

人をつなぎ、データをつなぎ、 「医療を動かす」

2025年6月19日（木）19:45～21:15

国際医療福祉大学大学院 乃木坂スクール

日本経済新聞 編集委員 医療面編集長

前村聡

akiramaemura@gmail.com

掲載記事・活動実績

<https://www.nikkei.com/journalists/20011701>

新聞記者を目指すきっかけになった2冊の本



2014年10月（講談社）

深代惇郎（享年46）
1929年生まれ

1973-75年に朝日新聞「天声人語」を担当
同年に急性骨髄性白血病で死去



1981年6月（朝日文庫）



1987年4月（朝日文庫）
初本は1951年（河出書房）



笠信太郎（享年66）
1900年生まれ
48-62年に朝日新聞論説主幹

1995年 4月 大阪社会部遊軍(阪神大震災など)
 95年 7月 大阪府警捜査1課担当(殺人、強盗、業務上過失致死傷事件など)+**刑法39条**
 96年 4月 大阪司法記者クラブ担当 薬害エイズ事件、住専問題、談合、脱税など
 2001年 3月 **厚生労働省担当(東京社会部)** BSE、医療事故、薬害、SARS etc.
 04年 3月 医療班キャップ(同)
 04年10月 東京大学医療政策人材養成講座(1期生)
 05年 9月 同講座修了 研究テーマ「医療事故における無過失補償制度の実現可能性」
 07年 3月 法務報道部(社会部兼務)キャップ
 09年 4月 厚生労働省担当&医療班キャップ(社会部) 新型インフルエンザなど
 12年 4月 大阪社会部遊軍キャップ
 13年 4月 大阪社会部医療、災害担当デスク
 14年 4月 同医療、事件・事故担当デスク
 15年 6月 同行政担当デスク
 16年 4月 東京社会部 災害、気象、社会保障担当デスク→熊本地震現地統括デスク
 17年 4月 同 医療・健康面、社会保障担当デスク
 20年 4月 編集局長付 社会保障エディター 新型コロナウイルス
 21年 4月 政策報道ユニット 経済・社会保障グループ 社会保障エディター
 24年 4月 政策報道ユニット 経済・社会保障グループ 医療面編集長
 25年 4月 総合解説センター 編集委員(医療面編集長兼務)

主な共著:

- ・医療再生 〜ドキュメント「危機」の現場 (2003年1月)
- ・日経病院ランキング (04年6月)
- ・がん治療の実力病院 (05年4月)
- ・心臓病治療の実力病院 (06年4月)
- ・脳疾患治療の実力病院 (07年4月)
- ・「医療政策」入門 (09年4月)
- ・医療政策集中講義 (15年6月)
- ・社会保障 砂上の安心網 (18年2月)
- ・日経実力病院調査 2018~19年版 (18年6月)
- ・新型インフルパンデミックに日本はいかに立ち向かってきたか (20年4月)
- ・無駄だらけの社会保障 (20年5月)
- ・日経実力病院調査 2020~21年版 (20年8月)

大阪社会部
 ↓ 6年
 東京社会部
 ↓ 11年
 法務報道部(社会部兼任)
 (2年)
 大阪社会部
 ↓ 4年
 東京社会部
 ↓ 5年
 東京経済部
 4年

社外活動:

- ・東大医療政策人材養成講座(HSP)「医療政策の決定過程」講師(2005~08年)
- ・東大公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット(HPU) 医療政策実践コミュニティ(H-PAC)メンター(2011-15年)
- ・東大大学院医学研究科 健康医療政策学「医療政策の決定過程」講師(2011年~)
- ・「医療を動かす」講座 事務局&講師(2023年12月~)





Case Study 4

自分や家族が病気になったときにも
納得のいく選択ができるように、
3つの柱を実現するのが目標。

日本経済新聞社東京本社編集局社会部医療班キャップ

前村 聡氏

Profile

(まえむら・あきら)

1995年3月、一橋大学社会学部卒業。同年4月、日本経済新聞社大阪本社社会部配属。同年7月、大阪府警記者クラブ。1996年4月、大阪司法記者クラブ(兼務エイス、住専、和歌山カレ一事件など担当)。1997年3月、大蔵記者クラブ兼務。2001年3月、東京本社社会部配属(厚生労働省担当)。2004年3月、医療班キャップ。共著に「医療再法ドキュメント「危機」の現場」、「日経病院ランキング」、「がん治療の実力病院」、「大丈夫!医療・介護・年金これで安心」、「心臓病治療の実力病院」など

インタビュー:近藤 正美 ジュームス
編集:及川 悠知枝

中学校1年生のときに新聞記者となることを決心し、見事に夢を叶えた前村聡氏。早熟で意思強固な人物であることがうかがえるが、そんな前村氏もさすがに新聞記者となった後に、自分がどんなライフワークに出会うかまでは見通せてはいなかったようだ。何しろ、医療への興味を持ったきっかけは、事件記者として凶悪犯罪を扱っているとき。世の耳目が集まる事件の裏に医療の問題が横たわっていると看破する洞察力にも恐れ入ったが、人が、何かと運命的に出会うとはこういうことなのだと言った。新鮮な感銘を受けた。

HSP

主張する場ではなく、聞く場だと思って
参加したほうが良いとさえ思う。

近藤 HSP (Healthcare and Social Policy Leadership Program: 東京大学医療政策人材養成講座) への参加を決めた理由は?

前村 医療提供者や行政の担当者、患者団体などが対話ができる場なら、参加してマイナスにはならないだろうと思いました。実際に参加してみると、60人のうち3分の1以上は取材したことのある方でしたが、取材していない人とはHSPへの参加を機会にネットワークをつくれましたし、すでに取材していた人とも、取材者と取材対象者という関係を超えた関わりが築きました。

近藤 HSPでの経験は、前村さんにどんな変化を及ぼしましたか?

前村 まず、これまでより2段階、3段階も深い視点で原稿を書くようになったと思います。患者団体の集会を記事にする場合でも、表面的に「こういう集会があった」という報告では終わりません。また、関係者がどのような過程で、なぜ関心を持っているのかわかっているのです、それらを踏まえたかたちで企画を出せるようになったし、踏み込んだ取材もできるようになりました。

近藤 前村さんは講座が行われている最中も、その後も、横に広がるいろいろな受講生と、意味あるかたちでつながっていらつしやると感じます。医療のステークホルダーと幅広くつき合うためのポイントや工夫をアドバイスしていただけますか。

前村 ひとつは、相手の話を聞くこと。相手の話を徹底して聞くことによって、その中で自分との共通性を見出せると思います。HSPは当然自分が主張する場でもあるのですが、せっかくそういう場があるならば、まず相手の話を徹底して聞いてみるべき。記者としては、ここは主張する場ではなく、聞く場だと思って参加したほうが良いとさえ思います。

そして、難しいけれど大切なのは、顔の見える関係を継続していくこと。たとえ知っている人でも、たとえばメールだけでやり取りをしていると、誤解が生まれるものです。私たち卒業生が講座修了後も定期的に集まっているのは、そのためと考えています。講座中もそうだし、講座が終わってからも、顔の見える関係を継続していくことが大切ではないでしょうか。これは、どんな方との関係を築くときにも大切ですね。

近藤 前村さんは協力的な方という印象があります。2期生の講座にもいろいろなかたちでご協力いただいていますし、1期生との現在の関係を見ても積極的に時間も知恵も提供してくださっているようです。何か心がけていることがあるのですか?

前村 「どんな場合でも、どういふ出会いやチャンスがあるかわからない」と考えています。

近藤 どういう意味ですか?

東京大学医療政策人材養成講座(HSP)の紹介冊子(2006年9月)

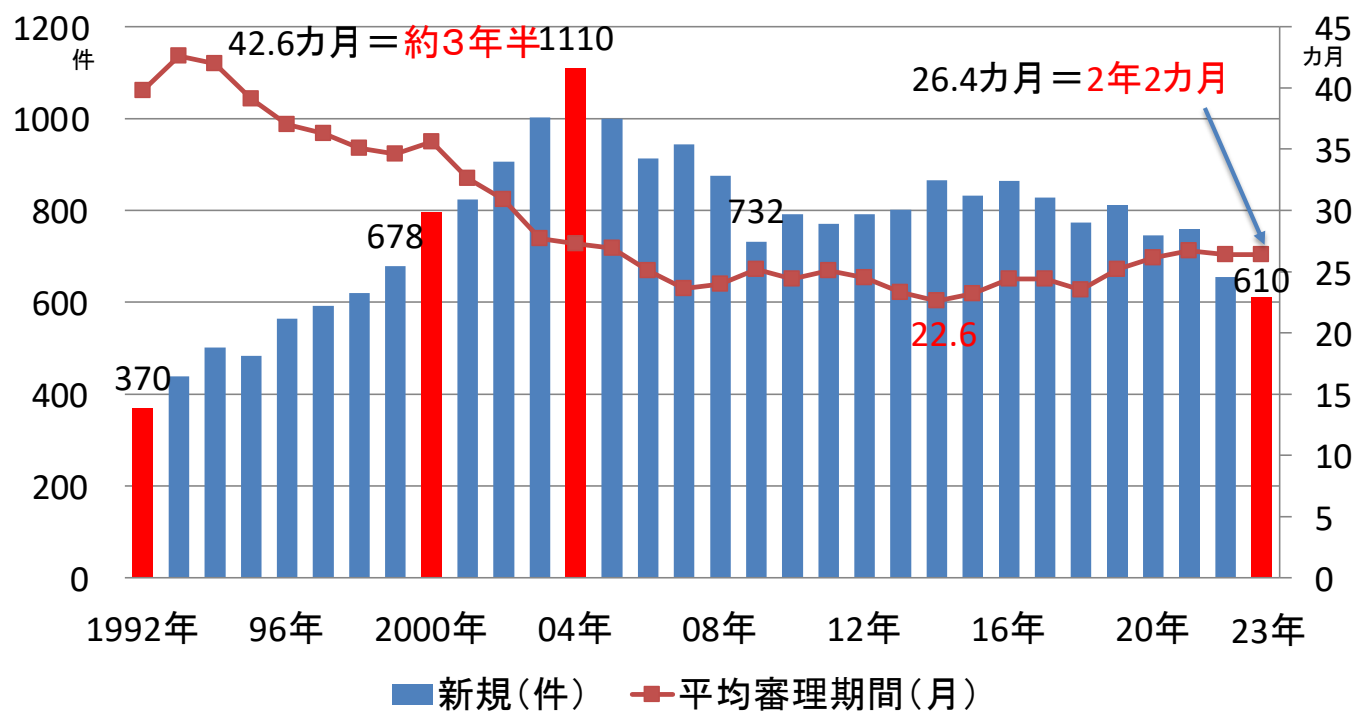
私の医療取材の3本柱

① 医療安全

② 情報開示

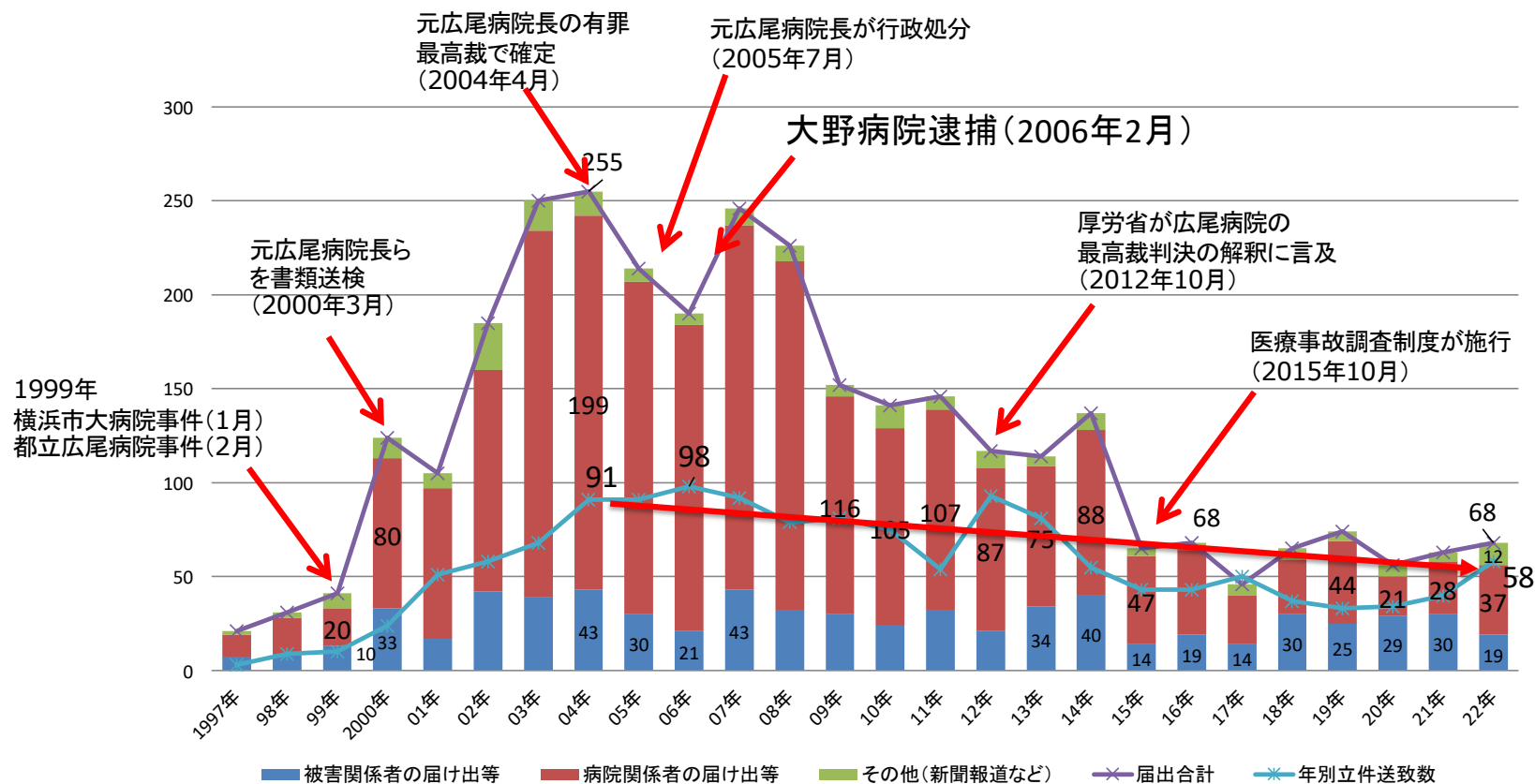
③ 患者・市民参加

医療訴訟の新受件数と平均審理期間（最高裁まとめ）



・ 1990年代に急増し、2004年には1100件を超えた

警察への医療事故関係届出数(警察庁まとめ)



都立 広尾病院
指手術後、点滴中ミス

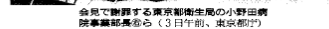
物は密着した状態で着脱可能で、
物に密着した状態で着脱可能で、
準備、着脱の作業は、(5)が
樹皮で点検のチェックから
主婦に授けたいといふ。
死亡した主婦は一月上
旬、同病室の整形外科を受
診、二月八日入院して、
二十日に腹開き手術を
受けて、
左手中指の手術を受けた。
いた。

[illegible]

1999年3月16日付
日経新聞夕刊社会面

前院長ら書類送検

届け出義務
違反など容疑
協議の都職員も



長(59)は、明
▽主幹
都立
事件は
医師法
長ら
で、病
事故を
しよ
の疑い
届け出
は、極
を認
の体面
いる。
日本
まどめ

立広病院の医師「イン」は一診察で驚愕に達した予期しない「死」を屈けるべき異状死と定めて

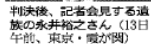
[illegible]

都立広尾病院の前院長ら
病院関係者が書類送検され

たことを要し、確立納税を管轄する東京都衛生局は三日、都庁内で記者会見し、「厳禁に受け止め、対処してまいりたい。都民の生命と健康を守るべき都立病院においてこのような事態を招いたことについて、おどくなりになった患者さん、

医療ミスも届け出義務

東京都立広尾病院の点検を事件で、遗体に異常を認めない際の警察への届け出義務を怠ったなどとして、医師法違反などの罪に問われた先院長、岡井清士被告（68）の upper 審判が十三日、最高裁第三小法庭（浜田邦夫裁判長）であり、同被告側の上を棄却した。懲役一年、禁錮三年、罰金一万円とした二審判決が確定する。

[illegible]

に、心が癒やされることはなかった。事故が発生した場合は原因究明に専り組んでほしい」などとするコメントを、時折すり上げながら読み上げた。

義務

憲法では、死体を検案し、医師法は、死体を検案して遺失したものがあれば二十時間以内にと雖、警察に届けなければならぬ」と規定しているが、岡井被告は「検案とは、検案書を作成すること、死体の検案を命ぜられた場合に、検察官に提出し、検察官の命令に服するに過ぎない」と主張。警察に提出し、検察官の命令に服するに過ぎない」と主張。警察に提出し、検察官の命令に服するに過ぎない」と主張。

生口棄却

担当者が緊急事故の犠牲者として死亡したと認定された場合、死体の検案は、検察官の命令に服するに過ぎない」と主張。警察に提出し、検察官の命令に服するに過ぎない」と主張。警察に提出し、検察官の命令に服するに過ぎない」と主張。

が、行政担当者は誰かがない」と主張。「棄却」に成する事項の供述も強断書などを作成した。

[illegible]

2000年3月3日付
日経新聞夕刊社会面

2004年4月13日付
日経新聞夕刊社会面

東京女子医大

心臓手術ミス女児死亡

人工心臓 診療記録を改ざん
操作誤る

東京女子医大病院（東京都新宿区）で今年三月、心臓手術を受けた小学六年の女児が手術中人工心臓設置の操作ミスで脳障害に陥り、死していったことが、十九日分かった。診療記録が改ざんされており、遺族は「心不全」としてミスを主張しているが、手術は心臓の動きを停止させるため、人工心臓を使って血漿を循環させ、手術部位から出血を吸引するポンプの回転数を上げたうえ、体内のフィルターが目詰まりも同時に起き、検査が完了したのが原因と見られる。東京女子医大病院は、手術中に人工心臓のモーターの監視が十分でなく、故障が起きたにもかかわらず、手術を続けたことが原因と見られる。手術は、心不全と診断された女児が、手術中に人工心臓のモーターの監視が十分でなく、故障が起きたにもかかわらず、手術を続けたことが原因と見られる。手術は、心不全と診断された女児が、手術中に人工心臓のモーターの監視が十分でなく、故障が起きたにもかかわらず、手術を続けたことが原因と見られる。

同病院は高度医療の中核としており、全国で三カ所しかない心臓科の実施施設の一つ。厚生労働省も同病院からの報告を十九日に受け、詳しい事実関係を調べている。林道雄院長の息子で、遺族に対して本気で訴えている。

2001年12月30日付

日経新聞朝刊社会面

東京女子医大
女児死亡事件

医師2人を逮捕

手術ミス、証拠隠滅容疑

東京女子医大病院（東京都新宿区）で昨年三月、作ミスで死亡した事件。心臓外科医、佐藤一樹（48）と手術室長、佐藤一樹（54）の二人、明告（55）が、手術中に人工心臓のモーターの監視が十分でなく、故障が起きたにもかかわらず、手術を続けたことが原因と見られる。手術は、心不全と診断された女児が、手術中に人工心臓のモーターの監視が十分でなく、故障が起きたにもかかわらず、手術を続けたことが原因と見られる。

区辺田町IIを業務上過失致死容疑で、手術チームのリーダーで執刀医の須田和宏容疑者（48）と西東京市南町六IIを証拠隠滅容疑で逮捕した。（関連記事は社会面に）医療ミスを医師が逮捕されるのは極めて例外的。佐藤容疑者は「今は話せない」と供述、副院長は「やったのは自分ではない」と話しているという。同僚は臨床工学技師（91）と看護部長（54）についても証拠隠滅容疑で書類送検する。

調べによると、佐藤容疑者は、昨年三月、群馬

2002年6月28日付

日経新聞夕刊1面

東京女子医大病院 特定機能取り消しへ 社会保障審 自主返上を認めず

昨年三月に東京女子医大行政処分を下すつもりで、大病院（東京・新宿）で。

特定機能病院は現在、全国の大学病院の本院八

起した特定機能病院に
対する処分としては、重
り消す仕組みになってお

小生六年、平柳明香さん、同病院は手術を担当し、
（当時12）が心臓手術ミ、た医師二人が逮捕された、
スで死亡した事件で、厚、先月二十八日、自主的な
生労働省の社会保障審議、承認の「返上」を表明し、
会医療分科会は十二日に、承認の「返上」を表明し、
開かれる会合で、高度医、全管理のための体制の確
療を提供する特定機能病、保に必要な措置が取られ
院として承認取消相三、ておらず、速やかな改善
とする方針を固めた。決、も認められない」とし
定を受け、厚労省は初、て、返上を認めない見込、
重大な医療事故などを

2002年6月28日付
日経新聞夕刊1面

医療事故調査 患者参加の第三者機関 東京女子医大が設置へ

医療事故が相次いだ東京女子医大病院（東京・新宿）は十八日、病院側と被害を受けた患者側に加え、専門医や弁護士が参加する「医療事故調査検討委員会（仮称）」を設置することを決めた。過去の事故も含め、事故原因を検討するとともに、病院、患者側双方「誤り」などの解決策の提示も視野に入れる。委員会は原則として公開で開催する。医療事故を巡り病院がこうした患者参加型の第三者機関を設置するのは初めて。

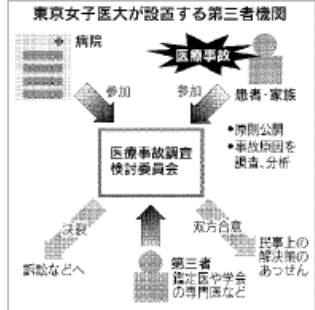
同病院は同日午後、同に委員会の設置を提案。病院で医療事故に遭った今後、連絡会と具体的な、族らが参加している。医療事故は訴訟で解決するしかないケースが多いが、委員会が訴訟外の紛争解決手段（ADR）として第三者を交えて事故原因が究明できれば、患者側の負担が軽減されるという。

病院の提案書によると、委員会のメンバーは患者側は患者本人、家族（家族）が参加、病院側は院長、医療安全室の副院長、主治医が参加する。双方の代理人となる

井澤士の参加を認める。突発的な立場から事故原因を究明するため、第三者として患者側、病院側がそれぞれ指名する鑑定医や医療関係者のほか、事故原因究明に役立つような専門分野に詳しい専門関係者も双方合意のうえ出席できる。委員会は患者側、病院側がそれぞれ指名する弁護士計二人で進行し、中立機関としての立場を明確にする。

患者側の申し出を受け、て病院側は内部調査を実施、半年以内に報告書を提出する。内部調査は患者は希望すれば傍聴できるという。病院側でどのような検証が行われているかを明らかにして透明性を確保する。カルテやページなどで公開する。あつせんする解決策に合意できない場合は、訴訟に移行できやうに制約度の委員会報告書をまは設けない。

2004年3月18日付
日経新聞夕刊



内部調査委員会は2案を提示

(A案)

病院内の内部調査段階には患者側は参加しない

(B案)

病院内の内部調査段階から患者側は参加する

→病院側は進まなかったが、患者側の信頼を得るためB案を受け入れる

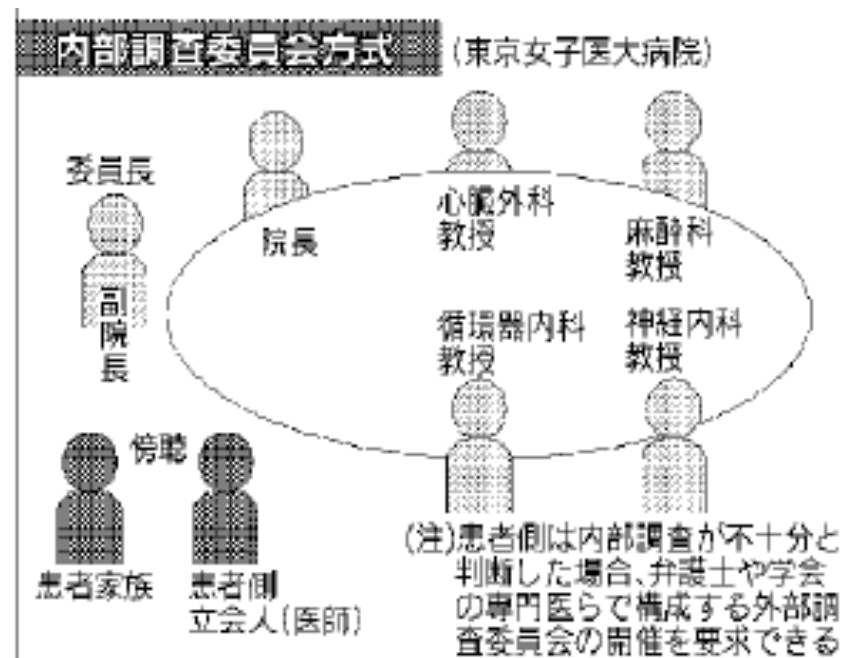
東京女子医大 内部調査委員会

委員長：永井厚志・副院長

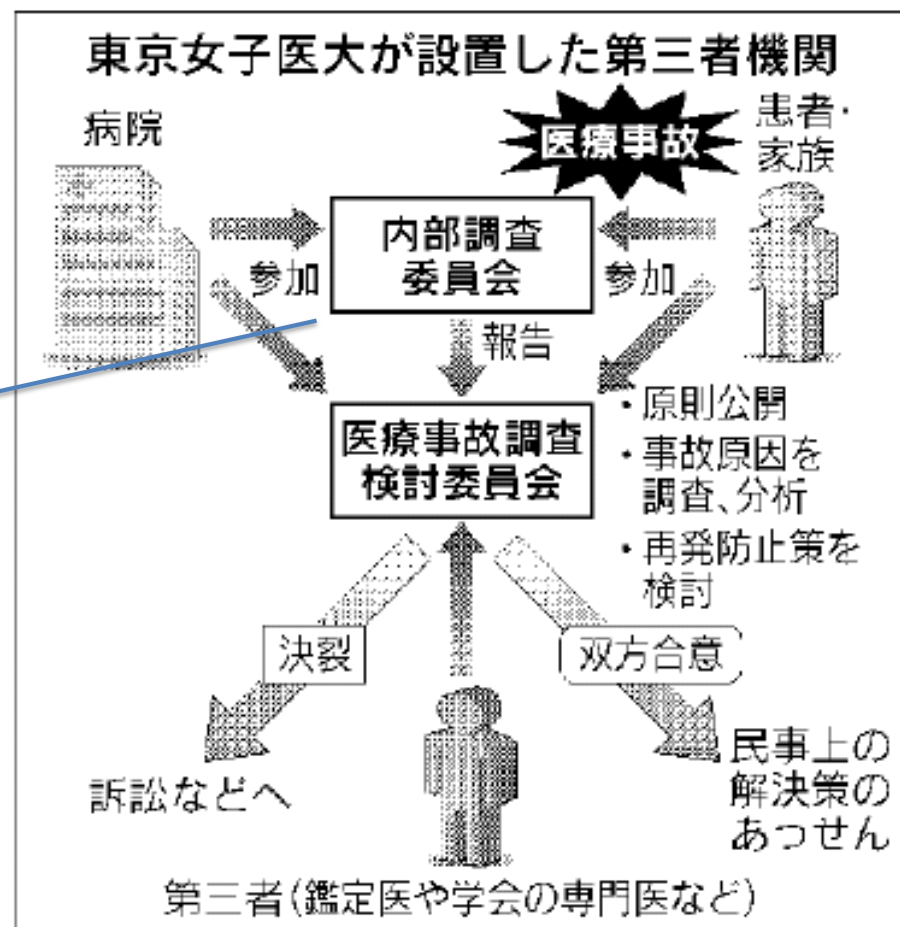
委員：

- － 東間紘・院長
- － 黒沢博身・女子医大主任教授(心臓血管外科)
- － 岩田誠・脳神経センター所長(神経内科)
- － 川名正敏・女子医大青山病院副院長(循環器内科)

- 患者側も父親と立会人(医師)が傍聴



(メディエーター役)



医療事故調査

患者参加制度初の示談

東京女子医大 心臓手術巡り

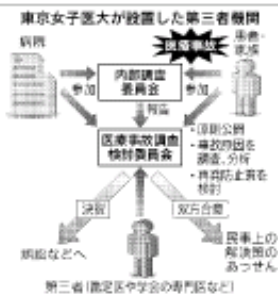


患者側（左半席2人）も参加して開かれた東京女子医大の医療事故調査検討委員会（7日午後、東京都港区）

東京女子医大（東京都港区）で一九九九年十一月に発生した心臓手術を受けた患者一人が術後に死した。医療事故をめぐり、医療側と患者側との間で示談が成立したことが、七日分かった。医療事故の調査をめぐり、同病院が初めて患者側と患者側も参加して事故調査を断る第三者機関の調査を利用した初のケースとなった。

同日夕に開かれた医療事故調査検討委員会（以下「委員会」）で、患者側と医療側との間で示談が成立したことが、七日分かった。医療側は、手術中に患者の心臓が止まり、呼吸が止まったと報告された。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。

同日夕に開かれた医療事故調査検討委員会（以下「委員会」）で、患者側と医療側との間で示談が成立したことが、七日分かった。医療側は、手術中に患者の心臓が止まり、呼吸が止まったと報告された。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。



訴訟経ず短期解決

患者側負担軽く再発防止策も検討

医療事故をめぐる訴訟は、患者側が負担を強いられるケースが多い。東京女子医大が設置した第三者機関の調査を利用した初のケースとなった。患者側は、手術中に患者の心臓が止まり、呼吸が止まったと報告された。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。

同日夕に開かれた医療事故調査検討委員会（以下「委員会」）で、患者側と医療側との間で示談が成立したことが、七日分かった。医療側は、手術中に患者の心臓が止まり、呼吸が止まったと報告された。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。手術後、患者は意識を失った。

2005年1月7日付
日経新聞夕刊社会面

患者参加型の内部調査委員会でほぼ解決に

- 最初の2例は内部調査委員会段階で、患者側と病院側が納得のうえ、示談成立
 - 当初は、患者側はICレコーダーを回し、腕組みをして、質問をせず。途中で怒って退出する場面も
 - 分かりにくい説明に関する質問は、患者側の問題意識も把握している**メディエーター役**が行っていた
- 3回目ぐらいから、患者側が「自分たちの疑問点を議論して答えてほしい」と思うように！
- 報告書をまとめる直前、患者側が「裁判に出そうと思っていた論点もすべて出す」と文書を提出



→患者側と病院側が共同コメントを発表

東京女子医大 医療事故6件で示談 患者参加型の調査活用

東京女子医大病院（東京都港区）が、約千件に上る中、患者に遺ったと訴えていた医療事故（医療ミス）で心臓の手術が原因と見られる6件の示談（患者側と病院側の和解）が成立しており、同制度を活用した全8組で訴訟（患者側が病院側を訴える）に至らず解決した。この制度は、医療事故発生後、患者側と病院側が共同で調査を行い、原因を明らかにし、謝罪と賠償を行う。患者側は、訴訟に比べ、費用が少なく、時間がかからない。病院側は、訴訟に比べ、賠償額が少なく、謝罪と賠償を行う。この制度は、医療事故発生後、患者側と病院側が共同で調査を行い、原因を明らかにし、謝罪と賠償を行う。患者側は、訴訟に比べ、費用が少なく、時間がかからない。病院側は、訴訟に比べ、賠償額が少なく、謝罪と賠償を行う。

同病院は〇一年に起きた心臓手術を巡る医療事故の調査、得てない場合、新たに故が明らかになって以降、患者側から「医療ミスを追う」とする訴訟が相次ぎ、病院側と患者側の対立関係が続いてきた。〇四年三月に全国で初めて、患者側と病院側が共同で調査を行い、原因を明らかにし、謝罪と賠償を行う。この制度は、医療事故発生後、患者側と病院側が共同で調査を行い、原因を明らかにし、謝罪と賠償を行う。患者側は、訴訟に比べ、費用が少なく、時間がかからない。病院側は、訴訟に比べ、賠償額が少なく、謝罪と賠償を行う。

2007年4月18日付
日経新聞夕刊社会面

共同コメント(患者側と病院側)①

- 患者連絡会と病院との間で「訴訟によらない解決」を目指し、新しい解決手法を試み、事故原因の調査・究明を実施してまいりました。
- 今回の試みは、病院の内部調査委員会に患者家族ならびに患者連絡会の立会人が傍聴人として同席するという今までの医療界では考えられない画期的な調査手法であったと考えております。
- 調査結果では、医療過誤を指摘する事象は認められないとの結論となりましたが、医療者側から患者さんやご家族への説明が必ずしも十分ではなかったり、診療体制の不備や記録管理の問題等の指摘がありました。

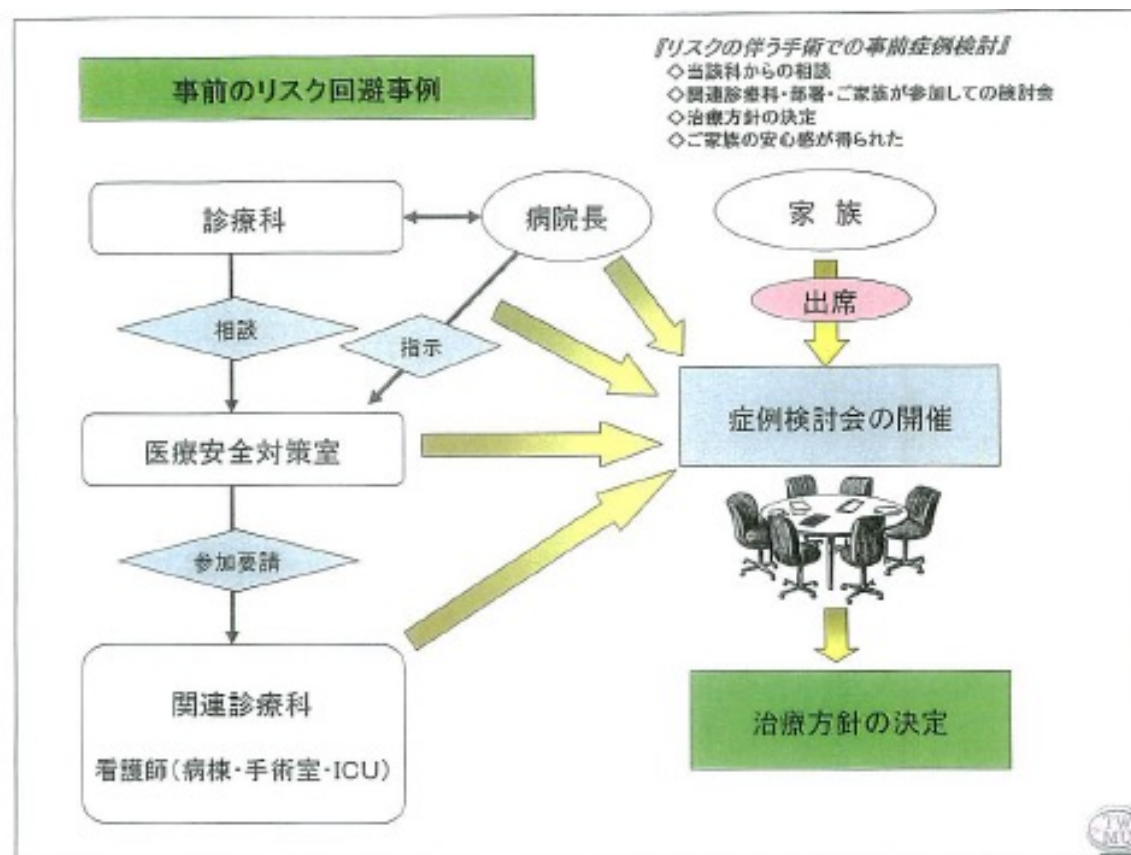
共同コメント(患者側と病院側)②

- 多大な調整と費用・労力を要し、当初の予想より時間がかかりました。医療面において過誤がないとの結論でも患者家族にとって必ずしも全て納得できる結論とはなりません。
- 併しながら、患者側と病院側がこのような形で向き合い、信頼関係を取り戻しつつ、真摯に原因究明と話し合いができたことは双方にとって非常に有意義なものでした。
- 病院側にとっても、患者の立場に立っての医療を更に実践する上で非常に意義のある解決方法でした。

共同コメント(患者側と病院側)③

- 今回の試みが医療界全体に浸透し、今後の事故再発防止、ならびにインフォームドコンセント(説明と同意)の更なる改善により、医療の信頼を回復し、「安心と安全の医療」につながることを期待します。
- また、他の医療機関において、この方法が医療紛争処理に役立つものであれば、今回の関係者の努力が報われるものと両者思っております。

事後説明→事前説明へ 女子医大、患者参加の症例検討会に応用





2014年4月～一般社団法人に
病院事業は独立行政法人「地域医療機能推進機構」に

全社連のご案内

社会保険病院事業

社会保険介護老人保健施設事業

社会保険看護専門学校事業

医療安全情報

高額医療費等貸付事業

広報出版事業

情報公開

リンク

全社連ホーム

「医療有害事象・対応指針」
 真実説明に基づく安全文化のために
[PDF版ダウンロード](#)
 *PDFファイルの閲覧には
[AdobeReaderが必要です](#)

はじめに

[委員名簿](#)

[方針](#)

[I. 基本理念](#)

[II. 定義](#)

第1部 有害事象発生時の対応

[III. 有害事象が発生した直後の対応](#)

第2部 患者と家族への真摯な対応

[IV. 医療機関と患者・家族とのコミュニケーション](#)

[一 最初のコミュニケーション1](#)

[* 情報を伝える4ステップ\(1-](#)

[2\)](#)

[* 情報を伝える4ステップ\(3-](#)

[4\)](#)

[一 最初のコミュニケーション2](#)

[一 有害事象後の追加情報の報告](#)

[V. 患者と家族へのサポート](#)

[VI. 患者と家族へのフォローアップ](#)

はじめに

医療安全が今日のように重要視され、全ての医療機関において取組まれることとなったのは、1999年に立て続けに起こった二つの大きな医療事故(横浜市立大学医学部附属病院での患者取り違い、東京都立広尾病院での消毒液の誤注射)が契機となったことは周知の事実である。

全社連では、その年に社会保険中京病院(渋谷正人病院長)が中心となり、共同研究として「全社連医療の安全対策マニュアル」の作成に着手し、全社連の医療安全指針として2001年に発刊、CD-ROMとともに各施設への配布を行った経緯がある。

その後、誤薬等の薬剤関連事故が多発していたことから、2003年より各施設の看護師と薬剤師がペアで参加することを条件とした「リスクマネージャー養成研修(5日間40時間程度)」を開催するなど、医療安全研修にも力を入れてきた。

2005年には、全社連事業部に医療安全対策室を設置するとともに社会保険病院長の代表で構成される「社会保険病院医療安全対策委員会」を設置し、社会保険病院における基本方針(指針)の見直し等医療安全支援を行うこととなった。

本指針を作成するきっかけとなったのは、ハーバード大学医学部関連病院の医療事故対応指針である[When Things Go Wrong] Responding To Adverse Eventの日本語版(東京大学医療政策人材養成講座修了生有志チーム訳)を読んだことだった。この指針に流れている精神に共鳴した私は、これを全社会保険病院に紹介し、グループ全体で取り組むべきと考えた。ただし、ハーバードの指針は、必ずしも日本の現状にマッチしているとはいえない部分もあり、全社連として出来るだけ日本の状況に適した指針を作るべきと、全社連版を作成することになった。

現在はHPなし→ご覧になりたい方はメールをいただければ添付します。

「医療有害事象・対応指針～真実説明に基づく安全文化のために～」は、
以下の7項目を柱としています。

1. 初期行動・・・有害事象（医療事故）が発生した直後の対応について明記

2. 真実説明・・・「隠さない、逃げない、ごまかさない」ことが基本方針

3. 謝罪・・・過誤が明らかな場合には謝罪を行う。
⇒必要に応じ「共感表明謝罪」*／「責任承認謝罪」*を行う

4. 調停（メディエーション）・・・患者と医療者の間に立ち、双方が未来に向かって行けるよう話し合いによる紛争解決の手助けを行うメディエーションを重視、その担い手となるメディエーターの養成講座を開催

5. 根本原因分析・・・RCA（根本原因分析法）により、現場で起きるインシデント・アクシデント事例に対して、個人ではなく、システムやプロセスに焦点をあて、システムの脆弱性を見出し、対策を実施することで、再発を防止

6. 補償・・・有害事象（医療事故）への責任が明確である場合やその可能性がある場合の医療費請求は、患者の心情を考慮し保留するなどの方針を明記

7. 事故報告・・・病院内報告及び全社連への報告（参考資料2参照）

*「共感表明」謝罪：悪しき結果が起こったことに対する共感からの謝罪。患者の期待に添えなかったことへの申し訳なさからくる謝罪

*「責任承認」謝罪：過誤があり、過誤が悪しき結果を引き起こす原因となったことを認め、その責任をも認めることを伴う謝罪

医療事故が起きた際、患者や家族に隠さず事実を伝え、ミスがあればすくに謝罪する医療機関が増えている。「謝罪は訴訟で不利になる」と考え、ミスが分かってからといって非を認めない医療機関がなくなってきたが、真実を説明する姿勢が患者側との信頼関係を回復させ、紛争防止にもつながっている。ただ再発防止のための事故調査体制は不十分なまま、厚生労働省は約3年ぶりに医療事故調査の議論を再開している。

全国51の社会保険病院を運営する全国社会保険協会連合会(全社連)によると、51病院が2010年度までの4年間に患者などに損害賠償を支払ったと報告した医療事故は146例。このうち病院側が事故後に責任を認めて謝罪したのは8年9月までの88例で26例(38%)だったが、同年10月以降の78例では42例(54%)で半数を超えていた。

「心情共感」指針も割合が増した背景には、全社連が08年9月から新たに導入した「医療有害事象・対応指針」がある。事故後は原因が明らかでないことが多い。このため全社連の旧指針では「担当医などは患者への親切心などにより、個別的な感情や判断で安易に責任を認めたり、補償を約束したりすることは厳に慎む」として

隠さず説明、ミスは即謝罪

病院の姿勢変化

「心づき」ができた。医療事故が起きたら、隠さず説明、ミスは即謝罪。医療事故が起きたら、隠さず説明、ミスは即謝罪。医療事故が起きたら、隠さず説明、ミスは即謝罪。

患者・家族に有害事故を伝える4つのステップ

1	有害事象（医療事故）または過誤（ミス）がどんなものでも、たとえ害がなかったとしても起こったことを患者・家族に話す
2	責任の所在を明確に示し、組織として対応する
3	事故の原因にかかわらず、共感と同情の気持ちを速やかに表す（共感表明謝罪）
4	過誤が明らかでない場合には即座に謝罪し、過誤の原因究明を行うことを伝える（責任承認謝罪）

(注)全社連「医療有害事象・対応指針～真実説明に基づく安全文化のために」を基に作成

医療事故が起きたら……

厚生労働省は2月中旬、医療事故調査のあり方を検討する会合を約3年ぶりに開催した。中立的な立場で検証する「医療事故調査委員会」を巡っては2008年に「医療安全調査委員会（仮称）」として創設する法律案をまとめたが、09年の政権交代で対案を出していた民主党が与党となり、更に浮いた状態だった。今回は民主党がマニフェストで掲げていた「無過失補償制度」の創設に向けた議論の一環で検討会が設け

事故調査のあり方



厚労省、3年ぶり議論

警察捜査などで再び対立も

警察捜査などで再び対立も。医療事故が起きた際、医療者に過失がなくても被害者に補償するといったもの。だが民主党が反対していた医療事故への警察の捜査や医師の行

信頼関係を回復、紛争も防ぐ

や家族とトラブルにならない。医療事故の原因を究明して再発を防止しなければ同じ不幸を繰り返してしまふ」と強調する。

森田氏は09年2月に新任。院内の事故報告体制をさらに強化。実際の医療事故やニアミスなどから教訓を導き出した医療安全研修会を10年度は30回、11年度は40回開催。血圧計に輸液が漏れないようにする注意点を、再発防止策を繰り返して研修した。軽微なミスを含めて医療事故は08年度は897件だったが、09年度は865件、10年度は764件、11年度は約670件と減少傾向にある。

お互いを救う道に

「人は誰でも間違える」。1999年に米国で研究所が米国における医療事故の実態と再発防止の手立てをまとめた報告書のタイトル。同年に日本でも都立広尾病院の点滴ミス事件、進達市立大病院の患者取り違え事件など重大な医療事故が相次ぎ、全医療機関に医療安全を確保するための指針の策定が求められるなど対策は進んだが、いまだ

第三者機関の医療事故調査委員会の早期設立を求める署名活動(14日午後、東京都新宿区)

立する可能性がある。こうしたなか、医療事故

電子版の「ライブ」セッションでもオリジナル「コラム」医人たちの挑戦」を掲載しています。

に後を絶たない。だからこそ医療事故を少しでも減らす不断の努力に加え、医療事故が起きた場合にどう対応するかも備えが不可欠だ。

04年に飯田中央病院に入院中の夫を人工呼吸器を巡るトラブルで亡くした北田淳子さん(49)は病院から請われて06年から同病院の患者情報室「まより木」の院内相談員として患者の不満や不安に耳を傾け、病院との懸け橋になっている。

理由について、事故時に病院がどんな小さなミスでも隠さず報告し、関わった看護士も勇気をもって謝罪してくれただけだと振り返る。だが「きちんと向き合うことがお互いを救うことになる。患者や家族、医療従事者とも傷ついてほしくない」と話している。

(前村聡 定方美緒)

それでも
行政処分の適正な執行も必要

不適切医療の医師の免許 取り消すまで25年

1980年に「乱診乱療」が表面化
被害者が刑事告訴
→不起訴に

民事訴訟では
→2004年7月13日に
最高裁で損害賠償確定
→同月29日の医道審で審議を指示

2005年3月3日付
日経新聞朝刊社会面

元院長 免許取り消し

富士見産婦人科「乱診乱療」事件

不適切医療で初めて 厚労省

▼富士見産婦人科院長が社会問題化した。患者が被害者となり、医師が加害者となる。この事件は、医師の免許取り消しを初めて実現させた。厚労省は、この事件を契機として、医師の免許取り消しを初めて行った。この事件は、医師の免許取り消しを初めて実現させた。厚労省は、この事件を契機として、医師の免許取り消しを初めて行った。

表面化から25年 責任追及難しく

この事件は、医師の免許取り消しを初めて実現させた。厚労省は、この事件を契機として、医師の免許取り消しを初めて行った。この事件は、医師の免許取り消しを初めて実現させた。厚労省は、この事件を契機として、医師の免許取り消しを初めて行った。

都立広尾病院事件

→最高裁で判決が確定したため
行政処分(医業停止1年)の対象
に

事件発生から6年半を要した...

医師33人医業停止処分

点満ミス隠し事件
広尾病院元院長ら
5年—1カ月間

厚労省

厚生労働省は二十七日、一九九九年に起きた東京都立広尾病院の点満ミス隠し事件で、医師法違反などの罪で有罪が確定した元院長の岡井清十医師(四九)を含む医師・歯科医師の計三十三人を、一カ月間の医業停止とする行政処分を発表した。医師免許取り消し処分はなかった。処分の発効は八月十日。

厚労省は同日、厚労相した三十六人の処分を語った。岡井医師は医業停止二年(川崎市)で二〇〇〇年、抗がん剤を過剰投与して女子高生(当時一六)を死なせた業務上過失致死(一七)で有罪が確定した元だった。岡井医師は、現在、医道分科会(三九)は同二年。元主治。医師の処分について約七十件の申し立てがあり、このうち、刑事事件として立件されなかった民事事件を含む約二十件を調査しているという。

〇二年に東京都世田谷区で患者八人がセラチア菌の院内感染で死亡した。医療事故を繰り返す岡井医師は、一〇〇〇年に東京都立広尾病院の院長に就任した。在任中に、同院で発生した「リビータ」医師の存在が社会問題化したことを受けて、厚労省は医業停止処分となった医師に、再教育受講を義務づける。岡井医師は、一〇〇〇年に東京都立広尾病院で発生した「リビータ」医師の存在が社会問題化したことを受けて、厚労省は医業停止処分となった医師に、再教育受講を義務づける。岡井医師は、一〇〇〇年に東京都立広尾病院で発生した「リビータ」医師の存在が社会問題化したことを受けて、厚労省は医業停止処分となった医師に、再教育受講を義務づける。

2005年7月28日付
日経新聞朝刊社会面

医療版「事故調」を検討

医療事故を繰り返す「リピーター医師」などが社会問題化するなか、厚生労働省は八日までに、医療事故を起こした医師に対し迅速な行政処分を下せるよう、処分の前提となる事実関係を調査する全国的な専門組織「医療事故調査委員会」（仮称）の創設に向けて本格検討に乗り出した。月内に専門家による検討会を設け、年内に最終的な意見を取りまとめ、来年の通常国会で医師法などの改正を目指す。

不必要な手術摘出手術、別のクリニックで診療を行っていたとされる「純行」同省は「処分が速く、厚労省は今年三月、一審判決された。元院長（78）の医師免許、刑事事件化しなかった。処分は事実決に基づき、初めは「一審判決」だったが、調査体制では、主張が事件が一九八〇年に表面化してから三十五年が経過後、その間も元院長は下すのは難しい。

厚生省、月内に専門家会合

行政処分 迅速化狙う

このため、同省は行政、検討に乗り出した。処分の迅速化を目指す。医療や司法の専門家で構成する全国的な専門組織「二医立ち入り検査したり、問でできる権限を与える方向。医療事故パナションが自主的な調査委員会」（仮称）の創設に向けて本格、カルテの提出を求めたり、

厚労省によると、これまで医師の行政処分は、診療報酬の不正請求を除けば、刑事事件で有罪判決が確定したケースに限られた。医療事故が刑事事件化するのはごく一部で、民事訴訟で医師側が敗訴しても処分対象とはならなかった。しかし、リピーター医師問題など医療不信の高まりを受け、厚労省は二〇〇二年十二

民事判決に基づき 初の行政処分

富士見産婦人科事件 ▶ 只、刑事事件化しなかった民事判決に基づく初の行政処分は、事件の医療事故について、明確な注意義務違反がある免許取り消しを初めてだ。同省によると、現在、医療事故などでの処分申し立ては、長は解任では不起訴処分と六十八件あり、うち十九件について処分対象とし得るかどうか調査している。

▼医師の行政処分 現九九年年度以降で二百十行で最長五年の医療停止六人、うち医療停止は百と医師免許取り消しがある九十八人だった。厚労省は医療停止処分会の審判を経て厚労省とされた医師に再教育を受ける。処分理由は、講義義務づけたり、医療事故（業務上過失致傷）などのほか、詐欺、停止と医師免許取り消しをいせつ行、麻薬取締、能だが再教育を課す一戒法違反など多岐にわたる。処分を受けた医師は、一ことを検討している。

2005年6月8日付
日経新聞夕刊社会面

患者が予期せず死亡した医療事故で、原因を分析して再発防止に役立てる医療事故調査制度が来年から動き出す。事故が起きた場合は第三者機関に届け出るが、最初に調査するのは医療機関自身だ。これまでの内部調査は「事故隠し」や個人に責任転嫁する事例もあり、厚生労働省は調査の指針作りを進めている。遺族らは「過去の教訓を生かして透明性の高い調査態勢をつづけてほしい」と求めている。

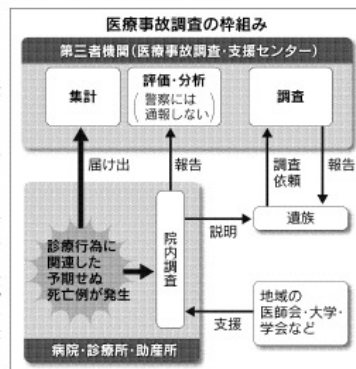
来秋から新制度

医療事故調査 不信ぬぐえるか

支援センターに結果を報告する仕組み。厚生労働省は7月に研究班を設置。調査のガイドライン作りをすすめている。東京大病院の事故で母親（当時68）を亡くした川田綾子さん（43）は「調査は医療機関側の判断だけでは不十分。客観性と公平性が不可欠」と教訓を生かすことを望む。

医療機関
遺族ら

透明性どう確保 「教訓生かして」



このケースも教訓の一つだ。病院側は「医療ミスではない」として、学会が手術の動画を鑑定した結果、脂肪と間違えて臓器をいざづの一部分を切除したことが判明、謝罪した。同病院の内部調査には東京大病院と同様、事故に関わる診療科部長が関わ

「医療事故で亡くなる人は年間4万人という試算がある。2日、東京大病院（東京・新宿）で開かれた「医療安全誓いの日」の講演で、名古屋大学医学部の長尾龍雄教授は医師や看護師など医療職員の前に語り掛けた。「日本人の死因では、がん、心疾患、脳血管疾患、肺炎に次ぐ5位に相当する可能性がある」と続け、医療には万単位のリスクがある」と強調した。同病院では2004年、同じ医師が執刀した心臓手術で患者の死に相次いでいることが内部告発で発覚。遺族らの証拠保全から4日後、内部調査の結果として「合併症などが原因」と事故を決定。だが第三者の専門家による調査委員会は「未熟な医師に難手術をさせていた」「患者の安全より医師の訓練を重視した医療事故」と覆し、内部調査の限界を露呈した。



「医療安全誓いの日」の講演（2日）

医師処分と連動させず

新たな医療事故の調査制度は、結果を厚生労働省などに通知しないため、仮に医師の過失が重大と判断されても医師免許の取り消しや停止など行政処分には直結しない。事故を起こした当事者が調査に協力せず、原因分析ができないという声が上がったためだ。医師免許を与える厚生労働省は免許の取り消しや停止などの処分も可能だが調査権限が弱く、診療報酬の不正請求や刑事裁判で確定した場合と事実が明確なケースに限られている。

再発防止へ問われる姿勢

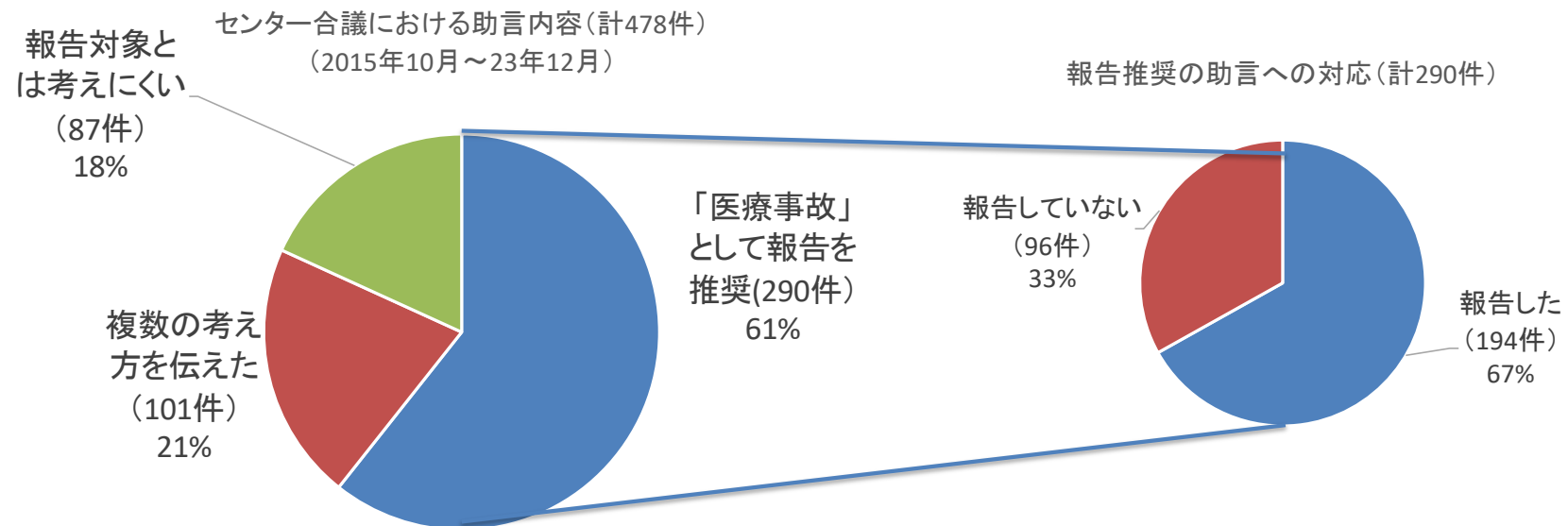
こうした中、民事訴訟の判決を基に処分し初めの事例が1980年に発覚した富士見産婦人科病院事件だ。民事訴訟で健康な女性の子宮や卵巣を摘出した」と組織的な不法行為と認定され、2004年に最長で確定、厚労省は元院長の免許を取り消した。だが表面化から約25年要した。事故調査で技量不足など問題が判明した場合、どう対応するのか。新しい制度では再発防止のために医療界の姿勢が問われることになるそうだ。

ていた。医療問題弁護団代表の鈴木和広弁護士は「事故に関与した診療科の関係者は当事者に極めて近く、調査対象にもなる。公正性確保のため調査委員にすべきではない」と主張する。

「誠意ある対応不可欠」東京女子医科大学（東京・新宿）で01年に小児科の女児が心臓手術後に死亡した事故も内部調査が覆された。人工心肺装置の回転数を上げたことが原因とし、担当医は警視庁に業務上過失致死容疑で逮捕されたが、その後、学会の検証で装置の不具合が判明、判決では担当医の過失は否定されて無罪が確定した。この医師は「内部調査報告書の誤りを主張したが、反映されなかった。当事者の意見が内部調査結果と異なる場合は併記すべきだ」と訴える。

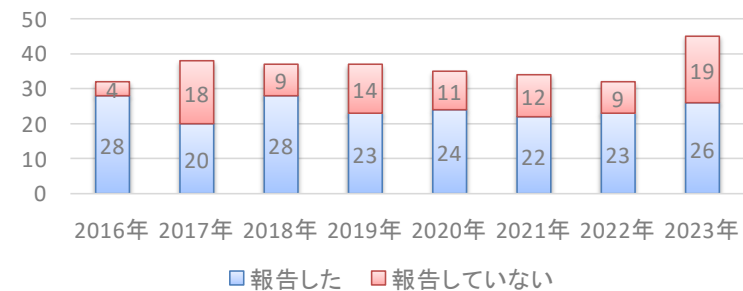
同病院では今年2月、子供には原則禁止の鎮静剤「プロポフォール」を投与された男児（当時2）が死亡する事故が起きたが、投与の事実を遺族に伝えずに院内で解剖。その後内部調査を開始するため、遺族は不信感を募らせている。

03年に診断ミスで長男（当時5）を亡くした豊田郁子さん（46）は、病院が内部調査していたことさえ知らされなかった。「信頼される調査のために最初から誠意ある対応が必要。事実を共有し、遺族の思いや疑問点を丁寧に聞き取ってほしい」と求めている。（前村聡）

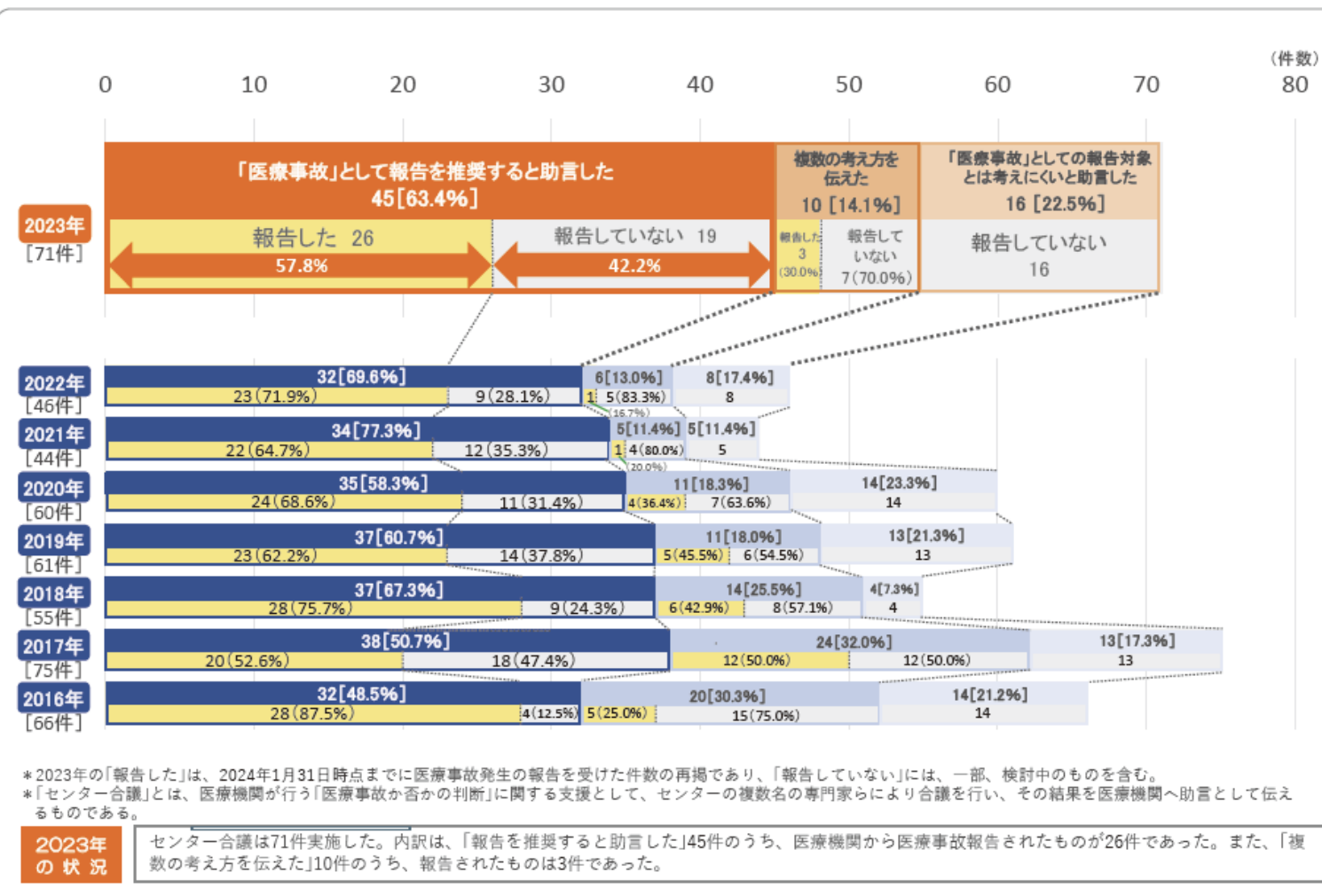


センター合議で6割を「医療事故」として報告を推奨する助言
→3分の1の医療機関は報告せず

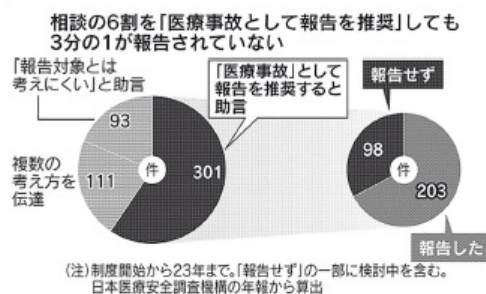
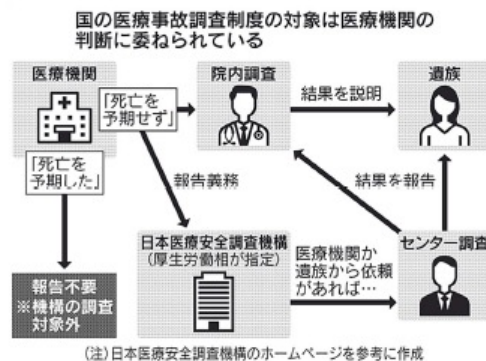
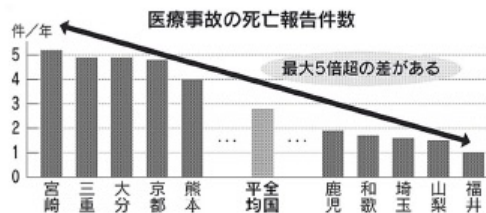
センター合議で報告推奨を
助言した医療機関の対応



5. センター合議における助言内容および医療機関の判断(数値版 1-(2)-④参照)



医療事故、死亡報告数に地域差



「遺族依頼で調査実施を」

医療事故の被害者団体は23年12月、「医療機関が報告すべき事故の調査をしない場合、遺族の求めに応じて第三者機関が調査すべき」とする要請書を厚生労働相に提出している。

被害者団体の代表を務める永井裕之さん(83)は25年前に都立広尾病院で起きた医療ミスで妻(当時38)を亡くした。

国の事故調査制度の創設に奔走し、創設後は日本医療安全調査機構の運営委員を務めている。

24日には公正な制度の実現を求めてJR原宿駅前145回目の署名活動を実施した。永井さんは「誰でも医療事故に遭う可能性がある。事故調査の最初のボタンがかかるように後押ししてほしい」と訴えている。

患者の死亡事故の原因を究明する国の医療事故調査制度で、都道府県の報告件数に5倍超の格差がある。医療機関に報告の判断を委ねた結果、対応がばらばらでいる。遺族らは「必要な調査が行われていない」として、遺族の依頼で国指定の第三者機関が調査できる改革を求めている。

医療事故の調査制度は2015年10月から始まった。厚生労働相の指定を受けた日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター、東京・港)が医療機関から死亡事故の報告を受ける。

同機構が27日に開いた運営委員会が提示した年報によると、23年末までの8年3カ月で報告件数は計2909件。人口100万人当たりでは年2・8件だった。

都道府県別で最も多いのは宮崎県の5・2件で、三重、大分両県が4・9件、京都府が4・8件と続く。最多の宮崎県では県医師会が事故調査の専門医の派遣から報告書作成まで支援する。同機構は27日の運営委員会で「報告が多い地域は(県医師会などの)支援団体が積極的に医療安全に取り組んでいる面もある」と説明した。

最も少ないのは福井県で1・0件。最多の宮崎県と5倍超の開きがある。埼玉、山梨、和歌山、鹿児島を含めた5県が年2件を下回っており、突出して少ない。

報告件数が少ない県は報告すべき事故を報告していない可能性がある。年報によると、ベッド数500床以上の大病院(388病院)のうち、制度開始から23年末までの「報告ゼロ」は約3割の111病院。ある大学病院幹部は「大病院では難易度が高い手術を多く実施している。8年余りで報告ゼロはあり得ない」と首を振る。

同機構に報告するかどうかは医療機関に委ねられている。国の制度では報告対象は「予期しなかった死亡事故」に限定。報告があれば第三者機関と説明した。

医療機関が実施する院内調査とは別に、医療機関と遺族から依頼を受けて調査し、再発防止に向けた報告書まとめる。だが医療機関が「予期した死亡」だったと判断すれば報告の対象外だ。遺族が「予期しなかった」調査でも第三者機関は判断に納得しない遺族は後を絶たない。

ある70代男性は20年12月に東京都内の大病院で心臓弁の手術を受けたが、心機能が悪化して翌年2月に死亡した。男性は入院日午前中も水泳をするなど元気があった。家族は国の制度への報告を望んだが、病院側は「手術は標準的な水準の範囲内」などと判断して報告しなかった。

日本心臓血管外科学会会長を務めた高本真一(東京大学名誉教授は診療録や手術ビデオなどをチェック。「医療事故ではないという判断には大きな疑問がある」とする論文を学会誌に22年に特別寄稿した。その後、病院は一転して同機構に死亡事故として報告した。

高本氏は「医療事故の判断を病院内で決定するのは、医療の質向上や患者中心の医療につながらない」と訴える。

日本医療安全調査機構の木村壮介常務理事も「報告件数の地域差が5倍という事実には深刻な問題」と認める。ただ「医療機関が自ら再発防止に取り組み『自律性』が制度の根幹」として遺族の依頼で第三者機関が調査する方式には否定的だ。

「自律性」の限界は露呈している。医療機関から事前相談を受けた同機構で合議した結果、「医療事故」として報告を推奨する」と助言しても3分の1は未報告だ。

医療機関任せにしない制度の改革が必要だ。(社会保障エディター 前村聡)

「医療機関任せ」実態見えず

人をつないで「医療を動かす」

- 医療事故は、医療者と患者・家族らが「患者を助ける」ということを目指した治療中に起きたアクシデント
- 交通事故のように、見ず知らずの人同士が偶然に出会って起きたアクシデントとは本質が異なるはず

→本来の思いに立ち返るように医療者と患者・家族らがつながれば、医療安全の向上に資する事故調査と対策が生まれる(はず)

私の医療取材の3本柱

① 医療安全

② 情報開示

③ 患者・市民参加

医療事故・ミスなのか.....？

→判断には全体のデータが必要

どの病院で治療を受けるべきか？

第1世代:「口コミ」型



2000年12月

第2世代:「症例数」型



2002年2月



2002年12月

- ・「口コミ」 = 本当にいい病院かは不明
- ・「症例数」 = 多く治療していれば経験は豊富だが、治療成績がいいかは不明

第3世代：「治療成績」混合型



2003年1月

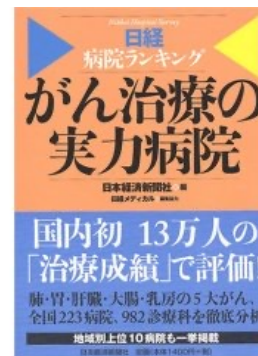
→医療現場の現状と課題を掘り下げる



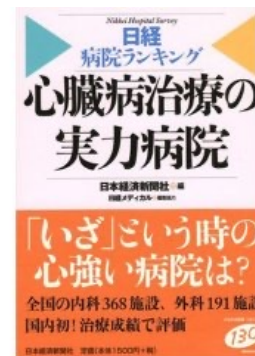
2004年6月

→病院の体制を中心にアンケート調査

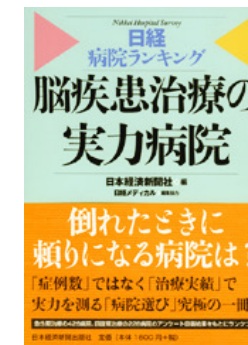
「ランキング」
= 読まれるから
でも...英語名は
Nikkei Hospital
Survey (調査)
= 調査報道



2005年4月



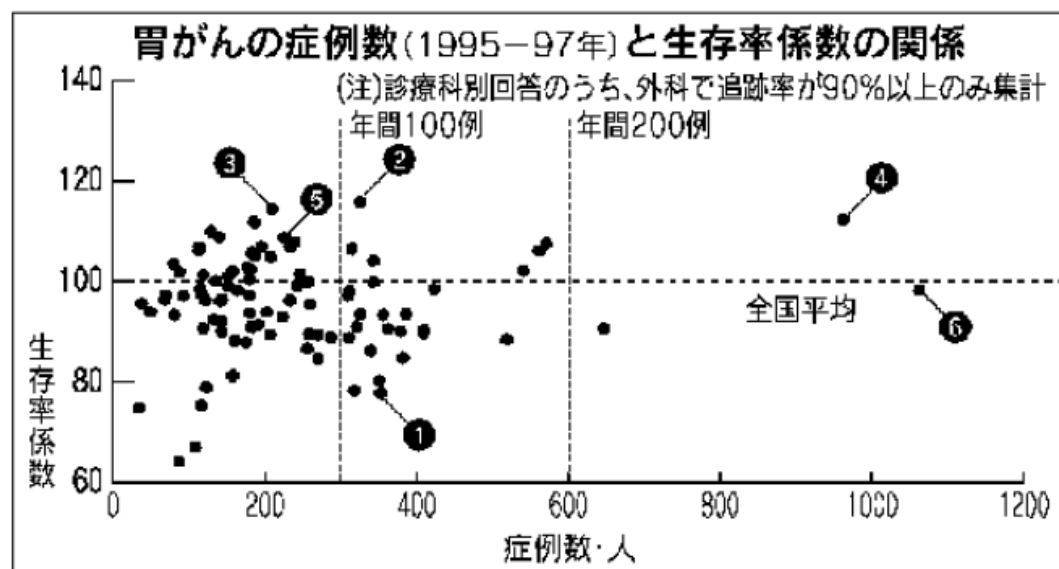
2006年4月



2007年4月

・「体制」だけでは、「いい病院」かは不明
→3大死因の「治療成績」もアンケート調査で報道

「がん治療の実力病院 胃がん治療成績編」 (2004年1月9日付日経医療面より)



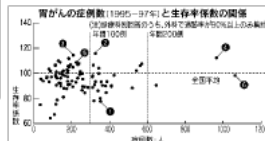
- ・ 100例前後、200例前後は生存率係数が高い
 - ・ 100～200例の中間域は低い傾向
- 実際に複数施設を取材
- ・ 100例の施設は医師1人、200例は医師2人で、1人＝年約100例＝週2例以上経験
 - ・ 中間域は他のがんの手術もしており、胃がんは1人＝数十例のみ＝週1例以下

「がん治療の実力病院 胃がん治療成績
編」 (2004年1月9日付日経医療面より)

[illegible]

症例「年100以上」でも格差

「実力病院」日経・日経メディカル調査 胃がん治療成績編

[illegible]

から銀行が느냐と聞平均
以上で、生利率換算も二一
四・四と全国平均を大きく
上回った。

二位の信託業は、信託業別別
業は信託業(東京信託銀行)と、
は、③は、

早

経験生かす体制カギ

[illegible]

がんとう
向き合う

早期患者の生存率9割

[illegible]

私はこう読む

山口 俊博氏

山口俊博氏は、東京大学で博士号を取得し、その後、東京大学で助教授、教授として活躍。現在は、東京大学で教授として活躍。現在は、東京大学で教授として活躍。

治療方針の違いの影響か

山口俊博氏は、東京大学で博士号を取得し、その後、東京大学で助教授、教授として活躍。現在は、東京大学で教授として活躍。現在は、東京大学で教授として活躍。

内視鏡手術で
内科も上位に

胃腸科の手術は、内視鏡手術の普及により、手術の負担が軽減され、手術の成功率も向上している。また、手術の負担が軽減されることで、手術の回数も増加している。これは、手術の負担が軽減されることで、手術の回数も増加している。これは、手術の負担が軽減されることで、手術の回数も増加している。

若い人世代の所得格差の拡大
2000年以降、世帯の全世帯収入

① 若い世代の所得の30年推移

	1A	1B	1C	1D	1E	1F	1G	1H	1I	1J	1K	1L	1M	1N	1O	1P	1Q	1R	1S	1T	1U	1V	1W	1X	1Y	1Z	1AA	1AB	1AC	1AD	1AE	1AF	1AG	1AH	1AI	1AJ	1AK	1AL	1AM	1AN	1AO	1AP	1AQ	1AR	1AS	1AT	1AU	1AV	1AW	1AX	1AY	1AZ	1BA	1BB	1BC	1BD	1BE	1BF	1BG	1BH	1BI	1BJ	1BK	1BL	1BM	1BN	1BO	1BP	1BQ	1BR	1BS	1BT	1BU	1BV	1BW	1BX	1BY	1BZ	1CA	1CB	1CC	1CD	1CE	1CF	1CG	1CH	1CI	1CJ	1CK	1CL	1CM	1CN	1CO	1CP	1CQ	1CR	1CS	1CT	1CU	1CV	1CW	1CX	1CY	1CZ	1DA	1DB	1DC	1DD	1DE	1DF	1DG	1DH	1DI	1DJ	1DK	1DL	1DM	1DN	1DO	1DP	1DQ	1DR	1DS	1DT	1DU	1DV	1DW	1DX	1DY	1DZ	1EA	1EB	1EC	1ED	1EE	1EF	1EG	1EH	1EI	1EJ	1EK	1EL	1EM	1EN	1EO	1EP	1EQ	1ER	1ES	1ET	1EU	1EV	1EW	1EX	1EY	1EZ	1FA	1FB	1FC	1FD	1FE	1FF	1FG	1FH	1FI	1FJ	1FK	1FL	1FM	1FN	1FO	1FP	1FQ	1FR	1FS	1FT	1FU	1FV	1FW	1FX	1FY	1FZ	1GA	1GB	1GC	1GD	1GE	1GF	1GG	1GH	1GI	1GJ	1GK	1GL	1GM	1GN	1GO	1GP	1GQ	1GR	1GS	1GT	1GU	1GV	1GW	1GX	1GY	1GZ	1HA	1HB	1HC	1HD	1HE	1HF	1HG	1HH	1HI	1HJ	1HK	1HL	1HM	1HN	1HO	1HP	1HQ	1HR	1HS	1HT	1HU	1HV	1HW	1HX	1HY	1HZ	1IA	1IB	1IC	1ID	1IE	1IF	1IG	1IH	1II	1IJ	1IK	1IL	1IM	1IN	1IO	1IP	1IQ	1IR	1IS	1IT	1IU	1IV	1IW	1IX	1IY	1IZ	1JA	1JB	1JC	1JD	1JE	1JF	1JG	1JH	1JI	1JJ	1JK	1JL	1JM	1JN	1JO	1JP	1JQ	1JR	1JS	1JT	1JU	1JV	1JW	1JX	1JY	1JZ	1KA	1KB	1KC	1KD	1KE	1KF	1KG	1KH	1KI	1KJ	1KK	1KL	1KM	1KN	1KO	1KP	1KQ	1KR	1KS	1KT	1KU	1KV	1KW	1KX	1KY	1KZ	1LA	1LB	1LC	1LD	1LE	1LF	1LG	1LH	1LI	1LJ	1LK	1LL	1LM	1LN	1LO	1LP	1LQ	1LR	1LS	1LT	1LU	1LV	1LW	1LX	1LY	1LZ	1MA	1MB	1MC	1MD	1ME	1MF	1MG	1MH	1MI	1MJ	1MK	1ML	1MN	1MO	1MP	1MQ	1MR	1MS	1MT	1MU	1MV	1MW	1MX	1MY	1MZ	1NA	1NB	1NC	1ND	1NE	1NF	1NG	1NH	1NI	1NJ	1NK	1NL	1NM	1NN	1NO	1NP	1NQ	1NR	1NS	1NT	1NU	1NV	1NW	1NX	1NY	1NZ	1OA	1OB	1OC	1OD	1OE	1OF	1OG	1OH	1OI	1OJ	1OK	1OL	1OM	1ON	1OO	1OP	1OQ	1OR	1OS	1OT	1OU	1OV	1OW	1OX	1OY	1OZ	1PA	1PB	1PC	1PD	1PE	1PF	1PG	1PH	1PI	1PJ	1PK	1PL	1PM	1PN	1PO	1PP	1PQ	1PR	1PS	1PT	1PU	1PV	1PW	1PX	1PY	1PZ	1QA	1QB	1QC	1QD	1QE	1QF	1QG	1QH	1QI	1QJ	1QK	1QL	1QM	1QN	1QO	1QP	1QQ	1QR	1QS	1QT	1QU	1QV	1QW	1QX	1QY	1QZ	1RA	1RB	1RC	1RD	1RE	1RF	1RG	1RH	1RI	1RJ	1RK	1RL	1RM	1RN	1RO	1RP	1RQ	1RR	1RS	1RT	1RU	1RV	1RW	1RX	1RY	1RZ
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

とを比較して、高橋を市立で、
主幹格としている」(「新

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

- ・施設の症例数が「年100例以上」でも治療成績に格差がある可能性を指摘

全がん協加盟施設の生存率協同調査

[トップページ](#)
[巻頭言](#)
[全がん協施設一覧](#)
[公表指針概略](#)
[全がん協加盟施設の診療成績](#)
[全がん協研究班の歴史](#)
[生存率 Q&A](#)
[収集項目及び精度評価](#)
[全がん協生存率](#)
[リンク集](#)
[改定履歴](#)

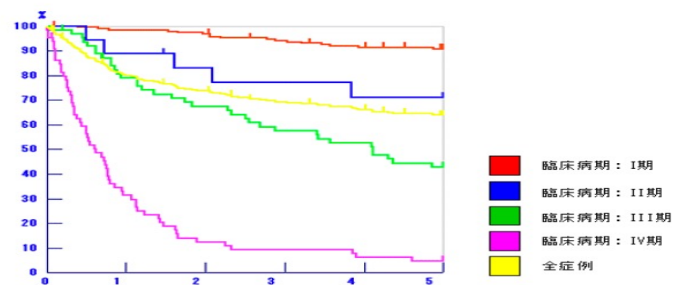
 全がん協加盟施設
生存率協同調査


胃 / 千葉県がんセンター

臨床病期での生存率は総合病期（切除標本の病理結果をふまえた時期）とは異なるデータです。手術症例では総合病期が重要です。病期IIIではIII AとIII Bを分けるとIII Aの方が有意にIII Bより予後が良好です。従ってIIIで表記した場合は、III AとIII Bの比率で予後は変動します。病期IVは抗癌剤治療対象のものが大部分ですが、手術症例や全身状態不良で、治療対象とならない症例も含まれます。



胃がん(C16)5年実測生存率(1999年、2000年症例)



	症例数	臨床病期	生存率	SE	95%信頼区間	
病期別	188	I	90.8%	2.1%	86.7%	94.9%
	18	II	71.1%	10.9%	49.7%	92.5%
	63	III	42.7%	6.3%	30.4%	55.0%
	66	IV	4.7%	2.6%	0.0%	9.8%
	34	不明	—	—	—	—
全症例	368	実測生存率	63.9%	2.5%	59.0%	68.8%
		相対生存率	70.6%	3.6%	63.5%	77.7%
手術症例	311	実測生存率	65.3%	2.7%	60.0%	70.6%
		相対生存率	72.1%	3.8%	64.7%	79.5%

平均年齢	62.8歳
男女比	2.6
I期/IV期比	2.9
病期判明率	90.8%
手術率	84.5%
追跡率	96.5%

- ・「患者が求める情報は専門家自らが公開すべき」（全がん協幹部）
- 2007年10月に初めて中核の約30病院の5年生存率の公開につながる

3年生存率・施設別の病期別5年生存率は初公表

がん診療連携拠点病院等院内がん登録 2011年3年生存率、2008から09年5年生存率公表

2018年9月12日

国立研究開発法人国立がん研究センター

国立研究開発法人国立がん研究センター（理事長：中釜斉、東京都中央区、略称：国がん）は、専門的ながん医療を行う全国のがん診療連携拠点病院等から収集した院内がん情報を用いて、2011年の1年間に診断された患者さんの3年を経過した生存率（2011年3年生存率集計）と、2008年、2009年に診断された患者さんについて、治療の目安とされる5年を経過した生存率（2008から09年5年生存率集計）について報告書をまとめウェブサイトで公開しました。

国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス がん登録・統計」統計ページ
[2011年3年、2008-09年5年生存率集計（外部サイトにリンクします）](#)

- ・ 2007年4月にがん対策基本法が施行
- ・ **2014年1月にがん登録推進法が施行**

→院内がん登録が制度化

= 268の拠点病院の**2011年にがん**と診断された患者の**3年生存率を初公開**

- ・ 日経新聞の治療成績の調査報道から14年
- ・ 調査報道の影響は時間がかかることも

国立がん研究センターは11日、2011年に全国のがん診療連携拠点病院でがんと診断された患者の3年後の生存率は、がん全体で71.3%だったと発表した。3年生存率をまとめるのは初めて。継続的に分析すること、新しい薬や治療の効果を早く把握できるようになり、がん対策に活用できるとしている。

がん3年生存率71%

国立がんセンター 治療法開発に活用

	3年	5年
がんの3年と5年生存率(%)	71.3	65.8
全 体	71.3	65.8
前立腺がん	99.0	93.4
乳がん	95.2	92.7
子宮体がん	85.5	82.5
子宮頸(けい)がん	78.8	75.6
大腸がん	78.1	72.9
胃がん	74.3	71.1
ぼうこうがん	73.5	70.9
肝臓がん	53.6	39.6
食道がん	52.0	43.7
肺がん	49.4	40.0
膵臓(すいぞう)がん	15.1	10.0

※3年生存率は2011年に診断された患者、5年生存率は08、09年に診断された患者のデータを基に算出

5年生存率は横ばい65%

0%、肝臓がんが53.6%と比較的低い結果となった。一方、前立腺がんは99.0%、乳がんは92.7%、子宮体がんは82.5%と比較的高かった。また同センターは、施設別の生存率も公表。全体の生存率は65.8%で、08年単独集計の8%で、08年単独集計の8%と比べるとほぼ横ばいだった。詳しくは、患者の年齢や病態が占める割合以上では、がん以外の死因が多いこと、ないとしている。

▼がん生存率 がんの3年と5年生存率(%)

診断されたから一定の期間後に生存している人の割合を算出する。がん登録センターでがん登録された患者の生存率を算出する。がん登録センターでがん登録された患者の生存率を算出する。がん登録センターでがん登録された患者の生存率を算出する。

2018年9月12日日経新聞朝刊経社面

データは公開されたけれど……

①「全体」の実測生存率の意味は？

2012-2013年5年生存率集計 付表3

1 北海道がんセンター
胃
5年生存率

②全国平均や他施設と比べて
高いのか、低いのか分からない……

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	188	69	(4-6)	97.3	63.1	55.8	69.6	69.8
I 期	107	14	(4-6)	95.3	86.8	78.7	92.0	70.3
II 期	16	(4-6)	0	-	-	-	-	-
III 期	15	(7-9)	0	-	-	-	-	-
IV 期	50	42	0	100.0	16.0	7.5	27.4	68.8

属性別集計対象数

性別	男性	女性			
対象数	125	63			
%	66.5	33.5			
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
対象数	(7-9)	21	54	68	36
%		11.2	28.7	36.2	19.1
UICC TNM分類総合ステージ	I期	II期	III期	IV期	不詳
対象数	107	16	15	50	0
%	56.9	8.5	8.0	26.6	
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳
対象数	35	153	137	16	0
%	18.6	81.4	72.9	8.5	
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他	
対象数	12	13	48	115	
%	6.4	6.9	25.5	61.2	

5年生存率は「公開」されているものの、患者・医師にとって
分かりにくい状態…

そこで、公開されたデータをつなぐと…

がん治療生存率 格差2倍

400の拠点病院 本社調査

新薬投与体制 影響か

5大がんの治療成績の格差

	最大 格差	生存率係数が 最も高い病院	所在地	生存率 係数
肺	2.1倍	愛知県 がんセンター	愛知	130.4
大腸	1.6	がん研有明 病院	東京	123.6
胃	1.5	がん研有明 病院	東京	121.2
肝臓	1.4	順天堂大学 順天堂医院	東京	128.0
乳房	1.1	がん研有明 病院	東京	106.0

(出所) 国立がん研究センターの報告書を基に算出

がん医療の中核として厚生労働省が指定する全国約400の拠点病院などの中で、診断から5年後の生存率に最大2倍の格差があることが日本経済新聞の調査で分かった。新薬を早期に投与できる体制などの違いが影

響した可能性がある。病院内での成績比較を通じて、医療の質を底上げする取り組みが必要だ。(関連記事26面に)

生存率はがん登録法に基いて国立がん研究センターが集計している。日経新聞は7月に公表さ

れた報告書をもとに、12〜13年に診断された患者の施設別の生存率を分析した。対象は「がん診療連携拠点病院」中心に年平均100例以上治療している病院とした。今回は1〜4期の進行度の違いを調整し、全国平均が100となる指標「生存率係数」で比べた。病院間で最も格差が大きかったのは肺がん。トップの愛知県がんセンター(名古屋市中)は係数が130で、平均より3割高い。最も低い病院は61で差は2.1倍だった。肺がんは進行がんの有効な新薬が相次いで開発されている。同センター呼吸器内科の藤原豊部長は「臨床試験の段階で早期に投与できた患者の生存率が高まるなどした影

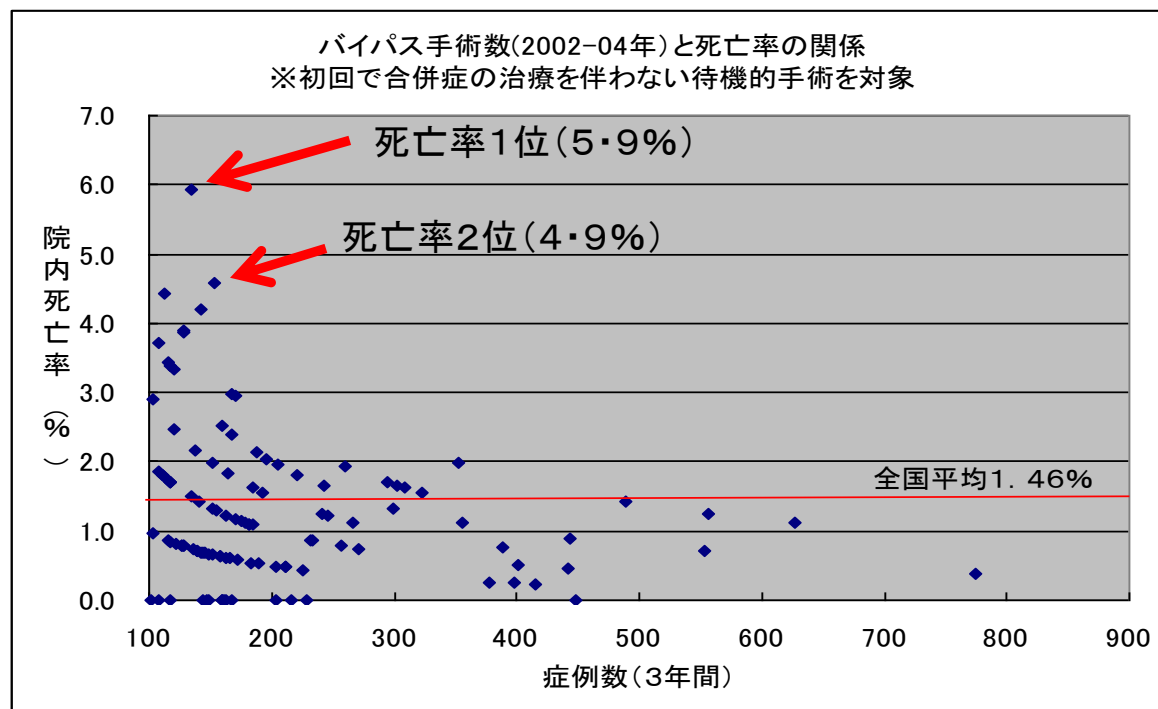
響があるかもしれない」とみる。他の部位別の格差は大腸が1.6倍、胃が1.5倍、肝臓が1.4倍、乳房が1.1倍。地域の中心となる拠点病院でもばらつきがある実態が浮き彫りになった。全病院の治療成績が平均水準以上であれば、2年間で約7千人が5年を超えて生存できた可能性がある。

2021年8月31日付
日経新聞朝刊 1面

(前村聡)

バイパス手術数（待機的）と院内死亡率

→ 全国平均より異常に死亡率が高い病院がある！



日経新聞・日経メディカル共同調査

「心臓病治療の実力病院 ～バイパス手術治療成績編」(2006年1月8日付医療面)

死亡率上位の病院の実状

死亡率1位

中四国地方のA病院

3年間で待機的手術 1 3 5 例 死亡 8 人 (5 ・ 9 %)

うち透析患者 2 4 例 死亡 5 人 (2 0 ・ 8 %)

死亡率 2 位

関東地方のB病院

3年間で待機的手術 1 5 3 例 死亡 7 人 (4 ・ 9 %)

うち透析患者 1 9 例 死亡 5 人 (2 6 ・ 3 %)

= 死亡は年 2 . 3 人 = 4 か月に 1 人程度の死亡

しかもほとんど透析患者

問題はこの実態を当事者が把握していないこと！

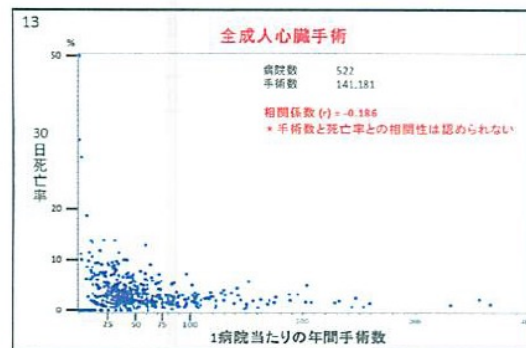
→取材で指摘、「手術前に主治医にコンサルする...」

=翌年は透析患者の死亡ゼロ！！

=見えない「意図せざる殺人」が見える？

日本胸部外科学会 学術調査データ
(2000～2009) 5年分

日本胸部外科学会 記者会見
(2011年10月11日) 資料より



2009年度 学術調査公開モデル

施設No.	心室中隔欠損症			初回予定CABG			初回AVR		
	症例数	Mortality	死亡率	症例数	Mortality	死亡率	症例数	Mortality	死亡率
1	0	0	0.00%	22	1	4.55%	10	0	0.00%
2	2	0	0.00%	29	0	0.00%	6	0	0.00%
3	0	0	0.00%	21	0	0.00%	4	0	0.00%
4	26	0	0.00%	0	0	0.00%	0	0	0.00%
5	1	0	0.00%	40	0	0.00%	27	0	0.00%
6	0	0	0.00%	9	0	0.00%	3	0	0.00%
7	3	0	0.00%	40	0	0.00%	29	0	0.00%
8	1	0	0.00%	23	0	0.00%	19	1	5.26%
9	0	0	0.00%	43	0	0.00%	8	2	25.00%
10	0	0	0.00%	26	0	0.00%	17	1	5.88%

→日経報道を受け、学会もみずから施設別の治療成績を公開に

専門医制度と連携した臨床データベース

National Clinical Database



NCDを利用中の方



ユーザー専用ページ
ログイン

検索
システム



会員登録
情報変更



症例登録に関する
よくある質問



2022年6月1日より、データ登録における推奨動作環境をWindowsのEdge(Chromiumベース)に変更致します。



NCDについて

事業概要・沿革など、NCDについて詳しくご紹介。



ご利用までの流れ

データベースをご利用いただくための手続き詳細は
こちら。



施設会員について



新規施設・ユーザー登録



よくある質問

NCD外科領域施設会費
改定のお知らせ

NCD データ利用研究

お知らせ・メンテナンス

一覧

全て

お知らせ

メンテナンス

メンテナンス 2025.06.06

<https://www.ncd.or.jp/>

NCDのデータで術前・術後のリスク評価や全国比較もできるように

各種フィードバック機能について

フィードバック機能とは、登録データに基づいて手術を受ける患者さんの死亡率や合併症発生率等の予測、自施設診療科の死亡率や合併症発生率などのパフォーマンスなどを数値にて把握できる機能です。医療のリスクマネジメントや術前カンファレンスやインフォームドコンセントに活用できます。

術前・術後のリスクの評価と最善の医療提案のために

臨床現場で活用できるRisk Calculator（リスクカリキュレーター）

登録データに基づいて構築されたリスクモデルを用いて、手術を受ける患者さんの死亡率や合併症発生率等の予測値を計算することができます。

すなわち、個々の症例の術前リスクを入力すると、アウトカム（死亡や合併症などの予測発生率）が全国的に登録された症例データから算出され、即時に個々の診療科にフィードバックされることで、術前カンファレンスやインフォームドコンセントなどで活用できます。

患者術前リスクの入力



	リスク因子	選択肢または入力値
G1. 患者情報	手術時年齢 [] 歳	
	患者性別	● 男性 ● 女性
G3. 手術入院	救急搬送	● なし ● あり
G4a. 手術情報 術前情報	緊急手術	● いいえ ● はい
G4a. 手術情報 術前情報 (術前臨床所見)	身長	[] cm ● 不明
	体重	[] kg ● 不明
	糖尿病	● なし ● あり(食事療法のみ) ● あり(内服治療) ● あり(インシュリン治療) ● あり(治療なし)

術後アウトカムの予測値の算出



手術死亡	6.2%
死亡+主要合併症	37.0%
Reoperation for bleeding	2.8%
Stroke	6.0%
Dialysis Required (Newly)	13.4%
Deep Sternum Infection	2.5%
Prolonged Ventilation > 24hrs	31.9%
Gastro-Intestinal Complication	3.2%
ICU stay over 7days	26.4%

治療成績の改善に

施設診療科の患者背景とパフォーマンスの全国比較

患者さんの術前リスクに関する項目の集計結果の一覧を確認できます。また、登録データに基づいて推定された自施設診療科のパフォーマンス（死亡率や合併症発生率など）も継続的に検討が可能。これらの成績を全国平均と対比することで自施設の特徴を把握し、改善に向けた取り組みを行うことができます。

項目名	自施設	全国
LV function (bad)	9.4%	7.1%
再手術(Yes)	2.4%	2.9%
緊急度(Urgent)	15.3%	14.0%
緊急度(Emergent, Salvage)	8.2%	7.8%
重症度補正 手術死亡	3.32%	2.70%
重症度補正 手術死亡 or 主要合併症	16.46%	13.60%

NCDは蓄積されたデータを分析し、その結果を臨床現場に還元する仕組みを構築しています。例えば、個々の患者さんの死亡や合併症の予測発生率を、NCDの詳細な臨床データを用いたリスク分析を通じて、即時に得ることができます。施設ごとのベンチマーキングについても、リスク調整済みのアウトカムの算出やプロセス指標の提示（ガイドラインに沿った治療の実施率等）をも可能にしました。

<https://www.ncd.or.jp/about/feedback.html>

患者術前リスクの入力



	リスク因子	選択肢または入力値
G1. 患者情報	手術時年齢 []歳	
	患者性別	● 男性 ● 女性
G3. 手術入院	救急搬送	● なし ● あり
G4a. 手術情報 術前情報	緊急手術	● いいえ ● はい
G4a. 手術情報 術前情報 (術前臨床所見)	身長 []cm	● 不明
	体重 []kg	● 不明
	糖尿病	● なし ● あり(食事療法のみ) ● あり(内服治療) ● あり(インシュリン治療) ● あり(治療なし)

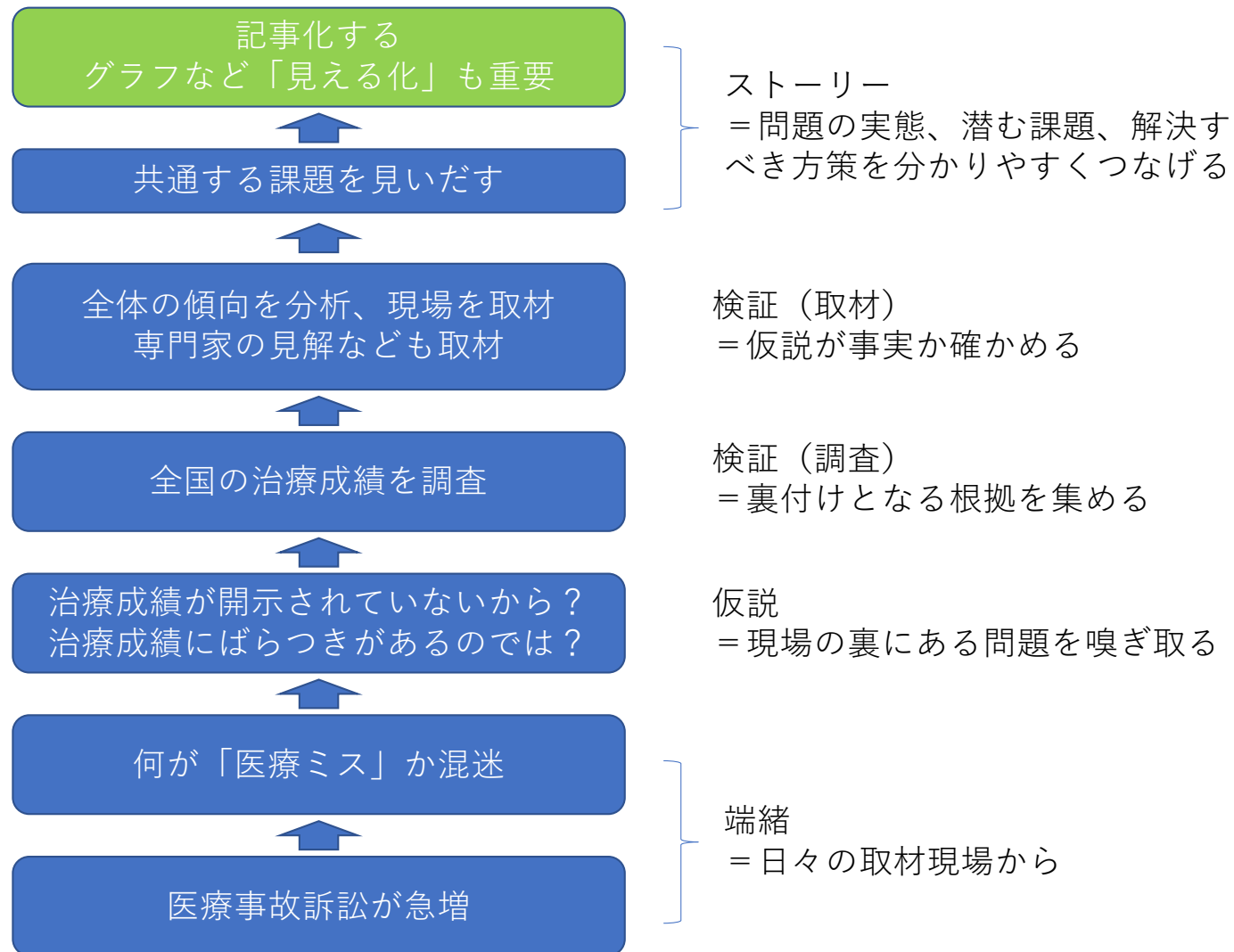


術後アウトカムの予測値の算出



手術死亡 **6.2%**
 死亡+主要合併症 **37.0%**
 Reoperation for bleeding **2.8%**
 Stroke **6.0%**
 Dialysis Required (Newly) **13.4%**
 Deep Sternum Infection **2.5%**
 Prolonged Ventilation > 24hrs **31.9%**
 Gastro-Intestinal Complication **3.2%**
 ICU stay over 7days **26.4%**

項目名	自施設	全国
LV function (bad)	9.4%	7.1%
再手術(Yes)	2.4%	2.9%
緊急度(Urgent)	15.3%	14.0%
緊急度(Emergent, Salvage)	8.2%	7.8%
重症度補正 手術死亡	3.32%	2.70%
重症度補正 手術死亡 or 主要合併症	16.46%	13.60%



膨張する医療費の
実態も見えていない……

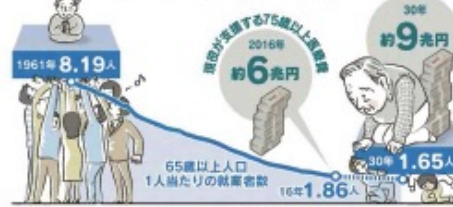
砂上の 安心網

2030年 不都合な未来 1

チェックなき

「膨張」... 2030年、日本の高齢化率は30%に達する。その結果、労働人口は減少し、社会保障費は増える。このままでは、社会は持続不可能になる。政府は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。しかし、その政策は、本当に効果的なのか？ 膨張する高齢化率と、その影響を、この図表で見てみよう。

2030年、支え合いは限界に



1961年10月1日現在、65歳以上の人口は約8.19億人。2030年には、約9億人に達する。この増加は、労働人口の減少と、社会保障費の増大をもたらす。

後期高齢者の1人当たり医療費 (2014年度、日経調査)

高い市町村	低い市町村
福岡県宇美町 133万4453円	東京都葛飾区 47万6393円
高知県土佐市 133万2771円	長野県南木曽町 51万6667円
長崎県 130万8222円	福岡県桂木町 51万9853円
130万円台=3市町	50万円台以下=16市町村

2.6倍
の格差

全国平均=93万2000円(厚労省による)

公助・共助・自助 現場に「解」を探す

「公助・共助・自助」の現場に「解」を探す。高齢者の生活を支えるためには、政府、地域、個人が協力して取り組む必要がある。この図表は、高齢者の生活を支えるための政策をまとめている。政府は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。地域は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。個人は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。

「公助・共助・自助」の現場に「解」を探す。高齢者の生活を支えるためには、政府、地域、個人が協力して取り組む必要がある。この図表は、高齢者の生活を支えるための政策をまとめている。政府は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。地域は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。個人は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。

砂上の 安心網

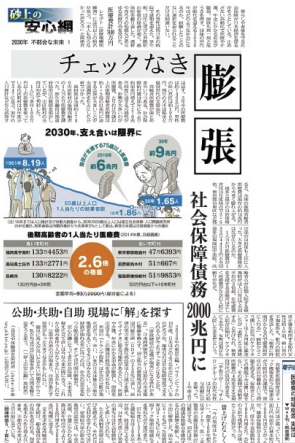
2030年 不都合な未来 1

膨張

社会保障債務 2000兆円に

「膨張」... 2030年、日本の高齢化率は30%に達する。その結果、労働人口は減少し、社会保障費は増える。このままでは、社会は持続不可能になる。政府は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。しかし、その政策は、本当に効果的なのか？ 膨張する高齢化率と、その影響を、この図表で見てみよう。

「公助・共助・自助」の現場に「解」を探す。高齢者の生活を支えるためには、政府、地域、個人が協力して取り組む必要がある。この図表は、高齢者の生活を支えるための政策をまとめている。政府は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。地域は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。個人は、高齢者の生活を支えるための政策を打ち出している。



1741市区町村の75歳以上の1人当たり医療費を初めて全国集計

後期高齢者の1人当たり医療費 (2014年度、日経調査)



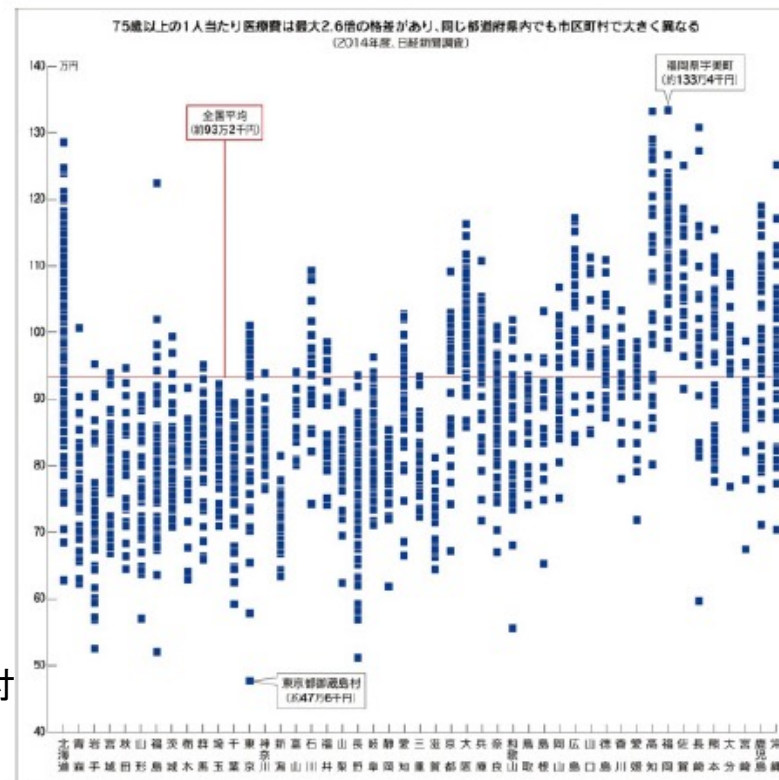
全国平均=93万2000円(厚労省による)

2016年12月19日付
日経新聞朝刊1面

75歳以上の1人当たり医療費、市区町村で格差2.6倍 2030年 不都合な未来(1)

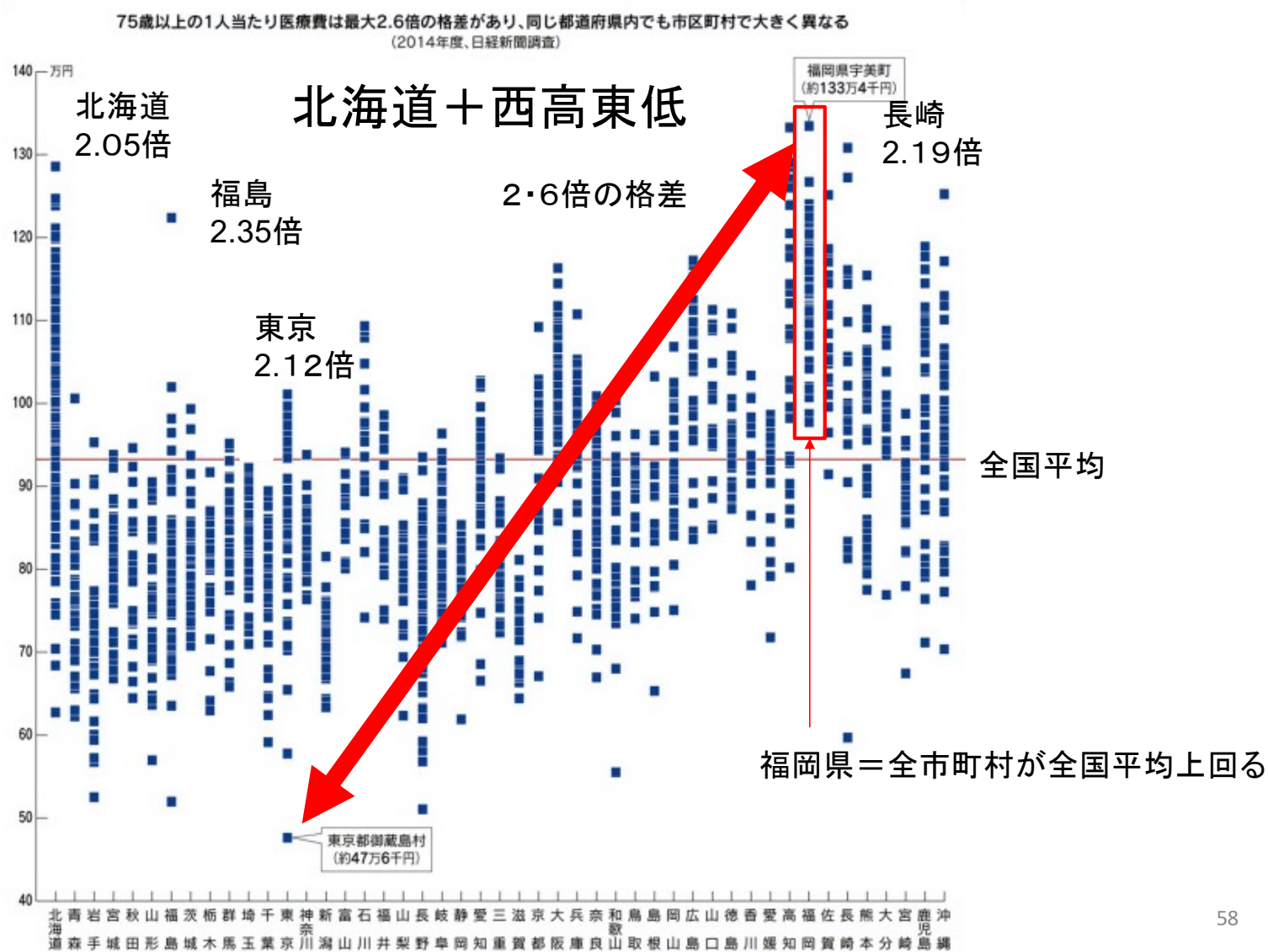
2016/12/19 2:00 | 日本経済新聞 電子版

75歳以上の1人当たり医療費が市区町村で最大2.6倍の格差があることが日本経済新聞社の全国調査で分かった。同じ県の市区町村でも2倍を超える格差があるケースもあった。1人当たり医療費が全国平均を大きく上回っていても、死亡率が高い市区町村がある。逆に医療費が少なくても死亡率が低い市区町村もある。「なぜ格差が生じているのか」。医療費が年々増加する中、調査を通じて、対策どころか原因の分析さえできていない現状が浮かび上がった。

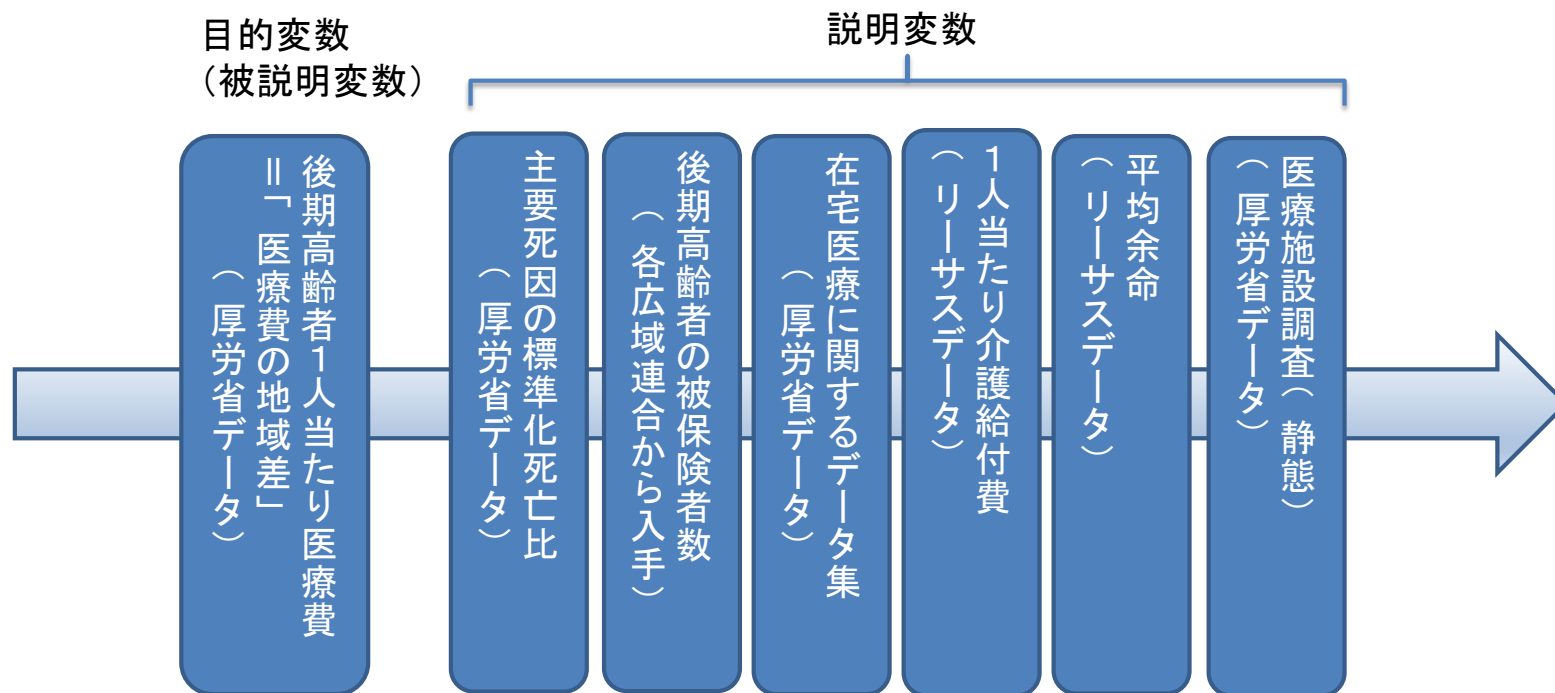


2016年12月19日付
日経新聞電子版

※それぞれの点は
市区町村

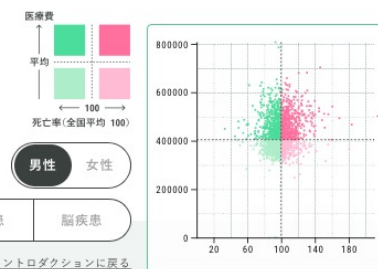
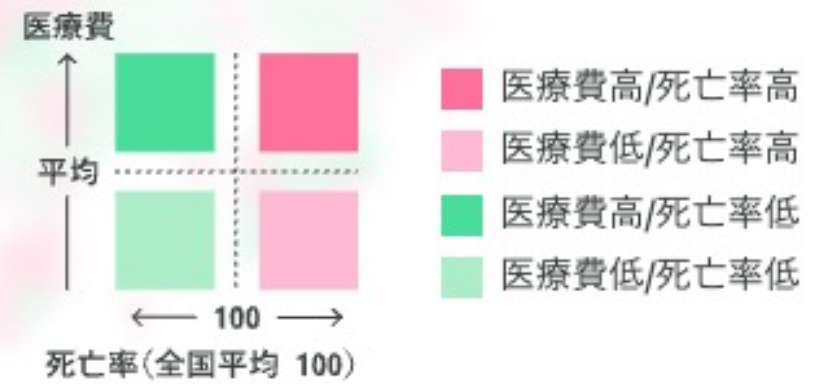
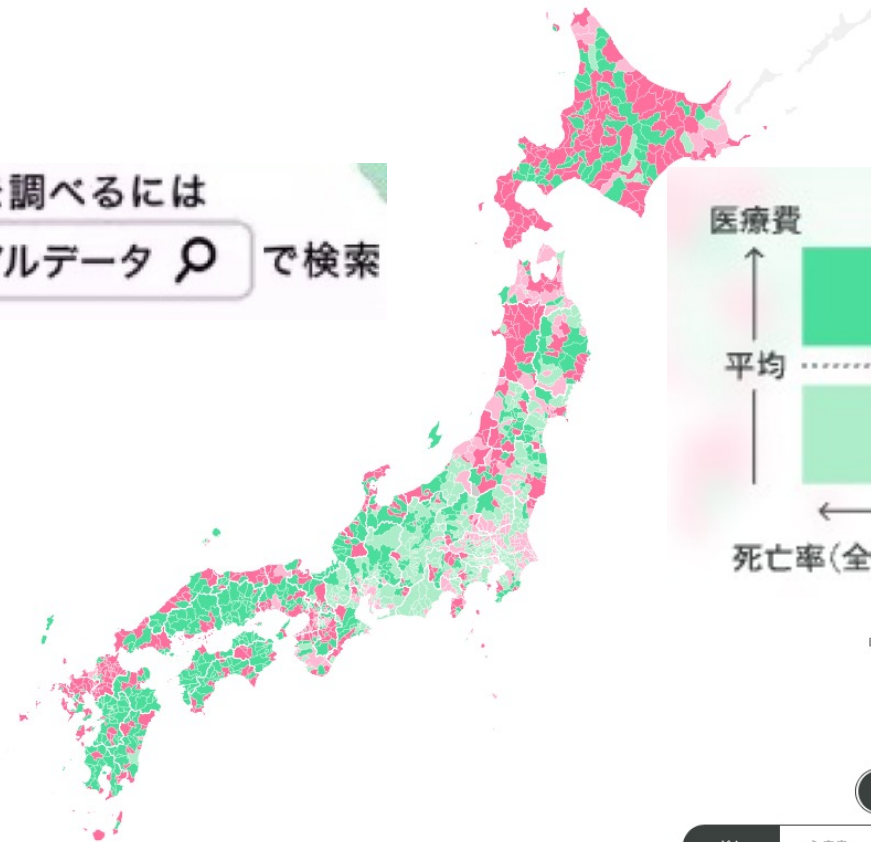


75歳以上の1人あたり医療費の
地域差の原因は？





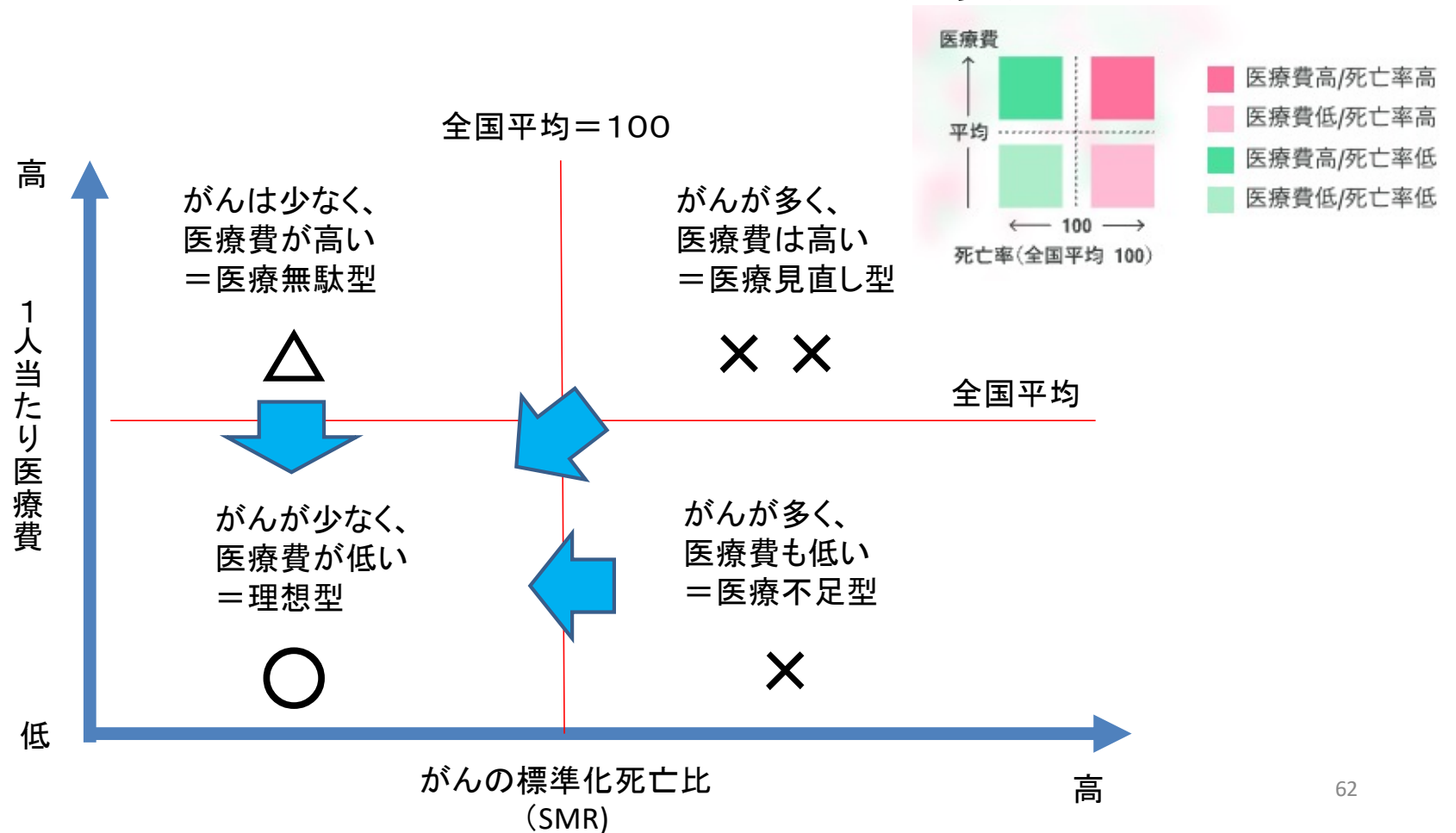
全市区町村を調べるには
日経ビジュアルデータ  で検索



特集：3大死因と医療費の地域格差

<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/health-expenditures-map/>

がんのSMR × 1人当たり医療費



がん調査から ①

札幌市 医療費

がん調査から ②

会津若松市 医療費

がん調査から ③

熊本市 医療費

がん調査から ④

長野・佐久市 医療費

[illegible]

全市区町村を調べるには
日経ビジュアルデータで検索

策として「たばこ対策」を盛り込み、本格的に取り組む方針を打ち出した。

全面禁煙進まず

たばこは10年に「公共施設が必要」と指摘し、「戦間保健の際にがん検査も受けるようになる」とも右効」として、市に積極的な対策を求めていくという。

（札幌支社 安藤健太郎）

和感を育えながら市販薬で粉をわけていたが3年前に

精

全日本医師会が「がん相談支援センター」を全国の医療機関に設置している

全市区町村を網べるには
日経ビジュアルデータRで検索

がんが多く、
 医療費は高い
 =医療見直し型
 × ×

全国

がんが多く、
 医療費も低い
 =医療不足型
 ×

全市区町村を調べるには
 日経ビジュアルデータで検索

だった薬種赤子は今年度は
 55億う千万円まで悪化する
 見通。20政令市で熊本市
 の薬種赤子額を上回るのは
 大阪市と、薬市のみだ。
 県全体も医療費は財政を
 圧迫している。医療の質を保ち
 ながらコストは削減する。
 どうやって両立させるかが
 大きな課題だ。
 （四部文社 伊藤仁士、
 秦明日香）

6月上旬、熊本大病院(熊本市)のスタッフは女性患者に優しく話しかけた。女性は婦人科がんの専門的治療を1年弱受けたが、

熊本市内の大病院は治療経過に沿って地域の医療機関と連携する流れを患者に分かるように示す「地域連携パス」に先駆的に取り組

研修会でバンドナを使った本場を習う保健指導員ら

全市区町村を調べるには
日経ビジュアルデータPで検索

五月に開催した「百日回日」の「病院祭」には2日間で住民約1万3千人が参加、健康チェックや医療体験などで医療者と触れ合った。同病院の西木寛・総合医療情報科長は「佐久市などでは死亡率が低い要因を探れば、日本のモデルをつくれるかもしれない」とみている。

（長野支局長 宮内直二）

〓この項おわり

予防医療の輪住民参加で

0地区の区長が計約700人を推薦。市が委嘱する。研修会で運動や食生活の知識を高め、各地区で保健師を補助する。初回となる研修会で古江課長補佐は「学役立っている」と話す。

精密検査未受診、発見阻む

なかった」と振り返る。

同市の男性は肝がんも全国平均より高い。がん患者を支援するNPO法人がんビデネットふくしま（福島市）の鈴木牧子理事長は、食

2014年の検査で云々と、同市は胃や大腸が全国

査の受診率は全国平均を回る。だが胃がんの場合、40〜69歳の男性ではレイト

ゲン撮影より精度の高い内

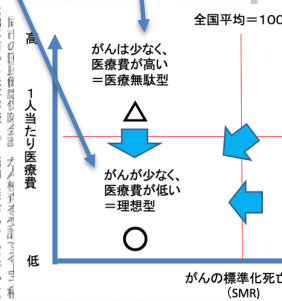
病院連携、コスト削減探る

熊本市内の大病院は治療経過に沿って地域の医療機関と連携する流れを患者に分かるように示す「地域速携パス」に先駆的に取り組

することで通院時間や診療の待ち時間を短縮できる。

熊本大病院の「私のカルテ」がん診療センターのコーディネーターはこう説明す

る。さらに「私のカルテで



けるなど、重
受診率向上の
いる。
る財源は限ら
療の質を保ち
は削減する。
立させるかが
伊藤仁士、
秦明日香)

厚労省未公表のデータを収集(2017年)
 →厚労省が全市区町村のデータを(こっそり)公表する(2018年)
 →後期高齢者医療制度の10年の増加分を取材 & 集計(2020年)

1人あたり医療費のランキング
 (17年度、被保険者が1万人以上の403自治体)

自治体	医療費(円)	増加額
1位 長崎市	130万2769	12万4544
2 高知市	127万9621	11万7006
3 福岡県大牟田市	124万4038	11万2025
4 札幌市	122万8258	4万8893
5 北九州市	121万9400	6万7005
6 北海道小樽市	121万5159	14万8801
7 福岡市	120万5757	1万6501
8 福岡県糸島市	119万1485	7万4823
9 北海道室蘭市	118万2830	13万5610
10 鹿児島市	116万3641	17万9523
...	...	...
394 新潟県上越市	73万901	▲1万2017
395 新潟県長岡市	72万2322	3万2350
396 岩手県北上市	71万8052	9万1243
397 宮城県登米市	71万1680	9万3295
398 新潟県新発田市	70万981	6万2654
399 新潟県佐渡市	70万729	3万8922
400 宮城県気仙沼市	69万6795	5万6370
401 岩手県一関市	68万6817	7万4146
402 秋田県大館市	68万2763	1万2842
403 新潟県十日町市	64万3558	▲1万5607

(注)増加額は各広域連合が把握している最も古い年度との差額。▲は減



1人あたり医療費のランキング
 (17年度、被保険者が1万人以上の403自治体)

自治体	医療費(円)	増加額
1位 長崎市	130万2769	12万4544
2 高知市	127万9621	11万7006
3 福岡県大牟田市	124万4038	11万2025
4 札幌市	122万8258	4万8893
5 北九州市	121万9400	6万7005
6 北海道小樽市	121万5159	14万8801
7 福岡市	120万5757	1万6501
8 福岡県糸島市	119万1485	7万4823
9 北海道室蘭市	118万2830	13万5610
10 鹿児島市	116万3641	17万9523

全国1741市区町村調査
病床多いほど高額

高齢者の増加に伴って、医療費の総額は増加傾向にある。その中でも、高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。特に、75歳以上の高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。これは、高齢者の医療費が高額であるためである。また、高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。これは、高齢者の医療費が高額であるためである。

高齢医療、膨らむ単価
1人あたり費用、半数で「10%超増加」

漂流する
社会保障
 NIKKEI Investigation

1人あたり医療費 75歳以上は92万2000円

1人あたり医療費は年齢によって異なる

年齢階級	1人あたり医療費(円)	増加額(円)	増加率(%)
0~14歳	16万3000	3000	1.9
15~44歳	12万3000	2000	1.9
45~64歳	28万2000	2000	0.8
65歳以上	73万8000	1万1000	1.5
75歳以上	92万2000	1万2000	1.3

(注)増加率・率は前年度比
 (出所)厚生労働省「国民医療費」(2017年度)

▽1人あたりの医療費は年齢によって異なる。75歳以上の高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。これは、高齢者の医療費が高額であるためである。また、高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。これは、高齢者の医療費が高額であるためである。

高齢者の増加に伴って、医療費の総額は増加傾向にある。その中でも、高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。特に、75歳以上の高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。これは、高齢者の医療費が高額であるためである。また、高齢者の医療費は、全体の医療費に占める割合が大きい。これは、高齢者の医療費が高額であるためである。

2020年1月14日付
 日経新聞朝刊1面

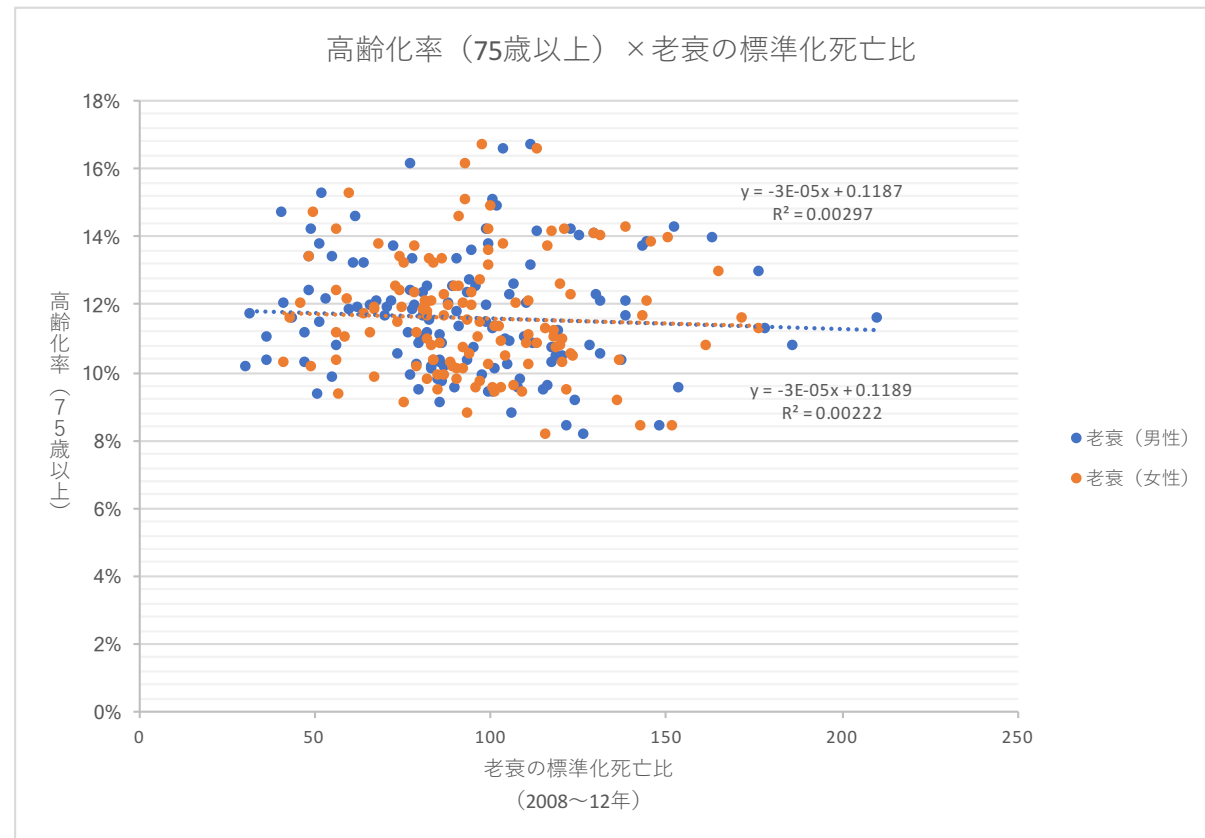
がん、心疾患、脳卒中の3大死因に加え
「老衰」に注目

死因年次推移分類別の死亡数
(実数、1898～2023年)

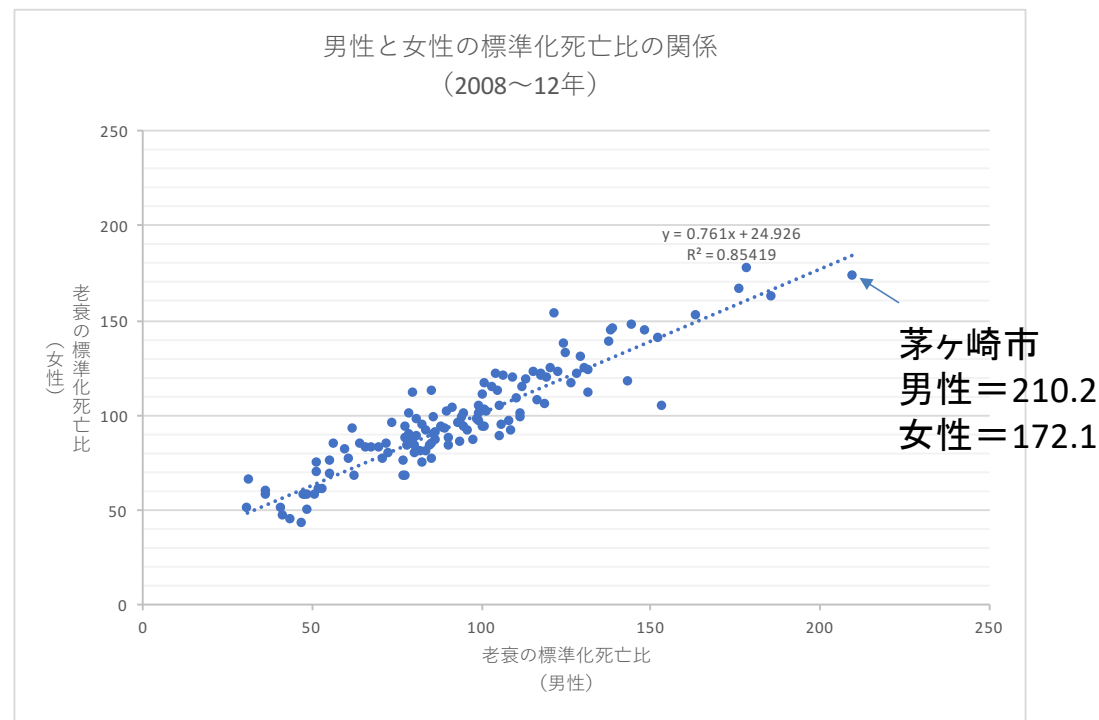


高齢化率が高ければ 老衰が増えるわけではない

各点は人口20万人以上の
市町村

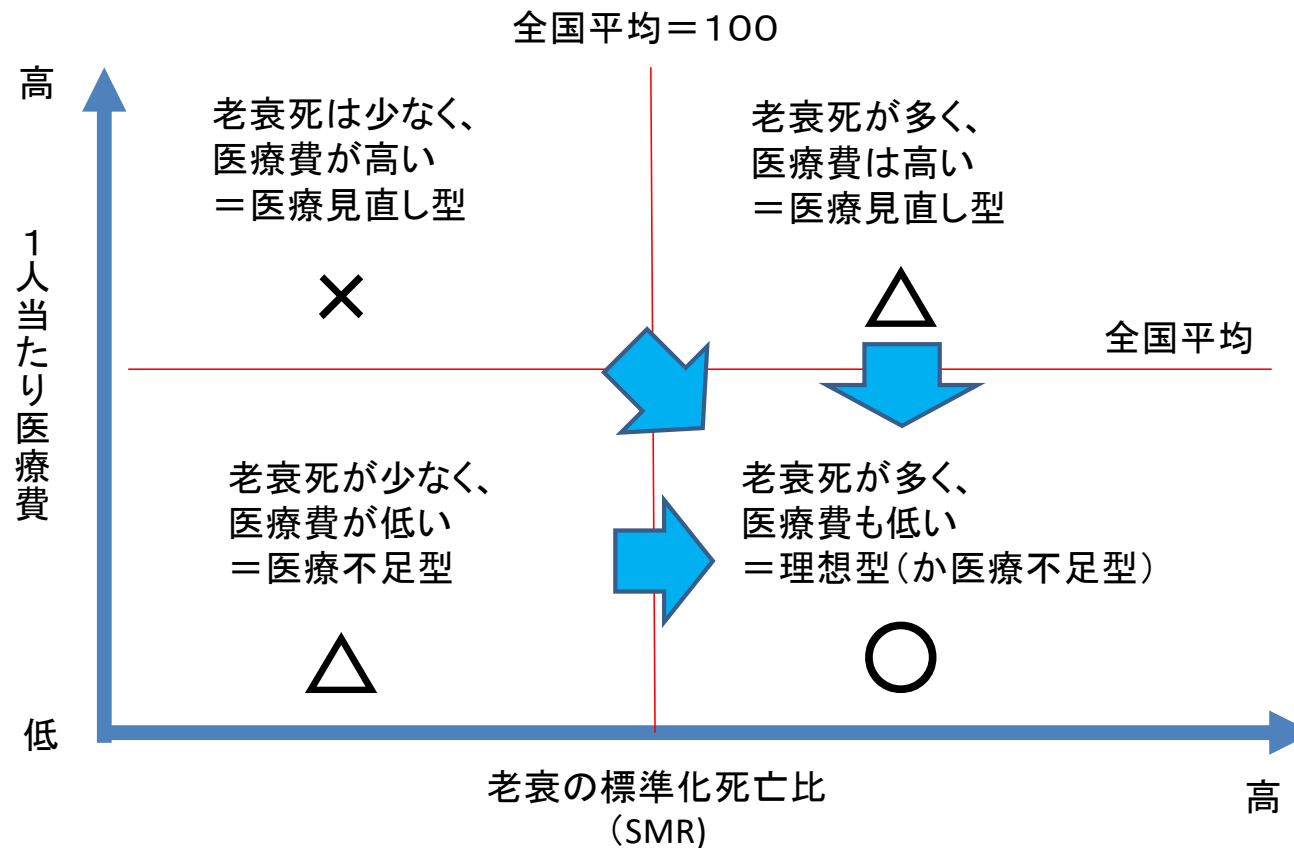


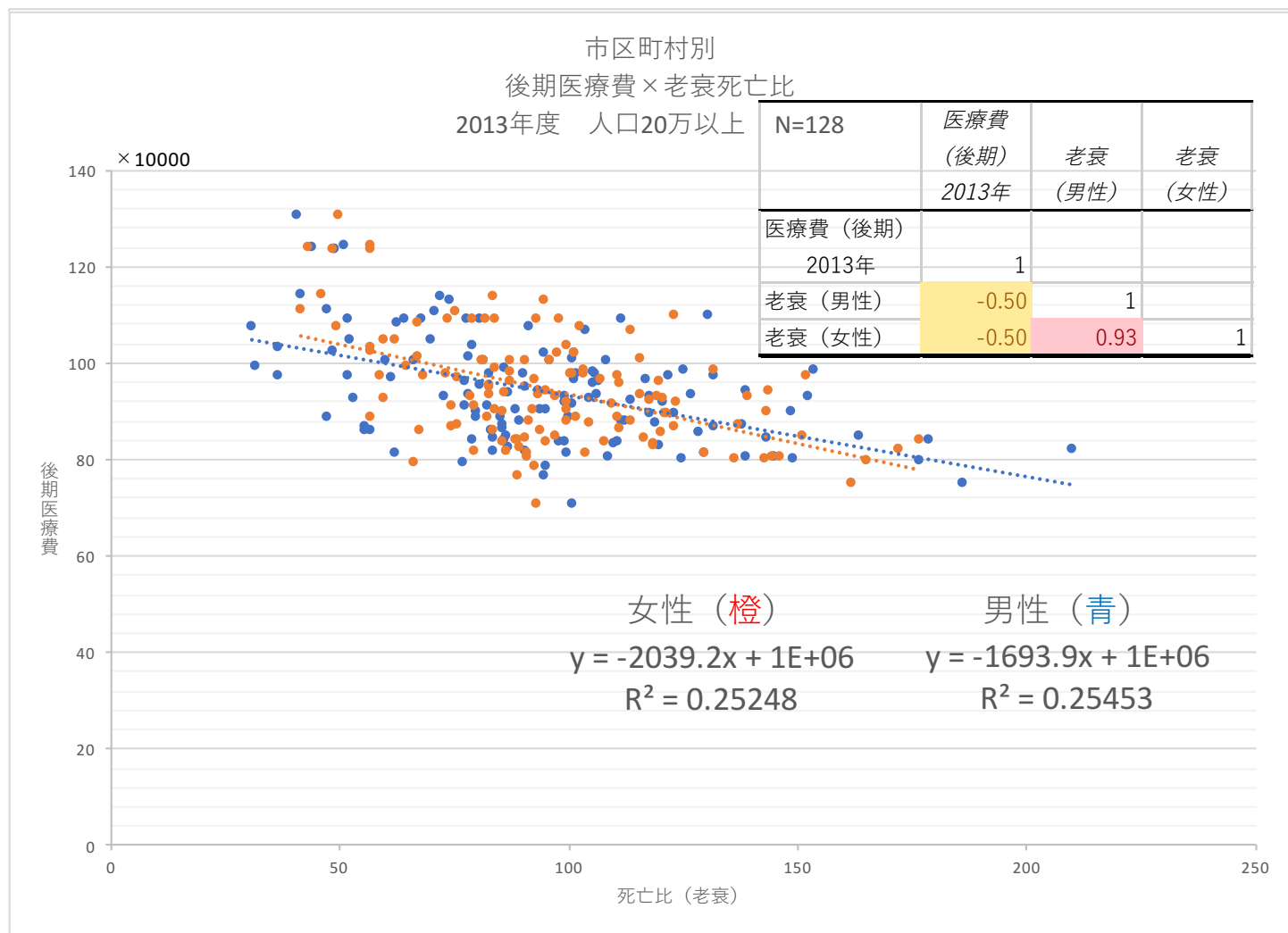
男性高いと女性も高い →同じ市区では同じ傾向



→地域の医療機関の体制？診断？の違い？

老衰のSMR × 1人当たり医療費





老衰多いと医療費低く

男性最多の茅ヶ崎市平均より14万円

老衰（3歳以上の死亡）を前年より増えた人が多く、自治体は高齢者の1人当たりの医療費が低くなる傾向があることが、日本経済新聞社の調査で分かった。男性の老衰が多ければ、医療費が低くなる傾向があることが、日本経済新聞社の調査で分かった。男性の老衰が多ければ、医療費が低くなる傾向があることが、日本経済新聞社の調査で分かった。

介護費も増えず

老衰の死亡率(男性)の上位8位と下位8位
(全国平均:死亡率=100、医療費=約93万2千円)

上位	自治体	老衰の死亡率	後期高齢者の1人当たり医療費(年間)
1	茅ヶ崎市(神奈川県)	210.2	792,089円
2	市原市(千葉県)	186.3	739,809円
3	四日市市(三重県)	178.7	825,860円
4	浜松市(静岡県)	176.7	776,907円
5	横浜質市(神奈川県)	163.8	810,282円
6	渋谷区(東京都)	153.8	937,147円
7	いわき市(福島県)	152.6	925,649円
8	豊田(愛知県)	148.8	861,657円

下位	1	茨木市(大阪府)	30.9	1,066,621円
	2	鎌倉市(神奈川県)	31.9	991,669円
	3	枚方市(大阪府)	36.7	951,947円
	4	取田(大阪府)	36.7	1,019,148円
	5	長崎(長崎県)	40.9	1,267,522円
	6	鹿児島市(鹿児島県)	41.8	1,132,314円
	7	札幌市(北海道)	44.2	1,219,074円
	8	那覇市(沖縄県)	47.4	1,095,030円

人口20万人以上の自治体で最も多いのは、茅ヶ崎市で、死亡率は210.2と、全国平均の2倍を超えている。医療費は79万2千円と、全国平均の約8割に留まっている。一方、下位の自治体では、死亡率が30.9と、全国平均の約3割に留まっている。医療費は106万6千円と、全国平均の約1.1倍に達している。

75歳以上 本社調査

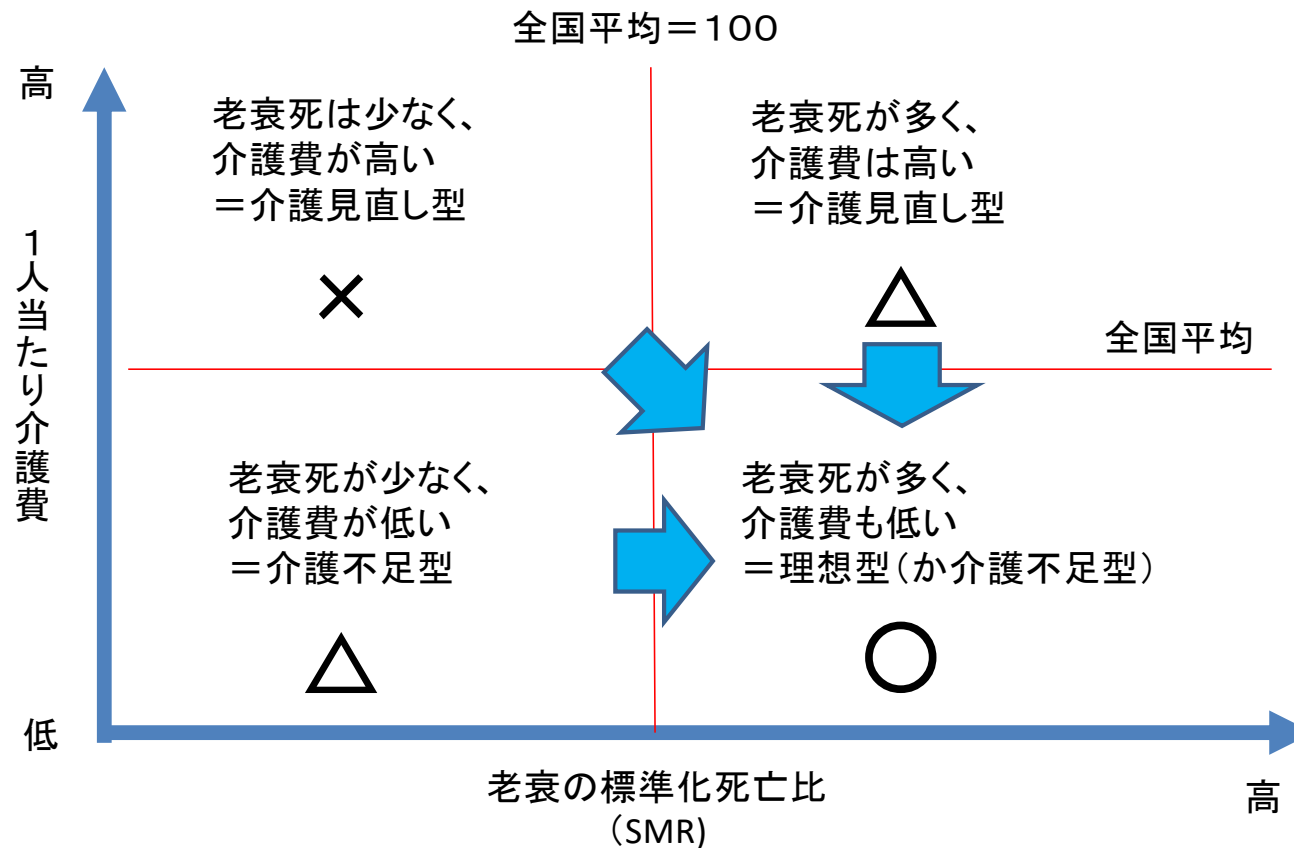
調査の概要 日本経済新聞社が独自に入手した市区町村別の75歳以上の人口と医療費(年間)の1人当たり医療費を公表している。2008～12年の期間で、茅ヶ崎市は最も高い。人口が少ない自治体では、医療費が低くなる傾向がある。人口が多い自治体では、医療費が高くなる傾向がある。

老衰の多い自治体では、医療費が低くなる傾向がある。これは、老衰の多い自治体では、医療費が低くなる傾向がある。これは、老衰の多い自治体では、医療費が低くなる傾向がある。これは、老衰の多い自治体では、医療費が低くなる傾向がある。

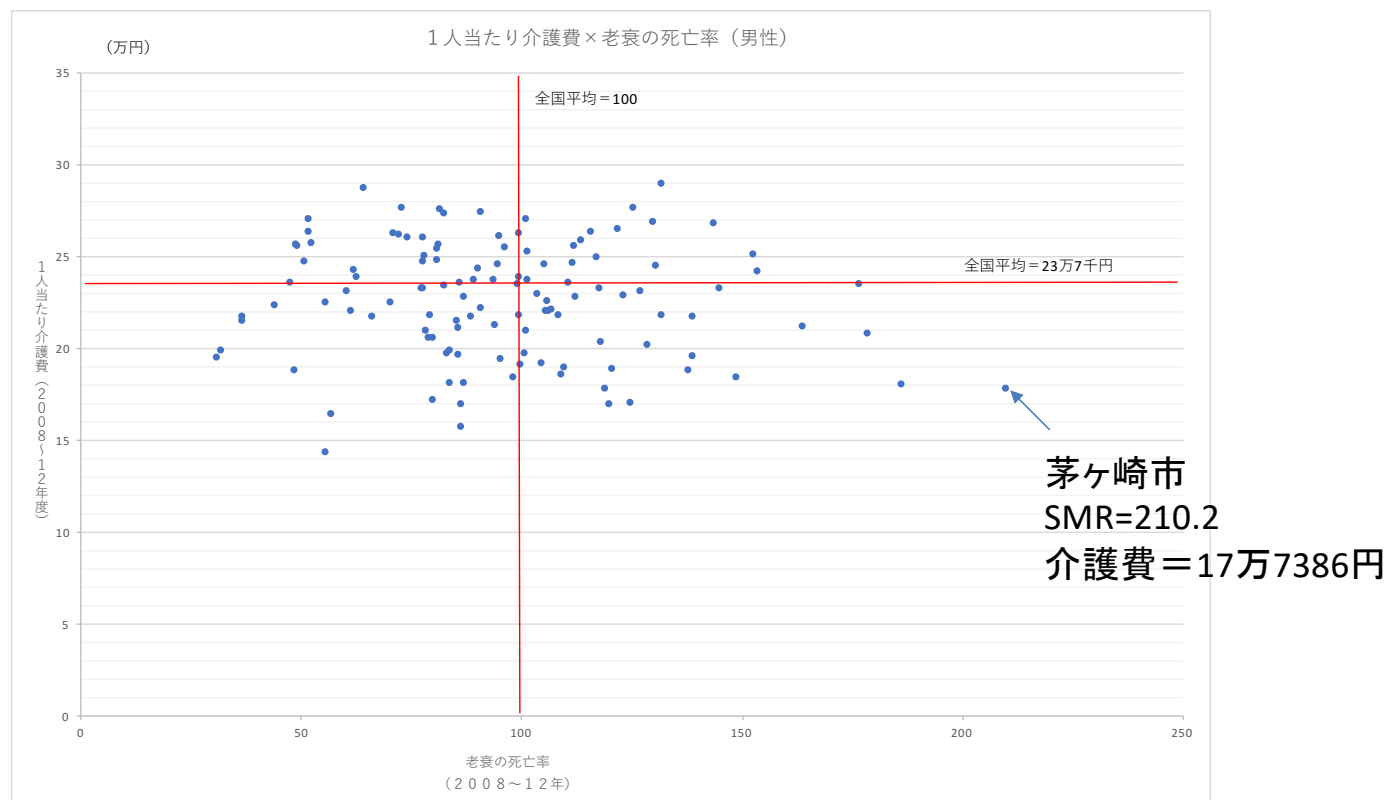
2017年12月25日付
日経新聞朝刊1面

2008～12年のデータ

老衰のSMR × 1人当たり介護費



老衰死(男性) × 介護費 → 相関なし？



「老衰」の地域格差

データでみる あなたの市区町村は？

「大往生」と言われる老衰死。日本経済新聞社が 2008～12 年に「老衰」と診断されて亡くなった人の割合を比較したところ、大きな格差があることが分かった。日経電子版ビジュアルデータ「全国市区町村マップ」で、自分が住んでいる国の実態を見てみよう。

死亡率格差は男性 6.8 倍、女性 4.3 倍

全市区町村マップで人口 20 万人以上の約 130 市区を比較すると、老衰死の市区間の格差は男性で最大 6.8 倍、女性で 4.3 倍に上った。

男性で老衰死の割合が最も高いのは神奈川県茅ヶ崎市だ。全国平均の基準値を「100」とした老衰の死亡率は 210.2 で、2.1 倍多い。1 人当たり医療費でみると 35 万 5074 円で、全国平均より約 5 万円低い。今回の調査では同市の後期高齢者 1 人当たり医療費は約 79 万 2 千円で、全国平均より 14 万円低かった。

もし全国約 1740 の市区町村が茅ヶ崎市と同じ医療費ならば国全体で 2 兆 3 千億円の医療費が減る計算になる。健康長寿社会を実現して老衰死が増えれば、程やかに歳相を遊べられるだけでなく、医療・介護費の適正化にもつながる。

老衰死の多い市区（左：男性 / 右：女性 全国平均＝100）

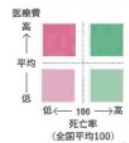


神奈川県 茅ヶ崎市

人口 (2015年)	239,348
一人当たり医療費	355,074
医療費全国平均	404,056
老衰死亡率	男性 210.2 女性 172.1



全市区町村マップで日本全体を見てみると、長寿県で知られる長野県を含む中部・東海地方は老衰死が多く、医療費は低い傾向が分かる。特に九州地方では老衰死が少なく、医療費が高い自治体が多い傾向も浮かび上がる。人口が少ない自治体は厚生労働省が老衰死の割合を公表していないため、マップでは凡例のように色分けしていない。



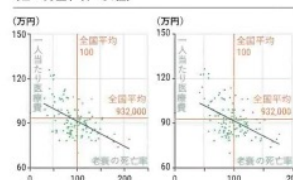
老衰

男性

老衰死多いほど医療費低く

老衰は年齢の規定はないものの、ほぼ 75 歳以上の後期高齢者だ。独自に入手した後期高齢者の 1 人当たり医療費と、老衰死の死亡率を比較すると、男性も女性も、老衰死で亡くなる人の割合が多いほど医療費は低い傾向があった。老衰死の割合は 75 歳以上の高齢者の割合とは関係性がなかったが、全体として男性の老衰死の死亡率が高い市区では、女性も高い相関があった。健康な高齢者の割合の多さや周辺の医療機関の対応の違いが影響しているとみられる。

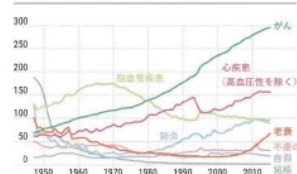
後期高齢者 1 人当たり医療費 × 老衰の死亡率 (左：男性 / 右：女性)



老衰死は 2000 年以降増加 5 番目の死因に

老衰死は高齢者の増加に伴い、2000 年以降は増加しており、現在はがん、心疾患、肺炎、脳血管疾患に次ぐ 5 番目の死因になっている。死因としての老衰は、厚生労働省の「死亡診断書記入マニュアル」で「高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死」と定義している。医師が医学的な因果関係から直接の死因かどうか判断して記入している。

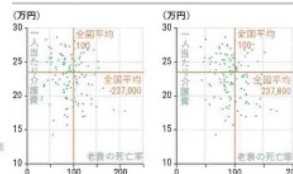
日本人の主要死因の年次推移 (厚生労働省「人口動態統計」を基に作成)



老衰死増えても介護費は増えず

老衰で亡くなる人が多いと、介護費が増える可能性がある。このため市区別の死亡率と、1 人当たり介護給付費を比べてが関係性はなかった。介護費は最も高い愛知県松山市の約 28 万 9 千円から最も低い埼玉県越谷市の約 14 万 2 千円までばらついていて、全体として介護費が増える傾向はなかった。

1 人当たり介護費 × 老衰の死亡率 (左：男性 / 右：女性)



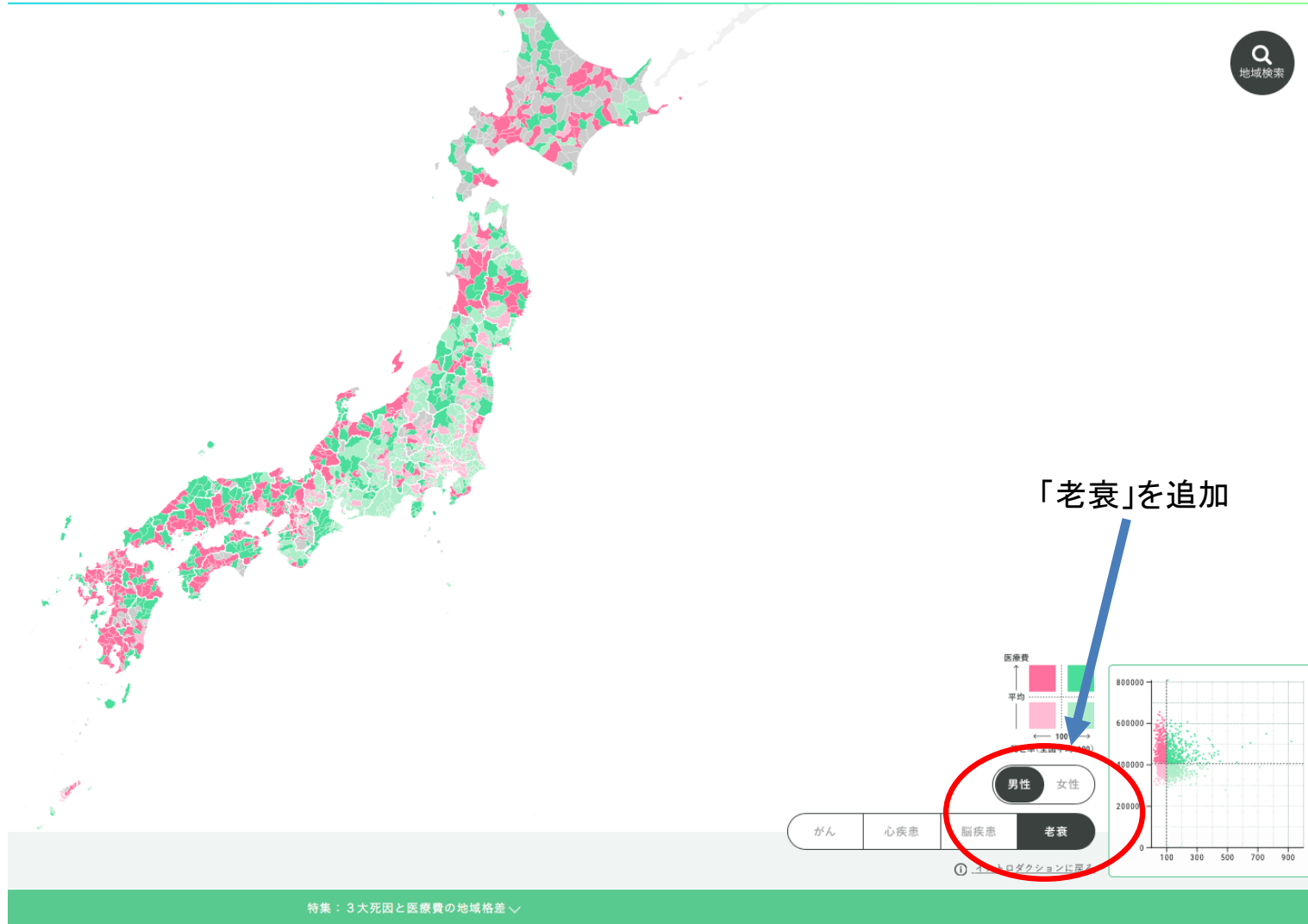
健康長寿でコストも抑制する政策を

国全体の医療費は 30 年前の 1985 年は約 16 兆円だったが、膨張し続けており、2015 年度は約 42 兆 4 千億円に達した。この間に人口はほぼ横ばいだったため 1 人当たりの医療費は 2.5 倍に増えたことになる。増加した要因を分析した慶応大学の印南一路教授らの試算によると、増加分の半分は高齢化の影響だったが、残りは医療技術の進歩によるコストの上昇などが影響しているという。この間に国内総生産 (GDP) は 1.6 倍しか増えておらず、保険料のほか、税金を投入しているため国の財政を圧迫している。

健康長寿で老衰死が増えれば、医療費の伸びを抑えられ、介護費も増加しない可能性がある。現在、日本の財政の 3 分の 1 は将来世代への借金で支えられている。日経電子版ビジュアルデータ「全国市区町村マップ」を使って、市区町村別に 1 人当たりの医療費と、「がん」「心臓病」「脳卒中」、そして「老衰」の死亡率の格差が生じている分析をして医療や介護のコストを抑える政策こそが将来世代に借金のツケを回さないために不可欠だ。

1 人当たり医療費と 総人口・GDP の伸び率 (倍) (1985 年を「1」として比較)





神奈川県
茅ヶ崎市人口(2015年国勢調査) **239,348**75歳以上の人口割合(%) **11.5**一人当たり医療費(円) **355,074**
医療費全国平均 404,056

疾患別死亡率 基準値 100

男性 女性

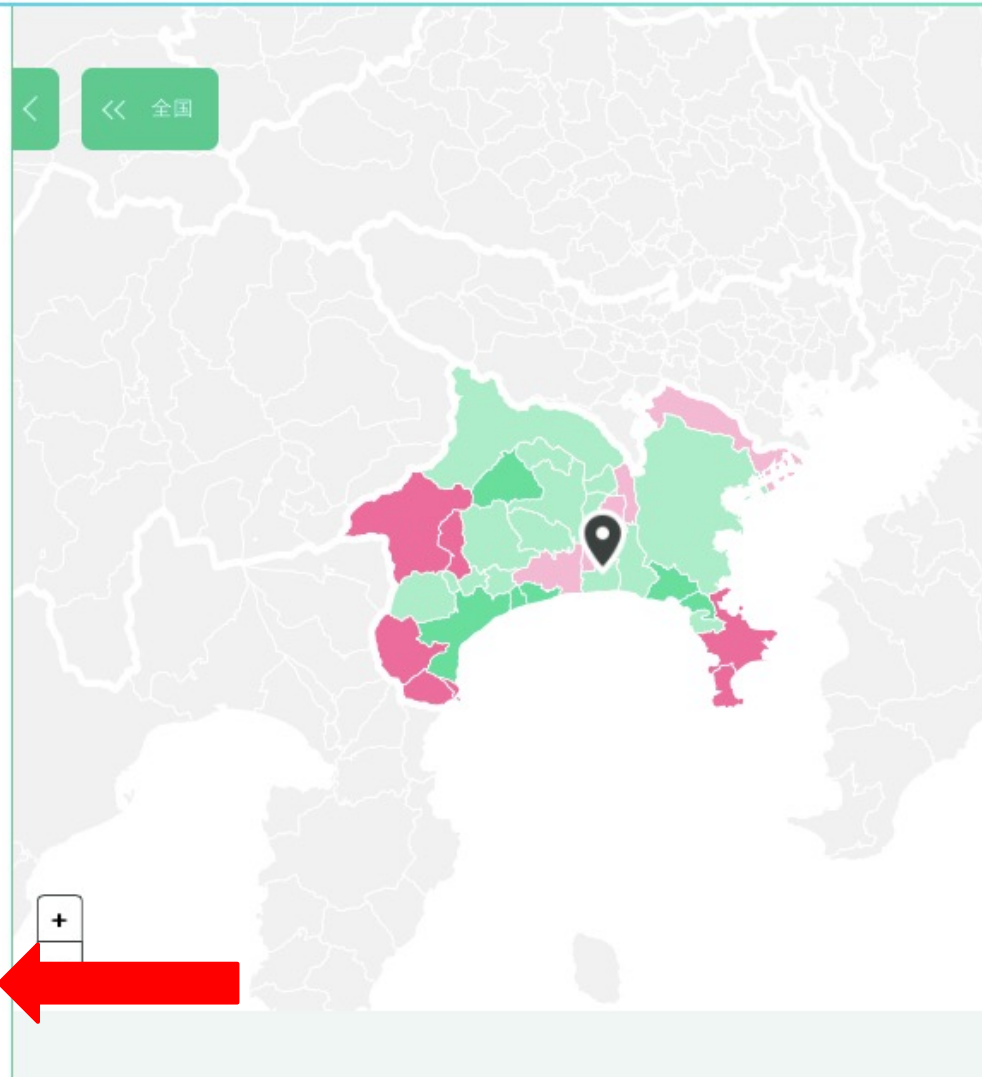
がん **91.9** **96.7**

胃がん 94.5 89.7

肺がん 88.8 97.9

大腸がん 89.4 94.3

肝がん 60.0 71.1

心筋梗塞 **70.4** **62.5**脳梗塞 **90.9** **90.1****老衰 210.2 172.1**

茅ヶ崎市を取材すると…

- ・転倒予防教室を県内29カ所で開催
- ・各月1回のため自転車で週4回以上受けるため転戦する女性（76）も！

- ・平坦な土地で狭い路地多く
→自転車・徒歩で移動する高齢者多く

- ・「昔から住んでいる人多く、祭りなど地域社会のつながりが強い」
=「**Social Capitalが強い地域は健康長寿**」
イチロー・カワチ 米ハーバード大教授
(社会疫学=パブリックヘルス)

- ・在宅療養支援診療所の人口当たり施設数は
県内トップ（全国平均の1.7倍）

- ・多職種連携を強化、高齢者の未受診率低い
=「**かかりつけ医のいない高齢者少ない**」
(地元医師会幹部)

- ・市国保は健診や医療費を詳細に分析

→生活習慣病対策も重点的に
「財源に限り、優先する対策の検討が不可欠」
(担当者)

2017年12月25日付
日経新聞朝刊社会面

転倒しない体づくり

日本経済新聞社の調査で、人口20万人以上の市区で老死の割合が男性でトップ、女性で番目に高かった神奈川県茅ヶ崎市。健康長寿を支える取り組みを探った。（1面参照）

地域とのつながり

教室はの委託事業。参加者は男女や五十歳を差出し、手、足を同時に動かす「脳トレ運動」で体を温め、全身を入念にストレッチ。市独自の「おがき体操」で大きく体を動かす。最後は高齢者でもやりやすいスクワットや腹筋などを実践しながら学ぶ。転んで寝たきり状態になる高齢者は少ない。磯川さんは「脳を働かせ、体幹などを鍛える

医師や介護職連携

ことが転倒予防につながると勧める。市街地では自転車や徒歩で移動する高齢者を多く見かける。地元の男性はタクシー運転手の男性は「平坦な土地が多く、教授（社会疫学）は指摘車で通れない路地も多い。母親は80歳。夏祭りなど、周囲への信頼感が低く、母も近所付き合いが1・7倍多く、国内約



「転倒予防教室」では全身を使った運動を実践しながら学ぶ（神奈川県茅ヶ崎市）

200地域も同様の結果が出たという。高齢になれば医療を必要とする機会が増える。茅ヶ崎市医師会在宅医療委員会の菅原一朗委員長は「24時間態勢の往診から在宅のみ対応にする診療所は人口当たりで県内トップ」を胸を張る。市はかかりつけ医、看護、介護職など多職種が集まる研修を開催し、や老老介護の高齢者の情報交換し、かかりつけ医のいない高齢者が少ないという。菅原委員長は「体が衰えても自宅最期を迎えたい」という高齢者が増えている。この関係の大切さを説く。市が運営する国民健康保険が力を入れるのは、1タの活用。企業に委託

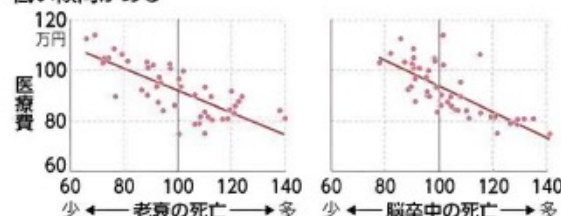
長生きの秘訣 運動・絆・医療

高齢化の進展で膨張が続く医療費。高齢者の幸福を追求しながらかつて医療費を抑えていくのが大きな課題になっている。社会保障のデータを讀み解くと、脳卒中を減らしながらか大往生となる老衰を増やす対策が重要となることが見えてきた。神奈川、愛知など地域ぐるみの取り組みが一つのモデルとなる。（関連記事を地域経済面に）

国民医療費は2018年度は43兆4千億円で、10年で8兆円余り増えた。後期高齢者医療制度（3面きょうのこと）への対象となる原則75歳以上の医療費は4割を占め、年代別で1人当たり医療費は92万6千円と最も高い。保険料以外に公費を投入し、国や都道府県の財政を圧迫する。政府は現役世代の負担軽減のため75歳以上の医療費の窓口負担を1割から2割に増やす法案を今国会に提出したが、医療費の適正化も不可欠だ。

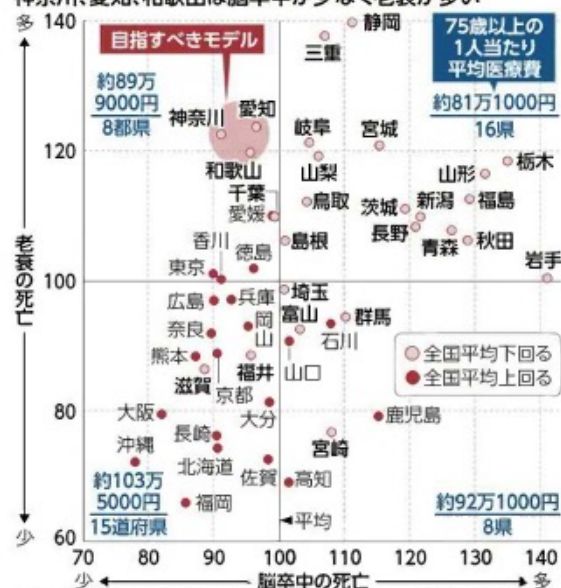
日本経済新聞は4都道府県、全市区町村について75歳以上の1人当たり医療費（年齢調整済み）、死因別の死亡数、健康や医療・介護に関わ

老衰と脳卒中で亡くなる人が多い県は医療費が低い傾向がある



(注)各都道府県の女性を対象。医療費は75歳以上1人当たり(2018年度)。
死亡は2013～17年の死亡数合計で、全国平均を100とした比率

神奈川、愛知、和歌山は脳卒中が少なく老衰が多い



(注)死亡数は2013～17年の合計で、全国平均を100とした比率。厚生労働省が男女別に算出しており、平均寿命の長い女性を対象とした。男性も同様の傾向

大往生 医療費抑える

「じつと家にはいないことが健康長寿の秘訣」。老衰が全国平均より男女とも1・4倍程度多い神奈川県茅ヶ崎市に住む90代の男性は笑う。同市は75歳以上の医療費が全国平均より約13万円低い。

老衰死は高齢者で死亡の原因となる病気がなく、寿命を因とする例となる。都道府県別の散布図で横軸に縦軸で亡くなる人の多さ、縦軸に老衰で亡くなる人の多さを取るのと、左上が「脳卒中が少なく老衰が多い」「目指すべき地域」と言える。男女とも神奈川県、愛知、和歌山が左上に入り、75歳以上の一人当たり医療費は全国平均より低い。

長期入院が増えるからだ。さらに75歳以上が1万人以上の407市町を分析すると、多くは死因で老衰と脳卒中も多しと医療費が少ない傾向がある。長野県は平均寿命が長く医療費が少ない。だが老衰と脳卒中に脳卒中も多い。最も医療費が低い岩手県のほか、静岡県、三重の各県も同じ傾向だ。突然死は医療費が少ないが、望ましい死とは言にくい。

る約100項目のデータを分析した。医療費が最も低い岩手県は74万6千円、最も高い高知県は113万7千円で約40万円の開きがある。格差が課題が見えてくる。

全国で格差最大40万円

モデルは神奈川、愛知、和歌山

スマートフォンでQRコードを読み込むと、電子版ビジネスユアルディング「ふるさとクリック」をご覧いただけます。

医療費は高知に次ぐ一番目で、在宅医療のあり方が課題だ。医療費が低い地域は高齢者の就業率が高く、保健所などの保健師が多い傾向もある。高齢者の働く環境を整え、地域ぐるみで健康を管理することが突然死を減らし医療費も抑え、老衰による最期を迎える高齢者が増える「大往生社会」に近づくカギとなる。

（社会保障エディター 前村

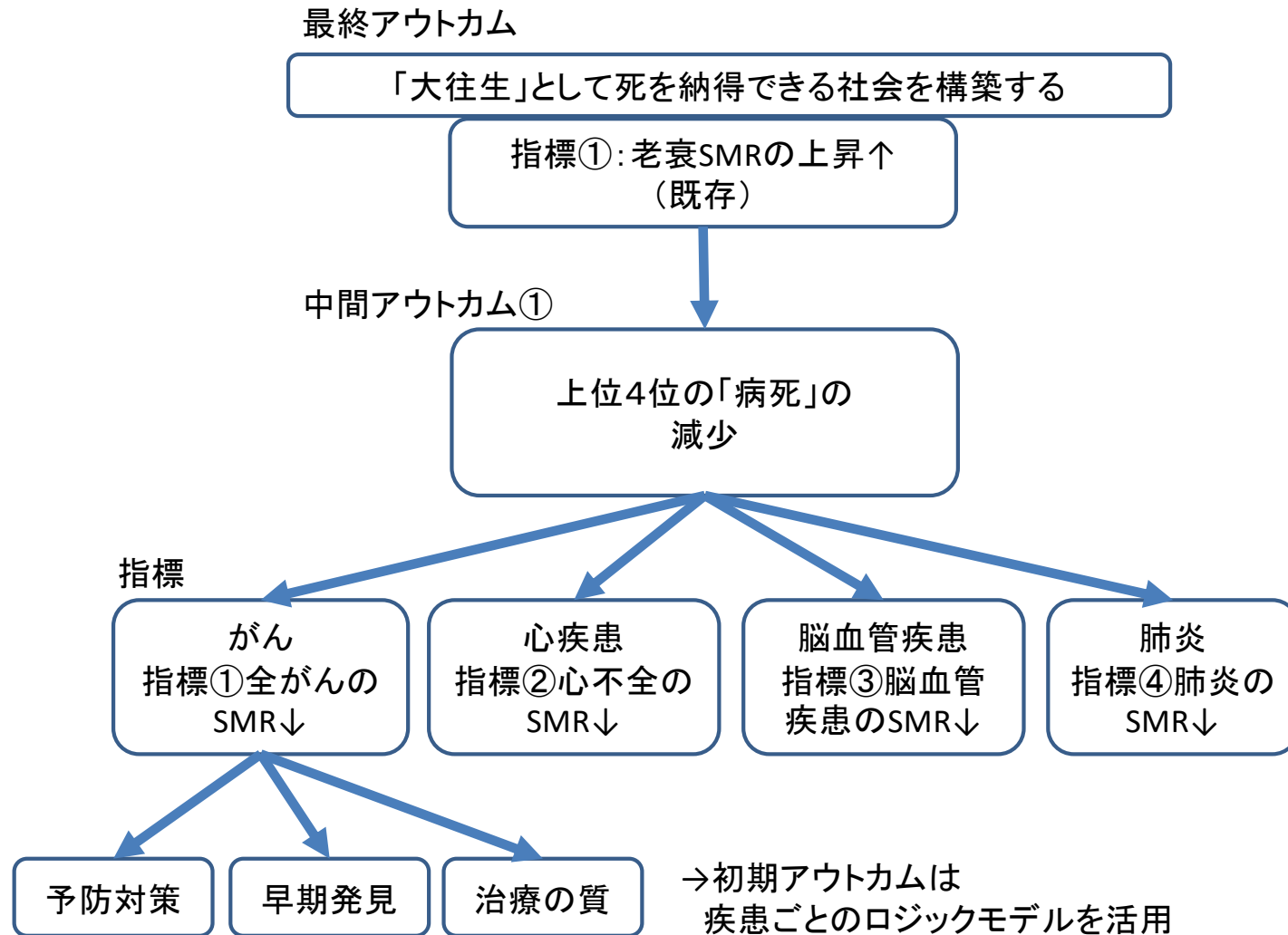
老衰が全国平均より多い。豊田市では中学校区ごとに保健師を配置。健康チェックを分析し、野菜を多く使う料理法を教室やラジオ体操などを展開した結果、野菜摂取量は増え、血圧の平均値も低下した。

高知県は老衰が少ない。病床数は全国最多で、最も医療費を費やしながら健康長寿につながっている。福岡県は脳卒中、老衰ともに少ない。

は9割で、在宅医療を支える診療所が多い。日常生活の延長で自宅などでとる体制が根付いている。同じ湘南地域の藤沢市も老衰は多く医療費も10万円超低い。湘南地域は高齢社会のモデルになる。愛知は県内市町村の8割で

2013～17年のデータを集計（5年後）

2021年5月22日付
日経新聞朝刊1面



最終アウトカム

「大往生」として死を納得できる社会を構築する

指標②: 本人・家族の「大往生満足度」の向上
(新規)

中間アウトカム②

在宅・施設死亡の増加

指標

指標①

在宅死亡率↑

指標②

施設死亡率↑

初期アウトカム①

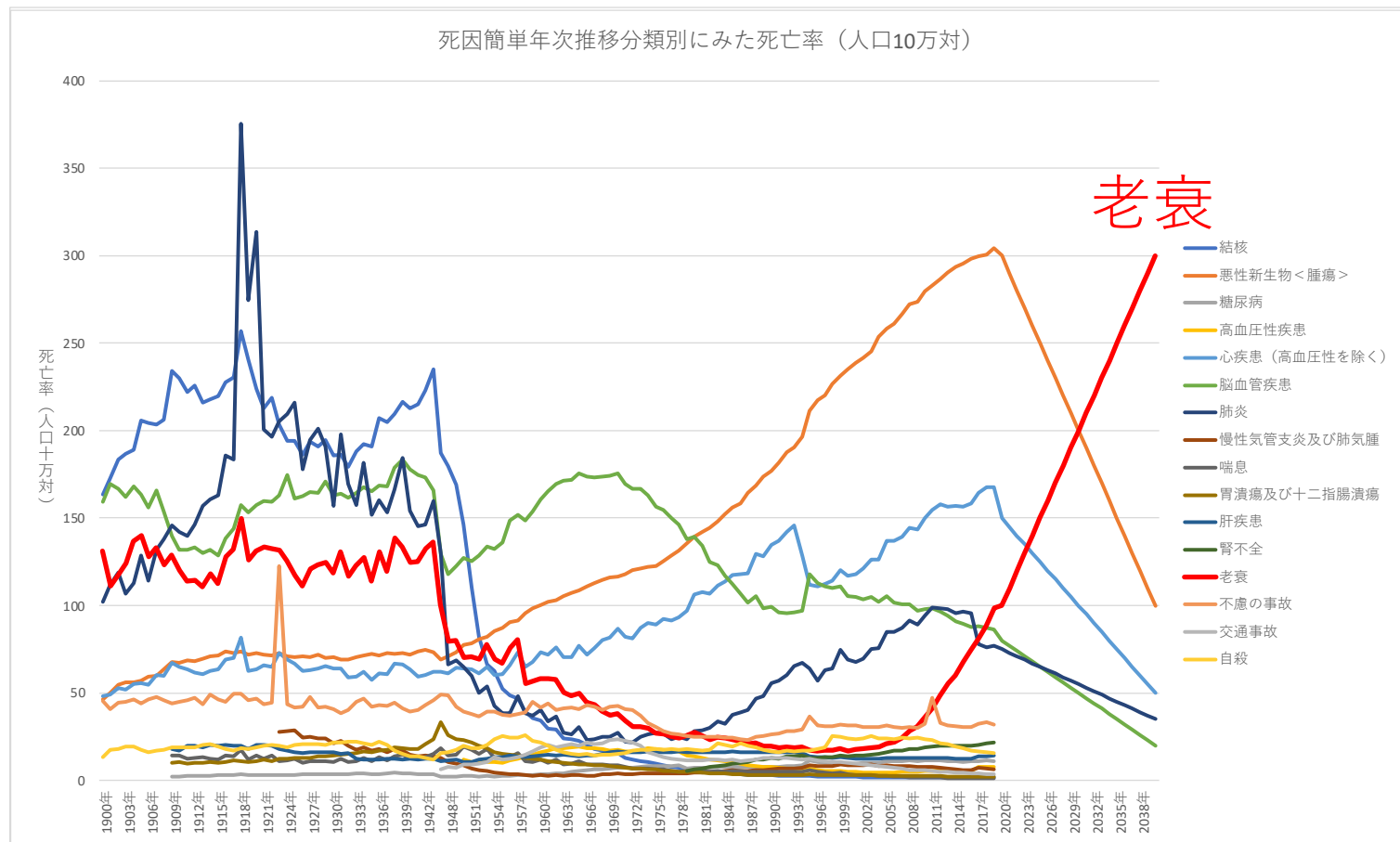
在宅・施設の療養支援を
強化する

指標

指標①

75歳以上人口当たりの在
宅療養支援診療所↑

2040年までに老衰が死因トップ (イメージ)



医療・介護の体制違い響く

認知症で精神病床に入院した患者のうちベッドなどに拘束する指示が出ている割合が都道府県間で最大18倍の格差がある。最多の山形県は16・7％で、最少の岡山県は0・9％だった。認知症の入院患者は増えており、身体拘束の最少化に取り組む病院もある中、対応の違いが浮き彫りになった。

厚生労働省の「精神保健福祉法」によると、2022年6月30日時点で精神科病院や一般病院の精神病床に認知症で入院している患者は7万2929人。調査を始めた1998年に比べて1・5倍に増えた。精神病床の全入院患者の3割弱を占め、統合失調症（約13万人）に次いで多い。

調査には精神病床がある全国約1600病院のうち、1545病院が回答。認知症患者に対して身体的拘束指示が出ているのは4677人（6・4％）に上る。

拘束指示数は20年まで統合失調症が最も多かったが、21年以降は認知症が最多になっている。日本経済新聞は都道府県別に拘束指示率を集計した。認知症で最も多いのは山形県で11・53人（16・7％）、最少の岡山県は0・93人（1・3％）に下った。

調査には精神病床がある全国約1600病院のうち、1545病院が回答。認知症患者に対して身体的拘束指示が出ているのは4677人（6・4％）に上る。

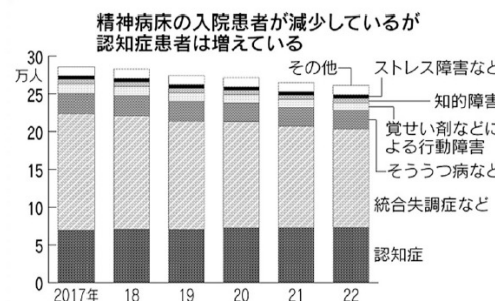
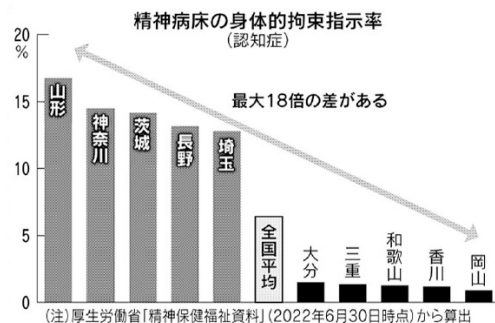
拘束指示率は20年まで統合失調症が最も多かったが、21年以降は認知症が最多になっている。日本経済新聞は都道府県別に拘束指示率を集計した。認知症で最も多いのは山形県で11・53人（16・7％）、最少の岡山県は0・93人（1・3％）に下った。

最も少ないのは岡山県で1330人中12人（0・9％）だった。岡山県には18倍の格差がある。「悪くなつてどうにもならなくなつてから大学病院を受診する方が多い」という印象がある。2月に開催された山形県認知症施策推進協議会で、座長の太田康之・山形大学教授（脳神経内科）は指摘した。太田氏は20年3月まで拘束指示率が最少の岡山県の大学病院に勤務しており、両県の差を実感した発言だった。同協議会委員で、認知症のひと家族の会（本部・京都市）山形支部世話人代表、五十嵐元徳さん（65）は「3世代同居の家庭が多く、認知症と診断されても家族だけで介護しようとする傾向がある。適切な支援や介護サービスの利用が遅れてしまっているかもしれない」。

い」と危惧する。岡山県は高齢者が長期入院できる療養病床が少なく、点滴などが必要な認知症患者が精神病床に入院することも多いとみられ、チューブを抜かないようにミトン（指が分かれていない手袋）をつけることも多いという。拘束指示率が最少の岡山県は認知症を含め精神疾患患者の身体拘束ゼロに積極的に取り組む。孤立しがちな患者家族に多職種が連携して訪問する事業にも力を入れる。県は「拘束指示率が低い要因は分からない」とするが、「こうした取り組みが全国最少につながっている可能性がある」とする。

岡山県は1・3％で、和歌山県は1・3％で、岡山、香川に次いで低い。鍵付きの個室となる保護室への隔離率が12・7％で全国で最も高く、県が拘束指示の前に隔離を（社会保障エディター 前村聡）

認知症の身体拘束に地域差



身体的拘束が認められる要件

- 身体的拘束以外に代替方法がない場合
- ①自殺企図または自傷行為が著しく切迫している場合
②多動または不穏が顕著である場合
③上記のほか、精神障害のために放置すれば患者の生命に危険が及ぶ恐れがある場合
- 精神保健指定医が直接診察し、身体的拘束が必要と認めた場合

→ (1)～(3)がすべて満たされていること

（注）身体的拘束＝精神保健福祉法に基づく行動制限で、衣類または綿入り帯などを使用して、一時的に身体を拘束し、運動を制限すること

本人・家族も理解必要

精神科病院の先駆けとなった東京都立松沢病院（東京・世田谷）は民間病院から緊急度が高い患者も入院する中、身体的拘束を多用していた。だが現在は認知症を含めた精神疾患の身体的拘束を9割以上減らした。12年に院長に就任して改革に取り組んだ齋藤正彦名誉院長は「身体的拘束は治療者側の論理で正しい」と話している。

認知症の身体拘束率、地域差18倍 精神病床で山形最多

健康・医療 **フォロー済み**

2023年8月4日 9:00 | 会員限定記事

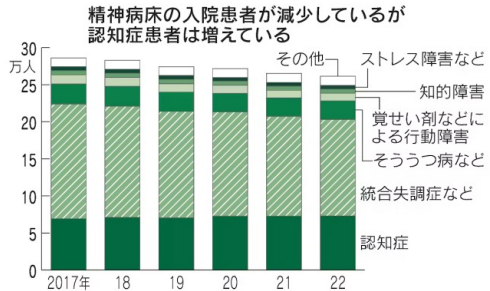
保存 共有



患者が自由に動けないようにするミトンとマグネット式拘束具=東京都立松沢病院提供

認知症で精神病床に入院した患者のうちベッドなどに拘束する指示が出ている割合が都道府県間で最大18倍の格差がある。最多の山形県は16.7%で最少の岡山県は0.9%だった。認知症の入院患者は増えており、身体拘束の最少化に取り組む病院もある中、対応の違いが浮き彫りになった。

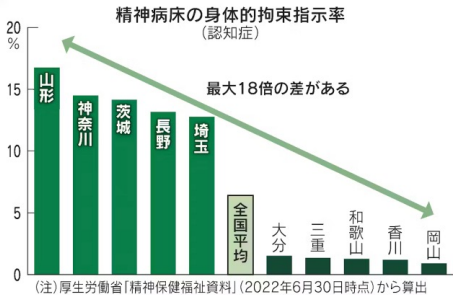
厚生労働省の「精神保健福祉資料」によると、2022年6月30日時点で精神科病院や一般病院の精神病床に認知症で入院している患者は7万2929人。調査を始めた1998年に比べて1.5倍に増えた。精神病床の全入院患者の3割弱を占め、統合失調症（約13万人）に次いで多い。



調査には精神病床がある全国約1600病院のうち、1545病院が回答。認知症患者に対して身体的拘束指示が出ているのは4677人（6.4%）に上る。

拘束指示数は20年まで統合失調症が最も多かったが、21年以降は認知症が最多になっている。

日本経済新聞は都道府県別に拘束指示率を集計した。認知症で最も多いのは山形県で1153人中193人（16.7%）。最も少ないのは岡山県で1330人中12人（0.9%）だった。両県には18倍の格差がある。



「悪くなってどうにもならなくなってから大学病院を受診する方が多いという印象がある」。2月に開催された山形県認知症施策推進協議会で、座長の太田康之・山形大学教授（脳神経内科）は指摘した。太田氏は20年3月まで拘束指示率が最少の岡山県の大学病院に勤務しており、両県の差を実感した発言だった。

同協議会委員で、認知症の人と家族の会（本部・京都市）山形県支部世話人代表、五十嵐元徳さん（65）は「3世代同居の家庭が多く、認知症と診断されても家族だけで介護しようとする傾向がある。適切な支援や介護サービスの利用が遅れてしまっているかもしれない」と危惧する。

同県は高齢者が長期入院できる療養病床が少ない。点滴などが必要な認知症患者が精神病床に入院すること多いとみられ、チューブを抜かないようにミトン（指が分かれていない手袋）をつけることも多いという。

拘束指示率が最少の岡山県は認知症を含め精神疾患患者の身体拘束ゼロに積極的に取り組む。孤立しがちな患者家族に多職種が連携して訪問する事業にも力を入れる。県は「拘束指示率が低い要因は分からない」とするが、こうした取り組みが全国最少につながっている可能性がある。

和歌山県は1.3%で岡山、香川に次いで低い。鍵付きの個室となる保護室への隔離率が12.7%で全国で最も高く、県が拘束指示の前に隔離を検討するよう求めている影響もある。

身体的拘束は精神保健福祉法で要件を満たせば指定医が指示できるが、代替法がない場合のやむを得ない処置として早期の解消を求めている。認知症では転倒など事故防止目的が多いが生活の質を損ない、認知症の進行を早めるリスクがある。

身体的拘束が認められる要件

(1) 身体的拘束以外に代替方法がない場合

(2) ①自殺企図または自傷行為が著しく切迫している場合
②多動または不穏が顕著である場合
③上記のほか、精神障害のために放置すれば患者の生命に危険が及ぶ恐れがある場合

(3) 精神保健指定医が直接診察し、身体的拘束が必要と認めた場合

➡ (1)～(3)がすべて満たされていること

(注) 身体的拘束=精神保健福祉法に基づく行動制限で、衣類または網入り帯などを使用して、一時的に身体を拘束し、運動を制限すること

図表を保存

日本精神科病院協会は「地域差は指定医の判断の差でなく、医療・介護体制の差で生じていると考える」としている。

日経調査で拘束指示率が10%超は11道県。統合失調症など認知症以外では最多の埼玉県でも7.4%で、認知症の高さが際立つ。認知症以外の拘束指示率が高いと認知症でも高く、精神疾患全体への対応差が潜む。医療スタッフが多いと拘束指示率が低い傾向もある。

各地には身体的拘束をほぼゼロにした病院もある。こうした取り組みに学ぶ必要がある。

（社会保障エディター 前村聡）

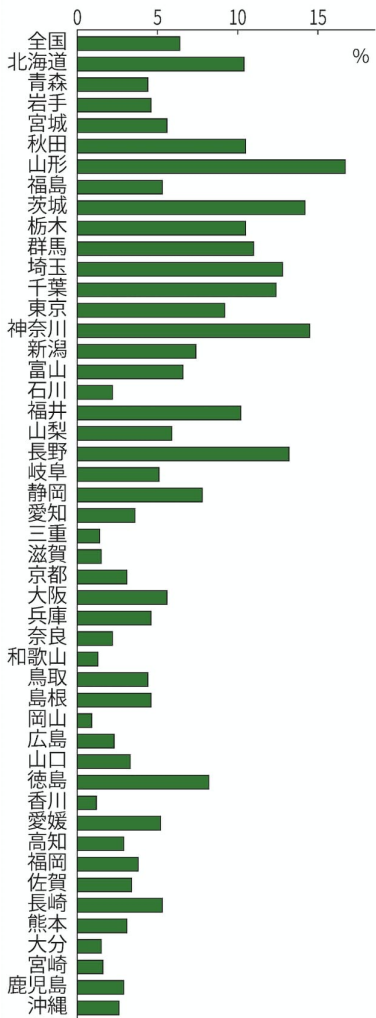
本人・家族も理解必要

精神科病院の先駆けとなった東京都立松沢病院（東京・世田谷）は民間病院から緊急度が高い患者も入院する中、身体的拘束を多用していた。だが現在は認知症を含めた精神疾患の身体的拘束を9割以上減らした。

12年に院長に就任して改革に取り組んだ齋藤正彦名誉院長は「身体的拘束は治療者側の論理で正当化されてきた」と指摘する。転落などの事故が起きそうだった事例を分析して防止策を見直し、患者・家族とのコミュニケーションを増やすなどして病院職員の意識が変わった結果という。

齋藤氏は「家族が事故防止で拘束を求めることもあるが、身体的拘束のリスクも理解してほしい」と話している。

精神病床の身体的拘束指示率（認知症、全都道府県）



(注) 厚生労働省「精神保健福祉資料」（2022年6月30日時点）から算出

<https://www.nikkei.com/article/DGXZQQUA252YB0V20C23A7000000/>

精神保健福祉資料

お知らせ 2023/7/18 更新

2023/7/18

医療計画指標データの「その他のデータソース」を公表いたしました。一部未公表データがありますのでご了承ください（入手次第、公表いたします）。

2023/5/23

『良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究』研究班のNDB集計結果を公表しました。

2023/5/2

『持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究』研究班が、「大正大学地域構想研究所」に公表していた「2013～2019年のNDBデータ（第7次医療計画対応）」を本サイトに公表いたしました。

データ

このページは『厚生労働科学研究費補助金』および『厚生労働省行政推進調査事業費補助金』の研究班の成果である「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」や630調査の集計結果の公表ページです。

また、第7次・第8次医療計画指標として採用されている各データについても公表しています。

医療計画指標データ
（NDB、各種データソース）

630調査集計データ
（平成10年・1998年～）

・在院患者に関するクロス集計(各項目の組み合わせごとに集計したファイル)

Step1. 絞込みの中で見たい項目をクリックしてください。

絞込み: 主診断 病院所在地と患者住所地 性別 在院期間
入院形態 年齢 隔離拘束指示 生活保護

Step2. 見たい項目と都道府県を選択して、「excel」ボタンを押してダウンロードしてください。

主診断×病院所在地と患者住所地 × 全国 excel

令和4年6月30日午前0時時点の全国の精神病床の在院患者の情報を集計したものです。「全国」「都道府県」の各項目を軸として組み合わせた集計資料になります。ファイルのデータソースは令和3年度630調査の精神病床を有する医療機関入力票「精神病床票2」です。

・退院者に関するクロス集計(各項目の組み合わせごとに集計したファイル)

見たい項目と都道府県を選択して、「excel」ボタンを押してダウンロードしてください。

退院後転帰×在院期間 × 全国 excel

令和4年6月1か月に精神病床からの退院者の情報を集計したものです。「全国」「都道府県」の各項目を軸として組み合わせた集計資料になります。ファイルのデータソースは令和4年度630調査の精神病床を有する医療機関入力票「精神病床票3」です。

- ✓ 主診断×病院所在地と患者住所地
- 主診断×在院期間
- 主診断×性別
- 主診断×入院形態
- 主診断×年齢
- 主診断×隔離拘束指示
- 性別×在院期間
- 性別×病院所在地と患者住所地
- 性別×入院形態
- 性別×隔離拘束指示
- 病院所在地と患者住所地×隔離拘束指示
- 在院期間×病院所在地と患者住所地
- 在院期間×入院形態
- 在院期間×隔離拘束指示
- 入院形態×病院所在地と患者住所地
- 入院形態×隔離拘束指示
- 年齢×在院期間
- 年齢×病院所在地と患者住所地
- 年齢×性別
- 年齢×入院形態
- 年齢×隔離拘束指示
- 主診断×年齢・入院形態×性別
- 主診断×年齢×在院期間
- 入院形態×年齢×在院期間
- 生活保護×主診断
- 生活保護×病院所在地と患者住所地
- 生活保護×性別
- 生活保護×在院期間
- 生活保護×入院形態
- 生活保護×年齢
- 生活保護×隔離拘束指示

主診断が「F0 認知症等」のデータを抽出する
 = 上記6項目 × (47都道府県別 + 全国データ = 48ファイル)
 = 288ファイルを統合

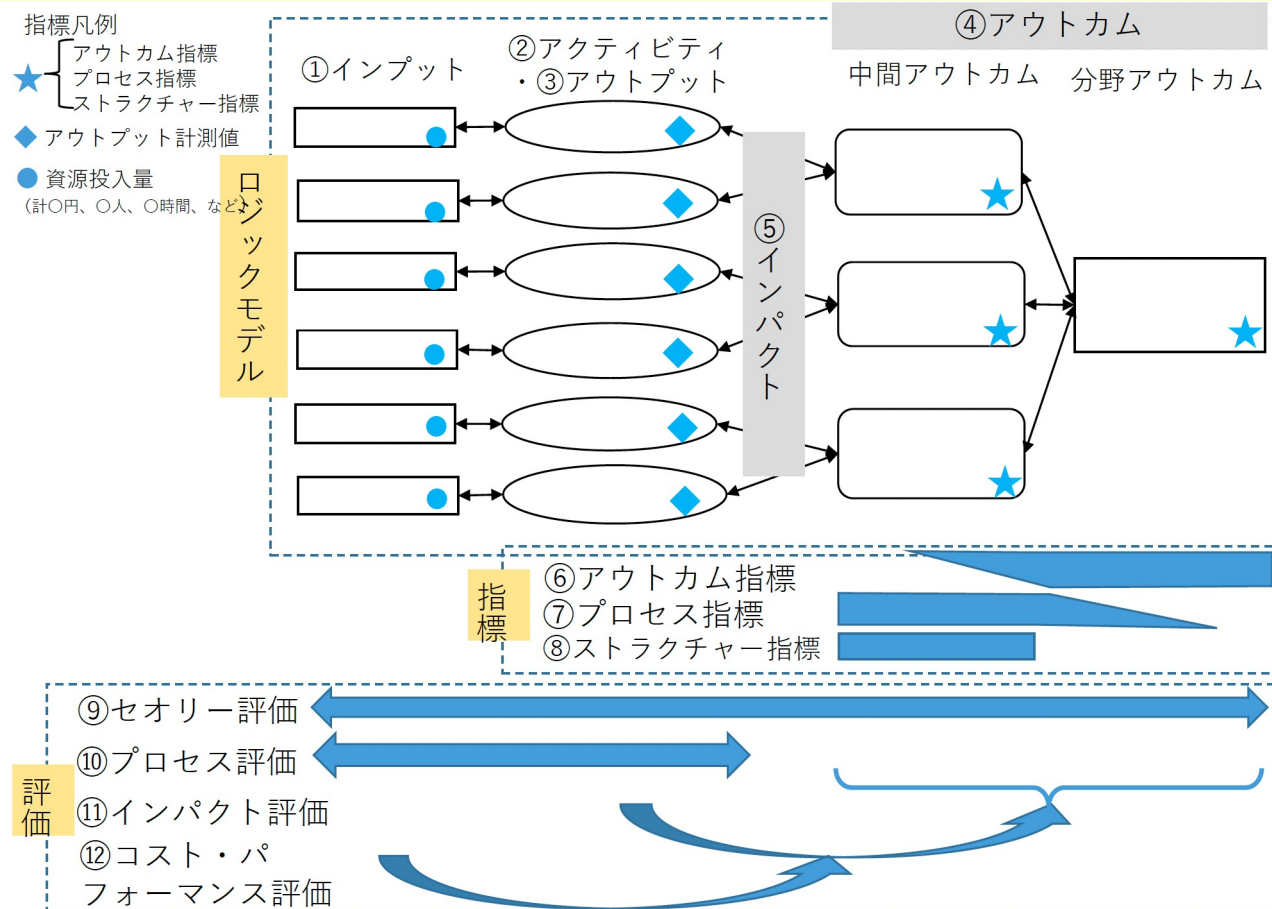
私の医療取材の3本柱

① 医療安全

② 情報開示

③ 患者・市民参加

ロジックモデルで政策を評価・改善 プログラム評価、セオリー評価、ロジックモデル



出典：地域医療計画評価・改定マニュアル

向き合う



4月は「惑星直列」の月である。国の診療・介護報酬の改正のほか、都道府県の医療計画やがん計画などの10余りの医療福祉関係の計画といった重要な政策が同じタイミングに改定を迎えるのはきわめてまれで、そう呼ばれる。超少子高齢の人口減少社会の準備をするラストチャンスとの制度改革とされる。

日本医療政策機構によるアンケートでは「（医療）制度決定への市民参加の度合い」に関して国民の満足度が際立って低い。地域の住民が地域の計画や

NPO法人がん政策サミット理事長 埴岡 健一さん ④

政策の決定に参画し、主体的に活動するかどうか、今後の日本社会を左右するだろう。

だが今回の計画策定においては、患者・住民参画に関する姿勢は、まだら模様となってしまう。ばらつきが生じるのは患者・住民参画が法律で規定されているのではなく地域の裁量になっているからだ。

がん対策基本法では国の協議会に患者関係者の参加が規定されているが、国の審議会、協議会、検討会で患者関係委員の参加状況はまちまち。医療計画策定への患者・住民参画は厚労省局長通知に書かれているが、通知では拘束力が弱い。患者・住民参画を疾病やテーマ横断の一般原則とする必要がある。

いま「医療基本法」の制定活動がある。環境、教育など主要領域には全体の理念を定め、憲法と個別法をつなぐ基本法がある。ところが医療のような重要分野で、それが無い。医療の法

政策決定に患者・住民参画を

令体系が過ぎはぎ状態で、時代の変化への対応も遅れる。

患者の声協議会など5つの患者市民団体が共同骨子7カ条を策定し、医療基本法の早期制定を提案している。日本医師会も、基本法の制定を求めている。

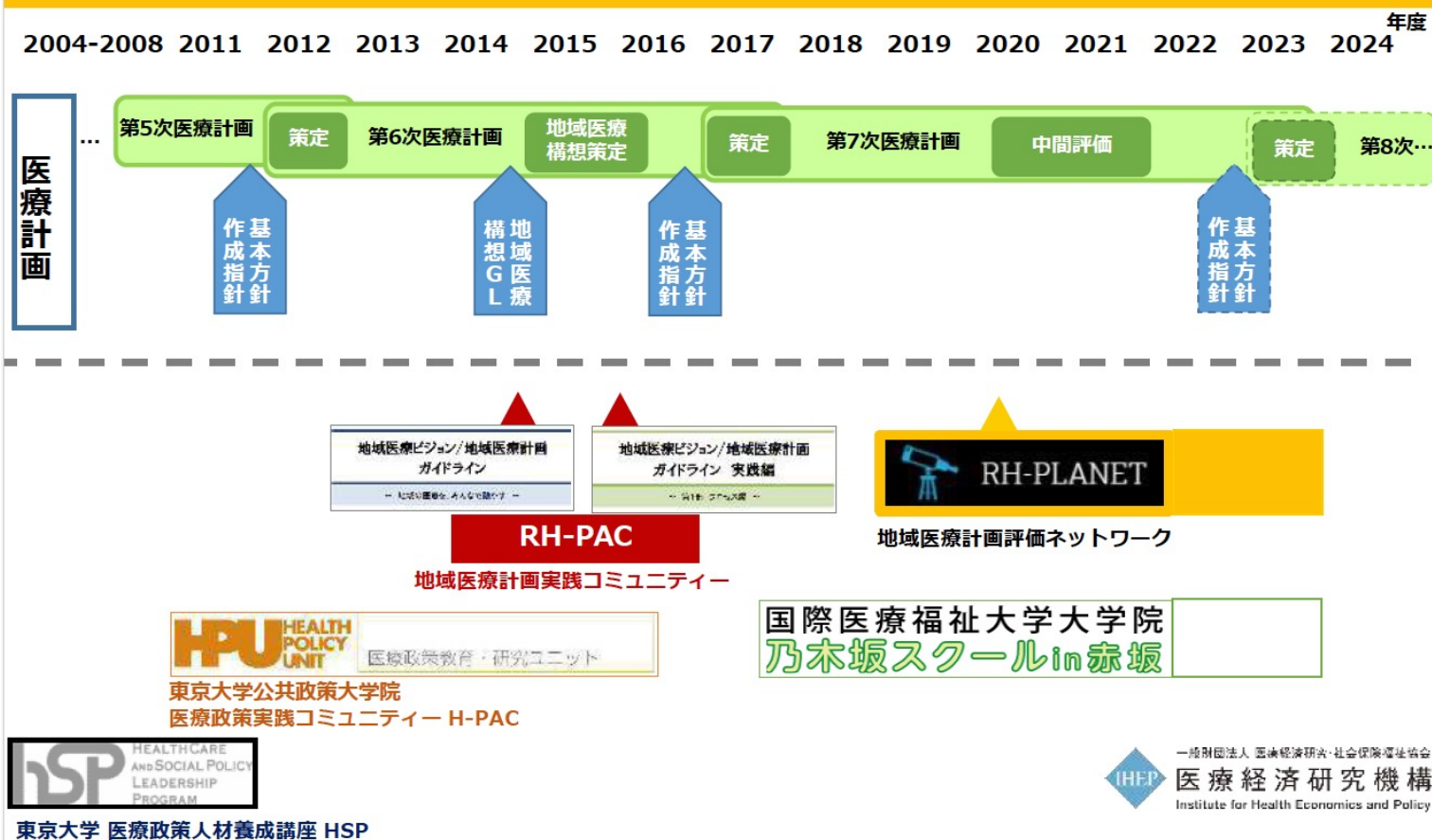
共同骨子7カ条の一つは、国民参加の政策決定。「患者・国民が参加し、医療の関係者が患者・国民と相互信頼に基づいて協働し、速やかに政策の合意形成が行われ、医療を継続的・総合的に評価改善していく仕組みを形成する」としている。

医療基本法が実現すれば、全国津々浦々で政策決定に患者・住民が参画していることが普通になるだろう。患者のしなくてよい苦勞は減り、国民合意で医療財源の確保もされ、国民皆保険も堅持される……。超少子高齢で人口減少を迎えている日本では困難な課題を解決するためには患者・住民参画が不可欠である。

(この項おわり)

2018年4月9日付
日経新聞朝刊医療健康面

自己紹介にかえて：これまでの医療計画とのかかわり

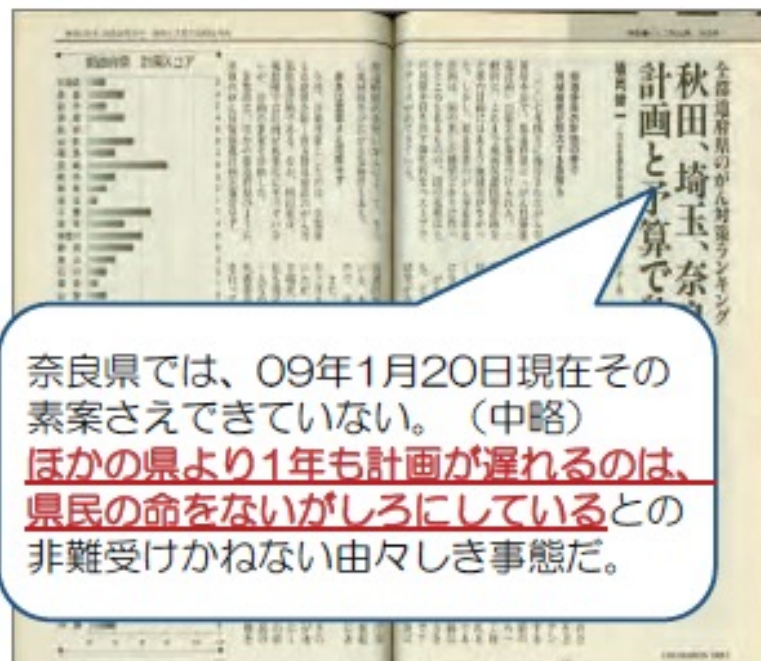


国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール

「医療・介護・福祉の計画をロジックモデルを活用して策定・評価する」
吉田真季さん講義「ロジックモデルの展開」（2023年5月19日）スライド

埴岡健一さんが中央公論で全国のがん計画を比較
→奈良県の計画策定時期が全国最下位と指摘

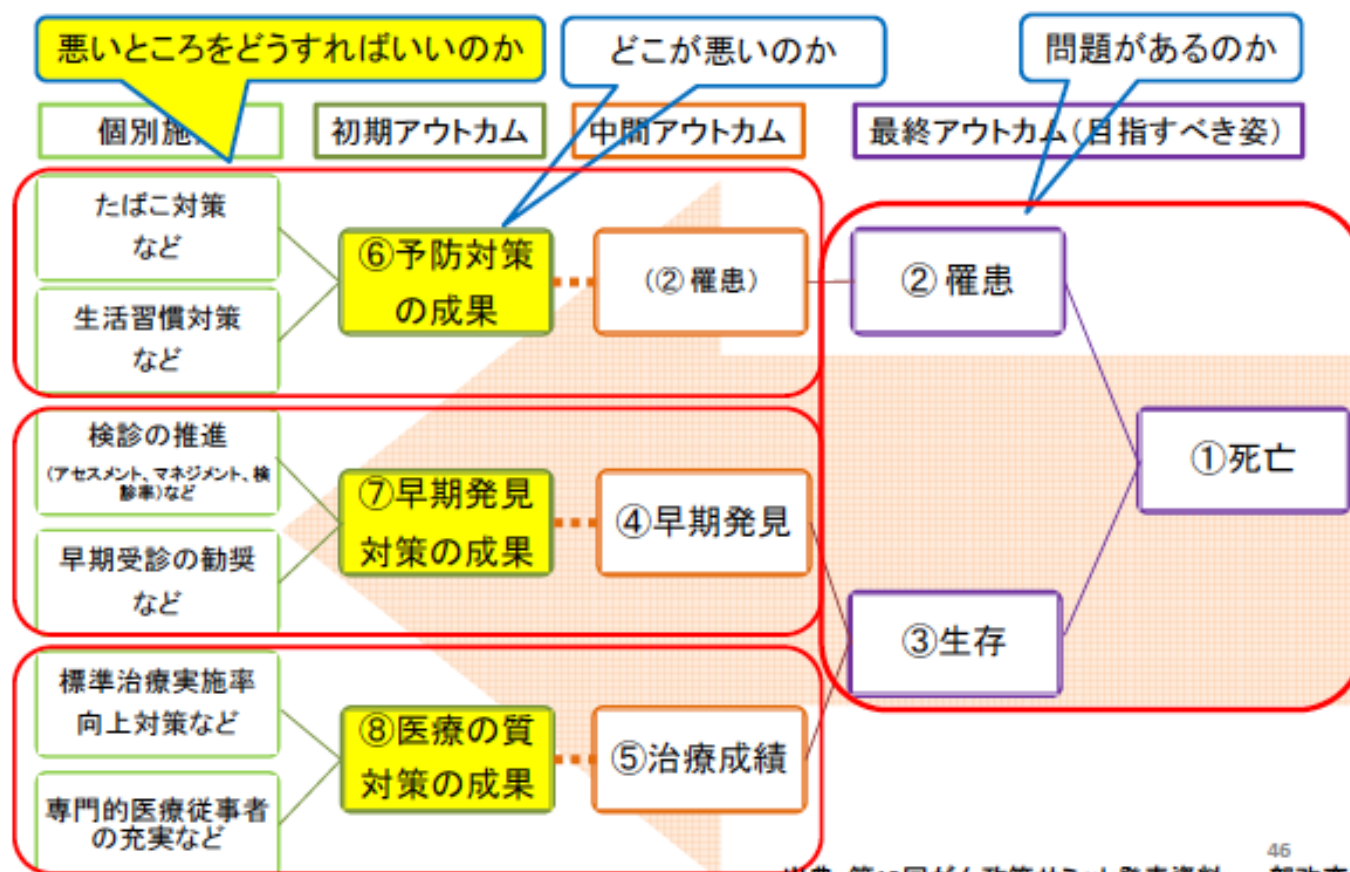
奈良県のがん対策におけるターニングポイント



奈良県 = がんで死ぬ県!?

大井久美子さんスライド

検討・考察のプロセス



46
出典: 第13回がん政策サミット発表資料 一部改変

大井久美子さんスライド

標準化死亡率・罹患率は 全国を100とし、それ以上かそれ以下かを見る。
下図は黄色が100、青が濃くなるほど100より低く、赤が濃くなるほど高い



医療圏ごとの傾向、
特に南和医療圏を中心に見ていくと・・・

特に南和医療圏を中心に見ていくと..

① 死亡

② 罹患

⑥ 予防対策

⑦ 早期発見対策

南和医療圏は罹患
亡とも悪いが、
大きな医療機関が
少なく、南和医療
圏と医療圏では、罹
率は低いが死亡が高
い。医療機関の有無で
の差はないかも

南和医療圏の喫
煙率は女性が一番低
い。男性は多い方か
い。3番目

南和の食塩摂取量
は東和に次いで2番
目に高いが、医療圏
の差はほとんどない。

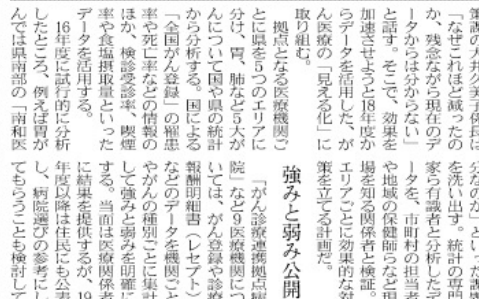
項目	単位	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南和医療圏以外	南和医療圏	南
----	----	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---------	-------	---

南和の食塩摂取量は東和に次いで2番目に高いが、医療圏の差はほとんどない。



都道府県別のがんの75歳未満死亡率
(国立がんセンター、2016年の男女計、人口10万人あたり)

都道府県	2016年死亡率 (推定)	2005年目標 (推定)
青森	95	30
秋田	88	30
北海道	85	30
鳥取	84	30
高知	82	30
全国	75	30
奈良	55	30
岡山	68	30
三重	68	30
富山	67	30
山梨	67	30
長野	62	30

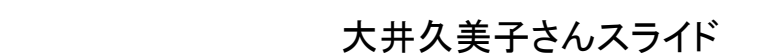


医療費が15年度の国民健康保険で循環器系の疾患に次ぎ約147億円に上

09年11月と全国で最も遅かった。その反省から患者団本はじつと文を、「が

のがん死亡率を全国最低とする目標を掲げ、罹患者（りかん）率、検診受診率などのデータからの取り組みの効果を高める。生涯で国民

○奈良県のがん死亡率は2005年からの10年間で**全国34位から9位**に改善しており、10年間の**減少幅は全国一**となっています。



秋田県は年齢調整前の粗死亡率で16年まで20年連続でワースト1。県は4月、健康増進やがん・生活習慣病対策を取り組む「健康つくり推進課」を新設した。10月には県庁や各地振興局の敷地内禁煙に踏み切りました。たばこの煙で困りました。飲食店などの客が名刺大のカードで店に意思を

試みも県が予算を付けて18年度から全国に広げる。年度から全国に広げる。

一方、年齢調整死に率が16年度で62.3と全国で最も低い長野県は推進計画で当初は目標設定を見送る方針だった。最終的には「23年にも死に率で全国最低」という目標を定め、総合的な観点から対象として、「全国2人対象」として、「全国2人」でこなさない県のがんていとならない県のがんていを目指す。

岡田直子、山田伸哉、早

2018年4

月

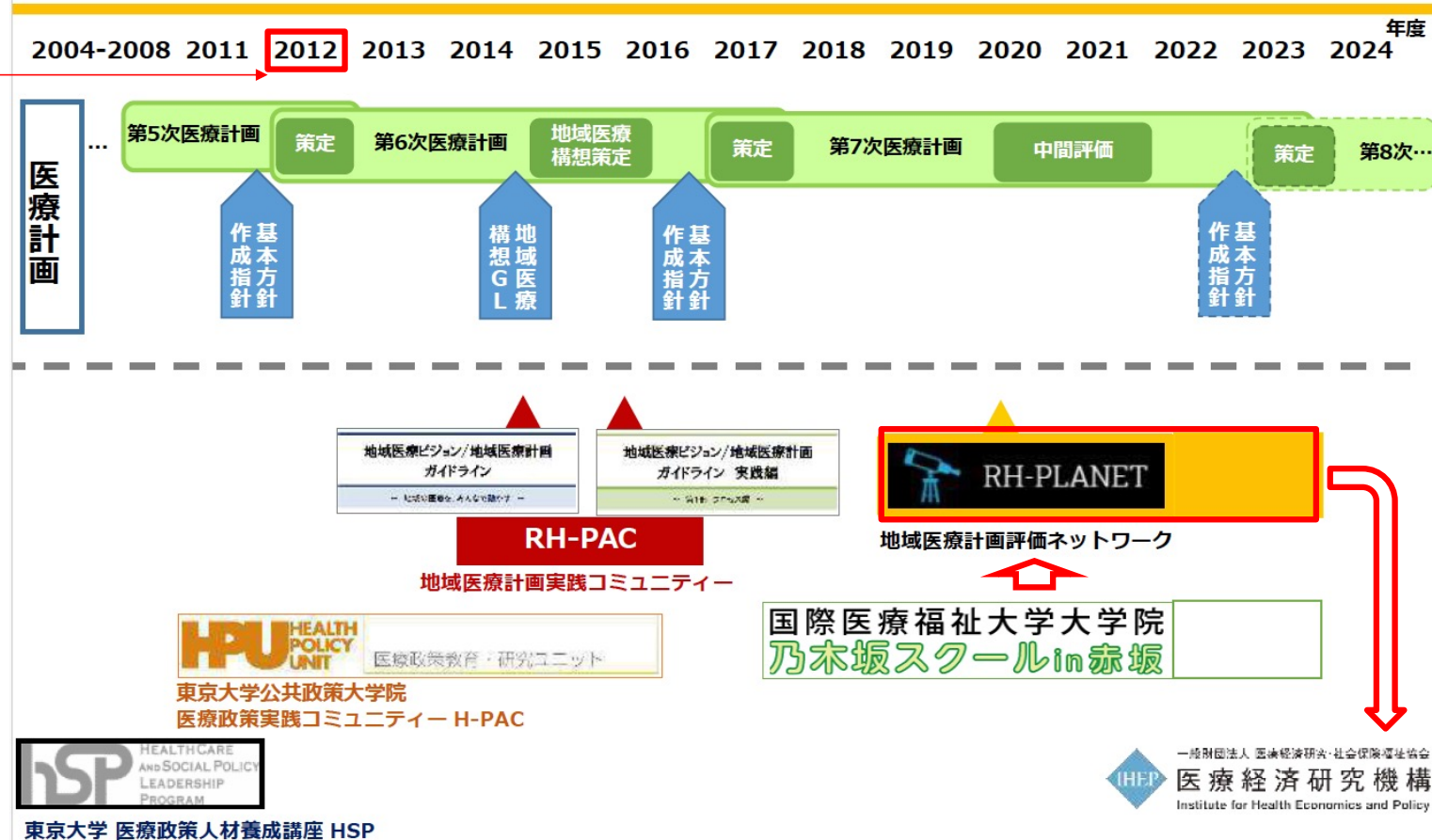
30日付日経新聞朝

月刊地域総合

合面

奈良県が
ロジックモデルで
がん計画策定

これまでの医療計画



国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール
「医療・介護・福祉の計画をロジックモデルを活用して策定・評価する」
吉田真季さん講義「ロジックモデルの展開」（2023年5月19日）スライド

地域医療計画に ロジックモデルを普及させるために

国際医療福祉大学大学院 乃木坂スクール
～「医療計画」と「がん計画」の効果を高める

2019年7月19日（金）

受講生 前村聡

では、どうすれば...

① ボトムアップ型

➤ 市民（＋記者）・行政職員に幅広く浸透させるには限界がある？

地域医療ビジョン/地域医療計画
ガイドライン

～ 地域の医療を、みんなで動かす ～

② マニュアル配布型

➤ マニュアルを読んだだけでは実行に移せない？

地域医療計画推進部コミュニティ課（HP）

地域医療ビジョン/地域医療計画
ガイドライン 実践編

～ 第1部 プロセス編 ～

地域医療ビジョン/地域医療計画
ガイドライン 実践編

～ 第2部 千葉県編 ～

③ トップダウン＋研修型

➤ 業務として学ぶ→実行ことが職務となる

➤ 研修が最も効果を実感できる←**伝道師**の役割大

➤ 担当者が2、3年単位で替わっても継続される

→ 厚労省（国）の通知のロジックモデル化

+ 担当者研修でロジックモデルの思考回路を埋め込む

= ロジックモデルは「結果」（＝答え）より「過程」（＝思考）が重要！

→ 「共通研修」が理想

→ 公務員試験の科目に盛り込む（将来）

<http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/index.html>



地域医療計画評価ネットワーク

正しい評価でよい地域をつくらう！

RH-PLANET (Regional Health PLAN Evaluation neTwork)

rh.planet.info@gmail.com

都道府県が6年に1度策定する「地域医療計画」はそれぞれの地域医療を動かす柱です。私たちRH-PLANETのめざす最終的な成果（アウトカム）は「地域の医療・福祉における患者・住民アウトカムの均てん化（全国あまねく最高の状態になっていること）」です。そのために、都道府県において質の高い地域医療計画が策定され、計画に基づいた政策が展開されていることが必要です。2020年度は「第7次地域医療計画」（2018～23年度）の中間評価が求められています。中間評価が24年度からの「第8次地域医療計画」の礎（いしずえ）になります。住民・患者、医療者、都道府県にとってよりよい評価と次の地域医療計画に向けた動きにつなげましょう。

2024.9.20 New!!

第8次医療計画を分野別に参照できるサイトのご紹介：

ロジックモデルが導入されている自治体の分野別アイコンをクリックするとPDFが表示され、ダウンロードできます。各分野の指標と本文も参照することができます。

都道府県第8次医療計画一覧ページ

（医療経済研究機構 地域医療計画策定・評価 総合支援サイト）

関連記事のご紹介：

新興感染症分野の医療計画におけるロジックモデルの重要性について言及されています。

2024.9.12日本経済新聞電子版 / 2024.9.12朝刊

日経・FT感染症会議特集

感染症、平時からの備え継続を 喉元過ぎても熱さ忘れず

学会報告予定：

第83回日本公衆衛生学会総会（2024.10.29-31札幌開催）

シンポジウム2 10月29日（火）14:55～16:30

医療計画等におけるロジックモデル活用の現状と課題

～策定から進捗管理と評価に向けて～

座長：今村知明、埴岡健一

<https://sites.google.com/view/rhplanet/>

地域医療の質を高めるため、自治体医師が策定する「地域医療計画」を巡り、自治体職員が協議している。幅広い疾患の専門知識が必要だが、職員は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

ノウハウ不足 進まぬ中間見直し

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。



県民交流センターで開かれた「地域医療計画」の中間見直しに関する説明会。参加者は自治体職員や関係者。写真：山崎孝典

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

ロジックモデルを活用 政府、根拠ある政策立案へ

米国では企業に用いる計画の策定、運用のためのツールとしてロジックモデルが活用されている。日本でも政府の行政改革推進本部は「根拠ある政策立案」(Evidence-Based Policy Making)の実現に向け、ロジックモデルの活用を推進しており、すでにG7政府の「ロジックモデル」(Logic Model)の活用を推進している。ロジックモデルは、政策の目的、活動、成果、評価の順列を明確にし、政策の効果を測定するためのツールである。政府の行政改革推進本部は「根拠ある政策立案」(Evidence-Based Policy Making)の実現に向け、ロジックモデルの活用を推進しており、すでにG7政府の「ロジックモデル」(Logic Model)の活用を推進している。

「県の担当者は当に困っています。自治体の医療政策の担当は、医師は、3年ごとに更新し、初期担当になることも多いからだ。一部の自治体は最終的な成果と必要な施策の関係を図でまとめる「ロジックモデル」という枠組を導入。対策の順列を全て、能率的に評価し、基に改定作業をすすめている。自治体職員を擁する「リアル」でも準備している。

2020年3月23日付
日経新聞朝刊医療健康面

ロジックモデルの活用（厚労省局長通知）

第1 医療計画作成の趣旨（抜粋）

具体的には、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）を踏まえた上で、医療提供体制に関する現状を把握し、現行の医療計画に対する評価を行い、目指すべき方向（5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向をいう。以下同じ。）の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。施策及び事業評価の際には、**施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態、地域の医療の質などの成果（アウトカム）にどのような影響（インパクト）を与えたか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組み（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、施策の検討及び評価の際にはロジックモデル等のツールの活用を検討する。**

地域医療計画評価ネットワーク 任意団体の自主活動から
https://sites.google.com/view/rhplanet/ 一般財団法人の1事業に

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構（IHEP）
「地域医療計画 策定・評価総合支援サイト」
(2025年5月25日時点) https://iryo-keikaku.jp/t/

 RH-PLANET

ホーム 第11回 第8次医療計画 新興感... 資料・ツール集 その他

地域医療計画評価ネットワーク

正しい評価でよい地域をつくらう！

RH-PLANET (Regional Health PLAN Evaluation neTwork)

rh.planet.info@gmail.com

都道府県が6年に1度策定する「地域医療計画」はそれぞれの地域医療を動かす柱です。私たちRH-PLANETのめざす最終的な成果（アウトカム）は「地域の医療・福祉における患者・住民アウトカムの均てん化（全国あまねく最高の状態になっていること）」です。そのために、都道府県において質の高い地域医療計画が策定され、計画に基づいた政策が展開されていることが必要です。

2020年度は「第7次地域医療計画」（2018～23年度）の中間評価が求められています。中間評価が24年度からの「第8次地域医療計画」の礎（いしずえ）になります。住民・患者、医療者、都道府県にとってよりよい評価と次の地域医療計画に向けた動きにつなげましょう。

2023.11.4 New!!

2023年11月2日（木）第82回日本公衆衛生学会総会にてRH-PLANETの活動に関連するシンポジウムが開催されました

シンポジウム39
第8次医療計画における新興感染症の予防計画の作成に向けて
シンポジウム56
健康・医療・介護・福祉の行政計画におけるロジックモデルと指標の展開

詳細はこちら

※学会参加登録者向けに、後日オンデマンド配信が行われる予定です

2023年8月12日（土）第11回意見交換会を開催しました。ご参加ありがとうございました。

当日の意見交換を経て、資料を更新し、掲載しました。

① 第11回 第8次医療計画 新興感染症のロジックモデルを考える



 地域医療計画
策定・評価 総合支援サイト

ツール 計画 イベント 調査

医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集

都道府県での医療計画策定において、円滑にかつ効果的にロジックモデルを導入する際の参考としていただけるよう作成しております。ロジックモデルの活用については、厚生労働省医政局地域医療計画課通知「疫病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日）「（別紙）疫病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」に記載されています。各地でロジックモデル・指標を作成される際には、各分野の学会や研究班などで作成されているロジックモデルや指標、都道府県の医療計画や疾病別計画にロジックモデルや指標集を掲載している先行事例等も合わせて吟味の上、ご活用ください。ご活用になる場合は必ず、各分野ツールの「はじめに」シートをご確認の上、利用上の注意を守っていただきますよう、よろしくお願いいたします。

このツールについて、データの誤りなど、お気づきの点がある場合は、問合せ先までご連絡ください

脳卒中 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

心筋梗塞等の 心血管疾患 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

糖尿病 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

精神疾患 分野 ロジックモデル・評価指標

救急医療 分野 ロジックモデル・評価指標

新興感染症 発生、まん延時における医療 分野 ロジックモデル・評価指標

へき地医療 分野 ロジックモデル・評価指標

在宅医療 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

その他分野についても随時公開予定です。

都道府県第8次医療計画（一部関連計画含む）

	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急医療	災害医療	新興感染症	へき地医療	周産期医療	小児医療	在宅医療
01 北海道												
02 青森県												
03 岩手県												
04 宮城県												
05 秋田県												
06 山形県												
07 福島県												
08 茨城県												
09 栃木県												
10 群馬県												
11 埼玉県												
12 千葉県												
13 東京都												
14 神奈川県												
15 新潟県												
16 富山県												
17 石川県												
18 福井県												
19 山梨県												
20 長野県												
21 岐阜県												
22 静岡県												
23 愛知県												
24 三重県												

	ロジックモデル	医療計画本文もしくは概要や参考資料など別冊から、各分野のアウトカムと施策、指標が樹形図状で示されているページを抽出したものです
	指標	医療計画本文もしくは参考資料などの別冊から、各分野の数値目標や指標がリストで示されているページを抽出したものです
	本文	医療計画本文（一部、参考資料など別冊を含む）から該当する分野のページを抽出したものです
	なし	該当ファイルが見当たらないものです

	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急医療	災害医療	新興感染症	へき地医療	周産期医療	小児医療	在宅医療
25 滋賀県												
26 京都府												
27 大阪府												
28 兵庫県												
29 奈良県												
30 和歌山県												
31 鳥取県												
32 島根県												
33 岡山県												
34 広島県												
35 山口県												
36 徳島県												
37 香川県												
38 愛媛県												
39 高知県												
40 福岡県												
41 佐賀県												
42 長崎県												
43 熊本県												
44 大分県												
45 宮崎県												
46 鹿児島県												
47 沖縄県												

<https://iryo-keikaku.jp/h/>

2023年6月2日
厚生労働省 令和5年度第1回医療政策研修会
グループワーク
「ロジックモデルの活用」

レクチャー2

ロジックモデルの基礎

国際医療福祉大学大学院
医療福祉ジャーナリズム分野
教授 埴岡 健一

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令等

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 医療計画 > 医療計画に係る都道府県職員研修

健康・医療 医療政策研修会

開催回数	開催日	主なテーマ	資料
令和5年度第2回	令和5年9月15日(金) (web開催※)	○現時点における都道府県への情報共有事項	【政策説明プログラム】 (1) 医療計画・地域医療構想について(資料1) (2) 災害支援ナースについて(資料2) (3) 新興感染症発生・まん延時における医療について(資料3) (4) 在宅医療の体制整備について(資料4) (5) 医師の働き方改革について(資料5) ※1 各プログラムの説明動画は以下URLに掲載しています。 https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWicOAxx5bxVUEI2xJ7kH5qZ

＜グループワーク＞ 6月2日(金)	○ロジックモデルについて	【グループワークプログラム】 (講演1) ロジックモデルを活用した医療計画の策定～沖縄県の経験から～(資料1) (講演2) ロジックモデルの活用の基礎(資料2) ※ 各講演のアーカイブ動画は以下URLに掲載しています。 https://youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgQuQcd4m3Nyuso7L8D7WZy
----------------------	--------------	--

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>



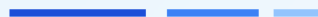
医療計画におけるロジックモデルの活用

<徳島県の事例>

社会人向け公開講座「乃木坂スクール in 赤坂」

徳島県 保健福祉部 医療政策課

2025.5.23



第8次徳島県保健医療計画の概要

第8次徳島県保健医療計画

本県の保健医療提供体制を確保するための基本的な計画

第1章

基本的事項

計画の基本理念「県民一人ひとりの状態の適応した保健・医療・介護サービスが提供され、行き場のない患者を生み出さず、全ての県民が安心して暮らせる徳島づくり」

第2章

本県の医療を取り巻く環境

人口、疾病、保健医療施設の状況

第3章

保健医療圏の設定

東部、南部、西部の3圏域を2次医療圏として設定

第4章

徳島県地域医療構想

第5章

本県の保健医療提供体制

ロジックモデル導入

第2 疾病に対応した医療提供体制の整備

がん

脳卒中

心血管疾患

糖尿病

精神疾患

第3 課題に対応した医療提供体制の整備

救急医療

小児医療

周産期医療

災害医療

新興感染症

へき地医療

在宅医療

第6章

保健医療従事者の状況及び養成・確保と資質の向上

第7章

外来医療に係る医療提供体制の確保

第8章

事業の評価及び見直し



計画期間

2024年度～2029年度（6年間）



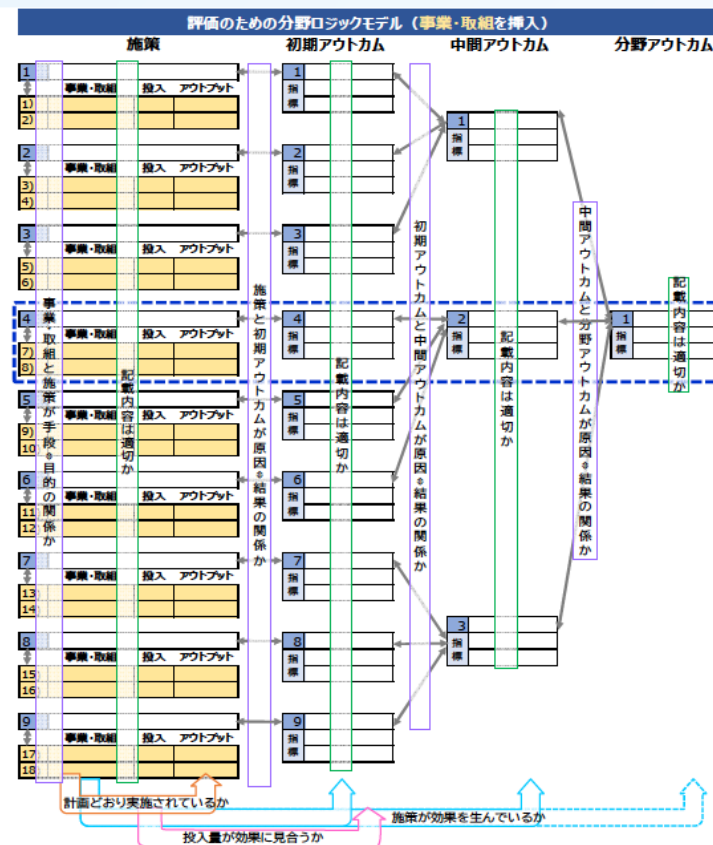
第8次計画からの新たな取組として、5疾病・6事業・在宅医療の12分野すべてにロジックモデルを導入

医療経済研究機構(IHEP)が「医療計画評価ガイド」を策定中(まもなく公開予定)

医療計画の評価、見直しに向けて ー医療計画評価ガイドー

評価の全体像

- 本ガイドでは、ロジックモデルを用いて計画評価を行う際、**「事業・取組」まで含めて**原因～結果の関係がつながり、整合がとれていることを重視
- 医療計画の進捗管理・評価を行う準備として、分野別ロジックモデルの施策ごとに、各施策を実現する際の手段となる**「事業・取組」**を挿入して記載
- **事業・取組がアウトカムに至る論理構造が図式化されると、アウトカムへの寄与という観点から事業・取組を評価できる**ため、都道府県担当者にとっては、評価の実施が日々の業務の見直しや改善につながるという実感を得やすくなる

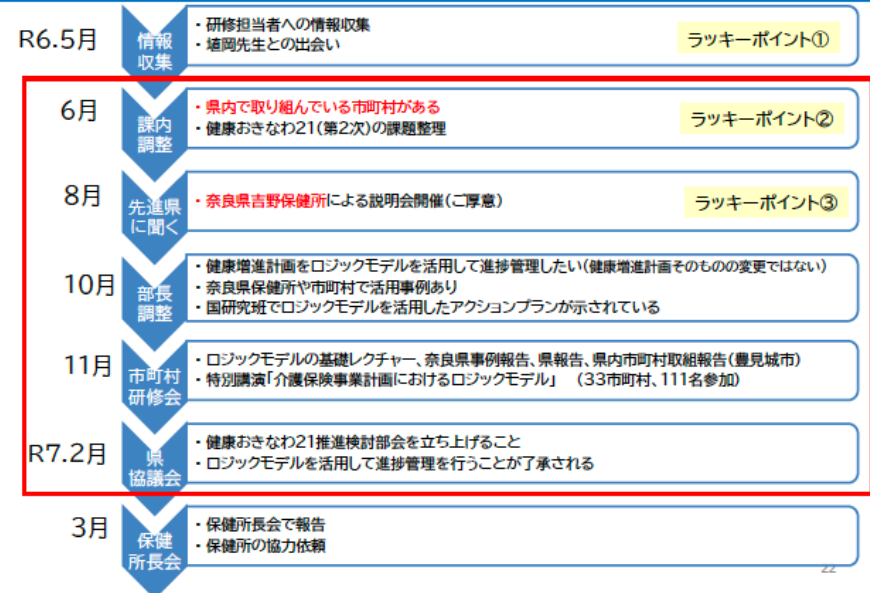


医療計画評価ガイドについて、作成中のため内容に変更となる場合があります。

ロジックモデルは策定が求められていない市町村や健康増進計画、介護保健計画などにも活用が広がっている

第9期長野県高齢者プラン

ロジックモデルを健康おきなわ21(第3次)に活用するまで①



国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール
ロジックモデルを活用し、医療福祉関係の計画を評価・改善する
(埴岡健一教授)
2025年6月13日(金)講座 ・沖縄県健康長寿課の米須愛子さん資料より

○ 市町村と介護保険事業による目標を共有することを目的とし、ロジックモデルを採用し、協働で指標設定

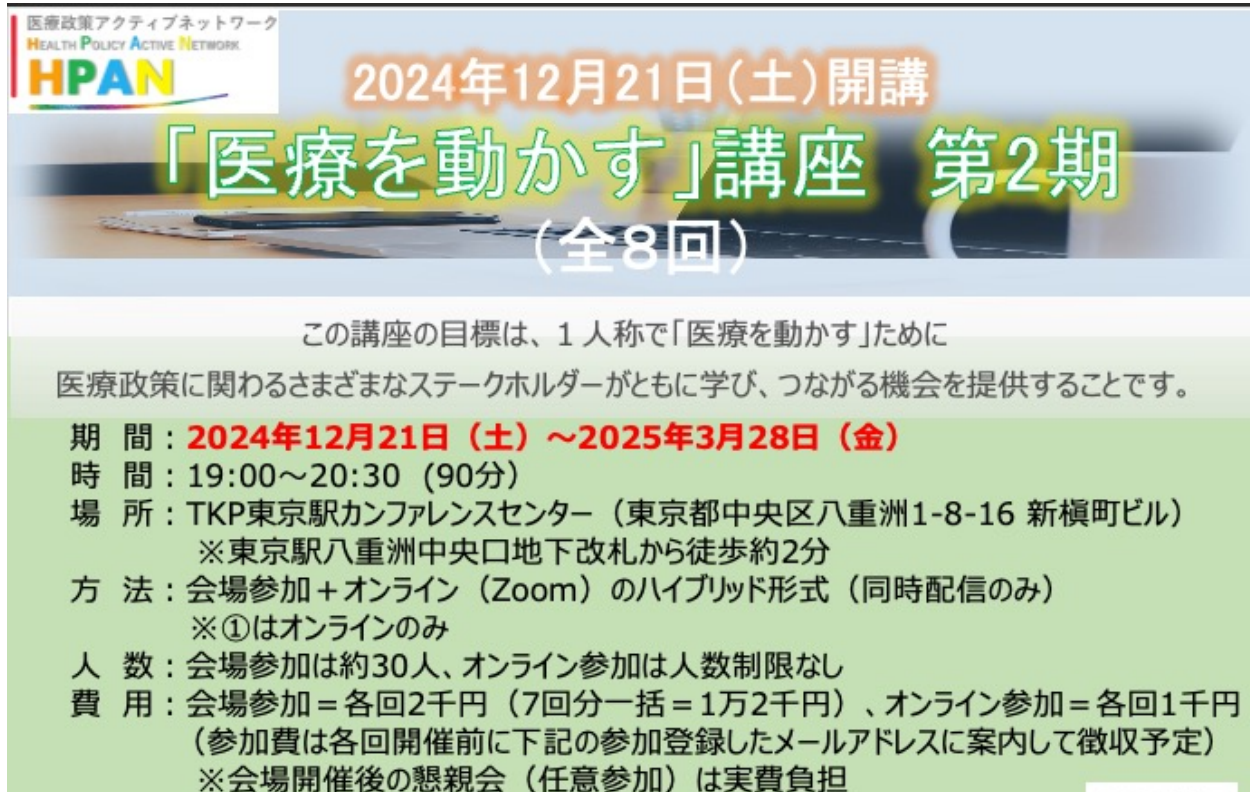
最終アウトカム		中核アウトカム		主なアウトプット(活動)		主なストラクチャー	
目標		指標		目標		指標	
健康で生きがいのある暮らしの実現		健康で生きがいのある暮らしの実現		健康で生きがいのある暮らしの実現		健康で生きがいのある暮らしの実現	
＜目標＞ ・健康寿命が延伸している ・要介護(要支援)認定率が抑えられている ・最期まで在宅を選択しやすい環境がある ・年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を感じることができる		①健康寿命の延伸 ②要介護・要支援率の抑制 ③最期まで在宅を選択しやすい環境の整備 ④年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を感じることができる		①健康寿命の延伸 ②要介護・要支援率の抑制 ③最期まで在宅を選択しやすい環境の整備 ④年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を感じることができる		①健康寿命の延伸 ②要介護・要支援率の抑制 ③最期まで在宅を選択しやすい環境の整備 ④年を重ねても、介護が必要になっても、幸福を感じることができる	
指標		指標		指標		指標	
健康寿命(日)平均(2021年)		健康寿命(日)平均(2021年)		健康寿命(日)平均(2021年)		健康寿命(日)平均(2021年)	
男性81.4歳(全国1位)		男性81.4歳(全国1位)		男性81.4歳(全国1位)		男性81.4歳(全国1位)	
女性81.8歳(全国1位)		女性81.8歳(全国1位)		女性81.8歳(全国1位)		女性81.8歳(全国1位)	
調整済み要介護率(要支援) 13.2%(全国3位)		調整済み要介護率(要支援) 13.2%(全国3位)		調整済み要介護率(要支援) 13.2%(全国3位)		調整済み要介護率(要支援) 13.2%(全国3位)	
在宅で最期を迎える(在宅及び老人ホームでの死亡) 30.1%(全国1位)		在宅で最期を迎える(在宅及び老人ホームでの死亡) 30.1%(全国1位)		在宅で最期を迎える(在宅及び老人ホームでの死亡) 30.1%(全国1位)		在宅で最期を迎える(在宅及び老人ホームでの死亡) 30.1%(全国1位)	
元気年齢(要介護) 7.14歳(全国1位)		元気年齢(要介護) 7.14歳(全国1位)		元気年齢(要介護) 7.14歳(全国1位)		元気年齢(要介護) 7.14歳(全国1位)	
認知症の予防率 6.15歳(全国1位)		認知症の予防率 6.15歳(全国1位)		認知症の予防率 6.15歳(全国1位)		認知症の予防率 6.15歳(全国1位)	
地域における支援体制・在宅医療と介護の充実		地域における支援体制・在宅医療と介護の充実		地域における支援体制・在宅医療と介護の充実		地域における支援体制・在宅医療と介護の充実	
①在宅医療と介護の充実		①在宅医療と介護の充実		①在宅医療と介護の充実		①在宅医療と介護の充実	
・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実	
②在宅医療と介護の充実		②在宅医療と介護の充実		②在宅医療と介護の充実		②在宅医療と介護の充実	
・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実	
③在宅医療と介護の充実		③在宅医療と介護の充実		③在宅医療と介護の充実		③在宅医療と介護の充実	
・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実		・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実 ・在宅医療・介護の充実	
安心・安全な暮らしの確保		安心・安全な暮らしの確保		安心・安全な暮らしの確保		安心・安全な暮らしの確保	
①安心・安全な暮らしの確保		①安心・安全な暮らしの確保		①安心・安全な暮らしの確保		①安心・安全な暮らしの確保	
・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保	
②安心・安全な暮らしの確保		②安心・安全な暮らしの確保		②安心・安全な暮らしの確保		②安心・安全な暮らしの確保	
・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保	
③安心・安全な暮らしの確保		③安心・安全な暮らしの確保		③安心・安全な暮らしの確保		③安心・安全な暮らしの確保	
・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保		・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保 ・安心・安全な暮らしの確保	
持続可能な介護サービス提供基盤の構築		持続可能な介護サービス提供基盤の構築		持続可能な介護サービス提供基盤の構築		持続可能な介護サービス提供基盤の構築	
①持続可能な介護サービス提供基盤の構築		①持続可能な介護サービス提供基盤の構築		①持続可能な介護サービス提供基盤の構築		①持続可能な介護サービス提供基盤の構築	
・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築	
②持続可能な介護サービス提供基盤の構築		②持続可能な介護サービス提供基盤の構築		②持続可能な介護サービス提供基盤の構築		②持続可能な介護サービス提供基盤の構築	
・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築	
③持続可能な介護サービス提供基盤の構築		③持続可能な介護サービス提供基盤の構築		③持続可能な介護サービス提供基盤の構築		③持続可能な介護サービス提供基盤の構築	
・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築		・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築 ・持続可能な介護サービス提供基盤の構築	

長野県高齢者プラン



ロジックモデルは広がったが
患者・市民参画は不十分……

HPAN（エイチパン）= Health Policy Active Network



医療政策アクティブネットワーク
HEALTH POLICY ACTIVE NETWORK
HPAN

2024年12月21日(土)開講
「医療を動かす」講座 第2期
(全8回)

この講座の目標は、1人称で「医療を動かす」ために
医療政策に関わるさまざまなステークホルダーがともに学び、つながる機会を提供することです。

期 間：2024年12月21日(土)～2025年3月28日(金)
時 間：19:00～20:30 (90分)
場 所：TKP東京駅カンファレンスセンター（東京都中央区八重洲1-8-16 新槇町ビル）
※東京駅八重洲中央口地下改札から徒歩約2分
方 法：会場参加+オンライン（Zoom）のハイブリッド形式（同時配信のみ）
※①はオンラインのみ
人 数：会場参加は約30人、オンライン参加は人数制限なし
費 用：会場参加＝各回2千円（7回分一括＝1万2千円）、オンライン参加＝各回1千円
（参加費は各回開催前に下記の参加登録したメールアドレスに案内して徴収予定）
※会場開催後の懇親会（任意参加）は実費負担

問い合わせ先：医療政策アクティブネットワーク（HPAN）事務局： healthpolicy.activenet@gmail.com

HPANは東京大学医療政策人材養成講座＝HSP（2004～2008年度）と、東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット 医療政策実践コミュニティ＝H-PAC（2011～2015年度）を受講・運営した同窓会が母体となってボランティアで運営しています。HSP/HPACでは①医療提供者②政策立案者③患者支援者④医療ジャーナリストの4つのステークホルダー延べ約500人がともに学び、1人称で「医療を動かす」ことを目指して協働しました。HPANでは「⑤市民」のステークホルダーを追加し、活動しています。

構想の背景

【HSP/H-PAC】

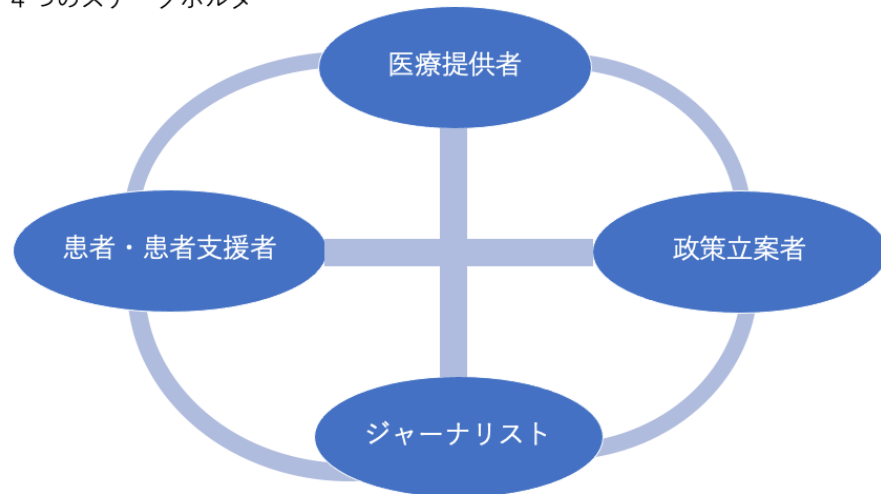
- 東京大学医療政策人材養成講座（**HSP**）2004～2008年度
Healthcare and Social policy Leadership Program
- 東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット
医療政策実践コミュニティー（**H-PAC**）2011～15年度
Health Policy Action Community
- 開講は各5年ずつ計10年間
- HSP＝延べ262人、H-PAC＝延べ241人 合計＝延べ503人
- ①医療提供者 ②政策立案者 ③患者支援者 ④ジャーナリスト
- の4つのステークホルダーがともに学び、研究し、1人称で「医療を動かす」ことを目指して協働した

→H-PAC終了から約10年。受講生はそれぞれ活躍する一方、
さまざまなステークホルダーが協働する場が不足しているのではないか

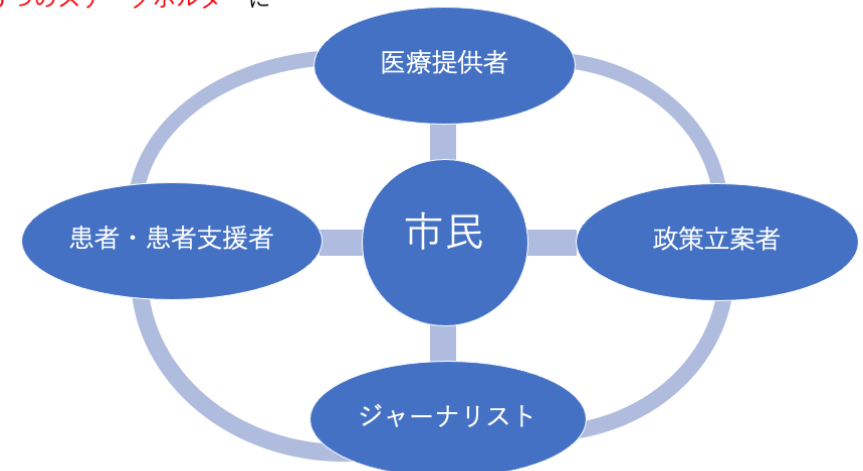
「HSP」「HPAC」、そして「HPAN」について

HPANでは、①医療提供者②政策立案者③患者支援者④医療ジャーナリスト
+ ⑤市民の5つのステークホルダーがともに学び、つながる場を提供します。

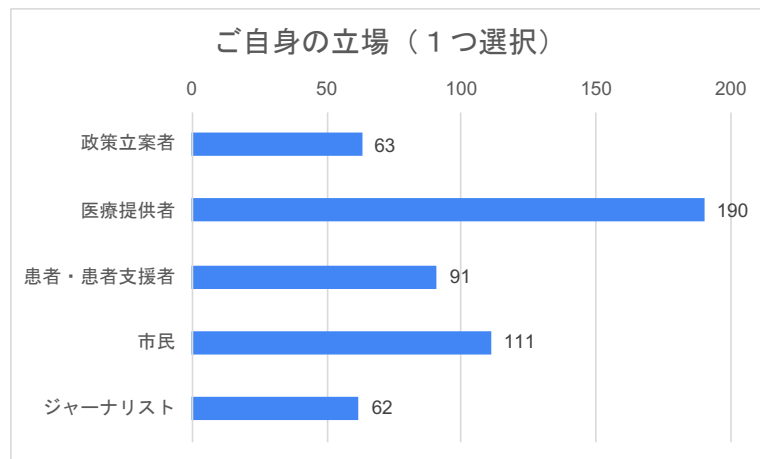
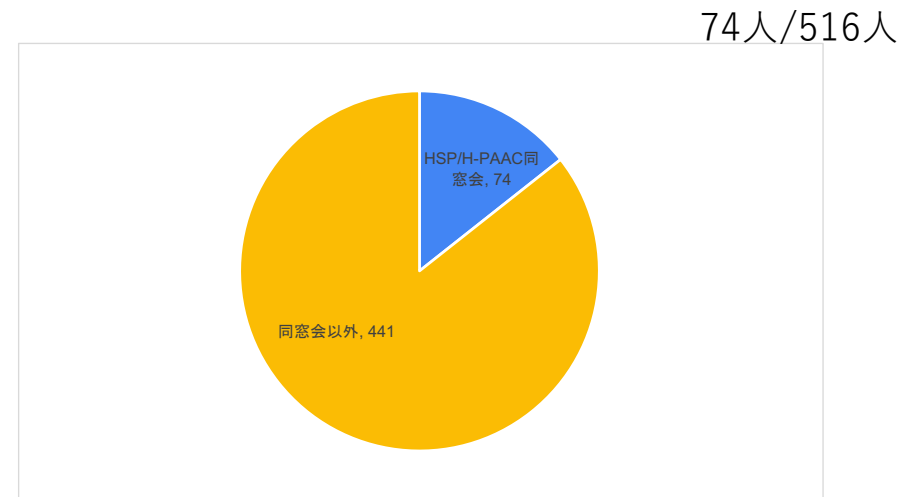
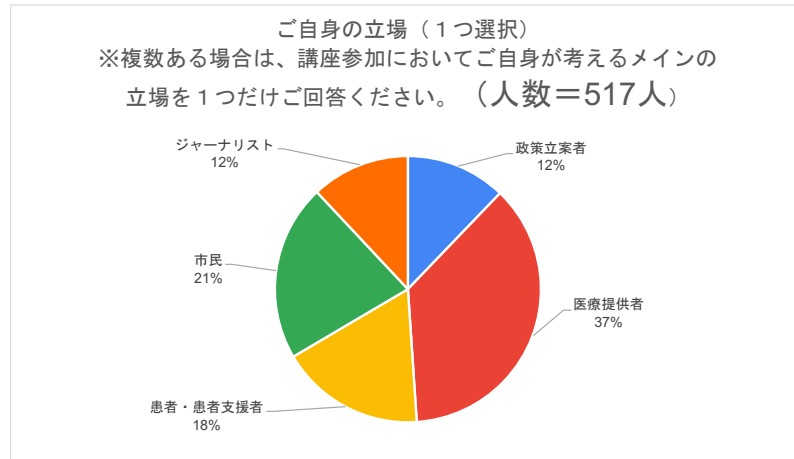
HSPとH-PACは
4つのステークホルダー



「医療を動かす」講座（HPAN）は
5つのステークホルダーに



第1期 = 472人 → 第2期 = 517人 45人増加



市民 + 患者・患者支援者
= 110人 + 91人 = 201人
(21% + 18% = 39%)

2025年3月31日現在

第1期

2023年12月～24年3月

< プログラム (予定) >

③⑤は講師都合で日程変更

- ① 12月 1日 (金) : 「医療を動かす」講座が目指すもの = 事務局
- ② 12月15日 (金) : 今後の医療提供体制について～新興感染症を中心に
鷺見学・内閣感染症危機管理統括庁 内閣審議官
(前厚生労働省 医政局地域医療計画課長)
- ③ ~~1月19日 (金)~~ : 医療・福祉財政の状況
2月9日 (金) 神野貴史・財務省 主計局社会保障企画室長
- ④ 1月26日 (金) : 政策評価の方法
埴岡健一・国際医療福祉大大学院 教授
- ⑤ ~~2月2日 (金)~~ : 医療に関する政治と政策決定過程～コロナの例を中心に
3月29日 (金) 鈴木康裕・国際医療福祉大 学長 (元厚生労働省医務技監)
- ⑥ 2月16日 (金) : 患者・市民参画の動き
前村聡・日本経済新聞社 社会保障エディター
山口育子・ささえあい医療人権センターCOML (コムル) 理事長
- ⑦ 3月 8日 (金) : 実践編Part1 ケアプロ (川添高志さん) など
- ⑧ 3月15日 (金) : 実践編Part2 メディアドクター研究会 (渡邊清高さん)
キャンサー・ソリューションズ (桜井なおみさん)

第2期

2024年12月～25年3月

プログラム（予定） ※演題はいずれも仮題

- ① 12月21日（土）：「医療を動かす」講座が目指すもの（オリエンテーション）
前村聡・HPAN事務局
- ② 1月17日（金）：医療政策の決定過程 地域医療構想の現状
堤雅宣・厚生労働省 地域医療計画課 地域医療構想推進室長
松本晴樹・同課 医療安全推進・医務指導室長
- ③ 1月24日（金）：「医療を動かす」実践編 病気のこもごとご家族に笑顔を！
光原ゆき・認定NPO法人キープ・ママ・スマイリング理事長
- ④ 2月14日（金）：日本の国民皆保険 ～構造・軌跡・展望
島崎謙治・国際医療福祉大学大学院 教授
- ⑤ 2月21日（金）：参加者プレゼン大会①
- ⑥ 3月 7日（金）：医療のICT化はなぜ進まないか ～海外と日本
原祐一・日本医師会総合政策研究機構 副所長
- ⑦ 3月14日（金）：海外のOECD諸国の医療制度と日本の比較
真野俊樹・中央大学 教授
- ⑧ 3月28日（金）：参加者プレゼン大会②

「医療を動かす」講座 第2期 第5回 参加者プレゼン大会Part1

日時：2025年2月21日（金）19：00～20：40

- ①鈴木 信行さん：患者の「本音」を聴ける配信サービス展開中
- ②北澤 京子さん：「その治療、ホントに必要？」 **Choosing Wisely**を日本に根付かせたい
- ③田渕 典之さん：病院統合遅延による国民的損失の可視化
- ④白川 光政さん：健康保険制度の生い立ちと弱み
- ⑤栗山 真理子さん：患者会は社会資源：社会基盤となる**DB**を一緒に作ろう
- ⑥大木 浩さん：悪化した離島血液供給体制を改善したい 血液を迅速に届ける責務は誰にあるのか
- ⑦平山 貴一さん：ブータンで日本の地域ケア会議を開催してみた

「医療を動かす」講座 第2期 第8回「参加者プレゼン大会Part2」

日時：2025年3月28日（金）19：00～20：30

- ①重光喬之さん（NPO法人両育わーど理事長）
演題：難病者700万人のセルフサポートコントロールサービス
- ②津田魁さん（一般社団法人日本強皮症患者の会～絆～代表理事）
演題：難病 全身性強皮症に対する”ルミセフ”の保険適用拡大を一刻も早く実現したい
- ③尾崎雄さん（「老・病・死を考える会」元世話人）
演題：「後期高齢者になって、入院したり手術したりして感じたことー言いたい放題」
- ④大熊由紀子さん（国際医療福祉大学大学院教授）
演題：医療を変える・福祉を変える、そのために ～メディア・当事者・行政・政治家・研究者をつなぐ試み
- ⑤前村聡さん（医療政策アクティブネットワーク（HPAN）事務局）
演題：全国患者・市民大集会で「医療を動かす」 ～「代表性」と「つながり」の場に

全国患者・市民大集会で「医療を動かす」
～「代表性」と「つながり」の場に

2025年3月28日（金） 19:00-20:30

医療政策アクティブネットワーク（HPAN）事務局

前村聡

akiramaemura@gmail.com

日本経済新聞

石破首相「判断間違いだった」 高額療養費で混乱陳謝

予算・税制2025 [+ フォローする](#)

2025年3月13日 18:37 (2025年3月13日 22:13更新)

 保存



衆院予算委で高額療養費の自己負担額の上限引き上げを見送った経緯などを説明する石破首相（13日、衆院予算委）

石破茂首相は13日の衆院予算委員会で高額療養費制度を巡る政府方針が二転三転した混乱を陳謝した。最後までこだわった8月からの患者の負担上限額引き上げについて「理解をいただいたとした私の判断が間違いだった。大変申し訳ない」と述べた。

4日に衆院で可決したばかりの2025年度予算案を参院で再修正する考えを示した。

高額療養費、引き上げ実施見送り 石破茂首相が表明

予算・税制2025 [+ フォローする](#)

2025年3月7日 20:17 (2025年3月7日 21:28更新)

 保存



高額療養費制度の見直しを巡り、患者団体の代表らから限度額引き上げに反対する署名やアンケート結果を受け取る石破首相（7日、首相官邸）

石破茂首相が7日、医療費の患者支払いを一定に抑える高額療養費制度の負担限度額の引き上げなどの実施を見送ると表明した。首相官邸で患者団体の代表らと面会后、記者団に語った。秋までに改めて方針を決める。

どうやって「代表」を決めるのか？

ほとんどは
行政担当者の裁量！

行政担当者の共通の悩み

たとえば

「医療を受ける立場にある者」

→だれを選べばいいのか？

住民・患者の声を医療政策に 反映させるための仕組み作り

～千葉県発「全国患者大集会」の提案

2006年8月21日(月)

@東京大学先端科学技術研究センター

医療政策人材養成講座 1期生

「患者の声を医療政策に反映させる仕組み作り」研究班

そこで...

→「全国患者大集会」構想！

- 患者団体は地域でばらつき、支部などさえ結成されていない都道府県単位もある。
- ただ全国で活動する患者団体は◎◎◎団体に上る。疾患別では「がん」「心臓、血管」「呼吸器」「消化器」などに細分化している。
- こうしたあらゆる疾患の患者団体に呼び掛け、年に1度集まって、患者が抱える問題を話し合い、共有する場にしてはどうか。

2005年5月28日付
日経新聞夕刊社会面

「医療を動かす」講座が目指すもの
ともつながる



「1人称」で語り合う場
= 5つのステークホルダーの協働



1人や同じ立場の人だけでは解決しないことも、
複数の人、複数の立場が協働すれば動く？！

記者の3つの技術

- ① 目に見えている事実を書く = 事象報道
 - 事件・事故、発表、雑観、特集記事……
 - = 事実を分かりやすく伝える技術

- ② 少し先に見える事実を書く = 先駆報道
 - 官公庁（捜査当局）、企業の動きなど未公表のニュース
 - = 取材先に食い込む技術

- ③ 書かなければ見えない事実を書く = 調査報道
 - 水面下で進んでいる動きを、主体的につかむ
 - = 「ないもの」を書く技術



最終アウトカム＝生命・幸福・人権



憲法

いろいろな法律

地域保健法
健康危機対処計画

医療法
医療計画

感染症法
予防計画

第十三条 すべて国民は、個人として尊重される。
生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第二十五条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

② 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

まとめ

人をつなぎ、データをつなぎ、「医療を動かす」

- 対立型が必要なこともあるが、利害対立には解決すべき、共通の課題（最終アウトカム）があることが多い。当事者参加型で、関わる人をつなぎ、一緒に課題を見つけ、対策を考えることが世の中を動かす
- いわゆる「専門家」、政策立案者、当事者には情報の格差・分断がある。データをつなぎ、全体と個別（地域）の状況を「見える化」して、課題を見つけやすくすることが大切
- 人をつなぎ、データをつなぎ、全体と個別の課題と対策を見いだすためにはロジックモデルは役に立つツールとなる

→メディア（媒体）は、つながっていない人と人をつなぐためのもの。

一記者として、いろいろな人、いろいろなデータをつないで、最終アウトカムの達成のために「医療（それ以外を含め）を動かす」ことにつなげたい