

## 地域医療計画の効果と課題

長谷川 敏彦

### I 歴史的意義

#### 1 地域医療計画の目的

地域医療計画は1985年に改正された医療法に基づき、1987年頃から各都道府県で策定され始め、1989年3月には全都道府県で完了した。計画は5年毎に改訂されることになっており、現在第2回目の改訂が進行しつつあり、計画としては第3期目に入っている。

元来、地域医療計画の目的は2つあり、「医療資源の適正な配置」「高齢社会に適応した医療供給システムの構築」である(表1)。前者は病床を

主要な対象としており、受療行動の単位としての医療圏を設定し、そこに必要な適正病床数を算定し、それ以上を越える場合規制することになっている。これについては計画の中に必ず記載せねば

表1 参入制限の結果

[期待される政策効果]	[起こりうる弊害]
<ul style="list-style-type: none"> <li>適正な資源配置</li> <li>利用されない病床減少</li> <li>不必要な診療が減少</li> <li>平均在院日数の減少</li> <li>医療費抑制効果</li> <li>医療の質の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>独占の副作用</li> <li>住民・患者からのアクセスの制限</li> <li>所有権利の商品化</li> <li>駆け込み増床</li> <li>必要新規参入不可</li> <li>買い換え時に問題(既得権を保証しない場合)</li> </ul>

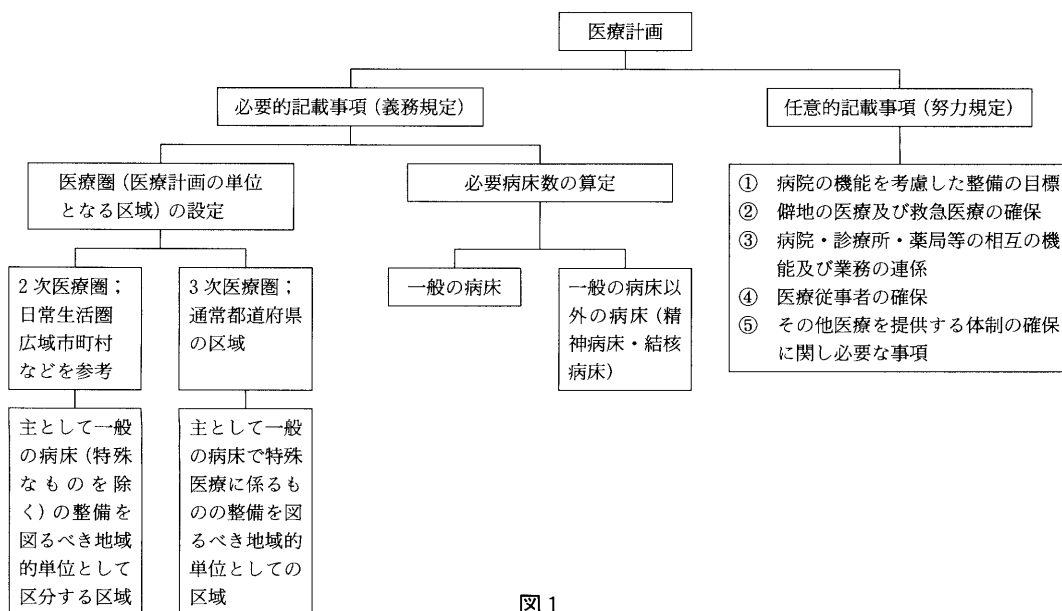


図1

ならない項目とされている。それに対し、後者の目的については計画の対象も各都道府県の自主性に任せ、各自の特徴を勘案し、任意に記載してよい項目とされている(図1)。実際は指針によって、少なくとも「僻地医療の確保」「病院・診療所・薬局等の相互の機能及び業務の連係」「医療従事者の確保」等について計画することが求められて

いる。

## 2 歴史的背景

戦後、1950年代には幾度か医療機関整備計画が策定されたが、いずれも財源の不足により実行に至らなかった(表2)(文献1)。1970年代には医療計画を策定とする医療基本法が国会に提出されたが、廃案となっている。行政側には「医

表2 地域医療計画関連歴史

1948	医療法成立
1950	医療機関整備計画(医療機関整備中央審議会) ・診療所, 病院の配置・分布についての基準 ・公的医療機関中心
1951	基幹病院整備計画(医療審議会) ・医療基幹病院中央審議会と診療報酬審議会が整理統合されて医療審議会が誕生 ・方針としては上記の「医療機関整備計画」と類似 ・公的医療機関には触れられていない
1959	医療機関整備計画案(厚生省) ・昭和35~40年の6カ年計画 ・病院整備計画, 診療所整備計画, 財政的措置から成り立つ
1962	医療法一部改正 ・公的性格を有する病院の開設などの規制 ・地域の必要病床数を算定する必要性を提唱
1963	医療制度調査会答申 ・医療制度全般についての改善の基本方策 ・公的施設を中心とする医療計画の否定 ・民間施設整備の促進
1970	厚生行政の長期構想(厚生省プロジェクトチーム) ・昭和50年を目標とするビジョン
1972	医療基本法案 ・第2章 医療計画, 第3章 医療計画審議会, 付則から成り立つ ・第68回国会に提出, そして廃案
1973	地域保健医療計画策定委員会(厚生省) ・昭和47年厚生省公務衛生局(保健所問題懇談会基調報告)による問題提起の中で保健計画を策定し推進していく地域保健協議会の設置提唱 ・「地域設定」について, 岩手, 新潟, 埼玉, 和歌山, 鳥取の5県をモデルとして調査を行い, 昭和49年「地域保健医療計画策定のための地域設定報告書」を提出
1985	第1次医療法改正 ・医療計画の制度化 ・医療法人に対する監督強化
1992	第2次医療法改正 ・療養型病床群 ・特定機能病院
1997	第3次医療法改正 ・療養型病床群の診療所への拡大 ・地域支援病院

文献15より改変。

療においては情報が供給側に偏る」とか「医療資源を効率的かつ適正に整備する」といった観点から、医療計画による政府の介入を必要とする意見が多かったからと考えられる。WHO 等国際機関による合理的計画策定の提唱もこのような試みを支えてきた(文献 2, 3)。しかし、これまで医療計画が実現してこなかったのは日本では私的医療機関数が多くを占め、政府の介入に対する反発が存在したからと考えられる。

1980年代になって初めて実現したのは計画推進論者の長い努力の結果のみならず、一方に増加する医療費といった背景があったからに他ならない。日本は1980年代に65歳以上人口が7%を超えて、高齢社会に突入し、未だかつてない速度で超高齢社会に向けて進み始めた。同時に経済成長はオイルショック以降高度経済成長から、低成長に移行した時期に一致し、医療費の伸びは経済成長の伸びを大きく上回っていた。高齢化によって予想される医療費の伸びに対応することが時代的要請であった。

## II 効果の評価

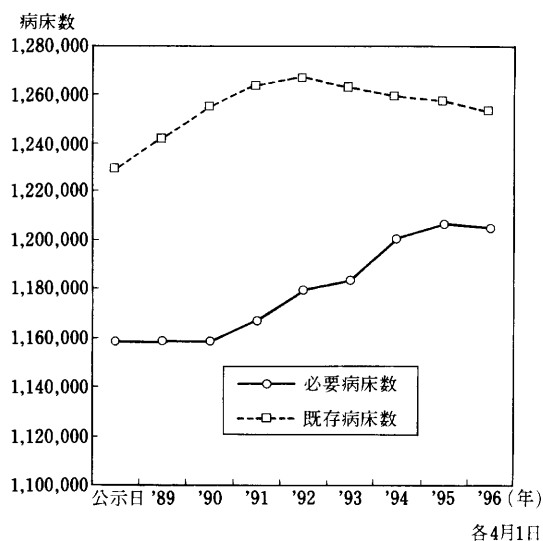
地域医療計画が効を奏したかどうかの評価としては、最終的な影響即ち「結果レベル」(impact level)、政策の執行上の評価即ち「操作レベル」(operational level)、さらには総合的な政策そのものの評価、すなわち「政策レベル」(policy level)の3つの次元で評価されなければならない。

### 1 結果レベル

直接の影響は目的とされた「病床規制」、任意の記事事項に書かれた「医療システムの構築」及び時代的背景としてあった「経済的影響」の3つを考察する。

#### ① 病床規制

戦後一貫して増え続けた病院の一般病床は1992年以降減少に転じ、今日に至っている(図2)。また計算された必要病床との関連で考えると、総既存病床は必要病床数に次第に近づいている。第1回目の公示当初、345あった2次医



厚生省健康政策局調べ。

図2 必要病床と既存病床

表3 2次医療圏過不足推移  
(第1回公示日から1996年3月)

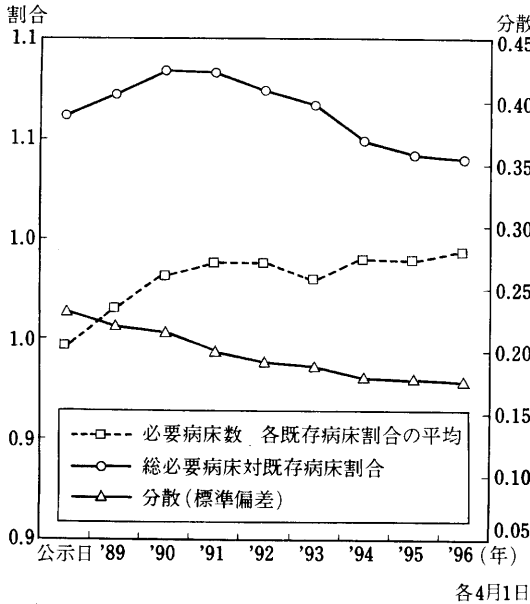
		1996年3月現在			
		過剰	過不足なし	不足	合計
第1回公示日	過剰	75	12	48	135
	不足なし	0	0	2	2
	不足	42	8	138	188
	合計	117	20	188	325

第1回公示日の2次医療圏345のうち圏域変更等のため20は追跡不可。

厚生省健康政策局調べ。

療圏は、境界の変更等により20は比較追跡不可能であるが、当初135過剰であったものが、1996年3月には117に減少し、過不足のなかった医療圏は2から20に増え、188あった不足医療圏は変わらず188となっている(表3)。各医療圏毎の既存病床に対する必要病床の割合の平均は、病床数全体として過剰でも、病床不足医療圏が多いことから1以下で0.946であったものが1に近づいている(図3)。その分散は標準偏差ではかると次第に小さくなっている。これらを総合的に判断すると病床数の増加は止まり、地域格差が減少しているといえよう。

しかし算定された総必要病床数をみると



厚生省健康政策局調べ。

図3 必要病床対既存病床割合

1990年代に入って人口高齢化の影響からか次第に増加している(図2)。過剰医療圏が減少し、不足医療圏が増加しているのも、分母となる必要病床数が増加しているからかもしれない。もしその算定法に問題があり、必要以上に算定されているとすれば上述の評価の根拠も崩れる。

さらに病床数の年次推移を分析すると病院の一般病床は1985年医療法改正当初、108.0万床であったものが1992年には126.5万床となり、18.5万床の増加をみている。これの大半15.4万床は私的病院の増床であった。

日本の増床の歴史をみると1960年代以降1966年、1980年、1987年に3度のピークを認め、それぞれ42.5万床、35.9万床、18.5万床の増床をみている(図4)。所有主体別にみると、公的病院の場合、病床数の全体に占める割合は次第に低くなっており、かつ明確なピークを示していない。機能的に区分されるとする3つを規模別にみると、3つのピークとも50-299床の中規模病院に著明で50床未満の小規模病院ではむしろ減少しており300床以上の大規模病院でも1980年以降、なだらかな漸増傾向を示

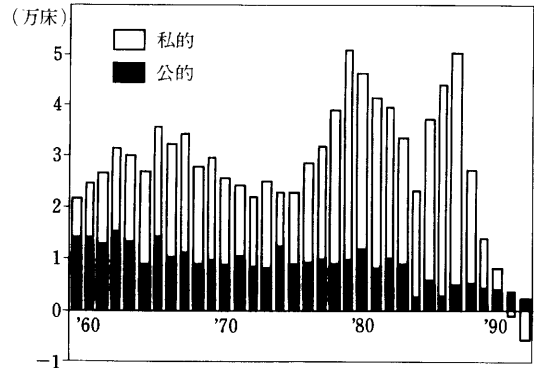


図4 年毎増床数(病院一般病床1960-1993)

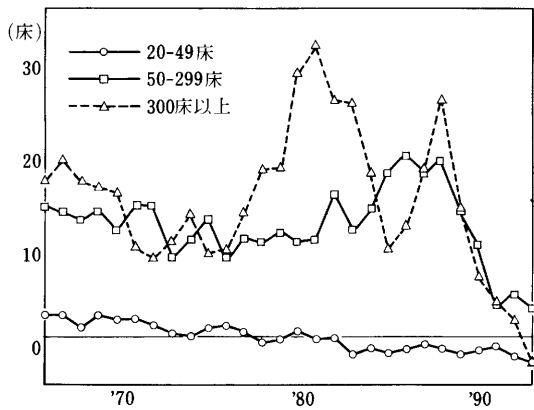


図5 病床規模別増床数人口10万対(1966-1993)

すものの明らかなピークを持たない。従って私的な中規模病院を中心に医療計画に反応した駆け込み増床が生じたかと推測することができる(図5)。

② 医療供給システム

高齢社会に適応した医療供給体制の構築に医療計画がどのような影響を及ぼしたかという評価は非常に難しい。医療供給システムの計画は、各都道府県独自の多様な計画であること、そしてあまり定量的な目標が立てられていなかったことなどがその理由である(文献4)。

この十数年間は医療技術が飛躍的に革新され充実した時期でもあった。医療機器をみると、この時期大きく普及している。従って定量的分析は困難ではあるが定性的にみると個々の医療機能は充実した一方、これらの機能の連携、特

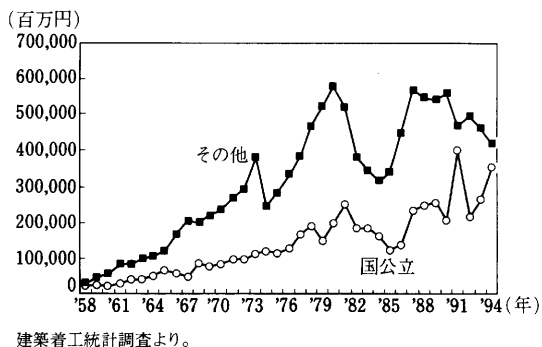


図6 病院建設予定額(消費者物価指数(1990基準)にて調整)

に1次, 2次, 3次の連携, あるいは保健と福祉との連携が問われているといえよう。

### ③ 経済的側面

#### i 病院資産の推移

病院に対する設備投資を建築予定額から分析すると, 消費者物価指数で補正した各年の工事予定額では1960年代にピークはなく, 1980年前後と1980年代の後半にピークが認められる(図6)。純粹に公的私的に分けられたデータは存在していない。ここでは, 国公立と日赤・済生会・社会保険病院等の公的病院を含めた私的病院を中心とする2分類で分析すると国公立にはピークが認められるものの明確ではなく, その他の病院では明らかな2つのピークが認められる。公私病院連盟の統計データを基に推計された一般病院の資産は1985年に総額4.7兆円であったものが1994年には8.9兆円に倍増していることがわかる(国立病院を除き, かつ土地の資産を除く)。自治体病院とその他広義の公的病院は1.67倍の伸びであったのに対し, 個人医療法人等の私的病院の伸びは2.1倍であった(文献5)。第3の増床ピーク以前は日本の医療施設は私的病院の数が多いにもかかわらず, 病院の全資産を比較するとむしろ公的病院が多く, 最後のこの増床ピークによって初めて逆転した可能性が示唆される。

#### ii 医療費への影響

国民医療費の伸びは1970年代の後半から

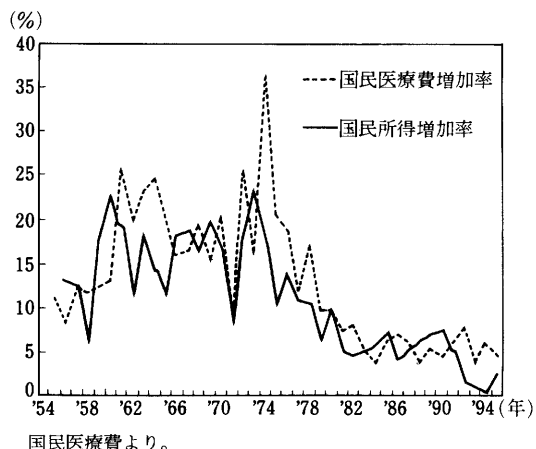


図7 国民医療費・国民所得増加率年次推移

低下し始めており, 地域医療計画による影響は認められない。むしろ, 国民所得が伸び悩んでいるのに比して約50%前後で安定しているといえよう(図7)。

2次医療圏単位に国民健康保険の医療費の推移を分析した。暫定的な研究結果によると1985年の医療費に対し1993年の医療費は, 病床過剰医療圏が1.85倍, 不足医療圏が1.76倍で病床過剰であることから, 病床過剰であると一般に知らしめることにより医療費を適正化とする, いわゆる「アナウンス効果」は認められていない(文献5)。

## 2 操作レベルの評価

### ① 圏域設定

#### i 大きさと流出入問題

まず, 圏域の大きさにばらつきがあるという問題である。特に政令指定都市の場合は, 都市全体を大きな1つの医療圏と設定している場合が多い。人口最大最少の格差は104倍, 面積は172倍に及ぶ(文献6)。次いで問題なのは境界の問題である。医療圏を設定してもその辺縁部分では隣接医療圏に近く, 実際の受療行動は他の医療圏に流れ込んでいることが多い。これらの問題は日常の住民の行動を行政の境界で仕切ることから生じる避けえない問題といえることができよう。また政令指定

都市は大都市で交通網が発達し、一般に住民の受療行動も大きな圏域で行われている。圏域設定に関しては地域の特性を勘案する必要があることを示唆している。

#### ii 2次3次医療圏の問題

2次医療圏、3次医療圏という概念は計画策定上、単純で有用である。しかし医療機能の中には2次医療圏と3次医療圏の中間、すなわち3次医療圏では少なすぎ、2次医療圏では多すぎるという機能や、2次医療圏内で複数必要である機能も存在する。しかもそれらが技術の発展と普及によって求められる圏域がしばしば変化する。この問題についても計画策定時に柔軟な対応が求められよう。

### ② 必要病床数の算定

続いて、必要病床数算定法についての議論がある。現行の算定方式では平均在院日数の変動をあまり大きく見ていないので、病院の高機能化により平均在院日数が低下すると、必要とされる病床が減少するにもかかわらずそれが勘案されない。また圏域への流出流入を算定することになっているので日本全体として二重に計算される可能性がある。これらの要素が過去比較的早い速度で必要病床数を押し上げてきた要因と考えられる。精神病床や結核病床も同様の問題を抱えており、精神病床は疾病像の変化と共に平均在院日数が低下しており、また結核は治療法の改善と共に平均在院日数が低下し、それが実際の入院患者数を低下させている。現行の必要病床数算定法はこのような平均在院日数の変化を勘案しておらず、真の必要病床数よりも大きく算定される可能性をはらんでいる。

### ③ 目標進行管理

計画は目標を明確にしない限りその遂行の管理と評価は難しい。この必要性は厚生省のしめた策定指針においても強調されている。実際、都道府県レベルの計画において目標値を設定しているところは少ない(文献7)。また2次医療圏の計画においても各項目別に見ると、ほとんど設定していない。さらに進行管理には現状の把握の情報システムとそれを評価する主体、及

びその結果をフィードバックするシステムが必要であるが、各自治体でシステムを確立しているところは少ない。

#### ④ 執行の方法

本来、地域医療計画をどのような性格ととらえるかは議論されてきたところである。行政の執行計画ととらえるのか、あるべき姿、目標とする理想計画ととらえたものなのか、という疑問である。前者であるとすれば執行に予算と権限が伴わねばならない。しかし医療界は経営主体のほとんど私的セクターに所属しており、主として市場原理で動いており、行政的権限は及ばない。そしてそのような部門に税による財源を投入すべきかどうかは理論的に検証すべき課題として残っている。従って一般に地域医療計画は社会全体の合意を形成するための社会計画として位置づけられているとされている(文献8, 9)。

ただ必要的記載事項、すなわち病床規制の部分は元来財源がなくても有効と考えられてきた。しかし、これも最近医療法には従わないとする一部の病院団体が地方裁判所に提訴した結果、設立を認められるに至っている。医療計画そのもの自身、設立増床に法的な罰則規定はなく、むしろ診療報酬の支払いを停止するという経済的方法で規制するという考えであるため、このような事態が生じたと考えられる。

既に計画公示前後に、規制を恐れた私的病院を中心に駆け込み増床が生じた事実を前述したが、このような弊害を予防する方法も難しい。

さらには病床規制が行われている地域で、病床の権利の売買が高額で行われているとの報告もある(文献10)。

このように地域医療計画執行上の弊害及び問題が生じている。

### 3 政策レベルの評価

政策レベルでの評価には大きく分けて、現状の評価から政策的判断をする考え方と、理念・イデオロギーから考える流れと、2つの流れがある。前者は操作的レベルの、特に上述したような執行

表4 社会的通念と経済発展の諸段階

経済発展段階	I	II	III	IV
国家の役割 社会政策	夜警国家 救護	行政国家 公的扶助	福祉国家 社会保障	舵取国家 普遍的な社会サービス
主要な保健医療需要	急性伝染病, 汚染処理	慢性感染症(結核) 母子衛生, 労働衛生	慢性疾患(成人病) 精神衛生, 公害	高齢者(QOL)
サービスの類型	環境衛生改善 Environmental Sanitation	対人保健サービス Personal Health Service	総合保健サービス Comprehensive Health Service	統合保健医療福祉サービス Integrated Health and Welfare Services
0歳平均余命	35歳前後	50歳前後	70歳前後	80歳前後
乳児死亡率1000対	150—200	100前後	25—30	5以下
65歳以上人口	4%前後	5—8%	11—12%	13%—
第1次産業人口比率	80%前後	50%前後	20—30%	20%以下
イギリス	A.D. 1800	A.D. 1870	A.D. 1930	A.D. 1960
日本	1900	1920	1955	1980

注) 経済発展段階, I, II, IIIはW. W. Rostow, The Stages of Economics Growth (1960年)における離陸期, 技術的成熟期, 高度大衆消費期にそれぞれ相当する。IVは高齢化, 低成長化, 情報化の成熟社会に相当する。

方法による種々の弊害を勘案して政策の適否を考える必要がある。

一方, 理念的な評価はここ20年間に亙る世界的な規制緩和, 地方分権, 大きな政府の見直しといった思想的潮流からきており, それが日本に影響を及ぼした結果として, 行政改革の流れの中に位置づけられている。戦後, 世界は好景気に支えられ, 社会保障制度を充実させてきた。先進国はこぞって20世紀型福祉国家を目指し, 医療界はその流れのなかで拡大してきた(表4)。しかし1970年代後半のオイルショックにより, その政策を見直さざるを得ず, 小さな政府, 特に保健医療サービスの直接提供から政府は撤退し, 市場に任せていくといった流れが主流になっている(図6)(文献11)。この潮流の頂点は米国英国におけるレガノミックス・サッチャーイズムの華やかなりし1980年代の後半で, その時期に日本は規制を目的とする地域医療計画を導入し, 世界的な批判を浴びた。折しも東欧・ソ連が崩壊し, 中央集権的計画経済が破綻し, 理論的に指摘されていた限界が歴史的に証明された形となった(文献12)。つまり多数の変数を一度に解くことは, 近年のコンピュータの能力をもってしても不可能で市場が人知に勝るといふ分析である。規制は, 市場の活性を奪うものであり, 既得権益を保護するものに

すぎないというのが新自由主義的思想の主張である。これらの主張ももう一度理論的に検討されるべき課題といえよう。

例えば, 公共経済学の分析によると, 医療界では情報が供給者の側に偏在し, 消費者は合理的判断ができず, 市場は失敗する典型的な分野とされている。確かに医療界以外のほかの産業分野においても, 規制緩和し産業界の自主的な活動に任せることにより活性化をはかる, すなわち経済的規制を緩和するとしても, 市場では解決できない製品の安全性や産業界全体の指針については, 新たな政府の役割が求められている。むしろ経済的規制が緩和されるに従って, 逆に社会的規制は強化されるべきとの意見も存在している。地域医療計画は経済的規制か社会的規制かもまた理論的に検討されるべき課題といえよう。

#### 4 評価の実際

評価の実際としては発表された文献のレビューによるものや, 社会調査による定量的なものがある。

##### ① 文献による分析

地域医療計画が執行された1986年頃から93年までの地域医療計画に関連した文献はその中でも地域医療計画の評価に結びつく論文は少な

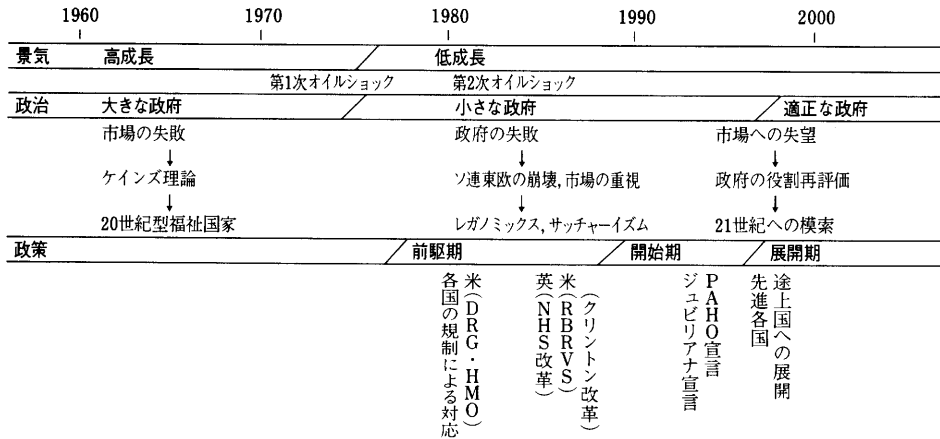


図8 健康変革の歴史的発展

い。文献的レビューは元來定量的な分析はなじまないが、内容としては上述された立場の議論はほぼ出尽くしているといつてよい(文献13)。

文献レビューによると医療計画の策定前は反対意見が目立つが、策定後はむしろ保守的な意見が目立つ。

② 社会調査による分析

全国の保健所長や都道府県の衛生部局の行政関係者、病院長・事務長などの病院管理者、大学の教授や研究所職員などの学識経験者の3分野、575人にアンケートを施行し、330人の回答を得た(図7)(文献14)。その結果を分析すると、3分の2から4分の3の回答者が政策上の有効性があったと認めている。その傾向は病院の経営管理者に最も高く、学識経験者に最も低く、前者は既得権を持つ立場、後者は客観的な分析という立場を反映していると考えられる。病床規制の効果に関してもほぼ同様の結果を得ている。そのほか、医療圏の設定や必要病床数の算定方式については約3分の2が妥当としている。

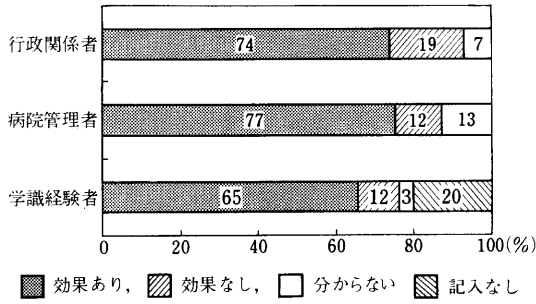
III 今後の課題

1 地域医療計画の是非及び第3次、第4次医療法改正

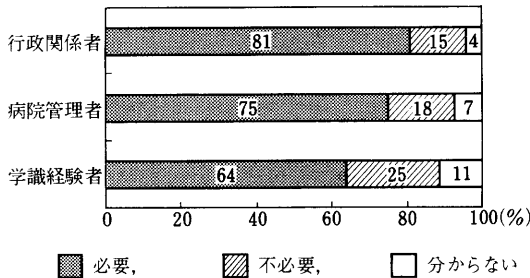
今後の課題としては、まず地域医療計画を「存

続させるか否か」、存続させるとすれば「現状維持か否か」があげられよう。これまでの評価の分析から医療計画の是非については4つの立場が考えられる。まず廃止論としては、第一に理念、イデオロギーに基づいて政策的に医療計画は排除すべきという考え方、第二に操作レベルや結果レベルにおいて種々の弊害をもたらした故に廃止すべきという現実的反対派の立場である。一方、存続論としては第一に種々の弊害や問題点を改善する条件付き計画賛成派の立場、第二に現状肯定派の意見がありうる。これら4つの立場はこれまで述べてきたように論拠がある(文献5)。行政改革委員会では、医療界における規制緩和が強く求められており、医療計画関連でもその意義を疑問視する声が多い。しかし現時点における厚生省の判断は医療審議会の討議を経て、第3番目の立場、すなわち条件付き継続を決定し、前国会に第3次の医療法改正案を提出し、法案が成立した。改正の主要項目は、これまでの任意的記載事項を必要的記載事項にすること、総合病院をなくし地域支援病院を新たに創設すること、有床診療所にも療養型病床群を許可することなどである。医療法と抱き合わせで介護保険法も成立し、その実施に向けて準備が進められている。介護保険法の実施に当たっては、病床の機能区分と新たな改革が求められる。そこで検討委員会が設置され、急性期、長期の病床の定義と第4次の医療法改正に向けて議

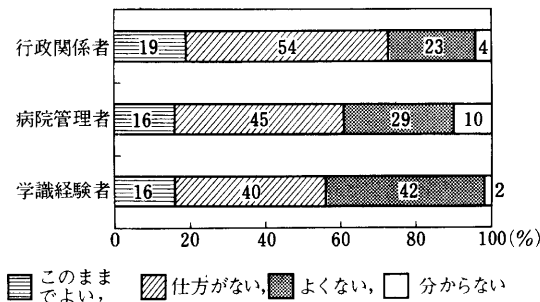




1. 医療計画の政策的効果はあったか



2. 医療圏を設定して、病床規制を行うことは必要か

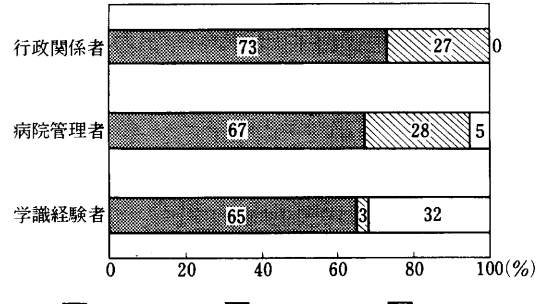


3. 病床過剰地域の現状

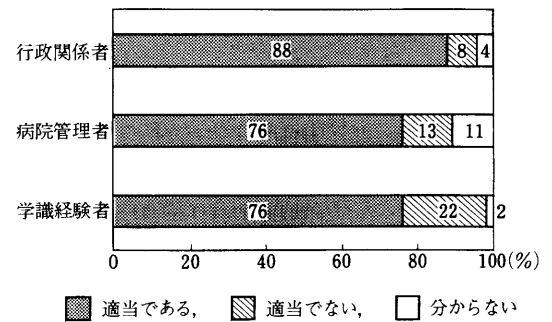
論が始められている。

## 2 他諸計画との整合性

医療計画はその地域における医療に関連するほぼすべての事項と関係しており、また多くの都道府県では「地域保健計画」と抱き合わせでつくられているところが多い。従ってさまざまな計画と接点を持っている。保健の側面においては新たな地域保健法に基づく保健所の機能のあり方も含めて、地域保健計画の推進と評価が問われている。一部の都道府県では、保健医療計画の策定と追跡を新たな保健所活動の中心にすえようとする動き



4. 日常生活圏である二次医療圏の設定方法は適当か



5. 三次医療圏の設定は必要か

図 9

さえある。「ゴールドプラン」とそれに基づく市町村の「老人保健福祉計画」はまさしく保健医療福祉の連携の一環として地域医療計画との整合性が問われており、とりわけ今回成立した介護保険法の施行に際してはさらに調整が必要とされている。超高齢社会に伴う少子社会において子供の問題は大きく注目されており、既に「エンゼルプラン」の策定が各自治体に求められているが、それとの整合性も問われている。「障害者プラン」も同様である。

1979年に策定された第1次「国民健康づくり対策」も第2次計画の終わりが近づいており、21世紀を目指して、国民全体を巻き込む新しい健康づくり運動が計画され、「健康日本21」と仮称されている。この計画は健康結果やそれに関連する要因の変化を目標を立てて管理していこうとする新しい計画で、地域医療計画や保健計画に求められている目標の設定と関連しており、その整合性

が問われている。

このように地域医療計画はさまざまな今後の課題を抱えているといえよう。

なお、この論文は平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」(主任研究者 長谷川敏彦)及び平成8・9年厚生省厚生科学研究費「地域需要からみた医療供給体制に関する研究」(主任研究者 松田朗)の研究成果を基に作成された。

#### 参考文献

- 1) 茶谷滋：新・医療法，新・医師法解釈と運用の実際，月刊保険診療，43(11)：19-32，1988.12。
- 2) Bridgeman, R. F.: The Rural Hospital (谷村秀彦訳『病院の地域化』，鹿島出版，1976)。
- 3) 郡司篤晃：地域福祉と医療計画 医療計画の基本的諸問題，季刊社会保障研究，26(4)：369-384，1991。
- 4) 星旦二：任意的記載事項に関する研究—総括—，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
- 5) 近藤正英他：医療計画と政府の役割に関する研究 経済学的研究—資産，地域医療費へのインパクト，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
- 6) 中原俊隆：医療圏に関する研究—医療圏問題に関する検討，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
- 7) 星旦二他：47都道府県の保健医療計画における指標型 目標設定に関する研究，日本公衆衛生雑誌，40(8)：636-643，1993.8.15。
- 8) 中俣和幸：わが国における保健医療計画の基本的問題についての検討(1)計画とは何か，公衆衛生，56(11)：776-781，1992。
- 9) 中俣和幸：わが国における保健医療計画の基本的問題についての検討(2)保健と計画性，公衆衛生，56(12)：856-862，1992。
- 10) 高木安雄：医療計画による医療供給体制の変化と問題点—病床過剰医療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究—，季刊社会保障研究，31(4)：388-399，1996。
- 11) 長谷川敏彦：地球をなめる燎原の火「健康変革」，社会保険旬報，(1970)：26-33，1998.1.1。
- 12) 盛田常夫：体制転換の経済学，新生社，1994.12.10。
- 13) 近藤正英他：日本における医療計画の関連研究論文のレビュー，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
- 14) 中江章浩他：医療計画に関するアンケート調査報告，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
- 15) 松田朗：医療計画の問題を探る，月刊医事研究，2-3，1995.7。

(はせがわ・としひこ 国立医療・病院管理研究所  
医療政策研究部長)