万人当り MRI台数
日本	8.2*	92.6**	40.1
カナダ	2.9***	11.2	5.5
フランス	3.7	9.8	4.7
ドイツ	6.4	15.4	7.1
オランダ	3.1	5.8	5.6
イギリス	3.1	7.5	5.4
アメリカ	2.7	32.2***	26.6***

*日本は、病院の「一般病床数」 **2002年データ ***2004年データ

8

○人口10万対病院病床数(2007. 10.1現在)

・一般病床 714.7床(最大最小比2.1)

1.大分1009.8 2.高知989.8 3.岡山981.4 4.北海道979.5 5.香川962.0 15.福岡857.5
47.埼玉492.5 46.神奈川527.7 45.千葉547.7 44.愛知557.6 43.静岡588.1

・療養病床 268.8床(最大最小比6.8)

1.高知934.5 2.山口659.8 3.徳島576.9 4.鹿児島572.4 5.熊本551.7 10.福岡443.1
47.宮城136.6 46.神奈川142.4 45.山形157.9 44.千葉159.9 43.東京161.3

・精神病床 274.9床(最大最小比3.6)

1.鹿児島577.0 2.長崎558.2 3.宮崎526.0 4.徳島508.9 5.佐賀508.7 9.福岡431.5
47.神奈川159.2 46.滋賀172.9 45.愛知180.4 44.静岡188.3 43.東京194.2

9

<表2> 主要な医療労働投入状況等の国際比較

国名	病床百床当り 医師数(04)	病床百床当り 看護職員数(04)	人口千人当り 看護職員数(04)
日本	14.3	63.2	9.0
フランス	44.9	100.0	7.5
ドイツ	39.5	112.5	9.7
イギリス	57.0	226.8	9.2
アメリカ	73.3	233.0*	7.9*

* 2002年データ

10

○100床当たり従事者数(常勤換算・人)

	総数	医師	薬剤師	看護師	准看護師
・一般病院	115.6	12.9	2.8	42.1	10.3
・精神病院	63.0	3.3	1.1	17.5	14.2

11

<表3>急性期病床の平均在院日数の国際比較

国名	平均在院日数(2003年)
日本	36.4 [20.7*]
フランス	13.4
ドイツ	10.9**
イギリス	7.6
アメリカ	6.5

*[]内は、病院の「一般病床」に関する平均在院日数。

**2002年データ

12

<表4>アメリカの平均在院日数の推移

1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2003年
20.5	14.9	10.0	9.1	6.8	6.5

13

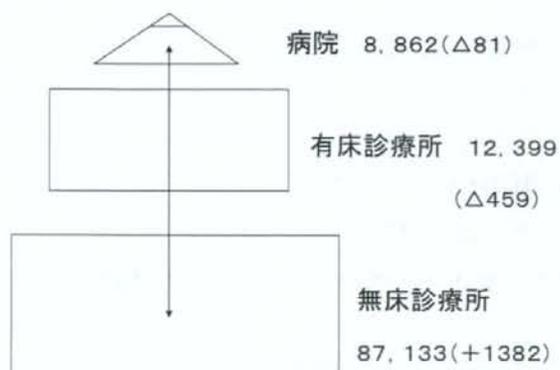
(2) 医療施設の体系

○「連続性」

- ・病院と診療所の区別、機能分担、連携が少ない
→「診療所が大きくなったものが病院」
- ・診療報酬も基本的に病院、診療所共通
- ・Lack of differentiation and standardization
機能分化と標準化の欠落: OECD(2001)
→2006年改革では、ここを変える方向②
(医療計画の見直し、DPC、療養病床診療報酬)

14

<図1>日本の医療施設体系の概念図(2007. 10)



15

<表5>病床規模別病院数

病床規模	シェア	
100床未満	38.2%	
100~199	30.7	←200床未満68.9%
200~299	13.0	
300~499	12.7	←300床以上18.0%
500床以上	5.3	

16

(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」

・脳卒中对策、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