

第4回 PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会

平成26年2月6日(木)
15時00分～17時00分
全国都市会館第1会議室(3階)

議事次第

- 開 会
- 議 題
 1. 医療計画作成支援データブックの作成状況について
 2. 報告書とりまとめに向けた議論について
 3. その他
- 閉 会

<配布資料>

- 資料1 : 本日の議論について
- 資料2 : 前回の議論の概要
- 資料3 : 医療計画作成支援データブックについて
- 資料4 : 医療計画作成支援データブックに収載するソフトウェアについて
- 資料5 : PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会報告書(案)

参考資料1 : 指標メタ情報

参考資料2 : 指標データのアウトプットイメージ

参考資料3 : 指標の分類軸による整理

参考資料4 : 社会保障審議会医療部会 医療法等改正に関する意見(平成25年12月27日)

PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会
構成員

(合計4名)

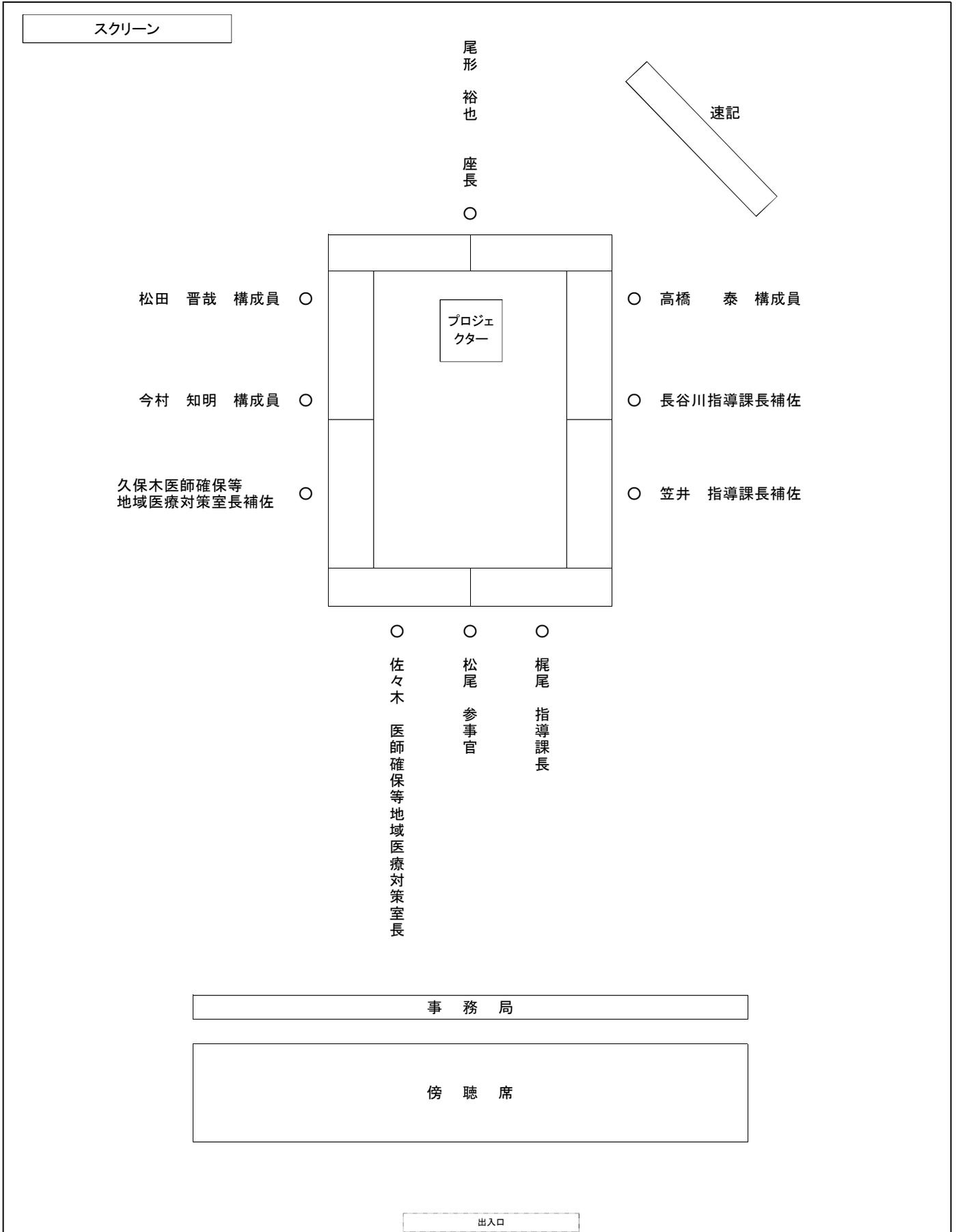
- 今村 知明 奈良県立医科大学健康政策医学講座教授
- ◎尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
- 高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授
- 松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

(◎ 座長)

(敬称略、五十音順)

第4回 PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会

平成26年2月6日(木)15:00~17:00
全国都市会館第1会議室(3階)



本日の議論について

1. 医療計画作成支援データブック

2. 都道府県向け研修会

現時点の資料を踏まえ、PDCA サイクルをより有効に機能させ、医療計画の実効性を向上させるために必要と考えられる改善点等について

・データブックに掲載すべきデータやその集計・表示形式

・都道府県に向けた研修会の内容・形式 等

3. PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会報告書(案)
について

前回の議論の概要

1. 医療計画策定状況等の説明

(宮城県：二次医療圏の見直し・再編を実施)

- 二次医療圏を 7 医療圏から 4 医療圏に再編し、医療圏ごとの医療機関の機能分担、連携・強化のあり方について記載した。
- 5 疾病・5 事業及び在宅医療については、医療機関の体制整備の方向性を明示するとともに、各疾病においては急性期・回復期・維持期等、ステージごとに医療機関の機能分担を記載した。
- その他、5 疾病以外の疾病対策や、健康危機管理対策、医療従事者確保対策、また医療と福祉の連携推進として、ICT による医療福祉情報ネットワーク構築、地域包括ケアシステムの推進などの取組も記載した。
- 施策の方向性について具体的な事業内容を記述するよう努めると共に、他課が所管する協議会や審議会においても議論を行って、計画策定の補完に努めた。
- 二次医療圏の見直しにあたっては、まず、中長期的、広域的に医療体制を構築し、地理的状况も勘案して再編の基本的な方向性を示した。次に、再編対象となった地域の訪問及び関係者から意見聴取、さらに再編対象地域の首長のご意見を踏まえ、医療審議会で審議を行い、その答申に基づき、計画案をとりまとめた。その上で、特に反対の姿勢を示していた自治体の理解を得て、計画を策定に至った。
- 二次医療圏の再編に反対する理由としては、地域における医療機能の低下を危惧する意見が主であった。
- 第 5 次医療計画の評価としては、地域医療推進委員会に計画の進捗状況を報告し、最終的に第 6 次医療計画の計画策定懇話会、医療審議会に目標達成の評価を報告した。
- 第 6 次医療計画では施策の進捗状況や 5 疾病・5 事業及び在宅医療などの目標値を達成状況について PDCA サイクルを推進していく。

(千葉県：医療計画期間中の見直し)

- 平成 23 年 4 月に医療計画の全面改定を行ったため、今回は精神や在宅医療などを中心に計画の一部のみの改定とした。特定の分野に限った検討であったため、全面改定のときよりもきめ細かい議論を行うことができた。
- 医療や保健福祉サービスを連動するために、事業ごとに循環型地域医療連

携システムの構築を図った。具体的にはシステムを担う医療機関のリストの公表や、共有パスやIT ネットを開発して関係機関同士の情報共有の促進を行った。

○「精神疾患」については、平成 20 年度から取り組んでいる医療・保健福祉サービスを連動させる体制をさらに充実させるように見直しを行った。なお、統合失調症などの精神疾患と高齢化に伴う認知症とは分けて取組を進め、別々のシステムづくりを目指した。

○検討体制は医師、患者や家族団体の代表、権利擁護に携わる方なども含めたものとし、また、精神科を持たない一般病院の精神科患者への対応の有無、地域移行支援や身体合併患者への対応の有無等、都道府県が独自に行った調査も参考とした。

○「災害医療」については、東日本大震災の教訓をいかし、災害医療本部やDMAT 調整本部の設置といった体制の強化とともに、災害拠点病院や市町村などの関係者に説明会を開催し、災害時の体制や各々の役割について認識してもらうように努めた。

○「在宅医療」については、医療と介護の連携を図るために、市町村圏域を基本に整備を進めていくことを明記し、施策の整備や追加を行った。

○平成 23 年 4 月の全面改定の際の医療計画の評価では、前回計画に盛り込まれていた 176 の目標値の達成状況について、4 段階の絶対評価（◎：既に目標を達成している、○：目標達成が見込まれる、△：目標達成が見込めない、×：悪化している）を行い、これに他の都道府県の実績との比較による相対評価を加味した。

○目標を達成したものは目標の上方修正や新たな指標設定を行い、目標を達成できなかったものや悪化したものは、その原因を分析し、適切な目標値になるように修正を行った。さらに、今回、国から示された指標を参考とし、目標値となる指標の見直しや追加も行った。

○地域医療再生計画や同時期に改定したがん対策推進計画など関連する他の計画と整合性を図った。

○疾病・事業の分野ごとの評価、計画全体の評価方法については今後の課題である。

（長野県：保健医療関連 7 計画と一体的に策定）

○健康増進計画などをはじめとする 7 つの計画を一体的に取りまとめ、一本の計画にした。

○地域完結型医療を進める「地域全体で医療を支える体制の構築」と、これから多死社会を迎えることを踏まえた「在宅医療」を特に打ち出した。

○医療提供体制の把握について、医療機能調査、県民意識調査、国から示された指標データ、電子レセプトデータの蓄積・分析のツール等を活用し、その結果を活用して5疾病5事業及び在宅医療が二次医療圏で完結できるもの、完結できないものを整理した。

○二次医療圏の見直しの検討では、患者の流出入について、患者調査に加えてNDBデータも用いて分析した。患者調査では対象となる医療圏が4つあったが、NDBデータを用いた分析では流出患者が20%を下回っており、医療圏の関係者からの聞き取り調査や県の特性（広大で過疎地域が多い、医療圏と広域連合が一致している等）を考慮し、二次医療圏の見直しは行わないこととした。その上で、疾病・事業ごとに医療提供体制が脆弱な二次医療圏を抽出し、二次医療圏を特定して、当面及び将来の連携体制の方向性を示した。

○医療審議会の部会として策定委員会を構成し、また各疾病・事業ごとにWGに分けて検討を行った。WGの委員として医療機関関係者、関係団体代表者、受療側の代表として市町村の代表者と患者代表者(公募市民)が参加している。

○第5次医療計画では、数値目標の達成度を3段階で評価した上で、事業の進捗状況を勘案し、施策ごとに4段階で評価を行った。第6次計画は500を超える数値目標を掲げており、この指標の管理を基本に考えていく。

○評価に際しては、アウトカム指標が最も適していると考えるが、一方で県の医療計画は体制整備の計画であるため、ストラクチャー指標が活用しやすかった。

○プロセス指標・アウトカム指標では一部入手困難な指標があった。また、医療施設調査のように3年に一度しか調査がないものについては、良いデータではあるが、計画期間中に1度か2度しか評価ができないというような課題がある。

2. PDCA サイクルを効果的に機能させる方策を検討するための論点

○地域の医療が抱える課題が適切に評価され、解決に向かうにはどのような方策が必要か。PDCA サイクルを回していくために、各ステージにおいて都道府県にとって必要となるものは何か。

- ・各地域の将来像を踏まえた医療提供体制を考えて、大きな方向性を打ち出すことが重要ではないか。そうでなければ、細かな指標をたくさん設定しても、地域全体としてとして本当に進まないといけない目標を設定し、その方向に進んでいくことは難しいのではないか。
- ・現在の医療計画を進めていくと同時に、将来の人口推計や疾病構造も踏まえ、必要となる医療機能等について、もう少し踏み込んで考えていくべきではな

いか。計画の修正の方向性として、拡張だけでなく、転換や削減を行う必要がないかといった視点も持つ必要があるのではないか。

- ・地域ごとに抱える課題が異なることから、都道府県ごとはもちろん、二次医療圏ごとに、指標や目標を変更して設定すべきではないか。一律に指標を用いて、全部の改善を目指していく形が本当によいのか検討する必要があるのではないか。
- ・たとえば二次医療圏ごとの患者の流出入についても、患者調査を用いる方法とNDBを用いる方法があるように、データや指標についてはそれぞれ特性がある。その特性を理解した上で、どのデータ及び指標が最適なのかを考えて、示していく必要がある。
- ・今後の医療計画は介護や福祉の計画と併せて考えていかなければならない。各々の計画だけではなく、全体として整合性が取れ、現場が混乱しないような計画立案、指標設定、進捗管理が必須である。そのためには、医療介護分野を併せて必要となる患者数やサービス量等が把握できるような基本情報が求められるため、国も情報の見える化を行い、提供していくべきではないか。
- ・医療と介護の連携は重要な課題だが、今後、国保中央会のKDBの稼働により得られるデータは、その課題を検討する上で、有用と考えられる。
- ・二次医療圏の再編を検討する際には、単純に医療資源が多い医療圏と少ない医療圏を統合すると、課題が逆に見えなくなってしまう可能性があり、十分な注意が必要である。また、流出入だけではなく、地理的状况や医療以外の行政の体制等、様々な条件を考慮する必要があると考えられるため、今後、医療圏の再編の手続きや議論における論点をもう少し整理する必要がある。
- ・医療計画の策定や見直しの際には、医療関係者や患者、住民、医療保険者等、できるだけ幅広い立場の人が議論に参加して検討すべきではないか。また、各々の立場が果たすべき役割についても整理すべきではないか。
- ・たとえば、各都道府県の担当者に加え、他の自治体の方にも策定等の作業に参加してもらおうというような横の繋がりを作り、ノウハウを共有したり、一緒に考えたりすることで、地域の医療提供体制について戦略的に考えられる人材を育成していくような取組が重要ではないか。

医療計画作成支援データブックについて

1. 背景・目的

■ 背景

- 国民が地域において切れ目のない医療を受けられるよう、都道府県は医療計画を策定し、地域の実情に応じた医療提供体制を構築することとされている。
- 医療計画の策定に当たっては、地勢・交通等の状況や住民の健康状況、住民の受療動向や医療提供施設の状況等を把握し、その分析を通して地域の医療提供体制の課題を明らかにした上で、数値目標を設定し、目標達成のために行う具体的な施策を記載し、これに基づき地域の医療提供体制の構築に取り組むことが重要である。
- 医療計画の実効性を向上させ、地域の実情に応じた医療提供体制を構築するためには、都道府県が施策の進捗の評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図る等、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要不可欠である。

1. 背景・目的

■ 目的

- 都道府県は、PDCAサイクルを効果的に機能させ、医療計画の実効性を向上するためには、医療提供体制の課題の把握、目標設定及びその達成のための政策立案と進捗管理を行うことが求められるが、その過程では医療、公衆衛生、薬事、社会福祉、社会経済条件に関する様々な統計資料の分析が必要となる。
- 都道府県のこうした作業負担を軽減し、現状分析に基づくより実効性のある医療計画の策定及びより効率的な施策の進捗評価に資するため、国が医療計画策定に当たって必要と考えられる指標を二次医療圏単位等で集計・加工し、データブックとして都道府県に提供する。
- さらに、データブックの内容及びその活用方法について研修会の開催等を行い、医療計画の策定・見直しに際して、都道府県がこれらのデータブックを有効に活用できるよう支援する。

2. データブックの作成・利用に関する工夫

■ データブックの作成・利用に関する工夫

都道府県の担当者が活用しやすいデータブックとするために、次の5つの工夫を行う予定

- ①利用及び加工・再加工が行いやすい指標データ
- ②管理が行いやすい指標データ
- ③視覚に訴える指標データ
- ④指標の分類軸による整理の検討
- ⑤都道府県担当者に向けた研修会

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 1 利用及び加工・再加工が行いやすい指標データ

■ 背景

- ✓ 前回の都道府県担当者向け研修会において「指標データに関する情報が十分でないために、指標を見たい形に加工することが難しい」という意見があった。
- ✓ 指標作成に必要な元データや指標データを作成するツールをデータブックに収載することによって、指標データを加工しやすい環境を用意した方がよいと考えられる。

■ 方針

- ✓ データブックに次のデータを収載することによって、指標データを加工しやすい環境を提供する。
 - ・ 指標データを作成する元データ
 - ・ 指標データを作成する元データを加工しやすい形に整形した中間データ
 - ・ 指標データを作成する際に用いるプログラムデータ

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 1 利用及び加工・再加工が行いやすい指標データ

■脳卒中指標を中心としたイメージ

医療施設調査(元データ)

(医療施設調査)
01010111111111111111
.....

R

(医療施設調査)病院票

医療機関コード/IRYOUKIKAN_ID
都道府県コード/PREF_ID
二次医療圏コード/NIJIRYOUKEN_ID
市区町村コード/SHIKU_ID
救急センター_病院数/EMERGENCYCENTER_H_NUM
脳卒中専用病室_病院数/STROKEROOM_H_NUM
脳卒中専用病室_病床数/STROKEBED_H_NUM

医療施設調査(中間データ)

患者調査(中間データ)

(患者調査)退院患者平均在院日数

都道府県コード/PREF_ID
二次医療圏コード/NIJIRYOUKEN_ID
市区町村コード/SHIKU_ID
退院患者平均在院日数/NUMOFDAYS_SPENT_IN_H

R

(患者調査)
01010111111111111111
.....

患者調査(元データ)

厚労省提供(元データ)

(厚労省提供)救急要請収容平均時間

都道府県コード/PREF_ID
救急要請収容平均時間/SYUYOU_AVETIME

厚労省HP(元データ)

(厚労省HP)脳卒中_年齢調整死亡率

都道府県コード/PREF_ID
年齢調整死亡率_男性/STROKEDEATHRATE_M
年齢調整死亡率_女性/STROKEDEATHRATE_F

R

:Rで作成したプログラム

.....

:データブックに収載するデータ

指標データ

脳卒中指標/STROKE

集計区分/SYUUKAI_KUBUN
集計区分ID/SYUUKAI_KUBUN_ID
健診受診率(T)/KINSHINJYUSHINRATE
高血圧_年齢調整外来受診率(T)/HBP_GAIRAIJYUSHINRATE
年齢調整死亡率_男性(T)/STROKEDEATHRATE_M
年齢調整死亡率_女性(T)/STROKEDEATHRATE_F
救急要請収容平均時間(T)/SYUYOU_AVETIME
神経内科医師数(N)/NEUROLOGIST_NUM
脳神経外科医師数(N)/NEUROSURGEON_NUM
救急センター_病院数(N)/EMERGENCYCENTER_H_NUM
脳卒中専用病室_病院数(N)/STROKEROOM_H_NUM
脳卒中専用病室_病床数(N)/STROKEBED_H_NUM
退院患者平均在院日数(N)/NUMOFDAYS_SPENT_IN_H

e-Stat(元データ)

(e-Stat)健診受診率

都道府県コード/PREF_ID
健診受診率/KINSHINJYUSHINRATE

(e-Stat)高血圧_年齢調整外来受診率

都道府県コード/PREF_ID
高血圧_年齢調整外来受診率/HBP_GAIRAIJYUSHINRATE

(e-Stat)脳血管疾患患者の在宅死亡割合

都道府県コード/PREF_ID
脳血管疾患患者の在宅死亡割合/STROKE_P_HOMEDATHRATE

e-Stat(中間データ)

(e-Stat)医師・歯科医師・薬剤師

都道府県コード/PREF_ID
二次医療圏コード/NIJIRYOUKEN_ID
市区町村コード/SHIKU_ID
神経内科医師数/NEUROLOGIST_NUM
脳神経外科医師数/NEUROSURGEON_NUM

R

e-Stat(元データ)

(e-Stat)医師・歯科医師・薬剤師

都道府県コード/PREF_ID
市区町村コード/SHIKU_ID
神経内科医師数/NEUROLOGIST_NUM
脳神経外科医師数/NEUROSURGEON_NUM

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 1 利用及び加工・再加工が行いやすい指標データ

■ 利用及び加工・再加工を行いやすくするために提供するデータ

都道府県担当者が目的に合わせて、簡易に指標データを利用及び再加工できるように、以下のデータ及びプログラムをデータブックに収載する。

①元データ

- ✓ 指標データを作成するために必要な元となる数値データ
- ✓ 元データの収載により、e-Stat等の各種HPや厚生労働省からデータを入手する手間を省くことが可能

④整形プログラム

- ✓ 元データを中間データに整形するプログラム
- ✓ 整形プログラムを収載することにより、中間データを作成するプログラムを作成する手間を省くことが可能

②中間データ

- ✓ 指標データの作成を行いやすい形式に、元データを整形した数値データ
- ✓ 中間データを収載することで、整形されたデータから目的の指標データを効率良く作成すること可能

⑤集計プログラム

- ✓ 元データ、あるいは中間データから、指標データを作成するプログラム
- ✓ 集計プログラムを収載することにより、指標データを作成するプログラムを作成する手間を省くことが可能

③指標データ

- ✓ 医療計画を策定する際の基礎データ
- ✓ 指標データを収載することにより、指標データを1から作成する手間を省くことが可能

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 2 管理が行いやすい指標データ

■背景

- ✓ 前回の都道府県担当者向け研修会において「指標データに関する情報が十分でないために、指標データの内容を把握することが難しい」という意見があった。
- ✓ 指標データを管理するための情報（指標メタ情報）をデータブックに収載することにより、指標データを管理しやすい環境を提供する。

■方針

- ✓ 指標データを管理するための情報（指標メタ情報）として、種々の視点によって属性を付与し、目的に応じて、適宜新たな属性を付与可能にするシートを提供する。（参考資料1）

【視点1】

指標内容の把握するため、指標作成に必要なデータの入手元や内容を明確にする。
→「元データ1の出典資料名」：指標データの入手元の確認が可能 等

【視点2】

医療計画の策定において指標を活用しやすくするため、指標に分類軸を付与する。
→「医療フェーズ」と「行動主体」の二つの分類軸を付与し、
指標の解釈を助け、医療計画の策定に役立てることが可能

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 3 視覚に訴える指標データ

■背景

- ✓ 本研究会及びデータブック作成委員会において「指標データが数値データだけの羅列では、指標データの内容を解釈することが難しい」という意見があった。
- ✓ 指標データを数値データだけでなく、地図データやグラフで可視化することによって、指標データを視覚で捉えやすくなると考えられる。

■方針

- ✓ 指標データを以下のような形式でデータブックに収載することによって、視覚に訴える指標データを提供する。
 - ①ストラクチャー指標（医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標）
 - 【数値データ】「指標集計値」及び人口10万人あたりの指標集計値
 - 【地図】「人口10万人あたりの指標集計値」を用いた地図の塗り分け
 - 【グラフ】「人口10万人あたりの指標集計値」を用いたグラフ
 - ②プロセス指標（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
 - 【数値データ】「指標集計値」
 - 【地図】「指標集計値」を用いた地図の塗り分け
 - 【グラフ】「指標集計値」を用いたグラフ
 - ③アウトカム指標（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）
 - 【数値データ】「指標集計値」
 - 【地図】「指標集計値」を用いた地図の塗り分け
 - 【グラフ】「指標集計値」を用いたグラフ

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 3 視覚に訴える指標データ

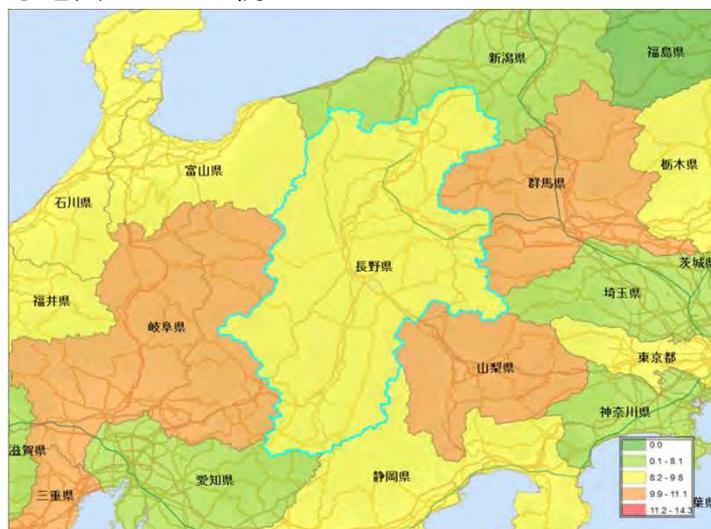
■ 指標データのアウトプットイメージ

✓ 禁煙外来を行っている一般診療所数の例

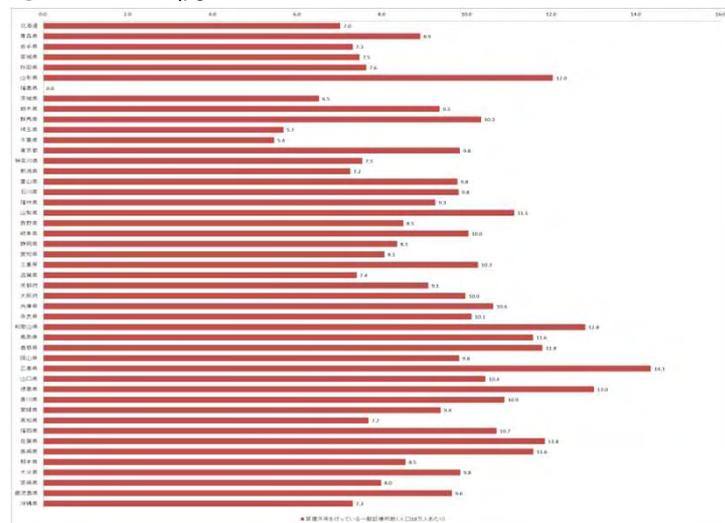
○ 数値データの例

都道府県名	禁煙外来を行っている一般診療所数(集計値)	禁煙外来を行っている一般診療所数(人口10万人あたり)
北海道	383	7.0
青森県	122	8.9
岩手県	96	7.3
宮城県	173	7.5
秋田県	82	7.6
山形県	139	12.0
福島県	0	0.0
茨城県	195	6.5
栃木県	188	9.3
群馬県	209	10.3
埼玉県	412	5.7
千葉県	340	5.4
東京都	1,292	9.8
神奈川県	684	7.5
新潟県	171	7.2
富山県	107	9.8
石川県	114	9.8
福井県	75	9.3
山梨県	96	11.1
長野県	184	8.5
岐阜県	211	10.0
静岡県	318	8.3
愛知県	601	8.1
三重県	192	10.3
滋賀県	105	7.4
京都府	235	9.1
大阪府	884	10.0
兵庫県	601	10.6
奈良県	142	10.1
和歌山県	130	12.8
鳥取県	68	11.6
島根県	84	11.8
岡山県	191	9.8
広島県	412	14.3
山口県	151	10.4
徳島県	102	13.0
香川県	110	10.9
愛媛県	135	9.4
高知県	58	7.7
福岡県	546	10.7
佐賀県	101	11.8
長崎県	165	11.6
熊本県	156	8.5
大分県	118	9.8
宮崎県	91	8.0
鹿児島県	164	9.6
沖縄県	105	7.3

○ 地図データの例



○ グラフの例



※ 指標データの全体像及びレイアウトについては、参考資料2を参照

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 4 指標の分類軸による整理の検討

■ 新たな指標の分類軸

- ✓ これまで医療計画策定に必要な指標は、病期と指標区分（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）の軸で整理されてきた。
- ✓ しかし、医療計画策定（医療提供体制の整備）の際には、「誰が（医療を提供する側・受ける側・整備する側）」「どのような段階で（予防・一次医療・二次医療・三次医療・療養支援）」「何をするのか（指標項目）」を考えていく必要がある。
- ✓ そこで今回、医療計画に掲載することが求められている指標につき、「誰が」と「どのような段階で」という軸を用い、5疾病5事業・在宅について共通の整理を行った。（参考資料3）

	予防	一次医療	二次医療	三次医療	療養支援
住民					
患者					
診療所等					
主に急性期機能の病院					
主に回復期機能の病院					
主に慢性期機能の病院					
精神病院					
保険者					
地方自治体					
介護事業者					
その他					

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 4 指標の分類軸による整理の検討

■新たな指標の分類軸による整理の検討

- ✓ 新たな指標の分類軸を用いて整理した場合、地域を評価する際に、必ずしも一つの分類軸に整理されない指標や指標が全くないカテゴリ等も存在する。
- ✓ 例えば、主に急性期機能の病院については診療所等との連携が、また主に慢性期機能の病院については介護サービスとの連携が必要となるが、それらを把握するための指標は、地域連携パス関連の指標はあるものの、それ以外の連携関連の指標はない。
- ✓ このように、今回の作業を踏まえ、「誰が」「どの段階で」「何をすべきか」を想定し、その状況を把握するための指標の必要性や具体的な指標案を、都道府県の活用状況を把握した上で、国が、今後、検討していくことも必要である。

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 5 都道府県担当者に向けた研修会

■研修会の目的

- ✓ 医療計画策定・見直し作業に役立つツールを紹介することを主たる目的とした研修にする。
- ✓ ただし、実践的な内容として、具体的には、現状の把握と現状分析の解釈、課題の抽出、施策・対策の立案、評価の方法までの流れを体感してもらうものとする。

■研修会に用いる資料の内容（案）

- ✓ 医療計画作成支援データブック
 - 指標に関連したデータ・グラフ等
 - 指標以外の医療計画作成支援に係るソフトウェア等
 - ・医療提供状況把握ソフト
 - ・受療動向把握ソフト
 - ・年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）把握ソフト
 - ・アクセスマップ
 - ・傷病別・入院外来別患者推計
 - ・救急搬送データ分析ソフト
 - ・DPC公開データ
- ✓ 多くの都道府県において分析・検討の必要性が高いと考えられる課題集

2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 5 都道府県担当者に向けた研修会

■ データブックの活用方法 (1)

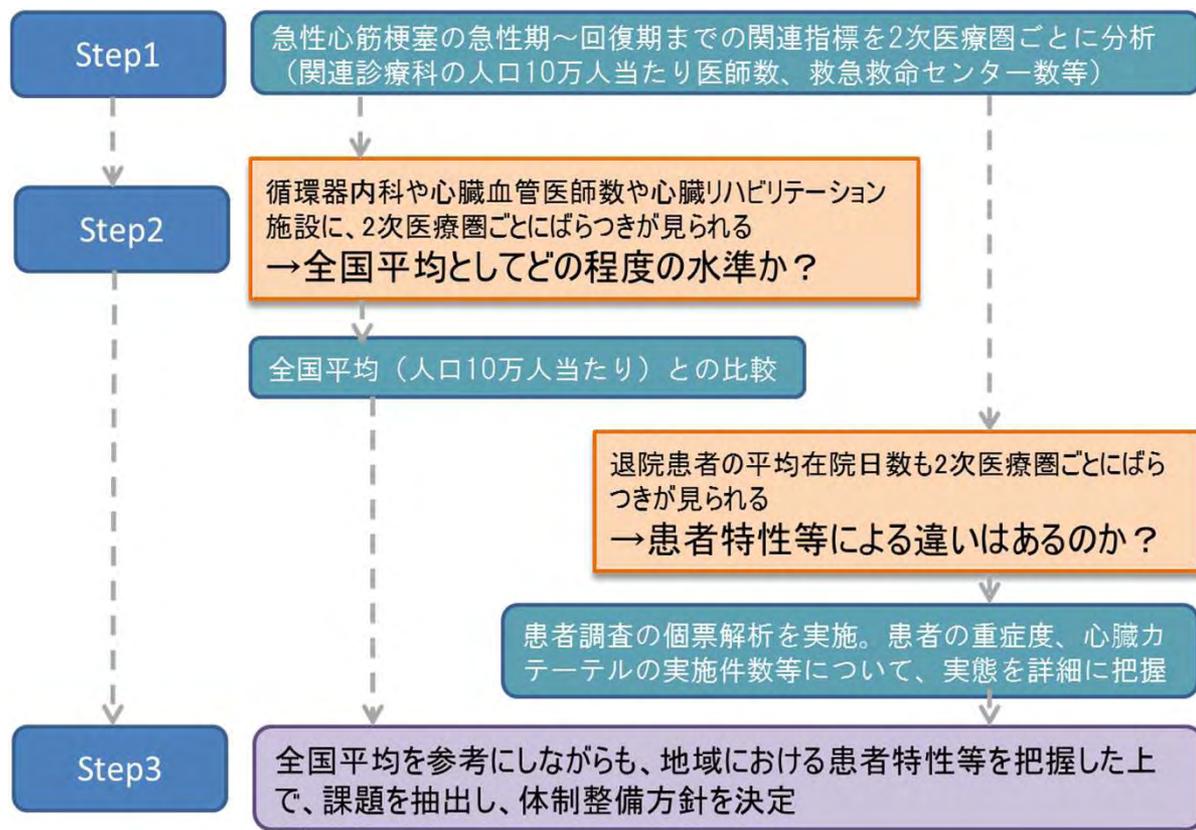
- ✓ 多くの都道府県において分析・検討の必要性が高いと考えられる課題をパターン化し、目標値の設定、評価、計画の見直しが図れる活用事例を提示
- ✓ 必須指標・推奨指標を元にした現状把握、分析、課題抽出、施策立案までの流れを解説

【テーマ例】

①急性心筋梗塞について、急性期から回復期までの関連指標を2次医療圏ごとに分析したところ、循環器内科医師数や心臓血管外科医師数、心臓リハビリテーション実施施設についてばらつきがみられたことから、全国平均(人口10万人当たり)と比較。

②また、同じく2次医療圏ごとにばらつきのみられた退院患者の平均在院日数については、患者特性等が影響していることから、患者の重症度や心臓カテーテルの実施件数等について、患者調査の個票解析を実施、課題抽出。

③全国平均を参考にしながらも、②を踏まえて、地域にふさわしい体制整備方針を決定。



2. データブックの作成・利用に関する工夫

2. 5 都道府県担当者に向けた研修会

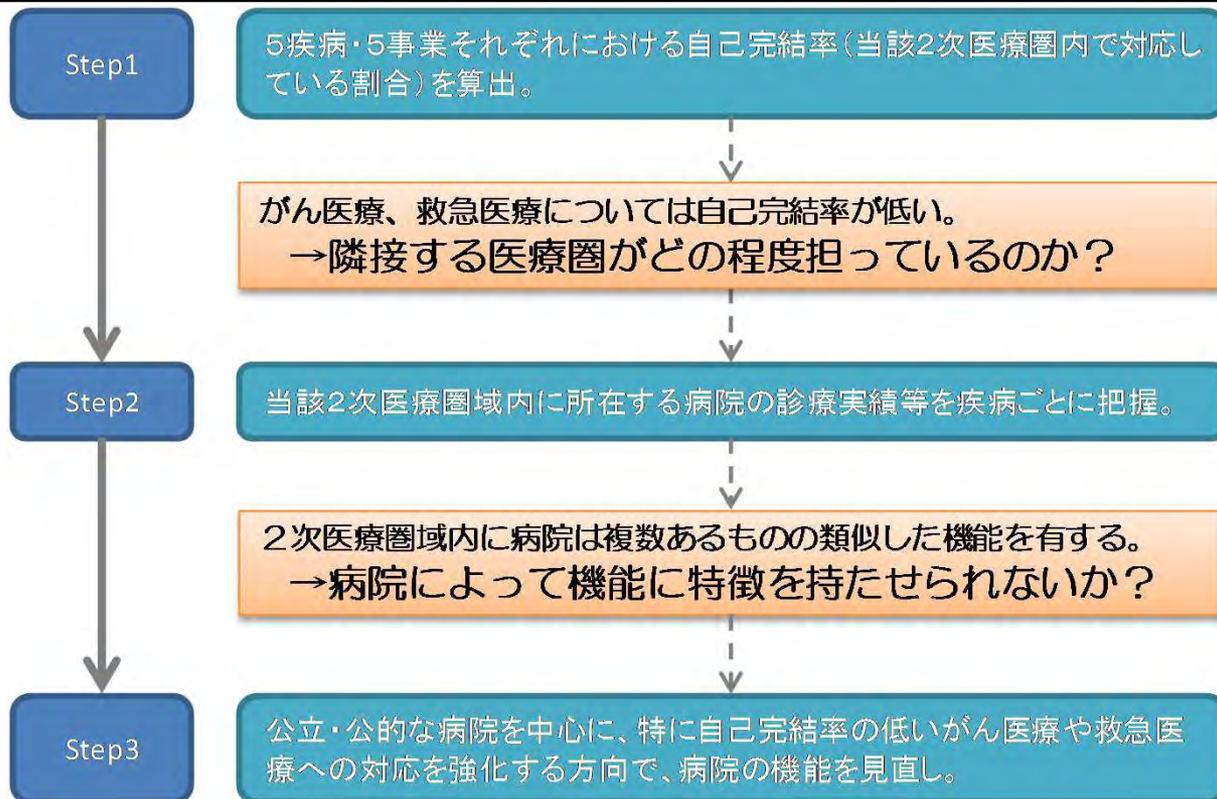
■ データブックの活用方法 (2)

- ✓ 必ずしも必須指標・推奨指標を用いた分析ではないが、現状把握のために取り組んでほしい課題のうち代表的なものを取り上げ、目標値の設定、評価、計画の見直しを図れる活用事例を提示。
- ✓ その際、応用的な分析を元にした現状把握、分析、課題抽出、施策立案までの流れを解説。

【テーマ例】

①5疾病5事業それぞれについて自己完結率を算出したところ、特にがん医療ならびに救急医療において自己完結率が低く、隣接する医療圏に頼っている状況がうかがわれた。

②そこで、病院ごとの診療実績を確認したところ、類似機能を有していることが明らかとなったため、公立病院・公的病院を中心に病院機能を見直すための検討を実施。



医療計画作成支援データブックに 収載するソフトウェアについて

医療提供状況

National Databaseを加工して、医療圏別に医療計画において検討すべき医療提供にかかわる指標を作成し、それをエクセル上で可視化した資料を配布

E	F	G	H
		道内合計	0101 南渡島
年齢区分	データ		
全年齢	レセプト総件数	4,049,522	333,473
	算定医療機関数	2,801	252
	平均値以上の医療機関数	948	74
	道内平均レセプト数	1,445	1,445
0～2才	レセプト総件数	189,408	10,502
	算定医療機関数	1,695	140
	平均値以上の医療機関数	362	22
	道内平均レセプト数	111	111
3～4才	レセプト総件数	201,526	15,914
	算定医療機関数	1,936	173
	平均値以上の医療機関数	438	33
	道内平均レセプト数	104	104
5～14才	レセプト総件数	616,495	56,464
	算定医療機関数	2,532	241
	平均値以上の医療機関数	621	53
	道内平均レセプト数	243	243
15～64才	レセプト総件数	2,265,719	178,854
	算定医療機関数	2,797	252
	平均値以上の医療機関数	962	74
	道内平均レセプト数	810	810
65～74才	レセプト総件数	400,195	35,799
	算定医療機関数	2,712	245
	平均値以上の医療機関数	839	70
	道内平均レセプト数	147	147
75才以上	レセプト総件数	376,179	35,940
	算定医療機関数	2,676	243
	平均値以上の医療機関数	785	72
	道内平均レセプト数	140	140

年齢区分A:

全年齢
0～2才
3～4才
5～14才
15～64才
65～74才
75才以上

年齢区分B:

全年齢
0～14才
15～64才
65～74才
75才以上

データ:

レセプト総件数
算定医療機関数
平均値以上の医療機関数
県内平均レセプト数

NDB匿名化原則に沿わないので庁外に出してはいけない

医療機関数が0である

		道内合計	0101	0102	0103
年齢区分	データ		南渡島	南檜山	北渡島檜山
全年齢	レセプト総件数	4,049,522	333,473	10,310	14,236
	算定医療機関数	2,801	252	10	12
	平均値以上の医療機関数	948	74	3	-
	道内平均レセプト数	1,445	1,445	1,445	1,445
0～2才	レセプト総件数	189,408	10,502	245	1,141
	算定医療機関数	1,695	140	8	9
	平均値以上の医療機関数	362	22		-
	道内平均レセプト数	111	111	111	111
3～4才	レセプト総件数	201,526	15,914	693	907
	算定医療機関数	1,936	173	9	12

医療機関数が1か2である

受療動向

National Databaseを加工して、医療圏別に医療計画において検討すべき受療動向にかかわる指標を作成し、それをエクセル上で可視化するツールを配布

図1 可視化ツールによる分析

可視化分析ツールを立ち上げ、分析の視点(検索条件)を選択

福岡県版医療計画可視化分析ツール(仮)

検索条件を入力してください

大分類:	脳血管障害	×
中分類:	脳卒中	×
指標名:	脳梗塞、一過性脳虚血発作患	×
年齢区分:	全年齢	×
入外区分:	入院	×

※県内の二次医療圏以外で表示する都道府県名を選択
(該当データがない場合、選択しても表示されません)

北海道	埼玉県	岐阜県	鳥取県	佐賀県
青森県	千葉県	静岡県	島根県	長崎県
岩手県	東京都	愛知県	岡山県	熊本県
宮城県	神奈川県	三重県	広島県	大分県
秋田県	新潟県	滋賀県	山口県	宮崎県
山形県	富山県	京都府	徳島県	鹿児島県
福島県	石川県	大阪府	香川県	沖縄県
茨城県	福井県	兵庫県	愛媛県	
栃木県	山梨県	奈良県	高知県	
群馬県	長野県	和歌山県	福岡県	全県解除

※表示できる列は22列までです。(それ以上は自動的に削られます)

139 件のデータが抽出されました

レコード抽出

結果シート削除

クロス表

- 流出
- 流入

表示形式

- 実数表示
- パーセント表示

↑
負担者二次医療圏の自己完結率を見る場合には「流出」を選択

↑
実数表示あるいはパーセント表示を選択

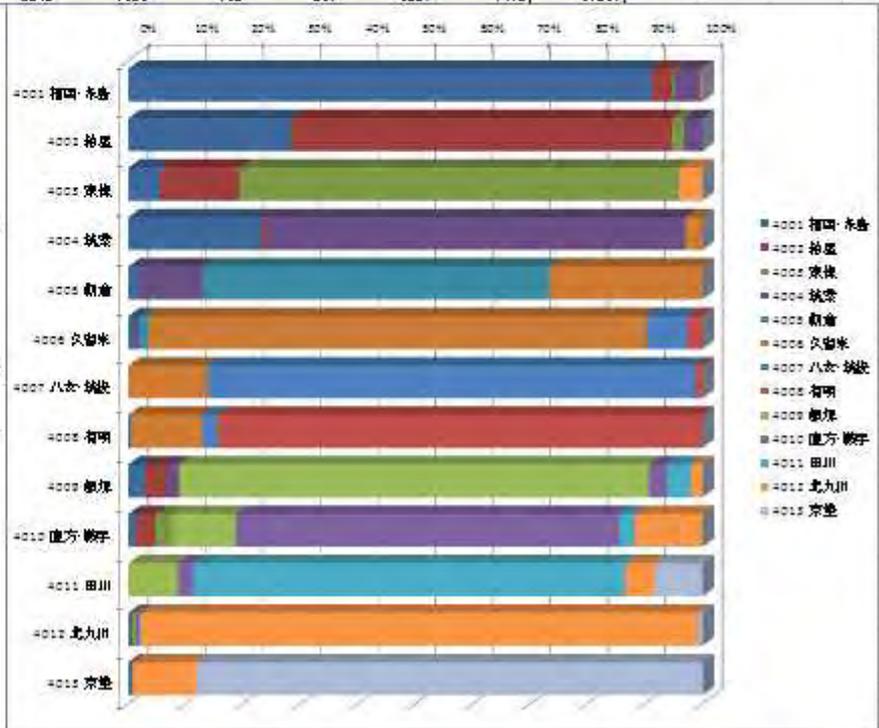
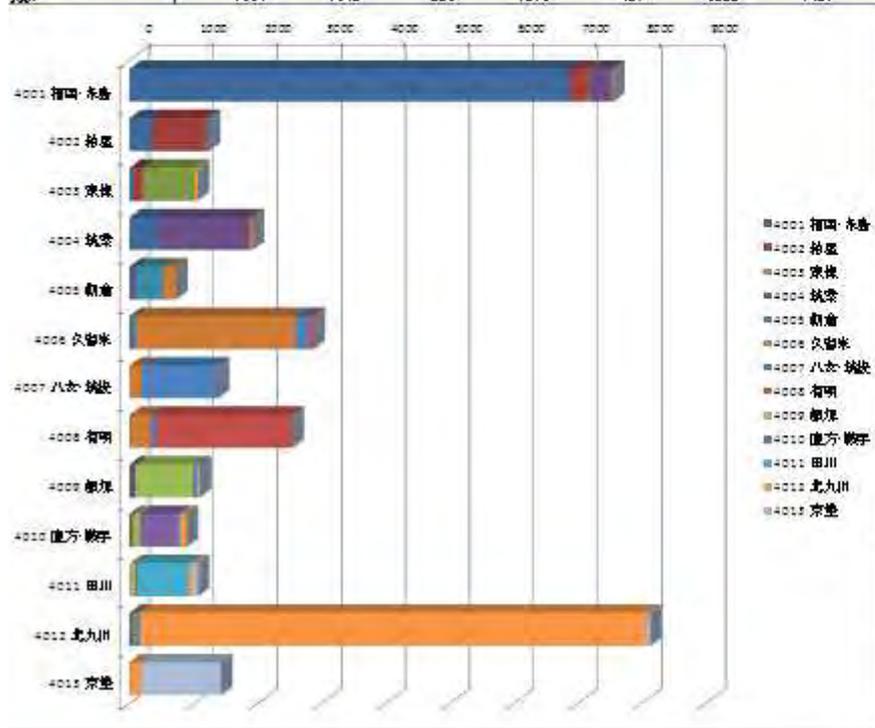
↑
レコード抽出ボタンをクリックするとシートが作成される

図2 以下の条件で抽出された結果の表示

(脳血管障害→脳梗塞→脳梗塞・一過性脳虚血患者(主傷病)→全年齢→入院)

内口: 患者 表示形式	抽出 実数表示	検索条件	大分類: 脳血管障害 中分類: 脳梗塞 サブ分類: 脳梗塞・一過性脳虚血患者(主傷病)	年齢区分: 全年齢 入院区分: 入院												
合計 / 総患者	医療機関二次医療圏名															
医療機関二次医療圏名	4001 福岡・糸島	4002 福岡・糸島	4003 福岡・糸島	4004 福岡・糸島	4005 福岡・糸島	4006 福岡・糸島	4007 福岡・糸島	4008 福岡・糸島	4009 福岡・糸島	4010 福岡・糸島	4011 福岡・糸島	4012 福岡・糸島	4013 福岡・糸島	合計		
4001 福岡・糸島	6832	276	30	335		34								7557		
4002 福岡・糸島	852	324	26	40										1242		
4003 福岡・糸島	59	143	316									45		1068		
4004 福岡・糸島	444	12		1412		59								1927		
4005 福岡・糸島	13			31	443	195								733		
4006 福岡・糸島	27			25	43	2501	203	78						28		
4007 福岡・糸島						139	1173	13						23		
4008 福岡・糸島	10					317	70	2149						2346		
4009 福岡・糸島	31	41		25					202	35	45	23		274		
4010 福岡・糸島	11	31	23						93	500	24	107		625		
4011 福岡・糸島									93	29	307	56	39	414		
4012 福岡・糸島	44	10	56							41	25	7900	64	8140		
4013 福岡・糸島	11											160	1262	1433		
合計	7834	1342	956	1913	491	3295	1451	2245	1093	705	901	3291	1415	31937		

各負担者二次医療圏の自己完結率を表示



実数表示のグラフ

%表示のグラフ

図3 以下の条件で抽出された結果の表示
 (脳血管障害→脳梗塞→脳梗塞・一過性脳虚血患者→全年齢→外来)

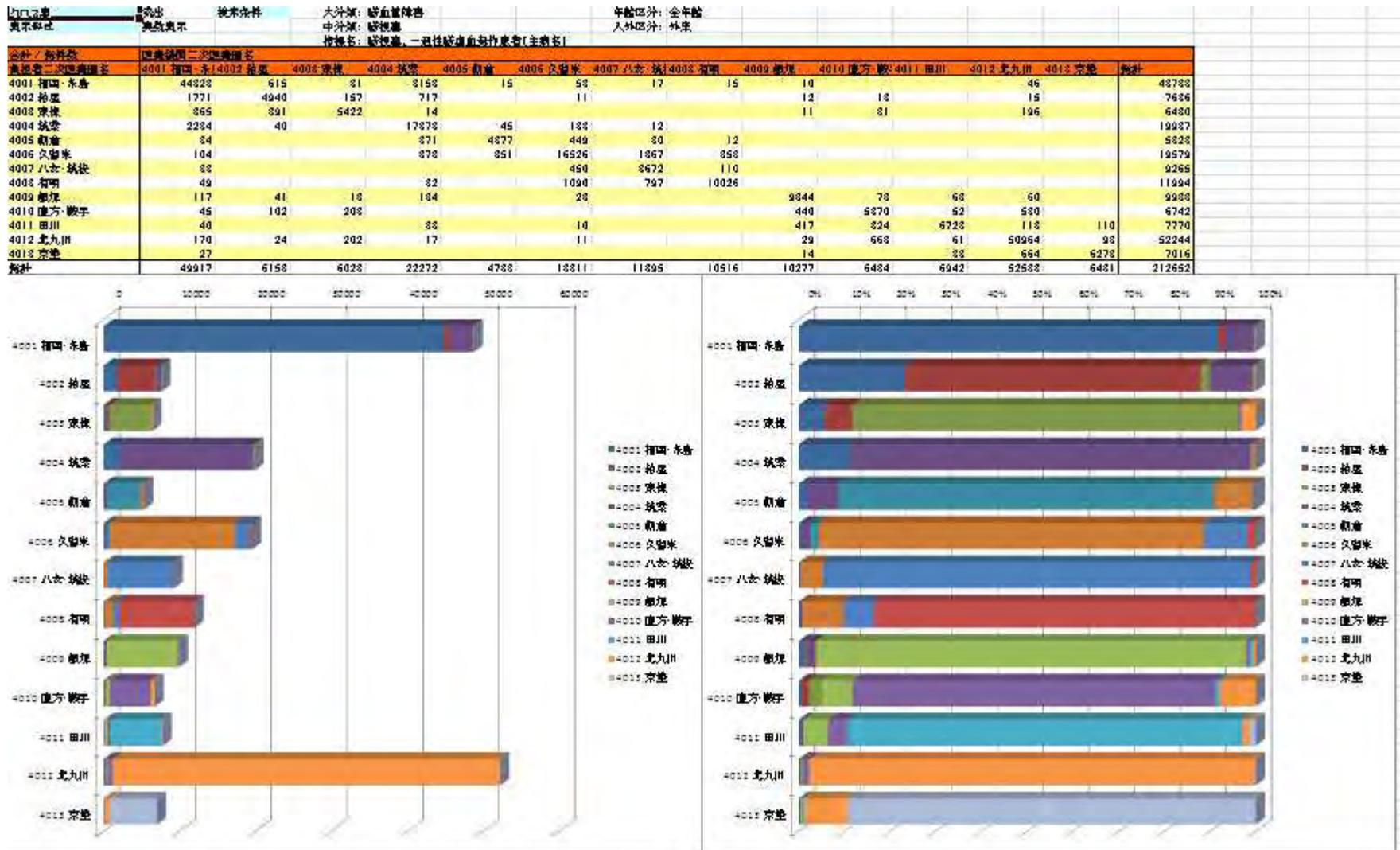


図4 以下の条件で抽出された結果の表示

(脳血管障害→くも膜下出血→くも膜下出血患者(主傷病)→全年齢→入院)

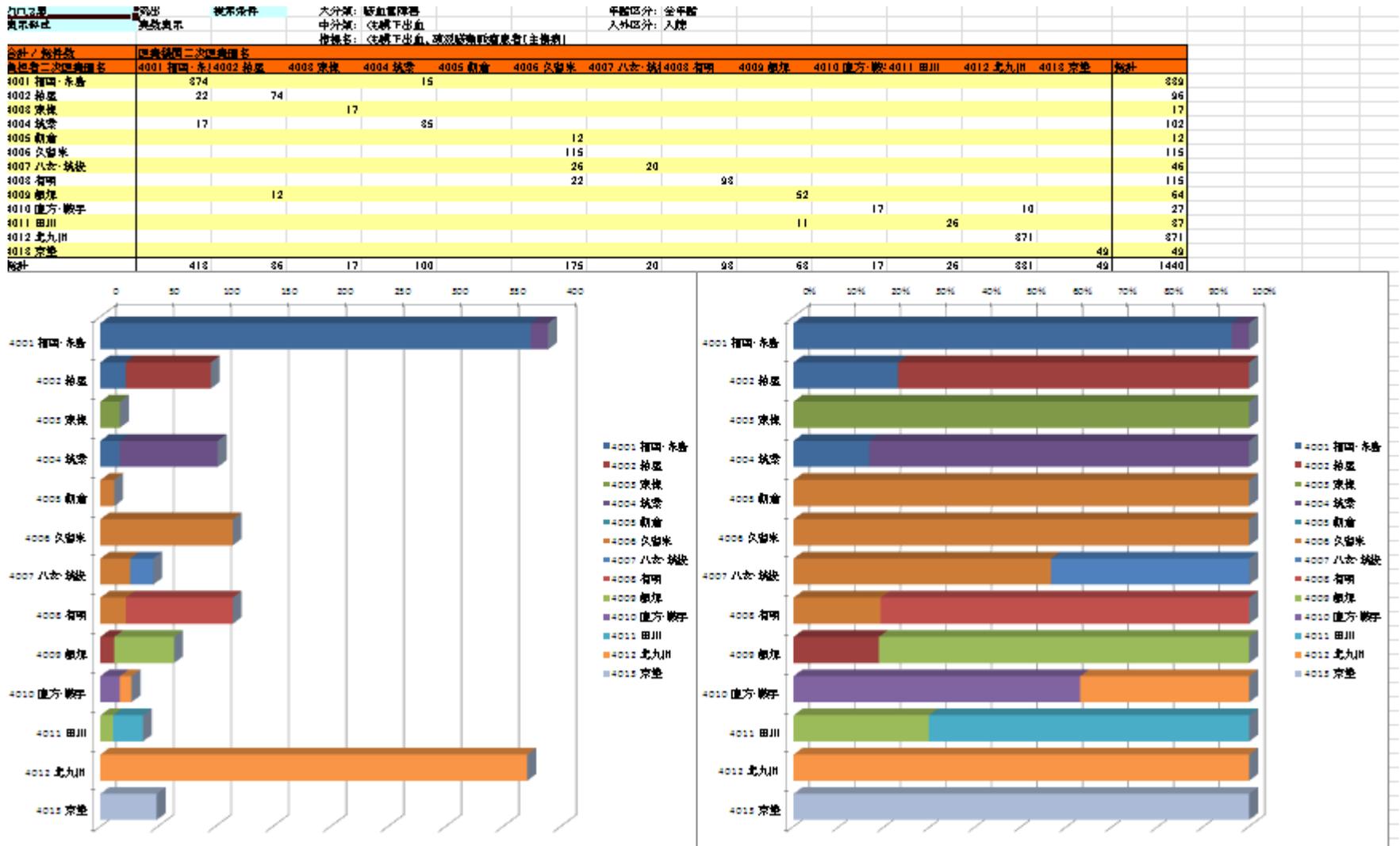


図5 以下の条件で抽出された結果の表示

(心疾患→急性心筋梗塞→急性心筋梗塞発症患者(主病名)→全年齢→入院)

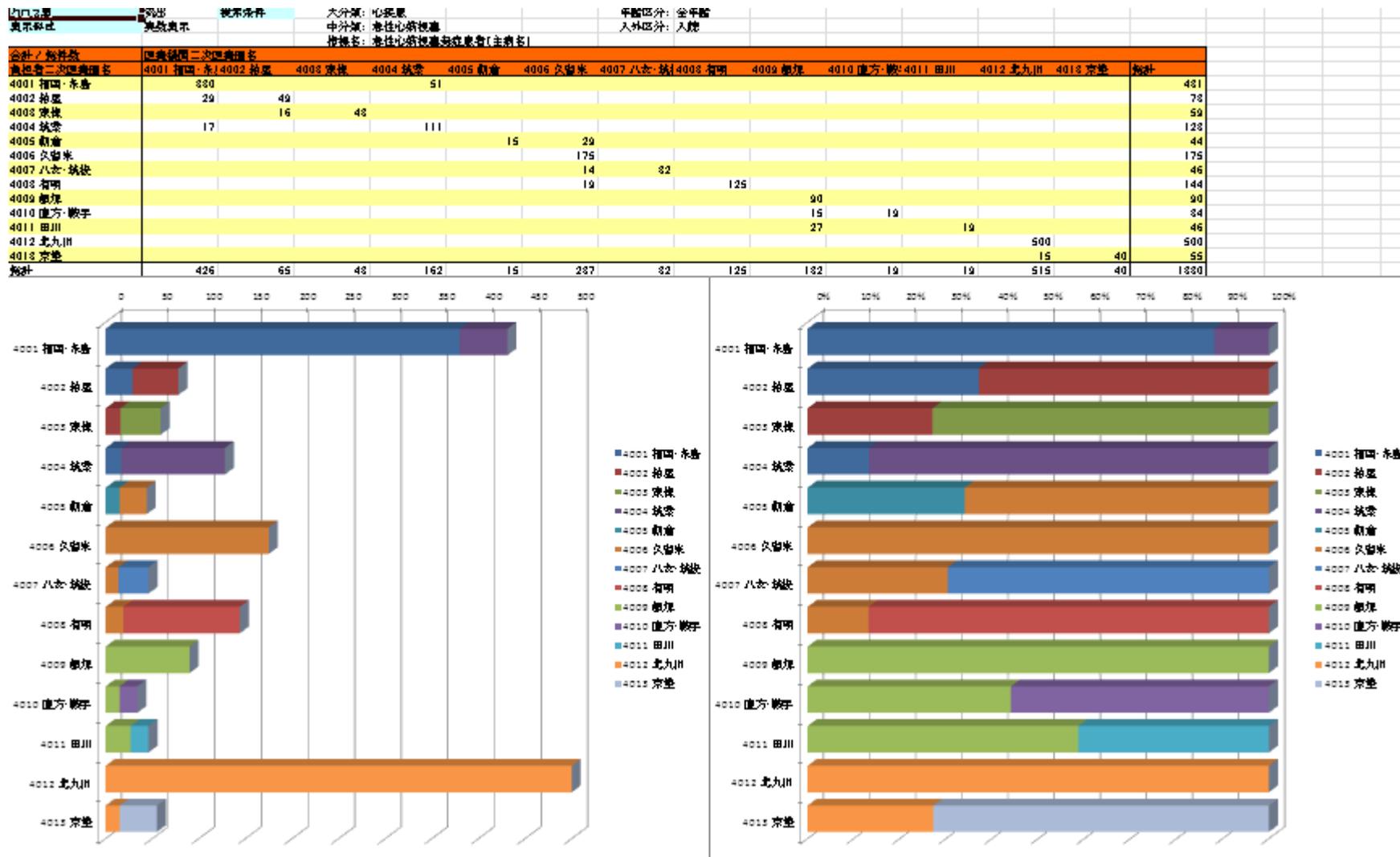


図6 以下の条件で抽出された結果の表示

(心疾患→急性心筋梗塞→急性心筋梗塞に対するカテーテル治療→全年齢→入院)

入力項目: 抽出条件
 表示形式: 集計表示
 大分類: 心疾患
 中分類: 急性心筋梗塞
 小分類: 急性心筋梗塞に対するカテーテル治療
 年齢区分: 全年齢
 入院区分: 入院

会社 / 施設名	4001 福岡・赤松	4002 祐星	4003 東横	4004 筑紫	4005 朝倉	4006 久留米	4007 八女・筑後	4008 有明	4009 朝俣	4010 鹿方・鞍手	4011 田川	4012 北九洲	4013 京釜	総社
4001 福岡・赤松	193			25										228
4002 祐星	21	18												39
4003 東横			28											28
4004 筑紫				50										50
4005 朝倉					16									16
4006 久留米					90									90
4007 八女・筑後					11									11
4008 有明					10		54							64
4009 朝俣								45						45
4010 鹿方・鞍手								11				10		21
4011 田川								13			10			23
4012 北九洲												359		359
4013 京釜												27	13	40
総社	219	18	28	75		127	54	69			10	396	13	1009

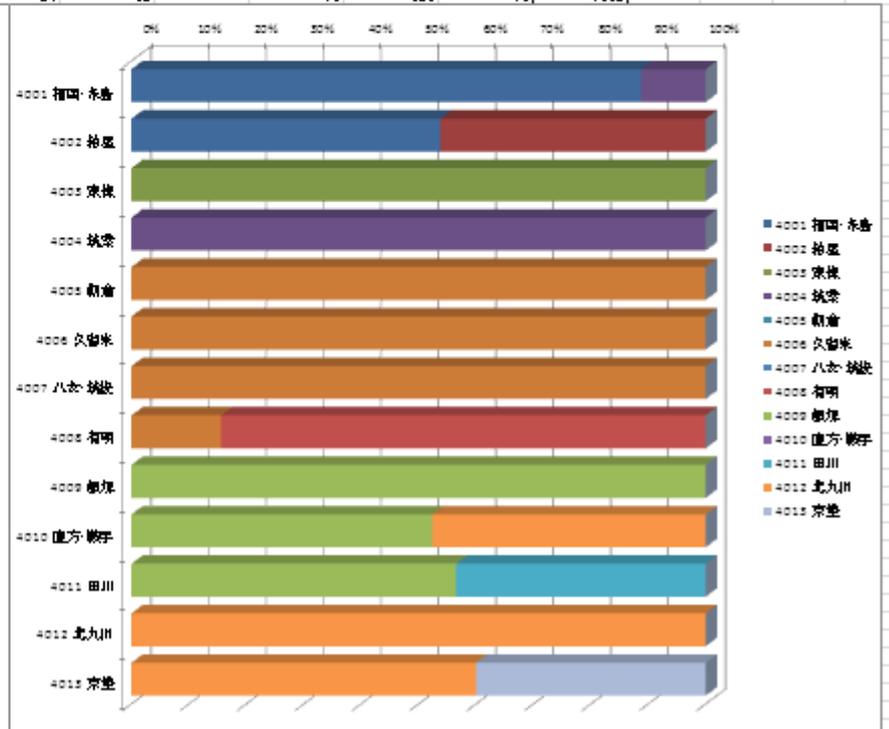
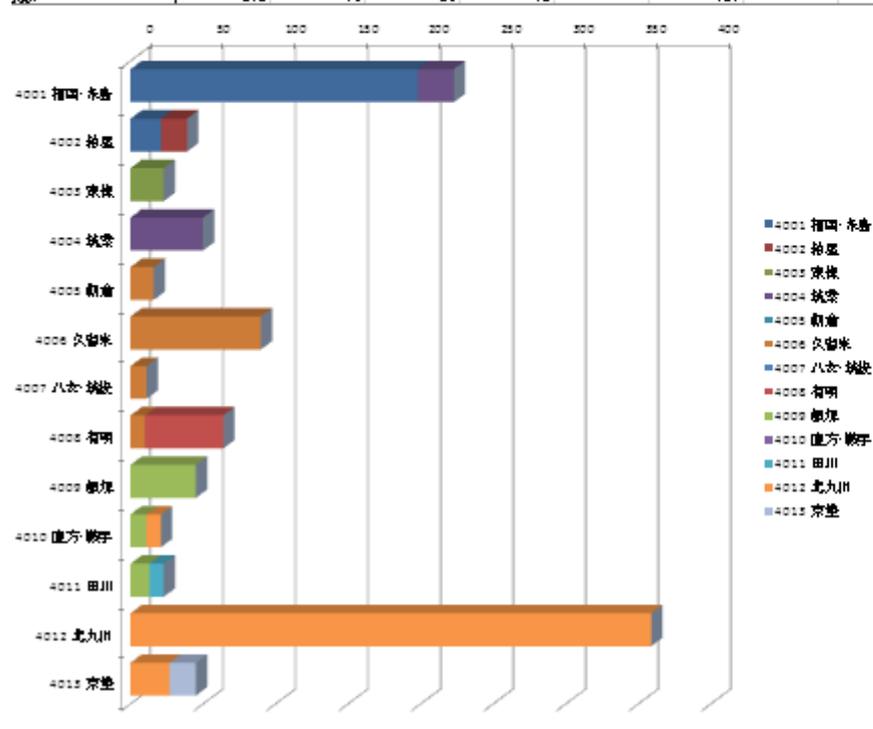
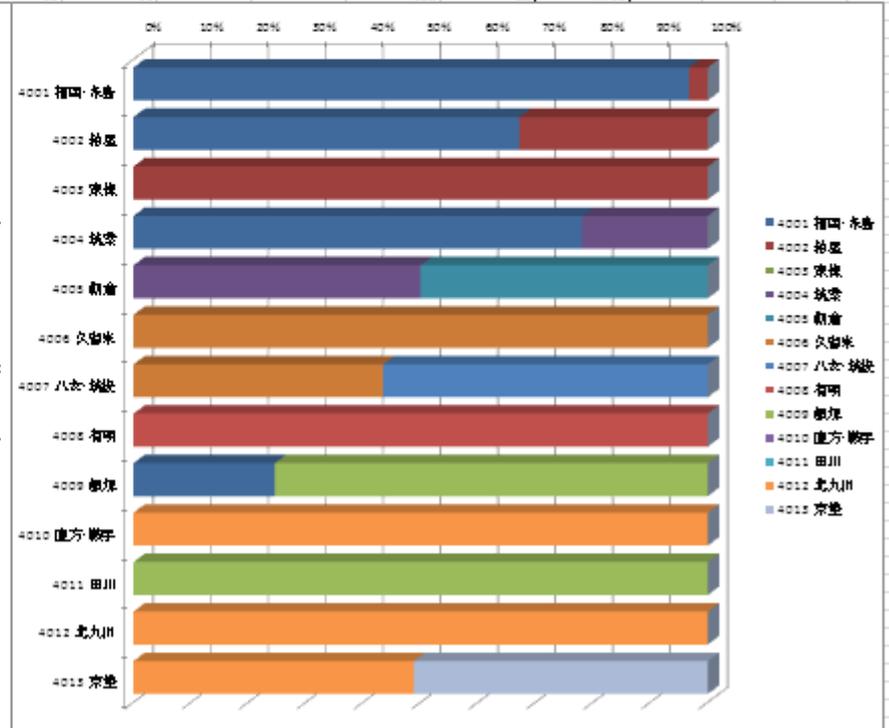
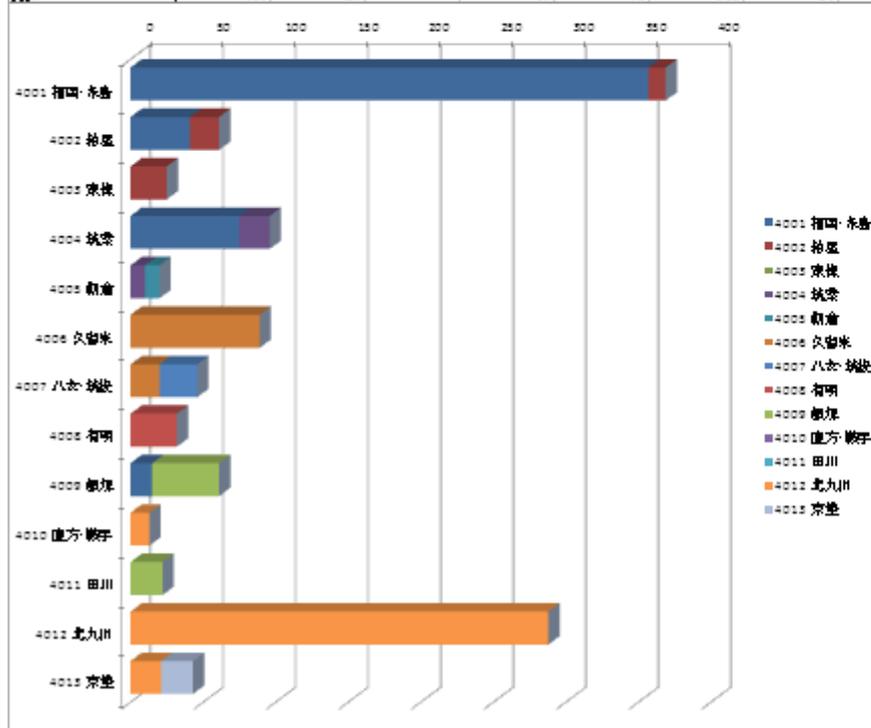


図9 以下の条件で抽出された結果の表示

(がん→肺がん→肺の悪性腫瘍に対する肺悪性腫瘍手術等→全年齢→入院)

抽出条件	抽出結果	検索条件	大分類: がん 中分類: 肺がん 指称名: 肺の悪性腫瘍に対する肺悪性腫瘍手術等	年齢区分: 全年齢 入院区分: 指定無し										
会社/指称名	西武鉄道二宮西武園主													
西武園主	4001 福岡・赤島	4002 祐星	4003 東横	4004 秋葉	4005 鶴倉	4006 久留米	4007 八木・城後	4008 有明	4009 船塚	4010 鹿方・鞍子	4011 田川	4012 北九州	4013 京葉	総計
4001 福岡・赤島	357	12												369
4002 祐星	41	20												61
4003 東横		25												25
4004 秋葉	75			21										96
4005 鶴倉				10	10									20
4006 久留米						39								39
4007 八木・城後							20	26						46
4008 有明									32					32
4009 船塚	15									46				61
4010 鹿方・鞍子												13		13
4011 田川											22			22
4012 北九州												233		233
4013 京葉													22	22
総計	438	57		31	10	109	26	32	68			322	22	1165



年齢調整標準化レセプト出現比 (Standardized Claim Ratio: SCR)

National Databaseを加工して、医療圏別に医療計画において検討すべき医療提供にかかわる指標としてSCRを考案し、その結果をエクセルファイルとして提供。なお、それをGISソフトで可視化した結果についても提供予定。

年齢調整標準化レセプト出現比

$$\text{SCR} = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

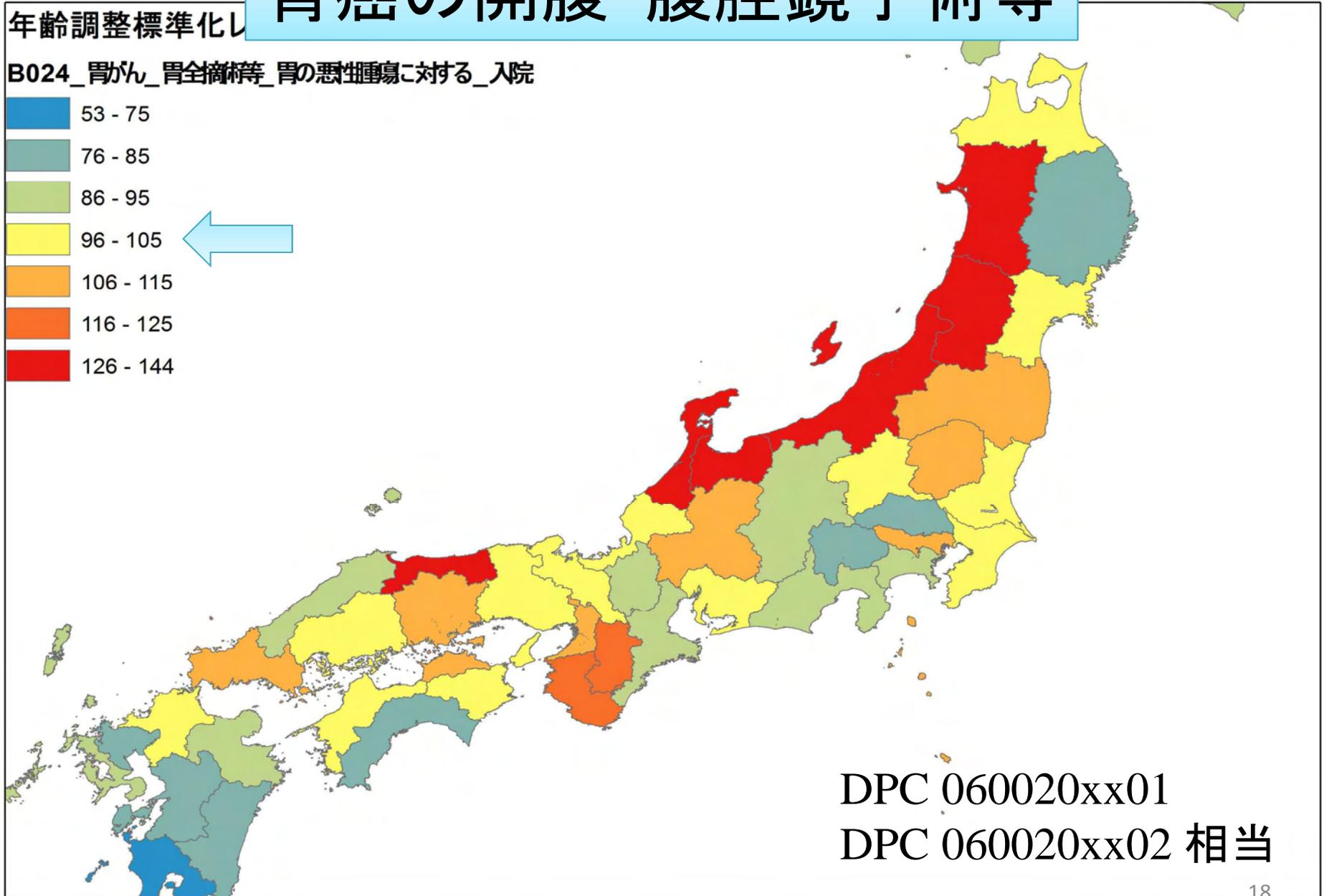
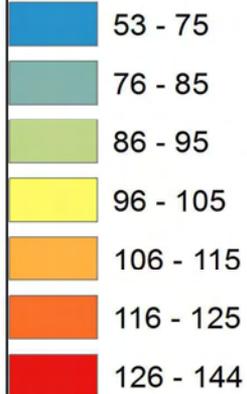
SCRによる分析(全国版)

指標名	岡山県	広島県	山口県	鳥取県	島根県	香川県	徳島県	愛媛県	高知県
がん患者のリハビリテーション	263	67	38	395	52	29	236	184	48
がん治療連携計画策定料	152	197	59				363		
がん治療連携指導料	97	370	49				118		
がん診療連携拠点病院加算	68	84	54	125	50	103	132	138	140
がん性疼痛緩和指導管理料	69	138	98	150	69	45	67	90	111
胃全摘術等(胃の悪性腫瘍に対する)	107	96	114	143	95	113	104	104	81
外来化学療法加算	115	100	137	128	77	94	97	95	90
外来放射線治療加算	74	135	46	89	64	69	122	82	60
患者(悪性腫瘍)	112	115	103	112	80	103	100	96	105
患者(胃悪性腫瘍)	105	113	92	124	95	112	87	103	100
患者(主傷病:悪性腫瘍)	106	110	101	122	79	100	92	97	93
患者(主傷病:胃悪性腫瘍)	111	107	103	127	90	112	83	101	84
患者(主傷病:大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍)	103	99	106	132	84	97	76	89	75
患者(主傷病:直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍)	92	101	109	126	68	88	75	89	71
患者(主傷病:肺の悪性腫瘍)	104	118	102	142	87	104	88	94	82
患者(大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍)	112	110	87	105	95	119	101	97	96
患者(直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍)	92	105	102	109	74	92	83	87	82
患者(肺の悪性腫瘍)	105	125	96	113	94	108	107	110	97
緩和ケア診療加算	139	93		80			72		29
緩和ケア病棟入院料	99	123	169	152	77	38	70	106	237
癌の化学療法	130	121	113	115	85	102	99	98	98
結腸切除術等(大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍に対する)	81	93	100	120	96	86	95	84	74
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	299	151	63	10	97	45	130	123	20
骨盤内臓全摘術等(直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍に対する)	86	97	96	125	86	86	99	79	88
試験開腹術等(胃の悪性腫瘍に対する)	90	137	74	120	138	103	94	85	104
腸吻合術等(大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍に対する)	68	65	84		207	99			68
直腸腫瘍摘出術等(直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍に対する)	95	79	116						89
内視鏡的切除術(胃の悪性腫瘍に対する)	82	97	69	132	108	96	65	77	112
内視鏡的切除術(結腸全体、結腸等に対する)	84	111	87	122	89	116	60	41	55
指標名	岡山県	広島県	山口県						
がん患者のリハビリテーション	263	67	38						
がん治療連携計画策定料	152	197	59						
がん治療連携指導料	97	370	49						
がん診療連携拠点病院加算	68	84	54						
がん性疼痛緩和指導管理料	69	138	98						
胃全摘術等(胃の悪性腫瘍に対する)	107	96	114						
外来化学療法加算	115	100	137						
外来放射線治療加算	74	135	46						

胃癌の開腹・腹腔鏡手術等

年齢調整標準化し

B024_胃がん_胃全摘術等_胃の悪性腫瘍に対する_入院



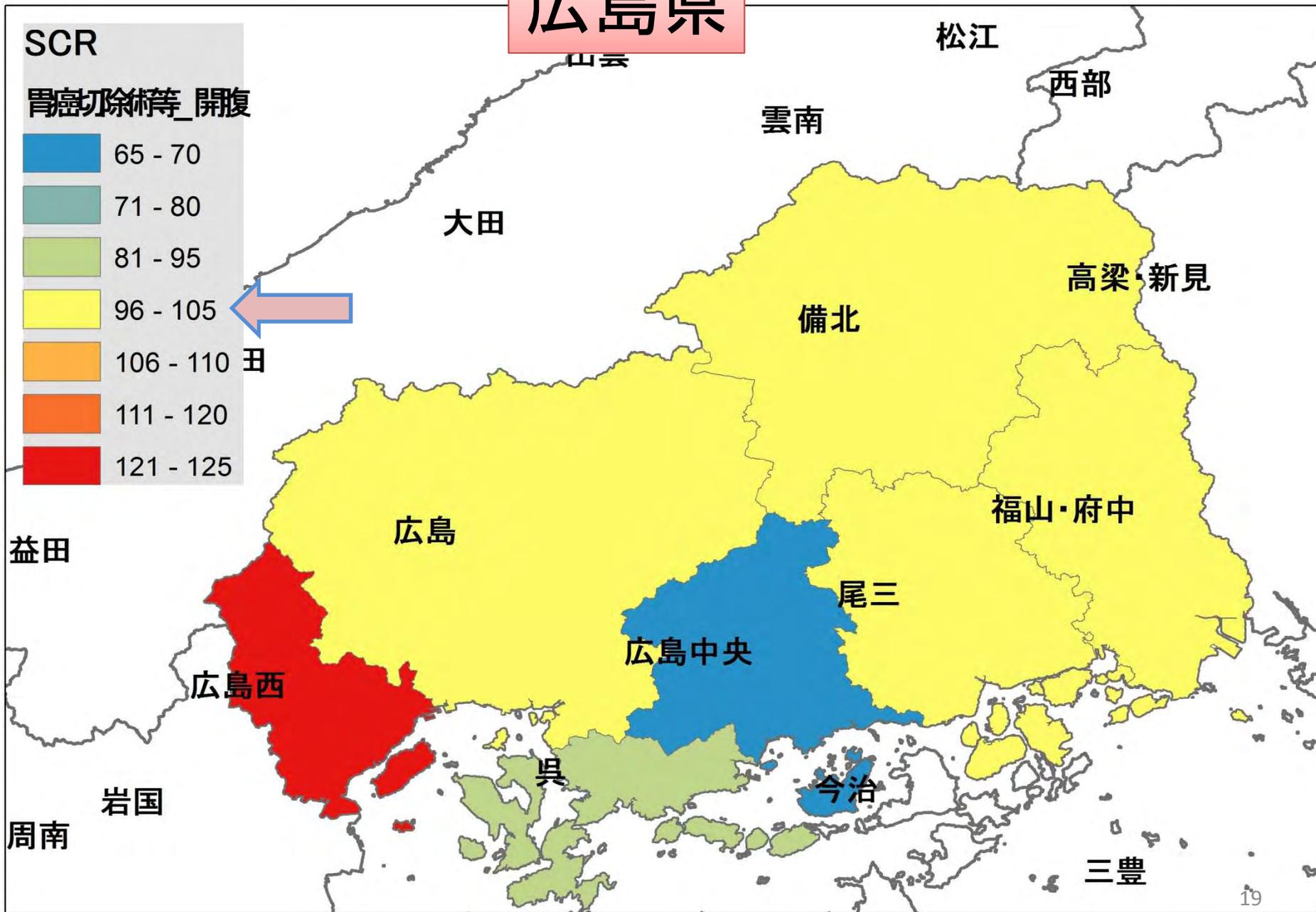
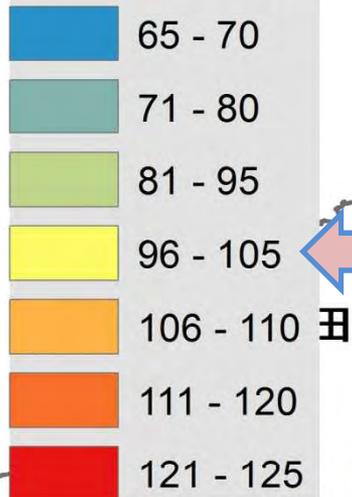
DPC 060020xx01

DPC 060020xx02 相当

広島県

SCR

胃癌切除術等_開腹



アクセスマップ

DPC公開データを用いて、がん、脳血管障害、虚血性心疾患などの医療計画で検討すべき傷病ごとに、当該医療を行っている病院へのアクセスマップをGISを用いて作成する。

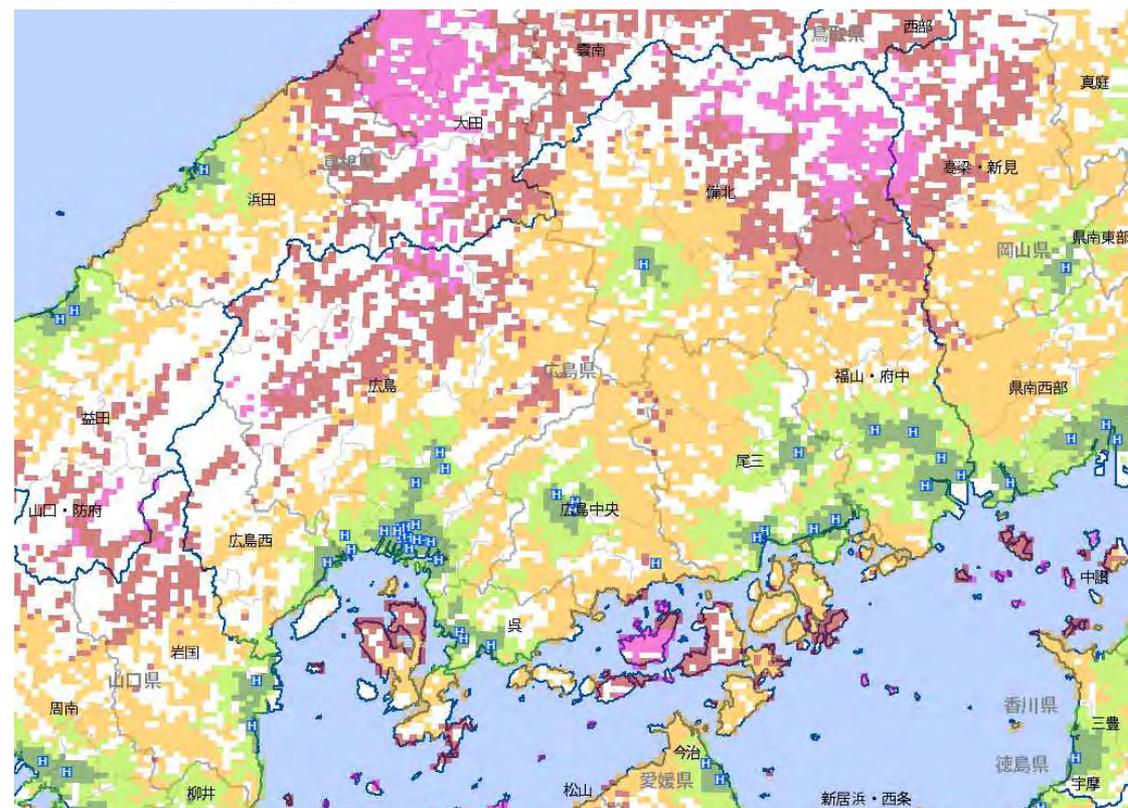
都道府県内の診療実績

→施設リスト

DPC6	分類名	症例/月	←%	累積	病床数	←%	累積	ALOS	施設数	
060020	胃の悪性腫瘍	372.3		2.7	2.7	205.1	3.3	3.3	16.8	29

人口・面積カバー率

項目	実数					割合 (%)				
	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口 (人)	1,514,376	891,560	367,534	72,311	12,287	53.0	31.2	12.9	2.5	0.4
↑累積 (人)	1,514,376	2,405,936	2,773,470	2,845,781	2,858,068	53.0	84.2	97.0	99.6	100.0
面積 (Km ²)	452	1,084	2,523	1,094	304	8.3	19.9	46.2	20.1	5.6
平均運転時間	18.5分									
施設までの距離	運転距離：6.9Km、直線距離：4.6Km									



広島県：胃がん

DPC調査で年10例以上の胃がん入院治療が確認された病院によるカバーエリアと人口カバー率

運転時間

一般道15分以内

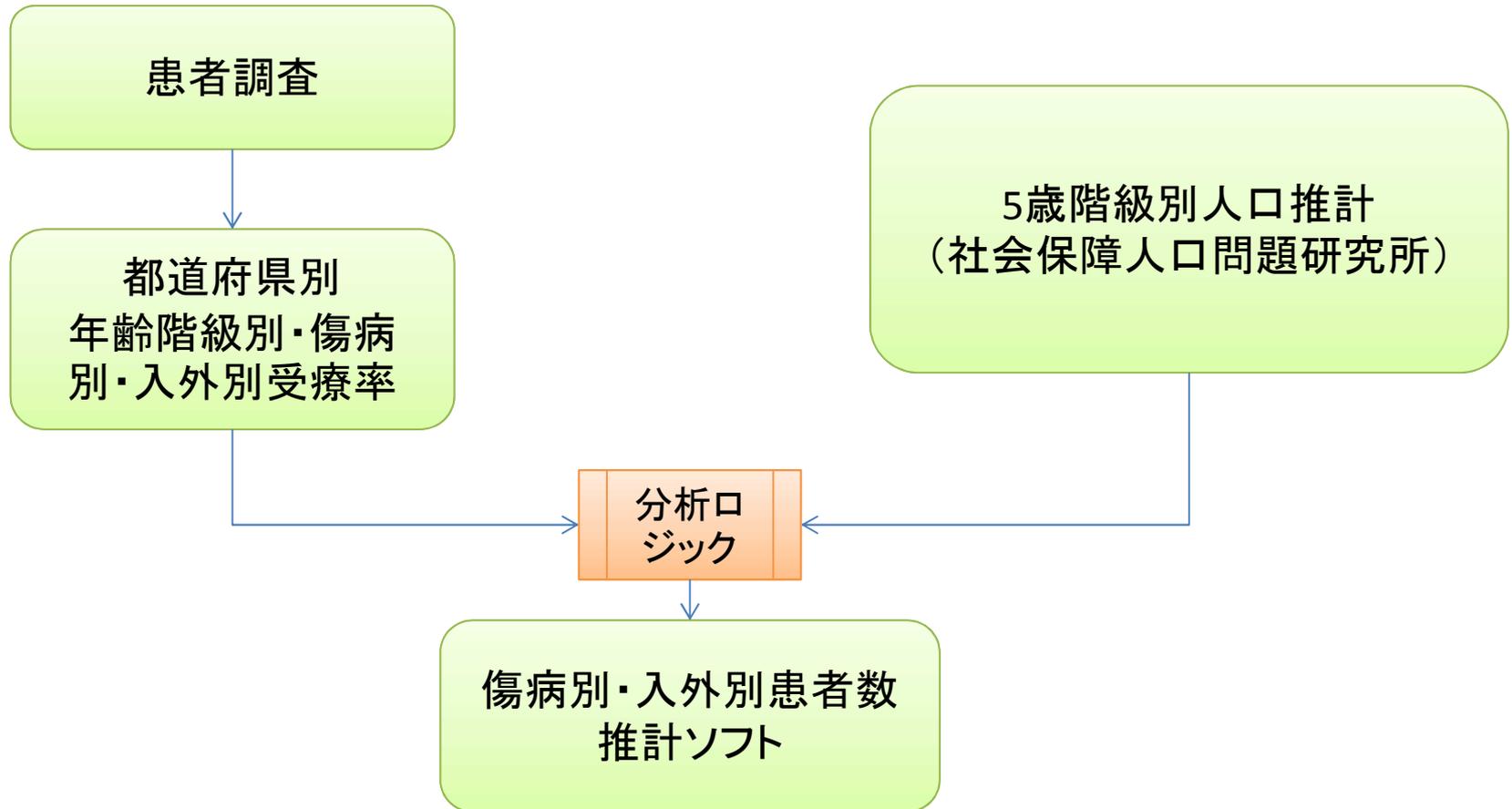
一般道30分以内

一般道60分以内

一般道90分以内

それ以上の時間が必要

傷病別・入外別患者数推計



傷病別・入外別患者数推計

使用方法

step 1; 分析対象とする都道府県を決定します。

34広島県

step 2; 分析対象とする市町村（区は東京23区のみ）もしくは二次医療圏を選択し、確定ボタンをクリックします。

市町村人口変化分析（クリックしてリストから選択）

34208府中市

確定

二次医療圏人口変化分析（クリックしてリストから選択）

3406福山・府中

確定

step 3; 選択した市町村もしくは二次医療圏の情報を分析画面に反映させます（画面は切り替わりません）。

選択した市町村の分析を開始

選択した二次医療圏の分析を開始

step 4; 推計に必要なパラメータを設定します。各自治体の現状に合わせて設定してください。

一般病床の利用率： %

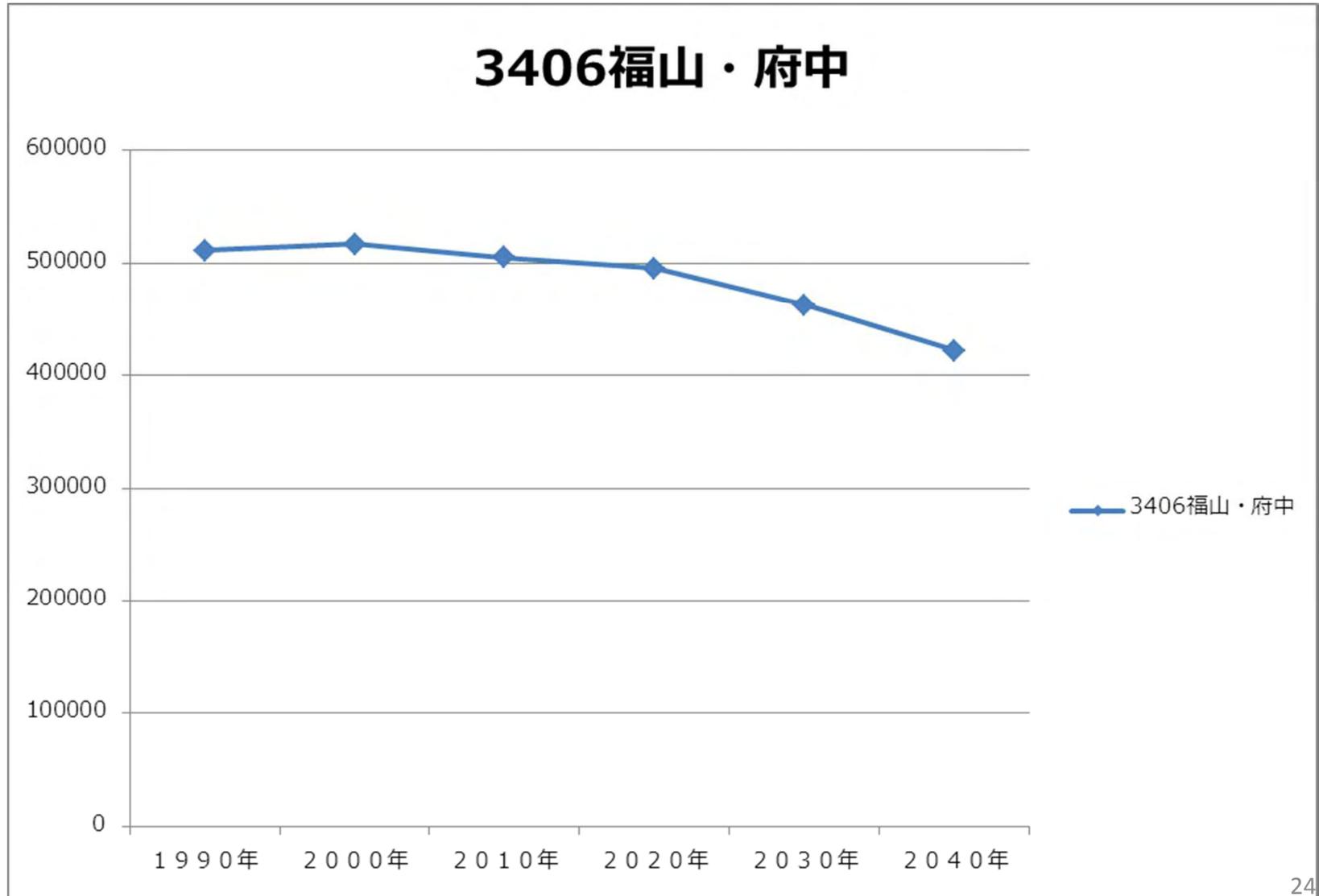
その他の病床の利用率： %

step 5; 分析結果を表示します。

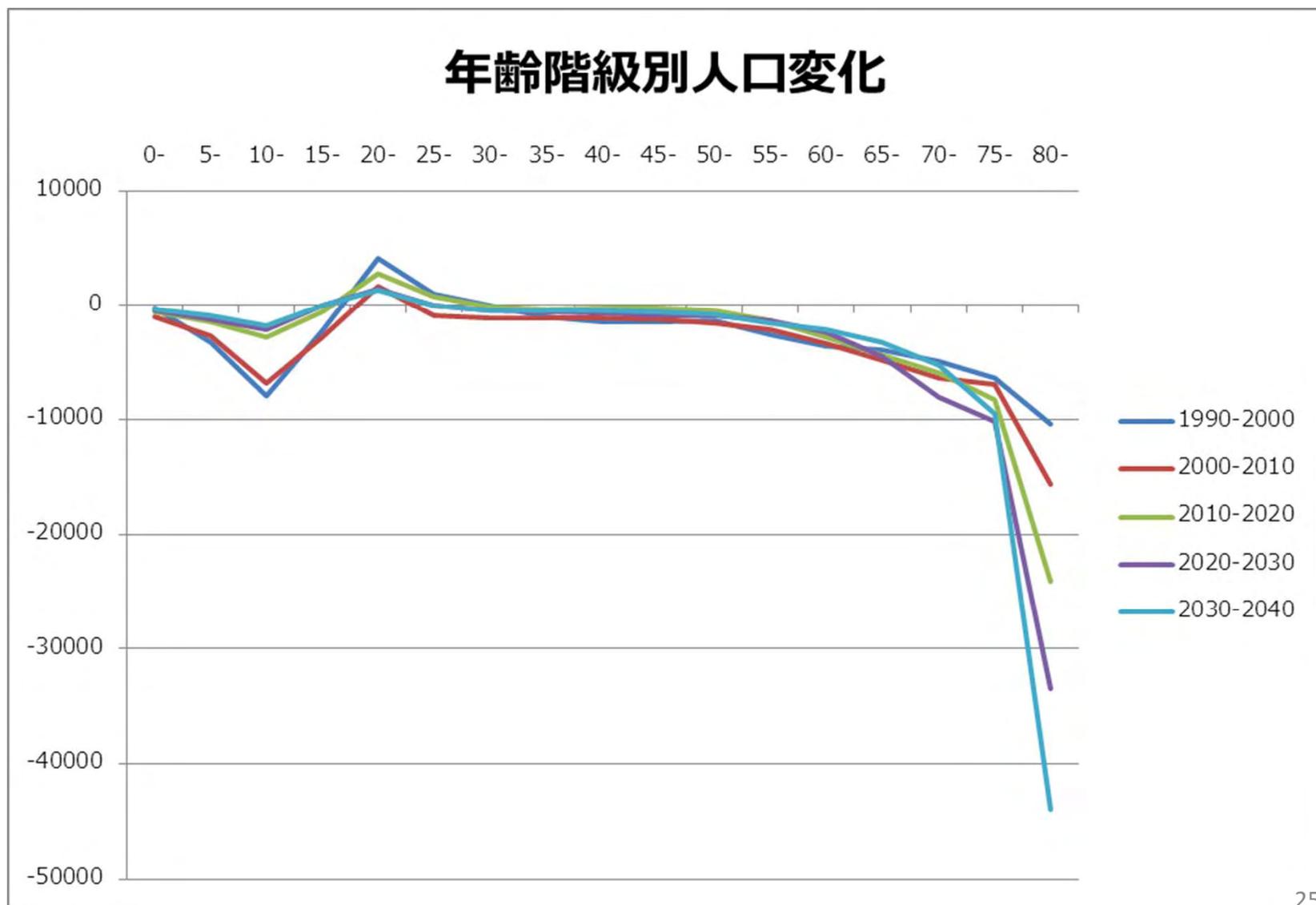
市町村分析結果印刷画面を表示します

二次医療圏分析結果印刷画面を表示します

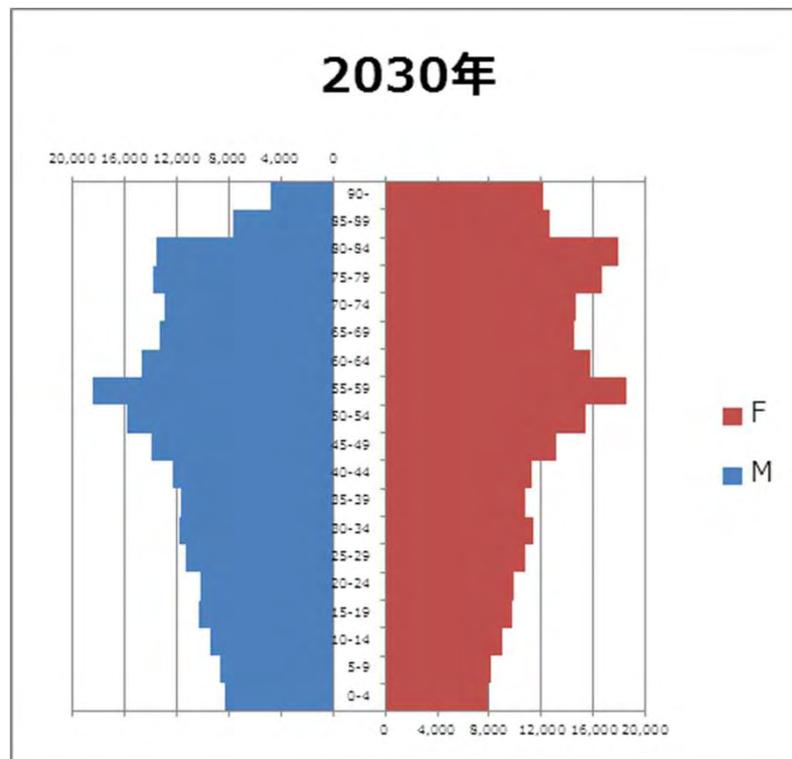
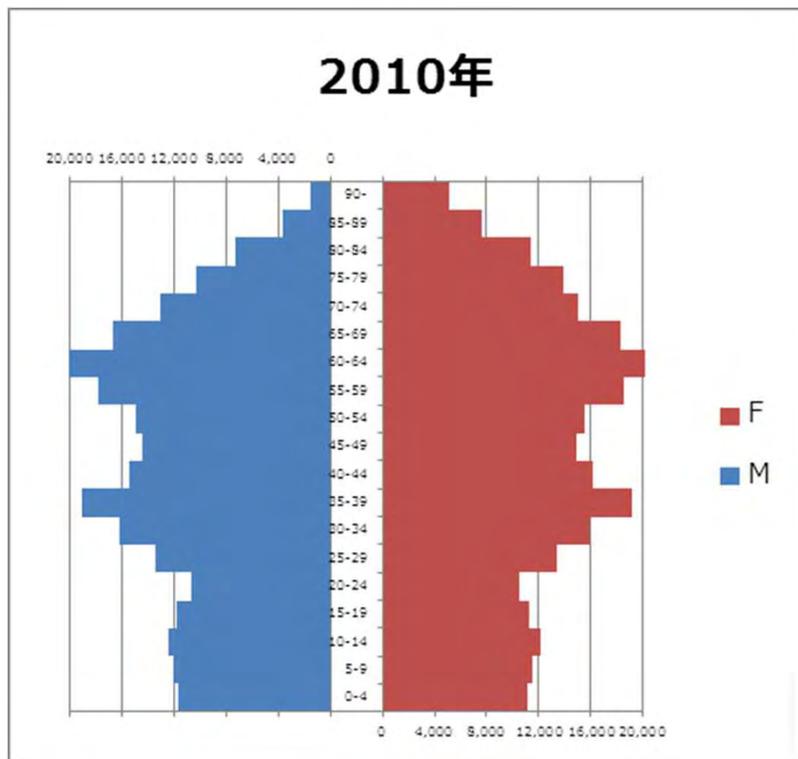
福山・府中医療圏の人口推移



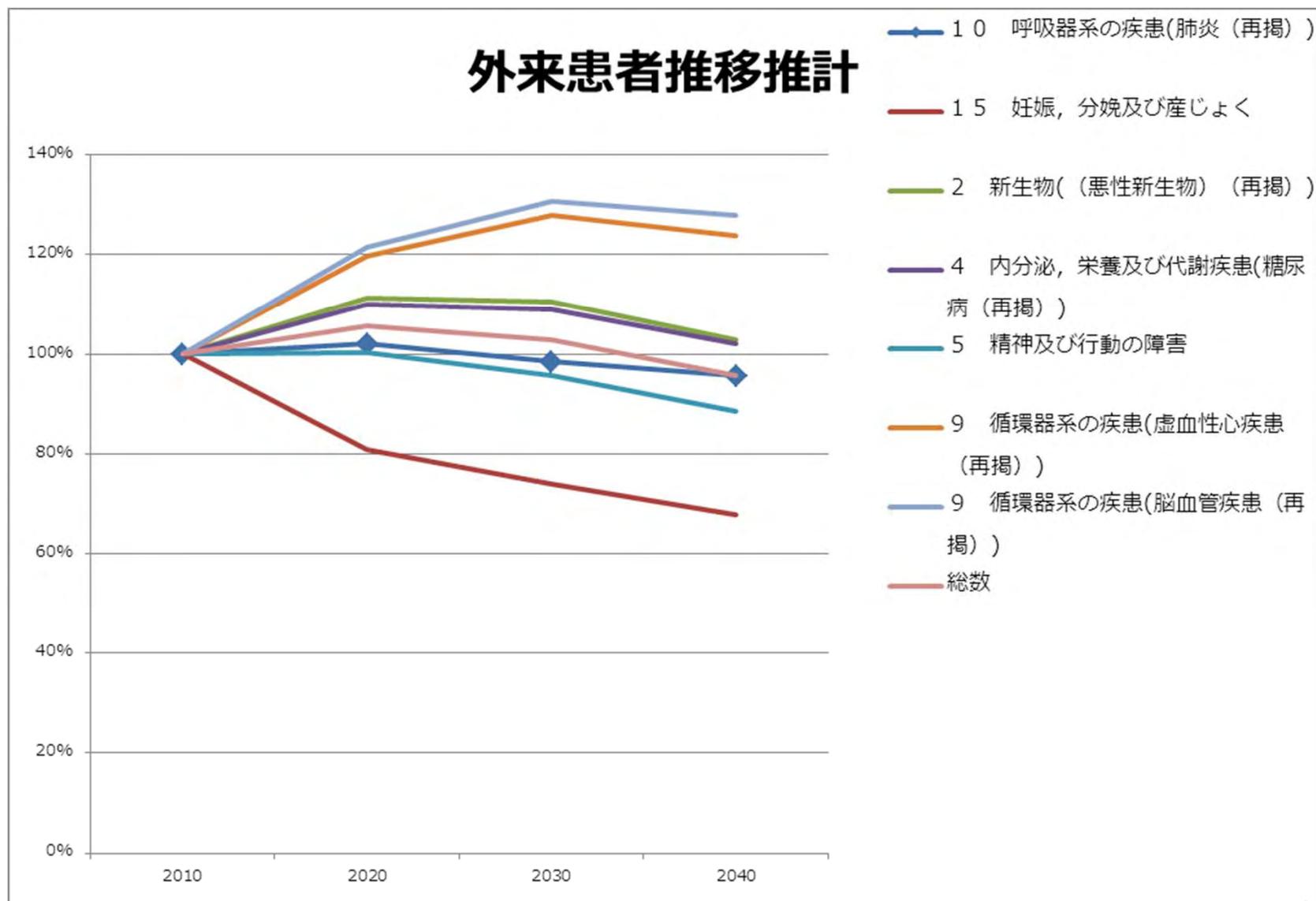
福山・府中医療圏の人口推移



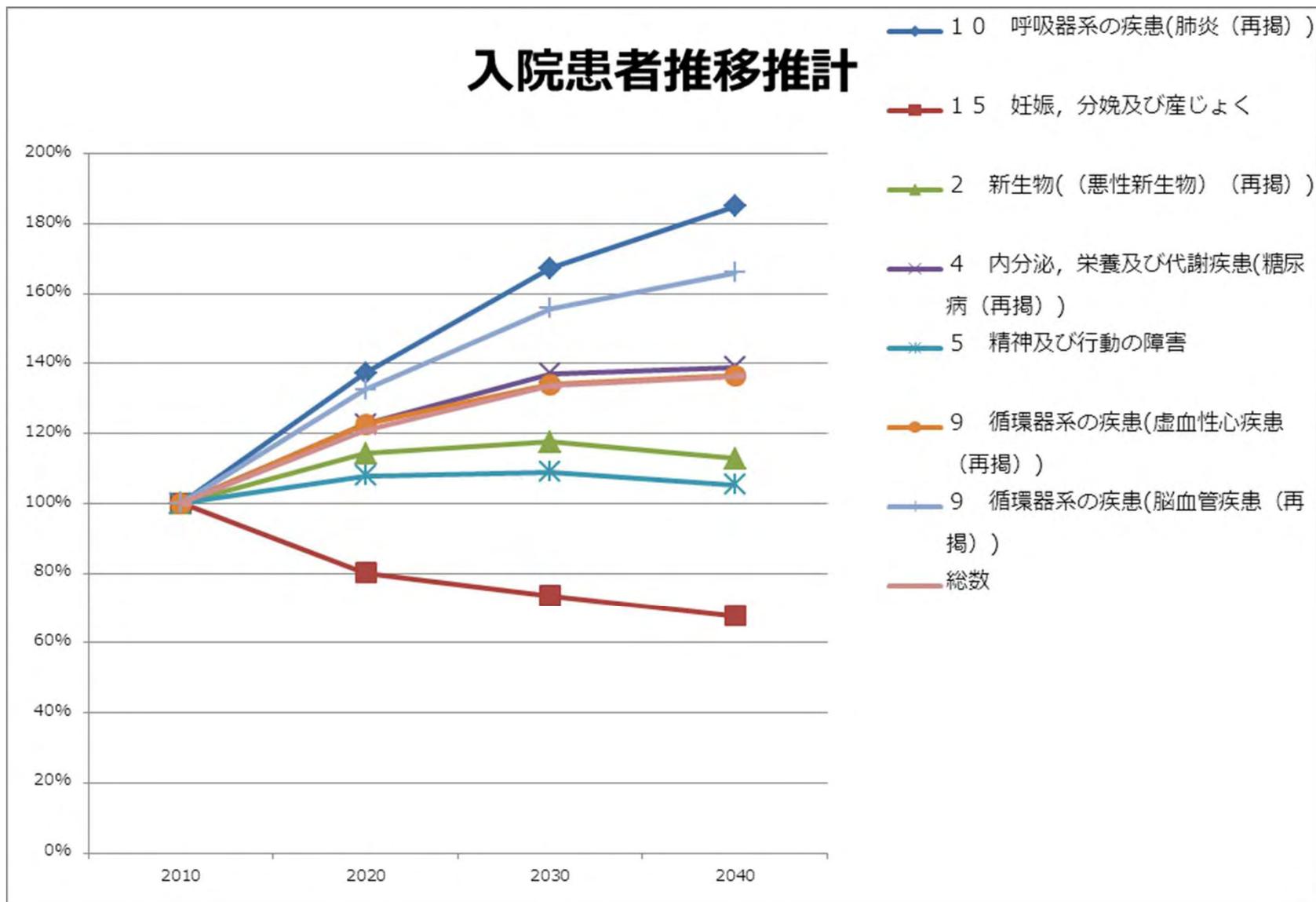
福山・府中医療圏の人口ピラミッドの変化



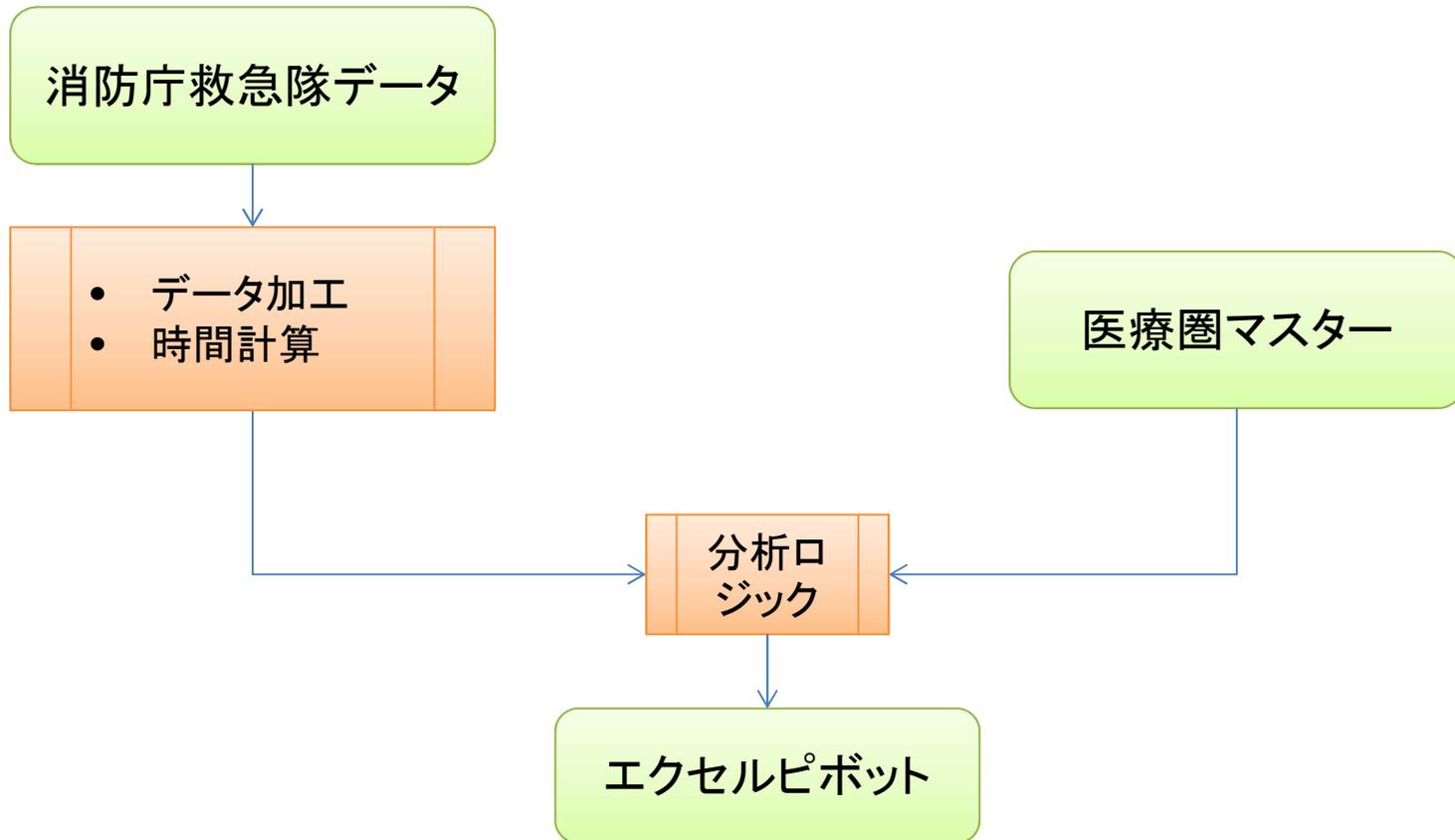
福山・府中医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



福山・府中医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



救急データ



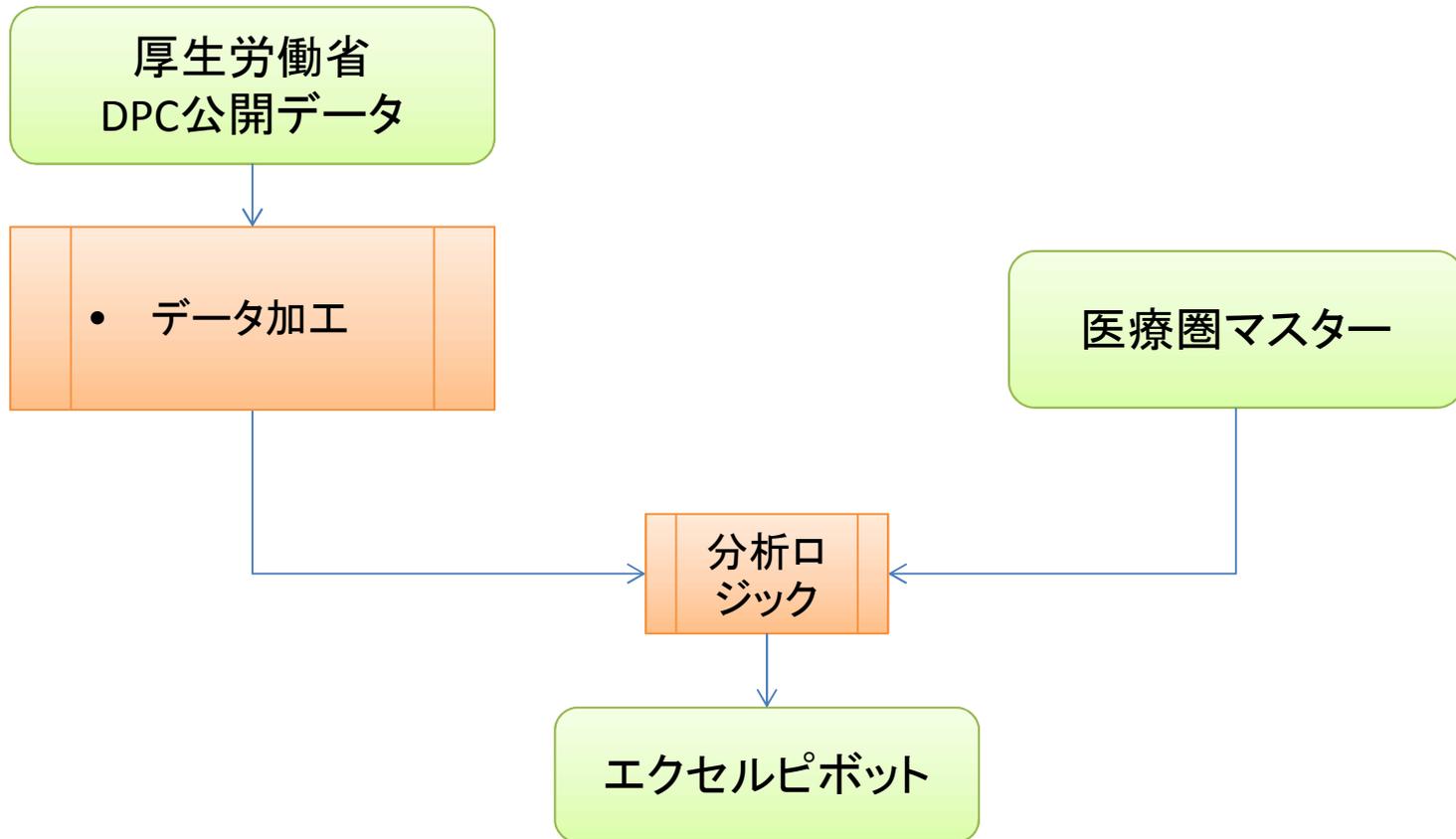
救急データ

	A	B	C	D	E
1	性別	(すべて)			
2	年齢区分	(すべて)			
3	事故種別	(すべて)			
4	搬送機関_告示別	(すべて)			
5	搬送機関_管内外別	(すべて)			
6					
7	行ラベル	データの個数 / SEQ	平均 / 覚知から現場到着	平均 / 現場到着から収容	平均 / 覚知から収容
8	4001 福岡・糸島	60,331	7.2	19.9	26.8
9	4002 粕屋	9,402	8.0	21.6	29.2
10	4003 宗像	5,012	8.1	21.8	29.3
11	4004 筑紫	14,564	7.5	20.5	27.7
12	4005 朝倉	3,710	9.2	24.3	31.8
13	4006 久留米	15,898	7.5	17.9	25.1
14	4007 八女・筑後	5,404	7.0	21.2	27.1
15	4008 有明	9,274	7.3	21.9	28.5
16	4009 飯塚	8,690	8.4	21.6	29.6
17	4010 直方・鞍手	5,570	7.4	25.1	31.7
18	4011 田川	7,722	8.9	25.9	32.8
19	4012 北九州	53,655	8.0	21.3	28.9
20	4013 京築	8,266	7.7	23.0	29.6
21	(空白)				
22	総計	207,498	7.7	21.0	28.2

DPC公開データ

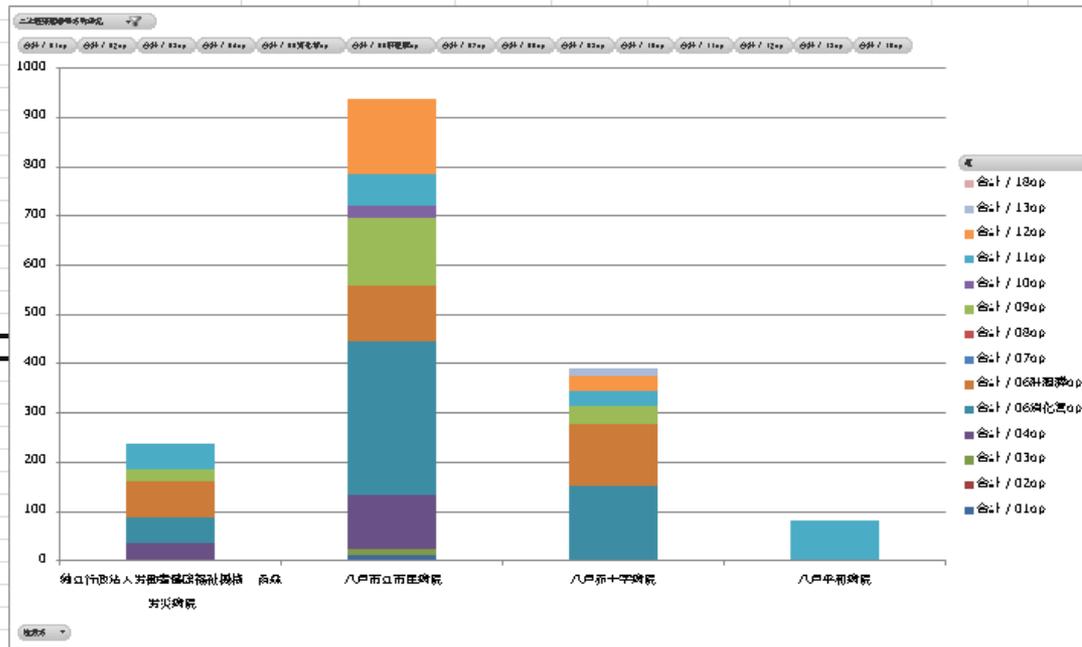
DPC公開データを用いて、医療計画にかかわる指標（傷病別退院患者数、救急搬送患者数など）をエクセル・ピボットテーブルで可視化するプログラムを配布

DPC公開データ



DPC公開データ

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	二次医療圏番号名称併記	0202八戸地域													
2															
3	行ラベル	合計 / 01op	合計 / 02op	合計 / 03op	合計 / 04op	合計 / 06消化器op	合計 / 06肝胆器op	合計 / 07op	合計 / 08op	合計 / 09op	合計 / 10op	合計 / 11op	合計 / 12op	合計 / 13op	合計 / 18op
4	独立行政法人労働者健康福祉機構 青森労災病院	0	0	0	37	51	72	0	0	25	0	53	0	0	0
5	八戸市立市民病院	10	0	15	108	312	115	0	0	135	27	63	154	0	0
6	八戸赤十字病院	0	0	0	0	152	126	0	0	36	0	30	31	17	0
7	八戸平和病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81	0	0	0
8	総計	10	0	15	145	515	313	0	0	196	27	227	185	17	0



PDCAサイクルを通じた
医療計画の実効性の向上のための研究会
報告書
(案)

平成26年〇月〇日

I はじめに

平成 25 年度からの第 6 次医療計画においては、医療機能の分化・連携を推進するため、医療計画の実効性を高めるよう、疾病・事業ごとの P D C A サイクルを効果的に機能させていくことを、都道府県に対して、求めているところである。

このため厚生労働省においては、平成 25 年 7 月より「P D C A サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」を開催し、都道府県が医療計画を自ら評価し、必要な見直しを行う方策及び必要な支援について検討してきたところであり、これまでの議論を踏まえ、報告書を取りまとめた。

都道府県はこれらを参考に、P D C A サイクルを推進し、施策の達成状況を自ら検証することにより、また二次医療圏の設定を含め、医療計画の不断の見直しを行うことで、医療計画をより実効性の高いものとしていくことが望まれる。

II 医療計画において P D C A サイクルを効果的に機能させる意義

医療計画は、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために都道府県が策定するものである。医療計画は、医療機能の分化と連携により、地域の実情に応じた適切な医療提供体制を構築することを目的とするものであると同時に、単に行政が取り組むべき方向性を示したものであるだけでなく、地域の医療提供者、患者、保険者等の関係者の行動計画という性質も備えたものとなるべきである。そのためには、データを十分に活用し、現状と課題を把握し、患者の受療動向を踏まえて、医療提供体制のあるべき姿を念頭において目標を立て、関係者による議論で合意形成を得ながら計画を実行し、適切な指標を用いて進捗評価を行い、医療計画を見直すという P D C A サイクルを有効に機能させることが必要不可欠である。

III 医療計画の P D C A サイクルの具体的な手順及び留意点

P D C A サイクルを通じて医療計画の実効性を向上させるために、必要と考えられる手順及び各段階における留意点を以下に示す。

i) P D C A サイクルの手順

① 現行（第 6 次）医療計画の再確認

- ・第 6 次医療計画作成に当たって抽出した地域の課題、設定した目標、それを達成するための施策について改めて確認する。
- ・第 5 次医療計画終了時の評価についても参考にする。

② 地域の医療提供体制の現状の把握

- ・ 課題ごとに、国から提供されたデータや都道府県の独自調査によるデータ等を確認し、地域の医療提供体制の現状を把握する。医療計画策定時からの状況等の変化はもちろん、医療計画策定時に分析されなかったデータ等がある場合には、それらについても活用するように努める。
- ・ データの分析や指標の把握に当たっては、国から提供されたデータブックを十分に活用する。その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学・疫学・公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者が積極的に関与することが望ましい。

③ 課題ごとの進捗状況の評価

- ・ 地域の医療提供体制の目指すべき姿を常に念頭に置いた上で、既存の課題が解決に向かっているかについて、評価を行う。具体的には、課題ごとの目標や指標を用いて、第6次医療計画期間の中で達成可能な状況で進捗しているかについて確認する。
- ・ 進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合は修正を検討する。
- ・ 設定された目標が抽出された課題に合致していなければ、個別の目標の達成状況が良好であっても効果がないため、課題に対応した目標の妥当性を常に意識して進めることが重要である。
- ・ 医療提供体制における課題が、常に地域の実情に応じた最新のものとなっているかについて、データを見ながら確認し、新たな課題があれば漏れなく抽出する。
- ・ 進捗評価に当たっては、基準を設けて、項目ごとに自己評価し、更に外部評価を受けるなどのプロセスを検討すべきである。

④ 医療計画の修正・発展

- ・ 課題ごとの進捗状況を踏まえ、第6次医療計画期間の中で、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、医療計画の追記や削除、修正を行い、より実効性のある医療計画への発展を目指す。計画を修正する際には、その修正箇所や理由を明確にする。
- ・ 特に、達成困難と考えられる課題については、その原因について十分に考察し、圏域連携会議や作業部会で議論し、解決策を検討する。
- ・ 既存の目標以外に新たな目標やよりふさわしい目標があるか、個別の目標をさらに細分化したものとすることが望ましいか等も見直し、課題達成に資する計画となるようにすべきである。

- ・計画を見直す際には、地域の将来像を踏まえて、拡張や新設の視点だけではなく、既存のものの転換や削減の必要性等を検討するという視点も重要である。
- ・目標を達成する際の行動主体及び役割分担を明確にしておくことは、目標達成に不可欠なものと考えられる。例えば、医療提供者が行動主体となる場合には医療提供者が医療計画の策定・見直しに参加し、当事者として議論で合意形成をすることで、医療計画が各医療機関の行動計画として機能することが期待される。
- ・介護保険事業支援計画等の他の関連する計画の策定・見直しを行う場合には、医療計画の関連する部分についても併せて検討し、整合性がとれた計画として実行していく必要がある。

⑤ 公表

- ・医療を受ける当事者である住民が、当該都道府県の医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高めることが必要であり、ホームページ等で住民に公表するべきである。
- ・国は各都道府県の計画を公表するとともに、好事例を紹介する機会を設ける等、情報の共有化を図るべきである。

ii) 医療計画のPDCAサイクルを機能させるための体制・組織

- ・医療計画を都道府県が策定する際には、データ分析等における統計学や疫学、公衆衛生等の知見を有する学識経験者等の多くの関係者が関与し、データブック等のツールを含めて有効活用ができるよう、連携を強化することが望ましい。
- ・また圏域連携会議は地域の現状と課題を踏まえて地域に必要な役割を担う合意形成の場となるべきであり、地域の医療機関自らが出席して実質的な議論を行い、医療計画の実効性を高めるよう努めるべきである。
- ・現在の医療計画は、公聴会やパブリックコメント等で患者や住民の代表が意見を述べることは可能であるが、さらに策定・見直しの段階から積極的に住民の意見を反映させ、策定後も住民意見を汲み取る体制を確保するべきである。
- ・一方で、住民は各医療提供施設の機能分担や業務の連携の重要性について理解し、医療計画に設定された目標も踏まえ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるように努める必要がある。
- ・都道府県職員は計画期間中に異動となることも多いため、計画立案時の担当者だけでなく、計画に係る他の関係者と計画の方向性について積極的に共有

を図るべきである。さらに、都道府県本庁職員のみならず、保健所職員や学識経験者、医療提供者、医療保険者、住民等の関係者が、継続的かつ主体的に医療計画に参画する体制構築が重要である。

IV 今後国が検討すべき事項と方向性

i) 指標の整理

- ・同じ指標を一律に用いるのではなく、各都道府県や医療圏等の特性を把握し、地域の特性に応じた分類を行うとともに、それに応じた指標を設定することが重要である。
- ・現在、国から医療計画における指標例を示しているが、指標を達成する際の行動主体がわかりにくいため、行動主体（医療提供者、保険者、患者等）を明確に例示する。
- ・今回例示した指標のうち、活用意義が低いとされた指標については、その理由を検討し、例えば全ての都道府県が採用していないような指標については、指標から外すことも検討する必要がある。
- ・一方、必ず記載すべき内容、示すべき指標等については、その算出方法も含めて一覧にして都道府県に示すべきである。また、現在の指標例以外にも有効と考えられる指標や不足している指標がないかについても検討すべきである。
- ・二次医療圏の見直しの基準として、主に患者の流出入率を挙げているが、実際には地理的状況や医療以外の行政体制等の様々な条件を考慮する必要がある。また、例えば、医療資源の多い圏域と少ない圏域を単純に統合するだけでは、逆に地域の課題が捉えられなくなることも懸念されるといった課題もあるため、医療圏の再編に係る手続きや議論の論点を整理し、示すべきである。

ii) データ提供

- ・各都道府県が医療計画を策定し、進捗管理を行うに当たって、既存統計等から必要なデータを定期的かつ継続的に提供すべきである。
- ・各都道府県・医療圏等が同じ尺度で比較や評価等を行うために、国は統一した表示形式のデータベースを経年的に管理していくことが必要である。
- ・各々のデータについては特性があるため、その特性を理解した上で、どのデータを用いることが最適かを検討し、わかりやすく示していく必要がある。
- ・必須と考えられる数値の算出方法等の個々の作業を都道府県担当者が習得することは時間を要するため、必要性が高いと考えられるデータについては、国がその分析を支援し、分析結果等を都道府県に提供した上で、都道府県自

身でも解析可能なツールを提供することが適当である。

- ・ 都道府県の独自調査等から得た指標のうち、有用と考えられる指標については、国へ報告することとし、国は他の都道府県での活用についても検討すべきである。
- ・ 医療と介護の連携が今後の重要な課題であることから、医療と介護の提供体制について一体的に計画・実行していくための支援策を充実する必要がある。例えば、医療・介護のレセプトデータを連結して分析する等、現在得られているデータをより利用しやすい形にして提供することも検討すべきである。

iii) 都道府県等への研修等について

- ・ データ等を有効に活用し、現状分析や課題の把握、進捗管理を適切に行うためには、各都道府県の医療計画策定担当者への研修等の技術的支援をこれまで以上にきめ細かく行う必要がある。
- ・ 都道府県職員ごとのITスキルを考慮し、使い方をできるだけ簡単にする工夫が必要である。
- ・ 研修では、指標の作成方法やその解釈、施策への具体的な活用方法等を示すことで、全ての都道府県にとって必要と考えられる、医療計画策定・見直しの基本的事項を共有し、各都道府県が策定する医療計画の質の向上に寄与すると考えられる。
- ・ 都道府県職員は2年程度で異動してしまうことも多く、ノウハウが十分に蓄積できない可能性があるため、計画立案時の担当者だけでなく、その後の業務を引き継ぐ担当者はもちろん、分担する他の関係者と計画の方向性について積極的に共有を図るべきである。さらに、都道府県職員のみならず、保健所職員や学識経験者等も参画できる研修を設けることも考えられる。
- ・ また、戦略的な政策立案及び実行の中心となる人材を育成のために、自治体間で医療計画の策定や見直しに関するノウハウを共有していくことも有用と考えられる。
- ・ 研修自体の質や効果についても評価することを検討すべきである。

V おわりに

今後、高齢化が進展し、医療・介護ニーズが増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。医療機能の分化・連携を進め、必要な医療資源を適切に投入し、地域の実情に応じた医療提供体制を確保していくためには、各地域の課題を適切に把握し、目標を立て、進捗状況の評価や見直しを行い、必要に応じて医療計画の見直しを行う作業が継続的に求められる。

平成 25 年 12 月 27 日付でとりまとめられた社会保障審議会医療部会意見書においても、都道府県が地域にふさわしいバランスのとれた地域医療ビジョンを策定すべきとされており、今後、第 186 回通常国会において医療法改正法案が成立すれば、国が平成 26 年度内に地域医療構想（ビジョン）のガイドラインを示し、都道府県は平成 27 年度から 28 年度にかけて地域医療構想（ビジョン）を策定することが見込まれる。

医療計画及び地域医療構想（ビジョン）の実効性を高めるためには、P D C A サイクルを適切に機能させることは必要不可欠である。また、今後、地域の実情に応じた医療提供体制の構築とともに地域包括ケアシステムを構築し、医療及び介護を総合的に確保していくことが求められており、体制構築のために新たな財政支援制度が創設される予定である。各都道府県は医療計画の P D C A サイクルを十分に機能させた上で当該支援制度の活用する計画を策定することが必要であり、国も各都道府県の P D C A サイクルに基づいた医療計画の進捗状況を評価の一つとして活用することも一案であろう。

さらに、高齢化の進展を踏まえれば、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されるような地域包括ケアシステムの構築も重要な課題であり、都道府県と国は、第 6 次医療計画の実効性を高め、平成 30 年度からの第 7 次医療計画につなげていくために、各々の役割を最大限に果たすよう努力すべきである。

PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会

【構成員】

今村 知明	奈良県立医科大学健康政策医学講座教授
◎尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
高橋 泰	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授

(◎ 座長)

(敬称略、五十音順)

【検討の経緯】

第1回 平成25年7月5日

- 議題1. 医療計画の策定状況について
- 2. 医療計画の実効性の向上について

第2回 平成25年7月30日

- 議題1. 第1回の指摘事項について
- 2. 今次医療計画策定のための資料集の概要について(松田構成員)
- 3. 都道府県に対する研修について(高橋構成員)
- 4. 医療計画のPDCAサイクルの実施に当たっての体制等について

第3回 平成25年8月29日

- 議題1. 医療計画策定体制等についての都道府県へのヒアリング
(宮城県、千葉県、長野県)
- 2. PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性向上に向けての
具体的な方策について

第4回 平成26年2月6日(仮)

- 議題1. 医療計画作成支援データブックの作成状況について
- 2. 報告書とりまとめに向けた議論について