

特集：エビデンスに基づく医療政策へのDPCデータの活用

<報告>

都道府県における保健医療データの活用支援  
—医療計画作成支援データブックとPDCA研修—

高山義浩, 松下幸司

厚生労働省医政局地域医療計画課

**Technical assistance to prefectural governments to  
promote effective use of health data:  
A data manual for development of community health care plans and the PDCA**

Yoshihiro TAKAYAMA, Koji MATSUSHITA

Medical Care Planning Division, Health Policy Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare

抄録

平成25年度からの第6次医療計画では、都道府県が5疾病5事業及び在宅医療における施策の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させ、医療計画の実効性を高めていくことが求められている。すなわち、DPCを含む様々なデータに基づく指標を参考に、PDCAサイクルを推進し、施策の達成状況を自ら検証することにより、また二次医療圏の設定を含め、医療計画の不断の見直しを行うことで、医療計画をより実効性の高いものとするのが期待されている。厚生労働省では、こうした保健医療データをより有効に活用してゆくための技術的支援として、医療計画を策定する都道府県職員を対象に、医療計画を策定する際に有用なデータを集積した『医療計画作成支援データブック』の配布を平成25年度より開始している。さらに、平成26年度より、本データブックに記載されている様々な医療データを活用し、地域の実情に応じた適切な医療提供体制を構築するための実践的な研修会を国立保健医療科学院において開催している。

キーワード：NDB, DPC, 医療計画, 地域医療構想, PDCAサイクル

Abstract

In the 6<sup>th</sup> phase of the Community Health Plan (CHP) which is slated to start in FY2013, effective implementation of the plan is desired through PDCA (plan-do-check-action) cycle monitoring, in which prefectural governments periodically monitor the progress of their planned goals for five diseases (diabetes, acute myocardial infarction, cerebrovascular diseases, cancer, and psychiatric diseases), five fields (emergency care, disaster medicine, rural medicine, perinatal and pediatric care) as well as home care and revise the original plans as necessary. Prefectural governments, therefore, are expected to monitor their CHPs through PDCA cycle monitoring using various data source such as DPC (diagnosis-

連絡先：高山義浩

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1丁目2番2号  
1-2-2, Kasumigaseki Chiyoda-ku, Tokyo, 100-8916, Japan.  
Tel: 03-5253-1111 (内線2560)  
Fax: 03-3503-8562  
E-mail: takayama-yoshihiro01@mhlw.go.jp  
[平成24年11月10日受理]

procedure-combination) data and improve the effectiveness of their CHPs by revising the contents of their RHPs including the secondary area for medical service providing system. Ministry of Health, Labour & Welfare (MHLW) developed the “Data book for development of effective Community Health Plan” compiling health data useful for CHP in FY2014 to assist officers of prefectural governments in development of RHP as part of its technical assistance. In this article, the author describes the content of a training course held at NIPH in FY2014 for officers of prefectural governments to utilize various health data contained in the book to realize the CHPs responsive to the need of communities.

**keywords:** National Database, Diagnosis Procedure Combination, Community Health Care Plans, Community Health Care Visions, PDCA cycle

(accepted for publication, 10th November 2014)

## I. はじめに

急速に少子高齢化が進むなか、我が国では、平成37年(2025年)にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎える。住民が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。

我が国における医療提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度のもとで着実に整備されてきた。しかし、高齢化の進展に伴う老人慢性疾患の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質(QOL)の維持・向上を図っていく必要性が高まってきている。

これからの医療の持続可能性を高めるためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。すなわち、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されているかどうかという観点から再点検していく必要がある。

その際には、地域の医療及び介護に係る情報を可視化し、客観的データに基づく地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療提供体制を構想していくことが重要である。

とくに我が国には、医療施設調査、病院報告、患者調査、受療行動調査など、優れた保健医療統計があり、さらに、レセプト(医療機関が月末に提出する診療報酬請求書)情報を全国レベルで整理し、アーカイブ化したNDB(ナショナルデータベース)も一定の条件下で利用可能となっている。また、主に急性期病院の入院医療を可視化したDPC/PDPS(診断群分類DPCに基づく包括評価制度)は、平成26年4月時点では全国で1,585医療機関が参加しており(準備病院を含めると1,863医療機関)、各病院レベルでの追加投資や労力を要せずに、多施設間でのデータ比較が可能となっている。

平成25年度からの第6次医療計画では、都道府県が5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の

医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療)及び在宅医療における施策の進捗評価を定期的の実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクル(計画:Plan⇒実施:Do⇒評価:Check⇒改善:Action)を効果的に機能させ、医療計画の実効性を高めていくことが求められている。すなわち、DPCを含む様々なデータに基づく指標を参考に、PDCAサイクルを推進し、施策の達成状況を自ら検証することにより、また二次医療圏の設定を含め、医療計画の不断の見直しを行うことで、医療計画をより実効性の高いものとするのが期待されている。

厚生労働省では、こうした保健医療データをより有効に活用してゆくための技術的支援として、平成26年3月20日にとりまとめられた「PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」(座長:尾形裕也)(以下、「報告書」という。)の意見を踏まえ、医療計画を策定する都道府県職員を対象に、医療計画を策定する際に有用なデータを集積した医療計画作成支援データブックの配布を平成25年度より開始している。さらに、このデータブックを使いこなす専門的かつ実効性のある能力を取得するための研修会についても開催している。本稿では、このデータブックと研修会の内容について紹介し、今後の課題について検討したい。

## II. 医療計画作成支援データブック

### 1. データブックの内容

平成26年3月、厚生労働省は『医療計画作成支援データブック』を作成し、全ての都道府県に対して配布した。本データブックは、都道府県が医療計画を作成するに当たって必要と考えられる基礎情報(厚生労働省が示している5疾病5事業及び在宅医療の評価指標等)に係る保健医療データについて、都道府県、二次医療圏、市区町村ごとの集計とグラフ化、平均値との比較を可能とし、さらに地理情報と突合した分析などを行った上で収録したものである。また、あわせて、各種データを分析するためのソフトウェアも収録した。

表1 医療計画作成支援データブック・目次

1. 電子データブック
2. 医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価
3. アクセスマップと人口カバー率
4. 救急車搬送入院の分担エリア地図
5. 救急医療及びがん医療の提供体制の把握
6. 救急搬送分析

2. 電子データブック

住民の医療ニーズや受療動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報、5疾病5事業および在宅医療に関する指標等の、医療計画作成に当たって必要と考えられる指標について、NDB及び患者調査、e-statや施設基準情報等の既存統計から、都道府県及び二次医療圏、または市区町村毎に集計し、比較可能な形にデータを加工、可視化したデータ集である。

図1, 2は、データブックに収載されている指標例で、北海道における二次医療圏別の禁煙外来を行っている一般診療所数を示している。二次医療圏毎の数値データ及びグラフを表示し、さらに二次医療圏毎に塗り分けした地図データを一枚のシートに集約している。

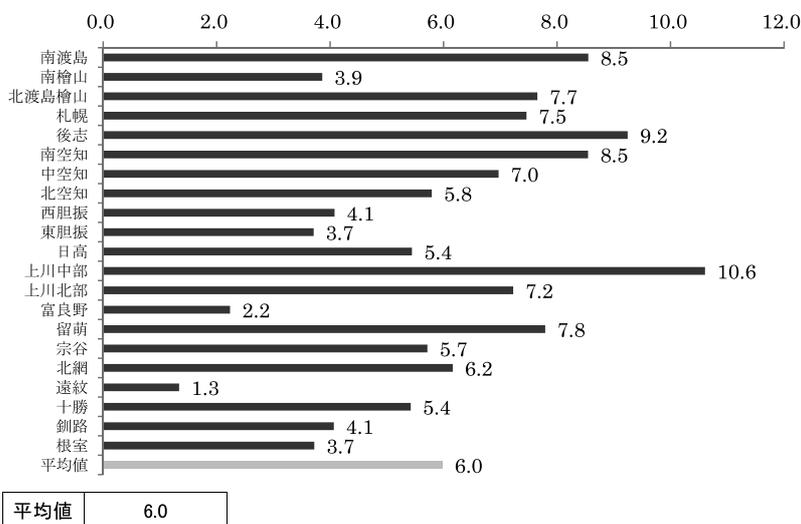


図1 禁煙外来を行っている一般診療所数 (10万人あたり/二次医療圏別/グラフ)

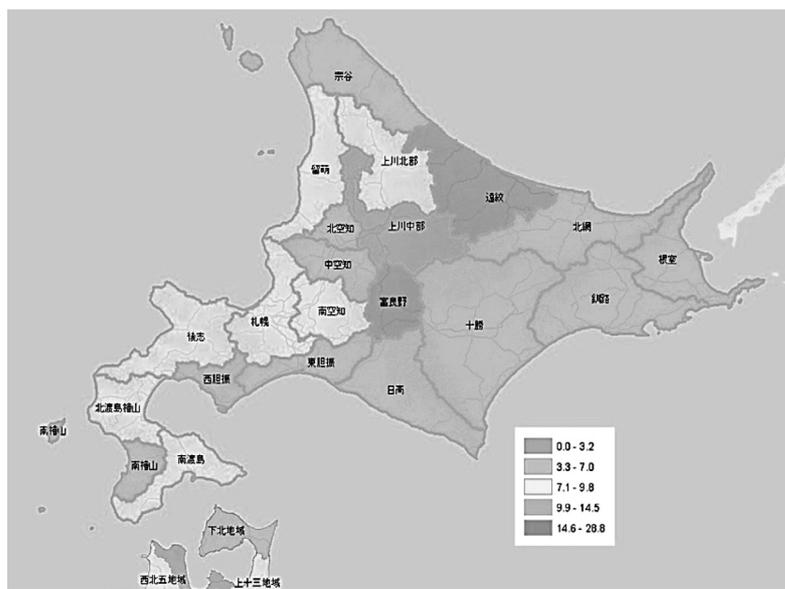


図2 禁煙外来を行っている一般診療所数 (10万人あたり/二次医療圏別/地図)

### 3. 医療圏内患者の受療圏の把握及び地域医療指標の評価

診療行為や薬剤、傷病名などの指標を指定することで、二次医療圏別の受療動向を分析するものである。

図3は、A県における虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施件数を、患者の住所地ベースで二次医療圏別に示したものである（NDBの公表には制限があるため匿名化している）。実施した医療圏の所在地について

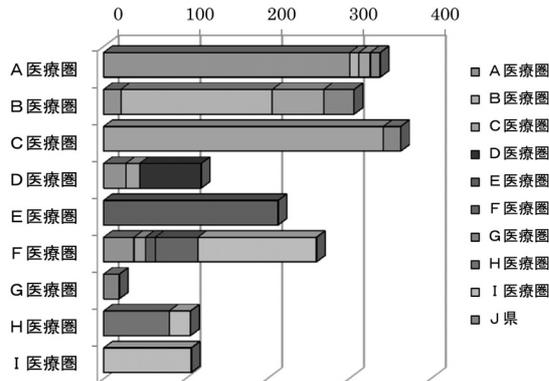


図3 A県における虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施件数

二次医療圏および県外の別も集計されているため、疾患別に自己完結している地域と周辺に依存している地域とが明らかである。これにより、流入も勘案した医療提供体制を検討することが可能となる。

なお、本分析ツールで使用したのは、地域性の明確な地域保険の電子レセプト（国民健康保険と後期高齢者医療制度）のみであり、今後はDPCデータ等を取り込んで、より精緻なものとしてゆくことが課題である。

### 4. アクセスマップと人口カバー率

DPCデータを利用して、主要な傷病（脳卒中、心筋梗塞、がん）の入院治療を行なっている施設までの移動時間別に地域を区分したアクセスマップと、地域の人口カバー率とを二次医療圏別に示すことも可能である。本ツールを利用することにより、地域住民の視点から入院医療へのアクセスのしやすさ（アクセシビリティ）を検討することが可能となる。ただし、このカバー率は自動車移動した場合の運転時間を計算したものであって、実際の覚知から収容までの時間を測定したものではないことに注意が必要である。

図4は、主要な傷病の千葉県内の最寄りのDPC参加

2次医療圏の一覧 ↑都道府県リスト | →地図一覧

千葉(1201)	東葛南部(1202)	東葛北部(1203)	印旛(1204)	香取海浜(1205)	山武長生夷隅(1206)	安房(1207)	君津(1208)	市原(1209)
----------	------------	------------	----------	------------	--------------	----------	----------	----------

傷病	人口					カバー率 (%)					平均(分)
	15分	30分	60分	90分	90分超	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超	
010020 くも膜下出血	2,307,786	2,684,902	876,208	317,358	22,937	37.2	80.4	94.5	99.6	100.0	22.5
010040 非外傷性頭蓋内血腫	3,259,763	2,182,480	699,414	66,494	1,039	52.5	87.6	98.9	100.0	100.0	17.2
010060 脳梗塞	3,807,564	1,708,259	625,834	66,494	1,039	61.3	88.8	98.9	100.0	100.0	15.8
010070 脳血管障害(その他)	135,705	684,359	1,713,542	1,799,080	1,876,503	2.2	13.2	40.8	69.8	100.0	53.0
050030 急性心筋梗塞	3,344,764	1,886,483	699,467	257,209	21,268	53.9	84.3	95.5	99.7	100.0	19.1
050050 狭心症	3,648,528	1,761,052	627,793	170,646	1,171	58.8	87.1	97.2	100.0	100.0	17.3
010010 脳腫瘍	2,908,398	2,290,550	709,281	279,931	21,030	46.8	83.7	95.2	99.7	100.0	20.3
03001x 頭頸部悪性腫瘍	1,910,921	2,699,621	1,234,269	333,350	31,028	30.8	74.3	94.1	99.5	100.0	24.5
040040 肺の悪性腫瘍	3,721,108	1,678,674	656,318	132,100	20,991	59.9	87.0	97.5	99.7	100.0	16.7
060010 食道の悪性腫瘍	3,018,862	2,342,370	680,469	149,655	17,834	48.6	86.3	97.3	99.7	100.0	18.7
060020 胃の悪性腫瘍	3,907,254	1,608,010	626,393	66,494	1,039	62.9	88.8	98.9	100.0	100.0	15.6
060035 大腸の悪性腫瘍	3,907,034	1,608,230	626,393	66,494	1,039	62.9	88.8	98.9	100.0	100.0	15.6
060040 直腸肛門の悪性腫瘍	3,890,435	1,585,689	608,945	113,216	10,905	62.7	88.2	98.0	99.8	100.0	16.1
060050 肝・胆膵の悪性腫瘍	3,734,251	1,717,011	690,395	66,494	1,039	60.1	87.8	98.9	100.0	100.0	16.2
06007x 膵臓、脾臓の腫瘍	3,447,195	1,846,243	678,566	226,149	11,037	55.5	85.3	96.2	99.8	100.0	18.6
090010 乳房の悪性腫瘍	3,814,692	1,550,469	634,289	178,884	30,857	61.4	86.4	96.6	99.5	100.0	16.9
110070 膀胱腫瘍	3,274,306	1,735,213	862,219	325,850	11,603	52.7	80.7	94.6	99.8	100.0	20.6
110080 前立腺の悪性腫瘍	3,461,198	1,612,647	804,730	319,012	11,603	55.7	81.7	94.7	99.8	100.0	19.7
120010 卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍	2,461,227	2,554,695	863,453	298,826	30,989	39.6	80.8	94.7	99.5	100.0	21.9
12002x 子宮頸・体部の悪性腫瘍	2,885,222	2,211,167	783,138	298,674	30,989	46.5	82.1	94.7	99.5	100.0	20.8
130010 急性白血病	1,841,312	2,683,457	1,220,136	431,949	32,336	29.7	72.9	92.5	99.5	100.0	25.6
130030 非ホジキンリンパ腫	2,418,349	2,510,246	916,378	333,190	31,028	38.9	79.4	94.1	99.5	100.0	22.3
DPC調査参加施設	3,986,687	1,532,826	622,144	66,494	1,039	64.2	88.9	98.9	100.0	100.0	21.2

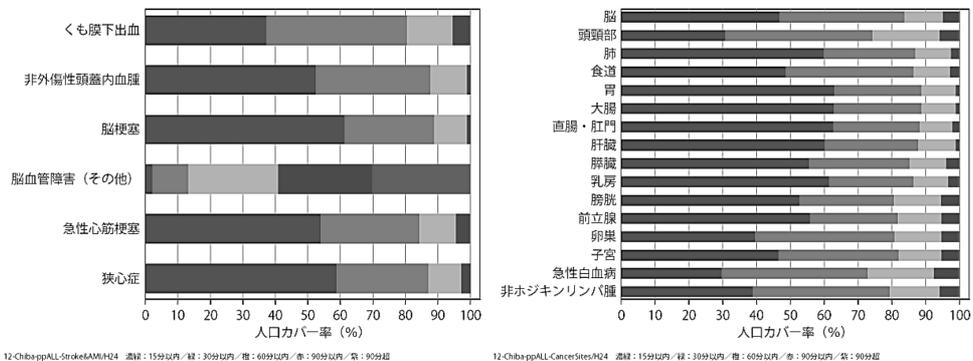


図4 千葉県における主要な傷病の搬送時間別人口カバー率

医療機関までの時間区別に、人口とカバー率を示したものである。さらに、図5では、このうち急性心筋梗塞について地図上に示している。

5. 救急車搬送入院の分担エリア地図

DPCデータを利用して、救急車搬送入院の分担エリアをハフモデル分析により示した。ハフモデルとは、1960年代に、米国の経済学者であるDavid Huffが作成したモデルで、本ツールでは、ある医療機関に救急患者が受診する確率を、他の医療機関との競合状況を考慮しながら予測するものである。取扱い症例数が多く、移動時

間が短い医療機関を救急患者が受診するという一般的な傾向を前提とし、救急車搬送入院の分担エリアを2次医療圏別の地図として示している。

図6は、三重県の北勢医療圏であるが、青字で示した医療機関ごとに色で塗り分けられた地域が分担エリアとなり、救急医療体制の検討に活用できる。

6. 救急医療及びがん医療の提供体制の把握

DPCデータのうち「予定・救急医療入院医療機関別MDC別集計」と「疾患別・手術別集計(各MDC)」を利用して、救急医療及びがん医療の提供体制の把握を可能

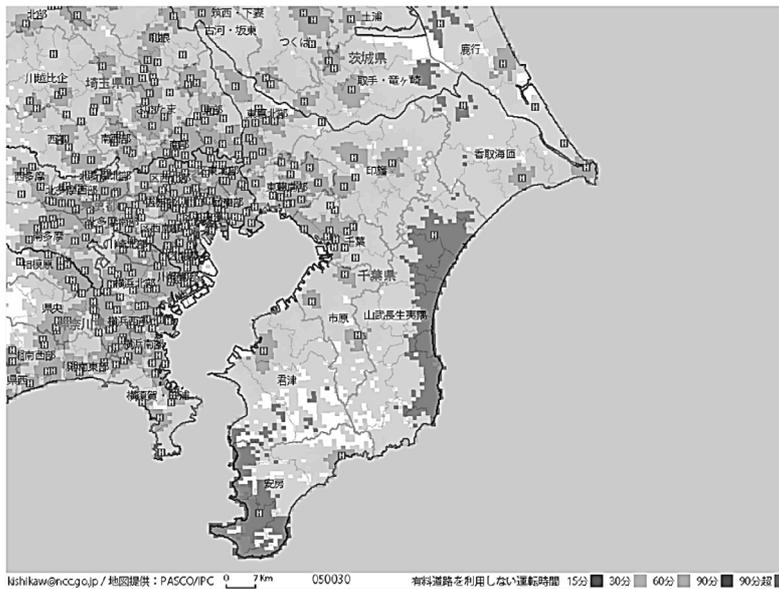


図5 千葉県における急性心筋梗塞の搬送時間別人口カバー率 (地図)

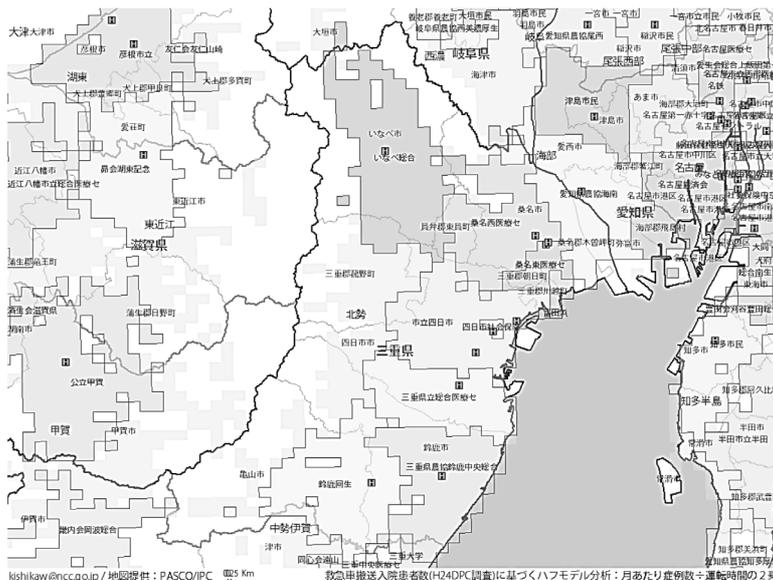


図6 三重県北勢医療圏における救急車搬送入院の分担エリア (地図)

としている。集計は、ほぼ診療科に対応しているMDC(主要診断群:Major Diagnosis Category)毎に行っている。

図7は、沖縄県の中部医療圏におけるDPC参加医療機関におけるMDC別がん入院患者数を示したものである。脳腫瘍が県立中部病院に、乳癌が敬愛会中頭病院に比較的集約されていること分かる。その他のがん医療については、データ上でみる限りにおいて分担されており、今後の医療計画における検討課題のひとつと考えられる。

図8は、同様にMDC別に救急患者数を示したもので

ある。これによると、産科救急が県立中部病院に、眼科救急が敬愛会中頭病院に比較的集約されていることが分かる。

### 7. 救急搬送分析

消防データにおける二次医療圏別の救急搬送について、搬送件数と覚知から現場到着、現場到着から収容、覚知から収容の三段階で平均時間を分析している。事故種別、年齢区分別、性別、初診医による重症度評価別等によるカテゴリー解析も可能である。

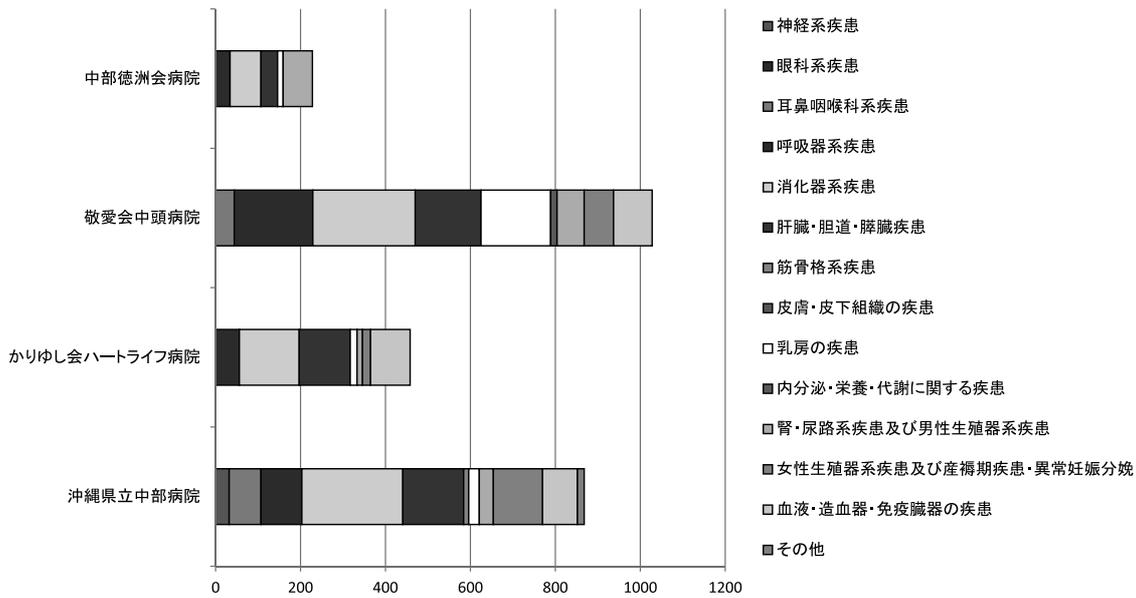


図7 沖縄県中部医療圏におけるMDC別がん医療の提供体制

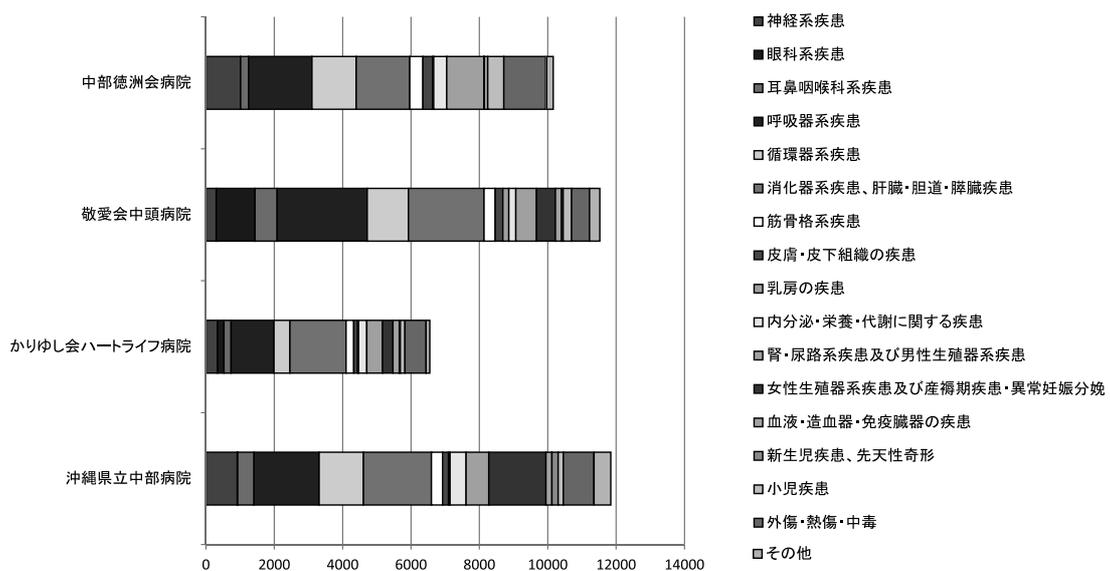


図8 沖縄県中部医療圏におけるMDC別救急医療の提供体制

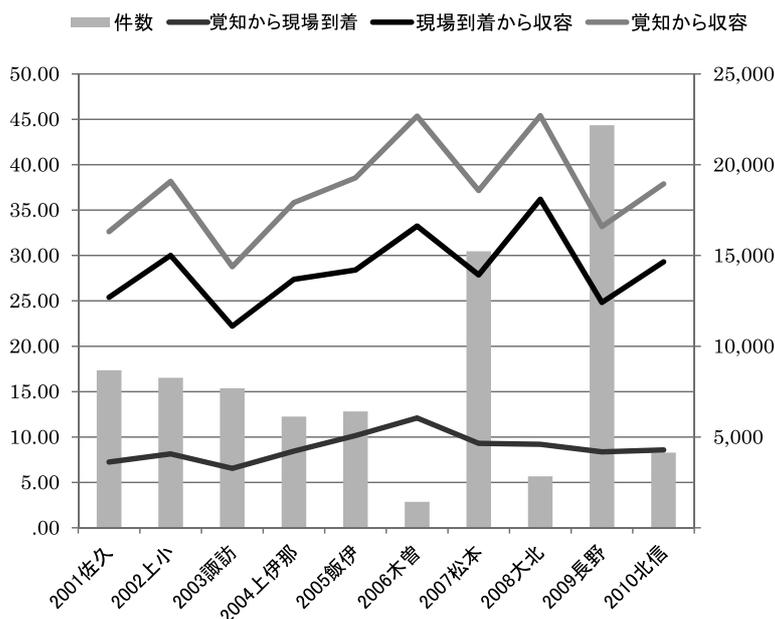


図9 長野県における救急搬送分析

表2 初療医の重症度評価別にみる搬送時間(東京都・A医療圏)

重症度	件数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
死亡	10	10.10	33.90	44.00
重症	81	8.72	38.98	47.69
中等症	204	8.36	44.03	52.39
軽症	1,065	8.66	46.08	54.75
全て	3,152	8.59	42.78	51.37

図9は長野県における分析であるが、木曾および大北医療圏において、搬送件数は少ないものの時間を要していることが分かる。ただし、本ツールではドクターヘリを含まないため、救急医療の全体については必ずしも明らかでないことに注意が必要である。

表2は東京都のある医療圏について、初療医の重症度別評価別に搬送時間を解析したものである。ある程度は重症度トリアージが効いているようであるが、重症例および死亡例でも現着から収容まで目標とされる30分を越えていることが分かる。アウトカム指標を確認しながら、施策につなげることが必要と考えられる。

### 8. 本データブック活用の具体的な手順

本データブックを活用しながら、PDCAサイクルを通じて医療計画の実効性を向上させる具体的な手順は、1) 現行の医療計画の再確認、2) 地域の医療提供体制の現状の把握、3) 課題ごとの進捗状況の評価、4) 医療計画の修正・発展、5) 公表の5つの段階に分けられる。

#### (1) 医療計画の再確認

まず、現行(第6次)医療計画を作成する際に抽出し

た地域の課題、設定した目標、それを達成するための施策について改めて確認する。さらに、前(第5次)医療計画終了時の評価についても参考にする。

#### (2) 地域の医療提供体制の現状の把握

課題ごとに、データブックから指標となるデータを抽出し、さらに都道府県の独自調査によるデータ等も確認し、地域の医療提供体制の現状を把握する。医療計画策定時からの状況等の変化はもちろん、医療計画策定時に分析されなかったデータ等がある場合には、それらについても活用するように努める。

その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学・疫学・公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者が関与することは、データ等のより有効な活用につながることを期待される。このため、今後、都道府県は、さらに積極的に大学等の専門家と協力して取り組んでいくことが望ましい。

#### (3) 課題ごとの進捗状況の評価

地域の医療提供体制の目指すべき姿を常に念頭に置いた上で、既存の課題が解決に向かっていくかについて評価を行う。具体的には、課題ごとの目標や指標を用いて、

計画期間のなかで達成可能な状況で進捗しているかについて確認する。

進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合は修正を検討する。

設定された目標が抽出された課題に合致していなければ、個別の目標の達成状況が良好であっても効果がないため、課題に対応した目標の妥当性を常に意識して進めることが重要である。

医療提供体制における課題が、常に地域の实情に応じた最新のものとなっているかについて、データを見ながら確認し、新たな課題があれば漏れなく抽出する。

進捗評価に当たっては、基準を設けて、項目ごとに自己評価し、更に外部評価を受けるなどのプロセスについても検討すべきである。

#### (4) 医療計画の修正・発展

課題ごとの進捗状況を踏まえ、計画期間のなかで、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、医療計画の追記や削除、修正を行い、より実効性のある医療計画への発展を目指す。計画を修正する際には、その修正箇所や理由を明確にする。とくに達成困難と考えられる課題については、その原因について十分に考察し、圏域連携会議や作業部会で議論し、解決策を検討する。既存の目標以外に新たな目標やよりふさわしい目標があるか、個別の目標をさらに細分化したものとすることが望ましいか等も見直し、課題達成に資する計画となるようにすべきである。

計画を見直す際には、地域の将来像を踏まえて、拡張や新設の視点だけではなく、既存のものや削減の必要性等を検討するという視点も重要である。

目標を達成する際の行動主体及び役割分担を明確にしておくことは、目標達成に不可欠なものと考えられる。例えば、医療提供者が行動主体となる場合には医療提供者が医療計画の策定・見直しに参加し、当事者として議論で合意形成をすることで、医療計画が各医療機関の行

動計画として機能することが期待される。

介護保険事業支援計画等の他の関連する計画の策定・見直しを行う場合には、医療計画の関連する部分についても併せて検討し、整合性がとれた計画として実行していく必要がある。

#### (5) 公表

医療を受ける当事者である住民が、当該都道府県の医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高めることが必要であり、ホームページ等で住民にわかりやすく公表すべきである。加えて、厚生労働省としても、各都道府県の計画を公表するとともに、好事例を紹介する機会を設ける等、情報の共有化を図っていきたい。

### IV. 医療計画PDCA研修会

地域の实情に応じた適切な医療提供体制を構築するためには、前項のデータブックに記載されている様々な医療データを含めて活用し、現状と課題を把握し、患者動向を踏まえた目標を立て、着実に計画を実行し、適切な指標を用いて進捗評価を行い、医療計画を見直すというPDCAサイクルを機能させることが必要である。さらに、めざすべき医療提供体制の実現に際しては、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を重ねながら、利害の相反する多様なステークホルダー間の合意形成を得るためのコーディネーターの役割を果たすことも必要となる。

厚生労働省は、これまで数次にわたって医療計画の策定支援としての都道府県職員向けの研修会を開催してきた(図10)。しかし、報告書では、「各都道府県の医療計画策定担当者への研修等の技術的支援をこれまで以上にきめ細かくかつ継続的・安定的に行う必要がある」、「戦略的な政策立案及び実行の中心となる人材の育成のために、自治体間で医療計画の策定や見直しに関するノウハウを共有していくことも有用」「研修自体の質や効果に

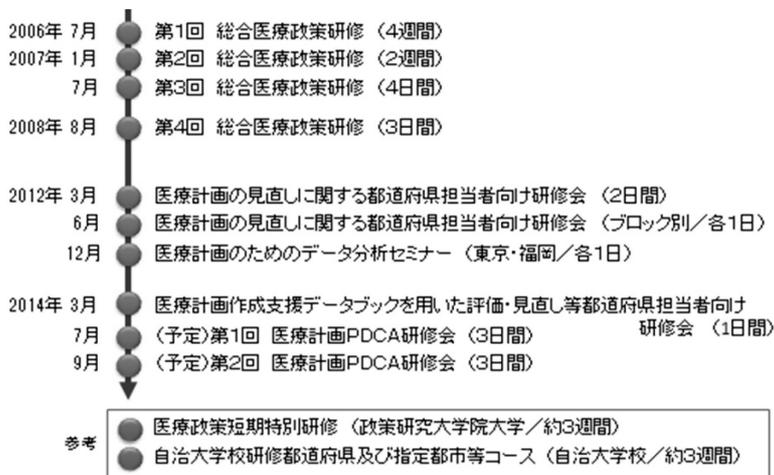


図10 都道府県担当者を対象とする医療計画の策定に係る研修会

表3 平成26年度PDCA研修会スケジュール

7月14日	開講式・オリエンテーション	研修担当者
	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)
	医療政策の課題と展望	島崎謙治 (政策研究大学院大学)
	医療計画作成支援データブックの使い方	研修主任・副主任
7月15日	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)
	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)
	医療提供体制と受療状況の把握	藤森研司 (東北大学)
	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)
	グループワーク	松田晋哉, 藤森研司
7月16日	グループワーク	研修主任・副主任
	グループワーク発表	研修主任・副主任
	修了式	
9月1日	開講式・オリエンテーション	研修担当者
	問題解決手法総論	熊川寿郎 (国立保健医療科学院)
	課題報告: データブックを利用した分析	研修主任・副主任
	課題報告総括	熊川寿郎 (国立保健医療科学院)
9月2日	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法	熊川寿郎 (国立保健医療科学院)
	データ分析結果を活用した地域の問題解決手法 (グループワーク)	研修主任・副主任
9月3日	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)
	地域医療構想の策定を見据えて	佐々木昌弘 (厚生労働省医政局地域医療計画課)
	地域医療構想策定を見据えて, 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
	修了式	研修主任・副主任

についても評価することを検討すべき」などの研修に関する多くの指摘がなされた。そこで、平成26年度より、データ分析に要する技術の習得のみならず、合意形成手法の技術的支援を含めた人材育成プログラムとして、座学及びワークショップ形式による実践的な研修会を国立保健医療科学院と協議の上、同院が開催した。その概要を以下に示す。

#### (1) 第1回 (3日間)

地域の医療提供体制の現状把握、課題抽出、目標設定、施策の明示、達成状況等の分析・評価を効果的に行ってゆく手法 (PDCAサイクル) についての研修を、国立保健医療科学院およびデータブック作成に関わった専門家の指導のもと、座学及びワークショップ形式で開催した。

#### (2) 第2回 (3日間)

参加者は、それぞれ見直した医療計画について発表し、それに対するフィードバックを相互に行った。また、現実的な問題のマネジメント方法について学び、複数の自治体からの参加者が共同でプレゼンテーションを作成し、発表した。また、地域医療構想策定を見据えて、今後の医療計画に求められることについて、ブロック別に提言をとりまとめた。

## V. 今後の課題

我が国は公平な社会だと考えられているが、領域によっては、医療における格差は明らかで、人口構成や社会構造の変化とともに拡がりをみせている。

たとえば、小児人口10万人あたりの小児科医数で見ると、最大の徳島県 (297.9人) と岩手県 (117.6人) では2.5倍の開きがある (平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査/厚生労働省)。また、救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間でみると、最短の福岡県 (29.2分) と最長の東京都 (54.6分) では2倍近くの開きを認めている (平成24年 救急・救助の現状/消防庁)。

もちろん格差を完全に無くすことは困難であるが、それでも守るべき医療提供体制について、しっかりとアウトカム指標で吟味しながら、地域医療を計画的に設計していくことが求められている。

労働人口も経済規模も縮小していく日本において、医療の持続可能性を高めるには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくしかない。つまり、「ニーズに見合ったサービスを切れ目なく、かつ、効率的に提供するにはどうしたらよいか」という観点から再

検討していく必要があり、これが平成27年度から都道府県が医療計画の一部として策定することになっている「地域医療構想」の基本的考え方となる。

この構想の策定にあたっては、まず地域の医療に関わる情報を可視化するべく、様々なデータ分析に基づきながらシステムの検討をすすめることが重要である。

これは単に現状を把握し、未来を予測するというだけでなく、改革に医療従事者や住民を巻き込んでゆくため、根拠をもった説明資料としても必須になる。

医療サービスは高度な専門性と倫理観に裏打ちされているが、一方で、「外部からの介入を認めようとしにくい」という専門職に特有な排他性も否定できない。また、医師、看護師、そして患者は、それぞれ異なる価値のもとで医療と向かい合っているが、その立場と情報には当面は越えられそうにない非対称が存在している。こうしたなかで、医療の課題を整理してゆくためには、客観的なデータに基づいた検討こそが求められていよう。

一方、データ偏重になったときの政策立案の最大の難点は、指標として定めたものしか課題になりえず、見ないものは捨象されやすいということがある。しばしば総論的データ（のように思えるもの）を手にしている行政官には、現場からの意見を「個別的なものにすぎない」として軽視するメンタリティが現れることがある。しかし、いまだ気づかれていない課題や解決策は、やはり現場から学び取るしかない。

DPCやNDBのような詳細な医療データセットが社会インフラとして制度化されている国は、国際的にみても日本だけである。今後の医療のあり方を考えるための重要な知的財産だが、その膨大な医療データに眩暈するこ

となく、現場に立ち返るようにしなければならない。

現実の患者は「生身の人間」であって「単なる記号」ではない。レセプト情報に記載されているような技術や薬剤の投入より、まずは信頼関係に基づく臨床（＝病床に寄り添うこと）あつての医療であることを、政策立案者としても忘れないようにしたい。

## 謝辞

医療計画作成支援データブックの作成にあたっては、産業医科大学の松田晋哉先生、東北大学大学院医学系研究科の藤森研司先生、国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一先生、東京医科歯科大学の伏見清秀先生の多大な協力をいただきました。さらに平成26年度PDCA研修会の開催および研修手法の開発にあたっては、国立保健医療科学院の熊川寿郎先生、福田敬先生、平塚義宗先生、小林健一先生、玉置洋先生、白岩建先生、および東京大学公共政策大学院の松浦正浩先生の多大な協力をいただきました。この場をお借りして御礼申し上げます。

## 参考文献

- [1] PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会。PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会・報告書。2014.3.20.
- [2] 厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室。医療計画作成支援データブックマニュアル。2014.3.31.