

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）
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書（平成30年度）

【医療計画班②】医療計画作成指標のプロセスに係る検討
医療計画担当者へのヒアリングをふまえて

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 伴 正海（横浜市立大学 共同研究員）
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部 医療推進課 主任）
研究協力者 田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員）

研究要旨

本研究は、第七次医療計画指標の検討体制、指標の考え方、関係者への合意プロセスなどを振り返り、今後の医療計画の中間見直しや第八次医療計画の策定に資することを目的としている。

第七次医療計画の指標の策定にあたっては、国の関係する部署が組織横断的に連携し、有識者や国の検討部会、関係団体や学会等との調整を経て、指標の集約化および整理がなされ、平成28年度末に本研究班の成果物として公表された。

(http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/res_document.html#byosho_shihyo)

医療計画指標は都道府県が医療計画を策定する上での基盤となるものである。その検討におけるスケジュールやプロセスは大変重要となるため、医療計画指標策定当時の国関係の担当者にヒアリングをしつつ、検討開始時期や指標策定の狙い、プロセス等を整理した。

都道府県が医療計画を策定するにあたっては、国は毎年医療計画策定支援データブック（以下、データブック）を配布し、支援を行っている。医療計画指標策定に係るスケジュールや検討プロセスとも密接に関連しており、指標の狙いや考え方について、国関係者や有識者、都道府県医療計画担当者等が共有することは大変重要である。

検討開始時期や検討体制、プロセスを把握し明確にすることで、効率的かつ有益な検討が進められることが期待される。

A. 研究目的

平成28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）「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」（研究代表者 奈良県立医科大学 今村知

明／地域医療計画関連指標研究分担者 東京医科歯科大学 河原和夫）の成果物として、第七次医療計画の「医療体制構築にかかる現状把握のための指標」が奈良県立医科大学公衆衛生学講座のホームページにて公開された。現在、都道府県は医療計画の策定を終え

て、第七次医療計画の推進を行っているところである。第八次医療計画指標の策定に向けての考え方や示唆をえるため、第七次医療計画策定に係る状況について、当時の医療計画担当者にヒアリングをおこない、今後に資することを目的とする。

B. 研究方法

5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）および 5 事業（救急、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療）、在宅医療に係る指標の策定の体制やプロセスについて、同時の国の関係者や有識者が一堂に会して、振り返りを行った。

- ・ 検討開始時期や検討体制、関係者
- ・ 指標の考え方や狙い

C. 研究結果

① 第七次医療計画指標の基本方針と平成 28 年度末までのスケジュール

- ・ 第六次医療計画にある必須指標の定義はデータが現在取れる指標、推奨指標はデータが取得できると望ましいという意味合いである。有識者へのヒアリングを進めていき、臨床の医師より、「データとして取得できれば望ましい」という推奨指標が整理された。
- ・ 第七次医療計画指標をなぜ変えるのかについては、都道府県で計画を推進するにあたって、有用でない、事実上取れないデータがあるということを踏まえ、真に活用できる指標に絞り込むことであった。
- ・ 第七次医療計画については、大前提として、都道府県が医療計画の PDCA サイクルを回す上で、取得できる指標に限定するという方針で進めた。
- ・ データを整理し、指標に落とし込む作業

を国で行った。第六次医療計画と比較して、指標の数が少なくなったのは、がん、糖尿病、へき地の指標を落としたためである。スケジュール的には平成 28 年度末間に当研究班からの公表となった。

② 第七次医療計画とデータブックの関係

- ・ 第六次医療計画にある推奨指標はデータ源が存在しないものがほとんどであり、提案された推奨指標はほとんどデータブックに採択されなかった。これを踏まえ、指標の変更作業を行い、第七次医療計画の指標は概ねデータブックに収載された。
- ・ データブックで取得できる指標にするという前提で、作業を進めていく過程で、ナショナルデータベース（以下、NDB）でどのようなデータが取得できる、できないが明確になってきた。
- ・ 第六次医療計画から第七次医療計画にかけては、DPC や NDB などので使えるデータが飛躍的に増えており、第七次医療計画の指標の作成に当たっては、レセプトデータを基にアウトカム指標を増やすというアプローチも可能となった。
- ・ データブックに収載される指標については、国の担当者が有識者、学会とのコンセンサスを得ながらとりまとめていった。その結果、医療計画の策定プロセスの中で、活用が望ましいとされた指標に対して、取得が可能なデータを基に指標が作成されデータブックに収載されているのが現状。
- ・ 5 疾病 5 事業ごとに特徴や都道府県の医療計画にどのように盛り込んでいくか学会等の温度差があり、全体を統一し、コントロールすることが困難であった。また、時間的な制約もあり、データブックの使い方を丁寧につくりこむことが困難であ

った。

③ 5 疾病 5 事業の検討プロセスや検討経緯

がん

- ・ 学会にヒアリングし、ストラクチャー、プロセス、アウトカムで指標を整理した、がんセンターにある指標を積極的に開示していく方針となった。
- ・ 国立がん研究センターが整備しているがん登録のデータなど全数ではなく、解釈は難しいが、指標として採択した経緯がある。
- ・ がんの医療体制については、がん対策基本法に基づき、施設基準や治療成績を公表するという枠組みがある。ここが他の疾患と異なる。
- ・ がんの死亡者数については、がんの種類別に二次医療圏ごとに性／年齢階級別に集計した。
- ・ 予防・早期発見分野のアウトカムについては、年齢調整の罹患率やがん検診で発見できているかなども入れ込んで、都道府県の医療政策として取り組みやすいものをイメージして整理した。
- ・ 5 大がんについては、「指標に見る我が国のがん対策（平成 19 年）」で地域ごとの 5 年生存率を出すこととなった。データの精度には改善の余地があるが、5 大がんで地域差が生じるのは医療提供体制で検討すべき課題があるのではと考え、データを提供した。
- ・ 第六次医療計画時からの変更点は、ストラクチャー指標を整理したことがあげられる。医療機関数や医療機器に関する指標を削除。ストラクチャー指標が多いと、リソースを整備することが計画に織り込まれてしまうためである。
- ・ 国立がん研究センターの調査は毎年実施

されないため、データの更新は毎年行われ
ない。データの更新時点を踏まえ、がん
指標の精査・つくりこみも年度末まで時
間を要した。

脳卒中

- ・ 超急性期脳卒中加算は診療報酬点数上の加算ではなく、使用された薬剤で集計している。t - PA は加算（4 時間半）を算定していなくても実施している医療機関があるためである。病名と t - PA 薬で集計した。
- ・ 超急性期脳卒中加算は地方厚生局の届出情報である。
- ・ 今後は超急性期加算の算定状況を集計してデータブックに収載するかどうかの議論が必要と思われる。

急性心筋梗塞

- ・ 当時、健康局が開催していた「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」の議論を反映するようにした。NDB を活用した集計を行うにあたり、診療行為コードを選択する作業は国担当者と有識者で実施。
- ・ PCI は診療報酬点数上で 90 分以内の実施を NDB から集計した。PCI の診療実績を都道府県及び二次医療圏間で比較することは問題ないでと整理した。90 分以内の実施を集計をしているのは PCI の他、冠動脈形成術のみである。
- ・ 虚血性心疾患患者における地域医療連携計画作成の実施件数については、レセプト病名で絞込を行った後に加算をとっている件数を集計した。
- ・ 後は単純に診療報酬点数の算定件数を計上しているものが多い。
- ・ 心臓血管外科領域は虚血性心疾患の件数

を集計している。

- ・ 解離性大動脈瘤と心不全の領域が整理しきれていない。解離性大動脈瘤の指標は簡単には作れない状況である。通知には概念だけ入れているが、指標はない。

糖尿病

- ・ 第六次医療計画の指標に活用できる糖尿病のデータは全くなかった。指標の見直しについて、関連する部局と相談した。
- ・ 学会ヒアリングを経て、予防に関する指標が第六次ではなかったのが追加することとなった。特定健診の受診率などが追加されているのはそのためである。
- ・ 学会との話し合いを経て、プロセスが重要で検査や治療がしっかり行われているかの地域差を検討していくことが有用ではないかということになった。
- ・ 医療機関や医師数、専門医数については、アウトカムからさかのぼり、地域で実施すべき治療ができていないか、専門医が充足しているかなどを検討してもらいやすくするように配慮した。
- ・ 糖尿病の地域連携や病診連携については、あまり議論が行われず、どのような指標を採用すればよいかまで検討が至らなかった。
- ・ アウトカム指標の設定が難しく、合併症でデータがとれるのは人工透析の新規導入患者数程度しかなかった。
- ・ 当時は糖尿病関連の研究班がなく、指標見直しの提案は出されることはなかった。

精神

- ・ 国の担当者とナショナルセンターで検討を行い、とりまとめた。精神科領域の疾病別にストラクチャー、プロセス指標を整理したことが第六次医療計画からの主な

変更点となった。

救急

- ・ 救急医療に関しては、第六次医療計画に位置付けた指標は、取得できないものが多かったため、指標数を絞った。救護救命、入院救急、初期救急、救命後の医療という大きな構造は変えていない。各地域の特徴を表す指標として、データが取得できると想定されるものを整理していった。
- ・ 救急はNDB指標が多くなく、国で有しているAEDマップや消防庁の「救急救護の現状」がデータ元である。
- ・ 救急後の医療については、救急管理加算と退院支援加算の算定状況をNDBから集計し、データブックには件数と回数データを収載した。

災害医療

- ・ DMAT事務局や災害医療センターにヒアリングを行ったが、効率的に指標に落とし込む作業が困難であり、災害拠点病院の指定要件を中心に指標を整理した。

へき地医療

- ・ 医政局が都道府県に対し毎年実施している「へき地現況調査」の結果を基に、医療計画の策定プロセスの中で利活用できるように調整した。
- ・ へき地の医療体制の実績を数値を基に評価することは困難であった。へき地で医療が提供されているかなど、巡回診療を実施している回数(プロセス指標)が中心となった。
- ・ アウトカム指標を設定するのが困難であり、第六次医療計画と同様に指標の設定は見送った。

周産期・小児

- ・ 第六次医療計画に位置付けた指標は、取得ができないものが多かったため、指標数を絞ったが、指標の詳細を整理し切れていない
- ・ 消防庁の調査は小児や妊婦といった区分がないので利活用できず。
- ・ 平成 26 年度「救急搬送における医療機関の受入状況実態調査」、毎年の「周産期医療体制調査」を指標の検討に使った。

在宅医療

- ・ 退院支援、在宅療養、急変時、看取りと 4 つの柱に分けて、データが取得できるかどうか整理した。
- ・ 在宅医療にはアウトカム指標がない。人口動態調査等を基にして、在宅死亡数等を指標に設定した場合、在宅での異常死なども含まれてしまうことや、ぎりぎりまで在宅で治療し、最期は病院で死亡した場合が含まれないなどの既存の統計調査を活用する上での課題が存在する。在宅での死亡者数は在宅医療のアウトカムではないという意見があることにも配慮した。死亡者数はプロセス指標として整理した。
- ・ 指標の検討に際しては、国の関連する部局を交えて議論した。
- ・ NDB 等の診療行為の実績値から在宅医療のあるべき姿を抽出することは困難であった。

D. 考察

- ① 平成 32 年度末の中間見し、次の第八次医療計画を見据えて、指標を見直す上では現行の指標がどのように利活用されていて、医療計画の評価に役立っているかの確認が必要と考えられる。

- ② 依然として、医療計画に係る指標が多いため、不要なものは、削除していくべきと考えられる。

- ③ 一方で都道府県より、「必要」という意見があった指標については、公表統計から引用できるかどうか、NDB で取得できるかを検討すべきである。

- ④ 医療計画指標になぜその指標が入っているのか、都道府県担当者の理解を助ける説明が必要と考えられる。今後を見据え、指標が採用された背景を記録として残した上で、注書きとして研究班の報告書又はデータブックに掲載するかを検討すべきである。

- ⑤ また、医療計画作成指針等に位置づけられた指標について、データブックに掲載されていないものは、なぜ掲載されていないかも整理したうえで記録しておくべきと考えられる。

- ⑥ 平成 32 年度末に都道府県が中間見直しを行うのであれば、今からヒアリングを進め、指標見直しの検討体制を整備すべきと考えられる。

E. 結論

現在都道府県は第七次医療計画の推進や進捗管理がなされている。次の第八次医療計画の検討へ向けて、関係者における共通認識が深まり、効率的かつ有益な検討が進められることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし