

#### (4) 超高齢社会と医療需要

わが国はこれから10年間で人口の4分の1が65歳以上に、さらに30年後には3分の1が65歳以上という人類未踏の超高齢社会を迎える。これにより、医療需要は量的にも質的にも大きく変貌することが見込まれる。この10年間に入院回数、外来総患者数は急増し、特に高齢者でその増加が著しいことが予測される。手術入院が年間150万~250万回に増加するとの試算もあり、高齢者及び退職者(60歳以上)がその大半を占めることとなると予測される。60歳以上の者の医療費については、10年後には全医療費の65~70%を占めることが予測される。

疾病構造についても、早期の退行性病変、がん及び循環器疾患から、後期の退行性病変、すなわち老人性痴呆や寝たきりに移行してくると考えられる。高齢者は一般に多種の慢性疾患を抱え、増悪と軽快を繰り返すことから、医療提供側はこのように慢性化し、かつ、急変する1人1人の医療需要への適切な対応が求められ、機能分化と連携の推進が不可欠となる。

他の先進諸国においても同様の課題への対応が進められているが、わが国の場合はそれらの国々に比べても高齢化のスピードが速く、超高齢社会に最初に到達することに加え、近年の医療事故の多発によって国民の医療に対する不信感が高まり、安全で良質な医療サービスの提供が強く求められていることなど、大きな課題が存在する。医療計画制度はこれらの課題に対応し、医療システムの再構築を図ることにより、国民の信頼を回復するための重要な手法となることが期待される。

#### (5) 患者の望む医療像

厚生労働省が2003年8月に公表した「医療提供体制の改革のビジョン」における大きな柱は患者の視点の尊重であり、

- ①医療機関情報の提供の促進により患者、国民が容易に医療に関する多様な情報にアクセスできること
- ②診療情報の提供の促進により、患者の選択を尊重した医療が提供され、患者も自ら健康の保持のための努力を行い、自覚と責任をもって医療に参加すること
- ③最新の科学的根拠に基づく診療ガイドラインの整備と情報提供が行われ、患者は必要な情報を得た上で治療を受けることができること
- ④医療安全対策が徹底され国民が安心して医療を受けることができること

等の医療の再構築を通じ、患者が望む医療を実現していくこと、そして、こうした患者の選択を通じて医療の質の向上と効率化が図られることが期待されており、医療計画制度においても患者の視点に沿った見直しが求められている。

## Ⅱ 今後の医療計画制度のあり方について

### 1. 医療計画制度のあるべき姿

医療計画制度については、先に述べたとおり、具体的な数値目標が示されていないことや、これまではとりわけ病床数の適正化を目的としてきた過程があり、特に制度発足当初は、医療圏の設定、必要病床数の算定による病床規制に主眼が置かれる傾向にあったことが指摘できる。近年では、医療資源の充実に伴い、適切な医療の確保に加え、医療資源の地域格差の是正及び公平性の確保、医療機能分化と連携の推進等が求められる傾向にあり、医療計画制度のあるべき姿も見直される必要がある。

医療を取り巻く状況、現行の医療計画制度の問題点等を踏まえ、医療計画制度が今後目指すべき方向、すなわち、医療計画制度のあるべき姿について、次のとおり提案する。

- 都道府県が、住民に対し、中長期的なスパンでとらえた医療提供体制及び、その整備の目標・手順を、自ら明らかにするためのものとすべき
- 次の「2. 医療計画に盛り込まれるべき内容」を基本とし、いずれも具体的な数値目標の設定と評価が可能なものとなるよう内容を充実すべき
- 医療計画の作成のみで終了とせず、「作成→執行→評価→次期計画への反映」を一つの循環となるようにすべき

### 2. 医療計画に盛り込まれるべき内容

#### (1) 目的

医療における政府の役割の変化と規制緩和の流れ、超高齢社会の到来、患者の医療需要の変化等に対応した医療提供体制を実現するための手法として医療計画が実効性のあるものとなるためには、医療法に定める医療計画制度の目的とそれに基づく具体的な数値目標を明確にする必要がある。本ワーキンググループにおいては、これまで目的としてきた「地域における適切な医療の確保」と「地域格差の是正」に加え、「患者の望む医療の実現」と「質が高く効率的かつ検証可能な医療提供体制の構築」を位置づけ、これに関する新たな数値目標を創設することを提案したい。

#### (2) 圏域

##### 1) これまでの圏域設定の考え方と事例にかかる評価

これまで二次医療圏は、身近で一般的な医療を確保できる圏域であって、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か所含まれる範囲が標準的なものとされてきた。また、二次医療圏の平均的な人口規模は約35

万人であって、わが国の圏域数は341から369前後で設定されてきた。この規模は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ことができるが、一方では、以下の問題点も指摘されてきた。

#### ①人口、面積の大きなばらつき

二次医療圏の実態を分析すると、人口や面積に大きなばらつきがある。また、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、人口規模最大の名古屋は最小・隠岐の122倍の規模であって、3分の2の二次医療圏は人口が平均以下となっている。さらに、二次医療圏の面積が最大の十勝は最小の南河内の273倍の広さを有している。

#### ②辺縁問題

二次医療圏の設定が都道府県単位で完結することとなっていることから、都道府県を越えた県境地域の住民の受療行動を反映できない。

#### ③大都市問題

大都市では人口が密集し、医療機関もそれに対応して多数存在している、また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ことが指摘される。このため、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となっている。

#### 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する。

#### 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する場合があります。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。

### 2) 今後の方向

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することから、医療に関してその機能ごとに明確に一次医療圏、二次医療圏又は三次医療圏と振り分けるのは困難である。

また、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があることが指摘されている。つまり、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求められるが、一方で、医療の近接性が犠牲にされる場合があるからである。このため、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、慢性疾患のケアなど、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べきである。

こうした考え方を踏まえ、今後、圏域設定を検討する際には、次の2点について考慮すべきである。

#### 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、さら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こと。

#### 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ことから、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ることとなる。言い換えれば、これらの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、救急搬送など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べきであること。

### (3) 基準病床数

#### 1) 基準病床数を設定することについての考え方

基準病床数については、地域ごとに必要な病床数を明らかにすることにより、効率的な医療資源の分配を可能とし、地域格差の是正が図れるとする積極的な肯定評価と、医療ニーズ（特に入院受療）に関する必要性を評価する適切な基準がない状況においては病床数により制限を行うほかに供給者誘発需要（supplier-induced demand）をコントロールする方法がないという消極的な肯定評価がある。

一方で、先に述べたとおり、総合規制改革会議の第二次答申においては、基準病床数算定の問題として、現在の医療計画が医療機関（病床）の量的なコントロールを行っていることにより、医療機関の競争が働きにくく、既存病床の既得権益化が生じ新規参入が妨げられていること、病床数の基準が現状追認的なものになっており、対人口比の地域間格差があること、地域の実情やニーズに応じた適切な機能別の病床数の確保ができていないこと等の問題点が提言されているところである。

## 2) 適正な医療提供の確保との関係でみた基準病床数の存否

基準病床数を廃止し、医療機関の参入又は撤退を全く自由にするという意見の論者も、限られた医療資源を効率的に活用し、医療の必要度に応じて入院治療が必要な患者が速やかに入院治療を受けることができるよう適切な機能別の病床数を確保することの必要性は認めるところである。他方で、供給側による誘導の結果として入院の必要度が低い患者が入院治療を受けるといった事態が生じることがないようにしなければならない。

このため、基準病床数を廃止する場合には、適切な医療提供体制を確保するために最低限必要な条件として次の事項が必要であると考えられる。

- ①入院治療の必要性を検証できる仕組み
- ②入院治療が必要なくなった時点で、退院を促す仕組み
- ③地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み
- ④救急医療やへき地医療等、政策的に必要な医療に関し、医療機関の経営、あるいは特定診療科の経営が採算に乗らない地域では、それを担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み

この仕組みを支えるためには、各医療機関により、1)正確な分類に基づいたケースミックス（各種疾患を診断群に整理分類する方法）を用いた患者構造の明確化、2)治療結果、3)在院日数、4)費用（経営指標）が一定のルールにより都道府県に報告されることにより、医療の透明性が確保され、患者の選択の促進と競争環境の整備が図られるものと考えられる。

なお、これらは基準病床数制度廃止のみを目的としたものではなく、医療の質の向上と効率化に資するという点に留意すべきである。

## 3) 基準病床数を維持する場合に必要な改善点

上記の最低限必要とされる条件が整備されるまでの間において、適正な医療提供の確保のため基準病床数を維持する場合には、現行の基準病床数算定について指摘されている問題点を踏まえ、少なくとも以下の点について検討され、改善されるべきである。

### ①地域の医療ニーズに基づいたものであること

地域の人口構造から、全入院需要、主要疾患ごとの入院需要を計算し、基準病床数はこれを反映したものとすべきである。主要疾患のうち、特定の疾患の入院需要が他地域と比較して特に高い場合には、都道府県はその説明責任を負い、また医療計画において、その対策を講ずるための方策について立案・実

施することを明らかにするものとする。

②病床の機能・疾患の臨床経過を反映したものであること

主要な疾患ごとに、発症→急性期医療→リハビリテーション→在宅療養などの臨床経過を設定し、それぞれ疾患別の臨床経過ごとに入院需要を計算することとし、基準病床数は、それぞれ疾患別の臨床経過に係る病床機能ごとに明らかにされる必要がある。

基準病床数は、理想的には、以下の算定式により求めることができる。

$$\Sigma \{ (\text{主要疾患ごとの入院治療が必要な患者発生数}) \times (\text{基準在院日数}) \times (1/\text{病床占有率}) \}$$

③介護との整合が図られたものであること

医療用の病床と介護用の病床は、本来異なる役割を有しているが、医療保険制度及び介護保険制度の見直しに際して、診療報酬と介護報酬、入院基準と入所基準等における両者の機能等について、更に検討を加え、その結果を踏まえて病床数の算定について検討する必要がある。

④地域にとって真に必要な医療を確保するための対応が図られていること

現行の医療計画は既存病床の既得権益化が生じ新規参入が妨げられているとの指摘もあることから、地域にとって真に必要な医療については、特定病床の特例を活用する等によりの確に確保される必要がある。

#### (4) 記載事項

##### 1) これまでの記載事項の考え方と果たしてきた機能に関する評価

医療計画に必ず記載しなければならない事項として、主として病院の病床の整備を図るべき地域単位として区分する区域（二次医療圏）の設定、基準病床数の算定及び地域医療支援病院の整備の目標、休日夜間等の救急医療の確保、へき地医療の確保等が医療法により規定されている。その他、政策的に推進すべきものについて厚生省の局長通知である医療計画作成指針に示されているものを含め、都道府県においては、それぞれ地域の実情を踏まえて医療計画に記載することにより地域の医療を提供する体制の確保に関し一定の効果を上げているところである。しかしながら、医療計画制度については、これまで明確な目的とそれに基づく具体的な数値目標が示されていないことから、作成された医療計画では、記載事項についても理念的なものにとどまり、医療計画の達成度を把握、評価し得るような具体的な内容にまで踏み込んでいる例は少なく、進捗状況を逐次把握し評価できる仕組みとはなっていない。

##### 2) 今後の方向

今後の方向としては、医療計画制度における新たな目的を明確化した上で、記載事項については医療計画の目的を達成するための具体的な数値目標として位置

づけ、進捗状況の把握と達成度の評価を実施できるよう、あらかじめ数値化できる適切な指標を選択、導入しておく必要がある。

### 3. 作成手続き

#### (1) 医療計画を有効に機能させるための情報収集等

医療計画が有効に機能し実施されていくためには、地域の実情を踏まえた具体的な目標の設定、目標に向けて実施するための医療計画の作成、定期的な評価と見直しが必要である。これを実効性あるものにするためには、医療計画の作成と実施に必要な時間、予算及び調査の手法の3つが重要な条件となる。特に、調査の手法については、これまでの国や都道府県、あるいは市町村で行った調査内容をまず分析し、それをもとに必要な部分を補うための費用対効果の高い調査を行うようにすべきである。そしてこれらの調査の過程において医療計画を点検、評価できるような仕組みを当初から考えておくと効率的である。

#### (2) 関係者等の意見調整（関連する他の計画との調整）

医療計画の作成に当たっては、医療計画に関係する部局との連携を図り、数値目標の設定を適切に行うのみならず、執行管理、評価、見直しを含めて効率的、効果的に実施できるような組織横断的な体制づくりが不可欠である。その際、健康づくり対策、介護保険、母子保健等、関連のある他の計画等との調整を行う必要がある。

また、市町村、関係団体、学識経験者等の意見を反映しながら計画を策定する必要がある。

#### (3) 住民参加を求める仕組み

医療計画を通じて患者の視点を尊重した医療提供体制を実現するためには、情報の発信者（専門家、行政機関、医療機関等）と、患者や住民との間の情報量の格差を是正する仕組みが必要である。

住民が計画作成に積極的に参加し、住民の医療ニーズを反映した医療計画を作成するためには、住民が有する情報量を増大させ、医療機関、医師会等の関係団体及び都道府県が有している情報量との格差を可能な限り是正していく必要がある。情報の格差の是正については量的なものに限らず、解釈するための能力の格差を克服する必要がある。情報量の格差の克服は、情報公開による対応が必要であり、解釈するための能力の格差の克服のためには、都道府県又は専門家側が住民に対して、わかりやすい言葉で説明し十分かつ対等な立場で議論できる環境を整備する必要がある。

具体的な住民参加の手法としては、積極的な参加を拡充する方策として、パブリックコメント、アンケートなどが制度的に用いられているが、実際に住民の意向が

どの程度反映されるかについては保障され得ない。現実には、専門性の高い分野ほど住民側の持つ情報の量が乏しいと考えられ、その意向が反映される程度は制限されることに配慮すべきであり、積極的に住民が参加できるシステムを構築する必要がある。

#### 4. 医療計画に基づいた都道府県の執行管理と推進の方策

##### (1) 医療計画に基づいた都道府県の執行管理の方策

医療計画が有効に機能し実施されていくためには、地域の実情を踏まえた具体的な数値目標の設定、目標に向けて実施するための医療計画の作成、定期的な評価と見直しが必要である。

例えば、住民の視点に立った評価手法として、後述する「ライフコースアプローチ」(主要な疾患・健康問題について、患者の病態に応じて必要となる医療サービスごとの供給量や質に係る指標を用いて、地域ごとの医療サービスの現状を把握し、整備・改善のための数値目標を設定することにより地域医療水準の定量的評価を行う方法。)を用いる場合には、まず、①地域の実情を把握した上で、②当該地域における確保すべき医療提供体制についての指標を設定し、③設定された指標について具体的な数値目標を定める。そして④この数値目標を達成するための活動計画としての医療計画を作成し、⑤一定期間の後に、数値目標と現実の達成度とを比較して評価を行い、⑥評価結果のフィードバックにより医療計画の見直しを行う、という過程を経て医療計画の執行管理を行うこととなる。指標の設定については、原則として、都道府県が地域の保健医療に関して抱えている課題の実情に即して決定する必要があるが、全国的な課題については、都道府県間の比較ができるよう、国において共通の指標を導入することも検討する必要がある。

このように、医療計画の進捗状況を逐次把握し、定期的な評価を行うことにより、医療計画の推進に関して関係者の動機付けを図るとともに、評価結果に基づき、執行方法や医療計画の内容を見直すことが可能となる。都道府県における行政の透明性の確保と説明責任を果たすためにも、医療計画の作成プロセスの明確化と評価結果の公表など積極的な情報公開が必要である。

##### (2) 都道府県の医療計画推進の方策

都道府県の医療計画担当者に対し、医療計画を推進する際に有効な方法について、アンケート調査(「医療計画策定のための調査」(2001年3月))を行った結果、有効とされたものは次のとおりであった。

- ①計画推進のための委員会の設置・開催 (1.46位)
- ②補助金を出す (2.17位)
- ③医師会や病院協会の会合に定期的に参加する (2.78位)



④市民へのPR (3.17位)

⑤医療監視 (3.92位)

医療計画の推進方策として、都道府県の担当者は「計画推進のための委員会の設置・開催」が最も有効であると考えている。市民へのPRも4番目に入っているが、委員会の開催や医師会、病院協会の会合に出席すること等に比べると順位が低い。先に述べたように、従来の医療計画は、医療提供側の視点を中心に作成される傾向が強く、患者や住民等、消費者側の視点が反映されにくいものとなっていることが推測される。

なお今後、医療計画の具体的な数値目標や評価結果等について都道府県が住民へ積極的に情報提供することにより、住民の意見が反映され、都道府県や医療提供側が住民等、消費者側のニーズに即したサービスの提供を実施していくインセンティブが働くことになると考えられる。

また、推進方策として「補助金を出す」ことが有効であると考えられている。国及び自治体においても、医療提供体制の整備に関する助成金等は種々あるが、医療計画と医療提供に係る各々の事業との整合性が十分図られていないのが現状である。医療提供体制の充実を図るための総合的な計画として医療計画を位置づけ、推進するためには、都道府県段階で助成金他関連制度の運用に当たり、医療計画の記載事項の実現に向け、有機的関連づけを図る必要がある。

## 5. 医療計画に関する評価とその結果の都道府県行政への反映

### (1) 評価の重要性と評価方法

繰り返し述べてきたとおり、医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、医療計画の推進に関して関係者の動機付けを図るとともに、評価結果に基づき、執行方法や医療計画の内容を見直すことが重要である。都道府県行政の透明性の確保と説明責任を果たすためにも、医療計画の作成プロセスの明確化と評価結果の公表が必要である。

評価を行う時期については、事前・中間・事後の3種類があり、評価方法も定性的、定量的な方法がある。評価を効率的、効果的に行うためには、医療計画を作成する際、同時に評価方法等についても検討し、でき得る限り定量的な方法で実施することが必要である。

### (2) 目的の明確化

評価を行うためには、医療計画の目的が明確化されていることが必要である。なぜなら評価というのは目的の達成度を測定することだからである。しかし、目的は階層構造をなしており、一つの要因のみで目的を達成しうることが一般的に少ない。

その要因が目的達成にどのくらい影響を与えたかを明らかにするためには、目的の階層と因果の構造を明らかにし、影響する他の要因を同定する必要がある。

### 1) 数値目標設定の意義

医療計画の目的が明確化され、その実現に向けて執行する過程においては、数値目標を示し、数値目標に対する執行状況を測定することにより問題解決過程を進行管理することが可能となる。従来、医療計画の中に具体的な数値目標を記載しているところはほとんどなく、こうした視点が欠けていたことは否定できない。

医療計画の目標を数値化した指標として示すことにより、医療計画を実施する上での執行管理や執行後の評価を実施することが可能となる。

### 2) 数値目標設定の方法

目標の設定では、医療計画が達成されたときの状況の具体的予測が求められる。「誰が」「どこで」「何を」「どのようにして」「いつまでに」「どうする」のか(5W1H)を明確にする必要がある。更に、「わかりやすく」「測りやすく」「較べやすく」「変えやすく」という基準から目標を選ぶ必要がある。

また、数値目標を設定し計画の指標とするものは一般の住民にもわかりやすいものであり、かつ、地域における健康課題の解決に有用なもの、数値を把握しやすいものを選定する必要がある。

## (3) 住民の視点に立った評価方法(ライフコースアプローチ)の提案

### 1) 情報格差の是正の重要性

近年、行政施策への住民参加が求められており、また、「医療提供体制の改革のビジョン」においても、患者の視点の尊重が重要な柱となっている。医療計画の作成に当たる審議会等においても、一般的に、住民代表が参加している場合が多いが、医療に関しては、提供側である医療関係者等と消費者側である患者、一般住民との間に圧倒的な情報の非対称性があることから、これまでは医療提供側の視点に立った計画にならざるを得ない面があった。

こうした状況を踏まえ、ここでは主要な疾病に関して疾病の経過に基づいたシナリオを作成することにより、医療サービスの消費者・提供者の双方が情報を共有し、評価することができる新たな方法を提案したい。疾病の経過の各段階において医療計画の評価に資すると考えられるものを指標化し、一部、都道府県別の評価を試みた。

### 2) ライフコースアプローチの活用

医療計画を住民の視点に立った計画とし、実効あるものとするためには、次のような基本的な命題に答えていく必要がある。

あなたの県の医療計画は、  
◇「性別や年代によって、重要な健康上の問題が何であることをわかりやすく示していますか？」

◇「病気にかかったときに、どのような医療サービスを受けることができるかを患者の立場からわかりやすく示していますか？」

こうした命題に応える上で、

- ①地域の疾病構造等の特徴を踏まえ、都道府県が地域住民に提供しようとする医療サービスを明示する
- ②地域住民が遭遇することの多い健康問題（疾病）を取り上げ、どのような医療サービスを受けることができるかを記述する
- ③上記の疾病別の経過中の各過程において必要な診療機能ごとに指標を設定し、到達度評価を行うことを可能とする

という具体的内容が必要であり、これに対応するためにはライフコースアプローチを提案することが有効である。

### 3) 医療計画における執行管理と疾病の選定

ライフコースアプローチを用いて医療計画の執行管理を適切に実施するためには、地域の疾病構造等を把握した上で、その状況や住民のニーズ等を踏まえ、取り上げるべき疾病の優先順位を設定する必要がある。一般に、優先順位は、社会的影響、医療計画による介入の効果、その他の価値（公平性、費用など）等に基づいて決定される場合が多く、疾病の選定過程及びその根拠となるデータ等は公表されることが必要である。その際、都道府県は、優先順位を設定するためのデータ等を入手する手段についての検討が必要となる。

実際に都道府県において医療計画を作成する際の取り上げるべき疾病の優先順位の設定、ライフコースアプローチを用いた医療計画の執行管理の具体的な方法等は、それぞれ都道府県において検討されるべきものである。以下は各ライフステージの代表的な疾病である。

- ①小児救急
- ②糖尿病
- ③急性心筋梗塞
- ④がん
- ⑤脳卒中
- ⑥その他

### 4) ライフコースアプローチを用いることにより期待される効果

地域において重要な疾病が選定され、疾病に係る治療等の過程として地域における医療機能が明らかにされ、それらを指標とした達成度を評価することによって、種々の波及効果が期待される。例えば、地域における必要な医療の確保状況はもとより、選定する疾病に係る指標によっては、医療施設の機能分化の状況や