
特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方

医療サービスの供給確保・地域医療構想 ——病院サービス供給に焦点を当てた英・独との比較から——

泉田 信行*

抄 録

本稿は日本、イギリス、ドイツの医療供給体制について国際比較を行い、日本で実施されている地域医療構想に対する含意を得ようとするものである。英国とドイツにおける医療供給についてのケースが取り扱われる。英国におけるCCGとNHSトラスト病院が供給する病院医療サービスの委託契約における困難と、ドイツにおける州政府の病院計画とそれに基づく助成金交付の困難に関するものである。

英国の事例はCCGに医師（GP）が含まれていても、ニーズの誤認識や病院医療サービスの費用を低すぎる価格で購入しすぎることによって、病院医療サービス供給が不足する可能性があることを示している。この結果はプライマリ・ケアセクターと病院医療セクターで資源配分の調整が適切に行われる必要があることを示唆する。

ドイツの事例からは法令により病院計画の手続きが厳格に定められていても運用上機能していない可能性があることが示唆された。病院計画に基づく助成金交付については資金制約が当然存在するが、その制約が厳しい場合には助成金交付が適切でなくなる可能性がある。

これらの含意をふまえつつ、地域医療構想の履行のあり方について論じた。都道府県が持っている個別の履行手段を複数組み合わせる必要があるし、診療報酬などの国の政策と連携する必要がある。

キーワード：地域医療構想，制度比較，診療報酬，補助金，政策手段の組み合わせ

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.580-595.

I はじめに

本稿は、地域医療構想を、地域の医療供給および付随する介護サービス供給体制の「現状評価および課題設定」、「解決策の立案」、「解決策の実施」のプロセスの組み合わせとして捉え、特に病院サービスの供給について焦点化し、「解決策の実施」のプロセスの課題について日本・イギリス・

ドイツの制度比較から含意を得ようと試みるものである。

地域医療構想策定ガイドラインでは地域医療構想は医療計画の一部として位置づけられている〔地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（2015）〕。医療計画は医療法（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）第三十条の四において「都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。」とされている。ここで基本方針とは医療介護総合確保法第3条第1項の規定に基づく「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」である。そこでは、「地域医療構想で目指すべき将来像は、急性期から、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制の確保である。特に、地域医療構想の中で示す在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村が中心となって進める地域包括ケアシステムの構築に資するよう、市町村介護保険事業計画との整合性にも留意しつつ、定める必要がある。」とされている。

この、地域の実情に合わせて入院医療、入院外—在宅医療、(居宅)介護の体制を整備すること、は複合的な作業内容を内包している。急性期～慢性期までの現状の入院医療サービス供給体制の実態を把握し、将来の医療ニーズを予測し、両者の差分について入院医療サービス供給量（病床数とそれに付随する従事者）を調整し、どのように供給量とニーズの差異を埋め合わせていくかという確保策（解決策）を立案することが必要となる。在宅医療、(居宅)介護についても同様の作業が必要となる。当然、入院、入院外—在宅、(居宅)介護のそれぞれについて供給量とニーズの差異が埋め合わされなければならない。どこかで需給が一致しなければ影響は他へも広がる。それゆえ、それぞれの解決策が実効的に実施されなければならない。

このように本質的には複雑かつ困難な作業を地域医療構想は含んでいると考えられるが、病院サービスの供給確保を軸に「解決策の実施」に焦点化して、日本とイギリス・ドイツの制度比較の観点から浮き彫りにしていく。もちろん、イギリス・ドイツ両国に地域医療構想は存在しない。他方で、サービス供給計画については、政府はもちろんのこと、保険者やサービス提供者自体もかわって立案・実行されていく。このため、「現状評価および課題設定」、「解決策の立案」、「解決策の実施」について渾然一体とならざるを得ない中

で、「解決策の実施」について注目して論じていくことにする。

イギリスの場合には地域に必要な病院医療サービスをNHS (Foundation) Trustに委託するCCGの役割、病院Trustとの関わりについての事例を吟味することにより、地域ニーズを反映した病院医療サービス確保の可能性について第3節において検討する。

地域医療構想の実現のために診療報酬のみならず、地域医療介護総合確保基金という補助金の形の政策手段を持っている。診療報酬に対して補助金は補完的な政策手段であると考えられるが、その活用方法について、病院に対する補助金という観点からドイツにおける二重予算制の事例から教訓を得る。これは第4節において行われる。

もちろん、事例を検証するためには両国の制度的背景について把握しておかなければならない。これは次節において行われる。これらの準備の上に最後の節において地域医療構想への含意を導くことを試みる。

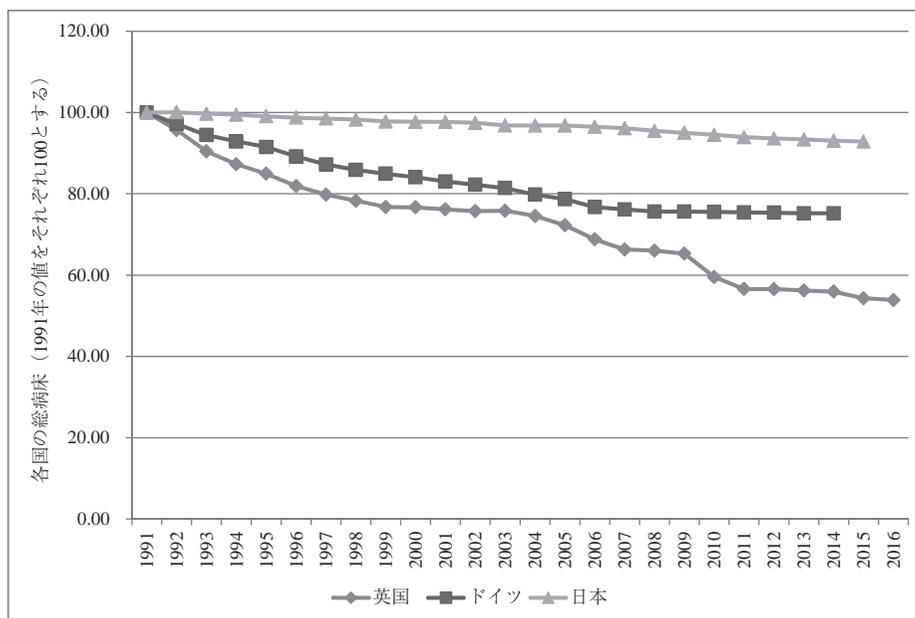
II イギリス・ドイツの医療制度概観

この節では議論の準備のために簡単に両国の医療制度の現状について整理しておく。周知の通り、英国の国営医療、National Health Serviceは税財源で運営されるものであり、毎年DoH (Department of Health) が予算の範囲で運営するものである。ドイツにおける医療制度は社会保険方式であり、被保険者から徴収した保険料を主な財源に疾病金庫がサービス提供者に対して支払を行うものである。

1 病院サービスの供給について

各国の1991年の病院病床数をそれぞれ100として、病床数の経年変化を示したのが図1である。2014年時点でドイツは80を、英国は60を割り込む水準まで下がっている。日本は減少傾向にありつつも相対的にはほとんど減少していない。

英国における病院サービスはNHS (Foundation) Trustによって供給される。NHS



出所：『医療施設調査』（日本），NHS Bed Availability and Occupancy Data - Overnight（イギリス），Statistisches Bundesamt，（ドイツ）掲載データから筆者作成。

図1 各国の病院総病床数の推移

Foundation Trustは2004年に導入された独立行政法人であり、「ニーズに基づいた、支払能力に依らないケア」というNHSの原則に基づいてケアを提供する。

ドイツの公的医療保険における病院サービスは、大学病院、州の病院計画に盛り込まれた病院、疾病金庫州連合会等と医療供給契約を締結した病院により供給されるが、病院の設立主体は公立、公益立、私立となっている¹⁾。

病院サービスの供給量や形態は対価の支払方式に依存する。イギリスでは病院サービスへの支払はCCG（Clinical Commissioning Group）との合意に基づいてなされる²⁾、³⁾。CCGは、DoHが配分する予算と地域のケアニーズを勘案してサービス供

給を計画するが、その中の構成要素として病院サービスが位置づけられる。英国の医療制度ではGPによる指示がなければ患者は病院受診ができないため、CCGによる地域の病院医療ニーズの評価とそれに対する支払金額の見積と、それをふまえたCCGとの協議結果はNHS Foundation Trustによる病院サービスの供給量、ベッド数に影響を与え得る。

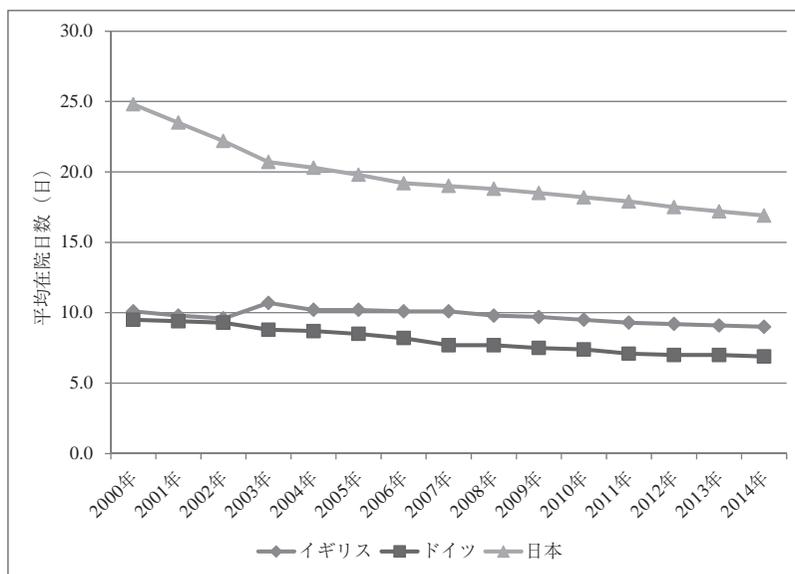
具体的な診療報酬は2004年度に導入されたHRG（Healthcare Resource Groups）に基づいて算出される公定価格と診療件数を元に算出される。公定価格は全国平均のコストをもとにして算出されている。病院の利益が増すため、入院日数を削減につながると考えられている⁴⁾。

¹⁾ 松本（2003）第5章を参照のこと。

²⁾ NHS改革においてCCGが生まれた経緯やその（期待される）機能については松本（2015）や白瀬（2016）を参照のこと。

³⁾ CCGはそれ以前にNHSのシステムにあったPCT（Primary Care Trust）と同様に、地域の複数のGP（General Practitioner）などから構成される組織である。

⁴⁾ 堀（2016）第13章を参照のこと。



出所：OECD Health Statistics 2016: Frequently Requested Dataより筆者作成。

図2 各国の平均在院日数の推移

ドイツにおいては、州ごとの疾病金庫連合会との契約により病院に対して診療報酬が支払われる。入院医療費については、診断群：DRG (Diagnostic Related Group) に基づいた定額支払いである。これも病院の利益が増えるため、入院日数を削減するインセンティブがある。

ドイツの公的医療保険制度では病院財政は二重財政方式とよばれる方法で充足されている。すなわち、診療に伴う費用は2004年度に完全実施となったDRGなどの入院診療報酬により補填される一方、病院施設や設備・機器を整備するための固定資本投資の費用は、病院財政法の規定により、州からの補助金によって賄われる。州からの補助金を受けるためには州が策定する病院計画 (krankenhausplan) に当該病院が組み込まれる必要がある。

各国の平均在院日数の推移を見たのが図2である。各国とも平均在院日数が減少している。特にイギリス、ドイツは日本と比して非常に平均在院日数が短いにもかかわらず引き続き減少している

ことは注目すべきである。その要因として診療報酬の効果の強さもあり得ることは自然に考えられるであろう。

2 外来医療の供給と利用について

イギリスにおいては、外来医療へのアクセス先はGP (General Practitioner) であり、病院に直接アクセスすることはない。ドイツにおいては開業医への受診の強制はないが、ほとんど全ての国民がかかりつけ医を持ち、直接専門医を受診する被保険者がほとんどいないことが指摘されている⁵⁾。被保険者は病院診療について請求権を持つことが規定されるが、その一方で、入院診療の請求のためには、外来など他の診療形態では治療目的が達せられない場合に限る旨の要件が付され、入院前に病院による審査が必要とされている⁶⁾。

イギリスではGPを始めとするプライマリ・ケア部門に対する報酬はNHSの予算が確保されている。ドイツにおいては開業医 (保険医) は保険医協会に加入し、疾病金庫と集散的に診療契約を

⁵⁾ 田中 (2012) を参照。

⁶⁾ 田中 (2010) を参照。

結び報酬を得ている。

3 介護（社会）サービスと医療サービスの関係について

イギリスにおいては高齢者介護という一元的な制度はなく、訪問看護などの保健医療部分はNHSにより、その他の社会サービスは自治体が提供している、サービス提供主体の統合なども行われているが、NHSが提供する医療サービスとは基本的には制度上分離している。

1980年代から90年代のイギリスでは、財政難で自治体が在宅介護を供給できない状況にありつつも、NHSにおける病床削減により退院した患者の行き先と、中央政府の予算で入所できる民間介護施設が発展した〔井上（2008）〕。他方で、病床削減による早期退院はリハビリテーションが十分に行えないことから施設ケアの需要を増やし、高齢者の再入院を招くという悪循環に陥っていた〔長澤（2009）〕。こうした中で、NHS Planによりintermediate careの整備が打ち出された〔DoH（2000）〕。

その後、いわゆるワンレスレポート〔Wanless（2002）〕による提言を経て、The Community Care（Delayed Discharge etc.）Actが2004年から導入された。この法律は自治体による福祉サービスの調整が機能せずに病院からの退院が遅れた場合にNHS Trust病院に患者1人1日あたり100ポンド（ロンドンなどは120ポンド）を退院まで支払うというものである⁷⁾。

日本における地域包括ケアでも課題となっているが、重い医療ニーズを持つ者を誰が責任をもってみるのかは制度間の関係性を考える際に重要な課題である。イギリスの場合は2007年に定められ

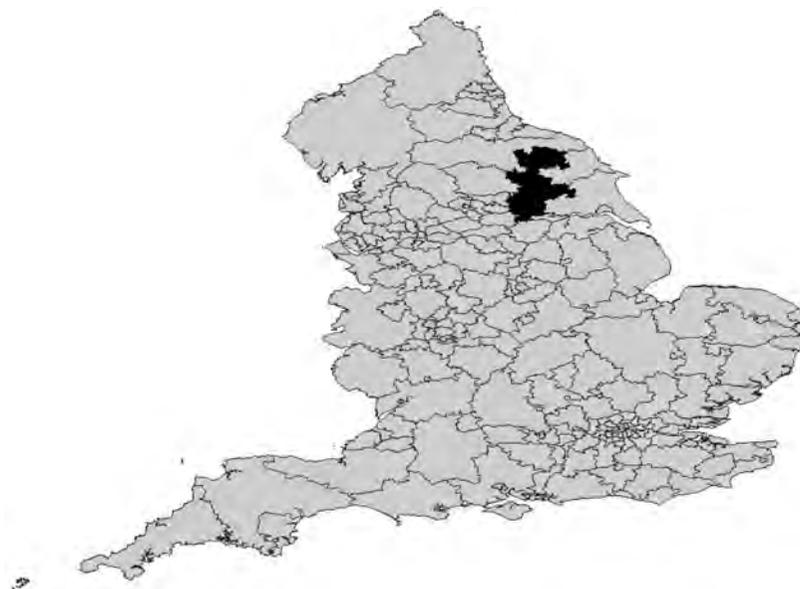
たNHS Continuing Health Careによって、NHSが医療・介護双方のサービス費用を負担する方向性を打ち出した〔白瀬（2012）〕。NHSが社会的ケアに対して支出する予算額は2014-15年において11億ポンドとなっている〔白瀬（2016）〕。

ドイツにおいては1988年の「医療保険構造改革法」（GRG）の成立によって在宅介護が医療保険の給付として導入された。その後1995年に介護保険が制度化され、介護給付には医療を含まない仕組みが導入された。また、ドイツでは社会的入院が生じにくいとされている。その背景として1) 医療と介護の明確な区別、2) 入院と外来の明確な区別、3) MDKの医師が、入院が必要で無いと判断した時は退院を勧告する権限を有すること、4) 介護保険では「在宅介護優先」の原則があり、施設介護は在宅介護が困難な場合にのみ行われること、が指摘されている〔土田（2008）〕。

他方で、入院・外来・介護の区別を明確化するには、サービスが同時に必要となる、包括的なケアが必要となる場合には、サービスの連携が難しくなることを意味する。2000年医療保障改革法により導入された統合供給（Integrierte Versorgung）は、医療の供給分野や専門分野をまたがる包括的な医療供給を実現することが目的とされていた。これにより、医療部門における連携を確保することが図られたことになる。次いで、公的医療保険競争強化法（2007年）において制度改正が行われ、介護サービス供給者および介護金庫が統合供給に参加できるようになった。この結果、統合供給の枠組みを用いることにより、医療供給の各分野のみならず、医療保険と介護保険という異なる給付制度を統合したサービス供給システムを作り上げることが可能となったとされる⁸⁾。

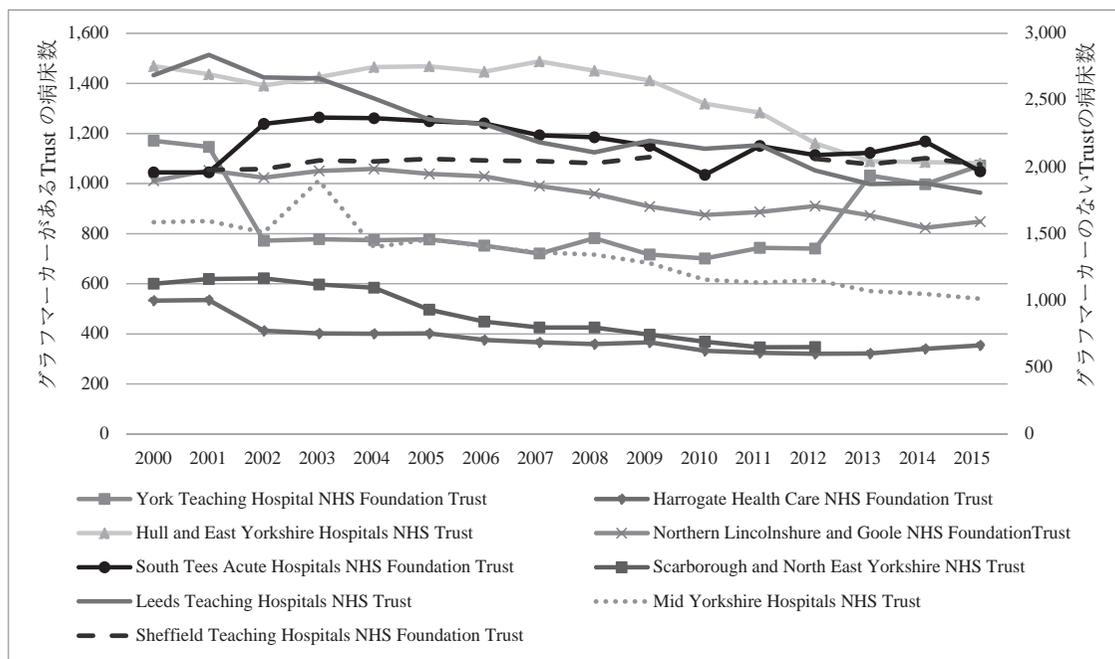
⁷⁾ この政策についての近年の研究には、2001-02年から2006-07の間のデータを用いて、総退院遅延日数が総入院日数の1.6%でしかないことおよび主な遅延の原因の68%はNHS病院側に帰せられることを示したものの〔Godden, McCoy, and Pollock（2009）〕、community hospitalに急性期の手術を受けた高齢者が高齢者医療を受けることに関連する遅延を経験していることを示したものの〔Poole, Pearsall, and Ryan（2014）〕、精神科における退院遅延では精神疾患を持つ黒人などのマイノリティが長期の入院を経験することを示すもの〔Majeed, Williams, Ryan, et.al,（2012）〕などがあり、多様な要因が入院遅延に影響していることが明らかにされている。また、そもそもほとんどのNHS病院が退院遅延にかかる請求を行おうとせず、62%の社会サービス供給者が請求を受けておらず、協力的に働くことを好んでいることも指摘されている〔Godden, McCoy, and Pollock（2009）〕。

⁸⁾ この点の経緯については松本（2012）を参照のこと。



出所：<https://www.england.nhs.uk/resources/ccg-maps/> から地図データをダウンロードして筆者作成。

図3 Vale of York Clinical Commissioning Groupの担当地域



出所：<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/> に掲載されているデータから筆者作成。

図4 Vale of York Clinical Commissioning Groupと契約を締結しているNHS Trustの病床数推移

Ⅲ イギリス（イングランド）の事例

ひとつの事例としてVale of York CCGを取り上げて病院サービスを供給するNHS Trustの状況やCCGとの関係性を検討する。Vale of York CCGは図3にあるとおり、イングランド北部のYork, Selbyといった都市を含むNorth Yorkshireを主とする面積857平方マイル、人口33万6千人を担当している。

同地域は50歳以上人口の割合は全国平均よりは高く、住民の16%が日々の活動が何らかの健康問題によって影響を受けていると評価されている。また、今後5年間に於いて、65歳以上高齢者の伸び率は10%、85歳以上高齢者人口の割合の伸び率は18%と予測されている⁹⁾。

Vale of York CCGが急性期の病院サービスを受ける8つのNHS (Foundation) Trustを特定し¹⁰⁾、¹¹⁾ Trustごとの病床数合計の推移をデータの利用可能な2000年以降について示したのが図4である¹²⁾。図には示していないが、Trustの合計病床数が2000年時点の約1万床から2015年時点で約9千2百床になる程度のゆっくりとしたペースで減少している。図1で示したように、英国全体では40%程度病床数が減少しているため、対象となっているTrustは病床数の減少が比較的緩やかであると言えよう。

しかしながら、例外的にSheffield Teaching Hospitals Trustが病床数を維持していることを除けば、観察期間中においてほとんど全てのTrustで病床が減少している。ひとつの要因は精神医療改革の影響である。York Teaching Hospital Trust

とHarrogate Health Care Trustは、2001年度から2002年度にかけて病床数を大きく減少させているが³⁾、これは精神病床の減床によるものである。図1で用いたデータは、1987年に約6万7千床あった精神科病床は2000年には約3万4千床と半減し、2016年にはさらにその55%の約1万9千床となっていることを示している¹³⁾。タウウェル・キングスリー（1992）が描き出したように、英国では戦後すぐから精神科医療が施設から地域へ移行し、リハビリテーションと救急サービスにより精神科病床の病床利用率が低下した。また、キング（1992）はエクセターにおける精神病院の廃院と地域への移行を描写している。英国の精神科医療が地域に移行したと2000年代初めの精神科病床数の減少はコインの表裏の関係性である。

ただし、精神科病床の減少は総病床数の減少の一構成要素であり、それ以外の病床数の減少には保健省の政策の方向性を反映したCCG (PCT) の予算配分の方針が影響している可能性も否定できないであろう。病院への支出はNHSの支出の53.1%（1995年）、49.2%（2000年）、45.4%（2005年）、44.0%（2010年）と徐々に低下している¹⁴⁾。また、設立から3年分しか利用可能で無いが、Vale of York CCGの会計報告においても、59.87%（2013年）、58.91%（2014年）、52.20%（2015年）と病院サービスへの支出割合が低下していることがわかる¹⁵⁾。CCGからの支出が減少すれば、それに応じて病院サービスの提供主体であるTrustが病床数を削減する方向に向かうことは、その是非はともかく、自然であろう。

Mid Yorkshire Hospitals Trustの経験はNHS Trust自身による病床数削減の試みであり、病床

⁹⁾ これらの数値は<http://www.valeofyorkccg.nhs.uk/about-us/about-the-vale-of-york/>による。

¹⁰⁾ Vale of York CCGの2015-16年次報告書（Annual Report）による。なお、Yorkshire Ambulance Service NHS Trust, Ramsay Healthcare UK - Clifton Park Hospital, Nuffield Health - York Hospital, Yorkshire Health Solutions (AQP)も急性期サービス提供者として示されているが、サービスの種類が異なる、ないしは民間病院グループであるため以下の分析から除外した。なお、一般にひとつのTrustで複数の病院を所有している。

¹¹⁾ 以下においては、表記の簡略化のために個別のTrust名を表記する際にFoundation NHSの部分を省略する。

¹²⁾ Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trustの2000年、2010年、2011年は欠測値である。

¹³⁾ 図1には示していない。

¹⁴⁾ この数値は医療経済研究機構（2014）、p.169、表3-4の数値から筆者が計算した。イングランドではなくイギリス連合王国の数値であることに注意が必要である。

¹⁵⁾ 数値の出所は<http://www.valeofyorkccg.nhs.uk/about-us/our-budget-and-what-we-spend/>による。

数削減が地域にもたらす影響を考える際に重要であろう。図3でも示されたように同Trustの病床数は持続的に低下している¹⁶⁾。経営状態がさらに悪化したため、Dewsbury病院とPinderfields Hospitalの機能を再編することを企図した。しかしながら、これが病院の閉鎖になるという地域での噂につながり、その否定のために住民との対話に多大な労力を費やした。

York Teaching Hospital Trustは2013年に病床数を大きく増やすがこれはScarborough and North East Yorkshire Trustとの合併によるものである¹⁷⁾。両者は2012年7月に合併した。この合併はScarborough and North East Yorkshire Trustからの呼びかけによるものである。同Trustの2010-2011年度の年次報告書によれば、2013年までにFoundation Trustへの移行が困難になったことを認識して協議を持ちかけたとされている〔Scarborough and North East Yorkshire Trust (2011, p.1)〕。特に、その問題意識は北海沿岸に位置するScarborough病院とBridlington病院を維持することにより、両地域での病院サービスを維持することにあると記されている。

伊藤(2006)では、Foundation TrustがHealth and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003により創設された際の政治的な議論の経緯を紹介している。その議論のひとつはFoundation化できるTrustとできていないTrustへの病院の二層化が起こることや、Foundationに移行できない病院に受診する住民が二流のサービスを受けていると感じる危惧の指摘である。これに対してブレア政権側は全てのTrustが一定期間内にFoundationに移行すると説明した。移行の期限

は延長されていくが、Scarborough and North East Yorkshire Trustは現に2013年になってもFoundationに移行できなくなったことについて、住民に対する説明ができないと考えた可能性もある。

他方で、会計報告を見ると、2007年度と2009年度に593万ポンド、528万ポンドの赤字を計上しており〔Scarborough and North East Yorkshire Trust (2011, p.1)〕、そもそもの財政上の不安定性さが合併に向かわせた可能性も考えられる。2010年にブラウン労働党政権からキャメロン保守・自由党連立政権に政権交代があり、NHS予算の先行きに対して希望が持てなくなり、合併により地域における病院医療サービスの維持を図った可能性も考えられる¹⁸⁾。合併の真の理由を特定化することは困難であるが、結果としてYork Teaching Hospital NHS Foundation TrustがFoundationに移行できなかったScarborough and North East Yorkshire Trustを救済した形になっている¹⁹⁾。

CCGからの委託予算の減少がこれらの事例の要因のひとつであろう。CCGは医師であるGPが入ることにより、地域の医療ニーズをふまえて病院サービスやその他のサービスに委託予算を振り分けるが、元々のパイが小さい場合にはどこかに(全てに)ひずみがきってしまう可能性がある。他方で、CCGと病院Trustは一対一の関係ではなく、多対多の関係である。このため、委託契約について相互に調整がなされない場合は過剰や過小な予算配分になる可能性がある。この点について本稿では検討できないが、今後検討すべき課題であろう。

¹⁶⁾ 2003年の瞬時的な増加はLearning Disability bedの増加によるものであり、翌年にはLearning Disability bedの病床数は元の水準に戻っている。

¹⁷⁾ この他、Northern Lincolnshire and Goole NHS Foundation Trustは2001年4月にNorth East Lincolnshire NHS TrustとScunthorpe and Goole Hospitals NHS Trustの合併により、The Mid Yorkshire Hospitals NHS Trustは2002年4月Pinderfields and Pontefract Hospitals NHS TrustとDewsbury Health Care NHS Trustの合併により設立されている。

¹⁸⁾ 松本編(2015) p.203の図2では政権ごとのイングランドのNHS支出額の劇的な転換が描かれている。労働党政権におけるNHS予算の増額はWorcestershire Health and Care NHS Trustの病床削減計画において“The decade of unprecedented growth is now over”と表現されている。他のTrustにおいて同様の認識を持ったとしても不思議ではないであろう。

¹⁹⁾ このような形態の合併についてCollins(2015)は批判している。

表1 バイエルン州における病床需要算出にかかる指標（2016年）

地域	地域別人口	住民一人あたり入院件数	平均在院日数（日）	病床利用率（%）
バイエルン州	12,691,568	219.1	7.2	77.9
Obeybayern	4,519,979			
Niederbayern	1,197,558			
Oberpfalz	1,082,761			
Oberfranken	1,055,955			
Mittelfranken	1,715,195			
Unterfranken	1,298,849			
Schwaben	1,821,271			

出所：Krankenhausplan des Freistaates Bayernより筆者作成。人口以外の地区ごとの数値は利用可能でない。

表2 病院ごとの計画病床数と実病床数（2001年・2016年）

番号	病院名	計画病床数（2001年）	計画病床数（2016年）	実病床数（2016年1月1日）
16201	ミュンヘン－シュパービング市立病院	1191	425	739
16202	ミュンヘン－ハルラッピング市立病院	950	548	759
16203	ミュンヘン－ノイベルラッハ市立病院	751	541	545
16204	タールキルヒナーシュトラ－七市立病院	151		160
16205	ミュンヘン－ボーゲンハウゼン市立病院	1000	1023	951
16207	ミュンヘン－パッシング郡病院	442	400	400

出所：松本（2003）表5-6にKrankenhausplan des Freistaates Bayernを用いて筆者作成。タールキルヒナーシュトラ－七市立病院の2016年の計画病床数は利用可能でない。

IV ドイツの事例

病院財政法に基づく病院への補助金支出の現状についてバイエルン州を事例として検討する。データの利用可能性が良い（ひとつの）州であることがバイエルン州を選択するひとつの理由である。もうひとつの理由は重要な先行研究である松本（2003）が2001年までのバイエルン州の状況を事例として用いており、当時とその後の状況を比較できることによる。

バイエルン州の病院計画（Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2016年1月1日現在）では、病床需要の算出式は

$$\text{病床需要} = (E \times KH \times VD \times 100) / (1000 \times 365 \times BN)$$

と与えられている。ここで、E：地域人口，KH：住民一人あたり入院件数，VD：平均在院日数，

BN：病床利用率である。バイエルン州におけるこれらの数値は病院計画に記載されており、表1のとおりとなる。

急性期治療では病床利用率の目標値として80%が用いられるなど、傷病別に使用される病床利用率の目標値は異なるが、これらの指標から病床需要が算出できることになる。

病院計画では病院ごとに2016年1月1日現在の病床数と計画病床数が記載されている。また、松本（2003）表5-6では2001年時点のいくつかの病院についてその病院の計画病床数が記載されている。これらの数値をまとめたのが表2である。

1病院（ミュンヘン－ボーゲンハウゼン市立病院）を除いて2016年の計画病床数が2001年を下回っていることがわかる。また、2001年の計画病床数に対して2016年の計画病床数が50%以下の病院（ミュンヘン－シュパービング市立病院）がある一方、ほとんど同水準の病院（ミュンヘン－

パッシング郡病院)もあり、計画病床数が個別の病院で異なって割り当てられることがわかる。

また、2016年1月1日現在の実病床数が2016年の計画病床数を下回っているのは2病院しかなく、他の4病院は実病床数が上回っているため、計画病床数に近づけるためには病床を削減しなければならない状態にあることがわかる。

計画病床数が実際のところ、どの程度制約的であるかは重要な点である。そこで、表2に示されている病院のうち、計画病床数・実病床数が利用可能な4病院について、病院計画が利用可能な2009年から2016年までについてそれぞれの数値を追ったものが表3である。

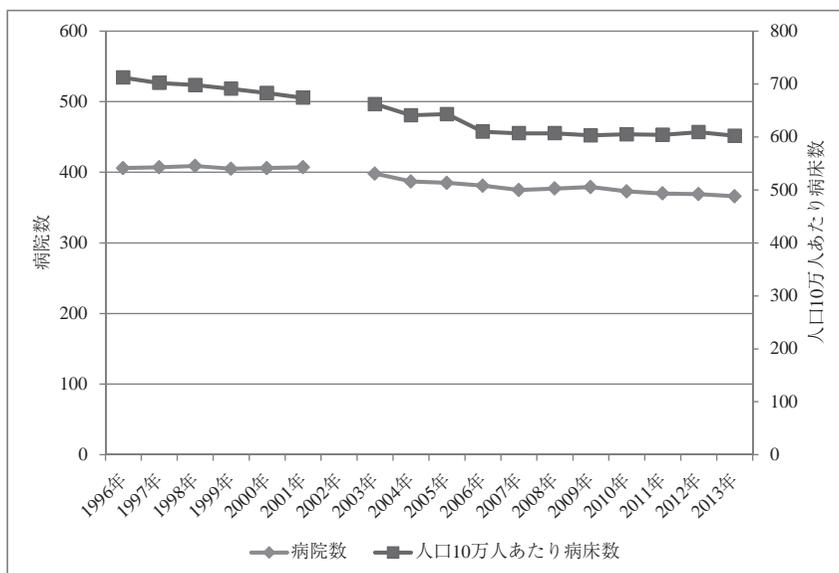
他の3病院では計画病床数と実病床数がほぼ一致しているが、ミュンヘン—シュバールビング市立病院は2009年-2013年の期間において、実病床数が100床程度計画病床数を上回ってきた。このため、病院にとっては短期的には病床の削減圧力は強くない可能性もある。他方で、2016年計画では同病院の計画病床数が345床も削減されている。また、ミュンヘン—ハルラッヒング市立病院についても、186床削減されている。このことは計画病床が大きく変更され得ることを示している。

実際にどの程度バイエルン州の病床数や病院数がこれまで変化してきたのかを示したのが図5である。データが利用可能な1996年から17年間で、

表3 病院ごとの計画病床数と実病床数の年次推移

	ミュンヘン—シュバールビング市立病院		ミュンヘン—ハルラッヒング市立病院		ミュンヘン—ノイベルラッハ市立病院		ミュンヘン—パッシング郡病院	
	計画病床数	実病床数	計画病床数	実病床数	計画病床数	実病床数	計画病床数	実病床数
2009年計画	870	980	756	749	545	545	400	400
2011年計画	870	980	744	749	545	545	400	400
2013年計画	870	968	744	749	545	545	400	400
2016年計画	425	739	548	759	541	545	400	400

出所：Krankenhausplan des Freistaates Bayernから筆者作成。



出所：Statistisches Jahrbuch各年版より筆者作成（2002年のデータは欠測である）。

図5 バイエルン州における病院利用状況の時系列推移

病院数は406から366まで40病院減少した。人口10万人あたり病床数は712から602まで110床減少した。上で述べたとおり、DRGがドイツにおいて完全に実施されたのは2004年であるが、2003年までの7年間に病床数は712から662と10万人当たり50床だけ、2003年以後の10年で10万人当たり60床減床したことになる。人口あたり病床数はDRGが導入された2006年以後安定した状態にある。

供給された病床がどのように利用されたかを示しているのが表4である。1975年からのほぼ30年間で、平均在院日数が19.7日から7.2日まで短縮している。2003年では8.7日であるため、DRGが導入された2004年以後で1.5日短縮したことになる。病床利用率は1975年に84.7%であったが、2004年に74.0%と最も低くなった。その後回復し、2014年には77.9%となっている。これらのことは平均

在院日数削減に対するDRG実施後の期間の寄与は小さいこと、病床利用率はDRG実施後に低下傾向から反転し、安定した水準を維持しているとまとめられよう。重要であることは、住民一人あたり入院件数は観察期間中においてほぼ一貫して増加していることである。一般に入院件数増は高齢化により説明されるが、30年で1.5倍の受診件数増を高齢化だけで説明できるかは定かでは無い。

病院の入院診療にかかる経常経費はDRGによる診療報酬により補填される。他方で、施設や設備に対する投資の費用については州からの補助金により負担される。病院財政法(krankenhausfinanzierungsgesetz)の§6では州が病院計画と投資プログラム(Investitionsprogramme)を立案すると規定されている。投資プログラムによる補助金交付の詳細は、バイエルン州の場合は、財務

表4 バイエルン州における病院利用状況の時系列推移

	住民一人あたり入院件数	平均在院日数(日)	病床利用率(%)
1975年	138.4	19.7	84.7
1980年	152.9	17.1	85.0
1985年	161	15.7	84.7
1990年	180.9	12.8	84.8
1995年	191.4	10.8	83.1
2000年	207.1	9.5	83.3
2003年	202.9	8.7	77.7
2004年	200.2	8.4	74.0
2005年	196.4	8.4	75.3
2010年	209.4	7.6	77.0
2012年	216.4	7.4	76.7
2013年	216.6	7.3	77.3
2014年	219.1	7.2	77.9

出所：Krankenhausplan des Freistaates Bayern各年版より筆者作成。

表5 バイエルン州政府による病院への助成金額推移

	助成金額(百万ユーロ)				1病床あたり助成金額(千ユーロ)			
	個別助成金	定額助成金	その他	計	個別助成金	定額助成金	その他	計
2009年	336.37	186.48	10.96	533.81	4.43	2.46	0.14	7.03
2010年	315.80	182.00	11.20	509.00	4.17	2.40	0.15	6.72
2011年	292.94	183.30	8.83	485.07	3.86	2.42	0.12	6.40
2012年	283.60	181.65	11.54	476.79	3.73	2.39	0.15	6.28
2013年	337.81	184.48	12.49	534.79	4.46	2.44	0.17	7.07
2014年	342.63	191.83	10.64	545.10				
2015年	361.24	205.77	10.77	577.78				
2016年	382.47	208.37	11.88	602.73				

出所：Ams Blatt des Bayerischen Staatsministeriums及びStatistisches Jahrbuchの各年版より筆者作成。

当局の官報 (Ams Blatt des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen²⁰⁾) に一覽 (Jahreskrankenhausbauprogramm) が掲載されている。

表5はその概要をまとめたものである。表の左側は各年の投資プログラムの助成金額総額を、表の右側は1病床あたりの助成金額を示している²¹⁾。個別助成金は病院の設備投資等に対する助成金額である。定額助成金は病床数に応じて行われる助成金である。定額助成金はその性質ゆえに1病床あたり助成金額は2400ユーロの水準で安定している。個別助成金は総額でも1病床あたりでも徐々に減少する傾向にあったが、2013年に総額が増加に転じている。

州政府による税財源からの病院への補助金交付はどのように評価されるべきであろうか。州の助成金が十分であるかという点も含めて、松本 (2003, 2012) は投資費用も診療報酬により賄う代替的方法を提案している。病院計画に収載されている病院による入院医療給付は医療保険の給付対象になるため、州政府が誤った投資計画を実施した場合の費用負担者は医療保険者となるためである。また、Pilny (2016) は公立、公益立、私立病院の州からの助成金受領額の差についてOaxaca分解の手法を用いて分析し、設立主体にはよらず、利益率の高い病院が助成金には相対的に依存していないことを明らかにしている。その解釈として、1) 利益率の高い病院は助成金を申請しない、2) 州政府が利益率の高い病院には少ない額を助成する、という可能性を指摘している。現に州政府の債務額等も助成額に影響しているため、州政府の態度が助成額に影響しているであろうとしている。

V 考察と結語

本稿では日本において進められている地域医療

構想への示唆を得るためにイギリス、ドイツの医療供給体制の現状について概観した上で事例を用いて制度間比較を行ってきた。もちろん、地域医療構想そのままが両国で行われているわけではない。しかしながら、イギリスのCCGやドイツの州政府は病院サービスの供給について一定程度計画を立案して確保していることが明らかになった。本節ではこれまで得られた結果を整理して地域医療構想に対する示唆、「解決策の実施」の観点から検討する。

重要な点は必要な資源を確保することが必要であることである。イギリスのCCGからの委託の事例でもドイツの病院への補助金の事例でも必要(最低限)な資金がないことは、そもそもの医療供給体制確保が不可能となる。逆に言えば、確保できた資金の範囲で医療供給を確保するという合意がなされる必要がある。

その上で、日本とイギリス、ドイツの制度を概観してすぐわかることは、地域医療構想は複雑な方程式体系を解く作業となっていることである。イギリス・ドイツでは入院と外来、ないしは病院と開業医 (GP) は役割が明確化され、人口あたり病床数や平均在院日数は削減されてきている。日本の地域医療構想の目的のひとつは高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療需要に即した供給体制を構築することであり、病床機能別の人口あたり病床数が需要に見合った必要病床数に調整していくことである。その意味では病院部門でまず役割分担が明確化される状況と捉えても良いかもしれない。地域包括ケアの一環として、在宅医療に資源が配分され役割が拡大していくことは、日本において病院と開業医の役割分担を明確化していくかもしれない。また、イギリス・ドイツでは遮断されていたとも言えるほどの距離感のあった医療と介護 (社会) サービスの連携を構築する作業が行われてきた。地域医療構想の目的のひとつである地域包括ケアの構築はまさに医療と介護の

²⁰⁾ 2014年からはAms Blatt des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimatとなっている。

²¹⁾ 各年の助成金額は生産者価格指数で基準化している。また、病床数の情報が2013年までしか利用可能でなかったため、2014年以降については算出していない。

連携を構築するこの作業であると言って良いであろう。

まとめると、イギリス・ドイツでは医療と介護の連携が作業の中心であるが、日本における地域医療構想は病院部門内、入院と外来、医療と介護、の役割を同時に調整する作業であり、複雑さと困難さが非常に高いと言って良いであろう。

このことは、歴史的な視点から考えると自然な成り行きかもしれない。戦後直後の日本は65歳以上人口比率が他の先進国よりも低かったが、急速に高齢化が進み世界一の水準にある〔国立社会保障・人口問題研究所（2016）、表2-17〕。高齢（化）社会において増大する慢性疾患、老人退行性疾患に対しては「医療モデル」よりも「生活モデル」による対応が求められるとされる〔広井（1997）、猪飼（2010）〕。問題は高齢化が他の諸国よりも急速に進んだことである。高齢化の急速な進行は生活モデル、ないしは地域包括ケア、への転換が急速に行われる必要があることを意味する。日本においても介護保険制度の創設などでこれまでも対応が行われてきたが、地域医療構想の実施により病院部門の高齢化への対応と地域包括ケアシステムの構築を同時に進めることの必要性は、他国よりも急速に進む高齢化への迅速な対応に求められよう。

複合的な課題解決が要求されることは二つの点を含意する。ひとつは同時に複数の部門の調整を行うことは困難が伴う一方、個別最適ではなく全体最適が追求できる可能性があることである。医療サービスと介護（社会）サービスの壁の打破する制度改正をイギリス・ドイツ両国は追求しているが、それはまた別の問題を惹起するかも知れない。同時に調整することは困難が発生したとしても同時に調整することを可能にするかもしれない。

同時に複数の部門の調整を行うことは、当然ながら、複数の政策選択肢を持つ必要があることも意味する。地域医療構想では地域医療介護総合確保基金という補助金による誘導手段を持った。診療報酬を含めて誘導手段は複数存在するがこれを上手に組み合わせる必要がある。

その他、幾つかの点について論じる。診療報酬に関して言えば、イギリスのHRGに基づいた支払方式やドイツのDRGによる支払方式は平均在院日数を抑制する効果があるとされている。平均在院日数が短縮されれば、病床利用率が低下し、結果として必要病床数が削減され、それにより節約された資源を他の医療部門で活用することが可能となる。ドイツの病院計画においては病院需要の算出に病床利用率の目標値が利用されていた。病床利用率の目標値の値が現実値よりも大きければ、病院需要が小さく算出されることは算出式の定義から明らかである。日本のDPCによる入院医療費支払い体系は本来的には平均在院日数を短縮する効果はないが、病床の効率的な利用を促す政策、病床利用率を向上させる政策、そして病床転換を促す政策を上手に組み合わせる必要があることを示唆しているであろう。

Pilny（2016）の分析は日本の今後に対して示唆的である。助成を実施する主体の債務額が助成額に影響することは、豊かでない地域では医療供給体制の整備のための助成金が少ないことを意味する。診療報酬で全国的に医療供給体制を誘導し、個別的には医療介護総合確保基金による補助などで対応することも想定されるが、都道府県の財務面での体力差が補助金の内容に影響することは補助金が補完的な役割を果たしにくくなることを意味する。その場合には体力のない都道府県に対して補助金の原資を手厚く配分するなどの対応が必要になるかもしれない。

また、松本（2003）、松本（2012）によるドイツの二重予算制から診療報酬による一元化についての提案もまた日本の現状に示唆的である。地域医療構想の策定は都道府県が実施するものであるが、それによって構成された医療供給体制における医療サービス給付の費用負担を行うのは医療保険者である。もちろん、都道府県も平成30年度以降は医療保険者となるが、その他の医療保険者も医療給付についての費用負担を行うわけであり、医療供給体制の構築に関わっていくことは保険者の責務として非常に重要である。

病床の再編を行うことによりアクセスが低下す

るケースに直面する場合には、イギリスのMid Yorkshire Hospitals NHS Trustの経験から得るところは多いであろう。十分な住民参加の上での合意形成、施策実施により混乱をもたらさないことはなにより地域住民のために必要である。地域医療構想の文脈では、当事者である医療機関のみならず都道府県や保険者が住民も含めた中で議論を行う形になっている。

最後に、本稿での分析は、島崎（2011）の特に第10章で述べられた内容について、イギリス・ドイツの事例を用いて検証したものと言えるかもしれない。もちろん、制度が異なる国際比較で日本に十分な含意をもたらすことは難しい。文献や資料の検討により分析した本稿では検証することができない部分も多い。CCGにおける予算配分の意味決定の実務やドイツにおける病院需要が決定した後の各病院への計画病床数の配分の実務について、ヒアリング調査などにより学術的に検討していくことは政策的にも学術的にも重要な次の課題ではないかと考えられる。

付記

本研究は文部科学研究費補助金基盤研究（B）「超高齢・人口減少社会において多様な生活者を支える医療保障の持続性を目指す実証研究」からの助成を受けている。

参考文献

- Collins, B. (2015) *Foundation trust and NHS trust mergers 2010 to 2015*, The King's Fund.
- Department of Health (2000) *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*.
- S. Godden, D. McCoy, and A. M. Pollock, (2009) "Policy on the Rebound: Trends and Causes of Delayed Discharges in the NHS" *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 102, pp. 22-28.
- D. McCoy, S. Godden, A. M. Pollock and C. Bianchessi, (2009) "Policy on the Rebound: Trends and Causes of Delayed Discharges in the NHS" *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 102, pp. 22-28.
- M. U. Majeed, D. T. Williams, R. Ryan, and et.al, (2012) "Delay in Discharge and its Impact on Unnecessary Hospital Bed Occupancy" *BMC Health Services Research*, Vol.12:410.
- R. Poole, A. Pearsall, and T. Ryan, (2014) "Delayed Discharges in an Urban In-Patient Mental Health Services in England" *Psychiatric Bulletin*, Vol. 38, pp. 66-70.
- Scarborough and North East Yorkshire Trust (2011) Annual Report, https://www.yorkhospitals.nhs.uk/about_reports_and_publications/annual_report_scarborough/
- Pilny, A. (2016), Explaining Differentials in Subsidy Levels among Hospital Ownership Types in Germany. *Health Economics*, DOI: 10.1002/hec.3327.
- Vale of York Clinical Commissioning Group, Annual Report and Accounts 2015-16, 2016. <http://www.valeofyorkccg.nhs.uk/data/uploads/publications/update-june-16/annual-report-and-accounts-2015-16.pdf> (2016年9月27日アクセス)。
- Wanless, D. (2002) *Securing good care for older people: taking a long term view*. The King's Fund.
- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』有斐閣。
- イギリス医療保障制度に関する研究会編 (2014) 『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2013年度版』医療経済研究機構。
- 伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革 市場機能の活用と社会的排除への取組』ミネルヴァ書房。
- 井上恒男 (2008) 「病院ケアから地域ケアへー英国の高齢者退院促進政策に学ぶー」『同志社政策科学研究』Vol.10 (2), pp.113-125。
- D.キング (1992) 「17章 精神病院に代わるより良いサービス」シュミット・ラモン, マリア・グラツィア・ジャンニケッタ編, 川田誉音訳『過渡期の精神医療 英国とイタリアの経験から』海声社。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2016) 『人口統計資料集 (2016)』
- 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, pp.68-77。
- (2016) 「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111, pp.20-27。
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会。
- D.タウウェル, S.キングスリー (1992) 「15章 英国における精神医療サービスの変化」シュミット・ラモン, マリア・グラツィア・ジャンニケッタ編, 川田誉音訳『過渡期の精神医療 英国とイタリアの経験から』海声社。
- 田中伸至 (2010) 「ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制」『健保連海外医療保障』No.87, pp.10-20。
- (2012) 「ドイツの家庭医と医療制度」『健保連海外医療保障』No.93, pp.1-14。
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 (2015) 『地域医療構想策定ガイドライン』 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf> (2016年9月25日アクセス)。

- 土田武史 (2008) 「第3章 医療と介護の連携」土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編『社会保障改革－日本とドイツの挑戦－』MINERVA人文・社会学叢書129, ミネルヴァ書房, pp.80-100。
- 長澤紀美子 (2009) 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革－高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択－」『海外社会保障研究』No.169, pp.54-70。
- 広井良典 (1997) 『ケアを問い直す』ちくま新書。
- 平岡公一 (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究 イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房。
- 堀真奈美 (2016) 『政府はどこまで医療に介入すべきか』ミネルヴァ書房。
- 松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I－医療保険－』信山社。
- (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』第3巻第3号, pp.58-67。
- 編著 (2015) 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。

(いずみだ・のぶゆき)

Regional Medical Vision as Policy Mix to the Supply-Side in the Health Care Sector: international comparison analysis among Japan, England and Germany

Nobuyuki IZUMIDA*

Abstract

This paper makes international comparison analysis on the health service provision among Japan, England and Germany and derives the implication for enforcement of Regional Medical Vision in Japan. Case examples are used which are given in the health care supply in England and Germany. Case in England is on difficulty with contracting on the secondary care between Clinical Commission Group and NHS Foundation Trust. Case in Germany is on difficulty with local governments' management of hospital planning and with their decision-making on subsidization to hospitals.

Former example shows that secondary care provision based on contract can be in short even if local health care management entity includes physician, not only because they identify health care needs incorrectly, but also because they bargained down with the contract payment of secondary care provision too much. This case tells us that we must coordinate well in resource allocation between primary care sector and secondary care sector.

Latter one shows that hospital plan is rigidly prescribed by law and order however enforcement procedure may not work in some cases. Decision-making on subsidization naturally depends on the resource availability. In case that constraint of resources are bidding, resource allocation can be inappropriate.

Based on implication these two cases give, we discussed about how enforcement of Regional Medical Vision should be. Policy tools prefectural governors have may not be effective so much. They should and must employ mixture of several kinds of policy tools, and coordinate with national policy such as reimbursement tariff.

Keywords : Regional Medical Vision, Reimbursement Tariff, Subsidy, Health Care System Comparison, Policy Mix

* Director, Department of Empirical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research