

【医療計画班①】地域医療構想を第七次医療計画に盛り込むに当たって必要な事項

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）
研究協力者 田辺 正樹（三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部）
研究協力者 田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
研究協力者 野田 龍也（奈良県立医科大学 公衆衛生学）

研究要旨

平成 30 年度からの第 7 次医療計画の策定に向け、PDCA サイクルをより推進するための 5 疾病・5 事業及び在宅医療における指標について、過去の研究等を踏まえ、厚生労働省の担当部局や関係学会等へのヒアリング等を行い、さらには国で行われている「医療計画の見直し等に関する検討会」における議論にも合わせる形で、今後に向けた指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定やその根拠となるデータを整理した。

その結果、これまで厚生労働省から示されていた指標に関して指摘されていた、施設整備や従事者に関するストラクチャー指標が多い、施策とつながる指標が少ない、地域全体を評価する指標が少ないなどの課題を踏まえ、NDB（ナショナルデータベース）等のデータを活用した医療行為に関する地域のプロセス指標を数多く採用することができた。また、指標のスリム化については、単純に数を減らすのではなく、重要な指標に重み付けをすることで指標の活用方法をスリム化し、都道府県の担当職員にとっての負担軽減と活用面における実効性の向上を図った。

本研究成果は、厚生労働省における医療計画の見直し等に関する検討及び平成 28 年度に次期医療計画の策定指針を定める際の基礎的・科学的な資料等として、また、各都道府県が医療計画を策定及び進捗管理していく際の参考資料として活用されることが期待される。

A. 研究目的

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療計画の評価と実効性の向上に関する研究」（研究代表者 河原和夫）において、医療計画を策定し PDCA に基づくプロセス管理を行う上で有用な指標とそうでない指標とが峻別され、また、各指標どうしの関係や都道府県の行う各事業（政策手段）と指標との関係について、都道府県が理解しにくいという課題が明らか

となった。

本研究では、それらの課題に対し、第 7 次医療計画に向け、都道府県にとって有用であり、かつ、事業や結果（アウトプット）及び成果（アウトカム）につながると考えられる指標について、指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定やその根拠となるデータの整理等を行うことを目的としている。

B. 研究方法

指標の開発や活用方法の検討を行うに当たり、まずは今回の研究目的の観点から以下の研究等について内容を整理した。

- ① 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療計画の評価と実効性の向上に関する研究」（主任研究者・河原和夫）
- ② 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「地域医療構想策定及び医療計画 PDCA サイクルの推進に資する都道府県の人材育成等手法に関する研究」（研究代表者 熊川寿郎）
- ③ 「PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」報告書（平成 26 年 3 月 20 日、座長 尾形裕也）
- ④ 「地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン」（平成 26 年 12 月 10 日、地域医療計画実践コミュニティ：RH-PAC）
- ⑤ 「指標に見るわが国のがん対策」（平成 27 年 11 月、がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究 国立がん研究センターがん対策情報センター）

また、国の施策の観点を踏まえるため、平成 28 年内に開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」の資料及び議事録、同年 12 月に出された「とりまとめ」についても、可能な限りその方向性に合うよう留意した。

さらに、他の施策との整合性の観点から、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「医療及び介護の総合的な確保に資する基金の効果的な活用のための持続的な評価と計画への反映のあり方に関する研究」研究班とも情報共有や意見交換を実施した。

個別の指標の検討にあたっては、疾病・事業ごとに厚生労働省の担当部局へのヒアリングや、それぞれの担当を通じて関係学会や有識者へのヒアリングを行ったうえで、適宜関係者と調整し、今後に向けた指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定やその根拠となるデータを整理した。

C. 研究結果

①については、都道府県へのアンケート調査を踏まえ、以下のような課題と考察が得られた。

<課題>

- ・ 指標とそれがどのような事業や結果を生むかについて、都道府県は理解しにくいことが明らかとなった。
- ・ 「脳卒中及び救急医療対策について、適切な医療提供体制の確保を進める際にどのような方法が有効であったか」については、「予算化・補助金提供等、財政の裏付け」、「市民への PR」、「計画推進のための委員会の設置・開催」が上位を占めていた。
- ・ 「評価の実施状況」については、内部の委員会のみによって行われており、第三者委員会や住民や関係者から意見を求めた評価を行っているところは少なかった。
- ・ 「厚生労働省に対する意見」については、「もっと指標をシンプルに整理して欲しい」、「アウトカムとのつながりを見えるようにして欲しい」、「なるべく都道府県の裁量が大きい方針にして欲しい」などの声があった。

<考察>

- ・ 指標が多すぎると、かえって施策の優先順位や目標が定まらず、計画自体がバラ

ンスを欠く恐れがある。

- ・提示した指標の意義とそれに連なる施策との関係について、厚生労働省の十分な説明が欠けていたことに由来しているのではないか。
- ・対策を推進するためには、特に財政の裏付けが医療計画の実効性を担保するためにも不可欠。
- ・今後は、在宅、そしてその背後に控える介護事業を考えると、市町村の役割の見直しや強化、都道府県との連携の強化も必要。
- ・策定と同一の主体が評価にも関与することは客観性に欠け、事業としての医療計画のPDCAサイクルが有効に回らないことが懸念される。
- ・事業評価を主体とする医療計画を2年ごとに評価することは、期間が長すぎ事業の改善に結びつきにくいいため、1年ごとの評価が望ましい。

②については、都道府県担当職員への研修会の開催を踏まえ、以下のような報告がされている。

<前提となる課題>

- ・大量の指標データの位置関係を理解し、地域の現状を構造化した上で整理する必要がある。

<課題を踏まえた構造化の枠組みのための教材の作成>

- ・ドナベディアン・モデルを活用したSPOフレームワーク（Structure：構造、Process：過程、Outcome：結果）はあくまで頭を整理するための道具であり、その分類方法等に正解はないため、分類の分類になってはいけないし、頭の整理が

できれば可とする。

- ・「構造」に足りない要素として、「外部環境」や「対象」を加える。
- ・「結果」はアウトプットとアウトカムに分けられ、アウトプットとは、「生産されたサービス量（単なる量）」、「実行したこと（その結果、どうなったかは問わない）」を意味する。
- ・アウトカムは多次元概念であり、最終アウトカム、中間アウトカムという考え方が非常に有用。中間アウトカムとは、最終アウトカム達成につながることを期待される途中のアウトカムを指す。
- ・「構造」→「過程」→「結果」というつながりを具体的に示すと、「外部環境、対象、内部環境」→「生産されたサービスの単なる量、実行したこと」→「成果：目標がどれだけ達成されたか、実行したことによって患者・住民に生じた“変化”」となる。
- ・データの限界を認識し、ストーリーをMECE（相互に：Mutually、排他的：Exclusive、集合的に：Collectively、包括的：Exhaustive）に考え、「漏れ」「見落とし」がないように考える必要がある。
- ・PDCAサイクルの中でも、統計的品質管理における質の向上を目的とした「平均値の向上」のための「改善のPDCAサイクル」（方法を変える）と、統計的品質管理における質の維持を目的とした「分散（ばらつき）の縮小」を目的とした「制御のPDCAサイクル」（方法を改善する・極める）のどちらを活用するのかについて検討する必要がある。
- ・問題解決の枠組みには、以下のような順序があり、それぞれがPDCAサイクルの各段階に位置づけられる。
問題定義（P）：

解くべき問題は何か
 規模の把握 (P) :
 患者数やリスクの把握
 決定要因の理解 (P) :
 SPO フレームワークの活用
 質・コスト・アクセスの視点
 WHY 型ロジックツリー原因分析
 戦略の策定 (P) :
 既存施策整理・評価と新規施策検討
 HOW 型ロジックツリー
 優先順位の決定 (P) :
 実行と評価 (DCA) :
 Output と Outcome の区別
 評価指標の作成

Pにおける原因分析と解決策策定には、問題を分解しその根本的な原因を洗い出すための WHY 型ロジックツリーによる分析が有用（その際は MECE によって構造化することが重要）である。同様に、原因排除の方法を分解し、具体的な方策を洗い出す HOW 型のロジックツリーによる分析を行うことも推奨される。

Pにおいて優先順位の決定を行う際に重要な点として、現実的な視点（投入可能な経営資源（人、時間、財源））を勘案しながら意思決定を行う必要がある。

C においては「評価指標」が必要であり、良い評価指標とは、SMART な指標（特異的 Specific, 測定可能 Measurable, 入手可能 Attainable, 現実的 Realistic, 期限あり Time-bound）である。

③については、以下の点が明記されている。

<今後国が検討すべき事項と方向性>

- ・ 指標の整理
 地域の特性に応じた分類

行動主体の明確化
 指標の取捨選択

- ・ データ提供
 定期的かつ継続的な提供
 比較評価のために統一した表示形式のデータベースの経年的な管理
 データ特性の明示
 分析を支援するための解析ツール
 医療介護データの連結
- ・ 研修等
 きめ細かくかつ継続的・安定的な技術支援
 データブックの簡易化
 人事異動を踏まえた内容
 本庁以外の人間も巻き込む必要性
 研修の質の効果についての評価

④については、【PDCA サイクルと指標】について、以下のように示されている。

<評価について>

- ・ PDCA サイクル: 計画 (Plan)、実施 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) を一連の流れで実施し、施策や活動やその成果を継続的に高めて行くこと
- ・ セオリー（理論）評価: ロジックモデルの質や内容を評価すること
- ・ プロセス（過程）評価: 決められた施策や活動が予定通り実施されているか評価すること
- ・ インパクト（影響）評価: 施策や活動が成果の変化をもたらす効果を生んだか、評価すること
- ・ 費用対効果評価: インパクトを費用で割ったもので、効率性を示す

<因果関係について>

- ・ ロジック（論理）モデル: アウトプット

とアウトカムの因果関係など、施策や活動の論理的な構造

- ・ インプット（投入）：施策や活動に投入される資源
- ・ アウトプット（結果）：施策や活動の主体側に起こること
- ・ アウトカム（成果）：施策や活動の結果として、働きかけた対象側に起こる変化

<指標について>

- ・ ストラクチャー（構造）指標：医療サービスに投入された資源に関する指標
- ・ プロセス（過程）指標：医療サービスの内容に関する指標
- ・ アウトカム（成果）指標：患者の健康状態等に関する指標

<導入すべき考え方>

- ・ 施策・指標マップの使用
アウトカム志向の強化、施策の改善、建設的な議論の場の醸成などが期待される。
- ・ コア指標の考え方
特に重要な指標として厳選した指標で、疾病・事業別に数個程度。
- ・ アウトプットとアウトカムのつながり
施策によるアウトプットがどのようなアウトカムの向上につながるのかを見て評価する。
- ・ 患者視線包括指標の考え方
患者調査等によって受益者の評価を組み込む。
- ・ 共通患者調査
全国共通のサンプリングデータ収集を行う。
- ・ 医療の質を示す指標
医療等サービスの質の内容や結果を示す指標として、治療成績、臨床指標（QI）、標準医療遵守率などを測定する。

- ・ 医療従事者調査
医療現場の従事者に対する全国共通のサンプリングデータ収集を行う。

⑤については、以下のような方針に基づき、がん対策推進基本計画を踏まえ、デルファイ法も活用して合意集約を行い、3つの全体目標及び9つの分野別施策における指標の作成がされている。

<方針>

- ・ 数字についての留意点を可能な限り明示する
- ・ 数字を解釈するための元材料を可能な限り提供する
- ・ 95%信頼区間を表示する

国における「医療計画の見直し等に関する検討会」については、第2回（平成28年6月15日）、第6回（平成28年11月9日）において指標に関連する議論がされた。それぞれにおける資料において示されたものは以下の通り。

<第2回>

資料3：PDCAサイクルを推進するための指標について

（論点）

- ・ 都道府県が収集・活用しやすいかどうか
- ・ 現状を評価できる指標が示されているかどうか
- ・ 施策と連動する指標となっているかどうか
- ・ 医療機関単体ではなく、地域全体に重点を置いた評価ができるかどうか

<第6回>

資料5：次期医療計画における指標の見直し

について

(見直しの方向性)

- ・ 現計画の評価も含め、現状の把握を行う
- ・ 課題抽出に当たっての具体的な考え方を示す
- ・ 課題に対応し、且つ事後評価が可能な数値目標について具体的な考え方を示す
- ・ 施策と数値目標の関係性を整理し、施策を進めるための事業について具体的な考え方を示す
- ・ 5 疾病・5 事業及び在宅医療ごとに課題解決へ向けた取組みの成果等の見せ方を具体的に示す

資料 6 : 5 疾病・5 事業等の見直しの方向性について

(がん)

がん医療提供体制の構築にあたっては、「がん診療連携拠点病院等の整備について」などの各指針等を踏まえて取り組むことを基本とする。

治療を主とする医療と、予防や社会復帰に向けた支援との連携も重要。

指標については、上記の各指針等を踏まえつつ、「指標に見るわが国のがん対策」（国立がん研究センター）を参考に見直す。

(脳卒中)

脳血管疾患による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な急性期診療を実施する体制の構築を進める必要がある。急性期から慢性期を通じて、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた、一貫した医療を提供する体制の構築が必要である。

(急性心筋梗塞)

急性心筋梗塞に限らず、心不全等の合併症や、他の心血管疾患（急性大動脈解離等）を含めた医療提供体制の構築を進める。

急性心筋梗塞による突然死を防ぐため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進める。

急性期の治療に引き続き、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築する。

(糖尿病)

発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、病診連携や診療科間連携等の地域における連携体制の構築を目指す。

重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と保険者が連携する取組みを進める。

今後、上記を踏まえた現状把握や評価のための指標の設定を進める。

(救急医療)

適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入れ体制の構築に向け、メディカルコントロール（MC）協議会等をさらに活用する。

いわゆる出口問題等に対応する観点から、救急医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にしつつ、地域包括ケアシステムの構築に向け、より地域で連携したきめ細かな取組みを進める。

地域住民の救急医療への理解を深めるための取組みを進める。

(災害医療)

都道府県医療対策本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チー

ム（DMAT や JMAT 等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネイト体制の整備をすすめる。

事業継続計画（BCP）の策定を、災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても引き続き推進する。

大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。

（へき地医療）

へき地医療対策を医療計画における医療従事者の確保等の他の取組みと連動し、より充実したものとするため、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化して推進する。

へき地医療拠点病院の要件の見直し等を通じて、巡回診療等の取組みを着実に進める。地域における医師確保等の取組みと併せて、へき地の医療提供体制をさらに充実させる。

（周産期医療）

ハイリスク妊産婦及び新生児に係る整備を都道府県全体の医療体制整備と連動したものととしてさらに進めるため、「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化した上で、推進する。

周産期医療の体制を整備するにあたり、周産期医療の実態に則した圏域を設定する。

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、しっかりと対応できる体制を構築。

精神疾患を合併した妊婦の診療に対応できるよう、周産期医療と精神科医療が連携した体制を整備する。

（小児医療）

日本小児科学会の提言も踏まえ、拠点となる医療機関の整備を進めるとともに、拠点となる医療機関が存在しない地域においては、地域の実情を踏まえた医療体制を整備する。

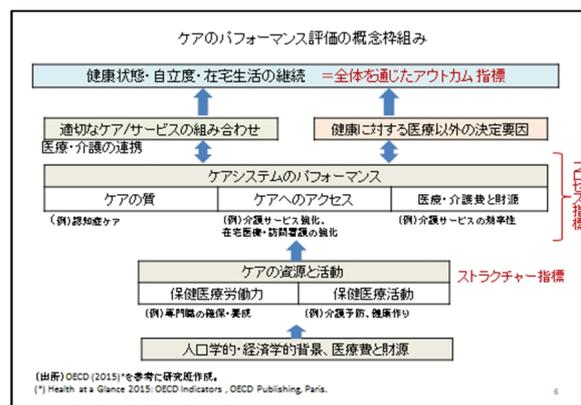
その際には、拠点となる医療機関と小児科のかかりつけ医等の関係機関との連携を推進する。

地域における受入れ体制を構築するための人材の育成や、地域住民の小児医療への理解を深めるための取組みも進める。

他の施策との整合性の観点から、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「医療及び介護の総合的な確保に資する基金の効果的な活用のための持続的な評価と計画への反映のあり方に関する研究」における班会議資料より、以下の点を整理した。

<アウトカムの改善を目指す概念の枠組み>

（図 1）



<指標の設定についての考え方>

【指標例検討に際しての基本的な考え方（概略）】

1. 都道府県による主体的なマネジメントに資するものとする。
2. 都道府県が主体的に指標を設定するのを

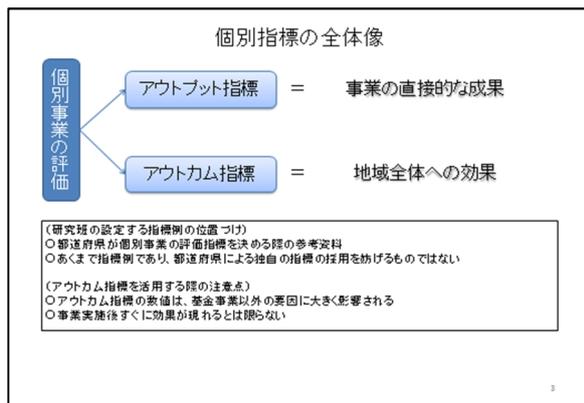
妨げるものではない。ただし、都道府県が独自の指標を設定する場合は本指標例と同様の性質である必要がある。

- a. アウトカム指標の数値は基金事業以外の要因に大きく影響される
- b. アウトカム指標は事業実施後すぐに効果が現れるとは限らない

【指標の構成（概略）】

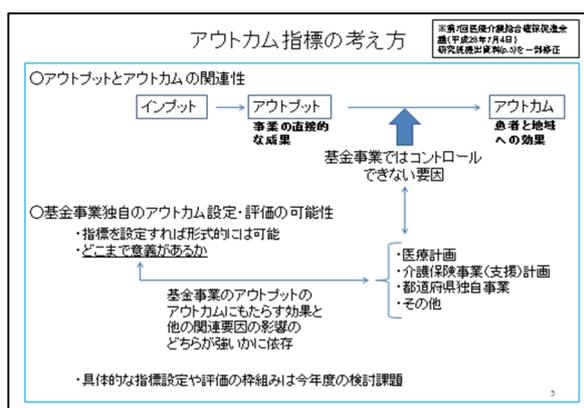
1. アウトプット指標とアウトカム指標で構成される。

（図 2）



2. アウトプット指標は個別事業の直接的な成果である。
3. アウトカム指標は事業を通して期待される地域全体への効果を測定するものである。

（図 3）



【指標の性質（概略）】

1. あくまで指標例であり、都道府県による独自の指標の採用を妨げるものではない。
2. アウトカム指標の数値の解釈に当たって以下に留意する必要がある。

分野ごとの指標の検討については、厚生労働省の関係部局を通じて関係者へのヒアリングを実施した。概要については、資料1の通り。なお、ヒアリングにあたっては、以下の点について相手側に説明したうえで行った。

1. 概要

医療計画における指標については、都道府県の策定に際して、収集・活用がしやすく、現状を評価でき、施策と連動するものにする方向で検討。

また、評価指標に関して、医療機関単体ではなく、地域全体に重点をおいた評価ができるものとする方向で検討。

厚生労働科学研究費研究班（本研究班）で、現在指標のあり方について具体的な検討を行っているところであり、臨床の現場や学会のご意見は重要と考える。

5 疾病・5 事業について、医療情報に関するデータベースの構築や集計に尽力されている先生を中心に、学会からのご意見をお伺いし、学会と行政が共同してどのような取組みが作っていただけるか、示唆をいただければと考えている。

2. お伺いしたい内容

学会（あるいは、学識者）として、どのような指標が、重要なものとするか(絞れるか)。どういう方向性で、学会と行政が協調した取組みを進めていただけるか。

どのような数値目標を設定するのがよいか。

個別の指標の検討にあたっては、指標をスリム化するという方向性がありながら、NDBやDPCデータの活用が可能となったこと等による有用な指標数が増えるという、一見すると二律背反の状況であったが、この点については、指標のスリム化を「使うデータを少なくする」のではなく、「重要な現状把握のための指標に重み付けをし、その他の指標を参考程度の位置づけにする」ことで、指標の活用方法をスリム化する方法をとった。

まず、「現状把握のための指標」については、「アウトカム指標」を中心に重み付けを行うこととし、それで不十分と考えられる分野については、それを代用できると考えられる「プロセス指標」を選定することとした。また、がんにおける「がん拠点病院」や、小児における「小児地域支援病院」などのように、二次医療圏単位で整備することが求められている分野については、「ストラクチャー指標」に重み付けを行うこととした。

指標については、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標を重点指標（●印付き）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標を参考指標（印なし）として、添付資料の表1を作成した。また、それぞれのデータ定義等については、表2を作成した。最後に、今後、指標としての妥当性について検討が必要と考えられるものをまとめ、表3を作成した。

なお、精神医療分野については、平成28年度厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者 山之内芳雄）報告書に掲載されているので、そちらを参照して下さい。

D. 考察

一用語の整理

まず、都道府県における指標の活用を推進するため、以下のように用語の整理が必要であると考えられる。

アウトカム（成果）：

施策や事業が、住民の健康状態や患者の状態にもたらした変化

アウトプット（結果）：

施策や事業が、実施されることにより、実施主体の側に起こる結果

インパクト（影響）：

施策や事業のアウトプットが、アウトカムにもたらす変化（寄与）

ストラクチャー指標：

医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

プロセス指標：

サービス提供主体の活動や、組織間の連携体制を測る指標

アウトカム指標：

住民の健康状態や患者の状態を測る指標

評価指標：

アウトカムの達成に向け、施策や事業を進捗管理し、評価するための指標

SMARTな指標：

良い評価指標のこと。具体的には、以下の性質を持っており、頭文字を取ってそう呼ばれる。

①具体性、特異性（Specific）

具体的であるかどうか、施策や事業に特異的であるかどうか

②測定可能性（Measurable）

数値目標、達成期間、期待する達成度などが明示され、測定可能であるかどうか

③達成可能性（Attainable）

達成可能であるかどうか。コスト、ス

ケジュール、従事者の質と量、社会環境への適合性に問題はないか。関係者の反対はどうか。

④現実性 (Realistic)

現実的かどうか。目標を達成するための手段は適切な因果関係となっているかどうか。

⑤期限明示 (Time-bound)

実施時期、終期、期限などが明示されているか。

MECE (ミーシー) :

Mutually (相互に)、Exclusive (重なりがなく)、Collectively (全体的に)、Exhaustive (漏れがない) の頭文字を取ったもの。対象を分類する際、各事項に「重なり」「漏れ」がない状態を言う。

—これまでの国の指針や研究等を踏まえた指標の設定及び活用に関する考え方の整理

「指標」という単語については、現状で様々な使われ方が存在しており、現場の都道府県担当者や医療関係者等を混乱させている可能性がある。この問題については、指標が PDCA サイクルのどの段階において、どのような使われ方をするのか、という作業工程を示すことで考え方を整理する。

まず、現状の把握においては、課題の抽出に向け、「現状把握のための指標」が用いられている。これは、国から提供されているデータブックをイメージすればよい。

そして、「現状把握のための指標」を整理するために、SPO というフレームワーク (分類方法) が使われ、分類されている。さらに、疾病・事業ごとになると、SPO という縦軸のフレームワークに加え、目指すべき方向を踏まえた、例えば病期ごとの横軸のフレームワークが加わっている。これらはあくまで整理が目的であるため、『どこに分類すべきか』

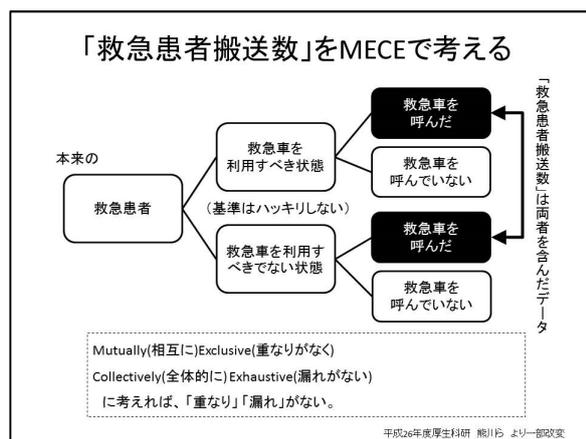
を議論することは本質的ではないことに注意が必要である。

「課題の抽出」に当たっては、医療における最大の成果が患者・住民の健康への寄与であることを踏まえ、まずは「現状把握のための指標」のうち、患者・地域住民の健康状態の変化を示す「アウトカム指標」に分類されている指標の中で、全国平均や都道府県内平均と比べて極端に乖離しているデータがないかどうかを確認する。

分野によっては「現状把握のための指標」では「アウトカム指標」が不十分である場合があり、その場合は「プロセス指標」の中から、例えば標準的に行われるべきと考えられる医療行為等に関するデータに着目し、それらを全国平均や都道府県内平均と比較し、極端に乖離しているデータがないかどうか、一定水準以上の医療提供が行われているかどうかを確認する。その際、どの「プロセス指標」に着目するかは専門家の意見が重要になる。

また、分野によっては、医療機関を整備することが目指すべき方向に示されているため、その分野については、「現状把握のための指標」の中の「ストラクチャー指標」のデータに着目する必要がある。ただし、「ストラクチャー指標」が満たされている場合は、当該ストラクチャーが機能を発揮しているかという観点から、当該ストラクチャーに関連する「プロセス指標」に着目する必要がある。つまり、『ハコはあるが、果たして動いているのか』を確認するということである。

(図 4)



ここで注意しなければならないのは、「現状把握のための指標」から抽出した課題が本当に課題であるかどうかの検討が必要だということである。例えば、救急患者搬送数というプロセス指標は単純に「地域の救急車を呼ぶ必要があるほど重症な救急患者数」を示してはならず、「救急車を利用すべき状態で呼んだ患者数」と「救急車を利用すべきでない状態で呼んだ患者数」が含まれていると同時に、「救急車を利用すべき状態で呼んでいない患者数」が含まれていない。このような場合は、搬送された患者の重症度割合と合わせて検討することで、課題とすべきか否かの判断に近付くことができる。指標の意味をMECEに考えることが必要となる。

「課題の抽出」が行われると、次にその課題解決のための「数値目標」が必要となる。この「数値目標」は地域の実情に応じた設定となり、例えば全国平均や県内平均を目指すこともあれば、全国1位や具体的な高い目標値を設定することが考えられる。医療計画においては、まずは都道府県内で地域ごとに偏りが生じていないかどうかという観点から、平均値を目指すという方向性が求められ、その上で都道府県として全国との比較を行う必要があると考えられる。

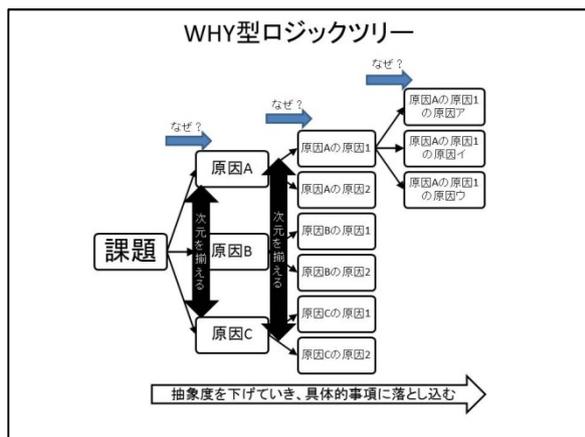
また、「数値目標」については、評価のために毎年把握可能な指標が望ましいが、複数年ごとにしか把握ができない場合には、それを「中長期的な成果（最終アウトカム）」とし、毎年把握可能で代用可能な指標を「単年度成果（中間アウトカム）」として設定することも可能である。

ここまでは、「現状把握のための指標」で大部分対応することが可能である。ここから先は、抽出された課題について、課題解決に向けて検討することになる。

抽出された課題と数値目標を設定したあとは、その課題がどうして発生したのかという原因分析を行う必要がある。「現状把握のための指標」から抽出された課題に対する原因が単一であることは稀であり、通常は複数の原因が存在する。それらの根本的な原因を洗い出すために、WHY型のロジックツリーによる分析が有用であり、その際、各階層をMECEに構造化することが重要である。

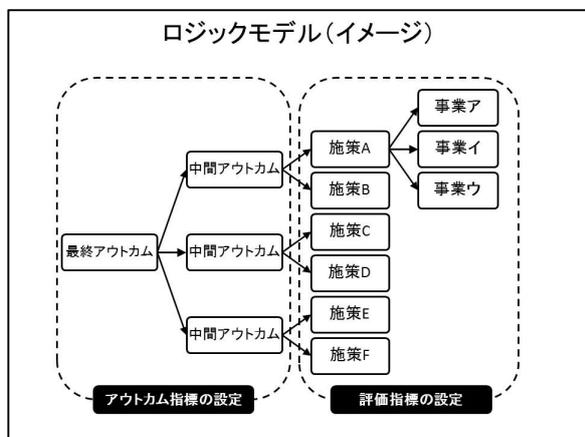
構造化されたロジックツリーの中から、次に行うのは施策の検討となる。まず、原因の中には、「人種」や「気候」などのコントロール不可能な要因も含まれており、そういったものを除いて施策の対象となる原因を洗い出す作業が必要となる。その上で、施策の対象となった原因の中から、課題の解決に寄与しそうなものに重み付けを行うと同時に、施策の実現可能性を、人や時間、財源などの資源を踏まえて考えることが重要となる。これは、限られた資源の中で優先順位を付けて施策を実施（事業化）するためには必須の作業となる。

(図 5)



WHY型ロジックツリーによって原因分析を行い、施策の対象となる原因が洗い出され、それらに対する施策が立てられたものは、施策群として課題解決のためのロジックモデルになると考えられる(図6)。また、表に整理することで付随する情報等を見やすくすることもできる(表1)。

(図 6)



(表 1)

最終アウトカム		中間アウトカム		施策	影響	評価指標	優先度	実施主体	期限
課題 (アウトカム指標)	目標 (アウトカム指標)	原因A	指標A	施策A					
				施策B					
		原因B	指標B	施策C					
				施策D					
		原因C	指標C	施策E					
				施策F					

これらは、課題解決を頂点とした因果関係のピラミッド構造となっており、医療関係者

や患者・住民にとっても、施策群の全体像を把握しやすいものとなるため、都道府県が公表する際に参考にさせていただきたい。ロジックモデルを活用し、どの原因にどのような施策が立てられ、それにどれだけの資源が投入されているかを見える化することで、都道府県行政の説明責任も果たしやすくなると考えられる。

一方で、実際に行われている事業が、このロジックモデルに紐付かない場合には、そもそもロジックモデルに抜けがあるか、事業が課題解決につながっていない可能性があるため、再度検討が必要となる。第6次医療計画を見直す際には、既存の施策や事業が課題解決に向けた因果関係となっているかどうかについての確認と、必要があれば見直しを行うことが必要であると考えられる。

医療計画のPDCAサイクルを単年度評価で回すために重要になってくるのは、施策における具体的な事業の実施である。事業を実施すると何かしらの結果であるアウトプットが生み出され、施策のアウトプットとして、その先患者や住民の健康状態を変化させる成果であるアウトカムにつながっていく。場合によっては、アウトカムも何段階かに分かれており、最終アウトカムの手前に中間アウトカムが存在することもある。要するに、施策や事業というのはアウトカムに向かって一歩ずつ歩いていく性質のものである。よって、施策及び事業評価においては、アウトプットを評価することになる。このアウトプットは「施策及び事業の評価指標」と位置づけられる。これを毎年進捗管理することで、施策や事業がアウトカムの改善に向けて着実に進んでいるかどうかを評価することができる。

ここで注意が必要なのは、この「施策及び事業の評価指標」は「現状把握のための指標」

には含まれておらず、都道府県が作成しなければならないという点である。過去の研究等でも、『施策と結びつく指標が欲しい』というような意見があったが、施策の体系が出来上がっていない段階で、それを国で一律に作成するのは困難であると考えられる。よって、都道府県は、毎年事業の進捗管理が行えるよう、SMART な評価指標を設定するよう、努力しなければならない。

医療計画の PDCA サイクルを回し、地域住民の健康に寄与するためには、課題解決につながる施策群と、それぞれの施策を推し進めるための事業、さらには事業の実施に必要な予算化である。都道府県の医療計画策定スケジュールがタイトであることを考えると、まずは優先する疾患・事業をある程度限定し、やれるところや重要な点から始めることが大切であり、むやみに全ての分野のデータ分析だけで検討会を消費して最後に駆け込みで計画を策定することは、本末転倒であると言える。

国の検討会（第 2 回）で好事例として紹介された高知県の周産期に関する事業は、しっかりと現状把握の中から課題を抽出し、目標数値を立てたうえでその課題解決につながる原因を同定し、その対策を事業化して評価指標を独自指標として設定し、定期的にそれを評価し、改善に向けて毎年 PDCA サイクルを回している。小さいことだが、これを続けて広げていくことが、医療計画の実効性を高めていくためには必要である。

今後に向けての課題としては、医療計画における分野ごとの施策体系や評価方法に対する具体的な考え方も示していく必要があると考えられる。評価に関しては、現行の内部評価に留まっている点についても、今後は第三者評価をどう仕組み化するかを考える

必要がある。

一指標の開発に関する成果と課題

今回の研究で大きく前進できたのは、活用できる指標が増加し、特にレセプト関連データ（NDB や DPC データ）を活用できるようにことによって、これまでなかったプロセス指標が数多く設定できる可能性が広がったことである。

また、今回の学会関係者等へのヒアリング等を通じ、学会等の関係団体からデータの提供を受けられるようになるなど、今後の関係団体等との情報連携に向けて一歩前進できたと考えられる。

一方で、指標の整理を行うに当たっては、疾病・事業ごとの医療提供体制が目指す方向について、施策の体系が整っていないことから、施策評価のための指標を設定することが困難であった点が挙げられる。平成 33 年の中間見直しに向けて、国は、分野ごとの施策体系モデルを作り上げ、その中で各施策の方向性や評価指標の設定、課題解決のためのロジックモデルの作成を行ったうえで、都道府県に提供し、研修を通じての浸透活動を図る必要があると考えられる。

また、活用できるデータが増えたとはいえ、例えば、「外来栄養管理指導料」が糖尿病患者以外にも算定されることから、必ずしも糖尿病患者に対する食事療法に関する現状を正確には反映できないなど、データの限界についても、引き続き改善のための検討を進めていくことが必要であると考えられる。同時に、再び指標の数が多くなって都道府県の業務負担となりすぎないように注意が必要であるし、診療報酬が 2 年ごとに改定されることの継続性への課題についても検討が必要であると考えられる。

E. 結論

今回、これまでの議論等を踏まえて医療計画で活用できる指標の選定及び開発を行った。同時に、指標の活用方法の整理も行うことができたため、都道府県の医療計画策定担当者には是非活用していただきたい。

一方で、それと同時に、施策体系や評価の枠組みの必要性が浮き彫りとなった。指標は良質な課題設定と施策体系があって初めて価値を高めることができるため、今後は、枠組みづくりとそれに合わせた指標の設定、その枠組み全体の評価についても考え方を示していきたい。

<文献>

本文中に記載

<添付資料>

資料1 : ヒアリング先一覧

表1 : 4疾病（精神医療以外）・5事業及び在宅医療の医療体制構築にかかる現状把握のための領域別指標

表2 : 重点・参考指標一覧（集計定義等）

表3 : 今後の妥当性に関する検討指標一覧

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

<添付資料>

(資料 1)

分野	氏名	所属機関	職名	備考
がん	西本 寛	国立がん研究センター	がん対策情報センター長	
脳卒中	峰松 一夫	国立循環器病研究センター病院	院長	日本脳卒中学会 理事
脳卒中	飯原 弘二	九州大学	脳神経外科教授	日本脳卒中学会 幹事
心筋梗塞	安田 聡	国立循環器病研究センター病院	副院長、心臓血管内科部門長	日本心臓病学会 代議員
糖尿病	門脇 孝	東京大学	代謝栄養病態学(糖尿病・代謝内科)教授	日本糖尿病学会 理事長
糖尿病	植木 浩二郎	国立国際医療センター研究所	糖尿病研究センター長	日本糖尿病学会 常任理事
救急	嶋津 岳士	大阪大学	救急医学 教授	日本救急医学会 理事
救急	織田 順	東京医科大学	救急・災害医学 准教授	日本救急医学会 評議員
救急	長谷川 雄二	医療法人社団悦伝会目白病院	理事長・院長	
救急	田邊 晴山	救命救急東京研修所	救急医学 教授	
救急	辻 友篤	東海大学	救命救急医学 講師	
災害	小井土 雄一	国立病院機構災害医療センター	救命救急センター長	日本集団災害医学会 代表理事
へき地	梶井 英治	自治医科大学	地域医療学センター長	へき地保健医療対策検討会 座長
へき地	澤田 努	高知医療センター	総合診療部長	へき地保健医療対策検討会 構成員
周産期	海野 信也	北里大学病院	院長	日本周産期・新生児医学会 理事長
周産期	中井 章人	日本医科大学多摩永山病院	副院長	日本周産期・新生児医学会 評議員
小児	森 臨太郎	国立成育医療研究センター	政策科学研究部 部長	
小児	西田 俊彦	東京女子医科大学	母子総合医療センター 助教	
小児救急	阪井 裕一	埼玉医科大学総合医療センター	小児科学教室 教授	
小児救急	松裏 裕行	東邦大学大森医療センター大森病院	小児科 准教授	

表 1 4 疾病（精神を除く）・5 事業及び在宅医療の医療体制構築にかかる現状把握のための領域別指標一覧

別表 1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防・早期発見	治療	療養支援
ストラクチャー	● 禁煙外来を行っている医療機関数	● がん診療連携拠点病院数	● 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数
		認定看護師が配置されている拠点病院の割合	麻薬小売業免許取得薬局数
		専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	相談支援センターを設置している医療機関数
		放射線治療・薬物療法・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数
		● 地域がん診療病院数	緩和ケアチームのある医療機関数
		がんリハビリテーション実施医療機関数	外来緩和ケア実施医療機関数
プロセス	● がん検診受診率	診療ガイドラインに基づく治療実施割合	● がん患者指導の実施件数
	喫煙率	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	● 入院緩和ケアの実施件数
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）	外来化学療法の実施件数	● 外来緩和ケアの実施件数
	ハイリスク飲酒者の割合	放射線治療の実施件数	● がん性疼痛緩和の実施件数
	運動習慣のある者の割合	悪性腫瘍手術の実施件数	在宅がん医療総合診療料の算定件数
	野菜と果物の摂取量	術中迅速病理組織標本の作製件数	
	食塩摂取量	病理組織標本の作製件数	
	公費肝炎検査実施数	がんリハビリテーションの実施件数	
	公費肝炎治療開始者数	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	
		地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	
アウトカム	● 年齢調整罹患率	● がん患者の年齢調整死亡率	がん患者の在宅死亡割合
	罹患患者数	がん患者の死亡者数	
	早期がん発見率	拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	

(●は重要指標)

別表2 脳卒中中の医療提供体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防	救護	急性期	回復期	維持期	
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数		神経内科医師数・脳神経外科医師数			
			脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数			
			脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数			
			リハビリテーションが実施可能な医療機関数			
プロセス	喫煙率	脳血管疾患により救急搬送された患者数(再掲)	● 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数			
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)		脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数			
	ハイリスク飲酒者の割合		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数			
	健康診断の受診率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数			
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数			
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数			
			脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数			
アウトカム	● 脳血管疾患により救急搬送された患者数	● 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	● 退院患者平均在院日数			
		脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	●	在宅等生活の場に復帰した患者の割合		
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率					

(●は重要指標)

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防		救護		急性期		回復期		慢性期・再発予防	
ストラクチャー		禁煙外来を行っている医療機関数				循環器内科医師数・ 心臓血管外科医師数				
						心臓内科系集中治療室(CCU) を有する病院数・病床数				
						心臓血管外科手術が 実施可能な医療機関数				
						心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数				
プロセス		喫煙率		虚血性心疾患により救急搬送された患者数(再掲)		急性心筋梗塞に対する 経皮的冠動脈インターベンション の実施件数				
		ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)		心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	●	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率				
		健康診断の受診率				虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数				
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率				入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数				
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率						外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数		
						虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数				
アウトカム	●	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	●	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	●	退院患者平均在院日数				
				虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率			●	在宅等生活の場に復帰した患者の割合		
	●	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率								

(●は重要指標)

別表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防		初期・安定期		合併症予防を含む専門治療		合併症治療	
ストラクチャー	●	特定健診受診率		糖尿病内科(代謝内科)医師数		教育入院を行う医療機関数		糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数
		特定保健指導実施率		糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数		糖尿病専門医数		糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数
						腎臓専門医数		糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数
						糖尿病登録医/療養指導医		歯周病専門医数
						糖尿病療養指導士数		糖尿病登録歯科医師数
						糖尿病看護認定看護師数		
プロセス				糖尿病患者の年齢調整外来受療率		糖尿病透析予防指導の実施件数	●	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数
				HbA1c 検査の実施件数		在宅インスリン治療件数	●	糖尿病足病変に対する管理
				医療機関・健診で糖尿病と言われた者のうち、治療を受けている者の割合			●	糖尿病網膜症手術数
				尿中アルブミン(定量)検査の実施件数				
				クレアチニン検査の実施件数				
				精密眼底検査の実施件数				
				血糖自己測定の実施件数				
				内服薬の処方件数				
				外来栄養食事指導料の実施件数				
アウトカム		糖尿病予備群の者の数				低血糖患者数		
		糖尿病が強く疑われる者の数				糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数		
			●	新規人工透析導入患者数				

(●は重要指標)

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	救護		救命医療		入院救急医療		初期救急医療		救命後の医療		
ストラクチャー		運用救急救命士数		救急担当専任医師数・看護師数			初期救急医療施設数			転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数	
		住民の救急蘇生法の受講率		救命救急センター数		2次救急医療機関数		一般診療所の初期救急医療への参画率			
		救急車の運用数		特定集中治療室のある医療機関数							
	●	救急搬送人員数									
		AEDの設置台数									
プロセス		心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		救命救急センター充実段階評価Aの割合						緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	
		救急車の受入件数									
	●	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									
	●	受入困難事例の件数									
		2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数									
アウトカム	●	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の一ヶ月後の予後									

(●は重要指標)

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	災害時に拠点となる病院		災害時に拠点となる病院以外の病院		都道府県
ストラクチャー	病院の耐震化率				医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数
	●	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	●	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数
		複数の災害時の通信手段の確保率	●	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	
		多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合			
プロセス	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合			
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数			
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数			
	●	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数			
	●	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合			
		基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数			
アウトカム					

(●は重要指標)

別表 8 ヘキ地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援	
ストラクチャー		へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数
		へき地における歯科診療所数	へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数			へき地医療支援機構の専任・併任担当官数
		過疎地域等特定診療所数				へき地医療に従事する地域枠医師数
		へき地診療所の医師数				
		へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)				
プロセス	●	へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	●	協議会の開催回数
	●	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数
	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		
			●	遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況		
アウトカム						

(●は重要指標)

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	
ストラクチャー	産科・産婦人科・婦人科医師数			乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数	
	分娩を取扱う医師数				
	日本周産期・新生児医学会専門医数				
	助産師数				
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数				
	分娩を取扱う医療機関の種別				
			NICUを有する病院数・病床数		
			NICU専任医師数		
			GCUを有する病院数・病床数		
			MFICUを有する病院数・病床数		
			ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数		
			業務継続計画策定医療機関数・策定割合		
		災害時小児周産期リエゾン認定者数			
プロセス	●	分娩数			
		産後訪問指導実施数	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数		
		NICU入室児数			
		NICU・GCU長期入院児数			
		●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率		
		●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数		
アウトカム	●	新生児死亡率		●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)
	●	周産期死亡率			
	●	妊産婦死亡数・死亡原因			

(●は重要指標)

別表 10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院
ストラクチャー	● 小児救急電話相談の回線数・相談件数	小児科を標榜する病院・診療所数	小児地域支援病院数	小児地域医療センター数	小児中核病院数
	小児に対応している訪問看護ステーション数	小児歯科を標榜する歯科診療所数			PICUを有する病院数・PICU病床数
		小児科医師数(医療機関種別)			
		夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数			
プロセス	小児在宅人工呼吸器患者数	小児のかかりつけ医受診率			
		救急入院患者数			
		緊急気管挿管を要した患者数			
		●	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数		
		特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満)			
アウトカム	● 小児人口あたり時間外外来受診回数				
	●	乳児死亡率			
	●	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所			

(●は重要指標)

別表 11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り	
ストラクチャー		● 退院支援担当者を配置している 診療所・病院数	● 訪問診療を実施している 診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り(ターミナルケア)を 実施している診療所・病院数			
	●	退院支援を実施している 診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数					
		● 介護支援連携指導を実施している 診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している 訪問看護ステーション数			
		退院時共同指導を実施している 診療所・病院数	● 小児の訪問看護を実施している 訪問看護事業所数	● 24時間体制を取っている 訪問看護ステーション数、従事者数				
		退院後訪問指導を実施している 診療所・病院数	● 歯科訪問診療を実施している 診療所・病院数					
		在宅療養支援歯科診療所数						
		● 訪問薬剤指導を実施する 薬局・診療所・病院数						
プロセス		● 退院支援(退院調整)を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	● 往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数			
		● 介護支援連携指導を受けた患者数	● 訪問歯科診療を受けた患者数			● 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)		
		● 退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問看護利用者数			在宅死亡者数		
		● 退院後訪問指導料を受けた患者数	● 訪問薬剤管理指導を受けた者の数					
			● 小児の訪問看護利用者数					
アウトカム								

●は重要指標

表 2 重点・参考指標一覧（集計定義等）

ID	分野	病期 医療機能 (1)	病期 医療機能 (2)	病期 医療機能 (3)	病期 医療機能 (4)	病期 医療機能 (5)	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
102	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	2	がん診療連携拠点病院数	がん診療連携拠点病院等の一覧（厚生労働省HP）	H28年度	毎年	厚生労働省	平成28年10月1日現在で、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の一覧		
106	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	6	地域がん診療病院数	がん診療連携拠点病院等の一覧（厚生労働省HP）	随時	随時	厚生労働省	地域がん診療病院の指定を受けている医療機関の数		
108	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	8	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	C003 在宅がん医療総合診療科の届け出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	
114	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	14	がん検診受診率	国民生活基礎調査（大規模調査）	H25年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	胃がん検診受診者数/調査対象者数 *胃がんの各検診を過去1年以内に受けた者数		
133	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	33	がん患者指導の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
134	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	34	入院緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
135	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	35	外来緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
136	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	36	がん性疼痛緩和の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
138	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				O	●	38	年齢調整罹患率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別の集計	
141	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				O	●	41	がん患者の年齢調整死亡率	二次医療圏	人口動態特殊報告	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	悪性新生物の年齢調整死亡率	
213	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	●	13	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
220	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	O	●	20	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
222	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		O	●	22	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急救助の現状	毎年	消防庁	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	
224	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		O	●	24	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数	
225	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		O	●	25	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者数と割合	
314	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	●	14	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
319	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	O	●	19	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
320	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		O	●	20	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省（e-Stat）	虚血性心疾患による年齢調整死亡率	
321	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		O	●	21	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急救助の現状	毎年	消防庁	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	
323	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		O	●	23	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	
324	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		O	●	24	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者数と割合	
401	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	1	特定健診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	健診受診者数/調査対象者数** *過去1年間に健康診断を受けた40歳～74歳の者の数 **同調査の40歳～74歳の対象者数	
427	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	27	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
428	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	28	糖尿病足病変に対する管理	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
429	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	29	糖尿病網膜症手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
432	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			O	●	32	新規人工透析導入患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
604	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	●	4	救急搬送人員数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	搬送人員数	○平成26年版救急・救助の現状 別表7 都道府県別傷病程度別救急搬送人員及び構成比 搬送人員数（平成24年中）
615	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	●	15	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	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	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	
616	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	●	16	受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果	H27年度	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数	
620	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		O	●	20	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の1ヶ月後の予後	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率及び1ヶ月後社会復帰率	
702	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				S	●	2	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
705	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				S	●	5	災害拠点病院以外の医療機関における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
706	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				S	●	6	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）へ登録率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録状況	
709	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				P	●	9	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
710	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				P	●	10	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
711	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				P	●	11	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	

ID	分野	病期 医療機能 ①	病期 医療機能 ②	病期 医療機能 ③	病期 医療機能 ④	病期 医療機能 ⑤	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
712	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	12	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
713	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	13	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
811	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	11	へき地における巡回診療の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
812	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	12	へき地における訪問診療（歯科を含む）・訪問看護の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
813	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	13	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
814	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	14	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
815	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	15	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
816	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	16	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
817	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	17	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
818	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	18	協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
819	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	19	協議会等におけるへき地の医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）確保の検討回数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
915	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			P	●	15	分娩数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	(分娩数(帝王切開件数を含む)*人口)**×10万 *手術等の実施状況の「分娩」の実施件数 **15-49歳女性人口	
920	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			P	●	20	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	・救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査 ・周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	・妊婦（分娩直後の褥府を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数 ・都道府県内搬送率=母体・新生児県外搬送件数/母体・新生児搬送数	母体・新生児県外搬送件数は、周産期医療体制調より引用
921	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			P	●	21	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数が4会以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
922	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			0	●	22	新生児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	新生児死亡：生後4週間未満の死亡	
923	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			0	●	23	周産期死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	周産期死亡：妊娠22週（154日）以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの	
924	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			0	●	24	妊産婦死亡率、死亡原因	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省	妊産婦死亡率（都道府県別） 死因別妊産婦死亡率（全国値）	
925	周産期	低リスク 分娩	地域周産 期母子医 療セン ター	総合周産 期母子医 療セン ター	療養・療 育支援			0	●	25	NICU、GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	
1001	小児	地域・相 談支援等	一般小児 医療	小児地域 医療セン ター	小児地域 医療セン ター	小児中核 病院		S	●	1	小児救急電話相談の回線数・相談件数	都道府県	都道府県調査	H27年度	毎年	都道府県	小児救急電話相談の最大回線数・相談件数	
1014	小児	地域・相 談支援等	一般小児 医療	小児地域 医療セン ター	小児地域 医療セン ター	小児中核 病院		P	●	14	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数が4会以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
1017	小児	地域・相 談支援等	一般小児 医療	小児地域 医療セン ター	小児地域 医療セン ター	小児中核 病院		0	●	17	小児人口あたり時間外外来受診回数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1018	小児	地域・相 談支援等	一般小児 医療	小児科地 域医療セ ンター	小児科地 域医療セ ンター	小児中核 病院		0	●	18	乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	乳児死亡率（出生千対） 月間乳児死亡数/（年間出生数*年換算係数）*1000	
1019	小児	地域・相 談支援等	一般小児 医療	小児地域 医療セン ター	小児地域 医療セン ター	小児中核 病院		0	●	19	幼児、小児死亡率、死亡原因、発生場所、死亡場所	市町村	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省（e-Stat）	15歳未満の死亡者数の集計	
1102	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	2	退院支援を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1106	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	6	訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1108	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	8	訪問看護事業所数、従事者数	市町村	NDB・介護DB	H27年度	毎月	厚生労働省（e-Stat）	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1113	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	13	往診を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1115	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	15	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数、従業者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H27年	毎年	個票解析等	24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション数及びその従業者数	
1116	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	16	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1122	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	22	訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1124	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	24	訪問看護利用者数	市町村	NDB・介護DB	H27年度	毎年	個票解析等	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1128	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	28	在宅ターミナルケアを受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1129	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	29	看取り数（死亡診断書のみを含む）	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

表 3 今後の妥当性に関する検討指標一覧

ID	分野	病期 医療機能 (1)	病期 医療機能 (2)	病期 医療機能 (3)	病期 医療機能 (4)	病期 医療機能 (5)	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
101	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
102	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	がん診療連携拠点病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧(厚生労働省HP)	H28年度	毎年	厚生労働省	平成28年10月1日現在で、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の一覧	
103	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		認定看護師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門看護師の認定状況(日本看護協会HP)	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会が認定したがん専門看護師の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づくデータを算出することが不可能であるため、がん専門看護師の数を掲載
104	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門薬剤師の認定状況(日本医療学会HP)	H27年	毎年	日本医療学会	日本医療学会が認定したがん専門薬剤師の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づくデータを算出することが不可能であるため、がん専門薬剤師の数を掲載
105	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		放射線治療・薬物治療・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門医の認定状況(日本がん治療認定医機構HP)	H27年	毎年	日本がん治療認定医機構	日本がん治療認定医機構が認定したがん治療認定医の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づくデータを算出することが不可能であるため、がん治療認定医の数を掲載
106	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	地域がん診療病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧(厚生労働省HP)	随時	随時	厚生労働省	地域がん診療病院の指定を受けている医療機関の数	
107	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		がんリハビリテーション実施医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	H007-2 がん患者リハビリテーション料の届出をしている医療機関数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
108	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	二次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	C003 在宅がん医療総合診療料の届け出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
109	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		麻薬小売業免許取得薬局数	都道府県	麻薬・覚せい剤行政の概況	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	
110	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		相談支援センターを設置している医療機関数	二次医療圏	がん相談支援センター(がん情報サービスHP)	H27年10月	随時	国立がん研究センターがん対策情報センター	相談支援センターを設置している医療機関数	
111	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	緩和ケア病棟の有無、病床数	
112	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		緩和ケアチームのある医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	緩和ケアチームの有無	
113	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		外来緩和ケア実施医療機関数	二次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	B001-24 外来緩和ケア管理料の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
114	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	胃がん検診受診者数/調査対象者数 *胃がんの各検診を過去1年以内に受けた者数	
115	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数** *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の調査対象者数	
116	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
117	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者*/**調査対象者 *1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者 **平成27年国民生活基礎調査(約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内のすべての世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
118	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	調査対象者のうち運動習慣のある者*/調査対象者 *1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している調査対象者の割合	
119	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	国民栄養・栄養調査食品群別表に基づき、調査対象者が調査日に摂取した野菜・果実の量	
120	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	調査対象者が調査日に摂取した食塩の量	
121	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		公費肝炎検査実施数	都道府県	特定感染症検査等事業(都道府県)、健康増進事業(市町村)	H22-26年度	毎年	厚生労働省	公的肝炎ウイルス検査実施件数	健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成14~19年度分については、老人保健法に基づく老人保険事業で市町村において実施されていたが、データなし。
122	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		公費肝炎治療開始者数	都道府県	肝炎対策特別促進事業	H22-26年度	毎年	厚生労働省	肝炎治療受給者証交付枚数	健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成20、21年度についてはインターフェロン治療のみ、平成22年度以降は核酸アナログ製剤治療が助成対象に加わった。
123	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		診療ガイドラインに基づく治療実施割合	全国	指標に見るわが国のがん対策	H24年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A11「標準的治療実施割合(標準的治療)」に準ずる	DPCデータを用いた解析であるため、医学的に妥当な理由で標準治療が実施されていない場合や、医療連携などにより他施設で治療が行われた場合は実際に反映されないという限界がある。
124	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
125	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		外来化学療法の実施件数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「外来化学療法」の9月中の実施件数	今後NDBで集計可能
126	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		放射線治療の実施件数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	放射線治療の実施状況で、「放射線治療(体外照射)」の9月中の患者数	今後NDBで集計可能
127	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍手術の実施件数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「悪性腫瘍手術」の9月中の実施件数	今後NDBで集計可能

ID	分野	病期 医療機能 ①	病期 医療機能 ②	病期 医療機能 ③	病期 医療機能 ④	病期 医療機能 ⑤	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
128	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		術中迅速病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
129	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
130	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		がんリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
131	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
132	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
133	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん患者指導の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
134	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	入院緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
135	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	外来緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
136	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん性疼痛緩和の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
137	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
138	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	年齢調整罹患率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別の集計	
139	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		罹患患者数	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性・年齢階級別の集計	
140	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		早期がん発見率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	進行度限局（上皮がん除く）の構成比	上皮がんの割合
141	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	がん患者の年齢調整死亡率	二次医療圏	人口動態特殊報告	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	悪性新生物の年齢調整死亡率	
142	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の死亡者数	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	個票解析等	死因分類表に基づく死因ごとの死亡者数	（二次医療圏・がん種・性・年齢階級別）
143	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	全国	指標に見るわが国のがん対策	H19年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A15a「拠点病院における5大がん（および他のがん）患者の5年生存率」に準ずる	粗生存率であり相対生存率でも、死因調整生存率でもない
144	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の在宅死亡割合	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	在宅等でのがんによる死亡者数*/がんによる死亡者数** *都道府県別の死因「悪性新生物」の在宅等（介護老人保健施設、自宅、老人ホーム）での死亡者数 ** 都道府県別の死因「悪性新生物」の全死亡者数	
201	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
202	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		神経内科医師数、脳神経外科医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省（e-Stat）	従事する診療科名等について、主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	
203	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	SCU（脳卒中ケアユニット）を有する施設数	
204	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
205	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
206	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査（大規模調査）	H25年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	喫煙者数*/調査対象者数** *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の調査対象者数	
207	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
208	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者*/**調査対象者*1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者**平成27年国民生活基礎調査（約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人）において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内のすべての世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
209	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	健診受診者数*/調査対象者数** *過去1年間に健康診断を受けた40歳～74歳の者の数 **同調査の40歳～74歳の対象者数	
210	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を標準人口で補正した値	
211	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの	
212	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P		脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
213	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	●	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
214	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
215	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
216	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
217	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
218	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
219	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
220	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	0	●	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
221	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0		脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省（e-Stat）	脳血管疾患による年齢調整死亡率	

ID	分野	病期 医療機能 (1)	病期 医療機能 (2)	病期 医療機能 (3)	病期 医療機能 (4)	病期 医療機能 (5)	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
222	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0	●	22	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急 救助の現況	毎年	消防庁	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	
223	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0		23	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	脳血管疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数	
224	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0	●	24	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日	
225	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0	●	25	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者数と割合	
301	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		1	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
302	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		2	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数	
303	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		3	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	CCU(脳卒中ケアユニット)を有する施設数	
304	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		4	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	診療報酬届出調査でも算出可能。
305	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		5	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	H000 心大血管リハビリテーション科(I)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
306	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		6	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙率(男性)=喫煙者数/調査対象者数** *20歳以上の男性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の男性の調査対象者数	
307	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		7	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
308	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		8	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健診受診者数*調査対象者数** *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
309	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		9	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの	
310	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		10	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病小分類「脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの	
311	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	P		11	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
312	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		12	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急 救助の現況	毎年	消防庁	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	
313	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		13	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
314	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	●	14	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
315	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		15	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
316	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		16	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
317	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		17	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
318	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P		18	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
319	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	0	●	19	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
320	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	20	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	虚血性心疾患による年齢調整死亡率	
321	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	21	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急 救助の現況	毎年	消防庁	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	
322	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0		22	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	虚血性心疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数	
323	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	23	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	
324	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	24	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者数と割合	
401	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	1	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健診受診者数*調査対象者数** *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
402	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P		2	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(厚生労働省HP)	H26年	毎年	厚生労働省	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果	
403	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		3	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、「糖尿病内科(代謝内科)」と届出をした医師数	
404	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		4	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	主たる診療科目を「糖尿病内科(代謝内科)」と標榜している施設数及び単科で「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している施設数の合計数	
405	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		5	都道府県	教育入院を行う医療機関の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	随時	日本糖尿病協会	教育入院を行う医療機関数	
406	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		6	都道府県	糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会HP)	随時	随時	日本糖尿病学会	日本糖尿病学会により認定された糖尿病専門医数	
407	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		7	都道府県	腎臓専門医別人数(日本腎臓学会HP)	H28年6月23日	随時	日本腎臓学会	日本腎臓学会により認定された専門医数	
408	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		8	都道府県	糖尿病登録医/療養指導医の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	随時	日本糖尿病協会	日本糖尿病協会による、登録医/療養指導医の状況	
409	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		9	都道府県	糖尿病療養指導士の状況(日本糖尿病療養指導士認定機構HP)	随時	随時	日本糖尿病療養指導士認定機構	日本糖尿病療養指導士認定機構により認定された指導士数	

ID	分野	病期 医療機能 ①	病期 医療機能 ②	病期 医療機能 ③	病期 医療機能 ④	病期 医療機能 ⑤	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
410	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			S	10	糖尿病看護認定看護師数	都道府県	糖尿病看護認定看護師 の認定状況（日本 看護協会HP）	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会により認定された糖尿病看護認定看護師数		
411	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			S	11	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	B001-1-27 糖尿病透析予防指導管理科届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を 基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないもの については、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	
412	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			S	12	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	B001-1-20 糖尿病合併症管理科の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を 基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないもの については、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	
413	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			S	13	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
414	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			S	14	歯周病専門医数	都道府県	歯周病専門医の認定 状況（日本歯周病学 会HP）	H27年11月6日 時点	毎年	日本歯周病学会	日本歯周病学会が認定した歯周病専門医数		
415	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			S	15	糖尿病登録歯科医師数	都道府県	糖尿病登録歯科医師 の認定状況（日本糖 尿病協会HP）	随時	随時	日本糖尿病協会	日本糖尿病協会が認定した歯科医師数		
416	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	16	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年度	3年毎	厚生労働省（e- Stat）	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別の年齢階級別推計患者 数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算 出したもの		
417	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	17	HbA1c検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
418	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	18	医療機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療 を受けている人の割合	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年 （4年 ごとに 拡大調 査）	厚生労働省（e- Stat）	「これまでに医療機関や健診で糖尿病と言われたこと回答 した者のうち、「インスリン注射または血糖を下げる薬の 使用有」又は「現在糖尿病の治療の有」と回答した者		
419	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	19	尿中アルブミン（定量）検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
420	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	20	クレアチニン検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
421	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	21	精密眼底検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
422	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	22	血糖自己測定の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
423	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	23	内服薬の処方件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
424	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	24	外来栄養食事指導料の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
425	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	25	糖尿病透析予防指導の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
426	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	26	在宅インスリン治療件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出	
427	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	●	27	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
428	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	●	28	糖尿病足病変に対する管理	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
429	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			P	●	29	糖尿病網膜症手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
430	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			0		30	糖尿病予備群の者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年 （4年 ごとに 拡大調 査）	厚生労働省（e- Stat）	ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビン A1c（NGSP）値が6.0%以上、6.5%未満で、「糖尿病が強く 疑われる人」以外の人	
431	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			0		31	糖尿病が強く疑われる者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年 （4年 ごとに 拡大調 査）	厚生労働省（e- Stat）	ヘモグロビンA1c(NGSP)値が6.5%以上、又は「糖尿病治療 の有無」に「有」と回答した者の数	
432	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			0	●	32	新規人工透析導入患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
433	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			0		33	低血糖患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
434	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			0		34	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
435	糖尿病	予防	初期・安 定期	専門	合併症			0		35	糖尿病患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省（e- Stat）	糖尿病による年齢調整死亡率	
601	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		1	運用救急救命士数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	消防庁	資格別救急隊員数（救急救命士）	
602	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		2	住民の救急蘇生法講習の受講率	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数	
603	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		3	救急車の運用数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	救急車の台数	○平成26年版救急・救助の現況 別表2の1 都道府県別救急体制
604	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S	●	4	救急搬送人員数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	搬送人員数	○平成26年版救急・救助の現況 別表7 都道府県別傷病程度別救急搬送人員及び構成比 搬送人員数（平成24年中）
605	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		5	AEDの設置台数	都道府県	AEDの普及状況（救 急医療財団HP）	H26年度	H16～26 年まで の累積	救急医療財団	AEDの公共施設における設置台数	平成26年度厚生労働科学研究費補助金「循環器疾患等の救命率向上に資する 効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者：坂本哲也 先 生）研究報告書
606	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		6	救急担当専任医師数・看護師数	都道府県	救命救急センターの 評価結果	H27年度	毎年	厚生労働省	救命救急センターの救急担当専任医師数、看護師数	二次救急医療機関の救急担当専任医師数・看護指数については、必要に応じ て各都道府県で独自調査
607	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		7	救命救急センターの数	市町村	医療施設調査（静 態）	H26年	3年毎	個票解析等	「救命救急センター」を有する医療機関数	
608	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		8	特定集中治療室のある医療機関数	市町村	医療施設調査（静 態）	H26年	3年毎	個票解析等	ICU（集中治療室）を有する施設数、病床数	
609	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		9	2次救急医療機関数	都道府県	救急医療体制調査	H26年3月31日	毎年	厚生労働省	病院群輪番制病院及び共同利用型病院の数	
610	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		10	初期救急医療施設数	市町村	医療施設調査（静 態）	H26年	3年毎	個票解析等	「初期救急医療体制」*が有る施設数 比較的軽症な急病者の診療を受け持つ休日・夜間急患セ ンターと地区医師会の会員が当番制で診療を行う在宅当番 医制	

ID	分野	病期 医療機能 (1)	病期 医療機能 (2)	病期 医療機能 (3)	病期 医療機能 (4)	病期 医療機能 (5)	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
611	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		11	市町村	医療施設調査（静 態）	H26年	3年毎	個票解析等	在宅当番制有りの施設数*診療所総数 *一般診療所(13)救急医療体制で「在宅当番制」が有 る施設数	
612	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		S		12	都道府県	救命救急センターの 評価結果（厚生労働 省HP）	H27年度	毎年	厚生労働省	院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行う者を専従 で配置している救急救命センターの数	
613	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P		13	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除 細動が実施された件数	
614	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P		14	都道府県	救命救急センターの 評価結果	H27年度	毎年	厚生労働省	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送入 員数	二次救急医療機関については、必要に応じて各都道府県で独自調査
615	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P	●	15	都道府県	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	H27年度	毎年	厚生労働省	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	
616	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P	●	16	都道府県	救急搬送における医 療機関の受入状況等 実態調査の結果	H27年度	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上 の件数	
617	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P		17	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	厚生労働省	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護 施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議 会の開催回数	必ずしも全ての関係者が揃って開催された回数ではない
618	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P		18	都道府県	救命救急センターの 評価結果（厚生労働 省HP）	H27年度	毎年	厚生労働省	充実度評価A*の救命救急センターの数/救命救急センター総 数 *救命救急センターの診療体制や患者受け入れ実績に基づいた 評価	
619	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		P		19	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算 定する医療機関数を算出
620	救急	救護	救命医療	入院救急 医療	初期救急 医療	救命後期 医療		O	●	20	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	厚生労働省	心臓性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃さ れた症例の1ヶ月後生存率及び1ヶ月後社会復帰率	
701	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S		1	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
702	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S	●	2	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
703	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S		3	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
704	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S		4	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
705	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S	●	5	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
706	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S	●	6	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム (EMIS)への登録状況	
707	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S		7	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結して いる都道府県数	
708	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				S		8	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医 療従事者数	
709	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	9	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
710	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	10	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
711	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	11	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
712	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	12	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
713	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P	●	13	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
714	災害	災害拠点 病院	災害拠点 病院以外 の病院	都道府県				P		14	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する 状況	
801	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		1	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
802	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		2	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
803	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		3	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
804	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		4	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
805	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		5	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
806	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		6	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
807	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		7	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
808	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		8	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
809	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		9	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
810	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				S		10	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況
811	へき地	へき地診 療	へき地支 援医療	行政機関 等の支援				P	●	11	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医 療の現況

ID	分野	病期医療機能(1)	病期医療機能(2)	病期医療機能(3)	病期医療機能(4)	病期医療機能(5)	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
812	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	12	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
813	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	13	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
814	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	14	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
815	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	15	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
816	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	16	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
817	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	17	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
818	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	18	協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
819	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	19	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数	都道府県	へき地医療現況調査	H29年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の保険医療の現況
901	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		1	産科・産婦人科・婦人科医師数	都道府県	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	主たる診療科を、産科、産婦人科、婦人科としている医師数	
902	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		2	分娩を取扱う医師数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	分娩を取り扱っている担当医師数	
903	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		3	日本周産期・新生児医学会専門医数	都道府県	専門医(新生児、母体・胎児)の認定状況(日本周産期・新生児医学会HP)	随時	随時	日本周産期・新生児医学会	日本周産期・新生児医学会が認定した専門医の数	
904	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		4	助産師数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	「分娩の取扱」有りの担当医師数(常勤換算)」	衛生行政報告例では就業助産師数が把握可能
905	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		5	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数	都道府県	学会等ホームページ	随時	随時	日本助産評価機構 日本看護協会	クリニカルラーレベルⅢの認証を受けた助産師数(アドバンス助産師)、新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数	
906	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		6	分娩を取扱う医療機関の種類	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「分娩の取扱」の院内助産所が有る施設数 分娩を取り扱う助産所数	
907	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		7	NICUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	NICU(新生児治療室)を有する病院数・施設数	
908	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		8	NICU専任医師数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	日中に主にNICU及びGCUを担当する小児科・新生児医師数	
909	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		9	GCUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	GCUを有する施設数	
910	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		10	MFICUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	MFICU(母胎胎児集中治療室)を有する病院数・病床数	
911	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		11	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A237 ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
912	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		12	災害時業務継続計画策定医療機関数・策定割合	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	業務継続計画(BCP)を策定している医療機関数	
913	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		13	災害時小児周産期リエゾン認定者数	都道府県	都道府県	H28年度	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエゾンの認定を受けた医療従事者数	
914	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		14	乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関の数	都道府県	NICU等長期入院児支援事業	H27年	毎年	都道府県	NICU等長期入院時支援事業で補助金の補助対象となっている、乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関数	事業調査で把握している医療機関数となるので、事業として認定されていなくても乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関を都道府県で把握している場合はその数値を活用しても良い
915	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			P	●	15	分娩数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	(分娩数(帝王切開件数を含む)*人口**)/10万 *手術等の実施状況の「分娩」の実施件数 **15-49歳女性人口	
916	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		16	産後訪問指導実施数	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	平成27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数	
917	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		17	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターで取り扱う分娩	周産期母子医療センター以外で取り扱う分娩数は、分娩数から当該指標の分娩数を引いた数で算出可能
918	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		18	NICU入室児数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	NICU(新生児集中治療室)の9月中の取扱患者延数	
919	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		19	NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	

ID	分野	病期医療機能(1)	病期医療機能(2)	病期医療機能(3)	病期医療機能(4)	病期医療機能(5)	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
921	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			P	●	21	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数が4会以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
922	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	●	22	新生児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	新生児死亡：生後4週間未満の死亡	
923	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	●	23	周産期死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	周産期死亡：妊娠満22週(154日)以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの	
924	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	●	24	妊産婦死亡数、死亡原因	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省	妊産婦死亡数(都道府県別)死因別妊産婦死亡数(全国値)	
925	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	●	25	NICU、GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	
1001	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S	●	1	小児救急電話相談の回線数・相談件数	都道府県	都道府県調査	H27年度	毎年	都道府県	小児救急電話相談の最大回線数・相談件数	
1002	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		2	小児に対応している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個票解析等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	
1003	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		3	小児科を標榜する病院・診療所数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	主たる診療科目で「小児科」を標榜している施設数と単科で「小児科」を標榜している施設数の合計	
1004	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		4	小児歯科を標榜する歯科診療所数	都道府県	医療施設調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	診療科目で「小児歯科」の歯科診療所数	
1005	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		5	小児科医師数(医療機関種別)	市町村	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省	主たる診療科を小児科としている医師数	
1006	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		6	夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1007	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		7	小児地域医療センター数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	
1008	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		8	小児地域医療センター数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	
1009	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		9	小児中核病院数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	
1010	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		S		10	PICUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	PICU(小児集中治療室)を有する病院数・病床数	
1011	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		P		11	小児在宅人工呼吸器患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1012	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		P		12	小児かかりつけ医受診率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1013	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		P		13	緊急気管挿管を要した患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1014	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		P	●	14	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数が4会以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
1015	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		P		15	特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満)	都道府県	福祉行政報告例	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	障害児福祉手当受給者数	
1016	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		P		16	救急入院患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1017	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		0	●	17	小児人口あたり時間外外来受診回数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1018	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		0	●	18	乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	乳児死亡率(出生千対) 月間乳児死亡数/(年間出生数*年換算係数)*1000	
1019	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院		0	●	19	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	市町村	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	15歳未満の死亡者数の集計	
1101	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	市町村	医療施設調査(静態)	H26	3年毎	個票解析等	退院調整支援担当者が従事する施設数	
1102	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	2	退院支援を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1103	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		3	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1104	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		4	退院児共同指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1105	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		5	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1106	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	6	訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1107	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		7	在宅療養支援診療所数、病院数、医師数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	C000在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。

ID	分野	病期 医療機能 ①	病期 医療機能 ②	病期 医療機能 ③	病期 医療機能 ④	病期 医療機能 ⑤	再掲	SPO	重点 指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周 期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
1108	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	8	訪問看護事業所数、従事者数	市町村	NDB・介護DB	H27年度	毎月	厚生労働省（e-Stat）	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1109	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S		9	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年度	毎年	個票解析等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1110	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S		10	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1111	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S		11	在宅療養支援歯科診療所数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	歯科C001-3在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1112	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S		12	訪問薬剤指導を実施する薬局、診療所、病院数	市町村	NDB・介護DB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1113	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	13	往診を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1114	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S		14	在宅療養後方支援病院	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	後方支援病院の届出	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1115	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	15	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数、従業者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H27年	毎年	個票解析等	24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション数及びその従事者数	
1116	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S	●	16	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1117	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			S		17	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H27年	毎年	個票解析等	ターミナル体制届出「あり」の訪問看護ステーション数	
1118	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		18	退院支援（退院調整）を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1119	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		19	介護支援連携指導を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1120	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		20	退院時共同指導を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1121	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		21	退院後訪問指導料を受けた患者数	市町村	NDB	H28	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1122	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	22	訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1123	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		23	訪問歯科診療を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1124	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	24	訪問看護利用者数	市町村	NDB・介護DB	H27年度	毎年	個票解析等	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1125	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		25	訪問薬剤管理指導を受けた者の数	市町村	NDB・介護DB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1126	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		26	小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個票解析等	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者	
1127	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		27	往診を受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1128	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	28	在宅ターミナルケアを受けた患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1129	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P	●	29	看取り数（死亡診断書のみを含む）	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1130	在宅	退院支援	日常の療 養支援	急変時の 対応	看取り			P		30	在宅死亡者数	市町村	人口動態調査	H27年	毎年	個票解析等	人口動態調査のうち、介護老人保健施設、老人ホーム、自宅で死亡者数	医政局地域医療計画課による特別集計

【医療計画班②】 疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進、医療機器配置の 現状把握（別添）

研究協力者 田辺 正樹（三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部）

研究要旨

次期医療計画改定におけるPDCAサイクルを推進するための指標のあり方について、分担研究・医療計画班（分担研究者：東京医科歯科大学 河原和夫）において、疾病・事業及び在宅医療にかかる現状把握のための指標例が示された。本研究の一環として、脳卒中、急性心筋梗塞を代表例として、指標間の関連性や数値目標とすべき重要指標について検討した。ともに医療圏を越えた患者の流入出が見られたため、脳梗塞に対する薬物治療、急性心筋梗塞に対するカテーテル治療など個々の治療に関する流入出率を指標とし、患者動向を把握することが重要と考えられた。脳卒中に関しては、人口20万人未満の医療圏では、脳血管疾患退院患者の平均在院日数や在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合、また、人口20万人以上の医療圏では、t-PA適応患者における実施率が重要指標になると考えられた。急性心筋梗塞については、胸痛で救急要請のあった患者の搬送時間・医療機関到着から冠動脈再開通までの時間を二次医療圏単位で収集することや、急性心筋梗塞のカテーテル治療実施の流入出率が重要指標になると考えられた。

医療計画の各指標を分析することで、医療圏の現状を把握し、指標間の関連性も含め施策につなげていくこと可能と考えられた。

A. 研究目的

第6次医療計画改定（平成24年3月30日厚生労働省医政局指導課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」）において、患者動向、医療機能などに関する情報を病期・医療機能ごと、及び、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの要素も加味し、医療圏ごとの現状を把握するため、指標を用いて現状把握を行う方法が提唱された。

多くの指標を用いることで現状把握が進む一方で、単なる数字の羅列となり、指標間の関連性や数値目標とすべき重要な指標がはっきりしないなどの問題点も指摘されて

いる。

平成29年3月の第7次医療計画改定に向け、疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の指標の考え方を整理するのが本研究の目的である。

B. 研究方法

分析を行った平成28年6月時点において、医療計画作成支援データブック、病床機能報告等のデータベースから二次医療圏単位で得られる情報をもとに脳卒中・急性心筋梗塞を代表例として指標の関連性、及び、数値目標となりうる重要指標について検討した。

平成23年時点の二次医療圏は349であるが、平成26年時点の二次医療圏は344で、宮城県、栃木県、徳島県の3県において、以下の医療圏の変更が行われている。

- ・ 宮城：H23→H26にかけて、406-410が406、409に統合。
- ・ 栃木：H23→H26にかけて、903が904と905に分割、県南が904→905に、両毛が905→906に変更。
- ・ 徳島：H23→H26にかけて、3601と3602が3601に、3603と3604が3603に、3605と3606が3605に統合。

指標の情報源が複数あり、情報源の収集データ年が異なるため、医療圏の組み換えにより、データに欠如が生じるため、データ収集期間に変更された医療圏を削除した337医療圏のデータを用いて解析した。

脳卒中及び急性心筋梗塞の解析に用いた指標を表1、表2に脳卒中及び急性心筋梗塞の医療体制と主な指標の相関図を図1、図2に示す。

脳卒中の指標の分析は大きく、(1)脳卒中の背景因子の分析、(2)受療動向(患者流入出)に基づく分析、(3)医療圏人口に基づく分析、(4)在宅復帰率と各指標との関連性についての分析を行った。脳卒中の受療動向については、医療計画作成支援データブック可視化ツールの「脳梗塞・TIA(t-PA以外)」を脳卒中急性期の代替指標とし、医療圏の流入出をcut-off 10%で4群に分け、各指標を評価した。人口については、人口

20万人未満、20万人以上50万人未満、50万人以上の3群に分類して、各指標を評価した。

急性心筋梗塞の指標の分析についても同様に、(1)急性心筋梗塞の背景因子の分析、(2)受療動向(患者流入出)に基づく分析、(3)医療圏人口に基づく分析、(4)在宅復帰率と各指標との関連性についての分析を行った。急性心筋梗塞の受療動向については、医療計画作成支援データブック可視化ツールの「急性心筋梗塞・カテーテル治療」を急性心筋梗塞代替指標とし、医療圏の流入出の実績から、①流入型(流入あり、流出なし)、②流入出型(流入出あり)、③自己完結型(流入出なし)、④流出型(流出あるが自地域の実績あり、流入なし)、⑤完全流出型(流出あり、自地域の実績なし)、⑥データなし型(NDBの制限もあり、流入出とも実績なし)の6群に分類し、各指標を評価した。

群間比較は分散分析、指標間の相関については、単相関分析を用い、 $p < 0.05$ を統計学的有意とした。

(倫理面への配慮)

医療計画作成支援データブック、病床機能報告等のデータベースを用いた分析であり、倫理的な問題点は少ない研究であるが、セキュリティが確保されたコンピューターを用いて分析を行い、情報漏洩防止の徹底を図った。

表 1 脳卒中の分析に用いた主な指標

カテゴリー		地域医療に係る指標	出典
需要	基礎データ	65歳以上の割合	2次医療圏データベース
	患者数	脳梗塞・TIA（主病名）患者数（流入出率）	
	新規発生患者数	脳血管疾患により緊急搬送された患者数	データブック
		脳梗塞・TIA患者数（流入出率）	tPA実施 データブック（受療動向） tPA以外の薬物療法 データブック（受療動向）
ストラクチャー	基礎データ	一般病床数	2次医療圏データベース
		療養病床数	2次医療圏データベース
		高度急性期・急性期病床数（割合）	病床機能報告
		回復期病床数（割合）	病床機能報告
	専門医師数	慢性期病床数（割合）	病床機能報告
		神経内科医師数	データブック
ストラクチャー /プロセス	急性期高度医療	脳梗塞に対するtPA数	データブック
		くも膜下出血に対するクリッピング数	データブック
		くも膜下出血に対するコイル塞栓術	データブック
		脳血管内手術件数	病床機能報告
	リハビリテーション	早期リハビリテーション件数	データブック
		早期リハビリテーション加算レセプト件数	病床機能報告
		脳血管リハビリテーション実施件数(I)(II)(III)計	データブック
		脳血管リハビリテーション日数(I)(II)(III)計	データブック
		脳血管リハビリテーション実施件数(I)	データブック
		脳血管リハビリテーション実施件数(II)	データブック
		脳血管リハビリテーション実施件数(III)	データブック
		摂食機能レセプト件数	病床機能報告
		退院時リハビリテーション指導料	データブック
		プロセス	地域連携
地域連携クリティカルパス回復期の診療計画作成件数	データブック		
需要 /プロセス	回復期	訪問看護利用者数	2次医療圏データベース
		訪問介護利用者数	2次医療圏データベース
		訪問診療を受けたレセプト数	病床機能報告
		訪問看護指導料算定数	病床機能報告
		往診料算定件数	病床機能報告
		介護支援連携指導料レセプト数	病床機能報告
プロセス /アウトカム	回復期	脳血管疾患平均在院日数	データブック
		在宅等生活の場に復帰した患者の割合	データブック

図 1 脳卒中の医療体制と主な指標の相関図

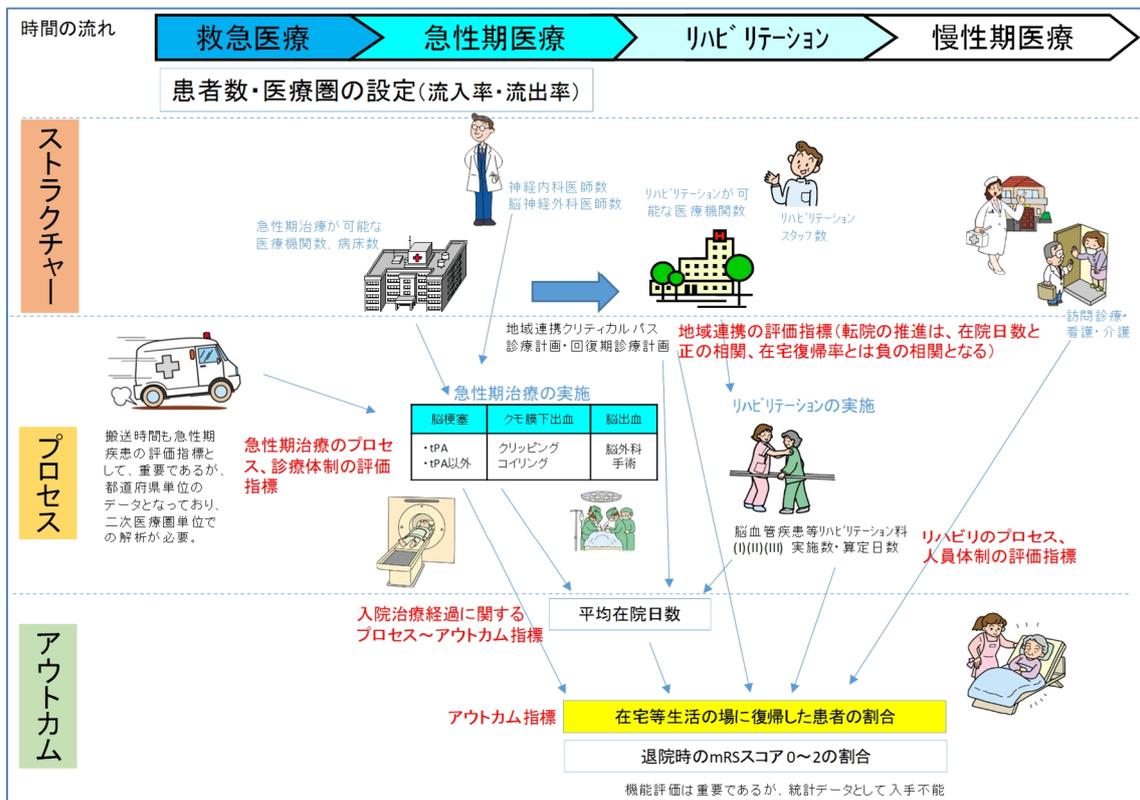
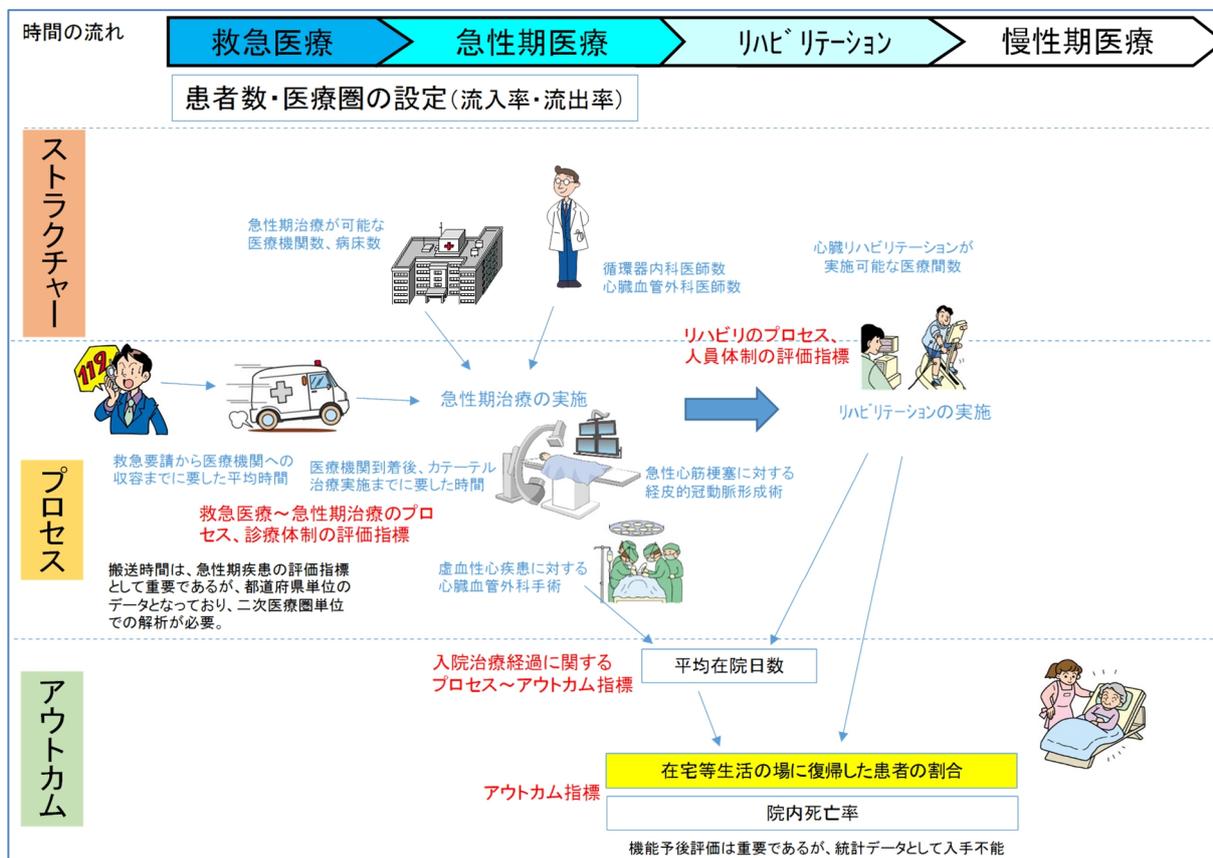


表 2 急性心筋梗塞の分析に用いた主な指標

カテゴリー		地域医療に係る指標		出典
需要	基礎データ	65歳以上の割合		2次医療圏データベース
	新規発生患者数	虚血性心疾患により緊急搬送された患者数		データブック
		急性心筋梗塞 (患者住所地・施設住所地)	主病名	データブック (受療動向)
			カテーテル治療	データブック (受療動向)
ストラクチャー	基礎データ	一般病床数		2次医療圏データベース
		療養病床数		2次医療圏データベース
		高度急性期・急性期病床数 (割合)		病床機能報告
		回復期病床数 (割合)		病床機能報告
		慢性期病床数 (割合)		病床機能報告
	専門医師数	循環器内科医師数		データブック
		心臓血管外科医師数		データブック
	専門施設数 ・病床数	CCUを有する病院数		データブック
		CCUを有する病院の病床数		データブック
		冠動脈造影検査・治療が実施可能な病院数		データブック
ストラクチャー /プロセス	急性期治療	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数		データブック
		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数		データブック
		経皮的冠動脈形成術 レセプト件数		病床機能報告
ストラクチャー	リハビリテーション	心大血管リハビリテーション料届出施設数 (I)		データブック
		心大血管リハビリテーション料届出施設数 (II)		データブック
プロセス /アウトカム	回復期	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数		データブック
		在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合		データブック

図 2 急性心筋梗塞の医療体制と主な指標の相関図



C. 研究結果

脳卒中

(1) 脳卒中の背景因子の分析

脳卒中のデータを分析するにあたり、背景データとして、脳卒中（脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血）の割合、入院経緯、入院期間、年齢階級別入院受療率、退院後の行き先、治療状況、年齢階級別平均在院日数について整理した（図 3～図 5）。

脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血の3つの脳卒中疾患で発生率、急性期治療法、予後が異なるため、患者調査の個票調査などを行い、それぞれに評価した方が良いと考えられた。

脳梗塞の急性期治療に関して、患者住所地において、t-PA の実施がない医療圏が 119（34.6%）あるため（図 4 右下）、実施できる体制整備を行なうか、他地域で実施できるよう救急搬送体制・医療機関間の連携体制の構築（7 医療圏は他地域で実施）が一つの目標になりうると考えられた。

脳卒中の予後について、15%程度が病院内で死亡、在宅復帰率は通院・在宅医療を含め50%程度、他の医療機関への転院25%程度、介護・福祉施設等への入所 10%弱であった（図 4 左）。平均在院日数3ヶ月以内が40%前後で（図 3 左下）、脳血管疾患の65歳以上の平均在院日数は100日程度となっていた（図 5 下）。在宅復帰できない患者の中には、3ヶ月程度で医療機関の転院を繰り返している症例が一定程度含まれ、在宅復帰率や在院日数のデータに影響していると考えられた。

急性期治療後、在宅に復帰できない場合は、地域連携のもと、他の医療機関でリハビリを行うことになるが、地域連携（病院・施設間の転院）が進むと、在宅復帰率は低下するため、「地域連携の指標」は、「在宅復帰率の指標」に相反する影響を及ぼしている可能性が考えられた。

図 3 脳卒中にかかる背景データ（患者割合・入院経緯・入院期間・年齢階級別入院受療率）

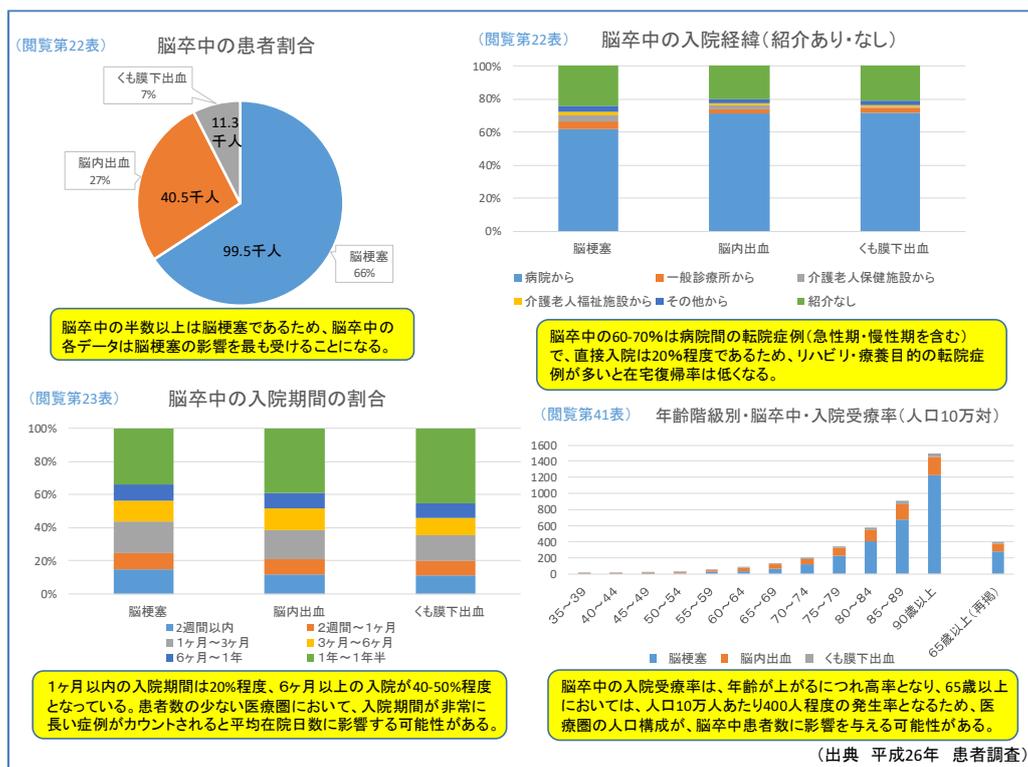


図 4 脳卒中にかかる背景データ（退院後の行き先・治療状況）

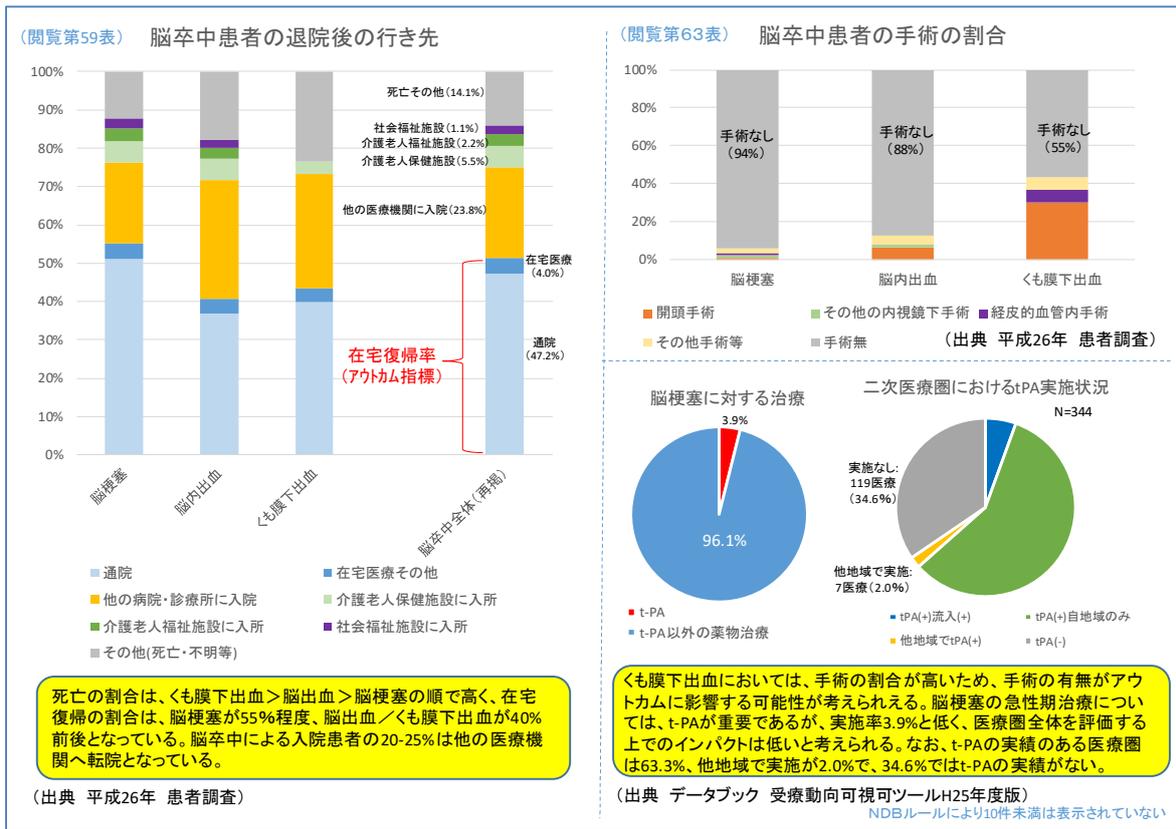


図 5 脳卒中にかかる背景データ（年齢階級別平均在院日数）

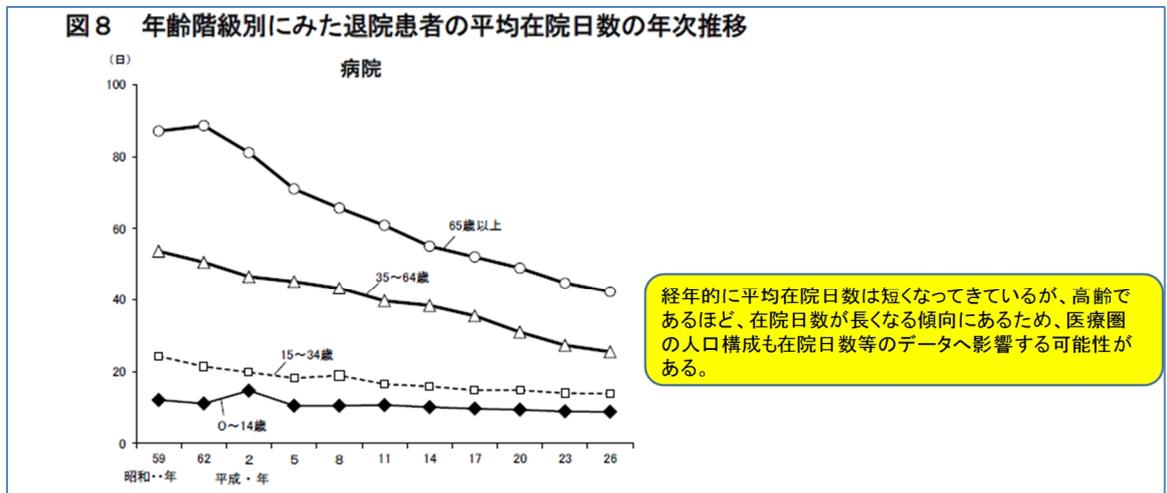


表 6 傷病分類別にみた年齢階級別退院患者の平均在院日数

(単位：日) 平成26年 9月

傷病分類	総数	0～14歳	15～34歳	35～64歳	65歳以上	75歳以上(再掲)
総数	31.9	8.4	12.0	24.4	41.7	47.6
IX 循環器系の疾患	43.3	18.2	13.6	21.4	50.6	62.7
高血圧性疾患 (再掲)	60.5	8.9	11.0	13.8	68.4	83.3
心疾患 (高血圧性のものを除く) (再掲)	20.3	30.5	10.2	9.0	23.7	30.5
脳血管疾患 (再掲)	89.5	20.7	44.6	46.9	100.7	116.0

(出典) 厚生労働省統計 患者調査の概要(2014) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>

(2) 患者受療動向（患者流入出）に基づく分析

二次医療圏単位で脳卒中の患者数を把握する方法として、データブックを用いる場合、

- 脳梗塞としては、脳梗塞・一過性脳虚血発作（主病名）、脳卒中の t-PA、脳卒中の t-PA 以外の薬物療法、脳卒中の経皮的血管形成術等、脳卒中の動脈形成術等
- 脳出血としては、脳卒中患者（主病名）、脳出血の脳室ドレナージ等、脳出血の脳血管内手術等
- くも膜下出血としては、くも膜下出血の患者（主病名）、くも膜下出血の脳血管内手術、くも膜下出血の脳室内ドレナージ術等、くも膜下出血の動脈瘤流入血管クリッピング等

などが、指標になりうる。データブック（NDB）の受療動向可視化ツールを用いて、脳卒中（全年齢・入院）、梗塞・TIA（主病名）、脳卒中 t-PA 以外の薬物治療のデータを分析したところ、以下のとおりであった。

- 脳卒中（全年齢・入院）：流入率（平均）10.9%，流出率（平均）15.7%
- 脳梗塞・TIA（主病名）：流入率（平均）11.8%，流出率（平均）17.0%
- 脳卒中 t-PA 以外の薬物治療：流入率（平均）7.6%，流出率（平均）13.9%

脳卒中全体の患者数を把握するには、脳梗塞・TIA（主病名）、脳出血（主病名）、くも膜下出血（主病名）をそれぞれ求め足し算するのも一つの方法だが、レセプト病名を用いる場合、本来の病態を表していない患者も含まれる場合があるため、今回は脳梗塞急性期の症例であることが推測される脳梗塞・TIA（t-PA 以外）を用いることとした（図 6、図 7）。なお、この指標は、脳梗塞・TIA（主病名）かつ以下のいずれかの薬剤が用い

られている症例となる。

アトロポン、アルカトロン、アルカロン、オキロン、オザゲル、オザグレン、オザグロン、オザペン、カクロット、カルバン、キクロット、キサンボン、スロン、ハズタン、ラジカット、カクロン、オザザロット、カクロット、デアセロン

脳梗塞・TIA（t-PA 以外）の患者の流入出状況をプロットしたものが図 6 左である。cut-off 10% で 4 群に分類したところ、流入型（n=45）、流入出型（n=48）、自己完結型（n=150）、流出型（n=94）であった。

上記 4 群の特徴をみると、流入型、流入出型は、平均人口 50 万人以上と都市型である。中でも流入出型は面積が小さく、人口密度も高い地域であるため、アクセスの良さから流入出をきたしていることが示唆された。自己完結型、流出型は、平均人口が 35 万、23 万で、65 歳以上の割合は、30% を超えており、流入型、流入出型とは人口構成が異なる群と考えられた。

病床については、流出型で、一般病床数、高度急性・急性期病床数が少ない傾向にあった。急性期高度医療については、t-PA、クリッピング、コイリング、脳血管内手術のいずれも流入型で高値、流出型で低値、流入出型、自己完結型は中等度であった。しかし、t-PA については、人口あたりの実施率は、自己完結型が流入出型よりも高値であった。

t-PA の各医療圏での実績の有無を棒グラフで示した（図 7 右）。流出型であっても 40% 程度の医療圏では t-PA の実績があった。自己完結型、流入出型では 65~70% 程度の地域で実施、流入型では、90% 程度の医療圏で実績があり、うち 20% 程度は他地域からの受け入れ症例も見られた。

リハビリ・地域連携については、流出型でリハビリテーション（II）（III）の割合が増えているため、比較的中小規模の病院でリハビリテーションが行われているケースが

多いことが示唆された。地域連携の指標は、流出型で低率であった。

在宅・アウトカムの指標については、それほど群間差が見られなかったが、平均在院日数は流出型で高値であった。

脳梗塞・TIA（t-PA 以外）を用いた流入出の群分けは、急性期治療の状況を可視化するには良いと考えられた。しかし、在宅復帰率

の指標は様々な影響を受けるため、群間差が認められなかった。急性期治療のアウトカム評価としては、modified Rankin Scale (mRS) のような機能予後評価を行いデータを集積するか、患者調査（退院票）の個票解析で病院内死亡率を分析するのも一つの方法と考えられた。

図 6 脳卒中患者の受療動向と各指標との関係 (1)

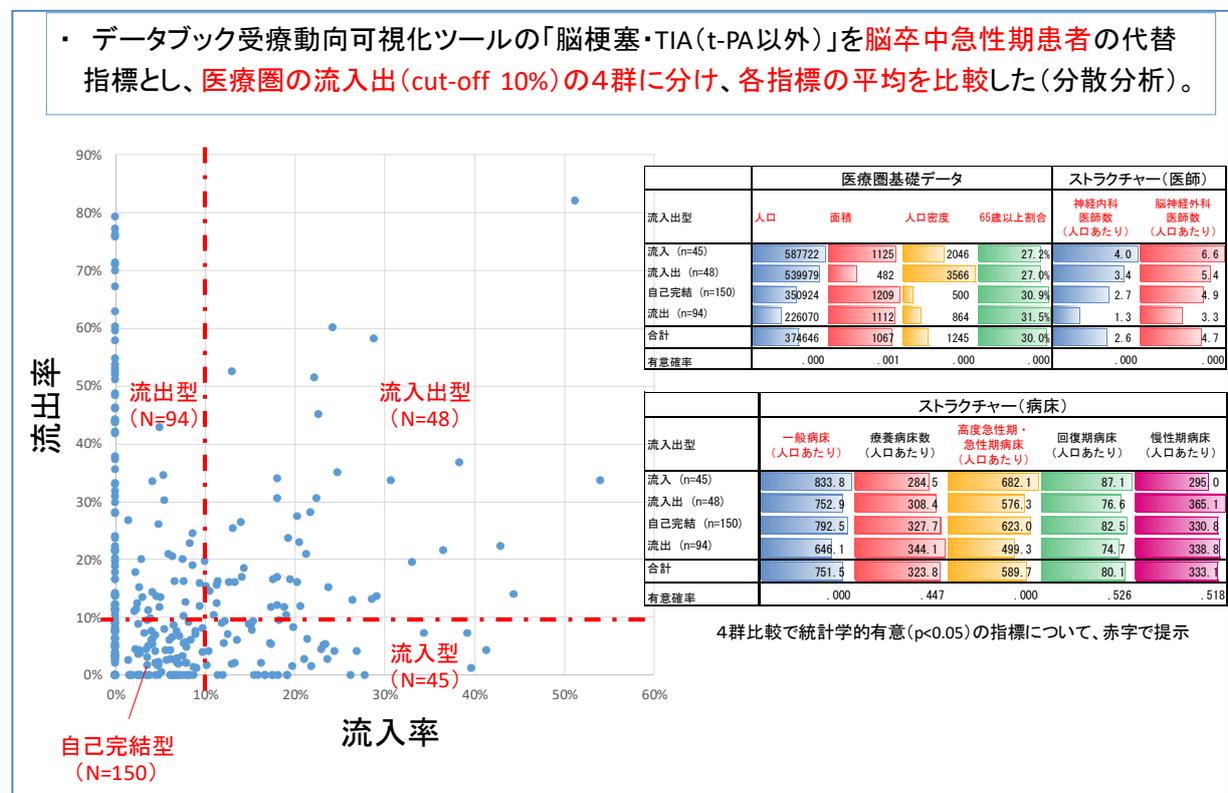
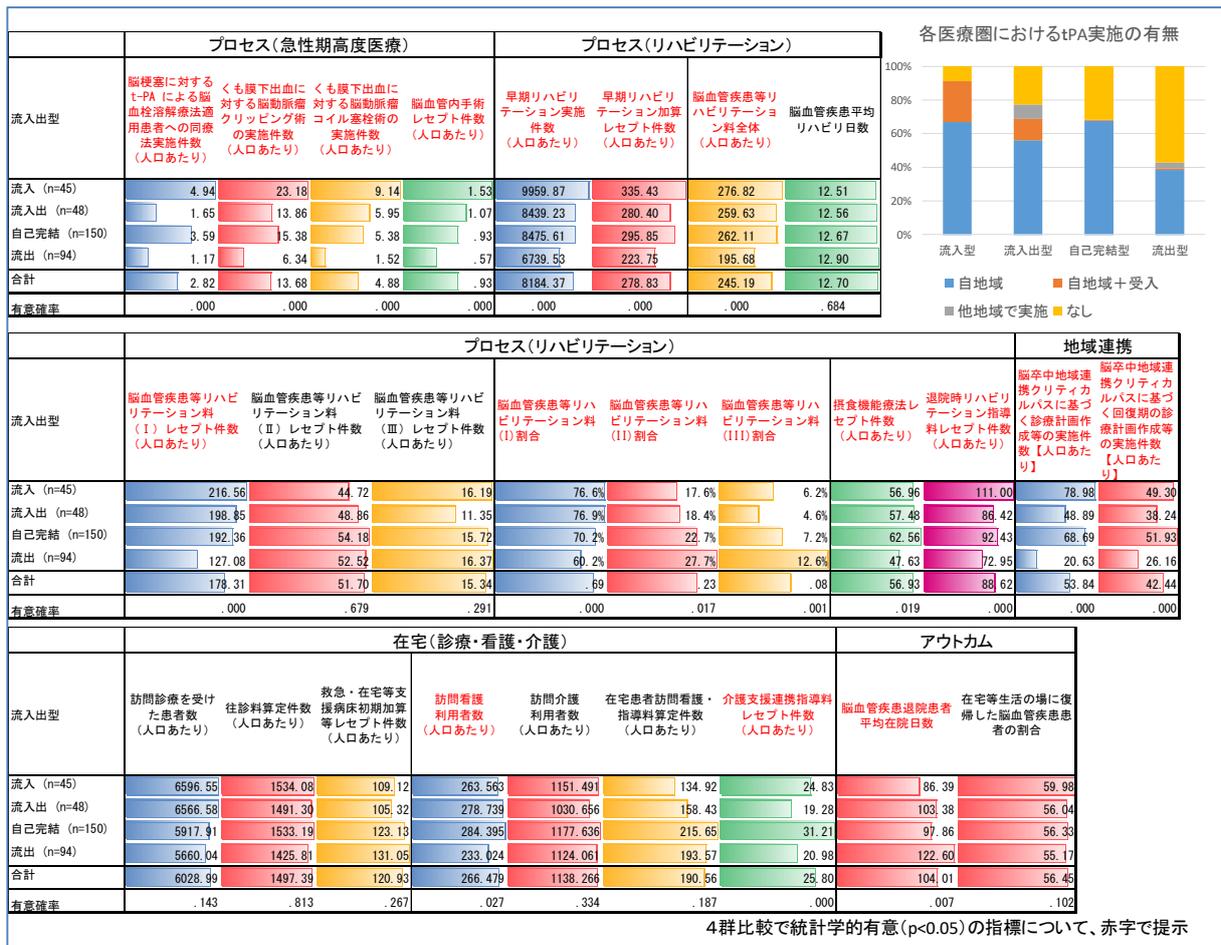


図 7 脳卒中患者の受療動向と各指標との関係 (2)



(3) 医療圏人口に基づく分析

医療圏人口を、以下の3群に分け、主な指標を比較した(図8)。

- 人口20万人未満 (n=157)
- 人口20万人以上、50万人未満 (n=100)
- 人口50万人以上 (n=80)

医療圏人口の少ない群(20万人未満)は、65歳以上の割合が高く、脳卒中患者が多い地域であった。高齢者の割合、脳卒中発生率とも、人口中等度群(20~50万人)、人口が多い群(50万人以上)にかけて少ない傾向にあった。

医療の供給体制については、人口の少ない群で病床数(特に療養病床、慢性期病床)が多い傾向がある一方、脳卒中専門の医師数は少なかった。

脳卒中に対する高度急性期医療(t-PA、脳血管内手術など)は、人口の少ない群では有意に少ないが、人口中等度群と人口が多い群では同程度であった。脳梗塞急性期治療の実施状況について、流入出も含め医療圏人口別に比較した(図9)。t-PAの実施は、人口20万人未満群において30%程度、人口20~50万人群において、90%程度実施されていた。しかし、t-PAの実施率は、脳梗塞に対するt-PA以外の薬物投与例の3.9%程度(図4右下)と低値であり、急性期治療が可能な医療圏においては実施率の向上を目指すのも一つの方向性と考えられた。

リハビリテーションについては、人口の少ない群において、リハビリテーション(II)(III)の算定割合が高くなっていった。地域

連携の指標は、急性期医療と関連しているためか、人口の少ない群で有意に低値であった。

在宅関連の指標に関して、訪問診療については、人口の多い群が最も多く見られた。人口の少ない群では、患者数が多いと考えられるため、訪問診療の割合を増やすのが今後の方向性の一つになりうると考えられた。一方、訪問介護については、人口の少ない群で多くみられた。

アウトカム指標について、人口の少ない群から多い群にかけて、在院日数の短縮、在宅復帰率の上昇傾向が見られた。

(4) 在宅復帰率と各指標との関係

アウトカム指標である在宅復帰率と各指

標との関連を分析した(表3)。全医療圏を対象とした分析において、相関係数0.3以上を示した指標は、療養病床数($r=-0.377$)、慢性期病床($r=-0.370$)、高度急性期・急性期病床割合($r=0.330$)、慢性期病床割合($r=-0.353$)、平均在院日数($r=-0.308$)であった。ストラクチャー指標(病床)との関連性が強く、急性期病床とは正の相関、慢性期の病床とは負の相関を認めた。また、もう一つのアウトカム指標である平均在院日数とは負の相関を認めた。

人口群別の分析では、人口の多い医療圏において、脳血管内手術レセプト件数($r=0.368$)などプロセス指標と相関を認めた。

図8 医療圏人口群別、脳卒中各指標の比較

人口グループ	医療圏基礎データ				医療需要(患者数)			ストラクチャー(病床)					
	人口	面積	人口密度	65歳以上割合	脳血管疾患により救急搬送された患者数(人口あたり)	脳梗塞・TIA(主病名)患者住所地数(人口あたり)	脳卒中tPA以外患者住所地数(人口あたり)	一般病床(人口あたり)	療養病床数(人口あたり)	高度急性期・急性期病床(人口あたり)	回復期病床(人口あたり)	慢性期病床(人口あたり)	
人口20万人未満(n=157)	105232.96	1122.5340	177.122	33.449%	11.25	1741.18	226.01	780.922	395.260	593.267	82.273	396.322	
人口20万人~50万人(n=100)	335028.77	1290.4700	525.056	28.363%	9.47	1272.80	189.35	766.522	284.448	605.991	83.480	301.545	
人口50万人以上(n=80)	952890.55	679.6808	4239.029	25.313%	6.35	1018.13	135.89	675.093	232.618	562.387	71.517	248.612	
合計	374645.98	1067.2383	1244.617	30.009%	9.56	1430.55	193.74	751.527	323.768	589.712	80.078	333.134	
有意確率	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.232	.256	.000	

人口グループ	ストラクチャー(医師)		プロセス(急性期高度医療)				プロセス(リハビリテーション)			
	神経内科医師数(人口あたり)	脳神経外科医師数(人口あたり)	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への回復法実施件数(人口あたり)	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(人口あたり)	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(人口あたり)	脳血管内手術レセプト件数(人口あたり)	早期リハビリテーション実施件数(人口あたり)	早期リハビリテーション加算レセプト件数(人口あたり)	脳血管疾患等リハビリテーション科(人口あたり)	脳血管疾患等リハビリテーション科平均リハビリ日数
人口20万人未満(n=157)	1.62	3.87	2.09	9.68	1.60	.59	8220.19	273.16	234.48	12.62
人口20万人~50万人(n=100)	3.12	5.42	3.62	18.66	8.08	1.21	8473.36	292.02	272.50	12.87
人口50万人以上(n=80)	3.75	5.64	3.25	15.32	7.34	1.27	7752.86	273.44	232.07	12.62
合計	2.57	4.75	2.82	13.68	4.88	.93	8184.37	278.83	245.19	12.70
有意確率	.000	.000	.077	.000	.000	.000	.447	.305	.020	.602

人口グループ	プロセス(リハビリテーション)						地域連携			
	脳血管疾患等リハビリテーション科(I)レセプト件数(人口あたり)	脳血管疾患等リハビリテーション科(II)レセプト件数(人口あたり)	脳血管疾患等リハビリテーション科(III)レセプト件数(人口あたり)	脳血管疾患等リハビリテーション科(I)割合	脳血管疾患等リハビリテーション科(II)割合	脳血管疾患等リハビリテーション科(III)割合	摂食機能療法レセプト件数(人口あたり)	退院時リハビリテーション指導料レセプト件数(人口あたり)	脳卒中地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数(人口あたり)	脳卒中地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数(人口あたり)
人口20万人未満(n=157)	155.91	60.57	18.23	.61	.28	.11	57.39	82.79	37.48	31.75
人口20万人~50万人(n=100)	211.58	47.52	13.38	.76	.19	.05	58.44	95.15	73.89	55.73
人口50万人以上(n=80)	180.66	39.51	12.13	.78	.17	.05	54.14	91.89	60.88	46.80
合計	178.31	51.70	15.34	.69	.23	.08	56.93	86.62	53.84	42.44
有意確率	.000	.004	.006	.000	.000	.000	.715	.140	.000	.000

人口グループ	在宅(診療・看護・介護)						アウトカム		
	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)(人口あたり)	住科算定件数(人口あたり)	救急・在宅等支援病床初期加算等レセプト件数(人口あたり)	訪問看護利用者数(人口あたり)	訪問介護利用者数(人口あたり)	在宅患者訪問看護指導料算定件数(人口あたり)	介護支援連携指導料レセプト件数(人口あたり)	脳血管疾患退院患者平均在院日数	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合
人口20万人未満(n=157)	5600.59	1511.27	151.58	269.425	1232.384	241.43	30.83	116.67	54.76
人口20万人~50万人(n=100)	5774.72	1487.98	104.35	255.110	1028.607	156.66	24.89	97.78	56.81
人口50万人以上(n=80)	7187.56	1481.91	81.52	274.907	1090.634	133.10	17.10	86.96	59.33
合計	6028.99	1497.39	120.93	266.479	1138.266	190.56	25.80	104.01	56.45
有意確率	.000	.963	.000	.570	.003	.001	.000	.002	.008

3群比較で統計学的有意(p<0.05)の指標について、赤字で提示

図 9 医療圏人口群別、脳卒中高度急性期医療の実施状況

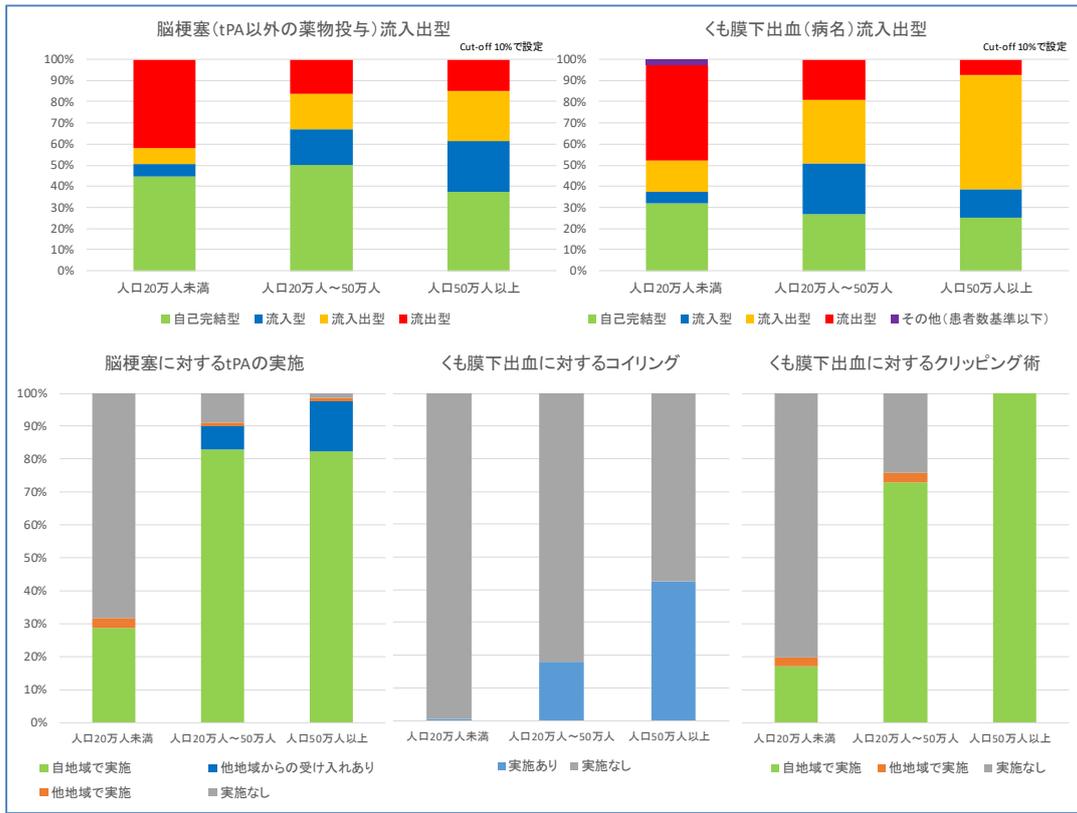


表 3 医療圏人口群別、脳卒中中の各指標と在宅復帰率との相関

指標	全体		人口20万未満		人口20万～50万		人口50万以上	
	相関係数	有意確率	相関係数	有意確率	相関係数	有意確率	相関係数	有意確率
基礎データ								
65歳以上割合	-.247	.000	-.213	.004	-.099	.164	-.166	.070
一般病床(人口あたり)	-.040	.233	-.068	.198	-.122	.114	.043	.354
療養病床数(人口あたり)	-.377	.000	-.357	.000	-.228	.011	-.447	.000
高度急性期・急性期病床(10万人あたり)	.047	.196	-.004	.480	.188	.031	.128	.129
回復期病床(10万人あたり)	-.080	.071	-.040	.310	-.016	.438	-.327	.002
慢性期病床(10万人あたり)	-.370	.000	-.351	.000	-.215	.016	-.455	.000
高度急性期・急性期病床割合	.330	.000	.275	.000	.284	.002	.550	.000
回復期病床割合	-.034	.266	-.051	.263	-.033	.371	-.168	.068
慢性期病床割合	-.353	.000	-.305	.000	-.305	.001	-.526	.000
ストラクチャー(医師)								
神経内科医師数(人口あたり)	.128	.009	-.004	.479	.199	.024	.167	.069
脳神経外科医師数(人口あたり)	.124	.012	-.017	.417	.246	.007	.217	.027
プロセス(急性期高度治療)								
くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(人口あたり)	.028	.301	-.066	.207	.117	.124	.038	.369
くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数(人口あたり)	.189	.000	.071	.188	.263	.004	.231	.020
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数(人口あたり)	.022	.340	-.010	.448	.032	.375	.075	.255
脳血管内手術 レセプト件数(人口あたり)	.159	.002	.050	.267	.154	.063	.368	.000
プロセス(リハビリテーション)								
早期リハビリテーション実施件数(人口あたり)	.014	.399	-.053	.256	.098	.167	-.211	.030
早期リハビリテーション加算 レセプト件数(人口あたり)	.010	.428	-.012	.442	.122	.113	-.041	.358
脳血管疾患等リハビリテーション料 全体(人口あたり)	-.094	.042	-.128	.055	.035	.364	-.262	.009
脳血管疾患等平均リハビリ日数	-.010	.431	-.035	.331	.064	.265	-.028	.404
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)レセプト件数(人口あたり)	.016	.387	-.002	.488	.071	.241	-.232	.019
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)レセプト件数(人口あたり)	-.196	.000	-.185	.010	-.112	.134	-.168	.068
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)レセプト件数(人口あたり)	-.213	.000	-.224	.002	-.074	.231	-.181	.054
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)割合	.172	.001	.129	.054	.178	.038	.078	.246
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)割合	-.139	.005	-.103	.099	-.156	.061	-.030	.395
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)割合	-.096	.039	-.060	.227	-.104	.151	-.106	.174
摂食機能療法 レセプト件数(人口あたり)	-.021	.349	-.018	.412	-.028	.389	-.177	.058
退院時リハビリテーション指導料 レセプト件数(人口あたり)	.075	.086	.021	.397	.189	.030	.053	.322
地域連携								
脳卒中地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数(人口あたり)	-.091	.048	-.143	.037	-.070	.243	-.189	.047
脳卒中地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数(人口あたり)	-.050	.180	-.053	.253	-.115	.127	-.157	.082
在宅(診療・看護・介護)								
訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)(人口あたり)	.091	.048	.034	.338	.091	.185	.115	.155
住診料算定件数(人口あたり)	.057	.148	.047	.280	.171	.045	-.053	.320
訪問看護利用者数(人口あたり)	.164	.001	.179	.013	.159	.057	.104	.180
訪問介護利用者数(人口あたり)	-.014	.397	-.016	.421	.164	.051	-.086	.225
在宅患者訪問看護・指導料算定件数(人口あたり)	.045	.205	.116	.074	-.072	.238	-.036	.376
介護支援連携指導料 レセプト件数(人口あたり)	.006	.455	.046	.282	.115	.127	-.031	.392
アウトカム								
脳血管疾患退院患者平均在院日数(二次医療圏)	-.308	.000	-.265	.000	-.369	.000	-.346	.001

相関係数>0.3を黄色でハイライト、相関係数<0.3であるが、p<0.05の指標を淡黄色でハイライト

急性心筋梗塞

(1) 急性心筋梗塞の背景因子の分析

急性心筋梗塞のデータを分析するにあたり、背景データとして、統計データの病名分類（虚血性心疾患と急性心筋梗塞の相違）、年齢階級別入院受療率、入院期間、平均在院日数、入院経路、転帰について整理した（図10～図13）。

虚血性心疾患は、臨床上、①狭心症（労作性・異型狭心症）、②急性冠症候群（不安定狭心症・急性心筋梗塞）、③陈旧性心筋梗塞に分類されることが多いが、患者調査で公表されているデータの多くは、虚血性心疾患（中分類）であり上記を包括したデータとなっている。小分類に分けた場合、「急性心筋梗塞」の疾患分類はあるが、「不安定狭心症」は狭心症に分類されており、臨床上の急性冠症候群の状況を厳密に反映しているとは言えない。

疾病小分類で、「急性心筋梗塞」と「狭心

症」を比較した場合、平均在院日数のデータには大きな差があるため（図11右下）、入院の経緯（通常の受診・救急車・救急外来）や転帰（外来通院・他病院に入院・他施設に入所・死亡）（図13）について患者調査で評価する際には、「急性心筋梗塞」で特別集計すると、より正確と考えられた。

脳卒中と比較し、虚血性心疾患（急性心筋梗塞）は、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い疾病であるため、後方連携の指標よりも前方連携（救急要請から急性期治療が可能な医療機関までの搬送）、急性期病院での治療に重点を置いた指標の解析が重要になってくると思われる。また、平均在院日数や在宅復帰率については、急性心筋梗塞の治療開始までの時間や治療法のほか、年齢の影響も大きい（図11左・図12）、人口構成が異なる医療圏間で比較するには、注意が必要である。

図 10 急性心筋梗塞にかかる背景データ（病名）

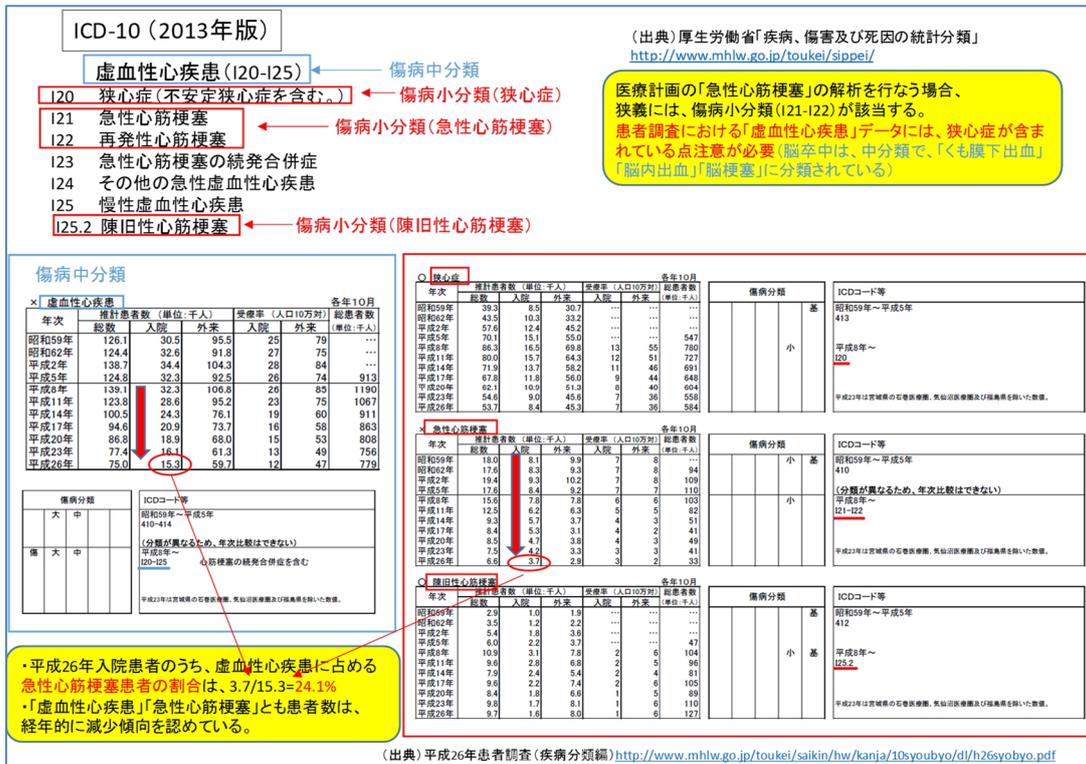


図 1 1 急性心筋梗塞にかかる背景データ（入院受療率・入院期間）

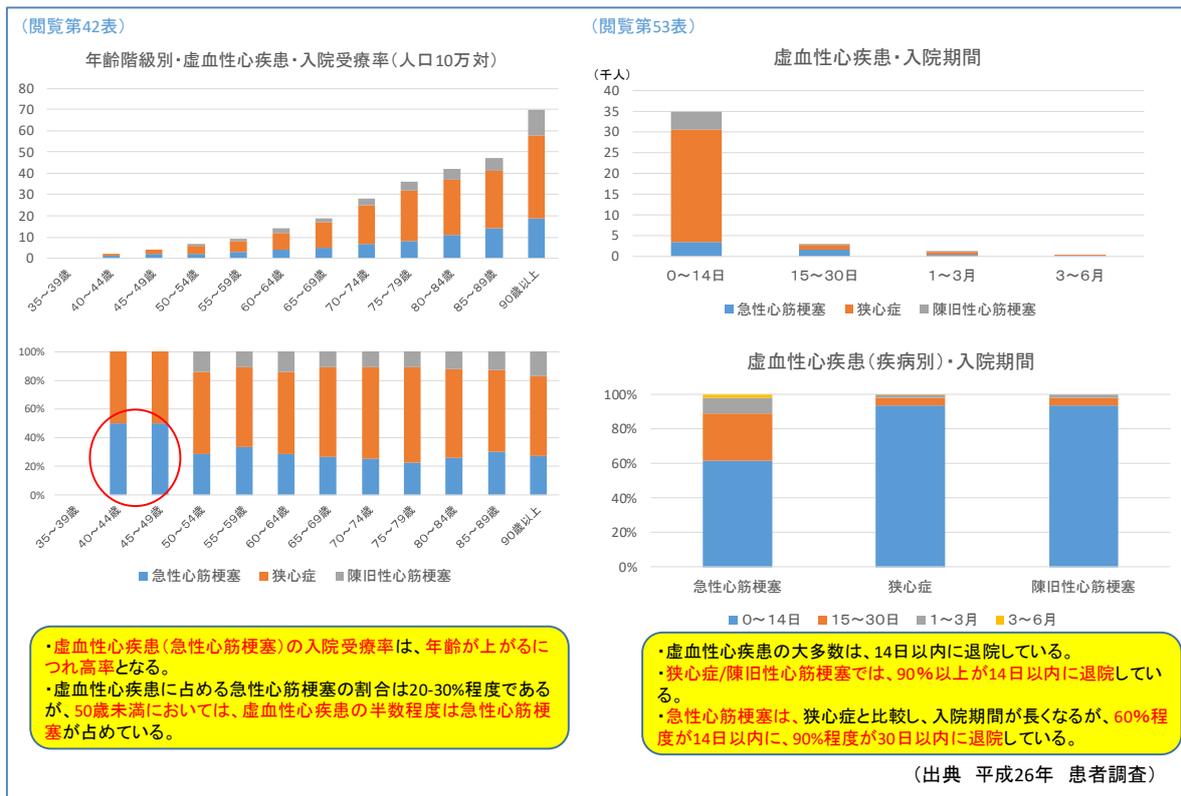


図 1 2 急性心筋梗塞にかかる背景データ（虚血性心疾患の年齢階級別・平均在院日数）

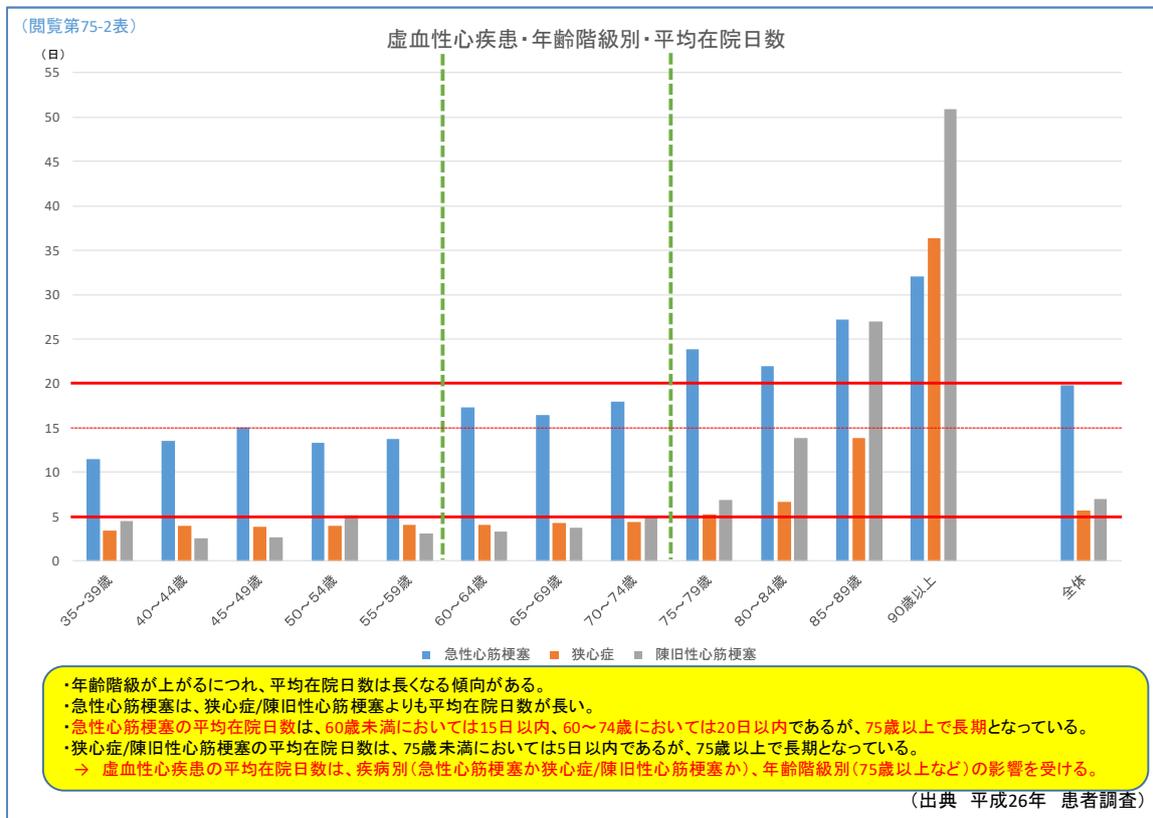
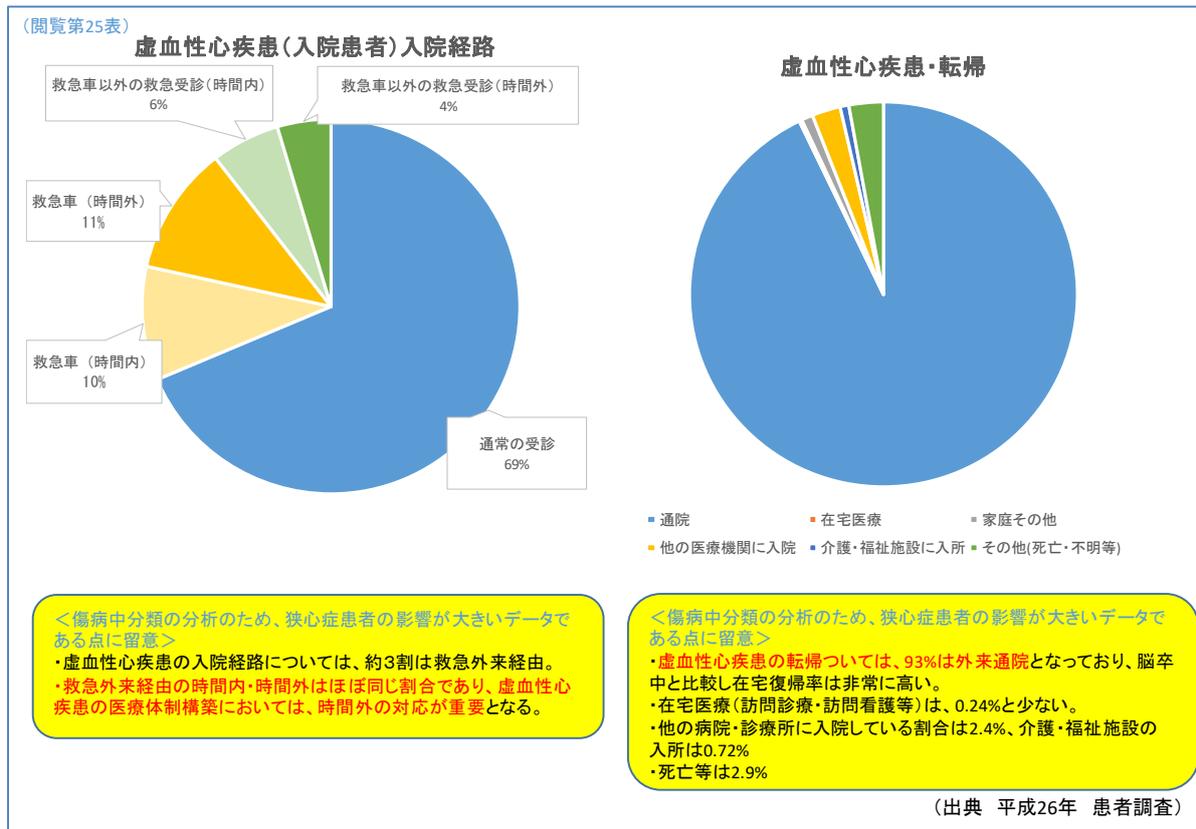


図 1 3 急性心筋梗塞にかかる背景データ（虚血性心疾患の入院経路・転帰）



(2) 患者受療動向（患者流入出）に基づく分析

急性心筋梗塞患者の受療動向について、データブック（NDB）の受療動向可視化ツール「急性心筋梗塞・カテーテル治療」を用いて群別した（図 1 4、図 1 5）。

急性心筋梗塞のカテーテル治療のデータは、流出 100%、流出 0%、流入 0%など患者の受療動向に医療圏毎の特徴が顕著であったため、流入出率 10%、20%などの cut-off で分類するのではなく、実績の有無にて群分けした。NDB のルールとして件数が少なく標記されない場合があり、この場合、流入出率とも 0%となってしまうため、データなし群は別のグループとして分類した。

「急性心筋梗塞・カテーテル治療」患者の流入がみられる医療圏が 117 あった。患者の流出の有無により、①流入型（流入あり、流出なし：n=60）、②流入出型（流入出あり：

n=57）の 2 群に分けた。

①流入型は、平均人口 50 万人程度で、面積も大きく、地方中核都市型が多い群と考えられる。②流入出型は、平均人口 86 万人程度で、人口密度が大きく、都市型が多い群と考えられる。ともに専門医師が多く、プロセス指標（急性期治療）の件数も多く、アウトカムの指標である平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向が見られた。

「急性心筋梗塞・カテーテル治療」患者の流入出がない自己完結型の医療圏は 101 あった。③自己完結型は、平均人口 20 万人程度で、面積が大きく、人口密度が低いが、急性期治療は自己完結できる中小規模の医療圏と考えられる。急性心筋梗塞に対する冠動脈形成手術件数は、①流入型、②流入出型と比較が少ないが、比較的循環器内科医師数も多く、冠動脈造影検査・治療が実施可能な病院数・大動脈バルーンポンピング法が実施

可能な病院数も多い特徴があり、平均人口を考慮すると急性心筋梗塞の診療体制は整備されていると考えられた。また、アウトカム指標である平均在院日数、在宅復帰率とも①流入型、②流入出型とそれほど変わらない結果となっている。

「急性心筋梗塞・カテーテル治療」患者の流入がなく流出が見られた医療圏は103あり、自地域での実績の有無により、④流出型（流出はあるが、自地域での実績あり：n=66）と⑤完全流出型（自地域での実績がなく、流出のみ：n=37）の2群に分けた。

④流出型は、平均人口33万人で、人口密度が比較的大きい群であり、流出率数%～90%までの幅があり、医療圏人口も最小7.4万人、最大140万人と多様性のある群である。この群は、自地域でも急性心筋梗塞のカテーテル治療が可能である一方、他の医療圏で治療を受ける患者も見られるタイプであり、医療体制面での不十分さ、あるいはアクセスの良さの2つの要因が絡んでいることが推測された。③自己完結型の医療圏と比較した場合、人口は多いものの、人口当たりの専門医師数や病床数、CCUを有する病院数・病床数が少ない傾向が見られる。また、①流入型、②流入出型、③自己完結型と比較し、アウトカムの指標である平均在院日数がやや長く、

在宅復帰率も低い傾向が見られた。

⑤完全流出型は、平均人口8.7万人程度の小規模医療圏である。虚血性心疾患により救急搬送された患者数が他の群と比較し極端に少なく、急性心筋梗塞医療圏としては、近隣の医療圏と一体化していることが推測された。専門医師数が少なく、CCUを有する病院は存在していない。平均在院日数は長く、在宅復帰率も低い結果となっている。しかし、このデータに関しては、施設住所地のデータであるため、この医療圏の患者が他の医療圏で治療を受けた場合の結果は、このデータからは読み取れない。また、平均在院日数、在宅復帰率とも虚血性心疾患患者を対象としているため、狭心症の割合が多い医療圏においては、総じて在院日数が少なく、在宅復帰率が高くなると考えられるため、患者背景も影響を与えていると思われる。

流出型の医療圏においては、患者住所地ベースのデータで、救急要請から医療機関収容までの時間や、これらの患者のアウトカムデータをみることも重要になると思われる。

⑥データなし型は、人口が少ないため、たとえカテーテル治療の実績があったとしても計上されていない可能性があるため、参考値のデータとなる。

図 1 4 急性心筋梗塞患者の受療動向（虚血性心疾患の入院経路・転帰）

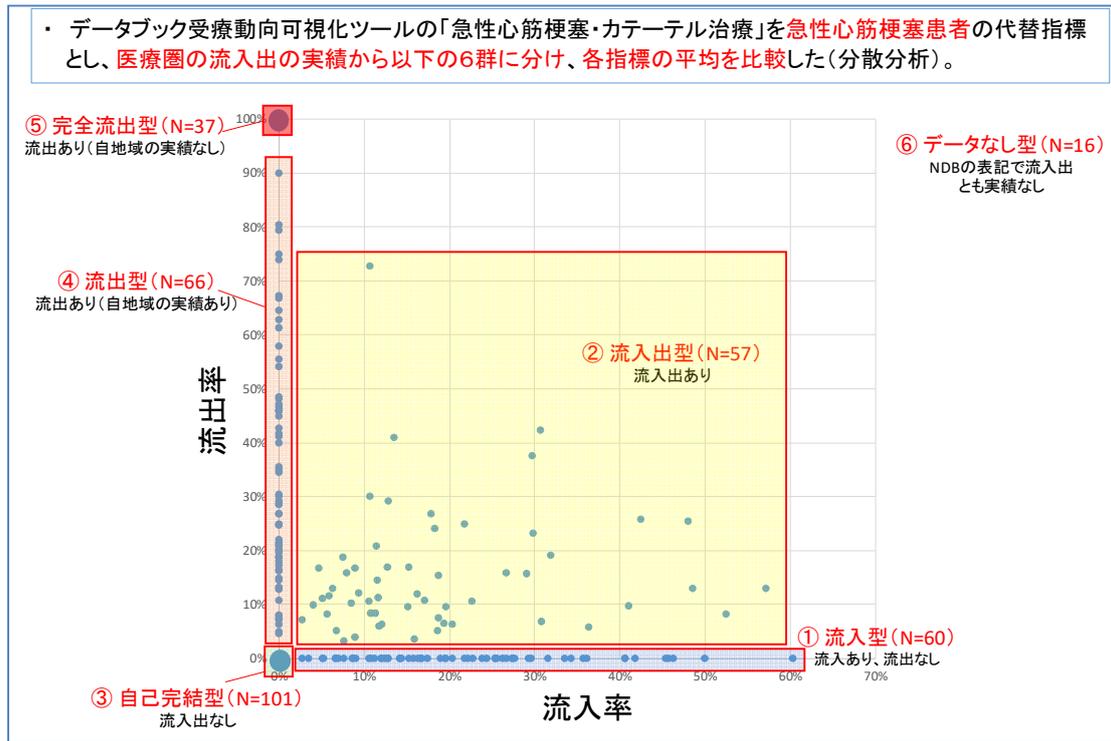


図 1 5 急性心筋梗塞患者の受療動向と各指標との関係

グループ	医療圏基礎データ							医療需要		患者動向 (流入出)			
	平均人口	人口 (最小)	人口 (中央値)	人口 (最大値)	面積	人口密度	65歳以上割合	虚血性心疾患により救急搬送された患者数 (人口あたり)	急性心筋梗塞 (主病名) 【流入率】	急性心筋梗塞 (主病名) 【流出率】	急性心筋梗塞カテーテル治療 【流入率】	急性心筋梗塞カテーテル治療 【流出率】	
① 流入型 (n=60)	499,961	59,096	439,321	2,345,707	1502.0	966.9	28.3%	1.7	3.6%	20.4%	0.0%	21.9%	
② 流入出型 (n=57)	860,061	137,214	742,881	2,663,467	389.4	4427.4	25.3%	1.0	17.1%	20.8%	15.6%	18.6%	
③ 自己完結型 (n=101)	211,129	30,365	156,044	918,873	1159.4	236.3	31.7%	1.3	3.6%	2.5%	0.0%	0.0%	
④ 流出型 (n=66)	330,869	74,421	221,255	1,399,218	107.5	1138.3	29.2%	1.0	29.7%	5.6%	33.7%	0.0%	
⑤ 完全流出型 (n=37)	87,841	26,919	71,694	278,377	1192.3	218.0	34.1%	0.2	67.4%	1.4%	100.0%	0.0%	
⑥ データなし (n=16)	51,441	21,303	38,808	124,120	1227.5	124.6	36.0%	1.1	34.2%	0.0%	0.0%	0.0%	
合計 (n=337)	374,646	21,303	227,077	2,663,467	1067.2	1244.6	30.0%	1.1	19.5%	9.2%	20.2%	7.0%	
有意確率	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

グループ	ストラクチャー (医師)				ストラクチャー (病床)				ストラクチャー (病床)			
	循環器内科 医師数 (人口あたり)	心臓血管外科 医師数 (人口あたり)	一般病床 (人口あたり)	療養病床数 (人口あたり)	高度急性期・急性期病床数 (人口あたり)	回復期 (人口あたり)	慢性期 (人口あたり)	高度急性期・急性期病床割合	回復期病床割合	慢性期病床割合		
① 流入型 (n=60)	10.7	2.9	869.9	321.4	693.858	90.1	359.2	62.5%	7.8%	29.7%		
② 流入出型 (n=57)	9.4	2.7	675.2	202.6	560.800	67.7	219.0	66.4%	8.1%	25.4%		
③ 自己完結型 (n=101)	7.1	1.4	821.4	352.5	637.339	87.6	354.5	61.6%	8.2%	30.1%		
④ 流出型 (n=66)	5.9	0.9	618.2	312.0	491.357	74.0	312.0	57.8%	8.3%	33.8%		
⑤ 完全流出型 (n=37)	2.7	0.2	675.4	371.6	487.309	83.8	361.5	55.3%	8.1%	36.6%		
⑥ データなし (n=16)	5.6	0.4	865.0	520.9	644.044	55.5	528.3	56.1%	5.3%	38.6%		
合計 (n=337)	7.4	1.6	751.5	423.8	589.712	80.1	333.1	60.9%	8.0%	31.1%		
有意確率	.000	.000	.000	.000	.000	.039	.000	.000	.281	.000		

グループ	ストラクチャー (心疾患対応)				プロセス (急性期治療)			ストラクチャー (リハビリ)		アウトカム	
	CCUを有する病院数 (人口あたり)	CCUを有する病院の病床数 (人口あたり)	冠動脈造影検査・治療が実施可能な病院数 (人口あたり)	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数 (人口あたり)	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数 (人口あたり)	虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈形成手術件数 (人口あたり)	経皮的冠動脈形成術 レセプト件数 (人口あたり)	心大血管リハビリテーション科 (I) 届出施設数 (人口あたり)	心大血管リハビリテーション科 (II) 届出施設数 (人口あたり)	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	在宅等生活の場に戻った虚血性心疾患患者の割合
① 流入型 (n=60)	0.34	1.84	1.65	1.49	7.7	21.9	18.5	0.9	0.1	9.3	94.0
② 流入出型 (n=57)	0.3	1.51	1.29	1.25	7.7	16.3	17.0	0.5	0.1	7.9	94.3
③ 自己完結型 (n=101)	0.35	1.15	1.73	1.70	2.0	8.0	12.7	0.5	0.1	11.1	92.4
④ 流出型 (n=66)	0.23	0.85	1.30	1.24	1.1	3.9	10.2	0.5	0.1	15.2	86.2
⑤ 完全流出型 (n=37)	0.00	0.00	0.97	0.72	0.0	0.0	0.9	0.2	0.1	28.3	52.9
⑥ データなし (n=16)	0.35	1.10	1.15	0.90	0.0	0.0	3.6	0.4	0.1	49.5	68.4
合計 (n=337)	0.28	1.15	1.45	1.35	3.5	9.8	12.2	0.5	0.1	14.7	86.3
有意確率	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.986	.002	.000

3群比較で統計学的有意(p<0.05)の指標について、赤字で提示

(3) 医療圏人口に基づく分析

医療圏人口を、以下の3群に分け、主な指標を比較した(図16)。

- 人口20万人未満 (n=157)
- 人口20万人以上、50万人未満 (n=100)
- 人口50万人以上 (n=80)

医療圏人口の少ない群(20万人未満)は、患者65歳以上の割合が高く、急性心筋梗塞患者(患者住所地)も他の群より多い地域となっているが、流出率が高く、施設住所地で見ると患者住所地と比較し患者患者数は減少している。人口中等度群(20~50万人)、人口が多い群(50万人以上)は、ともに流入率の高い地域となっている。

病床については、人口が多い群になるにつれ、人口あたりの病床数(一般・療養とも)

は減少傾向となり、慢性期病床の割合が低くなるが、心疾患に関連した病院数(CCU・冠動脈検査/治療・大動脈バルーンパンピング)は3群間で有意差は見られなかった。しかし、専門医やプロセス指標(冠動脈形成術・手術)は、人口の少ない群で有意に低値となっていた。

心大血管リハビリ施設については、人口が少ない群で(I)届出施設数が少なかった。

アウトカム指標について、平均在院日数は、人口が多い群になるにつれ数値は減少傾向にあるが、有意差は見られなかった。在宅復帰率は、人口の少ない群で有意に低値であった。

図16 医療圏人口群別、急性心筋梗塞各指標の比較

グループ	医療圏基礎データ				医療需要			患者動向(流入)			
	平均人口	面積	人口密度	65歳以上割合	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(人口あたり)	急性心筋梗塞(患者住所値)(人口あたり)	急性心筋梗塞(施設住所値)(人口あたり)	急性心筋梗塞(主病名)【流出率】	急性心筋梗塞(主病名)【流入率】	急性心筋梗塞カテーテル治療【流出率】	急性心筋梗塞カテーテル治療【流入率】
人口20万人未満 (n=157)	105233	1123	177	33.4%	1.1	88.7	67.1	28.4%	4.4%	34.8%	2.9%
人口20万人~50万人 (n=100)	335029	1290	525	28.4%	1.2	75.8	78.5	11.3%	12.3%	11.6%	9.9%
人口50万人以上 (n=80)	952891	680	4239	25.3%	1.1	63.6	66.5	12.1%	14.7%	9.3%	12.3%
合計	374646	1067	1245	30.0%	1.1	78.9	70.4	19.5%	9.2%	21.2%	7.4%
有意確率	.000	.000	.000	.000	.401	.000	.004	.000	.000	.000	.000
グループ	ストラクチャー(医師)		ストラクチャー(病床)		ストラクチャー(病床)						
	循環器内科医師数(人口あたり)	心血管外科医師数(人口あたり)	一般病床(人口あたり)	療養病床数(人口あたり)	高度急性期・急性期病床(人口あたり)	回復期(人口あたり)	慢性期(人口あたり)	高度急性期・急性期病床割合	回復期病床割合	慢性期病床割合	
人口20万人未満 (n=157)	5.6	0.8	781	395	593.3	82.3	396.3	58.3%	7.7%	34.0%	
人口20万人~50万人 (n=100)	8.4	2.1	767	284	606.0	83.5	301.5	61.8%	8.5%	29.7%	
人口50万人以上 (n=80)	9.6	2.6	675	233	562.4	71.5	248.6	64.8%	8.0%	27.2%	
合計	7.4	1.6	752	324	589.7	80.1	333.1	60.9%	8.0%	31.1%	
有意確率	.000	.000	.003	.000	.232	.256	.000	.001	.424	.000	
グループ	ストラクチャー(心疾患対応)				プロセス(急性期治療)			ストラクチャー(リハビリ)		アウトカム	
	CCUを有する病院数(人口あたり)	CCUを有する病院の病床数(人口あたり)	冠動脈造影検査・治療が実施可能な病院数(人口あたり)	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数(人口あたり)	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数(人口あたり)	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(人口あたり)	経皮的冠動脈形成術レセプト件数(人口あたり)	心大血管リハビリテーション科(I)届出施設数(人口あたり)	心大血管リハビリテーション科(II)届出施設数(人口あたり)	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合
人口20万人未満 (n=157)	0.3	0.9	1.5	1.4	0.8	3.7	8.5	0.4	0.1	19.0	78.5
人口20万人~50万人 (n=100)	0.3	1.3	1.5	1.4	4.6	13.4	15.0	0.6	0.1	13.6	91.8
人口50万人以上 (n=80)	0.2	1.4	1.3	1.2	7.2	17.3	16.0	0.6	0.1	7.8	94.6
合計	0.3	1.1	1.4	1.3	3.5	9.8	12.2	0.5	0.1	14.7	86.3
有意確率	.755	.062	.109	.050	.000	.000	.000	.026	.790	.133	.000

3群比較で統計学的有意(p<0.05)の指標について、赤字で提示

(4) 在宅復帰率と各指標との関係

アウトカム指標である在宅復帰率と各指標との関連を分析した(表4)。全医療圏を対象とした分析(n=337)において、相関係数0.3以上を示した各指標は、65歳以上の割合(r=-0.382)、急性心筋梗塞・施設住所地(r=-0.347)、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数(r=0.318)、経皮的冠動脈形成術レセプト件数(r=0.445)、虚血性心患者の平均在院日数(r=-0.333)であっ

た。脳卒中と異なり、ストラクチャー指標(病床)との関連性は乏しく、急性期治療の体制・プロセス(大動脈バルーンパンピングの実施の有無、経皮的冠動脈形成術実施件数など)との相関を認めた。もう一つのアウトカム指標である平均在院日数とは負の相関を認めた。

流入出データのある321医療圏を対象とした場合、流出率と強い負の相関を認めた。

表4 急性心筋梗塞の各指標と在宅復帰率との相関

- 急性心筋梗塞の主な指標と在宅復帰率の単相関関係を分析した(全医療圏対象n=337)。
- 流入出データのある321医療圏については、流入出率も含め分析した。

指標	n=337		n=321		
	相関係数	有意確率	相関係数	有意確率	
医療圏基礎データ	人口	.263	.000	.249	.000
	65歳以上割合	-.382	.000	-.359	.000
	面積	.021	.351	.006	.460
	人口密度	.158	.002	.189	.000
ストラクチャー(病床)	一般病床(人口あたり)	.171	.001	.189	.000
	療養病床数(人口あたり)	-.068	.106	-.071	.102
	高度急性期・急性期病床(人口あたり)	.195	.000	.194	.000
	回復期病床(人口あたり)	.068	.105	.043	.219
	慢性期病床(人口あたり)	-.026	.319	-.021	.354
	高度急性期・急性期病床割合	.071	.097	.074	.093
	回復期病床割合	.052	.171	.040	.236
	慢性期病床割合	-.092	.047	-.093	.049
需要(急性心筋梗塞患者数)	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(人口あたり)	.262	.000	.256	.000
	急性心筋梗塞(主病名)患者住所地(人口あたり)	-.226	.000	-.261	.000
	急性心筋梗塞(主病名)施設住所地(人口あたり)	.347	.000	.383	.000
	心疾患・虚血性心疾患・急性心筋梗塞(主病名)【流出率】			-.625	.000
	心疾患・虚血性心疾患・急性心筋梗塞(主病名)【流入率】			.233	.000
ストラクチャー(医師)	循環器内科医師数(人口あたり)	.295	.000	.304	.000
	心臓血管外科医師数(人口あたり)	.296	.000	.296	.000
ストラクチャー(心疾患対応)	CCUを有する病院数(人口あたり)	.169	.001	.152	.003
	CCUを有する病院の病床数(人口あたり)	.216	.000	.202	.000
	冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数(人口あたり)	.223	.000	.211	.000
	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数(人口あたり)	.318	.000	.302	.000
プロセス(急性期治療)	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数(人口あたり)	.201	.000	.194	.000
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(人口あたり)	.299	.000	.290	.000
	経皮的冠動脈形成術レセプト件数(人口あたり)	.445	.000	.429	.000
プロセス(リハビリテーション)	心大血管リハビリテーション料(I)届出施設数(人口あたり)	.242	.000	.223	.000
	心大血管リハビリテーション料(II)届出施設数(人口あたり)	.037	.252	.050	.185
アウトカム	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	-.333	.000	-.273	.000

相関係数>0.5を橙色、>0.3を黄色でハイライト、相関係数<0.3であるが、p<0.05の指標を淡黄色でハイライト

D. 考察

本研究では、第6次医療計画改定で示された現状把握の指標を用いて医療圏の評価及び指標間の関連性を検討した。

脳卒中について、アウトカム指標である在宅復帰率を一つの評価指標とした場合、平均在院日数と負の相関関係を認めた。早期に適切な急性期医療、続いて適切にリハビリテーションを行なうことで脳卒中後の機能予後が改善し、在院日数の減少、ひいては在宅復帰率の向上につながる事が一連の流れであるが、脳卒中は機能予後が不良な疾患であるため、急性期病院から直接在宅に復帰できる症例ばかりでなく、後方病院への転院や、その後も3ヶ月ごとに転院を繰り返す症例も見られるのが実情である。このような転院症例を考慮する場合、医療圏の病床数が大きな影響を与えると考えられ、慢性期病床が多いほど、在宅復帰率が低くなるという結果につながっていることが推察される。

脳卒中は、脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血の3疾病をあわせた概念であり、発生頻度、治療方法、予後も異なるため、本来であれば、3疾病を個々に分析するのが望ましいと思われる。しかし、細分化するとデータが多量となり、分析が複雑化するため、代表疾患を1つ挙げるならば、患者数が多く、搬送体制、急性期の医療体制の影響を大きく受ける脳梗塞が適していると思われる。

脳梗塞は、さらに脳塞栓症、脳血栓症、ラクナ梗塞に細分化され、治療法も異なるが、脳梗塞(脳塞栓症)に対して、超急性期にt-PA治療を行なうことができるかどうか、脳卒中中の急性期診療体制としては重要となる。

NDBや病院機能報告で計上されるt-PA治療の実施件数を人口あたりで補正して指標化し、他地域や経年的に比較するの一つの方法であるが、脳梗塞急性期患者数を分母、t-PA治療

者数を分子として%表示し実施率として指標化するとより明確な指標になると思われる。

脳梗塞患者におけるt-PAの実施件数は、急性心筋梗塞患者におけるカテーテル治療件数と比較すると、まだまだ少ないため、t-PAの実施体制の向上を図っていくことが、脳卒中中の医療体制構築の上では重要となる。

医療圏人口で3群に分けた場合、人口20万人以上の医療圏においては、t-PA治療が概ね実施可能な状況であるため、t-PA適応患者におけるt-PA実施率を指標として、実施率の向上を図っていくことが施策になると考えられる。一方、人口20万人未満の医療圏においては、他地域での実施も含めt-PAの実績がない医療圏が多いため、僻地などを除き、すべての医療圏において、t-PA治療が、drip and ship方式(初期医療機関でt-PAを開始しながら、高次医療機関へ搬送する)など他地域での実施も含め実施体制を確保することが一つの目標になると考えられる。また、平均在院日数、在宅復帰率が、全国平均を下回っている地域については、全国平均を達成することが一つの数値目標になると思われる。このためには、訪問診療・看護・介護を行なう医療機関を増やし、療養型病床、介護・福祉施設から在宅への移行を図ることが施策となる。

急性心筋梗塞について、アウトカム指標である虚血性心疾患の在宅復帰率との関連を評価したところ、カテーテル治療患者の流出率が最も強い相関(負の相関)を認めた。

急性心筋梗塞の場合、急性期にカテーテル検査が行われず保存的に経過を見る症例は、ごく稀であり、自地域でカテーテル治療が行えない場合は、近隣の医療圏に搬送して治療を受けることになる。急性心筋梗塞の予後(死亡・機能予後)は、発症から冠動脈再開通までの時間が重要である。この時間は、発症から救急要請まで(onset to call)、救急

要請から病院到着まで（call to door）、病院到着から冠動脈再開通まで（door to balloon）の3段階に分けられるが、発症から救急要請まで（onset to call）の時間は患者に依存しており、または発症時間（症状出現時）が明確でない症例もあるため、指標化するのには現実的には困難である。

救急要請から病院到着まで（call to door）の時間は、収集可能であり、できれば胸痛患者に絞って、call to door の時間を二次医療圏単位で集計し、指標とするのが望まれる。

病院到着から冠動脈再開通まで（door to balloon）の時間は医療機関における対応が主となるため、医療機関の協力を得て、door to balloon time の平均値を求めることや、急性心筋梗塞患者における 90%以内の冠動脈再開通達成率が指標になると思われる。

急性心筋梗塞の搬送時間（call to door）や医療機関到着から治療までの時間（door to balloon）を短縮する施策としては、①MC（メディカルコントロール）において胸痛患者のプロトコルを定め、収容先の医療機関を輪番制などで確保しておくこと、②救急車内からの心電図伝送を実施すること（心電図で急性心筋梗塞の診断がつけばカテーテルの準備を始める）、③僻地などにおいては、ドクターヘリを活用することなどが挙げられる。

指標の分析に関して、以前は、各種統計からのストラクチャー指標が主体であったが、NDB や病院機能報告のデータを活用することで、多くのプロセス指標が得られるようになった。しかし、これらの指標も、どのような定義で収集されたか（評価したい項目を適切に表す指標かどうかの精査）、また、単に人口で補正するだけでなく、適切な分母があるものは、率として指標化するのが望ましいと考えられる。各疾病・事業の現状をより正確に把握するには、既存データの解析では不十

分な点もあるため、医療系団体や各種専門学会の協力も得てデータを入手することや、各地域において診療にあたる医療機関の協力を得てデータを蓄積していくことも今後必要になってくると思われる。

5 疾病・5 事業・在宅医療の現状把握のための指標を分析していく上で、すべての領域に精通している者はいないため、都道府県医療計画の策定にあたっては、各種データ分析に精通した研究者や各疾病・事業の専門家（医療者）の協力を得て、個々の指標の意味付けを理解したうえで、分析していく必要があると思われる。

E. 結論

医療計画で用いられている指標について、脳卒中、急性心筋梗塞を代表例として、医療圏の評価、指標間の関連性を検討した。指標を分析することで、医療圏の現状を把握し、指標間の関連性も含め施策につなげていくことは可能と考えられた。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他
なし