

## 医療計画と外来者データ等地域の実情情報蓄積の重要性

医療計画は、日常の生活圏において必要とされる通常の医療の確保のため、政府が作成する整備計画であり、地域医療の効率化・体系化を図ること等を目的として医療法で定められている。この医療計画の体系に基づき、地域における医療を提供する体制の確保を明確化するために地方自治体でつくられる計画は地域保険医療計画（以下「医療計画」）とされ、5年ごとに見直す仕組みとなっている。医療計画の策定に関しては、医療提供の現状を踏まえ、加えて今後の医療需要の推移等「地域の実情」に応じて策定することが求められている。

地域保険医療計画は、医療を提供する体制の確保に関する計画であり、特に重要とされる五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）についての記載が義務付けられている。五疾病・五事業は医療連携の特に必要な範囲とされ、確実に医療計画を策定し実行することで地域での継続的な医療提供の実現を目的としている。そして、策定にあたっては厚生労働省の通知（医政指発 0330 第9号）で、前述したように地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むことが求められている。

しかし、地方自治体が地域の実情を把握することは、基礎自治体と言えども現実には容易ではない。地域の実情を「如何なる範囲」で「如何なる質」で把握し示すのかを明確にする必要があり、そのためには入院患者はもちろんのこと、入院から外来へと治療を移行した患者のデータの把握が必要である。

医療や介護の提供を施設から地域へと重点を移行させる大きな流れの中では、外来へと治療を移行させた患者のQOL（医療・介護等の質）などに従来よりも一層着目することが大前提となるからである。

例えば、五疾病のうち「がん」を除く医療計画では患者のQOL向上のために入院日数の短縮が推進されるべきとされており、PDCAサイクルにおいてアウトカムを計測する必須の指標としては「退院患者の平均在院日数」が挙げられている。脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の四疾病については、保健統計等で疾病別、都道府県別のデータが把握されており、基幹統計である患者調査のデータに基づく分析・評価が可能である。しかし、外来へと移行した「患者に対するQOLや治療の質」に関するデータは、精神疾患に関する三カ月以内再入院率等、地方自治体で入手可能な公式統計が極めて限られる現状にある。外来中の患者に関するデータが少ない背景には、諸外国のようなプライマリ・ケアの機能が依然として不足している点があげられる。日本では、専門ごとの縦割りで医療サービスの入口が無数に存在する仕組みを「病院医療重視のフリーアクセス型」と呼ぶ。フリーアクセス型は、膨大・複雑な医療制度の中で患者の選択が自由に展開されることで、患者と医療機関双方に負担が大きくなりやすい。このため、世界保健機関（World Health Organization: WHO）のプライマリ・ケア重視姿勢も反映し、総合診療医を中心としたプライマリ・ケア重視の潮流が高まっている。プライマリ・ケアは、健康指標の改善、医療費の減少と患者満足度の改善、費用対効果の改善、診療の継続性・包括性の向上、不正医療の減少等の効果が期待されている。

外来患者に関するデータ不足に対し、栃木県では既存の県民健康・栄養調査における質問で糖尿病の外来治療中における治療中断率に関する県内データを独自に取得しているほか、広島県呉市の国保医療費適正化の取り組みは、被保険者の健康に関するデータを電子データ化するとともに、データに基づいた健康指導によって被保険者の重篤化を防ぐための入院以外のデータ蓄積が進められている。現状ではどの都道府県の医療計画も厚生労働省の通知に基づきその内容が標準化される傾向が強いものの、情報化時代において地域の実情に合わせたデータを独自に取得することと、取得するデータを分析し医療計画に反映する取り組みが以前に比べ一段と重要な課題となっている。