

機能連携の状況等を明らかにし、住民に対して分かりやすく周知することが可能となる。また、これらの状況を踏まえ、都道府県が強化すべき医療施策が明らかになることにより、予算の確保や医療施策に対する住民の理解を得ることが容易となる。

#### 5) ライフコースアプローチの具体的なシナリオと評価

以下に乳がんを例にとり、ライフコースアプローチの具体的なシナリオと評価の実例を示す。

##### 【例：乳がん】

##### ■シナリオ■

Aさんは45歳の主婦である。定期健診<sup>1</sup>で乳房のしこりを指摘されて、近くの病院を受診した。そこでは画像検査の結果、乳がんと診断された。

医師は乳房を切除する手術を勧めたが、Aさんは、他の治療法がないか別の医師の意見を聞きたいと申し出た。これによりエックス線などの資料のコピーを借りて、別の専門病院を受診した<sup>2</sup>。専門病院はその地域でも手術件数が多く、治療成績が優れていることで知られている<sup>3</sup>。そこでは乳がん専門のB医師の意見を参考にして手術を行った。術後の経過は順調で、切除した乳房の美容形成についてもB医師から別の医師の紹介を受けた<sup>4</sup>。

3年後、定期的な経過観察で乳がんが骨に転移し再発していることが確認された<sup>5</sup>。B医師から放射線治療医、がん化学療法専門医<sup>6</sup>の紹介を受け、相談の結果、放射線療法を選択した。

がんは、一旦は縮小したものの、その後、別な場所にも転移が見つかった。このため、化学療法に切り替えて、治療を継続したが、次第に抗がん剤の効かなくなり、Aさんは痛みから夜眠れずに体力が衰えてきた。そこでAさんには、自宅の近くで、在宅医療、緩和ケアを行っている病院が紹介された<sup>7</sup>。以降、定期的に訪問診療・訪問看護を受けて、睡眠薬、鎮痛薬の処方をしてもらい、体力が衰えたときや痛みの強いときに数日間入院することを繰り返している。

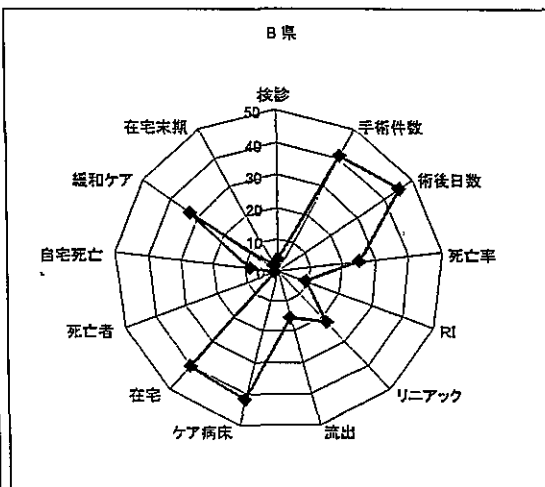
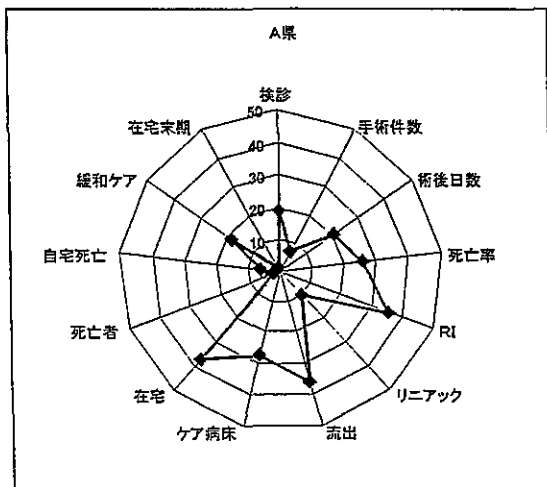
- 1 検診：一定以上の年齢の住民は、主要ながんについてがん検診を受けることができること。  
到達度評価の指標：がん検診受診率、サブグループ別、個人ベース。
- 2 情報：重大な疾患についてはセカンドオピニオンが可能なこと。  
到達度評価の指標：セカンドオピニオン対応医療機関数・患者数（疾患別）。
- 3 医療の質：病院の特徴、主要な手術・処置の件数、成績などの情報が整備され、受診にあたって参考とすることができること。  
到達度評価の指標：情報のフォーマットの整備、公開している医療機関数・割合。
- 4 連携：患者中心の医療サービスが seamless に用意されていること。重要な疾患についてはこのようなケアコーディネーションを行う体制が整備されていること。  
到達度評価の指標：主要ながんについてのケアプロセスを明示し、それぞれ満たしている医療機関数・割合。
- 5 追跡：術後のがん登録、長期間のフォローアップが行われ、長期の治療成績などの情報が整備されること。  
到達度評価の指標：がん登録割合、フォローアップ率。
- 6 がん専門医：二次医療圏ごとに、がんに対する放射線治療、癌化学療法を行う専門医が整備されていること。  
到達度評価の指標：放射線治療、癌化学療法専門医師数。
- 7 緩和ケア：二次医療圏ごと、在宅医療、緩和ケアを行う施設が整備されていること。緩和ケアは長期間の入所を目的としたもののみではなく、外来を中心として短期間の入所を行う施設も用意されていることが望ましい。  
到達度評価の指標：緩和ケア実施医療機関数、在宅医療実施医療機関数。

■評価例■ (案)

県別指標の評価の例

順位	乳がん検診受診率	月4件以上施設で乳がん手術を受けた患者割合	術後日数	がん患者千人あたりRI台数	がん患者千人あたりリニアック台数	10万人対緩和ケア病床数
1	山形県	大分県	千葉県	石川県	福井県	山口県
2	青森県	愛媛県	静岡県	岐阜県	愛媛県	岡山県
3	秋田県	宮城県	東京都	滋賀県	山口県	高知県
4	鳥取県	新潟県	茨城県	島根県	島根県	福井県
5	岩手県	神奈川県	栃木県	沖縄県	佐賀県	石川県

	10万人対在宅のがん患者数	10万人当たり乳癌死亡者数	乳がん自宅死亡率	10万人当たり承認等の状況緩和ケア	10万人当たり在宅末期訪問治療件数
1	宮城県	大分県	大分県	高知県	鳥取県
2	沖縄県	滋賀県	長野県	長野県	高知県
3	山形県	島根県	山梨県	長崎県	佐賀県
4	愛媛県	沖縄県	宮崎県	山口県	徳島県
5	福島県	鳥取県	香川県	福井県	島根県



目盛りは、47都道府県の中での順位。

### Ⅲ 当面取り組むべき課題

Ⅱの今後の医療計画のあり方を踏まえつつ、当面取り組むべき課題を具体的に示せば、以下のとおりである。

#### 1. 基準病床数その他病床関係

##### (1) 基準病床数の算定式

###### 1) 現状

現行の基準病床数の算定式は、二次医療圏ごとに算定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数に関するものと、都道府県の区域ごとに算定する精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数それぞれに関するものを定めることとなっている。

2003年8月末までに届けられた病床区分の届出は一般病床923,047床、療養病床346,045床であったが、その後の医療施設動態調査(2004年5月末概数)における両病床は、一般病床913,955床、療養病床346,838床となっている。

療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、新たな病床区分が定着するまでの間(2001年3月～政令で定める日(現行では未制定))は現行の一般病床・療養病床全体で一つの基準病床数算定式により算出した数が標準となっているが、新たな病床区分が定着した後は、療養病床、一般病床の病床の種別に応じて算定した数の合計数を標準とするとされている。

##### 2) 当面取り組むべき方策

###### ①一般病床・療養病床

一般病床及び療養病床について、2003年9月末から2004年5月末までの医療施設動態調査(概数)により、一般病床と療養病床の間の移行状況をみると、一般病床から療養病床へ移行する傾向は継続してみられているものの、大きな変動はなく、新たな病床区分は、ある程度定着したものと考えられることから、一般病床と療養病床の新たな算定式を作成する必要がある。

一般病床は、近年の医療の進歩に伴い平均在院日数の短縮が著しいが、一方、高齢化により入院回数が増加することが予測される。年齢階級別の入院の発生率は、近年あまり大きな変化はなく、大きな地域差も認められない。そこで一般病床の算定式は、平均在院日数×入院回数/病床利用率で求められる。

平均在院日数は、現状追認による地域格差を是正する上では、全国一律の数値を使用することが望ましい。今後、平均在院日数の短縮を見込むための平均在院日数推移率についても全国一律の数値を使用すべきとの考え方と、各地域が目標を設定し、目標管理を行うことについても検討すべきとの意見もある。入院回数

は全国または 9 ブロックでの年齢階級別・性別の入院回数割合を基礎に算出できる。また、病床利用率についても全国値を使用すべきである。

高齢者等が生活する場としては在宅が望ましく、病状やニーズに応じて在宅、次いで保健施設や福祉施設、そして医療施設であると考えられるが、現状は必ずしもニーズに応じた振り分けになっていない。長期療養を提供する医療施設の病床数については、地域において長期療養に係る医療又は介護を必要とする入院・入所需要から介護施設（介護療養型医療施設を除く。）において対応可能なケースを差し引いた数となる。

## ②精神病床

精神病床の算定式は、精神病床等に関する検討会において別途検討がなされ、報告されたところである。

## ③結核病床

結核病床については、厚生科学審議会感染症分科会結核部会の下に設けられた検討小委員会において現在検討中である。

## ④感染症病床

現行の基準病床数は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 38 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第 1 種感染症指定医療機関及び第 2 種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とするとなっており、引き続き、同様の取扱いとすべきである。

## （2）病床の特例

### 1）現状

特定の病床等については、各区域で整備する必要があるものにとり、各区域で基準病床数を超える病床が存在する等（病床過剰地域）の場合でも必要に応じ例外的に（都道府県知事の勧告が行われることなく）整備できるものとされている。

特例の取扱いは、基準病床数の見直しの際、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不相当である場合等、医療計画公示前に基準病床数に含める場合と、医療計画公示後において、がん等の特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床等を基準病床数とみなす場合とがある。

最近の特定の病床等の特例に関する改正としては、構造改革特区に関する地方公共団体等からの第 2 次提案における要望を踏まえ、国内の治験を推進する観点から患者以外の被験者に対する臨床試験に係る病床を医療法施行規則第 30 条の 32 の 2 第 1 項に規定する特例の病床等の特例として追加している。

## 2) 当面取り組むべき方策

現在の医療技術の進歩や疾病構造の変化を踏まえ、①その病床において提供される医療の内容、質に照らし、地域における既存病床数と基準病床数の関係如何を問わず特例的に整備すべきもの、②こうした事情が認められなくなっているものに着目し、見直しを検討すべきである。その際、現行の医療法施行規則第30条の32の2第1項に定められている14項目の病床について、例えば次のものについては見直しが必要と考える。

### ①がん及び循環器の病床に係る特例

第1号関係のがん及び循環器の病床は、1998年以降、特例の病床としての実績がないことから、今後も特例病床として、整備する必要があるかどうかについて検討すべきである

### ②リハビリテーションの病床に係る病床

第4号関係のリハビリテーションの病床は、発達障害児の早期リハビリテーション、その他の特殊なリハビリテーションに係る病床に限定されている。このため、亜急性期のリハビリテーションを行う病床の整備の必要性について検討すべきである。

### ③緩和ケアの病床に係る特例

第8号関係の緩和ケア病床は、全国的に整備されつつある。今後は、緩和ケアに関し地域の中核的、指導的な役割を担うもの、例えば、地域がん診療拠点病院に設置される緩和ケア病床等に限定することについて検討すべきである。

### ④診療所の病床を転換して設けられた療養病床に係る特例

第14号関係の診療所の病床を転換して設けられた療養病床は、1998年3月31日に現に存する病床を転換して設けられた療養病床と限定されている。療養病床については、第4次医療法改正により、医療法上も一般病床と区分され、全国的に整備が進んでいることから、診療所の病床を転換して設けられた療養病床を、今後も特例病床として継続する必要があるかどうかについて検討すべきである。

## (3) 既存病床数の補正

### 1) 現状

既存病床数の補正は、次のとおり、医療法施行規則第30条の33で規定されている。

#### ①職域病院等の病床数の補正

職域病院等の病床（診療所の療養病床に係る病床を含む。）は、一般住民が利用している部分を除いては、職域関係者など本来の目的とされる利用者の利用実態に応じた病床数に限り、既存病床数には算定しないこととなっている。

## ②ICU 病床等の病床数の補正

ICU 病床等のうち、バックベッドが確保されているものは、患者一人で2床を占有する形態となっていることから、ICU 病床等を既存病床数として算入しないこととしている。

## ③介護老人保健施設の入所定員に係る補正

既存の病床数の補正に関し介護老人保健施設の入所定員の取扱いについては、医療法第7条の2第4項において、当該地域における既存の病床数を算定するに当たっては、介護老人保健施設の入所定員は、厚生労働省令の定めるところにより、既存の療養病床の病床数とみなすとされており、その取扱は次のとおりである。

○医療法施行規則第2条の2及び第30条の33第1項第3号の規定により、介護老人保健施設の入所定員数に0.5を乗じて得た数を既存の病床数として算定する。

○1991年6月26日以後に開設又は入所定員の増加に係る変更の許可を受けた介護老人保健施設の入所定員は、医療法施行規則第48条第1項の規定により、当分の間、既存病床数として算定しない。

○2003年4月1日以後、転換型介護老人保健施設の入所定員は、医療法施行規則第48条第2項の規定により、当分の間、既存病床数として算定する。

## 2) 当面取り組むべき方策

### ①職域病院等の病床数の補正

職域病院等の範囲に指定されている病院の中には、重症心身障害児施設である病院のように入所患者が限定されているものから、一般住民も入院できる病院まであり、現在は、病院ごとに病床の補正の式により算定した数が0.05以下であるときは補正しない（病床数全てについて既存病床数として算定する）こととなっている。今後は、補正対象の病院を原則、重症心身障害児施設である病院、肢体不自由児施設である病院若しくは自閉症児施設である病院のように入所患者が限定されているもの又は法務省が開設する医療刑務所病院、自衛隊駐屯地内の自衛隊病院等地域住民が通常利用しないものに限定すべきである。

### ②ICU 病床等の病床数の補正

ICU 病床等の範囲は、放射線治療病室（RI 病床）、集中強化治療室（ICU 病床）、心疾患強化治療室（CCU 病床）及び無菌病室（無菌病床）であるが、実態として、必ずしも後方病床が確保されていない場合があることから、今後は、補正の対象としないこととすべきである。

### ③介護老人保健施設の入所定員に係る補正

介護老人保健施設は介護保険法に基づく福祉的な側面が強い施設であること、入所定員の取扱いについて、既存病床数への算定方法が統一されていないことか

ら、既存のものを含めて、病床数の算定対象から除外することも含め、その見直しを検討すべきである。

## 2. 記載事項関係

### (1) 記載事項として追加することが期待される事項

後述(2)の評価方式の導入を考慮し、評価可能な形で盛り込むことが期待される事項をあげれば以下のとおりである。

#### ① 公的病院等の位置づけ及び公私の役割分担の明確化

地域における医療機関の機能分担と連携の確保については、医療計画作成指針において、公的病院等と民間の医療機関との役割分担を含め、医療に関する施設相互の機能分担及び業務の連携を踏まえたものを記載することとされているが、これまでは医療機関の提供する医療サービスの内容や患者構造について十分に検討が行われてこなかった。都道府県が医療計画の見直しをする際には、どのような医療サービスを提供しているかに基づいて公的病院等の位置づけや公的病院等と民間の医療機関との役割分担をさらに明確化する方策を検討する必要がある。

#### ② 政策的に推進すべき医療や機能との関連

新たに政策的に推進すべき医療施策や医療を取り巻く最近の情勢を踏まえ、当面次の事項を医療計画に位置づける必要があると考える。

##### ア 医療安全支援センターの位置づけ

医療安全支援センターについては、身近な地域において医療に関する患者の苦情や相談等に迅速に対応する相談体制を整備し、患者・家族等と医療人・医療機関との信頼関係の構築に取り組んでいくため、都道府県並びに二次医療圏ごと、並びに保健所設置市及び特別区において設置することとされているが、医療安全対策は、医療政策上、重要な課題となっていることを踏まえ、医療安全支援センターについては医療計画に位置づける必要がある。

##### イ 医師等の医療従事者の確保等

へき地を含む地域における医療提供体制の確保は、医療政策における重要課題となっている。特に医師の地域偏在は依然として大きな問題であることから、厚生労働省、総務省及び文部科学省で構成された「地域医療に関する関係省庁連絡会議」により、「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」が取りまとめられ、医師等の医療従事者の確保のため、地域における医療対策協議会の開催が推奨されているところである。一方で、医師等の医療従事者の確保については、既に医療法に基づき、医療計画に記載することとされているが、今後は、医療対策協議会の開催等を含め、より具体的な数値目標について

医療計画に記載する必要がある。

また、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保についても、より具体的な数値目標について医療計画に記載する必要がある。

#### ウ 小児医療・小児救急医療の推進

近年、小児医療の確保が課題となっている。小児科医の絶対数は減少していないが、小児医療の高度化、患者ニーズの変化等に伴い、小児科医の相対的な不足が指摘されている。地域において小児医療体制を確保するためには、小児科医の数的な確保に留まらず、24時間体制の小児救急医療等、高度な医療の集約化と、初期救急等の分散化を図るとともに、これらの小児医療施設の有機的連携が図れるようネットワーク化を進めるなど、総合的な対策が必要とされることから、これを医療計画に位置づけ、国においても都道府県による計画的な整備を促す必要がある。

#### エ 周産期医療の推進

妊産婦死亡、周産期死亡等の改善により安心して出産できる体制を整備するため、新エンゼルプランにより、各都道府県において総合周産期母子医療センターを中核とした周産期医療ネットワーク（システム）を整備することが求められている。今後も地域における周産期医療体制の構築を図るため、周産期医療ネットワーク（システム）の整備を医療計画に位置づける必要がある。

#### オ 地域がん診療拠点病院の位置づけ

わが国において、がんによる死亡は1981年以降死亡の第1位を占め、がん患者数は毎年増加傾向を示している。このような状況から質の高いがん医療の全国的な均てん化を図るため、地域がん診療拠点病院を二次医療圏に1か所程度整備することとされている。今後も地域がん診療拠点病院の設置を推進するため医療計画に位置づける必要がある。

#### カ 重症難病患者に係る入院施設の確保対策の推進

A L S（筋萎縮性側索硬化症）等における人工呼吸器装着患者のように看護や介護に多大の労力を要する患者が存在すること等の状況から、病状の悪化等により居宅での療養が極めて困難となった重症難病患者に対し、適時に適切な入院施設を確保等できるよう、地域の医療機関の連携による難病医療提供体制の整備を医療計画に位置づける必要がある。

#### キ エイズ治療拠点病院の整備推進

エイズ診療については、住民に身近な医療機関において一般的な診療を行い、地域の拠点病院において重症患者に対する総合的、専門的医療を提供する等、その機能に応じて診療することが必要であることから、これらエイズ治療拠点病院の整備について医療計画に位置づける必要がある。



## ク 病院前救護のメディカルコントロール体制

病院前救護体制の充実を図るためには、メディカルコントロール体制を構築することが必要であり、都道府県メディカルコントロール協議会及び地域メディカルコントロール協議会の適切な運用と、常時指示体制、事後検証体制及び再教育体制等の充実が必要である。救急救命士の業務の高度化と処置範囲の拡大が図られている中で、適切な病院前救護体制を確保するためメディカルコントロール体制の充実が課題となっていることから、その整備について、医療計画に位置づける必要がある。

## ケ 在宅医療の推進

わが国は、欧米諸国と比較しても少子高齢化のスピードが速く、介護を必要とする高齢者は、既に約 390 万人にのぼっている。患者の QOL の向上を図るため、できるだけ地域・家庭において日常生活を送ることができるよう在宅医療の推進が求められている。在宅での療養を可能とするためには、患者の病態に応じた医療と介護の両面からの支援が必要であることから、2000 年度から介護保険の制度が開始されているが、今後、医療と介護の連携を図る上で、医療計画に明確に位置づける必要がある。

## (2) 医療計画の評価の導入

### 1) 現状

医療計画は、医療提供施設の整備の目標を記載することになっているが、具体的な目標の記載が乏しく、評価体制がある都道府県はほとんどみられない。

### 2) 当面取り組むべき方策

医療計画の実効を上げるため、ライフコースアプローチを用いた評価方法等について、早期に導入することが望まれる。その評価の手法、着眼点等については、あらかじめこれを明らかにしておくことが期待される。その際、医療機能調査の充実が有効である。

## (3) 医療機能調査の活用

### 1) 現状

都道府県においては、医療機関の施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数及び専門職員数等に関する調査（医療機能調査）を行い、調査に基づき医療機能の整備の必要性を検証し、不足している医療機能については、その整備の方法及び整備の目標等について医療計画に記載している。また、調査により得られた医療機関の医療機能に関する情報を各医療機関に提供している。

## 2) 当面取り組むべき方策

医療機関の機能分化と連携、患者の選択を通じた医療の質の向上を推進するため、医療機能調査結果の地域住民への公表等を積極的に進めるとともに、ライフコースアプローチを用いた医療計画の目標設定と評価を行う際の基礎資料として、当該調査を充実し、有効に活用すべきである。

## (4) 医療情報の整備と活用

都道府県においては、各医療機関が設備、提供する医療サービスの内容、症例数、平均在院日数、専門職員数などの情報整備・公開を促し、利用者、その他の関係者が情報を活用できるよう環境整備に取り組むべきである。

C

C