

	退院患者平均在院日数(脳血管疾患)	90.8	減らす
高知県	年齢調整死亡率(10万人辺り)	男 65.2/ 女 32.3	男 58.7/女 29.1
	脳卒中センター または 脳卒中支援病院	安芸 2 箇所 中央 18 箇所 高幡 3 箇所 幡多 2 箇所	全医療圏とも 直近値以上
福岡県	年齢調整死亡率(人口10万人対)(%)	男 55.0/ 女 30.4 (国 男 61.9/ 女 36.1)	現状値の 10% 以上減
	年齢調整受療率(人口10万人対)(%)	男 205.9/ 女 167.8 (国 179.3/ 女 146.3)	現状値の 10% 以上減
	特定健診実施率(%) (40-74歳)	—	70%以上
	特定保健指導実施率(%) (40-74歳)	—	45%以上
佐賀県	(共通) 脳血管疾患の年齢調整死亡率	男 60.6/ 女 31.0	男 54.5/ 女 28.1
	(急性期・回復期・療養期) 地域連携クリティカルパスの導入	—	導入
	(予防) 特定健康診査受診率	—	70%以上
	特定保健指導実施率	—	45%以上
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の数	男 67,000 人/ 女 40,000 人	10%以上削減
長崎県	平成20年度版 未策定		
熊本県	脳卒中(脳血管疾患)の年齢調整死亡率(人口10万対)	男性 59.5 (全国低い方 から16位) 女性 39.8 (全国低い方 から11位)	男性女性とも10 位以内
	地域連携バス利用圏域数	1 圏域	3 圏域
	中等度の要介護認定者数	40,457 人	第3期介護保険 事業計画に定 めた予防後の計 画値を下回るこ と
大分県	脳血管疾患年齢調整死亡率	男 59.4/	男 44.6/女

		女 36.4	27.4
	t-PAによる脳血栓溶解療法実施症例数	74	100
宮崎県	高血圧症予備軍推定患者（40～74歳）	男 40,000人/ 女 45,000人	男 35,000人/ 女 40,000人
	高血圧症有病者の推定数（40～74歳）	男 143,000人/ 女 134,000人	男 127,000人/ 女 119,000人
	特定健康診査受診率	—	70%
	特定保健指導実施率 *対象者は検診結果からハイリスクと判断された者	—	45%
鹿児島県	数値目標設定なし		
沖縄県	脳卒中の地域連携クリティカルパス導入圏域数	1	5(全圏域)

数値目標（脳卒中）設定の有無

※割合（％）は、42都道府県中

	都道府県数	割合（％）
平成20年度版の策定 あり	42	100.0
数値目標の設定 あり	36	85.7
数値目標の設定 なし	6	14.3
平成20年度版の策定 なし	5	

数値目標（脳卒中）のまとめ

※割合（％）

は、36都道府県中

項目		都道府県数	割合（％）	
結果 (アウトカム)	脳血管疾患年齢調整死亡率	27	75.0	
過程 (プロセス)	予防	特定健康診査受診率（受診者数）	15	41.6
		特定保健指導実施率	6	16.6
		年齢調整後受療率（脳血管疾患）	4	11.1
		年齢調整受療率（高血圧）	2	5.5
		喫煙率	3	8.3
		食塩摂取量	3	8.3
		運動習慣のあるものの割合	1	2.7
	有病者・予備軍	高血圧予備軍の推定数	5	13.1
		高血圧有病者の推定数	1	2.7
		メタボリックシンドローム予備軍・該当者	4	11.1
予備軍	糖尿病有病者の割合	1	2.7	
	糖尿病推定者の割合	1	2.7	

	その他	救急搬送時間の短縮	2	5.5
基盤 (ストラクチャー)	施設 (病院)	急性期脳血管障害治療の実施施設数	6	15.7
		t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法が実施可能な病院数	6	15.7
		地域連携バスを活用している医療機関	5	13.1
		回復期リハビリテーションを有する病院数	5	13.1
		脳卒中の治療にクリティカルバスを用いている病院数	2	5.5
		SCU(脳卒中集中治療室)を有する病院数	1	2.7
		24時間画像検査の実施施設数	1	2.7
	施設 (その他)	訪問看護ステーション数	3	8.3
		在宅療育支援診療所数	2	5.5
		地域リハビリテーション数	1	2.7
	人員	救命救急士数	1	2.7
		脳血管外科医師数	1	2.7
	その他	地域連携クリティカルバス導入 医療圏	12	33.3
その他	脳血管疾患 退院患者 平均在院日数	5	13.1	
	t-PAによる脳血栓溶解療法実施症例数	2	5.5	
	メタボリックシンドロームの概念を知っている人の増加	1	2.7	
	中等度の要介護認定者数	1	2.7	
	搬送疾病の適正化	1	2.7	
	脂肪エネルギー比率減少	1	2.7	

I-3. 急性心筋梗塞

平成20年に医療計画全体が改定されていない5県(群馬県、新潟県、奈良県、山口県、長崎県)のうち、急性心筋梗塞部分については、記述を追加するという形で改定している県が2か所ある(群馬県、山口県)。医療計画全体を改定した42都道府県にこの2県を加えた、計44都道府県において分析を行った。うち、数値目標の設定を行っているのは40都道府県であり、4県(静岡県、鳥取県、岡山県、山口県)では数値目標が示されていない(静岡県においては項目のみ列挙され数値の記載なし)。

数値目標の設定を行っている40都道府県のうち、アウトカム(結果)指標と捉えられる急性心筋梗塞もしくは虚血性心疾患などの年齢調整死亡率を掲げている自治体は32ヶ所であり、おおむね目指すゴールは急性心筋梗塞死亡率を下げるということを明確化していると考えられる。

次にプロセス(経過)指標であるが、これを、発症予防に関わるもの、救急搬送・急性期治療に関わるもの、三次予防に関わるもの、医療連携システムに関わるもの、の4つに分類して検討した。

発症予防に関わるものについては、20自治体で数値目標が掲げられていた。しかし、ほとんどが脳卒中や糖尿病など他項目での目標と共通するメタボリックシンドローム、特定健診・保健指導関連の指標であり、多くは国が制定した特定健診・保健指導の参酌標準や、

「健康日本 21」の目標基準を引用しており、地域ごとの独自の実情での設定ができていないという特徴が見受けられた。また、上記アウトカム（結果）指標においての目標値を設定していないにも関わらず、特定健診受診率のみを急性心筋梗塞の数値目標に掲げている自治体もあった。各自治体が特定健診を重要課題として取り組む姿勢は評価できるが、目標は各自治体の実情に応じて設定することが望ましく、またこれだけが急性心筋梗塞対策に必要なプロセス指標ではないはずである。

救急搬送・急性期治療に関わるものについては、9自治体が数値目標の設定を行っており、平均在院日数の短縮が5自治体と最も多かった。これにより地域での新規患者の受入を確保することが期待できるものと思われるが、一方、発症時の入り口の部分での具体的数値目標を掲げているところは少なかった。発症時にどのような経過で医療を受けることができるかということについて、急性心筋梗塞部分に特化した現状と目標を示せることは大切であると思われるが、これに関しての目標数値はほとんど見られなかった。青森県での来院から心臓カテーテル実施までの平均時間、高知県における発症から受診まで6時間以内の割合、再灌流療法実施率などは、患者側にとって最も不安があると思われる救急搬送・急性期医療における具体的指標を提示したものとして、評価できると考えられた。

三次予防に関わるものとして分類した受療率については9自治体が数値目標に掲げている。興味深いことに、千葉県、愛知県においては目標として「受療率の増加」を、残りの7自治体（山形県、茨城県、群馬県、岐阜県、愛媛県、福岡県、佐賀県）においては受療率の「減少」を掲げている。受療率は全住民人口で当該疾患の治療を受けている患者の割合であることから、当該疾患への罹患率が減れば減少するが、逆に罹患率が高いところでは、死亡率を下げるために、住民への啓発や救急医療体制の整備などにより、受療率を上げて早期治療や再発予防管理を行うことが必要となってくるため、各自治体の実情にあわせて数値目標として増加させるか減少させるかの違いがでているものと思われる。しかしながら、その差異の理由までは分析できなかった。単に疾患を減らすということではなく、受療率を上げて死亡率を減らすという施策を重視しているのであろうか。なお、目標に受療率の増加を掲げた2県においては男女とも急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は全国平均より少なく、また平成12年に比して平成17年では改善している。他県と異なりなぜ受療率の増加を目標としたのかについて理由の解説はなかった。医療連携システムに関わる目標は、13自治体において数値目標が掲げられており、その全てが地域連携クリティカルパス導入圏域数を掲げていた。これも国主導の追従であり、導入することは大前提とした上で、それを効率的に運用するためのシステム構築をすることが重要であり、あえて数値目標とするべきところなのかは疑問である。システム構築については数値目標として表しにくい指標であり、各自治体とも文章や模式図で、連携システムの構築について記載がなされていた。

基盤指標と捉えられる目標値については、急性心筋梗塞の治療可能な医療機関の確保ができていないところについてはその数を増やすということが掲げられているが、最も数値目標として掲げられていたのは、心大血管疾患等リハビリテーション届出施設数であり7自治体で設定されていた。これは、前述の医療連携システムを円滑に機能させるための急性期医療機関側での基盤整備として、早期に在宅生活への復帰を進め、地域での慢性期・再発予防管理につなげるために重要な課題として認識されている傾向がうかがわれた。

次に、いくつかの自治体における目標と指標の整合性について記述的分析を行う。

青森県は、平成 19 年 4 月に厚生労働省が発表した「都道府県別にみた死亡の状況—平成 17 年都道府県別年齢調整死亡率の概況（平成 19 年 4 月）」によると、男性の急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口 10 万対）が、42.6 人（全国平均 25.9）と全国で最も高く、女性では 14.0 人（全国平均 11.5 人）と全国で 8 番目に高い。それゆえに、比較的、他の都道府県よりも現状の分析を詳細に行っている。冒頭には、県民への啓発を意識した心筋梗塞の疫学や病態、治療方法などについての説明がある。次に現状として、青森県では心疾患の死亡率が全国平均を大きく上回っていること、悪性新生物に次いで死因の第 2 位となっていること、心筋梗塞での死亡は心疾患を主な死因とした死亡の約 3 分の 1 であること、死亡数全体では 5.2% であること、死亡者の約 6 割が男性であること、70 歳以上が全体の約 7 割であること、また上述の年齢調整死亡率が高く、特に男性は全国平均を大きく上回ること、年齢調整死亡率は、平成 12 年と平成 17 年を比較すると男性では 38.7 人から 42.6 人と悪化（女性は 16.1 人から 14.0 人に改善）していることが述べられている。次に、救急搬送の現状として、平成 17 年に救急隊搬送された人のうち急病者が 60%（23864 人）で、そのうち 11%（2619 人）が心疾患によるものであるという状況のもとで、救急搬送全体としての搬送時間、救急救命士が増加していること、心配停止患者に対するバイスタンダーによる応急手当がなされた場合の 1 ヶ月後の生存率（3%）は、応急手当がなされなかった場合（1.5%）の約 2 倍高いということ、平成 17 年の応急手当年間受講者は 1.5%（全国 9 位）で全国平均 1.2% を上回っていること、平成 18 年度の公共施設に設置されている AED が 391 台で人口 10 万人あたり 28.6 台となっていること（全国 10 位、全国平均 17.4 台）が列挙されており、県民に対する応急手当の重要性を強調している。治療の実施状況に対しては各医療圏での治療実施件数、虚血性心疾患患者の平均在院日数（10.6 日、全国平均 15.9 日）が挙げられており、現在の医療体制についての記載がやや乏しいような印象である。課題としては、発症後に県民による速やかな 119 番通報および応急手当、救急隊による救命処置と救急搬送、医療機関による高度な救命医療が切れ目なく迅速に行われる体制が必要であること、再発予防においては急性期医療機関と地域医療期間の連携で継続した治療体制が求められること、県民が発症時の対応はもちろん、危険因子となる高血圧、高脂血症、糖尿病の予防とコントロール、喫煙や肥満などの生活習慣の改善による発症予防の重要性について理解を深めることを基本方針に掲げている。しかしながら、これらの課題に対する施策としては、速やかな 119 番要請ができるように知識の普及、AED 使用も含めた応急手当の普及、救急医療機関への速やかな搬送のための救急隊と医療機関の連携強化、急性期医療機関の体制整備と、急性期病院と地域医療期間の連携促進、発症予防のための県民のための普及啓発について、項目が列挙されているにとどまり、どのような努力によって、どの程度目標を達成するかについての課程が希薄な印象を受ける。数値目標の設定については、健診受診者数、成人の肥満者の割合（BMI25%以上の者の割合）、身体活動や運動による 1 日の消費エネルギー、成人の喫煙率といった発症予防に関する指標、来院から心臓カテーテル検査・治療までに要した平均時間、急性期死亡率（入院から 30 日以内の院内死亡率）といった救急搬送および急性期医療に関する指標、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人対）を掲げている。来院から心臓カテーテル検査・治療までに要した平均時間、急性期死亡率（入院から 30 日以内の院内死亡率）といった独自のデータ

に基づいた数値目標も含めていることは評価できるが、いずれも弘前大学病院のデータを用いており、これが全県に適応できるかということについての検討はなされておらず、今後は全県的な数値や、医療圏ごとの数値を出して分析して行くことが必要である。まとめると、青森県の現状を分析すると、各段階での課題設定については詳細な記載があるが、具体的施策についての記載がやや乏しく、結果的に目標数値にどのようにつながるのかが分かりにくく、現状把握から施策に移す段階での難しさが伝わってきた。

茨城県は、平成 17 年の年齢調整死亡率（人口 10 万対）が男性で 40.2 人（全国平均 25.9）と全国で 2 番目に高く、女性では 18.0 人（全国平均 11.5 人）と全国で最も高い茨城県である。なお、前述の青森県では医療計画全体（資料も含め 405 ページ）のうち 20 ページが心筋梗塞対策に用いられているが、茨城県においては（資料も含め 296 ページ）のうちわずか 6 ページしか記載がない。しかし、青森県に比べ図表は少なく、簡潔に要点をまとめているため、ページ数だけでは内容の単純な比較はできない。現状としては上記のごとく全国的に心筋梗塞の年齢調整死亡率が高いこと、県民の 6 人に一人が心疾患で死亡すること、基本健康診査受診率が 37%と全国の 43%に比べ低いこと、高血圧予備軍及び有病率が高いこと（全国との比較データなし）、喫煙率も高いこと、心筋梗塞患者は年間に約 5000 人が救急搬送される（救急搬送件数の 8.5%）こと、AED は県と市町村施設で計 679 台設置されていること（人口当たりの設置数の記載がなく全国比較もしていない）、経皮的冠動脈形成術を実施している医療機関は 28 あること（外科的治療をしている医療機関数の記載なし）、県内の常勤リハビリテーション科医は約 30 名であること（循環器科医師数の記載なし、また全国比較なし、また心大血管疾患等リハビリテーション届出医療機関に関する現状の記載がなし）、訪問看護ステーションは約 100 で全国平均の 120 と比べて少ないこと（高齢者人口あたりの割合での比較がなされていない）、などが挙げられている。以上のように、何とどのように比較してどうであるという形での現状分析がなされていないことが明らかなデータ提示が多く、かつ出典も明記されていなかったり、必要と思われるデータについて一切触れていなかったり（例えば、心大血管疾患等リハビリテーション届出医療機関数の記載がなかったり、また茨城県は「平成 17 年患者調査」によると虚血性心疾患の平均在院日数が 55.6 日と全国平均 15.9 日を著しく大幅に上回り、全国で最長日数であるが、このことについて触れられていない）している点が指摘できる。課題については現状と一緒に示されているが、データに基づいた必要な課題が明確でない。さらに、対策はあたり一辺倒な総論に終始しており、求められる各レベル（急性期、回復期）での医療機能を総論的に記載しているに過ぎない。数値目標についても、国の基準を転記しただけの「特定健診受診率 70%」以外は、具体的な数値を示さずに「受療率の減少」「年齢調整死亡率の減少」「地域連携クリティカルパスの推進」などとしており、かつ課題と現状からどのような施策を経て導き出されたか示されていないため、県民がイメージしにくいものであるという印象は否めない。当然、本文中で一切触れられていなかった在院日数についての目標もない。青森県と茨城県は、両者とも心筋梗塞による年齢調整死亡率が全国トップクラスの自治体であるにも関わらず、医療計画における現状分析、課題抽出、施策決定に際して著しい温度差が認められた。

このように、現状分析はされていても対策に結びつきにくかったり、そもそも分析すら適切に行われていないと思われる自治体があるのが現状である。既存の医療機関を最大限効率的に運用し、地域内での連携による切れ目ない医療提供体制を構築するため、また、住民の啓発活動の具体策をどうするかについて、各自治体が苦慮していることが伺われた。

都道府県別 地域医療計画における数値目標（急性心筋梗塞）

都道府県	項目	現状	目標
北海道	特定健康診査受診率(%)	33.6%	80.0%
	急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口 10 万対)	男性 28.4、 女性 12.3	全国以下(全 国:男性 25.9、 女性 11.5)
	地域連携クリティカルパス導入第二次医療圏数	0	21
青森県	(発症予防) 健診受診者数	371,241 人	517,000 人以上
	(発症予防) 成人の肥満者の割合(BMI25%以上の者の割合)	男性 33.7%、 女性 27.1%	男性 25%以下、 女性 20%以下
	(発症予防) 身体活動や運動による1日の消費エネルギー	120 ~ 170 キロカロリー/日	200 ~ 250 キロ カロリー/日
	(発症予防) 成人の喫煙率	男性 39.4%、 女性 8.2%	男性 25%以下、 女性 5 %以下
	(急性期) 来院から心臓カテーテル検査・治療までに要した平均時間	①病院から心臓カテーテルまでの時間(中央値 18 分)②来院から再灌流までの時間(中央値 48 分)いずれも弘前大学医学部附属病院循環器内科の現状値	①来院から心臓カテーテル治療開始までの平均時間:30 分以内②来院から PCI までの平均時間:60 分以内
	(急性期) 急性期死亡率(入院から 30 日以内の院内死亡率)	6.2 % *弘前大学医学部附属病院循環器内科の現状値	7 %以下
	(アウトカム) 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人対)	男性 42.6 人、 女性 14.0 人	男性 38.7 人、 女性 13.3 人

岩手県	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(人口10万人対)	23.3	12.5%減
宮城県	二次医療圏ごとに冠動脈インターベーションが可能な体制整備	6医療圏	7医療圏
	心臓病の専用病室を有する医療機関数	13	14
秋田県	虚血性心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)	男性38.6、 女性17.4	男性34.7、 女性15.7
	平均在院日数	13.5日	13.5日
山形県	年齢調整死亡率(人口10万対)	男性21.0、 女性10.1	男性21.0、 女性10.1
	虚血性心疾患年齢調整受療率(入院)(人口10万対)	6	10%減少
福島県	虚血性心疾患年齢調整死亡率(40-74歳)(人口10万対)	男性59.3、 女性13.4	それぞれ10%減少
	メタボリックシンドローム予備軍の推定数(40-74歳の県推計人口に占める割合)	18.3%	16.4%
	メタボリックシンドローム該当者の推定数(40-74歳の県推計人口に占める割合)	10.2%	9.3%
茨城県	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性36.2、 女性15.7	男性33.2、 女性13.9
	心筋梗塞の受療率と年齢調整死亡率	受療率80、年齢調整死亡率:男性40.2、 女性18.0	受療率の減少、 年齢調整死亡率の減少
	特定健康診査受診率(40~74歳)	H20年度の特 定健診データ で把握	70%
	経皮的冠動脈形成術(PCI)を実施できる医療機関数	28	増加
	訪問看護ステーション数	97	増加
	地域連携クリティカルパスの普及	-	推進
栃木県	特定健康診査実施率(H20年度から実施)	-	70%
	CCU(心臓病専門病室)を有する医療機関数	5	6
	急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口10万対)	男性29.2、 女性14.8	男性24.0、 女性10.7
群馬県	虚血性心疾患の年齢調整後受療率	男31.2、女 23.1	男28.1、女20.8
	基本健診受診率	50.0%	70.0%
	メタボリックシンドローム該当者の推定割合	6.9%	6.3%
	高脂血症者有病者の推定割合	9.3%	8.6%
	糖尿病有病者の推定割合	6.7%	6.0%
	高血圧症有病者の推定割合	32.7%	29.5%

	喫煙率	男性 46.6%、 女性 13.7%	男性 23.0%、 女性 6.0%
	バイスタンダーによる心肺蘇生術実施率	36.1%	40.7%
	公共施設の AED 設置率(台/10 万人)	6.1	63.8
	応急手当受講者割合	1.0%	1.2%
	救急要請から医療機関収容までに要した平均時間	28.3 分	28.3 分
	急性心筋梗塞の年齢調整後死亡率(人/10 万人)	男 21.8、女 11.4	男 19.6、女 10.3
	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	-	51
埼玉県	特定健康診査受診率	65.0%	70%
千葉県	(基盤) 急性心筋梗塞の治療(開胸、経皮的冠動脈形成術)が 24 時間実施可能な病院の数	21 箇所 (8 医療圏)	24 箇所 (9 医療圏)
	(基盤) CABG(冠動脈バイパス手術)の実施が可能な病院の数	24 箇所 (8 医療圏)	27 箇所 (9 医療圏)
	(基盤) 心大血管疾患等リハビリテーション(I)、または(II)の届出施設数	11 箇所 (6 医療圏)	17 箇所 (9 医療圏)
	(基盤) 医療施設従事医師数(循環器科)(人口 10 万対)	4.7	7.4
	(過程) 喫煙で心臓病にかかりやすくなると思う人の割合	51.4%	100%
	(過程) 喫煙する者の割合	男性 34.8%、 女性 10.8%	男性 26%以下、 女性 6%以下
	(過程) 肥満者の推定数	20-60 歳代男性 29.9% 40-60 歳代女性 19.8%	20-60 歳代男性 20%以下 40-60 歳代女性 17%以下
	(過程) 運動習慣のある者の割合	男性 31.2%、 女性 28.9%	男性 46%以上、 女性 36%以上
	(過程) 検診実施率	65.3%	70%
	(過程) 虚血性心疾患受療率(人口 10 万対)	男性 76、 女性 50	男性 86、女性 56
	(過程) 急性心筋梗塞の診療を行う病院における地域医療連携パス(急性心筋梗塞)導入率	-	100%
	(過程) 退院患者平均在院日数(虚血性心疾患)	10.0 日	8.8 日
	(結果) 年齢調整死亡率(心疾患)(人口 10 万対)	男性 89.8、 女性 49.3	男性 66.8、 女性 35.6
東京都	急性心筋梗塞の医療連携の参画医療機関数(CCU 医療機関)	62 機関	維持する
	地域連携クリティカルパス導入率	-	上げる
	年齢調整死亡率	男 19.5、女 9.0	下げる
神奈川県	(予防) メタボリックシンドロームの概念を知っている人の増	79.3%	85%以上

	加		
	(予防) メタボリックシンドロームの予備群・該当者の減少	予備群・該当者 男性 1,035,000人、 女性 191,000人	10%減少
	(基礎疾患の早期発見とその取り組み) 特定健康診査受診率の増加	-	70%以上に
	(基礎疾患の早期発見とその取り組み) 特定保健指導受診率の増加	-	45%以上に
	(医療) 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパス導入の普及	-	二次保健医療圏全てに導入
	(退院後ケア) 医療連携体制に対する窓口設置の数の増加(病院)	67.1%	100%
新潟県	平成20年度版 未策定		
富山県	特定健康診査実施率(40-74歳)	-	70%
	心大血管リハビリテーション料届出病院割合	1.7%	2.7%
	年齢調整死亡率	男 26.1、女 10.1	全国以下(全国:男性 25.9、女性 11.5)
石川県	(体制の構築、ストラクチャー指標) 急性心筋梗塞の専門的な救急医療機関がある二次医療圏の数	3医療圏	4医療圏
	(体制の構築、ストラクチャー指標) 心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関数	8病院	増加
	(提供の方法・手順、プロセス指標) 救急要請を受付けてから医療機関へ収容するまでに要した平均時間	27.3分	短縮
	(提供の方法・手順、プロセス指標) 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを活用している医療機関数	-	4医療圏×関連医療機関数
	(成果、アウトカム指標) 急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口10万対)	男 25.8、女 13.1	男 23、女 11
福井県	AED 取り扱いを含む救急蘇生法講習会受講者数	-	延べ10万人(H20-24年度)
	地域連携クリティカルパス実施医療機関	-	5箇所以上
山梨県	心疾患死亡者	994人	925人
	健康診査(特定健診)の受診率	-	70%
長野県	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍(40-74歳)の割合	男性53.6%、女性20.4%	それぞれ10%以上減少

	喫煙率	男性34.4%、女性5.6%	男性32.0%、女性3.0%
	地域連携クリティカルバスを導入する急性期の医療機関数	0病院	急性期の医療機関の例に掲げる全ての病院
岐阜県	肥満者割合の減少	男性20—60歳代29.0% 女性40—60歳代19.2% 小児(小1)4.2%	男性20—60歳代15%以下 女性40—60歳代17%以下 小児(小1)1.6%以下
	メタボリックシンドローム予備群の推定数の減少(40—74歳)	男性90,836人 女性32,965人	10%減少
	糖尿病予備群の推定数の減少(40—74歳)	男性70,130人 女性85,477人	10%減少
	高血圧予備群の推定数の減少(40—74歳)	男性93,417人 女性94,780人	10%減少
	メタボリックシンドローム該当者の推定数の減少(40—74歳)	男性61,557人 女性19,392人	10%減少
	糖尿病有病者の推定数の減少(40—74歳)	男性37,416人 女性23,765人	10%減少
	高血圧有病者の推定数の減少(40—74歳)	男性180,949人 女性143,592人	10%減少
	脂質異常症有病者の推定数の減少(40—74歳)	男性70,069人 女性35,136人	10%減少
	メタボリックシンドローム新規該当者の推定数の減少(成人)	男性6,382人 女性2,572人	10%減少
	糖尿病発症者の推定数の減少(成人)	男性23,705人 女性18,861人	10%減少
	高血圧発症者の推定数の減少(成人)	男性48,322人 女性35,150人	10%減少
	脂質異常症発症者の推定数の減少(成人)	男性52,881人 女性74,587人	10%減少
	虚血性心疾患受療率の減少(人口10万対)	84	10%減少
	虚血性心疾患年齢調整死亡率の減少(人口10万対)(40—64歳)	男性78.4 女性23.9	10%減少
静岡県	はっきりとした数値目標の設定なし(項目のみの記載)		

愛知県	虚血性心疾患受療率(人口10万対)	男性77.0 女性65.0 計71.0	男性82.0 女性70.0 計76.0
三重県	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率	男性32.1、 女性15.1	男性24.0以下、 女性10.7以下
滋賀県	年齢調整死亡率	?記載なし	男23.9、女10.5 (平成17年の90%)
	心臓リハビリテーションが可能な保健医療圏の数	5	7
京都府	特定健康診査の実施率	-	70%
	特定保健指導の実施率	-	45%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率	-	10%
	救急専門医師数(人口10万対)が全国平均値を上回る医療圏	3圏域	全圏域
	回復期リハビリテーション病棟入院料施設基準適合病院	13病院	20病院
	急性心筋梗塞の地域連携バス実施医療圏	1圏域	全圏域
大阪府	メタボリックシンドローム予備群推定数(単位は千人)(40歳から74歳)	362(平成20年)から 372(平成24年推計値)	335(H24年目標値)
	メタボリックシンドローム該当者推定数(単位は千人)(40歳から74歳)	1,061(平成20年)から 1,063(平成24年推計値)	957(平成24年目標値)
	特定健診受診率	63%	70%
	特定保健指導実施率	-	45%
	虚血性心疾患死亡率(人口10万対)	77.5(平成20年)から 90.7(平成24年推計値)	81.6(平成24年目標値)
	糖尿病予備群推定数(単位は千人)(40歳から74歳)	1,381(平成20年)から 1,388(平成24年推計値)	1,249(平成24年目標値)
	糖尿病有病者推定数(単位は千人)(40歳から74歳)	719(平成20年)から 723(平成24年推計値)	687(平成24年目標値)

		年推計値)	
兵庫県	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率	男25.6、 女13.4	全国以下にする
奈良県	平成20年度版 未策定		
和歌山県	年齢調整死亡率	男30.1、女 12.4	全国以下にする
	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	18.7日	30%減少
	特定健康診査実施率	—	70%以上
	特定保健指導対象者への指導実施率	—	45%以上
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群	—	10%以上減少
鳥取県	数値目標の設定 なし		
島根県	虚血性心疾患年齢調整死亡率	男26.4、 女11.2	男21.8、女9. 7
岡山県	数値目標の設定 なし		
広島県	急性心筋梗塞年齢調整死亡率	男性18.3、 女性8.6	25%減少
山口県	数値目標の設定 なし		
徳島県	虚血性心疾患死亡率(人口10万人対)	総数67.0 男性72.1 女性62.3	25%減少
	特定健康診査受診率	男性55.9% 女性53.7%	70%以上
	地域連携クリティカルパス導入医療圏数	—	6圏域
香川県	心大血管リハビリテーション料【(I)又は(II)】届出医療機関	6箇所	診療所、病院と 併せ各医療圏 に1医療機関以 上の配置
	退院患者平均在院日数(虚血性心疾患)	10.9日	10.3日
	急性心筋梗塞 年齢調整死亡率(人口10万対)	男21、女8.9	男19.4、女8
	地域連携クリティカルパス	—	導入
愛媛県	(動向) 急性心筋梗塞年齢調整死亡率	男23.2、 女11.6	減らす
	(動向) 虚血性心疾患年齢調整受療率	男80.1、 女60.3	減らす
	(動向) 高血圧年齢調整受療率	男288.9、 女386.8	減らす
	(予防早期発見) 成人喫煙率	男37.3%、 女4.2%	男20%以下、 女2%以下
	(予防早期発見) 未成年喫煙率	男27.1、	なくす

		女 1.3	
	(予防早期発見) 脂肪エネルギー比率	20-49 歳 29.1 50-59 歳 25.9	25%以下
	(予防早期発見) 特定健診実施率	—	70%
	(予防早期発見) 特定保健指導実施率	—	45%
	(その他) 虚血性心疾患退院患者平均在院日数	15.9日	減らす
高知県	発症から受診まで6時間以内の割合	63%	80%
	バイスタンダーに目撃され応急手当がされた心肺停止傷病者の1か月後の生存率	8.2%	10%
	再灌流療法実施率	82%	90%
	急性心筋梗塞年齢調整死亡率(10万人あたり)	男性38.2、 女性13.3	男性34.4、 女性12.0
福岡県	急性心筋梗塞年齢調整死亡率(10万人あたり)	男性 23.2、 女性 9.8	現状値の10% 以上減
	虚血性心疾患年齢調整受療率	男性 55.7、 女性 35.4	現状値の10% 以上減
	特定健診実施率	—	70%以上
	特定保健指導実施率	—	45%以上
佐賀県	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性 16.3、 女性 8.7	10%減少
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率	男性 24.3、 女性 11.9	10%減少
	虚血性心疾患受療率	男性 98、 女性 105	10%減少
長崎県	平成20年度版 未策定		
熊本県	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性18.8 (全国で低い方から2位) 女性11.1 (全国で低い方から4位)	男性、女性とも 全国5位以内
	冠動脈インターベンション治療が可能な圏域数	7圏域	8圏域
	心大血管疾患リハビリテーション料の届出医療機関数	10機関	15機関
	脂質異常症有病者の推定数	136000人	10%減少
大分県	虚血性心疾患年齢調整死亡率	男性44.8 女性21.7	男性33.6以下 女性16.3以下
	AED設置台数(県・市町村関係施設)	406	700

宮崎県	高血圧症予備群推定数(40~74歳)	男性 40,000人 女性 45,000人	男性 35,000人 女性 40,000人
	高血圧症有病者の推定数(40~74歳)	男性 143,000人 女性 134,000人	男性 127,000人 女性 119,000人
	特定健康診査受診率	—	70%
	特定保健指導実施率	—	45%
鹿児島県	40~74歳の脂質異常症(高脂血症)有病者数	男性 44.9千人 女性 37.1千人	平成20年度の出現率の10%以上減
	75歳未満の虚血性心疾患による年齢調整死亡率	男性 20.2、女性 6.3	男性 18.2以下、女性 5.7以下
沖縄県	急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパス導入圏域数	2	5(全圏域)

数値目標(急性心筋梗塞)設定の有無

※割合(%)は、44都道府県中

	都道府県数(計47)	割合(%)
平成20年度版の策定あり	44	100.0
数値目標の設定あり	40	90.9
数値目標の設定なし	4	9.1
平成20年度版の策定なし	3	

数値目標(急性心筋梗塞)のまとめ

※割合(%)は、40都道府県中

		項目	都道府県数	割合(%)
アウトカム (結果)		急性心筋梗塞年齢調整死亡率	22	55%
		虚血性心疾患年齢調整死亡率	10	25%
		急性期死亡率	1	3%
		心疾患死亡者	2	5%
プロセス (過程)	予防 三次	虚血性心疾患受療率	7	18%
		心筋梗塞の受療率	1	3%
	発症 予防	特定健康診査受診率・受診者数	15	38%
		基本検診受診率	1	3%
		検診受診率	1	3%
	特定保健指導実施率	8	20%	

	メタボリックシンドローム該当者の推定割合	8	20%
	メタボリックシンドローム予備軍の推定割合	8	20%
	メタボリックシンドローム新規該当者の推定数	1	3%
	メタボリックシンドロームの概念を知っている人の増加	1	3%
	肥満者の割合	3	8%
	身体活動や運動による1日の消費エネルギー	1	3%
	脂肪エネルギー比率	1	3%
	運動習慣のある者の割合	1	3%
	喫煙率	5	13%
	高脂血症有病者の推定割合	4	10%
	脂質異常症発症者	1	3%
	高血圧症有病者の推定割合	3	8%
	高血圧予備群の推定数	2	5%
	高血圧症発症者の推定数	1	3%
	高血圧年齢調整受療率	1	3%
	糖尿病有病者の推定割合	3	8%
	糖尿病予備群の推定数	2	5%
	糖尿病発症者の推定数	1	3%
	応急手当受講者割合	2	5%
救急搬送・急性期医療	バイスタンダーに目撃され応急手当がされた心肺停止傷病者の1か月後の生存率	1	3%
	バイスタンダーによる心肺蘇生術実施率	1	3%
	来院から心臓カテーテル検査・治療までに要した平均時間	1	3%
	救急要請から医療機関収容までに要した平均時間	2	5%
	発症から受診まで6時間以内の割合	1	3%
	再灌流療法実施率	1	3%
	平均在院日数	5	13%
携システ	急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパス導入圏域数・医療機関数	13	33%
	医療連携体制に対する窓口設置の数の増加(病院)	1	3%
ストラクチャー (基盤)	急性心筋梗塞の治療(開胸、経皮的冠動脈形成術)が24時間実施可能な病院の数	1	3%
	冠動脈インターベーションが可能な体制	2	5%
	経皮的冠動脈形成術(PCI)を実施できる医療機関数	1	3%
	急性心筋梗塞の専門的な救急医療機関がある二次医療圏の数	1	3%
	CABG(冠動脈バイパス手術)の実施が可能な病院の数	1	3%
	CCU(心臓病専門病室)を有する医療機関数	2	5%
	急性心筋梗塞の専門的な救急医療機関がある二次医療圏	1	3%

の数		
急性心筋梗塞の医療連携の参画医療機関数(CCU 医療機関)	1	3%
医療施設従事医師数(循環器科)	1	3%
救急専門医師数(人口10万対)が全国平均値を上回る医療圏	1	3%
心大血管疾患等リハビリテーション届出施設数	7	18%
訪問看護ステーション数	1	3%
公共施設のAED設置率(台/10万人)	1	3%
AED設置台数(県・市町村関係施設)	1	3%

I-4. 糖尿病

平成20年3月改定版の医療計画が策定されている42都道府県のうち、32都道府県で糖尿病医療に関する数値目標を設定していた。数値目標が設定されていない県は、東京都、石川県、静岡県、愛知県、大阪府、兵庫県、鳥取県、岡山県、広島県、鹿児島県の10都道府県であった。

評価項目の内容については、「施設、人員等の基盤(ストラクチャー)に関する項目」と、都道府県健康増進計画における数値目標と類似した項目とに分類して検討した。

1) 糖尿病対策の数値目標の特徴

医療計画において、Goalである「糖尿病による年齢調整死亡率」に関する数値目標をあげていたのは、秋田県、茨城県、千葉県、富山県、三重県、香川県、愛媛県の7県であった。多くの県は、ほぼ「都道府県健康増進計画」における数値目標を引用しており、どのように保健医療体制を整備し、医療の質の向上のための施策を展開してGoalを達成していくのが不明確であった。

例えば、「地域連携クリティカルパスの整備」以外の「施設、人員等の基盤(ストラクチャー)に関する項目」をあげていたのは青森県、宮城県、千葉県、神奈川県、富山県、福井県の6県にすぎなかった。糖尿病は発症後、長期にわたり生活習慣の改善を含めた治療が必要となるほか、重症化した場合の合併症が多岐にわたることから、適切な医療提供体制の確保が必要である。多くの都道府県の医療計画には、その点が課題とされているものの、医療提供体制の基盤について具体的な数値目標が上げられていない点は今後の課題と考えられる。なお、6県の内訳については、青森県はほとんどの項目について現状把握ができておらず数値目標の設定が困難であったが、宮城県は「糖尿病医療に関する協議会の設置」、神奈川県は「医療連携体制に対する窓口設置数の増加」、富山県は「教育入院を行う医療機関数」、福井県は「糖尿病に関する専門的知識を有する医療従事者数」に関する項目が示されており、これらは質的医療資源の提供体制の充実に寄与しうる項目ではないかと考えられた。千葉県は2)で詳述したい。

2) 千葉県の数値目標

千葉県は、糖尿病疾患による死亡者数は平成18年で638人、人口10万対の死亡率は10.6であり、全国平均10.8を下回っている。課題としては発症の予防ならびに有病者の

糖尿病性腎症や視覚障害等の重度合併症の予防があげられている。特に合併症の予防については、病院から診療所への糖尿病診療技術の移転を進め、病院と診療所との医療連携を推進する必要性をあげている。

これらの課題に基づき、「基盤」の数値目標として「糖尿病専門外来を有する病院数」、「クリティカルパス（教育入院、インスリン導入）を用いている病院数」「専門医数」があげられている。「過程」の評価項目としては生活習慣に関する項目や肥満者の推定数、健診受診率、受療率等があげられている。「結果」の数値目標としては、人工透析新規導入率、糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）があげられている。

「基盤」および「結果」の項目については質的・量的医療資源の提供体制の充実の観点から妥当な評価項目が挙げられていると考えられる。

「過程」の評価項目については検討する点がある。「運動習慣のある者の割合」「日常生活における歩数」があげられており、一見すると何故運動習慣に関するもののみが記載されているのかわからない。しかし、糖尿病発症予防のための施策として、健康・体力づくり関係者や行政担当者の資質向上を目的に運動習慣普及のための施策の展開等についての研修等を実施するとあることから、施策のアウトカムを評価するために設定していると考えられる。「健診受診率」、については、施策の中に「特定健診に関して、県民の主体的な健康づくりの動機付けとなる広報啓発を実施する」とあることから、こちらも同様に施策のアウトカムを評価するために設定していると考えられるが、質的・量的医療資源の提供体制の充実との因果がわかりにくい。

以上のように、千葉県医療計画では、「結果」と「基盤」に関する数値目標については、地域の課題に対応しており、結果（Goal）を達成するための下位目標として「基盤」の数値目標が適切に設定されていると考えられた。

3) 徳島県の数値目標

徳島県は、糖尿病死亡率が平成5年以来14年連続して全国ワースト1位を記録している。都道府県別標準化死亡比（SMR）でも平成16~18年の間男性がワースト1位、女性も平成17年がワースト1位でほかの年もワースト4位以内となっている。これについて、徳島県医療計画の中には決定的な原因は言及されていないが、地域の課題として、診断・治療の状況として「糖尿病が強く疑われている人」の約1割が治療を中断しているほか、4分の1の人が治療を受けていないことが示されている。この点からは、糖尿病に関する知識を県民に普及啓発することや、健診後のフォローが重要になると考えられる。同県の評価項目では治療中断率が上げられている点は課題に即しているが、普及啓発や健診後のフォローに関する項目は示されていない。

糖尿病合併症については、徳島県の平成18年の新規人工透析導入者のうち、糖尿病腎症が原因であった者は117人（44.8%）であり、その割合は全国（42.9%）と比較するとやや高い。数値目標に「糖尿病による人工透析新規導入率（人口10万対）」が設定されていることは地域の課題と合致している。しかし、そこに至るまでの期間どのようなことをするのかについての下位目標が設定されていない。すなわち、徳島県では、糖尿病発症から合併症を予防するためのきめ細やかな医療提供が必要であり、例えば千葉県にみられるような「糖尿病専門外来を有する病院数」「クリティカルパス（教育入院、インスリン導入）を用いている病院数」、また、「糖尿病専門のスタッフ数」等のような「基盤」に関する数

値目標の設定が必要なのではないか。

糖尿病の施策に関する数値目標については、1)で述べたとおり、Goalの数値目標を設定していない県が多い点、都道府県健康増進計画に示されている数値目標を引用しており、質的・量的医療資源の提供体制の充実に結びつかない数値目標を並べている都道府県が多い点など課題が多い。千葉県の数値目標を参考に徳島県の数値目標について考察したように、今後各都道府県が、それぞれのGoalを明確にし、それを支える下位目標を各地域の課題と対応させて検討していく必要がある。

都道府県別 地域医療計画における数値目標（糖尿病）

都道府県	項目	現状	目標
北海道	特定健康診査受診率(%)	33.6	80.0
	糖尿病有病者の割合(40~74歳)(%)	男性 9.9 女性 5.2	男性 8.9 女 4.7
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	758人	669人
	地域連携クリティカルパス導入第二次医療圏数(医療圏)	0	21
青森県	糖尿病による失明発症率減少	2.7人/10万人	現状から改善
	糖尿病腎症による新規透析導入率の減少	11.1人/10万人	10%減少
	糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関数	26	困難だが今後目標設定予定
	教育入院を行う医療機関数	64	困難だが今後目標設定予定
	急性合併症の治療を行う医療機関数(糖尿病性昏睡等急性合併症治療実施)	要調査	困難だが今後目標設定予定
	糖尿病診療スタッフの配置(糖尿病の専門的な治療実施)	要調査	困難だが今後目標設定予定
	治療中断率(糖尿病と診断された患者の治療継続の促進)	要調査	困難だが今後目標設定予定
	特定健診後の受診率または指導率(糖尿病を発症した患者の早期治療の促進)	要調査	困難だが今後目標設定予定
	小児または若年における発症状況(発症予防に重要な、小児や若年肥満の状況把握)	要調査	困難だが今後目標設定予定
岩手県	特定健康診査の実施率(%)	平成21年に把握予定	70.0
	特定保健指導の実施率(%)	平成21年に把握予定	45.0

	糖尿病有病者数の推定数(40~74歳)	男性推定 46 千人 女性推定 32 千人	対基準年 10%以上減少
	糖尿病性腎症によって新たに透析導入となった患者数の減 (人)	143.3	129 未満
宮城県	糖尿病有病者	男性 66,200 人 女性 64,200 人	10%減少
	糖尿病による人工透析新規導入率(人口10万対)(%)	47.9	64.4 以下
	糖尿病医療に関する協議会の設置	—	1
秋田県	糖尿病による死亡者(年齢調整死亡率)	男性 6.4 女性 4.2	減少
	糖尿病性腎症による新規透析導入率(人口10万対)	7.0	7.0
山形県	糖尿病による透析新規導入率(人口10万対)	平成17・18年 の平均 8.7	10%減少
福島県	メタボリックシンドローム予備群の推定数(%)	18.3	16.4
	メタボリックシンドローム該当者の推定数(%)	10.2	9.3
	糖尿病予備群の推定数(%)	7.4	6.7
	糖尿病有病者の推定数(%)	6.8	6.2
茨城県	糖尿病の受療率と年齢調整死亡率	受療率 79年 年齢調整死亡率 男性 9.5 女性 4.8	受療率減少年 年齢調整死亡率 減少
	特定健康診査受診率	平成20年度 の 特定健康診査 データで把握	70%
	糖尿病予備群の減少(%)	男性 8.5 女性 7.5	現行の10%減 少
	糖尿病有病者の減少(人)	男女平成20 年度からの データで把握	現行の10%減 少
	糖尿病による失明発症者の減少(人)	77 (平成18年 度)	現行の10%減 少
	糖尿病による人工透析新規導入者の減少(人)	415	現行の10%減 少