

平成 20 年度
厚生労働省医政局委託

平成 20 年度医療施設経営安定化推進事業
(各都道府県の新たな医療計画にかかる調査研究)
《 調査研究報告書 》

平成 21 年 3 月

委託先 財団法人 日本経済研究所

— 調査研究報告書目次 —

《本調査研究の要約》

I. 調査研究の概要について

1. 調査研究の背景及び目的	1
2. 調査研究の実施フロー	2
3. 企画検討委員会の設置	3
(1) 目的	3
(2) 体制	3
(3) 検討の経緯	3

II. 調査研究の内容について

1. 調査研究の基本的方針	4
(1) 「全国で把握すべき指標」の実績値と採用率の相関関係を中心に分析	4
(2) 「全国で把握すべき指標」以外の分析方法	4
(3) 本調査研究の限界	5
2. 実績値と採用率	5
(1) 実績値について	5
(2) 採用率について	5
3. 4疾病5事業別の実績値及び採用率の状況（偏差値による分析）	7
(1) 4疾病5事業別相関図	7
① 4疾病5事業別・都道府県別実績値	
② 4疾病5事業別・都道府県別・ステージ別実績値	
③ 4疾病5事業別・都道府県別相関図	
④ 4疾病5事業別・都道府県別・ステージ別相関図	
(2) 都道府県別相関図	7
① 都道府県別相関図の見方	
② 「実績値50以上・採用率50以上」の疾病・事業数が多い都道府県	
③ パターン別分析	

4. ヒアリング調査	14
(1) ヒアリング調査の概要	14
①調査の目的	
②調査対象都道府県の選定	
③調査実施時期	
(2) ヒアリング調査結果	14
①ヒアリング調査結果要約	
・医療計画の策定プロセスに関する事項	
・数値目標の設定に関する事項	
・医療計画の推進とその広報活動に関する事項	
・医療計画の策定に関する意見	
②医療計画の策定プロセスについて	
・現状分析活動の内容（各地の患者動向、医療提供体制等）	
・情報収集に当たって制約となった事項の有無、その具体的内容	
・住民・患者の意見を反映するためにとった具体的方法	
③数値目標の設定について	
・数値目標として最も重視した指標とその理由	
・数値目標設定の考え方、設定根拠	
④医療計画の推進とその内容の広報活動について	
・医療計画の推進組織、推進体制	
・地域住民や患者に医療計画の内容を知ってもらうために行った広報・周知活動	
・広報・周知活動の効果および今後の実施予定	
⑤医療計画の策定に関する意見	
・医療計画の役割、政策効果に関する意見	
・医療計画の策定プロセスに関する意見（特に住民参加に関して）	
・「医療連携体制」に関する意見	
・数値目標の設定と政策循環に関する意見	
⑥その他	
5. アンケート調査	21
(1) アンケート調査の概要	21
①調査の目的	
②調査対象	
③調査実施時期及び方法	
(2) アンケート調査結果	22
①医療計画の策定プロセスについて	

- ・医療計画策定のため新たに行った調査
- ・4疾病5事業と同様に特に重点的に取り組むべき事業（分野）
- ・4疾病5事業と同様に特に重点的に取り組む理由
- ・都道府県で独自に項目を設定或いは指針の内容から一部変更して記載した事項
- ・地域住民や患者の意見を医療計画に反映させるために行ったもの
- ②医療計画の広報活動について
 - ・地域住民や患者に医療計画の内容を知ってもらうために行ったもの
- ③新たな医療計画全般について
 - ・新たな医療計画に関する意見・要望等

Ⅲ. 今後の医療計画の策定に向けて（提言）

1. 提言 1；数値目標の重み付け実施	29
2. 提言 2；各都道府県のパターン別アプローチの実施	29
3. 提言 3；現状調査における役割明確化	30
4. 提言 4；情報の有効活用及び質の向上	31
5. 提言 5；さらなる政策誘導策の策定	31
6. 提言 6；ガイドラインの早期提示	32

《分析結果編》

(1) がん	33
(2) 脳卒中	41
(3) 急性心筋梗塞	50
(4) 糖尿病	58
(5) 小児救急を含む小児医療	66
(6) 周産期医療	72
(7) 救急医療	80
(8) 災害医療	86
(9) へき地医療	92
(10) 都道府県別相関図	98

《資料編》

資料 1 ; 一覧表の作成方法・データの算出方法等の説明資料

資料 2 ; 全国で把握すべき指標（案）について

資料 3 ; 都道府県別・実績値一覧表（実数）

資料 4 ; 都道府県別・実績値一覧表（偏差値）

資料 5 ; 都道府県別・採用率一覧表（実数）

資料 6 ; 都道府県別・採用率一覧表（偏差値）

資料 7 ; 保健医療計画に関するヒアリング結果一覧

資料 8 ; 医療機能実態調査状況表

資料 9 ; 医療計画の策定および広報等に関するアンケート調査票

資料 10 ; アンケート調査結果集計一覧表

資料 11 ; 提言に関する基礎資料

《本調査研究の要約》

○調査研究の背景・目的

4 疾病 5 事業に係る医療連携体制を含む新たな医療計画（平成 20 年度作成）については、医療提供体制の現状や今後の医療需要の推移などの地域の実情に応じて作成することとされているため、その内容（疾病に応じた医療圏の設定、医療機関に求められる機能、数値目標設定における考え方等）は都道府県によって差異が生じている。そこで、この 4 疾病 5 事業に係る医療連携体制について、医療計画を整理・分析することにより各都道府県間の計画内容の差異を明らかにし、もって今後の適切な評価のための基礎資料とすることを目的として本調査研究を実施した。

○調査研究の内容・方法等

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」のワーキンググループにおいて提案された「全国で把握すべき指標」の実績値と「全国で把握すべき指標」の各都道府県の医療計画における数値目標への採用率、この 2 つのデータの偏差値の相関関係を中心に分析を行った。調査・分析のポイントとして、実績値と採用率の偏差値が双方とも 50 以上である場合が理想的であり、逆に実績値と採用率の偏差値が双方とも 50 未満である場合には何らかの問題があるという考え方を基本として本調査研究を実施した。

また、上記の調査・分析を補完するものとして、1 都 1 府 3 県を対象としたヒアリング調査、全都道府県を対象としたアンケート調査を実施した。

なお、本調査研究により把握できなかった主な内容・調査の限界等について、調査対象項目及び調査時期を限定したために 4 疾病 5 事業の真の実績が適切に反映されていない可能性等を挙げた。

○4 疾病 5 事業別の実績値及び採用率の状況等

①「4 疾病 5 事業別・都道府県別実績値」

（「I. がん」：分析結果編 33 ページ、以下疾病・事業別に記載）

各々の疾病・事業の実績値を構成する全項目についてそれぞれの偏差値を都道府県別とし、特に偏差値が高い都道府県と低い都道府県を調査した。

②「4 疾病 5 事業別・都道府県別・ステージ別実績値」

（「I. がん」：分析結果編 34～36 ページ）

上記の偏差値をステージ別とし、特に各々のステージ又は個別指標の偏差値が高い都道府県と低い都道府県、地域的な傾向等を調査・分析した。

※「ステージ」：患者の病状の経過や予防・診断・治療のプロセスの各段階のこと

③「4 疾病 5 事業別・都道府県別相関図」（「I. がん」：分析結果編 37 ページ）

実績値の偏差値と採用率の偏差値の相関関係を調査し、実績値・採用率ともに偏差値が 50 未満である都道府県、採用率の偏差値が高い都道府県と低い都道府県、個別指標の採用率が高い都道府県と低い都道府県等について調査した。

④「4 疾病 5 事業別・都道府県別・ステージ別相関図」

（「I. がん」：分析結果編 38～40 ページ）

上記の偏差値をステージ別とし、特に採用率が低いステージや個別指標・関連

指標等を調査した。

⑤「都道府県別相関図」(分析結果編 98～149 ページ)

都道府県別に実績値の偏差値と採用率の偏差値の相関関係を調査し、「実績値 50 以上・採用率 50 以上」、「実績値 50 以上・採用率 50 未満」、「実績値 50 未満・採用率 50 以上」、「実績値 50 未満・採用率 50 未満」、の 4 つに分類した。特に、「実績値 50 未満・採用率 50 未満」に分類された疾病・事業については、詳細に分析した。

⑥「実績値 50 以上・採用率 50 以上」の疾病・事業数が多い都道府県についての考察(調査研究報告書 9～10 ページ)

「実績値 50 以上・採用率 50 以上」の疾病・事業数が最も多く、数値目標の選定・設定の方針等も明確であると思われる千葉県について、若干の考察を行った。その結果、指標の分類方法が類似していたことや引用資料の一部が同じであったこと等から高い実績値及び採用率になったものと推察された。

⑦都道府県別相関図のパターン別分析(調査研究報告書 10～13 ページ)

各構成指標のプロットされた領域のパターン別に若干の考察を行った結果、全部で 9 つのパターンがあると考えられ、各都道府県が該当するパターンによって今後取るべき対応に違いが生じることが推察された。

○ヒアリング調査結果(調査研究報告書 14～20 ページ)

①「医療計画の策定プロセスに関する事項」

各都府県独自の医療機能実態調査により各医療機関の医療機能と地域連携の状況はある程度把握できたが、患者動向の把握は不十分であった。住民・患者の意見反映は協議会メンバーとしての参加が主であった。

②「数値目標の設定に関する事項」

健康増進計画等の関係計画との整合性を図る観点から、これらの計画と同じ指標、数値目標が選定・設定された。また、それ以外の指標に関しては、厚生労働省の指針や医療機能実態調査結果を基に、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標が選定されている。

③「医療計画の推進とその広報活動に関する事項」

各地域において地域連携体制を構築する作業に重点が置かれている。進捗状況の評価のために協議会等に諮る時期を決めている都府県もあった。また、計画内容の広報活動は予算制約により限られており個別具体的な事業の広報に重点が置かれている。

④「医療計画の策定に関する意見」

医療計画は、都道府県のみではなく医療機関等関係者との役割分担の下で推進していくものであり、都道府県の方針が示されたことや医療機関等の持つ機能を把握できたこと等の意義を評価している。患者動向を把握するには、すでに存在する医療機能情報提供制度や診療報酬制度(DPC やレセプトデータ)の情報を共有化、活用することが有効であり、また、住民・患者の意見等を計画に反映させるには余裕をもったタイムスケジュールが必要という意見もあった。

○アンケート調査結果（調査研究報告書 21～28 ページ）

- ①「医療計画策定のため新たに行った調査」

「医療機能調査（医療資源調査）」が最も多く、次いで「地域住民や患者を対象としたアンケート調査」、「医療機関を対象とした意識調査」の順となっている。
- ②「4疾病5事業と同様に特に重点的に取り組むべき事業（分野）」

「在宅医療（終末期医療を含む）」が最も多く、次いで「精神疾患」、「難病」、「歯科保健医療」、「感染症」の順となっている。
- ③「都道府県で独自に或いは指針の内容を変更して記載したもの」

医療機能、医療圏、地域医療支援病院に関するもの等があった。
- ④「地域住民や患者の意見を医療計画に反映させるために行ったもの」

「パブリックコメントの実施」が最も多く、次いで「医療計画策定に係る審議会、協議会、委員会等の委員に住民や患者の代表を選出」、「住民意識調査等のアンケート調査の実施」、「意見交換会、タウンミーティング等の開催」の順となっている。
- ⑤「地域住民や患者に医療計画の内容を知ってもらうために行ったもの」

「ホームページへの掲載」が最も多く、次いで「冊子、パンフレット等の配布」、「広報誌による概要紹介」の順となっている。
- ⑥「新たな医療計画に関する意見・要望等」

「ガイドラインの早期提示」、「国と県との役割分担」、「数値目標の重み付け実施」、「情報の有効活用」、「医療計画の評価方法の研究と実践」等があった。

○今後の医療計画の策定に向けた提言（調査研究報告書 29～32 ページ）

- ①＜数値目標の重み付け実施＞

数値目標の設定については、「4疾病5事業毎の実績値に応じた数値目標の選択・設定」、「患者からみた疾病・事業毎のステージ（ライフコースアプローチ）の視点による数値目標の選択・設定」といった基本的方針を決定するべきと考える。4疾病5事業の実績値の把握方法については、例えば、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で作成された「全国で把握すべき指標」等が参考になると思われるが、必要に応じて別途調査を行う等の対応も考えられる。
- ②＜各都道府県のパターン別アプローチの実施＞

「都道府県別相関図」においては、各構成指標がプロットされた領域による「パターン」があり、各都道府県が該当する「パターン」に沿って適切な対応を取っているかどうかという視点は、特に、数値目標設定後の具体的な施策の実施状況の評価し、また軌道修正を図る際にも参考にすべきものとする。
- ③＜現状調査における役割明確化＞

医療計画の策定に当たって把握すべき基本的情報を決定するべきと考える。例えば、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で作成された「全国で把握すべき指標」等が参考になると思われ、また、具体的な基本情報の項目毎に、内容・調査方法・対象等を出来る限り明確に決定した上で、全国で統一して調査を実施した方が効率的かつ効果的と思われる調査は国、地域で個別に実施した方がよいと思われる調査は都道府県、というように、調査の実施主体を明確化

することが必要と思われる。

④<情報の有効活用及び質の向上>

情報の有効活用及び質の向上については、「統計法の改正等による「患者調査」情報の2次活用」、「医療費に関する「全国健康保険協会」情報の活用」、「レセプトオンライン情報（23年度実施予定）の活用、DPC情報の詳細開示等」、「医療機能情報提供制度の情報の質向上」の4点を提言したい。

⑤<さらなる政策誘導策の策定>

「診療報酬への反映範囲拡大」、「補助金制度の創設・見直し」といった、さらなる政策誘導策の策定をするべきと考える。

⑥<ガイドラインの早期提示>

医療の需給両面での調査実施とその結果の確実な反映、がん対策推進計画・医師確保対策等の同時並行事業と新たな医療計画との整合性確保の観点等から、医療計画策定のためのガイドラインについては、できる限り早めに提示するべきものとする。

I. 調査研究の概要について

1. 調査研究の背景及び目的

医療法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 84 号）により、医療法が一部改正された。改正の目的は、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、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、信頼の確保を図ることとされている。

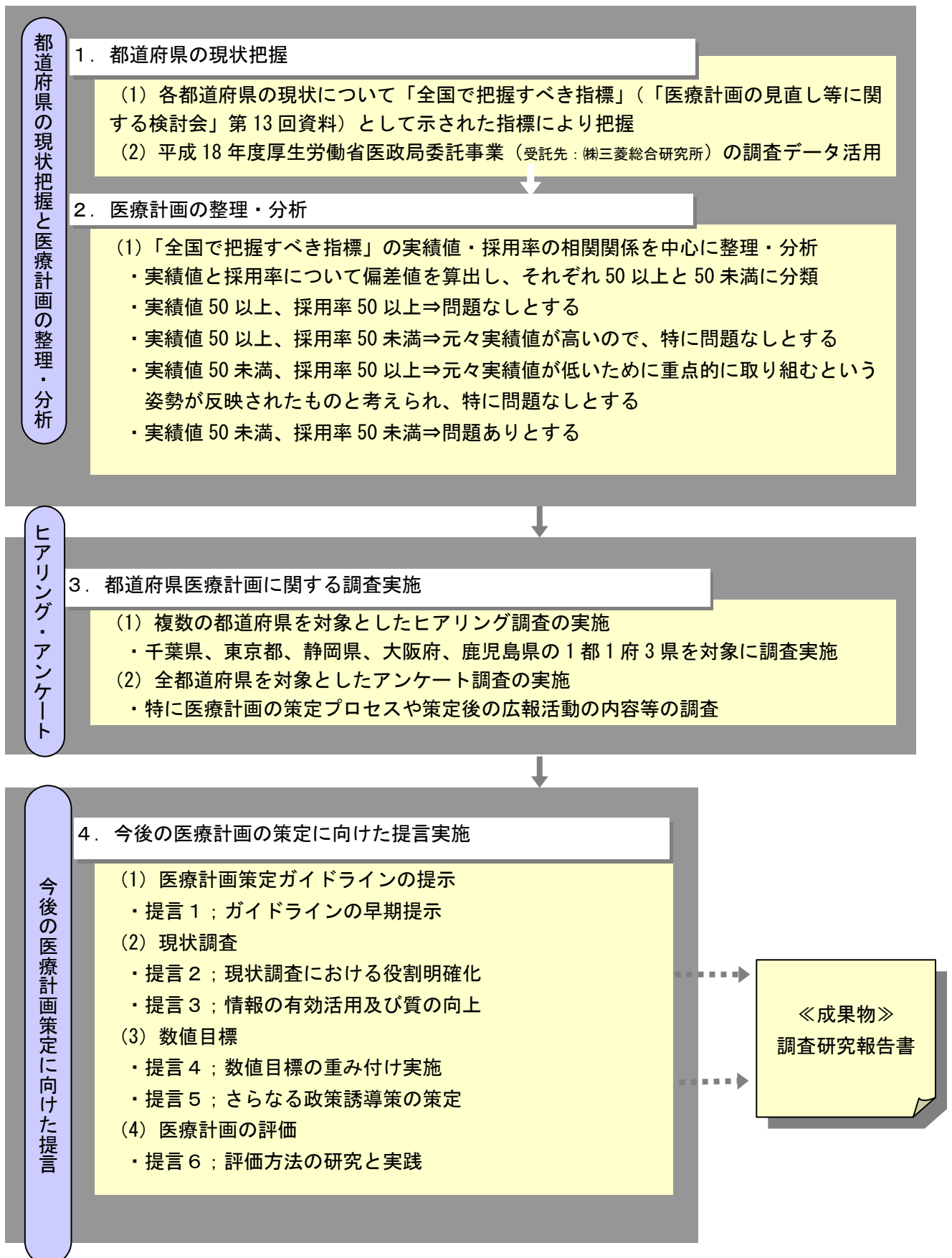
医療計画に関する規定についても平成 19 年 4 月 1 日から施行され、各都道府県は医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号）に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて医療計画を定めることとされた。

この中で、新たに「4 疾病 5 事業」に関する事項、さらにこれらの疾病及び事業に係る医療連携体制に関する事項を記載することとされ、平成 20 年 4 月から適用されている。

この 4 疾病 5 事業に係る医療連携体制を含む新たな医療計画については、医療提供体制の現状や今後の医療需要の推移等の地域の実情に応じて作成することとされているため、その内容（疾病に応じた医療圏の設定、医療機関に求められる機能、数値目標設定における考え方等）は都道府県によって差異が生じている。

そこで、この 4 疾病 5 事業に係る医療連携体制について、新たな医療計画を整理・分析することにより各都道府県間の計画内容の差異を明らかにし、もって今後の適切な評価のための基礎資料とすることを、本調査研究の目的とする。

2. 調査研究の実施フロー



3. 企画検討委員会の設置

(1) 目的

各都道府県の医療計画について、都道府県の現状把握と医療計画の整理・分析、ヒアリング及びアンケート調査、今後の医療計画策定に向けた提言を行うこと等を目的として、有識者等で構成される企画検討委員会を設置した。

(2) 体制

「医療計画の見直し等に関する検討会」の委員及び同検討会ワーキンググループ委員経験者を中心に委員に就任いただいた。

【委員構成】 敬称略

尾形 裕也	九州大学大学院医療経営・管理学教授
河原 和夫	東京医科歯科大学大学院教授
伏見 清秀	東京医科歯科大学大学院准教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
武藤 正樹	国際医療福祉大学三田病院副院長 【委員長】

(3) 検討の経緯

企画検討委員会の開催状況及び検討内容は以下の通り。

◆ 企画検討委員会における検討内容 ◆

第1回：平成20年9月26日（金）

- ・本件調査研究及び企画検討委員会の進め方について他

第2回：平成21年1月16日（金）

- ・分析方法及び結果の概要について
- ・ヒアリング結果の概要について
- ・アンケート結果の概要について
- ・今後の進め方について
- ・第3回委員会について

第3回：平成21年3月6日（金）

- ・報告書案の最終検討他

Ⅱ. 調査研究の内容について

1. 調査研究の基本的方針

(1) 「全国で把握すべき指標」の実績値と採用率の相関関係を中心に分析

※実績値及び採用率の具体的内容については後述

① 「全国で把握すべき指標」（資料2参照）を重視した理由

- ・「全国で把握すべき指標」も含め、新たに導入された「数値目標」には、各都道府県の計画実現に向けた考え方や取組姿勢等が端的に反映されているものと考えられること。
- ・厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」のワーキンググループにおいて提案されたものであること。
- ・第1回委員会の際に議論された「ライフコースアプローチ」という住民の視点に立った考え方が取り入れられていること。
- ・「全国で把握すべき指標」については、平成18年度の厚生労働省医政局の委託事業（医療機能調査事業）として調査が行われているが、これが新たな医療計画策定時の直近のデータと考えられること。

②分析のポイント

- ・まず、実績値と採用率について偏差値を算出し、それぞれ50以上と50未満に分類する。結果、以下の4つに分類されるが、各分類の位置付けは以下の通りとする。
- ・実績値50以上、採用率50以上⇒問題なしとする。
- ・実績値50以上、採用率50未満⇒元々実績値が高いので特に問題なしとする（実績値の低いその他の分野に重点を置くことができる）。
- ・実績値50未満、採用率50以上⇒元々実績値が低いために重点的に取り組むという姿勢が反映されたものと考えられ、特に問題なしとする。
- ・実績値50未満、採用率50未満⇒問題ありとする（より詳細に分析する必要がある）。

(2) 「全国で把握すべき指標」以外の分析方法

※上記手法では分析できない部分を補完する調査（具体的内容については後述）

①ヒアリング調査（1都1府3県）

- ・主な調査項目⇒策定プロセス、数値目標の設定、医療計画の推進と広報活動、医療計画の策定、その他

②アンケート調査（全都道府県）

- ・主な調査項目⇒策定プロセス（新たに実施した調査、4疾病5事業以外の重点事業（分野）、都道府県独自或いは「医療計画作成指針」の内容から一部変更して記載した事項、住民や患者意見の反映方法等）、医療計画の広報活動、その他

(3) 本調査研究の限界

※本調査研究により把握できなかった主な内容、調査の限界等については以下の通り。

①実績値について

調査対象項目及び調査時期を限定したため、4疾病5事業の真の実績（パフォーマンス）が必ずしも適切に反映されていない可能性がある。

②採用率について

「医療計画作成指針」の通知と医療計画の策定・見直し時期のタイミングによって採用率に差異が生じ、上記の分類が適切に行われない可能性がある。

③医療機能調査結果等の医療計画への反映について

医療機能調査や患者調査等の調査結果を医療計画にどこまで反映させたか、については、ヒアリング調査を行った都府県を含めて、定量的な把握ができなかった。

④数値目標と具体的施策との関係について

数値目標の達成度と各々の具体的施策の貢献度合について、ヒアリング調査を行った都府県を含めて、定量的な把握ができなかった。

2. 実績値と採用率

(1) 実績値について

①「平成18年度厚生労働省医政局委託事業」（受託先：㈱三菱総合研究所）による調査データ（資料3参照）。

(2) 採用率について

①「全国で把握すべき指標」の「指標」及び「代替指標」、平成18年度厚生労働省医政局委託事業（医療機能調査事業）の「独自調査指標」のうち、いずれかの採用があれば○で表示（資料5参照）。

②上記3指標の「類似指標」と考えられる場合は△で表示（資料5参照）。

・青森県の「急性心筋梗塞」の例

⇒「指標」では基本健診受診率、医療計画では健診受診者数

⇒「指標」では死亡率、医療計画では急性期死亡率（入院から30日以内の院内死亡率）

※上記のように、①の3指標そのものではないが、いずれかの指標の「類似指標」と考えて良いと思われる場合には△で表示している。

③上記3指標又は類似指標として、○或いは△が表示されていれば、該当項目は採用されたものとして採用率にカウント。

④指標・代替指標・独自調査指標及び実績値（調査データ）との関係

・「がん」の例（資料3及び資料5参照）

⇒全国で把握すべき指標（資料2）は、ステージ1：検診、ステージ2：治療・診療、ステージ3：リハ・在宅・ターミナルといった患者さんのステージ別、いわゆる「ライフコースアプローチ」という視点に立った考え方となっている。

⇒「指標」自体は全部で9つであるが、他に「代替指標」が5つ用意されている。

さらに、委託事業による独自調査指標が1つあるので、採用率の一覧表は、この3指標の合計15項目ということになる。

⇒これに対して、調査された実績値は全部で21項目ある。これは、例えば、「年齢調整受療率」が男女に分かれていたり、「検診受診率」や「精密検査受診率」が5大がん別になっていること等による。

⇒つまり、本調査研究では、この実績値と採用率（の偏差値）の相関関係を中心に分析を行うこととしているが、各々の構成指標が完全に一致していない点については留意する必要がある。

＜指標・代替指標・独自調査指標及び実績値との関係（「がん」の例）＞

ステージ	指標	代替指標	独自調査指標	実績値（調査データ）
検診	り患率	受療率	年齢調整受療率	年齢調整受療率（男） 年齢調整受療率（女）
	検診受診率			胃がん検診受診率 肺がん検診受診率 大腸がん検診受診率 子宮がん検診受診率 乳がん検診受診率
	精密検査受診率			胃がん精密検査受診率 肺がん精密検査受診率 大腸がん精密検査受診率 子宮がん精密検査受診率 乳がん精密検査受診率
	ハイリスク群の減少率	喫煙率		喫煙率（総数） 喫煙率（男） 喫煙率（女）
治療・診療	医療機能情報公開率			医療機能情報公開率（病院） 医療機能情報公開率（診療所）
	総治療期間	平均在院日数		退院患者平均在院日数（悪性新生物）
リハ・在宅ターミナル	地域連携率	地域連携パス利用率		
	在宅看取り率			在宅看取り率
	死亡率	年齢調整死亡率		年齢調整死亡率（男） 年齢調整死亡率（女）

3. 4 疾病 5 事業別の実績値及び採用率の状況（偏差値による分析）

（1）4 疾病 5 事業別相関図（分析結果編 33～97 ページ）

- ① 4 疾病 5 事業別・都道府県別実績値（「I. がん」：分析結果編 33 ページ、以下疾病・事業別に記載）

実績値を構成する全項目の偏差値について、全ステージ及び各ステージ別の平均値を算出し、グラフ化した。タテ軸に実績値の偏差値の平均値をヨコ軸に都道府県を並べている。

なお、コメント欄では、全ステージの偏差値の平均値が高い都道府県と低い都道府県等について述べている。

- ② 4 疾病 5 事業別・都道府県別・ステージ別実績値（「I. がん」：分析結果編 34～36 ページ）

上記の「4 疾病 5 事業別・都道府県別実績値」のグラフをステージ別に分けて、当該ステージの構成指標の偏差値をそれぞれプロットしている。なお、グラフの実線は、当該ステージの構成指標の偏差値の平均値を表している。

また、コメント欄では、ステージを構成する指標の内訳、全ての構成指標又は個別指標の偏差値が高い都道府県と低い都道府県等について述べている。また、地域的な傾向等についても触れている。

- ③ 4 疾病 5 事業別・都道府県別相関図（「I. がん」：分析結果編 37 ページ）

タテ軸に実績値の偏差値、ヨコ軸に採用率の偏差値を取り、その相関を見ている。

コメント欄では、実績値・採用率ともに偏差値が 50 未満である都道府県、採用率の偏差値が高い都道府県と低い都道府県、個別指標毎の採用率が高い都道府県と低い都道府県等について述べている。

- ④ 4 疾病 5 事業別・都道府県別・ステージ別相関図（「I. がん」：分析結果編 38～40 ページ）

上記の「4 疾病 5 事業別・都道府県別相関図」のグラフをステージ別に分け、当該ステージの構成指標についてプロットしている。

コメント欄では、特に採用率が低いステージや個別指標・関連指標等について述べている。

（2）都道府県別相関図（分析結果編 98～149 ページ）

都道府県別に、4 疾病 5 事業の実績値・採用率について、タテ軸に実績値の偏差値をヨコ軸に採用率の偏差値を取り、その相関を見ている。

実績値・採用率の偏差値については、「実績値 50 以上・採用率 50 以上」、「実績値 50 以上・採用率 50 未満」、「実績値 50 未満・採用率 50 以上」、「実績値 50 未満・採用率 50 未満」、という 4 つに分類している。

コメント欄では、まず、4 疾病 5 事業をこの 4 つに分類している。また、「実績値 50

未満・採用率 50 未満」に分類された疾病・事業については、特にコメントしている。

①都道府県別相関図の見方

以下では、北海道と青森県を例に、この相関図の見方等について述べる。

<北海道の例（分析結果編 98 ページ）>

コメント欄では、まず、以下のように 4 疾病 5 事業を 4 つに分類している。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・実績値 50 以上・採用率 50 以上⇒小児救急を含む小児医療・実績値 50 以上・採用率 50 未満⇒該当なし・実績値 50 未満・採用率 50 以上⇒がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療・実績値 50 未満・採用率 50 未満⇒周産期医療 |
|--|

また、「実績値 50 未満・採用率 50 未満」に分類された疾病・事業（ここでは「周産期医療」）については、特にコメントしている。

コメントの内容として、実績値でステージ 1 とステージ 3 の全 9 指標が 50 未満であること、一方採用率ではステージ 2 の構成指標が 1 指標のみ採用されていることを挙げている（他に、採用率には算入されない数値目標が 1 つあるが、これもステージ 2 の出産に該当するもの。なお、数値目標についてはすべて医療計画で確認済）。

これらの状況から、今後については、特にステージ 1 の妊娠とステージ 3 の在宅に係る指標を積極的に数値目標化する等の重点的な取り組みが重要と考えられるというコメントをしている。

<青森県の例（分析結果編 99 ページ）>

「実績値 50 未満・採用率 50 未満」に分類された疾病・事業（ここでは「急性心筋梗塞」と「糖尿病」）については、特にコメントしている。

まず、急性心筋梗塞の実績値でステージ 1 とステージ 3 の全 7 指標が 50 未満ではあるが、採用率ではステージ 1 とステージ 3 の構成指標が 1 指標ずつ採用されているし、採用率に算入されない数値目標としても「発症予防」「急性期」「アウトカム」といった区分に応じて 5 指標が数値目標化されている（医療計画による）。

この青森県の医療計画では、急性心筋梗塞について区分を設け、区分毎に数値目標を設定している。一步踏み込んだより具体的な数値目標もありますので、数値目標の立て方として 1 つの望ましい姿ではないかとも考えられる。

次に、糖尿病の実績値でステージ 1 の全 5 指標が 50 未満である一方、ステージ 2 とステージ 3 では全 4 指標が 50 以上となっており、採用率では、ステージ 3 の構成指標が 2 指標採用されている。

これらの状況から、今後はステージ 1 に係る指標と、医療計画の中で「評価指標」とは別に「把握の方法も含めて、今後の方向を検討する必要のある項目」として掲げられた 7 項目を中心に、積極的に数値目標化する等の重点的な取り組みが重要というコメントをしている。これも、数値目標に対する 1 つの考え方ではないかとも

考えられる。

②「実績値 50 以上・採用率 50 以上」の疾病・事業数が多い都道府県

以下では、「実績値 50 以上・採用率 50 以上」の疾病・事業数が多い都道府県を挙げている。

都道府県名	実績値 50 以上・採用率 50 以上の疾病・事業	疾病・事業数
千葉県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急を含む小児医療、周産期医療、救急医療 (※へき地医療を除く 4 疾病 4 事業が対象)	4 疾病 3 事業
新潟県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急を含む小児医療、災害医療	4 疾病 2 事業
熊本県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、周産期医療、小児救急を含む小児医療、災害医療	3 疾病 3 事業
岐阜県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、へき地医療	4 疾病 1 事業
香川県	がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、へき地医療	4 疾病 1 事業
青森県	周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療	4 事業
山形県	がん、周産期医療、救急医療、へき地医療	1 疾病 3 事業
神奈川県	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急を含む小児医療 (※へき地医療を除く 4 疾病 4 事業が対象)	3 疾病 1 事業
徳島県	脳卒中、周産期医療、救急医療、災害医療	1 疾病 3 事業
福岡県	脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急を含む小児医療	3 疾病 1 事業

このうち、最も「実績値 50 以上・採用率 50 以上」の疾病・事業数が多く、特に数値目標の選定・設定の方針等も明確であると思われる千葉県について、「千葉県保健医療計画」に基づいてその考え方を紹介した上で、若干の考察を行う。

<千葉県の例> (「千葉県保健医療計画」 P74～P76 より)

○指標の分類

多面的な観点から分類・整理された指標を用いることで包括的な評価が可能と考えられるため、指標を基盤 (ストラクチャー)、過程 (プロセス)、結果 (アウトカム) に分類した。

○指標の抽出

現状の適切な把握と今後の評価のための目標値の設定が可能となるよう、以下の基準を満たすものを抽出した。

- ・他の都道府県の現状値との比較が可能な指標
- ・千葉県において二次保健医療圏の間で現状値の比較が可能な指標

○目標値の設定

- ・最良の値を有する都道府県の数値 (人口比) を目標とする
ただし、千葉県の現状値が全国平均値未満の指標については、全国平均値を目標とした。
- ・(他の都道府県の現状値が把握できない指標については) 最も良好な値を有する

千葉県内の二次保健医療圏の数値を目標とする

・個別の計画との整合

個別の計画において、既に目標値が設定されているものについては、上記に優先して用いる。

○指標を引用した資料

- ・千葉県保健医療計画（平成 18 年 6 月策定）
- ・健康ちば 21 中間評価報告書（平成 19 年 3 月策定）
- ・循環型地域医療連携システムに関する病院調査（平成 19 年 7 月実施）
- ・「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成 19 年 7 月 20 日付、医政指発第 0720001 号 厚生労働省医政局指導課長通知）
- ・医療機能調査事業報告書（平成 18 年度 厚生労働省医政局委託）

特に、指標を基盤（ストラクチャー）・過程（プロセス）・結果（アウトカム）に分類した点において、本調査研究の調査・分析手法と類似している。

また、指標を引用した資料の中に、本調査研究が実績値・採用率データの根拠とした「医療機能調査事業報告書」（平成 18 年度 厚生労働省医政局委託）が含まれていることから、本調査研究における高い実績値及び採用率に影響したことが推察される。

③パターン別分析

以下では、都道府県別相関図について、そのパターン別に若干の考察を行う（全 9 パターン）。

<パターン 1 >

○該当都道府県

山梨県、長野県、島根県

(実績値)

(コメント)

- ・全指標が実績値 50 以上。
- ・採用率 50 未満の指標を数値目標として採用率を 50 以上とする。また、実績値が高いので、4 疾病 5 事業以外で実績値の低い分野があればそこに重点を置くことも可。

(採用率) ※網掛部分が各構成指標のプロットされた領域（以下同じ）

<パターン 2 >

○該当都道府県

千葉県、大阪府、和歌山県

(実績値)

(コメント)

- ・全指標が採用率 50 以上。
- ・実績値が低いために数値目標に採用されたとも考えられる。施策の着実な実施等により、実績値 50 以上とする。

(採用率)

<パターン3>

○該当都道府県

新潟県、石川県、福岡県、熊本県

(実績値)

(コメント)

- ・パターン1と2が組み合わせられたパターン。
- ・実績値及び採用率がともに50未満となっている指標はない。
- ・各々の指標のプロット領域に応じた対応が必要。

(採用率)

<パターン4>

○該当都道府県

秋田県、静岡県、奈良県、鳥取県、岡山県

(実績値)

(コメント)

- ・全指標が採用率50未満。
- ・まず、採用率50未満の指標を数値目標として採用率を50以上とする。以後、パターン2と同じ。

(採用率)

<パターン5>

○該当都道府県

栃木県、京都府

(実績値)

(コメント)

- ・全指標が実績値50未満。
- ・まず、採用率50未満の指標を数値目標として採用率を50以上とする。以後、パターン2と同じ。

(採用率)

<パターン6>

○該当都道府県

岩手県、山形県、福島県、福井県、滋賀県、広島県、香川県、宮崎県

(実績値)

(コメント)

- ・パターン1と4が組み合わせられたパターン。
- ・各々の指標のプロット領域に応じた対応が必要。

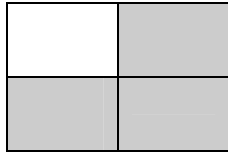
(採用率)

<パターン7>

○該当都道府県

北海道、青森県、佐賀県

(実績値)



(コメント)

- ・パターン2と5が組み合わされたパターン。
- ・各々の指標のプロット領域に応じた対応が必要。

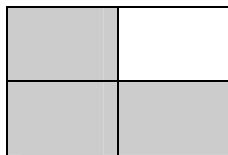
(採用率)

<パターン8>

○該当都道府県

宮城県、茨城県、群馬県、鹿児島県、長崎県

(実績値)



(コメント)

- ・パターン4と5が組み合わされたパターン。
- ・各々の指標のプロット領域に応じた対応が必要。

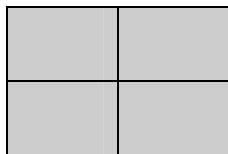
(採用率)

<パターン9>

○該当都道府県

埼玉県、東京都、神奈川県、富山県、岐阜県、愛知県、三重県、兵庫県、山口県、徳島県、愛媛県、高知県、大分県、沖縄県

(実績値)



(コメント)

- ・各々の指標が全領域にプロットされたパターン。
- ・各々の指標のプロット領域に応じた対応が必要。

(採用率)

以上のように、都道府県別相関図については、各構成指標がプロットされた領域によって、全部で9つのパターンがあると考えられる。各都道府県が該当するパターンによっては、今後取るべき対応が異なる。

例えば、「パターン1」は全指標が実績値50以上であるが、採用率50未満の指標については数値目標として採用率を50以上としてもいいし、また既の実績値が高いので採用率を高めても意味がないとし、むしろ4疾病5事業以外で実績値の低い分野に重点を置くという対応も考えられる。

一方、「パターン4」は全指標が採用率50未満であり、まず、採用率50未満の指標を数値目標に採用して採用率を50以上とし、以後、施策の着実な実施等により実績値50以上を目指す等の対応が考えられる。

このように、各都道府県が、該当する「パターン」に沿った適切な対応を取っているかどうかという視点は、特に、数値目標設定後の具体的な施策の実施状況を評価し、また軌道修正を図る際にも参考になるものと考えられる。

4. ヒアリング調査

(1) ヒアリング調査の概要

① 調査の目的

新医療計画の策定に当たって、事前調査や検討プロセス、策定後の広報体制等においてどのような課題があったかを把握することを目的とした。

② 調査対象都道府県の選定

企画検討委員会での意見を基に、都市部・地方部のバランスや医療計画の記載内容を勘案して、事務局で東京都、大阪府、千葉県、静岡県、鹿児島県の5府県を選定した。

③ 調査実施時期

平成20年11月下旬～12月上旬にかけて各都府県の医療計画策定時の担当者を訪問し、各1.5時間程度ヒアリングを実施した。

(2) ヒアリング調査結果

① ヒアリング調査結果要約

ヒアリング結果は次項以降に記述しているが、ヒアリング項目とその結果は、次の4点に集約できる。

・医療計画の策定プロセスに関する事項

各都府県とも、医療計画の策定に当たって、地域の医療機能を把握するため、独自に医療機能実態調査を行った。今回は、地域連携体制の構築が主な計画内容となることから、各医療機関が有する医療機能と地域連携の状況把握に重点がおかれ、医療機関を対象とした調査である程度の把握はできたが、患者動向の把握は十分には行えなかったとのことである。また、住民・患者の意見反映も、協議会メンバーとしての参加が主たるものであった。

・数値目標の設定に関する事項

健康増進計画やがん対策推進計画など関係計画との整合性を図る観点から、これらの計画と同じ指標を選定し、同じ数値目標を設定している。また、それ以外の指標に関しては、厚生労働省の指針や医療機能実態調査結果を基に、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標を選定しているが、説明性、妥当性などの観点から、指標選定には苦労したとのことである。更に、今後とも現状把握に努めて、数値目標の見直しが必要という意見もあった。

- ・医療計画の推進とその広報活動に関する事項

各地域において、地域連携体制を構築する作業に重点が置かれている。進捗状況の評価のために協議会等に諮る時期を決めている都府県もあった。また、計画内容の広報活動は予算制約により限られたものとなっているが、個別具体的な事業の広報に重点を置いているとのことである。

- ・医療計画の策定に関する意見

医療計画は、都道府県のみではなく、医療機関等関係者との役割分担の下で推進していくものであり、都道府県の方針が示されたことや医療機関等が有している機能を把握できたことなどの意義が大きかったと評価している。

患者の動向を把握するには、すでに存在する医療機能情報提供制度や診療報酬制度（DPC やレセプトデータ）の情報を共有化、活用することが有効であり、また、住民・患者の意見などを計画に反映させるためには、余裕をもったタイムスケジュールが必要であるという意見であった。

② 医療計画の策定プロセスについて

- ・現状分析活動の内容（各地の患者動向、医療提供体制等）

医療計画の策定に際して、各都道府県とも、地域の医療資源の現状や患者動向等を把握するため、既存の統計資料を活用するだけでなく、毎回、独自の視点で実態調査を行っている。

今回、ヒアリング調査対象の5都府県も、それぞれ、平成18年度或いは平成19年度に実態調査を行っている。東京都は、「東京都医療機能実態調査」を平成18年度に実施している。厚生労働省の指針（平成19年7月）が出てから調査したのでは、計画策定までに時間的余裕がないと判断し、医療計画策定のために必要となるデータを想定して調査項目を設定したとのことである。東京都と同じく、大阪府と鹿児島県も平成18年度に調査を実施している。大阪府は、今回の医療計画の改定に係る事前検討の内容を踏まえて、病院協会・医師会等の意見を加味して調査票を作成し、医療機関を対象として連携パスの導入状況を調査している。また、鹿児島県は、医療機関を対象とした「医療施設調査」と県民を対象とした「県民保健医療意識調査」を行っている。これらの調査は、医療計画の改定に当って毎回実施しているものであるが、設問・質問は全面的に見直したとのことである。更に、鹿児島県は、今回の医療計画の内容が地域連携体制の構築を目指すものであることから、医療機関を対象とした「連携体制調査（対医療機関）」を平成19年4月に実施し、地域連携に関する現状と将来に対する意識調査を行っている。

千葉県、静岡県も地域連携の状況把握にポイントをおいて調査を行っている。千葉県は平成17年度に、静岡県は平成16年度に医療計画を改定していることから、今回は医療計画の全面改定ではなく、必要な部分を「見直し」（千葉県）、「追補版」（静岡県）として扱っている。このため、両県とも患者動向などの実態調査は実施していないが、千葉県は、地域連携のための医療資源の状況を把握するため、全病院と全在宅

療養支援診療所を対象とした「医療機能実態調査」を平成 19 年 8 月に実施している。また、静岡県は、医療体制図を作成し、どの医療機関が機能を担っているのを確認するとともに、パスの導入状況等も調査したとのことである。

- ・情報収集に当たって制約となった事項の有無、その具体的内容

患者動向の把握に関して、東京都や大阪府は平成 17 年に実施した「患者調査」を活用したということであるが、千葉県は、県内の医療機関を対象として調査を行ったため、東京都等の県外に流出している患者動向が把握できなかったという課題が残ったとしている。また、「患者調査」の公表データでは、各医療機関がどういう患者を対象としているのかという役割分担が具体的に把握できないという課題を指摘している。

静岡県も、平成 16 年度の医療計画改定に際して、「患者調査」は統計法の規制により情報の 2 次利用ができないので、独自に「在院患者調査」を行っている。鹿児島県も同様に、「患者調査データを活用したかったが統計法の制約ということでこれもできなかった」と述べている。

東京都は医療機能情報提供制度を活用して、医療計画の策定指針等の公表前に実施した医療機能調査で欠落していた調査項目を補ったとのことである。具体的には、脳卒中に関する機能等を医療機能情報提供制度の調査項目に追加して提供を依頼し、併せて医療計画への掲載に関する意思確認を行ったということである。

また、鹿児島県は、有病率のデータが把握できず、年齢調整受療率で代替せざるを得なかったということである。同時に、国民健康保険のデータからしか医療費を把握できなかったという限界も指摘している。

- ・住民・患者の意見を反映するためにとった具体的方法

計画内容に住民や患者の意見を反映させる方法として、ヒアリングを行った 5 都府県における取り組みを整理すると、a) 事前調査において「意識調査」を実施して住民・患者の意向を把握し、b) 医療計画を審議する協議体メンバーに住民・患者代表にも参加してもらい、c) 医療計画の原案ができた段階でパブリックコメントにかけるということの組み合わせになっている。

鹿児島県は、県民意識調査の対象を以前の 2.5 倍の 5,000 人に拡大し、離島もきめ細かく実施したことにより、離島における医療提供を検討するに当たって有益な情報が得られたとのことである。また、千葉県は、要望のあった地域に向いて、県民自身が主催者となるタウンミーティングを平成 18 年度に 118 回、平成 19 年度に 62 回も開催し、この中で出された意見を医療計画の中に盛り込むことができたとしている。

住民・患者代表を協議会・審議会メンバーとすることは各都府県で行われているが、静岡県や大阪府は 2 次医療圏単位で「地域医療協議会」（静岡県）、「保健医療協議会」（大阪府）を組織し、住民・患者代表に各地の協議会に参加してもらったとのこと、地域の実情に即した検討がなされたものと思われる。

一般市民のパブリックコメントに対する反応は各都府県とも総じて低調であった模

様である。概ね 1 ヶ月程度の意見募集期間を設けていたが、寄せられた意見は医療関係者からの意見が主だったようである。情報量の差が大きい医療分野において、一般市民や患者から意見を引き出すのは容易ではないことを示すものであろう。

③ 数値目標の設定について

- ・数値目標として最も重視した指標とその理由

今回の医療計画の策定に当たっては、4 疾病 5 事業および在宅医療に関する医療連携体制の構築については、数値目標を設定することが求められている。

評価指標に関しては、各都府県とも、健康増進計画、がん対策推進計画などとの整合性をとる観点から、これらの計画において目標とした指標とその目標値をまず採用している。

それ以外の指標に関して、東京都、千葉県は、厚生労働省の指針（平成 19 年 7 月「疾病又は事業ごとの医療体制について」）において提示された、現状把握指標を参考に、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標に分けて検討したとのことである。また、静岡県は、指標としては、a)有効性、b)妥当性、c)実現可能性、d)取得性などの要素を踏まえて検討したが、例えば、死亡率はすぐに変化するものではないので実現可能性が低く、施策と指標の改善の因果関係がはっきりしないと妥当性がないなど、数値目標にできるものが少なく、地域連携パスの導入率が医療連携体制の評価する指標として一番ふさわしいと考えたとのことであった。同様の点は鹿児島県も指摘しており、戦略⇒戦術⇒施策という展開をしたかったが、施策と目標との因果関係の把握が難しかったという感想を述べている。

ストラクチャー指標を設定する前提として、医療機関がどのような医療機能を担っているのか、設備面や専門医などの人的対応状況、具体的な治療実績、地域連携パスの導入状況などを把握する必要がある。①に既述したように、各都府県とも、医療機能の実態把握のため、事前に医療機関を対象として調査を実施しており、調査内容は、4 疾病 5 事業に関する個別具体的な対応状況、実績を把握する内容となっている。この調査結果が指標の選定と数値目標の設定の前提となっていることがうかがえた。

- ・数値目標設定の考え方、設定根拠

評価指標の選定に当たって、健康増進計画などの関連計画で採用された評価指標を選定した場合は、当該計画での数値目標が医療計画においても目標とされている。

それ以外の指標については、それぞれの指標の全国平均値を上回ることが目標とされ（静岡県、鹿児島県）、また、他府県との比較ができない場合など、医療圏単位で、同一県内の他の医療圏と遜色のないような状況を目指すことが目標とされている（大阪府、千葉県、鹿児島県）。

東京都は、評価指標は選定したものの、数値目標としては「現状より改善する（上げる、下げる、増やす、高める、短くする）」とする指標が数多くある。これは、適切

な目標値設定のための情報量が不足していたため、今後、データの把握状況に応じて順次設定するとのことである。今回の医療計画の策定を契機として、各都道府県において、地域の現状把握と分析が進展することが期待される。

④ 医療計画の推進とその内容の広報活動について

・医療計画の推進組織、推進体制

医療計画に盛り込まれた施策や事業については、それぞれ実施担当セクションがあることから、担当セクションの責任において進められる事業の進捗状況および成果を適宜評価して、事業内容の見直しや計画内容の見直しなどを行うことになる。

このため、東京都は、東京都保健医療計画推進協議会に年 1 回進捗状況を報告するとともに、今年度中に評価を実施したいとしている。大阪府も、審議会等に諮って平成 22 年度に中間評価を行う予定で、平成 25 年度は改定を行うとのことである。

一方、計画に盛り込まれた医療連携を実効性あるものにすることが喫緊の課題であるとのことで、大阪府は、4 疾病について 2 次医療圏単位で地域連携パスの作成を働きかけており、千葉県は、年度内に全県共用地域医療連携パスを作って全県下に配布することを目指している。鹿児島県も、医療連携体制について、各地域計画をつくることにしており、現在保健所単位で地域医療連携体制を構築中とのことである。静岡県も医師不足で地域連携が不可欠であるという認識で、医療圏単位での地域連携体制の構築を進めているなど、県が積極的なイニシアティブをとって医療連携の構築を進めている。

・地域住民や患者に医療計画の内容を知ってもらうために行った広報・周知活動

住民や患者を対象とした医療計画の内容についての広報活動として、各都府県とも、ホームページに医療計画本体を掲載している。それ以外には、広報誌で内容を紹介（東京都）、メールマガジンで紹介（静岡県）する例もあった。医療計画本体は大部であるため、静岡県は、医療計画のダイジェスト版を 2 万 1 千部作成し、医師会や各病院を通じて患者および関係者に配布している。

一方、医療計画の広報に関しては予算措置がなく、千葉県、大阪府は概要版を作成していない。鹿児島県は、概要版は作成したものの、量的には十分ではなかったとのことである。

・広報・周知活動の効果および今後の実施予定

静岡県は、医療計画に関しては、医療関係者の口から患者に情報提供することが大事であると考え、県医師会と合同で研修会も実施したとのことである。

一方、脳卒中について地域連携管理料を算定するには、医療計画に当該病院が脳卒中医療を担う医療機関として収載されていることが必要とされている。このため、診

療報酬の改定内容が明らかとなつてから、医療機関も医療計画に関心をもつてきたとこのことであつた（各都府県）。

今後の広報に関して、東京都は、医療計画そのものより、より具体的な情報として個別医療機関の情報や自分の疾患に関する情報等が住民には関心が高いと思われるので、そちらの広報を重視するとしている。大阪府も救急医療に関しては別途ホームページで啓発活動を行っているということで、課題に応じた個別事業等の広報を重視する姿勢であつた。

⑤ 医療計画の策定に関する意見

・医療計画の役割、政策効果に関する意見

地域医療の提供体制については医療計画でしか規定できないため、各都府県とも、医療計画は地域の医療に関する基本となる計画という認識で、検討・策定したとのことである。同時に、行政だけが責任を負うべき計画ではなく、あるいは、行政や自治体だけで目標達成ができるものではなく、医療機関などとの役割分担などが重要となると考えている。今回の医療計画の策定によって、鹿児島県は、県の意思が文書で明らかになったところに意義があるとしている。東京都は、行政だけでなく、医療機関や都民の意識を変える効果があつたとしている。また、千葉県も、県の役割、医療機関の役割などにつき、手順を踏んで意見を聞くことによりそれぞれの役割が明確になったとしている。静岡県は、医療計画に医療機関の名前が載っていることで連携体制の維持に役立つとともに、どこでどのような医療機能を担っているかが明らかになったという意味で評価できるとしている。

医療連携体制の構築を具体的に進めるに当たって必要かつ有効なプロセスであつたとみることができる。

しかし、今回は関係計画との同時並行作業となつたことから、東京都は、次回改定においては、医療計画、地域ケア整備構想、医療費適正化計画、健康増進計画の「4計画」相互の整合性の付け方が課題となると指摘している。また、静岡県は、各都道府県の医療計画の前に、医師の配置計画等を規定した、より上位の国の「医療基本計画」等が必要ではないかという意見を述べている。

・医療計画の策定プロセスに関する意見（特に住民参加に関して）

厚生労働省の指針が通知されたタイミングが遅かつたことから、鹿児島県は、作業の進め方に影響が出たとしている。東京都や大阪府などは指針の公表前に現状調査を実施している。

また、千葉県は、疾病毎に協議会を設定しエリア設定の段階から検討を行うことは相当の時間を必要とすることから、専門家に個別に話しを聞きにいつて内容の精度をあげるといった対応をとつたとのことである。

鹿児島県は、住民や患者の意向把握ということで、今回初めて離島の住民に対して

も調査票を送付した。離島においては、それぞれの医療資源・医療環境に応じて、求めるサービス内容が異なることが把握できて有益だったとしている。

静岡県は、現状では、どこに、どれだけの疾患が発生しているかというデータはなく、どの医療機関でどれだけ医療が提供されているかも特別な調査を行わなければ把握できないため、DPC 情報の詳細開示とその活用や、23 年度からスタートするレセプトデータのオンライン化に合わせて、この情報を地域で共有できる仕組み、分析に使えるデータが自動的・定期的に集まる仕組みが必要であるとしている。

・「医療連携体制」に関する意見

各都府県とも、医療連携体制の構築は不可欠であるとの認識で、地域連携パスの作成・導入を指導し、各地域の医療連携体制が「絵に描いた餅」とならないための努力を行っている。

このような活動の中で、大阪府は、適切なモデルがなければ、実効的な地域連携パスの導入が進まないという意見を述べている。鹿児島県は、医療連携体制の構築には、活動費を持って進めていかないとそれなりのものはできず、「モデル事業」という形で関係者の好意に甘えるだけになってしまうという意見を述べている。

・数値目標の設定と政策循環に関する意見

今回の医療計画では、数値目標を設定し、その実現状況を適宜評価して必要な見直しを行うという政策循環が盛り込まれたが、数値目標について、国と都道府県が、共通の目標を掲げ、目標達成に向けてそれぞれの役割を果たすことが重要という意見（静岡県）があった。また、PDCA サイクルという政策循環については、一般論としてはわかるが、これまでやってきていないので、「どう評価するか」という点が明確でないという率直な不安の声（千葉県）があった。

⑥ その他

平成 20 年度の診療報酬改定に当たって、脳卒中について地域連携管理料を算定するには、医療計画に当該病院が脳卒中医療を担う医療機関として収載されていることが要件となった。各都府県とも、診療報酬が医療計画を要件とすることは、医療計画の実施に有効という評価をしているが、今後、糖尿病の診療報酬と医療計画とがリンクされると、膨大な数となる可能性がある「一次医療機関」をどう記載するのかを懸念する意見（大阪府）もあった。

今回の医療計画策定に当たっては、医療、保健、薬務等広範な分野での取り組みを集約する必要があったことから、大阪府のように健康福祉部横断的なプロジェクトチームで検討を進めた例もあるなど、各都府県とも、何らかの保健医療関係部局横断的な取り組み体制をとっている。また、国立保健医療科学院において実施された研修に参加したのは有益であったという意見（鹿児島県）もあった。

5. アンケート調査

(1) アンケート調査の概要

①調査の目的

各都道府県が策定した新医療計画そのものを中心とした調査のみでは、都道府県が現時点で直面している 4 疾病 5 事業に係る医療連携体制の状況や課題の全てを把握することは困難である。

そこで、全都道府県に対し、特に医療計画の策定プロセスや策定後の広報活動の内容等を把握することを目的としたアンケート調査を実施し、より具体的に実情を把握することとした。

②調査対象

全国 47 都道府県の医療計画担当者

③調査実施時期及び方法

平成 20 年 12 月 12 日から平成 20 年 12 月 26 日までを回答期限として、「医療計画の策定および広報等に関するアンケート調査票」(資料 1) を郵送し、47 都道府県中 46 都道府県から回答を得た (回収率 97.9%)。

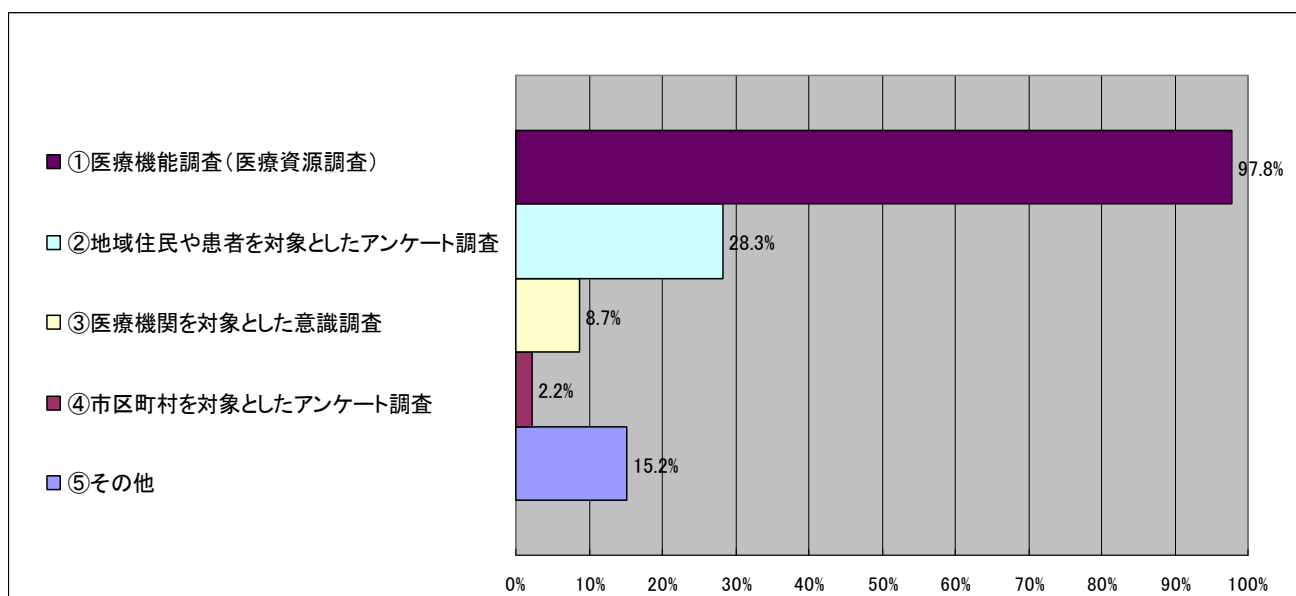
(2) アンケート調査結果

①医療計画の策定プロセスについて

- ・医療計画策定のため新たに行った調査

「医療機能調査（医療資源調査）」が最も多く（97.8%）、次いで「地域住民や患者を対象としたアンケート調査」（28.3%）、「医療機関を対象とした意識調査」（8.7%）の順となっている。

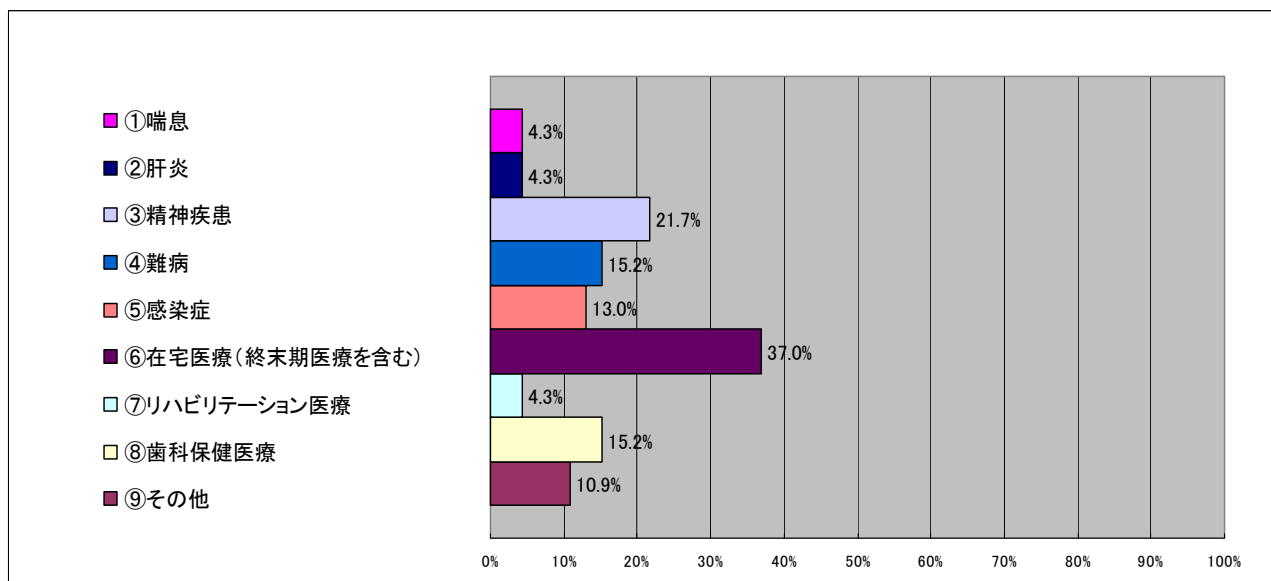
なお、選択肢以外で新たに行った調査として、「(国保に関する)患者受療動向・疾病構造調査」、「医療機関を対象とした医療機関明記に関する意識調査」、「消防搬送状況調査」等の回答があった。



・ 4 疾病 5 事業と同様に特に重点的に取り組むべき事業（分野）

「在宅医療（終末期医療を含む）」が最も多く（37.0%）、次いで「精神疾患」（21.7%）、「難病」（15.2%）、同じく「歯科保健医療」（15.2%）、「感染症」（13.0%）の順となっている。

なお、選択肢以外で特に重点的に取り組むべき事業（分野）として、以下のような回答があった。
 「精神疾患分野（心身障害者（児）、発達障害、うつ）」、「包括ケアの推進（高齢者医療福祉、認知症等含む）」、「アレルギー」、「アスベスト」、「臓器等移植」、「児童虐待」、「原爆被爆者」、「医療安全」、「薬事保健衛生」



・ 4 疾病 5 事業と同様に特に重点的に取り組む理由

重点的に取り組む理由として、以下のような回答があった。

＜在宅医療＞

- ・ 全国を上回るスピードで高齢化が進行し、長期の療養や介護を必要とする者が増加傾向にある中、在宅療養を希望する患者への医療サービス提供体制が不十分であるため。
- ・ 在宅医療の充実が 4 疾病 5 事業の医療連携体制の円滑な働きにつながる。今後の超高齢社会を見据え、充実していく必要があると考えられる。
- ・ 地域完結型の地域医療を推進するため。
- ・ 療養病床の見直し等、国の施策において在宅医療の受入体制を整備することが求められているため。
- ・ 高齢化の進展により、長期にわたる療養や介護を必要とする慢性疾患患者が増加しており、在宅で提供される医療に対するニーズが高まっていることから。
- ・ 医療法第 30 条の 4 第 2 項第 6 号において「居宅等における医療の確保に関する事項」として明記されたこと。高齢者の増加やがん患者の増加に伴い、緩和ケアや終末期ケアを必要とする在宅療養者が増えたと予想されていること。

＜在宅医療、歯科保健医療＞

- ・ 今後、在宅医療や在宅介護の充実に対する要請は益々高ってくるものと思われるため、4 疾病等においても合併症を予防するため治療早期から口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションの促進が重要なため。

＜包括ケアの推進＞

- ・ 住民が住み慣れた地域で生涯にわたり健康で安心して生活できるよう、保健・医療・福祉サービスに関係機関が連携して一体的に提供するしくみを確立・推進するため。

＜喘息、肝炎、精神疾患＞

- ・ 喘息、肝炎については、既に病診連携や対策に取り組んでいるため。精神疾患については、社会復帰や社会参加が課題であるため。

＜うつ＞

- ・ 本県では自殺者が多いことから、独自にうつ対策を追加した。

＜その他全般＞

- ・ 本県医療計画において、今回の計画見直し以前から重点課題として取り組んでいるため。
- ・ 調査結果等から把握された県内医療資源の現状や県民意識等を総合的に勘案した結果、各分野においてより充実した医療提供体制を整備する必要性が認められたため。
- ・ 治療が困難で長引くもの、全県的な対応が必要となるもの、福祉施策であっても医療が不可欠なものについては、医療提供体制の整備が必要と考えるため。
- ・ 都道府県として重点的に取り組むべき課題であると認識しているため。
- ・ 本県では、全ての県民が生涯を通じて心身ともに健康で生活できるよう、いつでもどこでも安心して必要な保健医療サービスを受けることができる体制を整備することを医療計画の基本理念としており、この実現のために必要であると考えられるため。

・都道府県で独自に項目を設定或いは指針の内容から一部変更して記載した事項

都道府県で独自に或いは指針の内容から一部変更して記載した事項として、以下のような回答があった。

＜医療機能に関するもの＞

- ・「指針」に示してある医療機能について県独自に設定した。
- ・4疾病5事業の医療機能を県の実情に合わせて変更して記載した。
- ・4疾病の各病期において求められる医療機能について、指針を参考としながら本県独自に基準を設定し、それに基づいて医療機能調査を行った。なお、本県独自に4疾病に係る歯科の基準を定め公表した。
- ・①脳卒中の急性期・回復期の医療機能について必要な役割と望ましい役割を示した。②小児医療において病院の定義（地域小児医療センターや小児中核病院等）による区分ではなく、医療機能により区分し策定した。
- ・脳卒中及び急性心筋梗塞の急性期医療機関リストの掲載にあたり、医療機関の要件（求められる事項）を一部緩和。

＜医療圏に関するもの＞

- ・今回の医療計画の見直しでこれまでの10二次医療圏から6二次医療圏に見直しを行ったが、救急医療圏についてはこれまでの二次医療圏により設定するなど、地域の実情に応じた内容とした。

＜地域医療支援病院に関するもの＞

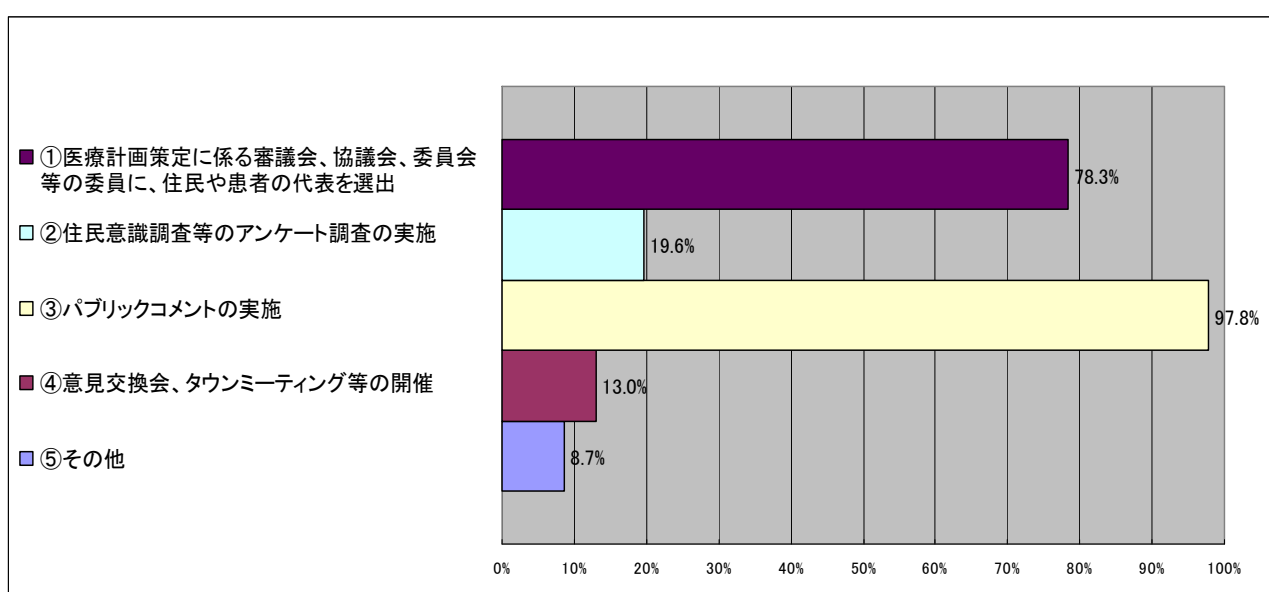
- ・地域医療支援病院の整備目標については、各医療機関の意向によるところが非常に大きいため記載していない。

・地域住民や患者の意見を医療計画に反映させるために行ったもの

「パブリックコメントの実施」が最も多く（97.8%）、次いで「医療計画策定に係る審議会、協議会、委員会等の委員に、住民や患者の代表を選出」（78.3%）、「住民意識調査等のアンケート調査の実施」（19.6%）、「意見交換会、タウンミーティング等の開催」（13.0%）の順となっている。

なお、選択肢以外で地域住民や患者の意見を医療計画に反映させるために行ったものとして、以下のような回答があった。

「モニターを活用した意見の把握」、「インターネットを通じた電子会議室の開催」、「市町村、医師会等への照会」



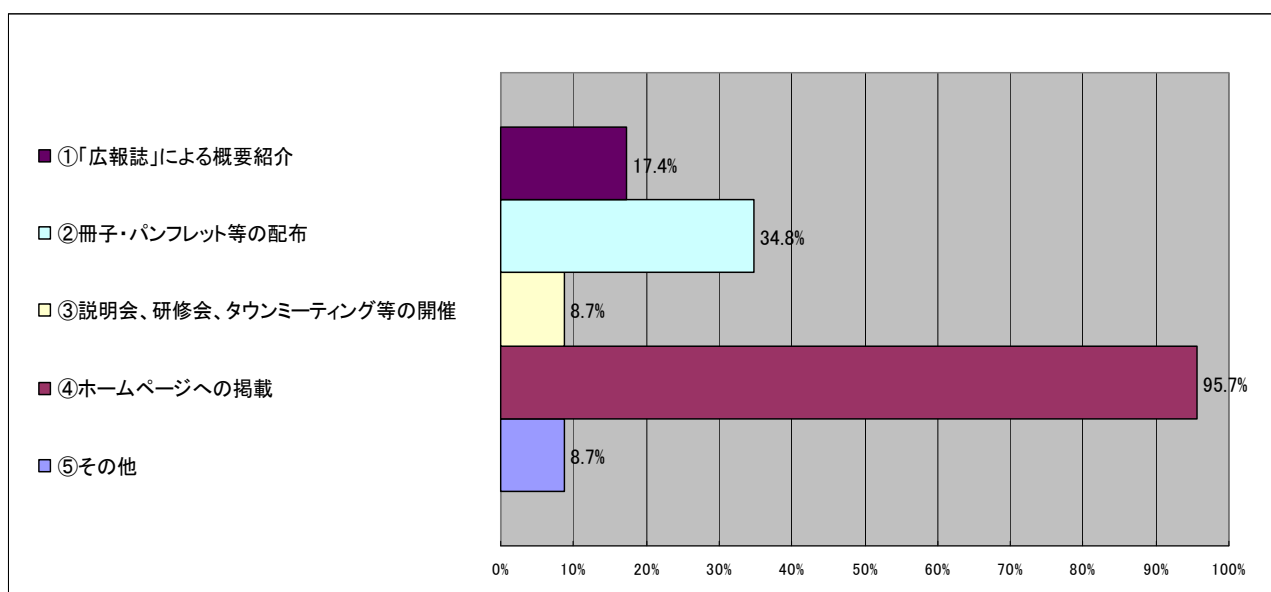
②医療計画の広報活動について

- ・ 地域住民や患者に医療計画の内容を知ってもらうために行ったもの

「ホームページへの掲載」が最も多く（95.7%）、次いで「冊子、パンフレット等の配布」（34.8%）、「広報誌による概要紹介」（17.4%）の順となっている。

なお、選択肢以外で地域住民や患者に医療計画の内容を知ってもらうために行ったものとして、以下のような回答があった。

「県民を対象に県政出前講座にて説明」、「県政記者クラブへの資料提供、医療関係団体主催の県民向けセミナーで広報」



③新たな医療計画全般について

・新たな医療計画に関する意見・要望等

新たな医療計画に関する意見・要望等として、以下のような回答があった。

- ・①作成指針は遅くとも1年前には示すこと（できれば2年前）、②専門医の配置状況など、全国統一基準で調査・検討を要する事項については、国が責任を持って調査を行うこと、③医療圏や基準病床数については、医療連携の理念や都道府県ごとの実情を踏まえ見直すこと。
- ・新たに位置付けられた4疾病5事業の医療連携体制や在宅医療については、データが少ない中で策定しており、今後、引き続き、見直しを含めて検討していく必要があると思われる。また、計画の推進方法等についても、4疾病や在宅医療などは大変難しいところであり、診療報酬加算や新たな補助制度の創設など国の積極的な政策誘導が必要と思われる。
- ・医療計画に基づく病床規制については、質の高い多様な医療サービスを誘導し地域の実態に合った整備が行えるよう、知事権限を強化するなど、そのあり方を見直すべきである。
- ・国と都道府県が施策目標を共有した上で、国が政策的に取り組むこと、県が計画を通じて取り組むことを役割分担するような計画としていただきたい。数値目標も、羅列ではなく、最も重要なものが何か、重み付けをしっかりとっていただきたい。また、これまでの病床管理にとどまらず、医師の適正配置について、県に権限を与えるなど実効性のある計画制度の検討を行っていただきたい。
- ・医療機能情報誌的な面が強いので、すぐに陳腐化してしまう。更新は現実的には追いつかない。
- ・医療連携体制を構築する上で各地域における各医療機能を満たす医療機関が所在することが重要であることから、地域における医療機能が不足する医療機関に対しての支援が必要である。
- ・評価の方法についての研究とその成果を踏まえた実践が課題。

Ⅲ. 今後の医療計画の策定に向けて（提言）

1. 提言 1；数値目標の重み付け実施

数値目標の設定について、下記のような基本の方針を決定する。4 疾病 5 事業の実績値の把握方法については、例えば、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で作成された「全国で把握すべき指標」等が参考になると思われるが、必要に応じて別途調査を行う等の対応も考えられる。

＜数値目標の設定に関する基本の方針＞

①4 疾病 5 事業毎の実績値に応じた数値目標の選択・設定

・実績値が良くない疾病・事業に対して重点的に数値目標を選択・設定する。

②患者からみた疾病・事業毎のステージ（ライフコースアプローチ）の視点による数値目標の選択・設定。

・実績値が良くないステージに対して重点的に数値目標を選択・設定。

＜提言の背景＞

今回の調査研究では、「全国で把握すべき指標」の実績値と採用率の相関関係を中心に分析を行った。その結果、多くの都道府県及び疾病・事業において、当該疾病・事業における実績値（医療の全般的な状況に関する数値、いわばパフォーマンス）が悪いのに数値目標が設定されていなかったり、実績値が悪いステージに対して重点的に数値目標を選択・設定すべきなのに、むしろ実績値が良い他のステージに数値目標が設定されていたり、というような数値目標の設定の仕方が散見された。

また、数値目標の設定については、都道府県独自の事情を考慮して選択・設定するという視点が重視されたため、結果として非常に数多くの数値目標の設定が見られた。つまり、都道府県によって数値目標の選定方法・内容等に違いが生じている状況であり、独自の視点による設定というメリットがある一方で、場合によっては具体的な施策と目標との因果関係の把握や、各都道府県間の医療計画の比較・評価等が難しかったり、というデメリットもあった。

なお、アンケート調査では、「数値目標も、羅列ではなく最も重要なものが何か、重み付けをしっかりとっていただきたい」という意見もあった。

2. 提言 2；各都道府県のパターン別アプローチの実施

「都道府県別相関図」を詳細に分析した結果、各構成指標がプロットされた領域によって全部で9つの「パターン」があると考えられ、各都道府県が該当する「パターン」に沿って適切な対応を取っているかどうかという視点は、特に、数値目標設定後の具体的な施策の実施状況を評価し、また軌道修正を図る際にも参考にすべきものとする。

＜提言の背景＞

都道府県別相関図では、4 疾病 5 事業の実績値・採用率について各々偏差値を算出し、「実績値 50 以上・採用率 50 以上」、「実績値 50 以上・採用率 50 未満」、「実績値

50 未満・採用率 50 以上」、「実績値 50 未満・採用率 50 未満」、という 4 つの領域に分類した。これを詳細に分析した結果、各構成指標がプロットされた領域によって、全部で 9 つのパターンがあると考えられた。

各都道府県が該当するパターンによっては、下記のように、今後取るべき対応が違ってくる。

例えば、「パターン 1」は全指標が実績値 50 以上であるが、採用率 50 未満の指標については数値目標として採用率を 50 以上としてもいいし、また既に実績値が高いので採用率を高めても意味がないとし、むしろ 4 疾病 5 事業以外で実績値の低い分野に重点を置くという対応も考えられた。

一方、「パターン 4」は全指標が採用率 50 未満であり、まず、採用率 50 未満の指標を数値目標に採用して採用率を 50 以上とし、以後、施策の着実な実施等により実績値 50 以上を目指す等の対応が考えられた。

3. 提言 3 ; 現状調査における役割明確化

医療計画の策定に当たって、把握すべき基本的情報を決定する。例えば、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で作成された「全国で把握すべき指標」等が参考になる。具体的な基本情報の項目毎に、内容・調査方法・対象等を出来る限り明確に決定した上で、全国で統一して調査を実施した方が効率的かつ効果的と思われる調査は国、地域で個別に実施した方がよいと思われる調査は都道府県、また、広域的な患者動向の把握等の調査は関連都道府県が共同調査を行うというように、調査の実施主体を明確化することが必要である。

< 提言の背景 >

今回実施したヒアリング調査（以下、単に「ヒアリング調査」という）によると、医療計画の策定に際して、各都道府県とも、地域の医療資源の現状や患者動向等を把握するため、既存の統計資料を活用するだけでなく、毎回、独自の視点で実態調査を行っている。因みに、ヒアリングにおいては、県内の医療機関を対象として調査を行ったため、隣接する都道府県等に流出している患者動向が把握できなかったという課題もみられた。患者動向に関する調査が全国で統一して実施されており、その情報を当該都道府県でも活用できるのであれば、そもそも当該都道府県で独自に県内の医療機関を調査する手間や時間やコスト等も不要となる。

都道府県によっては調査内容・方法・対象等に違いが生じている状況も予想され、実情を踏まえた独自の視点による調査というメリットもあるが、反面、調査内容によっては、全国的な比較ができないために医療計画に適切に反映されない結果となる可能性もある。

また、首都圏のように、県域を超えた医療連携が行われている地域にあっては、それぞれの県域内の医療資源の状況や患者動向を把握するだけでは、地域の医療実態を見誤る可能性もあるので、一定圏域での共同調査も検討する必要がある。

4. 提言 4 ; 情報の有効活用及び質の向上

情報の有効活用及び質の向上に関して、下記の4点を提言する。

①「患者調査」情報の2次活用

- ・「患者調査」の市町村単位・病院単位のデータ等の活用により、各医療機関の対象患者の具体的把握がある程度可能となる。

②医療費に関する「全国健康保険協会」情報の活用

- ・現状では、医療費については国保のデータしか正確に把握できない。

③レセプトオンライン情報（23年度実施予定）の活用、DPC情報の詳細開示等

- ・このレセプトオンライン情報を地域で共有できれば、どこの病院でどんな医療を提供しているのかが見えてくる。同様に、DPC情報の詳細開示も重要。

④「医療機能情報提供制度」の情報の質向上

- ・例えば、「5年生存率」における重症度の反映等。

<提言の背景>

ヒアリング調査によると、「患者調査」の公表データでは各医療機関がどういう患者を対象としているのか具体的に把握できない、という課題がある。このため、独自に「在院患者調査」を行った県もあった。また、有病率のデータが把握できず年齢調整受療率で代替せざるを得なかったり、国民健康保険のデータからしか医療費を把握できなかった、という課題もあった。

一方、医療計画の策定指針等の公表前に独自に情報収集しなければならないために発生した調査項目の欠落を補う手段として、医療機能情報提供制度を活用した例もあった。具体的には、脳卒中に関する機能等を医療機能情報提供制度の調査項目に追加して提供を依頼し、併せて医療計画への掲載に対する意思確認を行っている。

このように、医療機能情報提供制度を活用することにより、患者の動向や医療機関の医療機能を把握することも可能であるので、既存調査や既存データの有効活用を図るとともに、今後進められる電子情報化や情報収集体制の推進に当たっては、地域の医療関係者がそれらの情報を共有して政策展開が可能となるような配慮が必要である。

5. 提言 5 ; さらなる政策誘導策の策定

以下のように、さらなる政策誘導策を策定すべきである。

<さらなる政策誘導策の策定>

①診療報酬への反映範囲拡大

- ・4疾病5事業における診療報酬と医療計画のリンク拡大。
- ・4疾病5事業以外の疾病・事業又は分野における診療報酬と医療計画のリンク拡大。

②補助金制度の創設・見直し

- ・医療計画における施策の実現や数値目標の達成等、医療計画の推進に寄与すると思われる医療機関その他の関係機関の具体的成果(例えば、専門医の確保等、地域の医療機能を充実させるようなもの)に対する新たな補助金制度の創設や既存制度の見直し等による支援の拡大。

<提言の背景>

ヒアリング調査によると、例えば、脳卒中について地域連携管理料を算定するには、医療計画に当該病院が脳卒中医療を担う医療機関として収載されていることが必要となり、医療計画に対する医療機関の関心が高まった。このように、診療報酬と医療計画がリンクしたことにより、各都府県とも、医療計画の実施に有効という評価をしている（診療報酬上のインセンティブは医療機関が医療計画に関心を持つ契機）。

一方では、医療計画は行政や自治体だけで目標達成ができるものではなく、医療機関などとの役割分担などが重要となると考えている。

6. 提言6；ガイドラインの早期提示

医療の需給両面での調査実施とその結果の確実な反映、がん対策推進計画・医師確保対策等の同時並行事業と新たな医療計画との整合性確保の観点等から、新たな医療計画策定のためのガイドラインについては、できる限り早めに提示するべきである。

<提言の背景>

今回実施したアンケート調査（以下、単に「アンケート調査」という）によると、新たな医療計画の策定に当たって、ほとんどの都道府県（97.8%）で「医療機能調査（医療資源調査）」を実施しており、同時に、県民の意識調査などを行い、医療計画策定の基礎資料としている（例えば、サンプル数の関係で通常のアンケート調査等では対象とされることが少ない離島なども対象として調査を行い、それぞれの医療資源・医療環境に応じて求めるサービス内容が異なることが把握できて有益だったとしている県もある）。

一方、医療計画と地域ケア整備構想、医療費適正化計画、健康増進計画、介護事業計画等が同時に策定ないし改定することになることから、相互の関係を整理するためにも、調査や準備に長期間を要することになる。このため、今回の医療計画の策定に当たっては、厚生労働省のガイドライン公表（平成19年7月）前に、医療計画策定のために必要となるであろう調査項目・データをある程度想定して医療機能調査を実施した都道府県がいくつか存在しており、調査内容もある程度網羅的な調査となっている。

なお、ガイドラインの具体的な提示時期については、必要に応じて別途調査を行う等の対応が考えられるが、アンケート調査では、「遅くとも1年前には示すこと（できれば2年前）」という意見があった。