

# 医療連携体制構築担当者の主な職種

- 保健師が約5割と行政職と並び、連携の中心職種  
(取組事例=336 複数回答可)

	が ん	脳 卒 中	急 性 心筋梗塞	糖 尿 病	計 (割合)
保 健 師	36	80	16	47	179 (53.3%)
行 政 職	43	72	33	29	177 (52.7%)
栄 養 士	4	2	0	10	16 ( 4.8%)
歯 科 医 師	1	7	0	3	11 ( 3.3%)
理学作業療法士	1	9	1	0	10 ( 3.0%)
社会福祉士	5	2	2	0	9 ( 2.7%)

注1 : 医師の大半を占める保健所長は、医療連携に係る総括業務に従事。

注2 : 社会福祉士は、大阪府の取組のみ。

# 事例1 在宅終末期医療連携パス運用 (富山県新川厚生センター)

## 1 事例の概要

- 平成18年7月から診療所から成る連携懇話会が診診連携を基盤とする病診連携のための地域連携パスを運用。
- 平成19年6月に医師会に事務局を置く連携協議会に発展。
- 平成19年3月から厚生センターが参画。

## 2 保健所関与のポイント

- ① センターは、公平公正な調整役として事例検討会や活動研修会を通じ連携パスの普及と関係施設参画の促進。
- ② 事例検討会は、10年余り年6回開催され、毎年延170人程度が参加しており、医療連携体制の基盤づくりに貢献。
- ③ 平成22年度からは、情報共有強化の促進のため、地域連携パスの電子管理や介護職連携の活動研修会を実施。

# 事例② 脳卒中地域連携パス

(富山市保健所(中核市))

## 1 事例の概要

- 平成19年度から市保健所が、市脳卒中地域連携パス研究会事務局として地域連携パスの作成・運用を支援。
- 平成20年度からは圏域に運用拡大。
- 平成21年度からは地域連携パスの改定を企画・調整。

## 2 保健所関与のポイント

- ① 市生活習慣病総合対策の二次・三次予防として医療連携体制構築を位置づけ、有識者検討会を経た上で着手。
- ② 市保健所では、連携の主導ではなく、公平公正な事務局として連携の支援に徹し、地域連携の要石として機能。
- ③ 各病院で個人データ入力していたが、負担感が大きいとして、各病院で作成した総括データで運用状況を検討。

# 事例③脳卒中地域リハビリテーション体制構築

(兵庫県姫路市保健所(中核市))

## 1 事例の概要

- 平成18年度から病院に事務局を置く研究会が設置され、各病期の病院間ネットワークの構築を目指している。
- 平成20年度から市保健所が研究会事務局を引き受けるとともに、医療・介護連携体制の構築を目指している。

## 2 保健所関与のポイント

- ① 平成20年度に市保健所が地域連携パス運用を目指す研究会の事務を引き受け、病院間相互の連携拡充を支援。
- ② 在宅ケアに関する課題検討のため、維持期ネットワーク連絡会を保健所が設置して、運営を支援。
- ③ 圏域リハビリテーション支援センターの運営業務を受託して、地域調整の中核機関として機能を発揮。

# 事例④急性心筋梗塞地域連携パス導入促進事業 (大阪府吹田保健所)

## 1 事例の概要

平成20年度から地域連携パスについて、保健所に事務局を置く府本庁事業として、**保健所が**、複数の急性期病院が**先行運用していた複数のもの**を取りまとめ、平成22年度から新たな**圏域共通のもの**を運用。

## 2 保健所関与のポイント

- ① まず共通目標として**患者の長期予後の改善とQOLの向上**という**患者の視点を共有**することから検討を開始。
- ② 圏域唯一の包括的心臓リハビリテーション施設を**効果的・効率的に活用**するという**医療者の視点**でも調整。
- ③ **退院時の発症登録**及び**受診時のかかりつけ医登録**を行い、**1年後にアウトカム**を把握する**評価システム**を整備。



# 事例⑤ 安来能義地域糖尿病管理連携システム (島根県松江保健所)

## 1 事例の概要

安来市に事務局を置く糖尿病管理協議会に対し、保健所は、**設立当初の平成10年度から積極的に参画**して、患者登録管理、糖尿病手帳、糖尿病患者会等の**適正管理対策**のほか、イエローカード発行等の**発症予防対策**を協働。

## 2 保健所関与のポイント

- ① **協議会設立10年余**を迎え、現在、保健所は、必要に応じ、情報収集や事業企画で**協議会事務局**と協働。
- ② 保健所では、**適正管理対策等の評価**に当たり、**協議会事務局**と**県保健環境科学研究所**の間を効果的に調整。
- ③ **協議会の運営**は、地域の健康課題は**関係機関が協働して解決**するという認識に基づき**負担金拠出方式**を採用。

# 保健所の役割

- 1 医療資源等の情報収集
- 2 関係者への研修会
- 3 圏域連携会議の開催
- 4 関係施設の調整
- 5 評価指標の収集・分析
- 6 住民への普及・啓発

表 医療連携体制構築の進行段階分類

創設期	構築期		維持期	発展期	
情報収集	会議開催	体制構築	連携実施	分析評価	体制変更

# 保健所が関与する必要性

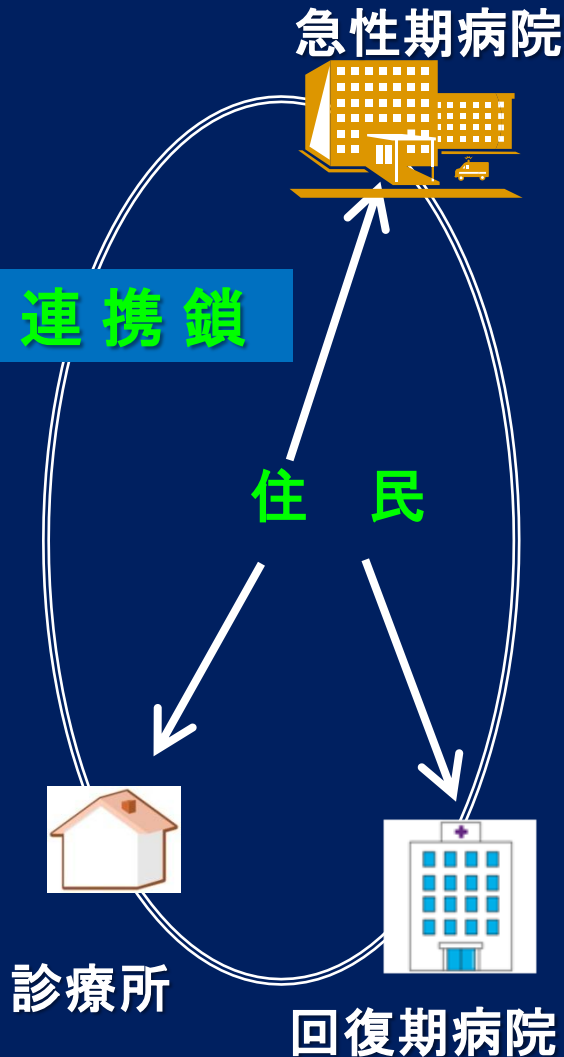
## (保健所への期待)

- 1 公平・公正な立場で企画・調整する必要性がある  
⇒ 保健所の関与で**多くの団体・施設・職種が参画**できる
- 2 新たに地域の保健・医療・介護資源を把握する必要性がある  
⇒ 保健所の関与で**行政調査として正確な資源情報を提供**できる
- 3 他の領域の施設団体や行政機関と調整する必要性がある  
⇒ 保健所の関与で**効果・効率的に他領域と連携・調整**できる
- 4 専任組織が本来業務として実施する必要性がある  
⇒ 保健所の関与で**安定的・継続的に企画・調整**できる
- 5 連携体制構築のための予算を確保する必要性がある  
⇒ 保健所の関与で**公共政策として円滑に継続実施**できる



# 保健所による評価の考え方

## 連携体制



## 連携体制の評価

### 1 連携体制の存在評価

- ① 共有ルール（連携会議・規約・要綱）
- ② 共有ロール（医療機能リスト、役割の決定）
- ③ 共有ツール（パス・連絡票）



### 2 連携体制のアウトプット（進捗管理）評価

- ① 連携体制（研修会）への参加施設数・専門医数
- ② 連携体制の利用患者数
- ③ ルール・ロール・ツールの必要な見直し



### 3 連携体制のアウトカム（成果）評価

- ① 患者側：治療成績、在宅復帰、QOL
- ② 医療側：搬送時間、治療成績、在院日数、勤務環境、在宅療養環境
- ③ 保健所：患者側・医療側の評価を  
→ 地域としての総合的な評価に展開

# 保健所による評価のポイント

- 1 脳卒中、糖尿病では、アウトカム達成に数年掛かるため、医療連携体制構築の進捗管理指標を設定することが重要。
- 2 この間、圏域で評価指標を効果的・効率的に入力・収集できる体制を整備することが重要。
- 3 また、一定水準の評価体制の維持のため、意義・効果・費用の認識共有を継続することが重要。
- 4 医療機関は評価データを発生源入力する一方、保健所は主に地域資源の活用率、人口面積のカバー率、診療所のパス記入率等地域として総合的な評価を展開することが重要。

# 市型保健所の関与のポイント

- 1 保健所設置市(市全体の8%)で**全国4割程度の医療資源(H20)**を占めており、**市型保健所の関与が極めて重要**である。

① 人口	34.2%	② 一般病院数	35.4%
③ 病院一般病床数	38.6%	④ 病院勤務医師	41.1%

- 2 設置市は、**生活習慣病対策に4疾病の地域医療連携を位置付けて、有識者による検討を経て着手する工夫**をすること。
- 3 都道府県では、医療資源が集中している実態に即し、**保健所設置市に医療連携業務を委託**すること。
- 4 厚生労働省では、医療計画の実施主体を都道府県としているため、**保健所設置市が医療連携業務に関与できるようにするための位置付け**を図ること。
- 5 厚生労働省では、**医療連携体制推進事業の実施主体に保健所設置市を加え、市型保健所の取組を促進**すること。

# 平成21年度医療連携体制推進事業要綱

## 1 実施主体

都道府県

※39都道府県が事業実施

保健所設置市の追加が必要

## 2 実施地域

4疾病5事業ごとに完結する地域

## 3 事業内容

- (1) **医療機能の適切な情報提供**（治療連携計画による機能分担、医療連携窓口の設置、住民への啓発、ITによる診療連携、診療機能DBの作成、医療提供体制の評価）
- (2) **医療従事者等の人材養成**（研修会、合同症例検討会）

## 4 協議会の設置

- 事業実施地域ごとに医療連携体制協議会を設置

## 5 経費補助

- 1か所当たり5,160千円（補助率1/2）

# 平成22年度・23年度全国保健所長会 保健所行政の施策及び予算に関する要望書

## 【平成22年度 重点要望】

- 1 医療制度改革に関連した方策の推進
  - (1) 医療制度改革関連施策の実施における保健所の位置づけの明確化
  - ② 地域で計画される**4疾病5事業**について、これらの**施策の実施における保健所の役割**を、国においてもより明確に示されたい。

## 【平成23年度 重点要望】

- 1 地域保健対策の総合的見直しに関連した方策の推進
  - (1) 地域保健対策に関連した施策における保健所の位置づけの明確化
  - ② 都道府県医療計画の推進、とりわけ**4疾病5事業**に関する**医療連携体制を構築するための連携調整**における**保健所の役割**を、国において明確に示されたい。

医療圏における地域疾病構造及び  
患者受療行動に基づく地域医療の評価について  
〈東京医科歯科大学大学院 伏見教授〉



# 医療圏における地域疾病構造及び 患者受療行動に基づく地域医療の評価について

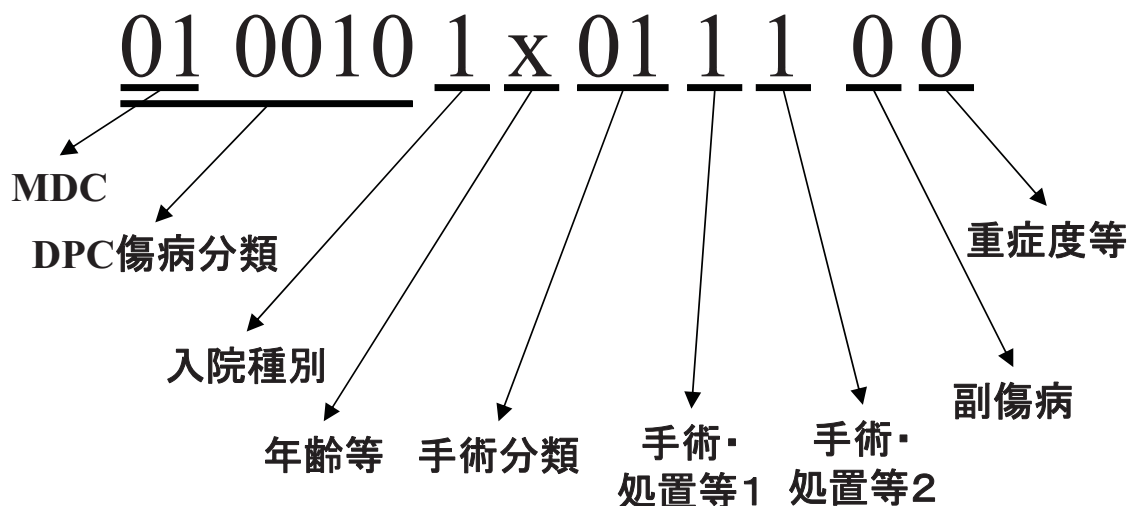
東京医科歯科大学大学院医療情報システム学分野  
伏見清秀

## 地域医療データ分析の特徴と意義

- 地域医療データ分析は、患者調査等の既存官庁統計データ、公表されているDPC調査データ、電子レセプトデータ等を利用し、疾病分類としてのDPC診断群分類等を活用して、地域医療の実態を定量的に把握する分析手法
- 地域における医療提供状況の実態を分かりやすく可視化することができる
- 限られた地域医療資源(医療従事者、設備、医療費等)をより良く‘配分’するための定量的指標を示すことができる

•DPC(Diagnosis Procedure Combination)は、我が国で開発された診断群分類で、病名と診療内容から患者を分類する手法である。

•下図のような体系的なコード構造を持つ。



## DPC傷病名分類の例

MDC	MDC名称	DPC傷病名分類の例
01	神経系疾患	脳腫瘍, くも膜下出血, 破裂脳動脈瘤等
02	眼科系疾患	白内障, 水晶体の疾患, 急性前部ぶどう膜炎等
03	耳鼻咽喉科系疾患	伝染性単核球症, 睡眠時無呼吸等
04	呼吸器系疾患	肺の悪性腫瘍, 急性扁桃炎, 急性咽頭喉頭炎等
05	循環器系疾患	急性心筋梗塞, 再発性心筋梗塞, 狭心症等
06	消化器系疾患、 肝臓・胆道・膵臓疾患	食道の悪性腫瘍, 胃の悪性腫瘍等
07	筋骨格系疾患	黒色腫, 肩関節炎, 手肘の関節炎等
08	皮膚・皮下組織の疾患	急性膿皮症, 帯状疱疹, アトピー性皮膚炎等
09	乳房の疾患	乳房の悪性腫瘍, 乳房の良性腫瘍, 等
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	甲状腺の悪性腫瘍, 糖尿病性ケトアシドーシス等
11	腎・尿路系疾患及び 男性生殖器系疾患	腎の悪性腫瘍, 膀胱腫瘍, 前立腺の悪性腫瘍, 等
12	女性生殖器系疾患及び 産褥期疾患・異常妊娠分娩	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍等
13	血液・造血器・ 免疫臓器の疾患	急性白血病, ホジキン病, 非ホジキンリンパ腫等
14	新生児疾患	妊娠期間短縮, 低出産体重に関連する障害等
15	小児疾患	ウイルス性腸炎, 細菌性腸炎等
16	その他の疾患	化学熱傷, 口腔・消化管内異物, 舌外傷等

# 医療計画4疾病とDPC傷病名分類

<p><b>〇がん</b></p> <p>010010 脳腫瘍, 020010 眼瞼・結膜の悪性腫瘍, 020020 眼窩の悪性腫瘍, 020030 ぶどう膜の悪性黒色腫, 020040 網膜芽細胞腫, 020050 眼の悪性腫瘍, 03001x 頭頸部悪性腫瘍, 040010 縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍, 040040 肺の悪性腫瘍, 050010 心臓の悪性腫瘍, 060010 食道の悪性腫瘍(頸部を含む。), 060020 胃の悪性腫瘍, 060030 小腸の悪性腫瘍, 060035 大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍, 060040 直腸肛門(直S状結腸から肛門)の悪性腫瘍, 060050 肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。), 060060 胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍, 060060 胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍, 060070 膵臓、脾臓の腫瘍, 070040 骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。), 070042 上肢等の皮膚の悪性腫瘍, 070045 黒色腫, 090010 乳房の悪性腫瘍, 100020 甲状腺の悪性腫瘍, 11001x 腎腫瘍, 11002x 性器の悪性腫瘍, 110060 腎盂・尿管の悪性腫瘍, 110070 膀胱腫瘍, 110080 前立腺の悪性腫瘍, 110100 精巣腫瘍, 120010 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍, 120020 子宮頸・体部の悪性腫瘍, 120030 外陰の悪性腫瘍, 120040 腔の悪性腫瘍, 120050 胎盤の悪性腫瘍、胞状奇胎, 130010 急性白血病, 130020 ホジキン病, 130030 非ホジキンリンパ腫, 130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物, 130050 慢性白血病、骨髄増殖性疾患, 130060 骨髄異形成症候群, 160010 その他の悪性腫瘍, 160030 その他の新生物</p>	<p><b>〇脳卒中</b></p> <p>010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤, 010040 非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外), 010060 脳梗塞, 010070 脳血管障害(その他)</p> <p><b>〇急性心筋梗塞</b></p> <p>050030 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞, 050050 狭心症、慢性虚血性心疾患</p> <p><b>〇糖尿病</b></p> <p>100040 糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡, 100060 1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。), 100070 2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。), 100080 その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。), 100100 糖尿病足病変, 100080 その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)</p>
--	--

## 厚生労働省ホームページから利用可能な個別病院のデータの例

名称	リンク	内容
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織各分科会	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/c_huo.html#soshiki">http://www.mhlw.go.jp/shingi/c_huo.html#soshiki</a>	・議事録、資料の一覧
平成22年6月30日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html</a>	・H21調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等

公表データを分析用に再集計し、DPC研究班セミナーにて配布

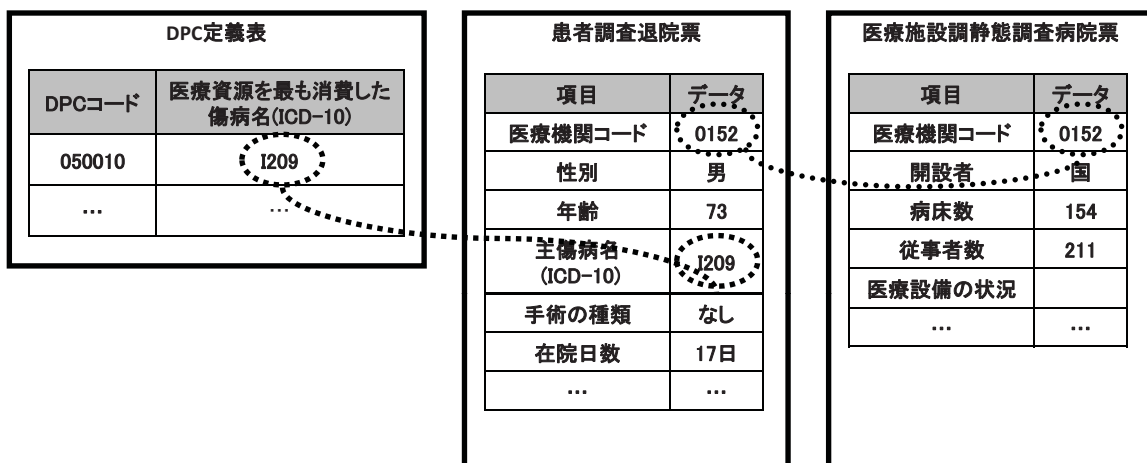
病院ID	都道府県	都道府県名	二次医療圏コード	二次医療圏名	病院名	DPC傷病名コード	DPC傷病名	手術有無	MDCコード	MDC名称
DS00137	40	福岡県	4009	飯塚	飯塚病院	060320	肝囊胞	全数	6	消化器系
DS00137	40	福岡県	4009	飯塚	飯塚病院	060330	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	全数	6	消化器系
DS00137	40	福岡県	4009	飯塚	飯塚病院	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	全数	6	消化器系
DS00137	40	福岡県	4009	飯塚	飯塚病院	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	全数	6	消化器系
DS00137	40	福岡県	4009	飯塚	飯塚病院	060350	急性肺炎	全数	6	消化器系
DS00137	40	福岡県	4009	飯塚	飯塚病院	060360	慢性肺炎(肝嚢胞を含む。)	全数	6	消化器系

厚生統計の調査票情報の地方公共団体への  
定期的提供に関する記載要領

医療施設静態調査、病院報告、  
患者調査等の個票をCDROM  
データとして、取得し、年報等報  
告書または行政運営資料とし  
て利用可能

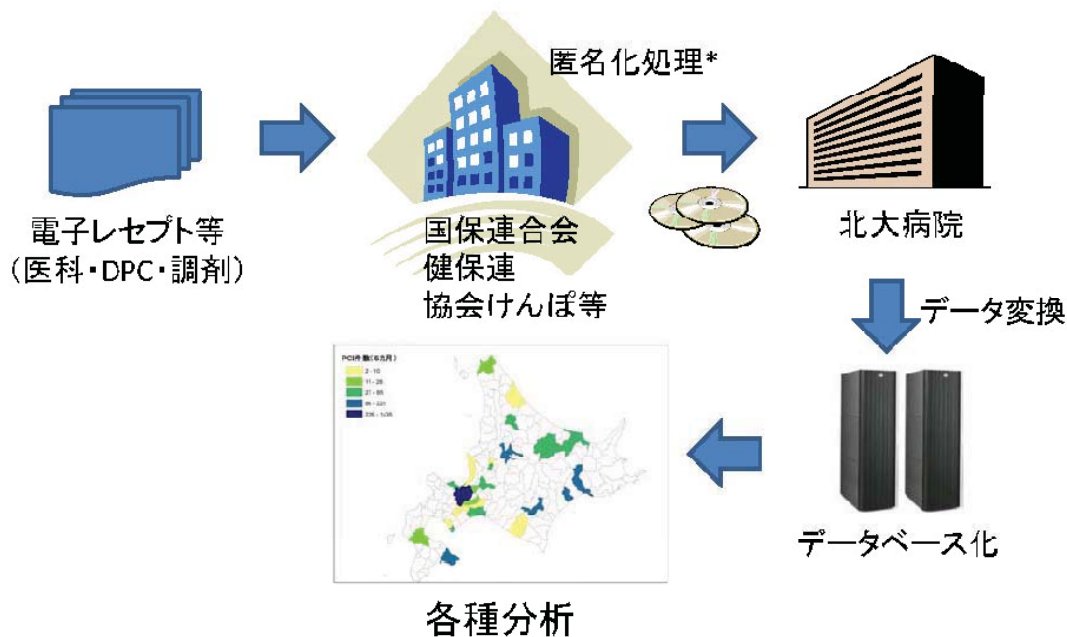
平成22年8月  
厚生労働省

## 患者調査退院票・ 医療施設静態調査病院票の利用



DPCコードと患者調査・医療施設調査とのリンクが可能

## レセプト分析事業



\*匿名化処理は厚労省National Databaseに準じる

13

資料:北海道大学 藤森研司

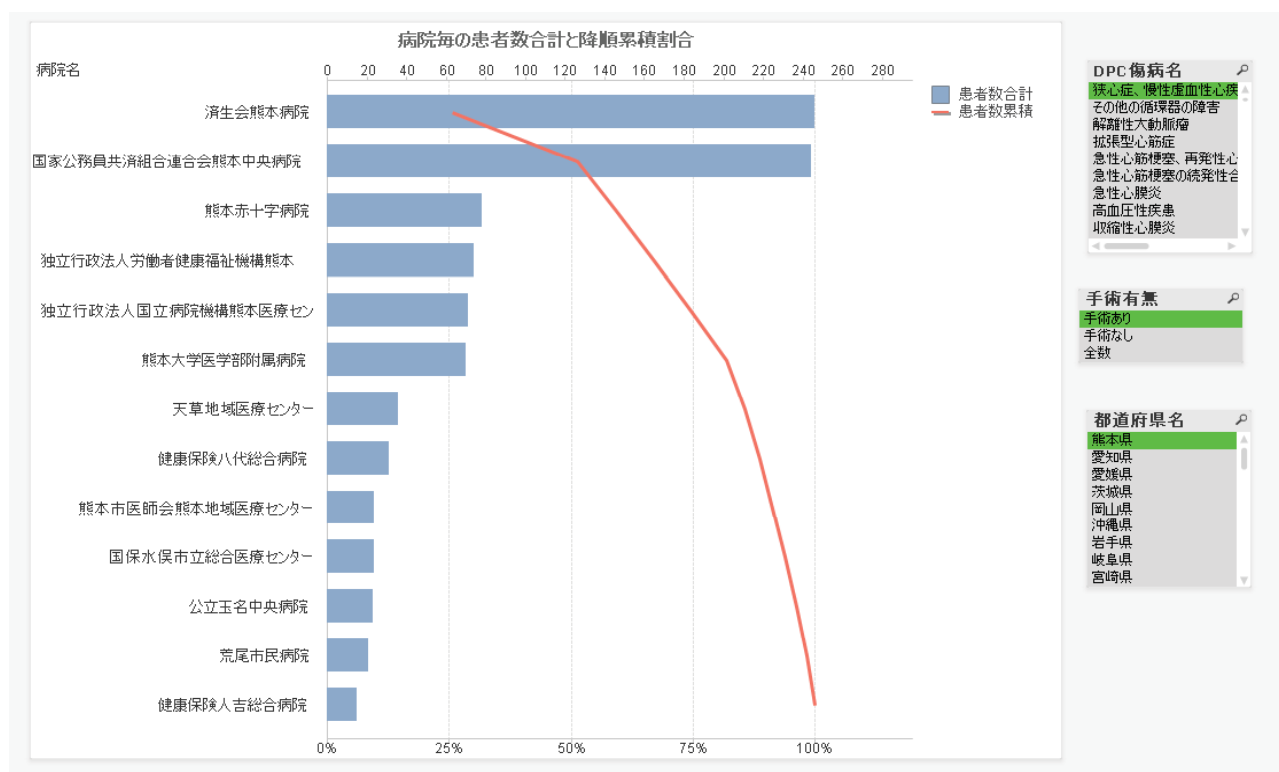
## DPC調査公表データ、患者調査、電子レセプトの比較

	DPC調査公表データ	患者調査退院票	電子レセプトデータ
データ形式	病院別集計	個票	個票
標本病院数	~1,600	6429 (平成20年)	受療病院数
抽出対象	急性期病院	全病院	各保険者
調査票数	>1000万/年	約95万 (平成20年)	全レセプト数
抽出割合	> 90%	3%以下	> 90%
傷病名	DPC分類	ICD10	レセプト記載病名
手術	主要手術分類	簡易分類別	点数表コード
患者居住地	非公表?	(+)	国保のみ△
転院所情報	(-)	(+)	連結可能
患者属性	非公表	年齢性、日数、転帰等	年齢性、日数等
適している利用目的	個別病院の診療実態の把握	地域の医療提供状況の把握	診療行為・医療費別の患者動態の把握

# 東京都の特定機能病院の手術実績(2007年DPC調査データ)

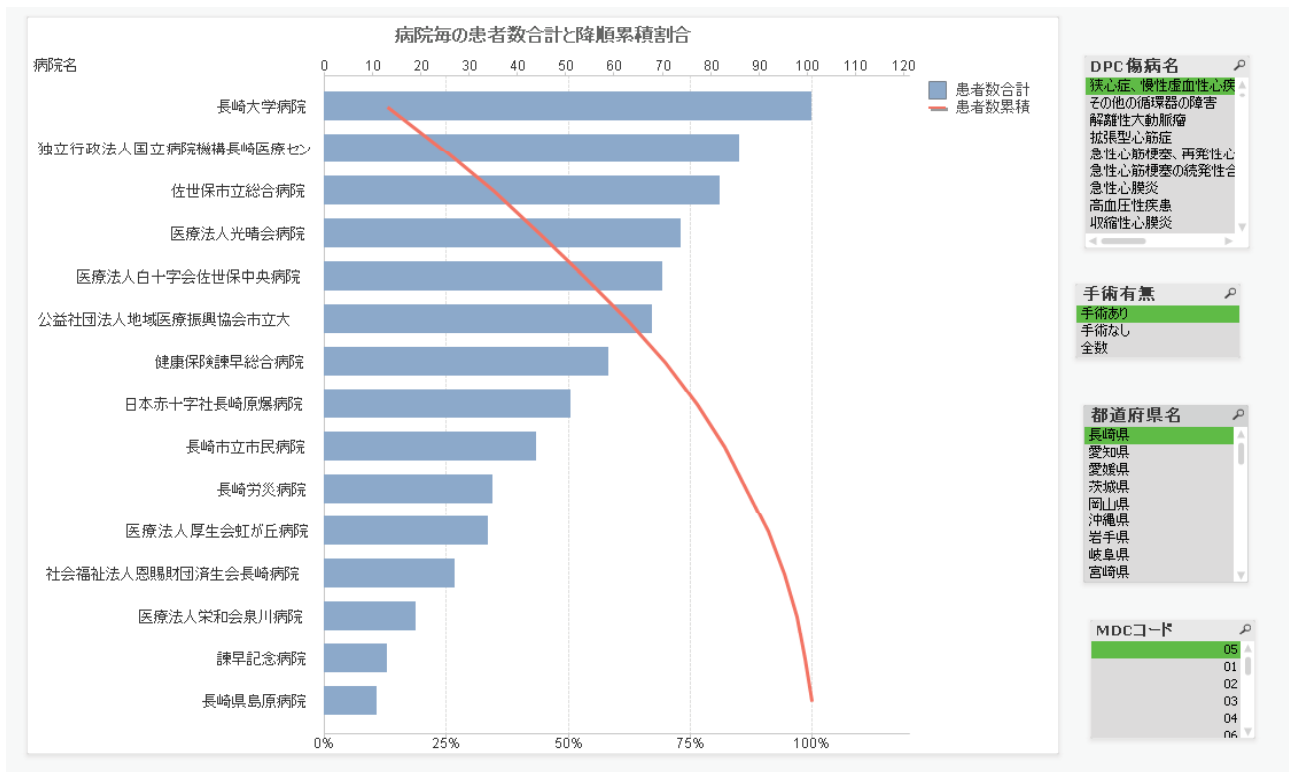
	010010	020160	040040	050070	050170	060010	060020	060070	070230	090010
	脳腫瘍	網膜剥離	肺の悪性腫瘍	頻脈性不整脈	閉塞性動脈疾患	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	胃の悪性腫瘍	膵臓、脾臓の腫瘍	膝関節症(変形性を含む。)	乳房の悪性腫瘍
東京慈恵会医科大学附属病院	16	55	44	97	44	51	79	16	29	151
東京医科大学病院	28	91	194	14	34	36	88	28	38	127
東京女子医科大学病院	118	37	84	127	26	46	162	94	15	143
慶應義塾大学病院	78	92	86	83	23	41	117	30	28	90
日本医科大学付属病院	20	31	53	73	30	17	70	12	10	55
順天堂大学医学部附属順天堂医院	50	70	73	48	14	106	89	45	36	246
昭和大学病院	0	0	21	56	23	48	69	20	18	55
東邦大学医療センター大森病院	10	18	58	37	31	17	76	11	66	49
日本大学医学部附属板橋病院	31	74	39	73	56	19	60	15	137	123
帝京大学医学部附属病院	11	64	35	12	19	18	45	50	22	74
杏林大学医学部付属病院	28	186	55	17	22	15	58	30	18	97
国立がんセンター中央病院	43	0	333	0	0	183	359	74	0	304
東京医科歯科大学医学部附属病院	18	42	34	100	69	67	64	17	27	89
東京大学医学部附属病院	39	56	70	23	22	38	153	51	22	70

## 虚血性心疾患手術患者の集積状況(熊本県)





## 虚血性心疾患手術患者の集積状況(長崎県)

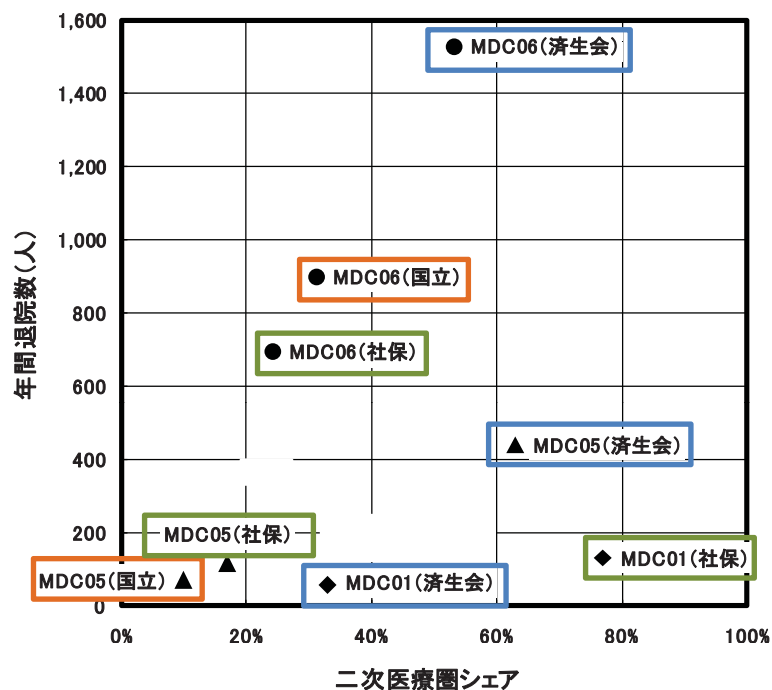


Qlikview© 10.0による分析 (www.qlikview.com)

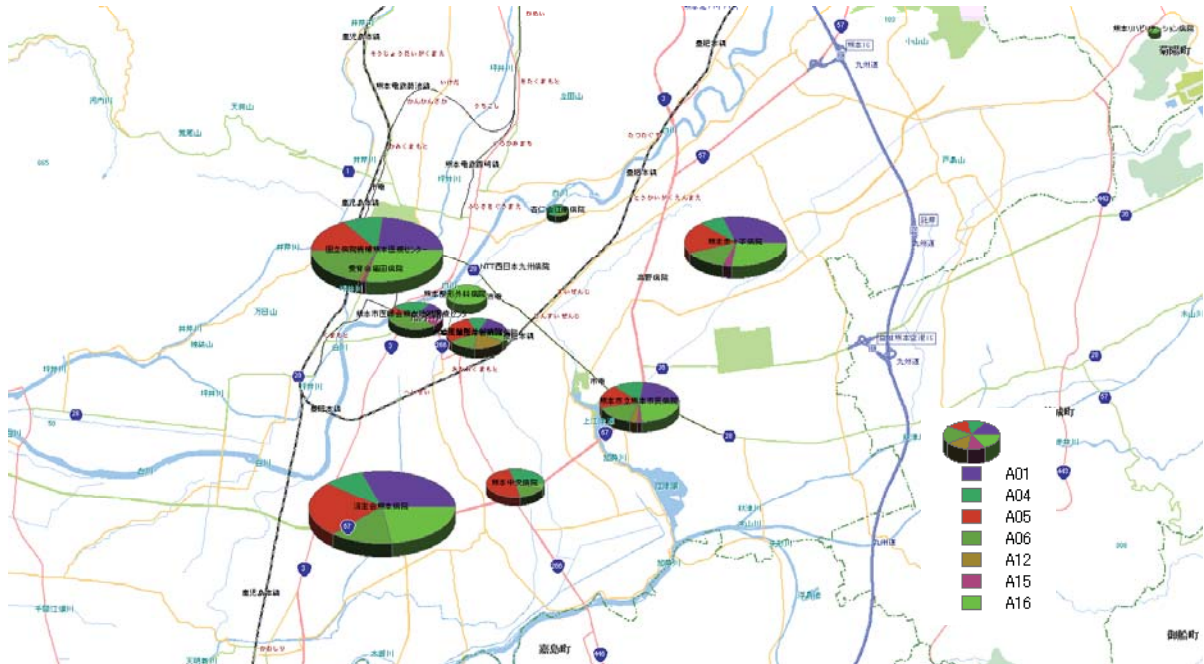
## 分析事例

14

### 二次医療圏内病院比較SWOT分析



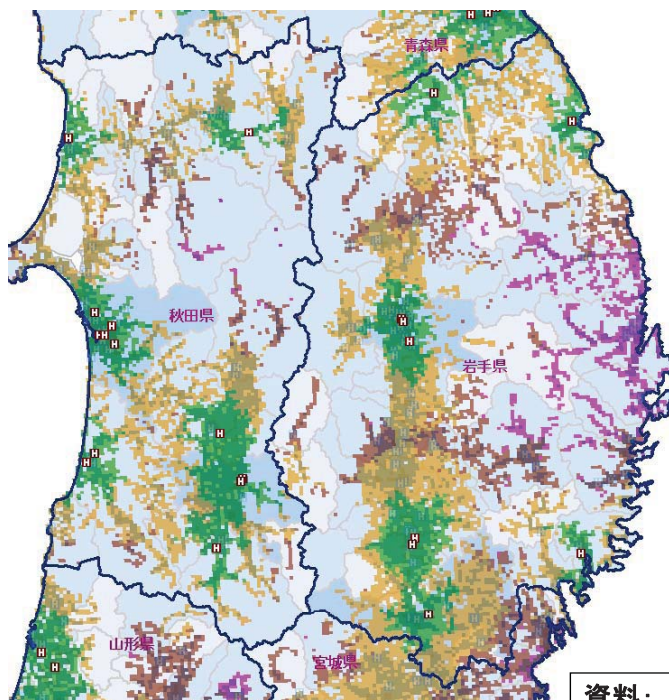
# 熊本医療圏の救急医療の現状 (平成21年7月～12月)



資料: 産業医大 松田晋哉

## DPC対象病院へのアクセスに関するGIS分析結果(岩手県)

項目	実数				割合 (%)			
	30分以内	60分以内	90分以内	90分超	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口 (人)	719,685	421,503	148,151	95,221	52.0	30.4	10.7	6.9
面積 (万Km <sup>2</sup> )	137,928	310,872	139,579	73,316	20.8	47.0	21.1	11.1
平均運転時間	30.9分							
施設までの距離	運転距離: 16.5Km、直線距離: 11.9Km							
調査参加病院の数	DPC対象病院: 5、準備病院: 5							



資料: 国立がんセンター石川B光一

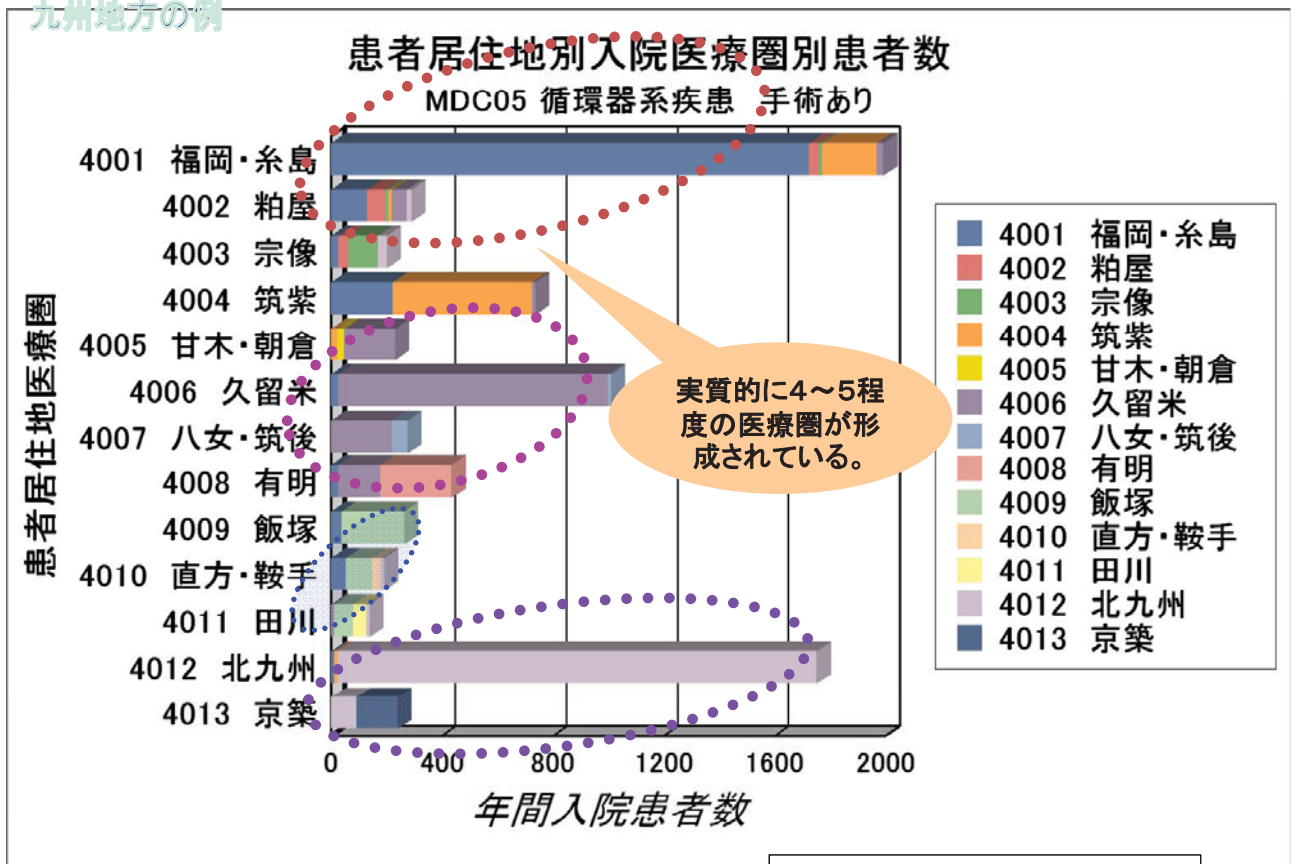
# DPC公表データのピボットテーブルでの分析

挿入からグラフを選択

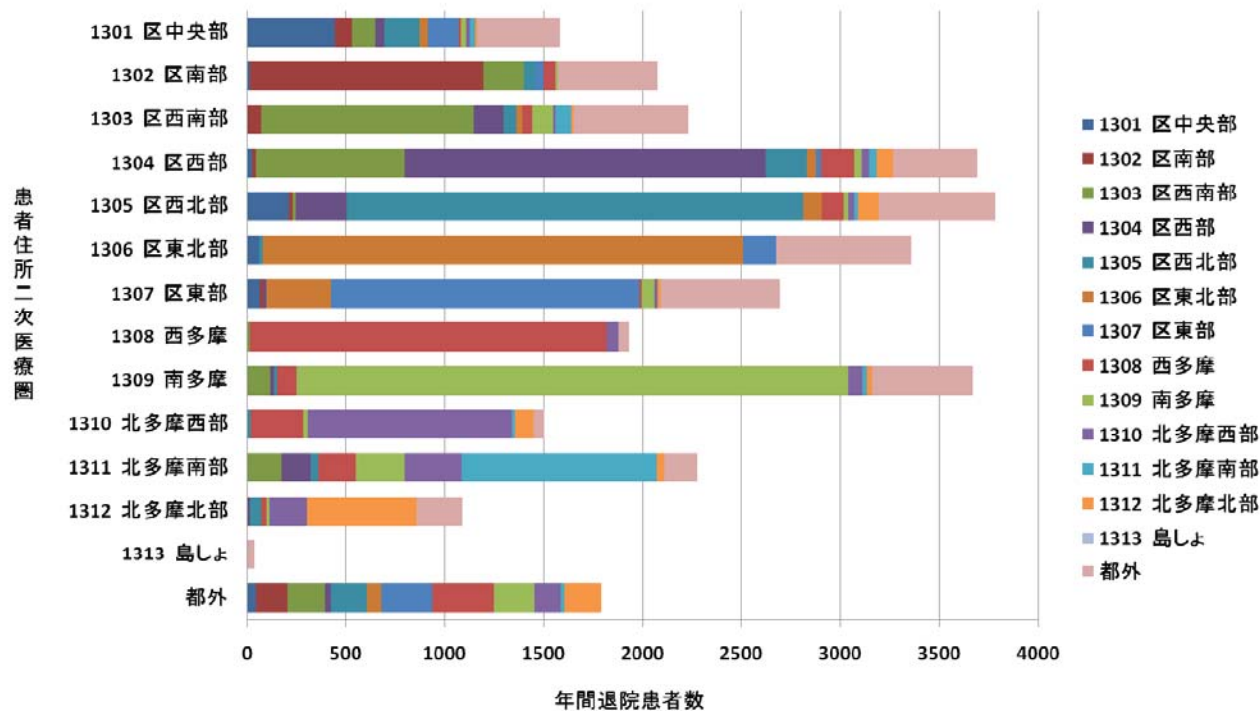
資料: 産業医大 松田晋哉

病院名	患者数
久留米大学病院	330
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院	214
社会医療久留米第一病院	0
医療法人天神会新古賀病院	439
医療法人社団高野会高木病院	241
医療法人天神会古賀病院21	0
医療法人社団シマタ峠田病院	0
医療法人聖峰会田主丸中央病院	46
神代病院	0
医療法人社団高野会くるめ病院	0
医療法人松風海内藤病院	0
<b>合計</b>	<b>1270</b>

## 九州地方の例

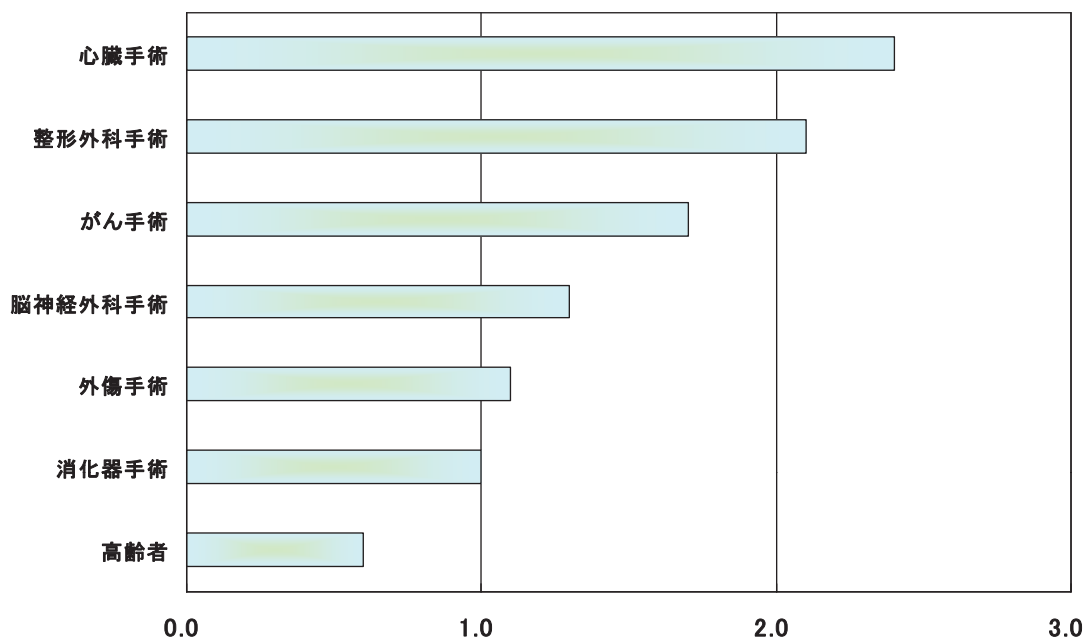


病態別、患者住所二次医療圏別の入院先病院二次医療圏別患者数  
療養病床



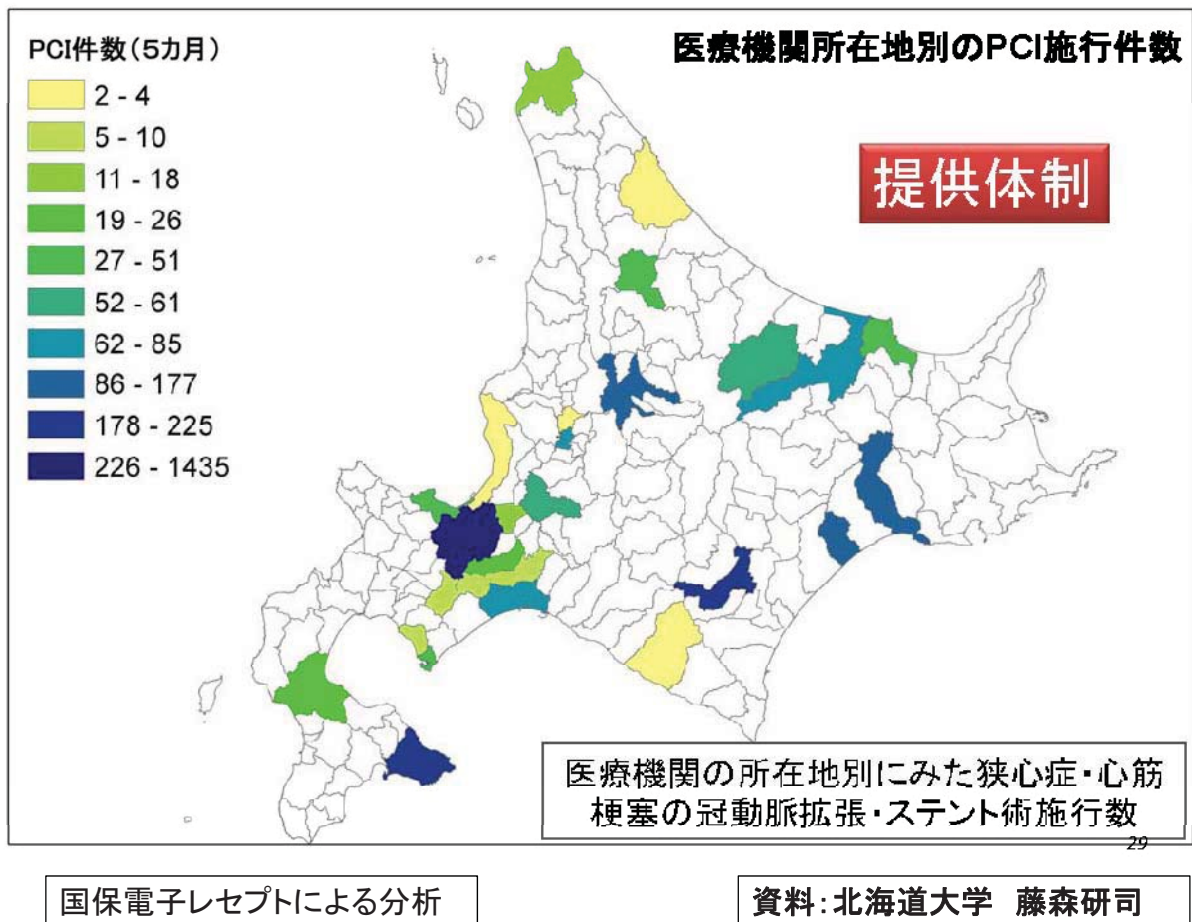
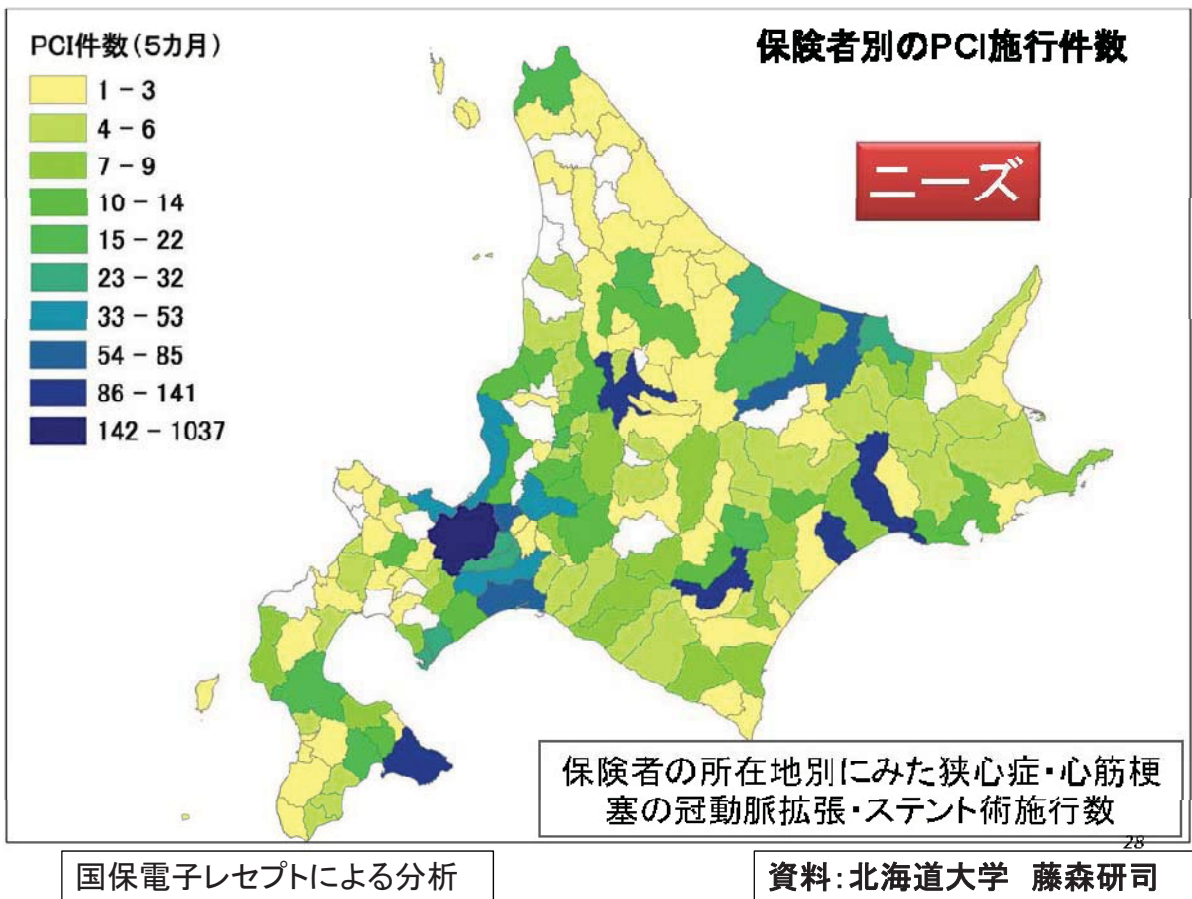
患者調査退院票による分析

遠方の病院を選択する確率



二次医療圏外への入院に影響する因子のロジスティック回帰分析  
(平成11年患者調査退院票52万件より)

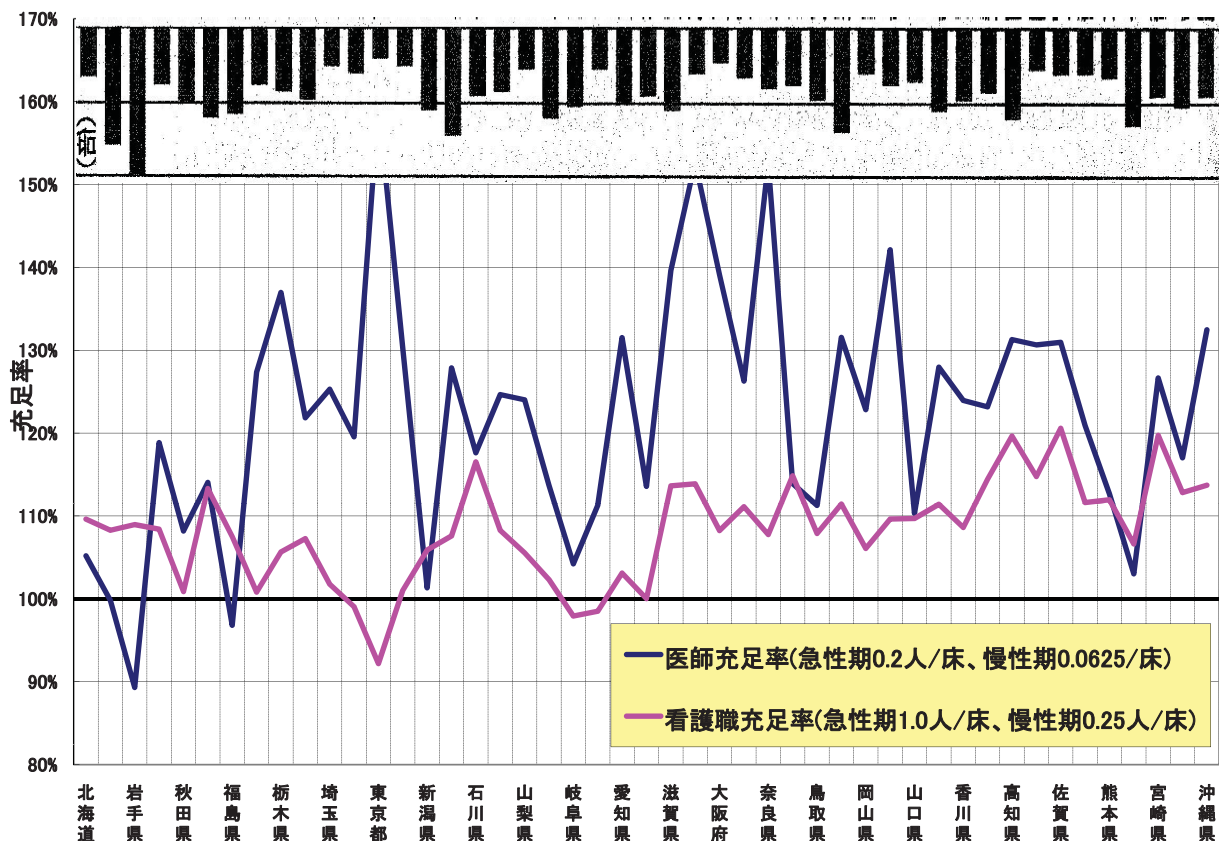




## S二次医療圏における急性期必要病床数の推計例

MDC	年間退院患者数	標準在院日数	必要病床数
01	6,380	16.6	363
02	6,240	5.3	114
03	3,790	7.4	96
04	11,000	13.2	499
05	7,810	10.4	279
06	22,610	11.8	911
07	3,820	15.8	207
08	1,750	9.5	57
09	1,310	9.1	41
10	4,280	13.1	191
11	7,340	11.1	278
12	15,430	9.0	474
13	1,210	21.7	90
14	2,730	10.8	101
15	3,150	6.1	66
16	16,430	14.8	832
合計			4,599
既存一般病床数			9,166

## 都道府県別の医療従事者充足率推計の試算





# 医療資源必要量の視点からの分析

- 急性期病床の必要数は約46万床(現在の一般病床の半分程度)と推計された。
- 急性期病床の平均在院日数が短縮すると比例して減少することに留意する必要がある。
- 医療労働力の充足率推計からは、北海道、東北地方での医師の不足と関東、東海地方での看護職員の不足が推測された。
- ICU病床は過少であり、回復期リハビリテーション病棟病床の最大必要数は約11万床と推計された。

## まとめ

1. DPC調査データ、患者調査データ、電子レセプト等から地域医療提供体制を定量的に可視化することができる。
2. 地域における医療機関の役割について
  - 医療機関の機能評価の視点の一つとして病態別地域貢献度を用いることができる
  - 医療機関毎の専門性を明示化して機能分化と医療連携を促進する必要がある
3. 病態別地域医療圏について
  - 医療の専門性、緊急性に応じて適正な医療圏を設定する必要性がある
  - 病態別医療需要の地域差、将来需要等が地域医療の評価の指標となりうる
4. 地域医療資源の必要度について
  - 急性期、亜急性期医療の必要量はDPCデータ等から推計することが可能
  - 急性期病床必要数は現在の一般病床の約2分の1であり、一方、超急性期、亜急性期の医療資源の不足は明白で、特に非都市部で著しい
5. 本分析方法は、今後の地域保健医療計画の策定とその評価、地域医療提供体制の充実と効率化等に応用することが可能であると考えられる。

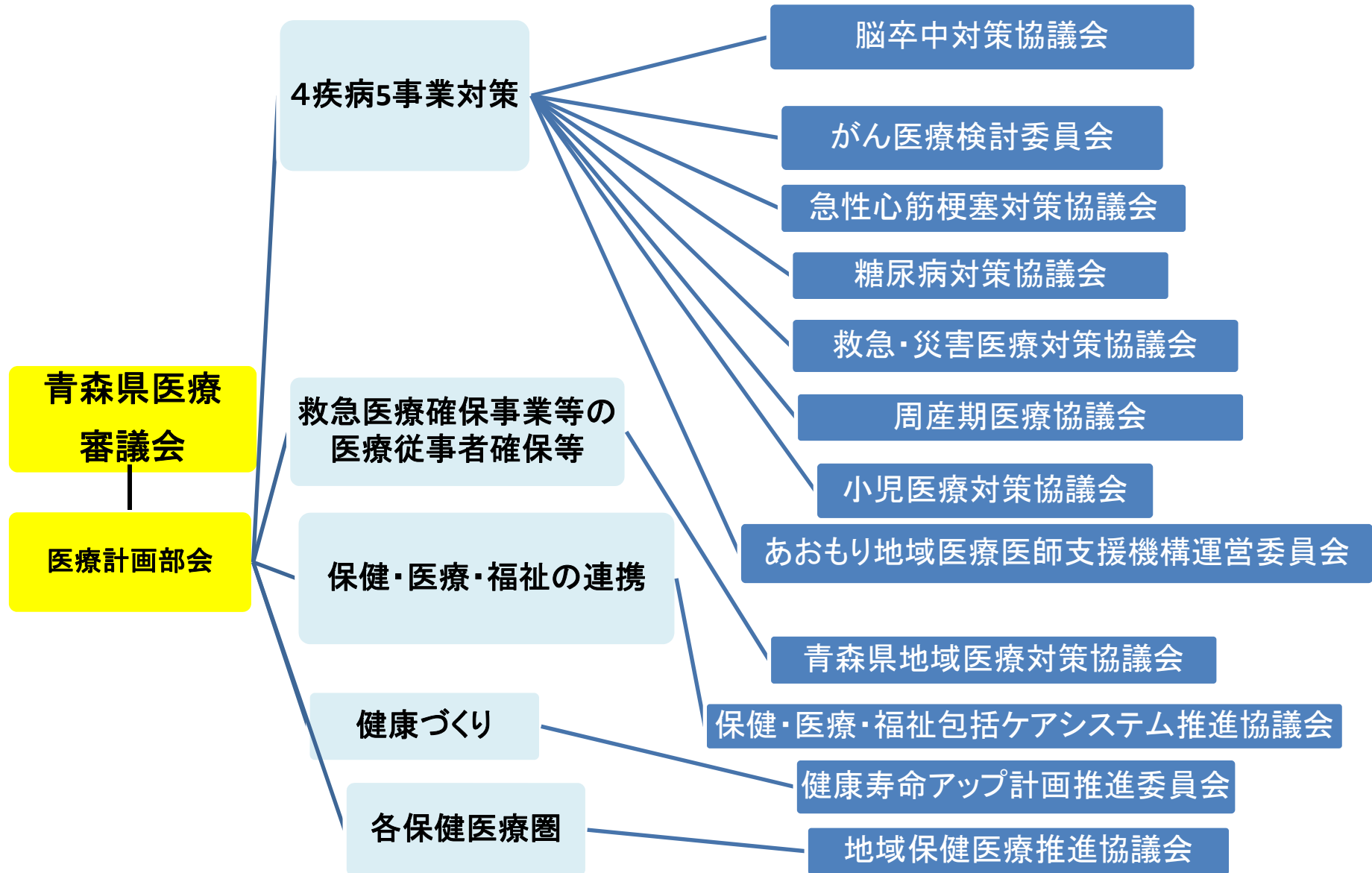
保健医療計画の策定について  
〈青森県健康福祉部 大西保健医療政策推進監〉

# 保健医療計画の策定について

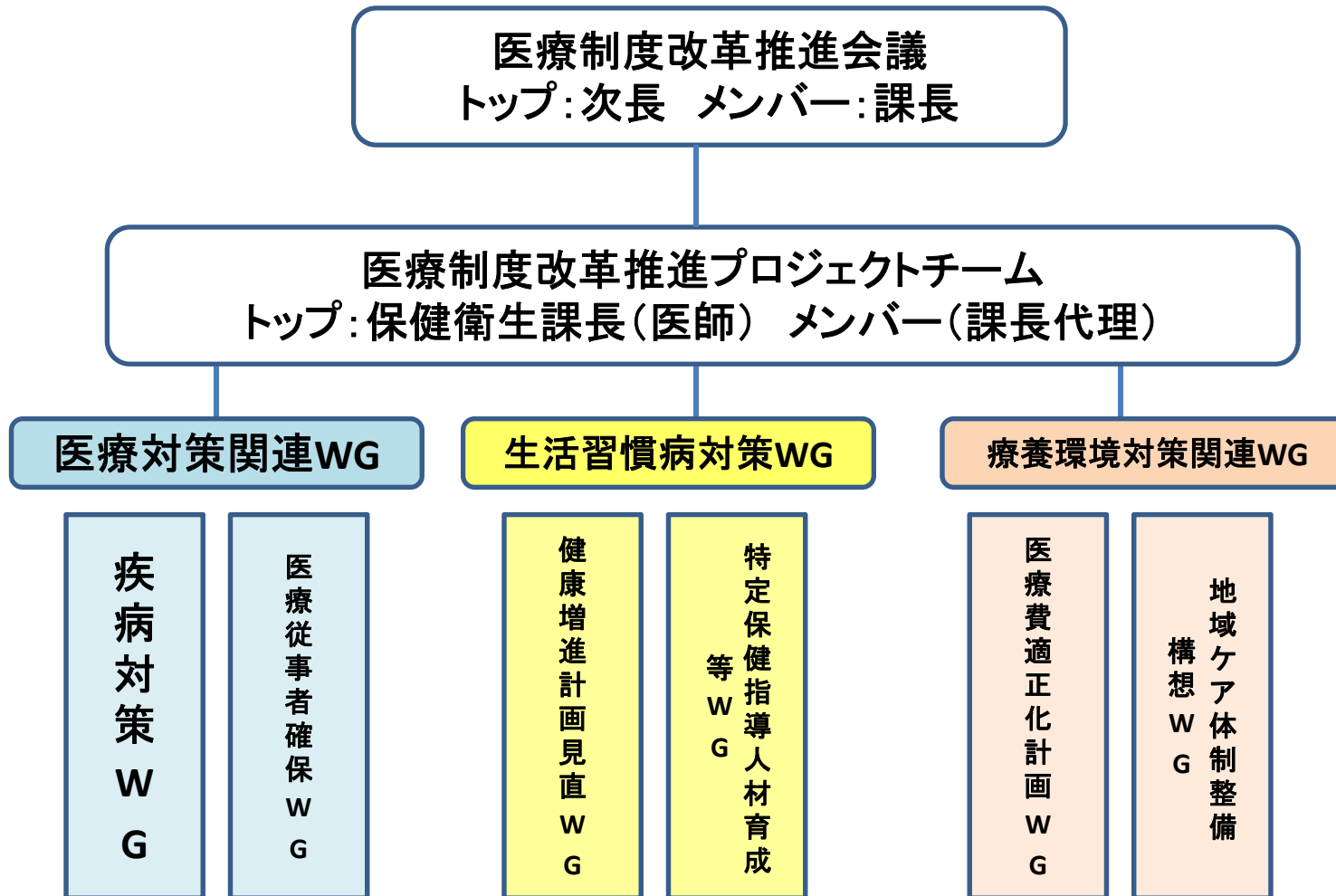
青森県

平成23年2月28日

# 計画策定に係る外部組織



# 策定に係る県の内部組織



## 国が定めた指針と県計画の関連

- 都道府県医療計画は、医療法第30条の4、医療提供体制の確保に関する基本方針(厚生労働省告示)において、基本的な策定方針が定められている。
- 更に、医療計画作成指針、疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針が定められており、これを参考に、保健医療計画を策定するとされている。
- 以上の指針は、詳細に書かれており、これに従えば、医療計画は策定できる仕組みになっている。
- 本県は、国の指針に従って策定したので、結果として、指標の項目が多くなっているほか、県内部の議論により、新たな指標も追加している。
- また、4疾病5事業に係る外部の協議組織を設置し、これらの会議での専門家の議論も踏まえ、医療審議会の計画部会で、県計画の案を検討。最終的には、医療審議会の答申を経て、パブリックコメントも実施して策定した。



# 本県の保健医療計画の特色→設定指標が多い

青森県では、国が定めた、医療計画作成指針、疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針の記載例を参考に、検討し、決定した。

## 糖尿病の例

国の指針に挙げられた記載例	青森県の保健医療計画上の指標
糖尿病による失明発症率	指標に採用【現状】⑩2.7人/10万人【目標】現状改善
糖尿病腎症による新規透析導入率	指標に採用【現状】⑪11.1人/10万人【目標】10%減少
糖尿病等の患者教育を実施する医療機関数	現状は把握できたが、目標設定困難と記載
教育入院を行う医療機関数	
急性期合併症の治療を行う医療機関数	現状把握が不十分で、調査が必要と記載
治療中断率	
地域連携クリティカルパスの導入率	記載せず。理由は、 ・クリティカルパス、年齢調整死亡率は、他の項目で指標とされている。 ・薬物療法からの離脱実績は、治療中と同意義 ・糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数は確認が困難であり、個々のケースにより、疾病間の関連性が異なるので、指標としての効果が薄いと判断。
薬物療法からの離脱実績	
糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数	
年齢調整死亡率	
【なし】	以下は、指標としては必要だが、現状把握が不十分で、調査が必要と記載。①糖尿病診療スタッフの配置状況 ②特定検診後の受診率又は指導率 ③小児又は若年における発症状況

# 策定のためのデータ収集に関連して

現状

保健医療計画の策定に用いた数値データの項目数

- 既存調査によるもの 147（うち、国調査によるもの 88、その他 59）
- 県が保健医療計画の見直しのために行った調査によるもの 23（うち、医療機能調査によるもの 3、受療動向調査によるもの 20）

課題

- 政策の企画立案、効果測定にはデータは欠かせないが、データ収集に係る業務量、予算が大きく、課題となっている。
- 県単独調査のみでは、必要なデータが収集できない。
- 医療機関では、国の調査に加えて、県が調査を行うので、負担が大きい。

国においては、政府統計の総合窓口で、政府統計の統計データを提供しているが、政策の企画立案に活かせるような工夫がない。

## 提案

### ①各種統計データ活用ツールの検討

本県が構築中のがん情報データベースでは「がん登録・がん健診データ集計ツール機能」を備えており、がん登録及びがん検診のデータを登録、蓄積し、様々な指標から集計したり、統計データを抽出できる機能を備えている。

国が行う統計を政策に活かすためには、同様のツールが、健康、疾病対策関連分野で、構築されることが望ましい。

- ②統計調査の電子化
- ③レセプト情報の活用

統計データを政策に活用できるシステムの構築

## 保健医療計画策定に係る主な議論

### 医療審議会及び計画部会

- 検診の重要性、予防医学
- 公的病院の再編ネットワーク化、医師不足を踏まえた医療機関の機能見直し
- へき地、過疎地の医療確保
- ドクターヘリ、弘前大学高度救命救急センター
- 医療連携を診療報酬で評価することが、地域医療のダイナミックな展開を阻害しないか。(囲い込み)
- これまでの二次医療圏で積み上げてきた計画と県の医療計画との整合性

### パブリックコメント・関係団体意見

- (県医師会) 国の政策が一方的に押しつけられないよう、保健・医療・福祉関係者や地域住民が参画した、本県の将来予測を含む計画であるよう望む。
- (県医師会) 4疾病5事業は、医療機能を担う医療機関を公表することになっているが、必要のある都度見直し、現場の意見を重視すべき。
- (県薬剤師会) 指標や目標が合理的なものになっているか、検討が不十分でないか。
- (パブコメ) 二次医療圏の意味を住民に考えてもらう、設定根拠を詳細に示すことが重要でないか。

# 保健医療計画に基づく政策の推進について

## 現状と課題

- ①計画の内容は、保健、医療、介護、福祉にわたり、内容が、現状と課題、目標、施策の方向性と主な施策、達成目標と重層的に構築されており、約400ページと分量が多く、関係者が、すべて理解し、活用するのは困難
- ②保健医療計画に各主体の役割を示しているが、それぞれの主体の理解を深め、計画を実行する仕組みがなければ、県のみでの推進となり、効果が現われにくい。
- ③国により、策定が義務づけられた計画は、都道府県健康増進計画、がん対策推進計画、介護保険事業支援計画、障害福祉計画、医療費適正化計画などもあり、それら計画でも目標値等の設定があるので、各計画の関連性を明らかし、見える化を図る必要がある。
- ④これらの計画も含め、全体の進捗状況の管理責任者が明確でなく、進捗状況を管理しながら、政策→施策→事業へと展開していく仕組みが出来ていない。  
(指標の活用については、次ページに記載)
- ⑤新規事業の予算計上の際に、保健医療計画の目標達成における有効性がチェックされず、予算上のインセンティブがない。

## 今後の方向性(案)

- ★次期計画査定時に議論し、対応する。
- ★実効性ある計画として、身軽に動かしていくための方策を検討することが必要。  
スリム化、明確化、地域での普及啓発など。

# 指標の活用について

## 現状と課題

### ① 指標の設定

各分野や事業の事後評価を行うため、指標を定め、計画の最終年度である24年度の数値目標を定めている。

### ② 見直し

医療提供体制の確保に関する基本方針では、「少なくとも5年ごとに調査、分析、評価を行い、必要があるときは医療計画を変更する」としており、青森県保健医療計画に、5年ごとに、調査、分析、評価を行い、医療審議会の意見を聴いて、必要があるときには、計画を変更すると記載している。

## 課題

各分野・事業後の達成度を評価するために、指標と目標値を設定しているが、各主体が、何を行うことで目標達成が実現するのかが明確でなく、目標達成に至る論理的なロードマップを明らかに出来ない指標もある。  
(糖尿病治療中断率など、患者教育、経済的要因など要因が多岐にわたる。)

## 今後の方向性(案)

★次期計画査定時に議論し、対応する。

★計画は、医療法に基づく「医療計画」であるとともに、保健医療に関する「県の基本計画」でもあることから、計画進捗状況の管理責任者をおくことも検討したい。



# (参考) 医療計画が医療行政に及ぼす影響 ※他法令との関係

## 【医療法】

- 基準病床の設定
- 特例診療所の一般病床設置

## 【ドクターヘリ特措法】

ドクターヘリ基地病院

## 【診療報酬】

- 初診料における時間外加算の特例
- 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- 地域連携診療計画管理料

## 【救急医療事業実施要綱】

高度救命救急センター

特に、影響の大きいもの

- ・ 基準病床の設定
- ・ 診療報酬にかかる加算

提案等

★ 基準病床については、別途のべる。

★ 診療報酬については、医療計画上は必要な医療機能でも、医療機関の経営状況、勤務医師の異動などにより、実施できない場合もあり、変更もあることから、医療計画での位置づけを要件とせず、診療報酬上の届出で可としてはどうか。

## 医療計画に関わる課題

### 【病床基準設定について】

- ・病床過剰地域から病床不足地域への病床の異動の促進を目的としているが、病床過剰地域では、一度病床を削減すると復活が出来ないので、入院病床は削減されず、遊休資産化する。
- ・本県は、人口が点在しており、人口の少ない地域では民間病院の経営が成り立たないので、公的病院がカバーしており、病床過剰地域から、病床不足地域への、病床の異動(資産の流動化)は実現しがたい。
- ・しかし、制限を撤廃すれば、医療の質の低下、不要不急の入院増加による医療費の増大、倒産等による医療の中断などが懸念される。

# 医療計画に関わる課題

## 【疾病や事業ごとの圏域設定】

- ・「疾病又は事業ごとの医療提供体制構築に係る指針」では、疾病又は事業ごとの圏域を設定するとしており、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定するとしている。
- ・ しかし、地域がん診療連携拠点病院のように、国が、二次医療圏ごとに、基本的に1箇所すると定めている場合もあり、制度が矛盾している。
- ・ また、本県では、地域で、1～数カ所の公的病院が4疾病、5事業において、主要な役割を果たしており、高次医療機関数も少ないので、疾病又は事業ごとの圏域設定の意義は薄い。  
一方、首都圏等の人口と高度な医療機能が集中する地域では、医療機関が多いが故に、疾病又は事業ごとの圏域を設定することが困難と考えられる。
- ・ 二次医療圏の設定や、疾病ごとの医療圏の設定は、住民にとってはメリットはなく、どの医療機関がどのような医療機能を持つかを明確にし、住民が選択できるようにすることが重要。

## 最後に～ 地方からの提案として～

- ①疾病や事業のための医療圏設定は不要である。
- ②基準病床数については、基準及び地域の範囲について、国が一定の考え方を示した上で、都道府県が実情に応じて決定する仕組みとすべき。
- ③基準病床数に加えて、基準無床診数算定、基準医師数算定が必要であり、その基準及び地域の範囲についても、国が一定の考え方を示した上で、都道府県が実情に応じて決定する。