

# 都市問題

2006

2

Vol.97 No.2

【巻頭言】増田 寛也

特集  
1

## 障害者自立支援法は「自立」を促すか

峰島 厚／北野 誠一／田所 裕二／多田 薫／尾上 浩二

【インタビュー】近藤 剛（中日本高速道路株式会社会長）

高速道路会社は地域に根ざせるか

特集  
2

## 暮らしを支える地域医療のいま

医療の偏在にどう対処するか 北岡 有喜

自治体病院の役割と改革 小山田 恵

小児救急医療体制の整備のために 田中 哲郎

保健医療スタッフ充実と公立医療系大学 小山 真理子

医療、建築で生じる「隣接的格差」 色平 哲郎・山岡 淳一郎

東京市政調査会

# 医療の偏在にどう対処するか

北岡有喜 独立行政法人国立病院機構京都医療センター医療情報部長  
(きたおか ゆうき) NPO法人SCCJどこカルネット事業統括責任者

いま、各地で保健医療供給体制が揺らいでいる。現行の問題点を分析し、その包括的解決をめざす「どこカルネット」プロジェクトの取組を紹介、地域住民のための今後の医療のあり方を検討する。



## はじめに

急速な高齢化の進展や出生率の低下、メタボリックシンドロームという言葉を生むに至った生活習慣病などの慢性疾患の増加に伴う疾病構造の変化、医学・医療技術の進歩による医療の高度・専門化、IT技術の保健医療への波及や相次ぐ医療事故など、近年の保健医療を取り巻く環境は大きく変化しつつあり、住民の保健医療に対するニーズや関心が多様化かつ一層高まっている。

さらに、SARS(重症急性呼吸器症候群)や鳥インフルエンザなどの新興感染症の発生、BSE(牛海绵状脳膜症)やアスベストなどの有害化学物質による健康被害、災害など生命を脅かす危機も多様化し、住民本位の保険・医療・福祉環境の整備が急務となっている。

医療法では各都道府県単位に医療計画の策定が義務づけられ、基準病床数や保健医療圏が設定されている。保健医療圏は、各都道府県民に対して適切な保健医療サービスを提供するために、一定の地域単位のなかで保健医療資源の適正配置と保健医療機関相互の連携と機能分担を行い、保健医療供給体制のシステム化を図るために設定するものであるが、その設定の妥当性や現実の医療機関・保健医療従事者の地域的な偏在などが課題として指摘されている。

本稿では、この医療の偏在に対する具体的な解決策のひとつとして、我々京都医療センターと特定非営利活動法人日本サステナブル・コミュニティ・センター(SCCJ)が進めるユビキタス健康・医療・福祉ネットワークプロジェクト「どこカルネット」を例に、住民本位の医療提供体制づくりの方法論を紹

介する。

各保健医療圏における保健医療供給体制改革の参考になれば幸いである。

## 保健医療計画にかかる 医療法改正の経緯

資料1に保健医療計画の位置づけに関わる現行医療法を部分抜粋した。

1948(昭和23)年に医療法が施行されて以降の保健医療計画にかかる医療法改正を経時に要約すると以下のようになる。

### (1) 1950(昭和25)年 医療機関整備計画

医療機関整備中央審議会により検討された全国的な施設の整備構想と病院の配置計画であり、その骨子は、①公的医療機関を重視した病床整備計画であり、②人口2,000人の診療圏にひとつの診療所を設置し、③規模別・機能別整備計画であった。

### (2) 1951(昭和26)年 基幹病院整備計画要綱

医療審議会で検討された病院網の基幹となるべき医療施設の整備計画で、①各都道府県に「中央病院」を設置し、②人口5万人あたりひとつの「地方病院」を整備。さらに③各保健所管内に「地区病院」を整備するもので、非公的医療機関も含めた計画で、病床数や診療科まで例示された。

### (3) 1959(昭和34)年 医療機関整備計画案

厚生省で検討された6年にも及ぶ長期計画で、①病院整備計画として一般病院(中央病院・地方病院・地区病院)と特殊病院(精神・結核・伝染・らい)を定義し、②診療所整備計画として人口2,000人に1カ所の一般診療所を配置するというもの。③財政的措置として公的医療機関だけでなく民間医療機関も対象とされた。

### (4) 1985(昭和60)年 第1次医療法改正

初めて、各都道府県単位での保健医療計画の策定と5年毎の見直しが義務化された。計画内に①二次医療圏の設定と②必要病床数の算定が必須とされたほか、③機能別の病院整備目標、④僻地医療、休日夜間の救急医療体制の確保、⑤医療施設間相互の機能特化と連携、⑥医師、歯科医師ほか医療従事者の確保などが計画されることが望ましいとされた。

### (5) 1992(平成4)年 第2次医療法改正

第1次医療法改正に加えて、①各医療機関に医療提供理念など規定の整備を義務づけるとともに、②特定機能病院<sup>1)</sup>と療養型病床群が新たに創設・定義され、③在宅医療の推進が盛り込まれた。

### (6) 1997(平成9)年 第3次医療法改正

第2次医療法改正に加えて、①療養型病床群に新たに診療所が組み込まれ、②地域医療支援病院<sup>3)</sup>の創設・定義と、③第1次医療法改正では計画されることが望ましいとされていた(ア)地域医療支援病院の整備目標、(イ)各医療施設間の機能特化と連携、(ウ)休日・夜間等の救急医療体制の確保、(エ)該当地区における僻地医療体制の確保、(オ)医師、歯科医師に加えて、薬剤師、看護師、技師などの医療従事者の確保に関する計画策定が必須となった。

### (7) 2000(平成12)年 第4次医療法改正

①「その他病床」が「一般病床」と「療養病床」に再区分されたほか、②「必要病床数」が「基準病床数」<sup>4)</sup>に変更となり、その算定式<sup>5)</sup>が定義・設定された。

その結果、2003年8月31日時点の一般病床数は92万床、療養病床は34万床となっている。

## 保健医療計画制度の課題と今後の方向性

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループは、病床規制廃止の前提条件に、医療計画の評価としてのライフコースアプローチを提案している<sup>6)</sup>。

また、「社会保障審議会医療部会」でも同様に医療計画制度の今後のあり方について議論が重ねられているところであり、これらを集約した形で厚生労働省は2004年11月26日に「医療計画制度の改革の方向性に係る論点整理」(資料2)を公表した。

本論点整理はあくまで意見の集約であり、具体的な解決方策を示しているわけではないが、これを受け、2005年2月14日に開催された「医療計画の見直しに関する検討会」で、2006年の医療制度改革を念頭においていた医療計画の見直しについての方向性として、現行の二次医療圏に代わる「日常医療圏」という新たな圏域の概念を打ち出した。

この「日常医療圏」は、結果的に現行の二次医療圏と同様になる地域もあり得るが、現行二次医療圏域にとらわれず住民の受診行動などに基づいて策定するもので、「日常生活において、原則、主要な疾病ごとに患者が必要とする外来・入院医療が完結する圏域」とされている。

「日常医療圏」を単位に、各都道府県が主要な疾病ごとの医療機能の把握や疾病に関する数値目標の設定などを行って診療ネットワークを構築して展開を提示したもので、国が、がん、脳卒中、救急を含めた小児医療などについての共通指標を設け、都道府県は地域の実情を加味してがんの死亡率や脳卒中患者の在宅復帰率などの目標値を定め、国は交

付金や補助金等を通じた支援も行う。

診療ネットワークは、例えば脳卒中の場合、「地域の診療拠点病院→回復期リハビリ病院→療養病床を有する医療機関→介護福祉施設等」といった施設機能の流れと在宅との間に診療所等のかかりつけ医機能があり、かかりつけ医は施設機能の利用の調整や在宅療養の支援を行う、というかたちが例示されている。

## 医療の偏在は地域・規模と診療科の 2局面：背景には絶対的な医師不足

### (1) 地域と規模による偏在：「北海道・東北地方」と「中小病院」で医師が不足

医療の偏在は確実に存在する。偏在を医師数から見ると、地域と診療科の2局面で起こっている。

厚生労働省は2001年度「医療法第25条に基づく立入検査」で、病院での医療従事者の人員充足状況を提示している。検査結果によると、医師の適合率(医療法に基づく基準数を満たしている施設数の割合)は全体で72.6%。病床規模別に医療従事者の適合率をみると、医師の適合率は20~49床が最も低く、次いで50~99床(67.3%)、100~149床(72.2%)。適合率が最も高いのは500床以上の病院で87.1%であった。以上より、中小病院で医師が不足している状況が著明であるが、大病院でも約13%の医師不足である。

また、地域別に適合率をみると、医師の適合率が最も高い近畿に次いで、関東(77.1%)、九州(75.8%)、東海(75.3%)、四国(72.0%)、中国(71.5%)、北陸・甲信越(64.4%)、北海道・東北(51.3%)の順。地域によって大きく偏在していた。以上より、特に北海道・東北地方で深刻な医師不足の状況にある。

## (2) 医師不足は OECD 諸国中第 2 位

「厚生労働科学研究：標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究」によれば、医師 1 人あたりの人口が最も多いのは英国で、660 人。これにカナダ(514 人)、ニュージーランド(506 人)と続く。日本の医師 1 人あたりの患者数は 587 人であり、これは英国に次ぐ多さで、OECD 諸国中第 2 位で、絶対的な医師不足が背景にあることは間違いない。

### (3) 診療科による偏在：小児科、産婦人科、放射線科で医師が減少

2002(平成 14) 年の医師数の現状をみると、医療施設の従事者は 24 万 9,574 人となっている。そのうち、病院の従事者は 15 万 9,131 人、診療所の従事者は 9 万 443 人である。

医療施設に従事する医師のうち、従事する診療科名(複数回答)別にみると、「内科」が 9 万 9,196 人と最も多く、次いで「外科」3 万 4,810 人、「小児科」3 万 2,706 人となっている。

医師の数は年々増加しており、医療施設に従事する医師数の年間伸び率は 2.2% となっている。しかし、診療科ごとにみると、小児科(-0.4%)、産婦人科(-0.5%)、放射線科(-0.6%) ではいずれも減少している。

一般病院は「循環器科」(147 施設増)、「リハビリテーション科」(122 施設増)などが前年に比べ増加している一方、「小児科」(74 施設減)、「外科」(71 施設減)などが減少。一般診療所は「内科」(1,706 施設増)、「リハビリテーション科」(1,393 施設増)などが前年に比べ増加している。一方「小児科」(926 施設減)、「放射線科」(529 施設減)、「産婦人科」(218 施設減)などが減少。また、麻酔

医・病理医不足も深刻な状況となってきている。

## なぜ病床数が過剰なのか？

### (1) 医療施設数の現状について

厚生労働省が発表した 2002 年の医療施設の現状をみると、病院は 9,187 施設(内訳は、精神病院 1,069、結核療養所 2、一般病院 8,116)で、前年に比べ 52 施設減少しているが、一般診療所は、9 万 4,819 施設で、前年に比べ 800 施設増加している。

また、病床数については、病院は 164 万 2,593 床で、前年に比べ 4,204 床減少しているが、一般診療所は 19 万 6,596 床で、前年に比べ 1,419 床減少している。

医療施設のうち病院の年間伸び率(1984~2002 年) -0.3% で、病床の年間伸び率 1.0% となっていることから、病院がなくなる一方で病床を増やしている病院が多くあると予想される。また、医療施設のうち一般診療所の年間伸び率 1.1% で、病床の年間伸び率 -2.0% であることから、診療所が増えてはいるものの無床診療所が多くあると予想される。

### (2) 病床数が過剰

保健医療計画は、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用、医療関係施設間の機能連携の確保等を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関する計画を定めるものであることは既述した。

医療計画の基準病床数は、その地域にどの程度の病床数を整備すべきかという整備目標として位置付けられるとともに、それ以上の

病床の増加を抑制する基準となっている。

この医療計画に基づいた全国の2次医療圏ごとの調査結果では、地域ごとの医療提供上必要とされる病床数を大きく上回る病床数となっており、2002年3月31日現在では、8万1,134床過剰になっている。

### (3) 病床数過剰の原因

“OECD Health Data 2000”によれば、人口1,000人当たりの病床数、平均在院日数、いずれも、我が国は米英の4倍を超える。

また、2003年11月14日の読売新聞論点記事によれば、人口あたりの医師や看護師の数は世界標準にあり将来は過剰になると予測されている。人手が不足するのは、病床数や受診数が多過ぎるためなのである。日本の人口当たりの病床数や外来受診数は世界標準の2~3倍にのぼるとされている。すなわち、①住民に対する受診行動抑制教育啓蒙活動や予防医学的施策と、②医師に対する根拠に基づく早期離床・早期退院教育啓蒙活動の実践なしには病床過多が解消しないのである。

## 具体的な医療の偏在解決に向けて

### (1) 人材確保：女性医師・定年退職後医師の活用

2002年の医師数は、2000年に比べ男性が2,411人(1.2%)増加し、女性は3,962人(11.4%)増加している。男女の構成割合をみると、全年齢階級では男性が多いが、年々女性の割合が高くなっている。年間伸び率でみると、男性が2.3%に対して、女性が4.5%とほぼ倍となっている。

医師を目指す女性の数は増えており、特に

小児科医ではその傾向が顕著である。このため中堅として活躍すべき世代の小児科医で女性の比率は近年ますます上昇している。しかし、これら女性小児科医師のおよそ3分の1が育児や家事のために小児科臨床の現場を離れているのが現状である。いまや女性医師の力が十分に發揮できる環境を整備しなければ小児科のみならず、医師確保施策は成り立たない。

同様に定年退職後の有能な先輩医師も地域には数多く居住されている。積極的な開業支援策を検討し、専門性の高いかかりつけ医として、地域の一次診療の担い手になっていただけの環境整備を行う。

### (2) 財源確保：診療報酬の適正化

“OECD Health Data 2000”によれば、日本のGDPに占める医療費の割合は加盟国中18位と低いが、同年のWHOの健康達成度の総合評価は加盟国中1位である。米国を比較に挙げれば、医療費の割合は加盟国中1位と高く、健康達成度の総合評価は加盟国中15位と低い。

「医は仁術」の言葉のもとに、犠牲と献身によって成り立っていた日本の医療提供体制はもはや限界に来ており、燃え尽き症候群にて有能な医師が第一線を去っていく現状を開拓するには、診療報酬の適正化は避けて通れない。

### (3) 病床数削減：受療行為抑制と早期離床・早期退院

①住民に対する受療行為抑制教育啓蒙活動や予防医学的施策と、②医師に対する根拠に基づく早期離床・早期退院教育啓蒙活動の実践が鍵となる。

①についてはあくまで受療者自身が自己抑制することが必要で、そのための検診事業などの予防医学的施策と、かかりつけ医制度の本格的普及による一次医療と二次・三次医療の明確な線引きにより、医療の質を維持・向上しつつも受療回数が削減され、患者満足度がむしろ向上する“仕組み作り”が必要である。

②についてはDPCなど診断群別包括払い制の導入が契機となると思われるが、医療の質を維持・向上できる医療環境での診療報酬体系を構築しなくてはならない。

#### (4) 診療科間の偏在是正：

##### 診療報酬体系の是正が必須

最も理解が容易な小児科を例に採ると、①内科と同様に広範囲の疾病領域を対象としているが、②少ない小児科医数で対応しており、③その要因として、十分な人員配置が可能な採算性が確保されていないことがある。また、女性医師が多いことも小児科の特徴であり、既述のように女性医師の労働環境の整備がまだまだの状況では、必然的に医師不足となるのである。

従って、医師確保の方策は、まず第一に診療報酬体系の是正による適切な人件費確保が必須となっている。

#### (5) 地域間の偏在是正：新医師臨床研修制度に期待しつつ、医局制度のメリットを活用

医師の多くが大学病院や都市部の大病院に集中している背景には、医師の研修の場、就職先確保を目指す大学と、人材調達の円滑化を図る地域の病院、双方の思惑が一致した形で今日に続く医師派遣システム、いわゆる“白い巨塔”体制が永年存続してきた事実がある。

2004年度から始まった“新医師臨床研修制度”では、大学病院と地域の臨床研修病院が全国、同じ土俵で研修医を公募し、コンピューター・マッチングで研修先を決定する仕組みとなっている。制度が2年間運用され、確かに関東関西といった大都市圏の研修医数は減少し、地方にも分散。2005年度は地域の臨床研修病院で医師としての第一歩を歩み出す研修医数が、初めて大学病院で研修を受ける研修医数を上回った。

しかしながら、現実は“地域の有名病院”に研修医が分散したのみで、地域の中小の臨床研修病院は定員割れが続いている。しかも、臨床研修が終わる3年目以降は、やはり大学病院に就職し、専門医資格や学位取得に向けて自ら“白い巨塔”に飛び込む研修医が多く、結果的に医師確保に対して、“大学医局が頼り”である臨床研修病院が多勢を占めている。

#### 「どこカル・ネット」プロジェクト

著者らは一昨年5月から特定非営利活動法人「日本サステナブル・コミュニティ・センター(SCCJ)」内に「どこカル・ネット」(<http://www.dokokaru.net/>)というプロジェクトを立ち上げた。

さまざまな医療過誤や血液製剤の汚染問題、BSEや鳥インフルエンザなどの食の安全問題、年金制度改革など、近年、健康・医療・福祉環境の悪化が目に見える形で進んでいる現状で、住民が望んでいるのは、いつでも、どこでも、だれでも、安心・安全で質の高い健康・医療・福祉をテーラーメイドかつ適価で受けけることの出来る(すなわち、どこでもカルテが見ることが出来る)ような地域健

康・医療・福祉環境である。「どこカル・ネット」とは、そのような地域の情報化を住民の手で実現しようというプロジェクトである。

日本にはいくつか「地域医療情報ネットワーク」の試みがみられるが、「どこカル、ネット」は、近年、少しずつ普及しはじめた医療機関毎の電子カルテシステムをインターネット上で安心・安全に相互利用するための仕組みをつくることで、住民が主体となった地域の情報化を住民の手で実現しようというプロジェクトである。

「どこカル・ネット」プロジェクトは、ただ単にセキュリティの高い地域健康・医療・福祉情報ネットワークのハードウェアやソフトウェアを提供するだけではない。「どこカル・ネット」でつながれた情報技術と人のネットワークを活用した様々な健康・医療・福祉情報を相互有効利用可能な形で一人一人の住民にテラーメイドで提供することで、新時代のライフスタイルを提案している。

「どこカル・ネット」は医療の偏在にどう対処するのか

「どこカル・ネット」は、地域の中核病院にWeb型の電子カルテシステムを導入・構築し、世界29カ国で採用されつつある医療情報交換規約HL7(<http://www.hl7.org>)と全世界で普及している医療画像標準フォーマット規約DICOMⅢを利用して、「一保健医療圈一患者一電子カルテ環境」を地域に構築しようとしている。換言すれば、「どこカル・ネット」は地域の医療機関を“仮想の巨



大単一医療機関”と見なして、地域にある全てに医療資源を集約し、地域住民に最善最良の健康・医療・福祉環境をテーラーメイドに提供しようとしているのである。

#### (1) EBM(根拠に基づく医療)の根拠を創造

「どこカル・ネット」は、住民・医療提供者双方に、診断や治療方針決定のための“意志決定支援情報”を提供することを最終目標としている。提供する“意志決定支援情報”は教科書的な一般論ではなく、個々の住民の保健医療履歴に基づくテラーメイドな情報であり、この情報はWeb型電子カルテシステムにて集約された全ての地域住民データを、匿名性の担保下に自動分析（データマイニング）し提供されるのである。

この情報=分析結果がEBM(根拠に基づく医療)の根拠であり、日本人独自の民族性や当該地域の風土・当該個人の保健医療履歴に基づき、最適化されている。

## (2) 国民総医療費の削減と診療報酬の適正化

「一保健医療圈一患者一電子カルテ環境」が

地域に構築されれば、①検査結果などの診療情報が共有可能となるため、重複検査や処置が回避でき、②複数の医療機関や診療科間での重複投薬なども回避可能となるため、医療費の削減だけでなく、過剰投薬や併用禁忌薬のチェックなどリスクマネジメントツールとしての効果も期待できる。

さらに、データマイニングなどの分析結果により、医療の質を維持・向上しつつも早期離床・早期退院可能な条件が明らかとなり、結果的に診療報酬の適正化が可能となる。例えば、急性心筋梗塞を初発した50歳代の男性の場合、心臓カテーテル検査及び冠状動脈拡張術を施行すると平均5日間の入院で85%の人が退院可能というようなモデリングが可能となり、このモデルに基づく人件費も含めた原価計算をすれば、妥当な診療報酬設定が可能となる。

また、結果的に入院期間の短縮に繋がるため、病床数削減にも貢献すると考えられる。

### (3) 医師確保の財源と診療科間の偏在打開

上述のように、妥当な診療報酬設定がなされば、医療機関の財務状況は好転する。小児科など、従来は診療報酬上、恵まれていなかつた診療科も正当な対価を得ることが可能となり、他診療科と同等の医師数の確保が可能となると思われる。

### (4) 地域偏在と医師確保

当「どこカル・ネット」プロジェクトは電子カルテや医療情報ネットワークのみを扱っているわけではない。住民活動の一環として、相互のナレッジシェア目的の研修会や研究会、フィールドワークを行い、その結果を住民ニーズとして把握し、そのニーズを満たすた

め地域産業界保有シーズとのマッチングや仕組み作りを行い、社会起業を推進している。しかし、医療の、特に医師の地域偏在に関しては、地域の医学部や医系学校入学者に対する奨学金システムの確立程度の打開策しか想定できていない。

プロジェクトが全国に広がれば、適正な医師配置数などをデータマイニングなどにより導き出すことも可能であるが、今現在は机上の空論である。

NPO法人として、医療の地域偏在打開のために何が出来るか、さらに検討を重ねたい。

### おわりに

#### “医療の偏在にどう対処するか”

この大きな命題に対して、医療法における医療計画の変遷と医師数・病床数、電子カルテネットワークとそのデータに基づくデータマイニングに期待できるもの等をキーワードに概説を試みた。

どうしても医療提供サイドあるいは行政サイドの論調になってしまい、自らの未熟さを実感しているが、多分、この大きな命題に対する解決の糸口はこれらのどちらでもなく、受療者すなわち地域住民サイドが持っているように思われる。

永年、地域住民は「先生、お任せします」の医療、換言すれば「与えられる医療」を受けてきた。医療提供サイドあるいは行政サイドと地域住民サイドの間に、あまりにも大きな情報格差があり、自らの病でありながら全く自己評価や自己判断するための情報や判断基準に乏しく、「与えられる医療」を甘受するしかなかった。

しかしながら近年、e-JAPAN 計画の恩恵で世界一高帯域のインターネット接続環境が安価で整備され、Web 上の検索サイトを利用すれば誰もが容易に医療関連の「高度専門知識」を無料かつ日本語で入手可能となった。その結果、情報格差は解消し、むしろ一部に逆転化（医療提供サイドより地域住民サイドの方がより良い情報を持っている）現象が見られ始めている。住民は“より良い医療”“より安心・安全で質の高い医療”を求めて情報収集し、遠くても希望する医療機関へ移動していくだろう。

「与えられる医療」から「求める医療」へ。この地域住民サイドの行動変容は消費行動では極く当然のことであるが、この「求める医療」への行動変容が、正に“医療の偏在にどう対処するか”という命題に対する解決の糸口のように思われてやまない。

これを受けて医療提供サイドは地域住民から「選ばれ求められる医療機関」となるべく、提供できる医療水準の向上に精進し、その結果を隨時情報公開していく。地域住民はその情報を見て再度、行動を変容するかどうか判断する。

この“情報のキャッチボール”こそが、解決の糸口と考えている。

#### 注

##### 1) 特定機能病院

- ①高度先進医療の提供と、②高度先進医療技術の開発・実践・評価、③高度先進医療の教育・

研修を担う大学病院（本院）とナショナルセンター（及び相当病院）で、500床以上、10以上の診療科を持ち、患者100人あたり12名の医師数と患者25人あたり1名の看護師数を満たす、紹介率<sup>②</sup>30%以上の病院で、診療録（カルテ）の管理体制が確立していることが認定の施設基準である。

##### 2) 医療法における患者紹介率の算定式

###### ①特定機能病院

$$(\text{紹介患者数} + \text{逆紹介患者数} + \text{救急患者数}) \times 100 / (\text{逆紹介患者数} + \text{初診患者数})$$

###### ②地域医療支援病院

$$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) \times 100 / (\text{初診患者数} - \text{休日夜間救急患者数} - \text{救急患者数})$$

##### 3) 地域医療支援病院

二次医療圏ごとに機能別に複数施設が整備された。①200床以上の病床を持つ地域医療の基盤的病院で、②救急医療を提供しており、③地域で共同利用可能な診断機器や病床（開放型病床）などの施設・設備を持ち、④医療従事者の教育・研修体制が確立している、⑤紹介率80%以上の病院。

##### 4) 基準病床数の定義

病床種別に基準となる病床数を算定したもので、①一般病床と療養病床は二次医療圏ごとに、②精神病床と結核病床は都道府県圏域ごとに、③感染症病床も都道府県ごとに知事が定め、④特定病床として、がん・循環器疾患高度専門診療施設、小児専門病床、周産期・新生児の集中治療管理病床、救急病床、神経難病専門、緩和ケア、開放病床など13病床群が定義されている。

##### 5) 基準病床数算定式

$$\text{一般・療養} = \{(\Sigma A + C - D) \div E\} \times F + G$$

$$\text{精神・結核} = (\Sigma A + C - D) \div E$$

A：当該圏域内の性別・年齢階級別人口

B：地方ブロックの性別・年齢階級別入院率

C：当該圏域外からの流入入院患者数

D：当該圏域外への流出入院患者数

E：病床利用率

F：平均在院日数推移率

G：都道府県知事が定める数

##### 6) 評価項目の例（日本大学医学部寺崎らによる）

- ①検診、②手術件数、③術後日数、④死亡率、  
⑤RI、⑥リニアック、⑦ケア病床流出、⑧在宅、  
⑨死者、⑩自宅死亡、⑪緩和ケア、⑫在宅末期

**資料1——医療法における保健医療計画の位置づけ  
(関係部分抜粋、一部略・補足)**

医療法(昭和23年法律第205号)

第30条の3 都道府県は、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

第2項 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

第1号 主として病院の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項(二次医療圏……一般の医療需要に対応)

第2号 2以上の前号に規定する区域を併せた区域であって、特殊な医療に係るもののが整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項(三次医療圏……特殊な医療需要に対応)

第3号 基準病床数(必要病床数)に関する事項

第4号 地域医療支援病院やその他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項(地域医療支援病院の整備の目標、都道府県が必要とする疾病対策別の医療機能提供施設の整備の目標)

第5号 医療提供施設の設備、機器又は器具の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能の分担及び業務の連係に関する事項(病院の共同利用を含む医療機関相互の診療機能及び業務連携、在宅医療提供体制の整備、医薬分業の推進)

第6号 休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項(初期救急医療機関、第二次救急医療機関、第三次救急医療機関)

第7号 へき地医療の確保に関する事項(へき地医療支援機構、へき地拠点病院群、へき地診療所)

第8号 医療従事者の確保に関する事項

第9号 その他医療を提供する体制の確保に関する事項(保健・医療・福祉の連係)

第3項 二次医療圏ごとに前項4号から9号までの計画を作成する。(→地域保健医療計画)

第4項 二次医療圏、三次医療圏の区域の設定並びに基準病床数の標準は、厚生労働省令で定める。

二次医療圏:地理的条件等の自然的条件、交通事

情等社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定(医療法施行規則第30条の29の1)

三次医療圏:都道府県の区域を単位として設定すること。ただし、区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、2以上の区域を設定することができる(同上の2)

基準病床数(規則第30条の30)

- 療養病床及び一般病床:二次医療圏の区域ごとに算定
- 精神病床、結核病床、感染症病床:都道府県の区域ごとに算定

第5項 (基準病床数を定める場合の例外規定) 略

第6項 (計画公示後の急激な人口増が見込まれる場合等の病院の許可申請等の事務) 略

第7項 (特定病床等を含む病院の許可申請等の事務) 略

第8項 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようになるとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連係を図るために努めなければならない。

第9項 (境界周辺地域における医療の需給の実情により関係都道府県との連絡調整) 略

第10項 都道府県は、少なくとも5年ごとに医療計画に再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更するものとする。

第11項 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。

第12項 都道府県は、医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）の意見を聽かなければならぬ。

第13項 都道府県は、医療計画を定め、又は変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならない。

第30条の4 厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

## 資料2—医療計画制度の改革の方向性に係る

### 論点整理

（2004年11月26日 厚生労働省医政局指導課）

#### I. 患者や住民の視点を反映した医療計画制度のあり方について

○患者や住民にも分かりやすい指標を作成し、二次医療圏内にある医療機能について、主な疾病ごとに把握できるようにしてはどうか。

○医療機器についても医療機能として把握できるようにしてはどうか。

○医療計画制度については、医療機能の把握、医療提供体制の整備など住民に身近な都道府県の役割を更に強化し、国は都道府県を補完する立場を明確にしてはどうか。

○医療計画の作成に当たっては、作成、執行、政策評価そして次期医療計画への反映といった一貫した都道府県の政策の流れが構築できるようにしてはどうか。

○二次医療圏の範囲の設定については、都道府県が二次医療圏を設定する場合の参考となるよう、圏内の人口などについて具体的な考え方を示してはどうか。

○医療計画制度においては、医療提供体制側から住民への情報量を増大させるよう推進するだけでなく、住民が求めるきめ細かな医療サービスのニーズについても把握できるようにしてはどうか。

#### II. 医療機関の機能分化や福祉分野との連携を促進させる医療計画制度のあり方について

○主な疾病ごとに地域の医療機能の状況を把握することによって、病床数という量的管理から疾患ごとの医療機能という質的管理に転換すべきではないか。

○患者の急性期から慢性期に至る状況に応じた医療機関の連携について明示してはどうか。

○病院と診療所の連携、病院と病院の連携などを医療計画に位置づけられるようにしてはどうか。

○臨床研修の取組や医療安全に係る活動など質の高い医療を提供する医療機関を医療計画に位置づけてはどうか。

○小児救急医療をはじめとする救急医療や周産期医療、べき地医療については、都道府県が医療計画上に達成までの数値目標を記載することによって、これまで以上に実現に向けたものとしてはどうか。

○かかりつけ医や小児・成人への往診、在宅医療の推進方策など医療計画に位置づけてはどうか。

○公的医療機関と民間医療機関との役割分担を推進するため、公的医療機関については民間にはできない医療に集中するようにし、そのために当該公的医療機関の役割を医療計画に明示してはどうか。

○公益性の高い医療を担っている民間医療機関を医療計画に位置づけてはどうか。

○歯科診療所も含めて二次医療圏内の診療所の役割を医療計画に明示してはどうか。

○医療提供体制の役割として薬局についても医療計画に位置づけてはどうか。

○医療提供体制については訪問看護ステーションも含めることとし、医療と福祉の連携を視野に入れた医療計画制度となるようにしてはどうか。

○痴呆性の高齢者の問題も含め、医療計画のあるべき姿を考えてはどうか。

○介護支援計画や健康増進計画と医療計画が連携し、整合性がとれるようにしてはどうか。

#### III. 補助金制度改革と医療計画制度のあり方について

○医療計画を実効性のあるものにしていくため、都道府県に対する財政支援についても、都道府県の自主性・裁量性の發揮をより高めるように

するという観点から改革を行うべきではないか。

#### IV. 大学など医育機関と連携した医療計画制度のあり方について

○小児医療や救急医療など地域に必要な医療提供体制を構築するためには、小児科医や麻酔科医など不足している医師を確保することが重要であり、これらの医師を養成する大学医学部や臨床研修病院も視野に入れた医療計画制度を構築してはどうか。

#### V. 診療科別の医師の確保など医療従事者の確保を反映した医療計画制度のあり方について

○必要な診療科別の医師数を医療計画に明記するようにしてはどうか。

(注) 本論点整理は「医療計画の見直し等に関する検討会」「社会保障審議会医療部会」などにおいてあった医療計画制度の改革に関連した意見を事務局においてまとめたものである。

## ●矢祭町=「合併しない町」の地域自立設計 元気な子どもの声が聞こえる町をつくる

保母武彦／根本良一著 定価 1000 円(税込)

全国に先駆けて「市町村合併をしない宣言」を発した福島県矢祭町。同町は、行政機構と財政運営の改革を行い、行政サービスの質を落とさない努力を積み重ねてきた。その成果の上に立って町はこのほど、「元気な子どもの声が聞こえる町」をテーマにした総合計画をまとめ、さらに自立の町の将来展望を描るぎなものにしつつある。

**[増刷出来] 内省不疚の心でまちをつくる**  
「合併しない宣言の町」の自立計画  
根本良一／保母武彦編著 定価 1000 円(税込)

**自治体研究社** 〒162-8512 東京都新宿区矢来町123  
TEL03-3235-5941 FAX03-3235-5933