

(規制)	基準病床	参酌標準	なし	参酌標準
(主体)	都道府県	都道府県 市町村	都道府県 市町村 保険者	都道府県
(開始年度)	20年度	21年度	20年度	20年度
(期間)	5年	3年	10年	5年
(評価)	法第30条の3 第2項第6号	平成18年3月31日 付け告示314号	通知記載事項	法第11,12条

(その他参考資料)

各計画法定記載事項一覧表

第5章 臨床指標等指標についての考え方

第1節 医療計画における指標活用の意義

新しい医療計画においては、がん対策、脳卒中対策など主要な事業ごとに地域の医療提供体制を構築するため、医療機能の分化と連携の推進、具体的な数値目標の設定などが求められている。

これまでの医療計画においては、量的な整備目標に重点が置かれる傾向にあり、また、医療提供体制の整備に関する具体的な数値目標が定められておらず、都道府県における医療計画の執行について住民が評価できるものとなっていなかった。

そこで、国は良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の構築に向けて、都道府県に対し以下の内容を要請した。

1. 主要な事業ごとの医療機能についての現状把握
2. 保健医療提供体制の量的・質的な数値目標の設定
3. 数値目標に対する達成状況に係る政策評価の実施

「国が提示する主要な事業に係る「指標」についての考え方」（「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性」平成17.7）では、以下の3点を挙げ、都道府県が提示する数値目標に関する考え方についても同様の視点を求めている。

1. 患者中心の視点
2. 質の向上の実現に対応した視点
3. 単数（個別の医療機関）だけではなく複数（地域全体の医療機能）

指標は、あくまでも最終的に把握したい概念を反映するものでなければならない。疾病に関して把握したい概念を、予防・検診、治療・診療、リハビリテーション・在宅療養・ターミナルのステージに分け、下記の通り示している。

把握したい概念

「予防・検診」

- ・住民は、どれくらい健康に関心があるのか
- ・病気の可能性がある人がどれくらい病気を自覚しているのか

「治療・診療」

- ・どのくらい病気を治そうとしているのか
- ・病気だった人がどのような経過で日常生活に復帰したのか
- ・患者が希望する医療が受けられるのか
- ・患者は地域の医療機関でどのくらい切れ目なく診療が受けられるのか

「リハビリ・在宅医療・ターミナル」

- ・地域ではどのような病気が多いのか

・病気になった時、在宅でどのくらい医療を受けられるのか

「新しい医療計画制度を念頭においたモデル医療計画」では、「9 事業別（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策及びへき地医療対策）に国が示す指標に沿った地域の保健医療提供体制の現状をデータ(数値)でもって明記」することとされ、具体的な指標例として、総治療期間、在宅看取率、在宅復帰率、地域連携パス利用率、新規透析導入率、休日夜間診療に参加する医療機関の割合などが挙げられている。

第2節 医療の質の評価

医療の質は、一般に、効果、効率、公平の3つの観点から評価される。

また、医療の質を評価するための枠組みとしては、ドナベディアン（1980）の構造 (Structure)、過程 (Process)、成果 (Output)という3つの枠組みが用いられることが多い。

「構造」は、安全・安心な医療を提供するための体制(人員、人材)や施設・設備等を指し、「過程」は、現在の医療水準に照らして、提供される医療の内容、方法が適切なものであること、「成果」は、提供した医療の成果、結果が患者にとって望ましい状態であること、あるいは、望ましくない結果を防止・減少させることも含まれる。代表的な成果の指標として、たとえば死亡率が挙げられるが、年齢構成や重症度などを調整する必要がある。

伊藤（2003）は、アウトカムを患者関連のものと専門家関連のものに分け、アクセス性、技術的マネジメント、人間関係の過程のマネジメント、治療の継続性から医療の質の評価指標を示している。

医療の質の三側面の例

	構造	過程	アウトカム	
			患者関連アウトカム	専門家関連アウトカム
アクセス性：物理的・社会的・組織的	地理的要因、専門科の掲示（外来、救急、往診等）、地域住民の特性(高齢者割合等)	受療の適時・遅延、受療しやすさの違いによる利用パターン、診療時間、休診	未診断の疾患、予防できた疾患、罹病率、死亡率、障害率、アクセスに関する満足度、社会・居住地域による相違	アクセスや改善努力についての満足度や意見
技術的マネジメント	物理的構造、施設、設備、専門科目、開	ニーズにあったサービスの提供状況、診	患者全体や疾患群等ごとの死亡率と障	設備・施設・同僚の資格・相談の機会につい

ト	設者、関連施設、職員数・職種・資格、職員組織、財務・会計組織、質管理メカニズムの有無と組織、職員の職場環境への満足度（施設設備、人員、同僚や患者との関係、教育の機会等）	断と治療の適切性（確定診断）、専門家の定義するあるべき医療の厳守	害、合併症、身体・心理・社会機能の回復、アウトカムおよびアウトカムに関連すると考えられる構造と過程についての患者の満足度	での満足度、管理運営に邪魔されずに患者ケアに費やせる時間およびよい仕事ができるための状況についての満足度、相談に関するタイプと程度への満足度、医療の質への意見
人間関係の過程のマネジメント	専門家が患者に適切な時間を費やすことができるか、患者からの示唆や不満を扱う適切なメカニズムの有無と機能、管理への利用者の参加	職員の患者への態度、関心、礼儀、患者の自主性の尊重、プライバシーへの配慮、説明、支持、患者・疾病・行動への評価的ではない受容、患者を急がせない	ケアのアメニティおよび人間関係における満足度、疾病とケア内容の理解、ケア内容の遵守、主治医の交替や自院以外のサービス利用の有無、疾病や障害に対処するための行動の確立、適切にケアを利用できるようになること	患者との関係への満足度、患者の行動への意見、患者の関心や問題についての知識
治療の継続性	家庭医などケアの中心となる専門家との調整、紹介先およびそのフォローの調整、一貫した管理と継続のための情報の維持のための調整、職員の転職および在職期間	患者ケアに関与した医師数と施設数、医師との関係の阻害（予約なしの受診の頻度、紹介なしの外部医師への受診）、紹介の頻度と適切性、異常所見のフォローの程度、予約キャンセルのフォロー、ケア内容の遵守、現在の治療で過去の診療情報を活用した証拠	処方内容の遵守、予約キャンセルのフォロー、紹介なしの外部医師への受診、健康状態の不適切な結果、継続性への調整と医師患者関係の安定性についての患者満足度、適切な相談先を活用する能力	継続性を高めるための調整についての満足度、患者の治療歴・生活歴・家庭状況・環境ストレス・患者の関心・対処能力と弱点などの知識

（出典）伊藤弘人：医療評価，真興交易(株)医療出版部，2003（厚生労働省：国が提示する全国共通した

主要な疾病・事業の「指標」についての考え方，第8回「医療計画の見直し等に関する検討会」資料，平成17年4月22日）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0422-6a.html>

第3節 都道府県における地域医療提供体制の評価

各都道府県が数値目標を設定するにあたり、以下の手順が必要となる。

1)地域の保健医療提供体制に関する現状把握と評価

医療機能、連携状況の評価、課題の把握

2) 事業ごとの数値目標の設定

量的・質的な数値目標の設定

3) 患者・住民への情報提供

データの公表、活用

4)目標の達成度についての経年評価

見直し、次期医療計画立案への活用

第4節 地域の保健医療提供体制に関する現状把握（医療機関データ）

地域の保健医療提供体制の現状を把握するための方法として、まず、各医療機関のデータを積み上げて評価する方法がある。各医療機関が保有するデータを活用することにより評価可能な指標は下記の通りである。

個別医療機関の保有資料からの指標

概念	指標	出典	摘要
どれだけの収益力があるか	売上高経常利益率	決算書	医療対策課提出
経営の安定性はどうか	自己資本比率	〃	〃
病院の機能の把握	病床数	現況報告書	社会保険事務局提出
〃	病棟区分	〃	〃
〃	診療科	〃	〃
どれだけの患者が入院しているか	平均在院日数	〃	〃
〃	入退院患者数	〃	〃
看護状況の把握	看護基準	施設基準一覧	社会保険事務局提出
どのような入院患者を診ているか	特定入院料	〃	〃

どのような診療行為を行っているか	入院基本料等加算項目	〃	〃
高額医療機器の保有状況の把握	CT、MRI等の台数	高額医療機器一覧	決算附属書類 (固定資産台帳)
高額医療機器の使用状況の把握	上記の利用件数	〃	〃
診療科ごとの医師数の把握	診療科別医師数	診療科別医師数	常勤換算数
どのような入院患者を診ているか	疾病別患者数	入院患者疾病構造分布 (ICDコーディングされた入院患者統計)	診療録管理体制加算算定病院は社会保険事務局へ提出
連携状況等の把握	退院先一覧	退院サマリー	
平均単価の把握により医療提供水準の把握	入院・外来別平均単価	レセコン等	
〃	診療科別・病棟別平均単価	〃	
療養病棟の患者の状況	医療区分・ADL区分別患者数		医療療養病床を有する病院のみ

第5節 各事業における指標案

本研究では、国が示している指標案の他、各領域における診療ガイドラインや文献等から9事業等の指標として参照しうるものについて検討を行った。現段階では、これらの指標について、量的・質的な数値目標の設定や、特に有用あるいは簡便な指標として選択・抽出を行うには至っていない。19年度以降の研究において、さらに具体的な有用性等について検討を行うこととしたい。

(1) がん

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	罹患率	受療率	圏域別がん患者数、 流出入
どのくらい関心があるか	検診受診率		

どのくらい関心があるか	精密検査受診率		
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	喫煙率	
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		手術件数
どのくらいで日常生活に戻れるのか	総治療期間	平均在院日数	
切れ目の無い医療が受けられるか	地域連携率	地域連携パス利用率	
亡くなる場所を選べるか	在宅看取り率		
どのくらい亡くなるのか	年齢調整死亡率	年齢調整死亡率	

医療提供体制その他追加指標案

構造	医療施設：がん診療連携拠点病院、がん診療拠点病院、悪性腫瘍の種別による手術、化学療法、放射線療法の対応可能機関、緩和ケア病棟、手術室、ICU（集中治療室）、医療相談室、地域医療連携室（病診連携室）、患者のための図書館
	医療機器：PET、CT、内視鏡、超音波検査、組織・検体検査、放射線治療設備（リニアック、ガンマナイフ）
	従事者：がん専門医、化学療法専門医、放射線治療医、病理医 がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、ホスピスケア認定看護師、乳がん看護認定看護師
過程	多職種による医療提供体制：ケア計画体制、カンファレンス体制、症例検討会の実施体制、セカンドオピニオン体制、リハビリテーション体制 医療機能：院内／地域がん登録；院内がん登録実施の有無 患者会等自主組織の育成 診断、治療、医療提供体制に関する説明内容 診療ガイドライン・パスの利用状況 他の保健医療機関との連携協力内容 セカンドオピニオン対応 疼痛管理：緩和ケア実施内容；モルヒネ使用量
結果	5年生存率、在宅復帰率、I/D比（Incidence/Death Ratio）、DCN（Death Certificate Notification）

（２）脳卒中

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	罹患率	受療率	圏域別脳卒中患者数、 流出入
どのくらい関心があるか	基本健診受診率		

どのくらい関心があるか	精密検査受診率		
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	受療率（高血圧）	糖尿病、喫煙、非弁膜性心房細動、アルコール多飲
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	受療率（高脂血症）	
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		脳血管外科手術件数
適切なリハビリが受けられるのか	地域医療カバー率	早期リハビリテーション実施率	
適切なリハビリが受けられるのか	地域医療カバー率	回復期リハビリテーション実施率	
どのくらいで日常生活に戻れるのか	総治療期間	平均在院日数	
切れ目の無い医療が受けられるか	地域連携率	地域連携バス利用率	
どのくらいの人が復帰できるのか	在宅復帰率		
どのくらい亡くなるのか	死亡率	年齢調整死亡率	破裂脳動脈瘤の重症度別件数および死亡数 脳梗塞および脳内出血の年齢別、重症度別、死亡数等

医療提供体制その他追加指標案

構造	<ul style="list-style-type: none"> ○脳神経外科標榜、リハビリテーション科標榜 ○地域リハビリテーション支援センター ○回復期リハビリテーション病棟、リハビリテーション室 手術室、ICU（集中治療室）、脳卒中ユニット ○頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤手術対応機関 ○日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医、日本脳神経外科学会脳神経外科専門医、救急医、脳神経外科医、神経内科医、専門看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士 ○脳血管疾患リハビリテーション
過程	<p>チーム医療、救急隊、救命救急士との連携</p> <p>挿管、BiPAP</p> <p>診療ガイドライン、バスの利用</p> <p>中枢性疼痛への対策</p>

	組織化された多面的リハビリテーション（運動障害、歩行障害、上肢機能障害、片麻痺、嚥下障害、排尿障害、言語障害、認知障害）、開始時期
結果	介護依存度、施設入所率、在宅復帰率

（３）急性心筋梗塞

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	罹患率	受療率	圏域別虚血性心疾患患者数、流出入
どのくらい関心があるか	基本健診受診率		
どのくらい関心があるか	精密検査受診率		
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	受療率(高血圧)	糖尿病、肥満、喫煙、ストレス
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	受療率(高脂血症)	
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		カテーテル検査の件数、脳血管外科手術件数
適切なリハビリが受けられるのか	地域医療カバー率	心疾患リハビリテーション実施率	
どのくらいで日常生活に戻れるのか	総治療期間	平均在院日数	
切れ目の無い医療が受けられるか	地域連携率	地域連携パス	
どのくらいの人が復帰できるのか	在宅復帰率		
どのくらい亡くなるのか	死亡率	年齢調整死亡率	

医療提供体制その他追加指標案

構造	<ul style="list-style-type: none"> ○循環器科、心臓血管外科標榜 ○冠動脈集中治療室（CCU） ○手術室、CCU、カテーテル検査室、人工心肺機器 ○AED 設置状況 ○開心術、心臓カテーテル検査、経皮的冠動脈形成術、心疾患リハビリテーション ○心大血管疾患リハビリテーション科 ○循環器専門医、心臓リハビリテーション担当医師、重症集中ケア認定看護師
過程	チーム医療、診療ガイドライン、パスの利用、救急対応

	心臓リハビリテーション
結果	救命率、死亡率、再発率、在宅復帰率

(4) 糖尿病

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	罹患率	受療率	圏域別糖尿病疾患患者数、流出入
どのくらい関心があるか	精密検査受診率		
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	受療率(高血圧)	肥満度(腹囲・BMIなど)、メボリックシンドローム者・予備群の割合、禁煙
どのくらい健康に留意しているか	ハイリスク群の減少	受療率(高脂血症)	
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
どのくらいで日常生活に戻れるのか	総治療期間	外来受診回数	
どのくらい重い合併症になるのか	合併症発症率	新規透析導入率	
どのくらい重い合併症になるのか	合併症発症率	視覚障害罹患率	

医療提供体制その他追加指標案

構造	<p>ICU(集中治療室)、医療相談室、透析ベッド</p> <p>地域医療連携室(病診連携室) 患者のための図書館、日本糖尿病学会認定施設</p> <p>日本糖尿病学会専門医、指導医、糖尿病看護認定看護師、透析看護認定看護師、糖尿病療養指導士、日本循環器学会認定循環器専門医及び日本胸部外科学会指導医、日本神経学会専門医、日本脳神経外科学会専門医、日本透析医学会認定医、管理栄養士、臨床検査技師、放射線技師等</p> <p>人工透析室許可施設、糖尿病専門外来、糖尿病指導教育機能(教育プログラム)</p> <p>患者会等自主組織の育成</p>
過程	<p>・内科、循環器科、神経内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、眼科、皮膚科、形成外科、整形外科、産婦人科、人工透析等の分野で糖尿病に関する診療体制</p> <p>糖尿病治療及び糖尿病合併症治療に関するクリニカル・パスを採用</p> <p>他の保健医療機関との連携・協力体制</p> <p>セカンドオピニオン</p>

	救急対応 糖尿病の妊産婦、新生児の周産期ケア リハビリテーション
結果	死亡率、要介護率、有病者、予備群、有所見率 休業日数・長期休業率、医療費

(5) 小児救急を含む小児医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	新生児死亡率		圏域別小児科患者数、 流出入
どのくらい多いか	15歳未満の死亡率		
どのくらい病気の相談ができるか	小児救急電話相談率		
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		治療方法、治療実績 (手術・分娩件数など)
実際にどこに行けるのか	休日夜間診療に参加する医療機関の割合		休日夜間診療受診率
適切な医療が受けられるのか	地域医療カバー率	小児科医標榜の割合	
適切な医療が受けられるのか	地域医療カバー率	NICUの割合	
切れ目の無い医療が受けられるか	地域連携率	地域連携バス利用率	

医療提供体制その他追加指標案

構造	小児救急医療拠点病院 日本小児科学会小児科専門医 小児看護専門看護師、小児救急看護認定看護師
過程	診療ガイドラン、クリティカルパスの活用 救急体制 相談機能、トリアージ インフォームドコンセント セカンドオピニオン 連携状況 時間外救急対応

結果	小児救急受け入れ率、救命率、死因別死亡率、乳幼児死亡率
----	-----------------------------

(6) 周産期医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	出生率		圏域別周産期疾患患者数、流出入
どのくらい多いか	合計特殊出生率		
どのくらい健康に留意しているか	十代の人工妊娠中絶実施率		
どのくらい健康に留意しているか	十代の生感染症罹患率		
どのくらい健康に留意しているか	低体重児出生率		
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
適切な医療が受けられるのか	地域カバー率	産婦人科標榜医の割合	
適切な医療が受けられるのか	ハイリスク分娩の病院での実施率	周産期母子医療センターの割合	
どのくらい亡くなるのか	周産期死亡率		
どのくらい亡くなるのか	妊産婦死亡率		
産後安心して過ごせるか	産後うつ病発症率		

医療提供体制その他追加指標案

構造	新生児特定集中治療室、母胎胎児集中治療室、小児救急医療拠点病院 産婦人科、小児科専門医、助産師、母性看護専門看護師、新生児集中ケア認定看護師
過程	救急搬送、他機関との連携体制 相談機能
結果	周産期母子医療センターへの搬送不可数（新生児集中治療管理室利用患者数満床のためセンターが利用できない産婦数、新生児集中治療管理室で治療を受けた患者）

(7) 救急医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか	救急搬送人員の割合		

どのくらい健康に留意しているか	応急手当受講率		
どのくらい健康に留意しているか	バイスタンダーによる心肺蘇生法実施率		
適切な救護が受けられるか	公共施設の AED 設置割合		
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
適切な医療が受けられるのか	重症患者の救命救急センター搬送率		
適切な医療が受けられるのか	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	救命救急センターA 評価割合		

医療提供体制その他追加指標案

構造	救急救命センター、救急告示病院、病院群輪番制病院 病棟（病室、ICU等）、診療棟（診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人工透析室等） 専門医、クリティカルケア看護専門看護師、救急看護認定看護師、救急救命士
過程	救急医療情報システムの実施率
結果	救命率、救命救急センターの受入数、救急医療機関へのアクセス、心肺停止患者の蘇生率、救急救命士の運用数、救急搬送時間

(8) 災害医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい健康に留意しているか	応急手当受講率		
どのくらい健康に留意しているか	バイスタンダーによる心肺蘇生法実施率		
事前準備がしっかりしているか	防災マニュアルを策定している病院割合		
事前準備がしっかりしているか	災害訓練実施割合		
災害のときに、どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
災害のときに、どこが医療を行うのか	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	病院耐震化率		
災害のときに、どこが医療を行うのか	DMAT(災害医療チーム)研修参加割合		

医療提供体制その他追加指標案

構造	基幹災害医療センター、広域災害・救急医療情報システム、災害医療に関する研修受講者 災害時患者受け入れ、搬送、医療者派遣体制
過程	関係機関等との連携、こころのケア
結果	

(9) へき地医療

国が示す指標と追加指標案

概念	指標	代替指標	追加指標案
どのくらい多いか			
どのくらい健康に留意しているか	応急手当受講率		
適切な医療が受けられるのか	へき地医療支援機構 派遣医師数の伸び率		
適切な医療が受けられるのか	代診医派遣延べ数の 伸び率		
適切な医療が受けられるのか	へき地診療所の数		
どこに行ったらよいか	医療機能情報公開率		
切れ目の無い医療が受けられるか	へき地からの紹介患 者受け入れ数		
切れ目の無い医療が受けられるか	地域連携率		

医療提供体制その他追加指標案

構造	無医地区、へき地医療拠点病院、へき地診療所数、遠隔医療実施状況
過程	
結果	

(10) 在宅医療(終末期医療を含む)

指標案

構造	在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数、訪問看護指数、利用者数、 地域看護専門看護師、訪問看護認定看護師、認知症高齢者看護認定看護師
過程	・往診、在宅患者訪問診療、高齢者訪問歯科診療、在宅訪問リハビリテーション指導管理、在宅末期医療総合診療、訪問看護指示、在宅時医学総合管理料

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の実施状況：在宅自己注射、在宅自己腹膜灌流、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅悪性腫瘍患者、在宅寝たきり患者処置、在宅自己疼痛管理、在宅肺高血圧症患者 ・精神疾患、脳血管疾患、リハビリテーション ・処置（膀胱カテーテル交換、褥創処置、ストーマケア、喀痰・気管内吸引、気管カニューレ交換、人工呼吸器管理、点滴、HPN 管理） ・連携状況
結果	在宅看取り率

（11）医療安全対策

指標案

構造	医療安全相談窓口設置数、利用率 医療安全マニュアル・医療安全管理委員会設置割合、 院内感染防止マニュアル・対策委員会設置割合、感染看護専門看護師、感染管理認定看護師
過程	
結果	医療事故件数、院内感染発生件数・患者数

（12）精神保健医療

指標案

構造	<p>在院患者数、平均在院日数、長期入院患者</p> <p>精神科指定病院、老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟</p> <p>アルコール・薬物依存症外来、思春期外来、小児精神科外来、学習障害外来、自閉症外来</p> <p>アルコール・薬物依存病棟、児童思春期病棟、作業療法、デイケア、ナイトケア、精神科訪問看護</p> <p>精神科医、精神看護専門看護師、臨床心理士、精神保健福祉士</p>
過程	
結果	在宅復帰率、転帰（自院外来、他院外来、転院、終了、その他、治癒、軽快、寛解、不変、増悪、死亡）、自殺率

<参考文献>

- ・有賀徹，林宗貴：救急医療における臨床指標の適応，病院 65(7)，564-567，2006
- ・飯田修平，長谷川友紀，河北博文：診療アウトカム評価とベンチマークー診療アウトカム評価

事業の概要報告, 病院 65(7), 557-559, 2006

- ・上原鳴夫：医療の質保証－評価から改善へ, Biomedical Perspectives 10 (2),99-109,2001
- ・梅里良正：クリニカル・インディケータ－活用の現況と今後の課題, 病院 65(7), 540-543, 2006
- ・梅里良正他：救急医療領域におけるクリニカル・インディケータ－の開発に関する研究,病院管理 38,301-307,2001
- ・遠藤久夫：平成 18 年診療報酬改定における「患者の視点の重視」, 病院 65(7), 553-556, 2006
- ・川口毅：医療制度構造改革における政策目標と実績評価, 病院 65(7), 532-534, 2006
- ・副島秀久：クリニカルパスと TQM, Progress in Medicine23(5), 1435-1439, 2003
- ・高木康：臨床検査におけるクリニカル・インディケータ－(臨床評価指標) 1.クリニカル・インディケータ－(臨床評価指標)とは何か, 医療と検査機器・試薬 27(3), 135-141, 2004
- ・武澤純：病院パフォーマンス評価指標－わが国における現況と課題, 病院 65(7), 526-531, 2006
- ・秦温信：ベンチマーク分析による DPC の医療評価－社会保険病院における調査研究, 病院 65(7), 560-563, 2006
- ・長谷川敏彦：医療の質測定方法と病院医療の質改善, 病院 65(7), 535-539, 2006
- ・長谷川友紀：医療安全の新たな展望-各論-臨床指標ベンチマーキング, 保健医療科学 51(4), 251-256, 2002
- ・長谷川友紀：医療計画の評価とその方法, 病院 65(1), 26-30, 2006
- ・前川剛志, 篠原幸人, 岡田靖：鼎談 わが国の神経疾患救急の現状, 医学界新聞,2006.10.2.
- ・益子邦洋他：三次救急医療機関の機能を評価する指標の開発と今後の課題,日本救急医学会誌 13,769-778,2002
- ・満田年宏：感染管理のクリニカル・インディケータ－, 医療と検査機器・試薬 27(3), 147-151, 2004
- ・武藤正樹：クリティカルパス総合講座 DPC における病院マネジメント 10 のポイント, 医療マネジメント学会雑誌 6(3), 506-516, 2005
- ・吉田茂：ファイルメーカーPro を用いた患者状態適応型クリティカルパス, 医療マネジメント学会雑誌 6(3), 555-560, 2005

<参照 URL>

がん

- 厚生労働省：第3回がん医療水準均てん化の推進に関する検討会参考資料, 主要検討課題についての論点整理

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/11/s1130-11f.html>

- 日本経済新聞社, 日経メディカル :がん治療の実力病院 全国調査, 2004 年 (がん治療を行う全国の主要病院 773 施設対象、郵送法、有効回答 233 施設 30.1%)

<http://health.nikkei.co.jp/hRanking6/index.cfm?i=2004120403016pl>

- 国立がんセンターがん対策情報センター

<http://ganjoho.ncc.go.jp/>

脳卒中

- 日本脳卒中学会：脳卒中治療ガイドライン 2004

<http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>

急性心筋梗塞

- 循環器病政策医療ネットワーク臨床評価指標調査票

http://www.ncvc.go.jp/mgt/pdf/beshi_7.pdf

- 楠岡英雄：循環器病臨床評価指標の質的向上と効果的活用に関する研究：独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター臨床研究部)

<http://www.onh.go.jp/cri/gyouseki/gyouseki16/iryojoho.html>

糖尿病

- 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会資料
標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）；第4章 保健指導の評価

<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/koroshoshiryo/kenshin/index.htm>

- 兵庫県：糖尿病医療保健システム整備指針，平成14年4月30日策定

web.pref.hyogo.jp/kenkou/pdf/sisin_tounyou.pdf

小児救急を含む小児医療

- 国立国会図書館調査資料 少子化・高齢化とその対策 総合調査報告書；小沼里子：わが国及び主要国における小児医療政策の現状と課題，2005

<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/document2005.html>

周産期医療

- 厚労省：平成17年度受療行動調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>

- 徳島県：新規事業評価シート（平成16年度新規分）周産期医療対策事業

<http://www2.pref.tokushima.jp/BusEval15.nsf/0/06DD9E2E144E03FE49256D84002A2AD5?opendocument>

災害医療

- 厚生労働省：災害拠点病院の指定について

<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0901/h0116-3.html>

へき地医療

○厚生労働省医政局指導課：終期付き事業評価書 へき地医療拠点病院等運営費，H17.8

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/05syuki/01.html>

○第1回「医療計画の見直し等に関する検討会」今後の評価方法等について,資料 3-3

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/s0930-6e.html>

第6章 諸外国の状況

第1節 アメリカ

1. 医療制度の概要

(1) 保険者・被保険者・財源

アメリカには全国民を対象とする公的な医療保険制度はなく、公的医療保障制度の対象者は65歳以上高齢者と低所得者に限定されている。ちなみに、人口の15.9%は民間保険にも加入しない無保険者である(2005年)。

公的医療保障制度の概要は、以下の通りである。

まず、高齢者を対象とする公的制度はメディケアⁱⁱといい、保健省ⁱⁱⁱ内のメディケア&メディケイド・サービス・センター^{iv}によって運営されている。メディケアは、入院やスキルドナーシングホーム(SNH)^vへの入所等を対象とする強制加入のパートAと、外来での医師の診察を保障する任意加入のパートBで構成される。パートAの財源は現役時に支払われる社会保障税(所得の2.9%、労使折半)、連邦政府からの補助金、現役時の拠出期間に応じて設定される定額の保険料等から成り(図6-1)、社会保障税が9割近くを占める。一方、パートBは費用の25%を定額の保険料(ただし、高所得者には上乘せあり)、残りの75%が連邦政府からの拠出金で賄われる。主な自己負担は図6-2の通りである。

次に、低所得者を対象とする制度はメディケイド^{vi}といい、連邦政府のガイドラインに基づいて州政府によって運営される。財源は連邦政府と州の税金であり、連邦政府の拠出割合は州の1人当たり平均所得等を基に50~83%の範囲内で決定される。各州のプログラムはガイドラインに定められた基礎給付をカバーする必要があるが、33のオプション給付から追加メニューを選択することもできる(図6-3)。自己負担は原則としてない。

(2) 診療報酬

医療費と医療サービスの流れは図6-4の通りである。このうち、メディケアとメディケイドの支払い方式について整理すると、まず、メディケアについては、パートAでは診断群別分類(DRG^{vii})に基づく予見的(事前的)包括支払い方式(PPS^{viii})が採用されている^{ix}。ここで、DRGとは疾病分類のひとつで、国際疾病分類(ICD)で約1万ある疾病を、マンパワー、医療材料、医薬品等治療に費やした医療資源の必要度を基準に500~600の診断群に統合したものである。アメリカでは現在511の分類があり、各

DRG グループに対して包括的な診療報酬が設定される。一方、パート B では、メディケア診療報酬表 (MFS^x) に基づく支払いが行われる。MFS は資源準拠相対評価尺度 (RBRVS^{xi})、地域格差係数、ドル換算係数をベースに毎年改定され、RBRVS は医師の労力、診療に要する費用、医療過誤訴訟費用の 3 要素で決定される。

次に、メディケイドについては、連邦ガイドラインの範囲内で診療報酬の支払い方式や金額が州ごとに決定される。ただし、施設サービスについてはメディケアの水準を上回ってはいけなく、ホスピスケアについてはメディケアの支払額を下回ってはいけなく、メディケア受給権者を多く受け入れている病院には割増料金を設定する、等の例外がある (医療経済研究機構[2005])。

(3) 医療提供体制

アメリカでは、患者は基本的には家庭医や一般医等のプライマリケア医の診察を受け、その後必要に応じて病院サービスを受けることになる。病院、高度看護施設、看護施設^{xii}について施設数と病床数をみると、以下の通りである。

まず、施設数については、病院 5,759 (2004 年)、SNH 14,838 (同)、ナーシングホーム 16,803 (2003 年) である。病院のうち営利は 83 (全病院の 14%) であり、残りは連邦管掌、州・地方自治体管掌等の非営利である。

一方、病床数については、病院 966 千床、SNH 1,261 千床、ナーシングホーム 1,730 千床 (いずれも 2004 年) である。

2. 医療計画

アメリカには医療供給体制を規制する州プログラムとして必要証明 (CON^{xiii}) が存在する。本節では、CON の経緯と、フロリダ州における CON の具体的内容を紹介する。

(1) CON の経緯

① 成立までの経緯

医療供給体制に対して政府が積極的に関与する契機となったのが、1946 年に成立した病院調査・建設法 (ヒル・バートン法^{xiv}) である。同法は、第二次世界大戦後病院の老朽化と病床不足が深刻化するなか^{xv}、連邦政府が積極的に医療施設の建設・改善を行う目的で制定された。具体的には、まず、州は州や地域単位で医療計画評議会を組織する。そこでは人口密度^{xvi}から算定される病床ニーズに基づいて医療計画が策定される。そして、州が計画に沿って病院建設を行う場合には、連邦政府から補助金が支給される仕組みである。