

また、効果的な資源配分のために、評価結果を予算編成過程に反映させるといった、評価結果の活用について規定している計画はなかった。

### (3)A：改善について

改善については評価と同じ文脈で述べられていることが多く、具体的な内容（たとえば、数値目標を見直す場合の考え方や改善手順、次期計画への反映方法等）を記載している計画はなかった。

今後、実際にPDCAサイクルの循環のなかで、どのような改善をしたか、その事例の蓄積を通して、計画に盛り込むべき内容を検討していくことが必要であろう。

なお、すでに福井県や兵庫県、熊本県では前期計画の達成状況を評価したうえで、今期計画の策定に着手していた。

## 5. 先進事例（千葉県医療計画）

これまで、多くの項目で千葉県の医療計画について言及してきたところであるが、これまで言及した事項以外にも含めて、先進事例として千葉県の医療計画の特色をあげると次のようになる。

- ・縦割りの弊害を除去し、生活の当事者であり主権者である県民・住民の意見を大切にすることを特徴とする「千葉方式」の手法により、ミニタウンミーティングや広域タウンミーティングの実施を通じた県民の意見・提案を反映した計画づくりを実施している。
- ・健康づくり・医療・福祉が連動する地域社会づくりを目指すなど、基本理念を明確にしている。
- ・4疾病4事業毎に「循環型地域連携システムイメージ図（案）」を作成し、各疾病の急性期、回復期、在宅に至るまでの医療機能等の役割分担を明示したうえで、全病院に対して、どの部分を担ってもらえるか、疾病ごとに対応可能な医療機能を確認している。
- ・Structure, Process, Outcomeについて定義付けを行い、各指標を分類している。  
これは、評価に用いる指標を単に羅列するだけでは、どの段階にどのような問題があるのかを十分に分析できず、多面的な観点から分類・整理された指標を用いることによって、はじめて、包括的な評価が可能であるためとしている。
- ・指標を分類するだけでは現状を表す指標にすぎないため、評価を行う上での目標

値を設定するには、他の都道府県の現状値との比較等、目標設定の考え方を明確化している。

これらの事項は、他都道府県の医療計画において実施されていない事項や、必ずしも明確になっていないものである。次期計画作成の際には、広く参照されることが望ましいと思われる。

#### 第4節 現行医療計画の問題点及び次期医療計画策定に向けての提言

##### 1. PDCA サイクルの課題

各都道府県医療計画の検討結果からは、一部には先進的な取組を実施しているものもあるが、全体的にみると、従来の総花的・抽象的な医療計画から十分に脱却できておらず、PDCA サイクルが機能的に循環するようになっていないと判断される。

そこで、以下の観点からの見直しが必要である。

##### (1) 具体的な数値目標の設定

設定目標については、85%の目標には具体的な数値目標が設定されていたが、15%近くは現状値からの「増加」、「減少」といった設定で、具体的な数値目標は設定されていなかった。これでは、どの程度の水準を目標とするのか明確とならず、評価、改善というPDCA サイクルが円滑に機能しない。

このような設定となっている都道府県では、数値目標の水準を設定する際の明確な根拠が見当たらない、将来予測が困難である等の理由から、抽象的な設定を行っていると考えられる。

しかしながら、医療計画を横断的にみると、他都道府県では何らかの数値目標を設定している事例や、ほとんどの項目で抽象的な設定をしている都道府県もあることなどから、より多くの項目において、具体的な数値目標を設定していくことが求められる。

その一方で、今計画では「死亡率」に関する目標として「減少」と設定するのではなく、熊本県では「全国5位以内」、兵庫県では「生活習慣や生活環境が類似している近隣の大阪府並に引き下げる」と工夫を凝らして設定している事例もあった。「地域連携クリティカルパス」に関する目標についても単に「導入」と設定するのではなく、「地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数」（群馬県、福井県）とで

きるだけ数値化して設定している事例や、「急性期の医療機関の例に掲げるすべての病院」と導入範囲を明確にしている事例（長野県）があった。また、沖縄県においては「救急医療用ヘリコプターの導入による病院収容時間の短縮」として、粟国島の現状値 145 分を 55 分とする例示設定によって、より具体的な目標設定を試みている。

このような全国比較や類似都道府県比較、数量化、例示といった数値目標の設定は好ましいことではあるが、評価、改善という観点からは、これらの目標が、どのように地域の実情を各種統計資料や独自調査等に基づき分析し、将来を見通すことによって設定されたかを医療計画上明らかにしていくことが求められる。このような根拠に基づく目標を設定することにより、評価、改善という PDCA サイクルの循環に繋がるものと考えられる。

特に、2011(平成 23)年度からのレセプトオンライン化により、都道府県においては診療報酬支払の実績データを活用できるようになる。市町村ごと、二次保健医療圏ごとの疾病構造と医療サービス提供の実態等を把握することにより、健診分野でのよりきめ細やかな目標設定や、医師をはじめとする医療従事者や病床数等の医療資源の必要な水準を設定することも可能となる。このことは、医療計画と健康増進計画、医療費適正化計画との整合性を図りながら連携をより密接なものとし、効果的な保健医療行政の推進にも資するものであると考えられる。

現時点においても 400 床以上の病院と DPC 適用病院の電子請求は始まっていることから、次期医療計画策定に向けて、これらの膨大なデータベースを都道府県職員がどのように活用していくか、その手法等の開発が期待されるところである。

## (2) 数値目標相互関連の明確化

数値目標を SPO 分類することによって、これまで医療計画上では単なる羅列にすぎなかった数値目標を一連の流れとして整理することによって、その相互関連を把握することができた。

その結果、各都道府県医療計画における数値目標は、千葉県や鹿児島県等において Outcome 指標に重点を置いた目標設定の事例はあったものの、全国的にみれば Outcome 指標を最終目標として、相互に関連性をもつ体系として位置付けているとは言い難い状況であった。

地域の現状を分析し、課題を抽出することによって、医療資源等が十分に確保されていない場合には関連する Structure 指標を設定し、医療資源等が十分に確保されているにも関わらず上手く機能していない場合には適切な Process 指標を設定する。そ

の結果、これらを通じて Outcome 指標の向上を図る、という一連の関連が構築されることとなる。そして、このような目標間の相互の関連が構築されると、最終的な Outcome 指標の改善のためには、Structure 指標や Process 指標を把握することによって、どこに問題があるかの分析が容易になり、もって効果的な改善策を講じることができるようになる。

### (3) 数値目標達成のための事業実施

数値目標達成のための事業として、その概要や、計画期間中のスケジュール、事業規模(予算)等が明確になっておらず総花的な記載となっているため、数値目標と実施事業の関連が希薄となっていた。

確かに、数値目標ごとに予算費用ベースで実施事業を整理することは、国庫補助事業や県単独事業等、多数の予算費目に分散している事業をまとめる膨大な事務作業が必要となるとともに、医療計画に記載する分量も増加してしまい、単調で読みづらいものになってしまうことが予想される。

また、行政予算の単年度主義や、昨今の各都道府県を取り巻く財政状況からも、計画期間中の予算額を事前に見込むことは困難である。このほかにも、予算額は記載せず事業内容について詳細に記載したとしても、そのことが半ば公約と化してしまい、事業見直しの際には関連団体等との調整が難航する恐れがあることや、逆に、関連団体等との関係から医療計画上に何らかの記載をする配慮が求められるといったことも考えられる。

これらのことから、実施事業については総花的な記載にとどまっているものと推測される。

しかしながら、P と D の関連が明確になっていないと、効率的・効果的に事業が実施されても数値目標の達成は保証されず、計画期間中において適切に事業内容を評価し改善することもできないといった事態を招くものである。このような状態では、PDCA サイクルがうまく機能することはできない。

総務省調査(2008)によると、ほとんどの都道府県(46 都道府県)において行政評価に取り組んでいることから、医療計画作成部局において、このノウハウを活用して、数値目標ごとに関連する事業や、計画期間中のスケジュールをある程度明確にすることは可能であると考えられる。

#### (4) 評価手法の具体化

PDCA サイクルにおいて評価手法が明確になっていないと、数値目標も単なる掛け声となってしまう。

また、数値目標を達成しているか、達成していないかの評価だけでは、改善に必要な情報を提供できないことも考えられる。たとえば、医療計画において妊産婦死亡率の減少を数値目標として掲げ、統計データからは当該目標を達成できたとしても、平成 20 年 10 月に起こった脳内出血を発症した妊婦が医療機関からの受け入れを拒否され死亡したような事件が発生したような場合には、本当に有効な事業が実施されてきたのかという疑義が生じるものである。

そこで、評価の際には、数値目標を可能な限り分割（たとえば、二次医療圏別、年齢別等）しての分析や、数値目標間相互の達成状況（たとえば、Structure 指標と Process 指標の達成状況比較等）の検証、類似都道府県との比較、数値目標に関連する事業の執行状況確認等、多角的な視点からの評価を行うとともに、可能ならば県民に対する意向調査等を実施することが望ましいと考えられる。

また、このように評価手法の具体化とともに、実際の評価に際して、県内部での評価のみならず広く県民参加を促した外部評価の実施や、予算編成に活用することによる効果的な資源配分の実施、都道府県間での数値目標の評価情報の共有等、もっと幅広く評価を活用していく手法を開発していくことが求められる。

#### (5) 都道府県職員用マニュアルの必要性

都道府県医療計画を横断的にみると、一部に先進的な考えに基づき計画を作成しているものもあれば、一部には十分な検討がなされていないまま作成していると疑わざるを得ないものも見受けられる。

この原因のひとつとして、都道府県職員個々人の力量の差があるものと考えられる。第 5 次医療法改正によって、これまで以上に都道府県は医療行政において積極的な役割を果たさねばならなくなったことを踏まえると、都道府県職員の資質向上に向けた取組は喫緊の課題である。

このため、次期医療計画の改定時に向けて、医療計画作成に関するマニュアルを作成し、各都道府県における研修会等での活用が求められる。

なお、こうしたマニュアルは、こと細かに作成方法を指導する「上意下達」的なものであってはならない。数値目標設定のための考え方や手順について基本的な事項を提示するとともに、今計画における先進的な事例や問題点、課題等を整理することに

よって、各都道府県における創意工夫の努力を促す配慮が必要であるものとする。

## 2. SPO 分類について

本研究においては、医療計画において設定された数値目標を、体系的に整理するために SPO 分類を用いた。この分類によって、数値目標間の相互関連を明確化したことは、上述したところであるが、その他にも、以下のような活用があるものとする。

### (1) 有効な Outcome 指標の設定

今医療計画における Outcome 指標の大半を死亡に関する項目が占めているように、生死に関する事項は、最も確かで測定も容易な指標である。しかしながら、その一方で、どのような Structure や Process が生死に関する Outcome 指標の向上に寄与するか、その明確な因果関係を証明することは困難である。

このほかにも、満足度に関する Outcome 指標の設定については、測定、評価にまだ克服すべき課題が残っている。

池上(2008)は「アウトカム(治療成績)からの評価には限界」があるため、「治療のプロセス(過程)からの評価が中心になる」。そして、性・年齢構成を補正した各種の手術・処置等の実施率を全国値と比較することによって「地域における医療提供の適切性を全体として評価できる」と指摘している。

実際に、今医療計画においても「t-PA による脳血栓溶解療法実施症例数」の増加を数値目標として設定している事例(岡山県、大分県)に見られるように、今後、治療のプロセスに着目した事業の推進がより一層求められているものと考えられる。

その一方で、これまでは Structure や Process に関するものが大勢を占めていた診療報酬の評価が、平成 20 年の診療報酬改定において、回復期リハビリテーションについて Outcome 評価が試行的に導入されている。また、県民の主たる関心は、最終的にどのような成果をもたらされるのかという点にあるものと考えられる。

このようなことから、今後、医療計画に規定される数値目標は、Process 指標に関するものが多くなることも予想されるが、行政としては Outcome 指標を中心とする数値目標体系を構築していくことが求められる。このためには、SPO 分類と PDCA サイクルの循環を通して、有効な Outcome 指標に関する情報収集や分析、検討を積み重ねていかなければならない。

## (2) 代替指標としての Output 指標

これまで述べてきたように、Outcome 指標として満足度を経年的に測定し評価することは、技術的に困難である。特に、患者ニーズに対して十分な提供体制が整備されているとは言い難い在宅医療の分野での Outcome 指標の設定は、より一層困難であると考えられる。

このような状況に直面した場合の対応として、国は、行政機関が行う政策の評価に関する法律に基づき策定した「政策評価の実施に関するガイドライン」において、政策は成果(アウトカム)に着目した目標を設定するが、成果に着目した目標の設定が困難な場合にはアウトプットに着目した目標を設定するとしている。

また、Donabedian(2003)も Structure, Process, Outcome は、直線的で単純な関係のみを想定しているものでなく、複線的で多様な分岐構造をもった体系としている。

このようなことから、Outcome 指標の設定が困難な場合においては、Process 指標の中から Outcome 指標の代替となるような指標を Output 指標として位置付け、この Output 指標を中心とした目標体系を構築していくべきである。

具体的に、在宅医療分野においてみると、福岡県が設定している目標「在宅医療を受ける患者数」や、佐賀県が設定している目標「自宅での死亡の割合」といった指標は、満足度の向上のためには、必要不可欠となる前提を測るものであり、Output 指標として位置付けることが可能であろう。

## 3. 在宅医療の推進に向けて

在宅医療を推進するためには、各都道府県が医療計画の中で客観的に評価できる数値目標を設定する必要がある。しかしながら、今回の都道府県医療計画において在宅医療、医療提供体制といった項目に関して具体的な数値目標を設定しているのは 22 都道府県に留まり、その数は半数にも満たなかった。

さらに都道府県間においても、京都府や熊本県等のように多数の目標を設定している自治体もあれば、1つしか目標を設定していない自治体もあり、在宅医療に関する取扱いに差がみられた。これは、今回の医療計画策定においては、4 疾病 5 事業に各都道府県の主たる関心が向かった結果、在宅医療に関しては取り組みが手薄になったとも考えられる。一方、福岡県や千葉県のように在宅医療を積極的に取り上げることで、各都道府県の特徴を打ち出すことも可能であったと考えられることから、次回計画でのより積極的な取り組みが期待される。

設定目標の内容に関しては、Structure 指標による目標数が Process 指標による目標数よりはるかに多く、なかでも在宅療養支援診療所数や訪問看護ステーション数など施設数に関する目標が多く掲げられていた。しかしながら、施設等の必要な資源が十分に揃えられたとしても、それらの資源を適切に配分するためのシステムが確立されていないと有効に医療サービスの提供が行えないことを考えると、今後の計画では Process 指標による目標の充実が図られるべきである。

設定目標と施策の関連性に関していえば、各都道府県の施策の中には Structure 指標による目標しか記載していないにもかかわらず「在宅医療推進に関するネットワークづくりの推進」や「在宅医療に関わる関係機関の強化」等の Process 指標による目標に対する施策を打ち出している都道府県もあり、目標と施策の関連があいまいである計画も多く、この点からも Structure 指標による目標と施策を連結する Process 指標による目標設定が重要になってくると考えられる。

地域保健医療計画において在宅医療の項目を設けている都道府県は 13 にとどまり、数値目標を設定している都道府県もわずか 3 県であった。この 3 県のなかでも全医療圏で目標を設定している県は熊本県のみであり（山形は全 4 医療圏中 1 圏、兵庫は全 10 医療圏中 1 圏、）事実上 2 次医療圏レベルで在宅医療に取り組んでいるのは全都道府県のうちでわずか 1 県だけである。このように、医療計画上、2 次医療圏レベルでの在宅医療の位置付けはほとんど進んでいない状況にある。

少子高齢化の進展に伴い、今後ますます在宅医療に対する需要が増大すると考えられるが、地域の特性や実情に即した医療サービスの提供を図るためには、都道府県単位でのマクロ的な施策に加え、2 次医療圏レベルにおけるより具体的な目標の設定及び施策の展開が重要となる。

在宅医療を利用しようという患者・家族は住み慣れた地域や家で通常の社会生活を送りながら療養から看取りまでを行いたいという希望をもつ人たちである。かれらの希望をかなえるためには在宅医療を提供するための地域基盤をどのように強化するかを考える必要がある。この点、現在設定されている各医療圏レベルでの目標としては、「訪問看護ステーション数」、「在宅療養支援診療所数」等の Structure 指標による目標が全目標の半数以上を占めている。もちろんその地域で在宅医療を提供するための物的資源を充実させることは重要であるが、これらの目標に加え、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、さらには緊急時に後方支援に当たる病院等の間の連携体制や「訪問看護サービス利用者数」のような Process 指標による目標も合わせて設定すべきである。このような Structure 指標、Process 指標による目標を設定したうえで、福岡県や佐賀

県が県レベルで設定している「在宅医療を受ける患者数」、「自宅での死亡の割合」のような Output 指標による目標を地域ごとに設定することが考えられよう。

## 第5節 今後の展望

以上、現行の医療計画の抱える問題点を指摘し、今後取り組むべき方向性を検討してきたところであるが、実際の各都道府県の現場からは、これらはすべて理想的な提言であり、実際の関連団体等、多くのステーク・ホルダーとの関係の中では実現不可能だとする反発が予想される。

一方、市町村職員からは、もっと市民との協働が必要であるとの指摘が、医療現場からは5年後の数値目標を議論するのではなく、早急に医療提供体制を充実せよとの意見が寄せられそうである。このほかに保険者としての意見や、県民の多種多様な意見、要望等があることであろう。

次期医療計画の策定及びその実行、評価、改善に当たっては、このような意見をできるだけ多く反映していく仕組みづくりが必要であり、そのためには、具体的な数値目標を設定し、広く評価が可能な PDCA サイクルを構築することが、共通の議論、さらには合意形成の前提となる。

本研究が、こうした医療計画における PDCA サイクルの改善に寄与するならば幸いである。

## 都道府県ごとの SPO 分類 (4 疾病 5 事業 + 在宅医療等分野)

○件数

	S	P	O	総計
北海道	19	9	5	33
青森	39	32	13	84
岩手	4	3	7	14
宮城	18	4	7	29
秋田	2	5	7	14
山形	19	10	6	35
福島	13	7	6	26
茨城	27	24	7	58
栃木	9	17	5	31
群馬	1	14	8	23
埼玉	8	6		14
千葉	42	38	14	94
東京	13	7	10	30
神奈川	11	18		29
新潟	7	17	8	32
富山	11	3	8	22
石川	15	12	9	36
福井	6	10	1	17
山梨	7	5	4	16
長野	9	18	1	28
岐阜	15	18	15	48
静岡	3	4		7
愛知	4	9	8	21
三重	6	3	7	16
滋賀	4	4	1	9
京都	28	18	1	47
大阪	6	12	5	23
兵庫	11	8	3	22
和歌山	12	15	2	29
鳥取	1	1	1	3
島根	11	3	4	18
岡山		2	1	3
広島	1	3	8	12
徳島	13	6	7	26
香川	17	11	4	32
愛媛	1	25	4	30
高知	14	10	8	32
福岡	6	13	5	24
佐賀	15	22	10	47
熊本	24	4	7	35
大分	13	4	7	24
宮崎	17	9	4	30
鹿児島	4	2	11	17
沖縄	9	15	3	27
総計	515	480	252	1247

○構成比 %

	S	P	O	総計
北海道	57.6	27.3	15.2	100.0
青森	46.4	38.1	15.5	100.0
岩手	28.6	21.4	50.0	100.0
宮城	62.1	13.8	24.1	100.0
秋田	14.3	35.7	50.0	100.0
山形	54.3	28.6	17.1	100.0
福島	50.0	26.9	23.1	100.0
茨城	46.6	41.4	12.1	100.0
栃木	29.0	54.8	16.1	100.0
群馬	4.3	60.9	34.8	100.0
埼玉	57.1	42.9	0.0	100.0
千葉	44.7	40.4	14.9	100.0
東京	43.3	23.3	33.3	100.0
神奈川	37.9	62.1	0.0	100.0
新潟	21.9	53.1	25.0	100.0
富山	50.0	13.6	36.4	100.0
石川	41.7	33.3	25.0	100.0
福井	35.3	58.8	5.9	100.0
山梨	43.8	31.3	25.0	100.0
長野	32.1	64.3	3.6	100.0
岐阜	31.3	37.5	31.3	100.0
静岡	42.9	57.1	0.0	100.0
愛知	19.0	42.9	38.1	100.0
三重	37.5	18.8	43.8	100.0
滋賀	44.4	44.4	11.1	100.0
京都	59.6	38.3	2.1	100.0
大阪	26.1	52.2	21.7	100.0
兵庫	50.0	36.4	13.6	100.0
和歌山	41.4	51.7	6.9	100.0
鳥取	33.3	33.3	33.3	100.0
島根	61.1	16.7	22.2	100.0
岡山	0.0	66.7	33.3	100.0
広島	8.3	25.0	66.7	100.0
徳島	50.0	23.1	26.9	100.0
香川	53.1	34.4	12.5	100.0
愛媛	3.3	83.3	13.3	100.0
高知	43.8	31.3	25.0	100.0
福岡	25.0	54.2	20.8	100.0
佐賀	31.9	46.8	21.3	100.0
熊本	68.6	11.4	20.0	100.0
大分	54.2	16.7	29.2	100.0
宮崎	56.7	30.0	13.3	100.0
鹿児島	23.5	11.8	64.7	100.0
沖縄	33.3	55.6	11.1	100.0
総計	41.3	38.5	20.2	100.0

参考文献

- 1、辻哲夫、日本の医療制度改革がめざすもの、東京：時事通信社、2008；61-62
- 2、Donabedian, Avedis (1966), Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Quarterly, 2005, Vol. 83, No. 4; 691-729
- 3、Donabedian, Avedis (2003), An Introduction to Quality Assurance in Health Care, Edited by Rashid Bashshur UK:OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003; 45-57
- 4、総務省、地方公共団体における行政評価の取組状況(平成19年10月1日現在)、2008
- 5、池上直己、都道府県単位の医療費適正化—その課題と展望、社会保険旬報、2008；2368：12-21

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
北海道	がん	がん年齢調整死亡率(75歳未満人口十万対)	O	男132.2 女69.2	男105.7以下 女55.3以下	<ul style="list-style-type: none"> <li>○がん予防の推進 (健康のために望ましい生活習慣、禁煙、受動喫煙防止)</li> <li>○がんの早期発見</li> <li>○がん登録の推進</li> <li>○がん医療連携体制の整備</li> </ul>
		喫煙率	P	男44.8% 女12.1%	全国値以下	
		がん検診受診率	P	13.6~17%	50.0%以上	
		地域がん診療連携拠点病院	S	10病院	20病院	
		都道府県がん診療連携拠点病院	S	0	1	
	脳卒中	特定健康診査受診率	P	33.6%	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○予防対策の充実</li> <li>○医療連携体制の充実</li> <li>○発症予防</li> <li>○応急手当・病院前救護 (救急要請後1時間以内を目途に搬送、メディカルコントロールに基づく処置等)</li> <li>○急性期医療 (来院後1時間以内の専門的治療、血液検査や画像検査の24時間体制実施)</li> </ul>
		脳血管疾患年齢調整死亡率(人口十万対)	O	男62.7 女34.6	全国値以下	
		地域連携クリティカルパスの導入二次医療圏数	P	1	全医療圏(21)	
	急性心筋梗塞	特定健康診査受診率	P	33.6%	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○予防対策の充実</li> <li>○医療連携体制の充実</li> <li>○発症予防</li> <li>○応急手当・病院前救護</li> <li>○急性期医療 (来院後30分以内で心臓カテーテル検査、専門的診療を行う医師等が24時間対応可能な体制実施)</li> </ul>
		急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口十万対)	O	男28.4 女12.3	全国値以下	
		地域連携クリティカルパスの導入二次医療圏数	P	0	全医療圏(21)	
	糖尿病	特定健康診査受診率	P	33.6%	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○予防対策の充実</li> <li>○医療連携体制の充実</li> <li>○発症予防</li> <li>○初期・安定期治療 (糖尿病診療ガイドラインに即した診療、血糖コントロール等)</li> <li>○専門治療 (血糖コントロールの改善及び合併症の治療を集中的に実施)</li> </ul>
		糖尿病有病者の割合(40~74歳)	O	男9.9% 女5.2%	男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	O	758人	669人	
		地域連携クリティカルパスの導入二次医療圏数	P	0	全医療圏(21)	
	救急	在宅当番医制等初期救急医療の確保市町村割合	S	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○初期救急医療体制の充実</li> <li>○二次救急医療体制の充実</li> <li>○三次救急医療体制の充実</li> <li>○救急搬送体制の充実</li> <li>○道民への情報提供や普及啓発</li> </ul>
		病院群輪番制の実施二次医療圏数	S	21	21	
		救命救急センターの整備三次医療圏数	S	6	6	
		ドクターヘリの導入	S	道央圏	未整備圏域への導入	
		救急自動車による搬送時間が1時間以上の救急患者割合(%)	P	4.8	全国平均5.0以下の維持	
		救急法等講習会の実施二次医療圏数	S	全医療圏(21)	全医療圏(21)	
		災害拠点病院整備二次医療圏数	S	全医療圏(21)	全医療圏(21)	
	北海道DMAT指定医療機関等整備三次医療圏数	S	3医療圏	全(6)三次医療圏		
	災害拠点病院における防災マニュアル整備率	S	84.0%	100%		
	災害拠点病院における耐震化整備率	S	52.0%	100%		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策	
北海道	へき地	無医地区数	S	111	100	○へき地における保健指導 ○へき地における診療の機能 (へき地診療所等の施設・設備の整備費や運営費支援、自治医科大卒医師派遣等、救急搬送体制) ○へき地の診療を支援する医療の機能 (研修会、医師派遣等)	
		へき地医療拠点病院数	S	19	19		
	周産期	総合周産期センターにおける指定医療機関数	S	2	6	○総合周産期センター及び地域周産期センター等の整備 ○周産期救急情報システムの整備 ○研修機能の整備 ○助産師外来の開設等の取組 ○NICU等に長期入院している児童への支援	
		助産師外来を開設している医療機関数	S	6	24		
	小児	小児二次救急医療体制が確保されている二次医療圏数	S	全医療圏 (21)	全医療圏 (21)	○小児医療体制等の確保 (小児救急電話相談事業など相談支援体制、小児医療の連携体制の構築、小児医療の重点化) ○小児高度専門医療や療養・療育支援体制の確保	
		小児医療の重点化病院を選定する二次医療圏数	S	15	20 札幌圏除く		
		小児医療を行う医師数(小児人口一万人対)	S	15.8	17		
	青森	がん	がんの年齢調整死亡率	O	103.2	82.6	○がんの予防と早期発見 ・発がんリスクの低減を図るため成人喫煙率の減少、未成年者の喫煙率0%、食生活や運動習慣の改善等による肥満防止 ○集学的治療が実施可能な体制 ・手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療 ○治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制の整備 ・切れ目ない緩和ケアの提供 ・すべてのがん診療に従事する医師が緩和ケアに関する基本的知識習得 ○地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上 ○がん医療に関する相談支援及び情報提供 ○がん登録の充実
			がん診療連携拠点病院充足率(拠点病院の整備された二次医療圏の割合)	S	83.3%	100%	
地域連携バス整備率(拠点病院)			P	0.0%	100%		
放射線療法・化学療法を行う拠点病院の割合			S	100%	100%		
がん関係認定看護師数(拠点病院)			S	6人	増加		
緩和ケアチーム設置率(拠点病院)			S	100%	100%		
緩和ケア研修受講医師数			S	0人	増加		
医療用麻薬消費量			P	要調査	増加		
緩和ケア実施病院数(拠点病院以外)			S	要調査	増加		
緩和ケアを実施する訪問看護ステーション数			S	要調査	増加		
がん患者の在宅死割合			P	4.9%	増加		
相談支援センター設置率			S	83.3%	100%		
がん関係パンフレット配布(がんに関する情報提供)医療機関数			S	要調査	増加		
標準様式による院内がん登録実施率(拠点病院)			P	100%	100%		
院内がん登録実施医療機関数			S	要調査	増加		
研修受講済登録実務者配置割合			S	要確認	100%		
喫煙率(成人男、成人女、妊婦、未成年)			P	39.4%等	25%以下 0%等		
禁煙外来実施医療機関数			S	36力所	増加		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
青森	がん	検診受診率	P	26.3%等	50%以上	
		検診カバー率(市町村がん検診の対象者のうち検診を受ける者の割合)	P	7.9~16.2%	30%以上	
		精度管理・事業評価実施割合	P	要調査	100%	
		科学的根拠に基づく検診実施割合	P	要調査	100%	
	脳卒中	健診受診者の増加	P	371,241人	517,000人以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制</li> <li>・脳卒中に関する知識普及</li> <li>・搬送途上の医療の質の維持及び向上</li> <li>○速やかな専門治療の開始</li> <li>・急性期医療を担う医療機関の整備</li> <li>・脳卒中医療に携わる医師、医療従事者の教育に対する体制づくり</li> <li>・地域連携バスの開発・普及</li> <li>○進行度に応じたリハビリテーションが可能な体制</li> <li>・地域連携バスの開発・普及</li> <li>・合同症例検討会の実施</li> <li>・「脳卒中手帳」等の統一様式による情報の共有</li> <li>○在宅療養が可能な体制</li> <li>○県民への啓発事業</li> <li>・健康あおもり21の推進</li> <li>・予防対策の推進</li> </ul>
		救急搬送時間の短縮(救急要請から医療機関収容までに要した平均時間)	P	29.9分	発症後2時間以内の急性期病院への搬送	
		救急救命士数	S	238人	増加	
		急性期脳血管障害治療の実施設数	S	16施設	増加	
		24時間画像検査の実施設数	S	32施設	増加	
		年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	男84.0 女45.3	男68.7 女39.8	
		脳外科医師数	S	44人	増加	
		回復期リハビリテーション実施病床割合	S	3.8%	4.2%	
		入院日数	P	96.8日	65.3日	
		通所リハ、訪問リハ、訪問看護等、訪問サービスを行う介護サービス事業所数	S	163施設	増加	
	地域連携バス実施地域	P	2圏域	全(6)圏域		
	急性心筋梗塞	健診受診者数	P	371,241人	517,000人以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症後、速やかな搬送と救命処置及び搬送が可能な体制</li> <li>・急性心筋梗塞に関する知識普及</li> <li>・応急手当の普及</li> <li>・急性期医療機関への速やかな搬送のための連携強化</li> <li>○速やかな治療開始が可能な体制の構築</li> <li>・急性期医療を担う医療機関の体制整備</li> <li>・急性心筋梗塞の医療連携の推進</li> <li>○再発を予防するための体制の構築</li> <li>○(発症及び再発予防のための)県民への普及啓発</li> <li>・健康あおもり21の推進</li> <li>・急性心筋梗塞についての正しい知識の普及啓発</li> <li>・予防対策の推進</li> </ul>
		成人の肥満者の割合	P	男33.7% 女27.1%	男25%以下 女20%以下	
		身体活動や運動による1日の消費エネルギー	P	120~170キロカロリー/日	200~250キロカロリー/日	
		成人の喫煙率	P	男39.4% 女8.2%	男25%以下 女5%以下	
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		P	カテーテルまで中央値18分 再灌流まで中央値48分	カテーテルまで平均値30分 PCIまで平均値60分		
急性期死亡率(入院から30日以内の院内死亡率)		O	6.2%	7%以下		
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口十萬対)		O	男42.6 女14.0	男38.7 女13.3		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
	糖尿病	糖尿病による失明発症率の減少	O	2.7人/10万人	改善	○健康づくり対策 ・健康あおもり21の推進 ・こどもの健康づくりの支援 ・普及啓発用パンフレットの作成 ○患者の症状に応じた適切な医療が提供される体制の構築 ・糖尿病を専門的に治療できる医療機関と、それ以外の一般診療所の間で、患者の紹介・逆紹介を円滑に行うための手順等を策定し、患者の症状に応じた適切な医療が提供される体制を構築 ・糖尿病を専門としない一般かかりつけ医の資質向上対策
		糖尿病腎症による新規透析導入率の減少	O	11.1人/10万人	10%減少	○患者の治療中断の防止対策 ・糖尿病合併症の周知対策 ・事後指導体制の強化
青森	救急	住民の救急蘇生法講習の受講率(人口10万人あたり)	P	2,028人	増加	○病院前救護体制の充実 ・メディカルコントロール協議会の活用 ・搬送途上の医療の質の維持及び向上、消防機関と医療機関の連携強化 ・AED設置促進等
		AEDの設置台数とその配置	S	112台	増加	○初期救急医療の整備 ・休日・夜間診療所の設置促進
		救急車の稼働台数とその配置	S	108台	参考	○入院救急医療の確保
		救命の現場に居合わせたものによる救命処置実施率	P	34.0%	向上	○救命期医療の整備 ・津軽地域における高度を含む救命救急センターの設置
		救急救命士によって行われる特定行為の件数	P	4,624件	増加	・救命救急センターの充実 ・ドクターヘリの整備促進
		救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	P	29.9分	短縮	○救命期後医療の整備
		1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率	S	83%	増加	○広域災害・救急医療情報システムの活用
		救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から例えば30分以上、あるいは5医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合	P	0	現状維持	
		救命救急センターにおいて消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合(救急搬送応需率)	P	100%	現水準の維持	
		心肺停止患者の一个月後の予後(病院前救護、初期、救命期)	O	3.3%	向上	
		救急医療施設の数(救急告示病院・診療所)	S	60	現状維持	
		救命救急センターの充実度評価の状況	P	A段階	現状維持	
		災害	災害医療体制に位置づけられる医療機関の数	S	8	現状維持
救命救急センターのうち災害拠点病院に位置づけられたもの占める割合	S		100%	現状維持	(2)青森県広域災害・救急医療情報システムの活用 2 応援派遣	
病院の耐震化率(耐震化された病院/全病院数)	S		67.8%	100%	(1)災害派遣医療チーム(DMAT)の体制整備	

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
青森	災害	広域災害救急医療情報システムに登録している病院の割合	S	100%	現状維持	3健康管理 (1)災害時医療救護マニュアルの作成及び訓練・研修の実施 (2)災害時医薬品及び医療用資機材の確保 4緊急被ばく医療体制
		各地域における防災訓練の実施回数	P	41	増加	
		基幹災害拠点病院における県下の防災関係医療従事者を対象とした研修の実施回数	S	0	実施	
		基幹災害拠点病院が、地域災害拠点病院の職員に対して実施した災害医療研修の実施回数	S	0	実施	
		DMAT等緊急医療チームの数	S	5チーム	増加	
		資機材が整備されている被ばく医療機関数(放射線医学総合研究所を除く)	S	9	15	
		院内マニュアルを策定している被ばく医療機関数(放射線医学総合研究所を除く)	S	6	9	
		緊急被ばく医療訓練を実施している被ばく医療機関数(放射線医学総合研究所を除く)	S	6	9	
	へき地	緊急被ばく医療に関する研修の受講者数	S	113	現状維持	○へき地勤務医師の確保 ○へき地医療の確保 ・へき地医療拠点病院への支援体制の強化 ・へき地医療拠点病院の増加・充実 ・巡回診療等の実施 ・看護サービスの充実等 ・ヘリコプターの活用 ○診療支援 ・情報システム及び専門医療の提供体制 ・代診医の確保 ・搬送体制の確立 ・専門医療の充実 ・あおり地域医療・医師支援機構の充実等
		応急手当受講率(人口十萬対)	P	2,028人	増加	
		へき地診療所の数	S	15	支援・充実	
		へき地医療拠点病院の数	S	6	支援・充実	
		派遣医師数の伸び率	S	380.8	需要に応じた派遣	
		代診医派遣延べ数の伸び率	S	-	需要に応じた派遣	
	周産期	5回分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	P	16市町村	40市町村(全市町村)	○青森県周産期医療システムの推進 ・すべての妊産婦及び新生児が速やかに適切な医療を受けることのできる環境づくりを推進 ・総合周産期母子医療センターの機能の充実と有効利用 ○将来にわたる周産期医療提供体制の維持・充実 ・オープンシステム、院内助産所等、新たな産科医療体制の具体化 ○県民の不安・負担の軽減
		救急搬送マニュアルを活用した新生児救急搬送割合	P	5.6%	8.0%	
		乳児死亡率(出生千対)	O	3.0%	全国平均以下	
		新生児死亡率(出生千対)	O	2.1%	全国平均以下	
		周産期死亡率(出生千対)	O	6.4%	全国平均以下	
		極低出生体重児出生割合(構成率)	O	0.89%	全国平均以下	
超低出生体重児出生割合(構成率)		O	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		O	16%	全国平均以下		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策	
青森	小児	小児救急電話相談件数(年間延べ件数)	P	448件	600件	<ul style="list-style-type: none"> <li>1子どもの急変等に関する相談・支援の充実</li> <li>子どもの病気にに対する知識や家庭でできる応急体制等について情報提供</li> <li>子どもの事故や外傷を予防する環境づくり</li> <li>2小児医療体制の充実</li> <li>3重症度に応じた小児救急医療が提供できる体制の構築</li> </ul>	
		小児救急ガイドブック配布数	P	20,000部	40,000部		
		外傷による子どもの救急搬送件数	P	1,408件	1,268件		
		病院間輪番制等による小児救急医療体制が構築されている圏域数	S	1か所	3か所		
		小児人口に対する小児科医の割合(小児人口一万対)	S	7.0人	増加傾向		
岩手	がん	がん年齢調整死亡率(75歳未満人口十萬対)	O	91.0	10%以上減	<ul style="list-style-type: none"> <li>○がんの予防</li> <li>・たばこ対策、生活習慣改善の行動変容を支援する情報提供</li> <li>○がんの早期発見</li> <li>・精密検査体制の確保 検診の効果と精度の一定の限界についても適切な情報提供</li> <li>○がん医療</li> <li>・医療機関の整備医療連携体制の構築等</li> <li>・医療従事者の育成</li> <li>・在宅医療</li> <li>○相談支援・情報提供</li> <li>○がん登録</li> </ul>	
		がん検診受診率	P	22.9~31.5%	50%		
		がん診療連携拠点病院等の整備圏域数	S	2圏域	9圏域		
		緩和ケアチーム設置圏域数	S	5圏域	9圏域		
		相談支援センター整備圏域数	S	2圏域	9圏域		
		院内がん登録及び地域がん登録の実施圏域数	S	4圏域	9圏域		
	脳卒中	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	60.5	12.5%減		
	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	23.3	12.5%減		
	糖尿病	特定健康診査の実施率	P	—	70%		<ul style="list-style-type: none"> <li>○メタボリックシンドロームの普及啓発や生活習慣改善に向けた環境整備</li> <li>○かかりつけ医が良好な血糖コントロールの維持ができるよう専門医療機関や合併症治療機関との情報提供や紹介・逆紹介等による連携</li> <li>○専門治療の環境整備</li> <li>○急性合併症治療実施医療機関との緊密な連携の推進</li> <li>○地域連携クリティカルバスの導入推進</li> <li>○糖尿病に関する正しい知識の普及</li> </ul>
		特定保健指導の実施率	P	—	45%		
		糖尿病有病者の推定数(40~74歳)	O	男46千人 女32千人	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少	O	143.3人	120人未満		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
岩手	救急	救命救急センター救命者数	O	2,070人	2,070人	<ul style="list-style-type: none"> <li>○AEDを含めた心肺蘇生法の普及</li> <li>○メディカルコントロール体制の充実強化</li> <li>○救急自動車利用について適切な行動等に係る普及啓発</li> <li>○専門医の養成・確保</li> <li>○地域医療連携の取組</li> </ul>
	周産期	周産期死亡率(出生千対)	O	5.0	4.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>○総合周産期母子医療センターの充実</li> <li>○地域周産期母子医療センターの拠点機能の強化</li> <li>○産科医師不在地域においてモバイルCTG遠隔妊婦健診を実施し、妊婦の通院に伴う負担軽減</li> </ul>
宮城	がん	がん診療連携拠点病院における放射線療法及び外来化学療法の実施	S	実施率100%	実施率100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○がん診療提供体制の整備</li> <li>○治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制</li> <li>○地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上</li> </ul>
		がん診療連携拠点病院における5大がんに関する地域連携クリティカルパスの整備	P	—	100%	
		二次医療圏ごとに1か所程度相談支援センターを整備	S	4医療圏	7医療圏	
		がん情報センター研修修了者を相談支援センター相談員に配置	S	4医療圏	7医療圏	
		二次医療圏ごとに緩和ケアチームを有する医療機関数を整備	S	4医療圏	7医療圏	
		年齢調整死亡率(75歳未満 人口十萬対)	O	89.6	78.8	
	脳卒中	t-PA投与が常時可能な専門的医療機関の数	S	14か所	16か所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症後、速やかな搬送と専門的な診療体制</li> <li>○新しい救急システムの構築</li> <li>○病期に応じたりハビリテーション体制</li> <li>○在宅療養が可能な体制</li> <li>○脳卒中ネットワークの形成</li> </ul>
		脳卒中の専用病室を有する医療機関数	S	26か所	28か所	
		二次医療圏ごとに脳血管疾患等リハビリテーションI届出医療機関の配置	S	4医療圏	7医療圏	
		年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	男70.7 女42.5	男63.6 女38.3	
	急性心筋梗塞	二次医療圏ごとに冠動脈インターベンションが可能な体制整備	S	6医療圏	7医療圏	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症後、速やかな救命処置の実施と搬送</li> <li>○速やかな専門的診療の実施</li> <li>○医療機関間の連携</li> <li>○合併症予防や在宅・社会復帰を目的とした心臓リハビリテーション</li> <li>○在宅医療</li> </ul>
		心臓病の専用病室を有する医療機関数	S	13か所	14か所	
		虚血性心疾患による年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	男38.6 女17.4	男34.7 女15.7	
	糖尿病	糖尿病有病者(推定数)の減少(40~74歳)	O	男66,200人 女64,200人	10%減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症初期及び不安定期における治療並びに合併症予防体制</li> <li>○血糖コントロール不可の場合及び急性合併症の専門的治療体制</li> <li>○糖尿病の慢性合併症の治療体制</li> </ul>
		糖尿病による人工透析新規導入率(人口十萬対)	O	47.9	64.6以下	
糖尿病医療に関する協議会の設置		S	—	1		
救急	救命救急センターの設置数	S	4か所	5か所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○救急医療体制の強化</li> <li>○初期救急医療体制の確立</li> <li>○救急医療情報システムの改善</li> <li>○救急搬送体制の充実</li> <li>○救命期後医療体制の整備</li> <li>○救急医療に関する知識の普及</li> </ul>	
	病院収容所要時間	P	34.7分	全国平均		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
宮城	災害	DMAT研修修了チーム数	S	8チーム	13チーム	○各種関係機関との連携 ○災害拠点病院等の充実
		災害医療従事者研修受講施設数(延べ)	S	13か所	18か所	
	へき地	患者輸送車の整備	S	7台	2台整備	○無医地区等への安定的な医療提供体制の確保
		医療設備の整備	S	—	内視鏡1台 医療用車両1台	○へき地医療支援体制の拡充 ○へき地医療の地理的格差の解消
	周産期	周産期死亡率(出産千対)	O	5.1人	全国平均(4.7人)	○周産期医療資源の集約化・重点化 ○医師の確保と助産師の専門性の活用 ○新生児医療提供体制の充実
		産科・産婦人科医師数(人口十 万対)	S	7.5人	全国平均(7.9人)	○その他周産期医療システムの充実
		母胎及び新生児の県外搬送	P	有	0件	
		セミオープンシステム実施医療圏	P	1医療圏	全医療圏	
	小児医療	乳児死亡率(出産千対)	O	2.1人	2.0人	○小児救急医療体制の整備 ○相談支援体制の充実
		小児科医師数(小児人口一万人対)	S	7.7人	全国平均(8.4人)	○小児科医療資源の重点化 ○医師の確保
秋田	がん	75歳未満年齢調整死亡率(人口 十萬対)	O	96.1人	76.8人	○がんの予防 ・たばこ対策の推進、食生活の改善、大規模 コホート研究の活用 ○がんの早期発見の推進 ・がん検診の普及・啓発等(受診率の向上 等) ・がん検診の質の向上 ○集学的治療の推進と人材の育成 ・放射線療法及び化学療法の推進 ・標準的な治療の実施と治療ガイドラインの 普及 ○がん医療機関の整備と連携体制の構築 ・がん診療連携拠点病院の整備 ・地域における医療連携体制の整備、地域 連携クリティカルバスを活用 ○緩和ケアと在宅医療の推進 ○がんに関する情報提供と相談支援の充実 ○地域における推進体制の整備 ○がんに関する調査と研究の推進
		平均在院日数	P	106.2日	106.2日	○一人ひとりの健康状態に応じた適切な健 康教育や健康相談が受けられる体制を整備 ○特定健診・特定保健指導を推進するととも に、健診の有効性、精度管理等の健診体制 を整備
		年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	男76.3 女39.5	男61.9 女39.5	○脳卒中発症時の症状、救急時の対処法な どに関する知識の普及・啓発を推進 ○県内の脳卒中医療水準の向上と均てん化 ○脳血管研究センターを継承する新たな脳・ 循環器センター(仮)を開設し、急性期から回 復期にいたる高度な医療の提供体制を整備 ○回復期リハビリテーション病棟の施設・設 備整備、人材確保 ○脳卒中地域連携クリティカルバスの導入
	入院中のケアプラン策定率(病 院)	P	38.5%	75.0%	○一人ひとりの健康状態に応じた適切な健 康教育や健康相談が受けられる体制を整備 ○虚血性心疾患の危険因子である高血圧、 血清脂質異常症、糖尿病及び喫煙に関する 健康教育を実施する市町村を支援 ○AEDの使用を含めた救命蘇生法の普及・ 啓発	
急性 心筋 梗塞	平均在院日数	P	13.5日	13.5日	○急性期心筋梗塞の二次、三次救急医療体 制の整備 ○新たに脳・循環器センター(仮)を開設し、 急性期から回復期にいたる高度な医療の提 供体制を整備 ○急性期心筋梗塞地域連携クリティカルバ スの導入	
	年齢調整死亡率(人口十萬対)	O	男21.0 女10.1	男21.0 女10.1		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
秋田	糖尿病	糖尿病性腎症による新規透析導入率(人口十万対)	O	7.0	7.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>○日本一健康な県づくり県民運動を通じ運動習慣定着化の推進</li> <li>○地域・職域連携推進協議会等を活用し、市町村、医療保険者、事業所の連携による特定健康診査・特定保健指導等の広報啓発を行い受診率等の向上</li> <li>○良好な血糖コントロール評価を目指した治療や慢性合併症の予防・治療を継続的に行う体制の整備</li> <li>○人工透析等を行う医療機関の設備整備促進</li> </ul>
		年齢調整死亡率(人口十万対)	O	男4.7 女4.6	男4.7 女3.9	
	救急	三次救急医療を担う医療機関の整備地区数	S	2地区	3地区	<ul style="list-style-type: none"> <li>○救急搬送</li> <li>・消防防災ヘリコプターの効率的な運用、ドクターヘリ導入の検討</li> <li>○病院前救護体制</li> <li>・救急蘇生法講習会の実施、AED設置促進</li> <li>○初期救急医療</li> <li>・在宅当番医制及び休日夜間急患センターの運営体制の充実</li> <li>○二次救急医療</li> <li>・医師確保総合対策事業を実施し救急告示病院における医師確保支援</li> <li>○三次救急医療</li> <li>・救命救急センターの運営支援</li> <li>○普及啓発</li> </ul>
	災害	災害医療対策本部及び各地域災害医療対策本部における訓練の実施回数	P	—	1回以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療救護体制の充実強化</li> <li>○災害拠点病院等の充実</li> <li>○災害派遣医療チーム(DMAT)の体制整備</li> </ul>
	へき地	医療の確保策がとられている無医地区等の割合	S	76.2%	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師の確保</li> <li>・へき地診療所の運営費やへき地診療所の施設・設備支援</li> <li>○診療を支援する方策</li> <li>・へき地医療支援機構によるへき地医療対策事業の円滑かつ効率的な実施</li> <li>・へき地医療従事者研修の実施</li> <li>○へき地医療に関する知識の普及・啓発</li> </ul>
	周産期	周産期死亡率(出産千対)	O	5.9人	4人未満	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師確保</li> <li>・産婦人科、小児科等の特定診療科の診療に従事しようとする大学院生または研修医に対する修学資金または研修資金の貸与</li> <li>・女性医師の労働環境の整備及び継続的な就労を図る</li> <li>・臨床現場から離れた女性医師を対象とした復帰支援研修の実施</li> <li>○周産期医療体制の充実</li> <li>・既存の医療圏を超えた広域的な連携体制の強化</li> <li>・総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの運営を支援</li> <li>・救急搬送における消防機関と医療機関との連携の一層の充実</li> <li>○普及・啓発</li> </ul>
	小児	乳児死亡率(出生千対)	O	2.7人	2.7人未満	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師確保</li> <li>・小児科等の特定診療科の診療に従事しようとする大学院生または研修医に対する修学資金または研修資金の貸与</li> <li>・女性医師の労働環境の整備及び継続的な就労を図る</li> <li>・臨床現場から離れた女性医師を対象とした復帰支援研修の実施</li> <li>○小児救急医療体制の整備</li> <li>・地域の実情に応じた初期救急医療体制の構築</li> <li>○普及・啓発</li> </ul>
小児救急電話相談利用状況		P	0.4%	1.0%		