

以外の研修生全員による評価を行った。評価の項目としては、1. 問題の同定は妥当か、2. 解決策は妥当か、3. 評価指標は妥当か、4. プレゼンテーションは妥当かの4つの軸とし、それぞれ5段階評価で、平均値を算出した。その後、1グループに対して5～10分程度の質疑応答時間を設けた。質疑応答は1グループに対して4～5人程度からの質問を受けた。同様の流れで、全グループからの発表を行い、最終評価結果を全研修生に配付した。

C-2 研修の実施

研修は、研修名を「医療計画PDCA研修」とし、前期2014年7月14日～16日の3日間と、後期同9月1日～3日の3日間の計6日間、埼玉県和光市の国立保健医療科学院において実施された。研修の目標としては、一般目標を「地域の保健医療関連データを分析し医療計画のPDCAサイクルを推進する能力を取得する」とし到達目標を4つ設定した。

到達目標 1⇒ データ分析に基づき地域における医療提供状況の現状把握ができる。

到達目標 2⇒ データ分析に基づき地域における医療提供状況の課題を同定できる。

到達目標 3⇒ データ分析に基づき地域における医療提供における目標を設定できる。

到達目標 4⇒ データ分析に基づき地域における医療提供における達成状況を分析・評価できる。

募集定員は各都道府県1名を想定して47

名としたが、前期・後期を別の者で応募した県が2ヶ所あり、応募者数49名、受講許可数49名となった。派遣元は全47都道府県となった。

国立保健医療科学院内部講師と外部講師のリストは資料2に示す。研修は講義とグループワーク、グループによる発表を含んだ前期10、後期10の計20のモジュールに分けて構成された(資料3)。

①20 モジュールの内訳

前期

1. 医療法と医療計画と地域医療構想 佐々木昌弘(厚生労働省医政局地域医療計画課)
2. 医療政策の課題と展望 島崎謙治(政策研究大学院大学)
3. 医療計画作成支援データブックの使い方① 平塚義宗・玉置洋(国立保健医療科学院)
4. レセプト情報の提供に関する法規と倫理 平野景子(厚生労働省保険局総務課)
5. アクセスマップと人口カバー率等 石川ベンジャミン光一(国立がん研究センター)
6. 医療提供体制と受療状況の把握 藤森研司(東北大学)
7. 救急搬送データ分析ソフト、可視化ツール 松田晋哉(産業医科大学)
8. グループワーク(松田晋哉・石川ベンジャミン光一)
9. グループワーク(平塚義宗・玉置洋)
10. グループワーク発表(平塚義宗・玉置洋)

後期

11. 問題解決手法総論 熊川寿郎(国立保健医療科学院)

12. 課題報告①②データブックを利用した分析 平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎(国立保健医療科学院)

13. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法(講義)(熊川寿郎)

14. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法(グループワーク)(平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

15. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法(講義)(熊川寿郎)

16. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法(発表)(平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

17. 地域における合意形成 松浦正浩(東京大学公共政策大学院)

18. 地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて 佐々木昌弘(厚生労働省医政局地域医療計画課)

19. 地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること(グループワーク)(平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

20. 地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること(グループワーク発表)(平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎)

② 20 モジュールの内容について

前半

1. 医療法と医療計画と地域医療構想 佐々木昌弘(厚生労働省医政局地域医療計画課) 講義時間 40分

医療法の歴史的推移とその改正の背

景についての解説を行った。また 2014 年に行われた第六次医療法改正によって都道府県が実施可能になること、地域医療計画の一部である地域医療構想(ビジョン)とは具体的にどのような構想か、今後都道府県が求められる役割について述べられた。

2. 医療政策の課題と展望 島崎謙治(政策研究大学院大学) 講義時間 60分
今後の医療政策における課題と展望について総論的な講義が行われた。特に、少子高齢化という人口構造変容により多死化時代を迎える日本の将来像と、それにとまなう医療給付費増大は、現在の一般的な認識では済まない深刻な課題となっていることが強調された。

3. 医療計画作成支援データブックの使い方① 平塚義宗・玉置洋(国立保健医療科学院) 講義・実習時間 240分
開発した教材を用いて、医療計画支援データブックの内容とその実践的な活用法についての解説を行った。総合的な解説の後に、01 フォルダの「電子データブック」を使用して、埼玉県の救急医療に関する電子データブック内の情報の整理法について、実際にフレームワークを用いた解説を行い、その後に参加者の各々の県における同様の分析をハンズオンで行う実習を行った。その際、救急医療の数値記入シート等(資料4)を用いて分析を進めやすいような工夫を行った。

4. レセプト情報の提供に関する法規と

倫理 平野景子(厚生労働省保険局総務課) 講義時間 50分

今回研修生に配付された医療計画支援データブックの中でも、02 フォルダに含まれている「医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価」の部分には、ナショナルデータベース (NDB) からの情報が含まれている。本講義では、NDB に収集されているデータの内容や、利活用の促進状況等について解説を行った。

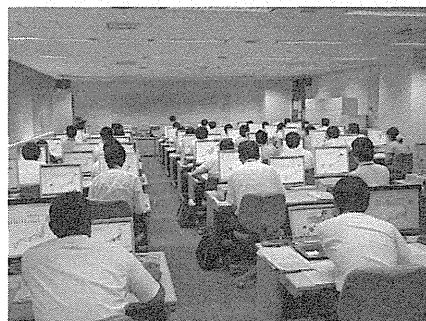
5. アクセスマップと人口カバー率等
石川ベンジャミン光一(国立がん研究センター) 講義時間 60分

患者の移動距離や移動時間といったアクセシビリティからの視点による地域データについて解説を行った。医療計画支援データブック内の03フォルダに含まれている「アクセスマップと人口カバー率」について、その内容と使用方法について解説を行った。

6. 医療提供体制と受療状況の把握 藤森研司(東北大学) 講義時間 60分

NDB に含まれる平成24年4月～25年3月の1年間診療分の医科レセプト、DPCレセプトデータから作成された、地域における医療提供状況についてのデータ集の内容の説明と使用方法についての解説を行った(写真:情報統計解析室におけるPCを使用したハンズオンの講義)。これは、医療計画支援データブック内の02フォルダに含まれている「医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価」の部分に当たる。

情報統計解析室におけるPCを使用したハンズオンの講義



7. 救急搬送データ分析ソフト、可視化ツール 松田晋哉(産業医科大学) 講義時間 60分

医療計画支援データブック内の05と06フォルダに含まれている、DPCデータを用いた救急医療とがん診療の提供体制の把握と、消防庁のデータを使用した救急搬送に関する可視化ツールの使用方法について解説を行った。

8. ハンズオン実習(松田晋哉・石川ベンジャミン光一) 講義・実習時間 120分

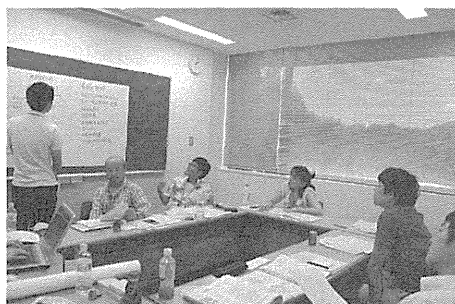
上記のモジュール5～7までの講義で説明されたデータやツールを実際に利用したハンズオンの実習が行われた。事前に作成されたテンプレートに沿った形で、各都道府県における救急医療の現状に関する分析を各々の研修生が実施した。

9. グループワーク(平塚義宗・玉置洋) 実習時間 180分

01フォルダの「電子データブック」を使用して、小児医療に関してグループ

による検討を行った（写真：グループワーク 1）。グループは 47 都道府県を 8 地域に分け、それぞれに地域においてフレームワークを用いた現状の把握と問題の同定、解決策の検討、そして優先順位の決定について検討を行った。その際、救急医療の数値記入シート（資料 4）を用いて分析しやすいような工夫を行った。また、演習は事前に作成されたテンプレートに沿って行われた（資料 5）。

グループワーク 1



10. グループワーク発表（平塚義宗・玉置洋）発表 150 分

上記モジュール 9 で行われたグループワークのテーマである小児医療についての発表を行った。発表時間は 8 分、評価 1 分、質疑応答 4 分とし計 8 グループからの発表を行い、その後研修主任・副主任からの全体評価とフィードバックを行った。各グループによる発表内容は資料 6。

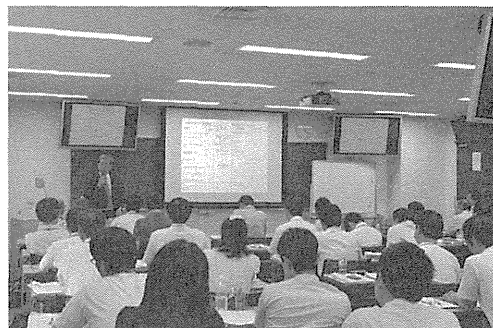
後半

11. 問題解決手法総論 熊川寿郎（国立保健医療科学院）60 分

公的機関の特性と New Public Management についての導入から、シス

テムズ・アプローチの基本ステップとして問題解決の手法と意思決定の基本プロセスについての総論的な解説を行った（写真：講義 1）。

講義 1



12. 課題報告①②データブックを利用した分析 平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎（国立保健医療科学院）発表・講義時間 240 分

提出課題となっていた糖尿病に関する分析についてランダムに選択された 18 都道府県から発表を行った。1 県 6 分間のプレゼンテーション後、質疑応答を行った。その後、研修副主任からの総括後、地域医療連携をどのように構築するのかというテーマで、比較優位の視点からみた地域医療連携を行うことの有効性についてと、基本的人権と公共の福祉についての講義が 60 分間追加された。

13. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法（講義）（熊川寿郎）講義時間 75 分

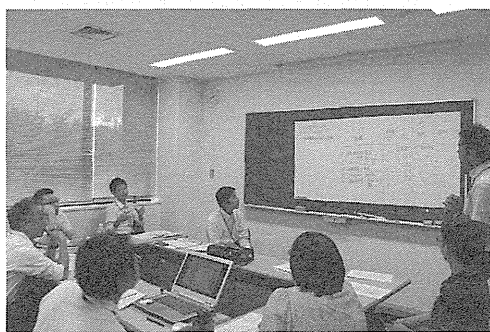
ロジック・ツリーを利用した具体的な原因分析の方法について、特に MECE を利用した WHY 型のロジック・ツリー

についての説明と短時間の実習が行われた。また、意思決定の基本プロセスの作業手順についての解説が行われた。

14. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法（グループワーク）（平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎）実習時間 180 分

糖尿病について、モジュール 11、12、13 で学んだことを反映させながら、再度の検討を実施した（写真：グループワーク 2）。グループは 47 都道府県を再び前期とは異なる 6 地域に分け、それぞれに地域においてより現実的な視点で、WHY 型のロジック・ツリーを利用した真因の同定と解決策の策定、問題解決に投入できる地方自治体の経営資源を勘案しながらの意思決定のプロセスについての実習を行った。演習は事前に作成された問題解決手法グループワークシートに沿って行われた（資料 7）。

グループワーク 2



15. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法（講義）（熊川寿郎）

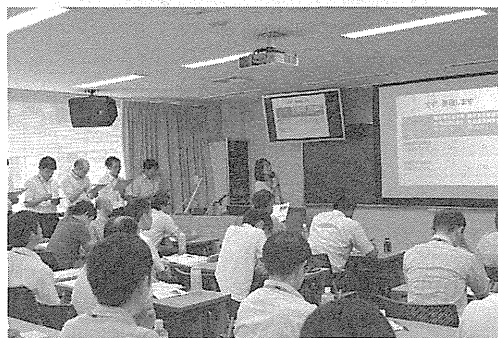
モジュール 13 において、意思決定プロセスについても同時に解説を行った

ために割愛されたが、追加で研修主任から実習の方法について短時間（20 分程度）の解説を行った。

16. データ分析結果を活用して地域の問題解決手法（発表）（平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎）発表時間 90 分間

モジュール 14 で行われた糖尿病に関する再分析について 6 グループから順番に発表を行った（写真：グループによる発表）。1 グループ 8 分間のプレゼンテーション後（資料 8）、質疑応答を行った。その後、研修副主任からの総括と各々のグループ発表についてのフィードバックが行われた。

グループによる発表

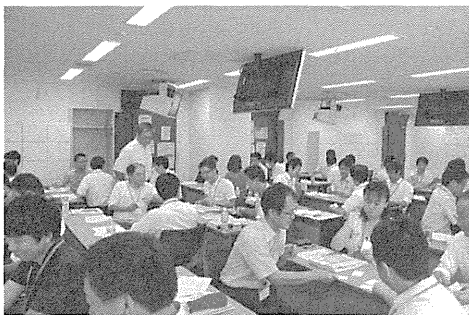


17. 地域における合意形成 松浦正浩（東京大学公共政策大学院）講義時間 170 分

前半は、地域における合意形成において事前に理解しておくべき内容として、交渉学の基礎である立場ではなく利害に着目することの重要性、不調時対策案 Best Alternative to Negotiated Agreement (BATNA) や合意可能領域 Zone of Possible Agreement (ZOPA) 等の

交渉学で使用される用語の定義とそれを意識することの重要性についての解説が行われた。後半は、関係者間合意形成の実務として、参加型から協働型、熟議型に変遷していく政策形成のモデルや、実際の事例から得られた経験についての解説が行われた。講義内に合意形成に関するゲームを行い、受講者の一層の理解を促した(写真:講義内のゲーム)。

講義内のゲーム



18. 地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて 佐々木昌弘(厚生労働省医政局地域医療計画課) 講義時間 15 分間

本研修で学んだ内容を、今後医療計画の一部である地域医療構想(ビジョン)の策定においてどのように活かしていくべきか、またビジョンに関する今後のスケジュール感についての説明が行われた(写真:講義2)。

講義 2



19. 地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること(グループワーク)(平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎) 実習時間 75 分間

今後の地域医療構想(ビジョン)や医療計画に求められることという視点に立った上で、今回研修で配付され実際に使用した医療計画支援データブックの内容に関する問題点や課題についての検討を行った。また、今回の研修の内容を踏まえた上での、都道府県から今後国に期待する技術的な支援についての検討を行った。グループは 47 都道府県を再び前期とは異なる 6 地域に分けた。

20. 地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること(グループワーク発表)(平塚義宗・玉置洋・熊川寿郎) 発表時間 60 分間

厚生労働省医政局地域医療計画課の担当官と、今回医療計画支援データブックを実際に作成したみずほ総研の担当者を前にして、モジュール 19 で検討した内容に関して 6 グループから順番に発表を行った(資料 9)。1 グループ 6 分間のプレゼンテーション後、質疑応答

を行った。また、厚生労働省医政局地域医療計画課とみずほ総研からの総括コメントを得た。

③ 研修のデザインに関して留意した点
(1) 実務で使えるよう反復型の実習を多くした

通り一遍の講義→実習の流れでは、結局実際にデータブックを活用できるようにはならない。実務において実際に活用できるように、同じ課題実習を違うテーマで反復する工夫を行った。今回の研修でも最も重要な部分である電子データブックを使用したフレームワークを用いた情報の整理は、まず埼玉県救急医療を例として講師がモニター用画面を使用して、参加者全員と同時に実施した(1回目)。その後、研修生が各県において同様の分析を実施した(2回目)。次に、同様の分析手法を用いて各県において小児医療を課題として行った(3回目)。その後、宿題として糖尿病を課題として各県が同様の分析を行うことを課した(4回目)。

また、その後の解決策、優先順位決定のプロセスについては、小児医療についてグループで検討した後(1回目)に、各自が宿題として糖尿病についての検討を行うことを課した(2回目)。その後、講義でプロジェクトに投入可能な自治体の経営資源を勘案しながら実際の意思決定を行うという視点をインプットし、再びグループで解決策、優先順位について検討を行う(3回目)という流れで行った。

(2) チームによる作業の有用性を実感させるためにグループワークを多くした

1人の頭で作業を進めるのではなく、チームで作業を行うことの有用性を実感してもらうために、グループワークを多く設定した。6~8名程度のグループに分け、計3回の長時間にわたるグループワークを行った。随時ファシリテーションを行い、活発な討論を誘発した。また、その後引き続き毎回グループ単位による発表を行い、討論内容の整理とアウトプットを行った。

C-3. 研修の評価

研修終了後、全研修生を対象を事後アンケート調査を実施し、研修全般に対する評価を実施した。

① 医療計画 PDCA 研修について

一般目標である「地域の保健医療関連データを分析し医療計画のPDCAサイクルを推進することができる」に対して、「概ねできる」が研修受講前の9.1%に対して研修受講後が27.3%、また「少しできる」が受講前の56.8%に対して受講後が61.4%と改善が認められた。また、一般目標に関しては、45.5%で「良くなった」という回答が得られた(表4)。

表4 研修評価

研修評価：一般目標に対する知識・技術のレベル
地域の保健医療関連データを分析し医療計画のPDCAサイクルを推進する能力

	1 [十分]	2 (概ね)	3 (少し)	4 (できない)	無回答
受講前	0.0%	9.1%	56.8%	34.1%	0.0%
	↓	↓	↓	↓	↓
受講後	0.0%	27.3%	61.4%	2.3%	9.1%
	↑	↑	↑	↑	↑
一般目標	良くなった(上昇) 20名(45.5%)	変化なし 17名(38.6%)	悪くなった(下降) 3名(6.8%)	無回答 4名(9.1%)	

研修の開催時期、日数に関しては、時期

については約 70%、日数については約 65%の研修生から「現状でよい」という回答が得られた。日数に関しては、「長い」の回答が 20%あった (表 5)。

表 5 開催時期、開催期間の評価

(1) 開催時期について		変更して欲しい月 (内訳)	
1. 現状で良い	30名(68.2%)	1月	1名
2. 早い	3名(6.8%)	4月	1名
3. 遅い	6名(13.6%)	5月	4名
無回答	5名(11.4%)	10月	2名

(2) 開催期間・日数について		変更して欲しい日数 (内訳)	
1. 現状で良い	28名(63.0%)	1日	1名
2. 長い	9名(20.5%)	2日間	3名
3. 短い	3名(6.8%)	4日間	1名
無回答	4名(9.1%)	5日間	3名

以下、研修に対する研修生の個別のコメントを良い点と悪い点に分けて示す。()内は同意見数。

良い点

- ・3月の研修ではイメージがつかめなかったことが今回は理論立って理解できた。
- ・研修内容に加え、国や他県の動向が共有できて良かった (2)。
- ・演習時間が確保され、実際に頭や手を動かすことで講義が「机上」でなく実践できたことが良かった。
- ・データがどこに存在しどう活用するのか理解でき役立つ (2)。
- ・医療計画の全体像を把握することができた。
- ・現状の把握・分析、課題の捉え方から具体的な解決策の出し方に至るまで理論的に導く方法を学ぶことができた。(5)。
- ・講義の時間が足りないメニューがあったが演習を行う過程で個別指導もして

いただいたので構成としてはよかった。

- ・基礎から体系的に流れを把握できた。
- ・情報交換の場としても非常に有益 (2)。
- ・医療計画の PDCA 等に役立つ (3)。
- ・地域医療ビジョン策定に当たり、必要な知識を得ることができた (2)。
- ・来年度も同様の研修を行って欲しい。
- ・各県に出張研修を行って欲しい。
- ・講義は非常にわかりやすく参考になる。
- ・問題の同定方法は役立つ。
- ・知識を高めるために役立つ。
- ・普段得られない知識が吸収できた (2)。
- ・業務内容に直結していた。
- ・現状分析に役立つ。

悪い点

- ・データ内容が不足している。
- ・「x年後に y%にする」というような目標値の設定や目標指標の選択について詳しく聞きたい。
- ・もう1日時間を延ばし、どこかの県の1疾患を取り上げ、専門家による分析を行うなど、具体例を掘り下げた分析を行って欲しい。
- ・レセプトデータや人口アクセスマップの活用方法を含めた複合的な部分にもう少し時間をかけて欲しい。
- ・データ分析の方法についてより詳しくやって欲しい。
- ・長期になってもよいので、実際に「地域医療ビジョン」を模擬的に作成する研修をして欲しい。
- ・考え方は理解できたら、実際に行かすのが難しい (2)。
- ・使用すべきデータが多すぎる。
- ・先ず第一段階として NDB を活用した

分析をもっと学習すべきではないか。

- ・役には立つが、他の業務との関係で時間的にも業務的にも分析する作業ができない。
- ・グループワーク実習までは良いがその発表と評価を行うことは疑問(まだ研修生がそのレベルにまで達していないので)。
- ・医療需要を予測するための手法について研修内容に入れて欲しい。
- ・本研修内容を県で1人の担当で抱えるのは荷が重い(来年度は各県から2名以上の参加が可能にして欲しい)。
- ・「地域医療ビジョン」の策定にPDCAをどう行かしていくべきかも研修内容に入れて欲しい。
- ・「地域医療ビジョン」策定にどう関わっていくのかがわかりにくい(4)。
- ・全体に講義時間が短く、説明が走り気味に感じた(2)。
- ・単なるデータの扱いを説明した程度のもに感じた。
- ・各県の医療計画に合った研修になっていない。
- ・分析ツールの使い方が中途半端なところがあった。
- ・自分で考える時間が少なく消化不良
- ・モデル地域に絞って一連の解説とグループワークを通した思考時間を設けた後に、自身の自治体について検討するような二段階の構成にして欲しい。
- ・PDはいいがCでは計画期間とデータの時点のずれがあり、使い方がイメージできなかった。
- ・医療計画の実務上どう活かされるかについて話して欲しい(2)。

- ・抽象論が多い。
- ・演習が多くヘビーだった。
- ・データブックの地図色分けが色弱者に見にくい。
- ・地域医療ビジョンの協議の場について予想されるトラブルと対処法について具体的に話して欲しい。

②「医療計画作成支援データブック」の内容について

研修モジュール20「地域医療構想(ビジョン)の策定を見据えて、今後の医療計画に求められること(グループワーク発表)」における各グループからの回答は下記の通りであった。

(1)ソフトの形式の問題

- 1.容量が大きく動作が遅すぎて使いづらい(3)。
- 2.ソフトのバージョン問題(都道府県のパソコンは必ずしも最新ではない)
 - ・エクセルのバージョンが古く、データブック自体を開けない。
 - ・Internet Explorerのバージョンが古く、地図が開けない(2)。
- 3.同時に一人しか使えない。

(2)データブックの内容の問題

(2)-1 使い勝手

- 1.わかりにくい
 - ・データが膨大だが、体系図などが示されていない。
 - ・データの特徴についての説明が少ない。
 - ・データ元によってフォルダが分かれているが、各種データを統合した横断的なシステムにして欲しい。

・動画などよりわかりやすいマニュアルが欲しい。

2. クロスセクションデータの限界

・時系列データでないので推移が反映されない(4)。

3. 使いにくい

・キーワード検索が欲しい。
・データの時点・出典が他のファイルを参照しなくともわかるようにして欲しい。

4. NDBの制約がある

・NDBの制約が多く、活用しづらい。
・「NDB使用注意」など、NDBがデータ元である注意書きがないため、どれが制約のあるデータなのかわかりにくい。

(2)-2 データの幅

1. データ全体の限界

・医療計画作成時に国から示された指標が網羅されていない。
・より幅広いデータを収載し、データブックだけで医療計画を作れるくらいにしてほしい。

2. DPCデータの限界

・地域においては非DCPデータがむしろ重要(4)。
・レセプトデータ等も使用しDPCと併せて分析結果を出して欲しい。

3. 医療需要者側のデータが不足(提供側データが多い)。

(2)-3 データの質

1. 誤りが多く、信頼性に欠ける(3)。

2. 数値、項目が少ない。

・すべての指標で、都道府県別、二次医療圏別、市町村別で集計が出ることが望ましい(2)。

・目指すべき目標値があるものは、併記してほしい(数値の解釈が難しいものがあるので)。

・全国合計値、全国平均値も記入してほしい。

・全国順位もしくは偏差値も記入して欲しい。

・データ表示画面に、出典元の調査データ(調査名、調査対象時期)も表示してほしい(2)。

・使える在宅指標を市町村単位で欲しい(2)。

・小児や周産期の指標は、小児人口や15-49才女性人口当たりで示してほしい。

・医療圏の名称も表示してほしい。(NDBの医療提供体制データ>二次医療圏数だけでなく)。

・DPC調査データに基づく病院の診療実績。
・DPC病院の手術のデータで手術の種類(内視鏡手術や、心臓カテーテル手術等)まで分かるようなデータを掲載してほしい。

・患者の医療機関間の移動が分かるデータ。

・各病院、診療所の施設基準取得のデータ。

・医療費に関するデータ。

D. 考察

新規の大掛かりな研修にもかかわらず準備期間が短い中、多くの関係者の多大な協力のおかげで大きな問題なく研修を終了することができた。

電子データブックに対応した教材の作成に関しては、大量のデータをうまく整理する標準的フレームワークの設定が最大の懸案であったが、フレームワークを開発することで、講義、グループワーク、プレゼンテーションを円滑に進めることができた。また、データをフレームワークに落とし込

んだ後に、問題点の分析を行うという手順を実習として複数回くり返したことにより、初回の救急医療の分析に比べ、最後の糖尿病に関する分析はその内容を大きく改善させることができた。

グループワークに関しては、近隣の県による8グループ分けを行ったが、地域により討論中の雰囲気異なり、興味深かった。近隣の県でも、日常的な情報の共有はできていないことが多く、今回の研修によって相談できるネットワークができたことは本研修のもう一つの大きな意義といえよう。また、プレゼンテーションを行うことで、各グループでの討論内容を全研修生で共有することができ、また質疑応答を行うことで、お互いのグループの理解を促すことができた。

受講者の個別のコメントから察するに、全体のプログラム内容に関して受講者の研修内容に対する認識と若干の相違が存在した可能性がある。すなわち、地域医療ビジョンと本研修との関連がわかりにくかったという点である。来年度以降の研修に関しては、地域医療ビジョンにおいて今後各県に求められることと本研修の関わりを明確にする必要がある。

DVD 使用によるハンズオンの研修が中心的な内容であったが、DVD 内容の間違い、ソフトが重い、データ内容がわかりにくい等多くの課題が存在し、今後の改善が求められる。具体的にはアクセス速度の速いUSB フラッシュメモリーに媒体を変更することが望まれる。

研修を実施した施設である国立保健医療科学院の情報統計解析室に設置してあるデスクトップ PC と講師画面を映写する中置

きモニターの設置数は40名分である。従って、現在47都道府県に対応できない状態になっており、今後47名に対して「同じ研修環境」を提供できる設備が望まれる。

医政局地域医療計画課が作成した医療計画支援データブックの活用ノウハウの確立は、厚生労働省および自治体にとって全く新たな試みであり、今回、手探りで研修の準備・実施となったが、結果大きな問題無く研修を実施することができた。医療に関する各種統計データの各自治体レベルでの活用は、今後の自治体行政にとって極めて重要性が高い。今年度の実施評価結果をふまえ、今後のより充実した研修にむけた検討を進める必要がある。特に、参加者が「データブックをどう使うか、実務に生かすか」に関して、より具体的なイメージを持てるよう、改善にむけた検討が必要だろう。具体的には、研修目標の明確化、講義の集約・拡充、モデル的なデータ分析手法やデータ活用事例等の提示等が考えられる。その際、自治体が来年度策定することとされている「地域医療ビジョン」との関連において、研修の位置づけを明確にする必要がある。

E. 結論

都道府県職員を対象とした「医療計画におけるPDCAサイクルを推進する能力を養成する人材育成プログラム」の教材の開発、研修のデザインを行い、実際に研修を実施することができた。研修内容の評価を事後的に行い、その結果を次回以降の研修内容に反映することで、今後の本プログラムの継続的な改善につながる一連のプログラム改善PDCAサイクルを同時に構築すること

ができた。今後、事後的な研修評価から得られるフィードバックを常に反映し、逐次プログラムを改善させていくことで、本研修を継続的により良い研修に進化させていく基盤が整ったといえよう。

文献

1. Donabedian A. 医療の質の定義と評価方法.NPO 法人健康医療評価研究機構 (iHope), 2007.
2. Kissick WL. Medicine's dilemmas: infinite needs versus finite resources. Yale University Press, 1994.
3. Corrigan, Janet M. Crossing the quality chasm. Washington, DC, National Academy Press, 2001.
4. World Health Organization. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.WHO, 2007.
5. Hatry HP. 政策評価入門. 東洋経済新報社, 2004.
6. Health Nexus and Public Health Ontario. Ontario Health Promotion E-Bulletin. 05 March 2010 - OHPE Bulletin 651, Volume 2010, No. 652

Appendix

資料 1 : 講義資料

資料 2 : 講師リスト

資料 3 : 研修日程表(前期と後期)

資料 4 : 数値記入シート (地域特性、救急医療、小児医療、糖尿病)

資料 5 : グループワークテンプレート

資料 6 : 前期グループワーク発表 (小児医療 A~H)

資料 7 : 問題解決手法ワークシート

資料 8 : 後期グループワーク発表 (糖尿病 A~F)

資料 9 : 後期グループワーク発表 (データブックについて A~F)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業
分担研究報告書

医療提供体制と受療状況の把握

研究分担者 藤森 研司
東北大学 大学院医学系研究科・医学部
社会医学講座 医療管理学分野 教授

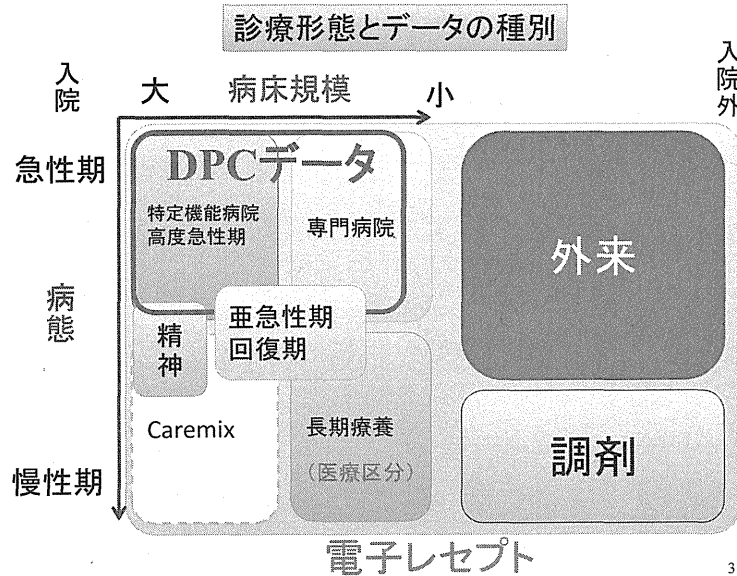


医療提供体制と受療状況の把握

東北大学 大学院医学系研究科・医学部
社会医学講座 医療管理学分野
藤森 研司

20140715_医療計画PDCA研修会

2

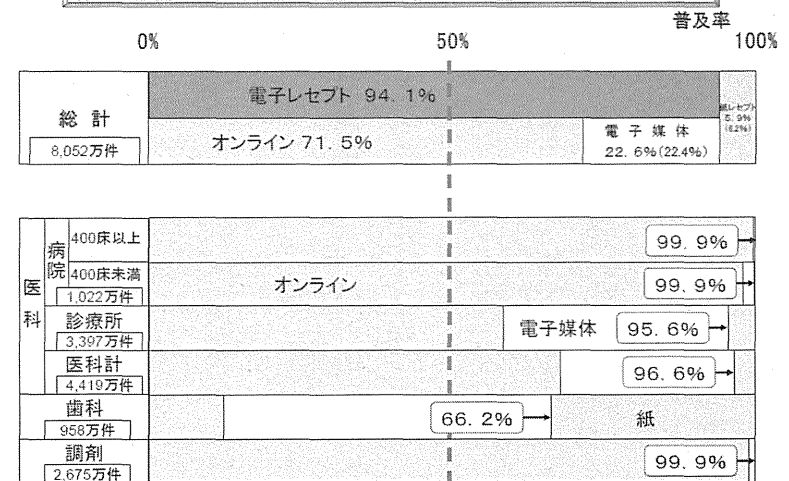


3

医療の見える化が必要

- 各医療機関はどのような患者を主として診ているのか
- どのような患者にどのような診療をやっているのか？
- 地域のニーズと提供体制にズレはないか(過不足はどうか？)
- 患者の受療動向はどうか？

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成26年3月】



社会保険診療報酬支払基金 Press Release No.499

電子レセプト分析で何が分かるか

- 基本情報
 - 保険者、医療機関、処方箋発行元
 - 入院・外来、生年月日、性別、受診日数、総点数
- 医療内容が詳細に分かる
 - 行為、薬剤、特定医療材料が個別に分かる
 - 数量、回数、点数、実施日
- 傷病名が分かる(?)
 - いわゆる保険病名の羅列になりやすいが...
 - 少なからず未コード化病名もある

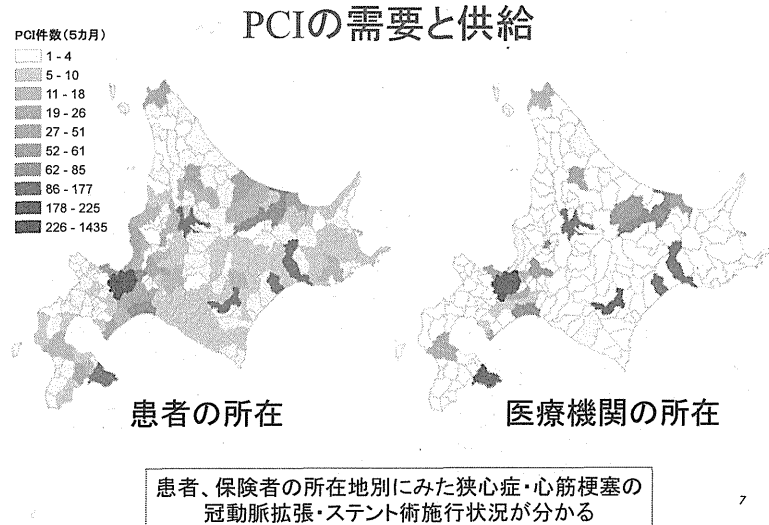
5

現行のレセプトに欠けるもの

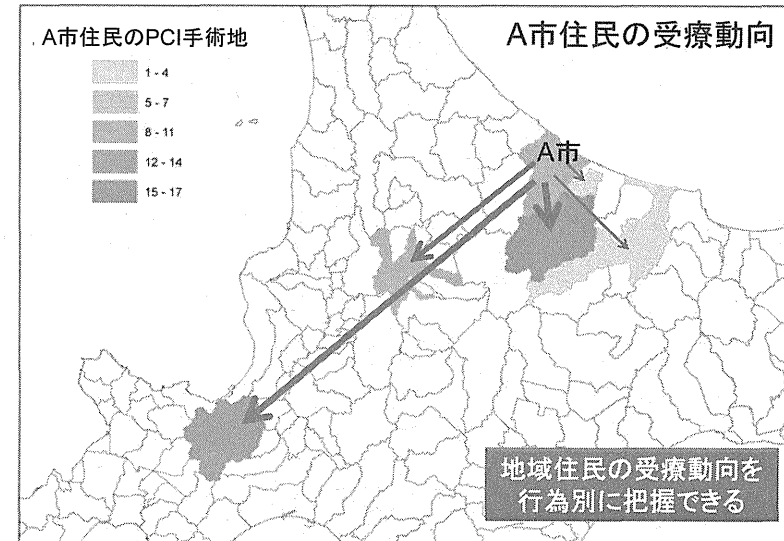
- 患者の住所地(所在地)
- 傷病名の重みづけ(医科レセプト)
- 疾病の発症日(診療開始日はある)
- 医療機関の連携情報
 - 転院元(外来からの入院か転院か)
 - 自宅退院、転院、施設系への転出の区別
- 診療科名称
- 救急車搬送の有無
- 介護利用の有無

6

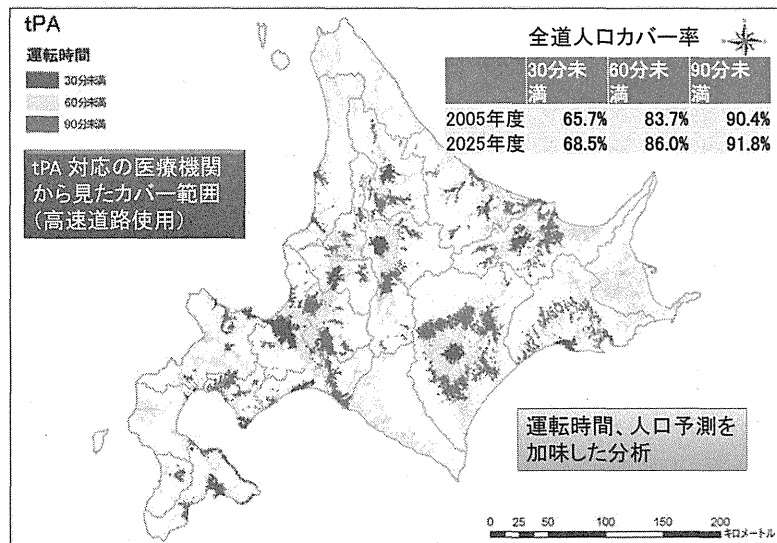
北海道における「電子レセプト分析事業」から紹介



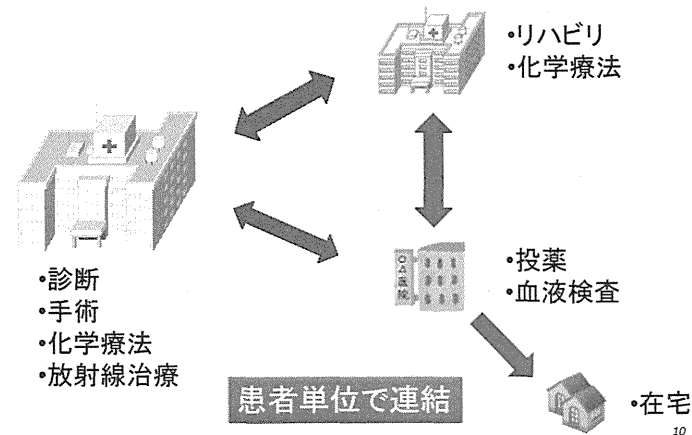
7



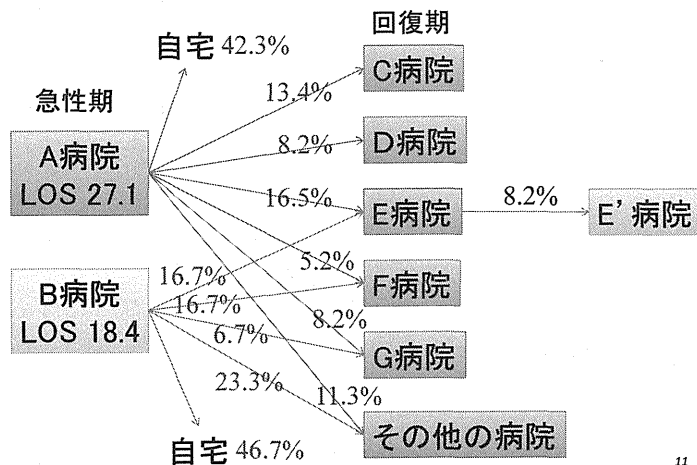
8



レセプトデータから把握する地域連携の状況



電子レセプトから見る脳梗塞の地域連携 (入院時JCS<30)



LOS: 平均在院日数

National Database (NDB) とは

- 厚生労働省保険局総務課が「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、全保険者、公費の電子レセプト、特定健診データを匿名化後に収集
 - H21年4月審査分から
 - 医科、DPC、調剤、歯科レセプト、特定健診
 - 患者連結が可能な匿名化がなされている
- 研究目的、都道府県の行政利用の手続きも始まった

NDBを地域医療計画に活用する

- 厚生労働省医政局指導課と共同で申出
- 都道府県に情報提供を目的とする
- 対象は平成24年4月～平成25年3月診療分(12か月)
- 医科レセプト、DPCLレセプト
- 全国全保険者分(公費単独も含む、生保は除く)
- 都道府県別、二次医療圏別に分析(全国344医療圏)
 - 宮城、栃木、徳島は新旧の二次医療圏に対応
- 5疾病5事業を中心に250指標を策定

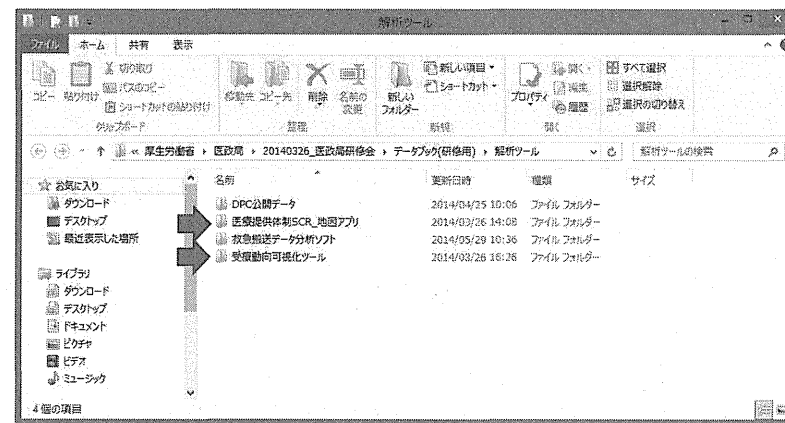
データ集フォルダーの下層の医療提供状況・SCRデータ



地域性の視点

- 全国に比較して自県はどうか？
- 県内の二次医療圏間の差異は？
- 市町村レベルでは？
- 日常生活圏域では？

解析ツールフォルダー

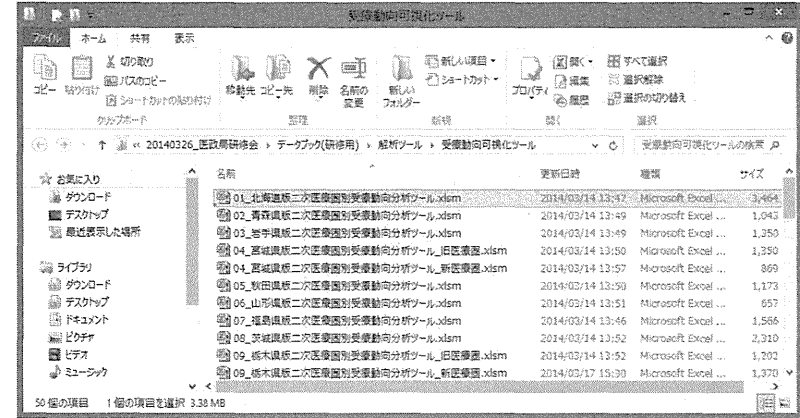


解析ツールフォルダーの下層の医療提供体制SRC_地図アプリ



17

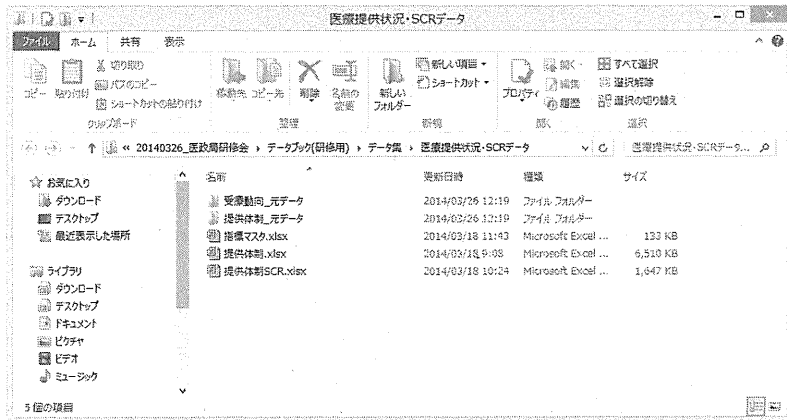
解析ツールフォルダーの下層の受療動向可視化ツール



18

— 34 —

データ集フォルダーの下層の医療提供状況・SCRデータ



19

指標マスタ.xlsx

大分類	中分類	指標名	備考
基本診療体制	外来診療体制	初診科	
基本診療体制	外来診療体制	初診科_時間外加算	
基本診療体制	外来診療体制	外来診療科	
基本診療体制	外来診療体制	外来診療科_時間外加算	
基本診療体制	外来診療体制	再診科	
基本診療体制	外来診療体制	再診科_時間外加算	
基本診療体制	外来診療体制	再診科_外来診療科(再掲)	
基本診療体制	入院診療体制	再診科_外来診療科_時間外(再掲)	
基本診療体制	入院診療体制	一般入院基本科	栄養経過措置関連のH24年度追加項目に抽出されず、やや減少評価
基本診療体制	入院診療体制	一般入院基本科(7:1, 10:1)(再掲)	栄養経過措置関連のH24年度追加項目に抽出されず、やや減少評価
基本診療体制	入院診療体制	一般入院基本科(13:1, 15:1)(再掲)	栄養経過措置関連のH24年度追加項目に抽出されず、やや減少評価
基本診療体制	入院診療体制	DPC入院(再掲)	
基本診療体制	入院診療体制	療養病棟入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	結核病棟入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	精神科入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	特定機能病院一般入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	専門病院入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	障害者施設等入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	有床診療所入院基本科	
基本診療体制	入院診療体制	有床診療所療養病棟入院基本科	
基本診療体制	特定入院科	精神科入院科	
基本診療体制	特定入院科	特定集中治療室管理科(ICU)	
基本診療体制	特定入院科	新生児特定集中治療室管理科(NICU)	データ抽出に不備があり、今回集計していません。
基本診療体制	特定入院科	総合周産期特定集中治療室管理科(MFICU)	
基本診療体制	特定入院科	特殊疾患病棟入院科	
基本診療体制	特定入院科	小児入院医療管理科	
基本診療体制	特定入院科	回復期リハビリテーション病棟入院科	
基本診療体制	特定入院科	特殊疾患病棟入院科	

20

指標マスタ.xlsx

1	A	B	C	D	E	F	G
1	大分類	中分類	指標名	ICD-10コード	名称	ICD-10確定	DPC分類確定
884	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150068010	機能酌定脳手術(片側)		010040
885	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150067410	液状閉鎖術(その他)		010040
886	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150035710	定位脳内血腫除去術		010040
887	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150069710	脳室内血腫除去術(閉鎖的)(脳内)		010040
888	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150100010	脳動脈瘤の手術(脳内)		010040
889	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150071110	脳動脈瘤の手術(脳内)		010040
890	脳血管障害	脳出血	脳出血の脳血管内手術等	150071110	脳動脈瘤の手術(脳内)		010040
891	脳血管障害	くも膜下出血	くも膜下出血患者				010020
892	脳血管障害	くも膜下出血	くも膜下出血患者(主病名)				010020
893	脳血管障害	未破裂脳動脈瘤	未破裂脳動脈瘤患者				010030
894	脳血管障害	未破裂脳動脈瘤	未破裂脳動脈瘤患者(主病名)				010030
895	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対する急性期リハビリテーション	180003070	早期リハビリテーション(加算)	18%	
896	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対するリハビリテーション	180027610	脳血管疾患等リハビリテーション科(1)(\leq 18%)		
897	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対するリハビリテーション	180003010	脳血管疾患等リハビリテーション科(1)(\leq 18%)		
898	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対するリハビリテーション	180027710	脳血管疾患等リハビリテーション科(2)(\leq 18%)		
899	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対するリハビリテーション	180003410	脳血管疾患等リハビリテーション科(2)(\leq 18%)		
900	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対するリハビリテーション	180003010	脳血管疾患等リハビリテーション科(3)(\leq 18%)		
901	脳血管障害	脳卒中	脳卒中に対するリハビリテーション	180003410	脳血管疾患等リハビリテーション科(3)(\leq 18%)		
902	脳血管障害	脳卒中	脳卒中患者の連携(1)利用者(第1入)	180009010	地域連携医療計画管理料	18%	
903	脳血管障害	脳卒中	脳卒中患者の連携(2)利用者(第2入)	180009110	地域連携医療計画管理料(1)	18%	
904	脳血管障害	脳血管障害	脳血管障害患者(全体)			18%	
905	脳血管障害	脳血管障害	脳血管障害患者(全体)(主病名)			18%	
906	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者			E10%	
907	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者			E11%	
908	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者			E12%	
909	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者			E13%	
910	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者			E14%	
911	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者(主病名)			E10%	
912	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者(主病名)			E11%	
913	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者(主病名)			E12%	
914	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者(主病名)			E13%	
915	生活習慣病	糖尿病	糖尿病患者(主病名)			E14%	
916	生活習慣病	糖尿病	血糖自己測定	114015510	血糖自己測定器加算(100回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)		
917	生活習慣病	糖尿病	血糖自己測定	114015610	血糖自己測定器加算(120回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)		
918	生活習慣病	糖尿病	血糖自己測定	114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)		
919	生活習慣病	糖尿病	血糖自己測定	114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病の患者等)		
920	生活習慣病	糖尿病	血糖自己測定	114010010	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)		

使用したICD-10コードの代表的疾患名

1	A	B
1	ICD10	代表的名称
2	C000	上唇舌部癌
3	C001	下唇舌部癌
4	C002	口唇舌部癌
5	C003	上唇癌
6	C004	下唇癌
7	C005	舌根癌
8	C006	舌文達癌
9	C007	口舌境界部癌
10	C008	口唇癌
11	C009	舌根部癌
12	C010	舌背癌
13	C011	舌尖癌
14	C012	舌下面癌
15	C013	舌癌
16	C014	上顎肉腫
17	C015	下顎肉腫
18	C016	歯肉癌
19	C017	口腔癌
20	C018	硬口蓋癌
21	C019	軟口蓋癌
22	C020	口蓋垂癌
23	C021	口蓋癌
24	C022	頬粘膜癌
25	C023	下顎肉腫移行部癌
26	C024	舌後部癌
27	C025	口腔癌性黒色腫
28	C026	耳下腺癌
29	C027	顎下腺癌

使用したDPCコードの対象ICD-10コード

1	A	B	C	D	E
1	DPCコード	分類名	診断群分類	医療資源を最も投入した傷病名	ICDコード
2	010020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤		くも膜下出血	I605
3	010030	未破裂脳動脈瘤		脳動脈瘤の診断、非<未>破裂性 脳動脈瘤、非<未>破裂性	I670 I671
4	010040	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)		脳内出血 頭蓋内出血(非外傷性)、詳細不明 脳アミロイド血管症 脳実質血管の動脈瘤 脳実質血管のその他の奇形 脳血管の動脈瘤 脳血管のその他の奇形	I615 I629 I680 Q280 Q281 Q282 Q283
5	010060	脳梗塞		一過性脳虚血発作および関連症候群 脳血管疾患に対する脳の血管(性)症候群 脳梗塞 脳実質動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの 脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至らなかったもの もやもや病< Willis動脈輪閉塞症 > 脳血管疾患、詳細不明 脳梗塞の診断・後遺症 循環器系その他の器質性障害、他に分類されないもの	G455 G465 I638 I658 I665 I675 I679 I693 I678

提供体制.xlsx

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	大分類	中分類	指標名	入外区分	年齢区分	数値名称	北海道	青森県	岩手県	宮城県
2	基本診療体制	外来診療体制	脳血管疾患	外来	0~14才	レセプト件数	7,768	2,160	2,035	3,016
15~64才					算定医療機関数	873	241	275	422	
65~74才					算定医療機関数	2,777	683	675	1,218	
75才以上	算定医療機関数	213,324	48,215	43,029	81,650					
全年齢	算定医療機関数	2,590	646	639	1,128					
全年齢	算定医療機関数	241,650	51,861	50,567	88,430					
全年齢	算定医療機関数	2,621	652	646	1,143					
全年齢	算定医療機関数	1,009,792	237,874	213,359	399,553					
全年齢	算定医療機関数	2,674	704	708	1,298					
0~14才	レセプト件数	268	70	22	71					
15~64才	算定医療機関数	92	20	14	21					
レセプト件数	16,386	4,304	2,243	4,427						
65~74才	算定医療機関数	621	149	107	162					
レセプト件数	12,019	3,097	1,807	3,179						
75才以上	算定医療機関数	619	151	108	153					
レセプト件数	38,540	9,713	8,182	11,181						
全年齢	算定医療機関数	677	168	119	171					
全年齢	算定医療機関数	67,223	17,124	12,254	18,856					
全年齢	算定医療機関数	724	185	126	163					
0~14才	レセプト件数	723	251	181	232					
算定医療機関数	191	46	47	67						
15~64才	レセプト件数	27,892	9,665	8,184	13,178					
算定医療機関数	1,344	297	302	478						
65~74才	レセプト件数	8,617	2,739	2,446	3,165					
算定医療機関数	934	178	207	301						
75才以上	レセプト件数	12,842	3,870	4,201	5,182					
算定医療機関数	966	198	223	326						
全年齢	レセプト件数	50,274	16,496	15,022	21,757					
全年齢	算定医療機関数	1,321	316	371	548					

提供体制SCR.xlsx

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3					01	02	03	04
4	大分類	中分類	指標名	内外区分	北海道	青森県	岩手県	宮城県
5	基本診療体制	外来診療体制	初診料	外来	105.9	99.6	92.1	104.6
6			初診料	全体	107.6	100.5	92.3	104.4
7			初診料・時間外加算	外来	79.3	102.7	96.9	83.6
8			初診料・時間外加算	全体	84.6	109.6	93.8	86.2
9			外来診療料	全体	106.0	87.8	80.6	90.3
10			外来診療料・時間外加算	全体	70.9	107.9	127.1	79.6
11			再診料	全体	92.8	108.3	104.0	110.4
12			再診料・時間外加算	全体	36.3	60.4	34.0	51.2
13			再診料・外来診療料・再掲	全体	95.3	104.4	99.6	106.5
14			再診料・外来診療料・時間外・再掲	全体	71.6	110.1	92.1	75.2
15	入院診療体制	入院診療体制	一般入院基本料	全体	137.9	123.5	100.2	104.3
16			一般入院基本料 7:1・10:1(再掲)	全体	143.8	127.8	77.6	107.4
17			一般入院基本料 13:1・15:1(再掲)	全体	108.7	113.3	193.4	92.2
18			DPC入院 再掲	全体	100.2	76.2	84.5	98.8
19			療養病棟入院基本料	全体	138.6	53.4	61.4	54.2
20			結核病棟入院基本料	全体	94.2	64.1	51.6	34.4
21			精神病棟入院基本料	全体	146.0	126.4	189.2	89.7
22			特定機能病院一般入院基本料	全体	86.3	68.8	127.0	112.6
23			障害者施設等入院基本料	全体	255.1	61.6	109.8	69.3
24			有床診療所入院基本料	全体	156.9	245.1	103.2	120.2
25			有床診療所療養病棟入院基本料	全体	115.0	138.1	128.3	60.4
26			救命救急入院料	全体	82.3	134.1	53.9	110.2
27			特定集中治療室管理料 ICU	全体	169.2	68.9	22.6	98.0
28			総合周産期特定集中治療室管理料 MFICU	全体	84.6	78.6	88.7	45.8
29			特殊疾患併入院料等	全体	272.0	52.7	87.0	57.7
30			小児入院医療管理料	全体	114.3	53.1	92.4	107.5
31			回復期リハビリテーション併入院料	全体	97.4	113.1	82.9	83.0
32	特殊疾患併入院料	全体	352.8		49.2	54.3		

SCRの算出方法

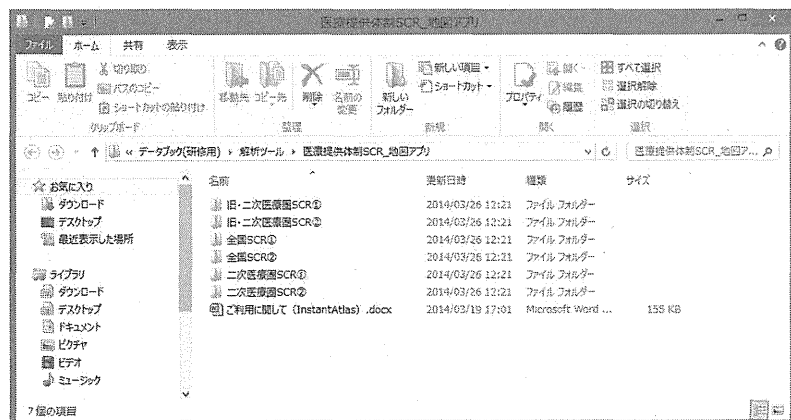
$$A_i = \frac{\text{母集団の5才刻み区分のレセプト数}_i}{\text{母集団の5才刻み人口}_i}$$

$$B_i = \text{対象集団の5才刻み人口}_i \times A_i \quad (\text{予測レセプト数})$$

$$SCR = \frac{\sum \text{対象集団の5才刻み実レセプト数}_i}{\sum \text{対象集団の5才刻み予測レセプト数}_i} \times 100$$

26

解析ツールフォルダーの下層の医療提供体制SRC_地図アプリ



27



IE9が10が必要、IE11では動かない。
IE11の方はエミュレーションモードでIE10に設定する。²⁸