



第1章 はじめに：平成20年度研究の全体像

---

## 第1章 はじめに：平成20年度研究の全体像

平成18年度の報告書において示した本研究の全体スケジュール案は、図表1-1-1の通りである。

図表1-1-1 本研究のスケジュール案（再掲）

(平成18年度)・医療計画全般に関する基本的な調査研究を実施
・福岡県、千葉県と連携し、医療計画作成・管理マニュアル案（仮称）を作成
(平成19年度)・福岡県、千葉県における模擬医療計画を策定
・医療計画作成・管理マニュアル案の改善
・医療政策担当人材育成プログラム案の検討
(平成20年度)・医療計画作成・管理マニュアルの完成
・医療政策担当人材育成プログラムの開発、実施
・最終報告書の取りまとめ

平成20年度の研究においても、当初、図表1-1-1に示したようなスケジュール案に従い、平成18、19年度の研究成果等を踏まえつつ、研究を進めた。具体的には、平成20年4月以降、ほぼ全国で出揃った医療計画について、これらを横並びで概観し、一定の評価を行うことを試みた（第2章）。各都道府県の医療計画を評価する視点としてはさまざまなものが考えられるが、ここでは、医療の質に関する Donabedian の有名な三分法（structure-process-outcome）を援用し、各医療計画が設定している各事業ごとの指標・目標値を分類し、その特徴を明らかにしている。また、福岡県の医療計画において実際に採用された平成19年度の本研究における在宅療養支援診療所に関する調査結果に、診療所の財務諸表データ等を組み合わせることによって、在宅医療推進に当たっての諸課題を明らかにしている（第3章）。

さらに、これらの調査研究結果等を踏まえ、平成18、19年度の報告書において示した「医療計画作成・管理マニュアル案」の最終版を提示している（第4章）。

これらを踏まえ、平成20年度においては、医療政策担当人材育成プログラムの開発及び実施に取り組んだ。医療計画の策定は、まさに都道府県の医療政策担当部局の力量が問われる重要な作業プロセスであり、医療政策を担う人材の育成が大きな課題であることが、平成18、19年度の研究を通じて明らかにされている。18、19年度に続いて、平成20年度においても、九州大学医療経営・管理学講座（専門職大学院）における院生（都道府県派遣学生を含む）の「演習」指導等を通じて、人材育成の実

践を行い、医療政策を担当する人材の育成プログラムを検討するにあたっての諸課題を整理した。さらに、医療政策人材育成プログラムの具体案（モデルカリキュラム及びシラバス）を作成し、実際に福岡県の行政官を対象としたモデル講義等を実施した。その成果については、受講者のアンケート結果等をもとに分析、評価を行い、今後の課題等を整理している（第5章）。

以上のような3年間にわたる研究成果については、合本し、その全体像を示すとともに、広く関係者の利用に供することができるようにしている。



## 第2章 各都道府県医療計画の評価の試み

---

## 第2章 各都道府県医療計画の評価の試み

### 第1節 医療計画を取り巻く流れ

1985(昭和60)年の第1次医療法改正により導入された医療計画制度は、2006(平成18)年の第5次医療法改正によって大幅に見直された。

まず、これまで必ずしも明確でなかった法的な位置づけとして、新たに章立てされた「第5章 医療提供体制の確保」に「第2節 医療計画」と規定されるとともに、計画策定にあたっては、厚生労働大臣が定める基本方針に即しつつ、地域の実情に応じて策定することとされるなど「医療法—基本方針—医療計画」という全体的な政策ツールとしての体系が整備された。

さらに、医療計画が果たすべき役割として、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることとされた。また4疾病5事業(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、周産期医療、小児医療)については、地域の実情に応じた数値目標を定め、その目標の達成状況について調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは医療計画を変更するという政策循環(計画 Plan—実施 Do—評価 Check—改善 Action いわゆる PDCA サイクル)機能が盛り込まれた。

本研究の目的は、2008(平成20)年4月からスタートした都道府県医療計画において設定された数値目標と PDCA サイクルを検討することによって、現行計画が抱える諸課題を明らかにし、次期計画策定に向けた改善策を提言することである。

このことは、医療計画に規定する目標達成のためには、適切な数値目標を設定し PDCA サイクルを機能的に回していくことが必要であるという基本的な認識に基づくものであるとともに、従来の医療計画の記載では総花的で抽象的な記述が多く、評価 Check や改善 Action が十分考慮されてこなかったという事実からも有意義なものであると考える。

### 第2節 検討対象と検討方法

#### 1. 検討対象

平成21年1月1日時点において、各都道府県ホームページで公表されている46都道府県医療計画の4疾病5事業と在宅医療について、目標を設定している項目を対象とした。

この時点で公表していない県は奈良県のみであった。愛知県は概要版のみの公表であったため、別途計画を入手した。

目標設定が曖昧で明確なものとなっておらず、数値目標等を設定していない項目につ

いては、詳細が不明であるため検討対象から外した。このため、目標設定がすべて抽象的であった山口県、長崎県の計画を対象外としたため、44 都道府県の医療計画が対象となった。

なお、4 疾病 5 事業のように数値目標を設定することと規定されていない在宅医療は、少子・高齢化の進展により今後ますます重要性を増す分野でありながらも、従来の医療計画ではほとんど記載されておらず、そのために都道府県間の取り組みに差が出るのが予想されている。また、辻(2008)は、今回の医療制度改革における医療提供体制のあり方について、早期の在宅生活復帰や復帰後の在宅生活の質の維持向上のために、医療機能の分化と連携、在宅医療の提供体制の整備が重要であるとして、「医療計画において、在宅復帰率や在宅みとり率といった数値目標も明らかにしていく必要がある」ことを指摘している。これらを踏まえ、4 疾病 5 事業に加え、在宅医療を検討対象とした。

## 2. 検討方法

まず、Donabedian(1966)の Structure, Process, Outcome に関する議論を援用して、都道府県医療計画に設定している目標を分類(以下「SPO 分類」という。)した。このことによって、医療計画には単なる羅列にすぎない設定目標を Structure→Process→Outcome という一連の流れに整理した。

なお、分類にあたっては、たとえば、多くの都道府県では「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」と設定しているところを、「メタボリックシンドロームの該当者の減少」と「予備群の減少」と別個の目標として設定する事例が見られた。このような事例においては、多くの都道府県が設定している方法にあわせている。このため、各都道府県医療計画上の目標設定数と一部異なるところがある。

次に、各設定目標について、具体的に数値目標が設定されているか検討した。

このほかには「実施 Do」として目標を達成するための事業(事業内容、実施時期、予算等)、「評価 Check」として数値目標を評価する方法(主体、時期、手順等)、「改善 Action」として計画変更の場合の手順等について、各都道府県医療計画を横断的に分析することにより、その傾向を把握した。

## 3. SPO 分類について

### (1) 分類の意義

Donabedian(2003)は、Structure, Process, Outcome は医療の質を測るためのものであり、医療の質の評価以外に使用すると失敗するかもしれないとも述べている。

しかしながら、この分類を用いることには以下のような意義がある。

- ① Outcome 指標を最終的な目標として、設定目標間相互の関連性や階層性を明確化できる。
- ② 目標達成のためには、通常、複数の要因が関連していることから、設定目標間の関連性等を把握することによって、数値目標の達成状況を幅広い視野から評価・検証できる。
- ③ 行政担当者にとっては、担当業務が地域医療行政において、どのような役割を担っているのかを認識することが容易になるなど動機付けに資することが期待される。特に、都道府県職員の人事異動サイクルと医療計画の計画期間は一致しないことから、後任者への「業務引き継ぎ」の際にも有用である。
- ④ 医療関係者に広く普及している Structure, Process, Outcome の議論を援用することにより、医療関係者からの建設的な意見、提言等が期待できる。
- ⑤ 千葉県、石川県においては、今計画において SPO 分類によって指標を設定しており、両県の分類方法を参考にすることができる。

## (2) 指標の定義

本研究においては、医療計画に指標の分類の定義を明記していた千葉県の方法を参考に、各都道府県の設定目標を分類できるよう、各指標を以下のように定義した。

### ① Structure 指標

医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制の充足度を測る指標で、人的資源の質的向上のための研修等も含む。具体的には、がん診療連携拠点病院や周産期母子医療センター等の整備、救命救急士数、緩和ケア研修受講医師数等がある。

### ② Process 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で、体制整備や普及啓発活動等の結果として、県民の行動や意識の変容に関する指標を含む。具体的には、平均在院日数や、受療率、地域連携クリティカルパスの推進、健康診査受診率、喫煙率、救命講習会の受講者数等がある。

### ③ Outcome 指標

医療サービスの結果としての県民の健康状態や満足度を測る指標で、具体的には年齢調整死亡率、糖尿病等の有病者数、人工透析新規導入率、心肺停止患者の1ヶ月後の予後等がある。

Donabedian(2003)は、患者や家族の意識・行動変容等を Outcome 指標と位置付けているが、本研究では活動状況の結果を測る指標として考え Process 指標とした。

千葉県、石川県の分類と比較すると、一部に異なる指標もある。たとえば両県では「合計特殊出生率」を Process 指標としている。これは、両県とも Outcome 指標として別途「周産期死亡率」を設定しているためと推測するが、本研究では社会全体の状

態を測る指標と考え、Outcome 指標と位置付けた。

このほか、「地域連携クリティカルパスの導入」について、数値目標の設定の仕方からは Structure 指標と位置付けられる都道府県（例 導入医療圏数を増やす）もあったが、地域連携クリティカルパスの機能を考慮して、すべて Process 指標と位置付けた。

もとより、これらの定義によって、すべての指標が明確に分類できるものではなく、疑義が生じるものもあったが、全体としては一定の整合性をもった分類ができたものとする。

### 第3節 検討結果

#### 1. 4疾病5事業のSPO分類

##### (1) 分野ごとの状況

都道府県によっては4疾病5事業すべてに目標を設定しているものではないため、目標を設定している疾病・事業の数を合計すると340であった。

この340疾病・事業について、設定されている目標数を合計すると1,188件であった（図表1）。このうち、がんに関する目標が231件と最も多く、へき地に関する目標が53件と最も少なかった。

設定目標1,188件のうち Structure 指標は470件(39.6%)、Process 指標は466件(39.2%)、Outcome 指標は252件(21.2%)であった。4疾病の設定目標では Process 指標の割合が高く(52.9%)、5事業では Structure 指標の割合が高くなる(65.8%)傾向が見られた。なお、340疾病・事業のうち Outcome 指標を設定しているのは169疾病・事業と、ほぼ半数(49.7%)であった。

図表1 4疾病5事業ごとのSPO分類

(件数)

区分	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	救急	災害	へき地	周産期	小児	総計
Structure	96	34	23	13	76	83	50	42	53	470
Process	102	103	93	86	40	6	3	16	17	466
Outcome	33	44	47	52	5			55	16	252
総計	231	181	163	151	121	89	53	113	86	1,188

各都道府県において目標設定の考え方が異なるため、設定目標をその性格に応じて分類することは困難であるが、大まかな傾向を把握するために設定目標が対象としている事項ごとにグループ分けを試みた(図表2)。



図表 2 指標設定項目の状況

(件数)

Structure 指標		Process 指標		Outcome 指標	
DMAT 関連	27	地域連携クリティカルパス関連	64	死亡率関連	175
緩和ケア関連	25	特定健康診査関連	51	糖尿病、高血圧症等の有病・発症関連	41
救命救急センター関連	16	メタボリックシンドローム関連	32	新規人工透析導入関連	21

Structure 指標としては、DMAT(災害派遣医療チーム)や、がんの緩和ケアに関するものが多かった。深刻な医師不足状況にあるといわれる産科医、小児科医に関しては、小児科医の確保に関する目標 12 件、産婦人科医の確保に関する目標 6 件となっていた。また、周産期医療の設定目標には、助産師の確保に関する目標 4 件、院内助産所、助産師外来に関する目標が 4 件設定されていた。

Process 指標では地域連携クリティカルパスに関する目標が最も多く、次いで特定健康診査やメタボリックシンドロームに関する目標等、今回の医療制度改革において注目されている項目が上位を占めている。注目すべき目標としては「t-PA による脳血栓溶解療法実施症例数」の増加を数値目標として設定するなど、実際の治療行為を目標としている事例があった(岡山県、大分県)。

Outcome 指標は年齢調整死亡率、周産期死亡率や新生児死亡率等、死亡率に関する目標すべてをあわせると 175 件と設定目標 252 件の約 7 割を占めていた。このため、疾病・事業ごとにみると、死亡率の指標が入手しやすい 4 疾病並びに周産期及び小児医療では Outcome 指標が多く設定され、救急、災害、へき地医療では総じて低調な設定状況であった。その他の Outcome 指標としては、糖尿病や高血圧症等の有病者や発症者に関する目標、新規人工透析導入に関する目標等があった。

## (2) 都道府県ごとの特徴

都道府県ごとの SPO 分類の結果をみると、最も目標設定件数が多い千葉県が 87 件、鳥取県と岡山県の設定目標が最も少なく 3 件、平均は 27.0 件であった(図表 3-1)。

千葉県については、SPO 分類のみならず医療計画作成全般にわたり特筆すべき取組が数多くみられたため「5 先進事例」として、その特徴をまとめた。

鳥取県の目標件数が少ないのは、目標設定が抽象的で数値目標を設定していない項目が多く、今回の検討の対象外としたためである。また、岡山県の目標件数が少ないのは、前期医療計画の計画期間中であったことから、改定計画版として脳卒中医療連携体制に係る数値目標しか設定していなかったためである。

Outcome 指標を設定していない県は、埼玉県、静岡県、神奈川県 の 3 県であった。

このうち静岡県では、目標数値を設定する「数値目標」、現時点では目標数値の設定は困難だが目指すべき方向性を示す「目標項目」、現時点では数値に関する評価が困難であるが、数値目標、目標項目の代替とする「代替指標」と目標設定の方法を定義づけていた。この定義からは死亡率に関する項目は「目標項目」とされていた。

一方、広島県及び鹿児島県では、設定項目数に占める Outcome 指標の割合が高くなっている(図表 3-2)。

広島県では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、周産期医療、小児(救急)医療の項目では死亡率のみを目標として定め、その他の指標(例えば「喫煙率」や「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関する項目)は、データの出典とともに現状値を明記している。

鹿児島県では、「県民が健康で長生きでき、いつでも、どこでも安心して医療を受けられる鹿児島」を基本理念として掲げている。この基本理念の達成とは、「最終的なアウトカム」としての《早世の減少・健康寿命の延伸・QOL の向上》であるとし、県民のサービスの要求(デマンド)から県民にとって真に必要なサービス(ニーズ)を掘り起こし、保健・医療・介護等が連携して様々なサービスを提供するとしている。このようなことから、鹿児島県では死亡率のほか、高血圧症や脂質異常症等の有病者数、糖尿病による透析新規導入率等、Outcome 指標が多くなっているものと思われる。

図表 3-1 都道府県ごと SPO 分類 (件数)

	S	P	O	総計
北海道	18	9	5	32
青森	39	32	13	84
岩手	4	3	7	14
宮城	17	4	7	28
秋田	2	5	7	14
山形	16	8	6	30
福島	8	7	6	21
茨城	26	23	7	56
栃木	9	17	5	31
群馬	1	14	8	23
埼玉	7	6		13
千葉	37	36	14	87
東京	12	7	10	29
神奈川	11	18		29
新潟	7	17	8	32
富山	11	3	8	22
石川	15	12	9	36
福井	5	10	1	16
山梨	7	4	4	15
長野	8	18	1	27
岐阜	11	18	15	44
静岡	3	2		5
愛知	4	9	8	21
三重	6	3	7	16
滋賀	4	4	1	9
京都	23	17	1	41
大阪	6	12	5	23
兵庫	10	6	3	19
和歌山	11	15	2	28
鳥取	1	1	1	3
島根	11	3	4	18
岡山		2	1	3
広島	1	3	8	12
徳島	12	6	7	25
香川	13	11	4	28
愛媛	1	25	4	30
高知	14	10	8	32
福岡	6	12	5	23
佐賀	15	21	10	46
熊本	17	3	7	27
大分	13	4	7	24
宮崎	17	9	4	30
鹿児島	4	2	11	17
沖縄	7	15	3	25
総計	470	466	252	1,188

図表 3-2 都道府県ごと SPO 分類 (構成比%)

	S	P	O	総計
北海道	56.3	28.1	15.6	100.0
青森	46.4	38.1	15.5	100.0
岩手	28.6	21.4	50.0	100.0
宮城	60.7	14.3	25.0	100.0
秋田	14.3	35.7	50.0	100.0
山形	53.3	26.7	20.0	100.0
福島	38.1	33.3	28.6	100.0
茨城	46.4	41.1	12.5	100.0
栃木	29.0	54.8	16.1	100.0
群馬	4.3	60.9	34.8	100.0
埼玉	53.8	46.2	0.0	100.0
千葉	42.5	41.4	16.1	100.0
東京	41.4	24.1	34.5	100.0
神奈川	37.9	62.1	0.0	100.0
新潟	21.9	53.1	25.0	100.0
富山	50.0	13.6	36.4	100.0
石川	41.7	33.3	25.0	100.0
福井	31.3	62.5	6.3	100.0
山梨	46.7	26.7	26.7	100.0
長野	29.6	66.7	3.7	100.0
岐阜	25.0	40.9	34.1	100.0
静岡	60.0	40.0	0.0	100.0
愛知	19.0	42.9	38.1	100.0
三重	37.5	18.8	43.8	100.0
滋賀	44.4	44.4	11.1	100.0
京都	56.1	41.5	2.4	100.0
大阪	26.1	52.2	21.7	100.0
兵庫	52.6	31.6	15.8	100.0
和歌山	39.3	53.6	7.1	100.0
鳥取	33.3	33.3	33.3	100.0
島根	61.1	16.7	22.2	100.0
岡山	0.0	66.7	33.3	100.0
広島	8.3	25.0	66.7	100.0
徳島	48.0	24.0	28.0	100.0
香川	46.4	39.3	14.3	100.0
愛媛	3.3	83.3	13.3	100.0
高知	43.8	31.3	25.0	100.0
福岡	26.1	52.2	21.7	100.0
佐賀	32.6	45.7	21.7	100.0
熊本	63.0	11.1	25.9	100.0
大分	54.2	16.7	29.2	100.0
宮崎	56.7	30.0	13.3	100.0
鹿児島	23.5	11.8	64.7	100.0
沖縄	28.0	60.0	12.0	100.0
総計	39.6	39.2	21.2	100.0

## 2. 在宅医療の SPO 分類

### (1) 概要

在宅医療という項目で数値目標を設定しているのは 16 都道府県、35 件の目標設定があった。そのうち 27 件が Structure 指標、8 件が Process 指標であった。Outcome 指標は設定されていなかった。

また、在宅医療に関しては、「医療機関の機能分担と連携」「医療提供体制」といった項目で目標を設定している都道府県医療計画もあるため、これらの分野の設定目標を加えると全体で 22 都道府県、59 件の目標設定であった。(うち 45 件が Structure 指標、14 件が Process 指標)

設定内容としては、訪問看護ステーション数や在宅療養支援診療所数の増加を掲げたところが多かったが、福井県では「在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区」、山梨県では「在宅ホスピス連絡体制が整備されている圏域」の増加を目標として設定していた。このほかにも、佐賀県では「自宅での死亡の割合」を全国平均値とする目標や、福岡県では「在宅医療を受ける患者数」を 30%増加させる目標を設定していた。

在宅医療を受ける患者数や在宅みとり率等の目標は、本来の Outcome 指標である患者や家族の満足度を高めるための前提に関する指標であると考えられることから、Process 指標に分類している。

もともと、このような患者等の満足度を経年的に測定し把握することは、調査対象者の確保や、満足度の指数化、評価方法等、解決すべき課題が数多くある。

このような測定の困難性が、今医療計画において Outcome 指標が設定されていない要因のひとつであると思われる。

### (2) 2 次医療圏における在宅医療の SPO 分析

在宅医療については、サービス提供圏域が、介護サービス等との連携の必要性もあり、県全体というより、2 次医療圏等もう少し狭い地域であると考えられる。各都道府県の医療計画において 2 次医療圏ごとに在宅医療の項目を設けているかどうかを調査したところ、千葉県、熊本県等 13 府県の事例があり、そのうち数値目標まで設定しているのは山形県、兵庫県、熊本県の 3 県のみであった。これらの 3 県のなかでも熊本県は全医療圏で数値目標を設定していたのに対し、山形県と兵庫県はそれぞれ置賜医療圏、東播磨医療圏のみ目標設定をしていた。なお、山形県は庄内医療圏において

も目標を設定していたが具体的な数値目標ではなく「改善」という抽象的な目標としていたため件数から外すことにした。

設定目標の件数は24件であり、そのうち23件は在宅医療に関するもの、残り1件は医療提供体制に関するものであった。また全設定目標24件のうち20件は熊本県によるものであり、山形県は1件、兵庫県は2件であった。

設定目標の内容について Structure・Process・Outcome 指標による分類をしてみると Structure 指標による目標が18件、Process 指標による目標が6件、Outcome 指標による目標は0件であった。Structure 指標による目標は「訪問看護ステーション数」、「在宅療養支援診療所数」がそれぞれ6医療圏ずつで設定されており、訪問看護ステーションに関する目標が8件、在宅療養支援診療所に関する目標が7件と物的資源に関する目標設定が Structure 指標による設定目標全18件のうち17件を占めた。Process 指標による設定目標は4件あり各医療圏で共通する目標はなかった。

### 3. 数値目標の設定内容

次いで、4疾病5事業に関する1,188件と在宅等に関する59件、合計1,247件について、数値目標を具体的に設定しているか否かを検討した。検討の観点及び件数は次のとおりである(図表4)。

なお、ここで「抽象的な目標」とされた項目とは、「詳細不明」として検討対象外としたものと異なり、目標項目は具体的な設定となっているにもかかわらず、数値目標を設定していない項目である。

「具体的」とされた目標は1,247件中1,065件(85.4%)であった。しかしながら、上記の考えに基づくと、現状ではほとんど普及していない「地域連携クリティカルパス」の導入率100%を目指すといった実効性の面から疑問視されるような目標であっても、「具体的」と分類されてしまうなど課題も残る。また、依然として数値目標を設定していないものも182件(15.0%)あった。

図表4 数値目標の具体性

数値目標を設定 1,065件	数値目標を設定していない 182件
<ul style="list-style-type: none"><li>・目標となる数値水準を設定している。</li><li>・二次保健医療圏ごとの整備等、目標とする水準が明らかである。</li><li>・現状維持も具体的な目標とした。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・「増加」、「減少」、「改善」、「実施」、「導入」等としている</li></ul>

数値目標の設定水準については、全国平均値を目指すもの、がん対策推進計画や健康づくり基本指針等に規定する目標に準じるもの、二次保健医療圏ごとの設置といった考えに基づくものがあったが、どのような考え方、方針に基づき数値目標を設定しているかを明確に記載している計画は少なく、詳細に分析することはできなかった。

また、各種統計指標やサービス提供実績等に基づいた地域の実情及び課題の分析や、需給動向予測等により数値目標を設定している事例は確認できなかった。

都道府県ごとの特徴としては、熊本県では、目標指標ごとに設定の考え方を整理しており、可能な項目では毎年度の目標(例えば、毎年2医療機関を増やす等)を設定している。千葉県では、最良の値を有する都道府県の数値(人口比)を目標とし、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して設定している。兵庫県では、脳卒中に関する目標として、近隣で生活習慣や生活環境が類似している大阪府の脳血管疾患による年齢調整死亡率並みに引き下げるとする設定をしていた。

#### 4. D：実施、C：評価、A：改善

##### (1)D：実施について

図表 5-1 から 5-3 は、医療計画において実際に記載されている事項をPとDに分類して記したものである。対象事例は必ずしも好ましくない事例として提示したものではなく、他の医療計画においても同様の状況であった。

この図表からは、数値目標達成のためにどのような事業を実施するのか明確となっていないこと、実施事業の内容としても「～に努めます。」「～を図ります。」「～を推進します。」といった抽象的な記載が目立つこと、また、数値目標の項目より実施事業の方が幅広い内容を含んでいることがわかる。

また、事業の実施時期(たとえば、20～21年度：委員会を設置しての基本計画・実施計画作成 22年度：県内4カ所でのモデル事業実施、成果の検証 23年度：本格的実施等)や、実施規模としての予算見込み等も明らかになっていない。

図表 5-1 医療計画における P と D の例（北海道 急性心筋梗塞）

P：計画	D：実施
<p>特定健康診査受診率</p> <p>80%</p> <p>急性心筋梗塞年齢調整 死亡率</p> <p>全国値以下</p> <p>地域連携クリティカル パス導入二次医療圏</p> <p>21 医療圏</p>	<p><b>【施策の方向と主な施策】</b></p> <p>1 予防対策の充実</p> <p>道・市町村・医療保険者が連携して、健診の意義を周知するとともに、急性心筋梗塞の発症を予防するための健診や保健事業の推進、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。</p> <p>2 医療連携体制の充実</p> <p>○ 急性期から回復・維持期までの医療機関及び介護保険関連施設等が診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、地域連携クリティカルパスを活用し、関係する機関の連携体制の充実を図ります。</p> <p>○ 発症予防の段階から、応急手当・病院前救護、急性期医療、回復・維持期医療の各段階における医療機能を次のとおりとし、各機関等の取り組みを支援します。</p> <p><b>【医療機能ごとの取り組み】</b></p> <p>(略)</p>

図表 5-2 医療計画における P と D の例（埼玉県 脳卒中）

P：計画	D：実施
<p>特定健康診査受診率</p> <p>70%</p>	<p><b>【課題への対応】</b></p> <p>①食生活・身体活動・休養等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。</p> <p>②医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。</p> <p>③救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図ります。</p> <p>④医療機関の機能分化を進め、地域における医療連携体制の構築を促進します。</p> <p><b>【主な取組】</b></p> <p>○ヘルシーフロンティア埼玉県民運動の推進      ○食育の推進</p> <p>○健康診査・保健指導等の生活習慣病を予防する取組の支援</p> <p>○救急医療情報システムの整備充実      ○ヘリコプター搬送体制充実</p> <p>○救急救命士の養成</p> <p>○プレホスピタル・ケアの充実</p> <p>○医療機関の機能分化と連携の促進</p>

図表 5-3 医療計画における P と D の例（神奈川県 糖尿病）

P：計画	D：実施
<p>メタボリックシンドロームの概念を知っている人の増加      85%以上</p> <p>メタボリックシンドロームの予備群・該当者の減少</p> <p>10%減少</p>	<p><b>【対策】</b></p> <p>(1) 糖尿病に関する情報提供の推進</p> <p>糖尿病やその合併症に関する正しい知識とその対処法の普及を図り、症状の進行防止に努めます。</p>



<p>特定健康診査受診率の増加 70%以上</p> <p>特定保健指導受診率の増加 45%以上</p>	<p>(2) 健診後の保健指導体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各保険者、市町村等が連携して、生活習慣の改善に向けた保健指導や受診症例に努めます。</li> <li>・特に、糖尿病のハイリスク者については、各保険者とかかりつけ医が連携して継続受診を奨励するよう努めます。</li> </ul>
<p>糖尿病の地域連携クリティカルパス導入の普及</p> <p>全二次医療圏に導入</p>	<p>(3) 糖尿病の医療連携体制の構築</p> <p>糖尿病及びその合併症は長期にわたる継続治療とともに、緊急の場合の的確な専門医療が必要であるため、かかりつけ医と専門医療機関の連携体制の構築が必要です。糖尿病の合併症に対応できる医療機関、糖尿病の教育等に力を入れている医療機関の医療機能について本計画に明示します。</p>
<p>医療連携体制に対する窓口設置の数の増加(病院)</p> <p>100%</p>	<p>(4) 在宅ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の中心的な医療機関と開業医との間でネットワークを組み高度医療機器等の共同利用等を実施することにより、機能連携と機能分担を図ります。</li> <li>・病院のかかりつけ医を支援する機能の充実に向けて、地域医療連携室の設置などを推進します。</li> <li>・病院同士あるいは診療所との連絡調整にとどまらず、地域の保健福祉サービスやかかりつけ薬局等との連携も視野に入れ、連絡調整に努めます。</li> </ul>

(2)C：評価について

ほとんどの医療計画において、目標の達成状況について調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは計画を見直すといった内容が記述されている。

評価の実施主体としては、都道府県自体又は外部の有識者等から構成される医療審議会等での実施とする都道府県が多かった。

評価期間については、毎年度実施もしくは5年を目途に実施する場合等の違いがみられた。

数値目標の評価に際して、県民が確認できるように数値目標の出典を明確にしている事例も広島県、熊本県をはじめ多数みられたが、評価そのものに県民の参加を広く求める手法をとるような事例はなかった。

また、効果的な資源配分のために、評価結果を予算編成過程に反映させるといった、評価結果の活用について規定している計画はなかった。

### (3)A : 改善について

改善については評価と同じ文脈で述べられていることが多く、具体的な内容（たとえば、数値目標を見直す場合の考え方や改善手順、次期計画への反映方法等）を記載している計画はなかった。

今後、実際にPDCAサイクルの循環のなかで、どのような改善をしたか、その事例の蓄積を通して、計画に盛り込むべき内容を検討していくことが必要であろう。

なお、すでに福井県や兵庫県、熊本県では前期計画の達成状況を評価したうえで、今期計画の策定に着手していた。

## 5. 先進事例（千葉県医療計画）

これまで、多くの項目で千葉県の医療計画について言及してきたところであるが、これまで言及した事項以外にも含めて、先進事例として千葉県の医療計画の特色をあげると次のようになる。

- ・縦割りの弊害を除去し、生活の当事者であり主権者である県民・住民の意見を大切にすることを特徴とする「千葉方式」の手法により、ミニタウンミーティングや広域タウンミーティングの実施を通じた県民の意見・提案を反映した計画づくりを実施している。
- ・健康づくり・医療・福祉が連動する地域社会づくりを目指すなど、基本理念を明確にしている。
- ・4疾病4事業毎に「循環型地域連携システムイメージ図（案）」を作成し、各疾病の急性期、回復期、在宅に至るまでの医療機能等の役割分担を明示したうえで、全病院に対して、どの部分を担ってもらえるか、疾病ごとに対応可能な医療機能を確認している。
- ・Structure, Process, Outcome について定義付けを行い、各指標を分類している。  
これは、評価に用いる指標を単に羅列するだけでは、どの段階にどのような問題があるのかを十分に分析できず、多面的な観点から分類・整理された指標を用いることによって、はじめて、包括的な評価が可能であるためとしている。
- ・指標を分類するだけでは現状を表す指標にすぎないため、評価を行う上での目標

値を設定するには、他の都道府県の現状値との比較等、目標設定の考え方を明確化している。

これらの事項は、他都道府県の医療計画において実施されていない事項や、必ずしも明確になっていないものである。次期計画作成の際には、広く参照されることが望ましいと思われる。

#### 第4節 現行医療計画の問題点及び次期医療計画策定に向けての提言

##### 1. PDCA サイクルの課題

各都道府県医療計画の検討結果からは、一部には先進的な取組を実施しているものもあるが、全体的にみると、従来の総花的・抽象的な医療計画から十分に脱却できておらず、PDCA サイクルが機能的に循環するようになっていないと判断される。

そこで、以下の観点からの見直しが必要である。

##### (1) 具体的な数値目標の設定

設定目標については、85%の目標には具体的な数値目標が設定されていたが、15%近くは現状値からの「増加」、「減少」といった設定で、具体的な数値目標は設定されていなかった。これでは、どの程度の水準を目標とするのか明確とならず、評価、改善というPDCA サイクルが円滑に機能しない。

このような設定となっている都道府県では、数値目標の水準を設定する際の明確な根拠が見当たらない、将来予測が困難である等の理由から、抽象的な設定を行っていると考えられる。

しかしながら、医療計画を横断的にみると、他都道府県では何らかの数値目標を設定している事例や、ほとんどの項目で抽象的な設定をしている都道府県もあることなどから、より多くの項目において、具体的な数値目標を設定していくことが求められる。

その一方で、今計画では「死亡率」に関する目標として「減少」と設定するのではなく、熊本県では「全国5位以内」、兵庫県では「生活習慣や生活環境が類似している近隣の大阪府並に引き下げる」と工夫を凝らして設定している事例もあった。「地域連携クリティカルパス」に関する目標についても単に「導入」と設定するのではなく、「地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数」（群馬県、福井県）とで

きるだけ数値化して設定している事例や、「急性期の医療機関の例に掲げるすべての病院」と導入範囲を明確にしている事例（長野県）があった。また、沖縄県においては「救急医療用ヘリコプターの導入による病院収容時間の短縮」として、粟国島の現状値 145 分を 55 分とする例示設定によって、より具体的な目標設定を試みている。

このような全国比較や類似都道府県比較、数量化、例示といった数値目標の設定は好ましいことではあるが、評価、改善という観点からは、これらの目標が、どのように地域の実情を各種統計資料や独自調査等に基づき分析し、将来を見通すことによって設定されたかを医療計画上明らかにしていくことが求められる。このような根拠に基づく目標を設定することにより、評価、改善という PDCA サイクルの循環に繋がるものと考えられる。

特に、2011(平成 23)年度からのレセプトオンライン化により、都道府県においては診療報酬支払の実績データを活用できるようになる。市町村ごと、二次保健医療圏ごとの疾病構造と医療サービス提供の実態等を把握することにより、健診分野でのよりきめ細やかな目標設定や、医師をはじめとする医療従事者や病床数等の医療資源の必要な水準を設定することも可能となる。このことは、医療計画と健康増進計画、医療費適正化計画との整合性を図りながら連携をより密接なものとし、効果的な保健医療行政の推進にも資するものであると考えられる。

現時点においても 400 床以上の病院と DPC 適用病院の電子請求は始まっていることから、次期医療計画策定に向けて、これらの膨大なデータベースを都道府県職員がどのように活用していくか、その手法等の開発が期待される場所である。

## (2) 数値目標相互関連の明確化

数値目標を SP0 分類することによって、これまで医療計画上では単なる羅列にすぎなかった数値目標を一連の流れとして整理することによって、その相互関連を把握することができた。

その結果、各都道府県医療計画における数値目標は、千葉県や鹿児島県等において Outcome 指標に重点を置いた目標設定の事例はあったものの、全国的にみれば Outcome 指標を最終目標として、相互に関連性をもつ体系として位置付けているとは言い難い状況であった。

地域の現状を分析し、課題を抽出することによって、医療資源等が十分に確保されていない場合には関連する Structure 指標を設定し、医療資源等が十分に確保されているにも関わらず上手く機能していない場合には適切な Process 指標を設定する。そ