

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための
組織マネジメント研修プログラムの開発
分担研究報告書

「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」における教育教材の開発、研修会の開催、人材育成プログラムの内容について

研究分担者 玉置 洋（国立保健医療科学院）

研究要旨

2015 度から始まった各都道府県における地域医療構想の策定にあわせ、国立保健医療科学院では都道府県による主体的な医療計画策定を推進するため、必要な基本的な考え方や技術のある人材を継続的に増加させることを目標に、2014-2015 年度に医政局地域医療計画課の作成した医療計画作成支援データブックを用いて、地域医療構想を策定する職員を養成する人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザイン作成を行い、都道府県職員を対象にした「地域医療構想策定研修」を実施した。本研究「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」においては都道府県の地域医療構想策定がどのような手法やデータを用いて進められたかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。そこで 2014 年度に都道府県職員を対象とした「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」に用いた人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザインの概要をまとめた。

A. 研究目的

2014 年 6 月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」では、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して地域医療構想（ビジョン：地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進することとされた。

2015 年度から各都道府県において地域医療構想（ビジョン）の策定が開始されることにあたって、都道府県においては医療計画の立

案・評価に携わる職員が自ら地域医療構想を組み立てられるような能力を持つ人材が必要となり、特に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の習得が求められた。それにあわせ国立保健医療科学院では都道府県による主体的な医療計画策定を推進するため、必要な基本的な考え方や技術のある人材を継続的に増加させることを目標に、都道府県職員を対象とした「地域医療構想策定 -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、2014-2015 年度に「地域医療構想策定研修（都道府県職員を対象）」として実施した。本研究「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」においては都道府県の地域医療構想策定の研修がどのような手法やデータを用いて進められたかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。そこで本研究では 2014-2015 年度に都道府県職員を教材対象とした「地域医療構想策定研修（都道府県職員対象）」の人材育成プログラム、教材の開発、研修のデザインの概要をまとめた。

医療計画に関するデータ分析については、平成 24～25 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）「医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究」（研究代表者：松田晋也 産業医科大学教授）を通じて、都道府県及び二次医療圏レベルのデータ分析を支援するツール（データブック、データブックマニュアル及び一連のテンプレート）が開発されており、このツールを元に医政局指導課（現：地域医療計画課）の作成した医療計画作成支援データブック（医療計画支援データブック）を教材に用いて、データ分析に要する技術の習得を行いながら、地域医療構想ガイドラインの内容に基づき、データ分析によって医療提供状況の現状を把握するためのハンズオン形式の講義を実施した。

国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部では、自治体職員や病院職員向けの戦略マネジメントプロセスの習得を中心としたリーダー育成研修を 10 年以上に渡って展開してきたことにより、その方法論のブラッシュアップを重ねており、この研修は国立保健医

療科学院におけるリーダー育成研修のノウハウに加え、松田研究班で得られたデータ分析ツール等を活用することで、医療計画の PDCA サイクルに資する人材を育成することを主な目的として開催された。

B. 研究方法

研修教材は、厚生労働省医政局指導課（現地域医療計画課）が作成した医療計画支援データブックの内容を理解し、実際に活用できるようにするようなプログラムとした。医療計画支援データブックの中でも、特に国の定める 5 疾病 5 事業及び在宅医療について都道府県全体、二次医療圏、さらには市町村毎の現状を把握するため、電子データブックから該当するデータを抽出し、そこから得られる情報を整理しながら、地域の問題を同定できるような構成とした。

電子データブックについて

医療計画の実効性を向上させ、地域の実情に応じた医療提供体制を構築するためには、都道府県が施策の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図る等、PDCA サイクルを効果的に機能させることが必要不可欠である。そして PDCA サイクルを効果的に機能させるということは、地域における医療提供体制の課題を把握し、目標を設定し、達成のための政策立案を行い、進捗管理を徹底することを意味する。そのためには、まず、地域における医療提供体制の現状に関するデータの収集を行い、そのデータを分析することが必要とされる。そこで、医政局指導課（現・地域医療計画課）は、自治体におけるデータの収集や分析の負担を軽減するために、医療計画支援データブックを作成した。医療計画支

援データブックは DVD に保存された 4 ギガバイトほどのサイズのデジタルファイルの集まりであり、6 つのフォルダに分けられている（表 1）。その中の 1 番目のフォルダに当たる電子データブックは、医療計画の策定・見直しの際に必要とされている指標（必須指標、推奨指標等：表 2）を、都道府県における現状把握作業において活用できるよう、医療圏単位ならびに市町村単位で集計・可視化したものである。内容も工夫が凝らされており、自治体レベルで独自の分析や利用及び加工・再加工が行えるようにマイクロソフト・エクセル

形式のファイルが多く用いられている。また、指標の基本情報と解釈を容易にするための辞書的なファイル（メタ情報シート：metainfo）の追加や、地域の住民に現状をわかりやすく伝えるための、視覚に訴える地図データやグラフを豊富に含んでいる。また、指標の意味合いを理解しやすくするために、指標分類軸として「行動主体が誰で」「予防・治療・療養・社会復帰のどの段階の」の指標であるのかという解釈も記載されている。

表 1 医療計画作成支援データブックの内容

•01_電子データブック								
•02_医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価								
•03_アクセスマップと人口カバー率								
•04_救急車搬送入院の分担エリア地図								
•05_救急医療及びがん医療の提供体制の把握（OPC公開データ）								
•06_救急搬送分析								

表2 必須指標と推奨指標

必須指標： 全都道府県で入手可能な指標	
①厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している調査等の公開データに基づく指標 (例) 患者調査、医療施設調査	(長所) ①都道府県間、医療圏間の比較ができる ②経年的な比較ができる
②都道府県が把握可能な機能をもった病院数等の指標 (例) 地域医療支援病院数、地域がん診療連携拠点病院数	(短所) ①3年に一度など調査周期が長いものは、PDCAサイクルのための数値目標になりにくい ②病院数、医療従事者数など、ストラクチャー指標が多い
③診療報酬の施設基準届出数から得られる指標	③都道府県単位、2次医療圏単位など調査の範囲が固定されている

推奨指標： 独自調査、データの解析等が必要であるが、把握する必要性が高いと考えられる指標

①分析を要するが、公的統計等から入手可能な指標	(例) 患者調査、医療施設調査等の個票解析で得られるデータ
②独自調査が必要であるが、医学的あるいは医療提供体制を検討する上で、把握する必要性が高いと考えられる指標	(例) 専門的治療が可能な医療機関救急搬送件数、手術の実施件数等(消防、医療機関への調査が必要)

表3 電子データブックの構成内容

No	構成物	説明	フォルダ名/ ファイル名
1	電子データブック 本体	<ul style="list-style-type: none"> 各指標データを、次の内容で表示し、ブック形式にしたもの -数値データ：各指標の具体的な数値を表したデータ -グラフデータ：数値データを棒グラフでグラフ化したデータ -地図データ：数値データに基づき、地図を塗り分けたデータ 	電子データブック/ 全国版/01_北海道.xlsx …… 47_沖縄県.xlsx
2	メタ情報シート	<ul style="list-style-type: none"> 各指標データに対して、指標の意味や目的を把握しやすくするための情報 -分野：5疾病・5事業・在宅で分類される分野情報 -取得内容：各指標の具体的な定義や算出方法等 -取得方法：各指標の具体的な定義や算出方法等 	電子データブック/ Metainfo.xlsx
3	指標データ	<ul style="list-style-type: none"> 指標の数値データのみで構成され、集計単位により次の3つのシートからなるデータ -都道府県シート：集計単位が都道府県である指標の数値データ -二次医療圏シート：集計単位が二次医療圏である指標の数値データ -市区町村シート：集計単位が市区町村である指標の数値データ 	電子データブック/ Indexdata.xlsx
4	データ関係図	<ul style="list-style-type: none"> 指標データを作成するのに必要な各データ（出典毎の元データ及び中間データ）の関係を表した図 	電子データブック/ Datarelation.xlsx
5	オリジナルデータ	<ul style="list-style-type: none"> 指標データを作成するために必要な元となる数値データ 	電子データブック/ オリジナルデータ/ *.xlsx *.txt ……
6	中間データ	<ul style="list-style-type: none"> 指標データの作成を行いやすい形式に、元データを整形した数値データ 	電子データブック/ 中間データ/ 医療施設_*.csv 患者調査_*.csv
7	プログラム	<ul style="list-style-type: none"> 指標データを作成する際に用いるプログラム 	電子データブック/ 集計スクリプトファイル/ *.R
		<ul style="list-style-type: none"> プログラムの実行時に入力する定義ファイル 	電子データブック/ 集計スクリプトファイル/ 入力_定義ファイル/ *.csv

電子データブックは、表 3 に記すような内容から構成されている。その内容は、国民生活基礎調査、医療施設調査、人口動態調査、医師・歯科医師・薬剤師調査、患者調査等、国で実施されている統計調査結果から 5 疾病 5 事業及び在宅医療に関連する指標をまとめたデータセットである。データは、指標にもよるが都道府県全体、二次医療圏、さらには市町村毎まで細分化されており、詳細な状況把握が可能となっている。

しかしながら、この電子データブックは形式上大量の指標データの羅列になっており、そこから地域医療の現状を構造的に理解し、問題点を明らかにし、医療計画に資するような分析を行うことは容易ではない。まずは、大量の指標データの位置関係を理解し、地域の現状を構造化した上で整理する必要であった。

そこで教材の作成として、最初に、地域医療の現状の構造化を助けるような枠組みの検討を行った。次に、実際の作業を実施できるようにするための実習法としてグループワークの方法についての検討を行った。最後に、グループ毎に実施した作業内容の共有とお互いの評価を行うためのプレゼンテーションの方法についての検討を行った。教材の作成、グループワーク、プレゼンテーションの方法についての検討後に実際の研修が実施された。

研修は、2014 年度は 7 月 14～16 日の 3 日間（前期）と 9 月 1～3 日の 3 日間（後期）、計 6 日間、2015 年度は 6 月 16～18 日の 3 日間（前期）、7 月 13～14 日の 2 日間（中期）、10 月 13～15 日 3 日間（後期）、計 8 日間の日程で埼玉県和光市の国立保健医療科学院にて実施された。原則、各都道府県から 1 名ずつの参加で前期 47 名、後期 47 名の参加者を得

た。研修終了後、各参加者にアンケート調査を行い、今回の試みについての総合的な評価を実施した。

C. 研究結果

C-1. 教材とプログラムの作成

I. 教材の作成

(1) 構造化の枠組み

形式上大量の指標データの羅列になっている電子データブックからは多くのデータを得ることが出来る。しかしながら、ただ大量のデータを手にしたところで、それを活用し地域医療計画に生かせなければ意味がない。大量のデータを活用するためには、第一段階としてデータの全体像の把握が必要である。そのためには、まずデータの構成要素を定義しなければならない。そして構成要素を理解した後に、全体と構成要素の把握、構成要素間の整理である問題の構造化を行う必要がある。構成要素の定義を行うには、地域の医療提供体制の現状を包括的に整理できるようなフレームワークが必要である。

(1)-1 ドナベディアン・モデル 構造—過程—結果

米国ミシガン大学のアベディス・ドナベディアンは、医療の質を評価するときに、その質を構成・定義する各要素を構造—過程—結果の 3 つにまとめると整理しやすいと 1980 年に提唱している¹⁾。この考え方は医療界に広く受け入れられており、今だこの 3 つの切り口で医療の質の評価が行われることが多い。データブックに含まれているデータの内容を構造的に整理するには、このドナベディアン・モデルを基本に用いた。理由はシンプルな点、

時系列で考えられる点、そして何より実際の電子データブックの内容から、この枠組みが適切と考えられたためである。

(1)-2 ドナベディアン・モデルに追加した点

①構造に関して

今回の教材開発においては構造—過程—結果という3つの時系列のステージにおいて、構造の部分を外環境、対象、内環境の3つに分けた。

外部環境：当該の医療問題における医療関連機関以外からの影響。例えば、国や自治体の全体的な医療財政の状況における当該医療問題の位置づけや優先順位、地域特性、病院へのアクセスといった地理的な問題、実際の医療問題では問題になる政治的な非公式な仕組み等がこれに当たる。

対象：当該医療問題における対象である。救急医療であれば、地域の全人口が対象であり、小児医療であれば小児人口が対象であり、糖尿病網膜症であれば糖尿病患者が対象となる。その対象の数、年齢構成、性別構成、リスクのある母集団等がこれに当たる。

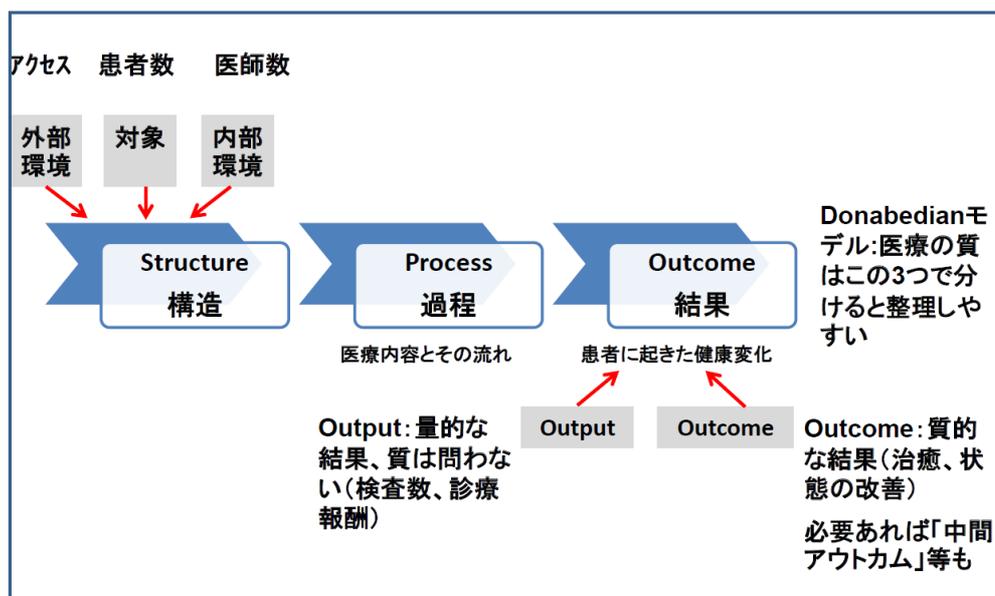
内部環境：いわゆる一般的な意味での「構造」の部分にあたる、病院数や医師数、施設特性、専門性、機器の有無など医療サービスを提供する側の構造、医療提供側の整備状況である。

②結果に関して

結果的に地域医療提供体制の全体像を構造的に把握する上でのフレームワークは以下のような形とした（図1）。

図1 地域医療提供体制のフレームワーク

地域医療提供体制



国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

1

(1)-3 データの構造化

の指標データをこのフレームワーク上に落とし込むことで問題の構造化を図った。(1)-4 電子データブックにおける指標データの数値評価について

電子データブックの中の実際の指標の数値評価に当たっては、「データの限界を認識すること」と「改善に向けた数値のとらえ方」の2点に注意した。

① データの限界を認識すること

電子データブックに含まれている指標データは、調査が平成23年～25年度の間の

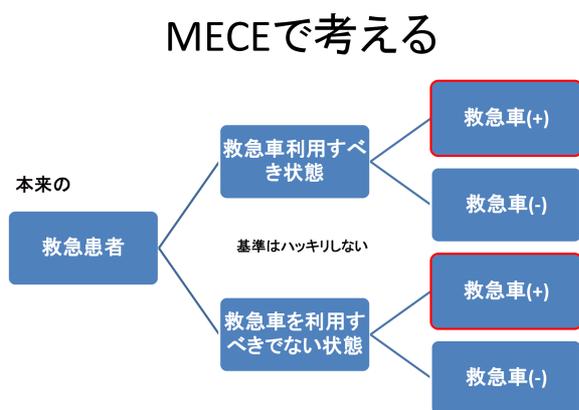
次に、データブックに含まれている大量どこか1年間に行われたクロスセクションのデータであり定期的なアップデートが必要となる。また、市町村レベル、二次医療圏レベル、県レベルと3つのレベル全てにおいてデータが存在するものもあれば、存在しないものも存在する。また、医政局地域医療計画課で把握できた国内の関連データのみを扱っているため、国内外に存在する全ての関連データが収められているわけではない。

従って指標そのものを厳格に受け止めすぎると、間違った問題認識につな

がることもあるため、このような場合、大きな間違いをおかすことは少なくなるように、Mutually(相互に) Exclusive(排他的) and Collectively(集合的には)

Exhaustive(包括的)(MECE)にその指標の意味を考えることとした(図2)。

図2 Mutually(相互に) Exclusive(排他的) and Collectively(集合的には) Exhaustive(包括的)(MECE)



Mutually(相互に) Exclusive(排他的) and Collectively(集合的には) Exhaustive(包括的)に考えれば、「漏れ」「見落とし」がない。

国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

50

② 改善に向けた数値のとらえ方

電子データブックに含まれている指標データには、市町村レベルと二次医療圏レベルと県レベルのデータが混在している。県レベルのデータは基本的には、全国の平均値や適切な外部基準値(ベンチマーク)との比較によりその優劣が明らかになる。問題があれば、ベスト・プラクティスを目指してその値を向上させる、「平均値の向上」である「改善のPDCAサイクル」を検討すれば良い(図3)。一方、県として内部を見るような二次医療圏や市町村のデータにおいては、それぞれの値を改善させることと同時に、データのばらつきを減

らすという視点も重要となってくる。市町村や二次医療圏のデータにばらつきが存在することは県内における何らかの格差の存在を示すものである。ばらつきが大きければ、そのばらつきを少なくする、「分散(ばらつき)の縮小」として「制御のPDCAサイクル」(図4)を検討する必要がある。この平均とばらつきを同時にどう考えるかを図5に示した。まず県のデータは国内ではどのレベルにあるのか「平均」の検討を行い、その後で、県内のデータにばらつきがあるのかの検討を行うことで、その後の対策も明らかになってくる。

図3 平均値の向上

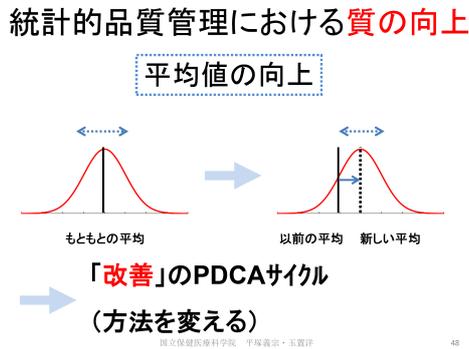


図4 分散(ばらつき)の縮小

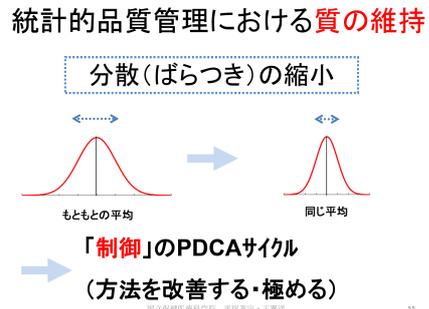
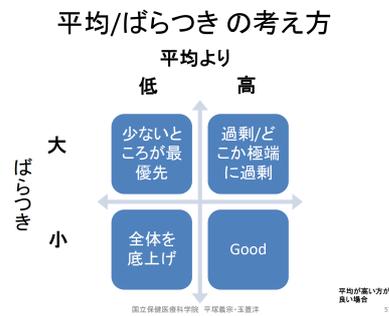


図5 平均/ばらつきの考え方



(1)-5 問題解決の枠組み

データの全体像の把握後、データの解釈・評価を行ったつぎに求められるのは、データから問題点を抽出し、対策を検討することである。

公衆衛生における問題解決の枠組みとして、Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) で提唱されている方法: Problem-Solving Paradigm: Six Steps(問題解決の枠組み 6 つのステップ)を用いて行った。

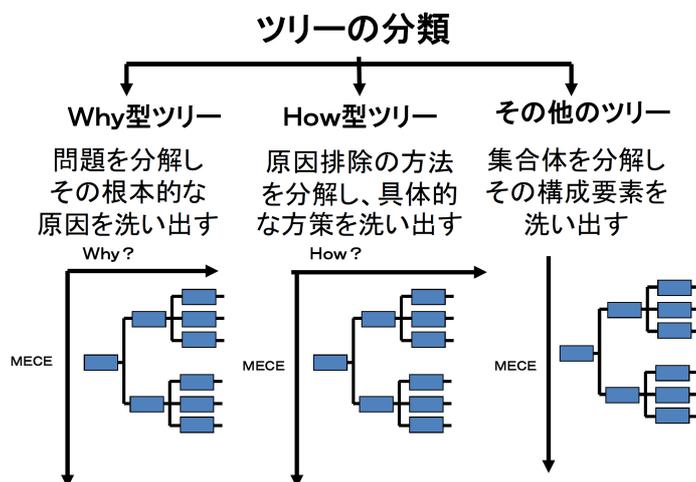
1. Define the problem (問題定義)
2. Measure its magnitude (規模の把握)
3. Understand key determinants (決定要因の理解)

4. Develop intervention / prevention strategies (介入/予防戦略の策定)
5. Set policy/priorities (優先順位の決定)
6. Implement and evaluate (実行と評価)

① 原因分析と解決策策定

原因分析を実施するとき、有用な方法として問題を分解しその根本的な原因を洗い出すための WHY 型のロジックツリーによる分析を用いた。また、真因が明らかになれば、その真因を解決するにはどうすればよいかという部分が問われるが、ここでも、同様に HOW 型のロジックツリーによる分析を用いた(図6)。

図6 ロジックツリーによる分類



ある⁶⁾。

② 優先順位の決定

優先順位の決定法は大きく、合意に基づくアプローチと、評価基準に基づくアプローチの二つに分かれる。前者はグループにおける合意によって優先順位が決定され、後者は評価基準やアルゴリズムによって個人によるランクづけ結果を集めることで優先順位が決定される。地域の医療計画における優先順位の決定法としては、自治体の多くの部署や利害関係者との合意に基づきながらも評価基準等を取り入れた系統的な方法が求められよう。

方法と、選択肢のリストを作成した後は、正しい優先順位決定プロセスを定義する必要がある。正しい優先順位プロセスには3段階

1. 選択肢を比較する基準
2. 投票、スコア化、ランクづけ
3. 最終的な選択を行う役割とプロセス

研修では優先順位決定の系統的な方法として4つの方法から選択して用いた。

1. Dotmocracy (ドオモクラシー)
2. 一対比較法 (Paired-comparison)
3. 決定箱法 (Decision box)
4. 格子解析法 (Grid analysis)

図 7 Dotmocracy

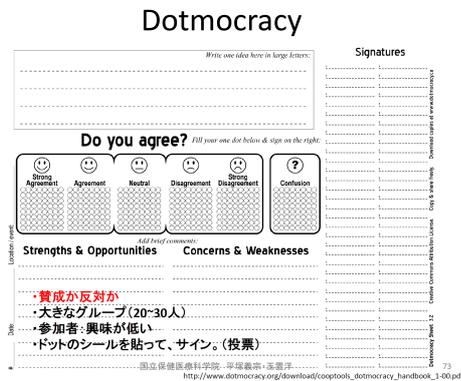


図 10 決定箱法(Decision box)

決定箱法(Decision box)

		インパクト	
		低い	高い
努力	高い	ひらきターミナルを避ける、やらない	どうすれば持続出来るか考える
	低い	些細なもの、どうすればやらないで済むか考える	高い位置にぶら下がっているグループ、難案件に集める

二つの明確な評価基準があるとき
・小規模グループ(7±2人)
・参加者:興味が高い
・(高い/低い)の2x2の表でどこに位置するか考える

国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

図 8 一対比較法(Paired-comparison) 1

一対比較法 (Paired-comparison) 1

	A. 救急医師の確保	B. 新たな救急センター設立	C. 診療所の状態転写改善	D. AED参加率改善	
A. 救急医師の確保		A	C	A	・どちらがいいか→「勝者」を記入 ・勝者の出現数を合計 ・A2, C3, D1なのでCがベスト
B. 新たな救急センター設立			D		
C. 診療所の状態転写改善				C	
D. AED参加率改善					

・一つの評価基準があるとき(重要性、緊急性、インパクト、可変性等)
・中規模グループ(10~15人)
・参加者:興味が高くない
・1体1で比較し、勝者を記載

国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

図 11 格子解析法(Grid analysis)

格子解析法(Grid analysis)

		1=非常に悪い, 2=悪い, 3=良い, 4=非常に良い				
		任務整合性	リーダー方針との整合性	必要とされる費用	想定される効果	合計
ウエイト		5	2	4	4	
A						
B						
C						
D						

・評価基準が汎山あるとき(合理的な数に保つ)
・小規模グループ(7±2人)
・参加者:本気
・まずウエイト(重要度1~5)を決め、それぞれの評価基準に点数(1~4)をつけ、積算する

国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

図 9 一対比較法(Paired-comparison) 2

一対比較法 (Paired-comparison) 2

	A. 救急医師の確保	B. 新たな救急センター設立	C. 診療所の状態転写改善	D. AED参加率改善	
A. 救急医師の確保		A+2	C+1	A+3	・どちらがいいか→「勝者」を記入 ・どれくらい優れているか→+1~3で記入 ・勝者ごとに点数合計 ・A5, B0, C7, D1なのでCがベスト
B. 新たな救急センター設立			C+0	D+1	
C. 診療所の状態転写改善				C+3	
D. AED参加率改善					

・一つの評価基準があるとき(重要性、緊急性、インパクト、可変性等)
・中規模グループ(10~15人)
・参加者:興味が高くない
・1体1で比較し、勝者とその差を記載

国立保健医療科学院 平塚義宗・玉置洋

(1)-6 政策実行の上での地域における同意形成

今後都道府県は、医療計画の一部である地域医療構想（ビジョン）の実現に際して医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置し、利害の相反する多様なステークホルダー間のコーディネーターとしての役割を果たすことが想定される。関連組織を代表する人々、コミュニティ、資金提供者、および他の多くの利害関係者との協議を行う際には、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の理解や、交渉学の基本的な知識が必要とされる。多くの利害関係者グループの連携に関しては、コンセンサス・ビルディング手法の専門家である東京大学公共政策大学院の松浦正浩先生に講義と資料作成を依頼した。

以上の内容を中心的な骨格として構成した教育教材を作成し、実際の研修において配布、使用した。

II. グループワークの方法

グループワークに関しては、研究代表者が主宰する国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部が、自治体職員等に対して実施してきたリーダー育成研修においてブラッシュアップしてきた方法を参考にした。すなわち、1グループ、7名±2名程度とし、各グループごとに1部屋を用意した。部屋には、黒板、ホワイトボード、ラップトップPC、プロジェクター、大きめのポストイット、マジックペンを設置した。ホワイトボードにはPC画面を映写し、黒板には討論内容を記載するような設置形式をとった。各グループからリーダー一人とパソコン入力係一人を選んでもらい、

時間の管理にも注意する旨を伝えた。討論が円滑に進むよう事前にグループワークのワークシートを作成し、USBフラッシュメモリーに保存し、各グループに配付した。ワークシートは後のプレゼンテーションでそのまま使用できるようにマイクロソフト・パワーポイント（PPT）で作成した。グループワーク開始前に、討論の流れとワークシートに関する説明を行った。

グループワーク中は研修主任、副主任が各部屋を30分に1度程度見回り、討論が円滑に進まなかったり、質問があるグループに対してはファシリテーションを行った。ワークシートの内容を埋めていくことで討論が自然と進むように工夫し、グループワーク終了後には、ワークシートを保存したUSBフラッシュメモリーを回収した。

III. プレゼンテーションの方法

プレゼンテーションに関しても、研究代表者が主宰する国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部が、自治体職員等に対して実施してきたリーダー育成研修においてブラッシュアップしてきた方法を参考にした。

回収したUSBフラッシュメモリー内のPPTの内容を印刷し、全研修生に配付した。全研修生を1つの部屋に集め、大画面のプロジェクターを使用し、PPTを映写しながらプレゼンテーションを実施した。各グループからの発表は、6～8分程度とし、発表終了後には発表内容に対して発表グループ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「地域医療構想策定研修 - 医療計画 PDCA 研修 - 」として、2014 年度は 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 サイクルを推進し、地域医療構想を策定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、派遣元は全 47 都道府県となった。

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 1）。

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、それにととも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を用いて分析を進めやすいような工夫を行った (資料 2)。

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。

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：情報等計解析室における 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。

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

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。各グループによる発表内容例は（資料3）

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、小児医療の数値記入シート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4）。

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例は（資料5）。

後半までの宿題として糖尿病をテーマとして各県が同様の分析を行うことを課

した（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。

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、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。

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、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しての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の作成に携わったみずほ総研の担当者を変え、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。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、まず埼玉県の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的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、全研修生を対象に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 地域医療構想策定研修について

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%

	良くなった(上昇)	変化なし	悪くなった(下降)	無回答
一般目標	20名(45.5%)	17名(38.6%)	3名(6.8%)	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

1. 現状で良い	30名(68.2%)
2. 早い	3名(6.8%)
3. 遅い	6名(13.6%)
無回答	5名(11.4%)

変更して欲しい月 (内訳)

1月	1名
4月	1名
5月	4名
10月	2名

(2) 開催期間・日数について

1. 現状で良い	28名(63.6%)
2. 長い	9名(20.5%)
3. 短い	3名(6.8%)
無回答	4名(9.1%)

変更して欲しい日数 (内訳)

1日	1名
2日間	3名
4日間	1名
5日間	3名

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

- ・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のが望ましい(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

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進めた。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した。

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、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。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した。

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。地域医療構想策定と本研修との関連がわかりにくかったという意見があった。2019年度以降に国立保健医療科学院にて実施予定である「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修」においても、各都道府県が策定した地域医療構想と本研修の関わりを明確にする必要がある。

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及びノウハウの確立は、厚生労働省や自治体にとって全く新たな試みであり、医療に関する各種統計データの各自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かった。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名分であり、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。

2014年度以降の研修内容をふまえ、2019年度以降に開催予定の「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修」においては都道府県の地域医療構想策定がどのような手法やデータを用いて進められたかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。また受講する研修生がより具体的なイメージを持てるような講義の選定、モデル的な事例等の提示等が必要となる。その際、自治体が策定した「地域医療構想」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

本研究「地域医療構想の達成に向けた病院管理者のための組織マネジメント研修プログラムの開発」においては都道府県の地域医療構想策定がどのような手法やデータを用いて進められているかを理解した上で、教材や人材育成プログラムの作成を進める必要がある。また研修の実施にあたっては各都道府県が策定した地域医療構想と本研修の関わりを明確にする必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. Tamaki Y, Okamoto E, Hiratsuka Y,

Kumakawa T.

Influence of Specific Health Guidance on the Consultation Rate of Metabolic-Related Diseases..Advances in Public Health. Volume2019. Article ID 9735127, 7pages, <https://doi.org/10.1155/2019/9735127>

2. Tamaki Y, Hiratsuka Y, Kumakawa T, Miura H.

Relationship Between the Necessary Support Level for Oral Hygiene and Performance of Physical, Daily Activity, and Cognitive Functions. International Journal of Dentistry. Volume 2018, Article ID 1542713, 8 pages, <https://doi.org/10.1155/2018/1542713>

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

I. 参考文献

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. March 2010 - OHPE Bulletin 651, Volume 2010, No. 652
6. Health Nexus and Public Health Ontario. Ontario Health Promotion E-Bulletin. 05

資料1 平成26年度 地域医療構想策定研修 プログラム

時間表]				
前期:平成26年7月14日(月)~7月16日(水)				
日	時間	テーマ	講師名	場所
7月14日	1000-1020	開講式・オリエンテーション	研修主任・副主任・研修担当者	4-2講義室
	1020-1100	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)	"
月)	1100-1200	医療政策の課題と展望	島崎謙治 (政策研究大学院大学)	"
	1200-1300	昼食・休憩		
	1300-1430	医療計画作成支援データブックの使い方①	研修主任・副主任	情報統計解析室
	1440-1610	医療計画作成支援データブックの使い方②	研修主任・副主任	"
	1620-1720	医療計画作成支援データブックの使い方③(自習)	研修主任・副主任	"
7月15日	1000-1050	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)	情報統計解析室
	1100-1200	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)	"
火)	1200-1300	昼食・休憩		
	1300-1400	医療提供体制と受療状況の把握	藤森研司 (東北大学)	情報統計解析室
	1410-1510	救急搬送データ分析ソフト、可視化ツールの使い方	松田晋哉 (産業医科大学)	"
	1520-1720	グループワーク	松田、石川	"
7月16日	900-1200	グループワーク	研修主任・副主任	ケル-フ研究室他
	1200-1300	昼食・休憩		
水)	1300-1530	グループワーク発表	研修主任・副主任	4-2講義室
	1530-1540	前期のまとめ、後期に向けての課題	研修主任・副主任	"

資料1 続き 平成26年度 地域医療構想策定研修 プログラム

後期:平成26年9月1日(月)~9月3日(水)				
日	時間	テーマ	講師名	場所
9月1日	10:00-10:15	後期のオリエンテーション	研修主任・副主任・研修担当者	4-2講義室
	10:15-11:45	問題解決手法総論	熊川寿郎	4-2講義室
(月)	11:45-13:00	昼食・休憩		
	13:00-14:30	課題報告①: データブックを利用した分析	研修主任・副主任	4-2講義室
	14:40-16:10	課題報告②: データブックを利用した分析	研修主任・副主任	4-2講義室
	16:20-17:20	課題報告総括	熊川寿郎	4-2講義室
9月2日	9:00-10:00	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法① (講義)	熊川寿郎	4-2講義室
	10:00-11:30	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法② (グループワーク)	研修主任・副主任	グループ研究室他
(火)	11:30-12:15	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法③ (発表)	研修主任・副主任	4-2講義室
	12:15-13:15	昼食・休憩		
	13:15-14:15	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法④ (講義)	熊川寿郎	4-2講義室
	14:15-15:45	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法⑤ (グループワーク)	研修主任・副主任	グループ研究室他
	15:45-16:30	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法⑥ (発表)	研修主任・副主任	4-2講義室
9月3日	9:00-12:00	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)	4-2講義室
	12:00-13:00	昼食・休憩		
(水)	13:00-13:15	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)	4-2講義室
	13:15-14:30	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)	研修主任・副主任	グループ研究室他
	14:30-15:30	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 (発表)	研修主任・副主任・厚生労働省	4-2講義室
	15:30-15:40	修了式	研修主任・副主任	4-2講義室
※一部内容については変更の可能性があります。				

資料2 医療計画作成支援データブック 救急医療数値記入シート

数値記入シート 救急医療)						
		あなたの県の現状	最小値	最大値	全国平均県の平均)	評価(5段階)
2-2-1-1	救急救命士の数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-2	住民の救急蘇生法講習の受講率【都道府県】	()			()	()
2-2-1-3	救急車の稼働台数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-4	救急救命士が同乗している救急車の割合【都道府県】	()			()	()
2-2-1-5	救急患者搬送数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-6	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-7	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間【都道府県】	()			()	()
2-2-1-8	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である件数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-9	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である全搬送件数に占める割合【都道府県】	()			()	()
2-2-1-10	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った件数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-11	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合【都道府県】	()			()	()
2-2-1-12	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率【都道府県】	()			()	()

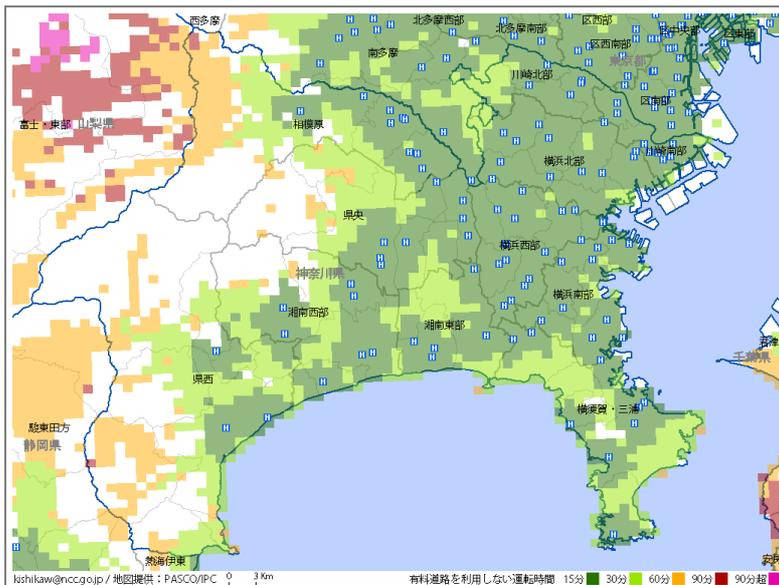
2-2-1-13	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率【都道府県】	()			()	()
2-2-1-14	救命救急センターの数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-1-15	救命救急センターの数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-16	特定集中治療室のある病院数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-1-17	特定集中治療室のある病院の病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-1-18	都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合【都道府県】	()			()	()
2-2-1-19	2次救急医療機関の数【都道府県】	()			()	()
2-2-1-20	初期救急医療施設の数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-1-21	一般診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-1-22	救急医療に携わる医師数、看護師数、薬剤師数、放射線技師数【二次医療圏】		()	()	()	()
	評価(平均)		評価(ばらつき)			
	1 平均よりかなり劣る値である		1 ばらつきが大変大きい			
	2 平均よりやや劣る値である		2 ばらつきが大きい			
	3 平均的な値である		3 ややばらついている			

	4 平均より優れた値である	4 ばらつきが少ない			
	5 平均よりかなり優れた値である	5 ばらつきがない			
まとめと課題点					

資料3 医療計画作成支援データブックを用いた実習の例 (救急医療)

医療計画作成支援データブックを用いた評価・見直し等都道府県担当者向け研修会	
2014年7月15日ワークショップ	都道府県名：神奈川県
救急医療の系統的な分析：レポート(テンプレート案)	

隣接する都道府県を含む医療圏の状況

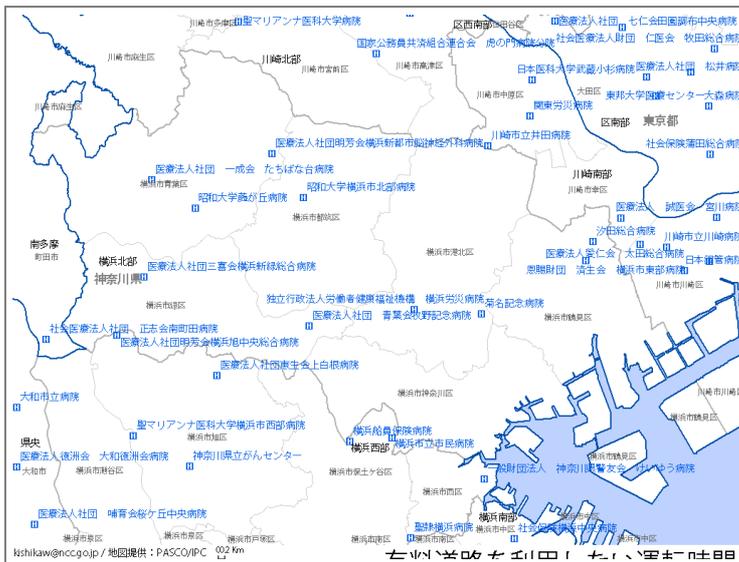


資料出典：アクセスマップと人口カバー率
→都道府県リスト→エリア

注目点①：隣接する都道府県の医療圏は？

コメント
＜横浜北部保健医療圏＞
ほぼすべてのエリアが15分以内に救急搬送可能なエリアに位置している。川崎北部との隣接地域については、中核病院の空白地帯であり、30分程度要するものと思われる。

中核的施設の配置

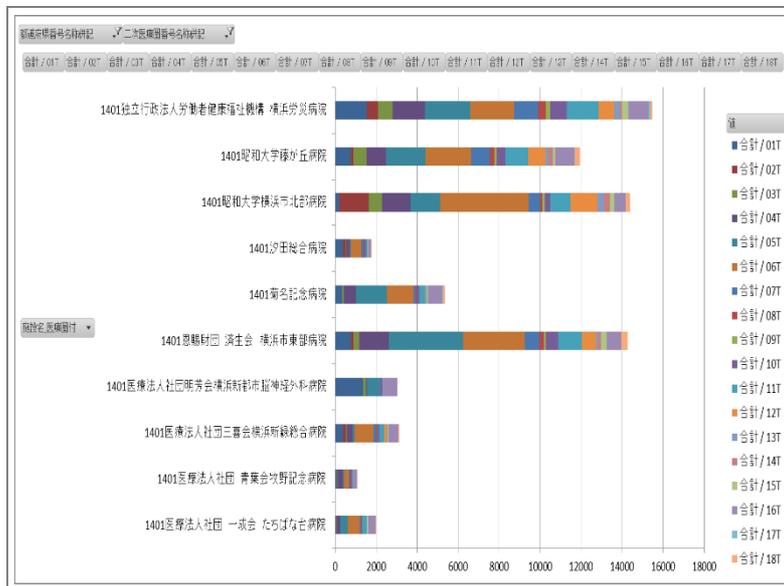


資料出典：アクセスマップと人口カバー率
…→2次医療圏

注目点①：施設はいくつ、どこにあるか？

コメント
・横浜市港北区の中部及び川崎市北部との隣接地帯については、空白地帯があるものの、全体的にまんべんなく中核的施設が配置されている。(10施設)

中核的施設の診療実績



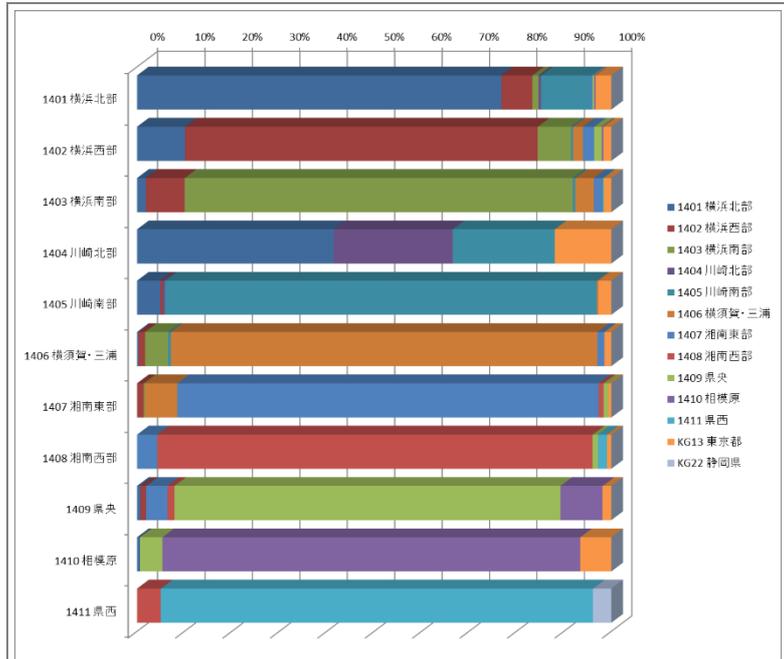
資料出典：DPC

注目点①：中核となる施設の取扱い数は？

コメント

すべての疾患に対応しているが、消化器系疾患や循環器系疾患の対応実績が多くいものの、近年増加傾向にある精神疾患への対応実績は少ない。

自己完結率



資料出典：DPC 公開データ

注目点①：地域患者の流出はないか？

コメント

ほとんどの地域において、管内での自己完結率が70%を超える。

横浜北部、川崎北部、相模原地域については、東京都へ5~10%程度が流出している。

川崎北部については、自己完結率が20%前後にとどまっており、横浜北部や東京都などへの流出が著しい。

救急車の平均搬送距離

二次医療圏	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
1401横浜北部	146,533	8.40	30.39	38.79
1404川崎北部	53,911	8.40	35.92	44.32
1406横須賀・三浦	36,215	7.53	28.14	35.67
1407湘南東部	30,404	6.95	22.25	29.20
1408湘南西部	25,306	7.38	24.13	31.51
1409県央	33,439	7.59	26.64	34.23
1410相模原	29,520	7.47	33.34	40.82
1411県西	17,585	8.24	33.90	42.14
総数	372,913	7.97	29.95	37.92

資料出典：救急搬送データ分析ソフト

注目点①：搬送時間は長くないか？

注目点②：年齢による搬送時間の違いは？

コメント
川崎北部は、現場到着から収容までにとりわけ時間を要している。当該圏域は、域外への流出も多く、救急医療の受入病院が少ないこと一因となっていることが想定される。

二次医療圏	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
1401横浜北部	8,514	8.41	25.42	33.83
1404川崎北部	3,390	8.30	28.81	37.11
1406横須賀・三浦	1,557	7.61	24.24	31.85
1407湘南東部	1,649	7.02	18.79	25.81
1408湘南西部	1,267	7.44	21.74	29.18
1409県央	1,996	7.46	23.41	30.87
1410相模原	2,042	7.45	27.85	35.30
1411県西	810	8.17	28.88	37.06
総数	21,225	7.98	25.32	33.30

全県__平均搬送__乳幼児

<コメント>
川崎北部及び県西において、平均よりも大幅な遅れが見られる。

二次医療圏	件数	覚知から現場到着 (平均)	現場到着から収容 (平均)	覚知から収容 (平均)
1401横浜北部	307	8.96	33.54	42.50
1404川崎北部	375	8.52	38.06	46.58
1406横須賀・三浦	366	6.86	32.98	39.84
1407湘南東部	308	6.92	26.44	33.37
1408湘南西部	425	7.37	28.50	35.87
1409県央	779	7.37	29.53	36.90
1410相模原	107	7.97	43.11	51.08
1411県西	355	7.83	38.15	45.98
総数	3,022	7.64	32.45	40.09

全県__平均搬送 (管内) __乳幼児

<コメント>
川崎北部、相模原、県西において大幅な遅れが見られる。
とりわけ相模原については、管内搬送で遅れが見られることから、搬送の多くを管外に依存していることがわかる。

資料3 続き 医療計画作成支援データブックを用いた実習の例

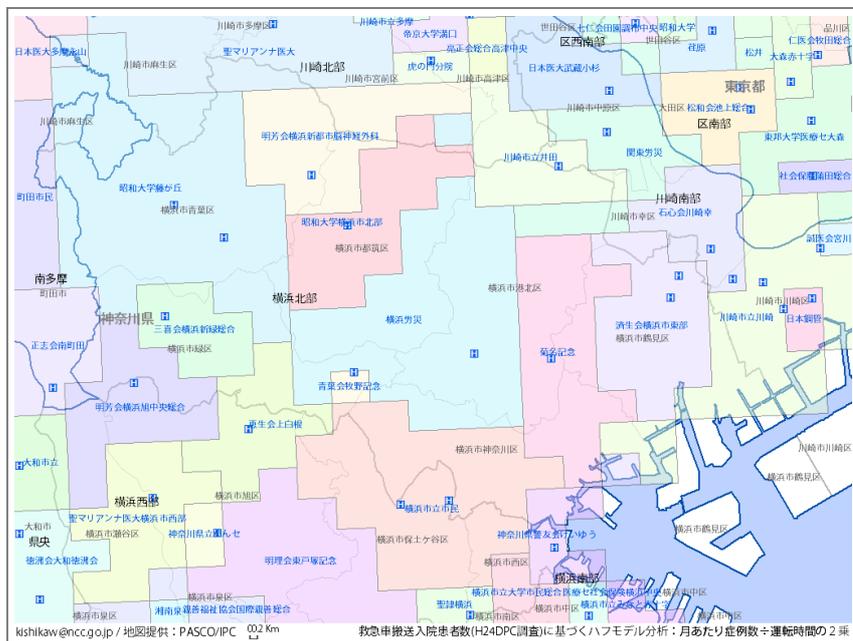
覚知時刻	件数	覚知から現場到着（平均）	現場到着から収容（平均）	覚知から収容（平均）
0	218	8.11	25.33	33.45
1	205	8.33	24.30	32.63
2	188	8.98	24.07	33.05
3	135	8.62	26.75	35.37
4	137	8.70	25.50	34.20
5	131	8.85	24.27	33.11
6	120	8.00	24.95	32.95
7	216	8.00	25.02	33.01
8	210	8.35	25.23	33.58
9	229	8.32	24.61	32.93
10	299	8.62	25.58	34.19
11	415	7.98	24.56	32.54
12	484	8.13	24.52	32.65
13	475	7.89	25.60	33.49
14	471	8.52	25.09	33.61
15	441	8.54	25.10	33.64
16	522	8.48	25.51	33.99
17	596	8.58	26.56	35.14
18	662	8.77	26.27	35.04
19	681	8.65	26.10	34.74
20	595	8.60	26.04	34.64
21	441	8.04	24.58	32.61
22	379	8.62	25.90	34.52
23	286	7.86	24.93	32.79
総数	8,514	8.41	25.42	33.83

横浜北部_覚知時間_乳幼児

<コメント>

17時から20時までの時間帯については、他の時間帯と比べて、現場から収容までに時間を要しており、この時間帯の病院の受入体制の整備が課題である。

ハフモデルによる救急車搬送入院の分担エリア

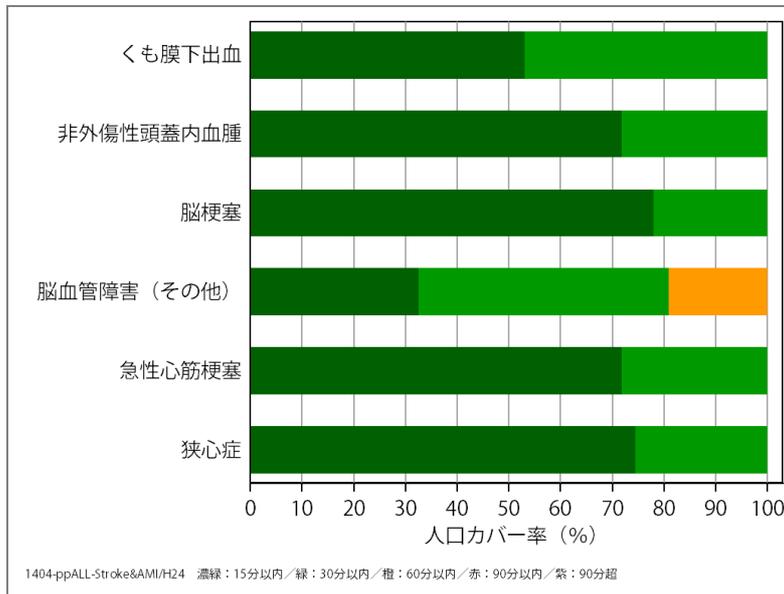


資料出典：救急車搬送入院の分担エリア地図

注目点①：地域のカバー状況は？

コメント
すべての地域がカバーされているものの、横浜市港北区の一部や神奈川県川崎市など、管外の病院によってカバーされている箇所もある。

疾病別の状況



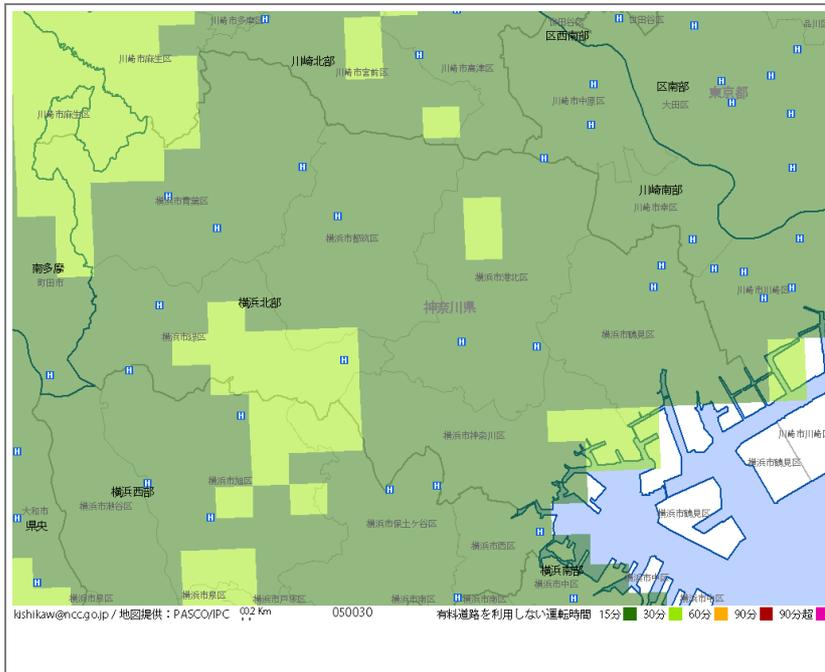
資料出典：アクセスマップと人口カバー率

注目点①：15分/30分以内でのカバー率は？

コメント
脳血管障害 (その他) 除いては、15分/30分以内を100%カバーしている。

1404-ppALL-Stroke&AMI/H24 濃緑：15分以内/緑：30分以内/薄緑：60分以内/赤：90分以内/紫：90分超

急性心筋梗塞

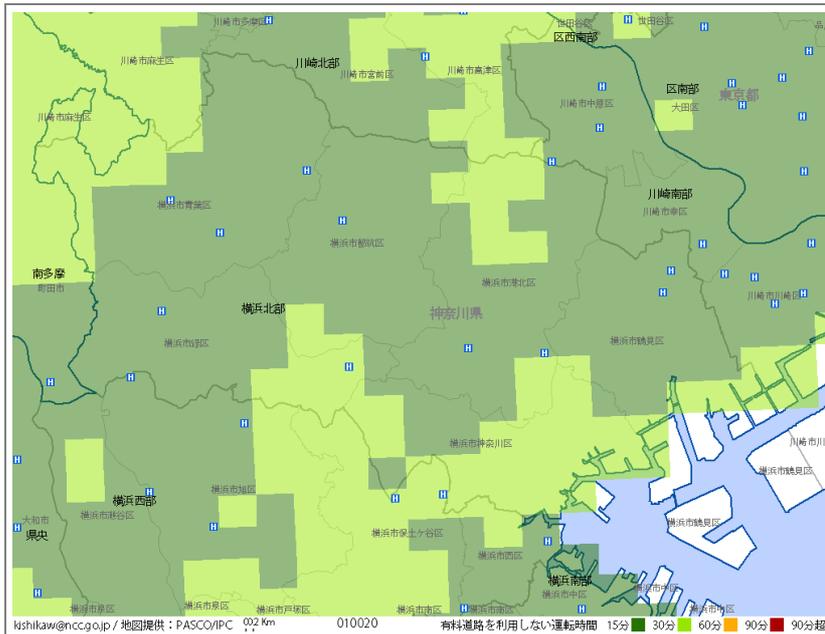


資料出典:アクセスマップと人口カバー率

注目点①:搬送時間が長くなる地域は?

コメント
管内すべてが、30分以内で搬送可能である。

くも膜下出血



資料出典:アクセスマップと人口カバー率

注目点①:搬送時間が長くなる地域は?

コメント
管内すべてが、30分以内で搬送可能である。

注目した2次医療圏の救急医療提供体制についての考察

現状で評価できる点、課題となる点

<評価できる点>

- ・全体的にまんべんなく中核的施設が配置されていることから、救急車搬送入院の分担エリアは、すべて網羅しているとともに、救急搬送における搬送エリアは、30分以内に概ね収まっている。
- ・中核病院の診療についても、主要診断群については、すべての疾患に対応している。
- ・ほとんどの地域において、管内での自己完結率が70%を超える。

<課題となる点>

- ・救急搬送に要する時間が全国平均より高い。とりわけ、17時から20時までの時間帯については、現場から収容までに時間を要しており、この時間帯の病院の受入体制の整備が課題である。

課題解決に向けた目標(可能であれば量的指標の設定)

- ・救急搬送における現場滞在時間が30分以上の件数を削減する。
- ・17時から20時までの受入体制の強化(現行人数からの増員等)

目標に向けた活動におけるステークホルダーと必要とされるアクション

<県民向け>

- ・軽症患者の適正受診の促進に向けた啓発

<病院、医師会、消防等>

- ・電話や人員増による救急相談体制の整備の要請
- ・救急医療情報システムを活用した連携促進

その他の事項

資料4 医療計画作成支援データブック 小児医療数値記入シート

数値記入シート (小児医療)						
		あなたの県 の現状	最小値	最大値	全国平均 (県の平均)	評価 (5段階)
2-2-5-1	小児人口【都道府県】	()			()	()
2-2-5-2	出生率【都道府県】	()			()	()
2-2-5-3	乳児死亡率【都道府県】	()			()	()
2-2-5-4	幼児死亡率【都道府県】	()			()	()
2-2-5-5	小児(15才未満)の死亡率【都道府県】	()			()	()
2-2-5-6	一般小児医療を担う一般診療所数【都道府県】	()			()	()
2-2-5-7	一般小児医療を担う一般診療所数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-8	一般小児医療を担う病院数【都道府県】	()			()	()
2-2-5-9	一般小児医療を担う病院数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-10	小児歯科を標榜する歯科診療所数【都道府県】	()			()	()
2-2-5-11	小児医療に係る病院勤務医数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-12	小児入院医療管理料1届出施設数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-13	小児入院医療管理料2届出施設数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-14	小児入院医療管理料3届出施設数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-15	小児入院医療管理料4届出施設数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-16	小児入院医療管理料5届出施設数【二次医療圏】		()	()	()	()

2-2-5-17	小児入院医療管理料 1算定病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-18	小児入院医療管理料 2算定病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-19	小児入院医療管理料 3算定病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-20	小児入院医療管理料 4算定病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-21	小児入院医療管理料 5算定病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-22	特別児童扶養手当数【都道府県】	()			()	()
2-2-5-23	障害児福祉手当交付数【都道府県】	()			()	()
2-2-5-24	身体障害者手帳交付数（18歳未満）【都道府県】	()			()	()
2-2-5-25	N ICUを有する病院数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-26	N ICUを有する病院数の病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-27	P ICUを有する病院数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-28	P ICUを有する病院数の病床数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-29	小児科標榜診療所勤務医師数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-2-5-30	院内保育士数【二次医療圏】		()	()	()	()

評価 (平均)	評価 (ばらつき)				
1 平均よりかなり劣る値である	1 ばらつきが大変大きい				
2 平均よりやや劣る値である	2 ばらつきが大きい				
3 平均的な値である	3 ややばらついている				
4 平均より優れた値である	4 ばらつきが少ない				
5 平均よりかなり優れた値である	5 ばらつきがない				
まとめと課題点					

資料5 グループワーク発表例（小児医療）

平成26年度
地域医療構想策定研修
グループワークシート

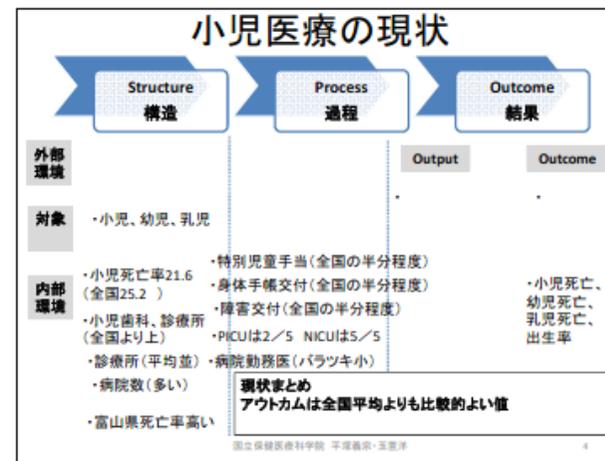
テーマ:小児医療
グループ名:Cグループ

GWに対する基本的な心構え

- 本グループワークの目的は「一連の手順の練習」。
- 「流れ」を学ぶということ。
- 本当の解決策を見つけ出すというものではない。
- 一連の手順を理解し、実践できるようになればOK。

組織プロフィール

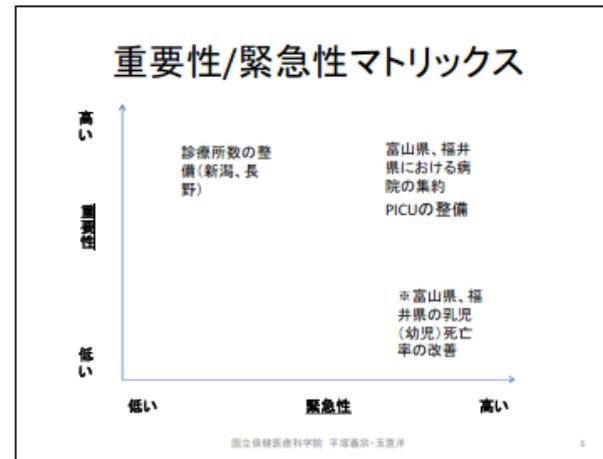
県名	総人口	病院数	一般診療所数
新潟県	2,361,133	5.5	71.1
富山県	1,094,827	10.0	71.7
石川県	1,163,089	8.7	76.0
福井県	810,552	8.9	73.7
長野県	2,165,604	6.1	74.4



資料5 続き グループワーク発表例（小児医療）

問題の同定

テーマ	目標(問題の裏返し)	評価指標(尺度)	現状値	目標値	優先順位
小児医療	PICUの整備	設置数	2/5		
・	富山県、福井県の乳児(幼児)死亡率の改善	死亡率	富山2.2(0.7) 福井2.1(0.6)		
・	診療所数の整備(新潟、長野)	診療所数	新潟3.6 長野3.1 (全国4.2)		
・	富山県、福井県における病院の集約(数が多いが、勤務医が少ない)	医師数、病院数			



- ### 同定された問題に対する解決策案
- ・ A. こども病院設立
 - ・ B. 病院の統廃合
 - ・ C. 機能分化・医療機関の連携
 - ・ D. 勤務医の増加
 - ・ E. 小児科医の業務負担低減(業務効率)
 - ・ F. 施設整備

格子分析法

1=非常に悪い, 2=悪い, 3=良い, 4=非常に良い

	実行可能性	目標達成の可能性	副産物	合計
ウェイト	5	3	2	
A. こども病院設立	1(5)	1(3)	4(8)	16
B. 病院の統廃合	1(5)	1(3)	3(6)	14
C. 機能分化、医療機関の連携	4(20)	3(9)	3(6)	35
D. 勤務医の増加	2(10)	2(6)	4(8)	24
F. 施設整備	2(10)	2(6)	3(6)	22

副産物: そのほか効果が期待されることで、他にも良い影響を及ぼすなど波及効果等。

資料5 続き グループワーク発表例（小児医療）

解決策の優先順位					
対象の問題	目標(問題の裏返し)	評価指標(尺度)	現状値	目標値	優先順位
優先順位 小児医療	富山県、福井県における病院の集約(数は多いが、勤務医が少ない)	医師数、病院数	病院数(平均3.3) 富山3.5 福井県3.9 勤務医師数(平均6.5) 富山6.3 福井県5.7 診療所勤務医師数(平均0.3) 富山0.4 福井県0.6 ※連携体制の現状値なし	・診療所から病院への支援体制の確立 ・診療所は初期、病院は専門医療に特化 ※幼児死亡率の改善(アウトカム)	1
1. C.機能分化、医療機関の連携		4. A. こども病院設立			
2. D.勤務医の増加		5.B.病院の統合			
3. F.施設整備					

資料6 宿題用シート (糖尿病)

数値記入シート 糖尿病)						
		あなた の県 の現状	最小値	最大値	全国平均 県の平均)	評価 (5段階)
2-1-4-1	糖尿病内科(代謝内科)の医師数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-1-4-2	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する一般診療所数【都道府県】	()			()	()
2-1-4-3	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する一般診療所数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-1-4-4	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数【都道府県】	()			()	()
2-1-4-5	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-1-4-6	健康診断・健康検査の受診率【都道府県】	()			()	()
2-1-4-7	糖尿病疾患患者の年齢調整外来受療率【都道府県】	()			()	()
2-1-4-8	糖尿病による年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	()			()	()
2-1-4-9	糖尿病による年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	()			()	()
2-1-4-10	糖尿病退院患者平均在院日数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-1-4-11	糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数【二次医療圏】		()	()	()	()
2-1-4-12	教育入院を行う医療機関数【都道府県】	()			()	()
2-1-4-13	糖尿病専門医数【都道府県】	()			()	()
2-1-4-14	糖尿病指導士数【都道府県】	()			()	()
2-1-4-15	糖尿病看護師数【都道府県】	()			()	()
2-1-4-16	歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数【都道府県】	()			()	()
特定健診等 その他の指標	()	()	()	()	()	()

資料6 続き 宿題用シート (糖尿病)

評価 (平均)	評価 (ばらつき)				
1 平均よりかなり劣る値である	1 ばらつきが大変大きい				
2 平均よりやや劣る値である	2 ばらつきが大きい				
3 平均的な値である	3 ややばらついている				
4 平均より優れた値である	4 ばらつきが少ない				
5 平均よりかなり優れた値である	5 ばらつきがない				
まとめと課題点					

