

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)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を  
推進するための政策研究

平成 30 年度~令和 3 年度 総合研究報告書

研究代表者 今村 知明  
(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

令和 4 (2022) 年 3 月

## 目 次

### I. 総合報告書

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究	1-1
(今村知明 研究代表者)	

### II～IV. 各年度の総括・分担研究報告書

#### II. 平成30年度 総括・分担研究報告書

##### [総括研究]

【総括研究報告書】 地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究  
(今村 知明 研究代表者)

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
C. 研究結果	4
D. 考察	6
E. 結論	8
F. 健康危険情報	8
G. 研究発表	8
H. 知的財産権の出願・登録状況	12

##### [分担研究]

#### 1. 医療計画グループ

【医療計画班①】 医療計画指標見直しに向けて 沖縄県庁ヒアリング結果を踏まえて  
(河原 和夫、伊藤 達哉、島崎 謙治、田極 春美、伴 正海)

A. 研究目的	1①-1
B. 研究方法	1①-2
C. 研究結果	1①-2
D. 考察	1①-5
E. 結論	1①-6
F. 健康危険情報	1①-6
G. 研究発表	1①-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	1①-7

【医療計画班②】 医療計画作成指標のプロセスに係る検討 医療計画担当者へのヒアリングをふまえて

(河原 和夫、野田 龍也、伴 正海、伊藤 達哉、田極 春美)

A. 研究目的	1②-1
B. 研究方法	1②-2
C. 研究結果	1②-2
D. 考察	1②-5
E. 結論	1②-5

F. 健康危険情報	1②-5
G. 研究発表	1②-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	1②-6
2. 病床機能グループ	
2-1 【定量分析班①】 構想区域の類型化について	
(藤森 研司、石川 ベンジャミン 光一、伏見 清秀、松田 晋哉)	
A. 研究目的	2-1①-1
B. 研究方法	2-1①-1
C. 研究結果	2-1①-2
D. 考察	2-1①-3
E. 結論	2-1①-3
F. 健康危険情報	2-1①-3
G. 研究発表	2-1①-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1①-3
添付資料	2-1①-5
2-1 【定量分析班②】 病床機能報告データを用いた新しい入院基本料評価のためのツール 開発に関する研究 (松田 晋哉、得津 慶、村松 圭司)	
A. 研究目的	2-1②-1
B. 研究方法	2-1②-1
C. 研究結果	2-1②-2
D. 考察	2-1②-2
E. 結論	2-1②-3
F. 健康危険情報	2-1②-3
G. 研究発表	2-1②-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1②-3
参考資料	2-1②-4
2-2 【地域包括班①】 地域包括ケア病棟における受け入れ患者層と運用実態に関する検討 (佐方 信夫、牧野 憲一、木村 慎吾、野田 龍也)	
A. 研究目的	2-2①-1
B. 研究方法	2-2①-2
C. 研究結果	2-2①-2
D. 考察	2-2①-4
E. 結論	2-2①-5
F. 健康危険情報	2-2①-5
G. 研究発表	2-2①-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2①-5
別紙 1 ヒアリング概要	2-2①-6
別紙 2 ヒアリング概要	2-2①-9

【地域包括班②】病床機能報告データを用いた地域包括ケア病棟の類型に関する検討  
(佐方 信夫、野田 龍也、牧野 憲一、木村 慎吾)

A. 研究目的	2-2②-1
B. 研究方法	2-2②-1
C. 研究結果	2-2②-2
D. 考察	2-2②-6
E. 結論	2-2②-6
F. 健康危険情報	2-2②-6
G. 研究発表	2-2②-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2②-6

2-3 【機能連携班①】大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパス対象患者の回復期病院に  
おける転帰情報分析 (副島 秀久、町田 二郎)

A. 研究目的	2-3①-2
B. 研究方法	2-3①-2
C. 研究結果	2-3①-2
D. 考察	2-3①-8
E. 結論	2-3①-10
F. 健康危険情報	2-3①-10
G. 研究発表	2-3①-10
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3①-10

【機能連携班②】「回復期等移行チェックリスト」と「看護実践用語標準マスター(厚生労働省標準規格)」との対応の検討  
(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	2-3②-2
D. 考察	2-3②-3
E. 結論	2-3②-3
F. 健康危険情報	2-3②-4
G. 研究発表	2-3②-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3②-4
参考資料 1	2-1②-5
参考資料 2	2-1②-7

【機能連携班③】地域医療連携推進法人における医療機能分化の推進・連携の取り組み  
(小林 美亜)

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	2-3③-7

E. 結論	2-3③-7
F. 健康危険情報	2-3③-8
G. 研究発表	2-3③-8
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3③-8

#### 2-4 【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた胃瘻造設に関する研究

(次橋 幸男、野田 龍也、今村 知明、林 修一郎、長野 典子)

A. 研究目的	2-4-1
B. 研究方法	2-4-1
C. 研究結果	2-4-1
D. 考察	2-4-2
E. 結論	2-4-2
F. 健康危険情報	2-4-2
G. 研究発表	2-4-2
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-4-2

### 3 研究成果の刊行に関する一覧表 3-1

## Ⅲ. 令和元年度 総括・分担研究報告書

### [総括研究]

#### 【総括研究報告書】地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究

(今村知明 研究代表者)

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
C. 研究結果	4
D. 考察	5
E. 結論	7
F. 健康危険情報	7
G. 研究発表	7
H. 知的財産権の出願・登録状況	9
添付資料	10

### [分担研究]

#### 1. 医療計画グループ

##### 【医療計画班】第7次医療の計画中間見直しに盛り込むに当たって必要な事項

(河原和夫、今村知明、野田龍也)

A. 研究目的	1-1
B. 研究方法	1-2
C. 研究結果	1-2
D. 考察	1-10
E. 結論	1-11

F. 健康危険情報	1-11
G. 研究発表	1-11
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-11
参考資料	1-12
添付資料	1-16

【医療計画班】 5 疾病 5 事業における指標の使用状況に関する第 6 次医療計画と  
第 7 次医療計画の比較

(河原和夫、伊藤達哉、田極春美、菅河真紀子)

A. 研究目的	1-52
B. 研究方法	1-52
C. 研究結果	1-53
D. 考察	1-72
E. 結論	1-72
F. 健康危険情報	1-72
G. 研究発表	1-72
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-72

2. 病床機能グループ

2-1 【定量分析班】 病床機能報告に基づく医療機能分化の実態把握と可視化に関する研究  
(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	2-1-2
E. 結論	2-1-3
F. 健康危険情報	2-1-4
G. 研究発表	2-1-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1-4

2-2 【機能連携班①-1】 回復期等移行チェックリストの実装に向けた既存帳票調査  
(瀬戸僚馬、小林美亜、池田俊也)

A. 研究目的	2-2-1
B. 研究方法	2-2-2
C. 研究結果	2-2-2
D. 考察	2-2-3
E. 結論	2-2-4
F. 健康危険情報	2-2-4
G. 研究発表	2-2-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2-4

2-3 【機能連携班①-2】 離島・僻地におけるシームレスな地域医療連携を推進するための

方策 ～あじさいネットの活用～（小林美亜、瀬戸僚馬）

A. 研究目的	2-3-1
B. 研究方法	2-3-1
C. 研究結果	2-3-2
D. 考察	2-3-6
E. 結論	2-3-6
F. 健康危険情報	2-3-7
G. 研究発表	2-3-7
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3-7

2-4 【機能連携班②】慢性期医療のデータ収集を可能にする診療記録の標準化—アウトカム志向型汎用看護記録による連携医療バリエーション分析と改善のアプローチ—（町田二郎、副島秀久、西岡智美）

A. 研究目的	2-4-1
B. 研究方法	2-4-1
C. 研究結果	2-4-3
D. 考察	2-4-5
E. 結論	2-4-5
F. 健康危険情報	2-4-5
G. 研究発表	2-4-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-4-5

2-5 【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた医療介護連携分析  
（次橋幸男、長野典子、今村知明、野田龍也）

A. 研究目的	2-5-1
B. 研究方法	2-5-1
C. 研究結果	2-5-2
D. 考察	2-5-3
E. 結論	2-5-4
F. 健康危険情報	2-5-3
G. 研究発表	2-5-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-4

2-6 【地域実情分析班】地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める具体的対応方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル  
（佐藤大介、小林大介、今村知明、野田龍也）

A. 研究目的	2-6-1
B. 研究方法	2-6-2
C. 研究結果	2-6-2
D. 考察	2-6-3
E. 結論	2-6-3
F. 健康危険情報	2-6-4

G. 研究発表	2-6-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-6-4
添付資料	2-6-5
3 研究成果の刊行に関する一覧表	3-1

#### IV. 令和2～3年度 総括・分担研究報告書

##### [総括研究]

【総括研究報告書】 地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究  
(今村知明 研究代表者)

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
C. 研究結果	3
D. 考察	5
E. 結論	6
F. 健康危険情報	6
G. 研究発表	6
H. 知的財産権の出願・登録状況	9

##### [分担研究]

###### 1. 医療計画グループ

【医療計画班】 疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進

第6次医療計画と第7次医療計画実施期のそれぞれの地域医療介護総合  
確保事業の事業内容の比較  
(河原和夫、伊藤達哉、田極春美、島崎謙治、菅河真紀子)

A. 研究目的	1-2
B. 研究方法	1-2
C. 研究結果	1-2
D. 考察	1-21
E. 結論	1-22
F. 健康危険情報	1-22
G. 研究発表	1-22
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-22

###### 2. 病床機能グループ

2-1 【地域実情分析班】 地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める具体的対応  
方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル  
(佐藤大介、小林大介、今村知明、野田龍也、阪口博政、伊藤達哉)

A. 研究目的	2-1-1
B. 研究方法	2-1-2
C. 研究結果	2-1-3
D. 考察	2-1-8



E. 結論	2-1-10
F. 健康危険情報	2-1-11
G. 研究発表	2-1-11
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1-11
参考資料	2-1-12
添付資料	2-1-22
2-2 【定量分析班】病床機能報告データを用いた見える化の試み－薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の職員数－ (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	2-2-1
B. 研究方法	2-2-1
C. 研究結果	2-2-2
D. 考察	2-2-3
E. 結論	2-2-4
F. 健康危険情報	2-2-4
G. 研究発表	2-2-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2-4
添付資料	2-2-5
2-3 【機能連携班①】アウトカム志向型看護記録による連携医療の質改善に関する実証研究 (町田二郎、副島秀久)	
A. 研究目的	2-3-1
B. 研究方法	2-3-2
C. 研究結果	2-3-3
D. 考察	2-3-6
E. 結論	2-3-8
F. 健康危険情報	2-3-8
G. 研究発表	2-3-8
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3-8
2-4 【機能連携班②】回復期等移行チェックリストの実装に向けた技術的課題の検討 (小林美亜、瀬戸僚馬、池田俊也)	
A. 研究目的	2-4-1
B. 研究方法	2-4-2
C. 研究結果	2-4-2
D. 考察	2-4-4
E. 結論	2-4-5
F. 健康危険情報	2-4-5
G. 研究発表	2-4-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-4-5
添付資料	2-4-6

## 2-5 【実地検証班】医療・介護レセプトの連携分析結果 1

(次橋幸男、野田龍也、今村知明)

A. 研究目的	2-5-1
B. 研究方法	2-5-1
C. 研究結果	2-5-2
D. 考察	2-5-2
E. 結論	2-5-3
F. 健康危険情報	2-5-3
G. 研究発表	2-5-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-4

## 【実地検証班】奈良県 KDB 様データを用いた百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較

(中西康裕、赤羽学、今村知明、野田龍也、西岡祐一)

A. 研究目的	2-5-5
B. 研究方法	2-5-5
C. 研究結果	2-5-6
D. 考察	2-5-8
E. 結論	2-5-9
F. 健康危険情報	2-5-9
G. 研究発表	2-5-9
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-9

## 【実地検証班】レセプト電算用マスターと MEDIS の標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について

(今村知明、野田龍也、西岡祐一)

A. 研究目的	2-5-10
B. 研究方法	2-5-11
C. 研究結果	2-5-11
D. 考察	2-5-12
E. 結論	2-5-13
F. 健康危険情報	2-5-13
G. 研究発表	2-5-13
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-13
添付資料	2-5-14

## 3. 令和 3 年度繰越研究

### 【実地検証班】奈良県および長野県 KDB を用いた分析

(今村知明、野田龍也、西岡祐一、赤羽学、中西康裕、次橋幸男)

A. 研究目的	3-1
B. 研究方法	3-1
C. 研究結果	3-2

D. 考察 .....	3-3
E. 結論 .....	3-3
F. 健康危険情報 .....	3-3
G. 研究発表 .....	3-3
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	3-5
4. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	4-1
V. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	5-1

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）  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」

総合研究報告書（平成30年度～令和3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年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県の構想区域において、今後の医療提供体制についての協議が進んでいる。本研究班については、都道府県が地域医療構想（病床機能分化・連携等）を推進、管理していくためのあり方や技術的な助言を行うことを目的として平成30年度より3か年の計画で研究を行ってきた。医療計画については、中間見直しを推進するための技術的な助言、次期第8次医療計画策定に向けたタスクの洗い出しをすることを目的として実施した。研究班は、①医療政策の国内最前線の研究者を擁し、体系的なプロセス分析の手法を用いる ②DPC データ、NDB データ分析の実績を有する研究者を擁し、都道府県や二次医療圏別の医師偏在等について政策検討に資する分析を行う ③日本医療マネジメント学会、日本クリニカルパス学会等と十分な連携をとれる体制により、傘下の研究者・医療機関から効率的な事例収集を実施することが可能、という3点の特徴を有し、研究の実施にあたっては、大きく6つのグループに分担して円滑に推進した。本研究の成果は、わが国の地域医療構想（病床機能分化・連携）および医療計画（5疾病5事業）の進捗管理にあたって有用なものであると考えられる。

【研究分担者】

河原 和夫（東京医科歯科大学教授）  
佐藤 大介（千葉大学特任准教授）  
小林 大介（神戸大学大学院特命准教授）  
野田 龍也（奈良県立医科大学准教授）  
松田 晋哉（産業医科大学教授）  
藤森 研司（東北大学教授）  
伏見 清秀（東京医科歯科大学大学院教授）  
石川 ベンジャミン光一（国際医療福祉大学  
大学院教授）  
長谷川 友紀（東邦大学教授）  
町田 二郎（済生会熊本病院副院長）  
副島 秀久（熊本県済生会支部長）  
瀬戸 僚馬（東京医療保健大学教授）  
小林 美亜（和洋女子大学教授）

池田 俊也（国際医療福祉大学教授）  
康永 秀生（東京大学大学院教授）  
加藤 源太（京都大学医学部附属病院准教授）  
佐方 信夫（医療経済機構主任研究員）  
赤羽 学（国立保健医療科学院部長）  
西岡 祐一（奈良県立医科大学助教）

【研究協力者】

伊藤 達哉（長野県健康福祉部）  
田極 春美（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会  
社 研究員）  
島崎 謙治（政策研究大学院大学）  
菅河 真紀子（東京医科歯科大学大学院）  
阪口 博政（金沢大学）  
小妻 幸男（済生会熊本病院）  
西岡 智美（済生会熊本病院）

谷田 理一郎（谷田病院）  
 上田 梨絵（谷田病院）  
 森崎 真美（済生会熊本病院）  
 堀田 春美（済生会熊本病院）  
 宮下 恵里（済生会熊本病院）  
 次橋 幸男（奈良県立医科大学）  
 長野 典子（奈良県立医科大学）  
 中西 康裕（奈良県立医科大学／国立保健医療科学院）  
 菅野 沙帆（奈良県立医科大学）

久保 慎一郎（奈良県立医科大学）  
 伴 正海（横浜市立大学共同研究員 H30 年度）  
 得津 慶（産業医科大学大学院 H30 年度）  
 村松 圭司（産業医科大学大学院 H30 年度）  
 牧野 憲一（旭川赤十字病院院長 H30 年度）  
 木村 慎吾（石川県健康福祉部 H30 年度）  
 林 修一郎（奈良県福祉医療部 H30 年度）

### 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。

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

本研究は複数の分担班に分けて研究を進めた。（図 1）平成 30 年度においては、5 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を 2 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。

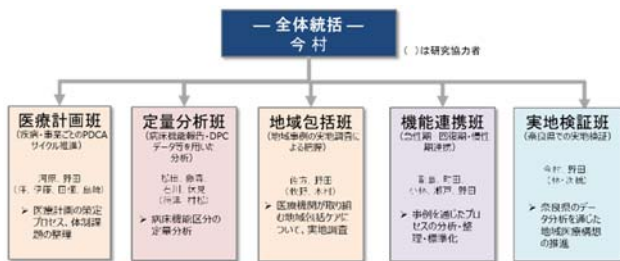


図 1 研究の実施体制（平成 30 年度）

令和元年度においては、6 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を 2 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。（図 2）特に令和元年度においては、国の「具体的対応方針の再検証」に関連して、「地域実情分析班」の分担研究班を新たにたてながら研究を進めた。

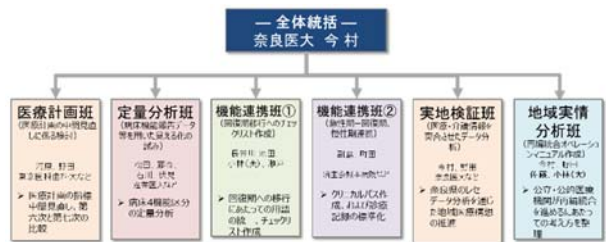


図 2 研究の実施体制（令和元年度）

令和 2-3 年度においては、6 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を通じて、研究の進捗状況

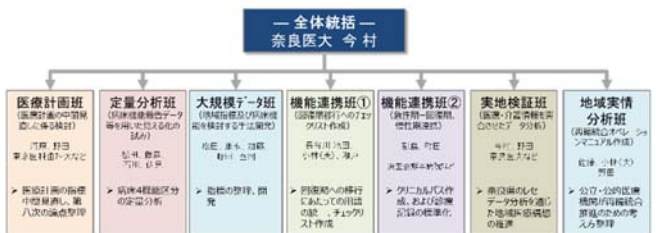


図 3 研究の実施体制（令和 2-3 年度）

### C. 研究結果

#### 【平成 30 年度】

①医療計画班については、沖縄県の医療計画担当者へヒアリングをおこない、医療計画の策定過

程やロジックモデルの強み／弱み、今後の課題等を整理や、第七次医療計画策定指標の基本方針と平成 28 年度末までにどのようなプロセスで指標に落とし込まれたのかを当時の担当者から聴取し整理した。

②定量分析班については、地域医療構想のさらなる推進のため、構想区域を類型化し比較を行った。

③地域包括班については、地域包括ケア病棟への転棟の経緯、DPC 病床から地域包括ケア病棟へ転棟するケースの運用、自宅などから直接地域包括ケア病棟へ入院するケースの運用、DPC 病床との患者層の違い、地域包括ケア病棟の導入効果とメリット、運用・制度上の問題点についてヒアリングで聴取した情報の整理を行った。

④機能連携班については、大腿骨近位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 B 病院（以下、B 病院と略す）へ転院した患者 34 名が対象。転帰を①自宅退院、②施設転所、③慢性期病院転院、④急性期病院転院の 4 群に分け、認知症、ADL、回復期合併症、併存疾患、回復期転退院後の継続受診について検討した。

「急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目」のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期等の病院に提供するための帳票は、電子カルテシステム等の医療情報システムに入力されたデータを抽出して作成することで、作成負荷を軽減する方法を提案した。

⑤実地検証班については、奈良県国保データベース（KDB）を用いて、2013 年度から 2016 年度の 4 年間に実施された胃瘻造設件数の推移とその背景要因を分析し、胃瘻造設術の場が中小規模の一般病床主体の病院からケアミックス型の医療機関へと移行し、地域間格差が縮小しつつあることが示された。

【令和元年度】

①医療計画班については、5 疾病 5 事業について、国の検討会での議論や進捗を踏まえて担当者とのヒアリングをおこなった。中間見直しの指標としての考え方やデータリソース、集計定義などを精査した。（添付資料参照のこと）

②定量分析班については、平成 29 年度病床機能報告オープンデータでは、7,014 施設、28,675 病棟、114.8 万床についてのデータが公開されていた。医療機能別や病院ごとの病床構成、入退院経路、算定する入院基本料等について分析を行い、可視化を行った。

③機能連携班①については、前年度作成した急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための回復期等移行チェックリストについて改善を実施した。

④機能連携班②については、複数疾患に汎用性のあるアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、看護記録から診療プロセスおよびアウトカムの内容をデータとして収集、分析することで、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化する基礎設計を行うことを目的とした。2020 年度の運用を見据えて、急性期病院と回復期病院の看護記録のあり方や評価項目、解析手法について検討した。

⑤実地検証班については、2013 年から 2018 年（5 年間）の奈良県国保データベース（KDB）の医療及び介護レセプトデータを用いて、政策研究における活用を目的として、①療養場所の追跡、②特定の疾病発症が「健康寿命」に与える影響、③死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の日別推移について分析手法の確立を行った。

⑥地域実情分析班については、地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証対象医療機関として指定を受けた公立・公的医療機関等が議論すべき課題事項について、公立・公的医療機関等に関わる関係組織・団体の観点から基本的考え方を整理し、具体的対応方針の再検証について議論し

合意を得るために検討すべき項目について整理した。

#### 【令和 2-3 年度】

①医療計画班については、公開されている基金事業計画をデータベース化して第6次医療計画が実施された”平成 27 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの事業”と現行の第7次医療計画が実施されている”平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日までの事業”の両群を比較し、論点を整理した。

②地域実情分析班については、(1) 公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性を調査し、施設レベルでは財政状況を把握していても、医業レベルでは分別が難しい可能性が示唆された。(2) 公立病院の再編統合に係る地方財政措置については、医療需要に応じた制度になっておらず、再編統合等のインセンティブが弱いことが示唆された。(3) ヒアリング調査により、公立公的病院の再編統合等の実際では、借入金の処理が重要な課題であることが明らかとなった。

③定量分析班については、平成 30 年度病床機能報告の報告結果として公開されているオープンデータを利用して、医師、看護師以外の職種の職員数について分析を行い、病院における職種別の勤務者数や構想区域における職種別の勤務者数の実態を明らかにした。また、24 時間対応体制に必要な職員数の推計を行った。

④機能連携班①については、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中患者に本看護記録を適応し、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化することが可能かどうかを検証したところ、熊本県上益城郡にある谷田病院と済生会熊本病院の2施設間で医療連携が完結した患者で、誤嚥性肺炎 3 名、脳卒中(脳出血) 1 名、大腿骨近位部骨折 4 名である。基本アウトカムで不足するような病状の悪化症例はなかった。循環、呼吸、発熱、意識に

関する重大なバリエーションはなかった。

⑤機能連携班②については、RPA(Robotic Process Automation)の手法を用いた連携先との情報共有手法を開発中の病院にヒアリングして、実装に際しての課題把握を行い、RPA 手法は有効なものであり本研究班の提案に構造上の大きな問題がないことを確認するとともに、連携先と医療や介護の目的を共有する上で BOM が有効であること、BOM を活用する上でも既存マスターの項目追加も必要であること等の課題が明らかになった。

⑥実地検証班については、医療・介護レセプトを連携させた奈良県 KDB データを用いて胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析や疾病発症が健康状態の終了に与える影響を検討した。

## D. 考察

地域医療構想を推進(特に公立・公的病院の再編統合)するための参考となる分析や調査を行っており、各都道府県での医療計画、地域医療構想の推進に役立つものであると考えられる。また、各都道府県が地域医療構想を推進するために必要となる地域医療医療介護総合確保基金の有効な使途への反映されることが期待される。

## E. 結論

本研究の成果は、わが国の地域医療構想(病床機能分化・連携)および医療計画(5 疾病 5 事業)の進捗管理にあたって有用なものとして考えられる。

## F. 研究発表

1. 論文発表(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)
  1. 中西康裕、今村知明. リーダー・マネジャー実践コース【医療制度・経営を知る】. CandY Link. 2018 Apr.
  2. Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Yasuhito Tanaka & Tomoaki Imamura. The

- impact of musculoskeletal diseases on the presence of locomotive syndrome. *Modern Rheumatology*. 2018 Apr;1-6.
3. Hayato Yamana, Mariko Kodan, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga. Hospital quality reporting and improvement in quality of care for patients with acute myocardial infarction. *BMC Health Services Research*. 2018 Jul; 18: 523.
  4. Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatsuya Noda, Manabu Akahane, Yusuke Inagaki, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguchi, Tomoaki Imamura. Suspected periprosthetic joint infection after total knee arthroplasty under propofol versus sevoflurane anesthesia: a retrospective cohort study. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2018 Aug; 65(8): 893-900.
  5. 橋本修二、川戸美由紀、山田宏哉、齊藤千紘、三重野牧子、久保慎一郎、野田龍也、今村知明、谷原真一、村上義孝. 患者調査における総患者数の推計の妥当性と応用に関する研究. *厚生の指標*. 2018 Oct;65(12): 1-6.
  6. Shinya Imai, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura. Computed Tomography: Return on Investment and Regional Disparity Factor Analysis. *frontiers in Public Health*. 2019 Jan;6: Article380.
  7. Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shin-ichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Variation in fracture risk by season and weather: A comprehensive analysis across age and fracture site using a National Database of Health Insurance Claims in Japan. *BONE*. 2019 Mar;120: 512-518.
  8. Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shin-ichiro Kubo, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura. Data regarding fracture incidence according to fracture site, month, and age group obtained from the large public health insurance claim database in Japan. *Data in Brief*. 2019 Apr; 103780.
  9. Yoko KOMURA, Takamichi KOGURE, Kazuo KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI. Economic assessment of actual prescription of drugs for treatment of atopic dermatitis: Differences between dermatology and pediatrics in large-scale receipt data. *Journal of Dermatology* 45, p.165~174 2018
  10. Chiharu Kano, Minoko Takanashi, Asami Suzuki, Kazuo Kawahara, Koichi Chiba, Hideo Nakanishi, Junki Takamatsu, Akiko Kitai, Koki Takahashi. Estimate of future blood demand in Japan and the number of blood donations required. *ISBT Science Series* 0, p.1~ 7 2018
  11. Woonkwan Hyun, Kazuo Kawahara, Miyuki Yokota, Sotaro Miyoshi, Kazunori Nakajima, Koji Matsuzaki, Makiko Sugawa. The Possibility of Increasing the Current Maximum Volume of Platelet Apheresis Donation. *Journal of Medical and Dental Sciences* 65 p.89~98 2018
  12. 中西康裕、今村知明. “中堅どころ”が知っておきたい 医療現場のお金の話—イラストでわかる 病院経営・医療制度のしくみ—. 2019 Jul;全文.
  13. 藤森 研司. 電子レセプト分析による H.pylori 除菌の状況. *The GI FORFRONT*. 14(2):54-56. 2019.



14. 藤森 研司. DPC データから見た DIC 治療とアウトカムの現状. *Thrombosis Medicine*. 9(2). 142-145. 2019.
15. 藤森 研司、桜澤 邦男、中藤 真一. 骨粗鬆症治療薬の継続率、順守率の分析における電子レセプトデータベースの活用. *日本骨粗鬆症学会雑誌*. 5(2). 69-76. 2019.
16. 藤森 研司、桜澤 邦男、中藤 真一. 電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の薬剤変更による継続率、順守率の検討. *日本骨粗鬆症学会雑誌*. 5(3). 75-81. 2019.
17. 桜澤 邦男、藤森 研司. 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率に関連する要因に関する研究—DPC データを用いた臨床指標の構築と評価—. *日本診療情報管理学会誌*. 31(1). 21-28. 2019.
18. 西岡祐一、野田龍也、今村知明. 世界最大の医療ビッグデータ NDB (ナショナルデータベース) の活用と今後の展望. *日本整形外科学会雑誌*. 2019 Nov;93 (11) : 959-979.
19. 野田龍也、今村知明. データベース医学の幕開け. *再生医療 (日本再生医療学会雑誌)*. 2019 Nov;18 (4) : 31-46.
20. 明神 大也、次橋 幸男、久保 慎一郎、西岡 祐一、中西 康裕、降旗 志おり、東野 恒之、野田 龍也、今村 知明. 国保データベースを用いた医療レセプトと介護レセプト連結における名寄せの課題. *医療情報学論文集*. 2019 Nov;39(Suppl.): 368-371.
21. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、中西康裕、降旗志おり、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) を用いた死亡アウトカムの追跡. *医療情報学論文集*. 2019 Nov;39(Suppl.): 360-365.
22. 藤森研司、桜澤邦男、中藤真一. 電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の大腿骨近位部骨折予防効果の検討. *日本骨粗鬆症学会雑誌*. 6(1) 25-32 2020
23. Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan. *Journal of Diabetes Investigation*. 2020 Mar. 11 (2) :426-434.
24. 小林美亜、瀬戸僚馬:「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化, *看護管理* 2020; 30(4): 364-371
25. Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan. *Journal of Diabetes Investigation*. 2020 Mar; 11(2): 426-434.
26. Nakatoh 1, Fujimori K, Tamaki J, Okimoto N, Ogawa S, Iki M. Insufficient increase in bone mineral density testing rates and pharmacotherapy after hip fracture in Japan. *J Bone Miner Metab*. 28(4) 589-596. 2020.07
27. Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara. Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan. *International Dental Journal*. 2020 Aug; 70 (4) : 308-315
28. 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・特定検

- 診等情報データベース(NDB)における患者突合の精度向上に関する手法開発. 医療情報学 論文集. 2020 Nov;40(Suppl.): 765-769.
29. 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明. レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について. 医療情報学 論文集. 2020 Nov;40(Suppl.): 589-591.
30. 西岡祐一、野田龍也、今村知明. 奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計. 厚生の指標. 2020 Dec;67(15): 26-30.
31. Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Yasuhiro Nakanishi, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shuichiro Hayashi, Shiori Furihata, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: A population-based cohort study. *BMC Geriatrics*. 2021 Jan; 21: 80
32. 桜澤邦男、藤森研司. SOFA スコアの不明登録及び活用に関する評価. ～大規模 DPC データを用いた ICU への緊急入院患者の分析～. 日本診療情報管理学会誌. 32(4) 22-30.2021.01
33. Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, Naoki Sugihara. Evaluation of Public Health Expenditure by Number of Teeth among Outpatients with Diabetes Mellitus. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 2021 Feb; 62(1): 55-60.
34. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、中西康裕、降籬志おり、東野恒之、今村知明. レセプト情報・特定検診等情報データベース(NDB)を用いた死亡アウトカムの追跡. 医療情報学. 2021 Mar; 40(6): 319-335.
35. Koshiro Kanaoka, Tsunenari Soeda, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Makoto Watanabe, Rika Kawakami, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiko Saito. Current Status and Effect of Outpatient Cardiac Rehabilitation After Percutaneous Coronary Intervention in Japan. *Circulation Reports*. 2021 Mar; 3 (3) : 121-130.
36. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Incidence and Seasonality of Type 1 Diabetes: A Population-Based 3-year Cohort Study Using the National Database in Japan. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2020; 8:e001262.
37. Shingo Yoshihara, Hayato Yamana, Manabu Akahane, Miwa Kishimoto, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Hideo Yasunaga, Kei Kasahara, and Tomoaki Imamura. Association between Prophylactic Antibiotic Use for Transarterial Chemoembolization and

- Occurrence of Liver Abscess: A Retrospective Cohort Study. *Clinical Microbiology and Infection*.10.1016/j.cmi.2021.01.014
38. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Nakajima, Takehiro Sugiyama, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Association between influenza and the incidence rate of new-onset type 1 diabetes in Japan. *Journal of Diabetes Investigation*. Oct; 12(10): 1797-1804.2021
  39. Yasuhiro Nakanishi, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Naoko Okuda, Jean-Marie Robine, Tomoaki Imamura. Comparison of Japanese Centenarians' and Noncentenarians' Medical Expenditures in the Last Year of Life. *JAMA Network Open*. 2021 Nov; 4(11): e2131884.
  40. 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明. レセプト電算用マスターと MEDIS 標準病名マスターにおける指定難病名の収載状況. *医療情報学*. 2021 Nov;41(4): 163-168.
  41. 今村知明. 新型感染症を受けての地域医療の課題と感染症医療提供体制構築私案. 特集“感染症医療”の抜本改革. *月刊 保険診療*. 2021 Nov;76(11): 38-41.
  42. Yuichi Nishioka, Saki Takeshita, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi. Appropriate definition of diabetes using an administrative database: a cross-sectional cohort validation study. *Journal of Diabetes Investigation*. Feb;13(2) 249-255.2022
  43. Hirohito Kuwata, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Yutaka Takahashi, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Association between dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and increased risk for bullous pemphigoid within 3 months from first use: A 5-year population-based cohort study using the Japanese National Database. *Journal of Diabetes Investigation*. Mar;13(3) 460-467.2022
2. 学会発表
1. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム). 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の利用:日本の全診療報酬情報を用いた糖尿病の疫学分析. 野田龍也、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明.
  2. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム). 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の利用:日本の全診療報酬情報を用いた糖尿病の疫学分析. 野田龍也、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中

- 島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明。
3. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム)。第61回日本糖尿病学会年次学術集会。日本の1型糖尿病患者数と年齢別分布-ナショナルデータベース(NDB)を用いた解析。明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明。
  4. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム)。第61回日本糖尿病学会年次学術集会。日本の保険診療全患者における糖尿病治療薬と入院を要する低血糖/重症低血糖発生リスク。西岡祐一、野田龍也、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、明神大也、久保慎一郎、今村知明、石井均。
  5. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム)。第61回日本糖尿病学会年次学術集会。日本の保険診療全疾患を対象としたビッグアライド薬による乳酸アシドーシス入院リスクの検討。毛利貴子、西岡祐一、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、今村知明、石井均。
  6. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム)。第61回日本糖尿病学会年次学術集会。日本における糖尿病薬処方の全貌:NDB データを用いた悉皆調査。石井均、西岡祐一、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤松靖宏、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、今村知明。
  7. 2018年05月24日～2018年05月26日(東京都、東京国際フォーラム)。第61回日本糖尿病学会年次学術集会。日本の糖尿病診療の質-プロセスの解析;ナショナルデータベース(NDB)を用いた保険診療全糖尿病患者の検討。久保慎一郎、野田龍也、明神大也、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明。
  8. 2018年10月02日～2018年10月04日(千葉県、幕張メッセ国際会議場)。第42回日本血液事業学会総会。地域医療構想・医療計画による医療界の変化と、これが急性期・輸血医療に及ぼす影響について。今村知明。
  9. 2018年10月06日～2018年10月07日(京都府、京都大学 百周年時計台記念館)。第5回日本糖尿病医療学学会～糖尿病患者のこころに伝える～。日本の医療を取り巻く社会環境:その現状と課題。今村知明。
  10. 2018年10月11日～2018年10月12日(奈良県、奈良春日野国際フォーラム 薨～I・RA・KA~/東大寺総合文化センター)。第33回日本整形外科学会基礎学術集会。世界最大の医療ビッグデータ NDB (ナショナルデータベース)の活用と今後の展望。今村知明。
  11. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。地域医療構想と医療計画を具現化するための施策の研究。今

- 村知明、林修一郎、村上淳基、野田龍也。
12. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。回復期病棟における季節ごとの入院患者数の変化と在院日数への影響—NDBによる分析。林修一郎、野田龍也、今村知明、明神大也。
  13. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。兵庫県内におけるがん診療の地域連携の実態分析。小川俊夫、喜多村祐里、阪口博政、山口真寛、八木正行、今村知明、祖父江友孝。
  14. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。カンジダ菌血症患者の菌種と薬剤耐性についての分析。吉原真吾、赤羽学、今村知明。
  15. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77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)：糖尿病患者の急性冠症候群リスク。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。
  16. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。特定健診等情報データベース(NDB)の活用：透析患者追跡と死亡数の検証。久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、今村知明。
  17. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77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：外来処方医薬品のクロス集計。明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明。
  18. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77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：糖尿病を例にした全国集計。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。
  19. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。胃瘻造設術はどこで減少したか：奈良県KDBデータを用いた後方視的研究。次橋幸男、林修一郎、野田龍也、明神大也、赤羽学、今村知明。
  20. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。心肺蘇生実施の意向に関する意識調査。中西康裕、赤羽学、今村知明。
  21. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。心肺蘇生の実施歴は講習会の受講歴と関連する。赤羽学、中西康裕、伊藤雪絵、前屋敷明江、今村知明。
  22. 2018年10月24日～2018年10月26日(福島県、ビックパレットふくしま)。第77回日本公衆衛生学会総会。レセプトデータを用いた病院規模ごとの高齢者悪性腫瘍に対する放射線治療の評価。村上淳基、野田龍也、今村知明。

23. 2018年10月27日～2018年10月28日(福島県、ホテルハマツ) . 第56回日本医療・病院管理学会学術総会. 医療から見た地域包括ケアを推進するための事例調査. 小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也、池田俊也、長谷川友紀、今村知明.
24. 2018年11月05日～2018年11月05日(奈良県、奈良県医師会館) . 第39回奈良県公衆衛生学会. 高齢者施設から要請される救急搬送の実態調査. 次橋幸男、赤羽学、今村知明、吉井克昌.
25. 2018年11月22日～2018年11月25日(福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス) . 第38回医療情報学連合大会(第19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患者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.
26. 2018年11月22日～2018年11月25日(福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス) . 第38回医療情報学連合大会(第19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)に対する死亡決定ロジックの手法開発. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、降旗志おり、東野恒之、瀬楽丈夫、今村知明.
27. 2018年11月22日～2018年11月25日(福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス) . 第38回医療情報学連合大会(第19回日本医療情報学会学術大会) . 放射線治療装置(リニアック)導入による採算性に関する考察. 村上淳基、赤羽学、中西康裕、今井信也、今村知明、富田清行、 大家俊夫、 大山功倫、長谷川久之、 松井健、菅河真紀子、河原和夫プライマリ・ケアを巡る制度的枠組みの変遷と今後の展望. 第77回日本公衆衛生学会総会、郡山市 2018.
28. 長谷川久之、松井健、 富田清行、大山功倫、 大家俊夫、 菅河真紀子、河原和夫 医師の過重労働の沿革と現状の考察. 第77回日本公衆衛生学会総会、郡山市 2018.
29. 2019年06月06日～2019年06月08日(熊本県、市民会館シアーズホーム夢ホール) 第23回日本医療情報学会春季学術大会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に対する死亡決定ロジックの手法開発 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、降旗志おり、東野恒之、瀬楽丈夫、今村知明.
30. 2019年06月06日～2019年06月08日(熊本県、市民会館シアーズホーム夢ホール) 第23回日本医療情報学会春季学術大会 NDB利用促進に向けた取り組み-1患者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.
31. 2019年09月19日. 大阪 第45回日本診療情報管理学会学術大会: 転院時等における情報共有シートに関する現状調査, 瀬戸僚馬、小林美亜、池田俊也、野田龍也、今村知明
32. 2019年09月20日～2019年09月21日(山口県、海峡メッセ下関) 第17回日本臨床医療福祉学会 超高齢社会で医療や介護分野で何が起ころうとしているのか～医療構想と地域包括ケアシステム～ 今村知明.
33. 2019年09月27日, 東京 第20回日本医療

- 情報学会看護学術大会チュートリアル : 地域医療構想を強く意識した標準マスターの活用法～「回復期等移行チェックリスト」の実装に向けて～, 小林美亜、瀬戸僚馬、瀧翔哉、岡峯栄子、木戸須美子、中西寛子、野田龍也
34. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 本邦の診療科間における喘息治療の差に関する検討. 大山功倫、大家俊夫、長谷川久之、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫
35. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 医師の働き方改革に関する検討会報告書にみる到達点の適切性についての考察. 長谷川久之、大山功倫、大家俊夫、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫.
36. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78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): 抗HIV薬の処方実態全数把握 野田龍也、西岡祐一、明神大也、久保慎一郎、今村知明.
37. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 健康福祉関連ビッグデータの結合による解析の可能性と問題点 今村知明、明神大也、西岡祐一、久保慎一郎、中西康裕、次橋幸男、野田龍也.
38. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78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: 透析患者追跡と死亡数検証 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一 明神大也、今村知明.
39. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 大規模なレセプトデータを用いた100歳以上患者と100歳未満患者の医療費の比較 中西康裕、次橋幸男、野田龍也、明神大也、久保 慎一郎、西岡 祐一、赤羽学、今村知明.
40. 2019年10月23日～2019年10月25日(高知県、高知新聞放送会館) 第78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)による糖尿病患者の現在歯数の検討 鈴木誠太郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、久保慎一郎、小野瀬祐樹、今村知明.
41. 2019年10月27日～(東京都、国際医療福祉大学赤坂キャンパス) 日本長期急性期病床研究会 第7回研究大会 なぜ地域医療構想や地域包括ケアが必要とされているのか 今村知明.
42. 2019年11月28日～2019年11月29日 (Psris, France) 14th Supercentenarian Seminar A comparison of medical expenditures between centenarians and non-centenarians using big data in medical claims Yasuhiro Nakanishi, Yukio Tsugihashi, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura.
43. 2019年11月21日～2019年11月24日(千

- 葉県、幕張メッセ) 第 39 回医療情報学連  
 合大会(第 20 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)を用いた死亡アウトカムの追跡 久  
 保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、  
 中西康裕、降旗志おり、東野恒之、今村知明。
44. 2019 年 11 月 21 日～2019 年 11 月 24 日(千  
 葉県、幕張メッセ) 第 39 回医療情報学連  
 合大会(第 22 回日本医療情報学会学術大会)  
 国保データベースを用いた医療レセプトと  
 介護レセプト連結における名寄せの課題  
 明神 大也、次橋 幸男、久保 慎一郎、西岡 祐  
 一、中西 康裕、降旗 志おり、東野 恒之、野  
 田 龍也、今村 知明。
45. 2020 年 08 月 04 日～2020 年 08 月 06 日  
 ((WEB、東京都)) 第 62 回日本老年医  
 学会学術集会 百寿者の人口動態と大規模  
 レセプトデータを用いた百寿者研究の今後  
 中西 康裕、次橋 幸男、赤羽 学、野田 龍也、  
 明神 大也、久保 慎一郎、西岡 祐一、東野 恒  
 之、今村 知明。
46. 2020 年 08 月 09 日～2020 年 08 月 12 日(石  
 川県、立音楽堂) 第 40 回日本脳神経外科  
 コングレス総会 人口構成の変化へ対応す  
 るための医療界の動向と課題～地域医療構  
 想や医療計画、地域包括ケアシステム～ 今  
 村知明。
47. 2020 年 10 月 02 日～2020 年 10 月 04 日((W  
 EB九州大学)) 第 58 回日本医療・病院管  
 理学会学術総会 講演・特別企画 1「医療情  
 報活用によるこれからの医療」 今村知明。
48. 2020 年 10 月 05 日～2020 年 10 月 16 日  
 ((WEB)) 第 63 回日本糖尿病学会年次学  
 術集会 レセプト情報・特定健診等情報デー  
 タベース (NDB) の臨床研究: 死亡ロジック  
 を用いた死亡者の糖尿病/非糖尿病での比較  
 久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、  
 東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、  
 紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、岡田定規、  
 赤井靖宏、石井均、今村知明。
49. 2020 年 10 月 05 日～2020 年 10 月 16 日  
 ((WEB)) 第 63 回日本糖尿病学会年次学  
 術集会 レセプト情報・特定健診等情報デー  
 タベース(NDB)を用いた自己対照ケースシ  
 リーズ研究: インフルエンザ後の 1 型糖尿病  
 発生率 西岡祐一、岡田定規、野田龍也、久  
 保慎一郎、明神大也、東野恒之、玉城由子、  
 小泉実幸、中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、  
 毛利貴子、赤井靖宏、今村知明、石井均。
50. 2020 年 10 月 05 日～2020 年 10 月 16 日  
 ((WEB)) 第 63 回日本糖尿病学会年次学  
 術集会 レセプト情報・特定健診等情報デー  
 タベース (NDB) を用いた臨床研究: 糖尿病  
 患者における  $\beta$  遮断薬の投与と重症低血糖  
 岡田定規、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、  
 野田龍也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、  
 中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、  
 赤井靖宏、今村知明、石井均。
51. 2020 年 10 月 05 日～2020 年 10 月 16 日  
 ((WEB)) 第 63 回日本糖尿病学会年次学  
 術集会 レセプト情報・特定健診等情報デー  
 タベースを (NDB) を用いた臨床研究: メト  
 ホルミンと他の血糖降下薬の変形性関節症  
 手術施行率 玉城由子、西岡祐一、久保慎一  
 郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、小泉実  
 幸、中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴



- 子、岡田定規、赤井靖宏、今村知明、石井均、
52. 2020年10月05日～2020年10月16日  
((WEB)) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いた臨床研究：重症低血糖後の硝子体手術施行率 野田龍也、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、岡田定規、赤井靖宏、石井均、今村知明。
53. 2020年10月05日～2020年10月16日  
((WEB)) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 心血管疾患の1次予防に対するメトホルミン、スルホニル尿素薬及びDPP4阻害薬治療効果の比較：人口ベースのコホート研究 中島拓紀、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、岡田定規、赤井靖宏、今村知明、石井均。
54. 2020年10月05日～2020年10月16日  
((WEB)) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いた臨床研究：日本全体の下肢切断、糖尿病患者のリスク 紙谷史夏、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、栗田博仁、毛利貴子、岡田定規、赤井靖宏、今村知明、石井均。
55. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 KDBを用いた奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計 今村知明、西岡祐一、野田龍也。
56. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 医療・介護レセプトデータを用いた人工栄養開始後の療養場所に関する追跡調査 次橋幸男、赤羽学、明神大也、中西康裕、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
57. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 透析患者における骨折発症リスク：KDBを用いた検討 菅野沙帆、久保慎一郎、赤羽学、次橋幸男、今村知明。
58. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 糖尿病/非糖尿病での死亡時年齢と健康寿命の比較 新居田泰広、西岡祐一、次橋幸男、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明。
59. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 大規模レセプトデータを用いた百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較 中西康裕、次橋幸男、赤羽学、野田龍也、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明。
60. 2020年10月20日～2020年10月20日((WEB京都)) 第79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)：HIV/AIDSの現在通院患者数の的確な把握 野田龍也、今村知明、明神大也、西岡祐一、久保慎一郎。
61. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 NDBを用いた難病患者(潰瘍性大腸炎、多発性硬化症、視神経脊髄炎)における患者数の推計 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一 明神

- 大也、今村知明.
62. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB 京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 特定健康診査の糖尿病薬処方に関する質問項目のバリデーション研究 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、今村知明.
63. 2020年10月20日～2020年10月22日((WEB 京都)) 第79回日本公衆衛生学会総会 奈良県広域消防組合におけるCPA 傷病者の家族等から口頭でDNARを伝えられた場合の対応について 建部 壮、吉井 克昌、西岡祐一、今村 知明 .
64. 2020年11月14日 第10回日本在宅看護学会学術集会 交流集会④ 瀬戸僚馬、小林美亜、佐野けさ美、光城元博、岡峯栄子、大竹尊典：病院、施設、在宅を繋ぐ情報共有基盤の構築～地域包括ケアシステムにおける標準的なデータセットの構築に向けて～
65. 2020年11月18日～2020年11月22日(静岡県、アクトシティ浜松/WEB) 第40回医療情報学連合大会(第21回日本医療情報学会学術大会) レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.
66. 2020年11月18日～2020年11月22日(静岡県、アクトシティ浜松/WEB) 第40回医療情報学連合大会(第21回日本医療情報学会学術大会) レセプト情報・特定健診等データベース(NDB)における患者突合の精度向上に関する手法開発 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.
67. 2020年11月20日(神戸) 日本リハビリテーション医学会秋季学術発表会. 次橋幸男、赤羽学. 医療・介護レセプトデータを用いた疾病発症が健康寿命に与える影響の比較.
68. 2021年03月26日～2021年03月28日(神奈川県、パシフィコ横浜/WEB) 第85回日本循環器学会学術総会 リアルワールド・データの臨床活用への現状と課題 今村知明.
69. 2021年04月22日～2021年04月24日(WEB) 第94回日本内分泌学会学術総会 レセプトビッグデータを用いた糖尿病診断アルゴリズムの構築 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、岡田定規、樽松由佳子、今村知明、高橋裕.
70. 2021年05月20日～2021年05月22日(WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 『データベース医学』が切り拓く新しい糖尿病学：大規模レセプトデータベースを用いた臨床疫学研究から見えること 西岡祐一、岡田定規、明神大也、久保慎一郎、竹下沙希、菅野沙帆、中西康裕、次橋幸男、降籬志おり、東野恒之、金岡幸嗣朗、池菜美香、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、赤井靖宏、斎藤能彦、石井均、野田龍也、高橋裕、今村知明.
71. 2021年05月20日～2021年05月22日(WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 医療保険・介護保険連結ビッグデータ解析によって浮き彫りになる高齢2型糖尿病患者治療の実態と課題 新居田泰大、西岡祐一、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、岡田定

規、樽松由佳子、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、金岡幸嗣朗、斎藤能彦、石井均、今村知明、高橋裕。

72. 2021年05月20日～2021年05月22日 (WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 健康診断でHbA1c高値指摘後の医療機関未受診は早期死亡率上昇と関連する：レセプトビッグデータを用いた観察研究 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、玉城由子、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、金岡幸嗣朗、斎藤能彦、石井均、今村知明、高橋裕。
73. 2021年06月10日～2021年06月12日(鳥取県、米子コンベンションセンター/WEB) 第25回日本医療情報学会春季学術大会 レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
74. 2021年06月29日～(WEB) International Centenarian Consortium 2021 annual meeting Analysis of supercentenarians' medical expenditures for one year before death: a population-based retrospective cohort study Yasuhiro Nakanishi, Yuichi Nishioka, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shin-ichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Jean-Marie Robine, Koshiro Kanaoka, Tomohiro Kakinuma, Tomoaki Imamura.
75. 2021年07月09日～2021年07月10日(大阪府、あべのハルカス/WEB) 第42回日本循環制御医学会総会・学術集会 循環器疾患

を取り巻く医療政策の変化と今後の動向 今村知明。

76. 2021年09月02日～2021年09月03日(大阪府、ナレッジキャピタルコングレコンベンションセンター/WEB) 第34回日本口腔・咽喉科学会総会ならびに学術講演会 政府の医療施策とコロナ禍を受けての今後の動向 今村知明。
77. 2021年10月29日～2021年10月31日 (WEB) 第59回日本医療・病院管理学会学術総会 地域医療構想とコロナ禍を受けての今後の動向 今村知明。
78. 2021年10月30日～(大阪府、ホテルエルセラール大阪) 日本医学放射線学会 第329回関西地方会(第401回レントゲンイベント) 医師をめぐる医療政策や「働き方改革」の現状と課題 —基本的事項から最新の話題まで— 今村知明。
79. 2021年11月04日～2021年11月05日(奈良県、コンベンションセンター、奈良100年会館) 第59回全国自治体病院学会 医療や臨床工学技士を取り巻く情勢の現状と課題 今村知明。
80. 2021年11月12日～2021年11月13日(香川県、かがわ国際会議場) 第31回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 医療費をとりまく社会情勢と診療報酬改定のしくみ 今村知明。
81. 2021年11月18日～2021年11月21日(愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第41回医療情報学連合大会(第22回日本医療情報学会学術大会) NDBを用いた癌の部位別SMRの算出の検討 菅野沙帆、野田龍也、西

- 岡祐一、久保慎一郎、明神大也、今村知明.
82. 2021年11月18日～2021年11月21日(愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第41回医療情報学連合大会(第22回日本医療情報学会学術大会) レセプト情報における病名・病名開始日を用いた名寄せロジックの開発 竹下沙希、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明.
83. 2021年11月18日～2021年11月21日(愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第41回医療情報学連合大会(第22回日本医療情報学会学術大会) 原死因決定プロセスの効率化に資する機械学習による原死因コード変更予測 大井川仁美、今井健、香川璃奈、明神大也、今村知明.
84. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 奈良県のKDB7年間データを用いた時系列分析と医療内容の変化 今村知明、西岡祐一、野田龍也.
85. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 医療・介護保険レセプトデータを用いた要介護状態の契機となった入院主病名及び手術名の分析 次橋幸男、赤羽学、中西康裕、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.
86. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 医療・介護連結解析からわかる高齢 2
- 型糖尿病患者治療の実態と課題 新居田 泰大、西岡 祐一、明神 大也、久保 慎一郎、次橋 幸男、野田 龍也、今村 知明.
87. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 透析患者における骨折発症の標準化罹患比の算出:KDBを用いた検討 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.
88. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)による透析導入リスクについて 竹下沙希、西岡祐一、明神大也、久保慎一郎、野田龍也、今村知明.
89. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 ベンゾジアゼピン系薬の処方有無と死亡率の関連:高次元傾向スコアを用いた観察研究 西岡祐一、竹下沙希、明神大也、久保慎一郎、野田龍也、今村知明.
90. 2021年12月21日～2021年12月23日(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 心室中隔欠損症に対する小児心臓カテーテル検査における麻酔方法と重症合併症の関連 小川裕貴、山名隼人、野田龍也、岸本美和、吉原真吾、松居宏樹、康永秀生、今村知明.
91. 2021年12月21日～2021年12月23日(東

京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際  
学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会  
総会 心肺停止者に対する一次救命処置に  
関する都道府県人口密度とバイスタンダー  
種別との関係 建部壮、井桁龍平、大高俊一、  
千葉拓世、志賀隆、野田龍也、今村知明。

なし

92. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日(東  
京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際  
学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会  
総会 後期高齢者の口腔環境と死亡割合と  
医療費に与える影響：奈良県をモデルに 辻  
本雄大、岡本左和子、西岡祐一、今村知明。

93. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日(東  
京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際  
学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会  
総会 緊急事態宣言下における医療機関受  
診に関する意識調査：WEB 質問紙調査によ  
る横断研究 中西康裕、松本伸哉、柿沼倫弘、  
西岡 祐一、次橋幸男、今村知明、赤羽 学。

94. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日(東  
京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際  
学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会  
総会 奈良県における自宅死の現状につい  
て 平石達郎、岡本左和子、今村知明。

## G. 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

<添付資料>

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

別表 1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重要指標）

別表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)



別表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防		初期・安定期		合併症予防を含む専門治療		合併症治療	
ストラクチャー	●	特定健診受診率		糖尿病内科(代謝内科)医師数		教育入院を行う医療機関数		糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数
		特定保健指導実施率		糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数		糖尿病専門医数		糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数
						腎臓専門医数		糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数
						糖尿病登録医/療養指導医		歯周病専門医数
						糖尿病療養指導士数		糖尿病登録歯科医師数
						糖尿病看護認定看護師数		
						1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数(*)		
プロセス				糖尿病患者の年齢調整外来受療率		糖尿病透析予防指導の実施件数	●	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数
				HbA1c検査の実施件数		在宅インスリン治療件数	●	糖尿病足病変に対する管理
				医療機関・健診で糖尿病と言われた者のうち、治療を受けている者の割合			●	糖尿病網膜症手術数
				尿中アルブミン(定量)検査の実施件数				
				クレアチニン検査の実施件数				
				精密眼底検査の実施件数				
				血糖自己測定の実施件数				
				内服薬の処方件数				
			外来栄養食事指導料の実施件数					
アウトカム		糖尿病予備群の者の数				低血糖患者数		
		糖尿病が強く疑われる者の数				糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数		糖尿病患者の新規下肢切断術の件数(*)
			●	新規人工透析導入患者数				糖尿病患者の年齢調整死亡率

(\*)令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より

(●は重要指標)

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※別表5は精神のため欠番

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

(●は重要指標)

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表8 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援		
ストラクチャー		へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数	
		へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	
		過疎地域等特定診療所数					へき地医療に従事する地域枠医師数
		へき地診療所の医師数					
		へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)					
プロセス	●	へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	●	協議会の開催回数	
	●	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数	
	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数			
			●	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況			
			●	へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合			
		●	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合				
アウトカム							

(●は重要指標)

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	
ストラクチャー	産科・産婦人科・婦人科医師数			乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数	
	分娩を取扱う医師数				
	日本周産期・新生児医学会専門医数				
	助産師数				
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数				
	分娩を取扱う医療機関の種別				
	ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数				
			NICUを有する病院数・病床数		
			NICU専任医師数		
			GCUを有する病院数・病床数		
		MFICUを有する病院数・病床数			
		ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数			
		業務継続計画策定医療機関数・策定割合			
プロセス	●	分娩数			
		産後訪問指導実施数	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数		
			NICU入室児数		
			NICU・GCU長期入院児数		
		●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率		
	●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数			
アウトカム	●	新生児死亡率		●	NICU・GCU長期入院数(再掲)
	●	周産期死亡率			
	●	妊産婦死亡数・死亡原因			
ストラクチャー	●	災害時小児周産期リエゾン任命者数	*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。		

(●は重要指標)

別表10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

ストラクチャー ● **災害時小児周産期リエゾン任命者数** \*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●は重要指標)

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り	
ストラクチャー		退院支援担当者を配置している 診療所・病院数	●	訪問診療を実施している 診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を 実施している診療所・病院数
	●	退院支援を実施している 診療所・病院数		小児の訪問診療を実施している 診療所・病院数				
		介護支援連携指導を実施している 診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数				
		退院時共同指導を実施している 診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している 訪問看護ステーション数
		退院後訪問指導を実施している 診療所・病院数		機能強化型の訪問看護ステーション数				
				小児の訪問看護を実施している 訪問看護ステーション数	●	24時間体制を取っている 訪問看護ステーション数、従事者数		
				歯科訪問診療を 実施している診療所・病院数				
				在宅療養支援歯科診療所数				
				訪問口腔衛生指導を 実施している診療所・病院数				
				在宅で活動する栄養サポートチーム (NST)と連携する歯科医療機関数				
			訪問薬剤指導を 実施する薬局・診療所・病院数					
プロセス		退院支援(退院調整)を 受けた患者数	●	訪問診療を 受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを 受けた患者数
		介護支援連携指導を 受けた患者数		小児の訪問診療を 受けた患者数			●	看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
		退院時共同指導を受けた患者数		訪問歯科診療を 受けた患者数				在宅死亡者数
		退院後訪問指導を 受けた患者数		歯科衛生士を帯同した 訪問歯科診療を受けた患者数				
			●	訪問看護利用者数				
				訪問薬剤管理指導を 受けた者の数				
			小児の訪問看護利用者数					
アウトカム								

(●は重要指標)

表 2 重点・参考指標一覧（集計定義等）

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
101	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
102	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	がん診療連携拠点病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧（厚生労働省HP）	H28年度	毎年	厚生労働省	平成28年10月1日現在で、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の一覧	
103	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		認定看護師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門看護師の認定状況（日本看護協会HP）	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会が認定したがん専門看護師の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づくデータを算出することが不可能であるため、がん専門看護師の数を記載
104	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門薬剤師の認定状況（日本医療薬学会HP）	H27年	毎年	日本医療薬学会	日本医療薬学会が認定したがん専門薬剤師の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づくデータを算出することが不可能であるため、がん専門薬剤師の数を記載
105	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		放射線治療・薬物治療・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門医の認定状況（日本がん治療認定医機構HP）	H27年	毎年	日本がん治療認定医機構	日本がん治療認定医機構が認定したがん治療認定医の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づくデータを算出することが不可能であるため、がん治療認定医の数を記載
106	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	地域がん診療病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧（厚生労働省HP）	随時	随時	厚生労働省	地域がん診療病院の指定を受けている医療機関の数	
107	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		がんリハビリテーション実施医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	H007-2 がん患者リハビリテーション料の届出をしている医療機関数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
108	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	●	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	二次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	0003 在宅がん医療総合診療料の届け出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
109	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		麻薬小売業免許取得薬局数	都道府県	麻薬・覚せい剤行政の概況	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	
110	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		相談支援センターを設置している医療機関数	二次医療圏	がん相談支援センター（がん情報サービスHP）	H27年10月	随時	国立がん研究センターがん対策情報センター	相談支援センターを設置している医療機関数	
111	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	緩和ケア病棟の有無、病床数	



ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
112	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		緩和ケアチームのある医療機関数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	緩和ケアチームの有無	
113	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S		外来緩和ケア実施医療機関数	二次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	B001-24 外来緩和ケア管理料の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
114	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査（大規模調査）	H25年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	胃がん検診受診者数/調査対象者数   *胃がんの各検診を過去1年以内に受けた者数	
115	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査（大規模調査）	H25年	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	喫煙者数*/調査対象者数**  *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数  **20歳以上の調査対象者数	
116	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
117	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者*/**調査対象者 *1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者 **平成27年国民生活基礎調査（約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人）において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内のすべての世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
118	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	調査対象者のうち運動習慣のある者*/調査対象者 *1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している調査対象者の割合	
119	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	国民栄養・栄養調査食品群別表に基づき、調査対象者が調査日に摂取した野菜・果実の量	
120	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	調査対象者が調査日に摂取した食塩の量	
121	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		公費肝炎検査実施数	都道府県	特定感染症検査等事業（都道府県）、健康増進事業（市町村）	H22-26年度	毎年	厚生労働省	公的肝炎ウイルス検査実施件数	健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成14～19年度分については、老人保健法に基づく老人保険事業で市町村において実施されていたが、データなし。

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
122	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		公費肝炎治療開始者数	都道府県	肝炎対策特別促進事業	H22-26年度	毎年	厚生労働省	肝炎治療受給者証交付枚数	健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成20、21年度についてはインターフェロン治療のみ、平成22年度以降は核酸アナログ製剤治療が助成対象に加わった。
123	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		診療ガイドラインに基づく治療実施割合	全国	指標に見るわが国のがん対策	H24年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A11「標準的治療実施割合（標準的治療）」に準ずる	DPCデータを用いた解析であるため、医学的に妥当な理由で標準治療が実施されていない場合や、医療連携などにより他施設で治療が行われた場合は実際に反映されないという限界がある。
124	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
125	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		外来化学療法の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「外来化学療法」の9月中の実施件数	今後 NDB で集計可能
126	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		放射線治療の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	放射線治療の実施状況で、「放射線治療（体外照射）」の9月中の患者数	今後 NDB で集計可能
127	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍手術の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「悪性腫瘍手術」の9月中の実施件数	今後 NDB で集計可能
128	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		術中迅速病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
129	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
130	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		がんリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
131	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
132	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
133	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん患者指導の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
134	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	入院緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
135	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	外来緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
136	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん性疼痛緩和の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
137	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
138	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	38	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別の集計	
139	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		39	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性・年齢階級の集計	
140	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		40	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	進行度限局（上皮がん除く）の構成比	上皮内がんの割合
141	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	41	二次医療圏	人口動態特殊報告	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	悪性新生物の年齢調整死亡率	
142	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		42	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	個票解析等	死因分類表に基づく死因ごとの死亡者数	(二次医療圏・がん種・性・年齢階級別)
143	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		43	全国	指標に見るわが国のがん対策	H19年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A15a「拠点病院における5大がん（および他のがん）患者の5年生存率」に準ずる	粗生存率であり相対生存率でも、死因調整生存率でもない
144	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		44	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	在宅等でのがんによる死亡者数*/がんによる死亡者数** *都道府県別の死因「悪性新生物」の在宅等（介護老人保健施設、自宅、老人ホーム）での死亡者数 ** 都道府県別の死因「悪性新生物」の全死亡者数	
201	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		1	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
202	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		2	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	
203	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		3	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	SCU（脳卒中ケアユニット）を有する施設数	
204	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		4	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
205	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S	5	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	
206	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	6	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数 *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の調査対象者数		
207	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	7	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
208	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	8	ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者/**調査対象者*1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者**平成27年国民生活基礎調査(約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内のすべての世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者		
209	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	9	健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健診受診者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数		
210	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	10	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を標準人口で補正した値		
211	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P	11	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの		
212	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P	12	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数		
213	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	●	13	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
214	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	14	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
215	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	15	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
216	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	16	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
217	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	17	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
218	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		18	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
219	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		19	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
220	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	0	●	20	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
221	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0		21	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	脳血管疾患による年齢調整死亡率	
222	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0	●	22	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急救助の現状	毎年	消防庁	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	
223	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0		23	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	脳血管疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数	
224	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0	●	24	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日	
225	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		0	●	25	市町村	患者調査	H26	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に一致している患者数と割合	
301	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		1	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
302	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		2	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数	
303	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		3	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	CCU(脳卒中ケアユニット)を有する施設数	
304	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		4	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	診療報酬届出調査でも算出可能。
305	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S		5	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	H000 心大血管リハビリテーション料(I)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
306	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	6	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙率(男性)＝喫煙者数÷調査対象者数 **  *20歳以上の男性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数  **20歳以上の男性の調査対象者数		
307	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	7	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
308	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	8	健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健診受診者数÷調査対象者数**  *過去1年間に健康診断を受けた40歳～74歳の者の数  **同調査の40歳～74歳の対象者数		
309	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	9	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの		
310	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	10	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの		
311	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	P	11	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数		
312	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	12	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急救助の現状	毎年	消防庁	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		
313	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	13	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
314	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	●	14	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
315	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	15	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
316	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	16	入院心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
317	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	17	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
318	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	18	外来心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
319	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	0	●	19	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数
320	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	20	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	虚血性心疾患による年齢調整死亡率
321	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	21	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版 救急救助の現状	毎年	消防庁	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間
322	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0		22	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	虚血性心疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数
323	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	23	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数
324	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	●	24	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者数と割合
401	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	1	特定健診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健診受診者数*/調査対象者数** *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数
402	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P		2	特定保健指導実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(厚生労働省HP)	H26年	毎年	厚生労働省	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果
403	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		3	糖尿病内科(代謝内科)医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、「糖尿病内科(代謝内科)」と届出をした医師数
404	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		4	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	主たる診療科目を「糖尿病内科(代謝内科)」と標榜している施設数及び単科で「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している施設数の合計数
405	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		5	教育入院を行う医療機関数	都道府県	教育入院を行う医療機関の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	随時	日本糖尿病協会	教育入院を行う医療機関数

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
406	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	6	糖尿病専門医数	都道府県	糖尿病専門医の認定状況（日本糖尿病学会HP）	随時	随時	日本糖尿病学会	日本糖尿病学会により認定された糖尿病専門医数	
407	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	7	腎臓専門医数	都道府県	腎臓専門医別人数（日本腎臓学会HP）	H28年6月23日	随時	日本腎臓学会	日本腎臓学会により認定された専門医数	
408	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	8	糖尿病登録医/療養指導医	都道府県	糖尿病登録医/療養指導医の状況（日本糖尿病協会HP）	随時	随時	日本糖尿病協会	日本糖尿病協会による、登録医/療養指導医の状況	
409	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	9	糖尿病療養指導士数	都道府県	糖尿病療養指導士の状況（日本糖尿病療養指導士認定機構HP）	随時	随時	日本糖尿病療養指導士認定機構	日本糖尿病療養指導士認定機構により認定された指導士数	
410	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	10	糖尿病看護認定看護師数	都道府県	糖尿病看護認定看護師の認定状況（日本看護協会HP）	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会により認定された糖尿病看護認定看護師数	
411	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	11	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	B001-1-27 糖尿病透析予防指導管理料届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
412	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	12	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	B001-1-20 糖尿病合併症管理料の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
413	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	13	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
414	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	14	歯周病専門医数	都道府県	歯周病専門医の認定状況（日本歯周病学会HP）	H27年11月6日時点	毎年	日本歯周病学会	日本歯周病学会が認定した歯周病専門医数	
415	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	15	糖尿病登録歯科医師数	都道府県	糖尿病登録歯科医師の認定状況（日本糖尿病協会HP）	随時	随時	日本糖尿病協会	日本糖尿病協会が認定した歯科医師数	
416	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	16	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年度	3年毎	厚生労働省（e-Stat）	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの	
417	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	17	HbA1c 検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出



ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
418	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	18	医療機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療を受けている人の割合	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	「これまでに医療機関や健診で糖尿病と言われたこと回答した者のうち、「インスリン注射または血糖を下げる薬の使用有」又は「現在糖尿病の治療の有」と回答した者		
419	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	19	尿中アルブミン（定量）検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
420	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	20	クレアチニン検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
421	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	21	精密眼底検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
422	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	22	血糖自己測定の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
423	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	23	内服薬の処方件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
424	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	24	外来栄養食事指導料の実施率件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
425	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	25	糖尿病透析予防指導の実施率件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
426	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	26	在宅インスリン治療件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
427	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	27	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
428	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	28	糖尿病足病変に対する管理	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
429	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	●	29	糖尿病網膜症手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
430	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0	30	糖尿病予備群の者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年（4年ごとに拡大調査）	厚生労働省（e-Stat）	ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c（NGSP）値が6.0%以上、6.5%未満で、“糖尿病が強く疑われる人”以外の人		

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
431	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0	31	糖尿病が強く疑われる者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	ヘモグロビンA1c(NGSP)値が6.5%以上、又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者の数		
432	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0	●	32	新規人工透析導入患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
433	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0		33	低血糖患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
434	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0		34	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
435	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0		35	糖尿病患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	糖尿病による年齢調整死亡率	
436	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S		36	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	都道府県	NDB	R1年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	『令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より』
437	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0		37	糖尿病患者の新規下肢切断術の件数	都道府県	NDB	R1年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	『令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より』
601	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S		1	運用救急救命士数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	消防庁	資格別救急隊員数(救急救命士)	○平成30年版救急・救助の現況 第9表 都道府県別の救急救命士運用状況 
602	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S		2	住民の救急蘇生法講習の受講率	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数	○平成30年版救急・救助の現況 別表12 応急手当普及啓発講習活動状況 
603	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S		3	救急車の運用数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	救急車の台数	○平成30年版救急・救助の現況 別表2の1 都道府県別救急体制 
604	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	●	4	救急搬送人員数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	搬送人員数	○平成30年版救急・救助の現況 別表7 都道府県別傷病程度別搬送人員及び構成比 
605	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S		5	AEDの設置台数	都道府県	AEDの普及状況(救急医療財団HP)	H30年	H16~30年までの累積	救急医療財団	AEDの公共施設における設置台数	平成26年度厚生労働科学研究費補助金「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」(主任研究者:坂本哲也(先生)研究報告書

606	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	6	救急担当専任医師数・看護師数	都道府県	救命救急センターの評価結果	H30年調査 (H30実績)	毎年	厚生労働省	救命救急センターの救急担当専任医師数、看護師数	二次救急医療機関の救急担当専任医師数・看護指数については、必要に応じて各都道府県で独自調査	
607	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	7	救命救急センターの数	市町村	医療施設調査 (静態)	H30年	3年毎	個票解析等	「救命救急センター」を有する医療機関数		
608	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	8	特定集中治療室のある医療機関数	市町村	医療施設調査 (静態)	H30年	3年毎	個票解析等	ICU (集中治療室) を有する施設数、病床数		
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
609	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	9	2次救急医療機関数	都道府県	救急医療体制に関する調査	H30調査 (H30.4.1時点)	毎年	厚生労働省	病院群輪番制病院及び共同利用型病院の数	救急医療体制に関する調査>【別紙2】救急医療施設等設置状況	
610	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	10	初期救急医療施設数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票解析等	「初期救急医療体制」*が有の施設数 比較的軽症な急病患者の診療を受け持つ休日・夜間急患センターと地区医師会の会員が当番制で診療を行う在宅当番医制		
611	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	11	一般診療所の初期救急医療への参画率	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票解析等	在宅当番制有りの施設数/診療所総数 *一般診療所(13)救急医療体制で「在宅当番医制」が有の施設数		
612	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	●	12	転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数	都道府県	救命救急センターの評価結果 (厚生労働省HP)	H30年調査 (H30実績)	毎年	厚生労働省	院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行う者を専従で配置している救命救急センターの数	
613	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	13	心肺機能停止傷病者 (心肺停止患者) 全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	救急・救助の現状	H30年 (H29実績)	毎年	厚生労働省	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	○平成30年版救急・救助の現況 別表17 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数 (都道府県別)  	
614旧	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	救急車の受入件数①	都道府県	救命救急センターの評価結果	H30年調査 (H30実績)	毎年	厚生労働省	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員数	○救命救急センターの充実段階評価 評価項目25 二次救急医療機関については、必要に応じて各都道府県で独自調査	
614新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	救急車の受入件数②	都道府県	都道府県調査 (救急医療提供体制の現況調査及び救命救急センターの現況調べ)	H30年調査 (H30実績)	毎年	厚生労働省	各救急医療機関の年間救急搬送受入件数	救命医療→三次救急医療機関、入院救急医療→二次救急医療機関、初期救急医療→初期救急医療機関における救急車受け入れ件数と整理 ※救命医療 (三次救急医療機関) については、救急車の受入件数①と同じ。ただし、集計期間がある事に注意。	
614新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P		転院搬送の受入件数	都道府県	都道府県調査 (救急医療提供体制の現況調査)	H30年度調査 (H29年度実績)	毎年	厚生労働省	(他院からの) 転院搬送の受け入れ件数	救命医療→三次救急医療機関、入院救急医療→二次救急医療機関、初期救急医療→初期救急医療機関における転院搬送受け入れ件数と整理	

614 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P										都道府県	都道府県調査 (救急医療提供体制の現況調)	H30年度調査 (H29年度実績)	毎年	厚生労働省	(他院への) 転院搬送の実施件数	救命医療一二次救急医療機関、入院救急医療一二次救急医療機関、初期救急医療一初期救急医療機関における転院搬送実施件数と整理。現状では初期救急医療機関しかデータ無し。 今後、病床機能報告もしくは救急医療提供体制の現況調へにおいて、R2調査から行いR3のデータブックからの対応を想定
615	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	●	15	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		都道府県	救急・救助の現状	H30年 (H29実績)	毎年	厚生労働省	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	○平成30年版救急・救助の現況 別表9の1 病院収容所要時間別搬送人員の状況 					
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名		都道府県	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考					
616	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	●	16	受入困難事例の件数		都道府県	平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果	H30年	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数	○令和元年度 救急業務のあり方に関する検討会 参考資料1 平成29年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果>《重症(長期入院)以上傷病者》現場滞在時間区分ごとの件数					
617 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P		17	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数		都道府県	都道府県調査	随時	毎年	厚生労働省	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	必ずしも全ての関係者が揃って開催された回数ではない。多職種連携会議については、メディカルコントロール協議会以外に都道府県が主催した会議をカウントするものとして、R2調査から周知を検討					
618 追記	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P		18	救命救急センター充実度評価S及びAの割合		都道府県	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	H30年調査 (H30実績)	毎年	厚生労働省	充実度評価S及びA*の救命救急センターの数/救命救急センター総数*救命救急センターの診療体制や患者受け入れ実績に基づいた評価						
619	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P		19	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数		市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出					
620	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		O	●	20	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後		都道府県	救急・救助の現状	H30年 (H29実績)	毎年	厚生労働省	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後生存率と1ヶ月後社会復帰率	○平成30年版救急・救助の現況 別表18 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後生存率(10カ年比較、都道府県別)  					
701	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				S		1	病院の耐震化率		都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況						
702	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				S	●	2	災害拠点病院における業務継続計画の策定率		都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	数値が100%を達成したため、参考値とする					
703	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県				S		3	複数の災害時の通信手段の確保率		都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況						

704	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	4	多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		
705	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	●	5	災害拠点病院以外の医療機関における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
10	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標			指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
706	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	●	6	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)へ登録率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録状況	
707	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S		7	医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	医療活動相互応援態勢にかかわる応援協定の締結先となる都道府県数	
708	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S		8	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	
709	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S		9	災害時小児周産期リエゾン任命者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエゾンの任命を受けた医療従事者数	
710	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S		10	災害医療コーディネーター任命者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害医療コーディネーターの任命を受けた医療従事者数	
711	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P	●	11	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
712	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P	●	12	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	

713	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P	●	13	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
714	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P	●	14	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察、保健所、市町村等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲		SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
715	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P		15	医療従事者に対する災害医療教育の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	都道府県が実施する医療従事者向けの実施回数	
716	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P		16	地域住民に対する災害医療教育の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	都道府県が実施する地域住民向けの実施回数	
717	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P	●	17	被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
718	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P		18	基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
801	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					S		1	へき地における診療所数・病床数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
802	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					S		2	へき地における歯科診療所数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
803	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					S		3	過疎地域等特定診療所数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
804	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					S		4	へき地診療所の医師数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
805	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					S		5	へき地における医師以外の医療従事者数（歯科医師、看護師、薬剤師等）	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況

806	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				S	6	へき地医療拠点病院数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
807	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				S	7	へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
808	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				S	8	へき地医療支援機構の数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
809	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				S	9	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
810	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				S	10	へき地医療に従事する地域枠医師数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
811	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	11	へき地における巡回診療の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
812	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	12	へき地における訪問診療（歯科を含む）・訪問看護の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
813	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	13	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
814	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	14	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
815	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	15	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
816	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	16	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
817	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	17	遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
818	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	18	協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
819	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	19	協議会等におけるへき地の医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）確保の検討回数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況

820	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	20	へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況 主要3事業の実施回数の合計が年間12回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数/指定年月日がH30.3.31以前のへき地医療拠点病院の数
821	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援				P	●	21	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況 必須事業の実施回数の合計が年間1回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数/指定年月日がH30.3.31以前のへき地医療拠点病院の数
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
901	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		1	産科・産婦人科・婦人科医師数	都道府県	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	主たる診療科を、産科、産婦人科、婦人科としている医師数	
902	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		2	分娩を取扱う医師数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	分娩を取り扱っている担当医師数	
903	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		3	日本周産期・新生児医学会専門医数	都道府県	専門医(新生児、母体・胎児)の認定状況(日本周産期・新生児医学会HP)	随時	随時	日本周産期・新生児医学会	日本周産期・新生児医学会が認定した専門医の数	
904	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		4	助産師数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	「分娩の取扱」有りの担当医師数(常勤換算)	衛生行政報告例では就業助産師数が把握可能
905	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		5	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数	都道府県	学会等ホームページ	随時	随時	日本助産評価機構 日本看護協会	クリニカルリーダーレベルⅢの認証を受けた助産師数(アドバンス助産師)、新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数	
906	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		6	分娩を取扱う医療機関の種別	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「分娩の取扱」の院内助産所が有る施設数 分娩を取り扱う助産所数	



907	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	7	NICUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	NICU（新生児治療室）を有する病院数・施設数	
908	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	8	NICU専任医師数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	日中に主にNICU及びGCUを担当する小児科・新生児医師数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
909	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	9	GCUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	GCUを有する施設数	
910	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	10	MFICUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	MFICU（母胎胎児集中治療室）を有する病院数・病床数	
911	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	11	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A237 ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
912	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	12	災害時業務継続計画策定医療機関数・策定割合	都道府県	周産期医療体制調適宜	H26年度	毎年	都道府県	業務継続計画（BCP）を策定している医療機関数	
913	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	別枠			S	●	13	災害時小児周産期リエゾン認定任命者数	都道府県	都道府県	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエゾンの認定任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。
914	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S	14	乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関の数	都道府県	NICU等長期入院児支援事業	H27年	毎年	都道府県	NICU等長期入院時支援事業で補助金の補助対象となっている、乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関数	事業調査で把握している医療機関数となるので、事業として認定されていなくても乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関を都道府県で把握している場合はその数値を活用しても良い

915	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P	●	15	分娩数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	(分娩数(帝王切開件数を含む)*人口)** × 10万 *手術等の実施状況の「分娩」の実施件数 **15-49歳女性人口	
916	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P		16	産後訪問指導実施数	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	平成27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO		重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
917	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P		17	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターで取り扱う分娩	周産期母子医療センター以外で取り扱う分娩数は、分娩数から当該指標の分娩数を引いた数で算出可能
918	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P		18	NICU入室児数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	NICU（新生児集中治療室）の9月中の取扱患者延数	
919	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P		19	NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	

920	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P	●	20	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	・救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査 ・周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	・妊婦（分娩直後の専府を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数 ・都道府県内搬送率=母体・新生児県外搬送件数/母体・新生児搬送数 (追加) ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数（戻り搬送を除く） ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数（戻り搬送を除く） ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数（戻り搬送を除く） ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数（戻り搬送を除く）	母体・新生児県外搬送件数は、周産期医療体制調より引用 消防庁の調査における搬送人員は、妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない。	
921	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				P	●	21	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数（周産期母子医療センターが受け入れることのできなかった母体・新生児の搬送件数）	都道府県	・救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	医療機関に受入の照会を行った回数が4会以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数(追加)・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れることのできなかった母体の搬送件数（自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。）・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れることのできなかった新生児の搬送件数（自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。）		
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考		
922	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				0	●	22	新生児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	新生児死亡：生後4週間未満の死亡	
923	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				0	●	23	周産期死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	周産期死亡：妊娠満22週(154日)以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの	
924	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				0	●	24	妊産婦死亡数、死亡原因	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省	妊産婦死亡数(都道府県別)死因別妊産婦死亡数(全国値)	

925	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	●	25	NICU、GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	
926	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援			S			ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準		毎年	厚生労働省	B005-10、B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料1・2の届出医療機関数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1001	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S	●	1	小児救急子ども医療電話相談の回線数・相談件数	都道府県	都道府県調査	H27年度	毎年	都道府県	子ども医療電話相談の最大回線数・相談件数	
1002	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		2	小児に対応している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個票解析等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	
1003	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		3	小児科を標榜する病院・診療所数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	主たる診療科目で「小児科」を標榜している施設数と単科で「小児科」を標榜している施設数の合計	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1004	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		4	小児歯科を標榜する歯科診療所数	都道府県	医療施設調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	診療科目で「小児歯科」の歯科診療所数	
1005	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		5	小児科医師数（医療機関種別）	市町村	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省	主たる診療科を小児科としている医師数	
1006	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		6	夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1007	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		7	小児地域支援病院数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	

1008	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		8	小児地域医療センター数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	
1009	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		9	小児中核病院数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	
1010	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		10	PICUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	PICU（小児集中治療室）を有する病院数・病床数	
1011	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P		11	小児在宅人工呼吸器患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1012	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P		12	小児かかりつけ医受診率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1013	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P		13	緊急気管挿管を要した患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1014	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P	●	14	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数4回以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
1015	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P		15	特別児童扶養手当数、児童育成手当（障害手当）数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数（18歳未満）	都道府県	福祉行政報告例	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	障害児福祉手当受給者数	
1016	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P		16	救急入院患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

1017	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		0	●	17	小児人口あたり時間外外来受診回数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1018	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児科地域支援病院	小児科地域医療センター	小児中核病院		0	●	18	乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省（e-Stat）	乳児死亡率（出生千対） 月間乳児死亡数/（年間出生数*年換算係数）*1000	
1019	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		0	●	19	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	市町村	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省（e-Stat）	15歳未満の死亡者数の集計	
1020	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院	別枠	S	●		災害時小児周産期リエゾン任命者数	都道府県	都道府県	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエゾンの任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。	
1021	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S			小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照（①ID:2062、No:85、86、②ID:2064、No:89、90）	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1022	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		S		2	小児に <b>対応</b> の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個票解析等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	在宅医療の指標例と記載を一致させたのみ。
1023	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P			小児の訪問診療を受けた患者数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照（ID:2084、No:137、138）	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1024	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院		P			小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個票解析等	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者	在宅医療の指標例（ID:1126）と同じ。
1101	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	市町村	医療施設調査（静態）	H29	3年毎	個票解析等	退院調整支援担当者が従事する施設数	
1102	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	2	退院支援を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

1103	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	3	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
1104	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	4	退院児共同指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
1105	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	5	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出	
1106	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	6	訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1107	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		7	在宅療養支援診療所数、病院数、医師数	市町村	診療報酬施設基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	0000 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1108	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	8	訪問看護事業所数、従事者数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎月	厚生労働省 (e-Stat)	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1109	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		9	機能強化型の訪問看護ステーション数	市町村	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	訪看 29-31 機能強化型訪問看護管理療養費の届出施設数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1110	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		10	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション事業所数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1111	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		12	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1112	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		13	在宅療養支援歯科診療所数	市町村	診療報酬施設基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	歯科 0001-3 在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1113	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		14	訪問薬剤指導を実施する薬局、診療所、病院数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1114	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	15	往診を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

1115	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		16	在宅療養後方支援病院	市町村	診療報酬施設基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	後方支援病院の届出	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1116	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	17	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数、従業者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション数及びその従事者数	
1117	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	18	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1118	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		19	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	ターミナル体制届出「あり」の訪問看護ステーション数	
1119	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		20	退院支援（退院調整）を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1120	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		21	介護支援連携指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1121	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		22	退院時共同指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標			指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1122	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		23	退院後訪問指導料を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1123	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	24	訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1124	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		25	訪問歯科診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1125	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	26	訪問看護利用者数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1126	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		27	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	
1127	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		28	在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	



1128	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		29	訪問薬剤管理指導を受けた者の数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1129	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		30	小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者	
1130	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		31	往診を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1131	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P	●	32	在宅ターミナルケアを受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1132	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P	●	33	看取り数（死亡診断書のみを含む）	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
1133	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		34	在宅死亡者数	市町村	人口動態調査	H30年	毎年	個票解析等	人口動態調査のうち、介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡者数	医政局地域医療計画課による特別集計
1134	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		35	小児の訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	
1135	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		36	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1136	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			P		37	訪問口腔衛生指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	

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)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を  
推進するための政策研究

平成 30 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 31 (2019) 年 3 月

# 目 次

## [総括研究]

### 【総括研究報告書】 地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究 (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	3
C. 研究結果	4
1. 医療計画グループ	4
2. 病床機能グループ	4
D. 考察	6
1. 医療計画グループ	6
2. 病床機能グループ	6
E. 結論	8
F. 健康危険情報	8
G. 研究発表	8
1. 論文発表	8
2. 学会発表	9
H. 知的財産権の出願・登録状況	12
1. 特許取得	12
2. 実用新案登録	12
3. その他	12

## [分担研究]

### 1. 医療計画グループ

#### 【医療計画班①】 医療計画指標見直しに向けて 沖縄県庁ヒアリング結果を踏まえて (河原 和夫、伊藤 達哉、島崎 謙治、田極 春美、伴 正海)

A. 研究目的	1①-1
B. 研究方法	1①-2
C. 研究結果	1①-2
D. 考察	1①-5
E. 結論	1①-6
F. 健康危険情報	1①-6
G. 研究発表	1①-6
1. 論文発表	1①-6
2. 学会発表	1①-7
H. 知的財産権の出願・登録状況	1①-7
1. 特許取得	1①-7

2. 実用新案登録	1①-7
3. その他	1①-7

【医療計画班②】医療計画作成指標のプロセスに係る検討 医療計画担当者へのヒアリングをふまえて

(河原 和夫、野田 龍也、伴 正海、伊藤 達哉、田極 春美)

A. 研究目的	1②-1
B. 研究方法	1②-2
C. 研究結果	1②-2
D. 考察	1②-5
E. 結論	1②-5
F. 健康危険情報	1②-5
G. 研究発表	1②-6
1. 論文発表	1②-6
2. 学会発表	1②-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	1②-6
1. 特許取得	1②-6
2. 実用新案登録	1②-6
3. その他	1②-6

2. 病床機能グループ

2-1 【定量分析班①】構想区域の類型化について

(藤森 研司、石川 ベンジャミン 光一、伏見 清秀、松田 晋哉)

A. 研究目的	2-1①-1
B. 研究方法	2-1①-1
C. 研究結果	2-1①-2
D. 考察	2-1①-3
E. 結論	2-1①-3
F. 健康危険情報	2-1①-3
G. 研究発表	2-1①-3
1. 論文発表	2-1①-3
2. 学会発表	2-1①-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1①-3
1. 特許取得	2-1①-4
2. 実用新案登録	2-1①-4
3. その他	2-1①-4
添付資料	2-1①-5

2-1 【定量分析班②】病床機能報告データを用いた新しい入院基本料評価のためのツール開発に関する研究 (松田 晋哉、得津 慶、村松 圭司)

A. 研究目的	2-1②-1
B. 研究方法	2-1②-1

C. 研究結果	2-1②-2
D. 考察	2-1②-2
E. 結論	2-1②-3
F. 健康危険情報	2-1②-3
G. 研究発表	2-1②-3
1. 論文発表	2-1②-3
2. 学会発表	2-1②-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1②-3
1. 特許取得	2-1②-3
2. 実用新案登録	2-1②-3
3. その他	2-1②-3
参考資料	2-1②-4

2-2 【地域包括班①】地域包括ケア病棟における受け入れ患者層と運用実態に関する検討  
(佐方 信夫、牧野 憲一、木村 慎吾、野田 龍也)

A. 研究目的	2-2①-1
B. 研究方法	2-2①-2
C. 研究結果	2-2①-2
D. 考察	2-2①-4
E. 結論	2-2①-5
F. 健康危険情報	2-2①-5
G. 研究発表	2-2①-5
1. 論文発表	2-2①-5
2. 学会発表	2-2①-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2①-5
1. 特許取得	2-2①-5
2. 実用新案登録	2-2①-5
3. その他	2-2①-5
別紙1 ヒアリング概要	2-2①-6
別紙2 ヒアリング概要	2-2①-9

【地域包括班②】病床機能報告データを用いた地域包括ケア病棟の類型に関する検討  
(佐方 信夫、野田 龍也、牧野 憲一、木村 慎吾)

A. 研究目的	2-2②-1
B. 研究方法	2-2②-1
C. 研究結果	2-2②-2
D. 考察	2-2②-6
E. 結論	2-2②-6
F. 健康危険情報	2-2②-6
G. 研究発表	2-2②-6
1. 論文発表	2-2②-6
2. 学会発表	2-2②-6

3. その他	2-2②-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2②-6
1. 特許取得	2-2②-6
2. 実用新案登録	2-2②-6
3. その他	2-2②-6

2-3 【機能連携班①】 大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパス対象患者の回復期病院における転帰情報分析（副島 秀久、町田 二郎）

A. 研究目的	2-3①-2
B. 研究方法	2-3①-2
C. 研究結果	2-3①-2
D. 考察	2-3①-8
E. 結論	2-3①-10
F. 健康危険情報	2-3①-10
G. 研究発表	2-3①-10
1. 論文発表	2-3①-10
2. 学会発表	2-3①-10
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3①-10
1. 特許取得	2-3①-10
2. 実用新案登録	2-3①-10
3. その他	2-3①-10

【機能連携班②】 「回復期等移行チェックリスト」と「看護実践用語標準マスター（厚生労働省標準規格）」との対応の検討  
（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	2-3②-2
D. 考察	2-3②-3
E. 結論	2-3②-3
F. 健康危険情報	2-3②-4
G. 研究発表	2-3②-4
1. 論文発表	2-3②-4
2. 学会発表	2-3②-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3②-4
1. 特許取得	2-3②-4
2. 実用新案登録	2-3②-4
3. その他	2-3②-4
参考資料 1	2-1②-5
参考資料 2	2-1②-7

【機能連携班③】 地域医療連携推進法人における医療機能分化の推進・連携の取り組み  
(小林 美亜)

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	2-3③-7
E. 結論	2-3③-7
F. 健康危険情報	2-3③-8
G. 研究発表	2-3③-8
1. 論文発表	2-3③-8
2. 学会発表	2-3③-8
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3③-8
1. 特許取得	2-3③-8
2. 実用新案登録	2-3③-8
3. その他	2-3③-8

2-4 【実地検証班】 医療・介護レセプト情報を用いた胃瘻造設に関する研究

(次橋 幸男、野田 龍也、今村 知明、林 修一郎、長野 典子)

A. 研究目的	2-4-1
B. 研究方法	2-4-1
C. 研究結果	2-4-1
D. 考察	2-4-2
E. 結論	2-4-2
F. 健康危険情報	2-4-2
G. 研究発表	2-4-2
1. 論文発表	2-4-2
2. 学会発表	2-4-2
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-4-2
1. 特許取得	2-4-2
2. 実用新案登録	2-4-2
3. その他	2-4-2

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）  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」

総括研究報告書（平成30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年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県の構想区域において、今後の医療提供体制についての協議が進んでいる。これまで本研究班については、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現可能な施策に関する研究（H27－医療－一般002）」を平成27年度から平成29年度までの3年間の研究を通じ、わが国における公衆衛生の専門家が一同に介して研究を進めてきた。その成果については、第七次医療計画を都道府県が着実に策定するために厚生労働省が行う技術的助言（平成29年3月までに公表）のための医療計画の指標の検討・整理を行っただけでなく、病床機能報告データを使った急性期指標の開発、病床機能分化の全国的な事例集の作成といった形で研究班の成果を世の中に発信してきた。

本研究班については、都道府県が地域医療構想（病床機能分化・連携等）を推進、管理していくためのあり方や技術的な助言を行うことを目的として引き続き研究を行う。さらには、次期（第八次）医療計画の分析、策定にあたっての課題抽出及び今後の医療計画を推進し実行するための対策の検討、病床機能報告の定量的基準も含めた基準の開発及び活用方法の検討を行うものとする。都道府県が医療計画を策定した後もきちんとPDCAサイクルが回せるためのしくみづくりや技術的な助言、令和2年度の医療計画の中間見直し（在宅医療等）を見据え、医師確保計画、医療や介護との連携等について課題を整理した上で、NDBやDPC等のデータ分析を活用しつつ、技術的な助言を行うものとする。

本研究班は、①医療政策の国内最前線の研究者を擁し、体系的なプロセス分析の手法を用いる ②DPCデータ、NDBデータ分析の実績を有する研究者を擁し、都道府県や二次医療圏別の医師偏在等について政策検討に資する分析を行う ③日本医療マネジメント学会、日本クリニカルパス学会等と十分な連携をとれる体制により、傘下の研究者・医療機関から効率的な事例収集を実施することが可能、という3点の特徴を有する。これらは研究の独創性のみならず、オールジャパンの体制で地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究が可能となる点で、非常に有意義である。

本研究班は国の「医療計画の見直し等に関する検討会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医療従事者の需給に関する検討会」等とも関連して必要に応じて技術的な助言を進めていく。



## 研究分担者

- ・ 松田 晋哉 (産業医科大学 教授)
- ・ 藤森 研司 (東北大学大学院 教授)
- ・ 伏見 清秀 (東京医科歯科大学大学院 教授)
- ・ 石川 ベンジャミン 光一 (国際医療福祉大学大学院 教授)
- ・ 長谷川 友紀 (東邦大学医学部 教授)
- ・ 池田 俊也 (国際医療福祉大学 教授)
- ・ 瀬戸 僚馬 (東京医療保健大学 准教授)
- ・ 小林 美亜 (千葉大学医学部附属病院 特命病院教授)
- ・ 副島 秀久 (熊本県済生会 支部長)
- ・ 町田 二郎 (済生会熊本病院 副院長)
- ・ 河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 教授)
- ・ 野田 龍也 (奈良県立医科大学 講師)
- ・ 康永 秀生 (東京大学大学院 教授)
- ・ 加藤 源太 (京都大学医学部附属病院 准教授)
- ・ 佐方 信夫 (医療経済研究機構 主任研究員)

## 研究協力者

- ・ 伴 正海 (横浜市立大学 共同研究員)
- ・ 伊藤 達哉 (長野県健康福祉部)
- ・ 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)
- ・ 島崎 謙治 (政策研究大学院大学 教授)
- ・ 得津 慶 (産業医科大学大学院)
- ・ 村松 圭司 (産業医科大学大学院)
- ・ 牧野 憲一 (旭川赤十字病院 院長)
- ・ 木村 慎吾 (石川県健康福祉部)
- ・ 林 修一郎 (奈良県福祉医療部)
- ・ 次橋 幸男 (奈良県立医科大学 / 天理よろづ相談所病院)
- ・ 長野 典子 (奈良県立医科大学)

## 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 5 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を 2 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。

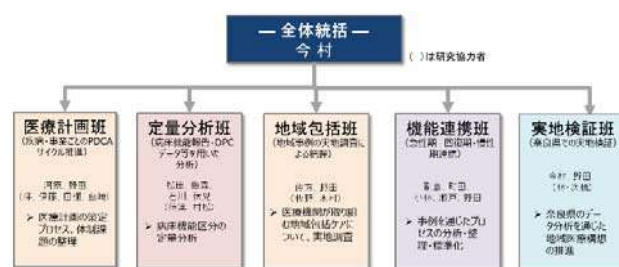


図 1 研究の実施体制

### 1. 医療計画グループ

#### 1-1. 医療計画班

① 全 47 都道府県の医療計画を、「ロジックモデルの活用」という観点からレビューを行った。さらに、ロジックモデルを活用していた 5 県のうち、沖縄県の医療計画担当者に対して医療計画の策定過程、ロジックモデル、今後の医療計画の課題についてヒアリングを実施した。

② 5 疾病 (がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患) および 5 事業 (救急、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療)、在宅医療に係る指標の策定

の体制やプロセスについて、同時の国の関係者や有識者が一堂に会して、検討開始時期や検討体制、指標の考え方や狙い振り返りを行った。

## 2. 病床機能グループ

### 2-1. 定量分析班

① 地域医療構想のさらなる推進のため、構想区域を類型化する。特徴が似た構想区域を類型化することで、全国の構想区域から、議論の推進のための参考となる区域を見つけることができると考えられる。また、公立・公的病院の役割の見直しを行う際の基準がより明確になることも期待される。例えば、政令市のように人口規模が大きい構想区域と地方の人口10万人程度の構想区域では、区域内の病院数、医師数等をはじめ、医療資源の状況が異なる。従って、「似た医療資源の状況の構想区域同士」であれば、公立・公的病院の役割の見直しの状況が一定程度比較可能である。

② 構想区域の特徴を表す要素として「①地理的・社会的」要素と「②医療提供体制」要素がある。地理的な要素は多数あるが、今回はその代表的なものとして人口と面積を用いた。面積の問題は山、川などの非可住地域を含むことであり、より正確には可住面積を用いるべきかもしれないが、その場合、アクセスの困難さが過小評価される課題がある。今後は人口の集約度や距離を用いた指標が有用と思われる。

③ 厚生労働省の病床機能報告制度が提供する各医療施設の報告結果に含まれる病床機能ごとの病床数を二次医療圏ごとに統合した。病床機能は入院基本料の種別に応じて急性期から療養病床まで病期に応じて順に定義した。前処理を行ったデータをもとに、横軸を地域

内の病床機能、縦軸を病床ごとの病床数、バブルの大きさを病床の回転率を示唆する変数として病床数あたりの入院患者数と定義して、バブルチャートを作成した。バブルは施設ごとに色分けし、どの病床がどの施設に属しているかを明確にした。また、チャートは任意の二次医療圏を表示可能とし、急性期から慢性期までの病期に応じたフィルタリングも可能とした。作成したチャートは Tableau Public を用いてインターネット上に公開した。

([https://public.tableau.com/profile/kei.toku#!vizhome/2018-12-11/sheet1\\_1](https://public.tableau.com/profile/kei.toku#!vizhome/2018-12-11/sheet1_1))

### 2-2. 地域包括班

地域包括ケア病棟には入棟経路として、自院他病棟からの転棟、自宅・介護施設からの入院、他院からの転院の3つの経路がある。それぞれの経路で入棟する患者層は異なっている可能性があることから、いずれの経路でも患者が入棟している病院を調査の対象とした。病院選択に当たっては、平成29年度病床機能報告データにおいて入棟経路で自宅および介護施設から直接入棟している割合が30%を超えている病棟を抽出した。それらのうち、調査の協力を了承いただいた石川県内の2病院に平成31年2月に訪問し、面接でヒアリングを実施した。

### 2-3. 機能連携班

① 大腿骨近位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B病院（以下、B病院と略す）へ転院した患者34名が対象。転帰を①自宅退院、②施設転所、③慢性期病院転院、④急性期病院転院の4群に分け、認知症、ADL、回復期合併症、併存疾患、回復期転退院後の継続受診について検討した。

② 「急性期から回復期等への連携を想定し

た共有情報項目」のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期等の病院に提供するための帳票（以下「回復期等移行チェックリスト」という）は、電子カルテシステム等の医療情報システムに入力されたデータを抽出して作成することで、作成負荷を軽減する方法を提案した。これを実現するため研究班と標準マスター維持管理団体が協力し、「チェックリスト」と「標準マスター」の対応表づくりを進めていった。

③ 平成 30 年 4 月 1 日に認定された地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」からヒアリングを行い、実際の取り組みを踏まえ、医療機能分化・連携を行う上での課題についてヒアリングをおこなう。

#### 2-4. 実地検証班

奈良県国保データベース（KDB）を用いて、2013 年度から 2016 年度の 4 年間に実施された胃瘻造設件数の推移とその背景要因を分析した。

### 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. 医療計画グループ

##### 1-1. 医療計画班

① 沖縄県の医療計画担当者へヒアリングをおこない、医療計画の策定過程やロジックモデルの強み／弱み、今後の課題等を整理した。

② 第七次医療計画策定指標の基本方針と平成 28 年度末までにどのようなプロセスで指標に落とし込まれたのかを当時の担当者から聴取し整理した。その上で 5 疾病 5 事業ごとに医療計画指標の考え方、検討内容、検討プロ

セスについて個別に整理を行った。

#### 2. 病床機能グループ

##### 2-1. 定量分析班

① 人口 10 万人～20 万人未満で面積が小さい区域において、医療機関総数が似ている（2～3 施設）区域同士を比較すると、公立・公的病院の競合（同規模病院で、手術等の実績も同様）がみられる場合とそうではない場合がある。競合している場合や実績が少ない場合に、提供する医療の詳細（疾患像、受け入れている患者の重症度等）や地理的な条件などを確認する必要がある。人口 10 万人～20 万人未満で面積が大きい区域において、医療機関数が似ている（7～8）区域同士を比較すると、公立・公的病院の競合（同規模病院で、手術等の実績も同様）がみられる場合とそうではない場合がある。公立・公的病院で、救急車受け入れ、手術等において、大きな公立・公的病院に比べはるかに件数が少ない病院がある。競合している場合や実績が少ない場合に、提供する医療の詳細（疾患像、受け入れている患者の重症度等）や地理的な条件などを確認する必要がある。

② 人口 50 万人以上の区域では公立・公的病院が複数あることがほとんどであった。公立・公的病院の競合（同規模病院で、手術等の実績も同様）がみられる場合が多いが、競合している病院の数は異なる。同じような規模の民間病院よりも実績が低い公立・公的病院も見られた。

③ 二次医療圏ごとの年間退棟患者数と、病床あたりの年間退棟患者数を可視化した。朝倉医療圏を例に挙げると、年間退棟患者数と、病床あたりの年間退棟患者数は各々、一般病棟 7 対 1 入院基本料では朝倉医師会病院が

5,001人、108.6、朝倉健生病院が1,610人、40.3、ハイケアユニット入院医療管理料1では、朝倉医師会病院が538人、89.7、一般病棟10対1入院基本料では、甘木中中央病院が1,052人、35.2、地域包括ケア入院医療管理料1では、朝倉健生病院が439人、14.6、甘木中中央病院が326人、9.1、回復期リハビリテーション病棟入院料1では、朝倉健生病院が236人、5.9、緩和ケア病棟入院料では、朝倉医師会病院が208人、10.4、障害者施設等10対1入院基本料では、太刀洗病院が124人、2.1、療養病棟入院基本料1では、香月病院が228人、3.8、稲永病院が197人、3.8、甘木中央病院が111人、2.5、太刀洗病院が103人、1.7であった。

## 2-2. 地域包括班

地域包括ケア病棟への転棟の経緯、DPC病床から地域包括ケア病棟へ転棟するケースの運用、自宅などから直接地域包括ケア病棟へ入院するケースの運用、DPC病床との患者層の違い、地域包括ケア病棟の導入効果とメリット、運用・制度上の問題点についてヒアリングで聴取した情報の整理を行った。詳細については、分担報告書を参照されたい。

## 2-3. 機能連携班

① 回復期の転帰は自宅退院56%、施設転所32%、慢性期病院転院3%、急性期病院への転院9%であった。転帰別の平均年齢、平均在院日数に有意差はなかった。認知症の併存率は自宅退院者47%、施設転所者82%、慢性期病院転院者100%であり、入院時FIMは自宅退院者76、施設転所者52、慢性期病院転院者29、急性期病院転院者38であり、認知症と入院時FIMは転帰を左右する要因と思われた。FIM運動利得は自宅退院者24、施設転所者19、慢性期病院転院者5、急性期病院転院者22、で

あり入院時FIMや認知症の程度がFIM利得を左右していると思われた。FIM認知利得は自宅退院者1、施設転所者0、慢性期病院転院者-3、急性期病院転院者3、であり認知FIMの改善は見られなかった。施設転所者、急性期病院転院例には脳卒中既往、骨折既往、認知症の併存が見られた。自宅退院者の53%が回復期退院後も回復期病院受診歴があり、25%が継続リハを受けており、FIM値のさらなる改善はなかったものの自立通院や運転ができるレベルに改善している例が見られた。

② 本研究班からMEDIS-DCに「共有情報項目」を提供し、MEDIS-DCにおいて5施設程度の電子カルテシステム等の運用状況を踏まえて標準マスターとの紐づけ案を作成した。その案を研究班でも確認し、チェックリスト対応表(8版)を作成させた。回復期等移行チェックリストの共有情報項目は、紙媒体に手書きして作成する運用も想定した構成とした。このため、共有情報項目と、看護実践用語標準マスターとでは、情報の粒度に差異を生ずる箇所もあり、両者を完全一致させることは困難である。そのため対応表では、必要に応じ一定の読み替えを行い、回復期等移行チェックリストの共有情報項目ごとに、看護実践用語標準マスターのどのコードで表現すべきか提示した。上記研究班の「共有情報項目」には、5つの大項目があり、その下に小項目と小項目ごとの選択肢が設けられている。看護実践用語標準マスターは「看護行為編」「看護観察編」の2編で構成されており、対応表では、共有情報項目の大項目ごとに、マスターのいずれの編を用いて表現するかを統一した。

③ 法人創設の経緯、取り組みの実際、取り組みの課題、ちようかいネットの活用、心不全の連携、その他の連携についてヒアリングを行

った。詳細については分担報告書を参照されたい。

#### 2-4. 実地検証班

胃瘻造設術が行われた患者総数は 2152 名であり、年度別では 2013 年度 586 名、2014 年度 580 名、2015 年度 563 名、2016 年度 423 名であった。各年度に胃瘻造設術を受けた患者の平均年齢 (SD) は、それぞれ 80.0 (10.4)、80.9 (9.2)、80.7 (11.7)、79.8 (11.1) 歳であった。2014 年度から 200 床未満の病院、一般病床と療養病床が主体の病院で胃瘻造設件数が減少し、2016 年に地域包括ケア病床を新設した病院において胃瘻造設術の件数が増加していた。患者在住地域別に 65 歳以上の人口あたりの胃瘻造設者数を分析したところ 2013 年に多かった二次医療圏 (南和、中和) では、2016 年度に大きく減少して他の医療圏と同等の水準となっていた。

### D. 考察

#### 1. 医療計画グループ

##### 1-1. 医療計画班

① ロジックモデルについて、国で行われている全国衛生部長会議などで新たなツールとして紹介されることをはじめ、都道府県職員研修などで関係者が学べるようになれば、医療計画の進捗管理を実施する上で有用であると考えられる。

② 平成 32 年度末の中間見し、次の第八次医療計画を見据えて、指標を見直す上では今の指標がどのように利活用されていて、医療計画の評価に役立っているかの確認が必要と考えられる。医療計画に係る指標が多いため、不要なものは、削除していくべきと考えられる。医療計画指標になぜ、その指標が入っているのか、都道府県担当者にわかるような注書き

が必要と考えられる。指標が採用された背景を記録として残しておくべきと思われる。この注書きは研究班の報告書かデータブックに入れるかどうかを検討すべきである。平成 32 年度末に都道府県が中間見直しを行うのであれば、今からヒアリングを進めて、そのための検討体制を整備すべきと考えられる。

#### 2. 病床機能グループ

##### 2-1. 定量分析班

① 全体として同じ類型内であっても、公立・公的病院の競合と考えられるケースもあれば、競合が見られないケースもあった。後者では、集約化等が行われ、競合が整理されている可能性がある。今回は病床数・手術件数等がほぼ同等であるものを競合として扱ったが、今後、より詳細な分析が必要である。同じような構想区域を参考に、構想区域の実情を考えながら競合の解消が可能かもしれない。地域医療構想のさらなる推進のため、構想区域を類型化し、同様な地域の好事例の横展開を図ることが必要である。類型化には構想区域の人口と面積を用い、医療提供の集約度合いを測定するためジニ係数の考え方を援用した医療資源分散指数 (仮称) および最も地域シェアの高い医療機関のシェア率を導入したが、さらにアクセスや医療機関の所在の偏りを検討する必要ある。類型化により調整会議が活発になり、医療機関の機能分化が進むことが期待される。

② 本研究で地域内にどのような病床が存在しているかを視覚化したことにより、どのような病床が充足しているのか、または不足しているのか、競合している施設はどのような病床機能を持ち備えているのかということが把握しやすくなった。この視覚化により得られる知見は、施設の地域内での戦略を立案す

る一助になると考えられた。今回の視覚化ツールは厚生労働省から公開されている病床機能報告結果を元としているため、情報の利用に制限がなく、広く公開することが可能である。このことは、病床の情報を各施設の内部だけでなく、地域全体で議論することを容易にした。さらに、これらのデータは Tableau Public を通じて、動的にフィルタリング等の表示変更ができることから、資料作成の効率化が期待されるだけでなく、各医療圏での地域医療構想を検討する際、他の医療圏と比較を行う、類似した医療圏を探索する等の俯瞰的な分析を可能にした。本研究により開発された視覚化ツールは客観データに基づく地域医療構想を効果的に支援することが期待される。

## 2-2. 地域包括班

本調査を行った病院では、地域包括ケア病棟に、急性期病院での治療が終わった患者さん（いわゆるポストアキュート）と、軽症疾患の患者さん（いわゆるサブアキュート）の両パターンの入院を受け入れていたことが、今回のヒアリングを通じて把握することができた。これは、地域包括ケア病棟が期待している役割を十分に果たしていることを示している。

地域包括ケア病棟の良い適応となるケースは、退院調整により自宅療養できる見通しがあることであり、自宅退院の見込みが少ない方が多く入院する療養病床への転棟とは大きく異なっている。この点についてはヒアリングを行った両病院とも強く意識しており、「地域包括ケア病棟は自宅退院の促進」という考えが浸透していると考えられた。

## 2-3. 機能連携班

① 自宅退院者に比し施設転所者の認知症併存率が高かったが、自宅退院者の認知症レベルは施設転所者に比較し比較的軽症であった

こと、慢性期病院転院者は認知症の程度が重度であったことより、認知症の併存とそのレベルは転帰を左右する重要な要因と思われた。自宅退院者や施設転所者においては、認知症があっても運動FIM値の改善が有意であったことからリハビリの実施は重要である。その一方で、FIM利得、すなわちリハビリ介入によるADL改善度の見通しについては、多くの関係者が経験知に基づいた見通しを持っていることが明らかになっている。そのことが一種の先入感になりリハビリ介入の実質に影響していないか、パターン化したリハビリになっていないか、等を検証すべきと思われた。入院中合併症を発症し急性期病院へ転院した症例のうち認知症ありでは、有意差はなかったものの入院時FIMもFIM利得もやや低い傾向があり、合併症発症の危険因子になる可能性を考える。急性期病院転院者は合併症の発症時期から、急性期病院でのケア不足が原因とは言えないと思われる。慢性期病院転院者は転院先調整と決定に時間がかかる実情がある。リハビリの実施は必要であるが、入院時FIM値の著しく低い場合にリハビリを提供する施設として回復期が妥当であるかどうかとも議論を必要とすると思われる。

② 医療機関からの「情報共有シート」の様式に法令または厚生労働省通知による定めはなく、各病院の裁量に委ねられている。このため各病院で、従来型の「情報共有シート」の是非について、負担軽減も含めた見直しを行い、回復期等移行チェックリストを実装するための検討が必要となる。

③ 「日本海ヘルスケアネット」の区域では、「人口減少」「医療需要減少」「超高齢化」に直面しており、各医療機関が競争原理によって収益をあげることが期待できない状況であっ

た。このため、地域医療連携推進法人を創設することで、各医療機関が持続的な健全経営を達成できる基盤を整備していた。地域医療構想では、構想区域ごとに設置された「地域医療構想調整会議」で関係者の協議を通じ、各医療機関が自主的に病床の機能分化と連携を進めることとなっている。しかし、実際には、経営上の利害が衝突するため、機能分化と連携が上手く進まない場合も多い。地域医療連携推進法人では、参加医療機関が独立性を保持しながら、病床を融通しあったり、医薬品等を共同購入したり、また看護師などの人事交流や職員の共同研修も可能になることから、経営効率につながるだけでなく、医療の質保証にも貢献する制度である。

#### 2-4. 実地検証班

本研究の結果、胃瘻造設術の場が中小規模の一般病床主体の病院からケアミックス型の医療機関へと移行し、地域間格差が縮小しつつあることが示された。2014年度、2016年度の診療報酬改定において胃瘻造設前後の機能評価と機能回復訓練の強化、地域包括ケア病棟新設が行われていることから、これらの医療政策の影響が、数年の経過で各地域の特に中小規模病院へと浸透していった可能性がある。

#### E. 結論

本研究の成果は、わが国の地域医療構想（病床機能分化・連携）および医療計画（5疾病5事業）の進捗管理にあたって有用なものとして考えられる。

#### F.健康危険情報

なし（非該当）

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 中西康裕、今村知明. リーダー・マネジャー実践コース【医療制度・経営を知る】. CandY Link. 2018 Apr.
- 2) Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Yasuhito Tanaka & Tomoaki Imamura. The impact of musculoskeletal diseases on the presence of locomotive syndrome. *Modern Rheumatology*. 2018 Apr;1-6.
- 3) Hayato Yamana, Mariko Kodan, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga. Hospital quality reporting and improvement in quality of care for patients with acute myocardial infarction. *BMC Health Services Research*. 2018 Jul; 18: 523.
- 4) Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatsuya Noda, Manabu Akahane, Yusuke Inagaki, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguchi, Tomoaki Imamura. Suspected periprosthetic joint infection after total knee arthroplasty under propofol versus sevoflurane anesthesia: a retrospective cohort study. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2018 Aug; 65(8): 893-900.
- 5) 橋本修二、川戸美由紀、山田宏哉、齊藤千紘、三重野牧子、久保慎一郎、野田龍也、今村知明、谷原真一、村上義孝. 患者調査における総患者数の推計の妥当性と応用に関する研究. *厚生学の指標*. 2018 Oct;65(12): 1-6.
- 6) Shinya Imai, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura. Computed Tomography: Return on Investment and Regional Disparity Factor Analysis. *frontiers in Public*

- Health. 2019 Jan;6: Article380.
- 7) Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shin-ichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Variation in fracture risk by season and weather: A comprehensive analysis across age and fracture site using a National Database of Health Insurance Claims in Japan. BONE. 2019 Mar;120: 512-518.
  - 8) Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shin-ichiro Kubo, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura. Data regarding fracture incidence according to fracture site, month, and age group obtained from the large public health insurance claim database in Japan. Data in Brief. In press.
  - 9) Yoko KOMURA, Takamichi KOGURE, Kazuo KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI Economic assessment of actual prescription of drugs for treatment of atopic dermatitis: Differences between dermatology and pediatrics in large-scale receipt data Journal of Dermatology 45, p.165~174 2018
  - 10) Chiharu Kano, Minoko Takanashi, Asami Suzuki, Kazuo Kawahara, Koichi Chiba, Hideo Nakanishi, Junki Takamatsu, Akiko Kitai, Koki Takahashi Estimate of future blood demand in Japan and the number of blood donations required ISBT Science Series 0, p.1 ~ 7 2018
  - 11) Woonkwan Hyun, Kazuo Kawahara, Miyuki Yokota, Sotaro Miyoshi, Kazunori Nakajima, Koji Matsuzaki, Makiko Sugawa The Possibility of Increasing the Current Maximum Volume of Platelet Apheresis Donation Journal of Medical and Dental Sciences 65 p.89 ~ 98 2018
2. 学会発表
- 1) 2018年05月24日~2018年05月26日 (東京都、東京国際フォーラム) . 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の利用: 日本の全診療報酬情報を用いた糖尿病の疫学分析. 野田龍也、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明.
  - 2) 2018年05月24日~2018年05月26日 (東京都、東京国際フォーラム) . 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. 日本の1型糖尿病患者数と年齢別分布-ナショナルデータベース(NDB)を用いた解析. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明.
  - 3) 2018年05月24日~2018年05月26日 (東京都、東京国際フォーラム) . 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. 日本の保険診察全患者における糖尿病治療薬と入院を要する低血糖/重症低血糖発生リスク. 西岡祐一、野田龍也、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、明神大也、久保慎一郎、今村知明、石井均.
  - 4) 2018年05月24日~2018年05月26日 (東京都、東京国際フォーラム) . 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. 日本の保険診療全疾患を対象としたビッグアナ



ド薬による乳酸アシドーシス入院リスクの検討. 毛利貴子、西岡祐一、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、今村知明、石井均.

- 5) 2018年05月24日～2018年05月26日 (東京都、東京国際フォーラム). 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. 日本における糖尿病薬処方全貌:NDBデータを用いた悉皆調査. 石井均、西岡祐一、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤松靖宏、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、今村知明.
- 6) 2018年05月24日～2018年05月26日 (東京都、東京国際フォーラム). 第61回日本糖尿病学会年次学術集会. 日本の糖尿病診療の質-プロセスの解析;ナショナルデータベース(NDB)を用いた保険診療全糖尿病患者の検討. 久保慎一郎、野田龍也、明神大也、西岡祐一、東野恒之、福島由子、小泉実幸、中島拓紀、中上純子、毛利貴子、岡田定規、増谷剛、赤井靖宏、石井均、今村知明.
- 7) 2018年10月02日～2018年10月04日 (千葉県、幕張メッセ国際会議場). 第42回日本血液事業学会総会. 地域医療構想・医療計画による医療界の変化と、これが急性期・輸血医療に及ぼす影響について. 今村知明.
- 8) 2018年10月06日～2018年10月07日 (京都府、京都大学 百周年時計台記念館). 第5回日本糖尿病医療学学会～糖尿病患者のこころに伝える～. 日本の医療を取り巻く社会環境:その現状と課題. 今村知明.
- 9) 2018年10月11日～2018年10月12日 (奈良県、奈良春日野国際フォーラム 薨

～I・RA・KA~/東大寺総合文化センター). 第33回日本整形外科学会基礎学術集会. 世界最大の医療ビッグデータ NDB (ナショナルデータベース)の活用と今後の展望. 今村知明.

- 10) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想と医療計画を具現化するための施策の研究. 今村知明、林修一郎、村上淳基、野田龍也.
- 11) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 回復期病棟における季節ごとの入院患者数の変化と在院日数への影響-NDBによる分析. 林修一郎、野田龍也、今村知明、明神大也.
- 12) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 兵庫県内におけるがん診療の地域連携の実態分析. 小川俊夫、喜多村祐里、阪口博政、山口真寛、八木正行、今村知明、祖父江友孝.
- 13) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. カンジダ菌血症患者の菌種と薬剤耐性についての分析. 吉原真吾、赤羽学、今村知明.
- 14) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77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):糖尿病患者の急性冠症候群リスク. 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.
- 15) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 特定健診等

情報データベース (NDB) の活用: 透析患者追跡と死亡数の検証. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、今村知明.

- 16) 2018年10月24日~2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77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: 外来処方医薬品のクロス集計. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明.
- 17) 2018年10月24日~2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77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: 糖尿病を例にした全国集計. 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.
- 18) 2018年10月24日~2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 胃瘻造設術はどこで減少したか: 奈良県 KDB データを用いた後方視的研究. 次橋幸男、林修一郎、野田龍也、明神大也、赤羽学、今村知明.
- 19) 2018年10月24日~2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 心肺蘇生実施の意向に関する意識調査. 中西康裕、赤羽学、今村知明.
- 20) 2018年10月24日~2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 心肺蘇生の実施歴は講習会の受講歴と関連する. 赤羽学、中西康裕、伊藤雪絵、前屋敷明江、今村知明.
- 21) 2018年10月24日~2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. レセプトデ

ータを用いた病院規模ごとの高齢者悪性腫瘍に対する放射線治療の評価. 村上淳基、野田龍也、今村知明.

- 22) 2018年10月27日~2018年10月28日 (福島県、ホテルハマツ). 第56回日本医療・病院管理学会学術総会. 医療から見た地域包括ケアを推進するための事例調査. 小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也、池田俊也、長谷川友紀、今村知明.
- 23) 2018年11月05日~2018年11月05日 (奈良県、奈良県医師会館). 第39回奈良県公衆衛生学会. 高齢者施設から要請される救急搬送の実態調査. 次橋幸男、赤羽学、今村知明、吉井克昌.
- 24) 2018年11月22日~2018年11月25日 (福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス). 第38回医療情報学連合大会 (第19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患者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.
- 25) 2018年11月22日~2018年11月25日 (福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス). 第38回医療情報学連合大会 (第19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) に対する死亡決定ロジックの手法開発. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、降旗志おり、東野恒之、瀬楽丈夫、今村知明.
- 26) 2018年11月22日~2018年11月25日 (福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス). 第38回医療情報学連合大会 (第19回日本医療情報学会学術大会). 放射線治療装置 (リニアック) 導入による採算性に関する考察. 村上淳基、赤羽学、中西康裕、今井信也、今村知明.

- 27) 富田清行、 大家俊夫、 大山功倫、長谷川久之、 松井健、菅河真紀子、河原和夫 プライマリ・ケアを巡る制度的枠組みの変遷と今後の展望。 第77回日本公衆衛生学会総会、郡山市 2018.
- 28) 長谷川久之、松井健、 富田清行、大山功倫、 大家俊夫、 菅河真紀子、河原和夫 医師の過重労働の沿革と現状の考察。 第77回日本公衆衛生学会総会、郡山市 2018.

#### 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

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書(平成30年度)

【医療計画班①】医療計画指標見直しに向けて  
沖縄県庁ヒアリング結果を踏まえて

研究分担者 河原 和夫(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授)  
研究協力者 伊藤 達哉(長野県健康福祉部医療推進課)  
研究協力者 島崎 謙治(政策研究大学院大学)  
研究協力者 田極 春美(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)  
研究協力者 伴 正海(横浜市立大学)

研究要旨

本研究では、平成30年度研究において得られた都道府県の医療計画策定プロセスの課題を踏まえ、限られた専門人材、人員体制、時間にも関わらず、アウトカム改善を目指した政策循環の仕組みを実践した沖縄県に注目し、当時の策定プロセスに関わった県職員にヒアリングを実施することで、今後の一つのモデルを示すことを目的としている。

全都道府県の医療計画をレビューし、ロジックモデルを活用した5県を抽出し、そのうち沖縄県に対する現地ヒアリング調査を実施した。

調査の結果、県庁内部署横断的にロジックモデルの活用を決め、それぞれの担当者が協力をしながら11分野のロジックモデルの叩き台を作成し、専門部会に臨んだ結果、関係者による議論はロジックモデルを中心に、目指すべきアウトカムとアウトカムに寄与するアウトプットとの因果関係に関する議論や活用されるデータ、アウトプットを出すための施策についての議論が活発に行われた。さらに参加した委員の多くから、その後の継続的な議論の場を求める声上がり、今後も改善に向けた議論を行う場を設置する方針となった。

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2021(令和3)年度に医療計画の中間見直しの際の参考資料等として、また、各都道府県が医療計画を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29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「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」(研究代表者 今村知明)(以下、「平

成 29 年度研究」) において、第 7 次医療計画を策定するプロセスに関してアンケート調査が行われ、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。

本研究では、こうした課題に対し、第 7 次医療計画の進捗管理や中間見直しに向け、限られた専門人材、人員体制、時間にも関わらず、アウトカム改善を目指した政策循環の仕組みを実践した沖縄県に注目し、当時の策定プロセスに関わった県職員にヒアリングを実施することで、今後の一つのモデルを示すことを目的としている。

## B. 研究方法

全 47 都道府県の医療計画を、「ロジックモデルの活用」という観点からレビューを行なった。さらに、活用していた 5 県のうち、沖縄県に対してヒアリングを実施した。詳細は下記の通り。

- (1) 調査期間：平成 30 年 11 月 2～3 日
- (2) 調査依頼先：沖縄県の医療計画担当部署（部長、課長、担当者）
- (3) 調査方法：ヒアリング（対面）
- (4) 調査期項目
  - ① 策定過程
  - ② ロジックモデル
  - ③ 今後の課題
  - ④ その他

(倫理面への配慮)

特になし

## C. 研究結果

### (1) レビュー

47 都道府県のうち、医療計画本文中にロジックモデルを活用しているのは、岩手県、大阪府、愛媛県、佐賀県、長崎県、沖縄県の 5 県であった。ただし、岩手県は重点施策においてのみ活用（図 1）されているため、全ての施策において活用されたのは 4 県となった。

(図 1)

#### <重点施策の政策ロジック>

取組内容 →	事業の直接的な 効果 →	中間アウトカム →	最終 アウトカム
たばこ対策の実施	禁煙希望者を対象に禁煙支援を実施	成人の喫煙率の減少	がん患者の年齢調整死亡率の低下
	企業・事業所等の受動喫煙防止対策の実施	受動喫煙防止対策を実施している職場の割合	
がん検診受診率向上のための支援	市町村・企業におけるがん検診受診率向上の取組	がん検診受診率	がん患者の年齢調整死亡率の低下
がん診療連携拠点病院等の機能強化に対する支援等	国の指定要件を満たすような、がん診療連携拠点等が行う取組	がん診療連携拠点病院の整備圏域数の維持（がん医療の均てん）	がん患者の年齢調整死亡率の低下

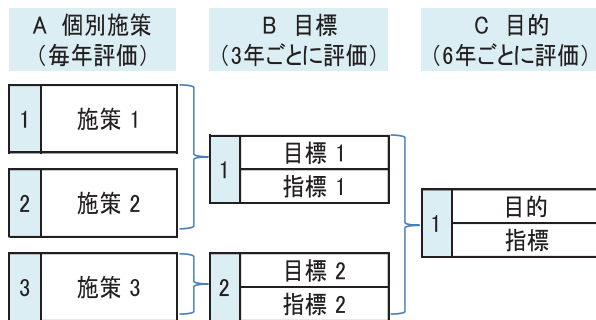
図 1（岩手県医療計画より抜粋）

4 県のうち、例えば大阪府の医療計画においては、第 1 章第 4 節の「4. PDCA サイクルに基づく計画推進」の中で、ロジックモデルを活用した政策循環の仕組みについて、以下のように記載されている。

○そのため、第 7 次計画では、各疾病事業において、6 年後のめざす姿（C：地域住民の健康状態や患者の状態等）を目的に、目標（B：地域の医療のサービスの状況等）を設定し、毎年度、取組（A：施策及び事業）について、具

体的に効果検証を行っていきます。

図表 1-4-4 施策・指標マップ



(大阪府医療計画より一部抜粋)

## (2) ヒアリング

レビューを踏まえ、3 県の当時の担当者に連絡を取り、スケジュール等検討した結果、今回は沖縄県に対してヒアリングを実施することとなった。なお、大阪府に関しては、今回の策定以前からロジックモデルを一部導入していたことから、今回新たに導入するに当たっての経緯をヒアリングするという趣旨からは外れるため、対象外とした。また、3 県の医療計画策定主担当者に関し、愛媛県担当者は、国が実施してきた研修会に 2014 年度当初から、佐賀県担当者は 2015 年度当初から、沖縄県担当者は 2016 年度途中からそれぞれ受講しており、計画策定後の 2018 年度からは全員他部署へ異動となっている。

### ① 策定過程

- ・ 第 6 次計画は、医療現場の意見を十分に聞かないまま県主導で進めた結果、医療計画の内容は医療関係者に認知されていない、体系が複雑といった反省点があった。(部長)
- ・ 国の研修でロジックモデルを学んだ後、講師を県庁に招いて内部で県職員向けの

勉強会を実施。職員は「PDCA」「アウトカム」「アウトプット」といった用語を理解できていなかったようで、医療以外の部署からも参加者が集まった。(担当者)

- ・ 第 6 次計画の中身をロジックモデルに落とし込み、それぞれの担当者に現状を示すことから始めた。その結果、施策が目的に向かっていない、目的しか記載されておらず目標が存在しない、などの事実が認識された。(担当者)
- ・ 第 7 次計画を策定するに当たって、まずは、基本方針と策定体制を固めた。具体的には、ロジックモデルの活用、5 疾病 5 事業・在宅ごとに 11 部会の設置。(部長)
- ・ 担当者から国の研修で学んだロジックモデルについての説明を受け、施策が体系だって理解しやすかったため、すぐに関係課長を集め、ロジックモデルの採用と部会の設置について指示。(部長)
- ・ スケジュールやタスクを各担当者と共有し、資料やデータを共有フォルダで管理。お互いの部会にはなるべく参加し、会議資料の説明方法や進め方も共有。(担当者)
- ・ 各部会は 3 回の会議を開催。担当者が作成したロジックモデルのたたき台をもとに関係者に議論してもらったが、想像以上に関係者の議論が白熱し、19 時開始の部会が、分野によっては 22 時を過ぎることもあった。(部長)
- ・ 第 1 回の部会では、各部会とも、①策定

方針、国の指針の説明、②ロジックモデルの説明、③現状データの提示、第2回では、ロジックモデルの事務局案を提示し、それをもとに、アウトカムの設定はどうか、データの妥当性はどうかなど、委員に議論していただいた（この時が一番盛り上がった）。（担当者）

- ・ 部会の開催に当たっては、各担当者が事前に関係者に対して資料説明等を行うなど、丁寧に運営を行った。県職員が足りず関係者の元へ通い、何度も説明し、県としての考えを伝え続けたことが大きかったと思われる。（課長）
- ・ 各担当者が医学的知識を学ぶことが非常に困難であったが、部会の座長に教えていただくなど、現場の協力が大きかった。（担当者）
- ・ 医療計画策定を終えて部会は一旦終了したが、関係者からは「今後も継続的に進捗管理に関わらせてほしい」という要望が挙がったため、今後も定期的に協議の場を設置する方針。（部長）
- ・ 第7次計画策定を通じて、医師会をはじめとする関係者との関係性が著しく向上し、医療審議会でも批判の声が上がらなかった。（課長）

## ② ロジックモデル

- ・ 体系だっていて理解しやすく、施策の漏れやダブリも減るだけでなく、自然と優先順がつき、やらなくて良い施策もはっきりする。今後の進捗管理もしやすくなると思われる。（部長）

- ・ 既存の施策ありきではなく、あるべき方向性に向けた施策を検討することができ、例えば糖尿病に関しては、必要なデータを入手するため、国保連合会にデータ分析を依頼するための補正予算準備も進んでいる。（部長）
- ・ ロジックモデルを活用することで、全体を体系化・スリム化するとともに、論点を絞ることができた。「やる」「やらない」の判断がしやすかったため、関係者からも好評。（課長）
- ・ 県が行なっている事業の定量化ができ、県が本来行うべき事業であるにも関わらず行なっていない事業が明らかになった。今後、人材、予算といった資源を投入し、施策を進めていく。（課長）
- ・ 部会での論点が明確になり、自身の興味のみで発言を繰り返す委員が出てこなかった。（担当者）

## ③ 今後の課題

- ・ 分野によってロジックモデルが弱いところもあり、今後の改善が必要。（部長）
- ・ 在宅医療分野における議論に関し、県福祉部局との連携が困難であったため、今後も引き続き議論が必要。（部長、課長）
- ・ 国の指針が開示されたのが前年度末であったため、計画策定のための調査業務の項目決定が間に合わず、不足データがあった。指針が前年度の夏～秋頃に出てくれば、早めの協議により必要な予算措置を策定年度に間に合わせることができる。（担当者）

- ・ 国の研修を各担当者に説明するには限界があり、研修をビデオや web 形式等にする事で、都道府県の策定体制が強化できるのではないか。（総務省統計局は YouTube で講義を配信している）（担当者）

#### ④ その他

- ・ 国の全国衛生部長会などでロジックモデルが紹介されれば、もう少し活用されたのではないだろうか。（部長）
- ・ 県内部の人材育成に関しては、少なくとも 1 年は準備期間がいる。（課長）
- ・ 策定年度に増やした計画担当の人員枠は今後も維持する。（課長）
- ・ 部長からは「既存事業ありきではなく、課題に対応している施策・事業を書き入れるように」という指示があり、課長からは「とにかく思うままにどんどん進めよう」と背中を押してもらえた。（担当者）

### D. 考察

#### (1) レビュー

国の研修会でロジックモデルが示され、指針においても「政策循環の仕組みを一層強化」と書かれたものの、アウトカムとアウトプットの関連性を表したロジックモデルが活用された都道府県は僅かに 5 県であった。そして、この 5 県の担当者は、国の研修でロジックモデルを学び、そのまま異動なく策定作業に従事しているが、他にも多くの担当者が同じような状況にある。ここから推察されるのは、

担当者レベルが学んだ事項を、そのまま全部局横断的な方針まで昇華させることが非常に困難であり、それまで庁内で実施されてきた方法で策定を進めていくという大きな流れにはなかなか抗えないという組織内部の事情である。この点に関しては、ヒアリングにも指摘されているように、国で行われている全国衛生部長会議のような場において、具体的な新たなツールとして、部長級の役職に対して情報提供を行うなど働きかけをすることは有用であると考えられる。または視点を変え、行政側ではなく、都道府県医師会向けに働きかけるという選択肢も考えられる。

#### (2)

##### ① 策定過程

平成 29 年度研究において、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の数が全国平均 6.7 であったように、計画策定には多くの部署を巻き込む必要があり、そうすると課長級ではなく、部長級の管理職の動きが非常に重要になってくる。その点において、沖縄県では部長が積極的に動いたことが重要な意味を持っている。

また、限られた開催回数の各部会において、議論を活発にするために相応の準備をしてきたことが伺われる。まず、庁内担当者レベルが政策循環に関する理解を深めること。さらには第 6 次計画を検証することで、現状の危機意識を醸成すること。そして、担当者同士が協力するだけでなく、部会の座長にも専門知識に関する教えを請うなど、限られた資源の中で活用できるものを最大限活用したこと。



最後に、それぞれの担当者が関係者の元へ足しげく通い、何度も県としての考え方を説明し続けたこと。恐らく、これらの準備が無ければ、いくら優れたロジックモデルが突然会議に登場したとしても、議論が白熱することは無かっただろうと推察される。アリバイ作りの会議ではなく、関係者に主体的に関わってもらおうための会議が行われたことは、策定後も引き続きの議論を関係者が求めたことから明白である。

## ② ロジックモデル

平成 29 年度研究において、計画策定のための会議体の数が全国平均 10 であったことから分かるように、とにかく会議体が多く、自ずと開催回数が少なくなる中、アウトカムに向けたアウトプットを出すための施策まで議論を深めることは非常に困難である。しかし、ロジックモデルを活用することで論点が明確になり、自身の興味のみで発言する委員が出てこなかったように、非常に効率的かつ効果的な議論が可能になったものと考えられる。

## ③ 今後の課題

国が開催する都道府県職員研修については、その内容を録画するなどし、全国の関係者が学べる環境を整えることは、各都道府県が今後の計画の進捗管理を実施していく上で、有用であると考えられる。

また、都道府県が計画策定のための予算まで含めて準備するためには、国が指針の作成を通常より前倒しで行う必要があり、今後の

対応が期待される。

## E. 結論

今回、沖縄県の医療計画策定過程についてヒアリング調査を行った。都道府県が限られた資源で多くの業務を行う状況において、アウトカム（目的）の設定だけでなく、それを改善するために実施する施策にまで議論を深めるためには、ロジックモデルの活用が有用である可能性が示された。また、沖縄県の事例は特別に高度な技術や知識が求められてはならず、他の都道府県にとっても実現可能なモデルとして、参考になると考えられるため、関係者には参考事例として是非活用していただきたい。

一方で、今回調査しきれなかった、ロジックモデルを活用した他の 4 県については、今後も引き続き研究を進め、参考となる事例を抽出すると同時に、多くのロジックモデルを活用しなかった都道府県についても、調査研究を行う必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- ① Yoko KOMURA, Takamichi KOGURE, Kazuo KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI  
Economic assessment of actual prescription of drugs for treatment of atopic dermatitis: Differences between dermatology and pediatrics in large-

scale receipt data Journal of Dermatology 45, p.165~174 2018

- ② Chiharu Kano, Minoko Takanashi, Asami Suzuki, Kazuo Kawahara, Koichi Chiba, Hideo Nakanishi, Junki Takamatsu, Akiko Kitai, Koki Takahashi Estimate of future blood demand in Japan and the number of blood donations required ISBT Science Series 0, p.1~ 7 2018
- ③ Woonkwan Hyun, Kazuo Kawahara, Miyuki Yokota, Sotaro Miyoshi, Kazunori Nakajima, Koji Matsuzaki, Makiko Sugawa The Possibility of Increasing the Current Maximum Volume of Platelet Apheresis Donation Journal of Medical and Dental Sciences 65 p.89~98 2018

## 2. 学会発表

- ① 富田清行、大家俊夫、大山功倫、長谷川久之、松井健、菅河真紀子、河原和夫  
プライマリ・ケアを巡る制度的枠組みの変遷と今後の展望. 第77回日本公衆衛生学会総会、郡山市 2018.
- ② 長谷川久之、松井健、富田清行、大山功倫、大家俊夫、菅河真紀子、河原和夫  
医師の過重労働の沿革と現状の考察.  
第77回日本公衆衛生学会総会、郡山市 2018.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1. 特許取得  
なし
- 2. 実用新案登録  
なし
- 3. その他  
なし

## 【医療計画班②】医療計画作成指標のプロセスに係る検討 医療計画担当者へのヒアリングをふまえて

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 教授）  
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）  
研究協力者 伴 正海（横浜市立大学 共同研究員）  
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部 医療推進課 主任）  
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）

### 研究要旨

本研究は、第七次医療計画指標の検討体制、指標の考え方、関係者への合意プロセスなどを振り返り、今後の医療計画の中間見直しや第八次医療計画の策定に資することを目的としている。

第七次医療計画の指標の策定にあたっては、国の関係する部署が組織横断的に連携し、有識者や国の検討部会、関係団体や学会等との調整を経て、指標の集約化および整理がなされ、平成28年度末に本研究班の成果物として公表された。

([http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/res\\_document.html#byosho\\_shihyo](http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/res_document.html#byosho_shihyo))

医療計画指標は都道府県が医療計画を策定する上での基盤となるものである。その検討におけるスケジュールやプロセスは大変重要となるため、医療計画指標策定当時の国関係の担当者にヒアリングをしつつ、検討開始時期や指標策定の狙い、プロセス等を整理した。

都道府県が医療計画を策定するにあたっては、国は毎年医療計画策定支援データブック（以下、データブック）を配布し、支援を行っている。医療計画指標策定に係るスケジュールや検討プロセスとも密接に関連しており、指標の狙いや考え方について、国関係者や有識者、都道府県医療計画担当者等が共有することは大変重要である。

検討開始時期や検討体制、プロセスを把握し明確にすることで、効率的かつ有益な検討が進められることが期待される。

### A. 研究目的

平成28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）「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」（研究代表者 奈良県立医科大学 今村知

明／地域医療計画関連指標研究分担者 東京医科歯科大学 河原和夫）の成果物として、第七次医療計画の「医療体制構築にかかる現状把握のための指標」が奈良県立医科大学公衆衛生学講座のホームページにて公開された。現在、都道府県は医療計画の策定を終え

て、第七次医療計画の推進を行っているところである。第八次医療計画指標の策定に向けての考え方や示唆をえるため、第七次医療計画策定に係る状況について、当時の医療計画担当者にヒアリングをおこない、今後に資することを目的とする。

## B. 研究方法

5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）および 5 事業（救急、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療）、在宅医療に係る指標の策定の体制やプロセスについて、同時の国の関係者や有識者が一堂に会して、振り返りを行った。

- ・ 検討開始時期や検討体制、関係者
- ・ 指標の考え方や狙い

## C. 研究結果

### ① 第七次医療計画指標の基本方針と平成 28 年度末までのスケジュール

- ・ 第六次医療計画にある必須指標の定義はデータが現在取れる指標、推奨指標はデータが取得できると望ましいという意味合いである。有識者へのヒアリングを進めていき、臨床の医師より、「データとして取得できれば望ましい」という推奨指標が整理された。
- ・ 第七次医療計画指標をなぜ変えるのかについては、都道府県で計画を推進するにあたって、有用でない、事実上取れないデータがあるということを踏まえ、真に活用できる指標に絞り込むことであった。
- ・ 第七次医療計画については、大前提として、都道府県が医療計画の PDCA サイクルを回す上で、取得できる指標に限定するという方針で進めた。
- ・ データを整理し、指標に落とし込む作業

を国で行った。第六次医療計画と比較して、指標の数が少なくなったのは、がん、糖尿病、へき地の指標を落としたためである。スケジュール的には平成 28 年度末間に当研究班からの公表となった。

### ② 第七次医療計画とデータブックの関係

- ・ 第六次医療計画にある推奨指標はデータ源が存在しないものがほとんどであり、提案された推奨指標はほとんどデータブックに採択されなかった。これを踏まえ、指標の変更作業を行い、第七次医療計画の指標は概ねデータブックに収載された。
- ・ データブックで取得できる指標にするという前提で、作業を進めていく過程で、ナショナルデータベース（以下、NDB）でどのようなデータが取得できる、できないが明確になってきた。
- ・ 第六次医療計画から第七次医療計画にかけては、DPC や NDB などので使えるデータが飛躍的に増えており、第七次医療計画の指標の作成に当たっては、レセプトデータを基にアウトカム指標を増やすというアプローチも可能となった。
- ・ データブックに収載される指標については、国の担当者が有識者、学会とのコンセンサスを得ながらとりまとめていった。その結果、医療計画の策定プロセスの中で、活用が望ましいとされた指標に対して、取得が可能なデータを基に指標が作成されデータブックに収載されているのが現状。
- ・ 5 疾病 5 事業ごとに特徴や都道府県の医療計画にどのように盛り込んでいくか学会等の温度差があり、全体を統一し、コントロールすることが困難であった。また、時間的な制約もあり、データブックの使い方を丁寧につくりこむことが困難であ

った。

### ③ 5 疾病 5 事業の検討プロセスや検討経緯

#### がん

- ・ 学会にヒアリングし、ストラクチャー、プロセス、アウトカムで指標を整理した、がんセンターにある指標を積極的に開示していく方針となった。
- ・ 国立がん研究センターが整備しているがん登録のデータなど全数ではなく、解釈は難しいが、指標として採択した経緯がある。
- ・ がんの医療体制については、がん対策基本法に基づき、施設基準や治療成績を公表するという枠組みがある。ここが他の疾患と異なる。
- ・ がんの死亡者数については、がんの種類別に二次医療圏ごとに性／年齢階級別に集計した。
- ・ 予防・早期発見分野のアウトカムについては、年齢調整の罹患率やがん検診で発見できているかなども入れ込んで、都道府県の医療政策として取り組みやすいものをイメージして整理した。
- ・ 5 大がんについては、「指標に見る我が国のがん対策（平成 19 年）」で地域ごとの 5 年生存率を出すこととなった。データの精度には改善の余地があるが、5 大がんで地域差が生じるのは医療提供体制で検討すべき課題があるのではと考え、データを提供した。
- ・ 第六次医療計画時からの変更点は、ストラクチャー指標を整理したことがあげられる。医療機関数や医療機器に関する指標を削除。ストラクチャー指標が多いと、リソースを整備することが計画に織り込まれてしまうためである。
- ・ 国立がん研究センターの調査は毎年実施

されないため、データの更新は毎年行われ  
ない。データの更新時点を踏まえ、がん  
指標の精査・つくりこみも年度末まで時  
間を要した。

#### 脳卒中

- ・ 超急性期脳卒中加算は診療報酬点数上の加算ではなく、使用された薬剤で集計している。t - PA は加算（4 時間半）を算定していなくても実施している医療機関があるためである。病名と t - PA 薬で集計した。
- ・ 超急性期脳卒中加算は地方厚生局の届出情報である。
- ・ 今後は超急性期加算の算定状況を集計してデータブックに収載するかどうかの議論が必要と思われる。

#### 急性心筋梗塞

- ・ 当時、健康局が開催していた「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」の議論を反映するようにした。NDB を活用した集計を行うにあたり、診療行為コードを選択する作業は国担当者と有識者で実施。
- ・ PCI は診療報酬点数上で 90 分以内の実施を NDB から集計した。PCI の診療実績を都道府県及び二次医療圏間で比較することは問題ないでと整理した。90 分以内の実施を集計をしているのは PCI の他、冠動脈形成術のみである。
- ・ 虚血性心疾患患者における地域医療連携計画作成の実施件数については、レセプト病名で絞込を行った後に加算をとっている件数を集計した。
- ・ 後は単純に診療報酬点数の算定件数を計上しているものが多い。
- ・ 心臓血管外科領域は虚血性心疾患の件数

を集計している。

- ・ 解離性大動脈瘤と心不全の領域が整理しきれていない。解離性大動脈瘤の指標は簡単には作れない状況である。通知には概念だけ入れているが、指標はない。

### 糖尿病

- ・ 第六次医療計画の指標に活用できる糖尿病のデータは全くなかった。指標の見直しについて、関連する部局と相談した。
- ・ 学会ヒアリングを経て、予防に関する指標が第六次ではなかったのが追加することとなった。特定健診の受診率などが追加されているのはそのためである。
- ・ 学会との話し合いを経て、プロセスが重要で検査や治療がしっかり行われているかの地域差を検討していくことが有用ではないかということになった。
- ・ 医療機関や医師数、専門医数については、アウトカムからさかのぼり、地域で実施すべき治療ができているか、専門医が充足しているかなどを検討してもらいやすくするように配慮した。
- ・ 糖尿病の地域連携や病診連携については、あまり議論が行われず、どのような指標を採用すればよいかまで検討が至らなかった。
- ・ アウトカム指標の設定が難しく、合併症でデータがとれるのは人工透析の新規導入患者数程度しかなかった。
- ・ 当時は糖尿病関連の研究班がなく、指標見直しの提案は出されることはなかった。

### 精神

- ・ 国の担当者とナショナルセンターで検討を行い、とりまとめた。精神科領域の疾病別にストラクチャー、プロセス指標を整理したことが第六次医療計画からの主な

変更点となった。

### 救急

- ・ 救急医療に関しては、第六次医療計画に位置付けた指標は、取得できないものが多かったため、指標数を絞った。救護救命、入院救急、初期救急、救命後の医療という大きな構造は変えていない。各地域の特徴を表す指標として、データが取得できると想定されるものを整理していった。
- ・ 救急は NDB 指標が多くなく、国で有している AED マップや消防庁の「救急救護の現状」がデータ元である。
- ・ 救急後の医療については、救急管理加算と退院支援加算の算定状況を NDB から集計し、データブックには件数と回数データを収載した。

### 災害医療

- ・ DMAT 事務局や災害医療センターにヒアリングを行ったが、効率的に指標に落とし込む作業が困難であり、災害拠点病院の指定要件を中心に指標を整理した。

### へき地医療

- ・ 医政局が都道府県に対し毎年実施している「へき地現況調査」の結果を基に、医療計画の策定プロセスの中で利活用できるように調整した。
- ・ へき地の医療体制の実績を数値を基に評価することは困難であった。へき地で医療が提供されているかなど、巡回診療を実施している回数(プロセス指標)が中心となった。
- ・ アウトカム指標を設定するのが困難であり、第六次医療計画と同様に指標の設定は見送った。

## 周産期・小児

- ・ 第六次医療計画に位置付けた指標は、取得ができないものが多かったため、指標数を絞ったが、指標の詳細を整理し切れていない
- ・ 消防庁の調査は小児や妊婦といった区分がないので利活用できず。
- ・ 平成 26 年度「救急搬送における医療機関の受入状況実態調査」、毎年の「周産期医療体制調査」を指標の検討に使った。

## 在宅医療

- ・ 退院支援、在宅療養、急変時、看取りと 4 つの柱に分けて、データが取得できるかどうか整理した。
- ・ 在宅医療にはアウトカム指標がない。人口動態調査等を基にして、在宅死亡数等を指標に設定した場合、在宅での異常死なども含まれてしまうことや、ぎりぎりまで在宅で治療し、最期は病院で死亡した場合が含まれないなどの既存の統計調査を活用する上での課題が存在する。在宅での死亡者数は在宅医療のアウトカムではないという意見があることにも配慮した。死亡者数はプロセス指標として整理した。
- ・ 指標の検討に際しては、国の関連する部局を交えて議論した。
- ・ NDB 等の診療行為の実績値から在宅医療のあるべき姿を抽出することは困難であった。

## D. 考察

- ① 平成 32 年度末の中間見し、次の第八次医療計画を見据えて、指標を見直す上では現行の指標がどのように利活用されていて、医療計画の評価に役立っているかの確認が必要と考えられる。

- ② 依然として、医療計画に係る指標が多いため、不要なものは、削除していくべきと考えられる。

- ③ 一方で都道府県より、「必要」という意見があった指標については、公表統計から引用できるかどうか、NDB で取得できるかを検討すべきである。

- ④ 医療計画指標になぜその指標が入っているのか、都道府県担当者の理解を助ける説明が必要と考えられる。今後を見据え、指標が採用された背景を記録として残した上で、注書きとして研究班の報告書又はデータブックに掲載するかを検討すべきである。

- ⑤ また、医療計画作成指針等に位置づけられた指標について、データブックに掲載されていないものは、なぜ掲載されていないかも整理したうえで記録しておくべきと考えられる。

- ⑥ 平成 32 年度末に都道府県が中間見直しを行うのであれば、今からヒアリングを進め、指標見直しの検討体制を整備すべきと考えられる。

## E. 結論

現在都道府県は第七次医療計画の推進や進捗管理がなされている。次の第八次医療計画の検討へ向けて、関係者における共通認識が深まり、効率的かつ有益な検討が進められることが期待される。

## F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書(平成30年度)

## 【定量分析班①】構想区域の類型化について

研究分担者 藤森 研司(東北大学医学系研究科 公共健康医学講座医療管理学分野 教授)

研究分担者 石川 ベンジャミン 光一(国際医療福祉大学 大学院医学研究科)

研究分担者 伏見 清秀(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医療政策情報学 教授)

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)

### 研究要旨

地域医療構想のさらなる推進のため、構想区域を類型化し、同様な地域の好事例の横展開を図ることを目的とした。類型化には構想区域の人口と面積を用い、医療提供の集約度合いを測定するためジニ係数の考え方を援用した医療資源分散指数(仮称)および最も地域シェアの高い医療機関のシェア率を導入した。

結果は平成31年1月30日開催の第18回地域医療構想ワーキンググループにおいて参考人として発表を行った。本報告書にはその際に用いた資料を添付する。

### A. 研究目的

地域医療構想が策定され2年が経過するが、各地域における調整会議は総論に終始し、具体的な動きは乏しいと言わざるを得ない。地域医療構想のさらなる推進のため、構想区域を一定程度類型化し、同様な地域の好事例の横展開を図ることが必要と考えられる。

本報告では平成31年1月30日開催の第18回地域医療構想ワーキンググループにおいて参考人として発表を行った資料について説明する。類型化には構想区域の人口と面積を用い、医療提供の集約度合いを測定するためジニ係数の考え方を援用した医療資源分散指数(仮称)および最も地域シェアの高い医療機関のシェア率を導入した。

### B. 研究方法

#### ● 類型化

構想区域を類型化する意義は、調整会議で議論すべき点が明確にすることであるが、これまでいくつかの都道府県の調整会議の議論の様子を見ると、「構想区域ごとの事情」が強調されることによって、具体的な対応方針の議論が進まないことがあると考えられる。また、「都道府県内のみでの比較」が重視されることによって、重点化等の議論が進んでいる他県の構想区域の事例が必ずしも参考にされていないと思われる。従って特徴が似た構想区域を類型化することで、全国の構想区域から、議論の推進のための参考となる区域を見つけることができると考えられる。

また、公立・公的病院の役割の見直しを行う際の基準がより明確になることも期待される。例えば、政令市のように人口規模が大きい構想区域と地方の人口10万人程度の構想区域では、区域内の病院数、医師数等をは

じめ、医療資源の状況が異なる。従って、「似た医療資源の状況の構想区域同士」であれば、公立・公的病院の役割の見直しの状況が一定程度比較可能であり、比較の中で、役割の見直しをさらに進める手がかりが見つかる可能性がある。

構想区域の特徴を表す要素として「①地理的・社会的」要素と「②医療提供体制」要素がある。地理的な要素は多数があるが、今回はその代表的なものとして人口と面積を用いた。面積の問題は山、川などの非可住地域を含むことであり、より正確には可住面積を用いるべきかもしれないが、その場合、アクセスの困難さが過小評価される課題がある。今後は人口の集約度や距離を用いた指標が有用と思われる。

人口は10万人未満、10万～20万人未満、20万人～50万人未満、50万人～の4区分とした。人口が少ないほど面積が広いという傾向がみられた。

- ・医療提供体制としては、病床数  
(高度急性期+急性期)
- ・救急車受け入れ台数(年間)
- ・全身麻酔手術件数(年間)
- ・経皮的冠動脈形成術(ステント留置術を含む)(年間)

を平成29年度病床機能報告から引用した。医療機関は「公的・公立等」と「その他」に分類した。「公的・公立等」には私立の地域医療支援病院も含まれる。

(倫理面への配慮)

特になし

### C. 研究結果

人口10万人～20万人未満で面積が小さい区域において、医療機関総数が似ている(2～3施設)区域同士を比較すると、公立・

公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合とそうではない場合がある。競合している場合や実績が少ない場合に、提供する医療の詳細(疾患像、受け入れている患者の重症度等)や地理的な条件などを確認する必要がある。

人口10万人～20万人未満で面積が大きい区域において、医療機関数が似ている(7～8)区域同士を比較すると、公立・公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合とそうではない場合がある。公立・公的病院で、救急車受け入れ、手術等において、大きな公立・公的病院に比べはるかに件数が少ない病院がある。競合している場合や実績が少ない場合に、提供する医療の詳細(疾患像、受け入れている患者の重症度等)や地理的な条件などを確認する必要がある。

人口50万人以上の区域では公立・公的病院が複数あることがほとんどであった。公立・公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合が多いが、競合している病院の数は異なる。同じような規模の民間病院よりも実績が低い公立・公的病院も見られた。

全体として同じ類型内であっても、公立・公的病院の競合と考えられるケースもあれば、競合が見られないケースもあった。後者では、集約化等が行われ、競合が整理されている可能性がある。今回は病床数・手術件数等がほぼ同等であるものを競合として扱ったが、今後、より詳細な分析が必要である。同じような構想区域を参考に、構想区域の実情を考えながら競合の解消が可能かもしれない。

構想区域ごとに、公立・公的病院の果たす役割は異なるが、特に都市圏以外の医療圏では、高いシェアを持つ病院が地域の中で

どのような役割を果たしているかを分析することが重要と思われた。公立・公的病院等が分散しているかどうか、定量的に分析する手法として、「最も規模が大きい病院が持つ医療圏内のシェア」と併せて、分布の集中度を測るジニ係数のような考え方をを用いて、「医療資源分散指数（仮称）」を考案した。指数が大きいほど分散が大きいことを示し、小さいほど集約を示す。対象の医療機関数が多いと偏在を適切に示す指標となるが、医療機関数の少ない地域では課題があった。例えば地域に二つの医療機関しかなく、一方が100%であっても指数は0.5となり、集約が進んでいないように見えてしまう。人口規模の大きな区域向けの指標と言えよう。また、最も大きい病院のシェア率による比較も行った。添付として構想区域の面積、人口、医療資源分散指数による分散の程度ごとに例を示す。

#### D. 考察

今回は数例の例示を示すのみであるが、今後はさらに指標を精査し、全ての構想区域を人口・面積を用いて類型化した上で、類型ごとに様々な比較を行ってみる必要がある。また、定量的に競合の状況がわかる分析を行う必要がある。実績だけでなく、どのような状態の時に競合しているかと考えるかをさらに深堀する必要がある。これは構想区域の類型ごとに異なると思われる。ほかにも公立・公的病院等が公立・公的でなければ担えない機能に重点化しているかを明確にするための分析が必要である。

医療資源分散指数または1位病院のシェアによる比較を行うことによって、医療圏内の医療資源の分散が一定程度分析可能ではないかと考えられる。医療資源分散指数が低いまたはシェアが大きい病院がある場

合は、大きな病院同士の競合は少ないが、小規模の公立・公的病院が存在する場合があります。役割の確認が必要である。医療資源分散指数が高いまたはシェアが小さい病院が複数並んでいる場合は、公立・公的病院同士の競合がある場合があります。役割の確認が必要であろう。

最後に、構想区域の面積、人口のみならず、主要な医療機関へのアクセスの検討も需要である。待てない急性期と待てる急性期を峻別し、待てない急性期についてはアクセス時間を考慮して医療機関の集約化を検討する必要がある。

#### E. 結論

地域医療構想のさらなる推進のため、構想区域を類型化し、同様な地域の好事例の横展開を図ることが必要である。類型化には構想区域の人口と面積を用い、医療提供の集約度合いを測定するためジニ係数の考え方を援用した医療資源分散指数（仮称）および最も地域シェアの高い医療機関のシェア率を導入したが、さらにアクセスや医療機関の所在の偏りを検討する必要がある。類型化により調整会議が活発になり、医療機関の機能分化が進むことが期待される。

#### 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

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



# 構想区域の類型化について

東北大学 大学院医学系研究科  
公共健康医学講座 医療管理学分野  
藤森研司

【H30】

2-1

1

-5

## 構想区域を類型化する意義等(2)

2. 公立・公的病院の役割の見直しを行う際の基準がより明確になる。

① 例えば、政令市のように人口規模が大きい構想区域と地方の人口10万人程度の構想区域では、区域内の病院数、医師数等をはじめ、医療資源の状況が異なる。

→ 「似た医療資源の状況の構想区域同士」であれば、公立・公的病院の役割の見直しの状況が一定程度比較可能である。

→ 比較の中で、役割の見直しをさらに進める手がかりが見つかる可能性がある。

3

## 構想区域を類型化する意義等(1)

1. 調整会議で議論すべき点が明確になる

① これまでいくつかの都道府県の調整会議の議論の様子を見ると、「構想区域ごとの事情」が強調されることによって、具体的な対応方針の議論が進まないことがあると考えられる。

② また、「都道府県内のみでの比較」が重視されることによって、重点化等の議論が進んでいる他県の構想区域の事例が必ずしも参考にされていない

→ 特徴が似た構想区域を類型化することで、全国の構想区域から、議論の推進のための参考となる区域を見つけることができる

2

### どのような指標を用いて、構想区域の類型化を行うか

○ 構想区域の特徴を表す要素として「①地理的・社会的」要素と「②医療提供体制」要素がある。

「①地理的・社会的」要素
・ 人口
・ 面積
・ 高齢化率
・ 等

「②医療提供体制」要素
・ 人口10万人対医師数
・ 人口当たり病床数
・ 人口当たり救急出勤数
・ 人口当たり全身麻酔手術数
・ 公立公的病院等のシェア
・ 等

○ 「②医療提供体制」は、構想区域ごとの提供体制の整備の程度により変化するが、「①地理的・社会的」要素は変化しない。

→ まずは、「①地理的・社会的」要素による類型化を試みる。

4

## 出典など

- 以下構想区域ごとの分析を実施  
出典は以下の通り。
- 一 高齢化率(住民基本台帳調査 H29.1.1)
  - 一 医師数(平成28年医師歯科医師薬剤師調査)
  - 一 病床数(平成29年病床機能報告)
  - 一 人口10万人当たり医師数(同上)
  - 一 人口10万人当たり病床数(同上)

6

## 「①地理的・社会的」要素による類型化

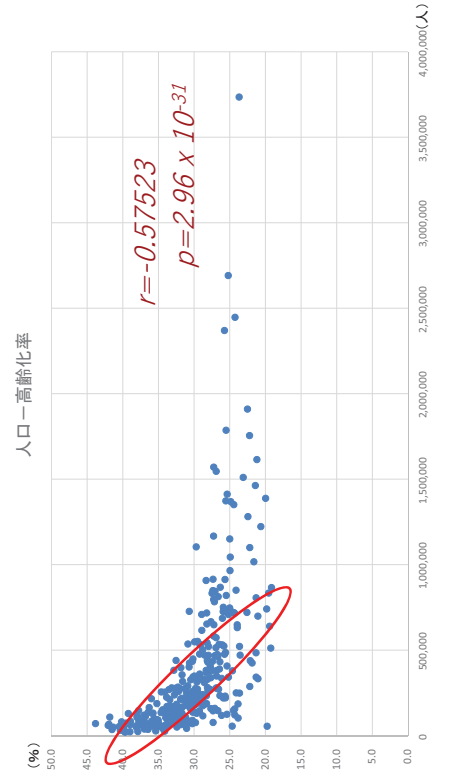
- 構想区域の「①地理的・社会的」要素として、基本的なものは以下の通り。
  - － 人口
  - － 面積
  - － 高齢化率
- 類型化はなるべくシンプルな方が望ましいので、これらの要素の関連(相関)をそれぞれ確かめ、**互いに関連が強い場合、どちらか一方のみで類型化**を行うこととする。

【H30】

5

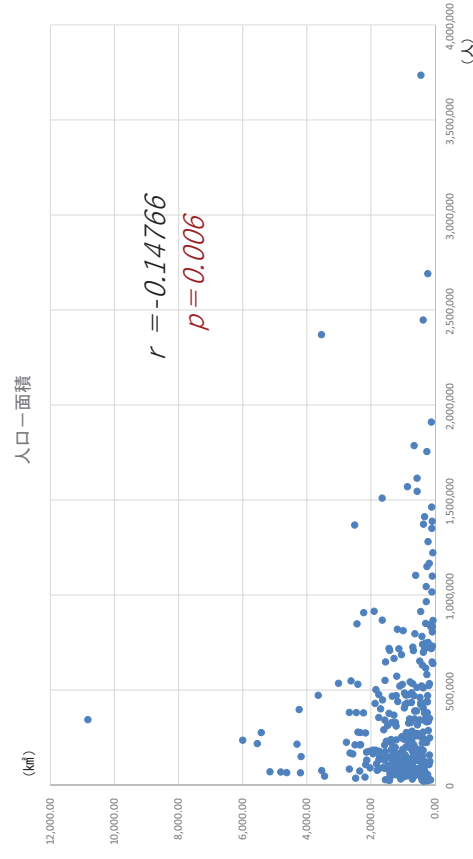
2-1

## 人口と高齢化率の関係 負の相関がある



7

## 人口と面積の関係 相関の程度は小さい



8

-6

## 「①地理的・社会的」要素同士の関係

- 人口と高齢化率には一定の相関がある。  
→人口と高齢化率のいずれかによる類型化を行う。構想区域の規模を直接表す、「**人口**」を用いる方がよい。
- 人口と面積の相関は比較的弱い。  
→「**面積**」も変数として用いた方がよい。

(結論)

- 類型化は、**人口+面積の2つの変数**によって行うのが良いのではないか。

【H30】

9

2-1

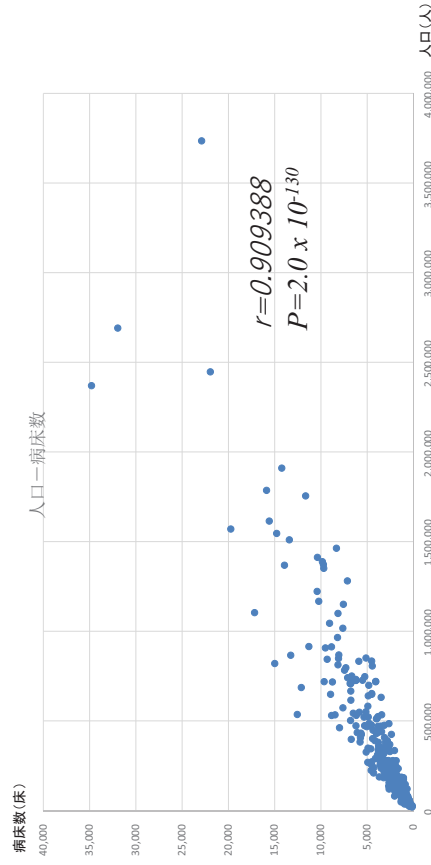
-7

## 「①地理的・社会的」と「②医療提供体制」要素の関係の確認

- 類型化は、**人口+面積の2つの変数**によって行うのが良さそうだが、「②医療提供体制」との関係を確認しておく。

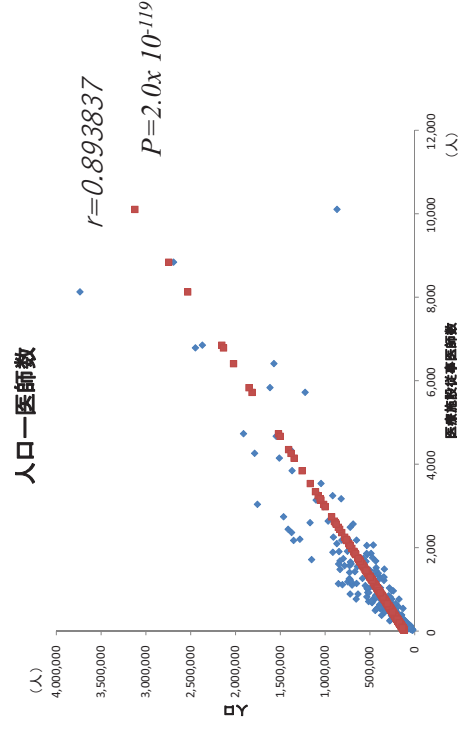
10

## 人口と病床数の関係



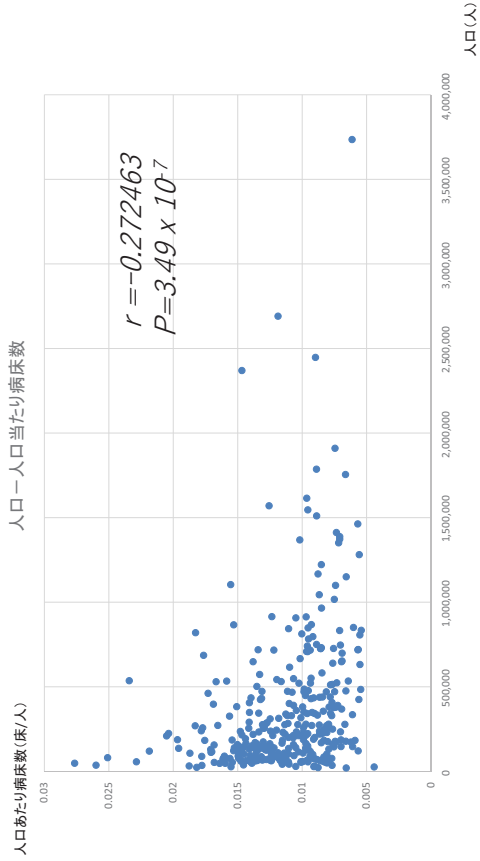
11

## 人口と医師数の関係



12

## 人口と人口あたり病床数の関係



【H30】

13

14

## 「①地理的・社会的」と「②医療提供体制」要素の関係の確認（結果）

- 人口と医師数、病床数等は一定の相関があり、人口によって、一定程度の「②医療提供体制」が説明される。
- 構想区域の類型化は、「①地理的・社会的」要素の「人口+面積」で行うことではないか。

## 人口と面積による区分

- 構想区域を人口区分については、今回は、人口50万人（政令指定都市の要件）、20万人（中核市等の要件）、10万人で4つに区分する。それぞれ、面積の中央値は以下の通り

	10万人未満	10万～20万人未満	20万人～50万人未満	50万人～
面積の中央値	1063.4km <sup>2</sup>	892.62km <sup>2</sup>	533.8km <sup>2</sup>	200.15km <sup>2</sup>

15

16

## 同じ類型同士の比較

- 人口や面積が同程度の構想区域同士を比較するため構想区域ごとに各病院の以下の項目を比較する。  
→結果を他の構想区域と比較する。
  - 病床数(高度急性期+急性期)
  - 救急車受け入れ台数(年間)
  - 全身麻酔手術件数(月間)
  - 経皮的冠動脈形成術(ステント留置術を含む)(月間)
 (平成29年度病床機能報告)
- 公立病院と民間病院を比較を行う
- 印は公立・公的病院



## 同じ類型同士の比較①

- 人口10万人～20万人未満
- 面積が小さい

【H30】

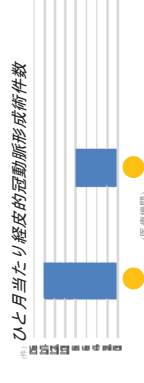
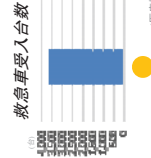
2-1

17

## 人口10万人～20万人未満で面積が小さい(2)

〇2つの公立公的医療機関の救急車受け入れ、手術等の実績がほぼ同様である。

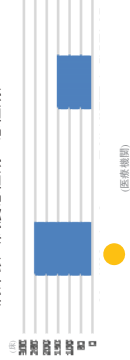
・ 43087代 (熊本)  
人口：142303人  
面積：715km<sup>2</sup>



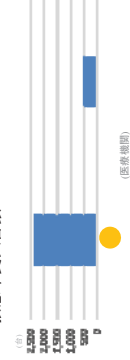
〇一つの医療機関が救急車受け入れ、手術等を引き受けている。

・ 2606山城南 (京都)  
人口：121199人  
面積：263km<sup>2</sup>

病床数 (高度急性期+急性期)



救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



## 同じ類型同士の比較①(結果)

- 人口10万人～20万人未満
- 面積が小さい
  - 医療機関総数が似ている(2-3施設)区域同士を比較
  - 公立・公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合とそうではない場合がある。

→ 競合している場合や実績が少ない場合に、提供する医療の詳細(疾患像、受け入れられている患者の重症度等)や地理的な条件などを確認する必要がある。

19

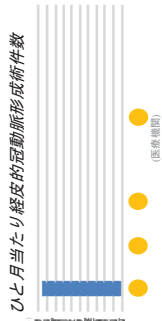
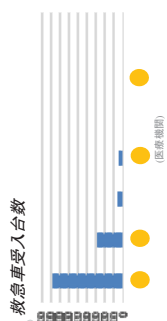
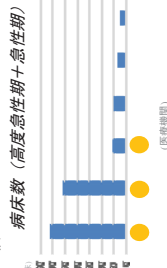
20

18

人口10万人～20万人未満で面積が大きい(1)

○同規模の公立・公的病院があるが、一方が救急車受け入れ、手術等を引き受けている。  
 ○小規模病院で救急車受け入れ、手術等を行っていない公立・公的病院がみられる。

・ 401仙南(宮城)  
 人口：175925人  
 面積：1551km<sup>2</sup>



同じ類型同士の比較②

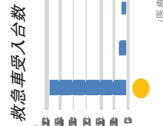
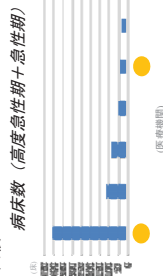
- ・ 人口10万人～20万人未満
- ・ 面積が大きい

【H30】

人口10万人～20万人未満で面積が大きい(2)

○1つの大きな公立・公的病院があり、救急車受け入れ、手術等を引き受けている。  
 (もう一方の病院は、小規模で救急車受け入れ、手術等を行っていない。)

・ 4503延岡西臼杵(宮崎)  
 人口：175925人  
 面積：1555km<sup>2</sup>



同じ類型同士の比較②(結果)

- ・ 人口10万人～20万人未満
  - ・ 面積が大きい
    - 医療機能数が似ている(7-8)区域同士の比較
    - 公立・公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合とそうでない場合がある。
    - 公立・公的病院で、救急車受け入れ、手術等において、大きな公立・公的病院に比べはるかに件数が少ない病院がある
- 競合している場合や実績が少ない場合に、提供する医療の詳細(疾患像、受け入れられている患者の重症度等)や地理的な条件などを確認する必要がある。

# 同じ類型同士の比較③

- 人口50万人以上

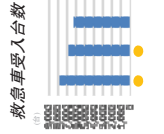
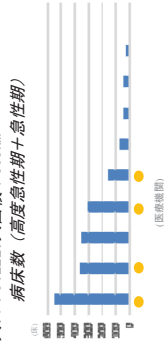
## 人口が50万人以上の構想区域(1)

○複数の公立・公的病院で同数程度の救急車受け入れ、手術等を引き受けている。  
○項目によっては、民間病院よりも実績が低い公立・公的病院がある。

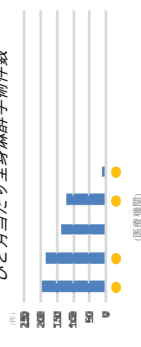
4702中部(沖縄)

人口：512229人 面積：368km<sup>2</sup>

病床数(高度急性期+急性期)



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



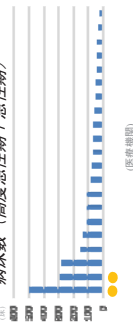
## 人口が50万人以上の構想区域(2)

○複数の公立・公的病院で同数程度の救急車受け入れ、手術等を引き受けている。

1109北部(埼玉)

人口：514389人 面積：562km<sup>2</sup>

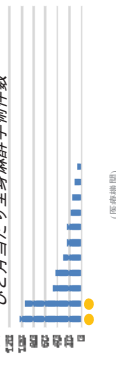
病床数(高度急性期+急性期)



救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



## 人口が50万人以上の構想区域(3)

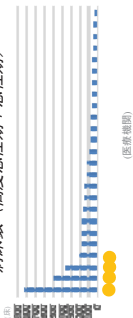
○複数の公立・公的病院が救急車、手術等を引き受けている。救急車受け入れ、手術等については、2-4番目に件数が大きい病院は件数がほぼ同数である

4201長崎

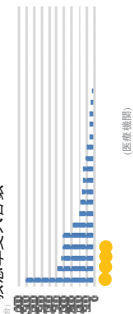
人口：534099人

面積：697km<sup>2</sup>

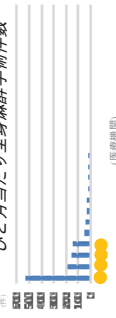
病床数(高度急性期+急性期)



救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



## 同じ類型内での構想区域ごとの比較 (まとめ)

- 同じ類型内であっても、公立・公的病院の競合と考えられるケースもあれば、競合が見られないケースもある。  
※後者では、集約化等が行われ、競合が整理されている可能性がある  
※今回は病床数・手術件数等がほぼ同等であることを競合として扱ったが、今後、より詳細な分析が必要)
- 同じような構想区域を参考に、構想区域の実情を考えながら競合の解消が可能かもしれない。

29

30

## 同じ類型同士の比較③(結果)

- 人口50万人以上
  - 公立・公的病院が複数あることがほとんど
  - 公立・公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合が多いが、競合している病院の数は異なる。
  - 同じような規模の民間病院よりも実績が低い公立・公的病院もある。

【H30】

2-1 -12

## その他

- 構想区域ごとに、公立・公的病院の果たす役割は異なるが、特に都市圏以外の医療圏では、高いシェアを持つ病院が地域の中でのどのような役割を果たしているかを分析することが重要
- 公立・公的病院等が分散しているかどうか、定量的に分析する手法として、「最も規模が大きい病院が持つ医療圏内のシェア」と併せて、分布の集中度を測るジニ係数のような考え方をを用いて、「医療資源分散指数(仮称)」を考案した。

31

## 「医療資源分散指数(仮称)」の概要:ある地域の救急車受入台数の例

○医療資源分散指数とは

➢ 分布の集中度、あるいは不平等度を表す係数

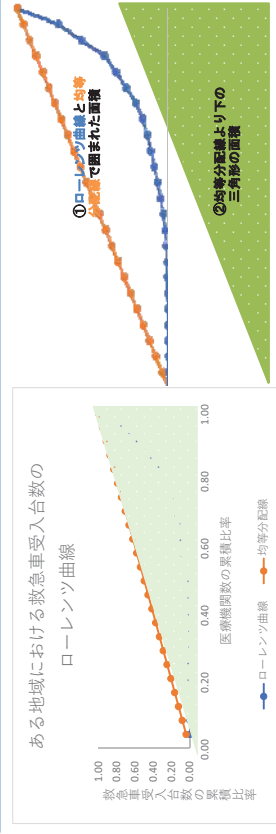
○計算式：医療資源分散指数(仮称) = 1 - (①÷②)

①ローレンツ曲線と均等分配線で囲まれた面積

②均等分配線より下の三角形の面積

→医療資源分散指数は0に近いほど分布が不均等、1に近いほど均等となる。つまり、1に近いほど、医療資源が分散していることを表す。

①÷②は「ジニ係数」と呼ばれる。医療資源分散指数(仮称)は「1-ジニ係数」(下図の場合の医療資源分散指数(仮称)は約0.32)



32

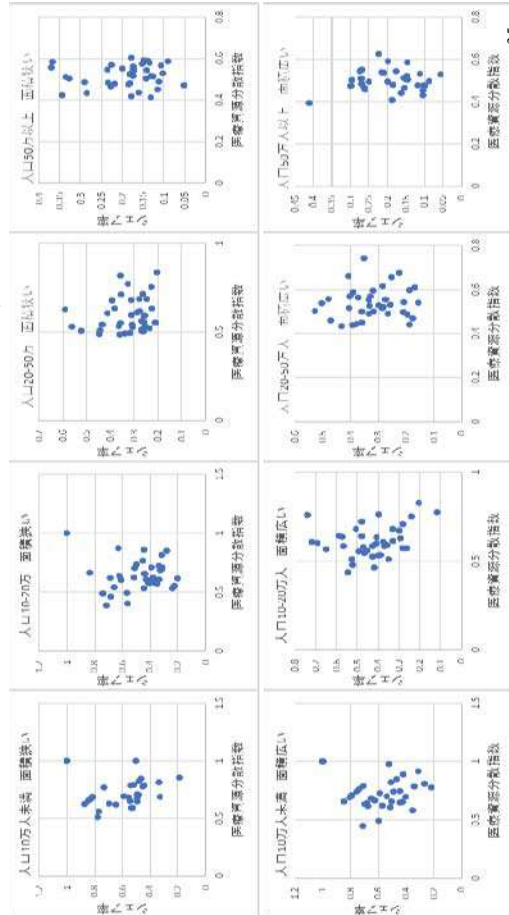
「医療資源分散指数(仮称)」の概要:ある地域の救急車受入台数の例

- ローレンツ曲線とは
  - > 医療機関を救急車受入台数の低い順に並び、医療機関数の累積比率を横軸に、救急車受入台数の累積比率を縦軸にとって描いた曲線
- 均等分配線とは
  - > 救急車受入台数が完全に均等に分配された場合の直線

例:ある地域の救急車受入台数に関するデータ

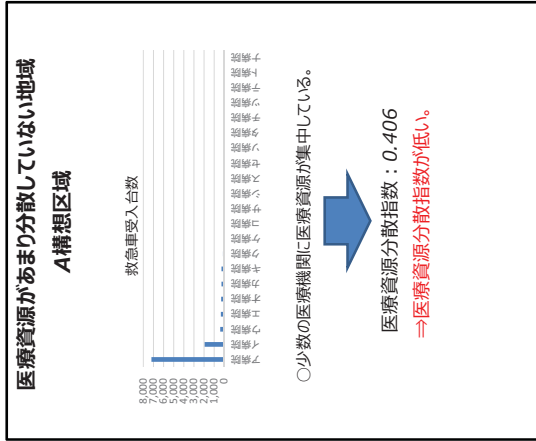
病院	救急車受入台数	累積医療機関数	累積医療機関数 累積比率	累積救急車受入台数	累積救急車受入台数 累積比率	ローレンツ曲線 (救急車受入台数 の累積比率)	累積均等 救急車受入台数	均等分配線 (救急車受入台数 の均等累積比率)
A	0	1	0.04	0	0.00	0	847	0.04
B	0	2	0.08	0	0.00	0	1,695	0.08
C	4	3	0.13	4	0.00	4	2,542	0.13
D	10	4	0.17	4	0.00	4	3,389	0.17
E	14	5	0.21	14	0.00	14	4,237	0.21
F	30	6	0.25	44	0.00	44	5,084	0.25
G	39	7	0.29	83	0.00	83	5,931	0.29
...	...	...	...	...	...	...	...	...
R	622	17	0.71	3,465	0.17	14,405	14,405	0.71
S	881	18	0.75	4,346	0.21	15,252	15,252	0.75
T	1,342	19	0.79	5,678	0.28	16,099	16,099	0.79
...	...	...	...	...	...	...	...	...
U	1,518	21	0.88	8,582	0.42	17,794	17,794	0.88
V	3,117	22	0.92	11,699	0.58	18,641	18,641	0.92
W	3,119	23	0.96	14,818	0.73	19,489	19,489	0.96
X	5,518	24	1.00	20,336	1.00	20,336	20,336	1.00

高度急性期・急性期病床数のシェア率と  
医療資源分散指数

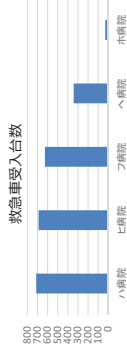


「医療資源分散指数(仮称)」の概要:ある地域の救急車受入台数の例

○医療資源分散指数の値が高いほど、医療資源が分散していることを表している。



B構想区域  
医療資源が分散している地域



○同等規模の医療機関が複数存在し、医療資源が分散している。

医療資源分散指数: 0.848  
⇒医療資源分散指数が高い。

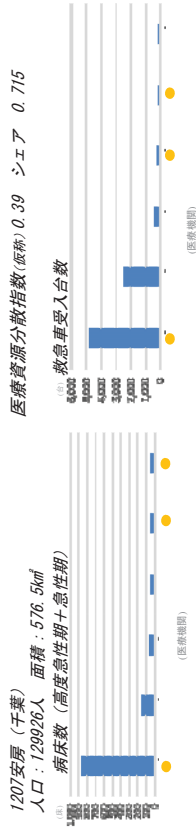
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が小さい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数(仮称)が小さい)

※ここでの医療資源分散指数(仮称)は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(1)

○医療資源分散指数(仮称)は低く、規模の大きな病院が区域内の実績の大半を占める。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



【H30】

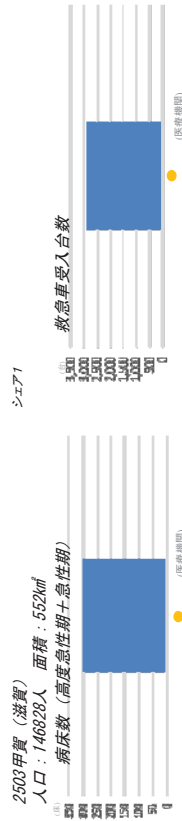
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が小さい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が大きい)

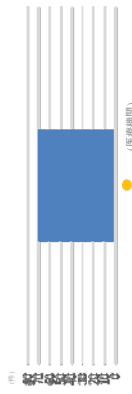
※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的大きい場合。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(2)

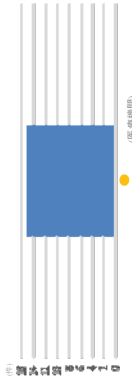
○高度急性期・急性期医療はひとつの医療機関で提供されている。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



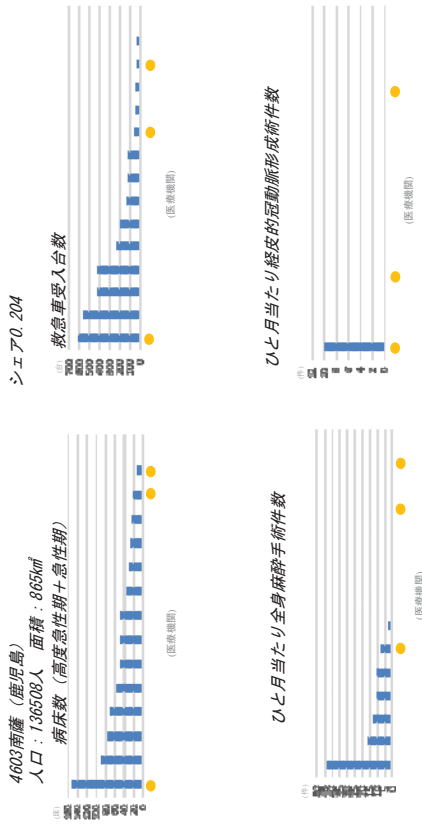
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が小さい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が小さい)

※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的小さい場合。

### 人口が10万人～20万人未満の構想区域(3)

○医療圏内に実績が似た病院が複数存在。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在



【H30】

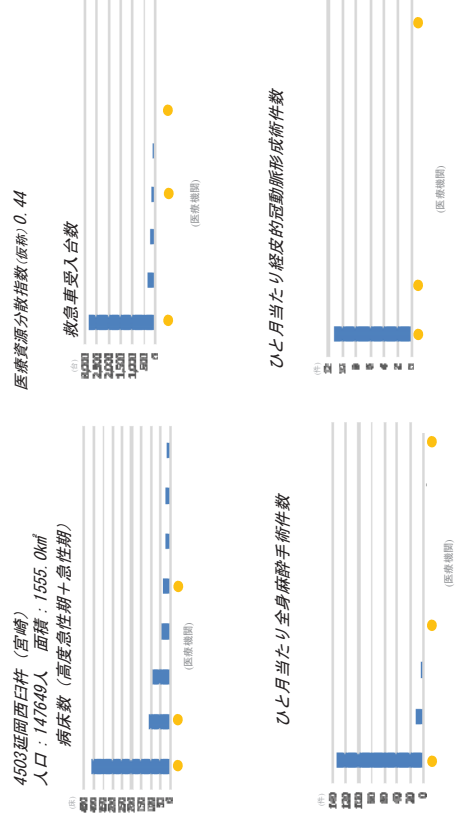
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が小さい構想区域

→医療機関総数が似ていても(2-3施設)、公立・公的病院の競合がみられる場合とそうではない場合がある。

### 人口が10万人～20万人未満の構想区域(4)

○1つの大きな公立・公的病院があり、救急車受け入れ、手術等を引き受けている。  
(小規模で救急車受け入れ、手術等を行っていない公立・公的病院が存在する。)



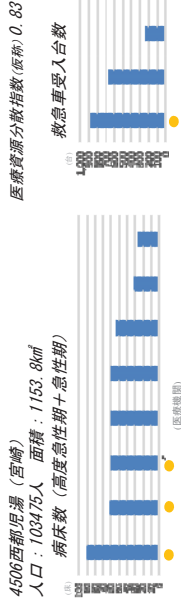
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が大きい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数(仮称)が小さい)

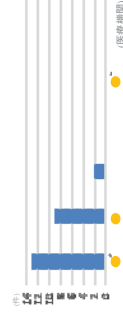
※ここでの医療資源分散指数(仮称)は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(5)

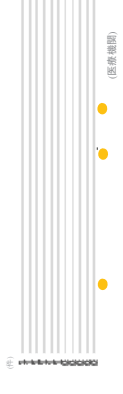
- 医療圏内に実績が似た公立・公的病院が複数存在。
- 小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



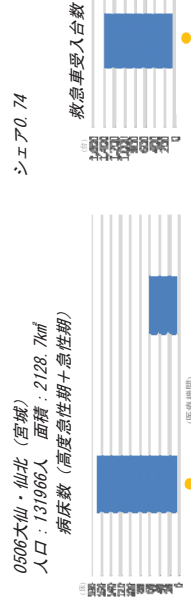
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が大きい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数(仮称)が大きい)

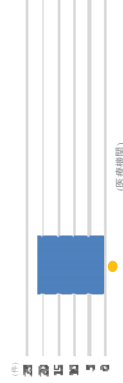
※ここでの医療資源分散指数(仮称)は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(6)

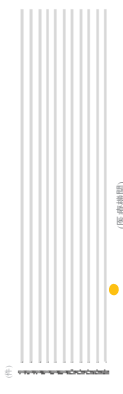
- 1つの病院が医療圏内の実績の多くを占める。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が大きい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシエア率が大きい)

※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシエア率が比較的大きい場合。



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が大きい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が小さい)

※高度急性期病棟数および急性期病棟数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的小さい場合。

【H30】

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

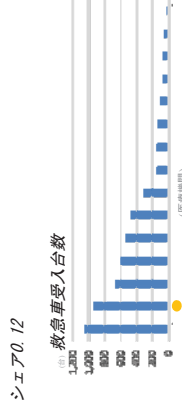
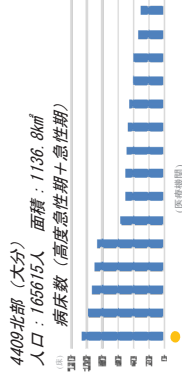
- 人口10万人～20万人
- 面積が大きい構想区域

→医療機関数が似ていても(7-8)、公立・公的病院の競争状況が異なる。

- ①同規模の病院が似た医療を提供している場合に役割分担の議論が必要か
- ②複数の公立・公的病院があり、一方が、病床数、救急車受け入れ等において、はるかに件数が少ない場合、どのような機能を担っているか、個別に確認が必要ではないか

人口が10万人～20万人未満の構想区域(7)

○医療圏内に実績が似た病院が複数存在。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



- 人口10万人～20万人未満
- 面積が狭い

人口が20万人～50万人未満の構想区域(1)

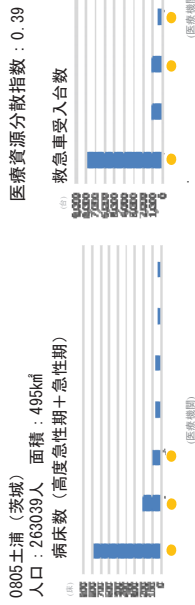
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口20万人～50万人
- 面積が小さい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数が小さい)

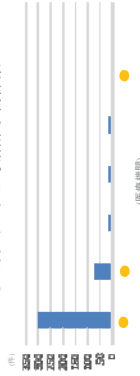
※ここでの医療資源分散指数は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

【H30】

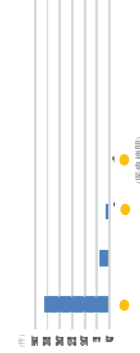
○規模が大きい病院が医療圏内の実績の多くを占める。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



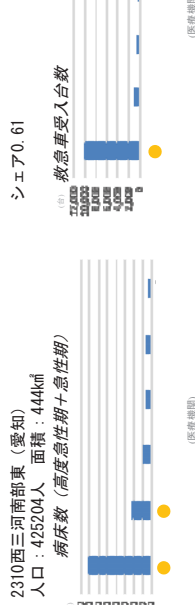
人口が20万人～50万人未満の構想区域(2)

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口20万人～50万人
- 面積が小さい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が大きい)

※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的大きい場合。

○規模が大きい病院が医療圏内の実績の多くを占める。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

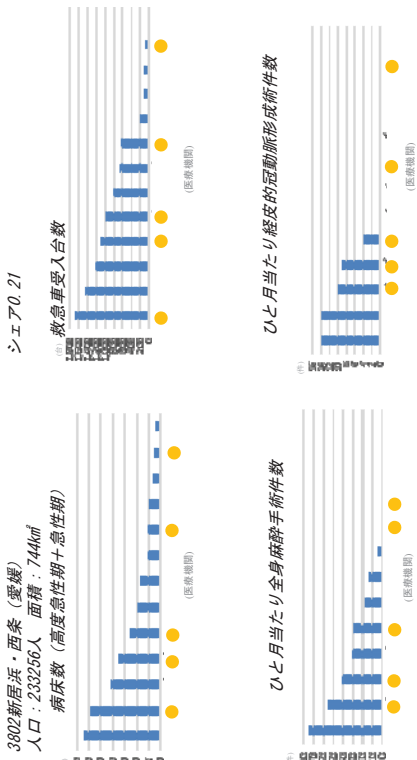
- 人口20万人～50万人
- 面積が小さい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数が大きい)

※ここでの医療資源分散指数は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

【H30】

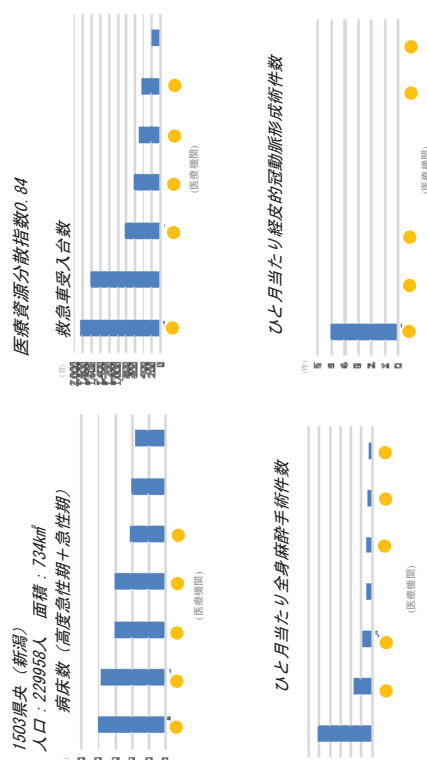
人口が20万人～50万人未満の構想区域(3)

○同じような規模の公立・公的病院で、実績が同じような病院が存在する。



人口が20万人～50万人未満の構想区域(4)

○同じような規模の公立・公的病院で、実績が同じような病院が存在する。



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口20万人～50万人
- 面積が小さい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が小さい)

※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的小さい場合。

## 同じ類型同士の比較①(結果)

- 人口20-50万人未満
- 面積が小さい

公立・公的病院の競合(同規模病院で、手術等の実績も同様)がみられる場合とそうでない場合がある。

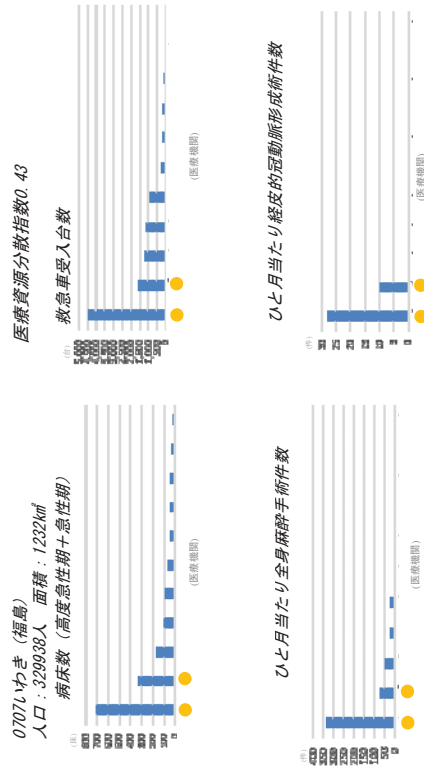
分散型と考えられる構想区域では、救急車受け入れや手術件数の少ない公立病院がある場合があった。

【H30】

61

### 人口が20万人～50万人未満の構想区域(5)

○規模が大きい病院が医療圏内の実績の多くを占める。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。



63

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口20万人～50万人
- 面積が大きい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数が小さい)

※ここでの医療資源分散指数は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

62

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

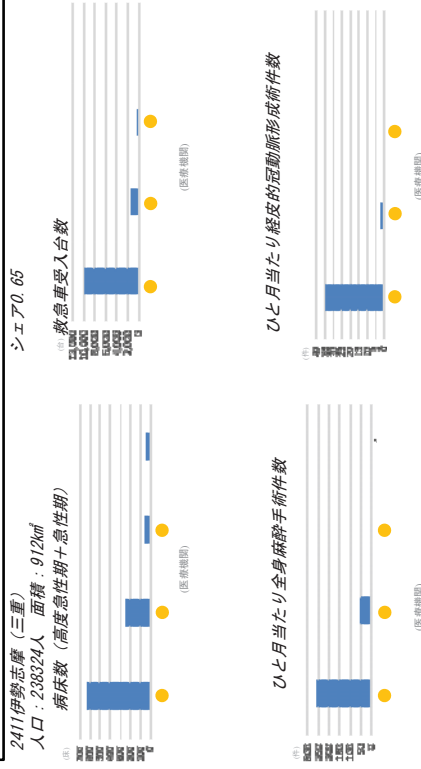
- 人口20万人～50万人
- 面積が大きい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が大きい)

※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的大きい場合。

64

### 人口が20万人～50万人未満の構想区域(6)

○規模が大きい病院が医療圏内の実績の多くを占める。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。



【H30】

65

66

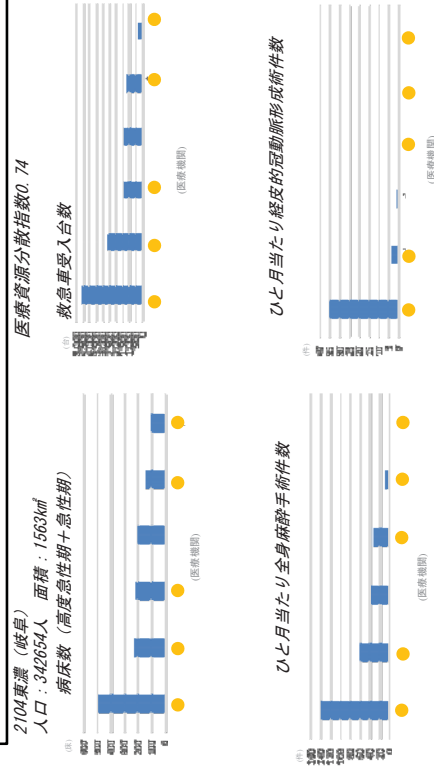
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口20万人～50万人
- 面積が大きい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(医療資源分散指数が大きい)

※ここでの医療資源分散指数は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

### 人口が20万人～50万人未満の構想区域(7)

○規模が大きい病院が医療圏内の実績の多くを占める。  
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。



67

68

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口20万人～50万人
- 面積が大きい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ  
(最も大きい病院のシェア率が小さい)

※高度急性期病棟数および急性期病棟数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的小さい場合。

人口が20万人～50万人未満の構想区域(8)

- 同じような規模の公立・公的病院で、実績が同じような病院が存在する。
- 小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。

0701県北(福島)

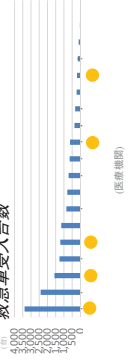
人口: 477212人 面積: 1753km<sup>2</sup>

病床数(高度急性期+急性期)

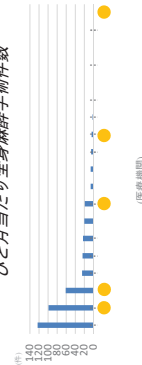


シェア0.17

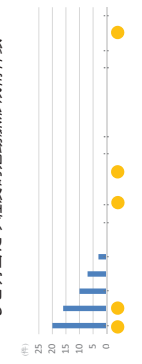
救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



【H30】

## 医療資源分散指数、最も大きい病院のシェア率による比較

- 医療資源分散指数または1位病院のシェアによる比較を行うことによって、医療圏内の医療資源の分散が一定程度分析可能ではないか
- 医療資源分散指数が低いまたはシェアが大きい病院がある場合は、大きな病院同士の競争は少ないが、小規模の公立・公的病院が存在する場合があります、役割の確認が必要
- 医療資源分散指数が高いまたはシェアが小さい病院が複数並んでいる場合は、公立・公的病院同士の競争がある場合があります、役割の確認が必要

## 今後の検討への提案

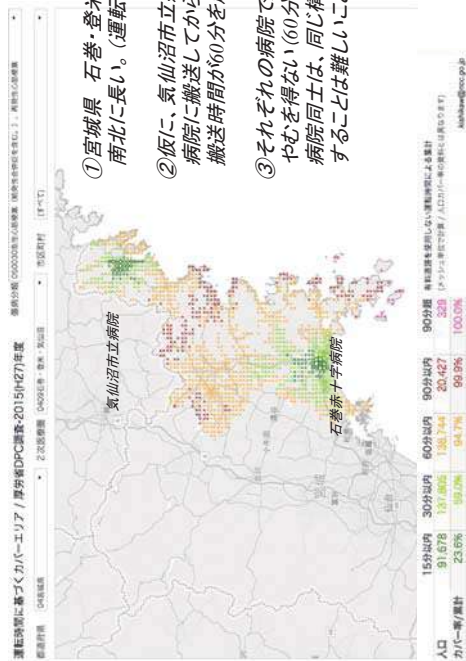
- 全ての構想区域を人口・面積を用いて類型化してみてはどうか
- その上で、類型ごとに様々な比較を行ってみる必要がある。
- 定量的に競合の状況がわかる分析を行う必要がある。(医療資源分散指数のように実績の偏りが分かる変数などを検討)
- 実績だけでなく、どのような状態の時に競合していると考えるかをさらに深掘りする必要がある(構想区域の類型ごとに異なると思われる)
- ほかにも公立・公的病院等が公立・公的でなければ担えない機能に重点化しているかを明確にするための分析が必要である。

## (参考) 地理的条件についての考え方の例

## 地理的条件を考える際の 医学的な留意事項の例

- 医療計画に定められる「5疾病・5事業」のうち、疾患として、早急な対応が求められる「カイドライン等に定められる診療手順に明確な時間制限があるものに「急性心筋梗塞」と「脳梗塞」がある
  - **心筋梗塞**：経皮的冠動脈インターベンション(PCI)ができない施設を受診した患者は、初診から120分以内にPCIが行えるよう患者搬送を行うとして、**概ね60分以内**に**PCIが可能**な施設に到着することができると、一つの判断基準としてどうか。
  - **脳梗塞**：症状出現から3時間以内(一部の患者は4時間半以内)に血栓溶解療法(t-PA:組織プラスミンノーゲンアクチベーター 投与)を開始するとしているカイドラインがある。  
(2018 AHA/ASA Stroke Early Management Guidelines)  
→ 搬送後にt-PA投与開始までの時間(米国では来院後60分以内に50%開始が目標値)を考慮すると、**概ね60分以内**に**t-PA投与が可能**な施設に到着することができると、**うかを一つの判断基準**としてどうか
- ※ 5疾病・5事業の第七次医療計画および中間見直しの動向も踏まえ、さらに厚生労働省・医療計画見直し検討会・地域医療構想WGにおいて、議論をいただく際の参考にしていただきたく提示するものであり、確定的なものではない。

## 地理的条件のイメージ(心筋梗塞の場合)



## 【定量分析班②】病床機能報告データを用いた新しい入院基本料評価のための ツール開発に関する研究

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)  
研究協力者 得津 慶(産業医科大学大学院 医学系研究科 医学専攻)  
研究協力者 村松 圭司(産業医科大学医学部 公衆衛生学教室 講師)

### 研究要旨

【目的】病床の機能分化を進めるために、入院基本料別の診療体制の可視化を行った  
【方法】病床機能報告制度をもとに、二次医療圏ごとに病床機能、病床数、回転率を視覚化した  
【結果】二次医療圏ごとの年間退棟患者数と、病床あたりの年間退棟患者数を可視化した  
【結論】公開データを元に作成した病床機能視覚化ツールは、客観的データに基づく地域医療構想を支援することが期待される

### A. 研究目的

地域医療構想は、平成28年度末に全ての都道府県が策定し、現在その具体的対応方針の策定に向け構想区域ごとに調整会議等が実施されている。地域医療構想策定にあたっては、地域の医療需要に応じて各医療施設の病床機能を適切に転換し分化させていく必要がある。自施設の機能分化の方向性を検討するにあたって地域内の施設の病床機能の情報を得るために、平成30年度に開始された厚生労働省の病床機能報告制度が提供する病床機能報告結果を活用することが必要不可欠だが、報告データには多数の施設と病床データが含まれているため、その全体像を把握するのは容易ではない。

そこで本研究では、厚生労働省から提供されたデータをもとに議論を進めるた

めの、病床機能を可視化するツールの開発を行った。

### B. 研究方法

厚生労働省の病床機能報告制度が提供する各医療施設の報告結果に含まれる病床機能ごとの病床数を二次医療圏ごとに統合した。病床機能は入院基本料の種別に応じて急性期から療養病床まで病期に応じて順に定義した。

前処理を行ったデータをもとに、横軸を地域内の病床機能、縦軸を病床ごとの病床数、バブルの大きさを病床の回転率を示唆する変数として病床数あたりの入院患者数と定義して、バブルチャートを作成した。バブルは施設ごとに色分けし、どの病床がどの施設に属しているかを明確にした。また、チャー



トは任意の二次医療圏を表示可能とし、急性期から慢性期までの病期に応じたフィルタリングも可能とした。作成したチャートは Tableau Public を用いてインターネット上に公開した。

([https://public.tableau.com/profile/kei.tokutsu#!/vizhome/2018-12-11/sheet1\\_1](https://public.tableau.com/profile/kei.tokutsu#!/vizhome/2018-12-11/sheet1_1))

(倫理面への配慮)

特になし

### C. 研究結果

二次医療圏ごとの年間退棟患者数と、病床あたりの年間退棟患者数を可視化した。朝倉医療圏を例に挙げると、年間退棟患者数と、病床あたりの年間退棟患者数は各々、一般病棟 7 対 1 入院基本料では朝倉医師会病院が 5,001 人、108.6、朝倉健生病院が 1,610 人、40.3、ハイケアユニット入院医療管理料 1 では、朝倉医師会病院が 538 人、89.7、一般病棟 10 対 1 入院基本料では、甘木中中央病院が 1,052 人、35.2、地域包括ケア入院医療管理料 1 では、朝倉健生病院が 439 人、14.6、甘木中央病院が 326 人、9.1、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 では、朝倉健生病院が 236 人、5.9、緩和ケア病棟入院料では、朝倉医師会病院が 208 人、10.4、障害者施設等 10 対 1 入院基本料では、太刀洗病院が 124 人、2.1、療養病棟入院基本料 1 では、香月病院が 228 人、3.8、稲永病院が 197 人、3.8、甘木中央病院が 111 人、2.5、太刀洗病院が 103 人、1.7 であった。

### D. 考察

本研究で地域内にどのような病床が存在しているかを視覚化したことにより、どのような病床が充足しているのか、または不足し

ているのか、競合している施設はどのような病床機能を持ち備えているのかということが把握しやすくなった。この視覚化により得られる知見は、施設の地域内での戦略を立案する一助になると考えられた。

朝倉医療圏を具体例として挙げると、急性期では、一般病棟 7 対 1 入院基本料が 5,001 人と多く、ハイケアユニットも有している朝倉医師会病院が地域内の主な急性期医療を提供する機能を担っていると考えられた。回復期では、一般病床が 10 対 1 入院基本料としていることに加え、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を多く算定している甘木中央病院が地域内で主な回復期医療を提供する機能を持つと考えられた。朝倉健生病院は地域包括ケア病棟入院料では甘木中央病院よりも患者数が多い一方で、一般病床 7 対 1 入院基本料では 1,610 人と朝倉医師会病院に比して少ないため、比較的小規模な急性期から回復期までの役割を担っていると考えられた。また慢性期は、障害者施設等入院基本料や療養病棟入院基本料等を主に算定している太刀洗病院や稲永病院等が担っていることがわかった。

また、今回の視覚化ツールは厚生労働省から公開されている病床機能報告結果を元に行っているため、情報の利用に制限がなく、広く公開することが可能である。このことは、病床の情報を各施設の内部だけでなく、地域全体で議論することを容易にした。さらに、これらのデータは tableau public を通じて、動的にフィルタリング等の表示変更ができることから、資料作成の効率化が期待されるだけでなく、各医療圏での地域医療構想を検討する際、他の医療圏と比較を行う、類似した医療圏を探索する等の俯瞰的な分析を可能にした。

したがって、本研究により開発された視覚

化ツールは客観データに基づく地域医療構想を効果的に支援することが期待される。

#### **E. 結論**

公開データを元に作成した病床機能視覚化ツールは、客観的データに基づく地域医療構想を支援することが期待される。

#### **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

なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

##### 1. 特許取得

なし

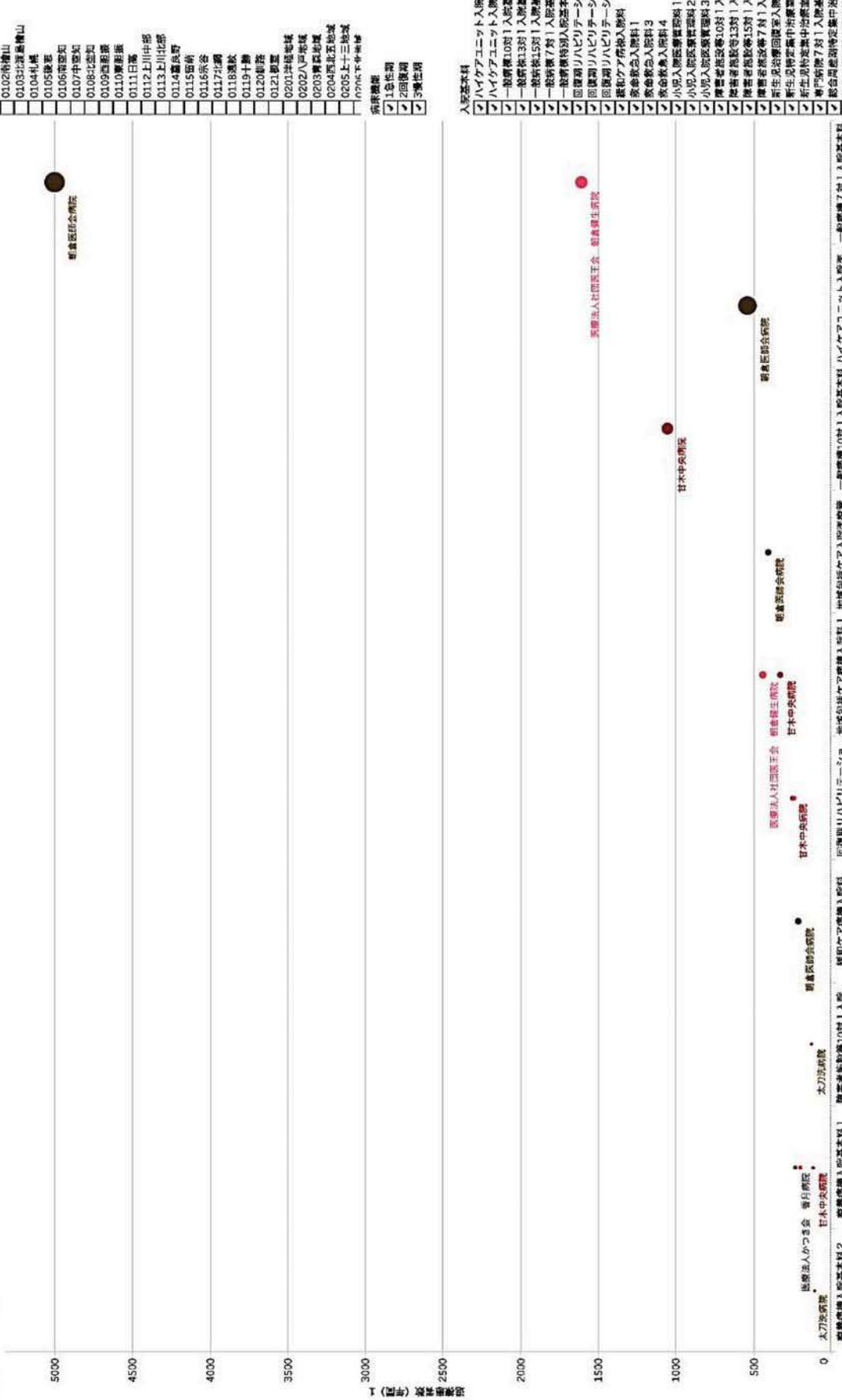
##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

階段ドットシート

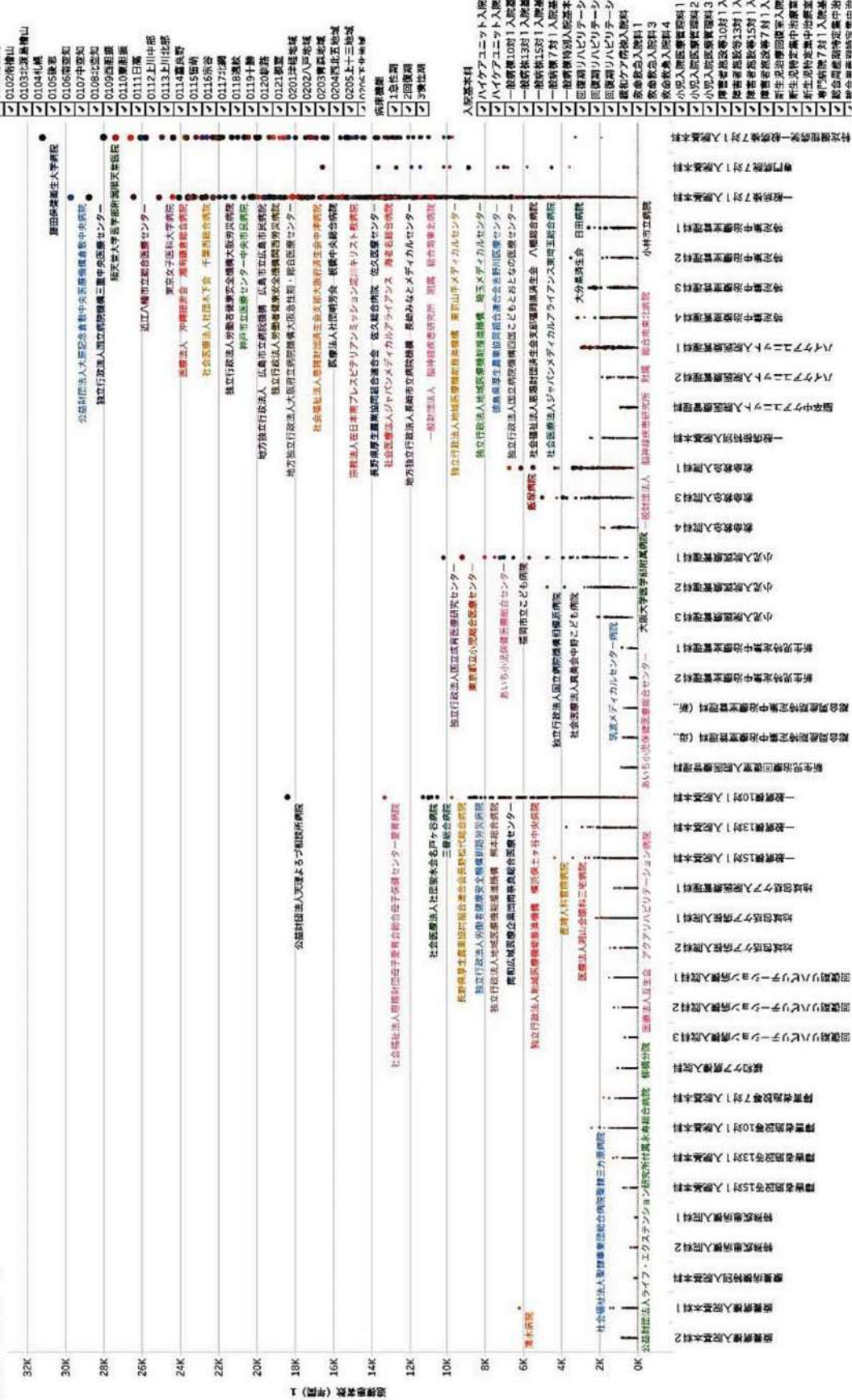


- 区庁機関等1
- 西濃合同病院
- 医療法人社団5等
- 朝倉市立 朝倉第一
- 甘水中央病院
- 西濃合同病院
- 木刀洗病院
- 東濃合同病院

- 17
- 20.0
- 40.0
- 60.0
- 80.0
- 108.6

- 入院基本料
- ハイケアユニット入院..
- ハイケアユニット入院..
- 一般病棟10対1入院室..
- 一般病棟13対1入院室..
- 一般病棟15対1入院室..
- 一般病棟7対1入院室..
- 一般病棟待合入院基本料
- 回復期リハビリテーション..
- 回復期リハビリテーション..
- 緩和ケア病棟入院料1
- 救命救急入院料1
- 救命救急入院料3
- 救命救急入院料4
- 小児入院症例管理費1
- 小児入院症例管理費2
- 小児入院症例管理費3
- 障害者施設費10対1入..
- 障害者施設費13対1入..
- 障害者施設費15対1入..
- 障害者施設費7対1入..
- 新生児科管理回復室入院..
- 新生児科管理回復室中泊個室..
- 新生児科管理回復室中泊個室..
- 専門病棟7対1入院室..
- 総合急性期特定集中泊..
- 総合急性期特定集中泊

階段ドットシート



医療機関名

0101	北海道	旭川医科大学
0102	北海道	旭川医科大学
0103	北海道	旭川医科大学
0104	北海道	旭川医科大学
0105	北海道	旭川医科大学
0106	北海道	旭川医科大学
0107	北海道	旭川医科大学
0108	北海道	旭川医科大学
0109	北海道	旭川医科大学
0110	北海道	旭川医科大学
0111	北海道	旭川医科大学
0112	北海道	旭川医科大学
0113	北海道	旭川医科大学
0114	北海道	旭川医科大学
0115	北海道	旭川医科大学
0116	北海道	旭川医科大学
0117	北海道	旭川医科大学
0118	北海道	旭川医科大学
0119	北海道	旭川医科大学
0120	北海道	旭川医科大学
0121	北海道	旭川医科大学
0201	北海道	旭川医科大学
0202	北海道	旭川医科大学
0203	北海道	旭川医科大学
0204	北海道	旭川医科大学
0205	北海道	旭川医科大学

## 【地域包括班①】地域包括ケア病棟における受け入れ患者層と 運用実態に関する検討

研究分担者 佐方 信夫 (医療経済研究機構研究部 主任研究員)  
研究分担者 野田 龍也 (奈良県立医科大学公衆衛生学教室 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

地域包括ケアの推進のため「地域包括ケア病棟入院料」が診療報酬で設定され、現在多くの病院が設置してきている。しかし、地域包括ケア病棟が実際どのように運用されているのか、その実態に関する情報は少ない。当分担班では、地域包括ケア病棟の現場でのオペレーションや受け入れている患者層の把握を目的にヒアリング調査を実施した。

地域包括ケア病棟への入棟については、院内からの転棟、自宅からの入院のいずれも病棟管理を行う看護師が病態を評価した上で入棟を判断し、その判断過程において、自宅退院の見通しや診療報酬、病床の稼働状況も考慮するというプロセスであった。地域包括ケア病棟は、DPC病床のような医療・看護必要度や平均在院日数の基準が厳しい病棟では、時間をかけて療養することが困難な患者層が入院できるため、急性期病院や診療所からのニーズも多く、それらの受け皿として機能しており、地域包括ケアの推進に一定の役割を果たしていると考えられた。

### A. 研究目的

地域包括ケアの充実および病院の機能分化を推進するために、診療報酬制度では平成24年度診療報酬改定で「地域包括ケア病棟入院料」が設定され、現在多くの病院が届出を行っている。この地域包括ケア病棟は、一般的に自宅で療養する高齢者が軽度の肺炎になった場合などに入院する急性期的な機能(サブアキュート)と急性期の治療後にリハビリと退院調整を行う回復期的な機能(ポストアキュート)の役割を担うとされている。

しかしながら、地域包括ケア病棟の運用には病院ごとに大きなばらつきがあることが指摘されており、地域包括ケアの推進にどのように寄与しているかについては必ずしも明らかでない。もとより、地域包括ケア病棟が実際の医療現場でどのように運用されて、その役割を果たそうとしているのかについての情報は少なく、収益を上げるツールとして利用されているという意見さえある。

そこで、本研究では、地域包括ケア病棟の実際の運用や受け入れている患者層に

ついて把握し、本病棟が地域包括ケアの推進にどのような機能を果たしているのか理解することを目的としてヒアリング調査を行った。

## B. 研究方法

地域包括ケア病棟には入棟経路として、自院他病棟からの転棟、自宅・介護施設からの入院、他院からの転院の3つの経路がある。それぞれの経路で入棟する患者層は異なっている可能性があることから、いずれの経路でも患者が入棟している病院を調査の対象とした。病院選択に当たっては、平成29年度病床機能報告データにおいて入棟経路で自宅および介護施設から直接入棟している割合が30%を超えている病棟を抽出した。それらのうち、調査の協力を了承いただいた石川県内の2病院に平成31年2月に訪問して、面接でヒアリングを実施した。

### ① 石川県能美市 芳珠記念病院

(平成31年2月21日ヒアリング実施)

### ② 石川県白山市 公立つるぎ病院

(平成31年2月21日ヒアリング実施)

ヒアリングにおいては、いずれの施設にも以下の項目を質問した。また、本項目は事前に質問内容として通知した上で、聞き取り調査を実施した。

- (1) 地域包括ケア病棟への転換の経緯と導入後の調整
- (2) DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用
- (3) 当該病棟へ自宅などから直接入院するケースの運用
- (4) 当該病棟で治療する患者層と DPC 病床の患者層の違い
- (5) 当該病棟での入院医療のメリット
- (6) 当該病棟における運用もしくは制度上の問題点

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報等を扱っておらず、倫理的配慮を要しない。また、本報告書に記載する内容の公開については、ヒアリングを行った施設に事前に確認を行った。

## C. 研究結果

各質問項目についてのヒアリングにおいて、両病院に共通して聴取された内容および両病院で異なる見解で特徴的な内容について、その概要を以下に記す。

### 1. 地域包括ケア病棟への転換の経緯と導入後の調整

- ・両病院とも以前から亜急性期入院管理料を算定しており、診療報酬の誘導に従って地域包括ケア病棟の点数に移行した。亜急性期病棟からの転換では、人員配置や医師・看護師間のやりとりで大きな変化はなかった。
- ・旧7対1看護配置の病床から転換した病棟もあったが、そこでは導入時に医師側の不安があった。
- ・入棟対象となる患者層について、地域包括ケア病棟の導入時に院内で検討しており、手術後に自宅退院予定だが退院調整が必要な者、高齢者のごく軽度の肺炎だがりハビリを要する者など具体的な患者像を職員間で共有した。
- ・当該病棟の導入時には、周辺医療機関(急性期病院と診療所)にどのような患者さんを受け入れることができるのかを説明しており、このような取り組みが持続的な患者紹介につながった。

### 2. DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用

- ・自院の DPC 病床から地域包括ケア病棟へ転棟するタイミングとしては、患者さ

んの状態が安定して急性期を過ぎたと判断された場合や DPC の各診断群分類における標準在院日数（入院期間Ⅱ）を超えた場合が目安になる。

- ・実際の運用では、主にベッドコントロール担当の看護師が急性期病棟の看護師長と定期的にミーティングを行い、転棟のタイミングを判断している。
- ・転棟の判断には、患者さんの病態、自宅退院の見通し、60日以内に退院が可能かどうかを評価基準とし、DPC 病床の稼働状況、診療報酬上の点数についても考慮に入れることがある。
- ・患者さんに対しては、入院時に状態が安定した場合には転棟する可能性がある旨を説明しており、患者側からの不満はほぼない。

### 3. 当該病棟へ自宅などから直接入院するケースの運用

- ・DPC 病床と地域包括ケア病棟のどちらの病棟へ入院するかは、入院時に患者の病態や状態安定後のリハビリや退院調整の可否を看護師が評価を行って、最終的に医師が判断するという仕組みになっている。
- ・判断の基準として、病態が重い場合は必ず DPC 病床に入院する。地域包括ケア病棟でも対応できる治療内容の場合は、両方の病床の稼働状況や診療報酬上の評価を考慮して判断する。この場合、医事課の職員も検討に加わっている。
- ・必ずしも入院時は DPC 病床に入った方が病院の運営上良いというわけではなく、転棟しないことのメリット（病棟スタッフが同じ、転棟の時間的コストやリスクが発生しない等）もある。
- ・診療報酬の多寡はケースバイケースであり、厳密に予測できるわけではないこと

から、病態を中心に総合的に判断するという考え方である。

- ・地域包括ケア病棟の運用を重ねるうちに、よく見られる症例のパターン等が把握できたため、ある程度のルールを作っており、どちらの病棟（DPC か地ケア病棟）に入院するかルールに基づき判断できるようになっている疾患もある。

### 4. 地域包括ケア病棟と DPC 病床の入院時の患者層の違い

- ・DPC 病床へ入院する患者層との一番の違いは、病態の重さである。病状が不安定であるうちは、基本的には DPC 病床で治療する。
- ・治療にあたって高度な医療処置や薬剤を使用する場合には DPC 病床で、処置の少ない、診療密度の高くない患者については地域包括ケア病棟へ直接入院できるかを検討することが一般的である。
- ・特に地域包括ケア病棟では、医療・看護必要度の基準が DPC 病床（急性期一般入院基本料）のように高い水準が求められないため、軽症の場合は地域包括ケア病棟に入院するという認識が定着している。
- ・急性期病院からの紹介では、治療が終了して退院可能だが自宅退院のために介護サービスなど療養環境の調整が必要なケース、診療所からはご家族の都合で一次的に軽度のリハビリ入院が必要になったケースが先方のニーズと合致しているようで、よく紹介される。

### 5. 当該病棟の導入効果とメリット

- ・両病院とも地域包括ケア病棟を導入しても平均在院日数や病床稼働率にそれほど大きな変化はなかった。

- ・メリットとしては、比較的時間をかけて退院調整が行えるということや、包括算定であるために柔軟なリハビリテーションを行うことが可能であり、これにより自宅への退院準備を進められることである。
- ・軽い受傷に対するリハビリテーションや自宅の療養環境整備に係る入院など医療・看護必要度の低い患者さんを入院で対応しやすくなった。

#### 6. 当該病棟における運用もしくは制度上の問題点

- ・診療報酬上の問題としては、入院期間が短くなった場合と長くなった場合の両方に問題がある。
- ・早期に退院をした場合は、収支が悪くなる一方、漫然と入院を継続している方が収益の上がるため、早期退院に関するインセンティブがより必要ではないか。
- ・一人の患者が同じ病名で3ヶ月以内に再入院した場合（悪性腫瘍と一部難病は1ヶ月）、一連の入院として算定日数が通算されてしまうので、上限の60日を超えてしまう。心不全やCOPDの患者さんなどは再増悪することも頻回にあるため、制度上の対応が必要ではないか。

#### D. 考察

本調査を行った病院では、地域包括ケア病棟に、急性期病院での治療が終わった患者さん（いわゆるポストアキュート）と、軽症疾患の患者さん（いわゆるサブアキュート）の両パターンの入院を受け入れていた。

サブアキュート・ポストアキュートの症例はいずれも、本来は急性期一般入院基本料のような病棟での入院継続が適当とはいえない。地域包括ケア病棟はこのような

ケースの受け皿になっていることが、今回のヒアリングを通じて把握することができた。これは、地域包括ケア病棟が期待している役割を十分に果たしていることを示している。

地域包括ケア病棟の良い適応となるケースは、退院調整により自宅療養できる見通しがあることであり、自宅退院の見込みが少ない方が多く入院する療養病床への転棟とは大きく異なっている。この点についてはヒアリングを行った両病院とも強く意識しており、「地域包括ケア病棟は自宅退院の促進」という考えが浸透していると考えられた。

地域包括ケア病棟への新規入院患者さんの割り振りについては、病態・診療報酬・病床の稼働状況を中心に総合的に判断して決定されていた。これは、旧7対1入院基本料など急性期の病床を効率的に利用し、そこまで医療資源を要しないケースは看護配置が比較的少ない病棟で治療することになり、病床の適切な利用を進められているとも考えられる。これを可能にした要因として、比較的寛容な施設基準が挙げられる。すなわち、地域包括ケア病棟では、医療・看護必要度の基準についてDPC病床のように高い水準が求められず、平均在院日数の制限も緩いため、退院調整で時間がかかりそうなケースや、レスパイト入院などの軽症の場合を受けられると推察される。

患者の入院時の割り振り、転棟タイミングの調整については、収益に基づいた操作が懸念されがちである。しかし、それらはベッドコントロールの検討要因の一つではあるものの、実際の医療現場においては、それ以上に本病棟の使いやすさによるニーズが多く、多様な患者の受け皿として機能しているため、収益のみではベッドコン



トロールしがたい状況も多いことが推察される。特に、今回のヒアリング先のように様々な経路から入院を受けており、一定の稼働率を保っている医療機関においては、収益のみを目的とした地域包括ケア病棟の運用は少ないのではないかと考えられた。

## E. 結論

地域包括ケア病棟は、急性期後の療養やごく軽症の病態の治療において、現行の制度下で適切な入院先として機能している。その入棟判断においては、病棟管理の看護師等により病態の評価、自宅退院の見通し、診療報酬、病床の稼働状況を考慮した、一定のプロセスで決定されており、円滑に運用されていると考えられた。

(謝辞)

当分担研究班のヒアリングにご協力いただいた芳珠記念病院、公立つるぎ病院の皆様方に深謝いたします。

## 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

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## (別紙1) ヒアリング概要 (石川県能美市内)

平成31年2月21日実施

### 市政概況

人口総数：50,179人 男：24,909人 女：25,270人  
(平成29年12月31日時点)

面積：84.14 km<sup>2</sup>

高齢化率：24.91% (平成29年12月31日時点)

### お話をお伺いした病院概況：芳珠記念病院

一般病床 200床 (急性期一般入院料1：86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

### 芳珠記念病院における取り組み

#### 1) 地域包括ケア病棟に転換する前から現在までの病棟(床)転換の経緯について

##### (1) ①地域包括ケア病棟届出前の状況および転換に際しての問題点について

・芳珠記念病院では、以前から療養病棟、障害者病棟、亜急性期入院医療管理料の届出を段階的に行って、ケア・ミックス病院になった経緯があった。今回は、以前の亜急性期入院医療管理料を地域包括ケア病棟へ転換したため、人員配置や入院する患者層などにそれほど大きな変更はなかった。

##### (2) 当該病棟の届出にあたり地域の医療機関や院内での調整について

- ・地域包括ケア病棟の運営にあたり、最初に取り組んだことは、院内の職員(主に医師)に対して、どのような患者層(疾患の種類や予定在院日数)の入院に適しているのかを説明して、入院時に選択できるように教育することであった。医師がどの病棟に入院するかを最終的に決定するため、この理解を得ることが特に必要であった。当初は在院日数が長期になる患者も入院できると思っていたり、入院期間の見込みが入院診療計画書に記載されていなかったりしたことから、それらの評価を行うように徹底した。
- ・周囲に競合の医療機関はないため、当該病棟の届出に関して調整などは行っていない。集患のために多くの医療機関に当該病棟で受け入れることができる患者層を説明して回った。高次医療機関では、急性期後の患者、診療所からは軽症急性期の患者(レスパイトも含め)が入院できることを説明した。また、退院調整にもう少し時間がかかる、自宅での療養を可能にするためのリハビリ等包括的な取り組みが必要、食思不振などの患者さんも

入院できることを説明した。在院日数や制度の問題についても説明して回ったところ、結果として多くの患者さんの紹介を得ることができている

## 2) 地域包括ケア病棟の運用実態と導入の効果について

### (1) 全体について

- ・当該病棟の病床稼働率は 90%程度であり、病院全体の在宅復帰率はおおむね横ばいである。在院日数もあまり変わらないが、病床全体の回転率は上がっているため、療養病床の稼働率が低下している。
- ・当該病棟の制度を利用して、Point of Care(POC)リハビリテーションと呼ぶ、自宅療養に向けた短時間訓練などの介入を入院中に細かく実施する仕組みを取り入れており、自宅復帰に貢献できている。
- ・前述の P O C リハビリテーション実施に伴い、毎週のミーティングで個々の患者さんの状態を把握して、退院前の現在地を評価し、必要なリハビリ等包括的な取り組みの検討が進んでいる。
- ・看護業務は D P C 病棟のような医療処置は多くないが、当該病棟では退院調整を含む、家族とのやりとりなどが多いため、コミュニケーションを要する仕事が多い。また、回転率が上昇しているため、当該病棟でも業務は忙しくなっている。

### (2) ポストアキュート機能（DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用）について

- ・転棟の判断は、毎週看護師長とベッドコントロール担当看護師のミーティングがあり、急性期を過ぎた転棟可能な患者さんをピックアップして検討している。患者さんの DPC における標準入院期間や DPC 病床、地域包括ケア病棟の稼働状況なども判断材料としている。
- ・事前に転棟することを患者さんにも説明しているため、それに関する患者さん側からの不満などはない。
- ・リハビリ（その他職種の介入を含む）要否の判断は、当該病棟専従の PT および看護師が入棟する患者さんを見て、必要と考えれば医師に進言する。医師側でも DPC 病棟の時からリハビリをオーダーしているケースもあり、その場合は当該病棟での継続を申し送る。
- ・基本的に、リハビリ単位数の計算は PT 側で行っており、従事者一人あたりの実施上限もそれほど気にせずに運営できている。
- ・主治医は急性期病棟から同じ医師が転棟した後も担当している。

### (3) サブアキュート機能（当該病棟へ直接入院するケースの運用を中心に）について

- ・DPC と地域包括ケア病棟のどちらの病棟に入るかは、基本的には医師が患者さんの病態を見て判断することとしているが、ベッドコントロール担当の看護師が最初に評価を行っており、医師に提案する形となっている。
- ・入棟先の検討では、看護師のみならず、医事課職員も検討に加わり、疾患、重症度（必要な処置）、患者の生活機能、病床の稼働状況、見込み入院期間、診療報酬などを考慮して決める。
- ・地域包括ケア病棟の運用を重ねていくうちに、頻度の高い疾患や典型的な入退院のパター

ンが徐々に分かってきた。このため、当院に入院の多い疾患については、どちらの病棟へ最初入るかについて既に検討しており、一定数の疾患について入棟先を判断するスキームが概ね決まっている。

- ・ケースによっては、見込み入院期間などによって、地域包括ケア病棟に直接入院するような場合がある。具体的には、リハビリ（その他職種の介入）が必要であるとか、退院調整が必要なことが入院時から明らかな場合には、転棟の手間やリスク、コストを考えると、最初から地域包括ケア病棟に入院するケースもある。
- ・直接入院すると転棟に係る看護師の時間削減、リスク削減、患者さんの安心につながり、病棟の担当スタッフとも慣れるので、時間をかけて治療できるメリットがある。単純に診療報酬だけの比較ではなく、トータルコストで検討してどちらが有益、効率的であるか検討する。医師は同じなので、治療内容が変わるわけではない。
- ・レスパイトや在宅で療養環境を整えるためのリハビリ入院などは、医療必要度が高い方であれば入院期間2週間を目安にして、地域包括ケア病棟で受け入れている。

### 3) 地域包括ケア病棟の診療報酬について

- ・診療報酬のコストはほかの入院基本料に比べて利益は少ないと感じている。特に制度上の問題として、リハビリ等の包括的な取り組みを十分に行って早く在宅復帰を達成すると、初期の費用がかかる一方で、コストが十分に反映されない。病床稼働率との関係もあるが介入が少ない長期の入院と比べて、収益的にはよくない。早期退院に対する強いインセンティブが必要と感じる。

### 4) その他

- ・本病院は、当該病棟から老健や施設への退院が少ないが、それは中間施設を経由する必要がないほどに地域包括ケア病棟で、ADL や栄養状態等の回復、薬剤の総合評価・調整を行った上で在宅復帰しているからと考えられる。介護が主な方のための老健等の介護施設と、医療と介護が必要な方のための地域包括ケア病棟は、役割分担ができており自然に連携が減少している。

## (別紙2) ヒアリング概要 (石川県白山市内)

平成31年2月21日実施

### 市政概況

人口総数：113,616人 男：55,646人 女：57,970人  
(平成29年12月31日時点)

面積：754.93 km<sup>2</sup>

高齢化率：26.96% (平成29年12月31日時点)

### お話をお伺いした病院概況：公立つるぎ病院

総病床数 152床

一般病床 45床

地域包括ケア病床 54床

療養病床 53床

### 公立つるぎ病院における取り組み

#### 1) 地域包括ケア病棟に転換する前から現在までの病棟(床)転換の経緯について

##### (1) ①地域包括ケア病棟届出前の状況および転換に際しての問題点について

- ・地域包括ケア病棟の届け出前は亜急性期入院医療管理料を届け出ていたが、診療報酬改定で地域包括ケア病棟になったため、猶予期間終了直前に一部転換して、その後54床まで拡大した。
- ・元々10対1入院基本料の病棟において、平均在院日数が退院調整などで長くなりがちであったが、地域包括ケア病棟に転換してそれらの入院の受け皿となった
- ・地域包括ケア病棟へ転換した際には、どのような患者さんを入棟させるべきなのか模索していた。当初は、救急車による入院などは基本的に全てDPC病床へ入院というルールで運用したり、試行錯誤していた。
- ・地域包括ケア病棟を運用していく中で、退院支援とリハビリに力を入れよう、と院内で話がまとまった。しかし、実際にどのように退院支援の介入を行うか、リハビリはどのように行うのがよいのか、という点はまだ色々と試しながら行っている段階である。

##### (2) 当該病棟の届出にあたり地域の医療機関や院内での調整について

- ・地域の医療機関(診療所や高次医療機関)へ地域包括ケア病棟を開設した旨の周知を行い、急性期後の患者さんの受け入れが可能であることを幅広く周知した。長年人材などの点でも交流のある急性期病院から転院してくるケースが多いが、それ以外の急性期病院へも宣伝を行い、患者さんを紹介してもらえるように呼びかけた。以前は白山市にゆかりのある

人が転院してくることが主だったが、現在ではそうでない人も紹介してもらえるようになっている。

## 2) 地域包括ケア病棟の運用実態と導入の効果について

### (1) 全体について

- ・病床稼働率は地域包括ケア病棟を導入してから改善したというよりは、導入前年に医師数が減少したことで診療できる患者数が減少し、その後に体制を整えたことで患者数（病床稼働率）が回復した。（病床利用率 H24 年 85%、H25 年 76%、H26 年 76%、H27 年 82%、H28 年 88%）
- ・地域包括ケア病棟を導入した時から退院支援をしっかりと行おうという趣旨で、ミーティングも定期開催することとした。ミーティングの回数は3回（入院時、中間、退院時）行っている。
- ・地域包括ケア病棟は 60 日間入院できるため、じっくりと退院調整に取り組めるが、そのために退院支援に入るタイミングが遅くなることや、理学療法士や医師、看護師の退院時期のすり合わせができておらず、十分な退院調整ができていないと感じる事例が時々ある。
- ・地域包括ケア病棟の看護師の労働負荷は、DPC 病床のように動き回るようなことはないが、家族とのやりとり、ケアマネージャーへの連絡などコミュニケーションが求められるため、時間はかかっており労働負荷はそれほど軽くない。

### (2) ポストアキュート機能（DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用）について

- ・DPC 病床から地域包括ケア病棟への転棟の判断は、病棟師長と退院調整室ナースの集まる会議で検討する。概ね、DPC 点数表の入院期間Ⅱ、Ⅲを目安に転棟できないか考えている。
- ・病棟の利用状況によって、どちらの病棟に入院するのか調整することもあり、概ねその判断は看護師サイドで提案して医師が了承するという仕組みになっている。例えば、DPC 病棟が満床になり、新しい急性期の患者が入院するため、状態の安定している患者さんに地域包括ケア病棟へ転棟してもらうこともある。
- ・リハビリの要否は、担当する看護師や病棟師長が患者さんの状態を見ながら検討して、医師に進言することが多い。入院中に医師自らリハビリをオーダーすることもある。
- ・主治医は DPC 病床から地域包括ケア病棟へ転棟しても変わらない。患者さんは医師が変わらないので安心して療養を継続でき、転棟すれば最大 60 日間入院できるのでゆっくりと退院調整できる。

### (3) サブアキュート機能（当該病棟へ直接入院するケースの運用を中心に）について

- ・入院する病棟については、基本的に救急車で来院や救急医療管理加算の対象となる患者は DPC 病床に入院する。検査・処置が必要な患者さんも DPC 病床へ入院する。例えば、レスパイト入院や社会的入院（介護者の病気などによる在宅医療の継続困難）等は、医療看護必要度が低いこともあり、地域包括ケア病棟に入院する。あとはベッドコントロール担当看護師の判断による。療養病床はほとんど病床が空かない状態であり、DPC と地域包括ケア病棟間のベッドコントロールにあまり関係しない。

- ・本病院では、DPC/PDPSの医療機関別係数が低いため、診療報酬上では必ずしもDPC病床の方が地域包括ケア病棟より高い点数になるとは言えない。しかし、診療報酬を厳密に比較して、どちらの病棟に入院するか決めているわけではない。
- ・リハビリが必要な場合は、地域包括ケア病棟では包括になるためDPC病棟に入院する。
- ・他院から地域包括ケア病棟に直接入院するケースで多いのは、脳外科単科病院からの肺炎、（高度）急性期病院からの終末期、急性期病院からの退院調整依頼、回復期リハビリ病棟適応外のリハビリ等である。
- ・当該病棟に直接入院させるメリットは、在院日数や医療看護必要度を気にしなくて良い点である。ただし、入院期間が60日越えるケースもあるので注意が必要である。
- ・また、療養病棟には医療区分が低くて入棟できない患者さんでも、当該病棟では受け入れ可能で排泄ケアやおむつ管理などの対応を看護補助の人が時間をかけて行える。
- ・DPC病床で受けられず、地域包括ケア病棟で受けやすいのはレスパイト入院である。

### 3) 地域包括ケア病棟の診療報酬について

- ・入院期間が60日を越えるケース（施設の順番待ちなど）が現行の診療報酬では対応が困難になる。
- ・当該病棟の入院中に再び肺炎になったりして、退院が遅れたりするケースでは、嚥下訓練などがもう一回必要になる。この場合、入院期間の60日を超えてしまうことがあり、診療報酬上でかなり厳しい点数になる
- ・施設基準で定められている、夜間配置の常時6人が厳しい基準であると感じる。従事者の負担が減らない。
- ・治癒がありえない慢性心不全やCOPDなどでは増悪して再入院してくるが、診療報酬上で通算されるため、二度目の入院では地域包括ケア病棟への入院が難しくなる点も問題である。

## 【地域包括班②】病床機能報告データを用いた地域包括ケア病棟の 類型に関する検討

研究分担者 佐方 信夫(医療経済研究機構研究部 主任研究員)  
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学教室 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

地域包括ケアの推進を目的に設定された「地域包括ケア病棟入院料」については、入棟経路の偏りなど、その運用状況に大きなばらつきがあることが知られている。一方で、このばらつきがどの程度であるのか具体的に示した調査は少なく、そのばらつきがアウトカムと関連しているのかも不明である。そこで、本研究では病床機能報告の公開データを用いて、地域包括ケア病棟の入棟経路の特徴による類型化を行い、それと関連する要因の検討および各類型での診療状況に差があるのか検討した。病院ごとの集計データを K-means 法により 3 群にクラスタリングしたところ、入棟経路が「大半の患者が院内他病棟からの転棟である」群が明瞭に区別され、「院内転棟はほとんどなく、自宅からの直接入院と他院からの転院で占められている」群も全病院数の 2 割強認められた。これら 2 群の間にあたる「院内転棟と自宅からの入院が半分ずつ程度」の群では、平均在院日数が他の 2 群よりも短く、自宅退院する患者の割合も高かった。地域包括ケア病棟の機能をより把握するためには、今後、これらの類型における受け入れ患者層の違いを具体的に調査する必要があると考えられた。

### A. 研究目的

本病棟に関する定量的な情報から病棟の機能を具体的に解釈することを目的として、病床機能報告の公開データを用いて地域包括ケア病棟の機能の類型化とその要因の検討を行った。

### B. 研究方法

#### 1. データ源

平成 29 年度病床機能報告の公開データ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open\\_data\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00002.html)

(平成 30 年 11 月 22 日アクセス)

#### 2. 分析対象と使用したデータ項目

上記データ(病院票)で算定している病床が“地域包括ケア病棟 1”または“地域包括ケア病棟 2”を有する医療機関を抽出した。“地域包括ケア入院医療管理料”については、その入院料以外の患者も病棟データの中に



含まれるため、今回の解析では対象としなかった。

入棟および退棟の経路については“1 か月間”の患者数の数値を使用した。病床数については、稼働病床数を使用した。稼働率については、在棟延べ患者数（年間）／（稼働病床数×365日）で算出し、平均在院日数については、在棟延べ入棟患者数（年間）／{(新規入棟患者数（年間）+退棟患者数（年間）}／2}により算出した。

### 3. 統計解析

上記で抽出した病棟のデータを医療機関ごと入院料別に集計した。重症度・医療看護必要度について、同一入院料の複数の病棟を集計する際には病棟の病床数の加重平均で算出した。その上で、地域包括ケア病棟入院料（1と2）のデータのみ抽出し、各病院の入棟患者のうち、自宅・介護施設から入棟した患者の割合、他院からの転院で入棟した患者の割合、自院の他病棟から転棟してきた患者の割合を算出して記述統計で示した。そして、算出した数値を変数として K-means 法により、地域包括ケア病棟をもつ医療機関を 3 群へ分類した。

分類した 3 群について、関連する病院および地域のストラクチャー要因を多項ロジスティック回帰分析で検討した。従属変数は上記の分類（3 群）、独立変数はこれまで検討会・調査等で指摘されたことのある要因を選択し、合計病床数（一般病床+療養病床）、合計病床数における療養病床の割合、DPC 対象か否か、在宅療養支援病院または在宅療養後方支援病院か否か、2 次医療圏における地域包括ケア病棟のシェア、2 次医療圏の人口密度とした。

また、分類した 3 群について、平均在院日数、自宅退院・介護施設へ退院の割合につい

て差があるかどうか、ANOVA を用いて検定した。

（倫理面への配慮）

特になし

## C. 研究結果

### 1. 入院経路の記述統計とヒストグラム

地域包括ケア病棟を有する病院のうち、データに未報告部分がなかった 959 病院を分析対象とした。分析対象の全病院における、地域包括ケア病棟の入棟経路の割合の平均値について表 1 で示す。入棟経路で最も多いのは、院内多病棟からの転棟で 59.6%、次いで自宅・介護施設からの直接入院が 30.7%、転院による入棟の割合が 9.4%であった。

	病院数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
院内転棟の割合	959	59.6%	33.8%	0.0%	100.0%
転院による入棟の割合	959	9.4%	16.2%	0.0%	94.6%
自宅から直接入院	959	30.7%	26.4%	0.0%	100.0%

表 1 病院ごとの入院経路の割合

地域包括ケア病棟への各入棟経路について病院ごとの割合をヒストグラムで示した。

院内の転棟により入棟する割合は、病院によって最小 0%（転棟による入棟なし）から最大 100%（入棟患者の全てが院内転棟による）まで存在していた。

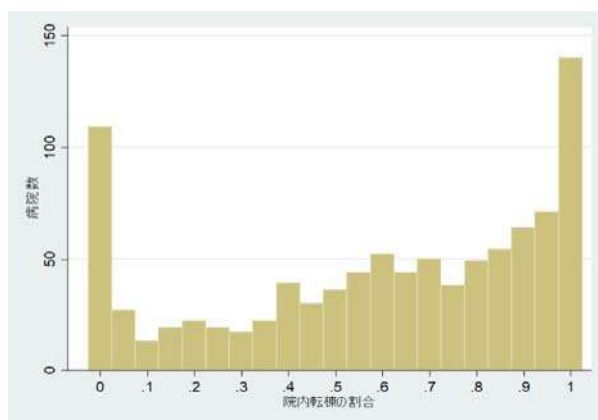


図 1 院内転棟による入棟の割合

他院からの転院による入棟の割合は 423 病院が 0%（転院による入棟患者なし）であったが、50%を超える病院も 29 病院存在した。

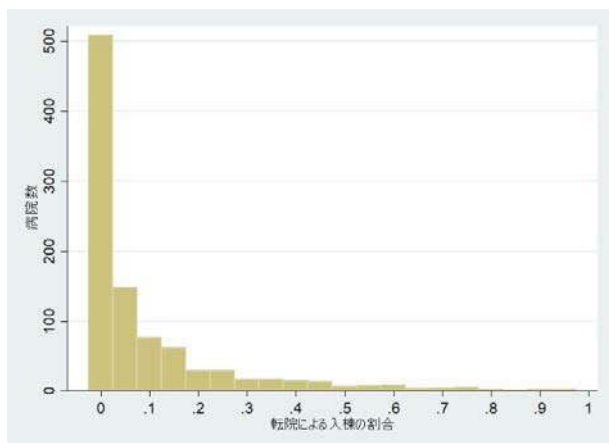


図 2 転院による入棟の割合

自宅・介護施設から地域包括ケア病棟へ直接入院する入棟経路の割合は 0%（病棟に直接入院する患者なし）の病院が 154 病院存在する一方で、50%を超える病院も 238 病院存在した。

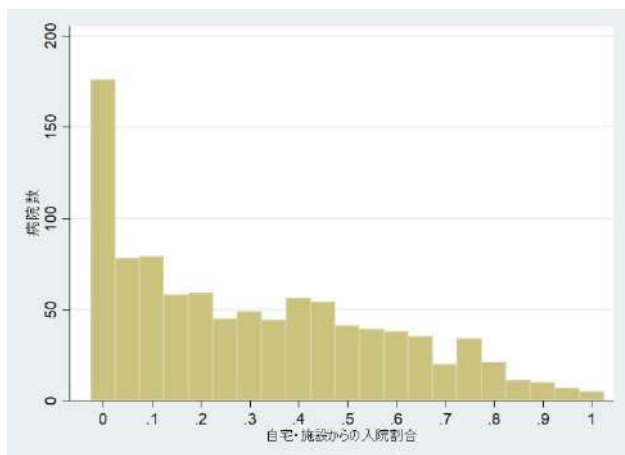


図 3 自宅・介護施設からの入棟の割合

## 2. 入院経路の割合によるクラスタリング

3つの入院経路（院内転棟、転院、自宅・異界後施設等）の割合を変数として、地域包括ケア病棟をもつ病院を 3 群にクラスタリングした。3 群における各変数の平均値を表

2 に示した。

クラスター1 では院内他病棟からの転棟と自宅等からの直接入院が半数程度ずつで、少し転院患者がいるような病院のグループであった。

クラスター2 では入棟患者の多くが、自宅・介護施設から直接入院しており、他院からの転院による入棟も多い一方、院内他病棟からの転棟の患者は少ないという病院のグループであった。

クラスター3 では大半の患者が院内他病棟からの転棟であり、自宅等からの直接入院や他院からの転院による入棟がほとんどないという病院のグループであった。

各群の入棟経路別のヒストグラムを図 4～図 6 に示す。

病院数					
院内転棟の割合 (%), mean (SD)					
転院による入棟の割合 (%), mean (SD)					
自宅から直接入院 (%), mean (SD)					
クラスター1	クラスター2	クラスター3			
317	224	418			
54.8	11.4	8.6	10.5	90.7	8.9
5.4	8.8	27.8	22.7	2.5	5.4
39.7	12.9	62.9	21.3	6.8	7.2

表 2 各群の入院経路の割合

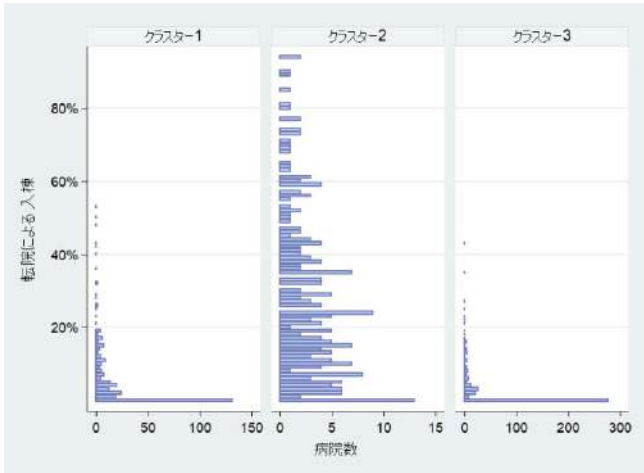


図 4 院内転棟による入棟の割合（群ごと）

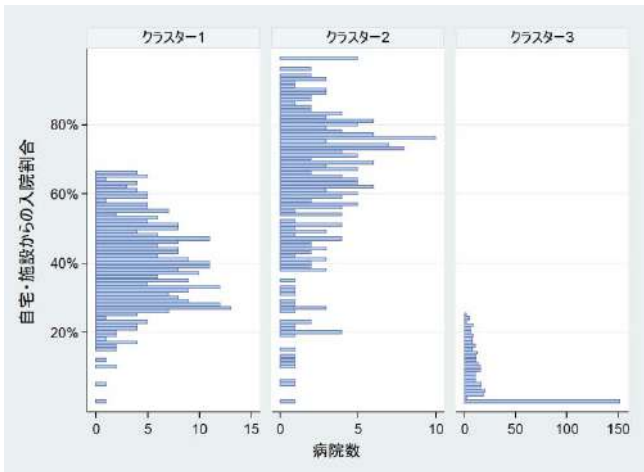


図 5 転院による入棟の割合（群ごと）

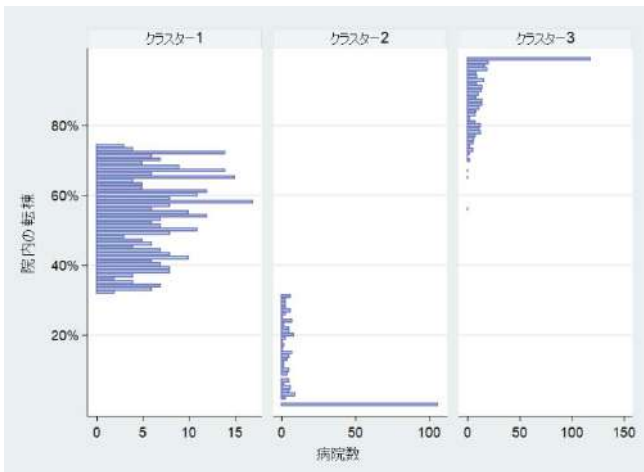


図 6 自宅・施設から入棟した割合（群ごと）

### 3. 類型に関連する因子について

入棟経路の特徴をもとにクラスタリング

した上記の類型について、関連する因子を多項ロジスティック回帰分析により検討した（表 3）。クラスター1（自宅からの直接入院と院内転棟が半分ずつ）を基準とすると、DPC 対象病院ではなく、合計病床における療養病床の割合が高い病院はクラスター2（院内転棟がほとんどなく、転院や直接入院が多い）となる可能性が高くなった。また、DPC 対象病院でないことは、クラスター1よりもクラスター3（大半が院内転棟による入棟）に分類される可能性を高くした。

一方で、2 次医療圏内における地域包括ケア病棟のシェアや 2 次医療圏の人口密度、在宅療養（後方）支援病院については、類型化（入棟経路の特徴）においては、統計学的に明らかな関連は認めなかった。

	係数	標準誤差	P>z	95% Conf.Interv	
<b>クラスター1</b> (base outcome)					
<b>クラスター2</b>					
合計病床数	0.00	0.00	0.00	-0.01	0.00
療養病床割合	2.40	0.44	0.00	1.54	3.26
DPC対象	-1.38	0.25	0.00	-1.87	-0.90
地域医療支援病院	0.03	0.42	0.94	-0.80	0.86
在宅療養(後方)支援	0.34	0.21	0.11	-0.07	0.75
地ケア病床シェア	0.39	0.41	0.34	-0.42	1.20
2次医療圏・人口密度	0.04	0.03	0.21	-0.02	0.09
切片	0.27	0.31	0.37	-0.33	0.87
<b>クラスター3</b>					
合計病床数	0.00	0.00	0.10	0.00	0.00
療養病床割合	-0.17	0.44	0.69	-1.03	0.68
DPC対象	-0.42	0.20	0.03	-0.80	-0.03
地域医療支援病院	0.18	0.24	0.46	-0.29	0.65
在宅療養(後方)支援	-0.24	0.17	0.15	-0.57	0.08
地ケア病床シェア	0.18	0.30	0.56	-0.42	0.78
2次医療圏・人口密度	0.02	0.02	0.29	-0.02	0.07
切片	0.22	0.25	0.38	-0.27	0.70

表 3 類型と関連する因子の検討

### 4. 各類型におけるアウトカム

#### ①平均在院日数

各類型における病院の平均在院日数（地

域包括ケア病棟のみ) のばらつきを図 7 に示す。

地域包括ケア病棟の平均在院日数はクラスター1 の病院の平均値が最も短く、ANOVAによる分析でも平均値について3群間で有意な差を認めた。

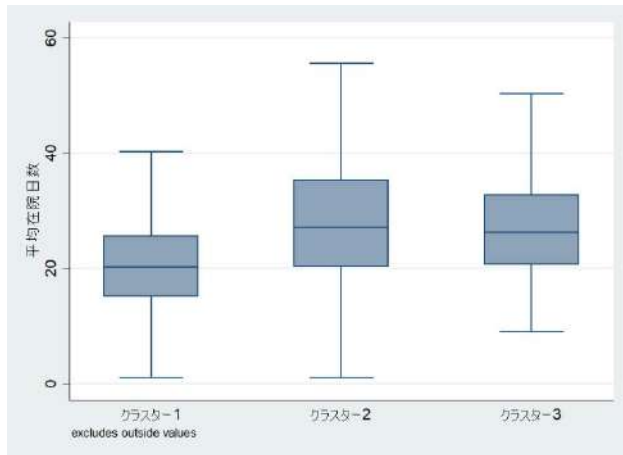


図 7 各類型の平均在院日数

類型	Mean	Std. Dev.	Freq.
クラスタ 1	21.903736	16.294192	317
クラスタ 2	28.378756	12.6162	224
クラスタ 3	27.308635	10.766015	418
Total	25.771987	13.514802	959

表 4-1 各類型の平均在院日数

Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	7252.5402	2	3626.27	20.67	0
Within groups	167726.04	956	175.4456		
Total	174978.58	958	182.6499		

表 4-2 各類型の平均在院日数 ANOVA

② 自宅・介護施設への退院割合 (%)

各類型における病院ごとの自宅・介護施設への退院割合のばらつきをそれぞれ示した。

自宅への退院割合はクラスター2 が 3 群の中で最も低く、介護施設への退院割合はクラスター2 が最も高かった。逆に、クラスター1 が自宅退院への割合が 3 群の中で最

も高く、介護施設への退院割合が最も低かった。いずれも ANOVA による分析では、平均値について 3 群間で有意な差を認めた。

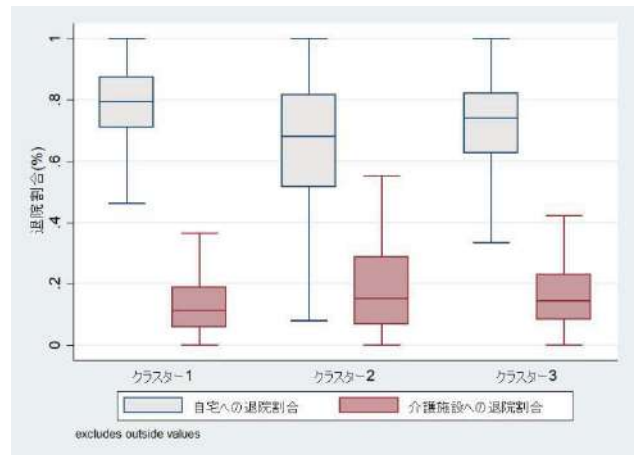


図 8 自宅・介護施設への退院割合

類型	Mean	Std. Dev.	Freq.
クラスタ 1	76.87539	15.03459	317
クラスタ 2	64.7547	21.64812	224
クラスタ 3	72.32995	14.57785	418
Total	72.06306	17.21438	959

表 5-1 自宅への退院割合

Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	19335.34	2	9667.67	34.94	0
Within groups	264553.5	956	276.7296		
Total	283888.8	958	296.3349		

表 5-2 自宅への退院割合 (ANOVA)

類型	Mean	Std. Dev.	Freq.
クラスタ 1	0.137211	0.110354	317
クラスタ 2	0.189437	0.156722	224
クラスタ 3	0.16396	0.110721	418
Total	0.161069	0.124301	959

表 5-3 介護施設への退院割合

Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	0.364197	2	0.18209845	12.1	0
Within groups	14.4376	956	0.01510209		
Total	14.8018	958	0.01545073		

表 5-4 介護施設への退院割合 (ANOVA)

#### D. 考察

病院の地域包括ケア病棟を入院経路の割合の特徴を元に 3 群にクラスタリングしたところ、以前より厚生労働省の審議会等で指摘されていた、「大半の患者が院内他病棟からの転棟している」群 (クラスター3) が明瞭に区別された一方で、当該入院料設定時に想定されていた「院内転棟はほとんどなく、自宅からの直接入院と他院からの転院で占められている」群 (クラスター2) も全病院数の 2 割強認められた。また、上記 2 群の中間にあたる「院内転棟と自宅からの入院が半分ずつ程度」群 (クラスター1) は、他 2 群よりも平均在院日数は短く、自宅への退院割合が高いという結果であった。急性期病床を有する病院では、急性期後の患者も多くいることから、地域包括ケア病棟に転棟する患者が一定割合存在することは想定される。その中でも、地域から直接入院を受ける姿勢を示している病院では、地域包括ケアの取り組みが進んでおり、このような良好な結果につながっている可能性がある。

この仮説を検証するには、各群の間で地域包括ケア病棟に入院している患者層に違いがないか調べる必要があるとともに、実際に現場において早期退院や自宅退院に対するどのような取り組みがなされているか、在院日数が短く自宅退院の高い病院で共通する取り組みがあるか等を把握することが必要であると考えられた。

今回の調査研究では、病床機能報告データを用いたため病棟・病院単位の分析のみであるが、今後 DPC データなど患者個票を持つデータを利用することで、患者層を調整した上での地域包括ケア病棟のパフォーマンスが測定可能になると考えられた。

#### E. 結論

地域包括ケア病棟の入棟経路の割合によって、本病棟を病院単位で類型化することが可能であった。各類型において、診療実績の違いがある可能性が示唆されており、今後この違いが患者背景によるのか、病院自体の取り組みの結果であるのか検証していく必要があると考えられた。

#### 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

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 【機能連携班①】大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパス対象患者の 回復期病院における転帰情報分析

研究分担者 副島 秀久(社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部熊本県済生会 支部長)

研究分担者 町田 二郎(社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 副院長)

### 研究要旨

【目的】Basic Outcome Master(BOM)を用いた大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパス(以下、連携パスと略す)を適用した患者の回復期病院における転帰情報分析を行い、慢性期に移行する患者アウトカム情報を収集する上での課題を明らかにしたい。【研究方法】大腿骨近位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B病院(以下、B病院と略す)へ転院した患者34名が対象。転帰を①自宅退院、②施設転所、③慢性期病院転院、④急性期病院転院の4群に分け、認知症、ADL、回復期合併症、併存疾患、回復期転退院後の継続受診について検討した。【結果と考察】①回復期の転帰は自宅退院56%、施設転所32%、慢性期病院転院3%、急性期病院への転院9%であった。②転帰別の平均年齢、平均在院日数に有意差はなかった。③認知症の併存率は自宅退院者47%、施設転所者82%、慢性期病院転院者100%であり、入院時FIMは自宅退院者76、施設転所者52、慢性期病院転院者29、急性期病院転院者38であり、認知症と入院時FIMは転帰を左右する要因と思われた。④FIM運動利得は自宅退院者24、施設転所者19、慢性期病院転院者5、急性期病院転院者22、であり入院時FIMや認知症の程度がFIM利得を左右していると思われた。⑤FIM認知利得は自宅退院者1、施設転所者0、慢性期病院転院者-3、急性期病院転院者3、であり認知FIMの改善は見られなかった。⑥施設転所者、急性期病院転院例には脳卒中既往、骨折既往、認知症の併存が見られた。⑦自宅退院者の53%が回復期退院後も回復期病院受診歴があり、25%が継続リハを受けており、FIM値のさらなる改善はなかったものの自立通院や運転ができるレベルに改善している例が見られた。

【結論】①入退院時FIM値が回復期病院における転帰を左右する。③FIM値を左右する重要要因は認知症のレベルである。④医療介護連携に必要な医療情報項目のminimum requirementを整理する必要がある。⑤病名情報は精度管理が不十分である。⑥認知症の有無と重症度の把握のための標準的な評価方法の導入議論が必要である。⑦回復期以後の継続医療、やりハビリの必要性、適切性、そのアウトカムを評価する指標が必要である。

## A. 研究目的

本研究では当院と連携回復期病院（B 病院とする）との 2 施設間で運用する Basic Outcome Master(BOM)を用いた大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパス（以下、連携パスと略す）を適用した患者の回復期病院における転帰情報分析を行い、慢性期に移行する患者アウトカム情報を収集する上での課題を明らかにしたい。

## B. 研究方法

### 1) 対象と研究期間

2017年12月1日から2018年7月31日のあいだに大腿骨近位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 B 病院へ転院した患者 34 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 を用いた連携パスを作成し、当院と B 病院間で運用した。オーバービューパスと日めくりパスを導入し、ADL アウトカムを日めくりパスに設定した。

② ADL の評価指標は Functional Independence Measure(FIM)を使用した。運動については自宅退院に影響する「清拭」「トイレ動作」「移乗（ベッド車椅子）」「移乗（トイレ）」「移動（歩行）」の 5 項目を評価した。認知については「理解」「表出」「社会的交流」「問題解決」「記憶」について評価した。

③ 認知症の有無は認知 FIM 値および看護記録より判断したが、具体的な数値基準までは設けなかった。考察において認知症の重症度は認知 FIM 値に基づいて評価した。

④ 併存疾患、合併症については原則としてカルテ病名を採用し、看護記録、医師記録を参考にした。

⑤ 転院後に発生した合併症について検討を加えた。

⑥ 転院後の回復期病院への受診状況について検討を加えた。

⑦ 以上を転帰別に検討した。転帰は「自宅退院（自宅）」「施設転所（施設）」「慢性期病院転院（慢性期）」「急性期病院転院（急性期病院）」の 4 群とした。

（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。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

男：女＝5：29、平均年齢 85.9±6.4 歳

### ② 転帰別症例数

自宅 19 例、施設 12 例、慢性期病院 1 例、急性期病院 3 例。慢性期病院転院例が 1 例であったため 4 群間有意差検定は実施しなかった。

### ③ 転帰別年齢平均値

慢性期病院転院者を除けば転帰別年齢に有

意差はない。いずれも 80 歳代であった（図 1）。

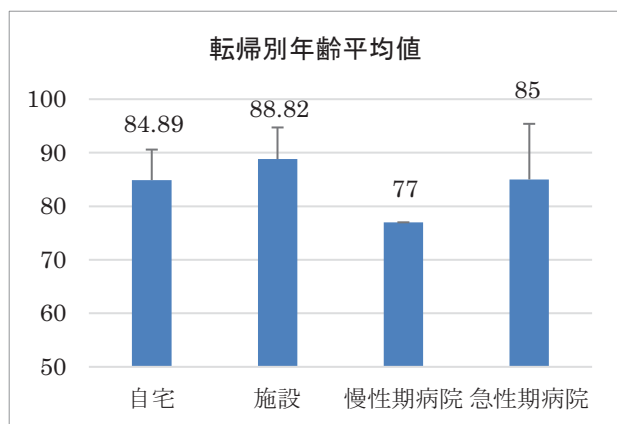


図 1：転帰別年齢平均値

#### ④ 転帰別在院日数平均値

施設転所者の在院日数がやや短い傾向であったが、慢性期病院転院症例を除いても転帰別在院日数に有意差はなかった。回復期入院期間は約 60 日程度であった（図 2）。

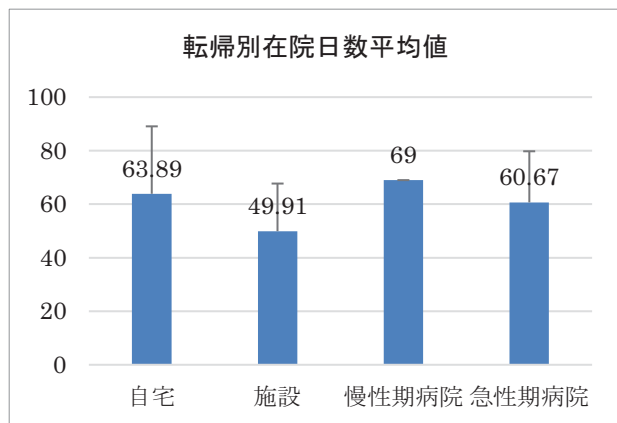


図 2：転帰別在院日数平均値

#### ⑤ 回復期以降転帰症例

自宅退院症例が半数を超え、施設転所者は 11 例 32%であった。急性期、慢性期への転院を必要とする入院長期化症例は 12%であった（図 3）。

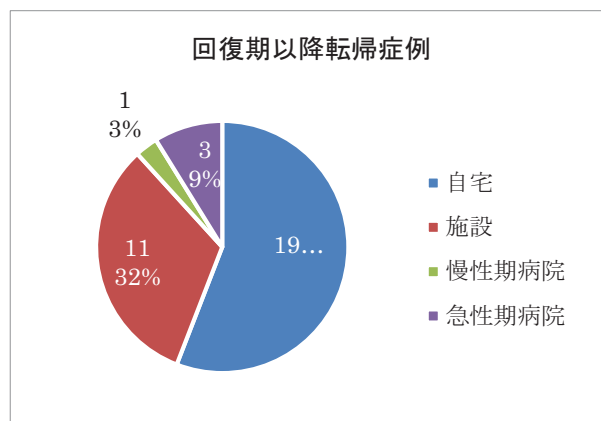


図 3：回復期以降転帰症例

#### ⑥ 転帰別認知症割合

回復期病院でルーティンに HDSR 評価はなされていなかったが、病名および看護記録と認知 FIM 項目の評価から認知症の有無を評価した。自宅退院者の 47%は認知症であった（図 4）。施設転所者の認知症割合は 82%と高かった（図 5）。慢性期病院転院者は 1 名であり認知症であった。本例は脳梗塞の既往があり、のちほど提示するように入院時 FIM 値も利得も低く、寝たきりに近い状態であった（図 6）。急性期病院転院者の 67%は認知症であった（図 7）。

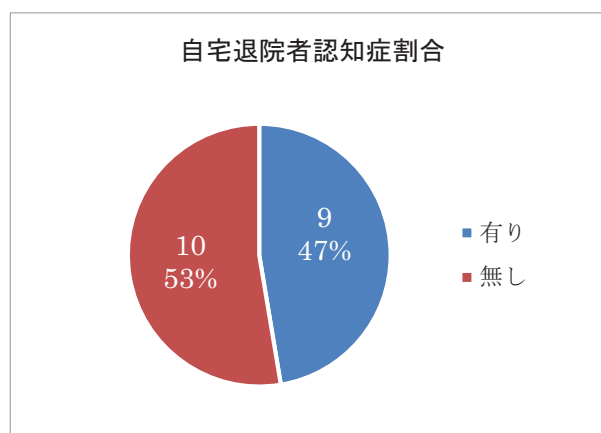


図 4：自宅退院者認知症割合



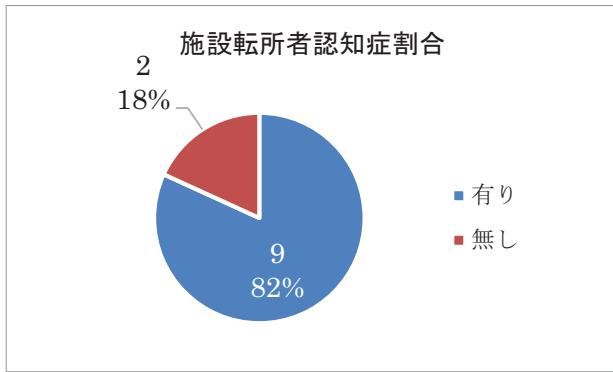


図 5：施設転所者認知症割合

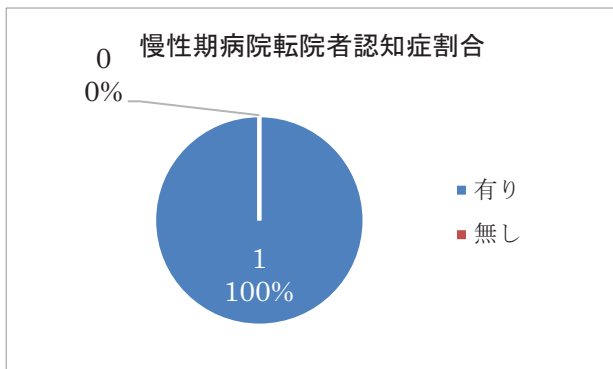


図 6：慢性期病院転院者認知症割合

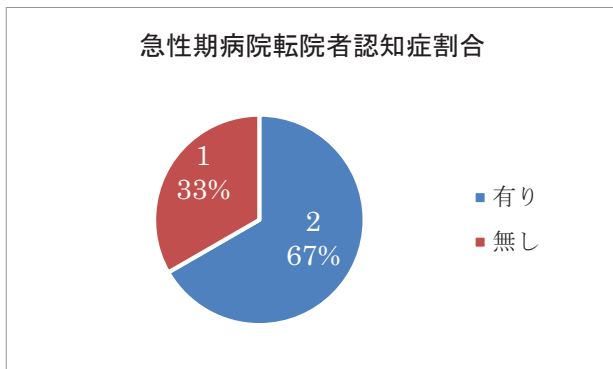


図 7：急性期病院転院者認知症割合

⑦ 転帰別 FIM 利得平均値

慢性期病院転院者を除いても FIM 利得に有意差はなかった(図 8)。運動・認知別 FIM 利得平均値でみると、認知 FIM 値については慢性期病院転院者を除き大きな改善はなかった(図 9)。運動 FIM 値についても、慢性期病院転院者を除き大きな改善はなかったが、自宅退院者と施設転所者を比較す

ると施設転所者が低い傾向にあった(図 9)。

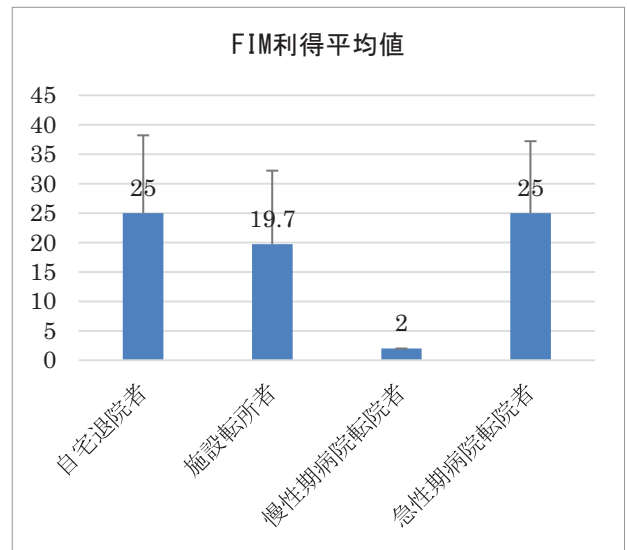


図 8：転帰別 FIM 利得平均値

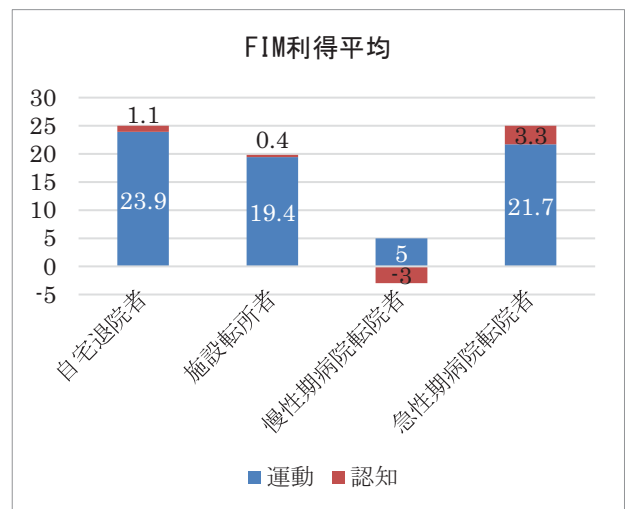


図 9：運動・認知別 FIM 利得平均値

⑧ 入院時 FIM 平均値

慢性期転院者を除く 3 群間の有意差はなかったが、自宅退院者と施設転所者、自宅退院者と急性期病院転院者の間には有意差があり、自宅退院者、施設転所者、急性期病院転院者、慢性期病院転院者の順に入院時 FIM 値が低下する傾向が窺われた(図 10)。運動・認知別入院時 FIM 値については、自宅退院者の認知 FIM 値が高い傾向であった(図 11)。

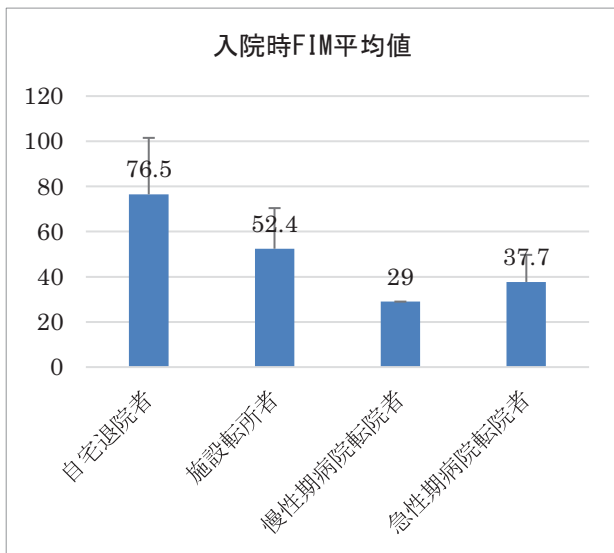


図 10：入院時 FIM 平均値

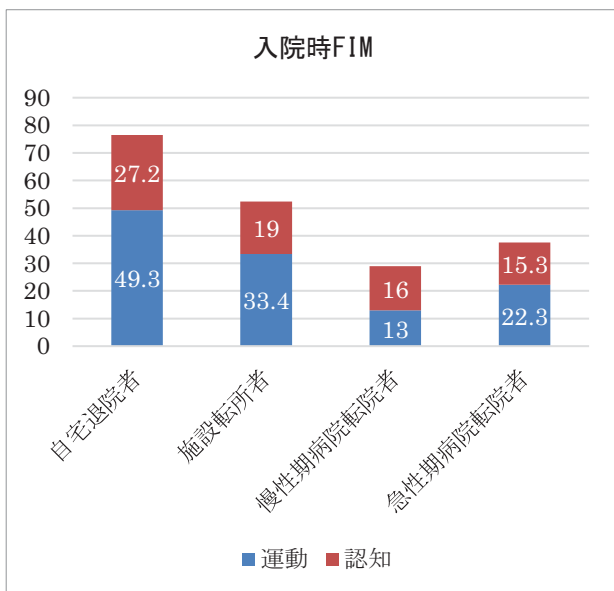


図 11：運動・認知別入院時 FIM 平均値

### ⑨ 急性期病院転院症例の詳細

3例が急性期病院に転院した。その理由として胆嚢炎、くも膜下出血、骨癒合不全と様々で、一定の傾向はなかった。またいずれも回復期病院転院後 1 か月以上経過していた。2例は認知症であり両者とも骨折の既往があり、片方は脳梗塞の既往があり転倒の高リスク群であった（図 12-1、図 12-2）。

	急性期病院転院理由	急性期在院日数	回復期在院日数	急性期転院時 FIM(運動/認知)
Case1	胆嚢炎	13	39	41 (30/11)
Case2	くも膜下出血	10	68	90 (60/30)
Case3	骨癒合不全	10	75	57 (42/15)

図 12-1：急性期病院転院症例

	認知症	併存疾患
Case1	有り	高血圧症、認知症、右上腕近位骨折
Case2	無し	高血圧症、糖尿病
Case3	有り	高血圧症、心原性脳塞栓症、腰椎圧迫骨折、両変形性膝関節症、心房細動、緑内障、白内障、未破裂動脈瘤

図 12-2：急性期病院転院症例

### ⑩ 転帰別 FIM 推移

自宅退院者は回復期入院後 30 日程度で FIM 改善度は頭打ちになる傾向であった。改善は運動主体であり認知の改善はほとんどなく、悪化もなかった（図 13）。施設転院者は回復期入院後 60 日程度まで少しずつ運動が改善したが、認知はほとんど改善も悪化もなかった（図 14）。慢性期病院転院者はほぼ寝たきりに近く、入院時 FIM も低く運動の改善はなく、認知はやや悪化した（図 15）。急性期病院転院者は回復期入院後 60 日程度まで少しずつ運動が改善し、わずかに認知も改善した（図 16）。

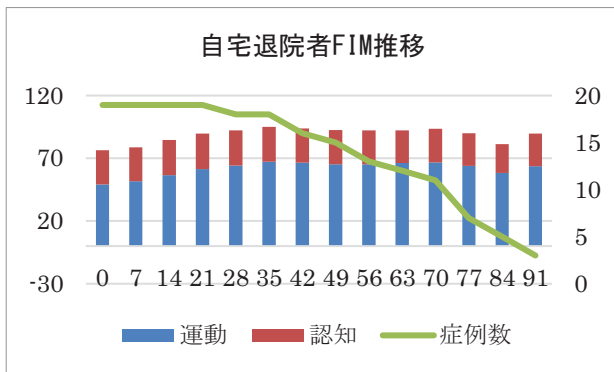


図 13：自宅退院者 FIM 推移

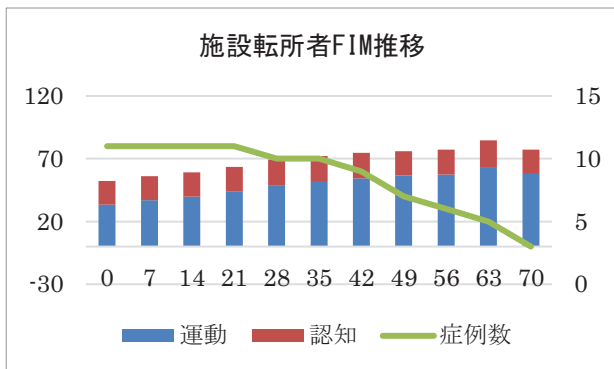


図 14：施設転所者 FIM 推移

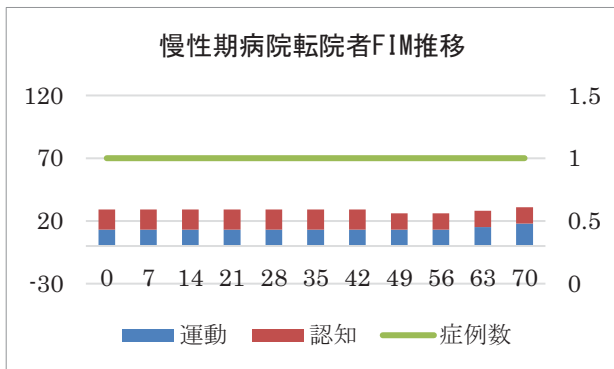


図 15：慢性期病院転院者 FIM 推移

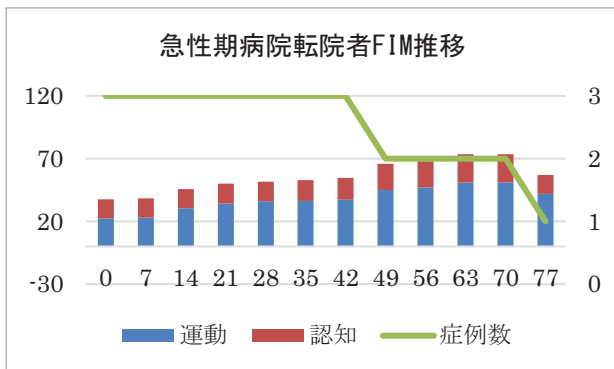


図 16：急性期病院転院者 FIM 推移

⑪ 回復期病院転退院後の受診・継続リハビリ

自宅退院者の約半数が回復期病院外来を受審し、約 1/4 が外来で継続リハビリを受けていた。継続リハビリによる FIM 利得はなかったが、診療記録からは、FIM 値に現れない運動のスムーズさの改善や気分の改善があった。施設転所者は 11 名中わずかに 1 例のみ外来を受診し継続リハビリを受けていた。認知症があり FIM 値の改善はなかった。研究期間中の慢性期病院転院者、急性期病院転院者の再受診歴はなかった（図 17-1、図 17-2）。

	回復期病院受診率	継続リハ実施率	継続リハ者認知症併存率
自宅退院	10/19	5/19	2/5
施設転所	1/11	1/11	1/1
慢性期病院転院	0/1	0/1	0/1
急性期病院転院	0/3	0/3	

図 17-1：回復期病院転退院後の受診・継続リハビリ

	退院時 FIM 平均値	継続リハ後 FIM 平均値	再入院	併存疾患転帰
自宅退院	115	116	無し	不明
施設転所	65	64	無し	不明
慢性期病院転院	18		無し	不明
急性期病院転院	44		不明	不明

図 17-2：回復期病院転退院後の受診・継続リハビリ

⑫ 転帰別併存疾患

認知症以外の併存疾患についてカルテ病名情報より記す。自宅退院者には高血圧症を中心とした比較的軽症循環器疾患の併存が多く、あとは多様な併存疾患がみられた(図 18)。カルテ病名では認知症は 2 例であったが、図 4 でも指摘されたように実際には 9 例に認知症があった。

施設転所者には他群に比較すると骨折の既往が目立った。カルテ病名では認知症は 5 例であったが、図 5 で指摘したように 9 例に認知症があった(図 19)。

慢性期病院転院者には脳梗塞、誤嚥性肺炎、反対側大腿骨近位部骨折の既往があった(図 20)。また認知症の病名はなかった。

急性期病院転院者には 2 例に骨折の既往、1 例に脳梗塞と心房細動の併存があった(図 21)。認知症の診断名は 1 例にあったが、実際には図 6 で示したように 2 例に認知症の併存があった。

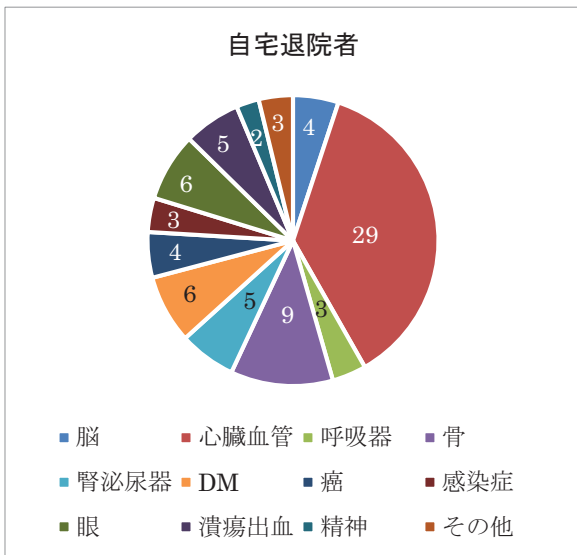


図 18：自宅退院者併存疾患

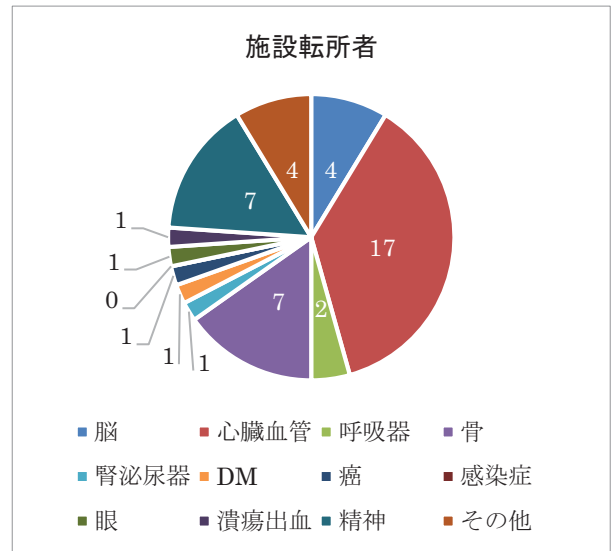


図 19：施設転所者併存疾患

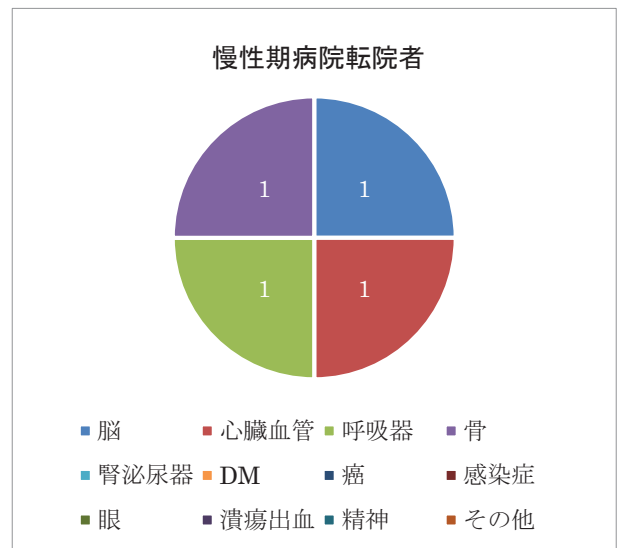


図 20：慢性期病院転院者併存疾患

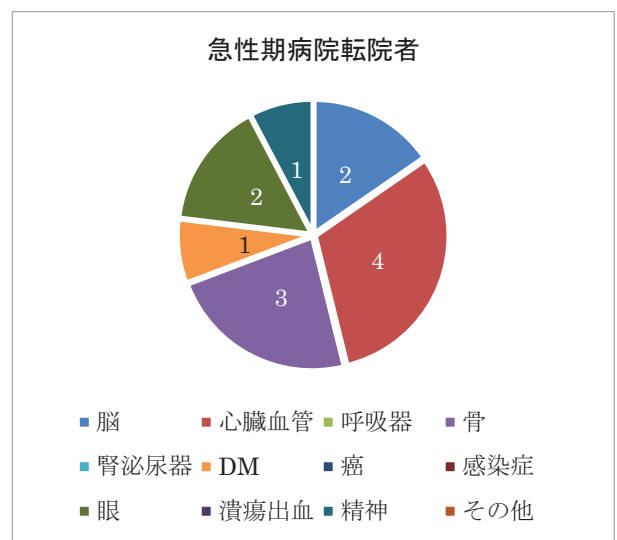


図 21：急性期病院転院者併存疾患

⑬ 転帰別 FIM 運動・認知値

自宅退院者の入院時運動 FIM 値は認知症なしでは認知症ありに比し有意に高値であり(\*p<0.05)、退院時は有意差はないものの高値の傾向であった。また認知症の有無にかかわらず退院時は有意に FIM 値が増加した(#p<0.02)(図 22)。施設転所者の入退院時運動 FIM 値は認知症なしでは認知症ありに比し有意に高値であった(\*p<0.05)。また認知症の有無にかかわらず退院時は有意に FIM 値が増加した(#p<0.02)(図 22)。自宅退院者と施設転所者の間に入退院時運動 FIM 値の有意差はなかった。慢性期、急性期病院転院者は少数のため有意差検定はできなかった(図 22)。

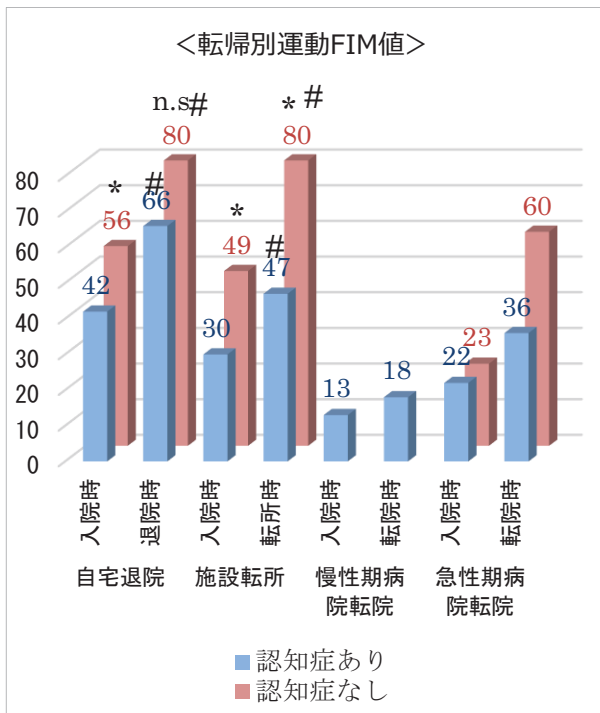


図 22：転帰別運動 FIM 値

自宅退院者、施設転所者の入退院時認知 FIM 値は認知症なしでは認知症ありに比し有意に高値であった(\*p<0.05)。また認知症の有無にかかわらず入退院時認知 FIM 値に

は有意差がなかった(図 23)。慢性期、急性期病院転院者は少数のため有意差検定はできなかった(図 23)。

自宅退院者と施設転所者の認知症あり患者の認知 FIM 値に有意差はなかったが、自宅退院者の認知 FIM 値が高値の傾向であった(図 23)。

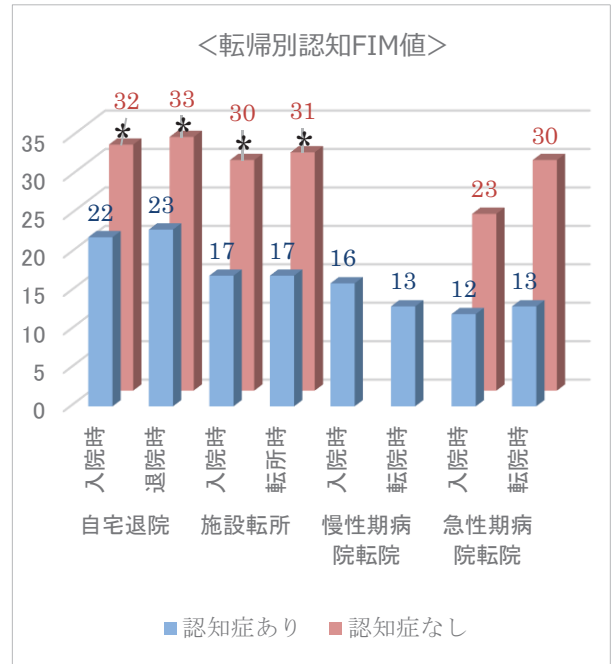


図 23：転帰別認知 FIM 値

D. 考察

自宅退院者に比し施設転所者の認知症併存率が高かったが、自宅退院者の認知症レベルは施設転所者に比較し比較的軽症であったこと、慢性期病院転院者は認知症の程度が重度であったことより、認知症の併存とそのレベルは転帰を左右する重要な要因と思われた。自宅退院者や施設転所者においては、認知症があっても運動 FIM 値の改善が有意であったことからリハビリの実施は重要である。その一方で、FIM 利得、すなわちリハビリ介入による ADL 改善度の見通しについては、多くの関係者が経験知に基

づいた見通しを持っていることが明らかになっている。そのことが一種の先入感になりリハビリ介入の実質に影響していないか、パターン化したリハビリになっていないか、等を検証すべきと思われた。

入院中合併症を発症し急性期病院へ転院した症例のうち認知症ありでは、有意差はなかったものの入院時 FIM も FIM 利得もやや低い傾向があり、合併症発症の危険因子になる可能性を考える。急性期病院転院者は合併症の発症時期から、急性期病院でのケア不足が原因とは言えないと思われるが、高齢者の骨折受傷と手術によるストレスが遠因として非手術関連合併症を発症する警戒時期として受傷後 2 か月程度は注意期間とみるべきであろう。

慢性期病院転院者は転院先調整と決定に時間がかかる実情がある。もちろんリハビリの実施は必要であるが、入院時 FIM 値の著しく低い場合にリハビリを提供する施設として回復期が妥当であるかどうか議論を必要とすると思われる。

入院時 FIM 値はその後の FIM 利得を左右しており、それは認知症の程度が影響していると思われた。そしてそれが結果として転帰にも影響していることが明らかになった。認知 FIM 値についてはリハビリにより改善はなかったが、慢性期病院転院者を除いて悪化もなかった。現状のリハビリ内容について再考することも必要と思われた。

転帰別平均在院日数に有意差はなかったが、施設転所者は若干短い傾向があった。これは施設転所者には認知症者が多く、理学療法士の経験上認知レベルが低値である場合に FIM 利得が期待できないと認識してお

り、回復期に長く入院するメリットを感じていないこと、もともと施設入所者であり、戻る施設が決まっている場合が多かったことが要因と思われた。一方でリハビリによる FIM 改善度と入院期間の関係性については、自宅退院者では 35 日で FIM 値は頭打ちになるにもかかわらず平均在院日数が 63 日であり乖離があると思われた。認知症なし自宅退院者の平均在院日数は 52 日、認知症あり自宅退院患者の平均在院日数は 77 日であり有意に長く、家族の受け入れの問題や自宅改修の問題などが影響している。退院後の受診や継続リハには認知症の有無は影響していない。施設転所者は認知症ありの平均在院日数が短く、元々の施設に戻ることが既定路線であることが影響していた。認知症なしでは転所調整に時間を要したと思われる。

自宅退院者や施設転所者における回復期退院後再受診の妥当性、必要性の評価や、継続リハのアウトカムを FIM で測定できないことを定量的に評価することが困難であったし、転退院後再受診のない患者の情報把握が全くできなかった。今後は慢性期病院、介護施設との医療情報交換が必要である。適時適切な医療と介護を提供することができなければ、加齢とともに様々な病態を次々に発症する悪循環を断ち切ることはできず、そのためには医療情報は不可欠である。慢性期病院や介護施設では看護師数が少なく、患者評価に耐える診療記録、看護記録が乏しいため、医療介護連携に必要な医療情報項目の **minimum requirement** を整理する必要がある。特に回復期以後の継続医療、やりハビリの必要性、適切性、そのア

アウトカムを評価する指標が必要である。

その点病名情報は重要でありレセプトベースで収集可能であるが、病名の精度管理が不十分である。特に認知症の有無については病名情報のみでは真の認知症病態把握が困難であった。認知症の有無とその重症度は患者の将来を左右し、医療介護者にとっても対応方針を左右する極めて重要な因子であり、標準的な評価方法の導入議論が必要である。

## E. 結論

- ① Basic Outcome Master(BOM)を用いた大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパスを適用した患者の回復期病院における転帰情報分析を行った。
- ② 入退院時 FIM 値が回復期病院における転帰を左右することが明らかになった。
- ③ FIM 値を左右する重要要因は認知症のレベルであることが明らかになった。
- ④ 施設や慢性期病院に転院転所した患者の医療情報把握が適時適切な医療介護を提供する上で重要であり、連携に必要な医療情報項目の minimum requirement を整理する必要がある。
- ⑤ 病名情報はデータ収集が容易であるが精度管理が不十分であることも課題である。
- ⑥ 認知症の有無と重症度の把握は患者にとっても医療介護者にとっても重要課題であり、標準的な評価方法の導入議論が必要

である。

- ⑦ 回復期以後の継続医療、やリハビリの必要性、適切性、そのアウトカムを評価する指標が必要である。

## 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

### 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）  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書（平成30年度）

**【機能連携班②】「回復期等移行チェックリスト」と  
「看護実践用語標準マスター（厚生労働省標準規格）」との対応の検討**

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**

地域医療構想の推進は地域における医療連携および病床機能の分化が重要である。とりわけ、今後の医療需要を見据えて、急性期と回復期、慢性期の供給バランスを考えると構想区域における地域医療構想調整会議をはじめ医療機関の間で考えなければならない事項となる。

本機能連携班では、急性期から急性期以降の医療機関（回復期、慢性期等）へ、スムーズな患者移行を実現するためのチェックリストについて検討を行った。

病床機能分化を推進するためには、急性期の病院から回復期や慢性期を担う病院や有床診療所、介護医療院、訪問看護ステーション等への円滑な移行が不可欠である。しかしながら患者を移行するにあたっては必要な生活情報の提供が滞りがちである。

この課題を解決するために手入力（手書き）、医療機関ごとの非統一的な項目による「情報提供シート」から厚生労働省標準規格に基づく電子カルテデータを活用し、システムの支援・統一項目による「回復期等移行チェックリスト」が利活用されることが期待される。

**A. 研究目的**

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」班（現：「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」班）において、昨年度は「急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目」を検討した。同報告書では、この共有情報項目については「医療機関特性や患者特性により、ここまでは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」と指摘している。このため、当該情報を記載した「情報共有シート」も、ばらつきを想定する中で最小公倍数的に項目が多くなり、記載に大幅な手間がかかることも懸念される。

本年度においてはその中でも特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための帳票（以下、「回復期等移行チェックリスト」）を作成するにあたり、電子カルテシステム等の医療情報システムに入力されたデータを抽出した帳票作成を支援するため、回復期等移行チェックリストの情報共有



項目と「看護実践用語標準マスター」の紐づけを行うことを目的とする。

## B. 研究方法

① 本班では「共有情報項目」のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期等の病院に提供するための帳票（以下「回復期等移行チェックリスト」という）は、電子カルテシステム等の医療情報システムに入力されたデータを抽出して作成することで、作成負荷を軽減する方法を提案した。これを実現するため研究班と標準マスター維持管理団体が協力し、「チェックリスト」と「標準マスター」の対応表づくりを進めていく計画について、平成 29 年 10 月 16 日の同研究班会議で了承を経た。本計画は、平成 30 年 2 月 9 日の地域医療計画策定研修会で公表するとともに、同研修会資料の一部として厚生労働省ホームページでも公開した。

② 一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）では厚生労働省の高度医療情報普及推進事業による委託を受け、ICD-10 対応標準病名マスター等の各種マスターの維持管理を実施しており、回復期等移行チェックリストに係る用語としては「看護実践用語標準マスター」が存在する。厚生労働省医政局長・政策統括官通知「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」（医政発 0521 第 2 号、政統発 0521 第 1 号、平成 30 年 5 月 21 日最終改正）においては、「今後厚生労働省において実施する医療情報システムに関する各種施策や補助事業等においては、厚生労働省標準規格の実装を踏まえたものとする」とされているところ、看護実践用語標準マスターも厚生労働省標準規格の一つであることから、回復期等移行チェックリストを情報システム

から抽出する際には、自ずと同マスターの実装を踏まえたものとなる。

③ MEDIS-DC においても、研究班が作成した共有情報項目を、看護実践用語標準マスターを用いて表現することは、上記通知に「厚生労働省標準規格の実装は（中略）地域医療連携や医療安全に資するもの」とあることから、高度医療情報普及推進事業による受託の一環としても積極的に取り組むべき活動と判断している。また、MEDIS-DC が設置している「看護領域の標準化委員会看護実践用語標準マスター普及推進作業班」（主査：瀬戸僚馬・東京医療保健大学准教授）は、研究班の分担研究者でもあり協力体制を構築しやすいため、同作業班を担当組織として対応表の作成に着手し、併せて従来の枠組みにとられない「戸籍謄本型」の帳票例を検討した。

④ MEDIS-DC が対応表の作成を行うにあたっては、普及推進作業班への委員派遣を通じ、一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）からも、技術的な助言及び協力を得た。

⑤ なお、同研究班では、平成 31 年 2 月 8 日の同研究班会議での合意を経て、これらの病期や施設等にも幅広く活用することを想定し、「回復期等移行チェックリスト」と呼称する。

（倫理面への配慮）

特になし

## C. 研究結果

① 対応表の定義の考え方

・研究班から MEDIS-DC に「共有情報項目」

を提供し、MEDIS-DCにおいて5施設程度の電子カルテシステム等の運用状況を踏まえて標準マスターとの紐づけ案を作成した。その案を研究班でも確認し、チェックリスト対応表（B版）を作成させた。

- ・回復期等移行チェックリストの共有情報項目は、紙媒体に手書きして作成する運用も想定した構成とした。このため、共有情報項目と、看護実践用語標準マスターとは、情報の粒度に差異を生ずる箇所もあり、両者を完全一致させることは困難である。そのため対応表では、必要に応じ一定の読み替えを行い、回復期等移行チェックリストの共有情報項目ごとに、看護実践用語標準マスターのどのコードで表現すべきか提示した。（参考資料 1）
- ・上記研究班の「共有情報項目」には、5つの大項目があり、その下に小項目と小項目ごとの選択肢が設けられている。
- ・看護実践用語標準マスターは「看護行為編」「看護観察編」の2編で構成されており、対応表では、共有情報項目の大項目ごとに、マスターのいずれの編を用いて表現するかを統一した。

(機能連携班) 情報共有項目の大分類	(MEDIS-DC) マスターの編別
1. 基本情報	看護実践用語標準マスター 看護 <b>観察</b> 編・看護 <b>行為</b> 編
2. 診療に係る情報	看護実践用語標準マスター 看護 <b>観察</b> 編・看護 <b>行為</b> 編
3. 認知・精神機能に係る情報	看護実践用語標準マスター 看護 <b>観察</b> 編・看護 <b>行為</b> 編
4. 身体・感覚器に係る情報	看護実践用語標準マスター 看護 <b>観察</b> 編
5. ADL等の生活に関する情報	看護実践用語標準マスター 看護 <b>観察</b> 編・看護 <b>行為</b> 編

図表 1 本研究班（機能連携班）と MEDIS-DC マスターの関係

② 電子カルテシステムから回復期等移行チェックリストを出力する場合の書式例

- ・医療機関がこれまで紙媒体で用いられてきた、「情報共有シート」は、枠線と項目見出しが固定された書式であったため、臨床上の必要性に関わらず、自ずと網羅性が要求されて記載負荷が大きいものになっています。研究班の報告書でも必ずしも情報の網羅性を確保する必要はないことを明示しており、かつ記載負荷を軽減する必要性を指摘している。

	紙媒体における 従来型の 「情報共有シート」	電子カルテシステムから出力する 「回復期等移行 チェックリスト」
枠線	固定的に描画	可変性をもって描画
項目見出し	必要性にかかわらず 全項目を表示	必要な項目だけを表示
字数制限	あり (もしくは文字の大きさを小さくして調整)	なし
記載の考え方	様式に合わせる (このため手入力が多くなる)	既に電子カルテシステムに蓄積されたデータに合わせる

図表 2 従来型の「情報共有シート」と「回復期等移行チェックリスト」の違い

#### D. 考察

医療機関からの「情報共有シート」の様式に法令または厚生労働省通知による定めはなく、各病院の裁量に委ねられている。このため各病院で、従来型の「情報共有シート」の是非について、負担軽減も含めた見直しを行い、回復期等移行チェックリストを実装するための検討が必要となる。

#### E. 結論

- ・従来は医療機関や地域で用語がバラバラな上にどの時点の患者の状態像か不明瞭な「情報共有シート」で情報収集されていたが、今後は急性期を標榜するなどの医療機関からも、直近の状態を反映し、標準用語で記載された「チェックリスト」で情報収

集が可能となることが期待される。

- ・なお、回復期等移行チェックリスト使用病院に従前書式との併用が生じないように、構想区域内における医療機関と医療機関の間での共有が重要となる。

## **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

なし

## **H. 知的財産権の出願・登録状況**

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

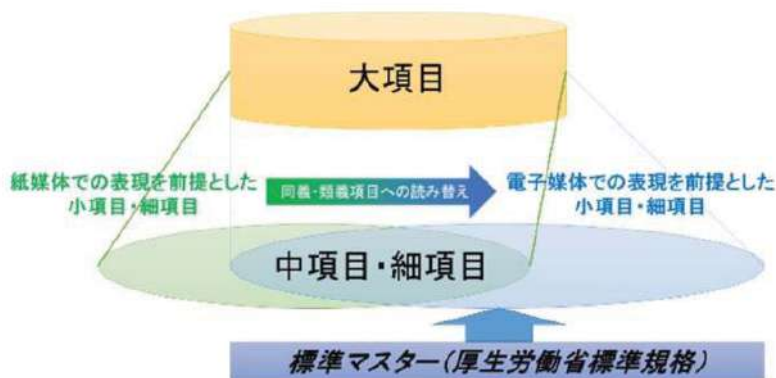
なし

### 3. その他

なし

(参考資料1) 回復期等移行チェックリストの共有情報項目と、看護実践用語標準マスターの対応、読み替えの考え方

① 対応表では、回復期等移行チェックリストの共有情報区目と、標準マスターの項目を、必ずしも「1対1」で対応させていない。概ね標準マスターの方が情報の粒度は細かいため、一つの共有情報項目に対し、標準マスターでは複数のコードを対応させる「1対多」の項目も、多数存在する。



(出典：研究班報告書 2-3②-7)

(例) 回復期等移行チェックリストの情報共有項目では「食事の見守り」は1項目ですが、これに相当するマスター項目は4項目あります。4項目のうち何れかが医療情報システムに入力されていれば、チェックリスト上は該当ありとして出力することを想定している。

ADL等の生活に関する情報			看護行為				
項目	選択肢	記載	種別	管理番号	階層	階層名称	備考
■ 食事	必要度項目	自立					ケアを行う ⇒ ケアが必要な状況が発生していると判断 「自立」を明確に示す項目はない
		部分介助	基本	12000057	A001/B003/C026/D002	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ハイリスク)/部分介助	
			基本	12000061	A001/B003/C027/D002	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ロウリスク)/部分介助	
		全介助	基本	12000056	A001/B003/C026/D001	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ハイリスク)/全介助	
			基本	12000060	A001/B003/C027/D001	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ロウリスク)/全介助	
見守り			基本	12000058	A001/B003/C026/D003	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ハイリスク)/継続的観察	
			基本	12000059	A001/B003/C026/D004	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ハイリスク)/断続的観察	
			基本	12000062	A001/B003/C027/D003	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ロウリスク)/継続的観察	
			基本	12000063	A001/B003/C027/D004	日常生活ケア/栄養・食事ケア/食事介助(ロウリスク)/断続的観察	

回復期等移行  
チェックリスト  
1項目

看護実践用語  
標準マスター  
4項目

② 対応表では、回復期等移行チェックリストの情報共有項目に記載されていても、異状がないため電子カルテシステム等へ入力されない可能性が低い項目を「空欄」で表現している。

(例) 食事が「自立」の場合は介助が行われなため、実施入力も発生しない。よって食事欄に出力される情報がないことで、間接的に、食事介助が「自立」であることを示す。

- ③ この対応表では、回復期移行チェックリストの情報共有項目に記載されていても、マスターと紐づけを行っていない項目もある。研究班の報告書においても、情報共有項目は「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もの」として提案されており、その全項目を回復期等移行チェックリストに記載するような運用は想定されていない。このため、他の文書等でより信頼性の高い情報が提供されると考えられる事項、電子カルテシステムからの客観的なデータを抽出しにくい事項等については、「該当なし」と記載している。

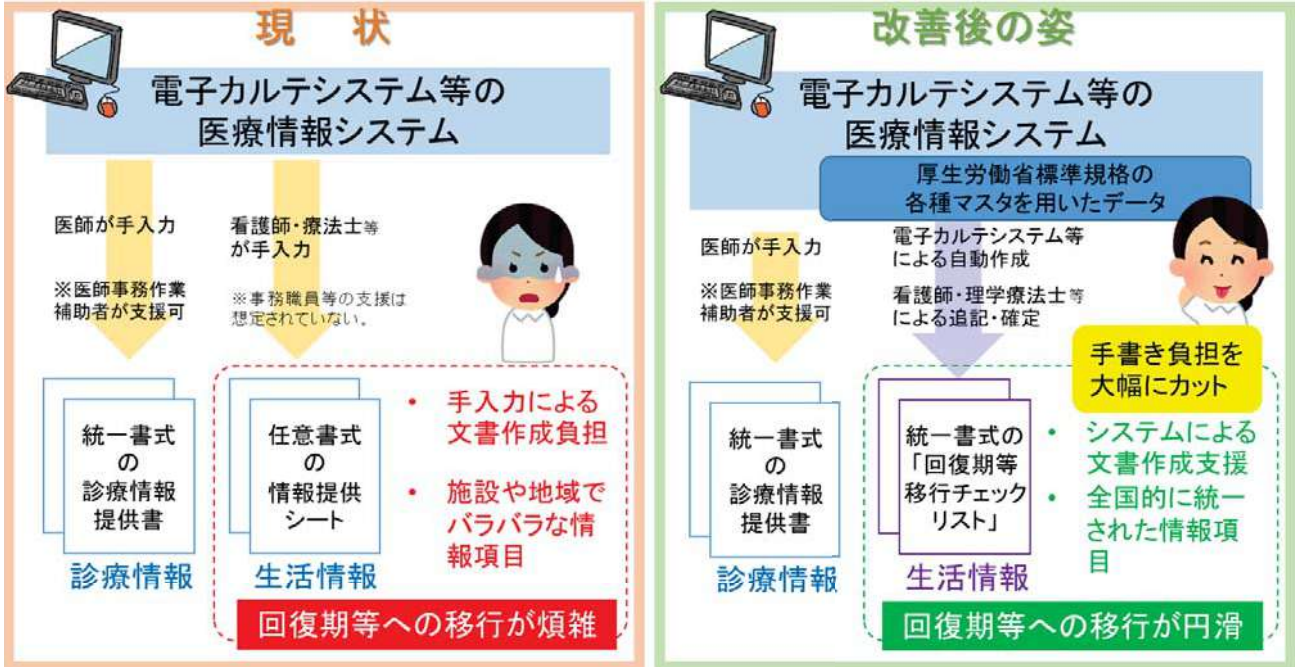
（例1）「感染症」については、検体検査結果がより客観的な情報であり、これを添付することも容易であるため、紐づけを行っていない。

（例2）「服薬の自立度」は、客観的なデータを抽出しにくい項目である。これは治療上の必要性や生活機能訓練の方向性など、様々な要素で「服薬管理の必要性」が判断されることに加え、その行動を自立して実施できるかも、認知機能や服薬動作などを多面的に評価して判断する必要がある。対応表でも認知機能や上肢の可動域等は紐づけを行っており、これらの情報を提供することで回復期病院としてもある程度は「服薬の自立度」を伺い知ることができるため、マスターとの紐づけは行っていない。

(参考資料2)

急性期病床から回復期病床等への移行を推進する「回復期等移行チェックリスト」の目的

- 病床機能分化を推進するためには、急性期の病院から、回復期や慢性期を担う病院・診療所・介護医療院・訪問看護ステーション等への円滑な移行が不可欠である。しかし、移行に際して必要な生活情報の提供が滞りがちである。
- この課題を解決するため任意書式・手入力(手書き)・非統一的な項目による「情報提供シート」から、厚生労働省標準規格に基づく電子カルテデータを活用しシステムの支援・統一項目による「回復期等移行チェックリスト」への転換を推進する。



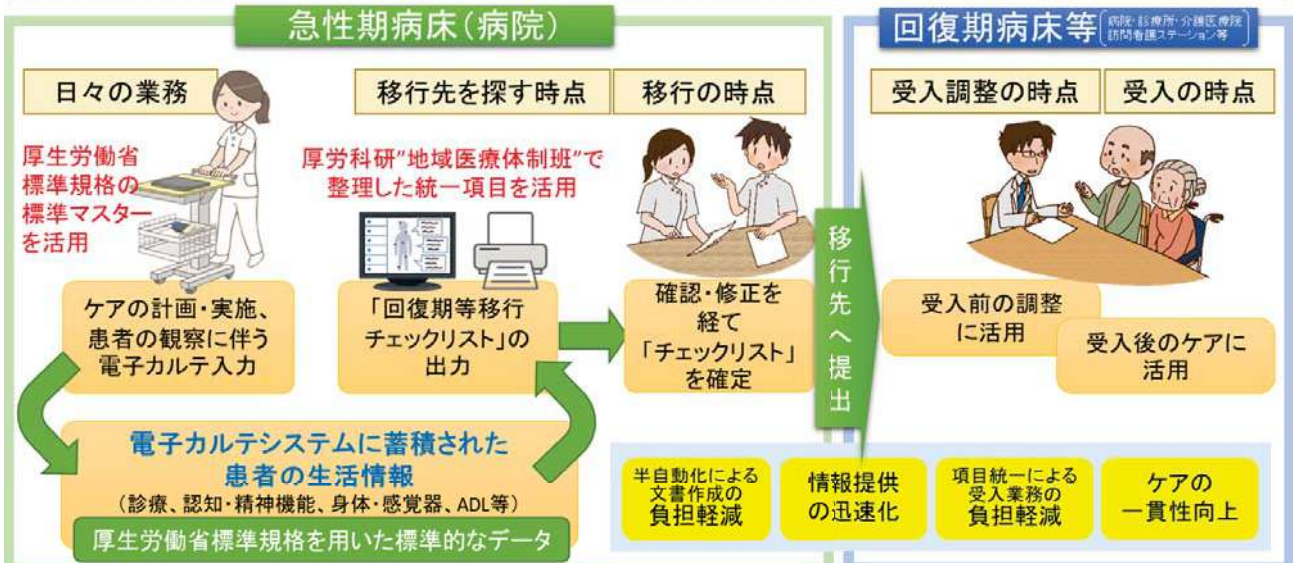
急性期病床から回復期病床等への移行を推進する「回復期等移行チェックリスト」の運用

急性期病床(病院)

日々の記録類を標準マスターを用いて入力すれば、いつでも半自動で「チェックリスト」を作成可能  
(従来は・・・電子カルテの記録類を参照し、病院や地域で項目がバラバラな「情報共有シート」を手作業で作成)

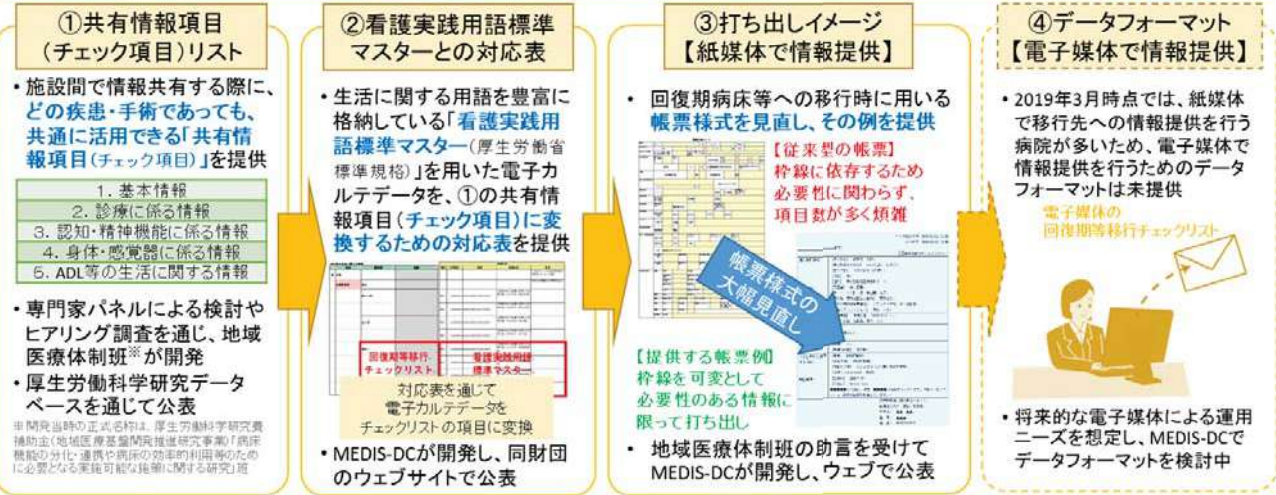
回復期病床等(病院等)

どの病院からも、直近の状態を反映し、標準用語で記載された「チェックリスト」で情報収集が可能  
(従来は・・・病院や地域で用語がバラバラな上にどの時点の患者状態か不明瞭な「情報共有シート」で情報収集)



## 急性期病床から回復期病床等への移行を推進する「回復期等移行チェックリスト」の構成

- 回復期等移行チェックリストは、①連携を促進する共有情報項目(チェック項目)リスト、②看護実践用語標準マスターとの対応表、③打ち出しイメージ(紙媒体用)、④データフォーマット(電子媒体用)で構成する。(※④については準備中)
- 回復期等移行チェックリストは、厚生労働科学研究「地域の实情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」(通称:「地域医療体制班」)と、一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)が、厚生労働省が行う各補助/委託事業の一環として連携し、無償で提供する。



基本情報

基本情報

項目	選択肢	記載	看護行為 (V3.3)		看護観察 (V3.3)	
			管理番号(附層): 附層名称	備考	管理番号: 観察名称 =結果	備考
■ 患者氏名		氏名記載(漢字・ふりがな)	電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
■ 生年	大正・昭和・平成・西暦	敬儀記入	"			
■ 誕生月	1月~12月		"			
■ 誕生日	1日~31日		"			
■ 年齢		退院時年齢記入	"			
■ 性別	女性・男性		"			
■ 住所		自宅住所記入	"			
■ 電話番号		自宅電話番号記入	"			
■ 緊急時連絡先		緊急連絡先の電話番号記入	"			
■ かかりつけ医	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入	"			
■ かかりつけ歯科医	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入	"			
■ かかりつけ薬局	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入	"			
■ 同居者	夫		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	妻					
	息子	長男、次男、三男など、該当者を全て記入				
	娘	長女、次女、三女など、該当者を全て記入				
	義父					
	義母					
	実父					
	実母					
	孫	孫息子、孫娘など該当者記入				
	兄弟	兄、弟、義兄、義弟など、該当者を全て記入				
	姉妹	姉、妹、義姉、義妹など、該当者を全て記入				
	叔父					
	叔母					
知人						
その他	間柄記入					
■ 同居者	夫		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	妻					
	息子	長男、次男、三男など、該当者を全て記入				
	娘	長女、次女、三女など、該当者を全て記入				
	義父					
	義母					
	実父					
	実母					
	孫	孫息子、孫娘など該当者記入				
	兄弟	兄、弟、義兄、義弟など、該当者を全て記入				
	姉妹	姉、妹、義姉、義妹など、該当者を全て記入				
	叔父					
	叔母					
知人						
その他	間柄記入					
■ 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	電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
■ キーパーソン		キーパーソンを記入	電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
■ 経済状況	生活保護		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	その他	特記事項記入				
■ 要介護・要支援認定の有無	無		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	申請中					
	要支援1					
	要支援2					
	要介護1					
	要介護2					
■ 障害高齢者の日常生活自立度	U1		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	U2					
	A1					
	A2					
	B1					
■ 認知症高齢者の日常生活自立度	自立		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	I					
	II a					
	II b					
	III a					
	III b					
	IV					
M						
■ 身体障害者手帳	1級		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	2級					
	3級					
	4級					
	5級					
	6級					
■ 種別(身体障害者)	1種		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	2種					
■ 精神障害者手帳	1級		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	2級					
	3級					
■ 療育手帳(採用にあわせて選択)	障害の程度		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	最重度、重度、中度、軽度					
	一般的な等級					
	A、B					
	その他					
	A1、マルA、A2、A					
B1、B、B2、C						
■ 居宅介護支援事業所名	東京郵政の手帳		電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
	1度、2度、3度、4度					
■ 担当ケアマネジャー		TEL・FAX記入	電子カルテ・患者プロフィールから取得する			
		担当者名記入	電子カルテ・患者プロフィールから取得する			





診療に係る情報

診療に係る情報項目	選択技	部位	検査行為 (V3.3) 管理番号(欄外): 別表名称	備考	検査履歴 (V3.3) 管理番号: 別表名称(欄外)	備考	
			12001876/A005/B030/C239/D506: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/過電圧検出装置		31003836: 0.5μ (血液透析用) - 1孔挿入部 31003840: 濾紙 (血液透析用) - 1孔挿入部 31003843: 浸出液 (血液透析用) - 1孔挿入部 31003827: 染液 (シフト) - 1孔挿入部 31003837: 濾紙 (シフト) - 1孔挿入部		
			12002097/A005/B030/C239/D553: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31002578: 出血量 (血液透析用) - 1孔挿入部 31003651: 排液量 (血液透析)		
			12002034/A005/B031/C240/D538: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003653: 排液性状 (血液透析) 31003654: 排液性状 (血液透析) 31003655: 排液色調 (血液透析) 31003656: 排液色調 (血液透析)	特定文字/欄外 出力する	
			12002046/A005/B031/C241/D538: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31002578: 出血量 (血液透析用) - 1孔挿入部 31003733: 出血量 (血液透析用) - 1孔挿入部 31003828: 染液 (血液透析用) - 1孔挿入部 31003835: 0.5μ (血液透析用) - 1孔挿入部 31003839: 濾紙 (血液透析用) - 1孔挿入部		
			12002062/A005/B031/C242/D538: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003842: 浸出液 (血液透析用) - 1孔挿入部 31006249: 濾紙 (血液透析用) - 1孔挿入部 31001851: 排液量 (未計測)		
			12001482/A005/B031/C240/D441: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		3100157: 浸出液 (未計測) - 1孔挿入部 31001851: 排液量 (未計測)	特定文字/欄外 出力する	
			12001491/A005/B031/C241/D441: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004065: 排液性状 (未計測) - 1孔挿入部 31001796: 中心濃縮因子 - 1孔挿入部		
			12001499/A005/B031/C242/D441: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31001797: 中心濃縮因子 - 1孔挿入部 31001850: 排液量 (中心濃縮)		
			12001482/A005/B031/C240/D440: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003080: 0.5μ (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003082: 0.5μ (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003085: 濾紙 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003091: 濾紙 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003094: 出血量 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003096: 浸出液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003098: 濾紙 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003135: 染液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003137: 浸出液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003148: 浸出液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003156: 浸出液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003330: 染液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003353: 濾紙 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003369: 0.5μ (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003392: 出血量 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31003412: 浸出液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31004064: 浸出液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部 31005982: N/S浸液 (中心濃縮用) - 1孔挿入部		特定文字/欄外 出力する
			12002239/A005/B031/C240/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004927: 未計測 (中心濃縮用) - 1孔挿入部		
			12002239/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004927: 未計測 (中心濃縮用) - 1孔挿入部		

診療に係る情報

診療に係る情報 項目	選択肢	部位	検査行為 (V3.3) 管理番号(欄)：別名名称	備考	検査装置 (V3.3) 管理番号：別名名称(欄)	備考
人工呼吸器			12002349/A005/B031/C242/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換時管理/経口気管内挿入式中心動脈カテーテル		31004998：056 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	
			12000175/A001/B009/C078/D000): 日常生体付呼吸器/気管カニューレ管理		31004999：056(前項) (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	
			12000683/A001/B009/C276/D000): 日常生体付呼吸器/気管カニューレの閉鎖具類/		31005000：経路 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	特定文字/点
			12000591/A005/B031/C245/D181): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/洗浄/気管カニューレ内筒		31005001：挿入 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動
			12000668/A005/B031/C247/D181): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換/気管カニューレ内筒		31005002：抽出 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001045/A005/B030/C239/D344): 機器等の装置に付随するM.E.機能/M.E.機能作動技術の搭載/人工呼吸器		31005003：挿入液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001890/A005/B031/C240/D517): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/気管カニューレ		31005004：挿入液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001901/A005/B031/C241/D517): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管		31005005：挿入 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001912/A005/B031/C242/D517): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管		31005006：交換液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002030/A005/B031/C240/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/経口気管内挿管		31005007：交換液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002044/A005/B031/C241/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管		31005008：交換液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002058/A005/B031/C242/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換時管理/経口気管内挿管		31005009：挿入液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002064/A005/B031/C241/D535): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/経口気管内挿管		31005010：挿入 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002070/A005/B031/C242/D535): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管		31005011：056 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002101/A005/B031/C240/D546): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/気管カニューレ		31005012：抽出 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)
12002107/A005/B031/C241/D546): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/気管カニューレ		31005013：挿入液 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)			
12002113/A005/B031/C242/D546): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換時管理/気管カニューレ		31006009：N.R.S.透過 (未採納)挿入式中心動脈カテーテル(入部)	挿入式中心動脈カテーテル(入部)			
12001847/A001/B009/C081/D486): 日常生体付呼吸器/経鼻吸入/気管切開付V29		31000447：系流 (気管切開部)				
		31000797：皮膚導通 (気管切開部)				
		31001413：出庫 (気管切開部)				
		31001440：挿入 (気管切開部)				
		31001886：出庫 (気管切開部)				

診療に係る情報

診療に係る情報項目	選択技	記載	検査行為 (V3.3) 管理番号(欄外): 別添名称	備考	検査装置 (V3.3) 管理番号: 別添名称二(欄外)	備考
経島カニューレ	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入	12000178/A001/B009/C081/D060): 日常生体アブザブ/経島カニューレ			
リザーバー	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
トレー	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
血糖測定 【個別条件】	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入	12000299/A003/B020/C145/D119): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / 糖尿病管理/血糖自己測定		別添1	
インスリン注射	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入	12000935/A005/B031/C307/D182): 機密性の薬物にオキアキ/その他の医薬品/医療用物品/交差/管理用/インスリン		別添1	
消化器カニューレ	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入	12000720/A003/B020/C145/D241): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000338: 浮腫 (スリープ)	
尿管カニューレ	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入	12000720/A003/B020/C145/D242): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000938: スリープ色	
			12000720/A003/B020/C145/D243): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000939: 喉乾 (スリープ)	
			12000720/A003/B020/C145/D244): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000940: 喉乾 (スリープ)	
			12000720/A003/B020/C145/D245): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000941: 喉乾 (スリープ)	
			12000720/A003/B020/C145/D246): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000942: スリープ取出	
			12000720/A003/B020/C145/D247): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は		31000943: 皮膚痒症 (スリープ期間)	
			12000720/A003/B020/C145/D248): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は			
			12000720/A003/B020/C145/D249): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は			
			12000720/A003/B020/C145/D250): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は			
			12000720/A003/B020/C145/D251): 指血・字交指/医療用手技・血糖の指導 (在宅療養指導を含む) / スリープ管理の指導/又は			





診療に係る情報

診療に係る情報		項目	選択法	記載	検査項目名 (V3.3)	管理番号(検査)：別添名称	備考	検査項目名 (V3.3)	管理番号：別添名称(検査)	備考
								31001388：糖腫(ホルマリン) = (01:;6L;02:- P 1.03:- P 2.04:- P 3.05:- P 4) 外胚葉(R7008)		全 <sup>+</sup> 出力
								31002819：DESIGN-R(ホルマリン) = (01:;p 0.02: P 6.03: P 9.04: P 12.05: P 2.4)		全 <sup>+</sup> 出力
		心電図方法		記入		12001848(A001/B010/C369/D000): 日常生活/検査/検査の手順/ 12001855(A001/B010/C369/D000): 日常生活/検査/検査の手順/ 日常生活/検査/検査の手順/体圧計測器具の使用/		項目なし		















診療に係る情報(別表1)

診療行為 (V3.3)			商品コード (V3.3)		
管理番号	病名	診療名称	管理番号	診療名称	特定文字
1.200.2083/A.005/3031/C241/0543	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/心拍測定モニターケーブル		3100.3941	発赤(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部周囲)	
1.200.2086/A.005/3031/C242/0543	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/心拍測定モニターケーブル		3100.3942	腫脹(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部周囲)	
			3100.3943	出血(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部周囲)	
			3100.3944	塊状出血(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部周囲)	
			3100.3945	びらん(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部周囲)	経皮的心拍補助装置ケーブル
			3100.3946	びらん範囲(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部周囲)	
			3100.3947	痒痒感(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部)	
			3100.3948	硬結(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部)	
			3100.3949	血腫(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部)	
			3100.3950	経路閉塞(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部)	
			3100.3951	疼痛(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部)	
			3100.3959	N.R.S.疼痛(経皮的心拍補助装置ケーブル刺入部)	
1.200.2099/A.005/3031/C240/0544	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/ドレーン(右)		3100.4043	経路下ドレーン逆流(右)	
1.200.2105/A.005/3031/C241/0544	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/ドレーン(右)		3100.4044	経路下ドレーン逆流(左)	
1.200.2111/A.005/3031/C242/0544	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/ドレーン(右)		3100.4045	経路下ドレーン逆流性状(右)	右経路下ドレーン
			3100.4046	経路下ドレーン逆流性状(左)	
			3100.4047	経路下ドレーン逆流性状(右)	
			3100.4048	経路下ドレーン逆流性状(左)	
			3100.4049	経路下ドレーン滲入(右)	
			3100.4050	経路下ドレーン滲入(左)	
			3100.4051	経路下ドレーン逆流(左)	
			3100.4052	経路下ドレーン逆流性状(左)	
			3100.4053	経路下ドレーン逆流性状(右)	
			3100.4054	経路下ドレーン逆流性状(左)	左経路下ドレーン
			3100.4055	経路下ドレーン逆流性状(右)	
			3100.4056	経路下ドレーン逆流性状(左)	
			3100.4057	経路下ドレーン滲入(左)	
			3100.4058	経路下ドレーン滲入(右)	
1.200.2101/A.005/3031/C240/0546	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/生体モニター		3100.1451	発赤(ケーブル挿入部)	生体モニター
1.200.2107/A.005/3031/C241/0546	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/生体モニター		3100.1454	腫脹(ケーブル挿入部)	
1.200.2113/A.005/3031/C242/0546	経路別の装置に付与された他の医療機器-医療用物品/留置時間管理/生体モニター		3100.1455	出血(ケーブル挿入部)	
			3100.3325	発赤(ケーブル挿入部周囲)	
			3100.3350	腫脹(ケーブル挿入部周囲)	
			3100.6194	ブロック(ケーブル挿入部)	
			3100.6196	ドクタール(腫脹ケーブル)	
			3100.3877	発赤(シャフトケーブル留置部)	シャフトケーブル
			3100.3887	腫脹(シャフトケーブル留置部)	
			3100.3158	塗層剥離(皮下組織に生じた滲入部)	ポスト留置部
			3100.3312	発赤(ポスト挿込み部)	
			3100.3338	腫脹(ポスト挿込み部)	
			3100.3377	出血(ポスト挿込み部)	
			3100.3401	塊状出血(ポスト挿込み部)	
			3100.3408	硬結(ポスト挿込み部)	
			3100.3909	痒痒感(ポスト挿込み部)	
			3100.3970	びらん(ポスト挿込み部)	
			3100.3971	びらん範囲(ポスト挿込み部)	
			3100.3972	痒痒感(ポスト挿込み部)	
			3100.3973	硬結(ポスト挿込み部)	
			3100.3991	N.R.S.疼痛(ポスト挿込み部)	
			3100.5196	オトガイ部イレイン逆流	
			3100.5197	オトガイ部イレイン逆流性状	
			3100.5198	オトガイ部イレイン逆流性状(右)	オトガイ部イレイン
			3100.5199	オトガイ部イレイン逆流性状(左)	
			3100.5200	オトガイ部イレイン逆流性状(右)	
			3100.5201	オトガイ部イレイン逆流性状(左)	
			3100.5202	オトガイ部イレイン滲入(右)	
			3100.5203	オトガイ部イレイン滲入(左)	
			3100.5220	インフライト側面イレイン逆流	
			3100.5221	インフライト側面イレイン逆流性状	
			3100.5222	インフライト側面イレイン逆流性状(右)	インフライト側面イレイン
			3100.5223	インフライト側面イレイン逆流性状(左)	
			3100.5224	インフライト側面イレイン逆流性状(右)	
			3100.5225	インフライト側面イレイン逆流性状(左)	
			3100.5226	インフライト側面イレイン滲入(右)	
			3100.5227	インフライト側面イレイン滲入(左)	
			3100.5228	経路上ドレーン逆流	
			3100.5229	経路上ドレーン逆流性状	
			3100.5230	経路上ドレーン逆流性状(右)	経路上ドレーン
			3100.5231	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5232	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5233	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5234	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5235	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5236	経路上ドレーン逆流(右)	
			3100.5237	経路上ドレーン逆流(左)	
			3100.5238	経路上ドレーン逆流性状(右)	右経路上ドレーン
			3100.5239	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5240	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5241	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5242	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5243	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5244	経路上ドレーン逆流(左)	
			3100.5245	経路上ドレーン逆流(右)	
			3100.5246	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5247	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5248	経路上ドレーン逆流性状(左)	左経路上ドレーン
			3100.5249	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5250	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5251	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5252	経路上ドレーン逆流(左)	
			3100.5253	経路上ドレーン逆流(右)	
			3100.5254	経路上ドレーン逆流性状(右)	右経路上ドレーン
			3100.5255	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5256	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5257	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5258	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5259	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5260	経路上ドレーン逆流(右)	
			3100.5261	経路上ドレーン逆流(左)	
			3100.5262	経路上ドレーン逆流性状(右)	右経路上ドレーン
			3100.5263	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5264	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5265	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5266	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5267	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5268	経路上ドレーン逆流	
			3100.5269	経路上ドレーン逆流性状	
			3100.5270	経路上ドレーン逆流性状(右)	経路上ドレーン
			3100.5271	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5272	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5273	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5274	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5275	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5276	経路上ドレーン逆流(右)	
			3100.5277	経路上ドレーン逆流(左)	
			3100.5278	経路上ドレーン逆流性状(右)	右経路上ドレーン
			3100.5279	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5280	経路上ドレーン逆流性状(右)	
			3100.5281	経路上ドレーン逆流性状(左)	
			3100.5282	経路上ドレーン滲入(右)	
			3100.5283	経路上ドレーン滲入(左)	
			3100.5284	経路上ドレーン逆流(右)	
			3100.5285	経路上ドレーン逆流(左)	



診療に係る情報(別表1)

前接行為 (V3.3)			備考	前接観察 (V3.3)		
管理番号	機関	観察名称		管理番号	観察名称	特定文字
12002267 A005/3031/C241/0697		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005419	上肢肘関節伸入長	
12002268 A005/3031/C241/0698		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005416	上肢肘関節伸張色調	上肢肘関節
12002269 A005/3031/C242/0697		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005417	上肢肘関節伸張色調	
				31005414	上肢肘関節伸張性状	
				31005415	上肢肘関節伸張性状	
				31005412	上肢肘関節伸張性状	
				31005413	上肢肘関節伸張性状	
12002273 A005/3031/C240/0698		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005420	大動脈前部肘関節伸入長	
12002268 A005/3031/C241/0698		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005421	大動脈前部肘関節伸入長	
12002269 A005/3031/C242/0698		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005422	大動脈前部肘関節伸張性状	大動脈前部肘関節
				31005423	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005424	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005425	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005426	大動脈前部肘関節伸入長	
				31005427	大動脈前部肘関節伸入長	
12002214 A005/3031/C240/0699		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/大動脈前部肘関節	(右)	31005428	大動脈前部肘関節伸張性状	
12002219 A005/3031/C241/0699		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/大動脈前部肘関節	(右)	31005429	大動脈前部肘関節伸張性状	
12002244 A005/3031/C242/0699		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/大動脈前部肘関節	(右)	31005430	大動脈前部肘関節伸張性状	右大動脈前部肘関節
				31005431	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005432	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005433	大動脈前部肘関節伸張性状	
12002215 A005/3031/C240/0600		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/大動脈前部肘関節	(左)	31005434	大動脈前部肘関節伸入長	
12002220 A005/3031/C241/0600		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/大動脈前部肘関節	(左)	31005435	大動脈前部肘関節伸入長	
12002235 A005/3031/C242/0600		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/大動脈前部肘関節	(左)	31005436	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005437	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005438	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005439	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005440	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005441	大動脈前部肘関節伸張性状	
				31005442	大動脈前部肘関節伸入長	
				31005443	大動脈前部肘関節伸入長	
				31003902	大動脈前部肘関節伸入長	
				31003903	大動脈前部肘関節伸入長	
12002216 A005/3031/C240/0601		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/肩関節		31005468	肩関節伸入長	
12002271 A005/3031/C241/0601		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/肩関節		31005469	肩関節伸張性状	
12002276 A005/3031/C242/0601		検査及び装置に関するケア/その他の医療機器-医療用物品/留置時管理/肩関節		31005470	肩関節伸張性状	
				31005471	肩関節伸張性状	
				31005472	肩関節伸張性状	
				31005473	肩関節伸張性状	
				31005474	肩関節伸入長	
				31005475	肩関節伸入長	
				31005476	肩関節伸入長	
				31005477	肩関節伸入長	
				31005478	肩関節伸張性状	
				31005479	肩関節伸張性状	
				31005480	肩関節伸張性状	
				31005481	肩関節伸張性状	
				31005482	肩関節伸入長	
				31005483	肩関節伸入長	
				31005484	肩関節伸入長	
				31005485	肩関節伸入長	
				31005486	肩関節伸張性状	
				31005487	肩関節伸張性状	
				31005488	肩関節伸張性状	
				31005489	肩関節伸張性状	
				31005490	肩関節伸入長	
				31005491	肩関節伸入長	
				31005492	肩関節伸張性状	
				31005493	肩関節伸張性状	
				31005494	肩関節伸張性状	
				31005495	肩関節伸張性状	
				31005496	肩関節伸張性状	
				31005497	肩関節伸張性状	
				31005498	肩関節伸張性状	
				31005499	肩関節伸入長	
				31005500	肩関節伸張性状	
				31005501	肩関節伸張性状	
				31005502	肩関節伸張性状	
				31005503	肩関節伸張性状	
				31005504	肩関節伸張性状	
				31005505	肩関節伸張性状	
				31005506	肩関節伸入長	
				31005507	肩関節伸入長	
				31005508	肩関節伸張性状	
				31005509	肩関節伸張性状	
				31005510	肩関節伸張性状	
				31005511	肩関節伸張性状	
				31005512	肩関節伸張性状	
				31005513	肩関節伸張性状	
				31005514	肩関節伸入長	
				31005515	肩関節伸入長	
				31005516	肩関節伸張性状	
				31005517	肩関節伸張性状	
				31005518	肩関節伸張性状	
				31005519	肩関節伸張性状	
				31005520	肩関節伸張性状	
				31005521	肩関節伸張性状	
				31005522	肩関節伸入長	
				31005523	肩関節伸入長	
				31005524	肩関節伸張性状	
				31005525	肩関節伸張性状	
				31005526	肩関節伸張性状	
				31005527	肩関節伸張性状	
				31005528	肩関節伸張性状	
				31005529	肩関節伸張性状	
				31005530	肩関節伸入長	
				31005531	肩関節伸入長	
				31005532	肩関節伸張性状	
				31005533	肩関節伸張性状	
				31005534	肩関節伸張性状	
				31005535	肩関節伸張性状	
				31005536	肩関節伸張性状	
				31005537	肩関節伸張性状	
				31005538	肩関節伸入長	
				31005539	肩関節伸入長	
				31005540	肩関節伸張性状	
				31005541	肩関節伸張性状	
				31005542	肩関節伸張性状	
				31005543	肩関節伸張性状	
				31005544	肩関節伸張性状	
				31005545	肩関節伸張性状	
				31005546	肩関節伸入長	
				31005547	肩関節伸入長	
				31005548	肩関節伸張性状	
				31005549	肩関節伸張性状	
				31005550	肩関節伸張性状	
				31005551	肩関節伸張性状	
				31005552	肩関節伸張性状	
				31005553	肩関節伸張性状	
				31005554	肩関節伸入長	
				31005555	肩関節伸入長	
				31005556	肩関節伸張性状	
				31005557	肩関節伸張性状	
				31005558	肩関節伸張性状	
				31005559	肩関節伸張性状	
				31005560	肩関節伸張性状	
				31005561	肩関節伸張性状	
				31005562	肩関節伸張性状	









認知・精神機能に係る情報

項目	選択肢	記号	備考
認知・精神機能に係る情報	視覚		<p>31004206：異変(01: -.02: +)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004208：辨別(01: -.02: +)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31001201：幻視(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31001202：幻聴(□×)h…)</p> <p>31001237：幻触(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002604：幻嗅(□×)h…)</p> <p>31001166：妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002645：錯覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002646：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31002647：妄想気分(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002648：妄想気分(□×)h…)</p> <p>31002649：妄想妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002650：妄想知覚(□×)h…)</p> <p>31002651：妄想知覚(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002652：妄想知覚(□×)h…)</p> <p>31002655：誇大妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31002656：誇大妄想(□×)h…)</p> <p>31004138：妄想妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004139：妄想妄想(□×)h…)</p> <p>31004140：知覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004141：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004142：錯覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004143：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004144：間隔妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004145：間隔妄想(□×)h…)</p> <p>31004146：注視妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004147：注視妄想(□×)h…)</p> <p>31004148：注視妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004149：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004150：錯覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004151：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004152：錯覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004153：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004154：宗教妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004155：宗教妄想(□×)h…)</p> <p>31004156：費用妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004157：費用妄想(□×)h…)</p> <p>31004158：総括妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004159：総括妄想(□×)h…)</p> <p>31004160：錯覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004161：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004162：錯覚妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004163：錯覚妄想(□×)h…)</p> <p>31004164：心像妄想(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>別添型(R4003)</p> <p>31004165：心像妄想(□×)h…)</p>
	介電結合		
その他			

認知・精神機能に係る情報

項目	選択肢	配点	基礎学力 (V3.3)		基礎読解 (V3.3)		
			管理番号(問題)：問題名称	備考	管理番号：解答条件=(結果)	備考	
■ せん妄の有無	無		項目なし	項目なし	項目なし	31004166：虚構妄想=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
						31004167：虚構妄想=(〇×ノ…)	文字型
						31004232：介達拒否=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
31004233：介達拒否=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力						
列挙型(R4003)							
■ せん妄の種類	過去判断せん妄 促進判断せん妄 混合型せん妄		項目なし	項目なし	項目なし	【無】は判断できない項目を出力する	
						31001182：激変=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
						31004117：短期躁鬱=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
■ せん妄の発症順序	促進せん妄 後せん妄 混合せん妄 急性せん妄		項目なし	項目なし	項目なし	【無】は判断できない項目を出力する	
						31001226：躁鬱=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
						31001238：発露当惑=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
31002557：意識混濁の程度=(01:極重.02:中重.03:軽重.04:昏睡)	全出力						
列挙型(R27092)							
31002691：精神運動興奮=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力						
列挙型(R4003)							
31002692：精神運動興奮=(〇×ノ…)	文字型						
31003612：ニートラックール(興奮) =(01: 5.02: 4.03: 3.04: 2.05: 1.06: 0)	全出力						
列挙型(R1015)							
■ せん妄の態状	興奮 暴力 暴走運転 意欲阻害 睡眠障害 見当障碍 その他		項目なし	項目なし	項目なし	【無】は判断できない項目を出力する	
						31001226：躁鬱=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
						31001238：発露当惑=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力
						列挙型(R4003)	
31002557：意識混濁の程度=(01:極重.02:中重.03:軽重.04:昏睡)	全出力						
列挙型(R27092)							
31002691：精神運動興奮=(01:-.02:±.03:+.04:++)	全出力						
列挙型(R4003)							
31002692：精神運動興奮=(〇×ノ…)	文字型						
31003612：ニートラックール(興奮) =(01: 5.02: 4.03: 3.04: 2.05: 1.06: 0)	全出力						
列挙型(R1015)							
■ 高次脳機能障害	無		項目なし	項目なし	項目なし	【無】は判断できない項目を出力する	
						31002242：通期性失語=(01:-.02:++)	全出力
						列挙型(R4001)	
						31002243：感覚性失語=(01:-.02:++)	全出力
						列挙型(R4001)	
31002549：半側空間無視=(01:-.02:右.03:左)	全出力						
列挙型(R2713)							

認知・操作機能に係る情報		距離	
項目	選択肢		
	送付場館増設 半期定例無任 その他		

認知・操作機能に係る情報		検査結果 (V3.3)		検査結果 (V3.3)	
	管理番号(初期) : 試験名称	備考	管理番号 : 試験名称(結果)		備考

身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		項目	選択肢	距離	属性名義 (V3.3)	管理番号(距離)：距離名称	備考	属性名義 (V3.3)	管理番号：距離名称(結果)	備考	
■ 麻痺	有					—	[無]は項目で表さないか項目せず、子～999存在している項目のみ出力する			入院～直前日時の間に検査が実施されていなければ、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一致しているものを1件採用する	項目名称と結果値を出力
										項目名	
■ 麻痺の部位 (複数選択)	右下肢 右下肢 左下肢 左下肢 左下肢 左下肢 手指 その他					—	[無]は項目で表さないか項目せず、子～999存在している項目のみ出力する			入院～直前日時の間に検査が実施されていなければ、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一致しているものを1件採用する	項目名称と結果値を出力
										項目名	
■ 運動失調						—	[無]は項目で表さないか項目せず、子～999存在している項目のみ出力する			入院～直前日時の間に検査が実施されていなければ、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一致しているものを1件採用する	項目名称と結果値を出力
										項目名	

身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		身体・感覚器に係る情報	身体・感覚器に係る情報	身体・感覚器に係る情報	身体・感覚器に係る情報	
項目	選択肢	記載	属性名義 (V3.3)	管理番号 (V3.3)	備考	
■ 上肢のジュースローム	有	有る場合は、状態を記入	項目名義	—	<p>【無】は判明できないため項目を「予」で「99」を付している項目のみの出力とする</p> <p>31001007： 腕行 = (01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p> <p>31001008： 手行 = (02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>31001126： 手動失調 = (01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>31001157： 失調性歩行 = (01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p> <p>31001158： 失調性歩行 = (02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>31001160： 失調性歩行 = (02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>入力～基準日時との間に状態が変更された項目は、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の複数条件が存在する場合は、基準日時にて一番近いものを1件採用する</p>	<p>全「出力」</p> <p>文字型</p> <p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>文字型</p> <p>文字型</p> <p>項目名称と結果値を出力</p>
					<p>31003231： ジム・ストローク - アキチー - シ (上肢) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>31003232： ジム・ストローク - アキチー - シ (右下肢) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>31003233： ジム・ストローク - アキチー - シ (左下肢) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>入力～基準日時との間に状態が変更された項目は、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の複数条件が存在する場合は、基準日時にて一番近いものを1件採用する</p>	<p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>項目名称と結果値を出力</p>
■ 手指のジュースローム	有	有る場合は、状態を記入	項目名義	—	<p>31003237： ジム・ストローク - アキチー - シ (手前) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>31003238： ジム・ストローク - アキチー - シ (右手前) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>31003239： ジム・ストローク - アキチー - シ (左手前) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>入力～基準日時との間に状態が変更された項目は、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の複数条件が存在する場合は、基準日時にて一番近いものを1件採用する</p>	<p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>項目名称と結果値を出力</p>
					<p>31003234： ジム・ストローク - アキチー - シ (下肢) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>31003235： ジム・ストローク - アキチー - シ (右下肢) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>31003236： ジム・ストローク - アキチー - シ (左下肢) = (01: スター - シ I.02: スター - シ II.03: スター - シ III.04: スター - シ IV.05: スター - シ V.06: スター - シ VI)</p> <p>列挙型 (R7006)</p> <p>入力～基準日時との間に状態が変更された項目は、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の複数条件が存在する場合は、基準日時にて一番近いものを1件採用する</p>	<p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>全「出力」</p> <p>項目名称と結果値を出力</p>
■ 体幹と下肢のジュースローム	有	有る場合は、状態を記入	項目名義	—	<p>入力～基準日時との間に状態が変更された項目は、項目名称と結果値、単位を出力する 各項目の複数条件が存在する場合は、基準日時にて一番近いものを1件採用する</p>	<p>項目名称と結果値を出力</p>



身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		身体・感覚器に係る情報		身体・感覚器に係る情報	
項目	選択法	評価	評価名義 (V3.3)	管理番号 (備考)	備考
■ FIM (入院時)			評価名義 (V3.3)	管理番号 (備考)	備考
■ FIM (退院時)					
■ 疼痛の有無					
■ 疼痛の部位 (複数選択)					
■ 疼痛の程度 (NRS)					
■ 疼痛の程度 (フェイススケール)					

項目名義 (V3.3)	管理番号 (備考)	備考
—		入院日毎±24時間の間に観察が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、入院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		31002476: FIM (合計) = 〇点 入院～退院日毎の間に観察が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、退院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		31002476: FIM (合計) = 〇点 入院～退院日毎の間に観察が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、退院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		31002476: FIM (合計) = 〇点 退院日毎の過去72時間以内に観察が予定の実施 されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、退院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		31000470: 疼痛 = (01: -.02: ±.03: +.04: ++) 約5項目 (R4003) 退院日毎の過去72時間以内に観察が予定の実施 されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、退院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		31000472: 疼痛部位 = □(選択...) 31000475: 疼痛性質 = (01: 1.痛み, 02: 燃焼, 03: 表在性痛, 04: 深部痛, 05: 絞扼痛, 06: 正 逆痛, 07: 帯状性痛, 08: 虫刺傷, 09: 牽引痛, 10: 刺傷, 11: 電撃性痛, 12: けいれん痛, 13: けい れん痛, 14: 絞扼痛, 15: 神経性痛, 16: 頭痛) 31000480: 疼痛期間 = (01: 1.特異的, 02: 頑固的, 03: 変遷的) 31000484: 疼痛持続時間 = 99: 99 31000486: 疼痛発作回数 = 〇/毎日 31000488: 薬治療による疼痛 = (01: -.02: ++) 31000491: 疼痛部位 = (01: 全体, 02: 左側顔部, 03: 左側顔部, 04: 顔頂部, 05: 前頭 部, 06: 後頭部) 31001928: 疼痛程度 (VAS) = 〇点 31001929: 疼痛程度 (VRS) = (01: 痛みなし, 02: 軽度, 03: 中等度, 04: 強度, 05: 激 痛) 31000473: B P S (薬前) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31000474: B P S (上肢の動き) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31000476: B P S (上肢の動き) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31000477: B P S (人工呼吸器の管理性) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31000478: B P S (合計) = 〇点 別変数 = (01: -.02: ±.03: +.04: ++) 約5項目 (R4003) 入院～退院日毎の間に観察が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、退院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		別変数 = (01: 0.1/1.0, 02: 1/1.0, 03: 2/1.0, 04: 3/1.0, 05: 4/1.0, 06: 5 /1.0, 07: 6/1.0, 08: 7/1.0, 09: 8/1.0, 10: 9/1.0, 11: 10/1.0) 約5項目 (R1017) 入院～退院日毎の間に観察が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増設件数存在する場合は、退院日毎に一意IDのものを1件採用する
項目名義		31001930: 疼痛程度 (フェイススケール) = (01: 0.02: 1.03: 2.04: 3.05: 4.06: 5) 約5項目 (R1004)

身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		検査結果		検査結果 (V3.3)		検査結果 (V3.3)	
項目	選択肢	記載	検査項目(検査)：検査名称	備考	管理番号：検査名称(結果)	検査項目(検査)：検査名称	備考
■ 視力障害	無 あるが日常生活に支障なし あまり見えない 見えない その他		項目記		入院～直前日時の間に検査が実施されていない場合は、項目名称と結果欄・単位を出力する 各項目の検査件数存在する場合は、検査日時に一意性をのぞき1件採用する	項目名称と結果を出力	
■ 眼鏡使用の有無	有無		項目記		入院～直前日時の間に検査が実施されていない場合は、項目名称と結果欄・単位を出力する 各項目の検査件数存在する場合は、検査日時に一意性をのぞき1件採用する	項目名称と結果を出力	
■ 聴力障害	無 あるが日常生活に支障なし あまり聞えない 聞えない その他		項目記		入院～直前日時の間に検査が実施されていない場合は、項目名称と結果欄・単位を出力する 各項目の検査件数存在する場合は、検査日時に一意性をのぞき1件採用する	項目名称と結果を出力	
■ 補聴器使用の有無	有無		項目記		入院～直前日時の間に検査が実施されていない場合は、項目名称と結果欄・単位を出力する 各項目の検査件数存在する場合は、検査日時に一意性をのぞき1件採用する	項目名称と結果を出力	

身体・感覚器に係る情報(別表2, 3)

別表 2

管理番号	記号名称
31000325	疼痛(排痰時)
31000478	圧痛
31000490	腫痛
31000495	頭重感
31000496	疼痛(胸部)
31000497	疼痛(右胸部)
31000498	疼痛(左胸部)
31000501	疼痛(両肩関節)
31000502	疼痛(腕部)
31000503	疼痛(右上腕部)
31000504	疼痛(右下腕部)
31000505	疼痛(左上腕部)
31000506	疼痛(左下腕部)
31000508	疼痛(右側腕部)
31000510	疼痛(心窩部)
31000511	疼痛(腹部)
31000512	疼痛(下腹部)
31000513	疼痛(左季肋部)
31000514	疼痛(左側腹部)
31000516	反跳痛
31000518	筋性筋痛
31000519	腰痛
31000521	疼痛(鎖骨)
31000574	疼痛(前胸部)
31000740	疼痛(刺入部)
31000844	疼痛(喉)
31000968	疼痛(痔核)
31000976	疼痛(外性器)
31000980	圧痛(外性器)
31000981	灼熱感(尿道)
31000982	疼痛(尿道)
31000984	灼熱感(陰)
31001013	筋肉痛
31001014	幻肢痛
31001018	疼痛(関節)
31001071	疼痛(腫痛)
31001073	疼痛(舌根神経)
31001244	疼痛(ドレーン挿入部)
31001245	疼痛(咽頭)
31001263	疼痛(肋骨部)
31001392	疼痛(右季肋部)
31001393	疼痛(両肩部)
31001395	疼痛(腰背部)
31001396	疼痛(四肢)
31001397	疼痛(下肢)
31001400	疼痛(外陰部)
31001401	疼痛(会陰部)
31001402	疼痛(皮膚)
31001403	疼痛(創傷)
31001404	疼痛(発赤部)
31001405	疼痛(発疹部)
31001406	疼痛(カテーテル挿入部)
31001407	疼痛(乳房)
31001408	血管痛
31001410	放散痛(下腹部)
31001565	疼痛(右耳)
31001566	疼痛(左耳)
31001581	疼痛(上腕部)
31001582	放散痛(右腕部)
31001583	放散痛(左腕部)
31001602	叩打痛(関節)
31001603	疼痛(肛門)
31001644	疼痛(口腔)
31001675	疼痛(ワイヤー-刺入部)
31001867	疼痛(排便時)
31001942	疼痛(左肩背部)
31001943	疼痛(右肩背部)
31001944	疼痛(腰痛時)
31001945	疼痛(痔部)
31002087	疼痛(排便時)
31002097	灼熱感(胃)
31002103	圧痛痛(ギプスによる)
31002110	疼痛(左手関節)
31002111	疼痛(右手関節)
31002112	疼痛(左肘関節)
31002113	疼痛(右肘関節)
31002114	疼痛(左肩関節)
31002115	疼痛(右肩関節)
31002116	疼痛(左肘関節)
31002117	疼痛(右肘関節)
31002118	疼痛(左腕関節)
31002119	疼痛(右腕関節)
31002120	疼痛(左足関節)
31002121	疼痛(右足関節)
31002268	疼痛(排便時)
31002272	疼痛(胸部)
31002273	疼痛(上肢)
31002274	疼痛(左上肢)
31002275	疼痛(右上肢)
31002276	疼痛(左前腕)
31002277	疼痛(右前腕)
31002278	疼痛(左上腕)
31002279	疼痛(右上腕)
31002280	疼痛(左手)
31002281	疼痛(右手)
31002282	疼痛(左下肢)
31002283	疼痛(右下肢)

別表 3

管理番号	記号名称
31001927	疼痛程度(NRS)
31005875	NRS疼痛(排便時)
31005876	NRS疼痛(胸部)
31005877	NRS疼痛(右胸部)
31005878	NRS疼痛(左胸部)
31005879	NRS疼痛(両肩関節)
31005880	NRS疼痛(腹部)
31005881	NRS疼痛(右上腕部)
31005882	NRS疼痛(右下腕部)
31005883	NRS疼痛(左上腕部)
31005884	NRS疼痛(左下腕部)
31005885	NRS疼痛(右側腕部)
31005886	NRS疼痛(心窩部)
31005887	NRS疼痛(腹部)
31005888	NRS疼痛(下腹部)
31005889	NRS疼痛(左季肋部)
31005890	NRS疼痛(左側腹部)
31005891	NRS疼痛(胸部)
31005892	NRS疼痛(前腹部)
31005893	NRS疼痛(刺入部)
31005894	NRS疼痛(喉)
31005895	NRS疼痛(痔核)
31005896	NRS疼痛(外性器)
31005897	NRS疼痛(尿道)
31005898	NRS疼痛(関節)
31005899	NRS疼痛(顔面)
31005900	NRS疼痛(舌根神経)
31005901	NRS疼痛(ドレーン挿入部)
31005902	NRS疼痛(咽頭)
31005903	NRS疼痛(肋骨部)
31005904	NRS疼痛(右季肋部)
31005905	NRS疼痛(両肩部)
31005906	NRS疼痛(腰背部)
31005907	NRS疼痛(四肢)
31005908	NRS疼痛(下肢)
31005909	NRS疼痛(外陰部)
31005910	NRS疼痛(会陰部)
31005911	NRS疼痛(皮膚)
31005912	NRS疼痛(創傷)
31005913	NRS疼痛(発赤部)
31005914	NRS疼痛(発疹部)
31005915	NRS疼痛(カテーテル挿入部)
31005916	NRS疼痛(乳房)
31005917	NRS疼痛(右耳)
31005918	NRS疼痛(左耳)
31005919	NRS疼痛(上腕部)
31005920	NRS疼痛(肘部)
31005921	NRS疼痛(腕部)
31005922	NRS疼痛(ワイヤー-刺入部)
31005923	NRS疼痛(排便時)
31005924	NRS疼痛(左肩背部)
31005925	NRS疼痛(右肩背部)
31005926	NRS疼痛(腰痛時)
31005927	NRS疼痛(痔部)
31005928	NRS疼痛(痔下時)
31005929	NRS疼痛(左手関節)
31005930	NRS疼痛(右手関節)
31005931	NRS疼痛(左肘関節)
31005932	NRS疼痛(右肘関節)
31005933	NRS疼痛(左肩関節)
31005934	NRS疼痛(右肩関節)
31005935	NRS疼痛(左肘関節)
31005936	NRS疼痛(右肘関節)
31005937	NRS疼痛(左腕関節)
31005938	NRS疼痛(右腕関節)
31005939	NRS疼痛(左足関節)
31005940	NRS疼痛(右足関節)
31005941	NRS疼痛(排便時)
31005943	NRS疼痛(胸部)
31005944	NRS疼痛(上肢)
31005945	NRS疼痛(左上肢)
31005946	NRS疼痛(右上肢)
31005947	NRS疼痛(左前腕)
31005948	NRS疼痛(右前腕)
31005949	NRS疼痛(左上腕)
31005950	NRS疼痛(右上腕)
31005951	NRS疼痛(左手)
31005952	NRS疼痛(右手)
31005953	NRS疼痛(左下肢)
31005954	NRS疼痛(右下肢)
31005955	NRS疼痛(左大腿前面)
31005956	NRS疼痛(右大腿前面)
31005957	NRS疼痛(左大腿後面)
31005958	NRS疼痛(右大腿後面)
31005959	NRS疼痛(左大腿後面)
31005960	NRS疼痛(右大腿後面)
31005961	NRS疼痛(左下肢-髌骨)
31005962	NRS疼痛(右下肢-髌骨)
31005963	NRS疼痛(左足)
31005964	NRS疼痛(右足)
31005965	NRS疼痛(手掌)
31005966	NRS疼痛(足趾)
31005967	NRS疼痛(指関節)
31005968	NRS疼痛(右下肢-髌骨)
31005969	NRS疼痛(左下肢-髌骨)
31005970	NRS疼痛(右下肢-髌骨)
31005971	NRS疼痛(左下肢-髌骨)

身体・感覚器に係る情報(別表2、3)

別表2

管理番号	記号名称
31002284	疼痛(左大腿前面)
31002285	疼痛(右大腿前面)
31002286	疼痛(左大腿後面)
31002287	疼痛(右大腿後面)
31002288	疼痛(左下肢前面)
31002289	疼痛(右下肢前面)
31002290	疼痛(左下肢後面)
31002291	疼痛(右下肢後面)
31002292	疼痛(左足)
31002293	疼痛(右足)
31002294	創傷痛(胸骨採取創部)
31002765	疼痛(手薬)
31002766	疼痛(足薬)
31002788	疼痛(傷痕部)
31002849	疼痛(右上肢・薬莖)
31002850	疼痛(左上肢・薬莖)
31002851	疼痛(右下肢・薬莖)
31002852	疼痛(左下肢・薬莖)
31002858	肩こり
31002892	疼痛(硬膜外カテーテル挿入部)
31003026	胃痛
31003086	胃痛
31003139	疼痛(下腿)
31003140	疼痛(股関節)
31003141	疼痛(スワン・ガンツカテーテル挿入部)
31003142	疼痛(右大腿)
31003143	疼痛(左大腿)
31003144	疼痛(右下肢)
31003145	疼痛(左下肢)
31003146	疼痛(腋神経麻痺部位)
31003147	疼痛(大腿)
31003148	疼痛(中心静脈カテーテル挿入部)
31003845	疼痛(動脈圧ライン挿入部)
31003846	疼痛(シース挿入部)
31003878	疼痛(上肢・薬莖)
31003879	疼痛(下肢・薬莖)
31003927	疼痛(大動脈内カテーテル挿入部)
31003939	疼痛(冠動脈心筋補助送血カテーテル挿入部)
31003951	疼痛(冠動脈心筋補助送血カテーテル挿入部)
31003960	疼痛(体外式ペースメーカー挿入部)
31003968	疼痛(ポート挿入部)
31004380	疼痛(シース抜去部)
31004381	疼痛(カテーテル抜去部)
31004382	疼痛(ドレーン抜去部)
31004383	疼痛(硬膜外カテーテル抜去部)
31004470	疼痛(右眼)
31004471	疼痛(左眼)
31004472	歯痛
31004474	放散痛
31004475	圧迫痛
31004549	疼痛(鎖骨)
31004550	疼痛(右肩)
31004551	疼痛(左肩)
31004552	疼痛(両肩)
31004553	疼痛(鎖骨部)
31004554	疼痛(右鎖骨部)
31004555	疼痛(左鎖骨部)
31004720	疼痛(右腕部)
31004721	疼痛(左腕部)
31004977	疼痛(授乳部)
31004987	疼痛(皮膚部)
31005007	疼痛(末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル挿入部)
31005035	疼痛(自傷部)
31005039	疼痛(手指爪周囲)
31005040	疼痛(右手指爪周囲)
31005041	疼痛(左手指爪周囲)
31005042	疼痛(右第一指爪周囲)
31005043	疼痛(左第一指爪周囲)
31005044	疼痛(右第二指爪周囲)
31005045	疼痛(左第二指爪周囲)
31005046	疼痛(右第三指爪周囲)
31005047	疼痛(左第三指爪周囲)
31005048	疼痛(右第四指爪周囲)
31005049	疼痛(左第四指爪周囲)
31005050	疼痛(右第五指爪周囲)
31005051	疼痛(左第五指爪周囲)
31005052	疼痛(足趾爪周囲)
31005053	疼痛(右足趾爪周囲)
31005054	疼痛(左足趾爪周囲)
31005055	疼痛(右第一趾爪周囲)
31005056	疼痛(左第一趾爪周囲)
31005057	疼痛(右第二趾爪周囲)
31005058	疼痛(左第二趾爪周囲)
31005059	疼痛(右第三趾爪周囲)
31005060	疼痛(左第三趾爪周囲)
31005061	疼痛(右第四趾爪周囲)
31005062	疼痛(左第四趾爪周囲)
31005063	疼痛(右第五趾爪周囲)
31005064	疼痛(左第五趾爪周囲)
31005647	疼痛(特種皮下注射挿入部)
31005651	疼痛(特種皮下注射抜去部)
31005655	疼痛(傍脊柱管カテーテル挿入部)
31005659	疼痛(傍脊柱管カテーテル抜去部)
31005673	疼痛(シリカストミー周囲)
31005698	疼痛(イレオストミー周囲)
31005723	疼痛(回腸腸管周囲)
31005748	疼痛(尿管皮膚挿入部)

別表3

管理番号	記号名称
31005972	N R S 疼痛(硬膜外カテーテル挿入部)
31005973	N R S 疼痛(下腿)
31005974	N R S 疼痛(股関節)
31005975	N R S 疼痛(スワン・ガンツカテーテル挿入部)
31005976	N R S 疼痛(右大腿)
31005977	N R S 疼痛(左大腿)
31005978	N R S 疼痛(右下肢)
31005979	N R S 疼痛(左下肢)
31005980	N R S 疼痛(腋神経麻痺部位)
31005981	N R S 疼痛(大腿)
31005982	N R S 疼痛(中心静脈カテーテル挿入部)
31005983	N R S 疼痛(動脈圧ライン挿入部)
31005984	N R S 疼痛(シース挿入部)
31005985	N R S 疼痛(上肢・薬莖)
31005986	N R S 疼痛(下肢・薬莖)
31005987	N R S 疼痛(大動脈内カテーテル挿入部)
31005988	N R S 疼痛(冠動脈心筋補助送血カテーテル挿入部)
31005989	N R S 疼痛(冠動脈心筋補助送血カテーテル挿入部)
31005990	N R S 疼痛(体外式ペースメーカー挿入部)
31005991	N R S 疼痛(ポート挿入部)
31005992	N R S 疼痛(シース抜去部)
31005993	N R S 疼痛(カテーテル抜去部)
31005994	N R S 疼痛(ドレーン抜去部)
31005995	N R S 疼痛(硬膜外カテーテル抜去部)
31005996	N R S 疼痛(右眼)
31005997	N R S 疼痛(左眼)
31005998	N R S 疼痛(鎖骨部)
31005999	N R S 疼痛(右肩)
31006000	N R S 疼痛(左肩)
31006001	N R S 疼痛(両肩)
31006002	N R S 疼痛(鎖骨部)
31006003	N R S 疼痛(右鎖骨部)
31006004	N R S 疼痛(左鎖骨部)
31006005	N R S 疼痛(右腕部)
31006006	N R S 疼痛(左腕部)
31006007	N R S 疼痛(皮膚部)
31006008	N R S 疼痛(授乳部)
31006009	N R S 疼痛(末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル挿入部)
31006010	N R S 疼痛(自傷部)
31006011	N R S 疼痛(手指爪周囲)
31006012	N R S 疼痛(右手指爪周囲)
31006013	N R S 疼痛(左手指爪周囲)
31006014	N R S 疼痛(右第一指爪周囲)
31006015	N R S 疼痛(左第一指爪周囲)
31006016	N R S 疼痛(右第二指爪周囲)
31006017	N R S 疼痛(左第二指爪周囲)
31006018	N R S 疼痛(右第三指爪周囲)
31006019	N R S 疼痛(左第三指爪周囲)
31006020	N R S 疼痛(右第四指爪周囲)
31006021	N R S 疼痛(左第四指爪周囲)
31006022	N R S 疼痛(右第五指爪周囲)
31006023	N R S 疼痛(左第五指爪周囲)
31006024	N R S 疼痛(足趾爪周囲)
31006025	N R S 疼痛(右足趾爪周囲)
31006026	N R S 疼痛(左足趾爪周囲)
31006027	N R S 疼痛(右第一趾爪周囲)
31006028	N R S 疼痛(左第一趾爪周囲)
31006029	N R S 疼痛(右第二趾爪周囲)
31006030	N R S 疼痛(左第二趾爪周囲)
31006031	N R S 疼痛(右第三趾爪周囲)
31006032	N R S 疼痛(左第三趾爪周囲)
31006033	N R S 疼痛(右第四趾爪周囲)
31006034	N R S 疼痛(左第四趾爪周囲)
31006035	N R S 疼痛(右第五趾爪周囲)
31006036	N R S 疼痛(左第五趾爪周囲)
31006037	N R S 疼痛(特種皮下注射挿入部)
31006038	N R S 疼痛(特種皮下注射抜去部)
31006039	N R S 疼痛(傍脊柱管カテーテル挿入部)
31006040	N R S 疼痛(傍脊柱管カテーテル抜去部)
31006041	N R S 疼痛(シリカストミー周囲)
31006042	N R S 疼痛(イレオストミー周囲)
31006043	N R S 疼痛(回腸腸管周囲)
31006044	N R S 疼痛(尿管皮膚挿入部)
31006045	N R S 疼痛(尿管周囲)
31006046	N R S 疼痛(腎臓周囲)
31006047	N R S 疼痛(右腎臓周囲)
31006048	N R S 疼痛(左腎臓周囲)
31006049	N R S 疼痛(会陰切開癒着部)
31006050	N R S 疼痛(会陰切開癒着部)
31006051	N R S 疼痛(乳頭)
31006052	N R S 疼痛(右乳房)
31006053	N R S 疼痛(左乳房)
31006227	N R S 疼痛(ピン挿入部)
31006236	N R S 疼痛(ピン挿入部周囲)

身体・感覚器に係る情報(別表2、3)

別表2

管理番号	疾患名称
31005770	疼痛(膝関節周囲)
31005812	疼痛(腎臓周囲)
31005813	疼痛(右腎臓周囲)
31005814	疼痛(左腎臓周囲)
31005824	疼痛(会陰切開縫合部)
31005825	疼痛(会陰裂傷縫合部)
31005834	疼痛(乳房)
31005835	疼痛(右乳房)
31005836	疼痛(左乳房)
31006178	疼痛(肋骨上)
31006235	疼痛(ヒソ刺入部)
31006244	疼痛(ヒソ刺入部周囲)

別表3

管理番号	疾患名称
------	------

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択肢	記載	登録番号 (V3.3)	項目名	備考
■ 食事	自立 部分介助 全介助 見守り			12000056/A001/B003/C026/D001: 日常生後77/栄養・食事介助 (V4J27) /全介助	31002774 : 食事制限-01:自立/02:部分的制限/03:部分的制限/04:部分介助/05:全介助 (R7122)	項目名称と結果を出力する 項目名称と結果を出力
				12000057/A001/B003/C026/D002: 日常生後77/栄養・食事介助 (V4J27) /部分介助 12000058/A001/B003/C026/D003: 日常生後77/栄養・食事介助 (V4J27) /部分的制限 12000059/A001/B003/C026/D004: 日常生後77/栄養・食事介助 (V4J27) /部分的制限 12000060/A001/B003/C027/D001: 日常生後77/栄養・食事介助 (D7J27) /全介助 12000061/A001/B003/C027/D002: 日常生後77/栄養・食事介助 (D7J27) /部分介助 12000062/A001/B003/C027/D003: 日常生後77/栄養・食事介助 (D7J27) /部分的制限 12000063/A001/B003/C027/D004: 日常生後77/栄養・食事介助 (D7J27) /部分的制限		
■ 食事制限	無	カラー制限 淡白制限 塩分制限 カロリー制限 その他				食事オプのヌズレに依存するため、食事量を記入
■ 食形態の工夫	無 ひと口 きざみ ソフト 嚥下食0 嚥下食0+ ... 嚥下食3 嚥下食4 その他					食事オプのヌズレに依存するため、食事量を記入
■ 薬	無					項目名称を出力
■ 薬の自己管理 (手入れ・着脱・保管)						項目名称と結果を出力

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報		ADL等の生活に関する情報	
項目	選択肢	記載	備考
■ 可	可 部分介助 不可 見守り		
■ 無 口腔ケアの自立	有・無		
■ 無 度	自立 部分介助 全介助 見守り		
■ 移動	移行 杖付き 歩行器 車椅子 スリッパ カー その他		
		<p>項目名</p> <p>看護記録 (V3.3)</p> <p>管理番号(欄外): 別居名称</p> <p>12001376(A001/B001/C013/D001): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/全介助</p> <p>12001377(A001/B001/C013/D002): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/部分介助</p> <p>12001378(A001/B001/C013/D003): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/着脱洗身</p> <p>12001379(A001/B001/C013/D004): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/履脱洗身</p> <p>12001200(A001/B002/C349/D456): 日常生活/整容・更衣/整容洗髪/洗髪</p> <p>12001721(A001/B002/C349/D457): 日常生活/整容・更衣/整容洗髪/脚外履</p>	<p>項目名</p> <p>看護記録 (V3.3)</p> <p>管理番号: 看護記録(住居)</p> <p>31002860: 看護洗身=(01:自立,02:添添介助,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 分添型 (R7122)</p> <p>31004955: ADL看護観察=(01:自立,02:添添介助,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 分添型 (R7122)</p>
		<p>項目名</p> <p>看護記録 (V3.3)</p> <p>管理番号: 看護記録(住居)</p> <p>12001366(A001/B001/C011/D001): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/全介助</p> <p>12001369(A001/B001/C011/D002): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/部分介助</p> <p>12001370(A001/B001/C011/D003): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/継続的観察</p> <p>12001371(A001/B001/C011/D004): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/継続的観察</p> <p>12001380(A001/B001/C014/D001): 日常生活/清潔ケア/食飲/全介助</p> <p>12001381(A001/B001/C014/D002): 日常生活/清潔ケア/食飲/部分介助</p> <p>12001382(A001/B001/C014/D003): 日常生活/清潔ケア/食飲/継続的観察</p> <p>12001383(A001/B001/C014/D004): 日常生活/清潔ケア/食飲/継続的観察</p> <p>12001384(A001/B001/C015/D001): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/全介助</p> <p>12001385(A001/B001/C015/D002): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/部分介助</p>	<p>項目名</p> <p>看護記録 (V3.3)</p> <p>管理番号: 看護記録(住居)</p> <p>31002773: 看護着=(01:自立,02:添添介助,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 分添型 (R7122)</p> <p>31003300: ADL看護=(01:自立,02:添添介助,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 分添型 (R7122)</p>
		<p>看護記録の過去24時間以内に行なわれたケアの記録を「CVT」で「特定文字」を出力する。 第4 階層階級項目が存在しない(D000)場合は、第3 階層階級項目を出力する。 各項目が複数存在する場合は、看護記録に「番付」の値を1件採用する。</p>	

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択状況	記載	登録番号(履歴)	履歴名称 (V3.3)	備考	登録番号(履歴)	履歴名称 (V3.3)	備考
■ 移動自立度	自立 部分介助 全介助 見守り				基準日時の過去24時間以内に行方が「在宅」または「在宅」で「移動」された場合は、第4欄の登録番号を出力する。 第4欄の登録番号が存在しない(D000)場合は、第3欄の登録番号を出力する。 「一列一列」で複数項目・複数件数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する			入院～基準日時の間に転院が実施されている場合は、項目名称と転院後・単位を出力する 各項目の複数件数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する	項目名称・持 果を出力
■ 起居動作	自立 部分介助 全介助 見守り				基準日時の過去24時間以内に行方が「在宅」または「在宅」で「移動」された場合は、第4欄の登録番号を出力する。 第4欄の登録番号が存在しない(D000)場合は、第3欄の登録番号を出力する。 「一列一列」で複数項目・複数件数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する			入院～基準日時の間に転院が実施されている場合は、項目名称と転院後・単位を出力する 各項目の複数件数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する	項目名称・持 果を出力



ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報		項目		項目		項目		
項目	選択肢	距離	経路	経路名 (V3.3)	管理番号 (経路名 (経路))	備考	備考	
■ 清潔方法	入浴 シャワー浴 清拭 洗濯 洗髪 洗髪 洗髪			1200140/A001/B003/C33/B003 目常生活/入浴/清拭/洗髪/超上介助/継続的観察 1200140/A001/B003/C33/B004 目常生活/入浴/清拭/洗髪/超上介助/継続的観察 目常生活/入浴/清拭/洗髪/超上介助/継続的観察			31002411: 上半身超上介助= (01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122)	全出力
				<p>基準日時の過去8日以内に実行済み予定の実績が確認されれば、第4段階修繕費を出力する。第4段階修繕費が存在しない(D000)場合は、第3段階行為を出力する</p> <p>各項目が複数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する</p>		31002859: 搬送位保持 (椅子) = (01:可能 (支支助), .02:可能 (支支助), .03:不可能) 列挙型 (R7021)	全出力	
■ 清潔自立度	自立 部分介助 全介助 見守り			12000001/A001/B001/C001/D001 目常生活/入浴/全介助 12000002/A001/B001/C001/D002 目常生活/入浴/部分介助 12000003/A001/B001/C001/D003 目常生活/入浴/継続的観察 12000004/A001/B001/C001/D004 目常生活/入浴/継続的観察 12001131/A001/B001/C001/D384 目常生活/入浴/全介助 (見送継続) 12001132/A001/B001/C001/D385 目常生活/入浴/全介助 (見送継続) 12001133/A001/B001/C001/D386 目常生活/入浴/全介助 (見送継続) 12000005/A001/B001/C002/D001 目常生活/入浴/全介助 12000006/A001/B001/C002/D002 目常生活/入浴/全介助 12000007/A001/B001/C002/D003 目常生活/入浴/全介助 12000008/A001/B001/C002/D004 目常生活/入浴/全介助 12001140/A001/B001/C008/D001 目常生活/入浴/全介助 12001141/A001/B001/C008/D002 目常生活/入浴/全介助			31004504: 超搬送位保持 = (01:可能 (自立), .02:可能 (補助見送), .03:不可能) 列挙型 (R7022)	全出力
				<p>基準日時の過去8日以内に実行済み予定の実績が確認されれば、第3段階行為を名称と第4段階修繕費を出力する。</p> <p>同一グループで複数項目、複数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する</p> <p>同一グループで複数項目、複数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する</p>		31004534: ADL体位要換 = (01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122)	全出力	

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択肢	記載	集積行為 (V3.3)	管理番号(範囲)：範囲名称	備考	集積範囲 (V3.3)	備考	
■ 整理自立度	自立	部分介助 全介助 見守り		12000044(A001/B002/C023/D001): 日常生活/整容・更衣/移動/案内 12000045(A001/B002/C022/D002): 日常生活/整容・更衣/移動/部分介助 12000046(A001/B002/C022/D003): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察 12000047(A001/B002/C022/D004): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察	集積日時の過去2時間以内に行動が予定の範囲 並びにCVTは、第3範囲行為名称と第4範囲行為名称と出力する。 同一グループで複数項目・複数件数存在する場合は、集積日時に一番近いものを1件採用する	■グループの集積行為と看護観察の両方が存在している場合は、集積日時に一番近い項目(日時が同じであれば集積行為を優先)で判断する	120004535: ADL集積=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助),05:全介助(R7122)	管理番号: 範囲名称=(範囲)	備考
■ 更衣自立度	自立	部分介助 全介助 見守り		12000048(A001/B002/C023/D001): 日常生活/整容・更衣/移動/案内 12000049(A001/B002/C023/D002): 日常生活/整容・更衣/移動/部分介助 12000050(A001/B002/C023/D003): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察 12000051(A001/B002/C023/D004): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察	集積日時の過去2時間以内に行動が予定の範囲 並びにCVTは、第3範囲行為名称と第4範囲行為名称と出力する。 同一グループで複数項目・複数件数存在する場合は、集積日時に一番近いものを1件採用する	■グループの集積行為と看護観察の両方が存在している場合は、集積日時に一番近い項目(日時が同じであれば集積行為を優先)で判断する	120004956: ADL集積=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助),05:全介助(R7122)	管理番号: 範囲名称=(範囲)	備考
■ 爪きり自立度	自立	部分介助 全介助 見守り		12000036(A001/B002/C020/D001): 日常生活/整容・更衣/移動/案内 12000037(A001/B002/C020/D002): 日常生活/整容・更衣/移動/部分介助 12000038(A001/B002/C020/D003): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察 12000039(A001/B002/C020/D004): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察	集積日時の過去2時間以内に行動が予定の範囲 並びにCVTは、第3範囲行為名称と第4範囲行為名称と出力する。 同一グループで複数項目・複数件数存在する場合は、集積日時に一番近いものを1件採用する	■グループの集積行為と看護観察の両方が存在している場合は、集積日時に一番近い項目(日時が同じであれば集積行為を優先)で判断する	120002775: 更衣=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助),05:全介助(R7122)	管理番号: 範囲名称=(範囲)	備考

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報		基礎情報 (V3.3)		基礎情報 (V3.3)					
項目	選択肢	管理番号(範囲)	範囲名称	備考	備考				
■ 能判り自立度	自立 部分介助 全介助 見守り	<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>				<p><b>基礎情報(03)</b>の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>入院～退院日時の間に範囲が変更された場合は、<b>項目名称と結果値・単位</b>を出力する。  <b>各項目</b>が複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>基礎情報(03)                  31004540 : ADL(03)=01:自立,02:部分的介助,03:継続的介助,04:部分介助,05:全介助)                  別添型 (R7122)</p>	全出力
		<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>入院～退院日時の間に範囲が変更された場合は、<b>項目名称と結果値・単位</b>を出力する。  <b>各項目</b>が複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>基礎情報(03)                  31004958 : ADL(03)=01:自立,02:部分的介助,03:継続的介助,04:部分介助,05:全介助)                  別添型 (R7122)</p>	全出力			
■ 推測方法	トイ ボータルトイ 楽器 便器 タオル ノブ 消化器 トイレ 探知センサー 誘致装置 カメラ センサー	<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>				<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	<p>基礎情報(03)の存在が「2」の場合、<b>予定04</b>を優先して出力するか、<b>第4期間の範囲</b>の存在が「D000」の場合は、<b>第3期間の範囲</b>を出力する。  <b>第4期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。  <b>第3期間</b>で複数項目・複数件数存在する場合は、<b>基礎情報</b>に一番近いものを1件採用する。</p>	項目なし



ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報		管理番号(初期)：施設名称	管理番号(更新)	備考			
項目	選択肢	登録番号 (V3.3)	登録名称 (初期)	登録名称 (更新)	備考		
■ 推定コントローラ	良好 下病 便秘			12000083(A001/B004/C039/D000)：管理番号(初期)：施設名称 12000084(A001/B004/C039/D004)： 12000085(A001/B004/C039/D000)： 12001142(A001/B004/C309/D000)： 12001143(A001/B004/C309/D001)： 12001144(A001/B004/C309/D002)：	12000650(A001/B004/C033/D000)： 12000072(A001/B004/C033/D017)： 12000073(A001/B004/C033/D018)： 12000651(A001/B004/C034/D000)： 12000074(A001/B004/C034/D019)： 12000075(A001/B004/C034/D020)： 12000076(A001/B004/C034/D021)： 12000077(A001/B004/C034/D022)： 12000954(A001/B004/C034/D329)： 12000955(A001/B004/C034/D330)： 12000652(A001/B004/C035/D000)： 12000078(A001/B004/C035/D023)： 12000079(A001/B004/C035/D024)：	31005873：下病回数=○回/日 31000029：便回数=○回/日 31000038：便性状=(01:普通便,02:硬便,03:軟便,04:泥状便,05:水様便,06:粘液便,07:補助便,08:不詳便,09:痔便,10:9-11便,11:血便,12:頻尿便,13:移行便)外票型(R7069)	項目名称と結果を出力する 項目名称と結果を出力
				管理番号を含む過去4日間に該当する予定の記録が作成されていない場合は、第4項欄の欄名を出力する。第4項欄の欄名は、第3項欄の欄名を出力する。各項目の欄名は、管理番号に「更新」の接尾語を付する。	管理番号を含む過去4日間に該当する予定の記録が作成されていない場合は、全ての欄を空白に出力する。各項目の欄名は、管理番号に「更新」の接尾語を付する。	項目名称と結果を出力する 項目名称と結果を出力	

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書(平成30年度)

**【機能連携班③】地域医療連携推進法人における  
医療機能分化の推進・連携の取り組み**

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)

研究要旨

地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度が創設されている。本研究では、平成30年4月1日に地域医療連携推進法人に認定された日本海ヘルスケアネットからヒアリングを行い、実際の取り組みを踏まえ、課題について検討することを目的にした。

ヒアリングを通じて、地域医療構想の実現に向け、各医療機関が競合することなく、それぞれの医療機関の経営の健全化を進めるための方策として、地域医療連携推進法人は有用であると考えられた。また、地域医療連携推進法人として、ICTを活用した地域連携パスや診療情報共有による医療介護連携、フォーミュラリーの構築、ポリファーマシーの解消に向けた取り組みは、業務の効率化や医療の質保証にも貢献していた。引き続き、医療従事者の確保と有効活用が課題となっている。

**A. 研究目的**

平成26年に改正された医療法において、各都道府県は、地域医療構想の策定を進め、医療提供体制の整備を図ることが求められている。その達成のための一つの選択肢として、地域の医療機関相互間の機能の分担・連携を推進し、質の高い医療を効率的に提供するための新たな制度が地域医療連携推進法人制度である。

当該制度は、医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進するための方針を定め、それに沿って参加する医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進することを目的とする一般社団法人を、都道府県知事が地域医療連携推進法人として認定する仕組みとなっている。また、地域医療連携推進法人に

は、介護事業等を実施する非営利法人も参加することができることになっており、介護との連携も図りながら、地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を果たすことが期待されている。

平成30年12月1日現在、7法人が地域医療連携推進法人として認定されている。本研究では、平成30年4月1日に認定された日本海ヘルスケアネットからヒアリングを行い、実際の取り組みを踏まえ、課題について検討することを目的にした。

**B. 研究方法**

「日本海ヘルスケアネット」の推進区域は、酒田市、鶴岡市、飽海郡遊佐町、東田川郡庄内町、東田川郡三川町と「庄内二次医療

圏」全域となっている。参加 9 法人は酒田市に存在しており、「地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構（日本海総合病院、日本海酒田リハビリテーション病院）」、「日本海八幡クリニックほか 5 診療所」、「医療法人健友会（本間病院）」、「医療法人宏友会（上田診療所）」、「社会福祉法人光風会」、「医療法人山容会（山容病院：精神科専門）」、「社会福祉法人かたばみ会」、「一般社団法人酒田地区医師会十全堂」、「一般社団法人酒田地区歯科医師会」、「一般社団法人酒田地区薬剤師会」となっている。精神科の専門病院、全国で初めて地域（酒田地区）の医師会、歯科医師会、薬剤師会が揃って参加している特色がある。

本研究では、まず「日本海ヘルスケアネット（病床数 2000 強、職員数 2381 人）」の代表理事である栗谷義樹氏から、当該地域医療連携推進法人について、全体的な取り組みの実際についてヒアリングを行った。続いて、基幹病院である“①日本海総合病院”、救急も担う一方で療養病床、訪問看護ステーションも持つ“②本間病院”、回復期病床を持つ“③日本海酒田リハビリテーション病院”、在宅療養を支える“④一般社団法人酒田地区医師会十全の訪問看護ステーションスワン”、かかりつけ医の役割を担う“⑤さとう内科”、介護保険事業を担う“⑥社会福祉法人酒田市社会福祉協議会”を訪問し、それぞれの機能の観点から、担当者（医師、看護師、社会福祉士、事務職）から連携（特に、心不全連携）を推進するための取り組み（例：ちょうかいネットの活用）と今後の課題についてヒアリングを行った。

（倫理面への配慮）

特になし

## C. 研究結果

1. 日本海ヘルスケアネットの全体の取り組みについて

### （1）地域医療連携推進法人創設の経緯

庄内地域においても、急速に少子高齢化や過疎化が進んでおり、山形県が進める地域医療構想の実現を図るためにも、地域包括ケアシステムのモデルを構築することが急務の課題となっていた。そして、医療、介護、福祉等の切れ目のないサービスを将来にわたって安定的に提供するためには、地域で消耗戦を際限なく続けることを終わりにし、過当競争から病院を救い、利害を相一致して、地域の医療・介護事業の経営の安定化を図り、持続可能なものにする必要があった。

具体的には、各病院が単独でそれぞれ独立したままで機能分化しようとする、経営上の利害により衝突し、共倒れとなり、上手いかなくなるため、地域の中で複数の病院をグループ化して、病床や診療科を設定、医療機器の設置や共同購入等の効率化を図り、また病院単独ではなく地域に必要な医業費用を効率化する仕組みが必要となった。また、庄内地域では、医師、歯科医師、薬剤師は、山形県全体の人口 10 万人あたりの平均を下回っており、看護師は山形県全体の人口 10 万人あたりの平均を大きく下回っている。また、へき地診療所が 7 か所設置されており、日本海総合病院が「へき地拠点病院」となり、代診医の地域医療支援活動を実施しているものの、医療従事者の継続確保が必要となっていた。そのために、医師や看護師不足、それ以外の医療専門職不足への対応を行うことも求められていた。

(2) 取り組みの実際

項目	実施している業務内容
人事交流/ 派遣体制の 整備/ 職員の共同 研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人健友会（本間病院）への医師（日当直医）の派遣増</li> <li>・訪問看護ステーションへの看護師派遣</li> <li>・派遣の形態、給与等の調整及び協定等の検討</li> <li>・不足する職種の相互補完、人材育成の相互派遣</li> <li>・参加法人の採用計画、不足する職種等の共有</li> <li>・退職予定者への職員募集状況の情報提供</li> <li>・休日・夜間診療等の応援体制の整備</li> <li>・定年を迎える医師の就労機会の確保</li> <li>・職員研修の共同実施</li> </ul>
維持透析機能の重点・集約化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本海総合病院の慢性維持透析患者を本間病院に移行</li> <li>・本間病院の患者増加に対応する職員派遣計画の立案、施設・機器設備計画の立案</li> <li>・送迎バス対応</li> </ul>
地域フォーミュラリー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フォーミュラリーについての意見交換会</li> <li>・地域フォーミュラリー検討に向けた基礎データの収集、試算作成</li> <li>・フォーミュラリー講演会の実施</li> <li>・地域フォーミュラリーの作成</li> </ul>
検査機能の重点・集約化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・部門システムの連携等を含む運用方法の検討</li> <li>・経費削減を図るため日本海総合病院に検査部門をセンター化</li> </ul>
診療機能の重点・集約化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期機能の集約化（救急、手術部門等の調整）</li> </ul>

電子カルテ等の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテの共有化に向けた検討・協議</li> <li>・空床情報の共有化（退院調整、退院支援等でも活用）・協議</li> </ul>
高度医療機器（CT・MRI等）の共同利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高額医療機器一覧の作成、費用、収支等の把握</li> <li>・二重投資による経費削減。そのために、手術・検査等の機能集約化</li> </ul>
介護連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアのあり方の検討・協議</li> <li>・訪問看護ステーションの運営効率化、統合化の協議</li> </ul>
ICT等による広報活動/ロゴマークの作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共通ロゴマークの作成・表示</li> <li>・ホームページの開設、定期機関紙の発行</li> </ul>
患者、住民向けセミナーの開催	<ul style="list-style-type: none"> <li>・啓発セミナーの開催</li> </ul>

(3) 取り組みの課題

医療介護従事者の派遣体制の整備や人材育成、人事交流に関する取り組みは既に行われているものの、参加法人の共通の課題として、スタッフの確保があげられていた。医師会や歯科医師会では「医師数の減少と高齢化」、訪問看護ステーションでは給与の処遇などの面から「看護師不足」の問題を抱えていた。現在、基幹病院が訪問看護ステーション等に人材を派遣しているが、派遣先では基幹病院と同等の給与額を支払うことが困難であることから、基幹病院が派遣先の人件費を補助することで、派遣者の給与が減額とならないように保証している。このように人件費の面からの派遣体制の整備は引き続き課題となっている。

2. ちょうかいネットの活用

(1) 導入経緯

「ちょうかいネット」の導入背景には、各



医療機関でのインフラが整備され、院内での情報共有は進んできたものの、地域医療連携の情報共有手段は紙媒体であったため、効率化を図るために電子化された手段が求められた。また医師会から、電子カルテの診療録を開示して欲しいといった強い要望があったことにもよる。このため、平成 22 年 5 月に、酒田地区の関連機関で、地域協議会を設立し、医療情報の共有による急性期、回復期、慢性期、在宅医療に至るまで、一貫した治療方針のもとに切れ目のない医療を提供できる地域医療連携体制の構築を目指し、システムの検討が開始された。酒田地区医師会、酒田地区歯科医師会、酒田地区薬剤師会、県庄内総合支庁保健企画課等の行政、日本海総合病院、日本海酒田リハビリテーション病院、本間病院、酒田市ケアマネ連絡協議会等の 12 機関からなる酒田地区医療情報ネットワーク協議会が作られ、「地域医療連携パス検討委員会」「システム構築検討委員会」「介護連携ワーキンググループ」の専門部会が設置されている。

## (2) システムの概要

地域医療情報共有システムには「ID-Link」が採用されている。ID-Link では、医療機関ごとの ID（患者番号）を Link（結びつけ）することで、連携機関の医療情報を一画面で表示できるシステムである。患者ごとにアクセス権を設定し、患者から同意を得た範囲で医療情報を共有することが可能となっている。患者からの同意は、1 枚の同意書で複数の医療機関と患者情報を共有することの承諾を示す書式となっている。情報開示施設は開示用サーバーを設置し、データセンターでは医療情報の保管を行わないようにし、データセンター、情報開示施設、閲覧施設間では暗号化通信を行い、情報漏え

い防止が図られている。患者情報を閲覧する施設の参加費用は無料となっており、利用手続きやアクセス権の設定は、日本海総合病院に設置された事務局で一元化して行われている。

ちょうかいネットは、診療録、各種オーダー情報、検査結果、放射線画像、放射線レポート、病理レポートを開示しており、開示されている全ての画像ファイル（DICOM）のダウンロード及び保存を紹介機関の医療機関に許可している特長がある。紹介先の病院では、ダウンロードした画像を自院の PACS に取り組むことが可能であり、効率的な資料提供につながっている。患者の登録患者数は、年々増加し、36,571 名（平成 30 年 12 月末現在）となっており、庄内人口の約 13.1%である。

情報開示施設は（平成 30 年 12 月末現在）7 施設、閲覧施設は、病院 14 施設、診療所 75 施設、歯科診療所 20 施設、老健施設 12 施設、訪問看護ステーション 9 施設、薬局 21 施設、福祉施設 41 施設となっている。また、医療と介護の連携の促進のため、ケアマネジャーにも診療情報が公開されている。これにより、ケアマネジャーが、事前に、病院から依頼があった患者の情報を収集することができ、依頼先の病院の看護師から直接、情報収集をしたり、何度も病院を訪問して患者情報を収集する手間が省けたりすることから、連携の推進だけでなく、業務の効率化にもつながっている。

## (3) 連携等への活用

ちょうかいネットでは、救急患者対応機能（Emergency Medical Service: EMS 機能）を使うことで、搬送元病院から基幹病院である日本海総合病院への救急搬送の効率的かつスムーズな連携を可能にしている。具

体的には、連携施設の患者 ID 番号が判明している場合、患者 ID 入力欄に「患者 ID@ems」と入力することで、救急対応での開示を許可している施設の診療情報の取得と開示（1ヶ月分の最新データ）が自動的に行われるようになっている。例えば、搬送元病院で大動脈乖離などの緊急搬送症例が発生した場合、基幹病院がその患者情報を即時に取得することが可能であり、搬送の必要があるかどうかの判断の決定に役立っている。また、搬送患者が到着するまでに 3D 画像処理や手術室の準備などができるため、患者が搬送元から基幹病院に到着するまでの時間が 30～70 分の短縮につながっている。さらに、やまがた健康推進機構と連携し、健康診断の情報を地域で共有することも可能となっている。

現在、完全非公開型の医療公開 SNS（MedicalCare STATION）の活用も開始している。利用は招待・承認制となっている。例えば、かかりつけ医が自分の患者を担当する訪問看護師を招待し、訪問看護師が承認することでかかりつけ医と情報のやりとりが可能となる。写真・動画・ファイル（ファイルの種類を問わない）の添付が簡単なことに加え、パソコン、タブレット端末、スマホでも利用が可能であり、クラウドにデータが保存されるため、災害時でも使用可能となっている。かかりつけ医と訪問看護師の連携において、SNS を使うことで、緊急案件以外での電話連絡が不要になり、両者にとって連絡に係る負担の軽減につながっている。

薬剤に関しては、「お薬情報共有システム」を導入している。地域保健薬局から調剤情報をリアルタイムに収集・名寄せを行い、地域全体で薬情報を統合し、一元化が図れるシステムとなっている。このシステムの導

入により、入院時に持参薬の確認が容易となり、また併用禁忌などの情報を取得することで医療安全を保証することができ、さらにポリファーマシーの解消につながっている。

#### （４） ちょうかいネット活用による効果

ちょうかいネットの導入により、新規退院支援件数は、平成 23 年は 7721 件であったが、平成 29 年には 16784 件と、2 倍以上に増加した。また退院支援から転院までの情報共有が図られ、連携がスムーズになったことから、平均在院日数の短縮にも貢献している。特に退院支援中に情報を開示することが可能であることから、転院手続きがスムーズになっている。

また、ちょうかいネットは勤務医の負担軽減策にもなっている。具体的には、かかりつけ医へのレポートをちょうかいネットに開示することで診療情報提供書の記載の簡素化につながっている。ちょうかいネットを活用しているクリニックでは、紹介患者の病院での診療・説明内容をあらかじめ確認することで、実際に患者がどの程度、理解しているのかがわかり、介入することに役立っているとのことであった。また、従来の病診連携では、病院に紹介後、返書や診療情報提供書が届くまで経過がわからなかったが、ちょうかいネットにより、自分の患者の状況を毎日、確認することができることから、継続的に患者をフォローアップすることが可能とのことであった。さらに、病院の診療録の閲覧は、医師の生涯教育効果もあり、自身が病院に紹介した患者の診断が妥当なものであったかどうかを確認したり、最新の治療方法等についても知る機会となっているとのことであった。

### 3. 心不全連携

「日本海ヘルスケアネット」では、日本海総合病院に高度急性期と一般急性期を集約させ、本間病院が慢性疾患の急性増悪したサブキュートやポストアキュート、在宅医療支援などを担い、日本海酒田リハビリテーション病院に看取りが必要となる患者を受け入れる体制を整備している。

今後の高齢者の増加に伴い、更に心不全患者の増加が見込まれている。現在、日本海総合病院の心不全患者の平均年齢は 83.2 歳であり、90 歳以上が 30% を占めている。高齢者の心不全患者の入院は長期化しやすことから、急性期のみで心不全患者を対応した場合、他の急性期患者を受け入れることができなくなり、急性期医療に対応できなくなる問題が発生する。このため、心不全の急性期治療を日本海総合病院が担当し、急性期治療が終えた後に入院治療がさらに必要な患者や在宅で急性増悪した患者を本間病院が受け入れ、心不全のターミナル患者で看取りが必要な患者については療養病床を持つ日本海酒田リハビリテーションが受け入れる体制を構築している。日本海総合病院と本間病院では定期的に心不全の多職種カンファレンスを実施する中で双方が共有したい情報を相談しあい、その情報項目を共有できるシートを作成して活用することで、情報連携をスムーズにする工夫を図っている。

このような体制を構築した背景に、順応性自動制御換気（Adaptive Servo Ventilation: ASV）を適用している患者やトルバプタンを内服している患者は、医療費が高額になるため、療養病棟や老人保健施設の入所判定が通らないといったことがあった。また、高齢者の心不全は再発してくり返すケースが多いことから、施設側も受け

入れに慎重にならざるを得ない状況であった。さらに、包括支払い方式の地域包括ケア病棟は、高額な薬剤が必要となる患者を受け入れることにより、病院の持ち出しが発生するため、ポストアキュートとしての転院先として困難となっていた。介護保険との関連では、新規介護保険申請の場合、その患者が自宅退院あるいは施設に転院できる体制までに調整を要する期間が最速でも約 2 ヶ月かかり、入院が長期化し、新規患者を受け入れられなくなるという問題が生じていた。

このため、一般病棟入院基本料 10 対 1 を算定している本間病院がポストアキュート機能を担い、心不全連携が上手く進む仕組みの構築を図っていた。しかしながら、心不全の急性期後に対応できる医師がいなければ、当該連携を推進できないため、本間病院の循環器医師が日本海総合病院の治療に参加できる機会を設けたり、ちょうかいネットを通じて急性期の治療内容と経過を閲覧することで治療方法を学ぶ機会を提供したり、またコンサルテーションがいつでもできる体制を築きあげており、このような取り組みが連携の推進に貢献していた。この仕組みにより、日本海総合病院から本間病院への循環器内科の転院患者数（月平均）は、平成 27 年度は 2.50 人であったが、平成 30 年度は 4.38 人と増加している。

### 4. その他の連携

その他の取り組みとして、日本海総合病院の救急外来に圧迫骨折の患者が搬送された場合、自院の病床を経由せずに、回復期の機能を持つ酒田リハビリテーション病院に直に入院する仕組みが整備されていた。また日本海総合病院から看取り目的で療養病床になった患者については、週に 1 回、日本

海総合病院の緩和ケアチームの医師が来院し、酒田リハビリテーション病院の緩和ケアチームと連携を図っていた。その他には、クリニックを開業する医師も、酒田リハビリテーション病院の当直を当番制で担当し、医師不足の対応を図っていた。

#### D. 考察

「日本海ヘルスケアネット」の区域では、「人口減少」「医療需要減少」「超高齢化」に直面しており、各医療機関が競争原理によって収益をあげることが期待できない状況であった。このため、地域医療連携推進法人を創設することで、各医療機関が持続的な健全経営を達成できる基盤を整備していた。地域医療構想では、構想区域ごとに設置された「地域医療構想調整会議」で関係者の協議を通じ、各医療機関が自主的に病床の機能分化と連携を進めることとなっている。しかし、実際には、経営上の利害が衝突するため、機能分化と連携が上手く進まない場合も多い。地域医療連携推進法人では、参加医療機関が独立性を保持しながら、病床を融通しあったり、医薬品等を共同購入したり、また看護師などの人事交流や職員の共同研修も可能になることから、経営効率につながるだけでなく、医療の質保証にも貢献する制度である。

「人口減少」「医療需要減少」「超高齢化」の問題を抱えている構想区域においては、共倒れによる地域医療の衰退に歯止めをかけ、医療介護連携を強化しながら、機能分化を推進するための方策の一つとして、地域医療連携推進法人の創設は有用な選択肢と考える。しかしながら、経営母体が異なる複数の医療機関、地元の医師会、介護施設などをまとめあげるためには、強靱なリーダーシップを持つリーダーが必要であり、また

文化の異なる医療機関・施設間での様々な調整も必要となる。地域医療連携推進法人を担うリーダーやフォロワーの育成、複数の医療機関・施設のそれぞれが Win-Win の関係になれるマネジメントが課題となるだろう。

医師、看護師などの医療従事者の不足の問題を抱えている地域では、地域全体で医療人材をどのように効率的に配置し、活用するかが重要な課題となる。「日本海ヘルスケアネット」では、基幹病院が訪問看護ステーションに看護師を派遣したり、クリニックを開業する医師も当直をしたりといった対応を講じている。医療従事者不足への対策は、派遣なども含め、引き続きの課題である。

「日本海ヘルスケアネット」では、ちょうかいネットを活用しており、医療者だけでなく、介護を担うケアマネジャーにも必要な範囲で情報を公開し、医療介護連携の推進に貢献していた。今後の医療機関と介護機関との情報共有の在り方を検討する上で有用な示唆となるであろう。

高齢者の心不全や肺炎は入院を長期化させたり、再入院の原因となる。急性期病院では、高齢者の心不全や肺炎の救急患者の受け入れは困難であることから、肺炎や心不全の地域医療連携の推進は重要な鍵を握ることになる。「日本海ヘルスケアネット」の心不全連携の試みは、急性期、亜急性期、回復期をシームレスにつなげるための一つのモデルとなるだろう。

#### E. 結論

地域医療構想の実現に向け、各医療機関が競合することなく、それぞれの医療機関の経営の健全化を進められることから、地域医療連携推進法人は有用である。また、地

域医療連携推進法人として、ICTによる地域連携パスの活用と情報共有、フォーミュラーの構築、ポリファーマシーの解消に向けた取り組みを行うことで、業務効率の向上や医療の質保証にも貢献していた。引き続き、医療従事者の確保と有効活用が課題となっている。

#### **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

なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書(平成30年度)

【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた胃瘻造設に関する研究

研究協力者 次橋 幸男(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座/  
公益財団法人 天理よろづ相談所病院)  
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 講師)  
研究代表者 今村 知明(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授)  
研究協力者 林 修一郎(奈良県福祉医療部 部長)  
研究協力者 長野 典子(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

研究要旨

奈良県国保データベース(KDB)を用いて、2013年度から2016年度の4年間に実施された胃瘻造設件数の推移とその背景要因を分析した。胃瘻造設術が行われた患者総数は2152名であり、2013年度586名、2014年度580名、2015年度563名、2016年度423名と減少傾向にあった。このうち、200床未満の病院における胃瘻造設術は2013年度の276件から2016年度には140件と大きく減少していた。一方で、400床以上の病院においては胃瘻造設術の件数に大きな変化は認められなかった。患者在住地域の二次医療圏別に、65歳以上の人口あたりの胃瘻造設者数を分析したところ、2013年に多かった二次医療圏(南和、中和)が2016年度には大きく減少して他の医療圏と同等の水準となっていた。本研究の結果から、2013年から2016年にかけて特に200床未満の中小規模病院を中心として胃瘻造設術が減少したこと、胃瘻造設の地域間格差が縮小したことが示された。

A. 研究目的

奈良県の国保データベース(KDB)を用いて胃瘻造設減少に関連する要因を探索する。

胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)(医科分類コードK664)、病床数、病床タイプ(一般、地域包括ケア、回復期、療養病床)、在住地域(二次保健医療圏別)

B. 研究方法

研究デザイン: 横断研究

(倫理面への配慮)

対象: 奈良県在住の国民健康保険加入者、後期高齢者医療制度加入者

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査会の承認を得て実施された。

調査期間: 2013年4月~2017年3月

主な調査項目: 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下

C. 研究結果

胃瘻造設術が行われた患者総数は 2152 名であり、年度別では 2013 年度 586 名、2014 年度 580 名、2015 年度 563 名、2016 年度 423 名であった。各年度に胃瘻造設術を受けた患者の平均年齢 (SD) は、それぞれ 80.0 (10.4)、80.9 (9.2)、80.7 (11.7)、79.8 (11.1) 歳であった。

2014 年度から 200 床未満の病院、一般病床と療養病床が主体の病院で胃瘻造設件数が減少し、2016 年に地域包括ケア病床を新設した病院において胃瘻造設術の件数が増加していた。

患者在住地域別に 65 歳以上の人口あたりの胃瘻造設者数を分析したところ 2013 年に多かった二次医療圏 (南和、中和) では、2016 年度に大きく減少して他の医療圏と同等の水準となっていた。

#### D. 考察

本研究の結果、胃瘻造設術の場が中小規模の一般病床主体の病院からケアミックス型の医療機関へと移行し、地域間格差が縮小しつつあることが示された。2014 年度、2016 年度の診療報酬改定において胃瘻造設前後の機能評価と機能回復訓練の強化、地域包括ケア病棟新設が行われていることから、これらの医療政策の影響が、数年の経過で各地域の特に中小規模病院へと浸透していった可能性がある。

今後の研究計画としては、胃瘻造設術を受けた患者の疾患背景、胃瘻造設術後の生存期間、そして介護保険レセプト情報を突合させて胃瘻造設術後の療養環境や医療介護費を

明らかにすることで、胃瘻造設に関するより臨床的な評価と、医療経済的な評価を行う予定である。

#### E. 結論

奈良県内においても、2013 年から 2016 年にかけて特に 200 床未満の中小規模病院を中心として胃瘻造設術が減少し、胃瘻造設の地域間格差も縮小していた。

#### 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

次橋幸男, 赤羽 学, 林修一郎, 野田龍也, 明神大也, 今村知明. 胃瘻造設件数の減少のその要因分析: 奈良県 KDB データを用いた後方視的研究. 第 77 回日本公衆衛生学会総会. 2019.10.24. 郡山 (福島)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

### 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
中西康裕、今村知明	リーダー・マネジャー 実践コース【医療制度・経営を知る】	今村知明	CandY Link	メディ カ出版	日本	2018	eラー ニング

#### 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
Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Yasuhito Tanaka & Tomoaki Imamura	The impact of musculoskeletal diseases on the presence of locomotive syndrome	Modern Rheumatology		1-6	2018
Hayato Yamana, Mariko Kodan, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga	Hospital quality reporting and improvement in quality of care for patients with acute myocardial infarction	BMC Health Services Research	18	523	2018
Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatsuya Noda, Manabu Akahane, Yusuke Inagaki, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguchi, Tomoaki Imamura	Suspected periprosthetic joint infection after total knee arthroplasty under propofol versus sevoflurane anesthesia: a retrospective cohort study	Canadian Journal of Anesthesia	65(8)	893-900	2018
橋本修二、川戸美由紀、山田宏哉、齊藤千紘、三重野牧子、久保慎一郎、野田龍也、今村知明、谷原真一、村上義孝	患者調査における総患者数の推計の妥当性と応用に関する研究	厚生指標	65(12)	1-6	2018
Shinya Imai, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura	Computed Tomography: Return on Investment and Regional Disparity Factor Analysis	frontiers in Public Health	6	Article380	2019
Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura	Variation in fracture risk by season and weather: A comprehensive analysis across age and fracture site using a National Database of Health Insurance Claims in Japan	BONE	120	512-518	2019



発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura	Data regarding fracture incidence according to fracture site, month, and age group obtained from the large public health insurance claim database in Japan	Data in Brief	23	Article 103780	2019
Yoko Komura, Takamichi Kogure, Kazuo Kawahara, Hiroo Yokozaki	Economic assessment of actual prescription of drugs for treatment of atopic dermatitis: Differences between dermatology and pediatrics in large-scale receipt data	Journal of Dermatology	45	165-174	2018
Chiharu Kano, Minoko Takanashi, Asami Suzuki, Kazuo Kawahara, Koichi Chiba, Hideo Nakanishi, Junki Takamatsu, Akiko Kitai, Koki Takahashi	Estimate of future blood demand in Japan and the number of blood donations required	ISBT Science Series	0	1-7	2018
Woonkwan Hyun, Kazuo Kawahara, Miyuki Yokota, Sotaro Miyoshi, Kazunori Nakajima, Koji Matsuzaki, Makiko Sugawa	The Possi-bility of Increasing the Current Maximum Volume of Platelet Apheresis Donation	Journal of Medical and Dental Sciences	65	89-98	2018

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)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を  
推進するための政策研究

令和元年度 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)

令和 2 (2020) 年 3 月

## 目 次

### [総括研究]

#### 【総括研究報告書】地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究

(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	3
C. 研究結果	4
1. 医療計画グループ	4
2. 病床機能グループ	4
D. 考察	5
1. 医療計画グループ	5
2. 病床機能グループ	6
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	9
1. 特許取得	9
2. 実用新案登録	9
3. その他	9
添付資料	10

### [分担研究]

#### 1. 医療計画グループ

##### 【医療計画班】第7次医療の計画中間見直しに盛り込むに当たって必要な事項

(河原和夫、今村知明、野田龍也)

A. 研究目的	1-1
B. 研究方法	1-2
C. 研究結果	1-2
D. 考察	1-10
E. 結論	1-11
F. 健康危険情報	1-11
G. 研究発表	1-11
1. 論文発表	1-11
2. 学会発表	1-11
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-11
1. 特許取得	1-11

2. 実用新案登録	1-11
3. その他	1-11
参考資料	1-12
添付資料	1-16

【医療計画班】 5 疾病 5 事業における指標の使用状況に関する第 6 次医療計画と  
第 7 次医療計画の比較

(河原和夫、伊藤達哉、田極春美、菅河真紀子)

A. 研究目的	1-52
B. 研究方法	1-52
C. 研究結果	1-53
D. 考察	1-72
E. 結論	1-72
F. 健康危険情報	1-72
G. 研究発表	1-72
1. 論文発表	1-72
2. 学会発表	1-72
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-72
1. 特許取得	1-72
2. 実用新案登録	1-72
3. その他	1-72

2. 病床機能グループ

2-1 【定量分析班】 病床機能報告に基づく医療機能分化の実態把握と可視化に関する研究  
(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	2-1-2
E. 結論	2-1-3
F. 健康危険情報	2-1-4
G. 研究発表	2-1-4
1. 論文発表	2-1-4
2. 学会発表	2-1-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1-4
1. 特許取得	2-1-4
2. 実用新案登録	2-1-4
3. その他	2-1-4

2-2 【機能連携班①-1】 回復期等移行チェックリストの実装に向けた既存帳票調査  
(瀬戸僚馬、小林美亜、池田俊也)

A. 研究目的	2-2-1
---------	-------

B.	研究方法	2-2-2
C.	研究結果	2-2-2
D.	考察	2-2-3
E.	結論	2-2-4
F.	健康危険情報	2-2-4
G.	研究発表	2-2-4
	1. 論文発表	2-2-4
	2. 学会発表	2-2-4
H.	知的財産権の出願・登録状況	2-2-4
	1. 特許取得	2-2-4
	2. 実用新案登録	2-2-4
	3. その他	2-2-4
2-3	【機能連携班①-2】離島・僻地におけるシームレスな地域医療連携を推進するための 方策 ～あじさいネットの活用～（小林美亜、瀬戸僚馬）	
A.	研究目的	2-3-1
B.	研究方法	2-3-1
C.	研究結果	2-3-2
D.	考察	2-3-6
E.	結論	2-3-6
F.	健康危険情報	2-3-7
G.	研究発表	2-3-7
	1. 論文発表	2-3-7
	2. 学会発表	2-3-7
H.	知的財産権の出願・登録状況	2-3-7
	1. 特許取得	2-3-7
	2. 実用新案登録	2-3-7
	3. その他	2-3-7
2-4	【機能連携班②】慢性期医療のデータ収集を可能にする診療記録の標準化－アウトカ ム志向型汎用看護記録による連携医療バリエーション分析と改善のア プローチ（町田二郎、副島秀久、西岡智美）	
A.	研究目的	2-4-1
B.	研究方法	2-4-1
C.	研究結果	2-4-3
D.	考察	2-4-5
E.	結論	2-4-5
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
	3. その他	2-4-5

H. 知的財産権の出願・登録状況	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】医療・介護レセプト情報を用いた医療介護連携分析 (次橋幸男、長野典子、今村知明、野田龍也)	
A. 研究目的	2-5-1
B. 研究方法	2-5-1
C. 研究結果	2-5-2
D. 考察	2-5-3
E. 結論	2-5-4
F. 健康危険情報	2-5-3
G. 研究発表	2-5-4
1. 論文発表	2-5-4
2. 学会発表	2-5-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-4
1. 特許取得	2-5-4
2. 実用新案登録	2-5-4
3. その他	2-5-4
2-6 【地域実情分析班】地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める具体的対応 方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル (佐藤大介、小林大介、今村知明、野田龍也)	
A. 研究目的	2-6-1
B. 研究方法	2-6-2
C. 研究結果	2-6-2
D. 考察	2-6-3
E. 結論	2-6-3
F. 健康危険情報	2-6-4
G. 研究発表	2-6-4
1. 論文発表	2-6-4
2. 学会発表	2-6-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-6-4
1. 特許取得	2-6-4
2. 実用新案登録	2-6-4
3. その他	2-6-4
添付資料	2-6-5
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）  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」

総括研究報告書（令和元年度）

研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）

研究要旨

2025年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県の構想区域において、今後の医療提供体制についての協議が進んでいる。これまで本研究班については、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現可能な施策に関する研究(H27-医療-一般002)」を平成27年度から平成29年度までの3年間の研究を通じ、わが国における公衆衛生の専門家が一同に介して研究を進めてきた。その成果については、第7次医療計画を都道府県が着実に策定するために厚生労働省が行う技術的助言（平成29年3月までに公表）のための医療計画の指標の検討・整理を行っただけでなく、病床機能報告データを使った急性期指標の開発、病床機能分化の全国的な事例集の作成といった形で研究班の成果を世の中に発信してきた。

本研究班については、都道府県が地域医療構想（病床機能分化・連携等）を推進、管理していくためのあり方や技術的な助言を行うことを目的として引き続き研究を行う。さらには、次期（第8次）医療計画の分析、策定にあたっての課題抽出及び今後の医療計画を推進し実行するための対策の検討、病床機能報告の定量的基準も含めた基準の開発及び活用方法の検討を行うものとする。都道府県が医療計画を策定した後もきちんとPDCAサイクルが回せるためのしくみづくりや技術的な助言、令和2年度の医療計画の中間見直し（在宅医療等）を見据え、医師確保計画、医療や介護との連携等について課題を整理した上で、NDBやDPC等のデータ分析を活用しつつ、技術的な助言を行うものとする。本年度については2025年の地域医療構想を実現するため、地域の関係者が何をどのような視点で考えていなければならないかを整理するため、新たな分担研究班を創設し、国と議論をしながら進めた。

本研究班は、①医療政策の国内最前線の研究者を擁し、体系的なプロセス分析の手法を用いる ②DPCデータ、NDBデータ分析の実績を有する研究者を擁し、都道府県や二次医療圏別の医師偏在等について政策検討に資する分析を行う ③日本医療マネジメント学会、日本クリニカルパス学会等と十分な連携をとれる体制により、傘下の研究者・医療機関から効率的な事例収集を実施することが可能、という3点の特徴を有する。これらは研究の独創性のみならず、オールジャパンの体制で地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究が可能となる点で、非常に有意義である。

本研究班は国の「医療計画の見直し等に関する検討会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医療従事者の需給に関する検討会」等とも関連して必要に応じて技術的な助言を進めていく。

## 研究分担者

- 松田 晋哉 (産業医科大学 教授)  
藤森 研司 (東北大学大学院 教授)  
伏見 清秀 (東京医科歯科大学大学院 教授)  
石川 ベンジャミン 光一 (国際医療福祉大学大学院 教授)  
池田 俊也 (国際医療福祉大学 教授)  
瀬戸 僚馬 (東京医療保健大学 准教授)  
小林 美亜 (静岡大学創造科学技術大学院 特任教授)  
副島 秀久 (熊本県済生会 支部長)  
町田 二郎 (済生会熊本病院 副院長)  
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 教授)  
野田 龍也 (奈良県立医科大学 准教授)

## 研究協力者

- 菅河 真紀子 (東京医科歯科大学大学院)  
伊藤 達哉 (長野県健康福祉部)  
田極 春美 (三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 株式会社 研究員)  
西岡 祐一 (奈良県立医科大学)  
佐藤 大介 (千葉大学医学部附属病院 特任准教授)  
小林 大介 (神戸大学大学院 特命准教授)  
西岡 智美 (恩賜財団社会福祉法人済生会 熊本病院)  
次橋 幸男 (奈良県立医科大学  
／天理よろづ相談所病院)  
長野 典子 (奈良県立医科大学)

## 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。

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 2 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。特に令和元年度においては、国の「具体的対応方針の再検証」に関連して、「地域実情分析班」の分担研究班を新たにたてながら研究を進めた。

研究の実施体制は図 1 の通りである。

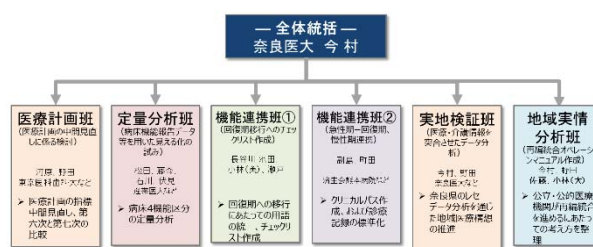


図 1 研究の実施体制

### 1. 医療計画グループ

#### 医療計画班

中間見直しや指標活用方法の検討を行うに当たり、今回の研究目的の観点から過去の医療計画に関する先行研究等について内容を整理した。また、国の施策や考え方を踏まえるため、令和元年 10 月以降に開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」の資料及び議事録、「とりまとめ」についても、可能な限りその方向性に合うよう留意した。

個別の指標の検討にあたっては、事業ごとに厚生労働省の担当者へのヒアリングを行った



うえで、適宜関係者と調整し、今後に向けた指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定やその根拠となるデータを整理した。

また、第6次と第7次の医療計画における5疾病5事業に関して指標がどのように位置づけられているかを比較し、今後の医療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的として都道府県により公開されている第6次と第7次の医療計画を入手し、5疾病5事業の記載内容を精査し、指標の活用状況を分析した。

## 2. 病床機能グループ

### 定量分析班

平成29年度病床機能報告における医療機関ごとの報告結果を厚生労働省が集約し、インターネット上で公開しているデータ（以下、病床機能報告オープンデータとする）1のうち、H29報告結果\_病院票(全国版\_HP掲載用)rev.1.xlsxを利用して研究を行った。

ダウンロードしたexcelファイルについては、各列に示されたヘッダ情報の整理を行った後、Tableau Prep (<https://www.tableau.com/ja-jp/products/prep>) を使用してデータの前処理を実施、Tableau Desktop (<https://www.tableau.com/ja-jp/products/desktop>) によりデータの集計・可視化を行った

### 機能連携班①-1

昨年度の研究成果として、急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための帳票（回復期等移行チェックリスト）を提案した。本年度は、各病院や地域がウェブサイトで公開している情報共有シート等の資料を、インターネットの検索エンジンを用いて200件収集した。そのうち病院からの転院時等に使用することが明らかな65件を分析対象とした。対象となったシートから情報項目数

を抽出し、内容別(基本情報、診療に関する情報、認知・精神機能に関する情報、身体・感覚器に関する情報、ADL等の生活に関する情報)に分類して定量的・定性的な分析を行った。

### 機能連携班①-2

長崎県は、地域医療情報連携ネットワークである「あじさいネットワーク（通称あじさいネット）」のシステムを稼働させ、また「あじさいネット」の遠隔画像診断システム、テレビ会議システムを用いた遠隔医療支援等の離島の医療対策を全国に先駆けて進めている。

そこで、地域医療情報連携ネットワークを活用した地域医療構想における離島やへき地対策に対する知見を得ることを目的とし、へき地拠点病院、救急告示病院、がん診療離島中核病院を担う上五島病院において、ヒアリング調査を行った。病院の事務担当者、あじさいネットワークを活用している薬剤師から、地域医療情報連携ネットワークとしてのあじさいネットの運用状況、医療連携推進に対する効果、今後の課題等について、ヒアリング調査を実施した。合わせて行政にもヒアリングを実施した。

### 機能連携班②

本研究では複数疾患に汎用性のあるアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、看護記録から診療プロセスおよびアウトカムの内容をデータとして収集、分析することで、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化する基礎設計を行うことを目的とした。2020年度の運用を見据えて、急性期病院と回復期病院の看護記録のあり方や評価項目、解析手法について検討を行った。

### 実地検証班

2013年から2018年（5年間）の奈良県国保データベース（KDB）の医療及び介護レセ

プトデータを用いて、政策研究における活用を目的として、①療養場所の追跡、②特定の疾病発症が「健康寿命」に与える影響、③死亡前180日以内に費やされた医療介護費の日別推移について分析手法の確立を行う。

#### 地域実情分析班

地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証対象医療機関として指定を受けた公立・公的医療機関等が議論すべき課題事項について、公立・公的医療機関等に関わる関係組織・団体の観点から基本的考え方を整理し、具体的対応方針の再検証について議論し合意を得るために検討すべき項目について整理することが目的とした。

具体的対応方針の再検証に関する議論の進捗に応じた段階を（1）通知から調整会議までの期間、（2）再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間に大別し、地域医療構想における具体的対応方針等の再検証において重要な関係者が立場的に行うべき対応や留意点について、整理を行った。

### 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. 医療計画グループ

##### 医療計画班

5疾病5事業について、国の検討会での議論や進捗を踏まえて担当者とのヒアリングをおこなった。中間見直しの指標としての考え方やデータリソース、集計定義などを精査した。

医療計画全体の記述を見ると第7次医療計画で都道府県が用いた指標の特性は、第6次計画と比べて指標があまり変わっていないところ

や設定した指標が少ないところなどさまざまであった。

#### 2. 病床機能グループ

##### 定量分析班

平成29年度病床機能報告オープンデータでは、7,014施設、28,675病棟、114.8万床についてのデータが公開されていた。医療機能別や病院ごとの病床構成、入退院経路、算定する入院基本料等について分析を行い、可視化を行った。詳細については、分担研究報告書「病床機能報告に基づく医療機能分化の実態把握と可視化に関する研究」を参照されたい。

##### 機能連携班①-1

定性的分析においては、既存帳票についても病院によって同様の情報が箇条書きの場合と、叙述の場合があることが明らかになった。例えば排泄が一部介助の場合に詳述が、箇条書きのA病院では「ポータブルトイレ」との表記になるが、B病院では「尿瓶を使用、片付けはナースコールで」との表記になり、類似した表現にも記法のばらつきがみられた。既存帳票では箇条書きと叙述との記法のばらつきがあるものの、箇条書きを前提としている回復期等移行チェックリストに移行したとしても、内容同等性を担保することは概ね可能であることが明らかになった。既存帳票から回復期等移行チェックリストに置き換える際の技術的課題は、行為記録については比較的軽微といえるものの、評価記録は内容同等性を担保できても置き替えしにくい面があることが明らかになった。

##### 機能連携班①-2

ヒアリング調査を通じて、多職種間連携において、調剤薬局の薬剤師は、あじさいネットを非常に重要な資源と認識していた。医師に情報を戻すことを前提としている介護支援専門員

や訪問看護事業所等との情報共有が密になることで、これらの職種を通じて事業所間や職種間の情報共有が進むことにもつながっていることが示唆された。

情報の種類についてはまだ限定的であり、生活情報などは本研究班が提案している回復期等移行チェックリスト等も活用して、積極的に情報共有できる体制を構築していくことが必要と考えられる。

町役場においては、あじさいネットを活用することの意義を認めつつも、現状で直ちに利用するツールまではいえないとの認識であった。

その地域の公的病院がかじ取りをすることになるので、結果的にICTを用いた情報連携に投資する意義を感じにくくなっているとの考えである。基礎自治体が関与することを前提に情報連携のスキームを議論していくことが必要であると考えられる。

#### 機能連携班②

2019年度は2施設間での臨床研究方法の検討にとどめた。現時点でBasic Outcome Master(BOM)にはFIMに基づいたADLのアウトカムと観察項目が含まれておらず、これを2020年度に決定する。完成したアウトカム志向型汎用看護記録を2020年度に運用することとする。

#### 実地検証班

2013年4月～2018年3月に胃瘻造設術(区分番号K664)が実施された患者2506名について、2259名(90%)が急性期病床入院中に胃瘻を造設されていた。胃瘻造設から30日と180日後に生存していた患者2338名、1767名はそれぞれ570名(24%)、1167名(64%)が病院外で療養していた。

大腿骨骨折患者(男性)839名中、1年以内に「健康寿命を終了した」患者は422名であった。大腿骨骨折発症(女性)3285名中、1年以

内に「健康寿命を終えた」患者は1682名であった。

1人あたりの平均医療費は年齢が若いほど高額となる一方、1人あたりの平均介護費は年齢が上がるほど高額となっていた。死亡月を0月とした場合、-2月(死亡60～89日前)から減少傾向が示された。

#### 地域実情分析班

具体的対応方針の再検証に関する協議の方法や検討課題は現行の枠組みで想定される内容を整理した。また、厚生労働省により提示された病床機能報告制度に基づく定量的分析結果のほか、これまでの実績に基づき利用可能なデータソースについて整理した。

さらに、協議を通じた合意に際する留意点とともに、地域住民や病院職員等の関係者へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

各地域の実情は画一的に決まるものではなく、主な関係者やそれぞれの課題について整理には限界がある。そのため本研究では標準的なケースを想定し整理することとした。

## D. 考察

### 1. 医療計画グループ

#### 医療計画班

医療計画のPDCAサイクルを回し、地域住民の健康に寄与するためには、課題解決につながる施策群と、それぞれの施策を推し進めるための事業、さらには事業の実施に必要な予算化である。都道府県の医療計画策定スケジュールがタイトであることを考えると、まずは優先する疾患・事業をある程度限定し、実施可能なところや重要な点から始めることが大切である。

指標の記載状況の都道府県格差は、従来から指摘されている「指標が多すぎてどれを目標にすべきか困惑している」「指標の意味が十分に

理解されていない」「地域の実情を反映しているか否かが不明」「指標と目標や結果の間の因果関係が不明瞭」であるなどの事情で採用されないことも考えられる。指標の数が多くなって都道府県の業務負担となりすぎないように注意が必要である。

## 2. 病床機能グループ

### 定量分析班

本研究では、平成 29 年度病床機能報告オープンデータを利用して、データの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項についての検討を試みた。

その結果として、病床機能報告病棟票に基づいた、地域単位での病床機能構成、病院単位での病棟機能と入退院経路等の状況、病床数・平均在院日数・病床稼働率について、実用的なデータ可視化の方法を開発して、現状での課題等を明らかにするとともに、インターネット上での情報提供を開始することができた。

今後はこうした資料の整備に継続して取り組むとともに、DPC データを活用した圏域間の患者移動集計、災害・疾病の流行に伴う一時的な医療需要の拡大に対応するための医療資源の余力の定量的な分析、データの品質管理・精度向上に向けた取り組みの拡大などを進めることが望まれる。

### 機能連携班①-1

既存帳票を定量的及び定性的に分析した結果、回復期等移行チェックリストの妥当性を確認することができた。

既存帳票の情報共有シートを回復期等移行チェックリストにおきかえても、内容同等性の確保は可能である。その一方、各病院の看護記録等を記載する段階で、移行を意識した一次利用が重要となるため、従来の記録形態や記法と

は異なる表現を要する場面もある。こうした電子カルテシステム等の使い方について、本班でも学会でのチュートリアルや雑誌記事等を通じて普及啓発に努めたが、引き続き理解を深めるよう取り組んでいくことが重要である。

### 機能連携班①-2

離島において、救急を含めた急性期から慢性期まで対応することのできる地域完結型の医療を提供できる体制を構築するためには、長崎県本土の医療機関との連携が必要不可欠である。医療情報連携ネットワークシステムは、この連携体制の構築に大きく貢献していた。

地域包括ケアの展開において、医療情報連携ネットワークシステムは、多職種間の情報共有に大きく貢献していた。今後は、医療だけでなく、予防、介護・福祉連携においても、このシステムの活用が期待される。

### 機能連携班②

本研究では主に慢性期の看護記録の標準化作業に軸足を移し、地域内で完結する代表的疾患に共通するアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、実運用した結果の分析を試みる予定である。

### 実地検証班

医療と介護レセプトを突合させて、療養場所の追跡、要介護度 2 以上となる時点を「健康寿命の終了」の代理指標とした場合の健康寿命に与える疾病発症の影響、そして死亡から遡った医療介護費を分析した。奈良県の KDB 分析手法を全国に展開することによって、全県レベルでの医療介護連携に関する調査を実施できる。また、SMDR を用いて健康寿命に与える影響の大きさを疾病間で比較することで、健康寿命の

延長を目指した効率的かつ重点的な介入につなげられる可能性がある。

我が国の人口推計では 2040 年まで死亡者数が増加し続けることが予想されており、死亡前の看取りに関する医療介護サービスに費用を加えた評価が、持続可能性のある政策形成に役立つ情報として活用されることが期待される。

#### 地域実情分析班

地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証を地方自治原則の基で進めるために、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別・関係者別に整理した。

各都道府県が協議を進める上での検討体制や具体的対応方針に係る検討課題については、各地域の実情に沿って調整会議等を通じて議論し進める必要がある。

#### E. 結論

本研究の成果は、わが国の地域医療構想（病床機能分化・連携）および医療計画（5 疾病 5 事業）の進捗管理にあたって有用なものとして考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし（非該当）

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. 藤森 研司. 電子レセプト分析による H.pylori 除菌の状況. The GI FORFRONT. 14(2):54-56. 2019.
2. 藤森 研司. DPC データから見た DIC 治療とアウトカムの現状. Thrombosis Medicine. 9(2). 142-145. 2019.
3. 藤森 研司、桜澤 邦男、中藤 真一. 骨粗鬆症治療薬の継続率、順守率の分析における電子レセプトデータベースの活用. 日本

骨粗鬆症学会雑誌. 5(2). 69-76. 2019.

4. 藤森 研司、桜澤 邦男、中藤 真一. 電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の薬剤変更による継続率、順守率の検討. 日本骨粗鬆症学会雑誌. 5(3). 75-81. 2019.
5. 桜澤 邦男、藤森 研司. 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率に関連する要因に関する研究—DPC データを用いた臨床指標の構築と評価—. 日本診療情報管理学会誌. 31(1). 21-28. 2019.
6. 藤森研司、桜澤邦男、中藤真一. 電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の大腿骨近位部骨折予防効果の検討. 日本骨粗鬆症学会雑誌. 6(1) 25-32 2020
7. Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population-based 2-year cohort study using the National Database in Japan. Journal of Diabetes Investigation. 2020 Mar. 11 (2) :426-434.
8. 小林美亜、瀬戸僚馬:「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化, 看護管理 2020; 30(4): 364-371
9. Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara. Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan. International Dental Journal. (published online; 2020 Feb.)

## 2. 学会発表

1. 2019年06月06日～2019年06月08日  
(熊本県、市民会館シアーズホーム夢ホール) 第23回日本医療情報学会春季学術大会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に対する死亡決定ロジックの手法開発 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、降旗志おり、東野恒之、瀬楽丈夫、今村知明.
2. 2019年06月06日～2019年06月08日  
(熊本県、市民会館シアーズホーム夢ホール) 第23回日本医療情報学会春季学術大会 NDB利用促進に向けた取り組み-1患者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.
3. 瀬戸僚馬、小林美亜、池田俊也、野田龍也、今村知明：転院時等における情報共有シートに関する現状調査，第45回日本診療情報管理学会学術大会，2019年9月19日,大阪
4. 2019年09月20日～2019年09月21日  
(山口県、海峡メッセ下関) 第17回日本臨床医療福祉学会 超高齢社会で医療や介護分野で何が起ころうとしているのか～医療構想と地域包括ケアシステム～ 今村知明.
5. 小林美亜、瀬戸僚馬、瀧翔哉、岡峯栄子、木戸須美子、中西寛子、野田龍也：地域医療構想を強く意識した標準マスターの活用法～「回復期等移行チェックリスト」の実装に向けて～，第20回日本医療情報学会看護学術大会チュートリアル，2019年9月27日,東京
6. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 本邦の診療科間における喘息治療の差に関する検討. 大山功倫、大家俊夫、長谷川久之、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫
7. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 医師の働き方改革に関する検討会報告書にみる到達点の適切性についての考察. 長谷川久之、大山功倫、大家俊夫、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫.
8. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 肝臓癌に対する経動脈的化学塞栓術における予防的抗菌薬と肝膿瘍の関連 吉原真吾、山名隼人、赤羽学、岸本美和、西岡祐一、野田龍也、松居宏樹、康永秀生、今村知明.
9. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知会館 3階平安) 第78回日本公衆衛生学会総会 胃瘻造設術の減少と人工栄養の推移：レセプトデータを用いた患者数と生命予後の分析 次橋幸男、赤羽 学、中西康裕、林修一郎、野田龍也、明神大也、今村知明.
10. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知会館 3階平安) 第78回日本公衆衛生学会総会 奈良県における褥瘡患者数集計の検討：KDBデータを用いて 菅野沙帆、久保慎一郎、赤羽学、次橋幸男、今村知明.
11. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78回日本公衆衛生学会総会 健康福祉関連ビッグデータの結合による解析の可能性と問題点 今村知明、明神大也、西岡祐一、久保慎一郎、中西康裕、次橋幸男、野田龍也.

12. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78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:透析患者追跡と死亡数検証 久保  
慎一郎、野田龍也、西岡祐一 明神大  
也、今村知明.
13. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、ホテル日航高知旭ロイヤル3  
階 ゴールドエンパシフィック) 第78回  
日本公衆衛生学会総会 切れ目のない連  
携のための退院支援に関する病院と患者  
の認識調査 岡本左和子、河本慶子、今  
村知明.
14. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78回  
日本公衆衛生学会総会 大規模なレセプ  
トデータを用いた100歳以上患者と100  
歳未満患者の医療費の比較 中西康裕、  
次橋幸男、野田龍也、明神大也、久保 慎  
一郎、西岡 祐一、赤羽学、今村知明.
15. 2019年10月23日～2019年10月25日  
(高知県、高知新聞放送会館) 第78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)に  
よる糖尿病患者の現在歯数の検討 鈴木  
誠太郎、野田龍也、西岡祐一、明神大  
也、久保慎一郎、小野瀬祐樹、今村知明.
16. Nakanishi Y, Tsugihashi Y, Noda T, Myojin T,  
Kubo S, Nishioka Y, Akahane M, Imamura T.  
14th Supercentenarian Seminar 29 Nov. 2019.  
Pari
17. 2019年11月21日～2019年11月24日  
(千葉県、幕張メッセ) 第39回医療情  
報学連合大会(第20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)を用いた死亡  
アウトカムの追跡 久保慎一郎、野田龍  
也、西岡祐一、明神大也、中西康裕、降  
旗志おり、東野恒之、今村知明.
18. 2019年11月21日～2019年11月24日  
(千葉県、幕張メッセ) 第39回医療情  
報学連合大会(第22回日本医療情報学会  
学術大会) 国保データベースを用いた  
医療レセプトと介護レセプト連結におけ  
る名寄せの課題 明神 大也、次橋 幸  
男、久保 慎一郎、西岡 祐一、中西 康  
裕、降旗 志おり、東野 恒之、野田 龍  
也、今村 知明.
19. 2019年11月14日～2019年11月14日  
(奈良県、奈良県医師会館) 第40回奈  
良県公衆衛生学会 円滑な退院支援の実  
現にむけた医療と在宅医療・介護職の他  
職種連携の課題に関する研究 中谷友  
哉、岡本左和子、澤本万紀子、河本慶  
子、濱田未来、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
  1. レセプト情報・特定健診等情報データベ  
ースにおける患者突合方法及び装置  
今村知明、東野恒之、野田龍也、久保  
慎一郎、加藤源太、西岡祐一、明神大也  
特許番号：特願 2018-075685
  2. レセプト情報データベースにおける患者  
の死亡判定方法及び装置 今村知明、  
東野恒之、降旗志おり、野田龍也、久保慎  
一郎、西岡祐一、明神大也、中西康裕  
特許番号：特願 2019-094138
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

＜添付資料＞

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

別表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防・早期発見	治療		療養支援
		がん診療連携拠点病院数	がん診療連携拠点病院数	
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	●	がん診療連携拠点病院数	●
			認定看護師が配置されている拠点病院の割合	
			専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	
			放射線治療・薬物療法・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	
		●	地域がん診療病院数	
		がんリハビリテーション実施医療機関数		外来緩和ケア実施医療機関数
プロセス	●	がん検診受診率	診療ガイドラインに基づく治療実施割合	●
		喫煙率	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	●
		ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）	外来化学療法の実施件数	●
		ハイリスク飲酒者の割合	放射線治療の実施件数	●
		運動習慣のある者の割合	悪性腫瘍手術の実施件数	
		野菜と果物の摂取量	術中迅速病理組織標本の作製件数	
		食塩摂取量	病理組織標本の作製件数	
		公費肝炎検査実施数	がんリハビリテーションの実施件数	
		公費肝炎治療開始者数	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	
			地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	
アウトカム	●	年齢調整罹患率	がん患者の年齢調整死亡率	
		罹患患者数	がん患者の死亡者数	
		早期がん発見率	拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	

（●は重要指標）



別表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(\*)令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より

(●)は重要指標

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※別表5は精神のため欠番

救護	救命医療		入院救急医療		初期救急医療		救命後の医療	
	救急担当専任医師数・看護師数	救命救急センター数	2次救急医療機関数	初期救急医療施設数	一般診療所の 初期救急医療への参画率	転棟・退院調整をする者を 常時配置している 救命救急センターの数		
ストラクチャー	運用救急救命士数	救命救急センター数	2次救急医療機関数	初期救急医療施設数	一般診療所の 初期救急医療への参画率	●		
	住民の救急蘇生法の受講率	救命救急センター数	2次救急医療機関数	初期救急医療施設数	一般診療所の 初期救急医療への参画率			
	救急車の運用数	特定集中治療室のある 医療機関数						
	● 救急搬送人員数							
	AEDの設置台数							
プロセス	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救命救急センター 充実段階評価S及びAの割合					緊急入院患者における 退院調整・支援の実施件数	
			救急車の受入件数					
			転院搬送の受入件数					
			転院搬送の実施件数					
	●		救急要請(算知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間					
	●		受入困難事例の件数					
	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数							
アウトカム	● 心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後							

(●は重要指標)

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表8 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援	
	へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数
	へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数
ストラクチャー	過疎地域等特定診療所数				
	へき地診療所の医師数				
	へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)				
プロセス	● へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数、延べ受診患者数	●	協議会の開催回数
	● へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数
	● へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		
		●	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況		
		●	へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	●	
		●	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	●	
アウトカム					

(●は重要指標)

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援
	産科・産婦人科・婦人科医師数		乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数
	分娩を取扱う医師数		
	日本周産期・新生児医学会専門医数		
	助産師数		
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数		
	分娩を取扱う医療機関の種類		
ストラクチャー	ハイリスク妊産婦連指導料1・2届出医療機関数		
	NICUを有する病院数・病床数		
	NICU専任医師数		
	GCUを有する病院数・病床数		
	MFICUを有する病院数・病床数		
	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数		
	業務継続計画策定医療機関数・策定割合		
	分娩数		
●	産後訪問指導実施数	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	
		NICU入室児数	
プロセス		NICU・GCU長期入院児数	
		● 母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	
		● 母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	
		● 新生児死亡率	● NICU・GCU長期入院児数(再掲)
アウトカム		● 周産期死亡率	
		● 妊産婦死亡数・死亡原因	
ストラクチャー	● 災害時小児周産期リエゾン任命者数		

\*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●)は重要指標

別表10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

ストラクチャー ● 災害時小児周産期リエンジン任命者数

\*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●は重要指標)



別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	● 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数	
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		機能強化型の訪問看護ステーション数	
		● 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
		● 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
		在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数		
プロセス	退院支援(退院調整)を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	● 往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数	● 小児の訪問診療を受けた患者数		● 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
	退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問歯科診療を受けた患者数		● 在宅死亡者数
	退院後訪問指導を受けた患者数	● 歯科衛生士を輩出した訪問歯科診療を受けた患者数		
		● 訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		● 訪問看護利用者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
		小児の訪問看護利用者数		
アウトカム				

(●は重要指標)

表 2 重点・参考指標一覧 (集計定義等)

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SFO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
101	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個別統計等	禁煙外来を実施している医療機関数	
102	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	2	がん診療連携拠点病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧 (厚生労働省HP)	H28年度	毎年	厚生労働省	平成28年10月現在で、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の一覧	
103	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	3	認定看護師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門看護師の認定状況 (日本看護協会HP)	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会が認定したがん専門看護師の人数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん専門看護師の数を記載
104	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	4	専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門薬剤師の認定状況 (日本医薬業学会HP)	H27年	毎年	日本医薬業学会	日本医薬業学会が認定したがん専門薬剤師の人数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん専門薬剤師の数を記載
105	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	5	放射線治療・薬物治療・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門医の認定状況 (日本がん治療認定医機構HP)	H27年	毎年	日本がん治療認定医機構	日本がん治療認定医機構が認定したがん治療認定医の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん治療認定医の数を記載
106	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	6	地域がん診療病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧 (厚生労働省HP)	随時	随時	厚生労働省	地域がん診療病院の指定を受けている医療機関の数	
107	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	7	がんリハビリテーション実施医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	H007-2 がん患者リハビリテーション料の届出をしている医療機関数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
108	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	8	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	二次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	0003 在宅がん医療総合診療料の届出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
109	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	9	麻薬小売業免許取得薬局数	都道府県	麻薬・覚せい剤行政の概況	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	
110	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	10	相談支援センターを設置している医療機関数	二次医療圏	がん相談支援センター (がん情報サービスHP)	H27年10月	随時	国立がん研究センターがん対策情報センター	相談支援センターを設置している医療機関数	
111	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	11	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個別統計等	緩和ケア病棟の有無、病床数	

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
112	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				S	12	緩和ケアチームのある医療機関数	市 町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年 毎	個別統計等	緩和ケアチームの有無	
113	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				S	13	外来緩和ケア実施医療機関数	一次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3 月31日	毎年	厚生労働省	B001-24 外来緩和ケア管理料の届出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
114	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	14	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査 (大規模調査)	H25年	3年 毎	厚生労働省 (e-Stat)	胃がん検診受診者数/調査対象者数 *胃がんの各検診を過去1年以内に受けた者数	
115	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	15	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査 (大規模調査)	H25年	3年 毎	厚生労働省 (e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数 *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の調査対象者数	
116	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	16	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 (診療報酬ごと)	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOBを用いた指標については、算定件数 (患者数)、算定回数 (頻度)、算定する医療機関数を算出
117	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	17	ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年 11月1 日現在	毎年 (4 年ごと に1回 拡大調 査)	厚生労働省 (e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者 *1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者 **平成27年国民生活基礎調査 (約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人) において設定された単位区から世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
118	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	18	運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年 11月1 日現在	毎年 (4 年ごと に1回 拡大調 査)	厚生労働省 (e-Stat)	調査対象者のうち運動習慣のある者/調査対象者 *1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している調査対象者の割合	
119	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	19	野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年 11月1 日現在	毎年 (4 年ごと に1回 拡大調 査)	厚生労働省 (e-Stat)	国民健康・栄養調査食品群別表に基づき、調査対象者が調査日に摂取した野菜・果実の量	
120	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	20	食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年 11月1 日現在	毎年 (4 年ごと に1回 拡大調 査)	厚生労働省 (e-Stat)	調査対象者が調査日に摂取した食塩の量	
121	がん	予防・ 早期発見	治療	療養 支援				P	21	公営肝炎検査実施数	都道府県	特定感染症検査等事業 (都道府県)、健康増進事業 (市町村)	H22-26 年度	毎年	厚生労働省	公営肝炎ウイルス検査実施件数	健康局がん・疾病対策調剤肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成14~19年度については、老人保健法に基づく老人保健事業で市町村において実施されていたが、データなし。

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
122	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		公期肝炎治療開始者数	都道府県	肝炎対策特別促進事業	H22-26年度	毎年	厚生労働省	肝炎治療受給者証交付枚数	健康がん・疾病対策課肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成20、21年度についてはインターフェロン治療のみ、平成22年度以降は核酸アナログ製剤治療が対象に加わった。
123	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		診療ガイドラインに基づく治療実施割合	全国	指標に見るわが国のがん対策	H24年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A11「標準的治療受給割合（標準的治療）」に準ずる	DOCデータを用いた解析であるため、医学的に妥当な理由で標準治療が実施されていない場合や、医療連携などにより施設間で治療が行われた場合は実際に反映されないという限界がある。
124	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
125	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		外来化学療法の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票集計等	手術等の実施状況の「外来化学療法」の9月中の実施件数	今後NDBで集計可能
126	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		放射線治療の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票集計等	放射線治療の実施状況で、「放射線治療（体外照射）」の9月中の患者数	今後NDBで集計可能
127	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍手術の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票集計等	手術等の実施状況の「悪性腫瘍手術」の9月中の実施件数	今後NDBで集計可能
128	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		術中迅速病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
129	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
130	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		がんリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
131	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
132	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
133	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん患者指導の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
134	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	入院緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
135	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	外来緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
136	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん性疼痛緩和の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
137	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
138	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	年齢調整罹患率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別の集計	
139	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		罹患者数	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別・年齢階級別の集計	
140	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		早期がん発見率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	進行度別局（上皮がん除く）の構成比	上皮がんの割合
141	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	がん患者の年齢調整死亡率	二次医療圏	人口動態特殊報告	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	悪性新生物の年齢調整死亡率	
142	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の死亡者数	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	個票解析等	死因分類表に基づく死因ごとの死亡者数	(二次医療圏・がん種・性別・年齢階級別)
143	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	全国	指標に見るわが国のがん対策	H19年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A15a「拠点病院における5大がん（および他のがん）患者の5年生存率」に準ずる	相生存率であり相対生存率でも、死因調整生存率でもない
144	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の在宅死亡割合	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	在宅等でのがんによる死亡者数* *都道府県別の死因「悪性新生物」の在宅等（介護老人保健施設、自宅、老人ホーム）での死亡者数 ** 都道府県別の死因「悪性新生物」の全死亡者数	
201	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
202	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		神経内科医師数、脳神経外科医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省 (e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	
203	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票解析等	SQJ（脳卒中ケアユニット）を有する施設数	
204	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A205-2 起急性期脳卒中中加算の届出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPD	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
205	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	H001 脳血管疾患等リハビリテーション科(1)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
206	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数 *20歳以上の「毎日吸っている」とき吸っているの合計人数 *20歳以上の調査対象者数	
207	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
208	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごと)に一次大調査	厚生労働省(e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者**/調査対象者*1日当たりのアルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者**平成27年国民生活基礎調査(約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内のすべての世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
209	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健康診断者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
210	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を標準人口で補正した値	
211	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢調整別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したものの	
212	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P		脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
213	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	●	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
214	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
215	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
216	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
217	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
218	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	18	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
219	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	19	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
220	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	0	20	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	個票集計等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車」により搬送された患者数		
221	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	21	脳血管疾患患者の年間調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	厚生労働省(e-Stat)	脳血管疾患による年間調整死亡率		
222	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	22	救急要請(通知)から医療機関への取巻まで(要した)平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年	消防庁	救急要請(通知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		
223	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	23	脳血管疾患により救急搬送された患者の割合	市町村	患者調査	H26年	個票集計等	脳血管疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数		
224	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	24	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	個票集計等	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数		
225	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	25	在宅等生活の場に戻った患者の割合	市町村	患者調査	H26年	個票集計等	主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と、退院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入院と一致している患者数と割合		
301	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	個票集計等	禁煙外来を実施している医療機関数		
302	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	2	循環器内科医師数、心臓血管外科医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数		
303	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	3	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	個票集計等	CCU(脳卒中ケアユニット)を有する施設数		
304	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	4	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB仕様参照	診療報酬届出調査でも算出可能。	
305	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	5	心臓血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	厚生労働省	H00 心臓血管リハビリテーション(1)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
306	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	6	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	喫煙率(男性)＝喫煙者数/調査対象者数 *  *20歳以上の男性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数  *20歳以上の男性の調査対象者数	
307	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	7	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
308	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	8	健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	健康診断者数/調査対象者数  *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数  *同調査の40歳~74歳の対象者数	
309	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	9	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受診率を標準人口に当てはめ算出したもの	
310	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	10	脂質異常症患者の年齢調整外来受診率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	傷病小分類「脂血症」の都道府県別の年齢調整別推計患者数から算出した都道府県別受診率を標準人口に当てはめ算出したもの	
311	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	P	11	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個性解州等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
312	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	12	心肺機能停止傷患者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度版、救急救助の現況	毎年	消防庁	心肺機能停止傷患者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	
313	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	13	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
314	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	14	来院後90分以内の冠動脈再閉塞達成率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
315	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	15	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
316	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	16	入院心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
317	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	17	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出



ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
318	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	18	外来心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
319	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	0	19	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
320	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	20	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省 (e-Stat)	虚血性心疾患による年齢調整死亡率	
321	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	21	救急要請(通知)から医療機関への収容までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	消防庁	救急要請(通知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	
322	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	22	虚血性心疾患により救急搬送された患者の死亡率	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	虚血性心疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数	
323	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	23	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	傷病区分「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	
324	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	24	在宅等生活の場に戻り復した患者の割合	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「在宅又は入院前の場所と異なる施設又は介護施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設」に入所と一致している患者数と割合	
401	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	1	特定健診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	健診受診者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
402	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	2	特定保健指導実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するアンケート(厚生労働省HP)	H26年	毎年	厚生労働省	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果	
403	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	3	糖尿病内科(代謝内科)医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省 (e-Stat)	従事する診療科名等について、「糖尿病内科(代謝内科)」と届出をした医師数	
404	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	4	糖尿病内科(代謝内科)糖尿病医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票集計等	主たる診療科目を「糖尿病内科(代謝内科)」と届出している施設及び単科で「糖尿病内科(代謝内科)」を届出している施設数の合計数	
405	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	5	教育入院を行う医療機関数	都道府県	教育入院を行う医療機関の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	随時	日本糖尿病協会	教育入院を行う医療機関数	



ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
418	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	18	医療機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療を受けている人の割合	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	「これまで医療機関や健診で糖尿病といわれたこと回答した者のうち、「インスリン注射または血糖を下げる薬の使用有」又は「現在糖尿病の治療の有」と回答した者	
419	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	19	尿中アルブミン(定量)検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
420	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	20	クレアチニン検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
421	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	21	精密測定検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
422	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	22	血糖自己測定の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
423	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	23	内服薬の処方件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
424	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	24	外来栄養食事指導料の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
425	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	25	糖尿病透析予防指導の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
426	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	26	在宅インスリン治療件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
427	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	27	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
428	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	28	糖尿病足病変に対する管理	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
429	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	29	糖尿病網膜症手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
430	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0	30	糖尿病予備群の者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごとに拡大)	厚生労働省(e-Stat)	ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c(NGSP)値が6.0%以上、6.5%未満で、“糖尿病が強く疑われる人”以外の入	

431	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	31	糖尿病が強く疑われる者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごと)に1回拡大調査	厚生労働省(e-Stat)	ヘモグロビンA1c(NSP)値が6.5%以上、又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者の数		
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
432	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	32	新規人工透析導入患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
433	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	33	低血糖患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
434	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	34	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
435	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	35	糖尿病患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	糖尿病による年齢調整死亡率		
436	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	S	36	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	都道府県	NDB	R1年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	『令和元年厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より』	
437	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	37	糖尿病患者の新規下肢切断の件数	都道府県	NDB	R1年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	『令和元年厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より』	
601	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	1	運用救命救急士数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	消防庁	資格別救命救急隊員数(救命救急士)	○平成30年版救急・救助の現状 第9表 都道府県別の救命救急士運用状況  ○平成30年版救急・救助の現状 別表12 応急手当書普及啓発講習活動状況  ○平成30年版救急・救助の現状 別表2の1 都道府県別救命救急士運用状況  ○平成30年版救急・救助の現状 別表7 都道府県別傷病程度別搬送人員及び構成比  ○平成26年度厚生労働科学研究費補助金「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的救急医療の普及と啓発に関する研究」(主任研究者：坂本哲也 先生) 研究報告書	
602	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	2	住民の救命救急生法講習の受講率	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	普通上級講習の人口1万人あたりの受講者数		
603	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	3	救急車の運用数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	救急車の台数		
604	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	4	救急搬送人員数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	搬送人員数		
605	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	5	AEDの設置台数	都道府県	AEDの普及状況(救命医療財団)	H30年	H16~30年までの累積	救命医療財団	AEDの公共施設における設置台数		

606	救急	救急	救急医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	再掲	S	6	救急担当専任医師数・看護師数	都道府県	救命救急センターの評価結果	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	救命救急センターの救急担当専任医師数、看護師数	二次救急医療機関の救急担当専任医師数・看護師数については、必要に応じて各都道府県で独自調査
607	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	7	救命救急センターの救急	市町村	医療施設調査(静態)	H30年	3年毎	個票集計等	「救命救急センター」を有する医療機関数	
608	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	8	特定集中治療室のある医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H30年	3年毎	個票集計等	ICU(集中治療室)を有する施設数、病床数	
1D	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	重点指標	SPO		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
609	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	9	2次救急医療機関数	都道府県	救急医療体制に関する調査	H30調査(H30.4.1時点)	毎年	厚生労働省	病院群輪番制病院及び共同利用型病院の救急医療施設等稼働状況	救急医療体制に関する調査(別紙2)救急医療施設等稼働状況
610	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	10	初期救急医療施設数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票集計等	「初期救急医療体制」*が有の施設数 *比較的軽症な急病患者の診察を受け持つ休日・夜間急患センターと地区医師会の会員が当番制で診察を行う在宅当番医制	
611	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	11	一般診療所の初期救急医療への参画率	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票集計等	在宅当番制有りの施設数/診療所総数 *一般診療所(13)救急医療体制で「在宅当番医制」が有の施設数	
612	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	12	転機・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの救急	都道府県	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	院内外の連携を推進し、転院・転機の調整を行う者を専従で配置している救命救急センターの救急	
613	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	13	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	救急・救助の現状	H30年調査(H29実績)	毎年	厚生労働省	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	平成30年版救急・救助の現状 別表17 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数(都道府県別) 項目25 二次救急医療機関について、必要に応じて各都道府県で独自調査
614旧	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	救急車の受入件数①	都道府県	救命救急センターの評価結果	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員数	
614新	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	救急車の受入件数②	都道府県	都道府県調査(救急医療提供体制の現況)及び救命救急センターの現況(注へ)	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	各救急医療機関の年間救急車搬送受入件数	救命医療一二次救急医療機関、入院救急医療一二次救急医療機関、初期救急医療一二次救急医療機関における救急車受け入れ件数と整理 ※救命医療(三次救急医療機関)については、救急車の受入件数①と同じ、ただし、集計期間が異なる事に注意。
614新	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P		転院搬送の受入件数	都道府県	都道府県調査(救急医療提供体制の現況)	H30年度調査(H29年度実績)	毎年	厚生労働省	(他院からの)転院搬送の受け入れ件数	救命医療一二次救急医療機関、入院救急医療一二次救急医療機関、初期救急医療一二次救急医療機関における転院搬送受け入れ件数と整理

614 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療						都道府県	都道府県調査 (救急医療提供体制の 現況)	H30年度 調査 (H29年 度実績)	毎年	厚生労働省	(他府への) 転送の実施件数	救命医療・二次救急医療機関、入院救命医療・二次救急医療機関、初期救急医療・初期救急医療機関における転送実施患者数と整理。現状では初期救急医療機関しかデータ無し。 今後、病状報告もしくは救急医療提供体制の現況等において、R2調査からR3のデータアップからの対応を想定
615	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P	●	15	転送の実施件数	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H30年 (H29実 績)	毎年	厚生労働省	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	〇平成30年版救急・救助の現況 別表9の1 病院収容所要時間別搬送人員の状況 
1D	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲			指標名	指標名	小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
616	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P	●	16	救急事例の件数	受入困難事例の件数	都道府県	平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果	H30年	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数	〇令和元年度 救急業務のあり方に関する検討会 参考資料1 平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果 (重症(長期入院)以上傷病者)現場滞在時間区分ごとの件数
617 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		17	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメテイヤカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメテイヤカルコントロール協議会の開催回数	都道府県	都道府県調査	随時	厚生労働省	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメテイヤカルコントロール協議会の開催回数	必ずしも全ての関係者が揃って開催された回数ではない。多職種連携会議については、メテイヤカルコントロール協議会以外に都道府県が主催した会議をカウントするものとして、R2調査から周知を検討	
618 追記	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		18	救命救急センター充実度評価S及びAの割合	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	都道府県	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	H30年調査 (H30実績)	毎年	厚生労働省	充実度評価S及びAの救命救急センターの救急救急センター総数*救命救急センターの診療体制や患者受け入れ実績に基づいた評価	
619	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		19	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDBを月別・指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
620	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	0	●	20	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後	都道府県	救急・救助の現状	H30年 (H29実 績)	毎年	厚生労働省	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後生存率と1ヶ月後社会復帰率	〇平成30年版救急・救助の現況 別表18 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後生存率(10力年比較、都道府県別)  
701	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S		1	病院の耐震化率	病院の耐震化率	都道府県	都道府県調査	随時	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
702	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S	●	2	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	数値が100%を達成したため、参考値とする	
703	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S		3	複数の災害時の通信手段の確保率	複数の災害時の通信手段の確保率	都道府県	都道府県調査	随時	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		

704	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	S	4	多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
705	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							S	S	5	災害拠点病院以外の医療機関における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤				重点指標			指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
706	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							S	S	6	広域災害・救急医療情報システム(EHIS)へ登録率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム(EHIS)への登録状況	
707	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							S	S	7	医療活動相互応援態勢に関する応援協定等を締結している都道府県数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	医療活動相互応援態勢にかかわる応援協定の締結先となる都道府県数	
708	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							S	S	8	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	
709	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							S	S	9	災害時小児周産期リエゾン任命者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエゾンの任命を受けた医療従事者数	
710	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							S	S	10	災害医療コーディネーター任命者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害医療コーディネーターの任命を受けた医療従事者数	
711	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							P	P	11	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
712	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県							P	P	12	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	

713	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県		P	●	13	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネーターネットワーク機能の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握している状況	
714	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P	●	14	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医師会、都道府県消防本部、都道府県警察、保健所、市町村等（消防、警察、保健所、市町村等）の連携の確認を行う災害訓練の実施回数及び回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握している状況		
ID	分野	① 病期医療機能	② 病期医療機能	③ 病期医療機能	再掲	SPD	重点指標	指標名	最小単	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
715	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P		15	医療従事者に対する「災害医療教育の実施回数」	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	都道府県が実施する医療従事者向けの実施回数		
716	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P		16	地域住民に対する「災害医療教育の実施回数」	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	都道府県が実施する地域住民向けの実施回数		
717	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P	●	17	被災した状況を想定した災害運動訓練を実施した病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握している状況		
718	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P		18	基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握している状況		
801	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		1	へき地における診療所数・病床数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
802	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		2	へき地における歯科診療所数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
803	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		3	過疎地域等特定診療所数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
804	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		4	へき地診療所の医師数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
805	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		5	へき地における医師以外の医療従事者数（歯科医師、看護師、薬剤師等）	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	



806	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	6	へき地医療拠点病院数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
807	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	病期医療機能⑤	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		S		7	へき地医療に關して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
808	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	病期医療機能④	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		S		8	へき地医療支援機構の数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考												
809	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		S		9	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
810	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		S		10	へき地医療に従事する地域社医師数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
811	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	11	へき地における巡回診療の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
812	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	12	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
813	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	13	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
814	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	14	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数、延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
815	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	15	へき地医療拠点病院からへき地の医師派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
816	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	16	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
817	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	17	遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
818	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	18	協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
819	へき地	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地支援医療	へき地診療	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援	行政機関等の支援		P	●	19	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)の確保の検討回数	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	

へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能	再掲	SPD	重点指標	都道府県	調査年・時点	調査周期	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況。主要3事業の実施回数の合計が年間12回以上の医療拠点病院の割合
820	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能①		P ●	20	都道府県	へき地医療現況調査	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況。主要3事業の実施回数の合計が年間12回以上の医療拠点病院の割合。指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数を指す。
821	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能②		P ●	21	都道府県	へき地医療現況調査	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況。必須事業の実施回数の合計が年間1回以上の医療拠点病院の数を指す。指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数を指す。
ID	分野	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤		SPD		最小集計単位	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
901	周産期	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	1	都道府県	医師・歯科医師・薬剤師調査	2年毎	厚生労働省 (e-Stat)	主たる診療科を、産科、産婦人科、婦人科としている医師数	
902	周産期	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	2	市町村	医療施設調査 (静態)	3年毎	個票解析等	分娩を取り扱っている担当医師数	
903	周産期	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	3	都道府県	専門医 (新生児、母体、胎児) の認定状況 (日本周産期・新生児医学会HP)	随時	日本周産期・新生児医学会	日本周産期・新生児医学会が認定した専門医の数	
904	周産期	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	4	市町村	医療施設調査 (静態)	3年毎	個票解析等	「分娩の取扱」有りの担当医師数 (常勤換算)	衛生行政報告例では就業助産師数が把握可能
905	周産期	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	5	都道府県	アトランス助産師、新生児集中ケア認定看護師数	随時	日本助産師会、日本看護協会	クリニカルリーダーレベルの認定を受けた助産師数、新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数	
906	周産期	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	6	市町村	分娩を取り扱う医療機関の種別	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「分娩の取扱」の院内助産師が有る施設数、分娩を取り扱う助産師数	

907	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	NICUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個別解析等	NICU(新生児治療室)を有する病院数・施設数		
908	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援	病期医療機能④		S		NICU専任医師数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	日中に主にNICU及びGCUを担当する小児科・新生児医師数		
1D	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤				指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
909	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		GCUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個別解析等	GCUを有する施設数		
910	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		MFIUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個別解析等	MFIU(母胎胎児集中治療室)を有する病院数・病床数		
911	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A237ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	
912	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		災害時業務継続計画策定割合	都道府県	馬産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	業務継続計画(BCP)を策定している医療機関数		
913	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援	別件		S		災害時小児周産期リエンジニアリング認定任命者数	都道府県	都道府県	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエンジニアリングの認定任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。		
914	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関の数	都道府県	NICU等長期入院児支援事業	H27年	毎年	都道府県	NICU等長期入院児支援事業で補助金の補助対象となっている、乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関数	事業調査で把握している医療機関数となるので、事業として認定されていないが、乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関を都道府県で把握している場合はその数値を活用しても良い	

915	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			P	●	15	分娩数	市町村	医療施設調査(動態)	H26年	3年毎	個別統計等	(分娩数(帝王切開件数を含む)÷人口)**×10万 ※手術等の実施状況の「分娩」の実施件数 ※15-49歳女性人口	
916	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		P			16	産後訪問指導実施数	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	平成27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数	
1D	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	重点指標	SPO			指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
917	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		17	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターで取り扱う分娩	周産期母子医療センター以外で取り扱う分娩数は、分娩数から当該指標の分娩数を引いた数で算出可能
918	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		18	NICU入室児数	市町村	医療施設調査(動態)	H26年	3年毎	個別統計等	NICU(新生児集中治療室)の9月中の取扱患者延数	
919	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			P		19	NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	

920	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援				P	●	20	母体・新生児搬送率 母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査 ・周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦（分娩直後の専府を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数</li> <li>・都道府県内搬送率＝母体・新生児外搬送件数/母体・新生児搬送数 (追加)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数(戻り搬送を除く)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数(戻り搬送を除く)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦（分娩直後の専府を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数</li> <li>・都道府県内搬送率＝母体・新生児外搬送件数/母体・新生児搬送数 (追加)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数(戻り搬送を除く)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数(戻り搬送を除く)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)</li> </ul>	母体・新生児県外搬送件数は、周産期医療体制調より引用 消防庁の調査における搬送人員は、妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない。
921	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援				P	●	21	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数(周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった母体・新生児の搬送件数)	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関に受入の照会を行った回数が4套以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数(追加)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった母体の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった新生児の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関に受入の照会を行った回数が4套以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数(追加)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった母体の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)</li> <li>・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった新生児の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)</li> </ul>	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	再掲	重点指標	SPD				指標名	最小計算単位	調査名等	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
922	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		0	0		●	22	新生児死亡率	都道府県	人口動態調査	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	新生児死亡：生後4週間未満の死亡		
923	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		0	0		●	23	周産期死亡率	都道府県	人口動態調査	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	周産期死亡：妊娠22週(164日)以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの		
924	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		0	0		●	24	妊産婦死亡率、死亡原因	都道府県	人口動態調査	毎年	厚生労働省	妊産婦死亡数(都道府県別) 死因別妊産婦死亡数(全国値)		

925	周産期	低リスク分娩	地域・周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	0	●	25	NIQU, GOU長期入院患者数	都道府県	周産期医療体制調査	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNIQU・GOUに1年を超えて入院している患者数	指標に基づき診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
926	周産期	低リスク分娩	地域・周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	S			ハイリスク妊産婦連続指導料1・2届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	毎年	毎年	厚生労働省	B005-10_B005-10-2 ハイリスク妊産婦連続指導料1・2の届出医療機関数	
1001	小児	地域・相談支援等	小児地域医療センター	小児地域医療センター	S	●	1	小児急病子ども医療電話相談の回線数・相談件数	都道府県	都道府県調査	H27年度	毎年	都道府県	子ども医療電話相談の最大回線数・相談件数	
1002	小児	地域・相談支援等	小児地域医療センター	小児地域医療センター	S		2	小児に対応している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個県統計等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	
1003	小児	地域・相談支援等	小児地域医療センター	小児地域医療センター	S		3	小児科を標榜する病院・診療所数	市町村	医療施設調査(特設)	H26年	3年毎	個県統計等	主たる診療科目で「小児科」を標榜している施設数と専科で「小児科」を標榜している施設数の合計	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	再掲	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1004	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	S		4	小児歯科を標榜する歯科診療所数	都道府県	医療施設調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	診療科目で「小児歯科」の歯科診療所数	
1005	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	S		5	小児科医師数(医療機関別)	市町村	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省	主たる診療科を小児科としている医師数	
1006	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	S		6	夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1007	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	S		7	小児地域支援病院数	一次医療圏	小児医療提供体制前に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域連携小児科診療所リスト	

1008	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	再掲	SPO				8	小児地域医療センター数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域連携小児科候補病院リスト	
1009	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		S				9	小児中核病院数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域連携小児科候補病院リスト	
1010	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		S				10	PIOUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(機能)	H26年	3年毎	個療科等	PIOU(小児集中治療室)を有する病院数・病床数	
1011	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P				11	小児在宅人工呼吸器患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1012	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P				12	小児かかりつけ医受診率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	重点指標					指標名	最小集計単位	調査年等	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等		備考
1013	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P				13	緊急気管挿管を要した患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1014	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	●			14	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数が4全以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
1015	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P				15	特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数(18歳未満)、身体障害者手帳交付数(18歳未満)	都道府県	福祉行政報告例	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	障害児福祉手当受給者数	
1016	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P				16	救急入院患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

1017	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	0	●	17	小児人口あたり時間外外来受診回数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1018	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児科地域医療センター	小児中核病院	0	●	18	乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	乳児死亡率(出生千対) 月間乳児死亡率/(年間出生数×年換算係数)×1000	
1019	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	0	●	19	幼児・小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	市町村	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	15歳未満の死亡者数の集計	
1020	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S	●		災害時小児周産期リエンゾン任命者数	都道府県	都道府県		毎年	都道府県	災害時小児周産期リエンゾンの任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指針列との整合性に留意すること。
1021	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S			小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB仕様参照(①)ID:2062、No:85、86、②ID:2064、No:89、90	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	SPD	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1022	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S		2	小児二対一の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個別統計等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	在宅医療の指標として記載を一致させたのみ。
1023	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	P			小児の訪問診療を受けた患者数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB仕様参照(ID:2064、No:137、138)	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1024	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	P			小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個別統計等	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者	在宅医療の指標(ID:1126)と同じ。
1101	在宅	退院支援	急変時の対応	看取り		S		1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	市町村	医療施設調査(特設)	H29	3年毎	個別統計等	退院調整支援担当者が従事する施設数	
1102	在宅	退院支援	急変時の対応	看取り		S	●	2	退院支援を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出



1103	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		3	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1104	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		4	退院後共同指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1105	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		5	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1106	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	6	訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1107	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		7	在宅療養支援診療所数、病院数、医師数	市町村	診療報酬施設基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	0000 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病 院の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機 関数については、医療施設調査を基に集計 することを基本とする。ただし、医療施設 調査では把握できないものについては、診 療報酬の施設基準の届出状況を基に算出し ている。
1108	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	8	訪問看護事業所数、従事者数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎月	厚生労働省 (e-Stat)	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数 (患者数)、算定回数(頻度)、算定する 医療機関数を算出
1109	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		9	機能強化型の訪問看護ステーション数	市町村	訪問看護療養職に係る 訪問看護ステーション の基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	訪看 29-31 機能強化型訪問看護管理療養費 の届出施設数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標			指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・ 時点	調査 周期	情報源の公 表者等	集計定義等	備考
1110	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S			10	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション事業所数	市町村	介護サービス施設・事業 所調査	H29年度	毎年	個業統計等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施し ている事業所数	
1111	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S			12	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数 (患者数)、算定回数(頻度)、算定する 医療機関数を算出
1112	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S			13	在宅療養支援歯科診療所数	市町村	診療報酬施設基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	歯科 0001-3 在宅療養支援歯科診療所の届 出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機 関数については、医療施設調査を基に集計 することを基本とする。ただし、医療施設 調査では把握できないものについては、診 療報酬の施設基準の届出状況を基に算出し ている。
1113	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S			14	訪問薬剤指導を実施する薬局、診療所、病院数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数 (患者数)、算定回数(頻度)、算定する 医療機関数を算出
1114	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●		15	往診を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数 (患者数)、算定回数(頻度)、算定する 医療機関数を算出



1128	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	29	訪問薬剤管理指導を受けた者の数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1129	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	30	小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個県統計等	NDB 仕様参照	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者
1130	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	31	往診を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1131	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1132	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	看取り数(死亡診断書のみを含む)	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1133	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		在宅死亡者数	市町村	人口動態調査	H30年	毎年	個県統計等	人口動態調査のうち、介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡者数	医政局地域医療計画課による特別集計
1134	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		小児の訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個県統計等	NDB 仕様参照	
1135	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個県統計等	NDB 仕様参照	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	再掲	重点指標	SPO			指標名	最小集計単位	調査名等	調査・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1136	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	37	訪問口腔衛生指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個県統計等	NDB 仕様参照	

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）  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書

**【医療計画班】第7次医療の計画中間見直しに盛り込むに当たって必要な事項**

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）  
主任研究者 今村 知明（奈良県立医科大学 公衆衛生学）  
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 公衆衛生学）

研究要旨

当医療計画班では、平成30年度からの第7次医療計画の策定に向け、PDCAサイクルをより推進するための5疾病・5事業及び在宅医療における指標について、国で行われている「医療計画の見直し等に関する検討会」における議論にも合わせる形で、指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定やその根拠となるデータを整理したところである。

これまで医療計画は「5年を1期」であったが、平成26年施行の地域医療介護総合確保法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）により、医療・介護連携を進めるために、「6年を1期とする」医療計画に改めた。これにより平成30年度より「3年を1期とする」介護保険事業計画と歩調を合わせることが可能となり、計画間の整合性を図ることが可能となった。令和2年度は都道府県が医療計画の中間見直しの時期に該当することから、検討及び指標の策定にあたっては技術的な支援を行うこととする。

また、令和2年度は、保険者が介護保険事業計画を作成する年度であり、介護サービスの整備や供給量の推計を行うこととなる。このため、地域医療構想における病床機能分化・連携や在宅医療・介護の連携推進等との整合性を図ることが必要となる。

令和2年3月2日に「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」がなされ、医療計画における大きな見直しは第8次医療計画で実施することとなったが、令和2年度に都道府県が中間見直しを行う際の基礎的・科学的な資料等として活用されることが期待される。

研究協力者 田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）  
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部）  
研究協力者 西岡 祐一（奈良県立医科大学 公衆衛生学）  
研究協力者 菅河真紀子（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）

**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）に続く形で、第7次医療計画における、都道府県にとって有用であり、かつ、事業や結果（アウトプット）及び成果（アウトカム）につながると考えられる指標について、指標選定の考え方やその

活用方法、具体的な指標の選定やその根拠となるデータの整理等を行い、4疾病5事業および在宅（精神除く）における重要指標および参考指標を整理した。

令和2年度は都道府県が中間見直しの時期であることから、「医療計画の見直し等に関する検討会」の議論をふまえ、国の医療計画担当者との議論を重ね、指標の目的や集計仕様、データ取得の可能性、利活用の視点などを整理することを目的とした。

## B. 研究方法

中間見直しや指標活用方法の検討を行うに当たり、今回の研究目的の観点から以下の研究等について内容を整理した。

- ① 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療計画の評価と実効性の向上に関する研究」（主任研究者・河原和夫）
- ② 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「地域医療構想を第 7 次医療計画に盛り込むにあたって必要な事項」（平成 28 年度）（主任研究者・今村知明）
- ③ 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「医療計画の策定プロセス等に関する調査について」（平成 29 年度）（主任研究者・今村知明）

また、国の施策の観点を踏まえるため、令和元年 10 月以降に開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」の資料及び議事録、「とりまとめ」についても、可能な限りその方向性に合うよう留意した。

個別の指標の検討にあたっては、事業ごとに厚生労働省の担当者へのヒアリングを行ったうえで、適宜関係者と調整し、今後に向けた指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定や

その根拠となるデータを整理した。

## C. 研究結果

①、③については、都道府県へのアンケート調査を踏まえ、以下のような課題と考察が得られた。②については、本研究班の主任研究者である公立大学法人 奈良県立医科大学公衆衛生学講座のホームページで公表されているので参照されたい。

([http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/pdf/byosho\\_shihyo/1\\_shihyo\\_report\\_170405.pdf](http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/pdf/byosho_shihyo/1_shihyo_report_170405.pdf))

### <医療計画の課題>

- ・ 指標とそれがどのような事業や結果を生むかについて、都道府県は理解しにくいことが明らかとなった。
- ・ 「評価の実施状況」については、内部の委員会のみによって行われており、第三者委員会や住民や関係者から意見を求めた評価を行っているところは少なかった。
- ・ 数少ない都道府県の職員数であるにもかかわらず、多くの検討会を短期間で開催しなければならない。
- ・ 人事異動もあり、専門人材の確保や育成が困難である。

### <考察>

- ・ 指標が多すぎると、かえって施策の優先順位や目標が定まらず、計画自体がバランスを欠く恐れがある。
- ・ 対策を推進するためには、特に財政の裏付けが医療計画の実効性を担保するためにも不可欠である。
- ・ 今後は、在宅、そしてその背後に控える介護事業を考えると、市町村の役割の見直しや強化、都道府県との連携の強化も必要である。

### <直近の検討会の内容確認>

国における「医療計画の見直し等に関する検討会」については、第 15 回(令和元年 10 月 18 日)、第 16 回(令和元年 11 月 28 日)、第 17 回(令和 2 年 1 月 15 日)において医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ(案)が出された。それぞれにおける主な議題と論点は以下の通り。

#### <第 15 回> (令和元年 10 月 18 日)

(主な議事)

- 中間見直しを見据えた検討の進め方について
- 周産期医療・小児医療の現状と第 7 次医療計画における取組み状況等について

(資料内容)

##### ①周産期

- ・ 周産期について、圏域の設定については、精査・検証し、機能分化連携の点から、望ましいあり方を整理してはどうか。また、可能かどうかも含め、圏域の設定を評価する指標の導入を検討してはどうか。
- ・ 周産期医療の療育・養育支援の指標と小児医療や在宅医療に用いられる指標について、それぞれの成育過程にあわせて整えてはどうか。

##### ②小児

- ・ 小児について、各都道府県の小児医療体制の整備について、小児医療の関係団体、各医療機関種の医療従事者、行政、住民等が継続的に議論するために、小児医療に係る協議会を定期的に開催するとともに、地域医療構想、在宅医療等に係る協議会との整合性に留意するよう、見直してはどうか。
- ・ 小児の適正受診を促す取組や小児在宅医療は重要な課題であり、これらに関する目標指標を採用する都道府県が、目標達成のために実施している取組とその経過について経時的に情報収集するとともに、好事例について

は、他の都道府県にも情報提供してはどうか。

#### <第 16 回> (令和元年 11 月 28 日)

(主な議事)

- 医療計画の中間見直しにおける議論の整理(救急医療)
- へき地医療について
- 第 7 次医療計画の策定指針の中間見直しについて(がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病)

(資料の内容)

##### ①救急

- ・ 救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価する指標が必要ではないか。
- ・ 中間見直しにおいては、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価するために、以下の対応を検討してはどうか。
- ・ 示された指標(案)
  - 地域で行われている多職種連携会議の開催回数
  - 中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数
  - 救急車の受入 件数
  - 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間

##### ②へき地

- ・ 「へき地医療拠点病院の中で主要 3 事業の年間実績が合算で 12 回以上の医療機関の割合」、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間 1 回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を 100%にすることを数値目標として提示し、まずはへき地医療拠点病院の主要 3 事業の推進を促してはどうか。
- ・ 現況調査における平成 29 年度実績で、必須

事業のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が直近の現状を確認するよう指針に明示してはどうか。

### ③がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病

- ・ がん、脳卒中、心血管疾患については、見直しの方向性は示されず。
- ・ 糖尿病の医療体制構築に係る指標について、厚生労働科学研究班（※）による知見や指標の把握方法等を踏まえ、以下の2指標を追加してはどうか。

※厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究（研究代表者：東京大学 門脇孝）」（2017年度～2019年度）

（案①）患者の新規下肢切断術の件数 合併症治療のアウトカム指標）

（案②）1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数 合併症予防を含む専門治療のストラクチャー指標）

## <第17回>（令和2年1月15日）

（主な議事）

- 小児医療について
- 在宅医療について
- 災害医療について
- 医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ（案）について

（資料の内容）

### ①小児医療

- ・ 災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、その任命を求めているが、まだ任命が進んでいないことから、災害指標との整合性を図りつつ「災害時小児周産期リエ

ゾン任命者数」を重点指標としてはどうか。

- ・ 地域において療養・療育支援が可能な体制を確保するために、在宅医療の指標例との整合性に留意し、小児の訪問診療を実施する医療機関の数、訪問診療を受けた患者数、訪問看護利用者数を把握するために以下の指標を追加してはどうか。
- ・ 示された指標（案）
  - 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
  - 小児の訪問診療を受けた患者数（都道府県単位の集計となる見込み）
  - 「小児の訪問看護利用者数」

### ②在宅医療

- ・ 在宅歯科医療の提供体制について近年、口腔ケア（口腔健康管理）が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔の健康と全身の健康との関係について指摘されており、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加してはどうか。
- ・ 小児医療と在宅医療のそれぞれの提供体制が整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、中間見直しにおいて「訪問診療を実施する診療所・病院」、「訪問診療を受けた患者数」のうち、小児15歳未満）についても指標例に追加してはどうか。

### ③災害医療について

- ・ 第15回「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」をふまえて、医療計画の中間見直しにおいては、「保健医療調整本部について指針に明示する」、「災害医療コーディネーターの記載について、活動要領を踏まえた内容とする」

### ④意見のとりまとめ（案）について

- ・ 第7次医療計画の中間見直しに必要な

「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめのたたき台が出された。

#### <中間見直しの検討経緯と関係者との打ち合わせ>

医療計画の検討会の進捗状況をふまえて、当医療計画班においては、指標の目的、データリソースの集計方法等の考え方について5事業および在宅の担当者との打ち合わせを行った。5疾病については糖尿病のみ関係者と打ち合わせを行い、精神を除き、指標の変更のない疾患については検討会資料のレビューにとどめた。中間見直しにおける精神を除く4疾病と5事業、在宅の検討経緯は次の通りである。

(がん)

##### ①中間見直しの方向性

第7次医療計画の中間見直し後も現在と同様の指標を継続して使用する。

第8次医療計画に向けて、「第4期がん対策推進基本計画」と並行して指標等の見直しを行う。

##### ②関係者とのやりとり

なし

##### ③指標の見直し

なし

(脳卒中) および (急性心筋梗塞)

##### ①中間見直しの方向性

第7次医療計画の中間見直し後も現在と同様の指標を継続して使用する。

令和元年12月に施行された「循環器病対策基本法」に基づき設置される循環器病対策推進協議会における議論や循環器病対策推進基本計画を踏まえて、第8次医療計画に向けた検討する。

##### ②関係者とのやりとり

なし

##### ③指標の見直し

なし

(糖尿病)

##### ①中間見直しの方向性

糖尿病足病変は下肢切断につながり、QOLの著しい低下を来すにも関わらず、アウトカム指標に設定されておらず、また、OECD「医療の質指標」でも国際比較項目として設定されていることから、NDB解析を用いて、都道府県毎に新規下肢切断術の件数を把握する。

第7次医療計画では1型糖尿病に関する目標が設定されておらず、1型糖尿病は合併症予防・QOL維持のために専門的な治療が必要となることが多い。そのため、1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数として「持続皮下インスリン注入療法(CSII)の管理が可能な医療機関数」を把握する。

##### ②関係者とのやりとり

『令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料』(研究代表者 東京大学 門脇 孝)を引用させていただき形で糖尿病の2指標を追加することとなった。(以下、引用一部加工)

##### ③指標の見直し

(追加指標)

ア. 「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」

(データリソース)

平成27年度から平成29年度のNDBデータ

(集計方法)

糖尿病薬処方が当該年度に1度以上あった患者で下肢大切断の診療行為を抽出(医科のSIレコード、DPCのSIレコード。CDレコード、SKレコードは除く。)

- ・K084 四肢切断術(大腿・下腿)
- ・K085 四肢関節離断術(股・膝・足・指)



(該当する診療行為コード)

コード	区分番号	診療行為コード	名称
K	84	150051610	四肢切断術(大腿)
K	84	150051710	四肢切断術(下腿)
K	84	150051810	四肢切断術(足)
K	84	150051910	四肢切断術(指)
K	85	150052210	四肢関節離断術(股)
K	85	150052310	四肢関節離断術(膝)
K	85	150052610	四肢関節離断術(足)
K	85	150052710	四肢関節離断術(指)

イ. 「糖尿病患者の新規下肢切断術の件数」

(データリソース)

(集計方法)

糖尿病薬処方が当該年度に1回以上あった患者で、診療行為よりシリンジポンプに関連する加算を抽出(医科のSIレコード、DPCのSIレコード、CDレコード、SKレコードを除く)

- ・C152 間歇注入シリンジポンプ加算
- ・C152-2 持続血糖測定器加算(シリンジポンプ付き)

上記の中でインスリン処方があった患者に限り集計を行った。

(該当する診療行為コード)

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	152	0	114022010	間歇注入シリンジポンプ加算(プログラム付き)
C	152	0	114004810	間歇注入シリンジポンプ加算(1以外)
C	152	2	114029070	持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ)
C	152	2	114029170	持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ以外)

(救急医療)

①中間見直しの方向性

救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価できるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。

災害に対応したインフラ整備等について、救命

救急センターに求められている医療機能を踏まえ、災害時においても高度な救急医療を提供できる体制を構築するために、災害拠点病院と同様に非常用自家発電設備や給水設備の保有を求める。具体的には、指針に以下を追記する。

災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機(備蓄する燃料含む)、受水槽(備蓄する飲料水含む)の保有が望ましい。

②関係者とのやりとり

「転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数」は重点指標に格上げする。

- ・「救命救急センター充実度評価S及びAの割合」についてこれまで「A」のみであったが、「S」を追記する。
- ・中間見直しで掲載できないのは、8次に向けて準備を進める

③指標の見直し

(追加指標)

ア. 「救急車の受入件数」

(データリソース)

「救急医療体制の現況調べ」

(集計方法)

これまで、救命救急センターを有する医療機関における年間受入救急搬送件数のみであったが、二次救急医療機関の年間救急車受入件数を指標として新たに追加する。初期救急医療機関における年間救急車受入件数は令和2年度以降の調査項目として検討する。

イ. 「転院搬送の受入件数」

(データリソース)

「救急医療体制の現況調べ」

(集計方法)

二次・三次救急医療機関(救命救急センターを除く)について、都道府県別に当番日(診療時間内)、当番日以外(診療時間内)、当番日(診療時間外)、

当番日以外（診療時間外）別に集計して、実施状況を把握できるようにする。

ウ. 「転院搬送の実施件数」

（データリソース）

救急医療提供体制現況調べ

（集計方法）

都道府県および二次医療圏別に在宅当番医制、休日夜間急患センターからの転院搬送の実施件数を集計し、初期救急の実施状況を把握する。転院搬送の実施件数について、現状は初期救急医療機関しかデータは無いが、二次救急機関については、令和2年度の調査項目とするように検討する。

（災害医療）

① 中間見直しの方向性

指標の見直しに関しては、「救急災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における議論等を踏まえて修正を反映する。具体的には、災害時には、特に都道府県等の自治体を中心となって対応を行うこととなるという観点から、災害医療教育の実施回数を指標に盛り込む。

災害発生時には、保健所（都道府県が設置するもの、区・市が設置するもの両方）が市町村や避難所等の医療を含む調整を行うため、都道府県レベルでの災害訓練の実施回数に、「保健所、市町村等」を追加し、保健所等と連携を取ることを明確化する。

② 関係者とのやりとり

集計することが時間的または物理的に困難なものは第8次医療計画での検討とする。

③ 指標の見直し

（追加指標）

ア. 「都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数」

イ. 「都道府県による地域住民に対する災害医療

教育の実施回数」

ウ. 「災害医療コーディネーター任命者数」

エ. 「災害時小児周産期リエゾン任命者数」

（データリソース）

上記のア～エについては、国が実施した調査結果を都道府県別で集計実施。

（修正指標）

ア. 「災害時の医療チーム等の受け入れを想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（警察、消防等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数」

※その重要性が高まることから、保健所、市町村等を追記修正する。

（削除指標）

ア. 「災害拠点病院における業務継続計画（BCP）の策定率」

全国で100%を達成したため指標から削除。ただし、都道府県へ配布する医療計画策定支援データブック（CD）については混乱を生じないようデータはそのまま収載する。

（へき地医療）

① 中間見直しの方向性

良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関を増やして行く。

「へき地医療拠点病院の中で主要3事業（※）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。

**※主要3事業**・・・へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣

少なくともへき地医療拠点病院の必須事業（※）の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくため、「へき地医療拠点病院の中でへき地

医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。

**※必須事業**

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- ・へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

第8次医療計画に向け、医師確保計画とへき地医療計画の連携、地域枠医師の役割について、引き続き整理する。

② 関係者とのやりとり

平成29年度へき地概況調査はある。欠損値はない。追加の2指標は今の現況調査を基に集計すれば可能である。

③ 指標の見直し

ア. 「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」（データリソース）

平成30年度へき地現況調査

（集計方法）

実施回数の主要3事業の合計が年間12回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数／指定年月日がH30.3.31以前のへき地医療拠点病院の数

イ. 「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」

（データリソース）

平成29年度へき地現況調査

（集計方法）

必須3事業の実施回数の合計が年間1回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院

の数／指定年月日がH30.3.31以前のへき地医療拠点病院の数

（周産期医療）

① 中間見直しの方向性

妊産婦に対する医療体制や精神疾患を合併した妊産婦への対応を評価する指標例について、精神疾患を合併する妊産婦への対応については、多職種が連携して患者に対応する体制を評価する指標として、ハイリスク妊産婦連携指導料1および2届出医療機関数を追加する。

妊産婦に対する医療体制については、活用可能で適切と考えられる指標例について、第8次医療計画に向けて検討していく。

「災害時小児周産期リエゾン認定者数」を重点指標にするとともに、災害医療の体制構築との整合性に留意した扱いとする。

第8次医療計画に向けて、災害医療コーディネーターとの連携を含む好事例の情報収集を行うとともに、災害医療の体制構築に係る検討の場等において、目指すべき在り方について検討する。

搬送に関連する指標例について、周産期医療機関の受入能力を評価する指標としては、消防機関による「搬送数」ではなく、周産期医療機関ごとの「搬送の受入数」が適切と考えられる点、現在の取得内容は妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない点、病院救急車等による搬送人員が把握できない点等を踏まえ、算出方法を見直す。

② 関係者とのやりとり

「ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数」は、検討会で追加の方向でという話になった。

消防庁のデータは母体と新生児を合算している。ドクターカーの新生児搬送件数が分からない。県を越えたかも分からない。都道府県の検討材料

にならないと思われる。

### ③ 指標の見直し

(追加指標)

「ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数」

(データリソース)

地方厚生局届出受理名簿(令和2年3月)より上記を届けている医療機関数を都道府県別にカウントする。

「災害時小児周産期リエゾン任命者数」

(※災害記載分の再掲)

(修正指標)

「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」

「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」

データリソースおよび集計仕様を変えていないが、算出方法とデータ取得方法を明確化した。巻末の資料1を参照のこと。

(小児医療)

#### ① 中間見直しの方向性

災害時小児周産期リエゾンについては、周産期医療における見直しの方向性と同様の観点から、小児医療の指標例に、重点指標として「災害時小児周産期リエゾン任命者数」を加える。

小児医療と在宅医療それぞれの提供体制が整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、小児医療の指標例に、「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」等を追加する。また、活用可能で適切と考えられる指標例について、第8次医療計画に向けて検討していく

#### ② 関係者とのやりとり

小児の在宅医療について、15歳未満もデータとしてあるが、30年度の数字は現在0か秘匿(一)されている。二次医療圏が出ても、市町村で推測できる場合も秘匿になる。指標としてあっても都道府県への実効性はどうか。

### ③ 指標の見直し

(追加指標)

「災害時小児周産期リエゾン任命者数」

災害および周産期指標と整合性を図り、かつ重点指標とする。

「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」

「小児の訪問診療を受けた患者数」

「小児の訪問看護利用者数」

(修正指標)

(新)「子ども医療電話相談の回線数・相談件数」

(旧)「小児救急電話相談の回線数・相談件数」

より名称の変更を行った。

(新)「小児の訪問看護をしている訪問看護ステーション数」

(旧)「小児の訪問看護を実施に対応している訪問看護ステーション数」より名称の変更を行った。

(在宅医療)

#### ① 中間見直しの方向性

「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」における議論の整理を踏まえ、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加する。

小児在宅医療の提供体制について、小児医療に係る体制整備と整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。近年、増加傾向にある医療的ケア児に必要な支援については、第8次医療計画に向けて検討する。

第8次医療計画に向けて、原則として設定する指標やアウトカム指標、多職種による在宅医療提供体制や地域性を踏まえた在宅医療提供体制、災害対応や介護との連携を含めた今後の在宅医療のあり方について、介護保険事業(支援)計画等の関連する計画と整合性を確保しながら検討する。

#### ② 関係者とのやりとり

中間見直しにあたっては、在宅医科歯科連携を

想定し、歯科を重点に置いて指標の追加を考えている。定義があいまいなものや分子分母をつくれないものは指標から除外する。

③ 指標の見直し

(追加指標)

ア. 「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」小児を参照。

イ. 「小児の訪問診療を受けた患者数」

ウ. 「機能強化型の訪問看護ステーション数」

(データリソース)

訪看 29-31 機能強化型訪問看護管理療養費の届出施設数

(集計方法)

件数も少ないことから、都道府県別に届出情報を集計する。

エ. 「在宅で活動する栄養サポートチーム (NST) と連携する歯科医療機関数」

(集計方法)

平成 29 年度 NDB 全国データより、以下の診療行為に該当する病院と診療所を合算し、二次医療圏単位で集計する。医療機関数および患者に関しては算定件数、算定回数の集計を行うこととする。

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	001	03	303005470	栄養サポートチーム等連携加算 1 (歯科疾患在宅療養管理料)
C	001	03	303005570	栄養サポートチーム等連携加算 2 (歯科疾患在宅療養管理料)
C	001	05	303007970	栄養サポートチーム等連携加算 1 (在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)
C	001	05	303008070	栄養サポートチーム等連携加算 2 (在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)

オ. 「歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数」

(集計方法)

平成 29 年度 NDB 全国データより、以下の診療行為に該当する病院と診療所を合算し、二次医療圏単位で集計する。医療機関数および患者に関しては算定件数、算定回数の集計を行うこととする。

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	000	00	303004270	歯科訪問診療補助加算 (在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合 (同一建物居住者以外の場合))
C	000	00	303004370	歯科訪問診療補助加算 (在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合 (同一建物居住者の場合))
C	000	00	303006970	歯科訪問診療補助加算 (イ以外の保険医療機関の場合 (同一建物居住者以外の場合))
C	000	00	303007070	歯科訪問診療補助加算 (イ以外の保険医療機関の場合 (同一建物居住者の場合))

カ. 「訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数」

キ. 「訪問口腔衛生指導を受けた患者数」

(集計方法)

平成 29 年度 NDB 全国データより、以下の診療行為に該当する病院と診療所を合算し、二次医療圏単位で集計する。医療機関数および患者に関しては算定件数、算定回数の集計を行うこととする。

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	001	0	303007310	訪問歯科衛生指導料 (単一建物診療患者が 1 人の場合)
C	001	0	303007410	訪問歯科衛生指導料 (単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合)
C	001	0	303007510	訪問歯科衛生指導料 (1 及び 2 以外の場合)

D. 考察

医療計画の PDCA サイクルを回し、地域住民の健康に寄与するためには、課題解決につながる施策群と、それぞれの施策を推し進めるための事業、

さらには事業の実施に必要な予算化である。都道府県の医療計画策定スケジュールがタイトであることを考えると、まずは優先する疾患・事業がある程度限定し、やれるところや重要な点から始めることが大切である。

指標の数が多くなって都道府県の業務負担となりすぎないように注意が必要である。

表1について、指標については、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標を重点指標（●印付き）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標を参考指標（印なし）とした。

また、5疾病5事業および在宅のデータ定義等については、表2を作成した。周産期については、データ取得方法と指標の算出方法について、参考資料1を掲載した。

なお、精神医療分野については、別途の研究班報告書に掲載されているので、そちらを参照されたい。

## E. 結論

今回、これまでの議論等を踏まえて医療計画の中間見直しに活用できる指標の選定及び開発を行った。都道府県の医療計画策定担当者には是非活用していただきたい。

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

参考資料1：

「周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」における、「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」及び「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」について

<添付資料>

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

表2 : 重点・参考指標一覧（集計定義等）

## F. 健康危険情報

なし（非該当）

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表  
なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし

2. 実用新案登録  
なし

3. その他  
なし

参考資料1 「周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」における、  
「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」及び  
「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」について

- 現在の指標例は、次回の医療計画の見直しまで修正及び削除できないが、都道府県の周産期医療体制の構築に資する、より適切なデータを提供するために、平成30年度のデータブックより、各指標について、以下に示す取得内容、出典資料名、取得方法により得られたデータも、これまでのデータとあわせて掲載することとする。

#### <現在の各指標の集計定義及びデータの入手元>

##### (1) 母体・新生児搬送数

- ・ 取得内容：妊婦（分娩直後の褥婦を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数
- ・ 出典資料名：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

##### (2) 母体・新生児都道府県内搬送率

- ・ 取得内容：母体・新生児県外搬送件数/母体・新生児搬送数
- ・ 出典資料名：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査  
周産期医療体制調

##### (3) 母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数

- ・ 取得内容：医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数
- ・ 出典資料名：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

#### <新たに提案する各指標の取得内容、出典資料名、取得方法>

##### (1) 母体搬送数

###### ① 取得内容：

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数（戻り搬送を除く）

###### ② 出典資料名：

平成29年度周産期医療体制調（平成28年度実績）

###### ③ 取得方法：

###### (ア) 計算式

$$\sum_{k=1}^n (\chi_1 - \chi_2)_k$$

###### (イ) 変数の定義

n：自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

$\chi_1$ ：平成29年度周産期医療体制調の「調査票1\_集計表」における、自都道府県内の

各周産期母子医療センターの「母体搬送受入数」(項番 72)

$\chi_2$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「母体戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 72-7)

## (2) 新生児搬送数

### ① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数(戻り搬送を除く)

### ② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

### ③ 取得方法 :

(ア) 計算式

$$\sum_{k=1}^n (\chi_3 - \chi_4)_k$$

#### (イ) 変数の定義

$n$  : 自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

$\chi_3$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児搬送の受入総数」(項番 38)

$\chi_4$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 41)

## (3) 母体都道府県内搬送率

### ① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)

### ② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

### ③ 取得方法 :

(ア) 計算式

$$\left( \sum_{k=1}^n (\chi_1 - \chi_2)_k - \chi_5 \right) / \sum_{k=1}^n (\chi_1 - \chi_2)_k$$

#### (イ) 変数の定義

$n$  : 自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

$\chi_1$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の



各周産期母子医療センターの「母体搬送受入数」(項番 72)

$\chi_2$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「母体戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 72-7)

$\chi_5$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【シート 2 : 項番 38-2 及び 72-2 関係】他都道府県からの新生児及び母体搬送受け入れについて。(平成 28 年度実績)」における、自都道府県の各周産期母子医療センターの「母体件数」欄の「計」の合計値

#### (4) 新生児都道府県内搬送率

① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)

② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

③ 取得方法 :

(ア) 計算式

$$\left( \sum_{k=1}^n (\chi_3 - \chi_4)_k - \chi_6 \right) / \sum_{k=1}^n (\chi_3 - \chi_4)_k$$

(イ) 変数の定義

$n$  : 自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

$\chi_3$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児搬送の受入総数」(項番 38)

$\chi_4$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1\_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 41)

$\chi_6$  : 平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【シート 2 : 項番 38-2 及び 72-2 関係】他都道府県からの新生児及び母体搬送受け入れについて。(平成 28 年度実績)」における、自都道府県の各周産期母子医療センターの「新生児件数」欄の「計」の合計値

#### (5) 母体搬送数のうち受入困難事例の件数

① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れることのできなかつた母体の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)

② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

③ 取得方法：

平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【別シート 1：項番 38-1 及び 72-1 関係】  
新生児及び母体搬送について（平成 28 年度実績）」における、自都道府県の各周産期母子  
医療センターの「母体」欄の「搬送受入不可件数」の合計値

(6) 新生児搬送数のうち受入困難事例の件数

① 取得内容：

自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れることのできなかった新生児の搬送  
件数（自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。）

② 出典資料名：

平成 29 年度周産期医療体制調（平成 28 年度実績）

③ 取得方法：

平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【別シート 1：項番 38-1 及び 72-1 関係】  
新生児及び母体搬送について（平成 28 年度実績）」における、自都道府県の各周産期母子  
医療センターの「新生児」欄の「搬送受入不可件数」の合計値

＜添付資料＞

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

別表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重要指標）

別表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(\*)令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より

(●)は重要指標

糖尿病患者の新規下肢切断の件数(\*)

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※別表5は精神のため欠番

救護	救命医療		入院救急医療		初期救急医療		救命後の医療	
	運用救急救命士数	救急担当専任医師数・看護師数	救急救急センター数	2次救急医療機関数	初期救急医療施設数	●	転棟・退院調整をする者を 常時配置している 救命救急センターの数	
ストラクチャー	住民の救急蘇生法の受講率	救命救急センター数	2次救急医療機関数		一般診療所の 初期救急医療への参画率			
	救急車の運用数	特定集中治療室のある 医療機関数						
	● 救急搬送人員数							
	AEDの設置台数							
プロセス	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、 一般市民により除細動が 実施された件数	救命救急センター 充実段階評価S及びAの割合					緊急入院患者における 退院調整・支援の実施件数	
			救急車の受入件数					
			転院搬送の受入件数					
			転院搬送の実施件数					
	●		救急要請(算知)から救急医療機関への 搬送までに要した平均時間					
●		受入困難事例の件数						
	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメデイカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数							
アウトカム	● 心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後							

(●は重要指標)

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)



別表8 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援	
	へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数
	へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数
ストラクチャー	過疎地域等特定診療所数				
	へき地診療所の医師数				
	へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)				
プロセス	● へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数、延べ受診患者数	●	協議会の開催回数
	● へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数
	● へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		
		●	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況		
		●	へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	●	
		●	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	●	
アウトカム					

(●は重要指標)

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援
	産科・産婦人科・婦人科医師数		乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数
	分娩を取扱う医師数		
	日本周産期・新生児医学会専門医数		
	助産師数		
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数		
	分娩を取扱う医療機関の種類		
ストラクチャー	ハイリスク妊産婦連指導料1・2届出医療機関数		
		NICUを有する病院数・病床数	
		NICU専任医師数	
		GCUを有する病院数・病床数	
		MFICUを有する病院数・病床数	
		ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	
		業務継続計画策定医療機関数・策定割合	
		分娩数	
●	産後訪問指導実施数	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	
		NICU入室児数	
		NICU・GCU長期入院児数	
		● 母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	
		● 母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	
		● 新生児死亡率	● NICU・GCU長期入院児数(再掲)
		● 周産期死亡率	
		● 妊産婦死亡数・死亡原因	
アウトカム			
●	● 災害時小児周産期リエゾン任命者数		

\*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●)は重要指標

別表10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

● 重要指標  
● 災害時小児周産期エリゾン任命者数

\*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り		
	退院支援担当者配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数	●	
ストラクチャー	●	退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数						
		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数			在宅療養支援診療所・病院数、医師数				
		退院時共同指導を実施している診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数		
		退院後訪問指導を実施している診療所・病院数			機能強化型の訪問看護ステーション数				
			●	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数				
				歯科訪問診療を実施している診療所・病院数					
				在宅療養支援歯科診療所数					
				訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数					
				在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数					
				訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数					
プロセス	●	退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数		在宅ターミナルケアを受けた患者数		
		介護支援連携指導を受けた患者数	●	小児の訪問診療を受けた患者数			●		
		退院時共同指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数			(死亡診断のみの場合を含む)		
		退院後訪問指導を受けた患者数		●	訪問看護利用者数		在宅死亡者数		
				訪問薬剤管理指導を受けた者の数					
				小児の訪問看護利用者数					
アウトカム									

(●は重要指標)

表 2 重点・参考指標一覧 (集計定義等)

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
101	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
102	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	2	がん診療連携拠点病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧 (厚生労働省HP)	H28年度	毎年	厚生労働省	平成28年10月現在で、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の一覧	
103	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	3	認定看護師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門看護師の認定状況 (日本看護協会HP)	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会が認定したがん専門看護師の人数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん専門看護師の数を記載
104	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	4	専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門薬剤師の認定状況 (日本医薬学会HP)	H27年	毎年	日本医薬学会	日本医薬学会が認定したがん専門薬剤師の人数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん専門薬剤師の数を記載
105	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	5	放射線治療・薬物治療・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門医の認定状況 (日本がん治療認定医機構HP)	H27年	毎年	日本がん治療認定医機構	日本がん治療認定医機構が認定したがん治療認定医の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん治療認定医の数を記載
106	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	6	地域がん診療病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧 (厚生労働省HP)	随時	随時	厚生労働省	地域がん診療病院の指定を受けている医療機関の数	
107	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	7	がんリハビリテーション実施医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	H007-2 がん患者リハビリテーション料の届出をしている医療機関数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
108	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	8	末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	一次医療圏	診療報酬施設基準	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	0003 在宅がん医療総合診療料の届け出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
109	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	9	麻薬小売業免許取得薬局数	都道府県	麻薬・覚せい剤行政の概況	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	
110	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	10	相談支援センターを設置している医療機関数	一次医療圏	がん相談支援センター (がん情報サービスHP)	H27年10月	随時	国立がん研究センターがん対策情報センター	相談支援センターを設置している医療機関数	
111	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	11	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票解析等	緩和ケア病棟の有無、病床数	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
112	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	12	緩和ケアチームのある医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票集計等	緩和ケアチームの有無	
113	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	13	外来緩和ケア実施医療機関数	一次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	B001-24 外来緩和ケア管理料の届出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
114	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	14	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	胃がん検診受診者数/調査対象者数 *胃がんの各検診を過去1年以内に受けた者数	
115	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	15	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数 *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の調査対象者数	
116	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	16	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
117	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	17	ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごと)に拡大調査	厚生労働省(e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者**/調査対象者 *1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者 **平成27年国民生活基礎調査(約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位区から世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
118	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	18	運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごと)に拡大調査	厚生労働省(e-Stat)	調査対象者のうち運動習慣のある者/調査対象者 *1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している調査対象者の割合	
119	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	19	野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごと)に拡大調査	厚生労働省(e-Stat)	国民健康・栄養調査食品群別表に基づき、調査対象者が調査日に摂取した野菜・果実の量	
120	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	20	食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごと)に拡大調査	厚生労働省(e-Stat)	調査対象者が調査日に摂取した食塩の量	
121	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	21	公費肝炎検査実施数	都道府県	特定感染症検査等事業(都道府県)、健康増進事業(市町村)	H22-26年度	毎年	厚生労働省	公費肝炎ウイルス検査実施件数	健康局がん・疾病対策調剤肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成14~19年度については、老人保健法に基づく老人保健事業で市町村において実施されていたが、データなし。

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
122	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		公費肝炎治療開始者数	都道府県	肝炎対策特別促進事業	H22-26年度	毎年	厚生労働省	肝炎治療受給者証交付枚数	健康ががん、疾病対策副官が実施推進において平成20年度以降把握しているデータ。平成20、21年度についてはインターフェロン治療のみ、平成22年度以降は核酸アナログ製剤治療が対象に加わった。
123	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		診療ガイドラインに基づく治療実施割合	全国	指標に見るわが国のがん対策の「標準的治療実施割合（標準的治療）」に準ずる	H24年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の「標準的治療実施割合（標準的治療）」に準ずる	DBCデータをを用いた解析であるため、医学的に妥当な理由で標準治療が実施されていない場合や、医療連携などにより施設間で治療が行われた場合は実際に反映されないという限界がある。
124	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
125	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		外来化学療法の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票集計等	手術等の実施状況の「外来化学療法」の9月中の実施件数	今後NDBで集計可能
126	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		放射線治療の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票集計等	放射線治療の実施状況で、「放射線治療（体外照射）」の9月中の患者数	今後NDBで集計可能
127	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		悪性腫瘍手術の実施件数	市町村	医療施設調査（静態）	H26年	3年毎	個票集計等	手術等の実施状況の「悪性腫瘍手術」の9月中の実施件数	今後NDBで集計可能
128	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		術中迅速病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
129	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		病理組織標本の作製件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
130	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		がんリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
131	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
132	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
133	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん患者指導の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
134	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	入院緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
135	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	外来緩和ケアの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
136	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	●	がん性疼痛緩和の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出
137	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数（患者数）、算定回数（頻度）、算定する医療機関数を算出

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
138	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	年齢調整罹患率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別の集計	
139	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		罹患者数	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別・年齢階級別の集計	
140	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		早期がん発見率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	進行度別局（上皮がん除く）の構成比	上皮がんの割合
141	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	がん患者の年齢調整死亡率	一次医療圏	人口動態特殊報告	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	悪性新生物の年齢調整死亡率	
142	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の死亡者数	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	個票解析等	死因分類に基づく死因ごとの死亡者数	(二次医療圏・がん種・性別・年齢階級別)
143	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	全国	指標に見るわが国のがん対策	H19年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A15a「拠点病院における5大がん（および他のがん）患者の5年生存率」に準ずる	相対生存率でも、死因調整生存率でもない
144	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の在宅死亡割合	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	在宅等でのがんによる死亡者数 *都道府県別の死因「悪性新生物」の在宅等（介護老人保健施設、自宅、老人ホーム）での死亡者数 **都道府県別の死因「悪性新生物」の全死亡者数	
201	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査（特設）	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
202	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		神経内科医師数、脳神経外科医師数	一次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省 (e-Stat)	従事する診療科等について、主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	
203	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（特設）	H26年	3年毎	個票解析等	SQJ（脳卒中ケアユニット）を有する施設数	
204	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A205-2 起急性期脳卒中加算の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。



ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
205	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	H001 脳血管疾患等リハビリテーション科(1)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
206	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査(大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数 *20歳以上の「毎日吸っている」 と吸っているの合計人数 *20歳以上の調査対象者数	
207	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
208	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年(4年ごと)に拡大調査	厚生労働省(e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者**/調査対象者*1日当たりのアルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者**平成27年国民生活基礎調査(約11,000単位の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位の世帯から層化無作為抽出した300単位の世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者	
209	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健康診断者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
210	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を標準人口で補正した値	
211	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢調整別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当ては算出したものの	
212	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	P		脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車」により搬送された患者数	
213	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	●	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
214	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
215	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
216	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
217	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
218	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	18	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
219	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	19	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
220	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	0	20	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数		
221	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	21	脳血管疾患患者の年間致死率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	厚生労働省(e-Stat)	脳血管疾患による年間致死率		
222	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	22	救急要請(通知)から医療機関への収容までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	消防庁	救急要請(通知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		
223	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	23	脳血管疾患により救急搬送された患者の割合	市町村	患者調査	H26年	個票解析等	脳血管疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数		
224	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	24	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	個票解析等	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数		
225	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	25	在宅等生活の場へ復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家族又は入院前の場所」と「在宅」の割合		
301	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査(特設)	H26年	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数		
302	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	2	循環器内科医師数、心臓血管外科医師数	一次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数		
303	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	3	心臓血管系集中治療室(CCU)を有する病院数、病床数	市町村	医療施設調査(特設)	H26年	個票解析等	CCU(脳卒中ケアユニット)を有する施設数		
304	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	4	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	診療報酬届出調査でも算出可能。	
305	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	5	心臓血管リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	厚生労働省	H000 心臓血管リハビリテーション(1)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
306	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	6	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	喫煙率(男性)＝喫煙者数/調査対象者数 *  *20歳以上の男性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数  *20歳以上の男性の調査対象者数	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
307	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	7	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)	市町村	NDB	H27年度	毎年	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
308	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	8	健康診断の受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	健康診断者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 *同調査の40歳~74歳の対象者数	
309	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	9	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受診率を標準人口に当てはめ算出したもの	
310	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	10	脂質異常症患者の年齢調整外来受診率	都道府県	患者調査	H26年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢調整別推計患者数から算出した都道府県別受診率を標準人口に当てはめ算出したもの	
311	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	P	11	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個県解州等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
312	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	12	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全輸送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	消防庁	心肺機能停止傷病者全輸送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	
313	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	13	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
314	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	14	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
315	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	15	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
316	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	16	入院心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
317	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	17	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
318	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	18	外来心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
319	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	0	19	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
320	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	20	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	虚血性心疾患による年齢調整死亡率	
321	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	21	救急要請(通知)から医療機関への取寄までに要した平均時間	都道府県	救急・救急救助の状況	H27年	毎年	消防庁	救急要請(通知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	
322	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	22	虚血性心疾患により救急搬送された患者の死亡率	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	虚血性心疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数	
323	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	23	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	
324	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	24	在宅等生活の場へ復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「在宅又は入院前の場所と異なる」患者の割合	
401	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	1	特定健診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	健診受診者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
402	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	2	特定保健指導実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するアンケート(厚生労働省HP)	H26年	毎年	厚生労働省	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果	
403	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	3	糖尿病内科(代謝内科)医師数	一次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、「糖尿病内科(代謝内科)」と届出をした医師数	
404	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	4	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数	市町村	医療施設調査(機能)	H26年	3年毎	個票集計等	主たる診療科目を「糖尿病内科(代謝内科)」と標榜している施設及び単科で「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している施設数の合計数	
405	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	5	教育入院を行う医療機関数	都道府県	教育入院を行う医療機関の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	随時	日本糖尿病協会	教育入院を行う医療機関数	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
406	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	⑤		S	6	糖尿病専門医数	都道府県	糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会HP)	随時	日本糖尿病学会	日本糖尿病学会により認定された糖尿病専門医数		
407	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	7	腎臓専門医数	都道府県	腎臓専門医(日本腎臓学会HP)	随時	日本腎臓学会	日本腎臓学会により認定された専門医数		
408	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	8	糖尿病登録医/療養指導医	都道府県	糖尿病登録医/療養指導医の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	日本糖尿病協会	日本糖尿病協会による、登録医/療養指導医の状況		
409	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	9	糖尿病療養指導士数	都道府県	糖尿病療養指導士の状況(日本糖尿病療養指導士認定機構HP)	随時	日本糖尿病療養指導士認定機構	日本糖尿病療養指導士認定機構により認定された指導士数		
410	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	10	糖尿病看護認定看護師数	都道府県	糖尿病看護認定看護師の認定状況(日本看護協会HP)	随時	日本看護協会	日本看護協会により認定された糖尿病看護認定看護師数		
411	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	11	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	厚生労働省	B001-1-27 糖尿病透析予防指導管理科届出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。	
412	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	12	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	厚生労働省	B001-1-20 糖尿病合併症管理科の届出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。	
413	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	13	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
414	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	14	糖尿病専門医数	都道府県	糖尿病専門医の認定状況(日本糖尿病学会HP)	H27年11月6日時点	日本糖尿病学会	日本糖尿病学会が認定した糖尿病専門医数		
415	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	15	糖尿病登録歯科医師数	都道府県	糖尿病登録歯科医師の認定状況(日本糖尿病協会HP)	随時	日本糖尿病協会	日本糖尿病協会が認定した歯科医師数		
416	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	16	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	H26年度	厚生労働省(e-Stat)	糖尿病分類「糖尿病」の都道府県別の年齢別推計患者数から算出した都道府県別受療率を標準人口に当てはめ算出したもの		
417	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	17	HbA1c検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
418	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	18	医療機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療を受けている人の割合	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごとに拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	「これまで医療機関や健診で糖尿病といわれたこと回答した者のうち、「インスリン注射または血糖を下げる薬の使用有」又は「現在糖尿病の治療の有」と回答した者	
419	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	19	尿中アルブミン(定量)検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
420	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	20	クレアチニン検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
421	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	21	精密測定検査の実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
422	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	22	血糖自己測定の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
423	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	23	内服薬の処方件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
424	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	24	外来栄養食事指導料の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
425	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	25	糖尿病透析予防指導の実施事件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
426	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	26	在宅インスリン治療件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
427	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	27	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
428	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	28	糖尿病足病変に対する管理	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
429	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	29	糖尿病網膜症手術件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
430	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			0	30	糖尿病予備群の者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごとに拡大)	厚生労働省(e-Stat)	ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c (NGSP) 値が6.0%以上、6.5%未満で、“糖尿病が強く疑われる人”以外の入	

431	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	31	糖尿病が強く疑われる者の数	全国	国民健康・栄養調査	H26年	毎年(4年ごとの拡大調査)	厚生労働省(e-Stat)	ヘモグロビンA1c(NSP)値が6.5%以上、又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者の数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
432	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	32	新規人工透析導入患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
433	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	33	低血糖患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
434	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	34	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
435	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	35	糖尿病患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省(e-Stat)	糖尿病による年齢調整死亡率	
436	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	S	36	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	都道府県	NDB	R1年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	『令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より』
437	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症	合併症	0	37	糖尿病患者の新規下肢切断の件数	都道府県	NDB	R1年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	『令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料より』
601	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	1	運用救急救命士数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	消防庁	資格別救急隊員数(救急救命士)	○平成30年版救急・救助の現状 第9表 都道府県別の救急救命士運用状況  ○平成30年版救急・救助の現状 別表7 都道府県別の救急救命士運用状況  ○平成30年版救急・救助の現状 別表12 応急手当普及啓発講習活動状況  ○平成30年版救急・救助の現状 別表2の1 都道府県別救急体制  ○平成30年版救急・救助の現状 別表7 都道府県別の傷病程度別搬送人員及び構成比  平成26年度厚生労働科学研究費補助金「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急医療の普及と啓発に関する研究」(主任研究者:坂本哲也 先生) 研究報告書
602	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	2	住民の救急蘇生法講習の受講率	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数	
603	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	3	救急車の運用数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	救急車の台数	
604	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	4	救急搬送人員数	都道府県	救急・救助の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	搬送人員数	
605	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	S	5	AEDの設置台数	都道府県	AEDの普及状況(救急医療財団HP)	H30年	H16~30年までの累積	救急医療財団	AEDの公共施設における設置台数	

606	救急	救急	救急医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	6	救急担当専任医師数・看護師数	都道府県	救命救急センターの評価結果	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	救命救急センターの救急担当専任医師数、看護師数	二次救急医療機関の救急担当専任医師数・看護師数については、必要に応じて各都道府県で独自調査
607	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	7	救命救急センターの救急	市町村	医療施設調査(静態)	H30年	3年毎	個票統計等	「救命救急センター」を有する医療機関数	
608	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	8	特定集中治療室のある医療機関数	市町村	医療施設調査(静態)	H30年	3年毎	個票統計等	ICU(集中治療室)を有する施設数、病床数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	重点指標	SPO		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
609	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	9	2次救急医療機関数	都道府県	救急医療体制に関する調査	H30調査(H30.4.1時点)	毎年	厚生労働省	病院診療科目病院及び共同利用型病院の救急	救急医療体制に関する調査＞【別紙2】救急医療施設等設置状況
610	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	10	初期救急医療施設数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票統計等	「初期救急医療体制」*が有の施設数 *比較対象は急性病者の診療を受け持つ休日・夜間急患センターと地区医師会の会員が当番制で診療を行う在宅当番医制	
611	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	11	一般診療所の初期救急医療への参画率	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票統計等	在宅当番制有りの施設数/診療所総数 *一般診療所(13)救急医療体制で「在宅当番医制」が有の施設数	
612	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		S	12	転機・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの救急	都道府県	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	院内外の連携を推進し、転院・転機調整を行う者を専従で配置している救命救急センターの救急	
613	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	13	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	救急・救急の現状	H30年(H29実績)	毎年	厚生労働省	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	平成30年版救急・救急の現状 別表17 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数(都道府県別) 項目25 二次救急医療機関について必要に応じて各都道府県で独自調査
614旧	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	救急車の受入件数①	都道府県	救命救急センターの評価結果	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員数	
614新	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	救急車の受入件数②	都道府県	都道府県調査(救急医療提供体制の現況)及び救命救急センターの現況(調べ)	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	各救急医療機関の年間救急搬送受入件数	救命医療・三次救急医療機関、入院救急医療・二次救急医療機関、初期救急医療・初期救急医療機関における救急車受入れ件数と整理 ※救命医療(三次救急医療機関)については、救急車の受入件数①と同じ。ただし、集計期間が異なる事に注意。
614新	救急	救急	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療		P	14	転院搬送の受入件数	都道府県	都道府県調査(救急医療提供体制の現況)	H30年度調査(H29年度実績)	毎年	厚生労働省	(他院からの)転院搬送の受け入れ件数	救命医療・三次救急医療機関、入院救急医療・二次救急医療機関、初期救急医療・初期救急医療機関における転院搬送受け入れ件数と整理





704	災害 災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	再掲	SPO	S	4	多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
705	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県	病期医療機能④	病期医療機能⑤				S	5	災害拠点病院以外の医療機関における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO			重点指標	最小単位の	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
706	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	S	6	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)へ登録率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録状況	
707	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	S	7	医療活動相互応援態勢に関する応援協定等を締結している都道府県数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	医療活動相互応援態勢にかかわる応援協定の締結先となる都道府県数	
708	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	S	8	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	
709	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	S	9	災害時小児周産期リエソンの任命者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害時小児周産期リエソンの任命を受けた医療従事者数	
710	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					S	S	10	災害医療コーディネーター任命者数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害医療コーディネーターの任命を受けた医療従事者数	
711	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P		11	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
712	災害	災害拠点病院以外の病院	都道府県					P		12	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	

713	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県		P	●	13	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネーターネットワーク機能の確認を行う災害訓練の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
714	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P	●	14	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察、保健所、市町村等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数及び回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		
ID	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小単位数	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
715	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P		15	医療従事者に対する「災害医療教育の実施回数」	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	都道府県が実施する医療従事者向けの実施回数		
716	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P		16	地域住民に対する「災害医療教育の実施回数」	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	都道府県が実施する地域住民向けの実施回数		
717	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P	●	17	被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		
718	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県	P		18	基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		
801	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		1	へき地における診療所数・病床数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
802	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		2	へき地における歯科診療所数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
803	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		3	過疎地域等特定診療所数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
804	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		4	へき地診療所の医師数	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	
805	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	S		5	へき地における医師以外の医療従事者数（歯科医師、看護師、薬剤師等）	都道府県	へき地医療現況調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況	

806	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	6	へき地医療拠点病院数	都道府県	へき地医療現状調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
807	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	S	へき地医療に関する一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数	都道府県	へき地医療現状調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
808	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	S	へき地医療支援機構の数	都道府県	へき地医療現状調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
ID	分野	病期医療機能(1)	病期医療機能(2)	病期医療機能(3)	重点指標	重点指標	県小計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
809	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	S	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	都道府県	へき地医療現状調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
810	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	S	へき地医療に従事する地域医師数	都道府県	へき地医療現状調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
811	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	へき地における巡回診療の実施日数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
812	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
813	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
814	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
815	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
816	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
817	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
818	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状
819	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	行政機関等の支援	P	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数	都道府県	へき地医療現状調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現状調査の記入要領に準ずる	へき地医療現状調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現状

820	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPD	P	●	20	へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況、主要3事業の実施回数の合計が年間12回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数をH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数
821	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤		重点指標	P	●	21	へき地医療拠点病院の中でへき医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況、必須事業の実施回数の合計が年間1回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数をH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	重点指標	SPD	再掲	指標名	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考						
901	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	療養・療育支援	S			産科・産婦人科・婦人科医師数	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	主たる診療科を、産科、産婦人科、婦人科としている医師数							
902	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	療養・療育支援	S			分娩を取り扱う医師数	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	分娩を取り扱っている担当医師数							
903	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	療養・療育支援	S			日本周産期・新生児医学専門医数	専門医(新生児、母体、胎児)の認定状況(日本周産期・新生児医学会HP)	随時	随時	日本周産期・新生児医学会	日本周産期・新生児医学会が認定した専門医の数							
904	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	療養・療育支援	S			助産師数	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	「分娩の取扱」有りの担当医師数(常勤換算)	衛生行政報告例では就業助産師数が出産可能						
905	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	療養・療育支援	S			アトランス助産師、新生児集中ケア認定看護師数	学会等ホームページ	随時	随時	日本助産評価機構 日本看護協会	クリニカルガイドラインの認証を受けた助産師数(アトランス助産師)、新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数							
906	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	療養・療育支援	S			分娩を取り扱う医療機関の種別	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「分娩の取扱」の院内助産師が有る施設数 分娩を取り扱う助産師数							

907	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援									市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個別解析等	NICU(新生児治療室)を有する病院数・施設数	
908	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援									都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	日中に主にNICU及びGCUを担当する小児科・新生児医師数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考			
909	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		GCUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個別解析等	GCUを有する施設数				
910	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		MFIUを有する病院・病床数	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個別解析等	MFIU(母胎胎児集中治療室)を有する病院数・病床数				
911	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A237ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することとする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。			
912	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		災害時業務継続計画策定医療機関数・災害割合	都道府県	馬鹿期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	業務継続計画(BCP)を策定している医療機関数	災害時小児周産期リエンゾンの認定任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指針例との整合性に留意すること。		
913	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援	別件		S		災害時小児周産期リエンゾンの認定任命者数	都道府県	都道府県		毎年	都道府県					
914	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			S		乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関の数	都道府県	NICU等長期入院院外支援事業	H27年	毎年	都道府県	NICU等長期入院院外支援事業で補助金の補助対象となっている、乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関数	NICU等長期入院院外支援事業で補助金の補助対象となっていない、乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関数	事業調査で把握している医療機関数となるので、事業として認定されていなくても乳幼児、小児の在宅療養・療育を行う医療機関を都道府県で把握している場合はその数値を活用しても良い		

915	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			P	●	15	分娩数	市町村	医師施設調査(動態)	H26年	3年毎	個別統計等	(分娩数(帝王切開件数を含む)÷人口)**×10万 <math>10^5 \div \text{人口} \times \text{分娩数} \times 10^4</math>の 実施件数 **)15-49歳女性人口	
916	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		P			16	産後訪問指導実施数	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	平成27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	再掲	SPO	重点指標			指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
917	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		P			17	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	周産期母子医療センター以外で取り扱う分娩数は、分娩数から当該指標の分娩数を引いた数で算出可能
918	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		P			18	NICU入室回数	市町村	医師施設調査(動態)	H26年	3年毎	個別統計等	NICU(新生児集中治療室)の9月中の取扱患者延数	
919	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援		P			19	NICU・GCU長期入院回数	都道府県	周産期医療体制調	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	

920	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援					P	●	20	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査 ・周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	母体・新生児県外搬送件数、周産期医療体制調より引用 消防庁の調査における搬送人員は、妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない。 母体・新生児県外搬送件数は、周産期医療体制調より引用	
921	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援					P	●	21	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数（周産期母子医療センターが受け入れられなかった母体・新生児の搬送件数）	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査、周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	医療機関に受入の照会を行った回数が4套以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数（追加・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられなかった母体の搬送件数（自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。）・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられなかった新生児の搬送件数（自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。）	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標	指標名	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考				
922	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	新生児死亡率	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	新生児死亡：生後4週間未満の死亡					
923	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	周産期死亡率	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	周産期死亡：妊娠満22週（164日）以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの					
924	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	妊産婦死亡数、死亡原因	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省	妊産婦死亡数（都道府県別） 死因別妊産婦死亡数（全国値）					



925	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	0	●	25	NIQU、GOU、長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調査	H26年度	毎年	都道府県	周産期母子医療センターのNIQU・GOUに1年を超えて入院している児数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することとする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
926	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S			ハイリスク妊産婦連続指導料1・2届出医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	毎年	毎年	厚生労働省	B005-10、B005-10-2、ハイリスク妊産婦連続指導料1・2の届出医療機関数	
1001	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S	●	1	1	小児緊急子ども医療電話相談の回線数・相談件数	都道府県	都道府県調査	H27年度	毎年	都道府県	子ども医療電話相談の最大回線数・相談件数	
1002	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S		2	2	小児に対応している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個県別等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	
1003	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S		3	3	小児科を標榜する病院・診療所数	市町村	医療施設調査(特設)	H26年	3年毎	個県別等	主たる診療科目で「小児科」を標榜している施設数と単科で「小児科」を標榜している施設数の合計	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	SPO	重点指標			指標名	最小集計単位	調査名等	調査・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1004	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S		4	4	小児歯科を標榜する歯科診療所数	都道府県	医療施設調査	H26年	3年毎	厚生労働省(e-Stat)	診療科目で「小児歯科」の歯科診療所数	
1005	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S		5	5	小児科医師数(医療機関別)	市町村	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省	主たる診療科を小児科としている医師数	
1006	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S		6	6	夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1007	小児	地域・相談支援等	一般 小児医療	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	小児 地域医療センター	S		7	7	小児地域支援病院数	一次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域連携小児科補完病院リスト	

1008	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	再掲	S	8	小児地域医療センター数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域連携小児科候補病院リスト	
1009	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		S	9	小児中核病院数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	H27年4月	随時	日本小児科学会	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域連携小児科候補病院リスト	
1010	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		S	10	PIOUを有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(機能)	H26年	3年毎	個票解析等	PIOU(小児集中治療室)を有する病院数・病床数	
1011	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	11	小児在宅人工呼吸器患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1012	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	12	小児かかりつけ医受診率	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1013	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	13	緊急気管挿管を要した患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1014	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	14	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H27年度	毎年	消防庁	医療機関に受入の照会を行った回数が4全以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
1015	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	15	特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満)	都道府県	福祉行政報告例	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	障害児福祉手当受給者数	
1016	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院		P	16	救急入院患者数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

1017	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	0	●	17	小児人口あたり時間外来受診回数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1018	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児科地域医療センター	小児中核病院	0	●	18	乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	乳児死亡率(出生千分)〈N〉 月間乳児死亡率/(年間出生数×年換算係数)×1000	
1019	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	0	●	19	幼児、小児死亡率・死亡原因・発生場所・死亡場所	市町村	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	15歳未満の死亡者数の集計	
1020	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S	●		災害時小児周産期リネゾン任命者数	都道府県	都道府県		毎年	都道府県	災害時小児周産期リネゾンの任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指針列との整合性へ留意すること。
1021	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S			小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB仕様参照(①ID:2062、No.85、86、②ID:2064、No.89、90)	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	SPD	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1022	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S		2	小児に対しての訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個県別等	15歳未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	在宅医療の指標列と記載を一致させたのみ。
1023	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	P			小児の訪問診療を受けた患者数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB仕様参照(ID:2084、No.137、138)	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1024	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	P			小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個県別等	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者	在宅医療の指標列(ID:1126)と同じ。
1101	在宅	退院支援	急変時の対応	看取り		S		1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	市町村	医療施設調査(特設)	H29	3年毎	個県別等	退院調整支援担当者が必要とする施設数	
1102	在宅	退院支援	急変時の対応	看取り		S	●	2	退院支援を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

1103	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		3	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1104	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		4	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1105	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		5	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1106	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	6	訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1107	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		7	在宅療養支援診療所数、病院数、医師数	市町村	診療報酬施設基準	H31年3月1日	毎年	厚生労働省	0000 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病棟の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することとする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1108	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	8	訪問看護事業所数、従事者数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎月	厚生労働省(e-Stat)	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1109	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		9	機能強化型の訪問看護ステーション数	市町村	訪問看護事業に係る訪問看護ステーションの基準	H31年3月1日	毎年	厚生労働省	訪看 29-31 機能強化型訪問看護管理療養費の届出施設数	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1110	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		10	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション事業所数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個業統計等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1111	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		12	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1112	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		13	在宅療養支援歯科診療所数	市町村	診療報酬施設基準	H31年3月1日	毎年	厚生労働省	歯科 0001-3 在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することとする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。
1113	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S		14	訪問薬剤指導を実施する薬局、診療所、病院数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1114	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			S	●	15	往診を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

1115	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				在宅療養後方支援病院	市町村	診療報酬施設基準	H31年 3月1日	毎年	厚生労働省	後方支援病院の届出	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することとする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
1116	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	S ●	17	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数、従業員数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション数	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1117	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	S ●	18	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1118	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	S	19	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	ターミナル体制届出「あり」の訪問看護ステーション数		
1119	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P	20	退院支援(退院調整)を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1120	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P	21	介護支援連携指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1121	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P	22	退院時共同指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	重点指標 SPD		指標名	最小集計単位		調査名等	調査 周期 時点	調査 周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1122	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P	23	退院後訪問指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1123	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P ●	24	訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1124	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P	25	訪問歯科診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1125	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	P ●	26	訪問看護利用者数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1126	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	S	27	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
1127	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	S	28	在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	

1128	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	29	訪問認知管理指導を受けた者の数	市町村	NDB・介護DB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1129	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	30	小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H29年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者
1130	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	31	住診を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1131	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1132	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	看取り数(死亡診断書のみの場合を含む)	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1133	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		在宅死亡者数	市町村	人口動態調査	H30年	毎年	個票解析等	人口動態調査のうち、介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡者数	医政局地域医療計画課による特別集計
1134	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		小児の訪問診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	
1135	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標	SPO		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1136	在宅	在宅支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	37	訪問口腔衛生指導を受けた患者数	市町村	NDB	H30年度	毎年	個票解析等	NDB 仕様参照	

## 【医療計画班】 5 疾病 5 事業における指標の使用状況に関する第 6 次医療計画と 第 7 次医療計画の比較

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学 大学院政策科学分野）  
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部医療推進課）  
研究協力者 田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）  
研究協力者 菅河 真紀子（東京医科歯科大学 大学院政策科学分野）

### 研究要旨

現行の第 7 次医療計画は、NDB などのデータ等を用いて都道府県の各領域の医療課題を明確にしてそれを改善するための施策を立案し、実施していくこととされている。第 6 次の医療計画と比べると分析手法や施策体系がより一層進化していることが期待される場所である。

そこで本研究では第 6 次と第 7 次の医療計画における 5 疾病 5 事業に関して指標がどのように位置づけられているかを比較し分析した。

その結果、指標の選定や使われ方には都道府県間で差があることが確認できた。

都道府県内の医療機能や医療提供体制について指標を用いて分析し、科学的に論点を整理して課題を改善するための施策体系を提示することは、医療計画の実効性を向上させるためにも必要な事柄である。

今後、現行医療計画の中間評価や次期医療計画の策定に関する指標の位置づけや活用方策を考える必要がある。

### A. 研究目的

医療計画は都道府県における医療関連データの指標をもとに分析し、医療提供体制上の問題点を同定し、事業化を視野に入れた施策体系を提示するものである。また、その結果を評価して品質管理のサイクルを回しながら内容を改善していくものである。

しかし、多くの都道府県の医療計画では、記載されている内容は抽象的なものや国の補助事業を列記するなど、内容の乏しいものとなっている。

本研究は、第 6 次と第 7 次の医療計画における 5 疾病 5 事業に関して指標がどのように位置づけられているかを比較したものである。今後の医

療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的としている

### B. 研究方法

都道府県により公開されている第 6 次と第 7 次の医療計画を入手し、5 疾病 5 事業の記載内容を精査し、指標の活用状況を分析した。ただし、指標が記載されていないところも見られた。これらの都道府県については、指標に近い目標が記載されている場合は、それを指標に準じるものとして扱った。

## C. 研究結果

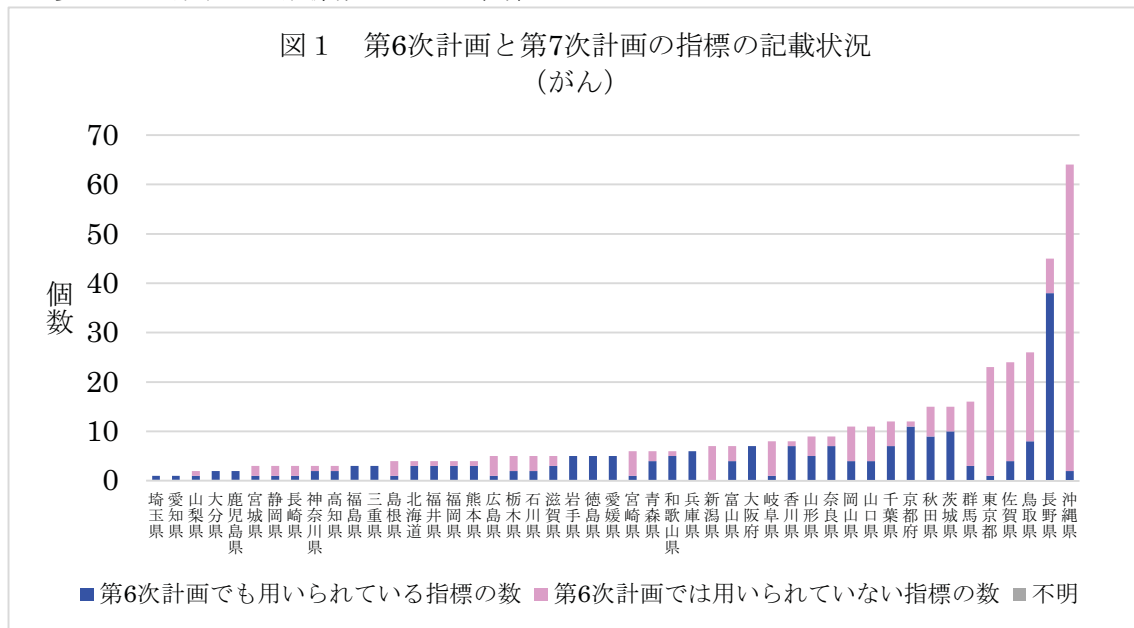
### 1. がん (図1、表1)

全国 47 都道府県で 437 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 9.30 個、中央値は 5.00 個、最も多く用いられていたのは沖縄県の 64 個、最も少なかったところは埼玉県と愛知県のみであった。図 1 のように指標の数では、沖縄県、長野県、鳥取県、佐賀県および東京都の数突出している。特に沖縄県、鳥取県、佐賀県、東京都では、第 7 次計画の指標は刷新されている。

多くの道府県では指標数は少なく、第 6

次計画の指標を踏襲しているところも多く見られる。

第 6 次計画にはあまりないが第 7 次計画の記載内容として多いものは、「拠点病院」の整備や「がんのリハビリテーション体制」の整備や「がん検診受診率 (部位別)」など機能の充実に関するものである。また「緩和ケア」に関するものも比較的よく記載されている指標である。第 6 次及び第 7 次計画を通じて多く用いられている指標は「がん検診受診率 (部位別)」「喫煙率」「精密検診受診率」である。



### 2. 脳卒中 (図2、表2)

全国 47 都道府県で 338 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 7.19 個、中央値は 5.00 個、最も多く用いられていたのは佐賀県の 28 個で次いで沖縄県の 23 個であった。最も少なかったところは愛知県、兵庫県、鹿児島県の 1 個であった。

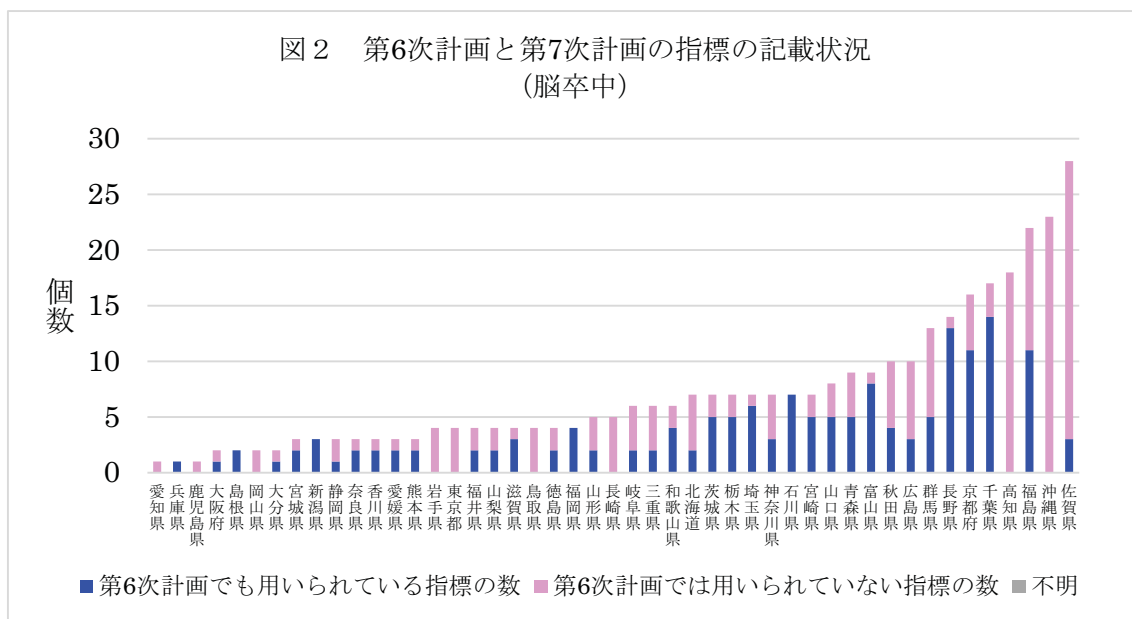
脳卒中に関しては、佐賀県、沖縄県、福島県、高知県、京都府、長野県などの第 7 次

計画での指標数は多かった。とりわけ佐賀県、沖縄県、高知県では第 7 次計画で新たな指標を採用している割合が群を抜いて高かった。一方、大半の都道府県では用いている指標数が多くない。しかし、長崎県、東京都、岩手県のように、第 6 次計画にこだわらず第 7 次計画では、新たな指標を採用しているところも見られた。

第 7 次計画では、「rt-PA 療法の実施件数」



など rt-PA 療法に関する指標、「脳血管内治療の実施件数」「在宅復帰率」「特定健診」に関することが指標として多く用いられていた。



### 3. 心血管疾患(急性心筋梗塞)(図3、表3)

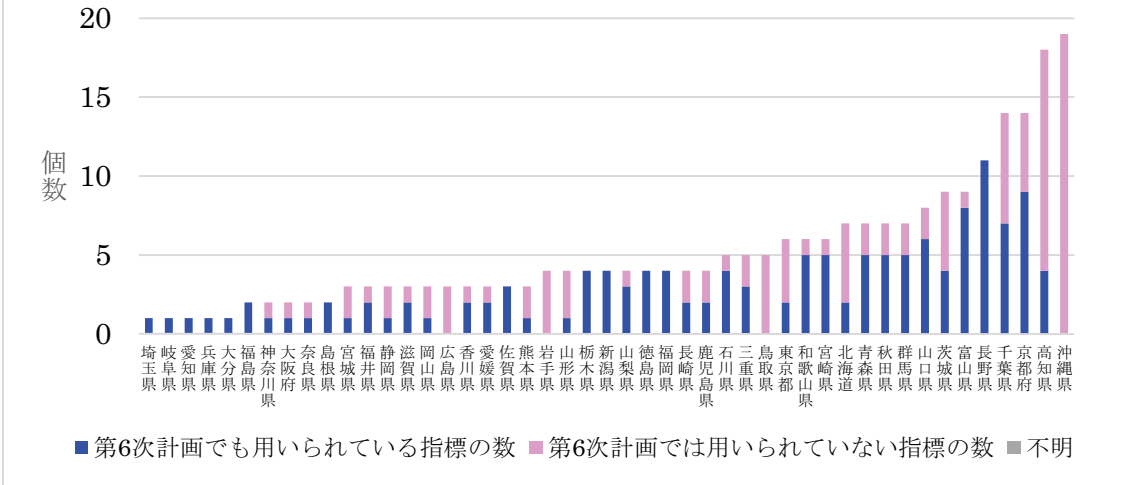
全国 47 都道府県で 244 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 5.19 個、中央値は 4.00 個、最も多く用いられていたのは沖縄県の 19 個、次いで高知県 18 個、千葉県 14 個、京都府 14 個、そして長野県 11 個であった。最も少なかったところは埼玉県、岐阜県、愛知県、兵庫県、大分県の各 1 個であった。

沖縄県、高知県、京都府、千葉県、長野県などで第 7 次計画では採用されている指標

が多かった。しかも、沖縄県、高知県では第 7 次計画では、新規の指標を採用している割合が高かった。心血管疾患に関しては、大半のところでは指標は 4 個程度しか用いられていない。しかも、心血管疾患では第 6 次計画で用いた指標を踏襲するところも多かった。

第 7 次計画では、「PCI が実施可能な医療機関数」「心血管リハビリテーション」「特定健診・特定保健指導実施率」「在宅復帰率」などの指標が増えていた。

図3 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況  
(心血管疾患(急性心筋梗塞))



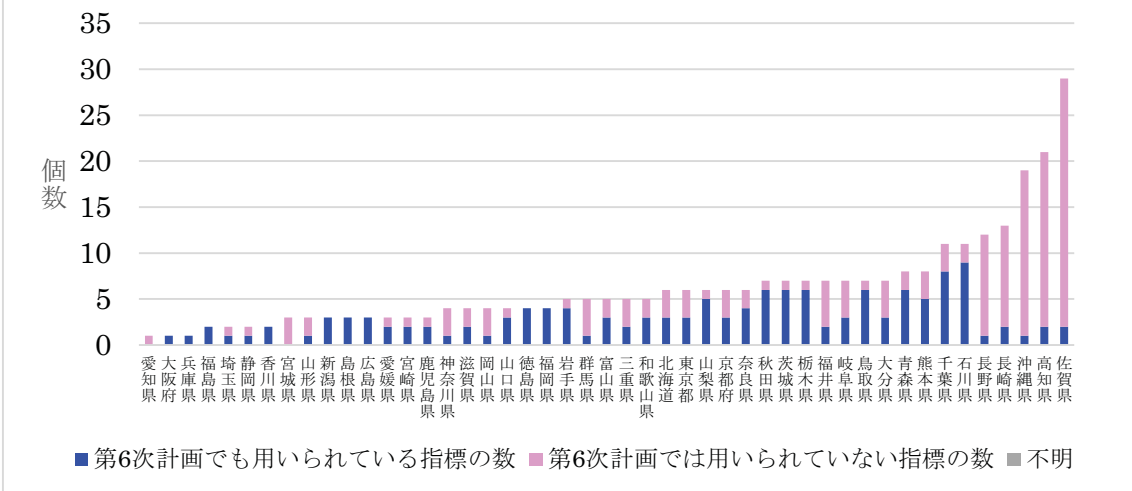
4. 糖尿病 (図4、表4)

全国 47 都道府県で 295 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 6.28 個、中央値は 5.00 個、最も多く用いられていたのは佐賀県の 29 個、次いで高知県 21 個、沖縄県 19 個であった。最も少なかったところは愛知県、大阪府、兵庫県の各 1 個

であった。

第 7 次計画では、佐賀県、高知県、沖縄県、長崎県、長野県、石川県、千葉県で使用している指標数が多かった。特に佐賀県、高知県、沖縄県、長崎県、長野県では新たな指標を採用していた。

図4 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況  
(糖尿病)



## 5. 精神疾患（図5、表5）

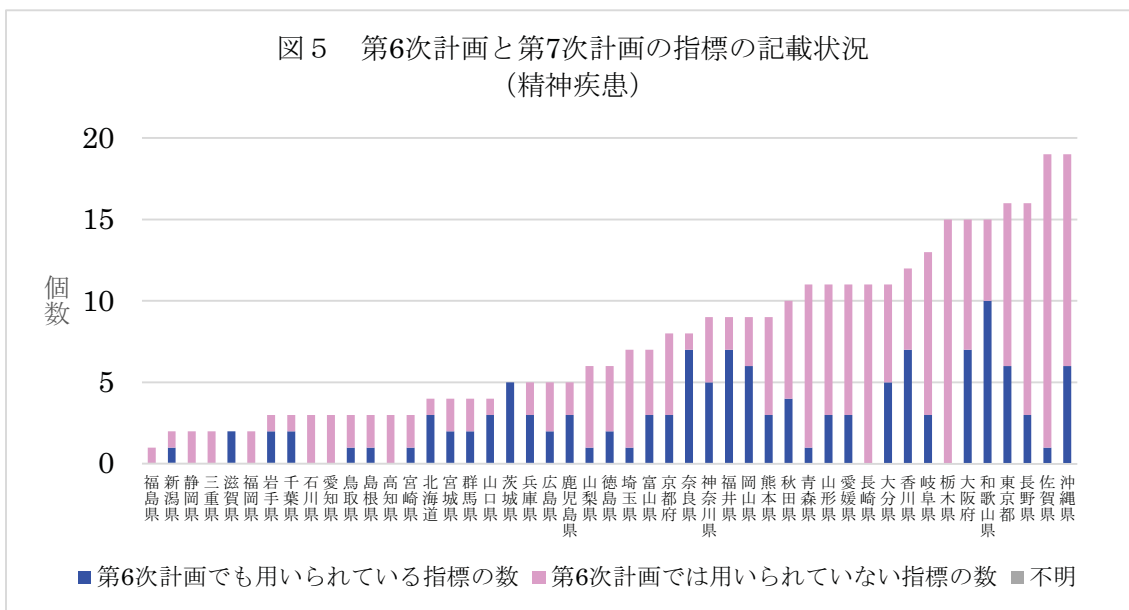
全国 47 都道府県で 354 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 7.53 個、中央値は 6.00 個、最も多く用いられていたのは佐賀県と沖縄県の 19 個、次いで東京都、長野県の 16 個、栃木県、大阪府、和歌山県の 15 個であった。最も少なかったところは福島県の 1 個、以下、新潟県、静岡県、三重県、滋賀県、福岡県の各 2 個であった。

第 7 次計画では、「DPAT」「かかりつけ医」「高次脳機能障害」「精神科救急医療精神病床における退院率（機能別）」「精神病床における入院患者数（機能別、年齢別、全数）」

「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数」「地域移行に伴う基盤整備量（全数、年齢別）」「治療抵抗性統合失調症治療」「認知症サポート」などに関する指標の記載が多かった。

第 7 次計画では標準偏差が 4.92 と他の疾病や事業より小さく、採用された指標数のバラツキが小さいことから採用された指標数の都道府県間格差は、他の事業や疾病系に比べてさほど大きくなかった。また、第 7 次計画では大半の都道府県で新たな指標が採用されていた。精神疾患でも沖縄県、佐賀県、長野県、東京都などは指標数が多かった。

図5 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（精神疾患）



## 6. 救急医療（図6、表6）

全国 47 都道府県で 393 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 8.36 個、中央値は 6.00 個、最も多く用いられていたのは石川県の 27 個、次いで山梨県の 25 個、佐賀県の 23 個、福井県の 22 個、福島県及び大分県の 21 個であった。最も少なかったところは岩手県、愛知県、奈良県、和

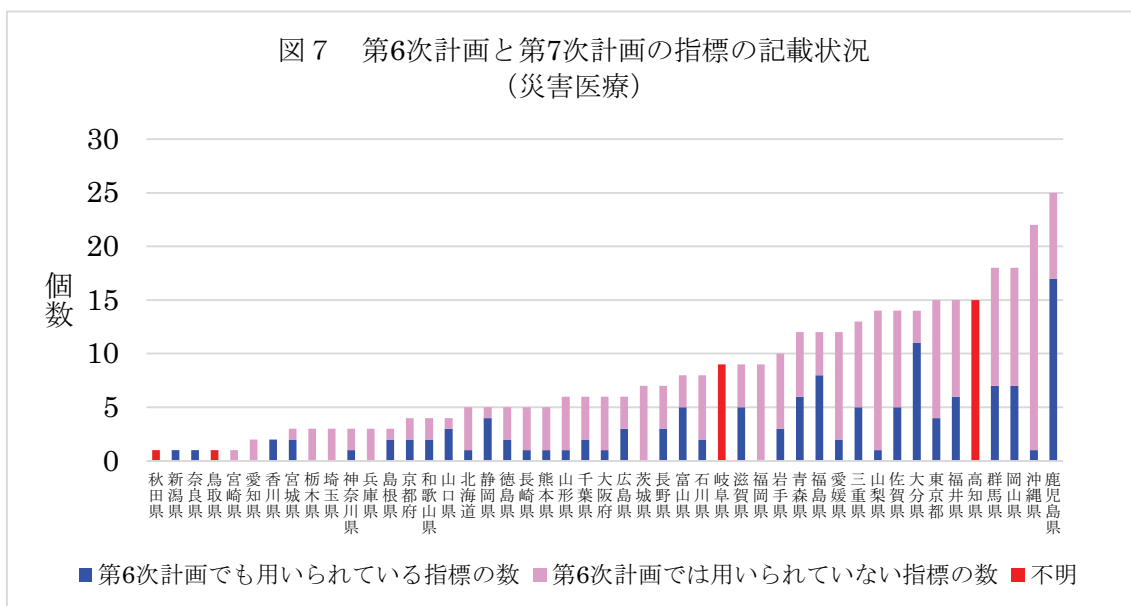
歌山県、島根県、岡山県、そして香川県の各 1 個であった。

前述のように第 7 次計画では、石川県、山梨県、佐賀県、福井県、大分県、福島県、富山県で採用された指標数が多かった。しかし、佐賀県以外は第 6 次計画から継続して用いている指標の割合が高かった。

また、第 7 次計画では、「救急要請（覚知）



図7 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況  
(災害医療)



8. へき地医療 (図8、表8)

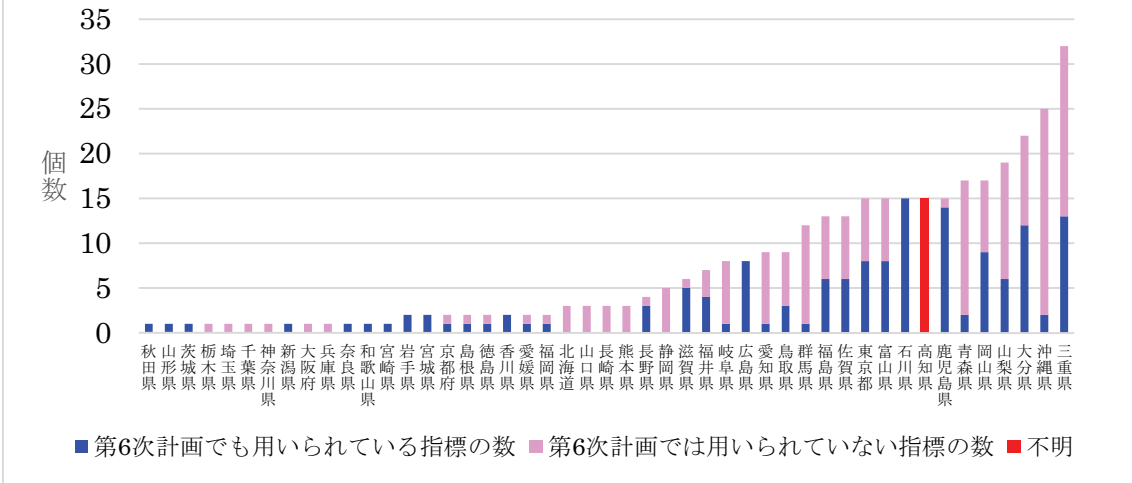
全国 47 都道府県で 342 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 7.28 個、中央値は 3.00 個、最も多く用いられていたのは三重県の 32 個、沖縄県の 25 個、大分県の 22 個、山梨県の 19 個、そして青森県と岡山県の 17 個であった。一方、少なかったところは、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、宮崎県の各 1 個であった。

へき地医療については、へき地が少ない都市部を抱える都道府県の記載が少なかった。へき地を抱える沖縄県の指標数は二番

目に多かったが、ここでも沖縄県は新規指標を採用している割合が群を抜いて高かった。

第 6 次計画ではへき地医療拠点病院に関する事項が記載の主体であったが、第 7 次計画の「へき地診療所の確保等」に記載内容が拡大していた。また、「歯科診療所の確保等」「遠隔診療」「保健活動」「へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数」「過疎地域等特定診療所数」「へき地における医師以外の医療従事者数」「へき地医療支援機構の数」「へき地医療に従事する地域枠医師数」などに指標が変遷していた。

図8 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況  
(へき地医療)



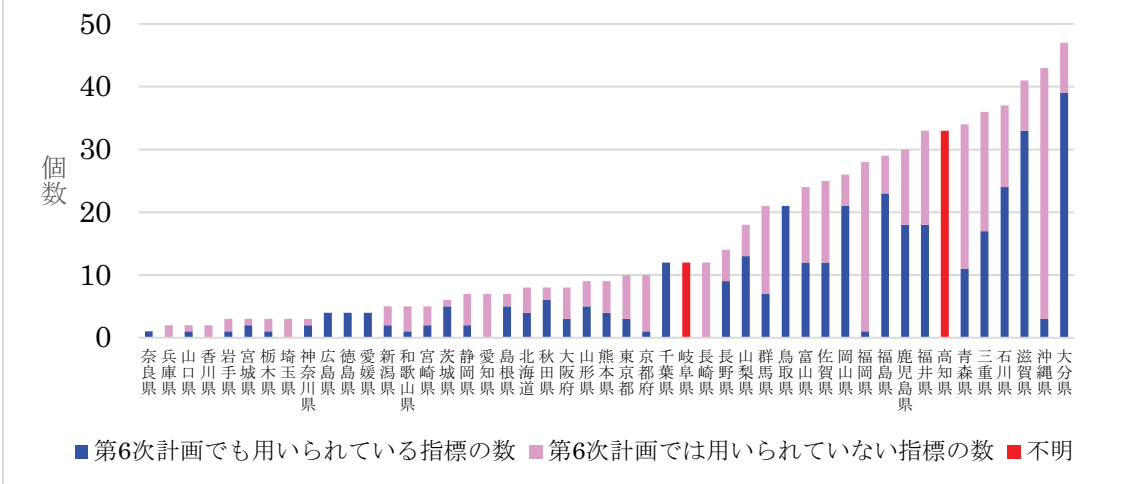
9. 周産期医療 (図9、表9)

全国 47 都道府県で 714 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 15.19 個、中央値は 9.00 個、最も多く用いられていたのは大分県の 47 個、沖縄県の 43 個、滋賀県の 41 個、石川県の 37 個、三重県の 36 個であった。最も少なかったところは奈

良県の 1 個、兵庫県、山口県、香川県の各 2 個であった。沖縄県は新規指標数も多かった。

第 7 次計画では「災害時小児周産期リエゾン認定者数」「クリニカルラダーⅢの認証を受けた助産師数 (アドバンス助産師数)」などの記載をする都道府県が増えていた。

図9 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況  
(周産期医療)



## 10. 小児救急医療を含む小児医療

(図10、表10)

全国47都道府県で544指標が用いられていた。使用されている平均指標数は11.57個、中央値は6.00個、最も多く用いられていたのは愛媛県の67個、次いで大分県の38個、三重県の35個、高知県の34個、鹿児島県の33個であった。最も少なかったところは奈良県、香川県、宮崎県の各1個であった。以下、兵庫県の2個であった。指標数では愛媛県が群を抜いていた。しかも

新規の指標数も多かった。

第7次計画では、「小児人口あたり時間外外来受診回数」「小児中核病院数」「小児在宅人工呼吸器患者数」「小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数」「小児救急医療電話相談(#8000)」「小児に対応している訪問看護ステーション数」「災害時小児周産期リエゾンの養成数」「緊急気管挿管を要した患者数」「救急入院患者数」「NICU」「PICU」などに関する指標の記載が多かった。

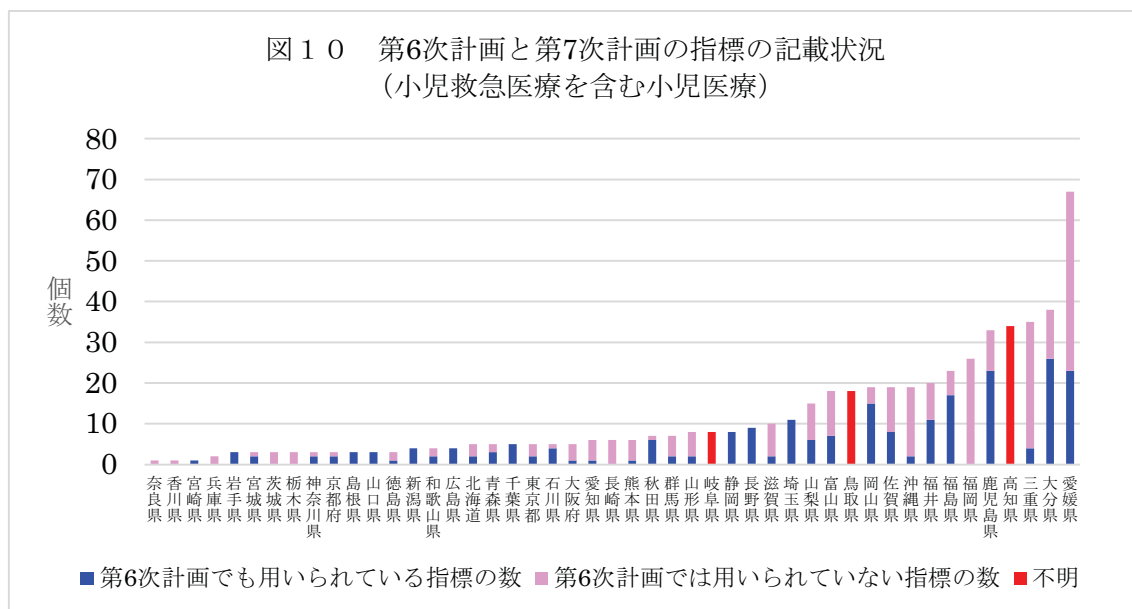


表1 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（がん）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	4	75.0	滋賀県	5	60.0
青森県	6	66.7	京都府	12	91.7
岩手県	5	100.0	大阪府	7	100.0
宮城県	3	33.3	兵庫県	6	100.0
秋田県	15	60.0	奈良県	9	77.8
山形県	9	55.6	和歌山県	6	83.3
福島県	3	100.0	鳥取県	26	30.8
茨城県	15	66.7	島根県	4	25.0
栃木県	5	40.0	岡山県	11	36.4
群馬県	16	18.8	広島県	5	20.0
埼玉県	1	100.0	山口県	11	36.4
千葉県	12	58.3	徳島県	5	100.0
東京都	23	4.3	香川県	8	87.5
神奈川県	3	66.7	愛媛県	5	100.0
新潟県	7	0.0	高知県	3	66.7
富山県	7	57.1	福岡県	4	75.0
石川県	5	40.0	佐賀県	24	16.7
福井県	4	75.0	長崎県	3	33.3
山梨県	2	50.0	熊本県	4	75.0
長野県	45	84.4	大分県	2	100.0
岐阜県	8	12.5	宮崎県	6	16.7
静岡県	3	33.3	鹿児島県	2	100.0
愛知県	1	100.0	沖縄県	64	3.1
三重県	3	100.0	全国	437	46.7



表2 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（脳卒中）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	7	28.6	滋賀県	4	75.0
青森県	9	55.6	京都府	16	68.8
岩手県	4	0.0	大阪府	2	50.0
宮城県	3	66.7	兵庫県	1	100.0
秋田県	10	40.0	奈良県	3	66.7
山形県	5	40.0	和歌山県	6	66.7
福島県	22	50.0	鳥取県	4	0.0
茨城県	7	71.4	島根県	2	100.0
栃木県	7	71.4	岡山県	2	0.0
群馬県	13	38.5	広島県	10	30.0
埼玉県	7	85.7	山口県	8	62.5
千葉県	17	82.4	徳島県	4	50.0
東京都	4	0.0	香川県	3	66.7
神奈川県	7	42.9	愛媛県	3	66.7
新潟県	3	100.0	高知県	18	0.0
富山県	9	88.9	福岡県	4	100.0
石川県	7	100.0	佐賀県	28	10.7
福井県	4	50.0	長崎県	5	0.0
山梨県	4	50.0	熊本県	3	66.7
長野県	14	92.9	大分県	2	50.0
岐阜県	6	33.3	宮崎県	7	71.4
静岡県	3	33.3	鹿児島県	1	0.0
愛知県	1	0.0	沖縄県	23	0.0
三重県	6	33.3	全国	338	46.4

表3 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（心血管疾患（急性心筋梗塞））

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	7	28.6	滋賀県	3	66.7
青森県	7	71.4	京都府	14	64.3
岩手県	4	0.0	大阪府	2	50.0
宮城県	3	33.3	兵庫県	1	100.0
秋田県	7	71.4	奈良県	2	50.0
山形県	4	25.0	和歌山県	6	83.3
福島県	2	100.0	鳥取県	5	0.0
茨城県	9	44.4	島根県	2	100.0
栃木県	4	100.0	岡山県	3	33.3
群馬県	7	71.4	広島県	3	0.0
埼玉県	1	100.0	山口県	8	75.0
千葉県	14	50.0	徳島県	4	100.0
東京都	6	33.3	香川県	3	66.7
神奈川県	2	50.0	愛媛県	3	66.7
新潟県	4	100.0	高知県	18	22.2
富山県	9	88.9	福岡県	4	100.0
石川県	5	80.0	佐賀県	3	100.0
福井県	3	66.7	長崎県	4	50.0
山梨県	4	75.0	熊本県	3	33.3
長野県	11	100.0	大分県	1	100.0
岐阜県	1	100.0	宮崎県	6	83.3
静岡県	3	33.3	鹿児島県	4	50.0
愛知県	1	100.0	沖縄県	19	0.0
三重県	5	60.0	全国	244	55.7

表4 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（糖尿病）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	6	50.0	滋賀県	4	50.0
青森県	8	75.0	京都府	6	50.0
岩手県	5	80.0	大阪府	1	100.0
宮城県	3	0.0	兵庫県	1	100.0
秋田県	7	85.7	奈良県	6	66.7
山形県	3	33.3	和歌山県	5	60.0
福島県	2	100.0	鳥取県	7	85.7
茨城県	7	85.7	島根県	3	100.0
栃木県	7	85.7	岡山県	4	25.0
群馬県	5	20.0	広島県	3	100.0
埼玉県	2	50.0	山口県	4	75.0
千葉県	11	72.7	徳島県	4	100.0
東京都	6	50.0	香川県	2	100.0
神奈川県	4	25.0	愛媛県	3	66.7
新潟県	3	100.0	高知県	21	9.5
富山県	5	60.0	福岡県	4	100.0
石川県	11	81.8	佐賀県	29	6.9
福井県	7	28.6	長崎県	13	15.4
山梨県	6	83.3	熊本県	8	62.5
長野県	12	8.3	大分県	7	42.9
岐阜県	7	42.9	宮崎県	3	66.7
静岡県	2	50.0	鹿児島県	3	66.7
愛知県	1	0.0	沖縄県	19	5.3
三重県	5	40.0	全国	295	46.8

表5 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（精神疾患）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	4	75.0	滋賀県	2	100.0
青森県	11	9.1	京都府	8	37.5
岩手県	3	66.7	大阪府	15	46.7
宮城県	4	50.0	兵庫県	5	60.0
秋田県	10	40.0	奈良県	8	87.5
山形県	11	27.3	和歌山県	15	66.7
福島県	1	0.0	鳥取県	3	33.3
茨城県	5	100.0	島根県	3	33.3
栃木県	15	0.0	岡山県	9	66.7
群馬県	4	50.0	広島県	5	40.0
埼玉県	7	14.3	山口県	4	75.0
千葉県	3	66.7	徳島県	6	33.3
東京都	16	37.5	香川県	12	58.3
神奈川県	9	55.6	愛媛県	11	27.3
新潟県	2	50.0	高知県	3	0.0
富山県	7	42.9	福岡県	2	0.0
石川県	3	0.0	佐賀県	19	5.3
福井県	9	77.8	長崎県	11	0.0
山梨県	6	16.7	熊本県	9	33.3
長野県	16	18.8	大分県	11	45.5
岐阜県	13	23.1	宮崎県	3	33.3
静岡県	2	0.0	鹿児島県	5	60.0
愛知県	3	0.0	沖縄県	19	31.6
三重県	2	0.0	全国	354	36.7

表6 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（救急医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	8	12.5	滋賀県	7	100.0
青森県	9	77.8	京都府	6	66.7
岩手県	1	*不明	大阪府	6	16.7
宮城県	5	60.0	兵庫県	5	0.0
秋田県	7	*不明	奈良県	1	100.0
山形県	10	60.0	和歌山県	1	*不明
福島県	21	66.7	鳥取県	15	*不明
茨城県	8	50.0	島根県	1	0.0
栃木県	5	60.0	岡山県	1	0.0
群馬県	5	60.0	広島県	9	11.1
埼玉県	12	0.0	山口県	2	50.0
千葉県	9	44.4	徳島県	6	33.3
東京都	6	16.7	香川県	1	0.0
神奈川県	3	66.7	愛媛県	5	100.0
新潟県	2	50.0	高知県	5	80.0
富山県	20	60.0	福岡県	2	0.0
石川県	27	81.5	佐賀県	23	8.7
福井県	22	90.9	長崎県	4	25.0
山梨県	25	64.0	熊本県	4	25.0
長野県	6	66.7	大分県	21	100.0
岐阜県	16	12.5	宮崎県	3	100.0
静岡県	9	77.8	鹿児島県	3	0.0
愛知県	1	100.0	沖縄県	18	5.6
三重県	7	28.6	全国	393	51.5

\*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表7 6次計画と第7次計画の指標の記載状況（災害医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	5	20.0	滋賀県	9	55.6
青森県	12	50.0	京都府	4	50.0
岩手県	10	30.0	大阪府	6	16.7
宮城県	3	66.7	兵庫県	3	0.0
秋田県	1	*不明	奈良県	1	100.0
山形県	6	16.7	和歌山県	4	50.0
福島県	12	66.7	鳥取県	1	*不明
茨城県	7	0.0	島根県	3	66.7
栃木県	3	0.0	岡山県	18	38.9
群馬県	18	38.9	広島県	6	50.0
埼玉県	3	0.0	山口県	4	75.0
千葉県	6	33.3	徳島県	5	40.0
東京都	15	26.7	香川県	2	100.0
神奈川県	3	33.3	愛媛県	12	16.7
新潟県	1	100.0	高知県	15	*不明
富山県	8	62.5	福岡県	9	0.0
石川県	8	25.0	佐賀県	14	35.7
福井県	15	40.0	長崎県	5	20.0
山梨県	14	7.1	熊本県	5	20.0
長野県	7	42.9	大分県	14	78.6
岐阜県	9	*不明	宮崎県	1	0.0
静岡県	5	80.0	鹿児島県	25	68.0
愛知県	2	0.0	沖縄県	22	4.5
三重県	13	38.5	全国	374	37.4

\*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表8 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（へき地医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	3	0.0	滋賀県	6	83.3
青森県	17	11.8	京都府	2	50.0
岩手県	2	100.0	大阪府	1	0.0
宮城県	2	100.0	兵庫県	1	0.0
秋田県	1	100.0	奈良県	1	100.0
山形県	1	100.0	和歌山県	1	100.0
福島県	13	46.2	鳥取県	9	33.3
茨城県	1	100.0	島根県	2	50.0
栃木県	1	0.0	岡山県	17	52.9
群馬県	12	8.3	広島県	8	100.0
埼玉県	1	0.0	山口県	3	0.0
千葉県	1	0.0	徳島県	2	50.0
東京都	15	53.3	香川県	2	100.0
神奈川県	1	0.0	愛媛県	2	50.0
新潟県	1	100.0	高知県	15	*不明
富山県	15	53.3	福岡県	2	50.0
石川県	15	100.0	佐賀県	13	46.2
福井県	7	57.1	長崎県	3	0.0
山梨県	19	31.6	熊本県	3	0.0
長野県	4	75.0	大分県	22	54.5
岐阜県	8	12.5	宮崎県	1	100.0
静岡県	5	0.0	鹿児島県	15	93.3
愛知県	9	11.1	沖縄県	25	8.0
三重県	32	40.6	全国	342	44.3

\*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表9 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（周産期医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	8	50.0	滋賀県	41	80.5
青森県	34	32.4	京都府	10	10.0
岩手県	3	33.3	大阪府	8	37.5
宮城県	3	66.7	兵庫県	2	0.0
秋田県	8	75.0	奈良県	1	100.0
山形県	9	55.6	和歌山県	5	20.0
福島県	29	79.3	鳥取県	21	100.0
茨城県	6	83.3	島根県	7	71.4
栃木県	3	33.3	岡山県	26	80.8
群馬県	21	33.3	広島県	4	100.0
埼玉県	3	0.0	山口県	2	50.0
千葉県	12	100.0	徳島県	4	100.0
東京都	10	30.0	香川県	2	0.0
神奈川県	3	66.7	愛媛県	4	100.0
新潟県	5	40.0	高知県	33	*不明
富山県	24	50.0	福岡県	28	3.6
石川県	37	64.9	佐賀県	25	48.0
福井県	33	54.5	長崎県	12	0.0
山梨県	18	72.2	熊本県	9	44.4
長野県	14	64.3	大分県	47	83.0
岐阜県	12	*不明	宮崎県	5	40.0
静岡県	7	28.6	鹿児島県	30	60.0
愛知県	7	0.0	沖縄県	43	7.0
三重県	36	47.2	全国	714	53.4

\*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの



表10 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（小児救急医療を含む小児医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	5	40.0	滋賀県	10	20.0
青森県	5	60.0	京都府	3	66.7
岩手県	3	100.0	大阪府	5	20.0
宮城県	3	66.7	兵庫県	2	0.0
秋田県	7	85.7	奈良県	1	0.0
山形県	8	25.0	和歌山県	4	50.0
福島県	23	73.9	鳥取県	18	*不明
茨城県	3	0.0	島根県	3	100.0
栃木県	3	0.0	岡山県	19	78.9
群馬県	7	28.6	広島県	4	100.0
埼玉県	11	100.0	山口県	3	100.0
千葉県	5	100.0	徳島県	3	33.3
東京都	5	40.0	香川県	1	0.0
神奈川県	3	66.7	愛媛県	67	34.3
新潟県	4	100.0	高知県	34	*不明
富山県	18	38.9	福岡県	26	0.0
石川県	5	80.0	佐賀県	19	42.1
福井県	20	55.0	長崎県	6	0.0
山梨県	15	40.0	熊本県	6	16.7
長野県	9	100.0	大分県	38	68.4
岐阜県	8	*不明	宮崎県	1	100.0
静岡県	8	100.0	鹿児島県	33	69.7
愛知県	6	16.7	沖縄県	19	10.5
三重県	35	11.4	全国	544	47.1

\*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

11. 都道府県の指標の特性

医療計画全体の記述を見ると第7次医療計画で都道府県が用いた指標の特性は、図11のように分類することができる。第6次計画と比べて指標があまり変わっていないところや設定した指標が少ないところなどさまざまである。

第7次計画の指標数の中央値は68.0、第7次計画で用いられている指標のうち第6次計画と変わっていない指標が全体に占める割合の平均は47.2である。

これら2つの値で区分すると図11のよ

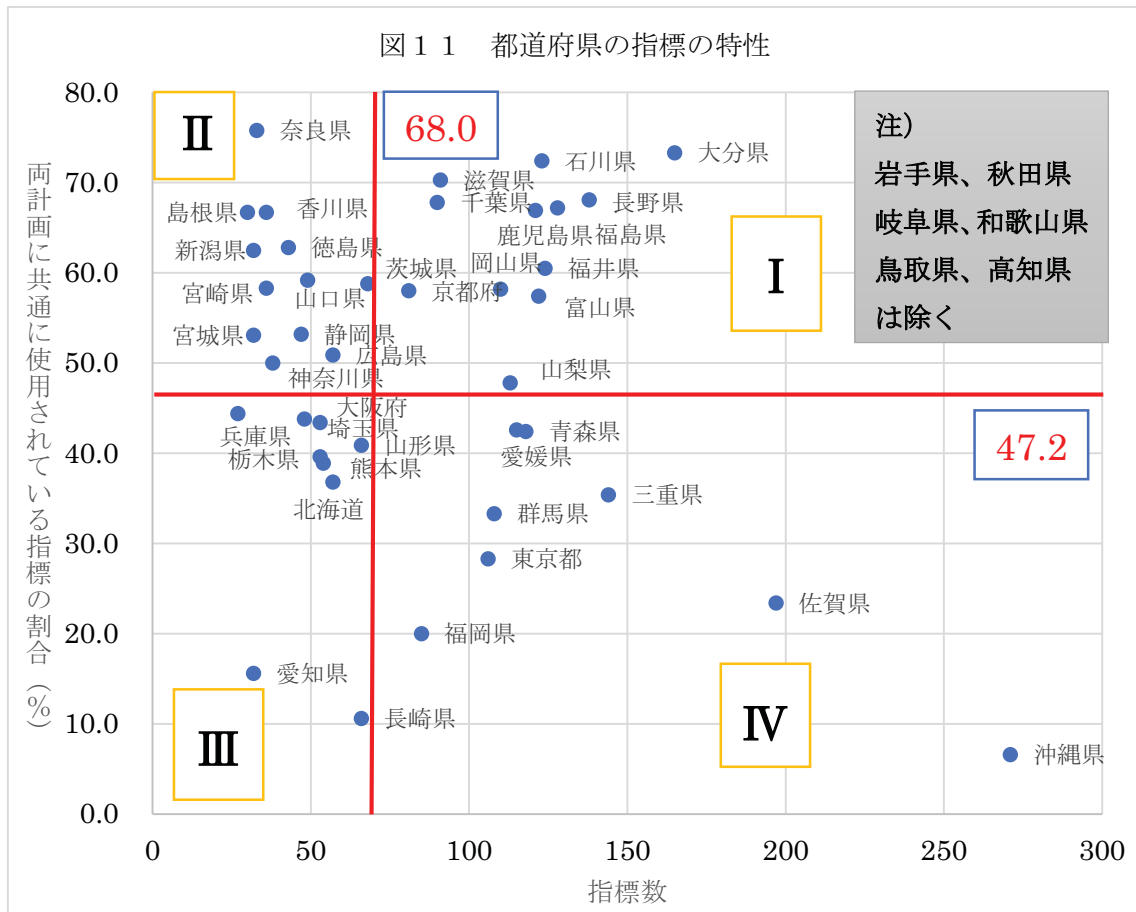
うになる。

Iは“指標の数が多く、かつ第6次計画と比べて指標があまり変化していない都道府県”

IIは“指標の数が少なく、かつ第6次計画と比べて指標があまり変化していない都道府県”

IIIは“指標の数が少なく、かつ第6次計画と比べると指標が変化している都道府県”

IVは“指標の数が多く、かつ第6次計画と比べると指標が変化している都道府県”である。



注) 第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに指標の内容を掲載していない岩手県、秋田県、岐阜県、和歌山県、鳥取県および高知県は除外している。

## D. 考察

5疾病5事業ともに記載されている指標は、国の通知で提示している「医療体制構築に係る現状把握のための指標例」に記載されているものが盛り込まれている都道府県が多い。しかし問題は、5疾病5事業ともに記載されている指標数に都道府県格差があることである。もちろん、都道府県の施策や事業の進捗に応じて目標が達成され、推奨指標の中には意味がないものも存在すると考えられる。しかし、第6次計画では指標が多く記載されていたにもかかわらず、第7次計画では指標がすべてなくなっているところも複数確認できた。

指標の記載状況の都道府県格差は、従来から指摘されている「指標が多すぎてどれを目標にすべきか困惑している」「指標の意味が十分に理解されていない」「地域の実情を反映しているか否かが不明」「指標と目標や結果の間の因果関係が不明瞭」であるなどの事情で採用されないことも考えられる。

## E. 結論

沖縄県と佐賀県の指標は、第7次計画では指標数も多く、かつ第6次計画の指標から刷新されているものが多い。一方、奈良県、島根県、新潟県などは指標数も少なく、しかも第6次計画と同じ指標を用いている。

医療計画の指標は、それを用いることで当該都道府県の医療提供体制の現状を評価できる。それから得られた論点は当該都道府県の行政目標の設定や施策体系の構築に繋がるものである。

また、今回の研究では触れていないが、医療計画に示された5疾病5事業の施策の方向性は、第6次と第7次計画では指標自体が変化していても、施策内容もほとんど同じであると

ころも存在する。指標と目標及び施策体系を関連づけ、一体運用することで医療計画は初めて機能する。加えて、指標のあり方と都道府県での医療計画策定過程を注視すべきである。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

1. 大山功倫、大家俊夫、長谷川久之、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫. 本邦の診療科間における喘息治療の差に関する検討. 第78回日本公衆衛生学会総会. 2019年10月25日. 高知市
2. 長谷川久之、大山功倫、大家俊夫、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫. 医師の働き方改革に関する検討会報告書にみる到達点の適切性についての考察. 第78回日本公衆衛生学会総会. 2019年10月25日. 高知市

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 特になし

2. 実用新案登録 特になし

3. その他 特になし

## 【定量分析班】病床機能報告に基づく医療機能分化の実態把握と可視化に関する研究

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）

藤森研司（東北大学 大学院 医学系研究科公共健康医学講座 医療管理学分野）

伏見清秀（東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野）

石川 ベンジャミン 光一（国際医療福祉大学 大学院 医学研究科）

### 研究要旨

我が国では2025年に向けた後期高齢者の増加等に対処するための医療提供体制の変革が進められている。本研究では、平成 29 年度病床機能報告オープンデータを利用して、地域医療構想調整会議での議論の助けとなるようなデータの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項についての検討を試みた。その結果として、病床機能報告病棟票に基づいた、地域単位での病床機能構成、病院単位での病棟機能と入退院経路等の状況、病床数・平均在院日数・病床稼働率について、実用的なデータ可視化の方法を開発して、現状での課題等を明らかにするとともに、インターネット上での情報提供を開始することができた。今後はこうした資料の整備に継続して取り組むとともに、DPC データを活用した圏域間の患者移動集計、災害・疾病の流行に伴う一時的な医療需要の拡大に対応するための医療資源の余力の定量的な分析、データの品質管理・精度向上に向けた取り組みの拡大などを進めることが望まれる。

### A. 研究目的

我が国では 2025 年に向けた後期高齢者の増加等に対処するため、都道府県により地域医療構想が策定され、第7次医療計画を初めとする施策を通じて、実現に向けた取り組みが進められている。それらが効果的に機能するためには、現在地域内にある病院の医療機能の実態についての知識を共有化し、課題点と対策、今後追加で行うべき事項などについて、データに基づく議論を展開していくことが肝要である。

そこで本研究では、平成 29 年度病床機能報告オープンデータを利用して、地域医療構想調整会議での議論の助けとなるようなデータの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項を明らかにすることを目的として検討を行った。

### B. 研究方法

#### 1. データ

平成 29 年度病床機能報告における医療機関ごとの報告結果を厚生労働省が集約し、インターネット上で公開しているデータ（以下、病床機能報告オープンデータとする）<sup>1</sup>のうち、H29 報告結果\_病院票(全国版\_HP 掲載)rev.1.xlsx を利用した。

#### 2. 分析の方法

ダウンロードした excel ファイルについては、各列に示されたヘッダ情報の整理を行った後に、Tableau Prep<sup>2</sup>を使用してデータの前処理

<sup>1</sup> 平成 29 年度病床機能報告の報告結果について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open\\_data\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00002.html)

<sup>2</sup> <https://www.tableau.com/ja-jp/products/prep>

を実施し、Tableau Desktop<sup>3</sup>によりデータの集計・可視化を行った。なお、可視化した資料のうち主なものについては、Tableau public<sup>4</sup>によりインターネット上で一般に公開している。

### C. 研究結果

平成 29 年度病床機能報告オープンデータでは、7,014 施設、28,675 病棟、114.8 万床についてのデータが公開されていた。

図 1 に病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等について、高度急性期から慢性期までを順に、累積した病床の割合を全国について示した結果を示す。全国を見た場合、病院が申し出た医療機能による高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床構成の割合はそれぞれ、15%、47%、12%、26%となっていた。

一方で東京都内の 4 つの 2 次医療圏（区中央部、多摩西部、南多摩、西多摩）の状況を比較した図 2 を見ると、各々の病床機能構成には大きな違いがあった。高度急性期から急性期までの病床構成割合は、人口が 75 万人で複数の大学病院本院がある区中央部では 93%、同 62 万人の北多摩西部では 60%、同 148 万人の南多摩では 53%、同 38 万人の西多摩では 44%であり、急性期入院を担う医療資源の割合が異なるとともに、高度急性期病床が全体に占める割合にも地域により大きな差が見られた。また慢性期の病床では、区中央部 3%、北多摩西部 26%、南多摩 39%、西多摩 50%となっていた。

こうした地域の病床構成の違いに応じて調整会議での議論を進めるためには、病院毎の病床構成や入退院経路の特徴への理解が必要となる。図 3 は千葉県の子葉圏域にある病院について、病棟の医療機能（グラフにプロットされたシンボルの形）と算定する入院基本料等（同シンボルの色）および平均在院日数を示したものである。また図 4 では、特徴的な 2 つの病院について医療機能別・算定する入院基本料等別

の病床数・構成割合と病院全体としての入退院経路、新規入棟患者数に占める予定外の一般入院・救急入院の割合を示した。

なお、病床数については、病棟の平均在院日数や病床稼働率をセットにして議論を進める必要がある。千葉医療圏にある病院の病棟について、平均在院日数と許可病床に基づいて計算した病床稼働率との関係のうち、高度急性期から回復期までを申し出ている病棟を図 5 に、回復期及び慢性期を申し出ている病棟を図 6 に、それぞれ示した。各図の上段には Tableau により可視化されたデータ、下段にはデータに基づいた議論を進める上でのポイントについての注釈を追加したスライドをそれぞれ示している。

### D. 考察

#### 1. 地域の病床機能構成についての資料から

地域での病床機能構成割合には様々な個性があり、そこには地域内の医療従事者の数といった供給側の要因とともに、地域間での患者の移動といった需要側の要因が影響を及ぼしているものと考えられる。そうした中で、現在の病床機能報告では、大別して病院票・病棟票という 2 つの帳票を用いて各施設から情報を収集した上で、供給側における施設管理の文脈に沿ったデータを中心とした集計値が公開されている。

図 2 に例示した東京都の 4 地域の場合、回復期・慢性期病床があわせて 7%しかない区中央部の患者の他地域への移動や、反対に地域の病床の 5 割を占める西多摩地域の慢性期病床における地域別患者構成など、患者移動を含めた東京都としての地域医療提供体制の議論のためには、追加の情報が必要である。診療報酬においてデータ提出加算として評価され、多くの入院基本料等の施設基準の要件に上げられている DPC 調査データを用いることにより、病棟別に圏域内外の患者割合を集計することが可能であり、今後はそうした情報を集積するための枠組みを整備し、地域での議論に生かすこ

<sup>3</sup> <https://www.tableau.com/ja-jp/products/desktop>

<sup>4</sup> <https://public.tableau.com/s/>

とが期待される。

## 2. 各病院の病床機能構成についての資料から

図3では、各病院の病棟の平均在院日数を主変数として、プロットシンボルの形状により医療機能を、シンボルの色により入院基本料等を示すことで、各病院の病棟構成を一覧することができるようになってきている。高度急性期～回復期の病棟について示した図3Aでは、\*／×で示された高度急性期と急性期の病棟を中心として病棟を構成する急性期型の医療機関と、そうした病棟を持たずに回復期(□)以降の病床のみで構成される医療機関、そして両者の機能を併せ持つケアミックス型の医療機関の3つのパターンを識別することができる。また回復期～慢性期の病棟を示した図3Bでは、診療報酬上の制約により平均在院日数が100日以内に制限される回復期(□)に対して、慢性期

(▷)では平均在院日数のばらつきが大きく、非常に長期の入院を担当している病棟が存在することが示されている。こうした状況は地域において医療機関の機能分化が進みつつある実情を反映したものと考えられる。

ただし、図4に示した2つの特徴的な病院の例のように、家庭からの入院を主として一般・救急の間予定外入院を一定量受け入れている上段図4Aのような急性期型の施設と、他の医療機関からの転院を中心として予定外の入院を受け入れない下段図4Bのような回復期型の施設のように、医療機関の機能の間で「のりしろ」となるような病床機能が共有されていない場合には、入退院の連携にあたって **Patient Flow** (患者の流れ) を強く意識した調整が必要になる。なお、地域内で定期的に少数の患者が発生するような傷病であれば、医療機関の機能に変化が生じてても **Patient Flow** は比較的短い期間の間に安定化することが期待できるが、患者数が多く時間的な変動も大きな傷病については地域内において **Patient Flow** が不安定な事態が発生すると、その状況は長期化するリスクが高い。さらに、傷病の発生状況が比較的安定しており **Patient Flow** が落ち着いた状態であっても、局地的な災害や2019年末以降の新

型コロナウイルスの感染拡大のような外乱要因が加わると、医療提供体制は容易に脆弱化のリスクにさらされることになる。

従来、地域医療計画・地域医療構想では、災害等に向けた危機管理について定性的な方針を定めることが求められてきたが、今後は一時的に医療需要が拡大した場合に活用するための医療資源のゆとりを計画的に確保し、その状況を定量的に評価する取り組みが求められるものと考えられる。またその際には医療従事者の働き方改革との間で情報を共有化して行くことが望ましい。

## 3. 病床数・平均在院日数・稼働率を組み合わせたデータについて

地域医療構想調整会議で医療機能別病床数の議論を進める際には、現実の稼働病床数と制度上の許可病床数の2つを意識的に使い分ける必要がある。図5および6では、各病棟の平均在院日数と許可病床数に基づいて計算した病床稼働率を散布図として示すことにより、①平均在院日数が短いものの許可病床に対する稼働率が低く、届出上の病床数の縮小による調整が求められる施設や、②稼働率は高いものの他の類似する病床機能・入院基本料の病棟と比較して平均在院日数が長く、入院期間の短縮や入退院基準の見直しが求められる施設、などの洗い出しが可能であることが示された。

なお、各図の下段に示したように、現在の病床機能報告では、稼働率が極端に低かったり、平均在院日数が極端に長かったりするような、報告内容の信頼性に疑いがあるデータも散見されている。そうしたデータの品質管理・精度向上を都道府県のレベルで行うことは必ずしも効率的ではないと考えられるため、今後の国の貢献に期待が寄せられる。

## E. 結論

本研究では、平成29年度病床機能報告オープンデータを利用して、地域医療構想調整会議での議論の助けとなるようなデータの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項についての検討を試みた。

その結果として、病床機能報告病棟票に基づいた、地域単位での病床機能構成、病院単位での病棟機能と入退院経路等の状況、病床数・平均在院日数・病床稼働率について、実用的なデータ可視化の方法を開発して、現状での課題等を明らかにするとともに、インターネット上での情報提供を開始することができた。今後はこうした資料の整備に継続して取り組むとともに、DPC データを活用した圏域間の患者移動集計、災害・疾病の流行に伴う一時的な医療需要の拡大に対応するための医療資源の余力の定量的な分析、データの品質管理・精度向上に向けた取り組みの拡大などを進めることが望まれる。

#### **F. 健康危険情報**

特になし

#### **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**

##### **1. 特許取得**

なし

##### **2. 実用新案登録**

なし

##### **3. その他**

特になし





図1 病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等(全国)

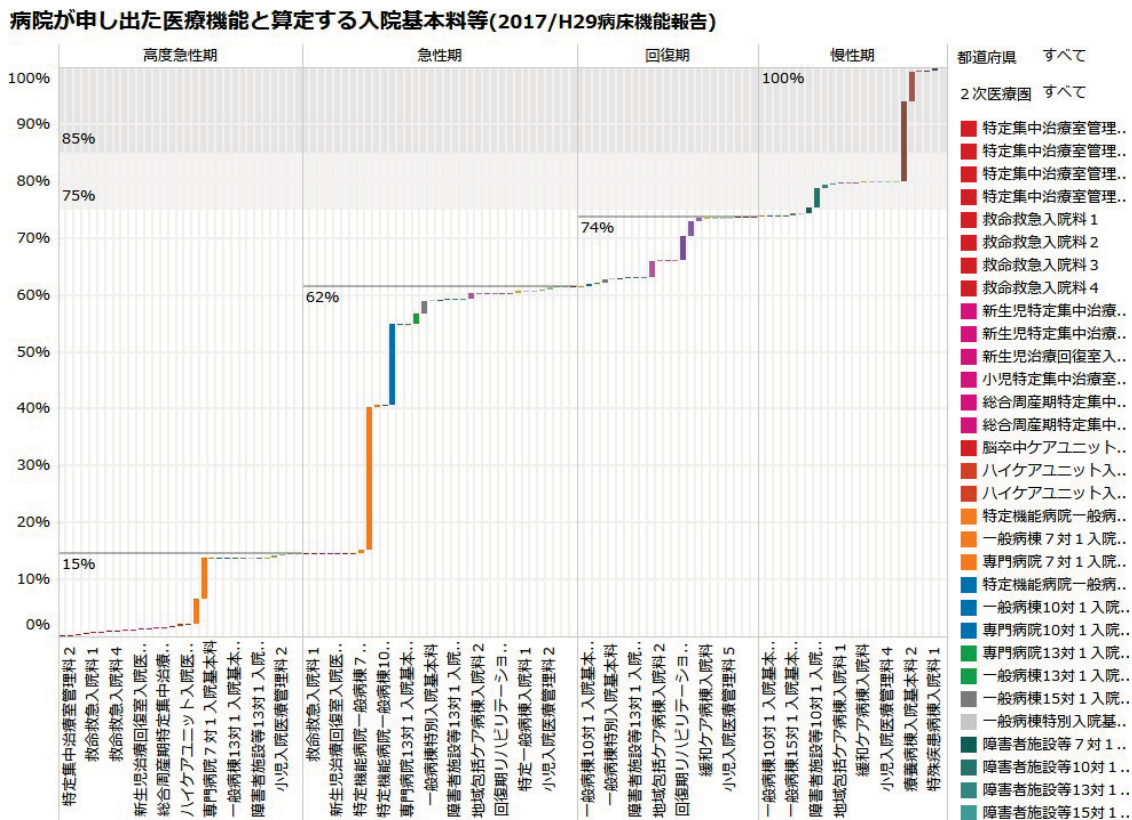


図2 病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等(東京都、4圏域)

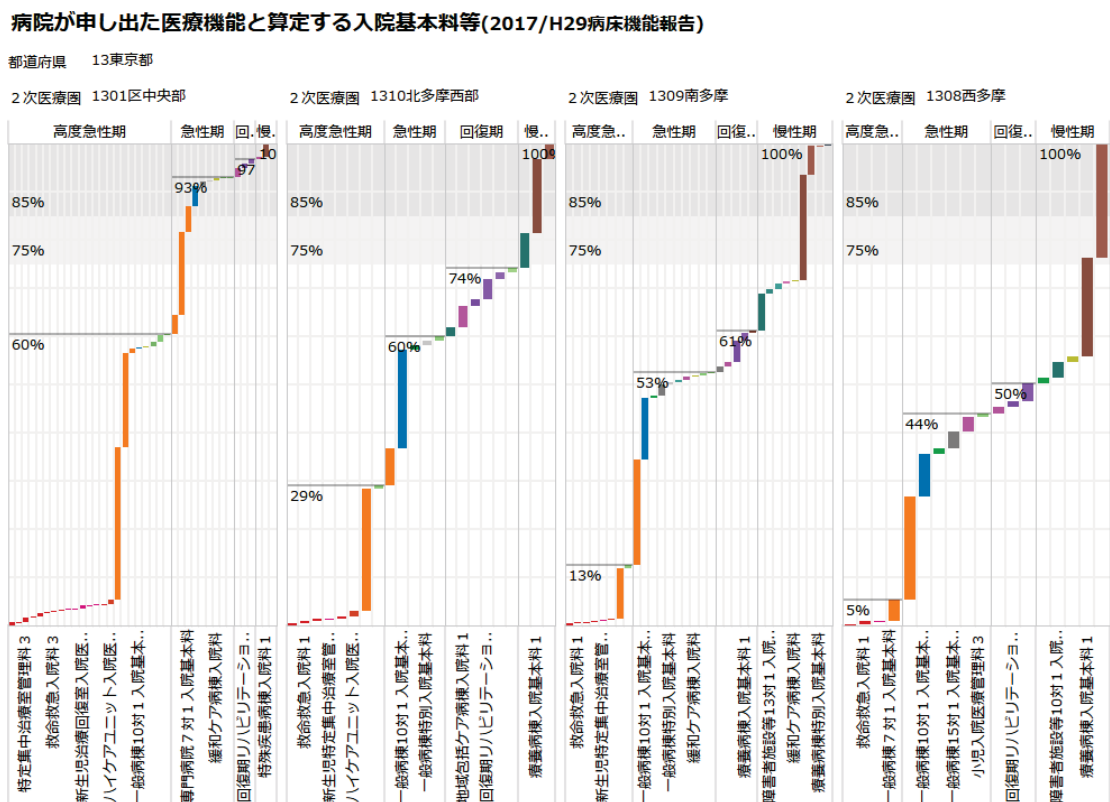


図3 病棟の平均在院日数(千葉医療圏)

図3A 高度急性期～回復期

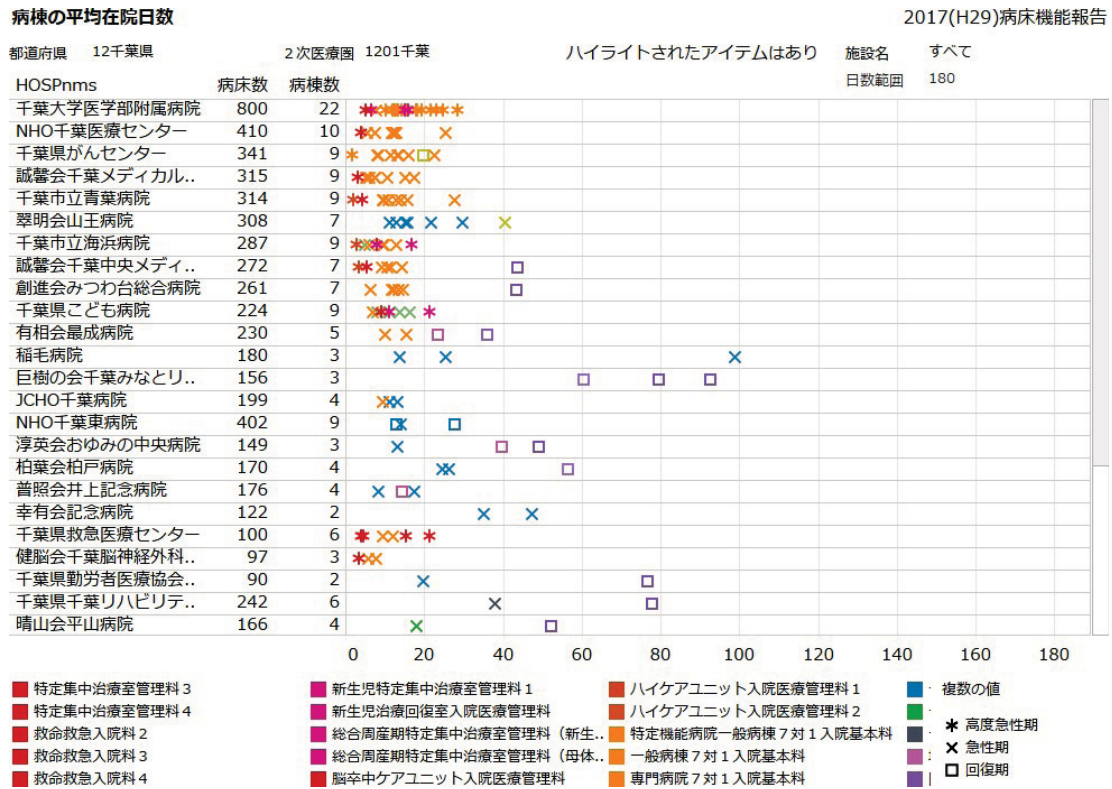


図3B 回復期～慢性期

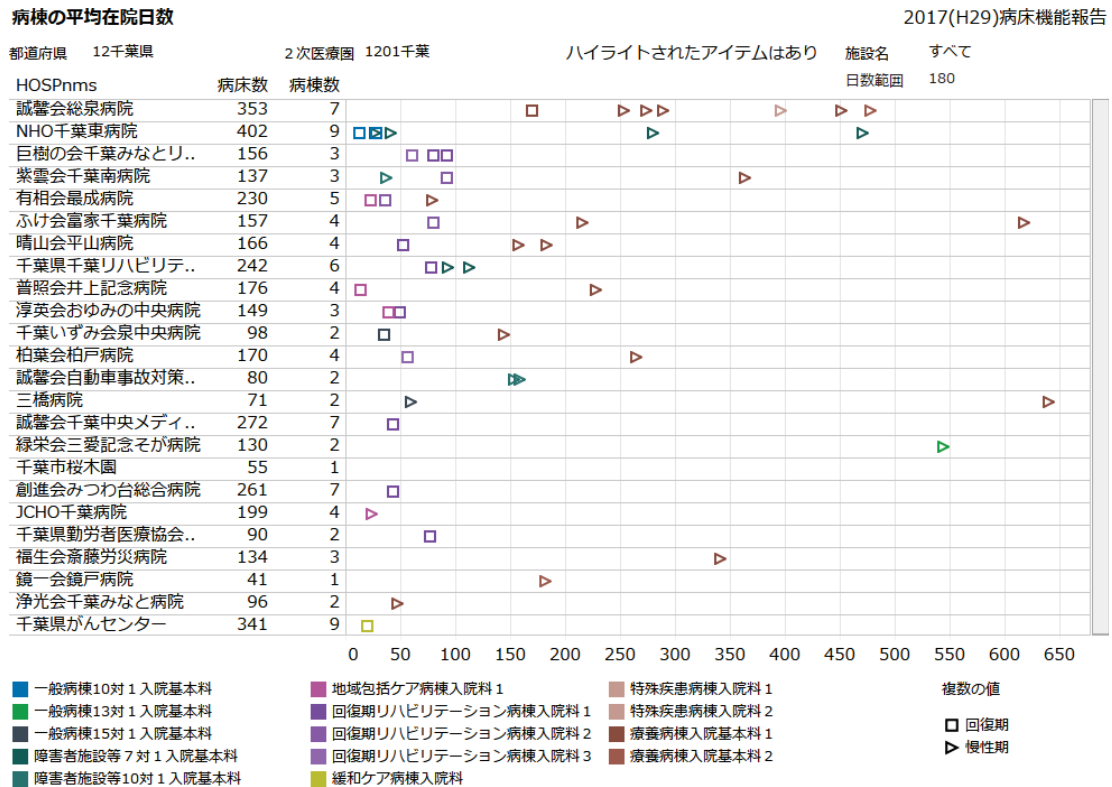


図4 病院の病床構成と入退院路経路(千葉医療圏)

図4A 急性期型の施設の例



図4B 回復期型の施設の例

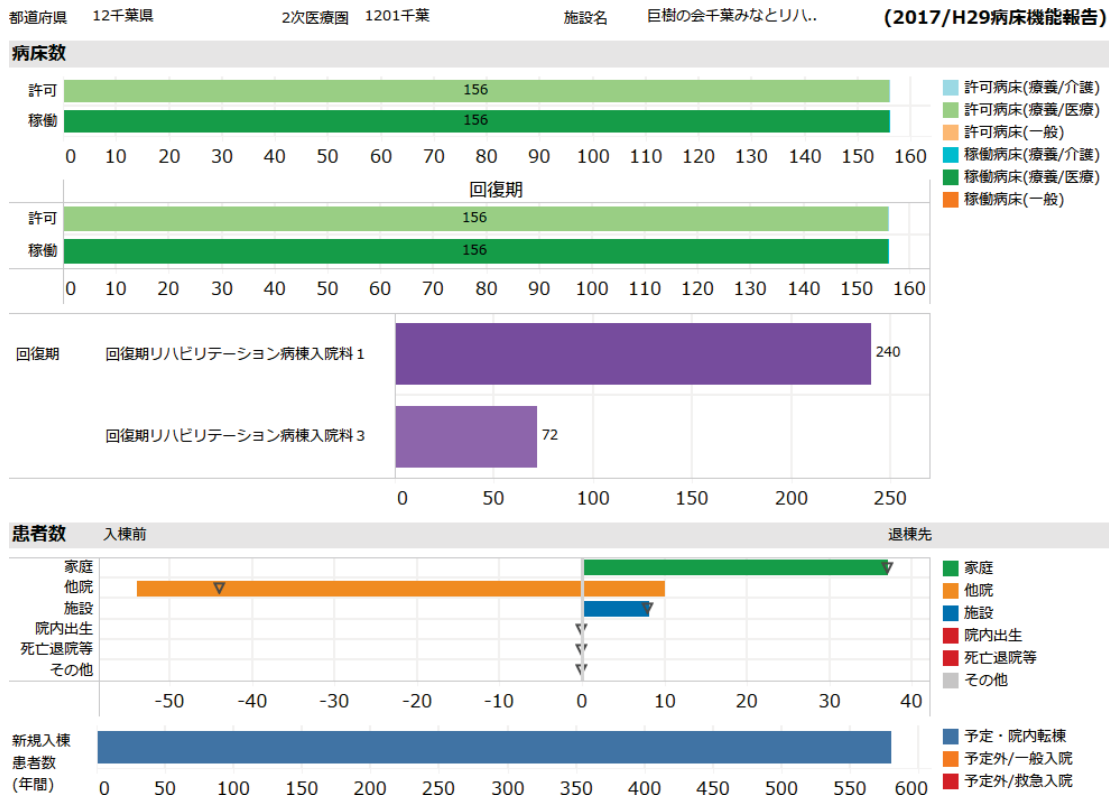


図5 病院の平均在院日数と病床稼働率(千葉医療圏:高度急性期～回復期、急性期をハイライト)  
図5A データ

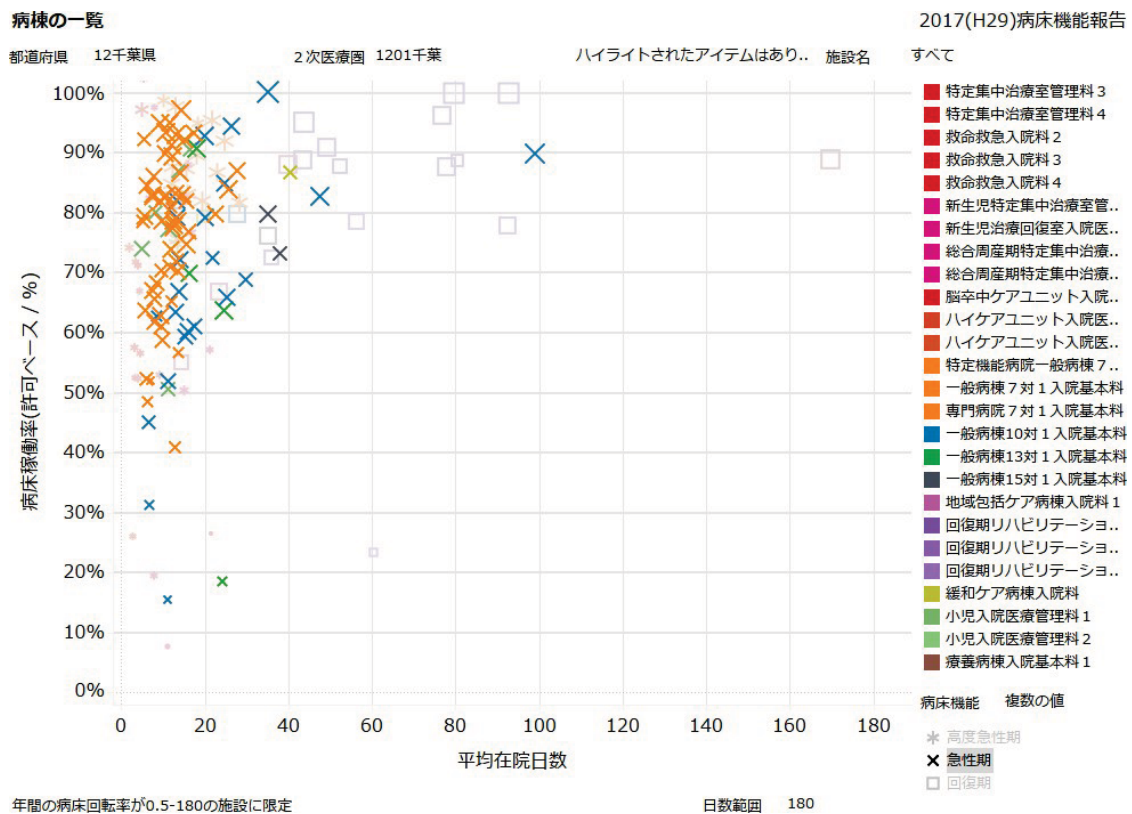
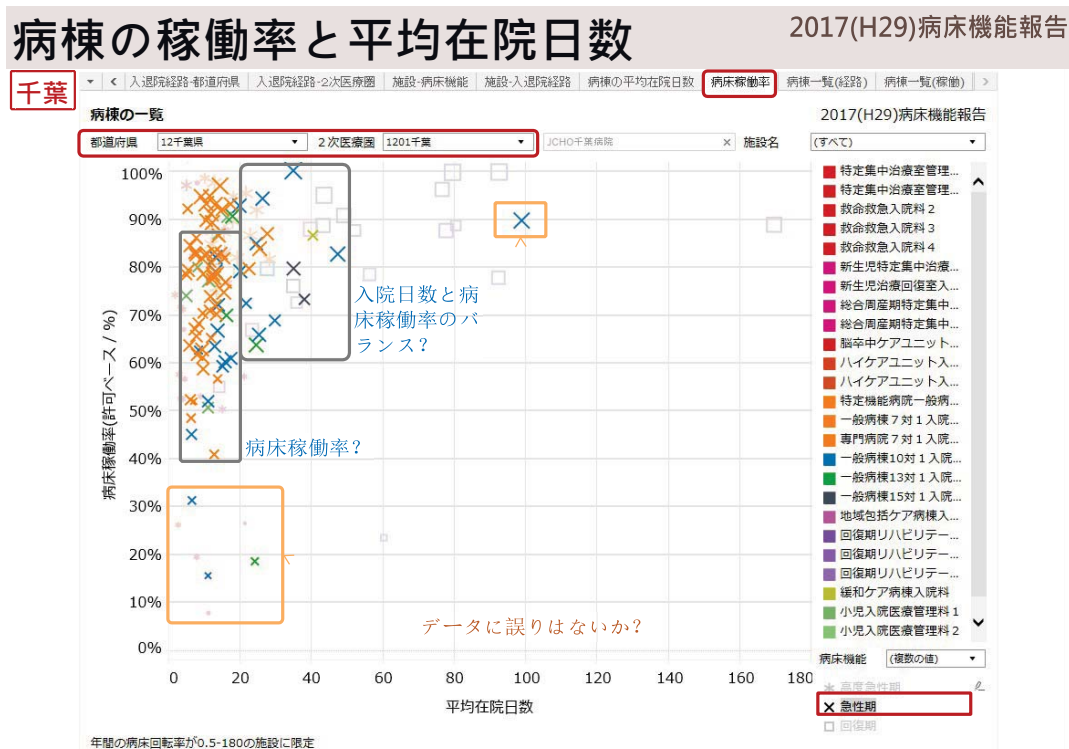


図5B 注目点



2017 (H29) 病床機能報告: 病棟票→病床稼働率  
[https://public.tableau.com/views/2017H29-HospFuncSurvey-Wards/sheet7\\_1](https://public.tableau.com/views/2017H29-HospFuncSurvey-Wards/sheet7_1)

図6 病院の平均在院日数と病床稼働率(千葉医療圏:回復期～慢性期)

図6A 素データ

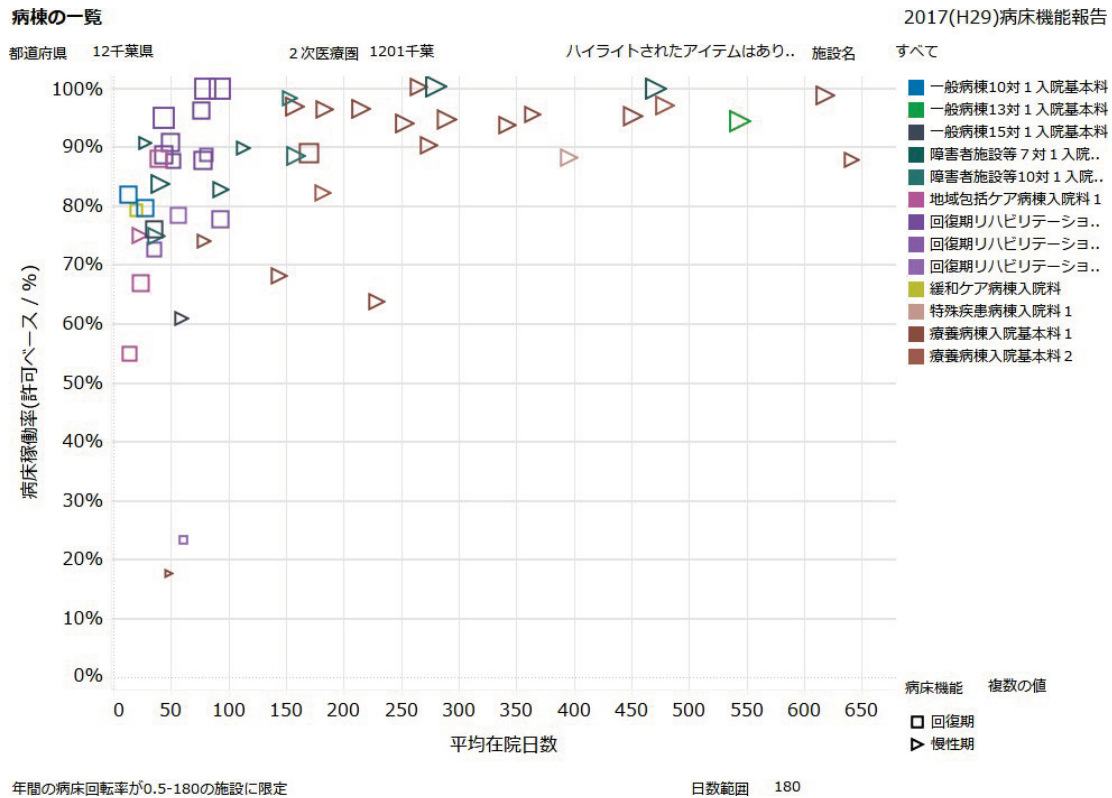
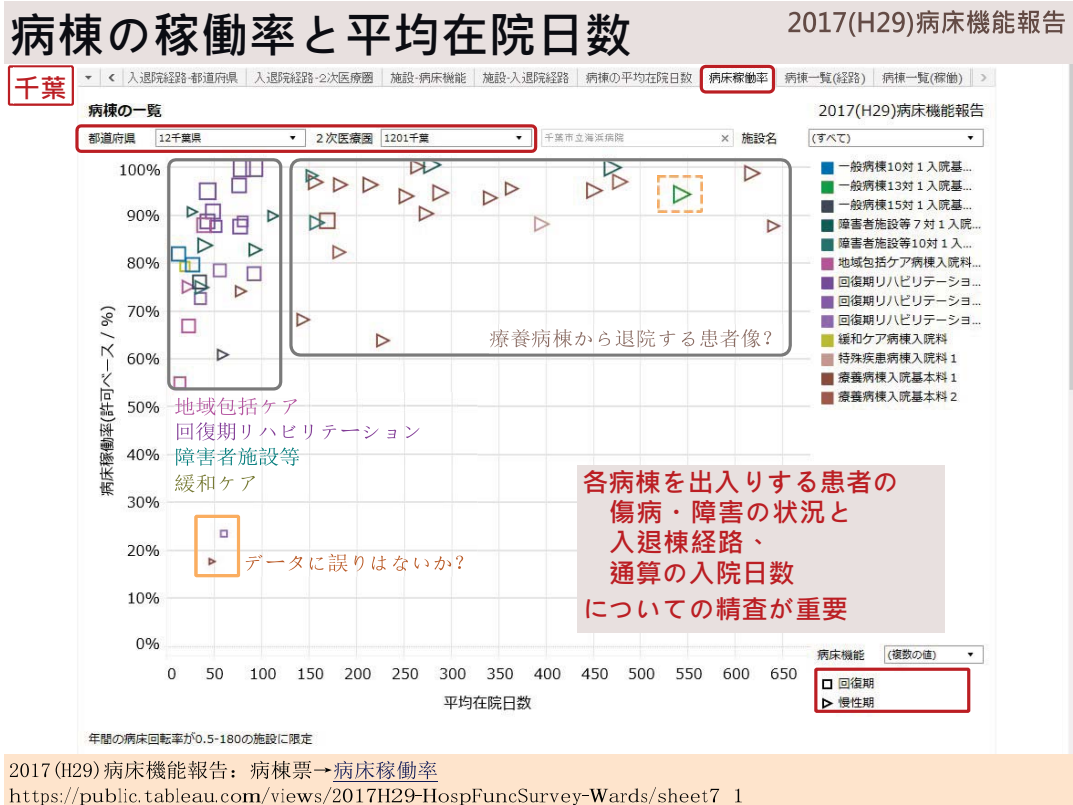


図6B 注目点



## 【機能連携班①-1】回復期等移行チェックリストの実装に向けた既存帳票調査

研究分担者 瀬戸 僚馬(東京医療保健大学 医療保健学部)  
研究分担者 小林 美亜(静岡大学創造科学技術大学院)  
研究分担者 池田 俊也(国際医療福祉大学 医学部)

### 研究要旨

回復期等移行チェックリストの妥当性を検証するため、既存の情報共有シート(以下、既存帳票という)から同チェックリストに置き換えを行うにあたっての内容同等性の確認と、置き換えに伴う技術的課題の洗い出しを行った。定量的分析としては、ウェブサイトで公開されている65件の既存帳票を用いて回復期等移行チェックリストとの内容比較を行った。定性的分析としては、回復期等移行が発生する典型的な模擬事例を協力病院2施設の看護師に提示した上で、模擬事例を想定した仮想的な情報共有シートを作成していただき、回復期等移行チェックリストに置き換えた場合の課題を検討した。

その結果、定量的及び定性的分析の双方において、内容同等性は確認できた。技術的課題については、ケアやリハビリなど「行為の記録」をもとに厚生労働省標準規格の標準マスターを用いた表現に置き換えることは比較的容易だが、「評価の記録」では叙述された記載が多いことから置き換えしにくい面もあることが明らかになった。回復期等移行チェックリストの妥当性は検証できたが、その円滑な実装に向けては叙述記録の形式や構造の標準化を踏まえた電子カルテシステム利用を推進していくことも重要である。

### A. 研究目的

本班は、昨年度の研究成果として、急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための帳票(回復期等移行チェックリスト)を提案した。また、厚生労働省の高度医療情報普及推進事業による委託を受けた一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)と共同で、回復期等移行チェックリストと、MEDIS-DCが維持管理を行っている「看護実践用語標準マスター(厚生労働省標準規格 HS-024)」との対応表B版を作成し、MEDIS-DCのホームページを通じ公開することができた。

本公開に向けては、回復期等移行チェックリス

トや対応表B版の妥当性を臨床的側面と技術的側面を考慮して精査する必要がある。そこで本研究では、転院等に際して現に作成されている情報共有シート(以下「既存帳票」という)の様式を主に定量的に分析して回復期等移行チェックリストに置き換える際の内容同等性を検証するとともに、協力病院の看護師が模擬症例を用いて作成した既存帳票の内容を主に定性的に分析して回復期等移行チェックリストに置き換えることの技術的可能性を検証した。

本研究の目的は、上記の定量的及び定性的な分析を通じ、回復期等移行チェックリストの妥当性を検証することである。

## B. 方法

### 1. 既存帳票の様式に関する定量的分析

各病院や地域がウェブサイトで公開している情報共有シート等の資料を、インターネットの検索エンジンを用いて 200 件収集した。そのうち病院からの転院時等に使用することが明らかな 65 件を分析対象とした。対象となったシートから情報項目数を抽出し、内容別(基本情報、診療に関する情報、認知・精神機能に関する情報、身体・感覚器に関する情報、ADL 等の生活に関する情報)に分類した(以下「に関する情報」の表記は省略する)。

### 2. 既存帳票の内容に関する定性的分析

本班が提供する共有情報項目を、看護実践用語標準マスターを用いて記載された電子カルテシステムのデータから抽出することができるか、検証を試みた。具体的には回復期等移行が発生する典型的な模擬事例を協力病院 2 施設の看護師に提示した上で(資料「回復期等移行チェックリストの実装に向けたデータ抽出実験」参照)、協力病院における試験運用環境等を用いて同事例を想定した仮想的な情報共有シートを作成していただいた。次に、研究班においてこれらの情報共有シートの内容を、看護実践用語標準マスターを用いて電子カルテシステムから出力することを想定した回復期等移行チェックリストに置換した。そのデータが実際に入力され得るデータであるかヒアリング等で確認を行った。

## C. 結果

### 1. 既存帳票の様式に関する定量的分析

情報共有シートの配布者は、地方自治体 38 件、病院 11 件、地域の協議会等 7 件、医師会 6 件、その他 3 件であった。情報項目数の中央値は 47(IQR:37-65)となり、配布者別の内訳は地方自治体 47.5(38.25-67.75)、民間 42(36-58.5)であった。また、内容別の内訳は、基本情報 25(20-33)、診療 4(2-11)、認知・精神機能 2(1-4)、身体・感覚

器 2(0-4)、ADL 等の生活 12(8-23)であった。なお、地方自治体配布分では、基本情報 25.5(22.25-32.5)ADL 等の生活 12(8-23)であるのに対し、民間配付分では基本情報 21(18-32.5)ADL 等の生活 11(7.5-19)であった。

### 2. 既存帳票の内容に関する定性的分析

A 病院(一般病院)では情報共有シートとして「入院看護要約」と題する A4 版 1 枚からなる書面を利用していた。基本情報、診療、ADL 等の生活については、回復期等移行チェックリストと同様の項目を主に箇条書きで記載していた。認知・精神機能、身体・感覚器については独立した項目を設けておらず、必要に応じて「現在の日常生活と介助」欄に「清潔：機械浴／最終保清日 8/6、清潔自立度：一部介助」「排泄方法：ポータブルトイレ(夜間)／トイレ」に続いて「身体状況：認知症なし」等と主に箇条書きで記載していた。その他、「家屋の状況」の欄を設けて「要介護 2 独り暮らし」「一戸建て、トイレ：1 階洋式・2 階洋式」等の情報を主に箇条書きで記載していた。叙述が中心となる項目は「現病歴」「入院中の看護経過」の 2 項目であった。

B 病院(特定機能病院)では情報共有シートとして、「看護要約 I 中間」「看護要約 II」及び「看護要約(患者全体像詳細)」と題する延べ A4 版 3 枚からなる帳票を用いていた。このうち、基本情報、診療は主に「看護記録 I 中間」に回復期等移行チェックリストと同様の内容を主に叙述で記載していた。また、認知・精神機能、身体・感覚器、ADL 等の生活は、その概要を箇条書きで「看護要約(患者全体像詳細)」に記載した上で、その詳細な説明を「看護要約 II」の「継続が必要な看護」欄に叙述で記載していた。具体的には、看護記録 I の「看護の経過」欄には「座位保持は背もたれなしで端座位を一日 5 分～15 分継続可能だが、立位は支えがないと困難」、看護記録 II の「継続が必要な看護」欄には「排尿は、日中は尿瓶を利用。ベッドサイドに準備すると、片付け

のためのナースコールがある。排便は、便意があるとナースコールで知らせることができる。」「清潔 清拭のみで対応。自分で行える部分は顔の清拭。」、看護要約（患者全体像詳細）には「起座：半介助」「座位保持：半介助」「排泄：自尿」「尿意：有」「便意：有」「清拭：全介助」「入浴：（空欄）」「リハビリ状況：毎日、座位保持・立位訓練 15 分前後」等と分けて記載していた。

## D. 考察

### 1. 既存の情報共有シートから回復期等移行チェックリストに置き換える際の内容同索性

定量的分析において、既存帳票と回復期等移行チェックリストの情報項目数を比較すると(既存帳票における情報項目数の中央値：回復期等移行チェックリストにおける情報項目数)、基本情報 25:22、診療 4:6、認知・精神機能 2:10、身体・感覚器 2:13、ADL 等の生活 12:25 となり、回復期等移行チェックリストへの置き換えを行っても回復期等移行に必要な情報は概ね網羅できることが示唆された。

定性的分析においては、既存帳票についても病院によって同様の情報が箇条書きの場合と、叙述の場合があることが明らかになった。例えば排泄が一部介助の場合に詳述が、箇条書きの A 病院では「ポータブルトイレ」との表記になるが、叙述の B 病院では「尿瓶を使用、片付けはナースコールで」との表記になり、類似した表現にも記法のばらつきがみられた。この B 病院の場合、回復期等移行チェックリストに反映するために登録されているべき電子カルテシステム上の用語は「尿便器排泄介助:部分解除(看護実践用語標準マスターにおける管理番号:12000069)」となるが、置き換えによって齟齬が生ずる可能性は寡少である。よって、既存帳票では箇条書きと叙述との記法のばらつきがあるものの、箇条書きを前提としている回復期等移行チェックリストに移行したとしても、内容同索性を担保することは概ね可能であることが明らかになった。

なお、A 病院で挙がっていた「家屋の状況」に

については居宅等への移行には重要な情報となることもあるが、標準化が困難な側面もある。よって標準的な項目として回復期等移行チェックリストに盛り込むことには限界もあり、必要に応じて特記事項等として記載する運用が現実的である。

### 2. 既存帳票から回復期等移行チェックリストに置き換えることの技術的課題

定量的分析において、既存帳票における情報共有項目の 42.9%は基本情報、20.0%は ADL 等の生活であることが明らかになった。回復期等移行チェックリストは、電子カルテシステム等の医療情報システムの活用を前提とした帳票であることから、こうした取り組みが医療機関の省力化を図るものであることが、改めて確認された。定性的分析では既存帳票では病院ごとの表現のばらつきが大きいことが明らかになったが、これを回復期等移行チェックリストに置き換えることで表現のばらつきを一定程度抑えることができる可能性が示唆された。

例えば A 病院の既存帳票には「機械浴／最終保清日 8/6、清潔自立度：一部介助」との表現があるが、これを紐づく標準語は「入浴：全介助（リフト）（看護実践用語標準マスター管理番号：12001133）」である。この表現の揺れは、A 病院の既存帳票では「機械浴」という入力手段の中で本人にもできることがあるため同評価になっている。他方、看護実践用語標準マスターでは、日常生活ケア（大分類）、清潔ケア（中分類）、入浴（小分類）という分類の中では、リフトという介助手段そのものが全介助相当と位置付けられている。すなわち全介助・一部(部分)介助・自立などの自立度とはあくまで相対値であるから、何と比較して「全介助」「一部介助」なのかによって評価が変わり得る。よって、A 病院における「機械浴：一部介助」を、回復期等移行チェックリストにおいて「入浴 全介助（リフト）」と置き換えたとしても、内容の齟齬が生ずる可能性はほとんどない。



同様に B 病院においても、複数の帳票に自力では座位を保持できない旨の記載があるが、これを回復期等移行チェックリストで「起居動作支援 座位（看護実践用語標準マスター管理番号：12001834）」と置き換えることは可能である。ただし、これは既存帳票に「リハビリ状況：毎日、座位保持・立位訓練 15 分前後」とあるように、座位保持のためのケアやリハビリテーションという行為記録が一次利用段階で存在するから抽出できる共有情報項目ともいえる。既存帳票にあった「座位保持は背もたれなしで端座位を一日 5 分～15 分継続可能」等のアセスメント結果に関する情報は一般に叙述記録に記載され、標準マスターを用いて記録されにくい。こうした評価情報を回復期等移行チェックリストに置き換えることには困難が伴う。

よって、既存帳票から回復期等移行チェックリストに置き換える際の技術的課題としては、行為記録については比較的軽微といえる。他方で評価記録は内容同等性を担保できても置き換えにくい面があることが明らかになった。

## E. 結論

既存帳票を定量的及び定性的に分析した結果、回復期等移行チェックリストの妥当性を確認することができた。

既存帳票の情報共有シートを回復期等移行チェックリストにおきかえても、内容同等性の確保は可能である。その一方、各病院の看護記録等を記載する段階で、移行を意識した一次利用が重要となるため、従来の記録形態や記法とは異なる表現を要する場面もある。こうした電子カルテシステム等の使い方について、本班でも学会でのチュートリアルや雑誌記事等を通じて普及啓発に努めたが、引き続き理解を深めるよう取り組んでいくことが重要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

小林美亜、瀬戸僚馬：「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化, 看護管理 2020; 30(4): 364-371

### 2. 学会発表

瀬戸僚馬、小林美亜、池田俊也、野田龍也、今村知明：転院時等における情報共有シートに関する現状調査, 第 45 回日本診療情報管理学会学術大会, 2019 年 9 月 19 日, 大阪

小林美亜、瀬戸僚馬、瀧翔哉、岡峯栄子、木戸須美子、中西寛子、野田龍也：地域医療構想を強く意識した標準マスターの活用法～「回復期等移行チェックリスト」の実装に向けて～, 第 20 回日本医療情報学会看護学術大会チュートリアル, 2019 年 9 月 27 日, 東京

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 回復期等移行チェックリストの実装に向けたデータ抽出実験

### 実験目的

回復期等移行チェックリストの実装に向けて、実際に厚労科研・地域医療体制班が提供する「共有情報項目」を、厚生労働省標準規格の標準マスター（看護実践用語標準マスター）を用いて記載された電子カルテシステムのデータから抽出することができるか、検証する。

### 実験方法

回復期等移行が発生する典型的な事例を実験協力病院の看護師等に提示して、その事例を想定した仮想的な情報共有シートを作成していただく。次に、作業班※においてこれらの情報共有シートの内容を看護実践用語標準マスターを用いた電子カルテデータに置き換えし、そのデータが実際に入力され得るデータであるのか、実験協力病院の看護師等においてヒアリングを行う。

※一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC) 看護領域の標準化委員会 看護実践用語標準マスター普及推進作業班

### 想定ケース

要支援2（脳梗塞の既往によりやや右足の動きが悪い）の独居高齢者が、自宅での転倒により入院した。入院から2日後に手術をして、術後2日目に車いすでの移動を行っている状態。入院期間Ⅱ（24日目）までに回復期病床に転院を図りたい。

資源病名：股関節・大腿近位の骨折／人工骨頭挿入術（160800xx01xxxx）

回復期等移行を要することが予想される  
仮想事例



### 実験協力病院



①左記ケースを元に架空（ダミー）の情報共有シートを作成頂きます。

③この電子カルテ項目が現実的に入力され得るかお伺いします。

### 厚労科研班 & MEDIS-DC作業班

②情報共有シートの内容を網羅できるように標準マスターを前提とした電子カルテ項目への置き換えを行います。



## 【機能連携班①-2】離島・僻地におけるシームレスな地域医療連携を 推進するための方策 ～あじさいネットの活用～

研究分担者 小林 美亜(静岡大学創造科学技術大学院)  
研究分担者 瀬戸 僚馬(東京医療保健大学)

### 研究要旨

地域医療情報連携ネットワークを活用した地域医療構想における離島やへき地対策に対する知見を得ることを目的とし、へき地拠点病院、救急告示病院、がん診療離島中核病院を担う上五島病院において、ヒアリング調査を行った。また地域医療構想における地域医療情報連携ネットワークの活用に関する実情や課題に関しては、上五島病院の行政を対象にヒアリング調査を行った。

離島において、救急を含めた急性期から慢性期まで対応することのできる地域完結型の医療を提供できる体制の構築に際し、医療情報連携ネットワークシステムであるあじさいネットは大きく貢献していた。また、あじさいネットは、医療情報連携ネットワークシステムにおける多職種間の情報共有の推進に役立っており、特に調剤薬局では有効活用されていた。今後は、医療だけでなく、予防、行政を含めた介護・福祉連携においても、このシステムの活用が期待される。

### A. 研究目的

長崎県の二次医療圏は、本土4、離島4の合計8地域に分けられ、本土の医療圏のうち、長崎、佐世保県北、県央医療圏の都市部には、それぞれ中核となる基幹病院、県南医療圏には地域の拠点的な機能を担う病院がおかれている。一方で、五島、上五島、壱岐、対馬の離島医療圏は、圏域外への患者の流出が見られているものの、圏域間の移動が容易ではないため、可能な限りその医療圏での医療提供体制の充実を目指している特徴がある。

このため、長崎県は、離島におけるドクターヘリによる救急搬送システムに加え、シームレスな地域医療連携を推進するための手段として地域医療情報連携ネットワークである「あじさいネットワーク(通称あじさいネット)」のシステムを稼働させ、また「あじさいネット」の遠隔画像診

断システム、テレビ会議システム

を用いた遠隔医療支援等の離島の医療対策を全国に先駆けて進めている。

そこで、地域医療情報連携ネットワークを活用した地域医療構想における離島やへき地対策に対する知見を得ることを目的とし、へき地拠点病院、救急告示病院、がん診療離島中核病院を担う上五島病院において、ヒアリング調査を行った。

### B. 研究方法

上五島病院において、あじさいネットワークの運営を担っている事務担当者、また実際にあじさいネットワークを活用している薬剤師の方から、地域医療情報連携ネットワークとしてのあじさいネットの運用状況、医療連携推進に対する効果、今後の課題等について、ヒアリング調査を実施した。また地域医療構想における地域医療情報連携

ネットワークの活用に関する実情や課題に関しては、上五島病院の行政の方を対象にヒアリング調査を行った。

倫理的配慮として、ヒアリング調査から得られた情報は、個人が同定されない形式で、個人情報保護を保護し、報告することとした。

## C. 研究結果

### 1. 上五島病院の概要

長崎県では、離島地域の医療確保が最重要課題となっていることから、県と離島地域の市町村が、昭和43年4月に長崎県離島医療圏組合を設立し、五島・壱岐・対馬地域の病院の経営をその組合が広域的に担うこととした。その後、市町村合併・人口減少に加え、医師不足や自治体病院の運営の見直し等に対応するために、平成21年4月に長崎県と島原地域・五島地域・対馬地域の市町が一体となって病院を経営する長崎県病院企業団が設立され、これまでの県立2病院と離島医療圏組合9病院の運営にあたることとされた。長崎県病院企業団では、二次医療圏ごとに入院機能を集約化して、地域の基幹となる病院を運営するために、病院の再編や診療所化を行った。現在は、長崎県と6市1町で、8病院と3つの附属診療所を経営しており（平成31年4月2日現在、病床数1520床、正規職員1399名、医師数160名）、加速する人口減少に加え、医師・看護師不足、厳しい経営環境の中、継続性ある医療の確保と医療レベルの維持という大きな責務を果たしている。

長崎県地域医療再生計画（離島圏域）によると、上五島保健医療圏は、南松浦郡新上五島町と北松浦郡小値賀町の2町により構成され、長崎港から五島灘を隔て西方約100kmに位置し、西南から北東へ斜走している五島列島のうち、若松島以北の島々からなる地域である。主な島は若松島、中通島、小値賀島の3島で、このうち若松島、中通

島間に、平成3年に若松大橋が開通し、隣接する周辺の有人小離島間も連絡されている。また、小値賀島の周辺にも有人小離島が多数散在し、海上交通が専らの移動手段となっている。奈良尾～長崎間にフェリー（2時間40分）及びジェットフォイル（1時間15分）、有川～長崎間に高速船（1時間30分）、有川～宇久～小値賀～佐世保間にフェリー及び高速船、宇久～小値賀～青方間にフェリーがそれぞれ就航し、本土と上五島地域を結ぶ大動脈となっている。上五島と下五島間を結ぶ航路には、奈良尾～福江間にフェリー（1時間10分）及びジェットフォイル（30分）、郷の首～若松～福江間にフェリー等が就航している。

上五島病院は、昭和35年11月に上五島町立国民健康保険診療所として開設され、昭和40年7月に町立上五島病院となり、昭和43年4月長崎県離島医療圏組合（現・長崎県病院企業団）の設立により同組合上五島病院として発足した。救急告示病院、へき地医療拠点病院、災害拠点病院、訪問看護ステーション、人工透析の診療機能を有している。平成28年度からは、心臓血管造影室を設置し、虚血性心疾患に対するPCIの実施も可能となっている。脳神経外科や心臓血管外科、核医学検査や放射線治療については、設備や専門医を有していないため、本土病院と連携し、迅速な患者紹介・搬送に努めている。また、人間ドックの予防医療も担っている。

診療科は、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、腎臓内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科、小児科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科の計18科で、病床数は186床（一般病床132床、地域包括ケア病床40床、医療療養型病床10床、感染病床4床）となっている。患者のニーズに応じて、各科とも1次～2.5

次の医療を展開している。

なお、上五島保健医療圏の統合・再編において、平成 21 年 11 月、有川病院を上五島病院附属診療所有川医療センター（無床）、平成 23 年 4 月、奈良尾病院を上五島病院附属診療所奈良尾医療センター（無床）とし、平成 24 年 4 月には通院に便利な奈良尾港ターミナルそばに新しい診療所が設置された。これらの改革により、看護師が上五島病院に移り、休止していた療養病床の再開や一般病棟入院基本料 10 対 1 の算定が可能となった。

## 2. 医師・看護師不足への対応

長崎県病院企業団では、「長崎離島医師搬送システム」を整備し、長崎県の離島医療に派遣される医師をヘリコプターで搬送する事業を展開している。このシステムでは、本土と離島間の移動時間を短縮するために、ヘリコプターによる移動手段を提供している。上五島病院ではこのシステムを利用し、臨床研修医もヘリコプターに同乗し、離島医療を研修できる体制を構築している。

また、2015 年より、長崎県病院企業団は、都市部の大規模病院から離島の病院へ看護師等を派遣するアイランドナースネットワーク事業を開始している。この事業は、大規模病院と離島病院間で、看護師の人材交流を図ることで、離島地域の安定的な看護師の確保および企業団病院の活性化、職員の資質向上につなげることを目的としている。期間は 1 年で、人事交流の派遣に際し、宿舎などの住居環境が提供され、派遣元の職のまま派遣先でも就業が可能であり、赴任旅行費・地域手当の支給や退職金の継続が配慮されている。

上五島病院で働くことで、総合的に様々な患者さんを診る・看ることのできるオールマイティー

な看護能力を養うことができ、看護を通して地域医療の現状や問題を知る機会となっている。

また、これまで、離島地域に勤務する医師や看護師は、人員不足や移動の問題により、本土の研修会に参加することが困難であった。しかしながら、がん診療離島中核病院の指定を受けたことにより、がん診療連携拠点病院（長崎市民病院、日赤長崎原爆病院、長崎大学病院）からの講師派遣による研修会の開催やテレビ研修の実施なども行われており、離島であっても研修を受け、キャリアアップを図ることのできる体制を整え、人材確保にも努めている。

## 3. あじさいネットの活用

### 1) あじさいネットの概要

あじさいネット（図 1、2）は、当初、平成 16 年 11 月より、国立病院機構長崎医療センターの電子カルテ内の診療情報を大村市と諫早市の医療機関が閲覧できるシステムとして開始した。この医療情報連携ネットワークは、地域医療の主体は「かかりつけ医」であることを踏まえ、地域医療の中核となる病院（中核病院）の診療情報やノウハウを公開することにより、診療所の診療支援と生涯教育支援、それらを通じた地域全体の医療の質向上を目的として構築された。

その後、情報提供病院、情報閲覧施設ともに年々増加し、長崎県全域に拡大した。現在は、ネットワークのセキュリティ基盤（オンデマンド VPN 利用による施設間暗号化通信）を活かして、セキュアメール（あじさいネット内限定ウェブメール）、テレビ会議システム、医療関連ビデオ配信、多職種連携（チーム医療のための複数医療機関連携機能）、高品質遠隔画像診断、離島・救急医療支援システム、糖尿病疾病管理システム、周産期医療支援システム、検査データ共有サービス

などの機能を拡充し、地域連携パスや地域包括ケアシステムへの展開も進めている。あじさいネットの運用により、地域連携の活発化（紹介・逆紹介の増加）、病診連携の強化や重複検査の抑制などの効果が報告されている。

情報提供病院の多くは DPC 病院であり、入院期間が短縮されていることから、地域の回復期・慢性期の病院、診療所がフォローアップする必要がある。しかし、あじさいネットを通じて、必要な診療情報を迅速に入手できることから、シームレスな診療・ケアの提供に役立っている。また、診療所からの紹介患者が、病院から退院後にその診療所を受診した際、入院中に聞けなかった退院後の生活や服薬上の注意点、今後の見通しなどを、診療情報提供病院の入院中の診療経過を閲覧することで、補足説明することも可能となっている。加えて、病院のオープンシステムを利用して、病院で手術をする開業医も増えており、術後の経過を「あじさいネット」で閲覧し、患者の状態把握することにも役立っている。

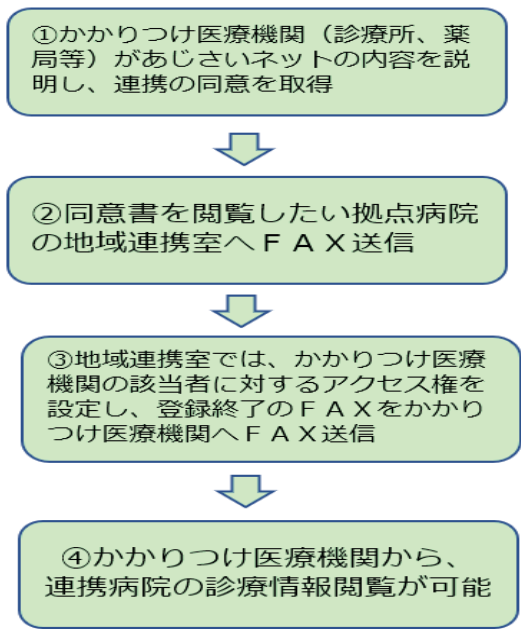
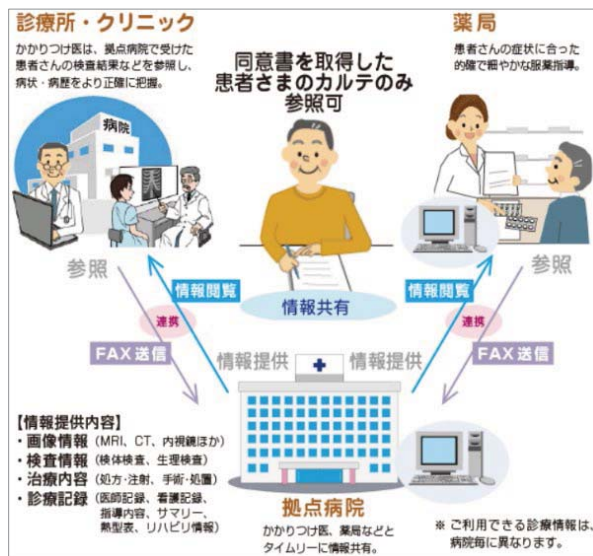


図1 あじさいネットと利用手順

引用：あじさいネットワークHP  
[http://www.ajisai-net.org/ajisai/07\\_outline/index.html](http://www.ajisai-net.org/ajisai/07_outline/index.html)

## 2) 上五島病院におけるあじさいネットの活用

上五島病院では、平成22年からあじさいネットの導入準備を開始し、5か月間のトライアルを経て、平成23年4月より情報提供病院としての運用を開始した。現在、上五島病院では、1800人超の患者から同意書を取得し、登録がなされている。

上五島病院では、あじさいネット上で、処方、

注射、検査結果、画像、入院療養計画書、退院療養計画書、退院時処方、症状経過（医師・看護師・リハビリ記録）、診断書、診療情報提供書、連絡情報、看護サマリーの閲覧を許可している。病病連携、病診連携のための診療情報の閲覧に加え、本土の病院に搬送するか否かについて、遠隔画像診断システムを活用し、意思決定を行うのに役立っている。訪問診療、訪問看護では、携帯端末を使用し、在宅で病院カルテを閲覧することが可能となっている。その他、いろいろな医療機関で行われた検査結果が統合された形式で閲覧が可能のため、紹介患者の重複検査を防止することにも役立っている。

老健施設のケアマネジャーも講習会を受講し、ID とパスワードの発行を受ければ、あじさいネットから情報を閲覧し、情報収集が可能であり、医療・介護連携にも活用できる体制を整備している。老健施設からの緊急入院が増えていることから、今後はあじさいネットを通じた医療・介護連携を進めることが課題となっている。

歯科との連携に関しては、近隣の歯科医にあじさいネットを紹介したものの、費用面から歯科医への導入は行われていない。

調剤薬局においては、調剤の場面であじさいネットに接続しながら行うより、事前・事後に参照する使い方の方が多し。医師からすれば診療情報提供書を記載するのは大きな手間であり、あじさいネットで情報共有できれば、その記載は実質的に不要になると認識している。また、処方内容が変わっているとき等も、検査結果等でその理由がわかれば、疑義照会しなくて済むことも多い。このように、あじさいネットは、調剤薬局との連携を強化しつつ、同時に医師の負担を減らす意味も大きい。

調剤薬局が地域包括ケアを支える上では、特に

在宅医療において、あじさいネットの効果を実感している。例えば、定期的に来局している患者がしばらく来なくなると、調剤薬局としては「家で倒れていないか」等と心配になる。そのような際、あじさいネットからその患者の入院中等の状況についての情報を確認できると、他の職種と連携しながら、在宅医療を行いやすくなる。当薬局では、薬を届けるべき患者や透析中の患者など、自分たちが介入すべき患者を一覧表にして漏れがない工夫をしている。こうした機能はあじさいネットにはなく、手作りであるが、いずれにせよ情報通集には大いに役立っている。

医薬連携をさらに強化するには、あじさいネットを訪問看護や介護でも使ってもらうことが肝要となる。薬を飲んでもらえていない状況などは、居宅訪問している事業者からの情報が得られると介入しやすくなる。介護支援専門員との連携も重要だが、そこからの情報に基礎疾患が含まれていることが少ない。あじさいネットにおいては、こうした情報を収集できる意味は大きいですが、精神科の医師記録は非開示設定されているなど、把握が必要であるが把握できない情報もあり、今後の課題となっている。

町役場でも、保健師をあじさいネットの講習会に派遣し、機能の概要などを把握してもらった。しかし、現時点では病病連携のツールとしての使い方が中心であると理解している。

もちろん地域包括ケアシステムを実現する上で、こうした基盤があることは有意義だとは思う。ただ現在のワークフローでは、医療連携は施設間での情報交換が中心なので、そこに町役場が入ることには限界がある。もちろん町立診療所があるのでその意味では有意義だが、費用を投じてまで行うという判断に現時点では達していない。

これには、地域性がかなり影響していると考え

る。大きな病院が党内に1つしかないので、地域医療構想における調整会議でも、県病院の院長にお勤めいただいております。県病院が連携推進の軸になっていること、地域包括ケア病棟において在院日数が60日を超えても転院・所できるところが非常に限られることなどから、ICTを活用して地域の医療情報を共有する意義は理解しつつも、現時点ではアナログな手段で実務を遂行できてしまうという背景もあると考えている。

#### D. 考察

上五島病院は、一部の3次医療を除き、地域完結型の包括ケアが行われている。この体制の実現には、医師や看護師不足の対策や本土・離島地域の医療情報連携ネットワークシステムの基盤整備が貢献していた。

例えば、あじさいネットは、離島から本土への緊急搬送の可否の意思決定に加え、離島では診療が困難な専門領域の医療を遠隔医療を通じて提供する等、大きな役割を果たしている。

離島における地域完結型の包括ケアにおいては、離島・僻地といった理由で離島では受けることのできない医療へのアクセスが困難とならないように、地域の実情にあわせて、遠隔医療や多職種連携を促進することのできる医療情報連携ネットワークを推進することが重要である。

多職種間連携において、調剤薬局の薬剤師は、あじさいネットを非常に重要な資源と認識していた。もとより医療機関と調剤薬局との間では一方向による処方情報の授受が中心であったため、あじさいネットを用いても医療機関が「授」であり、調剤薬局が「受」である関係は大きくは変わらない。しかし、医師に情報を戻すことを前提としている介護支援専門員や訪問看護事業所等との情報共有が密になることで、これらの職種を通

じて事業所間や職種間の情報共有が進むことにもつながっていることが示唆された。

情報の種類についてはまだ限定的であり、生活情報などは本研究班が提案している回復期等移行チェックリスト等も活用して、積極的に情報共有できる体制を構築していくことが必要と考えられる。

町役場においては、あじさいネットを活用することの意義を認めつつも、現状で直ちに利用するツールまではいえないとの認識であった。これには、地域医療構想における基礎自治体の役割が、地域の医療環境によって大きく影響されることが関係していた。町役場によれば、同地域において政策的に議論を深めるべき分野（上五島地域においては「看取り」など）の議論も、その地域の公的病院がかじ取りをすることになるので、結果的にICTを用いた情報連携に投資する意義を感じにくくなっているとの考えである。これには投資対効果の観点で理解できる面もあるものの、やはり地域包括ケアシステムの実現においては、その地域の公的病院と基礎自治体が密接な連携を図ることは重要であるから、先述の調剤薬局での問題意識なども交えて、基礎自治体が関与することを前提に情報連携のスキームを議論していくことが必要であると考えられる。

#### E. 結論

離島において、救急を含めた急性期から慢性期まで対応することのできる地域完結型の医療を提供できる体制を構築するためには、長崎県本土の医療機関との連携が必要不可欠である。医療情報連携ネットワークシステムは、この連携体制の構築に大きく貢献していた。

地域包括ケアの展開において、医療情報連携ネットワークシステムは、多職種間の情報共有に大



きく貢献していた。今後は、医療だけでなく、予防、介護・福祉連携においても、このシステムの活用が期待される。

#### **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

なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 【機能連携班②】慢性期医療のデータ収集を可能にする診療記録の標準化 ーアウトカム志向型汎用看護記録による連携医療バリエーション分析と改善のアプローチー

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)

研究分担者 副島 秀久(恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院)

### 研究要旨

2019年度は看護記録から診療プロセスおよびアウトカムの内容をデータとして収集、分析し、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化することを目的として、複数疾患に汎用性のあるアウトカム志向型汎用看護記録を作成した。対象患者は済生会熊本病院で誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全を主疾患として治療を受け、谷田病院へ転院後アウトカム志向型汎用看護記録を適用可能だが適用しなかった患者(A群)と適用した患者(B群)とする。2020年度に慢性期医療のプロセス、アウトカムに影響する要因を分析し課題と改善策を見いだしたい。また本看護記録導入前後で、看護師の勤務時間や看護記録記載時間などに効果があったかどうかを評価する。

研究協力者 西岡 智美(恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院)

### A. 研究目的

平成28～30年度本研究班報告では、Basic Outcome Masterを用いた連携クリニカルパスを基本にした診療記録の標準化を行ったことで、大腿骨近位部骨折に対する骨接合手術を受けた患者の急性期から回復期における一連の診療アウトカムをデータとして収集し、課題分析を可能とすることを実証した。このなかで慢性期では疾患特異的な専門性の必要な患者状態アウトカムは少なくなり、バイタルサイン、食事、排泄、ADLなどに比重が移り、医療記録は看護記録が主体になる現実が明らかになった。

一方、地域内連携で完結する医療は他にも脳卒中や誤嚥性肺炎、心不全などがあるが、これらに共通するアウトカムデータを収集する医療情

報基盤がない現実も明らかになった。

以上のことを踏まえ、本研究では複数疾患に汎用性のあるアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、看護記録から診療プロセスおよびアウトカムの内容をデータとして収集、分析することで、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化する基礎設計を行うことを目的とする。

### B. 研究方法

2020年度を予定している本調査に向けて、下記項目の検討を行った。

#### 1) 対象

熊本県上益城郡にある谷田病院(地域包括ケア病棟、療養病棟、介護医療院、介護施設、在宅医療、在宅介護を提供している)と済生会熊本病院の2施設間で医療連携が完結した患者。

#### ① 選択基準

済生会熊本病院で誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全を主疾患として

治療を受けた患者。谷田病院転院後アウトカム志向型汎用看護記録を適用可能だが適用しなかった患者（A群）と適用した患者（B群）

② 除外基準

誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全を主疾患としない患者で、済生会熊本病院以外の施設からの転院患者。重症度や専門性の高い患者で、アウトカム志向型汎用看護記録を適用することが困難と医師が判断した症例。

2) 方法

① 済生会熊本病院でクリニカルパス、谷田病院でアウトカム志向型汎用看護記録を運用する。

② 本看護記録導入前後で、看護師の勤務時間や看護記録記載時間などに効果があったかどうかを評価する。

③ 患者の治療プロセス、転帰に影響する要因を分析し、連携医療の課題と改善策を見いだす。

④ 本看護記録のアウトカム、観察内容設定で、実際に不足する項目が何かを検証する。

⑤ クリニカルパスに使用するアウトカムと観察項目の用語は日本クリニカルパス学会から刊行されている Basic Outcome Master (BOM)に搭載された用語を用い、クリニカルパスの用語と構造の標準化を行った。

⑥ 疼痛評価、転倒転落評価、嚥下評価のアセスメントツールを 2 施設で共通化した。

⑦ Activity of Daily Living (ADL)の評価指標として Functional Independence Measure (FIM)を使用した。

⑧ 以下の項目について診療録より取得する

A) 患者に関する項目

年齢、性別、主疾患名、併存疾患名、

入院日、退院日、在院日数、入院日体重、退院日体重、治療行為名称、投薬内容、合併症、入院中の患者状態アウトカムとそれに紐付く観察項目（バイタルサイン、身体症状など）、入院中 ADL アウトカムとそれに紐付く観察項目(FIM など)、入院中の投入リハビリ単位、入院中の知識・教育・理解アウトカムとそれに紐付く観察項目、フレイル評価値、認知症の有無 (HDS-R など)、入院中疼痛 NRS、食事摂取量、排便状態、せん妄の有無、転倒転落の有無、1日の観察回数、同居家族、キーパーソン、嚥下評価、転帰情報（済生会への再入院、慢性期への転院、介護施設への転所、在宅医療の継続、在宅介護の継続、等）、看護ケア処置項目、看護ケア処置回数

B) 看護師に関する項目

看護記録時間、看護師残業時間、看護師勤務時間

3) 評価項目

① 主要評価項目

患者に関する項目：合併症発生要因、転帰要因、ADL 改善要因、在院日数影響要因

看護師に関する項目：看護記録時間/看護師勤務時間、看護ケア実施時間/看護師勤務時間

② 副次的評価項目

患者に関する項目：バリエーション発生頻度と項目、合併症発症頻度

看護師に関する項目：不足するアウトカム、観察項目

4) 統計解析方法

多変量解析（重回帰分析）、有意差検定

（t 検定、 $\chi^2$  検定）

（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。脳卒中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

アウトカムとそれに紐づく観察項目を以下のように設定した。すなわちある一つのアウトカムを適用すれば自動的にそれに紐付いた観察項目とその適性値が設定される仕組みとした。ただし適性値自体は始めから固定された値ではなく、患者の個別性を考慮し、施設や主治医の判断で決定されるものである。基本的にはアウトカムに紐付いていない他の観察項目を設定することは認めないこととした。この組み合わせは済生会熊本病院の多数のクリニカルパスに設定されているアウトカムと観察項目の組み合わせを参考に作成した。この仕組みは看護計画を立てる煩わしさを解消し、看護師の経験値、能力差による看護ケアの質の差を無くすことを可能とするとともに、適正値を設定することで安全管理の一助となる。

#### 1. 基本アウトカムと観察項目

疾患を問わず設定する基本アウトカムと観察項目を以下のようにした。呼吸状態が安定している、と、呼吸状態に問題がない、の区別は、後者は呼吸器合併症の可能性のある、脳卒中、誤嚥性肺炎、心不全で転院してきた患者かその既往のある患者に設定し、前者はその懸念のない患者に設定する。

アウトカム・観察項目	看護ケア
循環動態が安定している	
拡張期血圧【適正値：< 90mmHg】	拡張期血圧
収縮期血圧【適正値：≥90 かつ ≤150mmHg】	収縮期血圧
脈拍数【適正値：≥ 50 かつ ≤ 100 回/分】	脈拍数
呼吸状態が安定している	
呼吸数【適正値：≥ 10 かつ ≤ 25 回/分】	呼吸数
咳嗽がない【適正値：なし】	咳嗽
呼吸困難がない【適正値：なし】	呼吸困難
呼吸状態に問題がない	
SPO2【適正値：≥ 94%】	SpO2
呼吸音減弱がない【適正値：なし】	呼吸音減弱
肺雑音がない【適正値：なし】	肺雑音
体温に問題がない	
体温【適正値：< 37.5℃】	体温
疼痛のコントロールができています	
疼痛（NRS）【適正値：≤3】	疼痛（NRS）
疼痛部位	疼痛部位
疼痛性質	疼痛性質
食事摂取ができる	
食事摂取量(主食-11段階)【適正値：≥ 5】	食事摂取量(主食-11段階)
食事摂取量(副食-11段階)【適正値：≥ 5】	食事摂取量(副食-11段階)
排便のコントロールができています	
排便がある【適正値：≥ 1回/24時間】	便回数
治療について理解できる	
治療に対する不安の訴えがない【適正値：なし】	意思表示(不安)

表1：基本アウトカムと観察項目

#### 2. 誤嚥性肺炎アウトカムと観察項目

誤嚥性肺炎を主疾患として転院した患者には、下記アウトカムを追加する。

アウトカム・観察項目	看護ケア
肺炎の症状・所見がない	
気道分泌物がない	気道分泌物
気道分泌物の性状	気道分泌物性状
気道分泌物量・性状が許容範囲である【適正値：範囲内】	気道分泌物(判断)

表2：誤嚥性肺炎アウトカムと観察項目

脳卒中患者には脑梗塞、脳出血、くも膜下出血の区別を問わず、下記アウトカムと観察項目を追加する。

アウトカム・観察項目	看護ケア
頭蓋内圧亢進の症状・所見がない	
頭痛がない【適正值：なし】	頭痛
嘔気がない【適正值：なし】	嘔気
嘔吐がない【適正值：なし】	嘔吐
失語症の症状・所見の悪化がない	
失語の悪化がない【適正值：なし】	失語の悪化
意識レベルの低下がない	
意識評価 (JCS)	意識評価 (JCS)
意識評価が許容範囲である【適正值：範囲内】	意識評価 (JCS) (判断)
麻痺の悪化がない	
麻痺レベル (右上肢)	麻痺レベル 右上肢
麻痺レベル (左上肢)	麻痺レベル 左上肢
麻痺レベル (右下肢)	麻痺レベル 右下肢
麻痺レベル (左下肢)	麻痺レベル 左下肢
麻痺レベルが許容範囲である【適正值：範囲内】	麻痺レベル (判断)
神経症状・所見の悪化がない	
構音障害の症状がない【適正值：なし】	構音障害
しびれの増悪がない【適正值：なし】	しびれの増悪
肺炎の症状・所見がない	
気道分泌物がない	気道分泌物
気道分泌物の性状	気道分泌物性状
気道分泌分量・性状が許容範囲である【適正值：範囲内】	気道分泌物(判断)
誤嚥の症状・所見がない	
飲水後にむせがない【適正值：なし】	むせ

表 3：脳卒中アウトカムと観察項目

アウトカム・観察項目	看護ケア
循環動態に問題がない	
心電図モニター波形	心電図モニター波形
心電図モニター波形の変化がない【適正值：なし】	心電図モニター波形変化
体重のコントロールができています	
体重	体重
体重変動が許容範囲である【適正值：範囲内】	体重 (判断)
循環障害の症状・所見がない	
易疲労性がない【適正值：なし】	易疲労性
頸静脈怒張がない【適正值：なし】	内頸静脈怒張
浮腫がない【適正值：=正常 1+ 2+】	浮腫の程度
末梢循環障害の症状・所見がない	
四肢の末梢冷感がない【適正值：なし】	末梢冷感 (四肢)
チアノーゼがない【適正值：なし】	チアノーゼ
末梢動脈触知ができる【適正值：なし】	末梢動脈触知
腹部症状・所見がない	
腹部膨満感がない【適正值：なし】	膨満感 (腹部)
胸部症状・所見がない	
胸部不快がない【適正值：なし】	胸部不快
嘔気がない【適正值：なし】	嘔気
冷汗がない【適正值：なし】	冷汗
急激な腎機能低下がない	
尿量【適正值：】	尿量
尿量が許容範囲である	尿量 (判断)
睡眠障害の症状・所見がない	
中途覚醒の訴えがない【適正值：なし】	中途覚醒
入眠困難感がない【適正值：なし】	入眠困難感
精神状態が安定している	
焦燥感がない【適正值：なし】	焦燥感
無力感がない【適正值：なし】	無力感

表 4：心不全アウトカムと観察項目

2019 年度は 2 施設間での臨床研究方法の検討にとどめた。現時点で Basic Outcome Master(BOM)には FIM に基づいた ADL のアウトカムと観察項目が含まれていないため、これを 2020 年度に決定する。完成したアウトカム志向型汎用看護記録を 2020 年度に運用することとなった。

実際の運用に当たっては表 1～4 にある全ての

アウトカムを全ての患者に適用することにはならないと考える。患者の個別性に応じ、必要なアウトカムを設定し運用する予定である。

2020年度以降に運用結果に基づいたデータの分析を行う。

#### D. 考察

クリニカルパスの基本構造は第一に患者状態観察内容と介入するケア行為の標準化であり、第二に時間軸の設定にある。急性期医療では時間軸の設定が重要なポイントであり、時間単位、日単位の比較的短い設定が意義を持つ。この短い時間軸こそがクリニカルパスに対する一般的な共通イメージであるが、その考え方はIT時代、データ時代になり古くなってきている。クリニカルパスの新しい意義は観察項目とその用語の標準化により、患者状態のプロセスとアウトカムをデータ化することにある。

慢性期医療でも時間軸は大事ではあるが、その経過速度は遅くなり、急性期に比し観察内容も随分と異なってくる。しかも徐々に生活に近づいたケアが必要になり患者の個別性も重視されるべきである。このためクリニカルパスにより慢性期全経過の時間軸を制御することは現段階では目的としない。既述のように観察内容と用語を標準化することで患者状態のプロセスとアウトカムのデータ化を可能にできるため、毎日の看護記録をアウトカム志向の標準化記録に変更しデータ収集分析することで慢性期医療の実態を解明し適切な医療内容を明らかにすることが可能と考える。デジタル化された標準看護記録は観察漏れを防ぎ看護師のケア行動を支援し誘導することも可能となるため、慢性期医療に安全管理を導入することを第二の目的としたい。

本研究では主に慢性期の看護記録の標準化作

業に軸足を移し、地域内で完結する代表的疾患に共通するアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、実運用した結果の分析を試みる予定である。

#### E. 結論

標準化した看護記録を作成し、地域内連携で完結する疾患に関するアウトカム志向型汎用看護記録を作成することが出来た。

#### F. 健康危険情報

特に該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

##### 2. 学会発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 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

## 【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた医療介護連携分析

研究協力者 次橋幸男<sup>1,2</sup>、長野典子<sup>1</sup>

研究分担者 今村知明<sup>1</sup>、野田龍也<sup>1</sup>

1. 奈良県立医科大学 公衆衛生学 2. 公益財団法人 天理よろづ相談所病院

### 研究要旨

奈良県国保データベース(KDB)を用いて、医療と介護レセプトデータを活用した政策研究として以下3通りの分析を行った。①療養場所の追跡：胃瘻造設術(区分番号 K664)が実施された患者 2506 名を対象として、胃瘻造設日から3年間の療養場所を入院基本料から分析した。②疾病の発症が「健康寿命」に与える影響：要介護度2未満から要介護度2以上となった又は死亡した患者を「健康寿命の終了」と定義し、ある疾病を発症した65歳以上の患者グループが1年以内に「健康寿命の終了」を迎える人数と基準集団から求められた期待患者数との比を SMDR (Standardized mortality and disability rate) とした。そして、大腿骨骨折患者の SMDR を算出したところ男性で 529、女性で 420 であった。③死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の日別推移：医科レセプトから1日あたりの医療費を合算し、介護費については各月の介護費からその月の日数を割ることで1日あたりの介護費を求めた。その結果、死亡日から遡って死亡前 180 日までの医療費及び介護費の日別推移を分析した。その結果、医療費は年齢が上がるほど低く、死亡前 90 日前頃から増加傾向が認められた。介護費は年齢が上がるほど高く、死亡前 90 日頃から減少傾向が認められた。

### A. 研究目的

奈良県国保データベース(KDB)の医療及び介護レセプトデータを用いて、政策研究における活用を目的とした以下の分析法を確立する。

- ①療養場所の追跡
- ②特定の疾病発症が「健康寿命」に与える影響
- ③死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の日別推移

### B. 研究方法

対象データ

2013 年度から 2018 年度まで(5年間)の奈良県 KDB に含まれる医療レセプト及び 2018 年度(1年間)の介護レセプトに含まれる以下の対象者

- ・ 国民健康保険加入者 約 37 万人
- ・ 後期高齢者医療制度加入者 約 17 万人
- ・ 介護保険要介護認定者 約 7 万人

### 医療と介護レセプトの突合

以下3通りの名寄せ用 ID (KDBHID) を作成後、KDB 被保険者台帳の各 KDBHID の紐付け情報を用いて、医療と介護レセプトを突合

した。

- ・ 国民健康保険：保険者番号、被保険者記号、被保険者番号、生年月、性別
- ・ 後期高齢者医療制度：被保険者番号
- ・ 介護保険：保険者番号、被保険者番号

## 方法

### ①療養場所の追跡

対象：2013年4月～2018年3月に胃瘻造設術（区分番号 K664）が実施された患者 2506名

アウトカム：胃瘻造設術の実施日から30日後、180日後、1年、3年後の療養先

分析：各時点で算定されていた入院基本料を基に以下の7つの療養先カテゴリー（急性期／地域包括ケア／回復期／療養／精神／その他入院／病院外）へと分類した。

### ②疾病の発症が「健康寿命」に与える影響

対象：2013年4月～2017年3月までに奈良県KDBに医科レセプトが存在していた（同一期間に1回以上、医療保険を利用した）65歳以上の全ての高齢者（約16万人）

曝露：大腿骨骨折（ICD-10：S72）の病名があり、入院中に骨折観血的手術（大腿）、関節内骨折観血的手術（股）、観血的関節固定術（股）、人工関節置換術（股）、人工骨頭挿入術（股）、鋼線等による直達牽引、骨折非観血的整復術（大腿）が行われた患者 3285人

比較（基準集団）：全ての高齢者（約16万人）

アウトカム：要介護度2未満から要介護度2以上となった又は死亡を「健康寿命の終了」と定義し、アウトカムとした。

分析：性別、年齢階級別に大腿骨骨折患者が発症1年以内に「健康寿命を終了した」人数と、基準集団において「健康寿命を終了した」人数から求められた期待患者数を算出して、この比をSMDR(Standardized mortality and disability rate)とした。期待患者数の計算には、性別、年齢

階級別の基準集団における「健康寿命を終了した」割合を、大腿骨骨折患者数に当てはめることで算出した。

### ③死亡前180日以内に費やされた医療介護費の日別推移

対象：2017年10月～2018年3月に死亡した後期高齢者 4935名

アウトカム：死亡日から死亡180日前までの日別医療費及び介護費

分析：医科レセプトから1日あたりの医療費を合算した。介護費については各月の介護費をその月の日数で割り、その費用を各月の1日あたりの介護費として割り付けた。

（倫理面への配慮）

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査会の承認を得て実施された。

## C. 研究結果

### ①療養場所の追跡

2506名中2259名（90%）が急性期病床入院中に胃瘻を造設されていた。胃瘻造設から30日と180日後に生存していた患者2338名、1767名はそれぞれ570名（24%）、1167名（64%）が病院外で療養していた。（図1）

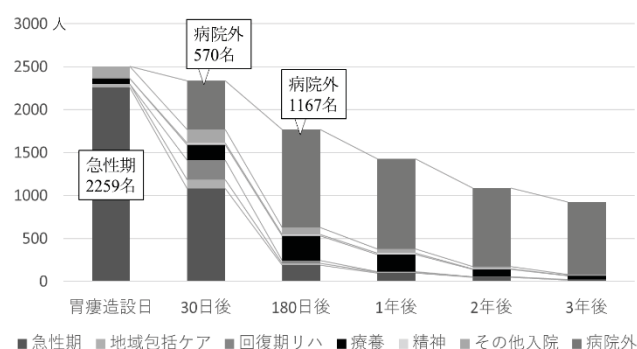


図1 胃瘻造設後3年間の療養場所の推移

### ②疾病の発症が「健康寿命」に与える影響

大腿骨骨折患者（男性）839名中、1年以内に



「健康寿命を終了した」患者は 422 名であった。基準集団（男性）から求められた年齢階級別の期待患者数の総和は 80 名であることから、大腿骨骨折発症による SMDR（男性）は  $422/80 \times 100 = 529$  として求められた。大腿骨骨折発症（女性）3285 名中、1 年以内に「健康寿命を終えた」患者は 1682 名であり、基準集団（女性）から求められた期待患者数の総和が 388 名であることから、SMDR（女性）は  $1628/388 \times 100 = 420$  となった。

### ③死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の 日別推移（図は月別推移として表示）

1 人あたりの平均医療費は年齢が若いほど高額となる傾向が示された。死亡月を 0 月とした場合、-2 月（死亡 60～89 日前）頃から急速に増加していた。（図 2）一方、1 人あたりの平均介護費は年齢が上がるほど高額となっていた。死亡月を 0 月とした場合、-2 月（死亡 60～89 日前）から減少傾向が示された。（図 3）

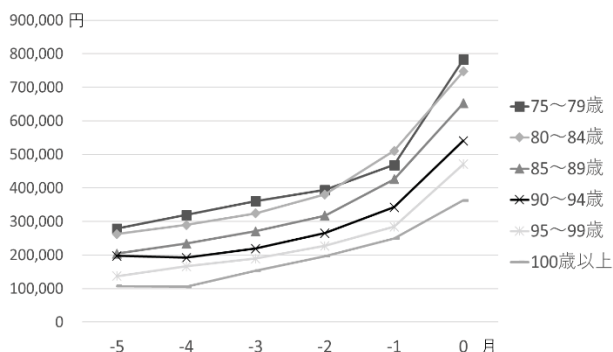


図 2 死亡前 180 日以内の医療費

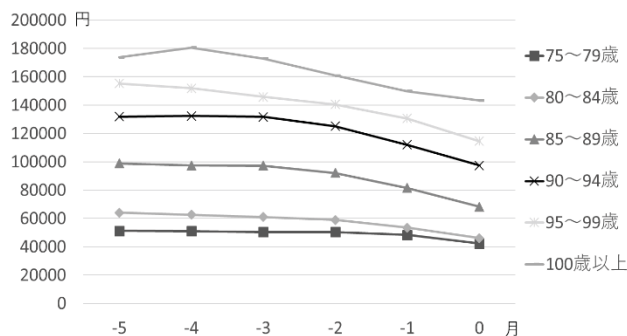


図 3 死亡前 180 日以内の介護費

## D. 考察

医療と介護レセプトを突合させて、療養場所の追跡、要介護度 2 以上となる時点を「健康寿命の終了」の代理指標とした場合の健康寿命に与える疾病発症の影響、そして死亡から遡った医療介護費を分析した。

療養場所の追跡については、医科レセプトの分析結果を示したが、さらに介護保険データを用いて「病院外」を分類することで、介護保険施設、居住系施設、又はショートステイや在宅といったより詳細な分類が可能になる。この方法を用いて特定の疾病発症や治療後の療養場所を追跡することで、全県レベルでの医療介護連携に関する調査を実施できる。また、SMDR を用いて健康寿命に与える影響の大きさを疾病間で比較することで、健康寿命の延長を目指した効率的かつ重点的な介入につなげられる可能性がある。さらに、死亡から遡って 180 日以内の医療介護費の分析を応用させることで、疾病別、在宅医療や施設介護といったサービス行為別の層別解析を実施できる。我が国の人口推計では 2040 年まで死亡者数が増加し続けることが予想されており、死亡前の看取りに関する医療介護サービスに費用を加えた評価が、持続可能性のある政策形成に役立つ情報として活用されることが期待される。

## E. 結論

本研究の結果、奈良県の国保データベース（KDB）を用いて、療養場所の追跡、特定の疾病発症が「健康寿命」に与える影響、そして死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の分析が可能になった。これらの分析を軸として、今後様々な疾病や診療行為、又は地域別の層別解析を行い、政策及び診療現場に還元する。

## 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

次橋幸男, 赤羽 学, 中西康裕, 林修一郎, 野田龍也, 明神大也, 今村知明: 胃瘻造設術の減少と人工栄養の推移 レセプトデータを用いた患者数と生命予後の分析. 第78回日本公衆衛生学会学術総会. 2019.10.23, 高知

Nakanishi Y, Tsugihashi Y, Noda T, Myojin T, Kubo S, Nishioka Y, Akahane M, Imamura T.  
14th Supercentenarian Seminar 29 Nov. 2019.

Pari

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 【地域実情分析班】地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める 具体的対応方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル

佐藤 大介 (千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 特任准教授)  
小林 大介 (神戸大学 医学研究科 特命准教授)  
今村 知明 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 教授)  
野田 龍也 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 准教授)

### 研究要旨

本研究は、地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証対象医療機関として指定を受けた公立・公的医療機関等が議論すべき課題事項に係る基本的考え方を(1)通知から調整会議までの期間、(2)再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間に分け、関係者別に整理を行った。

その結果、特に重要な関係者への説明と協力要請、検討体制の整備、検討に必要な基本分析項目、合意形成の方法について明らかにした。また、病床機能報告データ、各省庁によるオープンデータや医療機関データを活用して構想区域の疾患別の医療需要、医療機関の実績、将来の必要医師数等について分析することが有用であることについて整理した。さらに、協議を通じた合意に際する留意点とともに地域住民や病院職員等へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

本研究の限界点として、具体的対応方針に関する各地域の実情は画一的に決まるものではないことから、協議を進める上での検討体制や具体的対応方針に係る検討課題については各地域の調整会議等を通じて議論し進める必要があることを留意事項として整理した。

### A. 研究目的

「地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和元年9月26日)において、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等が公表された。厚生労働省は都道府県の地域医療構想調整会議において、特に公立・公的医療機関等に対しては、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針の検証方法としては、厚生労働省が診療実績等から一定の指標を設定し、各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行った上で定めた基準に合

致した場合、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとしている。また、「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組」では診療実績等から定めた「診療実績が少ない」や「他の医療機関と競合している」指標に基づき、公立・公的医療機関等の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ医師の働き方改革の方向性も加味して具体的対応方針の再検証を要請される等、地域医療構想調整会議で協議し

改めて合意を得るよう要請された。

しかしながら、具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものであるか検討が必要なものの、地域特性や医療機関の個別事情等により協議すべき課題事項の優先度がケースバイケースのために議論が進まないことや、検討体制や検討課題の整理が不十分のため、関係者との合意形成が得られない可能性が予見される。また、公表結果は必ずしも医療機関そのものの統廃合を求めるものではなく、医療機関が将来担う役割の方向性を機械的に決めるものでもない。法的根拠のある調整会議の機能を活性化し、地域の実情を踏まえ地域の医療機関との連携を考慮しながら議論を尽くすことが必要である。

本研究は、地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証対象医療機関として指定を受けた公立・公的医療機関等が議論すべき課題事項について、公立・公的医療機関等に関わる関係組織・団体の観点から基本的考え方を整理し、具体的対応方針の再検証について議論し合意を得るために検討すべき項目について整理することが目的である。

## B. 研究方法

本研究では、具体的対応方針の再検証に関する議論の進捗に応じた段階を（１）通知から調整会議までの期間、（２）再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間に大別し、地域医療構想における具体的対応方針等の再検証において重要な関係者を以下の通り定めた。

- （１） 構想区域の長または知事、議会
- （２） 「特に検討が必要な医療機関」の対象となる病院の長・幹部職員（自院）
- （３） 設置主体本部（公立病院の場合は首長、公的病院の場合は経営本部）
- （４） 地域住民、市民団体、患者

- （５） 医師会等の関係団体
- （６） 医師派遣元の医局：構想区域内に複数の大学がある可能性に留意
- （７） 構想区域に位置する周辺医療機関
- （８） 「特に検討が必要な医療機関」として対象となる医療機関の労働組合
- （９） 職員：当該医療機関に勤務する常勤医師・非常勤医師、看護職員、事務職員等
- （１０） その他、地域の特性に応じた関係者

それぞれの期間において、上記に挙げた重要な関係者が立場的に行うべき対応や留意点について、地域医療構想アドバイザーとして実務上把握している状況等も踏まえ、整理を行った。

（倫理面への配慮）

特になし

## C. 研究結果

### （１）通知から調整会議までの期間

#### 1. 重要な関係者への説明と協力要請について

メディア等を通じた地域住民の不安が首長等に届けられる可能性があることを第一に記載することとした。また、具体的対応方針の再検証は、診療実績の分析結果を基に地域の人口推計や将来の医療需要の変化等に合わせて公立・公的医療機関等の役割を見直すことが目的であり、調整会議を通じた協議の場で合意を得、明示的かつ丁寧な議論を進めていくことを推進するものである。

本研究では、都道府県が首長や再検証対象医療機関の病院長、再検証対象医療機関へ医師派遣を行っている大学医局等の重要な関係者に対し、調整会議に向けて「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等（再検証対象医療機関）」とされた根拠を説明するとともに、具体的対応方針の見直しに向けて議論を行っていく旨を説明する必要性を取り上げた。特に大学医局は病院管理者の供給や医師の派遣といった重要

な役割を果たしているため、大学の部局長または病院長に対して、調整会議において積極的な協力を行うよう要請する必要性を明らかにした。

## 2. 検討体制の整備について

調整会議に付属する形で、急性期医療全体と急性期医療の領域（がん、心疾患、脳卒中、救急医療、周産期医療、小児医療）毎の検討体制（部会）を整備する必要性を明らかにした。調整会議は都道府県の地域医療構想に係る関係者で構成されるのに対し、部会での議論は該当領域に直接かわる構成員で議論する違いを提示した。また、都道府県は、調整会議と部会との連携、調整、議論に資する分析業務等を担うことが重要である。

### **（2）再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間**

#### 1. 検討に必要な事項について

検討に必要な基本分析項目を以下の通り定めた。

- ・ 構想区域の疾患別医療需要
- ・ 医師の時間外労働規制による 2024 年の必要医師数について
- ・ 地域医師会や周辺病院との連携、バックアップ機能の分析
- ・ 公立・公的医療機関等と民間医療機関の会計基準の異質性を考慮した財務分析
- ・ 医療機能統合および再編統合等についてのシミュレーション

#### 2. 合意形成の方法について

最終的な意思決定組織は調整会議である。しかしながら法律上（医療法第三十条の十四）において「協議を行う」際、関係者や関係組織の立場によって議論を尽くしても意見が一致しない場合がある。その場合には協議の場を通じて丁寧な議論を行った上で、それぞれの立場の意見と論点を明確にし、調整会議において協議を行うことを明

らかにした。

## **D. 考察**

本研究では地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証を地方自治原則の基で進めるために、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別・関係者別に整理した。具体的対応方針の再検証に関する協議の方法や検討課題は現行の枠組みで想定される内容を記載した。また、構想区域の疾患別医療需要を分析する際、厚生労働省により提示された病床機能報告制度に基づく定量的分析結果のほか、各省庁がすでに公表・提供しているオープンデータや各医療機関自身のデータを活用して構想区域の疾患別の医療需要、各医療機関の実績、将来の必要医師数等について分析することは協議に資する基礎資料として有用であることから、これまでの実績に基づき利用可能なデータソースについて整理した。さらに、協議を通じた合意に際する留意点とともに、地域住民や病院職員等の関係者へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

しかしながら各地域の実情は画一的に決まるものではなく、主な関係者やそれぞれの課題について整理には限界がある。そのため本研究では標準的なケースを想定し整理することとした。

## **E. 結論**

本研究では地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証を地方自治原則の基で進めるために、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別・関係者別に整理した。また、構想区域の疾患別医療需要を分析する際、利用可能なデータソースについて記載した。

各都道府県が協議を進める上での検討体制や具体的対応方針に係る検討課題については、本研究班を参考にしつつ、各地域の実情に沿って調整会議等を通じて議論し進める必要がある。

**F. 健康危険情報**

特になし

**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**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める  
具体的対応方針の再検証等に関する議論の基本的考え方について

厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」班

○ 留意点

- 本資料は、都道府県及び地域医療構想の関係者が「構想区域単位における議論(現在の検討の主眼)」を進める際の論点について検討・整理を行ったもの。

## 研究班による序文

公立・公的医療機関等が担うべき役割に重点化されているかという観点から、厚生労働省において診療実績データの分析が行われ、その分析結果とともに当該医療機関の具体的対応方針の再検証等に必要な整理が示された。当研究班は、良質な医療をすべての地域が次世代へ引き継ぐために、この分析結果を「構想区域の医療提供体制に関する将来的なリスクマップ」であると捉えている。つまり、適切な医療体制が提供できなくなる状況を一種のリスク(将来的な危険)として捉え、地図的な観点で落とし込みを行うことで、議論のたたき台となることを目指した資料と考えている。この分析結果を踏まえ、構想区域の調整会議等において地域の現状や事情を考慮した協議の活性化が期待されている。

当研究班は、各地域において地域医療構想の実現に向け、適切に議論いただくため、構想区域の具体的対応方針の再検証等について協議を行う際の課題をプロセス別・関係者別に整理した。具体的対応方針の再検証等に関する協議に際しては、良質な医療を将来へ引き継ぐために今後 10 年 20 年間の地域の人口増減も見据えた組織や施設の維持の可能性は重要な論点である。また、医療従事者の働き方の問題も関係する。例えば、医師数に余裕のない病院または診療科における医師の疲弊による医療の質への影響や、診療曜日や休日夜間救急の縮小等によるアクセスへの影響の観点から、医師が少数の医療機関や診療科を幅広く配置してアクセスを優先しても、医師の疲弊により医療機関や診療科が撤退してしまえばアクセスとクオリティの両方を失いかねない。

当研究班は、基本的な医療を良いアクセスのもとで受けることができる医療提供体制は、我が国のすべての地域で維持されるべきであると考え。一方、比較的高度な医療については、地域の実情と将来の維持可能性を見据えた「リバランス」を各地域で熟議することが望ましく、調整会議で検討することがあるべき姿と考える。今後 10 年 20 年間の地域の人口増減も見据えた医療機関および診療科ならびに人員の配置、広域医療圏での医療連携、病棟機能の再検討等、多段階で検討・実施可能であり、取りうる手段としては、病床配置の見直しや医療機能の集約化だけでなく、病床機能の転換や診療所の活用等、様々な選択肢の組み合わせがありうる。

しかしながら当研究班は現時点で全国すべての地域の実情を反映させることができないため、本資料において整理している内容は、一般的な課題や代表的な関係者に限られている。したがって本資料がすべての地域に合致するとは限らず、具体的対応方針の再検証等の進め方を一律に定めるマニュアルの類ではない。

人口構造の変化に伴う将来の地域医療需要の変化に対し、良質な地域医療を将来へ引き継ぐために、各地域が「これからの医療のあり方」と「実現可能性」の両面を踏まえて建設的な議論を進めることが重要であり、仮に「熟議の結果、現状を維持する」という結論であっても、それは地方自治の成果であると考え。研究班としては、本資料がこれからの具体的対応方針の再検証等における議論の一助となることを願うものである。



1. 地域医療構想における具体的対応方針等の再検証に係るこれまでの経緯

(1) 厚生労働省は、地域医療構想の推進について、地域医療構想調整会議(以下、「調整会議」という。)において2年間程度で集中的な検討を進めることとした中で、特に公立・公的医療機関等に対しては、策定した「新公立病院改革プラン」及び「公的医療機関等2025プラン」の内容(以下、「具体的対応方針」という。)について、公立・公的医療機関等であれば担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを都道府県に対し求めた。その後、「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)が示されたことを踏まえ、厚生労働省において、がんや心血管疾患等の一定の診療領域を設定した上で診療実績データを分析し、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(令和2年1月17日付け厚生労働省医政局通知。以下「再検証通知」という。)により、一定の基準に合致した公立・公的医療機関等に対して、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか再検討を行い、調整会議における再検証を経た上で改めて合意を得よう要請している。

(2) 厚生労働省が行った公立・公的医療機関等の診療実績データの分析は、

i) 「診療実績が特に少ない」(診療実績が無い場合も含む。)

ii) 「各分析項目について、構想区域内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」(診療実績が無い場合も含む。以下「類似かつ近接」という。)

の観点から分析しており、「診療実績が特に少ない」に9領域全て、または「類似かつ近接」に6領域全て(人口100万人以上の構想区域を除く。)該当している公立・公的医療機関等を「具体的対応方針の再検証が必要な公立・公的医療機関等」(以下、「再検証対象医療機関」という。)と位置付けた上で、再検証通知により、以下の事項を都道府県に求めている。

① 再検証対象医療機関に対して、具体的対応方針の再検討を要請し、調整会議で再検証を行うこと。

② 「類似かつ近接」に6領域全て該当した医療機関が所在する構想区域について、当該区域全体の2025年の医療提供体制について検証を行うこと。都道府県が必要と判断する場合には、「診療実績が特に少ない」に9領域全て該当する医療機関が所在する構想区域でも同様の検証を行うこと。

③ 再検証対象医療機関ではないが、一部の領域で「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接」に該当している医療機関の具体的対応方針についても、改めて議論すること。

④ 平成29年度病床機能報告が未報告となっている公立・公的医療機関等に対して、具体的対応方針の妥当性について調整会議の場で説明するよう要請すること。

- (3) また、具体的対応方針の再検証等に当たっては、
- ・医療提供の効率化の観点から、ダウンサイジング、医療機能分化・連携、集約化
  - ・不足ない医療提供の観点から、医療機能転換・連携
- 等の再編・統合について検討し、調整会議において協議を行うとされている。
- (4) 協議にあたり、具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものであるかについて、再検証対象医療機関及び調整会議において検討が必要なものの、地域特性や医療機関の個別事情等により協議すべき課題事項の優先度がケースバイケースであるために議論が進まないことや、検討体制や検討課題の整理が不十分であるために関係者との合意形成が得られない可能性がある。
- (5) 本資料は厚生労働省が実施した分析結果を踏まえ、具体的対応方針の再検証等に当たり議論すべき課題事項について、公立・公的医療機関等および関係組織・団体の観点から基本的考え方を整理し、議論し合意を得るために検討すべき項目について整理することが目的である。

なお、当該分析結果は必ずしも医療機関そのものの統廃合を求めるものではなく、医療機関が将来担う役割の方向性を機械的に決めるものでもない。設置に法的根拠のある調整会議の議論を活性化し、地域の実情を踏まえた地域の医療機関との連携を考慮しながら議論を尽くすことが必要である。

## 目次

1. 調整会議での検討前における都道府県と関係者との調整 .....	10
1-1. 市町村等 .....	10
1-2. 具体的対応方針の再検証等の議論を行う医療機関 .....	10
1-3. 再検証対象医療機関へ医師派遣を行っている大学医局等 .....	10
2. 調整会議を通じた検討体制の整備 .....	11
2-1. 検討体制の整備 .....	11
2-2. 部会の進め方および必要な準備 .....	12
2-3. 合意形成の方法 .....	13
3. 再編等の議論・合意形成について留意すること .....	14
3-1. 具体的対応方針の再検証に関する分析・検討 .....	14
3-2. 基本的な検討項目 .....	15
4. 関係者への説明・詳細協議について .....	17
4-1. 住民等に対する情報提供 .....	17
4-2. 職員・組合に対する説明 .....	18
4-3. 設置主体本部に対する説明 .....	18
5. まとめ .....	19

## 1. 調整会議での検討前における都道府県と関係者との調整

都道府県の取組として、重要な関係者・組織等に対して以下の留意すべき事項が考えられる。

### 1-1. 市町村等

- (1) 具体的対応方針の再検証等に係る議論については、地元の病院の存続について地域住民が不安を持たないよう、丁寧に進める必要がある。今回の再検証等の取組は、診療実績の分析結果を基に、地域の人口推計や将来の医療需要の変化等と合わせて地域の医療機関の役割を見直し、将来に渡って地域に必要とされる医療提供体制を確保することを目的とするものであり、その実現に向けたプロセスとして、各医療機関の具体的対応方針について調整会議を通じた協議により合意を得ながら、明示的かつ丁寧な議論を進めていくことを推進するものである。都道府県は、広報、議会答弁及び知事メッセージ等の適切な機会を通じて、この目的について、各地域の住民に対し正しく伝わるようわかりやすく説明することに努めることが望ましい。
- (2) 都道府県は、関係市町村の首長をはじめとする重要な関係者に対し、調整会議に向けて、具体的対応方針の再検証等の議論の必要性と、調整会議において議論を行っていく旨を説明する。

### 1-2. 具体的対応方針の再検証等の議論を行う医療機関

議論を行うにあたり、病院職員が不安を覚えることのないよう、医療機関が職員向けに現状説明会を開催することが必要となる場合がある。その場合、都道府県はこれらの医療機関に対し可能な限り協力支援を行うことが望ましい。その際、提供している医療機能と医療需要の差や将来予測等の分析については地域医療構想アドバイザーの協力を要請することも有効な選択肢である。

### 1-3. 再検証対象医療機関へ医師派遣を行っている大学医局等

- (1) 大学医局は地域の病院の管理者や勤務医の派遣調整において重要な役割を果たしており、都道府県は大学の部局長または病院長に対し、具体的対応方針の再検証等の議論にあたって丁寧な調整が必要となる。
- (2) 大学医局からの医師の派遣について、都道府県は策定している医師確保計画を踏まえ、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議の議論に基づき医療機能に応じた派遣を検討するよう大学に要請し、必要に応じて大学、都道府県及び関係者等が協定を結ぶ等の対応が考えられる。
- (3) 再検証対象医療機関については、地域医療支援病院が含まれており、その中には大学病院の分院の一部も存在している。この場合、本院から直接の医師派遣を受けている分院であるとしても具体的対応方針の見直しにあたって該当の分院等に積極的な議論への参加を

依頼する必要がある。

## 2. 調整会議を通じた検討体制の整備

### 2-1. 検討体制の整備

都道府県における地域医療の体制については、都道府県医療審議会や、法 30 条の 23 に基づく地域医療対策協議会等において議論がなされているが、構想区域の医療体制については特に法 30 条の 14 に基づく地域医療構想調整会議での協議を行うこととされている。特に、具体的対応方針の再検証等にあたっては、改めて合意を得るための検討体制が最も重要である。検討課題の内容は都道府県や構想区域にある市町村、当該病院および周辺医療機関、医師派遣元の大学医局、医師会等の関係団体等に対し幅広く影響を与えることから、様々な要素を具体的に検討することが可能となるよう、以下の点について検討する。

#### (1) 調整会議の位置づけについて

検討体制については再検証等を行う医療機関の経営形態や構想区域の特性に応じて整備する。その際、当該医療機関の課題だけではなく、構想区域や都道府県の医療提供体制に関する課題についての議論が求められる。すなわち、当該医療機関の医療機能の見直しにあたっては、周辺医療機関を含めての議論が必要不可欠である。

例えば、「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域については、類似の実績を有する他の医療機関が領域ごとに異なるため、機能連携や機能再編等の相手方として検討に含める医療機関も領域ごとに異なることや、複数の医療機関にわたること等が予想される。そのため、多くの関係者による議論が必要となり、全ての関係者が一堂に会して調整会議を開催し、議論を進めることは、その調整に相当の労力を要すると考えられる。

従って、検討課題毎に関係者を整理し、調整会議の下に新たな協議の場(部会やワーキンググループ等)を設置することが有効と考えられる。例えば、部会等においてあらかじめ検討課題に応じた医療需要の動向や地域の将来像を議論した上で、調整会議において領域を超えた再編統合等の議論や機能再編の議論に関する論点整理を行うことが望ましい。協議の方法や手順はこれらの限りでなく、また画一的に決まるものではないため、例えば以下の様な複数の方法が考えられる。なお、必ずしも全ての方法を取り入れなければならないものではない。

- 調整会議の場で、構想区域における具体的対応方針の再検証等にあたり、検討課題やそれに応じた部会等の設置等の検討体制を整理する。
- 構想区域内の急性期医療を担う全ての医療機関の長で構成される部会等を設置し、構想区域の急性期医療の在り方に基づき具体的対応方針の再検証等の方向

性について議論する。

- 構想区域内において具体的対応方針の再検証等を行う医療機関および周辺にある関連領域の医療を担う医療機関ならびに関係組織等で構成される部会を設置し、具体的対応方針の再検証等による医療機能の分化、連携等の具体的な検討を行う。  
等

これらの議論を踏まえ、構想区域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等の方向性について、調整会議で議論を行い、合意することとなる。

## (2) 部会等の構成員について

調整会議は都道府県の地域医療構想に係る幅広い関係者で構成されているが、具体的対応方針の再検証等の議論においては、構想区域内の医療の提供に直接かかわる構成員による議論が重要である。

そのため、再検証等の議論を行うために設置する部会等については、構想区域の医療提供体制を含めて検討が行えるよう、都道府県、構想区域の自治体、具体的対応方針の再検証等の対象となる公立・公的医療機関等、設置主体本部、地区病院協会、地区医師会、周辺病院、医師派遣元の大学が主たる構成員の候補として考えられる。そのほか市民団体、地域医療構想アドバイザー、有識者も重要な役割を担う。地域医療構想アドバイザーを県医師会や病院協会などの役職者が務めている都道府県の場合には、地域医療構想アドバイザーが部会の構成員に加わるかどうかについて、部会等の運用と合わせて調整する必要がある。

## (3) 部会等の事務局について

事務局は調整会議との連携、関係者との調整、議論に資する分析業務等の検討に係るプロセスすべてにおいて重要な役割を担う。そのため事務局を担う都道府県(都道府県出先機関を含む)と、重要な関係団体である病院協会等が積極的に関わる体制が望ましい。

## 2-2. 検討の進め方および必要な準備

都道府県は具体的対応方針の再検証等における関係者(医療機関、関係団体、大学、地域住民等)へ検討スケジュールをあらかじめ提示し、以下について具体的検討を行うため、部会の事務局業務を担う。

### (1) 調整会議での協議事項

<共通事項>

- ・診療実績の分析方法
- ・検討体制(部会等、事務局体制、構成員等)および検討課題

＜「診療実績が特に少ない」とされた医療機関＞

- ・「診療実績が特に少ない」とされた医療機関の経営状況の報告
- ・「診療実績が特に少ない」とされた医療機関の構想区域における医療需要動向

＜「類似かつ近接」と分析された医療機関＞

- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の構想区域における領域別医療需要の動向
- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の経営状況および領域別診療実績の分析・検討
- ・構想区域における医療需要動向に基づく地域の将来像

(2) 部会等での検討事項

- ・再検証対象医療機関に関する現況・将来推計
  - ・機能転換・ダウンサイジング等の再編等の議論および報告書の作成
- ※部会等での議論を経た後は、調整会議の合意が必要

(3) 調整会議での意思決定事項

＜調整会議への報告内容＞

- ・「診療実績が特に少ない」とされた医療機関の具体的対応方針
- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の構想区域における将来像
- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の構想区域における具体的対応方針

2-3. 合意形成の方法

調整会議での協議にあたっては、協議前に関係者との丁寧な調整を十分に行い、合意形成をする必要がある。しかし、関係者や関係組織の立場によって議論を尽くしても意見が一致しない場合がある。その場合には協議の場を通じて丁寧な議論を行った上で、それぞれの立場の意見と論点を明確にする。

### 3. 再編等の議論・合意形成について留意すること

具体的対応方針の再検証等の議論においては、将来の患者数等の医療需要を踏まえ、再検証等を行う医療機関の機能別病床数や公立・公的医療機関等と他の医療機関との連携方針を検討し、地域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等について協議し、その方向性について合意することが重要である。

また、再検証等の議論に当たっては、

- ・首長や議会の理解も得ながら協議を整えるよう調整する必要があること、
  - ・医療機関の開設主体ごとに税制上・財政上の措置等に違いがあること、
  - ・職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応が必要であること、
  - ・病床規模が類似した病院同士や設立母体が異なる病院同士の再編統合については再編統合後の運営主体等について協議が難航する恐れがあること、
- 等についてもそれぞれ留意する必要がある。

#### 3-1. 具体的対応方針の再検証等に関する分析・検討

- (1) 再検証対象医療機関である(「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接」に該当する)公立・公的医療機関等における最初の検討においては、地域医療構想の趣旨に沿った構想区域ごとにおける医療需要に対応した体制整備という観点から、構想区域における領域別医療需要の動向や地域の将来像について整理することが必要である。これらの共通認識を踏まえた上で、「類似かつ近接」と分析された医療機関や周辺医療機関の機能分化を検討する。
- (2) 再編等の議論は、機能分化に関する検討の延長線上にある。医療需要の大幅な減少など機能分化による議論だけでは限界があると考えられる場合、次の段階として、医療機関同士の統合や、当該医療機関の一部病床を返還し、介護医療院として再編する、「外来機能+介護保険領域施設」「診療所への転換」を行う、等について検討を行うことが望ましい。
- (3) 具体的対応方針の再検証等を行うにあたっては、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化、不足ない医療提供の観点からの機能転換・連携等の選択肢が全て「再編・統合」に含まれると解されるものであり、再検証対象医療機関が行う具体的対応については、地域の他の医療機関等と協議・合意の上で行う上記の全てがとりうる選択肢となる。調整会議等を通じて具体的対応方針の再検証等を要請しているのは、医療機関同士が地域の他の医療機関との連携を考慮せずに統合することや、周辺医療機関のバックアップ体制を考慮せずにダウンサイジングや撤退を行うことにより、その後の地域の医療体制に支障を来すことがないよう地域で公立・公的医療機関として担う役割について合意形成するためである。



- (4) 「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等については、自院の経営状況について調整会議や部会等(非公開の協議の場を含む)で報告を行い、部会等での「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等の在り方に関する議論を踏まえて、具体的対応方針を作成する。その結果再編・統合を行う場合にあっては保有資産の繰上償却など、再編統合に係る必要費用の算定等を具体的に分析・検討する必要がある。
- (5) 「類似かつ近接」とされた公立・公的医療機関等の議論にあたっては、部会等での検討の結果、構想区域における他の医療機関の機能も変わってくることもあり得ることから、構想区域内で医療機能を分担する必要がある公立・公的医療機関等がある場合は、それらについても具体的対応方針の再検証等を行う。

### 3-2. 基本的な検討項目

調整会議での検討項目を(1)構想区域の疾患別の医療需要、(2)周辺医療機関の実績、(3)医師労働時間数の上限規制に対応する必要医師数、(4)大学医局からの領域別医師派遣元割合の実績、周辺病院のバックアップ機能、(5)構想区域医療機関の財務分析、(6)医療機能統合および再編統合等についてのシミュレーションの6点を基本として以下の通り整理した。

#### (1) 構想区域の疾患別の医療需要

都道府県において構想区域の疾患別医療需要を分析する際、必要なデータを用いて、地域の医療需要の現状と将来推計や、構想区域の医療機関の領域別比較分析、各医療機関の役割分担の検討が必要である。資料としては病床機能報告の診療実績等のデータの他、総務省統計局による人口統計関連調査や国立社会保障・人口問題研究所による将来推計人口・世帯数、厚生労働省による医療施設調査、患者調査、医師・歯科医師・薬剤師調査、DPC 公開データ(中医協分科会資料)、NDB オープンデータ等や、各医療機関自身のデータ等を活用することが有用である。

#### (2) 公立・公的医療機関等および民間病院を含む周辺医療機関の実績

たとえば、A病院は脳卒中、B病院はがん、C病院は難病等のように再検証対象医療機関と周辺医療機関が領域によって機能分化している場合や、A病院は急性期、B病院は慢性期、C病院は外来(介護保険領域施設)等のように病床区分によって機能分化している場合がある。病床機能報告データを用いてその確認を行うことができる。

#### (3) 医師の時間外労働規制による2024年の必要医師数について

2024年からの医師の時間外労働規制により、地域医療確保暫定特例水準(B水準)

<sup>1</sup>または集中的技能向上水準(C-1、C-2水準)<sup>2</sup>であっても医師一人当たりの時間外労働時間は年間 1860 時間が上限となる。再検証対象医療機関および周辺医療機関による構想区域における急性期医療提供体制を確保するために、医師一人当たりの労働時間を試算し、必要な医療提供体制(たとえば 24 時間体制)を敷く場合の必要医師数を算出し、現在医師数との過不足について分析することも重要である。

#### (4) 大学医局からの領域別医師派遣元割合の実績に関する分析・検討

大学は、医局ごとの医師派遣の在り方について診療科や専門領域毎に検討し、大学全体の合意を得る必要がある。都道府県は調整会議での議論を行う際に医師の確保についても十分留意する必要がある。統合による地域の医療機関の減少に伴う人事への影響により、大学医局からの協力が得られない場合もあるため、丁寧な調整を行うとともに、対応策についても検討する必要がある。

#### (5) 地域医師会や周辺病院との連携、バックアップ機能の分析

具体的対応方針の再検証等に際し、構想区域の良質な医療を将来へ引き継ぐために公立・公的医療機関等がどの医療機能を担うかという論点については、再検証対象医療機関が担う医療機能(診療科および専門領域)について、地域医師会や周辺医療機関が担う医療機能とその連携状況および追加で担うことのできる機能について分析・検討する必要がある。たとえば再検証対象医療機関等の医療機能を見直すことに伴い、外来医療機能が地域の診療所等で代替できるか、特定の手術や処置(例:t-PA)、二次救急、周産期医療、小児医療等の機能を周辺病院が担うことができるかの検討が必要である。特に、外来機能を担う診療所等は限られた診療科を標ぼうしており、複数の疾患を有する患者を 1 施設での診療が難しいことに留意した分析・検討が必要である。また、当該地域における上記の医療需要に対する機能がどの程度必要かについては、構想区域だけでなく都道府県単位での連携体制を含めて分析・検討する必要がある。

また、公的医療機関の中にはその設置趣旨が存在するものがあり(例:済生会における社会的弱者に対する医療提供、日本赤十字社における災害・救急医療、国立病院機構におけるセーフティネット医療等)、それらの役割を周辺医療機関が十分に担うことができるのかという視点も必要である。

---

<sup>1</sup> がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5 疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の「5 事業」(2035 年度末終了年限)

<sup>2</sup> 初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム/カリキュラムに参加する後期研修医であって、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師(又は専門医)としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合(C-1)。医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合(C-2)

#### (6) 資産の見直し

構想区域において各医療機関が担う役割の分析・検討では公立・公的医療機関等と他の医療機関の会計基準の異質性を考慮した財務分析が重要である。特に公立病院の場合、当該医療機関の経営収支は地方交付税交付金の有無、減価償却費や退職金積立金等によって大きく変動する。周辺医療機関への医療機能統合等の再編統合について当該医療機関で、あるいは調整会議で検討する場合、周辺医療機関の設置主体本部は再編・統合の議論への参加を検討するに際してその財政状況のシミュレーション結果を踏まえて判断することとなる。他の医療機関の設置主体本部が議論にあたっての協力を拒んだ場合、再検証対象医療機関等の再編・統合の判断にあたってのシミュレーションを十分に行うことができなくなり、再編統合の選択肢が断絶され、再分析・再検討の負担が生じることに留意しなければならない。

また、再編統合について分析・検討を進める場合には、自医療機関の資産についても見直しが必要である。たとえば高額機器や救急車といった動産を、再編統合の相手方となる周辺医療機関が引き継ぐかどうかについても事前に協議が必要になる。ただしこの検討は当該医療機関が維持することとなる医療の提供内容の見直しの方向性について関係者の合意が前提である。

#### (7) 医療機能統合等の再編統合についてのシミュレーション

医療機能統合等の再編統合を行った後の予測されるガバナンス体制および人事ならびに費用のシミュレーションを法人形態別に行う必要がある。その際、やむを得ず仮定による値を用いる場合は、関係者との合意形成において必要不可欠な資料となることを見据えて、仮定の妥当性を整理する必要がある。

### 4. 関係者への説明・詳細協議について

#### 4-1. 住民等に対する情報提供

公立・公的医療機関等が当該医療機関でなければ担えない役割へ重点化するための再編統合について、関係者の合意が得られても、地域住民からの不安等の意見を踏まえ、最終的には一部の医療機能を残すことや、別途、医療機能を確保する方針をとることが必要になることがあり得るため、住民説明会等の住民への情報提供は再編統合に向けた分析・検討時点から定期的実施する必要があるとともに、意思決定においても不可欠なプロセスである。

なお、他鳥羽、住民に対する情報提供の手段の1つとして調整会議(部会等を含む)の座長をはじめとする構成員や関係者が住民説明会や意見交換会等に参加することも考えられる。特に再編統合についての検討を行う医療機関への受診患者が多くいる地域

は、住民説明会等の情報提供や意見交換会等を個別に行うことも選択肢として考えられる。開催頻度は多ければ良いというのではなく、未確定要素が多すぎると何のための説明会か分からなくなるため、

- ①調整会議(部会等を含む)での大まかな方向性(機能分化、再編統合、ダウンサイジングの可能性)が見えた段階、
- ②その後住民説明会や意見交換会等で出た意見を含めてさらに検討した段階、
- ③パブリックコメント等を受けて部会での基本的方向性がまとめられた段階を目安に開催することが考えられる。

また、他の事例での成功事例を照会する際は、実際に他の事例を担当した方に話してもらおうほうが住民の関心が高まると考えられる他、地域医療構想アドバイザーが担当することも有効な選択肢と考えられる。

#### 4-2. 職員・組合に対する説明

再編統合についての検討を行う医療機関の職員に対しては、医療機関の設置主体が再編統合によって変わった場合の職員の就業規則、給与規定、退職金等積立、福利厚生等に関して不安に感じることがないように丁寧に説明する必要がある。特に公立病院の公務員型から地方独立行政法人等の非公務員型になる場合には、病院管理者は自治体と連携し、統合時の職員の身分及び移行期間中の人事異動の方法や新しい労働条件・給与等に関して調整を行う必要がある。

このような人的資源管理に係る検討および調整は当然、丁寧に進めなければならない。したがって、職員や組合への説明は病院長等の病院管理者および病院幹部職員が主体となり、複数回にわたって行う必要がある。また都道府県は必要に応じ、地方財政措置や地域医療介護総合確保基金による財政支援を検討する必要がある。

#### 4-3. 設置主体本部に対する説明

公的医療機関または指定管理者制度によって民間または公的医療機関等が管理を行っている公立病院の再編統合については、構想区域の自治体関係者、首長や設置主体本部または指定管理者と密接に連携することが必要である。そのため都道府県は、設置主体本部または指定管理者に対して当該医療機関の経営状況等の報告を依頼するとともに、対象となる医療機関の設置目的と地域医療構想の趣旨に基づき調整会議等で議論を行うことについての協力を依頼する必要がある。

設置主体本部からは「今後の人口減に伴う医療需要の減少」、「再編統合によって法人の経営が悪化する懸念」「他の医療機関が公的医療機関の使命(災害医療、弱者救済等)を担うことの保証」等の懸念事項が示される可能性があり、それらを踏まえて検討する必要がある。

## 5. まとめ

本資料では地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証等を地域において丁寧かつ適切に進めるため、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別に整理した。具体的対応方針の再検証等に関する協議の方法や検討課題については、想定される内容を記載した。また、構想区域の疾患別医療需要を分析する際、病床機能報告を活用した診療実績データの分析結果のほか、各省庁がすでに公表・提供しているデータや各医療機関自身のデータを活用して構想区域の疾患別の医療需要、各医療機関の実績、将来の必要医師数等について分析することは協議に資する基礎資料の作成に有用であることから、これまでの実績に基づき利用可能なデータについて記載した。

公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等に当たっては、他の医療機関との連携方針を検討し、地域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等について協議し、その方向性について合意することが必要である。本資料では協議を通じた合意に際する留意点とともに、地域住民や病院職員等の関係者へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

しかしながら各地域の実情は本資料で取り上げた限りでなく、また画一的に決まるものでもない。したがって協議を進める上での検討体制や具体的対応方針に係る検討課題については、各地域の調整会議等を通じて議論する必要がある。本資料は研究班が考える具体的対応方針の再検証等に関して想定される留意事項を整理した参考資料であるが、各地域の調整会議を活性化するための一助となることを願う。

### 3 研究成果の刊行に関する一覧表

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
藤森研司	電子レセプト分析による H.pylori 除菌の状況.	The GI FORFRONT.	14(2)	54-56.	2019
藤森研司	DPC データから見た DIC 治療とアウトカムの現状	Thrombosis Medicine.	9(2)	142-145	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤 真一	骨粗鬆症治療薬の継続率、順守率の分析における電子レセプトデータベースの活用	日本骨粗鬆症学会雑誌	5(2)	69-76.	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤真一	電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の薬剤変更による継続率、順守率の検討	日本骨粗鬆症学会雑誌	5(3)	75-81.	2019
桜澤邦男、藤森研司	広域抗菌薬使用時の血液培養実施率に関連する要因に関する研究—DPC データを用いた臨床指標の構築と評価—	日本診療情報管理学会誌	31(1)	21-28	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤真一	電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の大腿骨近位部骨折予防効果の検討	日本骨粗鬆症学会雑誌	6(1)	25-32	2020
Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan.	Journal of Diabetes Investigation.	11 (2)	426-434	2020
小林美亜、瀬戸僚馬	「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化	看護管理	30(4)	364-371	2020

Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara.	Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan.	International Dental Journal.	published online; 2020 Feb.)		2020
町田二郎、安樂喜久、 藤田清美、山田浩二、 山内布美子、西岡智 美、小妻幸男、堀田春 美、宮下恵里、副島秀 久、益田ひろみ、荒木 祐太、谷川和代、依光 茂太	Basic Outcome Master を用いた大腿骨 近位部骨折地域連携クリニカルパスによ る地域連携医療のアウトカム分析：第1 報	日本クリニカルパ ス学会誌	22	22- 29	2020
町田二郎、安樂喜久、 藤田清美、山田浩二、 山内布美子、西岡智 美、小妻幸男、堀田春 美、宮下恵里、副島秀 久、山口浩司、佐方美 雪、前田美沙穂、大田 清美、林茂	Basic Outcome Master を用いた大腿骨 近位部骨折地域連携クリニカルパスによ る地域連携医療のアウトカム分析：第2 報	日本クリニカルパ ス学会誌	22	30- 37	2020
町田二郎、副島秀久、 他	Basic Outcome Master(BOM)version3.0 の改定方針と 意義	日本クリニカルパ ス学会誌	22	3-13	2020

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)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を  
推進するための政策研究

令和2～3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)

令和4(2022)年3月



# 目 次

## 令和 2～3 年度総括分担研究報告書

### [総括研究]

【総括研究報告書】 地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究  
(今村知明 研究代表者)

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
C. 研究結果	3
D. 考察	5
E. 結論	6
F. 健康危険情報	6
G. 研究発表	6
H. 知的財産権の出願・登録状況	9

### [分担研究]

#### 1. 医療計画グループ

【医療計画班】 疾病・事業ごとの PDCA サイクルの推進

第 6 次医療計画と第 7 次医療計画実施期のそれぞれの地域医療介護総合  
確保事業の事業内容の比較

(河原和夫、伊藤達哉、田極春美、島崎謙治、菅河真紀子)

A. 研究目的	1-2
B. 研究方法	1-2
C. 研究結果	1-2
D. 考察	1-21
E. 結論	1-22
F. 健康危険情報	1-22
G. 研究発表	1-22
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-22

#### 2. 病床機能グループ

2-1 【地域実情分析班】 地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める具体的対応  
方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル

(佐藤大介、小林大介、今村知明、野田龍也、阪口博政、伊藤達哉)

A. 研究目的	2-1-1
B. 研究方法	2-1-2
C. 研究結果	2-1-3
D. 考察	2-1-8
E. 結論	2-1-10
F. 健康危険情報	2-1-11
G. 研究発表	2-1-11
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-1-11

参考資料	2-1-12
添付資料	2-1-22
2-2 【定量分析班】病床機能報告データを用いた見える化の試み－薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の職員数－ (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	2-2-1
B. 研究方法	2-2-1
C. 研究結果	2-2-2
D. 考察	2-2-3
E. 結論	2-2-4
F. 健康危険情報	2-2-4
G. 研究発表	2-2-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-2-4
添付資料	2-2-5
2-3 【機能連携班①】アウトカム志向型看護記録による連携医療の質改善に関する実証研究 (町田二郎、副島秀久)	
A. 研究目的	2-3-1
B. 研究方法	2-3-2
C. 研究結果	2-3-3
D. 考察	2-3-6
E. 結論	2-3-8
F. 健康危険情報	2-3-8
G. 研究発表	2-3-8
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3-8
2-4 【機能連携班②】回復期等移行チェックリストの実装に向けた技術的課題の検討 (小林美亜、瀬戸僚馬、池田俊也)	
A. 研究目的	2-4-1
B. 研究方法	2-4-2
C. 研究結果	2-4-2
D. 考察	2-4-4
E. 結論	2-4-5
F. 健康危険情報	2-4-5
G. 研究発表	2-4-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-4-5
添付資料	2-4-6
2-5 【実地検証班】医療・介護レセプトの連携分析結果1 (次橋幸男、野田龍也、今村知明)	
A. 研究目的	2-5-1

B. 研究方法	2-5-1
C. 研究結果	2-5-2
D. 考察	2-5-2
E. 結論	2-5-3
F. 健康危険情報	2-5-3
G. 研究発表	2-5-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-4

【実地検証班】奈良県 KDB 様データを用いた百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較  
(中西康裕、赤羽学、今村知明、野田龍也、西岡祐一)

A. 研究目的	2-5-5
B. 研究方法	2-5-5
C. 研究結果	2-5-6
D. 考察	2-5-8
E. 結論	2-5-9
F. 健康危険情報	2-5-9
G. 研究発表	2-5-9
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-9

【実地検証班】レセプト電算用マスターと MEDIS の標準病名マスターにおける指定難病  
病名の収載状況について  
(今村知明、野田龍也、西岡祐一)

A. 研究目的	2-5-10
B. 研究方法	2-5-11
C. 研究結果	2-5-11
D. 考察	2-5-12
E. 結論	2-5-13
F. 健康危険情報	2-5-13
G. 研究発表	2-5-13
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-13
添付資料	2-5-14

3.令和 3 年度繰越研究

【実地検証班】奈良県および長野県 KDB を用いた分析

(今村知明、野田龍也、西岡祐一、赤羽学、中西康裕、次橋幸男)

A. 研究目的	3-1
B. 研究方法	3-1
C. 研究結果	3-2
D. 考察	3-3
E. 結論	3-3
F. 健康危険情報	3-3
G. 研究発表	3-3

H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	3-5
4. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	4-1

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」

総括研究報告書 (令和2-3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年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県の構想区域において、今後の医療提供体制についての協議が進んでいる。本研究班については、都道府県が地域医療構想(病床機能分化・連携等)を推進、管理していくためのあり方や技術的な助言を行うことを目的として平成30年度より3か年の計画で研究を行ってきた。令和2年度においては、最終年度であることから、医療計画については、中間見直しを推進するための技術的な助言、次期第8次医療計画策定に向けたタスクの洗い出しをすることを目的として実施した。研究班は、①医療政策の国内最前線の研究者を擁し、体系的なプロセス分析の手法を用いる ②DPC データ、NDB データ分析の実績を有する研究者を擁し、都道府県や二次医療圏別の医師偏在等について政策検討に資する分析を行う ③日本医療マネジメント学会、日本クリニカルパス学会等と十分な連携をとれる体制により、傘下の研究者・医療機関から効率的な事例収集を実施することが可能、という3点の特徴を有し、研究の実施にあたっては、大きく6つのグループに分担して円滑に推進した。

今年度においては、地域医療構想を推進(特に公立・公的病院の再編統合)するための参考となる分析や調査を行うことができ、今後各都道府県での医療計画、地域医療構想の推進に役立つものであると考えられる。また、各都道府県が地域医療構想を推進するために必要となる地域医療介護総合確保基金の有効な用途への反映されることが期待される。

本研究の成果は、各都道府県が策定する医療計画および地域医療構想の実務的な資料として機能することを目的に作成され、わが国の5疾病5事業の推進や評価および病床機能の分化・連携や病床の効率的な利用に資するものであると考えられる。

研究分担者

河原 和夫 (東京医科歯科大学教授)  
佐藤 大介 (千葉大学特任准教授)  
小林 大介 (神戸大学大学院特命准教授)  
野田 龍也 (奈良県立医科大学准教授)  
松田 晋哉 (産業医科大学教授)  
藤森 研司 (東北大学教授)  
伏見 清秀 (東京医科歯科大学大学院教授)  
石川 ベンジャミン光一 (国際医療福祉大学大学院教授)  
町田 二郎 (済生会熊本病院副院長)  
副島 秀久 (熊本県済生会支部長)  
瀬戸 僚馬 (東京医療保健大学教授)

小林 美亜 (和洋女子大学教授)  
池田 俊也 (国際医療福祉大学教授)  
赤羽 学 (国立保健医療科学院部長)  
西岡 祐一 (奈良県立医科大学助教)

研究協力者

伊藤 達哉 (長野県健康福祉部)  
田極 春美 (三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 研究員)  
島崎 謙治 (政策研究大学院大学)  
菅河 真紀子 (東京医科歯科大学大学院)  
阪口 博政 (金沢大学)  
小妻 幸男 (済生会熊本病院)

西岡 智美 (済生会熊本病院)  
 谷田 理一郎 (谷田病院)  
 上田 梨絵 (谷田病院)  
 森崎 真美 (済生会熊本病院)  
 堀田 春美 (済生会熊本病院)  
 宮下 恵里 (済生会熊本病院)  
 次橋 幸男 (奈良県立医科大学)  
 長野 典子 (奈良県立医科大学)  
 中西 康裕 (奈良県立医科大学／国立保健医療  
 科学院)  
 菅野 沙帆 (奈良県立医科大学)  
 久保 慎一郎 (奈良県立医科大学)

### A. 研究目的

2025 年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県の構想区域において、今後の医療提供体制についての協議が進んでいる。これまで本研究班については、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現可能な施策に関する研究（H27－医療－一般002）」を平成 27 年度から平成 29 年度までの 3 年間の研究を通じ、わが国における公衆衛生の専門家が一堂に会して研究を進めてきた。その成果については、第 7 次医療計画を都道府県が着実に策定するために厚生労働省が行う技術的助言（平成 29 年 3 月までに公表）のための医療計画の指標の検討・整理を行っただけでなく、病床機能報告データを使った急性期指標の開発、病床機能分化の全国的な事例集の作成といった形で研究班の成果を世の中に発信してきた。

当該研究は平成 30 年度以降も 3 か年研究として継続され、都道府県や医療機関に対して医療計画および地域医療構想の実現に向けた支援を実施している。令和 2 年度については、3 か年継続研究の最終年度であることから、医療計画については、中間見直しを推進するための技術的な助言、次期第八次医療計画策定に向けたタスクの洗い出しをすることを目的とする。地域医療構想については、都道府県が地域医療構想の実現に向けた

医療提供体制の議論や医療機関連携の検討に資するべく定量的なデータ分析や定性的な支援（マニュアルやツール作成等）を行うことを目的とする。

### 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、班会議を通じて、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。

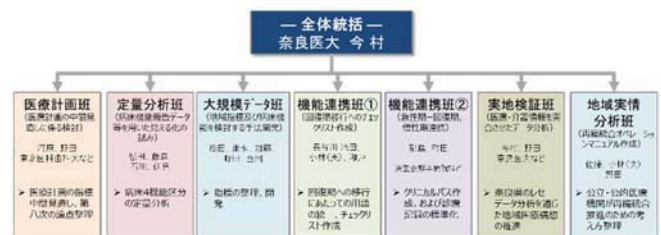


図 1 研究の実施体制

#### ＜医療計画グループ＞

##### 医療計画班

公開されている基金事業計画をデータベース化して第 6 次医療計画が実施された”平成 27 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの事業”と現行の第 7 次医療計画が実施されている”平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日までの事業(ただし、一部平成 31 年 4 月 1 日以降も実施されている複数年度にわたる事業も含む。)”の両群を比較し、論点を明らかにした。

基金の対象は 5 分野あるが、介護分野は除外し、医療分野が対象である「1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「2. 居宅等における医療の提供に関する事業」「4. 医療従事者の確保に関する事業」の 3 分野を分析した。

#### ＜病床機能グループ＞

##### 地域実情分析班

(1) 公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性、(2) 公立病院の再編統合に係る地方財政措置、(3) ヒアリング調査の観点から整理を行った。

#### 定量分析班

平成 30 年度病床機能報告の報告結果として厚生労働省ホームページで公開されている全国データを使用し、Microsoft Excel を使用して分析に適した形に整形後、Tableau Desktop を利用した可視化を行った。

#### 機能連携班①

誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中患者に本看護記録を適応し、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化することが可能かどうかを検証した。

#### 機能連携班②

厚生労働省が行う標準化活動との整合性を図るため、高度医療情報普及推進事業を受託している MEDIS-DC や、関係する団体等との課題共有を実施した。また、回復期等移行チェックリストと同様のコンセプトで、RPA(Robotic Process Automation)の手法を用いた連携先との情報共有手法を開発中の病院にヒアリングして、実装に際しての課題把握を行った。

#### 実地検証班

①医療・介護レセプトを連携させた奈良県 KDB データを用いて、以下の 2 通りの分析を行った。

1) 胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析として、75 歳以上の後期高齢者のうち、入院後に経腸栄養（胃ろう、鼻腔栄養）又は植込み型ポートからの中心静脈栄養が開始された患者について、人工栄養開始後 730 日の生命予後を疾病タイプ毎に分析した。

2) 疾病発症が健康状態の終了に与える影響を検討するため、健康寿命と代理指標として、死亡又は新たに要介護 2 以上となった状態を健康状態の終了と定義した。その上で、入院を必要とした疾病（大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患）の発症が、発症後 1 年以内の健康状態の終了に与える影響について、Standardized Mortality and

Disability rate (SMDR) を用いて分析した。

②奈良県 KDB 様データの医療レセプトデータを用いて 2014 年 4 月～2018 年 3 月の 4 年間に死亡した計 34,317 人（うち 100-104 歳 872 人、105-109 歳 78 人）を対象に死亡前 1 年間に発生した入院医療費及び入院外医療費を 30 日（1 ヶ月）ごとに性別、5 歳年齢階級別に算出し、後期高齢者医療制度加入者の死亡前医療費の分析を行った。

③レセプト電算用マスターと MEDIS の標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について検証するため、各時点で最新の指定難病病名一覧を厚生労働省ホームページより、告示以外の難病名を難病情報センターより入手、標準病名マスターは「標準病名マスター作業班」サイトより最新の病名を検索し、収載状況を把握した。

（倫理面への配慮）

特になし

#### 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。

#### 《医療計画グループ》

##### 医療計画班

「医療従事者の確保に関する事業」の平均予算額は、岩手県、青森県、高知県、富山県、長崎県、愛媛県、徳島県、熊本県、宮城県、山形県で大幅に増加していた。一方で、大阪府、岡山県、香川県、島根県、山梨県、鳥取県、兵庫県、長野県、京都府、奈良県、愛知県、静岡県で大きく減少していた。医療従事者の確保が難しい地方の県で増加して、大都市あるいはその周辺の都道府県で減少しているとは必ずしも言えなかった。

また、医療機関への委託が全体の約 1/4 を占めていることも、基金が単に補助金化している可能

性も示唆された。

#### 《病床機能グループ》

##### 地域実情分析班

(1)については、病院会計準則を基軸に、「社会福祉法人会計基準」「地方公営企業法」「日本赤十字社医療施設特別会計規則」を比較した結果、再編統合等の議論において、施設レベル(医業+その他の事業)では財政状況を把握していても、医業レベルでは分別が難しい可能性が示唆された。また、地方公営企業の他会計負担金・補助金等について、再編統合等で非地方公営企業化し政策医療を継続する場合の補助金等の担保は検討課題となることが想定された。

(2)については、地方財政措置が医療需要に応じた制度になっておらず、再編統合等のインセンティブが弱いことが示唆された。都道府県主体による地域医療構想の推進には、①実績や政策医療に応じた地方交付税措置への転換、②政策医療の実績に応じた財源措置、③病床の設置や指定後の定期的な見直し等に係る都道府県の権限の追加等が重要な政策課題と考えられた。

(3)については、公立公的病院の再編統合等の実際では、借入金の処理が重要な課題であることが明らかとなった。

##### 定量分析班

平成30年度病床機能報告の報告結果として公開されているオープンデータを利用して、医師、看護師以外の職種の職員数について分析を行い、病院における職種別の勤務者数や構想区域における職種別の勤務者数の実態を明らかにした。また、24時間対応体制に必要な職員数の推計を行った。

##### 機能連携班①

熊本県上益城郡にある谷田病院と済生会熊本病院の2施設間で医療連携が完結した患者で、誤嚥性肺炎3名、脳卒中(脳出血)1名、大腿骨近位部骨折4名である。基本アウトカムで不足する

ような病状の悪化症例はなかった。循環、呼吸、発熱、意識に関する重大なバリエーションはなかった。食事と排便に関するバリエーション発生頻度が高く、全入院期間を通じ万遍なく発生した。

##### 機能連携班②

RPA手法は有効なものであり本研究班の提案に構造上の大きな問題がないことを確認するとともに、連携先と医療や介護の目的を共有する上でBOMが有効であること、BOMを活用する上でも既存マスターの項目追加も必要であること等の課題が明らかになった。

##### 実地検証班

①1) 胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析においては、後期高齢患者の約58.87%が胃ろう、鼻腔栄養、植込み型ポートからの中心静脈栄養の開始から730日以内に死亡していた。さらに、非悪性腫瘍群においては、鼻腔栄養又は中心静脈栄養の開始後に胃ろう造設が行われた患者(Secondary GS)群では、鼻腔栄養又は中心静脈栄養の開始後に胃ろう造設されなかった患者(NGT、PN)群よりも生命予後が良好であった。

2) 疾病発症が健康状態の終了に与える影響においては、高齢者における大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患による入院は、基準集団と比較して1年以内の健康状態の終了に3倍以上の影響を与えていることが明らかになった。

②百寿者の死亡前医療費は非百寿者と比較して低い傾向にあり、特に105-109歳(超百寿者)において最も低いことが明らかとなった。また死亡前1年間における入院患者割合を年齢階級別に分析した結果、100-104歳では31.4%が、105-109歳では44.9%が死亡前1年間において1度も入院することなく死を迎えていることが明らかとなった。

③指定難病名は333件、告示以外の難病名は1259件であった。最初の調査以降、告示以外の



難病名が各マスターに3件追加されており、継続的なマスター整備が行われていることが明らかになった。一方で指定難病名が未登録の病名、各マスター間で病名の差異が存在した。

#### D. 考察

##### 《医療計画グループ》

###### 医療計画班

都道府県の施策・政策と予算化された事業が相伴って一体運用されることで地域医療構想を含む医療計画は初めて機能する。したがって、地域医療構想を含む医療計画の記載事項を実現するためには、施策や事業体系を構築しなければならない。それには多くの場合予算を組む必要がある。その柱になるものが「地域医療介護総合確保基金」である。

国の財政事情が厳しい折、基金の有効利用と効果的な事業の創造が必要である。それには、基金事業の評価指標の確立と効果の検証が今後不可欠となる。

##### 《病床機能グループ》

###### 地域実情分析班

本研究の限界点として、開設主体によって情報開示に関する指針が確立されていないため、開示された財務諸表に対する勘定科目の階層性に注意する必要がある。また、新型コロナウイルス感染症の影響により、限られたインタビュー調査のもとで遂行されたことに留意が必要である。

###### 定量分析班

薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の圏域別・施設別職員数の可視化を行い、急性期入院医療の提供に必要とされる24時間対応体制の維持に必要な人員との関連の中での検討を行ったところ、職種別職員数の観点から24時間365日の診療体制を確保することができない病院が病床規模の小さい施設を中心として多数存在していること、および、地域医療構想区域の中には職種別職員数が少なく、他の圏域からの有期派遣や圏

域間をまたぐキャリアパスの確立が必要となることが示唆された。

今後は医師だけでなく他の医療従事者も含めて、地域における具体的な人員体制について検討し、その人員で地域の医療需要にどこまで対応できるかを真摯に検討していくことが重要であると考えられる。

###### 機能連携班①

高齢者に対する積極的な栄養管理の指標の導入、認知力低下者や嚥下機能低下者の栄養管理方針、便秘に対する下剤使用などバリエーション発生時に行った処置行為結果に対する再評価方針の策定、等が本看護記録運用とセットになることが必要と認識された。専門性の経験が浅い看護師にとってはアウトカムと観察項目の組み合わせ設定に戸惑いが生じ、真のバリエーションではなくてもバリエーションと記録するなど、設定方針に改善の余地があることも明らかになった。本看護記録の運用結果を定期的に共有し学びを深める場と時間の設定が必要ということである。

###### 機能連携班②

回復期等移行チェックリストにおけるRPA手法の現実性については概ね問題なしとの結論を得ることができた。回復期等移行チェックリストの実装に向けて今後取り組むべき課題として、既存資源を活用した標準化の必要性が明らかとなった。訪問看護事業所からはICT人材の不足が強く指摘されており、これは回復期の病院でも共通する課題であるため看過しがたい。前述の学術集会では医療情報技師等の専門人材を広域で活用するという意見があったが、こうした運用支援体制づくりも回復期等移行チェックリストの実装に向けた大きな課題である。

###### 実地検証班

###### ① 1) 胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析

後期高齢患者の約58-87%がGS、NGT、PNによる人工栄養開始後730日以内に死亡していた。非悪性疾患群において、鼻腔栄養又は中心静脈栄

養の開始後に胃瘻造設が行われた患者は、鼻腔栄養又は中心静脈栄養が行われた患者よりも人工栄養開始から 2 年以内の生命予後が良好であった。後期高齢患者に対して人工栄養を開始する際には、その有効性と限界を考慮した治療選択が求められる。

#### 2) 疾病発症が健康状態の終了に与える影響

高齢者における大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患による入院は、基準集団と比較して 1 年以内の健康状態の終了に 3 倍以上の影響を与えていた。SMDR を疾病間で比較することによって、健康寿命の延長を目指した効率的な介入につなげられる可能性がある。

②百寿者及び超百寿者の死亡前医療費を 1 ヶ月ごとに性別、5 歳年齢階級別に明らかにした研究としては、本研究が初の知見となる。本研究結果は、これまで日本や欧米の百寿者を対象に行われたコホート研究（臨床研究）の結果を鑑みても、妥当であると解釈できる。

③指定難病名が未登録の病名、病名が一致しないもの、一文字異なるものが存在する。また同一病名が複数指定難病名に登録されていたり、代表的な病名ではなく別名の病名が登録されていたりする等、一部整理されていないものもあることが明らかになり、各関係団体が連携し、その差異を無くすような仕組みを構築することが望まれる。

## E. 結論

本研究の成果は、わが国の地域医療構想（病床機能分化・連携）および医療計画（5 疾病 5 事業）の進捗管理にあたって有用なものであると考えられる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya

Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan. *Journal of Diabetes Investigation*. 2020 Mar; 11(2): 426-434.

2. Nakatoh 1, Fujimori K, Tamaki J, Okimoto N, Ogawa S, Iki M. Insufficient increase in bone mineral density testing rates and pharmacotherapy after hip fracture in Japan. *J Bone Miner Metab*. 28(4) 589-596. 2020.07
3. Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara. Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan. *International Dental Journal*. 2020 Aug; 70 (4) : 308-315
4. 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・特定検診等情報データベース(NDB)における患者突合の精度向上に関する手法開発. *医療情報学 論文集*. 2020 Nov;40(Suppl.): 765-769.
5. 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明. レセプト電算用マスターと MEDIS の標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について. *医療情報学 論文集*. 2020 Nov;40(Suppl.): 589-591.
6. 西岡祐一、野田龍也、今村知明. 奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計. *厚生の指標*. 2020 Dec;67(15): 26-30.

7. Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Yasuhiro Nakanishi, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shuichiro Hayashi, Shiori Furihata, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: A population-based cohort study. *BMC Geriatrics*. 2021 Jan; 21: 80
8. 桜澤邦男、藤森研司. SOFA スコアの不明登録及び活用に関する評価. ～大規模 DPC データを用いた ICU への緊急入院患者の分析～. *日本診療情報管理学会誌*. 32(4) 22-30.2021.01
9. Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, Naoki Sugihara. Evaluation of Public Health Expenditure by Number of Teeth among Outpatients with Diabetes Mellitus. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 2021 Feb; 62(1): 55-60.
10. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、中西康裕、降旗志おり、東野恒之、今村知明. レセプト情報・特定検診等情報データベース (NDB)を用いた死亡アウトカムの追跡. *医療情報学*. 2021 Mar; 40(6): 319-335.
11. Koshiro Kanaoka, Tsunenari Soeda, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Makoto Watanabe, Rika Kawakami, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiko Saito. Current Status and Effect of Outpatient Cardiac Rehabilitation After Percutaneous Coronary Intervention in Japan. *Circulation Reports*. 2021 Mar; 3 (3) : 121-130.
12. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Incidence and Seasonality of Type 1 Diabetes: A Population-Based 3-year Cohort Study Using the National Database in Japan. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2020; 8:e001262.
13. Shingo Yoshihara, Hayato Yamana, Manabu Akahane, Miwa Kishimoto, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Hideo Yasunaga, Kei Kasahara, and Tomoaki Imamura. Association between Prophylactic Antibiotic Use for Transarterial Chemoembolization and Occurrence of Liver Abscess: A Retrospective Cohort Study. *Clinical Microbiology and Infection*. 10.1016/j.cmi.2021.01.014
14. Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Nakajima, Takehiro Sugiyama, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Association between influenza and the incidence rate of new-onset type 1 diabetes in Japan. *Journal of Diabetes Investigation*. Oct; 12(10): 1797-1804.2021
15. Yasuhiro Nakanishi, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Naoko Okuda, Jean-Marie Robine, Tomoaki Imamura. Comparison of Japanese Centenarians' and Noncentenarians' Medical Expenditures in the Last Year of Life. *JAMA Network Open*. 2021 Nov; 4(11): e2131884.
16. 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明. レセプト電算用マスターと MEDIS 標準病名マスターにおける指定難病名の収載状況. *医療情報学*. 2021 Nov;41(4): 163-168.

17. 今村知明. 新型コロナウイルスを受けての地域医療の課題と感染症医療提供体制構築私案. 特集“感染症医療”の抜本改革. 月刊 保険診療. 2021 Nov;76(11): 38-41.
18. Yuichi Nishioka, Saki Takeshita, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi. Appropriate definition of diabetes using an administrative database: a cross-sectional cohort validation study. *Journal of Diabetes Investigation*. Feb;13(2) 249-255.2022
19. Hirohito Kuwata, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Yutaka Takahashi, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura. Association between dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and increased risk for bullous pemphigoid within 3 months from first use: A 5-year population-based cohort study using the Japanese National Database. *Journal of Diabetes Investigation*. Mar;13(3) 460-467.2022
2. 学会発表
1. 2020年08月04日～2020年08月06日  
(WEB、東京都) 第62回日本老年医学会学術集会 百寿者の人口動態と大規模レセプトデータを用いた百寿者研究の今後 中西 康裕、次橋 幸男、赤羽 学、野田龍也、明神 大也、久保 慎一郎、西岡 祐一、東野 恒之、今村 知明
2. 2020年08月09日～2020年08月12日  
(石川県、立音楽堂) 第40回日本脳神経外科コンgres総会 人口構成の変化へ対応するための医療界の動向と課題～地域医療構想や医療計画、地域包括ケアシステム～ 今村知明.
3. 2020年10月02日～2020年10月04日  
(WEB九州大学) 第58回日本医療・病院管理学会学術総会 講演・特別企画1「医療情報活用によるこれからの医療」 今村知明.
4. 2020年10月05日～2020年10月16日  
(WEB) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の臨床研究:死亡ロジックを用いた死亡者の糖尿病/非糖尿病での比較 久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、岡田定規、赤井靖宏、石井均、今村知明.
5. 2020年10月05日～2020年10月16日  
(WEB) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いた自己対照ケースシリーズ研究:インフルエンザ後の1型糖尿病発生率 西岡祐一、岡田定規、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、赤井靖宏、今村知明、石井均.
6. 2020年10月05日～2020年10月16日  
(WEB) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いた臨床研究:糖尿病患者におけるβ遮断薬の投与と重症低血糖 岡田定規、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、赤井靖宏、今村知明、石井均.
7. 2020年10月05日～2020年10月16日  
(WEB) 第63回日本糖尿病学会年次学術集会 レセプト情報・特定健診等情報データベースを(NDB)を用いた臨床研究:メトホルミンと他の血糖降下薬の変形性関節症手術施行率 玉城由子、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、東

野恒之、小泉実幸、中島拓紀、紙谷史夏、  
栗田博仁、毛利貴子、岡田定規、赤井靖  
宏、今村知明、石井均。

8. 2020年10月05日～2020年10月16日  
（WEB） 第63回日本糖尿病学会年  
次学術集会 レセプト情報・特定健診等情  
報データベース（NDB）を用いた臨床研  
究：重症低血糖後の硝子体手術施行率 野  
田龍也、西岡祐一、久保慎一郎、明神大  
也、東野恒之、玉城由子、小泉実幸、中島  
拓紀、紙谷史夏、栗田博仁、毛利貴子、岡  
田定規、赤井靖宏、石井均、今村知明。
9. 2020年10月05日～2020年10月16日  
（WEB） 第63回日本糖尿病学会年  
次学術集会 心血管疾患の1次予防に対す  
るメトホルミン、スルホニル尿素薬及び  
DPP4 阻害薬治療効果の比較：人口ベース  
のコホート研究 中島拓紀、西岡祐一、久  
保慎一郎、明神大也、野田龍也、東野恒  
之、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、栗田  
博仁、毛利貴子、岡田定規、赤井靖宏、今  
村知明、石井均。
10. 2020年10月05日～2020年10月16日  
（WEB） 第63回日本糖尿病学会年  
次学術集会 レセプト情報・特定健診等情  
報データベース(NDB)を用いた臨床研究：  
日本全体の下肢切断、糖尿病患者のリスク  
紙谷史夏、西岡祐一、久保慎一郎、明神大  
也、野田龍也、東野恒之、玉城由子、小泉  
実幸、中島拓紀、栗田博仁、毛利貴子、岡  
田定規、赤井靖宏、今村知明、石井均。
11. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 KDBを用いた奈良県における  
後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計  
今村知明、西岡祐一、野田龍也。
12. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 医療・介護レセプトデータを用  
いた人工栄養開始後の療養場所に関する追

跡調査 次橋幸男、赤羽 学、明神大也、中  
西康裕、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、  
今村知明。

13. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 透析患者における骨折発症リス  
ク：KDBを用いた検討 菅野沙帆、久保慎  
一郎、赤羽学、次橋幸男、今村知明。
14. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 糖尿病/非糖尿病での死亡時年齢  
と健康寿命の比較 新居田泰広、西岡祐  
一、次橋幸男、久保慎一郎、明神大也、野  
田龍也、今村知明。
15. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 大規模レセプトデータを用いた  
百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較  
中西康裕、次橋幸男、赤羽学、野田龍也、  
明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、今村 知  
明。
16. 2020年10月20日～2020年10月20日  
（WEB京都） 第79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）：HIV/AIDSの現在  
通院患者数の的確な把握 野田龍也、今村  
知明、明神大也、西岡祐一、久保慎一郎。
17. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 NDBを用いた難病患者(潰瘍性  
大腸炎、多発性硬化症、視神経脊髄炎)にお  
ける患者数の推計 久保慎一郎、野田龍  
也、西岡祐一 明神大也、今村知明。
18. 2020年10月20日～2020年10月22日  
（WEB京都） 第79回日本公衆衛生  
学会総会 特定健康診査の糖尿病薬処方  
に関する質問項目のバリデーション研究 西  
岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大  
也、今村知明。
19. 2020年10月20日～2020年10月22日

- (WEB京都) 第79回日本公衆衛生学会総会 奈良県広域消防組合におけるCPA 傷病者の家族等から口頭でDNARを伝えられた場合の対応について 建部 壮、吉井 克昌、西岡 祐一、今村 知明 .
20. 2020年11月14日 第10回日本在宅看護学会学術集会 交流集会④ 瀬戸僚馬、小林美亜、佐野けさ美、光城元博、岡峯栄子、大竹尊典：病院、施設、在宅を繋ぐ情報共有基盤の構築～地域包括ケアシステムにおける標準的なデータセットの構築に向けて～
21. 2020年11月18日～2020年11月22日 (静岡県、アクトシティ浜松/WEB) 第40回医療情報学連合大会(第21回日本医療情報学会学術大会) レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.
22. 2020年11月18日～2020年11月22日 (静岡県、アクトシティ浜松/WEB) 第40回医療情報学連合大会(第21回日本医療情報学会学術大会) レセプト情報・特定健診等データベース(NDB)における患者突合の精度向上に関する手法開発 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.
23. 2020年11月20日(神戸)日本リハビリテーション医学会秋季学術発表会. 次橋幸男, 赤羽学. 医療・介護レセプトデータを用いた疾病発症が健康寿命に与える影響の比較.
24. 2021年03月26日～2021年03月28日 (神奈川県、パシフィコ横浜/WEB) 第85回日本循環器学会学術総会 リアルワールド・データの臨床活用への現状と課題 今村知明.
25. 2021年04月22日～2021年04月24日 (WEB) 第94回日本内分泌学会学術総会 レセプトビッグデータを用いた糖尿病診断アルゴリズムの構築 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、岡田定規、樽松由佳子、今村知明、高橋裕.
26. 2021年05月20日～2021年05月22日 (WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 『データベース医学』が切り拓く新しい糖尿病学：大規模レセプトデータベースを用いた臨床疫学研究から見えること 西岡祐一、岡田定規、明神大也、久保慎一郎、竹下沙希、菅野沙帆、中西康裕、次橋幸男、降籬志おり、東野恒之、金岡幸嗣朗、池菜美香、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、赤井靖宏、斎藤能彦、石井均、野田龍也、高橋裕、今村知明.
27. 2021年05月20日～2021年05月22日 (WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 医療保険・介護保険連結ビッグデータ解析によって浮き彫りになる高齢2型糖尿病患者治療の実態と課題 新居田泰大、西岡祐一、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、岡田定規、樽松由佳子、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、金岡幸嗣朗、斎藤能彦、石井均、今村知明、高橋裕.
28. 2021年05月20日～2021年05月22日 (WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 健康診断でHbA1c高値指摘後の医療機関未受診は早期死亡率上昇と関連する：レセプトビッグデータを用いた観察研究 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、玉城由子、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、金岡幸嗣朗、斎藤能彦、石井均、今村知明、高橋裕.
29. 2021年06月10日～2021年06月12日 (鳥取県、米子コンベンションセンター/WEB) 第25回日本医療情報学会春季学術大会 レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定

- 難病病名の収載状況について 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.
30. 2021年06月29日～(WEB) International Centenarian Consortium 2021 annual meeting Analysis of supercentenarians' medical expenditures for one year before death: a population-based retrospective cohort study Yasuhiro Nakaniishi, Yuichi Nishioka, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Jean-Marie Robine, Koshiro Kanaka, Tomohiro Kakinuma, Tomoaki Imamura.
  31. 2021年07月09日～2021年07月10日 (大阪府、あべのハルカス/WEB) 第42回日本循環制御医学会総会・学術集会 循環器疾患を取り巻く医療政策の変化と今後の動向 今村知明.
  32. 2021年09月02日～2021年09月03日 (大阪府、ナレッジキャピタルコングレコンベンションセンター/WEB) 第34回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会 政府の医療施策とコロナ禍を受けての今後の動向 今村知明.
  33. 2021年10月29日～2021年10月31日 (WEB) 第59回日本医療・病院管理学会学術総会 地域医療構想とコロナ禍を受けての今後の動向 今村知明.
  34. 2021年10月30日～(大阪府、ホテルエルセラーン大阪) 日本医学放射線学会 第329回関西地方会(第401回レントゲンイベント) 医師をめぐる医療政策や「働き方改革」の現状と課題 ―基本的事項から最新の話まで― 今村知明.
  35. 2021年11月04日～2021年11月05日 (奈良県、コンベンションセンター、奈良100年会館) 第59回全国自治体病院学会医療や臨床工学技士を取り巻く情勢の現状と課題 今村知明.
  36. 2021年11月12日～2021年11月13日 (香川県、かがわ国際会議場) 第31回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 医療費をとりまく社会情勢と診療報酬改定のしくみ 今村知明.
  37. 2021年11月18日～2021年11月21日 (愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第41回医療情報学連合大会(第22回日本医療情報学会学術大会) NDBを用いた癌の部位別SMRの算出の検討 菅野沙帆、野田龍也、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、今村知明.
  38. 2021年11月18日～2021年11月21日 (愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第41回医療情報学連合大会(第22回日本医療情報学会学術大会) レセプト情報における病名・病名開始日を用いた名寄せロジックの開発 竹下沙希、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明.
  39. 2021年11月18日～2021年11月21日 (愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第41回医療情報学連合大会(第22回日本医療情報学会学術大会) 原死因決定プロセスの効率化に資する機械学習による原死因コード変更予測 大井川仁美、今井健、香川璃奈、明神大也、今村知明.
  40. 2021年12月21日～2021年12月23日 (東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 奈良県のKDB7年間データを用いた時系列分析と医療内容の変化 今村知明、西岡祐一、野田龍也.
  41. 2021年12月21日～2021年12月23日 (東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 医療・介護保険レセプトデータを用いた要介護状態の契機となった入院主病名及び手術名の分析 次橋幸男、赤羽学、中西康裕、明神大也、久保慎一郎、西

岡祐一、野田龍也、今村知明.

42. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 医療・介護連結解析からわかる高齢2型糖尿病患者治療の実態と課題 新居田 泰大、西岡 祐一、明神 大也、久保慎一郎、次橋 幸男、野田 龍也、今村 知明.
43. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 透析患者における骨折発症の標準化罹患比の算出: KDBを用いた検討 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.
44. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)による透析導入リスクについて 竹下沙希、西岡祐一、明神大也、久保慎一郎、野田龍也、今村知明.
45. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 ベンゾジアゼピン系薬の処方有無と死亡率の関連: 高次元傾向スコアを用いた観察研究 西岡祐一、竹下沙希、明神大也、久保慎一郎、野田龍也、今村知明.
46. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 心室中隔欠損症に対する小児心臓カテーテル検査における麻酔方法と重症合併症の関連 小川裕貴、山名隼人、野田龍也、岸本美和、吉原真吾、松居宏樹、康永秀生、今村知明.
47. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊

藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 心肺停止者に対する一次救命処置に関する都道府県人口密度とバイスタンダー種別との関係 建部壮、井桁龍平、大高俊一、千葉拓世、志賀隆、野田龍也、今村知明.

48. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 後期高齢者の口腔環境と死亡割合と医療費に与える影響: 奈良県をモデルに 辻本雄大、岡本左和子、西岡祐一、今村知明.
49. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 緊急事態宣言下における医療機関受診に関する意識調査: WEB質問紙調査による横断研究 中西康裕、松本伸哉、柿沼倫弘、西岡 祐一、次橋幸男、今村知明、赤羽 学.
50. 2021年12月21日～2021年12月23日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第80回日本公衆衛生学会総会 奈良県における自宅死の現状について 平石達郎、岡本左和子、今村知明.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし



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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究年度終了報告書(令和2年度)

疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進

第6次医療計画と第7次医療計画実施期のそれぞれの地域医療介護総合確保事業の  
事業内容の比較

研究分担者 河原 和夫(東京医科歯科大学 大学院政策科学分野)  
研究協力者 伊藤 達哉(長野県健康福祉部医療推進課)  
研究協力者 田極 春美(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)  
研究協力者 島崎 謙治(政策研究大学院大学)  
研究協力者 菅河 真紀子(東京医科歯科大学 大学院政策科学分野)

研究要旨

医療計画の一部である「地域医療構想」を実現するために「地域医療介護総合確保基金(以下、「基金」とする。)」が設けられている。

基金は病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を早急に図るために創設された財政支援制度である。対象事業は、医療分では「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」を含む3分野ある。

本研究は、基金事業計画をデータベース化して第6次医療計画が実施された”平成27年4月1日から平成30年3月31日までの事業”と現行の第7次医療計画が実施されている”平成30年4月1日から平成31年3月31日までの事業”の両群を比較し、論点を明らかにしたものである。

その結果、「医療従事者の確保に関する事業」の平均予算額は、岩手県、青森県、高知県、富山県、長崎県、愛媛県、徳島県、熊本県、宮城県、山形県で大幅に増加していた。一方で、大阪府、岡山県、香川県、島根県、山梨県、鳥取県、兵庫県、長野県、京都府、奈良県、愛知県、静岡県で大きく減少していた。医療従事者の確保が難しい地方の県で増加して、大都市あるいはその周辺の都道府県で減少しているとは必ずしも言えなかった。

都道府県の施策・政策と予算化された事業が相伴って一体運用されることで地域医療構想を含む医療計画は初めて機能する。

したがって、地域医療構想を含む医療計画の記載事項を実現するためには、施策や事業体系の構築しなければならない。それには多くの場合予算を組む必要がある。その柱になるものが「地域医療介護総合確保基金」である。

国の財政事情が厳しい折、基金の有効利用と効果的な事業の創造が必要である。それには、基金事業の評価指標の確立と効果の検証が今後不可欠となる。

## A. 研究目的

基金は、団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年を目途に病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を早急に図るために創設された財政支援制度である。そこには消費税も投入されている。都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき基金による事業を実施している。

対象事業は、「1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「2. 居宅等における医療の提供に関する事業」「3. 介護施設等の整備に関する事業」「4. 医療従事者の確保に関する事業」、そして「5. 介護従事者の確保に関する事業」がある。厳しい財政状況下で、基金を有効活用することが求められている。

本研究は、第 6 次医療計画と第 7 次医療計画実施期のそれぞれの基金に基づく事業内容を比較して論点を整理し、今後の地域医療構想を含めた医療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的としている。

## B. 研究方法

公開されている基金事業計画をデータベース化して第 6 次医療計画が実施された”平成 27 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの事業”と現行の第 7 次医療計画が実施されている”平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日までの事業（ただし、一部平成 31 年 4 月 1 日以降も実施されている複数年度にわたる事業も含む。）”の両群を比較し、論点を明らかにした。

基金の対象は 5 分野あるが、介護分野は除外し、医療分野が対象である「1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「2. 居宅等における医療の提供に関する事業」「4. 医療従事者の確保に関する事業」の 3 分野を分析した。

なお研究は、公表資料に基づいて行っている。

個人情報とは全く含んでおらず倫理的問題はないと考える。

## C. 研究結果

医療分は「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「居宅等における医療の提供に関する事業」「医療従事者の確保に関する事業」の 3 分野が対象となる。それぞれの分野について、実施主体、事業実績、事業費などの特性を分析した結果は以下のとおりである。

### (1) 基金事業の委託先（事業の実施主体）

全国的には第 6 次医療計画実施当時（平成 27 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日実施）の基金事業の約 4 分の 1 は、医療機関に委託されていた（26.0%）。同じく約 4 分の 1 は都道府県が直接行っていた（26.5%）。次いで医育大学・大学病院／養成校/学校法人への委託が、11.4%であった。以下、医師会が 8.7%、看護協会が 8.1%と続いていた（表 1-1、1-2、1-3）。

第 7 次医療計画実施下（平成 30 年 4 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日実施）でもこの比率はほとんど変化していない。医療機関委託が 25.6%、都道府県が直接行っていたのが 29.5%とやや増加していた。医育大学・大学病院／養成校/学校法人への委託が、9.9%とやや減少していた。医師会が 8.3%、看護協会が 8.7%であった（表 2-1、表 2-2、表 2-3）。

ただし、実施主体が都道府県であっても、事業が全部他に委託されている場合は、都道府県からの委託先を実施主体としてカウントした。

第 6 次医療計画下より第 7 次医療計画下で委託率が上昇したところは赤色（上昇の度合いが大きいほど濃い赤色となる）、減少したところは青色（減少の度合いが大きいほど濃い青色となる）を 表 3 に示している。

医療機関への委託率は、鳥取県と佐賀県で大きく上昇し、大分県、千葉県、東京都で減少していた。都道府県が実施主体である率は、佐賀県、東京都、広島県で大きく上昇していた。鳥取県、岐

阜県、神奈川県では大きく減少していた。医療機関等への委託は、滋賀県 11.6%の増加、佐賀県で 20.0%の減少であった。全国的に見ると、各関係団体等への委託率に大きな変動はなかった。

## (2) 基金の各対象分野の実績 (医療分)

### ① 事業件数および基金 (医療分) 全体に占める各対象分野の割合

2つの時期の基金事業を調べた結果、**表4-1**および**表4-2**に示すように「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「居宅等における医療の提供に関する事業」「医療従事者の確保に関する事業」の3分野の事業構成割合は、両期を通じてほとんど変化していない。

基金事業3分野の事業比率は、第6次医療計画下と第7次医療計画下でほとんど変化がなかった。**表5**に示すように各事業個別にみると、基金事業である「地域医療構想の達成に向けた整備事業」は、第6次医療計画に比して第7次医療計画下で鳥取県 43.8%、福井県 35.7%、新潟県 34.3%、山梨県 31.8%、香川県 30.0%増加していた。一方、岩手県-69.2%、富山県-52.3%、和歌山県-37.7%、高知県-35.9%、徳島県-34.5%の大幅な減少であった。

同様に「居宅等における医療の提供に関する事業」は、島根県 34.5%、岡山県 31.0%、大阪府 21.3%、兵庫県 17.9%、愛知県 17.5%増加していた。一方、山形県-55.2%、秋田県-44.5%、青森県-40.8%、長崎県-37.4%、茨城県-36.1%、栃木県-35.5%、熊本県-32.5%、佐賀県-31.2%、宮城県-30.3%の大幅な減少であった。

「医療従事者の確保に関する事業」は、岩手県 63.7%、青森県 54.8%、高知県 48.1%、富山県 40.5%、長崎県 37.6%、愛媛県 36.6%、徳島県 35.1%、熊本県 33.4%、宮城県 30.2%、山形県 30.0%で大幅な増加に転じていた。大幅に減少していたところは、大阪府-43.9%、岡山県-43.1%、香川県-42.5%、島根県-41.4%、山梨県-39.1%、鳥取県-38.9%、兵庫県-29.0%、長野県-28.6%、京都

府-25.0%、奈良県-25.0%、愛知県-24.0%、静岡県-20.5%であった。

### ② 予算面から見た基金 (医療分)

**表6**に示すように、両期の基金の医療分3分野全体の1件あたりの平均予算額はほとんど変化していない。第7次医療計画下の事業で、最大金額が大きく膨らんでいる事業が2,3存在する。基金事業は本来単年度のものだが、例外として3年度にわたる事業がある。それが反映した結果である。

「地域医療構想の達成に向けた整備事業」では平均予算額が、第6次医療計画下では 99,945 千円から第7次のそれは 252,024 千円に増えていた(**表7**)。

同様に「居宅等における医療の提供に関する事業」は、98,614 千円から 13,845 千円に大きく減少していた(**表8**)。「医療従事者の確保に関する事業」は、112,475 千円から 103,448 千円に漸減していた(**表9**)。

なお、**図1、2、3、4**でも上記と同じ結果を示しているが、2つの時期の基金事業については、「居宅等における医療の提供に関する事業」の実施事業数も予算額も大きく減少していた。「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」と「医療従事者の確保に関する事業」はほぼ変化がなかった。

加えて、分野ごとの基金事業費の都道府県別の分布は、**図5**および**図6**に示している。

表1-1 平成27年4月1日～平成30年3月31日実施分(重複あり)

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係 団体/施設	病院協会(全日病/日 精協/厚生連など)	自治体病院協 議会	都道府県	市町村	その他の行政 機関	その他の団体・ 協議会	医療大学・大学 病院/養成校/学 校法人	民間事業者	未定	合計
北海道	14 23.3%	4 6.7%		3 5.0%	3 5.0%	0.0%	1 1.7%		1 1.7%	1 1.7%	20 33.3%	1 1.7%		3 5.0%	7 11.7%	2 3.3%	0.0%	60 100.0%
青森県	6 25.0%	4 16.7%	1 4.2%	1 4.2%	1 4.2%	0.0%	1 4.2%		1 4.2%	0.0%	4 16.7%	2 8.3%		2 8.3%	2 8.3%	3 12.5%	0.0%	24 100.0%
岩手県	13 23.2%	1 1.8%	4 7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30 53.6%	1 1.8%		1 1.8%	6 10.7%	0.0%	0.0%	56 100.0%
宮城県	8 12.1%	3 4.5%	3 4.5%	1 1.5%	2 3.0%	0.0%	1 1.5%	0.0%	1 1.5%	0.0%	39 59.1%	0.0%		2 3.0%	6 9.1%	0.0%	0.0%	66 100.0%
秋田県	11 35.5%	6 19.4%		1 3.2%	2 6.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6 19.4%	1 3.2%		4 12.9%	4 12.9%	0.0%	0.0%	31 100.0%
山形県	17 32.1%	5 9.4%	2 3.8%	0.0%	4 7.5%	0.0%	0.0%	1 1.9%	0.0%	0.0%	14 26.4%	1 1.9%		4 7.5%	4 7.5%	0.0%	0.0%	53 100.0%
福島県	16 37.2%	2 4.7%			5 11.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5 11.6%	3 7.0%		6 14.0%	4 9.3%	2 4.7%	0.0%	43 100.0%
茨城県	11 40.7%	1 3.7%			1 3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9 33.3%	1 3.7%		2 7.4%	2 7.4%	0.0%	0.0%	27 100.0%
栃木県	8 23.5%	5 14.7%	3 8.8%	2 5.9%	6 17.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5 14.7%	1 2.9%		3 8.8%	1 2.9%	0.0%	0.0%	34 100.0%
群馬県	6 17.6%	2 5.9%	1 2.9%			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19 55.9%	0.0%		2 5.9%	4 11.8%	0.0%	0.0%	34 100.0%
埼玉県	5 20.8%	1 4.2%	1 4.2%		5 20.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10 41.7%	0.0%		2 8.3%	2 8.3%	0.0%	0.0%	24 100.0%
千葉県	18 48.6%	4 10.5%	3 8.1%	1 2.7%	3 8.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4 10.8%	2 5.4%		1 2.7%	1 2.7%	0.0%	0.0%	37 100.0%
東京都	19 43.2%	2 4.5%	2 4.5%		5 11.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7 15.9%	2 4.5%		3 6.8%	2 4.5%	2 4.5%	0.0%	44 100.0%
神奈川県	5 13.9%	2 5.6%	4 11.1%	1 2.8%	2 5.6%	1 2.8%	2 5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	15 41.7%	0.0%		2 5.6%	2 5.6%	0.0%	0.0%	36 100.0%
新潟県	12 27.9%	7 16.3%	4 9.3%	2 4.7%	4 9.3%	2 4.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6 14.0%	0.0%		2 4.7%	3 7.0%	1 2.3%	0.0%	43 100.0%
富山県	9 18.8%	4 8.3%	2 4.2%	2 4.2%	8 16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16 33.3%	1 2.1%		5 10.4%	1 2.1%	0.0%	0.0%	48 100.0%
石川県	4 14.8%	4 14.8%		1 3.7%	3 11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8 29.6%	0.0%		3 11.1%	4 14.8%	0.0%	0.0%	27 100.0%

表1—2 平成27年4月1日～平成30年3月31日実施分(重複あり)

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係 団体/施設	病院協会/全日病/日 精益/厚生連など	自治体病院協 議会	都道府県	市町村	その他の行政 機関	その他の団体・ 協議会	医学・大学 病院/養成校/学 校法人	民間事業者	未定	合計
福井県	14 34.1%	6 14.6%	2 4.9%	1 2.4%	3 7.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8 19.5%	0.0%	0.0%	3 7.3%	4 9.8%	0.0%	0.0%	41 100.0%
山梨県	7 18.9%	4 10.8%	2 5.4%	0.0%	8 21.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5 13.5%	0.0%	0.0%	3 8.1%	8 21.6%	0.0%	0.0%	37 100.0%
長野県	22 34.4%	7 10.9%	4 6.3%	2 3.1%	1 1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22 34.4%	1 1.6%	0.0%	2 3.1%	3 4.7%	0.0%	0.0%	64 100.0%
岐阜県	9 19.6%	4 8.7%	2 4.3%	2 4.3%	4 8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1 2.2%	0.0%	14 30.4%	4 8.7%	0.0%	2 4.3%	5 10.9%	1 2.2%	0.0%	46 100.0%
静岡県	21 27.6%	6 7.9%	5 6.6%	3 3.9%	3 3.9%	0.0%	0.0%	1 1.3%	2 2.6%	0.0%	20 26.3%	2 2.6%	0.0%	8 10.5%	5 6.6%	0.0%	0.0%	76 100.0%
愛知県	13 48.1%	2 7.4%	2 7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6 22.2%	0.0%	0.0%	0.0%	3 11.1%	1 3.7%	0.0%	27 100.0%
三重県	20 24.4%	6 7.3%	3 3.7%	3 3.7%	10 12.2%	0.0%	0.0%	2 2.4%	0.0%	0.0%	9 11.0%	5 6.1%	0.0%	10 12.2%	14 17.1%	0.0%	0.0%	82 100.0%
滋賀県	19 25.0%	1 1.3%	4 5.3%	5 6.6%	6 7.9%	0.0%	0.0%	3 3.8%	6 7.9%	0.0%	12 15.8%	0.0%	0.0%	5 6.6%	14 18.4%	1 1.3%	0.0%	76 100.0%
京都府	11 26.8%	3 7.3%	1 2.4%	4 9.8%	4 9.8%	0.0%	0.0%	1 2.4%	2 4.9%	0.0%	5 12.2%	4 9.8%	0.0%	5 12.2%	5 12.2%	0.0%	0.0%	41 100.0%
大阪府	15 28.3%	6 11.3%	3 5.7%	1 1.9%	3 5.7%	0.0%	0.0%	5 9.4%	5 9.4%	0.0%	7 13.2%	1 1.9%	0.0%	6 11.3%	3 5.7%	2 3.8%	0.0%	53 100.0%
兵庫県	13 21.3%	9 14.8%	3 4.9%	3 4.9%	7 11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14 23.0%	1 1.6%	0.0%	5 8.2%	6 9.8%	0.0%	0.0%	61 100.0%
奈良県	6 20.0%	1 3.3%	0.0%	0.0%	3 10.0%	0.0%	0.0%	1 3.3%	1 3.3%	0.0%	15 50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4 13.3%	0.0%	0.0%	30 100.0%
和歌山県	13 41.9%	0.0%	2 6.5%	0.0%	3 9.7%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	8 25.8%	0.0%	0.0%	0.0%	4 12.9%	0.0%	0.0%	31 100.0%
鳥取県	21 36.8%	2 3.5%	1 1.8%	2 3.5%	1 1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13 22.8%	0.0%	1 1.8%	2 3.5%	14 24.6%	0.0%	0.0%	57 100.0%
島根県	8 26.7%	0.0%	2 6.7%	0.0%	1 3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12 40.0%	1 3.3%	0.0%	0.0%	4 13.3%	0.0%	0.0%	30 100.0%
岡山県	8 16.7%	3 6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33 68.8%	1 2.1%	0.0%	3 6.3%	3 6.3%	0.0%	0.0%	48 100.0%
広島県	11 30.6%	3 8.3%	4 11.1%	0.0%	1 2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10 27.8%	1 2.8%	0.0%	1 2.8%	4 11.1%	0.0%	1 2.8%	36 100.0%

表1—3 平成27年4月1日～平成30年3月31日実施分（重複あり）

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係 団体/施設	病院協会(全日病/日 精協/厚生連など)	自治体病院協 議会	都道府県	市町村	その他の行政 機関	その他の団体・ 協議会	医有大学・大学 病院/養成校/学 校法人	民間事業者	未定	合計
都道府県	17	8	4	2	6						11	2			3	3		56
山口県	30.4%	14.3%	7.1%	3.6%	10.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19.6%	3.6%	0.0%	0.0%	5.4%	5.4%	0.0%	100.0%
徳島県	13	11	5		3			2			15			3	8			60
徳島県	21.7%	18.3%	8.3%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	5.0%	13.3%	0.0%	0.0%	100.0%
香川県	10	7	6	1	9			1			13	10		1	7			65
香川県	15.4%	10.8%	9.2%	1.5%	13.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	15.4%	0.0%	1.5%	10.8%	0.0%	0.0%	100.0%
愛媛県	7	5	3	2	2			1			6	1		1	1			29
愛媛県	24.1%	17.2%	10.3%	6.9%	6.9%	0.0%	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%	20.7%	3.4%	0.0%	3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	100.0%
高知県	4			1	5						10	1		5	5			31
高知県	12.9%	0.0%	0.0%	3.2%	16.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	32.3%	3.2%	0.0%	16.1%	16.1%	0.0%	0.0%	100.0%
福岡県	15	6	4	1	6						18	1			6			57
福岡県	26.3%	10.5%	7.0%	1.8%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	31.6%	1.8%	0.0%	0.0%	10.5%	0.0%	0.0%	100.0%
佐賀県	4	2	2	1							6			1	4			20
佐賀県	20.0%	10.0%	10.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30.0%	0.0%	0.0%	5.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%
長崎県	8	5	3	2	1			1	4		10	1		1	7			43
長崎県	18.6%	11.6%	7.0%	4.7%	2.3%	0.0%	0.0%	2.3%	9.3%	0.0%	23.3%	2.3%	0.0%	2.3%	16.3%	0.0%	0.0%	100.0%
熊本県	11	6	3	1	5				1		6			5	16			54
熊本県	20.4%	11.1%	5.6%	1.9%	9.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	9.3%	29.6%	0.0%	0.0%	100.0%
大分県	14	3	8		11						9	2	1	1	8			57
大分県	24.6%	5.3%	14.0%	0.0%	19.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.8%	3.5%	1.8%	1.8%	14.0%	0.0%	0.0%	100.0%
宮崎県	12	6	2	1	5						5	1		1	5		1	39
宮崎県	30.8%	15.4%	5.1%	2.6%	12.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.8%	2.6%	0.0%	2.6%	12.8%	0.0%	2.6%	100.0%
鹿児島県	10	3	2	1	2			2			7	1			2	1		31
鹿児島県	32.3%	9.7%	6.5%	3.2%	6.5%	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%	0.0%	22.6%	3.2%	0.0%	0.0%	6.5%	3.2%	0.0%	100.0%
沖縄県	9	2	1	2	3	1			1		14				5			38
沖縄県	23.7%	5.3%	2.6%	5.3%	7.9%	2.6%	0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	36.8%	0.0%	0.0%	0.0%	13.2%	0.0%	0.0%	100.0%
全国	547	184	111	53	170	5	4	12	30	1	558	57	3	110	239	19	2	2105
全国	26.0%	8.7%	5.3%	2.5%	8.1%	0.2%	0.2%	0.6%	1.4%	0.0%	26.5%	2.7%	0.1%	5.2%	11.4%	0.9%	0.1%	100.0%

表2-1 平成30年4月1日～平成31年3月31日実施分(重複あり)

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係 団体/施設	病院協会(全日病/日 精協/厚生連など)	自治体病院協 議会	都道府県	市町村	その他の行政 機関	その他の団 体・協議会	医育大学・大学病院 /養成校/学校法人	民間事業者	未定	合計
北海道	13 22.8%	6 10.5%		2 3.5%	4 7.0%		1 1.8%		1 1.8%	2 3.5%	12 21.1%	2 3.5%		4 7.0%	8 14.0%	2 3.5%		57 100.0%
青森県	7 36.8%	2 10.5%	1 5.3%		1 5.3%				1 5.3%		2 10.5%	1 5.3%		1 5.3%	2 10.5%	1 5.3%		19 100.0%
岩手県	18 26.5%	1 1.5%	4 5.9%								36 52.9%	2 2.9%		3 4.4%	4 5.9%			68 100.0%
宮城県	3 6.3%	0.0%	2 4.2%	1 2.1%	2 4.2%				1 2.1%		33 68.8%	0.0%		1 2.1%	5 10.4%			48 100.0%
秋田県	10 32.3%	4 12.9%	0.0%		2 6.5%				0.0%		9 29.0%	1 3.2%		1 3.2%	4 12.9%			31 100.0%
山形県	10 43.5%	2 8.7%	0.0%		2 8.7%				0.0%		4 17.4%	1 4.3%		1 4.3%	3 13.0%			23 100.0%
福島県	10 28.6%	3 8.6%	1 2.9%	3 8.6%	7 20.0%				0.0%		3 8.6%	0.0%		4 11.4%	4 11.4%			35 100.0%
茨城県	11 35.5%	1 3.2%	1 3.2%	1 3.2%	4 12.9%				0.0%		7 22.6%	2 6.5%		1 3.2%	3 9.7%			31 100.0%
栃木県	9 32.1%	2 7.1%	1 3.6%	1 3.6%	5 17.9%				0.0%		4 14.3%	2 7.1%		2 7.1%	2 7.1%			28 100.0%
群馬県	11 24.4%	4 8.9%	2 4.4%	1 2.2%	1 2.2%				0.0%		21 46.7%	0.0%		1 2.2%	4 8.9%			45 100.0%
埼玉県	12 25.0%	6 12.5%	2 4.2%		5 10.4%				0.0%		22 45.8%	0.0%		1 2.1%	0.0%			48 100.0%
千葉県	17 37.0%	5 10.9%	5 10.9%	2 4.3%	6 13.0%				0.0%		5 10.9%	1 2.2%		3 6.5%	1 2.2%	1 2.2%		46 100.0%
東京都	15 31.3%	3 6.3%	2 4.2%		5 10.4%				0.0%		16 33.3%	0.0%		4 8.3%	1 2.1%	2 4.2%		48 100.0%
神奈川県	6 12.2%	2 4.1%	6 12.2%	2 4.1%	4 8.2%				2 4.1%		13 26.5%	0.0%		5 10.2%	5 10.2%			49 100.0%
新潟県	10 24.4%	6 14.6%	3 7.3%	2 4.9%	6 14.6%				0.0%		8 19.5%	0.0%		3 7.3%	0.0%	1 2.4%		41 100.0%
富山県	8 14.3%	3 5.4%	3 5.4%	2 3.6%	11 19.6%				2 3.6%		19 33.9%	0.0%		6 10.7%	2 3.6%			56 100.0%
石川県	5 15.6%	7 21.9%	0.0%		2 6.3%				0.0%		11 34.4%	0.0%		3 9.4%	4 12.5%			32 100.0%

表2—2 平成30年4月1日～平成31年3月31日実施分（重複あり）

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係 団体/施設	病院協会(全日病/日 精協/厚生連など)	自治体病院協 議会	都道府県	市町村	その他の行政 機関	その他の団 体・協議会	医大・大学病院 /養成校/学校法人	民間事業者	未定	合計
都道府県	7	2	2	1	2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5	0.0%	0.0%	0.0%	3	0.0%	0.0%	19
福井県	36.8%	10.5%	0.0%	1	5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26.3%	0.0%	0.0%	15.8%	4	0.0%	0.0%	100.0%
山梨県	7	2	3	1	5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4	0.0%	0.0%	0.0%	4	0.0%	0.0%	26
山梨県	26.9%	7.7%	11.5%	3.8%	19.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.4%	0.0%	0.0%	15.4%	1	0.0%	0.0%	100.0%
長野県	13	1	2	2	2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7	1	0.0%	1	1	0.0%	0.0%	29
長野県	44.8%	3.4%	6.9%	6.9%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	24.1%	3.4%	0.0%	3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	100.0%
岐阜県	16	1	1	7	7	0.0%	0.0%	0.0%	2	0.0%	5	8	0.0%	1	5	2	1	49
岐阜県	32.7%	2.0%	2.0%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%	0.0%	10.2%	16.3%	0.0%	2.0%	10.2%	4.1%	2.0%	100.0%
静岡県	22	7	2	1	3	0.0%	0.0%	3	3	0.0%	25	1	0.0%	10	8	0.0%	0.0%	85
静岡県	25.9%	8.2%	2.4%	1.2%	3.5%	0.0%	0.0%	3.5%	3.5%	0.0%	29.4%	1.2%	0.0%	11.8%	9.4%	0.0%	0.0%	100.0%
愛知県	16	2	3	1	2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9	1	0.0%	0.0%	1	1	0.0%	36
愛知県	44.4%	5.6%	8.3%	2.8%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	2.8%	0.0%	0.0%	2.8%	2.8%	0.0%	100.0%
三重県	19	7	1	3	8	0.0%	0.0%	1	0.0%	0.0%	15	4	0.0%	6	8	0.0%	0.0%	72
三重県	26.4%	9.7%	1.4%	4.2%	11.1%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	20.8%	5.6%	0.0%	8.3%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%
滋賀県	6	1	2	1	3	0.0%	0.0%	0.0%	3	0.0%	4	0	0.0%	1	9	0.0%	0.0%	30
滋賀県	20.0%	3.3%	6.7%	3.3%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	13.3%	0.0%	0.0%	3.3%	30.0%	0.0%	0.0%	100.0%
京都府	11	5	1	1	6	0.0%	0.0%	2	3	0.0%	9	1	0.0%	5	3	0.0%	0.0%	48
京都府	22.9%	10.4%	2.1%	2.1%	12.5%	0.0%	0.0%	4.2%	6.3%	0.0%	18.8%	2.1%	0.0%	10.4%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%
大阪府	13	5	2	1	4	0.0%	0.0%	0.0%	3	0.0%	4	1	0.0%	1	4	2	0.0%	40
大阪府	32.5%	12.5%	5.0%	2.5%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%	0.0%	10.0%	2.5%	0.0%	2.5%	10.0%	5.0%	0.0%	100.0%
兵庫県	5	5	0.0%	2	5	0.0%	0.0%	0.0%	1	0.0%	14	1	0.0%	1	6	0.0%	0.0%	40
兵庫県	12.5%	12.5%	0.0%	5.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	35.0%	2.5%	0.0%	2.5%	15.0%	0.0%	0.0%	100.0%
奈良県	5	1	1	4	4	0.0%	0.0%	0.0%	1	0.0%	14	0	0.0%	0.0%	5	0.0%	0.0%	31
奈良県	16.1%	3.2%	3.2%	0.0%	12.9%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	45.2%	0.0%	0.0%	0.0%	16.1%	0.0%	0.0%	100.0%
和歌山県	9	0.0%	0.0%	0.0%	4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6	0	0.0%	0.0%	3	0.0%	0.0%	27
和歌山県	40.9%	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	27.3%	0.0%	0.0%	0.0%	13.6%	0.0%	0.0%	100.0%
鳥取県	13	1	1	1	1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4	0.0%	0.0%	20
鳥取県	65.0%	5.0%	5.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%
島根県	12	1	3	1	1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11	4	0.0%	1	4	0.0%	0.0%	38
島根県	31.6%	2.6%	7.9%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.9%	10.5%	0.0%	2.6%	10.5%	0.0%	0.0%	100.0%
岡山県	9	3	0.0%	1	1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	41	1	0.0%	0.0%	5	0.0%	0.0%	60
岡山県	15.0%	5.0%	0.0%	1.7%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	68.3%	1.7%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	100.0%
広島県	6	2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8	1	0.0%	0.0%	1	0.0%	0.0%	18
広島県	33.3%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.4%	5.6%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	100.0%



表2—3 平成30年4月1日～平成31年3月31日実施分（重複あり）

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係 団体/施設	病院協会/全日病/日 精協/厚生連など	自治体病院協 議会	都道府県	市町村	その他の行政 機関	その他の団 体・協議会	医育大学・大学病院 /養成校/学校法人	民間事業者	未定	合計
山口県	8 20.0%	11 27.5%	2 5.0%	1 2.5%	4 10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7 17.5%	1 2.5%	0.0%	0.0%	2 5.0%	4 10.0%	0.0%	40 100.0%
徳島県	13 25.5%	5 9.8%	6 11.8%	0.0%	3 5.9%	0.0%	0.0%	1 2.0%	0.0%	0.0%	18 35.3%	0.0%	0.0%	2 3.9%	3 5.9%	0.0%	0.0%	51 100.0%
香川県	10 17.9%	3 5.4%	7 12.5%	1 1.8%	7 12.5%	0.0%	0.0%	1 1.8%	0.0%	0.0%	19 33.9%	3 5.4%	0.0%	1 1.8%	4 7.1%	0.0%	0.0%	56 100.0%
愛媛県	9 22.0%	4 9.8%	4 9.8%	1 2.4%	2 4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12 29.3%	2 4.9%	2 4.9%	1 2.4%	4 9.8%	0.0%	0.0%	41 100.0%
高知県	5 11.6%	0.0%	1 2.3%	0.0%	6 14.0%	0.0%	0.0%	1 2.3%	0.0%	0.0%	16 37.2%	1 2.3%	0.0%	6 14.0%	7 16.3%	0.0%	0.0%	43 100.0%
福岡県	11 25.0%	5 11.4%	0.0%	1 2.3%	2 4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20 45.5%	2 4.5%	0.0%	0.0%	3 6.8%	0.0%	0.0%	44 100.0%
佐賀県	9 45.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11 55.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20 100.0%
長崎県	8 20.5%	5 12.8%	0.0%	1 2.6%	2 5.1%	0.0%	0.0%	1 2.6%	1 2.6%	0.0%	13 33.3%	1 2.6%	0.0%	2 5.1%	5 12.8%	0.0%	0.0%	39 100.0%
熊本県	18 25.0%	8 11.1%	5 6.9%	2 2.8%	7 9.7%	1 1.4%	1 1.4%	3 4.2%	3 4.2%	0.0%	8 11.1%	1 1.4%	0.0%	3 4.2%	14 19.4%	0.0%	0.0%	72 100.0%
大分県	4 7.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2 3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3 5.5%	0.0%	1 1.8%	1 1.8%	3 5.5%	0.0%	0.0%	14 100.0%
宮崎県	16 29.1%	8 14.5%	2 3.6%	1 1.8%	5 9.1%	0.0%	0.0%	1 1.8%	2 3.6%	1 1.8%	9 16.4%	1 1.8%	0.0%	1 1.8%	7 12.7%	1 1.8%	0.0%	55 100.0%
鹿児島県	10 26.3%	4 10.5%	3 7.9%	0.0%	1 2.6%	0.0%	0.0%	3 7.9%	3 7.9%	0.0%	8 21.1%	1 2.6%	0.0%	1 2.6%	5 13.2%	2 5.3%	0.0%	38 100.0%
沖縄県	7 17.5%	3 7.5%	0.0%	2 5.0%	3 7.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18 45.0%	0.0%	0.0%	1 2.5%	6 15.0%	0.0%	0.0%	40 100.0%
全国	492 25.6%	159 8.3%	85 4.4%	42 2.2%	168 8.7%	5 0.3%	3 0.2%	15 0.8%	31 1.6%	3 0.2%	568 29.5%	49 2.5%	3 0.2%	91 4.7%	191 9.9%	19 1.0%	1 0.1%	1925 100.0%

表3 両期の委託率の変化

都道府県	医療機関	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	栄養士会	助産師会	福祉介護関係団体/施設	病院協会/全日病/日精協/厚生連など	自治体病院協議会	都道府県	市町村	その他の行政機関	その他の団体・協議会	医学・大学病院/養成校/学校法人	民間事業者	未定
北海道	-0.5%	3.8%	0.0%	-1.5%	2.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	1.8%	-12.2%	1.8%	0.0%	2.0%	2.3%	0.2%	0.0%
青森県	11.8%	-6.2%	1.1%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	-6.2%	-3.0%	0.0%	5.3%	2.2%	-7.2%	0.0%
岩手県	3.3%	-0.3%	-1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.7%	1.1%	0.0%	2.6%	-4.8%	0.0%	0.0%
宮城県	-5.8%	-4.5%	-0.3%	0.6%	1.2%	0.0%	-1.5%	0.0%	0.6%	0.0%	9.7%	0.0%	0.0%	-0.9%	1.3%	0.0%	0.0%
秋田県	-3.2%	-6.5%	0.0%	-3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.6%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%
山形県	11.4%	-0.7%	-3.8%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%	-1.9%	0.0%	0.0%	-9.0%	2.4%	-1.9%	-3.2%	5.5%	0.0%	0.0%
福島県	-8.6%	3.9%	2.9%	8.6%	8.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-3.0%	-7.0%	0.0%	-2.6%	2.1%	-4.7%	0.0%
茨城県	-5.2%	-0.5%	3.2%	3.2%	9.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-10.7%	2.8%	0.0%	-4.2%	2.3%	0.0%	0.0%
栃木県	8.6%	-7.6%	-5.2%	-2.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.4%	4.2%	0.0%	-1.7%	4.2%	0.0%	0.0%
群馬県	6.8%	3.0%	1.5%	2.2%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-9.2%	0.0%	0.0%	-3.7%	-2.9%	0.0%	0.0%
埼玉県	4.2%	8.3%	0.0%	0.0%	-10.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%	0.0%	0.0%	2.1%	-8.3%	0.0%	0.0%
千葉県	-11.6%	0.1%	2.8%	1.6%	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	-3.2%	0.0%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.0%
東京都	-11.9%	1.8%	-0.3%	0.0%	-1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17.4%	-4.5%	0.0%	1.5%	-2.4%	-0.3%	0.0%
神奈川県	-1.7%	-1.5%	1.1%	1.3%	2.6%	-0.8%	-3.6%	4.1%	4.1%	0.0%	-15.2%	0.0%	0.0%	4.6%	4.6%	0.0%	0.0%
新潟県	-3.5%	-1.7%	-2.0%	0.2%	5.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%	0.0%	0.0%	2.6%	-7.0%	0.1%	0.0%
富山県	-4.5%	-2.9%	1.2%	-0.6%	2.9%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%	0.0%	0.6%	-2.1%	0.0%	0.3%	1.5%	0.0%	0.0%
石川県	0.8%	7.1%	0.0%	-3.7%	-4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	-1.7%	-2.3%	0.0%	0.0%
福井県	2.7%	-4.1%	-4.9%	-2.4%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.8%	0.0%	0.0%	-7.3%	6.0%	0.0%	0.0%
山梨県	8.0%	-3.1%	6.1%	3.8%	-2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	-8.1%	-6.2%	0.0%	0.0%
長野県	10.4%	-7.5%	0.6%	3.8%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-10.3%	1.8%	0.0%	-3.1%	-1.3%	0.0%	0.0%
岐阜県	13.1%	-6.7%	2.0%	-4.3%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	-20.2%	7.6%	0.0%	-2.3%	-0.7%	1.9%	2.0%
静岡県	-1.7%	0.3%	-4.2%	-2.7%	-0.4%	0.0%	0.0%	2.2%	0.9%	0.0%	3.1%	-1.4%	0.0%	1.3%	2.8%	0.0%	0.0%
愛知県	-3.7%	-1.8%	0.9%	2.8%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	2.8%	0.0%	0.0%	-8.3%	-0.9%	0.0%
三重県	2.0%	2.4%	-2.3%	0.5%	-1.1%	0.0%	0.0%	-1.0%	0.0%	0.0%	9.8%	-0.5%	0.0%	-3.9%	-6.0%	0.0%	0.0%
滋賀県	-5.0%	2.0%	1.4%	-3.3%	2.1%	0.0%	0.0%	-3.9%	2.1%	0.0%	-2.5%	0.0%	0.0%	-3.3%	11.6%	-1.3%	0.0%
京都府	-3.9%	3.1%	-0.3%	2.1%	2.7%	2.1%	0.0%	1.8%	1.4%	0.0%	6.6%	-7.7%	0.0%	-1.8%	-5.9%	0.0%	0.0%
大阪府	4.2%	1.2%	-0.7%	0.6%	4.3%	-1.9%	0.0%	0.0%	-1.9%	0.0%	-3.2%	0.6%	0.0%	-8.8%	4.3%	1.2%	0.0%
兵庫県	-8.8%	-2.3%	-4.9%	0.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	12.0%	0.9%	0.0%	-5.7%	5.2%	0.0%	0.0%
奈良県	-3.9%	-0.1%	3.2%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	-4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%
和歌山県	-1.0%	0.0%	-6.5%	0.0%	8.5%	0.0%	0.0%	0.0%	-3.2%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%
鳥取県	28.2%	1.5%	3.2%	1.5%	-1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-22.8%	0.0%	-1.8%	-3.5%	-4.6%	0.0%	0.0%
島根県	4.9%	2.6%	1.2%	-4.1%	-0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-11.1%	7.2%	0.0%	2.6%	-2.8%	0.0%	0.0%
岡山県	-1.7%	-1.3%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.5%	-0.4%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%
広島県	2.7%	2.8%	-11.1%	0.0%	-2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.6%	2.8%	0.0%	-2.8%	-5.5%	0.0%	-2.8%
山口県	-10.4%	13.2%	-2.1%	-1.1%	-0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-2.1%	-1.1%	0.0%	0.0%	-0.4%	4.6%	0.0%
徳島県	3.8%	-8.5%	3.5%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	2.0%	-3.3%	0.0%	10.3%	0.0%	0.0%	-1.1%	-7.4%	0.0%	0.0%
香川県	2.5%	-5.4%	3.3%	0.3%	-1.3%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	13.9%	-10.0%	0.0%	0.3%	-3.7%	0.0%	0.0%
愛媛県	-2.1%	-7.4%	-0.5%	-4.5%	-2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-3.4%	0.0%	8.6%	1.5%	4.9%	-1.0%	6.4%	0.0%	0.0%
高知県	-1.3%	0.0%	2.3%	-3.2%	-2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	4.9%	-0.9%	0.0%	-2.1%	0.2%	0.0%	0.0%
福岡県	-1.3%	0.9%	-7.0%	0.5%	-6.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13.9%	2.7%	0.0%	0.0%	-3.7%	0.0%	0.0%
佐賀県	25.0%	-10.0%	-10.0%	-5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	-5.0%	-20.0%	0.0%	0.0%
長崎県	1.9%	1.2%	-7.0%	-2.1%	2.8%	0.0%	0.0%	0.3%	-6.7%	0.0%	10.0%	0.3%	0.0%	2.8%	-3.5%	0.0%	0.0%
熊本県	4.6%	0.0%	1.3%	0.9%	0.4%	1.4%	1.4%	1.4%	2.3%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	-5.1%	-10.2%	0.0%	0.0%
大分県	-17.3%	-5.3%	-14.0%	0.0%	-15.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-10.3%	-3.5%	0.0%	0.0%	-8.5%	0.0%	0.0%
宮崎県	-1.7%	-0.9%	-1.5%	-0.8%	-3.7%	0.0%	0.0%	1.8%	3.6%	1.8%	3.6%	-0.8%	0.0%	-0.8%	-0.1%	1.8%	-2.6%
鹿児島県	-6.0%	0.8%	1.4%	-3.2%	-3.9%	0.0%	0.0%	-6.5%	7.9%	0.0%	-1.5%	-0.6%	0.0%	2.6%	6.7%	2.1%	0.0%
沖縄県	-6.2%	2.2%	-2.6%	-0.3%	-0.4%	-2.6%	0.0%	0.0%	-2.6%	0.0%	8.2%	0.0%	0.0%	2.5%	1.8%	0.0%	0.0%
全国	-0.4%	-0.4%	-0.9%	-0.3%	0.6%	0.1%	0.0%	0.2%	0.2%	0.2%	3.0%	-0.2%	0.1%	-0.5%	-1.5%	0.1%	0.0%

表4-1 対象分野ごとの事業数と構成割合

都道府県	H.27.4.1～H.30.3.31事業				H.30.4.1～H.31.3.31事業			
	地域医療構想の達成に向けた整備事業	居宅等における医療の提供に関する事業	医療従事者の確保に関する事業	合計	地域医療構想の達成に向けた整備事業	居宅等における医療の提供に関する事業	医療従事者の確保に関する事業	合計
北海道	4 9.1%	1 2.3%	39 88.6%	44 100.0%	4 10.0%	5 12.5%	31 77.5%	40 100.0%
青森県	6 31.6%	10 52.6%	3 15.8%	19 100.0%	3 17.6%	2 11.8%	12 70.6%	17 100.0%
岩手県	43 81.1%	6 11.3%	4 7.5%	53 100.0%	7 11.9%	10 16.9%	42 71.2%	59 100.0%
宮城県	5 8.6%	34 58.6%	19 32.8%	58 100.0%	4 8.7%	13 28.3%	29 63.0%	46 100.0%
秋田県	3 11.1%	14 51.9%	10 37.0%	27 100.0%	8 29.6%	2 7.4%	17 63.0%	27 100.0%
山形県	1 3.4%	16 55.2%	12 41.4%	29 100.0%	4 28.6%	0 0.0%	10 71.4%	14 100.0%
福島県	2 5.3%	21 55.3%	15 39.5%	38 100.0%	3 10.0%	8 26.7%	19 63.3%	30 100.0%
茨城県	1 4.5%	15 68.2%	6 27.3%	22 100.0%	4 14.3%	9 32.1%	15 53.6%	28 100.0%
栃木県	0 0.0%	11 35.5%	20 64.5%	31 100.0%	3 13.0%	0 0.0%	20 87.0%	23 100.0%
群馬県	1 3.4%	9 31.0%	19 65.5%	29 100.0%	3 8.3%	10 27.8%	23 63.9%	36 100.0%
埼玉県	0 0.0%	4 30.8%	9 69.2%	13 100.0%	7 29.2%	2 8.3%	15 62.5%	24 100.0%
千葉県	1 3.3%	9 30.0%	20 66.7%	30 100.0%	6 15.4%	13 33.3%	20 51.3%	39 100.0%
東京都	1 2.6%	11 28.2%	27 69.2%	39 100.0%	4 9.3%	11 25.6%	28 65.1%	43 100.0%
神奈川県	0 0.0%	6 31.6%	13 68.4%	19 100.0%	1 4.5%	9 40.9%	12 54.5%	22 100.0%
新潟県	0 0.0%	10 27.8%	26 72.2%	36 100.0%	12 34.3%	3 8.6%	20 57.1%	35 100.0%
富山県	28 65.1%	5 11.6%	10 23.3%	43 100.0%	6 12.8%	11 23.4%	30 63.8%	47 100.0%
石川県	9 34.6%	7 26.9%	10 38.5%	26 100.0%	7 25.0%	2 7.1%	19 67.9%	28 100.0%
福井県	0 0.0%	8 28.6%	20 71.4%	28 100.0%	5 35.7%	1 7.1%	8 57.1%	14 100.0%
山梨県	0 0.0%	6 20.0%	24 80.0%	30 100.0%	7 31.8%	6 27.3%	9 40.9%	22 100.0%
長野県	0 0.0%	14 25.0%	42 75.0%	56 100.0%	7 25.0%	8 28.6%	13 46.4%	28 100.0%
岐阜県	0 0.0%	8 20.0%	32 80.0%	40 100.0%	4 9.3%	0 0.0%	39 90.7%	43 100.0%
静岡県	0 0.0%	15 22.7%	51 77.3%	66 100.0%	9 12.2%	23 31.1%	42 56.8%	74 100.0%
愛知県	0 0.0%	2 8.3%	22 91.7%	24 100.0%	2 6.5%	8 25.8%	21 67.7%	31 100.0%

表4-2 対象分野ごとの事業数と構成割合

都道府県	H.27.4.1～H.30.3.31事業				H.30.4.1～H.31.3.31事業			
	地域医療構想の達成に向けた整備事業	居宅等における医療の提供に関する事業	医療従事者の確保に関する事業	合計	地域医療構想の達成に向けた整備事業	居宅等における医療の提供に関する事業	医療従事者の確保に関する事業	合計
三重県	22 31.0%	11 15.5%	38 53.5%	71 100.0%	3 4.8%	19 30.6%	40 64.5%	62 100.0%
滋賀県	9 12.3%	7 9.6%	57 78.1%	73 100.0%	0 0.0%	6 25.0%	18 75.0%	24 100.0%
京都府	0 0.0%	1 4.2%	23 95.8%	24 100.0%	3 12.5%	4 16.7%	17 70.8%	24 100.0%
大阪府	0 0.0%	2 4.5%	42 95.5%	44 100.0%	7 22.6%	8 25.8%	16 51.6%	31 100.0%
兵庫県	0 0.0%	2 4.3%	44 95.7%	46 100.0%	3 11.1%	6 22.2%	18 66.7%	27 100.0%
奈良県	0 0.0%	0 0.0%	24 100.0%	24 100.0%	2 8.3%	4 16.7%	18 75.0%	24 100.0%
和歌山県	17 56.7%	6 20.0%	7 23.3%	30 100.0%	4 19.0%	6 28.6%	11 52.4%	21 100.0%
鳥取県	11 22.9%	5 10.4%	32 66.7%	48 100.0%	12 66.7%	1 5.6%	5 27.8%	18 100.0%
島根県	0 0.0%	0 0.0%	23 100.0%	23 100.0%	2 6.9%	10 34.5%	17 58.6%	29 100.0%
岡山県	0 0.0%	0 0.0%	47 100.0%	47 100.0%	7 12.1%	18 31.0%	33 56.9%	58 100.0%
広島県	0 0.0%	0 0.0%	32 100.0%	32 100.0%	2 13.3%	0 0.0%	13 86.7%	15 100.0%
山口県	0 0.0%	0 0.0%	50 100.0%	50 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	36 100.0%	36 100.0%
徳島県	19 34.5%	15 27.3%	21 38.2%	55 100.0%	0 0.0%	12 26.7%	33 73.3%	45 100.0%
香川県	0 0.0%	0 0.0%	49 100.0%	49 100.0%	12 30.0%	5 12.5%	23 57.5%	40 100.0%
愛媛県	8 36.4%	9 40.9%	5 22.7%	22 100.0%	5 18.5%	6 22.2%	16 59.3%	27 100.0%
高知県	9 47.4%	6 31.6%	4 21.1%	19 100.0%	3 11.5%	5 19.2%	18 69.2%	26 100.0%
福岡県	7 13.2%	14 26.4%	32 60.4%	53 100.0%	10 25.6%	5 12.8%	24 61.5%	39 100.0%
佐賀県	5 27.8%	9 50.0%	4 22.2%	18 100.0%	6 37.5%	3 18.8%	7 43.8%	16 100.0%
長崎県	7 17.9%	18 46.2%	14 35.9%	39 100.0%	6 17.6%	3 8.8%	25 73.5%	34 100.0%
熊本県	5 10.9%	26 56.5%	15 32.6%	46 100.0%	5 10.0%	12 24.0%	33 66.0%	50 100.0%
大分県	6 11.8%	5 9.8%	40 78.4%	51 100.0%	4 33.3%	0 0.0%	8 66.7%	12 100.0%
宮崎県	4 13.3%	12 40.0%	14 46.7%	30 100.0%	8 21.1%	7 18.4%	23 60.5%	38 100.0%
鹿児島県	3 12.5%	6 25.0%	15 62.5%	24 100.0%	5 17.2%	8 27.6%	16 55.2%	29 100.0%
沖縄県	1 3.1%	5 15.6%	26 81.3%	32 100.0%	5 13.9%	6 16.7%	25 69.4%	36 100.0%
全国	238 13.6%	401 22.9%	1111 63.5%	1750 100.0%	234 15.3%	310 20.2%	987 64.5%	1531 100.0%

表5 3分野の事業比率の変化

都道府県	地域医療構想の達成に向けた整備事業	居宅等における医療の提供に関する事業	医療従事者の確保に関する事業	合計
北海道	0.9%	10.2%	-11.1%	0.0%
青森県	-14.0%	-40.8%	54.8%	0.0%
岩手県	-69.2%	5.6%	63.7%	0.0%
宮城県	0.1%	-30.3%	30.2%	0.0%
秋田県	18.5%	-44.5%	26.0%	0.0%
山形県	25.2%	-55.2%	30.0%	0.0%
福島県	4.7%	-28.6%	23.8%	0.0%
茨城県	9.8%	-36.1%	26.3%	0.0%
栃木県	13.0%	-35.5%	22.5%	0.0%
群馬県	4.9%	-3.2%	-1.6%	0.0%
埼玉県	29.2%	-22.5%	-6.7%	0.0%
千葉県	12.1%	3.3%	-15.4%	0.0%
東京都	6.7%	-2.6%	-4.1%	0.0%
神奈川県	4.5%	9.3%	-13.9%	0.0%
新潟県	34.3%	-19.2%	-15.1%	0.0%
富山県	-52.3%	11.8%	40.5%	0.0%
石川県	-9.6%	-19.8%	29.4%	0.0%
福井県	35.7%	-21.5%	-14.3%	0.0%
山梨県	31.8%	7.3%	-39.1%	0.0%
長野県	25.0%	3.6%	-28.6%	0.0%
岐阜県	9.3%	-20.0%	10.7%	0.0%
静岡県	12.2%	8.4%	-20.5%	0.0%
愛知県	6.5%	17.5%	-24.0%	0.0%
三重県	-26.2%	15.1%	11.0%	0.0%
滋賀県	-12.3%	15.4%	-3.1%	0.0%
京都府	12.5%	12.5%	-25.0%	0.0%
大阪府	22.6%	21.3%	-43.9%	0.0%
兵庫県	11.1%	17.9%	-29.0%	0.0%
奈良県	8.3%	16.7%	-25.0%	0.0%
和歌山県	-37.7%	8.6%	29.1%	0.0%
鳥取県	43.8%	-4.8%	-38.9%	0.0%
島根県	6.9%	34.5%	-41.4%	0.0%
岡山県	12.1%	31.0%	-43.1%	0.0%
広島県	13.3%	0.0%	-13.3%	0.0%
山口県	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
徳島県	-34.5%	-0.6%	35.1%	0.0%
香川県	30.0%	12.5%	-42.5%	0.0%
愛媛県	-17.9%	-18.7%	36.6%	0.0%
高知県	-35.9%	-12.4%	48.1%	0.0%
福岡県	12.4%	-13.6%	1.1%	0.0%
佐賀県	9.7%	-31.2%	21.6%	0.0%
長崎県	-0.3%	-37.4%	37.6%	0.0%
熊本県	-0.9%	-32.5%	33.4%	0.0%
大分県	21.5%	-9.8%	-11.7%	0.0%
宮崎県	7.8%	-21.6%	13.8%	0.0%
鹿児島県	4.7%	2.6%	-7.3%	0.0%
沖縄県	10.8%	1.1%	-11.9%	0.0%
全国	1.7%	-2.7%	1.0%	0.0%

表6 地域医療介護総合確保基金事業(医療分)(千円)

都道府県	地域医療介護総合確保基金事業(医療分)(H.27.4.1~H.30.3.31)						地域医療介護総合確保基金事業(医療分)(H.30.4.1~H.31.3.31)						合計	
	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差		
北海道	44	313,583	20,086	518	6,503,376	1,057,890	13,797,670	40	342,454	26,102	427	4,456,815	929,227	13,355,700
青森県	19	104,644	10,000	1,959	1,380,000	312,395	1,988,232	17	107,032	8,223	912	1,500,000	360,036	1,819,552
岩手県	53	37,736	5,525	1,18	525,290	104,145	1,999,987	59	24,142	4,048	0	360,958	66,838	1,424,351
宮城県	58	36,655	9,533	441	381,800	64,187	2,125,987	46	42,499	17,590	1,000	291,590	66,213	1,954,962
秋田県	27	101,582	31,000	540	953,216	215,054	2,742,722	27	240,535	9,600	338	4,953,199	951,460	6,494,432
福島県	29	48,038	15,600	224	800,000	146,807	1,393,103	14	106,511	35,715	257	644,298	171,790	1,491,147
福島県	38	70,224	7,682	486	1,249,430	207,552	2,668,508	30	37,375	7,359	199	279,168	75,714	1,121,256
茨城県	22	66,693	34,487	594	408,600	93,013	1,467,251	28	454,307	25,086	1,426	10,000,000	1,877,336	12,720,594
栃木県	31	56,901	4,142	400	760,500	148,459	1,763,929	23	140,583	9,941	0	1,786,115	383,110	3,233,402
群馬県	29	99,356	18,978	600	726,134	187,376	2,881,319	36	64,729	20,567	381	744,921	136,423	2,330,256
埼玉県	13	372,682	73,134	8,961	3,170,900	856,500	4,844,863	24	70,081	20,494	0	446,302	110,039	1,681,946
千葉県	30	108,155	41,000	450	562,713	160,108	3,244,646	39	87,717	23,831	450	647,826	151,833	3,333,254
東京都	39	239,379	40,601	2,493	3,188,068	538,151	9,335,785	43	132,935	13,705	2,086	1,201,649	283,911	5,716,184
神奈川県	19	495,243	34,423	2,882	4,234,428	1,026,286	9,409,610	22	357,180	16,527	934	5,766,857	1,224,534	7,857,950
新潟県	36	86,325	15,044	459	1,400,000	253,061	3,107,691	35	61,677	8,580	208	1,037,122	186,880	2,158,697
富山県	43	154,881	5,140	123	2,848,500	550,061	6,659,882	47	20,923	2,949	0	161,071	43,179	983,371
石川県	26	62,349	8,350	898	1,009,600	197,059	1,621,085	28	18,433	4,720	0	144,000	37,978	405,515
福井県	28	127,624	25,093	2,356	1,640,000	327,279	3,573,460	14	216,249	34,062	1,800	1,706,152	456,223	3,027,483
山梨県	30	47,938	6,558	162	861,416	155,873	1,438,128	22	13,387	4,927	418	75,000	17,924	294,519
長野県	56	31,155	5,221	328	479,193	73,397	1,744,672	28	41,844	5,096	0	385,947	86,265	1,166,039
岐阜県	40	47,357	5,844	500	1,025,224	162,316	1,894,277	43	15,927	4,162	210	121,455	26,771	684,855
静岡県	66	97,238	10,361	345	1,093,612	217,280	6,417,716	74	67,829	5,805	0	1,124,779	192,419	5,019,343
愛知県	24	284,305	38,152	557	2,704,595	717,688	6,823,317	31	329,061	9,459	1,275	3,995,130	936,060	10,200,894
三重県	71	39,831	7,205	280	496,477	89,477	2,827,973	62	6,340	1,634	316	1,169,244	201,984	3,551,444
滋賀県	73	23,782	3,690	450	785,098	93,122	1,736,093	24	74,903	18,258	450	471,788	135,895	1,797,670
京都府	24	255,755	79,289	3,086	2,117,894	480,057	6,138,116	24	241,452	47,703	966	2,220,182	535,016	5,794,852
兵庫県	46	102,530	9,041	300	2,459,874	369,739	4,716,382	27	36,237	12,041	299	198,624	55,551	942,170
奈良県	24	131,891	12,265	1,009	1,010,438	282,260	3,165,394	24	63,906	13,552	109	974,041	196,457	1,533,751
和歌山県	30	72,628	10,378	68	1,210,000	223,372	2,178,850	21	96,400	19,381	1,142	1,110,580	249,970	2,024,396
鳥取県	48	63,503	10,925	399	1,100,000	169,171	3,048,136	18	134,217	30,261	404	660,000	199,748	2,415,901
鳥取県	23	72,610	15,000	300	804,242	166,836	1,670,024	29	87,416	18,215	1,176	1,277,000	236,804	2,535,053
岡山県	47	44,901	5,170	491	1,091,618	164,614	2,110,338	58	13,404	2,495	0	124,872	24,526	777,421
広島県	32	104,300	35,079	522	1,753,336	308,763	3,337,602	15	186,842	90,983	1,563	1,260,164	312,225	2,802,628
山口県	50	60,442	6,940	143	1,509,187	217,814	3,022,092	36	72,669	2,978	0	1,129,440	249,691	2,616,077
徳島県	55	72,611	7,800	444	2,000,000	287,000	3,993,625	45	21,928	4,547	210	379,928	57,932	986,762
香川県	49	54,858	6,177	390	888,529	177,621	2,688,025	40	37,533	9,869	500	845,880	133,196	1,501,329
愛媛県	22	139,995	55,464	147	1,438,162	309,761	3,079,900	27	133,516	10,965	54	1,838,322	368,741	3,604,922
高知県	19	134,695	15,394	626	786,012	255,998	2,559,198	26	82,781	13,887	42	753,861	179,353	2,152,307
福岡県	53	95,934	16,500	212	1,067,372	187,363	5,084,476	39	140,453	32,382	1,231	2,229,043	375,728	5,337,229
佐賀県	18	201,963	13,274	934	1,416,980	420,651	3,635,342	16	20,843	6,404	0	138,939	37,943	333,493
長崎県	39	43,567	15,746	500	760,000	123,033	1,699,104	34	85,262	11,217	0	888,224	203,381	2,898,916
熊本県	46	30,795	3,187	174	575,694	90,854	1,570,523	12	92,295	10,805	1,180	896,889	254,189	1,107,543
大分県	30	111,817	17,763	1,000	1,396,577	274,035	3,354,506	38	99,246	11,960	0	1,541,749	326,994	3,771,357
鹿児島県	24	162,727	21,203	1,028	1,641,663	358,033	3,905,449	29	140,162	6,034	0	2,297,119	440,879	4,064,685
沖縄県	32	73,206	13,025	2,175	965,348	201,675	2,342,595	36	51,549	8,732	1,350	1,059,601	175,900	1,855,777
全国	1,750	107,711	10,802	68	8,157,468	409,388	183,540,311	1,531	107,880	10,660	0	10,000,000	488,233	163,653,839

表7 地域医療構想の達成に向けた整備事業費（千円）

都道府県	地域医療構想の達成に向けた整備事業(H.27.4.1～H.30.3.31)						地域医療構想の達成に向けた整備事業(H.30.4.1～H.31.3.31)							
	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差	合計	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差	合計
北海道	4	120.971	9,995	518	463,377	228,402	483,884	4	89,892	61,031	8,108	229,398	102,023	359,567
青森県	6	239,001	8,724	2,560	1,380,000	559,061	1,434,008	3	511,333	30,000	4,000	1,500,000	856,309	1,534,000
岩手県	43	33,211	6,650	118	418,434	86,667	1,428,075	7	98,380	1,138	0	360,958	167,316	688,658
宮城県	5	47,812	62,497	3,746	96,087	40,371	239,061	4	111,257	64,104	25,231	291,590	121,648	445,029
秋田県	3	133,601	31,000	19,128	350,676	188,086	400,804	8	691,061	51,481	338	4,953,199	1,725,904	5,528,484
山形県	1	29,410	29,410	29,410	29,410		29,410	4	47,960	56,613	9,300	644,298	303,514	766,824
福島県	2	3,369	3,369	3,237	3,500	186	6,737	3	49,760	14,000	2,377	127,503	69,131	143,880
茨城県	1	44,449	44,449	44,449	44,449		44,449	4	2,658,071	302,311	27,660	10,000,000	4,898,362	10,632,282
栃木県	0							3	50,761	36,340	9,941	106,002	49,628	152,283
群馬県	1	122,793	122,793	122,793	122,793		122,793	3	250,081	2,718	2,603	744,921	428,544	750,242
埼玉県	1	66,000	66,000	66,000	66,000		66,000	7	49,952	22,500	8,961	114,178	45,744	349,664
千葉県	1	3,188,068	3,188,068	3,188,068	3,188,068		3,188,068	6	76,352	93,009	1,385	157,000	60,649	381,758
東京都	0							4	587,490	572,440	3,429	1,201,649	674,648	2,349,958
神奈川県	0							1	12,705	12,705	12,705	12,705		12,705
新潟県	28	147,929	4,305	264	2,848,500	551,914	4,142,025	12	163,077	50,084	232	1,037,122	301,127	1,956,918
富山県	9	32,258	8,700	1,000	144,000	50,135	290,320	6	46,004	24,995	812	161,071	60,016	276,025
石川県	0							7	25,038	7,294	0	122,778	48,088	150,226
福井県	0							5	569,124	408,825	103,100	1,706,152	658,741	2,845,621
山梨県	0							7	6,610	3,015	650	18,000	6,509	46,273
長野県	0							7	78,545	10,541	0	385,947	138,688	549,812
岐阜県	0							4	15,438	3,010	648	55,085	26,473	61,753
静岡県	0							9	94,965	30,000	0	625,105	199,785	854,688
愛知県	0							2	2,043,363	2,043,363	91,595	3,995,130	2,760,216	4,086,725
三重県	22	39,460	7,144	1,059	496,477	105,481	868,110	3	360,762	107,232	12,524	962,931	523,294	1,082,287
滋賀県	9	97,116	3,005	705	785,098	258,925	874,048	0						
京都府	0							3	724,485	427,446	159,009	1,587,000	758,923	2,173,455
大阪府	0							7	563,092	135,557	23,957	2,082,016	746,642	3,941,645
兵庫県	0							3	9,612	9,612	2,452	16,772	10,126	19,224
奈良県	0							2	11,278	11,278	10,563	11,993	1,011	22,556
和歌山県	17	15,295	3,840	68	65,180	18,961	260,010	4	399,596	236,291	15,221	1,110,580	511,090	1,598,382
鳥取県	1	159,726	20,000	850	1,100,000	328,817	1,756,989	12	180,173	77,607	489	660,000	226,303	2,162,071
島根県	0							2	772,500	772,500	268,000	1,277,000	713,471	1,545,000
岡山県	0							7	14,783	3,726	0	64,627	23,306	103,482
広島県	0							2	65,375	65,375	39,767	90,983	36,215	130,750
山口県	0							0						
徳島県	19	188,919	10,900	640	2,000,000	474,177	3,589,457	0						
香川県	0							12	91,473	13,243	1,000	845,880	239,344	1,097,680
愛媛県	8	44,231	41,604	147	94,591	43,823	353,844	5	398,245	30,006	7,868	1,838,322	805,969	1,991,223
高知県	9	174,483	5,990	780	786,012	333,704	1,570,348	3	105,645	26,515	13,950	276,470	148,072	316,935
福岡県	7	26,224	7,260	820	118,165	42,536	183,568	10	315,126	65,978	4,046	2,229,043	683,309	3,151,257
佐賀県	5	82,688	21,440	1,883	238,706	104,597	413,438	6	10,208	7,126	0	25,040	9,901	61,246
長崎県	7	61,144	15,746	3,872	166,654	70,769	428,005	6	139,308	741	0	760,000	305,513	835,850
熊本県	5							5	318,898	216,990	600	1,018,071	412,504	1,594,489
大分県	6	60,006	17,436	190	277,053	107,700	360,034	4	239,575	25,522	10,368	896,889	438,438	958,301
宮崎県	4	168,100	98,462	7,875	467,600	210,305	672,398	8	19,636	11,862	0	96,541	31,623	157,088
鹿児島県	3	25,821	10,006	1,416	66,041	35,095	77,463	5	50,755	666	0	230,552	100,948	253,776
沖縄県	1	3,937	3,937	3,937	3,937		3,937	5	19,491	8,893	3,810	47,933	18,954	97,456
全国	238	99,945	8,466	68	3,188,068	347,469	23,287,283	234	252,024	25,040	0	10,000,000	842,686	58,217,528

表8 居宅等における医療の提供に関する事業費 (千円)

都道府県	居宅等における医療の提供に関する事業(H27.4.1~H.30.3.31)						居宅等における医療の提供に関する事業(H.30.4.1~H.31.3.31)						合計							
	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差								
北海道	1	1,091,178	1,091,178	1,091,178	1,091,178	0	1,091,178	1,091,178	1,091,178	1,091,178	0	1,091,178	5	59,818	27,162	5,025	163,941	65,965	299,089	
青森県	10	41,278	11,242	1,959	182,240	58,546	412,777	4,607	2,560	6,653	2,894	9,213	2	4,607	4,607	2,560	6,653	2,894	9,213	
岩手県	6	92,561	3,200	289	525,290	212,171	555,368	4,812	216	14,829	5,257	56,938	10	5,694	4,500	1,370	38,873	11,864	207,726	
宮城県	34	33,628	6,000	441	381,800	76,158	1,143,337	13,500	1,373	15,979	11,864	207,726	13	15,979	13,500	1,373	38,873	11,864	207,726	
秋田県	14	111,028	44,025	540	953,216	246,737	1,554,388	11,194	588	21,800	14,999	22,388	2	11,194	11,194	588	21,800	14,999	22,388	
山形県	16	71,748	19,532	224	800,000	196,089	1,147,966						0							
福島県	21	93,760	14,717	600	1,249,430	272,999	1,968,963	5,354	1,200	279,168	96,303	330,156	8	41,270	5,354	1,200	279,168	96,303	330,156	
茨城県	15	84,858	51,700	1,549	408,600	108,448	1,272,875	15,663	1,426	75,300	21,646	189,585	9	21,065	15,663	1,426	75,300	21,646	189,585	
栃木県	11	44,010	3,500	519	289,885	93,348	484,107						0							
群馬県	9	41,380	18,978	648	199,476	63,135	372,420	6,350	1,126	36,691	13,537	117,867	10	11,787	6,350	1,126	36,691	13,537	117,867	
埼玉県	4	882,947	149,067	62,754	3,170,900	1,527,104	3,531,788	3,511	2,831	4,191	962	7,022	2	3,511	3,511	2,831	4,191	962	7,022	
千葉県	9	108,868	95,589	5,562	281,392	95,562	979,808	4,861	1,370	50,000	12,923	108,745	13	8,365	4,861	1,370	50,000	12,923	108,745	
東京都	11	131,131	8,845	3,460	602,000	234,281	1,442,444	12,083	2,188	372,629	110,641	699,705	11	63,610	12,083	2,188	372,629	110,641	699,705	
神奈川県	6	150,870	25,361	7,082	802,019	319,157	905,218	11,388	1,052	133,646	43,157	249,335	9	27,704	11,388	1,052	133,646	43,157	249,335	
新潟県	10	25,956	11,589	980	137,422	42,908	259,559	4,531	1,053	30,737	16,228	36,321	3	12,107	4,531	1,053	30,737	16,228	36,321	
富山県	5	5,382	4,900	123	11,780	4,819	26,908	945	0	17,950	5,739	42,713	11	3,883	945	0	17,950	5,739	42,713	
石川県	7	178,013	18,000	1,200	1,009,600	369,523	1,246,090	2,617	2,617	2,617	2,617	2,617	2	2,617	2,617	2,617	2,617	2,617	2,617	
福井県	8	230,943	19,470	6,628	1,640,000	569,939	1,847,541	30,511	30,511	30,511	30,511	30,511	1	30,511	30,511	30,511	30,511	30,511	30,511	
山梨県	6	30,450	10,382	1,007	95,100	39,413	182,702	1,086	418	3,272	1,100	8,494	6	1,416	1,086	418	3,272	1,100	8,494	
長野県	14	22,949	6,714	328	144,107	39,838	321,291	882	0	5,962	2,083	12,702	8	1,588	882	0	5,962	2,083	12,702	
岐阜県	8	163,040	37,144	719	1,025,224	350,430	1,304,318						0							
静岡県	15	231,883	16,658	1,947	1,093,612	371,568	3,478,250	3,000	146	59,346	15,793	238,741	23	10,380	3,000	146	59,346	15,793	238,741	
愛知県	2	7,658	7,658	1,666	13,650	8,474	15,316	6,100	1,275	20,225	6,172	56,193	8	7,024	6,100	1,275	20,225	6,172	56,193	
三重県	11	34,751	8,908	280	229,180	65,595	382,265	3,790	316	39,970	9,067	114,063	19	6,337	3,790	316	39,970	9,067	114,063	
滋賀県	7	4,982	3,604	1,173	14,319	4,317	34,875	4,915	903	24,000	9,080	51,637	6	8,606	4,915	903	24,000	9,080	51,637	
京都府	1	86,637	86,637	86,637	86,637	86,637	86,637	14,150	1,500	24,800	11,050	54,600	4	13,650	14,150	1,500	24,800	11,050	54,600	
大阪府	2	1,251,593	1,251,593	247	2,502,938	1,769,670	2,503,185	5,033	98	56,598	18,602	102,896	8	12,862	5,033	98	56,598	18,602	102,896	
兵庫県	2	259,839	259,839	17,564	502,114	342,629	519,678	11,453	2,976	34,418	11,714	83,751	6	13,959	11,453	2,976	34,418	11,714	83,751	
奈良県	0							4,113	1,735	7,160	2,386	16,451	4	4,113	3,778	1,735	7,160	2,386	16,451	
和歌山県	6	40,213	6,190	184	200,000	78,996	241,276	4,037	1,142	40,627	15,193	60,872	6	10,145	4,037	1,142	40,627	15,193	60,872	
鳥取県	5	95,389	70,066	997	255,322	97,915	476,943	3,580	3,580	3,580	3,580	3,580	1	3,580	3,580	3,580	3,580	3,580	3,580	
島根県	0							6,665	1,176	34,669	10,272	94,023	10	9,402	6,665	1,176	34,669	10,272	94,023	
岡山県	0							1,377	0	20,800	4,682	43,992	18	2,444	1,377	0	20,800	4,682	43,992	
広島県	0												0							
山口県	0												0							
徳島県	15	13,055	3,000	600	70,940	20,683	195,831	3,288	336	55,000	19,597	135,362	12	11,280	3,288	336	55,000	19,597	135,362	
香川県	0							4,040	518	16,820	6,414	28,542	5	5,708	4,040	518	16,820	6,414	28,542	
愛媛県	9	55,311	47,631	795	180,061	55,230	497,798	20,856	729	121,440	54,935	278,574	6	46,429	20,856	729	121,440	54,935	278,574	
高知県	6	149,311	39,748	626	514,900	210,682	895,867	1,486	42	29,966	13,013	45,492	5	9,098	1,486	42	29,966	13,013	45,492	
福岡県	14	56,784	7,931	212	393,487	113,752	794,969	19,841	3,311	50,804	18,018	117,164	5	23,433	19,841	3,311	50,804	18,018	117,164	
佐賀県	9	164,537	3,990	934	1,416,960	469,740	1,480,829	1,917	350	7,548	3,785	9,815	3	3,272	1,917	350	7,548	3,785	9,815	
長崎県	18	12,996	13,671	500	36,234	10,538	233,933	3,668	2,119	7,643	2,849	13,430	3	4,477	3,668	2,119	7,643	2,849	13,430	
熊本県	26							11,708	2,315	32,600	9,419	143,426	12	11,952	11,708	2,315	32,600	9,419	143,426	
大分県	5	9,994	2,430	1,069	42,628	18,254	49,971						0							
宮崎県	12	132,709	14,981	1,029	1,396,577	398,265	1,592,506	11,522	0	32,006	11,481	83,598	7	11,943	11,522	0	32,006	11,481	83,598	
鹿児島県	6	65,660	12,887	1,822	213,175	92,302	393,957	2,001	377	6,034	1,748	20,094	8	2,512	2,001	377	6,034	1,748	20,094	
沖縄県	5	211,010	27,000	5,827	965,348	421,830	1,055,049	5,033	2,427	11,944	3,751	36,778	6	6,130	5,033	2,427	11,944	3,751	36,778	
全国	401	98,614	11,809	123	3,170,900	298,980	36,980,181	4,480	0	372,629	32,912	4,264,201	310	13,845	4,480	0	372,629	32,912	4,264,201	



表9 医療従事者の確保に関する事業費（千円）

	医療従事者の確保に関する事業費(H.27.4.1～H.30.3.31)						医療従事者の確保に関する事業費(H.30.4.1～H.31.3.31)						合計	
	件数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差	合計	件数	平均値	中央値	最小値	最大値		標準偏差
都道府県	39	313,400	22,410	619	6,503,376	1,114,653	12,222,608	31	423,235	24,619	427	4,456,815	1,049,016	12,697,044
北海道	3	47,149	38,193	4,000	99,254	48,254	141,447	12	23,028	10,877	912	100,408	32,248	276,339
青森県	4	39,136	33,410	1,960	7,764	2,548	16,544	42	16,161	4,566	0	177,052	33,580	678,755
岩手県	19	31,336	33,140	746	183,720	44,641	743,589	29	44,904	18,430	1,000	225,131	66,274	1,302,207
秋田県	10	78,753	10,337	1,500	620,615	191,699	787,530	17	55,504	9,562	540	644,009	153,043	943,560
山形県	12	17,977	5,009	500	80,396	24,334	215,727	10	72,432	35,715	257	282,164	86,051	724,323
福島県	15	46,187	7,664	486	240,107	72,740	692,808	19	34,064	8,067	199	275,929	71,142	647,220
茨城県	6	24,988	30,781	594	39,015	15,131	149,927	15	126,382	32,732	1,549	558,849	178,554	1,898,727
栃木県	20	63,991	8,616	400	760,500	173,392	1,279,822	20	154,056	6,155	0	1,786,115	410,151	3,081,119
群馬県	19	125,585	13,866	600	726,134	224,514	2,386,106	23	63,572	29,080	381	285,877	82,935	1,462,147
埼玉県	9	145,897	44,464	8,961	587,968	194,490	1,313,075	15	88,351	22,466	0	446,302	133,426	1,325,260
千葉県	20	109,942	24,420	450	562,713	187,574	2,198,838	20	142,138	66,510	450	647,826	191,190	2,842,751
東京都	27	174,269	56,000	2,493	903,574	241,634	4,705,273	28	95,233	14,940	2,086	948,622	190,361	2,666,521
神奈川県	13	654,184	178,813	2,882	4,234,428	1,204,487	8,504,392	12	632,993	78,381	934	5,766,857	1,636,674	7,595,910
新潟県	26	109,544	17,410	459	1,400,000	294,915	2,848,132	20	8,273	3,336	208	29,363	9,299	165,458
富山県	10	249,095	5,600	500	2,200,740	689,718	2,490,949	30	22,154	2,772	535	160,898	45,641	664,633
石川県	10	8,468	5,154	898	23,699	8,024	84,675	19	16,845	2,940	1,100	144,000	36,033	252,672
福井県	20	86,296	28,126	2,356	600,000	162,000	1,725,919	8	18,919	17,436	1,800	39,318	14,328	151,351
大塚府	24	52,309	5,433	162	861,416	173,773	1,255,426	9	26,639	25,211	490	75,000	21,577	239,752
長野県	42	33,890	4,603	368	479,193	81,809	1,423,381	13	46,425	28,131	0	247,482	72,356	603,525
岐阜県	32	18,436	3,355	500	120,000	33,157	589,959	39	15,977	4,162	210	121,455	27,143	623,102
静岡県	51	57,637	9,736	345	730,367	125,211	2,939,466	42	93,474	5,596	0	1,124,779	235,190	3,925,914
愛知県	22	309,455	50,702	557	2,704,505	745,772	6,808,001	21	288,475	15,052	1,407	2,762,933	772,181	6,057,976
三重県	38	41,516	5,365	416	440,274	87,512	1,577,598	40	63,651	7,065	585	1,169,244	200,885	2,355,094
滋賀県	57	14,512	3,776	450	116,715	23,958	827,170	18	97,002	22,070	450	471,788	151,303	3,566,797
京都府	23	263,108	71,940	3,086	2,117,804	489,462	6,051,479	17	209,812	49,776	966	2,220,182	530,726	3,566,797
大阪府	42	481,656	32,019	130	8,157,468	1,443,167	20,229,543	16	805,307	61,206	231	8,342,659	2,071,327	12,884,915
兵庫県	44	95,380	8,041	300	2,459,874	373,004	4,196,704	18	46,622	16,632	299	198,624	64,179	839,195
奈良県	24	131,891	12,265	1,009	1,010,438	282,260	3,165,394	18	83,041	25,888	109	974,041	225,081	1,494,744
和歌山県	7	239,652	40,000	1,284	1,210,000	438,280	1,677,564	11	33,195	33,011	1,295	80,639	29,351	365,142
鳥取県	32	25,444	7,456	399	228,066	48,274	814,204	5	50,050	2,550	404	221,444	96,323	250,250
島根県	23	72,610	15,000	300	804,242	166,836	1,670,024	17	52,708	44,900	1,745	162,993	50,078	896,030
岡山県	47	44,901	5,170	491	1,091,618	164,614	2,110,338	33	19,089	3,999	244	124,872	29,269	629,947
広島県	32	104,300	35,079	522	1,753,336	308,763	3,337,602	13	205,529	105,227	1,563	1,260,164	332,844	2,671,878
山口県	50	60,442	6,940	143	1,509,187	217,814	3,022,092	36	72,669	2,978	0	1,129,440	249,691	2,616,077
徳島県	21	9,921	6,380	444	33,459	9,985	208,337	33	25,800	7,484	210	379,928	66,518	851,400
香川県	49	54,858	6,177	390	888,529	177,621	2,688,025	23	16,309	4,600	500	88,935	22,617	375,107
愛媛県	5	445,652	360,000	6,000	1,438,162	585,685	2,228,258	16	83,445	6,314	54	702,342	179,956	1,335,125
高知県	4	23,246	16,812	2,390	56,970	23,517	92,983	18	99,438	14,574	367	753,861	206,647	1,789,880
福岡県	32	128,311	36,246	694	1,067,372	224,138	4,105,939	24	89,948	32,673	1,231	760,429	163,431	2,068,808
佐賀県	4	435,269	279,679	2,918	1,178,799	547,003	1,741,075	7	37,490	9,018	4,233	138,939	54,055	262,432
長崎県	14	74,083	16,998	2,631	760,000	198,311	1,037,166	25	81,985	15,375	160	888,224	189,398	2,049,636
熊本県	15	不明	不明	不明	不明	不明	不明	33	63,790	6,402	0	1,189,415	217,313	2,105,983
大分県	40	29,013	3,155	174	575,694	94,188	1,160,518	8	18,655	9,465	1,180	65,800	23,601	149,242
宮崎県	14	77,829	17,411	1,000	500,000	143,108	1,089,602	23	153,507	12,279	0	1,541,749	414,327	3,530,871
鹿児島県	15	228,935	30,078	1,028	1,641,663	441,162	3,434,029	16	236,926	43,689	0	2,297,119	580,823	3,790,815
沖縄県	26	49,370	12,489	2,175	675,000	131,844	1,283,609	25	68,862	12,198	1,350	1,059,601	209,803	1,721,543
全国	1,111	112,475	11,078	130	8,157,468	452,198	123,272,847	987	103,448	12,290	0	8,342,659	441,186	101,172,110

図1 地域医療介護総合確保基金（医療分）の平均事業費の変化

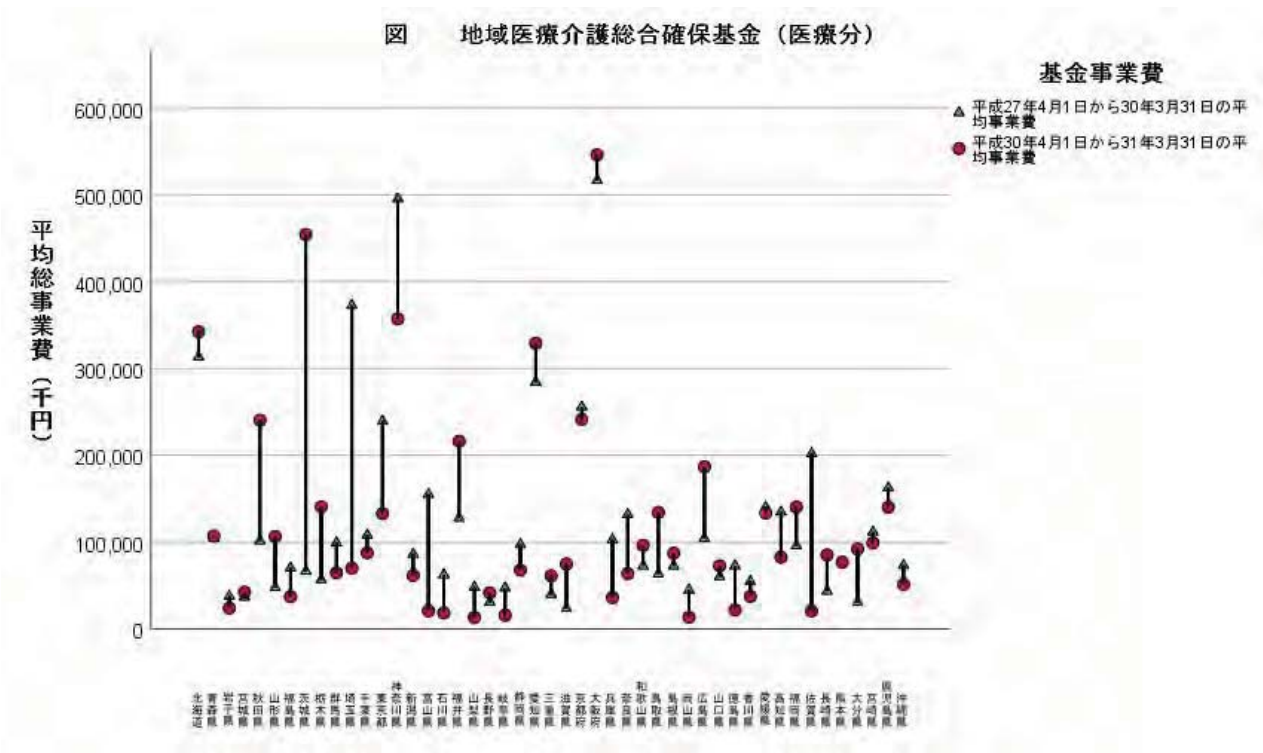


図2 地域医療介護総合確保基金（地域医療構想の達成に向けた整備事業）の平均事業費の変化

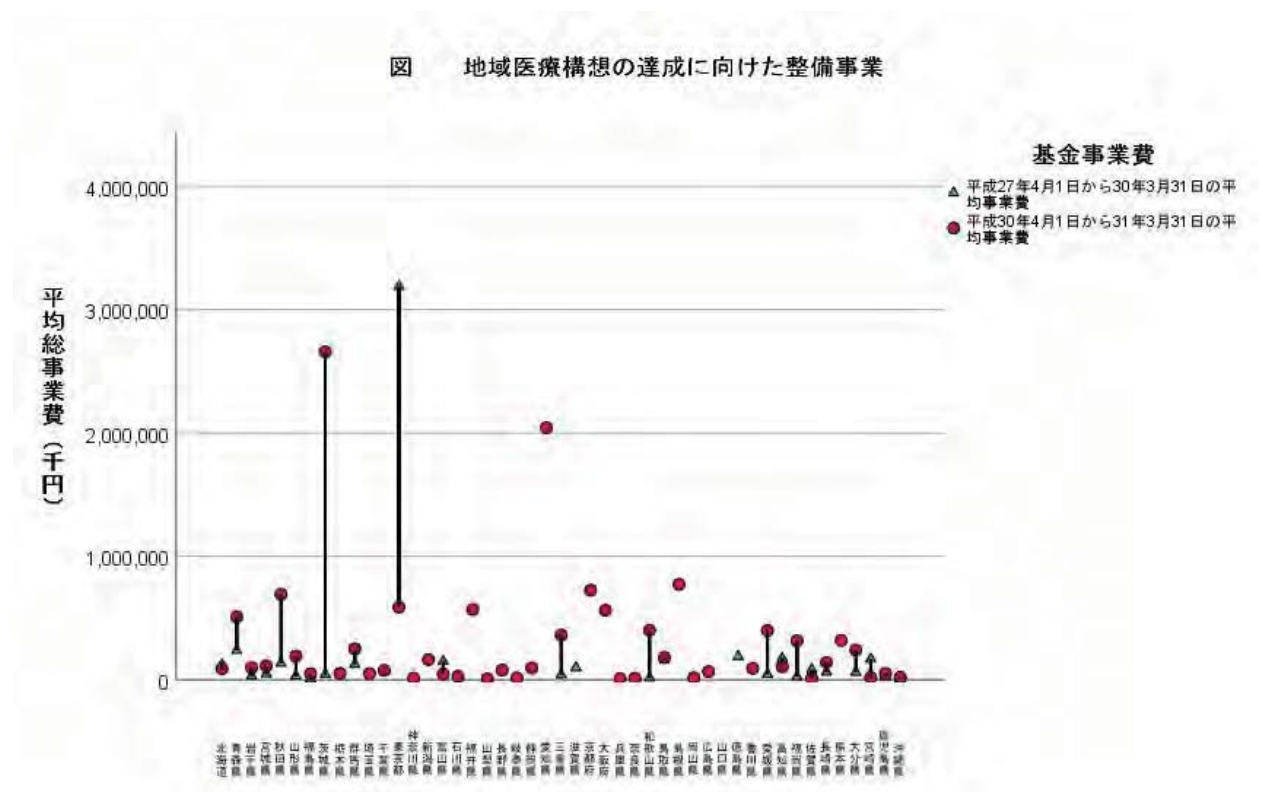


図3 地域医療介護総合確保基金（居宅等における医療の提供に関する事業）の平均事業費の変化

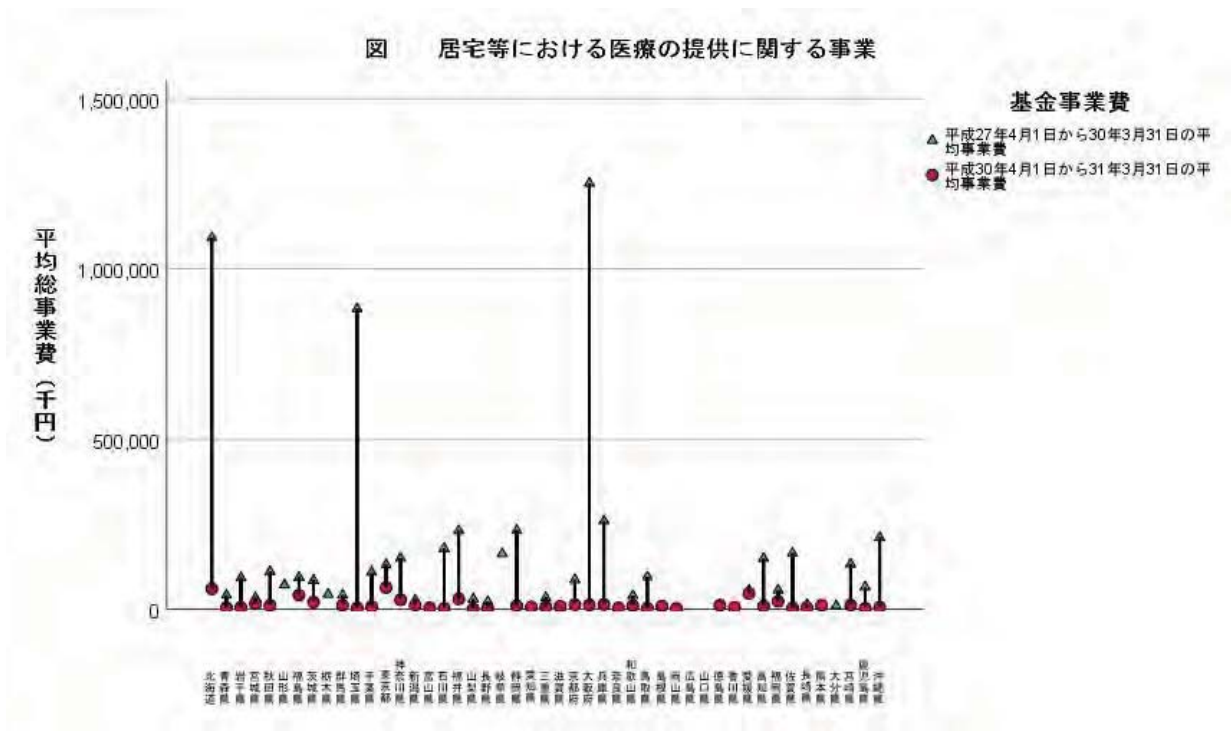


図4 地域医療介護総合確保基金（医療従事者の確保に関する事業）の平均事業費の変化

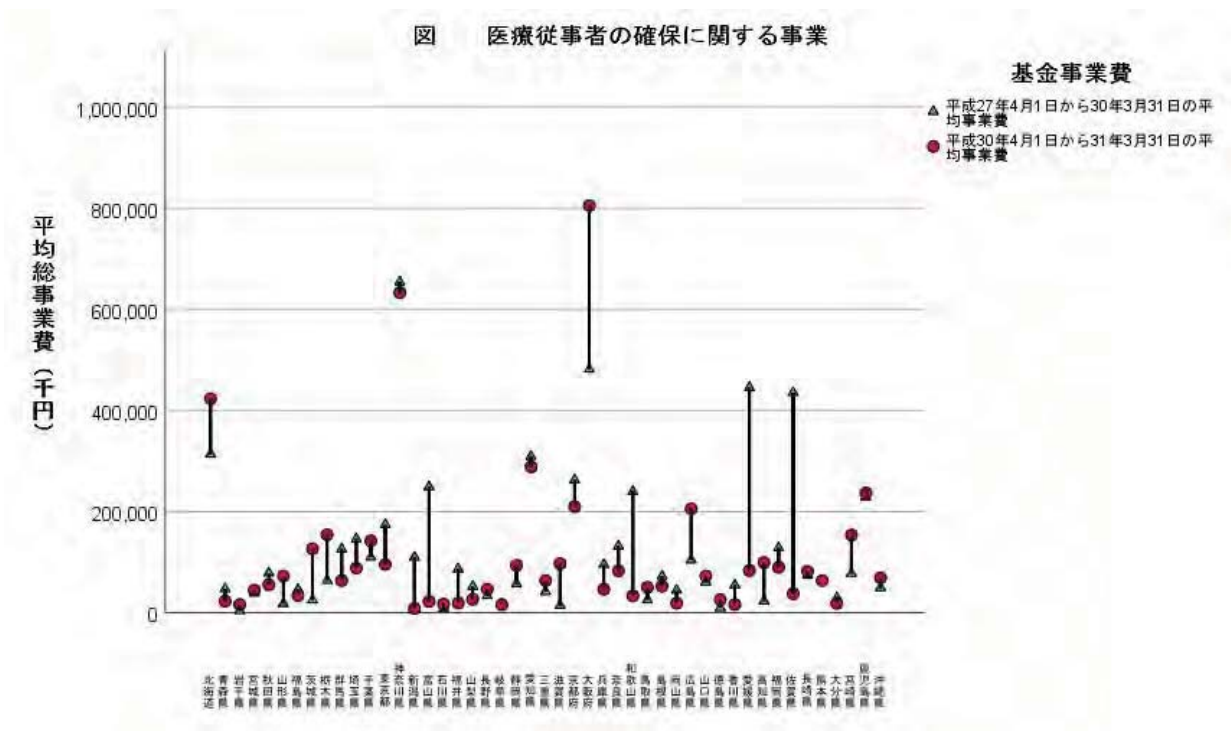
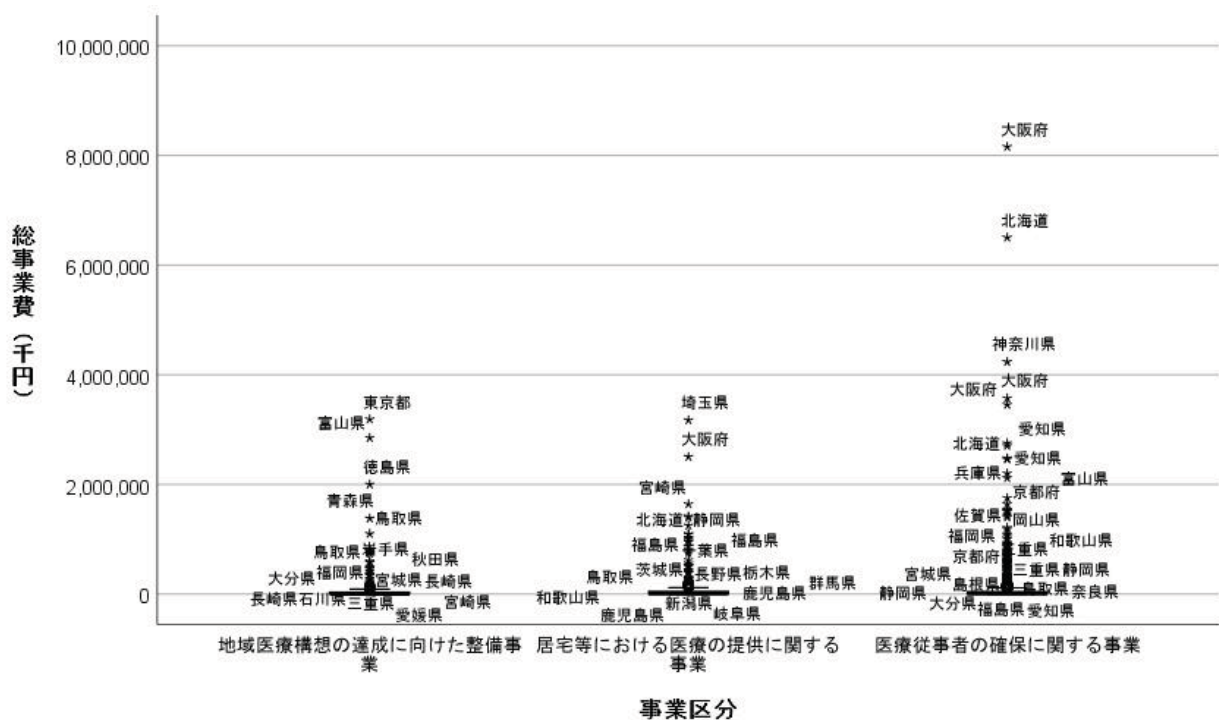


図5 都道府県別の基金総事業費の分布（平成27年4月1日～平成30年3月31日）



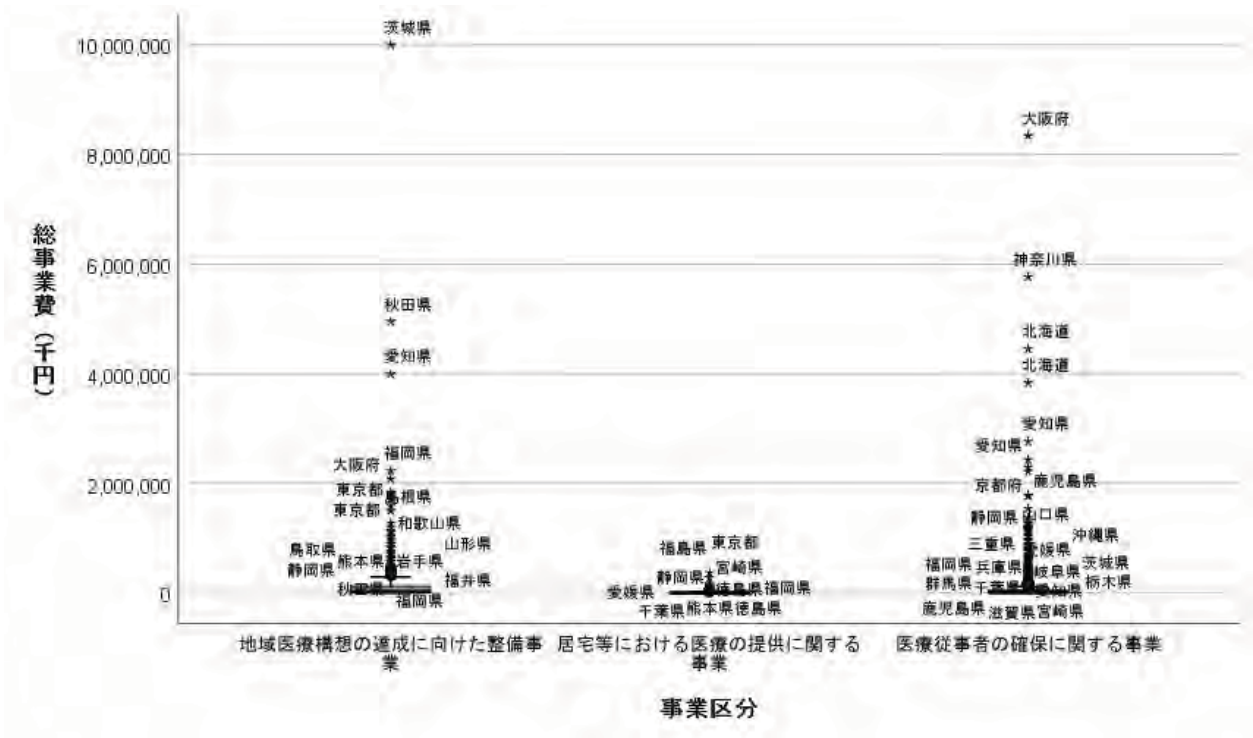
第6次医療計画時の「地域医療構想の達成に向けた整備事業」では、東京都の3,188,068千円、富山県の2,848,500千円、徳島県の2,000,000千円、青森県の1,380,000千円、鳥取県の1,100,000千円、富山県の820,659千円が金額の大きい極値となっていた。一方、和歌山県の68千円、岩手県の118千円、岩手県の126千円、愛媛県の147千円、大分県の190千円が金額の小さい極値であった。

「居宅等における医療の提供に関する事業」では、埼玉県の3,170,900千円、大阪府の2,502,938千円、福井県の1,640,000千円、佐賀県の1,416,960千円、宮崎県の1,396,577千円が金額の大きい極値となっていた。金額が小さい極値は、富山県の123千円、和歌山県の184千円、福岡県の212千円、山形県の224千円、大阪府の247千円であった。

「医療従事者の確保に関する事業」では、金額が大きい極値は、大阪府の8,157,468千円、北海

道の6,503,376千円、神奈川県の4,234,428千円、大阪府の3,571,493千円、同じく大阪府の3,453,698千円であった。一方、金額が小さい極値は、大阪府の130千円、山口県の143千円、山梨県の162千円、大分県の174千円、同じく大分県の230千円であった。

図6 都道府県別の基金総事業費の分布（平成30年4月1日～平成31年3月31日）



第7次医療計画時「地域医療構想の達成に向けた整備事業」では、茨城県の10,000,000千円、秋田県の4,953,199千円、愛知県の3,995,130千円、福岡県の2,229,043千円、大阪府の2,082,016千円が金額の大きい極値となっていた。一方、鹿児島県、宮崎県、宮崎県、長崎県では事業化のための予算がつけられていなかった。ただし、事業は行われていた。

「居宅等における医療の提供に関する事業」では、東京都の372,629千円、福島県の279,168千円、北海道の163,941千円、神奈川県133,646千円、愛媛県の121,440千円が金額の大きい極値となっていた。宮崎県、岡山県、長野県、長野県も総事業費は0千円であったが、事業は予算を付けずに行われていた。

「医療従事者の確保に関する事業」では、大阪府の8,342,659千円、神奈川県5,766,857千円、北海道4,456,815千円、同じく北海道3,833,406千円、愛知県の2,762,933千円が金額

の大きい極値であった。一方、鹿児島県、宮崎県では予算はないものの事業は行われていた。

#### D. 考察

「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「居宅等における医療の提供に関する事業」「医療従事者の確保に関する事業」の3分野の事業構成比率は、第6次医療計画下と第7次医療計画下でほとんど変化がなかった。

「地域医療構想の達成に向けた整備事業」では平均予算額が、全体で99,945千円から第7次それは252,024千円に増えていた。2025年に向けた病床の種別化の推進の必要性などの要因が背後にあると思われる。

「居宅等における医療の提供に関する事業」の平均予算額は、大きく減少していた。この事業を推進するには、人的・物的資源の確保、地域のネットワークづくりが基本となるが、いずれも難し

いことから都道府県としても着手しにくい分野であることが理由として考えられる。

医育大学・大学病院／養成校/学校法人への委託の多くは、医療従事者の確保に関する事業であった。医療従事者の養成校に対して本事業を委託することは当然の流れである。ただ、この事業の評価指標のほとんどが、研修会や説明会の開催回数や参加者数であり、真に医療従事者の確保につながっているか否か、効果のほどは不明なところが多い。

## E. まとめ

「医療従事者の確保に関する事業」の平均予算額は、岩手県、青森県、高知県、富山県、長崎県、愛媛県、徳島県、熊本県、宮城県、山形県で大幅に増加していた。一方で、大阪府、岡山県、香川県、島根県、山梨県、鳥取県、兵庫県、長野県、京都府、奈良県、愛知県、静岡県で大きく減少していた。医療従事者の確保が難しい地方の県で増加して、大都市あるいはその周辺の都道府県で減少しているとは必ずしも言えない。

地域医療計画の記載事項や当該都道府県の医療課題などと突合して、これら課題と対策としての基金を用いた事業の整合性を精査する必要がある。特に、医療従事者の確保事業の評価指標が、研修会や説明会の開催回数や参加者数となっているところが多いことは、予算を有効にせず浪費する可能性も潜んでいると考えられる。

平成 31 年度研究で、第 6 次と第 7 次の医療計画を比較した。用いた指標が増加していた都道府県においてさえ、施策体系や医療計画の記述内容には大きな変化は認められなかった。さらには指標自体がほとんど変化せず、施策内容もほとんど同じであるところも存在していた。それにも関わらず、基金事業の各事業の予算の軽重は変化していた。つまり、都道府県の医療計画上の課題と解決法策としての基金が連動していないのである。

都道府県の施策・政策と予算化された事業が伴って一体運用されることで地域医療構想を含む医療計画は初めて機能する。

したがって、医療計画の記載事項を実現するためには、施策や事業体系をしっかりと構築しなければならない。それには多くの場合予算を組む必要がある。その柱になるものが「地域医療介護総合確保基金」である。基金の重要性と無駄のない有効性を声高に指摘できよう。

国の財政事情が厳しい折、基金の有効利用と効果的な事業の創造が必要である。それには、基金事業の評価指標の確立と効果の検証が今後不可欠となる。

## F. 健康危険情報

特になし

## 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

1. 特許取得  
特になし
2. 実用新案登録  
特になし
3. その他  
特になし

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究年度終了報告書(令和2年度)

地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める具体的対応方針等の  
再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル

佐藤大介 (千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 特任准教授)  
小林大介 (神戸大学 医学研究科 特命准教授)  
今村知明 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 教授)  
野田龍也 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 准教授)

研究要旨

本研究は、公立公的医療機関等を中心に、異なる開設主体の組み合わせによる再編統合等で生じる課題や事例に基づく実情を収集し整理することを目的に、(1) 公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性、(2) 公立病院の再編統合に係る地方財政措置、(3) ヒアリング調査の観点から整理を行った。(1)については、病院会計準則を基軸に、「社会福祉法人会計基準」「地方公営企業法」「日本赤十字社医療施設特別会計規則」を比較した結果、再編統合等の議論において、施設レベル(医業+その他の事業)では財政状況を把握していても、医業レベルでは分別が難しい可能性が示唆された。また、地方公営企業の他会計負担金・補助金等について、再編統合等で非地方公営企業化し政策医療を継続する場合の補助金等の担保は検討課題となることが想定された。(2)については、地方財政措置が医療需要に応じた制度になっておらず、再編統合等のインセンティブが弱いことが示唆された。都道府県主体による地域医療構想の推進には、①実績や政策医療に応じた地方交付税措置への転換、②政策医療の実績に応じた財源措置、③病床の設置や指定後の定期的な見直し等に係る都道府県の権限の追加等が重要な政策課題と考えられた。(3)については、公立公的病院の再編統合等の実際では、借入金の処理が重要な課題であることが明らかとなった。本事例では一方を閉院し、もう一方を公立病院として存続させたため複雑な処理は生じなかった。しかしながら医療機関を残した形で経営統合する場合は、財務面での処理が複雑となる。開設主体の異なる医療機関の再編統合等の議論において、再編統合を検討する医療機関が負債処理の取り扱いが重要な論点となる可能性が示唆された。

本研究の限界点として、開設主体によって情報開示に関する指針が確立されていないため、開示された財務諸表に対する勘定科目の階層性に注意する必要がある。また、新型コロナウイルス感染症の影響により、限られたインタビュー調査のもとで遂行されたことに留意が必要である。

研究協力者：阪口博政(金沢大学)  
伊藤達哉(長野県庁)

A. 研究目的

「地域医療構想に関するワーキンググループ」  
(令和元年9月26日)において、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等が

公表された。厚生労働省は都道府県の地域医療構想調整会議において、特に公立・公的医療機関等に対しては、厚生労働省が診療実績等から一定の指標を設定し、各構想区域の公立公的病院が基準に合致した場合、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとしている。また、「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組」では診療実績等から定めた「診療実績が少ない」や「他の医療機関と競合している」指標に基づき、公立・公的医療機関等の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ医師の働き方改革の方向性も加味して具体的対応方針の再検証を要請される等、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るよう要請された。

しかしながら、具体的対応方針の再検証に基づき、将来の機能分化や再編統合等の議論を進める上での課題がいくつかある。特に、開設主体が異なる組み合わせでの医療機関の再編統合は、開設主体ごとの設置趣旨・組織、会計制度・基準、関連規定の違いに伴う様々な障壁のために再編統合が進まない可能性が高い。

本研究は、公立公的医療機関等を中心に、異なる開設主体の組み合わせによる再編統合等で生じる課題や事例に基づく実情を収集し整理することが目的である。

## B. 研究方法

本研究は3つの観点から整理を進める。

### (1) 公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性について

医療機関の財務諸表を取り巻く環境の論点を整理する。公立病院と公的医療機関のうち、社会福祉法人済生会・日本赤十字社の勘定科目について突合し、病院会計準則を基軸に勘定科目レベルのコンバージョンについて検討することで、異なる設置主体が再編統合を実施する際に各会計基準で生じる課題を洗い出す。データソースは公的病院の公表資料を原則とするが、公表資料が法人

事業全体の財務諸表のために病院事業の内訳が不明な場合は、本研究の目的に限り各法人本部より許可を得て必要な資料を用いる。

会計基準間のコンバージョンの整理にあたっては内部資料を入手できない立場から資料の入手可能性および公開資料の詳細度合いについても検討する。内部資料を入手できる立場の視点からは、勘定科目レベルでの読み替えの可能性や病院会計準則との対比を検討する。

なお本研究は、先行研究である「開設主体別病院会計準則適用に関する調査・研究」を参照しながら検討する。

### (2) 公立病院の再編統合に係る地方財政措置

総務省の地方交付税制度のおよび地方財政審議会における公立病院に対する地方財政措置の関連資料を用いて文献調査を行う。実際の運用については群馬県庁の担当者へヒアリング調査を実施し、文献調査の結果を補う。

### (3) ヒアリング調査

神戸大学が実施している実践的病院経営マネジメント人材養成プラン(M×M KOBE)のフィールドワーク(ケーススタディ)での兵庫県立丹波医療センター(以下、丹波医療C)に合わせ、公立である県立柏原病院と、公的である柏原赤十字病院の統合について、当時を知っており実務的な役割を担っていた方々として、当時の県立柏原・柏原赤十字病院を兼務していた病院長(現・丹波医療C病院長)、県立柏原病院管理局長(現・丹波医療C管理局長)、柏原赤十字病院事務部長(現・日本赤十字社兵庫支部事務局次長)に直接インタビューを行う形で調査を行う。ヒアリングの項目としては、(1)再編統合に至った経緯、(2)再編統合に際しての財務評価と対応、を中心とし、具体的な当時の状況や対応、残った課題や違った選択肢であった場合の可能性について調査を行う。

(倫理面への配慮)

特になし



## C. 研究結果

### (1) 公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性について

#### 1-1 医療機関の財務諸表を取り巻く問題

財務諸表に関する統一的な作成基準がなく、会計基準という観点からすると開設主体別の設立に関する規定によって定められた作成方針が乱立しているという状況である。まず、情報開示に関しても統一的な指示・指針というものが確立されておらず、外部からの入手可能性という意味ではかなり脆弱な状況といえる。そのなかで自治体病院に関しては、地方公営企業年鑑より貸借対照表・損益計算書などは入手可能だが、地方公営企業年鑑で開示されている貸借対照表は同一自治体で複数施設を運営している場合は合算されている場合があった。各種公的団体に関しては、その団体の方針により開示の有無が異なっていた。また開示している場合、団体全体としての数値の開示のみ（施設の数値は非開示）という状況であった。医療法人に関しては、登記している政令指定都市／都道府県への事業報告の義務があることから、政令指定都市／都道府県への開示請求により入手することができるが、法人全体の財務諸表であった。

また開示している場合も勘定科目の階層性には注意する必要がある。すなわち、処理データ（取引データ）は、その属性により勘定科目に区分して記録されており、勘定科目自体が開示等の目的により3-4程度の階層化された構造をなしている。そのため、勘定科目の大分類のみの開示がされているならば、比較可能性に際しては不十分な情報提供となっている場合があった。

#### 1-2 病院会計準則を基軸に勘定科目レベルのコンバージョン

病院会計基準は、異なる開設主体間の病院の財務情報の比較可能性を担保するものとして制定された。そのため、各会計基準のもとで作成された「病院」レベルの財務情報は、病院会計準則に即した表記をすることで他開設主体との比較可能性が担保される。ただし、開設主体（複数施設

保有）と開設施設（単体施設）が別レベルであること、開設施設内でも医療事業のみと他事業（介護等）との複合事業であるかは考慮する必要がある。すなわち、「病院」レベルであっても、将来の事業展開の可能性から病院の複数の事業のなかで基軸となる医療事業（医業利益の創出可能性）を評価するのか、現状の財務状況の評価として病院＝施設事業（経常利益の創出可能性）を評価するのか。補助金・寄附金等の非サービス事業から得られる収益等の評価（税引前当期純利益／損失 or 当期純利益）を評価するのかによって異なる。

なお本テーマに関しては、平成15年度厚生科研費政策科学推進研究事業「開設主体別病院会計準則適用に関する調査・研究（総括報告書）」（以下、開設主体別適用調査研究）にて基本的な整理がなされている。同調査・研究は病院をひとつの会計単位として作成する病院会計準則への適用にあたり、各会計基準が準拠すべきガイドラインを作成し各基準における該当項目を示したものである。そのため、本調査では、とくに継続的な医療提供の可能性を計るために現状の経営成績を示す「損益計算書」と、現状の財政状況を示す「貸借対照表」に着目した開示書類による、実務レベルで想定される詳細な勘定科目レベルでのコンバージョンの可能性と限界についての論点を取りまとめることとした。

#### 1-2-1 社会福祉法人会計基準（図1）

（該当組織・入手可能性）

社会福祉法人済生会の財務諸表は独立行政法人福祉医療機構（WAM）の「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム（社会福祉法人の現況報告書等情報検索）」から入手可能である。しかしながら、損益計算書に対応する書類が「事業活動収支計算書」となっていることに留意が必要である。

（開示レベル）

済生会全体の情報に加えて、各病院レベルでの財務諸表が詳細項目レベルで展開されている。ただし、複数事業を運営している施設全体の評価として、補助金等を含んだ経常利益や当期純利益額

に関しては比較することが可能であるが、医療事業レベル（医業利益）では複数事業の事業費用が区分されないため比較することができなかった。社会福祉法人会計では、組織で展開されるすべての事業（医療事業以外の事業）を提供するという前提認識がある。

費用に関しては、開示レベルでは各事業ではなく組織全体の数値のみ（医業事業以外を含んだ数値）しか把握することができなかった。

（コンバージョンの可能性）

基本的な枠組みに関しては、病院会計準則と不整合はみられなかった。開設主体別適用調査研究では、本部費用・施設間取引・消費税に関して注記がなされていた。本部が存在している場合は、本部の財務諸表に本部費用が計算されるため、各施設（病院）に配賦された本部費の取扱いに注意する必要があった。施設間取引については、施設間の貸借・元入等の取引が事業活動収支として認められているが、病院会計準則では収益・費用には該当しないため注意が必要であった。消費税に関しては、該当収入について多くが非課税であることから税込方式を採用しているが、病院会計準則では税抜処理を前提としていた。

再編統合等を検討する際に本財務諸表を見る当事者の留意事項としては、上述の通り単純に医業利益というレベルでは比較することができなかった。また本部・施設間との取引については、合併に向けて調整を要することになる。

### 1-2-2 地方公営企業法（図2）

（該当組織・入手可能性）

自治体病院の財務諸表は、地方公益業決算の地方公営企業年鑑から個票を選択し、損益計算書の貸借対照表及び財務分析から入手可能であった。

（開示レベル）

損益計算書及び貸借対照表に関して、概ね施設概況が分かる範囲で勘定科目が展開されていた。損益計算書については病院単位で作成されているものの、貸借対照表については病院単位で作成している場合と複数病院を所有する自治体単位のみで作成されていた。また、実際の各地方議会

で承認された「決算書」と、地方公益業年鑑で公表されている「決算統計」とで、自治体により報告内訳が異なる可能性が明らかとなった。具体的には、他会計負担金の取扱いであり、総計（医業収益＋医業外収益）は同じになるものの、自治体により医業収益／医業外収益への計上区分が異なっている可能性が示唆された。そのため、一概に病院会計準則における医業利益と地方公営企業における医業利益とを比較することができなかった。

（コンバージョンの可能性）

補助金等の取扱いに当たって、病院会計準則とは異なる貸借対照表や損益計算書への影響が生じた。繰延資産という概念によって、主として貸借対照表、また派生する処理による損益計算書において、地方公営企業に固有の処理が行われてきた。2014年に地方公営企業の財務会計制度が改正されたものの、移行処理の関係でこれ以降もやや影響が残っており、コンバージョンの際には注意が必要であることが明らかとなった。また、資産勘定のなかに繰延勘定という仕組みがあり、費用収益対応の原則に基づいた期間損益計算を行うに当たって、現金支出による効果が次年度以降に及ぶ場合に各年度の費用についてはその年度の収益に当たる分だけを充ててきた。それ以外の部分は資産扱いにして翌年度以降に繰り延べる資産として処理していた。

企業債発行差金、試験研究費、退職給与金、災害損失、控除対象外消費税などが該当し、企業債発行差金は企業債償還期限内、控除対象外消費税額は20年度以内、それ以外は5年度以内に償却を行わなければならない。また、資本的支出に関する補助金の会計処理について、繰延資産との近似といえる長期前受金制度が設けられていた。補助金・負担金等で取得した資産に関する帳簿処理であり、貸借対照表上に補助金・負担金等を「長期前受金」として負債（繰延収益）に計上し、損益計算書上で通常の「減価償却」を行った際に該当費用分を順次収益として計上する処理となっていた。なお、開設主体別適用調査研究では、上

記の点以外に、損益計算書における勘定科目の体系（分類）、補助金の整理に関して注記がなされている。

勘定科目の体系については、医業費用において委託費が経費内に分類され、減価償却費・資産減耗費が経費と並列に計上されていた。補助金については、処理過程において病院会計準則との相違があることから、交付目的の種類・交付目的ごとに附属明細表を作成するとの指針がある。

当事者の留意事項としては、他会計負担金（派生する繰延資産や長期前受金）等の扱いに注意したうえで医業利益を検討する必要がある。この点は、他会計負担金・補助金といった形での事業へのサポートについて調整すべき点があることへと繋がる。なお、現在の地方公営企業における政策医療分等の他会計負担金等の算出に当たっては、原価計算が進んでいる病院では算出された金額をもとにして議論し、そうでない病院では総務省の交付税の算出根拠などをもとに議論しているところがある。

### 1-2-3 日本赤十字社医療施設特別会計規則（図3）

（該当組織・入手可能性）

日本赤十字社開設病院の財務諸表は、日本赤十字社のホームページより、赤十字病院全体を対象とした医療施設特別会計の決算書・財務諸表（正味財産増減計算書／貸借対照表／キャッシュ・フロー計算書等）が公開されているが、病院事業全体を対象としており、下位項目（詳細数値）については開示されていなかった。

（開示レベル）

日本赤十字社への問合せにより、同書類は平成元年に改正された日本赤十字社医療施設特別会計規則（以下、新規則）に基づいており、その後の改正により公益法人会計基準や病院会計準則に準拠していることが確認できた。また、同規則では、「別表」より附属明細書として損益計算書／貸借対照表／キャッシュ・フロー計算書があり、また医療収益・費用明細表及び医療外収益・費用明細書等の附属明細書等が定められていることが確認できた。ただし、病院単体の実務レベルで

は新規則前の日本赤十字社医療施設特別会計規則（以下、旧規則）に基づいた財務諸表（損益計算書／貸借対照表／キャッシュ・フロー計算書）を作成しており、新規則への移行を予定している状況であった。なお、この旧規則も改正は重ねられており、別表より医療収益・費用明細表及び医療外収益・費用明細書等の附属明細書等が定められている。すなわち、公式書類では新規則に基づいて病院事業全体の書類が作成されており、実務レベルでは旧規則に基づいた病院単体レベルの書類が作成されている。しかしながら、新規則の明細書レベルでは新規則・旧規則とも同一の科目体系であることから、以下は病院レベルでの意思決定・管理可能性の観点から、この新旧規則に共通する明細書レベルの科目体系に基づいて整理することとした。

（コンバージョンの可能性）

貸借対照表については、純資産については基本金・補助金等という形での出資に関する表記がある。出資元に関する区分であるため、読み替えの可能性（コンバージョン）に関しては特別な対応は必要なかった。

損益計算書についても、基本的に病院会計準則にも準拠しているため、そのまま読み替えが可能である。ただし、医療外収益として本社交付金・支部繰入金があり、医療外費用として本部操出金・施設操出金がある。この本部操出金については、病院会計準則における医業費用・本部費配賦額とも解釈でき医業費用・医業利益等の計算には注意を要する可能性がある。なお、開設主体別適用調査研究では、病院会計準則との不整合の調整に関しては必要ない旨が述べられている。当事者の留意事項としては、本部・施設間との取引については、合併に向けて（既存運用の踏襲について）調整を要することになる。

## （2）公立病院の再編統合に係る地方財政措置

### 2-1 地方自治体による財源調達の基本的考え方

地方自治体の財源調達は、地方税収入をもって行うことが原則であるが、単一自治体の税収入で

は賄えない行政需要に対応するため、1) 地方交付税制度（地方交付税法）、2) 例外的対応の地方債（地方財政法）、3) 地方財政規律を担保する健全化法の法体系をもって、構成されている。1) 地方交付税法は税収入では賄えない支出に対し、プールした国税を地方交付税交付金として交付され、病院経営の運営費を補填する財源である。2) 地方財政法は、限定された財政需要に対し、地方債として一会計年度を越えて借り入れる財源であり、病院建設等の施設・設備投資を補填する。（ただし地方債の元利償還には地方交付税措置がある。）3) 健全化法は地方自治体の財政状況をモニタリング（健全化判断比率）し、早期の段階から財政状況の悪化に対応する財源であり、健全化判断比率等に応じ、①早期の財政健全化、②財政再生の対応に用いる財源である。

また、病院の建替等のハード整備を伴う医療機関の再編統合に対しては、施設・設備整備のインシヤルコストに対する「補助金」や「地方債に対する地方交付税措置」を基に、財源構成を検討することができる。いっぽう、病院の運営に係る費用に対しては、診療報酬措置を基礎に、政策医療・不採算医療に対する「運営費補助金」や「地方交付税措置を念頭においた自治体の一般会計からの繰り入れ」を基に、持続的な運営が可能かの検討を行う。これらの財源種別およびその内容は別表 2-1 および図 2-1 に纏めた。

したがって施設設備整備費（インシヤルコスト）および施設運営費用（ランニングコスト）それぞれに対し、地方財政措置が存在し、公立病院の経営には欠かせない財源調達と位置付けられてる。

## 2-2 地方財政措置について

地方財政措置（地方交付税制度）とは、地方自治体が提供する行政サービスについて、地域間の税収格差による経済力の不均衡を是正し、一定水準の行政サービスを提供することを目的に、国税、地方税の再分配を行う「地方財政調整制度」の役割を果たすものである。地方交付税は、「普通交付税」と「特別交付税」に分類されている。地方自治体が行政サービスを提供するために必要と

なる支出（基準財政需要額）が税収入（基準財政収入額）を超える場合、税収で賄えない赤字部分を補填するものが「普通交付税」、普通交付税で行政サービス需要として想定していないものが「特別交付税」として定義される。「特別交付税」は、対象となる特定の支出に基準額等を適用し、当該事業の実施計画等に基づく所要想定額を基に、特別交付税措置される金額を決定する。

## 2-3 普通交付税措置

普通交付税措置は、自治体の人口規模等を加味した単位費用に補正係数を乗じて算定した額を「基準財政需要額」が定められる。しかしながらこの「基準財政需要額」は、行政サービスごとに算定したものの合算値であるため、実際に交付される普通交付税額には「病院分」といった内訳額はない。したがって普通交付税額の各行政サービスへの最終的な振り分けは、地方自治体の考え方に沿って配分される。

なお令和 2 年度の基準財政需要額の単位費用は地方自治体の人口数に基づき、標準的な地方自治体の人口規模を 170 万人と設定し、一般財源所要額全体を 25,358,603 千円と見込み、人口当たり 14,900 円（25,358,603 千円/170 万人）と算出された。この単位費用のうち、病院分は、681 千円/人となっている。また、補正項目として病床割（735 千円×稼働病床数）、救急告示病院（1,697 千円×救急病床+32,900 千円）、事業割（病院事業債の元利償還金の 25%）が措置される。

図 2-2 において平成 30 年度の病床機能報告データを基に公立病院に対する地方交付税交付金額の試算結果を示す。

## 2-4 特別交付税措置

特別交付税は、普通交付税では対応しきれない、特定の支出及び事業の実施に対して措置されるものであり、対象となる支出区分は限定される。

主な特別交付税措置項目を表 2-2 に示した。うち、へき地保健医療、病院再編等、医師派遣以外の項目は、公立病院だけでなく、日赤、厚生連等の公的医療機関についても対象とされる。したがって公立公的病院の再編統合等の議論にあたっ

ては病院再編等に係る病棟等の除却等に要する経費は公立病院に対してのみ特別交付税が措置されることに留意が必要である。

## 2-5 地方債制度

地方債は、限定された財政支出に対し、例外的に借入れを行うことができる制度であり、医療機関の建替え等に要する経費が対象となっている。地方債には充当率が定められているが、病院事業債等の充当率は100%であり、地方債頼りの自治体病院建設が行われているといった課題もある。また、地方債を起債するためには、総務省が定める同意等基準に準じたものであることが必要である他、医療施設への記載については、地方自治体が総務省のヒアリングを受ける際に、地域医療構想に則したものになっているか等の説明が求められる。その他病院建築に活用できる地方債は別表2-3に整理した。

### (3) ヒアリング調査

#### 3-1 再編統合に至った経緯

##### 3-1-1 地域医療での両病院の役割

県立柏原病院は、県立療養所柏原荘と結核療養所として設立された病院であり、その後県立柏原病院に改称後は一般病床と結核病床を運用、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院の指定を受けて、地域で幅広い診療を行い、主に急性期医療と緩和医療を担ってきた。一方、柏原赤十字病院は、氷上郡立柏原病院として設立された病院であり、その後柏原町、さらには日本赤十字社兵庫支部への移管を経て、急性期医療と回復期医療のほか、一次診療、健診事業、在宅療養支援、訪問看護などを担ってきた。

##### 3-1-2 地域医療崩壊

両病院とも医師数が徐々に減少している中で、平成16年度に始まった新医師臨床研修制度の影響もあり、研修医がゼロ、さらにスタッフ医師も大きく減少し、柏原赤十字病院では医師数が5人と、4年間で1/3となる状態が起り、産婦人科医や小児科医、眼科医、整形外科医が不在とな

った。県立柏原病院のほうでも、医師数は約20人と、4年間で半分となる状態が起り、眼科医や脳神経外科医が不在となり、これらの診療科領域の治療がこの地域で行うことができなくなった。そのため、医師の減少に合わせて稼働病床数も減少させることとなり（減少後稼働病床数：県立柏原病院146床、柏原赤十字病院59床）、その結果入院患者の減少も引き起こし、患者の県外流出を招いた。この状況は経営状況にも大きく影響を及ぼし、県立柏原病院では約20億円、柏原赤十字病院では約3億円の経常損益（繰り入れ前）を計上する状況となっていた。

##### 3-1-3 再編統合に向けた動き

そのような状況下から地域医療提供体制を再構築するために、県立柏原病院は神戸大学の「人材育成循環プログラム」の支援などを受けつつ、医師数の増加や診療機能の向上を目指してきたが、関連大学の無い柏原赤十字病院は診療機能が低下した状態が続いていた。ただ、2病院での診療上の役割分担はある程度できていたこともあり、1kmしか離れていない両病院の統合が必要という意見が神戸大学から県に出され、平成24年に検討会において再編統合を行うことが最も望ましいとの答申が出された。その後、基本方針を策定するにあたり、新病院の設置主体をどちらにするのかの議論も含めて行われ、最終的には県立県営で設置することが平成26年に決定した。さらに、基本計画において、これまで県立柏原病院が担ってきた機能に加え、柏原赤十字病院が担っていた診療所機能や健診機能、在宅療養、介護支援機能も一体整備することがきまり、平成29年に着工、平成31年3月竣工、令和元年7月に県立丹波医療センター開院（27診療科、320床）、丹波市健康センターミルネ開設となった。

#### 3-2 再編統合に際しての財務評価と対応

##### 3-2-1 再編統合検討時点での財務評価

先に述べた通り、両病院は多くの経常損益を出している状態が続いていた。県立柏原病院は平成20年度に約20億円の経常損益を出していたが、

再編統合直前の平成30年度には約2億円の経常損益まで大きく改善していた。一方の柏原赤十字病院も少し改善し約2億円の経常損益となっていたが、借入金残高は約30億円程度に膨れ上がった状態であった。

### 3-2-2 柏原赤十字病院の借入金の処理関係

平成28年まで、日本赤十字社（以下、日赤）では、各支部長を開設者として病院は運営されており、施設ごとの独立採算を原則としていた。そのため、施設ごとに意思決定をかなり任せている状況であったため、施設の裁量は大きかった。そのような中での借入金を多く抱えた状態での再編統合の検討となっていたため、柏原赤十字病院の抱えていた借入金については、日赤全体で負担をするという話は受け入れられない状況であった。そこで日赤としては新病院について指定管理を受けて運営することなどをして、現時点での借入金を本社で負担しなくて済むようになる可能性を残して、再編統合の検討は進められた。しかし、日赤の病院組織では、意思決定の際には経営委員会として支部で検討された結果が本部に上がり、本部で議論された結果が支部に戻り、さらに病院に戻ってくる流れであり、意思決定に非常にタイムラグがある状況であり、県立病院の場合は病院局との直接やり取りですぐに意思決定ができるため、現場としての運営は県立のほうがスムーズであることがわかった。また、日赤の独立採算での運営原則は、これまでの経常損益の状況などを見る限り丹波のような圏域では非常に難しいことが明白で、ある程度大きな組織の中でカバーして、その地域を守っていくという形で不採算部門を維持する形が取れないのであれば、県から日赤に身分が移ることになる職員のモチベーションも大きく落ちる可能性があることなどの問題点を感じた。そのような状況を踏まえ、最終的には県立県営での運営を行うこととなるが、そうなるに柏原赤十字病院の借入金処理をどうするかという問題が大きくなった。最終的には柏原赤十字病院の機能と職員を新病院に移管して運営することとし、柏原赤十字病院は閉院すること

が決まったため、日赤は医療事業推進本部を本社に設置し、開設者を各支部長から日赤社長に変更、第2の柏原を作らないために本社機能を発揮する体制を取るようになった。それに合わせ、柏原赤十字病院の借入金を本社からの借り入れに集約し、本社が柏原赤十字病院に対して免除することを特例的に決定するに至った。これはすなわち日赤病院グループでこの借入金を負担するということを意味しており、各日赤病院からの納得を得るまでには多く時間を要したため、再編統合の進捗にも影響を及ぼした。

### 3-2-3 再編統合時の財務的課題への対応について

上記のように、新病院は県立柏原病院を存続機関として柏原赤十字病院は閉院という形をとることとなった。また両院とも建設から30~40年経つ時期でもあったため、新病院は新たに建築することとなり、医療機器等についても多くを県立柏原病院から引き継ぐか新規に購入・導入することとし柏原赤十字病院からの移管を最小限にとどめた。また、採用医薬品や医療材料についても、柏原赤十字病院閉院1年前から、県立柏原病院での採用品への切り替えを進め、統一をスムーズに進める体制を整えた。柏原赤十字病院から新病院へ移籍する職員については、希望者全員に採用試験を実施し、採用後の処遇については、日赤から県職員への異動は勤続年数の通算ができないため、退職手当については柏原赤十字病院との雇用関係解消時に日赤で精算、県採用時の初任給額については、原則として県採用時の給料と地域手当の合計額が、柏原赤十字病院在籍時の本俸と役付手当の合計額を下回らないように決定し、移籍する職員が不利にならない形を採用した。

## D. 考察

### (1) 公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性について

本研究に係る公立公的病院に係る財務諸表の入手可能性や開示粒度が、他分野と比べて特に遅れていることを強く認識する必要がある。本調査

は公立公的病院の再編統合等に関連する具体的な対応方針に関する議論を活性化することを目的としているが、公立公的病院については、公的資金の投入があるにも関わらず、その使用に関するアカウントビリティの観点からは十分になされているとはいいがたい状況である。企業会計においては、上場企業に対しては営利目的の投資家保護の立場からも開示義務があり、比較可能性を担保した詳細な資料提供がなされているのとは対照的である。医療に関しても、財務諸表の入手の可能性や説明責任を果たせるだけの細かな情報提供がなされるべきだと考えられる。

また、再編統合等を検討する際、対象病院の財務諸表の単位レベルを再確認する必要がある。すなわち、病院＝施設レベル（医業＋その他の事業）での比較なのか、あるいは医業レベルでの比較なのかにより、比較可能性の担保も異なる状況となっている。多くのケースで、施設レベルでは財政状況を把握していると考えられる一方で、事業レベルではとくに費用を中心に十分な分別ができていない可能性がある。コンバージョンにおいても、施設レベルでは概ね問題ないと考えられるものの、医療事業レベルでは支障をきたすものがあると考えられる。

加えて、とくに地方公営企業に関する他会計負担金・補助金等の問題を考える必要がある。ひとつの観点として、他会計負担金等が医業利益に含まれている場合、単純に医業収益／医業利益（＝医業利益－医業費用）を比較することは難しくなる。この場合、そうした金額を除いて比較するか、経常収益（医業収益＋医業外収益）／経常利益（医業利益＋医業外収益－医業外費用）で比較されることとなる。もうひとつの観点として、合併後の他会計負担金等に類した公的負担の問題である。非地方公営企業化する場合は、基本的に同じ医療提供を前提とするならば、政策医療に類した医療提供を継続することとなる。その場合に補助金等での担保の可能性は検討課題となることが想定される。

本調査は、新型コロナウイルス感染症の影響に

より、医療関連組織の繁忙のために限られたインタビュー調査のもとで遂行された。そのため、比較可能性も3会計基準に限られ、またコンバージョンの影響を確認できる実データの入手や実務運用の確認も十分には行えていない点に留意を要するものとなっている。

## （2）公立病院の再編統合に係る地方財政措置

公立公的病院の再編統合等の議論に関する地方財政措置について、財源の種別や措置内容について整理を行った。公立公的病院の財源には診療報酬による収入に加え、公的医療を担う役割から、交付税や補助金を財源とすることができる。特別交付税を加味して考慮すると、設置主体だけでなく病院が担う機能や類型によっても財政的インセンティブは異なる。これについては表 2-4 および表 2-5 で整理した。地域医療構想の推進について地方財政措置の観点から考察すると、公立・公的医療機関の具体的な対応方針の再検証の基本的な考え方は、医療提供の実績を基に分析がなされており、医療需要側から見たものとなっている。一方で、地方財政措置は、人口規模、病床数などの外形的な要件を基に行われており、各医療機関が対応した医療需要に応じた制度に必ずしもなっておらず、提供体制の集約化に対するインセンティブが働かない。こうした考え方の違いを考慮した上で地域医療構想の推進を検討する必要があると考えられる。

また、公立公的病院と民間病院の財源調達方法に違いがあることが明らかとなった。民間医療機関は、政策医療の基幹病院を担わない限り、収入確保は診療報酬に限られる。一方で、自治体立病院については、政策医療系の運営費に対する特別交付税措置に加えて、病床数や救急告示病院の指定により、通常の運営費に対しても、普通交付税措置が用意されている。

さらに、地域医療構想の推進にあたり、都道府県の役割は病床機能報告結果等の分析を通じて、地域医療構想調整会議の主導や、地域医療介護総合確保基金の効果的な活用とされているが、総合

確保基金は、施設・設備整備に財源配分が重点化されており、自治体病院は、地方債を起すことで代替することができる状況になっている。運営費の確保に対しても、診療報酬と基礎自治体固有の地方財政措置が主たるものとなっており、都道府県が主導権を握れる状況でない。また、都道府県が有する医療法に基づく権限は、病床設置の入り口規制、地域医療支援病院の指定権限、救命救急センター等の指定権限になっており、病床の設置後、病院類型の指定後は、基本的に見直しをしていく体系になっていない。

このようなことから、都道府県を主体とした地域医療構想の推進のためには、①実績や政策医療に応じた地方交付税措置への転換、②政策医療の実施に対する財源確保の整理（診療報酬、交付税、補助金）、③病床の設置や指定後の定期的な見直し等の出口規制も含めた法律上の都道府県の権限の追加等が必要になると考えられる。

### （３）ヒアリング調査

本研究では設立母体の違う医療機関同士での再編統合の事例として、県立柏原病院（公立）と柏原赤十字病院（公的）の県立丹波医療センターへの再編統合事例をもとにヒアリングを行った。この際に、実際に検討され決定した事項についての財務的処理等については結果に述べた通りであったが、もし違う選択をしていた場合や、その他にもっとスムーズに再編統合が進む可能性があった方法や提案についても議論を行った。

今回の再編統合において、もっとも重要なポイントは、借入金の処理問題であったと考えられる。特に柏原赤十字病院の借入金の処理については日赤側での負担が「特例」という形で処理されており、今後同様な事態が起こった場合に、日赤が同様の対応を行うとは考えにくい。しかし、公立病院が、公的病院や民間病院が過去に運営上で作った借入金を税金で清算するということは現時点ではありえないと考えられる。病院の買収という形であれば、資産だけでなく借入金も含め全体的に取得することは可能と考えられるが、これは

民間病院が行うことは可能であるが、これを公立病院（または自治体）が行うことができるのかという別の問題が存在する。土地建物機器等を見合った評価額にて取得することは可能であると考えられるが、やはり借入金を含めての評価は難しい。総務省の再編ネットワーク債や厚生労働省の医療介護総合確保基金などといった財政措置で、これらの借入金を全額とまではいかなくても、半分程度まで圧縮できれば、再編統合を促進できる可能性はあると考えられた。また、兵庫県の場合は県（知事）の方針もあり独立行政法人化は選択肢になかったが、別の自治体の場合の可能性として考えた際も、公立病院の独立行政法人化には債務超過の解消というハードルがあるため、この辺りの処理は大きなポイントとなる。

また、今回は一方（柏原赤十字病院）を閉院し、もう一方（県立柏原病院）を存続機関として再編統合を進めたため、財務的な処理が煩雑にならずに済んだ部分が大きかったと考えられるが、例えば機能分化を行い、2つの病院を存続させ、運営母体のみを統合となった場合、違う設立母体の病院であれ、片方の会計基準に合わせた処理・資産継承などが必要となるため、今回生じなかった問題が生じてくる可能性がある。この問題が再編統合をさらに鈍化させる可能性もあり、今後の設立母体の違う医療機関同士の再編統合の際には特に注意すべきポイントとなると考える。

## E. 結論

### （１）公立・公的医療機関の会計基準間のコンバージョンの可能性について

本研究が対象とした公立公的病院の財務諸表には、統一的な作成基準がなく、会計基準という観点からすると開設主体別の設立に関する規定によって定められた作成方針が乱立しており、情報開示に関して問題を抱えている。そのため、コンバージョンにおいても、施設レベルでは概ね問題ないと考えられるものの、医療事業レベルでは支障をきたすものがあると考えられる。とくに地方公営企業に関しては科目レベルの理解におい



でも複雑な処理を行っていた。また地方公営企業に関する他会計負担金・補助金等については、単純に医業収益／医業利益での比較を難しくする可能性とともに、合併後の他会計負担金等に類した公的負担についても検討する必要性を示唆されている。

### (2) 公立病院の再編統合に係る地方財政措置

公立公的病院の再編統合等の議論に関する地方財政措置について、財源の種別や措置内容について整理を行った。公立病院の経営に係る財源調達方法やその考え方が民間病院と異なることや、自治体の財源調達の観点から再編統合等の議論を進めるインセンティブが弱いことが明らかとなった。したがって都道府県を主体とした地域医療構想の推進のためには、①実績や政策医療に応じた地方交付税措置への転換、②政策医療の実施に対する財源確保の整理（診療報酬、交付税、補助金）、③病床の設置や指定後の定期的な見直し等の出口規制も含めた法律上の都道府県の権限の追加等が必要になると考えられる。

### (3) ヒアリング調査

本研究では設立母体の違う医療機関同士の再編統合事例として県立柏原病院（公立）と柏原赤十字病院（公的）との再編統合について、財務的視点を中心としてヒアリングを行った。その結果、今回の再編統合に置いては、一方（柏原赤十字病院）を閉院し、もう一方（県立柏原病院）を存続機関として県立丹波医療センターとして、設置運営を県立のまま行うこととしたことから、財務面で複雑な処理等が少なく済んだ。これが今回の再編統合をスムーズに進めた最大の要因であると考えられるが、違う形として、例えばそれぞれの医療機関を残した形で経営統合となった場合は、財務面での処理が複雑となり、さらにどちらかが負債を大きく抱えている状況であればなおさらその処理面で難しいということがはっきりとした。しかし、再編統合を検討する医療機関の場合は、多くの場合は負債を抱えている状況

である可能性が高いため、今後の、特に設立母体の違う医療機関の再編統合を進めるにあたっては、この辺りの手当てを、特に国や自治体等が行えるかどうか大きなポイントとなる可能性が示唆された。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

特になし

### 2. 学会発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

特になし

参考資料

種別	内容
補助金	各拠点病院の整備・運用や地域医療構想の達成に則する取組に対し要する経費に補助金を交付 (主な対象) 医療機能の転換(総合確保基金) 救命救急センターの施設・設備(国庫補助) へき地医療拠点病院の運営費(国庫補助)
地方交付税	(普通交付税) 地方自治体の人口規模等に応じ、算定ルールに基づき算定した各行政サービスの財政需要(基準財政需要額)の総額が税収入(基準財政収入額)を上回る場合に金額を交付 (特別交付税) 原則として、地方自治体が実際に支出した金額に基づき、算定ルールにより算出された金額を交付 (地方債) 原則として、地方自治体が病院の整備等に必要な経費を記載して用意した場合、算定ルールにより算出された金額を償還の際に普通交付税措置
診療報酬	原則は医療の提供に対する対価であるが、主に政策医療を実施する医療機関に対しては、加算や基本料の値上げが行われている。

表 2-1 自治体病院経営に対する財源調達の種別とその内容

### 公立病院等の再編統合に係る財政需要に対する財源構成のイメージ

- イニシャルコスト及びランニングコストに対する、補助金、診療報酬、及び地方財政措置の財源構成のイメージを図示すると次のとおり。

#### イニシャルコスト(施設・設備整備費)

地域医療介護総合確保基金による補助金	国庫補助金	自主財源	地方債による財源調達 償還金への地方財政措置
--------------------	-------	------	---------------------------

#### ランニングコスト

診療報酬収入	国庫補助による赤字補填	自治体会計からの交付金 地方財政措置
--------	-------------	-----------------------

図 2-1 公立病院等の再編統合に係る財政需要に対する財源構成のイメージ

### (参考) 地方交付税交付金額の試算

- 平成30年度の病床機能報告結果を基に、自治体病院860病院(市町村立(604病院)、都道府県立(163病院)及び地方独立行政法人立(63病院))の一般・療養病床に係る地方交付税額の理論値を試算した。
- 試算は、制度上の算定対象となる稼働病床数の他、許可病床数及び運用病床数(一日あたり入院患者数)についても算出した。

全国値：許可病床1,478億円、稼働病床1,393億円、運用病床1,078億円

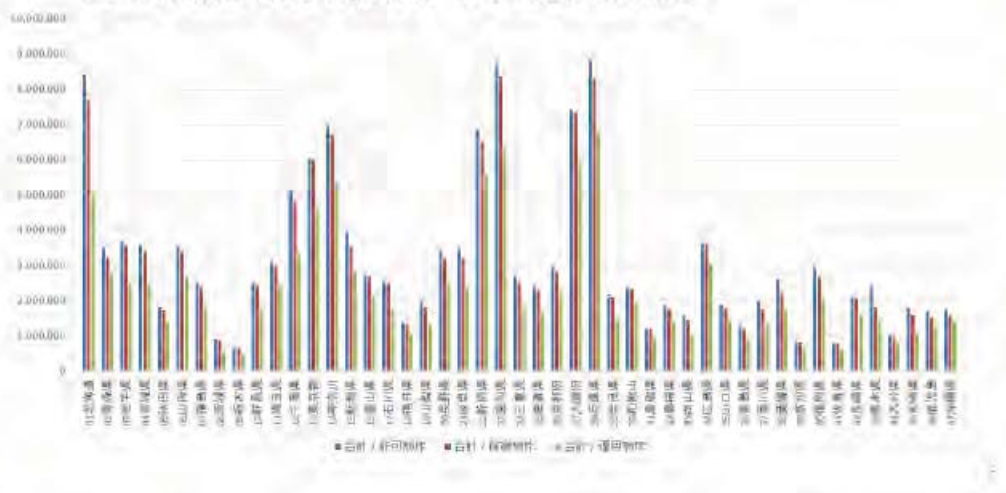


図 2-2 地方交付税交付金額の全国試算

区分	単価	
不採算地区病院	許可病床100床未満 875or1,312千円×稼働病床+15,800or23,700千円 許可病床100床以上150床未満・中核病院 1,033or1,549千円×調整後病床数	日赤、済生会、 厚生連、社会医 療法人等の公的 医療機関も対象
結核病床	1,633千円/床	
精神病床	1,523千円/床	
リハ専門病院	310千円/床	
周産期病床	2,750～6,500千円/床	
小児医療病床	1,575千円/床	
感染症病床	4,251千円/床	
小児救急医療提供病院	11,375千円/施設	
救命救急センター	192,700千円/施設	
へき地保健医療	へき地保健医療実施計画に沿って実施される事業	
病院再編等	再編の実施に伴い不要となる病棟等の除却等に要する経費	
医師派遣	医師の派遣を受けることに要する経費	

※調整後病床数：補正後許可病床数（100-（許可病床数）×2 or 1・4）と稼働病床数の低い方

表 2-2 特別交付税の対象となる主な支出区分と単価

	病院事業債	辺地債	過疎債
対象事業費	医療機関・その他の医療施設の建設費等	医療機関・その他の医療施設の建設費等	医療機関・その他の医療施設の建設費等
充当率	対象事業費の100%	対象事業費の100% (病院事業債の対象となる施設は50%)	対象事業費の100% (病院事業債の対象となる施設は50%)
元利償還金に対する地方在措置率	25%又は40% (再編・ネットワーク化を伴うもの)	80%	70%

表 2-3 病院建築に活用できる地方債一覧

### 基幹病院等が受けられる財政的インセンティブ一覧

病院類型	報酬		交付税		補助金
	DPC係数	出来高算定	普通交付税	特別交付税	
特定機能病院	あり	あり	設立主体が 公立の場合 のみ	なし	文科省交付金
地域医療支援病院	あり	あり		なし	あり
臨床研修病院	あり	あり		なし	あり
社会医療法人	あり (へき地)	なし		あり	なし
がん診療連携拠点病院等	あり	なし		なし	あり
救命救急センター	あり	あり		あり	あり
災害拠点病院	あり	なし		あり	あり
へき地医療拠点病院	あり	なし		あり	あり
周産期医療センター	あり	なし		あり	あり

表 2-4 公立公的病院が受けられる財政的インセンティブ一覧

### 診療報酬で措置される主な政策医療

病院類型	DPC係数	出来高算定
特定機能病院	0.1764	(7対1)1,599点(通常1,591点)
地域医療支援病院	0.0304	加算:1,000点(入院初日)
臨床研修病院	基幹:0.0014、協力:0.0007	基幹:40点、協力:20点(何れも入院初日)
社会医療法人	1(へき地のみ)	なし
がん診療連携拠点病院等	地域がん:0.25、連携拠点:0.5	なし
救命救急センター	0.1~0.5	救命救急入院料:8,030~11,393点/日
災害拠点病院	0.25~0.5(EMIS、BCPの整備状況による。)	なし
へき地医療拠点病院	1	なし
周産期医療センター	総合:1、地域:0.5	なし
在宅療養支援病院など	なし	訪問診療料のかさ上げや外来加算

表 2-5 公立公的病院における診療報酬で措置される主な政策医療

## 県立丹波医療センターの施設概要(令和2年4月現在)

### ○病床数 320床

急性期病床	204床
地域包括ケア病床	45床
回復期リハビリテーション病床	45床(休止中)
緩和ケア病床	22床
感染症病床	4床

### ○規模

敷地面積	約54,000㎡
※隣接する丹波市関連施設を含む。	
延床面積	約26,400㎡
鉄骨造、免震構造	
地上7階、塔屋2階、屋上ヘリポート	

### ○主要施設・設備

外来診察室	36室
手術室	6室
(うちBCR1室、陰圧対応1室)	
HCU	6床(うち陰圧対応2床)
透析	15床(うち個室2床)
外来化学療法室	12床
無菌室	2室
救急処置室	3室
救急診察室	3室

### ○主要医療機器

磁気共鳴コンピューター断層撮影装置	
MRI 3.0T 1台、MRI 1.5T 1台	
全身用コンピューター断層撮影装置	
CT 256列(デュアルエナジー撮影可) 1台	
CT 128 1台	
放射線治療装置	
リニアック 1台	
血管撮影用X線透視診断装置	
アンギオ 2台(うちバイプレーンシステム1台)	

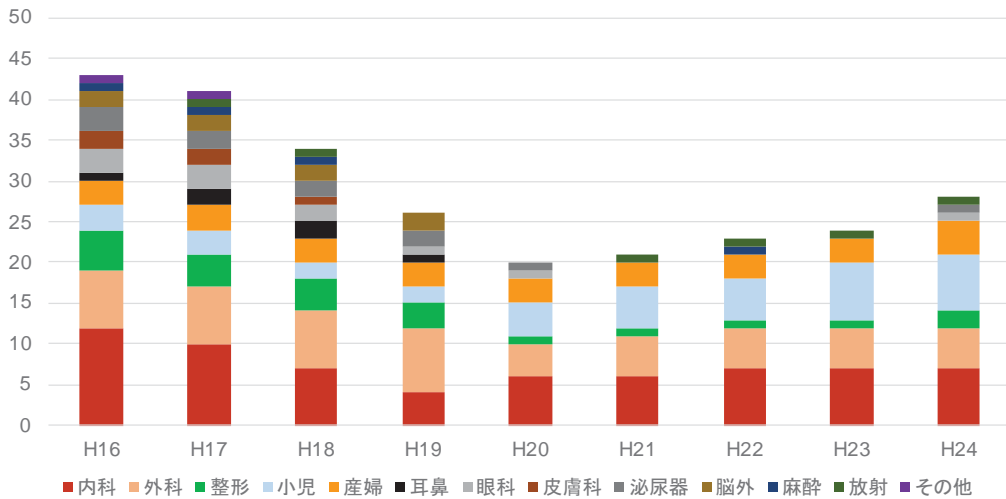
1

## 1 統合・再編決定から開院までの経緯

H24.2~11	丹波市域の今後の医療体制のあり方に関する検討会(計4回) ⇒ <b>統合・再編提言</b>
H26.9	「兵庫県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合再編基本方針」策定 ⇒ <b>県立県営決定</b>
H26.9~10	県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合再編検討懇話会 ⇒ <b>診療機能、整備場所提言</b>
H27.2	「県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合再編基本計画」策定 「丹波市地域医療総合支援センター整備基本計画」策定(丹波市)
	⇒ <b>柏原赤十字病院が行っていた診療所機能、予防医療(健診)機能、在宅療養・介護支援機能を市健康センターミルネに引き継ぐこととし、県が一体整備</b>
H27.12	「基本設計」に着手
H29.5	着工
H31.3	竣工
"	柏原赤十字病院閉院
H31.4	ミルネ訪問看護ステーションの業務を開始(先行)
R元.7	県立丹波医療センター開院、丹波市健康センターミルネ開設

# 県立柏原の医師数の推移

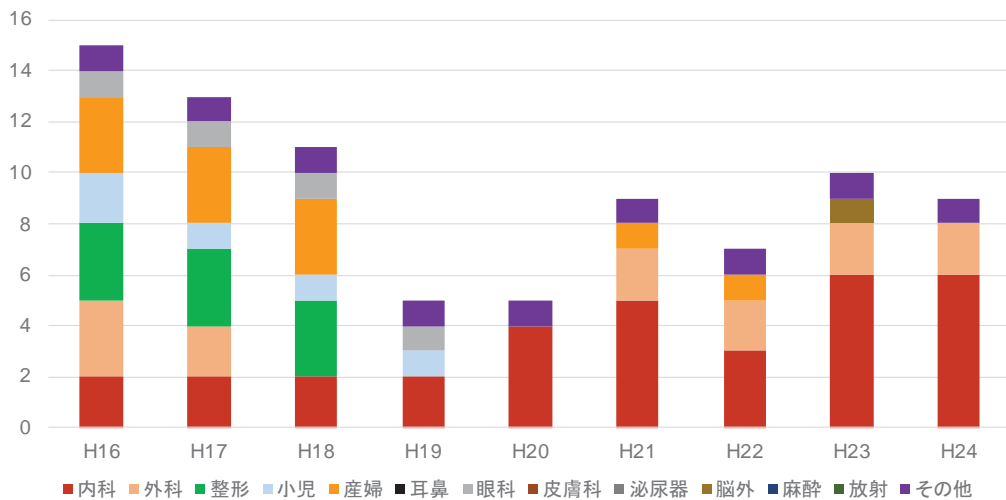
グラフタイトル



3

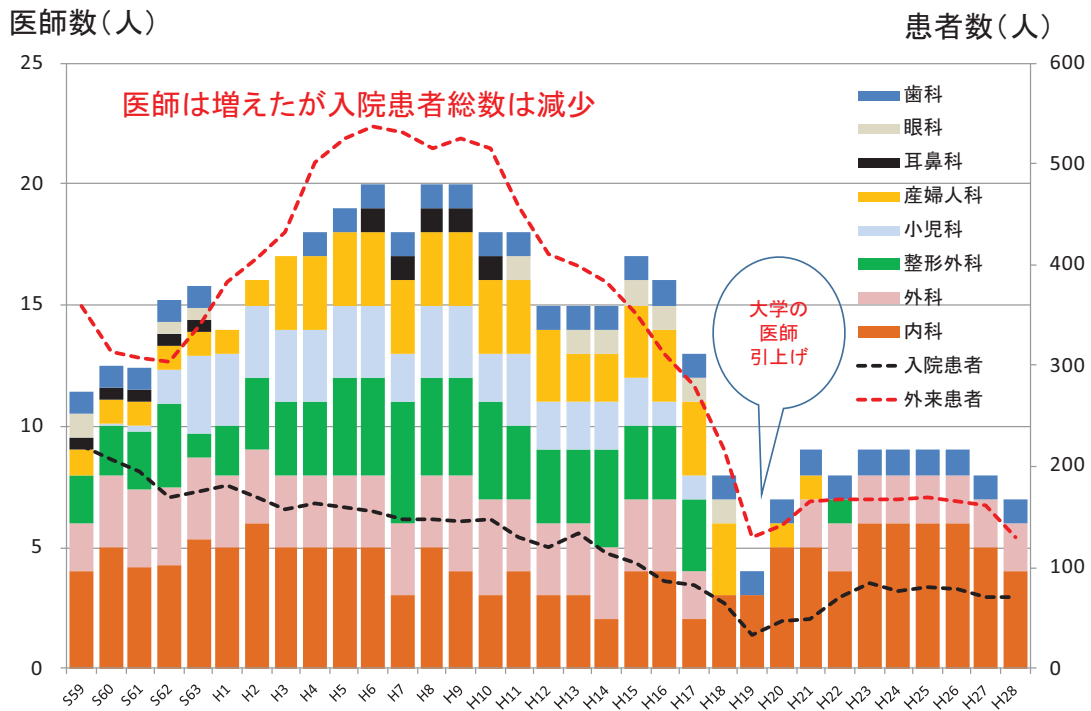
# 日赤の医師数の推移

グラフタイトル



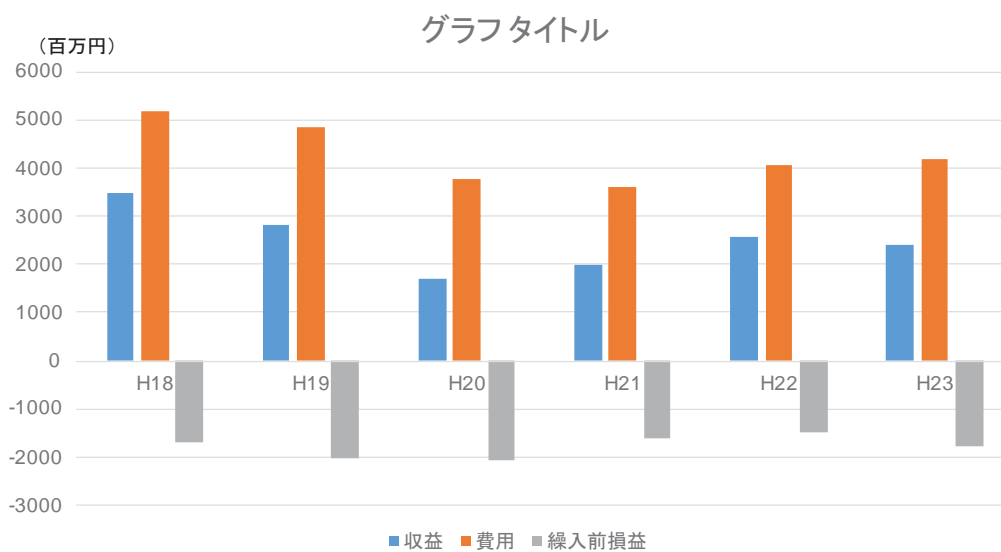
4

## 日赤常勤医師数の推移



5

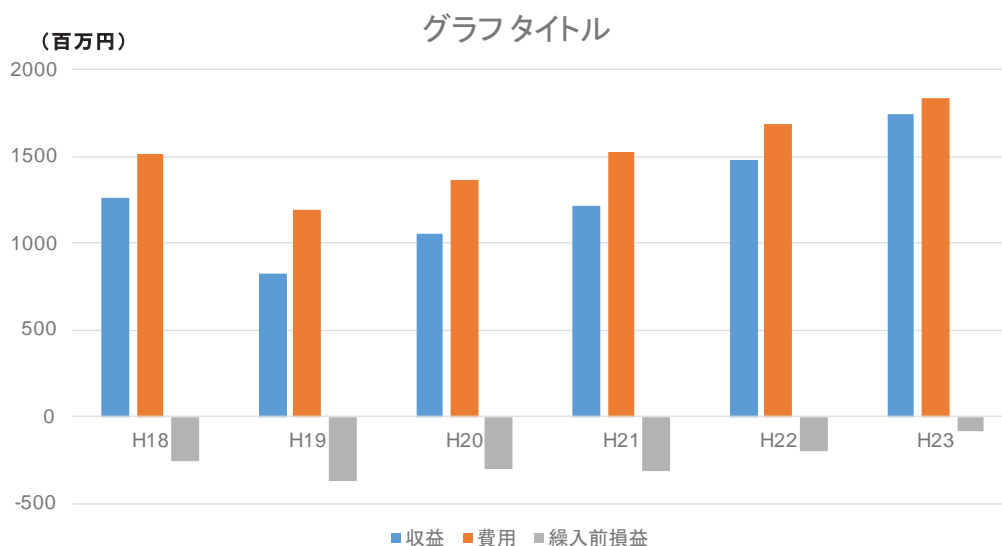
## 県立柏原の経営状況



7



# 柏原赤十字の経営状況



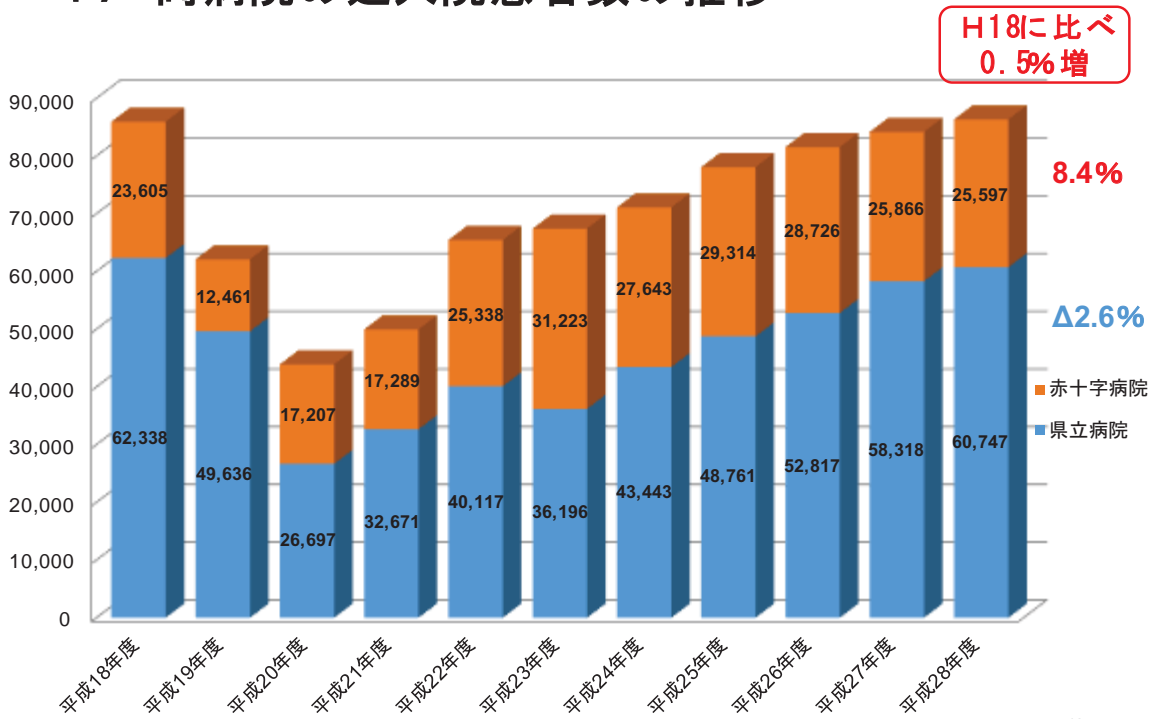
8

## 16 県立柏原病院と柏原赤十字病院の概要

項目	県立柏原病院		柏原赤十字病院	
	平成20年度	平成30年度	平成20年度	平成30年度
開設	昭和28年		昭和10年	
診療科	18診療科		13診療科 (うち2科休診)	
許可病床数	303床		99床 (H26 : 167床)	
稼働病床数	146床	184床	59床	59床
入院患者数	26,697人	58,535人	17,207人	16,114人
病床利用率	50.1%	87.2%	80.5%	74.8%
外来患者数	57,142人	90,930人	38,064人	22,602人
経常損益	△1,558百万円	△200百万円	△309百万円	(※) △216百万円
(一般会計繰入金)	(518百万円)	(864百万円)		
医師数	20人	35人	5人	5人

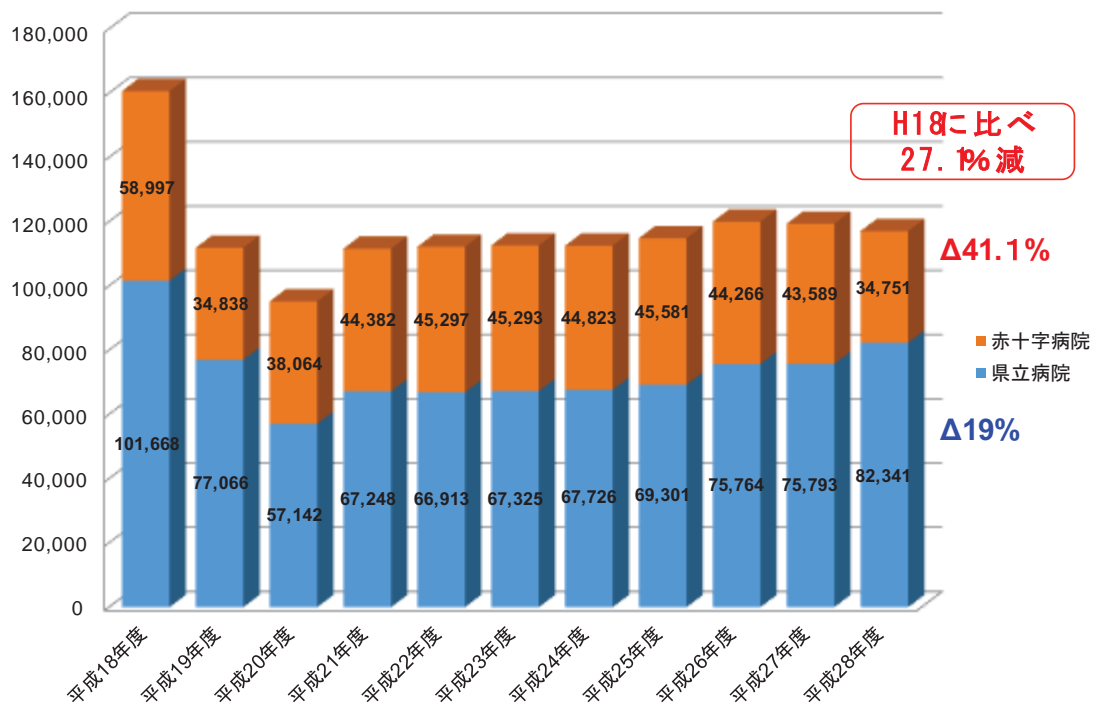
※閉院(H30)による精算が含まれるためH29の数値を記載<sup>9</sup>

## 17 両病院の延入院患者数の推移



10

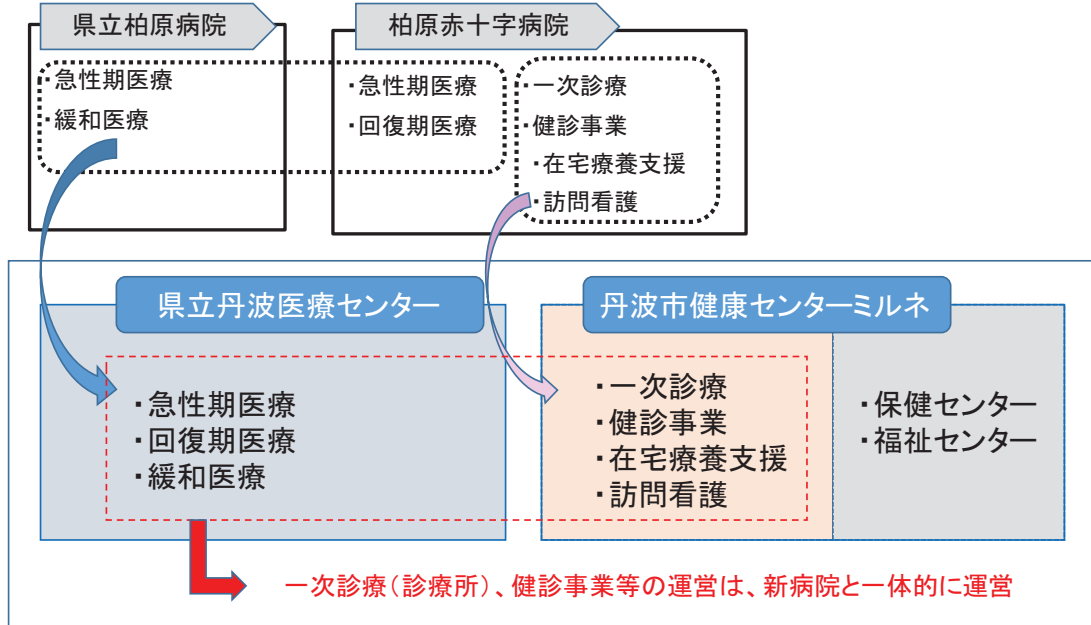
## 18 両病院の外来患者数の推移



11

## 21 両病院が担っていた診療機能の継続

- ・新病院は、両院が持っていた急性期に加え、日赤の回復期の機能を継承
- ・日赤の一次診療、健診事業等の機能は、健康福祉関連施設が引継ぎ、そのうえで、新病院と一体運営することで健康・福祉領域との連携強化



12

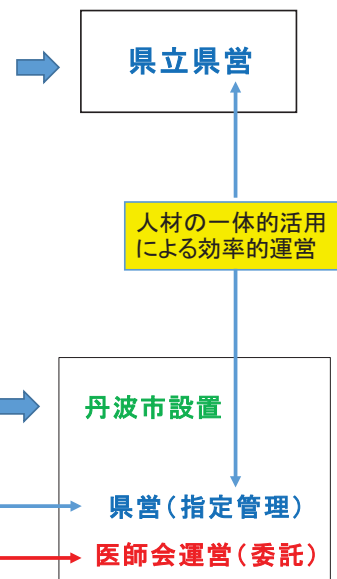
## 22 統合・再編新病院等の運営主体

### 新病院 ⇒ 丹波医療センター

- ・丹波地域の中核病院としての県の医療行政との緊密な連携
- ・柏原赤十字病院における建替財源の確保困難
- ・関連大学からの医師派遣の継続
- ・地域医療にかかる医師養成拠点としての機能発揮
- ・県立病院群からの医師の応援受け入れ

### 健康福祉関連施設(日赤の機能) ⇒ 丹波市健康センター

- ・市民の安全・安心の確保に対する自治体の果たすべき役割
  - ・プライマリ・ケアに基づく医療・保険・福祉・介護サービスの提供者
- ※市に運営ノウハウが乏しく人材確保も困難な医療分野
- (診療所機能、健診機能、在宅療養支援機能)
  - (一次救急医療機能)



13

添付資料

図1 対社会福祉法人 PL03

病院会計準則	
医業収益	
入院診療収益	1,530,121
室料差額収益	48,427
外来診療収益	895,855
保健予防活動収益	153,727
受託検査・施設利用収益	
その他の医業収益	
保険等査定減	-4,185
医業費用	
材料費	440,598
給与費	1,546,268
委託費	167,539
設備関係費	49,037
研究研修費	2,625
経費	255,078
控除対象外消費税等負担額	
本部費配賦額	
医業利益	
医業外収益	
受取利息及び配当金	3
有価証券売却益	
運営費補助金収益	
施設設備補助金収益	
患者外給食収益	
その他の医業外収益	17,378
医業外費用	
支払利息	20
有価証券売却損	
患者外給食用材料費	
診療費減免額	
医業外貸倒損失	
貸倒引当金医業外繰入金	
その他の医業外費用	5
経常利益（又は経常損失）	407,419
臨時収益	
固定資産売却益	
その他の臨時収益	20,720
臨時費用	
固定資産売却損	
固定資産除却損	
資産に係る控除対象外消費税等負担額	
災害損失	
その他の臨時費用	145,638
税引前当期純利益（又は税引き前当期純損失）	284,263
法人税、住民税及び事業税負担額	
当期純利益（又は当期純損失）	284,263

社会福祉法人会計基準	
サンプル：2019年度守山市民病院（千円）	
サービス活動増減の部	
収益	2,827,574
介護保険事業収益	
老人福祉事業収益	
児童福祉事業収益	
保育事業収益	
就労支援事業収益	
障害福祉サービス等事業収益	
生活保護事業収益	
医療事業収益	2,811,980
入院診療収益（公費）	1,365,085
入院診療収益（一般）	165,036
室料差額収益	48,427
外来診療収益（公費）	813,074
外来診療収益（一般）	82,781
保健予防活動収益	153,727
受託検査・施設利用収益	
訪問看護療養費収益（公費）	
訪問看護療養費収益（一般）	
その他の医療事業収益	188,035
補助金事業収益（公費）	148,812
補助金事業収益（一般）	
受託事業収益（公費）	3,904
受託事業収益（一般）	
その他の医療事業収益	35,319
（保険等査定減）	-4,185
看護学校事業収益	
その他事業収益	
経常経費寄附金収益	
その他の収益	15,594
費用	2,420,156
人件費	1,546,268
事業費	547,380
給食費	41,315
介護用品費	
医薬品費	174,455
診療・療養等材料費	202,337
保健衛生費	
医療費	
実習用材料費	
被服費	
教養娯楽費	
日用品費	
保育材料費	
本人支給金	
水道光熱費	66,240
燃料費	16,017
消耗器具備品費	3,215
保険料	2,441
賃借料	15,798
教育指導費	
就職支度費	
葬祭費	
車輦費	291
仕入費	
教材費	
材料費	
業務委託費	25,151
医療関係委託費	17,706
患者搬送委託費	
その他の業務委託費	7,445
児童手当	
棚卸資産評価損	6,614
雑費	112,338
事務費	304,311
福利厚生費	6,646
職員被服費	
旅費交通費	345
研修研究費	2,625
事務消耗品費	19,276
印刷製本費	108
水道光熱費	3
燃料費	
修繕費	46,246
通信運搬費	6,645
会議費	120
広報費	2,067
業務委託費	142,388
給食委託費	46,181
寝具委託費	6,840
洗濯委託費	1,942
被服委託費	10,139
清掃委託費	25,275
警備委託費	17,846
事務委託費	1,292
廃棄物処理委託費	9,962
その他の業務委託費	22,912
（以下、事務費略）	
就労支援事業費用	
授産事業費用	
利用者負担軽減等	14,183
減価償却費	2,791
国庫補助金等特別積立金取崩額	
徴収不能額	
徴収不能引当金繰入	148
その他の費用	5,074
サービス活動増減差額	407,419

サービス活動外増減の部	
収益	
借入金利息補助金収益	
受取利息配当金収益	
有価証券評価益	
有価証券売却益	
基本財産評価益	
投資有価証券評価益	
投資有価証券売却益	
積立資産評価益	
その他のサービス活動外収益	
費用	
支払利息	
有価証券評価損	
有価証券売却損	
基本財産評価損	
投資有価証券評価損	
投資有価証券売却損	
積立資産評価損	
その他のサービス活動外費用	
サービス外活動増減差額	
経常増減差額	
特別増減の部	
収益	
施設設備等補助金収益	
施設設備等寄附金収益	
長期運営資金借入金元金償還寄附金収益	
固定資産受贈額	
固定資産売却益	
事業区分間繰入金収益	
拠点区分間繰入金収益	
事業区分間固定資産移管収益	
拠点区分間固定資産移管収益	
その他の特別収益	
費用	
基本金繰入額	
資産評価損	
固定資産売却損・処分損	
国庫補助金等特別積立金取崩額（除却等）	
国庫補助金等特別積立金積立額	
災害損失	
事業区分間繰入金費用	
拠点区分間繰入金費用	
事業区分間固定資産移管費用	
拠点区分間固定資産移管費用	
その他の特別損失	
特別増減差額	
税引前当期活動増減差額	
法人税、住民税及び事業税	
法人税等調整額	
当期活動増減差額	

図2 対地方公営企業02

病院会計準則

医業収益	
入院診療収益	1,530,545
室料差額収益	34,585
外来診療収益	888,672
保健予防活動収益	
受託検査・施設利用収益	
その他の医業収益	
保険等査定減	
医業費用	
材料費	404,764
給与費	1,754,158
委託費	
設備関係費	
研究研修費	
経費	
控除対象外消費税等負担額	
本部費配賦額	
<b>医業利益</b>	
医業外収益	
受取利息及び配当金	3,000
有価証券売却益	
運営費補助金収益	221,535
施設設備補助金収益	
患者外給食収益	
その他の医業外収益	23,687
医業外費用	
支払利息	44,500
有価証券売却損	
患者外給食用材料費	
診療費減免額	
医業外貸倒損失	
貸倒引当金医業外繰入金	
その他の医業外費用	99,069
<b>経常利益（又は経常損失）</b>	
臨時収益	
固定資産売却益	
その他の臨時収益	86,921
臨時費用	
固定資産売却損	
固定資産除却損	
資産に係る控除対象外消費税等負担額	
災害損失	
その他の臨時費用	
税引前当期純利益（又は税引き前当期純損失）	
法人税、住民税及び事業税負担額	
<b>当期純利益（又は当期純損失）</b>	

地方公営企業

サンプル：2017年度守山市民病院（千円）

医業収益		2,767,380
入院収益	1,530,545	
外来収益	888,672	
その他医療収益	348,163	
うち 他会計負担金	151,740	
室料差額収益	34,585	
医業外収益		356,235
受取利息配当金	3,000	
看護学院収益		
国庫補助金		
都道府県補助金		
他会計補助金	120,956	
他会計負担金	100,579	
長期前受金戻入	109,010	
国庫補助金		
都道府県補助金	109,010	
工事負担金		
他会計繰入金		
寄附		
受贈		
その他		
資本費繰入収益		
その他医療外収益	23,687	
特別利益		86,921
うち他会計繰入金		
固定資産売却益		
医業費用		2,837,006
職員給与費	1,754,158	
材料費	404,764	
減価償却費	223,071	
経費	447,558	
研究研修費	2,908	
資産減耗費	4,547	
医業外費用		149,024
支払利息	44,500	
うち企業債利息	44,475	
企業債取扱諸費		
看護学院費		
繰延勘定償却	5,455	
その他医業外費用	99,069	
特別損失		778,139
<b>経常利益又は経常損失</b>		<b>137,585</b>
<b>純利益又は純損失</b>		<b>-553,633</b>

図3 対日赤

病院会計準則	
医業収益	入院診療収益 室料差額収益 外来診療収益 保健予防活動収益 受託検査・施設利用収益 その他の医業収益 保険等査定減
医業費用	材料費 給与費 委託費 設備関係費 研究研修費 経費 控除対象外消費税等負担額 本部費配賦額
<b>医業利益</b>	
医業外収益	受取利息及び配当金 有価証券売却益 運営費補助金収益 施設設備補助金収益 患者外給食収益 その他の医業外収益
医業外費用	支払利息 有価証券売却損 患者外給食用材料費 診療費減免額 医業外貸倒損失 貸倒引当金医業外繰入金 その他の医業外費用
<b>経常利益（又は経常損失）</b>	
臨時収益	固定資産売却益 その他の臨時収益
臨時費用	固定資産売却損 固定資産除却損 資産に係る控除対象外消費税等負担額 災害損失 その他の臨時費用
<b>税引前当期純利益（又は税引き前当期純損失）</b>	
法人税、住民税及び事業税負担額	
<b>当期純利益（又は当期純損失）</b>	

日本赤十字社	
医療事業損益計算	
医業収益	入院診療収益 室料差額収益 外来診療収益 保健予防活動収益 受託検査・施設利用収益 その他の医業収益 保険等査定減
医業費用	材料費 給与費 委託費 設備関係費 研究研修費 経費
<b>医業事業利益（損失）</b>	
事業損益計算	
医業外収益	
医業外費用	
<b>医業外利益（損失）</b>	
医療社会事業収益	
医療奉仕費用	
<b>医療社会事業利益（損失）</b>	
<b>事業利益（損失）</b>	
経常損益計算	
付帯事業収益	
付帯事業費用	
<b>付帯事業利益（損失）</b>	
<b>経常利益（損失）</b>	
当期純損益計算	
特別利益	
特別損失	
<b>特別利益（損失）</b>	
<b>税引前当期純利益（損失）</b>	
法人税等	
<b>当期純利益</b>	
前期繰越利益（損失）	
当期末処分利益（未処理損失）	

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究年度終了報告書(令和2年度)

病床機能報告データを用いた見える化の試み  
－ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の職員数 －

分担研究者：松田晋哉（産業医科大学 医学部公衆衛生学教室）  
藤森研司（東北大学大学院 医学系研究科公共健康医学講座 医療管理学分野）  
伏見清秀（東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野）  
石川ベンジャミン光一（国際医療福祉大学大学院 公衆衛生学分野）

研究要旨

我が国では現在、2040年に予想される少子高齢化と現役世代人口の減少に向けて2025年までに取り組むべきこととして、地域医療構想の実現と医療従事者の働き方改革、偏在対策の推進を軸とした三位一体の改革が進められている。しかしながら、働き方改革や偏在対策の主たる検討の対象は医師とされており、その他の職種についての分析はあまり進んでいない。そこで本研究では、平成30年度病床機能報告のオープンデータを利用して、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の圏域別・施設別職員数の可視化を行い、急性期入院医療の提供に必要な24時間対応体制の維持に必要な人員と関連付けた検討を行った。その結果として、職種別職員数の観点から24時間365日の診療体制を確保することができない病院が病床規模の小さい施設を中心として多数存在していること、および、地域医療構想区域の中には職種別職員数が少なく、他の圏域からの有期派遣や圏域間をまたぐキャリアパスの確立が必要となることが示唆された。今後は医師だけでなく他の医療従事者も含めて、地域における具体的な人員体制について検討し、その人員で地域の医療需要にどこまで対応できるかを真摯に検討していくことが重要であると考えられる。

A. 研究目的

我が国では現在、2040年に予想される少子高齢化と現役世代人口の減少に向けて2025年までに取り組むべきこととして、地域医療構想の実現と医療従事者の働き方改革、偏在対策の推進を軸とした三位一体の改革が進められている。しかしながら、働き方改革や偏在対策の主たる検討の対象は医師とされており、その他の職種についての分析はあまり進んでいない。そこで本研究では平成30年度病床機能報告のオープンデータを利用して、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の圏域別・施設別職員数の可視化を行い、急性期入院医療の提供に必要な人員と関連付けた検討を行った。

B. 研究方法

1. データ

平成30年度病床機能報告の報告結果<sup>1</sup>として厚生労働省ホームページで公開されている全国データ<sup>2</sup>を使用した。

2. 分析の方法

ダウンロードしたデータについては、Microsoft Excelを使用して分析に適した形に整形後、Tableau Desktop<sup>3</sup>を利用した可視化を行った。

<sup>1</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open\\_data\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00005.html)

<sup>2</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000686964.zip>

<sup>3</sup> <https://www.tableau.com/ja-jp/products/desktop>

(倫理面への配慮)

本研究は公開済みのオープンデータを利用して分析を行っており、個別患者の診療情報等は利用していない。

## C. 研究結果

### 1. 24 時間対応体制に必要な職員数

24 時間対応体制に必要な職員数をいくつかのシナリオに基づいて計算した結果を表 1 に示す。1 週間 7 日×24 時間の対応体制には申し送りなどで重複した勤務を行う時間を除いて延 168 時間の勤務時間が必要となる。週 40 時間の勤務を仮定すると、必要人数 4 人として一人あたり年間 104 時間の超過勤務を行うことで単純な計算上は勤務時間をカバーすることが可能となる。そして、人員数が 5 人であれば、平日の日勤時間帯の勤務者数を 2 人とすることができる。同様に、夜間を含めて常時 2 名の体制に平日日勤帯 2 名を追加 (平日日勤帯は合計で 4 人) の体制の維持には 10 人の人員が、常時 3 人体制に平日日勤帯の勤務者数を合計 10 人とする場合には 19 人の人員が必要となる。

### 2. 病院における職種別の勤務者数の実態

平成 30(2018)年度病床機能報告のデータから、急性期病棟の有無別に職種別職員数の総計を表 2 に、病床規模別・職員数区分別の病院数を可視化した結果を図 1～7 に示す。

#### 1) 薬剤師 (図 1)

現在の病床機能として急性期あるいは高度急性期の病床を持つ病院について、薬剤師の常勤換算職員数は全国で 42,226 人であった。常勤換算薬剤師数が 5 人未満の施設が過半数を占めており、特に 100 床未満の病院では薬剤師数が 5 人以上の病院は 6.5%に過ぎなかった。

#### 2) 診療放射線技師 (図 2)

現在の病床機能として急性期あるいは高度急性期の病床を持つ病院について、診療放射線技師の常勤換算職員数は全国で 41,509 人であった。常勤換算数が 5 人未満の施設は 41%であり、100 床未満の病院の 85%、100～200 床未満の病院の 42%では診療放射線技師数が 5

人未満であった。

#### 3) 臨床検査技師 (図 3)

現在の病床機能として急性期あるいは高度急性期の病床を持つ病院について、臨床検査技師の常勤換算職員数は全国で 51,663 人であった。常勤換算数が 5 人未満の施設は 46%であり、100 床未満の病院の 85%、100～200 床未満の病院の 43%では臨床検査技師数が 5 人未満であった。

#### 4) 臨床工学技士 (図 4)

現在の病床機能として急性期あるいは高度急性期の病床を持つ病院について、臨床工学技士の常勤換算職員数は全国で 24,603 人であった。常勤換算数が 5 人未満の施設は 64%であり、100 床未満の病院の 56%、100～200 床未満の病院の 22%では臨床工学技士は勤務していなかった。一方で 200 床以上病院のほとんどが臨床工学技士を雇用しており、臨床工学技士の 87%は臨床工学技士数が 5 人以上の病院に勤務していた。

## 3. 構想区域における職種別の勤務者数の実態

### 1) 全国の状況

平成 30(2018)年度病床機能報告のデータから、構想区域別に区域内での職種別職員数合計と単一施設での職員数の最大値を示した結果を図 5 に示す。

病院に勤務するこれら 3 つの職種の職員数が最も多かったのは大阪府大阪市 (構想区域番号 2708、以下同じ) であり、常勤換算で薬剤師数は 1,448 人、臨床検査技師数は 1,580 人、診療放射線技師数は 1,289 となっていた。ただし大阪市における単一施設での勤務者数の最大値は全国の最大値の 2 分の 1 程度に過ぎなかった。なお、単一施設での勤務者数の最大値が大きかったのは、薬剤師、臨床検査技師では東京都区西部 (1301) のそれぞれ 116.2 人、199.3 人、診療放射線技師では愛知県尾張東部 (2304) の 105.1 であった。

病床数が 1,000 以下の構想区域における職員数は最大でも薬剤師 38.6 人、診療放射線技師 43.0 人、臨床検査技師 57.2 人であった。令



和2年度賃金構造基本統計調査<sup>4</sup>では、それぞれの職種の平均勤続年数は7.0年、9.8年、10.0年<sup>5</sup>であり、職員数を平均勤続年数で除した年間の期待採用者数は最大でも構想区域全体として4~6人程度に過ぎない状況となっている。また職種別職員数の合計が10人を下回る構想区域は、薬剤師9圏域、診療放射線技師で2圏域、臨床検査技師8圏域であった。

## 2) 重点支援地域での事例（山口県萩圏域）

地域医療構想における重点支援地域の一つとなっている山口県萩圏域（3508）は人口約52,000人、高齢化率41.1%の地域である<sup>6</sup>。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の各職種について、山口県内の構想区域における職種別職員数合計と単一施設での職員数の最大値を示したグラフのうち萩圏域をハイライトしたものを図6に、各職種別の値を表3に示した。なお萩圏域には地域医療構想の策定時点で7つの病院54の一般診療所、30の薬局があった。

## D. 考察

本研究では、平成30年度病床機能報告の報告結果として公開されているオープンデータを利用して、医師、看護師以外の職種の職員数についての可視化を行った。

表1に示したように、24時間対応可能な人員体制の実現には、単純な勤務時間として常勤換算4人の職員が必要とされる。ただし、有給休暇の提供や病欠などを考慮した場合、安定的な体制の維持には5人の職員が必要であるとともに、平日日勤帯の勤務者数を増加して計4人あるいは10人の体制を確保するには、それぞれ10人あるいは20人の職員が必要となる。

<sup>4</sup> <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>

<sup>5</sup> <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032069433&fileKind=0>

<sup>6</sup> 山口県保健医療計画について：  
[https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11700/6iryoukeikaku/v6iryoukeikaku\\_2.html](https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11700/6iryoukeikaku/v6iryoukeikaku_2.html)

こうした勤務体制の整備水準を考慮しつつ、職種別の職員数を確認すると、薬剤師においては、急性期病床機能を持つ病院の過半数で24時間対応体制を実現することが不可能な状況にあった。病棟への常備薬の配置や医師等による業務の代行により、緊急時に薬剤師がいない場合でも臨床上の影響を最小化することが可能ではあるものの、薬剤師を巡っては、病院薬剤師と薬局薬剤師という就業選択肢の間でのバランスと、一部の県では薬剤師の養成課程が設置されていないという専門職育成上の制限もあり、地域医療の確保に向けて医師の確保と並ぶ課題として対応が欠かせない状況にあると考えられる。

診療放射線技師や臨床検査技師においても、4割以上の病院において常勤換算の職員数が5人未満となっていた。放射線画像診断や各種の臨床検査結果は正確な診断と適切な治療のために不可欠なものとなっており、これらの職種について24時間体制が確保できない病院では救急医療の提供に制約が生じるものと考えられる。今回分析した病床機能報告データでは、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師を確実に5人以上確保するには200床以上の規模が必要であることが示されている。また、臨床工学技士については、病床規模が大きく業務への定着が進む施設と、病使用数が少なく未採用の状況に留まる施設との間での2極化が目立つようになっている。こうした状況からは、200床未満の病院については、自院で提供可能な急性期機能について精査した上で、適切な病床の規模と機能を見定める必要があると考えられる。

地域医療構想における構想区域別の可視化の結果からは、人口規模に応じて病院に勤務する職種別職員数が増加する中で、大阪府大阪市、北海道札幌、神奈川県横浜などの圏域のように、職種別職員の総数が増加しても単一施設での最大数は伸びない地域が認められた。その一方で、圏域全体の人員数は必ずしも多くないものの、単一の施設に人員が集中化している地域もあり、特定の施設において急性期医療に必要な人員資源を旺盛に獲得する事例が存在するこ

とが明らかになった。今後は各圏域内での寡占化の動向に着目して、市場規模と病院数からみた競争状況や、職員数と病床数、診療規模からみた生産性についての分析を行い、地域毎の施設集約化の目標についての検討を行うことが必要と考えられる。

病床数が 1,000 以下となるような人口の少ない構想区域の中には、圏域内で病院に勤務する職種別の職員数が 10 人未満と極端に少なくなっている事例も確認された。そうした地域では、圏域内の施設のみで人員を雇用し、将来にわたって計画的に人員の更新を図ることは困難であり、今後は都道府県内の基幹医療施設からの有期派遣などの枠組みを構築する必要があるものと考えられる。また、圏域内の職種別職員数が一定数を超えていても、圏域内で閉じたキャリアパスを全うすることには困難が伴い、圏域間をまたぐキャリアパスの確立の必要性も高い。特に現時点では複数の病院があるため管理職のポストが確保されているとしても、将来的な人口減少の中では施設数も減少せざるを得ない状況になるものと考えられる。

図 6 および表 3 に示した山口県萩圏域では、今後の大幅な人口の減少により、現在 7 つある病院の集約化を避けることは困難である。しかし、すでに臨床検査技師や診療放射線技師については圏域全体の半数が 1 つの病院に集まっている状況にあり、この病院を維持することが圏域内の急性期入院医療提供の持続可能性に大きく影響する状況となっている。

現在の地域医療構想を巡る三位一体の改革の中では、医療従事者の働き方改革と地域偏在について医師に焦点を当てた議論が展開されている。しかしながら病院に勤務する医師の数は 21 万人を超えるのに対し、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の職員数は 5 万人程度に過ぎない。今後の地域医療提供体制の検討にあたっては、医師だけでなく他の医療従事者も含めて、地域における具体的な人員体制について検討し、その人員で地域の医療需要にどこまで対応できるかを真摯に検討していくことが重要であると考えられる。

## E. 結論

本研究では、平成 30 年度病床機能報告のオープンデータを利用して、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の圏域別・施設別職員数の可視化を行い、急性期入院医療の提供に必要なとされる 24 時間対応体制の維持に必要な人員との関連の中での検討を行った。

その結果として、職種別職員数の観点から 24 時間 365 日の診療体制を確保することができない病院が病床規模の小さい施設を中心として多数存在していること、および、地域医療構想区域の中には職種別職員数が少なく、他の圏域からの有期派遣や圏域間をまたぐキャリアパスの確立が必要となることが示唆された。

今後は医師だけでなく他の医療従事者も含めて、地域における具体的な人員体制について検討し、その人員で地域の医療需要にどこまで対応できるかを真摯に検討していくことが重要であると考えられる。

## F. 健康危険情報

特になし

## 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

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

特になし

表1 勤務体制と必要な職員数

常時 1 人

総労働時間	168 時間 = 週 7 日 × 24 時間
必要人数	4 人 → 160 時間 + 超過勤務 8 時間(52 週-416 時間、104 時間/人)

常時 1 人 + 平日日勤 2 人(日勤計 3 人)

総労働時間	208 時間 = (週 7 日 × 24 時間 = 168) + (週 5 日 × 8 時間 = 40)
必要人数	5 人 → 200 時間 + 超過勤務 8 時間(52 週-416 時間、83.2 時間/人)

常時 2 人 + 平日日勤 2 人(日勤計 4 人)

総労働時間	416 時間 = (週 7 日 × 24 時間 × 2 = 336) + (週 5 日 × 8 時間 × 2 = 80)
必要人数	10 人 → 400 時間 + 超過勤務 16 時間(52 週-832 時間、8.32 時間/人)

常時 3 人 + 平日日勤 7 人(日勤計 10 人)

総労働時間	784 時間 = (週 7 日 × 24 時間 × 3 = 504) + (週 5 日 × 8 時間 × 7 = 280)
必要人数	19 人 → 760 時間 + 超過勤務 24 時間(52 週-1248 時間、65.7 時間/人)

表2 職種別職員数(総計、急性期病棟の有無別)

	急性期病棟あり	急性期病棟なし	総計
病院数	4,544	2,663	7,207
病床数	871,958	282,946	1,154,904
医師	196,256	18,315	214,571
歯科医師	9,230	403	9,633
看護師	684,763	97,353	782,116
准看護師	48,446	37,152	85,599
看護師計	733,209	134,505	867,714
助産師	23,934	51	23,985
看護補助者	115,057	75,331	190,388
看護職員	872,144	209,825	1,081,970
薬剤師	42,226	6,263	48,489
診療放射線技師	41,509	3,563	45,072
臨床検査技師	51,663	3,536	55,199
臨床工学技士	24,603	1,957	26,560
管理栄養士	16,150	5,007	21,157

図1 病床規模別の職員数：薬剤師（急性期病棟のある病院、稼働病床）

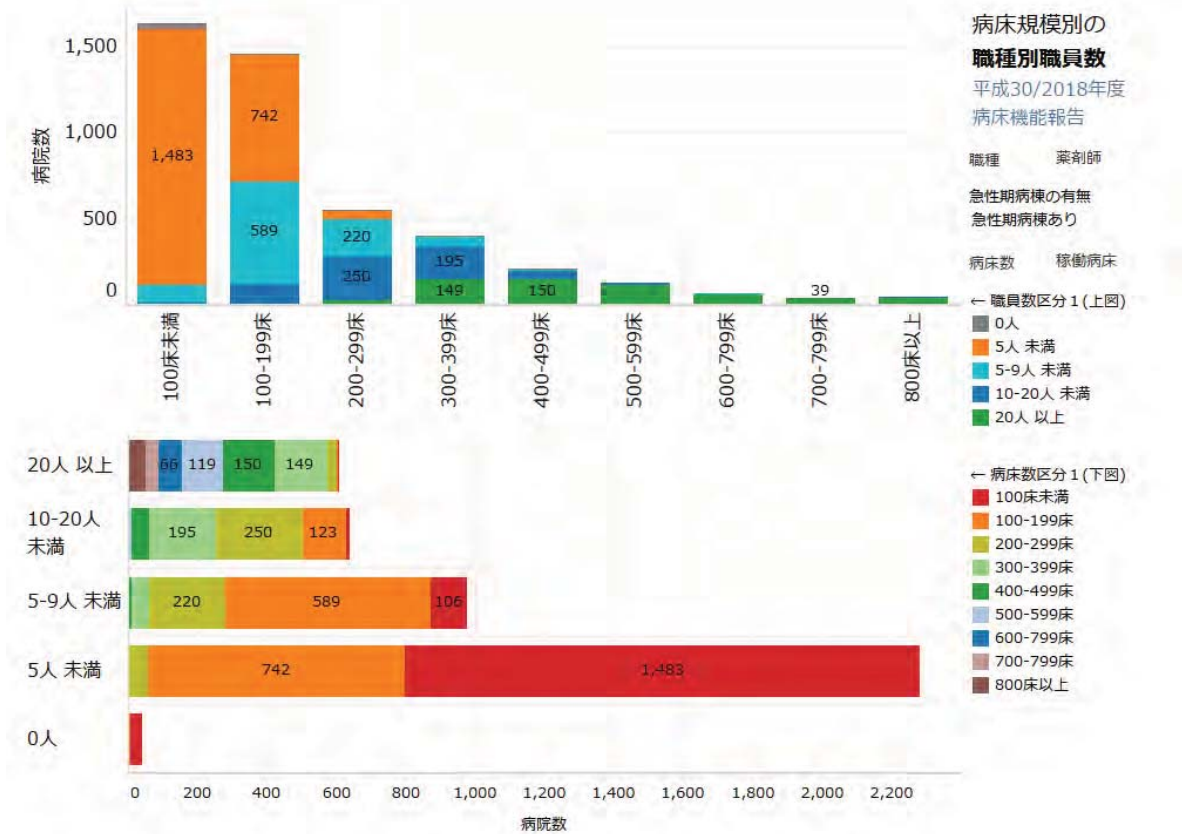


図2 病床規模別の職員数：診療放射線技師（急性期病棟のある病院、稼働病床）

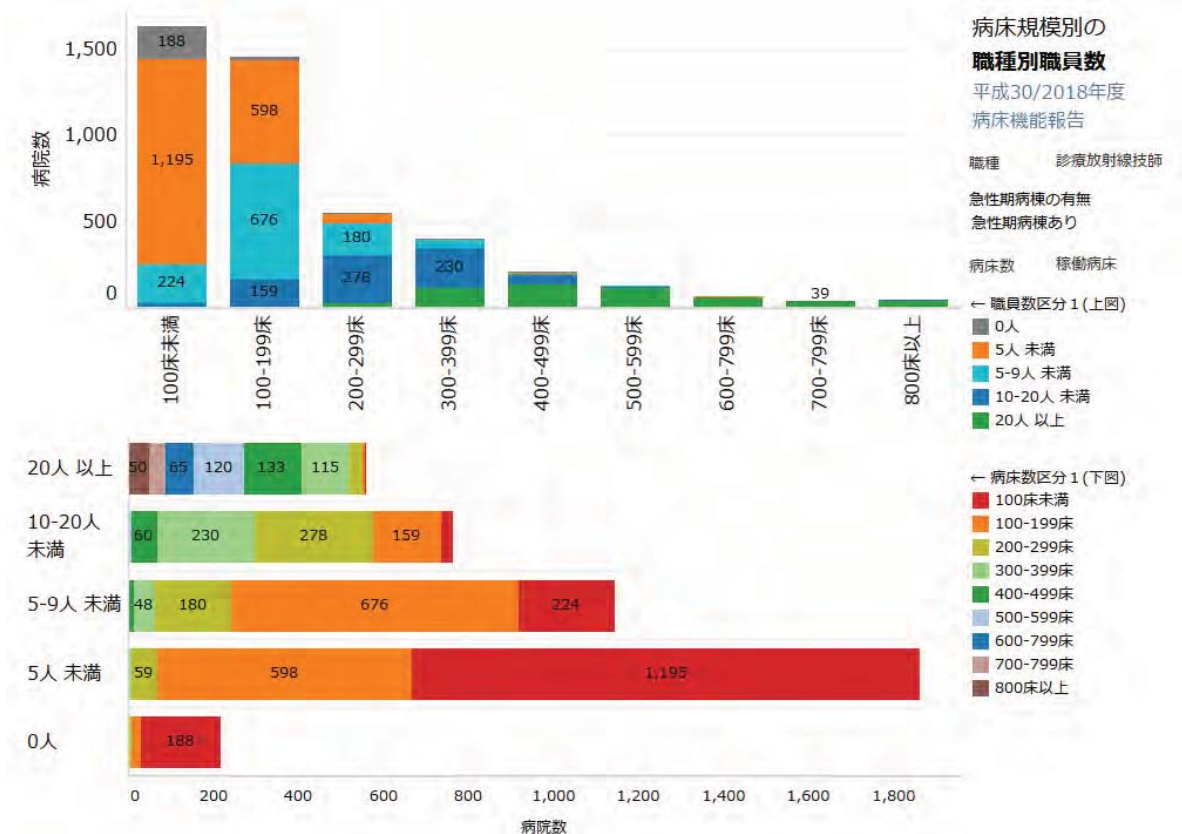


図3 病床規模別の職員数:臨床検査技師(急性期病棟のある病院、稼働病床)

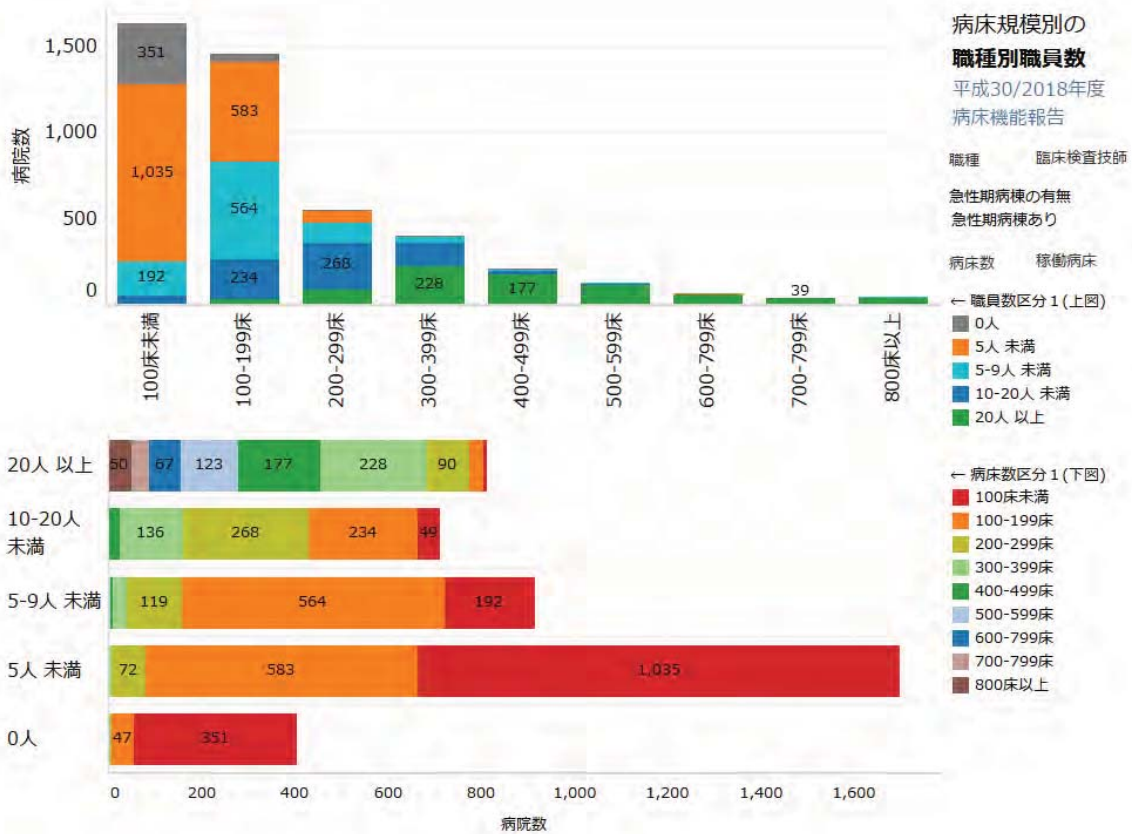


図4 病床規模別の職員数:臨床工学技士(急性期病棟のある病院、稼働病床)

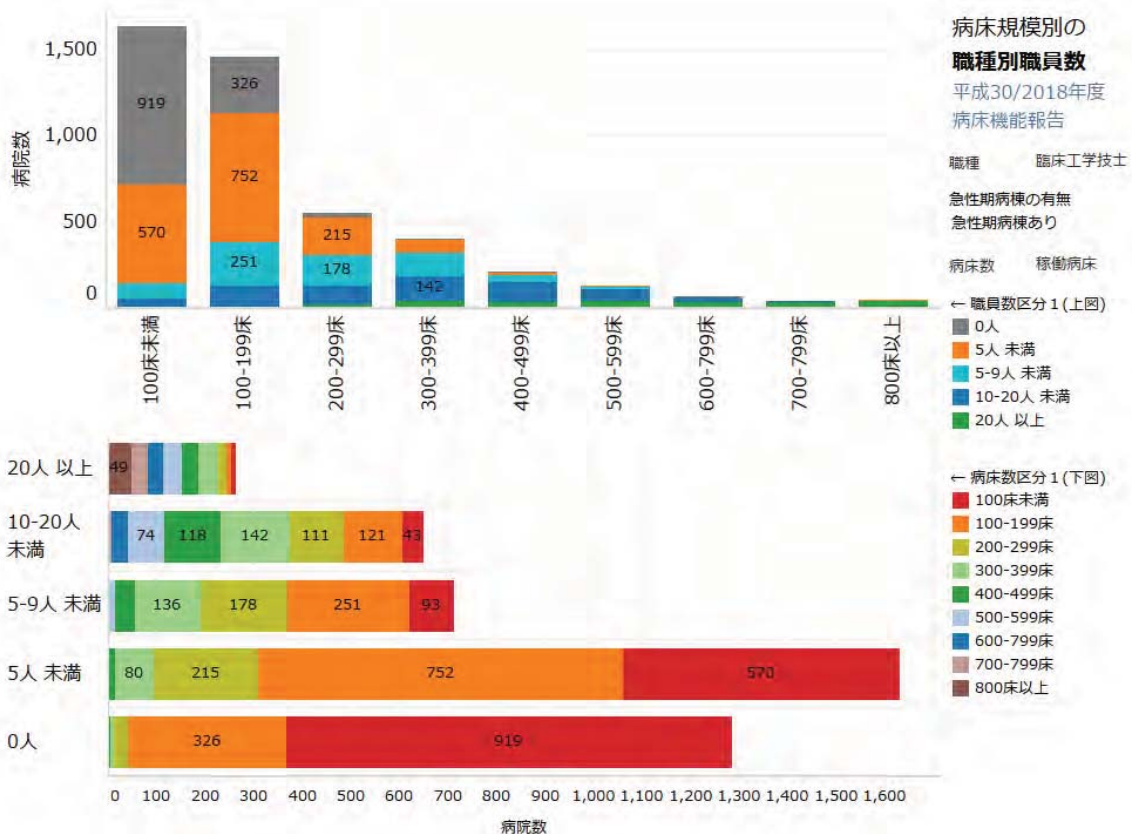
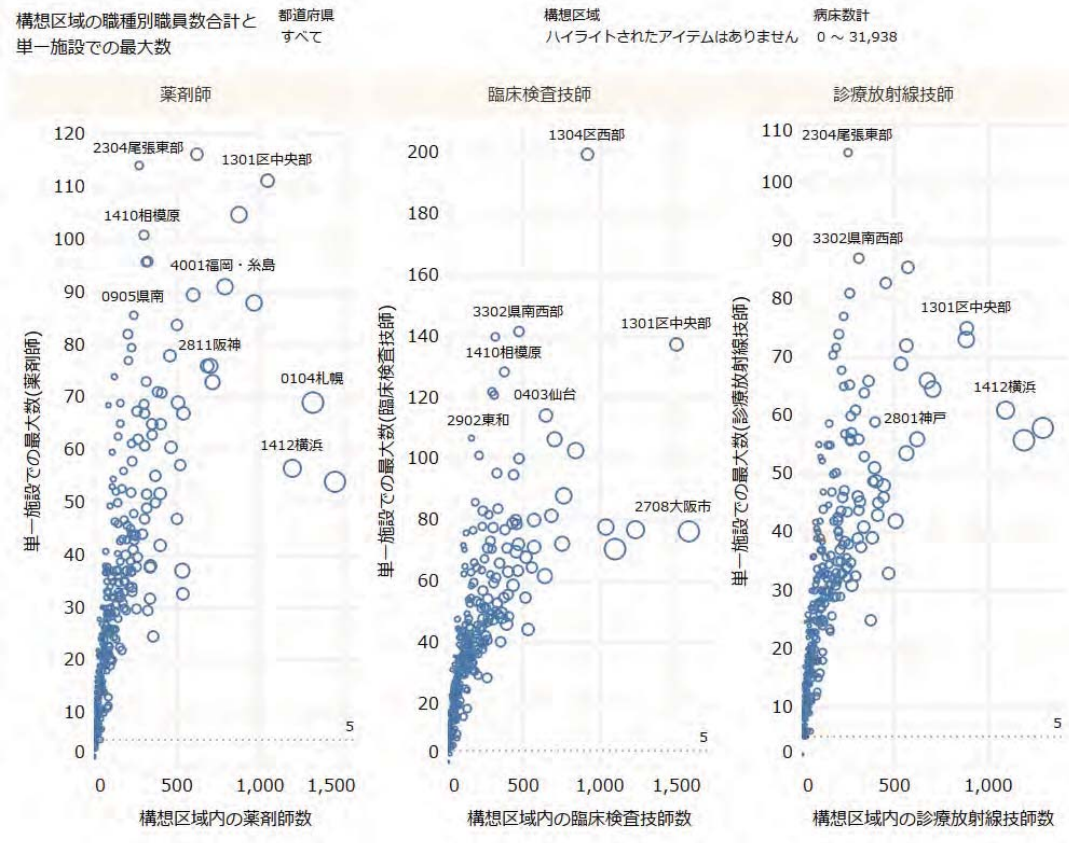


図5 構想区域内の職員数の合計と単一施設での最大数:薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師  
すべての構想区域



病床数が 1,000 以下の構想区域

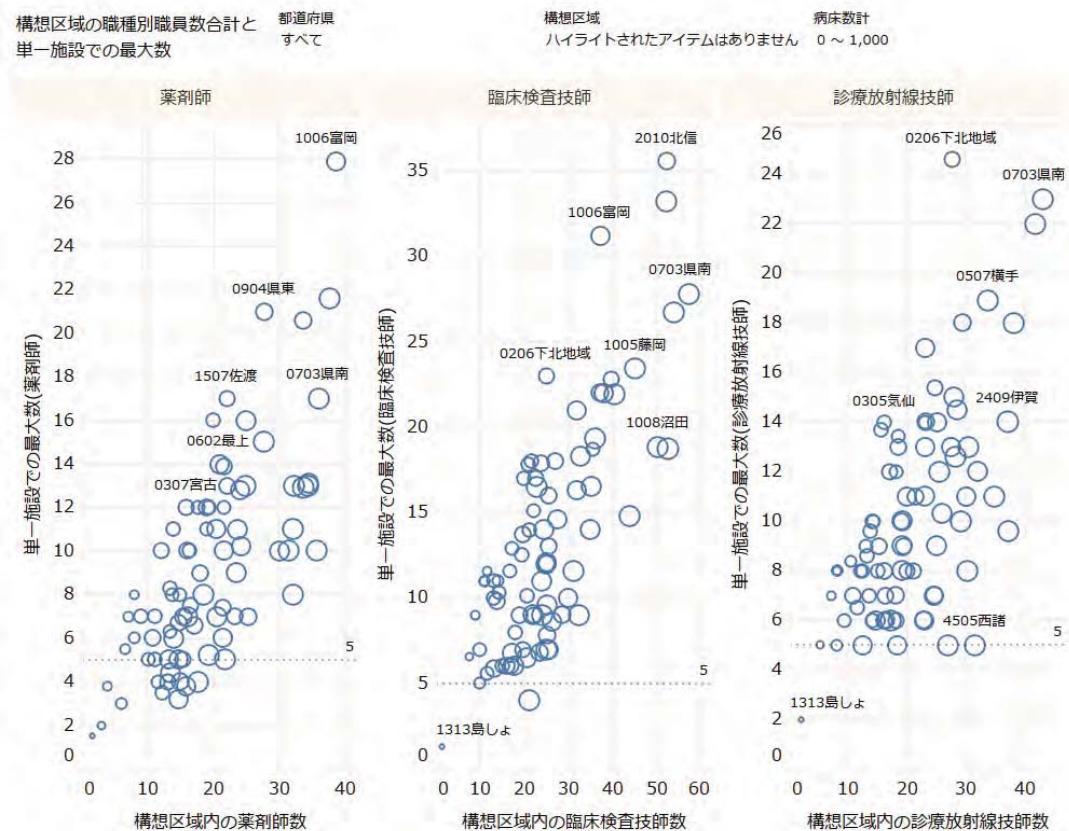


図6 重点支援地域の状況: 山口県・萩構想区域

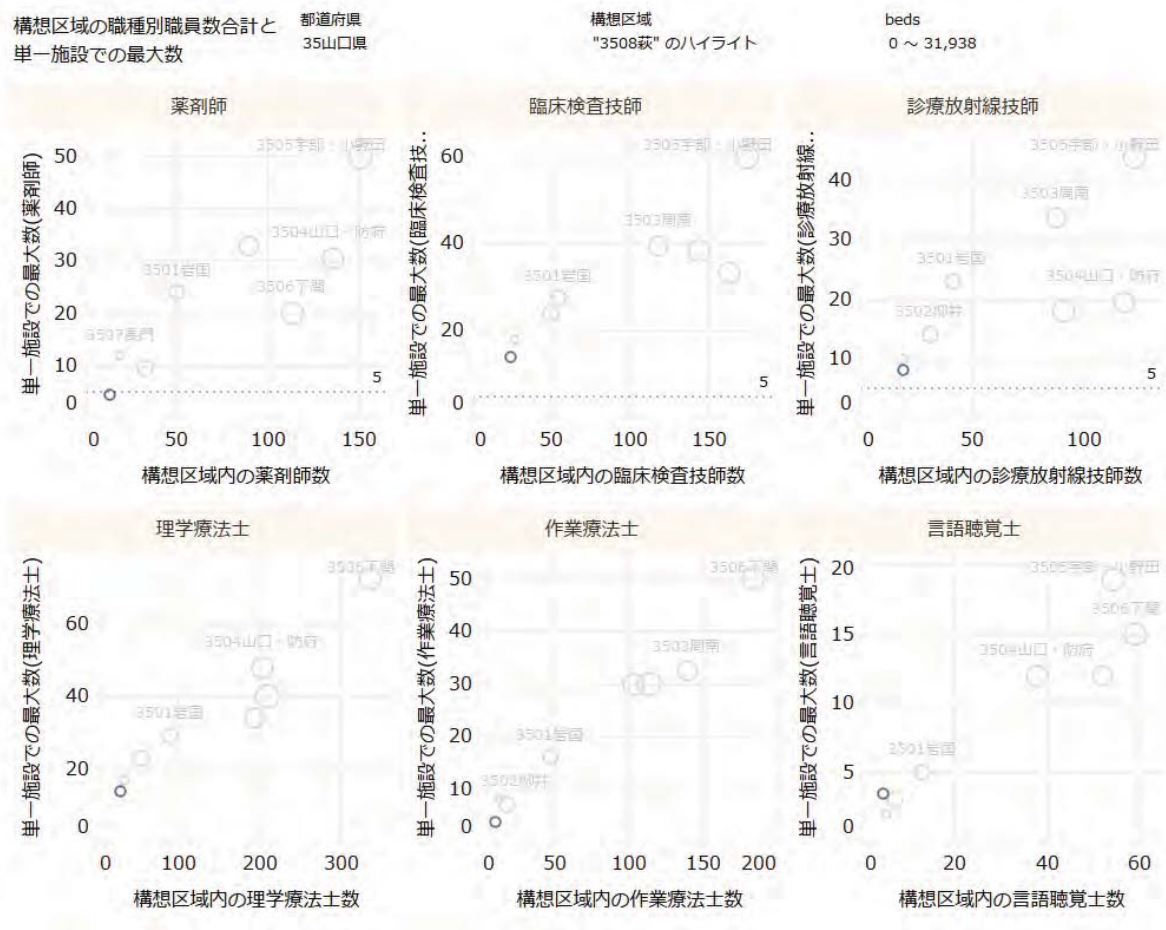


表3 山口県・萩構想区域の病院に勤務する職種別職員数

職種	薬剤師	臨床検査技師	診療放射線技師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
圏域合計	13.4	24.5	19	28	9.8	4.5
施設最大	4.4	14	8	14	3.8	3.5

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究年度終了報告書(令和2年度)

## アウトカム志向型看護記録による連携医療の質改善に関する実証研究

研究分担者 (町田二郎<sup>1)</sup>、副島秀久<sup>2)</sup>)

1) 恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院、2) 恩賜財団社会福祉法人済生会支部熊本県済生会

### 研究要旨

われわれは、地域連携で完結する疾患に適応する、標準化されたアウトカム志向型汎用看護記録を令和元年度の研究で作成した。令和2年度は、熊本県上益城郡にある2施設間での医療連携が完結した患者(誤嚥性肺炎3名、脳卒中(脳出血)1名、大腿骨近位部骨折4名を対象に、作成された看護記録を適応し、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化することが可能かどうかを検証した。基本アウトカムで不足するような病状の悪化症例はなかった。循環、呼吸、発熱、意識に関する重大なバリエーションはなかった。食事と排便に関するバリエーション発生頻度が高く、全入院期間を通じ万遍なく発生した。課題は高齢者に対する積極的な栄養管理の指標の導入、認知力低下者や嚥下機能低下者の栄養管理方針、便秘に対する下剤使用などバリエーション発生時に行った処置行為結果に対する再評価方針の策定、等が本看護記録運用とセットになることが必要と認識された。専門性の経験が浅い看護師にとってはアウトカムと観察項目の組み合わせ設定に戸惑いが生じ、真のバリエーションではなくてもバリエーションと記録するなど、設定方針に改善の余地があることも明らかになった。つまりもう一つの課題は、本看護記録の運用結果を定期的に共有し学びを深める場と時間の設定が必要ということである。本看護記録運用のアンケート結果はとても前向きなもので、本看護記録が地域に浸透していくハードルは高くないと感じられた。記録の標準化と電子化が進み地域内の複数施設で標準化記録が共有されれば、クリニカルパスベースの医療情報基盤に基づいた新たな医療連携やデジタルトランスフォーメーションは現実のものになると思われる。

### 協力研究者

小妻幸男<sup>1)</sup>、西岡智美<sup>1)</sup>、谷田理一郎<sup>3)</sup>、上田梨絵<sup>3)</sup>

1) 恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院

3) 谷田病院

### A. 研究目的

H28～30年度の連携クリニカルパスを用いた研究により、慢性期では疾患特異的な専門性の必要な患者状態アウトカムは少なくなり、バイタル

サイン、食事、排泄、ADLなどに比重が移り、医療記録は看護記録が主体になる現実が明らかになった。

このような背景から令和元年度の研究では、地域連携で完結する疾患に適応する、標準化されたアウトカム志向型汎用看護記録を作成することが出来た。

令和2年度は、地域連携によって医療が完結する誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中等の現実の患者にアウトカム志向型汎用看護記録を適応



し患者データを収集分析することで、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化することが可能かどうかを検証する。

## B. 研究方法

### 1) 対象

熊本県上益城郡にある谷田病院（地域包括ケア病棟、療養病棟、介護医療院、介護施設、在宅医療、在宅介護を提供している）と済生会熊本病院の2施設間で医療連携が完結した患者で、誤嚥性肺炎3名、脳卒中（脳出血）1名、大腿骨近位部骨折4名である。

### 2) 方法

①Activity of Daily Living (ADL)の評価指標としてFunctional Independence Measure (FIM)を使用した。

②以下の項目については診療録より取得する。年齢、性別、主疾患名、観察日数、入退院体重差、FIM値、転帰情報。

③済生会熊本病院では従来の疾患別クリニカルパスを適用する。

④谷田病院では令和元年度に作成した基本アウトカムを搭載したアウトカム志向型看護記録を全患者に適応し、必要に応じ疾患別のアウトカム（誤嚥性肺炎、脳卒中、大腿骨近位部骨折）を搭載したアウトカム志向型看護記録を適応した。

基本アウトカムは以下の表のとおりである。なお、谷田病院ではアウトカム志向型看護記録を電子カルテのテンプレートとして作成し運用した。

アウトカム・観察項目	看護ケア
循環動態が安定している	
拡張期血圧【適正値:< 90mmHg】	拡張期血圧
収縮期血圧【適正値: ≥ 90 かつ ≤ 150mmHg】	収縮期血圧
脈拍数【適正値: ≥ 50 かつ ≤ 100回/分】	脈拍数
呼吸状態が安定している	
呼吸数【適正値: ≥ 10 かつ ≤ 25回/分】	呼吸数
咳嗽がない【適正値: なし】	咳嗽

呼吸困難がない【適正値: なし】	呼吸困難
呼吸状態に問題がない	
SPO2【適正値: ≥ 94%】	SpO2
呼吸音減弱がない【適正値: なし】	呼吸音減弱
肺雑音がない【適正値: なし】	肺雑音
体温に問題がない	
体温【適正値: < 37.5℃】	体温
疼痛のコントロールができています	
疼痛 (NRS)【適正値: ≤ 3】	疼痛 (NRS)
疼痛部位	疼痛部位
疼痛性質	疼痛性質
食事摂取ができる	
食事摂取量(主食・11段階)【適正値: ≥ 5】	食事摂取量(主食・11段階)
食事摂取量(副食・11段階)【適正値: ≥ 5】	食事摂取量(副食・11段階)
排便のコントロールができています	
排便がある【適正値: ≥ 1回/24時間】	便回数
治療について理解できる	
治療に対する不安の訴えがない【適正値: なし】	意思表示 (不安)

表 1.基本アウトカムと観察項目

また、今回は誤嚥性肺炎については必要時に疾患別アウトカムを観察する記録を作成しており、それを以下に示す。

アウトカム・観察項目	看護ケア
肺炎の症状所見がない	
気道分泌物がない【適正値: なし】	気道分泌物
気道分泌物の性状【適正値: 粘稠□】	気道分泌物
気道分泌物の色調【適正値: 透白色】	気道分泌物
気道分泌物量・性状が許容範囲である【適正値: 範囲内】	気道分泌物
発熱がない	
悪寒戦慄がない【適正値: なし】	悪寒戦慄がない
低酸素血症の症状・所見がない	
喘鳴がない【適正値: なし】	喘鳴
チアノーゼがない【適正値: なし】	チアノーゼ
脱水の症状・所見がない	
口渇がない【適正値: なし】	口渇
倦怠感がない【適正値: なし】	倦怠感
尿性状に問題がない【適正値: 黄色尿】	尿性状

表 2.誤嚥性肺炎疾患別アウトカムと観察項目

⑤谷田病院における症例ごとのバリエーション分析を行い、疾患毎のバリエーションの傾向を評価するとともに、基本アウトカムとそれに紐づく観察内容設定で、実際に不足する項目があるかどうかを検証した。また疾患別アウトカムを搭載したアウトカム志向型看護記録を利用した場面のバリエーション分析も実施し、その必要性について検証した。

- ⑥ アウトカム志向型看護記録導入による問題点と成果について看護師にヒアリングを行った。

### 3) 評価項目

バリエーション項目と発生頻度

(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。脳卒中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) 基本情報と入退院時諸指標

症例	疾患	年齢	性別	観察日数	入院時 FIM	退院時 FIM	認知症	併存疾患	体重差 kg	転帰
A	HF	97	女	57	65	98		af	-3	自宅
B	HF	88	女	17	45	74	有	hf CF OP	2.5	施設
C	HF	100	女	39	31			OP	-5.3	施設
D	HF	100	女	37	39	39		BI DM	-0.9	自宅
E	AP	98	男	41	74			BI OMI	-0.7	自宅
F	AP	84	男	53	26		有	SZ	-5.8	転院
G	AP	95	男	27	48	56	有	HF	-1	自宅
H	BS	80	男	43	21	21	有	af CKD DM ASO	-0.3	施設

表 3.基本情報と入退院時諸指標

(HF: Hip Fracture, AP: Aspiration Pneumonia, BS: Brain Stroke, af: atrial fibrillation, BI: Brain Infarction, DM: Diabetes Mellitus, OMI:

Old Myocardial Infarction, CKD: Chronic Kidney Diseases, ASO: Arteriosclerosis Obliterance, hf: heart failure, CP: Compression fracture, OP: Osteoporosis, SZ: Schizophrenia)

表 3 は対象症例 8 名の基本情報、谷田病院入退院時の諸指標、転帰を示したものである。超高齢者が 8 名中 5 名、3 名が高齢者であり、認知症の有無は済生会病院入院時の長谷川式簡易知能評価スケールを用いた判断であるが、後述の谷田病院における FIM 認知評価値と合わせた総合判断が必要である。退院時 FIM 値の欠落したものが 3 例あり、症例 A、B を除くと FIM 利得は不良である。全員が入院歴・併存疾患があった。自宅退院は 4 名 50% であり、認知症ありのうち 3 名 75% は施設もしくは慢性期病院へ転院となった。

### 2) FIM 結果値

症例	FIM 評価時	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計利得
A	入院時	39	26	
	退院時	72	26	33
B	入院時	27	18	
	退院時	50	24	29
C	入院時	21	10	
	退院時	29	10	0

表 4.大腿骨頸部骨折患者の FIM 値

症例	FIM 評価時	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計利得
E	入院時	52	22	
	退院時	40	16	8

表 5.誤嚥性肺炎患者の FIM 値

症例	FIM 評価時	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計利得
H	入院時	13	8	
	退院時	13	8	0

表 6.脳卒中患者の FIM 値

表 4、5、6 に谷田病院入退院時の FIM 運動、認知値を示す。FIM 認知値の改善 (利得) はほとんどなく入院時 FIM 認知値が低値な症例では FIM 運動値の改善 (利得) も乏しい。症例 A、B では比較的 FIM 利得を得たが、FIM 認知値も他症例よりも高値であった。入院時 FIM 運動値が

低値な場合は同様に改善（利得）が乏しいが、本研究の症例ではいずれも認知値も低値であった。

### 3) バリアンズ分析

#### ①基本アウトカムのバリアンズ分析

症例	A	B	C	D
循環動態が安定している	2	0	2	4
呼吸状態が安定している	0	0	0	0
体温に問題がない	1	0	0	0
呼吸状態に問題がない	0	0	0	0
意識レベルの低下がない	0	0	0	0
疼痛コントロールができています	4	3	0	0
食事摂取ができる	0	0	14	1
排便のコントロールができています	19	0	19	19
治療について理解できる	0	0	2	8
バリアンズ合計	26	3	37	32
観察日数	57	17	40	38
延べアウトカム観察数	513	153	360	342
バリアンズ発生頻度%	5.1	2	10.3	9.4

表 7.大腿骨近位部骨折基本アウトカムのバリアンズ件数

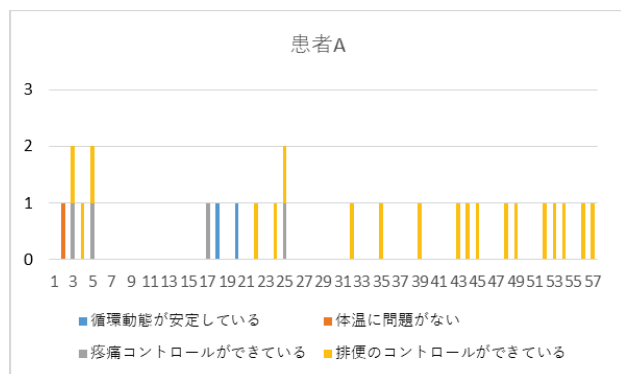


図 1.大腿骨近位部骨折患者 A 基本アウトカムのバリアンズ発生日

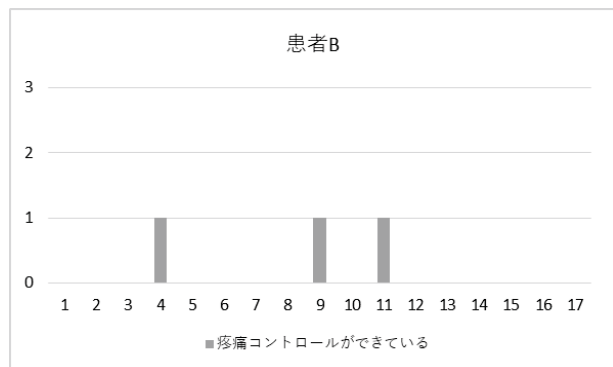


図 2.大腿骨近位部骨折患者 B 基本アウトカムのバリアンズ発生日

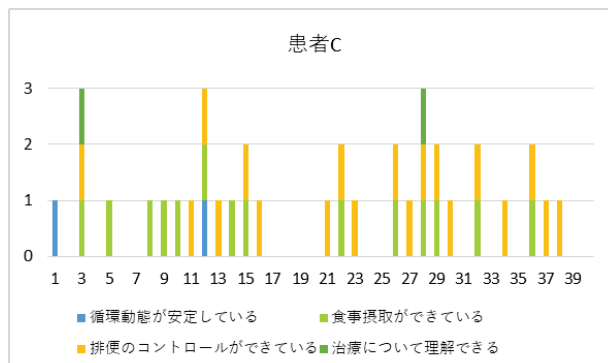


図 3.大腿骨近位部骨折患者 C 基本アウトカムのバリアンズ発生日

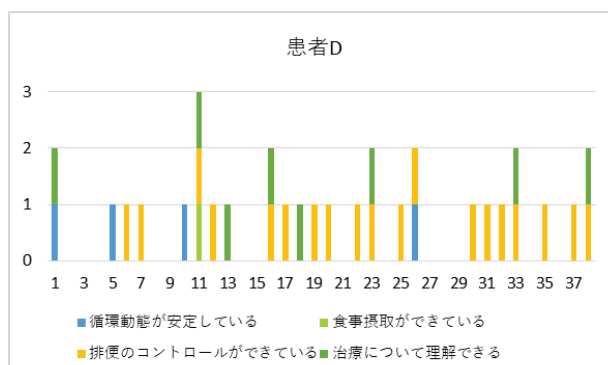


図 4. 大腿骨近位部骨折患者 D 基本アウトカムのバリアンズ発生日

表 7 に大腿骨近位部骨折患者 4 例の基本アウトカムのバリアンズ件数、図 1、2、3、4 に 4 例のバリアンズ発生日を示す。大腿骨近位部骨折では循環、呼吸、体温、意識に関するバリアンズはほとんどなく血圧がやや高い程度の「循環動態が安定している」のバリアンズが発生したのみであり、その時期も入院の前半がほとんどであった。入院期間中の合併症発症もなかった。一方「排便のコントロールができています」に関するバリアンズが多く、ほとんどは便秘であり、全入院期間中に万遍なく発生している。患者 C については「食事摂取ができています」のバリアンズが全入院期間中に発生しており摂取量の不足であった。表 3 からは入院中の体重減少が多いことも指摘されている。症例 A の食事バリアンズはないが「排便のコントロールができています」のバリアンズが多く、体重減少もあった。本疾患ではアウトカム志向型看護記録基本アウトカムに基づいた看護観察、ケアを実施していく上で問題となる不足点は生じなかった。

4 症例において重大なバリエーションや合併症の発生はなく、基本アウトカムとそれに紐づく観察内容設定で不足する例はなかった。

症例	E	F	G
循環動態が安定している	1	1	8
呼吸状態が安定している	2	0	2
体温に問題がない	2	4	1
呼吸状態に問題がない	0	2	0
意識レベルの低下がない	0	0	0
疼痛コントロールができてい	1	1	1
食事摂取ができる	6	28	5
排便のコントロールができて	14	23	6
治療について理解できる	0	21	5
バリエーション合計	26	80	28
観察日数	42	53	27
延べアウトカム観察数	378	477	243
バリエーション発生頻度%	6.9	16.8	11.5

表 8.誤嚥性肺炎基本アウトカムのバリエーション件数

症例	E	F	G
肺炎の症状所見がない	0	8	7
発熱がない	2	4	0
低酸素血症の症状・所見がない	0	2	0
脱水の症状・所見がない	0	1	1
バリエーション合計	2	15	8
観察日数	43	53	26
延べアウトカム観察数	172	212	104
バリエーション発生頻度%	1.2	7.1	7.7

表 9.誤嚥性肺炎疾患別アウトカムのバリエーション件数

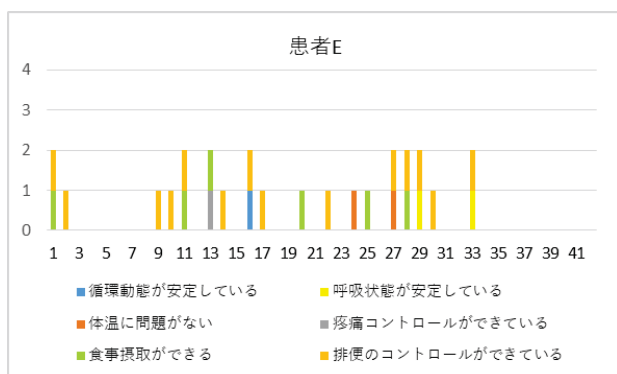


図 5. 誤嚥性肺炎患者 E 基本アウトカムのバリエーション発生日

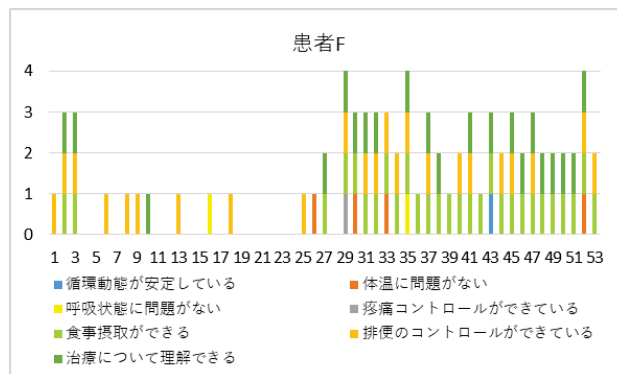


図 6.誤嚥性肺炎患者 F 基本アウトカムのバリエーション発生日

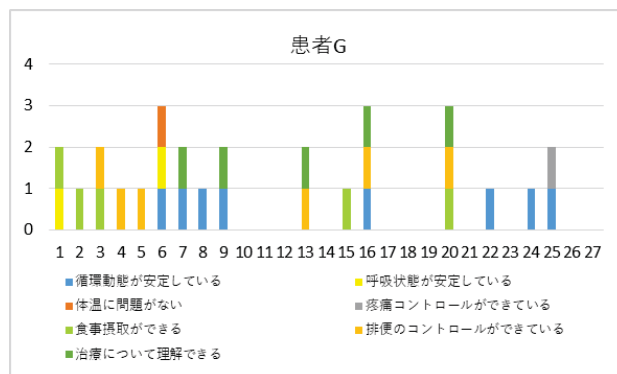


図 7.誤嚥性肺炎患者 G 基本アウトカムのバリエーション発生日

表 8 に誤嚥性肺炎患者 3 例の基本アウトカムのバリエーション件数、表 9 に疾患別アウトカムのバリエーション件数、図 5、6、7 に 3 例のバリエーション発生日を示す。基本アウトカムの呼吸に関するバリエーションはほとんど観察されず、酸素化低下や呼吸音減弱などの病状悪化リスクを想定するバリエーションは一切なかった。症例 F の「発熱がない」のバリエーションはいずれも 37℃台の微熱であり、追加治療は不要であった。「循環動態が安定している」のバリエーションはいずれも若干の血圧上昇であり追加治療は不要であった。症例 F では「食事摂取ができる」のバリエーションが多く発生しているが、嚥下に問題ありと判断され途中から経管栄養に変更になったためバリエーションとして記録されたものである。表 3 からは体重減少が多いことが指摘されており、記録からは確認できないが入院前半の食事摂取量が適正值ぎりぎり内であった可能性もある。「排便のコントロールができてい」のバリエーションは多く、坐薬等の下剤投与はされて

いるが、十分な反応が観察されていない。

疾患別アウトカムでは「肺炎の症状所見がない」のバリエンスがあるが、いずれも観察項目「気道分泌物がない」の適正值外、つまり気道分泌物があったもので、基本アウトカムで観察した通り重大症状はなかった。「発熱がない」のバリエンスは体温 37℃台の適正值外をバリエンスに記載していたものであり、疾患別アウトカムで問いかけている「悪寒戦慄がない」については適正值内、つまり悪寒戦慄はなかった。「低酸素血症の症状・所見がない」の2件のバリエンスは、若干の喘鳴のみで酸素化の低下や追加処置は不要であった。「脱水の症状・所見がない」についてはわずかな口渇感、倦怠感であり真の脱水症状と言えるものではなかった。結果として、基本アウトカムとそれに紐づく観察内容設定で不足する病態は発生しなかった。

症例	H
循環動態が安定している	4
呼吸状態が安定している	0
体温に問題がない	0
呼吸状態に問題がない	0
意識レベルの低下がない	0
疼痛コントロールができています	2
食事摂取ができる	0
排便のコントロールができています	32
治療について理解できる	12
バリエンス合計	50
観察日数	44
延べアウトカム観察数	396
バリエンス発生頻度%	12.6

表 10.脳卒中基本アウトカムのバリエンス件数

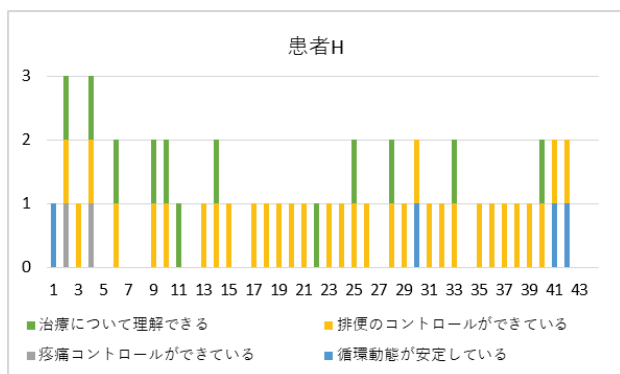


図 8.脳卒中患者 H 基本アウトカムのバリエンス発生日

表 10 に脳卒中患者 1 例の基本アウトカムのバリエンス件数、図 8 にバリエンス発生日を示す。「循環動態が安定している」のバリエンスはいずれも若干の血圧上昇であり追加治療は不要であった。本例は寝たきりに近く意思疎通が困難なレベルにあり「疼痛コントロールができています」は苦痛様顔貌に対する看護師の記載であり、部位など詳細が不明である。発生頻度は多くない。「排便のコントロールができています」のバリエンスは多く、本例のように併存疾患の多い脳卒中患者では頻度が多い。坐薬等の下剤投与はされているが、十分な反応が観察されていない。呼吸、循環、意識、発熱などの病態悪化を示唆するバリエンスはなかった。重大なバリエンスや合併症の発生はなく、基本アウトカムとそれに紐づく観察内容設定で不足する例はなかった。

#### 4) アウトカム志向型看護記録導入に対するヒアリング

##### ① 一般スタッフの意見

- ア) 観察項目が決まっているので、看護経験が浅くても安心して観察できる
- イ) 記録が楽になったと感じた

##### ② 看護教育課長の意見

- ア) 看護経験の差による記録の質のばらつきを解消できるアウトカム志向型記録を是非浸透させたい
- イ) クリニカルパス、標準化記録、というのが初めてのスタッフも多く戸惑いもあった。
- ウ) JCS は使用しても、疼痛など他のスケールを知らないものもあり、さらに適正值を使用したアウトカム評価に不慣れなものもいた。
- エ) 運用上、テンプレートの埋めるべき項目に未記入のことがあるなど、周知徹底に苦慮した。
- オ) アウトカム志向型看護記録は、記録時間の短縮のみならず勤務前の情報収集時間の短縮にも繋がった。

#### D. 考察

本研究では新型コロナウイルス感染症の蔓延により、当

初予定した対象患者の確保やデータ収集項目が不十分となったため、報告内容をアウトカム志向型汎用看護記録適用患者のバリエーション分析と、谷田病院における運用成果に絞って報告する。

本研究では対象疾患を大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎、脳卒中に限定したが、アウトカム志向型汎用看護記録の基本アウトカムで観察項目の不足による重大症状の見逃ごしに繋がる症例はないことが確認された。3疾患に限って言えば「排便のコントロールができていない」「食事摂取ができていない」のバリエーションが圧倒的多数であり、対象症例の全員が80歳以上、入院歴・併存疾患があり、認知力の低下があること、フレイルがあること、等が背景にあることはこれまでの班研究でも報告して来た。本研究で課題になったことの一つは谷田病院での入退院時体重減少が明らかになったことであり、基本アウトカム「食事摂取ができていない」の観察項目には食事摂取量(主食-11段階)【適正值： $\geq 5$ 】、食事摂取量(副食-11段階)【適正值： $\geq 5$ 】が設定されているのみであり、体重の変化に関する観察項目が設定されていなかった。高齢者だからあまり食べないのが普通、という先入感が適切なのかどうかを再検討し、食事摂取量の適正值とともに体重、体格にふさわしい栄養量に関する評価や、フレイルを改善するための積極的な栄養管理という視点が必要と思われる。課題の二つ目は患者Cで「食事摂取ができていない」と「排便のコントロールができていない」のバリエーションが多く体重減少が多かったことである。食事摂取に影響する既往歴は特になく、食事に影響すると思われる疼痛バリエーションもないがFIM認知値は低値である。認知機能の低い患者では食事摂取量や排便の事実観察のみでなく、栄養量の低下を確実に把握するとともに栄養改善の具体策を複数検討する必要がある。課題の三つめは、「排便のコントロールができていない」のバリエーションが発生し、下剤を投与した場合に反応が悪く何日も便秘が続く場合があることである。使用する下剤の種類や投与方法について明確な方針を決め、投与後の再評価方法に関する方針を

明らかにすることで、このアウトカム志向型汎用看護記録は改善のサイクルを回す重要ツールとして機能する。つまり看護観察行為と実際に実施した処置行為の結果評価がセットになることが重要である。課題の四つ目は症例Fでは経管栄養がなされたにもかかわらず体重減少があったことである。嚥下に問題があり入院後すぐの数日間経口摂取が止められた後摂取開始になっており「食事摂取ができていない」のバリエーションは記載されていない。既述のように適正值設定範囲の問題や、栄養量、体重などの指標を設定することの重要性がここでも再認識される。

本研究では誤嚥性肺炎について疾患別アウトカムを使用した。これは谷田病院スタッフの患者ケアにおける安心感を確保しておく側面もあったと思われる。結果として病状悪化症例がなかったが、疾患別アウトカムを追加した観察が不要というものではない。専門医が不在の地域施設では、このような運用の方法は安全管理上も勧められるものであろう。本研究で比較的多かった気道分泌物に関する観察項目を基本アウトカムのいずれかの観察項目と入れ替えるなどの見直しもあっていいかもしれない。また疾患別アウトカムの「発熱がない」に関する観察項目が「悪寒戦慄がない」という設定は、現場スタッフには混乱を招いた可能性もある。見直しが必要な項目の一つである。若干の喘鳴のみで「低酸素血症の症状・所見がない」をバリエーションとした例や、わずかな口渇感、倦怠感で「脱水の症状・所見がない」をバリエーションとした例で、医師ならバリエーションとはしなかったであろうが、看護師が判断するにはハードルが高かったと言わざるを得ない。専門的経験の少ない看護師が判断しやすいアウトカムや観察項目の設定が必要であるとともに、アウトカム志向型汎用看護記録を運用する施設では、定期的なカンファレンスを開いて認識を共有し教育をする場と時間が必要である。そういう取り組みがセットになって初めてアウトカム志向型汎用看護記録を用いた質と安全の改善が可能になるであろう。

アウトカム志向型汎用看護記録運用に対するアンケート調査の結果はとても前向きなものであった。記録の標準化による看護師自身の業務に対する安心感と効率化を実感するものであった。一昔前、標準化に反対意見多かった時代から比べれば隔世の感があり、本看護記録が地域に浸透していくハードルは高くないと感じられた。記録の標準化と電子化が進み、地域内の複数施設でアウトカム志向型汎用看護記録が共有されれば、本記録やクリニカルパスベースの医療情報基盤に基づいた新たな医療連携やデジタルトランスフォーメーションは現実のものになる日が来るものと思われる。

現時点で予定なし

### 3. その他

特に該当なし

## E. 結論

地域連携で完結する医療の提供において、アウトカム志向型看護記録は地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化する上で十分機能することが明らかになった。

大事なことは、アウトカム志向型看護記録による観察後に実施した処置行為結果に対する再評価の方針を決めておくこと、リーダーが運用結果を定期的にスタッフ間で共有し教育する場と時間を設定すること、の二点である。

## F. 健康危険情報

特に該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

### 2. 学会発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

現時点で予定なし

### 2. 実用新案登録

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究年度終了報告書(令和2年度)

## 回復期等移行チェックリストの実装に向けた技術的課題の検討

研究分担者 瀬戸 僚馬(東京医療保健大学医療保健学部)  
小林 美亜(静岡大学創造科学技術大学院)  
池田 俊也(国際医療福祉大学医学部)

### 研究要旨

本研究班では、急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための帳票(回復期等移行チェックリスト)の実装に向けた議論を重ね、過年度までの研究で情報項目の精査などを行ってきた。これらを踏まえ、本年度は実装に向けた技術的課題の整理及び検討を行った。

まずは、厚生労働省が行う標準化活動との整合性を図るため、高度医療情報普及推進事業を受託しているMEDIS-DCや、関係する団体等との課題共有を、関係学会の交流集会の場を活用して実施した。また、回復期等移行チェックリストと同様のコンセプトで、RPA(Robotic Process Automation)の手法を用いた連携先との情報共有手法を開発中の病院にヒアリングして、実装に際しての課題把握を行った。

その結果、RPA手法は有効なものであり本研究班の提案に構造上の大きな問題がないことを確認するとともに、連携先と医療や介護の目的を共有する上でBOMが有効であること、BOMを活用する上でも既存マスターの項目追加も必要であること等の課題が明らかになった。

### 研究協力者

町田 二郎(済生会熊本病院)  
森崎 真美(済生会熊本病院)  
堀田 春美(済生会熊本病院)  
西岡 智美(済生会熊本病院)  
宮下 恵里(済生会熊本病院)

### A. 研究目的

本研究班は、これまで急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための帳票(回復期等移行チェックリスト)を提案し、その実装のための開発研究を続けてきた。その過

程では厚生労働省の高度医療情報普及推進事業による委託を受けた一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)と共同で、回復期等移行チェックリストと、MEDIS-DCが維持管理を行っている「看護実践用語標準マスター(厚生労働省標準規格HS-024)」との対応表B版を作成し、MEDIS-DCのホームページを通じた公開も行ってきた。

昨年度は既存帳票を用いて回復期等移行チェックリストの妥当性を検証したところ、チェックリストの各項目は概ね妥当であるとの結論に至った。

本年は、これらの議論を踏まえて回復期等移行



チェックリストを実装するための技術的課題の整理及び検討を行った。

## B. 方法

### 1. データ連携における技術的課題の把握

回復期等移行分野におけるデータ連携の課題を幅広く検討するため、第10回日本在宅看護学会学術集会において交流集会を行った。

回復期等移行チェックリストを含む「病院、施設、在宅を繋ぐ情報共有基盤の構築」をスコープとし、地域包括ケアシステムにおける標準的なデータセットの構築に向けた現状の把握と課題の共有を、MEDIS-DC、一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS)の関係者、及び日本在宅看護学会理事で現職の訪問看護事業所関係者を交えて行った。なお、在宅看護を所管する厚生労働省老健局老人保健課からは関連施策を紹介した。そして、それぞれの取組を共有した上で、学会参加者からも意見や課題の提示を受けた。

### 2. 連携時情報提供における RPA 事例調査

本班が提案する「回復期等移行チェックリスト」と同様のコンセプトで、連携先に提供すべき情報を電子カルテシステムのデータから機械的に抽出する自動化手法(RPA: Robotic Process Automation)を構築中の S 病院(副院長、看護部長等)にヒアリングし、当該 RPA の実現に向けた課題を把握した。

## C. 結果

### 1. データ連携における技術的課題

先述の交流集会における議論の概要は次の通りである。

#### (1) MEDIS-DC (岡峯栄子氏)

MEDIS では、ICD-10 対応標準病名マスターなど複数の厚生労働省標準規格のマスターを厚生労働省の委託を受けて維持管理しており、その一つが看護実践用語標準マスターである。

この看護マスターは、日本クリニカルパス学会が提供している Basic Outcome Master

(BOM)にも引用されており、地域連携パスなどでも活用が広がると考えている。

国の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」や日本看護協会の「看護記録に関する指針」でも、標準的な用語を地域連携やこれらの記録に活用していただくことは重要とされており、MEDIS としても関連施策にマスターを活用できるようメンテナンスを続けていきたい。また、看護マスターを多くの人に知ってもらうための教育支援も検討したい。

#### (2) JAHIS (医療介護連携 WG・光城元博氏)

未来投資会議では医療・介護連携の標準化が進められており、その議論の成果は JAHIS にもインプットすることとされている。これまでの議論では、システム機能は「ちょっと足りないくらいが丁度いい」とも言われ、さわってもらえるシンプルさが大事と考えている。医療の内容より、環境因子(家族、地域サービス、高齢者の役割等)や個人因子(学歴、職業歴、価値観等)のほうに共有すべき情報である。全国各地で紙の「連携シート」や「フェイスシート」などがバラバラに作成されているが、記載項目をみると、介護保険認定時の主治医意見書と多くの項目が重複しているので基本情報として主治医意見書を活用すべきと考えている。いずれにせよ在宅医療介護連携 ICT システムの整備は、ひとのネットワークが有ることが前提で、そのつながりをサポートする ICT システムと位置付けることが重要である。

#### (3) 訪問看護事業所 (東京大学・(社福)生活クラブ風の村・日本在宅看護学会 佐野けさ美氏)

現時点での訪問看護事業所における ICT の課題としては、規模事業所が多く、設備・備品管理の資金に余力がないこと、既存の請求システムと互換性がないと記録が二重になること、仮にシステムを入れても操作に自信がないこと、とりわけ不具合発生時に対応する人材がないことが大きく、また共通用語が用いられていないため、患者の状態把握に係る情報共有やケアの評価が難しいことがあげられた。ICT の導入は、

効率化や業務の省力化の促進につながるが、現状としては、導入の前段階であるコスト、システム、ICT を活用するための教育といったことに大きな課題が残されていた。

普及にあたっては、アセスメント機能の充実、日々のデータを利用目的ごとに蓄積する機能の充実に加え、多職種で利用できる標準化された看護実践用語標準マスターなどの活用促進や、ベンチマークへの活用、入力の手軽さも不可欠と考える。

#### (4)参加者からの質問・意見等

会場からは、訪問看護の現場において、ICT を使いこなすことのできる人材が少なく、これが導入にあたっての大きな課題になるとの意見があった。パネリストからは、日本医療情報学会が育成している医療情報技師等を一つの事業所を超える形でもっと活用してはどうかとの意見があった。

また、MEDIS の看護マスターには在宅看護に必要な言葉が不足しているのではとの意見があった。パネリストからはマスターには追加の提案が可能なので議論して提案してはどうかとの意見があった。

## 2. 連携時情報提供における RPA 事例調査

S病院では、現在取り組んでいる Digital Transformation(DX)の一貫として、「BOM のマスターなどが活用された電子カルテデータを元に連携項目を自動抽出し、他の病院間での情報共有に活用できるかどうか」という実証実験のプロジェクトを計画中である。BOM は、クリニカルパスで設定される比較的粒度の大きなアウトカム用語を整理し標準化を行った用語マスターである。

この実証実験では、転院時等に連携目的で用いる「看護サマリー」に相当する内容を電子カルテシステムからの自動抽出し、これを連携先の病院がオンライン上で参照できる形にすることにより、看護師が「看護サマリー」の作成業務を省力化できるだけでなく、地域医療連携室が当該文書を郵送する作業も不要になり、これらの作業に伴

う連携のタイムラグも短縮できることを期待している。

その背景として、現在は汎用の文書作成ソフトを用いてサマリー作成を行っているものの、電子カルテデータの生活情報などを引用できる仕様にはなっていないため、文書作成に多大な時間を費やしているという課題がある。

まず、S病院の医療情報担当者等が、現在の看護サマリーに、回復期等移行チェックリストのマスターが活用できるかどうかを検討した。その結果、対応できることが確認された(表1)。また、回復期等移行チェックリストのマスター項目を他院との情報共有に活用する際に、追加的に必要な項目や課題についても提示を依頼した。これについては、嚥下機能の項目の追加、また患者のADLが実際に自分でできることなのか、それとも観察されている事実なのかを判断できるようにすることの提案があった。

例えば、現状の回復期等移行チェックリストのマスター項目では、観察された「現在の患者の状態」のみが記載されることになり、実際に行うことができても、本人の意欲低下や他者への依存で行なっていないのか、また医師の指示により行っていないのかといった情報までは共有されないという問題がある。

具体的には、清潔方法として「シャワー浴」という情報をみても、これは医師の指示によるものなのか、本人のできるADLによるものなのかの判断がつかない。また、「部分介助」も、本人の意欲低下によって引き起こされたり、介助は実際には必要ないが看護師が介助してしまったりしている場合もあり、実際にどこまでできるのかを把握することができない。このため、「本人の意欲」や「医師の指示」などの背景情報を知ることのできる項目追加を検討していくことの必要性が示された。

S病院が取り組んでいるDXプロジェクトにおいても、回復期病院への情報共有として使用するサマリーなどの項目として、回復期等移行チェックリストのマスターを活用することは可能との

ことであった。ただし、現時点において、S 病院では、電子カルテシステムと退院サマリーシステムとが連動していないことを踏まえ、今後の課題として、日々の記録からデータを出力し、回復期等移行チェックリストを打ち出すことのできるシステム的な対応を図っていくことの必要性が提示された。

現在、老人保健施設では、ICF Staging の導入が進められている。医療・介護各施設、多職種で共有する評価指標が ICF Staging である。生活といった側面の ADL 情報などに関しては、このような指標の活用可能性についても検討していくこの必要性が示された。

ただし、急性期では、患者の状態が刻々と変化するため、「入院中にせん妄が生じたかどうか、その要因は何か？ 要因に介入することによりせん妄のか改善はみられたのか？」といった情報についても経時的に把握し、これらの情報を回復期の病院や介護施設などの職員と共有することが求められる。このため、日々の状態をアウトカムベースで把握した情報を共有することも重要となる。BOM は、このような状態像の把握に活用可能である。また、精神的な側面も、BOM の活用によりカバーが十分可能である。なお、これらの活動を続ける上で既存の看護実践用語標準マスターに追加が求められる用語もあるので、今後、要望が必要であることが明らかとなった。

医療現場において、記録に係る業務負担を減らすことが大きな課題になっている。このため、重複記録を発生させる項目や不必要な項目の「断捨離」は不可欠であり、その中で質の高い記録を保持し、連携を促進するという視点でのシステム構築を含めた実証実験の必要性が示された。

## D. 考察

### 1. 回復期等移行チェックリストにおける RPA 手法の実現性

本班が提案してきた「回復期等移行チェックリスト」、及び本班と MEDIS-DC で開発してきた「回復期等移行チェックリストと看護実践用語

標準マスターとの対応表」は、入力作業を省力化するため RPA 手法を用いることが前提であった。他方、この前提条件が技術的に成立するかという視点では、これまで検証を行っていなかった。まだ実証実験の段階ではあるものの、今般のヒアリングにおいては、電子カルテシステムのデータを用い、そこに「共有情報項目」というフィルタリングすることで連携に必要な情報を抽出するという基本構造については、大きな問題は見つかっていない。

もちろん学会での議論、RPA 事例調査のいずれにおいてもフィルタリングを行う上で微調整が必要との指摘があったが、これは前述の「対応表」を改版する過程で改善できることなので、チェックリストの実装を妨げる根本的な問題とまではいえない。

よって、本年度の検討において、RPA 手法の実現性については概ね問題なしとの結論を得ることができた。

### 2. 回復期等移行チェックリストの実装に向けて今後取り組むべき課題

本年度の議論において、JAHIS、訪問看護事業所、RPA 事例病院のいずれからも、標準化の必要性が強く指摘されていた。そこでは既存資源を活用すべきとの意見も一致している。本研究班では、回復期等移行チェックリストの開発にあってこれらの既存資源（介護保険における主治医意見書、看護実践用語標準マスター、BOM など）は当然意識して開発しているが、これらの既存資源との関係は今後も強調していくことが必要である。

とくに BOM については、回復期等移行にあたって対象者の課題を共通言語で共有できる資源であること、回復期に限らず慢性期を担う訪問看護事業所からも「アセスメント機能の充実」が求められていることなどから、回復期等移行チェックリストに何らかの形で反映させる方法を構築すべきである。

なお、訪問看護事業所からは ICT 人材の不足が強く指摘されており、これは回復期の病院でも共

通する課題であるため看過しがたい。前述の学術集会では医療情報技師等の専門人材を広域で活用するという意見があったが、こうした運用支援体制づくりも回復期等移行チェックリストの実装に向けた大きな課題である。

今回 RPA 事例の実証実験を行っている S 病院は、地域の中できわめて緊密なアライアンス関係を構築していた。このような環境で相互に運用を支援できることも、回復期等移行チェックリストを実装する際には不可欠な要素であると考ええる。

## E. 結論

本研究班が開発研究を進めてきた「回復期等移行チェックリスト」は、構造上の大きな問題は見当たらなかった。よって RPA 手法と前提とした形で、十分に実装可能と考える。

同時に、連携先と医療や介護の目的を共有する上で BOM が有効であること、BOM を活用する上でも看護実践用語標準マスターなど既存マスターの項目追加は必要であることも明らかになった。

## 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

瀬戸僚馬、小林美亜、佐野けさ美、光城元博、岡峯栄子、大竹尊典：病院、施設、在宅を繋ぐ情報共有基盤の構築～地域包括ケアシステムにおける標準的なデータセットの構築に向けて～、第 10 回日本在宅看護学会学術集会 交流集会④、2020 年 11 月 14 日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

表 1 対応表

看護サマリー(S病院)

回復期等移行チェックリスト

台紙	分類	項目	選択肢	記載	備考	分類	項目	選択肢	記載	
栄養・代謝	食事制限	食種	常食～嚥下2食	フリー記載可能	食事オーダーのマススタ依存	ADL等の生活に関する情報	食事制限	無～その他		記載
		食事形態(主食)	米飯～軟飯おにぎり	フリー記載可能	食事オーダーのマススタ依存		食形態の工夫	無～その他		
		食事形態(副食)	軟菜～あんかけ	フリー記載可能	食事オーダーのマススタ依存					
		食事形態(副食)	1/2量	フリー記載可能						
		摂取方法	経口、経管(鼻腔)、経管(胃瘻)、点滴(中心静脈栄養)、点滴(末梢静脈栄養)、その他(フリー入力)	フリー記載可能						
		摂取状況	全量摂取、半量摂取、半量以下、欠食	フリー記載可能						
		自立度	自立、器具などの使用が必要、人の援助や見守りが必要、人の援助や見守りおよび器具などの使用が必要、依存し自分では行わない							
		排尿	問題なし( )回/日、失禁、尿閉、排尿困難、その他(フリー入力)	フリー記載可能						
		排便	問題なし( )回/日、硬便、泥状便、水様便、血便、タール便、その他(フリー入力)	フリー記載可能						
		排便コントロール	自然、内服、座薬、浣腸、禁食							
排泄	排泄方法	最終排便日	月日			ADL等の生活に関する情報	排便コントロール	良好、下痢、便秘		
		トイレ、ポータブルトイレ、尿器、便器、オムツ、パット、消化器ストーマ、尿路ストーマ、膀胱留置カテーテル、導尿	フリー記載可能							
		自立度	自立、一部介助(フリー入力)、全介助	フリー記載可能						
		安静度	フリー、病棟内フリー、病室内、ベッド上フリー、絶対安静							
		移乗	自立、見守りまたは一部介助、全介助							
		移動	自立(歩行)、自立(杖または歩行器)、自立(車椅子自走)、車椅子介助、ベッドごと							
		整容	自立、セッティングなど一部介助、全介助							
		入浴	自立、見守りまたは一部介助、全介助、不可(清拭)							
		更衣	自立、見守りまたは一部介助、全介助							
		運動機能	障害なし、右片麻痺、左上肢麻痺、右上肢麻痺、右下肢麻痺、左上肢麻痺、左下肢麻痺、義手、義足、その他(フリー入力)	フリー記載可能						
排泄	排泄方法	排尿	問題なし( )回/日、硬便、泥状便、水様便、血便、タール便、その他(フリー入力)	フリー記載可能		ADL等の生活に関する情報	排便コントロール	良好、下痢、便秘		
		排便	問題なし( )回/日、硬便、泥状便、水様便、血便、タール便、その他(フリー入力)	フリー記載可能						
		排便コントロール	自然、内服、座薬、浣腸、禁食							
		最終排便日	月日							
		トイレ、ポータブルトイレ、尿器、便器、オムツ、パット、消化器ストーマ、尿路ストーマ、膀胱留置カテーテル、導尿	フリー記載可能							
		自立度	自立、一部介助(フリー入力)、全介助	フリー記載可能						
		安静度	フリー、病棟内フリー、病室内、ベッド上フリー、絶対安静							
		移乗	自立、見守りまたは一部介助、全介助							
		移動	自立(歩行)、自立(杖または歩行器)、自立(車椅子自走)、車椅子介助、ベッドごと							
		整容	自立、セッティングなど一部介助、全介助							
活動	移動	移動	自立(歩行)、自立(杖または歩行器)、自立(車椅子自走)、車椅子介助、ベッドごと			ADL等の生活に関する情報	移動	歩行、杖歩行、歩行器、車椅子、シルバーカー、その他		
		移動自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
		起居動作	自立、一部介助、全介助、見守り							
		整容自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
		爪切り自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
		髪剃り自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
		口腔ケアの自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
		清潔方法	入浴、シャワー浴、清拭、洗髪、陰部洗浄							
		清潔自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
		更衣自立度	自立、一部介助、全介助、見守り							
麻痺	有、無									
麻痺の部位(複数選択)	右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、手指、その他									





## 医療・介護レセプトの連携分析結果 1

研究協力者 次橋幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学)  
研究分担者 野田龍也、今村知明 (奈良県立医科大学 公衆衛生学)

### 研究要旨

医療・介護レセプトを連携させた奈良県 KDB データを用いて、以下の2通りの分析を行った。

#### 1) 胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析

75 歳以上の後期高齢者のうち、入院後に経腸栄養(胃ろう、鼻腔栄養)又は植込み型ポートからの中心静脈栄養が開始された患者について、人工栄養開始後 730 日の生命予後を疾病タイプ毎に分析した。その結果、後期高齢患者の約 58-87%が胃ろう、鼻腔栄養、植込み型ポートからの中心静脈栄養の開始から 730 日以内に死亡していた。さらに、非悪性腫瘍群においては、鼻腔栄養又は中心静脈栄養の開始後に胃ろう造設が行われた患者(Secondary GS)群では、鼻腔栄養又は中心静脈栄養の開始後に胃ろう造設されなかった患者(NGT、PN)群よりも生命予後が良好であった。

#### 2) 疾病発症が健康状態の終了に与える影響

健康寿命と代理指標として、死亡又は新たに要介護2以上となった状態を健康状態の終了と定義した。その上で、入院を必要とした疾病(大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患)の発症が、発症後1年以内の健康状態の終了に与える影響について、Standardized Mortality and Disability rate(SMDR)を用いて分析した。(標準化死亡率 Standardized Mortality rate(SMR)における「死亡」を「健康状態の終了」として扱い、これを SMDR と定義した。)本研究の結果から、高齢者における大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患による入院は、基準集団と比較して1年以内の健康状態の終了に3倍以上の影響を与えていることが明らかになった。

研究協力者 長野典子

2013 年度から 2018 年度まで(5 年間)の奈良県 KDB に含まれる医療レセプト及び 2018 年度(1 年間)の介護レセプトに含まれる以下の対象者

### A. 研究目的

奈良県国保データベース(KDB)の医療及び介護レセプトデータを用いて、以下2通りの分析を行った。

1) 胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析

2) 疾病発症が健康状態の終了に与える影響

国民健康保険加入者	約 37 万人
後期高齢者医療制度加入者	約 17 万人
介護保険要介護認定者	約 7 万人

### B. 研究方法

#### 1. 対象データ

#### 2. 医療と介護レセプトの突合

以下3通りの名寄せ用 ID(KDBHID)を作成後、KDB 被保険者台帳の各 KDBHID の紐付け情報を用いて、医療と介護レセプトを突



合した。

- ・ 国民健康保険：保険者番号、被保険者記号、被保険者番号、生年月、性別
- ・ 後期高齢者医療制度：被保険者番号
- ・ 介護保険：保険者番号、被保険者番号
- ・

### 3. 死亡及び死亡日の定義

KDB 被保険者マスタにおける「資格失効事由」が「死亡」である場合、その「資格失効日」を死亡日と定義した。

### 4. 健康状態の終了

健康寿命については、国民生活基礎調査における「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という設問から、「日常生活に制限のない期間の平均」として定義されている。近年では、介護保険データを用いた「日常生活動作が自立している期間（要介護2以上になるまで）の平均」が補完的指標として活用されつつある。そこで、本研究では介護保険データ（要介護度）を用いて、過去2年間に有効であった「最新要介護度」から要介護2未満（未認定、非該当、要支援1、要支援2、要介護1）から、死亡又は新たに要介護2以上となった状態を「健康状態の終了」と定義した。

（倫理面への配慮）

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査会の承認を得て実施された。研究成果の報告に際しては、奈良県の公開審査において承認を得た。

### C/D. 研究概要・結果・考察

1) 胃ろう等の人工栄養開始後の生存期間分析  
対象：2014年4月から2016年3月までの入院期間中に胃ろう（以下、GS）（N=770）、鼻腔栄養（以下、NGT）（N=2,370）、植込み型ポートからの中心静脈栄養（以下、PN）（N=408）を受けた75歳以上の患者3,548人

を分析対象とした。GS群については胃ろう造設術の365日以内にNGT又はPNが先行して実施されていたSecondary GS（N=400）群と、先行するNGT又はPNの記録の無かったPrimary GS（N=370）群に分類した。

アウトカム：人工栄養開始から730日以内の死亡率

統計解析：対象を悪性腫瘍群と非悪性腫瘍群に分けた上で、人工栄養開始後730日までの生存曲線を作成した。さらに、性、年齢、併存疾患、病院タイプで調整したCox回帰分析を行い、人工栄養タイプ毎の死亡率を比較した。

結果：対象となった3,548名のうち、2,384名（67%）が人工栄養開始後730日以内に死亡していた。Secondary GS、Primary GS、NGT及びPN群の2年死亡率は、非悪性腫瘍群で58%、66%、68%、83%、悪性腫瘍群では67%、71%、74%、87%であった。Cox回帰分析の結果、非悪性腫瘍群では、PNと比較してSecondary GS（Hazard Ratio: HR）=0.43、95%CI: 0.34-0.54）、Primary GS（HR=0.51、95%CI: 0.40-0.64）、およびNGT（HR=0.71、95%CI: 0.58-0.87）と開始後2年以内の死亡率が有意に低かった。

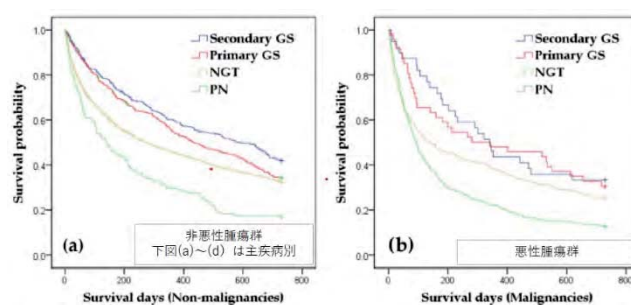


図1. 非悪性腫瘍群（左）と悪性腫瘍群（右）の人工栄養開始後730日以内の予後

考察：後期高齢患者の約58-87%がGS、NGT、PNによる人工栄養開始後730日以内に死亡していた。非悪性疾患群において、鼻腔栄養又は中心静脈栄養の開始後に胃瘻造設が行われた患者は、鼻腔栄養又は中心静脈栄養が行

われた患者よりも人工栄養開始から2年以内の生命予後が良好であった。後期高齢者に対して人工栄養を開始する際には、その有効性と限界を考慮した治療選択が求められる。

## 2) 疾病発症が健康状態の終了に与える影響

対象：奈良県 KDB に含まれる 65 歳以上の高齢者

曝露（疾病）：以下3通りの方法を用いて大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患の発症を定義した。

- ①入院病名に大腿骨近位部骨折があり、かつ観血的手術又は非観血的整復術が行われた入院
- ②主病名に肺炎の病名を含む DPC 入院
- ③主病名に脳血管疾患の病名を含む DPC 入院

比較（基準集団）：全ての高齢者（約 28.5 万人）

アウトカム：疾病発症による入院から1年以内に健康状態が終了した実患者数と、基準集団から算出された期待患者数の比に100を乗じた値を SMDR（Standardized mortality and disability rate）と定義して、疾病①②③の SMDR を算出した。

性別	年齢層	観察集団		基準集団		期待数
		人数	健康状態の終了%	人数	健康状態の終了%	
男性	65-69歳	1,50	10	28,991	6.7	3.1
	70-74歳	49	20	22,234	5.4	3
	75-79歳	180	35	23,143	1.247	7
	80-84歳	230	120	18,487	1.591	21
	85-89歳	170	110	8,116	1.397	26
	90-94歳	70	50	2,425	588	17
95-99歳	20	14	372	153	7	
100歳以上	10	10	24	17	9	
合計		2,200	40.4	124,892	5.387	3.88

① 観察集団の人数	×	② 基準集団の健康状態の終了%	=	③ 期待数		
SMDR =		④ 観察集団の健康状態の終了数 (計)	÷	⑤ 期待数 (計)	×	100

図 2. SMDR の定義

結果：大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患の患者数は 3,916 人、5,388 人、8,132 人であった。このうち入院後1年以内に健康寿命を終了した患者数（%）はそれぞれ 1,953 人（50%）、1,907 人（35%）、2,376 人（29%）であった。各疾患の性別 SMDR は、大腿骨骨

折（男性 518、女性 417）、肺炎（432、320）、

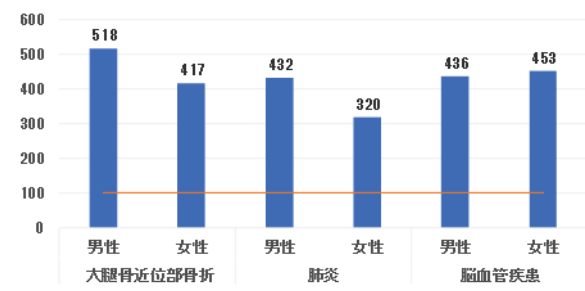


図 3. 疾患別 SMDR の比較

考察：高齢者における大腿骨近位部骨折、肺炎、脳血管疾患による入院は、基準集団と比較して1年以内の健康状態の終了に3倍以上の影響を与えていた。SMDR を疾病間で比較することによって、健康寿命の延長を目指した効率的な介入につなげられる可能性がある。

## E. 結論

奈良県 KDB データを活用して、特定の医療行為（人工栄養の開始）から死亡までの生存期間分析と、健康状態の終了をアウトカムとして SMDR を用いた分析を行った。今後、医療・介護レセプトを用いて定義可能な診療行為とその実施日、病名定義等を用いて、同様の分析を他の診療行為や疾病発症に応用させることが可能である。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

Tsugihashi Y, Akahane M, Nakanishi Y, Myojin T, Kubo S, Nishioka Y, Noda T, Hayashi S, Furihata S, Higashino T, Imamura T. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: A population-based cohort study. BMC Geriatrics 2021; 21 (1): 80.

## 2. 学会発表

次橋幸男, 赤羽 学. 医療・介護レセプトデータを用いた疾病発症が健康寿命に与える影響の比較. 日本リハビリテーション医学会秋季学術発表会. 2020. 11.20, 神戸

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 奈良県 KDB 様データを用いた百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較

研究協力者 中西 康裕<sup>1,2</sup>, 赤羽 学<sup>2</sup>

研究分担者 今村 知明<sup>1</sup>, 野田 龍也<sup>1</sup>, 西岡 祐一<sup>1</sup>

(1. 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 2. 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

### 研究要旨

本研究では、奈良県 KDB 様データの医療レセプトデータを用いて後期高齢者医療制度加入者の死亡前医療費の分析を行った。2014年4月～2018年3月の4年間に死亡した計34,317人(うち100-104歳872人, 105-109歳78人)を対象に死亡前1年間に発生した入院医療費及び入院外医療費を30日(1ヵ月)ごとに性別, 5歳年齢階級別に算出した結果, 百寿者の死亡前医療費は非百寿者と比較して低い傾向にあり, 特に105-109歳(超百寿者)において最も低いことが明らかとなった。また, 死亡前1年間における入院患者割合を年齢階級別に分析した結果, 100-104歳では31.4%が, 105-109歳では44.9%が死亡前1年間において1度も入院することなく死を迎えていることが明らかとなった。

### A. 研究目的

日本及び世界における百寿者(100歳以上の長寿者, centenarian)の数は年々増加傾向にあり, 超百寿者(105-109歳の長寿者, semi-supercentenarian), スーパーセンテナリアン(110歳以上の長寿者, supercentenarian)の数も増え続けている。

百寿者が身体障害(disability)を有する割合は非百寿者(100歳未満)と比較して高くなるものの, 百寿者は死亡に至る前の重篤な期間が他の年齢層と比較してより短い傾向にあることが先行研究により指摘されている。これらの研究は“Compression of morbidity”(不健康期間の圧縮)という理論に端を発するものであり, その後の多くの百寿者研究によって, そうした傾向はスーパーセンテナリアンに近づくほど顕著である可能性が示唆されている。

また, 医療経済に焦点を当てた先行研究では, 高齢者の死亡前医療費は年齢層が上がるほど減少することが指摘されている。こうした現象は, アメリカ, イギリス, カナダ, オランダなど, 医療制度が異なる国々で同様であり, 日本の研究事例でも同様の傾向が報告されている。しかし, 先行研究のほとんどは85歳以上や95歳以上が一括りで分析されており, 百寿者の性別, 年齢別の詳細な死亡前医療費は未だ明らかでない。

本研究では, 大規模レセプトデータを用いて, 百寿者と非百寿者の死亡前1年間に発生する30日(1ヵ月)ごとの医療費を性別, 年齢階級別に算出し, 比較・分析した。

### B. 研究方法

奈良県 KDB 様データにおける2013年4月～2018年3月まで(5年間)の医療レセプトデー

タを用いた。2014年4月～2018年3月の4年間に死亡した75～109歳の後期高齢者医療制度加入者を対象に、入院患者数、入院外患者数、入院医療費、入院外医療費をそれぞれ抽出した。分析対象とする死亡者は、被保険者マスタの資格喪失日とレセプトの最終日の乖離が0日または1日の者とした。

死亡日から遡り1年間に発生した入院及び入院外医療費、さらに入院患者割合を算出し、性別、5歳年齢階級別で比較した(1年間及び30日ごとで算出)。入院医療費は医科入院レセプト及びDPCレセプトから抽出し(食事・生活療養費を含む)、入院外医療費は医科入院外レセプト及び調剤レセプトから抽出した。算出した医療費は120円を1ドル(USD)と換算し、結果をドルで示した。

医療費と年齢階級の関係については、Jonckheere-Terpstra検定を行うことにより、傾向性の有無を確認した。統計解析にはIBM SPSS Statistics Version 27.0 for Windowsを使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。

また、奈良県KDB様データより抽出した死亡者数の妥当性は、厚生労働省により公開されている「人口動態統計」を参照し検証した。

(倫理面への配慮)

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の承認を得て実施された(承認番号:1123)。

### C. 研究結果

抽出した死亡者数は、男女合計で34,317人であった。100-104歳の年齢階級では872人、105-109歳では78人が抽出された。

死亡前1年間に発生した総医療費の中央値を年齢階級別に見ると、入院外医療費は105-109歳でやや上昇するものの、年齢階級が上がるほど総医療費の中央値は低下し、105-109歳で最も低くなった( $p < 0.001$ )。入院医療費のみでも、総医療費と同様最も低い年齢階級は105-109歳

であり、最も高い年齢階級は75-79歳であった( $p < 0.001$ )。入院患者割合においても、年齢階級が上がるほど割合は低下し、105-109歳で最も低くなった(表1-1)。医療費及び入院患者割合ともに、性別による傾向の違いはほとんど見られなかった(表1-2及び1-3)。

表1-1: 性・年齢階級別死亡前1年間の医療費(全体)

	死亡者(人)	%	総医療費			入院医療費			入院外医療費			入院患者割合 %
			中央値(USD)	Q1	Q3	中央値(USD)	Q1	Q3	中央値(USD)	Q1	Q3	
全体	34,317		19,693	8,885	37,427	17,216	7,212	34,306	3,430	1,817	6,208	88.0
男性	16,202	47.2	22,442	10,948	40,533	17,946	7,640	35,062	3,914	2,068	7,079	92.2
女性	18,115	52.8	17,190	7,294	34,279	16,479	6,800	33,402	3,045	1,638	5,422	84.2
年齢階級												
75-79	4,551	13.3	28,624	14,265	48,420	21,094	9,162	40,526	4,849	2,433	9,410	94.7
80-84	8,076	23.5	24,273	11,915	43,216	19,096	8,233	37,547	4,090	2,168	7,282	93.1
85-89	9,593	28.0	19,935	9,398	36,471	17,444	7,094	33,703	3,395	1,842	5,886	89.5
90-94	7,687	22.4	15,648	7,425	30,505	15,029	6,455	30,479	2,899	1,568	5,088	84.2
95-99	3,460	10.1	12,366	5,010	24,953	13,457	5,614	26,927	2,633	1,469	4,432	76.8
100-104	872	2.5	9,399	4,003	19,458	11,508	4,675	22,933	2,392	1,383	4,596	68.6
105-109	78	0.2	8,321	3,003	20,483	11,440	5,221	22,495	2,621	1,232	5,131	55.1

表1-2: 性・年齢階級別死亡前1年間の医療費(男性)

	死亡者(人)	%	総医療費			入院医療費			入院外医療費			入院患者割合 %
			中央値(USD)	Q1	Q3	中央値(USD)	Q1	Q3	中央値(USD)	Q1	Q3	
全体	16,202		22,442	10,948	40,533	17,946	7,640	35,062	3,914	2,068	7,079	92.2
75-79	2,960 <sup>a</sup>	18.0 <sup>a</sup>	29,011	14,790	48,724	20,302	8,998	39,906	5,068	2,500	9,594	95.8
80-84	4,802	29.6	25,418	13,048	44,306	19,261	8,427	37,418	4,331	2,326	7,736	94.5
85-89	4,765	29.4	20,866	10,534	37,595	17,557	7,182	33,497	3,679	2,019	6,432	91.7
90-94	2,743	16.9	17,426	8,893	32,005	14,891	6,539	30,385	3,247	1,735	5,634	88.6
95-99	797	4.9	14,161	6,990	27,547	13,534	6,287	27,338	3,001	1,675	4,842	83.3
100-104	131	0.8	14,835	6,475	29,597	14,595	6,556	33,449	2,883	1,783	5,473	78.6
105-109	- <sup>b</sup>	-	8,337	4,027	20,044	9,335	1,390	28,861	3,947	146	11,694	50.0

a 最小集計単位の原則に基づき、10未満の集計単位(男性の105-109歳の死亡者数)は表示できない。

b 男性における105-109歳の死亡者数の逆算を防ぐ

ため、75-79歳の死亡者数は一の位を四捨五入した。

c 男性における75-79歳の死亡者数の逆算を防ぐため、75-79歳の割合(%)は少数第一位を四捨五入した。

表 1-3：性・年齢階級別死亡前1年間の医療費(女性)

	死亡者(人)	%	総医療費			入院医療費			入院外医療費			入院患者割合 %
			中央値(USD)	Q1	Q3	中央値(USD)	Q1	Q3	中央値(USD)	Q1	Q3	
全体	18,115		17,190	7,294	34,279	16,479	6,800	33,402	3,045	1,638	5,422	84.2
75-79	1,600 <sup>a</sup>	9.0 <sup>c</sup>	27,869	13,478	47,464	22,183	9,671	41,755	4,354	2,215	8,840	92.8
80-84	3,274	18.1	22,346	10,507	41,308	18,744	7,847	37,947	3,733	1,963	6,642	91.1
85-89	4,828	26.7	18,906	8,401	35,190	17,259	6,957	34,028	3,118	1,676	5,294	87.4
90-94	4,944	27.3	14,682	6,647	29,571	15,055	6,379	30,637	2,739	1,486	4,775	81.7
95-99	2,663	14.7	11,570	4,630	23,856	13,441	5,516	26,883	2,539	1,422	4,289	74.9
100-104	741	4.1	8,624	3,756	18,025	10,586	4,554	21,718	2,308	1,348	4,480	66.8
105-109	- <sup>a</sup>	-	8,321	2,851	20,483	11,440	5,380	22,495	2,619	1,234	5,101	55.7

a 女性の105-109歳の死亡者数は10人以上であるものの、男性の105-109歳の死亡者数の逆算を防ぐため表示できない。

b 女性における105-109歳の死亡者数の逆算を防ぐため、75-79歳の死亡者数は一の位を四捨五入した。

c 女性における75-79歳の死亡者数の逆算を防ぐため、75-79歳の割合は少数第一位を四捨五入した。

※Q1及びQ3は、それぞれの医療費の第一四分位数及び第三四分位数を示している。

奈良県KDB様データより抽出した死亡者数を人口動態統計の死亡データで検証した結果は、全体で83.2%の捕捉を確認した(表2)。

表 2：人口動態統計を用いた死亡者数の検証

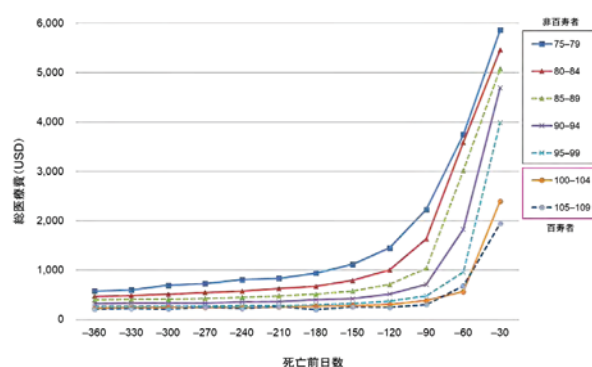
データ	奈良県KDB様データ(KDB)	人口動態統計(厚労省)	比較
期間	2014年4月~2018年3月(48ヵ月)	2014年1月~2017年12月(48ヵ月)	KDB/厚労省
年齢階級	死亡者数(人)	死亡者数(人)	比率(%)
全体	34,317	41,232	83.2

75-79	4,551	5,593	81.4
80-84	8,076	9,753	82.8
85-89	9,593	11,431	83.9
90-94	7,687	9,058	84.9
95-99	3,460	4,171	83.0
100-104	872	1,128	77.3
105-109	78	93	83.9

※人口動態統計には医療機関外での死亡も含まれる。  
 ※奈良県KDB様データには生活保護など一定のバイアスのかかる患者データが含まれない。

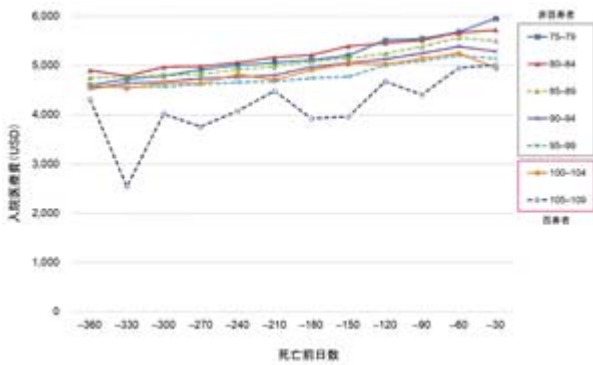
死亡前医療費の中央値を1ヵ月ごとに5歳年齢階級別に算出した結果は、死亡前30日間の総医療費では年齢階級が上がるほど低下する傾向にあり、105-109歳で1,945ドルと最も低かった。入院医療費では、死亡前30日間の中央値が105-109歳で5,012ドルと2番目に低く、100-104歳で4,950ドルと最も低かった。しかし、入院外医療費のみでは、死亡前30日間の中央値が105-109歳で585ドルと最も高く、75-79歳は558ドルと2番目に高い結果となった(図1-1~1-3)。

図 1-1：死亡前1年間に発生した年齢階級別1人当たり総医療費の中央値



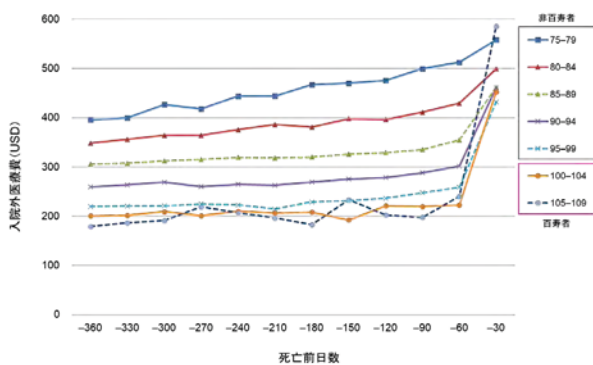
※1人当たり総医療費の中央値とは、死亡前30日(1ヵ月)ごとに入院または入院外医療費が発生した患者の医療費の中央値。

図 1-2 : 死亡前 1 年間に発生した年齢階級別 1 人当たり入院医療費の中央値



※1人当たり入院医療費の中央値とは、死亡前30日ごと（1ヵ月ごと）で入院医療費が発生した患者の医療費の中央値。

図 1-3 : 死亡前 1 年間に発生した年齢階級別 1 人当たり入院外医療費の中央値



※1人当たり入院外医療費の中央値とは、死亡前30日ごと（1ヵ月ごと）で入院外医療費が発生した患者の医療費の中央値。

入院患者割合を死亡日から遡って1ヵ月ごとに性別、5歳年齢階級別に算出した結果は、およそ死亡前6ヵ月付近から、年齢階級が上がるにつれ入院患者割合は低下する傾向にあった（図 2-1～2-3）。

図 2-1 : 死亡前 1 年間における年齢階級別入院患者割合（全体）

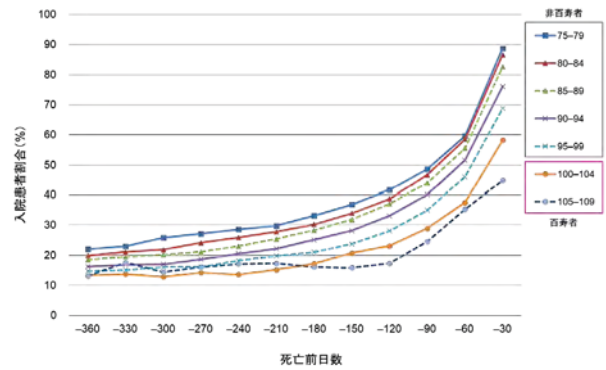


図 2-2 : 死亡前 1 年間における年齢階級別入院患者割合（男性）

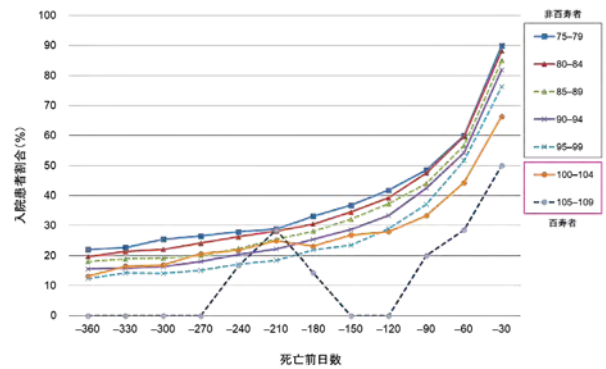
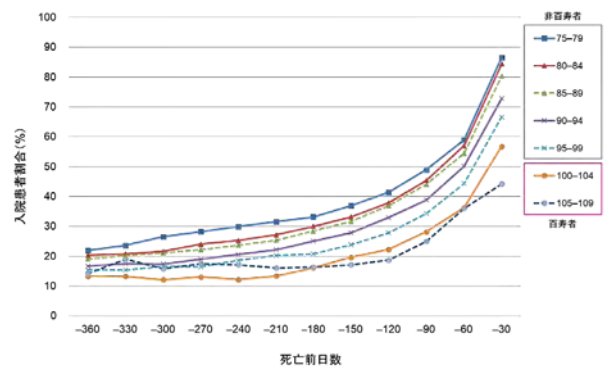


図 2-3 : 死亡前 1 年間における年齢階級別入院患者割合（女性）



※入院患者割合は、死亡前30日（1ヵ月）ごとで入院医療費が発生した患者数を入院医療費及び／または入院外医療費が発生した患者数で除することで算出。

#### D. 考察

本研究では、大規模レセプトデータを用いた分析により、百寿者の死亡前1年間に発生する医療

費は非百寿者と比較して低い傾向にあり、特に超百寿者（105-109歳）において最も低いことが明らかとなった。また、死亡前1年間の入院患者割合を分析した結果、100-104歳の年齢階級では31.4%が、105-109歳の年齢階級では44.9%が死亡前1年間に1度も入院することなく死を迎えていることが明らかとなった。百寿者及び超百寿者の死亡前医療費を1ヵ月ごとに性別、5歳年齢階級別に明らかにした研究としては、本研究が初の知見となる。

本研究結果は、これまで日本や欧米の百寿者を対象に行われたコホート研究（臨床研究）の結果を鑑みても、妥当であると解釈できる。

研究の限界としては、本研究では死因に関する情報が扱えなかったこと、また都道府県規模の研究であるためサンプルサイズが限定的でありスーパーセンチナリアン（110歳以上）を分析対象とできなかったことが挙げられる。

## E. 結論

大規模レセプトデータを用いて死亡前医療費の分析を行った結果、百寿者の死亡前1年間に発生する医療費は、非百寿者と比較して低い傾向にあることが明らかとなった。今後、入院日数や外来受診日数、さらに介護レセプトデータとの突合により介護費、要介護度等も考慮することで、医療費と紐づけた死亡前の受療実態に着目した分析が可能となる。

## 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

中西康裕，次橋幸男，赤羽学，野田龍也，明神大也，久保慎一郎，西岡祐一，東野恒之，今村知明.  
百寿者の人口動態と大規模レセプトデータを用

いた百寿者研究の今後. 第62回日本老年医学会総会シンポジウム12「百寿者研究はどこから来て、どこへ行くのか」:WEB開催,2020年8月.(講演)

中西康裕，次橋幸男，赤羽学，野田龍也，明神大也，久保慎一郎，西岡祐一，東野恒之，今村知明.  
大規模レセプトデータを用いた百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較. 第79回日本公衆衛生学会総会 A-14-1-3:WEB開催,2020年11月.  
(学会発表)

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし



## レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける 指定難病病名の収載状況について

研究分担者 今村 知明(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)  
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)  
研究分担者 西岡 祐一(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)

### 研究要旨

現在傷病名には ICD-10、指定難病の告示病名、告示指定難病以外の疾病名(以下、告示以外の難病名)、厚生労働省が提供する傷病名マスターと医療情報システム開発センター発行の標準病名マスターが存在する。先行研究にて各マスター間で病名に差異があることが明らかになっている。そこで、指定難病を中心に先行研究以降 2020 年 5 月と 11 月、2021 年 1 月に再調査を行った。各時点で最新の指定難病名一覧を厚生労働省ホームページより、告示以外の難病名を難病情報センターより入手。標準病名マスターは「標準病名マスター作業班」サイトより最新の病名を検索し、収載状況を把握。また、その対照表を作成し先行研究と比較した。結果、指定難病名は 333 件、告示以外の難病名は 1259 件であった。最初の調査以降、告示以外の難病名が各マスターに 3 件追加されており、継続的なマスター整備が行われていることが明らかになった。一方で指定難病名が未登録の病名、各マスター間で病名の差異が存在した。適切な保険診療、標準化において継続的なマスター整備が必要であると考える。

### 研究協力者

菅野 沙帆、久保 慎一郎  
(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)

### A. 研究目的

日本は医療保険を利用した保険診療が行われているが、保険診療が適切に行われるために保険医の診療録記載の義務が健康保険法にて定められている。また、診療録は診療経過の記録であると同時に診療報酬請求の根拠でもあり、医師は正確な傷病名を記載する必要がある。

現在、傷病名には世界保健機関(WHO)により作成された ICD-10 に準拠し、厚生労働省が日

本語版を作成した ICD-10、厚生労働省が提供する医療保険請求に係る傷病名マスターと医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)発行の標準病名マスターが存在する。その他、指定難病の告示病名があり、指定難病とは、難病法にて定められた医療費助成の対象となる疾患であり、数百種類が対象となっている。また、指定難病と医学的に同疾患である、病型、類縁疾病、別名等が含まれた告示病名以外の難病名が存在する。

これら傷病名と各マスター間の収載状況を調査した先行研究にて病名の相違やマスターに未登録の疾患が存在することが明らかとなっている。近年情報連携の効率化や質の高い医療の提供

を目指し医療情報の活用が進められている中、その標準化が求められている。このような標準化の流れにおいて医療用語やコード等の統一は不可欠である。そこで、先行研究以降の収載状況について2020年5月と11月、2021年1月に再調査を行った。

## B. 研究方法

### 1. 指定難病一覧の入手

2020年5月と11月、2021年1月時点で最新の指定難病一覧を厚生労働省ホームページ、健康政策の指定難病ページよりExcel形式でダウンロードした。

### 2. 告知以外の難病名一覧の入手

2020年5月時点で最新の告示以外の難病名一覧を難病情報センターのホームページより入手した。全指定難病における告知以外の難病名の情報が記載されている。

### 3. MEDIS 標準病名マスターの検索

「標準病名マスター作業班」サイトより、2020年4月1日改訂のマスターで病名を検索した。

「標準病名マスター病名検索」ページより、病名を入力し、標準病名マスターと傷病名マスターに収載されているものを確認した。「病名交換用コード」には索引用語が記載されており、その病名の別名やカタカナ表記が含まれている。

### 4. 先行研究との比較

先行研究が行われた2019年以降の指定難病、告示以外の難病名と標準病名マスター、傷病名マスターの間で新規追加された病名、削除された病名等収載状況を調査し、Excelで対照表を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査会の承認を得て実施された。

## C. 研究結果

2020年5月時点で指定難病名は333件、告示以外の難病名は1259件であった。指定難病名、告示以外の難病名、標準病名マスター、傷病名マスターの収載状況について、対照表を作成した調査結果を資料①に示す。

### 1. 標準病名マスター、傷病名マスターについて

2020年11月時点では各マスターの収載状況に変化は無かったが、2021年1月時点では各マスターに新規登録された告示以外の難病名は「再発寛解型多発性硬化症」「一次性進行型多発性硬化症」「二次性進行型多発性硬化症」の3件であった。また、標準病名マスター及び傷病名マスターに未登録の疾患があり、指定難病は、「ライソゾーム病」「下垂体性ADH分泌異常症」「先天性副腎皮質酵素欠損症」など7件、告示以外の難病名は507件存在した。加えて、標準病名マスターには存在し、傷病名マスターに存在しないものも71件あった。新規追加された告示以外の難病名一覧を資料②に、各マスターに未登録の指定難病名一覧を資料③に示す。

### 2. 病名が一致しないもの、一文字異なるもの

登録されている病名が、同一疾患であっても指定難病名や告示以外の難病名や標準病名マスター、傷病名マスターで一致しないものや一文字異なるものがあった。病名が一致しないものは198件、そのうち大文字小文字の違いは119件であった。例えば、「糖原病IV型」の互換病名である「アンダーソン病」は各マスターにおいては「アンダーソン病」、「ハッチンソン・ギルフォード症候群」は「早老症」と表記されていた(表1)。各マスター間で病名が一致しないもの一例を資料④に示す。

(表 1) 病名が一致しない、一文字異なっている病名の例

告示番号	指定難病名 及び 告示病名以外の指定難病対象疾病名	MEDIS標準マスター 及び レセプト傷病名マスター
38	ステイーヴンス・ジョンソン症候群	ステイーヴンス・ジョンソン症候群
90	網膜色素変性症	網膜色素変性
102	ルビンスユタイン・テイビ症候群	ルビンスタイン・テイビ症候群
299	嚢胞性線維症	のう胞性線維症
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群	早老症

### 3. 病名が索引用語のみに登録されているもの

告示以外の難病名がその病気の代表的な疾患ではなく、その病気の別名として利用する病名が含まれている、索引用語のみに登録されているものがあつた。例えば、「脈無し病」や「ウェグナー肉芽腫症」、「高月病」等は索引用語のみに登録されていた。

### 4. 同一病名が複数告示指定難病名に登録されているもの

指定難病名に同一病名が複数登録されている病名があつた。例えば、指定難病名の「バージャー病」は「IgA 腎症」の告示以外の難病名に、「ネザートン症候群」は指定難病名の「先天性魚鱗癬」と「原発性免疫不全症候群」に記載されていた(表 2)。同一病名が複数指定難病名に登録されているものを資料⑤にまとめた。

(表 2) 同一病名が複数指定難病名に記載されている例

告示病名以外の指定難病対象疾病名	告示番号	指定難病名
バージャー病	47	バージャー病
	66	I g A 腎症
22q11.2欠失症候群	65	原発性免疫不全症候群
	203	22q11.2欠失症候群
神経フェリチン症	120	遺伝性ジストニア
	121	神経フェリチン症
単心室循環器症候群	210	単心室症
	211	左心低形成症候群
	212	三尖弁閉鎖症
	214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
ネザートン症候群	160	先天性魚鱗癬
	65	原発性免疫不全症候群

### 5. 傷病名マスターに未登録のもの

標準病名マスターの索引テーブルには存在し、傷病名マスターに収載されていないものが 71 件あつた。例えば、「デビック病」や「Baló 病(バ

ロー同心円硬化症)」、「ムコリピドーシス II 型」等である。傷病名マスターに未登録の疾患名の一列を資料⑥に示す。

## D. 考察

マスターの収載状況を追跡した結果、各マスターに病名が新規追加されていることから継続的にマスター整備が行われていることが明らかになった。また、各マスターに病名が未登録のものはあるが、索引テーブルに新たに病名が追加されており、別名での検索可能範囲が増えたことが考えられる。一方で、指定難病名が未登録の病名、病名が一致しないもの、一文字異なるものが存在する。また同一病名が複数指定難病名に登録されていたり、代表的な病名ではなく別名の病名が登録されていたりする等、一部整理されていないものもあることが明らかになった。

病名には「風邪」を「感冒」と表現するなど同一疾患であっても病名の異なるもの、臨床現場で長い間区別されずに使用されてきたものが多数存在するだけでなく、大文字小文字の違い、ひらがな、カタカナ、漢字の表記違いなども存在する。これらに対応するため、MEDIS にて 2006 年以降標準病名マスターが改訂を重ね作成され、多くの病名を網羅できるようになっている。しかし、全ての病名を網羅しているわけではなく、マスターの追加や削除、修正は常に検討されている。このメンテナンスの作業には、各領域の班会議や学会にて審議されているが、全用語を一つに絞ることは困難であると同時に多大な時間と労力を要する。

加えて、難病は希少な疾患が多いこともあり、指定難病名以外の別名が多いことや、今後も絶え間なく研究され新たな病気が発見される可能性がある。このことから、指定難病名においても各病名の定義が一部整理されていない状態であることが考えられる。これらのことが、マスターに未登録の病名や異なる病名等が混在する要因の一つであると考えられる。

疾患の概念が同じで病名が異なる場合でも検

索できるよう、索引用語として多数の疾患名が登録されているが、未登録の疾患や上手く病名を検索できない場合は未コード化傷病名(傷病名コード「0000999」)を使用して、病名を入力している現状がある。未コード化傷病名のうち約80%は基本病名が存在しているとの報告もあり、用語が存在していても紐づけされていないという課題がある3)。また、近年では多くの医療機関において電子カルテが使用されており、診療録を使用したレセプト研究が進められている。診療録を分析することで新たな医学的知見を得ることができ、さらなる医学の発展が期待される重要なデータであるといえる。

この点においても病名の標準化、誰もが正確に記載できるようなマスター整備は必須であると考える。そのため、新規疾患や既に登録されている疾患の同義語や別名を新たに登録する際にはその疾患と紐付けできるよう各専門領域の団体と連携を行うことが重要である。マスターの作成側、疾患定義を整理した上で新規登録の要望を出す各専門領域の団体と双方が協力し、各マスターと疾患との差異を減らしていく仕組みを構築する必要があると考える。

## E. 結論

継続的にマスター整備が進められていることが明らかとなった。一方、各マスター間及び病名が一部整理できていないため改善が必要である。各関係団体が連携し、その差異を無くすような仕組みを構築することが望まれる。

## 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

菅野沙帆, 久保慎一郎, 西岡祐一, 野田龍也, 今

村知明: レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について. 第40回医療情報学連合大会.

2020年11月20日. 浜松

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 資料一覧

- 資料① 難病名、各種マスター間の対照表の一例
- 資料② 各マスターに新規追加された告示以外難病名
- 資料③ 各マスターに未登録の指定難病名
- 資料④ 各マスター間で病名が一致しないもの
- 資料⑤ 同一病名が複数指定難病名に登録
- 資料⑥ 傷病名マスターに未登録の疾患名

### 【資料①】 難病名、各種マスター間の対照表の一例

#### ▼難病情報センター、MEDIS 標準病名マスター、傷病名マスターの対照表の一例

難病情報センター		MEDIS標準病名マスター				傷病名マスター	
指定難病名	告示病名以外の指定難病対象疾病名	病名交換用コード	病名管理番号	索引用語No.	索引用語	傷病名マスター	傷病名基本名称
大脳皮質基底核変性症	大脳皮質基底核変性症	G238	20084775	1	大脳皮質基底核変性症	8841403	大脳皮質基底核変性症
				2	皮質基底核変性症		
ハンチントン病	ハンチントン病	G10	20052543	1	ハンチントン病	8843948	ハンチントン病
				2	ハンチントン舞蹈病		
				3	HUNTINGTON病		
				4	HUNTINGTON舞蹈病		
	若年型ハンチントン病	G10	20095515	1	若年型ハンチントン病	8846154	若年型ハンチントン病
				2	若年型HUNTINGTON病		
神経有棘赤血球症	神経有棘赤血球症	E786	20100461	1	神経有棘赤血球症	8848266	神経有棘赤血球症
	有棘赤血球舞蹈病		20077381	1	有棘赤血球舞蹈病	3335006	有棘赤血球舞蹈病
	Mcleod症候群		20100640	1	マクラウド症候群	8848306	マクラウド症候群
				2	MCLEOD症候群		

### 【資料②】 各マスターに新規追加された告示以外難病名

- ・ 指定難病名「多発性硬化症／視神経脊髄炎」の告示以外の難病名 3 件が標準病名マスター及び傷病名マスターに新規追加されていた。

#### ▼MEDIS 標準病名マスター及びレセプト傷病名マスターに新規追加された告示以外の難病名一覧

告示番号	指定難病名	告示病名以外の指定難病対象疾病名
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	再発寛解型多発性硬化症
		一次性進行型多発性硬化症
		二次性進行型多発性硬化症

【資料③】各マスターに未登録の指定難病名

- ・MEDIS 標準病名マスター及びレセプト傷病名マスターに指定難病名が未登録のため病名を検索できない

▼MEDIS 標準病名マスター及びレセプト傷病名マスターに未登録の告示指定難病一覧

告示番号	指定難病名
19	ライソゾーム病
72	下垂体性ADH分泌異常症
74	下垂体性PRL分泌亢進症
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
81	先天性副腎皮質酵素欠損症
98	好酸球性消化管疾患
138	神経細胞移動異常症

【資料④】各マスタ間で病名が一致しないもの

- ・病名が一致しないもの 198 件、その内大文字小文字の違い 119 件（全 2670 件中）

▼各マスタ間で病名が一致しないものの一例

告示番号	指定難病名	告示病名以外の指定難病対象疾病名	MEDIS標準マスター	レセプト傷病名マスター
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群		スティーヴンス・ジョンソン症候群	
90	網膜色素変性症		網膜色素変性	
102	ルビンシュタイン・ティビ症候群		ルビンスタイン・ティビ症候群	
299	嚢胞性線維症		のう胞性線維症	
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群		早老症	

【資料⑤】同一病名が複数指定難病名に登録

- ・同一病名が複数の指定難病名にまたがって登録されている

▼同一病名が複数指定難病名に登録されているもの

告示病名以外の指定難病対象疾病名	告示番号	指定難病名
バージャー病	47	バージャー病
	66	IgA腎症
22q11.2欠失症候群	65	原発性免疫不全症候群
	203	22q11.2欠失症候群
神経フェリチン症	120	遺伝性ジストニア
	121	神経フェリチン症
単心室循環器症候群	210	単心室症
	211	左心低形成症候群
	212	三尖弁閉鎖症
	214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
ネザートン症候群	160	先天性魚鱗癬
	65	原発性免疫不全症候群

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)  
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」  
分担研究報告書(令和2-3年度)

( 奈良県および長野県 KDB を用いた分析 )

研究代表者 今村 知明(奈良県立医科大学)  
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学)  
西岡 祐一(奈良県立医科大学)  
赤羽 学(国立保健医療科学院長)  
研究協力者 中西 康裕(奈良県立医科大学/国立保健医療科学院)  
次橋 幸男(奈良県立医科大学)

研究要旨

2025年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県では、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めるため、公立・公的・民間医療機関における再編統合を含む対応方針の策定や検証・見直しを行っている。本研究では、奈良県ならびに長野県のKDBデータベースを用いて、国が分析していない回復期・慢性期医療に係る診療行為の提供状況について分析を行った。この結果を用いて、地域医療構想調整会議等での議論の活性化を今後図っていく。

A. 研究目的

地域医療構想実現のため、各都道府県では公立・公的病院の再編・統合等対策を進めている。公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証の議論を進めるにあたり、国が分析していない回復期・慢性期医療に係る診療行為の提供状況をKDBを用いて分析し、地域医療構想調整会議等での議論の活性化を図る。

B. 研究方法

①データベースの構築

これまでに構築済みの奈良県KDB(2013年度~2018年度)に2019年度、2020年度分データを加え、1患者化、死亡フラグの付与を実施する。

②回復期・慢性期医療に係る診療行為の提供状況

病床機能報告の報告様式2で求めている「入院患者に提供する医療の内容」のうち、国の検討会で回復期・慢性期に関する診療行為として区分されたものをもとに以下について集計を行う。

- (ア)地域包括ケア病棟入院料の算定状況(回復期分析)
- (イ)急性期医療・在宅医療の後方病床の確保状況(回復期分析)
- (ウ)その他急性期後支援・在宅復帰支援に係る取組の状況(回復期分析)
- (エ)回復期リハ病棟入院料の算定状況(回復期分析)
- (オ)疾患別リハビリテーションの提供状況(回復期分析)
- (カ)その他リハビリテーションの提供状況(回復期分析)
- (キ)医療区分ごとの患者の受入状況(慢性期分

析)

(ク)急性期医療・在宅医療の後方病床の確保状況（慢性期分析）

各医療機関の診療行為の提供量を把握する観点から、算定回数で集計し、一部の集計については1患者化による集計を実施する。

### C. 研究結果

#### ①データベース構築

データベースに奈良県より提供された2019年度のKDBデータを追加した。2019年度のレセプト件数は10,918,695件、台帳ID件数は517,016件、1患者化後のID件数は506,470件であった。2013年からの累計では、レセプト件数は72,244,846件、台帳ID件数は913,776件、1患者化後のID件数は791,378件であった。

#### ②回復期・慢性期医療に係る診療行為の提供状況

2014年～2018年の長野県のKDBを使用して集計を実施した。

#### (ア)地域包括ケア病棟入院料の算定状況（回復期分析）

地域包括ケア病棟入院料1～4および地域包括ケア入院医療管理料1～2、4の診療行為に関する総算定回数は1,683,975件、総患者数は1,435人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

#### (イ)急性期医療・在宅医療の後方病床の確保状況（回復期分析）

急性期患者・在宅患者支援病床初期加算（地ケア病棟）、救急・在宅等支援病床初期加算（地域一般、特定一般）の算定回数を、年度ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は842,809件、総患者数は68,265人であった。また、医療機関所在地

別および保険者所在地別の集計を実施した。

#### (ウ)その他急性期後支援・在宅復帰支援に係る取組の状況（回復期分析）

入退院支援加算および地域連携診療計画加算、退院時共同指導料、介護支援等連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料の算定回数を、年度ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は378,330件、総患者数は333,009人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

#### (エ)回復期リハ病棟入院料の算定状況（回復期分析）

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定回数を、年度ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は378,330件、総患者数は333,009人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

#### (オ)疾患別リハビリテーションの提供状況（回復期分析）

心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料の算定回数を、年度ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は25,041,965件、総患者数は367,790人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

#### (カ)その他リハビリテーションの提供状況（回復期分析）

初期加算、早期リハビリテーション加算、摂食機能療法、入院時訪問指導加算、リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算の算定回数を、年度



ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は 13,173,965 件、総患者数は 596,519 人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

(キ)医療区分ごとの患者の受入状況(慢性期分析)

療養病棟入院基本料等の算定回数を、年度ごと、医療区分ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は 3,618,758 件、総患者数は 52,751 人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

(ク)急性期医療・在宅医療の後方病床の確保状況(慢性期分析)

急性期患者・在宅患者支援療養病床初期加算(療養病棟)、救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定回数を、年度ごと、医療機関ごとに集計した。総算定回数は 210,227 件、総患者数は 16,448 人であった。また、医療機関所在地別および保険者所在地別の集計を実施した。

#### D. 考察

本研究により、奈良県ならびに長野県の二次医療圏ごとの回復期および慢性期の状況について、公立・公的を含む医療機関等同士で役割の重複・競合がないか等の確認につながる結果を得た。本研究が再編統合に向けた議論の一助となることが示唆された。

#### E. 結論

今回集計した結果をもとに、今後地域医療構想調整会議等での議論の活性化が期待される。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

- 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明. レセプト電算用マスターと MEDIS の標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について. 医療情報学 論文集. 2020 Nov;40(Suppl.): 589-591.
- 西岡祐一、野田龍也、今村知明. 奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計. 厚生の指標. 2020 Dec;67(15): 26-30.
- Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Yasuhiro Nakanishi, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shuichiro Hayashi, Shiori Furihata, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: A population-based cohort study. BMC Geriatrics. 2021 Jan; 21: 80
- Yasuhiro Nakanishi, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Naoko Okuda, Jean-Marie Robine, Tomoaki Imamura. Comparison of Japanese Centenarians' and Noncentenarians' Medical Expenditures in the Last Year of Life. JAMA Network Open. 2021 Nov; 4(11): e2131884.
- 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明. レセプト電算用マスターと MEDIS 標準病名マスターにおける指定難病名の収載状況. 医療情報学. 2021 Nov;41(4): 163-168.
- 今村知明. 新型コロナウイルスを受けての地域医療の課題と感染症医療提供体制構築私案. 特集“感染症医療”の抜本改革. 月刊 保険診療. 2021 Nov;76(11): 38-41.

- 学会発表

1. 2020年08月04日～2020年08月06日  
(WEB、東京都) 第62回日本老年医学会学術集会 百寿者の人口動態と大規模レセプトデータを用いた百寿者研究の今後 中西康裕、次橋幸男、赤羽学、野田龍也、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、今村知明
2. 2020年10月20日～2020年10月22日  
(WEB京都) 第79回日本公衆衛生学会総会 KDBを用いた奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計 今村知明、西岡祐一、野田龍也。
3. 2020年10月20日～2020年10月22日  
(WEB京都) 第79回日本公衆衛生学会総会 医療・介護レセプトデータを用いた人工栄養開始後の療養場所に関する追跡調査 次橋幸男、赤羽学、明神大也、中西康裕、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
4. 2020年10月20日～2020年10月22日  
(WEB京都) 第79回日本公衆衛生学会総会 透析患者における骨折発症リスク：KDBを用いた検討 菅野沙帆、久保慎一郎、赤羽学、次橋幸男、今村知明。
5. 2020年10月20日～2020年10月22日  
(WEB京都) 第79回日本公衆衛生学会総会 糖尿病/非糖尿病での死亡時年齢と健康寿命の比較 新居田泰広、西岡祐一、次橋幸男、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明。
6. 2020年10月20日～2020年10月22日  
(WEB京都) 第79回日本公衆衛生学会総会 大規模レセプトデータを用いた百寿者及び非百寿者の死亡前医療費の比較 中西康裕、次橋幸男、赤羽学、野田龍也、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、今村知明。
7. 2020年11月18日～2020年11月22日  
(静岡県、アクトシティ浜松/WEB) 第40回医療情報学連合大会(第21回日本医療情報学会学術大会) レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
8. 2020年11月20日(神戸) 日本リハビリテーション医学会秋季学術発表会。次橋幸男、赤羽学。医療・介護レセプトデータを用いた疾病発症が健康寿命に与える影響の比較。
9. 2021年04月22日～2021年04月24日  
(WEB) 第94回日本内分泌学会学術集会 レセプトビッグデータを用いた糖尿病診断アルゴリズムの構築 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、岡田定規、樽松由佳子、今村知明、高橋裕。
10. 2021年05月20日～2021年05月22日  
(WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 『データベース医学』が切り拓く新しい糖尿病学：大規模レセプトデータベースを用いた臨床疫学研究から見えること 西岡祐一、岡田定規、明神大也、久保慎一郎、竹下沙希、菅野沙帆、中西康裕、次橋幸男、降旗志おり、東野恒之、金岡幸嗣朗、池菜美香、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、赤井靖宏、斎藤能彦、石井均、野田龍也、高橋裕、今村知明。
11. 2021年05月20日～2021年05月22日  
(WEB) 第64回日本糖尿病学会年次学術集会 医療保険・介護保険連結ビッグデータ解析によって浮き彫りになる高齢2型糖尿病患者治療の実態と課題 新居田泰大、西岡祐一、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、岡田定規、樽松由佳子、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、金岡幸嗣朗、斎藤能彦、石井均、今村知明、高橋裕。
12. 2021年05月20日～2021年05月22日

(WEB) 第 64 回日本糖尿病学会年次学術集会 健康診断で HbA1c 高値指摘後の医療機関未受診は早期死亡率上昇と関連する：レセプトビッグデータを用いた観察研究 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、玉城由子、中島拓紀、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、金岡幸嗣朗、斎藤能彦、石井均、今村知明、高橋裕。

13. 2021 年 06 月 10 日～2021 年 06 月 12 日  
(鳥取県、米子コンベンションセンター /WEB) 第 25 回日本医療情報学会春季学術大会 レセプト電算用マスターと MEDIS の標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
14. 2021 年 11 月 18 日～2021 年 11 月 21 日  
(愛知県、名古屋国際会議場/WEB) 第 41 回医療情報学連合大会 (第 22 回日本医療情報学会学術大会) レセプト情報における病名・病名開始日を用いた名寄せロジックの開発 竹下沙希、西岡祐一、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明。
15. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会総会 奈良県の KDB 7 年間データを用いた時系列分析と医療内容の変化 今村知明、西岡祐一、野田龍也。
16. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会総会 医療・介護保険レセプトデータを用いた要介護状態の契機となった入院主病名及び手術名の分析 次橋幸男、赤羽学、中西康裕、明神大也、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
17. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊

藤国際学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会総会 医療・介護連結解析からわかる高齢 2 型糖尿病患者治療の実態と課題 新居田 泰大、西岡 祐一、明神 大也、久保 慎一郎、次橋 幸男、野田 龍也、今村 知明。

18. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会総会 透析患者における骨折発症の標準化罹患比の算出：KDB を用いた検討 菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明。
19. 2021 年 12 月 21 日～2021 年 12 月 23 日  
(東京都、京王プラザホテル 東京大学伊藤国際学術センター) 第 80 回日本公衆衛生学会総会 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) による透析導入リスクについて 竹下沙希、西岡祐一、明神大也、久保慎一郎、野田龍也、今村知明。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## R2-3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

### 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
Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura	Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan	Journal of Diabetes Investigation	11(2):	426-434	2020 Mar
Nakatoh I, Fujimori K, Tamaki J, Okimoto N, Ogawa S, Iki M	Insufficient increase in bone mineral density testing rates and pharmacotherapy after hip fracture in Japan.	J Bone Miner Me	28(4)	589-596	2020
Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara.	Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan	International Dental Journal.	70 (4)	308-315	2020 Aug
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・特定検診等情報データベース(NDB)における患者突合の精度向上に関する手法開発	医療情報学 論文集	40(Suppl.)	765-769	2020 Nov
菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.	レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について	医療情報学 論文集	40(Suppl.)	589-591	2020 Nov
西岡祐一、野田龍也、今村知明.	奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計	厚生指標	67(15)	26-30	2020 Dec
Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Yasuhiro Nakanishi, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shuichiro Hayashi, Shiori Furihata, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura.	Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: A population-based cohort study	BMC Geriatrics.	21	80	2021 Jan
桜澤邦男、藤森研司	SOFAスコアの不明登録及び活用に関する評価. ～大規模DPCデータを用いたICUへの緊急入院患者の分析～	日本診療情報管理学会誌	32(4)	22-30	2021

Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, Naoki Sugihara.	Evaluation of Public Health Expenditure by Number of Teeth among Outpatients with Diabetes Mellitus	The Bulletin of Tokyo Dental College.	62(1)	55-60	2021 Feb
久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、中西康裕、降旗志おり、東野恒之、今村知明.	レセプト情報・特定検診等情報データベース(NDB)を用いた死亡アウトカムの追跡	医療情報学	40(6)	319-335	2021 Mar
Koshiro Kanaoka, Tsunenari Soeda, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Makoto Watanabe, Rika Kawakami, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiko Saito.	Current Status and Effect of Outpatient Cardiac Rehabilitation After Percutaneous Coronary Intervention in Japan.	Circulation Reports.	3 (3)	121-130	2021 Mar
Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Incidence and Seasonality of Type 1 Diabetes: A Population-Based 3-year Cohort Study Using the National Database in Japan.	BMJ Open Diabetes Research & Care.	8:e001262		2020
Shingo Yoshihara, Hayato Yamana, Manabu Akahane, Miwa Kishimoto, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Hideo Yasunaga, Kei Kasahara, and Tomoaki Imamura.	Association between Prophylactic Antibiotic Use for Transarterial Chemoembolization and Occurrence of Liver Abscess: A Retrospective Cohort Study.	Clinical Microbiology and Infection.	10.1016/j.cmi.2021.01.014		2021
Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Nakajima, Takehiro Sugiyama, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Association between influenza and the incidence rate of new-onset type 1 diabetes in Japan.	Journal of Diabetes Investigation.	12(10)	1797-1804.	2021 Oct

Yasuhiro Nakanishi, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Naoko Okuda, Jean-Marie Robine, Tomoaki Imamura.	Comparison of Japanese Centenarians' and Noncentenarians' Medical Expenditures in the Last Year of Life.	JAMA Network Open.	4(11): e2131-884.		2021 Nov
菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明.	レセプト電算用マスターとMEDIS 標準病名マスターにおける指定難病名の収載状況.	医療情報学	2;41(4)	163-168.	021 Nov
今村知明	新型コロナウイルスを受けての地域医療の課題と感染症医療提供体制構築私案	月刊 保険診療	76(11):	38-41	2021
Yuichi Nishioka, Saki Takeshita, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi	Appropriate definition of diabetes using an administrative database: a cross-sectional cohort validation study	Journal of Diabetes Investigation	Feb;13(2)	249-255	2022
Hirohito Kuwata, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Yutaka Takahashi, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura	Association between dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and increased risk for bullous pemphigoid within 3 months from first use: A 5-year population-based cohort study using the Japanese National Database	Journal of Diabetes Investigation	Mar;13(3)	460-467	2022

H30-R3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
中西康裕、今村知明	リーダー・マネジャー実践コース【医療制度・経営を知る】	今村知明	CandY Link	メディカ出版	日本	2018	eラーニング
中西康裕、今村知明	“中堅どころ”が知っておきたい医療現場のお金の話—イラストでわかる病院経営・医療制度のしくみ—.			メディカ出版	日本	2019	全文

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
Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Yasuhito Tanaka & Tomoaki Imamura	The impact of musculoskeletal diseases on the presence of locomotive syndrome	Modern Rheumatology		1-6	2018
Hayato Yamana, Mariko Kodan, Sachiko Ono, Kojiro Morita, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Tomoaki Imamura, Hideo Yasunaga	Hospital quality reporting and improvement in quality of care for patients with acute myocardial infarction	BMC Health Services Research	18	523	2018
Miwa Kishimoto, Hayato Yamana, Satoki Inoue, Tatsuya Noda, Manabu Akahane, Yusuke Inagaki, Hiroki Matsui, Hideo Yasunaga, Masahiko Kawaguchi, Tomoaki Imamura	Suspected periprosthetic joint infection after total knee arthroplasty under propofol versus sevoflurane anesthesia: a retrospective cohort study	Canadian Journal of Anesthesia	65(8)	893-900	2018
橋本修二、川戸美由紀、山田宏哉、齊藤千紘、三重野牧子、久保慎一郎、野田龍也、今村知明、谷原真一、村上義孝	患者調査における総患者数の推計の妥当性と応用に関する研究	厚生の指標	65(12)	1-6	2018
Shinya Imai, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura	Computed Tomography: Return on Investment and Regional Disparity Factor Analysis	frontiers in Public Health	6	Article 380	2019
Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura	Variation in fracture risk by season and weather: A comprehensive analysis across age and fracture site using a National Database of Health Insurance Claims in Japan	BONE	120	512-518	2019
Shuichiro Hayashi, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Manabu Akahane, Tomoaki Imamura	Data regarding fracture incidence according to fracture site, month, and age group obtained from the large public health insurance claim database in Japan	Data in Brief	23	Article 103780	2019
Yoko KOMURA, Takamichi KOGURE, Kazuo KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI	Economic assessment of actual prescription of drugs for treatment of atopic dermatitis: Differences between dermatology and pediatrics in large-scale receipt data	Journal of Dermatology	45	165-174	2018

Chiharu Kano, Minoko Takanashi, Asami Suzuki, Kazuo Kawahara, Koichi Chiba, Hideo Nakanishi, Junki Takamatsu, Akiko Kitai, Koki Takahashi	Estimate of future blood demand in Japan and the number of blood donations re-quired	ISBT Science Series	0	1-7	2018
Woonkwan Hyun, Kazuo Kawahara, Miyuki Yokota, Sotaro Miyoshi, Kazunori Nakajima, Koji Matsuzaki, Makiko Sugawa	The Possi-bility of Increasing the Current Maximum Vol-ume of Platelet Apheresis Donation	Journal of Medical and Dental Sciences	65	89-98	2018
藤森研司	電子レセプト分析によるH.pylori除菌 の状況.	The GI FORFRONT.	14(2)	54-56.	2019
藤森研司	DPCデータから見たDIC治療とアウ トカムの現状	Thrombosis Medicine.	9(2)	142- 145	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤 真一	骨粗鬆症治療薬の継続率、順守率の 分析における電子レセプトデータ ベースの活用	日本骨粗鬆症学 会雑誌	5(2)	69-76.	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤 真一	電子レセプトデータベースを用いた 骨粗鬆症治療薬の薬剤変更による継 続率、順守率の検討	日本骨粗鬆症学 会雑誌	5(3)	75-81.	2019
桜澤邦男、藤森研司	広域抗菌薬使用時の血液培養実施率 に関連する要因に関する研究—DPC データを用いた臨床指標の構築と評 価—	日本診療情報管 理学会誌	31(1)	21-28	2019
西岡祐一、野田龍也、今村知 明.	世界最大の医療ビッグデータNDB(ナ ショナルデータベース)の活用と今後の 展望.	日本整形外科学 会雑誌	93(11)	959- 979	2019
野田龍也、今村知明.	データベース医学の幕開け	再生医療(日本再 生医療学会雑誌)	18(4)	31-46	2019
明神 大也、次橋 幸男、久保 慎一郎、西岡 祐一、中西 康 裕、降旗 志おり、東野 恒之、 野田 龍也、今村 知明.	国保データベースを用いた医療レセプト と介護レセプト連結における名寄せの課 題	医療情報学論文 集	39(Sup pl.)	368- 371	2019
久保慎一郎、野田龍也、西岡 祐一、明神大也、中西康裕、 降旗志おり、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)を用いた死亡アウトカムの 追跡	医療情報学論文 集	39(Sup pl.)	360- 365	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤 真一	電子レセプトデータベースを用いた 骨粗鬆症治療薬の大腿骨近位部骨折 予防効果の検討	日本骨粗鬆症学 会雑誌	6(1)	25-32	2020
Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan.	Journal of Diabetes Investigation.	11 (2)	426-434	2020



小林美亜、瀬戸僚馬	「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化	看護管理	30(4)	364-371	2020
Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura	Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan	Journal of Diabetes Investigation	11(2):	26-43	2020 Mar
Nakato H, Fujimori K, Tamaki J, Okimoto N, Ogawa S, Iki M	Insufficient increase in bone mineral density testing rates and pharmacotherapy after hip fracture in Japan.	J Bone Miner Meta	28(4)	589-596	2020
Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara.	Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan	International Dental Journal.	70(4)	308-315	2020 Aug
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・特定検診等情報データベース(NDB)における患者突合の精度向上に関する手法開発	医療情報学 論文集	40(Sup pl.)	765-769	2020 Nov
菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、野田龍也、今村知明.	レセプト電算用マスターとMEDISの標準病名マスターにおける指定難病病名の収載状況について	医療情報学 論文集	40(Sup pl.)	589-591	2020 Nov
西岡祐一、野田龍也、今村知明.	奈良県における後期高齢者医療費と保険料水準の理論推計	厚生の指標	67(15)	26-30	2020 Dec
Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Yasuhiro Nakanishi, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shuichiro Hayashi, Shiori Furihata, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura.	Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: A population-based cohort study	BMC Geriatrics.	21	80	2021 Jan
桜澤邦男、藤森研司	SOFAスコアの不明登録及び活用に関する評価. ~大規模DPCデータを用いたICUへの緊急入院患者の分析~	日本診療情報管理学会誌	32(4)	22-30	2021
Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, Naoki Sugihara.	Evaluation of Public Health Expenditure by Number of Teeth among Outpatients with Diabetes Mellitus	The Bulletin of Tokyo Dental College.	62(1)	55-60	2021 Feb

久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、中西康裕、降籙志おり、東野恒之、今村知明.	レセプト情報・特定検診等情報データベース(NDB)を用いた死亡アウトカムの追跡	医療情報学	40(6)	319-335	2021 Mar
Koshiro Kanaoka, Tsunenari Soeda, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Makoto Watanabe, Rika Kawakami, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiko Saito.	Current Status and Effect of Outpatient Cardiac Rehabilitation After Percutaneous Coronary Intervention in Japan.	Circulation Reports.	3 (3)	121-130	2021 Mar
Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Incidence and Seasonality of Type 1 Diabetes: A Population-Based 3-year Cohort Study Using the National Database in Japan.	BMJ Open Diabetes Research & Care.	8:e001262		2020
Shingo Yoshihara, Hayato Yamana, Manabu Akahane, Miwa Kishimoto, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Hiroki Matsui, Kiyohide Fushimi, Hideo Yasunaga, Kei Kasahara, and Tomoaki Imamura.	Association between Prophylactic Antibiotic Use for Transarterial Chemoembolization and Occurrence of Liver Abscess: A Retrospective Cohort Study.	Clinical Microbiology and Infection.	10.1016/j.cmi.2021.01.014		2021
Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Hiroki Nakajima, Takehiro Sugiyama, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Association between influenza and the incidence rate of new-onset type 1 diabetes in Japan.	Journal of Diabetes Investigation.	12(10)	1797-1804.	2021
Yasuhiro Nakanishi, Yukio Tsugihashi, Manabu Akahane, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Naoko Okuda, Jean-Marie Robine, Tomoaki Imamura.	Comparison of Japanese Centenarians' and Noncentenarians' Medical Expenditures in the Last Year of Life.	JAMA Network Open.	4(11):e2131884.		2021 Nov
菅野沙帆、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明.	レセプト電算用マスターとMEDIS 標準病名マスターにおける指定難病名の収載状況.	医療情報学	2:41(4)	163-168.	021 Nov
今村知明	新型コロナウイルスを受けての地域医療の課題と感染症医療提供体制構築私案	月刊 保険診療	76(11):	38-41	2021

<p>Yuichi Nishioka, Saki Takeshita, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Sadanori Okada, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi</p>	<p>Appropriate definition of diabetes using an administrative database: a cross-sectional cohort validation study</p>	<p>Journal of Diabetes Investigation</p>	<p>Feb;13 (2)</p>	<p>249-255</p>	<p>2022</p>
<p>Hirohito Kuwata, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Yutaka Takahashi, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura</p>	<p>Association between dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and increased risk for bullous pemphigoid within 3 months from first use: A 5-year population-based cohort study using the Japanese National Database</p>	<p>Journal of Diabetes Investigation</p>	<p>Mar;13(3)</p>	<p>460-467</p>	<p>2022</p>