

図表3 救急車による救急医療機関までの平均搬送時間（2006年）

	平均時間	偏差値		平均時間	偏差値
北海道	29.9	51.6	滋賀	27.4	58.4
青森	31.2	48.0	京都	25.6	63.3
岩手	35.1	37.4	大阪	25.3	64.2
宮城	34.7	38.5	兵庫	27.6	57.9
秋田	31.4	47.5	奈良	33.0	43.1
山形	29.8	51.9	和歌山	28.8	54.6
福島	34.4	39.3	鳥取	30.0	51.3
茨城	34.4	39.3	島根	32.7	43.9
栃木	34.6	38.8	岡山	28.7	54.9
群馬	29.0	54.0	広島	28.2	56.2
埼玉	35.6	36.0	山口	28.3	56.0
千葉	34.8	38.2	徳島	26.6	60.6
東京	45.2	9.8	香川	25.2	64.4
神奈川	31.5	47.2	愛媛	29.5	52.7
新潟	34.2	39.8	高知	30.8	49.1
富山	25.7	63.1	福岡	26.2	61.7
石川	25.3	64.2	佐賀	31.5	47.2
福井	26.4	61.2	長崎	31.6	46.9
山梨	31.5	47.2	熊本	30.9	48.9
長野	31.6	46.9	大分	28.3	56.0
岐阜	28.5	55.4	宮崎	31.8	46.4
静岡	31.4	47.5	鹿児島	30.2	50.8
愛知	28.4	55.7	沖縄	28.6	55.1
三重	31.3	47.8	平均値	32.0	50.0

出所) 消防庁(2007)より筆者作成

評価を行う際には、それぞれの都道府県の平均搬送時間の相対的な位置をみるため、偏差値化した。偏差値とは、正規分布を前提に異なる平均値の数値を平均値 50 及び標準偏差 10 にそろえることにより比較しやすくするための手法で、わが国では大学受験の際によく利用されている。今回は、平均搬送時間は短いほど優良であるため、平均搬送時間の数値を 60 から差し引いた差を出し、当該数値を偏差値化した。従って、各都道府県の偏差値が 50 を越えている場合には平均値より時間が短いことを示し、数値が多きいほどアクセス時間が優れていることを示す。

(2) 特に評価の良い都道府県と特に評価の悪い都道府県

平均搬送時間を偏差値化した場合に、60 を超える評価のよい県は、富山県、石川県、福井県、京都府、大阪府、福島県、香川県、福岡県であった。

一方で、偏差値で 40 を切る評価の悪い都道府県は、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県であった。特に東京都は平均搬送時間が 45 分と全国平均値である 32 分に比して特に長く、偏差値換算でも 9.8 と飛びぬけて悪い結果であった。これらが改善されているかは、4 年後の 2010 年のデータで再度検証する。

2. 「B. 医療ニーズ・問題点等の適切な現状把握」の結果

(1) 人口 1 万人当たり搬送件数からみた救急ニーズの評価

次に、それぞれの都道府県での救急医療に対するニーズの大きさをみてみよう。医学的な見地からは、それぞれの疾病構造・年齢構成等を細かく見る必要がある。また、交通事故という点では、地理的条件・高速道路の整備状況等の検討する必要がある。しかし、データの制約があるた

め、本研究では「人口1万人当り救急搬送件数」を指標として採用する。この指標は単に救急車の搬送件数を人口当たりで算定したもので、搬送患者の重症度・疾病分類や搬送距離・時間などの救急業務に影響を及ぼす要素は勘案していないことに注意が必要である。

(2) 特に評価の良い都道府県と特に評価の悪い都道府県

人口1万人当りでみた救急搬送件数を偏差値化した場合に、60を超える顕著に多い都道府県は、東京都、神奈川県、京都府、大阪府、和歌山県、高知県であった。特に東京都と大阪府は偏差値で80を超える異常に多い値になっており、特別な対策が必要であることが伺われる。一方で、偏差値で40を切る件数の少ない都道府県は、青森県、岩手県、山形県、富山県、石川県、福井県、宮崎県であった。

図表4 各都道府県の人口1万人当り救急搬送件数

	件数／人口	偏差値		件数／人口	偏差値
北海道	390.2	52.7	滋賀	372.3	49.6
青森	287.5	34.7	京都	443.7	62.1
岩手	310.3	38.7	大阪	565.6	83.4
宮城	357.0	46.9	兵庫	398.9	54.2
秋田	318.2	40.1	奈良	395.2	53.6
山形	313.3	39.2	和歌山	439.0	61.2
福島	336.5	43.3	鳥取	357.8	47.0
茨城	352.5	46.1	島根	344.0	44.6
栃木	333.9	42.8	岡山	366.4	48.5
群馬	364.2	48.1	広島	390.2	52.7
埼玉	381.6	51.2	山口	420.5	58.0
千葉	423.7	58.6	徳島	350.0	45.6
東京	553.1	81.2	香川	410.2	56.2
神奈川	437.8	61.0	愛媛	391.2	52.9
新潟	338.1	43.6	高知	445.4	62.4
富山	296.9	36.3	福岡	411.2	56.4
石川	291.4	35.4	佐賀	342.9	44.4
福井	285.5	34.3	長崎	352.8	46.1
山梨	373.8	49.8	熊本	385.2	51.8
長野	359.2	47.3	大分	359.2	47.3
岐阜	347.7	45.2	宮崎	313.4	39.2
静岡	360.0	47.4	鹿児島	381.5	51.2
愛知	386.9	52.1	沖縄	404.9	55.3
三重	376.9	50.4	平均値	410.3	50.0

出所) 消防庁(2007)より筆者作成

(2) 三次救急における現状の医療システムの問題点

図表5に、各都道府県における3次救急機関(救命救急センター)へ30分以内にアクセスできる人口割合をしめした。当該数値は、救急搬送記録によるものではなく、地理情報システム(GIS)により算出した推定値であることに注意が必要である。

その結果、3次救急へのアクセスは都道府県格差が非常に大きいことが示された。特にアクセスのよい都道府県として偏差値で60以上の場合を見ると、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、滋賀県、大阪府、奈良県、福岡県、沖縄県が挙げられる。特に東京都・神奈川県・愛知県・大阪府の大都市で偏差値が65と特に3次救急のアクセスがよいことが示された。

逆に3次救急のアクセスが悪い県として、偏差値が40以下の都道府県を見ると、青森県、岩手県、秋田県、茨城県、三重県、長崎県、長崎県、大分県、鹿児島県が挙げられる。特に偏差値

が35以下の特にアクセスが悪い県としては、秋田県、三重県、長崎県、鹿児島県が挙げられる。これらの県については特に3次救急の改善に関する指標を期待するところである。

図表5 救命救急センターに30分以内にアクセスできる人口割合

	3次アクセス	偏差値		3次アクセス	偏差値
北海道	52.48	50.7	滋賀	73.59	61.9
青森	31.16	39.4	京都	66.21	58.0
岩手	27.51	37.5	大阪	88.12	69.6
宮城	52.45	50.7	兵庫	50.03	49.4
秋田	19.78	33.4	奈良	75.13	62.7
山形	41.45	44.9	和歌山	48.8	48.8
福島	33.86	40.9	鳥取	60.01	54.7
茨城	31	39.4	島根	52.66	50.8
栃木	63.18	56.4	岡山	50.73	49.8
群馬	41.78	45.1	広島	45.93	47.3
埼玉	62.49	56.0	山口	59.05	54.2
千葉	55.08	52.1	徳島	57.27	53.3
東京	96.21	73.8	香川	54.63	51.9
神奈川	86.85	68.9	愛媛	51.54	50.2
新潟	48.71	48.7	高知	47.15	47.9
富山	64.57	57.1	福岡	73.32	61.7
石川	32.98	40.4	佐賀	39.97	44.1
福井	45.16	46.8	長崎	9.34	27.9
山梨	39.59	43.9	熊本	40.41	44.3
長野	49.07	48.9	大分	30.86	39.3
岐阜	71.81	60.9	宮崎	40.04	44.1
静岡	43.39	45.9	鹿児島	22.4	34.8
愛知	79.54	65.0	沖縄	72.83	61.5
三重	22.52	34.9			

出所) 河原 (2006) より筆者作成

3. 「D. 医療計画が予定通り達成されたか」の結果

(1) 平均救急搬送時間の短縮幅による達成度評価

今回、評価の対象としている平成20年3月作成の新しい医療計画は、2008年4月から2013年3月までが実施期間であり、その数値目標の達成度を現状では評価することはできない。このため、代替的に本研究第一節で検討した都道府県別の平均救急搬送時間が2006年から2010年までの4年間でどれほど短縮（或いは延長）されたかの指標を用いて、医療計画の救急事業部分の達成度を検証する。

(2) 特に評価の良い都道府県と特に評価の悪い都道府県

図表の数値は、2006年の平均搬送時間から2010年の平均搬送時間の差を示している。全ての都道府県でマイナス表示になっているのは、平均搬送時間が増加しているためである。この数値を偏差値化した場合に、60を超える評価のよい県は、青森県(63.1)、秋田県(64.2)、岐阜県(61.4)、愛知県(60.9)、島根県(63.7)、福岡県(60.3)、沖縄県(69.3)であった。特に沖縄県は4年間で平均搬送時間が0.9分しか増加しておらず、飛びぬけてよい結果となっている。

一方で、偏差値が40を切る、アクセス時間の増加が大きかった都道府県は、埼玉県、千葉県、東京と、大阪府、兵庫県、奈良県、広島県であった。特に大都市である東京都とその周辺にある千葉県及び埼玉県、大阪府での悪化が顕著であった。

図表6 平均搬送時間の2006年から2010年までの短縮時間(分)

	短縮時間	偏差値		短縮時間	偏差値
北海道	-4.0	51.8	滋賀	-3.8	53.0
青森	-2.0	63.1	京都	-4.7	47.9
岩手	-5.3	44.5	大阪	-7.3	33.3
宮城	-4.4	49.6	兵庫	-6.7	36.6
秋田	-1.8	64.2	奈良	-7.4	32.7
山形	-3.1	56.9	和歌山	-3.7	53.5
福島	-4.5	49.0	鳥取	-3.8	53.0
茨城	-4.5	49.0	島根	-1.9	63.7
栃木	-4.0	51.8	岡山	-4.8	47.3
群馬	-5.3	44.5	広島	-6.5	37.8
埼玉	-7.5	32.1	山口	-5.6	42.8
千葉	-7.8	30.4	徳島	-5.8	41.7
東京	-9.1	23.1	香川	-4.0	51.8
神奈川	-5.9	41.1	愛媛	-2.6	59.7
新潟	-5.6	42.8	高知	-5.3	44.5
富山	-3.0	57.5	福岡	-2.5	60.3
石川	-4.6	48.5	佐賀	-2.8	58.6
福井	-3.5	54.7	長崎	-3.0	57.5
山梨	-3.7	53.5	熊本	-3.1	56.9
長野	-3.3	55.8	大分	-4.0	51.8
岐阜	-2.3	61.4	宮崎	-3.4	55.2
静岡	-3.3	55.8	鹿児島	-3.4	55.2
愛知	-2.4	60.9	沖縄	-0.9	69.3
三重	-5.5	43.4	平均値		50.0

出所) 消防庁(2007)及び消防庁(2011)より筆者作成

4. 「C. 医療計画の内容が必要な事項を満たしているか」の定性的結果

(1) 現状の医療システム評価が悪い都道府県

第一に、A. 現状の医療システムの評価において指標が劣っていることを指摘した、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県であった。特に東京都は平均搬送時間が45分と全国平均値である32分に比して特に長く、偏差値換算でも9.8と飛びぬけて悪い結果であった。これらが改善されているかは、4年後の2010年のデータで再度検証した。

これに対して、策定された東京都の医療計画では救急事業に数値目標の策定は行われていなかった。これは、医療計画が東京都の現状の医療システムの評価を反映していないという点で問題であると考えられる。

(2) 医療ニーズの多い都道府県

第二に、B. 医療ニーズ・問題点等の適切な現状把握における医療ニーズが顕著に多い都道府県は、東京都、神奈川県、京都府、大阪府、和歌山県、高知県であった。特に東京都と大阪府は相対的に見て異常に多い値になっており、特別な対策が必要であることが伺われた。

これに対して、策定された東京都の医療計画では、救急事業に数値目標の策定は行われていなかった。これは、医療計画が東京都の現状の医療ニーズが特に大きいことを反映していないという点で問題であると考えられる。大阪府の場合には、プレホスピタルケアである心肺蘇生法での蘇生率を数値目標として設定し、その目標水準も十分に高いと認識され、適切な対応を実施しているとの評価が可能である。

(3) 三次救急機能に問題点等のある都道府県

第三に、3次救急のアクセスが特に悪い県としては、秋田県、三重県、長崎県、鹿児島県が挙げられる。これらの県については特に3次救急の改善に関する指標を期待するところである。

これに対して、策定された秋田県の医療計画では、救急事業に数値目標の策定は行われていなかった。これは、医療計画が秋田県の3次救急アクセスが特に悪いことを反映していないという点で問題であると考えられる。鹿児島県は、3次救急に関連する数値目標として厚生労働省の救命救急センターの評価を現状A評価を維持することを目標として掲げている。しかし、この目標はほとんどの救命救急センターがA評価を取得している状態では、河原（2008）も指摘するように、実効性のある目標設定とは認められない。

これに対して、三重県では3次救急事業における救命救急センターの設置数を現状の2箇所から倍増する数値目標を設定しており、3次救急の問題点に対応した医療計画が策定されていると評価できる。長崎県については調査データを取得できなかった。

(4) 2007年～2010年の間にアクセス時間の悪化が著しい都道府県

第六に、アクセス時間の増加が大きかった都道府県は、東京都とその周辺にある千葉県及び埼玉県、大阪府での悪化が顕著であった。東京都は、2006年時点でも平均搬送時間が長いことが判明しており、2006年から2010年の間に更に悪化していることが判明した。

そもそも、策定された東京都の医療計画では、救急事業に数値目標の策定は行われていなかった。このため、現状が悪化してもPDCAサイクルが働かず、どの点を改善すべきかの検証もできない状態である。一方で、大阪府の場合には、プレホスピタルケアである心肺蘇生法での蘇生率を数値目標として設定した。この数値がどの程度改善されているかを検証し、不十分な場合には実効性のある追加政策を検討するなどのPDCAサイクルを活用する余地が残されている。但し、大阪府の場合には、数値目標が構造・過程・結果にわたっておらず、数値目標の2種類の蘇生率に限定されているため、指標の追加も必要と考えられる。また、千葉県の場合は2006年度の平均搬送時間が首都圏では比較的長かったことから、10種類の指標を設定し、その中には結果指標である心肺停止患者の一ヵ月後生存率も含まれている。これらについて、次回改定で網羅的に数値の達成状況を検証し、どこを更に改善すべきかのPDCAサイクルをまわすことができる。従って、千葉県の場合には、今次医療計画の成果は上がらないことが予想されるものの、次期医療計画の策定において改善ができる可能性があると考えられる。

図表7 医療計画が現状に対応しているかの評価項目（案）

チェック項目	評価基準と点数
①数値目標を設定している	間隔尺度以上で、実質的に意味のある数値であること。但し、救命救急センターのA評価は数値目標と認めない（該当の場合に10点）
②医療ニーズに対応した目標を策定している	医療ニーズの大きい場合に、対応した目標（初期救急体制の整備等）を策定している（策定している場合に10点、策定していない場合に0点、医療ニーズが大きくない場合には5点）
③アクセス時間に対応した目標を策定している	アクセス時間が長い場合に、対応した目標（二次救急体制の拡充等）を策定している（策定している場合に10点、策定していない場合に0点、アクセス時間が長くない場合には5点）
④数値目標に構造指標を用いている	（以下のいずれかの指標を採用している場合には10点）（救命救急センター数、初期救急体制の整備、二次救急体制の整備）
⑤数値目標に過程指標を用いている	（以下のいずれかの指標を採用している場合には10点）（心肺蘇生率、3次救急の軽症者割合、平均収容所要時間、アクセス時間が特定時間内の救急患者割合）
⑥数値目標に結果指標を用いている	（以下のいずれかの指標を採用している場合には10点）（心肺停止傷病者の1ヶ月後の生存率）
⑦3次救急機能の問題点に対応している	3次救急の問題点に対応した目標（救命救急センターの拡充等）を策定している（策定している場合に10点、策定していない場合に0点、問題がない場合には5点） ^{注1)}
⑧数値目標の目標水準が十分に高いか	数値目標が設定されていても、抽象的（現状維持・増加等）表現の場合や、過去のトレンドからみて容易に達成できる数値の場合には0点、十分に説明された数値を用いている場合には10点 ^{注1)}

出所) 筆者作成

注1) そもそも数値目標を設定していない場合には0点とした

5. 「C. 医療計画の内容が必要な事項を満たしているか」の定量的結果

(1) 医療計画の適切さに評価項目と点数

各都道府県の目標が、これまで検討してきた救急事業の現状評価や医療ニーズの大きさ及び現行システムの問題点に対応しているかを数値化して評価を行う。この評価は特に数値化が困難な対象であるが、医療計画（救急事業）が以下の10項目が満たされているか否かにより評価を実施する（図表7）。

これらの項目について詳細な調査を実施した河原（2008）をベースにして、筆者が条件を満たしていると判断した場合に10点として80点満点で集計を行い、合計値を偏差値化した。その結果は次項の通りである。

(2) 評価結果と偏差値化による数値化の試み

筆者が設定した8項目に従って、医療計画の対応状況を数値化した結果が図表8である。現状の問題点等に対する対応が高く評価された都道府県としては、青森県、茨城県、千葉県、石川県がそれぞれ偏差値で60を超える得点であった。これは青森県については、ニーズ・アクセス時間・3次救急の現状に対応した評価指標が、構造・過程・結果のそれぞれの指標を用いて設定されていたためである。次に、石川県については現状のニーズ・アクセス時間に対応した評価指標を設定したためである。千葉県については構造・過程・結果の評価指標が網羅的に用いられていたためである。茨城県については、3次救急の問題点に対応し、結果指標はないものの構造・過程指標の両方が設定されていたためである。

図表8 医療計画の評価結果の数値化の試算

	数値 目標	二一 ズ対 応	時間 対応	構造 指標	課程 指標	結果 指標	3次 対応	目標 水準	合計 値	偏差 値
北海道	10	5.0	10.0	0	10	0	5.0	10.0	50	54.3
青森	10	10.0	10.0	10	10	10	10.0	10	80	71.6
岩手	10	0.0	0.0	10	0	0	10.0	0	30	42.8
宮城	10	5.0	5.0	10	10	0	5.0	10	55	57.2
秋田	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
山形	10	10.0	0.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
福島	10	5.0	5.0	10	10	0	5.0	10	55	57.2
茨城	10	5.0	5.0	10	10	0	10.0	10	60	60.1
栃木	10	5.0	5.0	10	10	0	5.0	10	55	57.2
群馬	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
埼玉	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
千葉	10	5.0	5.0	10	10	10	5.0	10	65	62.9
東京	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
神奈川	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
新潟	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
富山	10	10.0	0.0	10	0	10	5.0	10	55	57.2
石川	10	10.0	10.0	10	10	10	5.0	0	65	62.9
福井	10	10.0	10.0	10	10	0	5.0	0	55	57.2
山梨	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
長野	10	5.0	5.0	10	10	0	5.0	10	55	57.2
岐阜	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
静岡	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
愛知	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
三重	10	5.0	5.0	10	0	0	10.0	10	50	54.3
滋賀	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
京都	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
大阪	10	5.0	5.0	0	10	0	5.0	10	45	51.4
兵庫	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
奈良	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
和歌山	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
鳥取	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
島根	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
岡山	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
広島	10	5.0	5.0	0	10	0	5.0	0	35	45.7
山口	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
徳島	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
香川	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
愛媛	0	5.0	5.0	0	0	0	0.0	0	10	31.3
高知	10	5.0	5.0	10	10	0	5.0	10	55	57.2
福岡	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	0	35	45.7
佐賀	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
長崎	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	数値 目標	ニー ズ対 応	時間 対応	構造 指標	課程 指標	結果 指標	3次 対応	目標 水準	合計 値	偏差 値
熊本	10	5.0	5.0	10	0	0	5.0	10	45	51.4
大分	10	5.0	5.0	10	0	0	10.0	10	50	54.3
宮崎	10	10.0	5.0	10	0	0	5.0	10	50	54.3
鹿児島	10	5.0	5.0	10	0	0	0.0	10	40	48.6
沖縄	10	5.0	5.0	10	10	0	5.0	10	55	57.2

特に数値が低い都道府県としては、そもそも数値目標を設定していない、秋田県、東京都、静岡県、滋賀県、岡山県、香川県、愛媛県、が偏差値 31.3 と特に低い結果であった。これらの件は、早急に救急事業の現状把握と数値目標の設定を実施するべきと考えられる。但し、東京都など救急事業の改善に取り組んでいる自治体があるが、医療計画に反映されないことは、PDCAサイクルの利用や住民への説明義務と言う点からも問題であると考えられる。また、数値目標を設定した都道府県においても、岩手県（偏差値 42.8）が見られた。これは、ニーズ・アクセス時間・3次救急にそれぞれ問題がありながら、実際に設定された評価指標は「救命救急センターの救命者数」という単一指標で、かつ数値目標の水準も現状の 2070 人と同じであったためである。

その他に、ニーズ・アクセス時間・3次救急の問題に十分対応していない都道府県としては、山形県（アクセス時間）、富山県（アクセス時間）、鹿児島県（3次救急）が挙げられる。また、構造・過程・結果指標が網羅的に採用されていない都道府県としては、構造指標のみが 2 1 都道府県、過程指標のみが 3 都道府県であった。尚、今回は河原（2008）に掲載されていない 5 都道府県は評価対象としていない。

IV. まとめ

本研究では、河原（2011）で設定した 4 つの視点に基づいて、検討を行ってきた。河原（2011）を基盤にして、救急事業を事例として数値化の試行を行った。その結果、ニーズの大きさ、現状のアクセス時間、3次救急の問題点などについて医療計画に反映されている都道府県と、その対応状況が低いと考えられる都道府県に識別することができた。また、ほとんどの都道府県は、現状の医療システムと設定された評価指標に強い関係が見出せず、今後改善されることが期待される。さらに、数値目標を設定さえしない都道府県も存在し、医療計画に対する真剣な取り組みが求められるところである。

このような、数値化による評価により医療計画の策定における必要な要素が十分に把握され、さらに自治体間の競争により、より優れた計画を策定する誘因になることが望まれる。尚、本研究の試算結果は、医療専門家・自治体関係者による十分な検証を受ける必要があり、その結果は暫定的なものであることに注意が必要である。

○参考文献

- 医療経済研究機構「地域医療サービス提供マップ作成支援研究」（平成 19 年度厚生労働科学費補助金研究）
- 尾形裕也（2008）「医療計画における PDCA サイクルによるマネジメントに関する研究」（平成 20 年度厚生労働科学費補助金研究）
- 小川光・久保力三「二次医療圏の技術的効率性」医療と社会 Vol.15 No.2 pp39-50 2005
- 河原和夫（2006～2008）「都道府県における医療計画の現状把握と分析に関する研究」（平成 18 年度～20 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）
- 河原洋行（2008）「医療の効率性測定」勁草書房
- 厚生労働省（2002）「患者調査」
- 田中哲郎（2001）「二次医療圏の小児救急医療体制の現状等の評価に関する基礎的研究」（平成

13年度厚生科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業)
伏見清秀編著 (2008) 「DPC データ活用ブック」 (じほう)
World Health Organization (2000) “World Health Report 2000”

○論文発表・学会発表・特許等
特になし

患者調査・医療施設調査データを用いた医療機関の 地域における機能と医療連携の評価方法に関する研究

研究分担者 伏見清秀 東京医科歯科大学大学院医療政策学講座 医療政策情報学分野

研究要旨

次期医療計画の策定と評価に向けて、特に地域の医療提供体制を適切に評価し、医療機関の機能分化、医療特性に応じた機能連携の確立が必要とされている。本研究では、厚生労働省統計情報部の患者調査・医療施設調査の個票データを用いて、次期医療計画策定に向けた「医療計画の見直し等に関する検討会」で示された地域医療評価指標作成のための参考資料を作成する手法を検討した。その結果、厚生労働科学研究「患者調査、医療施設調査等から得られる地域の患者動態や医療機能に関する情報を医療計画の策定と評価へ活用する手法に関する研究」で作成されたプログラムを用いて、医療施設調査、患者調査等の個票から、これらの指標の多くの作成が可能であることが示された。この研究結果は、都道府県が患者調査等の個票データ等入手して、地域医療評価のための指標を作成する具体的な手段を示すものであり、より適切な地域医療の実態の把握からよりよい医療計画の策定・評価につながることを期待される。

A. 背景と目的

今後の地域医療の評価のあり方については、住民の受療行動や救急搬送の状況、地域特性、住民の年齢構成、疾病構造等をも含めた具体的な評価指標と数値目標等の必要性が提起されているとともに、疾患と病態に応じて適切な医療を提供できる医療機能分化と機能連携が必要とされている。次期医療計画の策定と評価に向けて、特に地域の医療提供体制を適切に評価し、医療機関の機能分化、医療特性に応じた機能連携の確立が必要とされている。

特に今後の医療計画では、具体的な指標を設定し、それらを用いて地域の実態を把握するとともに、それらに基づいて数値目標を設定して、具体的な計画の遂行とその評価が求められている。

そこで本研究では、医療施設調査、患者調査個票を用いて、「医療計画の見直し等に関する検討会」で示された地域医療を評価する具体的な数値指標の作成が可能かを検証することを目的に研究を行った。

B. 方法

本研究では、厚生労働省統計情報部の患者調査・医療施設調査の個票データを用いて、次期医

療計画策定に向けた「医療計画の見直し等に関する検討会」で示された、地域医療の評価指標の計測のための参考資料を作成する手法を検討した。平成23年度厚生労働科学研究「患者調査、医療施設調査等から得られる地域の患者動態や医療機能に関する情報を医療計画の策定と評価へ活用する手法に関する研究」で作成されたプログラムを用いて、これらの指標が作成可能であるかを検証した。

C. 結果

各都道府県が、それぞれの地域の平成20年度の医療施設静態調査病院票、同一般診療所票、病院報告、患者調査病院退院票、一般診療所退院票、病院入院奇数票、病院外来奇数票、一般診療所票の固定長目的外使用データ入手して使用する事を想定して検討を行った。分析プログラムは、平成23年度厚生労働科学研究「患者調査、医療施設調査等から得られる地域の患者動態や医療機能に関する情報を地域保険医療計画の策定と評価へ活用する手法に関する研究」で作成されたプログラムを用いた。

このプログラムでは、まず、入手された固定長データからフォーマットを指定して必要な項目を抽出し、エクセル上に展開することとなっている。本研究のために抽出する項目を表11から表12

に示す。

医療施設静態調査病院票は項目数が多いため、①診療科等に関する項目(表1)、②患者数と医師数等に関する項目(表2)、③基本診療機能等に関する項目(表3)、④設備、手術、専門診療機能等に関する項目(表4)、⑤看護体制等に関する項目(表5)の5つに分割して抽出することとした。

病院報告従事者票は表6の項目を抽出した。

医療施設調査一般診療所票は、①基本診療機能等に関する項目(表7)、②設備、手術、専門診療機能等に関する項目(表8)、③職員数等に関する項目(表9)の3つに分割して抽出することとした。

患者調査については、病院退院票と一般診療所退院票(表10)、病院入院奇数票と病院外来奇数票(表11)、一般診療所票(表12)の3つのフォーマットで抽出することとした。必要に応じて、二次的な計算項目等を追加することとした。

次いで、次期医療計画策定に向けた「医療計画の見直し等に関する検討会」で示された、地域医療の評価指標の候補から医療施設調査、患者調査データから作成できると考えられる項目を抽出し、各調査の項目との対応をまとめた(表13)。4疾病5事業ごと、ステージごと、S(Structure、構造)、P(Process、経過)、O(Outcome、成果)の視点、指標名の候補ごとに、各統計調査の調査項目との対応を明かとした。

医療施設調査、患者調査等から抽出されたデータは、プログラムのピボット機能によって、適当な地域、患者特性、疾病特性によって集計されるので、それらのデータを医療計画における地域医療評価の指標作成の基礎資料として用いることができることが示された。

D. 考察

この研究結果は、都道府県が患者調査等の個票データ等を入手して、地域医療評価のための手法を作成する具体的な手段を示すものであり、より適切な地域医療の実態の把握からよりよい医療計画の策定・評価につながることを期待される。本研究の成果に基づき、医療圏の設定や医療圏における医療需要の推計等を含む地域医療評価のための科学的かつ具体的な方法が明らかにされることにより、行政の透明性が確保されるとともに、より効率的な医療提供体制の確立と疾病特性、地域特性に応じた医療の質の確保のための施策立案の基盤が提供されることが考えられる。さらに、具体的な数値目標の設定方法とその評価方法の確立、また、それらに不可欠の情報基盤の整備につながることを考えられ、根拠に基づく医療施策の立案、遂行、評価の推進に大きく寄与することが期待される。

今後、各都道府県が入手する実際のデータを用いた検証、平成23年度医療施設調査、患者調査を用いた分析手法等を検討する必要がある。

E. 結論

医療施設調査、患者調査個票データを用いて、地域医療を評価する様々な指標を作成することが可能であることが示された。

F. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし。

表1. 医療施設調査 病院票1 項目名

項目名	
調査年	標榜・麻酔科
種別	標榜・病理診断科
都道府県	標榜・臨床検査科
県内一連番号	標榜・救急科
CD	標榜・歯科
休止・休診	標榜・矯正歯科
保健所符号	標榜・小児歯科
市区町村	標榜・歯科口腔外科
指定都市コード	精神病床
二次医療圏名	感染症病床
開設者	結核病床
医育機関	療養病床
標榜・内科	介護保険適用分
標榜・呼吸器内科	一般病床
標榜・循環器内科	許可病床合計
標榜・消化器内科(胃腸内科)	回復リハビリテーション病棟(一般病床)
標榜・腎臓内科	回復リハビリテーション病棟(療養病床)
標榜・神経内科	認知症病床
標榜・糖尿病内科(代謝内科)	介護保険移行準備病棟
標榜・血液内科	老人性認知症疾患療養病床
標榜・皮膚科	経過型介護療養型医療施設
標榜・アレルギー科	9月休診・内科
標榜・リウマチ科	9月休診・呼吸器内科
標榜・感染症内科	9月休診・循環器内科
標榜・小児科	9月休診・消化器内科(胃腸内科)
標榜・精神科	9月休診・腎臓内科
標榜・心療内科	9月休診・神経内科
標榜・外科	9月休診・糖尿病内科(代謝内科)
標榜・呼吸器外科	9月休診・血液内科
標榜・循環器外科(心臓・血管外科)	9月休診・皮膚科
標榜・乳腺外科	9月休診・アレルギー科
標榜・気管食道外科	9月休診・リウマチ科
標榜・消化器外科(胃腸外科)	9月休診・感染症内科
標榜・泌尿器科	9月休診・小児科
標榜・肛門外科	9月休診・精神科
標榜・脳神経外科	9月休診・心療内科
標榜・整形外科	9月休診・外科
標榜・形成外科	9月休診・呼吸器外科
標榜・美容外科	9月休診・循環器外科(心臓・血管外科)
標榜・眼科	9月休診・乳腺外科
標榜・耳鼻いんこう科	9月休診・気管食道外科
標榜・小児外科	9月休診・消化器外科(胃腸外科)
標榜・産婦人科	9月休診・泌尿器科
標榜・産科	9月休診・肛門外科
標榜・婦人科	9月休診・脳神経外科
標榜・リハビリテーション科	9月休診・整形外科
標榜・放射線科	9月休診・形成外科
	9月休診・美容外科

9 月休診・眼科
9 月休診・耳鼻いんこう科
9 月休診・小児外科
9 月休診・産婦人科
9 月休診・産科
9 月休診・婦人科
9 月休診・リハビリテーション科
9 月休診・放射線科
9 月休診・麻酔科
9 月休診・病理診断科
9 月休診・臨床検査科
9 月休診・救急科
9 月休診・歯科
9 月休診・矯正歯科
9 月休診・小児歯科
9 月休診・歯科口腔外科
特定曜日診療・内科
特定曜日診療・呼吸器内科
特定曜日診療・循環器内科
特定曜日診療・消化器内科(胃腸内科)
特定曜日診療・腎臓内科
特定曜日診療・神経内科
特定曜日診療・糖尿病内科(代謝内科)
特定曜日診療・血液内科
特定曜日診療・皮膚科
特定曜日診療・アレルギー科
特定曜日診療・リウマチ科
特定曜日診療・感染症内科
特定曜日診療・小児科
特定曜日診療・精神科
特定曜日診療・心療内科

特定曜日診療・外科
特定曜日診療・呼吸器外科
特定曜日診療・循環器外科(心臓・血管外科)
特定曜日診療・乳腺外科
特定曜日診療・気管食道外科
特定曜日診療・消化器外科(胃腸外科)
特定曜日診療・泌尿器科
特定曜日診療・肛門外科
特定曜日診療・脳神経外科
特定曜日診療・整形外科
特定曜日診療・形成外科
特定曜日診療・美容外科
特定曜日診療・眼科
特定曜日診療・耳鼻いんこう科
特定曜日診療・小児外科
特定曜日診療・産婦人科
特定曜日診療・産科
特定曜日診療・婦人科
特定曜日診療・リハビリテーション科
特定曜日診療・放射線科
特定曜日診療・麻酔科
特定曜日診療・病理診断科
特定曜日診療・臨床検査科
特定曜日診療・救急科
特定曜日診療・歯科
特定曜日診療・矯正歯科
特定曜日診療・小児歯科
特定曜日診療・歯科口腔外科

表2. 医療施設調査 病院票2 項目名

項目名	
調査年	患者数・呼吸器外科在院
種別	患者数・循環器外科外来
都道府県	患者数・循環器外科在院
県内一連番号	患者数・乳腺外科外来
CD	患者数・乳腺外科在院
休止・休診	患者数・気管食道外科外来
保健所符号	患者数・気管食道外科在院
市区町村	患者数・消化器外科(胃腸外科)外来
指定都市コード	患者数・消化器外科(胃腸外科)在院
二次医療圏名	患者数・泌尿器科外来
開設者	患者数・泌尿器科在院
医育機関	患者数・肛門外科外来
外来患者延数合計	患者数・肛門外科在院
在院患者数合計	患者数・脳神経外科外来
患者数・内科外来	患者数・脳神経外科在院
患者数・内科在院	患者数・整形外科外来
患者数・呼吸器内科外来	患者数・整形外科在院
患者数・呼吸器内科在院	患者数・形成外科外来
患者数・循環器内科外来	患者数・形成外科在院
患者数・循環器内科在院	患者数・美容外科外来
患者数・消化器内科外来	患者数・美容外科在院
患者数・消化器内科在院	患者数・眼科外来
患者数・腎臓内科外来	患者数・眼科在院
患者数・腎臓内科在院	患者数・耳鼻いんこう科外来
患者数・神経内科外来	患者数・耳鼻いんこう科在院
患者数・神経内科在院	患者数・小児外科外来
患者数・糖尿病内科外来	患者数・小児外科在院
患者数・糖尿病内科在院	患者数・産婦人科外来
患者数・血液内科外来	患者数・産婦人科在院
患者数・血液内科在院	患者数・産科外来
患者数・皮膚科外来	患者数・産科在院
患者数・皮膚科在院	患者数・婦人科外来
患者数・アレルギー科外来	患者数・婦人科在院
患者数・アレルギー科在院	患者数・リハビリテーション科外来
患者数・リウマチ科外来	患者数・リハビリテーション科在院
患者数・リウマチ科在院	患者数・放射線科外来
患者数・感染症内科外来	患者数・放射線科在院
患者数・感染症内科在院	患者数・麻酔科外来
患者数・小児科外来	患者数・麻酔科在院
患者数・小児科在院	患者数・病理診断科外来
患者数・精神科外来	患者数・病理診断科在院
患者数・精神科在院	患者数・臨床検査科外来
患者数・心療内科外来	患者数・臨床検査科在院
患者数・心療内科在院	患者数・救急科外来
患者数・外科外来	患者数・救急科在院
患者数・外科在院	患者数・歯科外来
患者数・呼吸器外科外来	患者数・歯科在院
	患者数・矯正歯科外来

患者数・矯正歯科在院
患者数・小児歯科外来
患者数・小児歯科在院
患者数・歯科口腔外科外来
患者数・歯科口腔外科在院
患者数・(その他)外来
患者数・(その他)入院
医師数合計
男性医師合計
女性医師合計
内科男性医師
内科女性医師
呼吸器内科男性医師
呼吸器内科女性医師
循環器内科男性医師
循環器内科女性医師
消化器内科男性医師
消化器内科女性医師
腎臓内科男性医師
腎臓内科女性医師
神経内科男性医師
神経内科女性医師
糖尿病内科男性医師
糖尿病内科女性医師
血液内科男性医師
血液内科女性医師
皮膚科男性医師
皮膚科女性医師
アレルギー科男性医師
アレルギー科女性医師
リウマチ科男性医師
リウマチ科女性医師
感染症内科男性医師
感染症内科女性医師
小児科男性医師
小児科女性医師
精神科男性医師
精神科女性医師
心療内科男性医師
心療内科女性医師
外科男性医師
外科女性医師
呼吸器外科男性医師
呼吸器外科女性医師
循環器外科男性医師
循環器外科女性医師
乳腺外科男性医師
乳腺外科女性医師
気管食道外科男性医師
気管食道外科女性医師
消化器外科(胃腸外科)男性医師

消化器外科(胃腸外科)女性医師
泌尿器科男性医師
泌尿器科女性医師
肛門外科男性医師
肛門外科女性医師
脳神経外科男性医師
脳神経外科女性医師
整形外科男性医師
整形外科女性医師
形成外科男性医師
形成外科女性医師
美容外科男性医師
美容外科女性医師
眼科男性医師
眼科女性医師
耳鼻いんこう科男性医師
耳鼻いんこう科女性医師
小児外科男性医師
小児外科女性医師
産婦人科男性医師
産婦人科女性医師
産科男性医師
産科女性医師
婦人科男性医師
婦人科女性医師
リハビリテーション科男性医師
リハビリテーション科女性医師
放射線科男性医師
放射線科女性医師
麻酔科男性医師
麻酔科女性医師
病理診断科男性医師
病理診断科女性医師
臨床検査科男性医師
臨床検査科女性医師
救急科男性医師
救急科女性医師
歯科男性医師
歯科女性医師
矯正歯科男性医師
矯正歯科女性医師
小児歯科男性医師
小児歯科女性医師
歯科口腔外科男性医師
歯科口腔外科女性医師
(その他)男性医師
(その他)女性医師
9月初診患者数
9月診療時間外受診者延数
9月緊急入院患者数
9月乳幼児患者数

表3. 医療施設調査 病院票3 項目名

項目名	
調査年	診療時間・(火曜日)分
種別	診療時間・(水曜日)時間帯
都道府県	診療時間・(水曜日)時
県内一連番号	診療時間・(水曜日)分
CD	診療時間・(木曜日)時間帯
休止・休診	診療時間・(木曜日)時
保健所符号	診療時間・(木曜日)分
市区町村	診療時間・(金曜日)時間帯
指定都市コード	診療時間・(金曜日)時
二次医療圏名	診療時間・(金曜日)分
開設者	診療時間・(土曜日)時間帯
医育機関	診療時間・(土曜日)時
承認・社会保険診療	診療時間・(土曜日)分
承認・地域医療支援	診療時間・(日曜日)時間帯
承認・災害拠点	診療時間・(日曜日)時
承認・開放型	診療時間・(日曜日)分
承認・在宅療養支援	診療時間・(休日)時間帯
承認・該当なし	診療時間・(休日)時
臨床研修医有無	診療時間・(休日)分
臨床研修医人数	委託・給食
退院調整支援有無	委託・滅菌
退院調整支援人数	委託・保守点検(機器)
診療録管理者有無	委託・検体検査
診療録管理者人数	委託・保守点検(設備)
CPC	委託・清掃
健診有無	委託・患者の搬送
健診委託による	受動喫煙
健診その他	禁煙外来
保健指導有無	禁煙外来管理料
保健指導委託による	保育サービス・院内の施設
保健指導その他	保育サービス・院外の施設
救急・告示	保育サービス・していない
救急・医療体制	保育サービス・夜間保育
救急・(夜間)内科	保育サービス・病児保育
救急・(夜間)小児科	保育サービス・(利用者)医師
救急・(夜間)外科	保育サービス・(利用者)看護師
救急・(夜間)脳神経外科	保育サービス・(利用者)自施設その他
救急・(夜間)産科	保育サービス・(利用者)併設施設
救急・(夜間)多発外傷	保育サービス・(利用者)その他
救急・精神科医療体制	育児支援・男性育児時間
救急・夜間対応精神科	育児支援・男性出産休暇
一週間の診療時間	育児支援・代替職員
診療時間・(月曜日)時間帯	育児支援・情報提供
診療時間・(月曜日)時	育児支援・再就業研修
診療時間・(月曜日)分	育児支援・フレックス
診療時間・(火曜日)時間帯	育児支援・繰上げ下げ
診療時間・(火曜日)時	育児支援・育児費用援助
	(オーダーリング)検査

(オーダーリング)放射線
(オーダーリング)薬剤
(オーダーリング)栄養
(オーダーリング)していない
(PACS)有無
(PACS)完全・一部
(電子カルテ)導入有無
(電子カルテ)自施設内
(電子カルテ)情報提供
(電子カルテ)連携
(電子カルテ)導入予定時期
(画像診断)有無
(画像診断)受信
(画像診断)送信
(病理診断)有無
(病理診断)受信
(病理診断)送信
(遠隔医療)在宅療養
(遠隔医療)依頼元
(医療安全全般)責任者
(医療安全全般)専任・兼務
(医療安全院内)責任者
(医療安全院内)専任・兼務
(医療安全機器)責任者
(医療安全機器)専任・兼務
(医療安全薬品)責任者
(医療安全薬品)専任・兼務
(医療安全)機器薬品兼務
(医療安全)施設内回診
(医療安全保守)策定

(医療安全保守)実施
(医療安全)相談担当者
(在宅)医療保険による実施
(在宅)往診有無
(在宅)往診件数
(在宅)患者訪問有無
(在宅)患者訪問件数
(在宅)歯科訪問有無
(在宅)歯科訪問件数
(在宅)救急搬送有無
(在宅)救急搬送件数
(在宅)医療訪問看護有無
(在宅)医療訪問看護件数
(在宅)精神科訪問看護有無
(在宅)精神科訪問看護件数
(在宅)訪問リハ有無
(在宅)訪問リハ件数
(在宅)訪問看護ステーション有無
(在宅)訪問看護ステーション件数
(在宅)看取り有無
(在宅)在宅看取り件数
(在宅)介護保険による実施
(在宅)居宅療養有無
(在宅)居宅療養件数
(在宅)介護訪問看護有無
(在宅)介護訪問看護件数
(在宅)介護訪問リハ有無
(在宅)介護訪問リハ件数

表4. 医療施設調査 病院票4 項目名

項目名	
調査年	(検査)02 気管支内視患者数
種別	(検査)03 上部消化管内視鏡有無
都道府県	(検査)03 上部消化管内視鏡患者数
県内一連番号	(検査)04 大腸内視鏡有無
CD	(検査)04 大腸内視鏡患者数
休止・休診	(検査)05 血管連続撮影有無
保健所符号	(検査)05 血管連続撮影患者数
市区町村	(検査)06 DSA 有無
指定都市コード	(検査)06 DSA 患者数
二次医療圏名	(検査)07 循環器 DR 有無
開設者	(検査)07 循環器 DR 患者数
医育機関	(検査)08 マンモグラフィ有無
(設備)01 特定集中治療室有無	(検査)08 マンモグラフィ患者数
(設備)01 特定集中治療室病床数	(検査)08 マンモグラフィ台数
(設備)01 特定集中治療室利用者数	(検査)09 RI 検査有無
(設備)02 脳卒中集中治療室有無	(検査)09 RI 検査患者数
(設備)02 脳卒中集中治療室病床数	(検査)09 RI 検査台数
(設備)02 脳卒中集中治療室利用者数	(検査)10 SPECT 有無
(設備)03 心臓内科系集中治療室有無	(検査)10 SPECT 患者数
(設備)03 心臓内科系集中治療室病床数	(検査)10 SPECT 台数
(設備)03 心臓内科系集中治療室利用者数	(検査)11 PET 有無
(設備)04 新生児特定集中治療室有無	(検査)11 PET 患者数
(設備)04 新生児特定集中治療室病床数	(検査)11 PET 台数
(設備)04 新生児特定集中治療室利用者数	(検査)12 PETCT 有無
(設備)05 母体胎児集中治療室有無	(検査)12 PETCT 患者数
(設備)05 母体胎児集中治療室病床数	(検査)12 PETCT 台数
(設備)05 母体胎児集中治療室利用者数	(検査)13 マルチスライス CT 有無
(設備)06 広範囲熱傷特定集中治療室有無	(検査)13 マルチスライス CT 患者数
(設備)06 広範囲熱傷特定集中治療室病床数	(検査)13 マルチスライス CT 台数
(設備)06 広範囲熱傷特定集中治療室利用者数	(検査)14 その他の CT 有無
(設備)07 小児集中治療室有無	(検査)14 その他の CT 患者数
(設備)07 小児集中治療室病床数	(検査)14 その他の CT 台数
(設備)07 小児集中治療室利用者数	(検査)15 MRI(1.5 以上)有無
(設備)08 無菌治療室有無	(検査)15 MRI(1.5 以上)患者数
(設備)08 無菌治療室病床数	(検査)15 MRI(1.5 以上)台数
(設備)08 無菌治療室利用者数	(検査)16 MRI(1.5 未満)有無
(設備)09 放射線治療病室有無	(検査)16 MRI(1.5 未満)患者数
(設備)09 放射線治療病室病床数	(検査)16 MRI(1.5 未満)台数
(設備)09 放射線治療病室利用者数	(検査)17 3D 画像処理有無
(設備)10 外来化学療法室有無	(検査)17 3D 画像処理患者数
(設備)10 外来化学療法室病床数	(検査)18 冠動脈 CT 有無
(設備)10 外来化学療法室利用者数	(検査)18 冠動脈 CT 患者数
(検査)01 骨塩定量測定有無	(手術)01 全身麻酔有無
(検査)01 骨塩定量測定患者数	(手術)01 全身麻酔件数
(検査)02 気管支内視有無	(手術)02 内視鏡下有無
	(手術)02 内視鏡下件数
	(手術)03 悪性腫瘍手術総計有無
	(手術)03 悪性腫瘍手術総計件数

(手術)04 食道有無
(手術)04 食道件数
(手術)05 肺有無
(手術)05 肺件数
(手術)06 胃有無
(手術)06 胃件数
(手術)07 肝臓有無
(手術)07 肝臓件数
(手術)08 胆嚢有無
(手術)08 胆嚢件数
(手術)09 膵臓有無
(手術)09 膵臓件数
(手術)10 大腸有無
(手術)10 大腸件数
(手術)11 腎有無
(手術)11 腎件数
(手術)12 前立腺有無
(手術)12 前立腺件数
(手術)13 乳有無
(手術)13 乳件数
(手術)14 子宮有無
(手術)14 子宮件数
(手術)15 人工透析有無
(手術)15 人工透析件数
(手術)15 人工透析台数
(手術)16 分娩有無
(手術)16 分娩件数
(手術)17 帝王切開(再)有無
(手術)17 帝王切開(再)件数
(分娩)取扱有無
(分娩)担当医師数
(分娩)担当助産師
(分娩)LDR 有無
(分娩)LDR 病床数
(放治)01X線シミュレーター有無
(放治)01X線シミュレーター患者数
(放治)01X線シミュレーター台数
(放治)02CTシミュレーター有無
(放治)02CTシミュレーター患者数
(放治)02CTシミュレーター台数

(放治)03 放射線治療計画装置有無
(放治)03 放射線治療計画装置患者数
(放治)03 放射線治療計画装置台数
(放治)04 放射線治療(体外照射)有無
(放治)04 放射線治療(体外照射)患者数
(放治)05 リニアック有無
(放治)05 リニアック患者数
(放治)05 リニアック台数
(放治)06 ガンナイフ有無
(放治)06 ガンナイフ患者数
(放治)06 ガンナイフ台数
(放治)07 放射線治療(組織内照射)有無
(放治)07 放射線治療(組織内照射)患者数
(放治)08RALS 有無
(放治)08RALS 患者数
(放治)08RALS 台数
(放治)09IMRT 有無
(緩和ケア)病棟有無
(緩和ケア)病棟病床数
(緩和ケア)病棟患者数
(緩和ケア)チーム有無
(緩和ケア)チーム患者数
(緩和ケア)チーム新規依頼
(歯科)診療台有無
(歯科)診療台台数
(歯科)パノラマX線
(歯科)オートクレーブ
(歯科)生体モニタ
(歯科)歯石除去器
(歯科)画像処理
(歯科)吸入鎮静装置
(薬剤)管理指導件数
(薬剤)院内処方件数
(薬剤)院外処方件数
(薬剤)医療用麻薬
(剖検)有無
(剖検)件数
(剖検)死亡数

表5. 医療施設調査 病院票5 項目名

項目名	上
調査年	(看護)(療養病棟・二交代制)配置人数
種別	(看護)(療養病棟・二交代制)夜勤1人
都道府県	(看護)(療養病棟・二交代制)夜勤2人
県内一連番号	(看護)(療養病棟・二交代制)夜勤3人以上
CD	(看護)(療養病棟・当直制・他)配置人数
休止・休診	(看護)(療養病棟・当直制・他)準夜勤1人
保健所符号	(看護)(療養病棟・当直制・他)準夜勤2人
市区町村	(看護)(療養病棟・当直制・他)準夜勤3人以上
指定都市コード	上
二次医療圏名	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)配置人数
開設者	数
医育機関	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)準夜勤1人
(看護)(一般病棟・三交代制)配置人数	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)準夜勤2人
(看護)(一般病棟・三交代制)準夜勤1人	人
(看護)(一般病棟・三交代制)準夜勤2人	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)準夜勤3人以上
(看護)(一般病棟・三交代制)準夜勤3人以上	以上
(看護)(一般病棟・三交代制)深夜勤1人	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)深夜勤1人
(看護)(一般病棟・三交代制)深夜勤2人	人
(看護)(一般病棟・三交代制)深夜勤3人以上	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)深夜勤2人
上	人
(看護)(一般病棟・二交代制)配置人数	(看護)(精神・結核病棟・三交代制)深夜勤3人以上
(看護)(一般病棟・二交代制)夜勤1人	(看護)(精神・結核病棟・二交代制)配置人数
(看護)(一般病棟・二交代制)夜勤2人	数
(看護)(一般病棟・二交代制)夜勤3人以上	(看護)(精神・結核病棟・二交代制)夜勤1人
(看護)(一般病棟・当直制・他)配置人数	(看護)(精神・結核病棟・二交代制)夜勤2人
(看護)(一般病棟・当直制・他)準夜勤1人	(看護)(精神・結核病棟・二交代制)夜勤3人以上
(看護)(一般病棟・当直制・他)準夜勤2人	以上
(看護)(一般病棟・当直制・他)準夜勤3人以上	(看護)(精神・結核病棟・当直制・他)配置人数
上	数
(看護)(療養病棟・三交代制)配置人数	(看護)(精神・結核病棟・当直制・他)準夜勤1人
(看護)(療養病棟・三交代制)準夜勤1人	(看護)(精神・結核病棟・当直制・他)準夜勤2人
(看護)(療養病棟・三交代制)準夜勤2人	人
(看護)(療養病棟・三交代制)準夜勤3人以上	(看護)(精神・結核病棟・当直制・他)準夜勤2人
上	以上
(看護)(療養病棟・三交代制)深夜勤1人	(看護)(精神・結核病棟・当直制・他)準夜勤3人以上
(看護)(療養病棟・三交代制)深夜勤2人	
(看護)(療養病棟・三交代制)深夜勤3人以上	