

諸外国の医療計画制度について

欧州における医療計画

- フランスとオランダを例に -

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

近年の欧州における医療制度改革の経時的変化

第一期	1970年代後半から1980年代
目標	マクロレベルでの医療費抑制
政策	病院の給付算制 医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学生定員の削減 一般医の養成
第二期	1980年代後半から1990年代前半
目標	ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任
政策	市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期	1990年代
目標	医療サービスの合理化と優先度設定
政策	一般的公衆衛生活動・健康増進 プライマリケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM

出典: Ham C. (1997)

フランスにおける地方医療計画(2)

• 医療地図への批判

- 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何ら規制が及ばず、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
- 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→質を保証するための仕組みが必要

フランスにおける地方医療計画(3)

• 1991年病院改革法

- 各地方に地方医療計画SROSの制定を義務づけた
- その内容としてこれまでの医療地図に基づく規制に加えて、地方医療社会組織化委員会(CROSS: Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale地方における医療・公衆衛生の問題について審議する委員会(国会議員、国代表者、医療施設代表者、疾病金庫代表者、利用者代表者、有識者などで構成される)の意見を参考に作成される地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画が付録として記載されることとなった。
- 具体的には施設間の近接性、補完性などを基準として診療科の統廃合や医療施設間の協力関係の構築あるいは統廃合等を記載

フランスにおける地方医療計画(4)

- 1996年病院改革に関するオルドナンス (Juppé Planの一環)
 - SROSの附録部分の実行の義務化
 - 近接性原則と補完性原則に基づく機能分化と連携の促進
 - 質の保証に関する具体的対策の実行
 - 関係者の責任の明確化と契約に基づく実行
 - 医療施設の機能評価に関する「認証」取得の義務化: ANAESによる標準的マニュアルの開発と評価の実施及び結果の公開
 - 地方病院庁の設立

フランスにおける地方医療計画(5)

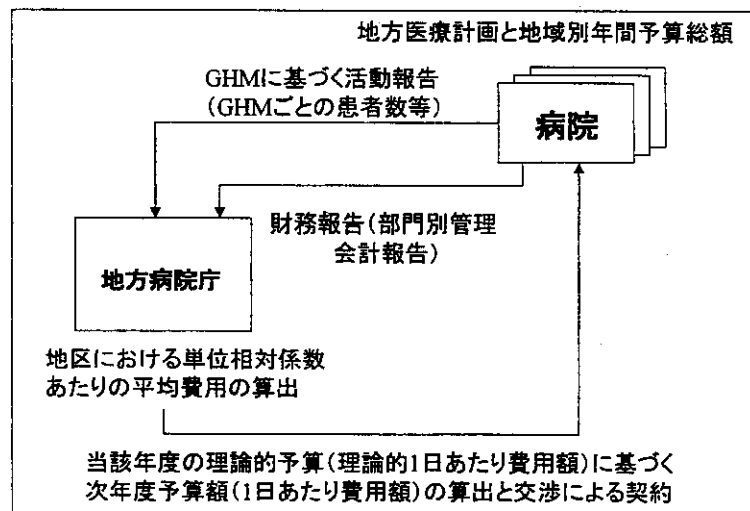
- 地方医療計画SROSの具体的内容(1)
 - SROSの目的の確認
 - 機能分化のための方法論の記述
 - 例: 連携の具体的枠組みとしての病院間組合、施設共同体、ネットワークの説明
 - 質保証のための国レベルでの目的の記述と評価指標の提示
 - 院内感染の予防
 - 患者の疼痛対策
 - 自己評価: 1991年7月31日法(病院改革法)では病院医療の質を向上するために、各病院が自己評価を行うことを規定している。自己評価の項目として、保健省病院局は以下のような項目を設定している。(適切な診療録の記載、輸血の安全性、麻酔の安全性、医薬品使用の安全性、医源性リスクのコントロール、院内感染対策、患者満足度、疼痛対策、評価体制)
 - この自己評価の結果は地方病院庁に報告され、各施設と地方病院庁の契約の際の参考資料となる。

フランスにおける地方医療計画(6)

• 地方医療計画SROSの具体的内容(2)

- 当該地方に優先順位の設定と具体的対策の記述
 - プルターニュ地方の例(それぞれについて疫学的データ、医療サービス提供に関するデータが示され、それらを踏まえた上で目標が示される)
 - 救急医療
 - 回復期のリハビリテーション及びフォローアップ体制の確立
 - 自殺対策
 - 悪性新生物対策
 - 周産期医療
 - 循環器疾患対策
 - 慢性腎不全対策
- 当該地方における連携及び施設の機能分化に関する具体的記述
 - 施設基準(最低手術数や最低分娩数等)をもとにした施設の統廃合の記載、等

フランスの地方医療計画における診断群分類GHMの利用方式



効率性及び質に問題のある施設は予算配分によって経済的に統廃合が誘導される。

フランスにおける診断群分類を用いた総括予算策定のための分析モデル例

	相対係数 合計(1)	対象病院 医療費合計	当該年度理論的 予算=(1)×20 F	差
A病院	10,000	300,000	200,000	100,000
B病院	20,000	350,000	400,000	-50,000
地方合計	2,000,000	40,000,000		

- ① この地方における1相対係数あたりの
病院医療費を算出する。

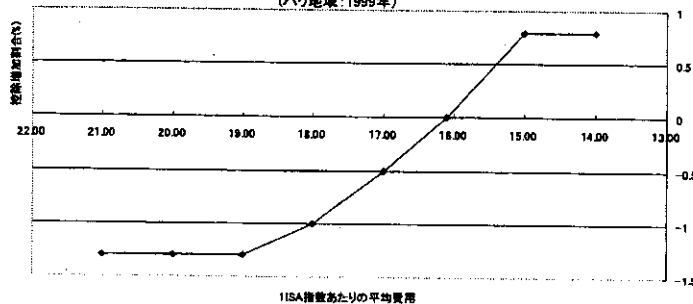
$$\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20 F$$

- ② 実際の各施設の相対係数
合計にこの値をかけることで
当該年度の理論的予算を算出

- ③ 差の検討:A施設については多い理由、B施設については
少ない理由を問い、その妥当性を検討。その結果を踏まえて
施設の統廃合を地方医療計画の枠組み内で検討。

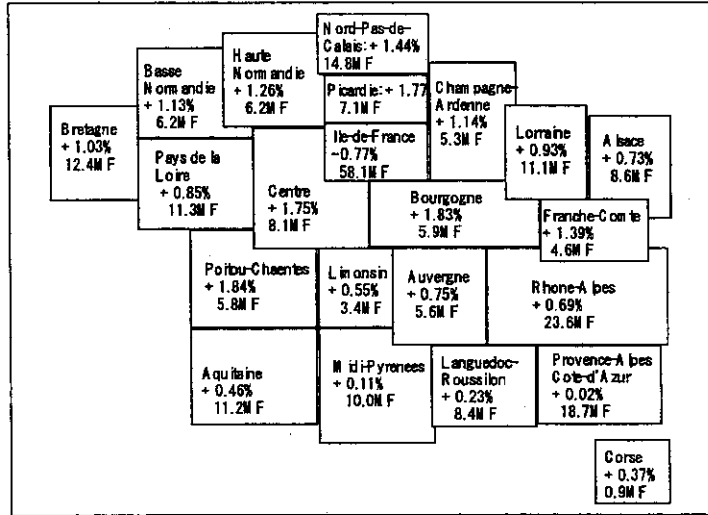
DRGに基づく予算配分の例(パリ地域)

図 100床以上の急性期施設における予算配分控除率の計算方法
(パリ地域:1999年)



各施設ごとに算出された1ISA指数あたりの費用をもとに、
その平均である16F以上の施設は予算の削減、16F未満の
施設は予算の増額が次年度に行われる。

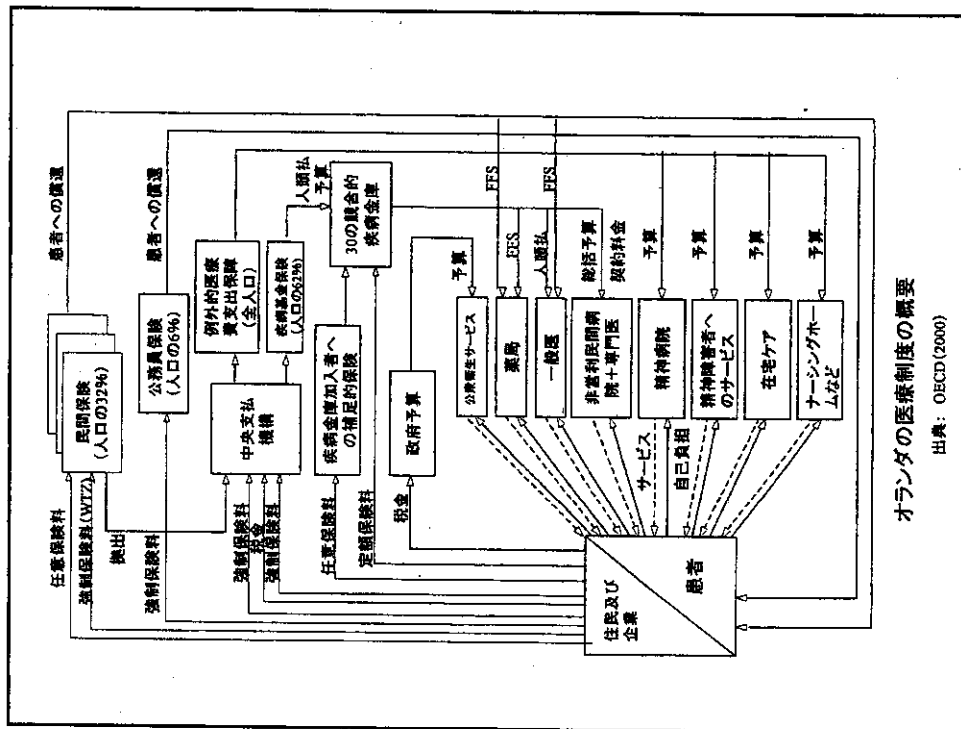
【図5】1997年度における地方別公的病院医療費予算額



医療支出国家目標ONDAMと実績の経時的推移

ONDAM	1997年			1998年			1999年		
	目標	実績	差	目標	実績	差	目標	実績	差
開業医部門	2618 (2.0)	2613 (1.8)	-5 (-0.2)	2675 (2.4)	2762 (5.7)	87 (3.3)	2747 (-0.6)	2875 (4.1)	128 (4.7)
公的病院部門	2428 (-0.1)	2435 (0.2)	7 (0.3)	2484 (2.0)	2475 (1.6)	-9 (-0.4)	2540 (2.6)	2532 (2.3)	-8 (-0.3)
私的病院部門	419 (9.1)	406 (5.7)	-13 (-3.1)	414 (2.0)	420 (3.4)	6 (1.4)	413 (-1.7)	412 (-1.9)	-1 (-0.2)
社会医療部門	402 (2.3)	404 (2.8)	2 (0.5)	415 (2.7)	430 (6.4)	15 (3.6)	439 (2.1)	440 (2.3)	1 (0.2)
合計	6002 (1.7)	5995 (1.5)	-7 (-0.1)	6138 (2.4)	6236 (4.0)	98 (1.6)	6299 (1.0)	6412 (2.8)	113 (1.8)

地方医療計画の枠内において地方病院庁と契約を行う病院部門ではONDAMの枠内に収まっているが、目標額超過時の罰則適用が違憲とされた開業医部門では実質的な拘束力が無く、目標額の超過が続いている。



オランダの医療制度の概要
出典: OECD(2000)

オランダにおける地方医療計画(1)

- 1971年病院施設法: 医療計画を導入
 - 医療提供のための地域を設定(全国27)
 - 基準:「すべての住民が30分以内に病院に行くことができる」
 - 病院医療・専門医療の適正化のために以下の規定を設置
 - 病床基準
 - 専門医の基準
 - 病院の建築基準

施設設置基準 (対象人口1000人あたり)

病院		3.40
ナーシングホーム		
・総人口		0.35
・65歳以上人口		2.45
・精神疾患を有する高齢者		1.25
精神科入院医療施設		2.17
精神障害者施設		2.80
成人用デイケアセンター		0.75
小児用デイケアセンター		0.30
軽度・中等度の知的障害者用施設		0.10

専門医配置基準

	医師一人当たり人口
内科	13300人 (15歳以上)
循環器科	16400人 (45歳以上)
呼吸器科	58800人 (15歳以上)
一般外科	20900人 (全人口)
整形外科	45000人 (全人口)
泌尿器科	83100人 (全人口)
形成外科	217000人 (全人口)
小児科	9400人 (15歳未満)
産婦人科	13500人 (15～44歳)
精神科	57700人 (15歳以上)
神経科	27500人 (15歳以上)
皮膚科	71300人 (全人口)
耳鼻咽喉科	51000人 (全人口)
眼科	44300人 (全人口)

オランダにおける地方医療計画(2)

- 期限は4年間
- 医療計画策定の手続き
 - 医療区単位で関係者の合議により提案が作成される。
 - 施設の新設・改築・統廃合に関する事項
 - 現在の病院医療・専門医の医療に関する評価
 - 優先度の設定
 - 上記を基に県政府がドラフトを作成
 - 全国病院施設委員会による審議
 - 認可された場合は行程表を添付して保健省に提出
 - 保健省での評価を経て実行(場合により修正あり)

オランダにおける地方医療計画(3)

- 医療計画の評価
 - 病床数の適正化の面では効果があった
 - 地域単位で関係者が合議を行うシステムが確立した
 - しかしながら、住民のニーズに応えるという面では不十分である
- 現在の検討事項
 - 地方医療計画の廃止
 - 市場原理に基づき、サービス提供量に関する規制を縮小する
 - 最適配分の決定は市場に任せる
 - 診療報酬についてはケースミックスに基づく情報を基に、国レベルで上限価格を設定し、保険者とサービス提供者の交渉にゆだねる
 - 医療費については別途国レベルで上限を設定