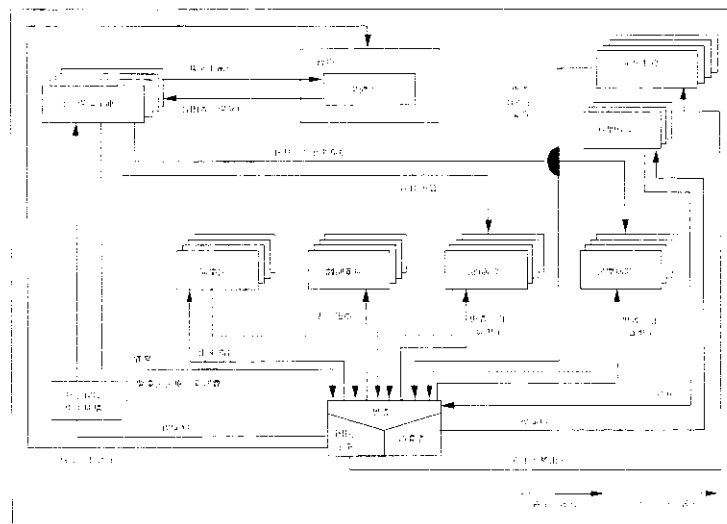


諸外国の医療計画制度について

フランスにおける医療計画

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

フランスの医療保障制度



フランスにおける医療計画の見直し

- 第一次保健医療計画： 1994年～1999年
 - 量の規制(医療地図)に加えて質(連携)の強化
- 第二次保健医療計画： 1999年～2004年
 - 地域ごとの優先順位の設定と契約主義の強化
 - ARH(地方病院庁)の権限強化
- 第三次保健医療計画： 2004年～2009年
 - 量の規制の緩和(病床規制の廃止)
 - 地域の範囲の見直し
 - 連携の強化(病病、病診、医療－福祉)

フランスにおける地方医療計画(1)

- 1970年病院改革法：医療地図を導入
 - 医療提供のための地域を設定
 - 病床および高額医療機器についての整備指標設定
 - 内科系病床数と外科系病床数： 人口1000対1-2.2
 - 産科系病床数： 人口1000対0.2-0.5
 - CTスキャナー： 人口11万対1
 - MRI： 人口50万対1

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で国会議員、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

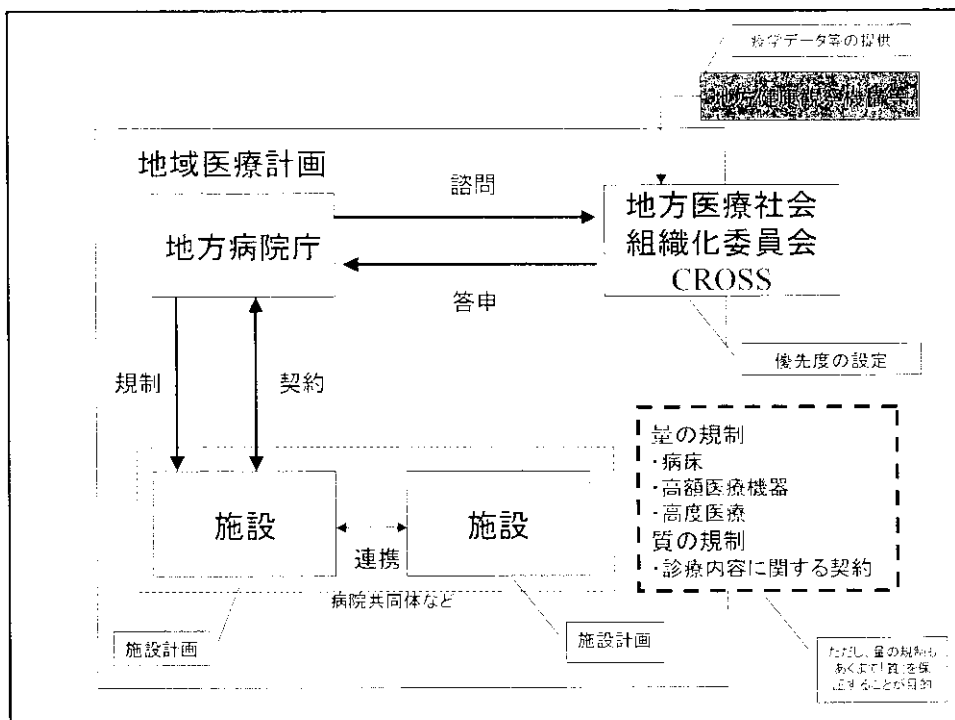
フランスにおける地方医療計画(5)

- 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。

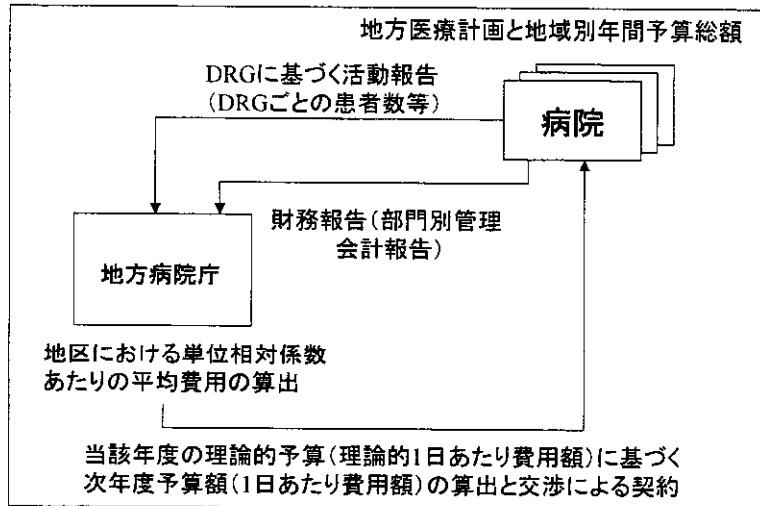
フランスにおける地方医療計画(6)

・ 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。

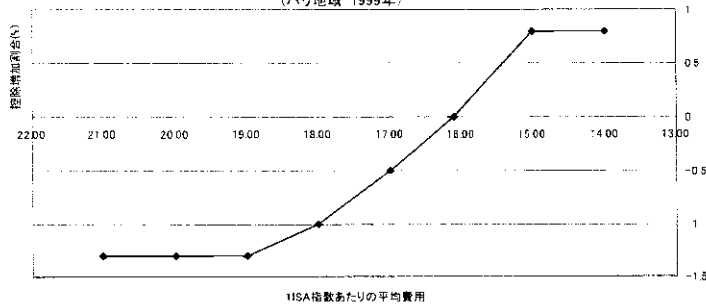
$$\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20 F$$

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。

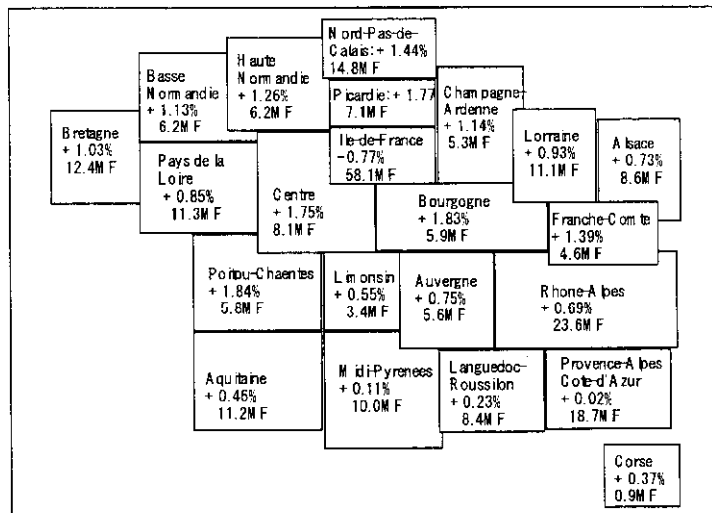
DRGに基づく予算配分の例(パリ地域)

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。

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。

フランスにおける医療計画の見直し

- ・ 第一次保健医療計画： 1994年～1999年
 - － 量の規制(医療地区)に加えて質(連携)の強化
- ・ 第二次保健医療計画： 1999年～2004年
 - － 地域ごとの優先順位の設定と契約主義の強化
 - － ARH(地方病院庁)の権限強化
- ・ 第三次保健医療計画： 2004年～2009年
 - － 量の規制の緩和(病床規制の廃止)
 - － 地域の範囲の見直し
 - － 連携の強化(病病、病診、医療－福祉)

フランスの第三次医療計画の 主な変更点(1)

- 病床基準がなくなる
- 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)
- 従来以上に施設間の協力を強化
- 地域ごとに優先順位を設定
- SROSがSOSに名称をかえる(地方の境界域では、2つの地方にまたがった協力体制が必要となる)
- 医療計画の作成手続きを簡素化する
- 従来、精神医療については通常の医療計画SROSと別に作成されていたが、今回の見直しでは、SROSの中に精神科も統合する。

フランスの第三次医療計画の 主な変更点(2)

- 従来医療地図とSROSが別に作成されていたが、医療地図についてはそれを廃止して、SROSに統合する。
- 従来、地方の中に県などの行政区域に合わせる形で医療区を設定していたが、患者の流れを考えると問題がある。従来の医療区についてはそれを廃止し、診療領域ごとに区域(施設間の連携体制)の設定を行う。そこで患者の受療圏域を基に地域の設定を行う。このためにPMSIの情報をを用いる。圏域の目安としては、すべての妊婦が45分以内に産科を受診できる、すべての住民が30分以内に救急センターに行くことができる、などといった基準が設定される。

フランスの第三次医療計画の 主な変更点(3)

- 医療連携に関しては、民間病院と公的病院の新しい形が行われている。例えば、Clinique ouvrier(オーブニック)というものがある。この仕組みでは公的病院の中に私的ベッドの設定が行われ、そこで医師が私的診療を行うことができる。
- COMの強化: 目的及び手段に関する複数年計画(Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen)については従来公的病院と民間病院とを別に取り扱ってきたが、今後はそれを同様の手続きで行い、より整合性のとれたものにする。

フランスの第三次医療計画の 主な変更点(4)

- 病床についてはDRASS(ARH)、高額医療機器については国というように、認可を担当する組織が異なっていたが、第三次SOS以降は、すべての許認可業務をARHに統合する。
- ARHはCOMを各施設及び施設群と結び、また高額医療機器の認可を行うが、その有効期間について、上限よりも短い期間を設定できる。
- ARHは地域において不足しているサービスがある場合、その目標値を設定することができる。仮に、地域内の施設がそのサービスを担当する意思を表示しなかった場合、ARHの長が特定の施設にその充足を命ずることができる。

フランスの第三次医療計画の 主な変更点(5)

- 2003年9月4日付けオールドナンスによって施設間協力の体系の柔軟化が図られた。これまでの連携は公的病院サービス参加病院間、あるいはネットワーク作成の対象となる疾患(エイズ、ターミナルケアなど)や患者群(高齢者)に限られていたが、このオールドナンスによるGCS(Groupement de cooperation sanitaire)では、公的病院、民間病院、自由開業医、社会医療施設など多様な組織間での協力体制の構築が可能となっている。すでに2002年度において、全国で36のプロジェクトがモデル的に行われている。
- 2002年3月4日法：自由開業医と病院の連携に関する法律

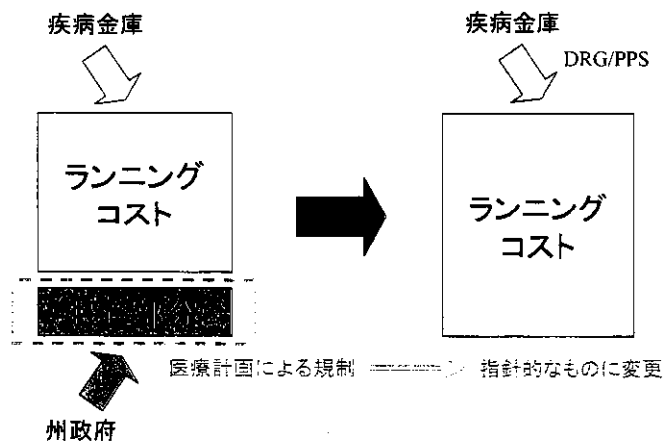
パリアメリカンホスピタル ヒアリング(1)

- 概要
 - 190床の非営利民間病院
 - 複数の診療科(内科・外科・産婦人科・放射線科...)
 - 非協約病院(診療報酬は自由価格)
 - 病院としてフランス法の規制は受ける
 - 地方病院庁による許認可
 - SROS(地域医療計画)による規制
 - ANAESによる認証
 - 疾病金庫による規制は受けない

パリアメリカンホスピタル ヒアリング(2)

- SROSによる規制
 - 現在の年間分娩数: 600 (18の許可病床・実働は13病床)
 - イルドフランスにおける最低分娩数: 1,500
 - 受け入れ患者の特殊性を考慮して認可されている
 - 現在の年間心臓外科手術数: 40
 - イルドフランスにおける最低手術数: 300
 - このままの状況だと閉鎖を命ぜられる可能性あり
 - MRI: 年間6,000人
 - 二台目のMRI購入は許可されなかった(年間9000人が基準)
 - PET: 許可されなかった
 - 他の医療機関との連携
 - 協約料金の対象となっている化学療法科のみ
 - 他は施設の特異性ゆえ難しい(特に料金)
- DRG
 - データは作成しているがARH及び疾病金庫には提出していない
 - 内部管理に利用

付録(1): ドイツにおける医療計画



付録2： オーストリアにおける医療計画

専門分野	交通手段、 診療時間(1分)	1990年人口1000人当りの床位数(BMZ)		1998年統計報告に よるBMZ	過去4年の床位数
		(最小)	(最大)		
外科	30	0.75	1.13	1.17	36
脳神経外科	60	0.05	0.08	0.06	30
耳鼻咽喉科	30			0.06	6
皮膚科	30	1.29	1.93	1.9	30
小児科(助産科)	30	0.37	0.5	0.59	25
泌尿科	45	0.25	0.37	0.28	30
産婦科	60	0.3	0.5	0.7	30
心臓科	45	0.19	0.28	0.38	25
皮膚科	*				
皮膚科	60	0.03	0.13	0.12	30
眼科	45	0.09	0.13	0.14	25
頭頸部外科、耳鼻咽喉科	45	0.11	0.17	0.17	25
泌尿器科	45	0.12	0.18	0.19	25
形成外科	*				15
呼吸器科	*	0.13	0.19	0.19	30
整形外科	45	0.24	0.34	0.25	36
皮膚科	30	0.4	0.6	0.52	20
放射線科	60				*
核医学科	60				*
口腔・顎顔・歯面外科	*			0.03	15
急性老人学(アルツハイマー)	*	0.2	0.3		20
緩和医療	*	0.04	0.06		8
心身医学科	*	0.05	0.07		12
救急用病床総数		4.8	7.2	6.85	*

まとめ

(欧州で医療計画を採用している社会保険の国の動向)

- 病床規制は徐々になくなりつつある、または指針的なものにかわりつつある。
- ただし、高額医療機器や高度の医療機器の規制は存続している。
- 質に関する規制が強化されている(特に連携体制の確立)。
- わが国と異なる点に留意する必要がある。
 - 公的病院中心の医療提供体制
 - 専門医制度(各科の専門医の数に制限がある)
 - 国レベルでの医療費総額(または目標額)がある