
病院のあり方に関する報告書

2011年版



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会 編

はじめに

病院のあり方に関する報告書は、1998年以來6版目となる。医療に関する基本的な考え方として「医療は、患者（国民）と医療人が協力して構築すべき公共財であり、国民の健康・生活に直接関係する点で極めて重要である。従って、医療に関する諸議論は、広く国民、関係諸団体、医療人が参加し、議論の過程について透明性が確保された上で、かつ長期的な視野に立って行われる必要がある」と示してきた。

社団法人全日本病院協会（以下：全日病）は、約2,300の会員病院を有する団体として、「関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする」という理念を達成するため、本報告書を具体的な活動の基本と位置づけ、各種委員会を中心に種々の取り組みを重ねてきている。

これまでの本報告書に共通する柱は、会員病院が質の高い医療提供のために行うべき具体的な取り組みを示すと共に、望ましい持続可能な提供体制のあり方を提言し、会員病院の対応に関して助言を行うというものである。

本報告書作成にあたり、「高齢社会がピークに達する2025年の医療・介護提供体制のあり方の検討と提言」を病院のあり方委員会に委嘱した。予測される超少子高齢社会における医療・介護提供体制は既存体系の延長では不可能であり、早急な検討課題と考えたからである。

3月11日に発生した東日本大震災は、国や地域における危機管理のあり方に大きな課題が内在していることを示した。社会保障として、公共財としての医療のあり方にも大きな問題提起をした。

今後、震災からの復興計画における医療・介護提供体制の構築は、将来の日本の医療提供体制の構築に多くの示唆を与えるであろう。

本報告書が、将来予測される財源難と労働力不足という社会環境のなかでの、望ましい医療提供体制の構築の議論において、広く関係者に利用されることを期待している。

また、今後も全日病が医療の環境整備と充実に向けて自立・自律した組織として主体的に関わるという意思表示でもある。

社団法人全日本病院協会
会長 西澤 寛俊

病院のあり方に関する報告書 2011年版

目次

はじめに	
第1章 2025年の日本を想定した報告書	1
第2章 医療圏	5
第3章 医療・介護提供体制	6
第4章 医療従事者	11
第5章 医療費	17
第6章 診療報酬体系・介護報酬体系	20
コラム：臨床指標を用いた診療報酬・介護報酬体系の展望	23
第7章 医療の質	24
第8章 病院における情報化の意義と業務革新	38
第9章 産業としての医療	46
第10章 医療基本法	47
おわりに	49
参考資料	50
(社)全日本病院協会 病院のあり方委員会 開催状況	106
(社)全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿	107

第1章 2025年の日本を想定した報告書

全日本病院協会における医療提供に関する本格的な検討は、1998年「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会」の発足に始まり、その成果は49ページの報告書にまとめられた。その後、近未来の医療提供体制を中心に継続するケアとしての介護にまで検討が及び、2000年からその内容のまとめが隔年に「病院のあり方に関する報告書」として発刊されてきており、2007年版は107ページに及ぶ報告であった。

「はじめに」の中で先述した通り、本報告書に共通する柱は、会員病院が質の高い医療提供のために行うべき取り組みの提示、望ましい継続可能な提供体制のあり方の提言、会員病院の対応に関する助言である。このような一貫した姿勢は、利益誘導型となりがちな病院団体の取り組みとしては画期的なものとして多数の関係者から評価されてきた。

今回数えて6回目となる「病院のあり方に関する報告書」作成に関して、2010年4月、会長から委員会へ、「高齢社会がピークに達する2025年の日本における医療介護提供のあり方を十分検討し報告書とするよう」に指示があった。

既刊の報告書や直近の医療情勢にとらわれず、社会構造の変化や経済の将来見通し等も踏まえた現実的な対応と、これまで追求してきた理想的な医療提供の姿もあわせ再検討したので報告する。

2025年の日本における医療介護提供体制に直接影響する可能性の高い主な変化は以下の通りである。

1. 人口の変化

①人口減少・少子高齢社会の急速な進展

2005年、日本の総人口は減少に転じた。1899年に人口動態統計を取り始めて以来はじめてのことであり、既に人口減少社会は現実のものとなっている。2005年に1.26と過去最低を記録した合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む子どもの数）は低水準で推移しており、少子化傾向に歯止めがかからない。その一方で、平均

寿命は高水準にあるため、人口減少下での少子高齢化が進み、年少人口（15歳未満人口）比率は世界最低水準、老年人口（65歳以上人口）比率は世界最高水準となっている。

近年の人口の推移は、国立社会保障・人口問題研究所が2005年12777万人から2009年12740万人に減少するとした予測通りとなっており（実数12750万人）、大胆な人口増加計画が実施されない限り、2025年には人口が11927万人に減少する見込みである。

②悩ましい生産年齢人口、労働力人口の減少

経済・社会活動を担う中核である生産年齢人口（15歳以上65歳未満人口）は、1996年以降減少、労働力人口（就業者と完全失業者の合計）も1998年をピークに減少傾向に転じており、2025年までを展望してもこれらの減少傾向が継続することは避けられない状況にある。

生産年齢人口、労働力人口は、2007年から2025年までにそれぞれ8442万人から7096万人（16%減少）、6650万人から5820万人～6320万人（5～12%減少）が予想されている¹。産業全体に影響が及ぶが、これは労働集約的な医療や介護分野において最大の課題である。

労働生産性が現状と同様であると仮定した場合、現在最も現実的とされる実質GDP成長率1%が続くと300万人、0.5%にとどまれば800万人の余剰就業者が増えるとの見解を示す報告²もあるが、この場合でも、医療介護業界への就労につながるのかは不明である。また、次世代ロボットが人間352万人分の労働力を代替し、不足する労働力427万人分の約8割を補填するとの試算もあるが、この中でも医療・介護分野に関しては、人を抱きかかえることができる介護ロボット等の導入で97万人分の労働力としか計算されていない³。

¹ 雇用政策研究会：労働力人口の見通し2007年

² 小林真一郎：2025年高齢化で変わる日本経済・社会、季刊政策経営研究、三菱UFJリサーチコンサルティング、東京、2009

³ 機械産業記念事業財団2008年4月

③生産年齢人口、労働力人口の見通し

今後、10～15年後を見通す場合、従来の考え方を変える必要がある。すなわち、生産年齢人口、労働力人口の実態（比率）は、大きく変わらざるを得ない。健康な高齢者、あるいは、障害者でも、社会活動に貢献できる社会体制が構築されているであろう。また、東日本大震災後の日本復興には、今まで以上に、これらの人々の活躍が必要である。

2. 疾病構造の変化

厚生労働省患者調査から1982年から2010年までの疾病構造の変化を見ると、高齢化の進展もあり悪性新生物、高血圧症、脳卒中、糖尿病が増加しているが、今後もこの傾向は続くと共に、その他、筋骨格系や尿路性器系疾患、眼及び付属器疾患の急増も予測される。厚生労働省患者調査を基にした疾病構造推計によると、2025年には手術患者数は1.3倍、短期入院患者数は1.7倍、慢性期入院患者数は2.5倍程度に増加するとされている^v。

3. 社会保障給付費／医療費の伸びと医療従事者不足

①社会保障給付費／医療費の伸びと財源論

この15年で激増する後期高齢者・要介護高齢者を支えるためには、社会保障の根幹の一つである医療・介護の一定水準の確保が必要である。そのためには財源と人材の確保の見通しが重要となる。

2007年度社会保障給付費は91.4兆円と初めて90兆円を超えたが、2008年度は94.8兆円（対前年度増加額は2.7兆円）、対国民所得26.8%（対前年度比2.6%増）と更に伸び過去最高を更新した。このうち、年金は49.5兆円（52.7%）、医療費は29.6兆円（31.5%）、福祉その他は14.9兆円（15.9%）で、高齢者給付費は65.4兆円と全体の約7割を占めている。

2011年度予算（一般会計過去最大の92.4兆円）では、一般歳出54兆円のうち社会保障関係費は5.3%増の28.7兆円となり50%を超えている

^v患者調査、DPC調査等の統計調査データを用いた看護職員必要数の長期将来推計に関する検討－伏見委員提出資料－（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0622-6a.pdf>）

が、今後団塊の世代の高齢化に伴い、要医療・要介護者が右肩上がりが増えることから、社会保障給付費も確実に増大し、2025年には141兆円国民所得比26.1%と試算されている^v。

社会保障関係費：社会保険費、生活保護費、社会福祉費、保健衛生対策費、失業対策費からなる

社会保障給付費：国・地方公共団体の歳出、社会保険等から支払われたものを含む社会保障全体の給付額

社会保障国民会議の2025年度医療介護費用の財政試算では、シナリオによって差異はあるものの、2007年の41兆円（医療費34兆、介護費7兆円）から、2025年には倍以上の85～93兆円（医療費66～70兆、介護費19～24兆円）に、年金は65兆円になると予想しており、生活保護の給付世帯も確実に増えていくとされている^{vi}。予測に従うと実に今後15年という短い期間に、社会保障費は150兆～160兆円に達することになる。

周知のごとく現在の日本の財政状況は、末期の状態にある。国債、借入金、政府短期証券を合わせると2009年末の債務残高は900兆円を突破、2010年度国債発行額は過去最大の44.3兆円（歳入に占める依存度48%）となり、債務残高は2010年度末には973兆円と空前の1,000兆円に迫りつつある。更に、約1800の地方公共団体の財政不足は、地方税収等の落ち込みにより1994年以降急速に拡大し、2009年度末には197兆円となっている。

財政赤字を国際公約^{vii}に従って半減させるには、44.3兆円の半分22.1兆円の歳入の伸びか歳出削減が必要となる計算となるが、現実には消費税の引き上げしか策はないとされ、この場合実に9%の引き上げ（1%は2.4兆円相当）が

^v厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」平成18年5月（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/dl/h0526-3a.pdf>）

^{vi}社会保障国民会議：最終報告平成20年11月4日（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syukaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf）

^{vii}2010年6月トロントで行われたG20首脳会議で2013年までに各国の財政赤字を半減させるとの宣言が採択されたが、日本だけは例外視され不名誉な結果となった。日本はG20の前に財政健全化目標として、プライマリーバランスの対GDP比赤字を2015年までに半減、2020年までに黒字化を掲げ、「国際公約」としてG20で例外扱いを受けている。

必要となる。

ギリシャの財政破綻がEUや世界に与えた影響が大きかったことから、日本の財政健全化に対する各国の圧力はこれまで以上に強くなっており、現民主党政権の対応の緩慢さもあって、2011年1月27日S&P(Standard & Poor's米投資情報会社)は長期国債の格付けをAA-に引き下げた。国債の大半が国内で調達されているからと言って、健全な状態には程遠いということは明らかで、長期金利の引き上げがあった場合の混乱も指摘されている。プライマリバランスが大きく崩れている中で超高齢社会に突入し、このままの状況が続けば、国際的信用力を失いデフォルトや高いインフレ状態となる可能性も否定できない。

②医療従事者不足

社会保障国民会議へ提出された2025年度医療介護費用の財政試算の基礎データでは、医師数が27万人から33～34万人へ、看護師数が130万人から170万～204万人へ、介護職員数は117万人から211万～255万人へと増員が必要とされている。医師や看護師数ですら現在の養成計画ではまだ不足する計算であるが、医療に関係する人材の確保以上に大きな課題が、急増する要介護高齢者の介護サービスを支える人材の確保である。介護サービスは典型的な労働集約型の事業であり、介護ロボットの出現等により一定程度の代替は可能としても、基本的に人による対応が必須である。更に介護サービスの場合、ベテラン介護職員だからいくつもの業務がこなせるというものではないため、介護サービス量やニーズに応じた介護職員数が必要になる。試算に見合う介護職員の確保には、毎年7.6万人ずつ増やさなければ到達できない数である。現在でも全国的に介護職員が不足しており、しかも介護の専門職である介護福祉士を養成する大学・専門学校が全国で急増したことや3Kという悪いイメージも重なり、最近では入学者の定員割れが続いている¹⁴⁾。うえに、更に少子化で就業人口が減少することを考えると、とても達成できる数字だとは想定されない。

財政問題と人材確保問題は表裏一体の関係にある。人材確保のための処遇改善には診療報酬、介護報酬の引き上げが必要であり、財源確保の選択肢には消費税引き上げか保険料値上げしか

ないが、国民が負担増をどこまで許容するのかは不明である。

但し、元気な高齢者が増えてきていることも踏まえ、現在65歳以上となっている高齢者の定義を70歳以上とすべきとの主張も見られる。定義の変更に伴い、年金支給年齢を遅らす等の措置がとられるならば、労働人口が大きく変化することとなり、かつ高齢者を支える人口も増加することとなるので、若年者の負担増の問題も緩和される可能性があり、考え方が変わりうる要素はある。全日病としては、若年者の減少が確実視される中で、健康な高齢者の経験を活用することは歓迎すべきことと考える。医療・介護分野を含めて、多様な就業形態等環境整備が図られることが望ましい。

4. 2つのシナリオ

2025年における医療介護提供のあり方を示すに当たっては、これらの厳しい想定に従った現実的なシナリオと、今回の大震災のように窮地に陥った際には国民は英知を結集し一致団結してこれを克服することを期待し、9つのテーマに関する理想的なシナリオを示すこととした次第である。

<現実的シナリオ>

確実に招来する現象とこれに対応する科学技術の発展も加味した医療介護提供体制を考える必要がある。

人口ピラミッドから見て、2025年の人口減少は既成の事実であるが、人口減少は主要大都市部では少なく¹⁵⁾、地方の過疎化の進展が大きな問題であり、限界集落の急増もほぼ間違いなく招来すると見られている¹⁶⁾。

医療介護提供体制は、大都市部、中小都市部、郡部それぞれの特性を十分に考え再構築すべきである。大都市部では現行の医療介護提供体制の拡充により対応可能であるが、現在でも

¹⁴⁾厚生労働省調査では、全国の養成校は434校、定員数25,407人に対し、2008年度の入学者数は11,638名であった。介護労働不足が叫ばれ始めた2006年71.8%、2007年64.0%、2008年には定員半分以下の45.8%と急速に減少している。

¹⁵⁾国立社会保障・人口問題研究所2009年一人口統計資料集

¹⁶⁾北海道新聞2011年4月21日

問題となっている地方の医療崩壊は、担うべき人材の偏在と経済効率性のみを求める国の施策からますます厳しい状況になることが予想される。医療提供体制の再構築で最大の問題である医師・看護師を中心とする医療従事者配置の地域格差の是正は行政の責務であり、制度による誘導も必要である。

患者動向を踏まえると、一般的に急性期医療の提供には社会保障国民会議のB3シナリオのような集約化が求められるが、同時に圧倒的に増加する日常の慢性疾患管理のための「プライマリケア医機能」の充実が必要である。また、地域によっては医師や保健師による定期巡回制度の導入、および救命救急について医療圏を越えた協調協働の仕組みづくりやドクターヘリの導入等の有効な搬送システムの構築等包括的な取り組みが欠かせない。

厳しい財政状況が予想される中、消費税の引き上げは必須であるが、これまでと同様な医療費、介護療養費の伸びは国民から容認されないであろう。決められた財源の中で一定水準の医療や介護を提供するには効率化は欠かせず、医療施設・介護施設の機能をより明確にし、機能分化と集約化／連携を一層推し進める必要がある。

国民の責務としての健康管理・健診受診や介護予防の徹底および地域全体で捉えるべき介護提供の確立等の大きな課題から、標準的診療の徹底や重複検査の排除、多薬剤使用の見直し等の細部の課題まで、多面的に同時に再検討する必要がある。また、ICT（Information Communication Technology）を利用した「社会保障カード」等による国レベルと「健康管理／疾病管理／介護手帳」等による個人レベル双方での情報管理と情報共有も重要な取り組みである。

公的財源が限られた場合には、保険診療で行う医療提供の範囲の議論は不可避である。その場合、最先端医療や超高齢者に対する医療提供のあり方等を十分検討する必要があるが、一定程度の制限は止むを得ないであろう。

国民の医療介護に関連する要求は一方的に高まるばかりであるが、国民の義務についても議論すべき時期に来ている。即ち、疾病の早期発見早期治療の仕組みづくりをどの年齢からどの範囲までにすべきかについては今後の議論を待つとしても、特定健診非受診者、喫煙者等健康管理上、最低限守るべきルールに意図的に従わ

なかったものが関連疾患に罹患した場合の対応等は何らかの形で問う必要がある。

超少子高齢社会においては、若年労働人口減少に伴う医療介護従事者の減少が提供体制の縮小をもたらす可能性が高く、積極的な高齢者の社会的活用と女性の就業率を上げるための社会環境整備が求められる。

最近再び議論されるようになってきた外国人労働者の受け入れは、「外国人の帰化に対する日本人の抵抗感を克服するのは難しいだろう」との予測もあるが²¹、介護領域における需給見通しから考えると積極的に推し進めるか、あるいは地域全体で高齢者を見守る体制作りをするかのいずれかを早急に決めるべきである。

現実的なシナリオを考える場合、今後の科学技術の進歩も確認する必要があるが、最新技術を駆使したとしても労働集約的構造の変化や医療費の抑制に繋がるものではない。

最近、その実現に向けて厚生労働省が色々な場面で話題として取り上げている「社会保障国民会議」に提案した医療提供モデルの成立は、消費税引き上げによる財源確保を前提としている以上困難も予想され、代替案の作成が必要と考える。

<理想的シナリオ>

これまで「病院のあり方に関する報告書」において、理想的な医療介護の提供のためには、正確な疾病調査に従い、地域特性をふまえた一定の人口毎の医療圏の設定と急性期から慢性期まで更には介護まで切れ目のない継続したケアの出来る提供体制と、これを維持するための科学的な報酬体系の確立が不可欠であることを述べ、更に国民の信頼を得るための質向上の取り組みの重要性を示してきた。

今回は、医療圏／医療・介護提供体制／医療従事者／医療費／診療・介護報酬／医療の質／病院における情報化の意義と業務革新／産業としての医療／医療基本法の9つのテーマに絞り、2025年の医療介護のあり方を想定して検討したので報告する。

²¹ US National Intelligence Council: Global Trends 2025: A Transformed World (世界潮流 2025)

第2章 医療圏

2006年に実施された「医療制度改革」の際の、都道府県に作成義務が課せられた医療計画の見直し論議を振り返ると、ワーキンググループからは「疾病調査を基本とした医療提供体制の再構築」という本質的な提案がなされたが、厚生労働省は作業量の多さと時間的制約から4疾病5事業に的を絞った取り組みへと変容させ、しかも理想的な医療提供体制の構築に不可欠な医師の養成には否定的なままで計画を進めるという結果に終わった。

地域医療崩壊が叫ばれる中で、ようやく厚生労働省も医師そのものの偏在に加え診療科別医師の偏在を問題視するようになったが、当面の医師不足の解消は不可能としても、その是正は行政の責務である。地方における急速な人口の減少を想定しつつしかも地勢的特徴等地域特性を踏まえた提供体制をいかに再構築するのかを議論しなければならない。

現在は、基本的な医療提供体制の構築を二次医療圏毎に考えることが多いが、地勢的な理由もあり実際には人口1万人強程度の圏域や日常生活圏とは一致しない圏域もあることから、医療圏の設定では、将来ともに必ずしも過去に決められた人口30万人程度を想定した二次医療圏にはこだわらざるべきではない。基本的には、交通手段や商業圏の変化や住民の医療機関受療行動調査を踏まえて、その時点で最も理想的な範囲を検討する必要があるが、いかなる線引きが行われようと境界地域に位置する住民に影響がでることから、行政区域に準ずることが現実的といえる。しかし、問題となる人口減少と高齢化の進展は、すべての圏域で一様に変化が起こるのではなく、大都市部の人口の減少は少なく、高齢者の転居も含め地方の過疎化に拍車がかかることが懸念されることから、今後は一定期間ごとに医療圏の見直しを考えることが必要である。

医療提供に関しては、需要と供給は常に均衡すべきであり、今後は医療圏ごとに人口や疾病調査を行い、このような都市部と郡部の地域格差については、地域特性を踏まえた異なる医療提供体制の構築も考えるべきである。

人口減少が少なく人口密度も高い大都市部においても、より一層の機能分化と連携による効率的な提供体制の構築が必要であるが、医療機関が多く日常診療は基本的に確保されている圏域なので、救命救急に関する域内取り決めを再検討すれば、患者の選択と施設間競争原理等により必要な提供体制が自然に確立すると考える。

首都圏のベッドタウンのような衛星都市でも基本的には同様の考え方が成立するが、行政が自らの行政区分内に自己完結型の提供体制を構築しようとする傾向があり、日常生活圏と一致しないことも多い。医療提供者側から都道府県や市町村境界にとらわれない医療圏の設定を積極的に提案していく必要がある。

人口10万人程度の地方都市には二次医療圏の考え方が最もよく当てはまり、公的大病院一民間中小病院一診療所という医療連携が成立しやすいので、集約化/連携により効率的な機能分化を図るべきである。

一方、人口密度が低く広域医療が必要な地域においては、救命救急に関しては、広域連携救急車出動体制の確立、ドクターヘリの導入等により、また日常の健康管理や慢性疾患管理に対しては、自動健康管理システム/疾病管理システムや医師・保健師定期巡回とICTを利用した遠隔診療の組み合わせ等も取り入れ、これまでにない新しい効率的な体制を構築すべきである。特に僻地では、財政出動を伴う行政の強い指導により二次医療圏ごとに公民の区別なく中核病院を充実させ周辺医療機関との連携体制を確立するとともに、周辺の医療過疎地域の診療所支援と受診を容易にする交通手段の確保を図るべきである。

第3章 医療・介護提供体制

医療提供体制

医療提供体制は、疾患のそれぞれの発生頻度により整備目標が変化し、先に述べた医療圏の設定によりそのあり方は大きく左右される。また、地域の事情（人口密度、交通システム等）や時代の変化により、医療圏における医療必要性は変化してゆく。

いつでも・どこでも・均一な医療サービスを・誰もが受けることができる、というような提供体制は有り得るであろうか。二次医療圏で考えれば、一定以上の人口が生活する地域に、おおよそ全科の急性期入院医療を提供できる病院が存在することが整備目標となろう。このような基幹的病院は、現状で500床規模、将来の平均在院日数短縮を考えても300床規模は必要であろう。この病院の守備範囲の人口は10万人が目安となる。現状で500床規模の病院の機能を、200床と300床の2箇所を持つことは困難である。一定規模であるからこそ持ちえる、多分野の専門医や医療関係職種配置、高度な医療機器の整備等が必要だからである。

このような基幹的病院の他に、各生活圏域で軽度～中等症の急性疾患に対応できる入院施設、基幹的病院から転院してリハビリテーションや引き続き入院を行う亜急性期対応の病院が必要である。一方、医療の重症性から長期的入院を余儀なくされた患者には、慢性期（現行の医療療養病床）における入院が必要となる。

一方、外来の機能分化はどのように考えるべきか。日本の医師教育は過去一貫して専門医育成に向かっていった。医療の高度化に耐えられる教育システムにはこの方法しかなかったのかもしれない。しかし、その弊害として医師は専門医ばかりになってしまった。現在、世の中に必要と考えられている医師像の一番手は、まずは何でも診ることができ、必要に応じて適切に専門医を紹介できる、プライマリケアを担う医師である。また、初期救急に対応できる救急医も必要である。

このような医師の存在を前提に、外来医療機

能分化を考えてみたい。

1. 外来医療のあり方

全日病は、患者の視点に立った効率的なアクセス確保の点から外来のあり方を次のように機能分化することを提言した。

- ①プライマリケア機能
- ②専門医機能
- ③コンサルテーション機能
- ④救急機能

①プライマリケア機能

プライマリケア機能は、まず患者が医療の必要性を感じた時に受診する医療である。ここでは多くの医療が完結されるが、必要に応じて専門医や入院医療が紹介される。また、慢性疾患の管理についてもプライマリケア医が主体となる必要がある。患者の希望に基づき、生活面を含めたケアを行う。一部の国で見られるような受診抑制は意味しない。この機能を担うプライマリケア医については後述する。

②専門医機能

専門医機能は、多くの日本の医師が持っている機能である。診療所、病院を問わず、専門医が存在している。プライマリケア医では対応困難な患者の治療に直接従事する。しかし、外来医療において安定期になった場合、プライマリケア医に任せるべきであろう。

③コンサルテーション機能

コンサルテーション機能は、主として大規模病院にいる専門医が担う医療である。プライマリケア医が日常の疾病管理を行うに当たり、治療方針を決め、あるいは定期的に評価する。専門医機能との相違は、専門医機能では直接患者の治療を行うことに対して、コンサルテーション機能では、治療の主体はプライマリケア医であり、医師（多くは専門医）はプライマリケア医の支援を行う。

④救急機能

救急機能は、現状一次（初期）・二次（入院）・三次（救命）に分類されているが、実際には明確に機能分化されて運用されているわけではない。

現実的に、どの医療機関を受診するかは、患者および家族、救急隊員の判断となる。その判断に医療・医師が介在していないことには質的に問題がある。特に、脳卒中の初期判断、心筋梗塞の判断等は、その判断により受診すべき医療機関が全く異なる。

今後、救命救急センターのように生命にかかわる重症例に対応できるシステムを、二次医療圏における基幹的病院において、更に整備していく必要がある。一方で、初期救急の対応は、一次医療圏、生活圏における病院、救急診療所が対応すべきであろう。この場合、必要に応じて救命救急センターや高度な救急医療が可能な医療機関と相互に連携できるシステムが重要である。

また、現状のような各科の専門医ばかりであると、このような救急システムは機能せず、救急患者は救命救急センターに過度に集中してしまう。一次医療圏、生活圏において、軽～中等症の救急患者が適切に治療を受けることができるためには、多くの医師が救急医療の実践者として経験を積む必要がある。また、救急医として認定された医師が、一次医療圏、生活圏における多くの医療機関に存在することが望まれる。

（プライマリケアを担う医師や専門医の資格と研修制度）

国民にとって望ましい外来医療は、通院可能な距離に信頼のおける医師がおり、日常の健康管理はもちろん、急性期疾患罹患時にも診療をしてくれる医療の存在であり、また、入院を要する場合には、適切な施設の紹介が受けられることであろう。

このような要望に応えるには、現在、「かかりつけ医」、「家庭医」、「総合外来医」等と呼ばれているプライマリケアに従事する医師の存在が必要である。

日本でプライマリケアに従事する医師の多くは、大学や大病院で専門医として訓練を受けた後、診療所を開設したり中小病院に就職したものが多く、したがって、プライマリケアに関する系統的な教育を受けていない場合が多く、そ

の担当範囲、技術、経験等に個人差が認められる。

一方、専門分野についても、急性発症症例の診療を日常的かつ継続的に行うことのできる病院勤務医と、この機会を得ることの少ない一般開業医とでは、最新の診療に関する経験の差が開業後年数を経るにつれ生じることが否めない。

国民の評価を得るような、プライマリケア医と専門医との連携の仕組みを構築するには、資格制度の確立、十分な生涯教育の実施、一定期間ごとの試験等により診療レベル維持を図らなければならない。日本には学会主導の専門医制度があるが、学会ごとにその認定基準が異なり、「専門医認定協議会」によりその標準化が図られようとしている。今後、専門医制度が標準化された上で、国民にも十分な情報開示がされることが望まれる。

全日病は、以下の制度の創設を提唱する。

- ①プライマリケア医は、2年間の卒後研修の後に、内科・外科・小児科・その他診療科の研修を受け、その後に認定試験を受けて資格を得る
- ②各専門医は、卒後研修後に特定の診療科で、更に数年間の研修プログラムを終了し、認定試験を受けて資格を得る
- ③プライマリケア医および専門医の診療レベル維持のため、学会や研修会における研鑽を義務づけ、更に、一定期間ごとに資格を更新する

医療界が自ら主導し、プライマリケア医、専門医の統一した資格認定と継続研修の仕組みを構築すべきであり、全日病も、その実現のために努力しなければならない。

2. 入院医療のあり方

入院医療の機能分化を考える時、病院単位、病棟単位、病床単位のそれぞれの単位で考えることができる。病院単位にすると、人口過疎地域では、急性期から慢性期までひとつの病院が担っている場合がある等、現状にそぐわないこととなる。一方、病床単位となると、人員配置等施設基準が複雑になりすぎる。そこで、本報

告書は以前より病棟単位での機能分化を提唱してきた。

入院医療の機能分化により、病棟は以下の4種類となる。

①高度医療病棟

現在、大学病院本院や一部のナショナルセンター等が特定機能病院に認定されているが、そこで行われている診療の大半は一般の急性期病院の診療と同じである。

稀な疾患（疾患を明示的に特定する）の診療や先進医療（遺伝子治療、特殊ながん治療等）を高度医療というべきであり、今後、対象疾患・医療内容等を十分調査した上で、「高度医療病棟」として、医療機関単位ではなく病棟単位で認定し、「特定機能」の名称を廃するよう提案する。したがって、現在の特定機能病院の病棟機能は、「高度医療病棟」と現行病床の大部分を占める「急性期病棟」に区分されることになる。

②急性期病棟

今後、急性期病棟は、外科的処置を要する疾患や重症度の高い患者に対応する病棟に特化されて行くべきである。そこで提供される医療は、EBM（Evidence Based Medicine、根拠に基づく医療）にもとづいて作成された診療ガイドラインにしたがって、個々の病院の機能に合わせたクリニカル・パス等を用いた診療が主体となる。急性期病棟には3つの類型が考えられる。

- 1) 地域（二次医療圏）基幹的病院の場合、複数の急性期病棟から構成され、現状の急性期医療では500床規模、将来は平均在院日数短縮に伴い300床規模の病院と考えられる。また基幹的病院には、救急救命センターもしくは高度な救急医療体制を併設することが望まれる。
- 2) 特定の科目（脳外科、整形外科、耳鼻科、眼科等）に特化して、急性期医療に集中する病棟（病院）が存在し得る。この場合、専門性は高くなるが地域性は薄くなる。
- 3) 規模を問わず、軽～中等症の急性期疾患、救急疾患への対応を行う一次医療圏、生活圏における急性期病棟は、特に高齢者の救急・急性期入院医療において、極めて重要な役割を持つ。

③亜急性期・回復期病棟

現行診療報酬上、一般病棟の一部として亜急性期入院医療管理料算定病床が認められ、回復期リハビリテーション病棟は病棟単位で認められている。しかし、亜急性病床の多くはリハビリテーションの対象患者が入院していることから、急性期後の入院医療（post acute）として、まとめて分類すべきであろう。ただし、回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーションに特化し、地域性は薄いものとなるのに対し、亜急性期病棟は地域密着型の病棟と考えられる。

亜急性期病棟の対象疾患は、リハビリテーション対象者の他に、慢性呼吸器疾患や心疾患、慢性肝・胆・膵系疾患の増悪期、コントロール不良で合併症のある糖尿病、病状が不安定もしくは進行期の神経難病、抗がん剤治療のため繰り返し入院が必要な悪性腫瘍等である。

④慢性期病棟

慢性期病棟の機能は、長期に渡り医療行為を要する患者の入院医療を提供する病棟である。現時点では医療療養病床に分類されている。

現状の医療療養病床は、2010年の医療区分の導入により、長期に渡り入院医療を要する患者を高い頻度で受け入れるようになった。これは療養病床の診療報酬が医療別・状態別分類による包括支払方式（1日定額）となったことによるものであり、医療連携の観点からは大いに評価される。しかし、実態調査のコストに見合う報酬が担保されていない点や、介護施設では医療的管理が困難であるにもかかわらず、医療区分で評価されていない状態が存在するので、医療区分等運用に関する追跡調査を行い、改めて科学的な医療区分の見直しを図るべきであろう。

なお、現在一般病床に分類されている「障害者病棟」や「特殊疾患病棟」は、慢性期病棟に区分されるべきである。

3. 在宅医療のあり方

今後、医療・介護を要する高齢者は明らかに増加する。また悪性腫瘍の治療等においても、在宅医療は極めて大きな存在となる。在宅医療・介護を推進するためには、地域の基幹的病院、在宅療養支援病院および診療所、訪問看護ステーション、各介護保険施設等の連携が重要である。

地域に密着した医療・介護の連携がない限り、

在宅医療の推進、地域包括ケアの確立は困難であろう。その確立のためにも、全日病の提唱する「地域一般病棟」の果たす役割は重要である。

(地域一般病棟)

「地域一般病棟」の概念は、2001年9月、四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書において、全日病を中心に纏められた概念である。その要旨は下記のようなものである。

急性期医療を担う病院は、急性専門病棟と地域一般病棟に分化することが望ましい。

- ・急性専門病棟：医療密度が高い急性期医療に特化した施設
- ・地域一般病棟：リハビリテーション機能・ケアマネジメント機能・高齢者にふさわしい急性期医療・後方支援機能・ターミナル対応機能を持つ施設

その後、全日病は「地域一般病棟」の概念形成と診療報酬上の評価を要望し、2004年改定において「亜急性期入院医療管理料」が新設された。

この概念を提唱してから10年になる。その間、医療・介護を取り巻く状況は大きく変貌している。診療報酬のマイナス改定や、医師・看護師不足、更に「医療崩壊」という言葉が人口に膾炙したほどである。多くの中小病院が診療所化し、民間病院のグループ化も推進されている。その一方では、地域の基幹型急性期病院は、患者の集中と医師・看護師不足で疲弊しており、正に「医療崩壊」を起こしつつある。このような状況を打破する方法のひとつが「地域一般病棟」の再認識と考える。医療法上、一般病床の名称が変わるならばこの名称も変えるべきかもしれないが、要は、地域（主として一次医療圏・生活圏）の医療を支える地域密着型病院（病棟）である。その役割は、

・急性期医療における連携

生活圏における住民、在宅療養中の患者、介護保険施設等の入居者等の軽～中等症の急性期の入院需要に応えるが、更に高度な医療が必要と判断された場合、基幹的病院等に紹介転送する。

・亜急性期（急性期後）の連携

リハビリテーション、病状不安定、抗がん剤療法等、急性期加療後に引き続き入院を担う、という考え方である。回復期リハビリテーション病棟とともに、亜急性期入院医療の中心となるべきである。

・救急医療における連携

救急指定病院もしくは救急対応として、主として軽～中等症の救急を担うが、必要に応じてより高次の救急医療機関に転送する。また、救急救命センター等で高度な入院医療は必要ないものの入院が必要と判断された場合、転送受け入れを行う。

・在宅療養支援

一次医療圏・生活圏において、在宅医療の支援は極めて重要な課題である。在宅療養支援診療所との連携、もしくは自ら在宅療養支援病院となり、地域の在宅療養の充実に貢献する必要がある。

日本には、かつて診療所であった医療機関が病院へと拡大し、地域医療を支えてきた歴史がある。この医療機能を再評価し、連携を中心とした中小病院が地域医療を支えることで、基幹的病院への負荷を軽減することにより、急性期医療もより充実し、地域の住民も介護施設等の入居者も安心して生活できる、地域包括ケアが実現できると考える。

介護提供体制

2000年に介護保険制度が施行されてから、10年以上が経過した。この間、介護費用の圧縮、居住費自己負担等、様々な方法で自己負担増が強いられてきた。一方では、要介護高齢者は増加の一途を辿っており、施設ケア、在宅ケアを問わず、質はもちろんのこと量の確保が避けられない問題となっている。また、制度上介護保険三施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養病床）は、従来の法的根拠が異なることによって、異なる取り扱いが存在した。

介護のための入所施設はどのように考えるべきであろうか。現在は介護保険による運営規定のほか、医療法に基づく介護療養型医療施設、介護保険法に基づく介護老人保健施設、老人福祉法に基づく介護老人福祉施設（特養）の、介護保険三施設を中心に、有料老人ホーム、ケ

アハウス（軽費老人ホーム）、養護老人ホーム、適合型高専賃などの特定施設、グループホーム等、多くの種別の施設や住宅が作られている。更に、介護療養型医療施設の廃止（2011年度末）に伴い、介護療養型老人保健施設が新設され、そこへの転換が促された。しかし、転換が進まず、結局は政策の見直しとなった。

このように多種・多様の介護保険施設・住宅が存在することは、国民にとって混乱を招くだけである。これらの施設・住宅は、共通の考え方の下に、国民に解りやすい制度にするべきである。本報告書では、介護保険施設の一元化を基本構想とする。一元化された後は、それぞれの施設において、自ら提供可能な医療・介護機能を明示する。その項目としては、下記が考えられる。

- ・ 医師・看護師による医療提供体制
- ・ 維持的リハビリテーション提供体制
- ・ 認知症対応体制
- ・ 24時間看護提供体制
- ・ 終末期医療・介護提供体制
- ・ その他（施設の特徴等）

これらの機能を明示することにより、利用者・家族はニーズに応じて施設を選択することができる。また、今後の要介護高齢者の増加を考える時、個室・ユニットケア等に加えて、従来型の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床における多床室も、費用面や重度認知症の増加等を考慮すると、十分に活躍の場があると考えられる。新たな基準により既存施設を淘汰するのではなく、既存施設を活用可能な場面で十分にその能力を発揮させることが重要である。この考え方は超高齢化社会において極めて重要なものとなろう。また、個室・ユニットケアでは、多床室に比較すると、より多くの看護職員・介護職員が必要である。個室・ユニットケアは対象となる患者・利用者を明らかにし、資源投入に見合った効果が得られているかについて、その機能、効果を再検証する必要がある。

第4章 医療従事者

1. チーム医療の推進

①チーム医療とは

チーム医療とは、診療部門のみならず事務部門等さまざまな職種を含めた部門横断的な連携を言う。医療に携わる多職種の職員が、それぞれの能力・機能を発揮して患者の治療にあたる必要がある。急性期治療のみならず、回復期のリハビリテーション、慢性期の療養、予防医学、地域連携等あらゆる医療提供の場面においてこれが求められる。特に多くの職種の職員が、様々な専門資格を持って働いている病院において、チーム医療は、きわめて重要である。我が国においてチーム医療が重視されるようになったのはごく最近であるが、今後この推進が必要である。

チーム医療推進の際には、診療において、患者の意思の尊重を基本に、各職種が常に専門的な知識と技術の向上を図りながらその専門性を発揮するとともに、カンファレンス等を通じて治療方針に従った良好なアウトカムを目指し協働する必要がある。施設特性や規模に応じて、可能な限り各専門職の採用を行うべきである。

②機能限定チーム

最近では、多くの病院で、栄養サポートチーム (NST)、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム等のチームを部署横断的に作り、多職種が集まってそれぞれの目的に合わせた活動がなされるようになってきている。他にも、全日病学会で示されたような感染管理チーム、創傷ケアチーム、化学療法チーム、糖尿病医療チーム、呼吸療法支援チーム (RST) 等がありそれぞれ効果をあげている。

2. 医師数の充足と偏在の是正

①医師数の絶対数不足の解消

現在の医師不足の大きな原因は、厚生労働省が長期間にわたり医師養成数を抑制してきたためであり、最近増員となっているが就業医師増には時間を要し、依然として医師絶対数は不足している。2年毎の届け出による厚生労働省集

計結果 (2008年12月31日) では、我が国の医師数は28万6699人 (男81.9%、女18.1%) であり、前回2006年調査より8772人、3.2%増加している (人口10万当たり224.5人で7.0人増加)。2008年のOECD諸国の平均値302.1人/人口10万人より少ない。平均値までには約11万人不足しており、これは15年後には達成すべき最低ラインである。しかし、医学の進歩に加え、専門分化の進展等により医師の業務量は格段に増えており、更に高齢化の進展による有病率の増加により必要医師数は上おれするものと思われる。

過去の厚生労働省の医師養成に関わる施策は一貫したのではなく、最近になり大きく変更された。1970年代は現在よりも医師は圧倒的に不足していたため、厚生省 (当時) は我が国の医師の必要数を150人/人口10万人と規定し医学部、医科大学の新設を促進し、いわゆる一県一医科大学を目指した。その後医師数は増加した。しかし、1982年に臨時行政調査会が「行政改革に関する第三次答申」の中で「医療従事者について、将来の需給バランスを見通しつつ、適切な養成に努める。特に医師については過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」と提言し、これを受けて政府は閣議で医師数抑制策を決定した。また当時の厚生省保険局長の「医療費亡国論」の提示等があり²¹⁾、1984年以降医学部の定員が、最大時に比べ7%減らされた。その後、現場では不足しているのに、厚生労働省も日本医師会もこれを認めず、医師養成は長い間抑制されてきた。2008年になりやっと厚生労働大臣より医学部定員削減の閣議決定の見直しがなされることとなり、医学部の定員増加、新設医学部、医科大学の案が具体化してきた。

現状の医師養成増員策が継続されるなら、15年後には医師数が増加するのは自明の理であるが、今後の医療ニーズとの対比で養成数の問題を考えるべきである。

²¹⁾ 吉村仁：医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方。社会保険旬報1424号 1983 (昭和58年) 3月、p12-14

②医師偏在の現状と対策

医師の絶対数不足もさることながら、医師の偏在も深刻な問題である。地域偏在に関しては、2004年4月から始まった新医師臨床研修制度により、大学病院の勤務医が減少したため医局の医師派遣システムが破綻し、主に地方の出張病院から指導医を引き上げたことが大きな要因の一つである。

新制度では大学附属病院以外の病院も臨床研修病院となったために、多くの臨床志向の強い卒業生が移動し、それにつれ入局者が減少したため、今まで派遣していた一般病院からも医師を引き揚げざるを得なくなっている。その結果病院の医師数が減少し、更に残った医師も激務に耐えかね退職するという悪循環が発生しており、特に地方の医師不足偏在は深刻であり地域医療崩壊の原因となっている。

周知のごとく外科、産婦人科、小児科、救急科、麻酔科等、偏在が顕著な診療科もあるが、職業意識の希薄な医師の増加および女医増加に対する対応の遅れ等に加え、勤務が過酷な診療科の敬遠等多くの問題が累積されておこった問題であり、多面的同時対応が必要であろう。更にこれらの診療科は、診療のリスクが高く訴訟の対象になりやすいばかりか、近年では医療の不確実性を理解しない社会の風潮を盾にした、警察の刑事事件捜査の対象となり、ますます敬遠されている。医療事故の再発防止と、当事者の再教育を主要な活動とする、医療者主導の第三者機関の設立、医療事故被害者の補償制度や裁判外紛争処理（ADR：Alternative Dispute Resolution）の確立が急がれる。

病院を退職した医師は、都市部で診療所を開業する傾向が顕著になってきた。我が国の卒後研修はこれまでは専門医を育てることが目標であったためプライマリケア医は必ずしも確立していない。今後、プライマリケア医としての診療所開業を勧めるべきである。

現在、大学入学における地域枠の設定、一定期間の勤務を条件に奨学金を貸与する制度が導入されており、地域の臨床研修病院における研修制度の充実により研修生の増加が認められるようになってきている。地方の病院医療を守るためにも、その効果について追跡調査、検証が行われる必要がある。

③女性医師のさらなる増加

女性医師は増加しつつあるが、現在のところこれに対応していない病院が多いため、女性医師が医師としてのキャリアを継続することが困難であるばかりか、多くの教育費用を投じた女性医師が社会で活躍の機会を得ることができず、社会的にも大きな損失となっている。医療施設においても結婚、出産、育児に配慮すべきであり、具体的には短時間勤務等、多様な就業形態の導入や保育所の整備等、勤務環境の整備が必要である。女性医師は今後ますます増えることは医学部の在学生数から確実である。15年後は更に増加しており、その処遇の改善が不可欠であるが、現実には難しい問題が山積しており、社会全体で解決すべきである。

④病理、放射線科、法医学医師の増加

直接治療にかかわる臨床医が足りないのみでなく、放射線科医、病理医、法医学医の不足は更に深刻であるといっても過言ではない。かなりの規模の病院でも、放射線診断医や病理医の常勤医がおらず、非常勤医に頼っているところも多い。それにも拘らず病理検査、放射線診断の件数も増えており、病院として精度管理を適切に行うことは困難になりつつある。法医学医に至っては、ほぼ大学病院の本院にしかおらず司法解剖の少なさはとても先進国とは言えない様態である。これらの科の重要性に鑑み、医師確保のための対策が進められる必要がある。

⑤医師の事務作業を肩代わりする事務員

近年、特に病院での医師の事務作業量が飛躍的に増加している。診療録記載、指示書、処方箋に始まり、入院医療計画書、患者への説明と同意、診断書、主治医の意見書等、作成する書類は多い。電子カルテ、オーダリングシステムは却って医師の作業量と時間を増やしている面がある。病院に来て、患者を診る時間より書類作成に時間を取られるようになっており、これは本末転倒である。医師は医師でなければできないこと、医師がやるべき仕事を優先して行えるようになってきている必要がある。

医師事務作業補助職制度ができたが、未だ有効な対策とはなっていない。内容が多岐にわたり、専門性が強く事務員が慣れないということもある。診療報酬では作業補助職の給料は払えず、結局医師に時間外労働をさせている実態がある。

今後、書類量の減少が必要である。医療安全、患者の権利保護、病院のリスクを減らすためにやたら書類が増えてしまっているのを、効率的に考え直し、説明と同意もできるものは医師以外の職種が行う、保険の診断書も統一した書式となっている等の対策導入が必要である。

3. 看護師不足の解消

①看護師の不足

現在、看護師の絶対数は増えているが医療介護の現場では大変不足している。2008年の就業看護師数（准看護師を含む）は約125.2万人（人口1000対9.5）であり、1996年の92.9万人に比較して32.3万人増加している。人口1,000人当たりの就業看護師数はOECD加盟諸国平均（人口1000対8.4）とほぼ同等である。病院に約83.7万

人（66.8%）、診療所に23.0万人（18.4%）が働いており、その他、介護保険施設、訪問看護ステーション、社会福祉施設等でも勤務している。

我が国では、病院の機能分化が未だ不十分であり、他のOECD諸国に比較して病床数が人口比で多い。病床100床当たりの看護職員数は50.2人（看護師39.6人、准看護師10.6人）と他のOECD諸国と比較して少ない（図1、表1）。

看護師不足は以前より言われてきていたが、近年特に病院の看護師が足りなくなり、救急医療の縮小、病棟閉鎖等の原因の一つとなっている。7対1看護基準の導入に見られるように診療報酬上の理由から看護師需要が増加した一方で、看護職養成が追い付いていないのが現状である。

2001年に270校あった医師会立准看護師養成所は2007年には218校にまで減少し、逆に看護系大学は91校から158校に増え更に増加す

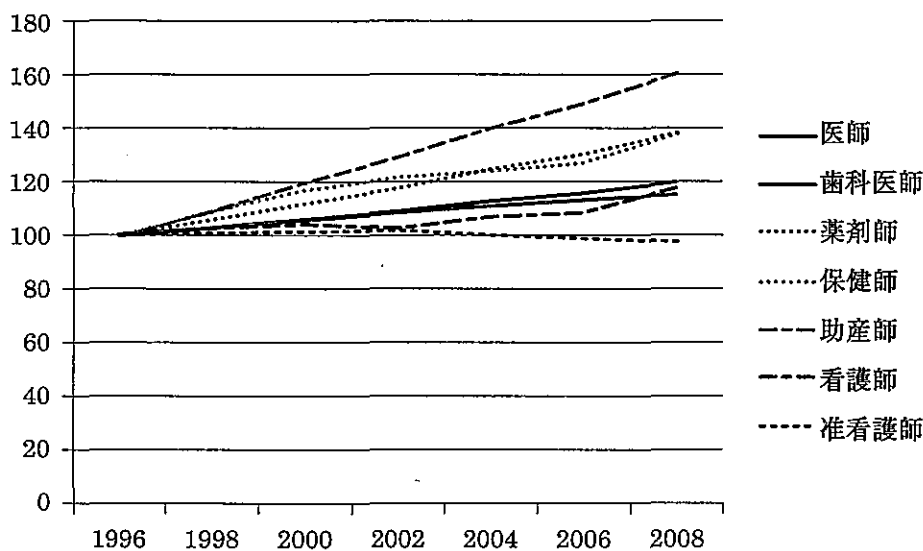


図1. 医療関係職種の推移（1996年 = 100として示す）

	平均入院日数	急性期病床数	医師数	医師数	看護職員数 (FTE換算)	看護職員数
		人口1000人当たり	病床100床当たり	人口1000人当たり	病床100床当たり	人口1000人当たり
日本	18.8	8.1	15.2	2.22	50	9.81
ドイツ連邦	7.6	5.7	62.9	3.84	70	11.61
アメリカ	5.5	2.7*	92.6	2.58	190*	10.75

・ OECD Health Data 2010より作成
 ・ データは2008年、*は2007年。
 ・ 看護職員数は病院での実働数。医師については、医師数を病床数で割りかえし算出しているため、病院で働いていない医師数も数値に含まれている。

表1. 日本、ドイツ、アメリカの医療従事者数の比較

る傾向である。看護職の教育の高度化・多様化は、人材の活用、チーム医療を促進するために有用であり、病院として歓迎すべきである。准看護師の教育については、高校卒業を要件として、教育内容の充実を図り、国家資格への移行を目指すべきである。一方、看護師については一律の4年制への移行は、病院の看護師不足に拍車をかけることが危惧される。

2025年における看護需要は社会保障国民会議による医療介護費用シミュレーションのいずれのシナリオにおいても看護師供給を上回ると予想される³⁴。例としてB3シナリオにおいては、看護需要が215.9万人で供給が179.9万人と推計され供給率は83%である。更に諸要件を当てはめた修正シナリオにおいても供給率は98%にとどまる。

就業していない潜在看護師は30万人とも55万人とも言われている。この人たちの復職支援は自治体等で始まったばかりであるが、貴重な労働力であり人生経験を積んだことで更に看護能力が高まったことも期待できるので、今後更に促進する必要がある。

今後、看護師の養成、供給体制は医療体制の再構築に合わせて考えていく必要があり、医師同様に地域格差の是正は行政の責務である。

³⁴ 伏見清秀、他：長期的看護職員需給見通しの推計 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000eydo-att/2r9852000000eyf5.pdf>)

② 転職・離職の理由

日本看護協会の調査では2005年から2006年の一年間に推計10.2万人の看護師が全国9,000の医療機関から離職し、うち約8万人が別の施設に再就職している。また2004年から2008年の離職率は11～12%とほぼ横ばいである(図2)。

転職・離職の原因は妊娠・結婚・育児を除けば、人間関係、夜勤の負担の大きさ、勤務時間の長さがトップ3であり、続いて責任の重さ、医療事故への不安、自分の能力への不安等がアンケートの結果からあげられている。人間関係では同僚との関係、上司との関係の他に医師との関係がみられた。チーム医療促進のために、医師と看護師のパートナーシップを築いていく必要がある。夜勤、残業の負担感が強く、勤務内容も激務と言ってよく、その割に給与は高くないと感じられ、診療報酬が抑えられている限りなかなか改善されず、転職することで給料増を図ることも少なくない。免許を持っていれば就職口は沢山あり、転職を繰り返す看護師もあり、またそれを仲介する業者がいて助長する結果になっている。結婚、出産、育児がきっかけで離職し、職場環境、就業条件により育児をしながら就業できないこと、しばらく現場を離れていたために起きる仕事に対する不安等で復職しなかったりして離職してしまう例が多く、女性医師と同じくあたら才能を埋もれさせることがないように改善して行く必要がある。

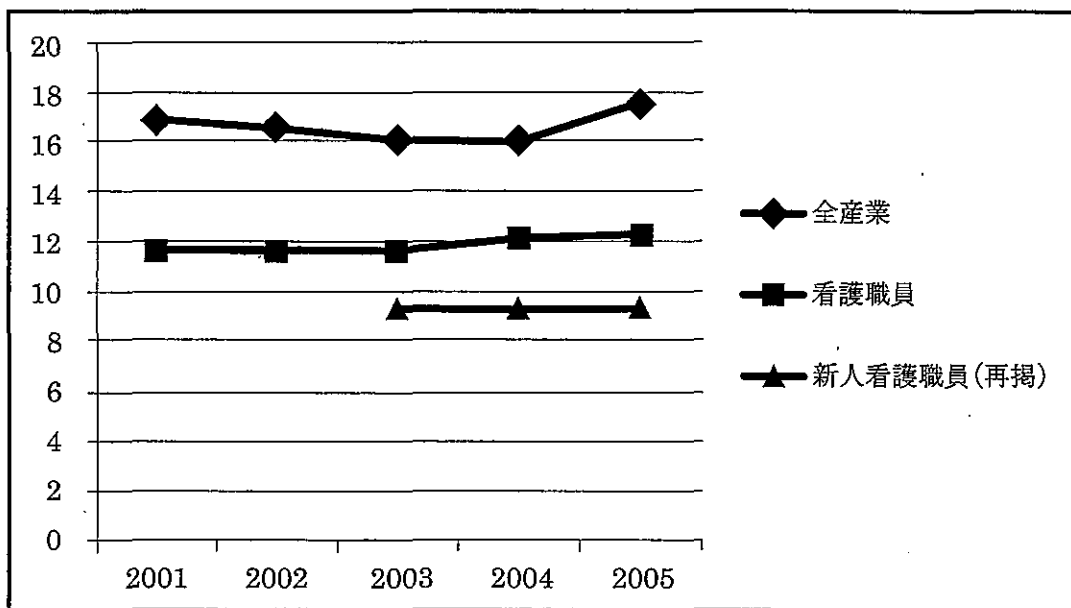


図2. 全産業と看護職員の離職率の推移 (%)

・全産業は「雇用動向調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)
 ・看護職員は「病院における看護職員需給調査」(日本看護協会)

③専門看護師、認定看護師

いずれも日本看護協会が認定する資格である。専門看護師は、看護系大学の大学院修士課程に専門の教育過程が設置され、その終了と実地経験年数を踏まえて認定している。専門分野としてはがん看護、精神看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症者看護、感染症看護、家族支援であり、今後在宅看護も加わる予定である。その役割は実践、相談、教育、調整、研究、倫理調整である。我が国の看護界での指導的な立場の人材を育成するのが目的のようである。

認定看護師は実務経験5年以上で600時間の認定看護師教育課程を修了し、筆記試験に合格することが必要である。救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊症看護、新生児集中ケア等21分野があり、役割は実践、指導、相談である。現場でより高い看護実践を行い、専門領域の指導者を養成するのが目的と言える。

しかし、全日病としては、看護師内で一部技能・知識に優れる看護師の養成ではなく、むしろ看護職全体の技能・知識向上、看護業務の拡大を図るべきであると考ええる。最近の教育制度変更による効果の見極めが必要である。

④PA、NP

アメリカ合衆国ではPA (Physician Assistant)、NP (Nurse Practitioner) の制度があり、フランス、オランダの看護師の業務もこれと類似した部分がある。PAは外科系医師の助手、医師の監督下に一定の医療行為を行うことができる。また、NPは主にプライマリケアを担当し、生活習慣病の改善や予防が業務の中心となる。患者の臨床症状を判断し、症状緩和のための薬剤の投与、処置を実施できる。いずれも現在の我が国の看護業務を超えた内容であるが、看護業務の拡大と考えるか、あるいはまったく別の新規職種として考えるかを含めて、まだ議論の途に就いたばかりであり、詳しく論じることはできない。今後、状況に応じて改めて考えることとしたい。

⑤看護職と介護職の業務分担

我が国の病院では看護師は様々な業務をこなしてきた歴史がある。医師の診療介助、看護業務に加え、臨床検査技師、放射線技師、リハビ

リテーション職員の業務もこなし、事務作業まで行っていた。最近チーム医療の中でそれらの業務は他職種が行うようになってきているが、昨年の全日病の調査では、病院により、まだ多く残っている場合もあり、今後、改善が必要である。

看護師と介護職と業務分担もなかなか進まない。同じく全日病の調査では介護職、看護助手でも可能と思われる看護業務として、リネン交換、配膳下膳、おむつ交換、トイレ誘導、ナースコール対応、喀痰吸引、死後の処置等があげられている。

2010年8月厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」では老健局の事務局案を大筋で了解し「介護職員等によるたん吸引等の試行事業」を実施することで合意した。この事業では、喀痰の吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃瘻、腸瘻、経鼻）を行為範囲とし、介護福祉士、訪問介護員、保育士等介護職員を対象としている。在宅療養患者では、家族が無資格で、系統立てた訓練もなしに、あまり問題なく行っている行為である。医師、看護師の指導、監督下に行う病院や介護施設での喀痰吸引は、介護福祉士の資格の有無にかかわらず、一定時間の研修を受けた介護職員であれば実施が可能であると考ええる。看護師との業務分担を進めるためにも、早急に試行事業を終了して、実施可能とすべきである。

4. その他の職種の充足

医療の高度化、チーム医療の推進は、医師、看護師必要数増加とともに、他の医療職種の必要数増加をもたらしている。表に主な医療関係職種の入学定員の推移を示す(表2)。最近では、理学療法士595(1995年=100)、作業療法士486、視能訓練士340等のリハビリテーション関係、臨床工学技士289にみられる医療機器の管理、正看護師132、准看護師39、保健師383、助産師406等看護系業務の拡大と高度化、薬剤師172にみられる薬剤師の関与の増大等が、顕著な傾向である。医療水準の向上に合わせて、今以上に専門職の技能レベル向上と人材の充実が求められる。チーム医療の推進は必須の取り組みであり、医師や看護師のみならず薬剤師やリハビリテーションスタッフ、臨床工学士、臨床検査技師、放射線技師、社会福祉士、診療情

報管理士、これらをサポートする事務職等の職種の活躍も求められ、その人材の充足も不可欠である。

2025年労働人口の減少は医療分野にも及ぶはずであり、医療従事者が65歳以上になっても、経験を生かしながら引き続き就業を継続できるような、多様な就業形態、環境整備が必要である。

職種	1995年	2009年
医師	100	111
歯科医師	100	97
薬剤師	100	172
看護師	100	132
准看護師	100	39
保健師	100	383
助産師	100	406
診療放射線技師	100	107
臨床検査技師	100	51
理学療法士	100	595
作業療法士	100	486
視能訓練士	100	340
臨床工学技士	100	289

表2. 医療関係職種の新規入学定員の推移（1995年＝100として示す）

第5章 医療費

1. 医療費の現況

2008年度の国民医療費は34.8兆円、前年度の34.1兆円に比べ0.7兆円(2.0%)の増加である。人口一人当たりの国民医療費は27.3万円、前年度の26.7万円に比べ2.0%増加している。国民医療費の国民所得に対する比率は9.9%(前年度9.0%)である。介護保険給付費は6.1兆円、前年度の5.8兆円に比較して、0.3兆円(3.9%)の増加である。医療費、介護保険給付費の合計が国民所得に対する比率は11.6%(前年度10.5%)である。高齢化の進行とともに、医療費絶対額、対国民所得に対する比率ともに増加傾向にある。

制度区分別では、医療保険等給付分47.9%、後期高齢者医療給付分30.0%、公費負担医療給付分6.7%である。

財源別では、公費分37.1%、保険料分48.8%、その他(患者負担)14.2%(14.1%)である。1998年度と比較して、公費+3.7%(うち、国

庫+0.5%、地方+3.3%)、保険料-4.5%、その他+0.9%であり、保険料の減少分を公費(地方が主体)、その他(大部分は患者負担)で賄っている状況にある。

国際比較では、対GDP比で米国16.0%、フランス11.0%、ドイツ10.4%、カナダ10.1%、イタリア8.7%、英国8.4%、日本8.1%とG8諸国の中では最も低い(比較のため2008年データを使用)。多くの国では高齢化の進行に伴い医療費の割合は増加しているが、高齢化がほとんど進んでいないにもかかわらず医療費割合の増加が顕著な米国、高齢化の進行にもかかわらず医療費割合の増加の程度が低い日本、イタリア等、国により事情は異なっている。

国の経済に対して、医療費としてどの程度を用いるかは、高齢化の進行度合い、医療提供体制、医療に対する期待度等が影響し合って決定されることが考えられ、どの程度の医療費が適切かが一義的に決まるわけではない。

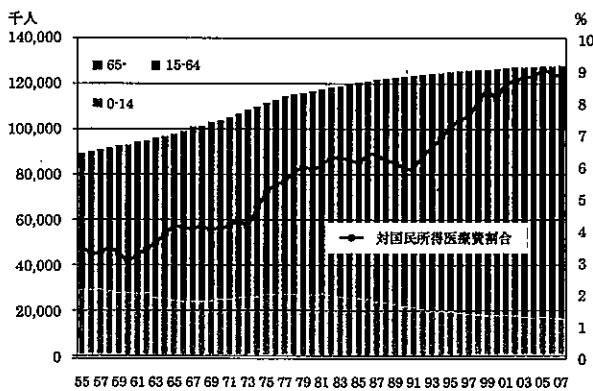


図1. 人口の高齢化と医療費の上昇

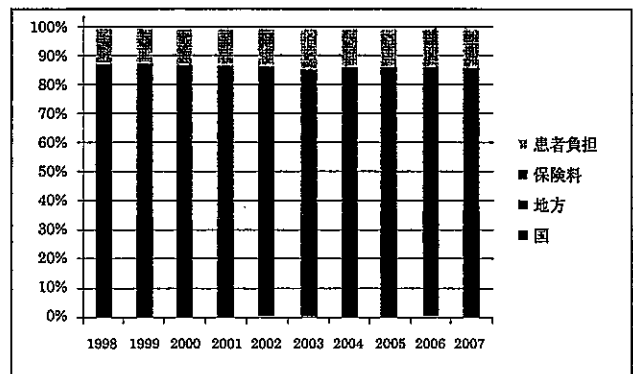


図2. 財源別医療費の推移

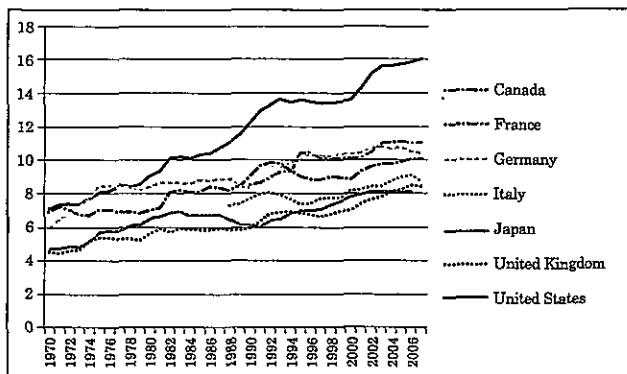


図3. 医療費の国際比較 (対 GDP%)
(OECD Health Data 2010 より)

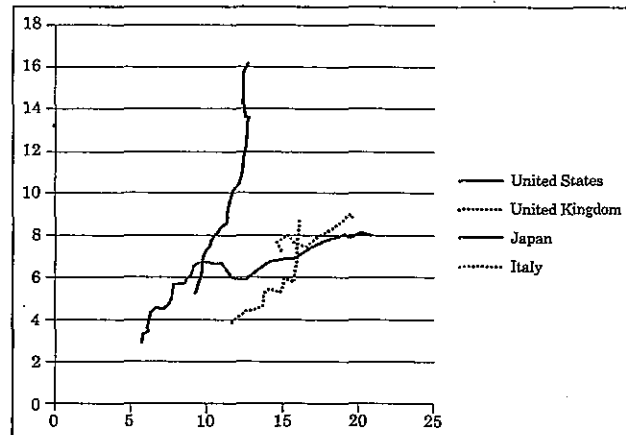


図4. 高齢化と医療費
(横軸は65歳以上人口割合%、縦軸は医療費対GDP%を示す)
(OECD Health Data 2010 より)

2. 社会保障国民会議の議論

社会保障のあるべき姿と財源問題を含む改革の方向性については、2008年に社会保障国民会議の議論の結果が明らかにされている。全日病の想定する医療内容はおおむねB3シナリオに近い。それによると、2007年の医療・介護費用41兆円(対GDP7.9%)に対して、2025年には現状投影シナリオで85兆円(10.8-10.9%)、追加的に必要な公的財源は対GDP1.4%であり、消費税で3%に相当する。改革シナリオでは91-94兆円(11.6-12.0%)、追加的に必要な公的財源は対GDP1.8-2.0%であり、消費税で4%である。

3. 医療費についての検討事項

①望ましい医療水準と医療費

医療の希少性と公益性、資源が有限であるという観点からは、望ましい医療水準と、それを実現するための医療供給体制を明らかにし、そのための医療費推計を行うという考え方が望ましい。現状では、医療は公共財として取り扱われ、これらの議論が十分になされないまま、公費の投入が多くなされており医療水準と負担との関係が必ずしも明確にされていない。今後は、資源が有限であるとともに、その最適な配分はどうあるべきかの議論が可能となるような基盤整備(データ、モデル、初期値、前提等の公開)が必要である。

Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (更に進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133万 平均在院日数 20.3日	急性期医療 一般病床 80万 平均在院日数 12日	急性期医療 一般病床 67万 平均在院日数 10日	急性期医療 高度急性病床 26万 平均在院日数 16日 一般病床 49万床 平均在院日数 9日
医療+介護費用(2025)* 対GDP 10.8-10.9% (うち医療は8.4-8.5%) 金額 85兆円	対GDP 11.6-11.9% (うち医療は8.6-8.9%) 金額 91-93兆円	対GDP 11.6-11.9% (うち医療は8.5-8.8%) 金額 91-93兆円	対GDP 11.7-12.0% (8.6-8.9%) 金額 92-94兆円

*2007年では、対GDP 7.9% (うち医療は6.5%)、金額 41兆円。

表1. 改革シナリオに基づく結果の概要 (経済前提II-1の場合)

②負担者

負担者は、公費（国、地方）、保険料（本人、事業者）、患者負担に大別される。患者負担はほぼ横ばいであり、保険料の減少分を、公費、特に地方の負担の増加により補っている。保険料に基づく社会保険としての医療保険運営に対する公費の投入は日本の特徴とされてきたが、最近では公費投入に踏み切る国がドイツ等見られるようになった。このため保険料の高騰を抑えることが可能となる半面、医療費支出を含む社会保障費が財政支出の大きな割合を占め（2010年予算では一般歳出53.4兆円のうち社会保障費が51.0%、うち医療が15.1%）、財政の硬直化を招いている。公費の拡大には増税が必要であり、一般に、増税は保険料の値上げより政治的に困難であることから、医療費を抑制するように作用していると考えられる。

③財源と方法

財源については、公費（一般会計からの支出）、保険料、自己負担が考えられる。

公費については消費税の増税がしばしば議論されている。しかし、消費税は一般会計を経て医療に投下されるものであり、必ずしも医療に用いられる保証はない。目的税化することにより国民の理解を得られやすくし、医療への財源にあてられることを保証することは可能であるが、この場合、社会保障全般への目的税とするか、あるいは医療、年金等、使用細目と税率をそれぞれ定める必要がある。

保険料値上げは、社会保険の仕組みでは本来医療費の増加は保険料値上げで賄うべきであること、受益と負担の関係が理解されやすいことが特徴としてあげられる。この場合、公費は、社会保険の仕組みが成立しないほど疾病リスクが高い高齢者等に限定して投入すべきである。後期高齢者医療制度は、その考えに基づくものであるが、社会の理解を得るには至らなかった。現在、高齢者の多くを国民健康保険に移行させ、財政補助（公費、被用者保険からの支援金等）でその費用を賄おうとする案が議論されているが、これは社会保険と、公的な支援の区分を曖昧にするものである。

自己負担の増加については、現行の自己負担割合30%は他のOECD諸国と比較しても高いことから、これ以上の負担の増加はアクセスを阻害することが危惧される。基本的な医療への

アクセスを保証するためにも、自己負担割合の上昇には慎重である必要がある。

上記からは、将来の負担形態としては、疾病リスクの高い高齢者に対しては公費、社会保険形式の維持が可能な若年者に対しては保険料で対応し、保険でカバーする医療範囲については一定の検討を必要とするものの自己負担割合は現状程度にとどめることが望ましい。高齢者の医療費については、用途を明確にした目的税（消費税の目的税化を含む）をあて、若年者の保険料からの流用は避けるべきである。

第6章 診療報酬体系・介護報酬体系

1. 現行の診療報酬体系と介護報酬体系

日本の診療報酬は、過去50年にわたり原則2年に一度改定されてきた。現在、その改定にあたっては、内閣が改定率を決定し、基本方針は社会保障審議会で決められる。その決定を受けて、改定内容は厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会で議論されることとなっている。

このような過程の繰り返しは、結果としてデータに基づいた論拠のある診療報酬体系の構築には程遠く、基本的に診療原価を保証したものにはなっていない。特に、「入院基本料」「再診料」等は、そのときの時勢、政治的力学が大きく関与している。

近年発展を遂げたDPC (Diagnosis Procedure Combination、DPC/PDPS : Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment Systemともいう) 制度も、基本的には個々の出来高払いの報酬から構築されており、同様の要素を含んでいる。また、療養病床の医療区分はコストデータがあるにもかかわらず、病床削減という政策誘導を目的とした不合理な点数設定がなされている。

一方、介護報酬は2000年4月の制度開始以後、3年に一度改定されている。開始時の報酬決定は、診療報酬と異なり、コストデータに基づいたものであった。しかし、利用者の増加、保険料の調整等の多くの問題を抱え、居住費・食費の自己負担増、介護療養病床の廃止問題等、短期間に大きく経営環境が変化している。また、報酬の単価減等により、介護職員の給与が低く抑えられ、大量退職を招いたこと等が社会問題化し、緊急的介護職給与補助金制度(2012年3月まで)等が実施されている。

2012年は診療報酬・介護報酬同時改定が行われる予定であり、多くの制度改定の下での報酬改定であり、将来の医療・介護提供体制および報酬体系の構築等の方向性を示す極めて重要な改定となる。しかも、高齢者比率の急増を迎えるのはその後であり、社会保障費負担率と診療報酬・介護報酬の改定は密接に関連して行く

考えられる。今後、資源が有限であるとの認識の下で、国民の医療・介護に対する要求レベルと提供側の可能レベルを明確にし、双方納得の行く形で報酬体系を構築する必要がある。

2. 望ましい診療・介護報酬体系とは

診療報酬体系は、下記に挙げる条件を満たすものが望ましい。

- ①医療・介護の質を高めることに寄与する
- ②医療・介護を担うものの努力を正当に評価する
- ③医療・介護の過剰・過小を廃し、効率的な医療・介護の提供に寄与する
- ④疾病と状態像の特性を十分加味し、重症度、看護度、介護度を反映する
- ⑤診療・介護に係る技術料、材料費、薬剤費等のランニングコストと、建物の初期投資、維持管理に要するキャピタルコストを各々反映する
- ⑥事務処理が比較的容易

現行の診療・介護報酬体系を見ると、⑤に挙げられたコストの反映は極めて乏しいものである。⑥事務処理については、きわめて難解・複雑な報酬体系であり、過度に多くの事務作業が発生している。

望ましい診療報酬体系に近づけるためには、実情把握、コストデータの収集、およびそれを反映した診療・介護報酬体系とし、無駄な規制を省き簡素化に努める必要がある。

3. 支払い方式の分類

診療・介護報酬の支払い方式は、下記のように分類できる。

- ・人頭払い：医療・介護を提供する人数で支払額が決定される
- ・包括払い：疾患別、状態別等のケースミックスにより支払額が決定される

- ・出来高払い：個々の診療・介護行為に支払われる
- ・予算制：決められた予算内で、診療・介護が行われる

我が国の診療報酬支払い制度は、過去の出来高払い制度から、急性期入院にはDPCによる支払い制度が導入され、医療療養病床には医療区分・ADL (Activities of Daily Living) 区分による包括支払い制度が導入された。しかし、一般病床には、出来高払いが多く残っており、また一律報酬+出来高（亜急性入院、回復期リハビリテーション等）のような方式も存在している。

DPCによる支払い制度は、現行では包括と出来高の組み合わせであり、日額定額である。また、データ収集は可能であるが、コストを反映したものではない。今後は、収集したデータを利用し、より実態を反映でき、再生産のための適正な利益を確保出来る制度に発展させる必要がある。また、近い将来にはDRG方式（一入院に対する包括支払い方式）、更に質指標・アウトカム評価を取り入れた報酬体系に発展していくことが望まれる。

一方、介護報酬は要介護度というケースミックス手法により支払限度額を定め、状態別包括支払い方式になっている。

4. 外来医療の診療報酬体系

外来医療の診療報酬支払い方式は、下記のように分類される。

- ・急性期：出来高払い
- ・慢性期疾患：包括払い
(主としてプライマリケア医が担当する)
- ・専門医コンサルテーションフィー：
疾患別包括払い
- ・救急疾患：出来高払い
- ・健診・検診等：契約に基づく支払い

5. 入院医療の病棟別診療報酬体系

入院医療の診療報酬支払い方式は下記のように分類される。

- ・高度医療：保険診療以外の研究費、療養費等による支払い
- ・急性期：疾患別・重症度別分類による包括支払い方式

- ・亜急性期・回復期：状態別分類による包括支払い方式
- ・慢性期：状態別分類による包括支払い方式

全日病は、本報告書等において、入院医療は病棟単位での機能分化が望ましいとしてきた。医療法では、病床を一般病床・療養病床に区分しているが、今後はその機能から急性期病棟・亜急性期（回復期）病棟・慢性期病棟に区分することが妥当と考える。

ここでは、病棟別にその機能の概要を説明し、望ましい支払い方式を示す。

①高度医療病棟

稀な疾患（疾患を明示的に特定する）の診療や先進医療（遺伝子治療、特殊ながん治療等）を対象疾患とする高度医療病棟の診療報酬は、医学研究的要素の強いことも考慮して、研究費、特定疾患療養費、その他の診療報酬以外の財源も考慮しながら個別に定めるべきである。

②急性期病棟

地域（二次医療圏）基幹的病院をはじめ、急性期治療の中心となる急性期病棟の診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括払い方式（一入院単位）が基本と考えられるが、個々の疾患の重症度、患者の併存症・合併症に十分配慮すべきである。

今後は、年々運用が拡大されてきたDPCによる包括払い方式が発展的に解消され、一入院単位の包括払いに変更されること、更に質指標・アウトカム評価を取り入れた報酬体系に発展していくことが望まれる。

③亜急性期・回復期病棟

急性期後のリハビリテーション、その他引き続き入院を対象とする亜急性期・回復期病棟の診療報酬としては、状態別分類による包括払い方式（1日定額）が望ましい。

④慢性期病棟

医療療養病棟は、2006年診療報酬改定以降、長期的入院医療を要する患者の受け入れを積極的に行ってきた。今後、「医療区分」「ADL区分」が更に医療の質向上に貢献できるよう制度の見直しを図る必要がある。

現在、一般病床に分類されている障害者病棟、特殊疾患病棟は、今後療養病棟の一系と考えるべきである。これらの診療報酬も、療養病棟と同様に状態別分類による包括支払い方式とすべきである。

(地域一般病棟)

急性期部分については疾患別・重症度別分類による包括払い方式（一入院単位）、亜急性期部分については状態別分類による包括払い方式（1日定額）の併用となる。

6. 介護報酬の支払い方式

本報告書では、介護保険施設の一元化を基本構想としている。従って、介護報酬の支払いは、基本的に介護費用と看護費用（医療管理部分）に限るべきであろう。そして、必要な医療については、医療保険からの支払いとし、居住費・食費は自己負担を原則として考える。また、それぞれの施設において、自ら提供可能な医療・介護機能を明示するとした。下記の項目が考えられるが、報酬の支払いについて追記する。

- ・ 医師・看護師による医療提供体制
→ 医療保険
- ・ 維持的リハビリテーション提供体制
→ 介護保険
- ・ 認知症対応体制
→ 介護保険
- ・ 24時間看護提供体制
→ 医療保険
- ・ 終末期医療・介護提供体制
→ 医療・介護保険

このように、介護保険施設の一元化を図るとともに、支払いもそのサービス内容により、介護保険・医療保険・自己負担の組み合わせで考えることが適当であろう。介護保険施設以外の高齢者住居等においても、同様の支払い方式が適応可能である。訪問看護ステーションへの支払いも、管理的医療（看護）は介護保険から、その他の看護提供は医療保険からの支払いとすべきである。

コラム：臨床指標を用いた診療報酬・介護報酬体系の展望

（医療の質と効率性）

我が国の医療は、過去、受診容易性（アクセス）に重点が置かれていたが、現在は、質と効率性の向上が求められている。近年の医療政策における、経済効率性への偏重は、効率的な医療の名の下に医療費が抑制され、医療提供側に大きな負担を負わせることになった。このことが現在の医療崩壊の大きな要因であったことは疑いない。医療の質と効率性は、二律背反ではなく、車輪の両輪の如く、並行して展開されなければならない。医療の質と診療報酬を適切に結び付けた制度により、医療機関の経営を安定させ、同時に効率性の向上を達成するべきである。

（医療の質の評価）

医療の質は、構造（Structure）、過程（Process）、結果（Outcome）の視点から評価される（Donabedian 1966）。現在においても、構造（Structure）の視点から、病院の規模、看護基準等が診療報酬に反映されている。今後、中央社会保険医療協議会で議論されているように、薬剤師等のコメディカルの病棟への人員配置、療養病棟、介護老人保健施設へのリハビリの人員配置も診療報酬に反映されるであろう。過程の視点からは、クリニカル・パスの適応率、診療ガイドラインの遵守、ジェネリック薬品の採用率等が指標として挙げられる。今後、医療機関に対し最も影響を与えるのは、結果の評価である。各医療機関の平均在院日数、在宅復帰率等はもちろん、各医療機関における疾患ごとのアウトカムも評価されるようになることが想定される。すなわち、診療報酬制度において、「どの行為を行ったら何点」「主病名に応じて入院料は何点」ではなく、「どの行為を行い、どのようになったら何点」「主病名が何で、入院経過（結果）がどのようになったら何点」という、所謂、質に基づく支払（P4P：Pay for Performance）への流れが推進されると考えられる。

現在、DPC制度等により、国は個々の患者、医療機関のデータを把握し、分析している。これらのデータの開示は、医療の透明性を高め、医療の質向上に寄与することが期待される。今後、国はこれらのデータを基に臨床指標を設定し、医療機関に対して自らの医療の質を評価するものとして、データを広く住民に開示するこ

とを求め、第1段階として、開示することに対して診療報酬で評価し、第2段階として、臨床指標ごとの達成度に対応して診療報酬が規定されるようになる可能性が高い。

（臨床指標のあり方）

地域において、大学病院、基幹病院、民間病院は、それぞれの担うべき役割があり、求められる医療のアウトカムは異なる。従って、医療の質を評価する場合、全ての病院を同じ指標で評価することは適切ではない。換言すれば、患者の状態や疾患の病期によって期待されるアウトカムは異なるため、それらを反映した指標の設定が必要である。これらを踏まえ、今後の適切な臨床指標として、疾患および病期ごとの区分けによる評価指標の設定が望まれる。

（まとめ）

2025年には、国がデータに基づき設定した臨床指標に対する各医療機関の実績が医療機関の収益に反映される。同時に医療機関の経営指標の評価も行われる。臨床の質と経営の質のバランスが保たれているかが検証可能となることで、診療報酬制度の妥当性を評価し、制度改定に結び付くようになる。個々の病院は、診療の質を向上することにより医業収益が改善し、経営の質も向上する。すなわち、診療の質を向上することにより医業収益が増加し経営が安定する。医療機関では十分な人材確保が可能となるばかりか一定期間ごとに機器更新のみならず建物の改築等も可能となり、その機能が充実することとなり更なる質向上に繋がる。この繰り返しのより良好な経営サイクルが確立される。逆に、適切な診療成果を発揮できない医療機関は収益性が低下し存続することが困難となるが、地域における医療確保の観点からは、そのような医療機関に対する支援策もあわせて講じられる必要がある。総体として良質な診療成果を発揮する医療機関に人材が集中し、安全性の向上、さらなる医療の質の向上が推進される。我々医療提供者は、このような制度設計が可能となるよう、自ら、医療の質の向上と、情報開示に努めなければならない。

第7章 医療の質

1. 質とは何か

医療機関には、提供する医療の質向上が求められている。“医療の質”を考える前提として、“質”とは何か、“医療”とは何か、を考えたい。

質とは効用への適合である (quality is fitness for use)、と Juran が定義している。ISO (International Organization for Standardization) では、質とは、本来備わっている特性の集まりが要求事項を満たす程度、と定義している。いずれも、質とは顧客要求への適合、すなわち、顧客満足を意味している。顧客要求はとどまることなく上昇するため、満足を得られるのは一過性でしかない。したがって、継続的に向上の努力を続ける必要がある。

質 Q (large Q) の要素は、製品・サービスの質 q (small q) と価格 C (cost)、提供の仕方 D (delivery) といわれている。 $Q=f(q \cdot C \cdot D)$ と表すことができる。

近年、質を、製品・サービスの質に止まらず、組織の質、職員の質、更に、環境負荷に関する質 (E) までを包含して捉えるようになった。総合的質 (TQ: Total Quality) の概念である。総合的質を担保するためには、総合的質経営 (TQM: Total Quality Management) の実践が必要である。

2. 医療とは何か

医療は極めて文化性が高く、国や地域により、時代により、その内容は大きく異なる。医療制度が常に大きな変化を続けている所以である。医療制度は、頻繁に改定されるために、極めて複雑になり、一般国民はもとより、専門職にとっても理解しにくいものとなっている。

医療とは、狭義には診療 (診断と治療: diagnosis and treatment) すなわち、医の行為 (medical care) であり、広義には健康に関するお世話 (health care) である。Health Care とは、保健・医療・福祉を含む広い意味であり、療養ともいう。医療とは、診療のみならず、医療機関で行なうすべての業務をいう、すなわち、組織運営・経営を意味する。

「医療とは医学の社会的適用である」と元日本医師会長武見太郎が定義している。すなわち、医療は科学技術を実用化するための社会技術である。医療の社会性とは、すなわち、他の分野との関係をもつということ、関連分野との整合を図ることである。安全と便益 (自由と権利) を享受する代わりに、個人および組織として、社会の一員としての役割 (責任と義務) を果たすことである。医療提供側は、社会 (国民や患者) が求める医療を提供しなければならない。

医療基本法 (別項で解説) を定め、医療はどうあるべきか、どうあるか、医療の基本的あり方を示す必要がある。

3. 病院とは何か

①病院の定義

病院とは 20 床以上の入院施設を有し、科学的かつ組織的な医療を提供する医療機関をいう (医療法第 1 条の 5)。20 床以上は必要条件であり、後段の“科学的かつ組織的”運営が達成されて初めて病院といえる (十分条件)。これは病院のあり方を規定する極めて重要な考え方である。医療法の規定を満たす (必要かつ十分) ためには、“科学的かつ組織的”運営を基本概念とする質管理の考え方や方法を導入することが近道である。質管理を重視し、導入を推奨する理由である。

②病院の組織運営

病院は、組織的に医療を提供することによって病める人を社会復帰させることを目的としている。医師をはじめとする多くの職種の連携と協力によって行われる、労働集約性の高い業種である。更に、患者の高い要求水準に応えるためには、建築・設備・医療機器等を整備する必要がある、資本集約性も高いという特徴がある。

医師を中心に医療を行なう組織 (医療管理) すなわち固有技術と、経営や運営の組織 (経営管理) すなわち管理技術とに分けて考える必要がある (図 1)。

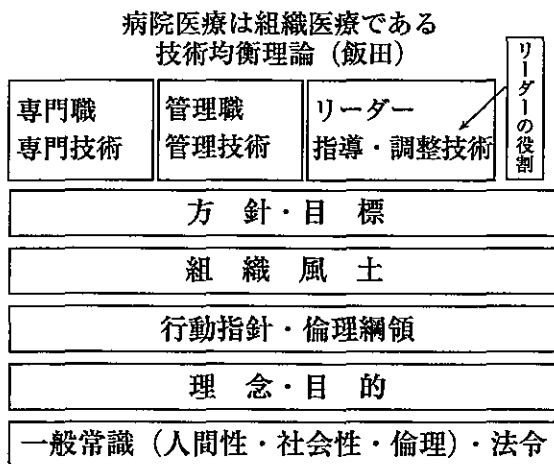


図1. 技術均衡理論

病院の組織

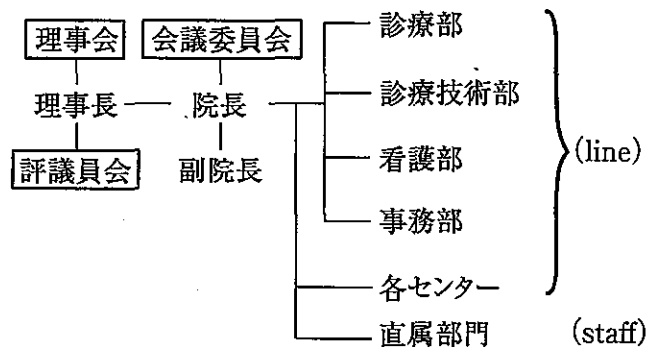


図2. 病院の組織

患者個々の病態にはそれぞれ差があり、個別に高度の医療技術が要求される。また、休みなく、常時、受入れ体制を整えていなければならない等、効率化が難しい分野である。

組織設立の経緯からみた場合、日本の病院の発祥は、小規模な診療所の開設にあり、規模が拡大して病院（個人・医療法人等）になった。開設者である医師・院長の個人的運営がおこなわれており、組織的運営をおこなうという意識が不足がちであった。また、医療法では、医療法人の院長、理事長は医師でなければならないと規定されている。

かつては、良質な医療の提供だけを考えていれば、病院経営ができた。しかし、社会情勢の変化、医療制度改革、更に、医療費抑制が進む中、良質かつ効率的な医療の提供が求められており、経営管理の重要性が高まった。良質とは、すべての関係者が納得する、満足するという意味であり、医療提供側の価値判断ではない。

③病院の組織図

病院の組織は設立主体や規模により異なるが、基本的には、診療部、診療技術部、看護部、事務部の4部門に大別されている。現業部門であり、ライン部門ともいう。

その他に、院長直属で、部署の枠にとらわれない、各種の機能がある。戦略・参謀部門であり、スタッフ部門ともいう（図2）。

組織とは、同じ目的を達成するために、協働する集団（人々あるいは組織）をいう。それは機械的で単一ではない。これまでの病院の組織図は、従来の縦型組織の一面を示しているに過ぎない。縦割り（部署）・横割り（職種・機能）の組織の枠を超えた連携が必要である。これを横断的組織運営理論という（図3）。

病院は組織的医療の場である 横断的組織運営理論 (飯田)

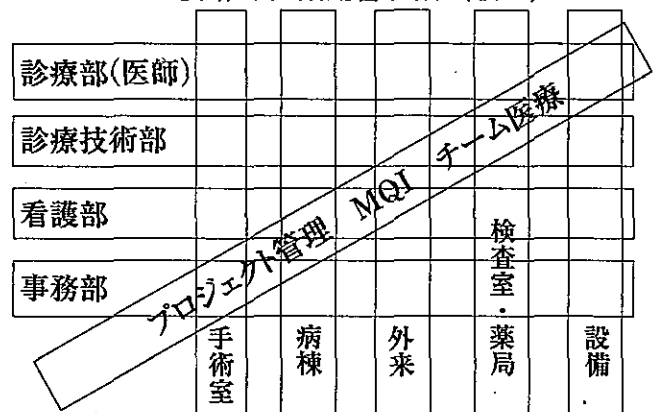


図3. 横断的組織運営理論

④病院の機能

病院は急性期医療を担当する病院と慢性期医療を担当する病院に大別され、急性期病床、亜急性期病床、療養病床、介護施設、更には在宅へとつながっている。各医療機関は地域における役割を果たすために、短期療養か長期療養か、

専門特化か総合か、診療圏は全国か地域密着か、高度医療か一般的医療か、教育研修機能を含むか否か、医療か介護か、また、これらの複合等を選択している。時代の要請に柔軟に応えられる、すなわち、つねに患者に選ばれる「質」が求められている。

⑤設立主体

医療機関の設立主体は、国立・独立行政法人(旧国立等)・公立・公的・私立(公益法人・医療法人・企業・個人・その他)がある。設立主体により、運営方法は様々である。大きくは公と民に分けられる。公ではないが、その中間的なものとして、公的と公益法人(財団法人・社会福祉法人・学校法人・宗教法人等)がある。医療法人は中間法人ともいわれている。医師会立病院や個人立医療機関が法人化したものがある。

将来は、公と私、官と民が、同一敷地内あるいは同一施設内に共存することもあり得る。

4. 医療の特性

医療の特性は、以下のごとくである。これらは、医療のみに限定したのではなく、他の産業分野でも一部は該当する事項がある。

①個別性

サービス業、とくに医療においては、利用者の要望や状況は一律ではない。治療前の状態や治療に対する反応は個体差が大きい。したがって、その都度の個別対応が必要である。一般には集団を対象にすることはない。

②緊急性

急性疾患や慢性疾患の急性増悪では、緊急対応が必要である。また、重症患者や、手術直後の患者では、状態の急変が発生する可能性があり、集中管理が必要である。また、重篤でない場合でも患者の訴えだけでは、緊急対応が必要か否かの判断はできない。緊急性があったかどうかは、診察および経過観察の結果、判明する。つまり、医学的な必要性、緊急性と患者の要望、不安は必ずしも一致しない。

③地域性

医療機関は、大学病院や一部の専門病院を除いて、来院患者の大部分は、周辺地域の住民で

ある。医療はきわめて地域性が高いといえる。診療圏は生活圏である。

④年中無休

病院は、24時間、365日、年中無休で応需の体制が必要である。また、施設・設備・人員配置も最大負荷時に対応できるように準備しておかなければならない。したがって、外来の救急診療体制と入院患者に対しては交代勤務が必要である。

⑤不具合への対応

医療の対象(患者)は、苦痛や障害等の不具合を持ち、不具合の軽減あるいは消失、更には、現状維持を期待して医療機関を訪れる。また、生物は、加齢と終局的な死をまぬがれない。製造業のように、均質かつ良質の材料(良品)を選択することはできない。

⑥侵襲性

医療行為は、侵襲を加える行為である。薬剤投与は異物・劇物・毒物の投与であり、検査・処置・治療行為は疼痛・苦痛や外的傷害を伴う場合がある。手術は、文字通り刃物で身体・臓器を損傷する行為である。

⑦不確実性

不具合を持つ、また、多様かつ複雑な個別の反応を示す個体に対して、侵襲を加えるということから、医療の経過と結果は予測困難である。しかも、従来は治療の適応ではなかった状態に対しても適応を拡大し、また、新しい診断・治療法を適用するようになり、不確実性が極めて高くなっている。

⑧リスク性

上記の理由により、医療行為は、極めてリスクが高いというよりも、リスクと治療効果を勘案して選択することが特徴である。リスクとは、患者にとってのリスクというだけではなく、医療を提供する側にとってのリスクもある。近年、故意でなくても、治療の結果が悪いと、業務上過失傷害、致死罪に問われる虞がでてきた。

5. 医療の質 (quality of health care)

①医療の質

医療の質とは、提供する医療の質、提供主体の組織の質、組織構成員全員の質であり、多面的である。医療を適切かつ円滑に行うためには、組織的運営が必要である。組織（チーム）医療とは、診療部門と支援部門を含めた、すべての部門横断的な連携を言う（図3）。

「後工程はお客様」を医療に当てはめると、患者だけではなく、業務を引き継ぐ職員・同僚も顧客であるという考え方が必要である（図4）。患者を外部顧客、職員・同僚を内部顧客という。

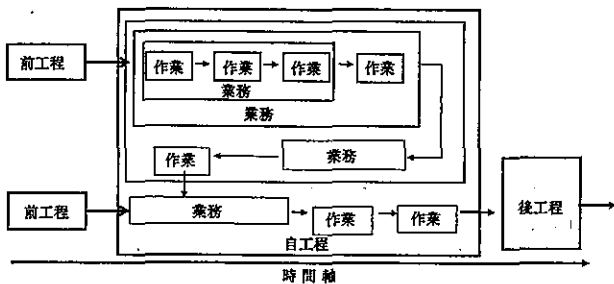


図4. 工程図

②医療の質の要素

質（Q）の要素は、製品・サービスそのものの質（q）、価格（C）、納期あるいはサービス提供のしかた（D）である。 $Q = f(q \cdot C \cdot D)$ 。達成の順番としては、 $q \cdot D \cdot C$ とすることが望ましい。まず、目的の達成、すなわち、効果を上げることが第一になければならず、ついで、納期・サービス提供のしかた、効率を上げること、最後に価格が求められる。

医療では、診療の質向上（q）、治療成績の向上（q）が先にあり、ついで、快適性（D）、受診の容易性（D）、待ち時間（D）、そして、医療費（C）の順である。しかし、患者にとっては、診療の質（q）を評価することが困難であるので、待ち時間（D）、職員の態度（D）や自己負担金（C）が評価されることが多い（図5）。

良質（効果的）の医療を効率的に提供することが、医療法第1条の2に明記されている。「医療は、生命の尊重と保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われると共に、その内容は、単に治療のみならず、疾

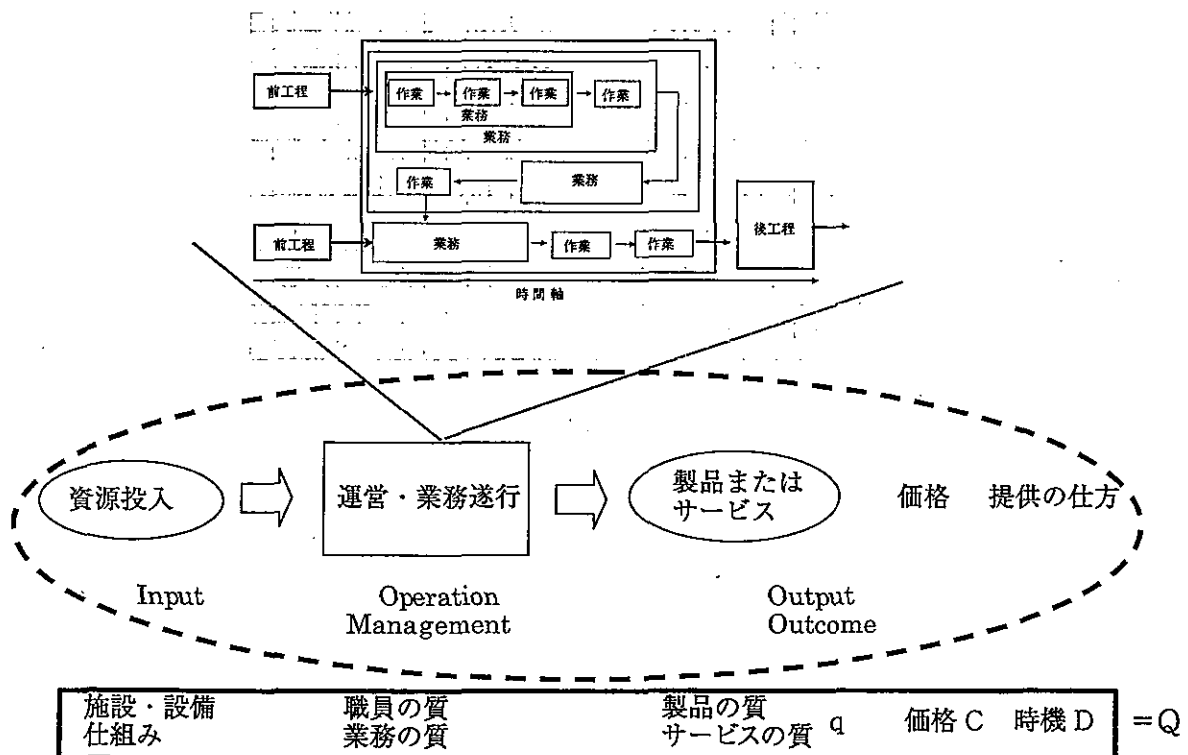


図5. 医療の質の要素

病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。・・・医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」

医療の質の要素は、1) 診療の質（技術・能力・成果）、2) 設備・機器の質、3) 付帯サービスの質（接客・その他）、4) 提供体制の質（制度・組織・運営）、5) 経済性（費用対効果・効率性・支払制度）である。

別の切り口から見ると、1) 適切性、すなわち、技術、2) 人間性、すなわち、信頼と安心、3) 快適性、すなわち、心地よさ、4) 経済性、すなわち、費用対効果である。

消費者契約法における質とは、物品（性能、効能、構造、原材料、デザイン、耐久性、安全性等）と、権利・サービス（資格、回数、時間、場所等）と規定している。

③医療の質の相対性

医療の提供は個別対応であり、患者の状態や要望によって異なる。それぞれの要素が互いに矛盾する側面をもつことがある。医療における質とは絶対的なものではなく、相対的なものである（図6）。また、医療の社会的役割は時代や制度によって異なる。理想的で絶対的な医療というものはない。時代や地域や財政の限られた条件の中で、病院がどのような医療を提供することができるのかが重要である。

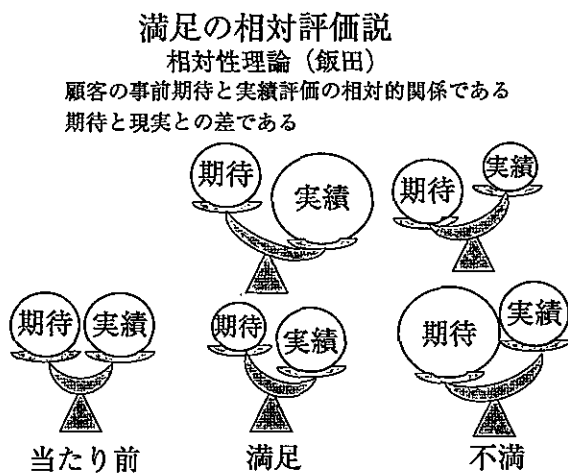


図6. 満足の相対評価説

6. 医療の質の評価

①医療の質の評価

医療の効率化と質向上を目指して、医療の質を評価する仕組みが急速に進みつつある。

医療は、元来、質を重視して評価を行なう分野であり、古くは、Codmanが外科手術の成績（アウトカム）を評価する End Result System を提唱した（1914）。また、Donabedian は医療の質の要素は、構造（structure）、過程（process）、成果（outcome）であるとしている（1966）。

医療の成果（アウトカム）は、視点により多様である。すなわち、

- 1) 最終生産物（診療の結果・アウトプット）だけではなく、
- 2) 生産過程・サービス提供の過程（診断・治療・看護・事務処理・プロセス）
- 3) 事後（治療後）の経過観察・苦情処理（アフターサービス）
- 4) 最終処理（死亡・死後の病理解剖・診断書記載）

等の全経過を含む。

②臨床指標

診療を評価する指標として、臨床指標がある。臨床指標には、提供する医療のプロセスを評価する指標と、事後的に検証するアウトカム指標がある。また、医療の質をプロセス面から向上させる代表的な手法として、診療ガイドライン、EBM（Evidence Based Medicine）がある。

臨床指標の他に、効率性や公平性等の経営指標を組み合わせ、多面的な評価をする指標として、パフォーマンス・インディケ이터（Performance Indicator）がある。パフォーマンスとは、アウトカムに近い概念であり、組織活動全体に関して言うことが多い。

何が最も適切な臨床指標かは、それぞれの時代により異なる。なぜならば、「医療とは医学の社会的適応である」というように、社会の変化に対応して顧客要求は常に変化し多様であるからである。その中でも常に代わらない指標は、患者満足度であり、推奨度である。

③医療への質管理導入の社会的要請

医療の透明性、質保証、安全確保等に関する社会の要請が急速に高まっている。これらの要請に病院あるいは病院団体として対応するには、

EBM の概念を更に拡張して、事実やデータに基づいた医療・経営 (EBM: Evidence Based Medicine/ Management)、すなわち、標準化と継続的質向上によって効率と質向上を両立させ、医療に質管理を導入しなければならない。

④医療の標準化

医療の標準化による効率化と継続的質向上を目的に開発されたものが、DRG (Diagnosis Related Groups) や DPC (Diagnosis Procedure Combination) である。医療制度改革への小手先の対応、診療報酬請求への対応だけではなく、組織基盤の整備が必要である。総合的質経営 (TQM: Total Quality Management) の考え方の導入が必要である。

我が国にケースミックスとして導入された DPC には種々の問題があるが、標準化によって、他施設、あるいは、自施設の時系列での比較検討が可能となり、質の評価に用いることが出来る。共通の物差し (基準) という意味で、DRG や DPC は極めて有用である。標準化とは、ばらつきの縮減であり、質管理 (Quality Management・Quality Control) の基本である。全日病の活動として、DRG の考え方の導入が医療の標準化と医療経営に必須であるとの考えから、1996 年から、定期的にオーストラリアを訪問し、調査・研究を続け、会員病院からデータを収集し、分析を行っている。

診療の標準化と共に、病院経営の標準化を推進する点でも、大きな役割を果たしている。急性期のみならず、長期療養施設や介護施設にも、ケースミックスを用いた標準化が行われつつある。

7. DPC 分析事業・診療アウトカム評価事業・IQIP 事業の統合

全日病では、診療アウトカム評価事業を、DPC データの分析を行う MEDI-TARGET、診療情報を付加した分析を可能とする診療アウトカム評価事業、国際比較を目的とする IQIP (International Quality Indicator Project) の三段階で構成している。3 事業を統合的に活用して医療の質向上・経営の質向上に役立てている。

① DPC 分析事業 (MEDI-TARGET の開発)

DPC は急性期病院の標準的な支払方法となり、DPC 分析ソフトの導入が必要であった。全

日病として、DPC 請求のみでなく、診療アウトカム評価および将来のオンライン請求に対応可能とし、更にベンチマークを可能とする ASP (Application Service Provider) 方式の MEDI-TARGET を 2008 年に共同開発した。その後も、参加病院の意見を集約して機能強化を継続している。

DPC 病院であれば、DPC データ (様式 1-4、E・F ファイル) を提出するだけでよい。本事業参加病院の母集団データセットとのベンチマークが可能で、時系列の経営分析が可能である。

DPC は外来診療には適用されていないが、近い将来の、電子請求必須化にむけて、外来・入院・外来を通じた分析を実施している。DPC 病院のみならず、すべての医療機関に一貫したデータ提出が求められると考える。

公的病院を含めて本事業への参加病院数が 130 (2011 年 5 月 12 日時点) に増加した。データ規模が格段に大きくなり、病院機能・規模別等に層別化した集計も可能になり、より精度の高い分析が可能となる。これらのデータ分析を基に、各病院の経営の質向上とともに、政策提言することが重要である。

収集データの信頼性確保が重要であり、診療情報管理・医事課担当者を対象とした、説明会や講演会等の継続研修を実施している。ノウハウの提供等支援体制を強化している。

②診療アウトカム事業

日本で唯一のアウトカム評価事業を 2002 年から東京都病院協会が開始し、2004 年から全日病が全国展開している。主要な 24 疾患で入院治療を受けた患者のデータ、その他病院全般の指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制のデータを収集し、参加病院へのデータフィードバックを継続的に実施して病院医療の質向上、統計データをウェブサイトに掲載して医療全般について国民の理解の促進に寄与している。

診療アウトカム事業の目的は、参加病院全体の成果と当該病院の成果のデータを還元し、参加病院がそれを参考にして、医療の質向上に資することであり、順位付け (ランキング) ではない。

③診療アウトカム評価事業とDPC分析事業の一元化

診療アウトカム評価事業参加病院の多くがDPCを導入したため、DPCデータ作成に人員等院内資源が取られ、事業への継続参加が困難な病院がでてきた。これに対応するためにDPCデータを変換して、最小の労力で診療アウトカム評価事業用のデータが作成できるようシステム変更を行った。新システムMEDI-TARGETを開発し、アウトカム評価事業もMEDI-TARGETに移行して一元化した。これにより、アウトカム評価事業に必要な数個の診療情報を付加的に入力するだけに簡素化した。

④IQIP事業

米国メリーランド病院協会が開発し、現在、PressGaney社が運営するIQIPには、世界18カ国の約400病院が参加している。全日病は2006年7月からIQIPに参加し、現在までに9病院が参加している。IQIP参加国の調整者会議で各国の状況を明らかにするとともに、臨床指標の検証をしている。システムの改善、データの信頼性確保を図るため全日病の参加会員病院の担当者を対象にした研修を実施している。

⑤医療の質の評価・公表等推進事業

全日病が実施しているアウトカム評価事業が評価されて、2010年度厚生労働省の「医療の質の評価・公表等推進事業」を受託した。

目的は、個別病院のデータ公表の仕組みと標準的な患者満足度調査票を開発し、診療アウト

カム事業の拡大、定着を図ることである。主要24疾患のDPCデータに加え、臨床データ、病院全体の3指標を含むデータセットを用いる。データ項目数は1患者89項目で、四半期ごとに集計する。症例数、四半期ごとのデータの安定性等から、対象疾患および臨床指標を選定する。患者満足度・推奨度調査は標準的な質問項目で個別病院ごとに実施の有無、結果概要を公開している。

2011年の時点においては、質を評価し公表する仕組みを構築できる病院は少ない。しかし、この活動が推進事業としてではなく、通常業務として継続することが社会の要請となりつつある。推進事業で開発した情報システムを更に改良し、入力や参照の負担を軽減し、参加病院が継続できるようにしている。自院の体制を再構築し、自らの質を評価し、患者等の評価を受け、その結果を公表し、他の医療機関や組織と比較し、自院の改善に努めていることが、組織の質として評価される。

8. 良質な医療

医療では、①良い構造に基づいて、②良い過程が実施されれば、③良い結果（良質な医療）を提供できる。そのため、医療の質の評価は構造と過程を対象としてきた。しかし、立場によって、望ましい医療の定義が異なる。したがって、それぞれの立場で目標とする良質な医療が何であるかを明確にする必要がある（表1）。

		期待・要求	
顧客	項目	内容	
外部顧客	患者	診療の質、苦痛の軽減、費用、時間	最高の医療レベル、治癒・軽快、苦痛なし、低費用、短時間
	家族	診療の質、費用、時間	最高の医療レベル、治癒・軽快、低費用、短時間
	保険者	経済性、健康指標の改善	低額、高治療成績
	国	経済性、健康指標の改善	低額、高治療成績
	地域住民	受診容易性	いつでも、どこでも、誰でも
	一般社会	安全、環境保全	安全
	支援者・出資者	貢献度、達成感	地域からの良い評価、高収益
内部顧客	従業員	報酬、働き易さ、達成感	高所得、低負担、好処遇、好きな仕事
	役員	地域貢献、経営指標	地域からの良い評価、高収益

表1. 立場による顧客要求の違い

①社会・国民の視点

医療は社会生活において極めて重要な分野である。医療が生命に関係するという理由だけではなく、近年では、経済的理由が重要になっている。

安心して生活するためには、安全と健康、それを支える衣食住が必要である。これらは天から与えられたのではなく、先人たちの闘いや努力で勝ち取ったものである。しかし、私たちは恵まれた環境に馴らされて、それを忘れて、既得権と考えがちである。「自分たちには安全と健康を享受する権利があり、政府や医療機関はそれを提供する義務がある。努力しなくても、それらを得ることが当然である」という誤解がある。国家や地域社会に財政的な余裕があった時期には、国民の僅かの努力で安全と健康が維持できた。しかし、経済成長が大きく後退した今日、医療費の持続的な上昇が、相対的に国家財政を圧迫している。この傾向は、全世界的な問題であり、解決できた国は未だになく、どの国も試行錯誤の状況である。むしろ、日本の国民医療費と健康指標が高く評価されている。

②健康投資の視点

医療を消費と捉えるか、健康投資と捉えるかで、大きく異なる。医療を消費と捉える限り、医療費抑制は正しい政策である。健康投資と考えれば、質の良い医療提供体制の構築を重視しなければならない。生産(ものだけではなくサービスの提供も含む)や労働(いわゆる勤労だけではなく家事やボランティア活動を含む)ができない、あるいは、能力が低下した患者を、診療によって、生産・労働能力を復帰、回復、あるいは、維持させるからである。医療法(第1条)に良質で効率的な医療を提供せよと記載されている。質を上げるには、それ相応の人・物・金・時間(経営資源)の投資が必要である。「望ましい医療」とは、「希望する医療」あるいは「理想の医療」ではなく、「国民が必要とし、相応の負担をし、達成すると決めた医療」である。

医療とは学問ではなく実践である。学問であれば、真理や理想を求め、観念的でもかまわない。実践においては、目的を達成するために(Why)、何を(What)、だれが(Who)、いつ(When)、どこで(Where)、どのように(How)行動するのかを具体的に決めなければならない。これを5W1Hという。どの程度の負担で(Howmuch)を加えて、5W2Hという場合がある。

③患者の視点

1) 重点思考

患者満足という(質的)結果を数量的に評価することは困難である。しかし、患者のさまざまな意見を分析して、包括的あるいは部分的でも満足度を検証することは可能である。またその努力が必要である。種々の手法が開発・検証されて、患者満足度調査がおこなわれている。

医療の質を考えると、患者にとって決定的に重要な問題点の改善、つまり、患者の要望や不満の大きい点、重要な点から改善していくことが先決である。重点指向である。シックス・シグマ(6 σ)では、これをCTQ(Critical to Quality)という。

2) 患者満足

医療はサービス業の特徴を持つ。すなわち、顧客満足業、もてなし業、お世話業である。患者を顧客と呼ぶことに抵抗を感じるかもしれないが、接客業という意味ではない。顧客には内部顧客と外部顧客がある。職員は内部顧客、患者は外部顧客である。

患者満足の対象は、病院業務のすべてであり、より広い視点から把握することが必要である。それが「医療における信頼の創造」への道である。

患者(顧客)の立場からは、質とは(不)満足である。(不)満足とは事前の期待と現実との差異である。個人の価値観は多様で、考えは常に変わるので、サービスは特注品(個別対応)でなければならない。要求水準は限りなくどこまでも上がり続ける。従って、満足は一時的なものではない。だから、サービスの質は常に向上させなければならない(CQI: Continuous Quality Improvement)。

3) 患者満足の要素

患者の満足・不満足は重要な要素である。狩野理論(図7)を参考に、以下のように大別できる。

イ 魅力的な要素

それが充足されれば満足を与えるが、不十分であっても仕方ないと思われる要素である。患者が期待していない、あるいは、期待した以上のものを提供した場合の要素である。魅力的な要素は、充足比例的な要素、更には、当たり前要素へと変化する。要求水準は限りなく上がるからである。常に魅力ある医療を心がけることが必要である。

ロ 充足比例的な要素

充足されれば満足、不足であれば不足の度合いに比例して不満足と思われる要素である。

ハ 当たり前の要素

充足であれば当然、不足であれば不満と思われる要素である。医療における基本的な要素である。

ニ 無関心な要素

充足していても不足していても、特に満足も与えず、不満も引き起こさない要素である。

ホ 逆説的な要素

充足されているのに不満を引き起こしたり、不足であるのに満足を与える要素である。例えば、出産では、元気な赤ちゃんが生まれて当然と思われている（当たり前品質）。しかし、かつては、母児共に文字通り生死をかけていたので、無事出産することは喜び（魅力的品質）であった。

受診では、我が国では、いつでも・どこでも・誰でも受診の機会が保証されていることは、当たり前（当たり前品質）である。現在でも、諸外国では、医療機関への受診は制限があり、我が国の状況は恵まれている（魅力的品質）。

④医療従事者の視点

医療従事者が望ましいと考える医療とは、安心し、誇りを持って行うことができる医療である。国民や患者の多様な要望に迅速かつ適切に応えて、良質かつ効率的に提供する医療である。

役職者だけではなく、職員の全てが、病院の理念や方針に基づいて、自分の立場を理解し、その場での確な判断をして役割を果たすことである。部門、部署、現場と段階的に具体的な方針と目標を展開（方針展開）することが必要である。建前ではなく、本音で、日常業務の中で具体的に行動し、成果をあげることが求められている。

医療従事者は、職業倫理というまでもなく、自分の役割や責任として、仕事として、質向上の努力をしてきた。しかし、制度の問題や、国民や患者のとどまる所のない要求水準の上昇に、応えられなくなっている。国民の健康を護ることができにくい状況にある。医療従事者が安心し誇りを持って働ける状況にはない。それが、医療崩壊、病院崩壊という形で現れている。

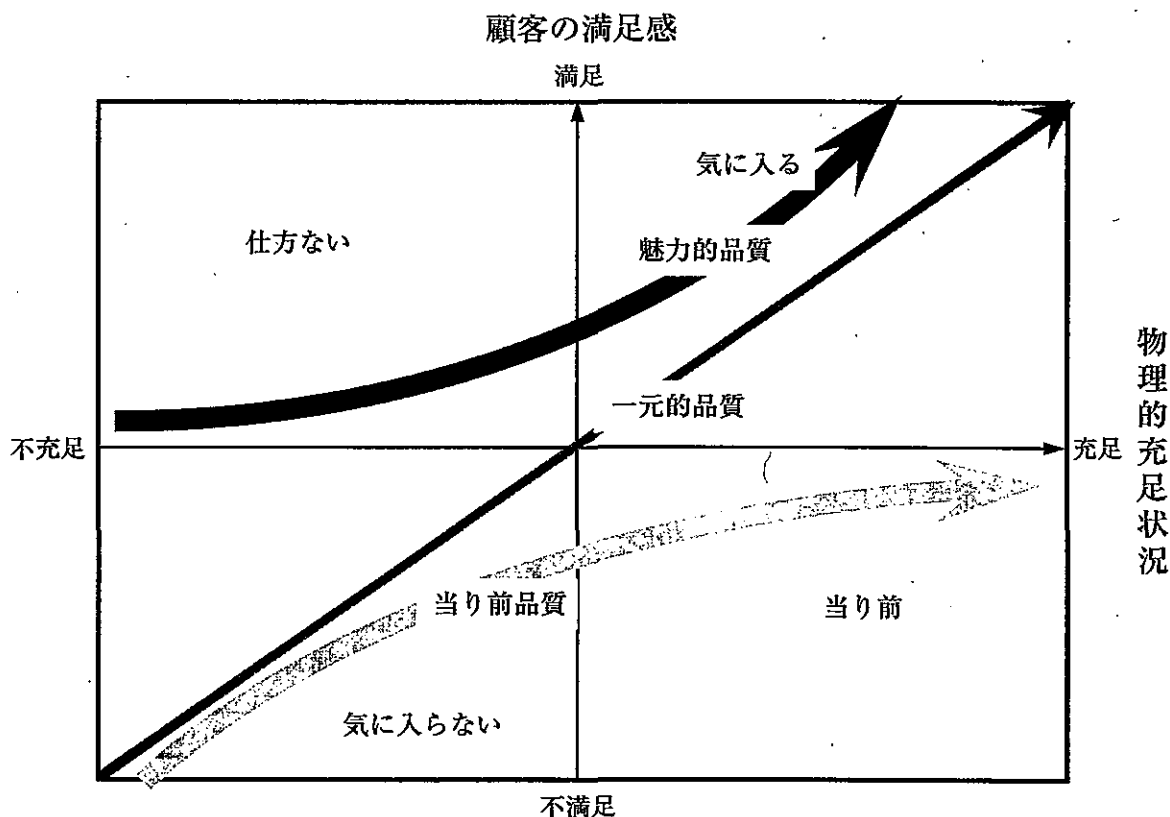


図7. 狩野理論

9. 医療における問題

医療の問題は、大きく5つが挙げられる。

①医療に関する認識

1) 医療の社会性

“社会の中の医療”という認識が医療界に問われている。「医療とは、医学の社会的適用である」であり、医療従事者は、地域医療、健康教育・疾病教育、健康投資、医療資源の利活用、社会貢献、環境負荷、環境保全、介護・年金等、社会との関連を考慮しなければならない。一方、患者や国民も、“医療は分からない”、“不透明である”という疑心暗鬼だけではなく、医療を理解する努力が必要である。

2) 医療は特殊か

医療従事者にも、患者や国民にも、“医療は特殊である”という神話がある。両者共に、“医療は特殊である”という根拠としては、イ 生命を扱う、ロ 許認可・規制が厳しい、ハ 情報の非対称性がある、があげられる。しかし、イ・ロは医療だけではなく、他の産業にも該当するものがある。ハの情報の非対称性は専門性の本質でもある。情報量、判断力、能力・技術の差があるから専門家なのである。非対称性に問題があるのではなく、それに如何に対応するか、つまり、説明責任・情報開示が問われている。

双方が医療の特殊性を強調する限り、問題は解決しない。医療は特殊ではなく、組織管理の面では一般産業・企業と共通する部分の方が多い。一般産業・企業から学ぶことが多い。反対に、医療から一般産業に発信する事項も多い。

とくに、医療界からの情報提供とわかりやすい説明が重要である。医療に関する法令、医療提供の仕組み、医療費の仕組み、医療機関の業務内容、医療従事者の日常業務、医療従事者の考え方等である（「病院早わかり読本 第4版」(医学書院)参照）。

医療は特殊であるという場合の問題には2つの側面がある。ひとつは、医療者側が、すべき事をしない言い訳に使う場合である。もうひとつは、医療を受ける患者あるいは国民側が、医療は特殊だから自己犠牲は当然であると医療者に強制する場合である。“特殊”と言うのであれば、医療者側は“特殊”だからより細心の注意をして医療を提供する、国民側は“特

殊”だから自らが健康の保持に留意し、より安全で働きやすい環境を整備するというべきであろう。“特殊”を、できない理由に利用したり、無理難題を押しつける理由にしてはいけない。

3) 医療は消費か

“医療は消費か”という問いに答えることは簡単ではない。最終顧客を消費者といい、最終顧客が個人や家庭で使用するために買うものすべてを消費財という。しかし同じ財でもその使いみちによって消費財にもなり生産財にもなる。

イ 消費の定義

消費 (consumption) の定義は、費やし無くすことであるが、経済学用語としては、欲望の直接・間接の充足のために財・サービスを消耗する行為、生産と表裏の関係をなす経済現象である。

消費には、生産物 (モノ) の消費とサービス (コト) の消費がある。共通することは、モノだけではなく、労働の消費であり、時間の消費である。医療の提供においては、モノとコトの両者が同じ程度に重要である。大量消費時代における「モノの価値」は、そのものの使用価値や労働の価値ではなく、記号としての価値であり、「消費は定義してはいけない。なぜなら、それは観念であるからだ」という考え方もある⁴⁴。

ロ 医療の消費税

医療における最終顧客 (消費者) は患者であるにもかかわらず、最終顧客ではない病院が、医薬品、医療材料、委託費等に関する消費税を支払わされ、病院の損税となっている。

ハ 消費者契約法

医療契約にも消費者契約法が適用されるとされる。消費者契約法第1条では、「この法律は、消費者と事業者との間の情報の質及び量並びに交渉力の格差にかんがみ、事業者の一定の行為により消費者が誤認し、又は困惑した場合について・・・消費者の利益の擁護を図り、もって国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする」と事業者間以外の契約は対等ではないと規定していることは重要である。

第2条1項では、「この法律において“消費

⁴⁴ Jean Baudrillard: 消費社会の神話と構造、325 p、紀伊国屋書店、東京、1995

者”とは、個人（事業として又は事業のために契約の当事者となる場合におけるものを除く）をいう」、また、第2条2項では、「“事業者”とは、法人その他の団体及び事業として又は事業のために契約の当事者となる場合における個人をいう」と規定されている。つまり、事業における契約ではない個人を消費者という。この観点からは、患者は消費者とされている。

4) 医療の利用者

経済学用語に従えば、患者は欲望（欲求）を満たすに医療を受けるといえるのであろうか。生存欲、生殖欲、食欲等を満たすためといえなくもないが、美容手術等以外には、患者が好きこのんで医療を受けるのではない。医療においては、生産と消費という対比よりも、提供と利用（受療）が適切である。したがって、医療の消費者というよりも、利用者、受療者の方が受け入れやすい。

5) 健康投資

医療を消費と考えるより、健康投資と考える方が実態に合っている（8. 良質な医療 ②健康投資の視点の項 参照）。

②医療費の負担と世代間および保険者間競争

科学技術や医療技術の高度化と、国民や患者の要求水準が高まり、高度な医療を提供しなければならない。しかし、国家の財政難において、高齢者医療費高騰の負担を誰がするのか、という世代間の問題と、どの保険組合（保険者）が老人医療費拠出金を負担するのか、という保険者間の問題がある。

今後は、年金と同様に、加入した医療保険によって、受けることができる医療の範囲や内容に差が生じ、保険では必要最低限の医療しか保障できない虞がある。国として、地方自治体として、医療機関として、どのように対応するかが問われている。

更に、2011年の現在、地震・津波・原発事故による、極めて広範囲の社会基盤の崩壊と放射能漏出という未曾有の事態にある。非常事態対応と共に、日常の医療活動も継続しなければならない。東日本大震災による、復興費用の財源不足、経済活動の停滞による財源不足が必至である。どこまで医療費を確保ができるかにより、提供できる医療の質が決まる。

③経済原則適用の一貫性欠如

医療においても市場原理の導入が強調され、医療が経済情勢の変化に振り回される状況にある。市場原理とは、需要と供給のバランス、費用と収益とのバランスに基づくものであるはずであり、再生産可能な仕組みのはずである。

社会基盤・社会資本としての社会保障のあり方が問われている。国家財政の破綻の責任が医療にあるかのごとき論調が多い。国民が求める医療の内容に相応の医療費負担が必要であるという当然のことを、理解しなければならない。

市場原理導入を求めておきながら、他方では公共性という名の下に、更には、医療は特殊であるとして、原価を超えた、経済原則に合わない高度かつ良質の医療の提供を求めている。営利・非営利に関わらず、再生産可能な仕組みが必須である。低い負担（保険料、自己負担金）で、いつでも、どこでも、誰でも、最高の医療を求めている。それを当然のこととしていることが問題である。

市場原理で重要な事は、透明性と公正性である。公正とは、あらかじめ合意した同じルール（基準・規則・法令）に基づいて、同じ土俵（活動の場）で運営することである。しかし、現実には、公という名目で特別会計からの繰り入れが行われ、採算度外視の運営が黙視されている。他方、民間には、同じ医療の提供を求めながら、経済原則に従え、効率化せよと要求するという矛盾がある。

④組織的管理手法導入の遅れ

医療の特殊性や患者の多様性を理由に、医療への管理手法の導入が否定され、導入は一部で行われているに過ぎなかった。その理由は、管理を意識しなくても、病院経営ができたからである。しかし、社会の急速かつ複雑な変化に対応するためには、従来の考え方や方法では対応できなくなりつつある。特に、医療においては、質を重視しなければならず、病院経営においては、組織管理の仕組み（Management System）、質管理（QMS）の導入、すなわちTQMの導入が必要である。

⑤医療不信

1) 過大な期待への対応

国民や患者の医療不信は強く、深刻な状況にある。この原因は、医療提供側と国民や患者の

双方にある。すなわち、社会が急速に変革しているにもかかわらず、医療従事者の意識改革ができず、情報提供と説明の不足等、多くの場面で対応が適切ではない。また、国民や患者の権利意識の向上と医療は無料あるいは低負担が当然という、過大な期待・要求や誤解がある。

2) 無謬性と結果責任

安全確保は、基本的な要求事項である。しかし、医療事故や不具合に関する医療提供側の対応が厳しく糾弾されることが多い。国民は、医療に無謬性を求めている。しかし、医療契約は準委任契約であり、適切な行為は約束するが、結果を保証するものではない。医療の特性として、複雑性、侵襲性、リスク性があることから理解できよう。“人は誰でも間違える”というまでもなく、医療従事者も人であるという前提を再確認しなければならない。しかし、間違えても仕方が無いということではなく、過誤や不適切な行為を減少させ、再発防止を検討し、対策を実施することが必要である。質管理の考え方と手法が有用である。

10. 医療における継続的質向上

医療では、専門資格職が多く、専門技術職として質向上の努力は当然のことと考えて、日常業務として行なっている。ただし、これは、専門知識、専門（固有）技術に関する努力が大部分であり、管理知識、管理技術に関しては関心が乏しい傾向がある。また、個人の努力による部分が多く、組織的な取り組み、特に総合的質経営の取り組みは一部で行われているだけである。

質管理に関しては、決して医療が遅れていたのではない。外科医の Codman は、医療（外科診療）にも結果の評価が必要であるとして、診療記録（手術記録とその後の経過記録）の評価を主張した。また、1914年、End Result Hospital（最終結果病院）を作った。挑戦的な名称である。彼は、骨腫瘍の登録制度を作った。そして、外科学会の取り組みが契機になって、病院機能評価の仕組み（JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations、現在は JC: Joint Commission に名称変更）が設立された（1951年）。しかし、医療界全般に理解され、普及するには時間を要した。

日本においても、1990年代から、質の評価を

制度として行うようになった。日本医療機能評価機構による病院機能評価、日本科学技術連盟による医療の質奨励賞、質マネジメントシステム（ISO9001）等である。

個々の病院あるいは一部の職員により、TQM や QCC (Quality Control Circle) が行われていたが、1990年代から、病院団体や医療関係者が質改善・向上の全国的組織を設立し、医療へのTQMの導入を目指して活動している。品質管理の専門家との連携が重要となっている。

病院は、専門分化・機能分化による縦割り・横割りの壁が厚く、標準化や情報の共有がしにくい組織である。そして、複雑性・不確定性・緊急性・個別対応・非定型が当たり前の医療では、経営者だけではなく、全職員が柔軟に対応しなければならない。医療界こそ適応型組織に生まれ変わる機会がある。ここに、一般社会の諸問題解決の糸口があると考えられる。複雑な医療界でTQM展開のモデルをつくることにより、一般化（普遍化）することが期待できる。その考え方に基づいて、全日病では、2000年には医療の質向上（DRG・TQM）委員会を設置して活動している。また、臨床プロセスの研究に導入したものが、医療の質向上（DRG・TQM）委員会が実施している、フローモデルの研究であり、患者状態適応型パスシステム（PCAPS: Patient Condition Adaptive Path System）^{*)}である。

11. 医療経営の質 (quality of health care management)

①経営とは

経営とは、営利すなわち金儲けが目的であると考えられる人が多い。とくに、医療従事者にはその傾向が強く、経済活動を否定的に考える人が多い。医療経営者、管理職においても、近年まで“経営”という用語に抵抗を示す者が多かつ

^{*)}患者状態適応型パスは、患者状態の変化のプロセスを可視化したものである。患者状態の目標毎にユニットを構成し、患者状態に適応した医療業務と、当該ユニットの目標状態に達した後の、最適な次のユニットに移行ロジックがナビゲートする。あるユニット内で、変化した患者状態が当該ユニットの患者状態適応範囲を超えた場合には、適応するユニットに移行するロジック機能が組み込まれている。極めて挑戦的な活動であるが、臨床に応用するには、国家的なほば全疾患のコンテンツ作成が必要であり、研究段階にあるといえる。東京大学飯塚教授を主任研究者とし、全日病役員も分担研究者として参画した。

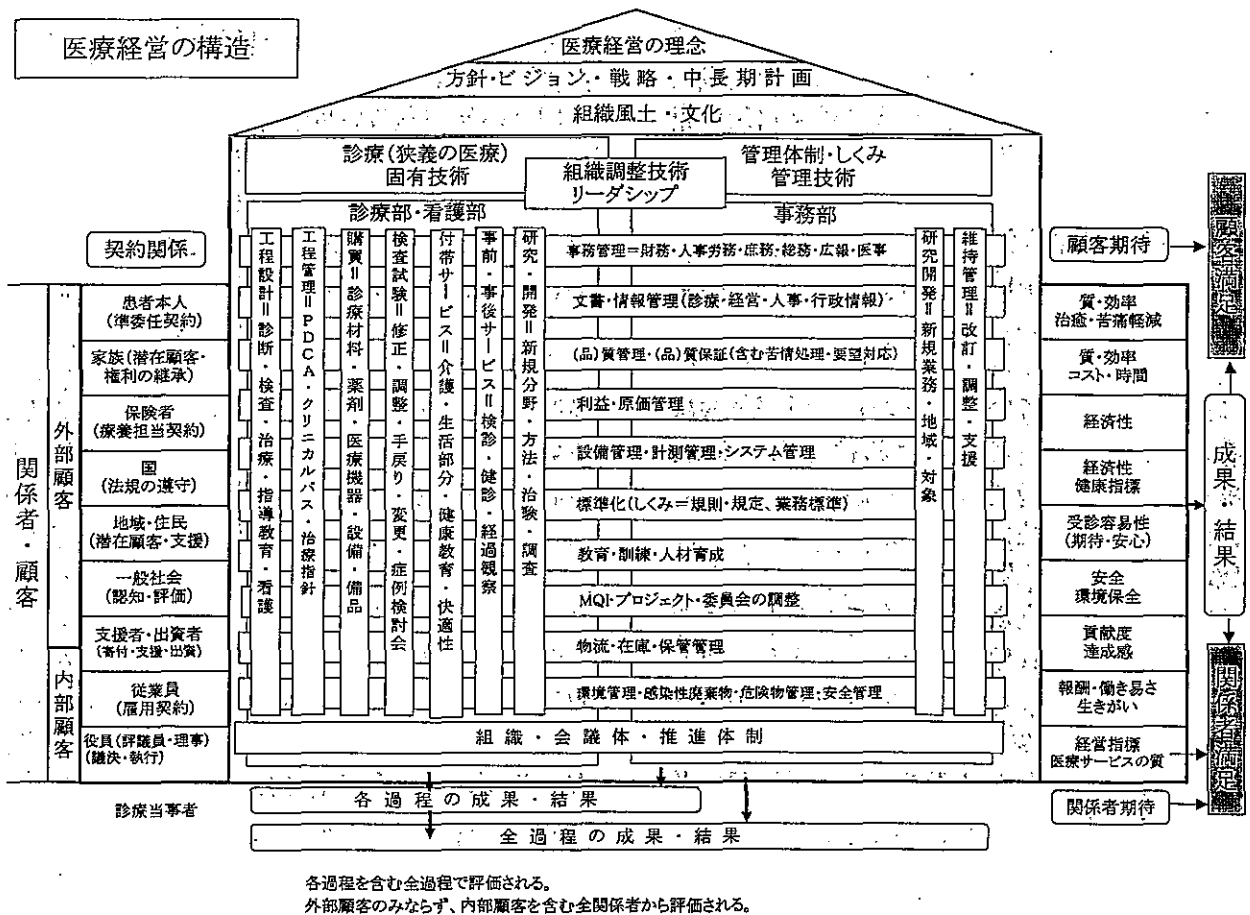


図 8. 医療経営の構造

た。しかし、経営とは、営利か非営利かに関係なく、組織を運営することを言い、組織管理を言う。有限の資源を活用して、制約条件の中で、組織の目的を達成するために行う活動である。

近年、少子高齢社会における医療費の継続的上昇による国家財政難を理由に、医療費抑制策が進められ、また、勤労意識・職業意識が変化する等、経営が困難になり、倒産する病院も少なくない。したがって、“経営”を否応なく考えざるを得ない状況にある。しかし、この場合も“組織管理”という意味ではなく、単に、赤字を黒字にする、つまり、収支を合わせるという狭い意味に限定して“経営”を考える傾向がある。いずれも、両極端な考え方である。

再生産が困難な状況にあるからこそ、継続的に組織を運営するためには、黒字であることが必要であるが、組織の理念や目的を達成することがより重要である。

②医療経営の質とは

医療経営の質とは、医療機関全体の質、総合的質を言う。すなわち、1)診療(経過・結果)、2)組織管理(人事労務・労働安全衛生・施設設備・安全・環境)、3)経営指標(財務)、4)職員(能力・態度・成果)、5)患者満足(苦痛軽減・診療成績・時間・経済性)であり、医療の質向上のために経営管理の質を上げることが重要である。

医療経営の構造(図8)は複雑であり、すべての関係者の満足を得ることは困難である。したがって、質重視の経営、すなわち総合的質経営(TQM: Total Quality Management)として、医療の質向上活動(MQI: Medical Quality Improvement)を実施する必要がある。医療は、規制が厳しく、競争原理が働きにくく、非効率、すなわち、無駄が多い、また、患者が選択できる情報を得にくいと指摘されている。一方では、医療事故をはじめとする医療機関の運営上の問題が指摘され、医療の質、すなわち、医療機関の総合的な経営の質が問われている。

12. 2025年における医療の質

2025年には、医療基本法が制定され、医療のあるべき姿・ありたい姿とそれを達成する道筋が示され、継続的な改善がなされていよう。その基本的考え方は、医療へのTQMの導入である。国家・自治体・団体・医療機関それぞれの段階で重層的に実施されていよう。

質とは相対的なものであり、医療は社会の状況に適合させて実践されるものである。TQM実践の努力をしている限り、医療の質（顧客の評価）は現在よりも高まるであろう。医療従事者が安心して誇りを持って働き、患者が安心して受療し、信頼関係が構築される。結果として、医療崩壊、病院崩壊といわれた状態から、医療再生、病院再生が実現していよう。

参考文献

- ・ 飯田修平：病院早わかり読本 第4版、259p、医学書院、東京、2011
- ・ 飯田修平編著：新版 医療安全管理テキスト、263p、日本規格協会、東京、2010
- ・ 飯田修平、田村誠、丸木一成編著：医療の質向上への革新—先進6病院の事例—、285p、日科技連出版社、東京、2005
- ・ 飯田修平、飯塚悦功、棟近雅彦監修：医療の質用語事典、359p、日本規格協会、東京、2005
- ・ 飯田修平：医療における総合的質経営 練馬総合病院 組織革新への挑戦、179p、日科技連出版社、東京、2003

第8章 病院における情報化の意義と業務革新

1. 情報とは何か

データ (Data) とは、情報を表現したものであり、伝達、解釈、処理等に適するように形式化、符号化されたものをいう。

記録とは、文字、画像 (映像)、音、記号、あるいは、それらの複合により物理的に媒体に固定化したものである。媒体には、紙、布、木、金属、プラスチック、磁気媒体 (テープ、ICチップ、ディスク) 等がある。また、組織または個人が法律上の義務に従って、または業務上の取引において、証拠として作成し、受け取り、維持する情報である (ISO 15489)。

情報 (Information) とは、事実・事象・判断の記録をいう。特定の状況における評価、判断や行動に必要な知識である。情報とは流れである。内容 (意味)、媒体、方向、対象、仕組み、目的を持つ。情報とは動的なものであり、情報自体が変化するとともに、物理的に同じ情報であっても、状況により受け手の意味や解釈が異なる。流れは、制御しなければ、途絶または氾濫する。すなわち、情報 (信号) は減衰し、あるいは多くの雑音 (ノイズ) が混入する。

データベースとは、一定の目的と形式を持って、系統的に記録、集積された情報をいう。構造化され、系統的に蓄積され、検索可能なものである。公共および組織の財産である。データ (事実・現実) の二次利用の基礎となる。データベースでは、データを選択 (selection)、射影 (projection)、結合 (join) することに意味がある。

インテリジェンス (Intelligence) とは、分析・選択・統合化された情報をいう。評価、判断が加わる。

2. 情報化とは

情報化とは、標準化と情報共有による、高い質と効率性をもたらすための情報技術の活用をいう。情報化は情報システムによる情報活用と言い換えることができる。

情報時代において、情報活用は組織運営の

要である。ICT (Information Communication Technology) 化を直訳すると、情報伝達技術化となるが、この場合、手段の目的化、すなわち、情報機器の導入が目的となり、情報機器に踊らされる、あるいは、使われることになる。ICT化を情報化と考え、情報技術の導入ではなく、情報伝達技術を用いて組織運営に情報を活用することを目的とすべきである。

3. 情報化の意義

情報システム開発・導入の真の目的は、情報技術を用いて情報を活用し、業務を効率化するとともに、業務の仕組を変え、組織運営を円滑にすることである。

情報化には、融通の利かない機械にもわかるように、論理的に記述 (文書化) する必要がある。情報システムの導入や開発において行うべき段取りは、現状の業務 (As Is) を作業レベルまで洗い出し、望ましい、あるいは、あるべき業務 (To Be) との相違を把握し、その相違を小さくするようにシステムを構築することである。したがって、一般論ではなく、自院の業務行程 (フロー) を具体的かつ詳細に分析することが必要である。まず、現状の業務を洗い出し、文書化し、業務工程表を作成する。ついで、理解を容易にするために、業務行程図に落とし込む。手法は様々であるが、人にも理解でき、情報システム構築 (コーディング) にも使える手法が UML (Unified Modeling Language) である。後述の厚生労働省の電子カルテの標準的モデル作成に関する事業でも用いられた。

業務分析した結果も重要であるが、むしろ、組織内で分析する経過が重要であり、その結果として業務革新が実行 (人間の頭も整理) される。しかし、実際には、情報機器の導入を目的と誤解し、現在の業務をそのまま電子化すればよいと考える病院も多い。システム開発の目的が不明確な病院もある。それぞれの組織の理念・目的・方針あるいは情報技術に対する考え方によって、情報システム導入の目的は多様であり、

組織の状況に応じて定められるものである。

4. 病院情報システム (HIS: Hospital Information System) の発展段階

厚生省や日本医療情報学会は、診療記録の電子化を、第1段階の電子カルテと定義している。病院情報化の発展段階は、標準化と情報共有の状況に基づいて以下のように分けて考えることができる。

- 第1段階 診療記録の電子化 個別の情報システムが独立して (stand alone)稼働
- 第2段階 LAN (Local Area Network) 等で連動して稼働
- 第3段階 データの二次利用が可能
- 第4段階 医療機関相互の情報共有 (地域連携)
- 第5段階 医療関係組織相互の情報共有 (機関連携・機関ネットワーク)

現在、多くの病院は第2段階にあり、第3または第4の段階を目標に検討・準備が進められている。第2段階においても、オーダー、部門業務、医事請求、記録、参照機能は当然なければならない。第3段階のデータの二次利用に関しては、その範囲や程度の差が大きい。経営管理への二次利用、診療データの二次利用を個別の努力で活用している事例もあるが、大部分の病院では不十分である。

第4段階の医療機関相互の情報共有 (地域連携) は、情報システムの相互利用の程度による。

- i 患者の基礎情報 (氏名、住所、保険記号・番号、既往歴、アレルギー歴、家族歴等)
- ii 検査データ、処方内容、検査画像、検査所見
- iii 診療要約、看護要約
- iv 診療記録、看護記録

第5段階では、地域連携に加えて、団体、プロジェクト、グループ毎に、ネットワークを造り、データを収集・分析して、統計データ、ベンチマークに活用する広域連携が行われる。すでに、全日病では、具体的に診療アウトカム評価事業、DPC分析事業に活用している。IQIP事業では、一部のデータではあるが、国際的なベンチマーク (広域連携) を行っている。これらの事業を発展させて、2010年には、厚生労働

省の補助金を得て医療の質評価公表等推進事業を実施した。統計データのみならず、一部ではあるが、個別の病院名が特定できる形で結果を公表した。

5. 病院情報システムの今後の要件

病院情報システムの今後の課題として以下がある。

①医療従事者の思考に合致して思考・作業を支援する

近未来を考える場合の最重要事項は、医療従事者の思考経路に合致した情報システムの開発である。医療従事者の思考の流れ、業務の流れを阻害しないシステム構築が必要である。現状は、むしろ医療従事者が情報システムの制約に合わせているのが実情である。

②国家的プロジェクトに資するデータベース構築と利活用

疾病、診療内容、受療行動等の統計、特に、患者単位で異なる医療サービスを受けた場合に連結可能な統計が必要である。研究・利用の公益性、セキュリティ、個人情報保護が担保されなければならない。

6. 情報システム導入

情報システムの開発・導入は、目的志向すなわち運用重視でなければならない。市販の情報システムで、現在の業務、および、今後実施したい業務が運用できれば導入する。業務の実態に合わなければ、運用に合うように開発あるいは改良しなければならない。しかし、独自の開発にはリスクが伴うので、十分な検討と周到な準備が必要である。情報システム構築には、これでよいということはなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、医療の内容、人々の価値観の変化に柔軟に対応しなければならないからである。

7. 情報化の効果

電子カルテ等の病院情報システムの導入は、現段階では費用対効果が良いとは言えない。現状の電子化加算では経済的には合わない。しか

し、業務の標準化と情報共有による、質向上、効率化、業務革新、将来構想のための基盤整備という観点からは、大きな貢献をしている。使い勝手が悪く、機能が不足している等、職員満足には到らないが、多職種が情報を共有するという観点からは有効である。すなわち、どこからでも、(付与された権限の範囲で) だれでも、入力あるいは参照することが可能となる。また、患者へのモニター画面や印刷による説明、待ち時間の短縮等、患者満足の点からは無くてはならないものである。使い勝手が悪いと言っても、電子カルテを導入した病院で紙カルテに戻したという話は聞かない。元には戻れないのである。一度、導入した電子カルテシステムを、他の開発会社のシステムに変更することは容易ではないが、更新を機会に別の開発会社に変更する事例は少なくない。この場合に、相互運用性が担保されていないことが大きな問題である。これは、一病院だけではなく、国家的な損失であり、国家系プロジェクトとして解決しなければならない(後述)。

8. 望ましい医療

望ましい医療とは、①開示されてわかりやすい、②事実・データに基づいて納得できる、③(統計的に) 有意で科学的な、④評価を受け信頼できる、⑤保証され安心できる医療である。これらのすべてに共通する鍵は“情報”である。情報(データ)を利用するためには、データを系統的に集積し、系統的に記録することが必要である。その前提条件として、データの内容や様式、集積および記録方法の標準化が必要である。

9. 情報活用のための組織構築

病院では、情報を活用し質を向上するために、組織革新の一つとして、以下の部署を設置している。その業務は固定的ではなく、プロジェクト毎に、職種・部署横断的なチームを作って柔軟に対応しなければならない。

①企画情報推進室：組織横断的なプロジェクトや医療の質向上活動(MQI)、研究会事務局、非定型業務、職員への情報リテラシー教育・啓蒙活動を推進、情報システム構築・維持管理(ハード・ソフト・運用)。

②医療情報管理室：医療情報の整備と有効活用のため、医事・会計・人事情報だけではなく、医療情報(診療記録等)を包括的に管理。

③質保証室：総合的質経営の基盤整備、内部顧客の支援、外部顧客の要求事項の把握と対応、情報の収集・利活用、質保証に関する包括的な業務を担当。

10. 病院情報システム導入の問題

情報化社会において、医療においても情報化が急速に進みつつある。病院情報システム構築は、質向上、安全確保、効率化に必須の事項である。

病院情報システムは、部門システム、オーダリングシステム、電子カルテ等として、種々の医療用システムやアプリケーションが開発されている。残念ながら、問題なく日常業務を円滑に進めることができるシステムはないといっても過言ではない。開発側が顧客の要求を把握できず、製品(情報システム)が、顧客(医療者側：利用者)の要求を満たしていない。したがって、情報システムの不具合を医療者側の努力で業務のつじつまを合わせて運用しているのが実態である。

独自のシステム開発は言うに及ばず、医事会計システムにおいても、システム導入当初から、問題なく運用できる事例を知らない。パッケージソフトであるにもかかわらず、情報システム導入時には、問題が発生するのは当たり前として済まされている。顧客の要望に応え、顧客の問題や課題を解決することが目的のはずだが、問題や課題を積み残したまま、新たな問題を引き起こすことが多い。

11. 情報化の経営への貢献

情報化の経営への貢献を判断する視点は、①業務の運用が楽になるか(効率化)、②医療の質向上に役立つか、③データを効率的、効果的に活用できるか、④継続的改善、業務革新に役立つか、④会議・教育・研修等に活用できるか、⑤収益増・支出削減に役立つか等である。その前提として、費用対効果がよいことが挙げられる。情報化は、費用対効果の点からは必ずしもす

すべての病院において貢献していると評価されてはいない。マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスが未成熟で、使い勝手が悪い。それでも、無くてはならないものとなっている。

12. 病院情報システム導入が円滑に行かない理由

病院情報システム導入が円滑に行かない理由は下記の通りである。

①病院と開発側の認識および考え方の相違

- 1) 病院の要望と開発側の設計思想の相違がその原因である。
- 2) また、両者の立場による常識、慣習、用語等の相違によるものである。

②病院毎の、機能、規模、業務や考え方の相違による仕様変更（カスタマイズ）

パッケージでも、そのままでは運用できず、大なり小なり、それぞれの病院の運用に合わせたカスタマイズが必要である。

③病院内の意思決定の不明確・遅延による、度重なる要望や仕様変更

情報システムの顧客とは誰かの認識が問題である。顧客（利用者）には、現場作業担当者、情報システム担当者、病院管理者（病院長）、資金提供者（理事長、院長）、患者等々である。現場作業担当者といっても、業務毎に関与する職種、部署が異なるので、立場によって要求内容が異なる。病院が組織として、どの段階でどのような方法で、意思決定するかが明確でない場合が多い。

④病院側の情報システムに関する知識不足

病院側が、基本要件を、漏れなく、明確に、開発担当者に示すことができない。

⑤医療の特性

- 1) 医療の特性として、業務が一律ではなく、患者の状態変化による変更（中止、追加、修正等）が常であり、非定型的な業務が極めて多いことである。
- 2) 多職種が多部署で、組織横断的に業務を行っている。しかも、業務を行う場所と

時間が固定しておらず、常に移動する。

3) 医療制度、医療保険制度の頻回の変更への対応

医療制度、医療保険制度の頻回の改訂に情報システムを対応させなければならない。

⑥開発側が医療の業務の流れや運用を熟知していない

開発側が医療の業務の流れや運用を熟知していないために、情報技術を熟知しない医療側の要望をそのまま聞いて、システムを構築すると、機能の一部が漏れたり、機能はあるが運用に支障が出る場合が多い。

⑦開発効率

個々の病院向けシステム開発や変更は、効率が悪く、対応が困難である。

13. 基本要件検討プロジェクト発足

情報システム導入の諸問題を解決することは、個々の病院の範囲を超えている。そこで、2002年6月、全日病の医療の質向上委員会に病院情報システムの基本要件検討プロジェクトチームを設置し、活動を開始した。

委員構成は、①病院：病院経営者、病院実務担当者、システム担当者、②病院管理研究者、③開発会社：システム開発会社、工業界等である。

本プロジェクトの意義は、情報システム利用者としての病院の団体が主体となり、利害関係者が一致協力して情報システムに関する問題を解決することにある。前述したように、病院情報システム導入が円滑に行かない理由は様々であり、利用者側、開発側双方に問題があり、また、双方に言い分がある。そこで、関係者が協力して、問題の本質を把握し、解決策を検討している。

本プロジェクトを核として、2003年に厚生労働省科学研究費「電子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」（2年間）が発足した。

14. 標準的電子カルテ開発計画とプロジェクト

厚生労働省の電子カルテの標準的モデル作成に関する事業は、「保健医療分野における情報化に向けてのグランドデザイン」が基本である³⁾。「電

子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」は、運用を基本とした研究である。研究の目的は、情報システムの導入をより効果的に進めるために、業務プロセスを可視化し活用する方法を研究し、病院で使用できる業務フローモデルのひな型を開発し、提供することである。また、調査により病院における情報システムの現状を把握することである。

成果を、「電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用—」として出版した。ついで、2005・2006年度の厚生労働科学研究で部門内の業務フローモデルを作成し、2009・2010年度厚生労働科学研究

^{*)}保健医療情報システム検討会：保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン最終提言 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/sl226-1a.html>)

で手術室内の具体的な3手術術式に関する業務フローモデルを開発した(図1、図2)。また、情報システム導入指導者養成のe-Learningの仕組みを作った(経済産業省事業費)。更に、基本要件策定の手引きを作成した。

15. 問題解決の方法

情報システムの専門家である開発側も要求する利用者側も、自分が何を必要とし、何を要求し、どのように表現すればよいか分からない。問題発生、紛争を防止するには、詳細な契約の締結よりも、相互の状況・要望・認識・考え方の理解が必要である。双方が、分かろう、分からせようという努力が必須である。これを顧客志向という。

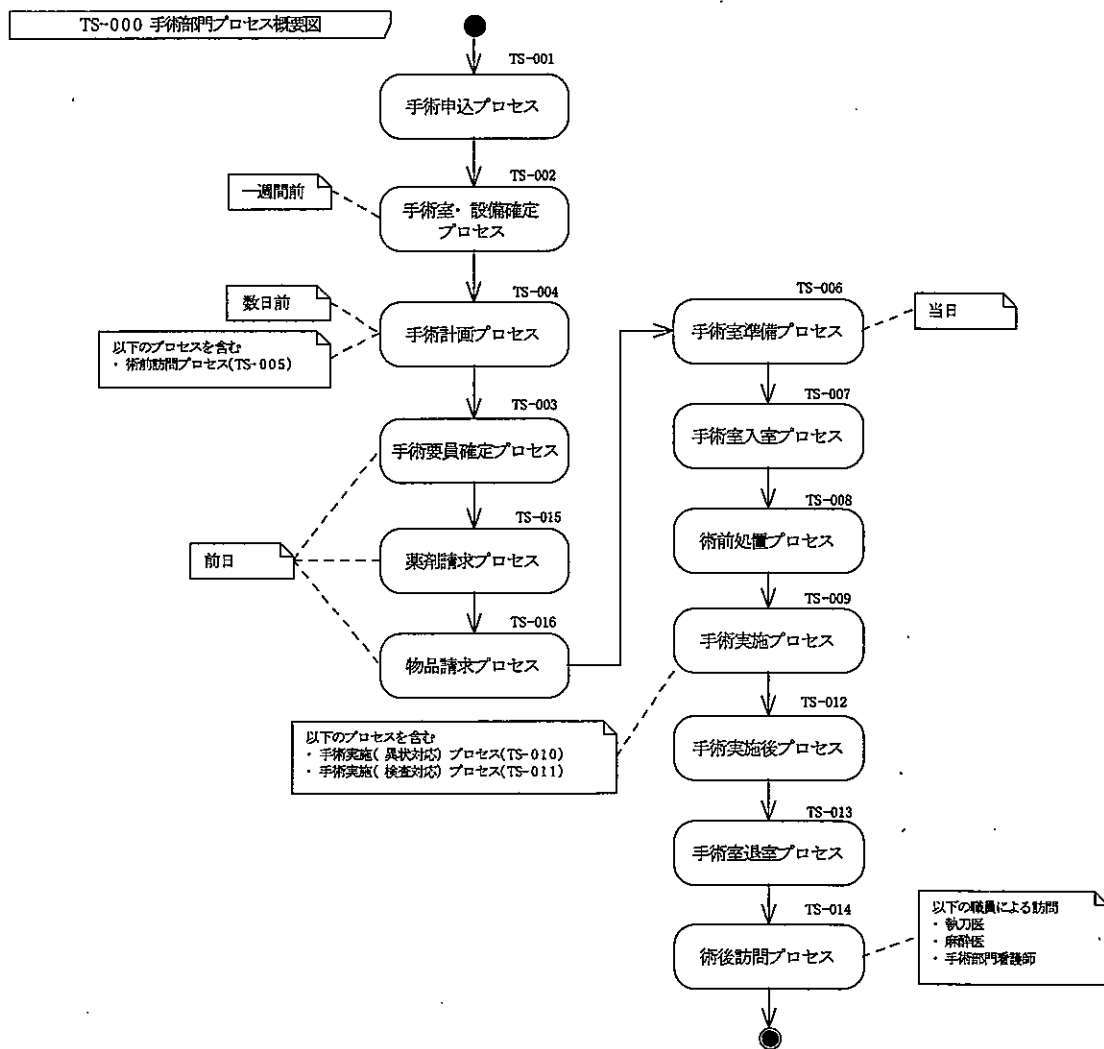


図1. 手術部門業務プロセス概要図

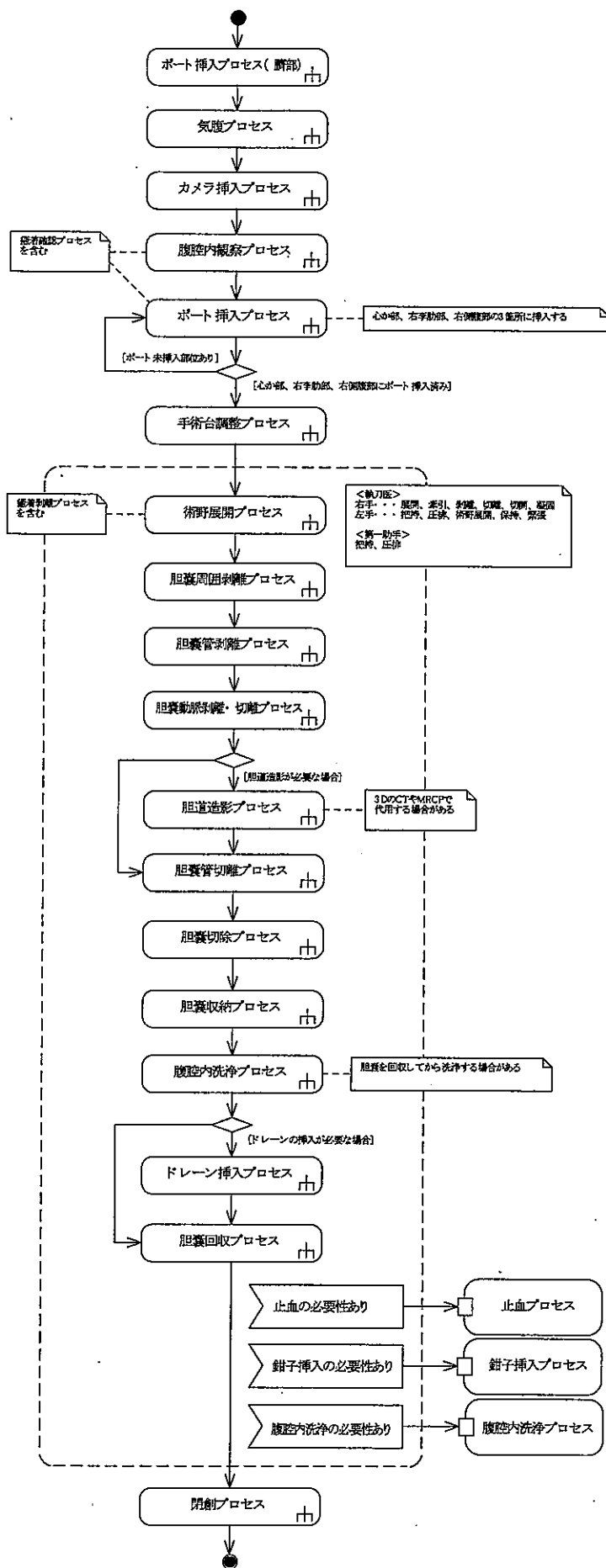


図2. 腹腔鏡下胆嚢摘出術プロセス概要図

16. 病院における情報システム導入

①開発・導入に関する基本的考え方

情報システム開発・導入に関する基本的考え方は、目的志向である。情報システムに使われるのではなく、情報システムを活用することである。情報システム構築には、これでよいということではなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、人々の価値観の変化に対応しなければならない。既存の情報システムで、現在の業務、および、今後実施したい業務が運用できればそれを使用し、あるいは改良する。無い場合には、新たに共同開発する。

②共同開発

- 1) 情報システムを共同開発する場合には、多くの問題が発生する。その原因は様々であるが、稼働前に問題を洗い出して、対応する必要がある。情報システム開発・導入において、医療従事者がある程度苦労することはやむを得ないが、患者には迷惑をかけないことが基本原則である。
- 2) 種々の障害が発生して、開発が頓挫し、中途から、開発会社を変更し、開発範囲も縮小しなければならない場合がある。

17. 情報システム導入の問題点と対策

- ①情報化の意義を理解しないまま、システム導入を目的にする病院が多い。
情報、情報化、情報技術に関する教材と教育研修プログラムの開発が必要である。
- ②情報化のための院内体制を構築できない、あるいは不備がある。
病院側に役立つシステム導入および開発の組織体制作りの手引きが必要である。
- ③情報化の意義や導入の目的を認識して開発しても、途中で目的からそれる。
システム導入および開発の進捗管理の手引きが必要である。
- ④医事システムやオーダーリングシステムから経営指標を分析するに止まる。
必要ときに必要な様式のデータを得られる、運用が容易なデータベースの構築が必要である。

18. 情報活用の問題点

情報活用においては、①情報格差、②情報氾濫、③情報攪乱、④情報途絶・遮断、⑤情報漏えい、⑥情報操作等の問題がある。これらは、情報システムの脆弱性と、運用上のヒューマン・ファクターによる。いずれも解決が困難な課題である。

情報収集においては、①住基ネットや社会保障番号、②目的外使用、④自由と制約のトレードオフ、⑤公益と個人の権利保護の関係等の問題がある。

技術的には、①利用者の常識や思考経路に沿った仕様、②ユビキタスな利用、③柔軟なリレーショナル・データベース、④データの蓄積と利用、⑤相互運用性、⑥国家的プロジェクトの継続、⑦昭和100年問題等がある。

19. 組織の再構築と情報システムの発展

情報活用と質向上には組織の再構築が必要である。業務は固定的ではなく、プロジェクト毎に、職種・部署横断的に柔軟に対応しなければならない。また、標準化による部門間、職種間、病院間、地域内の情報共有が必要である。目的によって、情報システムを段階的に発展させなければならない。情報システムに求められる基本機能は、データの入力、蓄積、表示、参照等であり、データの二次利用が重要である。運用には、応答性、視認性、操作性等が重要である。

20. 今後の課題

- ①マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスを改良し、負荷を感じることなく利用可能とする。
 - ・利用者の常識、思考経路に沿った、仕様にする。
 - ・入出力機器
入力：音声入力、手書き入力、キーボード、マウス、視線入力、生体認識装置、QRコード、バーコード
出力：画面、音声、振動、印刷、投射
 - ・画面レイアウト、画面遷移、操作性等。
 - ・医療従事者のみならず、患者や家族も説明なしで利用できるようにする。

②いつでも、どこでも、だれでも、容易に利用できる。ユビキタスとする。

医療者、受療者、保険者、国民がそれぞれの立場で、アクセス権限の範囲内において、セキュリティが担保され、いつでも、どこでも、必要な情報を利活用できるようにする。近年の簡易携帯装置 (PDA)、スマートフォンの開発によりユビキタス社会に入り口に入ったといえる。実験段階ではあるが、生活環境の中で、健康に関する生態情報を収集し、分析することが可能である。また、これらも組み合わせて、遠隔診断、遠隔治療の一部が可能となる。

③柔軟なリレーショナル・データベース構築

予め、詳細な設計を必要としない構造が望ましい。顧客要求は常に増大し変わる。業務は頻繁に変更される。したがって、必要なデータ項目は変わり続ける。最終段階までに時間がかかるようなら、中間データベースを構築して利活用する。

④データの蓄積と利用

過去のデータを蓄積し、利活用可能とする。システムや機器は更新可能であるが、データは最重要の財産である。データの移行、連携を容易とする。レセプトデータの利用に関する検討が進み、一部で試行的に利用できるようになった。しかし、制約が厳しく、円滑な利活用を疎外している。国家的規模で収集したデータベースは国民の公共財であり、セキュリティを担保した上で、利活用しやすくすることが肝要である。蓄積することではなく、有効活用することがデータベース構築の目的である。

⑤相互運用性を推進する。

ハード、ファームウェア、ソフトウェアいずれも、共通の基盤で構築され、相互運用性が担保されなければならない。国家的プロジェクトとして、早急に共通基盤構築を実現しなければ、効率化は図れない。国際競争に勝てないどころではなく、情報後進国になりつつある現実を直視しなければならない。

⑥国家的プロジェクトとして、以上を継続的に推進する。

単年度予算の弊害や、担当者交代による研究の打ち切りが多い。継続することが必須である。医療情報システム、病院情報システムは極めて

複雑かつ困難なものであり、有能な研究者、実務者の共同研究が必要である。産・官・学の協力が必要である。

21. 2025年における情報活用

2025年の社会状況を予測すると、人口構成をみると、高齢社会の様相が様変わりしているであろう。日本においては、人口が減少しているが、80歳代に突入した団塊の世代の多くが、組織の現役を引退した後も、余生ではなく、社会の現役として役割を果たしている。

団塊世代以降の後期高齢者は情報弱者ではなく、社会的活躍が期待できる。前述の技術的課題と社会的課題を達成することにより、日常生活の中で情報機器を意識することなく ICT を活用して、生産性が向上し、社会及び個人への負荷が減少し、安全、安心、快適な社会生活が期待できる。また、日常生活の中で健康状態が把握でき、そのデータが蓄積され、健康の維持増進に活用できる。異常を認めた場合には、それらのデータを活用するとともに、診断・治療においても身体的、経済的、時間的な負荷を少なくできる。

我が国が世界で初めて高齢社会の基本的課題を達成し、全世界のモデルとなっていよう。

参考文献

- ・飯田修平：病院における情報システムの導入・開発の問題点。病院経営、2005.12
- ・飯田修平：情報技術と医療の質向上 病院管理実践の視点から。医療と社会、10 (4)、2001
- ・飯田修平、成松亮編著：電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用—、211 p、篠原出版新社、東京、2005
- ・飯田修平：医療における総合的質経営 練馬総合病院 組織革新への挑戦、179 p、日科技連出版社、東京、2003
- ・飯田修平、田村誠、丸木一成編著：医療の質向上への革新—先進6病院の事例—、285 p、日科技連出版社、東京、2005
- ・飯田修平：医療経営における情報活用 データベースとシンクタンクの重要性、病院経営新事情 200号、1999.11
- ・西垣通：続基礎情報学「生命的組織」のために、240 p、エヌティティ出版、東京、2008

第9章 産業としての医療

産業は一般的に市場経済の中で再生産できる業態を意味するため、再生産もままならない医療業態は健全な産業とは呼べないという議論がある。

しかしながら、「日本標準産業分類」(2002年改定)の「産業の定義」でも以下のように医療が産業に含まれることが明示されている。したがって、産業としての医療を考える場合、経済活動として医療がどのような意味を持つのかが問われる。

*「日本標準産業分類」(2002年改定)の「産業の定義」

「産業とは、事業所において社会的な産業として行われる財貨及びサービスの生産又は提供に係るすべての経済活動をいう。これには、営利的・非営利的活動を問わず、農業、建設業、製造業、卸売業、小売業、金融業、医療、福祉、教育、宗教、校務等が含まれる」。

一般市場では需要と供給により価格が決定される。日本の医療市場では医療サービスの特殊性から効果を最大限にするために、国民皆保険制度のもと診療報酬を国が単一価格として決定し、自己負担額を平等にしている。医療の市場規模の総枠は、自由診療部分が圧倒的に小さく保険診療部分が大半を占め、2010年度は約35兆円であった。年3%の自然増が見込まれているが、財源は社会保険50%、税金等の公費35%、自己負担金15%であり、このような医療市場には自律的拡大は認められておらず、市場規模は国によって調整されていると言ってもよい。確かに、フリーアクセスと自由開業制によって競争は起きており、満足を求めて患者が病院を選び支持される病院が市場に残っているが、経済活動に与える直接の影響はほとんどない。

これまで医療は「雇用創出」には寄与してきたが、『医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究報告書』でも「医療サービス活動の拡大は、・・・国内経済の下支えをする効果がある」と記されているように「経済成長」の牽引車と

なったことはない²⁴⁾。現在でも、医療が雇用の面で基幹産業と位置づけられる地域や、観光産業等との連携により新しい取り組みを始めた地域もあるが、その経済活動に与える影響はまだ小さい。

医療は健康維持、疾病予防、治療を通じて実質的に労働人口増に貢献してきたことを踏まえ、「経済成長」の基盤産業の一つとして位置づけるべきである。そして、労働人口の減少する2025年には、産業間競争を勝ち抜き有能な人材を獲得できる産業としなければならない。そのためには、改めて医療は社会のセーフティネットとしての重要性と、医療の質の向上のための不断の努力とその成果を積極的に国民に示し、医療費増加への理解を図る必要がある。また、医療関連産業との間で健康創出、在宅支援サービス、更に素材や機器の開発、創薬、ICTの導入等に関して積極的に協働を図り、関連産業の活性化やノウハウと成果物の知的財産化に寄与すべきである。医療等を成長牽引産業と位置づけ「新成長戦略」を打ち出した菅内閣は2011年4月に「規制・制度改革に係る方針」を閣議決定した。これにより、善し悪しは別として医療への市場原理導入がなされると経済活動への影響は少なくないと考えられ、その推移を十分見守る必要がある。

²⁴⁾宮澤健一：医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究報告書 平成16年3月 (<http://www.ihep.jp/demo/member/03104.pdf>)

第10章 医療基本法

全日病は、医療のあるべき姿を国民に明示するために、医療基本法を医療界および有識者がともに検討し制定することを提唱してきた。医療崩壊が進行する中、東日本大震災後の日本再興に臨んで、いまこそ、医療のあるべき姿とそこに向かう工程表を明示すべき時機にある。

医療基本法は、1971年の第68回国会審議で廃案になって以来、議論が断続している。しかし、それらの議論はかみ合わない。その理由は、意見の違いもさることながら、“基本法”の位置づけが異なることにある。

1. 基本法とは

基本法とは、憲法と個別法との間をつないで、憲法の理念を具体化する役割を持ち、憲法を補完するものである。しかし、既に制定されている他の分野の基本法を見ると、名称は基本法であっても、個別法に近い法律もある。

医療基本法に関しては、最近では、患者の権利法として位置づける意見もある。しかし、基本法であるからには、患者の権利（立場）だけではなく、国、自治体を含む公、国民（受療者予備軍）、患者（受療者）、医療提供者（医療機関、医療従事者）、保険者それぞれの立場の権利と義務を含むものでなければならない。

2. 第68回国会に医療基本法案提出の背景

日本医師会は、抜本的な医療制度改革を要求して、過去に2回保険医総辞退を決定し、1961年には回避したが、1971年には保険医総辞退を行った。日本医師会会長と厚生大臣および首相のトップ会談で、その解決の条件として、12項目に合意して終息した。その1つが、社会経済の変化に対応した国民の健康管理体制、医師の供給体制等の基本的事項を計画的に実施し得る医療基本法の制定である。

3. 第68回国会に提出された医療基本法案

1971年の第68回国会に提出された医療基本法案は、医療憲章的な前文と、医療政策若しくは医療計画法的な本条全10条から成る。前文では、生命の尊重、医療の担い手と医療を受けるものとの相互信頼、医療享受の機会均等等の医療のあるべき理念を確認するとともに、この理念にのっとり医療供給体制の総合的かつ計画的な整備を図ることが、国の重要な責務であるとしている。本条では、国が講ずべき施策として、医学医療に関する研究開発の推進、医師等の養成確保、各種医療施設の体系的整備及び機能連携の強化等を掲げ、これらの施策を総合的に講ずることを国に義務づけ、その実施を担保し、かつ、計画性をもたせるために、こうした施策の大綱について医療計画を作成すべきとしている。また、地方公共団体は、国の施策に準ずる施策を講ずるほか、当該地域の特性に応じた医療の確保のため必要なその他の施策を講ずべきとされ、そのため都道府県医療計画及びその一部として自然的社会的条件を勘案して区分する地域ごとに実施すべき施策についての計画（地域医療計画）を作成することとした。

4. その後の経過

医療基本法案廃案後の経過を見ると、地域医療計画（第1次医療法改正）、医療提供の理念の明示（第2次医療法改正）、病床の機能分化、老人保健法、介護保険法、健康増進法等、多くの部分が実現している。しかし、それらの整合性には問題がある。

従来の医療政策は、経済的観点（医療保険制度）主導であり、医療のあるべき姿・ありたい姿（医療制度）は付随的に論じられるに過ぎなかった。論理が逆転していたのである。更にいえば、財政が厳しいから医療費抑制は当然である。しかし、質向上・安全確保はせよということであった。

5. 今後の課題

医療提供者が改善しなければならないことはある。しかし、医療提供者の努力でできることには限界があるという事実を、国民にも知っていただかなければならない。

基本理念を明確にし、国民が求める医療はどこまでか、それにはどのような医療提供体制が必要か、その実現にはどれだけの金・人・ものが必要か、その費用の税金・医療保険・個人負担の割合をどうすべきか、という順番で考えなければならない。

医療基本法を医療界および有識者が共に検討し制定することを再度、提唱する。

既存の基本法：

教育基本法、災害対策基本法、中小企業対策基本法、観光基本法、原子力基本法、農業基本法、林業基本法、消費者保護基本法、交通安全対策基本法、土地基本法、環境基本法及び障害者基本法がある

おわりに

1998年「中小病院のあり方報告書」に始まった全日本病院協会の活動方針を示す本報告書は、その後も版を重ねて、「2011年版」を発刊する運びとなった。

今回は、会長より「2025年の日本の姿を考えながら医療介護提供体制がどうあるべきかを考えて報告書作成を行うよう」指示があった。

民主党政権が誕生して、マニフェストによれば、医療介護に関して真に国民や提供者の立場にたった改革がなされることが期待されたが、全くの幻想であったことが判明しつつある。

経済が衰退しグローバル化の波に飲まれ、しかも政治の混迷がつづき、日本の自立性にさえも疑問符が付けられつつある中であって、2025年を見通すこと自体が大変困難な作業であった。

2010年4月より約1年余り計22回の委員会を開催したが、今回は、医療圏／医療・介護提供体制／医療従事者／医療費／診療・介護報酬／医療の質／病院における情報化の意義と業務革新／産業としての医療／医療基本法の9つのテーマに絞り、2025年の医療介護のあり方を想定し検討した。

将来を見通し会員に示すことが使命だけに、これまで以上の真剣な議論が行われた結果、委員間での意見衝突も少なくはなかった。そこで、出来るだけ現実に近い予測と理想的なあり方を描くという2つのシナリオで報告書をまとめることとした次第である。

具体的には、これまでの報告書と同様に章ごとに担当者を決め、提出されたたたき台を全員で協議する手順を踏んだが、各委員レベルの希望の見解ではなく理論的に説明できる内容とするよう努力した。その上で、最終取りまとめに際して、語句の使い方や表現の統一化を図るため全日病総研での添削整理を委託した。

「医療の質」と「病院における情報化の意義と業務革新」に関しては、これまでの報告書でも重要なテーマとして示してきたが、今後の病院の取り組みとして質の担保とICTは必須のものとなるため、かなりの紙面をさいて最新の考え方と実践方法を記したものである。

取りまとめ最終段階で大震災が発生し、原子力発電所の処理も含めて復興が長期化するという将来予測にも大きく影響しうる出来事が起こったため、大胆な提言は控え、これまで全日病が積み上げてきた医療提供体制に関する理論構築を基本とした比較的穏当な提言となった次第である。「医療基本法」や「産業としての医療」の記述が簡単となった理由でもある。この後、経済復興や直近政府から出されるはずの「社会保障と税の一体改革」の行方などを見極めつつ、今年度後半には更に踏み込んだ理想論としての提言を再度行う予定である。

会員、関係者からの幅広い意見、提言を望むものである。

病院のあり方委員会
委員長 徳田 禎久

参考資料

【資料1. 現実的シナリオ作成に関して検討した内容】

社会保障費の伸びの抑制即ち医療費の伸びの抑制、および、人口の地域差拡大の中で確立すべき医療介護提供体制

1. 人口減少は主要大都市部では少なく、地方の過疎化が中心

①大都市部での医療介護提供は現状を踏襲

②地方での再構築は必須である

- ⇒ 医療の緊急性、地域性、専門性に応じて特化した複数の医療機関の機能連携
- ・ 介護までの継続した地域包括ケア、ネットワークの構築
- ⇒ 提供体制確立のための制度的な誘導
- ・ 医師の適正配置システムの構築
- ・ 行政の責務としての医療圏ごとの看護師やコメディカルの養成配備
- ・ 医療圏ごとの医療内容の定期的な見直し
- ⇒ 最低限、救命救急の確保等急性期医療ニーズに対応した医療提供体制の構築
- ・ 救命救急の確保：医療圏を越えた協調協働の仕組みづくり
 - ドクターヘリ等の活用
 - 救命救急専門医・救命救急士配備
 - 映像転送システムの構築
 - 必要に応じてドクターカーシステムの構築
- ・ 日常の疾病管理：保健師や医師の定期巡回制度あるいは小型・非侵襲・ネット接続機能付き健診・検診機器等、ICTを使用した徹底した健診・検診制度の構築

2. 超少子高齢社会の若年労働人口減少に伴う医療介護従事者不足

- ①自動健康チェック機器の開発使用／情報転送システムの構築
- ②高齢者の社会的活用、女性の就業環境の整備
- ③地域相互扶助システム構築または外国人労働者の受け入れ

3. 医療費・介護療養費の伸びの増大

⇒医療介護ニーズ拡大に対する適切かつ効率的医療介護提供

①かかりつけ医／専門医受診・連携ルールの確立

②診療報酬体系の見直し

- 救命救急医療に対する出来高払い
- 一般救急・急性期外来診療に対する包括払い
- 慢性期疾患管理に対する包括払い
- 地域住民の健康管理に対する人頭払い
- 急性期・慢性期入院医療に対する包括払い

③高齢者も含めた国民の健康維持

⇨生活習慣病のみならずがんに対する検診や運動食事指導の徹底等、予防と健康維持管理システムの構築

- ・疾病の早期発見早期治療の仕組みづくり

乳幼児健診／学校検診／会社検診／特定検診等の徹底

小型・非侵襲・ネット接続機能付き検診機器の開発使用

遺伝疾患への対応

- ・健康管理／主要疾患に関する国民への徹底した情報提供

国によるマスメディアを利用した徹底した啓発義務

特定健診非受診者、喫煙者等健康管理を怠る者が関連疾患に罹患した場合の自己負担割合変更の導入

- ・「社会保障カード」「健康管理／疾病管理／介護手帳」の導入と国の責任／国民の義務

⇨高齢者・障害者のための訪問診療制度の確立

映像／自動検査機器による遠隔診断・診療の許可

④医療費総枠予算制の導入

⇨保険診療で行う医療提供の範囲の決定

- ・風邪、軽症外傷等大衆薬で対応可能な疾病に関する保険による投薬制限

- ・特に超高齢者に対する最先端医療の適用の検討＝混合診療の導入

高額な免疫等治療、陽子線・重粒子線治療、再生医療や臓器移植

⇨薬剤使用等に関する徹底した教育と標準化

- ・慢性期医療も含めた標準的医療の徹底

- ・遺伝子情報と疾患・薬剤のマッチングオーダーメイド治療（個人情報保護に特段の留意）

- ・明らかに作用機序の異なる新薬以外は、ジェネリック薬剤の投与推奨

⑤地域性を100%取り入れた介護提供体制の構築

⇨一定の基準に従った介護提供

- ・施設介護／在宅介護決定に関する基準

介護度／家庭環境／地域における介護要員数

情報の一元化と管理体制の確立

- ・介護施設の十分な整備（将来用途変更も考えた設計）

障害者の社会参加の仕組みづくり

【資料2. 進歩する科学技術】

診断・治療や介護提供に関する科学技術の進歩

(2007年2月26日イノベーション25戦略会議 中間取りまとめ)

(〇〇年／〇〇年—技術的実現時期／社会的適用時期)

- ・家庭における健康管理と異常時の診断システム (2012年/2018年)
- ・マイクロマシンに基づく超小型健康管理デバイス (2015年/2025年)
- ・在宅で測定した個人の医療情報に基づいて、医師がインターネットを経由して診断し、定型的な治療指示・薬剤処方であれば処置する遠隔医療 (-/2015年)
- ・自宅にいながらにして自分の電子カルテを見ることができる、個人情報保護された安全な広域医療情報システム (2008年/2013年)
- ・人骨とほぼ同等の機能を有する生体用セラミックス (2012年/2020年)
- ・神経幹細胞の移植により、運動麻痺の回復を促進する治療法 (2020年/2030年)
- ・コンピュータを用いて脳の運動関連活動を信号化・伝達することにより、脊髄・末梢神経を介さずに義肢等を随意的に制御する技術 (2018年/2029年)

- ・アルツハイマー病の根治薬（2019年/2029年）
- ・個人の体質に合った副作用の少ないがん治療（2014年/2023年）
- ・動脈硬化病巣の局所治療が可能な遺伝子治療法（2015年/2024年）
- ・がんに対する遺伝子治療法（2018年/2029年）
- ・家族性高コレステロール血症の遺伝子治療法（2016年/2024年）
- ・アレルギー計測技術に基づいたアレルギーを起こさない食品の製造技術（2014年/2021年）
- ・被介護者に不快感・不安感を与えず、入浴等について介護者を支援する介護ロボット（2012年/2016年）
- ・庭の手入れ、病人介護、家事等様々な目的に応じたロボットをリースするサービス（2013年/2021年）
- ・家庭に1台、掃除、洗濯等を行う「お手伝いロボット」が一般化（2015年/2023年）
- ・監視カメラがネットワーク化され、未然に挙動不審者を発見する自動監視システム（2008年/2014年）
- ・公共的空間に設置された監視カメラで認識し、人相・しぐさ・顔かたち・音声等を解析することにより、指名手配犯・重要参考人等の所在確認を支援する技術（2012年/2019年）
- ・防災、防犯、介護支援機能に加え多様なサービスを利用者に提供する生活支援型ロボット等を活用した家庭用セキュリティシステムが相互に接続された地域セキュリティシステム（2014年/2021年）
- ・新聞紙を代替できるような柔軟性（薄く柔らかい）をもつ携帯電子ディスプレイ（2011年/2016年）
- ・新聞紙程度の大きさと薄さをもち、同程度の分解能を持つ折りたたみ型ディスプレイ（2015年/2023）

【資料3. 「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報告書（平成16年9月24日）】

身近で一般的な医療を確保できる圏域として、「保健医療施策を担う中核的な行政機関としての保健所が原則として各1か所含まれ、範囲が標準的なもの」とすると、「二次医療圏の平均的な人口規模は約35万人で圏域数が341から369前後で設定されてきており、広域市町村圏等の数とも一致し、日本人の日常生活圏と重なる」ことから、全体としては一定の合理性を認める。

しかし、以下の問題点もある。

(1) 人口、面積の大きなばらつき

人口全体の約半分が全医療圏の7分の1に集中しており、二次医療圏の2/3は人口が平均以下であり、人口規模最大の名古屋は実に最小・隠岐の122倍の規模となっている。また、面積でも最大の十勝は最小の南河内の273倍の広さとなっている。

(2) 辺縁問題

二次医療圏の設定が都道府県単位であることから、県境地域の住民の受療行動が反映されていない。

(3) 大都市問題

人口が密集し、医療機関もそれに対応して多数存在、しかも交通網の発達により、住民の受療行動が一定の地域内で完結しないため、大都市においては、全体を一つの二次医療圏として捉えるべきとの考え方があり、二次医療圏の概念を実現しにくい状況もある。

(4) 二次医療圏と日常生活圏の不一致

一部の二次医療圏では市町村等の既存の行政区域を重視し、日常生活圏や住民の受療行動と合わないものも存在している。

(5) 消防本部圏域、老人保健福祉圏域等他の行政区域等との不一致

都道府県においては、様々な行政区域が存在しており、特に、消防本部圏域、老人保健福祉圏域等、医療と関連の深い行政区域と必ずしも一致していないところがある。

(6) 明確に一次、二次、三次医療圏と振り分けるのが困難な医療の存在

臓器移植等、三次医療圏を越えて広域的なネットワークが存在する医療や救命救急センター、総合周産期母子医療センター等、二次医療圏と三次医療圏の中間に属するような医療が存在している。

(7) 医療の質及び効率性と医療の近接性には、トレードオフの関係にある

医療の質及び効率性を高めるためには、マンパワーの確保等の観点から医療資源の集中化が必要である一方で、医療の近接性が犠牲にされる場合がある。

これらの現状を踏まえた提言の概略は以下の通りであるが、いずれも5年を経た現在でも的確な内容であり速やかな実行が必要である。

(1) 地域特性への配慮

生活時間が短く資源が集中している大都市圏やその郊外、更には医療資源が集中している地方の大都市と、人口や患者数が少なく、医療資源も相対的に少ない郡部等、地域特性を考慮する必要がある。

(2) 二次医療圏における必要な医療の確保

身近で一般的な医療については、二次医療圏における確保が基本となる。地域における住民の年齢構成、疾病構造等を勘案した上で、医療というサービスの消費者である住民の視点から医療の質及び効率性と医療の近接性のバランスを勘案して医療資源の確保に関する具体的数値目標を設定すべきである。この場合、患者数が少なく高度な技術、専門医の確保が困難な分野等は、医療の近接性をある程度犠牲にしても医療資源を集中化することが望ましく、慢性疾患のケア等、医療資源の確保が比較的容易であり、継続的な医療が必要とされるものについては医療の近接性が重視される必要がある。

目標を達成するために必要な医療資源が確保できる規模が二次医療圏となり得る。その際、市町村等の既存の行政圏域にとらわれず、住民の受療行動、救急搬送等の実施状況や消防本部圏域、老人保健福祉圏域等、医療と関連の深い行政区域等に照らし、地域として完結するものとするべきである。

【資料4. 一次・二次・三次医療圏の法的取り扱い】

一次医療圏

- ・身近な医療を提供する医療圏
- ・医療法では規定されていない保健所（地域保健法第5条の2）や介護保険制度等との兼ね合いから、市町村を単位として設定

二次医療圏

- ・特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏（医療法第30条の3）
- ・「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の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すること」（医療法施行規則第30条の29）。複数の市町村を一つの単位として設定

三次医療圏

- ・最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏（医療法第30条の3）
- ・「都道府県の区域を単位として設定すること。ただし、当該都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に2以上の当該区域を設定し、また、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、2以上の都道府県の区域にわたる区域を設定することができる」（医療法施行規則第30条の29）。（例：北海道6、長野4）

【資料5.二次医療圏全国データ】

- ・厚生労働省 平成21年地域保健医療基礎統計
第2章 二次医療圏編（平成20年医療施設（静態・動態）調査）

第10表 都道府県・二次医療圏別にみた医療施設数
第12表 都道府県・二次医療圏別にみた医療従事者数
比率の算出に用いた人口（二次医療圏別人口、平成20年10月1日現在、市区町村別人口）
二次医療圏-市区町村対応表（平成20年10月1日現在）
- ・国土交通省 国土地理院
「平成21年全国都道府県市区町村別面積調査」（平成21年10月1日現在）

北海道

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)									
南渡島	函館市、北斗市、松前町、福島町、知内町、木古内町、七飯町、鹿部町、森町	38	2	36	19	310	54	256	7,643	4,323	1,381	1,939	889	97	567	301	416,166	2,670	
南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町	5	-	5	4	15	6	9	443	265	126	52	79	6	24	7	28,814	1,423	
北渡島檜山	八雲町、長万部町、せたな町、今金町	7	-	7	6	17	3	14	1,083	608	371	104	53	-	39	8	42,720	2,474	
札幌	札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、北広島市、石狩市、当別町、新篠津村	241	31	210	89	1,464	214	1,250	42,329	23,381	10,476	8,472	3,144	273	4,431	1,560	2,309,263	3,540	
後志	小樽市、虻田村、寿都町、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村	26	6	20	13	178	42	136	5,035	2,192	1,254	1,589	629	125	245	174	242,509	4,306	
南空知	夕張市、岩見沢市、美瑛市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町	20	4	16	11	108	27	81	3,311	1,478	726	1,107	391	27	194	107	188,697	2,563	
中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町	17	3	14	10	71	10	61	3,366	1,206	872	1,288	146	-	197	50	124,601	2,161	
北空知	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町	6	2	4	3	27	2	25	1,260	308	439	513	33	-	47	22	37,529	1,067	
西胆振	室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、洞爺湖町、社管町	23	3	20	14	108	15	93	5,587	2,062	1,867	1,658	226	59	302	97	205,204	1,356	
東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町	19	2	17	12	119	24	95	3,144	1,498	816	830	407	-	221	121	218,184	2,342	
日高	日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、浦河町、様似町、えりも町	10	1	9	6	45	5	40	1,117	527	304	286	53	6	53	26	78,523	4,812	
上川中部	旭川市、鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、東川町、美瑛町、幌加内町	46	5	41	22	289	53	236	7,959	4,817	1,882	1,260	783	142	940	298	413,927	4,238	
上川北部	士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町	8	-	8	6	39	6	33	1,154	684	301	169	105	20	91	24	73,713	4,197	
富良野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村	5	1	4	3	26	5	21	691	357	160	174	76	-	41	18	46,813	2,184	
留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町、幌延町	8	1	7	6	41	4	37	855	466	286	103	62	-	51	21	59,044	4,020	
宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町	10	-	10	6	40	2	38	882	566	212	104	38	-	52	13	72,629	4,051	
北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、幌戸町	27	3	24	14	100	33	67	3,712	2,353	778	581	518	121	262	98	236,177	5,542	
遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、上湧別町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町	14	-	14	11	31	7	24	1,444	736	517	191	116	11	76	19	79,700	5,148	
十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町	34	2	32	18	211	35	176	5,037	3,314	1,073	650	547	67	404	163	355,087	10,828	
釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町	23	2	21	14	109	17	92	4,151	2,529	1,062	560	279	22	301	93	259,286	5,997	
根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町	7	2	5	2	27	6	21	868	513	139	216	83	-	52	20	83,184	3,540	
計		594	70	524	289	3,375	570	2,805	101,071	54,183	25,042	21,846	8,657	976	8,590	3,240	5,571,770	78,459	

21 医療圏、人口 5,571,770、病院 594、診療所 3,375

人口最大：札幌 2,309,263 人 (病院 241、診療所 1,464)

人口最小：南檜山 28,814 人 (病院 5、診療所 15)

面積最大：十勝 10,828 km² (病院 34、診療所 211)

面積最小：北空知 1,067 km² (病院 6、診療所 27)

青森県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
津軽地域	弘前市、黒石市、平川市、板柳町、藤崎町、大鰐町、田舎館村、西目屋村	26	3	23	2	253	75	178	4,621	3,082	614	925	1,135	161	572	255	314,474	2,205
八戸地域	八戸市、おいらせ町、三戸町、田子町、南部町、階上町、新郷村、五戸町	27	4	23		202	50	152	4,416	2,644	507	1,265	750	20	340	207	349,484	1,258
青森地域	青森市、平内町、今別町、蓬田村、外ヶ浜町	24	4	20	42	259	81	178	5,299	2,992	788	1,519	1,286	130	336	253	337,458	958
西北五地域	五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、深浦町、中泊町、鶴田町	10	1	9		84	14	70	1,748	927	641	180	225	28	76	66	153,542	1,753
上十三地域	十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村	13	3	10	11	100	29	71	2,079	1,156	171	752	438	46	121	93	191,353	2,055
下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村	5	-	5	9	40	10	30	716	486	120	110	147	1	76	33	84,232	1,415
	計	105	15	90	64	938	259	679	18,879	11,287	2,841	4,751	3,981	386	1,521	907	1,430,543	9,644

6 医療圏、人口 1,430,543、病院 106、診療所 938

人口最大：八戸地域 349,48 人 (病院 27、診療所 202)

人口最小：下北地域 84,232 人 (病院 5、診療所 40)

面積最大：津軽地域 2,205 km² (病院 26、診療所 253)

面積最小：青森地域 958 km² (病院 24、診療所 259)

岩手県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	一般	療養	(療養)						
盛岡	盛岡市、八幡平市、雫石町、葛巻町、岩手町、滝沢村、紫波町、矢巾町	26	6	36		381	71	310	8,164	4,642	1,669	1,853	911	104	879	378	481,039	3,642
岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町	14	3	11	1	167	26	141	2,752	1,718	260	774	346	76	151	155	236,897	2,762
胆江	奥州市、金ヶ崎町	10	1	9		102	22	80	1,826	975	437	414	367	59	120	93	145,506	1,173
両磐	一関市、平泉町、藤沢町	10	1	9	37	89	14	75	1,736	1,204	110	422	174	8	125	84	141,658	1,320
気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町	3	-	3		44	7	37	755	506	37	212	101	-	49	41	73,224	890
釜石	釜石市、大槌町	6	1	5	3	27	3	24	1,050	742	102	206	30	-	51	24	58,363	642
宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村、川井村	6	2	4	5	54	11	43	1,333	531	148	654	152	12	62	44	97,943	2,672
久慈	久慈市、洋野町、普代村、野田村	4	1	3	3	29	6	23	734	398	117	219	79	22	55	21	67,315	1,077
二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町	3	-	3	1	31	8	23	779	447	93	239	128	16	54	24	64,707	1,100
計		82	15	83	50	924	168	756	19,129	11,163	2,973	4,993	2,288	297	1,546	864	1,366,652	15,279

9 医療圏、人口 1,366,652、病院 82、診療所 924

人口最大：盛岡 481,039 人 (病院 26、診療所 381)
 人口最小：釜石 58,363 人 (病院 6、診療所 54)
 面積最大：盛岡 3,642 km² (病院 26、診療所 381)
 面積最小：釜石 642 km² (病院 24、診療所 259)

宮城県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)									
仙南	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町	26	2	11	3	111	17	94	1,973	973	339	661	226		131	102	188,777	1,551	
仙台	名取市、岩沼市、山元町、亶理町、青葉区、宮城野区、若林区、太白区、泉区、塩竈市、多賀城市、七ヶ浜町、利府町、松島町、大和町、富谷町、大郷町、大衡村	80	15	65	2	1,093	132	961	16,975	11,450	1,671	3,854	1,664	182	2,457	1,197	1,446,707	1,649	
大崎	大崎市、加美町、色麻町、涌谷町、美里町	22	4	18		114	20	94	2,489	1,125	704	660	281	19	187	112	216,140	1,524	
栗原	栗原市	5		5	57	47	8	39	817	540	181	96	117	10	53	46	79,427	805	
登米	登米市	6	1	5		42	6	36	1,081	931	30	120	86	4	41	41	88,277	536	
石巻	石巻市、東松島市、女川町	13	3	10	25	130	27	103	1,989	1,088	334	567	362	36	182	132	220,580	723	
気仙沼	気仙沼市、南三陸町、本吉町	7	2	5	14	43	10	33	1,255	713	50	492	144	31	66	40	94,966	497	
	計	159	27	119	101	1,580	220	1,360	26,579	16,820	3,309	6,450	2,880	282	3,117	1,670	2,334,874	7,286	

7 医療圏、人口 2,334,874、病院 159、診療所 1,580

人口最大：仙台 1,446,707 人 (病院 80、診療所 1,093)

人口最小：栗原 70,427 人 (病院 5、診療所 47)

面積最大：大崎 1,524 km² (病院 22、診療所 114)

面積最小：気仙沼 497 km² (病院 7、診療所 43)

秋田県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
大館・鹿角	大館市, 鹿角市, 小坂町	26	2	9	6	72	13	59	2,019	1,057	525	437	205	29	116	62	125,081	1,823
北秋田	北秋田市, 上小阿仁村	4	1	3	1	35	5	30	655	362	84	209	69	-	23	20	41,875	1,409
能代・山本	能代市, 八峰町, 三種町, 藤里町	8	1	7	-	74	15	59	1,487	892	321	274	242	36	87	57	95,845	1,191
秋田周辺	秋田市, 男鹿市, 湯上市, 五城目町, 八郎潟町, 井川町, 大湯村	30	7	23	29	339	33	306	6,553	3,708	931	1,914	449	36	842	303	423,895	1,694
由利本荘・にかほ	由利本荘市, にかほ市	8	2	6	-	76	13	63	2,001	1,439	68	494	152	-	138	59	117,201	1,450
大仙・仙北	大仙市, 仙北市, 美郷町	8	1	7	1	97	15	82	1,784	976	260	548	191	18	114	84	147,554	2,129
横手	横手市	4	1	3	3	76	6	70	1,373	930	50	393	65	16	127	62	103,692	693
湯沢・雄勝	湯沢市, 羽後町, 東成瀬村	5	1	4	9	44	7	37	833	505	154	174	110	36	53	33	75,680	1,225
	計	93	16	62	49	813	107	706	16,705	9,869	2,393	4,443	1,483	171	1,500	680	1,130,823	11,614

8 医療圏、人口 1,130,733、病院 93、診療所 813

人口最大：秋田周辺 423,895 人 (病院 30、診療所 339)

人口最小：北秋田 41,875 人 (病院 4、診療所 35)

面積最大：大仙・仙北 2,129 km² (病院 8、診療所 97)

面積最小：横手 693 km² (病院 4、診療所 76)

山形県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所 (療養)	診療所		病院			診療所		病院	診療所					
		精神	一般	(療養)		有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
村山	山形市, 寒河江市, 上市市, 村山市, 天童市, 東根市, 尾花沢市, 山辺町, 中山町, 河北町, 西川町, 朝日町, 大江町, 大石田町	26	8	26	1	474	45	429	8,048	4,890	846	2,312	468	45	917	456	568,892	2,619	
最上	新庄市, 金山町, 最上町, 舟形町, 真室川町, 大蔵村, 鮭川村, 戸沢村	5	1	4	3	59	7	52	1,040	746	112	182	95	-	67	45	88,643	1,804	
置賜	米沢市, 長井市, 南陽市, 高島町, 川西町, 小国町, 白鷹町, 飯豊町	14	1	13		151	19	132	2,809	1,703	480	626	219	43	227	135	232,074	2,496	
庄内	鶴岡市, 酒田市, 庄内町, 三川町, 遊佐町	17	3	14	26	247	28	219	3,518	2,024	611	883	281	82	257	218	304,462	2,405	
計		62	13	57	30	931	99	832	15,415	9,363	2,049	4,003	1,063	170	1,468	854	1,194,071	9,323	

4 医療圏、人口 1,194,071、病院 62、診療所 931

人口最大：村山 568,892 人 (病院 26、診療所 474)

人口最小：最上 88,643 人 (病院 5、診療所 59)

面積最大：村山 2,619 km² (病院 26、診療所 474)

面積最小：最上 1,804 km² (病院 5、診療所 59)

福島県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)									
県北	福島市,二本松市,伊達市,本宮市,桑折町,国見町,川俣町,飯野町,大玉村	26	8	25	5	404	51	353	6,330	4,195	470	1,665	659	82	822	395	505,875	1,753	
県中	郡山市,須賀川市,田村市,鏡石町,天栄村,古殿町,石川町,玉川村,平田村,浅川町,三春町,小野町	34	4	30	9	382	55	327	7,882	4,751	1,103	2,028	777	61	635	409	555,991	2,406	
県南	白河市,西郷村,泉崎村,中島村,矢吹町,棚倉町,矢祭町,楢町,鮫川村	13	1	12		90	14	76	2,009	1,127	386	496	181	-	126	89	152,869	1,233	
会津	会津若松市,喜多方市,北塩原村,西会津町,磐梯町,猪苗代町,会津坂下町,湯川村,柳津町,会津美里町,三島町,金山町,昭和村	19	1	18	63	176	18	158	4,762	2,582	873	1,307	211	26	281	167	272,751	3,079	
南会津	南会津町,下郷町,桜枝岐村,只見町	1	-	1		18	1	17	150	150	-	0	19	9	13	18	32,203	2,342	
相双	南相馬市,相馬市,広野町,楢葉町,富岡町,川内村,大熊町,双葉町,浪江町,葛尾村,新地町,飯館村	16	3	13	12	125	19	106	2,713	1,328	480	905	265	6	122	108	201,502	1,738	
いわき	いわき市	29	6	23	8	273	37	236	5,293	2,667	1,300	1,326	477	49	299	276	354,364	1,231	
計		138	23	122	97	1,468	195	1,273	29,139	16,800	4,612	7,727	2,589	233	2,298	1,462	2,075,555	13,783	

7 医療圏、人口 2,075,555、病院 138、診療所 1,468

人口最大：県中 555,991 人 (病院 34、診療所 382)

人口最小：南会津 32,203 人 (病院 1、診療所 18)

面積最大：会津 3,079 km² (病院 19、診療所 176)

面積最小：県南 1,233 km² (病院 13、診療所 90)

茨城県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)	病院	診療所							
水戸	水戸市, 笠間市, 小美玉市, 茨城町, 城里町, 大洗町	26	3	41	8	337	39	298	6,720	4,407	947	1,366	522	32	574	326	476,063	909	
日立	日立市, 高萩市, 北茨城市	24	4	20	16	148	19	129	4,264	2,055	784	1,425	214	-	255	120	280,985	606	
鹿行	鹿嶋市, 潮来市, 神栖市, 行方市, 鉾田市	25	2	23		175	37	138	2,591	1,638	558	395	513	102	157	163	380,192	755	
土浦	土浦市, 石岡市, かすみがうら市	14	1	13	88	113	15	98	2,225	1,306	609	310	216	-	148	96	279,269	495	
つくば	常総市, つくば市, つくばみらい市	17	4	13		186	29	157	3,355	1,744	437	1,174	299	21	283	182	269,530	487	
取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎市, 取手市, 稲敷市, 牛久市, 河内町, 守谷市, 利根町, 阿見町, 美浦村	18	1	17	11	212	15	197	3,857	2,717	671	469	198	10	780	215	305,166	656	
筑西・下妻	筑西市, 結城市, 下妻市, 桜川市, 八千代町	23	4	19	12	244	24	220	4,980	3,046	775	1,159	300	-	476	244	468,671	591	
古河・坂東	古河市, 坂東市, 五霞町, 境町	15	1	14	8	156	21	135	2,512	1,134	953	425	264	32	111	152	282,571	316	
常陸太田・ひたちなか	ひたちなか市, 常陸大宮市, 那珂市, 常陸太田市, 大子町, 東海村	12	1	11	7	116	19	97	2,521	1,300	218	1,003	252	51	157	116	239,553	1,280	
計		174	21	171	150	1,687	218	1,469	33,025	19,347	5,952	7,726	2,778	248	2,941	1,614	2,982,000	6,096	

9 医療圏、人口 2,982,000、病院 174、診療所 1,687

人口最大：水戸 476,063 人 (病院 26、診療所 337)

人口最小：常陸太田・ひたちなか 32,203 人 (病院 12、診療所 116)

面積最大：常陸太田・ひたちなか 1,280 km² (病院 12、診療所 116)

面積最小：古河・坂東 316 km² (病院 15、診療所 156)

栃木県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院				診療所			病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般		(療養)	有床	無床		一般	療養	その他	(療養)		(療養)					
県北	大田原市, 矢板市, 那須塩原市, 那須烏山市, さくら市, 塩谷町, 高根沢町, 那須町, 那珂川町		26	4											18	12	222	35	187
県西	鹿沼市, 日光市, 西方町	12	2	10	4	107	20	87	2,173	1,063	580	530	298	8	146	104	204,792	1,972	
県東・央	宇都宮市, 真岡市, 二宮町, 益子町, 茂木町, 市貝町, 芳賀町	37	5	32		545	78	467	7,625	3,650	1,633	2,342	1,021	53	544	529	654,022	981	
県南	栃木市, 小山市, 下野市, 上三川町, 壬生町, 野木町, 大平町, 藤岡町, 岩舟町, 都賀町	25	3	22	60	336	34	302	5,416	3,985	650	781	510	34	1,462	330	475,236	692	
両毛	足利市, 佐野市	17	4	13		212	31	181	3,114	1,802	590	722	355	8	240	214	281,093	534	
	計	117	18	95	76	1,422	198	1,224	22,272	12,374	4,423	5,475	2,676	138	2,642	1,391	2,006,701	6,408	

5 医療圏、人口 2,006,701、病院 117、診療所 1,422

人口最大：県東・央 654,022 人 (病院 37、診療所 545)

人口最小：県西 204,792 人 (病院 12、診療所 107)

面積最大：県北 2,230 km² (病院 26、診療所 222)

面積最小：両毛 534 km² (病院 17、診療所 212)

群馬県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	一般	(療養)							
前橋	前橋市, 富士見村	26	2	19	12	354	35	319	4,534	3,142	394	998	406	49	865	383	341,605	312
高崎・安中	高崎市, 安中市	35	1	34	9	360	51	309	4,561	2,579	1,074	908	538	-	342	411	406,128	736
渋川	渋川市, 榛東村, 吉岡町	11	3	8		77	11	66	2,271	1,089	155	1,027	90	19	137	75	119,960	323
藤岡	藤岡市, 吉井町, 神流町, 上野村	6	-	6	74	62	8	54	998	811	183	4	131	10	92	75	99,457	477
富岡	富岡市, 下仁田町, 南牧村, 甘楽町	5	-	5		59	5	54	1,261	545	352	364	30	-	105	55	80,691	489
吾妻	中之条町, 東吾妻町, 長野原町, 嬬恋村, 草津町, 六合村, 高山村	9	1	8	18	34	6	28	1,662	968	467	227	97	-	60	27	64,532	1,278
沼田	沼田市, 片品村, みなかみ町, 川場村, 昭和村	7	-	7	3	60	9	51	1,103	708	343	52	106	-	103	48	93,985	1,383
伊勢崎	伊勢崎市, 玉村町	11	2	9	3	165	22	143	2,711	1,426	472	813	244	19	224	192	235,787	202
桐生	桐生市, みどり市	14	1	13	4	145	16	129	2,450	1,241	839	370	177	12	160	156	179,093	348
太田・館林	太田市, 館林市, 板倉町, 明和町, 千代田町, 大泉町, 邑楽町	20	3	17		245	26	219	3,842	2,350	869	623	275	12	274	242	390,913	816
	計	144	13	126	123	1,561	189	1,372	25,393	14,859	5,148	5,386	2,094	121	2,362	1,664	2,012,151	6,363

10 医療圏、人口 2,012,151、病院 144、診療所 1,561

人口最大：高崎・安中 405,128 人 (病院 35、診療所 360)

人口最小：吾妻 64,532 人 (病院 9、診療所 34)

面積最大：沼田 1,383 km² (病院 7、診療所 60)

面積最小：伊勢崎 202 km² (病院 11、診療所 165)

埼玉県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
東部	春日部市、蓮田市、草加市、八潮市、越谷市、三郷市、吉川市、松伏町	26	8	43	10	554	59	495	10,232	6,222	1,826	2,184	634	-	921	552	1,154,729	277
中央	さいたま市、鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、蕨市、戸田市、川口市、鳩ヶ谷市、伊奈町	91	10	81	13	1,478	122	1,356	17,113	10,810	3,328	2,975	1,333	29	1,924	1,552	2,448,297	476
西部第一	川越市、富士見市、ふじみ野市、朝霞市、志木市、和光市、新座市、所沢市、狭山市、入間市、三芳町	101	17	84		857	75	782	16,565	8,255	4,385	3,925	740	-	1,574	848	1,638,244	386
西部第二	坂戸市、鶴ヶ島市、飯能市、日高市、毛呂山町、越生町、鳩山町	24	3	21	139	187	14	173	6,039	2,750	1,332	1,957	172	-	767	188	371,892	400
比企	東松山市、滑川町、嵐山町、小川町、ときがわ町、川島町、吉見町、東秩父村	14	2	12		129	14	115	2,302	1,045	485	772	162	-	118	115	219,553	359
秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、小鹿野町	9	1	8	36	87	12	75	877	457	297	123	146	-	51	91	113,501	893
児玉	本庄市、美里町、神川町、上里町	10	-	10	38	91	8	83	1,283	517	372	394	132	11	54	78	137,042	200
大里	熊谷市、深谷市、寄居町	24	4	20	9	273	24	249	4,064	2,170	722	1,172	265	-	277	251	385,760	362
利根	行田市、羽生市、加須市、久喜市、幸手市、騎西町、北川辺町、大利根町、宮代町、白岡町、葛瀬町、栗橋町、鷲宮町、杉戸町	31	5	26	4	304	34	270	4,511	2,561	676	1,274	437	4	294	299	598,318	447
	計	330	50	305	249	3,960	362	3,598	62,986	34,787	13,423	14,776	4,021	44	5,980	3,974	7,067,336	3,797

9 医療圏、人口 7,067,336、病院 330、診療所 3,960

人口最大：中央 2,448,297 人 (病院 91、診療所 1,478)
 人口最小：秩父 113,501 人 (病院 9、診療所 87)
 面積最大：秩父 893 km² (病院 9、診療所 87)
 面積最小：児玉 200 km² (病院 10、診療所 91)

千葉県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院	診療所			有床	無床	病院	診療所			病院	診療所					
			精神	一般	(療養)				一般	療養	その他			(療養)				
千葉	千葉市	26	6	40	9	638	57	581	8,946	6,278	1,113	1,555	680	26	1,574	670	917,854	272
東葛南部	市川市, 船橋市, 習志野市, 八千代市, 鎌ヶ谷市, 浦安市	65	11	54	13	1,009	66	943	14,583	8,464	2,145	3,974	619	19	1,455	984	1,646,284	254
東葛北部	松戸市, 柏市, 流山市, 我孫子市, 野田市	56	6	50		740	49	691	10,608	6,720	1,439	2,449	535	49	1,152	770	1,304,477	358
印旛山武	成田市, 佐倉市, 東金市, 四街道市, 八街市, 印西市, 白井市, 富里市, 山武市, 酒々井町, 印旛村, 本埜村, 栄町, 大網白里町, 九十九里町, 横芝光町, 芝山町	26	3	23	113	376	31	345	6,574	3,718	1,282	1,574	385	60	630	338	698,583	1,119
香取海浜	銚子市, 香取市, 旭市, 匝瑳市, 東庄町, 多古町, 神崎町	21	3	18		170	19	151	3,590	1,888	832	870	217	31	352	155	309,647	717
夷隅長生	茂原市, 勝浦市, いすみ市, 大多喜町, 御宿町, 白子町, 長生村, 一宮町, 睦沢町, 長南町, 長柄町	24	1	23	21	268	22	246	4,249	1,914	1,180	1,155	322	24	199	242	466,599	733
安房	館山市, 鴨川市, 南房総市, 鋸南町	16	2	14	20	89	17	72	2,889	1,467	603	819	224	4	348	115	141,235	577
君津	木更津市, 君津市, 富津市, 袖ヶ浦市	18	1	17	9	188	25	163	2,863	1,512	713	638	303	37	217	174	326,163	758
市原	市原市	12	2	10	11	164	18	146	2,186	1,537	300	349	254	37	338	142	279,957	368
	計	264	35	249	196	3,642	304	3,338	56,488	33,498	9,607	13,383	3,539	287	6,265	3,590	6,090,799	5,156

9 医療圏、人口 6,090,799、病院 264、診療所 3,642

人口最大：東葛南部 1,646,284 人 (病院 65、診療所 1,009)

人口最小：安房 141,235 人 (病院 16、診療所 89)

面積最大：印旛山武 1,119 km² (病院 26、診療所 376)面積最小：東葛南部 254 km² (病院 65、診療所 1,009)

東京都

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)		有床	無床		一般	療養	その他		(療養)					
区中央部	千代田区, 中央区, 港区, 文京区, 台東区	26	1	52	10	2,019	74	1,945	14,158	13,248	508	402	419	18	6,323	2,060	699,429	64
区南部	品川区, 大田区	42	1	41	17	1,023	50	973	7,982	6,531	1,207	244	367	10	1,768	1,072	1,013,556	82
区西南部	目黒区, 世田谷区, 渋谷区	53	3	50	16	1,615	84	1,531	11,570	8,021	1,289	2,260	545	19	2,138	1,641	1,276,269	88
区西部	新宿区, 中野区, 杉並区	45	1	44	17	1,438	80	1,358	10,905	8,992	1,521	392	494	9	3,640	1,666	1,105,754	68
区西北部	豊島区, 北区, 板橋区, 練馬区	95	4	91	37	1,577	111	1,466	16,913	10,122	3,156	3,635	827	44	2,353	1,526	1,760,328	114
区東北部	荒川区, 足立区, 葛飾区	80	5	75	32	928	71	857	9,795	6,279	2,013	1,503	803	48	902	1,013	1,244,426	98
区東部	墨田区, 江東区, 江戸川区	53	1	52	17	970	64	906	7,829	6,567	995	267	707	31	1,163	976	1,314,121	104
西多摩	青梅市, 福生市, あきる野市, 羽村市, 瑞穂町, 日の出町, 検原村, 奥多摩町	30	8	22	13	258	18	240	6,734	1,705	2,297	2,732	169	36	351	212	392,859	573
南多摩	八王子市, 町田市, 日野市, 多摩市, 稲城市	81	16	65	31	956	52	904	17,673	6,437	3,653	7,583	455	21	1,161	909	1,353,636	325
北多摩西部	立川市, 昭島市, 国分寺市, 国立市, 東大和市, 武蔵村山市	25	-	25	11	483	22	461	4,407	3,414	924	69	202	-	545	523	621,821	90
北多摩南部	武蔵野市, 三鷹市, 府中市, 調布市, 小金井市, 狛江市	47	6	41	19	821	40	781	10,659	6,035	1,240	3,384	277	15	1,628	828	949,890	96
北多摩北部	小平市, 東村山市, 西東京市, 清瀬市, 東久留米市	43	8	35	15	464	26	438	9,564	4,993	1,565	3,006	181	-	785	402	701,908	77
島しょ	大島町, 利島村, 新島村, 神津島村, 三宅村, 御蔵島村, 八丈町, 青ヶ島村, 小笠原村	1	-	1	-	20	9	11	54	52	-	2	61	1	7	24	28,199	401
計		621	54	594	235	12,572	701	11,871	128,243	82,396	20,368	25,479	5,507	252	22,764	12,852	12,462,196	2,178

13 医療圏、人口 12,462,196、病院 621、診療所 12,572 (島しょ除く)

人口最大：区西北部 1,760,328 人 (病院 95、診療所 1,577)
 人口最小：西多摩 392,859 人 (病院 30、診療所 258)
 面積最大：西多摩 573 km² (病院 30、診療所 258)
 面積最小：区中央部 64 km² (病院 26、診療所 2,019)

神奈川県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
横浜北部	横浜市鶴見区, 神奈川区, 港北区, 緑区, 青葉区, 都筑区	26	4	47	19	1,125	54	1,071	8,984	6,053	1,889	1,042	547	31	1,260	1,117	1,454,917	177
横浜西部	横浜市西区, 保土ヶ谷区, 旭区, 戸塚区, 泉区, 瀬谷区	50	11	39	15	766	37	729	10,507	6,179	1,218	3,110	292	-	1,121	705	1,090,053	138
横浜南部	横浜市中区, 南区, 港南区, 磯子区, 金沢区, 栄区	35	5	30	7	888	49	839	8,410	6,518	330	1,562	370	59	1,640	842	1,040,815	122
川崎北部	川崎市高津区, 宮前区, 多摩区, 麻生区	19	4	15	6	439	28	411	5,017	3,009	796	1,212	251	-	891	459	774,343	79
川崎南部	川崎市川崎区, 幸区, 中原区	24	1	23	6	421	21	400	5,212	4,508	386	318	180	8	897	408	566,458	64
横須賀・三浦	横須賀市, 鎌倉市, 逗子市, 三浦市, 葉山町	31	2	29	16	581	44	537	6,439	4,346	1,125	968	408	21	753	533	746,966	207
湘南東部	藤沢市, 茅ヶ崎市, 寒川町	23	4	19	10	533	29	504	4,635	2,724	979	932	287	-	527	539	679,025	119
湘南西部	平塚市, 秦野市, 伊勢原市, 大磯町, 二宮町	22	6	16	6	384	22	362	6,617	3,664	1,248	1,705	290	4	927	386	579,302	253
県央	厚木市, 大和市, 海老名市, 座間市, 綾瀬市, 愛川町, 清川村	35	4	31	10	495	32	463	6,397	4,074	829	1,494	345	37	578	459	815,196	293
県北	相模原市	35	3	32	17	387	28	359	7,762	3,797	2,813	1,152	275	31	1,163	410	691,162	329
県西	小田原市, 南足柄市, 中井町, 大井町, 松田町, 山北町, 開成町, 箱根町, 真鶴町, 湯河原町	23	2	21	8	258	19	239	4,226	2,161	1,099	966	191	20	299	254	360,052	635
	計	323	46	302	120	6,277	363	5,914	74,206	47,033	12,712	14,461	3,436	211	10,056	6,112	8,798,289	2,416

11 医療圏、人口 8,798,289、病院 323、診療所 6,277

人口最大：横浜北部 1,454,917 人 (病院 26、診療所 1,125)

人口最小：県西 360,052 人 (病院 23、診療所 258)

面積最大：県西 635 km² (病院 23、診療所 258)

面積最小：川崎南部 64 km² (病院 24、診療所 421)

新潟県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)	療養	その他	(療養)						
下越	村上市, 新発田市, 胎内市, 聖籠町, 荒川町, 山北町, 関川村, 神林村, 朝日村, 粟島浦村													26	3	13	6	161	16
新潟	新潟市, 阿賀野市, 五泉市, 阿賀町	52	8	44	26	719	42	677	12,295	7,005	2,567	2,723	445	-	1,375	703	922,613	2,224	
県央	三条市, 加茂市, 見附市, 燕市, 弥彦村, 田上町	10	1	9	4	173	18	155	2,300	1,460	546	294	191	31	135	165	243,790	812	
中越	長岡市, 柏崎市, 出雲崎町, 刈羽村	19	2	17	8	281	14	267	5,723	3,221	761	1,741	114	17	433	249	426,696	1,354	
魚沼	魚沼市, 小千谷市, 南魚沼市, 十日町市, 川口町, 湯沢町, 津南町	18	3	15	9	130	6	124	2,891	1,853	408	630	72	2	170	95	231,445	2,854	
上越	上越市, 妙高市, 糸魚川市	15	3	13	4	184	17	167	3,390	2,241	284	865	218	-	264	162	294,310	2,155	
佐渡	佐渡市	6	1	5	2	40	-	40	847	593	92	162	-	-	56	26	66,119	855	
計		147	21	116	59	1,688	113	1,575	30,091	17,633	5,283	7,175	1,186	69	2,628	1,541	2,413,103	12,584	

7 医療圏、人口 2,413,103、病院 147、診療所 1,688 (佐渡除く)

人口最大：新潟 922,613 人 (病院 52、診療所 719)

人口最小：魚沼 231,445 人 (病院 18、診療所 130)

面積最大：魚沼 2,854 km² (病院 18、診療所 130)

面積最小：県央 812 km² (病院 10、診療所 173)

富山県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院	診療所			有床	無床	病院	診療所			病院	診療所						
			精神	一般	(療養)				一般	療養	その他			(療養)					
新川	魚津市, 黒部市, 入善町, 朝日町	26	2	13	9	85	12	73	2,216	1,069	843	304	175	42	169	76	131,348	925	
富山	富山市, 滑川市, 舟橋村, 上市町, 立山町	53	8	45	24	374	39	335	8,967	4,366	2,745	1,856	488	62	986	387	505,256	1,844	
高岡	高岡市, 射水市, 氷見市	27	7	20	9	228	39	189	4,382	2,561	932	889	496	62	363	225	329,773	549	
砺波	砺波市, 小矢部市, 南砺市	18	2	16	12	87	7	80	2,437	1,098	810	529	96	17	167	89	139,963	930	
計		124	19	94	54	774	97	677	18,002	9,094	5,330	3,578	1,255	183	1,685	777	1,106,340	4,248	

4 圏、人口 1,106,340、病院 124、診療所 774

人口最大：富山 505,256 人 (病院 53、診療所 374)

人口最小：新川 131,348 人 (病院 26、診療所 85)

面積最大：富山 1,844 km² (病院 53、診療所 374)

面積最小：高岡 549 km² (病院 27、診療所 228)

石川県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
南加賀	小松市, 加賀市, 能美市, 川北町	26	3	20	10	148	21	127	3,429	1,896	887	646	265	26	212	144	238,579	776
石川中央	金沢市, 白山市, かほく市, 野々市町, 津幡町, 内灘町	60	9	51	29	557	75	482	12,814	6,704	3,119	2,991	954	83	1,605	547	699,168	1,432
能登中部	七尾市, 羽咋市, 志賀町, 宝達志水町, 中能登町	13	1	12	7	89	14	75	2,154	1,332	461	361	240	28	159	80	145,117	848
能登北部	輪高市, 珠洲市, 穴水町, 能登町	6	-	6	4	58	5	53	1,086	671	404	11	39	14	54	43	84,287	1,130
計		105	13	89	50	852	115	737	19,483	10,603	4,871	4,009	1,498	151	2,030	814	1,167,151	4,186

4 圏、人口 1,167,151、病院 105、診療所 852

人口最大：石川中央 699,168 人 (病院 60、診療所 557)

人口最小：能登北部 84,287 人 (病院 13、診療所 89)

面積最大：石川中央 1,432 km² (病院 60、診療所 557)

面積最小：南加賀 776 km² (病院 26、診療所 148)

福井県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
福井・坂井	福井市, あわら市, 坂井市, 永平寺町	26	4	35	20	332	71	261	6,865	4,216	1,190	1,459	1,021	147	916	313	410,959	957
奥越	大野市, 勝山市	6	1	5	2	37	12	25	547	307	105	135	190	17	37	33	64,646	1,126
丹南	越前市, 鯖江市, 池田町, 南越前町, 越前町	20	2	18	13	116	28	88	2,086	969	723	394	369	33	119	113	191,614	1,007
嶺南	敦賀市, 小浜市, 若狭町, 美浜町, おおい町, 高浜町	12	3	9	7	109	9	100	2,155	1,116	476	563	106	-	146	81	148,125	1,099
計		64	10	67	42	594	120	474	11,653	6,608	2,494	2,551	1,686	197	1,218	540	815,344	4,190

4 圏、人口 815,344、病院 64、診療所 594

人口最大：福井・坂井 410,959 人 (病院 26、診療所 332)

人口最小：奥越 64,646 人 (病院 6、診療所 37)

面積最大：奥越 1,126 km² (病院 6、診療所 37)

面積最小：福井・坂井 957 km² (病院 26、診療所 332)

山梨県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)		有床	無床		一般	療養	その他		(療養)					
中北	甲府市、韭崎市、南アルプス市、北杜市、甲斐市、中央市、昭和町	26	5	27	15	398	51	347	6,387	3,658	1,280	1,449	602	104	817	393	466,948	1,336
峡東	山梨市、笛吹市、甲州市	14	1	13	8	78	4	74	2,645	1,364	718	563	68	18	171	80	146,631	756
峡南	市川三郷町、増穂町、鯉沢町、早川町、身延町、南部町	6	-	6	3	49	3	46	559	405	150	4	21	-	39	25	62,591	1,060
富士・東部	富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、西桂町、忍野村、山中湖村、富士河口湖町、鳴沢村、小菅村、丹波山村、道志村	8	2	6	4	137	15	122	1,684	1,002	160	522	166	6	114	135	195,311	1,309
計		54	8	52	30	662	73	589	11,275	6,429	2,308	2,538	857	128	1,141	633	871,481	4,461

4 圏、人口 871,481、病院 54、診療所 662

人口最大：中北 466,948 人 (病院 26、診療所 398)
 人口最小：峡南 62,591 人 (病院 6、診療所 49)
 面積最大：中北 1,336 km² (病院 26、診療所 398)
 面積最小：峡東 756 km² (病院 14、診療所 78)

長野県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
佐久	小諸市, 佐久市, 小海町, 川上村, 南牧村, 南相木村, 北相木村, 佐久穂町, 軽井沢町, 御代田町, 立科町	26	1	13	10	134	8	126	2,790	1,849	445	496	60	6	317	102	213,772	1,572
上小	上田市, 東御市, 長和町, 青木村	18	3	15	8	125	14	111	2,855	1,254	1,030	571	205	40	143	137	204,151	905
諏訪	岡谷市, 諏訪市, 茅野市, 下諏訪町, 富士見町, 原村	13	1	12	6	151	19	132	2,325	1,610	277	438	202	48	262	150	207,030	715
上伊那	伊那市, 駒ヶ根市, 辰野町, 箕輪町, 飯島町, 南箕輪村, 中川村, 宮田村	13	4	9	3	121	9	112	1,867	1,079	302	486	112	50	136	120	190,160	1,348
飯伊	飯田市, 松川町, 高森町, 阿南町, 清内路村, 阿智村, 平谷村, 根羽村, 下蔵村, 赤木村, 天龍村, 泰阜村, 喬木村, 豊丘村, 大鹿村	10	-	10	6	131	8	123	1,779	1,080	409	290	108	37	162	114	172,815	1,929
木曾	木曾町, 上松町, 南木曾町, 木祖村, 王滝村, 大桑村	1	-	1	1	19	-	19	259	207	48	4	-	-	22	15	32,561	1,546
松本	松本市, 塩尻市, 安曇野市, 波田町, 筑北村, 麻績村, 生坂村, 山形村, 朝日村	27	4	23	9	364	46	318	5,138	3,390	504	1,244	396	62	985	383	427,967	1,869
大北	大町市, 池田町, 松川村, 白馬村, 小谷村	2	-	2	1	51	4	47	596	452	50	94	62	10	60	44	64,563	1,110
長野	長野市, 須坂市, 千曲市, 坂城町, 小布施町, 高山村, 信州新町, 信濃町, 飯綱町, 小川村, 中条村	36	3	33	13	402	33	369	6,203	3,944	694	1,565	368	82	575	391	564,592	1,558
北信	中野市, 飯山市, 山ノ内町, 木島平村, 野沢温泉村, 栄村	3	-	3	-	51	3	48	1,059	825	-	234	53	17	93	53	99,195	1,009
	計	149	16	121	57	1,549	144	1,405	24,871	15,690	3,759	5,422	1,566	352	2,755	1,509	2,176,806	13,562

10 圏、人口 2,177,206、病院 149、診療所 1,549

人口最大：長野 564,592 人 (病院 36、診療所 402)
 人口最小：木曾 32,561 人 (病院 1、診療所 19)
 面積最大：松本 1,869 km² (病院 27、診療所 364)
 面積最小：諏訪 715 km² (病院 13、診療所 151)

岐阜県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
岐阜	岐阜市, 羽島市, 各務原市, 山県市, 瑞穂市, 本巣市, 岐南町, 笠松町, 北方町	26	4	39	19	649	87	562	8,705	5,652	1,594	1,459	1,000	155	1,133	707	803,281	993
西濃	大垣市, 海津市, 養老町, 垂井町, 関ヶ原町, 神戸町, 輪之内町, 安八町, 揖斐川町, 大野町, 池田町	17	3	14	12	260	45	215	3,815	2,044	718	1,053	510	57	314	265	387,947	1,433
中濃	関市, 美濃市, 美濃加茂市, 可児市, 郡上市, 坂祝町, 富加町, 川辺町, 七宗町, 八百津町, 白川町, 東白川町, 御嵩町	18	2	16	11	237	27	210	3,226	1,974	537	715	312	58	295	216	383,544	2,455
東濃	多治見市, 中津川市, 瑞浪市, 恵那市, 土岐市	15	2	13	8	237	22	215	3,187	2,061	378	748	280	93	333	212	357,982	1,563
飛騨	高山市, 飛騨市, 下呂市, 白川村	10	2	8	4	139	11	128	2,017	1,298	234	485	103	22	158	101	162,730	4,178
計		86	13	90	54	1,522	192	1,330	20,950	13,029	3,461	4,460	2,205	385	2,233	1,501	2,095,484	10,621

5 圏、人口 2,095,484、病院 86、診療所 1,522

人口最大：岐阜 803,281 人 (病院 26、診療所 649)
 人口最小：飛騨 162,730 人 (病院 10、診療所 139)
 面積最大：飛騨 4,178 km² (病院 10、診療所 139)
 面積最小：岐阜 993 km² (病院 26、診療所 649)

静岡県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	一般	療養	その他	(療養)					
賀茂	下田市, 東伊豆町, 河津町, 南伊豆町, 松崎町, 西伊豆町	26	2	8	5	58	7	51	1,540	380	718	442	47	-	40	49	77,110	585
熱海伊東	熱海市, 伊東市	8	-	8	5	94	17	77	1,128	679	445	4	234	-	174	89	115,745	186
駿東田方	伊豆市, 沼津市, 三島市, 御殿場市, 裾野市, 伊豆の国市, 函南町, 清水町, 長泉町, 小山町	48	5	43	21	469	83	386	8,187	4,793	2,122	1,272	879	42	856	447	679,371	1,278
富士	富士市, 富士宮市, 芝川町, 富士川町	19	5	14	7	237	42	195	3,878	1,913	951	1,014	434	10	244	262	389,894	634
静岡	静岡市, 由比町	28	5	23	13	564	43	521	8,194	5,072	1,968	1,154	364	7	885	551	720,354	1,412
志太榛原	焼津市, 藤枝市, 岡部町, 大井川町, 島田市, 牧之原市, 吉田町, 川根町, 川根本町	13	2	11	9	299	24	275	3,945	2,317	1,158	470	211	20	362	278	477,676	1,210
中東遠	掛川市, 御前崎市, 菊川市, 袋井市, 磐田市, 森町	18	5	13	7	292	25	267	4,008	2,012	994	1,002	268	15	287	258	465,648	832
西部	浜松市, 湖西市, 新居町	40	8	32	22	653	62	591	9,972	5,118	2,855	1,999	680	66	1,289	631	849,602	1,580
	計	200	32	152	89	2,666	303	2,363	40,852	22,284	11,211	7,357	3,117	160	4,137	2,565	3,775,400	7,715

8 圏、人口 3,775,400、病院 200、診療所 2,666

人口最大：西部 849,602 人 (病院 40、診療所 653)

人口最小：熱海伊東 115,745 人 (病院 8、診療所 94)

面積最大：西部 1,580 km² (病院 40、診療所 653)

面積最小：熱海伊東 186 km² (病院 8、診療所 94)

愛知県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	一般	療養	(療養)						
名古屋	名古屋市	134	10	124	55	1,931	151	1,780	25,736	17,043	3,891	4,802	1,743	97	3,952	1,923	2,164,640	326
海部	津島市, 愛西市, 弥富市, 七宝町, 美和町, 甚目寺町, 大治町, 蟹江町, 飛島村	11	2	9	6	199	26	173	2,399	1,225	682	492	253	21	264	186	331,199	208
尾張中部	豊山町, 北名古屋市, 清須市, 春日町	5	-	5	5	92	9	83	724	268	456	0	103	-	30	83	156,251	42
尾張東部	瀬戸市, 尾張旭市, 豊明市, 日進市, 東郷町, 長久手町	19	3	16	7	289	38	251	5,995	3,769	902	1,324	420	-	1,206	262	439,290	230
尾張西部	一宮市, 稲沢市	20	3	17	8	315	40	275	4,253	2,596	592	1,065	446	43	404	320	513,394	193
尾張北部	春日井市, 犬山市, 江南市, 小牧市, 岩倉市, 大口町, 扶桑町	24	5	19	14	449	66	383	5,683	3,166	1,162	1,355	817	101	574	431	717,447	296
知多半島	半田市, 常滑市, 東海市, 大府市, 知多市, 阿久比町, 東浦町, 南知多町, 美浜町, 武豊町	20	3	17	8	351	39	312	4,154	2,775	398	981	455	59	375	341	600,615	391
西三河北部	豊田市, 三好町	20	4	16	9	243	21	222	3,305	2,042	528	735	264	12	413	221	459,814	951
西三河南部	岡崎市, 碧南市, 刈谷市, 安城市, 西尾市, 知立市, 高浜市, 一色町, 吉良町, 幡豆町, 幸田町	37	5	32	21	606	57	549	7,610	4,222	2,108	1,280	657	59	826	612	1,048,814	806
東三河北部	新城市, 設楽町, 東栄町, 豊根村	6	-	6	5	55	5	50	572	359	213	0	41	12	32	38	63,695	1,052
東三河南部	豊橋市, 豊川市, 蒲郡市, 田原市, 小坂井町	38	4	34	23	456	59	397	7,885	3,345	2,874	1,666	656	-	628	453	690,585	668
計		334	39	295	161	4,986	511	4,475	68,316	40,810	13,806	13,700	5,855	404	8,704	4,870	7,185,744	5,163

11 圏、人口 7,185,744、病院 226、診療所 4,986

人口最大：名古屋 2,164,640 人 (病院 134、診療所 1,931)
 人口最小：東三河北部 63,695 人 (病院 6、診療所 55)
 面積最大：東三河北部 1,052 km² (病院 6、診療所 55)
 面積最小：尾張中部 42 km² (病院 5、診療所 92)

三重県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
北勢	桑名市, 四日市市, 鈴鹿市, 亀山市, いなべ市, 木曾岬町, 東員町, 菰野町, 朝日町, 川越町	26	7	37	21	595	80	515	8,459	4,551	1,681	2,227	946	127	760	562	822,301	1,107
中勢伊賀	津市, 伊賀市, 名張市	33	5	28	19	417	48	369	6,233	3,534	1,262	1,437	568	90	722	378	462,975	1,399
南勢志摩	松阪市, 伊勢市, 鳥羽市, 志摩市, 多気町, 明和町, 大台町, 玉城町, 南伊勢町, 大紀町, 度会町	26	-	26	16	399	46	353	5,179	3,066	1,212	901	555	106	481	399	485,884	2,279
東紀州	尾鷲市, 熊野市, 紀北町, 御浜町, 紀宝町	5	1	4	4	73	5	68	1,253	460	449	344	55	-	58	62	85,122	992
計		90	13	95	60	1,484	179	1,305	21,124	11,611	4,604	4,909	2,124	323	2,021	1,401	1,856,282	5,777

4 圏、人口 1,856,282、病院 90、診療所 1,484

人口最大：北勢 822,301 人 (病院 26、診療所 595)

人口最小：東紀州 85,122 人 (病院 5、診療所 73)

面積最大：南勢志摩 2,279 km² (病院 26、診療所 399)

面積最小：東紀州 992 km² (病院 5、診療所 73)

滋賀県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)									
大津	大津市	26	2	14	9	262	16	246	4,242	2,475	710	1,057	131	17	792	263	328,173	464	
湖南	草津市, 守山市, 栗東市, 野洲市	14	2	12	5	240	16	224	3,055	2,464	367	224	186	25	373	238	302,910	257	
甲賀	湖南市, 甲賀市	7	1	6	4	76	6	70	1,598	823	339	436	87	19	105	68	145,490	552	
東近江	近江八幡市, 東近江市, 安土町, 日野町, 竜王町	12	1	11	6	133	4	129	2,722	1,383	955	384	63	-	202	121	231,219	728	
湖東	彦根市, 愛荘町, 豊郷町, 甲良町, 多賀町	4	-	4	3	105	1	104	1,315	972	209	134	19	-	116	108	151,708	392	
湖北	長浜市, 米原市, 虎姫町, 湖北町, 高月町, 木之本町, 余呉町, 西浅井町	4	1	3	2	107	4	103	1,602	1,091	213	298	58	18	191	105	164,183	931	
湖西	高島市	3	-	3	1	38	3	35	410	366	40	4	37	-	34	32	54,203	693	
計		70	7	53	30	961	50	911	14,944	9,574	2,833	2,537	581	79	1,813	935	1,377,886	4,017	

7 圏、人口 1,377,886、病院 70、診療所 961

人口最大：大津 328,173 人 (病院 26、診療所 262)
 人口最小：湖西 54,203 人 (病院 3、診療所 38)
 面積最大：湖北 931 km² (病院 4、診療所 105)
 面積最小：湖南 257 km² (病院 14、診療所 240)

京都府

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
丹後	宮津市, 京丹後市, 与謝野町, 伊根町										26	-	6	5	73	6	67	1,110
中丹	福知山市, 舞鶴市, 綾部市	18	2	16	7	171	18	153	3,270	2,084	372	814	167	30	270	150	209,978	1,242
南丹	亀岡市, 南丹市, 京丹波町	10	-	10	5	101	10	91	1,461	1,116	331	14	89	29	153	81	146,055	1,144
京都・乙訓	京都市, 向日市, 長岡京市, 大山崎町	117	8	109	45	1,777	112	1,665	25,307	15,798	4,643	4,866	788	18	3,923	1,793	1,536,884	861
山城北	宇治市, 城陽市, 八幡市, 京田辺市, 久御山町, 井手町, 宇治田原町	23	2	21	12	306	25	281	4,879	2,935	790	1,154	204	16	398	277	440,519	258
山城南	木津川市, 笠置町, 和束町, 精華町, 南山城村	3	-	3	1	88	3	85	571	461	100	10	27	6	51	87	113,111	263
計		197	12	165	75	2,516	174	2,342	36,598	23,217	6,504	6,877	1,327	111	4,900	2,440	2,558,542	4,608

6 圏、人口 2,558,542、病院 197、診療所 2,516

人口最大：京都・乙訓 1,536,884 人 (病院 117、診療所 1,777)

人口最小：山城南 113,111 人 (病院 3、診療所 88)

面積最大：中丹 1,242 km² (病院 18、診療所 171)

面積最小：山城南 263 km² (病院 3、診療所 88)

大阪府

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
											療養							
豊能	池田市, 箕面市, 豊中市, 吹田市, 豊能町, 能勢町	26	4	43	14	943	41	902	10,443	6,735	1,459	2,249	306	-	2,260	830	999,997	275
三島	摂津市, 茨木市, 高槻市, 島本町	39	6	33	11	567	27	540	9,189	5,285	1,278	2,626	293	4	1,072	542	736,969	213
北河内	枚方市, 寝屋川市, 守口市, 門真市, 大東市, 四條畷市, 交野市	60	3	57	27	880	58	822	12,254	7,551	2,217	2,486	601	12	1,415	948	1,182,416	177
中河内	東大阪市, 八尾市, 柏原市	42	4	38	17	679	35	644	7,711	4,522	1,326	1,863	262	18	737	657	831,092	129
南河内	松原市, 羽曳野市, 藤井寺市, 富田林市, 河内長野市, 大阪狭山市, 河南町, 太子町, 千早赤阪村	40	4	36	18	451	17	434	8,705	5,088	1,805	1,812	177	-	1,135	444	644,429	216
堺市	堺市	45	4	41	25	708	39	669	12,797	5,409	4,315	3,073	281	23	891	633	833,694	150
泉州	和泉市, 泉大津市, 高石市, 岸和田市, 貝塚市, 泉佐野市, 泉南市, 阪南市, 忠岡町, 熊取町, 田尻町, 柳町	78	13	65	45	638	43	595	14,980	4,586	4,219	6,175	412	27	1,057	615	925,162	514
大阪市	大阪市	190	1	189	88	3,332	130	3,202	33,424	26,140	6,905	379	1,136	29	4,952	3,234	2,516,543	222
計		520	39	502	245	8,198	390	7,808	109,503	65,316	23,524	20,663	3,468	113	13,519	7,903	8,670,302	1,898

8 圏、人口 8,670,302、病院 520、診療所 8,198

人口最大：大阪市 2,516,543 人 (病院 190、診療所 3,332)
 人口最小：南河内 644,429 人 (病院 40、診療所 451)
 面積最大：泉州 514 km² (病院 78、診療所 638)
 面積最小：中河内 129 km² (病院 42、診療所 679)

兵庫県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)		有床	無床		一般	療養	その他	(療養)						
神戸	神戸市	26	11	96	41	1,568	88	1,480	18,790	11,728	3,299	3,763	807	127	2,586	1,563	1,505,111	552
阪神南	尼崎市, 西宮市, 芦屋市	52	2	50	31	1,054	57	997	9,455	6,239	2,352	864	607	66	1,491	1,039	1,017,164	168
阪神北	伊丹市, 宝塚市, 川西市, 三田市, 猪名川町	34	4	30	15	559	34	525	8,267	4,354	2,183	1,730	429	26	595	575	724,603	481
東播磨	明石市, 加古川市, 高砂市, 稲美町, 播磨町	41	4	37	19	529	44	485	7,579	4,551	1,560	1,468	603	40	660	515	721,190	266
北播磨	西脇市, 三木市, 小野市, 加西市, 加東市, 多可町	22	2	20	8	210	21	189	4,431	2,453	1,075	903	239	22	268	180	290,027	896
中播磨	姫路市, 神河町, 市川町, 福崎町	39	3	36	19	440	48	392	6,647	3,983	1,347	1,317	609	81	646	423	579,929	865
西播磨	相生市, 赤穂市, たつの市, 宍粟市, 上郡町, 太子町, 佐用町	25	2	23	12	186	22	164	3,706	2,107	677	922	323	62	240	158	282,244	1,567
但馬	豊岡市, 養父市, 朝来市, 香美町, 新温泉町	13	2	11	5	136	6	130	2,231	1,317	301	613	93	39	182	118	192,382	2,134
丹波	篠山市, 丹波市	8	1	7	4	85	7	78	1,577	814	493	270	58	21	96	77	116,599	871
淡路	洲本市, 南あわじ市, 淡路市	12	1	11	10	141	16	125	2,077	678	976	423	201	51	142	134	152,981	596
	計	272	32	321	164	4,908	343	4,565	64,760	38,224	14,263	12,273	3,969	535	6,906	4,782	5,582,230	8,396

10 圏、人口 5,582,230、病院 272、診療所 4,908

人口最大：神戸 1,505,111 人 (病院 26、診療所 1,568)

人口最小：丹波 116,599 人 (病院 8、診療所 85)

面積最大：但馬 2,134 km² (病院 13、診療所 136)

面積最小：阪神南 168 km² (病院 52、診療所 1,054)

奈良県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院	診療所			有床	無床	病院	診療所			病院	診療所					
			精神	一般	(療養)				一般	療養	その他							
														(療養)	(療養)			
奈良	奈良市	26	1	20	8	361	18	343	4,260	2,803	716	741	161	-	395	365	366,814	277
東和	天理市, 桜井市, 宇陀市, 山添村, 川西町, 三宅町, 田原本町, 曾爾村, 御杖村	13	-	13	7	155	18	137	2,837	2,173	568	96	155	-	395	150	225,073	658
西和	大和郡山市, 生駒市, 平群町, 三郷町, 斑鳩町, 安堵町, 上牧町, 王寺町, 河合町	18	-	18	11	265	11	254	3,861	2,086	972	803	139	10	343	239	355,051	169
中和	大和高田市, 橿原市, 御所市, 香芝市, 葛城市, 高取町, 明日香村, 広陵町	18	2	16	7	293	22	271	4,551	2,573	833	1,145	202	-	604	284	384,078	241
南和	五條市, 吉野町, 大淀町, 下市町, 黒滝村, 天川村, 野迫川村, 十津川村, 下北山村, 上北山村, 川上村, 東吉野村	6	1	5	2	71	8	63	1,035	615	156	264	84	16	70	62	88,610	2,347
計		81	4	72	35	1,145	77	1,068	16,544	10,250	3,245	3,049	741	26	1,807	1,100	1,419,626	3,691

5 圏、人口 1,419,626、病院 81、診療所 1,145

人口最大：中和 384,078 人 (病院 18、診療所 293)
 人口最小：南和 88,610 人 (病院 6、診療所 71)
 面積最大：南和 2,347 km² (病院 6、診療所 71)
 面積最小：西和 169 km² (病院 18、診療所 265)

和歌山県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
和歌山	和歌山市, 海南市, 紀美野町	26	4	44	20	522	57	465	7,075	4,723	1,167	1,185	770	51	978	550	452,191	439
那賀	紀の川市, 岩出市	8	1	7	3	106	15	91	1,112	664	223	225	196	24	81	101	120,935	267
橋本	橋本市, かつらぎ町, 九度山町, 高野町	7	1	6	2	93	8	85	962	771	67	124	85	38	86	98	98,057	463
有田	有田市, 湯浅町, 広川町, 有田川町	6	1	5	4	81	11	70	973	424	245	304	169	52	55	69	83,426	475
御坊	御坊市, 美浜町, 日高町, 由良町, 日高川町, 印南町	4	-	4	1	66	10	56	1,061	886	51	124	156	31	81	69	70,441	579
田辺	田辺市, みなべ町, 白浜町, 上富田町, すさみ町	9	1	8	5	126	16	110	1,828	1,009	561	258	217	71	164	116	142,406	1,580
新宮	新宮市, 串本町, 那智勝浦町, 太地町, 古座川町, 北山村	9	1	8	5	76	20	56	1,313	587	387	339	236	12	92	61	78,517	923
計		69	9	82	40	1,070	137	933	14,324	9,064	2,701	2,559	1,829	279	1,537	1,064	1,045,973	4,726

7 圏、人口 1,045,973、病院 69、診療所 1,070

人口最大：和歌山 452,191 人 (病院 26、診療所 522)

人口最小：御坊 70,441 人 (病院 4、診療所 66)

面積最大：田辺 1,580 km² (病院 9、診療所 126)

面積最小：那賀 267 km² (病院 8、診療所 106)

鳥取県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)	一般	療養						
東部	鳥取市, 岩美町, 八頭町, 若桜町, 智頭町	26	2	12	7	203	18	185	3,722	1,996	770	956	241	49	290	202	243,505	1,519
中部	倉吉市, 湯梨浜町, 三朝町, 北栄町, 琴浦町	11	1	10	5	91	13	78	1,613	1,002	329	282	180	40	124	89	112,996	781
西部	米子市, 境港市, 南部町, 日吉津村, 大山町, 日南町, 日野町, 江府町, 伯耆町	21	2	19	12	233	35	198	3,769	2,170	760	839	446	75	624	256	245,910	1,208
計		58	5	41	24	527	66	461	9,104	5,168	1,859	2,077	867	164	1,038	547	602,411	3,507

3 圏、人口 602,411、病院 58、診療所 527

人口最大：西部 245,910 人 (病院 21、診療所 233)

人口最小：中部 112,996 人 (病院 11、診療所 91)

面積最大：東部 1,519 km² (病院 26、診療所 203)

面積最小：中部 781 km² (病院 11、診療所 91)

島根県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床		一般	療養	その他	(療養)								
松江	松江市,安来市,東出雲町	26	2	16	10	247	20	227	4,320	2,581	692	1,047	238	49	353	219	251,400	1,319	
雲南	雲南市,奥出雲町,飯南町	5	1	4	3	58	1	57	756	408	194	154	19	19	37	42	65,934	839	
出雲	出雲市,斐川町	11	2	9	5	170	18	152	2,798	1,788	510	500	204	38	525	168	174,267	624	
大田	大田市,川本町,美郷町,邑南町	5	-	5	4	80	9	71	832	405	255	172	142	12	50	59	62,878	1,245	
浜田	浜田市,江津市	11	1	10	7	94	16	78	1,571	781	316	474	205	78	109	74	87,595	958	
益田	益田市,津和野町,吉賀町	5	1	4	3	75	4	71	1,293	666	400	227	66	32	70	66	68,148	1,377	
隠岐	隠岐の島町,海士町,西ノ島町,知夫村	2	-	2	1	21	1	20	194	130	24	40	6	-	18	11	22,901	346	
計		65	7	50	33	745	69	676	11,764	6,759	2,391	2,614	880	228	1,162	639	733,123	6,708	

7 圏、人口 733,123、病院 65、診療所 745

人口最大：松江 251,400 人 (病院 26、診療所 247)

人口最小：隠岐 22,901 人 (病院 2、診療所 21)

面積最大：益田 1,377 km² (病院 5、診療所 75)面積最小：隠岐 346 km² (病院 2、診療所 21)

岡山県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
県南東部	岡山市, 玉野市, 備前市, 瀬戸内市, 赤磐市, 吉備中央町, 和気町										26	18	161	91	1,626	213	1,413	30,461
県南西部	倉敷市, 笠岡市, 井原市, 総社市, 浅口市, 早島町, 里庄町, 矢掛町	83	7	76	31	844	107	737	15,443	10,197	1,774	3,472	1,491	240	1,243	502	718,117	1,123
高梁・新見	高梁市, 新見市	60	7	53	33	505	66	439	10,271	6,701	2,005	1,565	928	163	48	44	71,213	1,340
真庭	真庭市, 新庄村	9	1	8	7	67	6	61	1,117	523	333	261	82	14	46	33	53,356	896
津山・英田	津山市, 美作市, 鏡野町, 勝央町, 奈義町, 西粟倉村, 久米南町, 美咲町	8	1	7	6	44	4	40	1,026	545	261	220	63	4	188	152	198,272	1,848
	計	19	2	17	14	166	30	136	2,604	1,146	791	667	447	59	3,383	1,665	1,948,250	7,106

5 圏、人口 1,948,250、病院 19、診療所 166

人口最大：県南東部 907,292 人 (病院 26、診療所 1,626)

人口最小：真庭 53,356 人 (病院 9、診療所 67)

面積最大：県南東部 1,900 km² (病院 26、診療所 1,626)

面積最小：真庭 896 km² (病院 9、診療所 67)

広島県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
広島	広島市, 安芸高田市, 府中町, 海田町, 熊野町, 坂町, 安芸太田町, 北広島町	26	12	91	50	1,355	155	1,200	17,765	9,294	4,663	3,808	2,197	309	2,037	1,230	1,329,283	2,505
広島西	大竹市, 廿日市市	13	1	12	10	123	11	112	2,573	1,088	1,009	476	132	30	185	127	147,146	568
呉	呉市, 江田島市	31	6	25	16	286	34	252	4,740	2,330	1,012	1,398	463	112	472	304	276,669	455
広島中央	東広島市, 竹原市, 大崎上島町	20	3	17	11	166	21	145	3,383	1,537	838	1,008	260	33	212	164	216,797	797
尾三	三原市, 尾道市, 世羅町	26	3	23	14	224	28	196	4,652	2,786	936	930	400	47	339	235	272,292	1,034
福山・府中	福山市, 府中市, 神石高原町	52	6	46	28	371	61	310	6,891	3,784	1,461	1,646	873	173	571	436	520,654	1,096
備北	三次市, 庄原市	11	-	11	7	92	15	77	1,819	826	758	235	216	80	131	81	101,326	2,025
計		179	31	225	136	2,617	325	2,292	41,823	21,645	10,677	9,501	4,541	784	3,947	2,577	2,864,167	8,479

7 圏、人口 2,864,167、病院 179、診療所 2,617

人口最大：広島 1,329,283 人 (病院 26、診療所 1,355)

人口最小：備北 101,326 人 (病院 11、診療所 92)

面積最大：広島 2,505 km² (病院 26、診療所 1,355)

面積最小：呉 455 km² (病院 31、診療所 286)

山口県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	一般	療養	(療養)						
岩国	岩国市, 和木町	26	2	15	7	133	19	114	2,397	1,068	754	575	218	16	169	124	155,340	884
柳井	柳井市, 周防大島町, 上関町, 平生町, 田布施町	9	2	7	2	74	10	64	2,516	938	988	590	134	12	106	57	90,531	398
周南	周南市, 下松市, 光市	22	3	19	11	219	26	193	3,736	1,924	1,169	643	364	64	244	235	262,883	838
山口・防府	山口市, 防府市, 阿東町	27	6	21	12	262	37	225	4,918	2,135	1,598	1,185	537	51	395	253	313,572	1,212
宇部・小野田	宇部市, 山陽小野田市, 美祿市	30	7	23	19	257	29	228	6,339	2,569	2,101	1,669	415	12	700	252	270,221	893
下関	下関市	30	6	24	17	272	57	215	5,737	2,283	2,307	1,147	875	123	401	292	285,758	716
長門	長門市	6	2	4	4	26	5	21	933	364	243	326	67	4	44	23	40,421	358
萩	萩市, 阿武町	7	1	6	5	51	11	40	1,050	379	474	197	100	12	57	40	61,114	815
計		157	29	119	77	1,294	194	1,100	27,626	11,660	9,634	6,332	2,710	294	2,116	1,276	1,479,840	6,114

8 圏、人口 1,479,840、病院 157、診療所 1,294

人口最大：山口・防府 313,572 人 (病院 27、診療所 262)

人口最小：長門 40,421 人 (病院 6、診療所 26)

面積最大：山口・防府 1,212 km² (病院 27、診療所 262)

面積最小：長門 358 km² (病院 6、診療所 26)

徳島県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
東部Ⅰ	徳島市, 鳴門市, 石井町, 神山町, 松茂町, 北島町, 藍住町, 板野町, 佐那河内村, 上板町	26	10	60	45	475	113	362	9,462	3,379	3,124	2,959	1,841	198	951	522	457,262	681
東部Ⅱ	吉野川市, 阿波市	8	-	8	5	85	13	72	1,284	834	450	0	224	35	94	85	87,943	335
南部Ⅰ	小松島市, 阿南市, 勝浦町, 上勝町, 那賀町	16	1	15	9	112	17	95	2,041	1,390	507	144	280	105	235	105	140,314	1,199
南部Ⅱ	美波町, 牟岐町, 海陽町	5	1	4	-	22	1	21	379	227	-	152	2	-	25	13	25,502	525
西部Ⅰ	美馬市, つるぎ町	11	1	10	5	44	13	31	1,005	342	187	476	209	42	49	41	45,780	562
西部Ⅱ	三好市, 東みよし町	9	2	7	4	40	9	31	1,081	418	299	364	152	28	53	31	49,150	844
計		75	15	104	68	778	166	612	15,252	6,590	4,567	4,095	2,708	408	1,407	797	805,951	4,147

6 圏、人口 805,951、病院 75、診療所 778

人口最大：東部Ⅰ 457,262 人 (病院 26、診療所 475)
 人口最小：南部Ⅱ 25,502 人 (病院 5、診療所 22)
 面積最大：南部Ⅰ 1,199 km² (病院 16、診療所 112)
 面積最小：東部Ⅱ 335 km² (病院 8、診療所 85)

香川県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数					医師数		人口	面積	
		病院			診療所				病院			診療所		病院	診療所			
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
大川	さぬき市, 東かがわ市	26	-	5	3	64	6	58	879	445	372	62	88	23	72	61	91,149	312
小豆	小豆島町, 土庄町	4	-	4	4	14	2	12	599	234	167	198	24	-	39	8	33,628	170
高松	高松市, 三木町, 直島町	42	4	38	13	420	82	338	7,164	5,000	595	1,569	1,220	251	909	462	454,951	465
中讃	丸亀市, 坂出市, 善通寺市, 綾川町, 宇多津町, まんのう町, 琴平町, 多度津町	31	5	26	16	233	41	192	5,206	2,806	841	1,559	702	193	430	247	302,725	589
三豊	観音寺市, 三豊市	14	1	13	10	88	22	66	2,085	1,099	645	341	357	78	151	91	136,880	340
	計	117	10	86	46	819	153	666	15,933	9,584	2,620	3,729	2,391	545	1,601	869	1,019,333	1,877

5 圏、人口 1,019,333、病院 117、診療所 819

人口最大：高松 454,951 人 (病院 42、診療所 420)
 人口最小：小豆 33,628 人 (病院 4、診療所 14)
 面積最大：中讃 589 km² (病院 31、診療所 223)
 面積最小：小豆 170 km² (病院 4、診療所 14)



愛媛県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)	一般	療養	その他	(療養)					
宇摩	四国中央市														26	-	9	7	57
新居浜・西条	新居浜市, 西条市	22	3	19	12	185	35	150	4,380	2,168	824	1,388	514	34	286	170	241,304	743	
今治	今治市, 上島町	30	1	29	19	120	34	86	2,529	1,303	829	397	470	9	193	115	182,124	450	
松山	松山市, 伊予市, 東温市, 久万高原町, 松前町, 砥部町	53	6	47	28	569	151	418	9,961	5,557	2,328	2,076	2,305	361	1,319	619	653,696	1,541	
八幡浜・大洲	八幡浜市, 大洲市, 西予市, 内子町, 伊方町	18	3	15	11	180	19	161	2,607	1,143	749	715	306	48	127	154	167,594	1,474	
宇和島	宇和島市, 鬼北町, 松野町, 愛南町	14	2	12	8	126	34	92	2,376	1,542	381	453	568	189	162	99	132,727	1,050	
計		163	15	131	85	1,237	292	945	23,201	12,312	5,490	5,399	4,440	661	2,167	1,217	1,471,510	5,678	

6 圏、人口 1,471,510、病院 163、診療所 1,237

人口最大：松山 653,696 人 (病院 53、診療所 569)
 人口最小：宇摩 94,065 人 (病院 26、診療所 57)
 面積最大：松山 1,541 km² (病院 53、診療所 569)
 面積最小：宇摩 420 km² (病院 26、診療所 57)

高知県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)								
安芸	室戸市, 安芸市, 東洋町, 奈半利町, 田野町, 安田町, 北川村, 馬路村, 芸西村	26	2	6	3	41	8	33	1,082	406	174	502	120	24	49	37	58,247	1,129
中央	高知市, 南国市, 土佐市, 香南市, 香美市, 本山町, 大豊町, 土佐町, いの町, 佐川町, 越知町, 大川村, 仁淀川町, 日高村	104	9	95	67	423	85	338	14,984	6,390	5,672	2,922	1,375	35	1,305	436	560,495	3,009
高幡	須崎市, 中土佐町, 持原町, 四万十町, 津野町	8	1	7	6	45	3	42	1,005	286	501	218	57	12	56	37	65,395	1,405
幡多	四万十市, 宿毛市, 土佐清水市, 黒潮町, 大月町, 三原村	20	1	19	13	65	13	52	2,083	835	868	380	198	6	130	50	99,901	1,562
計		158	13	127	89	574	109	465	19,154	7,917	7,215	4,022	1,750	77	1,540	560	784,038	7,105

4 圏、人口 784,038、病院 158、診療所 574

人口最大：中央 560,495 人 (病院 104、診療所 423)
 人口最小：安芸 58,247 人 (病院 26、診療所 41)
 面積最大：中央 3,009 km² (病院 104、診療所 423)
 面積最小：安芸 1,129 km² (病院 26、診療所 41)

福岡県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数							医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院				診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	(療養)									
福岡・糸島	福岡市, 前原市, 二丈町, 志摩町	26	15	109	54	1,467	225	1,242	22,951	12,633	6,669	4,649	2,756	328	3,367	1,523	1,475,819	557	
粕屋	古賀市, 粕屋町, 志免町, 須恵町, 久山町, 宇美町, 篠栗町, 新宮町	26	2	24	12	148	24	124	4,682	2,068	1,520	1,094	364	70	301	153	266,764	207	
宗像	宗像市, 福津市	14	3	11	8	103	21	82	2,513	814	731	968	295	53	132	93	150,640	172	
筑紫	筑紫野市, 春日市, 大野城市, 太宰府市, 那珂川町	28	3	25	13	268	46	222	5,024	2,132	1,581	1,311	703	94	488	252	418,674	233	
甘木・朝倉	朝倉市, 筑前町, 東峰村	8	2	6	4	77	11	66	1,414	602	454	358	170	21	69	76	91,529	366	
久留米	久留米市, 大川市, 小郡市, うきは市, 大刀洗町, 大木町	49	6	43	30	438	108	330	9,441	5,047	2,281	2,113	1,544	162	1,454	432	465,368	468	
八女・筑後	八女市, 筑後市, 立花町, 広川町, 黒木町, 矢部村, 星野村	13	1	12	8	115	18	97	2,328	990	872	466	210	12	153	116	140,830	562	
有明	大牟田市, 柳川市, みやま市	34	5	29	18	231	53	178	6,037	2,939	1,326	1,772	746	101	324	247	246,449	264	
飯塚	飯塚市, 嘉麻市, 桂川町	22	2	20	9	174	45	129	3,953	2,362	612	979	654	81	347	159	193,864	369	
直方・鞍手	直方市, 若宮市, 小竹町, 鞍手町	12	2	10	6	98	17	81	2,039	698	498	843	236	59	83	96	117,587	252	
田川	田川市, 香春町, 糸田町, 川崎町, 福智町, 添田町, 大任町, 赤村	16	3	13	8	106	23	83	3,340	1,051	294	1,995	348	77	139	105	142,282	278	
北九州	北九州市, 中間市, 芦屋町, 水巻町, 岡垣町, 速賀町	105	16	89	48	1,070	168	902	21,030	10,944	5,306	4,780	2,191	390	2,074	1,114	1,127,886	597	
京築	行橋市, 豊前市, 荏田町, みやこ町, 築上町, 吉富町, 上毛町	17	1	16	15	153	29	124	2,882	766	1,174	942	401	56	120	140	193,926	652	
計		370	61	407	233	4,448	788	3,660	87,634	43,046	22,318	22,270	10,618	1,504	9,051	4,506	5,031,618	4,977	

13 圏、人口 5,031,618、病院 370、診療所 4,448

人口最大：北九州 1,127,886 人 (病院 105、診療所 423)

人口最小：直方・鞍手 117,587 人 (病院 12、診療所 98)

面積最大：京築 652 km² (病院 17、診療所 153)面積最小：直方・鞍手 252 km² (病院 12、診療所 98)

佐賀県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院			診療所				病院			診療所			病院	診療所		
		精神	一般	(療養)	有床	無床	一般	療養	その他	一般	療養	(療養)						
中部	佐賀市, 多久市, 小城市, 神埼市, 吉野ヶ里町	26	5	34	19	315	89	226	5,979	3,150	1,341	1,488	1,296	192	781	343	356,259	793
東部	鳥栖市, 基山町, 上峰町, みやき町	14	2	12	10	100	24	76	2,434	750	852	832	346	44	85	104	120,549	159
北部	唐津市, 玄海町	18	3	15	10	108	30	78	2,199	860	661	678	437	109	163	103	139,135	523
西部	伊万里市, 有田町	13	2	11	9	55	19	36	1,381	475	562	344	300	64	64	53	80,323	321
南部	武雄市, 鹿島市, 嬉野市, 大町町, 江北町, 白石町, 太良町	26	2	24	15	116	46	70	3,421	1,260	1,064	1,097	684	95	223	132	168,472	644
計		97	14	96	63	694	208	486	15,414	6,495	4,480	4,439	3,063	504	1,316	735	864,738	2,440

5 圏、人口 864,738、病院 97、診療所 694

人口最大：中部 356,259 人 (病院 26、診療所 315)
 人口最小：西部 80,323 人 (病院 13、診療所 55)
 面積最大：中部 793 km² (病院 26、診療所 315)
 面積最小：東部 159 km² (病院 14、診療所 100)

長崎県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数						病床数						医師数		人口	面積	
		病院			診療所			病院			診療所			病院	診療所			
		精神	一般	(療養)	有床	無床		一般	療養	その他	(療養)							
長崎	長崎市, 西海市, 長与町, 時津町	26	10	49	25	673	137	536	11,784	5,142	2,680	3,962	1,832	318	1,177	708	554,102	698
佐世保	佐世保市	24	6	18	10	233	83	150	4,618	2,260	1,121	1,237	1,168	189	389	233	256,793	364
県央	諫早市, 大村市, 東彼杵町, 川棚町, 波佐見町	31	8	23	10	255	89	166	5,689	2,588	1,190	1,911	1,292	204	473	265	273,937	615
県南	島原市, 雲仙市, 南島原市	17	2	15	12	110	43	67	2,281	848	815	618	630	97	128	107	154,419	460
県北	平戸市, 松浦市, 江迎町, 鹿町町, 佐々町	16	2	14	9	56	17	39	1,574	665	578	331	257	53	78	44	89,629	461
五島	五島市	5	-	5	1	43	15	28	560	432	54	74	234	47	46	28	44,167	421
上五島	小値賀町, 新上五島町	3	-	3	1	21	3	18	296	242	50	4	55	6	24	8	27,456	239
壱岐	壱岐市	7	-	7	4	14	3	11	568	240	220	108	39	20	28	13	31,482	139
対馬	対馬市	3	-	3	2	33	1	32	422	304	61	57	6	-	42	15	37,212	709
	計	132	28	137	74	1,438	391	1,047	27,792	12,721	6,769	8,302	5,513	934	2,385	1,421	1,469,197	4,105

9 圏、人口 1,468,837、病院 132、診療所 1,438

人口最大：県央 273,937 人 (病院 31、診療所 255)
 人口最小：上五島 27,456 人 (病院 3、診療所 21)
 面積最大：対馬 709 km² (病院 3、診療所 33)
 面積最小：壱岐 139 km² (病院 7、診療所 14)

熊本県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数					医師数		人口	面積	
		病院			診療所				病院			診療所		病院	診療所			
		精神	一般		有床	無床			一般	療養	その他	(療養)						
			(療養)	(療養)		(療養)												
熊本	熊本市	26	15	71	35	579	141	438	14,318	7,921	3,568	2,829	2,245	253	1,817	681	662,836	287
宇城	宇土市, 宇城市, 城南町, 富合町, 美里町	18	2	16	10	82	24	58	2,830	823	938	1,069	391	58	106	85	142,583	444
有明	荒尾市, 玉名市, 玉東町, 和水町, 南関町, 長洲町	12	4	8	6	142	41	101	2,529	778	763	988	656	132	118	156	174,164	421
鹿本	山鹿市, 植木町	10	2	8	5	66	22	44	1,305	509	332	464	397	36	72	73	89,566	365
菊池	菊池市, 合志市, 大津町, 菊陽町	16	3	13	7	117	25	92	3,978	2,616	463	899	402	49	173	112	171,254	466
阿蘇	阿蘇市, 南小国町, 小国町, 産山村, 高森町, 南阿蘇村, 西原村	6	1	5	4	43	14	29	993	284	435	274	223	60	44	36	70,891	1,079
上益城	御船町, 嘉島町, 益城町, 甲佐町, 山都町	13	2	11	9	56	14	42	1,274	305	582	387	232	37	66	53	90,984	784
八代	八代市, 氷川町	13	2	11	7	133	48	85	2,486	1,015	651	820	751	126	163	131	149,660	714
芦北	水俣市, 芦北町, 津奈木町	11	2	9	5	49	18	31	1,566	792	390	384	284	82	91	44	54,942	431
球磨	人吉市, 錦町, 多良木町, 湯前町, 水上村, 相良村, 五木村, 山江村, 球磨村, あさぎり町	13	2	11	9	82	26	56	1,613	634	563	416	391	77	103	78	99,834	1,538
天草	天草市, 上天草市, 苓北町	19	3	16	13	104	41	63	2,935	863	1,295	777	645	82	148	100	137,930	876
計		157	38	179	110	1,453	414	1,039	35,827	16,540	9,980	9,307	6,617	992	2,901	1,549	1,844,644	7,406

11 圏、人口 1,844,644、病院 157、診療所 1,453

人口最大：熊本 662,836 人 (病院 26、診療所 579)
 人口最小：芦北 54,942 人 (病院 11、診療所 49)
 面積最大：八代 15,38 km² (病院 13、診療所 133)
 面積最小：芦北 431 km² (病院 11、診療所 49)

大分県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院				診療所			病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)			有床	無床		一般	療養	その他		(療養)				
東部	別府市, 杵築市, 国東市, 姫島村, 日出町	26	5	32	16	193	66	127	5,121	2,866	1,132	1,123	1,009	130	376	187	220,460	803
中部	大分市, 由布市, 臼杵市, 津久見市	65	12	53	13	445	142	303	9,274	5,620	779	2,875	2,177	157	1,082	488	569,002	1,191
南部	佐伯市	9	1	8	5	62	17	45	1,265	837	244	184	176	-	89	54	81,709	904
豊肥	豊後大野市, 竹田市	9	1	8	4	55	16	39	1,035	633	186	216	257	3	59	48	68,313	1,081
西部	日田市, 九重町, 玖珠町	21	3	18	8	76	28	48	1,616	760	285	571	400	41	89	59	103,298	1,224
北部	中津市, 豊後高田市, 宇佐市	24	3	21	11	134	44	90	2,536	1,401	543	592	704	106	161	147	172,606	1,137
	計	154	25	140	57	965	313	652	20,847	12,117	3,169	5,561	4,723	437	1,856	983	1,215,388	6,340

6 圏、人口 1,215,388、病院 154、診療所 965

人口最大：中部 569,002 人 (病院 65、診療所 445)

人口最小：豊肥 68,313 人 (病院 9、診療所 55)

面積最大：中部 1,224 km² (病院 65、診療所 445)

面積最小：東部 803 km² (病院 26、診療所 193)

宮崎県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数					医師数		人口	面積	
		病院	診療所			有床	無床	病院	診療所			病院	診療所					
			精神	一般	(療養)				一般	療養	その他			(療養)				
宮崎東諸県	宮崎市, 清武町, 国富町, 綾町	26	4	37	17	399	98	301	6,668	3,841	1,355	1,472	1,529	311	867	417	429,048	871
都城北諸県	都城市, 三股町	29	3	26	10	141	54	87	3,744	1,757	541	1,446	912	143	212	141	197,667	763
宮崎県北部	延岡市, 高千穂町, 日之影町, 五ヶ瀬町	20	3	17	12	96	27	69	2,747	1,210	580	957	437	36	170	104	159,548	1,555
日南申間	日南市, 串間市, 北郷町, 南郷町	12	1	11	7	65	13	52	1,902	828	391	683	184	40	104	49	82,687	831
西諸	小林市, えびの市, 高原町, 野尻町	17	2	15	9	60	16	44	1,476	597	444	435	240	57	80	60	84,393	931
西都児湯	西都市, 高鍋町, 木城町, 川南町, 都農町, 新富町, 西米良村	12	1	11	7	81	16	65	1,728	730	448	550	268	99	65	68	111,345	1,154
日向入郷	日向市, 門川町, 美郷町, 諸塚村, 椎葉村	14	2	12	7	58	18	40	1,803	617	368	818	297	6	85	48	96,338	1,629
計		130	16	129	69	900	242	658	20,068	9,580	4,127	6,361	3,867	692	1,583	887	1,161,026	7,735

7 圏、人口 1,161,026、病院 130、診療所 900

人口最大：宮崎東諸県 429,048 人 (病院 26、診療所 399)
 人口最小：日南申間 82,687 人 (病院 12、診療所 65)
 面積最大：日向入郷 96,338 km² (病院 14、診療所 58)
 面積最小：都城北諸県 763 km² (病院 29、診療所 141)

鹿児島県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院				診療所			病院				診療所		病院	診療所		
		精神	一般	(療養)		有床	無床	一般	療養	その他	(療養)							
鹿児島	鹿児島市, 三島村, 十島村, 日置市, いちき串木野市			26	15							105	64	601	185	416	14,355	6,868
南薩	指宿市, 枕崎市, 南さつま市, 南九州市	34	6	28	19	125	42	83	4,093	1,315	1,137	1,641	685	80	170	123	153,103	865
川薩	薩摩川内市, さつま町	20	3	17	12	132	37	95	2,124	902	637	585	554	94	126	106	126,993	987
出水	阿久根市, 出水市, 長島町	9	3	6	3	72	24	48	1,483	582	352	549	401	109	74	54	93,851	581
始良・伊佐	大口市, 菱刈町, 霧島市, 加治木町, 始良町, 蒲生町, 湧水町	34	3	31	23	193	62	131	5,434	1,747	1,922	1,765	973	186	237	182	245,639	979
曾於	曾於市, 志布志市, 大崎町	11	2	9	8	60	12	48	1,191	380	589	222	199	48	43	50	92,742	781
肝付	鹿屋市, 垂水市, 東串良町, 肝付町, 錦江町, 南大隅町	25	3	22	14	132	44	88	3,401	1,907	791	703	683	98	166	115	169,620	1,323
熊毛	西之表市, 中種子町, 南種子町, 屋久島町	5	1	4	-	23	11	12	603	429	-	174	181	37	32	18	46,685	995
奄美	奄美市, 大和村, 宇検村, 瀬戸内町, 龍郷町, 喜界町, 徳之島町, 天城町, 伊仙町, 和泊町, 知名町, 与論町	16	2	14	9	99	30	69	2,653	1,243	602	808	458	91	119	74	123,780	1,240
計		180	38	236	152	1,437	447	990	35,337	15,373	9,726	10,238	6,984	1,241	2,514	1,362	1,739,075	8,796

9 圏、人口 1,739,075、病院 180、診療所 1,437

人口最大：鹿児島 686,662 人 (病院 26、診療所 601)
 人口最小：熊毛 46,685 人 (病院 5、診療所 23)
 面積最大：肝付 1,323 km² (病院 25、診療所 132)
 面積最小：出水 581 km² (病院 9、診療所 72)

沖縄県

二次医療圏名	構成市区町村	医療施設数							病床数						医師数		人口	面積
		病院	診療所			有床	無床	病院	診療所			病院	診療所					
			精神	一般	(療養)				一般	療養	その他			(療養)				
北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村	26	1	8	4	53	8	45	1,925	1,064	496	365	83	-	139	48	102,340	705
中部	うるま市、恩納村、宜野座村、金武町、宜野湾市、沖縄市、読谷村、嘉手納町、北谷町、北中城村、中城村	29	6	23	13	211	33	178	5,886	2,605	1,368	1,913	374	64	579	208	479,286	366
南部	那覇市、浦添市、糸満市、豊見城市、西原町、八重瀬町、南城市、与那原町、南風原町、久米島町、渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、南大東村、北大東村	49	6	43	24	464	78	386	10,079	4,951	1,955	3,173	956	189	1,394	469	699,660	387
宮古	宮古島市、多良間村	4	-	4	1	39	11	28	947	621	216	110	146	10	53	35	56,519	226
八重山	石垣市、竹富町、与那国町	3	-	3	1	39	9	30	509	362	88	59	70	-	50	32	53,410	592
	計	111	13	81	43	806	139	667	19,346	9,603	4,123	5,620	1,629	263	2,215	792	1,391,215	2,276

5 圏、人口 1,391,215、病院 111、診療所 806

人口最大：南部 699,660 人 (病院 49、診療所 464)
 人口最小：八重山 53,410 人 (病院 3、診療所 39)
 面積最大：北部 705 km² (病院 26、診療所 53)
 面積最小：宮古 226 km² (病院 4、診療所 39)

都道府県別 人口 10 万人当り医療施設数他ランキング (平成 21 年)

NO.	医師数	病院数	診療所数	病床数
	全国 224.3	全国 8.9	全国 77.8	全国 1280.4
1	徳島 299.4	高知 18.1	和歌山 105.7	高知 2477.9
2	東京 298.8	鹿児島 18.0	鳥根 102.8	鹿児島 2058.1
3	京都 293.0	徳島 13.0	長崎 99.9	熊本 1967.4
4	鳥取 287.8	大分 13.8	徳島 99.0	長崎 1930.0
5	福岡 283.1	佐賀 12.9	東京 97.9	徳島 1920.9
6	高知 282.3	宮崎 12.8	京都 95.7	山口 1888.3
7	長崎 278.3	熊本 11.9	大阪 93.1	北海道 1828.0
8	岡山 272.9	長崎 11.3	広島 91.2	佐賀 1800.7
9	和歌山 268.8	北海道 10.7	鳥取 88.8	宮崎 1788.3
10	鳥根 263.8	富山 10.3	山口 88.4	大分 1737.3
11	石川 239.2	山口 10.1	福岡 88.0	福岡 1734.0
12	熊本 238.4	愛媛 10.1	兵庫 87.9	石川 1666.1
13	香川 238.2	香川 9.8	愛媛 85.7	富山 1633.1
14	大阪 237.2	福井 9.3	鹿児島 83.7	鳥根 1622.8
15	佐賀 231.8	福岡 9.3	岡山 83.5	愛媛 1606.7
16	山口 248.1	岡山 9.2	香川 81.7	香川 1599.3
17	大分 247.9	和歌山 9.1	奈良 81.8	岡山 1583.7
18	愛媛 243.7	広島 8.9	佐賀 81.1	鳥取 1530.1
19	富山 240.0	石川 8.7	大分 80.4	秋田 1507.7
20	広島 239.2	鳥根 7.9	熊本 79.8	広島 1457.8
21	鹿児島 238.3	鳥取 7.7	宮崎 79.2	福井 1435.1
22	宮崎 229.0	青森 7.3	三重 79.1	福島 1420.0
23	福井 228.0	岩手 7.2	山形 78.4	和歌山 1415.4
24	沖縄 228.4	福島 7.1	群馬 77.8	岩手 1414.3
25	北海道 224.9	秋田 7.0	山梨 78.0	沖縄 1408.0

26	兵庫 220.4	群馬 8.9	高知 74.3	京都 1392.1
27	宮城 218.2	山梨 8.9	秋田 73.4	青森 1358.3
28	奈良 213.0	沖縄 8.8	福井 73.2	山形 1297.8
29	山梨 211.8	京都 8.7	石川 72.9	山梨 1294.5
30	栃木 211.1	茨城 8.3	岐阜 72.5	群馬 1282.1
31	山形 210.4	長野 8.3	福島 71.5	新潟 1258.5
32	秋田 209.2	兵庫 8.3	長野 71.3	大阪 1243.5
33	群馬 209.1	宮城 8.2	栃木 70.7	奈良 1178.3
34	滋賀 208.8	大阪 8.1	新潟 70.8	兵庫 1159.3
35	長野 203.0	山形 5.9	神奈川 70.4	長野 1145.8
36	愛知 194.8	三重 5.8	富山 70.3	宮城 1135.9
37	岩手 191.9	新潟 5.7	静岡 70.2	三重 1128.8
38	三重 190.9	栃木 5.6	滋賀 88.5	茨城 1114.2
39	福島 190.3	奈良 5.4	岩手 88.3	栃木 1107.5
40	神奈川 188.3	埼玉 5.0	宮城 87.5	静岡 1075.1
41	新潟 187.3	東京 5.0	青森 87.4	滋賀 1065.9
42	岐阜 184.2	岐阜 4.9	愛知 87.4	東京 999.9
43	青森 184.1	静岡 4.8	北海道 81.0	岐阜 997.8
44	静岡 184.0	千葉 4.6	千葉 59.5	愛知 922.8
45	千葉 167.1	愛知 4.5	沖縄 58.8	千葉 922.7
46	茨城 162.1	滋賀 4.3	茨城 56.9	埼玉 885.5
47	埼玉 148.1	神奈川 3.9	埼玉 55.7	神奈川 832.2

出典：厚生労働省 平成 21 年地域保健医療基礎統計を元に作成

【日医総研 二次医療圏別に見た医師不足と医師偏在 (2008 年版)】

無医町村数

2006 年 23 町村。その後、市町村合併により減少するかと思われたが、2008 年 26 町村に拡大

無医町村住民：

2006 年 5.8 万人から 2008 年 6.3 万人と 2 年間で 0.5 万人 (8.7%) 増加

2008 年にあらたに無医町村になったのは、それまで診療所医師が 1 人しかいなかったところがほとんどであり、開業医の死亡や公立診療所の閉鎖等が理由。

医療施設従事医師数 1 人の市町村を無医町村予備群とすると、無医町村および無医町村予備群の合計は、市町村数で全国の 6.9%、住民人口で全国の 0.3% (38.6 万人)

【資料6. 今後の地域医療のあり方として、医療連携として全国のモデルとなる医療圏】

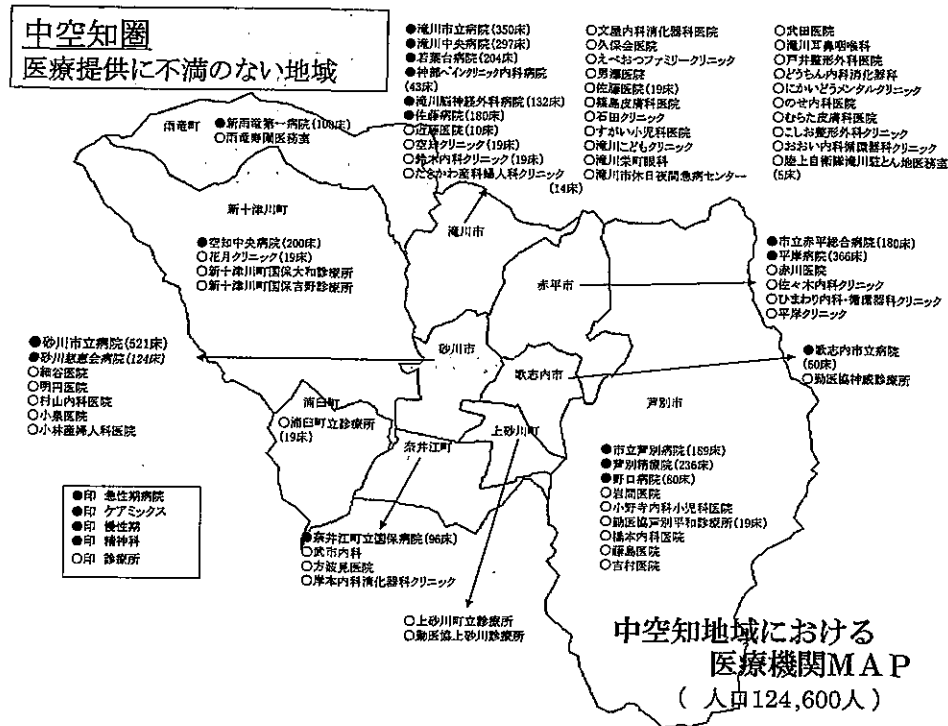
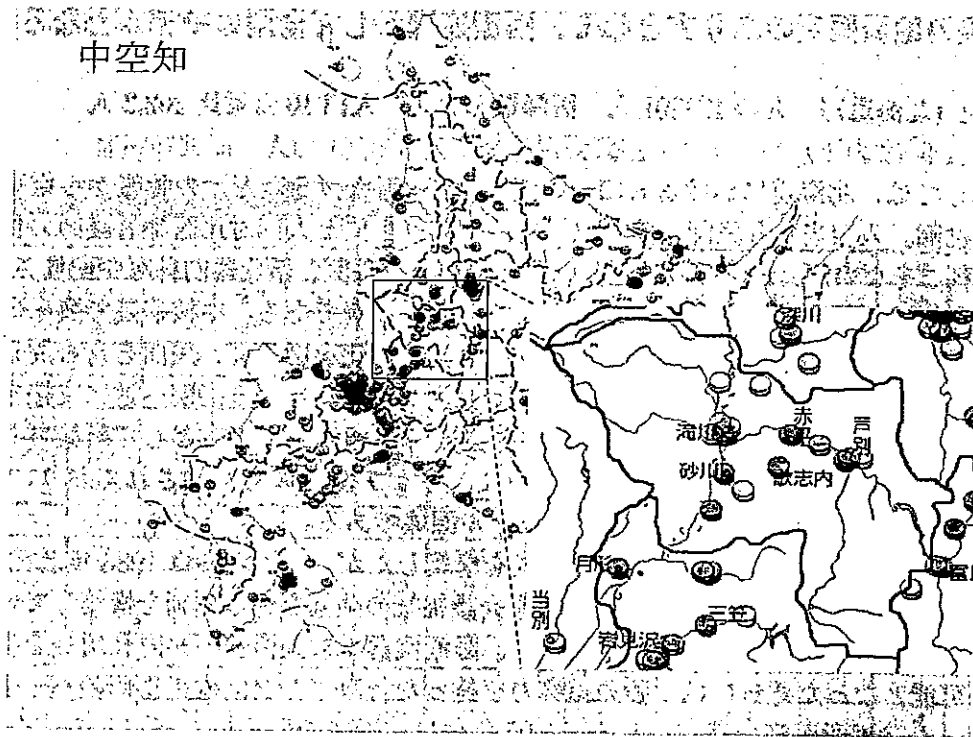
「中空知医療圏（北海道）」 人口124601人 医師数252人 人口10万対比202.2人

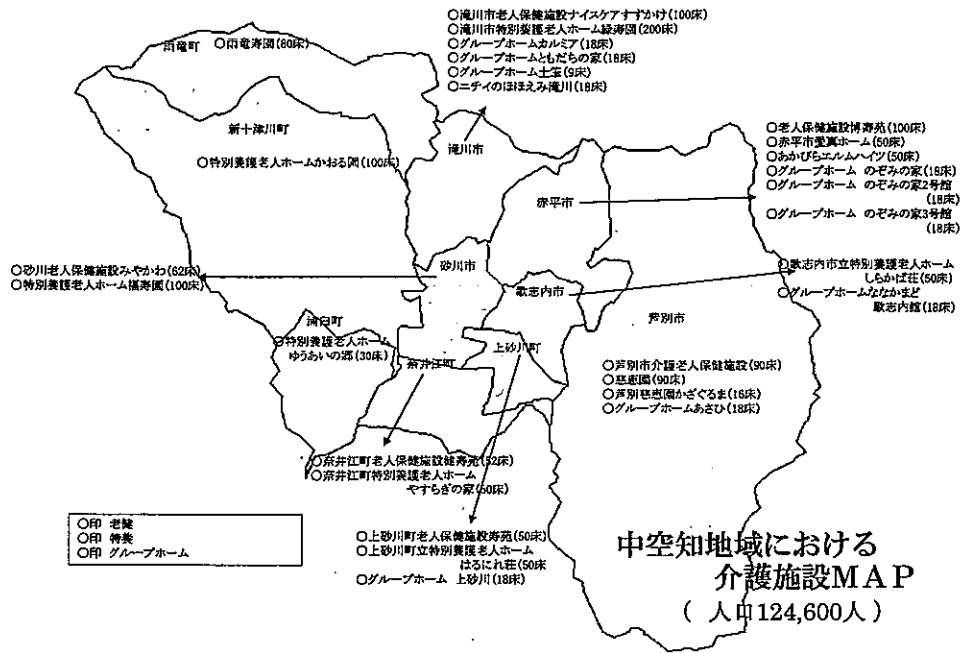
地域の特徴としては、北海道における人口一極集中（190万人／560万）の札幌から電車・自動車で約1時間の通勤圏。人口当たり医師数第4位、看護師数第2位と人口対比医師看護師の供給が良好であり、胸部外科こそないが、常勤の救急医療を担う脳神経外科医、循環器内科医が配備されている。

この地域は、北海道で最も医療連携がうまくいっている成功例である。中核病院で臨床研修施設となっている砂川市立病院に芦別市立病院から整形外科医の集約化を図る等、民間を含む周辺7病院のうち3病院から医師派遣を受け中核の砂川市立病院から民間病院を含む6病院へ逆に支援をおこなっている。砂川市立病院は、2010年10月に120億円の投資で最新の医療施設として新築されたが、救急での指導が好評で臨床研修医の応募が多く、プライマリケア医育成も開始されており、2.7万人の小都市でもマグネットホスピタルが成立しているモデル圏域である。

隣接する奈井江町は、全国的に有名な奈井江方式を構築したが、その内容は1988年老健設立以来、20年かけた「健康と福祉の街づくり」を行い、医療介護福祉の強固な連携体制を構築している。病院の全面改築に際し開業医との協調で開放型病院とし、医療機器や検査機器の共同利用等を推進してきたが、これらが可能となった背景には、強い指導力を持った行政マンと医療提供側のパートナーとしての地域に根付いた診療所医師の存在がある。2005年には、近隣の砂川市立病院との連携も始まり、急性期は砂川市立病院、回復期、長期療養は奈井江という機能分担がなされている。

この地域では、医療連携と共に人口12.4万人に老健・特養1,280床とグループホーム170床で100人当たり約1.2床と介護施設もバランスよく配置されているという特徴があり、医療介護の連携の状況も住民の満足度に影響することを示している。





(社) 全日本病院協会 病院のあり方委員会 開催状況

No.	委員会名	開催日	検討内容
1	2009 年度第 10 回	2010.2.20	2010 年版報告書の作成について
2	2009 年度第 11 回	2010.3.13	・テーマ、構成、内容についての議論 ・問題点、項目についての論点整理
3	2010 年度第 1 回	2010.4.17	・テーマ、構成、内容についての議論 ・目次（案）の検討、執筆分担の決定
4	2010 年度第 2 回	2010.5.15	医療圏等医療の基礎データ
5	2010 年度第 3 回	2010.6.5	医療情報システム
6	2010 年度第 4 回	2010.6.19	医療提供体制、医療費
7	2010 年度第 5 回	2010.7.30	産業としての医療、医療従事者
8	2010 年度第 6 回	2010.8.6	診療報酬
9	2010 年度第 7 回	2010.8.21	診療報酬、報告書の構成の相談
10	2010 年度第 8 回	2010.9.11	医療の質、医療基本法
11	2010 年度第 9 回	2010.9.25	医療従事者、診療報酬、医療費
12	2010 年度第 10 回	2010.10.23	医療の質、医療情報システム、医療圏等医療の基礎データ
13	2010 年度第 11 回	2010.11.20	産業としての医療、医療提供体制
14	2010 年度第 12 回	2010.12.18	報告書の取り纏めに向けての議論
15	2010 年度第 13 回	2010.12.19	〃
16	2010 年度第 14 回	2011.1.22	〃
17	2010 年度第 15 回	2011.1.29	〃
18	2010 年度第 16 回	2011.2.12	〃
19	2010 年度第 17 回	2011.2.19	〃
20	2011 年度第 1 回	2011.4.8	報告書概略版の確認
21	2011 年度第 2 回	2011.4.16	報告書案の確認、医療基本法
22	2011 年度第 3 回	2011.5.11	報告書最終案の確認

(社) 全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿

委員 長	徳田 禎久 (社会医療法人禎心会 禎心会病院 理事長)
委員	飯田 修平 (財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 院長)
委員	猪口 正孝 (医療法人社団直和会 平成立石病院 理事長)
委員	木下 毅 (医療法人愛の会 光風園病院 理事長)
委員	木村 厚 (特定医療法人一成会 木村病院 理事長)
委員	美原 盤 (財団法人脳血管研究所 美原記念病院 院長)
特別委員	長谷川友紀 (東邦大学医学部社会医学講座 教授)
会 長	西澤 寛俊 (社会医療法人恵和会 西岡病院 理事長)
副 会 長	安藤 高朗 (医療法人社団永生会 永生病院 理事長)
副 会 長	猪口 雄二 (医療法人財団 寿康会病院 理事長)
副 会 長	神野 正博 (社会医療法人董仙会 恵寿総合病院 理事長)

社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区三崎町 3-7-12 清話会ビル

TEL : 03-3234-5165 FAX : 03-3237-9366

URL : <http://www.ajha.or.jp/> E-mail : info@ajha.or.jp

