

戦略的創造研究推進事業
(社会技術研究開発)
平成28年度研究開発実施報告書

「科学技術イノベーション政策のための科学 研究開発プログラム」

研究開発プロジェクト

「医療の質の地域格差是正に向けたエビデンスに基づく
政策形成の推進」

研究代表者氏名 今中 雄一
(京都大学 大学院医学研究科 教授)

目次

1. 研究開発プロジェクト名	2
2. 研究開発実施の要約	2
2 - 1. 研究開発目標.....	2
2 - 2. 実施項目・内容.....	2
2 - 3. 主な結果.....	3
3. 研究開発実施の具体的内容	5
3 - 1. 研究開発目標.....	5
3 - 2. 実施方法・実施内容.....	5
3 - 3. 研究開発結果・成果.....	11
(1) ステークホルダー間データ共有プラットフォームの構築	
(2) Evidence-Informed Policy Makingを具現化するための理論・フレームワーク	
(3) 持続的な社会システム再構築を推進するための共同体の醸成	
(4) まとめ	
3 - 4. 会議等の活動.....	39
4. 研究開発成果の活用・展開に向けた状況	40
5. 研究開発実施体制	40
6. 研究開発実施者	41
7. 研究開発成果の発表・発信状況、アウトリーチ活動など	42
7 - 1. ワークショップ等.....	43
7 - 2. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など.....	43
7 - 3. 論文発表.....	44
7 - 4. 口頭発表（国際学会発表及び主要な国内学会発表）.....	44
7 - 5. 新聞報道・投稿、受賞等.....	44
7 - 6. 知財出願.....	45

1. 研究開発プロジェクト

プロジェクト名称 「医療の質の地域格差是正に向けたエビデンスに基づく政策形成の推進」

英語表記 Innovation in Evidence-Informed Policy Making: Through visualizing and redesigning social systems for countermeasures against regional disparities in healthcare quality

研究代表者：今中 雄一（京都大学 大学院医学研究科 教授）

研究開発期間：平成26年10月 ～ 平成29年9月（36ヵ月間）

参画機関：京都大学 大学院医学研究科、京都大学 経済学研究科、京都大学 経営管理大学院、京都大学 大学院法学研究科、京都橘大学 現代ビジネス学部、国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部、学習院大学 経済学部、京都大学 経済研究所附属 先端政策分析研究センター、東北芸術工科大学コミュニティデザイン学科

2. 研究開発実施の要約

2 - 1. 研究開発目標

本プロジェクトは、医療の質の地域格差を喫緊の課題として取り上げ、大規模データの解析をもってその格差を可視化し、広く重要関係者がその情報を共有したうえで、政策・対策を立案し実行するための体系の構築を目指す。医療の中でも、特に大きな社会的負担を及ぼす脳梗塞・急性心筋梗塞等を対象とし、異なる学術分野の協創をもって研究開発を推進する。

2 - 2. 実施項目・内容

1. **Big Data**で新たな知見の創出：ナショナルデータベース（NDB）から得られる全国各地の年間tPA実施状況を用いて、医療圏における医療資源の集中・分散と医療の質の現状を提示・解析【エビデンス・基礎理論グループ】【平成27年度重点領域】
地域医療構想・地域医療計画に資する医療データの一つとして、救急疾患の中で発症数が多く、後遺症により介護など社会的負担が最大となる脳梗塞症例への血栓溶解療法 tPA（組織プラスミノゲン・アクチベータ）の実施状況について、地域医療資源のあり方によるパフォーマンスの違いを明らかにする。
2. 政策関係者・医療提供者・保険者（都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会等）の意識調査【政策立案・社会実装グループ】【平成28年度重点領域】
多様な大規模データをステークホルダー間で共有できず、課題解決に向けた政策形成への道りが遠くなっている。医療提供者、病院団体、都道府県知事、保険者各々の情報公開に対する考え方を明らかにし、使いやすいデータ共有プラットフォームを構築するために何が必要かを検討する。

3. **地域の医療成績(医療の質指標)の情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）**【課題解決のための応用理論グループ】 【平成28年度重点領域】
ステークホルダー間データ共有プラットフォームの構築に向けて、一般市民を対象に意識調査を行う。日本特有の価値観・傾向性なども明らかにするため、情報公開に関する事項以外に、今後の医療(認知症や終末期における医療介護)のあり方への期待についても調査し、オランダと比較する。二国間の違いの要因についても検討する。
4. **医療システム再構築に向けて、エビデンスに基づく政策形成の概念的フレームワークの整理**【課題解決のための応用理論グループ】 【平成27年度重点領域】
Evidence-Informed Policy Makingを具現化するための理論・フレームワークについて、医療という文脈で、本プロジェクトに応用可能な概念的枠組みを構築する。関連文献のレビューや理論的討議を通して、重要項目について整理する。
5. **医療におけるエビデンスの政策実装の際の阻害要因等の課題検討**【政策立案・社会実装グループ】 【平成27年度重点領域】
感染症の発生动向の数理モデルを用いた分析と公衆衛生政策を目指す西浦PJとのプロジェクト間連携による対話を通じて、医療における政策実装の際の、相違点や共通の阻害要因を検討する。
6. **ステークホルダー間連携および一般市民へのアウトリーチ**【政策立案・社会実装グループ】 【平成27年・28年度重点領域】
持続的な社会システム再構築を効果的に推進するため、以下のように、各種ステークホルダーに幅広く、多角的に働きかけを行う。
 - ① **京都大学アカデミックデイでのブース展示、啓発ツールの普及（対一般市民）**
京都大学アカデミックデイにおいてブース展示を行い、各種データから居住地域の医療の成績がわかること等を伝え、その他啓発ツールの普及を図ると同時にニーズを探る。
 - ② **京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立（異分野研究者間連携推進）**
京都大学内での学際領域で連携して活動を行いやすいよう、京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立を目指す。
 - ③ **京都大学産官学連携本部の後援による産官学連携推進・国際共同シンポジウム開催**
また、京都大学産官学連携本部の支援を得て、自治体・企業を含む産官学連携コンソーシアム立ち上げやシンポジウム開催を目指す。

2 - 3. 主な結果

” 課題としてのエビデンス “(下記 1.)をいかに「共有」できるか、多次元のステークホルダーの意識調査 (同 2.,3.) やアウトリーチ活動(同 6.)を行い、多様な立場の現状・ニーズの把握・情報発信に努めた。また、Evidence-Informed Policy Making の中核概念の整理およびプロジェクト間の議論を通じて (同 4,5.)、多様な意見を統合する際の注意点を明らかにし、情報を共有しやすいシステムのあり方について検討した。エビデンス共有から政策実装までのプロセスを実現するため、これらの成果は重層的に繋がりを、より大きな1つの体系の構築を目指して連動している。

- 1. Big Data で新たな知見の創出：ナショナルデータベース（NDB）から得られる全国各地域の年間 tPA 実施状況を用いて、医療圏における医療資源の集中・分散と医療の質の現状を提示・解析 【平成 27 年度重点領域】**
関西 2 県において、病院の拠点が形成されている地域では、脳梗塞に対する tPA 実施割合、すなわち医療のパフォーマンスが高いことが示された。
- 2. 政策関係者・医療提供者・保険者（都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会等）への意識調査 【平成 28 年度重点領域】**
調査結果から、80%以上の政策関係者・医療提供者・保険者は医療成績等の公表に前向きではあるものの、必ずしも賛成ばかりではないことが明らかとなった。情報開示の方法論につき、さらなる検討が必要と考えられた。
- 3. 地域の医療成績(医療の質指標)の情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）【平成 28 年度重点領域】**
医療成績の情報公開や終末期医療への考え方は、日本とオランダで大きく異なった。一般市民は地域や病院に関する各種医療成績の公開を全体として望んでいたが、日本の場合その割合はかなり低かった。各種医療情報の一般公開のあり方としては、画一的ではない、サブグループのニーズを踏まえた提供を検討する必要性が示唆された。
- 4. 医療システム再構築に向けて、エビデンスに基づく政策形成の概念的フレームワークの整理 【平成 27 年度重点領域】**
文献レビューを通して、Evidence-Based Policy を効果的に進めるためにはフレームワークが重要で、政策形成過程において鍵となる 8 つの重要領域が明らかとなった。
- 5. 医療におけるエビデンスの政策実装の際の課題検討【平成 27 年度重点領域】**
重点を置くステークホルダーによって働きかけのアプローチが異なり、より複雑なスキームを検討する必要があると考えられた。担当行政と密に連絡をとり合い、理解しあうことが重要であることが共通点として再認識された。
- 6. ステークホルダー間連携および一般市民へのアウトリーチ【平成 27 年度・平成 28 年度重点領域】**
 - ①京都大学アカデミックデイでのブース展示、啓発ツールの普及（対一般市民）**
一般市民の興味関心がよくわかり、双方向性コミュニケーションを通じて、当プロジェクトの意義を再確認できた。（2015 年 10 月 4 日、於 京都大学吉田キャンパス 百周年時計台記念館）
 - ②京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立（異分野研究者間連携推進）**
本プロジェクト学内メンバーを中心に、京都大学教育研究連携ユニット設立のための準備を進め、2017 年 12 月 1 日に「京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット」を設置した。
 - ③京都大学産官学連携本部の後援による産官学連携推進・国際共同シンポジウム開催**
京都大学産官学連携本部のご支援を得て、2017 年 1 月 13 日に国際共同シンポジウムを開催し、また継続的に自治体・企業を含む産官学連携コンソーシアム設立へ向けて準備を進めた。また、産業競争力懇談会（COCON）2016 年度推進テーマとして 2017 年 2 月に応募し、採択された。

3. 研究開発実施の具体的内容

3 - 1. 研究開発目標

大規模データの解析から医療の質に地域格差があることが徐々に明らかとなっているが、現状は、自治体・国等の行政内部でデータベース〔以下DB〕および各種解析結果の閲覧や利用が限定され、ステークホルダー全体で認識が共有できていないため、結果の政策への展開が困難となっている。一方で、医師会・病院団体等は独自にデータを収集すること自体にハードルがあるものの、解析結果等は活用したい要望を持っている。また両者とも、医療の質の地域格差等の課題への解決策が見えない中で、結果が一足飛びに一般市民へ公開されることに抵抗を感じ、医療現場へ混乱を来たさないか懸念している。市民の立場からは、与えられる情報量が多すぎても解釈が困難で、意思決定等に有効活用できないことが指摘されている。

本プロジェクトは、医療の質の地域格差を喫緊の課題として取り上げ、大規模データの解析をもってその格差を可視化し、広く重要関係者がその情報を共有したうえで、政策・対策を立案し実行するための体系の構築を目指す。医療の中でも、特に大きな社会的負担を及ぼす脳梗塞・急性心筋梗塞等を対象とし、異なる学術分野の協創をもって研究開発を推進する。

3 - 2. 実施方法・実施内容

(1) Big Dataで新たな知見の創出：ナショナルデータベース（NDB）全国各地域の年間tPA実施状況を用いて、医療圏における医療資源の集中・分散と医療の質の現状を提示・解析〔エビデンス・基礎理論グループ〕【平成27年度重点領域】

位置づけ・目的 地域医療構想・地域医療計画に資する医療データについて、地域の現状を共有するため、急性期の代表的疾患で一般にもよく知られている脳梗塞の治療実施状況について、後遺症など予後にも影響するtPA（組織プラスミノゲン・アクチベータ）を用いた血栓溶解療法に注目し、地域の医療圏における病院の集中・分散状況と医療パフォーマンスの違いとの関連を明らかにする。

また並行して、全国二次医療圏別に、脳梗塞医療パフォーマンス指標を各種算出し、医療圏ごとの医療提供内容の差を明らかにする。

研究開発の方法・内容

NDBデータを用いて、まず、脳梗塞の全国の高齢者千人あたりtPA実施割合と医療資源である人口あたり医師数をプロットし、その後特に関西2県について、tPA実施割合に差を認めた2医療圏について、病院の拠点化の状況を中心に、その原因を探った。

(2) 政策関係者・医療提供者・保険者（都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会等）への意識調査〔政策立案・社会実装グループ〕【平成28年度重点領域】

位置づけ・目的 急性期病院のDPCデータやレセプトデータ等の医療データから明らかとなってきた地域による医療の質の違い・格差について、地域医療を直接担う医師会・病院団体等の医療提供者、地方行政の関係者、保険者、一般市民等に対し、積極的に情報提供を行う機会は極めて少ない。しかしながら、このようなデータに基づくエビデンスは、医療費適正化計画、医療計画、地域医療構想などの策定や見直しに、

ますます必要不可欠なものとなってくることは必至である。またこれらの情報が、これからさらに蓄積され、公表されていく時代になることも踏まえ、本研究は、地域ごとの医療の指標の情報共有・公表のあり方について、地方行政や医療団体がどのように考えているかを把握することを目的とする。そして、これらステークホルダー間における、より適切なデータ共有プラットフォームのあり方を検討し、理想となるプラットフォームの構築を目指す。

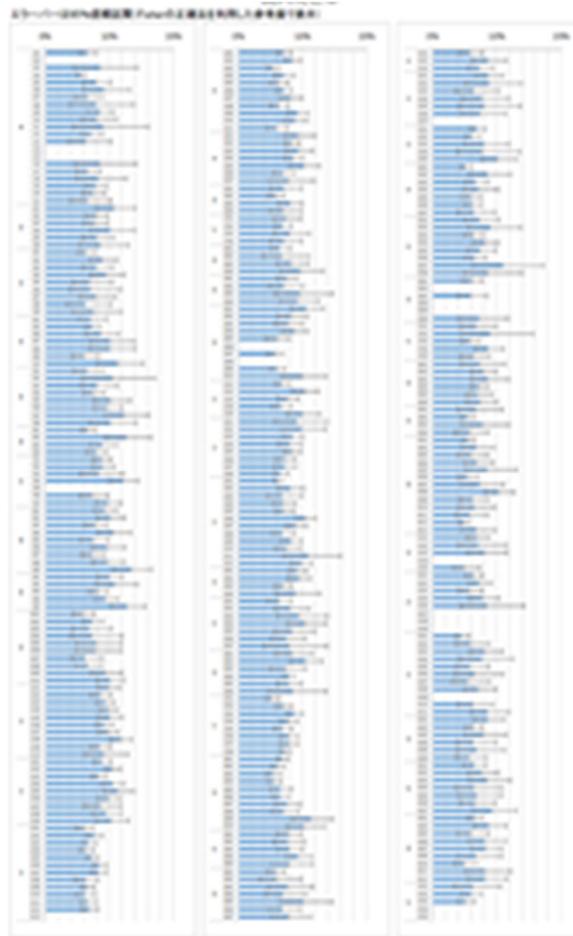
研究開発の方法・内容 都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会に対して、データ公表の在り方や意識について、郵送調査を**2段階で実施**した。対象者は都道府県知事、都道府県保険者協議会会長、日本医師会会長、都道府県医師会会長、ホームページで検索可能な全国病院団体会長、都道府県病院団体会長・支部長。

○ **第1ステップ**として、下記項目について調査した（2016年3月実施）。

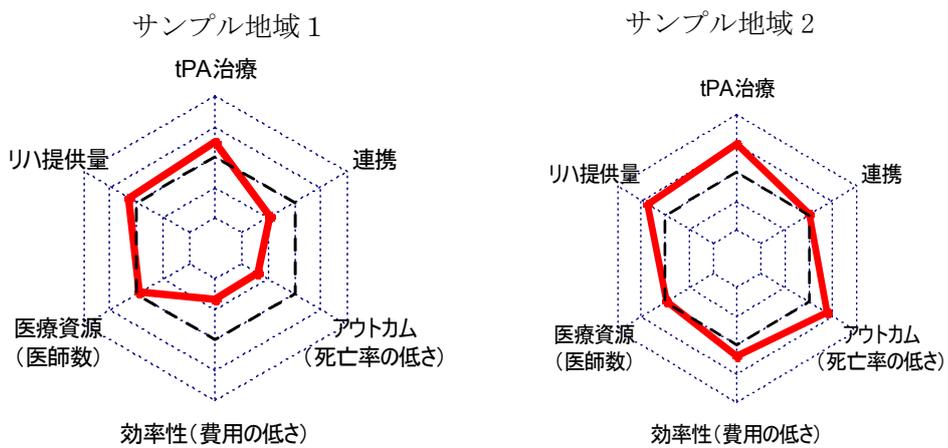
- ・「医療の『質』の地域ごとの値と地域差」や「医療の『費用』の地域ごとの値と地域差」を積極的に住民など一般市民に公表することについて
- ・「医療の『質』の地域ごとの値と地域差」や「医療の『費用』の地域ごとの値と地域差」を行政や医療団体での情報共有について
- ・「医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差」が、他の地域の行政や医療団体に比較されることについて
- ・「医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差」について、データ提供を受けるとした場合の提供のあり方
- ・医療にかかわる情報の公表・開示について
- ・レセプトデータに基づく地域の「医療の『質や費用』」に関する情報は、誰のものだと思うか

○ 次に、**第2ステップ**として、同じ調査対象者に対し、(図1) (図2) に示すような具体的な指標を示した上で、以下の2設問を選択式(賛成/条件付賛成/反対)で聞いた。条件付賛成および反対を選択した場合はその理由を尋ねた。(2017年1月実施)

- ①「医療の質や費用の地域ごとの値と地域差」を、表示の数値やグラフのように、他地域と比較できる形で住民など一般市民に、アクセス可能なインターネット等で公表することについてどのように考えるか。
- ②「医療の質や費用の地域ごとの値と地域差」を、表示のレーダーチャートのように、地域のパフォーマンスの全体像を表す形で住民など一般市民に、アクセス可能なインターネット等で公表することについてどのように考えるか。



〈図1. 脳梗塞 二次医療圏ごと医療の質指標例〉
 調査用紙に提示したサンプル図



〈図2. 脳梗塞 地域の医療のパフォーマンス サンプル例〉
 調査用紙に提示したサンプル図

(3) 地域の医療成績(医療の質指標)の情報公開等に対する一般市民の意識調査の計画・実施(日蘭比較) [課題解決のための応用理論グループ] 【平成28年度重点領域】

位置づけ・目的 地域における医療・介護の格差を示す医療関連情報を、広く一般市民と共有するために必要な重要項目を明らかにすることを目的として、調査票調査を行う。具体的には、一般市民を対象として、①各種医療情報公開に対する意識・態度、および②超高齢社会において身近な問題となってくる認知症ケアや終末期医療について、一般市民が期待している医療・介護像を把握する。そして、医療情報公開や自ら将来受たい医療に関して、地域ごとの市民のニーズや価値観について全国規模で明らかにする。さらに、そのニーズと居住地域、年代層や社会経済因子、情報公開への姿勢などとの関連等についても検討する。

また、文化や制度による日本固有の側面を明らかにする目的で、安楽死を世界で初めて法制化したオランダの一般市民に対して、同内容の調査を同時に実施し、二国間比較を行う。得られた研究結果を活用することで、医療関連情報を、研究者・政策関係者のみでなく、広く一般市民へ橋渡しし、かつ市民を主体とした政策展開を支援する仕組みを検討することが可能となる。

また、一般市民への情報提供の望ましいあり方について、二国間比較を行うことで、医療提供体制の違いを超えた本質的な課題を洗い出すことができ、それに対する解決策もより具体化することが期待できる。このように、一般市民のニーズ・価値観を把握することで、医療情報提供と政策の社会実装を推進する一助となることが期待される。

研究開発の方法・内容 日本・オランダ国籍および在住の、20歳以上の一般市民を対象に、無記名自記式インターネット調査を2016年3-4月に実施した。具体的な調査項目は下記の通りである。

医療成績公開について

1. 居住地(都道府県/市町村/都会・地方別)
2. 地域の各種医療成績(疾患ごとの入院死亡率、治療実施割合ほか)公開希望の有無
3. 病院の各種医療成績(疾患ごとの入院死亡率、治療実施割合ほか)公開希望の有無
4. 医療関連情報の公開の望ましいあり方
5. 健康な高齢者となった(である)場合、将来の医療・介護環境を考慮して、転居・移住を考える可能性、転居先(より都会/より地方)、理由
6. 初めて病院を受診する際に、病院を選ぶ基準
7. 地域により受けられる医療の質に格差がある(ある地域で提供される医療の質が別の地域と異なる)という実態について、どう思うか
8. 支払い能力と受けられる医療との関係への意見

認知症になった場合に受たいケアについて

9. 認知症になり、自立した生活が困難になった場合、主たる介護を期待する人
10. 認知症になり、自立した生活が困難になった場合、生活したい場所

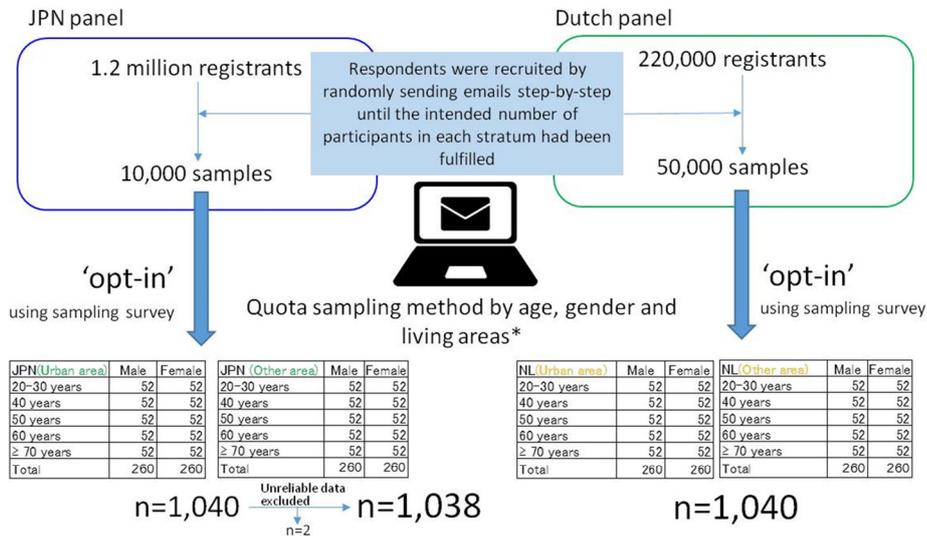
終末期医療として受けた医療について

11. 余命 12 か月と宣告され、担当医から残りの人生の目標をどのように決めたいかと尋ねられた場合の気持ち
12. 余命約 3～6 か月の病気と診断された場合、どのような方針で治療受けたいか
13. 余命約 3～6 か月の病気と診断され、回復の見込みがない場合、人生の最期の時期の医療・ケアをどのような形で受けたいか
14. 余命の限られた病気にかかり、尊厳が失われた状態から回復する見込みがない、または耐え難い苦痛が継続する場合の希望
15. 余命いくばくもなく、周囲の人の助けを借りずには生活できない状態となった場合、自分が周囲の人の重荷になっていると感じるか

基本情報

性別、年齢、配偶者・パートナーの有無と生活形態、家族・世帯構成、職業、最終学歴、世帯収入

調査票は、先行研究および関連研究の文献レビューや専門家（日本およびオランダ）の原著論文および助言を踏まえて作成した。また、オランダにおける習慣・価値観等の違いを考慮し、オランダのラドバウド大学医療センターの研究者の協力の下、オランダ語で調査を実施した。（図3）のような抽出方法で、2国同時に年齢、性別、地域ごとにほぼ同数のサンプルを得た。



*Urban area / other area were defined as follows:
JPN: Tokyo, Kanagawa, Chiba, Saitama, Kyoto, Osaka, and Hyogo Prefectures/the rest of the prefectures
NL: Province of North Holland and South Holland/ the rest of the provinces

〈図3. 対象者の抽出方法および割付〉
日本とオランダでほぼ同数の調査サンプルを得た

上記項目に関する記述を行った後、Chi-squared Automatic Interaction Detection (CHAID) 解析を用いて、これら質問項目の結果に対し、決定要因となる要素(国籍、年齢、性別等)について検討した。

(4) 医療システム再構築に向けて、エビデンスに基づく政策形成の概念的フレームワークの整理 [課題解決のための応用理論グループ] 【平成27年度重点領域】

位置づけ・目的 政策決定は必ずしもデータ等の客観的根拠のみに基づいて行われているわけではない。各地域ごとの特徴や課題をデータを用いて明らかにし、課題解決のための理論をもとに具体的な施策を考案・実装し、それらの効果をまた新規に得たデータをもとに評価する一連のサイクルが必要である。このサイクルを実現して医療システムを再構築するためには、まず、客観的根拠に基づく政策決定(Evidence-Based Policy/Evidence-Informed Policy) という考え方自体の整理が必要である。

“Evidence-Informed Policy Making” を具現化するための理論・フレームワークについて、医療という文脈で、本プロジェクトに応用可能な概念的枠組みを構築した。

研究開発の方法・内容 Academic Search Complete, EconLit with Full Text, Library, Information Science & Technology Abstracts, MEDLINE, eBook Collectionのデータベースに2010年-2015年6月の期間に掲載された165論文、およびそれ以外の方法で収集した21論文についてScoping Reviewを行い、包含・除外基準を満たした29論文(欧米、カナダ、オーストラリア、WHO等) について検討した。

Evidence-Based Policyを効果的に進めるためにはフレームワークが重要であること、また、鍵となる重要領域を明らかにした。

(5) 医療におけるエビデンスの政策実装の際の課題検討 [課題解決のための応用理論グループ] 【平成27年度重点領域】

位置づけ・目的 研究成果として生まれたエビデンスをいかに現実の政策形成に活用したらよいか、政策的・社会的課題の特定と乗り越え方などについて、幅広い関係者とともに考え、学際的に議論を深めることを目的とする。

研究開発の方法・内容 医療をテーマに、エビデンスに基づいた政策形成をどのように進めるかという問題を、医療の質の地域格差是正(当PJ)と、数理モデルによる感染症対策(西浦PJ)という2つのプロジェクトでの具体的活動例にもとづいてディスカッションを行った。

(6) ステークホルダー間連携および一般市民へのアウトリーチ [政策立案・社会実装グループ] 【平成27年度・平成28年度重点領域】

位置づけ・目的 持続的な社会システム再構築を推進するための共同体を醸成するため、大学内異分野融合推進プログラムを活用し、一般市民との双方向性コミュニケーションを図るとともに、研究者間連携、さらには産官学連携を図る。

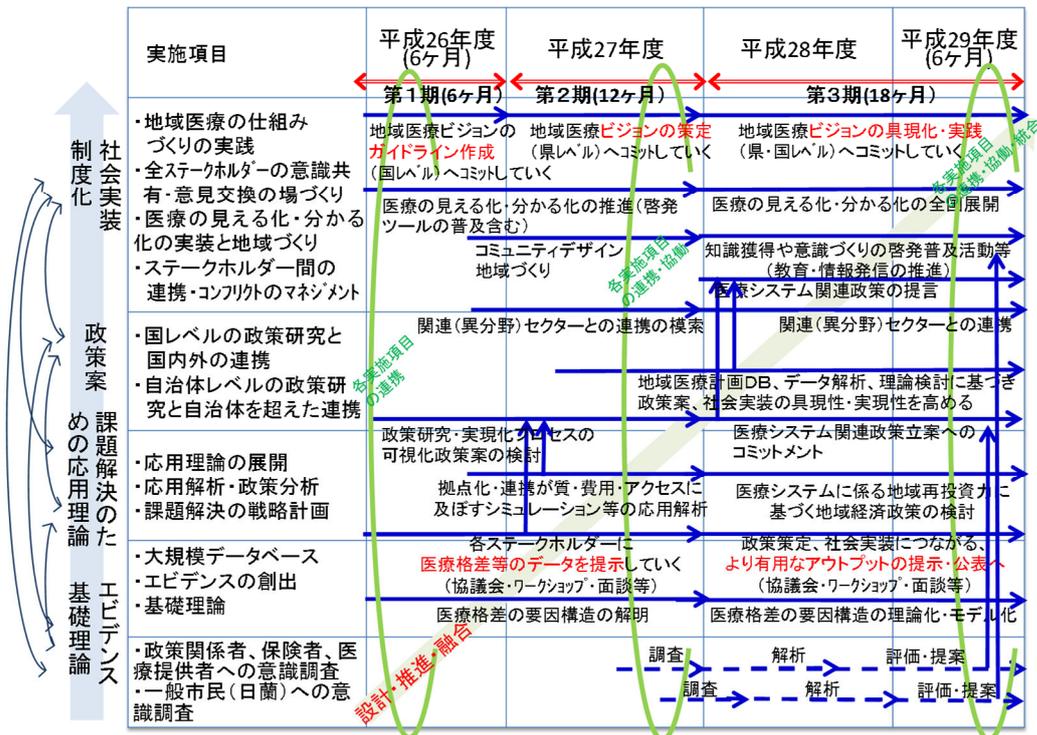
研究開発の方法・内容

① 京都大学アカデミックデイでのブース展示、啓発ツールの普及 (対一般市民)

小中学生から高齢者までの幅広い年齢層を含む一般市民への情報発信および対話を行った。(平成27年度)

- ②京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立（異分野研究者間連携推進）
異分野の研究者らが連携して学際的融合研究を行いやすいよう、京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立へ向けて、担当部署への連絡など準備を進めた。
- ③京都大学産官学連携本部の後援による産官学連携推進・国際共同シンポジウム開催
京都大学産官学連携本部と頻回に議論を行い、自治体・企業を含む産官学連携コンソーシアム立ち上げやシンポジウム開催への準備を行った。

研究スケジュール



〈図4. 研究開発実施項目〉

3 - 3. 研究開発結果・成果

平成26年度(半年間)はデータベース解析基盤の整備・拡充(ソフト・ハード環境を含む)、エビデンスを施策・政策の立案・実装につなぐ全プロセスの基盤強化、社会実装を視野に全体会議を開催して各グループ間の交流を通して現状認識の共有を行い、データ作成・公表の仕方・実装各段階における課題を洗い出した。

また、平成27年度以降は、平成26年度の行政等ステークホルダー間とのやりとりの中で判明した障害要因(結果を提示するプロセスにおけるハードル)を踏まえ、課題解決の前段階として、課題「共有」に向けて段階的に対策を講じることとし、以下の3段階を並行して実施した。

- (1) ステークホルダー間データ共有プラットフォームの構築
- (2) Evidence-Informed Policy Makingを具現化するための理論・フレームワーク
- (3) 持続的な社会システム再構築を推進するための共同体の醸成

平成27年度は基盤となるデータの算出・提示およびEvidence-Informed Policy Makingを具現化するための理論・フレームワークを重点的に展開し、平成28年度は政策関係者・医療提供者・保険者の意識調査および一般市民の意識調査、さらに持続的な社会システム再構築を推進するための共同体のネットワークを強めるため、一般市民のみでなく、研究者間および自治体・企業を含めた産官学連携への発展を目指して活動した。

以下に、その詳細について記載する。

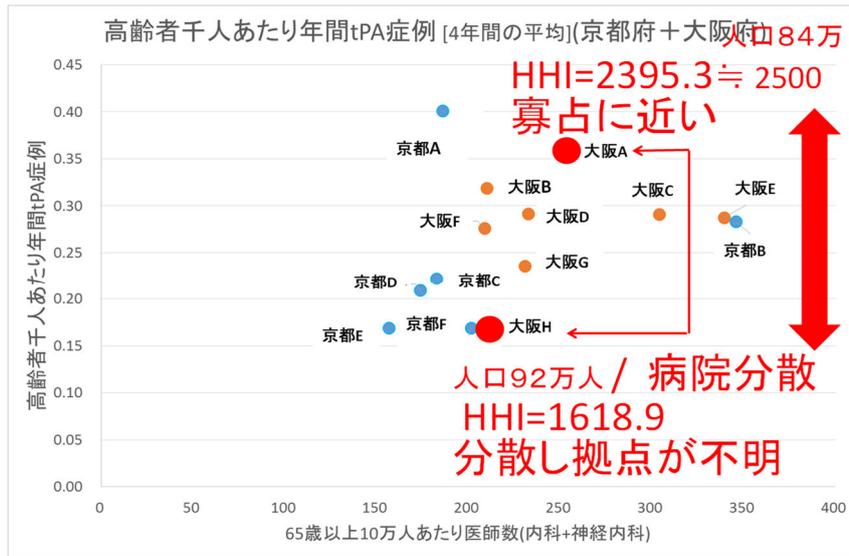
(1) ステークホルダー間データ共有プラットフォームの構築

- ① **Big Data**で新たな知見の創出：ナショナルデータベース（NDB）から得られる全国各地域の年間tPA実施状況を用いて、医療圏における医療資源の集中・分散と医療の質の現状を提示・解析 [エビデンス・基礎理論グループ]

市民も地域の医療介護実態が段階的にわかるようになること、そして、地域医療構想・地域医療計画に資することを目指して、大規模DBの解析アウトプットを、新たに生み出した。医療資源の集中・拠点化と医療の質との関係を検討した。

a) 関西2医療圏における医療資源の集中・分散と医療の質

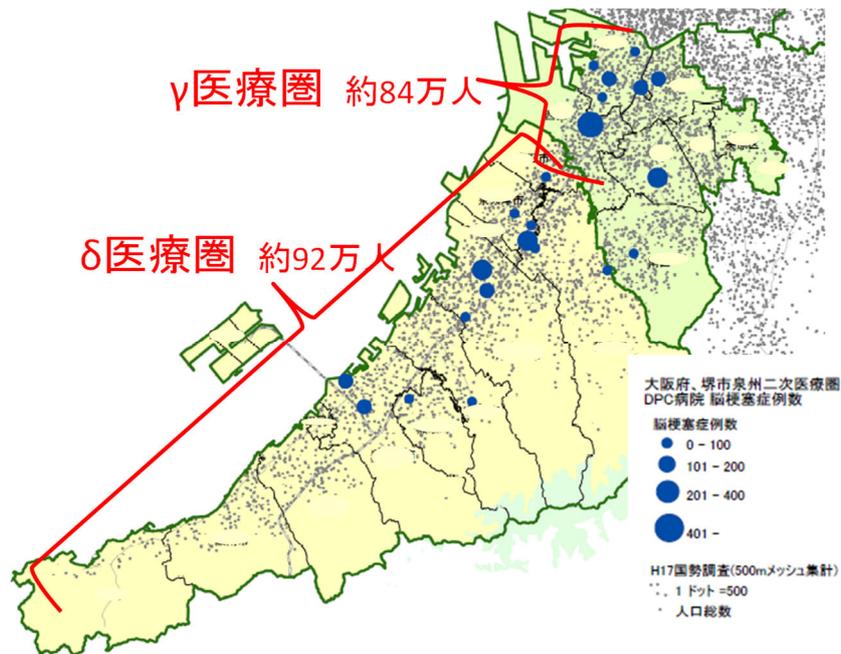
ナショナルデータベース（NDB）を用いて、京都、大阪の2つの地域に注目し、人口規模が同じ2医療圏(大阪A vs 大阪H、京都A vs 京都F)について、高齢者千人あたり年間tPA実施割合(=医療パフォーマンス・医療成績)と65歳以上10万人あたり医師数の関係をプロットした。例えば大阪A医療圏ではH医療圏より、人口あたり医師数が多く、tPA実施割合が高い（医療成績が良い）ことがわかる(図5)。



〈図5. 大阪2医療圏のtPA実施状況と医師数比較〉

A医療圏の方がH医療圏より人口あたり医師数が多く、tPA実施割合が高い（医療成績が良い）

その原因を精査すると、脳梗塞受入れ可能な病院が、A(γ)医療圏では拠点化しており、寡占状態を推察する指標であるハーフィンダール・ハーシュマン指数（HHI；公正取引委員会基準で2500超で寡占を意味する）もHHI=2395と寡占に近い状態であることが判明した。一方で、H(δ)医療圏ではHHI=1619と病院が分散しており、医師も分散していることが推察された。（図6）

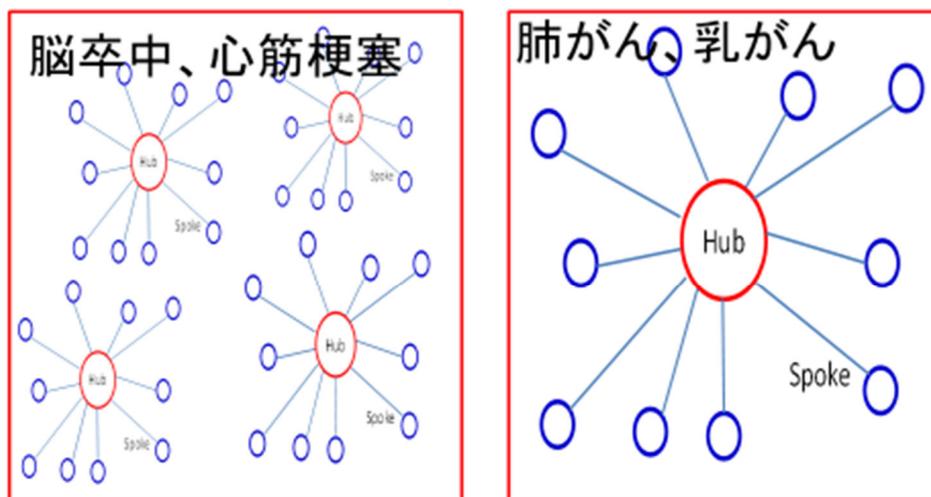


〈図6. 大阪2医療圏の人口規模と脳梗塞受入れ病院分布と症例数の比較〉

δ 医療圏の方が γ 医療圏より脳梗塞受入れ病院が分散し、拠点が不明

このように、脳梗塞症例の後遺症の多寡という側面で、病後の生活に大きく影響するtPAの実施状況について、個々の医療機関の成績に注目するばかりでなく、地域の医療供給体制という視点からデータを可視化して精査することで、当該地域において病院機能をより集中化（＝拠点化）した方が望ましいのに医療資源（中核病院、急性期病床や治療に主となって従事する専門医など）が分散している、等の評価が可能になる。病院分布など地図上の情報も解析対象に含めると、ステークホルダー間での情報共有が直感的に行いやすく、理解も容易になると考えられる。

拠点化と連携強化 Hub & Spoke Model



現状を踏まえ 課題(疾病群)特異的な構築へ

〈図7. Hub & Spoke Modelに基づいた拠点化と連携強化〉
疾患群の性質に応じて、拠点化のタイプを分けることが重要

限られた財源・資源で医療制度を向上させるためには「拠点化と連携強化」が重要である。脳卒中、急性心筋梗塞、5大がん、各種救急医療（小児科、産科、多発外傷含む）など、専門的で十分な人員体制・設備が重要な領域において、拠点化・連携強化が重要となる。一方、慢性期疾患(がん、糖尿病等)などでは「分散」も重要であり、疾患特性・治療内容や患者ニーズにより、拠点化のあり方は理想型が異なる(Hub & Spoke Model:図7)。

地域ごとに医療の質やパフォーマンスの測定が可能となり、その地域格差が明確となって、それらの情報をステークホルダー間で共有できるようになれば、拠点化と連携強化が本気で進み、「地域医療全体を責任をもってみる」体制づくりも可能となるだろう。

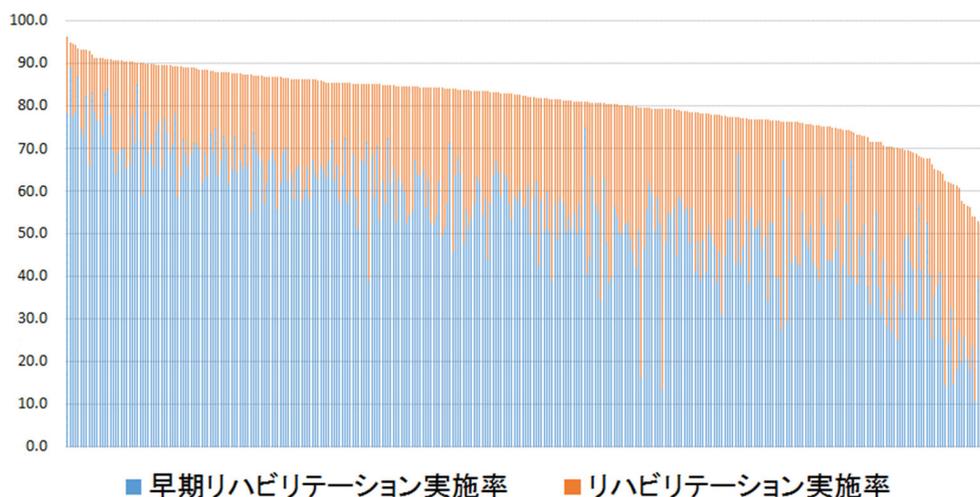
b) 脳梗塞症例について、全国の地域別医療パフォーマンス指標を算出

NDBから可視化された地域別医療パフォーマンス指標の例として、二次医療圏ごとの(i)脳梗塞患者早期CT/MRI実施割合、(ii)tPA実施割合、(iii)リハビリテーション実施率(早期実施率含む)(図8)、(iv)脳梗塞患者平均在院日数、(v)入院医療費、および(vi)医療介護連携計画割合(図9)を提示した。どの指標についても、医療パフォーマンスが地域ごとに広がらつくことが示された。

これら各指標の成績の関係を地域ごとに精査すれば、少なくとも二次医療圏単位で、地域における脳梗塞発症から診断(i)→治療(ii)→早期リハビリテーション実施(iii)→入院にかかる日数(iv)・費用(v)、そして退院後の回復期生活に必要な医療介護への連携の実践(vi)といった、地域で充足されることが望ましい一連の加療過程において、どの部分が自分の地域は弱いか、あるいは強いのか、という判断が可能となる。弱い部分を認識できて初めて、それに対する自治体行政からの有効な施策や地域病院/かかりつけ医等の対策も具体化できるだろう。

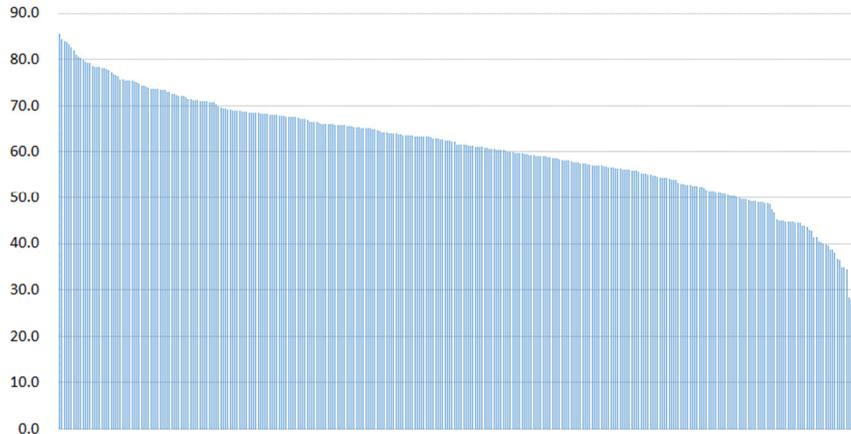
地域包括ケアをより効果的に実践していくためには、このように、各疾患(今回は脳梗塞)の病期の各フェーズにおいて、ポイントとなる医療介護パフォーマンス指標を決定し、それらを多面的に組み合わせて、時間軸を考慮して総合的に評価する必要がある。

二次医療圏毎 脳梗塞リハビリテーション実施率 (青は早期実施率) (単位:%)

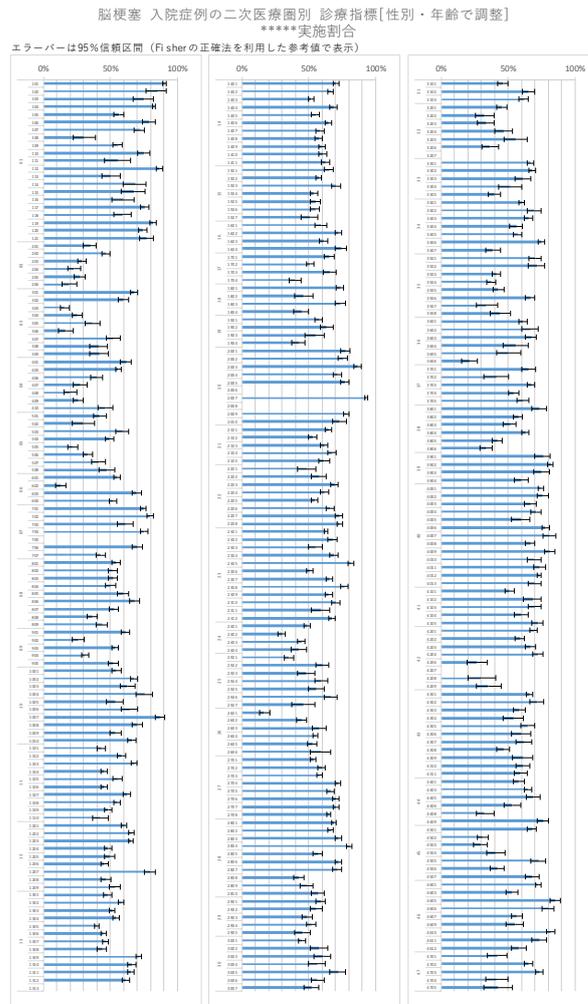


〈図8. 全国の地域別医療の質指標の一例〉
二次医療圏毎の脳梗塞リハビリテーション実施率(青は早期実施率) (地域名なし)

二次医療圏毎 脳梗塞の医療介護連携計画割合



〈図9. 全国の地域別医療の質指標の一例〉
 二次医療圏毎の脳梗塞医療介護連携計画割合 (地域名なし)



〈図10. 全国の地域別医療の質指標の一例〉
 二次医療圏別サンプル例 (地域名あり)

②適切なデータ共有プラットフォームのあり方に向けての検討

データ共有プラットフォーム構築の過程において、全ステークホルダー対象のオープン部分と医療提供者と行政で共有するセミ・オープン部分の設定について検討したが、データの種類（NDB等）によってはセミ・オープン部分を設定しにくいことが判明した。そのため、まずは各ステークホルダーの情報公開に対する意識調査を行い、その調査結果をもとに、より適切なデータ共有プラットフォームのあり方を検討することとした。

具体的には、郵送調査およびインターネット調査を用いて、下記を企画・実施し、かつ、データの持ち方としてのシステムづくりも並行して検討した。

a) 政策関係者・医療提供者・保険者（都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会等）の意識調査 [政策立案・社会実装グループ]

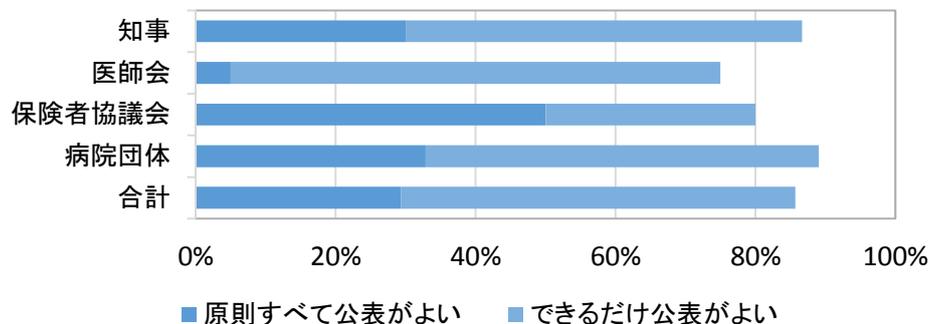
第1ステップ(2016年3月実施)の主な結果

質問紙は計302件に送付し、44%にあたる133件の回収（回答無等を含む）を得た（知事（71%）、医師会（44%）、保険者協議会（27%）、病院団体（48%））。医療の質および費用の地域ごとの値と地域差を積極的に住民など一般市民へ公表することについて、公表する方が良いと答えた割合はそれぞれ約90%であった。一方で原則すべて非公表が良いという答えも約2%でみられた。

医療の質や費用の地域ごとの値と地域差が、他の地域の行政や医療団体に比較されることについては、72%でよいと考えられており、比較をされることに対する懸念の回答はなかった。

Q: 「医療の『質』の地域ごとの値と地域差」を積極的に住民など一般市民に公表することについての印象

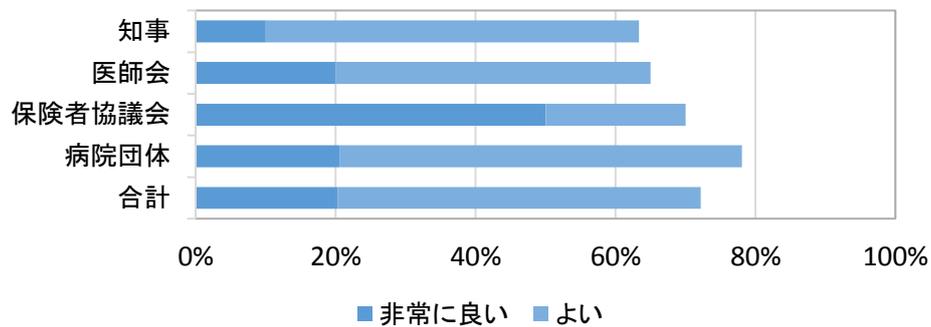
	n	原則すべて 公表がよい	できるだけ 公表がよい	できるだけ 非公表がよい	原則すべて 非公表がよい	回答無し
知事	30	30% (9)	57% (17)	0% (0)	0% (0)	13% (4)
医師会	20	5% (1)	70% (14)	10% (2)	10% (2)	5% (1)
保険者協議会	10	50% (5)	30% (3)	0% (0)	0% (0)	20% (2)
病院団体	73	33% (24)	56% (41)	3% (2)	1% (1)	7% (5)
合計	133	29% (39)	56% (75)	3% (4)	2% (3)	9% (12)



〈図11. 医療の『質』の地域ごとの値と地域差を一般市民に公表することへの印象〉
積極的に公表する方が良いとした回答は約90%に及んだ。

Q: 「医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差」が、他の地域の行政や医療団体に比較されることについての印象。

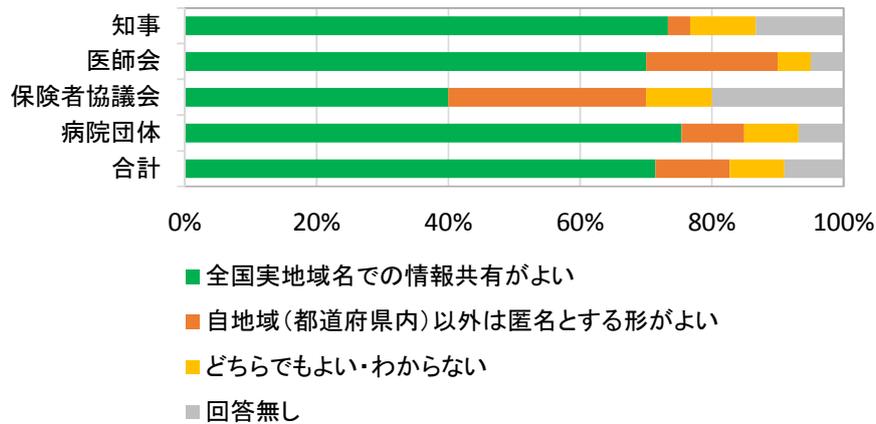
	n	非常に良い	よい	どちらでもよい・わからない	情報を知られたくない	困る	回答無し
知事	30	10% (3)	53% (16)	23% (7)	0% (0)	0% (0)	13% (4)
医師会	20	20% (4)	45% (9)	30% (6)	0% (0)	0% (0)	5% (1)
保険者協議会	10	50% (5)	20% (2)	10% (1)	0% (0)	0% (0)	20% (2)
病院団体	73	21% (15)	58% (42)	15% (11)	0% (0)	0% (0)	7% (5)
合計	133	20% (27)	52% (69)	19% (25)	0% (0)	0% (0)	9% (12)



〈図12. 医療の質や費用が他の地域の行政や医療団体に比較されることへの印象〉
積極的に公表する方が良いとした回答は約90%に及んだ。

Q: 「医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差」について、データ提供を受けるとした場合、自地域(たとえば同県内)のみのデータや自地域以外は匿名化した形で、全国のほかの地域の名称は隠す方法などがあります。このことについてどのように考えられますか。

	n	全国実地域名での情報共有がよい	自地域(都道府県内)以外は匿名とする形がよい	どちらでもよい・わからない	回答無し
知事	30	73% (22)	3% (1)	10% (3)	13% (4)
医師会	20	70% (14)	20% (4)	5% (1)	5% (1)
保険者協議会	10	44% (4)	30% (3)	10% (1)	20% (2)
病院団体	73	75% (55)	10% (7)	8% (6)	7% (5)
合計	133	71% (95)	11% (15)	8% (11)	9% (12)



〈図13. 医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差のデータ匿名化について〉
全国実地域名での情報共有を望む割合は団体によりばらついた。

本調査では、医療の質や費用に関する地域ごとの値や地域差について、立場に関わらず公表することへは大多数が肯定的だった。一方、少数ではあるが否定的な見解も寄せられた。また本調査の回収率は半数に近いが、それでも半数と一部の無回答がみられ、また自由回答としておおむね肯定的ではあるものの負の側面への指摘もなされており、本調査の結果の解釈をする際にはこれらの少数の意見へも注意が必要と考えられた。そのほか、自由回答として、示される値の妥当性を高める必要性や、解釈の難しさへ対する意見も寄せられており、公表に資する指標への継続的な改善が期待される。

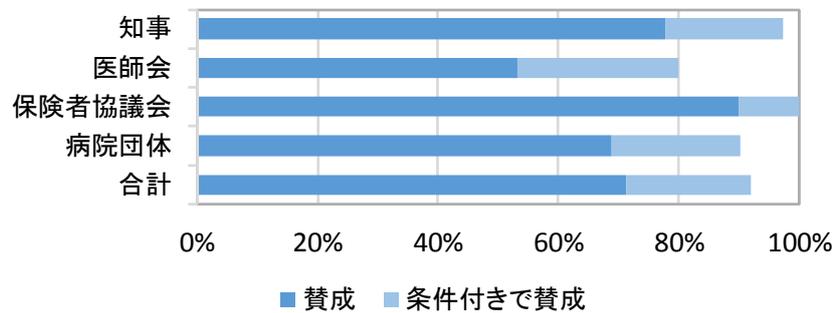
第2ステップ(2017年1月実施)の主な結果 (2017年3月8日時点中間報告)

質問紙は第1ステップと同じ計302件に送付し、124件の回答(回答不能2件を含む)を得た(回収率41%)。解析対象は回答不能例を除く122件とした。各層別回収率は知事(77%)、医師会(31%)、保険者協議会(23%)、病院団体(38%)

だった。「医療の質や費用の地域ごとの値と地域差」を、他地域と比較できる形で住民など一般市民に、アクセス可能なインターネット等で公表することについては、賛成71%、条件付き賛成20%という結果であり、また、レーダーチャートでの表示については72%で賛成、17%で条件付き賛成という結果を得た。(図14、図15)

Q1: 「医療の質や費用の地域ごとの値と地域差」を、数値や右のグラフのように、他地域と比較できる形で住民など一般市民に、アクセス可能なインターネット等で公表することについてどのように考えられますか。

	n	賛成	条件付きで賛成	反対	未回答	回答無し
都道府県知事	37	78% (28)	19% (7)	0% (0)	3% (1)	(1)
医師会	15	53% (8)	27% (4)	20% (3)	0% (0)	(0)
保険者協議会	11	90% (9)	10% (1)	0% (0)	0% (0)	(1)
病院団体	61	69% (42)	21% (13)	10% (6)	0% (0)	(0)
合計	124	71% (87)	20% (25)	7% (9)	1% (1)	(1)

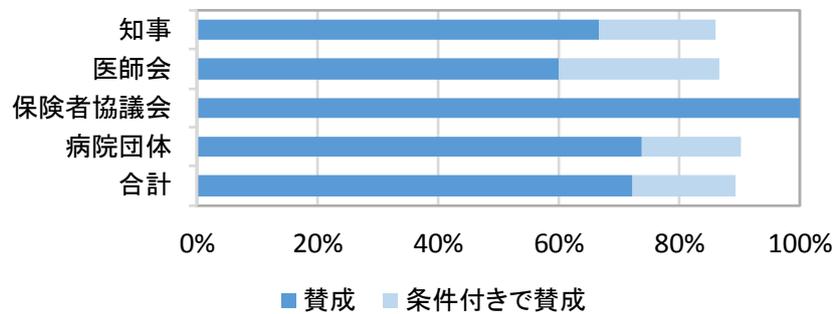


〈図14. 医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差の公表について〉 (2017. 3. 8時点中間報告)

賛成が多数だが、10-30%は条件付賛成だった。

Q2: 「医療の質や費用の地域ごとの値と地域差」を、右のレーダーチャートのよう
に、地域のパフォーマンスの全体像を表す形で住民など一般市民に、アクセス可能な
インターネット等で公表することについてどのように考えられますか。

	n	賛成	条件付きで 賛成	反対	未回答	回答無し
都道府県知事	37	67% (24)	19% (7)	6% (2)	8% (3)	(1)
医師会	15	60% (9)	27% (4)	13% (2)	0% (0)	(0)
保険者協議会	11	100% (10)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	(1)
病院団体	61	74% (45)	16% (10)	10% (6)	0% (0)	(0)
合計	124	72% (88)	17% (21)	8% (10)	2% (3)	(1)



〈図15. 医療の『質や費用』の地域ごとの値と地域差の公表について〉 (2017. 3. 8時点中間報告)
賛成が多数だが、20-30%は条件付賛成だった。

「条件および自由記載」欄には、主に反対意見や懸念が記載されていた。具体的な内容としては、**指標についての意義への疑問**が示されたほか、「差が生じる背景（つまり改善するための方策）までを『責任をもって』開示すべき」という意見を認めた。また、「レーダーチャートで偏差値を示すと、『成績』『ランキング』という印象が強くなり避けるべき」という意見もあった。そして、「一般市民や医療行政への混乱をきたすのでは」とする懸念も認められた。その他、「指標の利用方法も示すべき」「高低が質の高低と言えないものがおおい。目的がわからない。」「レセプトデータの限界（不正確さ）を明記すべき」、「マスコミなどで過剰に利用されると、行政・医療体制に悪影響がでる」「レーダーチャートだとバイアスになる」「マスコミなどで過剰に利用されると、行政・医療体制に悪影響がでる」等があった。

地域差については、「県を超えての比較は意味がない」「既にわかっていることを言われても残念なだけ」という否定的なものがある一方で、「全国比較することが重要」という逆の見解もあった。その他、「地域差の生じる理由・背景まで言及が必要」、「現在の医療圏に疑問があり、その問題点を十分に理解しているので、わざわざそれをまた別の形で公表される必要を感じない」「全国平均との比較が本当に質の良し悪しなのか疑問」「全国との比較が重要」「医療資源量・アクセス・人口が異なっているため、単純に比較されるのは反対」等があった。

データ一般については、「特に一般人向けに解釈や意味を明示したり、医療用語の解説も必要」「データ公表はテキストやエクセルなど二次利用ができる形にすべき」「また”情報”が増えるとそれを提供する”仕事”が増えて費用がかさむ」などの意見があった。

総合的には、条件付きを含めると、公開用の暫定版を示したうえで90%を超えて、情報を公開していくことに賛成という好意的な結果だった。しかし「（本当に医療の）『質』を表しているか、指標の内容もデータの精度も含めて確信をもって言えるのか」「実行政・医療にインパクトを与えた場合、万が一の誤りなどに対する責任はどうするのか」といった意見もみられ、データ提供側が慎重に考えていく必要があると考えられた。

このように、2段階の調査結果から、多数の政策関係者・医療提供者・保険者は医療成績等の公表に前向きではあるものの、必ずしも賛成ばかりではないことが明らかとなった。しかしながら、賛成ではない少数意見の中に、データ公表に向けての重要な障害要因が含まれていると考えられる。これらの障害要因を考慮せずに情報公開を推進することは、将来的に情報公開プロセス自体を頓挫させてしまうリスクを孕む。

医療の質・費用に関する重要な情報やエビデンスが、開示されることが当然のようになり、ステークホルダー間で情報を共有しやすくなるシステムを構築できるよう、平成29年度には、非公表や条件つき公表を求めるステークホルダーの意見をさらにヒアリング調査等で追究し、倫理指針や関連法規に沿って情報開示の手続きをどのように展開可能かにつき、方法論の検討をさらに深める。

b) 地域の医療成績(医療の質指標)の情報公開等に対する一般市民の意識調査（日本とオランダの比較）〔課題解決のための応用理論グループ〕

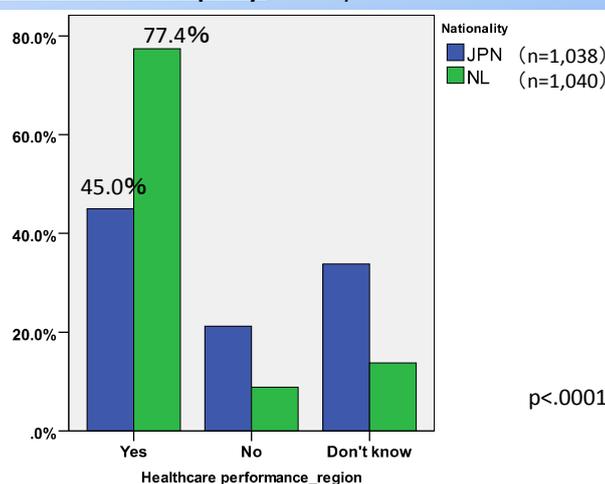
有効回答が得られた日本のサンプル1,038例、オランダのサンプル1,040例を解析対象とした。2つのテーマ：①各種医療情報公開に対する意識・態度、②超高齢社会において身近な問題となってくる認知症ケアや終末期医療への一般市民の期待、について、下記のような結果を得た。また、回答の傾向として、日本の回答者はオランダと比較して「わからない」が総じて多かった。

(i) 各種医療情報公開に対する意識・態度

地域の各種医療成績(疾患ごとの入院死亡率、治療実施割合ほか)公開について、全体としては「知りたい」と考える回答者が61.2%だったが、二国間で大きな差を認めた(オランダ 77.4%, 日本 45.0%) (図16)。また、「知りたい」回答者の割合が最も少ない集団(36.0%)の特徴は、最終学歴が「低い/その他」の日本人だった一方で、同回答者の割合が最も多い集団(81.2%)の特徴は、50才以上のオランダ人だった。日本人で「知りたい」割合が最多だった集団は60代かつ最終学歴「高い/中間」で構成されたが、オランダの「知りたい」割合が最少レベルの集団と同等の約64%に留まった。(図17、図18)。

Preference to know the healthcare performance indicators of regions

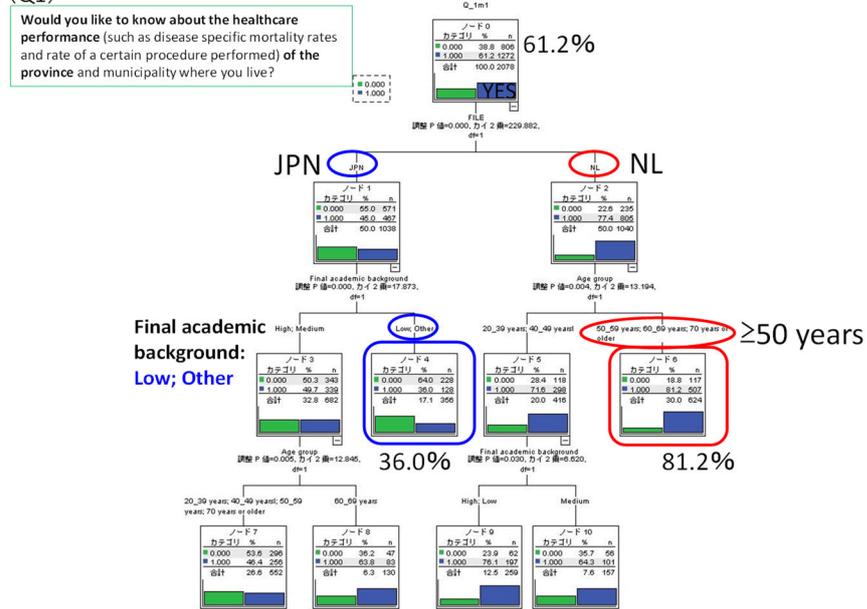
(Q1) **Would you like to know about the healthcare performance (such as disease specific mortality rates and rate of a certain procedure performed) of the province and municipality where you live?**



〈図16. 情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）結果(1)〉

日本よりもオランダの回答者の方がより積極的に地域の医療成績について知りたいと考えていた

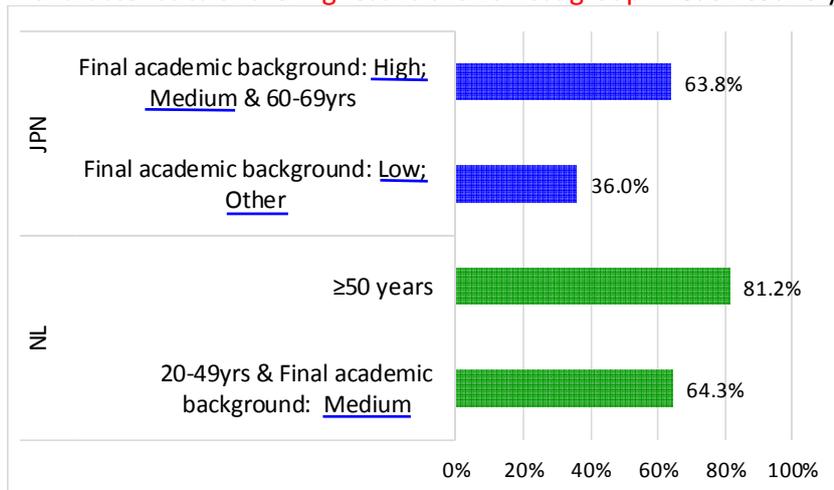
CHAID Tree Characterizing Willingness to Know about the Healthcare Performance of Region



〈図17. 情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）結果（2）〉
地域の医療成績を「知りたい」回答者の割合が最も少ない/多い集団の特徴

Willingness to Know about the Healthcare Performance of Region

(Q1) Characteristics of the Highest vs the Lowest group in each country

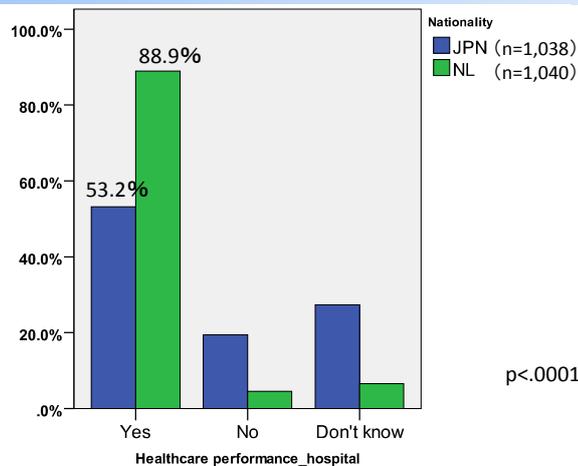


〈図18. 情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）結果（3）〉
地域の医療成績を「知りたい」回答者の割合が最も少ない/多い集団の特徴

病院の各種医療成績(疾患ごとの入院死亡率、治療実施割合ほか)公開については、両国とも「知りたい」とする回答者割合が増加したが、地域の情報と同様に、二国間で大きな差を認めた(オランダ 88.9%, 日本 53.2%)。地域の医療成績公開(Q1)と同様に、日本人男性・最終学歴「中間/その他」で構成された集団が、「知りたい」割合が最も低かった。(図19)。

Preference to know the healthcare performance indicators of hospitals

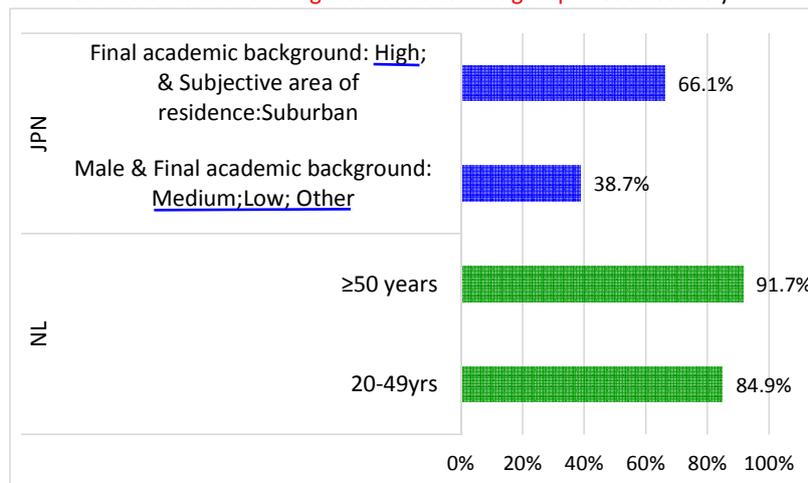
(Q2) **Would you like to know about the healthcare performance (such as disease specific mortality rates and rate of a certain procedure performed) of the hospital where you currently (or may eventually) receive treatment?**



<図19. 情報公開等に対する一般市民の意識調査 (日蘭比較) 結果(4)>
日本よりもオランダの回答者の方が積極的に通院する病院の医療成績について知りたいと考えていた

Willingness to Know about the Healthcare Performance of a Hospital

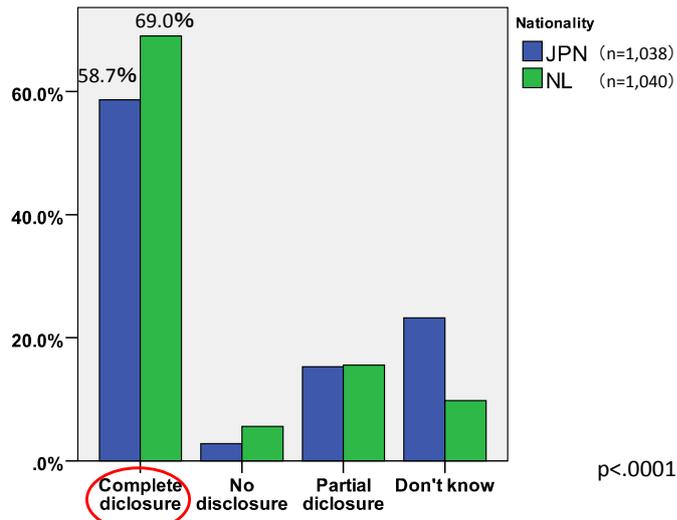
(Q2) **Characteristics of the Highest vs the Lowest group in each country**



<図20. 情報公開等に対する一般市民の意識調査 (日蘭比較) 結果(5)>
地域の医療成績を「知りたい」回答者の割合が最も少ない/多い集団の特徴

医療関連情報の公開の望ましいあり方については、「完全公開が望ましい」とする回答が両国ともに6・7割と多かったが(オランダ 69.0%, 日本 58.7%)、日本では「わからない」とする回答が3割近くに及んだ。(図21)

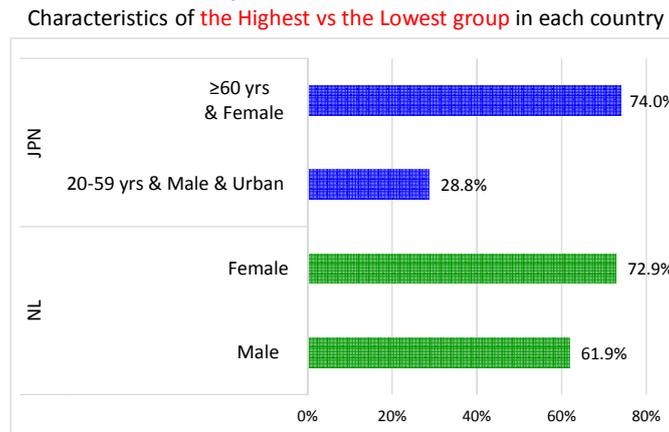
(Q3) Preferences toward the type of public disclosure of medical and nursing care-related information



〈図21. 情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）結果(6)〉
日本で約6割、オランダで約7割の回答者が、完全情報公開が望ましいと考えていた

また、地域により受けられる医療の質に格差がないことが望ましい必要と考えた回答者は全体で62.3%、同回答者の割合が最も多い集団の特徴は、日本で60才以上の女性(74.0%)、オランダで女性(72.9%)、一方で、最も少ない集団の特徴は、日本では都会に住む20-59才の男性(28.8%)、オランダでは男性(61.9%)だった。(図22)

(Q4)
“It is preferable/necessary for equivalent levels of care to be provided throughout the country, irrespective of location”



〈図22. 情報公開等に対する一般市民の意識調査（日蘭比較）結果(7)〉

受けられる医療の質に地域差がない方が望ましい/必要とする回答者の割合が最も少ない/多い集団の特徴

日本とオランダの一般市民による回答が著しいコントラストを呈したことから、医療の成績（地域ごとや病院ごと）情報の一般公開へのニーズは、国、年齢、性別、最終学歴などで異なることが明らかとなった。日本では世代間格差、若年層の政治的無関心、「勝ち組/負け組」などのレッテルによる優越感/無力感等の社会的・時代的背景が影響している可能性がある。情報の望ましい一般公開のあり方について、国や集団ごとに一律に提供することは困難であり、サブグループのニーズを踏まえた情報提供のあり方を検討する必要があると考えられた。

(ii) 超高齢社会において身近な問題となってくる認知症ケアや終末期医療への一般市民の期待

認知症になり、自立した生活が困難になった場合、主たる介護を期待する人について、日本人(9%)の方がオランダ人(5%)よりも子供に期待していた。また、そのような状況を未だ予測したことがない人が日本に多かった(26%対9%)。オランダの方が介護専門職への期待が大きく(51%対33%)、在宅ケアを好む傾向にあった(20%対13%)。また、**余命いくばくもない状況で、担当医から残りの人生の目標をどのように決めたいかと尋ねられること(アドバンス・ケア・プランニング：ACP)**については、オランダの方が受容的で(78%対65%)、日本の方がACPよりも希望を与えてほしいとする回答が多かった(18%対11%)。さらに、余命いくばくもない状況で、周

困りの人の助けを借りずには生活できない状態となった場合、自分が周囲の人の重荷になっていると感じるかについては、日本人が圧倒的に多くそのように感じると回答した(79%対48%)。最後に、望ましい死に場所として、日本人の方が「病院」を選択することが多く(20%対4%)、オランダ人は「在宅と外来診療の組み合わせ」をより好む傾向を認めた(66%対49%)。

終末期医療について、総合的には、日本人とオランダ人の嗜好はかなり異なっていた。たとえば、日本人の方が周囲に負い目を感じやすい、望ましい死に場所として「病院」をオランダ人よりもより多く好むなどの傾向を認めた。終末期医療の質のばらつきについて考察する際、この知見は重要となる。終末期医療の質のばらつきを減少させるために、ACPのような介入を検討するにあたって、標準化された介入を世界中で適用することには困難があることが明らかとなった。将来的には、地域・文化などを含む市民の嗜好を踏まえた、効果的な介入を目指す必要があるだろう。

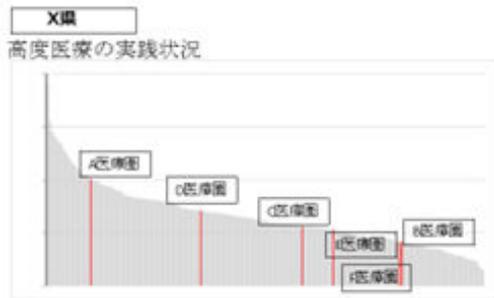
(i) (ii) をまとめると、医療成績の情報公開についても、望ましいと考えられる終末期医療への考え方についても、日本とオランダでは著明なコントラストを呈していた。一般市民は、全体としては、地域や病院に関する各種医療成績の公開を望んでいた。しかしながら日本の場合、オランダと比較するとその割合はかなり低く、また、積極的に「知りたい」程度には、男性、最終学歴、居住地等が関係していた。アドバンス・ケア・プランニングや望ましい死に場所等については、オランダ人ほど明確かつ主体的な意見を持ち合わせていない傾向を認めた。

各種医療情報の一般公開のあり方については、国や集団ごとに画一的に提供することは望ましくなく、サブグループのニーズを踏まえた情報提供のあり方を検討する必要があると考えられた。

c) 情報共有システムの検討[政策立案・社会実装グループ]

公開に向けたデータの種類（原則公開すべきデータと公開しにくいデータ等）を明らかにすると同時に、幅広い層にわたる各利害関係者のデータ公開への思いを汲むことが、効果的に共有できる医療システムを検討する上での第一歩となる（図23、図24）。その上で、効率的な医療システムへの再構築を目指し、急性や慢性などの疾患群の性質に応じて、Hub & Spoke Modelに基づいた拠点化と連携強化を目指す必要があると考えられた（図7）。

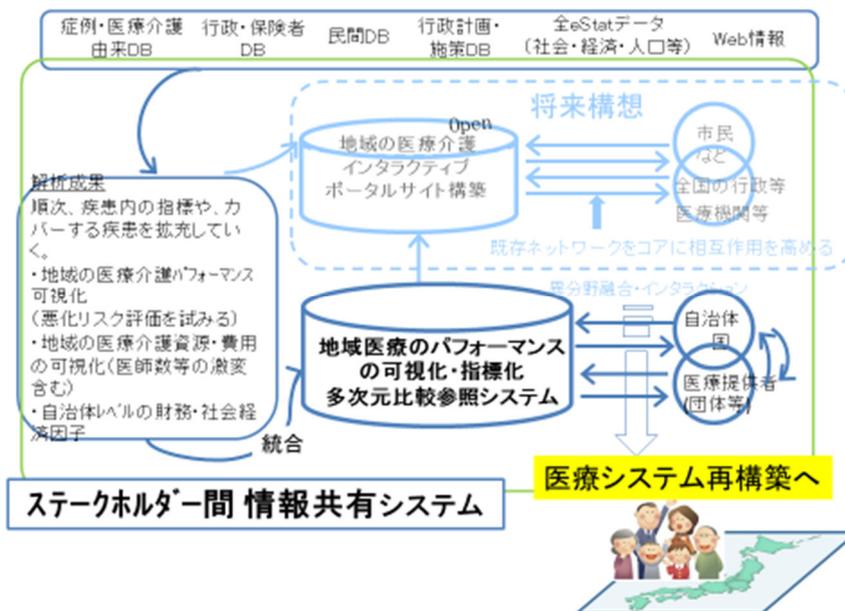
ある程度匿名性を保った情報共有の検討



- 自都道府県の医療圏の指標値のみピックアップ表示され、他の都道府県の医療圏の値は、個別に特定できない形で、全国での比較をする
- 自地域の関係者がみるときは、自都道府県の情報だけを実名で公表し、全国の他の地域については匿名化する
- アクセス制限をする

〈図23. 情報共有システムの一例〉

関係者が少なくとも自地域の成績を把握できるシステムづくりが急務



〈図24. 情報共有システムの構想〉

ステークホルダー間で情報を効果的に共有できる医療システムへ

(2) Evidence-Informed Policy Makingを具現化するための理論・フレームワーク

①医療システム再構築に向けて、エビデンスに基づく政策形成の概念的フレームワークの整理 [課題解決のための応用理論グループ] 【平成27年度】

基準を満たした29論文からEvidence-Based Policy形成過程のフレームワークに関する重要項目として、政策形成過程において鍵となる8重要領域(図25)が抽出された。具体的には、(1) データ、エビデンス、知識を政策形成に活用していこうとする各種ステークホルダーの強い意思・姿勢、(2)データ、エビデンス、知識の創出(正確性・信頼性・妥当性・わかりやすさが重要)、(3)各種ステークホルダー者間での情報をオープンに共有し、前向きに協議すること(図26)、(4)具体的な政策・施策の立案、(5)研究領域のエビデンス等を現場へ提供する努力/現場側が意思決定・政策実現に適切なエビデンスを引き出し、活用する努力(Push Efforts/Pull Efforts) (図27)、(6)エビデンス等を現場に応用して政策を立案し実現する人材・組織等の能力の育成、(7)エビデンス等を政策に結びつける際の促進/阻害要因の検討と対応、および(8)これらの政策形成過程の評価・改善のサイクル、である。データ、エビデンス等を政策形成の基盤とするためには、多軸的な働きかけやインタラクションが必要であり、情報提示側・政策関係者・受け手側各々の積極的姿勢・人材育成、推進/阻害要因の検討、および評価・持続サイクルを十分に考慮することが重要であると考えられた。

Evidence-Based Policy 8重要領域

- 1 データ、エビデンス等を活用するという関係者の強い意思
 - 2 データ、エビデンス、知識の創出
 - 3 ステークホルダー者間の情報共有と前向きな協議
 - 4 具体的な政策・施策の立案
 - 5 研究者からのPush Efforts/政策からのPull Efforts
 - 6 エビデンス等を現場に応用できる人材・組織等の育成
 - 7 政策応用における促進/阻害要因の検討・対策
 - 8 政策形成過程の評価・改善のサイクル
-

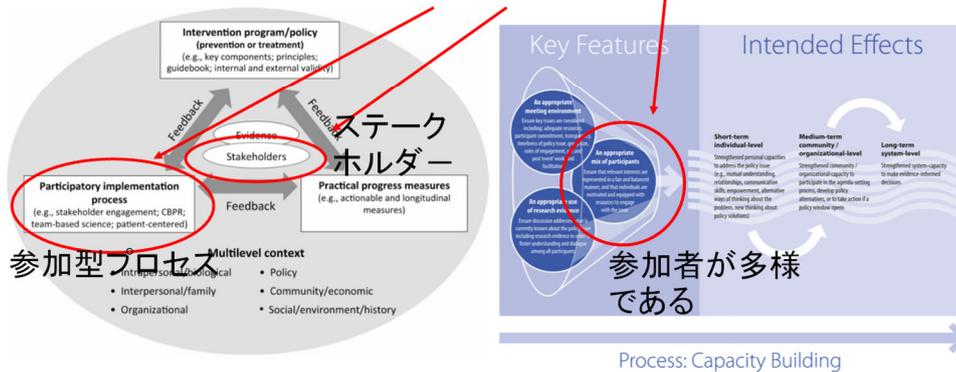
〈図25. Evidence-Based Policyを効果的に進めるための鍵となる8重要領域〉

データ、エビデンス等を政策形成の基盤とするためには、多軸的な働きかけやインタラクションが必要

Evidence-Based Policy 8重要領域

3. ステークホルダー者間の情報共有、
前向きな協議

基盤・中心の要素の一つ



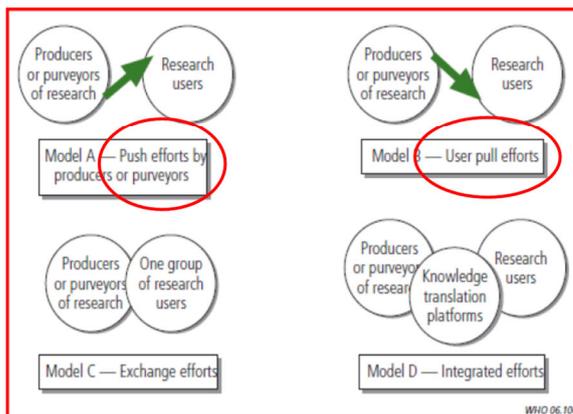
Glasgow RE, et al: Am J Prev Med 2012,42(6):646

Boyko JA, et al: Social Science & Medicine 2012,75(11):1938 17

図26. Evidence-Based Policyを効果的に進めるための鍵となる8重要領域(3)
 ステークホルダー者間の参加型プロセスを通じた情報共有・前向きな協議も基盤要素の1つである

Evidence-Based Policy 8重要領域

5. 研究者からのPush Efforts/
政策決定者からのPull Efforts



研究者による**PUSH**

- ・報告書や知見をまとめる
- ・メディアの活用
- ・研究技術開発のための機会の提供 等

政策決定者による**PULL**

- ・政策決定の上で**エビデンス**を重視する方針を持つ
- ・必要なエビデンスが**タイムリー**に得られる体制を作る
- ・研究者との**オープンコミュニケーション**の場づくり 等

Lavis JA, et al: Bulletin of the WHO 2006,84(8):620

19

〈図27. Evidence-Based Policyを効果的に進めるための鍵となる8重要領域(5)〉
 研究者からのPush Effortsとともに政策決定者からのPull Effortsが必要

②医療におけるエビデンスの政策実装の際の課題検討[政策立案・社会実装グループ]【平成27年度】

プロジェクト間の議論を通じて、医療という領域は同じでも、重点を置くステークホルダーが全く異なる（感染領域では情報が上意下達型であるのに対し、当プロジェクト領域では医療関係者、医療団体、患者・市民、保険者、自治体、国と多次元で多様な意見の統合が必要）と、課題解決に向けた政策形成に向けて働きかけるためのアプローチも異なり、より複雑なスキームを検討しなければならないことが明らかとなった。共通点として、担当行政とは密に連絡をとり合っており、理解しあうことが重要であることが再認識された。（資料1）

<資料1>

「科学技術イノベーション政策のための科学 研究開発プログラム」プログラムサロン（第7回）

「エビデンスに基づいた政策形成へ：医療における試み」

【日 時】 2016年2月22日（月）10時00分～12時00分（受付9時30分～）

【場 所】 政策研究大学院大学（GRIPS）会議室3C
（東京都港区六本木7-22-1）アクセス <http://www.grips.ac.jp/jp/about/access/>

【趣 旨】

本プログラムサロンは、「科学技術イノベーション政策のための科学」として推進する研究成果を現実の政策形成に活用できるものにする（社会実装）を目的とし、どのような実装の可能性があるのか、政策的・社会的課題の特定と乗り越え方などについて幅広い関係者とともに考える、学際的な議論の場として開催しています。

今回は医療をテーマに、エビデンスに基づいた政策形成をどのように進めるかという問題を、医療の質の地域格差是正と、数理モデルによる感染症対策という2つのプロジェクトでの具体的な活動例にもとづいて、ディスカッションしていききたいと思います。

〈主な論点〉

- 研究成果の政策実装に向けた取り組みと課題
- 研究教育・人材育成のあり方とその工夫
- 研究協力体制のあり方（多様な専門分野間およびステークホルダーとの協働）

〈プレゼンター〉 今中 PJ：今中 雄一 京都大学大学院 医学研究科 教授
國澤 進 京都大学大学院 医学研究科 特定講師
佐々木 典子 京都大学大学院 医学研究科 特定講師

西浦 PJ：西浦 博 東京大学大学院 医学系研究科 准教授
竹内 康博 青山学院大学 理工学部 教授
中谷 友樹 立命館大学 文学部 教授

〈コメンテーター〉 山縣 然太郎 山梨大学大学院 医学工学総合研究部 教授/プログラムAD
梯 正之 広島大学大学院 医歯薬総合研究院 教授

【お申込】 参加費無料、事前登録制。以下の登録フォームより、2/18（木）17時迄にお申込ください。

https://form.jst.go.jp/enquetes/stipolicy_salon7

登録フォームにアクセスできない場合は、下記の事項を明記の上、stipolicy@ristex.jp宛てにEメールにてお申込ください。

1. ご氏名
2. ご所属
3. お役職
4. ご連絡先（E-mail アドレス）

【主 催】 国立研究開発法人科学技術振興機構（JST）社会技術研究開発センター（RISTEX）
「科学技術イノベーション政策のための科学研究開発プログラム」

【共 催】 政策研究大学院大学 科学技術イノベーション政策研究センター（SciREXセンター）

【本件のお問い合わせ先】 JST RISTEX 政策のための科学プログラム事務局（担当：濱田、佐野）
E-mail: stipolicy@ristex.jp TEL: 03-5214-0132（代）

(3) 持続的な社会システム再構築を推進するための共同体の醸成

行政関係者・病院団体等とのやりとりや多領域の人々が集う場を通じて、医療の見える化・わかる化の推進や関連異分野セクターとの連携を進め、より良い医療介護システム・地域づくり（Evidence-Informed Policy Makingの具現化）を推進するための人的ネットワークづくり（研究コミュニティ含む）の一環として、下記を実施した。

① 京都大学アカデミックデイでのブース展示、啓発ツールの普及（対一般市民）

研究者自身が社会に対して研究を分かりやすく説明する双方向コミュニケーション活動「国民との科学・技術対話」の推進を目指して京都大学が提供する京都大学アカデミックデイにおいて、ブース展示を行い、小中学生を含む幅広い年齢層の市民との対話、および脳卒中早期発見・認知症サポーター啓発ツールの普及を図った。

本活動を通して、一般市民の興味関心がよくわかり、当研究への期待を直に感じることができた。双方向性コミュニケーションを通じて、当プロジェクトの意義を再確認することができた。（図28）【平成27年度】



〈図28. 京都大学アカデミックデイ ブース出展を通して市民へ情報発信と対話〉

小中学生から成人まで、多くの市民とコミュニケーションできた

② 京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立（異分野研究者間連携推進） [政策立案・社会実装グループ]

異分野の研究者らが連携して学際的融合研究を行いやすいよう、前身のSPIRITS構成メンバー(本プロジェクト学内メンバーと重複)を中心に、教育研究連携ユニット設立のための準備を進めた。京都大学学際融合教育研究推進センター運営委員会で承認され、2017年12月1日に「京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット」を設置した。また、同ユニットの研究者間連携および外部への発信を図る目的で、ウェブサイト URL: <http://designsuperaging.umin.jp/> を構築した。（図29）

さらに、同年12月26日に初回運営協議会を開催し、規約等の整備を進めると同時に、産官学連携コンソーシアムへの展開につき打合せを行った。

 **人類未踏の超高齢社会をデザインする** ▶ サイトマップ お問い合わせ
Interdisciplinary Alliance for Designing Social System in Super-Aging Societies
京都大学 超高齢社会デザイン価値創造ユニット

HOME | 研究概要 | プログラム | 共同研究者・研究協力者

世界に頼りにされる
Global Center を協創する



URL: <http://designsuperaging.umin.jp/>

 当アライアンスは、その社会的要請に応えるべく、あらゆるデータと情報の活用を土台とし、研究・開発・社会実験を通じ多角的・包括的アプローチをもって、エビデンス創出と可視化から、政策の立案、活動やシステムの設計、社会実験までを貫く、政策形成・コミュニティ形成プロセスを異分野協創して構築することを目指します。

そして、5～10年後までに、国内のみならず同様の課題を抱える多くの国々をも支援する、名実ともに世界の国々から頼りにされる、世界のセンターを京大に協創することを目指します。

最新情報

2017.01.13	2017年1月13日(金) 国際共同シンポジウム「超高齢社会の未来まちづくり～持続的に発展する地域とライフサポート～」 を開催しました。
2016.12.01	京都大学の「超高齢社会デザイン価値創造ユニット」として承認されました。
2016.04.01	研究会は引き続き「人類未踏の超高齢社会をデザインする多分野融合アライアンス」として活動していきます。

〈図29. 京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット ウェブサイト〉
研究者間連携および外部への発信を図るウェブサイトを構築した

③京都大学産官学連携本部の後援による産官学連携推進・国際共同シンポジウム 開

催[政策立案・社会実装グループ]

京都大学産官学連携本部のご後援を得て、2017年1月13日に国際共同シンポジウムを開催し（図30、資料2）、また継続的に自治体・企業を含む産官学連携コンソーシアム設立へ向けて準備を進めた。

さらに、京都大学産官学連携本部ご支援の下、産業競争力懇談会（COCON）2016年度推進テーマとして、「まちづくり基盤としての健康・医療・介護「質」指標の構築」を応募し、2017年2月15日に採択された（図31、図32）。今後複数の企業との連携を視野にコンソーシアムをさらに発展させ、超高齢社会の未来まちづくりを目指して展開していく予定である。



〈図30. 国際共同シンポジウムを通して産官学関係者へ情報発信と対話〉

超高齢社会のあり方について、国際的な視点から議論できた

<資料2>

20161227 版

国際共同シンポジウム
超高齢社会の未来まちづくり
～持続的に発展する地域とライフサポート～

開催日時：2017年1月13日(金) 13:00～17:30

開催場所：京都大学芝蘭会館 山内ホール(<http://www.med.kyoto-u.ac.jp/shiran/kotsu/>)

目的：超高齢社会の社会問題（医療介護等含む）への包括的アプローチに基づく社会システムデザイン

の推進

主催：京都大学 超高齢社会デザイン価値創造ユニット

後援：京都大学産官学連携本部、京都大学学際融合教育研究推進センター

国立研究開発法人 科学技術振興機構（JST）社会技術研究開発センター（RISTEX）

「科学技術イノベーション政策のための科学 研究開発プログラム」

参加費：無料 言語：日本語&英語

◎ 参加は原則登録制のため、ご連絡をお願いいたします。→大桐宛 ohgiri-m@umin.net

人類未踏の超高齢社会において、個人がより生き活きと生活する地域づくりやライフサポート・システムの再構築が早急に求められています。
当学際ユニットは、その社会的要請に応えるべく、あらゆるデータと情報の利活用を土台とし、研究・開発・社会実践を通じ多元的・包括的アプローチをもって、エビデンス創出と可視化から、政策の立案、活動やシステムの設計、社会実装までを貫く、政策形成・コミュニティ形成プロセスを異分野協創して構築することを目指します。5～10年後までに、国内のみならず同様の課題を抱える多くの国々をも支援する、名実ともに世界の国々から頼りにされる、世界のセンターを京大に協創することを目指します。
この度スウェーデンのカロリンスカ研究所より認知症ケアの負担に関する国際的第一人者であるAnders Wimo教授をお招きし、認知症ケアのあり方ならびにまちづくりについて国際共同シンポジウム開催しますので、ぜひ奮ってご参加ください。

記

13:00-13:05 開会ご挨拶

13:05-13:15 趣旨説明（今中雄一）

13:15-14:10 基調講演 Anders Wimo 教授 Karolinska Institute
「認知症のケアの負担と超高齢社会のあり方」

14:10-14:20 休憩

14:20-14:40 講演1（武地 一/藤田保健衛生大学教授/前 京大病院神経内科）
「超高齢社会における認知症診療ケアとまちづくり」

14:40-15:00 講演2（内田由紀子/こころの未来研究センター）
「幸福感とまちづくり」

15:00-15:20 講演3（前田昌弘/工学研究科）
「コミュニティと住環境の再構築」

15:20-15:40 講演4（今中雄一/医学研究科）
「医療介護の可視化と社会システム」

15:40-16:00 講演5（岡田 知弘/経済学研究科）（VTR 講義）
「地域経済とまちづくり」

16:00-16:20 質疑・討論

16:20-16:30 休憩

16:30-17:00 パネルディスカッション

17:00-17:25 質疑・討論

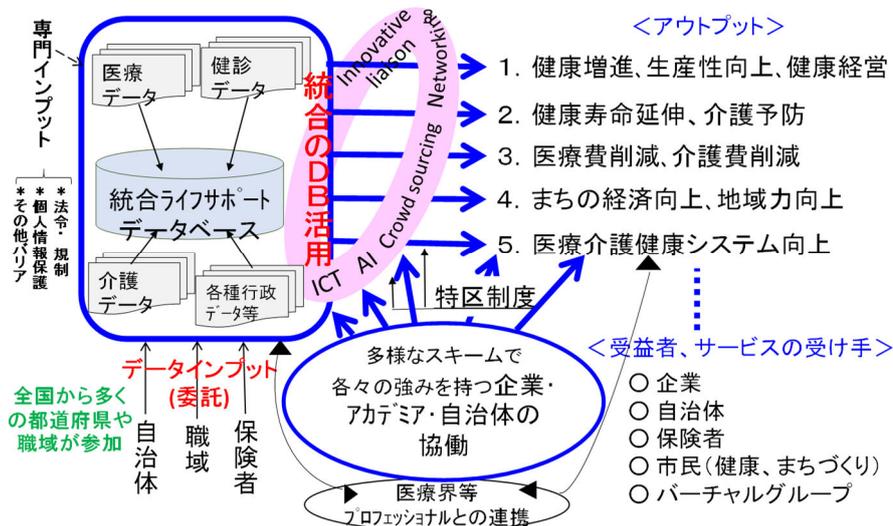
17:25-17:30 閉会ご挨拶



〈図31. 産業競争力懇談会のホームページより〉

産業競争力懇談会（COCN）では産官学協働して国へ政策提言を行っている。

まちづくり基盤としての健康・医療・介護「質」指標の構築



〈図32. まちづくり基盤としての健康・医療・介護「質」指標の構築 概念図〉

COCN 2016年度推進テーマとして応募し、採択された。

医療の質の地域格差を是正する抜本的な医療制度改革に向けて、エビデンスに基づく政策形成を推進するためには、持続的な社会システム再構築を念頭においた共同体の醸成が必要となる。可視化された医療介護の実態・課題を共有し、縦割りでない行政に加え、市民、マスメディア、保険者、医療・ケア提供者、学术界、教育界、各種産業界、社会企業家など全てのアクターが、意識的・明示的に協調してそれぞれの役割を果たす、**社会的協働 (Social Joint Venture)** が、そのような共同体を醸成する鍵となるだろう。本プロジェクトでは、この社会的協働を推進してきたが（具体的には上記①～③の実践）、まだその活動は道半ばであり、今後もそれぞれ重層的に働きかけを持続していく予定である。

(4) まとめ

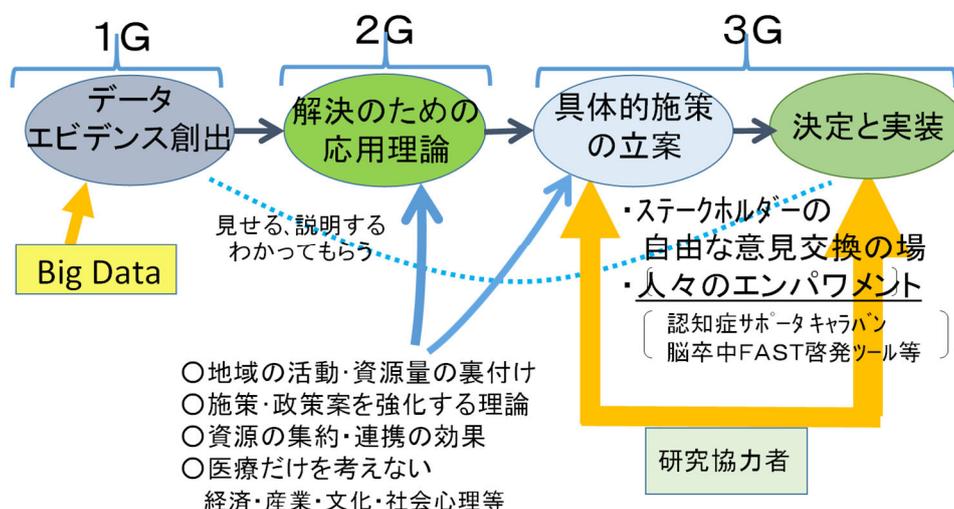
平成28年度は、医療介護関連のデータ解析から得られる”課題としてのエビデンス“を、ステークホルダーといかに「共有」できるかについて、(1)ステークホルダー間データ共有プラットフォームの構築、(2)**Evidence-Informed Policy Making**を具現化するための理論・フレームワーク、(3)持続的な社会システム再構築を推進するための共同体の醸成、という3段階を並行して、平成27年度で十分展開できなかつた部分を中心に発展させた。

医療の質の地域格差是正に向けて、エビデンスに基づく政策形成を推進するにあたり、情報を共有するステークホルダーは医療関係者、医療団体、患者・市民、保険者、自治体、国、等多次元で構成されるため、多様な立場のニーズを把握し、意見を統合することが重要である。平成28年度は特に、政策関係者・医療提供者・保険者（都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会等）への意識調査、および一般市民への意識調査(日蘭比較)を実施し、政策関係者・医療提供者・保険者が地域の医療の質や費用などの情報公開に比較的積極的である一方で、日本の一般市民は情報公開に対してそれほど積極的ではないことが明らかとなった。これらの結果より、アウトリーチや情報発信を行う際は、各ステークホルダーに重層的に働きかけることだけでなく、各ステークホルダー内の集団の特徴にも留意する必要があると考えられた。

本プロジェクトでは、平成26～28年度にかけて、エビデンス共有から政策実装までのプロセスを実現すること (**Evidence-Based/-Informed Policy Implementation**) を目指し、各グループの各種成果を発展的に共有しながら、「エビデンス→課題解決のための応用理論→具体的施策の立案→決定と実装」へと繋げ、より大きな1つの体系を構築できるよう展開してきた(図31)。

平成29年度(半年間)において、残りのアウトプット達成を目指す。具体的には、データ解析を引き続き発展的に行いながら、ステークホルダー間データ共有プラットフォームについて、より良い形態を追究する。また、エビデンス創出から情報共有、政策への活用までの政策形成過程(**Policy Making Process**)を他の課題にも応用できるように、フレームワークとして具体化する。さらに、平成26-29年全体のプロセスについて、**Evidence-Informed Policy Making**の文脈における再評価・今後に向けての提案を行う。そして、最後に持続的な社会システム再構築を推進するための共同体の醸成に向けて、市民へのアウトリーチとともに、産官学連携の活動をさらに活発化させる。

研究開発のプロセス



1G～3G: 当研究体制内のGroup(重層的にスタートし展開する)

〈図33. 研究開発のプロセス図〉

エビデンスから実装まで、重層的につながりながら1つの体系を目指す

3 - 4. 会議等の活動

年月日	名称	場所	概要
2016/05/11 (水) 10時30分～13時	熊川先生『ヘルスケアシステム強化』の視点からの研究ミーティング	京都大学 医学部 G棟2階 医療経済学分野研究室	データの共有の仕方、ヘルスシステム強化のポイント等につき、議論を深めた。
2016/06/9 (木) 17時30分～19時00分	国際共同研究に向けての打合せ	ラドバウド大学医療センター (オランダ)	Dr Groenewoudと学会発表に向けてスカイプ会議 (佐々木)
2015/07/27 (水) 10時30分～13時	遠藤先生『医療政策の構築プロセス-地域医療構想について-』の視点からの研究ミーティング	京都大学 医学部 G棟2階 医療経済学分野研究室	地域医療構想に役立つ形で地域医療格差のデータをいかに活用し、医療システムを再構築可能かにつき、議論を深めた。
2016/09/12 (月) ～ 09/14(水)	Wennberg International Collaborative Fall Research Meeting 2016 (WIC)	Lady Margaret Hall, Oxford, UK	日本およびオランダの地域の医療成績(医療の質指標)の情報公開・終末期医療等に対する一般市民の意識の違いとその要因について発表し、議論した。
2016/12/01	研究打合せおよび1月国際	京都大学法経済学	岡田先生、今中、佐々木らの中

(木) 10時30分～12時00分	共同シンポジウム打合せ	部東館 5階会議室	心に、1月シンポジウムに向けてVTR撮影、ミーティング
2016/12/03(土)～12/05(土)	日本地域経済学会第28会宮崎大会	宮崎大学木花キャンパス教育学部・地域資源創生学部講義等L-111講義室	共通論題シンポジウム基調報告(岡田先生)、地域公開シンポジウムへの参加・発言および綾町エクスカージョン参加によるアウトリーチ(佐々木)
2016/12/26(月) 11時00分～12時00分	「超高齢社会デザイン価値創造ユニット」発足初回打合せおよび1月国際共同シンポジウム打合せ	京都大学法経済学部東館 1階 103演習室	「超高齢社会デザイン価値創造ユニット」メンバーで規程等打合せ

4. 研究開発成果の活用・展開に向けた状況

- ・ Big Dataを用いて、二次医療圏ごとに、脳卒中の医療パフォーマンス指標を継続的に各種算出した。
- ・ アンケートを通じて、ステークホルダーの重要な柱である行政関係者・病院団体等および市民の価値観やニーズを把握し、一部双方向的なフィードバックを得ることができた。
- ・ 京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立し、異分野研究者間連携推進の基盤を作成できた。
- ・ 京都大学産官学連携本部のご支援を得て、本年1月に国際共同シンポジウム開催できた。また、産官学連携推進へ向けてコンソーシアム設立の準備、産業競争力懇談会(COCN) 2016年度推進テーマとしての活動が、鋭意進展中である。

5. 研究開発実施体制

(1) 1G エビデンス・基礎理論グループ

	氏名	所属・役職等	実施項目
①	今中 雄一 (リーダー)	京都大学 大学院医学研究科 教授	全体の計画、推進、統括データベースと解析の設計
	大坪 徹也	京都大学 大学院医学研究科 助教	大規模データベースによる現状分析
	國澤 進	京都大学 大学院医学研究科 講師	社会・医療事象の予測モデリング

② 実施項目：

- ・ **Big Data**で新たな知見の創出：NDBから得られる高齢者の年間tPA実施状況(関西2県)を用いて、医療圏における病院の集中・分散の現状を提示

(2) **2 G 課題解決のための応用理論グループ**

	氏名	所属・役職等	実施項目
①	岡田 知弘 (リーダー)	京都大学 経済学研究科 教授	地域づくり・地域経済の応用理論からの分析と対策立案・政策提言
	高山 一夫	京都橘大学 現代ビジネス学部 教授	産業政策からの技術普及に関するアプローチ
	徳賀 芳弘	京都大学 経営管理大学院 教授	コスト管理含め、計画実現のための戦略的マネジメントの設計へのインプット
	山田 文	京都大学 大学院法学研究科 教授	政策形成プロセスにおけるコンフリクトマネジメントの設計と理論化
	佐々木典子	京都大学 大学院医学研究科 講師	データから施策形成への応用モデリングの解析

② 実施項目：

- 医療システム再構築に向けて、エビデンスに基づく政策形成の概念的フレームワークの整理
- 地域の医療成績(医療の質指標)の情報公開等に対する一般市民の意識調査の計画・実施（日蘭比較）

(3) **3 G 政策立案・社会実装グループ**

	氏名	所属・役職等	実施項目
①	熊川 寿郎 (リーダー)	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官	国の政策と地域の政策と医療現場との連関の分析、政策に利用される可視化手法の開発
	遠藤 久夫	学習院大学 経済学部 教授／学部長	国の政策立案と地域の活動実態の連関の解析、国の関連政策への反映
	岡田 知弘 (再掲)	京都大学 大学院経済学研究科 教授	地域づくり・地域経済の応用理論からの分析と対策立案・政策提言
	小嶋 大造	京都大学 経済研究所附属 先端政策分析研究センター 准教授	財政当局の視点からの、必要解析アウトプットや現実的な政策形成へのインプット
	山崎 亮	東北芸術工科大学コミュニティデザイン学科長、京都造形芸術大学空間演出デザイン学科長 教授、studio-L代表	コミュニティ・地域づくりのデザインと実践からのインプット
	山田 文 (再掲)	京都大学 大学院法学研究科 教授	政策形成プロセスにおけるコンフリクトマネジメントの設計と理論化
	今中 雄一 (再掲)	京都大学大学院医学研究科 教授	全体の計画、推進、統括
	原 広司	京都大学大学院医学研究科 オフィス・アシスタント(大学院生)	データ処理・情報収集補助

② 実施項目：

- 政策関係者・医療提供者・保険者（都道府県知事、医師会、病院団体、保険者協議会等）への意識調査
- 医療におけるエビデンスの政策実装の際の阻害要因等の課題検討
- 京都大学アカデミックデイでのブース展示、啓発ツールの普及（対一般市民）
- 京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットの設立（異分野研究者間連携推進）
- 京都大学産官学連携本部の後援による産官学連携推進・国際共同シンポジウム開催

6. 研究開発実施者

研究グループ名：エビデンス・基礎理論グループ（グループリーダー：今中 雄一）

氏名	フリガナ	所属機関等	所属部署等	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目	研究参加期間			
						開始		終了	
						年	月	年	月
今中 雄一	イマナカ ユウイチ	京都大学	大学院医学研究科	教授	全体の計画、推進、統括	26	10	29	9
大坪 徹也	オオツボ テツヤ	京都大学	大学院医学研究科	助教	大規模データベースによる現状分析	26	10	29	9
國澤 進	クニサワ ススム	京都大学	大学院医学研究科	特定講師	社会・医療事象の予測モデリング	27	4	29	9

研究グループ名：課題解決のための応用理論グループ（グループリーダー：岡田 知弘）

氏名	フリガナ	所属機関等	所属部署等	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目	研究参加期間			
						開始		終了	
						年	月	年	月
岡田 知弘	オカダ トモヒロ	京都大学	大学院経済学研究科	教授	地域づくり・地域経済の応用理論からの 分析と対策立案・政策提言	26	10	29	9
高山 一夫	タカヤマ カズオ	京都橘大学	現代ビジネス学部	教授	産業政策からの技術普及に関するアプ ローチ	26	10	29	9
徳賀 芳弘	トクガ ヨシヒロ	京都大学	経営管理大学院	教授	コスト管理含め、計画実現のための戦略 的マネジメントの設計へのインプット	26	10	29	9
山田 文	ヤマダ アヤ	京都大学	大学院法学研究科	教授	政策形成プロセスにおけるコンフリクト マネジメントの設計と理論化	26	10	29	9
佐々木 典子	ササキ ノリコ	京都大学	大学院医学研究科	特定講師	データから施策形成への応用モデリング の解析	27	4	28	9

研究グループ名：政策立案と社会実装グループ（グループリーダー：熊川 寿郎）

氏名	フリガナ	所属機関等	所属部署等	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目	研究参加期間			
						開始		終了	
						年	月	年	月
熊川 寿郎	クマカワ トシロウ	国立保健医療科学院	医療・福祉サービス研究 部	主任研究官	国の政策と地域の政策と医療 現場との連関の分析、政策に 利用される可視化手法の開発	26	10	29	9
遠藤 久夫	エンドウ ヒサオ	学習院大学	経済学部	教授・学部長	国の政策立案と地域の活動実 態の連関の解析、国の関連政 策への反映	26	10	29	9
岡田 知弘 (再掲)	オカダ トモヒロ	京都大学	大学院経済学研究科	教授	地域づくり・地域経済の応用 理論からの分析と対策立案・ 政策提言	26	10	29	9
中澤 正彦	ナカザワ マサヒコ	京都大学	経済研究所附属 先端政 策分析研究センター	准教授	財政当局の視点からの、必要 解析アウトプットや現実的な 政策形成へのインプット	26	10	27	7
小嶋 大造	コジマ ダイソウ	京都大学	経済研究所附属 先端政 策分析研究センター	准教授	財政当局の視点からの、必要 解析アウトプットや現実的な 政策形成へのインプット	28	4	29	9
山崎 亮	ヤマザキ リョウ	京都造形芸術大学	空間演出デザイン学科	教授	コミュニティ・地域づくりの デザインと実践からのイン プット	26	10	29	9
山田 文 (再掲)	ヤマダ アヤ	京都大学	大学院法学研究科	教授	政策形成プロセスにおけるコ ンフリクトマネジメントの設 計と理論化	26	10	29	9
今中 雄一 (再掲)	イマナカ ユウイチ	京都大学	大学院医学研究科	教授	全体の計画、推進、統括	26	10	29	9
原 広司	ハラ コウジ	京都大学	大学院医学研究科	オフィス・ア シスタント (大学院生)	データ処理・情報収集補助	28	12	29	3

7. 関与者との協働、研究開発成果の発表・発信、アウトリーチ活動など

7-1. 主催したイベント等

年月日	名称	場所	規模 (参加人数 等)	概要
2017/1/13	国際共同シンポジウム 「超高齢社会の未来まちづくり～持続的に発展する地域とライフサポート～」	京都大学芝蘭会館 山内ホール	約40名	超高齢社会の地域づくりやライフサポート・システムの再構築に向けて、スウェーデン・ヨーロッパおよび国内の各学際領域の取り組みと課題につき、講演・協議を行った。

7-2. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など

(1) 書籍、DVDなど発行物

- ・ 特になし

(2) ウェブサイト構築

- ・ 京都大学 超高齢社会デザイン価値創造ユニットのホームページ「人類未踏の超高齢社会をデザインするInterdisciplinary Alliance for Designing Social System in Super-Aging Societies」<http://designsuperaging.umin.jp/> (2017/12/01)

(3) 招聘講演

- ・ 今中雄一. 教育講演8「地域医療の質・パフォーマンスの可視化と医療制度改革」第75回日本公衆衛生学会総会:大阪、2016年10月28日.
- ・ Y. Imanaka. Community-based Comprehensive Care System a form of Healthcare System Reform in Japan. Jeffrey Braithwaite; AU, Akira Morita; JP, Yuichi Imanaka(Chair); JP, Gert Westert; NL. Reconstructing National/Regional Healthcare Systems in Countries with Active Aging [Session C3: Cost of Quality at the System Level]. The International Society for Quality in Health Care 33rd International Conference, Tokyo, Japan. 16-19 October, 2016.
- ・ Y. Imanaka. Intrinsic motivation of professionals. Ulfat Shaikh; US, Yuichi Imanaka; JP, Yulianna Susla; ISQua. Not another mandatory training, please!: Designing education to change quality outcomes [Session C12: Using Education to Support Quality Improvement]. The International Society for Quality in Health Care 33rd International Conference, Tokyo, Japan. 16-19 October, 2016.
- ・ Y. Imanaka. Towards IPCHS: integrating people-centred approaches in Japan. Nuria Toro Polanco; WHO, Bruce Agins; US, Rashad Massoud; US, Yuichi Imanaka; JP and Nittita Prasopa-Plaizier; WHO. Implementing Integrated People Centred Health Services: Engaging Providers and Patients with the WHO

Framework[Session A7: Care Across the Continuum]. The International Society for Quality in Health Care 33rd International Conference, Tokyo, Japan. 16-19 October, 2016.

(4) その他

- 文部科学省「地(知)の拠点整備事業(大学COC事業)」の一環で、集中講義「超高齢社会の地域課題・政策－医療・健康から考える－」を提供。その中で、丹後圏域(丹後保健所、井根町保健センター)および山城南保健所管内、高齢者福祉総合施設、和束町、笠置町(古民家リノベーションによるまちづくり見学、過疎地における在宅医療の実態視察)などを訪問視察した。また、認知症サポーター講座を実施し、新たなサポーターを育成した。(2016年9月5日～7日)
- 丹後保健所の調査報告会における講師活動と打ち合わせ(2017年3月16日、今中ら)

7-3. 論文発表、口頭発表、特許

(1) 論文発表：査読付き

- 国内誌 (0 件)
- 国際誌 (0 件)

(2) 論文発表：査読なし

- 国内誌 (1 件)
 - 今中雄一. 巻頭言「医療制度改革のあり方：投資シフト、価値創造と社会的協働」医療経済研究. 2015 Vol 27, No2, 69-70. 公開URL:
<https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjI1IWS6MPSAhWBF5QKHfYMAaUQFggcMAA&url=https://www.ihep.jp/publications/study/search.php?fdl%3D116&usg=AFQjCNH3qFNPqGNmnZML1dAoDbRp6aCEA>
- 国際誌 (0 件)

7-4. 学会発表

(1) 招待講演(国内会議 1 件、国際会議 1 件)

- 今中雄一. 「保健医療システム再構築に向けたEvidence-Based Policy：インデックス、エビデンスと制度・政策」第86回日本衛生学会学術総会：旭川、2016年5月11日-13日.
- Y. Imanaka. Visualization & Collaboration for Healthcare System Reforms. The future of Japan's Health System –Sustaining Good Health and Equity at Low Cost in Super-Aging Society [Pre-Conference 3: Japan and WHO Session: Special Policy Forum: Reforming Healthcare in the Super-Aging Society]. The International Society for Quality in Health Care 33rd International Conference, Tokyo, Japan. 16-

19 October, 2016.

(2) 口頭発表 (国内会議 1 件、国際会議 2 件)

- 國澤進, 佐々木典子, 大坪徹也, 今中雄一. 医療の質や費用における地域ごとの指標の情報共有・公表のありかた ～地域の医療にかかわる行政・保険者・医療団体等の意識調査. 第54回日本医療・病院管理学会学術総会: 東京, 2016年9月17日-18日.
- Sasaki N, Groenewoud S, Kunisawa S, Westert G, Imanaka Y. Public needs for information disclosure on healthcare performance: comparison between Japan and the Netherlands. Wennberg International Collaborative Fall Research Meeting, Oxford, UK. 12-14 September, 2016.
- Groenewoud S, Sasaki N, Westert G, Imanaka Y. Preferences in end of life care substantially differ between the Netherlands and Japan. Wennberg International Collaborative Fall Research Meeting, Oxford, UK. 12-14 September 2016.

(3) ポスター発表 (国内会議 0 件、国際会議 1 件)

- Otsubo T, Imanaka Y. Regional variations in tissue Plasminogen Activator utilization for acute ischemic stroke patients and physician density in Japan. Wennberg International Collaborative Fall Research Meeting, Oxford, UK. 12-14 September, 2016.

7-5. 新聞報道・投稿、受賞等

(1) 新聞報道・投稿 (0 件)

(2) 受賞 (1 件)

- 日本衛生学会 The Most Downloaded Article 賞受賞(2017年3月)
Go Yamada, Yuichi Imanaka. Input-output analysis on the economic impact of medical care in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2015 Vol 20, No5,379-387.

(3) その他 (0 件)

- 特になし

7-6. 知財出願

(1) 国内出願 (0 件)

(2) 海外出願 (0 件)