

(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、健康増進事業実施者等）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、健康増進事業実施者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。

また、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。

さらに、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、専門職員数など医療機能調査によって把握した結果の情報整備及び公開を積極的に推進することによって、住民をはじめとする利用者や各医療機関、その他の関係者が当該情報を活用できるよう環境整備に取り組み、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べきである。

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、定期的な評価とそれに伴う医療計画の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地域の医療機能をはじめとする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住民への公表など積極的な情報公開が必要ではある。

(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出席する（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。

このため、今後は医療計画の具体的な数値目標や評価結果等について、都道府県が住民に対し積極的に情報公開することにより、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医療サービスの提供を実施していくインセンティブを働かせることが重要である。

また、アンケート調査によると、医療計画の推進方策として「補助金を出す」ことが有効である。国や都道府県においても、医療提供体制の整備に関する国庫補助負担金は種々あるが、医療計画とこれら医療提供に係る各々の国庫補助負担金との整合性が十分図られていないのが現状である。今後、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、推進するためにも、都道府県における国庫補助負担金等関連制度の運用に当たっては、医療計画と有機的関連づけを図り、もって国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保する必要がある。

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

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。都道府県における行政の透明性の確保と住民に対する説明責任を果たすためにも、医療計画の作成プロセスの透明性の確保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、評価方法も定性的な方法又は定量的な方法の両方がある。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に、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。そのためにも、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重要ではないか。あわせて、これらを補強するためにも医療機能調査の充実が有効である。

(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。

以上から、国において医療機能についての全国的な指標を示すことにより、都道府県が容易に医療計画の目的を明確化した数値目標が設定でき、もって都道府県が医療計画に基づいた行政を執行し、これを管理するとともに、執行後の政策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

数値目標の設定では、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のではないか。

また、数値目標は住民にとっても分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都道府県医療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(ライフコースアプローチ)を考えてはどうか。

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、実効性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のではないか。

あなたの都道府県の医療計画は、

◇「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分かりやすく示していますか？」

◇「病気にかかったときに、地域においてどのような医療サービスを受けることができるかについて患者の立場から分かりやすく示していますか？」

こうした命題に答える上では、

- ①地域の主要な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主要な健康問題(疾病)を取り上げ、地域においてどのような医療サービスを受けることができるかを具体的に記述する
- ③上記の主要な疾病ごとに、その治療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、これに関する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具体化することが有効ではないか。

3) 医療計画における執行管理と主要な疾病の選定

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、地域の主要な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、取り上げるべき主要な疾病の優先順位を設定する必要があるのではないか。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、その根拠となるデータ等は公表されることが必要ではないか。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のではないか。

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。以下は主要な疾病の代表的なものである。

- 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

地域において主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機能連携の状況等が明らかになり、住民に対して地域の医療機能の現状が分かりやすく周知されることが可能となるのではないか。また、これらの状況を踏まえ、都道府県が今後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のではないか。さらに、医療を提供する側にとっても地域で求められる医療機能が把握されることによって効率的な体制を確保することが容易となるのではないか。

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¹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²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³。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³。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⁴。

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⁵。B医師から放射線治療医、がん化学療法専門医⁶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⁷。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。

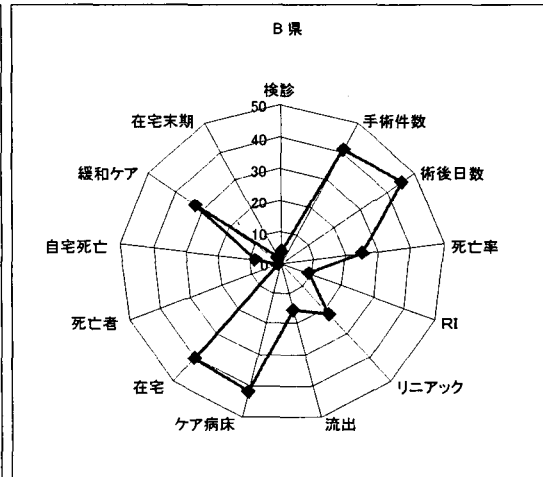
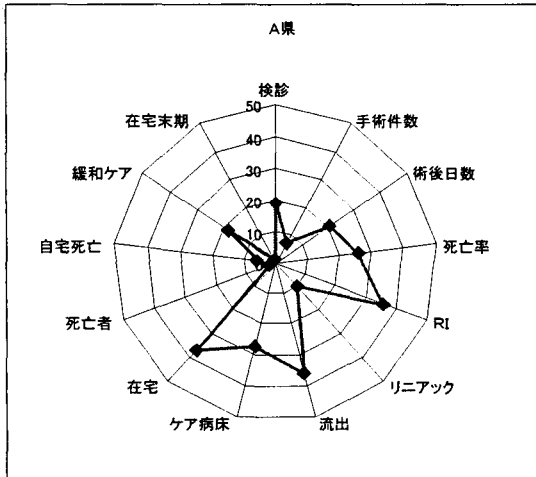
- 1 検診：一定以上の年齢の住民は、主要ながんについてがん検診を受けることができること。
到達度評価の指標：がん検診受診率、サブグループ別、個人ベース。
- 2 情報：重大な疾患についてはセカンドオピニオンが可能なこと。
到達度評価の指標：セカンドオピニオン対応医療機関数・患者数（疾患別）。
- 3 医療の質：病院の特徴、主要な手術・処置の件数、成績などの情報が整備され、受診にあたって参考とすることができること。
到達度評価の指標：情報のフォーマットの整備、公開している医療機関数・割合。
- 4 連携：患者中心の医療サービスが seamless に用意されていること。重要な疾患についてはこの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 | 術後日数 | がん患者千人あたりRI台数 | がん患者千人当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 | 10万人対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展望しつつ、第4次医療法改正の趣旨を踏まえ、また、規制改革・民間開放推進会議第1次答申において平成17年度早期に措置することが求められていることを考慮すれば、当面取り組むべき課題として、以下のとおり、基準病床数の算定式を作成する必要がある。その際、社会経済状況の変化等に対応した同じ医療圏内において一般病床から療養病床、あるいは療養病床から一般病床への転換が硬直し妨げられることに対し配慮することが必要である。

○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9月末概数)における両病床は、一般病床912,635床、療養病床348,688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9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。これらが相まった各地域の医療需要については、平均在院日数と退院患者数を基礎に算定することができる。そこで一般病床の算定式は、平均在院日数×退院患者数/病床利用率とすることが考えられる。

平均在院日数は、地域格差を是正しつつ地域の特性も加味したものとするため、全国9ブロック毎の平均在院日数を基本とし、今後の平均在院日数の短縮の見込みも考慮して使用することが適当ではないかと考えられる。退院患者数は各ブロックでの年齢階級別・性別の退院患者率を基礎に算出できる。病床利用率については全国値を使用すべきである。

療養病床については、一般病床の算定式とは異なる考え方に立つことが求められる。すなわち、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とともに、各都道府県、各地域において、長期にわたる療養・介護を必要とする者を在宅あるいは各施設類型のもとでどのようにケアしていくかの考え方、また、各サービスの整備状況や整備計画によって、全体として需要が同じだとしても、療養病床として整備が必要な数は変わってくるからである。また、もともとの地域性や、介護予防や健康増進の取組等により、全体としての需要自体についても地域による差が生じ得るものである。

これらを踏まえると、療養病床数の基礎となる数値については、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、在宅及び介護施設（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と考えられ、この考え方にふさわしい式を設定することが適当である。

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

全国一律の病床数算定基準を廃止し、新規感染性結核患者の感染性消失までの入院に要する病床数及び慢性排菌等長期の入院に要する病床数等、公衆衛生上必要な病床数を都道府県知事が定めることとする予定。

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。