

今回の研究においては医療機関の実際の財務諸表を入手し、財務分析を行うことを通じてその活用方法の一例を示した。閲覧可能となった財務諸表は随分簡略化されており分析できる項目に限界が多く（図表5）、入手に手間を要するといった問題がある（福岡県の場合は原則として医療圏毎の保健福祉環境事務所又は政令市・準政令市においては保健福祉局に閲覧に向く必要がある）ものの、医療法改正により財務諸表を入手できるようになった事は多くの団体や個人に医療機関の経営研究の機会が開かれたことになり、そのことは医療機関の経営透明化につながるものと期待される。

図表6：診療所のみを開設する医療法人が提出する貸借対照表と損益計算書

様式3-3

法人名 _____ 市県庁法人整理番号 _____
所在地 _____

貸 借 対 照 表
(平成 年 月 日現在)

(単位：千円)

資産の部		負債の部	
科 目	金 額	科 目	金 額
I 流動資産	×××	I 流動負債	×××
II 固定資産	×××	II 固定負債	×××
1 有形固定資産	×××	負債合計	×××
2 無形固定資産	×××	純資産の部	
3 その他の資産	×××	科 目	金 額
		I 資本剰余金	×××
資産合計	×××	II 利益剰余金	×××
		1 代替基金	×××
		2 その他利益剰余金	×××
		III 評議・積立経費等	×××
		IV 基金	×××
		純資産合計	×××
		負債・純資産合計	×××

様式4-2

法人名 _____ 市県庁法人整理番号 _____
所在地 _____

損 益 計 算 書
(自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日)

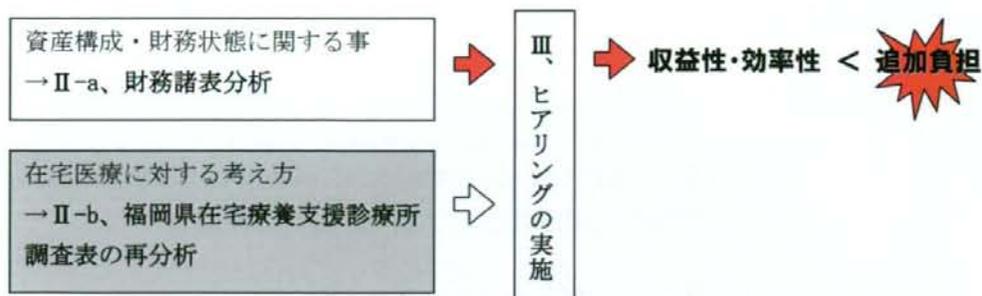
(単位：千円)

科 目	金 額
I 事業利益	
A 本事業専業利益	
1 事業収益	×××
2 事業費用	×××
本事業専業利益	×××
B 附帯業務専業利益	
1 事業収益	×××
2 事業費用	×××
附帯業務専業利益	×××
事業利益	×××
II 事業外収益	×××
III 事業外費用	×××
結算利益	×××
IV 特別利益	×××
V 特別損失	×××
税引前当期純利益	×××
法人税等	×××
当期純利益	×××

(注) 1. 利益がマイナスとなる場合には、「利益」を「損失」と表示すること。
2. 表中の科目について、不要な科目は削除しても差し支えないこと。

※「医療法人における事業報告書の様式について(医政指発第0330003号)」より抜粋

図表7：考察(1)のイメージ



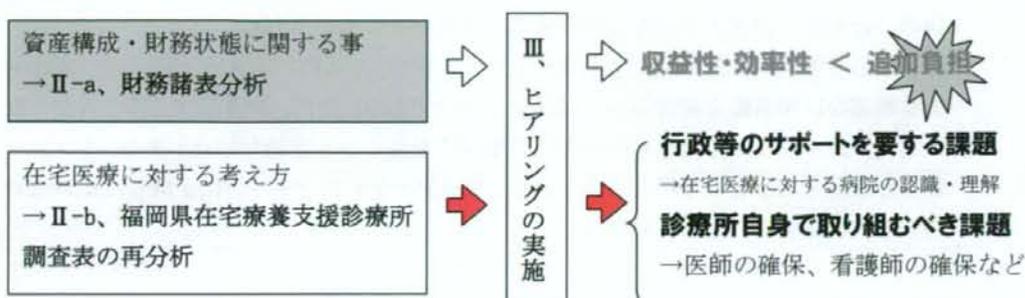
(2) 在宅療養支援診療所調査・ヒアリングより

今後の課題として有意差があらわれた「医師の確保」「在宅医療に対する病院の認識・理解」については、在宅医療に積極的に取り組んでいる施設で顕在化している課題と言えるため、重要性が高く早急に対処すべき必要があると思われる。一方、「後方支援ベッドの確保」については在宅医療に積極的に取り組んでいる施設で低く表れていることから、在宅医療促進の阻害要因というよりイメージ先行型の課題と考えることもできる。

さらに在宅群と外来群で有意差が生じたか否かにかかわらず、全体で25%以上の施設が今後の課題とした項目は重要性の高い課題と考えることが妥当である。その条件には「看護師の確保」「24時間対応の連携医療機関の確保」「後方支援ベッドの確保」「在宅医療に対する病院の認識・理解」「診療報酬の引き上げ」「患者の経済的負担の軽減」の6項目が該当するが、それらのうち「診療報酬の引き上げ」「患者の経済的負担の軽減」は特に在宅医療だけに限った課題ではなく、外来診療にも該当する開業医であるならば誰しもが考える全般的な課題であると思われる。実際、今回ヒアリングを行った施設のうち数千万円単位の設備投資を行っている診療所を除き、在宅医療に関する診療報酬は現状でも十分に効率的かつ魅力的な水準と認識していた。

以上より「医師の確保」「看護師の確保」「24時間対応の連携医療機関の確保」「後方支援ベッドの確保」「在宅医療に対する病院の認識・理解」について解決すべき課題と考えるが、性質の違いから「医師の確保」「看護師の確保」「24時間対応の連携医療機関の確保」「後方支援ベッドの確保」は診療所として取り組むべき課題、「在宅医療に対する病院の認識・理解」は行政・関連団体のサポートを要する課題として区別し、以下にそれらの課題について考えられる改善方策を示す。

図表8：考察(2)のイメージ



(3) 診療所として取り組むべき課題

① 医師の確保

医師の確保に関しては特別なノウハウや解決策はなく、人材バンクや広告によって通常通り地道な採用活動を続けるのが取り得る手段である。

それを前提とした上で診療所としてまず対処すべきことは、医師を雇わず少数の在宅患者を診療する外来中心の在宅療養支援診療所として地域医療に貢献するか、困難であっても医師を確保し多数の在宅患者を診療する在宅療養支援診療所として地域医療に貢献するかといった、自施設の位置づけを明確に定めることが必要である。ヒアリングによると医師1人が外来診療の空き時間に在宅診療を行うとしても、現実的には体力的な問題から10名程度で限界をむかえるようである。したがって10名の壁を越えて在宅医療に取り組もうとすると医師の確保が現実的な問題となってくる。

そして自施設を在宅診療中心で位置づける場合には在宅患者50名に対して医師1名というのが収支を保つための一応の目安となるが、必ずしも常勤医師にこだわる必要はない。在宅医療が軌道に乗った頃に独立され、ノウハウと共に在宅患者まで奪われ将来の競合相手となるリスクが存在するためである。

② 看護師の確保

看護師を確保しようとする場合には、雇用するのではなく訪問看護ステーションとの連携を考えるのが簡便である。しかし今回の調査で特筆すべき点として、看護師の確保を連携訪問看護ステーションの確保より課題とした割合が高かった事が挙げられる。これは看護師を雇用することは人件費の増大につながり財務上のリスクとなるものの、緊急時対応や意思疎通面のメリットの方が優先されており、在宅医療を進めていく上で看護師の重要性が増していることを示唆しているものと思われる。ヒアリングを行った積

極型に属する施設においても、24時間の訪問看護ステーションが少ないことや訪問看護師の能力のバラツキを懸念し雇用することを好む傾向がみられた。

しかし看護師の確保に関しても特別な解決策はなく、人材バンクや広告によって通常通り地道な採用活動を続ける事が原則的な手段である。ただ、看護師は医師と異なり採用圏域が狭くなっていくため診療所に募集広告を貼る事も有効な場合がある。また女性が多く家庭をもっている場合が多いため、ワーク・ライフバランスに配慮した柔軟な勤務形態を用意することも有効である。

③ 24時間体制の連携医療機関の確保

24時間体制の連携医療機関の確保としては診療所同士で連携するケースと病院と連携するケースが考えられる。複数の診療所同士でグループを組み輪番制で担当する方法は良く知られているが、長期にわたり連携体制を維持し続けるためには、各診療所間において患者数・診療科・医師の年齢・在宅に対する考え方の温度差が極力小さくなるように注意しなければならない。それらが異なると特定施設への依存や押し付けにより、実質的に輪番制が崩れグループの負担に偏りが生じることになるためである。

一方、病院と連携し夜間救急の対応を委ねてしまうという方法もあるが、在宅療養支援診療所の制度創設の趣旨を考えると好ましい選択とは言えない。24時間体制の連携医療機関の確保を課題とした施設の割合は30.0%と高いものであるが、それは夜間の患者急変時の対応を過度に危惧することからの結果でもあると推測する。そもそも在宅医療は患者の求めに応じて対応する往診とは異なり、在宅患者に対して計画的な診療を行うものであるため、常日頃から患者の症状に注意を払うことで救急対応は大幅に減らすことができるし、その様な計画的訪問を行う事自体が在宅療養支援診療所の使命であることを再認識する必要がある。

④ 後方支援ベッドの確保

後方支援ベッドの確保は外来群で課題とされている割合が高かった項目であるが、在宅医療で必要となる後方支援ベッドの確保は外来診療を行う上での後方支援ベッドの確保と何ら変わるものではない。そのように考えるなら既に外来診療を行っている診療所にとって何ら特別な対応は必要ないはずである。そして在宅時医学総合管理料など在宅療養支援診療所に対する診療報酬上で優遇されたインセンティブは、在宅医療に必要な体制を整えることに対しての報酬でもあると認識すべきであると考えられる。

その上で解決策を挙げるとすれば、医師自らが医師会活動に参加したり病院主催の勉強会に出席したりするなど診療以外の活動に対して積極的になる事である。連携医療機関の確保にも共通するが、お互いを理解し合っていれば医療連携でも融通がきくし、顔

も知らない相手は信用しきれないのは当然のことである。また病院との連携についても連携室経由の事務的な対応ではなく、病院に出向き一度は責任者と面識を作っておくことも有効な方法である。

医療法によって医師のみに認められている医業を営んでいる以上、連携医療機関の確保や後方支援ベッドの確保といった医療提供体制の整備が出来ていない事を「忙しい」「時間がない」といった言い訳ではすまされないはずである。今回ヒアリングに応じていただいた施設の医師は、全員がそのような努力を惜しまず行っており、かつコミュニケーション能力も高いように感じられた。

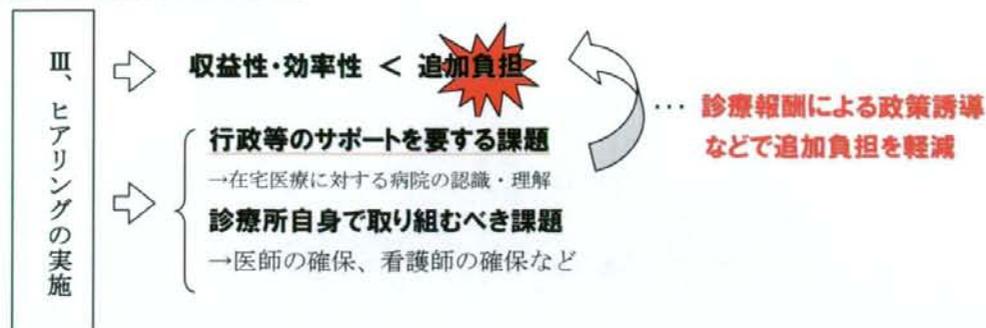
(4) 行政・関連団体のサポートを要する課題

① 在宅医療に対する病院の認識・理解

この課題は病院側の問題であるため診療所の努力では限界があるものの、在宅医療に取り組むにしたがって顕在化してくる項目であるため早急に対応することが必要と考える。しかも勤務医は経営者ではないことが多いため、自分の専門領域に没頭してしまうリスクもある。ヒアリングにおいても大多数の病院勤務医が在宅医療の現場を知らないことの問題も指摘され、結果としてそれが医療連携を阻害しているとも考えられる。

これに対しては病院勤務医が在宅療養支援診療所医師と共に在宅患者を訪問診療した場合に、退院時共同指導料に類する診療報酬によるインセンティブとして在宅患者共同指導料(仮)などを設定するといった政策誘導が考えられる。これは在宅医療の現状を知らない勤務医に在宅医療を体験してもらい興味を持ってもらいたい、そしてその延長として適切な在宅医療を提供したいというヒアリング時の要望に対する提案でもある。また一般に病院の医療利益率は診療所より低いこと、及び在宅療養支援診療所の診療報酬体系が現状でも効率性・収益性の面で満足水準を満たすものであること、在宅医療推進のボトルネックの1つが病院側にあることを考えると、診療所ではなく病院に対して診療報酬上のインセンティブを与える施策が好ましいと考える。

図表9：考察(4)のイメージ



(5) 本研究における限界

医療法人の会計期末は1月から12月までほぼ平準化しているため、本研究で使用した財務諸表等は平成19年4月～平成20年3月までの期間を含んだ入手可能な最新の財務諸表等を使用している。従って集計対象の会計期間の完全一致を計れていない点で限界が存在する。

また福岡県在宅療養支援診療所調査で回答された今後の課題は、回答方式が選択式であるため解釈の違いが生じている可能性があることが否めない。

さらにヒアリング対象施設についてはゼロ型まで含めて依頼したものの、結果的に積極型のみに対する実施となっており、在宅患者が少ない施設において現実に直面している課題の抽出が完全とは言い切れない。

(6) 今後の課題

今回の調査では平成19年度に実施された福岡県在宅療養支援診療所調査の対象となった施設に対して行っているため、在宅診療のみを実施している施設が2施設と少なかった。従って在宅診療のみを実施している施設のみを在宅群として、解析可能な数が集まる程度に範囲を拡大して再検討を行うことが望ましい。

【まとめ】

(1) 在宅療養支援診療所の推進について

本研究では在宅療養支援診療所推進のための阻害要因を明らかにするため、財務諸表を入手し財務分析を行うと共に、福岡県在宅療養支援診療所調査表の再分析を行った。その結果、財務状況や資産構成は在宅医療に対する阻害要因ではないとの結論を得ている。しかし在宅群において有意に優れていた収益性や効率性に魅力がないはずはなく、単に在宅医療に取り組む労力と費用対便益を考慮した結果、費用が勝ってしまっているのが原因であると考えられる。

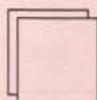
また在宅療養支援診療所が選択した今後の課題には違いが見られ、有意差はなくとも全体として課題とされた割合が高い項目を整理すると、診療所として対応することで解決可能な課題と行政・関連機関のサポートを要する課題とに区別できる。当該課題の中には診療所独自でも解決可能な項目が多く、まずは在宅医療の必要性とあるべき姿を開業医自身が再認識し、現在の診療にあと少しの努力と工夫を加える事で大幅に改善されると考える。そして行政・関連機関のサポートを要する課題については、在宅療養支援診療所推進のボトルネックが医療連携であることから、診療所に対してではなく病院や訪問看護ステーションなど連携機関に対して手厚い診療報酬となるようなインセンティブを利用した政策誘導が考えられる。

(2) 医療機関の財務諸表活用の有用性について

本研究では医療法改正により閲覧可能となった医療機関の実際の財務諸表を入手し、財務分析を行うことを通じてその活用方法の一例を示した。閲覧可能な医療法人（診療所のみを開設）の財務諸表は科目の集約により簡略化されているため分析項目に限界が多く、入手に手間を要するといった問題がある。しかし財務諸表を閲覧できるようになった事は、多くの団体や個人に医療機関の経営研究の機会が開かれたことになり、医療機関の経営透明化につながるものと期待される。

【 参考文献 】

- 1、 中央社会保険医療協議会、診療報酬基本問題小委員会 108 回資料 (診-3-2)、2007
- 2、 在宅療養支援診療所実態調査、日医総研ワーキングペーパーNo.142、2007
- 3、 和泉大介、在宅療養支援診療所の経営モデルに関する研究、平成 19 年度九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻卒業成果物、2008
- 4、 中央社会保険医療協議会、第 16 回医療経済実態調査 (医療機関等調査) 結果速報、2007;9-18.



第4章 医療計画作成・管理マニュアル案

第4章 医療計画作成・管理マニュアル案

第1節 マニュアルについて

医療計画は、基本的に5年間をスパンとしており、中間年で必要に応じて見直しを行うものとされている。この間における医療法の改正、診療報酬の改定、関連する医療・介護制度の変更等に伴って見直しを行う場合は当然あり得るものの、医療計画のように一定のスパンごとに改訂を重ねていくことを想定している計画にとっては、その継続性の維持も重要である。

また、医療計画は、掲載される事業が多く、改訂には多大な時間とマンパワーの投入を必要とする。特に計画策定に際しては、多くの課題が議論され、検討される中で、実際紙面に計画内容として表現されるのは、その一部のみであり、策定作業の中で発見され、蓄積された策定方法に関するノウハウやその他（掲載はされなかったものの）検討された諸課題についての知見は、行政組織の改変や担当者の交替によって失われてしまいがちであるという現実があることは否めない（医療計画のみならず行政計画全般にこのことは当てはまる）。

こうした現状については、行政の事務効率という観点から改善を求められるばかりではなく、3年、5年以上の長期を見通した政策を策定・管理していくという観点からも、見直すべき点である。例えば、新しい担当者が、前担当者（あるいは前々担当者）が策定した医療計画の中のある事業について改訂をしようとする場合、まずそのスケジュールや方法をどうしたらいいのか、前期計画の現状と現在のそれをどのように比較、評価した上で次の目標を設定したらよいかといった課題に突き当たる。そこに予めマニュアルがあり、かつ前回策定作業の実態に即した作業工程表や検討すべき課題等が残されていれば、行政の事務効率の上で、さらに中長期の視点を確保する上でも役に立つであろう。

さらに、今後は数値目標による計画の進捗管理が求められる。計画策定時に行った現況把握の方法によって、3年後、5年後（必要に応じて毎年度）の状況を把握し、評価することが必要であることを考えれば、このようなマニュアルは不可欠であるといえる。計画の策定作業を実際に行うに当たっては、事業ごとに、若しくは類似の策定プロセスを踏む事業ごとに類型化されたマニュアルが存在することが望ましい。またこれらのマニュアルは実際の作業を行うごとに随時その内容を更新していくことが必要である。

医療計画においては、救急医療対策、災害医療対策から疾患ごとの事業まで、実に多様な分野について記載されている。本研究では、平成18年度総括研究報告書において、「医療計画作成・管理マニュアル」の素案を示したところである。これは、医療計画全体を総体的にとらえて作成したものであり、一般的に想定される事業の流れを意識した構成となっている。

また、本研究班は、19年度は在宅医療という特定の分野に関する計画策定に携わり、20年度は全国の医療計画の検証作業を行った。その過程において、具体例として記述できる部分や改善が必要な点について見直した。

(今年度新たに追加した箇所は、* という枠内に内容を納めている)。

第2節 医療計画作成マニュアル

1. 医療計画の法的位置付け

医療計画については、いわゆる第一次医療法改正(1985年)において、二次医療圏及び必要病床数が設定され、地域における医療提供体制の体系的整備のためのツールとして位置付けられた。その後、第二次医療法改正(1992年)において特定機能病院及び療養型病床群の区分が導入され、医療施設の体系化に向けた第一歩が踏み出された。さらに、第三次医療法改正(1997年)において、従来の総合病院制度が廃止され、それに代わって地域における医療の機能分化と連携の核となるべき地域医療支援病院制度が新たに導入された。また、介護保険制度の創設にあわせ、有床診療所においても療養型病床群の設置が認められることとなった。そして第四次医療法改正(2000年)において、一般病床と療養病床の区分が導入され、現行の5種類(一般、療養、結核、感染症、精神)の病床区分となっている。

今般の第五次医療法改正においては、医療計画についても制度発足以来、初めての抜本的な見直しが行われた。そのポイントは、これまでの病床規則のような医療施設を単に量的に規制する計画から、患者や住民の視点に立った、地域における医療提供のあり方全般に関わる計画へと脱皮を図ることにある。今回の改正は、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」として、「健康保険法等の一部を改正する法律」とともに、2006年6月に医療制度改革関連法として同時に法改正が行われたものである。

厚生労働省資料(同省ホームページ)によれば、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」における構成は、Ⅰ患者等への医療に関する情報提供の推進、Ⅱ医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、Ⅲ地域や診療科による医師不足問題への対応、Ⅳ医療安全の確保、Ⅴ医療従事者の資質の向上、Ⅵ医療法人制度改革、Ⅶその他となっており、これらを通して国民の医療の対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するとしている。

以下、法令に従って、医療計画に関する主要条文等を列挙し、簡潔な補足説明を行う。

医療計画に定める事項

- ア 第30条の4第2項第1号
都道府県において達成すべき第四号及び第五号の事業の目標に関する事項
- イ 第30条の4第2項第2号
第四号及び第五号の事業に係る医療連携体制(医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。)に関する事項
- ウ 第30条の4第2項第3号
医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- エ 第30条の4第2項第4号(注:ア、イに関して再掲)
生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
- ウ 第30条の4第2項第5号(注:ア、イに関して再掲)
次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)
 - ウー1 第30条の4第2項第5号イ 救急医療
 - ウー2 第30条の4第2項第5号ロ 災害時における医療
 - ウー3 第30条の4第2項第5号ハ へき地の医療
 - ウー4 第30条の4第2項第5号ニ 周産期医療
 - ウー5 第30条の4第2項第5号ホ 小児医療(小児救急医療含む。)
 - ウー6 第30条の4第2項第5号ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況に照らして特に必要と認める医療
- エ 第30条の4第2項第6号
居宅等における医療の確保に関する事項
- オ 第30条の4第2項第7号
医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- カ 第30条の4第2項第8号
医療の安全に関する事項

- キ 第30条の4第2項第9号
地域医療支援病院の整備の目標その他医療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
- ク 第30条の4第2項第10号（注：二次医療圏の記載）
主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域単位として区分する区域の設定に関する事項
- ケ 第30条の4第2項第11号（注：三次医療圏の記載）
二以上の前号に規定する区域であって、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であって当該医療に係るものの整備を図るべき地域単位としての区域の設定に関する事項
- コ 第30条の4第2項第12号（注：基準病床の記載）
療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項
- サ 第30条の4第2項第13号
前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項以上が法令で定める事項とされている。通常、二次医療圏は既に決定されているが、市町村合併等により変更する場合もある。その場合は、基準病床を再計算のうえ、新たな二次医療圏での基準病床数を決定する必要がある。

1. 二次医療圏の設定

特殊な医療を除く一般の医療需要で主として病院における入院医療を提供する体制の確保を図る区域として、地理的条件及び日常生活や交通事情など社会的条件を考慮し決定する必要がある。また、行政区域や介護保険事業支援計画で定める区域との整合性を図ることが望ましい。さらに、当該地域医療における拠点となる病院が存在することが望ましい。

平成16年度現在、全国では358の二次医療圏が設定されている。

2. 基準病床数の計算方法

- 1 療養病床及び一般病床の基準病床数は、次の算定式により算定した療養病床、一般病床それぞれの数に、基準病床数の加算部分（流出超過加算数）を加えた数の合計数とし、二次保健医療圏ごとに算出する。

ア 療養病床の算定式 $(\Sigma A1B1 - G + C1 - D1) / E1$

A1：当該区域の性別及び年齢階級別人口（5歳毎）

B1：当該区域の性別及び年齢階級別の入院・入所需要率（5歳毎等）

C1：他区域からの療養病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

D1：他区域への療養病床における流出入院患者数の範囲内で知事の定める数

E1：病床利用率

G：介護施設等に対応可能な数

ただし、各二次保健医療圏ごとに算定した数の県合計数は、二次保健医療圏ごとの $(\Sigma A1B1 - G) / E1$ の県合計数を超えることはできない。

イ 一般病床の算定式 $(\Sigma A1B2 \times F1 + C2 - D2) / E2$

A1：当該区域の性別及び年齢階級別人口（5歳毎）

B2：当該区域の性別及び年齢階級別退院率（5歳毎）

C2：他区域からの一般病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

D2：他区域への一般病床における流出入院患者数の範囲内で知事の定める数

E2：病床利用率

F1：平均在院日数

ただし、各二次保健医療圏ごとに算定した数の県合計数は、二次保健医療圏ごとの $(\Sigma A1B2 \times F1) / E2$ の県合計数を超えることはできない。

ウ 基準病床数の加算部分（流出超過加算数）

県外への流出入院患者数が県内への流入入院患者数よりも多い場合、流出入院患者数と流入入院患者数の差の1/3の範囲内で加算することができる。

注1 「性別及び年齢階級別人口」は、各都道府県の「年齢別・町丁字別人口」を利用。

注2 「性別及び年齢階級別の入院・入所需要率」、「病床利用率」、「性別及び年齢階級別退院率」及び「平均在院日数」は、「医療法第30条の3第2項第3号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」（最終改正平成17年11月29日厚生労働省告示第496号）で定められたもの。

注3 各区域の「流入・流出入院患者数」は、平成7年9月29日付け厚生省健康政策局計画課医療計画推進指導官内かんで示された算定方法により、厚生労働省「平成14年患者調査」及び「平成16年病院報告」から算定。

注4 「介護施設等に対応可能な数」は、平成17年4月1日現在の介護老人保健施設及び指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の定員数。

- 2 精神病床の基準病床は、次の算定式により算定した、入院期間1年未満群、入院期間1年群それぞれにかかる数に、基準病床数の加算部分（流出超過加算数）を加えた数の合計数とし、都道府県の区域ごとに算出する。

ア 1年未満群の算定式 $(\Sigma A 2 B 3 + C 3 - D 3) \times F 2 / E 3$

- A 2 : 当該都道府県の年齢階級別人口 (4 区分)
- B 3 : 当該都道府県の年齢階級別新規入院率 (4 区分)
- C 3 : 他都道府県からの精神病床における流入入院患者数
- D 3 : 他都道府県への精神病床における流出入院患者数
- E 3 : 病床利用率
- F 2 : 平均残余率

イ 1年以上群の算定式 $(\Sigma I (1 - J) + K - L) / E 4$

- I : 当該都道府県の入院期間1年以上の年齢階級別患者数(4 区分)
- J : 当該区域の性別及び年齢階級別退院率(4 区分)
- K : 当該年において入院期間が1年に達した入院患者数
- L : 長期入院患者退院目標数
- E 4 : 病床利用率

ウ 基準病床数の加算部分（流出超過加算数）

県内に所在する病院の入院患者のうち、県内に住所を有する者の数が $\Sigma A 2 B 4$ より少ない場合、流出入院患者数を病床利用率で除した数の $1 / 3$ の範囲内で加算することができる。

- A 2 : 当該都道府県の年齢階級別人口(4 区分)
- B 4 : 当該都道府県の年齢階級別入院率(4 区分)

- 注1 「年齢階級別人口」は、各都道府県の「年齢別・町丁字別人口」を利用
 注2 「年齢階級別新規入院率」、「年齢階級別入院率」、「病床利用率」、「平均残余率」及び「年齢階級別退院率」は、「医療法第30条の3第2項第3号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」（平成18年3月28日厚生労働省告示第161号）で定められたもの。
 注3 「他都道府県からの流入入院患者数」、「他都道府県への流出入院患者数」は、「平成14年患者調査」から推計。

- 3 結核病床の基準病床数は、結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るために必要なものとして知事が都道府県の区域ごとに定める数。

(技術的助言：平成 17 年 7 月 19 日付け健感発第 0719001 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」)

算定式 $(A \times B \times C \times D) + E$

- A：1日当たりの当該都道府県の区域内における法第 22 条第 1 項の規定による医師の届出のあった塗抹陽性結核患者の数
- B：塗抹陽性結核患者の感染症消失までに要する平均日数
- C：次に掲げる当該区域における年間新規塗抹陽性結核患者発生数の区分に応じ、それぞれに定める数値
 - 1 99 人以下 1.8
 - 2 100 人以上 499 人以下 1.5
 - 3 500 人以上 1.2
- D：1 (粟粒結核、結核性髄膜炎等の重症結核、季節変動、結核以外の患者の混入その他当該都道府県の区域の事情に照らして 1 を超え 1.5 以下の範囲で都道府県知事が特に定めた場合) にあつては、当該数値)
- E：医療計画に基準病床数を定めようとする日の属する年度の前の年度の当該都道府県の区域内における慢性排菌患者 (2 年以上登録されており、かつ、1 年以内に受けた検査の結果、菌陽性であった肺結核患者に限る。) のうち入院している者の数

- 4 感染症病床の基準病床数は、「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」に基づき指定を受けている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知事が都道府県の区域ごとに定める数である。

1-2. 医療計画を策定する上での視点

改正医療法による医療計画制度の見直しの内容を踏まえ、「医療計画の見直し等に関する検討会」の報告書(2003年)等の示唆を参考に本計画の特長を列挙しているが(P.19~P.21)、その中で次の点は「医療計画を作成する視点」として念頭に置いておくことが望ましい。

- ①4 疾病 5 事業 (がん・脳卒中等 4 疾病、救急医療対策等 5 事業) において、数値目標の設定が必要であるとされたこと。(なお、在宅医療のように法的には義務づけられていない分野においても数値目標の設定を行うことが望ましい。)
- ②「居宅等に関する医療 (在宅医療) の確保」に関する部分が、新たに計画に定めるべき事項として設定されたこと。

- ア 第30条の4第3項第4号
医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。
- イ 第30条の4第8項
都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、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に努めなければならない。
- ウ 第30条の4第9項
都道府県は、医療計画を作成するに当たって、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。
- エ 第30条の4第10項
都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。
- オ 第30条の4第11項
都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村(救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。)の意見を聴かなければならない。
- カ 第30条の4第12項
都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならない。
- キ 第30条の5
都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第七条第七項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。
- ク 第30条の6
都道府県は、少なくとも五年ごとに第三十条の四第二項第一号及び第九号に定める目標の達成状況並びに同項各号(第一号及び第九号を除く。)に掲げる事項について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めると

きは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。

ケ 第71条の2第1項

この法律の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、都道府県知事の諮問に応じ、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重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。

コ 第71条の2第2項

都道府県医療審議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。
(医療法施行令)

第五条の十二 都道府県医療審議会(以下「審議会」という。)は、委員三十人以内で組織する。

第五条の十三 委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

2 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

3 委員は、非常勤とする。

第五条の十四 審議会に会長を置く。

2 会長は、委員の互選により定める。

3 会長は、会務を総理する。

4 会長に事故があるときは、委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

第五条の十五 専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、審議会に専門委員十人以内を置くことができる。

2 専門委員は、学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

3 専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、非常勤とする。

第五条の十六 審議会は、会長が招集する。

2 審議会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。

3 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

第五条の十七 審議会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、その部会に属する委員の互選により定める。
- 4 審議会は、その定めるところにより、部会の決議をもって審議会の決議とすることができる。
- 5 第五条の十四第三項及び第四項の規定は、部会長に準用する。

第五条の十八 第五条の十二から前条までに定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が定める。

(2) 策定手続き（スケジュール）の概要

18 年	<p>ア 現計画の評価、見直し</p> <p>① 国が実施した患者調査等調査や県が独自で実施するから、現二次医療圏の圏域適正の可否を確認。</p> <p>ポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いちじるしい人口の増減はないか ・市町村合併の影響はないか ・新病院建設などによる患者動向の変化があるか
19 年 3 月	<p>② 現計画の目標（値）、指標に対応する現況から達成度について確認。</p> <p>ポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標や指標が形骸化していないか、管理できているか、管理可能なものとなっているか ・環境等の状況変化はないか ・目標と達成のための施策が一致しているか、ずれが発生していないか <p>③ 医療法や制度改正等に伴う新たな課題を確認</p>
19 年 4 月 ～	<p>イ 地域住民等によるタウンミーティングによる意見聴取</p> <p>① 4 疾病（5 事業）、その他主要な事業について、住民・患者の意識やニーズを調査する。</p> <p>ポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適正な医療資源配置が成されているか ・限りある医療資源の選択と集中が計画的になされるか ・地域医療格差は生じていないか