

4 「指標」に基づくデータ収集

(1) 目的

全国の都道府県における医療計画の策定のために活用した調査項目、調査票およびその数値を把握し、新たな医療計画において設定される「評価指標」の検討のための基礎資料を得ることを目的とした。

(2) 調査方法

現在考えられる指標は、そのデータの所在によって入手可能性・入手手段が異なる。そこで、以下の手順で入手可能性・入手手段を整理し、順次データ収集を行った。このうち、都道府県からの情報収集が可能であると判断された指標について、指標の定義やデータの取得方法を整理した上で、全国の都道府県に対する調査を実施した。

(a) 衛生統計からの各県データ分析

既存の衛生統計資料より収集可能なデータが存在する。そこで衛生統計等を収集し、都道府県別、二次医療圏別の指標データを収集し、データ整備の状況について検討した。

(b) 都道府県担当者ヒアリング

都道府県の医療計画所管部局(6都道府県)を対象として担当者にヒアリングを行なった。ヒアリング先は、医療機能調査を先進的に実施している都道府県や保健医療に関する先進的な取り組みを実施している都道府県を選定し、指標に関する妥当性やデータ収集の実現可能性等について意見を聴取した。ヒアリング先およびその選定理由と実施状況を図表 5 と図表 6 に示す。

(c) 「指標」の確定および全国の都道府県に対する調査

(a)(b)の結果および「現在の都道府県医療機能調査に関する研究」結果等を踏まえ、「指標」を確定した。これに基づいて、「指標」ごとに調査項目、定義、参照すべきデータ等を整理し、全国47都道府県の医療計画所管部局に対してデータの提供を依頼した。現段階で都道府県での把握が困難と考えられる指標については、可能な限り代替的な指標を用いることとした。

(3) 調査結果

調査結果は別冊報告書「調査結果編」に取りまとめており、そちらを参照されたい。

図表 5 ヒアリング先選定理由

都道府県名	選定理由
静岡県	静岡県版電子カルテプロジェクトを実施。企画検討会委員。
愛知県	県ホームページにて詳細な医療機能調査結果を掲載。
大阪府	「新医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会」で府の取組みを発表。企画検討会委員。
新潟県	県ホームページにて詳細な医療機能調査結果を掲載。
東京都	医療機関情報提供 Web サービス「ひまわり」を構築。企画検討会委員。
広島県	「新医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会」で県の取組みを発表。

図表 6 ヒアリング調査の実施状況

都道府県名	調査日時	面会者
静岡県	7/13 (木) 13時-15時	健康福祉部 土居理事 健康福祉部企画経理室 曾田室長 健康福祉部企画経理室 佐野主幹 健康福祉部企画経理室 田代副主任 健康福祉部疾病対策室 林室長
大阪府	7/4 (火) 13時-15時	健康福祉部医務・福祉指導室医療対策課 大松参事 (医療計画担当) 健康福祉部医務・福祉指導室医療対策課 平井氏
東京都	7/6 (木) 13時-15時	福祉保健局医療政策部医療政策課医療改革推進係 小松原係長 福祉保健局医療政策部医療政策課医療計画担当 山崎係長 福祉保健局医療政策部医療政策課医療改革推進係 植木氏
新潟県	7/21 (金) 10時-12時	福祉保健部福祉保健課企画係 松田副参事・係長 福祉保健部福祉保健課企画係 本田主任 福祉保健部福祉保健課情報・統計係 田中係長
愛知県	7/11 (火) 13時-15時	健康福祉部医療福祉計画課 高橋課長補佐 健康福祉部医療福祉計画課 安保主査 健康福祉部医療福祉計画課 外山主任
広島県	7/24 (月) 13時-15時	福祉保健部保健医療総室医療対策室医療政策グループ 松浦主任主査 福祉保健部保健医療総室医療対策室医療政策グループ 渡辺企画員 福祉保健部保健医療総室医療対策室医療政策グループ 増田企画員

(4)「指標」に関する提言

領域	指標番号	指標名	指標の概要	提言
がん	1	年齢調整後受療率	<p>がん患者が「どのくらい多いか」を見るための指標。どのくらい多いかを直接的に示す「罹患率」を全国一律に把握することが困難であるため、ここでは代替的に「受療率」を把握することとしている。</p> <p>なお、受療率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。</p> <p>がん患者は少ないほどよいので、本指標は低いことが望ましいといえる。</p> <p>今回の調査では、データ収集上の制約もあり、共通に把握すべき必要最小限の指標としてがん全体の受療率を把握するものとしている。ただし、都道府県の医療計画策定においてがんの部位別など追加の指標を把握することを制約するものではない。</p>	<p>一口に「がん」といっても、部位によって発生状況や特性、取るべき対応策は異なってくるため、地域の医療機能や課題を分析する際には、部位別の受療率についても把握・分析することが望ましい。</p>
	2	検診受診率	<p>「どのくらい関心があるか」を見るための指標。</p> <p>がんに対する関心が高い人は、検診を受診したり、食事などの生活習慣を気遣うことが多いと考えられる。ここでは、関心の高さを反映する指標として、検診の受診率を把握する。また検診の受診率は、がんの予防（早期発見・早期治療）の観点からも重要な指標と言える。</p> <p>多くの人ががん検診を受診することが望ましく、本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	
	3	精密検査受診率	<p>「どのくらい関心があるか」を見るための指標。</p> <p>検診後に要精密検査と判定された人の精密検査受診率を把握する。基本的な考え方は指標2がん検診受診率と同様。</p>	<p>肺がん精密検査受診率として、今回は「X線および喀痰」検査の受診率を採用したが、「X線のみ」「喀痰のみ」もあわせて検診受診率とすること、子宮がんにおいても同様に、「頸部および体部」だけでなく、「頸部のみ」「体部のみ」についても含める方法も考えられる。</p>
	4	喫煙率	<p>「どのくらい健康に留意しているか」を見るための指標。</p> <p>喫煙とがんの間には密接な関係があるとされている。がんの予防の観点から、健康への留意の状況を反映した指標として、喫煙率を把握する。</p> <p>喫煙者は少ないことが関心の高さを反映していると考えられることから、本指標は低いことが望ましい指標である。</p> <p>健康増進計画にも指標として位置付けられている指標であり、将来的には当該計画上の数値と整合を図る予定とされている。</p>	

	5	医療機能情報公開率	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。 病気になるときにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。 本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
	6	平均在院日数	<p>「どのくらいで日常生活に戻るのか」を見るための指標。 入院期間を反映した指標として、がん（悪性新生物）の患者の平均的な入院期間（日数）を把握する。 がんの種類によって、また地域の医療・介護資源の状況によっても必要な入院期間は異なることから、本指標を全国で一律に比較することは困難であるが、近隣の地域間での比較あるいは経時的変化を見ることで、地域の医療の状況を評価する材料になりえると考えられる。 今回の調査では、データ収集上の制約もあり、共通に把握すべき必要最小限の指標としてがん全体の平均在院日数を把握するものとしている。ただし、都道府県の医療計画策定において、がんの部位別など追加の指標を把握することを制約するものではない。</p>	
	7	在宅看取り率	<p>「亡くなる場所を選べるか」を見るための指標。 住み慣れた自宅で死期を迎えるためには、地域の医療機関をはじめとする専門職・専門機関のサポートが必要とされ、希望してもなかなか実現されないケースが多いと言われている。亡くなる場所を選べるかどうかを見るための指標として、在宅での看取りの割合を把握する。</p>	
	8	年齢調整死亡率	<p>「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標。 ここでは、がん（悪性新生物）で亡くなる方の人数を反映した指標として「死亡率」を把握する。 なお、死亡率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。 今回の調査では、データ収集上の制約もあり、共通に把握すべき必要最小限の指標としてがん全体の平均在院日数を把握するものとしている。ただし、都道府県の医療計画策定において、がんの部位別など追加の指標を把握することを制約するものではない。</p>	
脳卒中	1	年齢調整受療率	<p>脳卒中患者が「どのくらい多いか」を見るための指標。 脳卒中は脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他脳血管障害等の脳血管疾患により引き起こされる症状である。患者調査には脳卒中としての統計は存在しないため、ここでは「脳血管疾患」がどのくらい多いかを把握することとした。また、どのくらい多いかを直接的に示す「罹患率」を全国一律に把握することが困難であることから、代替的に「受療率」を把握することとした。 なお、受療率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。</p>	

2	基本健診受診率	<p>脳卒中の予防に「どのくらい関心があるか」を見るための指標。</p> <p>脳卒中予防のためには、高血圧や高脂血症、動脈硬化に注意するなど生活習慣病予防対策が重要となり、基本健康診査の受診率は生活習慣病予防に関する関心の高さを表していると考えられる。ここでは、脳卒中予防への関心の高さを反映する指標として、基本健診の受診率を把握する。</p> <p>多くの人が基本健診を受診することが望ましいので、本指標は高いことが望ましい指標である。</p> <p>なお、将来的には健康増進計画で用いる指標に置き換える予定とされている。</p>	
3	年齢調整受療率（高血圧）	<p>「どのくらい健康に留意しているか」を見るための指標。</p> <p>日常的に生活習慣の改善に取り組み、健康に留意していることは、単に高血圧や高脂血症等の生活習慣病予防、重症化予防にとどまらず、それらが進行して引き起こされる脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などの疾病予防にもつながるといえる。</p> <p>「高血圧症の外来診療を受けることが高血圧の重症化予防につながる」という考え方から、ここでは、脳卒中にならないためにどれくらい気をつけているかを反映した指標として、外来の「年齢調整受療率（高血圧）」を把握する。</p>	
4	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。</p> <p>病気になったときにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。</p> <p>本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
5	脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関割合	<p>「適切なリハビリが受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>患者が在宅復帰するためには適切にリハビリテーションが行われる必要がある。ここでは、脳血管疾患を原疾患とするリハビリをどのくらいの施設で実施できるかについて把握する。</p> <p>主に、早期リハ（+回復期リハ）の実施体制がどの程度充実しているかを把握することが目的である。</p>	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
6	回復期リハビリテーション病棟入院料届出病院病床割合	<p>「適切なリハビリが受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>患者が在宅復帰するためには適切にリハビリテーションが行われる必要がある。早期リハ→回復期リハ→維持期リハのうち、回復期リハを実施できる体制がどの程度整っているかについて把握する。</p>	

	7	退院患者平均在院日数	<p>「どのくらいで日常生活に戻れるのか」を見るための指標。</p> <p>入院期間を反映した指標として、脳血管疾患の患者の平均的な入院期間（日数）を把握する。</p> <p>地域の医療・介護資源の状況によっても必要な入院期間は異なることから、本指標を全国で一律に比較することは困難であるが、近隣の地域間での比較あるいは経時的変化を見ることで、地域の医療の状況を評価する材料になりえると考えられる。</p>	退院患者平均在院日数には死亡退院の場合の在院日数も含まれるため、「どのくらいで日常生活に戻れるのか」の指標としては少しズレがある可能性があるが、概ね都道府県・医療圏の状況を示しているものであり、基本的には短いほうが望ましいと考えられる。
	8	年齢調整死亡率	<p>「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標。</p> <p>ここでは、脳卒中（脳血管疾患）で亡くなる方の人数を反映した指標として、「死亡率」を把握する。</p> <p>なお、死亡率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。</p>	
急性心筋梗塞	1	年齢調整受療率（虚血性心疾患）	<p>急性心筋梗塞の患者が「どのくらい多いか」を見るための指標。</p> <p>どのくらい多いかを直接的に示す「罹患率」を全国一律に把握することが困難であるため、ここでは代替的に「虚血性心疾患の受療率」を把握することとした。</p> <p>なお、受療率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。</p> <p>今回の調査では、データ収集上の制約もあり、共通に把握すべき必要最小限の指標として虚血性心疾患の受療率を把握するものとしている。ただし、都道府県の医療計画策定において、急性心筋梗塞単独の値など追加の指標を把握することを制約するものではない。</p>	
	2	基本健診受診率【脳血管疾患2と同じ】	<p>急性心筋梗塞の予防に「どのくらい関心があるか」を見るための指標。</p> <p>急性心筋梗塞予防のためには、高血圧や高脂血症、動脈硬化に注意するなど生活習慣病予防対策が重要である。ここでは、脳卒中予防への関心の高さを反映する指標として、基本健診の受診率を把握する。</p> <p>多くの人が基本健診を受診することが望ましく、本指標は高いことが望ましい指標である。</p> <p>なお、将来的には健康増進計画で用いる指標に置き換える予定とされている。</p>	
	3	年齢調整受療率（高血圧）【脳血管疾患3と同じ】	<p>「どのくらい健康に留意しているか」を見るための指標。</p> <p>日常的に生活習慣の改善に取り組み、健康に留意していることは、単に高血圧や高脂血症等の生活習慣病予防につながるだけでなく、それらが進行して引き起こされる脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などの疾病予防にもつながるといえる。</p> <p>ここでは、急性心筋梗塞にならないためにどれくらい気をつけているかを測る代替指標として、「高血圧症の外来診療を受けることが高血圧の重症化予防につながる」という考え方から、外来の「年齢調整受療率（高血圧）」を把握することとしている。</p>	

	4	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。 病気になるたびにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。 本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
	5	心大血管リハビリテーション料届出医療機関割合	<p>「適切なリハビリが受けられるのか」を見るための指標。 患者が在宅復帰するためには適切にリハビリテーションが行われる必要がある。ここでは、心疾患を原疾患とするリハビリをどのくらいの施設で実施できるかについて把握する。</p>	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
	6	退院患者平均在院日数	<p>「どのくらいで日常生活に戻れるのか」を見るための指標。 入院期間を反映した指標として、虚血性心疾患の患者の平均的な入院期間（日数）を把握する。 地域の医療・介護資源の状況によっても必要な入院期間は異なることから、本指標を全国で一律に比較することは困難であるが、近隣の地域間での比較あるいは経時的変化を見ることで、地域の医療の状況を評価する材料になりえると考えられる。 今回の調査では、データ収集上の制約もあり、共通に把握する必要最小限の指標として虚血性心疾患の退院患者平均在院日数を把握することとしている。ただし、都道府県の医療計画策定において、急性心筋梗塞単独の値など追加の指標を把握することを制約するものではない。</p>	
	7	年齢調整死亡率	<p>「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標。 ここでは、急性心筋梗塞で亡くなる方の人数を反映した指標として「死亡率」を把握する。 なお、死亡率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。</p>	
糖尿病	1	年齢調整受療率	<p>糖尿病患者が「どのくらい多いか」を見るための指標。 どのくらい多いかを直接的に示す「罹患率」を全国一律に把握することが困難であるため、ここでは代替的に「受療率」を把握することとしている。 なお、受療率は年齢構成による影響を受けるため、都道府県比較に適するように年齢調整を行う。</p>	
	2	基本健診受診率【脳血管疾患2と同じ】	<p>「どのくらい関心があるか」を見るための指標。 糖尿病予防のためには、高血糖に注意するなど生活習慣病予防対策が重要となる。一般的な基本健診では血糖値やHbA1c等を測定していることから、ここでは、糖尿病予防への関心の高さを反映する指標として、基本健診の受診率を把握する。 多くの人が基本健診を受診することが望ましく、本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	

	3	年齢調整受療率(高血圧) 【脳血管疾患4と同じ】	<p>「どのくらい健康に留意しているか」を見るための指標。</p> <p>日常的に生活習慣の改善に取り組み、健康に留意していることは、単に高血圧や高脂血症等の生活習慣病予防、重症化予防にとどまらず、それらが進行して引き起こされる脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などの疾病予防にもつながるといえる。</p> <p>ここでは、糖尿病にならないためにどれくらい気をつけているかを測る代替指標として、「高血圧症の外来診療を受けることが高血圧の重症化予防につながる」という考え方から、外来の「年齢調整受療率(高血圧)」を把握することとする。</p>	
	4	医療機能情報公開率 【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。</p> <p>病気になるたびにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。</p> <p>本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
	5	退院患者平均在院日数	<p>「どのくらいで日常生活に戻れるか」を見るための指標。</p> <p>本来、外来受診頻度等を把握することが望ましいが、受診頻度等については既存統計表では把握できないため、今回の調査では入院期間を反映した指標として、糖尿病患者の平均的な入院期間(日数)を把握する。</p> <p>また、この場合、糖尿病の教育入院については除外することが望ましいが、患者調査のデータからは教育入院とその他の入院の区別が不可能であり、今回は教育入院も含めた全入院を把握することとした。</p>	
	6	新規透析導入率	<p>「どのくらい重い合併症になるのか」を見るための指標。</p> <p>糖尿病の合併症の一つとして腎症がある。糖尿病で高血糖状態が続き、腎臓のろ過機能が侵され、腎障害を引き起こす。糖尿病性腎症は重症化すると血液透析が必要な状態となるため、ここでは、重度の合併症の出現度合いを把握する指標として「新規透析導入率」を把握する。</p>	現時点では、日本透析医学会による調査データから把握するしかなく、指標として継続的に把握するためには何らかのデータ収集のしくみを構築することが必要である。
救急医療	1	救急搬送人員の割合	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標。</p> <p>救急医療の受療者としては、救急車によって搬送された患者以外にも、ヘリコプターで搬送された患者や、徒歩・自家用車等で受診した患者が考えられるが、ここでは従来から消防統計において把握されている救急車による搬送人員を用いることとする。</p> <p>二次医療圏が消防組合圏域と異なり二次医療圏ごとのデータが入りできない場合は、分子、分母とも消防組合圏域をベースとしたデータを用いる。また、搬送人員数が不明な場合は、出場件数でも差し支えない。</p>	都道府県ごとの数値は消防統計で整備されているが、消防圏域と医療圏域が異なっているなどの理由から、二次医療圏ごとの数値は必ずしも全ての都道府県において把握されているわけではない。今後、医療圏ごとのデータ整備のあり方について検討していく必要がある。

2	応急手当受講率	<p>「どのくらい健康に留意しているか(どのくらい救急医療への関心を持っているか)」を見るための指標。</p> <p>ここでは、関心の高さを反映した指標として、応急手当講習の受講状況を取り上げる。高等学校や自動車教習所、その他民間企業などでも講習が実施されているが、関心の高さを把握するという観点から、自発的な受講と考えられる「都道府県、消防、市町村(学校で実施されたものを除く)、日本赤十字社」での講習の受講者を把握することとした。</p> <p>この指標が高いほど、地域の救急医療への関心が高いことをあらわしていると考えられる。</p>	<p>日赤等が行う「普通講習」の内容は必ずしも全国的に統一されてはいないため、指標の定義において「普通講習」の取り扱いについて明示する必要がある。</p> <p>消防圏域と医療圏域に乖離がある場合のデータ整備のあり方について検討していく必要がある。</p>
3	バイスタンダーによる心肺蘇生法実施率	<p>「どのくらい健康に留意しているか(どのくらい救急医療への関心を持っているか)」を見るための指標。</p> <p>ここでは、関心の高さを反映した指標として、バイスタンダー(救急現場に居合わせた人)による心配蘇生法の実施状況を取り上げる。</p> <p>この指標が高いほど、地域の救急医療への関心が高いことをあらわしていると考えられる。</p>	<p>「救急車到着前に心肺停止した搬送者数」を把握していない都道府県も見られたが、少数であった。今後ウツタイン様式の浸透に伴いデータの把握状況は改善されていくものと考えられる。</p> <p>消防圏域と医療圏域に乖離がある場合のデータ整備のあり方について検討していく必要がある。</p>
4	公共施設のAED設置割合	<p>「適切な救護が受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>ここでは、「適切な救護」を反映する指標として、自治体によるAEDの設置状況を把握することとした。実際にはAEDは鉄道事業者、デパート、病院等によっても設置されているが、設置主体が多様で設置台数の正確な把握が困難であることから、自治体によって設置されたものの台数をもって、指標とすることとした。</p> <p>この指標が高いほど、適切な救護を受けられる水準が高いことをあらわしていると考えられる。</p>	<p>自治体へ寄贈されたものについても、自治体が設置した台数とみなすよう定義に注釈を記載することが望ましい。</p>
5	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。</p> <p>病気になったときにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。</p> <p>本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	<p>医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。</p>
6	重症患者の救命救急センター搬送率	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>適切な医療のためには医療機関の役割分担が重要となる。救命救急センターは三次救急を担う医療機関として位置づけられており、重症、重篤患者をカバーできているかどうかを見るための指標として、重症患者の救命救急センター搬送率を把握する。</p> <p>重症者および重篤者の定義が医療機関によって異なることも考えられるが、現時点では医療機関からの報告ベースの数字を用いることとする。</p>	<p>救命救急センターから報告される重症者の定義は、都道府県によってかなり違いがあることが把握された。今後全国的な統一を図っていくことが必要である。</p>

	7	メディカルコントロール体制の有無	「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。 ここではメディカルコントロール体制の有無を把握する。メディカルコントロール体制とは、医療機関と消防との連携の体制を指し、救急搬送において医師と救急隊員が連携しながら適切かつ質の高い医療を受けることができるものとされている。 本指標は高いことが望ましい指標である。	
	8	救命救急センターA評価施設割合	「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。 厚生労働省では、救命救急センターの質評価に取り組んでおり、各救命救急センターからの診療体制や患者受入実績等に関する報告結果を点数化したものを基本として、各施設の充実段階をA、B、Cで評価している。 本指標は高いことが望ましい指標である。	
災害医療	1	応急手当受講率【救急医療2と同じ】	「どのくらい健康に留意しているか(どのくらい災害医療への関心を持っているか)」を見るための指標。 ここでは、関心の高さを反映した指標として、応急手当講習の受講状況を取り上げている。高等学校や自動車教習所、その他民間企業などでも講習が実施されているが、関心の高さを把握するという観点から、自発的な受講と考えられる「都道府県、消防、市町村(学校で実施されたものを除く)、日本赤十字社」での講習の受講者を把握することとした。 この指標が高いほど、地域の災害時の医療への関心が高いことをあらわしていると考えられる。	日赤等が行う「普通講習」の内容は必ずしも全国的に統一されてはいないため、指標の定義において「普通講習」の取り扱いについて明示する必要がある。 消防圏域と医療圏域に乖離がある場合のデータ整備のあり方について検討していく必要がある。
	2	バイスタンダーによる心肺蘇生法実施率【救急医療3と同じ】	「どのくらい健康に留意しているか(どのくらい災害医療への関心を持っているか)」を見るための指標。 ここでは、関心の高さを反映した指標として、バイスタンダー(救急現場に居合わせた人)による心配蘇生法の実施状況を取り上げている。 この指標が高いほど、地域の災害医療への関心が高いことをあらわしていると考えられる。	「救急車到着前に心肺停止した搬送者数」を把握していない都道府県も見られたが、少数であった。今後ウツタイン様式の浸透に伴いデータの把握状況は改善されているものと考えられる。 消防圏域と医療圏域に乖離がある場合のデータ整備のあり方について検討していく必要がある。
	3	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	「どこに行ったらよいか」を見るための指標。 病気になったときにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。 本指標は高いことが望ましい指標である。	医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。
	4	災害拠点病院の割合	「災害のときに、どこが医療を行うのか」を見るための指標。 災害拠点病院とは、災害医療機関を支援する機能を有する病院で、重症・重篤な傷病者を受け入れるなど、災害時の医療救護活動において中心的な役割を担う病院として位置づけられている。厚生労働省の基準では、地域の災害拠点病院については、原則として、二次医療圏ごとに1カ所整備することとされている。 災害拠点病院等については「広域災害救急医療情報システム」(http://www.wds.emis.or.jp/wds/wdtpmainlt.asp)において把握が可能である。	本指標では施設数を把握したが、病床数を分子として、人口10万対病床数を指標とすることも考えられるのではないかと。 医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。

	5	病院耐震化率	<p>「災害のときに、どこが医療を行うのか」を見るための指標。</p> <p>災害時にも継続して医療を提供できるよう、病院の建物は耐震化されていることが重要である。ここでは、新耐震基準を満たす病院の割合を指標として把握する。</p> <p>本指標は高いことが望ましい指標である。</p> <p>「病院の地震対策に関する実態調査」報告書はWAMNETの「行政情報」-「病院の地震対策に関する実態調査」報告書について」から入手可能である。</p> <p>(http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/ebd93ce937276f41492570ad001cf9d4/\$FILE/siryou_all.pdf)</p>	
	6	DMAT (災害医療チーム) 隊員割合	<p>「災害のときに、どこが医療を行うのか」を見るための指標。</p> <p>DMATとは、災害の急性期(概ね4-8時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームで、広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動等を主な活動としている。</p>	
へき地医療	1	へき地数	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標。</p> <p>へき地とは、原則として近隣に医療機関がない地域(無医地区等)を指す。無医地区であっても都道府県は巡回診療等の手段により必要な医療が確保されるよう努めており、そのため、必ずしもこの数値が大きいことが問題というわけではない。</p> <p>へき地に指定された地域がない都道府県もあり、その場合この指標は空欄となる。</p>	
	2	応急手当受講率【救急医療2と同じ】	<p>「どのくらい健康に留意しているか(どのくらいへき地医療への関心を持っているか)」を見るための指標。</p> <p>ここでは、関心の高さを反映した指標として、応急手当講習の受講状況を取り上げている。高等学校や自動車教習所、その他民間企業などでも講習が実施されているが、関心の高さを把握するという観点から、自発的な受講と考えられる「都道府県、消防、市町村(学校で実施されたものを除く)、日本赤十字社」での講習の受講者を把握することとした。</p> <p>この指標が高いほど、地域の医療への関心が高いことをあらわしていると考えられる。</p>	<p>へき地における「健康への留意」の程度を把握するという観点では、へき地における健診受診率や受療率といった指標も考えられるのではないかと。</p> <p>日赤等が行う「普通講習」の内容は必ずしも全国的に統一されていないため、指標の定義において「普通講習」の取り扱いについて明示する必要がある。</p> <p>消防圏域と医療圏域に乖離がある場合のデータ整備のあり方について検討していく必要がある。</p>
	3	へき地医療支援機構派遣医師数の伸び率	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>都道府県では、無医地区または準無医地区においてへき地医療拠点病院を指定している。へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下、へき地診療所等への医師及び看護師等の派遣を行っている。ここでは、「適切な医療が受けられるか」どうかを反映した指標として、へき地医療拠点病院からの派遣医師数の状況について把握する。</p> <p>へき地に指定された地域がない都道府県やへき地医療拠点病院制度がない都道府県もあり、その場合この指標は空欄となる。</p>	<p>伸び率を指標とした場合、前年度が0人の場合に指標が算出できないことになる。「ある年度のへき地数あたりの派遣医師数」や「ある年度のへき地人口あたりの派遣医師数」といった単年度の数値から算出される指標に変更してはどうか。</p>

	4	代診医派遣延べ数の伸び率	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>都道府県に設置された「へき地医療支援機構」では、へき地の医師が急病や忌引き、研修その他やむを得ない事情により休診する際に、へき地医療拠点病院から代診医を派遣する制度を行っている。ここでは、「適切な医療が受けられるか」どうかを反映した指標として、へき地医療支援機構派遣医師数の状況について把握する。</p> <p>へき地に指定された地域がない都道府県もあり、その場合この指標は空欄となる。</p>	<p>伸び率を指標とした場合、前年度が0人の場合に指標が算出できないことになる。「ある年度のへき地数あたりの派遣医師数」や「ある年度のへき地人口当たりの派遣医師数」といった単年度の数値から算出される指標に変更してはどうか。</p>
	5	へき地診療所の数	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>へき地診療所は、前述のとおり近隣に医療機関がない場合に設置される診療所で、へき地の医療を支える役割を担っている。へき地において適切な医療を受けられるかどうかの指標として、へき地医療診療所の整備状況を把握する。</p> <p>へき地に指定された地域がない都道府県もあり、その場合この指標は空欄となる。</p>	<p>へき地診療所の定義には「へき地保健医療対策実施要綱へき地診療所設置基準」によるへき地診療所、「へき地医療支援機構が支援するへき地診療所」があることから、へき地診療所の定義を明示する必要がある。</p>
	6	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。</p> <p>病気になったときにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。</p> <p>本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	<p>医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。</p>
	7	へき地からの紹介患者受け入れ数	<p>「切れ目の無い医療を受けられるか」を見るための指標。</p> <p>へき地医療機関とへき地医療拠点病院の間の連携を評価するため、1年間のへき地医療機関からへき地医療拠点病院への紹介患者数を把握する。</p> <p>へき地に指定された地域がない都道府県やへき地医療拠点病院制度がない都道府県もあり、その場合この指標は空欄となる。</p>	<p>紹介患者数の把握が困難とする都道府県も見られており、今後統一的に情報を把握できる体制の整備について検討する必要がある。</p>
周産期医療	1	出生率	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標。</p> <p>周産期医療の対象数を把握するための指標として、ここでは出生率を把握する。</p> <p>この指標は高いほうが望ましい指標であるが、指標2や指標5と組み合わせて見ることで、都道府県ごとのハイリスク分娩の割合や周産期医療の状況を把握することができる。</p>	<p>全国比較のための指標としては出生率が適しているが、各都道府県において周産期医療の基礎データとして利用するには、出生数を考慮することが必要と考えられる。</p>
	2	新生児死亡率	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標。</p> <p>死亡率は「どのくらい多いか」を直接示す指標ではないが、周産期医療の水準は、出生率、新生児死亡率、ハイリスク分娩割合、周産期の死亡率などの変化によって表される。</p> <p>本指標では、このうちの新生児死亡率を把握する。この指標は低いほど望ましい指標である。</p>	
	3	合計特殊出生率	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標。</p> <p>この指標は、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとした時の子ども数に相当する。</p>	

4	十代の人工妊娠中絶実施率	<p>「どのくらい健康に留意しているか」を見るための指標。</p> <p>人工妊娠中絶の理由は、そのほとんどが「母体の健康」のためであるが、人工妊娠中絶を経験すると、その後の妊娠時にハイリスク出産となる可能性が高くなる。したがって人工妊娠中絶実施率は近い将来の周産期医療に影響を与えるものと考えられる。</p> <p>本指標は低いほど望ましい指標と言える。母体保護統計によれば、15歳以上20歳未満女子の人工妊娠中絶実施率は近年漸増している。「健やか親子21」でも保健水準の指標として取り上げられており、当該指標を低減させていくためには健康へ留意する意識が重要な点の一つである。</p>	
5	低出生体重児出生率	<p>「どのくらい健康に留意しているか」を見るための指標。</p> <p>低出生体重児は新生児死亡に至りやすく、集中的な医学管理が必要とされる。</p> <p>我が国では漸増傾向にある。その要因はさまざまだが、妊娠前・妊娠中の不十分な健康管理、妊娠中の異常に対する認識不足等、適切な保健行動がとれていないことなどが指摘されている。妊婦の健康管理意識を数値として直接把握することが困難なため、本指標を用いることとした。</p> <p>本指標は低いほうが望ましい指標と言える。</p>	<p>本指標は「ハイリスク分娩がどのくらい多いか」を反映していることから、「どのくらい多いか」の指標として位置づけることも考えられる。</p>
6	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。</p> <p>病気になったときにどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。</p> <p>本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	<p>医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。</p>
7	産婦人科標榜医の割合	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標として、産科または産婦人科を標榜する医師数を把握する。</p> <p>近年は産婦人科または産科を標榜していても分娩を実施しない医療機関もあるが、分娩を取り扱う医師数の都道府県ごとの把握は現時点では困難であることから、産婦人科または産科を標榜する医師数とした。</p> <p>本指標は、高いほうが望ましい指標である。</p>	<p>医療機能情報公表制度において、正常分娩に対応可能な医療機関を把握することが可能である。</p>
8	周産期医療体制	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。</p> <p>MFICU病床およびNICU病床は、診療体制の整備された分娩環境や未熟児に対する最善の対応など、充実した周産期医療に対する需要の増加に応えるための重要な指標として、病床数の割合を把握する。</p> <p>本指標は高いほうが望ましい指標である。</p>	<p>人口千対としたが、数値が小数点以下の数になることから、利便性を考慮して人口10万対としてはどうか。</p> <p>また、分母を15歳以上50歳未満女子の都道府県人口としてはどうか。</p> <p>医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。</p>

	9	周産期死亡率	<p>「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標。</p> <p>周産期死亡はICD-10が適用された平成7年より、出生と妊娠満22週以降の死産を合わせた数、千に対する妊娠満22週以降の死産と早期新生児死亡を合わせた数となっている。</p> <p>本指標は低いことが望ましい指標である。</p>	
	10	妊産婦死亡率	<p>「どのくらい亡くなるのか」を見るための指標。</p> <p>妊産婦死亡は、妊娠の期間および部位に関係なく、妊娠またはその管理に関連した、あるいはそれらによって悪化したすべての原因による妊娠中または分娩後42日以内における女性の死亡を言い、不慮のまたは予期せぬ偶然の原因による死亡は含まない。ここでは周産期に伴って亡くなる方（妊婦）の人数を反映した指標として、「妊産婦死亡率」を把握する。</p> <p>本指標は低いことが望ましい指標である。</p>	<p>本指標は発生件数が少ないため、単年度の調査結果が各都道府県の医療提供体制の現状を反映しているとは限らない。現在複数年度における地域格差の分析が厚生労働省研究班で行なわれており、今後、この研究結果を踏まえて再検討してはどうか。</p>
	11	産後訪問指導を受けた割合	<p>「産後安心して過ごせるか」を見るための指標。</p> <p>妊娠と産褥期は情動的・身体的な変化も大きく、産後も環境の変化を伴う。母子ともに安心して過ごすためには、この時期を安定した状態とすることが重要といわれており、産後の訪問指導は産後の安心に資する一要素であると言える。代表的な疾患として産後うつ病があるが、この疾患を都道府県別に直接把握することが困難であるため、本指標を用いることとした。</p>	
小児救急を含む小児医療	1	乳幼児死亡率	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標として、ここでは乳幼児死亡率を把握する。</p> <p>小児の死亡数が小児医療の対象となる人数を表しているわけではないが、死亡率には地域の衛生・医療水準が反映されているとの考え方から本指標を設定している。</p> <p>死亡率は低いほどよいので、本指標は低いことが望ましい。</p>	
	2	15才未満の死亡率	<p>「どのくらい多いか」を見るための指標として、ここでは15歳未満の死亡率を把握する。</p> <p>小児の死亡数が小児医療の対象となる人数を表しているというよりも、死亡率に地域の衛生・医療水準が反映されているとの考え方から指標を設定している。</p> <p>死亡率は低いほどよいので、本指標は低いことが望ましい。</p>	
	3	小児救急電話相談実施状況	<p>「どのくらい病気の相談ができるか」を見るための指標。</p> <p>子どもの怪我や急病の際、保護者はまず救急病院の受診を考えるが、実際には電話等の相談だけで済むケースもあり、わざわざ病院に向向かなくても電話相談で解決する場合がある。また、軽症でも救急病院を受診することで、特に小児科医の不足が言われる中、重症患者に十分な医療資源を配分できないという問題も指摘されている。</p> <p>この指標によって、小児救急電話相談の活発さを把握する。本指標が高いほど、電話相談を活用した救急対応が活発と言える。</p>	<p>年齢別外国人登録者数については都道府県において把握されていないケースも見られるため、データを把握できるしくみを検討してはどうか。</p> <p>また、相談実施日が365日でないケース、県単独事業も実施しているケース、未整備であるケースがあることに留意し、定義の再検討が必要である。</p>

4	医療機能情報公開率【がん5と同じ】	<p>「どこに行ったらよいか」を見るための指標。 病気になる時にどの病院を受診したらよいか分かるように、医療機関の情報が誰でもすぐに入手できることが求められる。ここでは、医療機関情報提供の度合いを反映した指標として、都道府県や医師会等の職能団体によってインターネット上で情報が公開されている医療機関の割合を把握する。 本指標は高いことが望ましい指標である。</p>	<p>小児科、小児外科を標榜する医療機関についての情報公開率としてはどうか。 医療機能情報公表制度におけるデータを活用することが可能である。</p>
5	二次救急医療機関の割合	<p>「実際にどこにいけるのか」を見るための指標。 こどもが怪我や急病の際、保護者はまず救急病院の受診を考えるが、そのうち、入院加療を必要とするこどもの急病の際に対応可能な病院がどのくらいあるのかを把握する。小児救急を考える際には、二次医療圏レベルでの24時間365日の医療体制整備状況（休日夜間診療に参加する医療機関の割合）を考えるのが望ましいが、全国で一律に比較することが困難なため、診療科目として小児科を有する二次救急医療機関の割合を把握することとした。 本指標は高いほうが望ましい指標である。</p>	<p>今後、医療機能情報公表制度との整合を図っていく必要がある。</p>
6	小児科標榜医師の割合	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。 小児の救急患者の発生頻度は成人の6倍、幼児は12倍程度多いと試算されており、急患に対応するために多くの医師が必要とされる。そこで本指標では、概ね小児医療の対象である15歳未満人口に対する、小児科を標榜する医師の割合を把握する。 本指標は高いほうが望ましい指標である。</p>	<p>人口10万対としてはどうか。 医療機能情報公表制度において、小児領域の一次診療に対応可能な医療機関を把握することが可能である。</p>
7	小児入院医療体制	<p>「適切な医療が受けられるのか」を見るための指標。 この指標によって、小児医療に対する地域医療の充実度を把握する。本指標は高いほうが望ましい指標である。</p>	