

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)

病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等の
ために必要となる実施可能な施策に関する研究

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 今村 知明
(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

平成 30 (2018) 年 3 月

目 次

[H29 総括研究]

【総括研究報告書】病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究（今村 知明 研究代表者）

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
1. 医療計画グループ	2
2. 病床機能グループ	2
C. 研究結果	3
1. 医療計画班	3
2. 病床機能グループ	3
D. 考察	5
1. 医療計画班	5
2. 病床機能グループ	5
E. 結論	7
F. 健康危険情報	7
G. 研究発表	7
1. 論文発表	7
2. 学会発表	8
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	11
1. 特許取得	11
2. 実用新案登録	11
3. その他	11

[H29 分担研究]

1 医療計画グループ

1-1 【医療計画班】医療計画の策定プロセス等に関する調査について（河原 和夫、田極 春美、伊藤 達哉）

A. 研究目的	1-1
B. 研究方法	1-1
C. 研究結果	1-2
1. 回答数	1-2
2. 調査結果	1-2
D. 考察	1-10
E. 結論	1-12
F. 健康危険情報	1-12
G. 研究発表	1-12
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	1-13
1. 特許取得	1-13

2. 実用新案登録	1-13
3. その他	1-13

2 病床機能グループ

2-1 【定量分析班】病床機能選択の基準作成に関する研究～病床機能報告データに基づく分析～（松田 晋哉、藤森 研司、伏見 清秀、石川 ベンジャミン 光一）

A. 研究目的	2-1-1
B. 研究方法	2-1-1
C. 研究結果	2-1-2
D. 考察	2-1-10
E. 結論	2-1-11
F. 健康危険情報	2-1-11
G. 研究発表	2-1-11
1. 論文発表	2-1-11
2. 学会発表	2-1-11
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	2-1-11
1. 特許取得	2-1-11
2. 実用新案登録	2-1-11
3. その他	2-1-11

2-2 【事例統括班】医療から見た地域包括ケアを推進するための参考事例調査と統括（長谷川 友紀、池田 俊也、小林 美亜、瀬戸 僚馬、野田 龍也）

A. 研究目的	2-2-1
B. 研究方法	2-2-1
C. 研究結果	2-2-2
1. 調査票の回収状況	2-2-2
2. 回答医療機関の病床規模	2-2-3
3. 回答医療機関の所在地（7 地方区分）	2-2-3
4. 回答医療機関の開設者主体	2-2-3
5. 取り組みの種類（大分類）	2-2-4
6. 取り組みの種類（小分類）	2-2-5
D. 考察	2-2-6
E. 結論	2-2-7
F. 健康危険情報	2-2-7
G. 研究発表	2-2-7
1. 論文発表	2-2-7
2. 学会発表	2-2-7
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	2-2-7
1. 特許取得	2-2-7
2. 実用新案登録	2-2-7
3. その他	2-2-7

2-3	【機能連携班①】 Basic Outcome Master(BOM)を用いた大腿骨頸部骨折連携クリニカルパス運用により可視化された病床機能ごとの患者アウトカム (副島 秀久・町田 二郎)	
A.	研究目的	2-3①-1
B.	研究方法	2-3①-2
C.	研究結果	2-3①-2
D.	考察	2-3①-11
E.	結論	2-3①-13
F.	健康危険情報	2-3①-13
G.	研究発表	2-3①-13
	1. 論文発表	2-3①-13
	2. 学会発表	2-3①-13
H.	知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)	2-3①-14
	1. 特許取得	2-3①-14
	2. 実用新案登録	2-3①-14
	3. その他	2-3①-14
2-3	【機能連携班②】 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関する検討 (瀬戸 僚馬、小林 美亜、池田 俊也)	
A.	研究目的	2-3②-1
B.	研究方法	2-3②-2
C.	研究結果	2-3②-3
D.	考察	2-3②-6
E.	結論	2-3②-7
F.	健康危険情報	2-3②-8
G.	研究発表	2-3②-8
	1. 論文発表	2-3②-8
	2. 学会発表	2-3②-8
H.	知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)	2-3②-8
	1. 特許取得	2-3②-8
	2. 実用新案登録	2-3②-8
	3. その他	2-3②-8
2-3	【機能連携班③】 連携を促進する共有情報項目に関する検討 (小林 美亜、瀬戸 僚馬、町田 二郎、池田 俊也)	
A.	研究目的	2-3③-1
B.	研究方法	2-3③-1
C.	研究結果	2-3③-2
D.	考察	2-3③-2
E.	結論	2-3③-3
F.	健康危険情報	2-3③-3
G.	研究発表	2-3③-3

1.	論文発表	2-3③-3
2.	学会発表	2-3③-3
H.	知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	2-3③-3
1.	特許取得	2-3③-3
2.	実用新案登録	2-3③-3
3.	その他	2-3③-3
2-4	【地域包括班】医療側から見た地域包括ケアシステムの好事例の整理（町田 宗仁、野田 龍也、牧野 憲一、木村 慎吾）	
A.	研究目的	2-4-1
B.	研究方法	2-4-1
C.	研究結果	2-4-2
D.	考察	2-4-4
E.	結論	2-4-4
F.	健康危険情報	2-4-5
G.	研究発表	2-4-5
1.	論文発表	2-4-5
2.	学会発表	2-4-5
H.	知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	2-4-5
1.	特許取得	2-4-5
2.	実用新案登録	2-4-5
3.	その他	2-4-5
2-5	【実地検証班①】国保レセプトデータを用いた胃瘻の分析（次橋 幸男、赤羽 学、野田 龍也、林 修一郎、今村 知明、村上 淳基）	
A.	研究目的	2-5①-1
B.	研究方法	2-5①-1
C.	研究結果	2-5①-2
1.	胃瘻造設術 （経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）	2-5①-2
2.	胃瘻より流動食点滴注入	2-5①-3
3.	経管栄養カテーテル交換法	2-5①-4
4.	中心静脈注射	2-5①-5
D.	考察	2-5①-7
E.	結論	2-5①-7
F.	健康危険情報	2-5①-7
G.	研究発表	2-5①-7
1.	論文発表	2-5①-7
2.	学会発表	2-5①-8
H.	知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	2-5①-11
1.	特許取得	2-5①-11
2.	実用新案登録	2-5①-11

3. その他	2-5①-11
2-5 【実地検証班②】国保レセプトデータを用いた被保険者の県内・県外、二次医療圏内、市町村内の医療機関への受診状況の分析（今村 知明、野田 龍也、村上 淳基、林 修一郎）	
A. 研究目的	2-5②-1
B. 研究方法	2-5②-1
C. 研究結果	2-5②-2
D. 考察	2-5②-10
E. 結論	2-5②-10
F. 健康危険情報	2-5②-10
G. 研究発表	2-5②-10
1. 論文発表	2-5②-10
2. 学会発表	2-5②-11
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）	2-5②-14
1. 特許取得	2-5②-14
2. 実用新案登録	2-5②-14
3. その他	2-5②-14
3 研究成果の刊行に関する一覧表	3-1

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）
「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる
実施可能な施策に関する研究」

総括研究報告書（平成29年度）

研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）

研究要旨

2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、医療・介護サービスの需要が著しく増大する。一方、我が国の医療提供体制は、他の先進国に比して長い平均在院日数等、更なる効率化が必要である。そのため、医療機能の分化・連携を進め、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療や介護サービス提供体制を充実させていくことが必要であり、そのための制度改革や研究が進んでいる。しかしながら、「地域医療構想を実現するための施策」については、国内に系統的な研究が存在せず、自治体、医療機関が各自で試行錯誤している状況にある。

そのため、本研究班では、医療計画並びに病床の機能・分化等に資する施策に係る分析・整理を実施し、各都道府県・各医療機関の地域医療構想を実現するための政策立案のために必要となる情報の提供を行っていく。

本研究班は、医療計画班、定量分析班、事例統括班、機能連携班、地域包括班、実地検証班の6つにテーマを分担し、研究を進めた。平成29年度は都道府県が第七次医療計画を策定する年度であることから、研究成果が今後、都道府県の地域医療構想担当者のみならず、医療計画担当者にも有意義なものとなることが期待される。

- ・今村 知明（奈良県立医科大学 教授）[代表]
- ・松田 晋哉（産業医科大学 教授）[分担]
- ・藤森 研司（東北大学大学院医学系研究科 教授）[分担]
- ・伏見 清秀（東京医科歯科大学 教授）[分担]
- ・石川 ベンジャミン光一（国立がん研究センター 臨床経済研究室長）[分担]
- ・長谷川 友紀（東邦大学医学部 教授）[分担]
- ・池田 俊也（国際医療福祉大学 教授）[分担]
- ・瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 准教授）[分担]
- ・小林 美亜（千葉大学医学部附属病院 特命病院教授）[分担]
- ・副島 秀久（熊本県済生会支部長）[分担]

- ・町田 二郎（済生会熊本病院 副院長）[分担]
- ・野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）[分担]
- ・河原 和夫（東京医科歯科大学大学院医歯学系専攻 教授）[分担]
- ・田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員）[協力]
- ・伊藤 達哉（長野県健康福祉部）[協力]
- ・町田 宗仁（金沢大学医学部 教授）[分担]
- ・牧野 憲一（旭川赤十字病院 院長）[協力]
- ・木村 慎吾（石川県健康福祉部）[協力]
- ・次橋 幸男（天理よろづ相談所病院）[協力]
- ・赤羽 学（奈良県立医科大学 准教授）[協力]
- ・林 修一郎（奈良県医療政策部）[協力]
- ・村上 淳基（奈良県立医科大学）[協力]

A. 研究目的

平成 27 年度より都道府県は地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等に取り組んでいる。

国内における先進的事例等を整理しつつ、病床の機能分化・連携の推進等を推進するそれぞれの施策について、効果の定量化、プロセスの分析・整理等を行い、都道府県や医療機関等における病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等の推進に資することを目的とする。

B. 研究方法

本研究班は 6 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を 3 回開催し、研究の進捗状況の管理、調整を行いながら進めた。

研究の実施体制は図 1 の通りである。

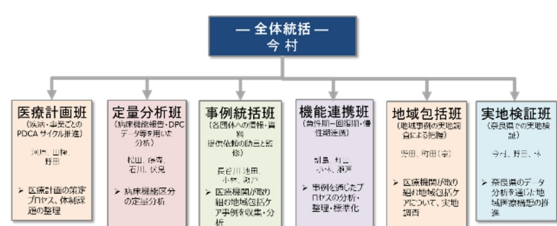


図 1 研究の実施体制

1. 医療計画グループ

1-1. 医療計画班

平成 30 年度からの第七次医療計画に向け、都道府県が医療計画を策定している中、その策定プロセスの実態及び今後の課題を把握することとした。平成 29 年 12 月 1 日時点の状況について、WEB を用いた調査票を 47 都道府県に送付し、41 都府県から回答を得た（回収率：87%）。

2. 病床機能グループ

2-1. 定量分析班

平成 28 年度の福岡県の病床機能報告を用いて、各病院の病棟別の入退棟患者の情報

（入棟前の場所、退棟後の場所）情報を整理した。入棟前の場所、退棟後の場所情報をそれぞれ入棟患者数、退棟患者数で除し、それぞれの場所の 100 分率を求めた。一般病棟入院料を算定している病棟について分類基準を作成し、場所別の 100 分率を用いて 3 つの区分（高度急性期、急性期、回復期）への割り付けをクラスター分析によって行った。

2-2. 事例統括班

厚生労働省より、病院団体へ依頼し、傘下の医療機関へ調査票（自記式）を送付、病院団体を通じて調査票の回収を行った。

（調査期間：平成 29 年 10/27～12/15）

調査票は、具体的な事例の整理・類型化に主眼を置く「事例調査票（ア）」と、より具体的な事例を集めることに主眼を置く「事例調査票（イ）」の 2 種類を用いた。その結果 59 医療機関より 120 の事例を集めることができた。

2-3. 機能連携班

- ① 急性期病院（済生会熊本病院）と回復期病院（A 病院）との間で Basic Outcome Master (BOM) を用いた大腿骨頸部骨折連携クリニカルパス（以下パスと略す）を 10 名に運用した。パス用語の標準化だけでなく、看護アセスメントに使用する転倒転落評価、嚥下評価、疼痛評価ツールを同一のものとし、転院時に提供する診療情報項目を規定した。これにより本疾患患者のアウトカムが急性期、回復期においてどう変化していくかを検証した。
- ② 過去の施策において「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を推進した有識者等へのヒアリングを行い、病床機能分化・連携に資するクリティカルパス活用を探索した。また、ヒア

リング調査とは異なる地域でアンケート調査を行ったところ、医師や看護師が連携に伴う文書作成に係る負担について確認を行った。

- ③ 文献やインターネット検索を通じて、日本の医療機関で活用されている退院時サマリー、地域連携クリティカル・クリニカルパス等において、どのような共有情報項目が使用されているかを把握した。その上で、高度急性期・急性期の役割を担う1病院と回復期1病院において退院支援や地域連携に係っている医師、看護師、ソーシャルワーカーと本研究の研究者が、現場の必要性や情報の抽出可能性の観点から検討し、整理を行った。さらに専門家パネルからあがった意見をもとに情報共有シートの修正を行った。

2-4. 地域包括班

4地域（北海道旭川市、石川県能美市、奈良県天理市、東京都大田区）に所在する医療機関等を訪問し、地域や施設内における地域包括ケアに対する理解を深めるための取り組み等についてヒアリングを実施した。

2-5. 実地検証班

- ① 2013年度から2016年度（2013年4月から2017年3月まで）の4年分の奈良県国保、後期高齢を対象とするKDBデータを使用し、胃瘻に関わる医科診療行為コードの集計を行った。
- ② 病床の機能分化・連携の推進を考えるにあたって、奈良県の国保及び後期高齢者のレセプトデータ（KDB）の2013年度から2015年度（2013年4月から2016年3月まで）の3年分を用いて、県被保険者が在住している二次医療圏内や市町村内の医療機関による外来を含めた受診者の

状況を集計分析し、結果を比較した。

C. 研究結果

本年度研究によって以下の成果を得た。詳細については、それぞれ分担研究報告書を参照されたい。

1. 医療計画班

1-1. 医療計画班

都道府県庁内の人的資源、担当者のかかえる業務量、外部コンサルタントの活用、検討委員会の実施結果の公表、医療政策を担う人材の確保・育成等について調査の回答を得た。調査の結果、各都府県における策定体制の違いが明らかになったと同時に、数少ない職員数にも関わらず、多くの検討会を短期間に開催しなければならない実情や、人事異動の事情もあり専門人材の確保・育成の困難さについても課題が浮き彫りとなった。詳細な結果については、分担報告書を参照されたい。

2. 病床機能グループ

2-1. 定量分析班

3つの区分に分類するクラスター分析を実施した。クラスタ1は家庭からの入棟が70%で最も多く、また退棟先としても家庭が70%と最も多くなっている。クラスタ2は他の病棟からの入棟が41%、家庭からの入棟35%、退棟先は院内の他病棟が80%となっている。クラスタ3は自院他病棟からの入棟が60%と最も多く、また他病院・診療所からの入棟も33%となっている。退棟先としては家庭が57%、介護・福祉施設が14%、他医療機関が11%、死亡が8%となっている。

クラスタ別の平均在院日数を算出したところ、クラスタ2が15.7日で最も短く、次いでクラスタ1が20.5日、クラスタ3が61.9日となっている。

各施設の選択した病床機能とクラスタのクロス集積を実施したところ、クラスタ1は急性期を選択しているのが75.7%、高度急性期が15.7%、クラスタ2は高度急性期が75.0%、急性期が18.5%、クラスタ3は回復期が77.1%、急性期が12.8%、高度急性期が10.1%となっている。

2-2. 事例統括班

厚生労働省より10病院団体に調査を依頼し、会員である医療機関の優良事例について59医療機関より120事例を収集し、整理を行った。平成29年度においては、医療から見た地域包括ケアを推進するための参考事例を収集し整理した。具体的には①地域医療の拠点としての取り組み、②地域の診療所との連携、③地域の介護サービス施設・事業所との連携、④地域の住民や自治体、関係団体との連携等について、具体的な詳細テーマを指定し、該当する項目がある医療機関や団体から報告を受けた。

2-3. 機能連携班

① 患者状態アウトカムのうちバイタルサイン、肺炎の症状、深部静脈血栓の症状、腓骨神経麻痺の症状、疼痛、創部の症状に関するバリエーションは急性期の術後5日間に集中しており、回復期では3週間程度でほぼ問題ないレベルに到達していた。一方回復期では頭痛、めまい、嘔気など器質疾患のない不定愁訴も見られた。生活・リハビリアウトカムのうち急性期においては食事摂取に関するバリエーションが多く、術後2日目の車いす移乗に関するバリエーションはなかった。回復期においては排便、リハビリ目標到達のバリエーションが増加した。不眠、不穏のバリエーションは両施設で相応の程度観察されたが眠剤の

定期投与も多かった。

- ② ヒアリング及びアンケートの双方の結果から、急性期・回復期・慢性期のいずれの施設においても、円滑な転院や退院を実現するために、「患者・家族への説明」「手続きの明確化・簡略化」を目的とした地域連携クリティカルパス等の情報提供シートの存在が、不可欠と考えていることが明らかになった。特にアンケート調査においては、限られた対象ではあるものの、連携に伴う文書作成に30~60分程度の時間を費やす医師や看護師が多いことも明らかになった。負担軽減の観点からも、これらの情報提供シートの開発が急務といえる。
- ③ 専門家パネル、地域や病院の現場スタッフからのヒアリングにおいて、医療機関特性や患者特性により、ここまで詳細な情報は必要としない、さらに詳細な情報を欲しいなど、ばらつきがみられた。例えば、急性期病院から回復期のリハビリテーション病院に移行する際には、リハビリテーションに関する詳細情報を必要とする一方で、地域包括ケア病棟ではリハビリテーションに係る詳細情報よりも日常生活や介護に関する詳細情報を欲していた。このため、原則どの疾患・手術であっても、自医療機関の機能にあわせて、必要な共有情報項目を選択して自由に組み合わせることのできる形式とした。患者基本情報としては、氏名、生年月日、連絡先、家族構成・主介護者、世帯状況、同居者、経済状況、かかりつけ医・かかりつけ薬局、要介護認定、障がいなどの認定、居宅介護支援事業者・ケアマネジャーの情報項目が抽出された。診療に係る情報では、アレルギー、感染症、医療処置や服薬に関する情報が抽出された。

その他、認知・精神機能に係る情報、身体・感覚器に関する情報、ADL 等の生活に関する情報が抽出された。

2-4. 地域包括班

ヒアリングにあたり、すべての施設に対し、以下の7項目について聴取した。(詳細については分担報告書及び別紙(1~4)を参照。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針(時期、退院後の療養先)に関する情報共有の方法
2. 病棟看護師と退院支援部門担当(看護師、MSW等)との情報のやり取りの方法
3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法
4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法
5. 退院支援部門から在宅医療側(医療、福祉施設)への情報提供内容
6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項
7. ICTの活用

2-5. 実地検証班

- ① 「胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)」の実患者数は、2013年度543名から、2016年度には393名となり、新たに胃瘻を造設する患者は減少していた。胃瘻から経管栄養を注入したり、管理を行ったりなどの医療行為として「胃瘻より流動食点滴注入」と「経管栄養カテーテル交換法」の医科診療行為があるが、「胃瘻より流動食点滴注入」は2013年度467名から、2016年度は448名へ、「経管栄養カテーテル交換法」は2013年度1,753名から、2016年度1,462名へと減少しており、経

管栄養自体を実施する患者が少なくなっていた。

- ② 奈良県の二次医療圏別では、大学病院などの高度急性期の医療機関がある医療圏では域内受診率が高くなるが、ない医療圏である南和医療圏においては著しく域内受診率が低下する傾向にあった。他府県と隣接する地域や市町村内に入院できる医療機関が少ない地域では、他府県や近隣の市町村への受診率が高くなる。県外受診率は、大学などの通学や住居の移転、就職や県外通勤などの理由によって20歳~34歳が高くなり、高齢になると低下する傾向が見られた。

D. 考察

1. 医療計画班

1-1. 医療計画班

各都道府県の医療計画の策定プロセスについて調査を行い、現状分析を行った。他の自治体がどのような体制で策定しているかを知ることは貴重である。

一方で、今回浮かび上がった課題に対しては、今後も引き続き研究を進め、有効な対策が講じられるよう知見を集積させていく必要がある。

2. 病床機能グループ

2-1. 定量分析班

病床機能報告結果をもとに病床機能選択のための基準を探索的に検討した。入退棟のパスについて分析した結果では、家庭からの入棟及び家庭への退棟がそれぞれ7割であるクラスタ1のグループが急性期、他病棟からの入棟及び家庭への退棟がそれぞれ6割であるクラスタ3のグループが回復期、同じ病院の他病棟及び家庭からの入棟がそれぞれ約4割、同じ病院の他病棟への退棟が8割

のクラスタ 3 のグループは主として高度急性期に対応し、一部回復期が混在していると考えられた。

2-2. 事例統括班

平成 29 年度も全国より、公的／私的病院の事例を収集することができた。病床規模 399 床以下の病院からの回答が多かったものの、二次救急医療を担い、介護施設からも容体急変の患者やレスパイト入院を受け入れていることが明らかになった。また、災害医療拠点病院として、地域の中心となっている医療機関からの報告も多かった。また、病院が訪問看護ステーションを運営したり、規模を拡大している報告もあった。これらは医療機関の立地状況や管理者の考え方によるものと考察される。

地域の介護サービス施設・事業所との連携においては、介護支援専門員との間で入退院時の情報共有、介護サービスの調整を行っているという回答が多かった。2018 年の診療報酬改定で「入退院支援加算」に改称され、地域包括ケアの一環として、入院から退院まで一括して患者をサポートするしくみが評価されていることから、このような取り組みが広がっていくことが考察される。

地域住民や自治体、関係団体への連携については、住民への公開講座をはじめ、地域の専門職（社会福祉士やリハビリテーション職）との勉強会の開催、地域ケア会議への参画事例について報告があった。いずれも地域包括ケアを推進し、医療介護連携を進めていく上で大変重要な取り組みであると考えられる。

2-3. 地域事例班

① 本研究ではパス適応と非適応の比較研究は実施せずに、パス適応患者のバリエ

ス分析の結果から急性期と回復期の連携における患者状態の実像を明らかにした。患者状態バリエーションからは骨折と手術侵襲にともなう生命を左右する内臓機能状態及びバイタルサインの変動と平常状態回復への時間経過がリアルに理解できた。懸念された誤嚥性肺炎や深部静脈血栓症の発症はなかった。これは過去 3 年の実績からも、両者による再入院、死亡リスクが極めて低いことを表している。

- ② 複数の施設間での情報共有を推進する上では、電子的な手段による情報流通も当然に視野に入ることから、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」に始まり、現在まで引き継がれてきた医療分野における情報化施策との一貫性が重要である。厚生労働省標準規格等の医療用語・コードを活用して、疾患に依存しない情報提供ツールの整備が急務であることが示唆された。
- ③ 共有情報項目は、地域特性、疾病特性、連携機関先の特性によっても影響をうける。自地域や自医療機関の特性、連携先の特性を踏まえ、何の情報が必要となるのかという視点で共有情報項目を選択し、情報共有シートを作成できる仕組みを整備することが大切である。また、連携する際に途切れやすい情報についても把握し、共有情報に含めることで、確実に必要な情報が共有できるようにしていくことも求められる。

2-4. 地域包括班

地域のヒアリングを通じて、より円滑な退院、在宅医療を実現するために、以下のポイントが共通して挙げられた。

1. 病棟の退院カンファレンスに医師をはじめ

め関係職種が出席し、在宅移行等退院支援業務への院内の理解を広めること。

2. 福祉側から医療機関への照会窓口を一本化すること。
3. 地域連携室に医療と介護のハブ機能を持たせ、医療側が有する情報を福祉側が求める内容に調製し提供すること。
4. 地域との顔の見える関係を粘り強く保ち続けること。

どの医療機関においても、医師の退院支援活動への理解を進めることが重要との意見が強かった。

2-5. 実地検証班

- ① 胃瘻からの代用として、「中心静脈注射」が考えられるが、胃瘻から点滴などの高カロリー輸液に移行したとは言えない現状であった。医療機関が2025年の地域医療構想の病床区分を選択するにあたっては、患者の受療行動、診療報酬改定等の動向等を見据えた検討を行う必要がある。
- ② 医療機関が病床4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の選択や病床区分の移行を検討するにあたっては、医療機関へのアクセスや医療機関の立地、域内受診率等の状況を加味しながら機能分化や連携を推進する必要がある。

E. 結論

本研究の成果は、わが国の地域医療構想の推進、医療計画の策定にあたって有用なものとして考えられる。

また、各都道府県が活用している医療介護総合確保基金の有効な用途へ反映されることが期待される。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) 野田龍也、松本晴樹、伴正海、石井洋介、原澤朋史、木下栄作、今村知明. 地域医療構想の推進に資する急性期指標の開発. 厚生指標. 2017 Apr;64(4):9-14.
 - 2) 高取克彦、松本大輔、野田龍也、今村知明. 地域高齢者における Romberg 率の逆説現象と身体機能特性および転倒との関連性. 理学療法科学. 2017 Jun;32(3)397-402.
 - 3) Yukie Ito, Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Toshio Ogawa, Tomoaki Imamura. Beneficiaries' Will-ingness to Pay for Resuscitation Provided by Ambulance Attendants: A Survey Using the Contingent Valuation Approach. Health. 2017 Sep;9(10):1367-1377.
 - 4) 野田龍也、久保慎一郎、明神大也、西岡祐一、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）における患者突合（名寄せ）手法の改良と検証. 厚生指標. 2017 Oct;64(12):7-13.
 - 5) Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Hayato Yamana, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga. Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in

- mechanically ventilated critically ill patients: A retrospective cohort study. *Journal of Critical Care*. 2017 Oct;41:209-215.
- 6) 久保慎一郎、野田龍也、川戸美由紀、山田宏哉、三重野牧子、谷原真一、村上義孝、橋本修二、今村知明. 患者調査における平均診療間隔の分布と再来外来患者数推計値の変化. *日本公衆衛生雑誌*. 2017 Oct;64 (10) :619-629.
- 7) 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み—患者突合 (名寄せ) の手法開発と検証—. *医療情報学 論文 集*. 2017 Nov;37(suppl.):565-570.
- 8) 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み —1 入院 1 データ化—. *医療情報学 論文 集*. 2017 Nov;37(suppl.):561-564.
- 9) 監修: 今村知明、池田俊也、長谷川友紀
編集: 小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也.
地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集 (平成 28 年度版). 2018 Jan;全文.
- 10) Y Itoh, M Akahane, T Imamura. Impact of temperature in summer on emergency transportation for heat-related diseases in Japan. *Chinese Medical Journal*. 2018 Mar;131(5): 574-582.
- 11) Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Matsui, Genta Kato, Tomoaki Imamura. National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB): Outline and Patient-Matching Technique. *bioRxiv*. 2018 Mar;. 280008.
2. 学会発表
- 1) 2017 年 6 月 1 日～2017 年 6 月 3 日 (福井県、フェニックス・プラザ). 第 21 回日本医療情報学会春季学術大会. 看護師の人件費構造分析: 年齢階級別モデルの構築と平均年齢の増減による損益シミュレーション. 中西康裕、三宅好子、高橋美雪、今村知明.
- 2) 2017 年 8 月 19 日～2017 年 8 月 22 日 (Sonic City in Saitama, Japan). 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Association between anesthetic agents and early surgical site infection after total knee arthroplasty: analysis using Japanese nationwide database. Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatsuya Noda, Manabu Akahane, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguti, Tomoaki Imamura.
- 3) 2017 年 8 月 19 日～2017 年 8 月 22 日 (Sonic City in Saitama, Japan).

- 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Changes in the average interval since last visit and the number of repeat outpatients in the Patient Survey of Japan. Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Miyuki Kawado, Hiroya Yamada, Mikiko Naka Mieno, Shinichi Tanihara, Yositaka Murakami, Shuji Hashimoto, Tomoaki Imamura.
- 4) 2017年8月19日～2017年8月22日 (Sonic City in Saitama, Japan). 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Measurement of cut-off day between admission and surgical intervention, for reduced mortality of patients with hip fractures using Japanese nationwide administrative database. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Miwa Kisimoto, Manabu Akahane, Hayato Yomana, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Tomoaki Imamura.
- 5) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター). 第76回日本公衆衛生学会総会. 麻酔薬とTKA術後SSIの発生頻度の関連:DPCデータを用いた傾向スコア研究. 岸本美和、山名隼人、野田龍也、赤羽学、松居宏樹、康永秀生、今村知明.
- 6) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター). 第76回日本公衆衛生学会総会. 地域医療
- 構想と医療計画のための指標の作成と推進施策の研究. 今村知明、林修一郎、村上淳基、野田龍也.
- 7) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター). 第76回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の実現に向けた、奈良県における医療提供体制等の分析. 林修一郎、野田龍也、今村知明.
- 8) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター). 第76回日本公衆衛生学会総会. 奈良県国保データベースによる地域及び病院特性分析指標の検討. 村上淳基、野田龍也、林修一郎、今村知明.
- 9) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター). 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB):透析患者の全国分布. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明.
- 10) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター). 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB):日本の糖尿病診療の全体像. 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、毛利貴子、石井均、今村知明.
- 11) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター).

- 第 76 回日本公衆衛生学会総会. 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 概要報. 加藤源太、林修一郎、野田龍也、今村知明.
- 12) 2017 年 10 月 31 日～2017 年 11 月 2 日(鹿児島県、かごしま県民交流センター). 第 76 回日本公衆衛生学会総会. NDB を用いた、血友病・von Willebrand 病の患者数の地域分布. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明.
- 13) 2017 年 10 月 31 日～2017 年 11 月 2 日(鹿児島県、かごしま県民交流センター). 第 76 回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の活用: 高次脳機能障害受診の全国分布. 野田龍也、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、今村知明.
- 14) 2017 年 10 月 31 日～2017 年 11 月 2 日(鹿児島県、かごしま県民交流センター). 第 76 回日本公衆衛生学会総会. 解体工事に伴う院内感染対策と浮遊菌量測定による効果の検証. 中西康裕、今村知明.
- 15) 2017 年 10 月 31 日～2017 年 11 月 2 日(鹿児島県、鹿児島県文化センター). 第 76 回日本公衆衛生学会総会. 専門医の取得状況と若手医師の都道府県間移動について. 小池創一、野田龍也、川口英明、今村知明、松本正俊.
- 16) 2017 年 11 月 16 日～2017 年 11 月 16 日(奈良県、奈良県医師会館). 第 38 回奈良県公衆衛生学会. 奈良県国保データベースによる地域及び病院特性分析指標の検討. 村上淳基、野田龍也、林修一郎、今村知明.
- 17) 2017 年 11 月 20 日～2017 年 11 月 23 日(大阪府、グランキューブ大阪). 第 37 回医療情報学連合大会(第 18 回日本医療情報学会学術大会). レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)利用促進に向けた取り組み—患者突合(名寄せ)の手法開発と検証—. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明.
- 18) 2017 年 11 月 20 日～2017 年 11 月 23 日(大阪府、グランキューブ大阪). 第 37 回医療情報学連合大会(第 18 回日本医療情報学会学術大会). レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)利用促進に向けた取り組み —1 入院 1 データ化—. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、今村知明.
- 19) 2017 年 11 月 20 日～2017 年 11 月 23 日(大阪府、グランキューブ大阪). 第 37 回医療情報学連合大会(第 18 回日本医療情報学会学術大会). 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 新たなシステム下での検索速度等に関する評価. 加藤源太、酒井未知、大寺祥佑、下垣徹、松居宏樹、野田龍也、康永秀生、今村知明、黒田知宏.
- 20) 2018 年 3 月 23 日～2018 年 3 月 25 日(大阪府、大阪国際会議場、リーガロイヤルホテル大阪、堂島リバーフォーラム).

第 82 回日本循環器学会学術集会. 地域医療計画や医療構想と循環器医療提供体制の調和の必要性について. 今村 知明.

- 21) 第 20 回 日本医療マネジメント学会
シンポジウム 2 「地域医療介護連携 —
多職種チーム医療の地域包括ケアのか
かわり—」多職種を巻き込むための各地
の取り組み～厚生労働科学研究班の活
動より見えたこと～ (平成 30 年 6 月 8
日予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

病院の病床機能分化・連携への取り組み事例については、事例集としてとりまとめの上、公表予定である。

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）
「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」
分担研究報告書（平成 29 年度）

【医療計画班】医療計画の策定プロセス等に関する調査について

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 教授）
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 主任研究員）
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部医療推進課）

研究要旨

本研究では、平成 30 年度からの第 7 次医療計画に向け、都道府県がまさに計画を策定している中で調査を行うことで、策定プロセスの実態及び今後の課題をリアルタイムで得ることを目的としている。

調査票を 47 都道府県に送付し、41 都道府県から回答を得た（回収率：87%）。

調査の結果、各都道府県における策定体制の違いが明らかになったと同時に、数少ない職員数にも関わらず、多くの検討会を短期間に開催しなければならない実情や、人事異動の事情もあり専門人材の確保・育成の困難さについても課題が浮き彫りとなった。

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 33 年度に医療計画の中間見直しの際の基礎資料等として、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、第 6 次医療計画を策定するプロセスに関して調査（アンケート調査、ヒアリング調査）を行った。しかし、都道府県担当職員が 2～3 年で異動となるため、策定当時の担当者が不在等の理由で詳細な情報を得ることが難しい内容もあり、調査上の課題が認識された。

本研究では、こうした課題に対し、第 7 次医療計画に向け、都道府県がまさに策定している中で調査を行うことで、その策定プロセスの実態及び今後の課題を得ることを目的としている。

B. 研究方法

調査票（表 1.6）を各都道府県に送付し、回収した。詳細は下記の通り。

(1) 調査時点：

平成 29 年 12 月 1 日現在

(2) 調査依頼先：

都道府県の医療計画担当部署

(3) 調査方法：

調査票を作成しメールにより実施

(4) 調査期間：

平成 29 年 12 月 5 日～平成 29 年 12 月 28 日中。

期限までに回答のなかった都道府県に対し、平成 30 年 1 月 24 日に督促を実施した。

C. 研究結果

1. 回答数

回答数は41都府県（回収率：87%）であった。回答のあった都府県については、表1.1の通り。

表 1.1 回答のあった都府県（41都府県）

北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、山口県、香川県、愛媛県、高知県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

2. 調査結果

【問1】5疾病・5事業等に係る計画の検討や事業の実施を行う所属

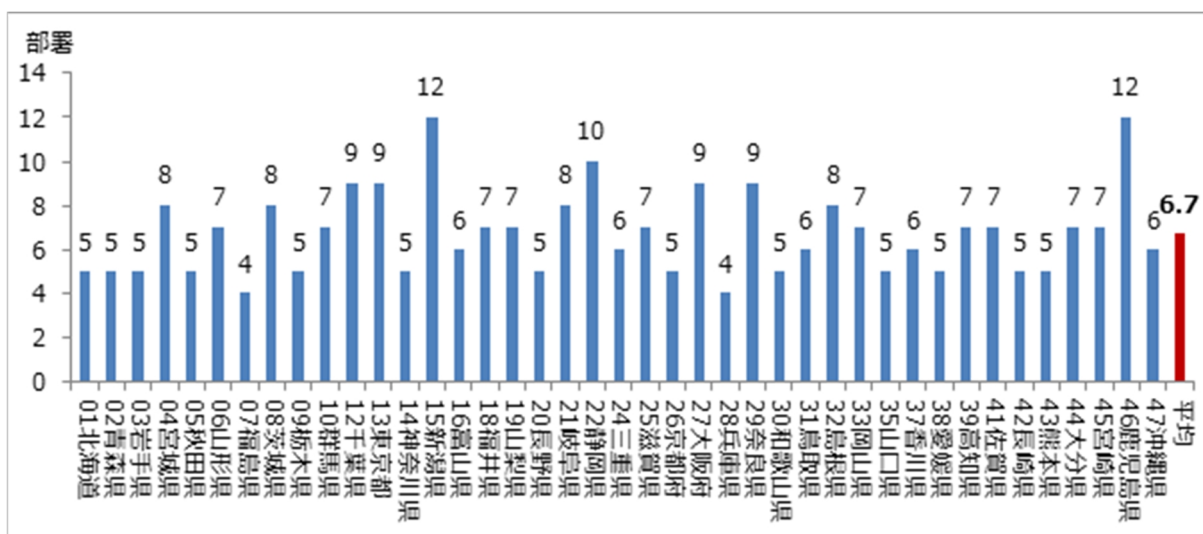
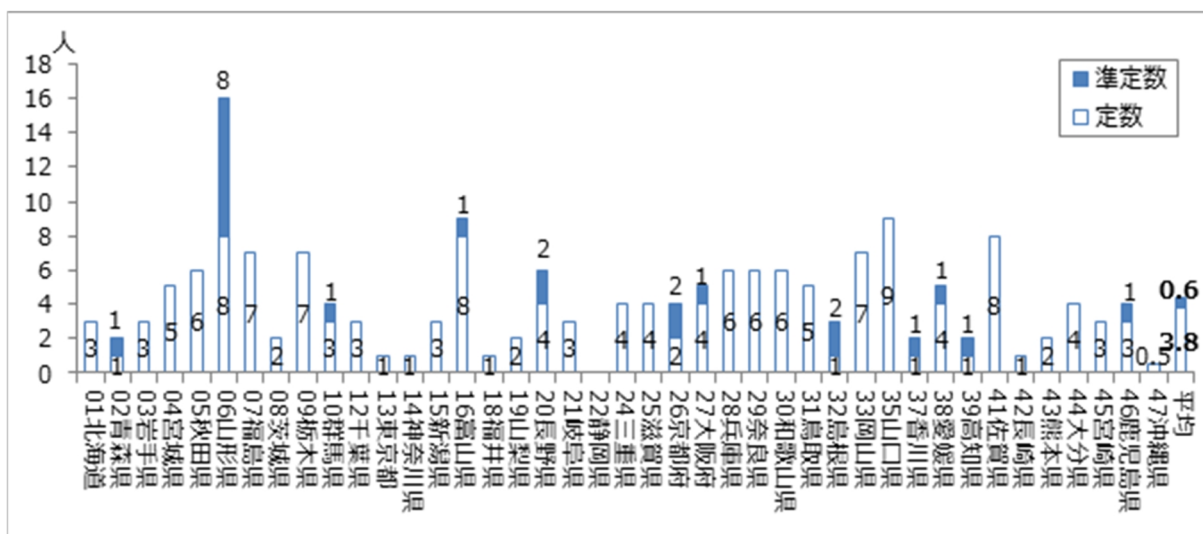


図 1.1 5疾病・5事業等に係る計画の検討や事業の実施を行う所属【問1】

【問2】医療計画（第7次）の取りまとめを行う主担当係の人員配置状況

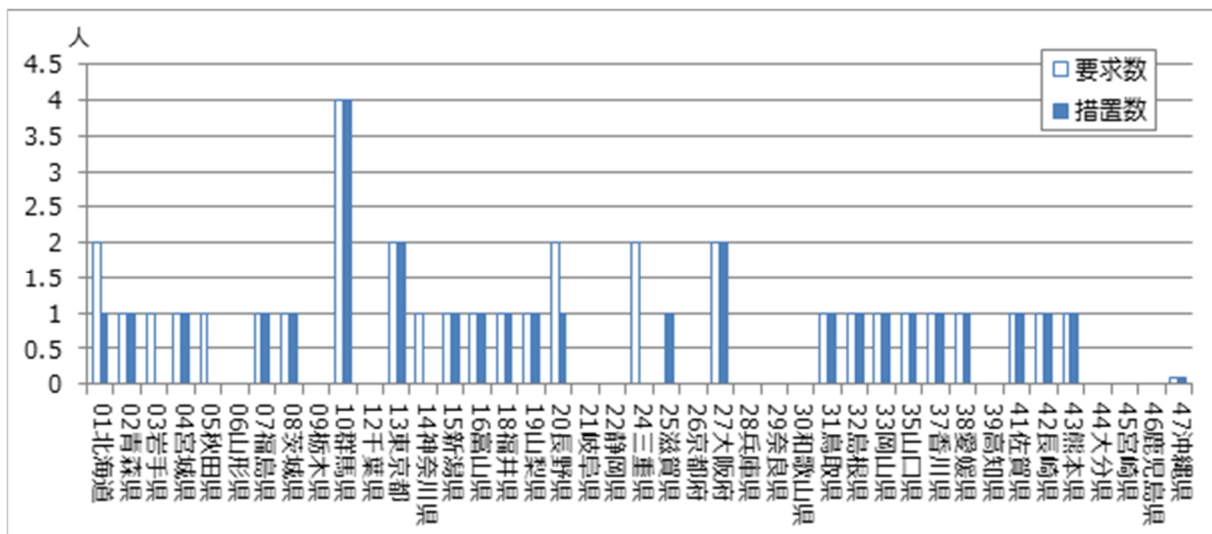


(注) ・「22 静岡県」は回答がなかった。

・「準定数」については記入のない都道府県が多かった。「準定数」がそもそもない都道府県もある。

図 1.2 医療計画（第7次）の取りまとめを行う主担当係の人員配置状況【問2】

【問3】医療計画（第7次）の策定に伴う平成29年度の主担当係の人員配置増の状況

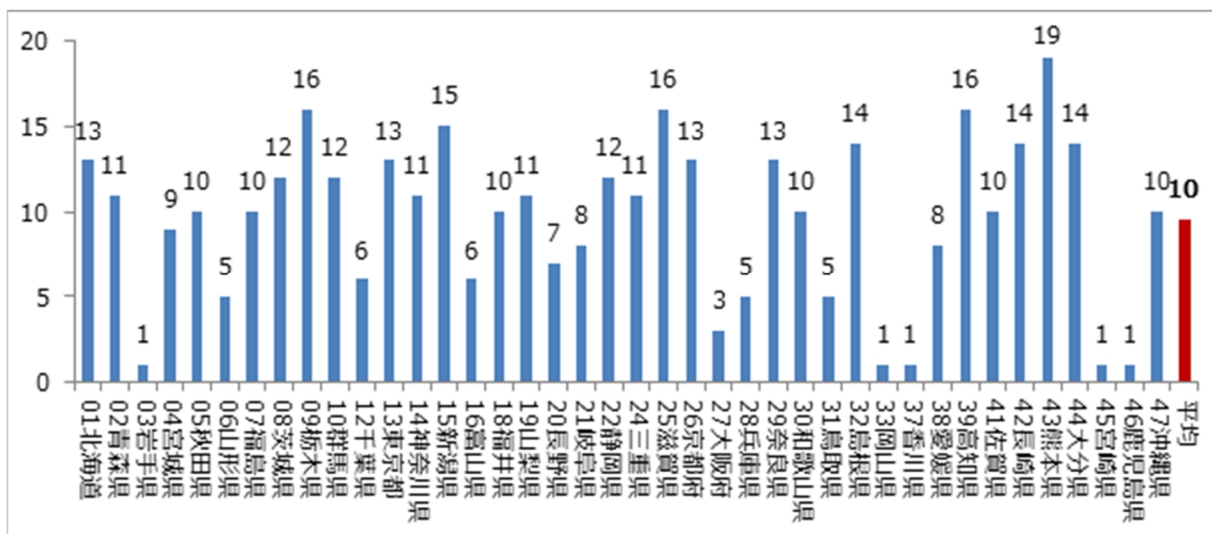


(注) 本項目については回答不可能、未公開という都道府県が多かった。

図 1.3 医療計画（第7次）の策定に伴う平成29年度の主担当係の人員配置増の状況【問3】

【問4】医療計画（第7次）の策定を検討する会議体の所掌事項

(1) 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体の設置数



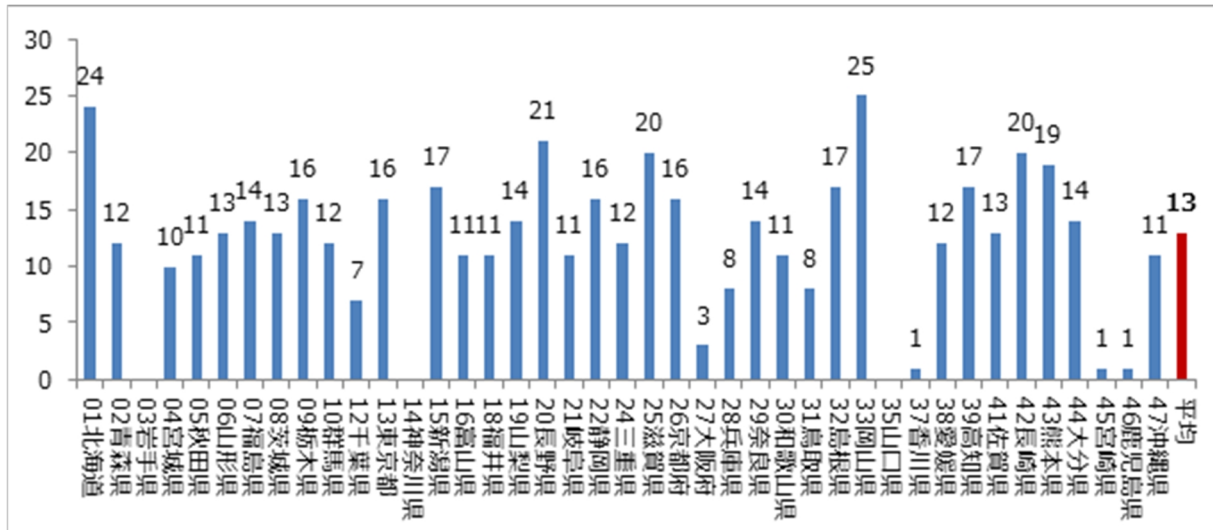
(注) ・会議体数は「会議名」の記載数をカウントしたものである。

・35山口県は会議名等の記載がなかったため、上記には記載していない。

図 1.4(1) 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体の設置数【問4】

【問4】医療計画（第7次）の策定を検討する会議体の所掌事項

(2) 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体における検討項目数（所掌事項）の延べ数



- (注)
- ・検討項目数は「所掌事項」の記載数（延べ数）をカウントしものである。
 - ・03岩手県、14神奈川県、35山口県は「所掌事項」について記載がなかった。
 - ・06山形県では「所掌事項」に記載のない会議体があったが、会議名に（ ）書きで「5疾病・5事業」と記載があったことから、5疾病5事業を検討項目数としてカウントした。
 - ・38愛媛県では1つの会議体において「医師確保をはじめ上記以外及び医療計画全体」と所掌事項の記載があったことから、5疾病5事業、在宅医療、医療従事者確保のうち別の会議体の所掌事項となっていない項目を所掌事項としてカウントした。
 - ・39高知県では1つの会議体において「計画案全項目について」と所掌事項の記載があったことから当該会議体の所掌事項を「その他」にカウントした。
 - ・44大分県、45宮崎県では1つの会議体において所掌事項の記載がなかったことから当該会議体の所掌事項を「その他」にカウントした（会議名から、医療計画全般について所掌するものと推察される）。

図 1.4(2) 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体における検討項目数（所掌事項）の延べ数【問4】

【問4】医療計画（第7次）の策定を検討する会議体の所掌事項

(3) 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体における検討項目別都道府県数

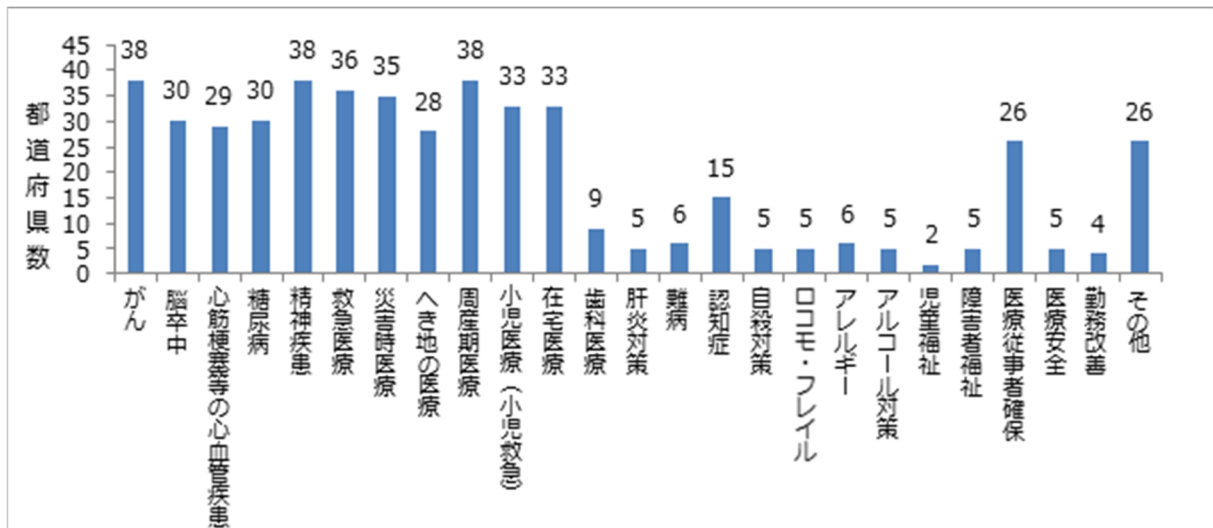
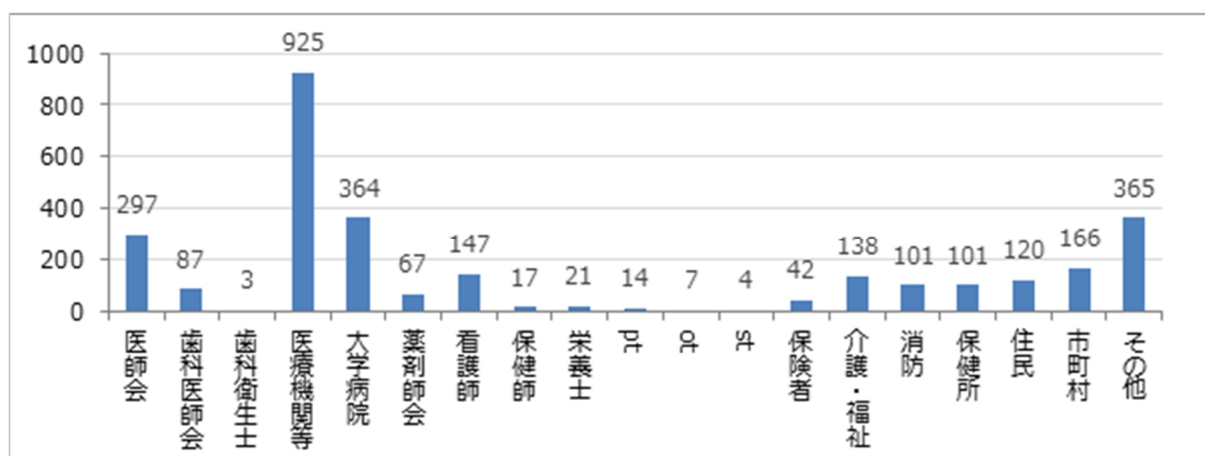


図 1.4(3) 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体における検討項目別都道府県数【問4】(n=38)

【問5】 【問4】 の会議体の構成員



(注) ・集計が困難な回答もあり、上記結果は30都府県のみ。

図 1.5 【問5】 【問4】 の会議体の構成員

【問6】 医療政策の立案にあたり政令指定都市、中核市、特別区等の基礎自治体（保健所を設置している自治体）と連携する事項

(1) 連携自治体の区分

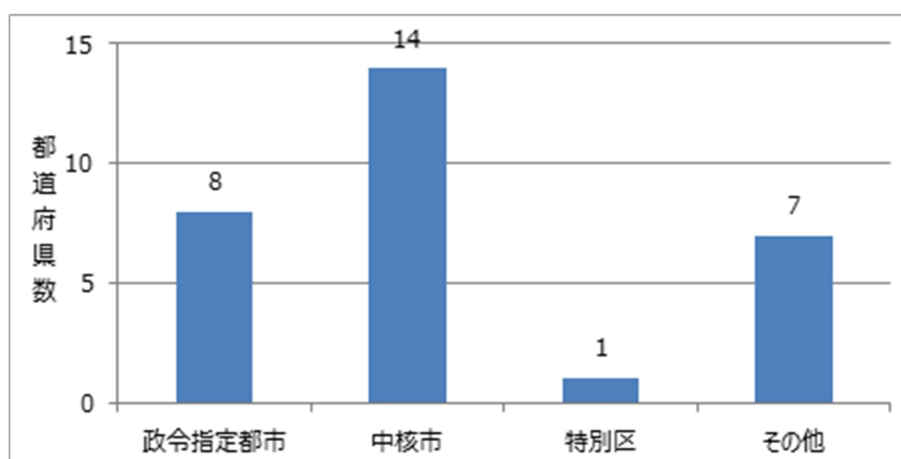


図 1.6 医療政策の立案に際して、都道府県が連携している基礎自治体等【問6】
(連携先別の都道府県数、n=41)

【問6】 医療政策の立案にあたり政令指定都市、中核市、特別区等の基礎自治体（保健所を設置している自治体）と連携する事項

(2) 連携内容

表 1.2 医療政策の立案における、基礎自治体等と連携内容【問6】

都道府県名	連携自治体	連携内容
青森県	その他	圏域の重点的な取組（※第7次医療計画から「地域編」と題して、圏域ごとに重点的に取り組む項目を掲載するページを新たに設けることとしている。）
岩手県	中核市	医療圏の圏域連携会議に参画
宮城県	政令指定都市	仙台市地域医療対策協議会において計画の進捗状況等を共有
福島県	中核市	協議会等に参画
群馬県	中核市	会議に中核市（保健所）代表が参画

都道府県名	連携自治体	連携内容
	その他	会議に市長会、町村会の代表が参画
東京都	特別区	医療政策立案に関する会議等に必要に応じて参加してもらう。
神奈川県	政令指定都市	地域医療構想・医療計画の推進
新潟県	政令指定都市	多岐にわたる会議、事業が該当します
長野県	中核市	地域医療構想調整会議に参加
静岡県	政令指定都市	地域医療協議会、調整会議等
	中核市	地域医療協議会、調整会議等
	その他	地域医療協議会、調整会議等
三重県	その他	地域医療構想調整会議に市町の代表が委員として参加
	その他	問4の会議の一部に市町の代表が委員として参加
滋賀県	中核市	医療と介護の体制整備に係る協議の場
京都府	政令指定都市	地域医療構想調整会議の開催
	政令指定都市	計画策定に係る意見照会
大阪府	政令指定都市	二次医療圏における医療体制
	中核市	二次医療圏における医療体制
兵庫県	政令指定都市	①医療計画（地域版）の策定会議に参画、②個別事業の推進に係る県との連携
	中核市	①医療計画（地域版）の策定会議に参画、②個別事業の推進に係る県との連携
	政令指定都市	精神科救急
奈良県	その他	地域医療構想調整会議において、県分析データ等も提示しながら、議論を実施。
和歌山県	中核市	県・市保健医療計画の同時改定のため、互いの検討会議に出席したり、県分析データを市に提供するなど随時連携
島根県	その他	医療介護連携
岡山県	政令指定都市	地域保健医療計画策定に参画
	中核市	地域保健医療計画策定に参画
愛媛県	中核市	在宅医療・介護の整備目標の整合性に関する協議の場
	その他	在宅医療・介護の整備目標の整合性に関する協議の場
高知県	中核市	委員として検討会へ参加
長崎県	中核市	地域保健医療対策協議会の開催
	中核市	地域医療構想の推進（調整会議への参加）
鹿児島県	中核市	地域保健医療対策協議会鹿児島市部会
	中核市	鹿児島保健医療圏地域医療構想調整会議

【問7】医療政策の立案に際しての外部コンサルタント等への委託状況

(1) 委託先

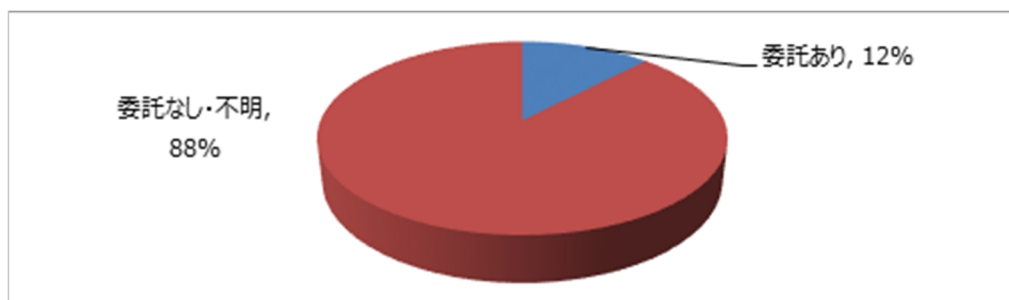


図 1.7 医療政策の立案に際しての外部コンサルタント等への委託状況【問7】 (n=41)

【問7】医療政策の立案に際しての外部コンサルタント等への委託状況

(2) 委託の内容

表 1.3 外部コンサルタント等への委託内容【問7】

都道府県名	委託内容
千葉県	医療機能調査、県民意識調査、在宅医療に係る実態調査
山梨県	医療機能調査、県民意識調査等
三重県	医療計画基礎調査業務（最新データの収集・分析、5疾病・5事業の検討部会等にかかる資料・議事録等の作成、医療計画の作成支援等）
奈良県	奈良県保健医療計画策定に係る調査・分析等業務
山口県	5疾病及び在宅の医療機能の作成

【問8】策定に係る検討委員会等の会議事項

- ・ 事務局が作成した計画素案に対し、検討委員からの意見を求める形が主な会議事項となっている。

【問9】策定に係る検討委員会等の実施結果の公表状況

(1) 会議次第

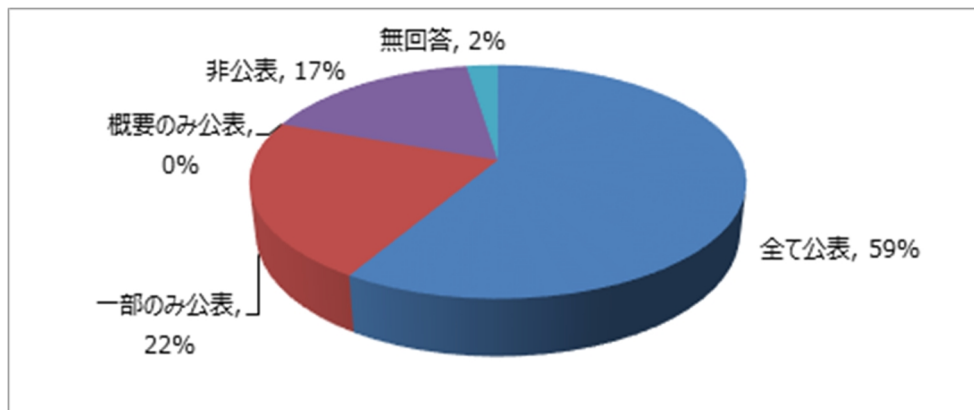


図 1.8(1) 策定に係る検討委員会等の実施結果の公表状況～①会議次第～【問9】 (n=41)

(2) 会議資料

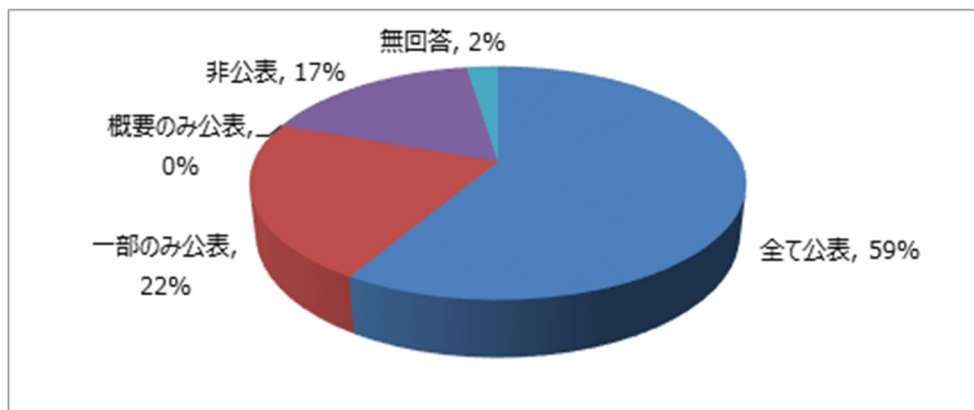


図 1.8(2) 策定に係る検討委員会等の実施結果の公表状況～②会議資料～【問9】 (n=41)

(3) 会議議事録

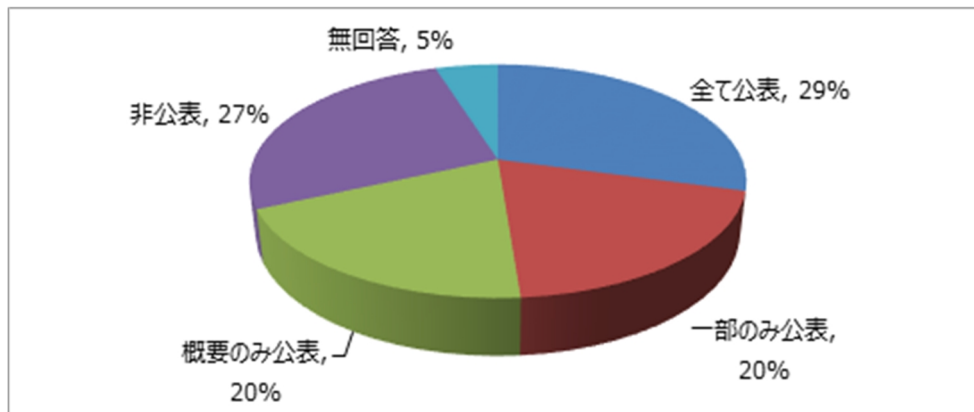


図 1.8(3) 策定に係る検討委員会等の実施結果の公表状況～③会議議事録～【問 9】 (n=41)

【問 10】 医療計画の策定年度以外に定期的に開催している医療提供体制の検討の場の状況

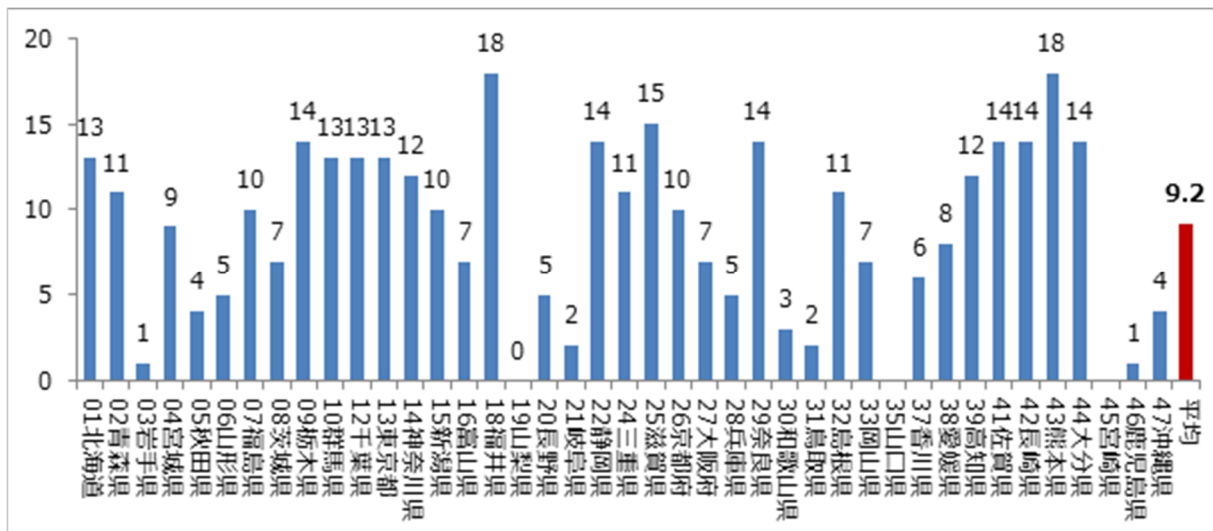


図 1.9 医療計画の策定年度以外に定期的に開催している医療提供体制の検討の場【問 10】 (n=41)

【問 11】 現行の医療計画（第 6 次）に記載した事項の平成 29 年度の予算措置状況

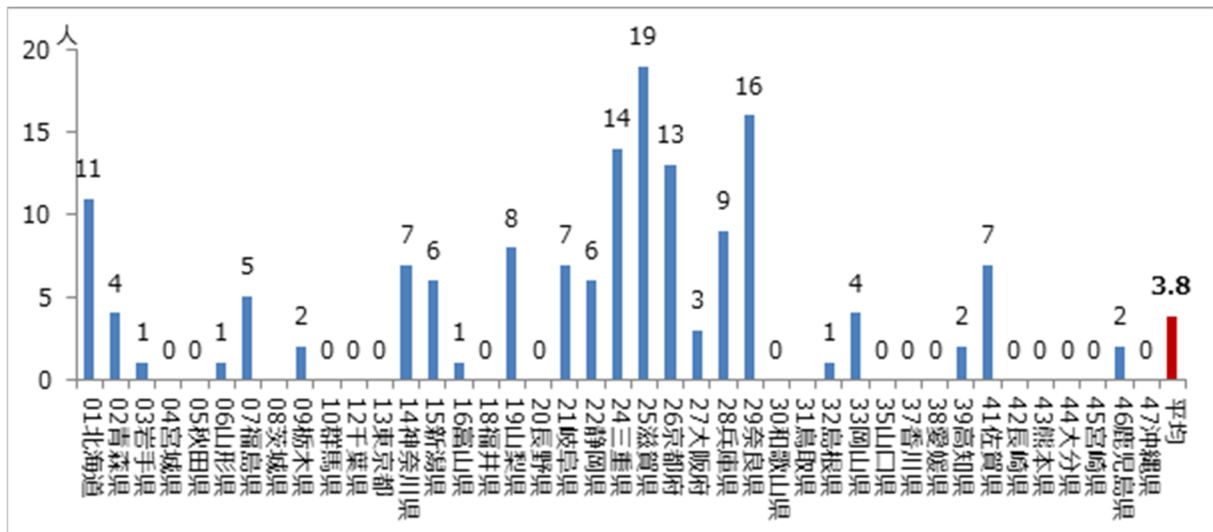
- ・ 予算事業と関連図けることが困難、事業評価資料を対外的に公表していない等の理由から回答不能としている都道府県が多く、集計が困難。

【問 12】 予算要求にあたり、医療計画記載事項に関する財源枠の有無

- ・ 該当する事例なし。

【問 13】 都道府県職員で医療政策の立案に携わる専門人材の有無

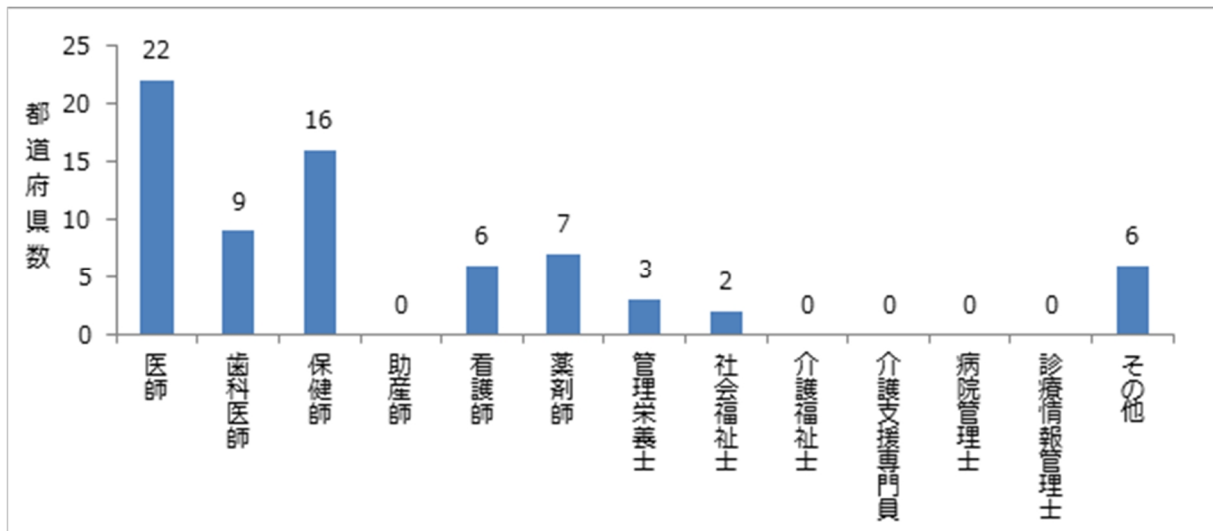
(1) 専門人材の人数



(注) ・08茨城県、31鳥取県は「回答不可能」という回答であった。「0」となっている都道府県の中には専門人材の人数について未記入であった都道府県も含まれる。

図 1.10(1) 都道府県職員で医療政策の立案に携わる専門人材の人数【問 13】

(2) 専門人材の職種



(注) ・本調査に回答のあった41都道府県のうち、専門人材について「回答不可能」と記入のあった、08茨城県、31鳥取県を除いた39都道府県での回答。

図 1.10(2) 都道府県職員で医療政策の立案に携わる専門人材の職種【問 13】
(当該専門職種のいる都道府県数、n=39)

【問 14】 都道府県職員が大学医学部（大学院）や公共政策大学院等で医療政策を学ぶことができる講座等の状況（自都道府県内の大学（院）に限る）

- ・ 回答があったのは神奈川県、奈良県のみ。神奈川県については、講座内容が医療政策に関するものでない等、設問の趣旨に合わない。
- ・ 奈良県については、表 1.4 の通り。

表 1.4 都道府県職員が大学医学部（大学院）や公共政策大学院等で医療政策を学ぶことができる講座等の状況【問 14】（奈良県）

	講座名	講座内容	設置時期	受講人数（累積）
県立医科大学	公衆衛生学講座	医療政策、医療経営	昭和 47 年	2 名※要確認

【問 15】医療政策に携わる人材育成のため大学院等への職員派遣状況（自都道府県内外の大学を問わない）

- ・ 回答があったのは、北海道、茨城県、千葉県、滋賀県、奈良県の 5 件。

表 1.5 医療政策に携わる人材育成のため大学院等への職員派遣状況【問 15】

	派遣先	派遣期間	派遣目的	派遣開始時期	派遣人数（累積）
北海道	政策研究大学院大学	3 週間	職員の資質向上等	平成 24 年度	7 名
茨城県	東北大学大学院歯科研究科	2 年間	歯学、口腔分野の専門知識の修得	平成 28 年度	1 名
	政策研究大学院大学	1 年間	専門的知識や技術を修得させるとともに、政策構想力や行政運営能力を身に付けさせる	平成 26 年度	1 名
千葉県	千葉大学医学部附属病院	2～3 年	医療政策及び保健医療計画の企画・立案・実施に携わる人材の育成のため	平成 23 年	3 名
滋賀県	政策研究大学院大学	1 年間	地域政策を展開する上で必要な理論・知識や分析手法の修得	平成 25 年度	3 名
奈良県	政策研究大学院大学	1 年間	医療政策に携わる人材育成	年間継続派遣	5 名程度
		2～3 週間	同上	同上	5 名程度

D. 考察

【問 1、2、3】においては、都道府県庁内の主に人的資源に関する項目となっている。

都道府県によって、その資源にはバラツキが認められるが、【問 2 と 3】を比較すると増員数と担当者人数が同数、つまり策定年度より前には主担当が配置されていなかった県が存在する可能性があることが分かる。

これは、策定年度だけ人員を配置し、策定が終われば人員減をするという人事が行われている可能性を示唆しており、次年度以降、PDCA サイクルを回して評価・改善が十分行われない恐れがあるため、今後も経過観察を

続ける必要があると考えられる。

具体的には、平成 30 年度以降、政策循環が適切に行われているかどうか進捗状況を国がしっかりと把握し、都道府県にフィードバックすると同時に、全国の好事例については国の検討会や研修会等で共有することが望ましいと考えられる。

【問 4、5、6】においては、都道府県が抱える業務量に関する項目となっている。

会議体の設置数や検討事項の数が増えれば増えるほど、都道府県の業務負荷は大きくなるため、例えば、会議体の設置数が最小(1)の県と最大(19)の県を比較すると、両県の主

担当者係の人員配置は共に 2 名と同数のため、会議の開催回数を考慮しなければ、最大の県に 19 倍の負荷がかかっていると考えられる。

業務負荷がかかってくると、本当に議論すべき論点を庁内及び関係者で検討するための時間が確保できなくなり、とにかく会議を開催することが目的化してしまう可能性が非常に高いため、計画の質の確保に課題を抱えやすいと考えられる。

具体的には、会議体の数は多いが、決まったことや予算化事業の数が少ないなどのケースがあげられる。また、せっかく主担当者があるにも関わらず、把握しなければならない会議体が多過ぎてそのそれぞれの中身の把握まで手が回らず、本来必要な施策間（会議体間）での有機的な横串連携が取れず、疾病や事業ごとに同じ様なことについて議論して余計な労力を費やしてしまうほか、取りまとめる際、それぞれの会議体での事項をただくっつけるだけになってしまうなどのケースがありうる。

今後、都道府県における医療計画の政策循環に関する取組の進捗状況を把握すると同時に、会議体においてどのような事項が決まり、評価・改善が行われたのかについても事例を把握することで、効果的・効率的な会議体の運営についても知見を集積していく必要があると考えられる。

会議体の構成員に関しては、どうしても医療関係者が多くなってしまうが、一番多い医療機関からの構成員については、恐らく地域の基幹病院の経営陣が多いと考えられる。そうであれば、その担う役割は地域にとって重要でもあるため、計画を策定するに当たっては、それらの医療機関を主語とした対策が盛り込まれ、今後評価されていくことが望ましい。

基礎自治体との連携に関しては、地域包括ケアシステムを構築する観点から、特に在宅医療を中心に今後求められる役割が大きくなる部分であり、約半数程度の都道府県でしか連携が取られていない現状を踏まえると、今後は基礎自治体との連携状況についても、しっかりと把握し、取組が進むよう課題を抽出していく必要がある。

【問 7】については、回答数の 1 割しか外部コンサルタント等の活用をしておらず、今後、その理由についても調査していく必要がある。なぜならば、医療計画の策定には相当な専門的知識や技術が必要とされている一方で、都道府県職員の人事異動は国とは異なり、省庁間をまたぐような分野間での異動が一般的であるため、外部資源の活用は非常に有用な手段となりうるため、それが活用されていない現状に何かしら課題が存在するのであれば、今後解決していくべきと考えるからである。

【問 8】については、都道府県が主導して素案を作成し、それを委員が承認するような会議の進め方が想像される。つまり、都道府県の素案の出来栄が非常に重要であり、医療計画策定のための資源や業務量の差というものは、恐らく計画の質に対し最も重要な要因となると考えられる。

【問 9】については、2 割弱が非公開となっており、これでは住民や研究機関等によるチェック機能が阻害されるため、より公開を進めていくべきと考えられる。

【問 10】については、計画策定年度以外の年度においても、都道府県における策定体制に大きな違いがあることを示している。少

なくとも 5 疾病・5 事業及び在宅医療の 11 分野に加え、地域医療構想や医療従事者の確保に関する項目など、多くの課題について検討していく必要がある中で、今後、いかに会議体の数を抑えつつも計画を前に進めていくかという効率的かつ効果的な運用方法についても検討が必要である。

【問 11】については、計画が絵に描いた餅とならぬよう、予算に基づく事業がしっかりと紐づいているかどうかを調査したが、はっきりとした回答は得られなかった。中でも、政策評価を対外的に公表していないという理由については、恐らく世間からの了承を得ることは困難であり、今後は透明性の高い政策評価を行うことが求められる。

同時に、各都道府県が医療計画を進めるための確たる財源を有していない可能性についても示唆されており、現在の補助金だけでなく、地域医療介護総合確保基金等のその他の財源も計画を進める目的で活用できる選択肢について、都道府県のニーズが無いかどうかも今後調査をする必要がある。

【問 13、14、15】は、恐らく多くの都道府県が抱える一番の課題である、医療政策を担う人材の確保・育成に関する調査である。

本調査では 41 都道府県中の 16 都県において専門職が 0 人という結果であり、専門職の人材確保という課題を抱えていることがわかる。また、育成に関しては 5 道県(北海道、茨城県、千葉県、滋賀県、奈良県)のみからの回答となっており、都道府県職員の人事異動事情と合わせても、かなり厳しい現状が明らかになったと言えるだろう。

専門人材が 1 人以上いる 23 道県においても、専門人材とは言っても、医療専門職ではあるが政策や疫学は専門では無いという人

材や、定年退職が近づいている人材も中には含まれていることは想像に難くなく、引き続きの確保・育成という課題に対して対策を講じていく必要があると考えられる。

特に医療政策に携わる医師の確保・育成に関しては、近年社会医学系専門医の動きが徐々に出てはいるものの、医師のほとんどは臨床系に進んでしまっているため、例えばだが、臨床系の専門医にも疫学的な専門性を求めていく等の専門医プログラムの改善が行われれば、医療政策を兼務できる医師や専従してくれる医師を確保しやすくなるのではないかと考えられる。もしそうなれば、医療政策の人材確保・育成だけでなく、臨床現場の医師に疫学的な視点が強化されるため、医療政策を現場に普及させ浸透させやすくなって政策が動きやすくなるかもしれないという利点も期待できる。

E. 結論

今回、各都道府県の医療計画の策定プロセスについて調査を行い、現状分析を行った。他の自治体がどのような体制で策定しているかを知ることは貴重であり、都道府県の医療計画策定担当者には内部検討材料として是非活用していただきたい。

一方で、今回浮かび上がった課題に対しては、今後も引き続き研究を進め、有効な対策が講じられるよう知見を集積させていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし(非該当)

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1.6 調査票

医療計画の策定等に関する調査票

都道府県	
記入者	
連絡先（メール）	

（留意事項）

- ・特段の指定がない限り、調査時点は平成29年12月1日現在としてください。
- ・予算措置の状況については、調査時点での補正予算の措置状況も含め記載をお願いします。
- ・なお、問1、問4、問6、問9、問10、問13については、別のシートに選択肢を記載しておりますのでご参照ください。

1. 医療計画の策定体制（平成30年4月から始まる第7次計画について）

問1. 5疾病・5事業等に係る計画の検討や事業の実施を行う所属
※複数の所属が担う場合は同じセルの中に全て記載してください。

	県庁・現地機関等	部局名	課・室名	係名
がん				
脳卒中				
心筋梗塞等の心血管疾患				
糖尿病				
精神疾患				
救急医療				
災害時医療				
へき地の医療				
周産期医療				
小児医療（小児救急）				
在宅医療				
地域医療構想				
医師確保				
総合確保基金（医療分野）				

問2. 医療計画（第7次）の取りまとめを行う主担当係の人員配置状況

担当課室名	主担当係名	定数	準定数

問3. 医療計画（第7次）の策定に伴う平成29年度の主担当係の人員配置増の状況

	定数	準定数
人員増要求		
措置結果		

問4. 医療計画（第7次）の策定を検討する会議体の所掌事項
（医療計画策定指針の作業部会に相当するもの）

医療計画（第7次）策定時

会議名	所掌事項1	所掌事項2	所掌事項3	所掌事項4	所掌事項5

問5. 問4.に記載した会議体の構成員について名簿等をご提供ください。（別途「名簿」添付）

問6. 医療政策の立案にあたり政令指定都市、中核市、特別区等の基礎自治体
（保健所を設置している自治体）と連携する事項

※問4.の会議の他、都道府県の医療政策立案に関する会議等に市町村が参画、都道府県と市町村が連携して医療政策に関する事業を推進等を想定しています。

連携自治体の区分	連携内容

問7. 医療政策の立案について、コンサルタント等への委託状況

委託先	委託の内容	委託料(円)

2. 医療計画（第7次）の策定に係る検討委員会等の実施状況

問8. 策定に係る検討委員会等の会議次第をご提供ください。（別途「各種会議の開催状況」添付）

問9. 策定に係る検討委員会等の実施結果の公表状況

会議次第	
会議資料	
会議議事録	

問10. 医療計画の策定年度以外に定期的に開催している医療提供体制の検討の場の状況

※地域医療対策協議会や、都道府県独自に設置する救急医療に関する検討会などを想定しています。
総合確保基金の都道府県計画などの予算措置に係る検討の場は除きます。

会議名	所掌事項	検討内容	開催頻度

3. 医療計画記載事項の予算措置の状況

問11. 現行の医療計画（第6次）に記載した事項の平成29年度の予算措置状況（個別事業一覧）
をご提供ください。

※事業内容等調査要領に記載した事項がわかるもの。事業改善シートを想定しています。

問12. 予算要求にあたり、医療計画記載事項に関する財源枠の有無

※シーリングの対象とならない等の特別な財源枠がある場合を想定しています。

内容	財源規模（千円）

（問11、問12）本県の保健医療計画は、実施計画（アクションプラン）ではないため、具体的な事業との紐付けは困難である。

4. 医療政策の立案等に関する人材育成

問13. 都道府県職員で医療政策の立案に携わる専門人材の有無

※専門人材とは、医療政策の立案に携わる者のうち医師・保健師等の資格保有者を想定しています。
一般事務職員であっても、医療政策に携わるための人事異動が考慮されている場合は該当します。

所属部署	役職	担当する事務	保有資格

問14. 都道府県職員が大学医学部（大学院）や公共政策大学院等で医療政策を学ぶこと
ができる講座等の状況（自都道府県内の大学（院）に限ります）

大学名	講座名	講座内容	講座の設置時期（年度）	受講人数（累積）

問15. 医療政策に携わる人材育成のため大学院等への職員派遣状況（自都道府県内外の大学を問いません）

派遣先	派遣期間	派遣目的	派遣の開始時期（年度）	派遣人数（累積）

※問14.とは別に、出向や研修派遣等により一定の期間、医療政策を学ぶ場合が該当します。

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）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成29年度）

【定量分析班】病床機能選択の基準作成に関する研究

～病床機能報告データに基づく分析～

研究分担者 松田 晋哉（産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授）

研究分担者 藤森 研司（東北大学大学院医学系研究科 教授）

研究分担者 伏見 清秀（東京医科歯科大学大学院 教授）

研究分担者 石川 ハンゾウ 光一（国立がん研究センター 社会と健康研究センター 臨床経済研究室長）

研究要旨

各施設から提出されている病床機能報告のデータ（平成28年度福岡県分）を整理してデータベース化した。このデータを用いて、入退棟パスの状況、平均在棟日数、選択された病床機能（自己申告分）と算定されている入院基本料や加算、診療行為との関係を探索的に分析し病床機能選択の定量基準作成のための評価軸を検討した。その結果、入退棟パス、各病棟における平均在院日数、行われている医療行為（侵襲的なもの、リハビリテーション関連、入退院調整関連）の実施率の3つを組み合わせることで、病床機能選択のための定量基準が作成できる可能性が示された。

A. 研究目的

現在、各都道府県で検討が進められている地域医療構想では、各施設が自施設の各病棟の機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に区分して報告することが求められている。これは人口構造の変化に伴って今後大きく変わることが予想される傷病構造の変化に対応するために、各施設が自施設のおかれた地域の状況を踏まえて自主的に病院機能を変化させていくことを前提としている。このために各都道府県と各都道府県の医師会には厚生労働省の作成したデータブックが配布され、そのデータに基づいて各地域で関係者による検討が行われることとなっている。しかしながら病床機能報告にあたっては病床機能選択のための基準が不明確であるという批判が関係者から寄せられており、定量基準の作成が課題となっている。

そこで本研究では各施設から提出されてい

る病床機能報告のデータ（平成28年度福岡県分）を福岡県のホームページからダウンロードし、それを整理してデータベース化したものを用いて、定量基準作成のための評価軸を探索的に検討した。

B. 研究方法

（1）データ

用いたデータは平成28年度の福岡県の病床機能報告である（<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/bed-function-report-h28.html>）。このデータから各病院の病棟別の入退棟患者の情報（入棟前の場所、退棟後の場所）情報を整理した。

（2）方法

入棟前の場所、退棟後の場所情報をそれぞれ入棟患者数、退棟患者数で除し、それぞれの場

所の100分率を求めた。前年度研究で療養病床は慢性期、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟（病床）は回復期、ICUや救急救命病などは高度急性期と区分することで問題ないことが確認されているため、今年度研究では一般病棟入院料を算定している病棟について分類基準を作成することを目的に、上記の場所別の100分率を用いて3つの区分（高度急性期、急性期、回復期）への割り付けをクラスター分析によって行った（非ユークリッド距離法）。また、クラスター分析によって区分されたグループごとの平均在棟日数、病床稼働率を比較検討した。

C. 研究結果

表 2-1.1 は3つの区分に分類するクラスター分析の結果（クラスター中心）を示したものである。クラスター1は家庭からの入棟が70%で最も多く、また退棟先としても家庭が70%と最も多くなっている。クラスター2は他の病棟からの入棟が41%、家庭からの入棟35%、退棟先は院内の他病棟が80%となっている。クラスター3は自院他病棟からの入棟が60%と最も多く、また他病院・診療所からの入棟も33%となっている。退棟先としては家庭が57%、介護・福祉施設が14%、他医療機関が11%、死亡が8%となっている。

表 2-1.2 はクラスター別の平均在院日数を示したものである。クラスター2が15.7日で最も短く、次いでクラスター1が20.5日、クラスター3が61.9日となっている。

表 2-1.3 は各施設の種類を選択した病床機能とクラスターのクロス表を示したものである。クラスター1は急性期を選択しているのが75.7%、高度急性期が15.7%、クラスター2は高度急性期が75.0%、急性期が18.5%、クラスター3は回復期が77.1%、急性期が12.8%、高度急性期が10.1%となっている。

表 2-1.1 クラスター分析の結果

	最終クラスター中心		
	クラスター		
	1	2	3
入棟他病棟(%)	7%	41%	60%
入棟家庭(%)	70%	35%	5%
入棟他病院_診療所(%)	14%	16%	33%
入棟介護福祉施設(%)	7%	4%	1%
入棟院内出生(%)	2%	3%	2%
入棟その他(%)	0%	1%	0%
退棟院内他病棟(%)	11%	80%	9%
退棟家庭(%)	70%	8%	57%
退棟他病院_診療所(%)	7%	4%	11%
退棟介護福祉施設合計(%)	6%	2%	14%
退棟死亡等(%)	5%	6%	8%
退棟その他(%)	0%	0%	1%

表 2-1.2 各クラスターの平均在棟日数

クラスター	度数	平均値	標準偏差
1	267	20.5	16.5
2	124	15.7	29.2
3	109	61.9	51.5
合計	500	28.4	35.3

表 2-1.3 各施設の種類を選択した病床機能とクラスターのクロス表

各施設の種類		クラスター			合計
		1	2	3	
回復期	度数	23	8	84	115
	%	8.6%	6.5%	77.1%	23.0%
急性期	度数	202	23	14	239
	%	75.7%	18.5%	12.8%	47.8%
高度急性期	度数	42	93	11	146
	%	15.7%	75.0%	10.1%	29.2%
合計	度数	267	124	109	500
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 2-1.4 は慢性期を選択した病棟以外について、算定入院基本料とクラスターとの関係を見たものである。ハイケアユニット入院医療基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している病棟はクラスター2が多い。クラスター3は亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、新生児治療回復室入院医療管理料、地域包括ケア入院管理料を算定している病棟が多くなっている。一般病棟13:1と一般病棟15:1はいずれもクラスター1が50%を超えているが、クラスター2も20~30%となっている。

表 2-1.4 算定入院基本料とクラスタのクロス表 (慢性期以外)

算定入院基本料		クラスタ			合計
		1	2	3	
ハイケアユニット入院医療管理料1	度数 %	1 5.0%	18 90.0%	1 5.0%	20 100.0%
ハイケアユニット入院医療管理料2	度数 %	1 8.3%	11 91.7%	0 0.0%	12 100.0%
亜急性期入院医療管理料1	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
一般病棟10対1入院基本料	度数 %	75 87.2%	9 10.5%	2 2.3%	86 100.0%
一般病棟13対1入院基本料	度数 %	7 58.3%	4 33.3%	1 8.3%	12 100.0%
一般病棟15対1入院基本料	度数 %	22 68.8%	7 21.9%	3 9.4%	32 100.0%
一般病棟7対1入院基本料	度数 %	96 97.0%	3 3.0%	0 0.0%	99 100.0%
一般病棟特別入院基本料	度数 %	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%	4 100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料1	度数 %	3 8.3%	1 2.8%	32 88.9%	36 100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2	度数 %	6 14.6%	0 0.0%	35 85.4%	41 100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料3	度数 %	1 20.0%	1 20.0%	3 60.0%	5 100.0%
緩和ケア病棟入院料	度数 %	5 33.3%	2 13.3%	8 53.3%	15 100.0%
救命救急入院料1	度数 %	2 28.6%	4 57.1%	1 14.3%	7 100.0%
救命救急入院料2	度数 %	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
救命救急入院料3	度数 %	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	2 100.0%
救命救急入院料4	度数 %	0 0.0%	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
小児入院医療管理料1	度数 %	6 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 100.0%
小児入院医療管理料2	度数 %	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
小児入院医療管理料3	度数 %	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
障害者施設等10対1入院基本料	度数 %	5 71.4%	0 0.0%	2 28.6%	7 100.0%
新生児治療回復室入院医療管理料	度数 %	3 30.0%	0 0.0%	7 70.0%	10 100.0%
新生児特定集中治療室管理料1	度数 %	1 20.0%	4 80.0%	0 0.0%	5 100.0%
新生児特定集中治療室管理料2	度数 %	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
専門病院7対1入院基本料	度数 %	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	度数 %	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	度数 %	1 16.7%	3 50.0%	2 33.3%	6 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	度数 %	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	度数 %	3 50.0%	3 50.0%	0 0.0%	6 100.0%
地域包括ケア入院医療管理料1	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
地域包括ケア病棟入院料1	度数 %	7 43.8%	1 6.3%	8 50.0%	16 100.0%
特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	度数 %	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
特定集中治療室管理料1	度数 %	0 0.0%	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
特定集中治療室管理料2	度数 %	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%

算定入院基本料		クラスタ			合計
		1	2	3	
特定集中治療室管理料3	度数 %	2 6.7%	28 93.3%	0 0.0%	30 100.0%
特定集中治療室管理料4	度数 %	0 0.0%	5 100.0%	0 0.0%	5 100.0%
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	度数 %	0 0.0%	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
合計	度数 %	267 53.4%	124 24.8%	109 21.8%	500 100.0%

表 2-1.5 は慢性期以外を選択した病棟について、平均在院日数を算定入院基本料別にみたものである。ハイケアユニット入院医療基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している病棟はほとんど 10 日未満となっている。ただし、新生児特定集中治療室管理料1及び総合周産期特定集中治療室管理料を算定している病床の平均在院日数は 10 日以上となっている。亜急性期入院医療管理料及び一般病棟 13 : 1 入院基本料を算定している病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟は約 30 日、一般病棟 15 : 1 入院基本料を算定している病棟は約 45 日、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟は約 70 日、一般病棟 7 : 1 入院基本料算定病棟は約 14 日、一般病棟 10 : 1 入院基本料算定病棟は約 20 日となっている。

表 2-1.5 算定入院基本料別にみた平均在院日数 (慢性期以外)

算定基本料	平均値	度数	標準偏差
ハイケアユニット入院医療管理料1	9.4	21	14.4
ハイケアユニット入院医療管理料2	6.4	12	4.9
亜急性期入院医療管理料1	29.6	1	
一般病棟10対1入院基本料	19.6	86	9.0
一般病棟13対1入院基本料	26.4	12	11.5
一般病棟15対1入院基本料	44.0	32	29.2
一般病棟7対1入院基本料	13.6	101	4.1
一般病棟特別入院基本料	15.3	5	16.0
回復期リハビリテーション病棟入院料1	67.6	36	17.8
回復期リハビリテーション病棟入院料2	70.5	41	22.4
回復期リハビリテーション病棟入院料3	45.6	5	17.1

算定基本料	平均値	度数	標準偏差
緩和ケア病棟入院料	33.0	15	15.1
救命救急入院料1	9.1	7	7.9
救命救急入院料2	5.3	1	
救命救急入院料3	3.8	2	0.4
救命救急入院料4	5.7	4	2.6
小児入院医療管理料1	9.0	6	1.6
小児入院医療管理料2	6.5	7	3.6
小児入院医療管理料3	6.1	2	0.4
障害者施設等10対1入院基本料	151.5	7	154.2
新生児治療回復室入院医療管理料	23.0	10	20.7
新生児特定集中治療室管理料1	51.3	6	68.1
新生児特定集中治療室管理料2	8.0	1	
診療報酬上の入院料の届出なし	1.8	2	1.1
専門病院7対1入院基本料	14.4	1	
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	26.0	1	
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	21.3	6	14.1
総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	10.7	1	
総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	12.0	6	9.7
地域包括ケア入院医療管理料1	39.0	1	
地域包括ケア病棟入院料1	22.3	16	10.0
特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	10.7	4	6.5
特定集中治療室管理料1	3.2	4	0.3
特定集中治療室管理料2	5.0	1	
特定集中治療室管理料3	6.3	30	8.7
特定集中治療室管理料4	7.2	5	9.7
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	9.5	4	4.0
療養病棟入院基本料1	154.5	3	96.7
合計	28.6	505	35.9

表 2-1.6 は算定基本料と選択された病床機能区分の関係を見たものである。ハイケアユニット入院医療基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定している病棟はほとんどが高度急性期を選択している。亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入

院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟は回復期をほとんどが選択している。地域包括ケア病棟入院料1を算定している病棟は急性期と回復期が半々となっている。一般病棟7:1入院基本料を算定している病棟は約80%が急性期を、残りが高度急性期を選択している。一般病棟10:1及び13:1入院基本料を算定している病棟はほとんどが急性期、そして一般病棟15:1入院基本料を算定している病棟は約70%が急性期、残りが回復期を算定している。

表 2-1.6 算定基本料と選択された病床機能区分のクロス表 (慢性期以外)

算定基本料		病床機能区分			合計	
		回復期	急性期	高度急性期		
ハイケアユニット入院医療管理料1	度数	0	0	3	18	21
	%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%	100.0%
ハイケアユニット入院医療管理料2	度数	0	0	0	12	12
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
亜急性期入院医療管理料1	度数	0	1	0	0	1
	%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
一般病棟10対1入院基本料	度数	0	4	82	0	86
	%	0.0%	4.7%	95.3%	0.0%	100.0%
一般病棟13対1入院基本料	度数	0	1	10	1	12
	%	0.0%	8.3%	83.3%	8.3%	100.0%
一般病棟15対1入院基本料	度数	0	9	23	0	32
	%	0.0%	28.1%	71.9%	0.0%	100.0%
一般病棟7対1入院基本料	度数	0	1	82	18	101
	%	0.0%	1.0%	81.2%	17.8%	100.0%
一般病棟特別入院基本料	度数	0	0	5	0	5
	%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料1	度数	0	36	0	0	36
	%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2	度数	0	42	0	0	42
	%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料3	度数	0	5	0	0	5
	%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
緩和ケア病棟入院料	度数	0	2	12	1	15
	%	0.0%	13.3%	80.0%	6.7%	100.0%
救命救急入院料1	度数	0	0	0	7	7
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
救命救急入院料2	度数	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
救命救急入院料3	度数	0	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
救命救急入院料4	度数	0	0	0	4	4
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
小児入院医療管理料1	度数	0	0	2	4	6
	%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
小児入院医療管理料2	度数	0	0	4	3	7
	%	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	100.0%
小児入院医療管理料3	度数	0	0	1	1	2
	%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
障害者施設等10対1入院基本料	度数	0	3	4	0	7
	%	0.0%	42.9%	57.1%	0.0%	100.0%
新生児治療回復室入院医療管理料	度数	0	0	1	9	10
	%	0.0%	0.0%	10.0%	90.0%	100.0%
新生児特定集中治療室管理料1	度数	0	0	0	6	6
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
新生児特定集中治療室管理料2	度数	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%

算定基本料		病床機能区分				合計
		回復期	急性期	高度急性期		
診療報酬上の入院料の届出なし	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	2 100.0%
専門病院7対1入院基本料	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 100.0%	6 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 100.0%	6 100.0%
地域包括ケア入院医療管理料1	度数 %	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
地域包括ケア病棟入院料1	度数 %	0 0.0%	9 56.3%	7 43.8%	0 0.0%	16 100.0%
特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%
特定集中治療室管理料1	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%
特定集中治療室管理料2	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
特定集中治療室管理料3	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	1 3.3%	29 96.7%	30 100.0%
特定集中治療室管理料4	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%	5 100.0%
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%
療養病棟入院基本料1	度数 %	0 0.0%	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	3 100.0%
合計	度数 %	24 4.5%	116 21.9%	241 45.5%	149 28.1%	530 100.0%

表 2-1.7 は選択した病床機能別の医療行為の実施率を比較した結果を示したものである。手術数率、全身麻酔手術数率、人工心肺手術数率、内視鏡手術数率、悪性腫瘍手術数率、脳血管内手術数率、経皮的脳血管形成術数率、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術数率、経皮的脳血

管ステント留置術数率、放射線治療数率、経皮的冠動脈形成術数率、経皮的冠動脈ステント留置術__急性心筋梗塞数率、経皮的冠動脈ステント留置術__不安定狭心症数率、ハイリスク分娩管理加算数率、救急搬送診療料数率、観血的肺動脈圧測定数率、持続緩徐式血液濾過数率、大動脈バルーンポンピング法数率、経皮的心肺補助法数率、人工心肺数率、血漿交換療法数率、吸着式血液浄化法数率、院内トリアージ実施料数率、夜間休日救急搬送医学管理料数率、精神科疾患患者等受入加算数率、救急医療管理加算1及び2数率、中心静脈注射数率、呼吸心拍監視数率、胸腔穿刺率、腹腔穿刺率、人工呼吸率、人工腎臓・腹膜灌流率、慢性維持透析率、疾患別リハビリテーション料率、心大血管疾患リハビリテーション料率、脳血管疾患等リハビリテーション料率、廃用症候群リハビリテーション料率、呼吸器リハビリテーション料率、がん患者リハビリテーション料率、早期リハビリテーション加算率、難病等特別入院診療加算率、歯科医師連携加算率、周術期口腔機能管理後手術加算率など、侵襲的な手術や処置及びそれに関連する麻酔などの実施率が高度急性期、急性期、回復期の順で大きく異なっていた（高→低）。

表 2-1.7 病床機能（自己申告）別の医療行為状況

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の95%信頼区間		最小値	最大値		Shaeffe検定				対合計比	
					下限	上限				1	2	3	4		
手術数率	1	198	5.054	8.317	0.591	3.889	6.220	0.000	95.000	0.000		**	**	**	2.687
	2	388	1.852	1.763	0.090	1.676	2.028	0.000	16.087		**		**	**	0.985
	3	112	0.078	0.264	0.025	0.029	0.128	0.000	2.333		**	**			0.042
	4	222	0.011	0.029	0.002	0.008	0.015	0.000	0.256		**	**			0.006
	計	920	1.881	4.422	0.146	1.595	2.167	0.000	95.000						
全身麻酔手術数率	1	198	3.260	8.147	0.579	2.119	4.402	0.000	93.889	0.000		**	**	**	3.134
	2	388	0.802	1.174	0.060	0.685	0.919	0.000	7.083		**				0.771
	3	112	0.003	0.017	0.002	(0.000)	0.006	0.000	0.133		**				0.003
	4	222	0.000	0.001	0.000	(0.000)	0.000	0.000	0.017		**				0.000
	計	920	1.040	4.036	0.133	0.779	1.301	0.000	93.889						
人工心肺手術数率	1	198	0.113	0.591	0.042	0.030	0.196	0.000	6.167	0.000		**	**	**	4.635
	2	388	0.000	0.003	0.000	(0.000)	0.000	0.000	0.057		**				0.006
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**				0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**				0.000
	計	920	0.024	0.277	0.009	0.006	0.042	0.000	6.167						
内視鏡手術数率	1	198	1.013	3.131	0.222	0.574	1.452	0.000	30.000	0.000		**	**	**	3.535
	2	388	0.162	0.415	0.021	0.121	0.203	0.000	3.933		**				0.566
	3	112	0.001	0.011	0.001	(0.001)	0.003	0.000	0.117		**				0.004
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**				0.000
	計	920	0.286	1.524	0.050	0.188	0.385	0.000	30.000						

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値		Shaeffe検定				対合計比
					下限	上限				1	2	3	4	
悪性腫瘍手術数率	1	198	1.075	4.011	0.285	0.513	1.637	0.000	49.444	0.000	**	**	**	3.622
	2	388	0.155	0.366	0.019	0.119	0.192	0.000	3.750		**			0.523
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	計	920	0.297	1.917	0.063	0.173	0.421	0.000	49.444					
抗悪性腫瘍剤局所 持続注入数率	1	198	0.024	0.135	0.010	0.005	0.043	0.000	1.667	0.000	*			0.637
	2	388	0.077	0.273	0.014	0.049	0.104	0.000	3.793		*	**	**	2.041
	3	112	0.001	0.007	0.001	(0.001)	0.002	0.000	0.071		**			0.017
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	計	920	0.038	0.191	0.006	0.025	0.050	0.000	3.793					
脳血管内手術数率	1	198	0.086	0.278	0.020	0.047	0.125	0.000	1.852	0.000	**	**	**	4.573
	2	388	0.001	0.009	0.000	(0.000)	0.002	0.000	0.136		**			0.038
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	計	920	0.019	0.133	0.004	0.010	0.028	0.000	1.852					
経皮的脳血管形成 術数率	1	198	0.008	0.053	0.004	0.001	0.015	0.000	0.556	0.001	**	*		4.646
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*			0.000
	計	920	0.002	0.025	0.001	0.000	0.003	0.000	0.556					
経皮的選択的脳血 栓・塞栓溶解術数率	1	198	0.001	0.015	0.001	(0.001)	0.003	0.000	0.208	0.418				3.503
	2	388	0.000	0.003	0.000	(0.000)	0.001	0.000	0.068					0.584
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	計	920	0.000	0.007	0.000	(0.000)	0.001	0.000	0.208					
経皮的脳血管ステ ント留置術数率	1	198	0.003	0.039	0.003	(0.003)	0.008	0.000	0.556	0.303				4.646
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	計	920	0.001	0.018	0.001	(0.001)	0.002	0.000	0.556					
放射線治療数率	1	198	0.068	0.187	0.013	0.042	0.094	0.000	1.733	0.000		**	**	2.109
	2	388	0.042	0.131	0.007	0.029	0.055	0.000	1.349			*	**	1.295
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**	*		0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**	**		0.000
	計	920	0.032	0.124	0.004	0.024	0.040	0.000	1.733					
化学療法数率	1	198	0.398	0.735	0.052	0.295	0.501	0.000	3.600	0.000		**	**	1.564
	2	388	0.389	0.721	0.037	0.317	0.461	0.000	6.296			**	**	1.529
	3	112	0.020	0.063	0.006	0.009	0.032	0.000	0.426		**	**		0.080
	4	222	0.009	0.024	0.002	0.006	0.013	0.000	0.167		*	**		0.037
	計	920	0.254	0.607	0.020	0.215	0.294	0.000	6.296					
経皮的冠動脈形成 術数率	1	198	0.325	0.747	0.053	0.220	0.430	0.000	5.533	0.000	**	**	**	3.183
	2	388	0.076	0.275	0.014	0.049	0.104	0.000	2.540		**			0.747
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	計	920	0.102	0.408	0.013	0.076	0.129	0.000	5.533					
経皮的冠動脈ステ ント留置術_急性心筋 梗塞数率	1	198	0.092	0.312	0.022	0.049	0.136	0.000	2.500	0.000	**	**	**	4.411
	2	388	0.003	0.022	0.001	0.000	0.005	0.000	0.347		**			0.120
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	計	920	0.021	0.150	0.005	0.011	0.031	0.000	2.500					
経皮的冠動脈ステ ント留置術_不安定狭 心症数率	1	198	0.054	0.180	0.013	0.028	0.079	0.000	1.250	0.000	**	**	**	4.365
	2	388	0.002	0.013	0.001	0.001	0.003	0.000	0.145		**			0.144
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000
	計	920	0.012	0.086	0.003	0.007	0.018	0.000	1.250					
入院精神療法 I 数 率	1	198	0.008	0.053	0.004	0.000	0.015	0.000	0.667	0.133				1.402
	2	388	0.008	0.052	0.003	0.003	0.013	0.000	0.797					1.480
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	4	222	0.002	0.014	0.001	(0.000)	0.003	0.000	0.185					0.307
	計	920	0.005	0.042	0.001	0.003	0.008	0.000	0.797					
精神科リエゾンチー ム加算数率	1	198	0.022	0.152	0.011	0.001	0.043	0.000	1.667	0.012				1.803
	2	388	0.018	0.074	0.004	0.010	0.025	0.000	0.513					1.451
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					0.000
	計	920	0.012	0.086	0.003	0.007	0.018	0.000	1.667					
認知症ケア加算数 率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.055				0.000
	2	388	0.001	0.014	0.001	(0.001)	0.002	0.000	0.284					0.101
	3	112	0.022	0.216	0.020	(0.019)	0.062	0.000	2.281					2.981
	4	222	0.018	0.131	0.009	0.001	0.035	0.000	1.410					2.464
	計	920	0.007	0.100	0.003	0.001	0.014	0.000	2.281					

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値		Shaeffe検定				対合計比		
					下限	上限				1	2	3	4			
ハイリスク分娩管理 加算数率	1	198	0.047	0.265	0.019	0.010	0.084	0.000	2.778	0.014				*	2.658	
	2	388	0.018	0.157	0.008	0.002	0.033	0.000	1.923							1.015
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			*				0.000
	計	920	0.018	0.160	0.005	0.007	0.028	0.000	2.778							
救急搬送診療料数 率	1	198	0.026	0.151	0.011	0.005	0.048	0.000	1.852	0.000		**	**	**	4.366	
	2	388	0.001	0.008	0.000	(0.000)	0.001	0.000	0.119		**					0.110
	3	112	0.001	0.007	0.001	(0.001)	0.002	0.000	0.079		**					0.117
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.006	0.071	0.002	0.001	0.011	0.000	1.852							
観血的肺動脈圧測 定数率	1	198	0.015	0.099	0.007	0.002	0.029	0.000	1.111	0.001		*	*	*	4.292	
	2	388	0.001	0.009	0.000	(0.000)	0.002	0.000	0.131		*					0.181
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*					0.000
	計	920	0.004	0.047	0.002	0.001	0.007	0.000	1.111							
持続緩徐式血液濾 過数率	1	198	0.107	0.381	0.027	0.054	0.161	0.000	3.939	0.000		**	**	**	4.515	
	2	388	0.002	0.013	0.001	0.000	0.003	0.000	0.159		**					0.067
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.024	0.182	0.006	0.012	0.036	0.000	3.939							
大動脈バルーンパ ンピング法数率	1	198	0.052	0.193	0.014	0.025	0.079	0.000	1.667	0.000		**	**	**	4.467	
	2	388	0.001	0.011	0.001	(0.000)	0.002	0.000	0.142		**					0.092
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.012	0.092	0.003	0.006	0.018	0.000	1.667							
経皮的心肺補助法 数率	1	198	0.010	0.057	0.004	0.002	0.018	0.000	0.417	0.000		**	*	**	4.646	
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.002	0.027	0.001	0.000	0.004	0.000	0.417							
人工心肺数率	1	198	0.106	0.561	0.040	0.028	0.185	0.000	5.000	0.000		**	**	**	4.646	
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.023	0.263	0.009	0.006	0.040	0.000	5.000							
血漿交換療法数率	1	198	0.006	0.049	0.003	(0.001)	0.013	0.000	0.556	0.009		**	**	**	4.437	
	2	388	0.000	0.003	0.000	(0.000)	0.000	0.058	0.000		**					0.107
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.001	0.023	0.001	(0.000)	0.003	0.000	0.556							
吸着式血液浄化法 数率	1	198	0.014	0.086	0.006	0.001	0.026	0.000	0.833	0.002		**	**	**	4.022	
	2	388	0.001	0.021	0.001	(0.001)	0.003	0.000	0.417		**					0.319
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.003	0.043	0.001	0.001	0.006	0.000	0.833							
血球成分除去療法 数率	1	198	0.001	0.011	0.001	0.000	0.003	0.000	0.081	0.182					1.885	
	2	388	0.001	0.011	0.001	0.000	0.002	0.000	0.159							1.409
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							0.000
	計	920	0.001	0.008	0.000	0.000	0.001	0.000	0.159							
院内トリアージ実施 料数率	1	198	0.059	0.277	0.020	0.020	0.098	0.000	3.333	0.002			*	**	2.473	
	2	388	0.026	0.177	0.009	0.009	0.044	0.000	2.391							1.109
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.024	0.174	0.006	0.013	0.035	0.000	3.333							
夜間休日救急搬送 医学管理料数率	1	198	0.592	1.104	0.078	0.437	0.747	0.000	5.333	0.000		**	**	**	3.263	
	2	388	0.128	0.273	0.014	0.101	0.155	0.000	3.137		**					0.706
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**					0.000
	計	920	0.181	0.585	0.019	0.144	0.219	0.000	5.333							
精神科疾患患者等 受入加算数率	1	198	0.014	0.090	0.006	0.001	0.026	0.000	1.000	0.002		**	*	*	3.991	
	2	388	0.001	0.010	0.001	0.000	0.002	0.000	0.104		**					0.335
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000							0.000
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*					0.000
	計	920	0.003	0.042	0.001	0.001	0.006	0.000	1.000							
救急医療管理加算 1及び2数率	1	198	1.125	2.088	0.148	0.832	1.418	0.000	16.389	0.000		**	**	**	1.984	
	2	388	0.770	1.039	0.053	0.667	0.874	0.000	7.101		**	**	**	**		1.359
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**	**	**	**		0.000
	4	222	0.000	0.002	0.000	(0.000)	0.000	0.000	0.029		**	**	**	**		0.000
	計	920	0.567	1.261	0.042	0.485	0.649	0.000	16.389							

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値		Shaeffe検定				対合計比
					下限	上限				1	2	3	4	
在宅患者緊急入院 診療加算数率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001		*			0.000
	2	388	0.005	0.026	0.001	0.003	0.008	0.000	0.222		*		*	2.040
	3	112	0.002	0.011	0.001	(0.000)	0.004	0.000	0.088					0.701
	4	222	0.001	0.009	0.001	(0.001)	0.002	0.000	0.128		*			0.225
	計	920	0.003	0.018	0.001	0.001	0.004	0.000	0.222					
退院支援加算数率	1	198	0.176	0.457	0.032	0.112	0.240	0.000	2.982	0.000			*	1.010
	2	388	0.285	0.701	0.036	0.215	0.355	0.000	4.275			*	**	1.635
	3	112	0.115	0.383	0.036	0.044	0.187	0.000	2.222		*			0.662
	4	222	0.009	0.055	0.004	0.002	0.016	0.000	0.667		*	**		0.052
	計	920	0.174	0.531	0.018	0.140	0.209	0.000	4.275					
救急・在宅等支援病 床初期加算及び有 床診療所一般病床 初期加算数率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	**	**		0.000
	2	388	0.269	0.907	0.046	0.178	0.359	0.000	5.657		**	**		1.061
	3	112	0.990	1.548	0.146	0.700	1.280	0.000	5.333		**	**	**	3.907
	4	222	0.081	0.133	0.009	0.063	0.098	0.000	1.222			**		0.319
	計	920	0.253	0.853	0.028	0.198	0.309	0.000	5.657					
地域連携診療計画 加算数率	1	198	0.009	0.067	0.005	(0.001)	0.018	0.000	0.741	0.007				1.052
	2	388	0.015	0.076	0.004	0.008	0.023	0.000	0.721				*	1.819
	3	112	0.000	0.005	0.000	(0.000)	0.001	0.000	0.050					0.053
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*			0.000
	計	920	0.008	0.059	0.002	0.005	0.012	0.000	0.741					
介護支援連携指導 料数率	1	198	0.073	0.174	0.012	0.049	0.097	0.000	1.667	0.000	**			0.799
	2	388	0.160	0.305	0.015	0.129	0.190	0.000	2.292		**	**	**	1.750
	3	112	0.012	0.076	0.007	(0.002)	0.026	0.000	0.722		**			0.133
	4	222	0.028	0.063	0.004	0.020	0.036	0.000	0.513		**			0.306
	計	920	0.091	0.226	0.007	0.077	0.106	0.000	2.292					
退院時リハビリテー ション指導料数率	1	198	0.214	0.462	0.033	0.150	0.279	0.000	2.368	0.000	**	*	*	0.720
	2	388	0.557	0.659	0.033	0.491	0.623	0.000	3.197		**	**	**	1.874
	3	112	0.028	0.102	0.010	0.009	0.047	0.000	0.811		*	**		0.094
	4	222	0.053	0.227	0.015	0.023	0.083	0.000	3.111		*	**		0.179
	計	920	0.297	0.543	0.018	0.262	0.333	0.000	3.197					
退院前訪問指導料 数率	1	198	0.002	0.021	0.002	(0.001)	0.005	0.000	0.278	0.079				0.318
	2	388	0.009	0.033	0.002	0.005	0.012	0.000	0.333					1.227
	3	112	0.006	0.032	0.003	0.000	0.012	0.000	0.270					0.901
	4	222	0.009	0.032	0.002	0.005	0.013	0.000	0.314					1.261
	計	920	0.007	0.031	0.001	0.005	0.009	0.000	0.333					
中心静脈注射数率	1	198	0.426	0.641	0.046	0.336	0.515	0.000	4.444	0.000	**	**	**	2.581
	2	388	0.157	0.241	0.012	0.133	0.181	0.000	1.884		**	**	**	0.952
	3	112	0.011	0.049	0.005	0.001	0.020	0.000	0.370		**	**		0.064
	4	222	0.024	0.123	0.008	0.008	0.040	0.000	1.270		**	**		0.146
	計	920	0.165	0.373	0.012	0.141	0.189	0.000	4.444					
呼吸心拍監視数率	1	198	3.445	3.953	0.281	2.891	3.999	0.000	21.667	0.000	**	**	**	2.236
	2	388	1.851	1.825	0.093	1.669	2.033	0.000	15.290		**	**	**	1.201
	3	112	0.035	0.118	0.011	0.013	0.057	0.000	0.638		**	**		0.023
	4	222	0.061	0.183	0.012	0.036	0.085	0.000	1.232		**	**		0.039
	計	920	1.541	2.528	0.083	1.377	1.704	0.000	21.667					
酸素吸入数率	1	198	1.866	2.460	0.175	1.522	2.211	0.000	21.111	0.000	**	**	**	1.975
	2	388	1.217	1.031	0.052	1.114	1.319	0.000	8.333		**	**	**	1.287
	3	112	0.041	0.161	0.015	0.011	0.071	0.000	1.348		**	**		0.043
	4	222	0.105	0.255	0.017	0.071	0.139	0.000	1.349		**	**		0.111
	計	920	0.945	1.499	0.049	0.848	1.042	0.000	21.111					
胸腔穿刺率	1	198	0.058	0.205	0.015	0.029	0.087	0.000	1.667	0.000	**	**	**	2.642
	2	388	0.021	0.055	0.003	0.016	0.027	0.000	0.496		**			0.975
	3	112	0.001	0.007	0.001	(0.001)	0.002	0.000	0.071		**			0.029
	4	222	0.002	0.012	0.001	(0.000)	0.003	0.000	0.128		**			0.070
	計	920	0.022	0.104	0.003	0.015	0.029	0.000	1.667					
腹腔穿刺率	1	198	0.028	0.105	0.007	0.013	0.043	0.000	0.833	0.000		**	**	2.061
	2	388	0.018	0.056	0.003	0.012	0.023	0.000	0.652				*	1.289
	3	112	0.000	0.005	0.000	(0.000)	0.001	0.000	0.056		**			0.036
	4	222	0.000	0.003	0.000	0.000	0.001	0.000	0.025		**	*		0.035
	計	920	0.014	0.062	0.002	0.010	0.018	0.000	0.833					
人工呼吸率	1	198	1.007	1.660	0.118	0.775	1.240	0.000	7.222	0.000	**	**	**	3.748
	2	388	0.066	0.171	0.009	0.049	0.083	0.000	2.222		**			0.247
	3	112	0.002	0.012	0.001	(0.001)	0.004	0.000	0.111		**			0.006
	4	222	0.099	0.277	0.019	0.062	0.135	0.000	2.250		**			0.367
	計	920	0.269	0.878	0.029	0.212	0.326	0.000	7.222					
人工腎臓・腹膜灌流 率	1	198	0.286	0.456	0.032	0.222	0.350	0.000	3.000	0.000	**	**	**	2.033
	2	388	0.144	0.325	0.016	0.111	0.176	0.000	3.333		**		**	1.023
	3	112	0.054	0.132	0.012	0.029	0.078	0.000	0.784		**			0.382
	4	222	0.049	0.169	0.011	0.027	0.072	0.000	1.250		**	**		0.351
	計	920	0.141	0.325	0.011	0.120	0.162	0.000	3.333					

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値		Shaeffe検定				対合計比	
					下限	上限				1	2	3	4		
慢性維持透析率	1	198	0.170	0.320	0.023	0.125	0.215	0.000	2.800	0.000			**	**	1.653
	2	388	0.117	0.269	0.014	0.091	0.144	0.000	3.030					**	1.142
	3	112	0.047	0.122	0.012	0.024	0.070	0.000	0.784		**				0.456
	4	222	0.046	0.160	0.011	0.024	0.067	0.000	1.250		**	**			0.443
	計	920	0.103	0.250	0.008	0.087	0.119	0.000	3.030						
経管栄養カテーテル 交換法率	1	198	0.002	0.024	0.002	(0.001)	0.005	0.000	0.333	0.000		*		**	0.070
	2	388	0.026	0.091	0.005	0.017	0.035	0.000	1.000		*			**	0.907
	3	112	0.002	0.016	0.001	(0.001)	0.005	0.000	0.167					**	0.058
	4	222	0.071	0.148	0.010	0.052	0.091	0.000	1.000		**	**	**		2.468
	計	920	0.029	0.098	0.003	0.023	0.035	0.000	1.000						
疾患別リハビリテ ーション料率	1	198	4.326	4.034	0.287	3.760	4.891	0.000	19.167	0.000		**	**	**	1.713
	2	388	2.739	1.937	0.098	2.545	2.932	0.000	12.101		**		**	**	1.084
	3	112	1.472	1.536	0.145	1.184	1.759	0.000	5.385		**	**			0.583
	4	222	1.078	1.089	0.073	0.934	1.222	0.000	5.333		**	**			0.427
	計	920	2.525	2.645	0.087	2.354	2.696	0.000	19.167						
心大血管疾患リハビ リテーション料率	1	198	0.813	1.826	0.130	0.557	1.069	0.000	11.667	0.000		**	**	**	2.916
	2	388	0.242	0.665	0.034	0.176	0.309	0.000	4.713		**			*	0.870
	3	112	0.002	0.011	0.001	(0.000)	0.004	0.000	0.085		**				0.006
	4	222	0.006	0.035	0.002	0.001	0.010	0.000	0.440		**	*			0.020
	計	920	0.279	0.995	0.033	0.214	0.343	0.000	11.667						
脳血管疾患等リハビ リテーション料率	1	198	1.495	2.609	0.185	1.129	1.860	0.000	15.000	0.000		**	**	**	2.059
	2	388	0.445	0.921	0.047	0.353	0.537	0.000	6.857		**				0.614
	3	112	0.544	0.700	0.066	0.413	0.675	0.000	3.333		**				0.749
	4	222	0.622	0.916	0.061	0.501	0.743	0.000	4.667		**				0.857
	計	920	0.726	1.498	0.049	0.629	0.823	0.000	15.000						
廃用症候群リハビ リテーション料率	1	198	0.528	0.884	0.063	0.404	0.652	0.000	5.000	0.000		*	**	**	1.780
	2	388	0.374	0.551	0.028	0.319	0.429	0.000	3.542		*		**	**	1.261
	3	112	0.075	0.235	0.022	0.031	0.118	0.000	2.063		**	**			0.251
	4	222	0.067	0.118	0.008	0.051	0.082	0.000	0.617		**	**			0.225
	計	920	0.296	0.582	0.019	0.259	0.334	0.000	5.000						
運動器リハビリテ ーション料率	1	198	0.510	1.729	0.123	0.267	0.752	0.000	17.500	0.000		**			0.686
	2	388	1.122	1.543	0.078	0.968	1.276	0.000	7.372		**			**	1.510
	3	112	0.836	1.052	0.099	0.639	1.033	0.000	5.000					**	1.125
	4	222	0.242	0.322	0.022	0.200	0.285	0.000	1.889			**	**		0.326
	計	920	0.743	1.392	0.046	0.653	0.833	0.000	17.500						
呼吸器リハビリテ ーション料率	1	198	0.675	1.265	0.090	0.498	0.852	0.000	8.333	0.000		**	**	**	1.979
	2	388	0.415	0.754	0.038	0.340	0.491	0.000	7.778		**		**	**	1.217
	3	112	0.021	0.125	0.012	(0.003)	0.044	0.000	1.206		**	**			0.061
	4	222	0.075	0.166	0.011	0.054	0.097	0.000	1.667		**	**			0.221
	計	920	0.341	0.804	0.027	0.289	0.393	0.000	8.333						
障害児リハビリテ ーション料率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				**	0.000
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					**	0.000
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					*	0.000
	4	222	0.080	0.439	0.029	0.022	0.138	0.000	3.116		**	**	*		4.144
	計	920	0.019	0.218	0.007	0.005	0.033	0.000	3.116						
がん患者リハビ リテーション料率	1	198	0.392	1.270	0.090	0.214	0.570	0.000	15.000	0.000		**	**	**	2.399
	2	388	0.183	0.405	0.021	0.143	0.223	0.000	2.813		**			*	1.121
	3	112	0.001	0.008	0.001	(0.000)	0.003	0.000	0.065		**				0.007
	4	222	0.007	0.027	0.002	0.003	0.010	0.000	0.252		**	*			0.042
	計	920	0.163	0.660	0.022	0.121	0.206	0.000	15.000						
早期リハビリテ ーション加 算率	1	198	3.604	3.730	0.265	3.081	4.127	0.000	17.500	0.000		**	**	**	2.077
	2	388	2.072	1.779	0.090	1.895	2.250	0.000	8.841		**		**	**	1.194
	3	112	0.528	0.747	0.071	0.388	0.668	0.000	3.419		**	**			0.304
	4	222	0.088	0.212	0.014	0.059	0.116	0.000	2.174		**	**			0.050
	計	920	1.735	2.455	0.081	1.576	1.894	0.000	17.500						
摂食機能療法率	1	198	0.304	0.683	0.049	0.208	0.399	0.000	5.833	0.006				**	1.404
	2	388	0.217	0.350	0.018	0.182	0.252	0.000	1.905						1.002
	3	112	0.196	0.397	0.038	0.122	0.270	0.000	2.870						0.906
	4	222	0.148	0.378	0.025	0.098	0.198	0.000	3.810		**				0.683
	計	920	0.216	0.456	0.015	0.187	0.246	0.000	5.833						
リハビリテ ーション充 実加 算率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			**		0.000
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				**		0.000
	3	112	0.655	1.267	0.120	0.418	0.892	0.000	5.000		**	**	**	**	7.812
	4	222	0.017	0.254	0.017	(0.017)	0.051	0.000	3.778				**		0.203
	計	920	0.084	0.505	0.017	0.051	0.116	0.000	5.000						
休日リハビ リテーション 提供制加 算率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			**		0.000
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				**		0.000
	3	112	0.418	1.040	0.098	0.223	0.613	0.000	5.000		**	**	**	**	8.214
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				**		0.000
	計	920	0.051	0.386	0.013	0.026	0.076	0.000	5.000						

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95%信頼区間		最小値	最大値		Shaeffe検定				対合計比	
					下限	上限				1	2	3	4		
入院時訪問指導加 算率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			**		0.000	
	2	388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			**		0.000	
	3	112	0.028	0.107	0.010	0.008	0.048	0.000	0.833		**	**	**	6.590	
	4	222	0.004	0.052	0.004	(0.003)	0.010	0.000	0.778			**		0.819	
	計	920	0.004	0.046	0.002	0.001	0.007	0.000	0.833						
褥瘡評価実施加算 率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			**	0.000	
	2	388	0.004	0.041	0.002	0.000	0.009	0.000	0.583				**	0.048	
	3	112	0.009	0.088	0.008	(0.008)	0.025	0.000	0.926				**	0.095	
	4	222	0.373	0.378	0.025	0.323	0.423	0.000	2.667		**	**	**	4.013	
	計	920	0.093	0.247	0.008	0.077	0.109	0.000	2.667						
難病等特別入院診 療加算率	1	198	0.018	0.101	0.007	0.004	0.032	0.000	1.111	0.005				1.192	
	2	388	0.024	0.087	0.004	0.015	0.033	0.000	0.811				*	1.555	
	3	112	0.005	0.029	0.003	(0.001)	0.010	0.000	0.238					0.320	
	4	222	0.003	0.035	0.002	(0.001)	0.008	0.000	0.500			*		0.202	
	計	920	0.015	0.077	0.003	0.010	0.020	0.000	1.111						
特殊疾患入院施設 管理加算率	1	198	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			**	0.000	
	2	388	0.007	0.141	0.007	(0.007)	0.021	0.000	2.778				**	0.041	
	3	112	0.032	0.294	0.028	(0.023)	0.087	0.000	3.077				**	0.181	
	4	222	0.694	1.361	0.091	0.514	0.874	0.000	5.778		**	**	**	3.981	
	計	920	0.174	0.742	0.024	0.126	0.222	0.000	5.778						
超重症児入院診療 加算・準超重症児入 院診療加算率	1	198	0.015	0.109	0.008	(0.000)	0.030	0.000	1.111	0.000			**	0.209	
	2	388	0.007	0.046	0.002	0.003	0.012	0.000	0.595				**	0.100	
	3	112	0.002	0.017	0.002	(0.002)	0.005	0.000	0.183				**	0.023	
	4	222	0.271	0.546	0.037	0.198	0.343	0.000	3.194		**	**	**	3.771	
	計	920	0.072	0.296	0.010	0.053	0.091	0.000	3.194						
歯科医師連携加算 率	1	198	0.032	0.107	0.008	0.017	0.047	0.000	0.917	0.000			*	**	1.669
	2	388	0.028	0.106	0.005	0.018	0.039	0.000	0.889				*	**	1.486
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*	*		0.000	
	4	222	0.001	0.007	0.001	0.000	0.002	0.000	0.077		**	**		0.058	
	計	920	0.019	0.086	0.003	0.014	0.025	0.000	0.917						
周術期口腔機能管 理後手術加算率	1	198	0.134	0.792	0.056	0.023	0.245	0.000	9.444	0.000		**	*	**	4.331
	2	388	0.005	0.034	0.002	0.002	0.008	0.000	0.435		**			0.161	
	3	112	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		*			0.000	
	4	222	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		**			0.000	
	計	920	0.031	0.371	0.012	0.007	0.055	0.000	9.444						

1:高度急性期、2:急性期、3:回復期、4:慢性期、 Shaeffe検定:**はp<0.01、*はp<0.05

D. 考察

各施設の報告結果をもとに病床機能選択のための基準を探索的に検討した。入退棟のパスについて分析した結果では、家庭からの入棟及び家庭への退棟がそれぞれ7割であるクラスタ1のグループが急性期、他病棟からの入棟及び家庭への退棟がそれぞれ6割であるクラスタ3のグループが回復期、同じ病院の他病棟及び家庭からの入棟がそれぞれ約4割、同じ病院の他病棟への退棟が8割のクラスタ3のグループは主として高度急性期に対応し、一部回復期が混在していると考えられた。

平均在院日数は高度急性期と回復期が混在していると考えられるクラスタ2が15.7日で最も短く、次いで急性期に相当するクラスタ1が20.5日、回復期に相当するクラスタ3が

61.9日となっている。算定入院基本料別に平均在院日数を見た結果では、ハイケアユニットや救急救命入院料、特定集中治療室管理料など典型的な高度急性期の病棟が10日未満であることから、入退棟パスとの組み合わせで機能選択のための基準になりうると考えられる。しかしながら、これらの医療行為は外科的なものが中心であり、内科系の診療行為における高度性について改めて検討する必要がある。また、手術処置については病棟の入棟期間全体をみると必ずしも高度性を担保するものではなく、その評価のあり方について再検討が必要であることも示唆される。具体的には関係学会のヒアリングを改めて行い、その結果と本研究成果を踏まえてDPC及びNDBデータを分析し、あらたな評価軸につい

て検討する必要があると考えられる。

E. 結論

各施設から提出されている病床機能報告のデータ（平成 28 年度福岡県分）を整理してデータベース化したものを用いて、病床機能選択の定量基準作成のための評価軸を探索的に検討した。入退棟パス、各病棟における平均在院日数、行われている医療行為（侵襲的なもの、リハビリテーション関連、入退院調整関連）の実施率の 3 つを組み合わせることで、病床機能選択のための参照基準が作成できる可能性が示された。

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

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【事例統括班】医療から見た地域包括ケアを推進するための参考事例調査

研究分担者 長谷川 友紀（東邦大学医学部 教授）
研究分担者 池田 俊也（国際医療福祉大学 教授）
研究分担者 小林 美亜（千葉大学医学部附属病院 特命病院教授）
研究分担者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 准教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）

研究要旨

2025年の医療提供体制のあり方については、現在、各都道府県で地域医療構想の策定が進められている。地域包括ケアの実現に向けて、医療機関から地域への主体的な取り組み及び連携を効率的かつ効果的に進めるための参考となる取り組み事例を収集した。事例については、病院団体を通じて依頼をした結果、59医療機関より120事例を収集することができた。

過去2か年（平成27～28年度）の調査においては、医療機関が地域医療構想を推進するにあたって病床機能分化・連携の参考事例を中心に収集したが、平成29年度においては、医療から見た地域包括ケアを推進するための参考事例を収集し整理した。具体的には①地域医療の拠点としての取り組み、②地域の診療所との連携、③地域の介護サービス施設・事業所との連携、④地域の住民や自治体、関係団体との連携等について、具体的な詳細テーマを指定し、該当する項目がある医療機関や団体から報告を受けた。

地域医療構想は病床機能分化（病院や有床診療所）だけでなく、在宅医療を担う無床診療所、介護との連携、健康（予防）、住まい、地域とのつながりといった視点が欠かせないことから、全国から関連する事例を収集し整理した。

A. 研究目的

地域包括ケアの実現に向けて、医療機関から地域や関係各所へ主体的な取り組み及び連携を効率的かつ効果的に進めることが望ましいとされるが、具体的に何をどのように取り組めばよいかの情報が十分とはいえない状況にある。

本分担研究班は、医療機関が取り組む地域包括ケアについて参考となる事例を収集し、それを共有することは有意義と考え、この調査により事例を収集した。

B. 研究方法

厚生労働省より、病院団体へ依頼し、傘下の医療機関へ調査票（自記式）を送付、病院団体を通じて調査票の回収を行った。

（調査期間：平成29年10/27～12/15）

調査票は、具体的な事例の整理・類型化に主眼を置く「事例調査票（ア）」と、より具体的な事例を集めることに主眼を置く「事例調査票（イ）」の2種類を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、特定の個人、実験動物等を対象とした研究を含まないものの、倫理面及び個人情報等の管理に十分配慮して研究を進めた。

C. 研究結果

1. 調査票の回収状況

10 団体を通じて調査を行った結果、59 の医療機関より事例調査票 (ア) の回答をいただき、事例調査票 (ア) で選択された取り組み事例の中から 120 事例について事例調査票 (イ) の回収を行うことができた。

表 2-2.1 回収状況

調査協力団体 (医療機関の数)	回答いただいた医療機関
日本医師会 (14)	奥州市国民健康保険まごころ病院 医療法人 慈啓会 白澤病院 公益財団法人 老年病研究所附属病院 医療法人社団 白金会 白金整形外科病院 公益社団法人 地域医療振興協会 東京北区医療センター 葛飾区医師会 医療法人 篠原湘南クリニック クローバーホスピタル 南砺市民病院 医療法人社団 博友会 金沢西病院 医療法人 彰療会 大正病院 医療法人社団 緑風会 龍野中央病院 鳥取市立病院 社会医療法人 長崎記念病院 日南市立中部病院
日本病院会 (4)	医療法人 溪仁会 手稲溪仁会病院 医療法人 秀友会 札幌秀友会病院 旭川赤十字病院 社会福祉法人 恩賜済生会 支部 千葉県済生会 千葉県済生会 習志野病院 社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院
全日本病院協会 (5)	社会医療法人 高橋病院 平成立石病院 社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合

調査協力団体 (医療機関の数)	回答いただいた医療機関
	病院 医療法人 康雄会 西病院 社会医療法人 春回会 井上病院
日本慢性期医療協会 (5)	医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 医療法人 池慶会 池端病院 医療法人社団 西宮回生病院 医療法人社団 淡路平成会 東浦平成病院 医療法人 愛の会
全国自治体病院協議会 (9)	砂川市立病院 市立大森病院 富岡地域医療事務組合 公立七日市病院 阿伎留病院企業団 公立阿伎留医療センター 沼津市立病院 市立加西病院 国保日高総合病院 高松市民病院 地方独立行政法人 筑後市立病院
日本赤十字社 (3)	日本赤十字社 清水赤十字病院 日本赤十字社 仙台赤十字病院 日本赤十字社 広島赤十字・原爆病院
恩賜財団 済生会 (13)	社会福祉法人 恩賜財団 済生会 支部 栃木県済生会 宇都宮病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 支部 神奈川県済生会 横浜市東部病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 支部 福井県済生会 病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 支部 三重県済生会 松阪総合病院 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会 千里病院 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会 茨城医療福祉センター 大阪府済生会 茨木病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 中和病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 御所病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 松山病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 今治病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 熊本病院 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 みすみ

調査協力団体 (医療機関の数)	回答いただいた医療機関
	病院 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大分県済生会日田病院
国立病院機構 (1)	独立行政法人国立病院機構 埼玉病院
地域医療機能 推進機構(5)	独立行政法人地域医療機能推進機構 金沢病院 独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪病院 独立行政法人地域医療機能推進機構 大和郡山病院 独立行政法人地域医療機能推進機構 熊本総合病院 独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院

2. 回答医療機関の病床規模

回答医療機関を病床規模別にみると、200～300床が23医療機関(39.0%)、200床未満が21医療機関(35.6%)で、399床以下が約8割であった。

取り組み種類総数は、200床未満が59件(36.2%)、200～399床が56件(34.4%)、400床以上が44件(27.0%)であった。

回答事例は、病床規模にかかわらずほぼ同程度の回収となった。

表 2-2.2 病床規模

	医療機関数		取り組み種類 総数(ア)		事例 回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
400床以上	13	22.0%	44	27.0%	38	31.7%
200～399床	23	39.0%	56	34.4%	40	33.3%
200床未満	21	35.6%	59	36.2%	38	31.7%
対象外	2	3.4%	4	2.5%	4	6.8%
合計	59	100.0%	163	100.0%	120	100.0%

3. 回答医療機関の所在地 (7 地方区分)

回答医療機関の所在地を全国 7 地方区分別にみると、関東地区が15医療機関(25.4%)と最も多く、次いで近畿地区が14医療機関(23.7%)、九州地区が9医療機関(15.3%)となった。

取り組み種類総数は、関東地区が45件(27.6%)と最も多く、次いで近畿地区が38件(23.3%)、九州地区が25件(15.3%)であった。

回答事例は、関東地区が38件(31.7%)と最も多く、次いで近畿地区が33件(27.5%)、九州地区が18件(15.0%)となった。

表 2-2.3 所在地 (7 地方区分別)

	医療機関数		取り組み種類 総数(ア)		事例 回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
北海道	5	8.5%	13	8.0%	6	5.0%
東北	3	5.1%	14	8.6%	4	3.3%
関東	15	25.4%	45	27.6%	38	31.7%
中部	7	11.9%	15	9.2%	9	7.5%
近畿	14	23.7%	38	23.3%	33	27.5%
中国・四国	6	10.2%	13	8.0%	12	10.0%
九州	9	15.3%	25	15.3%	18	15.0%
合計	59	100.0%	163	100.0%	120	100.0%

4. 回答医療機関の開設者主体

回答医療機関を開設者主体別にみると、そのほか27医療機関(45.8%)と最も多く、医療法人が18医療機関(30.5%)、次いで市町村が13医療機関(22.5%)となった。

取り組み種類総数は、そのほか59件(36.2%)と最も多く、次いで市町村が57件(35.0%)、医療法人が46件(28.2%)であった。

回答事例は、そのほか48件(40.0%)、医療法人が43件(35.8%)、市町村が28件(23.3%)となった。

表 2-2.4 開設者主体

	医療機関数		取り組み種類 総数(ア)		事例 回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
国	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
都道府県	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村	13	22.0%	57	35.0%	28	23.3%
社会保険関係団体	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療法人	18	30.5%	46	28.2%	43	35.8%
個人	1	1.7%	1	0.6%	1	0.8%
その他	27	45.8%	59	36.2%	48	40.0%
合計	59	100.0%	163	100.0%	120	100.0%

5. 取り組みの種類（大分類）

回答医療機関の取り組みの種類（大分類）をみると、「②地域の診療所との連携」が54 医療機関（91.5%）と最も多く、次いで「①地域医療の拠点としての取り組み」が53 医療機関（89.8%）、「④地域の住民や自治体、関連団体との連携」が49 医療機関（83.1%）となった。

取り組み種類総数は、「②地域の診療所との連携」が155件（95.1%）と最も多く、次いで「①地域医療の拠点としての取り組み」が153件（93.9%）、「④地域の住民や自治体、関連団体との連携」が145件（89.0%）であった。

回答事例は、「②地域の診療所との連携」が54件（91.5%）と最も多く、次いで「①地域医療の拠点としての取り組み」が53件（89.8%）、「④地域の住民や自治体、関連団体との連携」が49件（83.1%）となった。

表 2-2.5 取り組みの種類(大分類)(複数回答)

大分類	医療機関数		取り組み種類 総数(ア)		事例 回答数(イ)	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①地域医療の拠点としての取り組み	53	89.8%	153	93.9%	110	91.7%
②地域の診療所との連携	54	91.5%	155	95.1%	113	94.2%
③地域の介護サービス施設・事業所との連携	48	81.4%	141	86.5%	101	84.2%
④地域の住民や自治体、関連団体との連携	49	83.1%	145	89.0%	105	87.5%
⑤その他(①～④に当てはまらない取り組み)	26	44.1%	76	46.6%	60	50.0%
合計	59	100.0%	163	100.0%	120	100.0%

① 取り組みの種類（大分類）と病床規模

病床規模別の取り組みの種類（大分類）をみると、200床未満では、「②地域の診療所との連携」が91.5%と最も多く、次いで「①地域医療の拠点としての取り組み」が89.8%、「③地域の介護サービス施設・事業所との連携」が86.4%であった。

200床～399床及び400床以上では、「①地域医療の拠点としての取り組み」と「②地

域の診療所との連携」が同数で多かった。

表 2-2.6 取り組みの種類(大分類)(複数回答)×病床規模

大分類	取り組み種類 総数(ア)		400床以上		200～399床		200床未満		対象外	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
①地域医療の拠点としての取り組み	153	93.9%	42	95.5%	55	98.2%	53	89.8%	3	75.0%
②地域の診療所との連携	155	95.1%	42	95.5%	55	98.2%	54	91.5%	4	100.0%
③地域の介護サービス施設・事業所との連携	141	86.5%	40	90.9%	50	89.3%	51	86.4%	0	0.0%
④地域の住民や自治体、関連団体との連携	145	89.0%	40	90.9%	54	96.4%	48	81.4%	3	75.0%
⑤その他	76	46.6%	36	81.8%	16	28.6%	24	40.7%	0	0.0%
合計	163	100.0%	44	100.0%	56	100.0%	59	100.0%	4	100.0%
				27.0%		34.4%		36.2%		2.5%

② 取り組みの種類（大分類）と所在地（7地方区分）

所在地（7地方区分）別の取り組みの種類（大分類）をみると、北海道地区では「②地域の診療所との連携」、「③地域の介護サービス施設・事業所との連携」が多くそれぞれ84.6%であった。

東北地区と中国・四国地区では「①地域医療の拠点としての取り組み」、「②地域の診療所との連携」、「④地域の住民や自治体、関連団体との連携」が多くいずれも100.0%であった。

関東地区では「②地域の診療所との連携」が最も多く100.0%であった。中部地区では「①地域医療の拠点としての取り組み」が最も多く93.3%であった。近畿地区では「①地域医療の拠点としての取り組み」、「②地域の診療所との連携」が多くそれぞれ94.7%であった。

九州地区では、「①地域医療の拠点としての取り組み」、「②地域の診療所との連携」、「③地域の介護サービス施設・事業所との連携」、「④地域の住民や自治体、関連団体と

の連携」いずれも 100.0%であった。

表 2-2.7 取り組みの種類(大分類)(複数回答)
×7 地方区分別

大分類	取り組み種類 総数(ア)		北海道		東北		関東	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①地域医療の拠点としての取り組み	153	93.9%	10	76.9%	14	100.0%	41	91.1%
②地域の診療所との連携	155	95.1%	11	84.6%	14	100.0%	45	100.0%
③地域の介護サービス施設・事業所との連携	141	86.5%	11	84.6%	12	85.7%	40	88.9%
④地域の住民や自治体、関連団体との連携	145	89.0%	9	69.2%	14	100.0%	41	91.1%
⑤その他(①～④に当てはまらない取り組み)	76	46.6%	4	30.8%	12	85.7%	22	48.9%
合計	163	100.0%	13	100.0%	14	100.0%	45	100.0%
		100.0%		8.0%		8.6%		27.6%

大分類	中部		近畿		中国・四国		九州	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
①地域医療の拠点としての取り組み	14	93.3%	36	94.7%	13	100.0%	25	100.0%
②地域の診療所との連携	11	73.3%	36	94.7%	13	100.0%	25	100.0%
③地域の介護サービス施設・事業所との連携	13	86.7%	30	78.9%	10	76.9%	25	100.0%
④地域の住民や自治体、関連団体との連携	11	73.3%	32	84.2%	13	100.0%	25	100.0%
⑤その他(①～④に当てはまらない取り組み)	10	66.7%	13	34.2%	3	23.1%	12	48.0%
合計	15	100.0%	38	100.0%	13	100.0%	25	100.0%
		9.2%		23.3%		8.0%		15.3%

6. 取り組みの種類(小分類)

① 地域医療の拠点としての取り組み

「①地域医療の拠点としての取り組み」についてみると、「6. 地域医療連携室の役割を強化している。(例: 病院内部部門の再編成、退院支援看護師の配置)」や「4. 二次救急対応病院として、介護施設等から患者を受け入れるための連携体制がある。(例: 地域のケアマネジャーや在宅医療を行う医師との情報共有、入院調整)」が多く、回答医療機関の半数以上で取り組みがあった。

特に「6. 地域医療連携室の役割を強化している。(例: 病院内部部門の再編成、退院支援看護師の配置)」は、回答医療機関の7割以上で取り組みがあった。

2-2.8 取り組みの種類(小分類 1.～9.) (複数回答)

<①地域医療の拠点としての取り組み>

小分類	医療機関数		取り組み種類 総数(ア)		事例 回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
1. 地域医療連携推進法人を設立した、または設立の検討を開始している。	2	3.4%	6	3.7%	6	5.0%
2. 在宅療養支援病院として、過去1年間の緊急の往診や在宅における看取りについて、施設基準を超えた実績がある。	5	8.5%	29	17.8%	11	9.2%
3. 在宅療養後方支援病院として入院希望患者を受け入れた実績がある。	14	23.7%	33	20.2%	21	17.5%
4. 二次救急対応病院として、介護施設等から患者を受け入れるための連携体制がある。(例: 地域のケアマネジャーや在宅医療を行う医師との情報共有、入院調整)	31	52.5%	84	51.5%	55	45.8%
5. 災害拠点病院として、業務継続計画の策定や、地域と連携した災害訓練を行っている。	18	30.5%	64	39.3%	46	38.3%
6. 地域医療連携室の役割を強化している。(例: 病院内部部門の再編成、退院支援看護師の配置)	44	74.6%	110	67.5%	88	73.3%
7. 病院として訪問看護ステーションを運営、または規模の拡大を行っている。	19	32.2%	43	26.4%	39	32.5%
8. 現行の医療計画において病院名を伴った役割が明記されている。	13	22.0%	25	15.3%	22	18.3%
9. 医療計画に関する検討会等の委員を引き受けている職員がいる。	22	37.3%	54	33.1%	44	36.7%

② 地域の診療所との連携

「②地域の診療所との連携」についてみると、「13. 診療所からの入院要請や患者紹介に積極的な対応をしている。(例: 在宅医療の後方支援を目的としたレスパイト入院の受け入れ)」が多く、回答医療機関の7割近くで取り組みがあった。

2-2.9 取り組みの種類(小分類 10.～14.) (複数回答)

<②地域の診療所との連携>

小分類	医療機関数		取り組み種類 総数(ア)		事例 回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
10. 各診療科の医師等が地域の診療所を訪問し、意見交換等による人間関係の構築を行っている。	29	49.2%	84	51.5%	63	52.5%
11. かかりつけ医との間で、訪問診療や往診を支援するための情報共有を行っている。	28	47.5%	91	55.8%	53	44.2%
12. 医療資源の活用に向けて、病院と診療所の間で情報共有の取り組みを行っている。(例: ICTを活用した診療情報の共有、病院の空床状況の共有等)	26	44.1%	68	41.7%	54	45.0%
13. 診療所からの入院要請や患者紹介に積極的な対応をしている。(例: 在宅医療の後方支援を目的としたレスパイト入院の受け入れ)	41	69.5%	127	77.9%	86	71.7%
14. 病床、手術室、医療機器等の共同利用を行っており、今年度実績が既にある。	19	32.2%	44	27.0%	34	28.3%

③ 地域の介護サービス施設・事業所との連携

「③地域の介護サービス施設・事業所との連携」についてみると、「15. 介護支援専門員との間で、入退院時の情報共有、介護サービス調整を行っている。」が多く、回答医療機関の7割以上で取り組みがあった。

2-2.10 取り組みの種類（小分類 15.～20.）
（複数回答）

<③地域の介護サービス施設・事業所との連携>

小分類	医療機関数		取り組み種類総数(ア)		事例回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
15. 介護支援専門員との間で、入退院時の情報共有、介護サービス調整を行っている。	44	74.6%	132	81.0%	92	76.7%
16. 地域包括支援センターを受託している、または緊密な連携を行っている。	19	32.2%	47	28.8%	43	35.8%
17. 地域の訪問看護ステーション等による患者の退院へ向けた指導を積極的に支援している。	23	39.0%	61	37.4%	41	34.2%
18. 地域における介護予防に係る事業や取り組みへ関わっている。 (例：地域リハビリテーション活動支援事業におけるリハビリテーション職の派遣)	19	32.2%	50	30.7%	42	35.0%
19. 認知症の早期治療や継続的な医療的ケアに向けて、取り組みや連携を行っている。(例：介護サービス施設・事業所との認知症ケアパスの共有や、認知症カフェの開催)	19	32.2%	63	38.7%	46	38.3%
20. 介護サービス施設・事業所との人事交流や合同研修を行っている。	25	42.4%	73	44.8%	58	48.3%

④ 地域の住民や自治体、関連団体との連携

「④地域の住民や自治体、関連団体との連携」についてみると、「24. 地域住民との勉強会や公開講座を行っている。」、「21. 地域の専門職（社会福祉士やリハビリテーション職等）との交流会、勉強会等を実施している。」、「22. 地域ケア会議や運営推進会議等、地域の医療介護福祉施策を議論する会議に参加している。」などが多く、回答医療機関の6割以上で取り組みがあった。

また、「23. 地域の医師会等との間で、地域医療施策についての議論や企画立案を行っている。」も7割を超えていた。

2-2.11 取り組みの種類（小分類 21.～25.）
（複数回答）

<④地域の住民や自治体、関連団体との連携>

小分類	医療機関数		取り組み種類総数(ア)		事例回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
21. 地域の専門職（社会福祉士やリハビリテーション職等）との交流会、勉強会等を実施している。	40	67.8%	127	77.9%	87	72.5%
22. 地域ケア会議や運営推進会議等、地域の医療介護福祉施策を議論する会議に参加している。	38	64.4%	121	74.2%	86	71.7%
23. 地域の医師会等との間で、地域医療施策についての議論や企画立案を行っている。	30	50.8%	69	42.3%	54	45.0%
24. 地域住民との勉強会や公開講座を行っている。	41	69.5%	126	77.3%	91	75.8%
25. 地元市町村の「まちづくり」施策になにかしらの形で参画している。	20	33.9%	52	31.9%	40	33.3%

⑤ その他（①～④に当てはまらない取り組み）

前述の取り組みの種類（大分類）「⑤その他（①～④に当てはまらない取り組み）」についてみると「26. 地域医療介護総合基金を利活用した取り組み」は、回答医療機関数、調査票（イ）の事例回答数ともに全体の約2割となった。

2-2.12 取り組みの種類（小分類 26.～27.）
（複数回答）

<⑤その他；①～④に当てはまらない取り組み>

小分類	医療機関数		取り組み種類総数(ア)		事例回答数(イ)	
	数	割合	数	割合	数	割合
26. 地域医療介護総合基金を利活用した取り組み	13	22.0%	35	21.5%	24	20.0%
27. 地域包括ケアの推進にむけた貴院独自の取り組み	22	37.3%	70	42.9%	54	45.0%

D. 考察

平成29年度も全国より、公的／私的病院の事例を収集することができた。病床規模399床以下の病院からの回答が多かったものの、二次救急医療を担い、介護施設からも容体急変の患者やレスパイト入院を受け入れていることが明らかになった。また、災害医療拠点病院として、地域の中心となっている医療機関からの報告も多かった。また、病院が訪問看護ステーションを運営したり、規模を拡大している報告もあった。これらは医療機関の立地状況や管理者の考え方によるも

のと考察される。

地域の介護サービス施設・事業所との連携においては、介護支援専門員との間で入退院時の情報共有、介護サービスの調整を行っているという回答が多かった。2018年の診療報酬改定で「入退院支援加算」に改称され、地域包括ケアの一環として、入院から退院まで一括して患者をサポートするしくみが評価されていることから、このような取り組みが広がっていくことが考察される。

地域住民や自治体、関係団体への連携については、住民への公開講座をはじめ、地域の専門職（社会福祉士やリハビリテーション職）との勉強会の開催、地域ケア会議への参画事例について報告があった。いずれも地域包括ケアを推進し、医療介護連携を進めていく上で大変重要な取り組みであると考えられる。

E. 結論

本年度においては、医療機関が取り組む地域包括ケアの事例を収集し、整理を行った。本事例を参考にし、今後の都道府県の医療政策の推進や医療機関が主体的に地域包括ケアの検討の一助になれば、さいわいである。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 監修：今村知明、池田俊也、長谷川友紀
編集：小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也.
地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集（平成 28 年度版）. 2018 Jan;全文.

2. 学会発表

- 1) 第 20 回 日本医療マネジメント学会シンポジウム 2 「地域医療介護連携 — 多職種チーム医療の地域包括ケアのかかわり —」多職種を巻き込むための各地の取り組み～厚生労働科学研究班の活動より見えたこと～（平成 30 年 6 月 8 日予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

本事例の収集にあたっては、日本医師会、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、一般社団法人日本慢性期医療協会、公益社団法人全国自治体病院協議会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人地域医療機能推進機構に多大な協力を得た。

【機能連携班①】 Basic Outcome Master (BOM) を用いた大腿骨頸部骨折連携 クリニカルパス運用により可視化された病床機能ごとの患者アウトカム

研究分担者 副島 秀久（社会福祉法人恩賜財団支部熊本県済生会 支部長）

研究分担者 町田 二郎（恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院 副院長）

研究要旨

急性期病院（済生会熊本病院）と回復期病院（A病院）との間で Basic Outcome Master (BOM) を用いた大腿骨頸部骨折連携クリニカルパス（以下パスと略す）を10名に運用した。パス用語の標準化だけでなく、看護アセスメントに使用する転倒転落評価、嚥下評価、疼痛評価ツールを同一のものとし、転院時に提供する診療情報項目を規定した。これにより本疾患患者のアウトカムが急性期、回復期においてどう変化していくかを検証した。患者状態アウトカムのうちバイタルサイン、肺炎の症状、深部静脈血栓の症状、腓骨神経麻痺の症状、疼痛、創部の症状、に関するバリエーションは急性期の術後5日間に集中しており、回復期では3週間程度でほぼ問題ないレベルに到達していた。一方回復期では頭痛、めまい、嘔気など器質疾患のない不定愁訴も見られた。生活・リハビリアウトカムのうち急性期においては食事摂取に関するバリエーションが多く、術後2日目の車いす移乗に関するバリエーションはなかった。回復期においては排便、リハビリ目標到達のバリエーションが増加した。不眠、不穏のバリエーションは両施設で相応の程度観察されたが眠剤の定期投与も多かった。HDS-R<20の認知症患者5名中3名についてはリハビリの必要性に関する説明・教育を急性期から回復期までくり返し実施する必要があるがあった。10例のうち回復期で合併症を発症し急性期に再入院した症例はなかった。自宅退院可能なADLとしてFIMの①清拭入浴、②トイレ動作、③移乗（ベッド）、④移乗（トイレ）、⑤移乗（歩行）、に注目すれば回復期入院後5週間程度で評価値は横ばいになったが、FIM合計値では回復期入院時71から退院時96まで改善した。認知症のある方がFIM利得は小さく、平均在院日数は両施設で長かった。認知症ありのうち3名は施設入所となったが他は自宅退院となった。回復期退院時BIは認知症なしでほぼ受傷前BIに戻ったが、認知症ありでは有意差はないが多少低下した。急性期でも車いす移乗可能後の十分な疼痛管理、睡眠・食事管理とリハビリ到達目標設定が必要と思われた。特に認知症患者では訴えにもとづく管理を見直す必要があると思われた。

A. 研究目的

これまでの地域連携クリニカルパス（以下、パスと略す）では、連携する急性期病院と回復期病院間で、パスにアウトカムと時間軸の設定がなされていない例が多く、また患者状態の評価方法や記載する医療用語、医療記録

の形式等が標準化されていなかったため、医療情報のみならず患者アウトカム、評価方法を共有できていなかった。このため医療記録データの二次利用が困難で、地域医療連携における患者状態の実像を評価することが困難であった。

本研究では当院と一カ所の連携病院（A 病院とする）との 2 施設間で運用する大腿骨頸部骨折連携パスを作成し、全経過の患者アウトカム、時間軸を明確にし、患者リスク評価方法、医療用語、医療記録形式を標準化した。この取り組みにより、連携する急性期病院と回復期病院間での一連の医療における患者状態の実像を明らかにすることが目的である。

B. 研究方法

1) 対象と研究期間

2017 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までに大腿骨頸部骨折で済生会熊本病院へ入院し骨接合術を受け、連携パスを適用され連携施設 A 病院へ転院した患者 10 名が対象である。

2) 研究方法

- ① 日本クリニカルパス学会から刊行されている BOM(Basic Outcome Master)に搭載されている医療用語を用いて連携パスを作成した。さらに当院で使用している大腿骨頸部骨折パスを参考に、転院先でも継続して観察していくアウトカムとそれに紐づく観察項目を、両施設の看護師、理学療法士、医師が協議の上決定した。その上でオーバービューパスと日めくりパスを当院だけでなく A 病院にも導入し、転院前後を通じ一貫して観察するアウトカムの変化を評価した。具体的には設定されたアウトカムが達成されない状態、すなわちバリエーションの発生状況から課題を分析した。
- ② 患者状態評価ツールを両施設に於いて共通化した。具体的には、転倒転落評価、嚥下機能評価、疼痛評価のツールを完全に同一のものとした。このツールを利用して転院前後を通じ一貫した患者状態の評価を行った。
- ③ ADL の評価指標が当院では Barthel

In-dex (BI)、転院先施設では Functional Independence Measure (FIM) である。当初は当院でも FIM 値を採用することにしていたが、転院による環境変化で FIM 値は一旦低値として採点されることから、一貫した連続性のある指標は BI で評価することにした。

- ④ 転院前、転院後に発生した合併症について検討を加えた。
- ⑤ 一連の在院日数、医療資源投入量、重症度・医療看護必要度について検討を加えた。なお、重症度・医療看護必要度は 2016 年度診療報酬改定基準に基づいた評価である。
- ⑥ 対象患者に大腿骨頸部骨折連携パスを適用したあとアウトカムが達成できない場合や合併症が発生した場合は、主治医判断でいつでも連携パスを中止し適時適切な診療を行うことを可能とした。
- ⑦ A 病院では電子カルテ導入はまだであり、紙記録での運用である。

(倫理面への配慮)

本研究は 2015 年に厚生労働省と文部科学省が作成した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施した。本研究は既存のデータを利用した観察研究であり、研究結果に個人を特定できる情報が含まれることもない。大腿骨頸部骨折連携パスを適用する際に、データを臨床研究に利用することは患者、家族の同意取得済みであり、実際の研究実施に当たっては倫理上の問題がないように配慮した。

C. 研究結果

- ① 患者背景
 - 1) 男：女=1：9
 - 2) 平均年齢 84.8 歳

3) 認知症 : HDSR \geq 21; 5 名、HDSR \leq 20; 5 名

(図 2-3①. 1)

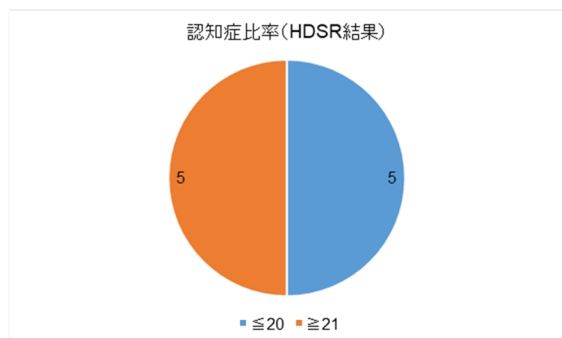


図 2-3①. 1 認知症比率 (HDSR 結果)

② 在院日数

済生会病院 11.8 \pm 2.7 日、A 病院 54 \pm 23.6 日であった。認知症の有無、済生会術前、術後在院日数で細分化して検討したところ認知症の有無による在院日数の有意差はなかった。済生会病院術前在院日数のばらつきは、手術予定日のやりくり、整形外科・麻酔科医師数など、非患者要因によるものであった。(図 2-3①. 2、図 2-3①. 3)

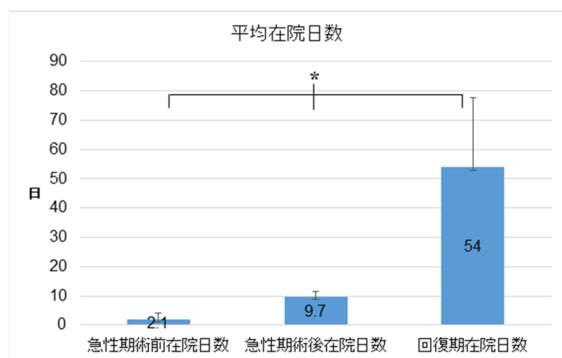


図 2-3①. 2 平均在院日数 (* p <0.01)

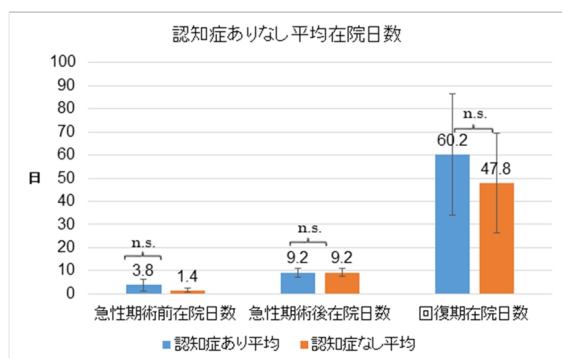


図 2-3①. 3 認知症ありなし平均在院日数 (n. s. not significant, * p <0.01)

③ 最終転帰

認知症なし群では 5 名全員が自宅退院した (図 2-3①. 4)。認知症あり群では 2 名 40% が元の施設に入所し、3 名 60% が自宅退院した (図 2-3①. 5)。

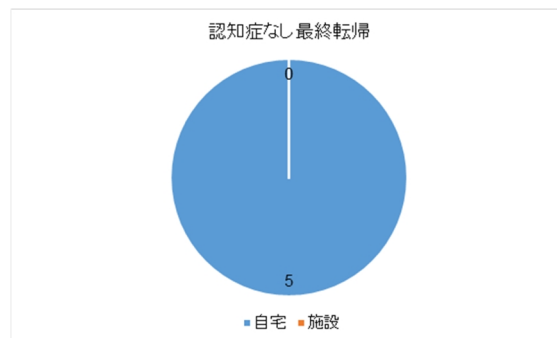


図 2-3①. 4 認知症なし最終転帰

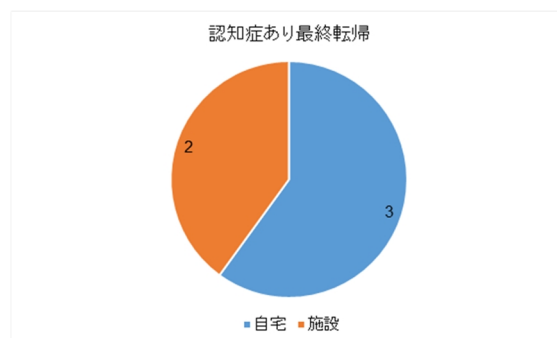


図 2-3①. 5 認知症あり最終転帰

④ 患者状態バリエーション

患者状態アウトカムとして 1) バイタルサインが安定している、2) 肺炎の症状所見がない、3) 深部静脈血栓症の症状・所見がない、4) 腓骨神経麻痺の症状・所見がない、5) 疼痛コントロールができています、6) 創部に問題がない、7) 循環動態が安定している、を急性期と回復期に同じように設定した。

急性期における患者状態バリエーションは手術日をピークとしてバイタルサインが安定している、疼痛コントロールができています、のバリエーションが増加するが経過日毎に減少し術後 6 日目以降は許容範囲となる。合併症につながるバリエーションは生じなかった。一方で血圧変動時の降圧剤、昇圧剤投与、発熱時の解熱剤投与、疼痛時の鎮痛剤投与、について一貫

した明確な対応方針がなく、また処方履歴データ収集は可能であっても、実施データ収集が困難であること、内服薬投与実施は主治医や看護師の判断、場合によっては患者の希望に依存していることも明らかになった（図2-3①.6）。

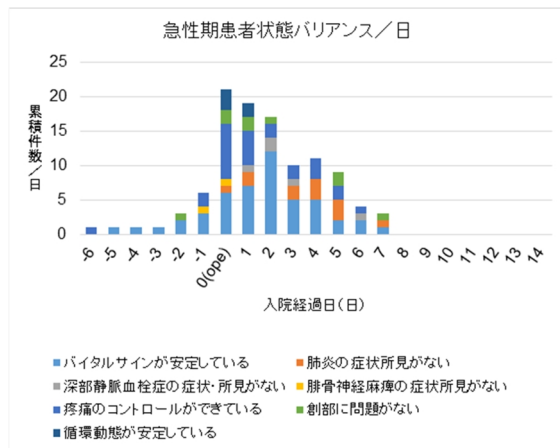


図 2-3①.6 急性期患者状態バリエーション

一方、回復期の患者状態バリエーションは転院日のみ件数が多いが、転院移動に伴う疼痛の発生、創部の腫れに対する評価者バイアスが原因と思われた。その後は1週間毎の累積件数を図2-3①.7に示しているが、1日あたりの件数で行けば患者状態バリエーションは少ないことがわかる。これは急性期を9日で転院しようが16日で転院しようがまったく同様の傾向であった。本疾患に関しては身体の器質的問題に起因する異常病態は術後5日程度を目途に終息していくことが明らかになった（図2-3①.7）。回復期の血圧変動時の降圧剤、昇圧剤投与、発熱時の解熱剤投与、疼痛時の鎮痛剤投与、について一貫した明確な対応方針がなく、内服薬投与実施は主治医、看護師の判断、患者の希望に依存していることも急性期と同様であった。

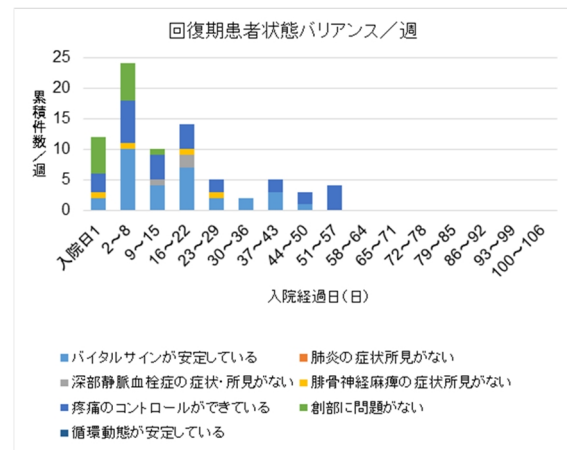


図 2-3①.7 回復期患者状態バリエーション

⑤ 合併症と再入院

本研究の対象10例においては急性期、回復期における合併症の発症はなかった。そこで当院で2015年、2016年、2017年に大腿骨頸部骨折に対して骨接合術もしくは人工骨頭置換術を実施した症例の再入院例とその原因について検討した。

表 2-3①.1 再入院と死亡

	手術症例	再入院例	再入院率	再入院後死亡例	再入院後死亡率
2015年	334	12	3.6	1	0.3
2016年	365	5	1.4	0	0
2017年	330	7	2.1	1	0.3

表 2-3①.2 再入院症例の理由

	創感染	他の感染症	対側頸部骨折	その他の骨折	DVT/PE	CPA
2015年	0	3	4	1	2	1
2016年	1	1	1	0	0	0
2017年	1	1	0	2	0	0

	脳梗塞	イレウス	てんかん	正常驚水頭症	創内異物残存
2015年	0	1	1	0	0
2016年	0	0	1	0	1
2017年	1	0	0	1	0

表 2-3①.3 転院後 7 日以内再入院症例の理由

	創感染	他の感染症	対側頸部骨折	その他の骨折	DVT/PE	CPA
2015年	0	2	1	0	0	0
2016年	1	1	0	0	0	0
2017年	0	0	0	0	0	0

	脳梗塞	イレウス	てんかん	正常筋水頭症	創内異物残存
2015年	0	1	0	0	0
2016年	0	0	0	0	1
2017年	0	0	0	0	0

再入院率は 1.4～3.6% で死亡率も 0～0.3% と低率であった。急性期病院および回復期病院が一体となった医療管理がすでになされていることが見てとれる (表 2-3①.1)。再入院理由は創感染症 (創内異物残存を含む)、その他の感染症 (尿路感染症、胆嚢炎) など感染症が多く、7 日以内の再入院例にも多かった。次に対側大腿骨頸部骨折、その他の骨折 (上肢、下腿) が多く、転倒によるものと思われた。骨折は 7 日以降になる例が多く、リハビリの進行とともに転倒リスクも配慮すべきことが窺われた (表 2-3①.2、表 2-3①.3)。

⑥ NRS 評価について

急性期 NRS は毎日複数回評価している。その日の NRS 値はその日の最大値を採用した。回復期においても毎日複数回評価しているが結果の記載は 1 日 1 回になっており 1 日の評価回数は明らかではない。病状経過も急性期と比較し比較的ゆっくりとしたものになることから、1 週間の最大値を採用した。また時間的経過がわかり易くなるように 10 名の患者の NRS 累計値をグラフに表現した。

急性期では手術日をピークに徐々に NRS 値は低下していく (図 2-3①.8)。NRS 値を評

価した状況がベッド上にいる時なのか、動作時なのか、リハビリ時なのか一定せず、鎮痛剤使用状況との関連性についても明らかではない。認知症がない患者の NRS 値も同様の経過を示した (図 2-3①.9)。認知症がある場合の疼痛評価はフェイススケール値を倍にして NRS 値として記録しているが (図 2-3①.10)、認知症の程度によっては評価困難の場合もある。従って今回の NRS 値の精度については課題を残すが、推移については認知症なしとほぼ同等と思われた。疼痛評価方法が今後の課題である。

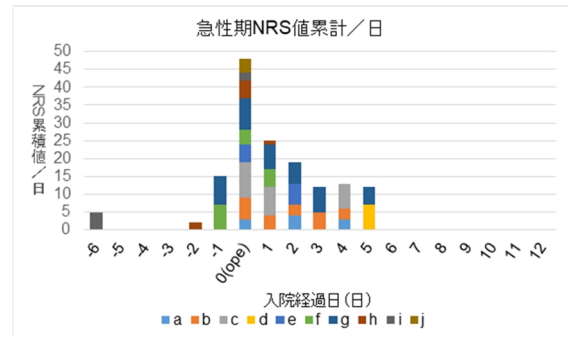


図 2-3①.8 急性期 NRS 値累計/日

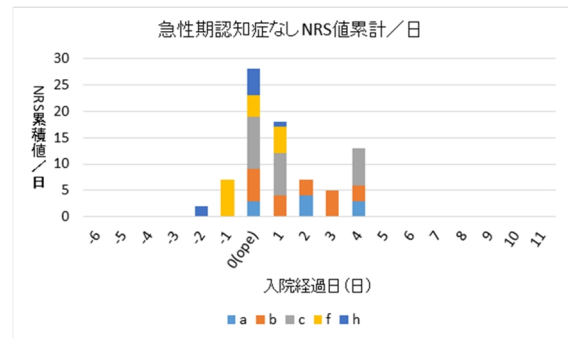


図 2-3①.9 急性期認知症なし NRS 値累計/日

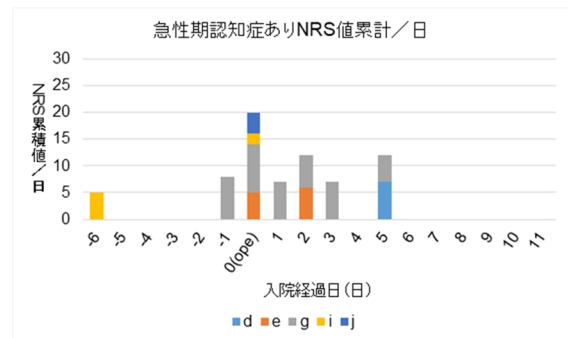


図 2-3①.10 急性期認知症あり NRS 値累計/日

回復期に転院するとその日から NRS 値が高値になる。評価者バイアスなのか、環境変化によるものか、リハビリが強化されたためなのか明らかではない。また NRS 値を評価した状況がベッド上にいる時なのか、動作時なのか、リハビリ時なのか一定せず、鎮痛剤使用状況との関連性についても明らかではない。ただ、入院経過とともに NRS 値は改善していく (図 2-3①. 11)。認知症がない場合とある場合の推移を図 2-3①. 12、図 2-3①. 13 に示した。認知症ありの場合の疼痛評価方法の課題は急性期と同様であるが、推移に大きな違いがないことも同様であった。

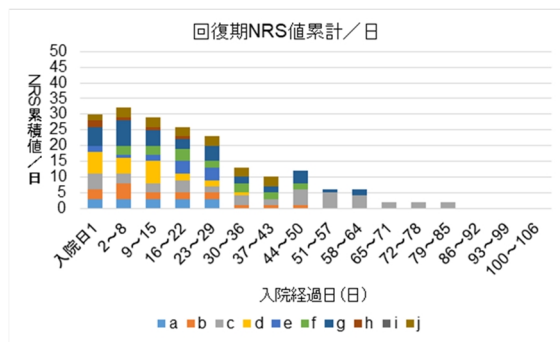


図 2-3①. 11 回復期 NRS 値累計/日

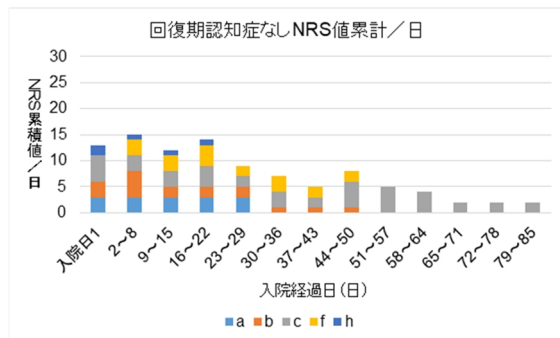


図 2-3①. 12 回復期認知症なし NRS 値累計/日

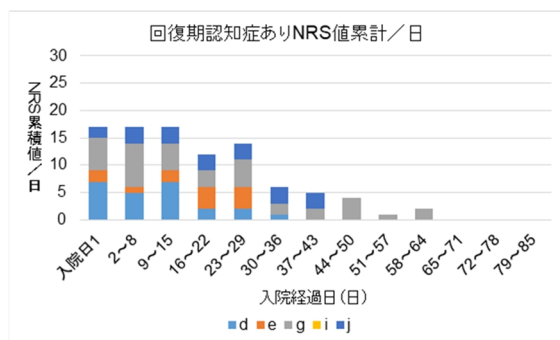


図 2-3①. 13 回復期認知症あり NRS 値累計/日

急性期手術日、急性期退院日、回復期入院時、回復期退院時という節目の NRS 平均値変化について図 2-3①. 14 に示す。急性期退院日と「回復期入院日」が同日にもかかわらず NRS 値が異なる。この原因について明らかにする必要がある。また回復期入院経過とともに疼痛は改善する傾向にあったが患者毎の NRS 平均値では入院時と退院時の有意差はなく退院時の NRS 値は 0 ではなかった。NRS 値と疼痛コントロールについて、議論を進め一定の方針と手順を決めるべきではないかと思われる。認知症のあるなしで節目における NRS 値に有意差はなかった。入院経過に従い疼痛が改善傾向になることにも違いはなかったが、認知症のない場合もある場合も回復期における入院時と退院時の NRS 値に有意差がないことも明らかになった。(図 2-3①. 15)。

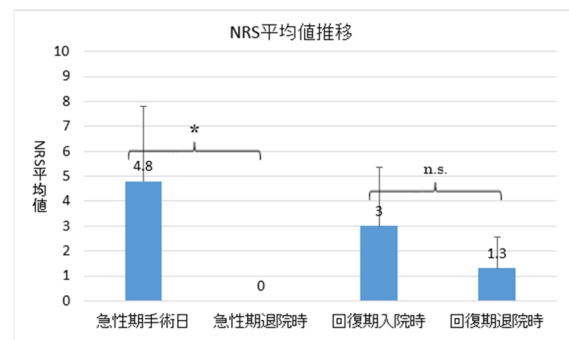


図 2-3①. 14 NRS 平均値推移

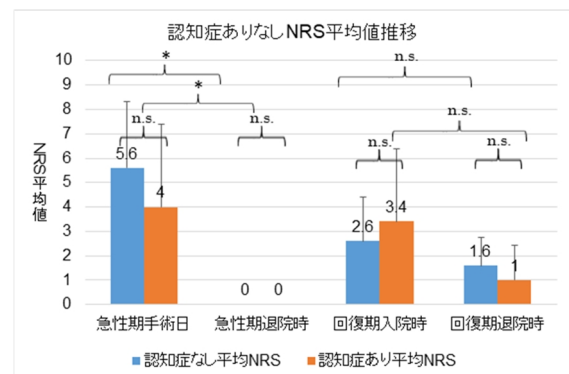


図 2-3①. 15 認知症ありなし NRS 平均値推移

⑦ 生活・リハビリバリエーション

生活・リハビリのアウトカムとして、急性期では 1) 食事摂取ができる、2) 排便のコントロール

ロールができる、3)精神状態が安定している、4)ADL の拡大ができる、を設定し、回復期では1)～4)に加え5)めまいがない、6)嘔気がない、7)頭痛がない、を設定した。急性期におけるADLの拡大とは、車椅子移乗ができる、であり、回復期のそれはFIMによる定量評価を設定していた。

急性期では食事摂取に関するバリエーションが多く、排便コントロールに関するバリエーションがそれに続いていた。ADL 拡大に関するバリエーションはなかった。全例において術後2日目に車椅子移乗を達成していた。便秘の際の下剤投与、不眠時の眠剤投与、不穏の際の対応方針、薬剤投与についても一貫した方針がなかった(図 2-3①.16)。

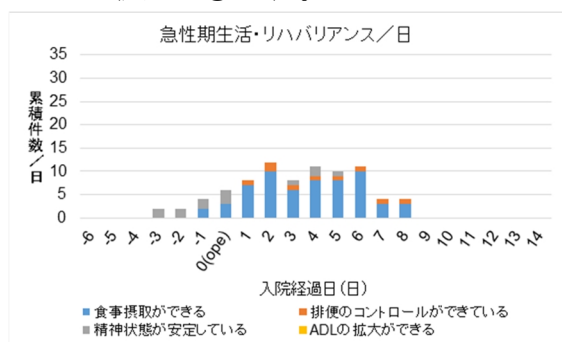


図 2-3①.16 急性期生活・リハビリバリエーション

回復期ではADL 拡大のためのアウトカム指標としてFIM 値を設定しているため、入院時からADL 拡大に関するバリエーションが増加することになるが、入院経過とともにバリエーションは減少していく。急性期と比較して食事摂取に関するバリエーションは少ないが排便コントロールに関するバリエーションが多い。便秘の際の下剤投与、不眠時の眠剤投与、不穏の際の対応方針、薬剤投与について一貫した方針がなかったことは急性期と同様であった。回復期の5)めまいがない、6)嘔気がない、7)頭痛がない、は当初患者状態アウトカムと考えていたが、その原因に器質的問題がなく不定愁訴と思われたため、生活・リハビリのバリエーションに分類した。こういう不定愁訴は急性期の

記録上は記載がなかった(図 2-3①.17)。

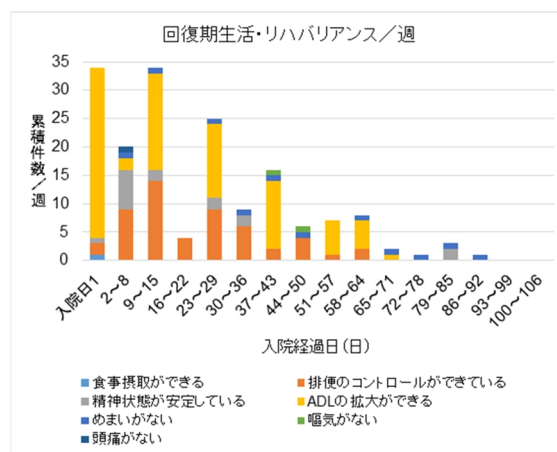


図 2-3①.17 回復期生活・リハビリバリエーション

リハビリの指標としての Barthel Index (BI) の推移を図 2-3①.18 に示した。急性期、回復期において入院時から退院時にかけて有意差をもって BI 値は改善した。急性期退院時と回復期入院時の BI に有意差はなかったが、若干回復期において低値になる傾向があった。評価者バイアスか、環境変化の影響か、あるいは両者に因るのかは不明である。

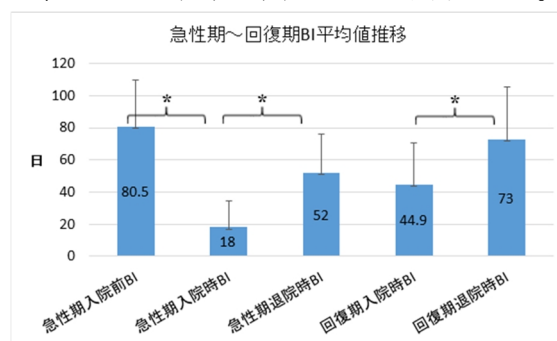


図 2-3①.18 急性期から回復期の Barthel Index (BI) 平均値推移

認知症の有無で BI の変化を示したのが図 2-3①.19 である。認知症の有無を問わず急性期、回復期において入院時から退院時にかけて有意差をもって BI 値は改善した。また入院前、回復期病院では認知症のある患者の BI 値は認知症のない患者の BI 値に比較し有意差をもって低値であったが、急性期入院中は低値の傾向はあるものの有意差がなかった。

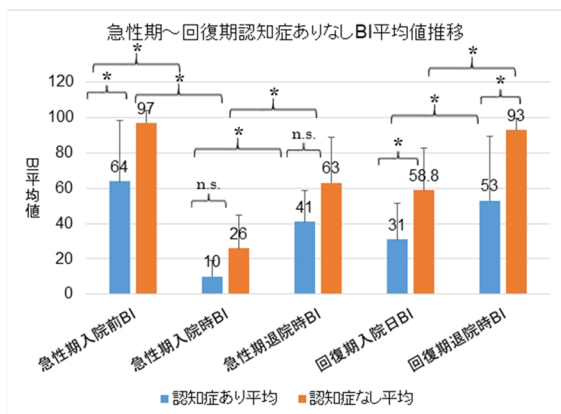


図 2-3①.19 急性期から回復期の認知症ありなし Barthel Index (BI) 平均値推移

回復期においてはADL指標としてFIMを1週間ごとに測定している。入退院時を比較すると有意差をもってFIM値が改善した(図2-3①.20)。

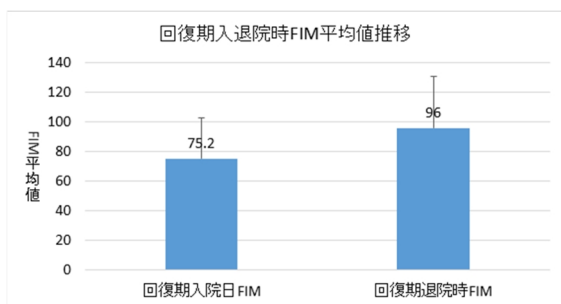


図 2-3①.20 回復期入退院時FIM平均値推移

認知症の有無でFIM値の推移をみると、認知症の有無にかかわらず退院時FIMは入院時FIMと比較し有意差をもって改善していた。また認知症のある患者のFIM値は認知症のない患者のFIM値に比較し有意差を持って低値であった(図2-3①.21)。

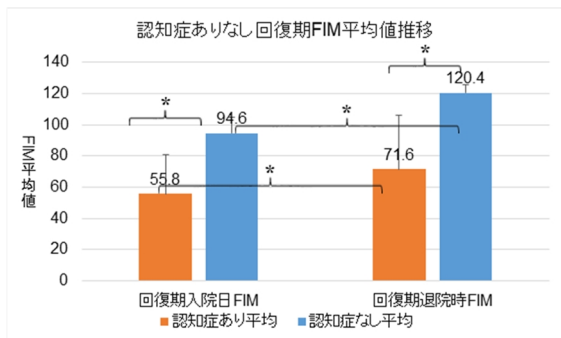


図 2-3①.21 回復期入退院時認知症ありなしFIM平均値推移

FIM値の1週ごとの推移をみると回復期入院後29日までは経過日毎にFIM値の改善がみられるが、その後は徐々に患者は退院していき、残った患者のFIM値は横ばいであった(図2-3①.22)。

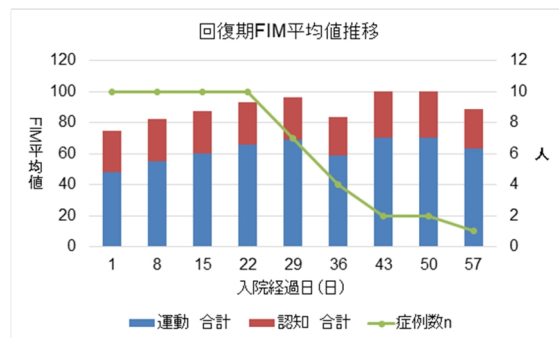


図 2-3①.22 回復期FIM平均値推移

今回の研究において回復期病院では自宅退院に必要なFIMの運動項目を清拭、トイレ動作、ベッド移乗、トイレ移乗、歩行、の5項目に絞り日めくりパスにて観察し看護師、理学療法士の間で情報を共有した。その結果、5項目のFIM運動平均値合計は入院後29日までは経過日毎に改善がみられたが、その後徐々に患者は退院し、残った患者のFIM平均値は横ばいであった(図2-3①.23)。

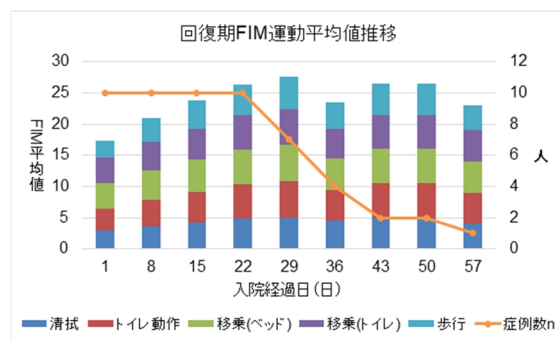


図 2-3①.23 回復期FIM運動平均値推移

一方FIMの認知に関する5項目、理解、表出、社会的交流、問題解決、記憶、も日めくりパス観察項目に入れ、看護師、理学療法士の間で情報を共有した。その結果、FIM認知平均値は回復期病院入院中を通して横ばいであった(図2-3①.24)。

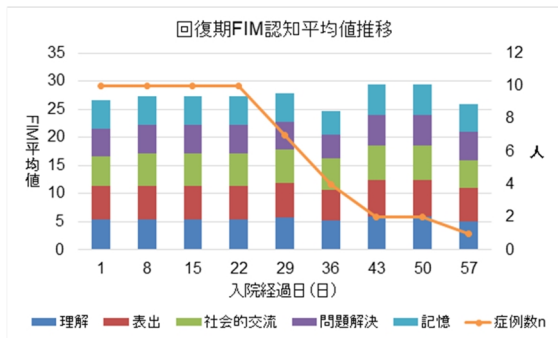


図 2-3①.24 回復期 FIM 認知平均値推移

FIM 値を認知症の有無により検討した。回復期認知症なし患者の FIM 平均値推移は、入院後 29 日まで経過日毎に改善し、その後徐々に患者は退院し、残った患者の FIM 平均値は横ばいであった (図 2-3①.25)。

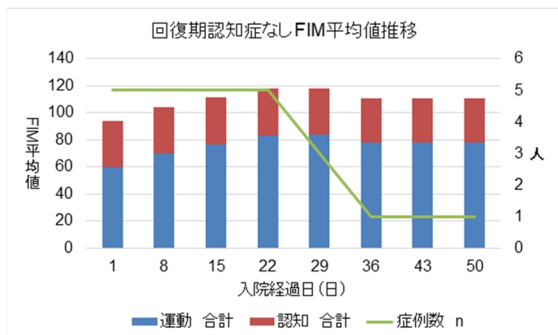


図 2-3①.25 回復期認知症なし FIM 平均値推移

回復期認知症なし患者の FIM 運動平均値推移も、入院後 29 日まで経過日毎に改善し、その後徐々に患者は退院し、残った患者の FIM 平均値は横ばいであった (図 2-3①.26)。

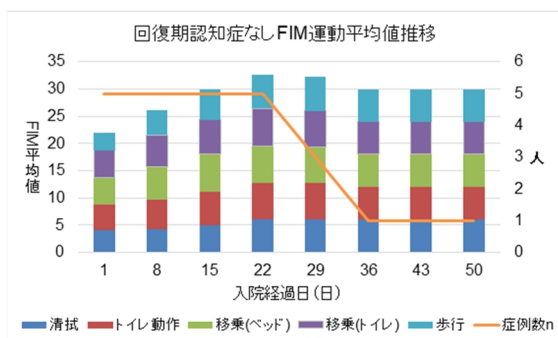


図 2-3①.26 回復期認知症なし FIM 運動平均値推移

回復期認知症なし患者の FIM 認知平均値の推移は、回復期病院入院中を通して横ばいであった (図 2-3①.27)。

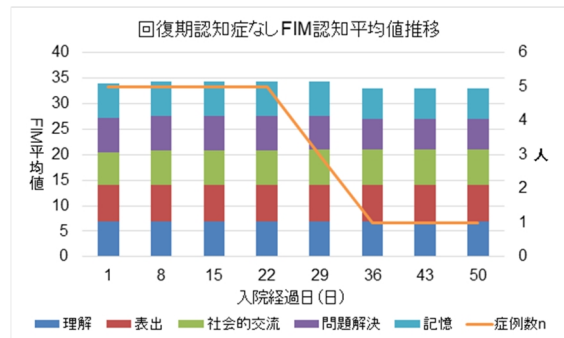


図 2-3①.27 回復期認知症なし FIM 認知平均値推移

回復期認知症あり患者の FIM 平均値推移は、入院後 43 日まで経過日毎に改善し、その後徐々に患者は退院し、残った患者の FIM 平均値は横ばいであった (図 2-3①.28)。

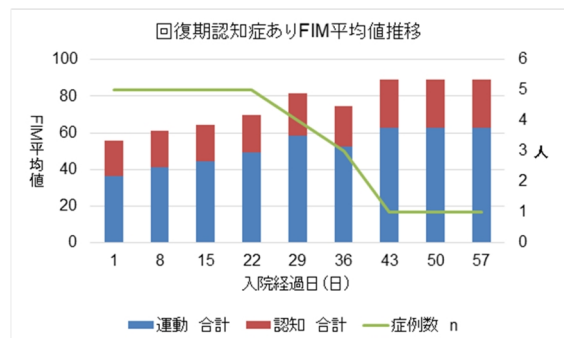


図 2-3①.28 回復期認知症あり FIM 平均値推移

回復期認知症あり患者の FIM 運動平均値推移は、入院後 29 日まで経過日毎に改善し、その後徐々に患者は退院し、残った患者の FIM 平均値は横ばいであった (図 2-3①.29)。

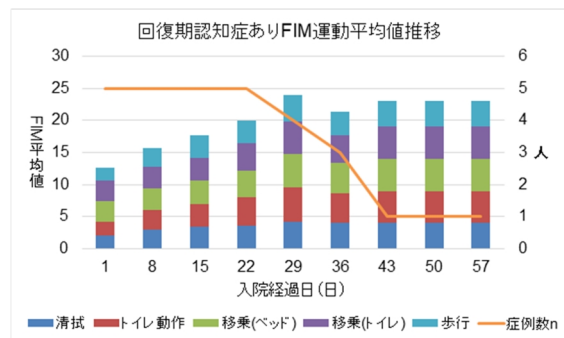


図 2-3①.29 回復期認知症あり FIM 運動平均値推移

回復期認知症あり患者の FIM 認知平均値推移は、入院後 22 日目までは横ばいであるが、29 から 43 日にかけて経過日毎に改善し、その後

残った患者のFIM 平均値は横ばいであった。社会的交流以外の理解、表出、問題解決、記憶において1点ずつ改善が見られた(図 2-3①.30)。

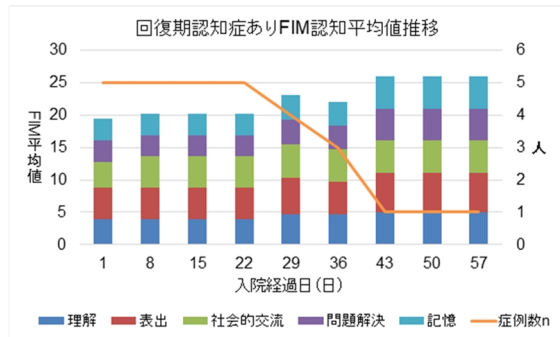


図 2-3①.30 回復期認知症あり FIM 認知平均値推移

⑧ 知識・教育・理解バリエーション

知識・教育・理解のアウトカムは、リハビリについて理解できる、疾患について理解できる、薬物療法について理解できる、手術について理解できる、を急性期、回復期ともに設定した。評価日は説明、指導、教育に対する理解度を看護師の判断で評価しているため、評価者バイアスが入るが、バリエーションはいずれも認知症がある症例であった。FIM 認知項目の理解、記憶では4点前後の評価であり、医学的な問題の理解はハードルが高いことが窺われた(図 2-3①.31、図 2-3①.32)。

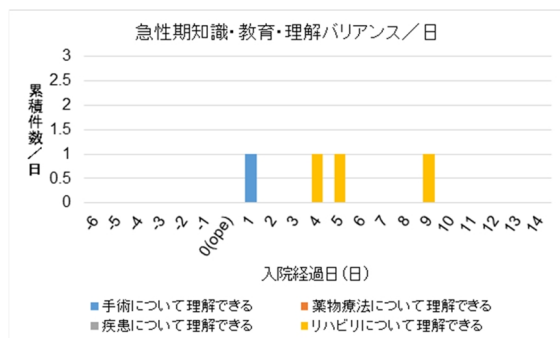


図 2-3①.31 急性期知識・教育・理解バリエーション

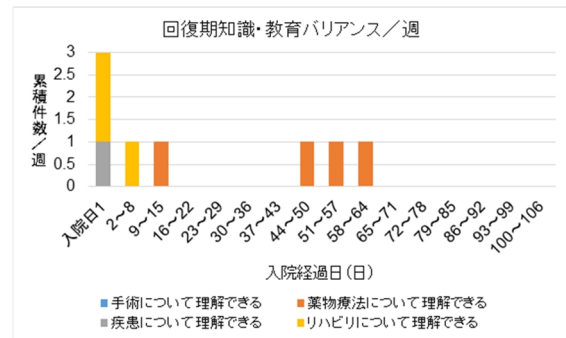


図 2-3①.32 回復期知識・教育・理解バリエーション

急性期における医療資源投入量を検討した。厚生労働省案では1日3,000点以上(高度急性期相当)、600点以上3,000点未満(急性期相当)、225点以上600点未満(回復期相当)、225点未満(慢性期相当)に分類してみたところ手術日のみ全例3,000点以上であったが、術後3日間はほぼ1例が3,000点以上で7例は3,000点未満、3例は600点未満であった。4日目以降になると半数以上が600点未満になった。7日目にやや増加するが検査が入ることによるものであった。術前は術前検査を実施した日に限り高点数となった(図 2-3①.33)。

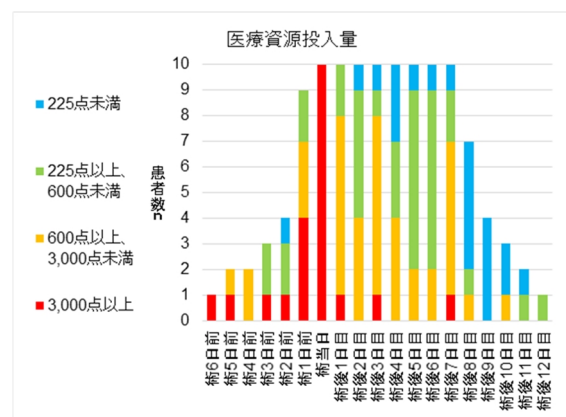


図 2-3①.33 急性期医療資源投入量推移

急性期における重症度・医療看護必要度を検討した。疾患の特性上B項目は入院期間を通じて高点数であった。A項目は術後4日目以降の得点は困難であった。C項目は手術日を含め5日間のみ得点があった(図 2-3

①.34)。

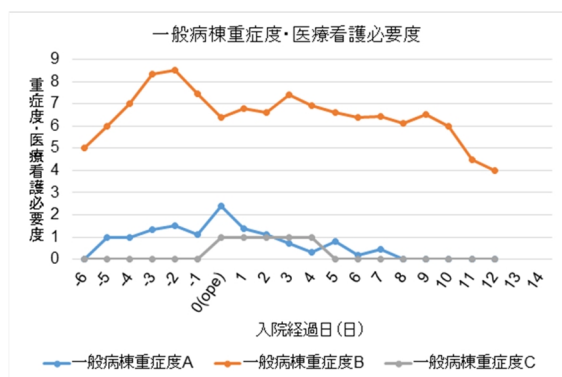


図 2-3①.34 急性期重症度・医療看護必要度 平均値推移

D. 考察

本研究期間ではもっと多くの症例が当該回復期施設に転院しているが、連携パスを適応するかどうかの判断は回復期側の主治医に依存していた。併存疾患の多い患者は回復期入院期間が長くなりそうであるとの判断から連携パスに適応されていない。現実には連携パスを適応していない患者と適応した患者のあいだに入院期間の相違はなかったが、パス適応していない患者ではBOMを基本とした患者情報の収集ができないため、本研究ではパス適応と非適応の比較研究は実施せずに、パス適応患者のバリエーション分析の結果から急性期と回復期の連携における患者状態の実像を明らかにした。

患者状態バリエーションからは骨折と手術侵襲にともなう生命を左右する内臓機能状態およびバイタルサインの変動と平常状態回復への時間経過がリアルに理解できた。懸念された誤嚥性肺炎や深部静脈血栓症の発症はなかった。これは過去3年の実績からも、両者による再入院、死亡リスクが極めて低いことは特筆に値するもので、熊本地域における地域連携レベルの高さを示すものと思われた。一方で、急性期病院ではこれらの合併症を減少させるべく嚥下評価、口腔ケア、術前深部静脈血栓評価、必要時のワーファリン投与等の方

針と手順を作成し、それらを急性期におけるパスの中にも組み込み、方針の実践率を上げる取り組みを長年続けてきた。こういう活動が地域全体のレベルアップに寄与している側面も評価すべきと思われる。過去3年の実績データからは感染症による再入院のほとんどは転院後7日以内であり急性期での転院時患者状態評価が不十分であった可能性があり注意を必要とすると思われた。骨折に関しては転院後14~28日が多く、リハビリ進行とともに転倒転落のリスクが高くなることが窺われ回復期における注意点と思われた。本研究の取り組みの一つとして転倒転落評価や嚥下評価ツールと、合併症に関する観察項目を共通化したことから、さらに連携における質と安全管理のレベルが高くなることを期待している。過去3年の実績データからは術前入院期間と再入院の関係性は評価できていないが、一般的には受傷後早期の手術が術後合併症を減少させることが明らかになっている。この点は今後の重要課題である。

急性期と回復期の血圧変動時の降圧剤、昇圧剤投与、発熱時の解熱剤投与、疼痛時の鎮痛剤投与、不眠時の睡眠薬投与、便秘時の下剤投与について一貫した明確な対応方針がなく、また処方履歴データ収集は可能であっても、実施データ収集が困難であること、内服薬投与実施は主治医や看護師の判断、場合によっては患者の希望に依存している点は、全国一般的な状況であるが、薬剤投与実施データがあれば、患者状態バリエーションデータと比較することで、薬剤投与の効果をもっと別の次元で評価することが可能であろう。疼痛コントロールに関しては痛いという感覚を緩和するという視点だけではなく、疼痛惹起物質を抑制することが、創部の炎症、気管支分泌、消化管運動、消化液分泌、血液凝固能、精神的ストレスを改善し身体状態の回復を促進し

合併症を少なくする効果が推測される。また回復期における頭痛、めまい、嘔気などの不定愁訴も疼痛、ストレス、不十分な睡眠、便秘が原因である可能性もある。特に高齢者では体調に影響する要因と思われる。こういう問題は当事者レベルで対応し見過ごしていきがちだが、もう少し高い視点で薬剤の投与方針を明確にし、在院日数やADL改善、合併症減少に関する改善効果を検証する必要があるのではないかとと思われる。

疼痛評価の方法も今後の課題であり、少なくともどのタイミングの値を採用するかという点と、認知症患者の評価方針は明確にしたい。しかし疼痛自体が患者の主観であるため評価者バイアスをなくすることも困難であり、むしろ疼痛コントロールに関する重要性を啓発し、鎮痛剤投薬の効果検証を優先すべきではないか。

急性期において食事摂取のバリエーションが多い理由は手術侵襲とリハビリ、疼痛のストレスなどが影響している可能性があった。現実に回復期に転院する時期では食事摂取のバリエーションは少ない。その一方で食事摂取量の記載方法は急性期（当院）が全量摂取を4点満点にした採点をしているのに比し、回復期は10点満点と異なる。治療食の名称やカロリー、タンパク質量、脂肪量、塩分量も施設により微妙に異なる。当然ではあるが味見た目も異なる。もともと病院の機能とは別の次元で、入院食が施設によって異なることは以前から知られていた問題であった。食事は入院患者の満足度調査でも上位に来る課題であり、限られた費用で満足いく食事を出す限界もあり、患者負担を検討することも必要かと思われる。食事摂取量が少ない場合の対応は一貫したものがなく、まずは日常の摂取量と入院食の食事量との乖離についての評価、個人の嗜好、身体状態の影響を総合的に評価するスキーム

が必要で、その上で栄養状態の指標を決定し、連携の中での一貫した栄養状態評価と栄養改善の取り組みが必要と思われた。

急性期におけるリハビリのバリエーションは設定されたアウトカムが「車椅子移乗ができる」のみであったことから、一見何の問題もないテーマに思えた。しかし連携施設のADLバリエーションと比較することで急性期の課題も見えてきた。急性期病院では車いすに乗れる程度であれば十分で本格的リハビリは回復期で実施すればよいという意識であったと思われる。このため急性期入院中は一日2～3単位程度のリハビリ実施であり実施率も100%ではなかった。しかし術後7日で転院する患者も11日で転院した患者も、転院したその日から6単位程度のリハビリがほぼ毎日実施される。回復期では日々のADL到達アウトカムとしてのFIM値を設定している一方で、急性期においてはアウトカム設定が無かったことがこの差を生んでいると思われた。栄養とADLはともに時間をかけて評価し改善すべき、人間にとって極めて重要なテーマである。是非とも評価方法や改善のための取り組み方針を地域内で共有すべきものである。

ADLの改善度を入院時と退院時のみで評価するのではなく、本研究では1週間ごとのADL到達レベルを調べることでより詳細な変化を確認することができた。認知症の有無を問わずリハビリによりADLが改善すること、認知症の有無を問わず回復期入院後29日程度がFIM運動評価値のピークになることが確認できた。30日以上入院の要因は純粋に患者の身体的問題というよりは転退院調整、家族の受け入れなどの要因の方が多かった。リハビリを継続することの意義は大きいと思われるが、長期にわたるリハビリの方針についてはさらに大規模なデータを集積し検討する必要があるのではないかとと思われる。認知症患者は意

思疎通や在宅復帰に関する家族の受け入れの課題があるが、一方で長期入院が必要である特別な身体的理由も見つからなかった。

認知症あり患者のFIM認知評価値が回復期入院30日以後に若干改善が見られたことは興味深い結果であった。環境に慣れたこと、リハビリが進み身体的苦痛も改善したこと、などが要因であろうか。少なくとも認知機能は環境変化により悪化するのではないかという先入感の良い意味で裏切られる結果であった。しかし、疾患、手術、リハビリなど専門的内容の説明、理解については困難で、特に身体的苦痛のある急性期では認知症患者の理解と協力を得ながら治療、リハビリを進めていくことの難しさを感じる。

図2-3①.6：急性期患者状態バリエーション、図2-3①.33：急性期医療資源投入量、図2-3①.34：重症度・医療看護必要度、の3つのグラフを縦に並べて比較すれば、いわゆる高度急性期、急性期における患者の病態と必要とされる医療資源や医療者介入がかなり明確にリンクした形で理解できる。本疾患においては高度急性期、急性期に必要な入院期間は手術日と術後5日間程度の入院が妥当であり、その後は段階的に回復期に移行することが望ましいと思われる。その際に重要なことは患者状態の観察、投薬、栄養・リハビリの評価と改善策、などの診療方針を地域内で一貫して共有することが大前提になるであろう。

連携パス導入により在院日数の減少や合併症の減少といった単純でわかりやすい成果を出すことは困難であった。合併症については手術方法、抗生剤の使用法、術前術後の全身評価と対策、早期離床、安全管理など様々な要素がありそれぞれの施設で長年かけて築き上げてきた方針があるからと言える。また在院日数については家族、地域内の受け入れ、診療報酬制度の問題もあり、クリニカルパス

だけでは解決できない要素がある。少なくとも当院のクリニカルパスには、患者や医療者が変わっても決められた方針がもれなく実践され、アウトカム管理ができる仕組みとして作り込まれている。その仕組みを回復期に展開したことで病院機能の異なる施設それぞれにおける新たな課題と在宅復帰に向けた問題提起ができたのではないかと考えている。

E. 結論

- ① BOMを用いた地域連携パスを運用することで、高度急性期、急性期、回復期における患者の病態実像が明らかになった。
- ② 急性期では骨折、手術侵襲に伴う患者状態の問題は5日間程度を目途に終息に向かう。
- ③ 回復期では29日程度までFIM運動評価が改善するがその後は横ばいである。
- ④ 疼痛、栄養、ADLに関する評価と改善の方針、鎮痛剤、下剤、睡眠薬などの投薬の方針を明確にし、地域内で共有することが重要である。
- ⑤ BOMを用いた地域連携パスをレセプトデータ等とともに分析することで、患者病態に応じた資源投入の必要性、適切性を明らかにすることが可能である。

F. 健康危険情報

本研究では大腿骨頸部骨折連携パス適用患者の健康状態に有害もしくは危険な状態が発生した症例はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する検証に関して今後発表予定あり。

2. 学会発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する

る検証に関して今後発表予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

現時点で予定なし。

2. 実用新案登録

現時点で予定なし。

3. その他

特に該当なし。

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）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成29年度）

【機能連携班②】病床機能分化・連携を強く意識した クリティカルパス活用方法に関する検討

研究分担者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 准教授）

研究分担者 小林 美亜（千葉大学医学部附属病院 特命病院教授）

研究分担者 池田 俊也（国際医療福祉大学 教授）

研究要旨

本研究の目的は、より効率的な転院・退院を推進する観点から、クリティカルパスの先進的な活用方法を模索することである。過去の施策において「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を推進した有識者等へのヒアリングを行い、病床機能分化・連携に資するクリティカルパス活用を探索した。その結果、急性期・回復期・慢性期のいずれの施設においても、円滑な転院や退院を実現する「患者・家族への説明」、「手続きの明確化・簡略化」を目的とした「疾患に依存しない地域連携クリティカルパス」の存在は、不可欠と考えていた。これらのニーズを検証するため、ヒアリング調査とは異なる地域でアンケート調査を行ったところ、医師や看護師が連携に伴う文書作成に30～60分程度の時間を費やし、負担感が強いことが明らかになった。厚生労働省標準規格等の医療用語・コードを活用して、疾患に依存しない情報提供ツールの整備が急務であることが示唆された。

A. 研究目的

病床機能の分化・連携を推進する上で、入院基準及び退院基準を明確にし、医療従事者及び患者がこれを共有することは極めて重要である。急性期医療における退院基準とは、入院診療における到達目標と実質的には同一である。このため、到達目標に最も効率よく到達する経路を示す手法であるクリティカルパスが、1999年頃より医療分野でも積極的に適用されるようになってきた。

わが国の施策においても、厚生労働省の保健医療情報システム検討会（座長：開原成允・一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）理事長）が2001年に公表した「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザ

イン（以下、「グランドデザイン」という）」において「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を目標として掲げ、これを日本医療マネジメント学会とMEDIS-DCが「クリティカルパス・ライブラリー」という形で実現することによって、クリティカルパスを全国的に普及する仕組みが構築されてきた。2003年に特定機能病院で施行された診断群分類に基づく包括支払制度（DPC/PDPS）の影響もあり、クリティカルパスを活用することによって早期回復・早期退院を推進する取り組みは、多くの病院に定着してきた。

他方、少子高齢化が急速に進展し、病床機能分化・連携に対する社会的要請が一層高ま

ってきた中で、急性期における入院診療には従来からの「早期回復・早期退院」とは異なる視点も必要になってきた。すなわち、入院診療における到達目標は、必ずしも疾患を軸とした「一定程度までの回復」とするのではなく、むしろ投入する医療資源の観点から「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」とすることも増えてきた。特に2014年の診療報酬改定で新設された「地域包括ケア病床」は、このような状態の患者の退院準備病床として積極的に活用されてきた（瀬戸，日本医療・病院管理学会誌2015;52（Supp）：225）。

このような「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」で退院や転院を実現するには、医療従事者間及び医療従事者と患者・家族間で、診療の経路や現在の状況を共有することが不可欠である。そのためには、クリティカルパスが到達目標に最も効率よく到達する経路を示すツールであるという特性に着目し、病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパスの活用法を、全国的に普及できる形で模索することが急務である。

本研究の目的は、「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」にある患者のより効率的な転院・退院を推進する観点から、クリティカルパスの先進的な活用法を模索するとともに、そのニーズを検証することである。

B. 研究方法

- 1) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するヒアリング
- ① クリティカルパス活用施策に関する専門家からのヒアリング
前述のグランドデザインにおいて目標とし

て掲げられた「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」は、当初の目標通りに実現し、15年以上経過した現在も運用が継続している施策である。このため、その成功要因等について把握しておくことは、病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法を検討する上でも極めて有効である。そこで、当時から現在まで「クリティカルパス・ライブラリー」の運営を担っている日本医療マネジメント学会（宮崎久義理事長）から、2001年時点でのねらいや現時点での評価、その成功要因等についてヒアリングを行う。

② 病床機能分化・連携に積極的に取り組んでいる医療機関からのヒアリング

特定の疾患に軸足を置かず「回復途上ではあるが急性期の医療機関における治療を要しない状態」への到達を目標とした先進的なクリティカルパスを運用している急性期及び回復期の病院の管理者から、このようなクリティカルパスを開発したねらいや現時点での評価、課題等についてヒアリングを行う。また、同地域における療養型の病院の管理者から、急性期及び回復期の病院がこのようなクリティカルパスを活用して病床機能分化・連携を推進することに伴う、さらに後方の連携対象となる病院への影響等について、ヒアリングを行う。

2) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するニーズ調査

前述のヒアリングを通じて得られた先進的な「病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法」について、同地域の影響をほとんど受けないと考えられる離れた地域において、一定のニーズがある手法であ

るか検証するためのアンケート調査を行う。

具体的には、上記のヒアリングの中で「地域包括ケア病棟への転院を前提としたクリティカルパス」のような地域連携クリティカルパスのニーズについて把握する。特に、上記ヒアリングにおいて「項目数を多くしない」など簡素な設計とすることが重要との指摘があったことから、簡素化したものを用いることへの意見を求めるものとする。

なお、これらのニーズはクリティカルパスを実際に運用している診療部門の医師や看護師等から把握する必要があるため、地域医療連携部門等へのアンケートという形態は取らず、これらの関係者が広く集う学術集会の場で行う。また、上記のヒアリング調査が複数の急性期病院・回復期病院等が存在し、よって連携の組み合わせが多様になる地域における議論を前提としていることから、本アンケート調査においては、都市部を対象として実施することとする。

C. 研究結果

1) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するヒアリング

① クリティカルパス活用施策に関する専門家からのヒアリング

ヒアリングの要旨は、次の通りである。

<日本医療マネジメント学会

理事長 宮崎 久義 先生>

- 急性期から回復期への地域連携クリティカルパスは、かなり早い時期に定着させることができたと考えている。次の課題は、急性期治療が終わった後のがんなど、症状をコントロールする目的で用いるクリティカルパスである。
- 在宅でも、クリティカルパスを使えるように

なってきた。当初は、がん患者に対する在宅用のクリティカルパスを開発して、自分自身でも在宅診療で使ってみた。その結果、病院に限らずクリティカルパスで患者と医療従事者が「症状をコントロールする」という到達目標や医療・ケアの内容を情報共有することは可能であることは確認できた。

- 今後の課題は、非がんの疾患に対するクリティカルパスになるだろう。しかし、非がんの患者でも症状をコントロールするという目標は一緒だ。これまでも病院の場合は早期退院を目標にしてきたが、在宅は生活の場なので、むしろその状態を維持していくことが目標になるという特徴はある。
 - 在宅の場合、緊急時の対応をどうするかという議論が欠かせない。患者・家族や関係する医療施設の間で認識がずれると、大きな問題になってしまう。特に胃ろうなど医療処置を伴う患者の場合、その管理が大きな課題になってくる。熊本在宅ドクターネットでも議論したことだが、事前指定書の活用も含めて、緊急時の対応を共有する仕組みは必要だ。これも、地域連携クリティカルパスを活用する一つの目的になるだろう。
 - 2001年にグランドデザインを策定した際には、クリティカルパスの活用も一つの目標に掲げていた。そもそもグランドデザインの目標も「質の高い効率的な医療の提供」を実現することにあつた訳で、それはクリティカルパスの普及を目指すところと重なる部分が多い。それであれば、情報化とクリティカルパスは一緒に進めていくべきだと考え、また、厚生労働省が設置した保健医療情報システム検討会の開原成允座長も、その点では意見が一致していたため、クリティカルパス・ライブラリーを開設し、全国的に周知を図った。
- ② 病床機能分化・連携に積極的に取り組ん

でいる医療機関からのヒアリング
ヒアリングの要旨は、次の通りである。

<急性期/回復期 A病院 院長>

- ・ 超高齢者の場合、疾患が特定できない。しかし、ゴールが在宅復帰という点では一致している。到達目標が明確なので、クリティカルパスを適用できると考えた。地域包括ケア病棟の在院期間である 60 日間で在宅復帰するためには、スケジュールのずれが痛手になる。しかし、老老介護など家族の力が弱いこともあり、調整には時間がかかる。
- ・ よって、急性期から一貫して退院支援を行わないと不都合が多い。説明が上手くいっていない場合などは、当院に転院してから説明を始めることになり時間がかかる。
- ・ こうした問題意識から、当院側から高度急性期・急性期を担う病院側に、このクリティカルパスの運用を提案した。
- ・ 地域連携クリティカルパスの項目は、ざっくりしたものにした。使うことが優先なので、項目を多くすると、まず運用に乗らないと考えた。完璧なパスを目指すという考え方は、必ずしも上手くいかないことは経験から自明だった。
- ・ 従って、食事や排泄などの項目も「自立」、「介助」などの粗い表現にしている。特に ADL は、環境が変わると変化するので、細かい情報がなくてもほとんど困らない。他方で、認知症の段階については、長谷川式スケールの得点という形で、定量的に伝えてもらうことにした。
- ・ このクリティカルパスを使って良かったことは、家族の意識が変わったことだと思う。入院後 1 週間以内に家族を交えたカンファレンスをしたり、リハビリ専門職が家屋調査をしたりするためには、こうした予定があることを共有する必要があると思う。

- ・ 課題は、地域連携クリティカルパスの記入が後追いになりがちなことだ。いつの時点で書くのかという運用がまだ少し緩めなためであって、連携パスの項目数が多すぎるということではない。
- ・ 地域包括ケア病棟の平均在院日数は、当院では 36 日である。60 日という上限は妥当だと考える。回復期の 90 日は長すぎて、家族が「患者が家におらず、入院している環境」に慣れてしまう課題もあるように思う。ただ、同じ 2 ヶ月でもスタートラインがどこにあるかよって、地域包括ケア病棟側の余裕がかなり変わる。何ら説明を受けていない状況で転院した場合、かなりタイトなスケジュールになってしまう。
- ・ この地域連携クリティカルパスの重点は、「疾病のパス」と「生活のパス」を目的に応じて分離したことにあると考えている。多くの患者にとって疾病の治療自体は生涯にわたって続くものなので、ゴールが見えにくい面もある。しかし、生活軸で考え「家に帰る」ことをゴールにすると、そこは患者にとって明確なものになる。疾病パスと生活パスを混ぜると、情報量も増えわかりにくいものになってしまう。自宅に帰る目標を共有することが、この地域連携クリティカルパスとても重要なことではないかと考える。

<慢性期 B病院 理事長>

- ・ 現在の医療提供体制の中では、療養型病院に入院される患者層の医療依存度もそれなりに高いものになっている。よって、自宅に帰ることが難しい患者も多いことは承知しているが、それでも自宅に帰ることを目標とした医療を提供していくべきだと考えている。
- ・ そのためには、療養型病院における医療従事者の対応力が大きなカギになっている。具体的には認知症ケアが得意な看護・介護・リハ

ビリテーション従事者を増やす必要があり、その対応力によって家に帰せるかどうかが左右されてくるように実感している。

- また、超高齢社会の中が、人が齢を重ねていくことがどういうことなのかを、地域住民にも知ってもらう必要があると考えている。このため、中高生が病院を訪問する機会を設けて、お年寄りに接してもらっている。このような活動も、地域包括ケアを実現していくための重要な役割ではないか。
- 急性期病院との関係においては、やはり緊急時対応について詳細に詰めておきたいと感じている。どのような患者状態であれば急性期病院または他の機能の病院に転院とすべきなのか、双方の病院で判断基準がずれると連携が円滑にいかなくなる。特に療養型の病院では気管切開チューブの閉塞時等の対応に苦慮することもあるので、こうした場合の対応を含めて事前指定書等も活用して、ある程度は急性期病院において患者・家族に説明しておいていただくと、このような地域包括ケアが円滑に進むのではないだろうか。

2) 病床機能分化・連携を強く意識したクリティカルパス活用方法に関するニーズ調査

今回のヒアリングを通じて明らかになったことを、以下に要約する。

- 超高齢社会において地域包括ケアシステムを確立し、できるだけ居宅等で暮らせるようにするという目標は、急性期・回復期・慢性期の何れの施設でも共通している。また、居宅等への復帰に向けて、できるだけ円滑に転院・退院を進めるための仕組みを構築する必要性についても、各施設の意見は一致している。
- 他方で、これらの転院・退院を実現するため

には、「①患者・家族の理解をできる限り早い段階で得ておくこと」「②転院・退院に関する手続きをできる限り簡略的に行うべきこと」が必要であるという点も、総論的には各施設の意見が一致している。ただし、それぞれの施設の機能の違い等から、現時点では①②について必ずしも円滑でない面もある。

上記2点を踏まえると、病床機能分化・連携を推進する上で地域包括ケア病棟等への地域連携クリティカルパスは非常に有意義であるが、その際には、ある程度標準的なものとするのと、項目数が多く運用しにくいものは避けるべきこと等が仮説として挙げられる。

このような仮説を基に、日本医療マネジメント学会第18回東京支部学術集会の参加者（配布枚数201名、回収枚数38名、ただし病院勤務者以外は回答対象外）を対象にアンケートを行ったところ、次のような結果が得られた。

まず、自院における地域連携クリティカルパスの利用の有無については、医師の全員、及び看護師の90.5%以上が「利用している」と回答した。しかし、疾患別の地域連携クリティカルパスについては、看護師では疾患により38.1~61.9%の回答者が、その他の職種ではどの疾患も50.0%の回答者が「わからない」と回答し、職種によって認知度に著しい差異がみられた（図2-3②.1）。

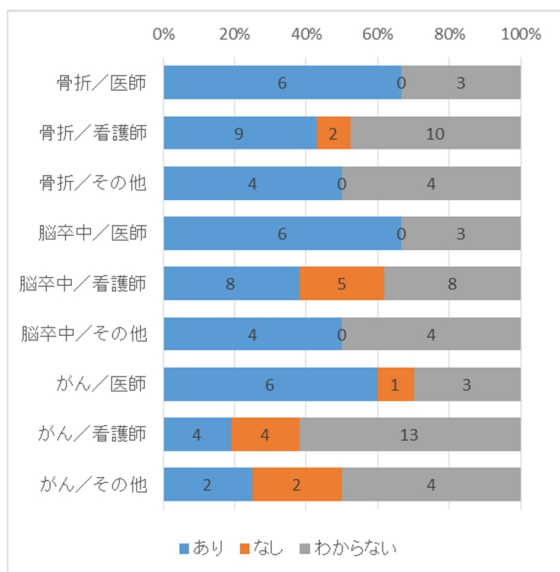


図 2-3②.1 疾患別・職種別地域連携クリティカルパスの利用状況

また、現時点では、地域連携のための文書（サマリー等）の作成にあたって30～50分程度の時間を費やしている医師や看護師が多く、主観的にも負担感が強いことも明らかになった。ただし、医師・看護師の負担が著しい一方で、その他の職種では特に負担感を感じていないとの意見も多く、職種による負担感の差異が浮き彫りになった。（表 2-3②.1 図 2-3②.2）。

表 2-3②.1 客観評価：地域連携のための文書作成に要する時間

	平均(分)	最長(分)
医師(n=9)	25.8	48.3
看護師(n=21)	30.2	39.1

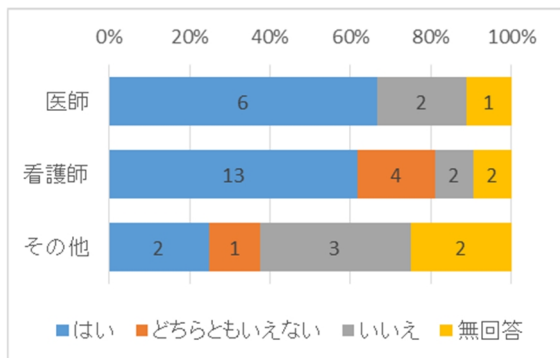


図 2-3②.2 主観評価：地域連携のための文書の作成に対して負担を感じているか

よって、より円滑に転院を行うために、詳細なサマリー記載等から「必要性最小限の項目」を記載した地域連携クリティカルパス等の情報提供シートへ移行を図ることについては、概ね肯定的な意見であった（図 2-3②.3）。

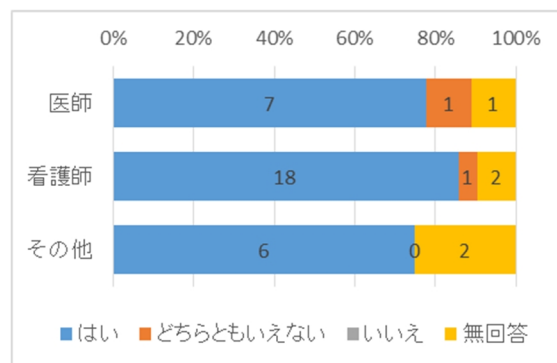


図 2-3②.3 転院時に詳細なサマリーから必要性最小限の項目を記載したシートへの移行の必要性

この肯定的意見を補強する自由意見として、「受け手側が必要な情報を受けるため、地域連携クリティカルパスを疾患名でなく目的を連携にして作成したものであればよいと思う」と情報の受け手の視点を強調した意見や、業務改善の視点から「患者の病態が複雑だったり病気の子後が不安定な人はこの個性の情報が重要になるので、標準化を通じて効率化をできるとさらに業務改善につながる。」との記述があった。

D. 考察

ヒアリング及びアンケートの双方の結果から、急性期・回復期・慢性期のいずれの施設においても、円滑な転院や退院を実現するために、「患者・家族への説明」「手続きの明確化・簡略化」を目的とした地域連携クリティカルパス等の情報提供シートの存在が、不可欠と考えていることが明らかになった。

特にアンケート調査においては、限られた対象ではあるものの、連携に伴う文書作成に

30～60 分程度の時間を費やす医師や看護師が多いことも明らかになった。負担軽減の観点からも、これらの情報提供シートの開発が急務といえる。

複数の施設間での情報共有を推進する上では、電子的な手段による情報流通も当然に視野に入ることから、前述の「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」に始まり、現在まで引き継がれてきた医療分野における情報化施策との一貫性が重要である。同グランドデザインでは、医療施設の情報化において「医療用語・コードの標準化」及び「クリティカルパスを相互に共有、利用するシステム開発」を二本柱としていたが、前者は、現在も厚生労働省の高度医療情報普及推進事業によって標準マスターの維持管理が継続され、後者も本ヒアリングにおいて聴取したように、日本医療マネジメント学会と医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)の自主事業として継続されている。これらのことから明らかなように、現在でも情報の流通を合理的に行う上で不可欠な要素である。

従って、これらの情報共有シートの開発にあたっては、紙媒体での運用を前提とした情報項目の整理を尊重しながら、同時に、電子的手段による情報流通に耐えるものとして設計していく必要がある。

具体的には、平成 22 年 3 月 31 日付医政発 0331 第 1 号厚生労働省医政局長通知「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」(平成 28 年 3 月 28 日最終改正)において、地域連携に資するものとして、厚生労働省標準規格の用語・マスター等が位置付けられていることを前提とすれば、同規格の維持管理を行う機関等でこれらを最大限に活用する形態で、情報共有シートの電子化の議論を継続していくことが必要といえる(図 2-3②.4)。

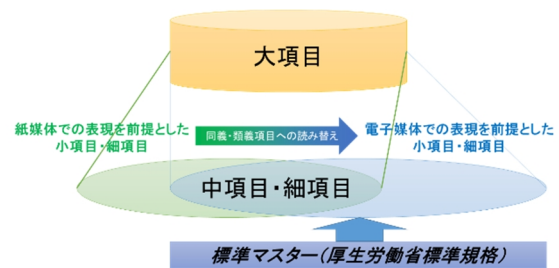


図 2-3②.4 紙媒体を前提とした情報共有シートと、厚生労働省標準規格の実装を前提とした電子媒体における情報共有ファイルの関係

他方で、地域連携クリティカルパスの存在が、まだまだ医師や看護師に十分には浸透していない可能性も、今回の調査結果から明らかになっている。よって、これらの情報共有シートの検討を進めながら、同時に、このようなツールが病床機能分化・連携の推進や、地域包括ケアシステムの実現において不可欠であることについて、より一層の周知が必要である。同時に、ヒアリングでも指摘されていたように、これらの患者・家族への周知についても、医療機関のみならず自治体等も含めて積極的に展開していく必要がある。

E. 結論

より効率的な転院・退院を推進する観点から、クリティカルパスの先進的な活用方法を模索するため、有識者へのヒアリング調査及び医療関係者へのアンケート調査を行った。その結果、円滑な転院や退院を実現する「患者・家族への説明」、「手続きの明確化・簡略化」を目的とした「疾患に依存しない地域連携クリティカルパス」の存在は、不可欠であることが明らかになった。

また、医師や看護師が連携に伴う文書作成に 30～60 分程度の時間を費やし、負担感が強いことも明らかになった。これらを踏まえ、負担軽減の観点からも、疾患に依存しない情報提供ツールの整備を、厚生労働省標準規格の活用等を含めて、急速に行っていく必要が

あることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

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

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成29年度）

【機能連携班③】連携を促進する共有情報項目に関する検討

研究分担者 小林 美亜（千葉大学医学部附属病院 特命病院教授）

研究分担者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 准教授）

研究分担者 町田 二郎（恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院 副院長）

研究分担者 池田 俊也（国際医療福祉大学 教授）

研究要旨

機能分化の推進に向け、医療機関間のシームレスな連携は必要不可欠である。しかしながら、医療機関間において情報共有が不十分な場合、患者に対して一貫性かつ継続性ある診療・ケアを提供することに支障をきたす。そこで、本研究では、医療機関間の連携の促進に向けた共有情報項目について検討を行った。

共有情報項目は、現在活用されている情報を踏まえ、専門家パネルや現場スタッフからのヒアリング等を通じて、情報の必要性和妥当性の観点から抽出を行った。そして、どの疾患・手術であっても共通に活用できる共有情報項目を作成し、その中から病院特性・患者特性を踏まえて、必要な共通情報項目を選択し自由に組み合わせることで、情報共有シートを作成して利用する形式で整備した。

今後の課題として、この共有情報項目を標準化された形で整備し、医療機関が異なっても共通言語で情報共有できる仕組みを整備することが求められる。

A. 研究目的

機能分化を推進するためには、医療機関間でシームレスな連携につなげることのできる情報共有が必要不可欠である。そこで、本研究では、医療機関間の連携を促進することに向けた標準化された共有情報項目を検討することを目的とした。

B. 研究方法

文献検索やインターネット検索を通じて、日本の医療機関で活用されている退院時サマリー、地域連携クリティカル・クリニカルパス（以下、連携パス）や情報共有のためのツールにおいて、どのような共有情報項目が使用

されているかを把握した。

次に、これらの共有情報項目のうち、比較的よく使用されているものを抽出し、それを高度急性期・急性期の役割を担う1病院と回復期1病院において退院支援や地域連携に係っている医師、看護師、ソーシャルワーカーと本研究の研究者が、現場の必要性や情報の抽出可能性の観点から検討し、整理を行った。

続いて、この整理された共有情報項目を地域連携や退院支援に係る医師、看護師の専門家9名（急性期病院・回復期病院に所属）から構成される専門家パネルにより、さらに検討を行った。この専門家パネルからあがった意見をもとに修正を行った。

さらに、この修正を行った共有情報項目について、専門家パネルに参加したメンバーの属する地域や病院のスタッフからのヒアリングを通じて、妥当性を検討し、最終版とした。

なお、本研究への参加協力者には、本研究の目的・概要や匿名性の保証を説明し、同意を得た。

C. 研究結果

通常、医師サマリーにおける疾病や治療の概要については別途詳細が記載され、情報の受け取り手となる医療機関に提供され、疾患によってこれらの情報項目も異なるため、この情報に関しては、今回の共有情報項目から除外した。

また、専門家パネル、地域や病院の現場スタッフからのヒアリングにおいて、医療機関特性や患者特性により、ここまで詳細な情報は必要としない、さらに詳細な情報を欲しいなど、ばらつきがみられた。例えば、急性期病院から回復期のリハビリテーション病院に移行する際には、リハビリテーションに関する詳細情報を必要とする一方で、地域包括ケア病棟ではリハビリテーションに係る詳細情報よりも日常生活や介護に関する詳細情報を欲していた。

このため、原則どの疾患・手術であっても、自医療機関の機能にあわせて、必要な共有情報項目を選択して自由に組み合わせることのできる形式とした(表 2-3③.1~表 2-3③.5)。

患者基本情報としては、氏名、生年月日、連絡先、家族構成・主介護者、世帯状況、同居者、経済状況、かかりつけ医・かかりつけ薬局、要介護認定、障がいなどの認定、居宅介護支援事業者・ケアマネジャーの情報項目が抽出された。

診療に係る情報では、アレルギー、感染症、医療処置や服薬に関する情報が抽出された。

その他、認知・精神機能に係る情報、身体・感覚器に関する情報、ADL 等の生活に関する情報が抽出された。

これらの情報項目において、標準化を図った用語で選択できるものは、選択肢を用意した。

D. 考察

次の医療機能に移行する際、情報が途切れ、連携先で再び情報収集から行われると、情報を聴取される患者・家族には負担がかかり、情報収集を行うスタッフにも業務負担を招き、ケアを開始するまでに時間も要する。このため、あらかじめ連携先の医療機関で必要とされる情報が確実に伝達される仕組みを整備することが必要不可欠である。その前提として、医療機関間で共通理解できる標準化された共有情報項目を利用することが重要となる。

医療機関間で情報を共有する目的は、一貫性ある継続した診療・ケア・リハビリテーションを提供すること、医療機関が変わっても患者・家族の抱える継続した問題を解決に向けて取り組むことにある。標準化された共有情報項目が不足することなく、かつ必要な情報に絞り込んで適切に提供されることで、連携先の医療機関では、患者の状況や状態を簡便に把握し、シームレスなケア提供につなげることができる

しかしながら、共有情報項目は、地域特性、疾病特性、連携機関先の特性によっても影響をうける。このため、自地域や自医療機関の特性、連携先の特性を踏まえ、何の情報が必要となるのかという視点で共有情報項目を選択し、情報共有シートを作成できる仕組みを整備することが大切である。また、連携する際に途切れやすい情報についても把握し、共有情報に含めることで、確実に必要な情報が共有できるようにしていくことも求められる。

E. 結論

医療機関間の連携を促進することに向けて、共有情報項目について必要性和妥当性の観点から検討し、抽出を行った。その結果、原則どの疾患・手術であっても、必要な共有情報項目を選択し、自由に組み合わせることのできる形式で利用可能な共有情報項目を整備することができた。今後の課題として、この共有情報項目を標準化された形で整備することが求められる。

F. 健康危険情報

該当なし

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

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 2-3③.1 基本情報

表1-1 基本情報

項目	選択肢	記載	項目	選択肢	記載	
■ 患者氏名		氏名記載(漢字・ふりがな)	■ 要介護・要支援認定の有無	無		
■ 生年	大正・昭和・平成・西暦	数値記入		申請中		
■ 誕生月	1月～12月			要支援1		
■ 誕生日	1日～31日			要支援2		
■ 年齢		退院時年齢記入		要介護1		
■ 性別	女性・男性			要介護2		
■ 住所		自宅住所記入		要介護3		
■ 電話番号		自宅電話番号記入		要介護4		
■ 緊急時連絡先		緊急連絡先の電話番号記入		要介護5		
■ かかりつけ医	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入		■ 障害高齢者の日常生活自立度	自立	
■ かかりつけ歯科医	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入	J1			
■ かかりつけ薬局	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入	J2			
■ 同居者	夫		A1			
	妻		A2			
	息子	長男、次男、三男など、該当者を全て記入	B1			
	娘	長女、次女、三女など、該当者を全て記入	B2			
	義父		C1			
	義母		C2			
	実父		■ 認知症高齢者の日常生活自立度	自立		
	実母		I			
	孫	孫息子、孫娘など該当者記入	IIa			
	兄弟	兄、弟、義兄、義弟など、該当者を全て記入	IIb			
姉妹	姉、妹、義姉、義妹など、該当者を全て記入	IIIa				
叔父		IIIb				
叔母		IV				
知人		M				
その他	間柄記入					
■ 同居者	夫		■ 身体障害者手帳	1級		
	妻			2級		
	息子	長男、次男、三男など、該当者を全て記入		3級		
	娘	長女、次女、三女など、該当者を全て記入		4級		
	義父			5級		
	義母			6級		
	実父		■ 種別(身体障害者)	1種		
	実母		2種			
	孫	孫息子、孫娘など該当者記入	■ 精神障害者手帳	1級		
	兄弟	兄、弟、義兄、義弟など、該当者を全て記入	2級			
姉妹	姉、妹、義姉、義妹など、該当者を全て記入	3級				
叔父		■ 療育手帳(採用にあわせて選択)	障害の程度	一般的な等級	その他	東京都の手帳
叔母			最重度	A	A1、マルA	1度
知人			重度	A	A2、A	2度
その他	間柄記入		中度	B	B1、B	3度
■ 主介護者の介護状況		協力度合い、介護力などの特記事項記入	軽度	B	B2、C	4度
■ キーパーソン		キーパーソンを記入	■ 居宅介護支援事業所名			TEL・FAX記入
■ 経済状況	生活保護 その他	特記事項記入	■ 担当ケアマネジャー			担当者名記入

表 2-3③.2 診療に係る情報

表1-2 診療に係る情報

項目	選択肢	記載	項目	選択肢	記載
■ アレルギー	有・無	有の場合には、記入	■ 医療処置	無	
■ 感染症	HBs-AG			ベースメーカー	処置内容、設定等、特記事項記入
	HCV-Ab			血液透析	処置内容、設定等、特記事項記入
	TPHA			腹膜透析	処置内容、設定等、特記事項記入
	MRSA			点滴(末梢)	処置内容、設定等、特記事項記入
	その他	その他の場合には、記入		点滴(中心静脈)	処置内容(埋め込み式ポート、体外式カテーテル法等)、設定等、特記事項記入
■ 体内デバイス	有・無	有の場合には、記入		人工呼吸器	処置内容、設定等、特記事項記入
■ 副作用や管理に注意を要する薬剤	降圧薬			気管切開	処置内容、設定等、特記事項記入
	抗不整脈薬			経鼻カニューレ	処置内容、設定等、特記事項記入
	抗血小板薬			リザーバー	処置内容、設定等、特記事項記入
	睡眠薬		ドレーン	処置内容、設定等、特記事項記入	
	抗不安薬		血糖測定	処置内容、設定等、特記事項記入	
	抗うつ薬		インスリン注射	処置内容、設定等、特記事項記入	
	抗精神薬		消化器ストーマ	処置内容、設定等、特記事項記入	
	血糖降下薬		尿路ストーマ	処置内容、設定等、特記事項記入	
	抗てんかん薬		膀胱留置カテーテル	処置内容、設定等、特記事項記入	
	非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID)		導尿	処置内容、設定等、特記事項記入	
抗パーキンソン薬		胃ろう	処置内容、設定等、特記事項記入		
分子標的薬		腸ろう	処置内容、設定等、特記事項記入		
血液製剤・輸血		経鼻胃管栄養	処置内容、設定等、特記事項記入		
抗がん剤		ドレーン	処置内容、設定等、特記事項記入		
その他	その他の場合には、記入	硬膜外カテーテル	処置内容、設定等、特記事項記入		
■ 禁忌薬		記入	その他	その他の場合には、記入	
■ 内服薬の自己管理	可		■ 褥瘡(複数ある場合、部位ごとに追加)	有・無	有の場合、部位記入
	部分介助			深さ	
	不可			浸出液	
	見守り			肉芽形成	
■ 服薬の自立度	自立			壊死組織	
	部分介助			ポケット	
	全介助			処置方法	記入
	見守り				

表 2-3③.3 認知・精神機能に係る情報

表1-3 認知・精神機能に係る情報

項目	選択肢	記載	項目	選択肢	記載
■ 認知症診断の有無	有・無		■ せん妄の有無	有・無	
■ 認知症の種類	アルツハイマー型		■ せん妄の種類	過活動性せん妄	
	レビー小体型			低活動性せん妄	
	脳血管性			混合型せん妄	
	前頭側頭型		■ せん妄の発症機序	術後せん妄	
	若年性			夜間せん妄	
	アルコール性			熱せん妄	
	正常圧水頭症			震戦せん妄	
	まだら認知症			興奮	
	不明			暴力	
	無			昼夜逆転	
短期記憶障害	意識混濁				
見当識障害	睡眠障害				
実行機能障害	見当識障害				
失語	記入	■ せん妄の症状	興奮		
失認					
失行	記入	■ せん妄の症状	暴力		
その他					
■ 周辺症状	無		■ 高次脳機能障害	無	
	暴言・暴力			視覚失認	
	うつ			触覚失認	
	異食			聴覚失認	
	ろう硬			肢節失行	
	幻覚・幻視			観念運動失行	
	妄想			失語	
	介護拒否			記憶障害	
	その他			注意障害	
				遂行機能障害	
	半側空間無視				
	その他				

表 2-3③.4 身体・感覚器に係る情報

表1-4 身体・感覚器に係る情報

項目	選択肢	記載	項目	選択肢	記載
■ 麻痺	有・無		■ 疼痛の有無	有・無	
■ 麻痺の部位 (複数選択)	右上肢		■ 疼痛の部位(複数選択) 疼痛の程度(NRS) (全体、部位ごと)	部位	
	右下肢			0	
	左上肢			1	
	左下肢			2	
	手指			3	
	その他			4	
				5	
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
■ 運動失調	有・無	有る場合は、状態を記入	■ 疼痛の程度(フェイスケール) (全体、部位ごと)	0	
■ 上肢のブルストローム	I			1	
	II			2	
	III			3	
	IV			4	
	V			5	
	VI				
■ 手指のブルストローム	I		■ 視力障害	無	
	II			あるが日常生活に支障なし	
	III			あまり見えない	
	IV			見えない	
	V			その他	
	VI			記入	
■ 体幹と下肢のブルストローム	I		■ 眼鏡使用の有無	有・無	
	II			無	
	III			あるが日常生活に支障なし	
	IV			あまり聞こえない	
	V			聞こえない	
	VI			その他	
■ FIM(入院時)		記入	■ 聴力障害	無	
■ FIM(退院時)		記入		あるが日常生活に支障なし	
		記入		あまり聞こえない	
			聞こえない	記入	
			その他		
			■ 補聴器使用の有無	有・無	

表 2-3③.5 ADL 等の生活に関する情報

表1-5 ADL等の生活に関する情報								
項目	選択肢	記載	項目	選択肢	記載			
■ 食事	自立		■ 起居動作	自立				
	部分介助			体位変換		介助内容、方法記入		
	全介助			座位保持介助				
	見守り			起き上がり介助		介助内容、方法記入		
■ 食事制限	無		■ 清潔方法	見守り				
	カロリー制限			入浴				
	淡白制限			シャワー浴				
	塩分制限			清拭				
	カリウム制限			洗髪				
	その他			陰部洗浄				
■ 食形態の工夫	無	記入	■ 清潔自立度	自立				
	ひと口			見守り				
	きざみ			部分介助		介助内容、方法記入		
	ソフト			全介助		介助内容、方法記入		
	嚥下食0i			■ 整髪自立度	自立			
	嚥下食0t				見守り			
	嚥下食1i				部分介助		介助内容、方法記入	
	嚥下食2-1				全介助		介助内容、方法記入	
	嚥下食2-2				■ 更衣自立度	自立		
	嚥下食3					見守り		
	嚥下食4					部分介助		介助内容、方法記入
	その他					全介助		介助内容、方法記入
■ 義歯	無	義歯の範囲記入 義歯の範囲記入	■ 爪きり自立度	自立				
	上顎全部床			見守り				
	下顎全部床			部分介助		介助内容、方法記入		
	上顎部分床			全介助		介助内容、方法記入		
	下顎部分床							
■ 義歯の自己管理 (手入れ・着脱・保管)	可	介助内容、方法記入 介助内容、方法記入	■ 髭剃り自立度	自立				
	部分介助			見守り				
	不可			部分介助		介助内容、方法記入		
	見守り			全介助		介助内容、方法記入		
■ 義歯トラブル	有・無	有の場合、記入	■ 排泄方法	トイレ				
■ 口腔ケアの自立度	自立			ボータブルトイレ				
	部分介助			尿器				
	全介助			便器				
	見守り			オムツ				
■ 移動	歩行			パット				
	杖歩行			消化器ストーマ				
	歩行器			尿路ストーマ				
	車椅子			膀胱留置カテーテル				
	シルバーカー			導尿				
	その他							
■ 移動自立度	自立	介助内容、方法記入 介助内容、方法記入		■ 排泄自立度		自立		
	見守り					見守り		
	部分介助		部分介助		介助内容、方法記入			
	全介助		全介助		介助内容、方法記入			
			■ 排便コントロール	良好	頻度記入 回数記入			
				下痢				
				便秘				

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）
「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる
実施可能な施策に関する研究」
分担研究報告書（平成29年度）

【地域包括班】医療側から見た地域包括ケアシステムの好事例の整理

研究分担者 町田 宗仁（金沢大学医薬保健研究域医学系 教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 牧野 憲一（旭川赤十字病院 院長）
研究協力者 木村 慎吾（石川県健康福祉部地域医療推進室 次長）

研究要旨

地域包括ケアがより推進されるために、医療と福祉のサービス利用者の立場からは、切れ目なく連続的なサービスが提供されることが重要である。当分担班は、医療と福祉の間の垣根に着目し、医療機関側の視点に基づいた取組事例のヒアリングを実施した。垣根を低くする事例として、病棟の退院カンファレンスに医師をはじめ関係職種が出席し、在宅移行等退院支援業務への院内の理解を広めること、福祉側から医療機関への照会窓口を一本化すること、地域連携室に医療と介護のハブ機能を持たせ、医療側が有する情報を福祉側が求める内容に調製し提供すること、地域との顔の見える関係を粘り強く保ち続けること等が共通して聴取された。昨今重要性が増している ICT の利活用は、対面での情報共有が前提であることも強く示唆された。診療報酬上の措置である「退院支援加算」が、退院患者のスクリーニングの後押しとなり、医療と福祉間の相互交流を促進しているとの声も数多く聞かれ、今後の重点的な施策ポイントであると考えられた。

A. 研究目的

地域包括ケアの推進にあたっては、医療と福祉のサービスが切れ目なく連続的に提供されることが重要である。地域包括ケアの推進については、在宅医療の推進を含め、幅の広い多くの研究が実施されており、多数の好事例が収集され、公表、共有されている。しかし、それらは在宅医療や福祉セクターの視点からの調査研究事例が大半であり、医療機関側からの視点に立った取り組みに焦点を当てた調査例は少ない。

当分担班は、患者の在宅医療への移行に際して必ず越えることとなる医療と福祉の間

の垣根を更に低くすることを目的としている。具体的には、在宅医療等の福祉側が必要とする情報を医療機関側が提供しやすくするための活動や、退院支援業務に対する医師の理解を更に得るための取り組みなどについて、医療機関側の視点に拠った活動事例のヒアリングを行った。

なお、本項では便宜上、福祉には在宅医療、介護事業者、介護福祉施設を含むものと整理している。

B. 研究方法

以下の4地域に所在する医療機関等を訪

問し、地域や施設内における地域包括ケアに対する理解を深めるための取り組み等についてヒアリングを実施した。

1. 北海道旭川市（平成 29 年 8 月 29 日）
旭川三愛病院、旭川市役所、旭川赤十字病院、くにもと病院、吉田病院（50 音順）
2. 石川県能美市（平成 29 年 11 月 30 日）
芳珠記念病院（能美市役所職員同席）
3. 奈良県天理市（平成 29 年 12 月 1 日）
天理よろづ相談所病院
4. 東京都大田区（平成 30 年 1 月 29 日）
牧田総合病院

※（ ）内はヒアリング実施日

ヒアリングにあたり、すべての施設に対し、以下の 7 項目についてお尋ねした。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法
2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW 等）との情報のやり取りの方法
3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法
4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法
5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容
6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項
7. ICT の活用

（倫理面への配慮）

本研究は、動物実験の実施を含まない。また、個人情報等を扱う性質のものではなく、特段倫理的配慮を必要とする事項はない。ヒアリングを行った施設へは内容の公表に関して、事前に確認を行った。

C. 研究結果

退院支援業務の促進につながった活動について、複数箇所でも共通して聴取された内容を以下示す。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

- ・ 医師を交えた多職種間の退院調整の病棟カンファレンスを実施している。
- ・ 関係構築までの手間が掛かるが、院内関係者が直接会って、顔の見える関係が存在することは重要である。
- ・ 一つの病棟内で複数の診療科の患者が入院している、いわゆる混合病棟の場合、診療科単位での退院支援カンファレンスを実施し、関係する患者の議論の際に関係診療科医師の同席を求めるなどの取り組みを行っている。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW 等）との情報のやり取りの方法

- ・ 患者入院後、数日（主には 7 日間）以内に、病棟看護師と退院支援部門でカンファレンスを持ち、退院見込みの情報を共有、確認している。
- ・ カンファレンス実施に当たり、入院患者のリスト化（治療方針、退院見通し時期、想定される退院先）を行っている。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- ・ 退院方針に関するインフォームドコンセントの場に、医師の参加を求めている。
- ・ 新たに着任した医師に対しては、オリエンテーションの場で、また各診療科長から、退院支援のためのスクリーニング業

務に理解を求めよう、働きかけている。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

- ・ 全入院患者を週単位の粒度でリスト化することにより、退院支援部門の患者状況の把握をしやすくしている。
- ・ 入院直後より、退院時期を意識した診療計画を盛り込んだ患者情報シートを作成し、退院支援部門が退院支援の必要性を確認次第、退院支援計画の作成に着手し、関係者（病棟や主治医）と情報共有を図る。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

診療情報提供書、入院サマリー、退院前カンファレンス記録は、どの医療機関でも福祉側に提供する体制にあったが、書面、書式では伝わりづらい内容もあるため、補完的に以下の取り組みがなされていた（補完的ではあるが、医療と福祉の垣根を低くするためには重要な取り組みであると認識されていた）。

- ・ チェック項目を設け、情報提供に漏れがないよう努める。
- ・ 転退院先が使用している情報シートに、医療機関側の情報を付加し、転退院先に提供する。
- ・ 転退院先の施設や介護事業者等居宅サービススタッフが医療機関に足を運び、患者に面会して生活状態を実際に確認し、病院スタッフとの合同カンファレンスを通して、退院見込み時期や、退院後の細かな生活上の留意点についてすりあわせを行う。
- ・ 転退院先としての可能性のある施設や居宅には、病院の退院支援部門スタッフが足を運ぶ、ないしは、電話でやり取り

をして、キャパシティーや必要とされる情報などを把握する。

- ・ 転退院先からの照会については、医療面（服薬状態、食事内容に関すること）と生活面（家族背景の留意点、タバコや酒などの生活の場における嗜好）の両方に対応できる仕組みを、医療機関側が準備する。
- ・ 在宅医療側にニーズのある情報を分かりやすく提供できるよう、医療機関のMSWが患者に関する院内・院外情報を集約する。特に、情報を在宅医療側へ提供する前に、MSWが医療用語の解説等を加え、「翻訳」機能を果たす。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- ・ 退院後の今後の療養目標
- ・ 書面には書きづらい、社会的背景を考慮した心理的社会的アプローチの方法
- ・ 医療必要度や、医療的処置の継続に関すること（誤嚥性肺炎、糖尿病、血圧コントロール等）
- ・ 嗜好品（酒、タバコ）の許容度や禁止事項
- ・ 外出、外泊の可否
- ・ 栄養に関すること（必要カロリー量、塩分制限、トロミ食や刻み食の定義、程度）
- ・ 食事介助の必要度の度合い（全介助か、どこまで本人が出来るか）

以上の照会に迅速に対応する仕組みとして、福祉側から医療機関への照会窓口を地域連携室などに一本化している事例が多かった。すぐに答えられない内容については、院内情報を取集した上で、後刻ないし後日、回答するシステムが成立していた。

7. ICT の活用

- ・ 共通電子カルテや SNS を用いた、同一法人組織内（医療機関、福祉施設）における情報共有には有用であり、各部門で必要な情報を収集しやすくなっている。
- ・ 他の法人等機関と連携を深める目的に関して、人間関係が構築された上で、活用が試みられていた。介護施設等事業者は病院における患者の生活情報を求めており、電子カルテの共有化よりも、電話や対面での情報入手のほうが、利便性としては高いようであった。

なお、訪問地域ごとのヒアリング結果については、別紙 1～4 のとおりである。

D. 考察

地域のヒアリングを通じて、より円滑な退院、在宅医療を実現するために、以下のポイントが共通して挙げられていた。

1. 病棟の退院カンファレンスに医師をはじめ関係職種が出席し、在宅移行等退院支援業務への院内の理解を広めること。
2. 福祉側から医療機関への照会窓口を一本化すること。
3. 地域連携室に医療と介護のハブ機能を持たせ、医療側が有する情報を福祉側が求める内容に調製し提供すること。
4. 地域との顔の見える関係を粘り強く保ち続けること。

どの医療機関においても、医師の退院支援活動への理解を進めることが重要との意見が強かった。

ヒアリングの実施前には、分担研究班とし

て、地域共通のフォーマット（地域パス）を活用することで、専門的な内容に関する共通言語でのやり取りが可能となり、地域医療連携の深化、地域包括ケアの推進に寄与するのでは、と仮定していた。しかし、フォーマットありきではなく、対面や電話による情報交換が常に、第一に、重要であるとの声が各地で聞かれた。

ICT の利活用については、日常的な対面や電話での情報共有を前提とした上での活用が試みられていた。ICT の積極的活用により、ミーティングの手間を省くべきとの意見もあるが、ICT が地域包括ケア推進のために積極的に導入されている地域は、導入前の段階で十分な顔の見える関係が構築されていたと思料される。逆に、地域連携の下地が十分でない段階で ICT を導入することは、地域包括ケアの促進に繋がるとは言えないというのが当分担班の結論である。

診療報酬上の措置である「退院支援加算」が、退院患者のスクリーニングの後押しとなり、医療と福祉間の相互交流を促進しているとの意見が各地域で数多く聞かれた。平成 28 年度の診療報酬改定において、「退院支援加算 1」が新設され、病棟への退院支援職員の配置、医療機関間の顔の見える関係の構築、介護保険サービスとの連携が算定要件として明示されたことで、医療機関にとっては、退院支援体制の目安が設定され、在宅医療との円滑な連携に向けた退院支援の活動に取り組みやすくなった可能性がある。

E. 結論

古典的手段であり、時間と手間を要するが、院外との「顔の見える関係」を継続的に構築することが、医療と介護の垣根を低くするのみならず、院内での退院支援の理解や活動を促進させていることが明らかとなった。今後

とも、診療報酬制度等の施策により、これらのソフトな取り組みを後押しすることが望ましい。

謝辞

当分担研究班のヒアリングにご協力をいただいた、下記機関の皆様方に、この場を借りて感謝いたします。

<北海道旭川市地域>

医療機関：

旭川三愛病院、旭川赤十字病院、くにもと病院、吉田病院

行政機関：

旭川市福祉保険部介護高齢課、旭川市保健所

<石川県能美市地域>

医療機関：

芳珠記念病院

行政機関：

能美市役所健康福祉部介護長寿課高齢者がやき支援室

<奈良県天理市地域>

医療機関：

天理よろづ相談所病院

<東京都大田区地域>

医療機関：

牧田総合病院

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第 20 回 日本医療マネジメント学会 シンポジウム 2 「地域医療介護連携 一多職種チーム医療の地域包括ケアのかかわりー」多職種を巻き込むための各地の取り組み～厚生労働科学研究班の活動より見えたこと～
(平成 30 年 6 月 8 日予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

ヒアリング概要（北海道旭川市内）

平成 29 年 8 月 29 日実施

<要点>

- 院内や施設間の顔の見える関係、直接会っての打合せが在宅医療への移行を円滑にする。
- 退院支援に関し、職種混合のカンファレンスを週 1 回以上実施することに加え、医師とその他の職種とが垣根なく日常的に対話できる関係が重要。
- 見やすくリスト化された入院患者情報（病状、治療・退院方針、退院後の環境等）を、院内の職種間で定期的に共有する仕組みが有用。
- 入院元の病院スタッフと退院・転院後に関わるスタッフが相互訪問することで情報のギャップが埋まる。相互訪問は特定のスタッフだけではなく、同一職種同士で行い、複数のチャンネルを確保することが望ましい。
- 医療介護連携の仲介役（ハブ機能）を急性期側の病院内に置くことで、退院後のケアに必要な情報を円滑にやり取りできる。
- 入院中に蓄積した患者情報の照会先を介護事業者側に明示しておくことは、介護事業者側に大きな助けとなる。
- 同一組織内（同一法人内）の情報を共有する場合に ICT は有用であるが、異なる運営主体の異なる職種にまたがる情報を同一の ICT 基盤で扱うことは良し悪しである。
- 重要なのは実質的な人の連携が図られることであり、フォーマットひとつのツールに過ぎない。

<市勢概況>

人口総数：340,959 人 男：158,520 人 女：182,439 人

（平成 29 年 8 月 1 日現在 旭川市ホームページより）

面積：747.66 km²

高齢化率

旭川市：31.8%（平成 29 年 4 月 1 日現在 旭川市「高齢者の現状」より）

（日本：26.7% 平成 27 年 10 月 1 日現在）

<お話を伺った病院概況（五十音順）>

旭川三愛病院 141 床（地域包括ケア病床 28 床）

旭川赤十字病院 520 床

くにもと病院 61 床（地域包括ケア病床 10 床）

吉田病院 263 床（地域包括ケア病床 50 床）

<病院における取り組み>

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

- ・ なるべく直接会って、退院前後の方針を決める、前もって顔の見える関係を構築しておく。
- ・ 週間、月例カンファレンス（医師、看護師、リハビリ、MSW、医事課、必要に応じて薬剤師、管理栄養士）を通じて医師より退院時期について方針が示される。
- ・ 週一回の地域包括ケア病棟カンファレンスで、退院先について、家族や本人の意向を医師に伝え、方針を得る。
- ・ 病棟が複数診療科による混合病棟であっても、診療科単位での退院支援カンファレンスを行い、医師が同席している場合はその場で、そうでない場合はカンファレンス後、協議結果を医師に伝え、方針を仰ぐ。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW等）との情報のやり取りの方法

- ・ カンファレンス（病院全体の退院スクリーニング、病棟、リハビリ部門、等）
- ・ 全入院患者のリスト化（病状、退院見通し、退院先）
- ・ ご本人、ご家族との面談記録のカルテへの貼付。
- ・ MSWによるナースステーションの定期的な訪問。
- ・ 週一回の地域包括ケア病棟カンファレンスで、退院先を考える。
- ・ 退院支援患者スクリーニングを通じて、病棟看護師、退院調整看護師と病棟担当 MSW で情報を共有する。
- ・ 急性期病棟の看護師にも退院支援の重要性を理解してもらう仕組みが重要。
- ・ 看護部門は「退院支援教育プログラム」を受講し、システムの理解を含める。プログラム講師は、地域包括支援センター、介護事業者など。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- ・ 医師による退院方針に関するインフォームドコンセントに MSW も参加し、必要に応じて退院先等について医師からの説明をサポートしている。
- ・ 退院方針に関するインフォームドコンセントへの医師の参加を求める。
- ・ 患者、家族との入院・転院相談時の方向性を医師に伝える。
- ・ カンファレンスに医師の同席を求める。
- ・ 医師に外泊や転院時期の提案を行い、退院支援スタッフに退院調整を任せる雰囲気づくりを行う。在宅診療を担うことで、更に関心が出てくる医師もいる。
- ・ 急性期の医師が在宅に関する細かい事項を飲み込んだ最適な診療を行えるようになるまでには10年間ほどを要するかもしれない。しかし、他の職種の知恵も借りて融和的な関係性を心がけることで、経験の浅い医師でも円滑な退院調整が可能である。
- ・ 特に赴任して間もない医師には、退院支援の重要性を理解してもらうためにも、治療方針や退院方針について尋ねる機会を増やす。
- ・ 退院後に退院調整部門が病棟に宛てて出した、「療養状況連絡票」を医師にも共有する。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

- ・ 入院元の病院において、看護部門は療養・家庭環境情報の整理、リハビリ部門は身体機能の活用助言、MSWは、医療・介護の情報集約と用語の「翻訳」を担当している。
- ・ 毎週のカンファレンスで、転院前面談の際に家族から得た情報を共有し、スクリーニングを実施。
- ・ 毎週の全入院患者のリスト化（病状、退院見通し、退院先）により実施。
- ・ 入院直後から作成する face sheet で行っている。
- ・ 入院 48 時間以内に入院時退院調整スクリーニングシートで退院調整が必要な項目にチェックが入った患者について、スクリーニングカンファレンスを実施。退院支援が必要と判断されれば、入院 7 日以内に退院支援計画を立案する。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

- ・ 退院・転院先施設からの照会については、医療面での問い合わせ（服薬や栄養など）と生活面での問い合わせ（家族背景の留意点や嗜好品など）の両面に対応できる仕組みが重要。
- ・ 同一組織内（同一法人内）の情報を、医師、看護師、リハビリ部門、関係する通所施設と共有する場合に ICT は有用である。異なる運営主体にまたがる急性期部門、退院調整部門、退院・転院先施設の情報を同一の ICT 基盤で扱うことは良し悪しであり、用語の不統一や可読性の低下、セキュリティと引き換えの操作性の低下から、情報流通に支障をきたす可能性もある。異なる運営主体間のコミュニケーションのためには、地域連携室などに医療と介護のハブ機能を持たせたほうが有用かもしれない。
- ・ 在宅スタッフが、患者さんの病棟における生活様式を実際に確認する。
- ・ 病院看護、リハビリ部門による転院先施設、家庭訪問。
- ・ 患者さんの受け入れ先のフォーマット。
- ・ 施設側に訪問していただき、その後、疑問点を持ち帰って施設側で整理し、後日照会。
- ・ 福祉側の情報提供（医療的スキル、施設の空き状況）。
- ・ 病院側の福祉施設の施設見学。
- ・ 遠隔の転出先施設とは相互訪問や面会は不可能であり、電話を頻回に。
- ・ 同一法人内は同一フォーマット。
- ・ 書式は医療相談室が記載し、医療者以外でも理解できる記載とする。
- ・ 患者さんの ADL 情報は、看護師、リハビリ職員とともに記載。しかし、難しい医学用語を使わないようにして、受け手側（介護士）が理解しやすいように作成。
- ・ 介護側へ伝える情報とケアの負担を軽減することを念頭に、臨床上可能な範囲で、注射から内服薬への切り替えや減薬等による治療の最適化を行う。
- ・ 家族背景など、書面には書きづらいこともあり、対面ないしは電話でのやり取りは重要。
- ・ 骨粗鬆症薬などでは数ヶ月に一度の投与となることがあり、非日常的な投与では介護側への情報欠落が生じやすい。薬剤師による薬剤指導の役割は大きい。
- ・ 本人面談記録、看護記録添書、リハビリ添書とあわせて、face sheet を入院直後に作成し、入院中、退院前と改訂し、施設側に提供する。

- ・ 同じ職種間の情報のやり取りが出来れば効率的。
- ・ 法人施設内は ICT で電子カルテ等を共有。
- ・ 退院先である施設や居宅サービススタッフも交えた院内での合同カンファレンスを実施する。これによって、受入側はキャパシティの都合による時期の要望や、退院後の生活の細かな点について、病院側に詳細に尋ねることが出来る。
- ・ 書面での情報のやり取りには大きな限界がある（睡眠は良好との記載があるが実際は安定剤を内服した上での状態記述だった、常時臥床との記載だったがベッド柵使用が常態化していただけだった等）。
- ・ 退院支援部門看護師が地域包括支援センターを訪問し、地域の福祉資源を把握し、退院先の特性に応じた情報を提供できるように努めている。
- ・ 情報提供先からの照会窓口を明確にして、回答に必要な情報を有する部門に繋いでいる。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- ・ 各職種が必要な情報を他の職種が記載した情報から抽出し、「翻訳」して伝達するハブ機能がきわめて重要。その担当として、MSW（地域連携室）が当てられている施設が多い。
- ・ 医療必要度や、医療的処置をどこまで継続するか（誤嚥性肺炎、糖尿病、血圧コントロール）。
- ・ 院内でのリハビリの内容。
- ・ 嗜好品、禁止事項（酒、たばこ）の可否。
- ・ 外出、外泊の可否。
- ・ カロリー制限、塩分、むくみ出現に関する問い合わせ。
- ・ 退院後の今後の療養目標。
- ・ 主治医意見書の速やかな発行（意見書によって、患者が受けられるサービスが異なる）。
- ・ 24 時間、看護師など誰かが相談を受け付ける体制とし、連絡を受けた者が対応できない場合は、改めて回答する。

7. ICT の活用について

- ・ 同一法人内や同一組織内での電子カルテ等電子情報の共有は、有用なこともある。また SNS は、双方向性、即時性の情報交換ツールとして活用できる。
- ・ 利用者のケアに関する細かなことは、電話をして問い合わせたほうが早い。
- ・ 介護施設等事業者は、病院の手術情報や画像情報よりも、患者の病院における生活情報がサービス提供に必須であり、病院の電子カルテの共有化はさほど必要ではない模様。

ヒアリング概要（石川県能美市内）

平成29年11月30日実施

<市勢概況>

人口総数：50,186人 男：24,913人 女：25,273人
（平成29年12月1日現在 能美市ホームページより）

面積：84.14 km²

高齢化率

能美市：24.67%

（平成28年12月31日現在 能美市「平成28年版 能美市統計書」より）

<お話を伺った病院概況（芳珠記念病院）>

開設年：1983年 辰口町（現・能美市）に「辰口芳珠記念病院」として開設

一般病床200床（HCU2：15床、7対1：71床、地域包括ケア：82床、障害者：32床）

療養病床120床（医療療養：60床、介護療養：60床）

計320床

職員数：593名（2017年4月1日現在）

<芳珠記念病院における取り組み>

地域に貢献する病院としての理念を打ち出し、サブアキュート及びポストアキュートへの積極的な対応に取り組むとともに、経営層のリーダーシップのもと、病棟・外来の多職種のスタッフが機能的に連携し、強力な退院支援の体制を整備・推進している。

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

病院の「院内多職種協働」の方針のもと、入院診療計画書作成段階から、医師と看護師で協働して方針を考えるルールとしている。退院時期については、医師側から方針が示されることが多い。この方針に慣れていない新任医師の場合は、看護部から早期に退院支援に関する相談を行うこともある。入院患者ごとに「生活支援評価票」を作成し、患者さんの療養に対してどのような支援が出来るかを関係スタッフで議論し、見える化している。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW等）との情報のやり取りの方法

患者さんの入院後7日以内に共同で早期カンファレンスを持つとともに、入院中期、退院前にもカンファレンスを持ち、退院見込みに関する情報をこまめに共有している。外部のケアマネジャーとも連携し、入院時早期から退院後の療養環境を想定した情報共有を行っている。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

赴任したばかりの新任医師の場合、退院調整への理解が薄い場合もあり、医師も含めた多職種が、新規採用職員オリエンテーションや日々のカンファレンスなどを通じ、当院での退院までの流れについて理解を求めるように促している。MSWから医師への情報提供も有用と考えている。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

入院直後の入院診療計画書作成段階から、退院を視野に入れた療養計画を立て、その情報を地域連携室と病棟とで共有している。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

診療情報提供書、入院サマリーのほか、退院前カンファレンス記録を重視している。「地域内多職種協働」を心掛け、福祉側に院内療養環境を見聞していただいたり、逆に院内スタッフが退院後の療養の場を見学したりするなど、書面のやり取りに留まらず、相互の間の垣根を低くするよう努めている。カンファレンスに在宅側のスタッフをお呼びする取り組みも行っている。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

心理、社会面からのアプローチについて、問い合わせがある。タバコやお酒などの嗜好品の可否に関する問い合わせは地域連携室がワンストップで引き受けて院内の適切な職種へ照会している。

<能美市の取り組みについて>

病院と福祉施設側の実質的な連携を深める取組を進めている（関係者の会議の開催、地域共通情報共有書式の策定など）。

能美市では、以前から医師会関係者を中心に「メモリケアネットワーク能美（MCN）」という多職種の参加する会が活動をしていた。メモリケアネットワーク能美では、平成23年度から25年度までは県の補助事業（県医師会から各地域の在宅医療連携グループに対する活動費の助成）を活用して活動内容を充実させ、診療所、病院、在宅医療関係者が一堂に会して、認知症に関する研修会や認知症高齢者を支える医療連携体制づくりなど進め、平成26年度の県補助事業（在宅医療・介護連携推進事業）、平成27年度からは市事業（地域支援事業）につながっており、MCNのメンバーを中心に、「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目の取り組みが進められている。MCNでは、年12～15回と頻回に会合を重ね、MCNの参加仲間も増加している。今後、取組状況の評価を行うとともに、参加者が結果を持ち帰り、各団体で何が出来るかを団体内で議論した後に、こ

のMCNに提言するサイクルを充実していく予定である。

また、地域包括ケアシステムの構築に向け、「健康づくり・予防」、「地域医療・介護」、「助け合い・支えあい」という3つの専門部会の発足への発展している。さらに、平成29年度からは、国の我が事・丸ごとの地域づくり推進事業の採択を受け、高齢者だけではなく、障害者・障害児なども対象とした取り組みを始めるにあたり、市役所内に副市長をチーム長とする横糸プロジェクトチームを設け、部局横断的な対応で進めている。

ヒアリング概要（奈良県天理市内）

平成 29 年 12 月 1 日実施

<市勢概況>

人口総数：66,192 人 男：32,466 人 女：33,726 人
（平成 29 年 11 月 1 日現在 天理市ホームページより）

面積：86.42 km²

高齢化率

天理市：24.99%

（平成 28 年度 10 月 1 日現在 奈良県ホームページ「平成 29 年度 高齢者福祉対策の概要」より）

<お話を伺った病院概況>

天理よろづ相談所病院

開設年月日：昭和 41 年 4 月 1 日

本館・南病棟（303 床）／東病棟・西病棟（512 床）／白川分院（186 床）

計 1,001 床

（天理よろづ相談所病院ホームページより）

<天理よろづ病院における取り組み>

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

診療科、病棟ごとに方針は異なるが、電子カルテでの退院方針に関する情報共有を行っている。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW 等）との情報のやり取りの方法

- ・ 現在、病棟によっては病棟主導で退院支援を行っている。これは、例えば手術後一定の日数が経過したらリハビリのために退院することが予め決まっているなど、病気や手術特性にも拠るところがある。
- ・ 一方で、来年からの退院支援加算 2 の算定を視野に、各病棟看護師と連携した地域連携室の看護師、社会福祉士が退院調整スクリーニングを行う体制を整えている。週に一回は退院支援部門と病棟で、スクリーニングを実施し、退院支援に関する一覧表を作成するなど、情報を共有している。
- ・ 各病棟で退院支援に理解を持つ看護師の育成も、地域連携室が呼びかけて継続的に実施している。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- 大学から赴任した医師には、診療科の部長から各医師に、退院支援のスクリーニングをすることへの理解を求めるよう、心がけている。
- また、退院支援のシステム化を図ることで、医師への周知が広まることを期待している。
- 具体的には、誤嚥性肺炎で救急入院した場合、内科系当直医の協力を得て、一旦は全て救急部が患者を受け入れるものの、入院翌日には誰が退院支援を行うか、決定するルール化がなされている。脳卒中発症患者については、主治医、家族、MSWが入院後早々に面談を持ち、転退院を含むこの先の療養方針を考えるルールとなっている。
- 一方で、疾病によるものの、医師と転院先医療機関の医師とのやり取りだけで、退院支援に関する流れが結果として出来てしまう診療科もある。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

病棟看護師と連携した地域連携室の看護師、社会福祉士が退院調整スクリーニングを行う体制を整えている。週に一回は退院支援部門と病棟で、スクリーニングを実施し、退院支援に関する一覧表を作成するなど、情報を共有している。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

- 診療情報提供書に加え、看護サマリー、退院カンファレンス記録、診療科によっては転院申込票を用いて、患者さんの生活に関する情報を提供している。
- 可能なものはチェック項目を設けて、病院側の情報提供漏れがないよう努めているが、チェック項目化しづらいものもあり、その場合は、在宅医療側から地域連携室に電話をしていただき、院内で必要な情報を整理して、照会元に情報提供するシステムが出来ている。
- 年単位の入院、腹膜透析実施中など、経過が長い患者さんについては、病院から転院先に向き、病院における療養環境の実際について、お伝えすることもある。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- 栄養に関すること（カロリー数、トロミ食や刻み食の定義や程度（やわらかさが耳たぶくらいか、マヨネーズくらいか、等））
- 食事介助（全介助か、一部介助の場合は、どこまで本人ができるか）
- 認知症患者さんの世話に関すること（車いす利用時のベルトの有無、食事の際のテーブルの有無、座位を何時間保持できるか、日常生活でどこまで自立しているか、ひとり自室で時間を過ごすことが出来るか、抑制は不要か、等々）
- 内服薬が多い場合の対処（本人が管理できるかどうか、そもそも減薬が出来るかどうか）
- 喀痰吸引の頻度（入院中の主治医と受け入れ先の主治医で認識がズレることがある）

7. ICTの活用について

分院、院内在宅医療支援部門は共通の電子カルテシステムを用いて、診療や療養の世話に必要な、患者さんの情報を各部門で閲覧することが可能である。情報収集に非常に役立っている。

8. その他

在宅医療を担当する「在宅世話どりセンター」を院内に併設し、専属の常勤医師、看護師らを配置している（専属医師1～2名、兼任医師1名、訪問看護師6名、事務員1名）。介護保険制度開始前の1991年から在宅医療を開始するなど、長年に渡って独自の取り組みを続けている。病院の一部であるため、病棟・外来と電子カルテが共通で情報収集やコミュニケーションがとりやすく、在宅医療側から病棟・外来の医師へ日常生活に合わせた服薬調整をお願いするなど、積極的な取り組みを続けている。

ヒアリング概要（東京都大田区内）

平成30年1月29日実施

<区政概況>

人口総数：723,257人 男：360,371人 女：362,886人
（平成30年2月1日現在 大田区ホームページより）

面積：59.49km²

高齢化率：22.7%

（平成29年10月現在 大田区ホームページより）

<お話を伺った病院概況（牧田総合病院）>

1942年大田区内に診療所を開設、1969年に総合病院として認定

病床数：284床（SCU：6床、7対1：190床、地域包括ケア：50床、療養病床（休床）：38床）

職員数：（非常勤込）1,353名、（常勤のみ）838名（2017年12月末時点）

<牧田総合病院における取り組み>

1. 病棟における医師と看護師間の患者退院方針（時期、退院後の療養先）に関する情報共有の方法

- ・ 週一度、退院調整の病棟カンファレンスを実施、その場に医師も同席することでお互いの情報共有を心がけている。
- ・ また、主治医ごとのカンファレンスも実施している。病棟単位の実施であると、複数の診療科が関わっている混合病棟もあるため、病棟カンファレンスだけでは、多数の診療科医師が、自身に関係のない診療科に関する議論にも参加することとなり、主治医とコメディカルとのコミュニケーションがとりづらい場合もある。
- ・ 一方で、混合病棟であるが故、担当患者の議論だけでも部分的に、誰か医師をカンファレンスに参加させる診療科も出てきている。
- ・ 入院時点で、社会的背景も考慮した退院の見通しについて、医師も含めた診療関係者が共有する。
- ・ カンファレンスは、手間はかかるが、患者の状況を共有するツールとして、やはり有効と考えられる。

2. 病棟看護師と退院支援部門担当（看護師、MSW等）との情報のやり取りの方法

- ・ 病棟、退院支援部門に関係する看護師、リハビリ職、MSWが週一回、退院方針に関する情報共

有を図っている。

3. 病棟医師に対する退院支援業務への理解を深めてもらうための方法

- ・ 在院日数を延ばさないための視点で、医師も退院方針に関心を持つようになったとも考えられる。取り組みの一つとして、医師、診療科ごとで、担当患者の在院日数の一覧を作成し、院内で共有している。
- ・ 医師が DPC や退院時支援加算に関してデータを活用して学ぶと、患者退院方針について、関心を持つようになったのかもしれない。

4. 退院支援部門による、退院時要支援患者のスクリーニングの有無とその手法

- ・ 患者が入院後、一週間以内には必ずスクリーニングを行っている。

5. 退院支援部門から在宅医療側（医療、福祉施設）への情報提供内容

- ・ 既存の診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリーの提供のほか、退院先のスタッフが病棟に足を運び、患者の生活状態を確認することもある。
- ・ 同一法人内であれば、電子カルテが共有されているため、情報共有は難しくない。
- ・ 患者の状態や食事提供の状況等について退院前に施設や在宅側から状況を見に来ている。

6. 在宅医療側からよく照会のある患者の療養環境に関する事項

- ・ 特に、これといったよく問い合わせのある事項はないが、何かあれば、退院調整支援室に、患者家族やケアマネから電話をいただくことになっている。電話の窓口は一本化している。

7. 病院と在宅医療、福祉施設側との連携を密に図るための、ICT の利活用の実例について

- ・ 同一法人内施設において、積極的に活用し、例えば老人保健施設においても、病棟の電子カルテが権限に応じて確認できる。
- ・ 法人外の施設については、数件の近隣の開業医、薬局と、ICT ネットワークが構築できないか、検討に着手したところである。病院内の検査機器の使用予約を、院外の開業医がウェブ上で実施でき、この予約方法の利用者が増えているため、ネットワーク構築の素地があるのではないかと見極めているところである。
- ・ 病院と開業医間で ICT が活用できれば、専門外来と開業医を交互に受診する患者に関する情報が、リアルタイムで共有でき、結果として、紹介状を発行する手間が省ける可能性はある。

【実地検証班①】国保レセプトデータを用いた胃瘻の分析

研究協力者 次橋 幸男（天理よろづ相談所病院）
研究協力者 赤羽 学（奈良県立医科大学 准教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 林 修一郎（奈良県医療政策部 部長）
研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
研究協力者 村上 淳基（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）

研究要旨

現在、各都道府県で地域医療構想が進められている。病床の機能分化・連携の推進を考えるにあたって、奈良県の国保及び後期高齢者のレセプトデータ（KDB）の2013年度から2016年度（2013年4月から2017年3月まで）の4年分を用いて、胃瘻に関わる医科診療行為コードの集計分析し、結果を比較した。

その結果、「胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）」の実患者数は、2013年度543名から、2016年度には393名となり、新たに胃瘻を造設する患者は減少している。

胃瘻から経管栄養を注入したり、管理を行ったりなどの医療行為として「胃瘻より流動食点滴注入」と「経管栄養カテーテル交換法」の医科診療行為があるが、「胃瘻より流動食点滴注入」は2013年度467名から、2016年度は448名へ、「経管栄養カテーテル交換法」は2013年度1,753名から、2016年度1,462名へと減少しており、経管栄養自体を実施する患者が少なくなっている。

その代用として、「中心静脈注射」が考えられるが、胃瘻から点滴などの高カロリー輸液に移行したとは言えない現状であった。

医療機関が2025年の地域医療構想の病床区分を選択するにあたっては、患者の受療行動、診療報酬改定等の動向等を見据えた検討を行う必要がある。

A. 研究目的

本分担研究班は地域医療構想の実現に向けて、奈良県をフィールドとして国保及び後期高齢者のレセプトを用いて、病院機能の見える化を図っていくことを目的とする。

B. 研究方法

2013年度から2016年度（2013年4月から

2017年3月まで）の4年分の国保、後期高齢を対象とするKDBデータを使用し、胃瘻に関わる医科診療行為コードの集計を行った。

胃瘻に関わる医科診療行為コードとして使用した項目は、「1. 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）」、「2. 胃瘻より流動食点滴注入」、「3. 経管栄養カテーテル交換法」であるが、

加えて胃瘻をしていない患者は中心静脈注射を実施していることが予測されるため「4. 中心静脈注射、中心静脈注射（植込型カテーテル）」についても検証した。

<データ作成の方法>

- ① KDB データの抽出の際に、抽出対象受付は医科と DPC を設定する。
- ② 抽出条件で条件①と②に 65 歳以上の年齢設定と、各診療行為コードを設定する。
- ③ 抽出したデータを使用し、列項目に「入院／入院外」、行項目に「期間（年度）」を設定し集計を行う。
- ④ 2013 年度を基点に、各年度でどれくらい診療行為の変化があるか割合を算出する。

(注意)

- ・ 受診者総数は、同一の受診者が複数の医療機関を受診している場合は重複してカウントされている。
- ・ 入院患者が入院中に外来を受診していたり、入院患者が同一月に退院のため外来へ移行したり、外来受診が同一月に入院を行ったりなどで、実患者数のダブルカウントがある。
- ・ 本集計では「国保・後期高齢」を対象とする KDB データであるため、調整が必要である。
- ・ KDB データの年度は 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日までの 1 年間であるが、奈良県で公表されている人口は、10 月 1 日から翌年 9 月 30 日までの 1 年間であるため、6 か月間のずれがある。

2016 年度は、KDB データは 2016 年 4 月 1 日から 2017 年 3 月 31 日までのデータで、人口は 2015 年 10 月 1 日から 2016 年 9 月 30 日までの公表資料を使用している。

(倫理面への配慮)

本研究は、特定の個人、実験動物等を対象とした研究を含まないものの、倫理面及び個人情報等の管理に十分配慮して研究を進めた。

C. 研究結果

1. 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）

「胃瘻造設術」は、2013 年度から 2016 年度にかけて年々患者数が減少しており、2013 年度は 586 名（入院 571 名、外来 15 名）であった患者数が、2014 年度では 580 名（入院 573 名、外来 7 名）、2015 年度には、563 名（入院 545 名、外来 18 名）と徐々に減少していたが、2016 年度には 423 名（入院 410 名、外来 13 名）へと減少人数が多くなっている（図 2-5①.1）。

「胃瘻造設術」の 2013 年度を基点とした年対比をみると、2014 年度は 99.0%、2015 年度は 96.1%と緩やかに減少していたが、2016 年度には急激に 72.2%と減少している（図 2-5①.1）。

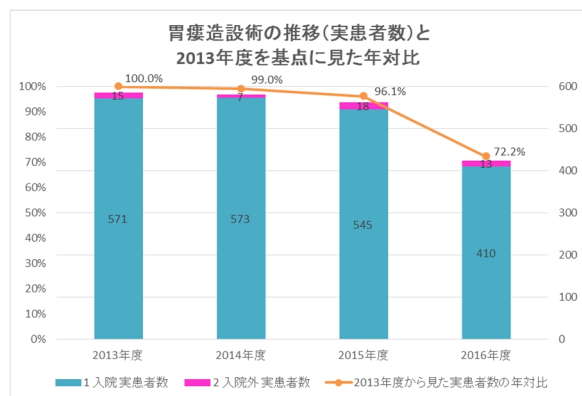


図 2-5①.1 胃瘻増設術の推移（実患者数）と 2013 年度を基点見た年対比

65 歳以上の高齢者では、2013 年度 543 名（入院 528 名、外来 15 名）で、2014 年度は 557 名（入院 550 名、外来 7 名）とわずかに

増加したが、2015年度533名（入院515名、外来18名）へ減少し、2016年度は393名（入院380名、外来13名）と、より減少している。（図2-5①.2）。

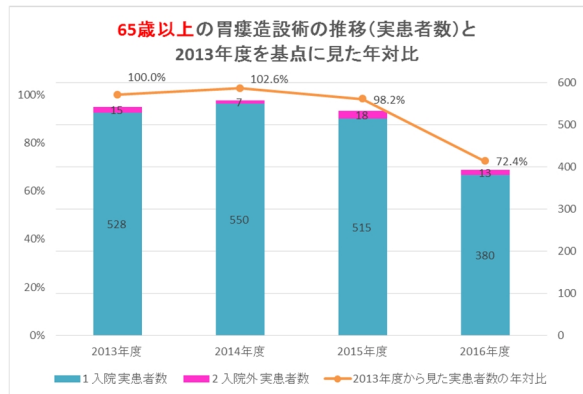


図2-5①.2 65歳以上の胃瘻増設術の推移（実患者数）と2013年度を基点に見た年対比

65歳以上の「胃瘻増設術」の実患者数は、2013年度人口365,769名のうち543名（人口比率0.15%）、2014年度は人口379,929名のうち557名（人口比率0.15%）、2015年度は人口390,296名のうち533名（人口比率0.14%）、2016年度は人口397,320名のうち393名（0.10%）であり、高齢者の人口は年々増加しているが、胃瘻増設術の実患者数は減少している（図2-5①.3）。

また、2013年度を基点とした減少率では、2014年度から2015年度にかけては緩やかに減少していたが2016年度では66.63%と急に減少している（図2-5①.3）。

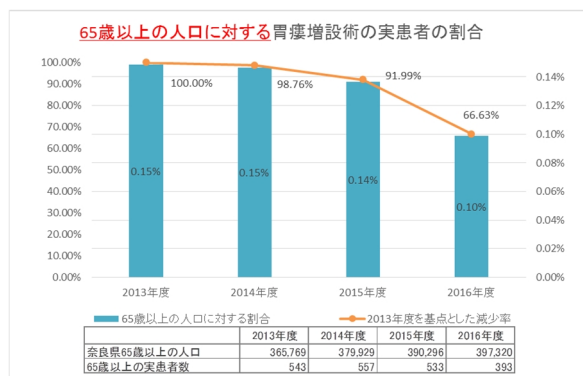


図2-5①.3 65歳以上の人口に対する胃瘻増設術の実患者の割合

2. 胃瘻より流動食点滴注入

「胃瘻より流動食点滴注入」では2013年度467名（入院459名、外来8名）、2014年度450名（入院442名、外来8名）、2015年度416名（入院407名、外来9名）と年度毎に減少傾向にあったが、2016年度は448名（入院439名、外来9名）と患者数が増加した（図2-5①.4）。

「胃瘻より流動食点滴注入」の2013年度を基点にした年対比をみると、2014年度は96.4%、2015年度は89.1%へと減少していたが、2016年度には95.9%へと少し増加している（図2-5①.4）。

「胃瘻増設術」は減少しているが、「胃瘻より流動食点滴注入」は2016年度増加している点については、今まで施設にいた患者が病院へ入院したことで、増加していることが考えられる。

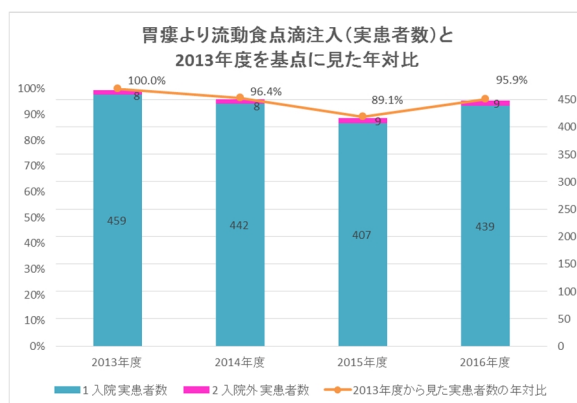


図2-5①.4 胃瘻より流動食点滴注入（実患者数）と2013年度を基点に見た年対比

65歳以上の高齢者では、2013年度424名（入院416名、外来8名）、2014年度は411名（入院403名、外来8名）、2015年度381名（入院372名、外来9名）へと少しずつ減少したが、2016年度は385名（入院377名、外来8名）とわずかに増加した（図2-5①.5）。

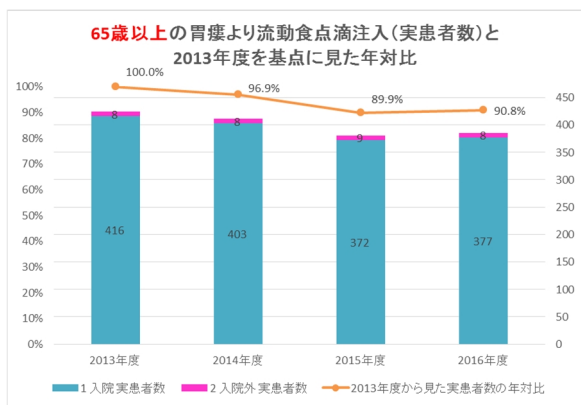


図 2-5①.5 65歳以上の胃瘻より流動食点滴注入(実患者数)と2013年度を基点に見た年対比

65歳以上の「胃瘻より流動食点滴注入」の実患者数は、2013年度人口365,769名のうち424名(人口比率0.12%)、2014年度は人口379,929名のうち411名(人口比率0.11%)、2015年度は人口390,296名のうち381名(人口比率0.10%)と胃瘻と同様に2013年度から2015年度まで少しずつ減少していたが、2016年度は人口397,320名のうち385名(0.10%)と極僅かに実患者数は増加したが、65歳以上の人口は増加しており人口に対する比率は0.10%であった(図2-5①.6)。

2013年度を基点とした減少率では、2014年度は93.32%、2015年度は84.21%、2016年度は実患者数は増えたものの、65歳以上の人口が増加しているため減少率は83.59%となった(図2-5①.6)。

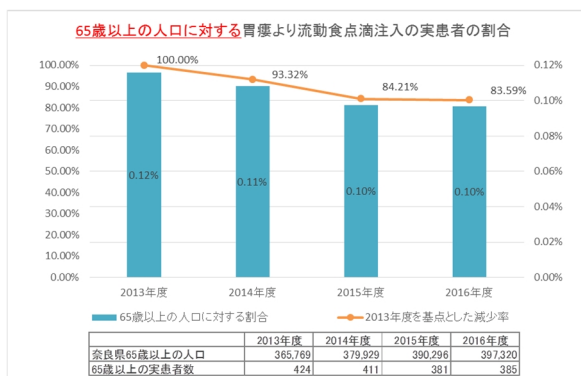


図 2-5①.6 65歳以上の人口に対する胃瘻より流動食点滴注入の実患者の割合

3. 経管栄養カテーテル交換法

「経管栄養カテーテル交換法」では、2013年度1,753名(入院937名、外来816名)から、2014年度1,607名(入院838名、外来769名)、2015年度1,526名(入院780名、外来746名)、2016年度1,462名(入院721名、外来741名)と年々減少し、2013年度を基点にしてみても、2014年度91.7%、2015年度87.1%、2016年度83.4%と減少している(図2-5①.7)。

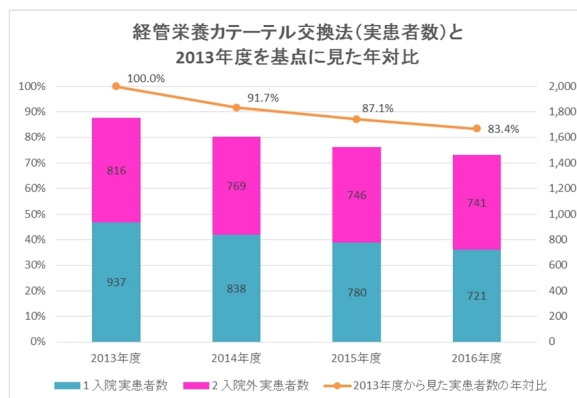


図 2-5①.7 経管栄養カテーテル交換法(実患者数)と2013年度を基点に見た年対比

65歳以上の高齢者でも、2013年度1,595名(入院830名、外来765名)から、2014年度1,463名(入院739名、外来724名)、2015年度1,403名(入院696名、外来707名)、2016年度1,339名(入院647名、外来692名)と年々減少している(図2-5①.8)。

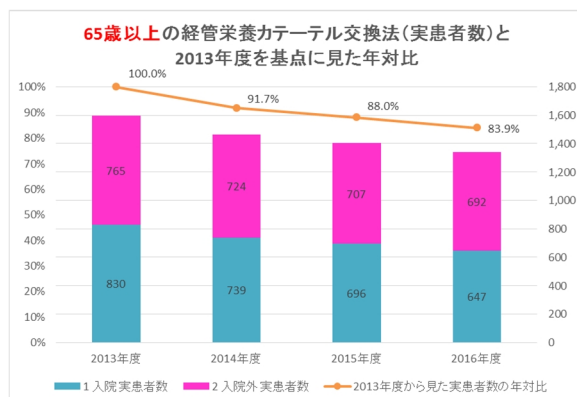


図 2-5①.8 65歳以上の経管栄養カテーテル交換法(実患者数)と2013年度を見た年対比

65歳以上の「経管栄養カテーテル交換法」の実患者数は、2013年度人口365,769名のうち1,595名（人口比率0.44%）、2014年度は人口379,929名のうち1,463名（人口比率0.39%）、2015年度は人口390,296名のうち1,403名（人口比率0.36%）、2016年度は人口397,320名のうち1,339名（0.34%）と徐々に減少している（図2-5①.9）。

2013年を基点にした減少率では、2014年度に一旦88.31%へ減少し、2015年度82.43%、2016年度には77.28%まで減少を認めた（図2-5①.9）。

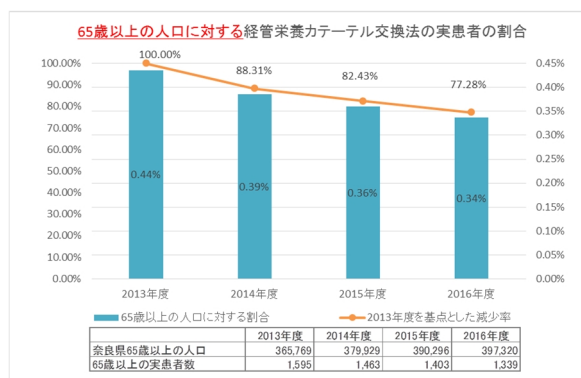


図2-5①.9 65歳以上の人口に対する経管栄養カテーテル交換法の実患者の割合

4. 中心静脈注射

胃瘻や経鼻経管栄養の変わりとなる診療行為として、中心静脈注射がある。「胃瘻造設術」も「経管栄養カテーテル交換法」も減少しているため、その他の代用として行われる診療行為として中心静脈注射がある。

「中心静脈注射」、「中心静脈注射（植込型カテーテル）」の合計の年間推移をみると、2013年度は7,160名（入院7,068名、外来92名）であったが、2014年度6,940名（入院6,849名、外来91名）、2015年度6,586名（入院6,508名、外来78名）、2016年度6,468名（入院6,392名、外来76名）と年々減少している（図2-5①.10）。

2013年度を基点にした年対比では、2014

年度96.9%、2015年度92.0%、2016年度90.3%と減少傾向で推移している（図2-5①.10）。

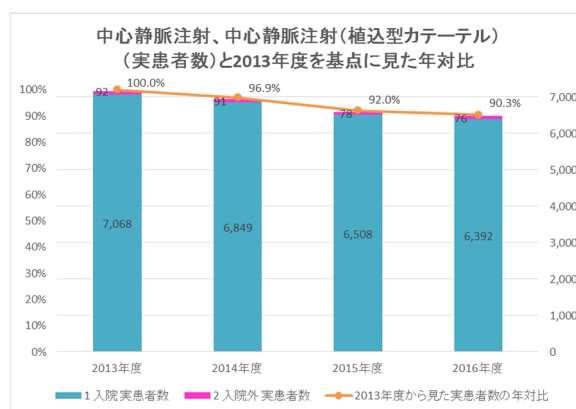


図2-5①.10 中心静脈注射、中心静脈注射（植込型カテーテル）（実患者数）と2013年度を基点に見た年対比

65歳以上の高齢者でも、2013年度6,459名（入院6,385名、外来74名）から、2014年度6,268名（入院6,188名、外来80名）、2015年度5,953名（入院5,889名、外来64名）、2016年度5,906名（入院5,842名、外来64名）と中心静脈注射を行っている実患者数は年々減少している（図2-5①.11）。

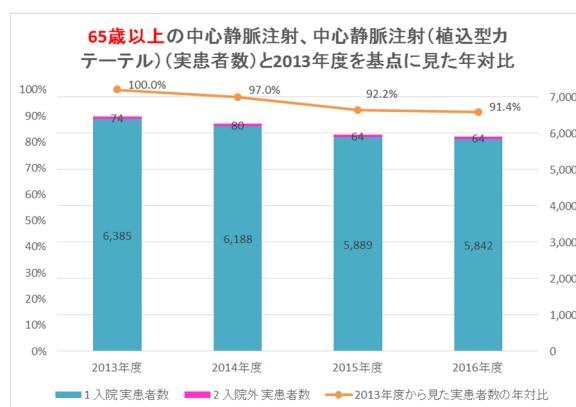


図2-5①.11 65歳以上の中心静脈注射、中心静脈注射（植込型カテーテル）（実患者数）と2013年度を基点に見た年対比

65歳以上の「中心静脈注射」、「中心静脈注射（植込型カテーテル）」の実患者数は、2013年度人口365,769名のうち6,459名（人口比率1.77%）、2014年度は人口379,929

名のうち 6,268 名（人口比率 1.65%）、2015 年度は人口 390,296 名のうち 5,953 名（人口比率 1.53%）、2016 年度は人口 397,320 名のうち 5,906 名（人口比率 1.49%）と徐々に減少している（図 2-5①.12）。

2013 年度を基点とした減少率では、2014 年度 93.43%、2015 年度は少し減少率が多くなり 86.37%、2016 年度は 84.18%と更に減少した（図 2-5①.12）。

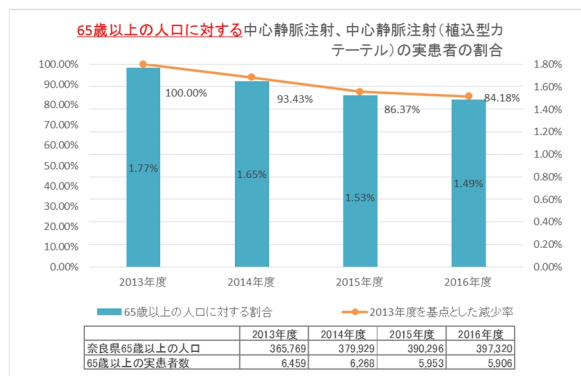


図 2-5①.12 65 歳以上の人口に対する中心静脈注射、中心静脈注射（植込型カテーテル）の実患者の割合

「中心静脈注射用カテーテル挿入」の診療行為も 2013 年度は 5,355 名（入院 5,334 名、外来 21 名）より年々減少し、2014 年度 5,120 名（入院 5,089 名、外来 31 名）、2015 年度 4,855 名（入院 4,821 名、外来 34 名）、2016 年 4,662 名（入院 4,643 名、外来 19 名）と推移している（図 2-5①.13）。

2013 年度を基点とした年対比でも、2014 年度 95.6%、2015 年度 90.7%、2016 年度は 87.1%と減少しており、中心静脈カテーテルの使用は減少している（図 2-5①.13）。

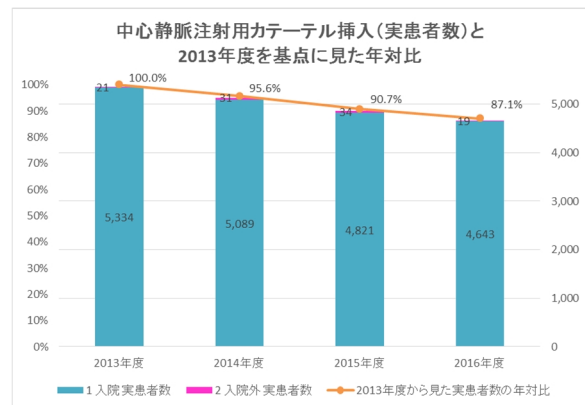


図 2-5①.13 中心静脈注射用カテーテル挿入（実患者数）と 2013 年度を基点に見た年対比

65 歳以上の高齢者でも、2013 年度 4,858 名（入院 4,839 名、外来 19 名）から、2014 年度 4,675 名（入院 4,646 名、外来 29 名）、2015 年度 4,408 名（入院 4,376 名、外来 32 名）、2016 年度 4,288 名（入院 4,270 名、外来 18 名）と中心静脈注射用カテーテルの挿入も年々減少している（図 2-5①.14）。

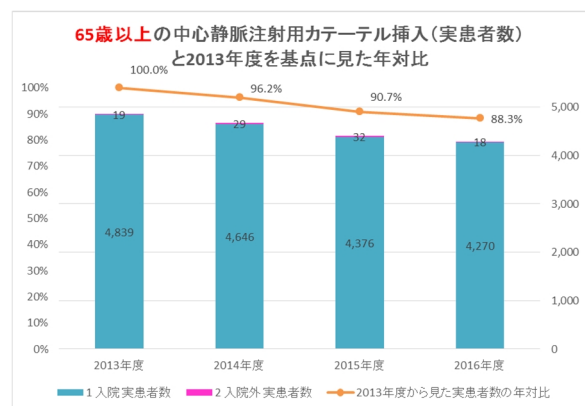


図 2-5①.14 65 歳以上の中心静脈注射用カテーテル挿入（実患者数）と 2013 年度を基点に見た年対比

65 歳以上の「中心静脈注射用カテーテル挿入」の実患者数は、2013 年度人口 365,769 名のうち 4,858 名（人口比率 1.33%）、2014 年度は人口 379,929 名のうち 4,675 名（人口比率 1.23%）、2015 年度は人口 390,296 名のうち 4,408 名（人口比率 1.13%）、2016 年度は人口 397,320 名のうち 4,288 名（人口

比率 1.08%) と徐々に減少している (図 2-5 ①.15)。

2013 年度を基点とした減少率では、2014 年度 92.65%から、2015 年度は更に減少し 85.03%、2016 年度には 81.26%まで減少した (図 2-5①.15)。

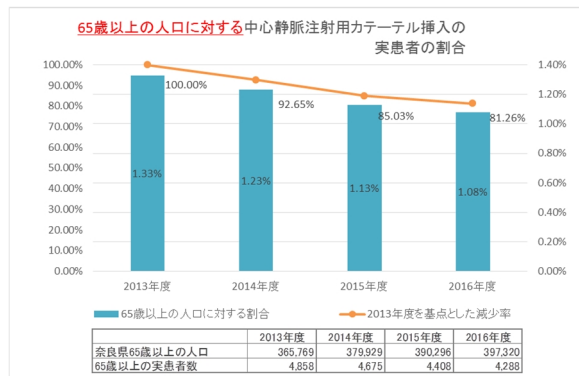


図 2-5①.15 65 歳以上の人口に対する中心静脈注射用カテーテル挿入の実患者の割合

D. 考察

65 歳以上の人口は 2013 年度 365,769 名から 2016 年度は 397,320 名へと年々増加しつづけているが、「1. 胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)」の実患者数は、2013 年度 543 名 (入院 528 名、外来 15 名) から、2016 年度には 393 名 (入院 380 名、外来 13 名) となり、新たに胃瘻を造設する患者は減少している。

胃瘻から経管栄養を注入したり、管理を行ったりなどの医療行為として「2. 胃瘻より流動食点滴注入」と「3. 経管栄養カテーテル交換法」の医科診療行為があるが、「3. 胃瘻より流動食点滴注入」は 2013 年度 467 名 (入院 459 名、外来 8 名) から、2016 年度は 448 名 (入院 439 名、外来 9 名) へ、「経管栄養カテーテル交換法」は 2013 年度 1,753 名 (入院 937 名、外来 816 名) から、2016 年度 1,462 名 (入院 721 名、外来 741 名) へと減少しており、経管栄養自体を実施する患者が少なくなっている。

その代用として、「4. 中心静脈注射」が考えられるが、「中心静脈注射」と「中心静脈注射 (植込型カテーテル)」の合計をみると 2013 年度は 7,160 名 (入院 7,068 名、外来 92 名) であったが、2016 年度 6,468 名 (入院 6,392 名、外来 76 名) と年々減少し、「中心静脈注射用カテーテル挿入」では 2013 年度 5,355 名 (入院 5,334 名、外来 21 名) より、2016 年 4,662 名 (入院 4,643 名、外来 19 名) へと年々減少しているため、胃瘻から点滴などの高カロリー輸液に移行したとは言えない現状であった。

E. 結論

胃瘻に着目し、国保データベースの分析を行った。医療機関が 2025 年の地域医療構想の病床区分を選択するにあたっては、患者の受療行動、診療報酬改定等の動向等を見据えた検討を行う必要がある。本研究が都道府県への一助となれば幸いである。

F. 健康危険情報

なし (非該当)

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 野田龍也、松本晴樹、伴正海、石井洋介、原澤朋史、木下栄作、今村知明. 地域医療構想の推進に資する急性期指標の開発. 厚生 の 指 標 . 2017 Apr;64(4):9-14.

2) 高取克彦、松本大輔、野田龍也、今村知明. 地域高齢者における Romberg 率の逆説現象と身体機能特性および転倒との関連性. 理学療法科学. 2017 Jun;32(3)397-402.

- 3) Yukie Ito, Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Toshio Ogawa, Tomoaki Imamura. Beneficiaries' Will-iness to Pay for Resuscitation Provided by Ambulance Attendants: A Survey Using the Contingent Valuation Approach. *Health.* 2017 Sep;9(10):1367-1377.
- 4) 野田龍也、久保慎一郎、明神大也、西岡祐一、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) における患者突合 (名寄せ) 手法の改良と検証. *厚生*の指標. 2017 Oct;64(12): 7-13.
- 5) Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Hayato Yamana, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga. Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically ill patients: A retrospective cohort study. *Journal of Critical Care.* 2017 Oct;41:209-215.
- 6) 久保慎一郎、野田龍也、川戸美由紀、山田宏哉、三重野牧子、谷原真一、村上義孝、橋本修二、今村知明. 患者調査における平均診療間隔の分布と再来外来患者数推計値の変化. *日本公衆衛生雑誌.* 2017 Oct;64 (10) :619-629.
- 7) 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み—患者突合 (名寄せ) の手法開発と検証—. *医療情報学 論文集.* 2017 Nov;37(suppl.):565-570.
- 8) 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み —1 入院 1 データ化—. *医療情報学 論文集.* 2017 Nov;37(suppl.):561-564.
- 9) 監修: 今村知明、池田俊也、長谷川友紀
編集: 小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也.
地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集 (平成 28 年度版). 2018 Jan;全文.
- 10) Y Itoh, M Akahane, T Imamura. Impact of temperature in summer on emergency transportation for heat-related diseases in Japan. *Chinese Medical Journal.* 2018 Mar;131(5): 574-582.
- 11) Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Matsui, Genta Kato, Tomoaki Imamura. National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB): Outline and Patient-Matching Technique. *bioRxiv.* 2018 Mar;. 280008.

2. 学会発表

- 1) 2017 年 6 月 1 日～2017 年 6 月 3 日 (福井県、フェニックス・プラザ). 第 21 回日本医療情報学会春季学術大会. 看護師の人件費構造分析: 年齢階級別モデルの構築と平均年齢の増減による損益

- シミュレーション. 中西康裕、三宅好子、高橋美雪、今村知明 .
- 2) 2017年8月19日～2017年8月22日 (Sonic City in Saitama, Japan) . 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Association between anesthetic agents and early surgical site infection after total knee arthroplasty: analysis using Japanese nationwide database. Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatsuya Noda, Manabu Akahane, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguti, Tomoaki Imamura.
 - 3) 2017年8月19日～2017年8月22日 (Sonic City in Saitama, Japan) . 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Changes in the average interval since last visit and the number of repeat outpatients in the Patient Survey of Japan. Shinichiro Ku-bo, Tatsuya Noda, Miyuki Kawado, Hiroya Yamada, Mikiko Naka Mieno, Shinichi Tanihara, Yositaka Murakami, Shuji Hashimoto, Tomoaki Imamura.
 - 4) 2017年8月19日～2017年8月22日 (Sonic City in Saitama, Japan) . 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Measurement of cut-off day between admission and surgical intervention, for reduced mortality of patients with hip fractures using Japanese nationwide administrative database. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Miwa Kishimoto, Manabu Akahane, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Tomoaki Imamura.
 - 5) 2017年10月31日～2017年11月2日 (鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 麻酔薬とTKA術後SSIの発生頻度の関連:DPCデータを用いた傾向スコア研究. 岸本美和、山名隼人、野田龍也、赤羽学、松居宏樹、康永秀生、今村知明.
 - 6) 2017年10月31日～2017年11月2日 (鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想と医療計画のための指標の作成と推進施策の研究. 今村知明、林修一郎、村上淳基、野田龍也.
 - 7) 2017年10月31日～2017年11月2日 (鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の実現に向けた、奈良県における医療提供体制等の分析. 林修一郎、野田龍也、今村知明.
 - 8) 2017年10月31日～2017年11月2日 (鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 奈良県国保データベースによる地域及び病院特性分析指標の検討. 村上淳基、野田龍也、林修一郎、今村知明.

- 9) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) : 透析患者の全国分布. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明.
- 10) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) : 日本の糖尿病診療の全体像. 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、毛利貴子、石井均、今村知明.
- 11) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 概要報. 加藤源太、林修一郎、野田龍也、今村知明.
- 12) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. NDB を用いた、血友病・von Willebrand 病の患者数の地域分布. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明.
- 13) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) の活用: 高次脳機能障害受診の全国分布. 野田龍也、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、今村知明.
- 14) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 解体工事に伴う院内感染対策と浮遊菌量測定による効果の検証. 中西康裕、今村知明.
- 15) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 専門医の取得状況と若手医師の都道府県間移動について. 小池創一、野田龍也、川口英明、今村知明、松本正俊.
- 16) 2017年11月16日～2017年11月16日(奈良県、奈良県医師会館) . 第38回奈良県公衆衛生学会. 奈良県国保データベースによる地域及び病院特性分析指標の検討. 村上淳基、野田龍也、林修一郎、今村知明.
- 17) 2017年11月20日～2017年11月23日(大阪府、グランキューブ大阪) . 第37回医療情報学連合大会(第18回日本医療情報学会学術大会) . レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) 利用促進に向けた取り組み—患者突合(名寄せ)の手法開発と検証—. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明.
- 18) 2017年11月20日～2017年11月23日(大阪府、グランキューブ大阪) . 第37回医療情報学連合大会(第18回日本医療情報学会学術大会) . レセプト情

報・特定健診等情報データベース(NDB)
利用促進に向けた取り組み -1 入院 1
データ化-。 明神大也、野田龍也、久
保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、今村知
明。

19) 2017年11月20日～2017年11月23日
(大阪府、グランキューブ大阪)。 第
37回医療情報学連合大会(第18回日本
医療情報学会学術大会)。 新たなエビ
デンス創出のための次世代 NDB データ
研究基盤構築に関する研究:新たなシス
テム下での検索速度等に関する評価。
加藤源太、酒井未知、大寺祥佑、下垣徹、
松居宏樹、野田龍也、康永秀生、今村知
明、黒田知宏。

20) 2018年3月23日～2018年3月25日(大
阪府、大阪国際会議場、リーガロイヤル
ホテル大阪、堂島リバーフォーラム)。
第82回日本循環器学会学術集会。 地
域医療計画や医療構想と循環器医療提
供体制の調和の必要性について。 今村
知明。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし。

【実地検証班②】国保レセプトデータを用いた被保険者の県内・県外、二次医療圏内、市町村内の医療機関への受診状況の分析

研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 村上 淳基（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）
研究協力者 林 修一郎（奈良県医療政策部 部長）

研究要旨

現在、各都道府県で地域医療構想が進められている。病床の機能分化・連携の推進を考えるにあたって、奈良県の国保及び後期高齢者のレセプトデータ（KDB）の2013年度から2015年度（2013年4月から2016年3月まで）の3年分を用いて、県被保険者が在住している二次医療圏内や市町村内の医療機関による外来を含めた受診者の状況を集計分析し、結果を比較した。

その結果、奈良県の二次医療圏別では、大学病院などの高度急性期の医療機関がある医療圏では域内受診率が高くなるが、ない医療圏である南和医療圏においては著しく域内受診率が低下する傾向にあった。他府県と隣接する地域や市町村内に入院できる医療機関が少ない地域では、他府県や近隣の市町村への受診率が高くなる。県外受診率は、大学などの通学や住居の移転、就職や県外通勤などの理由によって20歳～34歳が高くなり、高齢になると低下する傾向が見られた。

医療機関が病床4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の選択や病床区分の移行を検討するにあたっては、医療機関へのアクセスや医療機関の立地、域内受診率等の状況を加味しながら機能分化や連携を推進する必要がある。

A. 研究目的

本分担研究班は地域医療構想の実現に向けて、奈良県をフィールドとして国保及び後期高齢者のレセプトを用いて、病院機能の見える化を図っていくことを目的とする。

者が在住している二次医療圏内や市町村内の医療機関による受診者の状況を調査した。

本集計で用いるKDBデータとは「国保・後期高齢」を対象としている。

B. 研究方法

2013年度から2015年度（2013年4月から2016年3月まで）の3年分の国保、後期高齢を対象とするKDBデータを使用し、被保険

<データ作成の方法>

- ① KDBデータで各市町村別に郵便番号でデータを抽出。
- ② 奈良市内はデータが多いため、更に町村毎に分割してデータを抽出。
- ③ 抽出したデータを集計するときに、列項目「入院/入院外」を選択し、行項目に

は「医療機関コード」を選択し、「環境変数」にチェックを入れた。

- ④ 医療機関ごとの郵便番号がそれぞれ集計がでるので、郵便番号より各医療機関の二次医療圏を分類。
- ⑤ 被保険者が在住している医療圏内や、市町村内での医療機関でどれくらいの患者が受診しているかの比率を算出した。

(注意)

- ・ 受診者総数は、同一の受診者が複数の医療機関を受診している場合は重複してカウントされている。
- ・ 本集計では「国保・後期高齢」を対象とする KDB データであるため、「域内受診率」が高めに出る可能性があり、年齢調整が必要である。

(倫理面への配慮)

本研究は、特定の個人、実験動物等を対象とした研究を含まないものの、倫理面及び個人情報等の管理に十分配慮して研究を進めた。

C. 研究結果

奈良県では奈良、西和、東和、中和、南和に医療圏の区分けがされており、それぞれの受診者数は、奈良医療圏 828,248 人、西和医療圏 758,849 人、東和医療圏 454,946 人、中和医療圏 794,466 人、南和医療圏 212,070 人で、これらを合計した受診者総数は 3,048,579 人であった。この内、奈良県外の医療機関の受診者数は、223,952 人（総受診者数から見た奈良県外の医療機関の県外受診率 7.35%）、奈良県内の医療機関の受診者数 2,824,629 人（総受診者数から見た奈良県内の医療機関への域内受診率 92.65%）であった。

奈良県立医科大学附属病院がある中和医

療圏内や、奈良県総合医療センターと市立奈良病院がある奈良医療圏内、天理よろづ相談所病院がある東和医療圏内では、それぞれの医療圏内における域内受診率は、中和医療圏 82.09%、奈良医療圏 79.16%、東和医療圏 75.63%と高い域内受診率となっている。しかし、大学病院などの高度急性期の医療機関がない南和医療圏においては 58.12%と著しく域内受診率が低下している（表 2-5②.1、図 2-5②.1）。

表 2-5②.1 医療県別に見た県外・県内、医療圏内における受診状況

医療圏	① 総受診者数	② 奈良県外への受診者数	②÷① 奈良県外への県外受診率	③ 奈良県内の受診者数	③÷① 県内の域内受診率	④ 医療圏内の受診者数	④÷① 総受診者数から見た医療圏内での域内受診率	④÷③ 県内受診者数から見た医療圏内の域内受診率
奈良	828,248	64,498	7.79%	763,750	92.21%	655,660	79.16%	85.85%
西和	758,849	60,517	7.97%	698,332	92.03%	537,063	70.77%	76.91%
東和	454,946	27,839	6.12%	427,109	93.88%	344,081	75.63%	80.56%
中和	794,466	42,367	5.33%	752,099	94.67%	652,174	82.09%	86.71%
南和	212,070	28,731	13.55%	183,339	86.45%	123,262	58.12%	67.23%
総合計	3,048,579	223,952	7.35%	2,824,629	92.65%	2,312,240	75.85%	81.86%

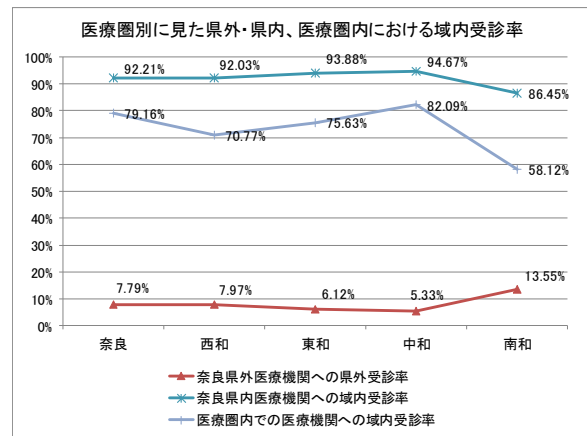


図 2-5②.1 医療県別に見た県外・県内、医療圏内における域内受診率

市町村別に比較すると、奈良市 79.16%、天理市 77.93%、橿原市 75.92%と市町村内の域内受診率は高めであり、奈良市では奈良県総合医療センターと市立奈良病院、天理市では天理よろづ相談所病院、橿原市では奈良県立医科大学附属病院が存在している。

このように、高度急性期を含む総合的な機

能を有する病院がある市町村では市町村内の医療機関での域内受診率が高くなるが、このような医療機関がない市町村では域内受診率が低下している。

また、大きな医療機関はあるが他府県と隣接している市町村(図 2-5②.3)である生駒市では、近畿大学医学部奈良病院があるにも関わらず生駒市内医療機関での域内受診率が64.82%と奈良市・天理市・橿原市に比べると低く、県外受診率は11.11%と高い。五條市では奈良県立五條病院があるが五條市内の医療機関への域内受診率は60.16%と低く、県外受診率が19.36%と高値であった。(表 2-5②.2; オレンジ色の網掛け部分)

その他、大きな医療機関のない市町村で、香芝市は香芝市内の医療機関の域内受診率が57.18%と低く、県外受診率は10.01%とやや高い。宇陀郡は宇陀郡内の医療機関への域内受診率が20.70%でかなり低くなるが、県外受診率は33.37%と高く、その他、山添村は村内医療機関の域内受診率20.88%とかなり低い、県外受診率は47.50%と高く約半数の受診者が県外へ受診している。(表 2-5②.2; ピンク色の網掛け部分)

当該市町村内に入院設備のある医療機関がない又は少ない地域では、県外受診率は低くなるが、他の市町村への受診率は高くなる。

生駒郡では生駒郡内の医療機関への域内受診率は43.85%と低く、県外受診率も7.65%とそれほど高くないが、県内の域内受診率は92.35%と高めになっている。葛城市でも葛城市内医療機関の域内受診率が36.73%と低く、県外受診率も5.43%と低い、県内の域内受診率は94.57%と高くなっている。その他、広陵町内の域内受診率は24.74%とより低く、県外受診率も5.46%と

低い、県内の域内受診率は94.54%と高い。高市郡内の域内受診率は17.44%とかなり低く、県外受診率も2.95%とかなり低い、県内の域内受診率97.05%と高くなる。これらより、県内の近隣の市町村の医療機関で受診を行っていることが分かる。(表 2-5②.2; 黄色の網掛け部分)

本集計では「国保・後期高齢」を対象とするKDBデータであるため、「域内受診率」が高めに出る可能性があり、年齢調整が必要である。

表 2-5②.2 市町村別に見た県外・県内、医療圏内における受診状況

医療圏	市町村	① 総受診者数	② 奈良県外への受診者数	②÷① 奈良県外への県外受診率	③ 奈良県内の受診者数	③÷① 県内の域内受診率	④ 医療圏内の受診者数	④÷① 総受診者数から見た医療圏内での域内受診率	④÷③ 県内受診者数から見た医療圏内の域内受診率	⑤ 市町村内の受診者数	⑤÷① 総受診者か見た市町村内の域内受診率	⑤÷③ 県内受診者数から見た市町村内の域内受診率
	奈良医療圏合計	828,248	64,498	7.79%	763,750	92.21%	655,660	79.16%	85.85%	655,660	79.16%	85.85%
西和	生駒市	239,974	26,673	11.11%	213,301	88.89%	159,274	66.37%	74.67%	155,560	64.82%	72.93%
西和	生駒郡三郷・平群・安堵・斑鳩	182,404	13,947	7.65%	168,457	92.35%	140,137	76.83%	83.19%	79,993	43.85%	47.49%
西和	大和郡山市	188,242	8,233	4.37%	180,009	95.63%	137,602	73.10%	76.44%	132,427	70.35%	73.57%
西和	北葛城郡上牧・王寺・河合	148,229	11,664	7.87%	136,565	92.13%	100,050	67.50%	73.26%	81,980	55.31%	60.03%
	西和医療圏合計	758,849	60,517	7.97%	698,332	92.03%	537,063	70.77%	76.91%	449,960	59.30%	64.43%
東和	天理市	127,101	4,246	3.34%	122,855	96.66%	105,402	82.93%	85.79%	99,045	77.93%	80.62%
東和	磯城郡川西・三宅・田原本	105,784	3,716	3.51%	102,068	96.49%	71,143	67.25%	69.70%	50,506	47.74%	49.48%
東和	宇陀郡曾爾村・御杖村	11,491	3,835	33.37%	7,656	66.63%	6,483	56.42%	84.68%	2,379	20.70%	31.07%
東和	宇陀市	77,371	6,836	8.84%	70,535	91.16%	60,234	77.85%	85.40%	40,719	52.63%	57.73%
東和	桜井市	122,467	4,108	3.35%	118,359	96.65%	96,768	79.02%	81.76%	82,255	67.17%	69.50%
東和	山添村	10,732	5,098	47.50%	5,636	52.52%	4,051	37.75%	71.88%	2,241	20.88%	39.76%
	東和医療圏合計	454,946	27,839	6.12%	427,109	93.88%	344,081	75.63%	80.56%	277,145	60.92%	64.89%
中和	葛城市	79,391	4,309	5.43%	75,082	94.57%	69,474	87.51%	92.53%	29,162	36.73%	38.84%
中和	香芝市	145,091	14,527	10.01%	130,564	89.99%	108,051	74.47%	82.76%	82,966	57.18%	63.54%
中和	大和高田市	150,598	6,969	4.63%	143,629	95.37%	131,907	87.59%	91.84%	96,408	64.02%	67.12%
中和	広陵町	68,015	3,713	5.46%	64,302	94.54%	47,085	69.23%	73.22%	16,826	24.74%	26.17%
中和	橿原市	252,649	8,907	3.53%	243,742	96.47%	212,205	83.99%	87.06%	191,816	75.92%	78.70%
中和	御所市	65,953	2,974	4.51%	62,979	95.49%	56,320	85.39%	89.43%	32,058	48.61%	50.90%
中和	高市郡	32,769	968	2.95%	31,801	97.05%	27,132	82.80%	85.32%	5,714	17.44%	17.97%
	中和医療圏合計	794,466	42,367	5.33%	752,099	94.67%	652,174	82.09%	86.71%	454,950	57.26%	60.49%
南和	吉野郡全域	122,705	11,428	9.31%	111,277	90.69%	65,587	53.45%	58.94%	60,260	49.11%	54.15%
南和	五條市	89,365	17,303	19.36%	72,062	80.64%	57,675	64.54%	80.04%	53,765	60.16%	74.61%
	南和医療圏合計	212,070	28,731	13.55%	183,339	86.45%	123,262	58.12%	67.23%	114,025	53.77%	62.19%
	総合計	3,048,579	223,952	7.35%	2,824,629	92.65%	2,312,240	75.85%	81.86%	1,951,740	64.02%	69.10%

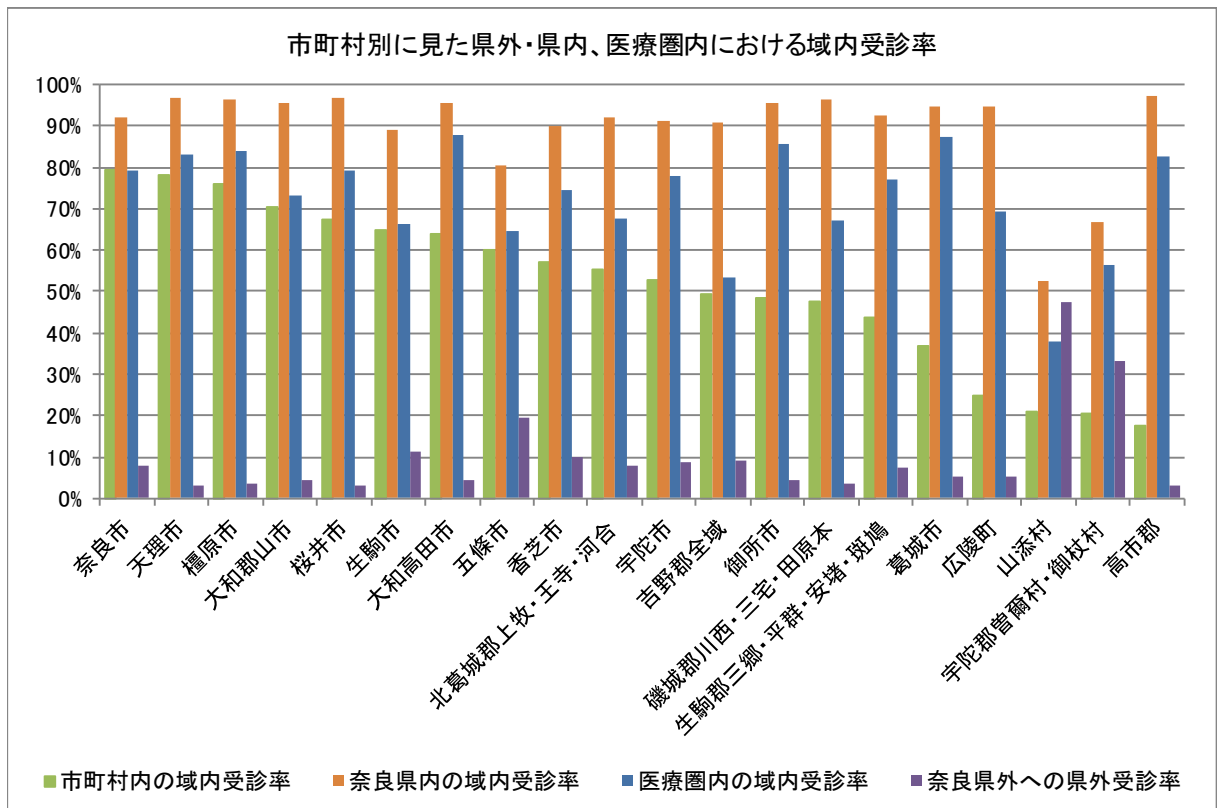


図 2-5②.2 市町村別に見た県外・県内、医療圏内における域内受診率

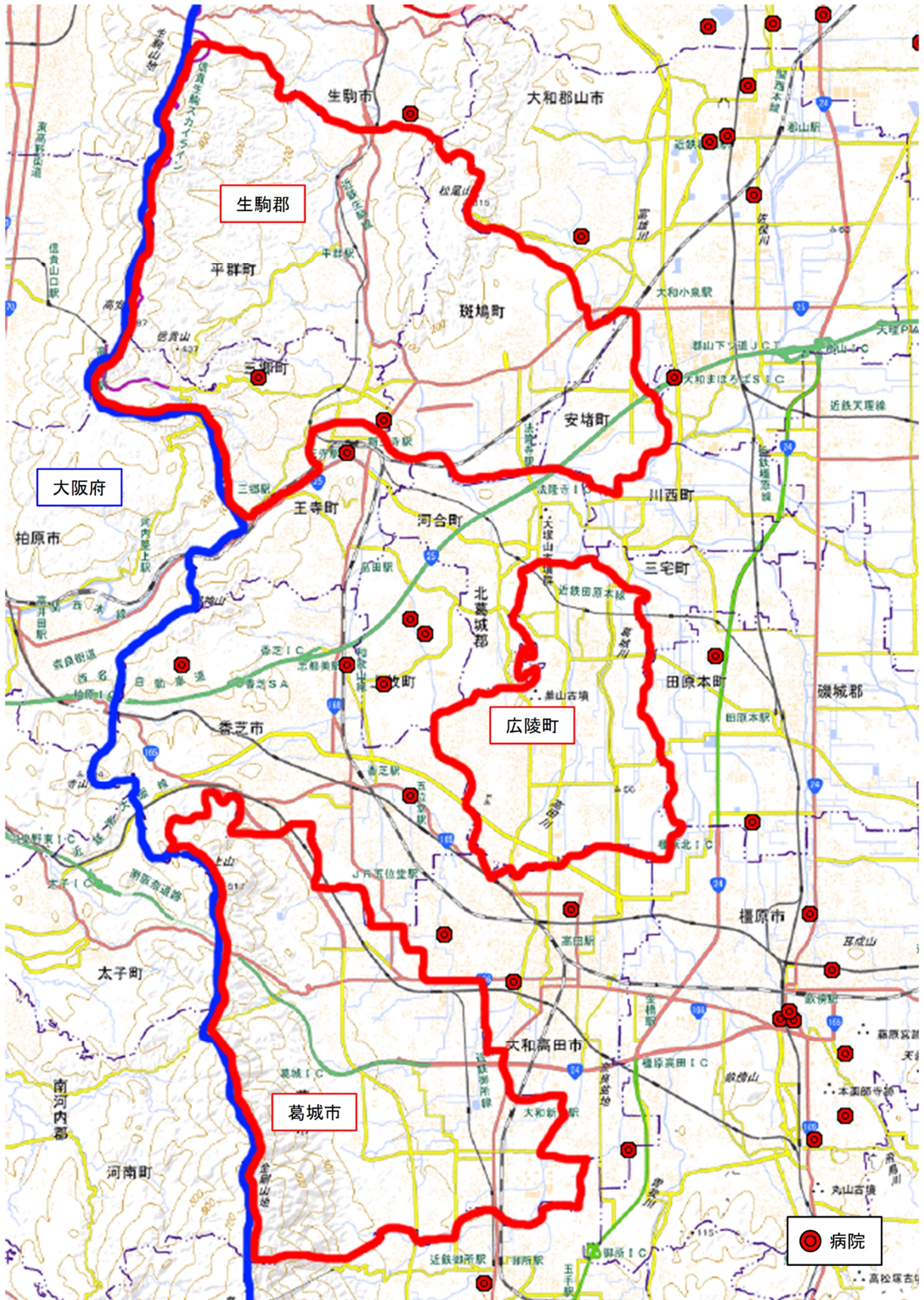


図 2-5②.3 他府県と隣接している市町村と医療機関マップ

葛城市と宇陀市のデータを比較の代表にし、更に5歳ごとの年齢階級に分けてデータの集計を行った。その結果、葛城市の県外受診率は5.29%と低めであるが、その中でも20歳～34歳、宇陀市では15歳～59歳で県外受診率が高くなっていた。

葛城市では20歳～24歳で16.40%と急に高くなり、25歳～29歳12.85%、30歳～34歳11.34%へと推移し、その後徐々に県外受診率は低下する(表2-5②.3、図2-5②.4)。

宇陀市の県外受診率は8.73%と高く、15歳～19歳から12.63%と高くなり、20歳～24歳では一番高い20.00%へ推移し、25歳～29歳18.34%、30歳～34歳13.01%、35歳～39歳14.30%となり、その後、徐々に県外受診率は低くなる(表2-5②.4、図2-5②.5)。

これらの理由として、県外の大学や就職の

ために転居していたり、通勤・通学のついでに就業・就労先に近い医療機関で受診していること、そして葛城市には病院がなく、宇陀市には2つの病院しかないためであることが考えられる。

60歳を過ぎると県外受診率は低下傾向にあり、葛城市では60歳～64歳で5.25%と少なく、65歳～69歳で少し県外受診率が上昇するが、後に年齢が上がるにつれ県外受診率は低下し90歳～94歳では1.63%へと減少する。95歳～99歳では6.73%へと上昇しているが、総受診者数が一気に減少しており100歳以上になると県外受診率は1.60%となる。宇陀市では県外受診率は60歳～64歳9.21%と少しだけ低くなるが、その後ゆるやかに低下し、高齢になるほど県外受診率が低くなり100歳以上で2.96%へと減少する。

表2-5②.3 葛城市の受診状況

中和	①	②	②÷①	③	③÷①	④	④÷①	④÷③	⑤	⑤÷①	⑤÷③	⑤÷④	
29211 葛城市	葛城市の 総受診者 数	葛城市の 県外への 受診者数	葛城市の 総受診者 から見た 県外への 県外受診 率	葛城市の 県内の受 診者数	葛城市の 総受診者 数から見た 県内の 域内受診 率	葛城市の 中和医療 圏内の受 診者数	葛城市の 総受診者 数から見た 中和医療 圏内の 域内受診 率	葛城市の 県内受診 者から見た 中和医療 圏内の 域内受診 率	葛城市内 の医療機 関の受診 者数	葛城市の 総受診者 数から見た 葛城市 内医療機 関への域 内受診率	葛城市の 県内受診 者数から 見た葛城 市内医療 機関の域 内受診率	葛城市の 中和医療 圏内から 見た葛城 市内医療 機関の域 内受診率	葛城市の 受診医療 機関不明 の受診者 数
0～4	2,342	72	3.07%	2,270	96.93%	2,031	86.72%	89.47%	0	0.00%	0.00%	0.00%	2
5～9	2,142	55	2.57%	2,087	97.43%	1,944	90.76%	93.15%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
10～14	1,877	48	2.56%	1,829	97.44%	1,729	92.12%	94.53%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
15～19	1,598	127	7.95%	1,471	92.05%	1,360	85.11%	92.45%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
20～24	1,567	257	16.40%	1,310	83.60%	1,219	77.79%	93.05%	0	0.00%	0.00%	0.00%	4
25～29	1,782	229	12.85%	1,553	87.15%	1,434	80.47%	92.34%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
30～34	1,835	208	11.34%	1,627	88.66%	1,502	81.85%	92.32%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
35～39	2,354	192	8.16%	2,162	91.84%	1,981	84.15%	91.63%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
40～44	2,687	172	6.40%	2,515	93.60%	2,330	86.71%	92.64%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
45～49	2,291	144	6.29%	2,147	93.71%	1,999	87.25%	93.11%	0	0.00%	0.00%	0.00%	5
50～54	1,836	120	6.54%	1,716	93.46%	1,601	87.20%	93.30%	0	0.00%	0.00%	0.00%	4
55～59	2,682	191	7.12%	2,491	92.88%	2,328	86.80%	93.46%	0	0.00%	0.00%	0.00%	6
60～64	4,780	251	5.25%	4,529	94.75%	4,241	88.72%	93.64%	0	0.00%	0.00%	0.00%	26
65～69	11,442	698	6.10%	10,744	93.90%	9,953	86.99%	92.64%	0	0.00%	0.00%	0.00%	26
70～74	11,498	622	5.41%	10,876	94.59%	10,047	87.38%	92.38%	0	0.00%	0.00%	0.00%	23
75～79	14,227	612	4.30%	13,615	95.70%	12,661	88.99%	92.99%	0	0.00%	0.00%	0.00%	36
80～84	11,035	373	3.38%	10,662	96.62%	9,914	89.84%	92.98%	0	0.00%	0.00%	0.00%	7
85～89	6,710	211	3.14%	6,499	96.86%	6,062	90.34%	93.28%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
90～94	2,889	47	1.63%	2,842	98.37%	2,580	89.30%	90.78%	0	0.00%	0.00%	0.00%	3
95～99	787	53	6.73%	734	93.27%	674	85.64%	91.83%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
100以上	125	2	1.60%	123	98.40%	112	89.60%	91.06%	0	0.00%	0.00%	0.00%	150
合計	88,486	4,684	5.29%	83,802	94.71%	77,702	87.81%	92.72%	0	0.00%	0.00%	0.00%	298

表 2-5②.4 宇陀市の受診状況

東和	① 宇陀市の 総受診者 数	② 宇陀市の 県外への 受診者数	②÷① 宇陀市の 総受診者 から見た 県外受診 率	③ 宇陀市の 県内の受 診者数	③÷① 宇陀市の 総受診者 数から見た 県内の 域内受診 率	④ 宇陀市の 東和医療 圏内の受 診者数	④÷① 宇陀市の 総受診者 数から見た 東和医療 圏内の 域内受診 率	④÷③ 宇陀市の 県内受診 者から見た 東和医療 圏内の 域内受診 率	⑤ 宇陀市内 の医療機 関の受診 者数	⑤÷① 宇陀市の 総受診者 数から見た 宇陀市内 医療機関 への域内 受診率	⑤÷③ 宇陀市の 県内受診 者数から 見た宇陀 市内医療 機関の 域内受診 率	⑤÷④ 宇陀市の 東和医療 圏内から 見た宇陀 市内医療 機関の 域内受診 率	宇陀市の 医療機関 不明の 受診者 数
0～4	1,293	94	7.27%	1,199	92.73%	1,005	77.73%	83.82%	0	0.00%	0.00%	0.00%	2
5～9	1,418	80	5.64%	1,338	94.36%	1,193	84.13%	89.16%	0	0.00%	0.00%	0.00%	4
10～14	1,267	56	4.42%	1,211	95.58%	1,120	88.40%	92.49%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
15～19	1,283	162	12.63%	1,121	87.37%	949	73.97%	84.66%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
20～24	1,220	244	20.00%	976	80.00%	737	60.41%	75.51%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
25～29	1,167	214	18.34%	953	81.66%	697	59.73%	73.14%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
30～34	1,514	197	13.01%	1,317	86.99%	981	64.80%	74.49%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
35～39	1,587	227	14.30%	1,360	85.70%	1,041	65.60%	76.54%	0	0.00%	0.00%	0.00%	2
40～44	1,757	244	13.89%	1,513	86.11%	1,196	68.07%	79.05%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
45～49	1,600	131	8.19%	1,469	91.81%	1,168	73.00%	79.51%	0	0.00%	0.00%	0.00%	2
50～54	1,740	177	10.17%	1,563	89.83%	1,257	72.24%	80.42%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
55～59	2,272	340	12.27%	2,432	87.73%	2,025	73.05%	83.26%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
60～64	4,234	390	9.21%	3,844	90.79%	3,296	77.85%	85.74%	0	0.00%	0.00%	0.00%	1
65～69	10,542	1,036	9.83%	9,506	90.17%	7,966	75.56%	83.80%	0	0.00%	0.00%	0.00%	6
70～74	10,686	879	8.23%	9,807	91.77%	8,305	77.72%	84.68%	0	0.00%	0.00%	0.00%	10
75～79	15,828	1,157	7.31%	14,671	92.69%	12,646	79.90%	86.20%	0	0.00%	0.00%	0.00%	3
80～84	12,753	1,007	7.90%	11,746	92.10%	10,346	81.13%	88.08%	0	0.00%	0.00%	0.00%	4
85～89	9,055	625	6.90%	8,430	93.10%	7,583	83.74%	89.95%	0	0.00%	0.00%	0.00%	4
90～94	3,784	250	6.61%	3,534	93.39%	3,241	85.65%	91.71%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
95～99	848	34	4.01%	814	95.99%	726	85.61%	89.19%	0	0.00%	0.00%	0.00%	2
100以上	169	5	2.96%	164	97.04%	151	89.35%	92.07%	0	0.00%	0.00%	0.00%	0
合計	86,517	7,549	8.73%	78,968	91.27%	67,629	78.17%	85.64%	0	0.00%	0.00%	0.00%	41

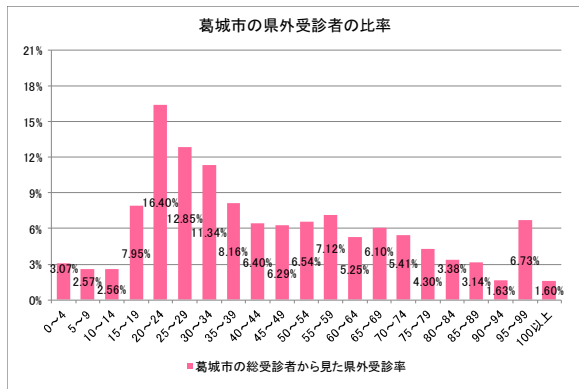


図 2-5②.4 葛城市の県外受診者の比率

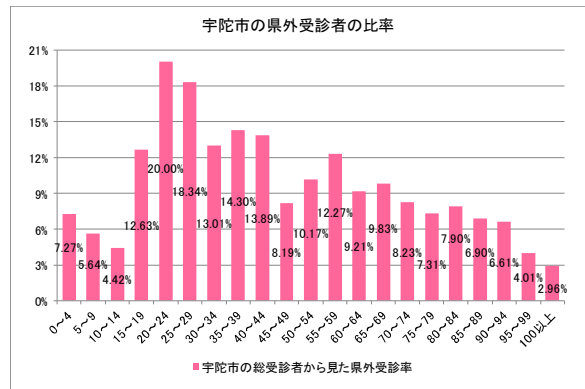


図 2-5②.5 宇陀市の県外受診者の比率

県外への受診先は、地域で見ると葛城市では阿倍野区 291 人、羽曳野市 286 人、天王寺区 234 人、中央区 223 人、北区 207 人といった地域に多く、宇陀市では名張市 3,361 人とずば抜けた受診者数となっており、次いで天王寺区 287 人、中央区 272 人、北区 203 人、伊賀市 151 人であった。

県外の受診者数を病院別に見ると、葛城市

では A 大学病院（大阪府）が 99 人、B 呼吸器・アレルギー病院（大阪府）86 人、C 成人病センター（大阪府）72 人で、高度急性期に当たる病院へ受診している。宇陀市では、クリニック・医院などの眼科や皮膚科の受診が多く、D 病院（名張市）787 人、A 眼科（名張市）584 人、F 皮膚科（名張市）319 人、R 医院（名張市）263 人、H 病院（名張市）178

人の受診者数であった。宇陀市は、榛原駅の近くにI病院があるが、近鉄沿線沿いで直ぐ

に通院できる名張市への患者の流出が多い。

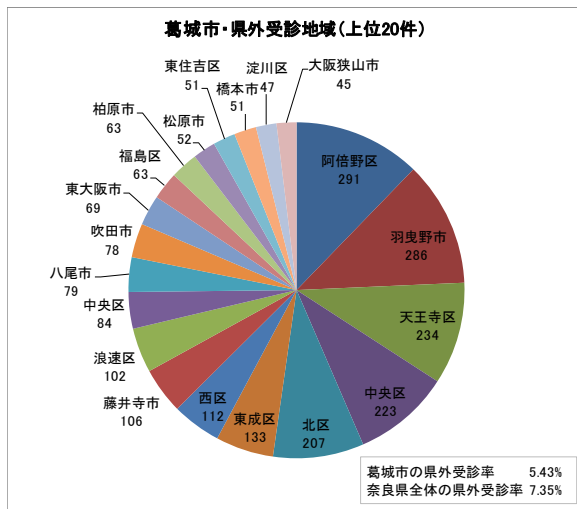


図 2-5②.6 葛城市・県外受診地域(上位 20 件)

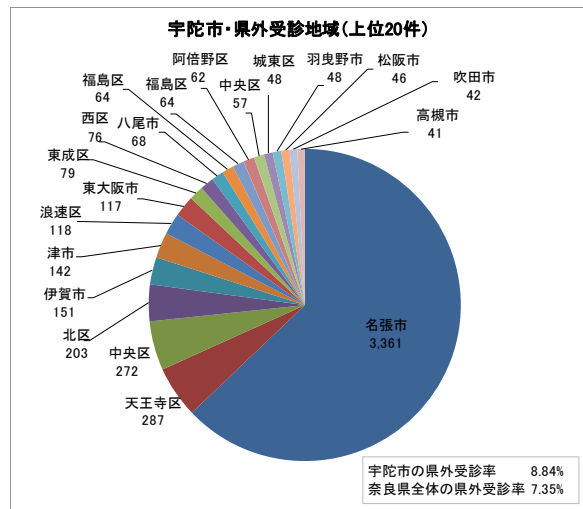


図 2-5②.7 宇陀市・県外受診地域(上位 20 件)

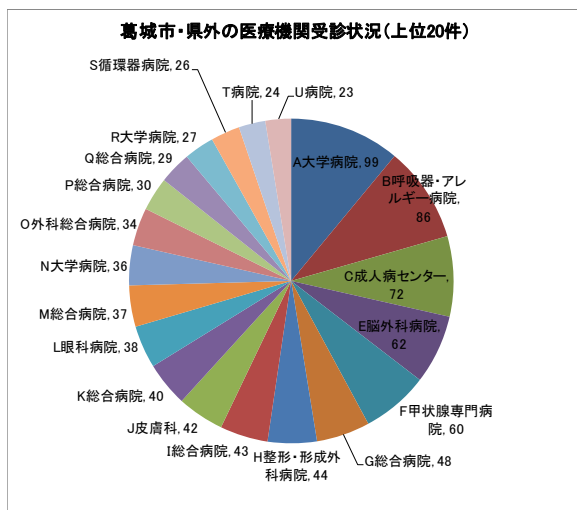


図 2-5②.8 葛城市・県外の医療機関受診状況(上位 20 件)

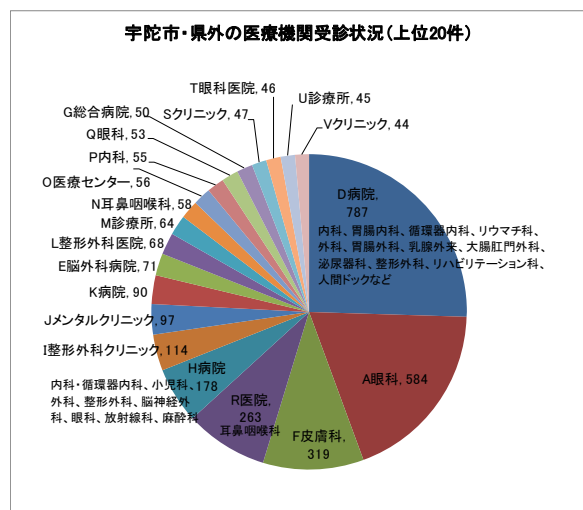


図 2-5②.9 宇陀市・県外の医療機関受診状況(上位 20 件)

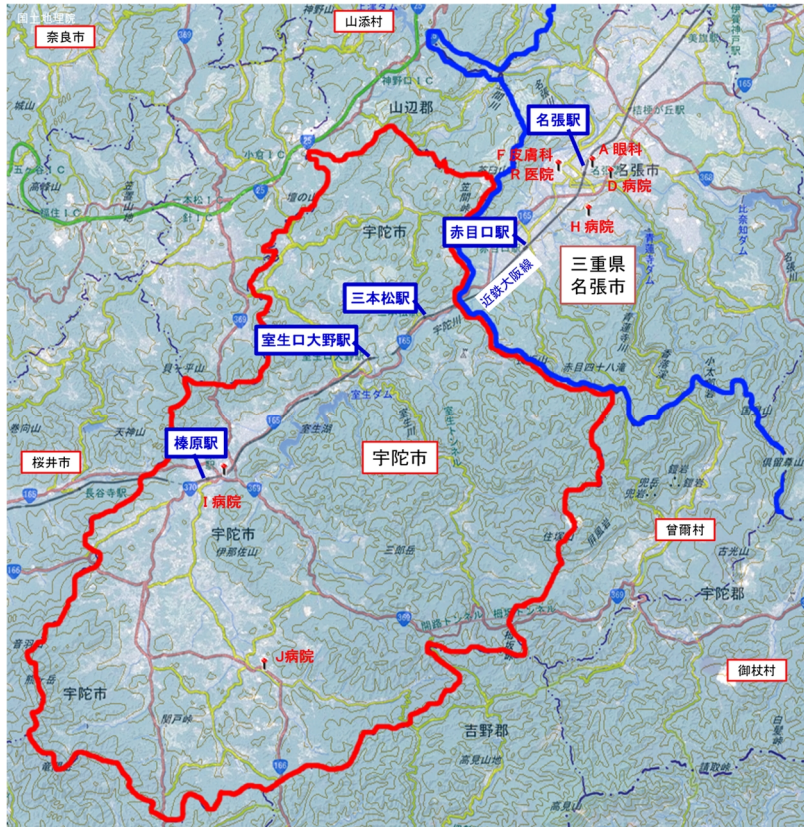
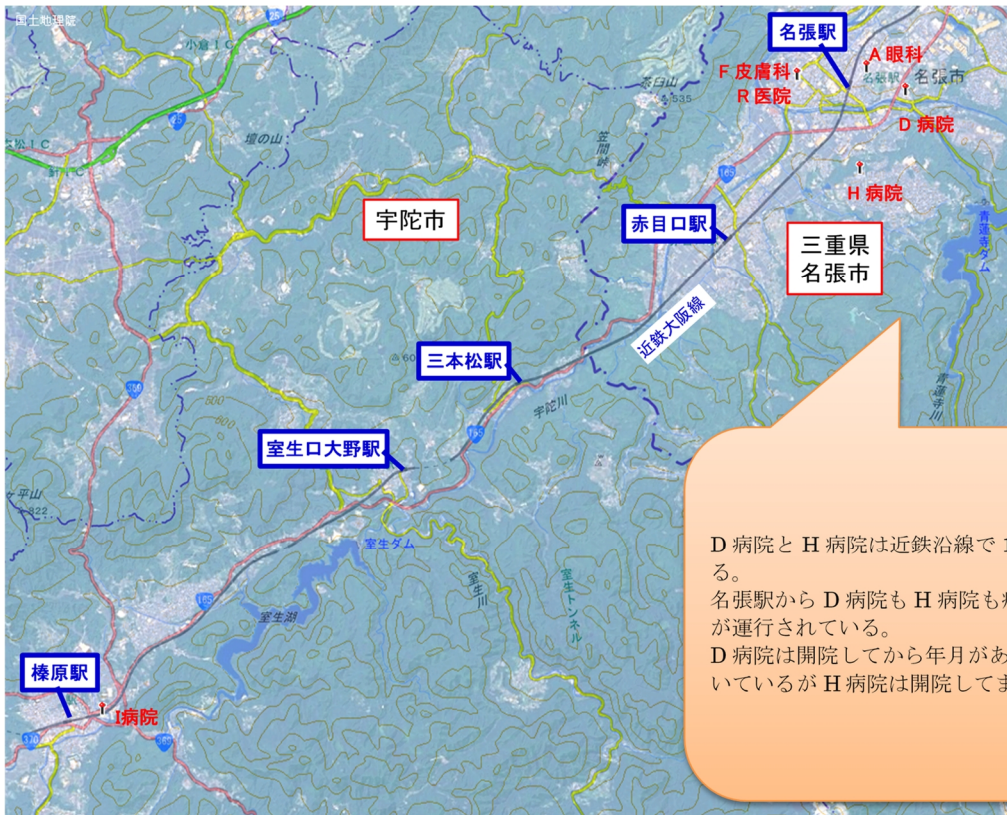


図 2-5②.10 宇陀市・県外の医療機関受診状況（上位 20 件）



D 病院と H 病院は近鉄沿線で 10～15 分で行ける。
 名張駅から D 病院も H 病院も病院前までのバスが運行されている。
 D 病院は開院してから年月があり、地域に根付いているが H 病院は開院してまだ浅い。

図 2-5②.11 宇陀市・県外の医療機関受診状況（上位 20 件）

D. 考察

奈良県の二次医療圏別では、大学病院などの高度急性期の医療機関がある医療圏では域内受診率が高くなるが、ない医療圏である南和医療圏においては著しく域内受診率が低下する。

市町村別でも、高度急性期を含む総合的な機能を有する病院がある市町村では域内受診率が高くなっている。しかし、大きな医療機関はあるが他府県と隣接している市町村では、市町村内での域内受診率が低下する。さらに、他府県と隣接する地域や市町村内に入院できる医療機関が少ない地域では、他府県や近隣の市町村への受診率が高くなる。

県外受診率は、大学などの通学や住居の移転、就職や県外通勤などの理由によって20歳～34歳が高くなり、高齢になると低下する。県外受診は、高度急性期を有する規模の大きな病院や高齢では眼科を受診している患者が多い。

本集計では「国保・後期高齢」を対象とするKDBデータであるため、「域内受診率」が高めに出る可能性があり、年齢調整が必要である。

E. 結論

医療機関が病床4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の選択や病床区分の移行を検討するにあたっては、医療機関へのアクセスや医療機関の立地、域内受診率等の状況を加味しながら機能分化や連携を推進する必要がある。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 野田龍也、松本晴樹、伴正海、石井洋介、原澤朋史、木下栄作、今村知明. 地域医療構想の推進に資する急性期指標の開発. 厚生 の 指 標 . 2017 Apr;64(4):9-14.
- 2) 高取克彦、松本大輔、野田龍也、今村知明. 地域高齢者における Romberg 率の逆説現象と身体機能特性および転倒との関連性. 理学療法科学. 2017 Jun;32(3)397-402.
- 3) Yukie Ito, Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Toshio Ogawa, Tomoaki Imamura. Beneficiaries' Will- ingness to Pay for Resuscitation Provided by Ambulance Attendants: A Survey Using the Contingent Valuation Approach. Health. 2017 Sep;9(10):1367-1377.
- 4) 野田龍也、久保慎一郎、明神大也、西岡祐一、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）における患者突合（名寄せ）手法の改良と検証. 厚生 の 指 標 . 2017 Oct;64(12): 7-13.
- 5) Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Hayato Yamana, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga. Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically ill patients: A retrospective cohort study. Journal of Critical Care.

- 2017 Oct;41:209-215.
- 6) 久保慎一郎、野田龍也、川戸美由紀、山田宏哉、三重野牧子、谷原真一、村上義孝、橋本修二、今村知明. 患者調査における平均診療間隔の分布と再来外来患者数推計値の変化. 日本公衆衛生雑誌. 2017 Oct;64 (10) :619-629.
 - 7) 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み—患者突合 (名寄せ) の手法開発と検証—. 医療情報学 論文集 . 2017 Nov;37(suppl.) :565-570.
 - 8) 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み —1 入院 1 データ化—. 医療情報学 論文集. 2017 Nov;37(suppl.) :561-564.
 - 9) 監修 : 今村知明、池田俊也、長谷川友紀
編集 : 小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也.
地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集 (平成 28 年度版) . 2018 Jan;全文.
 - 10) Y Itoh, M Akahane, T Imamura. Impact of temperature in summer on emergency transportation for heat-related diseases in Japan. Chinese Medical Journal. 2018 Mar;131(5) : 574-582.
 - 11) Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Matsui, Genta Kato, Tomoaki Imamura. National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB): Outline and Patient-Matching Technique. bioRxiv. 2018 Mar;. 280008.
- ## 2. 学会発表
- 1) 2017 年 6 月 1 日~2017 年 6 月 3 日 (福井県、フェニックス・プラザ) . 第 21 回日本医療情報学会春季学術大会. 看護師の人件費構造分析: 年齢階級別モデルの構築と平均年齢の増減による損益シミュレーション. 中西康裕、三宅好子、高橋美雪、今村知明 .
 - 2) 2017 年 8 月 19 日~2017 年 8 月 22 日 (Sonic City in Saitama, Japan) . 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Association between anesthetic agents and early surgical site infection after total knee arthroplasty: analysis using Japanese nationwide database. Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatuya Noda, Manabu Akahane, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguti, Tomoaki Imamura.
 - 3) 2017 年 8 月 19 日~2017 年 8 月 22 日 (Sonic City in Saitama, Japan) . 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Changes in the average interval since last visit

- and the number of repeat outpatients in the Patient Survey of Japan. Shinichiro Ku-bo, Tatsuya Noda, Miyuki Kawado, Hiroya Yamada, Mikiko Naka Mieno, Shinichi Tanihara, Yositaka Mura-kami, Shuji Hashimoto, Tomoaki Imamura.
- 4) 2017年8月19日～2017年8月22日 (Sonic City in Saitama, Japan) . 21st International Epidemiological Association (IEA), World Congress of Epidemiology (WCE2017). Measurement of cut-off day between admission and surgical intervention, for reduced mortality of patients with hip fractures using Japanese nationwide administrative database. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Miwa Kisimoto, Manabu Akahane, Hayato Yomana, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Tomoaki Imamura.
 - 5) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 麻酔薬とTKA術後SSIの発生頻度の関連:DPCデータを用いた傾向スコア研究. 岸本美和、山名隼人、野田龍也、赤羽学、松居宏樹、康永秀生、今村知明.
 - 6) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想と医療計画のための指標の作成と推進施策の研究. 今村知明、林修一郎、村上淳基、野田龍也.
 - 7) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の実現に向けた、奈良県における医療提供体制等の分析. 林修一郎、野田龍也、今村知明.
 - 8) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 奈良県国保データベースによる地域及び病院特性分析指標の検討. 村上淳基、野田龍也、林修一郎、今村知明.
 - 9) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) : 透析患者の全国分布. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明.
 - 10) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) : 日本の糖尿病診療の全体像. 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、毛利貴子、石井均、今村知明.
 - 11) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター) . 第76回日本公衆衛生学会総会. 新たなエビデンス創出のための次世代 NDB データ研究基盤構築に関する研究: 概要報. 加藤源太、林修一郎、野田龍也、今村知明.

- 12) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター)．第76回日本公衆衛生学会総会．NDBを用いた、血友病・von Willebrand 病の患者数の地域分布．明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明．
- 13) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター)．第76回日本公衆衛生学会総会．レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の活用：高次脳機能障害受診の全国分布．野田龍也、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、今村知明．
- 14) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、かごしま県民交流センター)．第76回日本公衆衛生学会総会．解体工事に伴う院内感染対策と浮遊菌量測定による効果の検証．中西康裕、今村知明．
- 15) 2017年10月31日～2017年11月2日(鹿児島県、鹿児島県文化センター)．第76回日本公衆衛生学会総会．専門医の取得状況と若手医師の都道府県間移動について．小池創一、野田龍也、川口英明、今村知明、松本正俊．
- 16) 2017年11月16日～2017年11月16日(奈良県、奈良県医師会館)．第38回奈良県公衆衛生学会．奈良県国保データベースによる地域及び病院特性分析指標の検討．村上淳基、野田龍也、林修一郎、今村知明．
- 17) 2017年11月20日～2017年11月23日(大阪府、グランキューブ大阪)．第37回医療情報学連合大会(第18回日本医療情報学会学術大会)．レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)利用促進に向けた取り組み—患者突合(名寄せ)の手法開発と検証—．久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明．
- 18) 2017年11月20日～2017年11月23日(大阪府、グランキューブ大阪)．第37回医療情報学連合大会(第18回日本医療情報学会学術大会)．レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)利用促進に向けた取り組み—1入院1データ化—．明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、今村知明．
- 19) 2017年11月20日～2017年11月23日(大阪府、グランキューブ大阪)．第37回医療情報学連合大会(第18回日本医療情報学会学術大会)．新たなエビデンス創出のための次世代NDBデータ研究基盤構築に関する研究：新たなシステム下での検索速度等に関する評価．加藤源太、酒井未知、大寺祥佑、下垣徹、松居宏樹、野田龍也、康永秀生、今村知明、黒田知宏．
- 20) 2018年3月23日～2018年3月25日(大阪府、大阪国際会議場、リーガロイヤルホテル大阪、堂島リバーフォーラム)．第82回日本循環器学会学術集会．地域医療計画や医療構想と循環器医療提供体制の調和の必要性について．今村知明．

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし。

3 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
今村知明、池田俊也、長谷川友紀、小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也。	地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集(平成28年度版)。	今村知明。	地域医療構想と地域包括ケアの全国事例集(平成28年度版)。	日本公衆衛生協会。	日本	2018	1-339

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
野田龍也、松本晴樹、伴正海、石井洋介、原澤朋史、木下栄作、今村知明。	地域医療構想の推進に資する急性期指標の開発。	厚生学	64(4)	9-14	2017
高取克彦、松本大輔、野田龍也、今村知明。	地域高齢者における Romberg 率の逆説現象と身体機能特性および転倒との関連性。	理学療法科学	32(3)	397-402	2017
Yukie Ito, Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Toshio Ogawa, Tomoaki Imamura.	Beneficiaries' Willingness to Pay for Resuscitation Provided by Ambulance Attendants: A Survey Using the Contingent Valuation Approach.	Health.	9(10)	1367-1377	2017
野田龍也、久保慎一郎、明神大也、西岡祐一、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明。	レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)における患者突合(名寄せ)手法の改良と検証。	厚生学	64(12)	7-13	2017
Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Hayato Yamana, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga.	Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically ill patients: A retrospective cohort study.	Journal of Critical Care.	41	209-215	2017
久保慎一郎、野田龍也、川戸美由紀、山田宏哉、三重野牧子、谷原真一、村上義孝、橋本修二、今村知明。	患者調査における平均診療間隔の分布と再来外来患者数推計値の変化。	日本公衆衛生雑誌	64(10)	619-629	2017
久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、東野恒之、今村知明。	レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)利用促進に向けた取り組み—患者突合(名寄せ)の手法開発と検証—。	医療情報学論文集	37	565-570	2017

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
明神大也、野田龍也、 久保慎一郎、西岡祐 一、今村知明.	レセプト情報・特定健診等情報デ ータベース (NDB) 利用促進に向け た取り組み -1 入院1 データ化 -	医療情報学 論文集.	37	561-564	2017
Y Itoh, M Akahane, T Imamura.	Impact of temperature in summer on emergency transportation for heat-related diseases in Japan.	Chinese Medical Journal.	131(5)	574-582	2018
Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Matsui, Genta Kato, Tomoaki Imamura.	National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB): Outline and Patient-Matching Technique.	bioRxiv.		online : 280008	2018