

問題抽出					
問5	脳卒中の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、データを分析して問題点を抽出した担当はどこですか？(複数回答可)				
	発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制	病期に応じたリハビリテーションが可能な体制	在宅療養が可能な体制		
①都道府県本庁(事務局で)					自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②都道府県本庁(関係各課で)					
③委員会の下に設置した作業部会					
④保健所や福祉事務所等出先機関も分担					具体的内容
⑤大学等の研究機関に委託					具体的内容
⑥コンサルタントなどの民間機関に委託					具体的内容
⑦その他					自由記載
問6	脳卒中の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、意見を聴取した団体等はどこですか？(複数回答可)				
	発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制	病期に応じたリハビリテーションが可能な体制	在宅療養が可能な体制		
①医師会					自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②歯科医師会					①～⑩で、特に重視したところを上位3つ番号お答え下さい。
③薬剤師会					
④看護協会					
⑤市町村					
⑥保健所					
⑦学校(医育大学)					
⑧経済団体・企業					
⑨学識経験者					
⑩病院団体					
⑪精神科 病院協会					
⑫住民(NPO・ボランティア含む)					
⑬患者団体(NPO・ボランティア含む)					
⑭都道府県の教育部局					
⑮都道府県の福祉・介護部局					
⑯都道府県の環境部局					
⑰労働部局					
⑱その他					

解決方法の考案						
問7		脳卒中の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、抽出された問題の解決方法の発案者や提案者はどの組織・機関ですか？該当するものに○をつけてください(複数回答可)。				
		発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制	病期に応じたリハビリテーションが可能な体制	在宅療養が可能な体制		
①医師会					自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)	
②歯科医師会						
③薬剤師会						
④看護協会						
⑤市町村						
⑥保健所						
⑦学校(医育大学)						
⑧経済団体・企業						
⑨学識経験者						
⑩病院団体						
⑪精神科 病院協会						
⑫住民(NPO・ボランティア含む)						
⑬患者団体(NPO・ボランティア含む)						
⑭都道府県の教育部局						
⑮都道府県の福祉・介護部局						
⑯都道府県の環境部局						
⑰労働部局						
⑱その他						
優先順位の付与						
問8		脳卒中の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、解決すべき問題の優先順位は、どういった要素で決定されますか？(複数回答可)				
		発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制	病期に応じたリハビリテーションが可能な体制	在宅療養が可能な体制		
①問題の緊急度の高さ					自由記入欄(その他の要素があればご記入下さい)	
②対象者数(影響を受ける人数)						
③費用対効果分析						
④費用対効率分析						
⑤様々な組織・人の意見						

「救急医療」体制に関する質問表

B. 救急医療についての医療計画			
情報収集			
問1 救急医療の医療計画を策定する際に、データの収集を行った組織・機関はどこでしょうか？(複数回答可)			
①都道府県本庁(担当課で)		自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)	
②都道府県本庁(関係各課で)			
③委員会の下に設置した作業部会			
④保健所や福祉事務所等出先機関も分担			具体的内容:
⑤大学等の研究機関に委託			具体的内容:
⑥コンサルタントなどの民間機関に委託			具体的内容:
⑦その他			自由記載
問2 また、医療審議会とは別に、情報を収集した団体はありますか。該当するものに○を付けてください。(複数回答可)			
①医師会		自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)	
②歯科医師会			
③薬剤師会			
④看護協会			
⑤市町村			
⑥保健所			
⑦学校(医育大学)			
⑧経済団体・企業			
⑨学識経験者			
⑩病院団体			
⑪精神科 病院協会			
⑫住民(NPO・ボランティア含む)			住民からの意見聴取を行った際、どのような方法により調査が行われましたか？(複数回答可) ①委員としての住民の意見を審議会、部会などで聴取、②公聴会を開いた、③アンケートをとった、④パブリックコメント、⑤住民側からの苦情を利用、⑥インターネットや広報誌からの意見、⑦モニターに意見を聞いた、⑧その他
⑬患者団体(NPO・ボランティア含む)			
⑭都道府県の教育部局			
⑮都道府県の福祉・介護部局			
⑯都道府県の環境部局			
⑰労働部局			
⑱消防署・救急隊関係			
⑲その他			

「救急医療」の計画の中の個々の目標について														
問3		救急医療の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。 ①適切な病院前救護活動が可能な体制 ②重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制 ③救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制 それぞれの体制構築のための検討を行う際に、従来からの計画に使用していた指標、厚生労働省の推奨により使用した指標、使用しなかった/使用しにくかった指標にそれぞれに○印をつけて下さい。ただし、①、②、③を分けて考えることが難しい場合は、④救急医療の医療計画の策定全般において、有用な指標/使用しにくかった指標等を答えてください。												
		適切な病院前救護活動が可能な体制			重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制			救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制			④救急医療の医療計画の策定全般			
		有用だった/頻りに使用した	使用した	使用しなかった/使用しにくかった	有用だった/頻りに使用した	使用した	使用しなかった/使用しにくかった	有用だった/頻りに使用した	使用した	使用しなかった/使用しにくかった	有用だった/頻りに使用した	使用した	使用しなかった/使用しにくかった	
救急搬送患者数(年齢別・性別・疾患別・重症度別)(消防防災主管部局)														自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
救急車により搬送された入院患者の流入割合、流出割合(患者調査)														特に、自治体で独自の調査を行った場合は、その内容を記載ください。
搬送先医療機関(年齢別・性別・疾患別・重症度別、応需率等)、(消防防災主管部局、衛生主管部局)														
病院前救護活動(救急救命士の数等)(消防防災主管部局)														
搬送手段に係わる情報(救急車、ドクターカー、ドクターヘリ、消防防災ヘリコプター等の活用状況)(消防防災主管部局、衛生主管部局)														
救急医療に携わる施設とその位置(衛生主管部局)														
医療機関の機能(対応可能な疾患・診療科を含む。)と体制(衛生主管部局)														
救急医療機関の人員(衛生主管部局)														
地域メディカルコントロール協議会の活動状況(協議会の開催頻度、事後検証の実施症例数、救急救命士の病院実習の実施状況等)														
救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合														
救急要請(覚知)から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間														
救急要請から救命救急センターへの搬送までに要した平均時間														
救命救急センター等の各救急医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合														
1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率														
救急医療機関への搬送手段および搬送元の分類(現場からの搬送、転院搬送)														
問4		救急医療の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。目標設定において、目標が立てにくかった理由は以下のうちでどれが適しますか？(複数回答可)												
		適切な病院前救護活動が可能な体制			重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制			救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制						
①通知文章が分かりにくかった														自由記入欄(その他意見があればご記入下さい)
②国の施策の方向性が見えにくかった														
③そもそも目標を立てるという意識がなかった														
④厚生労働省が示した指標の中で使える指標がなかった/使いにくかった														
⑤指標が多すぎてどれを目標にすべきか迷った														
⑥すでに達成されているものが多く目標を立てるまでもなかった														
⑦目標値の設定について合意に至らなかった														
⑧その他														

問題抽出					
問5	救急医療の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、データを分析して問題点を抽出した担当はどこですか？(複数回答可)				
	適切な病院前救護活動が可能な体制	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制	救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制		
①都道府県本庁(事務局で)					
②都道府県本庁(関係各課で)					
③委員会の下に設置した作業部会					
④保健所や福祉事務所等出先機関も分担					具体的内容:
⑤大学等の研究機関に委託					具体的内容:
⑥コンサルタントなどの民間機関に委託					具体的内容:
⑦その他					自由記載
解決方法の考案					
問6	救急医療の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、抽出された問題の解決方法の発案者や提案者はどの組織・機関ですか？該当するものに○をつけてください(複数回答可)。				
	適切な病院前救護活動が可能な体制	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制	救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制		
①医師会					自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②歯科医師会					
③薬剤師会					
④看護協会					
⑤市町村					
⑥保健所					
⑦学校(医育大学)					
⑧経済団体・企業					
⑨学識経験者					
⑩病院団体					
⑪精神科 病院協会					
⑫住民(NPO・ボランティア含む)					
⑬患者団体(NPO・ボランティア含む)					
⑭都道府県の教育部局					
⑮都道府県の福祉・介護部局					
⑯都道府県の環境部局					
⑰労働部局					
⑱消防署・救急隊関係					
⑲その他					
優先順位の付与					
問7	救急医療の医療計画の策定に当たっては、以下の3つの体制構築を目標として掲げています。体制構築のための検討を行う際に、解決すべき問題の優先順位は、どういった要素で決定されますか？(複数回答可)				
	適切な病院前救護活動が可能な体制	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制	救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制		
①問題の緊急度の高さ					自由記入欄(その他の要素があればご記入下さい)
②対象者数(影響を受ける人数)					
③費用対効果分析					
④費用対効率分析					
⑤様々な組織・人の意見					

医療計画の「実行と評価」に関する質問表

C. 実行				
問1		適切な医療提供体制の確保を進める際にどのような方法が有効でしたか。該当するものに○印をつけて下さい(複数回答可)		
		脳卒中	救急医療	
①市民へのPR				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②定期的 評価や指導				
③予算化・補助金提供等、財政の裏付け				
④医師会や病院協会の会合への定期的な関与				具体的内容:
⑤計画推進のための委員会の設置・開催				具体的内容:
⑥医療監視				具体的内容:
⑦その他				自由記載
問2		その推進主体はどこでしたか。該当するものに○を付けてください。(複数回答可)		
		脳卒中	救急医療	
①都道府県本庁				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②保健所等出先機関				
③区市町村				
④計画策定組織				
⑤医師会等				
⑥保険者				
⑦住民団体、NPOなどの地域団体				
⑧その他				
問3		医療計画はどのようにして周知させましたか。(複数回答可)		
		脳卒中	救急医療	
①都道府県広報に掲載				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②インターネットに載せる				
③パンフレット、リーフレットをつくる				
④計画自体を一般向けに読みやすくする				
⑤公聴会などの開催				
⑥その他				
問4		医療計画を実行する際、どの団体との調整が困難でしたか。(複数回答可)		
		脳卒中	救急医療	
①財務課				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②財務課以外の県本庁課				
③医師会				
④大学病院				
⑤③④以外の医療者				具体的内容:
⑥保険者				具体的内容:
⑦製薬会社などの民間企業				具体的内容:
⑧患者(患者団体、NPO、市民団体など含む)				具体的内容:
⑨市町村・議会など				具体的内容:
⑩その他				自由記載

D. 評価と計画				
前回と今回の医療計画に対する評価				
問1	貴都道府県では、第5次と第6次の医療計画に対して評価を行いましたか。	第5次	第6次	
	医療審議会、医療対策協議会、医療計画策定部会などの既存の委員会での評価	①行なった、②行なわなかった		
	上記の既存委員会以外の第三者委員会などの場での評価	①行なった、②行なわなかった		
	住民(県民)に公表し、住民や関係者から意見を求めて評価した	①行なった、②行なわなかった		
※問1で評価を「行った」とした場合、以下の問2-6にお答え下さい。第5次第6次ともに評価を「行わなかった」とした場合、問7からお答えください。				
問2	医療計画の評価の主体はどこですか。	第5次	第6次	
	①作業部会			自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
	②事務局			
	③担当各課			
	④策定委員会			
	⑤大学等の研究機関			
	⑥シンクタンク等民間研究機関			
	⑦住民の評価組織			
	⑧医療審議会、医療対策協議会			
	⑨その他			
問3	どのくらいのサイクルで評価をしましたか	第5次	第6次	
	①半年			自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
	②1年			
	③1年半			
	④2年以上(年)			
問4	医療計画の何を評価しましたか？(複数回答可)	第5次	第6次	
	①設定した目標の達成度			自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
	②住民参加・認知度			
	③費用対効果			
	④実施プロセスの効率性			
	⑤医療費の動向			
	⑥施設のコストパフォーマンス			
	⑦評価せず			
	⑧その他			
問5	医療計画の評価結果をどのように利用しましたか？(複数回答可)	第5次	第6次	
	①補助金等の配分の参考			自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
	②基金に利用			
	③本計画の策定に利用			
	④次年度の予算要求			
	⑤住民への広報に利用			
	⑥何も利用していない			
	⑦その他			

現在の達成度と次回医療計画に向けて				
問6	以下の項目について、現在(平成27年10月)の第6次医療計画についての達成度を4段階で評価して下さい(4:完全に達成された、3:まず達成された、2:あまり達成されていない、1:全く達成されていない)。			
①適正な医療資源配置が実現した				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②医療の質が向上した				
③利用されない病床が減少した				
④平均在院日数が減少した				
⑤不必要な診療が減少した				
⑥救急医療体制の整備				
⑦情報の透明性が増した				
問7	次回医療計画は目指すべきと考えているものに○をお願いします。また、医療計画自体がうまく機能したとすれば、各項目に対して医療計画はどの程度貢献しうと考えるか、4段階で評価して下さい(4:たいへん、3:まずまず、2:あまりしない、1:全くしない)。			
		目指すべきか	貢献度	
①病院の機能分化				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②情報整備・公開				
③医療機関相互連携				
④予算措置(助成金配分との連動)				
⑤質の評価				
⑥その他				
問8	第6次医療計画の策定にあたり、他の計画の理念、目標をどの程度取り入れましたか。第7次では取り入れる予定ですか。4段階で評価して下さい(4:そのまま取り入れる、3:多少の修正をし取り入れる、2:ほとんど取り入れない、1:全く取り入れない)			
		第6次	第7次	
①健康日本21				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②健やか親子21				
③都道府県総合計画等				
④老人福祉計画				
⑤障害者基本計画				
⑥母子保健計画				
⑦介護保険事業計画				
⑧がん基本計画				
⑨その他				
問9	第7次医療計画策定に向けて厚生労働省に意見があるとすれば、以下のうちどれでしょうか。適するものに○をお願いします。(複数回答可)			
①行政の利用しやすい計画にして欲しい				自由記載欄(何か意見がある場合にご利用下さい)
②もっと指標をシンプルに整理して欲しい				
③もっと分かりやすく書いて欲しい				
④アウトカムとのつながりを見るようにして欲しい				
⑤どの指標を利用すればいいのか指示して欲しい				
⑥なるべく都道府県の裁量が大きい方針にして欲しい				
⑦なるべく国で決めてもらえるような方針にして欲しい				
⑧基金を使いやすい計画にして欲しい				
⑨その他				

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
医療計画の評価と実効性の向上に関する研究
研究分担報告書（2）

都道府県インタビュー調査

研究協力者 田極 春美

1. 調査の目的

本調査は、都道府県の担当者向けのアンケート調査結果を補足するために実施するものであり、第 6 次医療計画の効果や課題等を把握・整理し、第 7 次医療計画のあり方について検討を行うための基礎資料を得ることを目的としている。

2. 調査の対象

全国 47 都道府県のうち、地理、人口（密度・高齢化）、病床の状況等を考慮し、後述の長崎県を含む 6 か所の都道府県を選定し、本調査の対象とした。

3. 調査の項目

以下の内容について、調査を実施した。

○第 6 次医療計画の策定について

- ・ 人員体制
- ・ 課題の抽出方法
- ・ 調整が必要な関係する他の部署
- ・ 整合性を図るべく検討した他の計画
- ・ 策定のスケジュール
- ・ 市町村との連携状況
- ・ 策定に際して困ったこと / 等

○第 6 次医療計画の評価について

- ・ 第 6 次医療計画で設定した事業や施策の進捗状況の把握

- ・ 指標についての議論（よく使う指標、使いにくい指標、指標の妥当性の検討の有無）
- ・ 医療計画の実効性向上につながる取組
- ・ 評価の方法（設定した数値目標や指標で行っているか、その他の評価手法はあるか）
- ・ 効果（目に見える成果や実績があるか。目に見える成果がない場合は、その理由） / 等
- 第 7 次医療計画の策定に向けて
 - ・ 医療施策の実効性を向上させる案（人材、予算措置、医療計画の内容、PDCA サイクルの有効な活用法、指標、実効性向上の障害因子等）
 - ・ 策定に係る都道府県の負担に関して
 - ・ 国に対する要望・意見
- その他
 - ・ 医療計画と地域医療構想との関係について
 - ・ 病床報告制度の内容と地域医療構想の整合性の取り方について
 - ・ 医療圏の設定について
 - ・ 基準病床数と将来の必要病床数との違いについて
 - ・ 医療計画での医療介護総合確保基金の利用について / 等

4. その他

インタビュー調査の結果については、すべて匿名とした。このため、各県のインタビュー調査結果の中で、本来の「都道府県」の名称に限らず、全て「県」として標記した。

A県インタビュー調査結果

1. 第6次医療計画の策定について

- ・ 第6次医療計画策定時の人員体制は、計画策定の1年前に2名増員して対応（医療計画担当課長、係員1名）。今回は、地域医療構想策定を考慮し（第7次医療計画策定のための増員に先立ち）、平成27年度に、これとは別に1名増員している。
- ・ 医療部局に配属されると、専門性や関係者との関係等が考慮され、他の部局よりは長い期間になる傾向はあるかもしれない。
- ・ 当県では、医療計画策定に先立ち、医療機能実態調査（医療機関向け調査）・世論調査（生活福祉部が都民向けに行う調査）を（新計画開始の）2年前に行い、担当部局にデータ提供をし、課題抽出等に役立ててもらおう。

調査項目については、なるべく過去の調査と比較できるように過去のものと同じものを採用しているが、例えば「在宅医療」が医療計画の項目に入ったりすると調査項目を追加せざるを得ないため、調査項目が徐々に増えているのが現状。

→関係のある部局は、福祉保健局のうち8つ（医療政策部（ここがとりまとめを行う）、総務部、保健政策部、生活福祉部、高齢社会対策部、少子

社会対策部、障害者施策推進部、健康安全部）。

→局外では、教育局、環境局、病院経営本部などとの連携を要する。

- ・ 既存事業で予算化されているものは当然のこととして書きやすい。予算化されていない事業について、医療計画にどこまで書き込めるかについては、やはり財政部局や政策企画局との調整が必要であり難しい面もある。逆に政策企画局から書き入れてほしいという要望があっても、所管部局としては書き入れられないといったものもある。
- ・ 「基準病床」のように、計算式などで算出ロジックが国から明確にされているものの方が、説明がしやすいため、揉めることは少ない。
- ・ 調整の数が多く、やはり、部を越える、組織をまたぐ部分の意思決定が難しい。
- ・ 医療政策部が中心となり、「改訂部会」を立ち上げ、各部局が検討した課題・策定した医療計画について検討する。保健医療計画の進行管理は「保健医療計画推進協議会」で行っている。この協議会の下に、医療計画策定の2年前に改訂部会を設置し、「医療機能実態調査」の項目を検討する。この調査結果を踏まえ、具体的に計画を検討していくプロセスに1年強かかる。
- ・ 関係者との調整においては、各団体の要望はあったが、会議が紛糾して進まないというようなことはなかった（基準病床数は関心が高い傾向あり）。
- ・ できれば、各種調査は、国から出される策定指針が公表された後に行いたいのが、指針公表が策定の1年前であり、それを待っていると現状把握ができなくなるなどスケジュール面で厳しい（第6次でも指針公表に先立ち、前年の夏頃

に調査を行った)。国からの指針公表前に調査を行うため、国の指針が出た時にカバーされる調査となっているかという不安がある。

→調査の方向性等を確認するためにも、指針公表やデータ提供の時期を早めてもらえると動きやすい。重複する調査は避けたい。

- ・ 以前より、「在宅推進会議」を設置しており、そこに市町村の代表者（4～6名程度）が参加しており、連携していた。そのため、在宅医療が盛り込まれた第6次医療計画策定に際して、初めて連携をとったというわけではない。以前から、市町村に対してどうすればうまく回るのか、都道府県が支援できることは何かとヒアリングを行っている。
→しかし、市町村の考え方にも差があり、やはり「医療は県が行うもの（介護については市町村に担当部署があるが、医療部局はない等）」という認識のところも多い。また、適切な在宅医療のニーズが把握しづらい中で、市町村が率先して取り組む課題とは捉えられていないところもあり、県が引っ張っていく必要があると認識している。市町村の取組状況もバラバラであるが、進んでいる市町村があってもそれほど大きな差があるわけでもない。こうしたことから、在宅医療についても県が引っ張っていく必要があると考えている。
- ・ 目標については「増やす」などと表記されており、どのくらい増やすかが示されていない。
- ・ 別の計画を持っている事業については具体的な数値目標を示せるが、そうでないものについては数値目標を出すのは困難。必要量の見積が難しい。例えば

「倍にする」と示した場合、その「倍にする」根拠が示せない。数値の根拠が立てづらいため、具体的に記載することは困難である。また、毎年、どのように数値を把握すればよいかという問題もある。継続的な調査があればよいが、単発のものでは把握できない。

- ・ 国からもらったデータ等が活用できる部分もあるが、数年に一度の調査など、タイムリーなデータではないものもある。また、データ集めや分析に時間を要し、うまく使いこなせていない面もあるかもしれない。当県では専門の学識者に分析をお願いしている。
 - ・ 当県では「保健医療計画」として策定しているので、計画の守備範囲が広い。各所管部局が医療計画の内容（文章）を作成しているので、医療政策課はその管理をするのがメイン。各所管部局が事業計画を立てる過程では、限られた時間の中で有識者検討会をそう頻繁に開催することができないため、委員に個別に説明に行くなど、苦勞した話は聞く。
 - ・ スケジュール表は「保健医療計画」に記載。策定年の6月にはデータなどが必要。パブコメも2週間しかとれなかった。計画についての素案を12月には議会に提出する必要があるため、そこまでに計画策定をしなければならない。
 - ・ 関連する他の計画と策定期間がずれているのは、そういうものであり、仕方がないと思っている。当都道府県の場合は、各部署と連携してうまくやれているので、あまり問題になっていない。
2. 第6次医療計画の評価について
- ・ PDCA サイクルとしては、毎年、親会議の方で計画の評価を行って指標を見

直している。次期医療計画策定にあたって、5年間分を改めて評価するということはしていない。

- ・ 年1回、かなり細かく事業ごとに進行管理をしている。評価の指標は部局・所管課ごとに決めていて、それが達成されているかについて検討し、自己評価をしている。評価指標の見直しは今までは行っていない。指標を変えたほうがよいという意見は出ていない。
- ・ 評価の結果は、協議会にかけて質疑応答などを受けているが、第三者に直接評価を受けるということはない。「第三者からの評価が必要なのではないか」という意見はあるが、第三者が必ずしも適切に評価できるとは限らない（少なくとも、自己評価と併せて行う必要がある）と考えている。事業の進捗は所管課しかわからないと思う。協議会の座長も、その点はそうなのではないかという意見である。
- ・ 評価指標だけではなく、施策全体の取組を評価するシステムとしている。ABCDの4段階。
- ・ 数値目標ではなく、「増やす」等の抽象的な目標について、程度は評価には反映しない。
- ・ 「どの程度増えたらAにする」といった評価基準はない（A:非常に順調に進捗、B:順調に進捗・29年度に目標達成見込み、C:計画に遅れが生じている、D:計画自体の見直しが必要）。平成26年度の評価はすべて「B」評価であった。したがって、PDCAサイクルで計画の見直しが必要になったものはない。
- ・ 指標は、あった方がいいものとない方がいいものがある。
メリット：指標に向けて進めるということで、(遅れているような事業につい

ては) 予算がつきやすい。

デメリット：気にしていない指標もある。

→国から参考になる指標を示してもらうことは歓迎（取捨選択し、うまく使えばよいと感じている）。

基本は国からのものを参考に設定している（県独自の制度について、自分たちで拾ってくるものもあるが）。対外的な説明も必要になるので、今まで使ってきた指標を変えづらいというところもある。

- ・ ストラクチャー・プロセス・アウトカムの指標以外に医療の質の中身がわかるような指標（行為と結果が合わせてわかるようなもの）で欲しいものについては、なかなか難しいのではないか。
- ・ 量について達成したかどうかをみることはできるが、質の面において行政が評価するのは難しいのではないか。指標を達成したかという評価はできるが、達成したことによる効果まで見ることができないものは少ない（数が増えている、それが満たされているかどうかを判断するのは難しい）。例えば、救急搬送時間があるが、これはいろいろな取組を行った結果、短くなったなどというものである。
→例えば、県民への普及啓発などは、本当はやっていかなければいけない点だが、指標・評価ともに難しい。評価したいが、どんなものを使えばよいか。全体的に、質の評価はしづらく、さらにそれを施策に反映していくことはもっと難しい。
- ・ 当県は長期ビジョン（10年くらい；知事が変わるなど不定期）を描いて、その上で計画を立てて実行していく形を取っている（5年のスパンではなく、もっ

と長い期間を見据えて、今までも計画を作ってきたと考えている)。長期ビジョンと医療計画とのすり合わせが必要。

- ・ (質問) 医療計画に「増やす」「増員する」というのは比較的書き込みやすい内容と思うが、今後、人口減少の中で「減らす」という目標を立てなければならぬことも出てくるかもしれない。10年後のビジョンでそうした話が出てきた時に、どのように医療計画で整合性をとろうとするのか。
→当県の場合、そのような事態を今の時点では考えられない。
- ・ 「医療計画に載せている」という理由で、財政当局と交渉することもある。計画だけで終わらせないために、本当に必要なことを書き込んで、予算要求をするような形にできるように、これからも努力する必要がある。

3. 第7次医療計画策定に向けて

- ・ 地域医療構想の構想区域は二次医療圏で実施、整合性も図れる形でスタートできそう。来年度6/7月に策定予定。計画策定期間と重なる。構想を作る時に病床について整理し、それをそのまま医療計画に埋め込む形を考えている。平成30年度からの医療計画の際に必要なであれば変更するイメージ。
- ・ 当県は圏域ごとの計画の策定はない点で、他の県と異なり、進めやすい点かもしれない。
- ・ 国が示す医療計画の策定指針の公表の時期は早めてもらえるとよい。
- ・ 国から提供するデータについても早めに最新のものを提供してほしい。重複した調査は医療機関の負担にもなるので、できれば避けるようにしたい。

B県インタビュー調査結果

1. 第6次医療計画の策定について

- ・ 平成23年9月～10月頃に審議会での議論を開始。平成24年3月に計画の骨格を承認。中項目を大項目に変更したなど一部変更はあったものの、第5期医療計画からの大きな変更はなかった。
- ・ 人員体制は強化している。平成20年度に第5期医療計画を策定した時は、課長を除くと、4人体制(チーフ(係長クラス)1人、医療計画担当1人、救急医療担当1人、災害医療担当1人)であった。救急医療担当ががんも担当するなど、4疾病5事業について1人の担当者が複数事業を担当する形をとった。年度途中に公衆衛生担当の医師1人を採用し、増員した。平成22年度にはさらに1名増員し、地域医療担当係が6人体制となった。平成23年度からは6人体制を2人と4人の体制に分割した。このうち2人体制の方については、医療計画専任として、医療計画担当のチーフ1人、医療計画担当職員1人を配置し、医療計画の責任者を明確にした。4人体制の方は地域医療担当者として、4疾病5事業の個別の政策(ただし、へき地、がん、周産期を除く)を担当する形となった。現在は、医療計画担当は2人から4人の体制に増員している。また、4人であった地域医療担当も5人に増員している(災害医療対策ということで増員)。
- ・ 税と社会保障の一体改革で再生基金などができ、増員することができた。しかし、増員しても業務量が増えているので、1人あたりの仕事量が減っているわけではない。PDCAの回転が速いと

いうのも理由の一つ（年に何回もチェックが入る）。

- ・ 地域医療構想の策定や病床転換のコンサルティング業務のようなこともやっていかなければならない。コンサルティング業務を保健所に委託したいが、保健所の役割として地域医療の目付役をするという業務がなかなか明確に位置付け切れていない（ため県が実施するしかない）。健康局が地域保健体制の基本指針をなかなか見直さない。指針の中で医療政策に関する保健所の役割としては、「医事・薬事」としか記載されていない。保健所では病院の許認可と医療監視のみ。
- ・ 各保健所の事業年報をみるとわかるが、例えば介護保険や母子保健などについて、「こんなことをやっています」というのが何ページにもわたって記載されているが、医療に関しては病院と診療所の数、昨年実施した医療監視の数くらいしか記載がない。
- ・ 保健所は地域医療の現状を把握してより良い医療の体制を構築するというミッションを明確に与えられていない。県では保健所にこうしたミッションを与えるように地道な活動をしている。保健所長はこうしたことを理解しているが、職員を動かすための根拠文書がない。ミッションはドキュメントで示す必要がある。
- ・ 病床転換について医療機関からの個別相談を保健所にお願いできない現状下では、県がこういった業務を実施するしかない。県が実施するとなると、地域医療の担当が9人体制となっても人員的には不足している。このため、もう1人増員したいと考えている。しかし、部全体で優先順位が高いものが他にできたので、今回はあきらめたところである。
- ・ 県では、地域医療構想関係については保健福祉行政の中では重要なマターとして認識されている。
- ・ 正職員ではなく非常勤職員を増員して補助金執行のための事務手続きを行ってもらう体制を予定している。正職員は企画立案に専念できる体制としたい。なお、正職員9人のうち、事務職員が8人で技術職員は1人となっている。技術職の確保はなかなか難しいという事情もあるので、事務職員に医療政策の専門性を身につけてもらい、行政官としてのキャリアパスを作っていきたいと考えている。その点で、GRIPS（政策研究大学院）の医療政策短期プログラムに参加させたいと考えている。薬剤師などの技術職については、既に技術職を必要とする既存の部署が他にあり、技術職確保が困難な時に新たな部署でこういった技術職を確保するというのが難しい状況である。
- ・ 医療計画としてのPDCAは年に1回評価をしている。それとは別に、県知事の『5つの基本政策』がある。その1つが社会保障の分野。キーワードは「日本一の健康長寿県づくり」。これを形にしたのが『日本一の健康長寿県構想』。これは年に1回バージョンアップされる。今は第2期のバージョン4（知事の2期目の4年目にあたる）。秋に知事の再選が確定したので、現在は第3期第1次の準備を行っている。
- ・ ここでは縦割りではなく、骨太の5つの目標を掲げ、そこに全施策を関連付けている。横断的になっている。『日本一の健康長寿県構想』の中に「県民とともに医療環境を守り育てる」ことが

目標として掲げられていることから、現在、地域医療構想の策定をしているが、担当者としてはありがたかった。この『日本一の健康長寿県構想』の下に医療計画や健康増進計画がぶら下がっているというつくり。

- ・ 『日本一の健康長寿県構想』については、知事のもとで、年4~5回、健康長寿県構想推進会議という名のPDCA会議が行われる。この会議のメンバーは、知事、副知事、健康政策部と地域福祉部の部局長・課長、保健所や児童相談所等の出先機関。1回目の会議はこの構想を今年度どういう風に進めていくかということの確認。2回目、3回目はアウトプット、ものによってはアウトカムが見えてきているので、どういう課題があるかなどを議論。4回目は課題について今後どう進めていくかを議論。5回目は新たな構想案の確認。
- ・ 医療計画の毎年度のPDCAについては、健康長寿県構想のPDCAの中で頻度高く行っているのでは、比較的楽にできていると思う（健康長寿県構想のPDCAでやったことがそのまま医療計画のPDCAでも使える）。あとは医師会や消防などが行った数字などを聞いて共有化するので、「D」「C」の部分についてはそれほど大変ではない。
- ・ 「C」の部分については各疾患ごとの検討会が部会の下に10くらいある。そこで検討し、それを部会に挙げてそこで評価をする。部会では数値などを確認する。目標を達成できていないものがあれば、どこが問題なのかという議論をする。
- ・ 目標は5年間での達成目標。それに対するモニタリング指標としてはたくさん挙げているが、目標値としてはアウ

トカム指標とプロセス指標の中から数項目を挙げている（目標値に挙げるものは達成できそうなものを選んでというのが本音。「絶対に無理」というのは目標に掲げられない）。

- ・ 長寿県構想は4年ごとに見直し、医療計画は5年ごとに見直しなので、時期がずれる。長寿県構想では「平成33年度末」の目標を設定している。医療計画の見直しの前に、長寿県構想の見直しがあり、新しい目標値を設定している。この長寿県構想の新たな目標値は医療計画にも当然入れる予定。
- ・ ダイナミズムとしては、長寿県構想をきちんと回していくことで、医療計画の実効性も高まる仕組みとなっている。長寿県構想の目標を達成することで医療計画の目標も達成できるということで、長寿県構想と医療計画は表裏一体の関係。
- ・ 現在、長寿県構想の第3期第1次を準備中であり、その過程で、医療計画の見直しについても目処が経ってきている状況。ただし、目標時期のずれがあるので、それをどう調整するかという問題がある。
- ・ 例えば、在宅医療の推進を掲げる一方で、現在、地域医療構想を策定していたりするので、その調整をどうするかといったことがある。中には、同じ指標であるにもかかわらず周期がずれていることについて指摘をする医療関係者の声もある。それについては、策定期間が違うのだから仕方がない、その時々で新しいデータで策定すればよいのではないかと説明している。
- ・ 長寿県構想は保健・医療・福祉にまたがる横串で、知事、副知事、健康政策部と地域福祉部の両副部局長、課長が年に

4～5回、PDCA会議で必ず目を通すものであり、保健医療計画は課長の権限でできるもの。ただし、保健医療計画は見落としが多くなるものであるが、県では全庁を挙げての保健医療計画づくりを頻繁にやっているのでは、問題にはならない。

- ・ 長寿県構想は県職員が作成している。医療計画策定については4疾病5事業ごとに検討会を設置し外部関係者が関わっている。第5期医療計画策定時に4疾病5事業ということになったが、それまで4疾病のところについて検討の場が何もなかったのが新たに検討会を設置した。この検討会が計画を策定し解散という雰囲気だったが、平成20年度の予算要求ではPDCAを回すために毎年度検討会を開催できるように、予算確保の仕組みを作った。
- ・ 地域医療構想については地域医療体制部会にWGを設置し検討。地域医療構想調整会議は構想区域ごとに策定することになっているので、日本一の長寿県構想地域推進協議会(保健所単位)のものを活用する形。具体的には4つの構想区域があるので、4つに共通して入るメンバーに加え、地域ごとの関係者が時々入る形。今後、医療計画を策定する際も同じメンバー。委員会が多い上に、メンバーも大体重なってしまう。保険者協議会も地域ごとにあるかどうかという感じなので、県が全県のデータをまとめてそれぞれの地域ごとに進捗管理用のデータを出して会議ができるようにしたほうがよいと考えている。
- ・ 医療計画の目でみると、5疾病5事業と在宅医療の検討会のメンバーと地域推進協議会のメンバーは重複している。在宅医療体制検討会議には市長会、町

村会が入っている。保健所単位の地域推進協議会では、各市町村の課長が入る。協議会の中にも部会があるので。

- ・ 市町村ごとに広域の連携を考えたほうがよいと思う。在宅医療の連携推進事業は、介護保険を所管している高齢者福祉課が保健所単位で市町村を集めている。医療介護連携なので、医療政策課のスタッフも入っている。こういう場で地域医療構想等も含め全体のアウトラインについても説明するようにしている。
- ・ 在宅医療推進事業は医師会に委託せざるを得ない。市町村と医師会との関係については、ヘルス事業で少し関わりがあるだけなので、市町村では医師会とのつきあいがうまくできていない。医師会から見れば市町村がもっと主体的に関わってほしいと思っており、市町村からすれば医師会とどうつきあっていけばよいかわからない状況。その部分の橋渡し役を県が行う必要がある。在宅医療関係は保健所も問題意識を持っている。
- ・ 保健所の役割として組織上のミッションに落としきれていない。保健所が地域医療介護連携をやる、病床転換(の相談業務)をやるということを文書として示すことが必要かもしれない。医政局の文書は都道府県あてになっている。保健所も県ではあるが、保健所が主体的に関わっていくよう明示してもらいたい。これは健康局マターになるが、地域保健対策の基本指針の中で、地域医療の現状把握と医療介護の連携体制の構築に向けての役割を發揮するという点を明記すると、現場の人にもわかりやすいのではないかと。保健所の役割は重要なので、その点をしっかり明確に

しておいてほしい。

- ・ 市町村との関わりは医療計画上あまりなかったが、在宅医療が入ったのを機に、市町村を引き込めるようになってきた。
- ・ 地域医療構想でこれだけ在宅医療を進めてください、という数字が出てきた時に、現場からは「そもそも対応できる医療機関がないのではないか」などという意見が来ている。
- ・ 県の人口は、2015年が72.9万人、2010年が76.4万人なので、3.5万人くらい減少している。5年間で5%弱くらいの人口減少(2005年が79.9万人。2000年が82万人)。
- ・ 当県は家庭介護力が弱いので、入院が多くなる。離婚率が高く、母子家庭率も高い。病床が日本一多く、介護を代替してきた。入院させることについて社会的に負い目を感じないカルチャー(病院も特養も県民にとっては同じ「入院」という位置づけ)。ただし、次第に変わってきている。世論調査をすると、3割くらいは在宅を望むという結果が出ている。
- ・ 都市部で語られる在宅医療の問題は、県内では県庁所在地の市くらいであると状況が異なる。訪問看護も同市内に集中している。在宅医療・訪問看護に片道1時間以上かかる地域もざら。とはいえ、在宅医療のニーズも高まっており、訪問診療を増やすのは難しいので、まずは訪問看護師を増やそうと考えている。ただし、人が増えても移動距離が変わるわけではない。診療報酬が増額になるわけではないので、不採算の部分は県が補助することが必要。
- ・ 在宅医療の推計数字はハードルが高い。全国の平均値というのは、政策上出て

きた数字であり、自然体ではない。いま入院患者の実態調査をしているところだが、現在、入院している人をベースにして病床機能の再編を考えることは可能。なお、この実態調査については病院が協力的で全病床の95%以上の回収率。この調査は社会的背景や医療処置の内容、認知症の程度、どこから来てどこで入院しているのか、というアンケート調査(老健局がやった調査と似た調査)。

- ・ 将来の世代別人口を見据えると、2025年の(必要病床の)数字はもう少しマイルドになるかもしれないと思っている。病床転換の話は、数字を出して検討しようと思っている。
 - ・ 長寿県構想の「県民とともに医療環境を守り育てる」という言葉であるが、地域医療構想での病床転換とは関連付けていない。病床転換は行政と医療機関との調整の話なので、県民向けのメッセージである長寿県構想には言葉としては入れていない。
2. 第6次医療計画の評価について
- ・ 今回の研究班のアンケートで「使っている指標」、「使っていない指標」などを聞いているが、都道府県が「使っていない指標」に挙げたからといって、「使えない指標」なのかどうかは別問題。都道府県側が指標の意味を十分に理解せず使えていない可能性もある。
 - ・ 全体像が見えて、その中に指標が埋め込まれているようなものだと良いのかもしれない。心筋梗塞・脳卒中であれば発症して救急要請し病院到着、治療開始、治療完了、成功といったタイムラインだけでその時間を地域でどうやって短くするかということを考える、つま

- り指標は時間だけにするというものもあるかもしれない。
- ・ 県民や関係者がわかりやすい指標の作り方、見せ方を考える必要がある。ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標というのは流れにはなっているが、計画策定者からみた流れになっている。県民から見た時は違う切り口があるかもしれない。
 - ・ 半分くらいしか使っていない指標が半分くらいあった。当時データブックがなかったので、測定できなかったという問題があるのかもしれない。都道府県の立場としては、指標を上げたほうがよいのか、下げたほうがよいのかすらもわからない指標もあった。例えば脳卒中のmRSスコアのような、患者を別途調査しないと出てこないようなものは指標として困る。数字自体をとりにくいものは困る。既存の統計でとれるアウトカムが一番よい。「国民健康栄養調査」でも医療計画のモニタリングに使えるものがある。
 - ・ 大病院が関わるものは比較的データが集めやすいが、広く診療所でも関わっているようなものについてはデータを集めにくい。
 - ・ 学会レベルでレジストリがはっきりしているものはわかりやすいが、都道府県単位での数字がオープンになっていないという問題がある。院外心停止は消防庁が統計をとっているの、それはそのまま使える。外傷についてはレジストリが画一しているが、都道府県単位になっていない（出せるのかもしれないが）。学会のレジストリとリンクできればありがたい。透析は透析学会が都道府県単位で出しているの、使える。
 - ・ （厚労省）脳卒中と心筋梗塞は学会同士が連携してレジストリをつくり、そのまま医療計画に使えるのではないかという話がある。
 - ・ 心停止、ACS、Strokeを一つのレジストリにするための研究班があり、検討している。パイロットスタディをやっている。3年事業の最後の3年目。
 - ・ 各県で救急搬送情報システムが新しいバージョンになってきて、救急隊と病院で細かい情報まで発生源入力することになってきている。心筋梗塞、Strokeもウォークインの割合が若干高いという問題はあるものの、かなりは救急搬送でカバーされるので、救急搬送情報システムと学会レジストリをリンクして使えないか研究班で検討している。まあまあデータはとれる。県では救急搬送情報システムを新しくして、少なくとも1か月後のアウトカムまではざっくりだがとれるようになった。救急医療だけではなくその他諸々を含めて、医療計画の見直しに使える。
 - ・ 高度救急ほどデータは取りやすいが、維持期ほどデータがとれないという傾向がある。医療の度合いが薄れてしまい、「指標があるから何なんだ」となりやすいという部分もある。意義あるデータ収集がなかなかできない。
 - ・ そういう意味でDMのアウトカムのモニタリング指標として、おそらく「国民健康栄養調査」や特定健診のデータが使えるのではないか。
 - ・ 医療計画の5疾病の中で、糖尿病を含め生活習慣病としてまとめてしまうのも手かもしれない。
 - ・ 厚生労働省が、例えば、「死亡率を下げるためにこの指標とこの指標を使ってモニタリングしてください」というと

県としてはそのとおりに動くしかなくなる。

- ・ 通知を読み込んで医療計画を策定する人の大半が事務職員。その事務職員がクリアカットに頭に入る書き方をする必要があり、「こういうアウトカム指標を改善していくためには、こういった指標をモニタリングすべし」といったように書き込むことが必要。一定のストーリーが分かるようにすることが必要。
- ・ ガイドラインに疾患の解説を入れてもよいかもしれない。こういう介入が必要だ、介入をしないとどうなる、というのがわかるとよいかもしれない。学会に協力してもらって1枚の紙でいいので示せるとよいかもしれない。医学会のコンセンサスが得られているものでよい。
- ・ 指標の因果関係、関係性がわかっていくかもしれない。そうすれば、何をやればよいかわかるかもしれない。
- ・ 都道府県の医療計画で何をどう介入してうまくいったかを描いたものを集めた好事例集があってもよいかもしれない。
- ・ 通知のタイミングをもっと早く出してほしい。大きく方針を見直すのかどうかかわからないのが都道府県の不安。「こんなところが変わります」というのだけでも早めに出してほしい（疾病を見直すとなると省令改正。なかなか大変かもしれない）。
- ・ 「地域医療構想」という提供体制から始まって、対策を整理していく、という感じはわかるかもしれない。
- ・ 各県は保健医療計画として策定しているところが多いので、上流部分であるヘルス対策から書くことになると思う

が、その部分についてはガイドラインは知らない。介護保険との連携は地域医療構想や在宅医療の中で触れていく必要があるもの（既に入れている）。

C 県インタビュー調査結果

1. 医療計画策定の体制について
 - ・ 医療計画を担当する医務課の職員は、人事異動で配置される。必ずしも、医療分野を担当してきた職員が配置されるわけではない。当県では、医療計画専従者はいない。策定の年であっても、県の厳しい財政状況を背景とした（県庁全体の）人員削減が求められる中で、専従者を配置することはない（増員することもあるかもしれないが、専従はない）。また、一部、実態調査などを外部に委託することがあるかもしれないが、計画策定自体は県の職員で行う予定である。計画策定を外部に委託することはないため、計画策定は大きな負担といえる。
 - ・ こうした状況を受けて、次期保健医療計画を策定する際には、前回の保健医療計画をベースとして、時点修正していく形をとらざるを得ない（大幅な修正を行うことは予定していない）。この方法により、最低レベルの計画を策定することはできる。しかし、これで良いと思っているわけではない。
 - ・ 医療計画策定の負担軽減を図るためには、前回の内容に沿ったものを作るのが一番。医療計画に盛り込む内容の変更があったとしても已むを得ないが、ベースがあるのとないのとでは負担感は異なる。
2. 次期医療計画と地域医療構想について