

愛媛県	数値目標の設定なし		
高知県	DMAT チーム数	10	15
	病院の防災計画作成率	71.5%	100%
	病院内での防災訓練実施率	48.8%	80%
	救護病院・(広域)災害支援病院の耐震化率	91.8%	100%
福岡県	地域災害拠点病院がない二次保健医療圏の数	7カ所	4カ所程度
	DMAT 研修受講者数	60人	135人程度
佐賀県	災害医療従事者研修の受講者数	144人/年	150人/年
	緊急被ばく医療講習の受講者数	37.4人/年	40人/年
	災害派遣医療チーム(DMAT)養成研修を受講した病院の数	2病院 (基幹災害医療センター)	7病院 (基幹+地域災害医療センター)
長崎県	平成20年度版 未策定		
熊本県	災害派遣医療チーム(DMAT)研修を修了したチーム数	4チーム	13チーム
大分県	病院の耐震化率(災害拠点病院12病院)	66.7% (8病院)	100% (12病院)
	大規模災害時の医療活動マニュアルを策定している病院の割合	88.3% (10病院)	100% (12病院)
	多数の傷病者の受け入れを想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	33.3% (4病院)	100% (12病院)
	大分 DMAT 指定病院数(各救急医療圏内に、少なくとも指定病院を1施設確保する。)	14病院	20病院
宮崎県	災害派遣医療チーム(DMAT)の要請確保	4チーム	7チーム
鹿児島県	DMAT数(累計)	3チーム	7チーム
沖縄県	沖縄県災害時医療救護計画及び実施細目マニュアル策定・運用	未整備	運用

数値目標(災害時における医療)設定の有無

※割合(%)は、47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	32	76.2
数値目標の設定なし	10	23.8
平成20年度版の策定なし	5	

項目		都道府県数	割合 (%)	
アウトカム(結果)	なし			
プロセス(過程)	防災訓練の実施、研修の受講	13	41.94	
ストラクチャ ー (基盤)	施設	病院の耐震化	12	38.71
		災害拠点病院の整備	8	25.81
		院内等における災害時対応マニュアル、防災計画等の作成	8	25.81
		ヘリポート整備病院数	2	6.45
		広域災害医療情報システムの登録医療機関数	2	6.45
	人員	DMAT チーム、医療救護チームの養成	26	83.87
病床	なし			
その他	なし			

II-3. へき地の医療

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、へき地の医療部分については、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（山口県、長崎県）。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 都道府県中、へき地が存在しないため計画を策定していない 3 府県（千葉県、神奈川県、大阪府）をのぞく 41 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 30 都道府県にとどまる。目標項目の内容については都道府県で重複しているものが少なく、都道府県ごとのへき地医療の実情や現在行われている施策に合わせて、個別に目標項目が導き出されていることが伺われた。

しかし数値目標を設定している 30 都道府県のうち、アウトカム（結果）指標と捉えられる項目（無医地区数の減少、医療確保策がとられている無医地区数割合の上昇など）を提示しているのは北海道、秋田県、福島県、茨城県、岐阜県、佐賀県、熊本県の 6 道県のみであった。これらの自治体においても、数値目標は、「現状維持」「（無医地区の）減少」といった記述で具体的な数値を示していない、もしくは現状を追認する、といった内容の目標がほとんどであった。無医地区数そのものをなくすことや、それが困難であるとすれば現実に即した施策として医療確保策がとられている無医地区数の増加などが、へき地の医療の確保におけるゴール指標であると考えられるが、多くの自治体ではその最終目標に関する指標を掲げられていないことが分かった。

このゴールに到達するために必要な、住民の立場に立った保健医療体制の整備、医療の質の向上のための施策を展開し、その担保としての各段階における数値目標を別個に掲げることが必要であると考えられる。そのうち、プロセス（経過）指標と捉えられる項目については、人員確保に関するもの（へき地診療所に勤務する医師数等）、診療実績に関わる

もの(代診医師や派遣医師数の派遣日数もしくは派遣延べ人数、へき地巡回診療回数など)、その他に分類して検討した。なお、へき地医療に携わる人員確保に関わる目標項目は、基盤目標として設定している県もあるが、へき地診療所などに勤務する医療従事者は、常勤であったり非常勤(代診医など)であったり、確保する人員の勤務形態などは流動的な要素が強く、へき地医療システムと連動していることから、今回はプロセス指標に分類した。各自治体とも独自の医師確保策を実施し、その成果を数値目標として挙げる必要があると思われるものの、へき地医療診療所やへき地医療に従事する医師数、代診登録医数といった、人員確保に関する数値目標をあげているのは12自治体にとどまる。また、病院勤務医師の充足率、該当地域自治体病院における医師充足率、といったダイレクトにへき地医療に従事する医師ということにつながる目標も散見された。診療実績に関わる目標は、へき地巡回診療回数、代診医師派遣要請に対する充足率、代診医派遣の伸び率、代診医派遣日数、などの目標が11自治体で掲げられている。各自治体とも目標数値は、現状維持、もしくは向上となっており、特にへき地に代診医を派遣したり、巡回診療を行うことに重点を置いていることが分かる。この結果として、前述のアウトカム目標である診療確保対策がなされている無医地区の増加を具体的目標数値で示せていないのは残念である。次に、その他の目標(5自治体で各1つづつ掲げている)であるが、へき地医療機関のホームページ開設数、診療所のネット回線をISDNからブロードバンドに以降する、などといった、医療機関側の住民への情報提供システムやの不備を解消するための目標や、遠隔画像診断のための伝送システムの運用を増やすなど、システム面での目標が掲げられている。プロセス(過程)指標と捉えられる項目全体についての分析結果からは、へき地の医療を提供する側の医師数確保など人員配置を重視している半面、住民の健康管理意識の向上のための施策に関する目標がほとんど掲げられておらず、へき地医療該当地域の住民が、主体的に健康管理に参画できるような政策立案の視点が乏しいようにも思える。

次に、基盤指標と捉えられる項目については、へき地医療拠点病院数やへき地診療所の数、遠隔医療の導入率などが10自治体で掲げられている。特にへき地医療拠点病院数およびへき地診療所数を目標項目に掲げているところが複数あり、多くは現状維持を目標値として設定している。目標値として現状の維持を掲げているということは、既存の資源を最大限に有効利用するための医療確保システムの整備が必要であることを示唆すると考えられる。

以上より、へき地の医療対策では全国的な傾向として、へき地の医療に従事する医師確保に重きを置いている。今後は、既存施設の有効利用のためのシステム構築に係るさらなる施策推進を、該当地域における地域住民のニーズなどを絞り込んだ上で医療計画に盛り込まれることが期待される。

厚生労働省「無医地区等調査」において、平成16年に無医地区数が111地区(人口16473人、47市町村)と、全国で最も多い北海道について計画の概要を検討した。現在の医療提供体制については、19病院をへき地医療拠点病院に指定し、62ヶ所のへき地診療所において該当地域のプライマリーケアを担い、19ヶ所のへき地医療拠点病院ではへき地診療所等からの患者受け入れ、医師派遣、巡回診療などを行っているということ、またへき地診療所等からの代診医の派遣要請や無医地区等への巡回診療の実施調整のための北海道へき地医療支援機構を平成18年度から北海道直営としていること、平成16年に設置した北海

道医療対策協議会にて市町村立病院等への医師派遣調整を実施していること、北海道地域医療振興財団において常勤医師の紹介・斡旋や代診医等の派遣を行うドクターバンク推進事業を行っていること、離島において島外での医療が必要な救急患者の搬送に道の消防防災ヘリコプター等を用いていること、などを列挙している。課題としてはへき地における保健指導の必要性、へき地における診療機能の向上（診療所におけるプライマリーケア、へき地診療所とへき地医療拠点病院や専門性の高い医療機関との連携）、へき地診療の支援の必要性（医師派遣、遠隔医療、遠隔医療に必要な医療 IT 活用推進、通院困難な住民への交通手段確保）を挙げているが、それぞれの対策としては「支援します」「整備に取り組みます」「医師の確保を図ります」といった簡単な記載にとどまっており、いつ頃までにどれくらいという目標は掲げられていなかった。数値目標として掲げられているのは無医地区数を 111（H16 年）から 100 減少させること、へき地医療拠点病院数を 19 ヶ所（H19 年）にするという目標である。おそらく、前者の目標については、上記施策により、無医地区の定義である「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することのできない地区」という「容易に医療機関を利用することのできない」という部分にアプローチして無医地区を減少させようとしていると思われるが、新たな診療所の設置などは盛り込まれておらず、巡回医療や、交通手段の確保などによって無医地区の減少を図っていると思われる。その経過の説明がない点は分かりにくい印象を受ける。また、後者の目標であるへき地医療拠点病院数については、現状維持ということであるが、無医地区の減少というアウトカム（結果）目標に向かい、既存の基盤の中でそれら機能を有効に発揮させるためのシステム作りということが重要であるのだとすれば、現状維持をあえて目標とするよりは、巡回診療の実施回数や、へき地の医療機関への医師派遣や遠隔医療の実績など、住民の医療需要に対する提供体制に関わるプロセス目標を掲げたほうが分かりやすいと考えた。またへき地医療に携わる医師数などの記載が本項ではなく、また住民のニーズに関する記載もなく、それらの部分を分析の上計画に盛り込むということが望ましいと考える。

このように、住民のニーズに対する分析が乏しい自治体が多く、今後の課題であろう。

都道府県別 地域医療計画における数値目標（へき地の医療）

都道府県	項目	現状	目標
北海道	無医地区数	111	100
	へき地医療拠点病院数	19	19
青森県	応急手当受講率(10万人あたり)	2028人	増加
	へき地診療所の数	15	支援・充実を図っていく
	へき地医療拠点病院の数	6	支援・充実を図っていく
	派遣医師数の伸び率	380.8	へき地診療所等の医師派遣

			の需要に応じた医師派遣を行っていく
	代診医派遣延べ数の伸び率	-	へき地診療所等の医師派遣の需要に応じた医師派遣を行っていく
岩手県	数値目標の設定 なし		
宮城県	患者輸送車の整備	7台運行	+2台整備
	医療設備の整備	-	内視鏡1台 医療用車両1台
秋田県	医療の確保策がとられている無医地区等の割合	76.2%	100%
山形県	県が行う事業等により地域医療を支援する医師数	10人	10人以上
福島県	無医地区数	17	9
茨城県	へき地診療所数	3	3
	巡回診療が実施されている又は患者輸送体制が整備されている無医地区・準無医地区の数	24	24
栃木県	数値目標の設定 なし		
群馬県	平成20年度版 未策定		
埼玉県	数値目標の設定 なし		
千葉県	記載なし(へき地なし)		
東京都	各町村の医師派遣要請に対する充足率	100%	100%
	代診医派遣要請に対する充足率	100%	100%
	代診医派遣日数の確保	600日	650日
	代診登録医数の確保	12人	15人
	へき地医療機関のホームページ開設数	2所	11所
神奈川県	記載なし(へき地なし)		
新潟県	平成20年度版 未策定		
富山県	へき地巡回診療回数	559	現状維持
石川県	能登北部自治体4病院における医師充足率	84.2%	増加
	無医地区等への巡回診療実施回数	269回(患者延数1471人)	現状確保
	へき地医療拠点病院支援システムによる伝送件数	2285件	増加
福井県	県およびへき地医療拠点病院が実施してきた無医地区への巡回診療回数	12地区204回	今後も200回以上

山梨県	数値目標の設定 なし		
長野県	数値目標の設定 なし		
岐阜県	無医地区数	7	減少
	無歯科医地区数	13	減少
	代診医派遣の伸び率(代診派遣延べ数/前年度の派遣医師延べ数)	1.5	向上
静岡県	はっきりとした数値目標の設定 なし		
愛知県	数値目標の設定 なし		
三重県	へき地診療所からの代診医派遣依頼応需率	100%	100%維持
滋賀県	数値目標の設定 なし		
京都府	地域医療確保奨学金の貸与を受け、医師確保困難地域の医療施設に従事した者	0人	75人
大阪府	記載なし(へき地なし)		
兵庫県	へき地医療拠点病院の整備	3地域	4地域
奈良県	平成20年度版 未策定		
和歌山県	わかやまドクターバンク医師の採用確保	?	年間2名程度
鳥取県	数値目標の設定 なし		
島根県	病院勤務医師の充足率	80%	80%台を確保
岡山県	へき地医療拠点病院の遠隔医療導入率	62.5%	100%
広島県	中山間地域に従事する医師の数(人口10万対)	197.6	現状より向上
山口県	数値目標の設定 なし		
徳島県	夏季地域医療研修に参加した医学部生数	30名(H19)	延べ150名(H19-24)
	へき地医療拠点病院数	5	5
香川県	へき地医療支援機構専任医師数	2	3
愛媛県	数値目標の設定 なし		
高知県	こうち医師ウェルカムネットなどを通じた医師Uターン	-	年1件以上
	へき地医療支援機構による代診医派遣率	100%	100%
	へき地診療所勤務医師の従事者数	25人	25人以上
福岡県	代診医を派遣するへき地医療拠点病院の数	2か所	4か所程度
佐賀県	無医地区の数	0か所	現状維持
	へき地診療所の数	7か所	現状維持
	へき地診療所の施設設備整備・運営に対する支援	毎年度補助の実施	現状維持
長崎県	過疎地域等の公的病院の、標準的な医師の数を満たさない病院の数	明記なし	0にする
熊本県	無医地区・無歯科医地区数	18	18維持
大分県	へき地医療支援機構派遣医師数の延べ数	25	29

	代診医派遣延べ数	69	79
宮崎県	自治医科大学卒業医師の計画的配置	10名	10名
	医師派遣システムによる医師の確保	1名	6名
	医師修学資金貸与制度による医師の確保	7名	12名
鹿児島県	離島・へき地診療所への代診医派遣延べ日数	5日	70日
沖縄県	ドクターバンク登録医師数	15人	100人
	離島医療支援事業による代診医派遣延べ日数	60日	160日
	県立病院附属診療所のISDN回線からブロードバンドへの移行	0か所	16か所(全県立診療所)

数値目標（へき地の医療）設定の有無

※割合（％）は、44都道府県中（へき地の存在しない千葉、神奈川、大阪をのぞく）

	都道府県数(計43)	割合(%)
平成20年度版の策定 あり	41	93.2
数値目標の設定 あり	30	68.2
数値目標の設定 なし	11	25.0
平成20年度版の策定 なし	3	6.8

※本文中数値目標として記載されているものの、量的評価として示していないものはのぞいた（例えば「自治医科大学卒業医師(年間10名程度)の効果的な配置」としか記載がないもの）

数値目標（へき地の医療）のまとめ

※割合（％）

は、30都道府県中

		項目	都道府県数	割合(%)
アウトカム (結果)		無医地区数	5	17%
		無歯科医地区数	2	7%
		医療の確保策がとられている無医地区等の割合	1	3%
		巡回診療が実施されている又は患者輸送体制が整備されている無医地区・準無医地区の数	1	3%
プロセス (経過)	人員確保	へき地診療所勤務医師の従事者数	1	3%
		へき地医療支援機構専任医師数	1	3%
		代診登録医数	1	3%
		県が行う事業等により地域医療を支援する医師数	1	3%
		中山間地域に従事する医師の数	1	3%
		病院勤務医師の充足率	1	3%
		該当地域自治体病院における医師充足率	1	3%
	医師修学資金貸与制度による医師の確保数	1	3%	

	地域医療確保奨学金の貸与を受け、医師確保困難地域の医療施設に従事した者	1	3%
	ドクターバンク登録医師数	1	3%
	ドクターバンク医師の採用確保数	1	3%
	医師ウェルカムネットなどを通じた医師Uターン	1	3%
	自治医科大学卒業医師の計画的配置	1	3%
	夏季地域医療研修に参加した医学部生数	1	3%
	医師派遣システムによる医師数	1	3%
診療実績	派遣医師数の伸び率	1	3%
	へき地医療支援機構派遣医師数の延べ数	1	3%
	各町村の医師派遣要請に対する充足率	1	3%
	代診医派遣要請に対する充足率	3	10%
	代診医派遣の伸び率	2	7%
	代診医派遣延べ数	1	3%
	代診医派遣日数	3	10%
	へき地巡回診療回数	3	10%
その他	へき地医療機関のホームページ開設数	1	3%
	県立病院附属診療所の ISDN 回線からブロードバンドへの移行	1	3%
	へき地診療所の施設設備整備・運営に対する支援	1	3%
	応急手当受講率	1	3%
	へき地医療拠点病院支援システムによる伝送件数	1	3%
ストラクチャー (基盤)	へき地医療拠点病院数	4	13%
	へき地診療所の数	3	10%
	代診医を派遣するへき地医療拠点病院の数	1	3%
	過疎地域等の公的病院の、標準的な医師の数を満たさない病院の数	1	3%
	へき地医療拠点病院の遠隔医療導入率	1	3%
	患者輸送車の整備	1	3%
	医療設備の整備	1	3%

II-4. 周産期医療

平成 20 年 3 月改定版の医療計画を策定している 42 都道府県のうち、32 都道府県において数値目標が設定されていた。最も多く設定されていた数値目標は、「周産期死亡率」(21 自治体、65.6%)であった。次いで、「新生児死亡率」(9 自治体、28.1%)、「総合周産期母子医療センター数」(8 自治体、25.0%)、「地域周産期母子医療センター」(8 自治体、25.0%)の順であった。全体的傾向として見れば、周産期医療の数値目標は、「周産期死亡率」に大きく偏っているといえる。その一方で、プロセス指標は各都道府県で

ばらつきがあり、母子保健に関する指標などについてはこれまでの都道府県独自の取り組み状況などを反映していると考えられる。

周産期医療体制の整備について、アウトカム指標である周産期死亡率の低下が最終的な Goal 指標になることは確かに間違いない。しかし、日本全体で見れば、周産期死亡率は長期的な低下傾向にあり、実際に多くの都道府県における医療計画を見ても、周産期死亡率が著しく悪化しているとの記載はない。その一方で、周産期医療に関する需要面の課題として、出生数が伸びていない一方で低出生体重児が増えるなどハイリスク出産の増加が挙げられている。また、供給面の課題として、過酷な労働環境や訴訟リスクなどによる産科医師の減少、それに伴う分娩取扱施設の不足が挙げられている。これらは、大都市と地方に差はなく、全国的な傾向として把握できる。以上を踏まえると、本来、喫緊の課題としてまず設定されるべき数値目標は、「産科医師の確保」や「分娩取扱施設の増加」であると考えられるが、現実には比較的容易に設定ができる目標として「周産期死亡率」が掲げられたのではないかと推察される。周産期死亡率のさらなる低下、あるいは現在の水準の維持を図ることを最終 Goal として設定するならば、そこに至る過程として周産期医療資源の確保やネットワーク体制の整備なども併せて数値目標として掲げることが必要である。「周産期死亡率」も含めて、数値目標としてアウトカム指標のみを設定していたのは、岩手県、秋田県、山形県、福島県、福井県、山梨県、岐阜県、三重県、広島県、大分県、鹿児島県、沖縄県の 12 県であり、これらの県については数値目標の項目について改善の余地があると考えられる。

以上のような状況で、実際に「産科・産婦人科医師の確保」を目標として設定していたのは、宮城県、千葉県、京都府、島根県であった。ただし、島根県については目標値が「現状維持」であり、医師数全体でも減少傾向が見られる地方において、最低限でも現在の水準を維持するという意味で大変厳しい状況での目標設定であることが推察された。一方、セミオープンシステムの先駆的な実績もあり、全国で唯一「セミオープンシステム実施医療圏」が数値目標として設定されている宮城県は、併せて「周産期死亡率」「産科・産婦人科医師数（人口 10 万対）」「母体及び新生児の県外搬送」が設定されており、全体として、課題・施策・結果のバランスがとれた数値目標を設定していると考えられる。また、千葉県については、「医療施設従事医師数（産科医・産婦人科医）（人口 10 万対）」「分娩取扱施設数（15～49 歳女子人口 10 万対）」の双方が数値目標として掲げられており、全都道府県の中で最も多い 12 の数値目標が設定されているため、こうした点を評価することができる。

このように、本来であれば「産科・産婦人科医師の確保」が望ましいが、実際には産科・産婦人科医師を確保することは容易ではない。よって、それを補う対策として、「助産師外来・院内助産所の設置数」を数値目標として掲げていたのが、北海道、茨城県、栃木県、富山県であった。近年、分娩取扱施設の減少により、一部の施設に過度に分娩が集中することで産科医師の負担が重くなる、あるいは身近に分娩施設がない妊産婦の負担が重くなるといった状況が見られるが、助産師外来や院内助産所を設置することによって、そのような状況の改善を図ることができる。妊産婦の状態が急変した場合の迅速な搬送体制を確保した上で、助産師外来や院内助産所の積極的な活用を進めていくことが求められる。

最後に、平成 20 年 4 月 1 日現在で総合周産期医療センター、地域周産期母子医療セン

ターのいずれも設置されていない県が、山形県、奈良県、佐賀県である。そのうち、佐賀県については「総合周産期母子医療センターの整備（0か所→1か所）」「地域周産期母子医療センターの整備（0か所→1か所）」が数値目標として設定されているが、山形県においては総合周産期医療センター、地域周産期母子医療センターのいずれも数値目標として設定されておらず、奈良県はそもそも平成20年4月改定版の医療計画が策定されていない。こうした県については、周産期医療体制の整備に向けた取り組みについて早急の改善が求められる。

周産期医療に関する数値目標の設定状況をまとめるならば、最終的な Goal であるアウトカム指標に数値目標が偏る傾向がある一方で、そのアウトカム目標を達成するために必要な体制整備に関する数値目標が伴っていない県があるため、体制整備からアウトカム指標の改善に至るプロセス全体について数値目標を設定していくことが重要であると考えられる。

都道府県別 地域医療計画における数値目標（周産期医療）

都道府県	項目	現状	目標
北海道	総合周産期センターにおける「指定」医療機関数	2	6
	助産師外来を開設している医療機関数	6	24
青森県	5回以上の妊婦委託健康診査受診票を交付している市町村数	16市町村	40市町村
	救急搬送マニュアルを活用した新生児救急搬送割合	56%	80%
	乳児死亡率	3.0%	全国平均以下
	新生児死亡率	2.1%	全国平均以下
	周産期死亡率	6.4%	全国平均以下
	極低出生体重児(1,500グラム未満)出生割合	0.89%	全国平均以下
	超低出生体重児(1,000グラム未満)出生割合	0.33%	全国平均以下
	総合周産期母子医療センターNICU死亡率	16%	全国平均以下
岩手県	周産期死亡率	5	4
宮城県	周産期死亡率	5.1	4.7
	産科・産婦人科医師数(人口10万対)	7.5	7.9
	母体及び新生児の県外搬送	有	0
	セミオープンシステム実施医療圏	仙台医療圏	全医療圏
秋田県	周産期死亡率	5.9	4未滿
山形県	新生児死亡率	1.6	1.6未滿
	周産期死亡率	4.9	4.9未滿
	妊産婦死亡率	9.6	9.6未滿
福島県	周産期死亡率	4	3.7
茨城県	妊娠11週以下での妊娠の届出率	80.6%	100%
	院内助産所の設置数	-	3か所

	妊婦の救急搬送における受入先調整システムの整備 (実施年度)	-	平成 20 年度
栃木県	総合周産期母子医療センターの母体搬送受入率	65%	85%
	周産期死亡率	4.8	全国平均以下
	院内助産所数	1 か所	5 か所
	総合周産期母子医療センターの NICU 収容児数・平均 在院日数	230 児・33 日	275 児・28 日
群馬県	平成 20 年度版 未策定		
埼玉県	周産期母子医療センター数	6 か所	8 か所
千葉県	分娩実施施設数(15~49 歳女子人口 10 万対)	8.7	10.5
	NICU を有する周産期母子医療センター及び同クラスの 病院の数	8 か所(7 医療 圏)	11 か所(9 医療 圏)
	MFICU を有する総合周産期母子医療センター数	2 か所	2 か所
	医療施設従事医師数(産科医・産婦人科医)(人口 10 万 対)	6.7	7.9
	就業助産師数(人口 10 万対)	16.6	20.2
	合計特殊出生率	1.23	1.32
	全出生中の低体重時の割合	8.5%	減少
	産後訪問指導を受けた割合	22.5%	57.2%
	妊産婦死亡率	12.8	半減
	新生児死亡率	1.5	減少
	後期死産率	3.9	減少
	早期新生児死亡率	1.1	減少
東京都	数値目標の設定 なし		
神奈川県	総合周産期母子医療センターの指定	4	5
新潟県	平成 20 年度版 未策定		
富山県	助産師外来及び院内助産所を設置する医療機関数	4	増加
	合計特殊出生率	1.34	低下に歯止め
	周産期死亡率	6.8	全国以下
石川県	数値目標の設定 なし		
福井県	周産期死亡率		全国 10 位以内
山梨県	周産期死亡率	3.7	3.7
長野県	数値目標の設定 なし		
岐阜県	周産期死亡率	5.4	4.7
静岡県	数値目標の設定 なし		
愛知県	総合周産期母子医療センターの整備促進	1 ヵ所	複数
三重県	妊産婦死亡率	0.0	0.0 を維持
	周産期死亡率	38 位(5.2)	10 位以内
滋賀県	数値目標の設定 なし		

京都府	出生1万人当たりのNICU病床数が全国平均を上回る医療圏	全圏域	全圏域(維持・内容充実)
	産婦人科・産科医師数(人口10万対)が全国平均値を上回る医療圏	1医療圏	3医療圏
	妊婦健康診査の初回受診を16週までに受診する妊婦	-	100%
大阪府	総合周産期母子医療センター	5か所	6か所
	地域周産期母子医療センター	12か所	14か所
	MFICU(母体・胎児集中治療室)の整備	34床	177床
兵庫県	数値目標の設定 なし		
奈良県	平成20年度版 未策定		
和歌山県	地域周産期母子医療センター	-	1か所以上
鳥取県	数値目標の設定 なし		
島根県	総合周産期母子医療ネットワークの整備状況	整備済み	維持
	産(婦人)科医(分娩件数10万対)	952	維持
	助産師数(分娩件数10万対)	3,365	維持
岡山県	数値目標の設定 なし		
広島県	周産期死亡率	3.6	現状値より改善
	妊産婦死亡率	7.7	全国平均以下
	新生児死亡率	1.2	現状値より改善
山口県	平成20年度版 未策定		
徳島県	周産期死亡率	5.7	全国平均以下
	妊産婦死亡率	3	全国平均以下
	地域周産期母子医療センター整備	-	1か所以上
香川県	数値目標の設定 なし		
愛媛県	数値目標の設定 なし		
高知県	周産期死亡率5年平均	5.5	全国平均以下
	新生児死亡率5年平均	1.8	全国平均以下
	12週未満の母子手帳交付率	84%	90%
	未受診のまま分娩、あるいは分娩後に初めて受診した妊産婦(飛び込み出産)数	12人	減少
	MFICU病床数	3床	3床以上
	NICU病床数	18床	18床以上
	分娩取り扱い医療機関のない二次保健医療圏	0	0
福岡県	県内の高度周産期医療機関のNICU病床数	129床	150床
佐賀県	総合周産期母子医療センターの整備	0か所	1か所
	MFICUの整備数	0床	6床
	NICUの整備数	9床	12床
	地域周産期母子医療センターの整備	0か所	1か所
	新生児死亡率	1.3	全国の中でも

	乳児死亡率	2	低い値を維持
	周産期死亡率	3.8	
長崎県	平成 20 年度版 未策定		
熊本県	周産期死亡率	4.6	全国平均以下を維持
	(総合・地域)周産期母子医療センター数	3 機関	4 機関
	NICU 数	33 床	38 床
大分県	周産期死亡率	5.2	全国平均以下を維持
	新生児死亡率	1.4	全国平均以下を維持
宮崎県	総合周産期母子医療センターの指定	-	1 か所
	地域周産期母子医療センターの指定	-	7 か所
鹿児島県	周産期死亡率	4.5	3.9 以下
	新生児死亡率	1.1	1.0 以下
沖縄県	周産期死亡率	5	4.5
	新生児死亡率	0.9	0.9
	低出生時出生率	11	9.6

数値目標（周産期医療）設定の有無

※割合（％）は、47 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	32	76.2
数値目標の設定 なし	10	23.8
平成 20 年度版の策定 なし	5	

数値目標（周産期医療）のまとめ

※割合（％）

は、32 都道府県中

項目		都道府県数	割合（％）
アウトカム (結果)	周産期死亡率	21	65.6
	新生児死亡率	9	28.1
	妊産婦死亡率	5	15.6
	低出生体重児割合	2	6.3
	合計特殊出生率	2	6.3
	乳児死亡率	1	3.1
	極低出生体重児(1,500 グラム未満)出生割合	1	3.1

		超低出生体重児(1,000グラム未満)出生割合	1	3.1
		総合周産期母子医療センターNICU死亡率	1	3.1
プロセス (過程)		5回以上の妊婦委託健康診査受診票を交付している市町村数	1	3.1
		救急搬送マニュアルを活用した新生児救急搬送割合	1	3.1
		母体及び新生児の県外搬送	1	3.1
		妊娠11週以下での妊娠の届出率	1	3.1
		総合周産期母子医療センターの母体搬送受入率	1	3.1
		総合周産期母子医療センターのNICU収容児数・平均在院日数	1	3.1
		産後訪問指導を受けた割合	1	3.1
		妊婦健康診査の初回受診を16週までに受診する妊婦	1	3.1
		12週未満の母子手帳交付率	1	3.1
		未受診のまま分娩、あるいは分娩後に初めて受診した妊産婦(飛び込み出産)数	1	3.1
	ストラクチャー (基盤)	施設	総合周産期母子医療センター数	8
地域周産期母子医療センター数			8	25.0
分娩実施施設数			2	6.3
助産師外来・院内助産所の設置数			4	12.5
人員		産科・産婦人科医師数	4	12.5
		助産師数	2	6.3
病床	NICU病床数	5	15.6	
	MFICU病床数	3	9.4	
その他		セミオープンシステム実施医療圏	1	3.1
		妊婦の救急搬送における受入先調整システムの整備(実施年度)	1	3.1
		総合周産期母子医療ネットワークの整備状況	1	3.1

II-5. 小児医療(小児救急医療を含む)

4疾病5事業のうち、脳卒中医療の目標設定について考察する。

なお、2008年〇月現在、47都道府県のうち、42都道府県において平成20年3月改定版の医療計画が策定されている。平成20年3月改定版の医療計画がまだ策定されていないのは、群馬県、新潟県、奈良県、山口県、長崎県であり、これらを除いた42都道府県を今回の分析対象とした。

平成20年3月改訂版の医療計画が策定されている42都道府県のうち、29都道府県が、脳卒中医療におけ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、岩手県、石川県、長野県、東京都、静岡県、愛知県、滋賀県、兵庫県、岡山県、鳥取県、香川県、愛媛県、鹿児島県の6県であった。また小児医療は、周産期医療を含むが、医療計画にお

いては、周産期医療の項目が他にあるため、今回、周産期に関する考察は割愛する。

目標値が設定されている 29 県について、目標値の分析を行った。(別紙 表参照) 一番多い数値目標設定は、「小児救急医療体制の整備」であり、29 県中 18 県が挙げていた。次いで、数値目標設定として、多くあげられているものとしては、

「小児科医師数の増加」—12 県、12 県のうち 4 県は「医療機関に従事している小児科医師数の増加」を挙げていた。「電話相談事業の拡大」—8 県、8 県のうち 4 県は「電話相談事業時間帯拡大」、4 県は「電話相談件数の増加」を挙げていた。

小児医療における Goal としては、アウトカムとしての、新生児死亡率、乳児死亡率、幼児死亡率、の低下が挙げられる。その Goal に到達するためのプロセスとして、保健医療体制の整備、医療の質の向上などの、数値目標が設定されるべきである。

今回、医療計画において死亡率を目標設定にしている県は少なく、「乳児死亡率の減少」—4 県、「幼児・小児死亡率の減少」—4 県のみであった。

一番多い数値目標設定は、「小児救急医療体制の整備」であるが、各都道府県の医療計画にて、どのように整備するのかという具体的方策については、記載が認められなかった。

次に多く設定されていた「小児科医師数の増加」であるが、ただ単に「小児科医増加」という目標設定では、不十分である。「医療機関に従事する小児科医師数の増加」という目標設定の方が、より適格である。近年、女性医師は増加傾向にあるが、小児科は、女性医師の多い科である。病院勤務の小児科医師の男女比は、2004 年は、男性 67.8%、女性 32.2% となっており、女性医師の占める割合は、眼科・皮膚科について多い¹⁾。結婚・妊娠・出産を契機に、医療機関から離れる医師も他科に比べ多い。単に、「小児科医師数」の増加では、これら女性医師もカウントしてしまう事になる。これら家庭のある女性医師は、フルタイムでの勤務は難しい状態にあるが、パートタイムでの勤務は、状況次第では可能である。このような女性医師が、仕事を続けやすい職場環境整備により、少しずつ小児科医が確保可能と考えられる。「女性医師の職場環境」に関する目標を設定している県は、今回の医療計画には、認められなかった。

2 番目に多く設定されていた「電話相談事業の拡大」についてだが、相談時間帯の拡大、相談件数の拡大が目標として設定されていた。事前受診の前の相談窓口としては、電話相談が設置されており、小児に対しては #8000 が設置されている。#8000 は、H16 年 8 月に「#8000 小児救急電話相談事業」として、国の 2 分の 1 補助による単県事業で開始された²⁾。H20 年 6 月 1 日現在 44 都道府県が種々の体制で開設している。以前は、固定電話からでのみの、アクセスであったが、近年、携帯電話からでも、アクセス可能となり、急速に拡大を認め、「0.5 次救急」としての役割を果たしている。目標設定については「電話相談件数の増加」と件数の増加を挙げている県が認められるが、相談件数を増加させる事が、小児医療の最終目標である小児死亡率の減少につながらない。「電話相談事業の時間拡大」の方がより適切な、目標設定であろう。

わが国の小児医療は、乳幼児死亡率は、3.0 (出生千対) と、既に世界最高水準にある。幼児死亡率は、人口 10 万人あたり 25.0 人であるが³⁾、これは他の先進国と比較すると必ずしも、低い数字ではない (表 1)。

またこの幼児死亡のうち、1~9 歳の死因原因の第 1 位が、不慮の事故である⁴⁾。この不慮の事故を減らす事により、幼児死亡率の改善が期待される。事故外傷における目標設

定は、「小児外傷患者の搬送件数の減少」を挙げている青森県の1県のみであり、各都道府県における「小児の事故」の関心の低さが推測される。事故による死亡を減らすために、予防、インフラ整備など、多方面の整備が必要である。不慮の事故による死亡を減らすことが、わが国における小児医療の一番の課題であり、その為の計画を医療計画に加える必要性があると考えられた。

(表1)

諸外国の乳児死亡率(出生千人対)

アメリカ:6.9(2000年)、カナダ:5.3(1998年)、フランス:4.5(2002年)、
ドイツ:4.4(2000年)、イタリア:4.6(2000年)、イギリス:5.6(2000年)

諸外国の幼児死亡率

アメリカ:34.7(1999年)、カナダ:19.2(1998年)、フランス:24.7(1999年)、
ドイツ:25.3(1999年)、イギリス:27.2(1999年)

都道府県別 地域医療計画における数値目標(小児医療(小児救急医療を含む))

都道府県	項目	現状	目標
北海道	小児二次救急医療体制が確保されている第二次医療圏数	21	21
	小児医療の重点化病院を選定する第二次医療圏数	15	20
	小児医療を行う医師数(小児人口1万人対)	15.8	17
岩手県	数値目標設定なし		
青森県	小児救急電話相談件数	448件	600件
	小児救急ガイドブック配布数	20,000部	40,000部
	外傷による子どもの救急搬送件数	1408件	1286件
	病院間輪番制による小児救急医療体制が構築されている圏域数	1箇所	3箇所
	小児人口に対する小児科医の割合	7.0人	増加傾向
宮城県	乳児死亡率	2.1人(2.6人)	2.0人
	小児科医師数	7.7人(8.4)	全国平均と同水準
秋田県	乳児死亡率	2.7人	2.7未満
	小児救急電話相談事業	0.4%	1.0%
山形県	小児科標榜医の割合(15歳人口10万人辺り)	82.7人	84人
	予防接種広域施行市町村数	30市町村	全市町村
福島県	休日夜間小児医療センターの医療整備が整っている地区	7	10
茨城県	24時間365日体制で入院を要する小児救急医療が確保されている小児救急医療圏	7/12	12/12

	地域小児救急センターにおける地域連携方式の導入箇所数	4箇所	7箇所
	電話相談の1週間の対応時間数	28時間	108時間
	保護者向講習会開催回数	12回	44回
栃木	小児夜間休日センターの施設数	4箇所	11箇所
	小児二次救急医療体制整備率	30%	100%
	小児三次救急医療機関における救急患者の入院率	8%	20%
群馬県	平成20年度版 未策定（小児部門）		
埼玉県	第二次救急医療機関に受診する初期患者の割合	96%	75%
	小児救急実践研修を受講した内科医の数	延べ145人	延べ500人
千葉県	基盤 医療施設従事医師数(人口10万人対)	8.6	11.5
	軽症患者に対し24時間365日の対応が可能な医療圏の整備数	100	100
	小児の二次救急診療が可能な病院の割合	35.6	43.5
	小児二次救急医療体制の整備状況	一部未整備	未整備地域の解消
	乳児死亡率	2.9	減少
	幼児死亡率	0.7	0.3
	小児死亡率	0.3	0.2
東京都	数値目標の設定 なし		
神奈川県	24時間365日の二次救急医療体制の割合	100%	100%
新潟県	平成20年度版 未策定		
富山県	24時間365日対応可能な小児救急医療体制の整備率	100%	現状維持
	乳児死亡率	2.7	2.6
石川県	数値目標の設定 なし		
福井県	#8000 電話相談件数	1471件	20%増加
	時間外に小児救急病院を受診する入院を必要としない患者の割合	95.0%	90%以下
山梨県	医療施設従事小児科医数	109人	115人
	小児救急医療体制整備箇所数	1箇所	2箇所
長野県	数値目標の設定 なし		
岐阜県	第二次救急医療体制における小児輪番制または小児拠点病院の未整備域	2区域	0区域
	二次救急医療機関の割合	30.9%	増加
	小児科標榜医の割合（15歳人口千人あたり）	0.71	増加

静岡県	数値目標の設定なし		
愛知県	数値目標の設定なし		
三重県	#8000の年間利用件数の増加	3655件	5000件
	1~4才人口の10万人に対する死亡率の減少	25.6	20.0
滋賀県	数値目標の設定なし		
京都府	小児救急体制を連日(平日夜間・休日)確保した医療圏	3圏域	全圏域
	小児科医師数(人口10万対)が全国平均を上回る医療圏	1圏域	全圏域
大阪府	小児救急初期医療広域拠点 全ての医療圏に整備	3整備が未整備	すべて整備
兵庫県	数値目標の設定なし		
奈良県	平成20年度版 未策定		
和歌山県	電話相談事業の拡大	休日夜	365日夜
	小児救急医療体制の充実 小児救急医療支援事業	4	5
鳥取県	数値目標の設定なし		
鳥根県	15歳未満尋常10万人に対する小児科医の割合	105	維持
岡山県	数値目標の設定なし		
広島県	乳児幼児死亡率(5歳未満)(人口千人対)	0.7	現状より改善
	小児の(15歳未満)の死亡率	0.3	現状より改善
山口県	平成20年度版 未策定(小児部門)		
徳島県	小児救急医療拠点病院数	1病院	2病院
	徳島こども救急電話相談 実施日数	土・日・祝・年 末年始 18:00~23:00	365日
香川県	数値目標の設定なし		
愛媛県	数値目標の設定なし		
高知県	小児科医師	101人	101人以上
	小児科救急搬送の軽症患者割合	76.7%	70%
	輪番制病院深夜帯受診者(1日あたり)	10.9人	10人以下
	中央保健医療圏における小児救急医療体制	高知小児急患 センター 小児科病院群 輪番制	現状維持
福岡県	小児二次救急医療体制が整備された二次保健医療圏数	6か所	8ヶ所
	小児救急医療ガイドブック延配布数	23万部	46万部
佐賀県	小児救急電話相談の利用件数	1.4件/1日平均	3件/1日平均

	夜間における小児専門の救急医療体制の整備	83.0 %	100 %
	NICU の整備数	9 床	12 床
	新生児死亡率	1.3	全国でも低い値を維持
	乳児死亡率	2.0	全国でも低い値を維持
長崎県	平成 20 年度版 未策定		
熊本県	夜間帯の小児初期救急医療サービスが対応できる圏域	8 圏域	全 11 圏域
	地域の開業医が小児初期医療体制に参画する圏域	4 圏域	全 11 圏域
	二次救急医療体制が整備されている圏域数	7 圏域	9 圏域
大分県	大分県こども電話相談事業	平日 19:00～翌朝 8:00 日・祝 9:00～17:00 及び 19:00～8:00	継続実施
	小児二次救急医療体制の整備	60%(6/10)	66.7%(4/6)
宮崎県	小児(救急)医療拠点病院の整備	—	3 か所
	小児(救急)医療拠点病院の医師確保	23 人	31 人
鹿児島県	数値目標設定なし		
沖縄県	県民への医療機関の機能分担と連携の普及啓発	—	広報誌・冊子・インターネットを活用した普及啓発事業の実施
	複数病院・共同利用型体制(民間開業医の協力)での小児輪番制への参画	1	5(全圏域)

数値目標(小児医療(小児救急医療を含む))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	29	69.0
数値目標の設定 なし	13	31.0
平成 20 年度版の策定 なし	5	

数値目標（小児医療（小児救急医療を含む）のまとめ
は、29 都道府県中

※割合（％）

項目		都道府県数	割合（％）	
アウトカム （結果）	新生児死亡率	1	3.4	
	乳児死亡率	4	13.8	
	幼児死亡率	3	10.3	
	小児死亡率	1	3.4	
ストラク チャー （基盤）	施設	小児二次救急機関病院	5	17.2
		小児夜間休日センター	1	3.4
		NICU整備数	1	3.4
	人員	小児科医師数	12	41.4
		（医療に従事している小児科医師数）	（4）	13.8
病床	なし	—	—	
その他	小児救急医療体制の整備	18	62.0	
	小児電話相談事業（時間拡大/件数拡大）	8（4/4）	27.6	
	小児救急ガイドブック	2	6.9	
	外傷による子どもの救急搬送件数	1	3.4	
	予防接種 広域施行市町村	1	3.4	
	地域小児救急体制における地域連携方式	2	6.9	
	保護者向け講演会	1	3.4	
	小児三時救急医療機関における救急患者の入院率	1	3.4	
	小児救急実践研修を施行した内科医の数	1	3.4	
	深夜帯の患者の受診数	1	3.4	
	小児輪番制の体制	2	6.9	
	県民の医療機関への機能分担と連携の普及啓発	1	3.4	
	第二次医療機関を受診する救急患者の割合	1	3.4	
	時間外に小児救急病院を受診する入院を必要としない患者の割合	1	3.4	
	小児救急患者軽症者の割合	1	3.4	
	輪番制病院 深夜受診患者数	1	3.4	

D. まとめ

平成 20 年 3 月改定の新しい医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）の 5 事業について、地域の実情に応じて評価可能で具体的な数値目標を設定し、少なくとも 5 年ごとに数値目標の達成状況の調査、分析及び評価を行うと定められた。こうした数値目標の設定と評価の仕組みが取り入れられたことが、新しい医療計画の大きな特徴である。