

が図られることとなったことに応じ、経過措置を講じながら基準病床数の算定の方式を改めることとした。

(2) 医療計画制度の目的

1985年の第1次医療法改正により医療法に位置づけられて以降、医療計画は「当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画（医療法第30条の3）」であると規定されている。また、改正当時の厚生省の通知では「高齢化社会が進展する中で国民に対し適正な医療を確保していくため、医療資源の効率的活用に配慮しつつ、医療供給体制のシステム化を図ることを目的（「医療計画について」昭和61年8月健政発第563号）」と規定しているが、具体的な目標を明示したものはない。

都道府県における医療計画の運用に当たっては、高齢化に向けての医療サービスや医療の提供体制の構築と医療資源、とりわけ病床数の適正化が目標とされてきた過程があり、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。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その目的として打ち出されている。また、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」においても、質の高い効率的な医療提供体制の構築を図ること等が示されたことや、最近の医療安全に関する国民の関心の高まり等を受け、今後の医療計画については、患者の視点の尊重に重点を置き、安全、安心な医療の確保、患者に対する情報の提供と選択の支援等が新たな目的として期待される。

2. 医療計画制度の評価

(1) 医療計画制度の影響に関する評価

医療計画制度の影響を評価するに当たって、保健医療システム評価の指標としてよく使用される「効果的であること（effectiveness）」、「効率性（efficiency）」、「公平性（equity）」という3つの指標を使用し、評価を試みた。

第一に「効果的であること」については、医療計画の導入後、医療機器の充実、高齢者医療の整備の進展、平均在院日数の短縮及び人口当たり手術件数の増加において顕著な傾向が見られる。また特に、死亡率の低下は高齢者において顕著である。これらが全て医療計画の影響によるものであるか否かについての判断は難しいが、結果として保健医療システムに関して「効果的であること」の指標が上がっていると評価し得る。

第二に「効率性」については、全病床について1992年以降、それまで見られた病床の増加が止まっており、病床当たりの取扱い患者数も増加しているといえる。こ

のため過剰な医療資源は、全体として抑制されているように見え、病床の利用状況も効率化していると評価できるが、一方で医療費の伸びは止まっていないことが指摘できる。

第三に「公平性」については、1984年に比べ1999年の方が、一人当たりの所得が低い県への医療費の流入が増加する傾向がみられ、医療費負担に関する地域間の公平性が増加していることが評価できる。また、各都道府県において最初に作成された医療計画の公示日から2001年までの間に、既存病床数が基準病床数を下回っている地域が減少しており、病床に関する地域間格差の是正という点で公平性が増加していることが評価できる。

(2) 医療計画の作成とこれに基づく都道府県の執行に関する評価

医療計画制度の評価については、マクロで眺めた結果のみならず、個々の都道府県が作成するいわゆるミクロの医療計画の作成と執行の過程の評価が重要である。

医療計画制度では、基準病床数の算定以外は具体的な数値目標が示されていない。がん、循環器疾患、小児医療、高齢者医療等といった医療機能に応じた施設整備、及び、医療従事者の確保についても、特定の中核的な医療機関の整備を除くと、具体的な数値目標が医療計画に十分に示されていない場合が多い。

このことは、医療計画が大まかな社会目標を提示し、その実現をめざしているものの、それにたどり着くまでの道筋を定めるいわゆる実施計画としての役割を十分果たしていないことを示唆している。

また、医療計画に関する具体的な数値目標が不明確であることにより、医療計画の評価と評価に基づく既存医療計画の見直しを困難にしていると言える。

(3) 国際比較による評価

1960年代より世界保健機関(WHO)は、医療計画制度の重要性を指摘しており、狭義の医療のほかに保健を含めた分野(保健医療分野)において、何らかの計画が立てられている国は多い。

イギリスや北欧諸国のように、財源と供給体制の運営主体が政府である場合には、医療計画は政府の保健医療分野におけるサービス提供に係る計画そのものであり、いわゆる規制を目的とした計画ではない。

一方で、民間の病院が多く、医療費高騰の問題が生じている国々では、医療資源の適正化等を図るための規制を目的とした医療計画が作成されてきた。日本が当初、医療計画制度を創設するに当たって参考としたアメリカ、フランス及びドイツは、いずれも1970年代に医療資源の適正化等に係る規制を目的とした医療計画を作成した国々であった。この3カ国にオランダ、オーストリア、台湾及び日本を加えた合計7か国(地域)にこうした規制的な医療計画が存在してきたことが確認されている。なお、日本を除く6か国(地域)においては、規制対象が病床のみならず、

医療機器や医療技術にも及んでいる。

これらの6か国（地域）では、医療計画を、医療資源の適正配分を目指し、特に医療費に対して病床や医療機器が与える影響に着目し、医療費を適正化するための手段としている。フランス及びドイツでは当初、むしろ病院や病床を増加・整備するための法律（制度）として作られたが、その後の石油危機による経済の悪化により、医療費の負担の在り方が課題となり、医療費適正化のために病床を抑制する目的に転化して使われている面がある。

【資料：日本が参考とした国の国際比較】

	アメリカ	フランス	ドイツ	日本
全病院数における民間病院の割合（％）＊１	64.6	74.8	62.6	86.0
法律名 (制定年)	国家医療計画資源開発法 (1974)	病院改革法 (1970)	病院財政安定法 (1972)	医療法改正 (1985)
現状	連邦法廃止 (1986) 州規制存続 (機器のみ)	病床規制は 廃止の方向 で検討中	維持 (医療機器撤廃) (1998)	維持
病床規制	○＊２	○＊３	○＊４	○
医療機器の規制	○	○	○＊５	×

＊１：アメリカ、フランス、日本は全病院を対象とした2000年時点の調査から作成。ドイツは一般病院を対象とした1999年時点の調査から作成。

＊２：1986年連邦法が廃止。

＊３：次回の医療計画見直しでは病床規制は廃止の方向。

＊４：次回の医療計画では参照値のみが示され、規制はなくなる予定。

＊５：1998年に廃止された。

これらの6か国（地域）とも、病床数は当初増加していたものの、1980年ごろから減少に転じている。しかし、これらの6か国（地域）に限らず、他の先進国も1980年代以降、病床数が減少していることから、病床規制と病床数の減少との因果関係を立証することは難しい。むしろ一般的には、平均在院日数の短縮により、不必要となった病床が増加したことによるものと考えられ、結果として、これらの国（地域）においては医療計画制度における病床規制は次第に不要となってきたといえる。

また、これらの国における近年の傾向としては、ケースミックス（各種疾患を診断群に整理分類して管理する方法）などの導入により、各医療機関の医療行為の実情を把握できる情報システムを構築し、それらの情報に基づき医療計画の作成、見直しを行っていること、医療計画の主たる目的が量的な規制から、医療機関間の連携の促進、医療の質の保証等、質的な側面に重点が移っていること、特に、フランス、ドイツ及びオランダでは、量的規制としての病床規制をなくす方向で検討が行われていることなどが指摘できる。

3. 医療計画制度を取り巻く環境の変化

医療計画制度が1986年8月に施行されて以来、47都道府県における医療計画の作成は、1989年3月までに一巡した。その後、5年以内の期間ごとに改定を重ね、全ての都道府県において医療計画の改定が行われているところである。

また、政策目的達成の有効な手段の一つである補助金については、都道府県における医療計画の計画作成のための「医療計画推進事業」や医療施設の機能分化を推進するための「医療機能分化推進事業」があるが、これによって二次医療圏ごとの医療施設の機能分化や連携が機能しているとは言えない状況である。

さらに、医療計画の内容は、医療圏を設定し、基準病床数を算定することにより適切な病床数を確保すること、救急医療等の記載事項に基づき二次医療圏に必要な医療機能等を確保するため関係者間での調整を行うこと等で構成されているが、基準病床数の算定に係るもの以外、現行制度のもとでは都道府県が実効性をもって医療計画の内容を実現できる事項が少ない。

そのほか、医療計画を取り巻く環境の変化については、次のことがあげられる。今後の医療計画制度のあり方については、最終利用者である住民や患者の声が、医療計画にうまく反映されるよう、更なる工夫が望まれるだけでなく、保健、福祉、介護など関連した計画との整合についても重要な課題となっている。

(1) 政府の役割に関する歴史的動向

保健医療サービスは、①需要の予測不可能性、②情報の非対称性及び③外部性、が存在することから、市場に任せるより、むしろ政府により直接介入すべきものと考えられてきた時代があった。しかし、1980年代に入ると保健医療サービスであっても市場重視の傾向が顕著になり、さらに、1990年代になると市場の機能が適切に維持されるための政府の役割が議論されるようになり、政府を市場の調整者とする考え方が普及してきた。こうした考え方を受け、わが国における政府の役割としても、市場のルールを明確にし、モニタリング、評価などを行うことが期待されている。また、これまで、政府と市場との関係は、効率性の問題を中心に議論されてきたが、安全や公平、セーフティー・ネットの確保といった役割が一層、期待される傾向にある。政府には、直接サービスを提供する機能（役割）よりも、市場の調整者、安全や公平の監視者等としての機能（役割）を果たすことへの期待が高まっている。

(2) 医療制度改革に関する国際・国内的動向

1) 医療制度改革の国際的動向

各国の医療システムについては、イギリスに代表されるような財源が税、供給体制が国という公的部門を中心とするものから、ドイツのように社会保険、民間

病院を中心とするもの、そしてアメリカのように、財源、供給体制ともに民間部門を中心とするものなどいくつかの類型に分類される。制度改革の重点は、その類型によって異なるが、共通する3つの領域として、「財政」、「供給体制」、そして「政府の役割」が挙げられる。

近年、医療制度改革の波が世界に広がっている。このような国際的な改革の動向は1970年代の費用抑制を主たる目的とする政策ではなく、変貌する医療需要に対応し、システムの効率化を図るため、サービスや供給体制、行政（政府）の役割の見直しをも含んだものとなっている。具体的な改革の内容としては、「財政」面では、税あるいは社会保険方式の見直し、社会保険の自己負担割合や財源の見直し、効率的、効果的な支払い方式の導入等があげられる。「供給体制」面では、医療分野における規制緩和や国立や公的病院の民営化、また、「政府の役割」の面では、医療行政の地方分権化などがあげられる。

2) わが国の医療制度改革

わが国の医療提供体制についても、1985年に第1次医療法改正が行われて医療計画制度が導入された後も、様々な改革が行われてきた。1996年7月には、医療制度及び医療保険制度の両面から検討する場として厚生省に国民医療総合政策会議が設置され、同年11月に21世紀初頭における医療提供体制のあり方について、①医療機関の体系化、②かかりつけ医機能の向上をはじめとする医療の充実、③病床数の適正化等医療提供体制の効率化、④医療における情報提供の推進などを内容として報告がとりまとめられた。

また、1996年12月の与党合意に基づき設置された与党医療保険制度改革協議会が1997年4月に取りまとめた「医療制度改革の基本方針」等の求めに応じ、同年8月に厚生省において「21世紀の医療保険制度」が取りまとめられた。これは、「診療報酬体系」、「薬価基準制度」、「医療提供体制」、「医療保険の制度体系」、「高齢者医療制度」の5分野に及ぶ総合的なものであった。

さらに、1999年の大学病院における患者取り違えによる医療事故がきっかけとなり、医療の安全性や質、情報の開示等に国民の関心が高まり、医療安全対策に関する種々の改革が推進されてきている。

2000年の第4次医療法改正においては、病床区分の見直し、医療情報提供の推進や医療従事者の資質の向上が盛り込まれたところである。また、2001年9月に発表された「21世紀の医療提供の姿」では、「医療提供体制の効率性」「競争が働きにくい医療提供体制」「国民の安心できる医療の確保」「医療提供に共通する情報基盤等の近代化・効率化」の課題を踏まえた今後のわが国の医療の目指すべき姿が発表された。2003年3月に閣議決定された「規制改革推進3か年計画（再改定）」では、「医療計画の病床規制の結果」、「既存の病床が既得権益化され、当該地域に質の高い医療機関が参入することを妨げている」等の問題点が指摘され、2005年度前半までに「病床規制の在り方を含め医療計画について検討し、措置す

るべきである」とされている。2003年8月には「患者の視点の尊重」「質が高く効率的な医療の提供」「医療の基盤整備」を柱とした「医療提供体制の改革のビジョン」が示された。

このように今後の医療提供体制の改革については、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識を持つとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者本位の医療を確立することを基本とすべきである。このためには、患者の選択のための情報提供の推進、質の高い医療を効率的に提供するための医療機関の機能分化・連携の推進と地域医療の確保、医療を担う人材の確保と資質の向上、生命の世紀の医療を支える基盤整備などの分野での改革が必要とされている。このような状況の中で、医療計画がこれらの改革に資するための都道府県段階における実行計画としての機能をより発揮するため、医療計画制度そのものの積極的な見直しが求められている。

(3) 医療に関する規制改革と医療計画

医療に関する規制改革について言えば、医療は、①国民に必須のサービスであること、②患者と医療者の間に情報の非対称性が認められること、③救急医療など時間的に逼迫した状況が生じ得ること、等から、これまで特に直接規制を中心として種々の規制の対象とされてきたところである。

一方で、2002年12月に総合規制改革会議から提言された第二次答申では、医療計画について以下のことが指摘されている。

- ①出来高払いが基本である現在の公的医療保険制度の下では、入院医療費と病床数との間には相関関係があるとの基本的考え方から、現在の医療計画では医療機関（病床数）の量的なコントロールを行っていること
- ②病床規制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
- ③基準病床数の算定方法が現状追認型であり、対人口比の地域間格差があること
- ④地域の実情、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

こうした問題点を踏まえ、同答申においては、

- ①医療計画の作成に当たっては、急性期、慢性期、特殊診療などの病床の機能について、地域の実情・ニーズを適切に踏まえた基準病床数の算定基準を公正かつ厳格に設定した上で、適正な病床数に収斂するように管理が徹底されるように措置すること
- ②医療内容の標準化と平均在院日数の短縮化など医療の質の面での医療機関相互の競争を促進することを通じ、適正な医療提供体制の確保を図る観点から、診断群別定額報酬払い制度の導入に向けた検討と併せ、病床規制の在り方を含め医療計画について検討すること

との指摘がなされ、2003年3月の「規制改革推進3か年計画（再改定）」において同様の内容が閣議決定され、2005年度前半までに措置することとされている。

(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、