

厚生労働科学研究補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

都市機能等の整備と協調してアクセシビリティを確保しつつ
持続可能な医療提供体制を構築するための研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 石川 ベンジャミン光一

令和7（2025）年3月

目 次

I. 総括研究報告

都市機能等の整備と協調してアクセシビリティを確保しつつ 持続可能な医療提供体制を構築するための研究	1
石川 ベンジャミン光一	

II. 分担研究報告

1. 地域の類型化に関する検討	26
村松 圭司、石川 ベンジャミン光一	
2. 医療機関アクセシビリティ改善につながる自治体会計予算	36
石田 円	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	37
---------------------------	----

都市機能等の整備と協調してアクセシビリティを確保しつつ 持続可能な医療提供体制を構築するための研究

研究代表者 石川 ベンジャミン 光一

国際医療福祉大学 大学院 医学研究科 教授

研究要旨

2025 年の地域医療構想の実現と次期医療計画の策定に向けて、地域を主体とした医療提供体制についての検討が進められている。近年では各種のオープンデータの整備を通じて検討のための基礎データは充実してきているものの、現場での議論で利用するにはデータの加工が不可欠であり、現場ですぐに活用可能な実務的資料の整備が求められている。

本研究では①地域分析用統合データベースの構築と分析を行い、②医療機関の再編等に伴うアクセシビリティ変化の評価を可能とするとともに、③交通網・都市整備において活用可能な補助金等の調査を行い、持続可能な医療提供体制を構築するための情報とノウハウを整備することを目的として検討を行った。

今年度は研究の最終年度としてこれまでに構築した地域分析用統合データベースの拡充と可視化資料の追加・更新を行い、地域・病院の類型化に重点を置いて研究を行った。その結果として人口をほぼ2分する大都市型圏域・地方都市型圏域における差異を示すとともに、全人口の1割が居住する過疎地域型圏域における課題を明らかにした。今後はこうした地域の類型化と共に、各圏域における病院の医療機関機能についての検討を行い、有効な地域医療構想の策定につなげることが重要と考えられた。また交通網・都市整備事例と補助金についての地域事例調査においては、バリアフリー法に関連した実態資料の調査を行い、医療アクセシビリティの維持および改善には、都市全体機能との協調をはかりながら、医療機関との結節点における整備が鍵となることが示された。今後はこうした研究の成果を踏まえて新たな地域医療構想の策定に向けて各地域での調整を行うことが重要と考えられる。

研究分担者

村松 圭司 (産業医科大学 准教授)

石田 円 (国際医療福祉大学 講師)

のための基礎データは充実してきているものの、現場での議論で利用するにはデータの加工が不可欠であり、現場ですぐに活用可能な実務的資料の整備が求められている。また 2024 年度には新たな地域医療構想等に関する検討会¹も始まり、地域提供体制に関する検討は団塊ジュニアの高齢化と生産年齢人口の縮退が大きな課題となる 2040 年へとその視野を広げつ

A. 研究目的

2025 年の地域医療構想の実現と次期医療計画の策定に向けて、地域を主体とする医療提供体制についての検討が進められている。近年では各種のオープンデータの整備を通じて検討

¹ https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei/436723_00010.html

つある。

本研究では、Tableau Public により無償公開してきた地域医療分析用資料を更新・拡充して、①地域分析用統合データベースを構築し、②医療機関の再編等に伴うアクセシビリティ変化の評価を可能とするとともに、③再編統合事例で利用されてきた都市整備事業や活用可能な補助金等の調査を行い、持続可能な医療提供体制を構築するための情報とノウハウを整備することを目的として検討を行った。

B. 研究方法

本研究は次の3項目を組み合わせて実施した。

①地域課題を明らかにするためのデータベース整備と分析：地域の人口と医療需要推計、保険医療機関データ・病床機能報告・DPC オープンデータに基づく医療供給体制のデータを構築し、全国での状況を可視化する。このデータを用いて2次医療圏を人口規模と人口密度に基づいて類型化した上で、大都市型、地方都市型、過疎地域型それぞれの特徴と課題について検討を行った。また医療機関については医師数規模による類型化と入院で取扱う傷病と症例数の観点から分析し医療器肝機能についての検討を行った。

②医療機関の再編等に伴うアクセシビリティ変化の評価：患者の所在地から医療機関までの自動車による運転時間に基づくアクセシビリティについてのデータベースを整備し、病院の理論的な診療圏を可視化するとともに、医師数規模などをもちいて病院を区分し、地域における人口カバー率や推定移動時間を可視化した。

③交通網・都市整備において活用可能な補助金等の調査：東京都および台東区を事例として、関連する会計資料等の文献調査を行い、特にバリアフリー法に関連する事業についての分析を行った。

C. 研究結果

1. 地域課題を明らかにするためのデータベース整備と分析

2年間の研究成果としてインターネットで公開中の各種資料に追加して、既存資料への機能追加と新たな可視化資料の開発を行った。

1) DPC 調査データ資料の改善

2022年度DPC調査結果の資料を追加した。またMDC別病床数の資料において、施設概要表に基づく各病院のDPC対象病床数と傷病別データで確認可能な割合を示すようにした(図1)。4疾病の病床数を示す資料にも同様の機能追加を行った。昨年度追加した症例数の範囲を区切って病院の傷病別・手術あり患者の診療実績を表示するダッシュボードに追加して、病院地図を拡大して表示する機能を追加した(図2)。傷病別の症例数・施設数を表示するダッシュボードに各病院の症例数の下限を設定して表示する機能を追加した(図3)。この機能に関連して地域を絞り込んで傷病別の施設数、症例数の実数を確認できる表を追加した(図4)。さらに新規の画面として、地域を絞り込んで傷病別の症例数・施設数を表示する際に、施設の症例規模別の構成割合を確認することができる機能を追加した(図5)。

2) 病床機能報告資料の改善

2022年度病床機能報告結果に基づく資料を追加した。施設票職員数に基づく代表的な機能としては、①施設票職員数に基づく施設マップ(図6)、②都道府県別の職員数(図7、2次医療圏のドリルダウンが可能)、③職種別・都道府県別の職員数(図8、設置主体での知り込みが可能)、④圏域別職種別職員数(図9)、⑤都道府県別・2次医療圏別職種別・施設別職員数(図10)、⑥施設別・職種別職員数(図11)がある。

また、病棟票の入退院経路別患者数に基づくものには、①入退院経路別の円グラフによる病院マップ(図12)、②2次医療圏別施設別患者数および病床機能区分別患者数(図13)、③地域を絞り込んで病院の入退院経路を示す資料(図14)、④病院の病床機能と入退院経路別・入院

種別の患者数(図 15)がある。

3) 地域の類型化に関する資料

2024 年度に開催された新たな地域医療構想等に関する検討会において構想区域の人口動態についての検討で用いられた3つの地域区分²—大都市型、地方都市型、過疎地域型—に従い地域の類型化に関する資料を作成した。

人口については2020年国勢調査および国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）³、日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）⁴を利用し、2022（令和4年）病床機能報告の報告結果⁵における施設票および様式1病棟票のデータを統合することで図 16-29 に示す資料を作成し Tableau public を通じて公開した。

2. 医療機関の再編等に伴うアクセシビリティ変化の評価

1) 自動車による運転時間データの計算

2点間の自動車による運転時間を計算するプログラムを利用して、1辺約1Kmの基準地域メッシュ(第3次地域区画、以下1Kmメッシュとする)⁶から2022年度病床機能報告を行った病院までの移動時間の計算を行った。移動に使用する道路については2021年4月時点の道路ネットワークデータを用い、最も運転時間が短くなるルートを検索した。なお計算に際

² 第9回新たな地域医療構想等に関する検討会(2024/09/30)：資料2新たな地域医療構想について（入院医療、在宅医療、構想区域等）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001309842.pdf>

大都市：100万人以上 あるいは2,000人/km²以上
地方都市：20万人以上 あるいは10-20万人かつ200人/km²以上

過疎地域：上記以外

³ <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp>

⁴ <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>

⁵ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00011.html

⁶ https://www.stat.go.jp/data/mesh/m_tuite.html

しては、道路種別毎に移動速度⁷を設定し、交差点を通過する毎に6秒を加算し、有料道路を利用する場合／しない場合の2パターンで計算を行った。この結果に公益財団法人統計情報研究開発センターが提供する2020年国勢調査に関する地域メッシュ統計による1Kmメッシュの性・5歳年齢階級別人口を組み合わせ、運転時間に基づく診療圏の人口や地域から見たアクセシビリティの分析に利用した。このデータを可視化して公開した資料の例を図30(有料道路利用あり)と図31(有料道路利用なし)に示す。

2) 病院の医師数規模別のアクセシビリティ

上記のデータに2022年度病床機能報告における病院の常勤換算医師数を統合して可視化した資料を Tableau public を通じて公開した。

具体的な資料としては、都道府県あるいは2次医療圏について指定した医師数規模の病院へのアクセスを地図により可視化し(図32)、有料道路利用の有無によるアクセシビリティの比較資料(図33)、施設の常勤換算医師数により病院を絞り込んだ場合のアクセシビリティの比較資料(図34)と、医師数の条件別・地域類型別にアクセシビリティを比較する資料(図35)、設定した医師数の条件に従い、地域類型別・2次医療圏別にアクセシビリティを比較する資料(図36)がある。

3. 地域分析用統合データベースのガイド機能

これまでに開発した地域分析用統合データベースに基づく資料をシナリオに沿って確認するための案内資料として、地域分析用統合データベース：病院向け資料ガイドを作成し・Tableau public を通じて公開した(図37)。

2024年度末の時点では、図16から29で紹介

⁷ 道路種別毎の移動速度の設定値

一般国道	(無料)	50Km/時
主要地方道	(有料/無料)	50Km/時
県道/市道	(有料/無料)	40Km/時
一般道	(有料/無料)	30Km/時
細街路	(有料/無料)	20Km/時
フェリー	(有料)	15Km/時

介した地域人口と病院医師数に関する資料 12 件、医師数の条件に基づきアクセシビリティを検討するための資料(図 34、図 36)および病院の診療圏に関する資料(図 30、図 31)の計 16 件へのダイレクトアクセスを実現している。

4. 交通網・都市整備事例と補助金についての地域事例調査

高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（以下、バリアフリー法）に関連して、国一広域自治体一基礎自治体がどのような会計予算に基づきバリアフリーを中心とした整備・支援を行っているかについて実態資料をもとに調査を行った。その結果として広域自治体（都道府県）での一般会計では総務費、都市整備費、福祉費、保健医療費に医療機関と関連する項目があり、特に医療機関へのアクセシビリティの観点では都市整備費を中心としたインフラの維持確保予算が中心となることが示された。一方で基礎自治体（市区町村）では広域自治体からの支出金予算や単独予算による助成金を交付しており、助成金の一部では基礎自治体による交付要綱の整備、都道府県からの権限委譲が進み、法令一都道府県条例一市区町村行政計画が連動しているものもあった。

D. 考察

1. 地域課題を明らかにするためのデータベース整備と分析

今年度の研究では既存資料への機能追加と新たな可視化資料の開発を行った。このうち DPC 調査データについては、2022 年度調査結果を可視化して提供を開始するとともに、病院の傷病別症例数に基づいて、地域において入院治療の対応が可能な施設の数や取扱い可能な症例数の合計を示す資料を追加した。2024 年 12 月 18 日に公表された新たな地域医療構想等に関する検討会のとりまとめ⁸では、構想区域ごとに確保すべき高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能と、広域な観点で確保すべき医育及び広域診療機能について、医療機関機能として医療機関から都道府県に報告する仕組みの創設が含まれている。こうした医療

機能と、広域な観点で確保すべき医育及び広域診療機能について、医療機関機能として医療機関から都道府県に報告する仕組みの創設が含まれている。今回追加した DPC 調査結果に基づく傷病別・診療規模別の地域集計資料はこうした病院の類型化・医療機関機能の検討における重要な資料となることが期待される。

また、地域の類型化に関しては、新たな地域医療構想等に関する検討会において示された基準に従い、現在の人口と人口密度に基づいて地域の類型化を行い、今後予想される人口の変化と病院の医師数規模に注目した分析を行った。その結果として、大都市型、過疎地域型の圏域に我が国の人口が大きく 2 分される一方で、生産年齢人口については 2040 年に団塊ジュニアの世代が退職を迎えても 20・40 歳代の人口の減少が少ない大都市圏と、減少幅の大きな地方都市の間に顕著な差が認められた。こうした大都市と地方都市の差は人口の移動、特に再生産年齢の女性の流出の影響が大きいものと考えられる。

また過疎地域型の医療圏は現状で 1,128 万人と総人口(1 億 2,615 万人)の約 1 割を占めているものの、2040 年に向けて極端な高齢化、生産年齢の縮小と少子化を経験することになる。こうした地域については、隣接する圏域と医療圏を統合したとしても、規模の経済の恩恵を受けられるほどには人口は増加しないため、2030 年から始まる次期の医療計画期間に向けては医師数をはじめとする地域の医療資源の確保しつつ、地域内で完結可能な医療の内容を慎重に見定める必要がある。

なお、2024 年 12 月 18 日に公表された新たな地域医療構想等に関する検討会のとりまとめ⁹では、構想区域ごとに確保すべき高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能と、広域な観点で確保すべき医育及び広域診療機能について、医療機関機能として医療機関から都道府県に報告する仕組みの創設が含まれている。こうした医療

⁸ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

⁹ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

機関機能を裏付けるものとして病院の医師数は大きな影響力を持つ。本研究では病床機能報告のデータを用いて常勤換算医師数を100人、50人、20人及び10人を閾値として区分して検討したが、総医師数が100人を超えるような医療機関は全国に509施設に限られており、その半数(264施設)は大都市型医療圏(48圏域)に集中している(図3)。今後の検討にあたっては、医師数規模に基づいて各病院が提供する入院医療の内容について傷病別の診療範囲の観点から検討することにより、地域における各病院の医療機能をより具体的に把握することが可能となり、新たな地域医療構想の策定に役立つものと考えられる。

2. 医療機関の再編等に伴うアクセシビリティ変化の評価

今年度の研究では、2020年国勢調査人口と2021年道路ネットワークを利用した自動車による運転時間の計算を行い、病院の理論的な診療圏についての可視化を行うとともに、医師数規模別に医療機関を選択した場合のアクセシビリティの変化についての検討を行った。これにより、施設規模が大きく多様な傷病にも対応が可能と考えられるような病院へのアクセスと、小規模であったとしても地域に密着した機能を持つと考えられる病院へのアクセスを数値化して評価することができるようになった。今後は本研究で構築した統合データベースに対して、DPC調査データにおける傷病別患者数や外来機能報告における専門外来機能などの実績データを連結していくことで、より広範囲にわたる医療技術へのアクセシビリティに関する検討が可能になるものと考えられる。

3. 地域分析用統合データベースのガイド機能

今年度開発した地域分析用統合データベース：病院向け資料ガイドにより、利用者が迅速に必要なデータを確認することができるようになった。今後はDPC調査結果などの資料をガイドに追加し、より総合的な観点から地域医療提供体制について検討できるように機能強化を図ることが望まれる。

4. 交通網・都市整備事例と補助金についての

地域事例調査

広域自治体の一般会計歳出では、民生費・土木費・総務費・衛生費等の歳出項目、総務費、都市整備費、福祉費、保健医療費において医療機関と関連する項目がある。特にアクセシビリティ改善に利用されるのは、民生費補助金が対応する福祉関連施策、土木費・都市整備費に関するインフラの維持確保予算が対応していると考えられる。

東京都の一般会計(歳出)にも国庫支出金として国からの委託による予算も一部あるが、事業委託費や調査費の利用であり直接的な支出項目にならない。これは都道府県が市町村の作成する移動円滑化促進方針や重点整備地区の計画を支援する役割を担うためであり、計画策定や事業実施の補助金や技術支援に予算が割り当てられる点に起因すると考えられる。

また基礎自治体(市区町村)の一般会計歳出には、国および都道府県からの支出金予算を含む補助金があるもの(マンション共用部バリアフリー支援、バリアフリー事業費、)や個別の事例に助成金を交付しているものもあった(福祉のまちづくり助成)。助成金は市区町村ごとの交付要綱の整備、都道府県からの権限委譲(条例の事務処理特例制度)が進み、国：法令－広域自治体：条例－基礎自治体：行政計画の連動が機能していると考えられた。

ただしハード側面の支援において個別の助成件数が確認できたのは、福祉のまちづくり助成、マンション共用部分バリアフリー化支援など7年間の調査のうちいずれも数件に留まっていた。台東区ではパンフレットを作成して周知を行っているが、バリアフリー整備に助成があること自体が知られていない可能性もある。特に助成の利用は施工前又は購入前のものに限ることや、工事着手前の申請が必要等という条件があることから、バリアフリー化を検討した時点で市区町村に届け出がないと利用できないからである。

基礎自治体がバリアフリー法に基づくマスタープラン・基本構想の普及が十分ではないことから、さまざまな会計的メリットが利用され

ず、国庫支出金や都支出金からの歳入予算がない場合も考えられる。この理由に民間建築物管理者を含む多くの施設設置管理者との特定事業に係る調整が必要だった点が指摘されている。

ソフト施策については、全般的な地域福祉推進についての歳入・歳出項目がある他、高齢者移動支援を基礎自治体が主体で行っており、国・都から直接対応する補助事業が明確ではない。一方で障害者移動支援は国・都あわせ半分程度の補助がつく違いがあった。このように移動支援事業は、地域生活支援事業に位置づけられることから、具体的な取扱いが基礎自治体の判断に応じて違いが全国的に存在することが知られている移動支援事業に関する調査によれば、対象をいずれの自治体でも各種手帳の所持や自立支援医療の受給、医師の診断等の要件は設けられていたものの、実態としては障害種別にかかわらず利用されていること、自治体によっては通院での利用は不可とする自治体もあり、運用上の制限に差異も見られるという指摘もある。

事例の台東区では、高齢者・障害者両方の移動支援の利用数を比較すると高齢者の利用が圧倒的に多く、基礎自治体には地域需要に応じた会計予算確保の役割があるといえる。

E. 結論

本研究では、研究の最終年度としてこれまでに構築した地域分析用統合データベースの拡充と可視化資料の追加・更新を行い、地域・病院の類型化に重点を置いて研究を行った。その結果としてその結果として人口をほぼ2分する大都市型圏域・地方都市型圏域における差異

を示すとともに、全人口の1割が居住する過疎地域型圏域における課題を明らかにした。今後はこうした地域の類型化と共に、各圏域における病院の医療機関機能についての検討を行い、有効な地域医療構想の策定につなげることが重要と考えられた。また交通網・都市整備事例と補助金についての地域事例調査においては、バリアフリー法に関連した実態資料の調査を行い、医療アクセシビリティの維持および改善には、都市全体機能との協調をはかりながら、医療機関との結節点における整備が鍵となることが示された。今後はこうした研究の成果を踏まえて新たな地域医療構想の策定に向けて各地域での調整を行うことが重要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

図1 厚労省 DPC 調査(R04/2022)

MDC 別病床数に DPC 対象病床数と傷病別オープンデータに示される割合を追加した資料

https://public.tableau.com/views/R04DPCmhlw/MDC_1



図2 厚労省 DPC 調査(R04/2022)

傷病別・手術ありの症例数について範囲を区切って地図上に表示する資料

<https://public.tableau.com/views/R04DPCmhlw/sheet17>



図3 厚労省 DPC 調査(R04/2022)

病院の月あたり症例数の下限を指定して、施設数と症例数の合計を表示する資料

<https://public.tableau.com/views/R04DPCmhlw/sheet30>

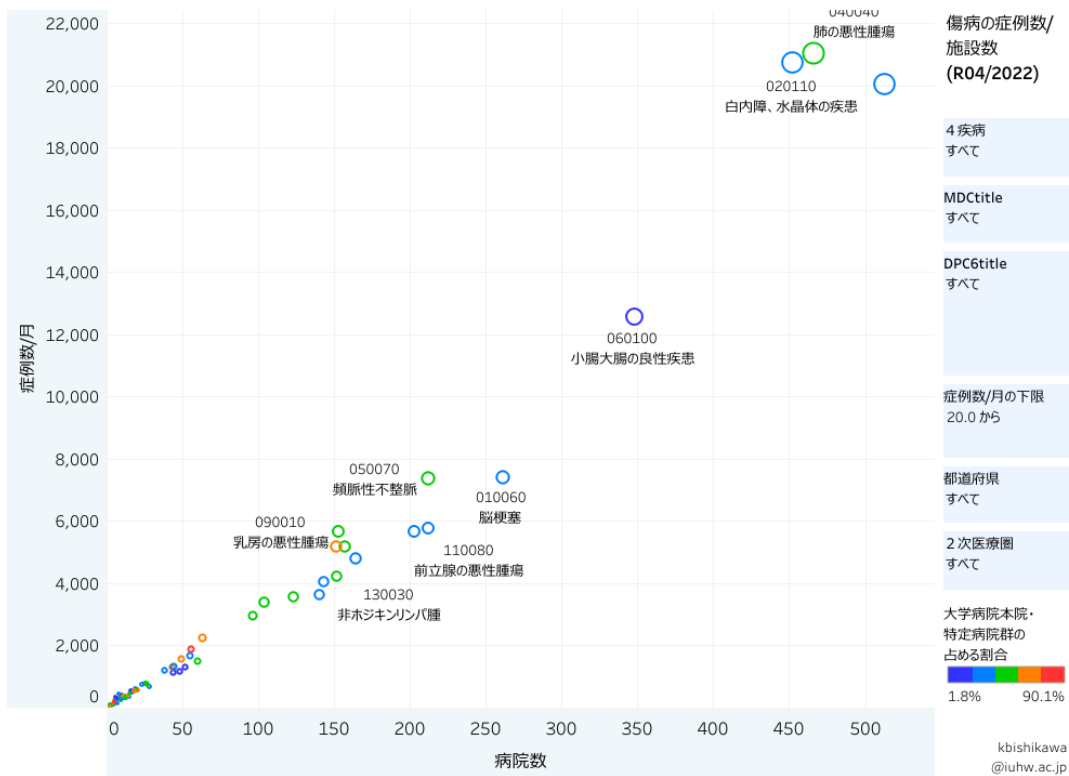


図4 厚労省 DPC 調査(R04/2022)

地域を指定して傷病別の施設数・症例数の実数を表示する資料

<https://public.tableau.com/views/R04DPCmhlw/sheet30>

傷病が全体に占める割合症例数/施設数(R04/2022) 施設数:4,314 症例数/月 : 764,204.3 都道府県 すべて 2 次医療圏 すべて										
seq	DPC6title	病院数	病院(%)	症例数/月	←%	←累計	症例数 手..	←%	症例数 手..	←%
総計		4,192	97.2%	709,681	92.865%	100.00%	373,706	90.410%	348,252	95.588%
1	040080肺炎等	2,842	65.9%	15,261	1.997%	2.15%	606	3.868%	14,900	0.155%
2	050130心不全	2,683	62.2%	19,261	2.520%	4.86%	2,624	4.591%	17,684	0.671%
3	060100小腸大腸の良性疾患	2,565	59.5%	25,765	3.372%	8.50%	24,611	0.300%	1,154	6.295%
4	040081誤嚥性肺炎	2,458	57.0%	12,369	1.618%	10.24%	1,065	2.996%	11,541	0.272%
5	110310腎臓又は尿路の感染症	2,404	55.7%	11,639	1.523%	11.88%	614	2.862%	11,025	0.157%
6	160800股関節・大腿近位の骨折	1,980	45.9%	11,082	1.450%	13.44%	10,307	0.206%	794	2.636%
7	060210ヘルニアの記載のない腸閉塞	1,965	45.5%	9,143	1.196%	14.73%	2,243	1.806%	6,957	0.574%
8	060160鼠径ヘルニア	1,953	45.3%	9,988	1.307%	16.14%	9,985	0.001%	3	2.554%
9	010060脳梗塞	1,886	43.7%	17,602	2.303%	18.62%	1,976	4.085%	15,735	0.505%
10	160690胸椎、腰椎以下骨折損傷	1,805	41.8%	4,840	0.633%	19.30%	1,190	0.949%	3,654	0.304%
11	060035結腸（虫垂を含む。）の悪性..	1,801	41.7%	16,305	2.134%	21.59%	9,514	1.795%	6,914	2.433%
12	060130腸の炎症	1,784	41.4%	5,780	0.756%	22.41%	1,885	1.150%	4,430	0.482%
13	060380ウイルス性腸炎	1,730	40.1%	4,893	0.640%	23.10%	0	1.270%	4,893	0.000%
14	060102穿孔又は膿瘍を伴わない憩室..	1,723	39.9%	6,279	0.822%	23.98%	1,482	1.355%	5,218	0.379%
15	060340胆管（肝内外）結石、胆管炎	1,702	39.5%	13,958	1.826%	25.95%	11,431	0.663%	2,555	2.924%
16	110280慢性腎炎症候群等	1,684	39.0%	12,242	1.602%	27.68%	5,109	1.904%	7,335	1.307%
17	060335胆嚢炎等	1,655	38.4%	8,108	1.061%	28.82%	6,462	0.433%	1,669	1.653%
18	160760前腕の骨折	1,609	37.3%	4,985	0.652%	29.52%	4,985	0.000%	0	1.275%
19	060020胃の悪性腫瘍	1,559	36.1%	12,694	1.661%	31.31%	8,787	1.088%	4,192	2.248%
20	060150虫垂炎	1,463	33.9%	6,037	0.790%	32.16%	4,319	0.452%	1,742	1.105%
21	060040直腸肛門の悪性腫瘍	1,446	33.5%	8,830	1.155%	33.40%	4,823	1.056%	4,069	1.234%
22	030400前庭機能障害	1,434	33.2%	3,263	0.427%	33.86%	2	0.847%	3,261	0.001%
23	050050狭心症、慢性虚血性心疾患	1,355	31.4%	27,885	3.649%	37.79%	13,019	3.875%	14,925	3.330%
24	110080前立腺の悪性腫瘍	1,354	31.4%	13,872	1.815%	39.75%	3,063	2.825%	10,882	0.784%
25	080010膿皮症	1,322	30.6%	3,008	0.394%	40.17%	248	0.717%	2,760	0.063%
26	070343脊柱管狭窄等	1,287	29.8%	7,301	0.955%	41.20%	5,134	0.572%	2,202	1.313%
27	040040肺の悪性腫瘍	1,272	29.5%	25,824	3.379%	44.84%	5,927	5.316%	20,475	1.516%
28	020110白内障、水晶体の疾患	1,270	29.4%	27,637	3.616%	48.73%	27,571	0.017%	66	7.052%
29	060190虚血性腸炎	1,215	28.2%	2,247	0.294%	49.05%	86	0.563%	2,169	0.022%
30	110070膀胱腫瘍	1,213	28.1%	9,633	1.260%	50.41%	7,630	0.545%	2,100	1.952%
31	06007x脾臓、脾臓の腫瘍	1,208	28.0%	9,869	1.291%	51.80%	4,168	1.540%	5,933	1.066%

図5 厚労省 DPC 調査(R04/2022)

地域を指定して傷病別の施設数・症例数について病院の診療規模別の構成を示す資料

https://public.tableau.com/views/R04DPCmhlw/sheet34_1

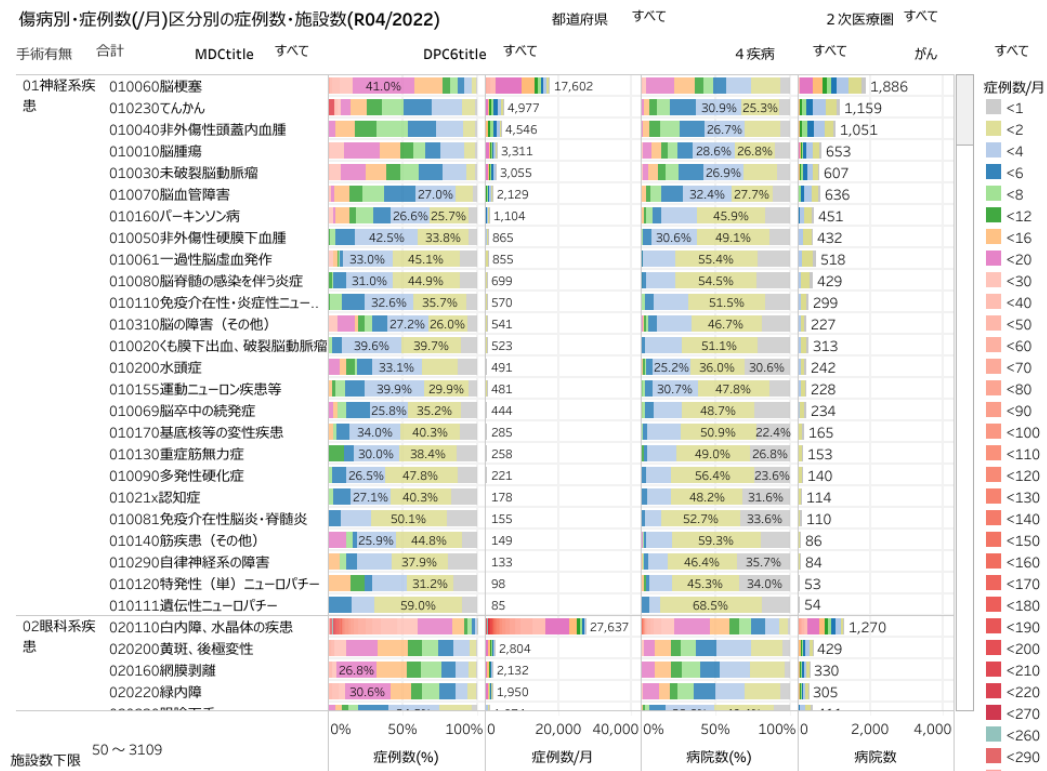


図6 2022(R04)病床機能報告:施設票職員数

職種別職員数の円グラフにより病院の位置を表示する地図

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-HospStaff/map>

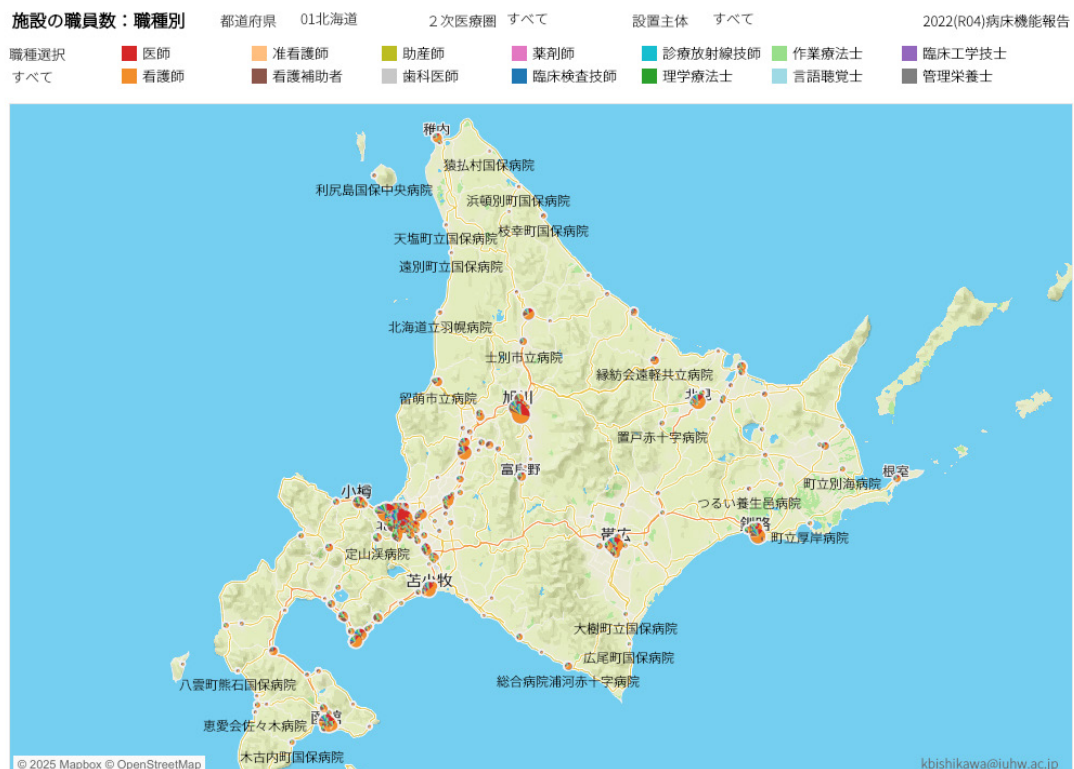


図7 2022(R04)病床機能報告:施設票職員数

都道府県別の職員数: 2次医療圏のドリルダウンが可能(東北地方の2次医療圏別集計を例示)

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-HospStaff/sheet1>

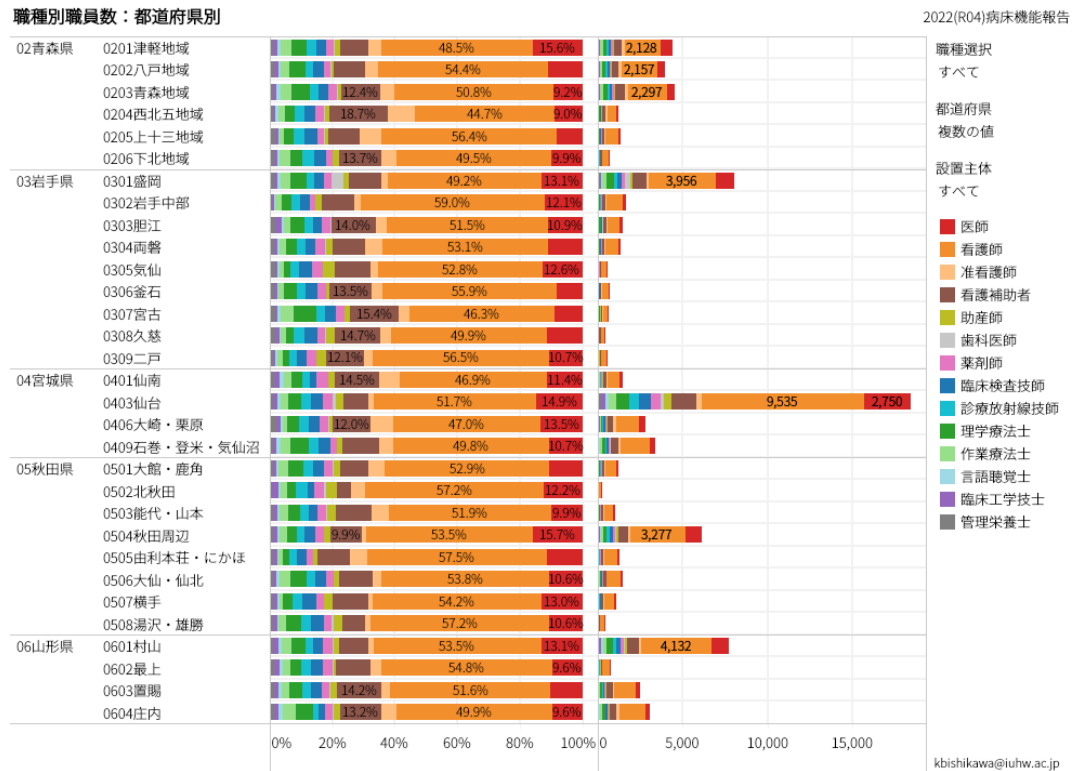


図8 2022(R04)病床機能報告:施設票職員数

職種別・都道府県別の職員数: 設置主体での絞り込みが可能(国立病院機構を例示)

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-HospStaff/sheet2>

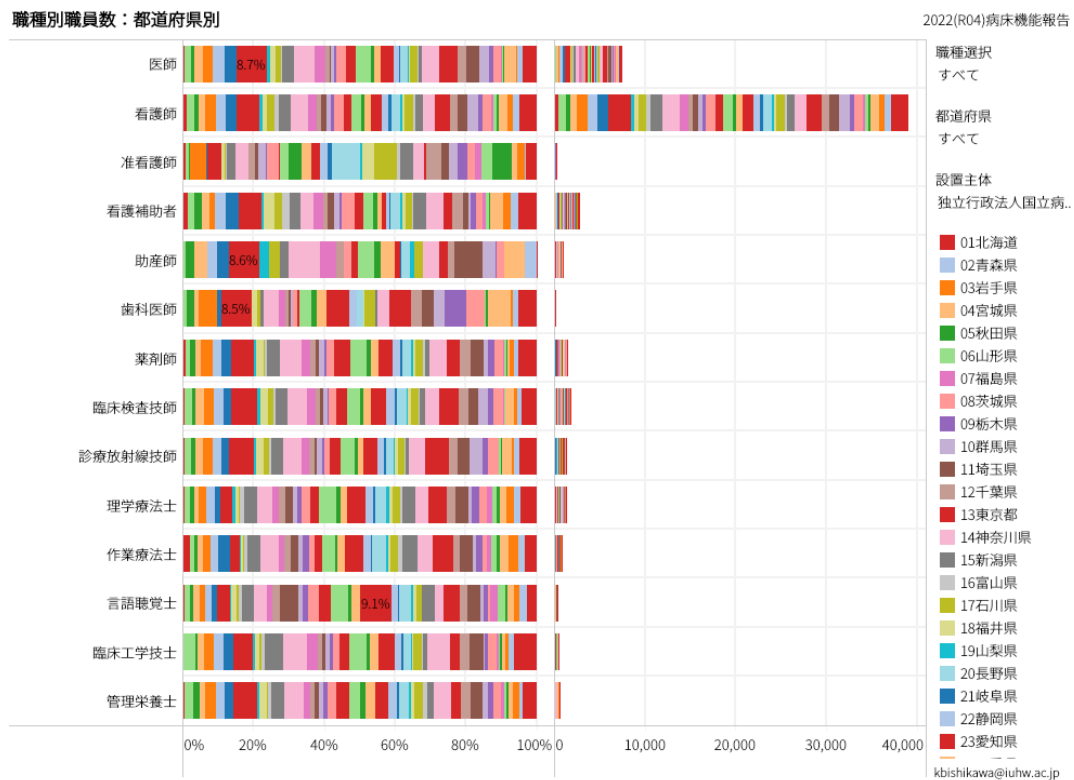


図9 2022(R04)病床機能報告:施設票職員数

都道府県別に圏域別職種別職員数を表示する資料

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-HospStaff/sheet3>



図10 2022(R04)病床機能報告:施設票職員数

都道府県別・2次医療圏別職種別・施設別職員数

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-HospStaff/sheet4>

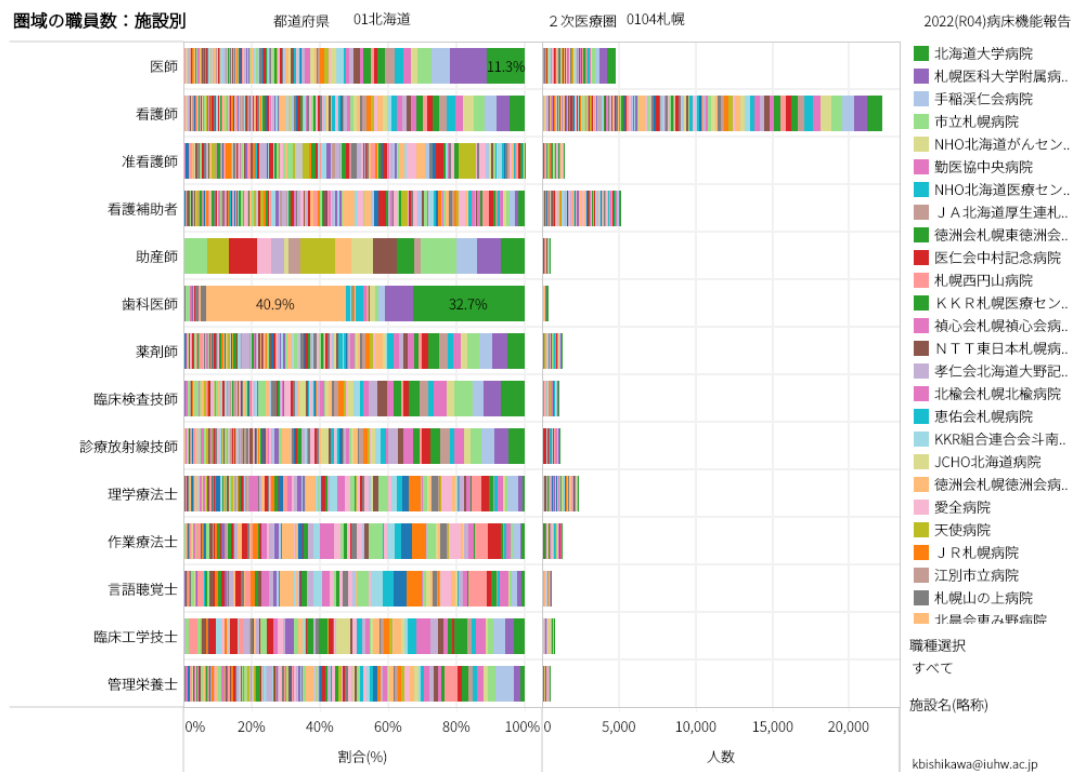


図 11 2022(R04)病床機能報告:施設票職員数

施設別・職種別職員数

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-HospStaff/sheet5>

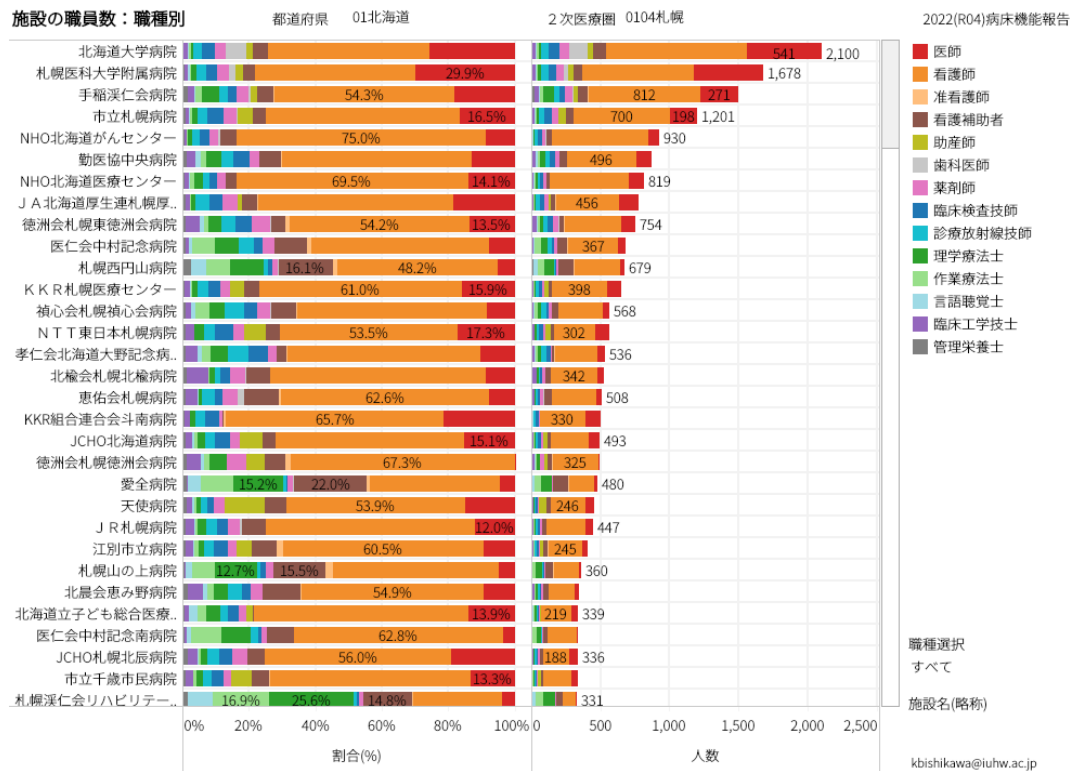


図 12 2022(R04)病床機能報告:病棟票

入院経路別の円グラフによる病院マップ

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Wards/map->

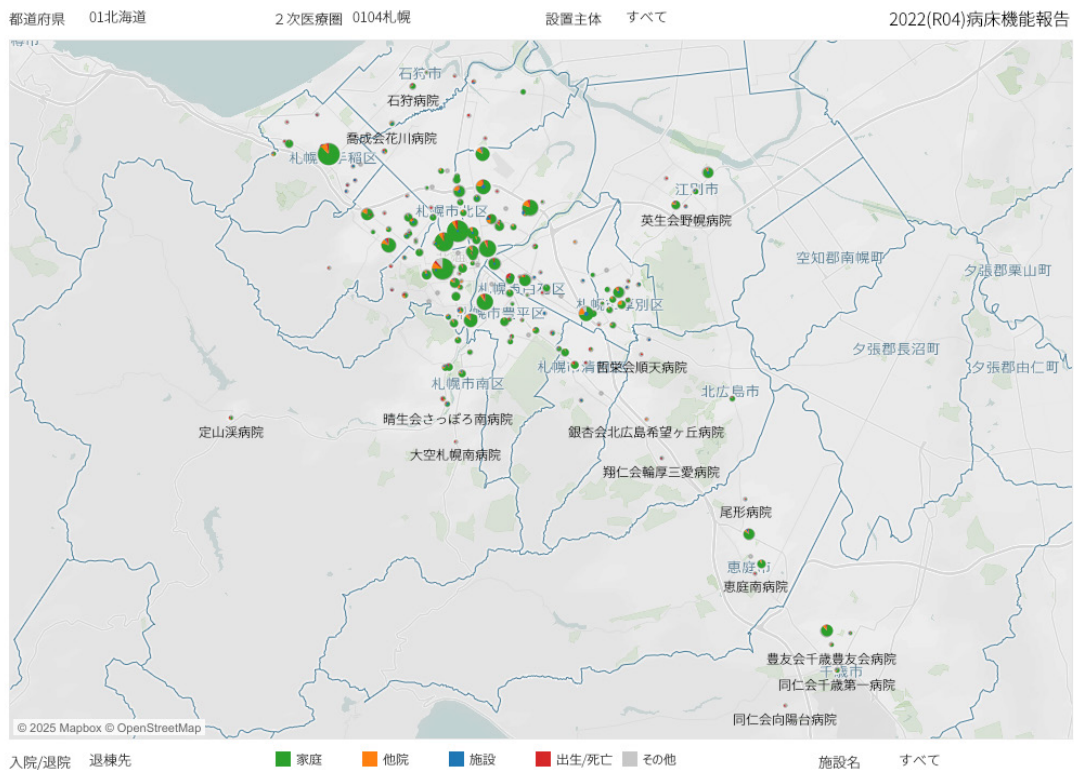


図 13 2022(R04)病床機能報告:病棟票

2 次医療圏別施設別患者数および病床機能区分別患者数

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Wards/>



図 14 2022(R04)病床機能報告:病棟票

地域を絞り込んで病院の入退院経路を示す資料

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Wards/>



図 15 2022(R04)病床機能報告:病棟票

病院の病床機能と入退院経路別・入院種別の患者数

https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Wards/-_2

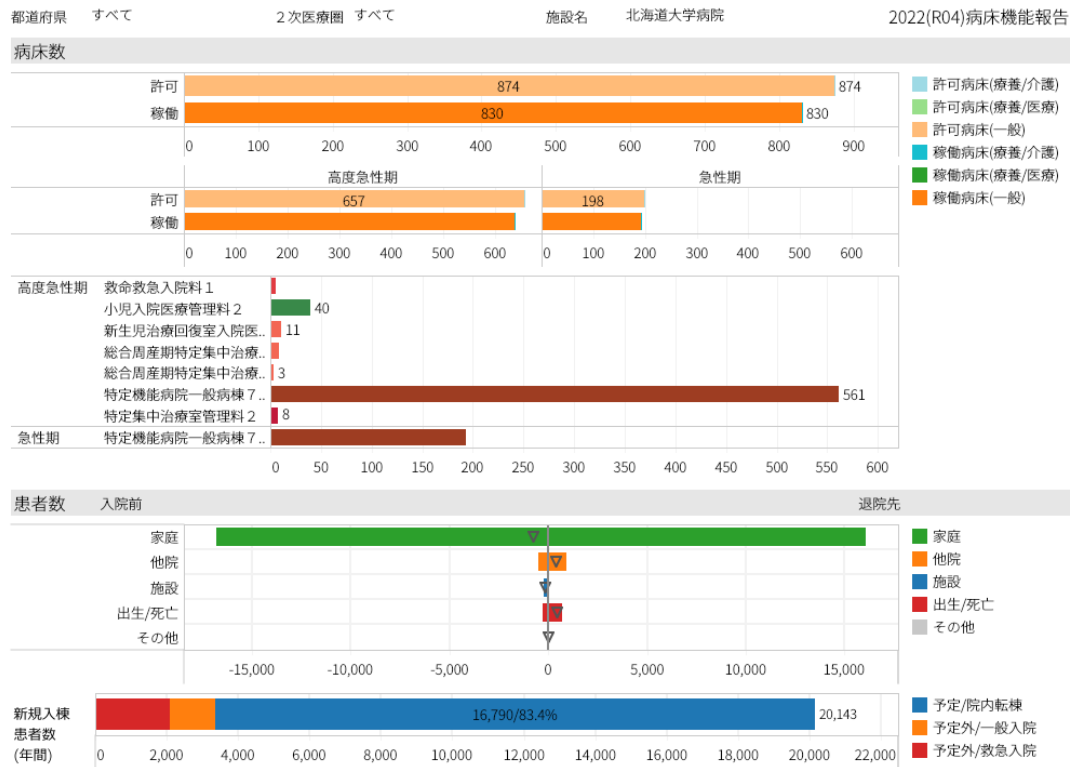


図 16 社人研人口推計(2023)

2次医療圏の人口規模

<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/2>



図 17 社人研人口推計(2023)

2 次医療圏の人口と高齢化率の変化

<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet13>

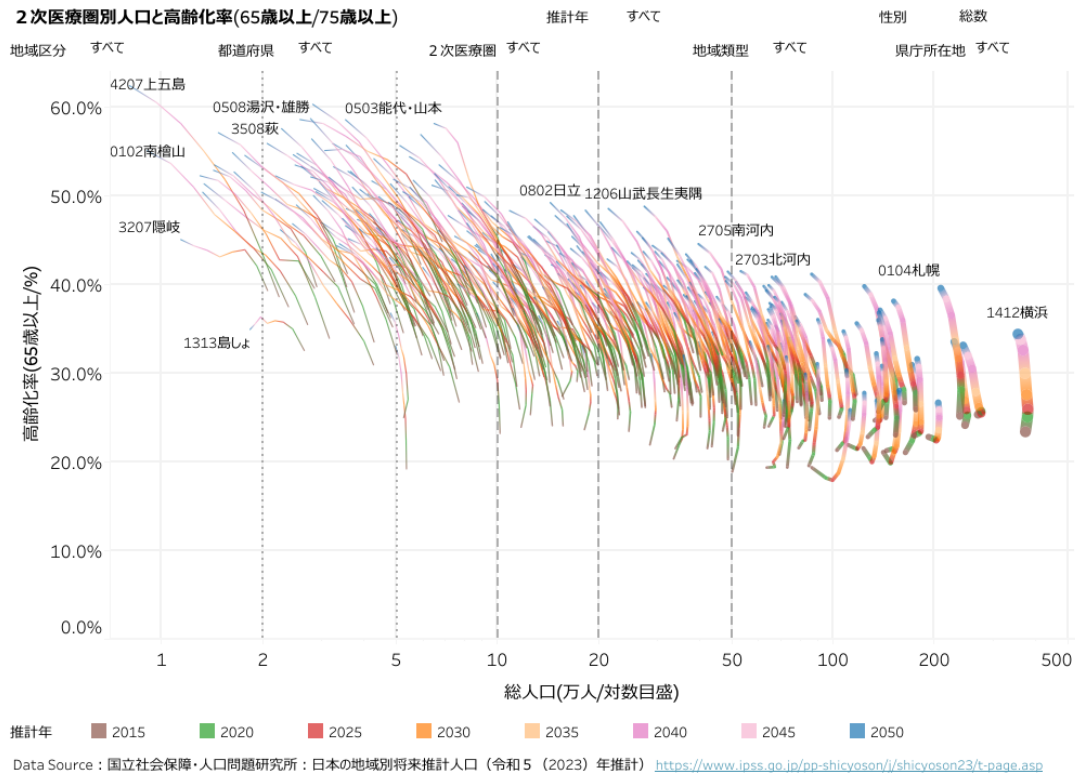
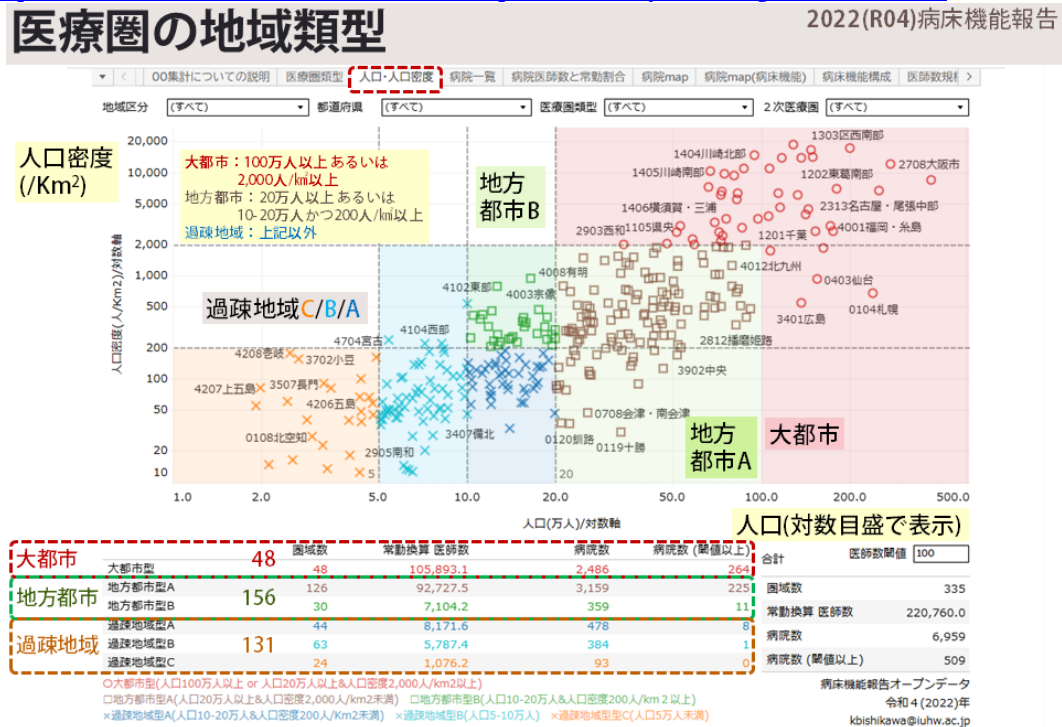


図 18 2022(R04)病床機能報告 : 医師数と入院受入

2 次医療圏の地域類型

https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet2_1



2022(R04)病床機能報告 : 医師数と入院受入 → 人口・人口密度

https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet2_1

図 19 社人研人口推計(2023)

2次医療圏の類型化地図

<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/map>



図 20 社人研人口推計(2023)

将来推計人口：大都市型 2次医療圏

<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet2>

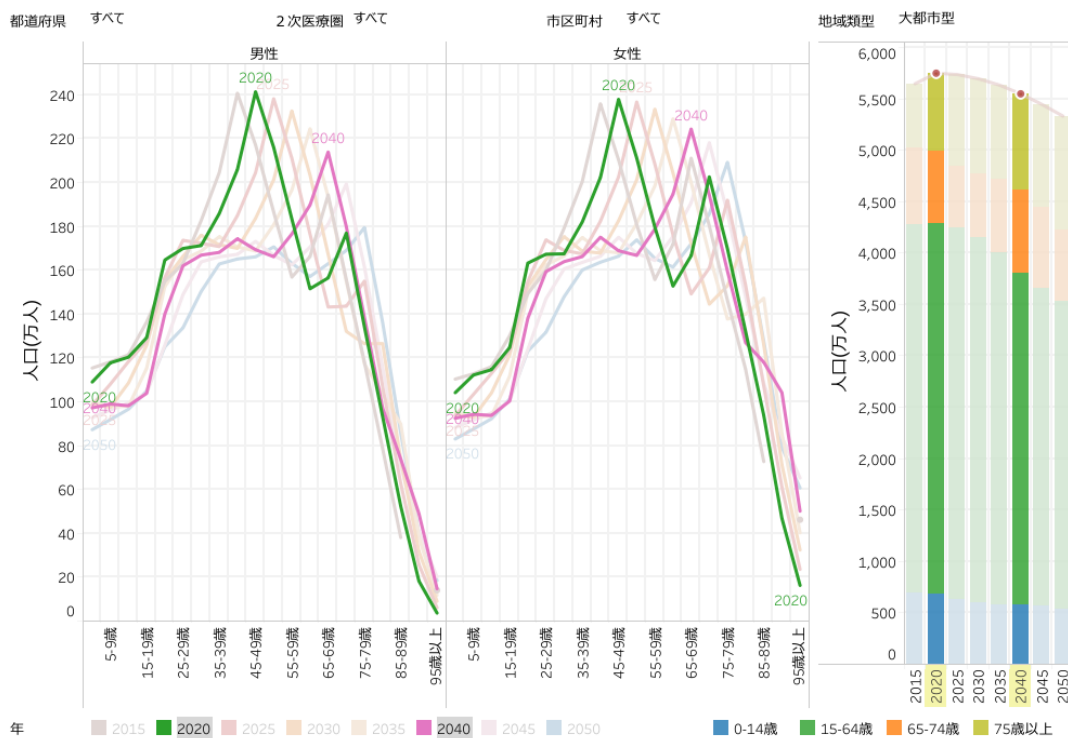


図 21 社人研人口推計(2023)

将来推計人口：地方都市型 2 次医療圏

<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet2>

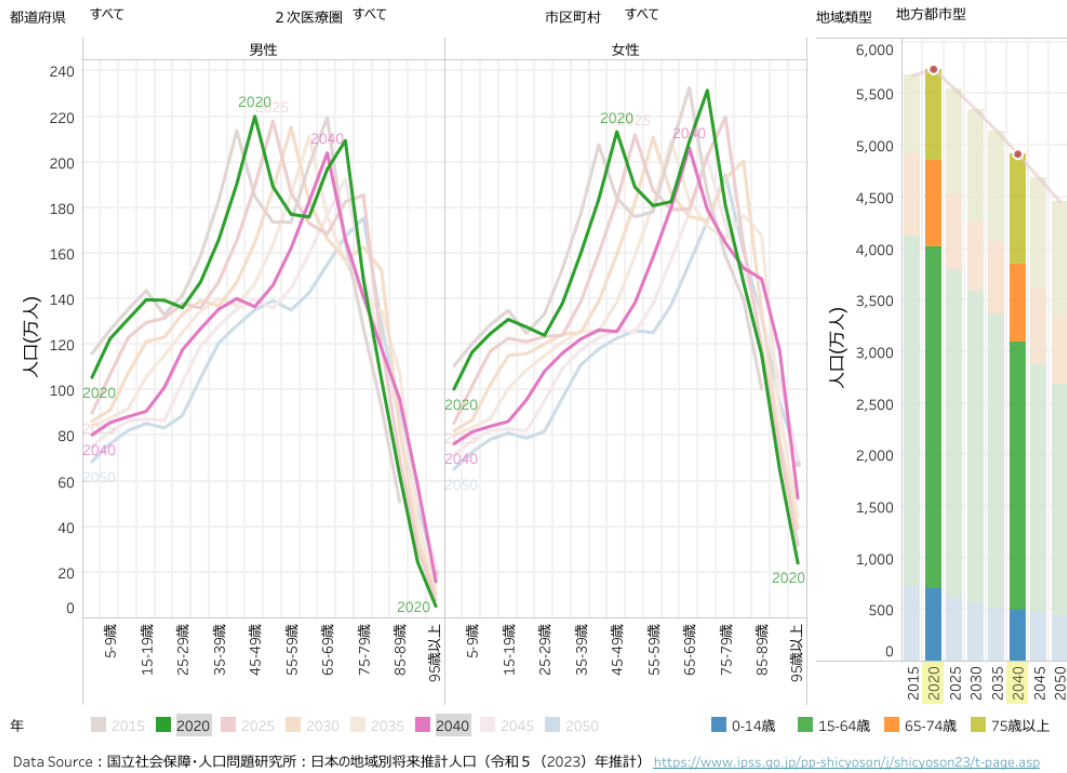


図 22 社人研人口推計(2023)

将来推計人口：過疎地域型 2 次医療圏

<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet2>

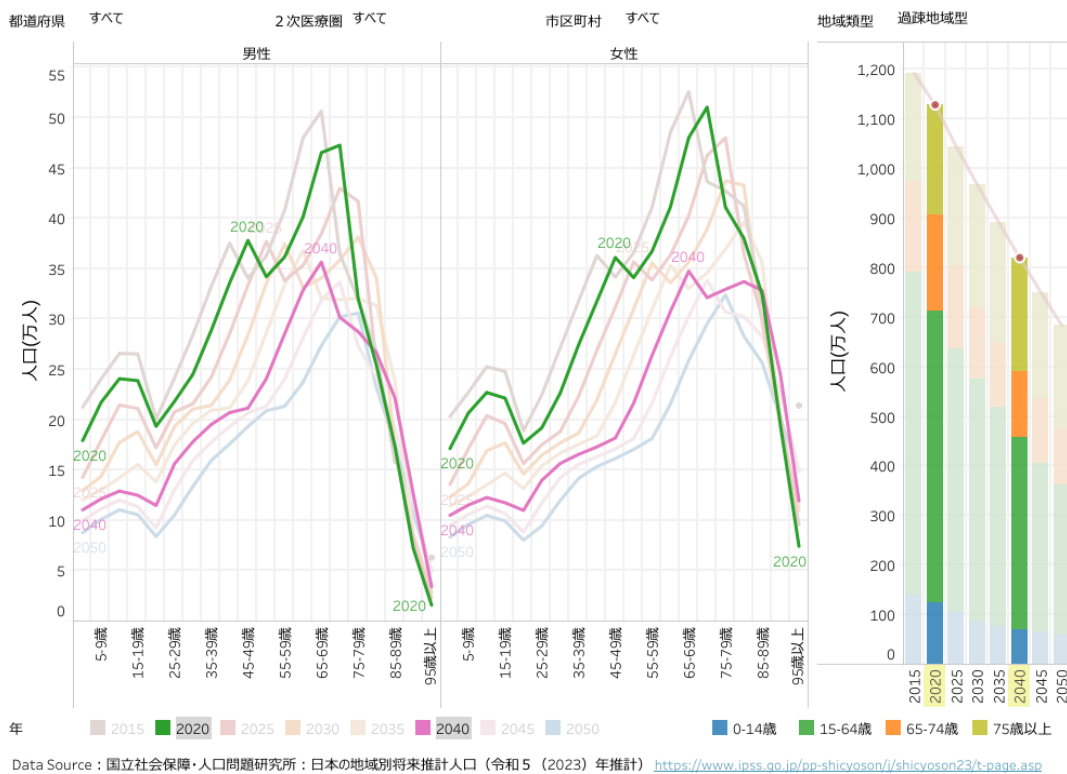


図 23 2022(R04)病床機能報告:医師数と入院受入

大都市型 2 次医療圏の病院医師数：全国

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>

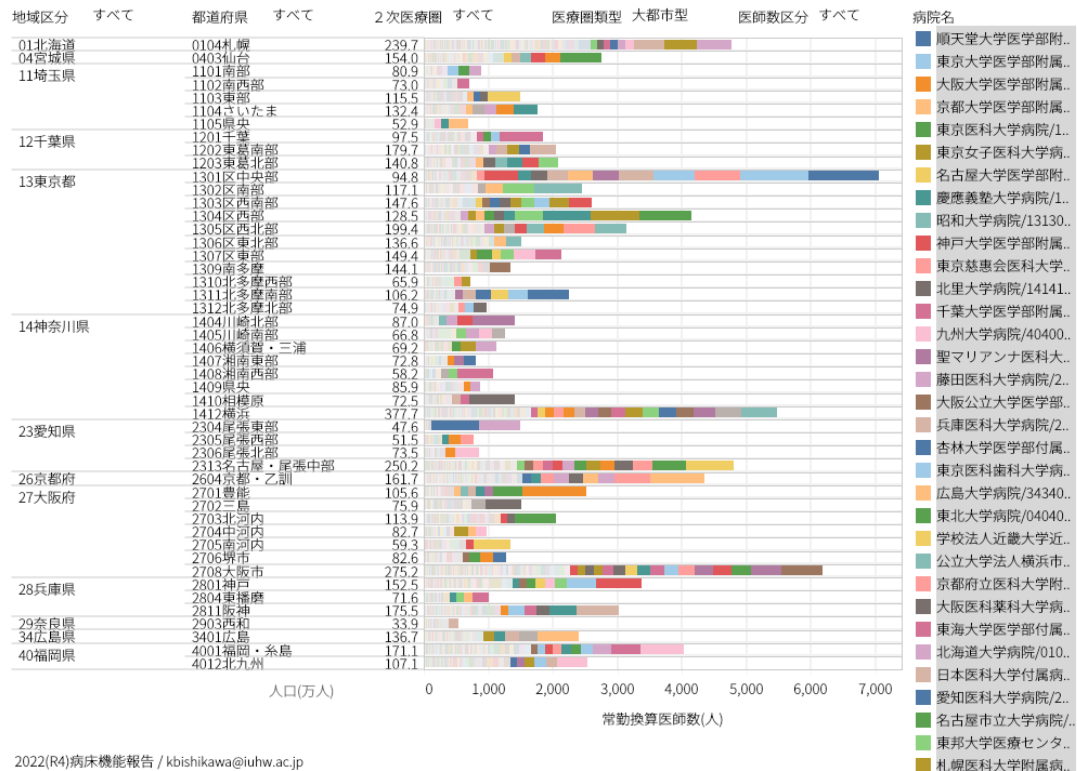


図 24 2022(R04)病床機能報告:医師数と入院受入

地方都市型 2 次医療圏の病院医師数：九州地方

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>



図 25 2022(R04)病床機能報告:医師数と入院受入

過疎地域型 2 次医療圏の病院医師数：九州地方

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>

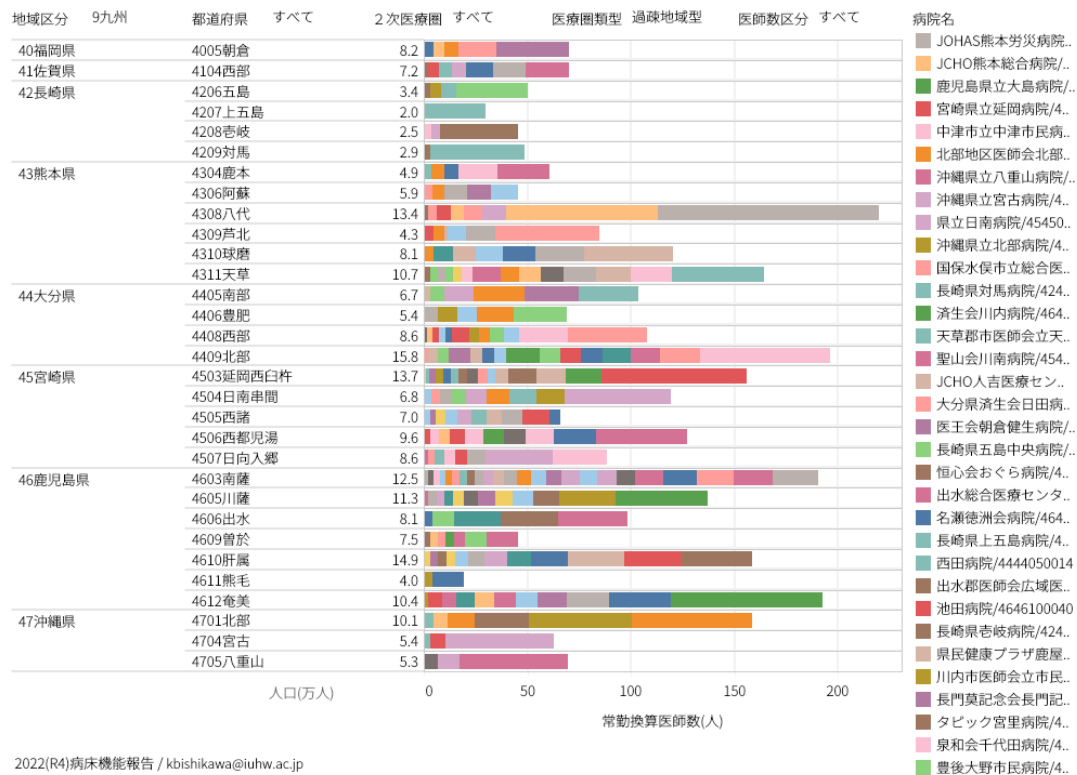


図 26 2022(R04)病床機能報告:医師数と入院受入

2 次医療圏の人口と人口密度、病院医師数の総計と最も医師数が多い病院の規模：地方都市型

<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet1>

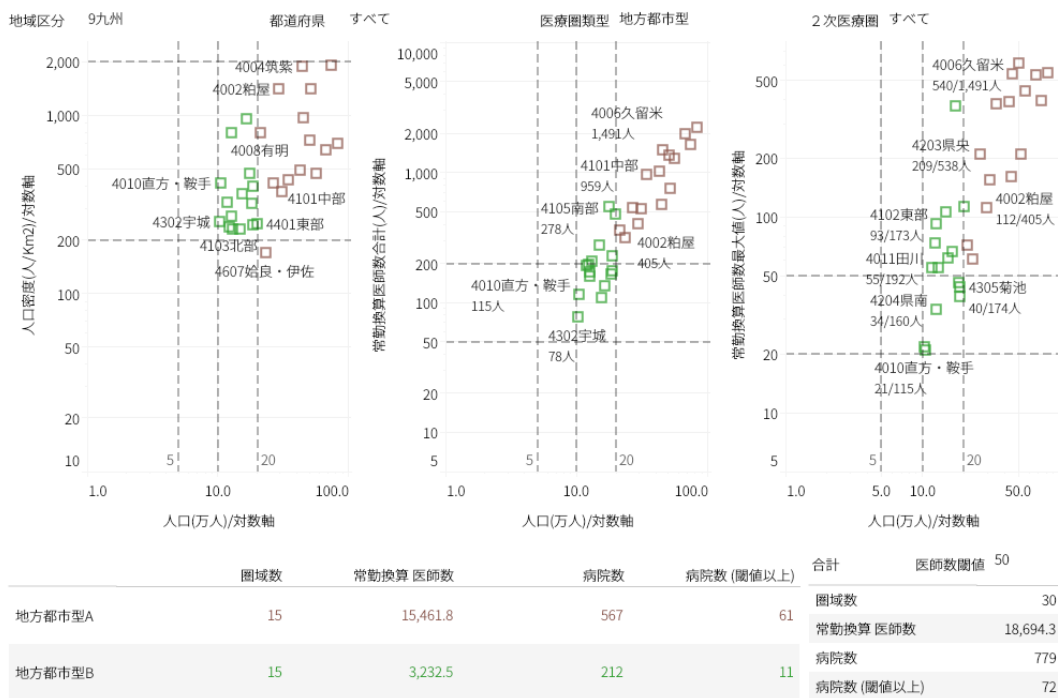
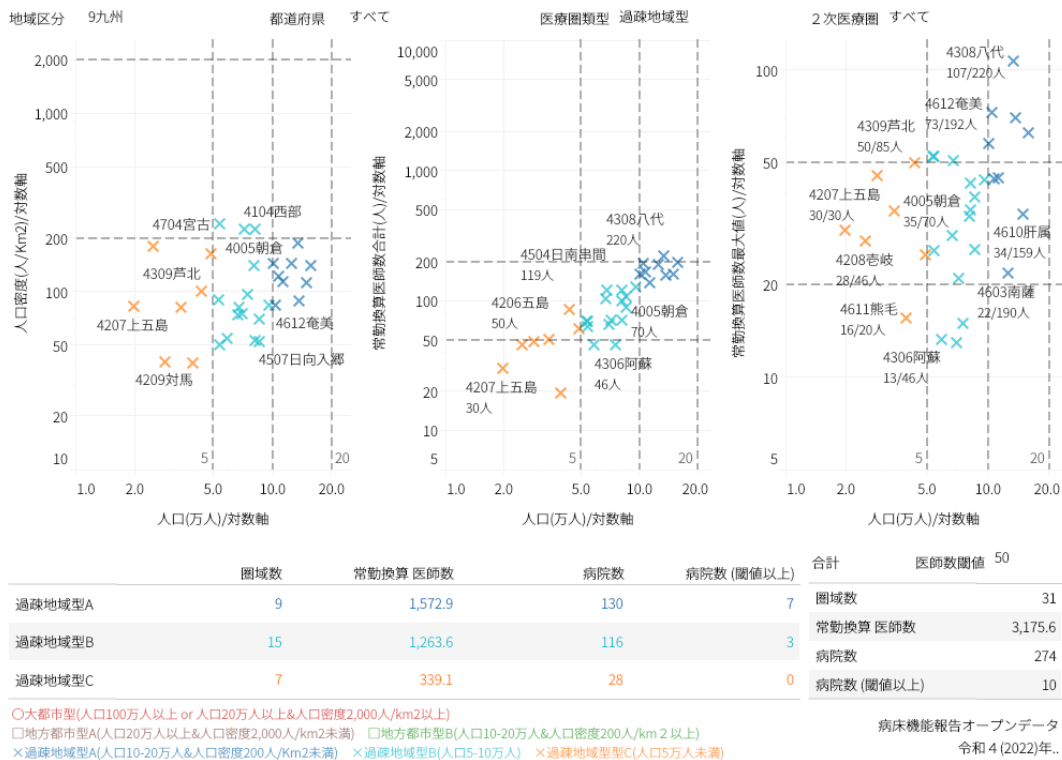


図 27 2022(R04)病床機能報告:医師数と入院受入

2次医療圏の人口と人口密度、病院医師数の総計と最も医師数が多い病院の規模：過疎地域型

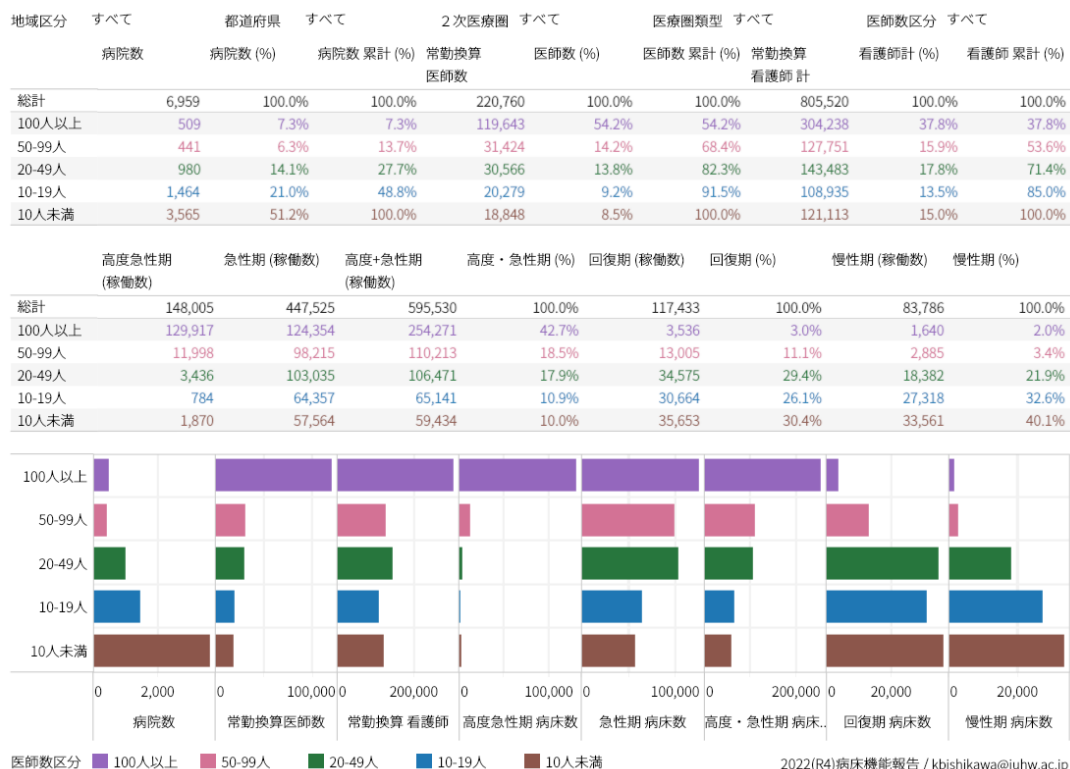


<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet1>

図 28 2022(R04)病床機能報告:医師数と入院受入

医師数規模別の職員数・機能別病床数

https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet4_1



2次医療圏別・医師数規模別の救急車受入、夜間・時間外/休日受診からの入院患者数



<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022tollSEacute/map>



図 31 運転時間による診療圏:2022 急性期入院医療施設/有料道路利用なし

<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022freeSEacute/map>

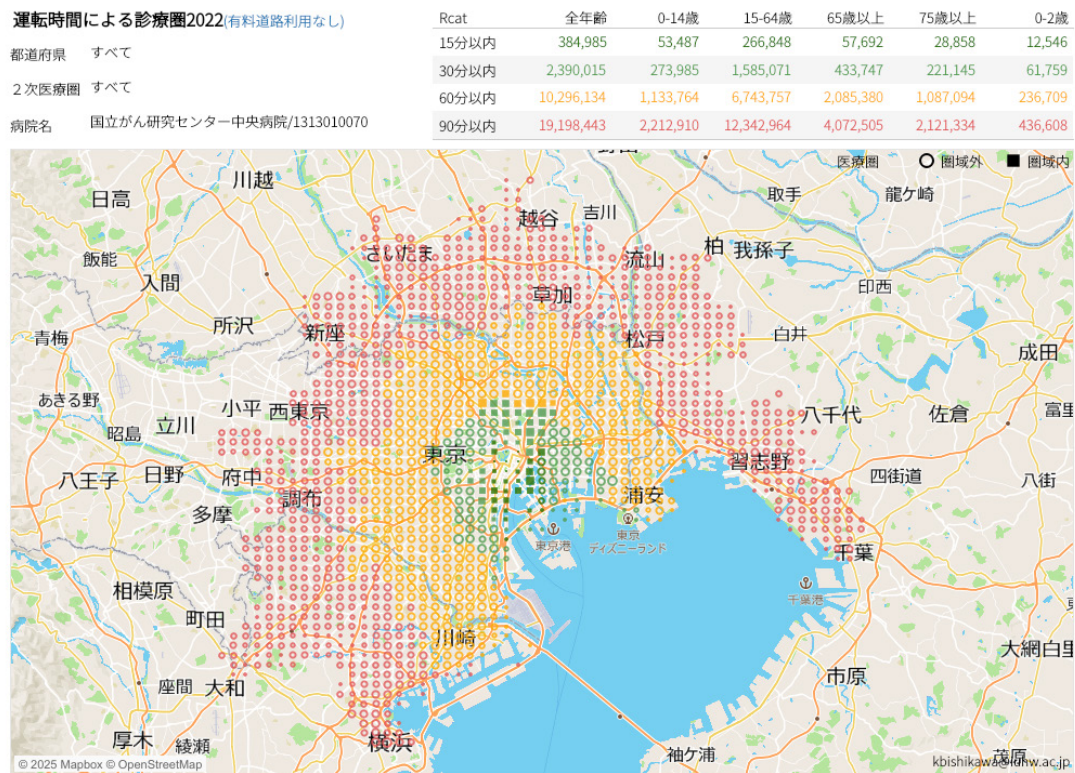


図 32 入院医療へのアクセス:地域類型と病院医師数/2022(R04)病床機能報告

最寄りの病院までの運転時間

<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022acuteNmd/map?>

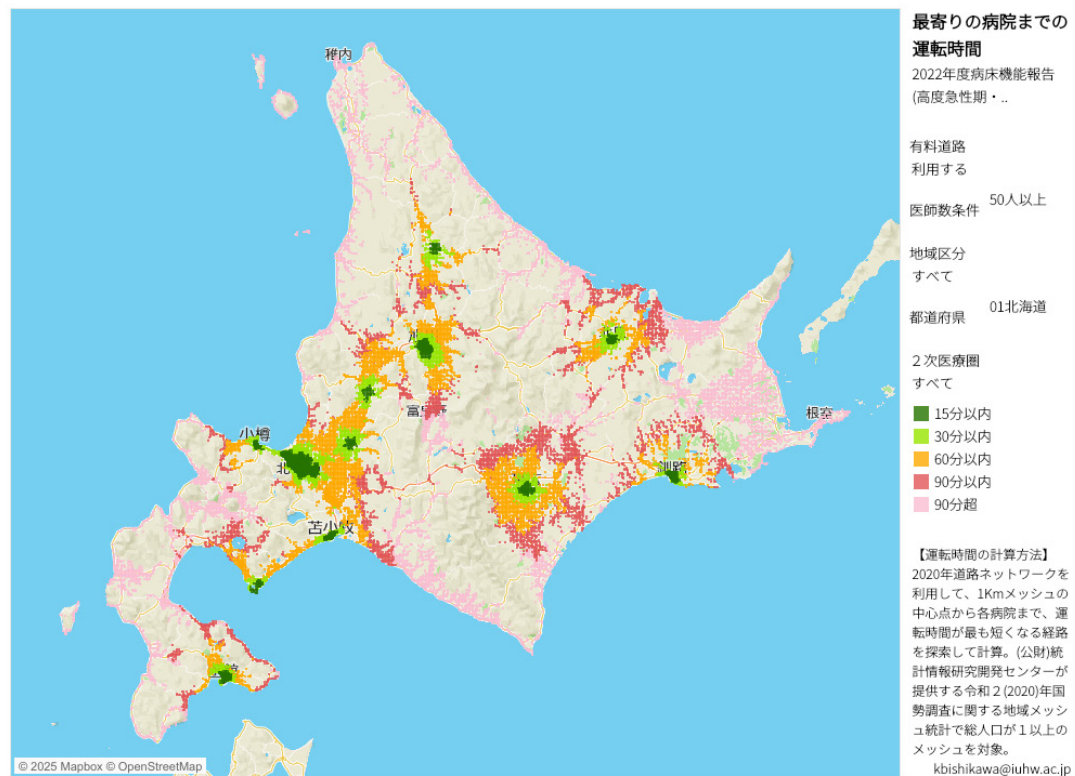


図 33 入院医療へのアクセス:地域類型と病院医師数/2022(R04)病床機能報告

有料道路の利用の有無によるアクセシビリティの比較資料

<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022acuteNmd/map2?>

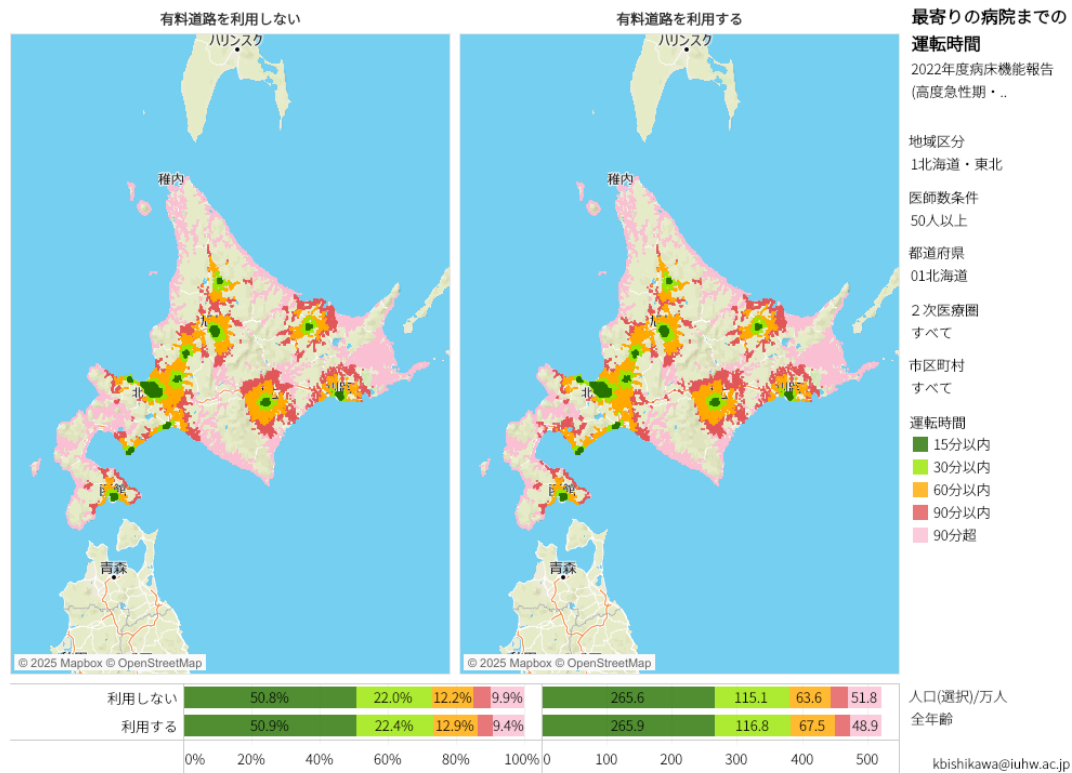


図 34 入院医療へのアクセス:地域類型と病院医師数/2022(R04)病床機能報告

施設の常勤換算医師数により病院を絞り込んだ場合のアクセシビリティの比較資料

<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022acuteNmd/map3MD?>

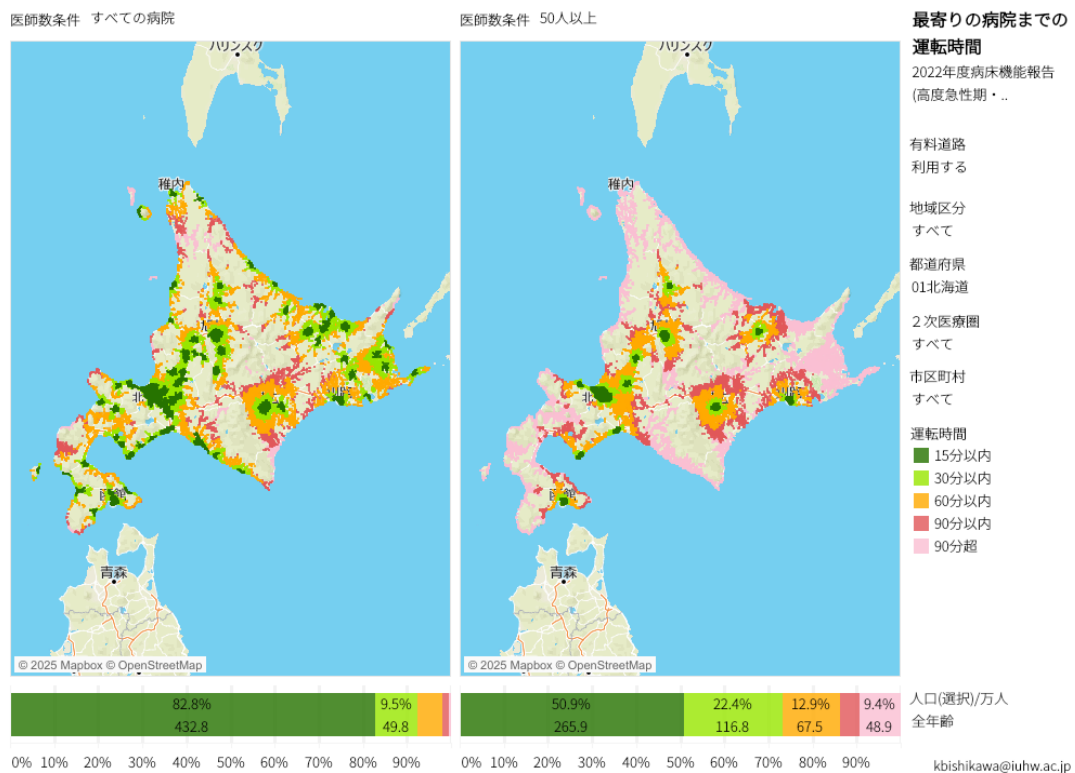


図 35 入院医療へのアクセス:地域類型と病院医師数/2022(R04)病床機能報告

医師数の条件別に 2 次医療圏の地域類型別にアクセシビリティを比較する資料

<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022acuteNmd/MD>

2 次医療圏の人口カバー率: 医療圏類型別・常勤換算医師数別(ドリルアップ/ダウン可能)



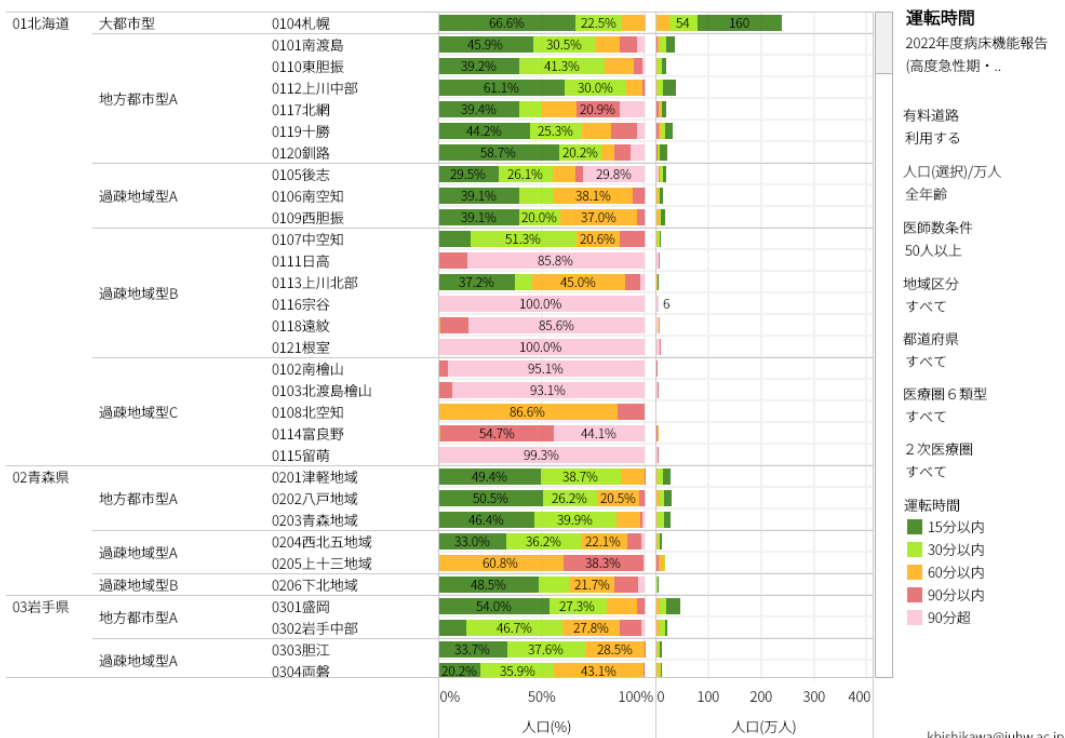
kbishikawa@iuhw.ac.jp

図 36 入院医療へのアクセス:地域類型と病院医師数/2022(R04)病床機能報告

設定した医師数の条件に従い、地域類型別・2 次医療圏別にアクセシビリティを比較する資料

<https://public.tableau.com/views/MeshBKH2022acuteNmd/area>

地域の人口カバー率: 都道府県・地域類型・2 次医療圏別(ドリルアップ/ダウン可能)



kbishikawa@iuhw.ac.jp

図 37 地域医療分析用統合データベース:病院向け資料ガイド

地域・病院を予め選択して、多様な資料から必要なデータを確認するためのガイド

<https://public.tableau.com/views/RHAdbMenu/sheet0>

地域医療分析用統合データベース：病院向け資料ガイド

ver.2024.R04(2022).09.09.small

■都道府県・2次医療圏を選択してください		都道府県	14神奈川県	2次医療圏	1411県西
14神奈川県		NULL			
14神奈川県	1411県西	医師偏在指標-全体：下位/外来：－			
☐ 地域分析資料		各行をクリックして資料を表示します			
14神奈川県	1411県西	地域：人口変化/2次医療圏/総人口・高齢化率変化			
		地域：人口変化/2次医療圏/総人口-75歳以上人口率(2025→2040)			https://
		地域：人口変化/2次医療圏/性・5歳年齢階級別			
		地域：医療圏の人口類型			https://
		地域：医療圏の人口類型と病院医師数			
		地域：2次医療圏/医師数規模別			https://
		地域：2次医療圏病院リスト			
		地域：2次医療圏病院地図			https://
		地域：2次医療圏医師数			
		地域：2次医療圏/病院医師数			https://
		地域：2次医療圏救急等			
		地域：2次医療圏/病院救急等			https://
		地域：病院の配置と医師数			
		地域：医師50人以上の病院へのアクセス			https://
■病院を選択してください		病院	小田原市立病院/1414110018		
☐ 病院分析資料		各行をクリックして資料を表示します			
小田原市立病院/1414110018		病院：運転時間診療圏/有料道路利用あり			
		病院：運転時間診療圏/有料道路利用なし			https://

kbishikawa@iuhw.ac.jp

地域の類型化に関する検討

研究分担者 村松 圭司（産業医科大学 公衆衛生学教室 准教授）

石川ベンジャミン光一（国際医療福祉大学大学院 医学研究科 教授）

研究要旨

2040 年に向けて新たな地域医療構想を策定し、その推進を図るうえでは、各構想区域がもつ特徴を踏まえた議論が必要となる。本研究では、新たな地域医療構想等に関する検討会において示された人口・人口密度に基づく地域の類型化手法を用いて各類型が持つ特徴を明らかにすることを目的として、将来推計人口、病院機能報告における病院の常勤換算医師数についての分析を行った。その結果として人口をほぼ 2 分する大都市型圏域・地方都市型圏域における差異を示すとともに、全人口の 1 割が居住する過疎地域型圏域における課題を明らかにした。今後はこうした地域の類型化と共に、各圏域における病院の医療機関機能についての検討を行い、有効な地域医療構想の策定につなげることが重要と考えられる。

A. 研究目的

2040 年に向けて新たな地域医療構想を策定し、その推進を図るうえでは、各構想区域がもつ特徴を踏まえた議論が必要となる。本研究では、新たな地域医療構想等に関する検討会において示された人口・人口密度に基づく地域の類型化手法を用いて、各類型が持つ特徴を明らかにすることを目的として、将来推計人口、病院機能報告における病院の常勤換算医師数についての分析を行った。

B. 研究方法

1. 推計人口データベースの構築

2020 年～2050 年までの人口推計については国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（令和 5（2023）年推計）¹を利用した。また 2015 年人口については、国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）²を使用した。

¹ <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp>

² <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>

なお 2018 年に市政変更が行われた福岡県那賀川町は那珂川市に読み替えている。

2. 2 次医療圏の地域類型

2024 年度に開催された新たな地域医療構想等に関する検討会において構想区域の人口動態についての検討で用いられた 3 つの地域区分³—大都市型、地方都市型、過疎地域型—に従い、各 2 次医療圏を分類した。

3. 2 次医療圏地図の作成

2 次医療圏地図については、国土数値情報

³ 第 9 回新たな地域医療構想等に関する検討会(2024/09/30)：資料 2 新たな地域医療構想について（入院医療、在宅医療、構想区域等）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001309842.pdf>

大都市：100 万人以上 あるいは 2,000 人/㎢以上
地方都市：20 万人以上 あるいは 10-20 万人かつ 200 人/㎢以上

1) 過疎地域：上記以外

行政区域データ令和 3(2021) 年 1 月 1 日時点⁴ および国土数値情報湖沼データ平成 17(2005) 年 9 月 1 日時点⁵を利用して地図ポリゴンを作成後、mapshaper⁶を利用してデータの軽量化を行った。なお、市区町村と 2 次医療圏の対応表については、e-Gov データポータル⁷の 2 次医療圏データ⁸を利用した。

【注意事項】いわき・相双医療圏については浜通り地区として合算した人口を示した。

4. 2 次医療圏の医師数

2022(令和 4 年)病床機能報告の報告結果⁸のうち、施設票および様式 1 病棟票のデータを利用した。

5. 分析・可視化に用いたソフトウェア

可視化に際しては BI ツールの一つである Tableau⁹を利用し、データの統合処理には Tableau Prep を用いた。集計結果はインターネット上において無償で利用可能なデータ可視化基盤である Tableau public により公開する形とした。

C. 研究結果

1. 2 次医療圏の人口規模

2020 年国勢調査に基づき 2 次医療圏の人口規模について可視化した資料を図 1 に示す。人口が最も多かった横浜医療圏には 377.75 万人が居住しており、人口が 100 万人を超える 2 次医療圏は 25 圏域合計 4,118 万人で全国の人口の約 33%を占める。その一方で人口が 20 万人未満の医療圏は 160 圏域で全国の医療圏の約半数を占めている。これらの圏域には 1,575 万人(全国の 12.5%)が居住しており、さらに人口が少ない 10 万人未満の医療圏は 87 圏域、525 万人(同 4%)であった。

⁴ https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/gml/datalist/KsjTmplt-N03-v3_0.html

⁵ https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/gml/datalist/KsjTmplt-W09-v2_2.html

⁶ <https://mapshaper.org/>

⁷ https://data.e-gov.go.jp/data/dataset/mhlw_20150115_0041

⁸ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00011.html

⁹ <http://www.tableausoftware.com/ja-jp>

2. 2 次医療圏の人口と高齢化率の変化

2015 年から 2050 年までの人口(横軸、対数目盛)と高齢化率(縦軸、65 歳以上)を図 2 に示す。人口が 100 万人以上の医療圏では人口はあまり減少せずに高齢化が進行する。これに対して 100 万人未満の医療圏では、人口減少も顕著になる。また、2050 年における高齢化率は、現在の人口で 20 万人、50 万人を境として高まり、それぞれ最大で 60%、50%に至ることが示されている。なお、2023 年度推計では東京都を中心として国外からの人口流入による人口増加が仮定されていることに注意が必要である。

3. 2 次医療圏の人口類型と将来の人口

人口と人口密度に従い、大都市型、地方都市型、過疎地域型に 2 次医療圏を類型化するグラフ・表を図 3 に、全国地図を図 4 に示す。335 の 2 次医療圏の内訳は、大都市型 48 圏域、地方都市型 156 圏域、過疎地域型 131 圏域であった。

図 5 は大都市型 2 次医療圏を全体としてみた場合の将来推計人口を示したものであり、2020 年と 2040 年をハイライトしている。総人口は 5,749 万人から 5,549 万人に約 3.5%の減少となっており、75 歳以上の人口は 761 万人から 932 万人に 22.5%増加する、他方で 15-64 歳の人口は 3,608 万人から 3,229 万人に 10.5%減少し、75 歳以上に対する生産年齢人口は 1 対 4.7 から 3.5 へと減少する。また 15 歳未満の人口は 678 万人から 575 万人へと 15%減少する。

図 6 は同様に地方都市型 2 次医療圏を全体としてみたものである。総人口は 5,737 万人から 4,915 万人に約 14.3%の減少となっており、75 歳以上の人口は 878 万人から 1,066 万人に 21.4%増加する、他方で 15-64 歳の人口は 3,312 万人から 2,597 万人に 21.6%減少し、75 歳以上に対する生産年齢人口は 1 対 3.8 から 2.4 へと減少する。また 15 歳未満の人口は 701 万人から 496 万人へと 29%減少する。

図 7 は同様に過疎地域型 2 次医療圏を全体

としてみたものである。総人口は1,128万人から820万人に約27.3%の減少となっており、75歳以上の人口は222万人から230万人に3.6%増加する、他方で15-64歳の人口は589万人から388万人に34.1%減少し、75歳以上に対する生産年齢人口は1対2.7から1.7へと減少する。また15歳未満の人口は124万人から70万人へと44%減少する。

4. 2次医療圏の人口類型と病院医師数

大都市型2次医療圏の病院医師数を図8に示す。また九州地方の2次医療圏の病院医師数について、図9に地方都市型、図10に過疎地域型をそれぞれ示す。なお、大都市型と地方都市型の図8、図9では医師数が100人以上の施設をハイライトしており、図10で医師数が100人以上病院はJOHAS 熊本労災病院(熊本県八代2次医療圏)のみであった。

大都市型の2次医療圏では例外なく医師数100人以上の病院が存在し、多い圏域ではそのような施設が10を超えているところもある。また、多くの人口から生じる医療需要を満たすため、より小規模の病院が多数存在している。

その一方で九州地方の地方都市型の2次医療圏(30)の中には医師数100人以上の病院がない圏域も14ある。図11上段中央のグラフでは人口(横軸)が20万人未満の医療圏では地域の病院医師数の合計が200人未満の圏域があり、上段右側のグラフでは最も医師数の多い病院でも50人未満であり、中には医師数20人程度の病院が2次医療圏のトップとなっている圏域がある。また九州地方の過疎地域型の2次医療圏を示した図12では、八代2次医療圏を除いたすべての圏域の総医師数が200人未満で、最も医師数が多い病院の規模が50人以上は9圏域、中には最も医師数の多い病院が20人未満である医療圏が4圏域あった。

D. 考察

本研究では、新たな地域医療構想等に関する検討会において示された基準に従い、現在の人口と人口密度に基づいて地域の類型化を行い、今後予想される人口の変化と病院の医師数規

模に注目した分析を行った。その結果として、大都市型、過疎地域型の圏域に我が国の人口が大きく2分される一方で、生産年齢人口については2040年に団塊ジュニアの世代が退職を迎えても20-40歳代の人口の減少が少ない大都市圏と、減少幅の大きな地方都市の間に顕著な差が認められた。こうした大都市と地方都市の差は人口の移動、特に再生産年齢の女性の流出の影響が大きいものと考えられる。

また過疎地域型の医療圏は現状で1,128万人と総人口(1億2,615万人)の約1割を占めているものの、2040年に向けて極端な高齢化、生産年齢の縮小と少子化を経験することになる。こうした地域については、隣接する圏域と医療圏を統合したとしても、規模の経済の恩恵を受けられるほどには人口は増加しないため、2030年から始まる次期の医療計画期間に向けては医師数をはじめとする地域の医療資源の確保しつつ、地域内で完結可能な医療の内容を慎重に見定める必要がある。

なお、2024年12月18日に公表された新たな地域医療構想等に関する検討会のとりまとめ¹⁰では、構想区域ごとに確保すべき高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能と、広域な観点で確保すべき医育及び広域診療機能について、医療機関機能として医療機関から都道府県に報告する仕組みの創設が含まれている。こうした医療機関機能を裏付けるものとして病院の医師数は大きな影響力を持つ。本研究では病床機能報告のデータを用いて常勤換算医師数を100人、50人、20人及び10人を閾値として区分して検討したが、総医師数が100人を超えるような医療機関は全国に509施設に限られており、その半数(264施設)は大都市型医療圏(48圏域)に集中している(図3)。今後の検討にあたっては、医師数規模に基づいて各病院が提供する入院医療の内容について傷病別の診療範囲の観点から検討することにより、地域における各病院の医療機能をより具体的に把握することが可

¹⁰ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

能となり、新たな地域医療構想の策定に役立つものと考えられる。

E. 結論

本研究では人口と人口密度に基づいて2次医療圏の類型化を行い、大都市型、地方都市型、過疎地域型の3つの区分における今後の人口変化や医療提供の基礎となる病院医師数の状況についての検討を行った。その結果として人口をほぼ2分する大都市型圏域・地方都市型圏域における差異を示すとともに、全人口の1割が居住する過疎地域型圏域における課題を明らかにした。今後はこうした地域の類型化と共に、各圏域における病院の医療機関機能についての検討を行い、有効な地域医療構想の策定につなげることが重要と考えられる。

図1 2次医療圏の人口規模



<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/2>

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

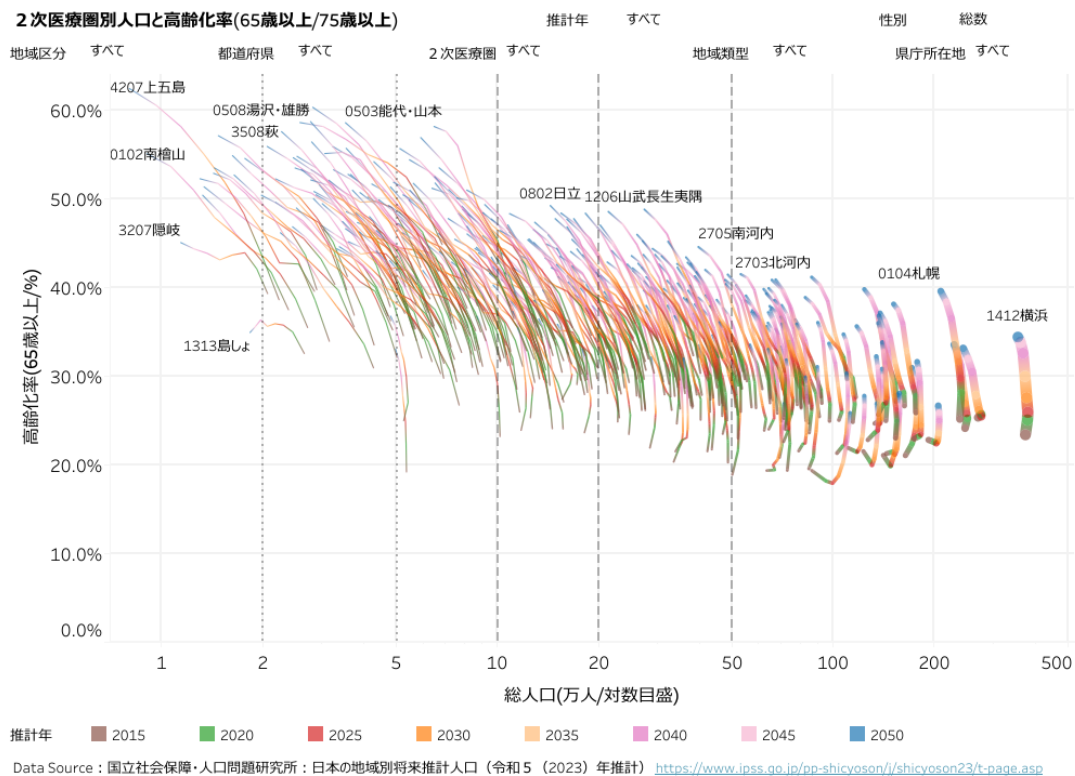
2. 実用新案登録

なし

3. その他

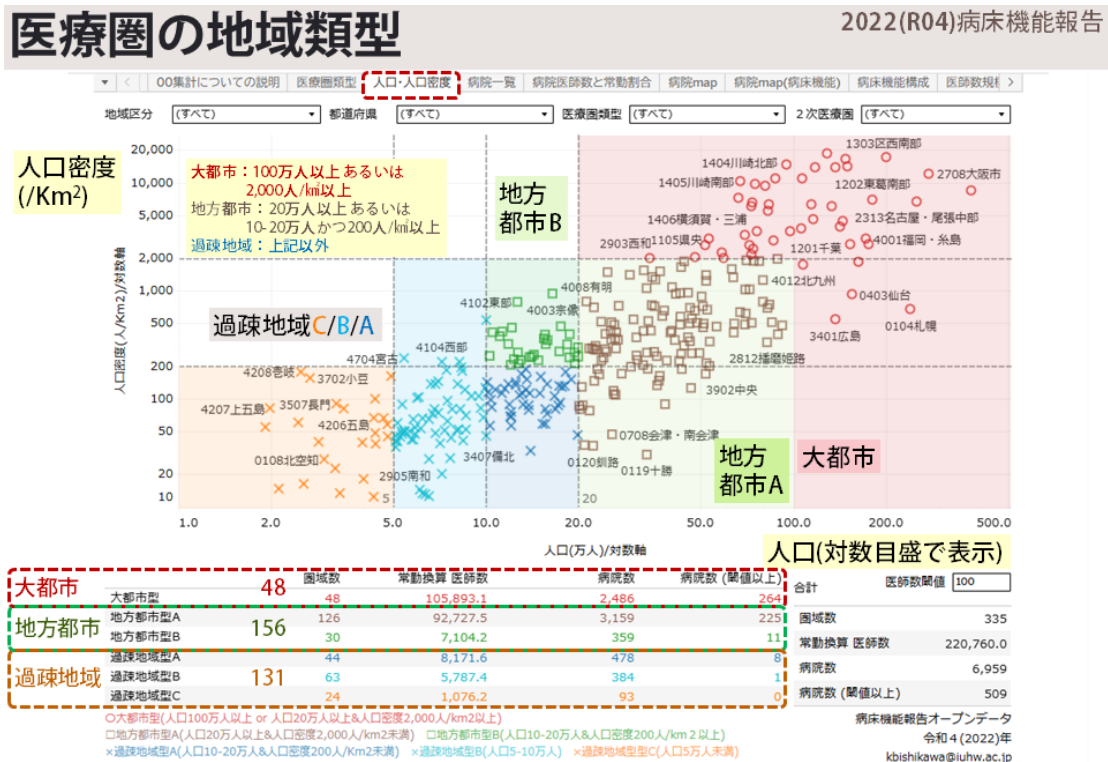
なし

図2 2次医療圏の人口と高齢化率の変化



<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet13>

図3 2次医療圏の地域類型



2022(R04)病床機能報告: 医師数と入院受入 →人口・人口密度

https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet2_1

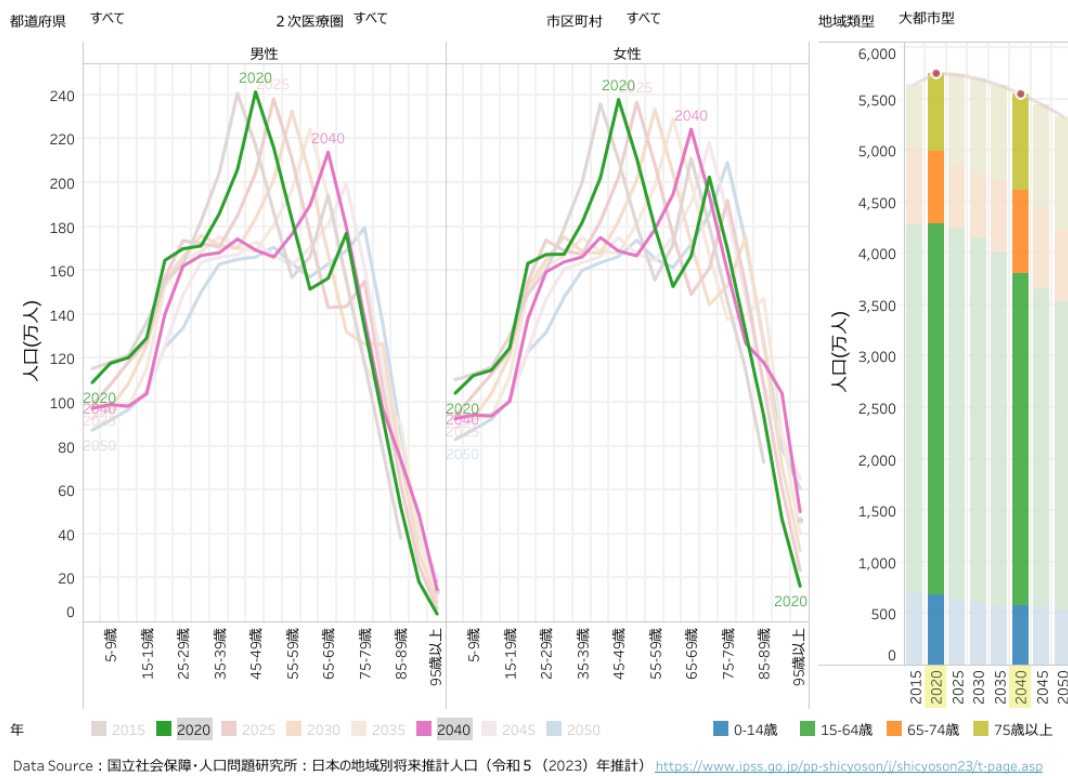
https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet2_1

図4 2次医療圏の類型化地図



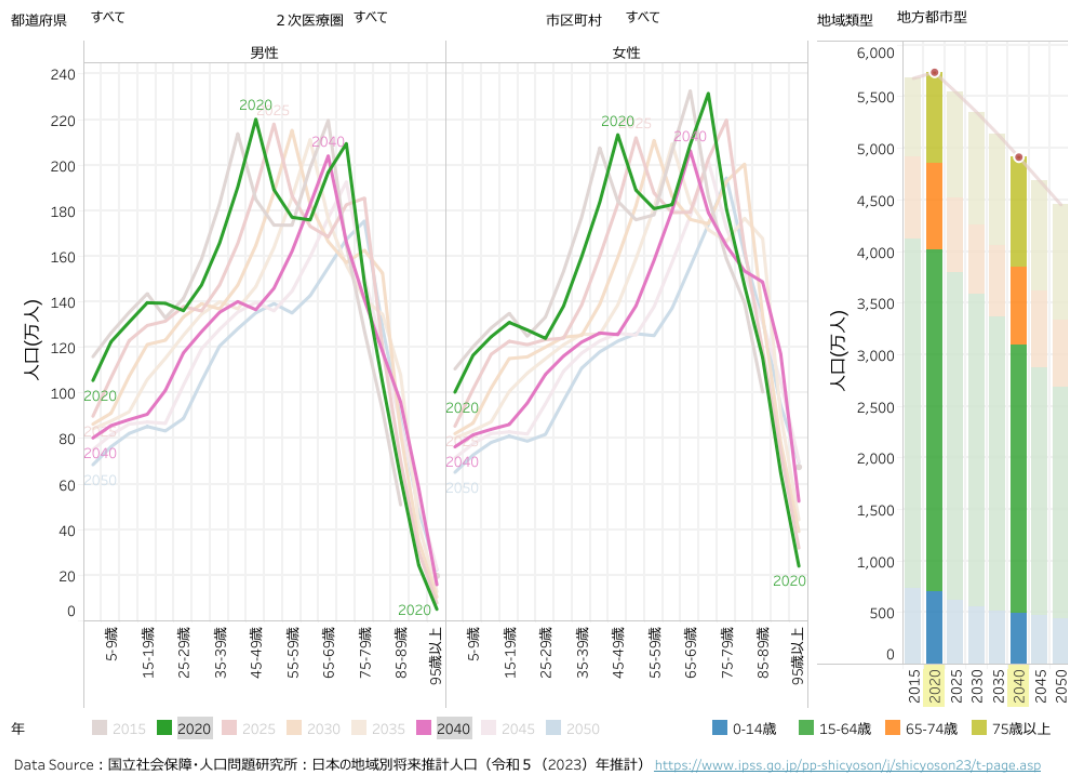
<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/map>

図5 将来推計人口：大都市型2次医療圏



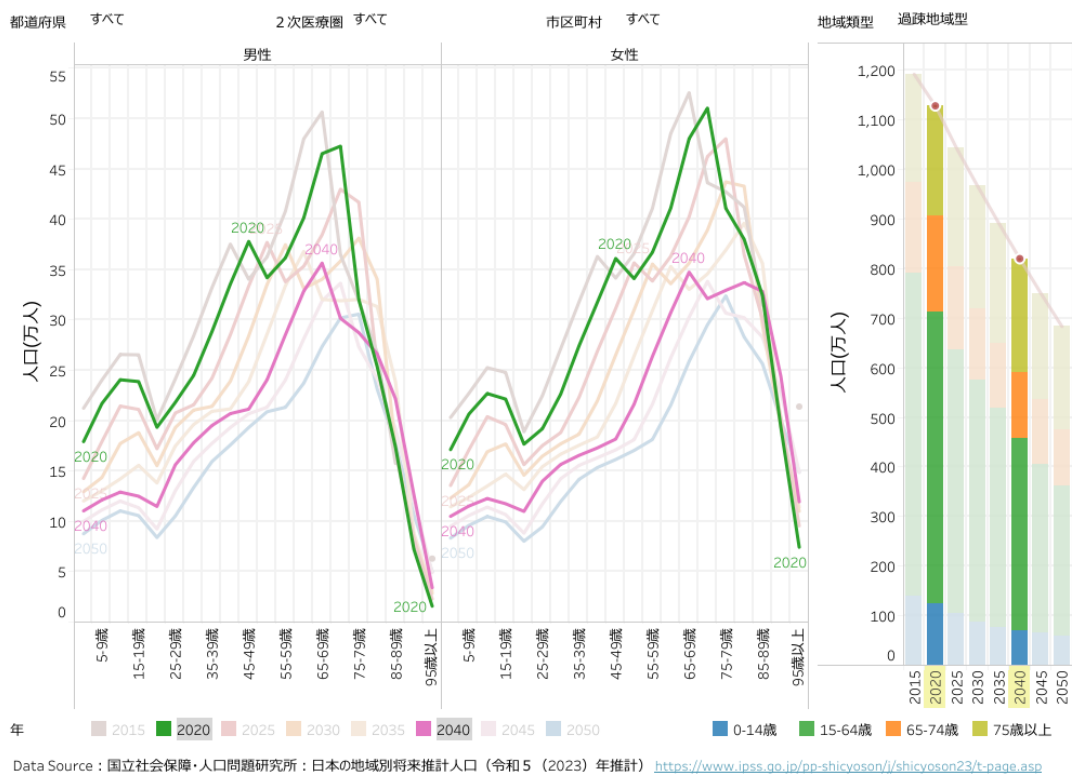
<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet2>

図6 将来推計人口:地方都市型2次医療圏



<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet2>

図7 将来推計人口:過疎地域型2次医療圏



<https://public.tableau.com/views/EstPop2023/sheet2>

図8 大都市型2次医療圏の病院医師数:全国

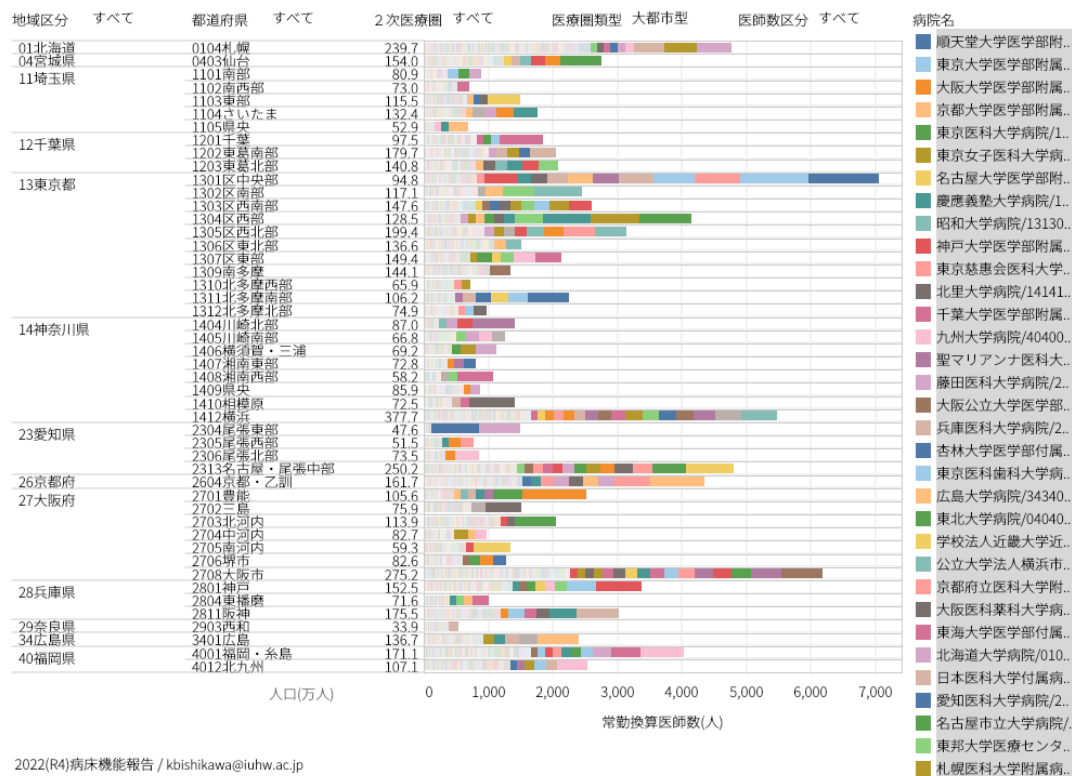


図9 地方都市型2次医療圏の病院医師数:九州地方

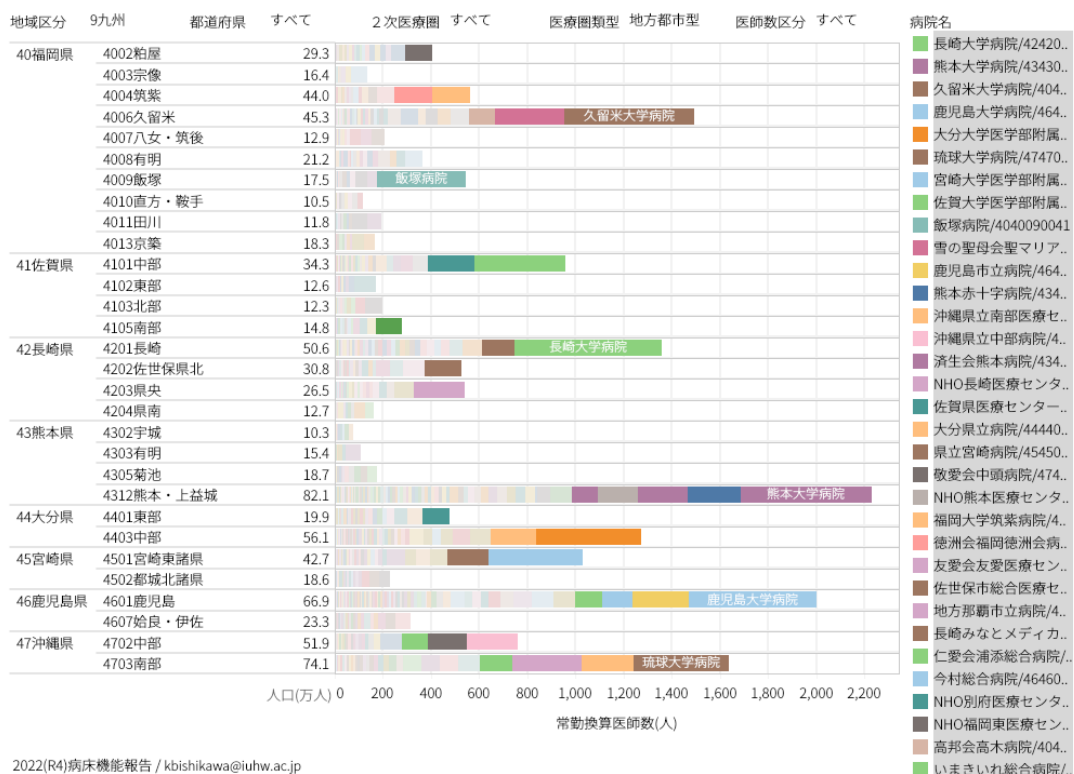
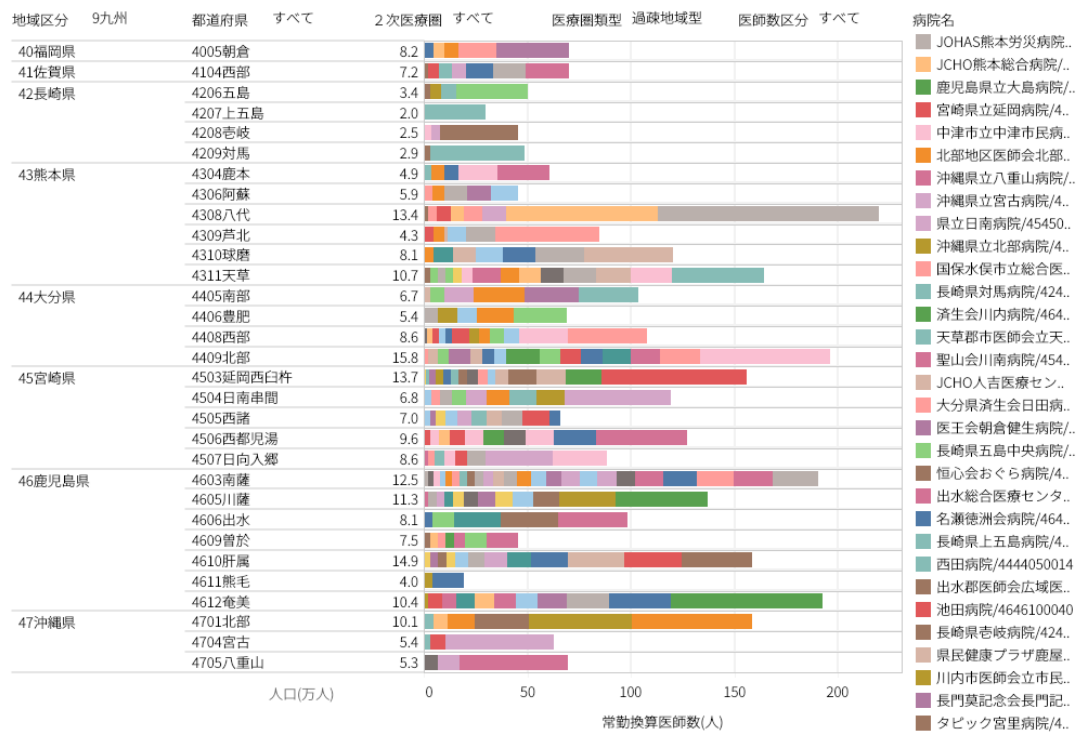
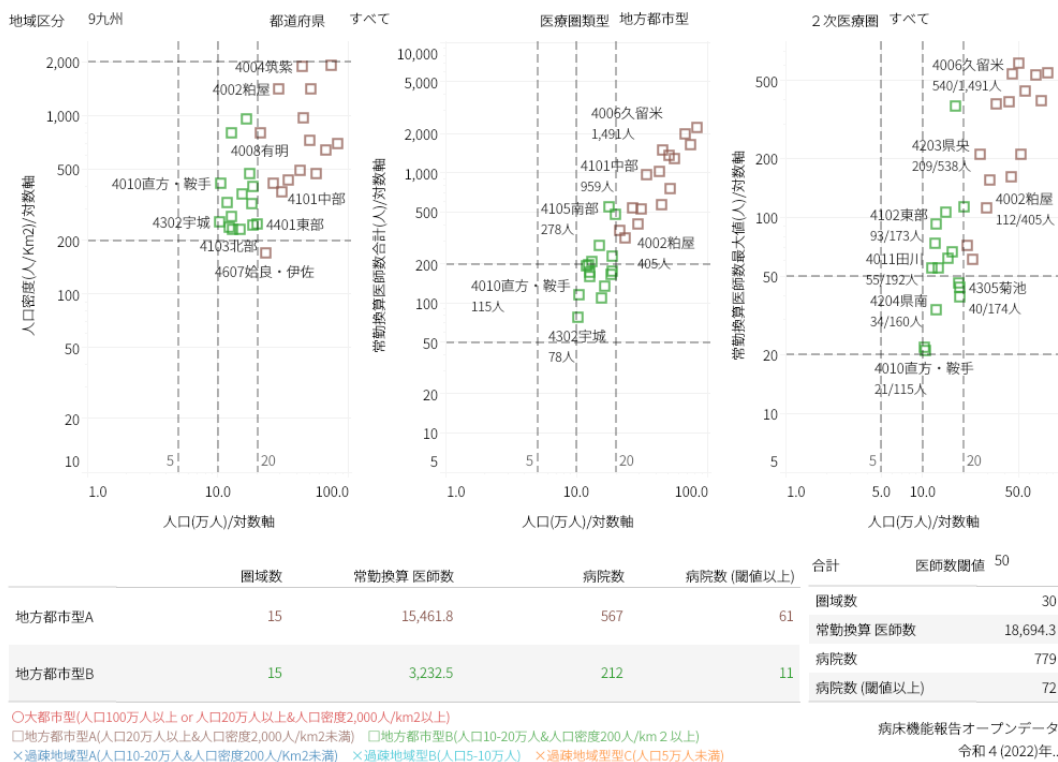


図 10 過疎地域型2次医療圏の病院医師数: 九州地方



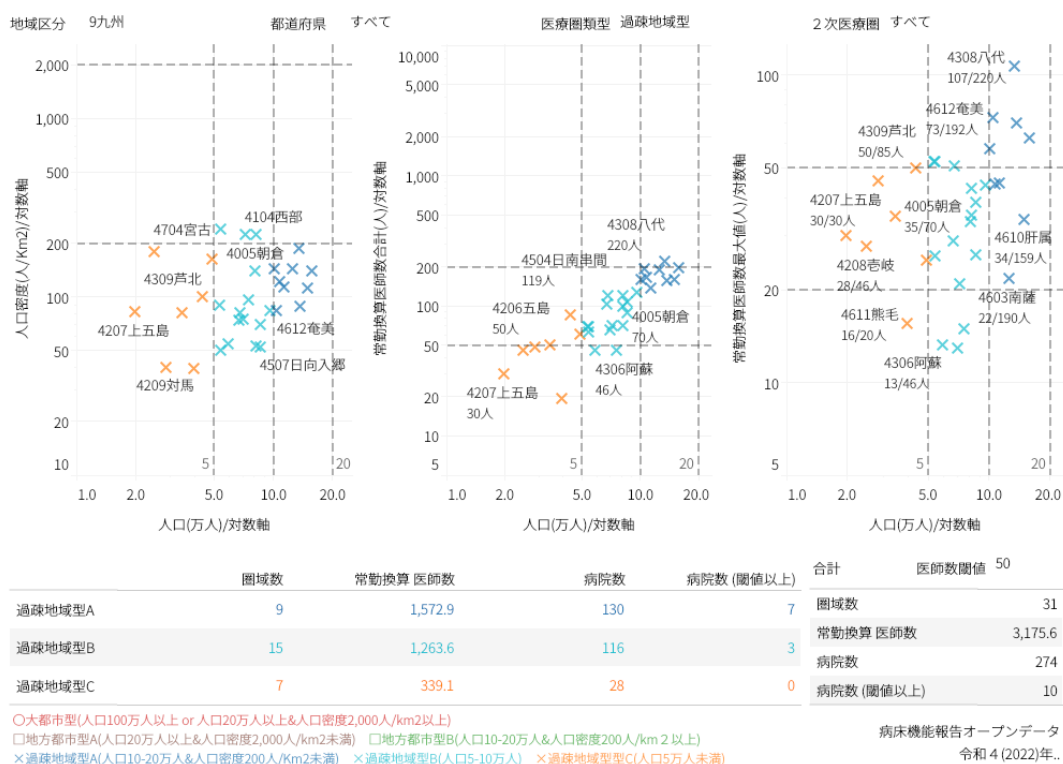
<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>

図 11 2次医療圏の人口と人口密度、病院医師数の総計と最も医師数が多い病院の規模
九州地方/地方都市型2次医療圏



<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet1>

図 12 2次医療圏の人口と人口密度、病院医師数の総計と最も医師数が多い病院の規模
九州地方/過疎地域型2次医療圏



<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet1>

医療機関アクセシビリティ改善につながる自治体会計予算

分担研究者：石田 円（国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 講師）

研究要旨

○研究目的：都道府県・市区町村の一般会計を中心に、医療機関アクセシビリティの改善に適応可能な支援制度の財源・法制的関連を明らかにすることを目的とする。

○研究方法：文献検索および事例研究

○研究結果：

国は高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（バリアフリー法）があり、国庫補助金が医療機関を含むアクセシビリティの改善対応に利用可能となる。広域自治体（都道府県）での一般会計は総務費、都市整備費、福祉費、保健医療費に医療機関と関連する項目があり、特に医療機関へのアクセシビリティの観点では都市整備費を中心としたインフラの維持確保予算が中心となる。基礎自治体（市区町村）では広域自治体からの支出金予算や単独予算による助成金を交付している。助成金の一部では基礎自治体による交付要綱の整備、都道府県からの権限委譲が進み、法令－都道府県条例－市区町村行政計画が連動しているものもある。

○結論：医療アクセシビリティの維持および改善には、都市全体機能との協調をはかりながら、医療機関との結節点における整備が必要となる。整備には特に各種資源（人：補助・援助＋対象の理解、モノ：施設・設備、情報：掲示・アナウンス・教育）を対象とした継続的な金銭的支援が必要となるため、今後とも国－都道府県－市区町村の有機的連動が求められる。

A. 研究背景・目的

医療機関のアクセシビリティを改善するには、居住地区と医療機関とを含む街全体の移動において、シームレスな整備・支援の構築が必要とされている。

法令的には高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（以下、バリアフリー法）がある。本法は1994年制定のハートビル法、2000年の交通バリアフリー法を統合し2006年制定されたものであり、これに

基づき公共交通機関、建築物、道路等のバリアフリー整備が進んだ経緯がある。しかし、施設別の整備がなされ移動の連続性を欠く状況が問題となっていた。

そこで2018年（平成30年）の改正では、公共交通事業者等のバリアフリーに関するハード・ソフト取組計画の作成・公表、取組状況等の報告・公表が義務化された。次ぐ2020年（令和2年）は、移動等円滑化に係る「心のバリアフリー」の観点の施策を盛り

こみ、ソフト対策を強化することを目的とした再改定が行われるなど、世の情勢に合わせ変化を続けている。

本研究では、国—広域自治体—基礎自治体がどのような会計予算に基づきバリアフリーを中心とした整備・支援を行っているかについて実態資料をもとに調査した内容を報告する。

B. 研究方法

東京都および台東区を事例として、関連する会計資料等の文献を調査する。

C. 結果

(1) バリアフリー法と会計予算の関連

バリアフリー法では国の基本方針に基づき、基礎自治体（市区町村）が移動等円滑化促進方針（以下、マスタープラン）により自治体の将来像や長期的な発展の方向を明示、移動等円滑化促進地区を設定することを掲げている。これに加えバリアフリー基本構想（以下、基本構想）という具体的な事業を位置づけた計画¹により、移動等円滑化に係る基本的な方針を明示、重点整備地区が定められる。これらの取り組みにより、重点的かつ一体的な整備を行う枠組みが設けられている²。

マスタープラン・基本構想と2つの内容が存在する理由としては、既存の施設等のバリアフリー化と、相当数の高齢者、障害者等が利用する旅客施設、官公庁施設等多様な施設（生活関連施設）を結ぶ経路の面的・一体的なバリアフリー化を図る点にある。なぜなら新設・新築を行う一定の施設等は、移動等円滑化基準への適合義務が課せられることから自ずとバリアフリー化が図られる。

一方で基準への適合義務が課されない既存の施設等も、基本構想に特定事業として定めることで対応ができる。また、施設の境界等でバリアフリー整備が不連続になることを防ぐため、協議会等により施設管理者相互の連携・調整の必要性からである。

マスタープラン作成のメリットとして、事業に関する調整の容易化、バリアフリーマップ作成等の円滑化、届出制度による交通結節点における施設間連携の推進に加え、社会資本整備総合交付金等の重点配分の対象となることが明示されている。同様に基本構想作成のメリットにも、公共交通特定事業計画に係る地方債の特例、道路、公園等及び鉄道駅のバリアフリー化事業に対する交付金・補助金の重点配分、公共施設等適正管理推進事業債（ユニバーサルデザイン事業）の活用、道路、公園等及び鉄道駅のバリアフリー化事業に対する交付金・補助金の重点配分の対象になるものもある。つまり国は法令に基づくマスタープラン・基本構想策定を条件として、自治体に一定の会計予算メリットを提示している。

ただしマスタープラン・基本構想の普及は十分とはいえない。令和5年7月末時点の調査³によれば、マスタープラン作成済み市区町村が40、基本構想策定済み市区町村322と、全国市区町村（1741自治体）から見ると少ない数に留まっている。

なおバリアフリー移動等円滑化促進方針（マスタープラン）・バリアフリー基本構想と名称が類似するものに、都市計画マスタープランも存在している。こちらはバリアフリー法ではなく都市計画法第18条の2に基づく内容であり、本稿では取り上げていない。

(2) 一般会計予算のスキーム

一般会計は、国や地方公共団体（都道府県、市区町村）の基本的な歳入・歳出を管理する会計である。通常の広範な政策や行政活動について、一般的な行政サービス（教育、福祉、治安など）に必要な経費を賄う目的になっている。

国の一般会計の歳入は租税及び印紙収入が最大で約 69.6 兆円（全体の約 62%）である。内訳は所得税が約 17.9 兆円（15.9%）、法人税が約 17.0 兆円（15.1%）、消費税が約 23.8 兆円（21.2%）その他の税収が約 10.9 兆円（9.7%）である。対して歳出は社会保障関係費に約 36.9 兆円（32.8%）と歳出の最大規模となる。社会保障関係費には年金、医療、介護、子育て支援がある。他、国債費が約 25.3 兆円（22.5%）、地方交付税交付金等が約 16.3 兆円（14.5%）、防衛関係費、約 7.0 兆円（6.2%）⁴となっている。

事例とする東京都は全国の中でも予算規模が大きく、都税収入の割合が高い自治体であることから、一般会計において裁量のある予算支出を選択する余地がある。また台東区を含む東京 23 区の特別区制度により、区が自治体として独自に歳入（住民税など）を確保し運営し、特別区と東京都は、財源配分（財政調整制度）を通じて歳入を調整している点に特徴がある。

東京都の令和 5 年度年次財務報告書⁵によれば、歳入は都税 63,451 億円（都の歳入全体の 71.3%）、国庫支出金 6,616 億円（7.4%）、繰入金 2,109 億円（2.4%）、都債 2,293 億円（2.6%）その他 13,878 億円（15.6%）である。対して歳出は、社会福祉、子育て支援、高齢者福祉などにあてる民生費 2 兆 9,144 億円（歳出全体の 31.7%）、都市整備、交通

インフラの維持・管理にかかる土木費 1 兆 4,837 億円（16.1%）、行政運営や公共施設の維持管理にかかる総務費 1 兆 1,234 億円（12.2%）、医療政策や公衆衛生施策に関連する衛生費 6,428 億円（7.0%）など、民生費・土木費・総務費・衛生費等の歳出項目が医療機関との関連を持つ。この他、教育費 8,206 億円（8.9%）、公債費 6,812 億円（7.4%）、労働費 3,182 億円（3.5%）、農林水産業費 1,024 億円（1.1%）、その他経費（商工費・議会費・消防費など）4 兆 717 億円（44.3%）となっている。

特にバリアフリー法に基づく施策は、国庫支出金（国庫補助金）による対応、広域自治体（都道府県）のパスを通じた基礎自治体（市区町村）への支出金（補助金）が存在し、補助金には事業名を関した要綱が整備されている（たとえば、東京都鉄道駅総合バリアフリー推進事業費補助金要綱⁶など）。

(3) 法令と広域自治体への連続性

① ハード施策関連

バリアフリー法が医療機関を含めた街のアクセシビリティ改善に影響を与えるのは、これらの建築物や公共交通機関に対して一定の整備基準を設ける点にある。建築物移動等円滑化基準（義務基準）では、最低限満たすべき基準を規定している。これに加え建築物移動等円滑化誘導基準（誘導基準）があり、より高い水準を目指す建築物に適用される他、行政の認定を受けることで特例措置（容積率の緩和など）を受けられる仕組みがある。

バリアフリー法における建築物は、建築物を学校、共同住宅、事務所など、多数が利用する建築物を特定建築物（令第 4 条）とし

で定めている。医療機関（病院・診療所）はこの中に含まれることから、医療機関であるだけで一定の基準が要件とされていることになる。もう一方は特別特定建築物（令第5条）として、特定建築物に加えて不特定多数の者が利用、主として高齢者・障害者が利用する建築物があり、より公共性が高い建築物が対象となる。特別特定建築物では地方公共団体の条例により、対象用途の追加、規模の基準引き下げ、条件の強化が可能となるなどより地域性にあった基準への変更余地が設けられている。このように、広域自治体は条例を通じて一定の整備基準を提示する役割をもっている。

事例の東京都は、平成7年4月に東京都福祉のまちづくり条例、平成16年7月の東京都ハートビル条例（現：東京都建築物バリアフリー条例、以下、バリアフリー条例。）を施行している。条例における建築物は、都市施設と特定都市施設等の名称で分類されている。都市施設は多数の者が利用する建築物であり、医療機関（病院、無床診療所、有床診療所、助産所、施術所、薬局）が該当する。都市施設の場合は、施設を所有または管理する人への整備基準は努力義務に留まる。一方、特定都市施設は都市施設のうち規則で定める種類及び規模の施設が該当し、新設又は改修時の整備基準への適合遵守義務になる点などはバリアフリー法と大きく相違はない。

ただし東京都福祉のまちづくり条例ではバリアフリー条例に比べ、より広範に対象とする建築物の用途や規模を定めるとともに、「観覧席・客席」と「公共的通路」といったバリアフリー条例にはない整備項目を設けている⁷など、バリアフリー法にかから

ない詳細な対応がある点に特徴がある。

② ソフト施策関連

バリアフリー法は従来共施設や交通機関における整備などハード施策が中心であったところ、特に2020年改定で強調されてきたのがソフト施策である。この他、ユニバーサルデザイン2020行動計画（平成29年2月関係閣僚会議決定）でも、公共交通事業者等の接遇向上（職員・社員を対象とした研修やマニュアルの整備）が求められている。加えて令和6年4月1日からの障害者差別解消法の一部改正法の成立・施行に伴い、事業者に対し社会的障壁の除去の実施について必要かつ合理的な配慮をすることが義務付けられ、障害の定義⁸にも複数の具体的な提示がなされてきたところである。

東京都では福祉保健区市町村包括事業（包括補助事業）により、保健医療政策、福祉政策事業がそれぞれ存在している。高齢者対策は、市区町村老人福祉計画（老人福祉法第20条の8第1項）、市区町村介護保険事業計画（介護保険法第117条第1項）との関連、障害者対策は市区町村障害者計画（障害者基本法第11条第3項）、市区町村障害福祉計画（障害者総合支援法第88条第1項）など、種々の法令を根拠として広域自治体—基礎自治体での計画に組み込まれる。

（4）広域自治体から基礎自治体への連続性

事例：東京都台東区

東京都台東区は、障害者や高齢者など全区民を対象として、平成3年10月に台東区福祉のまちづくり整備要綱（以下、区福まち要綱。）を施行してきた。同区では東京都の条例に先駆け、まちづくりを対象とした整備

要項がある⁹。加えて、「医療機関等に向けたバリアフリー整備助成金」¹⁰として、医療機関へのアクセシビリティ改善に対応可能な名称を用いた補助施策を行ってきた事例でもある。

台東区は東京 23 区にあり特別区の位置づけとなる。この歳入には国庫支出金、都支出金、税収による歳入により一般会計予算が作られている。以降は台東区の平成 29 年度～令和 5 年度の東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書^{11 12 13 14 15 16 17}の歳入・歳出項目のうち、バリアフリー関連などアクセシビリティ改善用途との対応が明瞭な事業名称を中心に調査した内容を要約する。

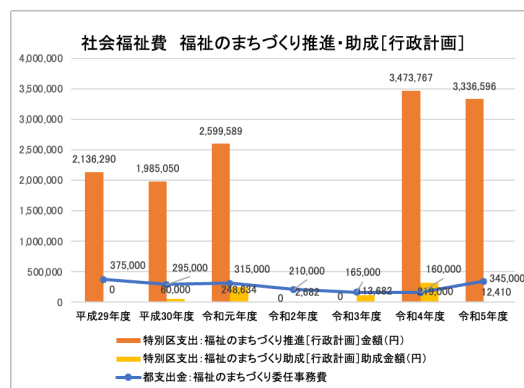
① 福祉のまちづくり関連支出

歳出項目として（款）民生費一（項）社会福祉費一（目）社会福祉総務費に、福祉のまちづくり推進〔行政計画〕、および福祉のまちづくり助成〔行政計画〕がある。この他歳入項目には、都支出金（都補助金）として福祉のまちづくり委任事務費がある。

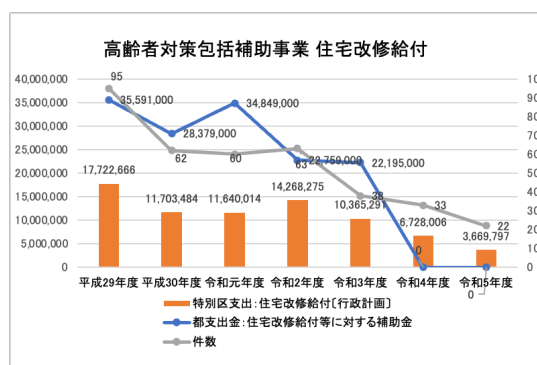
福祉のまちづくり推進に対する支出は、高齢者・障害者疑似体験、VR を活用した発達障害の疑似体験疑似体験実施委託料等に利用されるなど、心のバリアフリーに関連して住民理解の促進に充てられている。

助成については、個別の助成額は不明であるが、多い年でも 30 万円程度であり、平成 30 年度の 1 件、令和元年度の 2 件、令和 3 年度の 2 件、令和 4 年度の 1 件と、7 年間合計で 6 件である。なお助成のない年度は、用途にパンフレット用紙購入 2,682 円（令和 2 年度）、リーフレット郵送料 12,410 円（令和 5 年度）の支出のみとなる。

この他の歳出では、令和 3・5 年度には建築費・大規模建築物等指導事務にも福祉のまちづくりパンフレット等印刷費の支出が確認できる。



この他の都支出金には、高齢者対策補助事業に令和 3 年度までの住宅改修給付（補助率 10/10・1/2）があり、（款）民生費一（項）社会福祉費一（目）老人福祉費の項目で住宅改修給付〔行政計画〕が対応していた。しかし、令和 4 年度以降は住宅改修給付等と同等程度の都支給金額が「かがやき長寿ひろば入谷等」への給付に切り替えられ、高齢者対策補助事業に住宅改修給付の項目がなくなっていた。

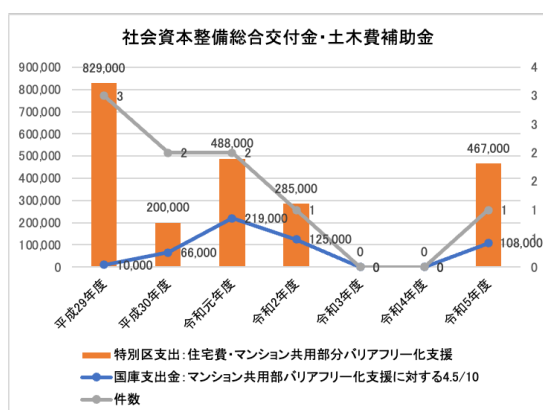


② 社会資本整備総合交付金を含む住宅費のバリアフリー支援

国庫支出金の社会資本整備総合交付金は総務費・衛生費・土木費等と多方面に及ぶ補

助金であるが、特にアクセシビリティ改善に関連するのは土木費補助金のマンション共用部分バリアフリー化支援である。

同内容は歳出項目（款）土木費一（項）住宅費にあるマンション修繕支援〔行政計画〕に含まれる。件数は平成 29 年度に 3 件、平成 30 年度・令和元年度各 2 件、令和 2 年度・令和 5 年度各 1 件、7 年間の合計で 9 件の実績である。

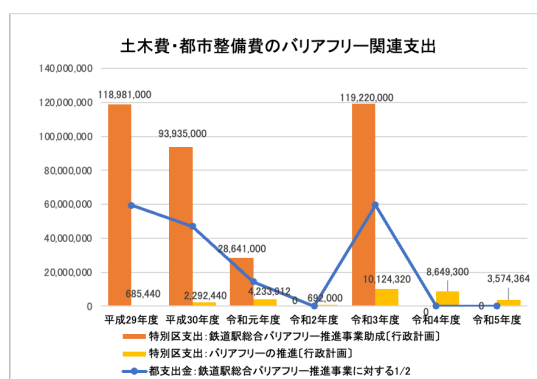


③ 都市整備費のバリアフリー関連支出
歳出項目（款）土木費一（項）都市整備費での関連項目は、バリアフリーの推進〔行政計画〕と鉄道駅総合バリアフリー推進事業助成〔行政計画〕の 2 項目である。

バリアフリーの推進〔行政計画〕の詳細は、バリアフリーマップ情報配信業務委託料等（平成 29 年度、令和 2・3 年度）の他、浅草橋駅周辺まちづくり基礎調査業務委託料等（平成 29 年度）、台東区バリアフリー基本構想改定に向けた調査支援業務委託料等（令和元年度）、バリアフリー基本構想改定支援業務委託料（令和 3 年度）、バリアフリー特定事業計画改定支援業務委託料（令和 4 年度）、バリアフリー化状況調査委託料等（令和 5 年度）など、バリアフリーの状況調査や基本構想を策定・改定するための事

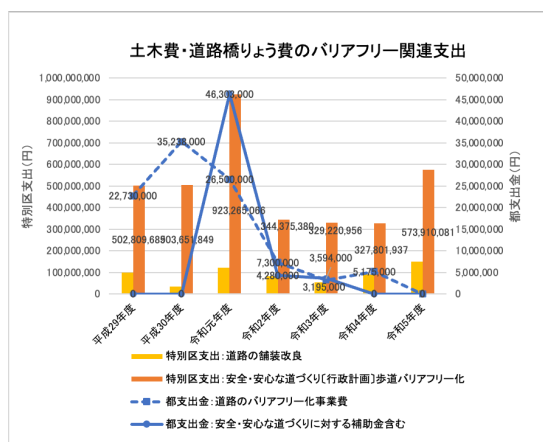
業に対して継続的な支出がある。

鉄道駅総合バリアフリー推進事業は、JR 上野駅及び御徒町駅ホーム柵整備に対する助成（平成 29 年度）、JR 御徒町駅ホーム柵等整備に対する助成（平成 30 年度）、JR 上野駅エレベーター整備に対する助成（令和元年度）、JR 浅草橋駅可動式ホーム柵整備に対する助成（令和 3 年度）である。予算規模も大きく、都支出金（都補助金）により 1/2 が補助されている。



歳出項目（款）土木費一（項）道路橋りょう費一（目）道路新設改良費では、道路の舗装改良、安全・安心な道づくり〔行政計画〕の 2 項目がある。安全・安心な道づくり〔行政計画〕の歩道バリアフリー化はここ近年 3～9 億円程度の規模で支出されてきたが、道路の舗装改良は比較的少額予算である。一方、土木費補助金（都支出金）にも道路のバリアフリー化事業費の他、安全・安心な道づくりに対する補助金を含む項目からの補助があるが、補助率は年度により変動がある。たとえば、都支出金の土木費補助金は令和元年度の都市計画交付金として、上野駅公園口周辺整備及び安全・安心な道づくり等に対する補助金に約 4600 万円の補助がある他は、少額の補助に留まる。道路のバリアフリー化事業費に関しても、平成 29・30・

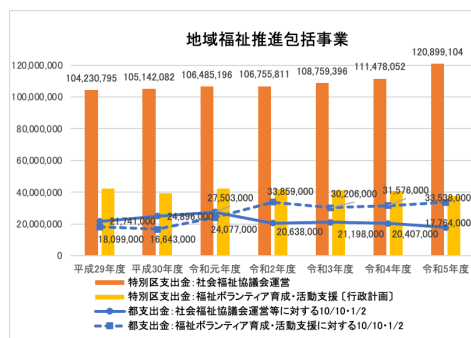
令和元年度まで一定の補助があったものの、令和2年度以降は低下している。



④ 福祉施策・ソフト関連施策

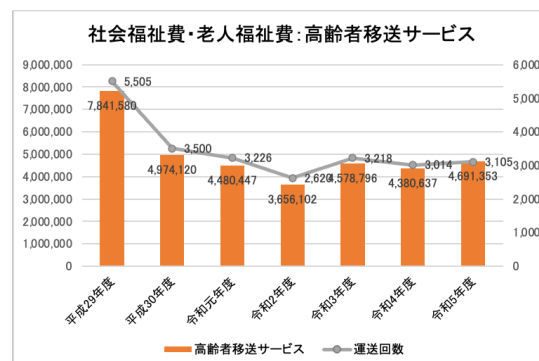
福祉施策については、歳入項目の(款)都支出金一(項)都補助金一(目)民生費補助金には2項目に対応する補助金で一定の補助が行われてきた。歳出項目は(款)民生費一(項)社会福祉費において、社会福祉協議会運営、福祉ボランティア育成・活動支援〔行政計画〕の2項目がある。

福祉ボランティア育成・活動支援については、都の補助金では高齢社会対策包括補助事業費として「高齢社会」を含む事業名称に括られる。一方、特別区歳出では社会福祉協議会助成として社会福祉協議会運営、福祉ボランティア育成・活動支援〔行政計画〕を束ねる関係から福祉推進全般に対応されることが考えられる。



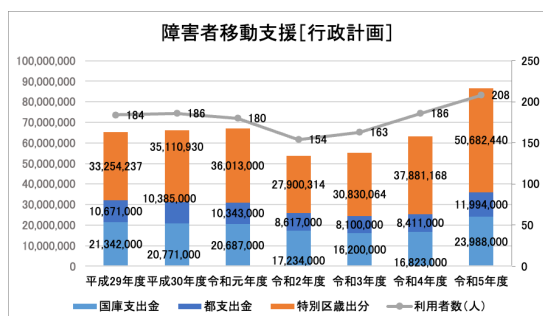
移動支援に関しては、歳出項目(款)民生費一(項)社会福祉費一(目)老人福祉費において高齢者移送サービスが行われているが、事業名称に国庫支出金や都支出金の直接対応のある補助金は確認できていない。

なお台東区の高齢者移送サービス¹⁸は、区内在住の65歳以上、(1)介護保険で要介護3・4・5の認定を受けている方、(2)常時車いすを利用している方、(3)寝たきり状態の方について、病院への入退院、通院、転院、施設への入退所の際に、車いす等で乗降できるリフト付福祉タクシーを利用の際に、費用の一部を区が負担するサービスである。過去より年間約3000～5000回程度の利用実績が確認できる。



この他、障害者移動支援は、歳出項目(款)民生費一(項)社会福祉費一(目)心身障害者福祉費に障害者移動支援〔行政計画〕がある。同事業名称は国庫支出金、都支出金にも存在し、概ね半額を国・都から補助される。人数規模は高齢者対象の20分の1程度だが予算は約15倍となる。ただし精神障害者支援については別歳出項目となり、(款)衛生費一(項)公衆衛生費一(目)精神保健費(2)精神障害者障害福祉サービスの移動支援事業がある。支出規模は年間約150万円、利用人数が78人(平成29年度)～141人

(令和5年度)となっている。



D. 考察

広域自治体の一般会計歳出では、民生費・土木費・総務費・衛生費等の歳出項目、総務費、都市整備費、福祉費、保健医療費において医療機関と関連する項目がある。特にアクセシビリティ改善に利用されるのは、民生費補助金に対応する福祉関連施策、土木費・都市整備費に関するインフラの維持確保予算に対応していると考えられる。

東京都の一般会計(歳出)にも国庫支出金として国からの委託による予算も一部あるが、事業委託費や調査費の利用であり直接的な支出項目にならない。これは都道府県が市町村の作成する移動円滑化促進方針や重点整備地区の計画を支援する役割を担うためであり、計画策定や事業実施の補助金や技術支援に予算が割り当てられる点に起因すると考えられる。

また基礎自治体(市区町村)の一般会計歳出には、国および都道府県からの支出金予算を含む補助金があるもの(マンション共用部バリアフリー支援、バリアフリー事業費、)や個別の事例に助成金を交付しているものもあった(福祉のまちづくり助成)。助成金は市区町村ごとの交付要綱の整備、都道府県からの権限委譲(条例の事務処理特例制度)が進み、国：法令－広域自治体：条例－基礎自治体：行政計画の連動が機能し

ていると考えられた。

ただしハード側面の支援において個別の助成件数が確認できたのは、福祉のまちづくり助成、マンション共用部分バリアフリー化支援など7年間の調査のうちいずれも数件に留まっていた。台東区ではパンフレットを作成して周知を行っているが^{19 20}、バリアフリー整備に助成があること自体が知られていない可能性もある。特に助成の利用は施工前又は購入前のものに限ることや、工事着手前の申請が必要等という条件があることから、バリアフリー化を検討した時点で市区町村に届け出がないと利用できないからである。

基礎自治体がバリアフリー法に基づくマスタープラン・基本構想の普及が十分ではないことから、さまざまな会計的メリットが利用されず、国庫支出金や都支出金からの歳入予算がない場合も考えられる。この理由に民間建築物管理者を含む多くの施設設置管理者との特定事業に係る調整が必要だった点が指摘されている²¹。

ソフト施策については、全般的な地域福祉推進についての歳入・歳出項目がある他、高齢者移動支援を基礎自治体が主体で行っており、国・都から直接対応する補助事業が明確ではない。一方で障害者移動支援は国・都あわせ半分程度の補助がつく違いがあった。このように移動支援事業は、地域生活支援事業に位置づけられることから、具体的な取扱い基礎自治体の判断に応じて違いが全国的に存在することが知られている²²。移動支援事業に関する調査²³によれば、対象をいずれの自治体でも各種手帳の所持や自立支援医療の受給、医師の診断等の要件は設けられていたものの、実態としては障

害種別にかかわらず利用されていること、自治体によっては通院での利用は不可とする自治体もあり、運用上の制限に差異も見られるという指摘もある。

事例の台東区では、高齢者・障害者両方の移動支援の利用数を比較すると高齢者の利用が圧倒的に多く、基礎自治体には地域需要に応じた会計予算確保の役割があるといえる。

E. 結論

医療アクセシビリティの維持および改善には、都市全体機能との協調をはかりながら、医療機関との結節点における整備が必要となる。整備には特に各種資源（人：補助・援助＋対象の理解、モノ：施設・設備、情報：掲示・アナウンス・教育）を対象とした継続的な金銭的支援が必要となるため、今後とも国－都道府県－市区町村の有機的連動が求められる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

石田円,医療機関アクセシビリティ改善の利用可能予算・補助金の関連,日本医療マネジメント学会第 25 回東京支部学術集会,2025

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

(引用・参考文献)

¹ 国土交通省 移動等円滑化促進方針・バリアフリー基本構想作成に関するガイドライン 3/3 <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/barrierfree/content/001390905.pdf>

² 国土交通省 移動等円滑化促進方針・バリアフリー基本構想作成に関するガイドライン 1/3 <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/barrierfree/content/001390902.pdf>

³ 国土交通省 移動等円滑化促進方針・基本構想作成予定等調査結果（令和 5 年 7 月末時点） <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/barrierfree/content/001748193.pdf>

⁴ 総務省 令和 6 年度一般会計予算 歳出・歳入の構成 https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/002.pdf?utm_source=chatgpt.com

⁵ 令和 5 年度（2023 年度）東京都年次財務報告書 <https://www.zaimu.metro.tokyo.lg.jp/zaisei/kessan/r5/5nenjizaimuhoukokusho>

⁶ 東京都鉄道駅総合バリアフリー推進事業費補助金交付要綱 https://www.toshiseibi.metro.tokyo.lg.jp/jouhou/pdf/hojyoshisyutsu_r4_02_06.pdf

⁷ 東京都都市整備局 建築物のバリアフリーの取組について

<https://www.toshiseibi.metro.tokyo.lg.jp/bunyabetsu/machizukuri/bfree/index.html>

⁸ 国土交通省 移動等円滑化促進方針・バリアフリー基本構想作成に関するガイドライン
参考資料編 <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/barrierfree/content/001390903.pdf>

⁹ 台東区ホームページ 福祉のまちづくり これまでの経緯
<https://www.city.taito.lg.jp/kenchiku/jutaku/kenchiku/kenchikukakunin/machizukuri.htm>
1

¹⁰ 台東区ホームページ 医療機関等に向けたバリアフリー整備助成金
<https://www.city.taito.lg.jp/kenchiku/machidukuri/fukushi/fukushiseibijosei.html>

¹¹ 台東区 平成 29 年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/h29kessann.files/H29seikasetumeisyozenhann.pdf>

¹² 台東区 平成 30 年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/h30kessann.files/H30seikasetumeisyozenhann.pdf>

¹³ 台東区 令和元年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/r1kessann.files/R1seikasetumeisyozenhann.pdf>

¹⁴ 台東区 令和 2 年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/r2kessann.files/R2seikasetumeisyozenhann.pdf>

¹⁵ 台東区 令和 3 年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/r3kessann.files/R3seikasetumeisyozenhann.pdf>

¹⁶ 台東区 令和 4 年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/r4kessann.files/R4seikasetumeisyozenhann.pdf>

¹⁷ 台東区 令和 5 年度 東京都台東区各会計 主要施策の成果説明書
<https://www.city.taito.lg.jp/kusei/zaisei/kessan/r5kessann.files/R5seikasetumeisyozenhann.pdf.pdf>

¹⁸ 台東区ホームページ 高齢者移送サービス
<https://www.city.taito.lg.jp/kenkohukusi/korei/serviceannai/kyuuhujosei/isousa-bisu.html>

¹⁹ 台東区ホームページ 福祉のまちづくり整備助成リーフレット
<https://www.city.taito.lg.jp/kenchiku/machidukuri/fukushi/fukushiseibijosei.files/R5fukumachi.pdf>

²⁰ 台東区ホームページ マンション共用部分バリアフリー化支援助成制度パンフレット
<https://www.city.taito.lg.jp/kenchiku/jutaku/sumai/bunjo/manshonbariafree.files/baria.pdf>

²¹ 別府知哉,バリアフリーマスタープラン制度の活用実態について,福祉のまちづくり研

究,2021 年 23 巻 1 号 p. 41-45

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jais/23/1/23_41/_pdf/-char/ja

²² 神奈川県視覚障害者協会,地域生活支援事業における地域間の差異に関する調査,2011 年,

<http://npo-kanagawa.org/houkoku2011.html>

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyuu/dl/seikabutsu3-2.pdf>

²³ 令和 3 年度障害者総合福祉推進事業 地域生活支援事業の効果的な取組を推進するための調査研究 事業報告書 <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963449.pdf>

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
特になし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
特になし					

2025年 3 月 24 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 鈴木 康裕

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 都市機能等の整備と協調してアクセシビリティを確保しつつ
持続可能な医療提供体制を構築するための研究 (22IA0801)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院 医学研究科・教授

(氏名・フリガナ) 石川 ベンジャミン光一

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年 3 月 12 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 上田 陽一

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 都市機能等の整備と協調してアクセシビリティを確保しつつ
持続可能な医療提供体制を構築するための研究 (22IA0801)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 准教授

(氏名・フリガナ) 村松 圭司 ムラマツ ケイジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2025年 3 月 24 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国際医療福祉大学
所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 鈴木 康裕

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 都市機能等の整備と協調してアクセシビリティを確保しつつ
持続可能な医療提供体制を構築するための研究 (22IA0801)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部・講師
(氏名・フリガナ) 石田 円

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。