

該都市計画に定めようとする事項のうち政令で定める地区施設の配置及び規模その他の事項に限る。)を決定しようとするときは、あらかじめ、都道府県知事に協議し、その同意を得なければならない。

4 都道府県知事は、一の市町村の区域を超える広域の見地からの調整を図る観点又は都道府県が定め、若しくは定めようとする都市計画との適合を図る観点から、前項の協議を行うものとする。

5 市町村は、準都市計画区域について都市計画を決定しようとするときは、あらかじめ、都道府県知事の意見を聴かなければならない。

6 都道府県知事は、都道府県が定め、又は定めようとする都市計画との適合を図る観点から、前項の意見の申出を行うものとする。

(都市計画の告示等)

第二十条 都道府県又は市町村は、都市計画を決定したときは、その旨を告示し、かつ、都道府県にあつては国土交通大臣及び関係市町村長に、市町村にあつては国土交通大臣及び都道府県知事に、第十四条第一項に規定する図書の写しを送付しなければならない。

2 都道府県知事及び市町村長は、国土交通省令で定めるところにより、前項の図書又はその写しを当該都道府県又は市町村の事務所において公衆の縦覧に供しなければならない。

3 都市計画は、第一項の規定による告示があつた日から、その効力を生ずる。

C-6 推進方策（インセンティブや予算等）

医療計画は医療提供体制の量及び質の確保をうたっているが、財政的裏付けを計画の中で十分に確保できておらず、これが計画の推進を大きく妨げてきた。

一方で、病床規制の実質的発動権限を有しているがために、結果として医療保険制度とリンクし、保険財政の抑制に一定の役割を果たしてきたとも言える。

このように、医療計画において補助金等による奨励施策の裏付けを持たせることによるその推進を図ることは今後とも困難な状況であるが、例えば医療保険に係る計画の策定との連携により、実質的な医療計画の記載及び目標設定並びに推進を図って行くことが可能になるのではないか。

なお、平成13年3月に「医療計画策定のための調査（p.59～69）」を実施したが、その中の「問17」では「計画を推進する際にどのような方法が有効でしたか。順位をつけてお答え下さい。」という質問を行っている。

都道府県本庁の医療計画担当者が答えた順位は次のような結果となった。

- ① 市民へのPR（3.17位）
- ② 老健事業への定期的指導（4.63位）
- ③ 補助金を出す（2.17位）
- ④ 医師会や病院協会の会合に定期的に参加する（2.78位）
- ⑤ 計画推進のための委員会の設置・開催（1.46位）
- ⑥ 医療監視（3.92位）

厚生科学研究費補助金研究
医療計画の評価に関する研究
主任研究者
国立医療病院管理研究所医療政策研究部
部長 長谷川 敏彦
研究協力者
東京医科歯科大学大学院
医療政策学講座 医療管理学分野
教授 河原 和夫

医療計画策定に関する調査（依頼）

拝啓 皆様方におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

医療計画の策定が医療法で義務付けられ、早や15年を迎えました。先般その間3回の医療法の改正が行われ、国民の医療への不信感が高まりつつある中、医療提供体制整備の問題は年々重要になってきています。そこで医療計画のあり方をもう一度考え直す時期が来ています。

医療計画の策定も都道府県の重要な業務として位置付けられています。

今回、医療計画の策定・実施を過程ごとに分析することによって、次期以降の医療計画策定のための、標準化の手法開発に資し、行政の効果的实施に役立つ基礎資料を作成することを目的として本調査を実施したいと思います。

ご多忙とは存じておりますが、何とぞ調査にご協力くださいますよう、お願いいたします。

なお調査結果の公表は統計処理をした上でを行い、特定の都道府県名を公表することはありません。

敬具

●お問い合わせ先：

国立医療病院管理研究所 医療政策部 長谷川 敏彦
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-23-1
TEL 03-3203-5327
FAX 03-3202-6853

東京医科歯科大学 医療政策講座 医療管理学分野 河原 和夫
〒113-8510 東京都文京区湯島1-5-45
TEL 03-5283-5863
FAX 03-5283-5864

〈記入上の諸注意〉

1. 「調査票A」はすでに策定された最新の医療計画の策定に携われた方へのアンケート（※）です。「調査表B」は現在医療計画の担当部署にいて現在改訂しているか改訂する予定の次期医療計画の担当者の方へのアンケートです。

※調査票Aに付いているコメント票は、現行医療計画を策定された方が回答された後に、現在の次期医療計画担当者の方に記入していただくことになっていきますのでよろしくお願いいたします。（4. 参照）また、Aの調査対象となる方で、人事異動等で配属が変わった方の場合はお手数ですが、異動先までAを送付してください。

2. 質問にはあなたが担当していた時点、あるいは担当している場合は現時点での状況について回答をお願いいたします。

3. 調査票は各都道府県に1部配布いたします。該当する選択肢に○を付けてください。その際補足などございます場合は、空白部に自由に書き込んでいただいても結構です。複数回答可と指定しているところでも、複数の選択肢を選んで頂いても結構です。選択肢がない記述式の設問ではできうる限り、具体的かつ率直にご記入ください。

4. なお、調査表Aに付いているコメント票はかつての担当の方が回答の後、現在担当されている方がその回答をふまえて、次期医療計画策定の際に改善すべき問題点、または参考になる点などを書き込んでいただくようになっておりますので、お手数ですが調査表Aは医療計画策定に携わっていた方の回答の後、現在の担当者（調査表Bの回答者の方）へお送りください。（その際コメント票と質問票を切り離さないでください。）

5. 結果の公表は統計処理を終えた形で行いますので、ありのままをお答え下さい。

6. 調査票に記入後、同封の封筒に入れて4月20日迄にご返送ください。

●「調査票A」について

- ・ 現行の医療計画の策定に携わっていた方が「質問票」の調査対象となります。
- ・ 異動された場合はその先へ送付していただきますようお願いいたします。
- ・ 計画策定・実施・評価の流れとして、政策形成のPDSサイクル（Plan・立案→Do・実施→See・評価）に沿った形で医療計画における各過程についてお尋ねいたします。現行医療計画担当者の方は質問票の質問のみ回答して下さい。
- ・ 記入後、次期医療計画の担当者（「質問票Bの回答者」）にわたしてください（現行医療計画策定担当の方はコメント票には何も書かないで下さい。またコメント票と質問票を切り離さないで下さい）。
- ・ 「コメント票」は次期医療計画担当者の方が、「質問票」の回答をふまえて設問にお答え下さい。

●「質問票B」について

- ・ 次期医療計画を策定しつつある、あるいは策定を予定している方が調査対象です。

特に指定がされていなくても、複数回答可です。また余白に何かコメントを書いていただいても結構ですので自由にお書き下さい。

すでに策定された最新の医療計画の策定に携われた方が対象です

調査票A「質問票」

◆まず、始めに以下の表に計画策定開始と知事答申の日程、作業部会での検討、委員会審議、本会議審議の回数を書き込んでください。

策定開始	委員会審議	議会本会議での審議	作業部会での検討	知事答申
平成 年 月	回	回	回	平成 年 月

◆この間、計画策定のために使った予算総額をお答え下さい。() 円

Plan (立案)												
現行の医療計画を策定された方が回答してください。												
問1 医療計画策定の際は事務局体制を採用しましたか。												
①採用した——		→・事務局設置の課 課 ・事務局長役職名										
②採用しなかった		・事務局員所属の出先機関										
問2 計画策定のための委員会についてお尋ねいたします。												
①新たに委員会を設置した ②公衆衛生委員会や医療審議会等、既存の委員会を利用												
③保健医療対策協議会 ④その他												
問3 計画策定の際どの段階でどの組織・人から意見を聞きましたか。表に○を入れてください。												
組織・人	情報 収集	問題 抽出	目標 設定	解決 模索	優先 順位	組織・人	情報 収集	問題 抽出	目標 設定	解決 模索	優先 順位	
①医師会						⑦学校						
② 歯科 医師会						⑧企業						
③看護協会						⑨学識者						
④薬剤師会						⑩NPO						
⑤医療機関						⑪住民						
⑥保健所						⑫その他						
内部部局												
⑬教育部局						⑯福祉部局						
⑭環境部局						⑰労働部局						
⑮交通部局						⑱その他						
問4 住民の意見はどのように聴取しましたか。(複数回答可)												
①委員としての住民の意見を審議会、部会などで聴取 ②公聴会を開いた ③アンケートをとった												
④パブリックコメント制度 ⑤住民側からの苦情を利用 ⑥インターネットや広報誌 ⑦モニターに意見を聞いた ⑧その他												
情報収集												
問5 データの収集はどこで行いましたか。												

①都道府県本庁で	②委員会の下に設置した作業部会
③保健所や福祉事務所等出先機関も分担	
保健所担当部分	福祉事務所担当部分
④大学等の研究機関に委託・具体的内容	
⑤コンサルタントなどの民間機関に委託・具体的内容	

問 6	どのような既存のデータを利用しましたか。(複数回答可)		
①人口動態統計	②国民生活基礎調査	③患者調査	④地域保健事務報告
⑤衛生行政業務報告	⑥母体保護統計報告	⑦国民栄養調査	⑧老人保健事業報告
⑨保健福祉動向調査	⑩学校保健統計	⑪伝染病統計	⑫日本人の栄養所要量
⑬老人保健施設調査	⑭医療施設調査病院報告	⑮食中毒統計	⑯結核の統計
⑰家計調査年報	⑱その他		

問 7	都道府県独自の上乗せ調査をしましたか。	①した ②しなかった
※ (①の方) 何を調査しましたか。①住民 ②病院 ③その他		
※どうしても必要なのに手に入れられなかったデータ		

問題抽出
問 8 データを分析して問題点を抽出したのはどの組織ですか。(複数回答可)
①作業部会 ②事務局 ③コンサルタント、シンクタンク等民間組織 ④大学等研究機関
⑤その他

問 9	問 3 で挙げたうち問題抽出の過程で意見を重視したもの上位 5 つを数字で書いて下さい。
①医師会 ②歯科医師会 ③看護協会 ④薬剤師会 ⑤医療機関 ⑥保健所 ⑦企業 ⑧学校 ⑨住民 ⑩学識者 ⑪NPO ⑫住民 ⑬教育部局 ⑭環境部局 ⑮交通部局 ⑯福祉部局 ⑰労働部局	
I () II () III () IV () V ()	

目標・目的の設定	
問 10 医療計画で特に重点的に取り上げたものを上位 5 位まで優先順位を数字で書いて下さい。	
①医療費の抑制 () ②適正な医療資源配置の実現 () ③医療の質の向上 ()	
④利用されない病床の減少 () ⑤平均在院日数の減少 () ⑥不必要な診療の減少 ()	
⑦へき地医療の充実 () ⑧救急医療体制の整備 () ⑨情報の整備・提供 ()	
⑩医療従事者の確保・育成 () ⑪人口増に伴う増床 () ⑫地域医療の連携体制 ()	
⑬その他 ()	

問 11	病床数以外で目標値を設定した項目の数字に○をしてください。
医療の質関係	①医療事故件数 ②がん生存率 ③特になし ④その他
救急医療・僻地医療関係	①ヘリコプター数 ②救急救命士数 ③特になし ④その他
マンパワー関係	①医師数 ②看護婦数 ③理学療法士数 ④作業療法士 ⑤特になし ⑥その他

医療資源関係	①公立病院 ②休日・夜間等医療センター ③特になし ④その他 _____
(設定しなかった方へ) 理由は? _____	
解決方法の考案	
問 12	抽出された問題の解決方法は誰が発案しましたか。(複数回答可)
①作業部会 ②事務局 ③コンサルタント等民間組織 ④大学等研究機関 ⑤その他 _____	
問 13	問3で挙げたうち解決方法の考案の過程で意見を重視したもの上位5つを書いて下さい。
①医師会 ②歯科医師会 ③看護協会 ④薬剤師会 ⑤医療機関 ⑥保健所 ⑦企業 ⑧学校 ⑨住民 ⑩学 識者 ⑪NPO ⑫住民 ⑬教育部局 ⑭環境部局 ⑮交通部局 ⑯福祉部局 ⑰労働部局	
I () II () III () IV () V ()	
優先順位の付与	
問 14	解決すべき問題の優先順位を決めるときに何が重要な要素でしたか。(複数回答可)
①問題の緊急度の高さ ②対象者数(影響を受ける人数) ③費用対効果分析 ④様々な組織・人の意見 ⑤その他 _____	
問 15	問3で挙げた中で、優先順位の付与の過程で意見を重視したもの上位5つを書いて下さい。
①医師会 ②歯科医師会 ③看護協会 ④薬剤師会 ⑤医療機関 ⑥保健所 ⑦企業 ⑧学校 ⑨住民 ⑩学 識者 ⑪NPO ⑫住民 ⑬教育部局 ⑭環境部局 ⑮交通部局 ⑯福祉部局 ⑰労働部局	
I () II () III () IV () V ()	
Do (実施)	
問 16	計画実施の時期についてお答えください。 平成()年()月
問 17	計画を推進する際にどのような方法が有効でしたか。順位をつけてお答え下さい。
①市民へのPR() ②老健事業への定期的指導() ③補助金を出す() ④医師会や病院協会の会合に定期的に参加する() ⑤計画推進のための委員会の設置・開催() ⑥医療監視() ⑦その他 _____ ()	
問 18	計画の推進主体は何でしたか。
①都道府県本庁 ②保健所等出先機関 ③市町村 ④計画策定組織 ⑤その他 _____	
問 19	計画を実施する際に当初の予測とは異なることがありましたらお書きください。
_____ _____	
問 20	計画をどのようにして周知させましたか。
①保健所等出先機関 ②インターネットに載せる ③パンフレット、リーフレットをつくる ④計画自体を一般向けに読みやすくする ⑤その他 _____	
See (評価)	
問 21	貴都道府県では計画を評価しましたか。 ①した ②しなかった

※「評価をした」という都道府県の方だけ問21～24にお答え下さい。	
問22	評価の主体は何ですか。 ①事務局 ②委員会 ③大学等の専門家 ④住民の評価組織 ⑤シンクタンク等民間研究機関
問23	どれくらいごとに評価をしましたか。 ①半年 ②1年 ③1年半 ④2年以上 (年)
問24	何を評価しましたか。(複数回答可) ①設定した目標値の達成度 ②住民参加・認知度 ③費用対効果 ④実施プロセスの効率性 ⑤医療費の動向 ⑥施設のコストパフォーマンス ⑦その他 _____ ⑧評価せず
問25	評価をどのように利用していますか。(複数回答可) ①助成金の配分の参考 ②医療監視に利用 ③老健事業指導に利用 ④次年度の予算要求 ④住民への広報に利用 ⑤その他 _____
問26	医療サービス提供での政府の役割についてどうお考えですか。(複数回答可) ①政府によって全面的に提供されるべきである。②医療の内容により提供主体を民間と政府に分ける。 ②実施は民間機関、NPOに任せ政府はサービスの質の維持や公平性確保の最小限の関与をすべきだ。 ③政府は一切関与せずに民間部門に任せるべきだ。④その他 _____
このページのみ、調査票Bの回答者がお書きください。	

調査票Aへの「コメント票」

問1	次期計画で以下のどの組織や人を重視しますか○をつけて、理由もお書き下さい。(複数回答可) ①医師会 ②看護婦会 ③薬剤師会 ④医療機関 ⑤保健所 ⑥企業 ⑦学校 ⑧保険者 ⑨学識者 ⑩NPO ⑪住民 ⑫教育部局 ⑬環境部局 ⑭交通部局 ⑮福祉部局 ⑯労働部局 上記以外では? _____ 選んだ理由 _____	
問2	次期計画で使う予定のデータに○をして下さい。(複数回答可) ①人口動態統計 ②衛生行政業務報告 ③保健福祉動向調査 ④老人保健施設調査 ⑤国民生活基礎調査 ⑥母体保護統計報告 ⑦学校保健統計 ⑧医療施設調査・病院報告 ⑨患者調査 ⑩ 国民栄養調査 ⑪地域保健事務報告 ⑫老人保健事業報告 ⑬伝染病統計 ⑭日本人の栄養所要量 ⑮食中 毒統計 ⑯結核の統計 ⑰家計調査年報 上記以外で必要と思われる是非入手したいデータ _____	
問3	次期計画の実施のために有効だと考えられる手段は何ですか。(複数回答可) ①市民へのPR ②老健事業への定期的指導 ③補助金を出す ④医療監視 ⑤医師会や病院協会の会合に定期的に参加する ⑥計画推進のための委員会の設置・開催 上記以外では? _____ 現行計画の実施法をどう思いますか. _____	
問4	次期計画の評価をどのように行う予定ですか。(複数回答可) <だれが?>①事務局 ②委員会 ③大学等の専門家 ④住民の評価組織 ⑤シンクタンク等研究機関	

<何を？>①設定した目標値の達成度 ②住民参加・認知度 ③費用対効果 ④実施プロセスの効率性 ⑤医療費の動向 ⑥施設のコストパフォーマンス 現行計画の評価法をどう思われますか。			
問5	目標値の設定に関してどの目標値を設定するつもりですか。(複数回答可) ①医療の質関係 ②救急医療や僻地医療関係 ③マンパワー関係 ④医療資源関係 具体的にどのような項目で目標値を設定する予定ですか。		
問6	評価をどのように利用しますか。(複数回答可) ①助成金配分の参考 ②医療監視に利用 ③老健事業指導に利用 ④次年度予算要求 ④住民への広報 <table border="1"> <tr> <td>上記以外でどのような利用の仕方がありますか。</td> <td>現行の利用の仕方をどう思いますか</td> </tr> </table>	上記以外でどのような利用の仕方がありますか。	現行の利用の仕方をどう思いますか
上記以外でどのような利用の仕方がありますか。	現行の利用の仕方をどう思いますか		
問7	その他何かありましたらご自由にお書きください。		
次期医療計画の策定に携わったか携わる予定の方が調査対象です。			

調査票B

問1	医療計画担当課と係、またご自身の職種、職位をお書き下さい。					
	課	係	職種	職位		
問2	現在次期医療計画を策定中ですか。					
	①策定中 ②既に策定を終了 ③まだ策定していない→(予定があれば)平成()年()月					
問3	以下の項目についての達成の度合いをお聞きます。該当する所に○をしてください。またその項目の達成に医療計画がどれだけ貢献したか%で表現して下さい。一番右の欄には次期計画に取り組む際の優先順位を1位～9位まで数字で記入してください。					
項 目	十分達成	あまり達成されず	全く達成されず	不明	医療計画の貢献度	優先順位
医療費が抑制された					%	
適正な医療資源配置が実現した					%	
医療の質が向上した					%	
利用されない病床が減少した					%	
平均在院日数が減少した					%	
不必要な診療が減少した					%	
へき地医療が充実した					%	
救急医療体制の整備					%	
情報の透明性が増した					%	
問4	これから医療計画は何を目指すべきでしょうか。目指すべきか否か各項目について、はい/いいえで答え下さい。次に医療計画はそれにどの程度貢献できるかについて○をして下さい。					
項 目	はい	いいえ	大いに貢献できる	少し貢献できる	貢献できない	
病院の機能分化						
情報整備・公開						
医療機関相互連携						
予算措置(助成金配分との連動)						
質の評価						
※上記以外に新しく目指すべきものがあれば						
アメリカのある州のように医療機関に医療事故や医療の結果、手術の件数、死亡率を報告させ住民に公開すべきですか。 ①すべき ②すべきでない ③わからない						
行政が地域医療機関の情報を把握し医療機関を住民に紹介するための情報システムを構築していますか。 ①している ②していない						
都道府県は機能分化、連携のためにどのような役割を果たすべきでしょうか。						

問5	都道府県医療計画と他計画の関連について伺います。										
・医療計画と保健計画と並行して策定していますか（その予定ですか）。 ①している ②していない ・保健医療福祉計画を策定していますか（その予定ですか）。 ①している ②していない ・「健康日本21」と従来の計画の重複する部分はどのように処理していますか。（策定している方のみ）											
問6	医療計画策定の際に、他の計画の理念、目標をどの程度取り入れましたか（その予定ですか）。そのまま取り入れていけば①、一部取り入れるなら②、ほとんど取り入れないのなら③、無関係なら④に○をしてください。また各計画に上位計画だと思われる順に数字を記入して下さい。										
計 画	①	②	③	④	順位	計 画	①	②	③	④	順位
健康日本21						エンゼルプラン					
健やか親子21						障害者プラン					
都道府県総合計画等						母子保健計画					
新ゴールドプラン						介護保険事業計画					
問7	医療計画について該当する数字に○をしてください。										
医療計画に政策的効果はあるかどうか。						①ある ②ない ③わからない					
医療圏設定病床規制は必要かどうか。						①必要 ②必要でない ③わからない					
2次医療圏の設定方法は適当かどうか。						①適当 ②適当でない ③わからない					
老健施設病床数加算廃止は適当かどうか。						①適当 ②適当でない ③わからない					
診療所病床数の非加算は適当かどうか。						①適当 ②適当でない ③わからない					
医療機能評価に基づき病床整備すべきですか。						①はい ②いいえ ③わからない					
問8	医療計画策定において第3次、第4次医療法改正についてどのようにお考えですか。										
＜第3次改正について＞											
医療提供にあたっての患者への説明（努力規定）						①適当 ②適当でない ③わからない					
療養型病床群の診療所への設置						①適当 ②適当でない ③わからない					
特別医療法人制度の創設（地域医療支援病院）						①適当 ②適当でない ③わからない					
地域医療支援病院制度化						①適当 ②適当でない ③わからない					
地域医療計画の見直し（地域での必要病床見直し）						①適当 ②適当でない ③わからない					
医療法人の付帯事業拡大						①適当 ②適当でない ③わからない					
広告事項の追加						①適当 ②適当でない ③わからない					
任意的記載事項の撤廃						①適当 ②適当でない ③わからない					
＜第4次改正について＞											
病床区分の見直し（「その他の病床」を「一般病床」と「療養病床」に区分、人員配置基準の変更）						①適当 ②適当でない ③わからない					
医療計画の見直し（「必要病床数」から「基準病床数」へ変更、地域実情反映のための知事裁量権拡大）						①適当 ②適当でない ③わからない					

病院施設のうち義務付けの必要が薄れてきた施設の必置規制の緩和	①適当	②適当でない	③わからない
適正な入院医療確保のための知事の権限強化（人員配分基準を満たしていない医療機関への命令等）	①適当	②適当でない	③わからない
医師及び歯科医師の臨床研修の必修化	①適当	②適当でない	③わからない
広告規制の緩和（診療に関する諸記録に係る情報を提供できる旨を広告できる）	①適当	②適当でない	③わからない

問9	「良い計画」とは何を重視した計画だと思いますか。（複数回答可）
①人々に問題意識を芽生えさせ、目標に向かわせるメッセージ力のある計画	
②策定過程での住民参加など参加性の高い計画	
③根拠に基づく実現性の高い計画	
④費用対効果など結果を重視した計画	
⑤情報公開など説明責任が確保されている透明性の高い計画	
⑥その他	

ご協力ありがとうございました。記入漏れが無いか再度お確かめ下さい。

その他ご自由にご意見をお書きください。

※医療計画研究にご興味のある方はいませんか。よろしければ御名前、部署などお書きください。

C-7 医療計画の評価

1. 計画の策定と執行に関する評価（策定に係る調査結果を記載）

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は総じて具体性が乏しく、到達に至る行動計画が不十分であるのが現状である。

介護保険事業支援計画や高齢者保健福祉計画のように、国が整備目標の参酌基準を示し、かつ財政的裏付けを伴ったものと異なり、医療計画は（基準病床数の設定を除き）おおまかな社会目標を設定するにとどまっている。

なかでも、がんや循環器疾患、小児医療、高齢者医療といった医療機能に応じた施設や医療従事者等の医療提供体制については、特定の中核的な医療機関の整備を除いては計画性が乏しく、あるべき医療の方向性を描ききれていないのが現状である。しかしながら、救急医療やへき地医療といった、公が責任を持って確保すべきセイフティ・ネットとしての医療システムについては概ね計画的な医療提供体制の整備が医療計画において記載・実施されており、他の分野についても同様な取り組みが求められる。

医療計画の執行における重要な点である、目標設定、進行管理、適時の評価については、ほとんど全ての医療計画において十分な記載がなかった。これは、医療計画が目標の実現をめざし、その道筋を定める実施計画としての役割を果たしていない十分な証左である。一部、健康増進法に基づく健康増進計画（「健康日本21」の都道府県計画）と一体的または同時に策定された医療計画では健康に関するアウトカム指標を数値目標として掲げているが、この場合でも、その実現に至るための必要な医療提供体制の構築について十分な道筋が描ききれていない。

以上より、現行の医療計画はその策定及び執行面から見て、多くが描くべき目標の設定が明確でないことに加えてその設定方法が十分な科学的論証に耐えうるものでないこと、目標の実現に至る道筋が具体的に描かれていないこと等から、現行の医療計画は広い意味での社会計画であり、あるべき医療提供体制の姿を実現するための実施計画としての機能が損なわれていると言える。また、目標の不明確性に起因する計画の評価とリモデリング機構の不在が医療計画制度の評価を困難にしていると言える。

<参考：目標設定のパターン>

【数値目標を設定】

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にとどまるため、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】

最も多いパターン。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。

D. 考察

医療計画制度の2次医療圏の線引きは、人や物の流れといった生活圈や経済圏域、そして行政区分等によって設定されている。これらについては、官庁が所有する統計資料等に基づいて算定されたもので、いわば行政主導で国や都道府県が計画を策定して都道府県内あるいは全国の病床や病院の遍在を是正するものとしてスタートした。

この考えを裏付けるように、医療計画制度創設の趣旨を当時の厚生省担当課長は、国全体で見ると病床や医師等の医療資源は国際水準に達しているが、それが地域ごとにバランスよく配分されているかどうかという問題が残っているため、計画的な医療供給体制の整備が必要であるとしている¹⁾。

当時の厚生省が打ち出した医療計画に対して、「地域別、人口別に医療機器をはじめとする医療資源を固定して、公私医療機関の差別を明確に打ち出そうとすることは、まったく自由社会の方向に反するもの」であるとし、自由経済社会という概念が忘れられている²⁾という批判が出されている。株式会社を医療提供の主体の一部としてその医療への参入を是認するか否かはここでは問わないが、これは当時の日本医師会員が記した論文の一節であるが、医療は国が規制して運営していくものではなく、経済原則にあわせて自由に競争していく分野であるとの意見であり、医療計画制度を規制の根源と捉えている意見と考えられる。本質的には今日の医療計画の規制撤廃議論と同一のものである。

国による管理医療など制度発足当初からさまざまな批判があったが、医療計画自体は病床のみに焦点を絞った医療資源の量的形態的統制としてスタートした。しかし、当時から医療計画は医療の質の確保が欠落していることを指摘する論文も見られる。

「医療計画には“医療の質”の問題がまだ残る。“医療の質”は単に医療技術の高さ、医学知識の深さだけを意味するものではない。患者の疾病に対する態度、患者の家庭や社会での立場など、諸々の状況に医療サービスが適応できるように、医師をはじめとして医療提供側が保有する技術・知識をどのように生かしていけばよいかということこそが医療行政上の重要な課題で、医療計画はむしろ、医療提供者と患者の信頼関係を維持増進させることの方が、計画を推進する上でむしろ重要な要件と言えるのである。」

したがって、地域医療計画策定にあたっては、この問題を重視し、効率化一辺倒の施策を鵜呑みにしていかないように注意することが肝要で、医療計画の評価は、医療の提供側に立って評価するか、それとも需要者側に立ってみるかによって評価指標は大きく異なる³⁾、というものである。

当初、医療圏や必要病床数以外の医療計画の記述内容は、必要的記載事項ではなく任意的記載事項であった。第1期の計画の評価指標等の記述についての星ら⁴⁾による報告によれば、「最終目標の評価指標」については、すべての都道府県が病床数の過不足状況を数量化して示していた。しかし、これは法に基づく必要的記載事項なので当時でも指標化された記述として盛り込まれていることは当然の事柄である。この分野の他の指標設定については、がん死亡率を記述しているところは43県(91.5%)、脳血管障害は43県(91.5%)、そして心臓病は44県(93.6%)であった。これらは現状を表す指標であるが、将来の健康改善を指標として設定しているところは、がん死亡率の低減が4県(8.5%)、脳血管障害が4県(8.5%)、心臓病が2県(4.3%)であった。

「将来の保健医療事業実施計画の評価指標」は、健康診査の実施目標を循環器健康診査で見ると、17県(36.2%)が実施目標を設定し、がん検診では20県(42.6%)、訪問指導実施目標は2県(4.3%)等であった。

「将来の保健医療基盤整備計画の評価指標」は保健センターの設置予定施設数が8県(17.0%)、マンパワー整備に関係する医師充足率が8県(17.0%)等であった。指標を設定していなかったり、理念的な目標の記述では当然事業執行計画の記述は伴わない。つまり医療計画の記述はまったくと言ってよいほど進化が見られないのである。

このように、各都道府県は当初から、計画の達成状況を評価しうる指標をほとんど設定いなかった。さらに、

この報告では指標に関して触れているが実際の実施計画等の記載状況を調査対象にしていない。

現行の各都道府県の医療計画に関する我々の調査でも、具体的な数値目標等の設定は僅かの都道府県で行われているだけであった。

医療計画の策定に対して当時の保健所の将来構想とも相俟って、保健所が医療計画策定に際しての企画調整、コーディネート機能を果たしていくことも視野に入れていた⁵⁾が、こうした当初の考えに反して同計画の策定に保健所が主導的な役割を果たしてこなかったことは説明するまでもない。

行政計画策定は、①直接利害調整手続（利害関係人の意見申出、公聴会など）、②間接利害調整手続（国の行政機関相互間協議、国と地方公共団体間協議、地方公共団体相互間協議、議会付議）、③客観性・科学性確保手続（審議会付議、調査など）、④情報提供手続（理由付記、説明会、縦覧、公示、通知など）⁶⁾などの手続を経た上で、計画自体の基本理念、具体的目標の設定、評価指標の設定、施策体系の確立、詳細な事業執行計画の作成等の図1に示すような体系を確保しつつ作業を行っていく必要がある。

利害関係者等の行政計画策定への参加方法とその程度については、①縦覧された計画案に対する意見提出、②公聴会への参加、③案への個別的同意、④案の作成について要請、⑤自ら案を作成して公的認証を得る方法がある⁷⁾。①が最も一般的で、②から⑤に向かうほど例外的になっていく。

医療計画制度においてはアンケートでも明らかなように、この①の手続や手法による住民参加は稀である。

計画行政に一般的な審議会に各種利益団体の代表者を積極的に参加させることについては、かなり多くの提言がある。しかし、新しい環境団体やNGOの代表者については、どのように考えるか、あるいは客観性・科学性確保機能を有すべき審議会の機能を利害調整機能として問題がないかという点が残る⁸⁾。

医療計画の検討は、都道府県医療審議会において行われる。都道府県医療審議会は医療法第71条の2に基づいて設置されている。医療計画の策定、変更等についてはこの審議会場で審議される。

審議会は、国民（住民）の意見や科学的・専門的技術の行政への反映、そして行政の中立性の確保などを目的として設置されるが、一般にその答申や意見等は行政を拘束しない。しかし、「原子力委員会・原子力安全委員会（原子炉等規制法第23、24条）」、「運輸審議会（国土交通省設置法第15条）」、地方公共団体においては「都市計画地方審議会（都市計画法第18条）」等は、決定には諮問を経るという義務を行政庁に課し、その答申について行政庁が尊重義務を負っている。

この都市計画地方審議会と同様に、医療計画の策定、変更等に際しても医療審議会に対して義務的諮問が行われる。だが、審議会方式は住民参加の観点および住民に対する情報提供機能が脆弱である。

医療計画のようなパブリックアクセプタンスを要する社会活動の類型としては、情報の発信者（専門家、行政機関、事業者等）と受け手である国民・住民の間の情報量の差による問題が考えられる。発信者と受け手の対象事例に関する情報量の多少に基づき分類すると、疫学・生命科学研究や原子力事業、そして医療計画の策定といった専門性を要するものは、発信者と受け手の間の情報量の非対称性が強い領域と言えよう。その一方で都市計画のように都市計画法のなかで住民の意見を聴取することが規定されているとともに、それ自体の議論に広く住民がそれぞれの立場で参加できる情報量の非対称性が少ない分野まで存する。

医療計画を住民の意向を十分に反映させて策定するためには、住民が有する情報量を増大させて、医師会等の職能団体や行政関係者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。情報の格差といっても単純に情報の「量」だけではなく、それを解釈する能力の格差も考慮しなくてはならない。情報の量の格差を克服するためには、情報公開(discloser)によって対応される。解釈する能力の格差を克服するためには、行政側または専門家側が住民に対して、対等な議論ができるために配慮すること、制度的に対等な立場を保障すること、議論で用いられる手法を工夫することが求められよう。

具体的な住民参加のための手法としては、委員会への参加、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実際に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資源の不足(情報の量と解釈する能力)が乏しいと考えられるためその意向が反映される程度は制限されると考えられる。国の審議会や検討会の問題点として指摘されていることだが、現代社会では、科学技術の進歩は国民の生活に多方面から大きな影響を及ぼすことから、検討会の委員は多くの利害関係者から構成されることが求められているにもかかわらず、委員の構成は科学者や専門家、職能団体側に偏っていると言える。これは行政の委員選考方法にも一因があると考えられる。現に各都道府県の医療計画策定委員会では医療審議会の委員の出身母体と重複しており、住民の意見を集約する場が弱いと言える。医療資源やサービスの消費者・利用者である住民の視点から計画を策定していく必要がある。

最近では、アメリカの交通政策過程において用いられてきたPI(Public Involvement)が、わが国でも注目を集めている。これは、計画の過程で積極的に公開討議、情報公開を実施することによって住民と行政との信頼関係を醸成するとともに、合意形成をしていくという手法である。従来、わが国では特有の閉鎖的な政策過程に関する不満、批判が存在し、いわゆる政官業の癒着などがスキャンダルとして報道されるなど一般的に行政への不信感を招くような出来事も多々あった。住民と行政、専門家が台頭に議論し、政策や計画が円滑に実施されるためには、制度的な工夫とともに信頼関係といった目に見えない要素を重視していく必要があろう。政策過程での住民と行政の関係は、いまや対立ではなく協働がキーワードになっている。

また、住民として選ばれる人達のみを住民として捉えるのではなく、行政区域に居住し、あるいは在学、在勤する人々までも住民として計画過程の中で捉える必要がある。財政的にも制度的にも現在の社会では、古代ギリシャのアテネのような意味での直接民主主義は不可能ではあるが、そのいわば代替策として計画の過程を逐一公開することで住民との情報格差を是正すること、説明責任を果たすことが重要であると考えられる。

また、現在の医療計画を策定する都道府県審議会も客観性・科学性担保機能より職能団体等の利害調整機能が先行しているものと思われる。

総じて医療計画のような行政主導の計画は、行政機構の集団力学によって計画理念と事業内容のずれが実行段階において見られ、地域社会の実情や住民の意向は実際に反映されない場合が多い⁹⁾とされている。しかし、医療計画は事業内容自体の記述がないものが多く、住民等の利害者の意向が反映する以前に行政政策展開の構造上の問題が指摘されよう。

審議会の性格については、専門的知識の導入と客観的利害調整という2つの役割を有している¹⁰⁾。現在、各都道府県の審議会における利害対立主体は、医師会等の職能団体と行政である。そこには住民の利害は考慮されていない。また、専門的知識の導入についても住民にとっては情報の非対称のため、専門的知識自体がわかりにくい構造になっている。

策定された医療計画を有効に遂行するためには、財政的な裏づけが必要であるとの回答は、都道府県で医療計画の策定を担当している者に対するアンケート調査の結果でも最も多くの回答が寄せられていた。

医療計画は病床規制を主眼に置いた、いわば“規制効計画”であるが、医療計画自体には記載がないものの“給付効計画”を関連する政策に有している。“給付効計画”は、私人に対する特例的融資、補助金、租税特別措置などの給付措置を伴う計画である¹¹⁾。

その関連する政策としては、「病院近代化事業補助金」、「救急医療体制」の整備に伴う補助金等がそれである。救急医療体制の整備は医療計画の中に記載されているものの、これらの補助金によって整備が促進されたのも事実である。

現に医療計画担当者に対するアンケートの回答では、医療計画の推進方策としては「計画推進のための委員会の設置・開催」というのが最も順位が高かった。次いで「補助金を出す」であったように、これらを担当者は有効な推進方策と考えていた。

このように救急医療体制の整備については医療計画の中で記載されているが、医療計画制度が体制整備に有効であったと考えるより、整備のための補助金等の財源確保が有効であったと考えるべきであろう。

こうしたことから医療計画が実効性を持つようなインセンティブを高めるためには、補助金等の財政手段は有力な手法である。前述の都道府県医療計画策定担当者に対する調査でも、医療計画のインセンティブを高めるために重要なものとして補助金との回答が多く寄せられたことから明らかである。

病床数の算定や医療圏の設定に関する必要的記載事項が限定されていたときは、医療計画は規制効計画であった。しかしその後の法改正で地域医療にかかわる多くの事項が必要的記載事項となったが、本来なら給付効的な要素もかなり計画の中に取り込まれてきている。このように医療計画制度は内容的に変容しているにもかかわらず、補助金等の財政的手段が伴っていないところに計画の実効性に関する問題点がある。

医療計画制度自体は救急医療体制の充実や病床不足地域の解消に一定の役割を果たしてきたが、離島の病床整備などに対しては実効性がなかったと言っても過言ではない。

この一つの理由を示す論文がある。それは、たとえば、沖縄県の「宮古圏」と「八重山圏」は離島の多良間村と与那国町を除けば入院外医療に対しては、ほぼ圏内で完結しているが、入院医療については両圏域とも那覇圏依存度が高く、医療供給が不十分であることを示しているとし、その原因としては、完結度の低い圏域に見られる特徴のひとつは医療供給水準が低いことであり、もうひとつは中心都市機能を有する都市が存在せず、日常生活圏として形成されていないか、あるいは中心都市が日常生活圏としての地理的範囲を超える距離にあることであろう¹²⁾、との指摘である。これらは二次医療圏の設定の変更を行う際の参考になる指摘である。

E. まとめ

今後の医療計画における目標の記載のあり方について以下に述べる。

1. 情報の収集と計画の立て方については、(1)基本的な保健医療統計の管理・整備とともに、問題抽出の過程での特別な調査（医療機能調査や入院実態の悉皆調査等）を併用して実施する。この場合、継続してモニタリング可能な調査項目や評価指標の設定に留意する。(2)現行の医療計画の達成状況及び医療提供体制の現状から、今後重点的に取り組むべき課題の抽出を行う。この場合、行政官のみによる行政的課題の抽出だけではなく、医療提供の関係者による round table discussion、デルファイ法や PCM（Project Cycle Management）手法を用いた課題及び解決法の抽出を行うことが望ましい。
- 2 目標値の設定については、「～の機能の確保を図る」や「～の整備を行う」といった不明確な実施計画の記載ではなく、これらの機能を確保するために必要な医療資源の目標値を設定し、それを実現するための政策的投資を明確にする必要がある。例えば、小児救急医療の確保のためには、「今後5年間に小児科医を人口当たり〇〇人確保」または「緊急的に今後3年間で小児救急に協力する内科医を人口当たり〇〇人確保し、必要な研修を行う」と目標を定め、その確保方策を可能な限り明示（上記の研修事業のような個別事業）し、その達成状況と小児救急医療のアウトカムを定期的に評価・検証する仕組みを医療計画に盛り込むべきである。
3. 執行管理については、(1)医療計画の執行において最も重要なことは継続的な評価と見直しの仕組みをあらかじめ構築しておくことである。(2)目標値の継続的なモニタリングを可能とするため、医療提供体制の各種指標を発生源入力により on-line で収集する体制を構築する必要がある。(3)国及び都道府県は執行管理の継続性を確保するため、上記の情報収集体制の整備とともに、これらを公開し評価の客観性を確保する必要がある。(4)都道府県は公開された情報により、医療計画による医療提供体制の充実度を住民に分かり

やすく情報提供するとともに、専門家による外部評価を受け、見直しの際の課題抽出を行う必要がある。

4. 医療計画はこれまで病床規制に重きを置いた行政計画であったが、今後はより医療機能に着目した医療施設の整備や医療従事者の地域偏在の解消、医療の質の向上を主眼に置いた計画であるべきである。しかし、医療法に基づく計画でありながら、財政論と一体性を欠いており、これが現在の医療計画の空文性につながっている。各都道府県の医療計画の構造については既に述べたところである。事業計画や実施計画等の具体的な部分が欠如しているため、計画の実効性が伴わないのである。

実効性を持たすためには、予算措置等の財政的な手段が有効である（これについては、都道府県の医療計画担当者に対するアンケート調査結果からも明確である）と考える。そのためには、医療計画制度と診療報酬制度や各種補助金等とのリンクが一法である。

5. 介護保険事業支援計画や高齢者保健福祉計画のように、国が整備目標の参酌基準を示し、かつ財政的裏付けを伴ったものと異なり、医療計画は（基準病床数の設定を除き）おおまかな社会目標を設定するにとどまっている。
6. これまでの医療計画は結果として医療保険財政とリンクしてきたが、これは病床規制の実質的発動の場面にのみ、その効力を有していたと言わざるを得ない。過去の医療法改正と診療報酬との関係であるが、診療報酬の面では「①医療機関の機能別の評価」、「②看護サービス等の医療サービスの向上や医療の質向上に伴う評価」、「③医療技術の進歩に伴う技術評価」、「④患者ニーズへの対応に対する評価」等に基づく改定が行われてきた。しかもこれらの改定は、医療経営戦略の策定に定着してきた。

こうしたことから、医療計画制度については診療報酬制度と効果的なリンクを図ることにより、計画達成の実効性がより期待できる。また、現在策定されている各都道府県の医療計画には具体的施策体系が欠落しているが、それを補うことも期待される。

7. 医療計画が今後目指すべき方向性としては、すでに量的規制を達成した医療法及び医療計画は今後、医療の質的な達成及び医療機器、設備、人材などの医療資源の適正配置、利用者（患者）側からの記述の充実が望まれるところである。

しかし、問題は行政側に現行法のもとでは実効性をもって行なわれる事柄が病床規制のみであるという点で、他については行政側に理念実現のための手立てがないということを認識しなければならない。医療機器の適正配置や規制、医療の標準化、質の向上、医療従事者の資質の向上については理念の表明に止まり病床規制のような実効性は持っていないのである。

医療計画は医療提供体制の量及び質の確保をうたっているが、財政的裏付けを計画の中で十分に確保できないことに制度的限界であると言える。

8. このように、医療計画において制度的に具体的な目標を設定することが困難な状況ではあるが、例えば国民健康保険を所管するセクションと連携を図ることにより、現実的な医療計画の記載及び目標設定を行うことが可能になるのではないか。
9. 一方、国際的な状況に目を向けると、WHO による評価方法は、医療システム全体の評価を多角的におこなうものである。わが国の医療計画においても、この手法を参考にして同制度の評価を行うことが可能である。

また、日本では実行されてこなかった、疾病管理（disease management）ならびに患者の視点から見た評価手法の開発について「乳がん」をモデルにして実施したが、これは医療の標準化と質の確保、さらに患者の視点そして医療遂行への患者参加という立場から医療体制を考える際の有用なツールとなるものであり、今後の医療計画の策定方法を検討する際の手法のひとつとして期待されるものである。

10. 医療計画制度は病床規制を進めてきた。しかし高額医療機器等への他の資本投資が規制されていないと、

病院は病床の代わりに高額医療機器に投資を行う場合がある。この時には、資本投資全体は削減されず、病床への投資支出削減効果を埋め合せしてしまうことになる。

このため、病床規制を実施した多くの欧米諸国では、併せて、高額医療機器への投資規制が行われているが、わが国では高額医療機器への投資規制は行われてこなかった。

1 1. 基準病床数の算定式は p. 39 に示している。このうち医療に関連が強い指標として、入院率、病床利用率、平均在院日数がある。これらについては背後に多くの因子（医療の質、医療施設の整備状況、健康水準、診療報酬制度など）が関係していることから、これらの因子を総合的に分析し、関連性等も考慮して基準病床数を算定する必要がある。また、「他区域との間の流入・流出の差」についても、生活圈域や経済圏域に着目して算定するのではなく、“住民が希望する医療機関をなぜ受診するのか”といった要因等に主軸を置いて流・出入を算定する必要がある。

1 2. 医療計画の策定プロセスと住民参加であるが、医療計画の策定に係る委員の多くが医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院協会及び学識経験者で構成され、住民が参加するプロセスが脆弱であることが明らかである。また、住民が参加する方途を講じて、審議される医療計画の内容は専門性が強く、専門職種出身の委員や事務局である行政と住民（住民代表委員）側との間に、いわゆる“情報の非対称”が生じている。

住民参加のプロセスを保障するとともにこうした情報の非対称を緩和する必要がある。そのためには後述する“シナリオ形式の医療計画”策定手法を取り入れるなどして、わかりやすい形や内容で医療計画を審議していく必要がある。

1 3. 医療計画は本来、病床過剰地域に規制を課し、過不足地域の平準化を目指したものである。いわば不足している地域に医療資源が進出していくという「適応放散」¹³⁾を目指したものである。

病床規制以外にあまり効力を示していない現行医療法については、医療・薬事分野の関係法規を総合的に俯瞰し、今日的課題に対処できるように、また、行政側が政策を遂行できる手段を多く提供できるように、さらなる法規の充実が必要であると考えられる。

そして、団体委任事務としながら機関委任事務的な色彩が強い医療計画について、国の役割及び都道府県の役割を再定義し、国民に密着した医療をどのような体制で提供していくか真剣に考えなければならない。

参考文献

- 1) 入山文郎. 医療計画をめぐる諸問題. とやま県医報. No.1002, p.12-16. 1989.
- 2) 弓倉藤楠. 地域医療計画. 日本医師会雑誌. Vol. 85(6), 1981.
- 3) 江川寛、舟谷文男. 地域医療計画の評価. 病院管理. Vol. 29(2), p.27-39. 1992.
- 4) 星旦二、他. 47 都道府県の保健医療計画における指標型目標の設定に関する研究. 日本公衆衛生雑誌. Vol. 40(8), p.636-643, 1993.
- 5) 入山文郎. 医療計画をめぐる諸問題. とやま県医報. No.1002, p.12-16. 1989.
- 6) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.133. 2003.
- 7) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.136. 2003.
- 8) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.151. 2003.
- 9) 崎原盛造. 医療圏設定に関する一考察. 病院管理. Vol. 19(2), 1982.
- 10) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.162. 2003.
- 11) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.77. 2003.

- 1 2) 二藤尊夫、江川寛、柚須紘一、舟谷文男. 医療圏と地域の社会的属性. ー計量社会学的観点からー. 病院管理 Vol18(1)、1981.
- 1 3) 石原信吾. 地域医療計画実施の問題点. 病院 Vol. 43(1)、p. 26. 1984.