

(倫理面への配慮)

文献研究および訪問先の了解を得て実施した訪問調査であるため該当しない。

### C. 研究結果

1990年代のイギリスは他国と比べて明らかに医師不足の状態であった。ドイツやフランスでは、医師の地域別・専門領域別の偏在が指摘されていた。その対策として、医学教育の改革、医師の開業場所や居住地への規制と優遇策の実施、潜在化した医師の活用などが行われていた。

医師の資質の確保・向上については、ドイツ、イギリスでは2000年代に卒後研修の期間や内容が明確化されるという改革がなされていた。さらにフランス、イギリスでは医師の能力や技能に関する評価・認証制度が導入された。

医療従事者間の役割分担の改革では、医師と看護師をはじめとした役割分担の在り方を整理し直す動きが見られ、それに伴う診療報酬の改革も行われていた。

### D. 考察

医師の量的な確保については、まずはドイツで行われているような保険医の開業地域にインセンティブを与える認可方法の導入は参考になるであろう。そして、地域別・専門領域別の分布を医学生・研修医の段階

から強力にコントロールするような方策が必要となるかもしれない。

卒後研修の整備は日本でも既に行われているが、医師免許の更新や医師の技能を評価する仕組みは、医師によって提供される個別の医療サービスの質を保つ上で、今後検討する余地があると思われる。

日本においても、看護師の「診療の補助」の範囲を拡大し、明確化することが近年なされつつある。おそらく次の段階は、医療従事者間の役割分担が進み、チーム医療が行われるときに、多様な従事者の働きをいかに評価し、いかに診療報酬と結びつけるか、ドイツやフランスの取り組みが参考になるであろう。

### E. 結論

多様な医療人材の働きをいかに評価し、従事者をいかに処遇するかは、医療人材の確保を考える上で、日本も含め本研究で扱った3ヶ国に共通した今後の課題である。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

なし

### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

## 6. 平等な医療アクセス： (2) 医療人材

白瀬由美香 (国立社会保障・人口問題研究所)

### 1. 医療アクセスにおける医療人材確保の重要性

社会保障制度の一環として現物給付を行う場合には、サービスへの経済的・地理的・時間的なアクセスを確保することが求められる。公的な医療保険制度や医療サービス制度の存在によって、過度な金銭的負担をせずに医療を受けられるということは、医療への経済的なアクセスが確保されている状態だといえる。しかしながら、いくら経済的な負担が軽減されたとしても、最も近い医療機関まで自動車でも数時間もかかるようでは、必要なときに適切に医療を受けられる環境だとは言いがたい。医療保障において平等な医療アクセスを実現する上で、量的、質的に十分な医療人材が確保されていることは保健医療計画の前提であり、地理的・時間的なアクセスを保証するための重要課題の1つである。

以下では、(1)医師数の量的な充足、(2)医師の資質の確保、(3)医療従事者間の役割分担の改革について、ドイツ、フランス、イギリス (England) の3ヶ国における医療制度改革の動向を比較検討する。

### 2. 3ヶ国での取り組みの比較

#### (1)医師数の量的な充足

ドイツの2010年頃の状況として、病院勤務医約5000人、保険医約1700人が不足しているとされていた。とりわけ旧東独の農村部を中心として、今後も家庭医が不足する懸念があった。そこで医師を確保するために、就労していない女性医師の活用、医学教育を実践的な内容に改革、労働条件の改善が行われた。たとえば保険医の開業地域の認可方法、副業の制限の仕方を改革し、不足地域での医師の居住地の制約を緩やかにした。

フランスの医師数は現状では22万人弱で増加傾向にあるものの、今後は不足する恐れのあることが指摘されている。とりわけ問題なのは、地域間、専門領域間における医師の偏りであり、さらに開業医の世代交代が円滑に進むかが懸念されている。医師の量的確保のため、医師養成課程の進学者数の制限を緩和すると同時に、地域別・専門領域別に医師養成課程の進学者数や研修医を規制・優遇する取り組みが行われた。

イギリスでは、1990年代を通じてNHSから流出する医師が増加していたため、労働党政権は学士入学者向けに医学教育を複線化(4~6年制)、卒後研修を基礎研修と後期研修として研修期間を明確化、医師とNHSとの契約方式の変更によりGPは月給制で時間外診療を免除されることも可能とするなどの改革、外国人医師の受け入れを行った。2001年に約93,000人だった医師数は、2011年には4万人増加し133,000人ほどになった。

## (2)医師の資質の確保策

ドイツで2002年に行われた医師免許規則の改正によって、医学生がより早い段階から実践的な学習を行うカリキュラムが導入された。医師国家試験は最初の2年間の教育修了後に第1段階が行われ、その後4年間の教育を修了すると第2段階を受験する。医師免許取得後の卒後研修の実施は州の医師会がその役割を担っており、数年間にわたり特定の分野の診療経験を積むことで卒後研修の修了を認められると、当該専門分野を標榜できるようになる。

フランスでは、医療従事者の職業実践の評価、知識の改良、医療の質と安全の改善、公衆衛生上の課題の考慮、医療費の抑制などを目的として、2009年に「継続的な職業発展」と呼ばれる仕組みが導入された。これにより医師をはじめとした多様な医療従事者について資質を保証するため、「継続的な職業発展」プログラムに年に1つ以上参加することが義務付けられた。また、2004年以降、高等保健機構(HAS)によって病院勤務医の医療安全リスクの情報を収集・分析し、それに基づく医師の認証制度も導入された。医師は4年ごとに認証を受けることとなった。

イギリスで4～6年間の医学教育を修了すると、医師免許を管理する総合医療審議会(General Medical Commission)に仮登録され、その後2年間の基礎研修を受けることになる。従来は専門医になるには10年以上の研修が必要とされていたが、2005年に開始された「医師養成の現代化」プログラムにより、後期研修はGPが3年間、専門医が5～6年間に明確化された。さらに、医師の資質を保証する仕組みとして、2012年からすべての医師について免許の更新制度を導入し、5年ごとに業務評価に基づき更新を行うようになった。

## (3)医療従事者間の役割分担の改革

ドイツでは、2005年から旧東独地域の家庭医の不足を補い、医師の負担を軽減するため、一定の訓練を受けた看護師や医療助手が家庭医の指示で患者の自宅に派遣される「アグネス事業」が行われた。派遣された看護師や医療助手は、患者の健康状態の把握、症状の記録、健康関連の助言、採血・注射・褥瘡の治療などの医療行為を行い、それらに対して外来診療としての診療報酬の支払いがなされることとなった。

フランスでは、多職種連携・協働を推進し、医療の質や効率性を高めるため、糖尿病や透析、肝炎、眼科、放射線療法などの分野で医師と他の医療従事者との協働を促す試行事業が実施され、医療行為の委譲や役割分担の再編に関する法制化が行われた。さらに、こうした協働に対応して、看護師への賃金や組織的な経費を含めた新たな診療報酬支払い方式が導入された。また、1980年代以降、看護師の「固有の役割」が法制化されており、看護師が自由に開業することも認められている。現在8万人の開業看護師が活動しており、在宅医療を支えている。

イギリスでは、各医療従事者の技能に見合った業務の配分、複雑な仕事の管理、技能の

向上への適切なサポート等を確保することは、雇い主の義務であるとされ、特定の業務に対して、その専門職が十分な対処能力を持つかどうかを保証するのは、雇い主の重要な役割とされている。医薬品を取り扱うことのできる職種は法律によって定められており、医師のほか、1990年代以降は一定の訓練を受けた看護師や薬剤師も処方を行うことが認められている。

### 3. 日本への示唆

1990年代のイギリスは他国と比べて明らかに医師不足の状態であった。その解決のため、主として医師の労働条件の改善がなされ、外国人医師を受け入れ、さらに医師養成課程への入学ルートを複線化し、卒後教育も期限を明確化することで、一定数の確保に努めた。他方ドイツやフランスでは、自由な開業医制度のもとで医師の地域別・専門領域別の偏在のあることが指摘されていた。その対策として、医学教育の改革、医師の開業場所や居住地への規制と優遇策の実施、潜在化した医師の活用などが行われていた。

国民1人あたりどれだけの医師数がいれば充足と呼べるかは、その国の医療システムの形態や医療従事者の業務内容、役割分担の在り方によって異なるが、現在の日本の状況を踏まえた適用可能な医師の量的確保の方策としては、まずはドイツで行われているような保険医の開業地域にインセンティブを与える認可方法の導入であろう。そして、将来の在宅医療の推進を鑑みるに、かつてのように病院で集中的・効率的に医療を提供することから、地域に分散された形で医療を行うことがますます求められるようになるだろう。そうしたときに医学部の入学定員が現在の水準のまま、将来に必要なニーズに充足できるかは定かではない。いずれは、フランスでなされたような入学定員の拡大をすると同時に、その地域別・専門領域別の医師の分布の在り方を医学生・研修医の段階から強力にコントロールするような方策が必要となるかもしれない。

医師の資質の確保・向上については、ドイツ、イギリスでは2000年代に入って卒後研修の期間や内容が明確化されるという改革がなされていた。さらにフランス、イギリスでは医師の能力や技能に関する評価・認証制度が導入され、4~5年ごとに業務内容の評価が行われ、イギリスの場合はその結果に基づいて医師免許が更新されることになった。

卒後研修の整備は日本でも既に行われているが、医師免許の更新や医師の技能を評価する仕組みは、医師によって提供される個別の医療サービスの質を保つ上で、今後検討する余地があると思われる。1990年代のイギリスでは、マンチェスターの家庭医による連続不審死事件やブリストル王立小児病院での手術後の死亡者の多発など、医師の信頼を揺るがす事件が頻発した。そうした背景のもとでイギリスにおいて医師免許の更新制が導入されたことを考えると、日本においては相対的にいまだに医師に対する信頼は維持されているのだといえる。しかし、今後の医師の量的・質的な確保を目指す際に、たとえば長年家庭に入っているなど医師としての業務に就いていない潜在医師の活用を推進するならば、継

続教育や再教育を行い、臨床での実践的な技能の水準を評価して免許を更新する仕組みを採り入れたほうが、潜在医師本人にとっても患者にとっても安心して医療を受けられる環境を整備できるのではないだろうか。

他方、医療従事者間の役割分担の改革では、3ヶ国いずれにおいても医師と看護師をはじめとした役割分担の在り方を整理し直す動きが見られた。限られた医療人材の中でチームを通じて効果的に治療を行う上で、これは必然的な流れだと思われる。各専門職がより専門性に即した業務に専念できるようにすることは、効果的な人材配置につながる。

日本においても、「特定行為に係る看護師の研修制度」の創設を通じて、看護師の業務である「診療の補助」の範囲を拡大し、明確化することが近年なされつつある。おそらく次の段階は、特定行為を行う看護師の業務を診療報酬でいかに評価するかであろう。ドイツの場合は医師の指示に基づく看護師や医療助手の派遣には、その指示を出した医師の診療報酬が加算される仕組みである。フランスにおいては、チームとしての協働に対して、看護師の賃金や組織運営の経費が加算されていた。

医療への平等なアクセスを実現するための方策として、現代は医師を量的に確保し、その配置だけを考えれば良いという時代は終わりつつある。多様な医療従事者間の役割分担が進み、チーム医療が行われるときに、総体としての医療がどのように提供されるのかを構想することが医療人材の確保を検討する上で重要となる。多様な従事者の働きをいかに評価し、いかに診療報酬と結びつけるか、従事者をいかに処遇するかは、日本も含め本研究で扱った3ヶ国に共通した今後の課題である。

#### 参考文献

松本勝明 2011「医療分野の専門職の確保：ドイツにおける政策動向」平成22年度厚生労働科学研究費補助金『社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する研究』分担研究報告書。

松本勝明 2012「ドイツにおける医療・介護の連携」『社会政策』第3巻第3号。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 25 年度分担研究報告書

## 医療供給者間の連携

研究分担者 松本 由美（熊本大学）

### 研究要旨

本研究は、ドイツ、フランス、イギリスの三か国で実施されている医療供給者間の連携に関する改革方策を検討し、日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

最初に、関連する改革方策について三か国間の比較検討を行った。連携の方法を「医療供給者間の連携」と「専門職間の役割分担の見直し」の二つに整理し、実施されている具体的な改革方策を検討した。

その結果に基づき、日本における適用可能性について考察を行った。考察を通じて、日本において、増大する慢性疾患の患者や複数の疾患を持つ患者を地域で支えるために必要な条件が明らかとなった。連携を推進するためには、医療供給者、患者あるいは保険者に対して経済的なインセンティブを付与することが有効であること、外来診療における看護師等の役割を拡大する必要があること等が示された。

### A. 研究目的

ドイツ、フランス、イギリスの三か国で実施されている医療供給者間の連携に関する改革方策を検討し、日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

た医療供給者の連携に関する改革方策の比較検討を行った。検討においては、比較の視点を明らかにするための項目（目的、主体、対象患者、手段、メリット等）を設定し、それぞれに該当する内容を整理した。それにより、各国の改革方策の共通点と相違点、比較において重要な論点を明らかにした。

### B. 研究方法

各国の改革についての研究成果を基に、ドイツ、フランス、イギリスの三か国で行われ

その結果に基づいて、日本への適用可能性について検討を行った。検討対象としては、

外来部門における慢性疾患への対応に焦点を当てて、適用することが有効であると思われる施策と、導入を検討する場合の前提や配慮が必要な点について整理を行った。

(倫理面への配慮)

文献研究及び相手方の理解を得て行った訪問調査結果に基づくものであるため該当しない。

## C. 研究結果及び D. 考察

### (1)三か国比較

既存の医療供給者を前提として、それらの間の連携を推進するための方策としては、ドイツでは「疾病管理プログラム」および「統合供給」、フランスでは「保健医療ネットワーク」、イギリスでは「NHS 継続医療」が実施されている。比較を通じて、連携体制のイニシアティブ(実施主体)は三か国で異なること、インセンティブの付与についてはそれぞれの国の制度に応じた工夫がなされていること、連携体制を恒常的に確保するために、行政的な認可(許可)や当事者間の契約等の手段が用いられていることが明らかとなった。

また、ドイツとフランスでは、近年、連携を推進するために新たな種類の医療供給者が創設された。ドイツの医療供給センターとフランスの多職種の診療施設がこれに該当する。これらを通じて、医療の質の向上、医療供給

の効率化、医療過疎化への対応といった複数の政策課題への対応が試みられていることが明らかとなった。

さらに、専門職間の役割分担の見直しについても検討を行った。医師と看護師等との間での役割分担の変更に関する改革方策として、ドイツにおける「委譲」のモデル事業(アグネス)とフランスにおける「移譲」について比較検討を行った。検討を通じて、対象となる医療行為の決定、委譲(移譲)の実施方法および課題が明らかとなった。

### (2)日本への適用可能性

日本においても、増大する慢性疾患の患者や複数の疾患を持つ患者を地域で支えるために、外来診療の連携体制を強化することが求められる。そのためには、連携体制の構築に関する制度的枠組みを整備し、医療保険制度に位置づけ、その推進のために医療供給者、患者あるいは保険者に対して経済的なインセンティブを付与することが有効であると考えられる。ただし、このような仕組みを検討する際には、日本における医療供給者間の関係や保険者機能、診療報酬制度等を踏まえる必要がある。

また、外来診療における看護師等の役割を拡大することは、患者に対して適切な医療を確保することに寄与するのみでなく、医師不足への対応や医師の過重な負担の軽減のためにも有効である。ただし、医師の判断や指示

の位置づけ、実施可能な看護師等の範囲等については慎重に検討することが必要である。

なし

#### E. 結論

本研究を通じて、日本において医療供給者間の連携を強化し、あるいは新たな連携体制を構築するための検討の重要点が示された。このような改革方策を導入するにあたっては、医療供給をとりまく日本の状況や制度を十分に考慮する必要があるが、今日の医療政策上の課題に対応するための手段として、「連携」がさまざまな可能性を有していることが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他



## 医療供給者間の連携

松本 由美 (熊本大学)

本稿では、医療供給者間の連携に関する改革方策を三カ国比較通じて検討する。とくに近年、連携のための多様な取組みが展開されているプライマリ・ケア(外来診療と在宅医療)の領域を中心にみていくこととしたい。

### 1. 三カ国の比較

#### (1) 医療供給者間の連携

ここでは、医療供給者間の連携を構築し、それを推進するための諸施策を大きく二つに分けて検討したい。一つ目は、既存の医療供給者(とりわけ地域の医療を担当する開業医、訪問看護師等)を基盤として、相互の連携を推進するための仕組みの構築である。二つ目は、複数の専門職が連携して患者へのよりよい医療提供を実現するための、新しい形の医療供給者の創設である。以下、順に比較検討を行っていく。

#### ① 多様な医療供給者の連携

既存の医療供給者を所与のものとして、それら間の連携を推進するための改革方策は、対象とした三カ国のすべてにおいて行われている(表 1)。

ドイツにおいて実施されている「疾病管理プログラム」は、主に慢性疾患の患者を対象として、家庭医を中心とした連携を構築するものであるのに対して、「統合供給」の対象となる供給者は多様で、対象疾患も限定されていないことから、慢性期疾患の患者のみでなく急性期疾患治療後の患者を地域で支える役割も担っていると考えられる。いずれの仕組みにおいても、連携に参加するいずれかの供給者(例えば家庭医)が医療供給全体のマネジメントを行う。

一方、フランスの「保健医療ネットワーク」は、多様な供給主体が連携して糖尿病等の患者を支える仕組みである<sup>1</sup>。ドイツの場合とは異なって、保健医療ネットワークには専任の看護師等が勤務し、供給者間の連携や調整を行う。

また、イギリスで実施されている「NHS 継続医療」は、主に医療と介護の連携を目的としている。継続的な医療ニーズをもつ要介護者が対象であり、看護師等が調整の役割を担う。自発性を基礎としたドイツ・フランスの連携の仕組みとは異なり、対象となる患者が一定の基準を満たした場合には、NHS 制度として医療と介護の連携が行われる。

三カ国の連携のための諸施策を比較した表 1 に基づき、いくつかの論点を整理してみた

---

<sup>1</sup> 老年学や障害を対象としたネットワークも数多く存在している。これらは、より社会的・福祉的なサービス等の連携に重点をおいた支援を行っている。本稿での検討の対象は、疾病を対象としたネットワークに限定する。

表1 多様な医療供給者の連携の仕組み

	ドイツ		フランス	イギリス
	疾病管理プログラム Disease-Management- Programm	統合供給 integrierte Versorgung	保健医療ネットワーク (疾病を対象とするもの)  reseau de santé	NHS継続医療  NHS Continuing Healthcare
連携の目的	慢性病の効果的な治療のために、連携の取れた適切な治療を継続的に提供すること	医療の供給分野(入院/外来)や専門分野をまたがる包括的な医療供給の実現	医療へのアクセス、連携、継続的かつ複数の専門分野にわたる医療提供の推進	医療(NHS)と介護(地方自治体)との調整
連携する医療供給者等	開業医(家庭医・専門医)、病院、その他医療供給者	開業医・病院・リハビリテーション施設・医療供給センター・介護金庫・介護サービス供給者	自由業の保健医療の専門職、病院、医療協力連合(GCS)、保健センター、福祉・社会医療施設等	一般医、訪問看護師、Community Matron(上級看護師)、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、ケアサービス事業者等
連携の調整役	家庭医	疾病金庫と供給者の契約により取決め	専任の調整役の看護師等	Community Matron(上級看護師)等の看護師等
対象となる疾患	限定あり(共同連邦委員会の勧告に基づき、連邦保健省が定める)	限定なし	限定なし	限定なし
	糖尿病(1型・2型)、乳がん、冠状血管性心疾患、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患	複数の医療供給者が関わる疾患(心臓・循環器系疾患、股関節・ひざ関節疾患等)	糖尿病、緩和ケア、ガン、心血管疾患等	(対象者) 病院以外の場所にいる継続的な医療ニーズがある要介護者(審査あり)
連携体制構築のイニシアティブ(実施主体)	疾病金庫	疾病金庫(病院等の供給者側の場合もある)	ネットワーク創設者・調整役の専門職	NHS
インセンティブ付与	(疾病金庫) リスク構造調整における有利な取扱い (供給者) 追加的な報酬  (患者) 診療の一部負担金免除、薬剤の一部負担金減額等	(供給者) 統合供給に応じた報酬  (患者) 保険料の軽減のための報奨金・一部負担金の軽減	(供給者) 追加的な報酬(連携・調整、集団予防活動、多職種研修等のため)	(患者) 介護サービス等の費用負担が発生しない
連携のための追加的な報酬の決定	疾病金庫と供給者の契約により取決め	疾病金庫と供給者の契約により取決め	法令に基づきARSが決定	
恒常的な連携の確保	基準を満たしたプログラムに対する連邦保険庁の認可、疾病金庫と供給者の契約締結	疾病金庫と供給者の契約締結(供給者間の調整、質の確保等)	ネットワーク創設の許可、補助金を受けるための基準(質、連携、運営、評価)、ARSへの活動報告書の提出	
主要な改革法	2002年(施行)公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律	2000年医療保障改革法 2007年公的医療保険競争強化法(介護サービス供給者・介護金庫に拡大)	患者の権利と医療システムの質に関する2002年3月4日の法律	2007年NHS継続医療法

出典: 各国報告書等に基づき筆者作成。

い。まず、連携体制の構築において誰がイニシアティブを発揮するのかという点が問題となるが、ドイツの場合は疾病金庫が主導権を握っていることが特徴的である。疾病金庫間の競争において有利な位置づけを獲得するためには、医療供給者間の連携を強化し、被保険者により質の高い給付を行うことが求められることや、保険者に大きな役割と権限が付与されていることが背景にあると考えられる。これに対してフランスにおける保健医療ネットワークを通じた連携体制の構築は、これに賛同する供給者らの自発性に依存している

部分が大きい。イギリスの場合は、NHSの制度的な枠組みにおいてNHS継続医療が実施されている。

二つ目は、連携することのメリットをどのように設定するかという点である。自発性に基づく連携体制である場合、連携が推進されるようなインセンティブを付与することが必要となるが、ドイツとフランスでは、連携することによって疾病金庫あるいは供給者に経済的メリットが提供される仕組みである(ドイツでは、連携のもとでの医療提供に参加する患者に対しても経済的なメリットを付与している)。両国においては、連携にともなう追加的な費用(調整、記録の作成、疾病教育等)が何らかの形で支給される仕組みとなっている。また、イギリスでは、患者(利用者)のメリットとして、医療とあわせて提供される介護サービスの費用負担が生じない仕組みとなっており、医療と介護で制度が分かれていることの弊害が解消されると同時に、医療的なニーズをもつ要介護者の経済的な支援が行われているといえる。

さらに、質の高い医療を提供するための連携体制をいかに恒常的に確保するかということが問題となる。これについては、ドイツの疾病管理プログラムでは連邦保険庁の認可(期限付き)による定期的な審査等、統合供給では疾病金庫と供給者の契約を通じて、適切な連携体制を維持することが要請されることとなる。フランスの保健医療ネットワークでは、地域圏保健庁(ARS)による許可・財源供給を通じたコントロールや活動報告書の作成等を通じて、連携の「質」についても継続的な管理が行われているといえる。

なお、十分な比較検討ができていないものの、情報を共有するための記録の管理が連携体制構築のための一つの重要な条件となっている。

## ② 連携のための新たな医療供給者の創設

ドイツとフランスにおいては、供給者間(あるいは専門職間)の連携を容易にするために、新たな外来診療の提供形態が創設されている(表2)。ドイツの医療供給センターは、さまざまな診療科の医師が連携し、外来医療と入院療養のよりよい調整が図られている。

一方、フランスでは、近年の改革によって多職種診療施設が急速に増大しつつある。加えて当該診療施設の運営に適した外来診療多職種法人制度が創設され、その拡大と定着が推進されている。また、当該診療施設における連携体制に適合した報酬のあり方が試行事業を通じて模索されている。

これらの新たな医療供給者は、患者に対する医療の質の向上のみではなく、医療供給の効率化、医師等の勤務時間の柔軟化など、多面的な医療政策上の課題に応えるものとなっている。とりわけフランスでは医療過疎化への対応策として注目されている。つまり、連携のための新たな仕組みではあるが、複数の副次的な効果をもたらしている点が指摘できる。

表2 連携のための新たな医療供給者の創設

	ドイツ	フランス
	医療供給センター Medizinisches Versorgungszentrum	多職種診療施設 maison de santé
創設の主な目的	外来診療と入院療養の調整	専門職種間での協議・意見交換の容易化、医療過疎化への対応
設立者	開業医、認可病院、透析センター等	(SISAの設立) 個人の医療職(医師・歯科医師・助産師)、コメディカル、薬剤師
組織形態	人的会社、組合、有限会社	外来診療多職種法人(SISA)
連携する専門職	様々な診療科の医師	自由業(開業)の一般医、看護師、運動療法士、歯科医師等
連携によるメリット	(病院) 追加的な収入が得られる。入院前後の医療提供の適切な調整が可能。機器や施設の利用率が向上。  (保険医) 規模の利益が得られる。	勤務時間の柔軟化、負担軽減。試行事業による追加的な報酬あり。
主要な改革法	2003年公的医療保険近代化法 2011年公的医療保険供給構造法により、設立主体の範囲の縮小、株式会社の禁止	2008年社会保障財政法律

出典: 各国報告書等に基づき筆者作成。

## (2) 専門職間の役割分担の見直し

個々の医療従事者間の連携を推進する方策として、医師と看護師等のコメディカルとの間の役割分担の見直しが行われている(表 3)。ドイツとフランスでは、家庭医(開業医)をめぐる問題(医師不足、過重な負担)の解決が医療政策上の重要な課題となっており、2005年には医師から看護師等への医療行為の委譲あるいは移譲に関するモデル事業が開始された。なお、ドイツでは一定の医療行為の実施権限の委譲は制度的に可能であり、モデル事業(アグネス)は、とくに家庭医の負担軽減を主目的として実施されたものである。様々な患者が対象となりうるが、とくに慢性疾患をもちながら地域で暮らす患者に対して適切な医療を提供することが課題となっている。

どのような医療行為を委譲(移譲)するかが問題となるが、ドイツではこの判断が個々の医師に委ねられているのに対して、フランスでは、それぞれの専門職の集団間で協議し、策定した協カプロトコルにおいて定められることとなっている。さらに委譲(移譲)された医療行為の実施は、ドイツにおいては家庭医の指示に基づいて行われるのに対して、フランスでは協カプロトコルにおいてその方法が定められるものと見られる。

ドイツの委譲の仕組みと比較した場合、フランスにおける移譲の制度的枠組みは多様な

表3 専門職間の役割分担の見直し(医師とその他の専門職)

	ドイツ		フランス
	委譲(Delegation) モデル事業「アグネス(AGnES)」 (2005年～)	代替(Substitution)	移譲(transfers)
主な目的	家庭医の負担軽減	家庭医不足への対応	高齢化・慢性疾患の増加および 医師不足への対応、医師の労働 条件の改善
対象となる医療行為	医師が判断  (例) 健康状態の把握、家庭医の 指示に基づく医療行為(血液採 取、注射、傷・褥瘡の治療)等	共同連邦委員会が指針で定める	限定なし。専門職間の協力プロト コルで定める
医療行為の実施	家庭医の指示に基づく	自立して実施	協力プロトコルで定める
対象となる専門職	特別の研修を受けた看護師又は 医療助手	特別の養成教育を受けた看護 師・老人介護士	コメディカル(看護師、視能訓練 士、放射線技師等)
対象患者	慢性疾患をもつ高齢者で通院困 難な者		限定なし (モデル事業の対象疾患)糖尿 病、血液透析、C型肝炎、眼科 診療、放射線療法、腫瘍の化学 療法、心臓病等
主な改革法	2008年介護継続発展法(以降、 看護師を派遣した場合も外来診 療の診療報酬支払いあり)	2008年介護継続発展法によりモ デル事業の実施が可能になる	2004年8月9日の法律(試行事業 の実施(2005年～)) 2009年HPST法(恒常化)

出典: 各国報告書等に基づき筆者作成。

可能性を含むものであるが、その運用はARSと高等保健機構(HAS)によって厳格にコントロールされており、現在のところ非常に限定的にしか実施されていない。また、ドイツにおける「代替」の仕組みは、医師と看護師・老人介護士との間のより大きな役割分担の見直しであるが、医師によって反対が表明されるなど関係当事者全体の合意を形成するには至っていないと見られる。フランスにおける移譲をめぐっても同様の状況があることから、このような施策が受け入れられ、普及するまでには今しばらく時間を要すると考えられる。

## 2. 日本への適用可能性

対象国ではさまざまな連携体制構築の試みがなされているが、ここでは、日本においてもさらなる増加が見込まれる慢性疾患への外来部門における対応に焦点を当てて検討を行いたい。

ドイツとフランスの改革方策においては、糖尿病等の慢性疾患の患者に対して適切に医療を提供し、継続的に支援することによって、病気の悪化や入院を予防することに政策の

重点が置かれている。このために外来診療を担当する医師(家庭医および専門医)や、フランスの場合には多様な専門職(看護師、歯科医師、薬剤師、足治療師、運動指導士等)の連携・調整が推進されている。特定の担当専門職(医師・看護師等)が連携の調整役となり、患者のパートナーとして、他の専門職とともに継続的な治療や支援を行っている。また、連携・調整のための業務から疾病教育等の実施に至るまで、連携をめぐる多様な活動が包括的な報酬支払いの対象となっている。そこでは個々の連携行為に対して出来高払いで加算的に支払うよりも、定額払いによる支払いが中心となっている。

さらに、糖尿病等の慢性疾患をもつ患者への医療提供を、限られた財源・人的資源のもとでより効率的かつ効果的に実施するために、医師と看護師の間の役割分担の見直しが進められている。

日本においても、増大する慢性疾患の患者や複数の疾患を持つ患者を地域で支えるために、外来診療の連携体制の強化が求められる。そのためには、連携体制の構築に関する制度的枠組みを整備し、医療保険制度に位置づけ、その推進のために、医療供給者、患者あるいは保険者に対する経済的なインセンティブを付与する仕組みが考えられる。これは、日本においても慢性疾患の患者等に対する適切な医療を全国的に普及させるための有効な手段になると考えられる。ただし、対象とする患者の範囲、連携・調整を行う主体、付与するインセンティブの内容、医療の質を確保するための仕組みについては、日本における医療供給者間の関係や保険者の機能、診療報酬制度等を踏まえて検討する必要がある。

また、ドイツやフランスにおいては外来部門における新たな医療供給者が創設され、多くの期待が寄せられている。この背景には、開業医と病院の役割が厳格に区分されていること、自由業として単独で開業することの難しさや限界、グループ診療のメリットが目立つようになったこと等、日本とは異なる制度的環境や議論が存在する。このため、これらの施策を直接的に日本に導入することはできないが、二か国の試みは、外来診療の供給者の内部に連携体制を構築するという新たな視点を提供するものである。

さらに、外来診療における看護師等の役割を拡大することは、日本においても、患者に対して適切な医療を確保することに寄与するのみでなく、医師不足への対応や医師の過重な負担の軽減のためにも有効な手段であると考えられる。ただし、対象とする医療行為の範囲、看護師等による医療行為の実施に当たっての医師の判断や指示の位置づけ、実施可能な看護師等の範囲等について慎重に検討することが必要となる。

#### 《参考文献》

白瀬由美香 (2012) 「イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携」社会政策学会誌『社会政策』第3巻第3号。

白瀬由美香 (2013) 「イギリスの退院支援システムの現状と課題—医療・介護連携の制度枠組みと従事者の関係に注目して—」要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護

連携システムの構築に関する研究、平成 22-24 年度総合研究報告書。

松本勝明 (2006) 「医療供給の質と経済性の向上—ドイツにおける取組み」厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」分担研究報告書。

松本勝明 (2008) 「ドイツにおける疾病管理プログラム」『保健医療科学』第 57 巻第 1 号。

松本勝明 (2012) 「ドイツにおける医療・介護の連携—サービス供給システムと専門職—」社会政策学会誌『社会政策』第 3 巻第 3 号。

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 25 年度分担研究報告書

## 質の確保

研究分担者 白瀬由美香（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

### 【研究要旨】

ドイツ、フランス、イギリスの 3 ヶ国で行われた医療制度改革における質の確保に関する取り組みを比較検討し、日本への適用可能性を論じる。

3 ヶ国いずれの国でも、病院を中心として医療の質の基準を策定し、質を評価・認証する仕組みが発展しつつあることが見て取れた。医療機関の登録と認可、保険医療機関の指定については、その国の医療システムに応じて、いずれかは導入されていた。病院での医療を中心に、質の基準や指標を策定する取り組みは 3 ヶ国すべてで実施されていた。医療機関の質について、定期的に評価や認証を受け、それに基づいて保険医療機関の指定や免許の発行を行うことは、とりわけフランスとイギリスで浸透していることもわかった。

医療の質に関する指標の策定と医療機関の評価・認証制度は、相互補完的な関係にあり、指標策定と認証制度を共通した枠組みで行うことで、より効果的・効率的に質の確保が可能になる。今後日本において質に関する情報公開制度や認証制度を普及させていく上で、実施機関の間で評価基準や指標に関する整合性を保ち、共通化を図りつつ進めていくことが必要である。その際に、いかにアウトカムを評価するか、指標や評価手法の開発は今後の重要課題である。

### A. 研究目的

ドイツ、フランス、イギリスの 3 ヶ国で行われた医療制度改革における質の確保に関する取り組みを比較検討し、日本への適用可能性を論じることを目的とする。

### B. 研究方法

まず、ドイツ、フランス、イギリスの 3 ヶ国で行われた医療制度改革において、質の確保策としてどのようなことが行われているのかを抽出した。それをもとに、3 ヶ国を並列に比較することが可能である項目



として、(1)医療機関の登録と認可、(2)保険医療機関（もしくは公的医療サービス提供機関）の指定、(3)医療の質の基準に関するガイドラインの策定、(4)医療機関の質の高さの評価システムを中心に比較検討を行った。検討結果に基づいて、日本への示唆に関する考察を行った。

（倫理面への配慮）

文献研究および訪問先の了解を得て実施した訪問調査であるため該当しない。

#### C. 研究結果

3ヶ国いずれの国についても、病院を中心として医療の質の基準を策定し、質を評価・認証する仕組みが発展しつつあることが見て取れた。医療機関の登録と認可、保険医療機関の指定については、その国の医療システムに応じて、いずれかは導入されていた。病院での医療を中心に、質の基準や指標を策定する取り組みは3ヶ国すべてで実施されていた。医療機関の質について、定期的に評価や認証を受け、それに基づいて保険医療機関の指定や免許の発行を行うことは、とりわけフランスとイギリスで浸透していることもわかった。

#### D. 考察

医療の質に関する指標の策定と医療機関の評価・認証制度は、相互補完的な関係に

あることから、質の指標策定と認証制度という2つのアプローチで共通した基準で評価を行うことにより、質の確保はより効果的・効率的に実施されると考えられる。今後日本において医療機関の質に関する情報公開制度や認証制度を普及させていく上では、実施機関の間で評価基準や指標に関する整合性を保ち、共通化を図りつつ進めていくことが必要であると思われる。

#### E. 結論

日本においてはアウトカムを評価する仕組みはまだ導入されていないのが現状である。世界的に見ても医療のアウトカム評価はあまり導入されていない。イギリスの評価制度や診療報酬等での取り組みを参考に指標や評価手法の開発を検討することも、今後の課題であろう。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

## 質の確保

白瀬由美香（国立社会保障・人口問題研究所）

### 1. 医療の質への視点

医療の質を向上させるためには、まずは質のレベルを正確に測定することが要件となる。たとえば OECD は 2003 年に「医療の質指標」プロジェクトを開始し、医療分野の多様な質の側面を測定し、国際比較可能な指標を開発することを試みている（OECD 編著、2010=2011）。そして、政策決定者が医療の質を測定、評価、比較しなければならない理由として、次の 3 点を指摘している。第 1 に、医療機関自らが提供する医療の質に対する責任を強化することである。第 2 に、医療政策を国民に周知させることである。第 3 に医療機関や他の利害関係者（患者や保険者等）が相互に知識を交換しあえるようにすることである。医療の質を向上することは、一義的には患者により良いケアを提供するためになされるのであるが、その実現には多様な要素が関連し合っている。

以下では、ドイツ、フランス、イギリス（England）の 3 か国を並列に比較することが可能である項目を中心に質の確保への取り組みを検討する。これら 3 ケ国において、医療の質の確保・向上に関する取り組みは、この 10 数年で急速に整備が進んだ分野である。具体的には、医療の質の確保・向上への政策的介入には、医療機関の内部的なマネジメントによって質の改善を図る方法と、外部から質の評価およびコントロールをする方法とがある。前者は後者によって促される側面があることから、ここでは主に後者に注目して、(1)医療機関の登録と認可、(2)保険医療機関（もしくは公的医療サービス提供機関）の指定、(3)医療の質の基準に関するガイドラインの策定、(4)医療機関の質の高さの評価システムを取り上げる。

### 2. 3 ケ国における取り組みの比較

#### (1)医療機関の登録と認可

ドイツでは、医療機関の設立や医師の開業に関して、登録をしたり、認可を受けたりすることは必要でない。

それに対してフランスでは、地域圏保健庁（agence régionale de santé ; ARS）が各地域圏の医療供給を統一的にコントロールしている。ARS の前身は、1996 年に創設された地域圏病院長（agence régionale de l'hospitalisation ; ARH）であり、公立病院と市立病院を一体的に管理することによって、より良い病院医療の実現を目指していた。2010 年以降、ARS は ARH の機能をさらに強化して、外来、病院、社会医療（高齢者、障害者の支援等）のすべての医療サービス供給のコントロールと公衆衛生政策を保健医療計画に基づいて行

っている。

イギリスでは、公的医療サービスを提供するかどうかにかかわらず、すべての医療機関がケアの質委員会 (Care Quality Commission ; CQC) に登録することになっている。CQC は保健省 (Department of Health) から独立した公的組織であり、補助金と事業者の登録料を主な財源として運営されている。イギリスもフランスと同様に、前身のヘルスケア委員会 (Healthcare Commission) 時代には、病院の登録と質の評価のみを行っていたが、2009 年以降は開業医である GP や歯科医師も含めて登録対象となっている。登録およびその更新に際しては、後述の質の基準に基づいた監査が行われている。

このように、フランスとイギリスでは医療機関の設立に関して、行政的な機関によって一定の管理がなされており、とりわけイギリスでは医療機関の質の側面にも着目した登録と監査が行われている。

## (2) 保険医療機関 (もしくは公的医療サービス提供機関) の指定

ドイツにおいて、公的医療保険による診療を行うには、保険医協会の保険医もしくは保険歯科医となる必要がある。フランスにおける病院の開設は、先述の通り ARS によって管理されているが、開業医に関して保険医という概念はなく、医療協約に加入している開業医は、協約で定める枠組みを遵守して診療行為を行う。イギリスでは、NHS でサービス提供を行う医療機関は、モニター (Monitor) という機関が発行する免許が必要となる。モニターは元々、病院の財務状況を監査する機関であったが、2013 年 4 月以降、免許発行機関へと機能が拡張された。2014 年より NHS に関係するすべての医療機関に免許を発行することとなっている。

## (3) 医療の質の基準に関するガイドラインの策定

ドイツの共同連邦委員会は、保険医、保健歯科医、病院を対象として質の管理のための内部的なマネジメントの改善に関する指針を定めている。また、病院については、「認可病院における質の確保措置に関する指針」にしたがって、「質の指標」に基づく管理を義務付けている。「質の指標」は現在のところ心臓ペースメーカーや臓器移植に関わるものを中心に 26 種類の給付が対象となっている。たとえば心臓ペースメーカーの埋め込みの場合は、手術時間、X 線照射時間、周術期の合併症、院内死亡率などが指標とされている。さらに、共同連邦委員会は、病院の医師等への継続教育の義務付け、特定の給付に関する選択と集中を促す最低基準 (たとえば臓器移植の実施件数) の設定、病院による「質の報告」として報告すべき内容を定めている。

フランスでは、医療の質と安全の指標 (indicateur de qualité et de sécurité des soins) に基づいて、病院の情報を収集し、公表することが行われている。この指標は、病院における患者の健康状態、医療提供状況、医療事故の発生等を測定するものであり、2009 年以降すべての病院は 22 項目にわたる指標の公表を通じて質の改善に取り組むことが義務付けら

れている。

イギリスのケアの質委員会（CQC）は、「質と安全の必須基準」として、①関与と情報、②個別ケア・治療・支援、③保護と安全、④職員配置の適切さ、⑤質とマネジメント、⑥マネジメントの適切さの6分野について28項目からなる基準を設けている。CQCに登録する医療機関は必ずこれらを遵守することが求められる。そのうち、定期的な監査の際に必ず評価されるのが、②個別ケア・治療・支援、③保護と安全、④職員配置の適切さを中心とした医療安全に最も直接的に係わる16項目である。CQCは各項目について、求められるアウトカムとそれに対応する具体的な患者の経験を例示し、アウトカムを踏まえたプロセスを評価しようとしている。

#### (4)医療機関の質の高さの評価システム

ドイツにおいて連邦レベルでは、先述の「質の指標」が「医療における実用的な質の向上および研究に関する研究所」に転送され、評価が行われる。評価結果は各病院が他病院との比較によって現状を評価し、質の改善策を進めることができるようにフィードバックされる。ただし、保険医については質に関する統一的なデータ収集や評価が行われていない。保険医協会が、保険医から提供された診療記録をもとに、抽出検査することに限定されている。共同委員会は、外来と入院とを通じた質の基準を定め、指標および評価手法の開発に取り組んでいるところである。

フランスでは、1996年より病院の認証制度が導入されており、現在は全国医療認証評価機構（Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé）によってすべての病院が4年ごとに認証を受けることが義務付けられた。2012年現在1162病院が認証を受けている。どちらかといえば、高い水準の認証レベルを受けるのは、公立病院よりも市立病院の割合が高いという。評価対象となるのは、「施設のマネジメント」と「患者の引き受け」の2分野について全体で28項目からなり、各項目には複数の基準が設けられている。すべての項目の基準についてAからDの評価が行われ、最終的に病院全体の認証が決定される。

イギリスで2001年に創設された医療改善委員会（Commission for Health Improvement）は、病院の臨床上のターゲットの達成度に応じた業績評価に基づいて、星の数（1～3）による格付けを行っていた。格付けの指標は40項目以上あり、患者の待機、財務管理、清潔さ、労働環境、職員の労働時間、医療事故件数、死亡率、再入院率などが含まれていた。この格付け評価は、2004年以降は後継組織のヘルスケア委員会（Health Care Commission）で2005年まで続けられたが、CQCが創設された2009年以降、評価は廃止され、最低基準の要件を満たしているかの監査のみ実施されている。

### 3. 日本への示唆

ドイツ、フランス、イギリスいずれについても、病院を中心として医療の質の基準を策