

戦後の昭和22年、日本医療団は解散したが戦後荒廃した医療施設の整備が急務であった。そうした中、「医療制度審議会」は諮問を受けて、医療機関の整備について次のように答申した<sup>1)</sup>。

- (1) 人口の分布等を基礎とする医療機関の全般的整備普及の計画に関する事項等を調査審議するため中央および都道府県に医療機関整備審議会を設置すること
- (2) 所謂開業医制度は、その短所を是正し欠陥を補正して公的医療機関の及ばない場合およびこれを必要としない対象に対する医療機関として存置すること
- (3) 公的医療機関をすみやかに整備すること。特に戦災による医療機関の損耗の著しい地域については一定規模の総合病院を、無医地区については診療所を公共団体として早急に建設せしめるように助成すること

この答申を受けて、昭和23年に制定された「医療法」によって設置された「医療機関整備中央審議会（後の医療審議会）」は、昭和25年2月に「医療機関整備計画」を決定した。

その内容は次のとおりである<sup>1)</sup>。

人口2,000人の診療圏に対し、少なくとも1診療所を確保し、病院の病床の整備目標をその種類ごとに定め、一般病院については都道府県立病院を中心とする公的医療機関網を中核として、都道府県ごとに中央病院、地方病院および地区病院の3段階に分けてこれを目標病床に達するまで整備し、公的医療機関たる診療所は、公的医療機関たる病院の出先機関たらしめるとともに、伝染病院は原則として公的医療機関たる地区病院に附置することとし、もって医療機関全体の体系化を図ることを骨子とするものであった。

この構想は、結核およびハンセン病病床については順調に進んだものの、戦後の社会資本の不足もあって一般病院の整備は遅々として進まなかった。

こうした状況を打破するために、昭和26年8月の医療審議会は「基幹病院整備計画要覧」を決定した。その骨子は1)、

- (1) 各都道府県に1つの最高水準を有するA級病院たる中央病院を整備する
- (2) 都道府県の枢要の地にそれぞれ1つのB級病院たる地方病院を整備する
- (3) 各保健所地域の中心地に1つのC級病院たる地区病院を整備すること

いずれも政府による病院整備計画であったが、戦後の急速な経済成長は公的整備ではなく民間資本による病院整備を容易にし、わが国の医療提供体制は量的な整備が進んでいった。

こうした昭和40年代以前の公的主体による整備計画はいずれもその目標を達成しなかった。

## 2. 昭和40年代後半

### (1) 医療を取り巻く社会状況

- ① 社会的経済的條件の著しい変化、医学医術のめざましい進歩、国民生活の高度化に伴う医療需要の増大等を背景として各方面から医療供給体制の格段の整備の必要性が生じていた。
- ② 医療保険制度の改正をめぐって、その前提問題として医療供給体制の整備が大きな課題としてクローズアップされていた。

### (2) 医療基本法案

これらの状況に対応すべく、以下の内容の「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」を持つ医療基本法案を昭和47年の第68回国会に提案したが、廃案に終わった。

#### (2)-1 医療基本法案の内容

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などの医療のあるべき理念を確認するとともに、こうした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ことを宣言している。

本条では国が講ずべき施策として、医学医術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の諸施策を掲げ、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ものとしている。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ものとされ、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ている。

#### ①国の責務

各種医療施設の総合的整備を国の責務とした。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ていた。

#### ②国の施策

本条では国が講ずべき施策として、医学医術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の諸施策を掲げ、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ものとしている。

- ア. 医療に関する研究および技術の開発の推進
- イ. 医療関係者の養成および確保ならびに資質の向上
- ウ. 各種医療施設の役割の明確化ならびにその体系的整備および連携の強化
- エ. 健康の増進および疾病の予防を図るための体制整備
- オ. 医薬分業の推進
- カ. 医薬品および医療用具の安全性の確保および品質の向上
- キ. 前各号に掲げるもののほか、医療の普及向上に必要な事項

#### ③地方公共団体の施策

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ものとされ、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ている。

#### ④政府の財政措置等

政府は、国の施策を支援するため必要な法制上、財政上および金融上の措置を講ずるように努めることとされた。

#### ⑤医療計画等

1. 厚生大臣は、医療計画審議会の意見を聞いて、国が講じようとする施策の大綱に関する計画を作成し、閣議の決定を求めること
2. 都道府県知事は、都道府県医療計画審議会の意見を聞いて、都道府県が講じようとする施策の大綱に関する

る計画を作成するものとする

3. 1および2の計画は、少なくとも5年を経過するごとに再検討し、必要があると認めるときは変更すること
4. 都道府県は、2の計画の実施その他地域住民の医療の確保について協議することを任務とする地域医療審議会を設置できること

## (2)-2 この法案に盛り込まれた地域医療計画策定の必要性に関する厚生省見解

この法案は廃案になったが、医療に対する国民の要望に応えるためには、医療における総合性と計画性を強化する必要があるすべての関係者がこの課題に真剣に取り組むことが強く要請される。

地域における医療供給体制の今日的状況の解決には、我が国全体としての医師をはじめとする医療関係者の確保対策等、医療供給体制全般にわたる施策の推進が図られるとともに、地域社会において、地域医療計画に基づく地域医療システムの確立という方向で、具体的に問題が解決されていく必要がある、などの見解が示されていた。

## (3)医療基本法案廃案後

### (3)-1 地域医療計画モデルの作成

医療基本法案は廃案に終わりの目を見なかったが、昭和48年から、北海道、青森、秋田、宮城、静岡、鳥取県等において地域医師会の協力を得ながら地域医療計画モデルの作成事業が開始された。へき地医療、救急医療、休日・夜間の診療体制といった問題もこのような地域医療計画の中心的な課題として検討された。

(1)当時、地域医療計画実施のための必要事項と認識されていたものは、国の助成の充実

(2)病院、診療所、保健所その他の医療関係施設の相互の連携及び機能分担

(3)地域計画を効果的なシステムとして実現するための情報機器の導入のあり方

等であり、これらの検討が行われた。

そしてこの作業は、昭和50年からの地域医療計画検討会に引き継がれていった。

### (3)-2 地域医療計画検討会

地域医療計画の促進を図るため、前述のように、昭和48年以来地域保健医療圏域の設定(地域保健医療計画策定のための「地域」の設定)等についての検討が進められてきたが、昭和49年度に全都道府県に対してモデル県における検討方法を例示して保健医療圏の設定とその地域(圏域)における地域保健医療計画の策定推進の検討が厚生省より指示された。

また、昭和50年度から学識経験者を中心とする地域医療計画検討会を設置し、同会において地域における保健医療計画策定のためのガイドライン(指針)等についての検討が進められた。

なお、昭和50年には、「地域医療計画」という用語が「地域保健医療計画」という用語に変わったように、保健所問題が地域医療計画上の問題として認識され始めた。

つまり、わが国の保健サービスは、保健所を中心とし、民間の医療関係者の協力を得て実施されていたが、保健所の管轄区域が医療サービス、通勤・通学、生活物資の購買等の生活圏域と必ずしも一致していない現状にあり、今後の地域保健の推進のためには保健所管轄区域の変更を今後の保健所のあり方と併せて検討する必要があったことと、昭和50年度に保健サービスと医療サービスを一体化する方向でへき地医療対策の充実を図り、地域の計画に基づくへき地中核病院の整備と無医地区への保健婦の駐在制を実施し、中核病院からの巡

回診療と保健婦の保健活動を一体化してへき地住民のニーズに対応することに見られるように、疾病構造の変化や高齢化社会の到来等の理由で、地域単位（保健医療圏域）で保健及び医療サービスを提供する必要性が生じてきたからである。

### (3)-3 認識されていた保健医療上の問題

マンパワー対策はマンパワー対策、施設整備は施設整備とそれぞれの観点から進められ相互の連携がなかった。保健行政と医療行政についてもそれぞれ別個に進められ、その間の連携は必ずしも十分ではなく行政施策も画一的に進められてきた。

### (3)-4 地域保健医療計画の必要性

社会背景としては以下の要因があり、これらが医療計画の必要性を喚起していた。

- ①人口構造の高齢化
- ②医学医術の進歩など社会経済情勢の変動
- ③医療需要の構造変化

保健及び医療は本来地域に密着したものであり、マンパワーと物的資源を有機的に結びつけ、また保健と医療の有機的連携を実現し得るのは地域においてであり、その具体化を図るものとして地域保健医療計画の必要性が存するのである。また、保健医療資源の適正配分についても地域保健医療計画が必要であった。

地域保健医療計画は、地域の保健所、医師会、病院、自治体等の関係者が連携し、一体となって作成し実施していくことが重要である。

救急、休日・夜間医療対策や老人、母子医療対策も地域保健医療計画の一環であるとともに、地域保健医療計画を樹立することにより病院の乱立や近年ますます重装備化されつつある病院における医療機器の重複投資が回避できると考えられた。保健医療施設の機能の有機的連携についても地域保健医療計画の中で解決できる問題として認識されていた。

### (3)-5 政府の対応

人口の高齢化の進展、医学医術の進歩に伴う医療需要の増大と多様化に適切に対処するためには、地域保健医療計画を策定し、以下の事項の実施が必要と考えられた。

- ①国民一人一人が自らの健康は自ら守るという自覚の促進
- ②有限な医療資源を効率的に活用して、健康増進、疾病の予防から治療、リハビリテーションまでの一貫した医療体制の確立
- ③必要な国民医療の確保のために保健医療サービスの包括化
- ④地域の医療需要に沿った診療機能のネットワーク作り

こうした状況の中、昭和 55 年頃に、従来から目指してきた救急医療、へき地医療、高度専門医療など地域における医療を確保することを目的として医療施設の整備充実、医療施設の連携強化、医師、看護婦等医療従事者の養成確保及び資質向上などの各種施策を推進しているほか、地域の実情に応じた体系的な医療供給体制の整備を図るために地域における医療計画を策定することを内容とする医療法の改正の検討が進められた。

同時に地域保健対策についても、各都道府県において保健医療圏の設定とその圏域における地域保健医療計画の策定が検討され、保健サービスの推進に当たっては、保健医療圏ごとに医療サービスとの十分な連携を考慮し、保健所のあり方をも含めて望ましい地域保健のあり方を検討する必要性があったが、これは地域保健に係わる各種検討会の中で検討が行われたが、地域保健を規律する当時の保健所法の改正には至らなかった。

#### (4)地域医療計画の試み（昭和48年～）

地域医療計画の促進を図るため、昭和48年以来地域保健医療圏域の設定(地域保健医療計画策定のための「地域」の設定)等について検討を進め、昭和50年度においては学識経験者を中心とする地域医療計画検討会を設置し、同会において地域における保健医療計画策定のためのガイドライン(指針)等についての検討が進められた。

国民生活の変貌は著しく、国民の健康に影響を及ぼす諸要因も複雑多様化し、一方で高度経済成長時代の反省を踏まえて改めて人間の尊厳が再認識され、人間活動の基礎条件としての「健康」に関する価値観が国民全般の意識の中に涵養されつつあった。

地域保健対策については、各都道府県において保健医療圏の設定とその圏域における地域保健医療計画の策定が検討された。今後の保健サービスの推進に当たっては、保健医療圏ごとに医療サービスとの十分な連携を考慮し、保健所のあり方をも含めて望ましい地域保健のあり方も検討する必要があった。

当時、北海道、青森、秋田、宮城、静岡、鳥取県等において、地域医師会の協力を得て開始された。へき地医療、救急医療、休日・夜間の診療体制といった問題もこのような地域医療計画の中心的な課題として検討された。

\* 昭和50年には、「地域医療計画」という用語が「地域保健医療計画」という用語に変わったように、保健所問題が地域医療計画上の問題として認識され始めた。

地域計画実施のための必要事項と認識されていたもの

- ①国の助成の充実
- ②病院、診療所、保健所その他の医療関係施設の相互の連携、機能の分担
- ③地域計画を効果的なシステムとして実現するための情報機器の導入のあり方等

検討が必要である。

地域保健の動向は前述のように、包括医療推進のため、保健サービスと医療サービスを一体化していく方向で、昭和48年度に5県を選定し、保健医療に関する総合的な調査を実施して、「地域保健医療計画策定のための地域設定」をモデル的に検討し、昭和49年度に全都道府県に対し、モデル県における検討方法を例示して、保健医療圏の設定と、その地域(圏域)における地域保健医療計画の策定推進の検討を指示した。

わが国の保健サービスは、保健所を中心とし、民間の医療関係者の協力を得て実施されていたが、保健所の管轄区域が医療サービス、通勤通学、生活物資の購買等の生活圏域と必ずしも一致していない現状にあり、今後の地域保健の推進のためには、保健所管轄区域の変更を、今後の保健所のあり方と併せて検討する必要があった。

昭和50年度に保健サービスと医療サービスを一体化する方向でへき地医療対策の充実を図り、地域の計画に基づくへき地中核病院の整備と無医地区への保健婦の駐在制を実施し、中核病院からの巡回診療と保健婦の保健活動を一体化して、へき地住民のニーズに対応することになった。

地域保健という観点から見た場合、マンパワー対策はマンパワー対策、施設整備は施設整備とそれぞれの観点から進められ、相互の連携がなく、しかも保健行政と医療行政についてもそれぞれ別個に進められ、その間の連携は必ずしも十分ではなく、行政施策も画一的に進められてきた。

保健及び医療は本来地域に密着したものであり、マンパワーと物的資源を有機的に結びつけ、また、保健と医療の有機的連携を実現し得るのは地域においてであるため、地域医療計画ではこうしたことも改善する必要があった。なお、具体的に地域保健医療計画が有する機能として次のことが考えられていた。

- ①保健医療資源の適正配分に関しても地域保健医療計画が必要である。
- ②地域保健医療計画は、地域の保健所、医師会、病院、自治体等の関係者が連携し、一体となって作成し、実

施していくことが重要である。

③救急、休日・夜間医療対策や老人、母子医療対策も地域保健医療計画の一環である。

④地域保健医療計画を樹立することにより、病院の乱立や近年ますます重装備化されつつある病院における医療機器の重複投資が回避できる。

⑤保健医療施設の機能の有機的連携も地域保健医療計画の中で解決できる。

#### (5)昭和 55 年頃

当時も①人口構造の高齢化、②医学医術の進歩など社会経済情勢の変動および③医療需要の構造変化という今日的な解決すべき課題があった。

そのためには、国民一人一人が自らの健康は自ら守るという自覚を一層高め、有限な医療資源を効率的に活用して、健康増進、疾病の予防から治療、リハビリテーションまでの一貫した医療体制の確立を図っていくことが求められた。また、従来から目指してきた、救急医療、へき地医療、高度専門医療など地域における医療を確保することを目的として、医療施設の整備充実、医療施設の関係の強化、医師、看護婦等医療従事者の養成確保及び資質向上などの各種施策を推進しているほか、地域の実情に応じた体系的な医療供給体制の整備を図るため、地域における医療計画を策定することを内容とする医療法の改正の検討が進められた。

#### (6)医療法改正案の国会提出(昭和 58 年 3 月 25 日)

医療需要の増大や多様化が生じている状況下で、医療資源の効率的活用を図りつつ適正な医療を確保するという要請にこたえるために都道府県の医療計画の策定・実施及び医療法人の運営の適正化のための規定の整備を主な内容とする医療法改正案を国会に提出した。

人口の高齢化の進展、医学医術の進歩に伴う医療需要の増大と多様化は避け難いため、これに適切に対処し、必要な国民医療の確保のために保健医療サービスの包括化と地域の医療需要に沿った診療機能のネットワーク作りを進めていく必要があった。

この改正法案の概要は、次のとおりである。

「医療圏の設定、必要病床数・病院の整備の目標、医療施設相互の機能・業務の連携、医療従事者の確保等に関する事項をその内容とする医療計画を各都道府県が策定すること」と「国・地方公共団体は病院等の不足地域におけるその整備等必要な措置を講ずるよう努めるとともに病床過剰地域においては病院の開設等に関し、都道府県知事が勧告して病院病床の適正配置を図る等により医療計画の達成を推進すること」であった。(地域医療計画の策定とその達成の推進)

また、当時の医療情報システムが、検診などの業務管理を中心としたものであるのに対し、地域の保健活動を積極的に支援し、保健サービスの向上を図るため、昭和 58 年 4 月地域保健医療支援システム構想をまとめ、診療活動、保健活動、医療計画、健康に関する各種の情報を収集、加工、分析するための仕組みを持ち、これにより、地域住民、医師、保健婦等が必要な時に必要な形で情報が得られるシステムを構築する構想であった。具体的には、支援センターと住民、医療機関、都道府県、保健所の 4 者がサブシステムで結ばれることにより、住民の在宅健康管理、医療機関から受け付けた診療データの分析サービス等を行うことが考えられていた(地域保健医療支援システム構想)。

しかし、こうして提出した改正法案は昭和 58 年の国会で成立せず、その成立は次回に期することになった。

#### (7)医療法改正案の国会提出(昭和 59 年 4 月 4 日)

医療需要の増大や多様化といった医療をとりまく環境の変化の下で医療資源の効率的活用を図りつつ適正な医

療を確保する観点から都道府県の医療計画の策定、実施及び医療法人の運営の適正化のための規定の整備を主な内容とする医療法改正案が国会に提出された。

地域医療計画の部分において、その改正案では医療圏を設定し、その必要病床を定めるとともに医療機能に応じた病院の整備目標、病院・診療所間の機能、業務連携、医療従事者の確保等に関する事項について定めることとしていた。

また、昭和 60 年頃から「保健・医療・福祉」と多用されるようになり、これら 3 分野の連携を視野に入れた今日の用語が成立した。

#### (7)-1 当時のわが国の医療を取り巻く問題と方向性

具体的な項目は以下のとおりである。

##### ①保健医療体制整備の推進

- ・ 個別的な対策ではなく保健医療体制全般にわたり計画的な取組が必要

##### ②医療資源の適正かつ効率的な配置の推進

- ・ 国民がいつでも、どこでも、等しく医療を受ける機会を確保していく観点から、へき地医療対策や救急医療対策の充実を一層進めていくとともに、がん等の専門医療を確保
- ・ 医療資源の効率的な活用のための医療施設、医療従事者、医療機器のあり方に関する検討の実施

##### ③診療所から高度専門医療施設に至るまでの各種の施設の機能及び役割の明確化及び施設相互の連携の確保

- ・ 病院の施設を地域の開業医への開放（開放型病院）
- ・ 病院の医療機器の共同利用や地域医療研修センターの整備等病院のオープン化の推進
- ・ 医薬分業の推進

等であった。

#### (8)当時の欧米先進国の状況

経済の長期的な停滞を打破し、経済の活性化を図るという政策運営を背景として、欧米先進国においては、社会保障支出の合理化や効率化が共通の大きな政策課題となっていた。増大する保健医療支出の抑制や年金制度の安定的運営といった問題は緊要度の高い課題となっていた。

先進国の保健医療支出は 1970 年代中葉まで経済成長を上回る伸び率で増加が続き、特に、70 年代前半の伸びが著しかったが、イギリスや西ドイツでは 70 年代後半においてはその伸び率が鈍化した。順調な経済成長を遂げた 60 年代においては、増加する医療費に対して保険料の引上げや国庫負担の増額で対応してきたが、近年の医療費問題は支出をいかに抑制するかということが中心的な課題となっており、80 年代に入って一層強力な抑制対策が講じられた。

#### (8)-1 医療費抑制対策の特徴

当時とられた医療費抑制政策は以下のようなものであった。

##### ①患者負担の強化

##### ②薬価の引下げや薬剤処方規制等薬剤費の抑制

##### ③医療費の中でも伸び率の高い入院医療費の抑制

##### ④病院建設や高額医療機器の導入等に関する供給面での規制

##### ⑤診療報酬の支払額の増加について一定の上限を設定

### (9)第一次改正医療法成立

昭和60年12月に成立した改正医療法に基づき各都道府県は医療計画を作成し、これを推進することとされた。医療計画においては医療圏及び必要病床数を定めるほか、病院の整備目標、救急・へき地医療の確保等地域の実情に応じた事項を盛り込むこととされており、計画の推進を図ることにより地域の医療のシステム化が図られることが期待された。

殊に医療計画は、医療資源の効率的活用に配慮しつつ、地域医療のシステム化を推進するという目的に沿って、医療圏を設定し、そこでの必要病床数を定める。

- ア. 病院機能を考慮した整備の目標の設定
- イ. へき地医療、救急医療の確保に関する事項
- ウ. 病院、診療所、薬局等の機能、業務の連携を進めるために必要な事項
- エ. 医療従事者の確保に必要な事項

等の内容が盛り込まれることになった。

#### (9)-1 都道府県医療計画に望まれる事項

以下の事項が同計画では、都道府県が地域で行うべき団体委任事務として位置付けられたのである。

都道府県知事は、医療計画の作成に際しては、診療、調剤に関する学識経験者の団体や市町村の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会に諮問して地域の医療事情を反映させるとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう努めなければならない。

作成された医療計画を達成するための措置としては都道府県知事が、従来の公的病院の病床規制に加え、民間の病院についても自由開業医制を前提としつつ、病床過剰地域において、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で病院の開設、増床等に関して勧告を行うことができるとともに、病院の開設者等は、建物、設備、機械等をその病院に勤務しない医師・歯科医師・薬剤師の診療、研修等のために利用させるように努める。

#### (9)-2 第一次改正医療法成立当時の問題

①医療計画が作成されることに伴い、一部の地域において医療計画公示前に病院の開設、増床の許可申請が著しく増加する例が見られた。

これらは医療計画の趣旨を著しく逸脱するものであることから、厚生省は昭和62年6年に医療計画公示前に病院の開設等の許可を一括して処理することを控えること、病院開設申請者が既存の医療法人である場合は当該開設に伴う定款等の変更・審査の際に、法人の資産要件の充足等を十分確認すること等の内容を通知により各都道府県に指示した。

②昭和62年9月には医療計画公示後における病院開設等の取扱い方針として、医療計画上の知事の勧告を受けながら病院開設を行った医療機関に対する措置(保険医療機関の指定拒否等)を通知等で示した。

#### (9)-3 残された問題

下記は、次回以降の同法の改正に委ねられたのである。

- ①病院における医療の質の確保等について、各病院が自己評価する手法の在り方及びその普及方法の開発
- ②医業経営の近代化・安定化
- ③医療の専門分化、国民の医療ニーズの多様化等に対応する診療科名等の表示
- ④第二次医療法改正に向けて、病院・診療所の機能分担、病院等における職員配置の在り方



⑤医業等に関する広告制限の見直し等、保健医療供給体制全般にわたる事項の見直し

## (10)第二次医療法改正（平成4年）

### (10)-1 医療施設区分

医療施設が高度先進医療機関と療養型病床群に区分されることになり、医療機能の分化及び医療資源の効率的な利用が図られることとなった。

### (10)-2 医療施設・機器の共同利用及び施設間連携

第2次改正医療法第1条4で、医療提供の理念に基づき、良質かつ適切な医療を行うことを医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手の責務とし、医療提供施設間の機能の分担及び業務の連係に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介する等の措置を講ずることを医療提供施設において診療に従事する医師及び歯科医師の責務とし、さらに医療提供施設の建物又は設備を診療、研究又は研修のために利用させるよう配慮することを、医療提供施設の開設者及び管理者の責務として規定している。

医療提供施設の設備、器械又は器具の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能の分担及び業務の連係に関する事項が定められたが、病床規制のような義務的なものでなく計画の中で方向性を示すに留まる内容のものである。

また、第2次改正医療法附則第2条、4条が示すように、政府は、患者の病状に応じて適切な医療を提供することができるよう、総合病院その他の病院及び診療所の在り方、家庭医機能の充実等地域における医療を提供する施設相互間の業務の連係の在り方等医療を提供する体制に関し、引き続き検討を加え、その結果に基づいて法制の整備その他の必要な措置を講ずるものとされた。また、医療を提供する施設の機能の体系化を推進するに当たっては、国民の必要かつ適切な受診が抑制されることのないよう配慮するものとされた。

平成5年6月15日付け健政発第三九〇号通知「地域医療連携推進事業の実施について」に引き続き、平成10年6月16日付けで健政発第七五一号通知「地域医療連携推進事業の実施について」が発出され、地域医療機関の医療連携事業が行われている。

## (11)第三次医療法改正（平成9年）

地域医療支援病院を設け、医療施設の連携体制及び機能分化・研修機能の充実をさらに進めることとなった。

## (12)第四次医療法改正（平成12年）

医療法等の一部を改正する法律により、病床区分の見直しが行われ「療養病床」及び「一般病床」に二分されることになった。前者は慢性期医療を後者は急性期医療を担うものと位置付けられた。また、一般病床については、入院患者4人に対し看護婦1人の基準を入院患者3人に対し看護婦1人に上げられ、病床面積については、新築あるいは前面改築時に患者1人当たり6.4平方メートル以上に上げることとされた。さらに外部委託の進展等により一律の義務付けの必要が薄れてきた施設については、必置規制の緩和が行われている。

患者等に対する診療録等の診療情報の提供の推進については、診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨を広告できる事項として追加され、診療録等の診療情報の提供を医療現場において普及・定着させていくために、医療従事者の自主的な取組み及び環境整備を推進することになった。また、関連分野として医師法および歯科医師法が改正され、全人的な診療能力の取得を目指して、医師及び歯科医師の臨床研修が必修化された。

## D. 考察

こうした背景から、医療法改正が行われ医療計画が策定されることとなったが、病床規制という目的は一定の成功を収めたものの、それ以外の医療供給体制の整備に関しては未だ途上にあり、医療の質の向上や医療の標準化等の医療内容の充実という今日的課題に対してはほとんど手つかずの状況である。

また、第一次改正医療法成立当時の問題として、医療計画が作成されることに伴い一部の地域において医療計画公示前に病院の開設、増床の許可申請が著しく増加する例が見られた。これらは医療計画の趣旨を著しく逸脱するものであることから、厚生省では、62年6月、医療計画公示前に病院の開設等の許可を一括して処理することを控えること、病院開設申請者が既存の医療法人である場合は当該開設に伴う定款等の変更審査の際に、法人の資産要件の充足等を十分確認すること等の内容を通知により各都道府県に指示した。1965、1979及び1987年前後に見られた医療機関あるいは病床の増加のうち、最後の1987年のものが皮肉にも病床規制を目的とした改正医療法が原因となっている。事態の防止のためには、早期からの行政指導が必要であったと考えられる。

さらに昭和62年9月には医療計画公示後における病院開設等の取扱い方針として、医療計画上の知事の勧告を受けながら病院開設を行った医療機関に対する措置(保険医療機関の指定拒否等)を通知等で示したが、当時、健康保険法では保険医療機関の資格を付与しない場合として、医療計画を守らなかったためとは規定されていない。

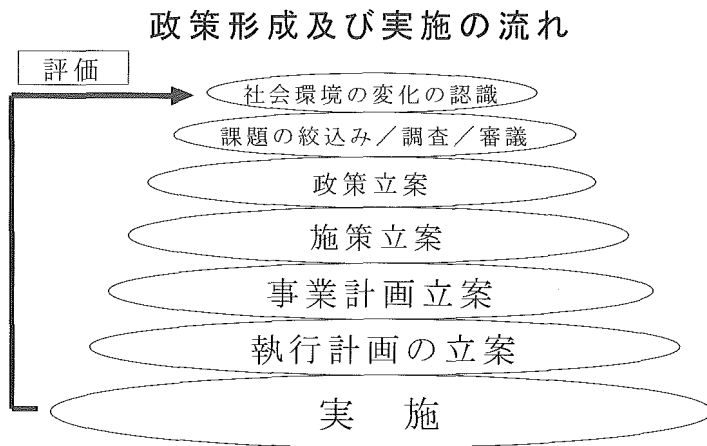
だが、第3次医療法改正時に保険医療機関の指定を行わない場合のひとつとして「健康保険法第六十五条四項二」に医療計画の病床規制を守らない場合というのが法文上明文化された。

さらに保険医療機関の指定が契約上の行為であることを前提に、勧告に応じなければ指定をしないということで、契約拒否手法をリンクさせて勧告制度を事実上不許可制度として機能させるなど解釈上の疑義が指摘されている。<sup>2)</sup>

病床規制は法定事項として、第一次改正医療法に基づく医療計画策定当初から取り組まれ、もはやその所期の目的は達成したと考えられる。量的な医療供給体制の整備から、施設の種別化や人材等の医療資源の効率的な利用という質的な医療供給体制の整備と医療の標準化、インフォームド・コンセント、医療事故の防止等の医療内容の質的な充実へと課題が変遷している。その中でも医療資源の効率的な利用等について、現行医療計画では多くの各都道府県で医療供給体制の整備、かかりつけ医の普及、病診連携の推進、さらに医薬分業という医療計画のハード面の内容の記載が認められるが、医療内容の充実に関しては記載自体があまり認められていない。現行医療計画を改正し、次期計画の策定期間が訪れているが、次期計画ではこれら不足している今日的課題である医療の質の確保、医療事故の防止、病院機能の評価等に関する記述の充実が必要である。

次に医療計画の総論的な問題であるが、医療計画は医療法第30条の3によりその作成が規定されている。形式的には団体委任事務をとっているにもかかわらず、同法第30条の4の厚生大臣の助言に見られるように国が指導的な原理を示す内容が多く、実質的には機関委任事務的な内容を有するものである。建前では都道府県の裁量による地方自治推進の立場を取りながらも、医療行政の推進は国が主導権を持つ内容となっている<sup>3)</sup>。

図1



#### 参考文献

- 1) 大谷藤郎 行政と地域計画 保健の科学 p.379-402. 1979.
- 2) 阿部泰隆 行政の法システム(下) 有斐閣 1999 p.477
- 3) 阿部泰隆 行政の法システム(下) 有斐閣 1999 p.574

#### 参考条文

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

2 前項の場合において、その申請が病院又は医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所に係るものであるときは、当該申請は、同項に規定する病床の種別（第四項第二号及び次条第一項において単に「病床の種別」という。）ごとにその数を定めて行うものとする。

3 厚生労働大臣は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。

一 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、この法律の規定により保険医療機関若しくは保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定又は第八十六条第一項第一号に規定する特定承認保険医療機関に係る同号の承認を取り消され、その取消の日から五年を経過しないものであるとき。

二 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、保険給付に関し診療又は調剤の内容の適切さを欠くおそれがあるとして重ねて第七十三条第一項（第八十五条第九項、第八十六条第十二項及び第十三項、第一百条第七項並びに第一百四十九条において準用する場合を含む。）の規定による指導を受けたものであるとき。

三 前二号のほか、当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、保険医療機関又は保険薬局として著しく不相当と認めるものであるとき。

4 厚生労働大臣は、第二項の病院又は診療所について第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、その申請に係る病床の全部又は一部を除いて、第六十三条第三項第一号の指定を行うことができる。

一 当該病院又は診療所の医師、歯科医師、看護師その他の従業者の人員が、医療法第二十一条第一項第一号 又

は第二項第一号 に規定する厚生労働省令で定める員数を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した員数を満たしていないとき。

二 当該申請に係る病床の種別に応じ、医療法第七条の二第一項 に規定する地域における保険医療機関の病床数が、その指定により同法第三十条の三第一項 に規定する医療計画において定める基準病床数を勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した数を超えることになると認める場合（その数を既に超えている場合を含む。）であつて、当該病院又は診療所の開設者又は管理者が同法第三十条の七 の規定による都道府県知事の勧告を受け、これに従わないとき。

三 その他適正な医療の効率的な提供を図る観点から、当該病院又は診療所の病床の利用に関し、保険医療機関として著しく不適当なところがあると認めるとき。

## C-2 医療計画の策定と執行に関する評価

### 1. はじめに

医療計画と健康日本21に基づいて地方自治体による策定が行われている関連計画は住民の健康をめぐる大きな計画である。

現在、医療法に基づく医療計画の第4次の改正時期を迎え、各都道府県ともその改定作業に着手しつつある。

現行の医療計画には保健の分野も盛り込んだ医療計画として各保健所が中心となり2次医療圏ごとに計画を策定しているところも見られる。医療計画は医療法に基づく法定計画で、医療法第三十条の三により都道府県に医療計画の策定が義務付けられるとともに、計画に盛り込まれるべき事柄が具体的に列記されている。

医療計画は昭和60(1985)年の第1次医療法改正により定められたもので、病床規制と医療圏域の設定といういわば規制的な計画を根幹に、当初は権力的な規制行政からスタートしたものであるが、病床規制も既に達成し、近年は医療や医療施設に関する住民への情報提供や医療施設間連携、さらに医療機関の機能分化を狙った計画へと変貌している。

### 2. 医療計画の策定指針

医療計画策定指針に示されているように、計画の策定にあたっては、統計データ等で地域の問題点や実情を分析し、それを改善するために地域保健医療協議会等を設置し、その場で関係団体、学識経験者、市民、医療提供者等の意見を反映しながら計画を策定していくというものである。

## C-3 記載内容から見た医療計画

### 1. 医療計画の記載事項の変遷

昭和60年の医療法改正により新たに制度化された医療計画は、医療提供体制のシステム化を図るとともに病床及び診療機器の適正配置を目的とした。記載内容は医療圏及び必要病床数の設定といった必要的記載事項に加え、医療施設の相互連携、救急医療、へき地医療、医療従事者の確保等の任意的記載事項から構成されていた。具体的な記載内容は医療法第30条の4において「厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他の医療計画の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。」こととされているが、実際は局長通知等により技術的助言がなされてきた。

平成2年には、任意的記載事項に保健対策をも含めた二次医療圏ごとの地域保健医療計画の策定が推奨され、医療提供体制と地域保健を一体的にとらえた計画作りが全国的に進め得ることとなった。第三次医療法改正（平

成10年施行)後は法定の事項を全て記載するものとなったため、従来の任意的記載事項も記載が必須となった。特に機能別の医療提供施設の整備については詳細な医療機能の調査を行った上で整備方針を定めるものとされ、かつ調査内容の情報公開が求められている。また、これ以降二次医療圏ごとの地域保健医療計画の作成に替わり、二次医療圏の状況のみを県計画に記載するといった手法が認められるようになった。

第四次医療法改正(平成13年施行)では、基準病床数の算定式の見直しに伴い既に第三次医療法改正に基づく医療計画の見直しを行なった府県は当該部分のみの修正公示を行ったが、現時点では13府県の本体計画が第4次改正医療法施行前に公示されたものである(5府県で改定中)。

医療を取り巻く情勢の変化の中で、医療計画は効率的かつ安全な医療提供体制の設計図であり、工程表とも言えるべきものである。現行の医療計画はその十分な役割を果たしているのかどうか、全都道府県の医療計画の記載内容を調査し比較検討した。その結果を以下に示す。

## 2. 現行計画の記載事項

現在公示されている全都道府県の医療計画の記載内容を調査し、①内容の記載のみもの、②当該項目に係る現状が記載されているもの、③具体的な目標設定があるもの、に分類した。

表1 公示年度ごとの分布

公示年度	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年
自治体数	4	9	2	10	14	8

平成10年度、11年度に公示が行われた13府県の医療計画はいずれも第四次改正医療法施行前のもので、茨城県、京都府、島根県、香川県、大分県において現在改定作業中である。平成12年度は第四次医療法改正の作業中であったこともあり、改正法施行後の平成13年3月に2件公示されたのみである。なお、三重県は平成15年12月に新計画を公示済みであるが、今回の集計では旧計画を用いた(表1)。

### 2-1 二次医療圏別計画

栃木県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、島根県、山口県、高知県、沖縄県では二次医療圏別の計画は策定されていないが、大阪府や島根県のように二次医療圏別の状況を個別課題ごとに記載している場合が多い。なお、二次医療圏別の計画を策定している他の道府県でも、二次医療圏ごとの現況や今後の施策を簡単に記述し県計画と合本しているものが6県(福島、福井、鳥取、愛媛、福岡、宮崎)あり、全体としては簡素化の傾向にある。

### 2-2 項目ごとの記載状況

#### (1) 医療圏・基準病床数

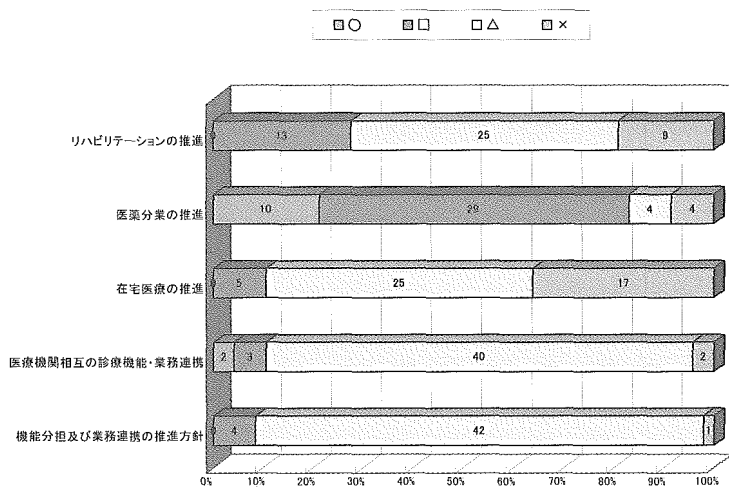
すべての都道府県で設定しているが、平成11年以前に本体公示を行った13府県は、基準病床関連部分の変更公示を行っている。

#### (2) 医療関係施設相互の機能分担及び連携

すべての都道府県において関連項目の記載はあるが、業務連携を促す具体的な施策に乏しい。多くは一般的な地域の病診連携や、がん診療施設や周産期医療センター等の高度医療施設との連携システムの記載であった。ま

た、医薬分業についても具体的な目標設定が少なかった（図2）。

図2



左から ○、□、△、× となっている。

- ・・・目標設定に関する記載あり
- ・・・現状データのみ記載あり
- △・・・現状の記載のみ
- ×・・・何の記載もない

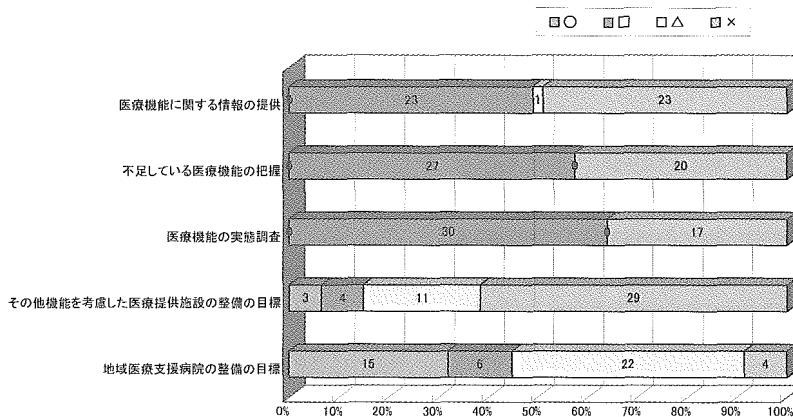
\*以下の図は同じ

### (3) 医療提供施設の整備の目標

地域医療支援病院の整備目標は、(2)の医療連携の中で多く取り上げられており、概ね二次医療圏にヶ所以上というものであったが、承認基準の高さから、一部の開放型病院の取り組みが高い地域を除き、方向性を示すのみであった。

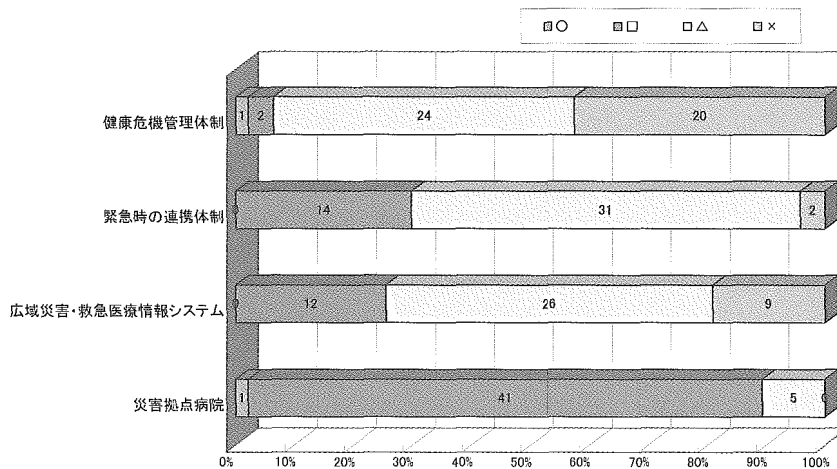
また、機能を考慮した医療施設の整備については、具体的な目標を掲げるのは特殊な機能を持った医療施設の整備計画が既にある場合に認められた（図3、図4）。

図3



6割を超える自治体で医療機能に着目した医療施設調査を実施し、結果を公開していたが、多くは結果の記載のみで、不足する医療機能の分析とそれに伴う医療機能の充実方策の記載が認められなかった。

図4

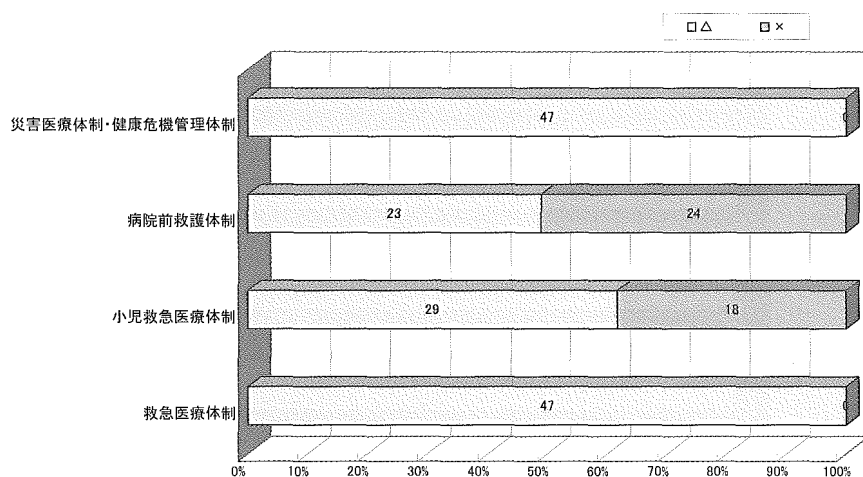


#### (4) 救急医療の確保

大半の自治体において、救急医療体制の体制図及び救急医療機関の分布状況が記載されていたが、これは医療計画作成指針に詳細な参考図により示されていることに伴うものであろう。また、新たな課題である小児救急医療や病院前救護体制については、平成14年以降に公示された医療計画に多く認められた。

災害医療体制は、全ての都道府県で記載があったが、災害時の具体的な行動計画や地域防災計画との整合性についての記載の不備が目立った。また、健康危機管理体制は約半数の自治体で記載があるが、感染症や食中毒といった、個別の保健対策からみたものにとどまっており、横断的な連携や図上訓練等に関する記載は乏しかった(図5)。

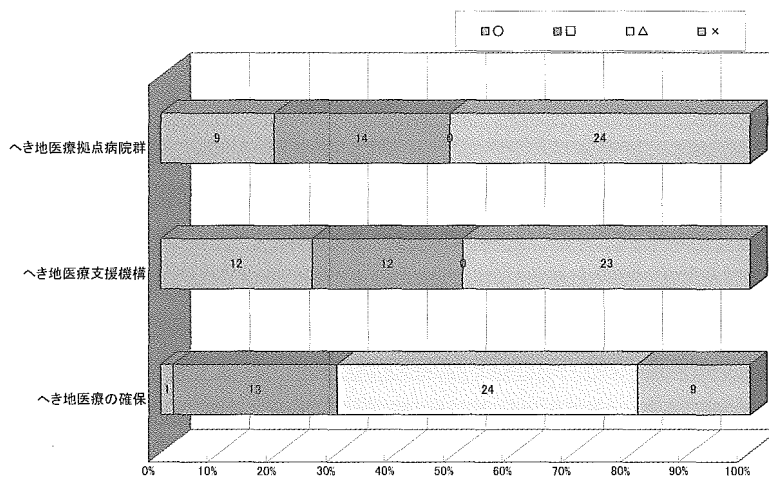
図5



(5) へき地医療の確保

全般にわたる記載がない自治体が9府県あったが、多くは医療従事者の確保の項目における記載があった。また、第9次へき地保健医療計画において位置づけられたへき地医療支援機構やへき地医療拠点病院について、整備目標を掲げる自治体が認められた(図6)。

図6

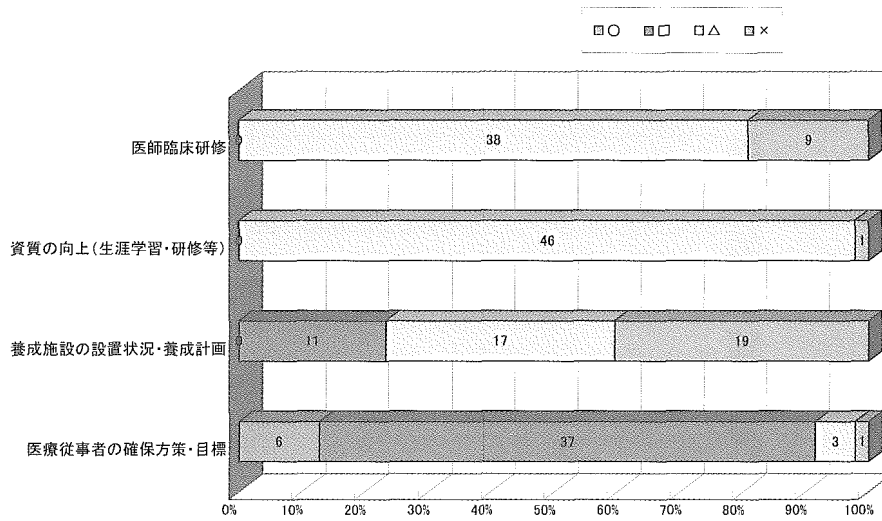


(6) 医療従事者の確保

ほぼ全ての自治体が何らかの医療従事者の確保に関する記載があったが、具体的目標を掲げる自治体は6県にとどまっている。また、平成16年度から開始される医師臨床研修必修化に対する取り組みも具体性に乏しい状態であった(図7)。



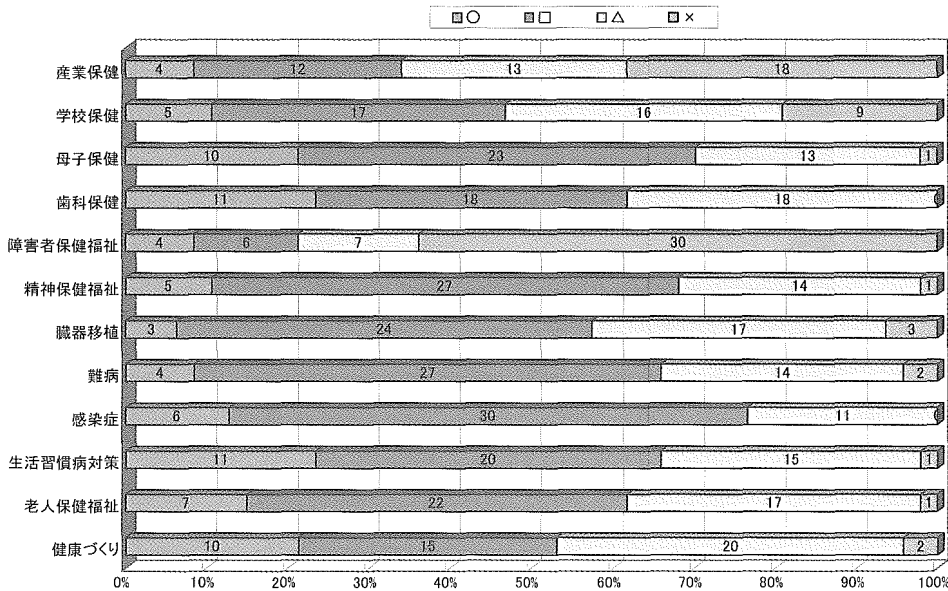
図7



(7) 個別の保健福祉対策

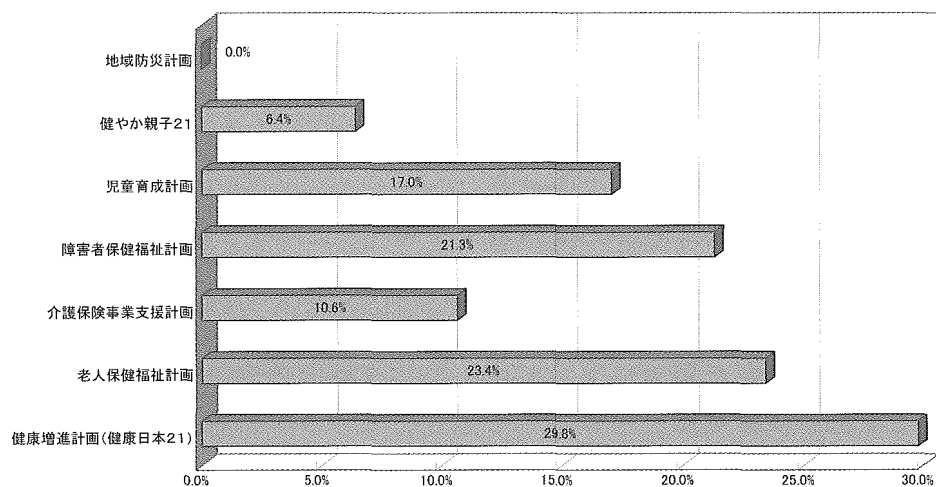
具体的な目標を掲げている自治体は、健康増進計画（健康日本21）と連動して医療計画を作成するか、健康増進計画の一部分を引用したものである。特に、母子保健、歯科保健、生活習慣病対策など、健康日本21で数値目標を掲げた項目において、具体性が明確になっている。また、学校保健や産業保健といった他部局に関する項目の記載が少なく、精神を除く障害者対策の記載があった自治体の多くは障害者保健福祉計画と連動した計画であった（図8）。

図8



(9)他計画との調整 (図9)

図9

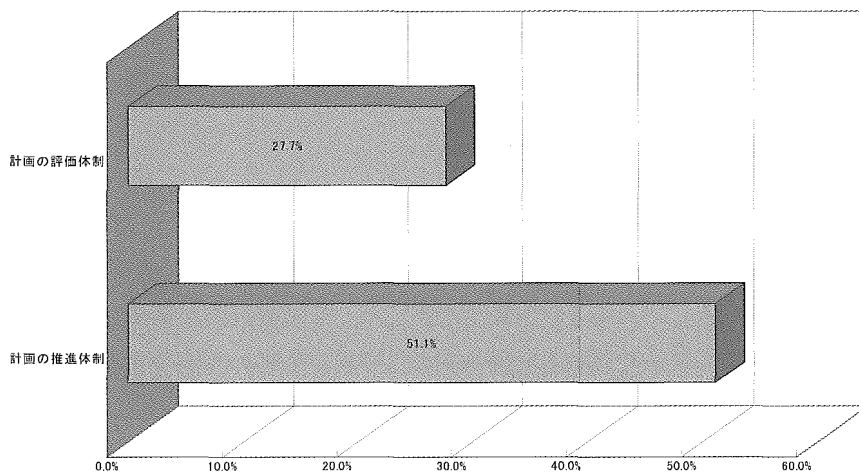


医療計画への記載上は他計画との整合性に係るものは半分に満たなかった。なかでも、健康増進計画、老人保健福祉計画及び障害者保健福祉計画の順に整合性を図っている場合が多かった。これらは、法に基づく計画であり、かつ数値目標（output、outcomeと指標の性格は異なるが）を掲げていることから、医療計画との整合性を図る必要があると考えられる。今後は、療養病床の整備方針について、これまで以上に老人保健福祉計画または介護保険事業支援計画との整合性が重要となると考えられる。また、多くが都道府県の総合計画の保健医療（福祉）分野という位置づけであった。

(10)計画の推進・評価

計画の推進または評価に関する記載があった自治体は半数程度にとどまり、記載がある場合でも、評価に関する記載はさらに半数程度であった。保健対策を含めた数値目標を掲げる自治体は一定期間後の評価・見直し（法定期間後の見直しを含む）を規定する傾向にあった（図10）。

図10



医療法第30条の3第2項に基づく記載事項

次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (ア) 区域の設定に関する事項
- (イ) 基準病床数に関する事項
- (ウ) 地域医療支援病院の整備の目標その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- (エ) 医療提供施設の設備、器械又は器具の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能の分担及び業務の連携に関する事項
- (オ) 休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項
- (カ) へき地の医療の確保が必要な場合にあつては、当該医療の確保に関する事項
- (キ) 医師及び歯科医師並びに薬剤師、看護婦その他の医療従事者の確保に関する事項
- (ク) その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

1. 目標の記載状況と評価

医療計画においては、基準病床数の設定のほか、記載すべき整備目標に係る規定があるが、これらの医療計画への記載状況には具体性が乏しく、到達に至る行動計画が不十分であるのが現状である。

①地域医療支援病院の整備目標

約32%の計画に記載があるが、多くは「二次医療圏あたり1施設（以上）」といった表現であり、他の医療機関との機能連携具体的な記載は認められない。しかしながら、高い承認基準を背景として承認実績が少ないことから、より中核的な病院の整備と再編を模索している自治体も少なくない。

②機能を考慮した医療施設の整備目標

約6%（3県：鳥取、島根、富山）の計画に記載があった。島根県においては、具体的病院名を挙げて、その機能の紹介とともに今後強化すべき医療機能を提示しており、二次医療における二次医療圏内の充足率（二次医療圏内居住者の自圏内受診比率）を全体の目標として設定し、二次医療圏内における一定の自己完結を目標としている。

③その他の医療対策に係る記載

特に救急医療について具体的現状記載がなされているが、今後の整備目標、救急医療の質の quality assurance については、おしなべて記載が乏しい。第4次医療法改正に基づく医療計画が策定されるにつれ、内容が充実しつつあるが、特に救命救急センターや病院前救護体制の目標設定や質の評価の充実が望まれる

また、へき地医療については、自治体病院のあり方や医師全体の確保策とも連動するため、山間・離島地域を抱える都道府県ほどへき地医療にとどまらない医師確保に関する記載が目立つが、具体的な目標や方策の記載は残念ながら十分でない。

#### ④保健対策に係る記載

臓器移植や精神医療、難病医療対策などは、個別の保健対策に包含される場合が医療計画全体の2/3を占めている。ただし、いずれの場合も具体的目標設定には至っておらず、施策の方向を示すにとどまっている。今後、医療の質の評価が現場レベルのみならず、第三者的なその必要性が高まるにつれ、医療計画においても、totalな質の保証に関する何らかの指標の設定が必要なる。

また、「健康日本21」の都道府県計画に連動し、医療計画においても健康増進に係る具体的目標の記載が多く認められるが、住民の取り組みとしての健康増進と医療対策との関連が不明確な例が多く、当該保健指標の向上に繋がる、具体的な医療対策の目標設定と情報公開が必要と考える。

### 2. 目標設定のパターン

#### 【数値目標を設定】(表2参照)

健康日本21の手法を倣い、アウトプット指標の目標値をベースライン値とともに記載している例が多い。これも先に述べたとおり、健康増進計画の地方計画または高齢者保健福祉計画若しくは障害者プラン等における数値目標を引用している例が多い。救急医療など医療計画独自で目標設定を行うアイテムを精査した上で具体的な目標設定と実施計画を記載することが求められる。

#### 【今後実施予定の施策を記載】

予算措置もされ、今後実施予定の事項を目標値として設定している例が多く見受けられる。一見実現可能性は高いが、既存の決定事項を紹介することとどまるため、より詳細な実施計画も含めて記載することにより、住民の理解も得られるのではないかと。

#### 【施策の方向性を記載】

もっとも多いパターン。今後の施策のあり方、または検討事項の記載にとどまる例である。医療計画としては施策の必要性、緊急性を理解せしめる効果はあっても、実際に施策として実施することを保証したものではなく、財政的にも責任が不明確な記載に陥りがちである。

### 3. 医療計画の記述内容

上記の図1の構造からすれば、各都道府県において策定されている医療計画は、特に事業計画や執行計画の具体性が乏しい構造になっている。特に財政面で計画での裏づけがないことや、具体的な目標値や執行方法を記述していない計画がほとんどである点については、早急に改善すべきである。