

ディーズシナリオアプローチ

診断
52歳の太り気味(170cm、78kg)の男性会社員、15年前、健診1)で「糖尿病の気」があると指摘されたが放置したが、8年前運動時に過労で倒れ入院し、糖尿病と診断された2)。

治療
退院後、病院の糖尿病専門医に紹介され、それ以来、糖口糖尿病薬と栄養・運動療法を受けてきた3)。病院が遠いので栄養や運動療法、薬による血糖のコントロールうまく守れていない4)。特に、最近数年間会社が倒れ、仕事の量が増え、治療の継続が難しい。

資源
近くにかかりつけの医師がいれば便利なのだが5)、そして気軽に栄養や運動の生活指導をしてくれる人や場所が近くにあればと思っている6)7)。

合併症予防
最近視力が落ちたような気がし、また、最近手足のしびれがあるように覚え、体の動きもままならない8)。気になるのは、足がむくみ気味で、腎臓の機能が低下しているのかしら。各種専門医の受診が必要なのか、糖尿病は管理を良くすれば合併症も防げ天寿も全うできるといわれているのだが

評価例

県別評価指標

予防推進
運動、栄養(国民生活基礎調査)2)

早期発見推進
定期健診 県別で一検診を受けた人の割合(国民生活基礎調査)1)

管理体質充実
診療コンプライアンス 受診回数、受診継続期間(患者調査)4)
生活指導(国民生活基礎調査)
糖尿病専門医数(糖尿病学会調べ)5)6)7)
糖尿病療養士数(糖尿病学会調べ)
糖尿病教育施設数(糖尿病学会調べ)

合併症予防

予防(詳細指標)

個人課題	過程	分子	調査データ	期間	最近年	分母
運動したい	一次予防	運動している人の割合	国民生活基礎調査	3年	2001	全人口
運動したい	一次予防	運動量/日	国民生活基礎調査	プール毎年	1991-2002	全人口
減せたい	一次予防	減量/分目	国民生活基礎調査	3年	2001	人口
減せたい	一次予防	月間減量/食事量	国民生活基礎調査	3年	2001	人口
減せたい	一次予防	バランス良い食事をしてほしい	国民生活基礎調査	3年	2001	人口
減せたい	一次予防	BMI>25	国民生活基礎調査	プール毎年	1991-2002	人口
健診受けたい	二次予防	健診カバー率	国民生活基礎調査	3年	2001	人口

治療

個人課題	過程	分子	調査データ	期間	最近年	分母
受けたい	受療	受療カバー率	患者調査	8年	2002	人口
身近な診療所に行きたい	身近な治療	診療所割合	患者調査	8年	2002	全患者
長く続けたい	継続性	継続期間	患者調査	3年	2002	人口
病院に紹介されたい	連携	診療所から病院への紹介	患者調査	8年	2002	病院外来患者
診療所に紹介されたい	連携	病院から診療所への紹介	患者調査	8年	2002	診療所外来患者
指導受けたい	生活管理	食生活や生活習慣の改善の有無	国民生活基礎調査	8年	2001	全患者
指導受けたい	生活管理	指導の実行状況	国民生活基礎調査	3年	2001	全患者
専門教育を受けたい	生活管理	教育施設	学会数値	毎年	2004	糖尿病患者/人口
指導受けたい	生活管理	療養指導士	学会数値	毎年	2004	糖尿病患者/人口
専門医に移ってほしい	専門性	専門医	学会数値	毎年	2004	糖尿病患者/人口

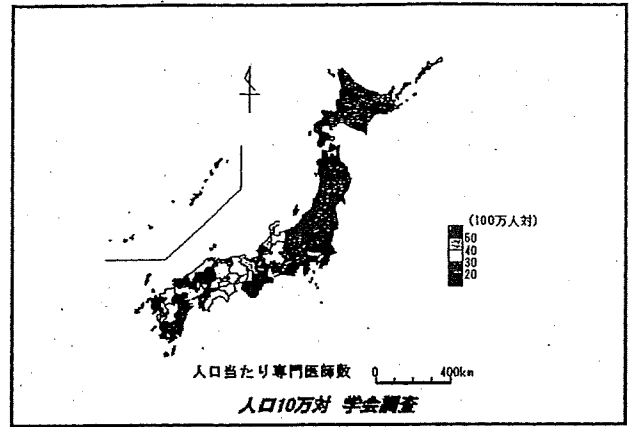
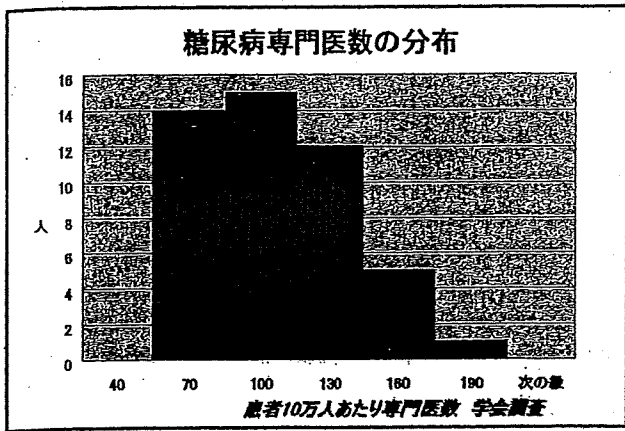
結果

個人課題	過程	分子	調査データ	期間	最近年	分母
患者にならなうたい	有病率	糖尿病患者	患者調査	8年	2002	人口
健康でいたい	活動	健康な割合	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
障害をなくしたい	活動	日常生活への影響の有無	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
目が見えたい	合併症	症状目のかすみ	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
目が見えたい	合併症	症状目のぼやけ	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
手足を動かしたい	合併症	症状手足のしびれ	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
腎臓を患いたくない	合併症	腎臓の病状	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
心臓を患いたくない	合併症	狭心症・心筋梗塞	国民生活基礎調査	3年	2001	糖尿病患者
認知症にならなうたい	合併症	認知症	国民生活基礎調査	8年	2001	糖尿病患者
死にたくなうたい	死亡	糖尿病患者死亡	人口動態統計	毎年	2003	人口

紹介率

糖尿病診療所外来、患者調査、2002

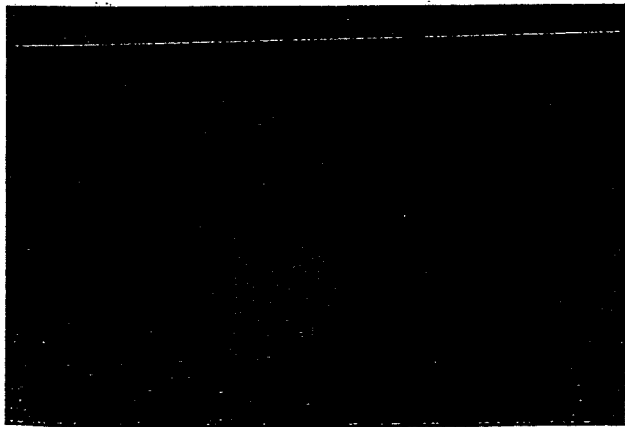
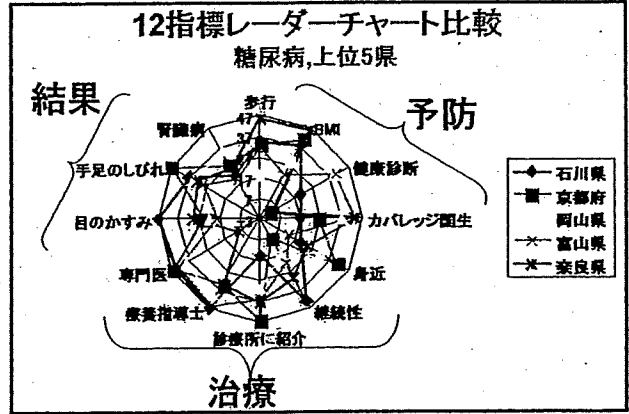




県別評価の例

	歩行	BMI	健康診断	カバレッジ	身近	継続性	診療所に紹介	糖尿病専門家	専門医	目のかすみ	手足のしびれ	腎臓病
上位県	8000歩以上	25以上	%	%	%	日	%	10万対	10万対	%	%	%
石川県	38.4	14.4	62.4	41.3	87.7	1412	2.86	17.1	2.8	17.3	20.1	2.8
京都府	30.0	14.2	55.3	41.8	81.2	494	17.06	7.3	2.8	28.8	18.1	2.8
富山県	28.1	18.3	70.1	42.0	34.8	739	8.86	12.1	2.7	27.8	22.9	2.8
岡山県	34.8	15.2	68.8	44.8	43.2	674	8.86	10.0	2.3	27.0	21.5	2.5
滋賀県	44.1	12.5	56.2	42.2	28.0	898	10.38	7.2	1.8	28.1	22.2	2.8
下位県	歩行	BMI	健康診断	カバレッジ	身近	継続性	診療所に紹介	糖尿病専門家	専門医	目のかすみ	手足のしびれ	腎臓病
高知県	25.7	17.7	62.3	38.8	28.0	424	3.15	6.8	2.7	24.1	28.8	2.4
茨城県	36.8	18.4	66.2	42.8	82.8	803	2.86	3.8	1.8	28.8	28.4	4.8
鹿児島県	24.1	18.8	64.2	32.7	54.8	491	3.25	7.1	2.0	30.2	18.5	3.8
岩手県	32.5	20.2	72.2	37.8	35.8	800	8.25	6.8	2.0	22.8	22.2	1.5
東京都	37.8	12.8	82.7	42.0	42.4	309	1.86	10.2	2.0	32.2	27.8	3.8

各項目の重みを1とし、順位を足してベンチマークしたもの



疾病単位での 連携手法

…疾病管理

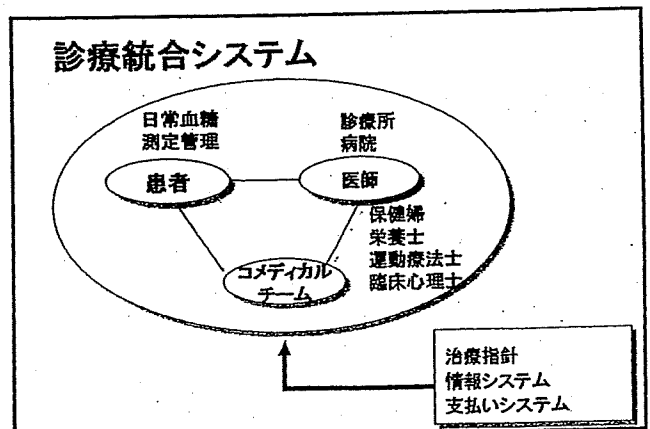
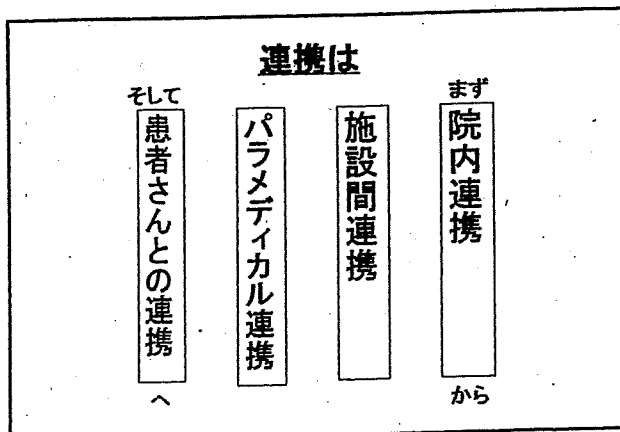
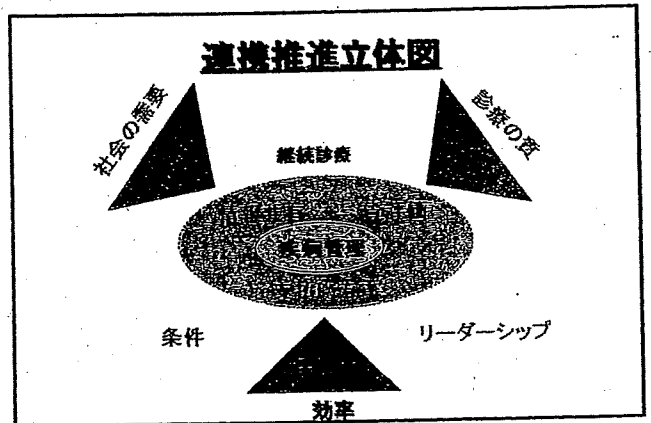
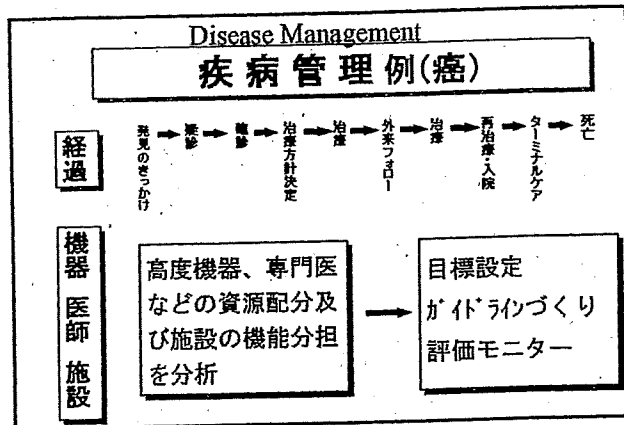
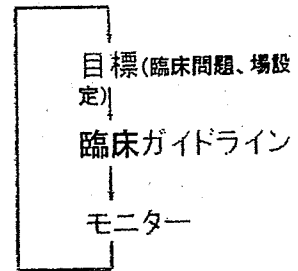
Disease Managementとは？

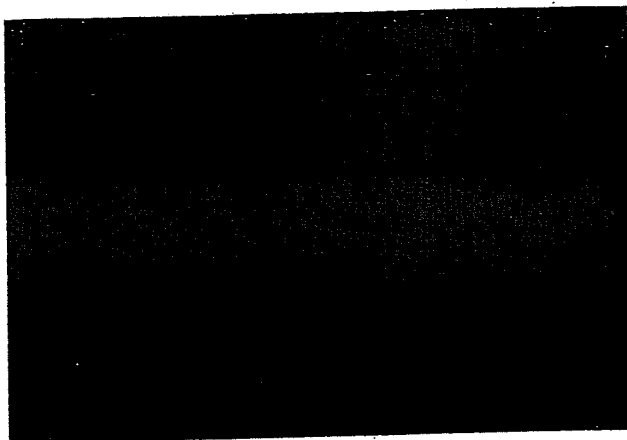
翻訳 疾病管理
疾病経営
疾病運営

開発 ポストコンサルティンググループ(BCG)
経営戦略ツールPPM開発会社
ファイザー製薬(発注元)

背景 米国クリントン改革の失敗
HMOの破産とマネジドケア
実は後で述べるクラスターと関連！

疾病管理(Disease Management)





階層型構造の医療提供体制から 住民・患者の視点に立った診療ネットワークへの転換

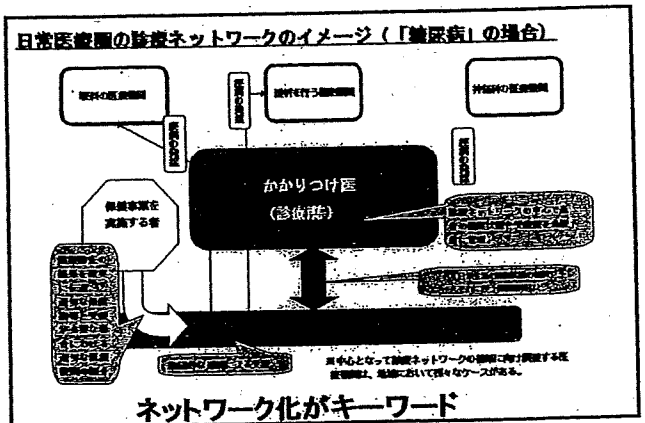
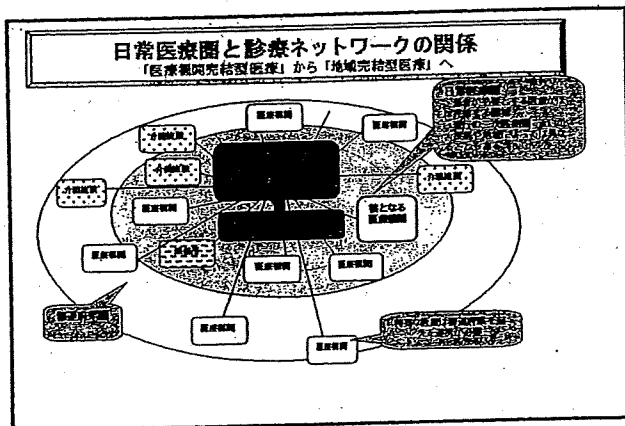
【これまでの医療計画の考え方】 → 【新しい医療計画の考え方（イメージ）】

【一次医療：管轄からの健康相談が受けられる、かかりつけ医を中心とした地域医療体制の確立を目指した医療】

【現在の医療計画制度の抱える課題】
 (1) 患者の実際の受診行動とは異なる医療提供サイドの視点で考えている。
 (2) 医療志向を多岐にわたる視点で捉えている。
 (3) 地域の医療資源に関係なく、結果として大規模重視となった増産型制度を推している。

【新たな医療計画制度での診療ネットワークの考え方】
 (1) 患者を中心とした診療ネットワークを構築。
 (2) 主要な疾患ごとに柔軟な診療ネットワークを構築。
 (3) 病状の規模でなく医療資源を重視した診療ネットワークを構築。

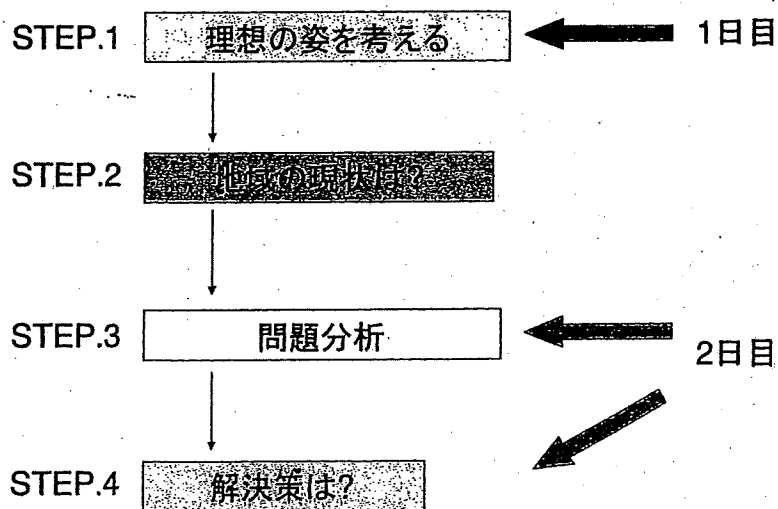
医療の大政変遷



医療計画レシピ

国立保健医療科学院
浅野昌彦

プロセスとWSスケジュール

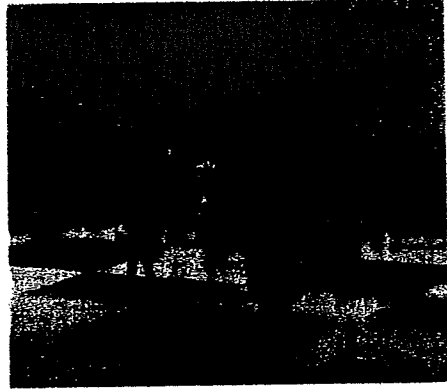


STEP.1

理想の姿を考える

シナリオ・アプローチで
個人の視点から考える。

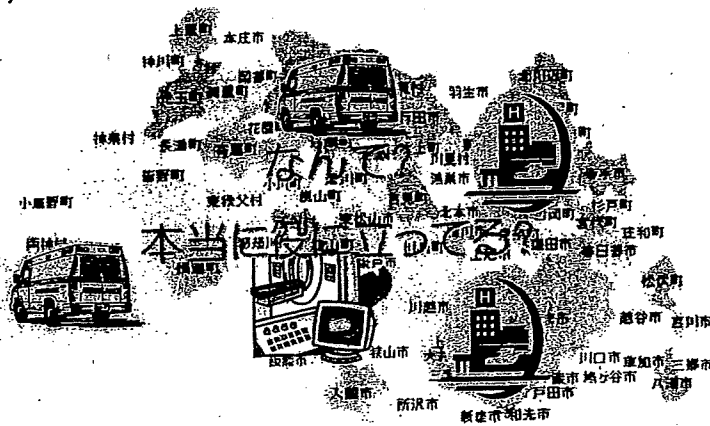
(1日目)

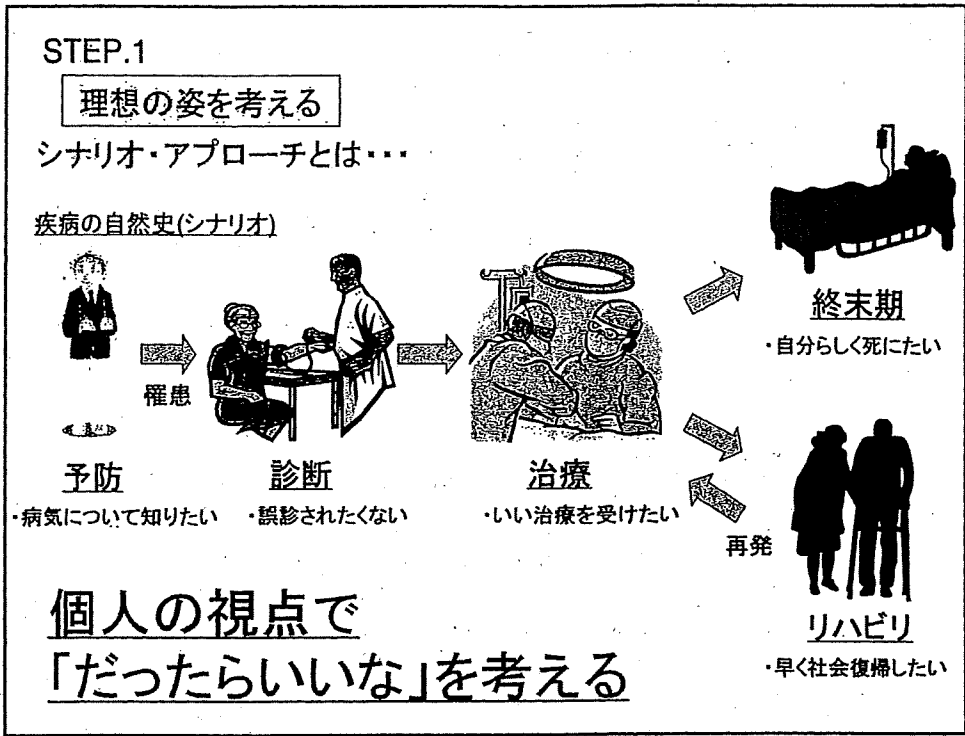


STEP.1

理想の姿を考える

(今まで)





STEP.1

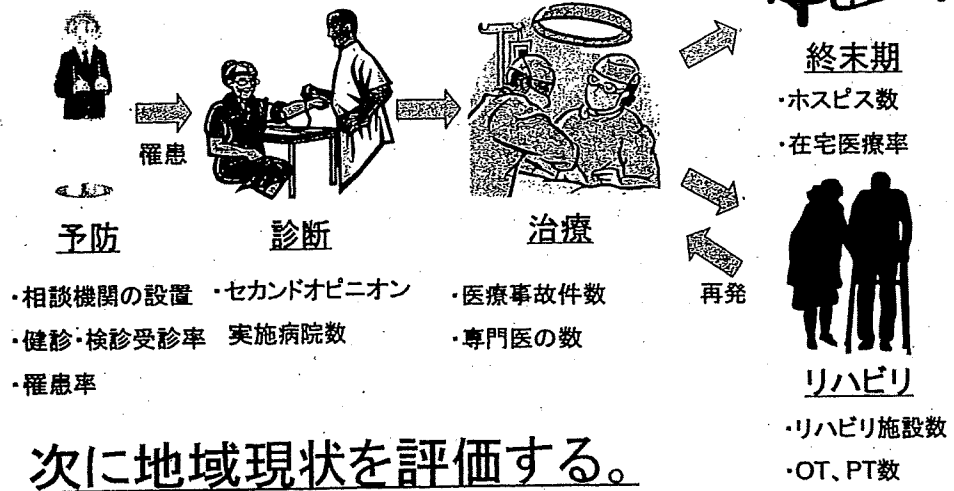
理想の姿を考える 「がん」の場合

	<願望>	<計画での目標>	<必要な資源>
予防	自分が健康か知りたい がんになりたくない	健診受診率の向上 罹患率の減少	健診実施機関 禁煙外来
診断	誤診してほしくない いい病院を紹介して	誤診の減少 紹介率の向上	セカンドオピニオン 連携ネットワーク
治療	いい治療を受けたい	専門医の増員 医療事故件数減少	専門医 医療事故をしない病院
回復	早く社会復帰したい 再発したくない	専門医の増員 再発率の減少	施設、支援人員 追跡システム

STEP.1

理想の姿を考える

「願望」を「指標」に



次に地域現状を評価する。

STEP.2

地域の現状を確かめる

ベンチマークにより、
現状の比較評価をする。



STEP.2

ベンチマーク評価とは

地域の現状を確かめる

でも、Aよりは高いぞ。

あっちには敵わないや…。

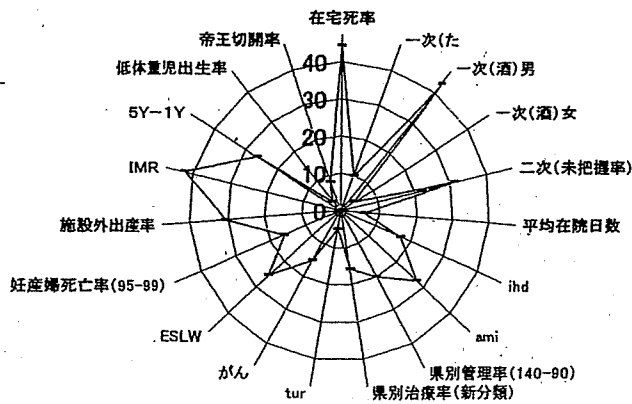
他と比較することで、自分の位置を知る。



STEP.2

地域の現状を確かめる

18 福井県



自分の県の現状を確認しよう。

STEP.2

地域の現状を確かめる

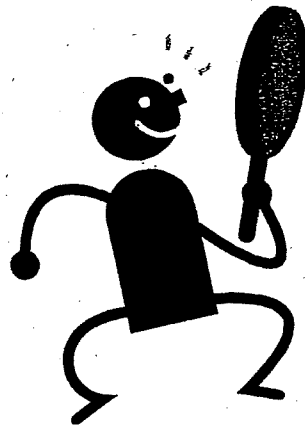
	<目標(指標)>	<現状>	<全国順位>
予防	健診受診率の向上	〇〇%	15位
	罹患率の減少	〇〇%	2位
診断	誤診の減少	〇〇	36位
	紹介率の向上	〇〇%	47位
治療	専門医の増員	〇〇人	5位
	医療事故件数減少	〇〇件	8位
回復	専門医の増員	〇〇人	11位
	再発率の減少	〇〇%	24位

STEP.3

問題を分析する

地域の弱点を見出し
問題の構造を考える。

(2日目前半)



STEP.3

問題を分析する

	<目標(指標)>	<現状>	<全国順位>	<優先度>
予防	健診受診率の向上	〇〇%	15位	C
	罹患率の減少	〇〇%	2位	E
診断	誤診の減少	〇〇	36位	A
	紹介率の向上	〇〇%	47位	A
治療	専門医の増員	〇〇人	5位	E
	医療事故件数減少	〇〇件	8位	E
回復	専門医の増員	〇〇人	11位	D
	再発率の減少	〇〇%	24位	B

STEP.3

問題を分析する

横断的に問題の構造を探る

(例)「健康診断受診率の低さ」と、「喫煙率の高さ」

→根底には「生活習慣病予防への意識の低さ」という問題

「心疾患死亡率の高さ」と「救急搬送時間の長さ」

→根底には「救急医療体制の整備不足」という問題

STEP.3

問題を分析する

地域の横断的問題(例)

- ①コメディカルの人材が不足している。
 - ②小児科が少ない。
 - ③県民の健康に対する意識が低い。
- ……などなど

これらの問題について…

各主体が果たす役割を議論しながら決めていく。

STEP.4

解決策は?

問題ごとに「できること」
を話し合おう

(2日目後半)



STEP.4

解決策は？

例「在宅医療の充実」

	誰が	行政	医師会	訪問看護 ステーションA	基幹病院 A	基幹病院 B	NPO・団 体
在宅医療 の充実	いつ	平成19年 度	平成19年 ～開始	平成20年 度	平成21年 度	平成19年 度～	平成210 年度まで に
	何を	訪問看護 ステーションへの補助金	夜間救急 往診への 体制づくり	人員を3 人増やす	訪問看護 サービスの開始	夜間等、 急変時への受け入れ態勢	介護者同士の支えあいサークル作る

医療計画の新しい方向性について

国立保健医療科学院政策科学部

浅野昌彦

1. 既存の医療計画の現状と問題点

医療計画は、1985年の第一次医療法改正において各都道府県に策定が義務付けられた行政計画である。正式には「都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画」であり、目的は提供体制、医療資源の整備、確保にあった。そのための具体的な手法として、医療圏の設定、そして病床規制がまず挙げられる。

i. 医療圏の設定

医療計画では各都道府県の中に機能ごとに医療圏という圏域を設定している。日常的な外来を担う一次医療圏(原則は市町村単位)、一般的な入院医療を担う二次医療圏(複数の市町村の集合)、救急や高度医療を担う三次医療圏(原則都道府県全体)である。

ii. 病床規制

計画の大きな目的は表立っての表現は無いものの、医療費の削減であった。当時も問題とされていた社会的入院の解消のため、病床数の増加に歯止めをかけることが医療費の削減に繋がると考えられていた。そこで、二次医療圏単位で算定式により必要病床数(現在は基準病床数)を算出し、新規の病床開設を制限するという手法がとられた。これが病床規制である。

iii. その他

医療提供体制に関して、病床だけではなく地域医療体制整備について記載事項を設けている。これは計画中で必ず触れなければならない事項である(医療法 30 条)。前述の医療圏と病床数以外に、機能分化や連携、救急医療、へき地医療などが挙げられている。

以上、現行の医療計画の概要を示したが、その効果については様々な議論が存在する。特に病床規制が医療費の削減に貢献したか否かについては諸説あり評価は分かれている。同時に様々な問題点についても挙げられているが、特に重要と思われるのが、計画の効果についての批判よりも、計画の制度的な機能不全に関する批判である。

i. インセンティブの不在

病床規制については新規開設の際、地域の病床数が既に基準病床数を超えていれば開設が制限されることになっている。また、この場合開設に仮に踏み切れば保険医資格が剥奪されるという罰則がある。しかし実際にはこれらの罰則は円滑に機能していない。総じて、計画では目的を達成するために利害関係者の行動を方向付けるインセンティブが全くない。そのため、計画は画餅となっている。

ii. 策定過程の閉鎖性

2001年の研究において全都道府県の計画策定担当者にアンケートを実施した結果、ほとんど全てで行政と医療関係者らによって計画が閉鎖的に策定されていることが明証された。政策一般の流れとして策定過程での住民参加、透明性が求められていることもあるが、医療安全など住民の関心が高いテーマも存在している。医療分野は専門性の高さゆえに典型的に「情報の格差」が生じる政策領域であるが、これを克服する必要があるだろう。

iii. 評価が困難

計画中で数値目標が義務付けられているのは、その性質上数値で表記せざるを得ない病床数だけであり、他の目標については多くの都道府県では散文で定性的に表記されるのみであり、具体的な数値による目標が掲げられていない。そのため、インセンティブの不在と相まって、計画の事後評価が難しい。

これらの批判、問題を解決するために、現在新しい医療計画について研究している最中である。

2. 新しい医療計画の提案

以上の問題点を踏まえ、それらの解決を目指しながらも抜本的に医療計画の内容、策定方法を再考しようとするのが我々の課題である。

① 計画の方向転換

まず、総論的に新しい計画がどのような計画を目指すのかについて大雑把に述べる。

i. モノの規制から安全・質へ。

今までの医療計画では、病床規制はじめ医療資源の整備が主たる目的だった。これからは、構造だけではなく、機能や、アウトカムの改善を目標とし、システムの運用、運営について計画で取り組んでいく。

ii. 住民の理解と参加による計画へ。

今までの医療計画は、ひとつひとつの課題が誰に対する誰の約束であるのか明確ではなかった。新しい医療計画では、住民、患者を医療サービスの最終的な消費者として位置づけることで、計画が行政の住民に対する「契約」として計画は策定される。行政の責任がはっきりとするだけではなく、住民に対する透明性の確保も重要となるだろう。

iii. 評価できる目標による計画へ。

数値目標が今までの計画では少なく、また事後的に計画の達成度を評価する体制が脆弱だった。しかし、これからはきちんと評価、フィードバックの過程も計画の過程の一部として繰り込む。そのためには、数値化できるものは、数値化し、設定した指標によ

る評価が必要となるだろう。

まとめるとこれまで病床規制が中心であった計画を、「医療の質や安全即ち結果」を重視し、「患者や住民の視点」に立って「情報の整備」によって「連携を推進」してゆくことが必要なのである。

②具体的手法

計画の中身も変われば、当然計画の作り方も変わる。以下では新しい計画づくりのために提案している手法について簡単に述べる。

i シナリオアプローチ

情報の格差を克服し、疾病において必要とされる資源を参加者が理解しやすくするため、シナリオアプローチの導入を提案している。代表的な疾病としてがん、糖尿病、心疾患、脳卒中を挙げ、予防、治療、予後について患者の視点からその経過を辿りつつ、各段階で必要とされる資源、あってほしい資源や状況を確認するという方法である。シナリオというツールによって情報の格差を克服でき、さらに広く利害関係者の要望を計画に反映することができる。さらに、現状を他地域とのベンチマークにより評価を行う。これにより、地域の現状評価、不足点などが明らかになり、地域医療の課題として抽出される。個別の疾病だけではなく、システム全体にかかわる医療費や効率性といった横断的課題についてはシナリオを用いないが、同様に指標を洗い出し、現状を評価して問題を浮かび上がらせるという手法を採る。

ii. マトリクスによる役割分担整理

次には、それを具体的にいかに解決していくことができるかを検討する。ここでは、利害関係者がそれぞれの課題にどのような役割を果たすことができるかを、表を作成することで整理していく。縦に目標を置き、横には利害関係者を置き、表をつくる。その中でそれぞれの利害関係者の役割などを記入していく。また、そのために必要なインセンティブ(補助金など)も合わせて考慮する。これを通じて、それぞれの利害関係者が自身の役割を学習する過程でもある。また、拘束力は別として一種の合意の過程でもあり、行動を方向付ける機会にもなる。

以上が、新しい計画づくりの概要です。しかしながら、まだこれは理論上の段階にとどまっており、この手法が現実に使えるものであるかについては不明です。そこで、模擬的に計画策定を実際に試行してみることで、問題点を探り、このツールの改善を目指したいと考えております。この点、ご協力頂ければ幸いと存じます。よろしく願いいたします。

ステップ 1 理想の姿と評価指標の決定

理想の姿と評価のための指標を検討しましょう—シナリオを用いた検討

1. シナリオの検討

- (1) 疾患ごとに、シナリオを読みましょう
- (2) 疾患ごとに「理想的(標準として理想的な)」シナリオはこれでいいでしょうか。改善したい点を話あいましょう。

2. 指標の検討

- (1) シナリオに沿って、理想の医療のあり方(理想的な地域保健医療のあり方)を診断する指標群を検討しましょう。

★ 指標とは：地域の医療のあり方について成績をつけるための、基準づくりです。

例) 脳卒中(脳梗塞)

Aさんは75歳の男性。以前に会社の健診で高血圧を指摘され、会社の診療所で降圧剤を処方されてももらっていたが、60歳の退職後は特に症状もないため、最初は近医を受診していたが、最近では通院も不定期になっていた¹。ある日、頭痛、吐き気、右上下肢の麻痺が突然に出現したために救急車で救命救急センターを受診し²、検査を行ったところ、脳梗塞を指摘された。すぐに集中治療室に3日間入院し、病状が安定したために近くの病院に転院した³。20日間のリハビリテーションにより、病状も好転し、日常生活動作も改善した。リハビリテーションを継続するために、より軽症の患者を対象とした慢性期の病院を紹介され、そこで更に1カ月間入院し⁴、現在では自宅でヘルパーやデイケアを受けながら⁵、70歳の妻と暮らしている。

¹ 慢性疾患においては、(1) 定期的に受診していること、(2) 病態を表す数値が良好に管理されていること、(3) 必要に応じて専門医のコンサルテーション、画像検査などの検査を受けていること、が重要である。到達度評価の指標：定期受診率、良好な治療効果を有しているものの割合

² 救急医療体制が整備されていること。到達度評価の指標：二次・三次医療機関個々について疾患・重症度などのケースミックスが機能に応じたものであるか否かを検証できること、重症度に応じた診療までの待機時間、疾患別の発症後早期の死亡率

³ 病状安定後、早期の患者の受入れが可能な、リハビリテーション、MSW機能を有する医療機関が整備されていること(亜急性期病棟に対応)。到達度評価の指標：条件を満たす医療機関の数、同病院への患者の入院経路・退院先、予後

⁴ リハビリテーション機能の充実した医療機関が整備されていること(回復期リハビリテーション病院に対応)。ここでは、FIMなどに基づいて適切なリハビリテーションプログラムが立てられ、目標管理が実施されている。到達度評価の指標：条件を満たす医療機関の数、同病院への患者の入院経路・退院先、予後(FIMの改善度)、リハビリテーションを必要とする急性疾患患者の中で、経過中に条件を満たす医療機関に収容された患者割合

⁵ リハビリテーション病院では、患者の状態が定期的に評価され、退院後の療養環境整備のための活動が行われている。到達度評価の指標：リハビリテーション病院でのFIM得点別の在院日数、改善度、退院時FIMによる介護保険利用状況

ステップ2 現状の診断

埼玉県現状を全国と比較して評価しましょう。

ステップ1で定めた指標を用いて、埼玉県の現状のどこに問題があるのか診断します。

1. わが県の診断結果

ここでは、各都道府県で設定した指標評価の領域（4 疾病+独自の疾病、5 事業領域+独自の領域）について、診断結果を示します。

①脳卒中（例）

脳卒中 評価: 上位20%A、上位40%B、上位60%C、下位40%D、下位20%E								
ステージ	概念	指標	わが県	全国値	最高の県	最低の県	全国何位か	評価
	どのくらい多いか	罹患率	56	58	42	69	22位	C
	どのくらい関心があるか	基本検診受診率	198	150	220	76	5位	A
	どのくらい関心があるか	精密検査受診率	18.2	16.3	19.1	12.7	7位	A
	どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少率	0.12	0.2	1	0.09	37位	D
	どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少率	0.1	0.21	0.8%		39位	E
							
							
							
	適切なリハビリ受けられるのか	早期リハ実施率	11	31	60	9	43位	E
	適切なリハビリ受けられるのか	回復期リハ実施率	42	45	90	30	25位	C
							
							
							
							
							