

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4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5(2023)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
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
1. 論文発表	6
2. 学会発表	9
H. 知的財産権の出願・登録状況	13
1. 特許取得	13
2. 実用新案登録	13
3. その他	13
添付資料	14

[分担研究]

1. 【医療計画班】第8次医療計画に必要となる指標の策定 (今村知明、赤羽学、野田龍也、西岡祐一)

A. 研究目的	1-1
B. 研究方法	1-1
C. 研究結果	1-2
D. 考察	1-7
E. 結論	1-7
F. 健康危険情報	1-8
G. 研究発表	1-8
1. 論文発表	1-8
2. 学会発表	1-10
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-15
1. 特許取得	1-15
2. 実用新案登録	1-15
3. その他	1-15
添付資料	1-16

2.	【感染症企画班】新興感染症発生・まん延時における医療のあり方検討 (吉村健佑、佐藤大介、野田龍也、西岡祐一、今村知明)	
	A. 研究目的	2-1
	B. 研究方法	2-2
	C. 研究結果	2-2
	D. 考察	2-7
	E. 結論	2-8
	F. 健康危険情報	2-8
	G. 研究発表	2-8
	1. 論文発表	2-8
	2. 学会発表	2-8
	H. 知的財産権の出願・登録状況	2-8
	1. 特許取得	2-8
	2. 実用新案登録	2-8
	3. その他	2-8
	添付資料	2-9
3.	【大規模データ班①】病床機能報告データを用いた見える化の試み (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	3-1
	B. 研究方法	3-1
	C. 研究結果	3-1
	D. 考察	3-2
	E. 結論	3-2
	F. 健康危険情報	3-2
	G. 研究発表	3-2
	1. 論文発表	3-2
	2. 学会発表	3-2
	H. 知的財産権の出願・登録状況	3-2
	1. 特許取得	3-2
	2. 実用新案登録	3-2
	3. その他	3-2
	添付資料	3-3
4.	【大規模データ班②】医師の働き方改革と救急医療 (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	4-1
	B. 研究方法	4-1
	C. 研究結果	4-2
	D. 考察	4-2

E. 結論	4-3
F. 健康危険情報	4-3
G. 研究発表	4-4
1. 論文発表	4-4
2. 学会発表	4-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	4-4
1. 特許取得	4-4
2. 実用新案登録	4-4
3. その他	4-4
添付資料	4-5

5. 【地域実情分析班①】地域実情分析班

(佐藤大介、小林大介、今村知明、野田龍也)

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

6. 【地域実情分析班②】地域における医療機能の分化・集約化、医療介護連携に係る課題の対応に向けて (小林美亜)

A. 研究目的	6-1
B. 研究方法	6-1
C. 研究結果	6-2
D. 考察	6-11
E. 結論	6-13
F. 健康危険情報	6-13
G. 研究発表	6-13
1. 論文発表	6-13
2. 学会発表	6-13
H. 知的財産権の出願・登録状況	6-13

1. 特許取得	6-13
2. 実用新案登録	6-13
3. その他	6-13
7. 【実地検証班】在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いた在宅医療の現状分析 (次橋幸男、今村知明、野田龍也、赤羽 学、西岡祐一、柿沼倫弘、中西康裕)	
A. 研究目的	7-1
B. 研究方法	7-1
C. 研究結果	7-2
D. 考察	7-3
E. 結論	7-3
F. 健康危険情報	7-3
G. 研究発表	7-3
1. 論文発表	7-3
2. 学会発表	7-3
3. その他	7-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	7-3
1. 特許取得	7-3
2. 実用新案登録	7-3
3. その他	7-3
添付資料	7-4
8. 研究成果の刊行に関する一覧表	8-1

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4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、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。平成30年4月からの第七次医療計画においては、令和2年度に各都道府県において中間見直しが行われ、さらに令和6年度からの第八次医療計画の策定に向けて国として検討を開始する時期にきている。

本研究班では、地域医療構想による病床の機能分化・連携、在宅医療・介護連携の推進をはじめとした医療計画の課題を抽出し、国の施策の検討に資する研究を行うことを目的とする。研究を機能的に推進していくにあたって、さらに5つの分担研究班に細分化し進めた。①医療計画班においては、第八次医療計画に向けて論点の整理や指標の検討を実施した。②感染症企画班においては、次期医療計画への「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加する場合の政策上必要となる指標および既存事業への感染症対策関連指標の盛り込みについて検討した。③地域実情分析班においては、地域医療構想の推進に資する急性期医療と回復期医療との連携に関して、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る対応と課題や地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例の調査を実施した。④大規模データ班においては、病床機能報告やDPCデータ、NDBを用いて医師や医療偏在に関する分析や新たな分析手法の開発を行った。⑤実地検証班では、地域での在宅医療の状況をレセプトを用いて定量的に把握するため分析した。

本研究班の成果を、国および都道府県に随時提供することで、都道府県が進める地域医療構想の実現、医療計画の質の向上や医療計画の推進(新型コロナウイルス感染症等の新興感染症への対応を含む。)について成果が得られると期待される。

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）
赤羽 学（国立保健医療科学院 福祉サービス研究部部長）
瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 教授）
小林 美亜（山梨大学 大学院総合研究部医学域 特任教授）
吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院 特任教授）
佐藤 大介（千葉大学医学部附属病院 特任准教授）
小林 大介（京都大学 大学院医学研究科 特定助教）
佐藤 拓也（東京大学医学部附属病院）
野田 龍也（奈良県立医科大学 准教授）
西岡 祐一（奈良県立医科大学 助教）
明神 大也（奈良県立医科大学 講師）

研究協力者

中西 康裕（国立保健医療科学院）
柿沼 倫弘（国立保健医療科学院）
平 夏来（奈良県医療福祉部 医療政策局 局長）
浅川 喬也（長野県健康福祉部）
次橋 幸男（奈良県立医科大学
／天理よろづ相談所病院）

A. 研究目的

2025年の地域医療構想の実現に向け、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。平成30年4月からの第七次医療計画においては、令和2年度に各都道府県において中間見直しが行われたところである。本研究班は、これまで医療法に位置づけられている地域医療構想、医療計画と

密接に関わりながら研究を進めてきた。

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」として、平成30年度から令和2年度において「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（H30-医療一般013）」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、第七次医療計画の中間見直しにおいて、追加的評価指標の検討や選定について技術的な助言を行い、また地域医療構想にお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マニュアルやツール作成による支援を行い、その成果を世の中に発信してきた。

本研究班については、令和6年度からの第八次医療計画の策定に向けて、地域医療構想による病床の機能分化・連携、在宅医療・介護連携の推進をはじめとした医療計画の課題を抽出し、国の施策の検討に資する研究を行うものとする。都道府県が実施した医療計画の中間見直し、新型コロナウイルス感染症等の新興感染症の動向や将来の医療受給の予測を踏まえ、PDCAサイクルを回せるしくみづくりや技術的な助言、医師偏在対策や医師確保計画、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。

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。

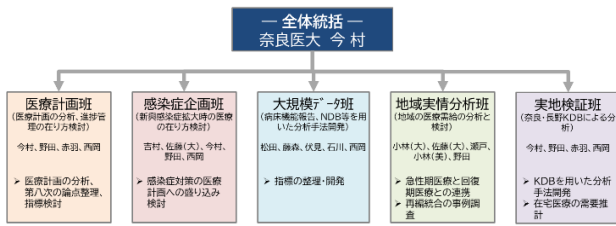


図 1 研究の実施体制

医療計画班

都道府県の第七次医療計画中間見直しの内容を収集・分析し、課題を抽出する。また、医療介護連携等、第八次医療計画に向けた論点の整理および指標検討を実施する。

感染症企画班

医療計画への「新興感染症等の感染拡大時における医療」の追加に向けて政策上必要な指標および既存事業への感染症対策関連指標の盛り込みについて検討する。

大規模データ班

① 病床機能報告データを用いた見える化の試みのひとつとして、圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模についての分析に取り組んだ。その結果として高度急性期・急性期を合わせた急性期等および慢性期の病床において、医師の人的資源が限定的となっている施設に依存している地域を明らかにすることができた。

② 病床機能報告と DPC 導入の影響評価に関する調査結果のデータを用いて救急車の搬送による入院患者数、救急車の受け入れ件数、夜間時間外受診患者数、夜間時間外受診後入院患者数、休日受診患者数、医師常勤割合を求めた。

地域実情分析班

地域医療構想の推進に資する急性期医療と回復期医療との連携に関して、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る対応と課題に関して、ヒアリング調査を通じて検討する。

また、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、地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例について調査を行う。

実地検証班

奈良県の医療および介護の KDB データを活用した分析を実施する。特に、地域においてどのような在宅医療が提供されているかをレセプトデータを用いて定量的に把握することを目的として、在宅医療の機能・カテゴリー分類を作成し、分析する。

（倫理面への配慮）

C. 研究結果

医療計画班

医療計画の指標を策定する際の考え方・留意点について整理し、国で行われている「第 8 次医療計画等に関する検討会」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。

<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）

感染症企画班

「新興感染症発生・まん延時における医療」に係る医療計画においてはパンデミック時における協定締結医療機関の体制整備状況について定量的に示すことができる指標を作成した。指標は「新興感染症発生・まん延時における医療」に関する検討会資料に沿い、(1) 病床、(2) 発熱外

来、(3) 自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供、(4) 後方支援、(5) 医療人材の5つの柱に分けて、データの具体性や測定可能性を検討した。

<添付資料>

表1-13：新興感染症の発生・まん延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

表3：新興感染症の感染拡大時における医療の指標とその定義について

大規模データ班

① 病床機能報告データを用いた見える化の試みのひとつとして、圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模についての分析に取り組んだ。その結果、高度急性期・急性期を合わせた急性期等および慢性期の病床において、医師の人的資源が限定的となっている施設に依存している地域を明らかにすることができた。

② 地方都市圏域における医療圏においては医療資源が乏しいため、県外の大学病院等から非常勤医の派遣により地域医療を維持している。救急医療も派遣による宿日直によって支えられていたが、この派遣が今後続けられるかが問題になっている。常勤医比率の低い病院は同じ問題を抱えていると考えられた。

地域実情分析班

地域医療構想の推進に資する急性期医療と回復期医療との連携について、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る対応と課題に関して、ヒアリング調査を実施した結果、医療機能の分化・連携により質の高い効率的な医療提供体制の確保を図るためには、地域の特徴と課題を踏まえ、医療提供体制の確保と経営の効率化を図る方策を検討し、医療崩壊の防止、働き方改革の実現、医療従事者の教育体制の充実化が重要であることが示された。医療、介

護の連携を図るためには、介護機関もICTを使った情報共有に積極的に参画することのできるシステム整備が重要であることが示された。医療機能の分化を図った医療機関同士の連携を強化するためには、各医療機能を「つなぐ」役割が必須であり、その役割を果たす人材を育成するための教育プログラムの開発と提供、専門的知識と技術を持った人材を地域で上手く活用するためのシステム整備を進めることが重要であることが示された。

地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例について、特に、データ分析によって明らかにできる将来の地域医療体制に関する課題、データ分析体制、大学機関や医療関係団体のデータ分析における役割、調整会議の議長や地域医療構想アドバイザーの関わり方、データ分析に関する人材育成の取り組み、分析にかかる費用に加え、実際の分析で用いるデータソースや分析項目設定方法、分析結果の活用について都道府県を対象としたインタビュー調査に基づき整理を行った。

実地検証班

在宅医療の機能・カテゴリー分類を以下の手順で作成し、分析した。

- ① 奈良県 KDB 改良データを用いて、訪問診療に関する診療行為コードが含まれるレセプトを抽出した。(2018年度～2020年度、75歳以上)
- ② 患者の病態及び診療提供体制(在宅時医学総合管理料等)から4つのカテゴリーを定義した。
- ③ 日常の療養支援、急変時・頻回の対応、看取りに関する診療行為から3つの機能を定義した。
- ④ ①のレセプトをカテゴリー(4)×機能(3)に分類して、3年間の合計及び年度別に集計

した。

分析の結果、3年間で280,991件のレセプトが抽出された。カテゴリー別では4（重症）、3、2、1がそれぞれ8%、48%、22%、22%、機能別では日常の療養支援、急変時・頻回の対応、看取りがそれぞれ91%、8%、1%であった。カテゴリー・機能分類としては、カテゴリー3×日常の療養支援が44%でと最多で、当該分類は2018年度から2020年度にかけて増加していた。

D. 考察

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が考えられる。都道府県の医療計画策定スケジュールがタイトであることを考えると、まずは優先する疾患・事業をある程度限定し、やれるところや重要な点から始めることが大切である。

感染症企画班

本研究では新型コロナウイルス感染症の感染拡大時に対応できたことを、10年後にはより機動的に、多くの医療機関で対応できるような体制を目指して医療計画の指標について検討した。しかしながら新興感染症の指標は令和6年度の第8次医療計画からはじめて設定されることから、令和5年度中に明確に定義ができる指標だけでなく、現状調査に基づき令和6年度以降に定義を明確化する指標で構成される。

そのため、令和8年度の間見直しに向けて、都道府県や協定締結医療機関に対する継続的な調査を行いながら指標の精緻化や見直しに関する研究が引き続き必要である。

大規模データ班

① 圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員

規模についての分析を通じて、医師の人的資源が限定的である施設が果たしている役割という観点から、今後注意を要する地域を可視化することができたと考えられる。2024年4月から適用される医師の時間外労働の上限規制が地域の病院勤務医の配置に及ぼす影響についての予測は困難であるが、問題が早期に顕在化・深刻化する可能性が高く、医師確保に配慮するとともに、傷病の予防活動の強化が望まれる。

② 本研究では圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模についての分析を通じて、医師の人的資源が限定的である施設が果たしている役割という観点から、今後注意を要する地域を可視化することができたと考えられる。現状、大都市圏の大学病院からの医師派遣による地方都市の地域医療を支える構図の状況と、今後これらの派遣が難しくなることを勘案すると、解決策としては人的資源の充実、地域の医師会が運営している休日夜間急患センターにおける開業医による准夜帯・休日の対応支援の強化などが必要と考えられる。

地域実情分析班

「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る対応と課題に関したヒアリングからは医療機能を集約化し、役割分担・連携の強化を図るためには、地域の特徴と課題を踏まえ、医療提供体制の確保と経営の効率化を図る方策を検討し、医療崩壊の防止、働き方改革の実現や医師など、医療従事者の教育体制の充実化による医療の向上につなげることが必要である。医療、介護の連携を図るためには、介護機関もICTを使った情報共有に積極的に参画することのできるシステム整備及び維持が求められる。医療機能の分化・連携を推進するためには、各医療機能を「つなぐ」役割を果たす人材の活用が必須であり、その人材の育成やリソースを上手く活用するためのシステム整備を図る必要があ

る。

地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例について、都道府県にヒアリングを実施した結果、データ分析によって明らかにできる将来の地域医療体制に関する課題、データ分析体制、大学機関や医療関係団体のデータ分析における役割、調整会議の議長や地域医療構想アドバイザーの関わり方、データ分析に関する人材育成の取り組み、分析にかかる費用に加え、実際の分析で用いるデータソースや分析項目設定方法、分析結果の活用およびその課題について明らかとなった。

都道府県における地域医療構想調整会議でのデータ分析の活用方法は、都道府県における地域の課題ごとに一定の成果が見られるものの、データに基づく情報から得られる課題認識の共有の難しさや、医療の質や内容の善し悪しを分析することの難しさ、データの開示に対する反発等の課題が挙げられた。また、データ分析の体制については、大学の研究者がデータ分析を行っても英文論文の業績にはならないためにキャリアとのバランスが難しいことや、地域医療介護総合確保基金の活用方法への期待が挙げられた。地域医療構想調整会議については、医療圏ごとに5疾病6事業+在宅の専門家をそれぞれ配置するのが望ましく、限られた研究者がすべてをカバーすることの難しさや、振興局制を敷いていない都道府県の人材不足が深刻であることが明らかとなった。

実地検証班

レセプトデータから得られる情報から在宅医療の機能・カテゴリー分類を作成し、奈良県の後期高齢者における在宅医療の特徴を定量的に把握した。また、本研究の定義、分析方法（分類）を活用し、後期高齢者人口に悉皆性の高いKDBを用いて在宅医療に関するレセプト件数を定量的に分析することによって、例えば75歳人口当たりの看取りに関する在宅医療（在宅ターミナルケ

ア）を受けた患者割合といった指標の算出にも応用できることが明らかとなった。

E. 結論

本研究の成果は、各都道府県が次年度より策定する医療計画や地域医療構想の実務的な資料として機能することが期待され、わが国の5疾病6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成果であると考えられる。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

◆ Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Katsuki Okada, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Michikazu Nakai, Daisuke Kamon, Tomoya Myojin, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Manabu Horii, Yasushi Sakata, Yoshihiro Miyamoto, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura. Validity of Diagnostic Algorithms for Cardiovascular Diseases in Japanese Health Insurance Claims. *Circulation Journal*. 2023 Mar; 87(4): 536-542.

◆ H Kobayashi, S Fukuda, R Matsukawa, Y Asakura, Y Kanno, T Hatta, Y Saito, Y Shimizu, S Kawarasaki, M Kihara, N Kinoshita, H Umeda, T Noda, T Imamura, Y Nishioka, T Yamaguchi, S Hayashi, T Iguchi. Risks of Myocarditis and Pericarditis Following Vaccination with SARS-CoV-2 mRNA Vaccines in Japan: An Analysis of Spontaneous Reports of Suspected Adverse Events. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 2023 Mar; 57(2): 329-342.

◆ 竹下沙希、西岡祐一、明神大也、峯昌啓、野田

龍也、今村知明. レセプト情報における傷病名・診療開始日を用いた名寄せロジック. 医療情報学. 2023 Mar;42(5): 217-225.

◆Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Development of a New Method to Trace Patient Data Using the National Database in Japan. *Advanced Biomedical Engineering*. 2022 Nov;11: 203-217.

◆Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Michikazu Nakai, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Yoshihiro Miyamoto, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura. Outpatient cardiac rehabilitation dose after acute coronary syndrome in a nationwide cohort. *Heart*. 2023 Feb; 18(2): e0281493.

◆Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Nagaharu Fukuma, Michikazu Nakai, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiro Miyamoto. Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Participation — Data From Japanese Nationwide Databases —. *Circulation Journal*. 2022 Nov; 86(12): 1998-2007.

◆Dunya Tomic, et al. Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type 2 diabetes: a multi-national population-based study of 23 high-income jurisdictions. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. 2022 Nov; 10(11): 795-803.

◆Yuichi Nishioka, Shinichiro Kubo, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino,

Kenjiro Imai, Takehiro Sugiyama, Tatsuya Noda, Hitoshi Ishii, Yutaka Takahashi, Tomoaki Imamura. The Age of Death in Japanese patients with type 2 and type 1 diabetes: A descriptive epidemiological study. *Journal of Diabetes Investigation*. 2022 Aug;13(8): 1316-1320.

◆Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Saho Kanno, Tsuneyuki Higashino, Masatoshi Nishimoto, Masahiro Eriguchi, Kenichi Samejima, Kazuhiko Tsuruya & Tomoaki Imamura. Tracing all patients who received insured dialysis treatment in Japan and the present situation of their number of deaths. *Clinical and Experimental Nephrology*. 2022 Apr;26(4): 360-367.

◆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*. 2022 Mar;13(3): 460-467.

◆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*. 2022 Feb;13(2): 249-255.

◆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.

◆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*. 2021 Oct;27(10): 1514.e5-1514.e10.

◆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*. 2021 Oct;12(10): 1797-1804.

◆Fumika Kamitani, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Sadanori Okada, Yasuhiro Akai, Hitoshi Ishii, Yutaka Takahashi, Tomoaki Imamura. Incidence of lower limb amputation in people with and without diabetes: a nationwide 5-year cohort study in Japan. *BMJ Open*. 2021 Aug;11: e048436.

◆Yusuke Naito, Hideaki Kawanishi, Michinori Kayashima, Sawako Okamoto, Tomoaki Imamura, Hitoshi Furuya, Junji Egawa,

Masahiko Kawaguchi. Current Status of Clinical Engineer Anesthesia Assistants and Their Effect on Labor Task Shifting in Japan: A Prospective Observational Study in a Single Institute. *JMA Journal*. 2021 Apr;4(2): 129-134.

◆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*. 2021 Mar;40(6): 319-335.

◆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.

◆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 Sep;8: e001262.

◆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.

◆ 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.

2. 学会発表

2023年02月01日～2023年02月03日（静岡県、アクトシティ浜松/WEB）●第33回日本疫学会学術総会. ●我が国における季節性インフルエンザとCOVID-19の死亡率比較. ●野田龍也、奥村泰之、神尾敬子、谷口俊文、明神大也、西岡祐一、鈴木貞夫、今村知明.

2023年02月04日（奈良県、社会福祉総合センター）●日本医療マネジメント学会 第17回奈良支部学術集会. シンポジウム「奈良県型地域医療構想2025を支える～今、地域が求める連携と機能分化～」. ●第8次医療計画や地域医療構想などの医療施策の現状とコロナ禍を受けての今後の方向性. ●今村知明.

2022年11月30日（Web）●INNOVCARE Webinars ●Forecasting the Regional Distribution of Home Care Patients Using Big Data of Insurance Claims in Japan: 2015 to 2045●Yasuhiro Nakanishi, Yuichi Nishioka, Yukio Tsugihashi, Tomohiro Kakinuma, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Manabu Akahane.

2022年11月17日～2022年11月21日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第42回医療情報学連合大会（第23回日本医療情報学会学術大会）●クレームデータベース利活用の現場

から：できること・できないこと・意外にできたこと●野田龍也.

2022年11月17日～2022年11月21日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第42回医療情報学連合大会（第23回日本医療情報学会学術大会）●NDBと死亡情報の連結における技術的課題の検討●明神大也、西岡祐一、野田龍也、大井川仁美、今井健、今村知明.

2022年11月17日～2022年11月21日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第42回医療情報学連合大会（第23回日本医療情報学会学術大会）●2019年と2020年における日本の外来受診患者数の比較. ●菅野沙帆、野田龍也、町田宗仁、西岡祐一、明神大也、久保慎一郎、今村知明.

2022年11月17日～2022年11月21日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第42回医療情報学連合大会（第23回日本医療情報学会学術大会）●レセプト情報・健診情報を活用したリアルワールドエビデンス創出に資する医学統計手法の開発：低用量卵胞ホルモン・黄体ホルモン配合製剤と血栓症に関するTarget Trial Emulation. ●竹下沙希、西岡祐一、森田えみり、明神大也、久保慎一郎、野田龍也、今村知明.

2022年11月02日～2022年11月06日（）●The Gerontological Society of America (GSA) 2022 Annual Scientific Meeting●Forecasting the Regional Distribution of Home Care Patients Using Big Data of Insurance Claims in Japan: 2015 to 2045●Yasuhiro Nakanishi, Yuichi Nishioka, Yukio Tsugihashi, Tomohiro Kakinuma, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Manabu Akahane.

2022年10月07日～2022年10月09日（山梨

県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●第 8 次医療計画策定に向けた循環器疾患の医療政策指標の検討●今村知明、西岡祐一、柿沼倫弘、赤羽学、野田龍也。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●日本の医療データベースから算出された季節性インフルエンザの致死率と重症化率●野田龍也、明神大也、西岡祐一、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●1 型糖尿病発症に関わる因子—インフルエンザと 1 型糖尿病発症の Target Trial Emulation●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●NDB と死亡情報の連結にあたっての課題の検討●明神大也、西岡祐一、野田龍也、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●JMDC データベースを用いた糖尿病と直腸癌手術後排尿機能障害の関連の検討●小川裕貴、野田龍也、西岡祐一、小川俊夫、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●若手救急医若手救急医のキャリア満足度に影響を与える専門研修プログラムの諸因子についての分析●建部壮、野田龍也、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●後期高齢者における口腔健診と死亡の関連●辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●レセプトデータを用いた透析患者における骨折発症後の標準化死亡比の算出●菅野沙帆、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●NDB オープンデータを用いた抗ヒスタミン薬処方数量の時系列変化●橋野周一郎、明神大也、岸本美和、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●奈良県における病床機能報告の課題分析●平石達郎、明神大也、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●精神科病院における COVID-19 クラスター対応と考察●菊池綾、野田龍也、今村知明。

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日 (山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB)
●第 81 回日本公衆衛生学会総会●介護医療院創設前後における医療療養病床・医療区分 1 を退院した患者の療養場所の変化●次橋幸男、西岡祐一、中西康裕、柿沼倫弘、野田龍也、赤羽学、今村知明。

2022年10月07日～2022年10月09日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）
●第81回日本公衆衛生学会総会●KDBを用いた医療区分1入院患者の介護・医療介入の現状と予後の解析●竹下沙希、西岡祐一、次橋幸男、中西康裕、柿沼倫弘、久保慎一郎、明神大也、赤羽学、野田龍也、今村知明。

2022年10月07日～2022年10月09日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）
●第81回日本公衆衛生学会総会●特定保健指導の糖尿病発症抑制効果検証のための観察研究—Target Trial Emulation—●玉本咲楽、西岡祐一、竹下沙希、森田えみり、中澤有佐、明神大也、野田龍也、今村知明。

2022年10月07日～2022年10月09日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）
●第81回日本公衆衛生学会総会●特定健康診査の次年度受診割合と健診判定値の関連●中澤有佐、西岡祐一、竹下沙希、森田えみり、玉本咲楽、明神大也、野田龍也、今村知明。

2022年10月07日～2022年10月09日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）
●第81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在宅医療需要の将来推計手法の確立●中西康裕、西岡祐一、次橋幸男、柿沼倫弘、野田龍也、今村知明、赤羽学。

2022年10月07日～2022年10月09日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）
●第81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脳梗塞治療に関する地域医療提供体制の検討●柿沼倫弘、中西康裕、西岡祐一、野田龍也、今村知明、赤羽学。

2022年07月23日～2022年07月24日（WEB/兵庫県、神戸国際展示場、神戸国際会議場）●第4

回日本在宅医療連合学会大会●在宅訪問診療を受けた実患者数とその提供量の推移：レセプト情報・特定検診等情報データベース（NDB）を用いた全年齢層における全国データの分析●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。

◆2110◆2022年07月03日～（WEB）●DESIRE Conference 2022●レセプトビッグデータを用いた糖尿病、肥満の病態の解明●西岡祐一、竹下沙希、森田えみり、明神大也、久保慎一郎、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、毛利貴子、中島拓紀、樽松由佳子、岡田定規、野田龍也、今村知明、高橋裕。

◆2230◆2022年06月30日～2022年07月02日（岡山県、岡山コンベンションセンター）●第26回日本医療情報学会春季学術集会●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●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。

◆2230◆2022年06月30日～2022年07月02日（岡山県、岡山コンベンションセンター）●第26回日本医療情報学会春季学術集会●NDBを用いたがんの部位別SMRの算出の検討●菅野沙帆、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、今村知明。

◆2230◆2022年06月02日～2022年06月04日（大分県、別府国際コンベンションセンターB-Con Plaza/WEB）●第95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特発性アルドステロン症における骨折リスクの解明●中島拓紀、西岡祐一、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

◆2230◆2022年06月02日～2022年06月04日

(大分県、別府国際コンベンションセンターB-Con Plaza/WEB) ●第 95 回日本内分泌学会学術総会 ●抗甲状腺薬による無顆粒球症の臨床的特徴：レセプトビッグデータを用いた疫学研究 ●紙谷史夏、西岡祐一、中島拓紀、久保慎一郎、明神大也、樽松由佳子、岡田定規、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022 年 06 月 02 日～2022 年 06 月 04 日 (大分県、別府国際コンベンションセンターB-Con Plaza/WEB) ●第 95 回日本内分泌学会学術総会 ●2 型糖尿病発症リスクにおける環境因子と遺伝因子の定量化の試み：レセプトビッグデータ解析 ●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、新居田泰大、津川峻輔、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、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022 年 05 月 12 日 ～2022 年 05 月 14 日 (WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場) ●第 65 回日本糖尿病年次学術集会 ●健診・レセプト情報連結データベースの縦断的解析による疾病予測：eGFR slope による透析ハイリスク患者の抽出 ●岡田定規、西岡祐一、金岡幸嗣朗、新居田泰大、津川峻輔、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、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、斎藤能彦、今村知明、高橋裕。

2022 年 05 月 12 日 ～2022 年 05 月 14 日 (WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場) ●第 65 回日本糖尿病年次学術集会 ●レセプトビッグデータを用いた食習慣による 2 型糖尿病発症リスクの解明 ●中島拓紀、西岡祐一、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022 年 05 月 12 日 ～2022 年 05 月 14 日 (WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場) ●第 65 回日本糖尿病年次学術集会 ●糖尿病患者では SGLT2 阻害薬により下肢切断が増えるのか：レセプトビッグデータを用いた疫学研究 ●紙谷史夏、西岡祐一、池菜美香、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、毛利貴子、久保慎一郎、明神大也、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022 年 05 月 12 日 ～2022 年 05 月 14 日 (WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場) ●第 65 回日本糖尿病年次学術集会 ●レセプトビッグデータを用いた妊娠糖尿病患者の妊娠後骨粗鬆症の実態の解明 ●小泉実幸、西岡祐一、新居田泰大、玉城由子、紙谷史夏、中島拓紀、毛利貴子、樽松由佳子、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022 年 05 月 12 日 ～2022 年 05 月 14 日 (WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場) ●第 65 回日本糖尿病年次学術集会 ●1 型糖尿病発症リスクにおける環境因子と遺伝因子の定量化の試み：レセプトビッグデータ解析 ●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、新居田泰大、津川峻輔、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、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022 年 03 月 11 日～2022 年 03 月 13 日 (WEB) ●第 86 回日本循環器学会学術集会 ●Relationship between heart-failure medications at discharge and one-year prognosis; analysis in Nationwide Electric Health Database ●Michikazu Nakai, Yoshitaka Iwanaga,

Koshiro Kanaoka, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiko Saito, Satoshi Yasuda, Yoshihiro Miyamoto.

2022年02月25日～2022年02月26日（奈良県、THE KASHIHARA/WEB）●第45回日本脳神経外傷学会●地域医療構想や働き方改革などの医療をとりまく施策の現状と今後の動向●今村知明.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

患者突合方法、装置、及びプログラム：竹下沙希、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明

特許番号：特願 2023-018280

2. 実用新案登録

3. その他

表1 4疾病(精神医療以外)・6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1-1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	1次予防・2次予防		医療		共生		
ストラクチャー		指針の遵守市町村数		がん診療連携拠点病院等の数		緩和ケア病棟を有する医療機関数・病床数	
		個別受診勧奨実施市町村数		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		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		専門医療機関連携薬局の認定数	
				専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院		相談員研修を受講した相談員の人数	
				緩和ケア研修修了者数			
					がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院		両立支援コーディネーター研修修了者数
					リンパ浮腫外来を設置している拠点病院		アピアランス支援研修修了者数
					専門的疼痛治療を実施可能な拠点病院		
プロセス	●	がん検診受診率		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	●	がん相談支援センターにおける相談件数	
	●	精密検査受診率		外来化学療法の実施件数		小児・AYA世代のがん患者の教育に関する相談件数	
		精密検査によるがん発見率・偽陽性率		悪性腫瘍手術の実施件数		就労に関する相談件数	
		喫煙率		術中迅速病理組織標本の作製件数		アピアランスケアの相談件数	
		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合		病理組織標本の作製件数		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数	
		運動習慣のある者の割合		放射線治療の実施件数		在宅がん総合診療料の算定件数	
		野菜と果物の摂取量		がんリハビリテーションの実施件数		セカンドオピニオンの提示件数	
		食塩摂取量		緩和ケア外来の年間受診患者数			
		適正体重を維持している者の割合		緩和ケアチームによる介入患者数			
アウトカム	●	がん種別年齢調整死亡率				がん患者の在宅死亡割合	
	●	がん種別年齢調整罹患率					

(●は重点指標)

表1-2 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・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防
ストラクチャー		脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目(*)の観察指標を利用している消防本部数	脳神経内科医師数・脳神経外科医師数	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数		脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
			脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数			歯周病専門医が在籍する医療機関数
			脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数			
			● 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数			
			脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数			
				理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数		
				リハビリテーション科医師数		
			●	脳卒中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	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	●	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	
	特定健康診査の実施率		脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数		脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		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			
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		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			
	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		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			
			●	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					

(●は重点指標)

(*) 脈不整、共同偏視、半側空間無視（指4本法）、失語（眼鏡/時計の呼称）、顔面麻痺、上肢麻痺 の6項目

表1-3 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・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防
ストラクチャー			循環器内科医師数・ 心臓血管外科医師数		両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	慢性心不全の再発を 予防するためのケアに 従事している看護師数
			心臓内科系集中治療室（CCU） を有する医療機関数・病床数		心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	歯周病専門医が在籍する 医療機関数
			心臓血管外科手術が 実施可能な医療機関数			
			心大血管リハビリテーション料届出医療機関数			
プロセス	喫煙率	心肺機能停止傷病者全搬送 人員のうち、一般市民による 除細動の実施件数	急性心筋梗塞患者に対する PCI実施率	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数		
	特定健康診査の実施率	虚血性心疾患及び大動脈疾患により 救急搬送された患者数 ●	PCIを施行された急性心筋梗塞 患者数のうち、90分以内の 冠動脈再開通割合		心血管疾患における 介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		虚血性心疾患に対する 心血管外科手術件数	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数		
	高血圧性疾患患者の 年齢調整外来受療率		大動脈疾患患者に対する 手術件数			
	脂質異常症患者の 年齢調整外来受療率		入院心臓血管リハビリテーションの実施件数 ●			
			外来心臓血管リハビリテーションの実施件数 ●			
アウトカム		● 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 ●	● 虚血性心疾患及び心血管疾患の退院患者平均在院日数			
			● 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患及び大動脈疾患患者の割合			
	●	虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率				

●は重点指標

表1-4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

糖尿病の予防		糖尿病の治療・重症化予防		糖尿病合併症の 発症予防・治療・重症化予防		
ストラクチャー			糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)		腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	
			糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)		歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	
			1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数		糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)	
			妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数		糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)	
					糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)	
プロセス	●	特定健康診査の実施率		糖尿病患者の年齢調整外来受療率	●	眼底検査の実施割合
		特定保健指導の実施率	●	HbA1cもしくはGA検査の実施割合	●	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
				インスリン治療の実施割合		クレアチニン検査の実施割合
				糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合		
				外来栄養食事指導の実施割合		
アウトカム		糖尿病予備群の者の数		糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり)		治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)
		糖尿病が強く疑われる者の数		治療継続者の割合	●	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数
				重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)		糖尿病患者の下肢切断の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	●	特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合				
			●	糖尿病の年齢調整死亡率		

●は重点指標

令和4年度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「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」研究報告書より引用

表1-6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

		病院前救護活動の機能【救護】		初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】		入院を要する救急医療機関(第二次救急医療)の機能【入院救急医療】		救命救急医療機関(第三次救急医療)の機能【救命医療】		救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		
ストラクチャー	都道府県		運用救急救命士数		初期救急医療施設数		第二次救急医療機関数		救命救急センター数	●	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数	
			住民の救急蘇生法の受講率		一般診療所の初期救急医療への参画率							
			心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合									
	医療機関	●	救急搬送人員数					救急担当専任医師数・看護師数				
プロセス	都道府県		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の割合				
		●	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									
		第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										
	医療機関				救急車の受入件数						緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	
				転院搬送の実施件数								
				転院搬送の受入件数								
								救命救急センターの応需率				
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										
		心原性心肺機能停止傷病者(一般市民が目撃した)のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1ヶ月後社会復帰率										

(●は重点指標)

表1-7 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		
	複数の災害時の通信手段の確保率	● 自家発電機の燃料の備蓄(3日分)の実施率	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
	多数傷病症に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	● 災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数・割合
		● 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域災害医療コーディネーターの任命者数
	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院のうち浸水を想定した業務継続計画(BCP)を策定している病院の割合		災害時小児周産期リエゾン任命者数
	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合		
プロセス	● EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合		
	● 災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察、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
		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			

(●は重点指標)

表1-8 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巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数	●	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医師派遣実施回数・延べ派遣日数		
			●	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		
				へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数		
			●	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(※1)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(※2)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						

(●は重点指標)

※1 主要3事業: へき地医療拠点病院における①へき地への巡回診療、②へき地診療所等への医師派遣、③へき地診療所等への代診医派遣

※2 必須事業: へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- ・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、援助に関する事。
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関する事。

表1-9 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		
			ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数		
			院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数	
			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			
		NICU入院児の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数			
プロセス	●	分娩数		退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	
		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		
			妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数		
		●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率		
	●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数			
アウトカム	●	新生児死亡率		●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)
	●	周産期死亡率			
	●	妊産婦死亡率			

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。

(●は重点指標)

表1-10 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	● 子ども医療電話相談の回線数・相談件数・応答率	小児科を標榜する病院・診療所数	小児地域支援病院数	小児地域医療センター数	小児中核病院数
	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	小児歯科を標榜する歯科診療所数			PICUを有する病院数・PICU病床数
	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		在宅小児の緊急入院を受け入れている医療機関数		
		在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数			
		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			
	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			
	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	●	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・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。

(●は重点指標)

表1-11 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	在宅療養後方支援病院数	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
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数 医師数(削除)		
	● 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	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	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		
		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		
		訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数		
		在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	24時間対応可能な薬局数	
		麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数		
	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数			
	訪問栄養食事指導を実施している診療所・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		訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
	● 退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問看護利用者数		● 看取り数(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	小児の訪問看護利用者数		在宅死亡者数
		訪問歯科診療を受けた患者数		
		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	訪問リハビリテーションを受けた患者数			
	訪問栄養食事指導を受けた患者数			
アウトカム				

(●は重点指標)

表1-12 新興感染症の発生・まん延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

	協定締結医療機関						その他の医療機関		
	入院	発熱外来	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供	後方支援	医療人材				
ストラクチャー	●	・確保病床数(うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者)	●	・医療機関数(うち、流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関)	●	・医療機関数(うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設) (うち、往診、電話・オンライン診療) ・薬局数 ・訪問看護事業所数	●	・派遣可能医師数(うち、県外派遣可能数)	
		・重症者の確保病床を有する医療機関における、3年以上集中治療の経験を有する医師/看護師/臨床工学士数					●	・派遣可能医師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数	
	●	・個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数						●	・派遣可能看護師数(うち、県外派遣可能数)
		・院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数						●	・派遣可能看護師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数
プロセス	●	・年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合							
		・感染対策向上加算(1, 2, 3)・外来感染対策向上加算届出医療機関数 ^(※)							
		・感染対策向上加算1届出医療機関数 ^(※)							
アウトカム									

(●は重点指標)

下線：感染症法に基づく予防計画における数値目標となる項目と同一であり、把握の方法や、目標の立て方については、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き」（令和4年度厚生労働科学研究「公衆衛生体制の見直しと新たな体制構築のための政策研究」）を参照されたい。

(※)：令和6年度診療報酬改定等により要件等が変更された場合には、必要に応じて指標における位置づけ等の見直しを行う

○ 上記の他、以下の項目については、医療計画独自の指標として今後把握が望ましいが現時点では把握が困難であり、中間見直しの際に把握・活用することを想定する。詳細は令和4年度厚生労働科学研究「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「新興感染症発生・まん延時における医療のあり方検討（感染症企画班）」を参照すること。

- ・流行初期医療確保措置付きの病床確保協定を締結する医療機関における、後方支援についての協定締結医療機関と連携している医療機関数
- ・病床確保の協定を締結する医療機関における、院内清掃、寝具類洗濯、及び患者等給食の各業務（委託業者が実施する場合を含む）において、それぞれの担当者が1名以上新興感染症対応についての研修を修了している医療機関数
- ・派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数（職種毎）

自治体を実施する関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練の参加医療機関数

表1-13 ● 新興感染症の発生・まん延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

	協定締結医療機関						その他の医療機関
	入院	発熱外来	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供	後方支援	医療人材		
ストラクチャー	● ・確保病床数 (うち、 <u>流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者</u>)	● ・医療機関数 (うち、 <u>流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関</u>)	● ・医療機関数 (うち、 <u>自宅・宿泊療養施設・高齢者施設</u>) (うち、 <u>往診、電話・オンライン診療</u>) ・薬局数 ・訪問看護事業所数	● ・医療機関数	● ・派遣可能医師数(うち、 <u>県外派遣可能数</u>) ・派遣可能医師数のうち <u>感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数</u> ・派遣可能看護師数(うち、 <u>県外派遣可能数</u>) ・派遣可能看護師数のうち <u>感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数</u>		
	● ・重症者の確保病床を有する医療機関における、3年以上集中治療の経験を有する医師/看護師/臨床工学士数						
	● ・個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数						
	● ・院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数						
プロセス	● ・年1回以上、 <u>新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合</u>						
	● ・感染対策向上加算(1, 2, 3)・外来感染対策向上加算届出医療機関数(※)						
	● ・感染対策向上加算1届出医療機関数(※)						
アウトカム							

(●は重点指標)

下線：感染症法に基づく予防計画における数値目標となる項目と同一であり、把握の方法や、目標の立て方については、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き」(令和4年度厚生労働科学研究「公衆衛生体制の見直しと新たな体制構築のための政策研究」)を参照されたい。

(※)：令和6年度診療報酬改定等により要件等が変更された場合には、必要に応じて指標における位置づけ等の見直しを行う

○ 上記の他、以下の項目については、医療計画独自の指標として今後把握が望ましいが現時点では把握が困難であり、中間見直しの際に把握・活用することを想定する。詳細は令和4年度厚生労働科学研究「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「新興感染症発生・まん延時における医療のあり方検討(感染症企画班)」を参照すること。

- 流行初期医療確保措置付きの病床確保協定を締結する医療機関における、後方支援についての協定締結医療機関と連携している医療機関数
- 病床確保の協定を締結する医療機関における、院内清掃、寝具類洗濯、及び患者等給食の各業務(委託業者が実施する場合を含む)において、それぞれの担当者が1名以上新興感染症対応についての研修を修了している医療機関数
- 派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数(職種毎)
- 自治体の実施する関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練の参加医療機関数

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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	1次予防・2次予防	医療	共生					S	1	指針の遵守市町村数	都道府県	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	令和2年度		がん情報サービス（対象年齢、受診期間のみ）・国立がん研究センター集計	検診項目・対象年齢・受診期間のそれぞれについて「指針に基づき実施」と回答した市区町村の数（がん種ごと）		
102	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	2	個別受診勧奨実施市町村数	都道府県	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	令和2年度		がん情報サービス	がん種ごとに「個別受診勧奨を実施した」と回答した市町村の数		
103	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	3	がん診療連携拠点病院等の数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年4月1日現在		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年4月1日時点の指定医療機関数		
104	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	4	がん治療認定医の数	都道府県	専門医の認定状況	令和4年4月1日現在		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（医師＋歯科医師）		
105	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	5	認定されたがん看護に係る専門看護師数	都道府県	専門看護師 分野別都道府県別登録者数一覧	令和4年1月18日 現在		日本看護協会	がん看護分野で日本看護協会により認定を受けた専門看護師の数		
106	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	6	認定されたがん専門薬剤師の数	都道府県	がん専門薬剤師認定者一覧	令和4年2月7日現在		日本医療薬学会	日本医療薬学会により認定されたがん専門薬剤師の数		
107	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	7	緩和ケア研修修了者数	都道府県	がん等における新たな緩和ケア研修等事業	令和3年度		がん・疾病対策課	都道府県を通じて各研修主催者からがん・疾病対策課へ報告された開催内容・修了人数の報告結果より集計		
108	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	8	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院の割合	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年9月		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	「がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携して対応している。」の問いに対して「はい」と回答した施設の拠点病院等の数を全体の拠点病院等の数で割って算出		
109	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	9	リンパ浮腫外来を設置している拠点病院の数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	リンパ浮腫外来を設置している拠点病院の数		
110	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	10	専門的疼痛治療を実施可能な拠点病院の数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	自施設で神経ブロックを実施できる拠点病院等の数 自施設で緩和的放射線治療を実施できる拠点病院等の数		
111	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	11	緩和ケア病棟を有する医療機関数・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第2-7表 病院数（重複計上）；病床数；患者数、緩和ケアの状況・二次医療圏別		
112	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	12	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	令和3年3月31日現在		厚生労働省	CO03 在宅末期医療総合診療科届け出施設数		
113	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	13	専門医療機関連携薬局の認定数	都道府県	厚生労働省	令和4年度		厚生労働省			
114	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	14	相談員研修を受講した相談員の人数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	拠点病院から提出される現況報告書の、別紙13相談支援センター体制_がん対策研究所による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」についての項目で、各研修の修了者数の報告がある。		
115	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	15	両立支援コーディネーター研修修了者数	都道府県	事業報告（労働者安全機構）	令和3年度		https://www.research.johas.go.jp/ryoritsucoo/jyukosha.html 上記の労働者健康安全機構HPに掲載	独立行政法人労働者健康安全機構の労災疾病等医学研究普及サイトにて両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数を公表（現在は全国での年ごとの人数。都道府県別のデータは累計のみ）		
116	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	16	アピアランス支援研修修了者数	都道府県	事業報告	令和4年度			修了者累積数（受講時点の都道府県別）		
117	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P	●	17	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年度		国立がん研究センター	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（または2年）以内に受けた者の数 肺がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 肺がんの各検診を過去1年以内に受けた者の数 大腸がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 大腸がんの各検診を過去1年以内に受けた者の数 子宮頸がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 子宮頸がんの各検診を過去2年以内に受けた者の数 乳がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 乳がんの各検診を過去2年以内に受けた者の数	
118	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		18	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年度		国立がん研究センター	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」「時々吸う日がある」と回答した者の合計人数 * * 20歳以上の男性の調査対象者数 喫煙率（女性）= 喫煙者数* / 調査対象者数 * * * 20歳以上の女性で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した者の合計人数 * * 20歳以上の女性の調査対象者数	
119	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		19	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	(R5年度以降提供)		国立がん研究センター	第75表 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 - 年齢階級別、人数、割合 - 総数・男性・女性、20歳以上	
120	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		20	運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	(R5年度以降提供)		国立がん研究センター	第60表 運動習慣の有無 - 運動習慣の有無、年齢階級別、人数、割合 - 総数・男性・女性、20歳以上	
121	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		21	野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	令和元年度		e-Stat 国民健康・栄養調査	食品群別栄養素等摂取量 - 食品群、栄養素別、摂取量 - 総数、1歳以上	
122	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		22	食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	令和元年度		e-Stat 国民健康・栄養調査	食品群別栄養素等摂取量 - 食品群、栄養素別、摂取量 - 総数、1歳以上	
123	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		23	適正体重を維持している者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	(R5年度以降提供)		厚生労働省		
124	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P	●	24	精密検査受診率	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	令和元年度		国立がん研究センター	自治体を実施するがん検診を受診した者のうち、精密検査を受診した者の割合	
125	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		25	精密検査によるがん発見率・偽陽性率	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	令和元年度		国立がん研究センター	がん種別に以下を算出 ・自治体を実施するがん検診を受診した者のうち、精密検査の結果、がんであった者の割合 ・自治体を実施するがん検診を受診した者のうち、要精密検査であったが、精密検査の結果、がんではなかった者の割合	
126	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		26	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
127	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		27	外来化学療法の実施件数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第2-9表 一般診療所数（重複計上）；実施件数、手術等・二次医療圏別 第2-6表 病院数（重複計上）；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
128	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		28	悪性腫瘍手術の実施件数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第2-9表 一般診療所数（重複計上）；実施件数、手術等・二次医療圏別 第2-8表 病院数（重複計上）；実施件数、手術等・二次医療圏別	
129	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		29	術中迅速病理組織標本の作製件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
130	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		30	病理組織標本の作製件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
131	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		31	放射線治療の実施件数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第3-4表 病院数（重複計上）；患者数；台数、放射線治療・二次医療圏別	
132	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		32	がんリハビリテーションの実施件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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
133	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		緩和ケア外来の年間受診患者数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	緩和ケア外来患者の年間受診患者のべ数	
134	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		緩和ケアチームによる介入患者数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	緩和ケアチームによる介入患者数	
135	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P	●	がん相談支援センターにおける相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告。 ※令和4年度の様式では別紙11「相談内容」_年間のべ相談件数	
136	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		小児・AYA世代のがん患者の教育に関する相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告	
137	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		就労に関する相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告。 ※令和4年度の様式では別紙11「相談内容」_17-1.社会生活(仕事・就労)の相談件数	
138	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		ピアランスケアの相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告。 ※令和4年度の様式では別紙11「相談内容」_03-01.ピアランスの相談件数	
139	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数	都道府県	長期療養者就職支援事業報告	令和4年度		各都道府県の労働局へ確認	各都道府県労働局に連絡すれば件数が確認可能。 (職業安定局に確認済み)	
140	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	二次医療圏	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
141	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		セカンドオピニオンの提示件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	BO10 診療情報提供料(Ⅱ)の算定件数(がん患者に限る)	
142	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					O	●	がん種別年齢調整死亡率	都道府県	人口動態統計	令和3年		国立がん研究センター	がん種別年齢調整死亡率、75歳未満 ・年齢調整死亡率 = (〔観察集団の各年齢(年齢階級)の死亡率〕 × [基準人口集団のその年齢(年齢階級)の人口]) / 各年齢(年齢階級)の総和 / 基準人口集団の総人口 (通例人口10万人当たり) ・基準人口は昭和60年モデル人口	
143	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					O	●	がん種別年齢調整罹患率	都道府県	全国がん登録	令和元年		e-Stat全国がん登録	がん種別年齢調整罹患率、全年齢 ・年齢調整罹患率 = (〔観察集団の各年齢(年齢階級)の罹患率〕 × [基準人口集団のその年齢(年齢階級)の人口]) / 各年齢(年齢階級)の総和 / 基準人口集団の総人口 (人口10万人当たり) ・基準人口は昭和60年モデル人口 (75歳未満は公開されていない)	
144	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					O		がん患者の在宅死亡割合	都道府県	人口動態調査	令和3年		厚生労働省	がん種別に以下を算出 在宅等でのがんによる死亡者数 / がんによる死亡者数** *都道府県別のがんを死因とする在宅等(介護老人保健施設、自宅、老人ホーム)での死亡者数 ** 都道府県別のがんを死因とする全死亡者数	
201	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	都道府県	救急救命体制の整備・充実に関する調査結果	令和5年末(速報)	毎年	総務省消防庁	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目(*)の観察指標を利用している消防本部数	最短で来年度のデータブックから掲載が可能になる予定
202	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳神経内科医師数・脳神経外科医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	間覧 第11表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
203	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	市区町村	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	二次医療圏編 第26表 病院数(重複計上) ; 病床数; 取扱患者延数, 特殊診療設備・二次医療圏別 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理科の届出施設数	
204	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		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医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
205	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S	●	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
206	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	都道府県	日本脳卒中学会から提供(日本脳卒中学会の年次報告より)	令和4年11月時点	毎年	日本脳卒中学会	脳卒中学会の年次報告より、「脳卒中相談窓口設置状況」で「設置済み」を応えている一次脳卒中センター数	
207	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数	都道府県	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	第38表 従事者数、職種、理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士、常勤換算数	
208	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		リハビリテーション科医師数	都道府県	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	間覧 第11表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
209	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S	●	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
210	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	都道府県	(独) 労働者健康安全機構の養成研修HP	令和4年3月31日現在	毎年	(独) 労働者健康安全機構	両立支援コーディネーター基礎研修 受講者数	
211	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中患者の重症化を予防するためのケアに従事している看護師数	都道府県	日本看護協会	令和4年12月25日時点	毎年	日本看護協会	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師あるいは脳卒中認定看護師の実数	
212	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		歯周病専門医が在籍する医療機関数	都道府県	日本歯周病学会より提供	令和4年12月31日現在	毎年	日本歯周病学会より無償で情報提供	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	
213	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年	3年毎	e-Stat 国民生活基礎調査	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 喫煙率(女性) = 喫煙者数 / 調査対象者数** *20歳以上の女性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の女性の調査対象者数	
214	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		特定健康診査の実施率	都道府県	特定健康診査の実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定健康診査実施率: 特定健康診査受診者数 / 特定健康診査対象者数 × 100	
215	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		特定保健指導の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定保健指導実施率: 特定保健指導の終了者数 / 特定保健指導の対象者数 × 100	
216	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	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	
217	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	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で補正した値	

表2：4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	病期 医療機能⑥	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・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		18 脳血管疾患により救急搬送された患者数	市区町村	患者調査	令和2年	3年毎	個別票解析 病院入院票・病院外来票・一般診療所票	・病院入院(奇数)票(5)主病名「脳血管疾患」X病院入院(奇数)票(9)「救急車により搬送」で個別票解析 ・病院外来(奇数)票(5)主病名「脳血管疾患」X病院外来(奇数)票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 ・一般診療所票(5)主病名「脳血管疾患」X一般診療所票(8)「救急車により搬送」で個別票解析	
219	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		19 脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
220	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		20 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
221	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		21 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	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
222	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		22 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	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
223	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		23 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
224	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		24 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
225	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	●	25 脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
226	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		26 脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
227	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		27 脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
228	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O		28 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	平成27年	-	e-Stat	脳血管疾患による年齢調整死亡率	
229	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O		29 救急要請(覚知)から医療機関への取寄までに要した平均時間	都道府県	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況 (入電から医師引継ぎまでに要した時間別搬送人員) (令和3年中 単位:人)	別表9の1 病院収容所要時間別搬送人員の状況 (入電から医師引継ぎまでに要した時間別搬送人員) (令和3年中 単位:人)	
230	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O		30 退院患者平均在院日数	二次医療圏	患者調査	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数	
231	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O	●	31 在宅等生活の場に復帰した患者の割合	市区町村	患者調査	令和2年	3年毎	個別票解析 病院退院票・一般診療所退院票	病院退院票(7)「脳血管疾患」X病院退院票(14)退院後の行き先「家庭」で個別票解析 一般診療所退院票(7)「脳血管疾患」X一般診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭」で個別票解析	
301	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		1 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・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	別表 第11表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
302	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		2 心臓内科系集中治療室(CCU)を有する医療機関数・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	別表 第27表 病院数(重複計上);病床数;取扱患者延数,特殊診療設備-二次医療圏別	
303	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		3 心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
304	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		4 心大血管リハビリテーション科届出医療機関数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	H000 心大血管リハビリテーション科(I)の届出施設数 H000 心大血管リハビリテーション科(II)の届出施設数	
305	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		5 両立支援コーディネーター基礎研修の受講人数	都道府県	(独)労働者健康安全機構の養成研修HP	令和4年3月31日現在	毎年	(独)労働者健康安全機構	両立支援コーディネーター基礎研修 受講人数	
306	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		6 心不全緩和ケアトレーニング受講人数	都道府県	心不全学会	令和4年12月27日時点	1年ごと。毎年指定の月にデータを提出可能	心不全学会より無償で情報提供	HEPT受講人数の集計データ	
307	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S		7 慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	二次医療圏	日本看護協会	2022年12月末時点	毎年	日本看護協会より無償で情報提供	慢性心不全看護認定看護師数の集計データ	
308	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	S		8 歯周病専門医が在籍する医療機関数	都道府県	歯周病専門医の認定状況(日本歯周病学会HP)	令和4年12月31日現在	随時	日本歯周病学会より無償で情報提供	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	
309	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	P		9 喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年	3年毎	e-Stat 国民生活基礎調査	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 喫煙率(女性)=喫煙者数/調査対象者数** *20歳以上の女性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の女性の調査対象者数	
310	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	P		10 特定健康診査の実施率	都道府県	特定健康診査の実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定健康診査実施率:特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数x100	
311	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	P		11 特定保健指導の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定保健指導実施率:特定保健指導の終了者数/特定保健指導の対象者数x100	
312	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	P		12 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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	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	
313	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	P		13 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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	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で補正した値	
314	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		14 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数	都道府県	救急救助の現況	令和3年	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	第17表 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 令和3年中実績	
315	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		15 虚血性心疾患及び大動脈疾患により救急搬送された患者数	市区町村	患者調査	令和2年	3年毎	個別票解析 病院入院(奇数)票 病院外来(奇数)票 一般診療所票	・病院入院(奇数)票(5)主病名「虚血性心疾患」X病院入院(奇数)票(9)「救急車により搬送」で個別票解析 ・病院外来(奇数)票(5)主病名「虚血性心疾患」X病院外来(奇数)票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 ・一般診療所票(5)主病名「虚血性心疾患」X一般診療所票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 または、 ・病院入院(奇数)票(5)主病名「大動脈疾患」X病院入院(奇数)票(9)「救急車により搬送」で個別票解析 ・病院外来(奇数)票(5)主病名「大動脈疾患」X病院外来(奇数)票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 ・一般診療所票(5)主病名「大動脈疾患」X一般診療所票(8)「救急車により搬送」で個別票解析	
316	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		16 急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
317	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	●	17 PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通割合	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
318	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		18 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
319	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		19 大動脈疾患患者に対する手術件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
320	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	●	20 入院心臓リハビリテーションの実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
321	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		21 心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
322	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		22 心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
323	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	●	23 外来心臓リハビリテーションの実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
324	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P		24 心血管疾患における介護連携指導の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	

表2：4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	再発・重症化予防	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
325	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		○	●	25 虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	平成27年	—	e-Stat人口動態特殊報告	虚血性心疾患による年齢調整死亡率 心不全による年齢調整死亡率 大動脈疾患及び解離による年齢調整死亡率 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率	
326	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	○	●	26 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	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 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 （入電から医師引き継ぎまでに要した時間別搬送人員） （令和3年中 単位：人）	
327	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		○	●	27 虚血性心疾患及び心血管疾患の退院患者平均在院日数	二次医療圏	患者調査	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数 傷病大分類「心疾患」の退院患者平均在院日数	
328	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		○	●	28 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患及び大動脈疾患患者の割合	二次医療圏	患者調査	令和2年	3年毎	個票解析 病院退院票・一般診療所退院票	・病院退院票(7)主病名「虚血性心疾患」X病院退院票 (14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票解析 ・一般診療所退院票(7)主病名「虚血性心疾患」X一般 診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭1～4」で個 票解析 または、 ・病院退院票(7)主病名「大動脈疾患」X病院退院票 (14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票解析 ・一般診療所退院票(7)主病名「大動脈疾患」X一般診 療所退院票(14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票 解析	
401	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	1 糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	都道府県	糖尿病専門医の認定状況（日本 糖尿病学会HP）	令和4年	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が在籍 する医療機関数（人口10万人当たり）	
402	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	2 糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	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）	令和4年	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 士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	
403	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	3 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	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
404	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	4 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関 数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
405	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	5 腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	都道府県	腎臓専門医異別人数（日本腎臓 学会HP）	令和5年1月31日現在	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が在籍する医療 機関数（人口10万人当たり）	
406	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	6 歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	都道府県	歯周病専門医の認定状況（日本 歯周病学会HP）	令和4年12月31日現在	随時	日本歯周病学会より無償で情報 提供	日本歯周病学会が認定した歯周病専門医が在籍する医 療機関数（人口10万人当たり）	
407	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	7 糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万 人当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
408	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	8 糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万 人当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
409	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	9 糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万 人当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
410	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防				●	P	●	10 特定健康診査の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導の 実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定健康診査実施率：特定健康診査受診者数/特 定健康診査対象者数×100	
411	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防				●	P	●	11 特定保健指導の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導の 実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定保健指導実施率：特定保健指導の終了者数/特 定保健指導の対象者数×100	
412	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	12 糖尿病患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別の年齢級別推計 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	
413	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	13 HbA1cもしくはGA検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
414	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	14 インスリン治療の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
415	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	15 糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
416	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	16 外来栄養食事指導の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
417	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	17 眼底検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
418	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	18 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
419	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	19 クレアチニン検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
420	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	20 糖尿病予備群の者の数	全国	国民健康・栄養調査	令和元年	毎年（4年ごとに拡大調査）	e-Stat 国民健康・栄養調査	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	
421	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	21 糖尿病が強く疑われる者の数	全国	国民健康・栄養調査	令和元年	毎年（4年ごとに拡大調査）	e-Stat 国民健康・栄養調査	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	
422	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	22 特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿 病未治療患者の割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
423	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	23 糖尿病治療を主とした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限 定）（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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		
424	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	24	治療継続者の割合	全国	国民健康・栄養調査	令和元年	毎年（4年ごとに拡大調査）	e-Stat 国民健康・栄養調査	「これまでに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			
425	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	25	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照			
426	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	●	26	糖尿病の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	平成27年	-	e-Stat人口動態特殊報告	糖尿病による年齢調整死亡率		
427	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	27	治療が必要な糖尿病網膜症の発生（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照			
428	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	●	28	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数	都道府県	わが国の慢性透析療法の現況	令和3年	毎年	日本透析医学会	原疾患が糖尿病性腎症の新規透析導入患者の数		
429	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	29	糖尿病患者の下肢切断の発生（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照			
601	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	1	通用救急救命士数	都道府県	救急救助の現況	令和4年4月1日現在	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	救急救命士の数			
602	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	2	住民の救急蘇生法講習の受講率	都道府県	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数			
603	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	3	心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合	都道府県		令和3年8月1日時点	毎年	消防庁				
604	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	●	4	救急搬送人員数	都道府県	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	搬送人員数		
605	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	5	初期救急医療施設数	二次医療圏	医療施設調査	平成29年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	閲覧 第13表 病院数（重複計上）、救急医療体制-救急告示・二次医療圏別			
606	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	6	一般診療所の初期救急医療への参画率	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	閲覧 第15表 一般診療所数（重複計上）、救急医療体制-二次医療圏別			
607	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	7	第二次救急医療機関数	都道府県	病床機能報告	令和2年	毎年	病床機能報告	施設票 二次救急医療施設の認定の有無			
608	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	8	救命救急センターの数	二次医療圏	救急医療体制調査	令和4年7月1日現在	毎年	厚生労働省	救急救命センター数 閲覧 第13表 病院数（重複計上）、救急医療体制-救急告示・二次医療圏別			
609	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	●	9	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	令和3年	毎年	救命救急センターの評価結果	院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に常時勤務している救命救急センターの数		
610	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	10	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	令和3年	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			
611	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	11	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	救急救助の現況	令和3年	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	第17表 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 令和2年中実績			
612	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			●	P	●	12	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	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 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（119番通報から病院等に収容するに要した時間別搬送人員） 令和2年中実績平均	
613	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	●	13	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	令和2年	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った件数 重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合 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 重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数の割合		
614	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	14	第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	令和3年4月1日時点	-	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や多職種連携会議等の開催回数			
615	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	15	救命救急センター充実度評価Sの割合	都道府県	救命救急センターの評価結果	令和3年	毎年	厚生労働省	充実度評価S*の救命救急センター数/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			
616	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	16	救急車の受入件数	都道府県	救命救急センターの評価結果	令和3年	毎年	救命救急センターの評価結果	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 各救急医療機関の年間救急搬送受入件数			
617	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	17	転院搬送の実施件数	都道府県	都道府県調査	平成30年調査（平成29実績）	毎年	都道府県調査	（他院への）転院搬送の実施件数			

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考		
618	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	18	転院搬送の受入件数	都道府県	都道府県調査	平成30年調査（平成29実績）	毎年	都道府県調査	（他院からの）転院搬送の受け入れ件数		
619	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	19	救命救急センターの応需率	都道府県		毎年	厚生労働省				
620	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	20	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
621	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			O	●	21	心肺機能停止傷病者（心臓停止患者）の1ヶ月後の予後	都道府県	救急救助の現況	令和3年	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	別表19 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の生存率（10ヵ年比較、都道府県別） 1ヵ月後生存率 別表19 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の生存率（10ヵ年比較、都道府県別） 1ヵ月後社会復帰率	
622	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			O		22	心原性心臓停止機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1ヵ月後社会復帰率	都道府県	救急救助の現況	令和3年4月1日時点	毎年	消防庁	別表21 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、初期心電図波形がVF又は無脈性VTの生存率（10ヵ年集計、都道府県別） 内、「1ヵ月後社会復帰率」を使用 平成23年～令和2年の10ヵ年における実績 ※救急救助の現況：消防庁公開データ	
701	災害	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					S	1	病院の耐震化率	都道府県	病院の耐震改修状況調査	令和2年9月1日	毎年	厚生労働省	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					S	2	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	令和3年4月1日現在	-	厚生労働省	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		
703	災害	災害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					S	3	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	令和3年4月1日現在	-	厚生労働省	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					S	4	浸水想定区域や津波災害警戒区域に存在する病院において、業務継続計画（BCP）を策定している病院のうち浸水を想定したBCPを策定している病院の割合	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
705	災害	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					S	5	浸水想定区域や津波災害警戒区域に存在する病院において浸水対策を講じている病院の割合	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
706	災害	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					S	6	自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省	すべての病院のうち、自家発電機を所有し、かつ3日分の燃料を備蓄している病院の数		
707	災害	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					S	●	7	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	平成29年9月30日 時点	随時	厚生労働省	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
708	災害	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					S	●	8	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	都道府県	都道府県調査	令和3年4月1日時点	随時	厚生労働省	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録状況	
709	災害	災害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					S	9	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	令和4年4月1日現在	-	厚生労働省	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		
710	災害	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					S	10	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数・割合	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
711	災害	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					S	11	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域医療コーディネーターの任命者数	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
712	災害	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					S	12	災害時小児周産期リゾン任命者数	都道府県	都道府県調査	令和3年8月1日時点	毎年	厚生労働省	災害時小児周産期リゾンの認定任命を受けた医療従事者数		
713	災害	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					P	●	13	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	平成28年4月1日	随時	厚生労働省	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					P	●	14	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	都道府県	都道府県調査	平成30年9月30日 時点	随時	厚生労働省	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	
715	災害	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					P	●	15	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	平成30年9月30日 時点	随時	厚生労働省	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	
716	災害	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					P	●	16	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数	都道府県	都道府県調査	平成30年9月30日 時点	随時	厚生労働省	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	
717	災害	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					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	令和3年4月1日現在	随時	厚生労働省	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					P	18	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	都道府県	都道府県調査	平成31年	随時	厚生労働省	都道府県が実施する医療従事者向けの実施回数		
719	災害	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					P	19	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	都道府県	都道府県調査	平成31年	随時	厚生労働省	都道府県が実施する地域住民向けの実施回数		
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	へき地診療所数・病床数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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医師数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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		
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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	
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	令和4年	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	

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	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
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 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	令和4年	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	
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 へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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	
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 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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
822	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					P	●	22 協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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	
823	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					P	●	23 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	令和4年	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	
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	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	間覧 第 1 1 表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
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	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 3 2 表 一般診療所数、分娩の状況・二次医療圏別 間覧 第 3 1 表 病院数、分娩の状況・二次医療圏別	
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	専門医制度(新生児)	令和4年11月1日現在	随時	日本周産期・新生児医学会	新生児専門医の数 母体・胎児専門医の数	
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	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 3 2 表 一般診療所数、分娩の状況・二次医療圏別 間覧 第 3 1 表 病院数、分娩の状況・二次医療圏別 就業助産師数	
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	アドバンス助産師認定者名簿	令和4年	随時	日本助産師評価機構	クリニカルラーレベルⅢの認証を受けた助産師数（アドバンス助産師） 新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数	
906	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S		6 分娩を取扱う医療機関の種別	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 3 1 表 病院数、分娩の状況・二次医療圏別 間覧 第 3 2 表 一般診療所数、分娩の状況・二次医療圏別 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 ハイリスク妊産婦連携指導料 1・2 届出医療機関数	都道府県	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	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	
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 院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		
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 NICUを有する病院数・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数（重複計上）；病床数； 取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
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 NICU専任医師数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	厚生労働省	日中に主にNICU及びGCUを担当する産婦人科・小児科・新生児医師数	
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 GCUを有する病院・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数（重複計上）；病床数； 取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
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 MFICUを有する病院・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数（重複計上）；病床数； 取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
913	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S		13 ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	-	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	
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 業務継続計画策定医療機関数・策定割合	都道府県	周産期医療体制調査	令和3年12月時点	-	厚生労働省医政局地域医療計画課調べ	業務継続計画（BCP）を策定している医療機関数	
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			●	S	●	15 災害時小児周産期リエゾン任命者数	都道府県	都道府県	令和4年4月1日時点	毎年	厚生労働省	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	
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				S		16 NICU入院時の退院支援を専任で行う者を配置している周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		既存の項目は「NICU入院時支援コーディネーター」となっており、「入院時の退院支援を専任で行う者」と比べると範囲が狭い。来年度収載から定義が変更できる予定。
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				S		17 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	令和2年	毎年	厚生労働省	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	
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				S		18 NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		
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 分娩数	二次医療圏	医療施設調査	平成29年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	分娩数(帝王切開件数を含む)* *病院(30)手術等の実施状況(「分娩」の実施件数、および一般診療所(26)手術等の実施状況の「分娩」の実施件数	
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 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	令和2年	毎年	e-Stat 地域保健・健康増進事業報告	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数	
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 周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	周産期医療体制調査	周産期母子医療センターで取り扱う分娩	
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				P		22 NICU入室児数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数（重複計上）；病床数； 取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
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				P		23 NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	厚生労働省	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	
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				P		24 妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		来年度以降調査に追加
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				P	●	25 母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	周産期医療体制調査	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および新生児の搬送受入総数（戻り搬送を除く） ※平成29年以前：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	
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				P	●	26 母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	周産期医療体制調査	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。） 医療機関に受入の照会を行った回数か4回以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数	
927	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		27 退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
928	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				O	●	28 新生児死亡率	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	新生児死亡：生後4週間未満の死亡	

表 2 : 4疾病 (精神を除く) ・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	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
929	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				O	●	29 周産期死亡率	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	周産期死亡: 妊婦満22週(154日) 以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの	
930	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				O	●	30 妊産婦死亡数	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	妊産婦死亡数 (都道府県別)	
931	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			●	O	●	31 NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	令和2年	毎年	厚生労働省	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	
1001	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院			S	●	1 子ども医療電話相談の回線数・相談件数・応答率	都道府県	都道府県調査	令和3年	毎年	厚生労働省	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 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	市区町村	訪問看護レポート	令和4年(6月審査のみ)	-	厚生労働省	0~5、5~9、10~15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	
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 小児科を標榜する病院・診療所数	市区町村	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	下巻第40表 一般診療所数, 診療科目(主たる診療科目)・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・病床の有無別 下巻第41表 一般診療所数, 診療科目(単科)・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・病床の有無別 一般診療所数(7)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 下巻第15表 病院数(重複計上), 診療科目・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・精神科病院-一般病院別 病院票(8)診療科目で、「小児科」を標榜している施設数	
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 小児歯科を標榜する歯科診療所数	都道府県	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	下巻第55表 歯科診療所数(重複計上), 診療科目・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)別	
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 在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養に必要な説明及び指導を行っている医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 小児科医師数(医療機関種別)	市区町村	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	主たる従事先が病院で主たる診療科が小児科の医師数(常勤・非常勤合計、主たる従事地による二次医療圏別) 一般診療所票(8)科目「小児科」を標榜する施設の医師数(29) 主たる診療科目と単科の合計数	
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 夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	-	-	厚生労働省	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 在宅小児の緊急入院を受け入れている医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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			S		11 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	-	-	厚生労働省	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	
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			S		12 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	-	-	厚生労働省	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	
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			S		13 PICUを有する病院数・PICU病床数	市区町村	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	閲覧第27表 病院数(重複計上); 病床数; 取扱患者延数, 特殊診療設備・二次医療圏別 病院票(28)特殊診療設備で、PICUの病床数	
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 小児在宅人工呼吸器患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 小児の訪問診療を受けた患者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 小児の訪問看護利用者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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		●	P		17 退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1018	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		18 小児のかかりつけ医受診率	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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			P		19 緊急気管挿管を要した患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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			P	●	20 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	令和2年	毎年	厚生労働省	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	
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			P		21 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	令和3年度未現在	毎年	e-Stat 福祉行政報告例	特別児童扶養手当受給者数 障害児福祉手当受給者数 身体障害者手帳交付台帳登録数 18歳未満	
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			P		22 救急入院患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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			O	●	23 小児人口あたり時間外外来受診回数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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			O	●	24 乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	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)	
1025	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			O	●	25 幼児、小児死亡数・死亡原因・死亡場所	市区町村	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	15歳未満の死亡者数の集計(0~4歳) 15歳未満の死亡者数の集計(5~9歳) 15歳未満の死亡者数の集計(10~14歳) 15歳未満の死亡原因の集計(0~4歳) 15歳未満の死亡原因の集計(5~9歳) 15歳未満の死亡原因の集計(10~14歳)	
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	市区町村	医療施設調査	令和2年	毎年	個票解析 一般診療所票	病院数: 病院票(14)退院調整支援担当者「いる」の施設数 診療所数: 一般診療所票(13)退院調整支援担当者「いる」の施設数	
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	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	・機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)届出施設数: C000在宅療養支援診療所(1)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)届出施設数: C000在宅療養支援診療所(2)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(3)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(単独型)届出施設数: C000在宅療養支援病院(1)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(連携型)届出施設数: C000在宅療養支援病院(2)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(3)の届出施設数	

表2：4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	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
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 訪問看護事業所数、従事者数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 訪問看護事業所数、従事者数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	①「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、「基本サービスコード」または「合成サービスコード」のサービス項目コードの算定事業所数。 ②「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、基本報酬のサービス項目コードの算定事業所数。	
1111	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	11 訪問看護事業所数、従事者数【介護サービス施設・事業所調査】	二次医療圏	介護サービス施設・事業所調査	令和3年10月1日	毎年	厚生労働省	訪問看護を実施している事業所数 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 訪問看護ステーション票(7)従業者数* *常勤兼任、非常勤については常勤換算数で常勤専任に合算	
1112	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	12 訪問看護事業所数、従事者数【訪問看護レセプト】	二次医療圏	訪問看護レセプト	令和4年（6月審査のみ）	毎年	厚生労働省	訪問看護を実施している事業所数 15歳未満の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1113	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		13 機能強化型の訪問看護ステーション数	市区町村	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	機能強化型訪問看護管理療養費の届出施設数	
1114	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			●	S		14 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	二次医療圏	訪問看護レセプト	令和4年（6月審査のみ）	毎年	厚生労働省	0～5、5～9、10～15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 5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 5～9才の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数 10～14才の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1115	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		15 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1116	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		16 訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1117	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		17 在宅療養支援歯科診療所数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	歯科U01～3在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	
1118	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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1119	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		19 訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1120	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		20 訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	「在宅療養管理指導」「介護予防在宅療養管理指導」のうち、薬剤師が行う場合のサービス項目コードの算定事業所数。	
1121	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		21 在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1122	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		22 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1123	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		23 無菌製剤（T P N 輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1124	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		24 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDB：対象となる診療行為コードのいずれかを算定している診療所・病院数を集計する。 介護DB：対象となるサービスコードのいずれかを算定している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数を集計する。医療分と介護分を分けて集計
1125	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		25 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDB：対象となる診療行為コードのいずれかを算定している医療機関数を集計する。 介護DB：対象となるサービスコードのいずれかを算定している事業所数を集計する。
1126	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	26 往診を実施している診療所・病院数	二次医療圏	NDB	令和3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		27 在宅療養後方支援病院	二次医療圏	診療報酬施設基準	令和4年3月31日現在	毎年	厚生労働省	様式20 在宅後方支援病院の届出施設数	
1128	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	28 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	市区町村	介護サービス施設・事業所調査	令和3年10月1日	毎年	厚生労働省	訪問看護ステーション票(7)24時間体制を取っている訪問看護ステーション*の従業者数** *訪問看護の活動状況が「活動中」のものでかつ、24時間対応体制加算の届出あり施設 **常勤兼任、非常勤については常勤換算数で常勤専任に合算	
1129	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		29 24時間対応可能な薬局数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	注意：令和4年度診療報酬改定でコードの変更あり
1130	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	30 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	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1131	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		31 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【介護サービス施設・事業所調査】	市区町村	介護サービス施設・事業所調査	令和3年10月1日	毎年	厚生労働省	訪問看護ステーション票(3)加算等の届出の状況でターミナル体制の届出「あり」の施設数 ターミナルケア療養費1・2を算定している事業所数	
1132	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		32 退院支援（退院調整）を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1133	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		33 介護支援連携指導を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1134	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		34 退院時共同指導を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	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		35 退院後訪問指導を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1136	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	36 訪問診療を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1137	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			●	P		37 小児の訪問診療を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1138	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	38 訪問看護利用者数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1139	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	39 訪問看護利用者数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	①「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、「基本サービスコード」または「合成サービスコード」のサービス項目コードの延べレセプト件数。 ②「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、基本報酬のサービス項目コードを算定している受給者数。	
1140	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	40 訪問看護利用者数【審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ】	二次医療圏	審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ	令和3年	毎年	審査支払機関からの提供	訪問看護療養費明細書の延べ件数 15歳未満の利用者の訪問看護療養費明細書の延べ件数	
1141	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		41 小児の訪問看護利用者数【審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ】	市区町村	審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ	令和3年	毎年	審査支払機関からの提供	15歳未満の利用者の訪問看護療養費明細書の延べ件数	
1142	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		42 訪問歯科診療を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1143	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		43 歯科衛生士を常同した訪問歯科診療を受けた患者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1144	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		44 訪問口腔衛生指導を受けた患者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1145	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		45 訪問薬剤管理指導を受けた患者数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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	
1146	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	46	訪問薬剤管理指導を受けた患者数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	①「在宅療養管理指導」「介護予防在宅療養管理指導」のうち、薬剤師が行う場合のサービス項目コードの延べレセプト件数。 ②「在宅療養管理指導」「介護予防在宅療養管理指導」のうち、基本報酬のサービス項目コードを算定している受給者数。		
1147	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	47	小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1148	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	48	麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1149	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	49	無菌製剤（T P N輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1150	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	50	医療機関から提供される訪問リハビリテーションを受けた患者数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1151	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	51	訪問栄養食事指導を受けた患者数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1152	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	52	往診を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1153	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	53	在宅ターミナルケアを受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1154	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	54	訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数【NDB】	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
1155	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	55	訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数【介護DB】	二次医療圏	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	「訪問看護」のうち、「サービスコード種類13項目7000：ターミナルケア加算の算定件数。		
1156	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	56	訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数【訪問看護レセプト】	二次医療圏	訪問看護レセプト	令和4年（6月審査のみ）	毎年	厚生労働省	訪問看護ターミナルケア療養費1・2の算定件数		
1157	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	57	看取り死亡（死亡診断書のみを含む）	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1158	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	58	在宅死亡者数	市区町村	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	在宅死亡数		
1159	新興感染症	病床							S	●	59	確保病床数（うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者）	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1160	新興感染症	病床							S		60	重症者の確保病床を有する医療機関における、3年以上集中治療の経験の有する医師/看護師/臨床工学士数	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・重症患者の病床確保の協定を締結する医療機関において、集中治療を必要とする患者の診療/看護/生命維持管理装置の操作及び保守点検、に従事した経験を3年以上有する常勤の医師/看護師/臨床工学士数 ※常勤は医療法21条に基づき取り扱っていない（健診発777平成10年通知）の医師の取扱を援用し32時間以上勤務している者とする ※非常勤（週32時間未満勤務している者）も常勤換算する。 （算定式：非常勤労働者の1か月の実労働時間÷当該医療機関の常勤職員の所定労働時間） 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。	
1161	新興感染症	病床							P		61	感染対策向上加算1届出医療機関数	都道府県	診療報酬施設基準（厚生労働省において集計）				・感染対策向上加算1届出医療機関数 集計結果を厚労省より各都道府県に提供	
1162	新興感染症	発熱外来							S	●	62	医療機関数（うち、流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関数）	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1163	新興感染症	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供							S	●	63	医療機関数（うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設）（うち、往診・電話・オンライン診療）・薬局数・訪問看護事業所数	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1164	新興感染症	後方支援							S	●	64	医療機関数	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1165	新興感染症	医療人材							S	●	65	派遣可能医師数（うち、県外派遣可能数）	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1166	新興感染症	医療人材							S	●	66	派遣可能医師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・各都道府県において、医療機関や高齢者施設等からの相談に応じて助言を行うチーム（感染制御・業務継続支援チーム）に所属している医師数 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1167	新興感染症	医療人材							S	●	67	派遣可能看護師数（うち、県外派遣可能数）	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・各都道府県において、医療機関や高齢者施設等からの相談に応じて助言を行うチーム（感染制御・業務継続支援チーム）に所属している医師数 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1168	新興感染症	医療人材							S	●	68	派遣可能看護師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・各都道府県において、医療機関や高齢者施設等からの相談に応じて助言を行うチーム（感染制御・業務継続支援チーム）に所属している医師数 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1169	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材							S	●	69	個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数	都道府県	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・何らかの協定を締結している医療機関における、コロナ対応時の消費量の2ヶ月分の個人防護具の備蓄を確保している医療機関数 サージカルマスク、N95マスク、ガウン、手袋、アイプロテクション 令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	
1170	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材							S		70	院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数	都道府県	都道府県を対象とした調査により把握				《都道府県調査》 ・都道府県が構築する、地域の院内感染対策に関するネットワークに参加している医療機関の数。※厚生労働省における「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」をあ活用する場合も含む。 ・当該ネットワークは、地域における感染対策の知見・経験を有する医療従事者による地域での相談支援体制の構築等を目的とする ※管下の市町村において、行政が構築する地域の感染対策に関する医療機関間のネットワークが存在する場合は合計可能	

表 2 : 4疾病（精神を除く）・6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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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
1171	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材							P	●	71 年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	都道府県	協定締結医療機関を対象とした調査により把握				・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・研修や訓練については引き続き情報提供する ・病床協定と、その他協定で分けて把握する ※分子：全協定締結医療機関数 ※分子：研修・訓練を1年に1回以上実施又は職員を参加させた機関数	
1172	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材							P		72 感染対策向上加算（1, 2, 3）・外来感染対策向上加算届出医療機関数	都道府県	診療報酬施設基準（厚生労働省において集計）				・感染対策向上加算（1, 2, 3）届出医療機関数 ・外来感染対策向上加算届出医療機関数	

表3 新興感染症の感染拡大時における医療の指標とその定義について

新興感染症8次計画に向けた指標の検討

令和5年5月28日時点

No	分野	病期 医療機能	SPO	重点 ●	予防計画の数値 目標と同じか否か	厚労省指標イメージ (2月2日検討会⇒3月9日検討会とらめ)	研究班意見 (2月17日班会議)	議論を踏まえた厚労省対応 (3月20日)	厚労省対応の指標案	集計周期	集計単位	取得内容・集計定義 (R6年度以降) ※NDB指標については対象コード案を別表に整理	補足
1	新興感染症	病床	S		○	・確保病床数(うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者)		維持	不変	毎年	都道府県	・数値目標(都道府県単位)と同一 ・全確保病床数と重症者の病床数については保健・医療体制確保計画(22年12月)を目指す https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032062.pdf ・流行初期確保は2020年度冬の病床確保計画最大値を目指す ・要配慮必要者は田辺班アンケートとするが自治体ごとの病床数は不明(保健・医療体制確保計画のデータは公表前まではなく、過小評価)	数値目標であり、国として定め方を示す
2	新興感染症	病床	S			・重症者の確保病床を有する医療機関における、新興感染症患者に対して人工呼吸管理が可能な医師/看護師/臨床工学士数	・「客観的な数字だと呼吸器の台数や管理できる医師・看護師数になる」、「可能な医療従事者の定義が曖昧。その病院でどれくらい呼吸器の患者を管理できるかが実際の」、「呼吸器を实际使える看護師やME数が必要」(馳) ・人工呼吸器やECMOの実施可能数を反映すべき(馳) ・「呼吸器管理の経験を有する医師・看護師数」という指標の方がいい(櫻井) ・まず数として力があるのは「集中治療経験のある看護師数」(今村)	・臨床工学士は追加した ・「集中治療経験のある」を活用しつつ、「3年以上集中治療の経験をする～」でどうか ※「重症患者対応体制強化加算」の施設要件の一部である「集中治療の看護に従事した経験が3年以上」を活用 ・人工呼吸器とECMOに分けて経験の有無を問うのは、定義があいまいで困難か。	・重症者の確保病床を有する医療機関における、新興感染症患者に対して3年以上集中治療が可能な医師/看護師/臨床工学士数	毎年	都道府県	・重症患者の病床確保の協定を締結する医療機関において、集中治療を必要とする患者の診療/看護/生命維持管理装置の操作及び保守点検、に従事した経験を3年以上有する常勤の医師/看護師/臨床工学士数 ※常勤は医療法21条に基づく取り扱い通知(健政発777平成10年通知)の医師の取扱を援用し32時間以上勤務している者とする	・重症患者対応体制強化可算の施設要件を参照 ・非常勤を常勤換算として取得する数字に含める ⇒計算方法を示す(研究班に相談)
3	新興感染症	病床	S			・重症者の確保病床を有する医療機関における、新興感染症患者に対してECMO治療が可能な医師/看護師/臨床工学士数		維持	不変	毎年	都道府県		
4	新興感染症	病床	P			・感染対策向上加算1を算定している割合※(院内感染対策についての専従人材の確保の評価)	・割合は用いるべきではない(今村)(田村)(佐藤)(櫻井) ・割合だと自治体に分母を減らすインセンティブとなる(田村)	・実数で可	・感染対策向上加算1を算定している医療機関数	毎年	都道府県	・病床確保の協定を締結する医療機関における、感染対策向上加算1を届け出ている医療機関数 ※R6年7月1日時点より	
5	新興感染症	病床	P			・後方支援についての協定締結医療機関と連携している割合(うち、流行初期医療確保措置付き協定を締結した医療機関における割合)	・割合は用いるべきではない(今村)(田村)(佐藤)(櫻井)	・実数で可	・流行初期医療確保措置付きの病床確保協定を締結する医療機関における、後方支援についての協定締結医療機関と連携している医療機関数	毎年	都道府県	・流行初期医療確保措置付きの病床確保の協定を締結する医療機関において、自院が病床を確保するに当たり影響が生じる一般医療の患者の転院について連携している、後方連携の協定締結医療機関を確保している医療機関数	
6	新興感染症	病床	P			・新興感染症に対応可能な医療関連サービス事業者(リネン・清掃等)を確保している割合	・割合は用いるべきではない(今村)(田村)(佐藤)(櫻井)	・実数で可	・新興感染症に対応可能な医療関連サービス事業者(リネン・清掃等)を確保している医療機関数 ※医療機関が回答できるが、研究班・医療サービス室に要確認	毎年	都道府県	・病床確保の協定を締結する医療機関における、感染症患者が入室する病室のリネン交換と清掃の双方を医療関連サービス事業者に委託することとして、事業者と調整済みの医療機関数	・単に医療関連サービス事業者とすると、減菌や医療ガス、給食が入るため、リネンと清掃に限定でよいか
7	新興感染症	発熱外来	S		○	・医療機関数(うち、流行初期医療確保措置)		維持	不変	毎年	都道府県	・数値目標(都道府県単位)と同一 ・発熱外来数については外来医療体制確保計画(22年11月)を目指す https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001019360.pdf ・流行初期確保は各県の2020年度冬の発熱外来患者数(全国値3.3万人)を一定規模の病院(200床以上)との協定締結を目指す ※1500機関を目安	数値目標であり、国として定め方を示す
8	新興感染症	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供	S		○	・医療機関数(うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設)(うち、往診、電話・オンライン診療)・訪問看護事業所数・薬局数		維持	不変	毎年	都道府県	・数値目標(都道府県単位)と同一 ・自宅と高齢者施設での療養者については保健・医療体制確保計画(22年12月)の最大値を目指す https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032062.pdf ・往診とオンライン診療の比率は田辺班アンケートを参考データとする	数値目標であり、国として定め方を示す 健康局アンケートを活用できるか
9	新興感染症	後方支援	S		○	・医療機関数		維持	不変	毎年	都道府県	・数値目標(都道府県単位)と同一 ・後方支援医療機関数については保健・医療体制確保計画(22年12月)を目指す https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032062.pdf	数値目標であり、国として定め方を示す
10	新興感染症	医療人材	S		○	・派遣可能医師数(うち、県外派遣可能、DMAT/DPAT)	・他の感染対策関連チーム(ICAT等)の評価指標を入れられないか(櫻井) ・現在存在しないチームは入れられない(災害支援ナースも同様) ・災害の指標に「DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合」を追加することで、DMATについては取組を評価できるため、この指標でDMAT/DPATの内数を聞く意義が低い	・派遣可能医師数(うち、県外派遣可能数)	・派遣可能医師数(うち、県外派遣可能数)	毎年	都道府県	・数値目標(都道府県単位)と同一 ・派遣可能医師数については保健・医療体制確保計画(22年12月)を目指す https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032063.pdf ・県内・県外については?	数値目標であり、国として定め方を示す
11	新興感染症	医療人材	S		○	・派遣可能看護師数(うち、県外派遣可能、DMAT/DPAT)	・他の感染対策関連チーム(ICAT等)の評価指標を入れられないか(櫻井)・災害支援ナースや感染管理認定看護師も指標に入れられないか(櫻井) ・現在存在しないチームは入れられない(災害支援ナースも同様) ・災害の指標に「DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合」を追加することで、DMATについては取組を評価できるため、この指標でDMAT/DPATの内数を聞く意義が低い	・派遣可能看護師数(うち、県外派遣可能数)	・派遣可能看護師数(うち、県外派遣可能数)	毎年	都道府県	・数値目標(都道府県単位)と同一 ・派遣可能看護師数については保健・医療体制確保計画(22年12月)を目指す https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001032064.pdf ・県内・県外については?	数値目標であり、国として定め方を示す
12	新興感染症	医療人材	P			・派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数(職種毎)			・職種は医師、看護師で足りるか ・新興感染症に関する研修「どをするか」、「院内感染対策講習会」と限定するか?	毎年	都道府県	・人材派遣の協定を締結する医療機関における、当該医療機関において新興感染症発生・まん延時に派遣が予想される人材であって、新興感染症対応についての研修(※)を受講した人数 (※) 令和6年に向けて、本指標の定義を満たす研修を明確化する。 例) 厚労省が実施する院内感染対策講習会や、新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業など	・協定において、「その他」(薬剤師等を想定)も締結する可能性があるため、「その他」が必要か ・将来的には、災害支援ナース研修といった一定の質の研修に限定したい
13	新興感染症	医療人材	P			(・DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合(災害再掲))	・割合は用いるべきではない(今村)(田村)(佐藤)(櫻井)	(・災害と共通)	(再掲であり災害と平仄)	毎年	都道府県		
14	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	S		○	・個人防護具を十分に確保している医療機関数	・「十分」の定義が不明確(田辺)	・物資班において「十分」の定義を「2か月(案)」明確化する予定	・通知発出に向けて、「十分」を明確化する。	毎年	都道府県	・何らかの協定を締結している医療機関における、コロナ対応時の消費量の2ヶ月分(P)の個人防護具(※)の備蓄を確保している医療機関数。 (※) サージカスマスク、N95マスク、ガウン、手袋、アイプロテクション	数値目標であり、国として定め方を示す
15	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	S			・院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数	・地域によっては100%になる(田村) ・プロセスではなくストラクチャー(田辺)	・ストラクチャーとする。 ・100%であることは望ましい。100%ではない都道府県、より多くの医療機関を取り込むよう取り組みを促したい。	・不変	毎年	都道府県	《都道府県調査》 行政が関与し、地域の複数の医療機関が参加する地域の院内感染対策に関するネットワークに参加している医療機関の数	・ネットワークを構築している自治体が県の場合と市区の場合がある。都道府県における取得の手間の問題あり。 ・正確に取得するなら都道府県から取得。簡易に取得するなら医療機関調査において自己申告
16	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	S			・関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練に参加している医療機関数		・維持 ・研修の実施主体を明確化(指標17との対比)	・自治体が発する関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練の参加医療機関数	毎年	都道府県	《都道府県調査》 自治体(保健所や消防機関等)と医療機関が構成員となる、感染症患者の移送・受入についての連携訓練(※)に参加している医療機関の数 (※) 少なくとも保健所と医療機関が参加し、院外から感染症患者の搬送を想定し入院するまでの流れを再現した実地訓練。	・連携訓練を実施する主体が県の場合と市区の場合がある。都道府県における取得の手間の問題あり。 ・正確に取得するなら都道府県から取得。簡易に取得するなら医療機関調査において自己申告
17	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	P			・年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	・割合は用いるべきではない(今村)(田村)(佐藤)(櫻井)	・本指標は例外的に数値目標と同じもので、かつ「100%」を目指す性質のもので「～割合」のままモチキしたい	・不変(割合を使用してもよいか)	毎年	都道府県	・何らかの協定を締結している医療機関における、新興感染症患者の受入についての研修と訓練を年1回以上実施、又は、外部の医療機関や自治体等が実施する研修・訓練に医療従事者を年1回以上参加させている割合	・医療機関の自己判断でよいか? ・病院と診療所を分けて把握するか? ・病床確保の協定と他の協定を分けて把握するか?
18	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	P			・感染対策向上加算・外来感染対策向上加算を算定している割合※(院内感染対策についての医療機関間の連携体制の構築の評価)	・割合は用いるべきではない(今村)(田村)(佐藤)(櫻井) ・ほぼ100%になるのではない(田辺)	・絶対数で可	・感染対策向上加算・外来感染対策向上加算を算定している医療機関数	毎年	都道府県	・何らかの協定を締結している医療機関における、感染対策向上加算・外来感染対策向上加算を算定している医療機関数	・院内感染対策についての医療機関間の連携体制の構築を評価する意図
		発熱外来?	S			-	・アフトカム指標は困難(今村)(佐藤) ・検査体制の指標は不要か(田村) ・検査体制は予防計画か、未整理(今村)	-	・引き続き検討(省内調整間に合えば採用)				
		医療人材?	?			-	・感染制御の人材派遣が指標として扱っていいか、どのような追加が考えられるか?	-	<対応せず> ・感染制御の人材を明確化できないため対応困難(例えば、感染管理認定看護師は日本看護協会の資格) ・代理指標として感染対策向上加算算定医療機関数では不足か				
		?	?			-	・指標が呼吸器感染症の想定にひきづられていて、指標でコロナ以外の特定の患者を想定することは困難	-	・コロナを参考にしつつ、想定外には柔軟に対応したいので、指標でコロナ以外の特定の患者を想定することは困難				

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4年度)

第8次医療計画に必要となる指標の策定

研究代表者 今村 知明 (奈良県立医科大学 公衆衛生学)

研究分担者 赤羽 学 (国立保健医療科学院)

研究分担者 野田 龍也 (奈良県立医科大学 公衆衛生学)

研究分担者 西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学)

研究要旨

令和6年度からの第8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・6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「第8次医療計画等に関する検討会」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。

令和5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。

協力研究者

柿沼 倫弘 (国立保健医療科学院)

中西 康裕 (国立保健医療科学院)

画等に関する検討会」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する。

A. 研究目的

第8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、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び糖尿病の4疾病、救急、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。)及び新興感染症発生・まん延時における医療の6事業並びに在宅医療における重要指標および参考指標を整理した。

令和5年度は各都道府県で第8次医療計画の策定作業期間であることから、「第8次医療計

B. 研究方法

医療計画の指標を策定する際の考え方・留意点について整理をしたうえで、国の施策の観点を踏まえるため、令和4年5月以降に開催された「第8次医療計画等に関する検討会」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、都道府県を対象とした第7次医療計画における「医療体制構築に係る現状把握のための指標例」に関する使用状況調査(厚生労働省

医政局地域医療計画課により実施)のデータを使用し、指標例の使用頻度を分析した。特に、現状把握または目標設定において、使用頻度が低い指標(今回は10パーセントイルまたは25パーセントイルに該当する指標例を対象)について、第8次医療計画案でそれらの指標が継続採用されているかどうかを整理した。

C. 研究結果

医療計画においては、「今後充実させることが望ましい医療上の課題」を念頭に、その課題の実現度合いを定量的に示すことができる指標(医療計画指標)を策定する必要がある。指標の検討においては、段階的に行い、はじめに短い言葉(おおむね20文字以内)で表現され(レベル1)、次いでその指標を算出するために必要な計算式とデータソースを提示する必要がある(レベル2)。そして、データソースの具体的な項目と集計の対象期間や対象地域、その他の条件を詳細に示す必要がある(レベル3)。

また、指標作成においては、以下の点に留意することが重要である。

- ・ 「全国で比較可能な数字であること」
市町村単位で掲載できる指標が望ましいが、二次医療圏別もしくは少なくとも都道府県単位で抜けがないことが重要である。
- ・ 「数値での算出が可能で、厚生労働省から配布されるデータブックに掲載できること」
継続的に数値の算出ができる指標である必要があるため、NDBや患者調査、医療施設調査の結果などから算出できる指標である必要がある。指標策定の際にその情報源や更新頻度の明確化が必要である。
- ・ 「分母と分子を明確にすること」
指標は、施設数のようにその数が意味のあるものや、人口で割り戻さないと意味のないものもある。人口も使用する統計調査によって結果が異なるため、集計に使用する分母と分子の明確な定義が必要である。
- ・ 「ストラクチャー・プロセス・アウトカムの

いずれかに分類できること」

指標の策定にあたっては、SP0分類、重点指標とするか決める必要がある。

- ・ 「クオリティとアクセシビリティに着目すること」
医療の質は「コスト」「クオリティ」「アクセシビリティ」の3要素からなる。医療計画では、クオリティとアクセシビリティの改善を通じて医療の質の向上に貢献するため、その指標がいずれに属するかを意識することが望ましい。

次に、国における「第8次医療計画等に関する検討会」における第8次医療計画等に関する意見のとりまとめについて整理を行った。

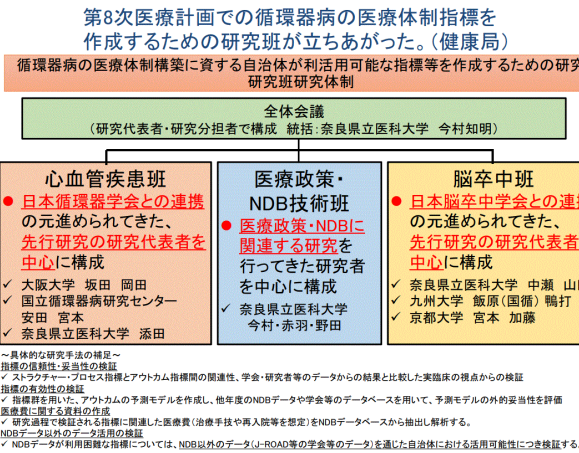
(がん)

- ① 見直しの方向性
 - がんに関する医療提供体制の構築に当たっては、「がん対策推進基本計画」及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
 - 第4期がん対策推進基本計画においても、引き続き、治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援等に取り組む。
 - がん医療圏の設定については、各都道府県の実態を踏まえ、二次医療圏との整合が取れる範囲で、柔軟に設定できることとする。
 - 指標については、第4期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後のがん対策推進協議会における議論の内容を参考に見直す。
- ② 指標の見直し例
 - ・ 指針に基づく検診の実施率
 - ・ 精密検査受診率
 - ・ 診断から手術までの日数
 - ・ 初診から確定診断までが1か月未満の患者の割合
 - ・ 緩和ケア研修会修了者数
 - ・ がん相談支援センターでの新規相談件数

(脳卒中)

- ① 見直しの方向性
- 脳卒中に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
 - ・ 循環器病に係る指標の更新
 - ・ 関係する諸計画との連携
 - ・ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備
 を提示しており、上記に係る見直しを行う。
- 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」(図表1)から、7つの指標案が健康局の担当課に提言された。

図表1 研究体制図(循環器)



- その内容が令和4年3月30日の循環器病対策推進協議会において提示され、指標の精緻化の議論を経て医政局地域医療計画課に提案された。
- 提示された案について、医政局地域医療計画課内の意見や他分野の指標との並び・整合性を踏まえつつ指標の見直しを実施する。
- ② 指標の見直し例
 - ・ 脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消

防本部数

- ・ 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
- ・ リハビリテーション科医師数
- ・ 両立支援コーディネーターの受講者数
- ・ 脳卒中患者に対する療養・就労両立支援件数

(心筋梗塞等の心血管疾患)

- ① 見直しの方向性
- 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
 - ・ 循環器病に係る指標の更新
 - ・ 関係する諸計画との連携
 - ・ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備
 を提示しており、上記に係る見直しを行う。
- 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」(図表1)において、3つの指標案が健康局の担当課に提言された。

- その内容が令和4年3月30日の循環器病対策推進協議会において提示され、指標の精緻化の議論を経て医政局地域医療計画課に提案された。

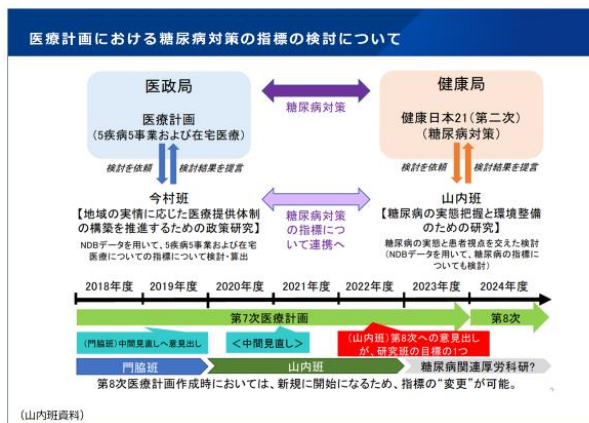
- 提示された案について、医政局地域医療計画課内の意見や他分野の指標との並び・整合性を踏まえつつ指標の見直しを実施する。

- ② 指標の見直し例
 - ・ 急性心筋梗塞患者に対する PCI 実施率
 - ・ 大動脈疾患患者に対する手術件数
 - ・ 両立支援コーディネーターの受講者数
 - ・ 心血管疾患における介護連携指導料算定件数
 - ・ 特定保健指導の実施率

(糖尿病)

- ① 見直しの方向性
- 糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、国民健康づくり運動プラン（健康日本 21（第二次））や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理する。
- 糖尿病の発症予防、糖尿病の治療・重症化予防、糖尿病合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点をおいて取組を進めるための医療体制の構築を目指す。
- 特に、指標については、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「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」（研究代表者：山内敏正（東京大学）、以後「山内班」とする）において、厚生労働省健康局からの依頼に応じ、第8次医療計画策定に向けた糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の改訂案の作成が行実施された。（図表2）2021年度に修正 Delphi 法会議を行い、班会議での議論を重ね、山内班としての指標案が厚生労働省健康局に提示された。

図表2 研究体制図（糖尿病）



- その後第1・2回腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会（2022年10月28日、11月18日）、第17回第8次医療計画等に関する検討会（2022年11月4日）などで厚生労働省の検討会による審議からの修正を経

た。

- これらの指標案が健康局から医政局地域医療計画課に提案された。
- 提示された案について、医政局地域医療計画課内の意見や他分野の指標との並び・整合性を踏まえつつ指標の見直しを実施する。
- ② 指標の見直し例
 - ・ 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合
 - ・ 糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）
 - ・ 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数
 - ・ HbA1c もしくは GA 検査の実施（患者もしくは割合）
 - ・ 糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）

（救急医療）

- ① 見直しの方向性
- 増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリ・ドクターカーについて、地域においてより効果的な活用ができるような体制を構築する。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。
- ② 指標の見直し例
 - ・ 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1ヶ月後社会復帰率を追加
 - ・ 心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合を追加
 - ・ 救命救急センターの応需率を追加

(災害医療)

- ① 見直しの方向性
- DMAT・DPAT等の派遣や活動の円滑化や、様々な保険医療活動チームの間での多職種連携を進める。
- 災害時に拠点となる病院、それ以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
- 医療コンテナの災害時における活用を進める。
- ② 指標の見直し例
 - ・ DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合
 - ・ 既存の指標の災害医療コーディネーター任命数を廃止し、都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域災害医療コーディネーター任命数
 - ・ 災害拠点病院以外の病院における自家発電機の燃料の備蓄(3日分)の実施率
 - ・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において浸水対策を講じている病院の割合
 - ・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、業務継続計画(BCP)を策定している病院のうち浸水を想定した業務継続計画(BCP)を策定している病院の割合

(へき地医療)

- ① 見直しの方向性
- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。

- へき地医療拠点病院の主要3事業(へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣。以下同じ。)の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取組を着実に進める。

② 指標の見直し例

- ・ へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数
- ・ へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数

(周産期医療)

① 見直しの方向性

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏を柔軟に設定し、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

② 指標の見直し例

- ・ 院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
- ・ NICU入院時の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数
- ・ NICU長期入院児が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置

している周産期母子医療センター数

- ・ 退院支援を受けた NICU・GCU 児数
- ・ 妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数

(小児医療)

① 見直しの方向性

- 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。
 - 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
 - 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
 - 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（#8000）を推進する。
 - 小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める
 - 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。
- ##### ② 指標の見直し例
- ・ 子ども医療電話相談の応答率
 - ・ 在宅小児の緊急入院に対応している医療機関数
 - ・ 在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数
 - ・ 退院支援を受けた NICU・GCU 入院児数

(新興感染症発生・まん延時における医療)

引き続き検討会で議論を行い、別途取りまとめる。

国の検討会での取りまとめを踏まえ、関係者との協議の結果、第8次医療計画の指標を策定した

(表1)。地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標を重点指標(●印付き)、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標を参考指標(印なし)としている。また、各指標のデータ定義等について表2にまとめた。心血管と糖尿病の一部の指標については、その算出方法について参考資料1に詳細を掲載した。

第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画案での状況については、表3別表1~10の通りであった(精神医療を除く)。現状把握及び目標設定に係る利用数について、10パーセントに該当する指標例を朱色、25パーセントに該当する指標例を青色で色付けし、色付けを行った指標例(使用頻度の低い指標例)を対象として、第8次医療計画案の状況を整理した。

10パーセント及び25パーセントに該当する使用頻度の低い指標例のうち、第8次医療計画案では削除または新規指標例へ変更となったものを5疾病(精神医療を除く)・5事業及び在宅医療ごとで示すと、下記の通りとなる。

(がん)

- 禁煙外来を行っている医療機関数
- 麻薬小売業免許取得薬局数
- 相談支援センターを設置している医療機関数
- ニコチン依存管理料を算定する患者数
- ハイリスク飲酒者の割合
- 公費肝炎治療開始者数
- 診療ガイドラインに基づく治療実施割合
- 入院緩和ケアの実施件数
- 罹患者数
- 早期がん発見率
- がん患者の死亡者数
- 拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率

(脳卒中)

- 禁煙外来を行っている医療機関数

- ニコチン依存管理料を算定する患者数
- ハイリスク飲酒者の割合
- 脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数
- 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

(心筋梗塞等の心血管疾患)

- ニコチン依存管理料を算定する患者数
- 虚血性心疾患により救急搬送された患者数
- 来院後 90 分以内の心筋梗塞に対する冠動脈再開通達成率
- 虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数
- 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

(糖尿病)

- 糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数
- 糖尿病網膜症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
- HbA1c 検査の実施件数
- 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
- 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
- 在宅インスリン治療件数
- 糖尿病網膜症手術数
- 低血糖患者数
- 糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数

(救急医療)

- 救急車の運用数
- AED 設置台数
- 特定集中治療室のある医療機関数
- 2 次救急医療機関等の救急医療機関やかかり

つけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数

(災害医療)

- 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
- 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

(へき地医療)

- 該当なし

(周産期医療)

- 該当なし

(小児医療)

- 該当なし

(在宅医療)

- 該当なし

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が考えられる。都道府県の医療計画策定スケジュールがタイトであることを考えると、まずは優先する疾患・事業をある程度限定し、やれるところや重要な点から始めることが大切である。

E. 結論

今回、これまでの議論等を踏まえて第 8 次医療計画に向けた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。

<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）

表3：第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での状況

参考資料1：脳卒中および心血管疾患、糖尿病における一部指標の集計定義について

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

◆ Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Katsuki Okada, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Michikazu Nakai, Daisuke Kamon, Tomoya Myojin, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Manabu Horii, Yasushi Sakata, Yoshihiro Miyamoto, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura. Validity of Diagnostic Algorithms for Cardiovascular Diseases in Japanese Health Insurance Claims. *Circulation Journal*. 2023 Mar; 87(4): 536-542.

◆ H Kobayashi, S Fukuda, R Matsukawa, Y Asakura, Y Kanno, T Hatta, Y Saito, Y Shimizu, S Kawarasaki, M Kihara, N Kinoshita, H Umeda, T Noda, T Imamura, Y Nishioka, T Yamaguchi, S Hayashi, T Iguchi. Risks of Myocarditis and Pericarditis Following Vaccination with SARS-CoV-2 mRNA Vaccines in Japan: An Analysis of Spontaneous Reports of Suspected Adverse Events. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 2023 Mar; 57(2): 329-342.

◆ 竹下沙希、西岡祐一、明神大也、峯昌啓、野田

龍也、今村知明. レセプト情報における傷病名・診療開始日を用いた名寄せロジック. *医療情報学*. 2023 Mar;42(5): 217-225.

◆ Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura. Development of a New Method to Trace Patient Data Using the National Database in Japan. *Advanced Biomedical Engineering*. 2022 Nov;11: 203-217.

◆ Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Michikazu Nakai, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Yoshihiro Miyamoto, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura. Outpatient cardiac rehabilitation dose after acute coronary syndrome in a nationwide cohort. *Heart*. 2023 Feb; 18(2): e0281493.

◆ Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Nagaharu Fukuma, Michikazu Nakai, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiro Miyamoto. Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Participation — Data From Japanese Nationwide Databases —. *Circulation Journal*. 2022 Nov; 86(12): 1998-2007.

◆ Dunya Tomic, et al. Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type 2 diabetes: a multi-national population-based study of 23 high-income jurisdictions. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. 2022 Nov; 10(11): 795-803.

◆ Yuichi Nishioka, Shinichiro Kubo, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino,

Kenjiro Imai, Takehiro Sugiyama, Tatsuya Noda, Hitoshi Ishii, Yutaka Takahashi, Tomoaki Imamura. The Age of Death in Japanese patients with type 2 and type 1 diabetes: A descriptive epidemiological study. *Journal of Diabetes Investigation*. 2022 Aug;13(8): 1316-1320.

◆Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Saho Kanno, Tsuneyuki Higashino, Masatoshi Nishimoto, Masahiro Eriguchi, Kenichi Samejima, Kazuhiko Tsuruya & Tomoaki Imamura. Tracing all patients who received insured dialysis treatment in Japan and the present situation of their number of deaths. *Clinical and Experimental Nephrology*. 2022 Apr;26(4): 360-367.

◆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*. 2022 Mar;13(3): 460-467.

◆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*. 2022 Feb;13(2): 249-255.

◆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.

◆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*. 2021 Oct;27(10): 1514.e5-1514.e10.

◆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*. 2021 Oct;12(10): 1797-1804.

◆Fumika Kamitani, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Sadanori Okada, Yasuhiro Akai, Hitoshi Ishii, Yutaka Takahashi, Tomoaki Imamura. Incidence of lower limb amputation in people with and without diabetes: a nationwide 5-year cohort study in Japan. *BMJ Open*. 2021 Aug;11: e048436..

◆Yusuke Naito, Hideaki Kawanishi, Michinori Kayashima, Sawako Okamoto, Tomoaki Imamura, Hitoshi Furuya, Junji Egawa, Masahiko Kawaguchi. Current Status of

Clinical Engineer Anesthesia Assistants and Their Effect on Labor Task Shifting in Japan: A Prospective Observational Study in a Single Institute. JMA Journal. 2021 Apr;4(2): 129-134.

◆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.

◆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.

◆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 Sep;8: e001262.

◆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.

◆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. 2019 Apr;103780.

2. 学会発表

2023年02月01日～2023年02月03日(静岡県、アクトシティ浜松/WEB) ●第33回日本疫学会学術総会。●我が国における季節性インフルエンザとCOVID-19の死亡率比較。●野田龍也、奥村泰之、神尾敬子、谷口俊文、明神大也、西岡祐一、鈴木貞夫、今村知明。

2023年02月04日(奈良県、社会福祉総合センター) ●日本医療マネジメント学会 第17回奈良支部学術集会。シンポジウム「奈良県型地域医療構想2025を支える～今、地域が求める連携と機能分化～」●第8次医療計画や地域医療構想などの医療施策の現状とコロナ禍を受けての今後の方向性。●今村知明。

2022年11月30日(Web) ●INNOVCARE Webinars ●Forecasting the Regional Distribution of Home Care Patients Using Big Data of Insurance Claims in Japan: 2015 to 2045 ●Yasuhiro Nakanishi, Yuichi Nishioka, Yukio Tsugihashi, Tomohiro Kakinuma, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Manabu Akahane.

2022年11月17日～2022年11月21日(北海道、札幌コンベンションセンター) ●第42回医療情

報学連合大会（第 23 回日本医療情報学会学術大会）●クレームデータベース利活用の現場から：できること・できないこと・意外にできたこと●野田龍也。

2022 年 11 月 17 日～2022 年 11 月 21 日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第 42 回医療情報学連合大会（第 23 回日本医療情報学会学術大会）●NDB と死亡情報の連結における技術的課題の検討●明神大也，西岡祐一，野田龍也，大井川仁美，今井健，今村知明，.

2022 年 11 月 17 日～2022 年 11 月 21 日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第 42 回医療情報学連合大会（第 23 回日本医療情報学会学術大会）●2019 年と 2020 年における日本の外来受診患者数の比較. ●菅野沙帆，野田龍也，町田宗仁，西岡祐一，明神大也，久保慎一郎，今村知明.

2022 年 11 月 17 日～2022 年 11 月 21 日（北海道、札幌コンベンションセンター）●第 42 回医療情報学連合大会（第 23 回日本医療情報学会学術大会）●レセプト情報・健診情報を活用したリアルワールドエビデンス創出に資する医学統計手法の開発：低用量卵胞ホルモン・黄体ホルモン配合製剤と血栓症に関する Target Trial Emulation. ●竹下沙希，西岡祐一，森田えみり，明神大也，久保慎一郎，野田龍也，今村知明.

2022 年 11 月 02 日～2022 年 11 月 06 日（）●The Gerontological Society of America (GSA) 2022 Annual Scientific Meeting●Forecasting the Regional Distribution of Home Care Patients Using Big Data of Insurance Claims in Japan: 2015 to 2045●Yasuhiro Nakanishi, Yuichi

Nishioka, Yukio Tsugihashi, Tomohiro Kakinuma, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Manabu Akahane.

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）●第 81 回日本公衆衛生学会総会●第 8 次医療計画策定に向けた循環器疾患の医療政策指標の検討●今村知明、西岡祐一、柿沼倫弘、赤羽学、野田龍也.

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）●第 81 回日本公衆衛生学会総会●日本の医療データベースから算出された季節性インフルエンザの致死率と重症化率●野田龍也、明神大也、西岡祐一、今村知明.

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）●第 81 回日本公衆衛生学会総会●1 型糖尿病発症に関わる因子—インフルエンザと 1 型糖尿病発症の Target Trial Emulation●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明.

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）●第 81 回日本公衆衛生学会総会●NDB と死亡情報の連結にあたっての課題の検討●明神大也、西岡祐一、野田龍也、今村知明.

2022 年 10 月 07 日～2022 年 10 月 09 日（山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB）●第 81 回日本公衆衛生学会総会●JMDC データベース

を用いた糖尿病と直腸癌手術後排尿機能障害の関連の検討●小川裕貴、野田龍也、西岡祐一、小川俊夫、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●若手救急医若手救急医のキャリア満足度に影響を与える専門研修プログラムの諸因子についての分析●建部壮、野田龍也、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●後期高齢者における口腔健診と死亡の関連●辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●レセプトデータを用いた透析患者における骨折発症後の標準化死亡比の算出●菅野沙帆、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●NDB オープンデータを用いた抗ヒスタミン薬処方数量の時系列変化●橋野周一郎、明神大也、岸本美和、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●奈良県における病床機能報告の課題分析●平石達郎、明神大也、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●精神科病院におけるCOVID-19 クラスター対応と考察●菊池綾、野田龍也、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●介護医療院創設前後における医療療養病床・医療区分1を退院した患者の療養場所の変化●次橋幸男、西岡祐一、中西康裕、柿沼倫弘、野田龍也、赤羽学、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●KDBを用いた医療区分1入院患者の介護・医療介入の現状と予後の解析●竹下沙希、西岡祐一、次橋幸男、中西康裕、柿沼倫弘、久保慎一郎、明神大也、赤羽学、野田龍也、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●特定保健指導の糖尿病発症抑制効果検証のための観察研究 — Target Trial Emulation — ●玉本咲楽、西岡祐一、竹下沙希、森田えみり、中澤有佐、明神大也、野田龍也、今村知明.

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81回日本公衆衛生学会総会●特定健康診査の次年度受診割合と健診判定値の関連●中澤有佐、西岡祐一、竹下沙希、森田えみり、玉本咲楽、明神

大也、野田龍也、今村知明。

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81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在宅医療需要の将来推計手法の確立●中西康裕、西岡祐一、次橋幸男、柿沼倫弘、野田龍也、今村知明、赤羽学。

2022年10月07日～2022年10月09日(山梨県、YCC 県民文化ホール、山梨県立図書館/WEB) ●第81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脳梗塞治療に関する地域医療提供体制の検討●柿沼倫弘、中西康裕、西岡祐一、野田龍也、今村知明、赤羽学。

2022年07月23日～2022年07月24日 (WEB/兵庫県、神戸国際展示場、神戸国際会議場) ●第4回日本在宅医療連合学会大会●在宅訪問診療を受けた実患者数とその提供量の推移：レセプト情報・特定検診等情報データベース(NDB)を用いた全年齢層における全国データの分析●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。

◆2110◆2022年07月03日～(WEB) ●DESIRE Conference 2022●レセプトビッグデータを用いた糖尿病、肥満の病態の解明●西岡祐一、竹下沙希、森田えみり、明神大也、久保慎一郎、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、毛利貴子、中島拓紀、樽松由佳子、岡田定規、野田龍也、今村知明、高橋裕。

◆2230◆2022年06月30日～2022年07月02日(岡山県、岡山コンベンションセンター) ●第26

回日本医療情報学会春季学術集会●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●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。

◆2230◆2022年06月30日～2022年07月02日(岡山県、岡山コンベンションセンター) ●第26回日本医療情報学会春季学術集会●NDBを用いたがんの部位別SMRの算出の検討●菅野沙帆、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、明神大也、今村知明。

◆2230◆2022年06月02日～2022年06月04日(大分県、別府国際コンベンションセンターB-Con Plaza/WEB) ●第95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特発性アルドステロン症における骨折リスクの解明●中島拓紀、西岡祐一、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

◆2230◆2022年06月02日～2022年06月04日(大分県、別府国際コンベンションセンターB-Con Plaza/WEB) ●第95回日本内分泌学会学術総会●抗甲状腺薬による無顆粒球症の臨床的特徴：レセプトビッグデータを用いた疫学研究●紙谷史夏、西岡祐一、中島拓紀、久保慎一郎、明神大也、樽松由佳子、岡田定規、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022年06月02日～2022年06月04日(大分県、別府国際コンベンションセンターB-Con Plaza/WEB) ●第95回日本内分泌学会学術総会●2型糖尿病発症リスクにおける環境因子と遺伝因子

の定量化の試み： レセプトビッグデータ解析●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、新居田泰大、津川峻輔、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、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022年05月12日～2022年05月14日（WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場）●第65回日本糖尿病年次学術集会●健診・レセプト情報連結データベースの縦断的解析による疾病予測：eGFR slope による透析ハイリスク患者の抽出●岡田定規、西岡祐一、金岡幸嗣朗、新居田泰大、津川峻輔、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、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、斎藤能彦、今村知明、高橋裕。

2022年05月12日～2022年05月14日（WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場）●第65回日本糖尿病年次学術集会●レセプトビッグデータを用いた食習慣による2型糖尿病発症リスクの解明●中島拓紀、西岡祐一、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、紙谷史夏、毛利貴子、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022年05月12日～2022年05月14日（WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場）●第65回日本糖尿病年次学術集会●糖尿病患者ではSGLT2阻害薬により下肢切断が増えるのか：レセプトビッグデータを用いた疫学研究●紙谷史夏、西岡祐一、池茉莉香、新居田泰大、玉城由子、小泉実幸、中島拓紀、毛利貴

子、久保慎一郎、明神大也、栗田博仁、樽松由佳子、岡田定規、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022年05月12日～2022年05月14日（WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場）●第65回日本糖尿病年次学術集会●レセプトビッグデータを用いた妊娠糖尿病患者の妊娠後骨粗鬆症の実態の解明●小泉実幸、西岡祐一、新居田泰大、玉城由子、紙谷史夏、中島拓紀、毛利貴子、樽松由佳子、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022年05月12日～2022年05月14日（WEB/兵庫県、神戸ポートピアホテル、神戸国際展示場、神戸国際会議場）●第65回日本糖尿病年次学術集会●1型糖尿病発症リスクにおける環境因子と遺伝因子の定量化の試み：レセプトビッグデータ解析●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、新居田泰大、津川峻輔、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、岡田定規、久保慎一郎、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2022年03月11日～2022年03月13日（WEB）●第86回日本循環器学会学術集会●Relationship between heart-failure medications at discharge and one-year prognosis; analysis in Nationwide Electric Health Database ●Michikazu Nakai, Yoshitaka Iwanaga, Koshiro Kanaoka, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Shin-ichiro Kubo, Katsuki Okada, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiko Saito, Satoshi Yasuda, Yoshihiro Miyamoto.

2022年02月25日～2022年02月26日(奈良県、
THE KASHIHARA/WEB) ●第45回日本脳神経外傷学
会●地域医療構想や働き方改革などの医療をと
りまく施策の現状と今後の動向●今村知明.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

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1-1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	1次予防・2次予防		医療		共生	
ストラクチャー		指針の遵守市町村数		がん診療連携拠点病院等の数		緩和ケア病棟を有する医療機関数・病床数
		個別受診勧奨実施市町村数		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		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		専門医療機関連携薬局の認定数
				専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院		相談員研修を受講した相談員の人数
				緩和ケア研修修了者数		
				がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院		両立支援コーディネーター研修修了者数
				リンパ浮腫外来を設置している拠点病院		アピアランス支援研修修了者数
				専門的疼痛治療を実施可能な拠点病院		
プロセス	●	がん検診受診率		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	●	がん相談支援センターにおける相談件数
	●	精密検査受診率		外来化学療法の実施件数		小児・AYA世代のがん患者の教育に関する相談件数
		精密検査によるがん発見率・偽陽性率		悪性腫瘍手術の実施件数		就労に関する相談件数
		喫煙率		術中迅速病理組織標本の作製件数		アピアランスケアの相談件数
		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合		病理組織標本の作製件数		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数
		運動習慣のある者の割合		放射線治療の実施件数		在宅がん総合診療料の算定件数
		野菜と果物の摂取量		がんリハビリテーションの実施件数		セカンドオピニオンの提示件数
		食塩摂取量		緩和ケア外来の年間受診患者数		
		適正体重を維持している者の割合		緩和ケアチームによる介入患者数		
アウトカム	●	がん種別年齢調整死亡率				がん患者の在宅死亡割合
	●	がん種別年齢調整罹患率				

(●は重点指標)

表1-2 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・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防
ストラクチャー		脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目(*)の観察指標を利用している消防本部数	脳神経内科医師数・脳神経外科医師数		国立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
			脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数			歯周病専門医が在籍する医療機関数
			脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数			
			● 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数			
			脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数			
			理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数			
			リハビリテーション科医師数			
			●	脳卒中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	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	●	脳卒中患者に対する療養・就労面立支援の実施件数	
	特定健康診査の実施率		脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数		脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		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			
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		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			
	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		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			
			●	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				

(●は重点指標)

(*) 脈不整、共同偏視、半側空間無視（指4本法）、失語（眼鏡/時計の呼称）、顔面麻痺、上肢麻痺 の6項目

表1-3 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・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防
ストラクチャー			循環器内科医師数・ 心臓血管外科医師数		面立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	慢性心不全の再発を 予防するためのケアに 従事している看護師数
			心臓内科系集中治療室（CCU） を有する医療機関数・病床数		心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	歯周病専門医が在籍する 医療機関数
			心臓血管外科手術が 実施可能な医療機関数			
			心大血管リハビリテーション料届出医療機関数			
プロセス	喫煙率	心肺機能停止傷病者全搬送 人員のうち、一般市民による 除細動の実施件数	急性心筋梗塞患者に対する PCI実施率	心血管疾患に対する療養・就労面立支援の実施件数		
	特定健康診査の実施率	虚血性心疾患及び大動脈疾患によ り救急搬送された患者数 ●	PCIを施行された急性心筋梗塞 患者数のうち、90分以内の 冠動脈再開通割合		心血管疾患における 介護連携指導の実施件数	
	特定保健指導の実施率		虚血性心疾患に対する 心血管外科手術件数	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数		
	高血圧性疾患患者の 年齢調整外来受療率		大動脈疾患患者に対する 手術件数			
	脂質異常症患者の 年齢調整外来受療率		●	入院心臓血管リハビリテーションの実施件数		
				●	外来心臓血管リハビリテーションの実施件数	
アウトカム		● 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	●	虚血性心疾患及び心血管疾患の退院患者平均在院日数		
			●	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患及び大動脈疾患患者の割合		
	●	虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率				

●は重点指標

表1-4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	糖尿病の予防		糖尿病の治療・重症化予防		糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防	
ストラクチャー			糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)		腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	
			糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)		歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	
			1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数		糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)	
			妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数		糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)	
					糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)	
プロセス	●	特定健康診査の実施率		糖尿病患者の年齢調整外来受療率	●	眼底検査の実施割合
		特定保健指導の実施率	●	HbA1cもしくはGA検査の実施割合	●	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
				インスリン治療の実施割合		クレアチニン検査の実施割合
				糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合		
				外来栄養食事指導の実施割合		
アウトカム		糖尿病予備群の者の数		糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり)		治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)
		糖尿病が強く疑われる者の数		治療継続者の割合	●	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数
				重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)		糖尿病患者の下肢切断の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	●	特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合				
			●	糖尿病の年齢調整死亡率		

●は重点指標

令和4年度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「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」研究報告書より引用

表1-6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

		病院前救護活動の機能 【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能 【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関(第二次救急医療) の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関(第三次救急医療) の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を 受け入れる機能【救命後の医療】	
ストラクチャー	都道府県	運用救急救命士数	初期救急医療施設数	第二次救急医療機関数	救命救急センター数	● 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数	
		住民の救急蘇生法の受講率	一般診療所の 初期救急医療への参画率				
		心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合					
	医療機関	● 救急搬送人員数			救急担当専任医師数・看護師数		
プロセス	都道府県	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の割合		
		● 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					
	第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						
	医療機関		救急車の受入件数			緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	
		転院搬送の実施件数		転院搬送の受入件数			
				救命救急センターの応需率			
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						
	心原性心肺機能停止傷病者(一般市民が目撃した)のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1ヶ月後社会復帰率						

(●は重点指標)

表1-7 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	病院的耐震化率		
	複数の災害時の通信手段の確保率	● 自家発電機の燃料の備蓄(3日分)の実施率	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
	多数傷病症に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	● 災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数・割合
		● 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域災害医療コーディネーターの任命者数
	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院のうち浸水を想定した業務継続計画(BCP)を策定している病院の割合		災害時小児周産期リエゾン任命者数
	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合		
プロセス	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察、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
		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			

(●は重点指標)

表1-8 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巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数	●	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医師派遣実施回数・延べ派遣日数		
			●	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		
				へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数		
			●	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(※1)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(※2)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						

(●は重点指標)

※1 主要3事業：へき地医療拠点病院における①へき地への巡回診療、②へき地診療所等への医師派遣、③へき地診療所等への代診医派遣

※2 必須事業：へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- ・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、援助に関する事。
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関する事。

表1-9 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			
		ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数			
			院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数	
			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			
		NICU入院児の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数			
プロセス	●	分娩数		退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	
		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		
			妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数		
		●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率		
	●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数			
アウトカム	●	新生児死亡率		●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)
	●	周産期死亡率			
	●	妊産婦死亡数			

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。

(●は重点指標)

表1-10 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	● 子ども医療電話相談の回線数・相談件数・応答率	小児科を標榜する病院・診療所数	小児地域支援病院数	小児地域医療センター数	小児中核病院数
	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	小児歯科を標榜する歯科診療所数			PICUを有する病院数・PICU病床数
	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		在宅小児の緊急入院を受け入れている医療機関数		
		在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養に必要な説明及び指導を行っている医療機関数			
		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			
	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			
	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	●	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・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。

(●は重点指標)

表1-11 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	● 在宅療養後方支援病院数	● 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
	● 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数_医師数(削除)		
	● 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	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	● 退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	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		
		● 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		
	● 訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数			
	● 在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	● 24時間対応可能な薬局数		
	● 麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数			
	● 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数			
	● 訪問栄養食事指導を実施している診療所・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		● 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
	● 退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問看護利用者数		● 看取り数(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	● 小児の訪問看護利用者数		● 在宅死亡者数
		● 訪問歯科診療を受けた患者数		
		● 歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		● 訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		● 訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		● 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		● 麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	● 訪問リハビリテーションを受けた患者数			
	● 訪問栄養食事指導を受けた患者数			
アウトカム				

(●は重点指標)

表2：4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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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	1次予防・2次予防	医療	共生					S	1	指針の遵守市町村数	都道府県	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	令和2年度		がん情報サービス（対象年齢、受診間隔のみ）・国立がん研究センター集計	検診項目・対象年齢・受診間隔のそれぞれについて「指針に基づき実施」と回答した市区町村の数（がん種ごと）		
102	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	2	個別受診勧奨実施市町村数	都道府県	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	令和2年度		がん情報サービス	がん種ごとに「個別受診勧奨を実施した」と回答した市町村の数		
103	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	3	がん診療連携拠点病院等の数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年4月1日現在		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年4月1日時点の指定医療機関数		
104	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	4	がん治療認定医の数	都道府県	専門医の認定状況	令和4年4月1日現在		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（医師＋歯科医師）		
105	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	5	認定されたがん看護に係る専門看護師数	都道府県	専門看護師 分野別都道府県別登録者数一覧	令和4年1月18日現在		日本看護協会	がん看護分野で日本看護協会により認定を受けた専門看護師の数		
106	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	6	認定されたがん専門薬剤師の数	都道府県	がん専門薬剤師認定者一覧	令和4年2月7日現在		日本医療薬学会	日本医療薬学会により認定されたがん専門薬剤師の数		
107	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	7	緩和ケア研修修了者数	都道府県	がん等における新たな緩和ケア研修等事業	令和3年度		がん・疾病対策課	都道府県を通じて各研修主催者からがん・疾病対策課へ報告された開催内容・修了人数の報告結果より集計		
108	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	8	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院の割合	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年9月		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	「がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携して対応している。」の問いに対して「はい」と回答した施設の拠点病院等の数を全体の拠点病院等の数で割って算出		
109	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	9	リンパ浮腫外来を設置している拠点病院の数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	リンパ浮腫外来を設置している拠点病院の数		
110	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	10	専門的疼痛治療を実施可能な拠点病院の数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	自施設で神経ブロックを実施できる拠点病院等の数 自施設で緩和的放射線治療を実施できる拠点病院等の数		
111	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	11	緩和ケア病棟を有する医療機関数・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第2-7表 病院数（重複計上）；病床数；患者数、緩和ケアの状況・二次医療圏別		
112	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	12	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	令和3年3月31日現在		厚生労働省	CO03 在宅末期医療総合診療科届け出施設数		
113	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	13	専門医療機関連携薬局の認定数	都道府県	厚生労働省	令和4年度		厚生労働省			
114	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	14	相談員研修を受講した相談員の人数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	拠点病院から提出される現況報告書の、別紙13相談支援センター体制_がん対策研究所による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」についての項目で、各研修の修了者数の報告がある。		
115	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	15	両立支援コーディネーター研修修了者数	都道府県	事業報告（労働者安全機構）	令和3年度		https://www.research.johas.go.jp/ryoritsucoo/jyukosha.html 上記の労働者健康安全機構HPに掲載	独立行政法人労働者健康安全機構の労災疾病等医学研究普及サイトにて両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数を公表（現在は全国での年ごとの人数。都道府県別のデータは累計のみ）		
116	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					S	16	アピアランス支援研修修了者数	都道府県	事業報告	令和4年度			修了者累積数（受講時点の都道府県別）		
117	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P	●	17	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年度		国立がん研究センター	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（または2年）以内に受けた者の数 肺がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 肺がんの各検診を過去1年以内に受けた者の数 大腸がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 大腸がんの各検診を過去1年以内に受けた者の数 子宮頸がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 子宮頸がんの各検診を過去2年以内に受けた者の数 乳がん検診受診者数* / 調査対象者数 * 乳がんの各検診を過去2年以内に受けた者の数	
118	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		18	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年度		国立がん研究センター	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」「時々吸う日がある」と回答した者の合計人数 * * 20歳以上の男性の調査対象者数 喫煙率（女性）= 喫煙者数* / 調査対象者数* * * 20歳以上の女性で「毎日吸っている」「時々吸う日がある」と回答した者の合計人数 * * 20歳以上の女性の調査対象者数	
119	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		19	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	(R5年度以降提供)		国立がん研究センター	第75表 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 - 年齢階級別、人数、割合 - 総数・男性・女性、20歳以上	
120	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		20	運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	(R5年度以降提供)		国立がん研究センター	第60表 運動習慣の有無 - 運動習慣の有無、年齢階級別、人数、割合 - 総数・男性・女性、20歳以上	
121	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		21	野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	令和元年度		e-Stat 国民健康・栄養調査	食品群別栄養素等摂取量 - 食品群、栄養素別、摂取量 - 総数、1歳以上	
122	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		22	食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	令和元年度		e-Stat 国民健康・栄養調査	食品群別栄養素等摂取量 - 食品群、栄養素別、摂取量 - 総数、1歳以上	
123	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		23	適正体重を維持している者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	(R5年度以降提供)		厚生労働省		
124	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P	●	24	精密検査受診率	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	令和元年度		国立がん研究センター	自治体を実施するがん検診を受診した者のうち、精密検査を受診した者の割合	
125	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		25	精密検査によるがん発見率・偽陽性率	都道府県	地域保健・健康増進事業報告	令和元年度		国立がん研究センター	がん種別以下を算出 ・自治体を実施するがん検診を受診した者のうち、精密検査の結果、がんであった者の割合 ・自治体を実施するがん検診を受診した者のうち、要精密検査であったが、精密検査の結果、がんではなかった者の割合	
126	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		26	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
127	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		27	外来化学療法の実施件数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第2-9表 一般診療所数（重複計上）；実施件数、手術等・二次医療圏別 第2-6表 病院数（重複計上）；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
128	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		28	悪性腫瘍手術の実施件数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第2-9表 一般診療所数（重複計上）；実施件数、手術等・二次医療圏別 第2-8表 病院数（重複計上）；実施件数、手術等・二次医療圏別	
129	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		29	術中迅速病理組織標本の作製件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
130	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		30	病理組織標本の作製件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
131	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		31	放射線治療の実施件数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年		e-Stat 医療施設調査	第3-4表 病院数（重複計上）；患者数；台数、放射線治療・二次医療圏別	
132	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		32	がんリハビリテーションの実施件数	構想区域	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	

表 2 : 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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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
133	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		緩和ケア外来の年間受診患者数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	緩和ケア外来患者の年間受診患者のべ数	
134	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		緩和ケアチームによる介入患者数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	緩和ケアチームによる介入患者数	
135	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P	●	がん相談支援センターにおける相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告。 ※令和4年度の様式では別紙11「相談内容」_年間のべ相談件数	
136	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		小児・AYA世代のがん患者の教育に関する相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告	
137	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		就労に関する相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告。 ※令和4年度の様式では別紙11「相談内容」_17-1.社会生活(仕事・就労)の相談件数	
138	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		ピアランスケアの相談件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	各拠点病院から都道府県を通じて現況報告書で厚生労働省へ報告。 ※令和4年度の様式では別紙11「相談内容」_03-01.ピアランスの相談件数	
139	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数	都道府県	長期療養者就職支援事業報告	令和4年度		各都道府県の労働局へ確認	各都道府県労働局に連絡すれば件数が確認可能。 (職業安定局に確認済み)	
140	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	二次医療圏	NDB	令和3年度		厚生労働省	NDB仕様参照	
141	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					P		セカンドオピニオンの提示件数	都道府県	がん診療連携拠点病院等の現況報告書	令和4年度		がん診療連携拠点病院等の現況報告書	BO10 診療情報提供料(Ⅱ)の算定件数(がん患者に限る)	
142	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					O	●	がん種別年齢調整死亡率	都道府県	人口動態統計	令和3年		国立がん研究センター	がん種別年齢調整死亡率、75歳未満 ・年齢調整死亡率 = (〔観察集団の各年齢(年齢階級)の死亡率〕 × [基準人口集団のその年齢(年齢階級)の人口]) / 各年齢(年齢階級)の総和 / 基準人口集団の総人口 (通例人口10万人当たり) ・基準人口は昭和60年モデル人口	
143	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					O	●	がん種別年齢調整罹患率	都道府県	全国がん登録	令和元年		e-Stat全国がん登録	がん種別年齢調整罹患率、全年齢 ・年齢調整罹患率 = (〔観察集団の各年齢(年齢階級)の罹患率〕 × [基準人口集団のその年齢(年齢階級)の人口]) / 各年齢(年齢階級)の総和 / 基準人口集団の総人口 (人口10万人当たり) ・基準人口は昭和60年モデル人口 (75歳未満は公開されていない)	
144	がん	1次予防・2次予防	医療	共生					O		がん患者の在宅死亡割合	都道府県	人口動態調査	令和3年		厚生労働省	がん種別に以下を算出 在宅等でのがんによる死亡者数 / がんによる死亡者数** *都道府県別のがんを死因とする在宅等(介護老人保健施設、自宅、老人ホーム)での死亡者数 ** 都道府県別のがんを死因とする全死亡者数	
201	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	都道府県	救急救命体制の整備・充実に関する調査結果	令和5年末(速報)	毎年	総務省消防庁	脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目(*)の観察指標を利用している消防本部数	最短で来年度のデータブックから掲載が可能になる予定
202	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳神経内科医師数・脳神経外科医師数	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	間覧 第11表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
203	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	市区町村	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	二次医療圏編 第26表 病院数(重複計上) ; 病床数; 取扱患者延数, 特殊診療設備・二次医療圏別 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理科の届出施設数	
204	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		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医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
205	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S	●	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
206	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	都道府県	日本脳卒中学会から提供(日本脳卒中学会の年次報告より)	令和4年11月時点	毎年	日本脳卒中学会	脳卒中学会の年次報告より、「脳卒中相談窓口設置状況」で「設置済み」を応えている一次脳卒中センター数	
207	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数	都道府県	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	第38表 従事者数、職種、理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士、常勤換算数	
208	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		リハビリテーション科医師数	都道府県	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	間覧 第11表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
209	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S	●	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
210	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	都道府県	(独) 労働者健康安全機構の養成研修HP	令和4年3月31日現在	毎年	(独) 労働者健康安全機構	両立支援コーディネーター基礎研修 受講者数	
211	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	都道府県	日本看護協会	令和4年12月25日時点	毎年	日本看護協会	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師あるいは脳卒中認定看護師の実数	
212	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		S		歯周病専門医が在籍する医療機関数	都道府県	日本歯周病学会より提供	令和4年12月31日現在	毎年	日本歯周病学会より無償で情報提供	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	
213	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年	3年毎	e-Stat 国民生活基礎調査	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 喫煙率(女性) = 喫煙者数 / 調査対象者数** *20歳以上の女性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の女性の調査対象者数	
214	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		特定健康診査の実施率	都道府県	特定健康診査の実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定健康診査実施率: 特定健康診査受診者数 / 特定健康診査対象者数 × 100	
215	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P		特定保健指導の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定保健指導実施率: 特定保健指導の終了者数 / 特定保健指導の対象者数 × 100	
216	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	備病小分類「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	
217	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	備病小分類「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で補正した値	

表2：4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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	18	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市区町村	患者調査	令和2年	3年毎	個別票解析 病院入院票・病院外来票・一般診療所票	・病院入院(奇数)票(5)主病名「脳血管疾患」X病院入院(奇数)票(9)「救急車により搬送」で個別票解析 ・病院外来(奇数)票(5)主病名「脳血管疾患」X病院外来(奇数)票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 ・一般診療所票(5)主病名「脳血管疾患」X一般診療所票(8)「救急車により搬送」で個別票解析		
219	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	19	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
220	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	20	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
221	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	21	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	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
222	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	22	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	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
223	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	23	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
224	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	24	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
225	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	●	25	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
226	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	26	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
227	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		P	27	脳卒中による入院と同日に摂食機能療法を実施された患者数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
228	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O	28	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	平成27年	-	e-Stat人口動態特殊報告	脳血管疾患による年齢調整死亡率		
229	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O	29	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	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 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(入電から医師引継ぎまでに要した時間別搬送人員)(令和3年中 単位:人)		
230	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O	30	退院患者平均在院日数	二次医療圏	患者調査	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数		
231	脳卒中	予防・啓発	救護	急性期	回復期	維持期・生活期	再発・重症化予防		O	●	31	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	市区町村	患者調査	令和2年	3年毎	個別票解析 病院退院票・一般診療所退院票	病院退院票(7)「脳血管疾患」X病院退院票(14)退院後の行き先「家庭」で個別票解析 一般診療所退院票(7)「脳血管疾患」X一般診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭」で個別票解析	
301	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	1	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・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	別表第11表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別		
302	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	2	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する医療機関数・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	別表第27表 病院数(重複計上);病床数;取扱患者延数,特殊診療設備-二次医療圏別		
303	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	3	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
304	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	4	心大血管リハビリテーション科届出医療機関数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	H000 心大血管リハビリテーション科(I)の届出施設数 H000 心大血管リハビリテーション科(II)の届出施設数		
305	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	5	両立支援コーディネーター基礎研修の受講人数	都道府県	(独)労働者健康安全機構の養成研修HP	令和4年3月31日現在	毎年	(独)労働者健康安全機構	両立支援コーディネーター基礎研修 受講人数		
306	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	6	心不全緩和ケアトレーニング受講人数	都道府県	心不全学会	令和4年12月27日時点	1年ごと。毎年指定の月にデータを提出可能	心不全学会より無償で情報提供	HEPT受講人数の集計データ		
307	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		S	7	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	二次医療圏	日本看護協会	2022年12月末時点	毎年	日本看護協会より無償で情報提供	慢性心不全看護認定看護師数の集計データ		
308	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		●	S	8	歯周病専門医が在籍する医療機関数	都道府県	歯周病専門医の認定状況(日本歯周病学会HP)	令和4年12月31日現在	随時	日本歯周病学会より無償で情報提供	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	
309	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		●	P	9	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査	令和元年	3年毎	e-Stat 国民生活基礎調査	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 喫煙率(女性)=喫煙者数/調査対象者数** *20歳以上の女性で「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の女性の調査対象者数	
310	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		●	P	10	特定健康診査の実施率	都道府県	特定健康診査の実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定健康診査実施率:特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数×100	
311	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		●	P	11	特定保健指導の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定保健指導実施率:特定保健指導の終了者数/特定保健指導の対象者数×100	
312	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		●	P	12	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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	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	
313	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		●	P	13	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	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	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で補正した値	
314	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	14	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数	都道府県	救急救助の現況	令和3年	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	第17表 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 令和3年中実績		
315	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	15	虚血性心疾患及び大動脈疾患により救急搬送された患者数	市区町村	患者調査	令和2年	3年毎	個別票解析 病院入院(奇数)票 病院外来(奇数)票 一般診療所票	・病院入院(奇数)票(5)主病名「虚血性心疾患」X病院入院(奇数)票(9)「救急車により搬送」で個別票解析 ・病院外来(奇数)票(5)主病名「虚血性心疾患」X病院外来(奇数)票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 ・一般診療所票(5)主病名「虚血性心疾患」X一般診療所票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 または、 ・病院入院(奇数)票(5)主病名「大動脈疾患」X病院入院(奇数)票(9)「救急車により搬送」で個別票解析 ・病院外来(奇数)票(5)主病名「大動脈疾患」X病院外来(奇数)票(8)「救急車により搬送」で個別票解析 ・一般診療所票(5)主病名「大動脈疾患」X一般診療所票(8)「救急車により搬送」で個別票解析		
316	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	16	急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
317	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	●	17	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開通割合	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
318	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	18	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
319	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	19	大動脈疾患患者に対する手術件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
320	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	●	20	入院心臓リハビリテーションの実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
321	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	21	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
322	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	22	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
323	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	●	23	外来心臓リハビリテーションの実施件数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
324	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		P	24	心血管疾患における介護連携指導の実施件数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		

表2：4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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	再発・重症化予防	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
325	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		○	●	25 虚血性心疾患、心不全、大動脈疾患及び心血管疾患の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	平成27年	-	e-Stat人口動態特殊報告	虚血性心疾患による年齢調整死亡率 心不全による年齢調整死亡率 大動脈疾患及び解離による年齢調整死亡率 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率	
326	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防	●	○	●	26 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	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 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 （入電から医師引き継ぎまでに要した時間別搬送人員） （令和3年中 単位：人）	
327	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		○	●	27 虚血性心疾患及び心血管疾患の退院患者平均在院日数	二次医療圏	患者調査	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数 傷病大分類「心疾患」の退院患者平均在院日数	
328	心血管疾患	予防・啓発	救護	急性期	回復期	慢性期	再発・重症化予防		○	●	28 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患及び大動脈疾患患者の割合	二次医療圏	患者調査	令和2年	3年毎	個票解析 病院退院票・一般診療所退院票	・病院退院票(7)主病名「虚血性心疾患」X病院退院票 (14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票解析 ・一般診療所退院票(7)主病名「虚血性心疾患」X一般 診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭1～4」で個 票解析 または、 ・病院退院票(7)主病名「大動脈疾患」X病院退院票 (14)退院後の行き先「家庭1～4」で個票解析 ・一般診療所退院票(7)主病名「大動脈疾患」X一般 診療所退院票(14)退院後の行き先「家庭1～4」で個 票解析	
401	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	1 糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	都道府県	糖尿病専門医の認定状況（日本 糖尿病学会HP）	令和4年	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が在籍 する医療機関数（人口10万人当たり）	
402	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	2 糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	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）	令和4年	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 士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	
403	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	3 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	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
404	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	4 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関 数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
405	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	5 腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	都道府県	腎臓専門医異別人数（日本腎臓 学会HP）	令和5年1月31日現在	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が在籍する医療 機関数（人口10万人当たり）	
406	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	6 歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	都道府県	歯周病専門医の認定状況（日本 歯周病学会HP）	令和4年12月31日現在	随時	日本歯周病学会より無償で情報 提供	日本歯周病学会が認定した歯周病専門医が在籍する医 療機関数（人口10万人当たり）	
407	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	7 糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万 人当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
408	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	8 糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万 人当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
409	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					S	●	9 糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万 人当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
410	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防				●	P	●	10 特定健康診査の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導の 実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定健康診査実施率：特定健康診査受診者数/特 定健康診査対象者数×100	
411	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防				●	P	●	11 特定保健指導の実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導の 実施状況	令和2年度	毎年	厚生労働省	特定保健指導実施率：特定保健指導の終了者数/特 定保健指導の対象者数×100	
412	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	12 糖尿病患者の年齢調整外来受療率	都道府県	患者調査	令和2年	3年毎	e-Stat 患者調査	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別の年齢級別推計 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	
413	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	13 HbA1cもしくはGA検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
414	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	14 インスリン治療の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
415	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	15 糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
416	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	16 外来栄養食事指導の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
417	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	17 眼底検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
418	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	18 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
419	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					P	●	19 クレアチニン検査の実施割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
420	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	20 糖尿病予備群の者の数	全国	国民健康・栄養調査	令和元年	毎年（4年ごとに拡大調査）	e-Stat 国民健康・栄養調査	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	
421	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	21 糖尿病が強く疑われる者の数	全国	国民健康・栄養調査	令和元年	毎年（4年ごとに拡大調査）	e-Stat 国民健康・栄養調査	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	
422	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	22 特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿 病未治療患者の割合	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
423	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症 化予防	糖尿病合併症の発症 予防・治療・重症化予 防					○	●	23 糖尿病治療を主とした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限 定）（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	

表 2 : 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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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	
424	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	24	治療継続者の割合	全国	国民健康・栄養調査	令和元年	毎年（4年ごとに拡大調査）	e-Stat 国民健康・栄養調査	「これまでに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		
425	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	25	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
426	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	●	26	糖尿病の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	平成27年	-	e-Stat人口動態特殊報告	糖尿病による年齢調整死亡率	
427	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	27	治療が必要な糖尿病網膜症の発生（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
428	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	●	28	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数	都道府県	わが国の慢性透析療法の現況	令和3年	毎年	日本透析医学会	原疾患が糖尿病性腎症の新規透析導入患者の数	
429	糖尿病	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防					O	29	糖尿病患者の下肢切断の発生（糖尿病患者1年当たり）	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
601	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	1	通用救急救命士数	都道府県	救急救助の現況	令和4年4月1日現在	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	救急救命士の数		
602	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	2	住民の救急蘇生法講習の受講率	都道府県	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数		
603	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	3	心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合	都道府県		令和3年8月1日時点	毎年	消防庁			
604	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	●	4	救急搬送人員数	都道府県	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	搬送人員数	
605	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	5	初期救急医療施設数	二次医療圏	医療施設調査	平成29年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	閲覧 第13表 病院数（重複計上）、救急医療体制-救急告示・二次医療圏別		
606	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	6	一般診療所の初期救急医療への参画率	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	閲覧 第15表 一般診療所数（重複計上）、救急医療体制-二次医療圏別		
607	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	7	第二次救急医療機関数	都道府県	病床機能報告	令和2年	毎年	病床機能報告	施設票 二次救急医療施設の認定の有無		
608	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	8	救命救急センターの数	二次医療圏	救急医療体制調査	令和4年7月1日現在	毎年	厚生労働省	救急救命センター数 閲覧 第13表 病院数（重複計上）、救急医療体制-救急告示・二次医療圏別		
609	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	●	9	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	令和3年	毎年	救命救急センターの評価結果	院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に常時勤務している救命救急センターの数	
610	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			S	10	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	令和3年	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		
611	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	11	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	救急救助の現況	令和3年	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	第17表 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 令和2年中実績		
612	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		●	P	●	12	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	救急救助の現況	令和3年中	毎年	消防庁 救急救助 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（119番通報から病院等に収容するに要した時間別搬送人員） 令和2年中実績平均	
613	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	●	13	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	令和2年	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った件数 重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合 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 重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数の割合	
614	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	14	第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	令和3年4月1日時点	-	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や多職種連携会議等の開催回数		
615	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	15	救命救急センター充実度評価Sの割合	都道府県	救命救急センターの評価結果	令和3年	毎年	厚生労働省	充実度評価S*の救命救急センター数/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		
616	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	16	救急車の受入件数	都道府県	救命救急センターの評価結果	令和3年	毎年	救命救急センターの評価結果	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 各救急医療機関の年間救急搬送受入件数		
617	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】			P	17	転院搬送の実施件数	都道府県	都道府県調査	平成30年調査（平成29実績）	毎年	都道府県調査	（他院への）転院搬送の実施件数		

表2：4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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計 単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考	
618	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		P	18	転院搬送の受入件数	都道府県	都道府県調査	平成30年調査（平成29実績）	毎年	都道府県調査	（他院からの）転院搬送の受け入れ件数		
619	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		P	19	救命救急センターの応需率	都道府県			毎年	厚生労働省			
620	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		P	20	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照		
621	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		O	●	21	心肺機能停止傷病者（心臓停止患者）の1ヶ月後の予後	都道府県	救急救助の現況	令和3年	毎年	消防庁 救急救助 救急救助の現況	別表19 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の生存率（10ヵ年比較、都道府県別） 1ヵ月後生存率 別表19 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の生存率（10ヵ年比較、都道府県別） 1ヵ月後社会復帰率	
622	救急	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】		O		22	心原性心臓停止機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1ヶ月後社会復帰率	都道府県	救急救助の現況	令和3年4月1日時点	毎年	消防庁	別表21 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、初期心電図波形がVF又は無脈性VTの生存率（10ヵ年集計、都道府県別） 内、「1ヵ月後社会復帰率」を使用 平成23年～令和2年の10ヵ年における実績 ※救急救助の現況：消防庁公開データ	
701	災害	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				S	1	病院の耐震化率	都道府県	病院の耐震改修状況調査	令和2年9月1日	毎年	厚生労働省	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				S	2	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	令和3年4月1日現在	-	厚生労働省	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況		
703	災害	災害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				S	3	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	令和3年4月1日現在	-	厚生労働省	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				S	4	浸水想定区域や津波災害警戒区域に存在する病院において、業務継続計画（BCP）を策定している病院のうち浸水を想定したBCPを策定している病院の割合	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
705	災害	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				S	5	浸水想定区域や津波災害警戒区域に存在する病院において浸水対策を講じている病院の割合	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
706	災害	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				S	6	自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省	すべての病院のうち、自家発電機を所有し、かつ3日分の燃料を備蓄している病院の数		
707	災害	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				S	●	7	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	平成29年9月30日 時点	随時	厚生労働省	災害拠点病院以外が策定する業務継続計画の策定状況	
708	災害	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				S	●	8	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	都道府県	都道府県調査	令和3年4月1日時点	随時	厚生労働省	災害拠点病院以外の広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録状況	
709	災害	災害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				S	9	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	令和4年4月1日現在	-	厚生労働省	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		
710	災害	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				S	10	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数・割合	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
711	災害	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				S	11	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域医療コーディネーターの任命者数	都道府県	都道府県調査	令和4年	毎年	厚生労働省			
712	災害	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				S	12	災害時小児周産期リゾン任命者数	都道府県	都道府県調査	令和3年8月1日時点	毎年	厚生労働省	災害時小児周産期リゾンの認定任命を受けた医療従事者数		
713	災害	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				P	●	13	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	平成28年4月1日	随時	厚生労働省	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				P	●	14	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	都道府県	都道府県調査	平成30年9月30日 時点	随時	厚生労働省	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	
715	災害	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				P	●	15	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	平成30年9月30日 時点	随時	厚生労働省	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	
716	災害	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				P	●	16	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数	都道府県	都道府県調査	平成30年9月30日 時点	随時	厚生労働省	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	
717	災害	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				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	令和3年4月1日現在	随時	厚生労働省	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				P	18	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	都道府県	都道府県調査	平成31年	随時	厚生労働省	都道府県が実施する医療従事者向けの実施回数		
719	災害	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				P	19	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	都道府県	都道府県調査	平成31年	随時	厚生労働省	都道府県が実施する地域住民向けの実施回数		
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	へき地診療所数・病床数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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	令和4年	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		
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医師数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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		
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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	
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	令和4年	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	

表 2 : 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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	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	
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	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	令和4年	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	
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	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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	
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	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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
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	令和4年	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	
822	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					P	●	22	協議会の開催回数	都道府県	へき地医療現況調査	令和4年	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	
823	へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援					P	●	23	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	令和4年	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	
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	二次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	2年毎	e-Stat 医師・歯科医師・薬剤師統計	間覧 第 1 1 表 医療施設従事医師数、主たる従業地による二次医療圏、市区町村、主たる診療科別	
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	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 3 2 表 一般診療所数、分娩の状況・二次医療圏別 間覧 第 3 1 表 病院数、分娩の状況・二次医療圏別	
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	専門医制度(新生児)	令和4年11月1日現在	随時	日本周産期・新生児医学会	新生児専門医の数 母体・胎児専門医の数	
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	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 3 2 表 一般診療所数、分娩の状況・二次医療圏別 間覧 第 3 1 表 病院数、分娩の状況・二次医療圏別 就業助産師数	
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	アドバンス助産師認証者名簿	令和4年	随時	日本助産師評価機構	クリニカルラーレベルⅢの認証を受けた助産師数(アドバンス助産師) 新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数	
906	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S		6	分娩を取扱う医療機関の種別	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 3 1 表 病院数、分娩の状況・二次医療圏別 間覧 第 3 2 表 一般診療所数、分娩の状況・二次医療圏別 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	ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数	都道府県	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	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	
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	院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		
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	NICUを有する病院数・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数(重複計上)；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
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	NICU専任医師数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	厚生労働省	日中に主にNICU及びGCUを担当する産婦人科・小児科・新生児医師数	
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	GCUを有する病院・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数(重複計上)；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
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	MFCUを有する病院・病床数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数(重複計上)；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
913	周産期	低リスク分娩	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援				S		13	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	-	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	
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	業務継続計画策定医療機関数・策定割合	都道府県	周産期医療体制調査	令和3年12月時点	-	厚生労働省医政局地域医療計画課調べ	業務継続計画(BCP)を策定している医療機関数	
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			●	S	●	15	災害時小児周産期リエゾン任命者数	都道府県	都道府県	令和4年4月1日時点	毎年	厚生労働省	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	
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				S		16	NICU入院時の退院支援を専任で行う者を配置している周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		既存の項目は「NICU入院時支援コーディネーター」となっており、「入院時の退院支援を専任で行う者」と比べると範囲が狭い。来年度取裁から定義が変更できる予定。
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				S		17	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	令和2年	毎年	厚生労働省	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	
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				S		18	NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		
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	分娩数	二次医療圏	医療施設調査	平成29年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	分娩数(帝王切開件数を含む)* *病院(30)手術等の実施状況の「分娩」の実施件数、および一般診療所(26)手術等の実施状況の「分娩」の実施件数	
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	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	令和2年	毎年	e-Stat 地域保健・健康増進事業報告	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数	
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	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	周産期医療体制調査	周産期母子医療センターで取り扱う分娩	
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				P		22	NICU入室児数	二次医療圏	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	間覧 第 2 7 表 病院数(重複計上)；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	
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				P		23	NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	厚生労働省	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	
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				P		24	妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数	都道府県	周産期医療体制調査		毎年	厚生労働省		来年度以降調査に追加
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				P	●	25	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	周産期医療体制調査	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および新生児の搬送受入総数(戻り搬送を除く) ※平成29年以前：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	
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				P	●	26	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数	都道府県	周産期医療体制調査	令和2年	毎年	周産期医療体制調査	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。) 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	
927	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		27	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
928	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				O	●	28	新生児死亡率	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	新生児死亡：生後4週間未満の死亡	

表2：4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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	病期医療機能⑥	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
929	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				O	●	29 周産期死亡率	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	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	
930	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				O	●	30 妊産婦死亡数	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	妊産婦死亡数(都道府県別)	
931	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			●	O	●	31 NICU・GCU長期入院児数	都道府県	周産期医療体制調	令和2年	毎年	厚生労働省	周産期母子医療センターのNICU・GCUに1年を超えて入院している児数	
1001	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S	●	1 子ども医療電話相談の回線数・相談件数・応答率	都道府県	都道府県調査	令和3年	毎年	厚生労働省	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	小児中核病院			S		2 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1003	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		3 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	市区町村	訪問看護レポート	令和4年(6月審査のみ)	-	厚生労働省	0~5、5~9、10~15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	
1004	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		4 小児科を標榜する病院・診療所数	市区町村	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	下巻第40表 一般診療所数、診療科目(主たる診療科目)・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・病床の有無別 下巻第41表 一般診療所数、診療科目(単科)・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・病床の有無別 一般診療所数(7)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 下巻第15表 病院数(重複計上)、診療科目・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・精神科病院-一般病院別 病院票(8)診療科目で、「小児科」を標榜している施設数	
1005	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		5 小児歯科を標榜する歯科診療所数	都道府県	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	下巻第55表 歯科診療所数(重複計上)、診療科目・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)別	
1006	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		6 在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養に必要な説明及び指導を行っている医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1007	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		7 小児科医師数(医療機関種別)	市区町村	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	主たる従事先が病院で主たる診療科が小児科の医師数(常勤・非常勤合計、主たる従業地による二次医療圏別) 一般診療所票(8)科目「小児科」を標榜する施設の医師数(29) 主たる診療科目と単科の合計数	
1008	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		8 夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1009	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		9 小児地域支援病院数	二次医療圏	小児医療提供体制に関する調査報告書	-	-	厚生労働省	中核病院小児科・地域小児科センター登録病院、地域振興小児科候補病院リスト	
1010	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		10 在宅小児の緊急入院を受け入れている医療機関数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1011	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		11 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	-	-	厚生労働省	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	
1012	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		12 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	-	-	厚生労働省	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	
1013	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			S		13 PICUを有する病院数・PICU病床数	市区町村	医療施設調査	令和2年	3年毎	e-Stat 医療施設調査	閲覧第27表 病院数(重複計上)；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別 病院票(28)特殊診療設備で、PICUの病床数	
1014	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			P		14 小児在宅人工呼吸器患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1015	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			P		15 小児の訪問診療を受けた患者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1016	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			P		16 小児の訪問看護利用者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1017	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			●	P	17 退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1018	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			P		18 小児のかかりつけ医受診率	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1019	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			P		19 緊急気管挿管を要した患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	小児地域医療センター	小児中核病院			P	●	20 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	令和2年	毎年	厚生労働省	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	
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	小児地域医療センター	小児中核病院			P		21 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	令和3年度未現在	毎年	e-Stat 福祉行政報告例	特別児童扶養手当受給者数 障害児福祉手当受給者数 身体障害者手帳交付台帳登録数 18歳未満	
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	小児地域医療センター	小児中核病院			P		22 救急入院患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	小児地域医療センター	小児中核病院			O	●	23 小児人口あたり時間外外来受診回数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	小児地域医療センター	小児中核病院			O	●	24 乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	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)	
1025	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児地域医療センター	小児中核病院			O	●	25 幼児、小児死亡数・死亡原因・死亡場所	市区町村	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	15歳未満の死亡者数の集計(0~4歳) 15歳未満の死亡者数の集計(5~9歳) 15歳未満の死亡者数の集計(10~14歳) 15歳未満の死亡原因の集計(0~4歳) 15歳未満の死亡原因の集計(5~9歳) 15歳未満の死亡原因の集計(10~14歳)	
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	市区町村	医療施設調査	令和2年	毎年	個票解析 一般診療所票	病院票(14)退院調整支援担当者「いる」の施設数 診療所数：一般診療所票(13)退院調整支援担当者「いる」の施設数	
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	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	・機能強化型在宅療養支援診療所(単独型) 届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(1)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(連携型) 届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(2)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(3)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援診療所(単独型) 届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(1)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(連携型) 届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(2)の届出施設数 ・機能強化型在宅療養支援病院(3)の届出施設数	

表2：4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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	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
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 訪問看護事業所数、従事者数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
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 訪問看護事業所数、従事者数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	①「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、「基本サービスコード」または「合成サービスコード」のサービス項目コードの算定事業所数。 ②「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、基本報酬のサービス項目コードの算定事業所数。	
1111	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	11 訪問看護事業所数、従事者数【介護サービス施設・事業所調査】	二次医療圏	介護サービス施設・事業所調査	令和3年10月1日	毎年	厚生労働省	訪問看護を実施している事業所数 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 訪問看護ステーション票(7)従業者数* *常勤兼任、非常勤については常勤換算数で常勤専任に合算	
1112	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	12 訪問看護事業所数、従事者数【訪問看護レセプト】	二次医療圏	訪問看護レセプト	令和4年（6月審査のみ）	毎年	厚生労働省	訪問看護を実施している事業所数 15歳未満の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1113	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		13 機能強化型の訪問看護ステーション数	市区町村	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	機能強化型訪問看護管理療養費の届出施設数	
1114	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			●	S		14 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	二次医療圏	訪問看護レセプト	令和4年（6月審査のみ）	毎年	厚生労働省	0～5、5～9、10～15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 5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 5～9才の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数 10～14才の利用者に対し訪問看護を実施している事業所数	
1115	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		15 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1116	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		16 訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1117	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		17 在宅療養支援歯科診療所数	市区町村	診療報酬施設基準	令和3年3月31日現在	毎年	厚生労働省	歯科CU01-3在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	
1118	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	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1119	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		19 訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1120	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		20 訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	「在宅療養管理指導」「介護予防在宅療養管理指導」のうち、薬剤師が行う場合のサービス項目コードの算定事業所数。	
1121	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		21 在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1122	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		22 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1123	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		23 無菌製剤（T P N 輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1124	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		24 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDB：対象となる診療行為コードのいずれかを算定している診療所・病院数を集計する。 介護DB：対象となるサービスコードのいずれかを算定している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数を集計する。医療分と介護分を分けて集計
1125	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		25 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDB：対象となる診療行為コードのいずれかを算定している医療機関数を集計する。 介護DB：対象となるサービスコードのいずれかを算定している事業所数を集計する。
1126	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	26 往診を実施している診療所・病院数	二次医療圏	NDB	令和3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		27 在宅療養後方支援病院	二次医療圏	診療報酬施設基準	令和4年3月31日現在	毎年	厚生労働省	様式20 在宅後方支援病院の届出施設数	
1128	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	28 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	市区町村	介護サービス施設・事業所調査	令和3年10月1日	毎年	厚生労働省	訪問看護ステーション票(7)24時間体制を取っている訪問看護ステーション*の従業者数** *訪問看護の活動状況が「活動中」のものでかつ、24時間対応体制加算の届出あり施設 **常勤兼任、非常勤については常勤換算数で常勤専任に合算	
1129	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		29 24時間対応可能な薬局数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	注意：令和4年度診療報酬改定でコードの変更あり
1130	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S	●	30 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	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1131	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				S		31 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【介護サービス施設・事業所調査】	市区町村	介護サービス施設・事業所調査	令和3年10月1日	毎年	厚生労働省	訪問看護ステーション票(3)加算等の届出の状況でターミナル体制の届出「あり」の施設数 ターミナルケア療養費1・2を算定している事業所数	
1132	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		32 退院支援（退院調整）を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1133	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		33 介護支援連携指導を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1134	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		34 退院時共同指導を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	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		35 退院後訪問指導を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1136	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	36 訪問診療を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1137	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り			●	P		37 小児の訪問診療を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1138	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	38 訪問看護利用者数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1139	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	39 訪問看護利用者数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	①「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、「基本サービスコード」または「合成サービスコード」のサービス項目コードの延べレセプト件数。 ②「訪問看護」「介護予防訪問看護」のうち、基本報酬のサービス項目コードを算定している受給者数。	
1140	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	40 訪問看護利用者数【審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ】	二次医療圏	審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ	令和3年	毎年	審査支払機関からの提供	訪問看護療養費明細書の延べ件数 15歳未満の利用者の訪問看護療養費明細書の延べ件数	
1141	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		41 小児の訪問看護利用者数【審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ】	市区町村	審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ	令和3年	毎年	審査支払機関からの提供	15歳未満の利用者の訪問看護療養費明細書の延べ件数	
1142	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		42 訪問歯科診療を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1143	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		43 歯科衛生士を常同した訪問歯科診療を受けた患者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1144	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		44 訪問口腔衛生指導を受けた患者数	市区町村	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1145	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		45 訪問薬剤管理指導を受けた患者数【NDB】	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	

表 2 : 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重要指標及び参考指標の一覧

ID	分野	病期 医療機能①	病期 医療機能②	病期 医療機能③	病期 医療機能④	病期 医療機能⑤	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
1146	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		46 訪問薬剤管理指導を受けた患者数【介護DB】	市区町村	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	①「居宅療養管理指導」「介護予防居宅療養管理指導」のうち、薬剤師が行う場合のサービス項目コードの延べレセプト件数。 ②「居宅療養管理指導」「介護予防居宅療養管理指導」のうち、基本報酬のサービス項目コードを算定している受給者数。	
1147	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		47 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1148	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		48 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1149	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		49 無菌製剤（T P N輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1150	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		50 医療機関から提供される訪問リハビリテーションを受けた患者数	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1151	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		51 訪問栄養食事指導を受けた患者数	都道府県	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1152	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		52 往診を受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1153	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	53 在宅ターミナルケアを受けた患者数	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1154	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		54 訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数【NDB】	二次医療圏	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1155	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		55 訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数【介護DB】	二次医療圏	介護DB	令和3年	毎年	厚生労働省	「訪問看護」のうち、「サービスコード種類13項目7000：ターミナルケア加算の算定件数。	
1156	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		56 訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数【訪問看護レセプト】	二次医療圏	訪問看護レセプト	令和4年（6月審査のみ）	毎年	厚生労働省	訪問看護ターミナルケア療養費1・2の算定件数	
1157	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P	●	57 看取り数（死亡診断書のみを含む）	構想区域	NDB	令和3年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
1158	在宅	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り				P		58 在宅死亡者数	市区町村	人口動態調査	令和3年	毎年	e-Stat 人口動態調査	在宅死亡数	

表3 第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況

表3-1：第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況（がん）

No	SPO	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		禁煙外来を行っている医療機関数	31	1	削除
2	S	●	がん診療連携拠点病院数	45	8	-
3	S		認定看護師が配置されている拠点病院の割合	15	3	一部文言修正
4	S		専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	13	3	一部文言修正
5	S		放射線治療・薬剤療法・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	19	4	一部文言修正
6	S	●	地域がん診療病院数	38	5	-
7	S		がんリハビリテーション実施医療機関数	29	4	-
8	S	●	末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	33	4	-
9	S		麻薬小売業免許取得薬局数	32	1	削除
10	S		相談支援センターを設置している医療機関数	18	2	削除
11	S		緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	44	4	-
12	S		緩和ケアチームのある医療機関数	42	11	-
13	S		外来緩和ケア実施医療機関数	27	2	-
14	P	●	がん検診受診率	44	38	-
15	P		喫煙率	45	23	-
16	P		ニコチン依存管理料を算定する患者数	17	1	削除
17	P		ハイリスク飲酒者の割合	20	2	削除(新指標に置換)
18	P		運動習慣のある者の割合	25	3	-
19	P		野菜と果物の摂取量	26	6	-
20	P		食塩摂取量	24	6	-
21	P		公費肝炎検査実施数	21	2	-
22	P		公費肝炎治療開始者数	18	1	削除
23	P		診療ガイドラインに基づく治療実施割合	3	0	削除
24	P		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	17	1	変更なし
25	P		外来化学療法の実施件数	33	1	変更なし
26	P		放射線治療の実施件数	34	1	変更なし
27	P		悪性腫瘍手術の実施件数	34	1	変更なし
28	P		術中迅速病理組織標本の作製件数	21	1	変更なし
29	P		病理組織標本の作製件数	20	1	変更なし
30	P		がんリハビリテーションの実施件数	28	2	-
31	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	30	4	-
32	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	27	4	-
33	P	●	がん患者指導の実施件数	25	2	-
34	P	●	入院緩和ケアの実施件数	31	1	削除(関連する新指標あり)
35	P	●	外来緩和ケアの実施件数	25	2	-
36	P	●	がん性疼痛緩和の実施件数	26	3	-
37	P		在宅がん医療総合診療料の算定件数	20	1	変更なし
38		●	年齢調整罹患率	30	8	-
39			罹患患者数	26	1	削除(関連する新指標あり)
40			早期がん発見率	19	6	削除(関連する新指標あり)
41	0	●	がん患者の年齢調整死亡率	46	32	-
42	0		がん患者の死亡者数	36	1	削除(関連する新指標あり)
43	0		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	10	1	削除
44	0		がん患者の在宅死亡割合	35	9	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントタイル、青色；25パーセントタイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントタイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3 第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況

表3-2: 第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況 (脳卒中)

No	SPO	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		禁煙外来を行っている医療機関数	21	1	削除
2	S		神経内科医師数・脳神経外科医師数	40	5	-
3	S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	34	1	変更なし
4	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	42	9	-
5	S		リハビリテーションが実施可能な医療機関数	42	8	-
6	P		喫煙率	26	11	-
7	P		ニコチン依存管理料を算定する患者数	17	0	削除
8	P		ハイリスク飲酒者の割合	13	1	削除
9	P		健康診断の受診率	36	13	-
10	P		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	36	2	-
11	P		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	21	0	変更なし
12	P		脳血管疾患により救急搬送された患者数	36	2	-
13	P	●	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	46	15	-
14	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	33	8	-
15	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	32	0	変更なし
16	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	30	0	変更なし
17	P		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	21	1	削除(関連する新指標あり)
18	P		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	35	3	-
19	P		脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	30	5	-
20	O	●	脳血管疾患により救急搬送された患者数(再掲)	35	2	-
21	O	●	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	38	4	-
22	O		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	21	0	削除
23	O	●	退院患者平均在院日数	39	12	-
24	O	●	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	40	20	-
25	O		脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	45	35	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントマイル、青色；25パーセントマイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントマイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3-3: 第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況 (心筋梗塞等の心臓血管疾患)

No	SPO	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		禁煙外来を行っている医療機関数	32	2	-
2	S		循環器内科医師数・心臓血管外科医師数	40	4	-
3	S		心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	36	1	変更なし
4	S		心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	32	0	変更なし
5	S		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	40	11	-
6	P		喫煙率	36	14	-
7	P		ニコチン依存管理料を算定する患者数	15	0	削除
8	P		健康診断の受診率	39	11	-
9	P		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	34	2	-
10	P		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	32	2	-
11	P		虚血性心疾患により救急搬送された患者数	29	1	削除(関連する新指標あり)
12	P		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	33	4	-
13	P		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	39	3	-
14	P	●	来院後90分以内の心筋梗塞に対する冠動脈再開通達成率	30	8	削除(関連する新指標あり)
15	P		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	40	1	変更なし
16	P		入院心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数	30	3	変更なし
17	P		外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数	30	3	変更なし
18	P		虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	12	2	削除(関連する新指標あり)
19	O	●	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(再掲)	28	3	削除(関連する新指標あり)
20	O	●	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	39	3	-
21	O		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	16	0	削除
22	O	●	退院患者平均在院日数	40	10	-
23	O	●	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	37	14	-
24	O	●	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	42	27	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントマイル、青色；25パーセントマイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントマイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3 第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況

表3-4：第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況（糖尿病）

No	SP0	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S	●	特定健診受診率	44	27	-
2	S		特定保健指導実施率	41	25	-
3	S		糖尿病内科（代謝内科）医師数	36	2	-
4	S		糖尿病内科（代謝内科）標榜医療機関数	34	2	-
5	S		教育入院を行う医療機関数	31	1	-
6	S		糖尿病専門医数	31	2	-
7	S		腎臓専門医数	27	1	-
8	S		糖尿病登録医/療養指導医	23	2	-
9	S		糖尿病療養指導士数	30	6	-
10	S		糖尿病看護認定看護師数	24	1	-
11	S		糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数	25	0	削除(関連する新指標あり)
12	S		糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	33	1	-
13	S		糖尿病網膜症術が可能な医療機関数	19	1	削除(関連する新指標あり)
14	S		歯周病専門医数	13	0	削除(関連する新指標あり)
15	S		糖尿病登録歯科医師数	27	0	削除(関連する新指標あり)
16	P		糖尿病患者の年齢調整外来受療率	20	1	-
17	P		HbA1c 検査の実施件数	21	0	削除(新指標に置換)
18	P		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	17	3	削除(関連する新指標あり)
19	P		尿中アルブミン（定量）検査の実施件数	23	1	-
20	P		クレアチニン検査の実施件数	21	0	削除(新指標に置換)
21	P		精密眼底検査の実施件数	17	0	削除(新指標に置換)
22	P		血糖自己測定の実施件数	17	0	削除(関連する新指標あり)
23	P		内服薬の処方件数	18	0	削除(関連する新指標あり)
24	P		外来栄養食事指導料の実施件数	20	2	-
25	P		糖尿病透析予防指導の実施件数	22	1	-
26	P		在宅インスリン治療件数	19	0	削除(関連する新指標あり)
27	P	●	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	34	3	-
28	P	●	糖尿病足病変に対する管理	31	1	-
29	P	●	糖尿病網膜症手術数	30	0	削除(関連する新指標あり)
30	O		糖尿病予備群の者の数	22	2	-
31	O		糖尿病が強く疑われる者の数	25	3	-
32	O	●	新規人工透析導入患者数	44	20	-
33	O		低血糖患者数	18	0	削除(関連する新指標あり)
34	O		糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数	17	0	削除(関連する新指標あり)
35	O		糖尿病患者の年齢調整死亡率	38	12	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントマイル、青色；25パーセントマイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントマイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3-5：第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況（救急医療）

No	SP0	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		運用救急救命士数	39	4	-
2	S		住民の救急蘇生法の受講率	31	6	-
3	S		救急車の運用数	35	0	削除
4	S	●	救急搬送人員数	44	2	変更なし
5	S		AED設置台数	31	0	削除
6	S		救急担当専任医師数・看護師数	21	3	変更なし
7	S		救命救急センター数	44	8	-
8	S		特定集中治療室のある医療機関数	25	0	削除
9	S		2次救急医療機関数	45	6	-
10	S		初期救急医療施設数	38	2	変更なし
11	S		一般診療所の初期救急医療への参画率	26	2	変更なし
12	S		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	22	2	一部文言修正
13	P		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	38	9	-
14	P		救急車の受入件数	25	0	変更なし
15	P	●	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	43	20	-
16	P	●	受入医困難事例の件数	29	10	-
17	P		2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	26	2	削除(新指標に置換)
18	P		救命救急センター充実段階評価Aの割合	37	5	-
19	P		緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	22	2	変更なし
20	O	●	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の1ヶ月後の予後	37	19	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントマイル、青色；25パーセントマイルに該当する指標例

表3 第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況

第8次での状況：10および25パーセントタイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3-6：第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況（災害医療）

No	SPO	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		病院の耐震化率	28	16	-
2	S	●	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	44	21	-
3	S		複数の災害時の通信手段の確保率	26	1	変更なし
4	S		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	24	0	変更なし
5	S	●	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	29	12	-
6	S	●	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	28	4	-
7	S		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	17	0	削除
8	S		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	40	22	-
9	P	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	28	12	-
10	P	●	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	23	4	-
11	P	●	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	29	13	-
12	P	●	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及び回数	22	3	変更なし
13	P	●	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	22	7	変更なし
14	P		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	15	0	削除

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントタイル、青色；25パーセントタイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントタイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3-7：第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況（へき地医療）

No	SPO	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		へき地における診療所数・病床数	42	6	-
2	S		へき地における歯科診療所数	28	1	-
3	S		過疎地域等特定診療所数	20	0	変更なし
4	S		へき地診療所の医師数	31	3	-
5	S		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）	20	2	変更なし
6	S		へき地医療拠点病院数	40	7	-
7	S		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	18	0	変更なし
8	S		へき地医療支援機構の数	25	0	変更なし
9	S		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	21	0	変更なし
10	S		へき地医療に従事する地域枠医師数	21	3	-
11	P	●	へき地における巡回診療の実施日数	31	2	-
12	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	22	0	変更なし
13	P	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	12	0	変更なし
14	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	38	11	-
15	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	36	6	-
16	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	36	11	-
17	P	●	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況	24	3	-
18	P	●	協議会の開催回数	22	0	変更なし
19	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	20	1	変更なし

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントタイル、青色；25パーセントタイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントタイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3 第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況

表3-8: 第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況 (周産期医療)

No	SP0	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		産科・産婦人科・婦人科医師数	45	13	-
2	S		分娩を取り扱う医師数	37	5	-
3	S		日本周産期・新生児医学会専門医数	21	3	変更なし
4	S		助産師数	38	6	-
5	S		アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数	20	3	変更なし
6	S		分娩を取り扱う医療機関の種別	36	1	変更なし
7	S		NICUを有する病院数・病床数	41	11	-
8	S		NICU専任医師数	25	3	変更なし
9	S		GCUを有する病院数・病床数	34	3	-
10	S		MFICUを有する病院数・病床数	39	5	-
11	S		ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	24	0	変更なし
12	S		業務継続計画策定医療機関数・策定割合	6	0	変更なし
13	S	●	災害時小児周産期リエゾン認定者数	27	14	-
14	S		乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数	15	1	変更なし
15	P	●	分娩数	38	2	-
16	P		産後訪問指導実施数	23	1	変更なし
17	P		周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	27	0	変更なし
18	P		NICU入室児数	31	0	変更なし
19	P		NICU・GCU長期入院児数	31	3	-
20	P	●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	33	4	-
21	P	●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	26	5	-
22	O	●	新生児死亡率	46	22	-
23	O	●	周産期死亡率	47	34	-
24	O	●	妊産婦死亡数・死亡原因	36	13	-
25	O	●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)	29	4	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントタイトル、青色；25パーセントタイトルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントタイトルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3-9: 第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況 (小児医療)

No	SP0	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S	●	小児救急電話相談の回線数・相談件数	46	13	-
2	S		小児に対応している訪問看護ステーション数	23	4	一部文言修正
3	S		小児科を標榜する病院・診療所数	43	3	-
4	S		小児歯科を標榜する歯科診療所数	28	0	変更なし
5	S		小児科医師数(医療機関種別)	43	15	-
6	S		夜間・休日に小児科診療を実施している医療機関数	37	1	変更なし
7	S		小児地域支援病院数	23	1	変更なし
8	S		小児地域医療センター数	31	2	-
9	S		小児中核病院数	30	2	-
10	S		PICUを有する病院数・PICU病床数	31	0	変更なし
11	P		小児在宅人工呼吸器患者数	23	0	変更なし
12	P		小児のかかりつけ医受診率	6	1	変更なし
13	P		救急入院患者数	25	1	変更なし
14	P		緊急気管挿管を要した患者数	18	1	変更なし
15	P	●	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	24	5	-
16	P		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)	24	0	変更なし
17	O	●	小児人口あたりの時間外外来受診回数	30	5	-
18	O	●	乳児死亡率	46	20	-
19	O	●	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	32	2	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントタイトル、青色；25パーセントタイトルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントタイトルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

表3 第7次医療計画における指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況

表3-10：第7次医療計画指標例の使用頻度及び第8次医療計画指標例での利用状況（在宅医療）

No	SP0	重点指標	指標名	現状把握	目標設定	第8次での状況
				利用数	利用数	
1	S		退院支援担当者を配置している診療所・病院数	-	7	-
2	S	●	退院支援を実施している診療所・病院数	-	17	-
3	S		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	-	1	変更なし
4	S		退院時共同指導を実施している診療所・病院数	-	0	変更なし
5	S		退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	-	0	変更なし
6	P		退院支援（退院調整）を受けた患者数	-	3	-
7	P		介護支援連携指導を受けた患者数	-	3	-
8	P		退院時共同指導を受けた患者数	-	1	変更なし
9	P		退院後訪問指導料を受けた患者数	-	0	変更なし
10	S	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	-	39	-
11	S		在宅療養支援診療所・病院数、医師数	-	18	-
12	S	●	訪問看護事業所数、従事者数	-	22	-
13	S		小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	-	2	一部文言修正
14	S		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	-	17	-
15	S		在宅療養支援歯科診療所数	-	15	-
16	S		訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数	-	23	-
17	P	●	訪問診療を受けた患者数	-	28	-
18	P		訪問歯科診療を受けた患者数	-	2	変更なし
19	P	●	訪問看護利用者数	-	12	-
20	P		訪問薬剤管理指導を受けた者の数	-	0	変更なし
21	P		小児の訪問看護利用者数	-	0	変更なし
22	S	●	往診を実施している診療所・病院数	-	9	-
23	S		在宅療養支援診療所・病院数、医師数	-	18	-
24	S		在宅療養後方支援病院	-	14	-
25	S	●	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	-	12	-
26	S		在宅療養支援歯科診療所数	-	15	-
27	P		往診を受けた患者数	-	2	変更なし
28	S	●	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	-	22	-
29	S		在宅療養支援診療所・病院数、医師数	-	18	-
30	S		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	-	0	変更なし
31	P	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数	-	8	-
32	P	●	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）	-	10	-
33	P		在宅死亡者数	-	12	-

※現状把握及び目標設定：朱色；10パーセントタイル、青色；25パーセントタイルに該当する指標例
第8次での状況：10および25パーセントタイルの指標例のみ第8次医療計画案における状況を表示

参考資料 1：脳卒中および心血管疾患、糖尿病における一部指標の集計定義について

(脳卒中)

- 脳卒中患者に対する療養・就労両立支援件数

ICD I60, 61, or 63 (入院日と診療開始日が一致するもの) + 療養・就労両立支援
指導料の算定件数

(集計方法)

今後検討

※年度末時点の配布データブックには含まれない。

(該当するコード)

療養・就労両立支援指導料に該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
B001-09	113031810	療養・就労両立支援指導料 (初回)
B001-09	113031910	療養・就労両立支援指導料 (2回目以降)
B001-09	113027910	療養・就労両立支援指導料
B001-09	113042110	療養・就労両立支援指導料 (初回) (情報通信機器)
B001-09	113042210	療養・就労両立支援指導料 (2回目以降) (情報通信機器)

- 脳卒中患者における介護連携指導の実施件数

ICD I60, 61, or 63 (入院日と診療開始日が一致するもの) + 介護連携指導料の算
定件数

介護連携指導料に該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
A108-00	190205970	介護連携加算 1 (有床診療所入院基本料)
A108-00	190206070	介護連携加算 2 (有床診療所入院基本料)

- 脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を算定された患者数

①「ICD I60, 61, or 63」の傷病名があり (疑いを除く)、②その (複数の場合はい
ずれかの) 診療開始日と入院日が等しく、③摂食機能療法 (1日につき) を算定されたレ
セプトが発生した id1n を重複なく数えたもの

摂食機能療法に該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
H004-00	180016610	摂食機能療法（30分以上）
H004-00	180054310	摂食機能療法（30分未満）

- 脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施可能な医療機関数
ICD10 病名 I63 + tPA 製剤*の使用実績のある施設数
* 請求コード: 643950056 (アクチバシン 600 万), 643950057 (アクチバシン 1200 万), 643950058 (アクチバシン 2400 万), 643950059 (グルドパ 600 万), 643950060 (グルドパ 1200 万), 643950061 (グルドパ 2400 万)

- 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数
ICD 病名 I63 (入院日と診療開始日が一致するもの) + K178-4 (経皮的血栓回収術) の算定のある施設数

経皮的血栓回収術に該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
K178-04	150372510	経皮的脳血栓回収術

- 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
ICD 病名 I63 (入院日と診療開始日が一致するもの) + K178-4 (経皮的血栓回収術) の算定件数
- 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
ICD 病名 I60 (入院日と診療開始日が一致するもの) + 1761, 1762, 1771, or 1772 の算定件数
- 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
ICD 病名 I60 (入院日と診療開始日が一致するもの) + K1781, 1782 or 1783 の算定件数
- 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)、(II)、(III) それぞれの算定のある施設数

脳血管疾患等リハビリテーション料に該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
H001-00	180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）
H001-00	180029310	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（１４０日超）
H001-00	180050330	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（リ減）
H001-00	180032410	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（廃用症候群）
H001-00	180043430	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合
H001-00	180051230	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合・リ減
H001-00	180044310	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院）
H001-00	180050630	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院）（リ減）
H001-00	180033910	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）
H001-00	180050730	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）（リ減）
H001-00	180034010	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・廃用症候群）
H001-00	180043530	脳血管疾患等リハビリテーション料１（要介護・廃用症）基準不適合
H001-00	180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）
H001-00	180029410	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（１４０日超）
H001-00	180050430	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（リ減）
H001-00	180032510	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（廃用症候群）
H001-00	180043630	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合
H001-00	180051330	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合・リ減

H001-00	180044410	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院）
H001-00	180050830	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院）（リ減）
H001-00	180034110	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）
H001-00	180050930	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）（リ減）
H001-00	180034210	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・廃用症候群）
H001-00	180043730	脳血管疾患等リハビリテーション料２（要介護・廃用症）基準不適合
H001-00	180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）
H001-00	180050530	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（リ減）
H001-00	180032610	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（廃用症候群）
H001-00	180043830	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合
H001-00	180051430	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合・リ減
H001-00	180044510	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院）
H001-00	180051030	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院）（リ減）
H001-00	180034310	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）
H001-00	180051130	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）（リ減）
H001-00	180034410	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・廃用症候群）
H001-00	180043930	脳血管疾患等リハビリテーション料３（要介護・廃用症）基準不適合

○ 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数

ICD I60, 61, or 63 (入院日と診療開始日が一致するもの)、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
H001-00	180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)
H001-00	180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)
H001-00	180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)
H001-00	180044310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護・入院)
H001-00	180044410	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・入院)
H001-00	180044510	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・入院)
H001-00	180050330	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(リ減)
H001-00	180050430	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(リ減)
H001-00	180050530	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(リ減)
H001-00	180050630	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護・入院)(リ減)
H001-00	180050830	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・入院)(リ減)
H001-00	180051030	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・入院)(リ減)
H001-00	180032410	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(廃用症候群)
H001-00	180032510	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(廃用症候群)
H001-00	180029310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(140日超)
H001-00	180032610	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(廃用症候群)
H001-00	180029410	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(140日超)
H001-00	180033910	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護・入院外)
H001-00	180034010	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介

		護・廃用症候群)
H001-00	180034110	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・入院外)
H001-00	180034210	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・廃用症候群)
H001-00	180034310	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・入院外)
H001-00	180034410	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・廃用症候群)
H001-00	180043430	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護) 基準不適合
H001-00	180043530	脳血管疾患等リハビリテーション料1(要介護・廃用症) 基準不適合
H001-00	180043630	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護) 基準不適合
H001-00	180043730	脳血管疾患等リハビリテーション料2(要介護・廃用症) 基準不適合
H001-00	180043830	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護) 基準不適合
H001-00	180043930	脳血管疾患等リハビリテーション料3(要介護・廃用症) 基準不適合
H001-00	180050730	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護・入院外)(リ減)
H001-00	180050930	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・入院外)(リ減)
H001-00	180051130	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・入院外)(リ減)
H001-00	180051230	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護) 基準不適合・リ減
H001-00	180051330	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護) 基準不適合・リ減
H001-00	180051430	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護) 基準不適合・リ減
H003-04	180030110	脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(1)

H003-04	180030210	脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料 (2)
---------	-----------	-----------------------------

○ 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数

ICD I60, 61, or 63 (入院日と診療開始日が一致するもの)、地域連携診療計画加算(退院支援加算)の算定件数

地域連携診療計画加算に該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
A246/B009	999900577	【J】地域連携診療計画加算
A246-00	190192870	地域連携診療計画加算(入退院支援加算)
B005-02	113009010	地域連携診療計画管理料
B005-03	113009110	地域連携診療計画退院時指導料(1)
B005-03	113011870	地域連携診療計画退院計画加算
B005-03	113011910	地域連携診療計画退院時指導料(2)
B009-00	113023370	地域連携診療計画加算(診療情報提供料1)

(心血管疾患)

○ ACSの緊急PCI実施率

分子:「緊急PCI(*1)を施行された急性冠症候群患者数」

分母:「急性冠症候群患者数(*2)」

*1:「急性冠症候群の病名(*3)かつ、「経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)(*4)、経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)(*5)」

*2:

「急性冠症候群の病名(*3)かつ、「経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)(*4)、経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)(*5)」

または、

「急性冠症候群の病名(*3)かつ、「緊急入院(*6)かつ、「入院1週間以内の冠動脈バイパス移植術(*7)」

または、

「急性冠症候群の病名(*3)かつ、「緊急入院(*6)かつ、「抗血小板薬(*8)の新規使用」かつ「CK-MB(*9)の3回以上の測定(第2病日まで)」

- *3 : ICD-10: I20.0(不安定狭心症), I21(急性心筋梗塞), I22(再発性心筋梗塞), I23(急性心筋梗塞の続発合併症)
- *4 : K546-1(経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞に対するもの)), K546-2(経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症に対するもの))
- *5 : K549-1(経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの)), K549-2(経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞に対するもの・不安定狭心症に対するもの))
- *6 : 救急医療管理加算
- *7 : K551(冠動脈形成術(血栓内膜摘除)), K552(冠動脈、大動脈バイパス移植術)), K553-02(左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術)
- *8 : 抗血小板薬(アスピリン・クロピドグレル・プラスグレル及びその合剤)
- *9 : CK アイソザイム、CK-MB
- *薬剤、加算、処置、検査コードは経年的に変更の場合がある

○ 大動脈疾患患者に対する手術件数

該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
K560-00	150150010	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(弓部大動脈)
K560-00	150150110	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(下行大動脈)
K560-00	150244910	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(上行大動脈)(大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの)
K560-00	150245010	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(上行大動脈)(その他のもの)
K560-00	150245110	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの))
K560-00	150245210	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(腹部大動脈(その他のもの))
K560-00	150264810	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(胸腹部大動脈)
K560-00	150275910	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術)(その他のもの)
K560-00	150359510	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(上行大動脈)(人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術)
K560-00	150359610	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(上行大動脈)(自己温存型大動脈基部置換術)

K560-00	150359710	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術）（大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの）
K560-00	150359810	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術）（人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術）
K560-00	150359910	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術）（自己弁温存型大動脈基部置換術）

- 心血管疾患（急性冠症候群・急性非代償性心不全・急性大動脈解離・大動脈瘤）に対する療養・就労両立支援の実施件数

該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
B001-09	113031810	療養・就労両立支援指導料（初回）
B001-09	113031910	療養・就労両立支援指導料（2回目以降）

心血管疾患患者（急性冠症候群・急性非代償性心不全・急性大動脈解離・大動脈瘤）における地域連携計画書作成等の実施件数

該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
A246-00	190192870	地域連携診療計画加算（入退院支援加算）

- 心血管疾患（急性冠症候群・急性非代償性心不全・急性大動脈解離・大動脈瘤）における介護連携指導の実施件数

該当する診療行為コード

区分番号	請求コード	医科診療行為名称
B005-01	113011710	介護支援等連携指導料

(糖尿病)

- 糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口 10 万人当たり)

(データリソース)

糖尿病専門医の認定状況 (日本糖尿病学会 HP)

住民基本台帳人口

(集計方法)

日本糖尿病学会により認定された糖尿病専門医が在籍する医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口 10 万人あたりの医療機関数を求める。

- 糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口 10 万人当たり)

(データリソース)

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)

住民基本台帳人口

(集計方法)

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が在籍する医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口 10 万人あたりの医療機関数を求める。

- 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)

NDB

(集計方法)

1 年間でインスリン処方が 1 度以上あり、かつ診療行為よりシリンジポンプに関連する加算を算定した患者が抽出された医療機関数を都道府県ごとに求める。

(該当するコード)

インスリン処方 : ATC 分類にて A10A

シリンジポンプに関連する加算

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
C152-00	114022010	間歇注入シリンジポンプ加算 (プログラム付き)
C152-00	114004810	間歇注入シリンジポンプ加算 (1 以外)
C152-02	114028770	持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプ連動・2 個以下)
C152-02	114028870	持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプ連動・3 個又は 4 個)
C152-02	114028970	持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプ連動・5 個以上)

C152-02	114029070	持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ）
C152-02	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）

- 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数
（データリソース）

NDB

（集計方法）

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定している医療施設数を都道府県ごとに求める。

（該当するコード）

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
C101-03	114021110	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1
C101-03	114050010	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2

- 腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口 10 万人当たり）
（データリソース）

腎臓専門医県別人数（日本腎臓学会 HP）

住民基本台帳人口

（集計方法）

日本腎臓学会により認定された専門医が在籍する医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口 10 万人あたりの医療機関数を求める。

- 歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口 10 万人当たり）
（データリソース）

歯周病専門医の認定状況（日本歯周病学会 HP）

住民基本台帳人口

（集計方法）

日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口 10 万人あたりの医療機関数を求める。

- 糖尿病網膜症に対する専門的な治療を行う医療機関数（人口 10 万人当たり）
（データリソース）

NDB

住民基本台帳人口

(集計方法)

1年間で糖尿病薬処方が1度以上あった患者に糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）を算定した医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口10万人あたりの医療機関数を求める。

(該当するコード)

網膜症治療

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
K276-00	150244110	網膜光凝固術（通常）
K276-00	150244210	網膜光凝固術（その他特殊）
K276-00	150248350	汎光凝固術
K280-00	150274010	硝子体茎頭微鏡した離断術（網膜付着組織を含む）
K280-02	150356110	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡）
K280-00	150090610	硝子体茎頭微鏡下離断術（その他）
K281-00	150252810	増殖性硝子体網膜症手術
G016-00	130012010	硝子体内注射

- 糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人当たり）

(データリソース)

NDB

住民基本台帳人口

(集計方法)

糖尿病透析予防指導管理料が算定されている医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口10万人あたりの医療機関数を求める。

(該当するコード)

糖尿病透析予防指導管理料

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
B001-00	113013610	糖尿病透析予防指導管理料
B001-00	113015610	糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）
B001-00	113030910	糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）

- 糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人当たり）

(データリソース)

NDB

住民基本台帳人口

(集計方法)

糖尿病合併症管理料が算定されている医療機関数を、都道府県別人口で除し、人口 10 万人あたりの医療機関数を求める。

(該当するコード)

糖尿病合併症管理料

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
B001-00	113010010	糖尿病合併症管理料

○ 特定健康審査の実施率

(データリソース)

特定健康診査・特定保健指導の実施状況 (厚生労働省 HP)

(集計方法)

医療保険者から国に報告された特定健康診査の実施結果を都道府県ごとに求める。

○ 特定保健指導の実施率

(データリソース)

特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ (厚生労働省 HP)

(集計方法)

医療保険者から国に報告された特定保健指導の実施結果を都道府県ごとに求める。

○ 糖尿病患者の年齢調整外来受療率

(データリソース)

患者調査

(集計方法)

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

○ HbA1c もしくは GA 検査の実施割合

(データリソース)

NDB

(集計方法)

以下の定義で算出：

分子：分母に含まれる患者のうち、HbA1c 検査もしくはグリコアルブミン (GA) 検査が 1 年間で 1 度以上あった患者数

分母：糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者を除く

※定期受診：4 か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

(該当するコード)

HbA1c 検査・GA 検査

区分番号	診療行為コード	名称
D005-00	160010010	ヘモグロビンA1c (HbA1c)
D007-00	160151050	グリコアルブミン

- インスリン治療の実施割合
(データリソース)

NDB

(集計方法)

以下の定義で算出：

分子：分母に含まれる患者のうち、1年間でインスリン処方1度以上あり、かつ、在宅自己注射指導管理料の算定が1度以上あった糖尿病患者の数

分母：糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者を除く

※定期受診：4か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

(該当するコード)

インスリン処方：ATC分類にてA10A

在宅自己注射指導管理料

区分番号	診療行為コード	名称
C101-00	114021010	在宅自己注射指導管理料(複雑な場合)
C101-00	114028410	在宅自己注射指導管理料(1以外)(月28回以上)
C101-00	114028570	導入初期加算(在宅自己注射指導管理料)
C101-00	114040610	在宅自己注射指導管理料(1以外)(月27回以下)
C101-00	114062910	在宅自己注射指導管理料(1以外)(月27回以下) (情報通信機器)
C101-00	114063010	在宅自己注射指導管理料(1以外)(月28回以上) (情報通信機器)
C101-00	114063110	在宅自己注射指導管理料(複雑な場合)(情報通信機器を用いた場合)

糖尿病薬処方：ATC分類にてA10A、A10B

- 外来栄養食事指導の実施割合
(データリソース)

NDB

(集計方法)

以下の定義で算出：

分子：分母に含まれる患者のうち、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料が1年

間で1度以上算定のあった患者数

分母：糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者を除く

※定期受診：4か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

(該当するコード)

外来栄養食事指導量、集団栄養食事指導料

区分番号	診療行為コード	名称
B001-00	113017410	外来栄養食事指導料1（初回）（対面）
B001-00	113017510	外来栄養食事指導料1（2回目以降）（対面）
B001-00	113029810	外来栄養食事指導料1（2回目以降）（情報通信機器等）
B001-00	113029910	外来栄養食事指導料2（初回）（対面）
B001-00	113030010	外来栄養食事指導料2（2回目以降）（対面）
B001-00	113034710	外来栄養食事指導料1（初回）（情報通信機器等）
B001-00	113034810	外来栄養食事指導料2（初回）（情報通信機器等）
B001-00	113034910	外来栄養食事指導料2（2回目以降）（情報通信機器等）
B001-00	113035010	外来栄養食事指導料（がん専門管理栄養士による栄養食事指導）
B001-00	113044410	外来栄養食事指導料（外来化学療法実施患者・月2回以上の指導）
B001-00	113003410	集団栄養食事指導料

糖尿病薬処方：ATC分類にてA10A、A10B

○ 眼底検査の実施割合

(データリソース)

NDB

(集計方法)

以下の定義で算出：

分子：分母に含まれる患者のうち、眼底検査が1年間に1度以上あった糖尿病患者

分母：糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者を除く

※定期受診：4か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

(該当するコード)

眼底検査

区分番号	診療行為コード	名称
D255-00	160081010	精密眼底検査（片）
D255-00	160081130	精密眼底検査（両）

D255-00	160171110	汎網膜硝子体検査（片）
D256-00	160203710	眼底カメラ撮影（アナログ撮影）
D256-00	160203810	眼底カメラ撮影（デジタル撮影）
D256-00	160081550	眼底カメラ撮影（蛍光眼底法）
D256-00	160199310	眼底カメラ撮影（自発蛍光撮影法）
D256-00	160183310	眼底三次元画像解析
D256-03	160213310	光干渉断層血管撮影
D257-00	160081610	スリットM（前・後眼部）

○ 糖尿病薬処方：ATC 分類にて A10A、A10B

○ 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
（データリソース）

NDB

（集計方法）

以下の定義で算出：分母に含まれる患者のうち、アルブミン定量（尿）もしくは蛋白定量（尿）検査が1年間で1度以上あった患者の数、糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者・200床以上の施設で処方を受けている患者を除く。※定期受診：4か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

（該当するコード）

アルブミン定量（尿）、蛋白定量（尿）検査

区分番号	診療行為コード	名称
D001-00	160004810	アルブミン定量（尿）
D001-00	160000410	尿蛋白

糖尿病薬処方：ATC 分類にて A10A、A10B

○ クレアチニン検査の実施割合
（データリソース）

NDB

（集計方法）

以下の定義で算出：

分子：分母に含まれる患者のうち、（血清）クレアチニンが1年間に1度以上あった患者数

分母：糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者を除く

※定期受診：4か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

（該当するコード）

（血清）クレアチニン検査

区分番号	診療行為コード	名称
D007-00	160019210	クレアチニン

糖尿病薬処方：ATC 分類にて A10A、A10B

- 糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合
(データリソース)

NDB

(集計方法)

以下の定義で算出：

分子：分母に含まれる患者のうち、糖尿病透析予防指導管理料または糖尿病合併症管理料のいずれかが1年間で1度以上算定されている患者数

分母：糖尿病定期受診※をしている患者数、当該年度に入院した患者を除く

※定期受診：4か月以上受診間隔が空かない糖尿病患者

(該当するコード)

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
B001-00	113013610	糖尿病透析予防指導管理料
B001-00	113015610	糖尿病透析予防指導管理料 (特定地域)
B001-00	113030910	糖尿病透析予防指導管理料 (情報通信機器を用いた場合)
B001-00	113010010	糖尿病合併症管理料

糖尿病薬処方：ATC 分類にて A10A、A10B

- 糖尿病予備群の者の数
(データリソース)

国民健康・栄養調査

(集計方法)

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”以外の人を算出。

- 糖尿病が強く疑われる者の数
(データリソース)

国民健康・栄養調査

(集計方法)

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」と回答した者の数を算出。

- 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合
(データリソース)

NDB

(集計方法)

今後検討

(該当するコード)

検証の上定義の精緻化が必要。

※年度末時点の配布データブックには含まれない。

- 糖尿病治療を主にした入院患者数の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)

(データリソース)

NDB

(集計方法)

今後検討

(該当するコード)

検証の上定義の精緻化が必要。

※年度末時点の配布データブックには含まれない。

- 治療継続者の割合

(データリソース)

国民健康・栄養調査

(集計方法)

「これまでに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」と回答した者を算出。

- 重症低血糖の発生(糖尿病患者1年当たり)

(データリソース)

NDB

(集計方法)

以下の定義で算出:

分子:1年間で糖尿病薬処方1度以上あり、かつ、低血糖病名と同時に50%ブドウ糖静脈注射がされている患者数

分母:1年間で糖尿病薬処方1度以上あった糖尿病患者数

(該当するコード)

低血糖病名

薬効分類	医薬品コード	品名
E15	2510003	低血糖昏睡
E162	2512004	低血糖発作
E100	8845065	1型糖尿病性低血糖性昏睡
E110	8845094	2型糖尿病性低血糖性昏睡
E140	8838076	糖尿病性低血糖性昏睡
E160	8830649	インスリン低血糖
E161	8837872	低血糖性脳症
E162	8837871	低血糖発作
E160	2512009	医原性低血糖症

50%ブドウ糖静脈注射

薬効分類	医薬品コード	品名
3231	620001315	大塚糖液50% 200mL
3231	620001316	大塚糖液50% 500mL
3231	620002599	ブドウ糖注50%シリンジ「テルモ」 20mL
3231	620006636	テルモ糖注50% 200mL
3231	620006637	テルモ糖注50% 500mL
3231	620006649	ブドウ糖注50%PL「フソー」 20mL
3231	620155714	光糖液50% 20mL
3231	620155716	糖液注50%「AFP」 20mL
3231	640412069	ブドウ糖注射液 50%200mL
3231	640412070	ブドウ糖注射液 50%500mL
3231	640460006	50%ブドウ糖注射液「ニッシン」 20mL
3231	643230048	ブドウ糖注射液 50%20mL
3231	643230050	ブドウ糖注射液 50%300mL
3231	643230052	ブドウ糖注射液 50%500mL
3231	643230252	ブドウ糖注射液 50%100mL
3231	643230317	大塚糖液50% 20mL

糖尿病薬処方：ATC分類にてA10A、A10B

○ 糖尿病の年齢調整死亡率

(データリソース) 人口動態特殊報告

(集計方法)

当該年の人口動態統計死亡数を当該年の人口で除した死因別年齢階級別粗死亡率及び

基準人口(昭和60年の国勢調査人口を基に補正した人口)を用いて、以下の式で算出：

$$\frac{\Sigma \left((\text{年齢5歳階級別、糖尿病を死因とする粗死亡率}) * (\text{基準人口の当該年齢階級の人口}) \right)}{\text{基準人口の総数}}$$

- 治療が必要な糖尿病網膜症の発生（糖尿病患者1年当たり）
（データリソース）

NDB

（集計方法）

以下の定義で算出：

分子：糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）の算定が1度以上あった糖尿病患者数

分母：1年間で糖尿病薬処方1度以上あった糖尿病患者数
（該当するコード）

糖尿病網膜症治療

区分番号	診療行為コード	診療行為名称
K276-00	150244110	網膜光凝固術（通常）
K276-00	150244210	網膜光凝固術（その他特殊）
K276-00	150248350	汎光凝固術
K280-00	150274010	硝子体茎頭微鏡した離断術（網膜付着組織を含む）
K280-02	150356110	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡）
K280-00	150090610	硝子体茎頭微鏡下離断術（その他）
K281-00	150252810	増殖性硝子体網膜症手術
G016-00	130012010	硝子体内注射

糖尿病薬処方：ATC分類にてA10A、A10B

- 糖尿病腎症に対する新規人工透析導入患者数
（データリソース）

わが国の慢性透析療法の現況

（集計方法）

原疾患が糖尿病性腎症の新規透析導入患者の数を算出。

- 糖尿病患者の新規下肢切断術の発生（糖尿病患者1年当たり）
（データリソース）

NDB

（集計方法）

今後検討

(該当するコード)

検証の上定義の精緻化が必要

※年度末時点の配布データブックには含まれない

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4年度)
新興感染症発生・まん延時における医療のあり方検討(感染症企画班)

研究分担者 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 吉村 健佑
研究分担者 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 佐藤 大介
研究分担者 奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 野田 龍也
研究分担者 奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 西岡 祐一
研究代表者 奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 今村 知明

研究要旨

本研究は、医療計画のうち新興感染症に係る医療計画について、実効性のある要件設定・基準、評価指標となるよう、記載事項について検討し、整理することを目的とした。新興感染症の専門家や有識者を研究協力者として議論を行い、医療計画における「新興感染症発生・まん延時における医療」について、都道府県や医療現場で運用可能で、実効性のある指標の基本的考え方および指標例を整理した。今後、本研究での研究成果を踏まえた指標例の定義および集計単位や基準値の明確化を行い、指標策定以降は、都道府県の医療計画策定における実態調査等が必要と考えられる。

研究協力者

齋藤智也 国立感染症研究所 感染症危機管理研究センター・センター長
田辺正樹 三重大学医学部附属病院・感染制御部
高山義浩 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長
櫻井 滋 日本環境感染学会、岩手医科大学附属病院・感染制御部
馳 亮太 成田赤十字病院感染症科部長
田村 圭 前・千葉県医療整備課長
沓澤夏菜 千葉大学医学部附属病院・次世代医療構想センター

症の感染拡大時における医療のあり方については、令和2年12月15日「医療計画の見直しに関する検討会」において、医療計画への「新興感染症発生・まん延時における医療」を医療計画の記載事項として位置付けることが適当とされ、令和3年の通常国会で成立した改正医療法において新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保に関する事項が医療計画の6つ目の事業に位置付けられた。この事項の具体的な記載項目や医療計画の推進体制等、政策上必要となる指標および既存事業への感染症対策関連指標の盛り込みについて検討する必要がある。

本研究班では令和3年度において「新興感染症発生・まん延時における医療」について、大規模感染症流行時の短期的な医療需要への対応および平時からの備えとして行政や医療機関との連携体制について、医療計画の必要な事項および新興感染症などの感染拡大時における医療体制の構築に関するチェックポイントを検討してきた。前提と

A. 研究目的

本研究は、令和6年度からの第8次医療計画の策定に係る新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症の感染拡大時における医療のあり方について、医療計画の策定に向けた検討に資する研究を行う。新型コロナウイルス感染症を含む新興感染

して、想定する新興感染症は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を基本としている。また、医療計画の中心核は都道府県と医療機関との間における新興感染症に係る協定締結の枠組みであり、協定の法定化により平時において新興感染症に対応する医療を準備する体制、感染症危機発生時の有事において新興感染症に対応する医療と一般医療が維持できる体制を構築することを目的としている。各医療措置協定は、(1)病床関係、(2)発熱外来関係、(3)自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係、(4)後方支援関係、(5)人材派遣関係の5種類に整理され、さらに(1)(2)の協定は、流行初期から対応する「流行初期医療確保措置付き協定」と、要請を受けてから一定程度の準備期間(3箇月程度)を経てから対応する「一般的な協定」に分けた枠組みが準備された。

本研究ではこれまでの研究成果を踏まえ「新興感染症発生・まん延時における医療に係る医療計画」について、都道府県や医療現場で運用可能で、実効性のある指標の基本的考え方および指標例を整理することを目的とする。

B. 研究方法

新興感染症の専門家や感染症法および新型インフルエンザ等対策特別措置法に関する知見を有する学識経験者や行政経験者を研究協力者として議論を行い、「新興感染症発生・まん延時における医療」に係る医療計画の記載事項について検討を行う。

本研究班が対象とする事業は「新興感染症発生・まん延時における医療」であり、感染症発生・まん延時における5疾病等の通常医療提供体制の維持については別途、議論・とりまとめが行われたため対象外とする。また、その他感染症に関する専門人材の育成・配置の在り方については感染症法に基づく予防計画の議論の場等での議論が必要のため、本研究では医療計画の内容に関する事項について検討を行う。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報や動物愛護に関わる調査・実験は行わない。研究の遂行に当たっては、各種法令や「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を含めた各種倫理指針等の遵守に努める。また、厚生労働省医政局を始めとする関係各所の定めた規定・指針等を遵守し、必要な申請を行う。また、実施にあたっては、奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の許可を得た。

C. 研究結果

「新興感染症発生・まん延時における医療」に係る医療計画においてはパンデミック時における協定締結医療機関の体制整備状況について定量的に示すことができる指標を作成した。令和3年度に本研究班で作成した新興感染症などの感染拡大時における医療体制の構築に関するチェックポイントや、第8次医療計画等に関する検討会における「意見のとりまとめ(新興感染症発生・まん延時における医療)」(令和4年3月20日)における指標イメージを参考に計2回の班会議を経て指標の検討を進めた。

指標は「新興感染症発生・まん延時における医療」に関する検討会資料に沿い、(1)病床、(2)発熱外来、(3)自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供、(4)後方支援、(5)医療人材の5つの柱に分けて、データの具体性や測定可能性を検討した。指標例およびその趣旨について検討した結果を以下に示す。(添付資料 表1、表2)

1. 「新興感染症発生・まん延時における医療」に係る指標作成の方向性

① 基本的な考え方

・ 新型コロナウイルス感染症対応時には、感染症指定医療機関のみでは新型コロナウイルス感染症患者の急増に十分な対応ができず、入院病床のみならず、感染症患者や重症者に対する医療人材が不足した。また、発熱患者等が急増したため、帰国者・接触者外来以外においても診療が必要となったが、新型コロナウイルス感染症拡大当初は適切な感染対策が実施でき、新型コ

コロナウイルス感染症疑い患者に対応できる医療機関が限られていた。そのため、入院病床、発熱外来のいずれにおいても感染症対応のために最新の知見に基づいた院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、感染症患者に対する必要な医療提供体制を整えることが必要。

- ・ 新型コロナウイルス感染症拡大時には新型コロナウイルス感染症患者が急増したため入院病床が不足し、新型コロナウイルス感染症患者における軽症者の自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養の仕組みが法定化された。自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者に対応する医療機関においては感染対策を適切に実施し、オンライン診療や電話診療、往診を含む医療の提供体制や訪問看護を行う体制、発熱等患者の医薬品等対応を行う体制を整えることが必要。
- ・ 新型コロナウイルス感染症拡大時は、新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れる医療機関のひっ迫を解消するため、入院患者や感染症から回復後に入院が必要な患者の速やかな転院調整が必要。
- ・ 入院患者が増大し、医療のひっ迫が認められる場合に、医療人材を外部の医療機関から確保することが必要とされた。また、感染症対応にあたる人材においては、感染症対応について適切な知識や技術が求められ、訓練・研修等を通じた対応能力の向上が必要。加えて、感染制御の人材の派遣体制を整えることが重要。

感染対策の知見・経験を有する医療従事者による地域での相談支援体制の構築のために、感染対策等について、医療機関と行政が連携したネットワークの整備が必要。

- ・ 新興感染症対応に係る医療にはアウトカム指標がない。災害医療と同様に、新興感染症のまん延が起こってからでないと評価ができないため、平時において測定可能性が低いと記載しないこととした。

② 指標の性質

- ・ 今回作成した指標案には、その性質から3つに分けられる。
 - 1) 感染症法に基づく予防計画上の数値目標となる項目と同一の指標
 - 2) 医療計画独自の指標であり、かつ、現時点で現状把握が可能なもの
 - 3) 医療計画独自の指標として今後把握が望ましいが現時点では把握が困難なもの。
- ・ 上記のうち1)については、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き」（令和4年度厚生労働科学研究「公衆衛生体制の見直しと新たな体制構築のための政策研究」）（以下、「予防計画作成手引き」という。）を参照することとする。また、2)については、下記「2. 指標例」において集計定義を明確にする。1)と2)を下記「2. 指標例」の「(A) 予防計画上の数値目標となる項目と同一、又は医療計画独自の指標で、現時点で現状の把握が可能なもの」に記載する。
- ・ 上記のうち、3)については、現時点では把握が困難なため、将来的に指標として活用できるよう、現時点では方向性と定義のイメージのみ記載する。下記「2. 指標例」の「(B) 医療計画独自の指標として今後把握が望ましいが現時点では把握が困難なもの。」に記載する。
- ・ また、医療計画の指標例においては、重点指標（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）と、参考指標（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）に分類して整理する必要がある。現時点では、新興感染症対応に関する基本的な体制整備や研修・訓練に関する指標を重点指標とするため、上記のうち、1)の予防計画上の数値目標となる項目と同一の指標を重点指標とする。

2. 指標例

(A) 予防計画上の数値目標となる項目と同一、又

は医療計画独自の指標で、現時点で現状の把握が可能なもの

【病床】

① 確保病床数（うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者）

- ・ 考え方：入院治療が必要となる感染症患者に対する病床を確保する必要がある。
- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。
- ・

【病床】

② 重症者の確保病床を有する医療機関における、3年以上集中治療の経験を有する医師/看護師/臨床工学技士数

- ・ 考え方：将来、コロナと同様に重症呼吸不全への対応が必要な感染症の発生・まん延に備えて、重症感染症患者の診療が想定される医療機関における、人工呼吸器等の重症患者管理ができる人材を確保する必要がある。
- ・ 定義：重症患者管理ができる人材の定義については、測定可能な指標となるよう明確な線引きが必要であり、重症患者対応体制強化加算の施設基準等を参考にし、「3年以上集中治療の経験を有する」人材と定義した。集中治療においては医師、看護師のみならず、臨床工学技士等のマンパワーが必要であり、医師数、看護師数、臨床工学技士数に分けた。また、人員体制に係る実質的な機能を評価するために非常勤については常勤換算することとした。

※算定式：常勤職員の数＋（非常勤労働者の1ヶ月の実労働時間

÷当該医療機関の常勤職員の所定労働時間）

【病床】

③ 感染対策向上加算1届出医療機関数

- ・ 考え方：新興感染症の発生・まん延時に協定に沿った対応を速やかに行うためには、院内感染対策について専門的な知識を有する医療従事者を確保し、自院における新興感染症対応や、他

医療機関への助言が可能な体制を構築する必要がある。感染対策向上加算1の施設基準において、院内感染対策の専従人材の確保や、感染制御チームの設置等が定められているため、本指標を用いて院内感染対策についての専従人材の確保等の体制を把握することが可能である。

- ・ 定義：感染対策向上加算1を届出医療機関数。

なお、令和5年5月時点では、本加算における専従人材についての施設基準に加えて「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体ホームページで公開している」ことが施設基準となっており、厚生労働省事務連絡（<https://www.mhlw.go.jp/content/001088431.pdf>）において、「現時点では、令和5年1月1日以降に新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナウイルス感染症患者（院内クラスターにより感染した患者など当該医療機関に入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。）に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当する。」とされている。診療報酬上の施設基準については、今後の制度等の見直しに応じ必要な更新が図られるものである点に留意が必要。

【発熱外来】

④ 医療機関数（うち、流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関数）

- ・ 考え方：新興感染症の疑いがある患者の外来体制を整備する必要がある。
- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。

【自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供】

⑤ 医療機関数（うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設）（うち、往診、電話・オンライン診療）・訪問看護事業所数・薬局数

- ・ 考え方：自宅・宿泊療養施設・高齢者施設の療養者に対する医療体制を確保する必要がある。
- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。

【後方支援】

⑥ 医療機関数

- ・ 考え方：後方支援を行う医療機関を確保する必要がある。
- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。

【医療人材】

⑦ 派遣可能医師数（うち、県外派遣可能数）

⑧ 派遣可能医師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数

⑨ 派遣可能看護師数（うち、県外派遣可能数）

⑩ 派遣可能看護師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数

- ・ 考え方：県内・県外を含め自院のみならず他の医療機関等に派遣して活動が可能な医療人材を確保する必要がある。

なお、自院の感染制御人材の確保については感染対策向上加算1で部分的に評価できるが、同加算が要件としている連携医療機関への助言だけでなく、高齢者施設等への実地指導・助言を含めた地域全体の感染制御人材の派遣キャパシティを評価する必要があるため、地域での活動が可能な感染制御・業務継続支援チームに所属する医師・看護師を内数として集計する必要がある。なお、当該チームには医師・看護師以外の医療従事者等も含まれるが、医療人材の派遣全体について、医師・看護師を把握することとしていること、指標例においては評価する人材の定義を明確化する必要があることから、本指標例においては、現時点では医師・看護師の数を把握することが妥当である。

- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。

なお、感染制御・業務継続支援チームは、予防計画の人材派遣の項目における「感染症予防等業務対応関係者」に含まれる。

【病床】【発熱外来】【自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者への医療の提供】

⑪ 個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数

- ・ 考え方：感染症感染拡大時に迅速に対応し、また個人防護具の生産が追い付かなくなった際にも供給が再開するまで感染症対応を継続していくために一定数の個人防護具を備蓄していることが必要であり、新型コロナウイルス感染症対応時に必要だった各種個人防護具の備蓄を確保している医療機関を確保する必要がある。
- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。

【病床】【発熱外来】【自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者への医療の提供】

⑫ 院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数

- ・ 考え方：コロナ対応においては、施設内感染が発生した高齢者施設等の支援のために、感染対策の知見・経験を有する医療従事者による地域での相談支援体制が活用された。こうした相談支援体制を構築するためには、指導的立場にある医療機関や行政等も含めた、地域のネットワークの構築が重要である。
- ・ 定義：都道府県が構築する、地域の院内感染対策に関するネットワークに参加している医療機関数（厚生労働省において都道府県から聴取することを想定）。

【病床】【発熱外来】【自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者への医療の提供】【後方支援】【医療人材】

⑬ 年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参

加させている割合

- ・ 考え方：締結した協定を実効性のあるものとするためには、平時から、当該医療機関の医療従事者に協定の履行を想定し、協定の履行に必要な研修・訓練を行うことが必要である。
- ・ 定義：予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照すること。なお、研修・訓練については、予防計画上は全医療機関（100%）での取組が求められているため、進捗についての現状把握は割合を用いて評価する。以下、同手引きより抜粋。
分母：全協定締結医療機関数
分子：研修・訓練を1年1回以上実施又は職員を参加させた機関数

【病床】 【発熱外来】

⑭ 感染対策向上加算（1, 2, 3）・外来感染対策向上加算を届出医療機関数

- ・ 考え方：新興感染症対応においては、自院に感染制御の専門的な知見を有する人材がいない中小医療機関においても感染症対応が必要となるため、地域において、専門人材を有する医療機関とその他の医療機関の間で、平時から連携体制を構築することが重要である。感染対策向上加算（1, 2, 3）や外来感染対策向上加算の施設基準として保健所や、地域の医師会と連携したカンファレンスの実施や参加等が定められており、院内感染対策に係る医療機関間の連携体制の構築状況について、これらの加算の算定医療機関数で把握が可能である。
- ・ 定義：感染対策向上加算1、同加算2、同加算3、外来感染対策向上加算を届出医療機関数。
なお、感染対策向上加算は病床を有する医療機関（有床診療所含む）が算定可能であり、外来感染対策向上加算は診療所のみ（有床診療所含む）が算定可能である。また、これらの加算の施設基準において、新興感染症のまん延時における感染症患者の受け入れ体制等が含まれており、令和5年5月8日時点の感染症患者の受

け入れ態勢に関する施設基準については厚生労働省事務連絡

<https://www.mhlw.go.jp/content/001088431.pdf>）において、以下のとおり示されている。

（抜粋）

- ・ 感染対策向上加算1の施設基準について：現時点では、令和5年1月1日以降に新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナウイルス感染症患者（院内クラスターにより感染した患者など当該医療機関に入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。）に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当する。
- ・ 感染対策向上加算2の施設基準について：現時点では、地域の診療所からの要請等に応じて新型コロナウイルス感染症を疑う患者を救急患者として診療し新型コロナウイルス感染症と診断する場合に、必要に応じて当該患者の受入が可能な体制を確保したうえで、過去6か月以内に新型コロナウイルス感染症患者（院内クラスターにより感染した患者など当該医療機関に入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。）に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当する。
- ・ 外来感染対策向上加算並びに感染対策向上加算3の施設基準について：現時点では、外来対応医療機関（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）の2.（3）において示す発熱患者等の診療に対応する医療機関をいう。）であって、その旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない又は受入患者を限定しない形に令和5年8月末までに移行することとしているものが該当する。

(B) 医療計画独自の指標として今後把握が望まし

いが現時点では把握が困難なもの。

【病床】

⑮ 流行初期医療確保措置付きの病床確保協定を締結する医療機関における、後方支援についての協定締結医療機関と連携している医療機関数

- ・ 考え方：新興感染症の流行初期において、新興感染症患者の病床を迅速に確保のためには、当該医療機関が、後方支援に係る協定締結医療機関と平時から連携しておき、当該医療機関からの感染症患者以外の患者の転院について事前の方針を共有しておくことが必要である。
- ・ 定義：流行初期医療確保措置付きの病床確保の協定を締結する医療機関において、自院が病床を確保するに当たり影響が生じる一般医療の患者の転院についての方針を相互に確認するなどの連携を行っている、後方連携の協定締結医療機関を確保している医療機関数。今後協定締結作業が進んだ段階で、把握が可能となる。

(中間見直しの際の把握・活用を想定)

【病床】

⑯ 病床確保の協定を締結する医療機関における、院内清掃、寝具類洗濯、及び患者等給食の各業務(委託業者が実施する場合を含む)において、それぞれの担当者が1名以上新興感染症対応についての研修を修了している医療機関数

- ・ 考え方：新型コロナウイルス感染症患者の使用した部屋の清掃や寝具類洗濯、患者等給食の各業務においてその担当者が対応できず、看護職員が対応したことで、看護職員等の医療従事者の対応キャパシティが制限される事例があったため、新興感染症の発生・まん延時において、感染症患者の病室の清掃等の業務を看護職員以外でも分業しやすい体制を構築する必要がある。そのため、医療機関における新興感染症に対応可能な担当者の確保状況について、研修の取組を把握する必要がある。

定義：現時点で研修を明確に定義できず、今後、国等による各研修の実施の状況を踏まえて定義

の明確化と現状の把握が必要。

(中間見直しの際の把握・活用を想定)

【医療人材】

⑰ 派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数(職種毎)

- ・ 考え方：派遣可能人材は最新の知見に基づく感染対策の知識・技術が求められ、研修を受講することが必要である。
- 定義：人材派遣の協定を締結する医療機関における、当該医療機関において新興感染症発生・まん延時に派遣が予想される人材であって、新興感染症対応についての研修を受講した人数について評価することが望ましい。現時点では研修の定義を定めることが困難なため、今後、国等による各研修の実施の状況を踏まえて定義の明確化と現状の把握が必要。

(中間見直しの際の把握・活用を想定)

【病床】【発熱外来】【自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者への医療の提供】【後方支援】

⑱ 自治体が実施する関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練に参加している医療機関数

- ・ 考え方：感染症拡大時に感染症患者の移送を滞りなく行うためには平時より関係機関が参加した連携訓練を実施していることが必要である。
- ・ 定義：自治体(保健所や消防機関等)と医療機関が構成員となり、感染症患者の移送・受入についての連携訓練に参加している医療機関の数を評価することが望ましい。現時点では研修や訓練の基準の明確化が困難であり、今後の都道府県の取組も踏まえて定義の明確化と現状の把握が必要。

(中間見直しの際の把握・活用を想定)

D. 考察

本研究では新型コロナウイルス感染症の感染拡大時に対応できたことを、10年後にはより機動的に、

多くの医療機関で対応できるような体制を目指して医療計画の指標について検討した。しかしながら新興感染症の指標は令和6年度の第8次医療計画からはじめて設定されることから、令和5年度中に明確に定義ができる指標だけでなく、令和6年度以降に定義を明確化する指標で構成される。

そのため、令和8年度の間見直しに向けて、都道府県や協定締結医療機関に対する継続的な調査を行いながら指標の精緻化や見直しに関する研究が引き続き必要である。

E. 結論

本研究は、医療計画のうち新興感染症に係る医療計画について、実効性のある要件設定・基準、評価指標となるよう、記載事項について検討し、整理した。

今後、本研究での研究成果を踏まえた指標例の定義および集計単位や基準値の明確化を行い、指標策定以降は、都道府県の医療計画策定における実態調査等が必要と考えられる。

<添付資料>

表1：新興感染症発生・まん延時における医療体制構築に係る現状把握のための指標一覧

表2：新興感染症発生・まん延時における医療体制構築に係る現状把握のための重要指標及び参考指標の一覧

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

表1 ● 新興感染症の発生・まん延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

	協定締結医療機関						その他の医療機関			
	入院	発熱外来	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供	後方支援	医療人材					
ストラクチャー	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 確保病床数 (うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者) 	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関数 (うち、流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関) 	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関数 (うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設) ● (うち、往診、電話・オンライン診療) ● 薬局数 ● 訪問看護事業所数 	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関数 	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 派遣可能医師数(うち、県外派遣可能数) ● 派遣可能医師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数 ● 派遣可能看護師数(うち、県外派遣可能数) ● 派遣可能看護師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数
	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数 								
		<ul style="list-style-type: none"> ● 院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数 								
プロセス	●	<ul style="list-style-type: none"> ● 年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合 								
		<ul style="list-style-type: none"> ● 感染対策向上加算(1, 2, 3)・外来感染対策向上加算届出医療機関数(※) 								
		<ul style="list-style-type: none"> ● 感染対策向上加算1届出医療機関数(※) 								
アウトカム										

(●は重点指標)

下線：感染症法に基づく予防計画における数値目標となる項目と同一であり、把握の方法や、目標の立て方については、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き」(令和4年度厚生労働科学研究「公衆衛生体制の見直しと新たな体制構築のための政策研究」)を参照されたい。

(※)：令和6年度診療報酬改定等により要件等が変更された場合には、必要に応じて指標における位置づけ等の見直しを行う

○ 上記の他、以下の項目については、医療計画独自の指標として今後把握が望ましいが現時点では把握が困難であり、中間見直しの際に把握・活用することを想定する。詳細は令和4年度厚生労働科学研究「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「新興感染症発生・まん延時における医療のあり方検討(感染症企画班)」を参照すること。

- 流行初期医療確保措置付きの病床確保協定を締結する医療機関における、後方支援についての協定締結医療機関と連携している医療機関数
- 病床確保の協定を締結する医療機関における、院内清掃、寝具類洗濯、及び患者等給食の各業務(委託業者が実施する場合を含む)において、それぞれの担当者が1名以上新興感染症対応についての研修を修了している医療機関数
- 派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数(職種毎)
- 自治体実施する関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練の参加医療機関数

表2：新興感染症指標一覧

No	分野	病期 医療機能	SPO	重点 ●	予防計画の数値 目標と同一	指標名	集計周期	集計単位	指標の定義	取得方法（案）	備考
1	新興感染症	病床	S	●	○	確保病床数（うち、流行初期医療確保措置、重症者、特別な配慮が必要な患者、疑い患者）	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
2	新興感染症	病床	S			重症者の確保病床を有する医療機関における、3年以上集中治療の経験を有する医師/看護師/臨床工学技士数	毎年	都道府県	・重症患者の病床確保の協定を締結する医療機関において、集中治療を必要とする患者の診療/看護/生命維持管理装置の操作及び保守点検、に従事した経験を3年以上有する常勤の医師/看護師/臨床工学技士数 ※常勤は医療法21条に基づく取り扱い通知（健政発777平成10年通知）の医師の取扱を援用し32時間以上勤務している者とする ※非常勤（週32時間未満勤務している者）も常勤換算する。 （算定式：非常勤労働者の1か月の実労働時間÷当該医療機関の常勤職員の所定労働時間）	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。
3	新興感染症	病床	P			感染対策向上加算1届出医療機関数	毎年	都道府県	・感染対策向上加算1届出医療機関数	診療報酬施設基準（厚生労働省において集計）	集計結果を厚労省より各都道府県に提供
4	新興感染症	発熱外来	S	●	○	医療機関数（うち、流行初期医療確保措置対象協定締結医療機関数）	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
5	新興感染症	自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供	S	●	○	医療機関数（うち、自宅・宿泊療養施設・高齢者施設）（うち、往診、電話・オンライン診療）・薬局数・訪問看護事業所数	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
6	新興感染症	後方支援	S	●	○	医療機関数	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
7	新興感染症	医療人材	S	●	○	派遣可能医師数（うち、県外派遣可能数）	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
8	新興感染症	医療人材	S	●	○	派遣可能医師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・各都道府県において、医療機関や高齢者施設等からの相談に応じて助言を行うチーム（感染制御・業務継続支援チーム）に所属している医師数	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
9	新興感染症	医療人材	S	●	○	派遣可能看護師数（うち、県外派遣可能数）	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・各都道府県において、医療機関や高齢者施設等からの相談に応じて助言を行うチーム（感染制御・業務継続支援チーム）に所属している医師数	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
10	新興感染症	医療人材	S	●	○	派遣可能看護師数のうち感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・各都道府県において、医療機関や高齢者施設等からの相談に応じて助言を行うチーム（感染制御・業務継続支援チーム）に所属している医師数	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
11	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	S	●	○	個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・何らかの協定を締結している医療機関における、コロナ対応時の消費量の2ヶ月分の個人防護具の備蓄を確保している医療機関数 サージカルマスク、N95マスク、ガウン、手袋、アイプロテクション	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
12	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	S			院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数	毎年	都道府県	《都道府県調査》 ・都道府県が構築する、地域の院内感染対策に関するネットワークに参加している医療機関の数。※厚生労働省における「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」をを活用する場合も含む。 ・当該ネットワークは、地域における感染対策の知見・経験を有する医療従事者による地域での相談支援体制の構築等を目的とする ※管下の市町村において、行政が構築する地域の感染対策に関する医療機関間のネットワークが存在する場合は合計可能	都道府県を対象とした調査により把握	
13	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	P	●	○	年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	毎年	都道府県	・予防計画上の数値目標となる項目と同一であり、「予防計画作成手引き」を参照 ・研修や訓練については引き続き情報提供する ・病床協定と、その他協定で分けて把握する ※分母：全協定締結医療機関数 ※分子：研修・訓練を1年に1回以上実施又は職員を参加させた機関数	協定締結医療機関を対象とした調査により把握	令和5年度においては協定締結の準備段階のため、新型コロナウイルス対応の実績が現状となる。詳細は「予防計画作成手引き」を参照
14	新興感染症	病床・発熱外来・自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供・後方支援・医療人材	P			感染対策向上加算（1, 2, 3）・外来感染対策向上加算届出医療機関数	毎年	都道府県	・感染対策向上加算（1, 2, 3）届出医療機関数 ・外来感染対策向上加算届出医療機関数	診療報酬施設基準（厚生労働省において集計）	集計結果を厚労省より各都道府県に提供

グレー網掛け：感染症法に基づく予防計画における数値目標となる項目と同一であり、把握の方法や、目標の立て方については、「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き」（令和4年度厚生労働科学研究「公衆衛生体制の見直しと新たな体制構築のための政策研究」）（本資料においては「予防計画作成手引き」とする）を参照されたい。

上記の他、以下の項目については、医療計画独自の指標として今後把握が望ましいが現時点では把握が困難であり、中間見直しの際に把握・活用することを想定する。詳細は本体資料（分担研究報告書「新興感染症発生・まん延時における医療のあり方検討（感染症企画班）」）を参照すること。

- ・流行初期医療確保措置付きの病床確保協定を締結する医療機関における、後方支援についての協定締結医療機関と連携している医療機関数
- ・病床確保の協定を締結する医療機関における、院内清掃、寝具類洗濯、及び患者等給食の各業務（委託業者が実施する場合を含む）において、それぞれの担当者が1名以上新興感染症対応についての研修を修了している医療機関数
- ・派遣可能人材のうち新興感染症に関する研修を受講した人数（職種毎）
- ・自治体が実施する関係機関による新興感染症患者の移送・受入についての連携訓練の参加医療機関数

病床機能報告データを用いた見える化の試み —圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模—

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

本研究では、病床機能報告データを用いた見える化の試みのひとつとして、圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模についての分析に取り組んだ。その結果として高度急性期・急性期を合わせた急性期等および慢性期の病床において、医師の人的資源が限定的となっている施設に依存している地域を明らかにすることができた。今後は 2024 年 4 月からの医師の時間外労働の上限規制の適用に向けてその動向を注視するとともに予防活動の強化が必要である。

A. 研究目的

我が国では、2040 年を展望した医療提供体制の改革として、①地域構想の実現等、②医師・医療従事者の働き方改革の推進、③実効性のある医師偏在対策をセットにした「三位一体の改革」が提唱されてきた。特に 2024 年 4 月からの医師の時間外労働の上限規制の適用に向けて、地域における医師の勤務状況の把握は大きな課題となっている。本研究では、病床機能報告データを用いた見える化の試みのひとつとして、各圏域の人口と、高度急性期・急性期を合わせた急性期等および慢性期の病床数、医師の人員規模についての分析に取り組んだ。

B. 研究方法

1. データ

2019 年度病床機能報告の報告結果¹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²を使用した。

¹ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00006.html

² <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000755170.zip>

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 Desktop³を利用した可視化を行った。

（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. 人員規模の区分と病院数・病床数

人員規模については、表 1 に示した令和 3 年度研究における 24 時間対応体制に必要な職員数を計算した結果に基づいて、常勤換算職員数が 0 人、1-4 人、5-9 人、10-19 人に区分し、より人員数が多い施設については、20-49 人、50-99 人、100 人以上に分けて集計を行うこととした。また、人員規模別の乗員数・病床数については、表 2 に示した状況となっていた。

³ <https://www.tableau.com/ja-jp/products/desktop>

2. 圏域人口と病床機能別病床数/医師数

図1、図2は圏域人口と病床機能別の病床数/医師数の関係をまとめたグラフである。前者では高度急性期・急性期を合算した急性期等の病床、後者では慢性期の病床について分析を行った結果を示している。いずれも一番上のグラフには圏域人口と病床数についての単純な回帰線を示しており、それぞれ人口1万人あたりでは、図1(急性期等)が50.8床、図2(慢性期)が21.7床となっていた。

ただし、上から2番目のグラフにあるように人口と病床数の関係には地域別の差があった。図1(急性期等)では人口が少ない地域におけるばらつきが全国平均に対して上下両方向に分布し、その上限が全国平均(破線：510)の2倍程度に収まっていた。図2(慢性期)では全国平均(破線：303)の2倍を超える圏域が多数あり、うち7圏域では3倍を超えていた。

次に医師の人員規模(常勤換算総数)に注目すると、図1(急性期等)では、上から3番目のグラフに見られるように、人口が20万人以上の圏域の多くには医師数100人以上の施設があり、そうした施設の急性期等の病床数が圏域の4割を超える地域が数多く存在していた。他方、常勤換算医師数が100人以上の施設がない地域は164圏域あり、その約9割の人口が20万人未満であった。さらに、一番下のグラフにあるように、医師20人未満の病院の急性期等病床数が全体の6割を超える地域は27圏域であった。

なお図2(慢性期)では、上から3番目のグラフに見られるように、人口が多く200万人以上の圏域でも常勤換算医師数が10人未満の病院の慢性期病床数が占める割合は6割程度であったが、一番下のグラフに見られるように、常勤医師数5人未満の施設が占める割合は最大でも22%であった。またそうした割合が40%以上となる地域は62圏域でいずれも人口50万人以下、80%以上は10圏域で人口20万人以下であった。

表3、4にそれぞれ急性期等と慢性期の病床数および医師数が少ない施設が占める割合

が高い地域の一覧を示した。

D. 考察

本研究では圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模についての分析を通じて、医師の人的資源が限定的である施設が果たしている役割という観点から、今後注意を要する地域を可視化することができたと考えられる。2024年4月から適用される医師の時間外労働の上限規制が地域の病院勤務医の配置に及ぼす影響についての予測は困難であるが、表3および4に示した地域では、問題が早期に顕在化・深刻化する可能性が高く、医師確保に配慮するとともに、傷病の予防活動の強化が望まれる。

E. 結論

本研究では、病床機能報告データを用いた見える化の試みのひとつとして、圏域の人口・病床機能別病床数と医師の人員規模についての分析に取り組んだ。その結果として医師の人的資源が限定的となっている施設に依存している地域を明らかにすることができた。今後は2024年4月からの医師の時間外労働の上限規制の適用に向けてその動向を注視するとともに予防活動の強化が必要である。

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

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1人(日勤計2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)

注：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。

表2 医師:人員規模別の集計

人員規模別集計		職種		医師		人員規模		複数の値		2019(R01)病床機能報告		
都道府県	すべて	構想区域		すべて		市区町村	すべて					
	病院数	病院数 (%)	常勤換算人数	人数 (%)	非常勤の割合 (%)	病床数 総計	病床数 総計 (%)	急性期等 病床数	急性期等 病床数 (%)	急性期等 割合 (%)		
	100人以上	488	6.9%	112,067	51.8%	13.3%	268,929	23.7%	261,607	40.3%	97.3%	
	50-99人	459	6.5%	32,400	15.0%	13.9%	145,707	12.8%	125,239	19.3%	86.0%	
	20-49人	930	13.1%	28,595	13.2%	22.3%	196,948	17.3%	118,123	18.2%	60.0%	
	10-19人	1,607	22.6%	22,155	10.2%	30.6%	225,123	19.8%	83,757	12.9%	37.2%	
	5-9人	2,270	32.0%	16,282	7.5%	37.1%	216,809	19.1%	48,879	7.5%	22.5%	
	1-4人	1,345	18.9%	4,876	2.3%	37.9%	83,388	7.3%	11,650	1.8%	14.0%	
	総計	7,099	100.0%	216,375	100.0%	18.7%	1,136,904	100.0%	649,255	100.0%	57.1%	

非常勤医師が占める割合別の集計

	病院数				常勤換算人数				病床数 総計			
	20%未満	20-39%	40-59%	60%以上	20%未満	20-39%	40-59%	60%以上	20%未満	20-39%	40-59%	60%以上
100人以上	386	73	26	3	84,824	16,894	9,742	606	212,048	40,540	15,411	930
50-99人	354	87	10	8	25,346	5,871	670	514	115,316	25,920	2,752	1,719
20-49人	457	355	89	29	14,765	10,517	2,431	881	102,436	74,126	16,457	3,929
10-19人	444	708	339	116	6,296	9,776	4,563	1,520	67,553	98,820	45,161	13,589
5-9人	441	814	708	307	3,213	6,019	4,999	2,052	45,920	81,034	64,281	25,574
1-4人	366	390	388	201	1,180	1,483	1,504	709	21,205	25,187	25,505	11,491
総計	2,448	2,427	1,560	664	135,624	50,560	23,909	6,281	564,478	345,627	169,567	57,232

	病院数 (%)				常勤換算人数 (%)				稼働病床数 (%)			
	20%未満	20-39%	40-59%	60%以上	20%未満	20-39%	40-59%	60%以上	20%未満	20-39%	40-59%	60%以上
100人以上	5.44%	1.03%	0.37%	0.04%	39.20%	7.81%	4.50%	0.28%	18.65%	3.57%	1.36%	0.08%
50-99人	4.99%	1.23%	0.14%	0.11%	11.71%	2.71%	0.31%	0.24%	10.14%	2.28%	0.24%	0.15%
20-49人	6.44%	5.00%	1.25%	0.41%	6.82%	4.86%	1.12%	0.41%	9.01%	6.52%	1.45%	0.35%
10-19人	6.25%	9.97%	4.78%	1.63%	2.91%	4.52%	2.11%	0.70%	5.94%	8.69%	3.97%	1.20%
5-9人	6.21%	11.47%	9.97%	4.32%	1.48%	2.78%	2.31%	0.95%	4.04%	7.13%	5.65%	2.25%
1-4人	5.16%	5.49%	5.47%	2.83%	0.55%	0.69%	0.69%	0.33%	1.87%	2.22%	2.24%	1.01%
総計	34.48%	34.19%	21.97%	9.35%	62.68%	23.37%	11.05%	2.90%	49.65%	30.40%	14.91%	5.03%

図1 圏域人口と急性期等(高度急性期・急性期)の病床数/医師数区分別

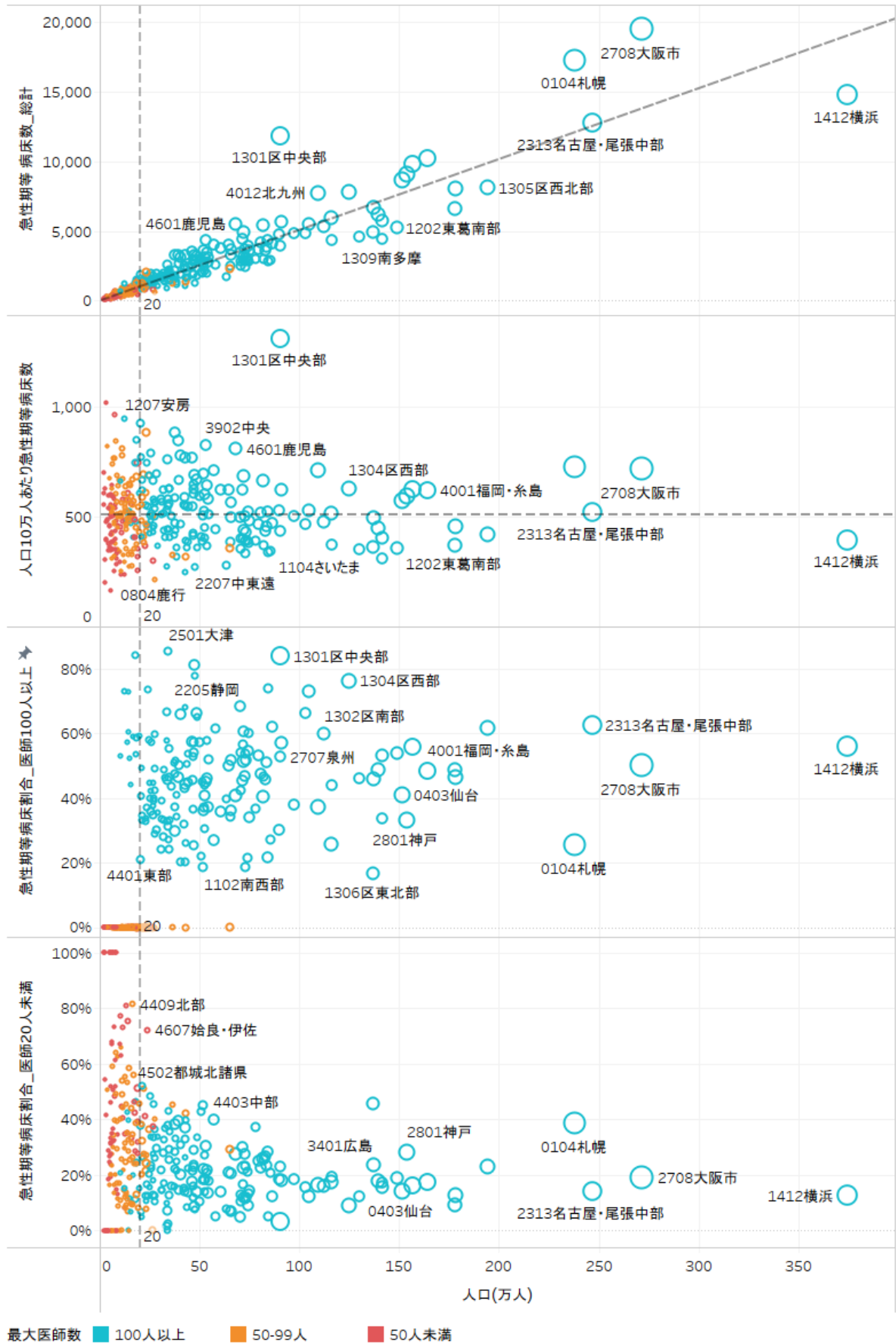


図2 圏域人口と慢性期の病床数/医師数区分別

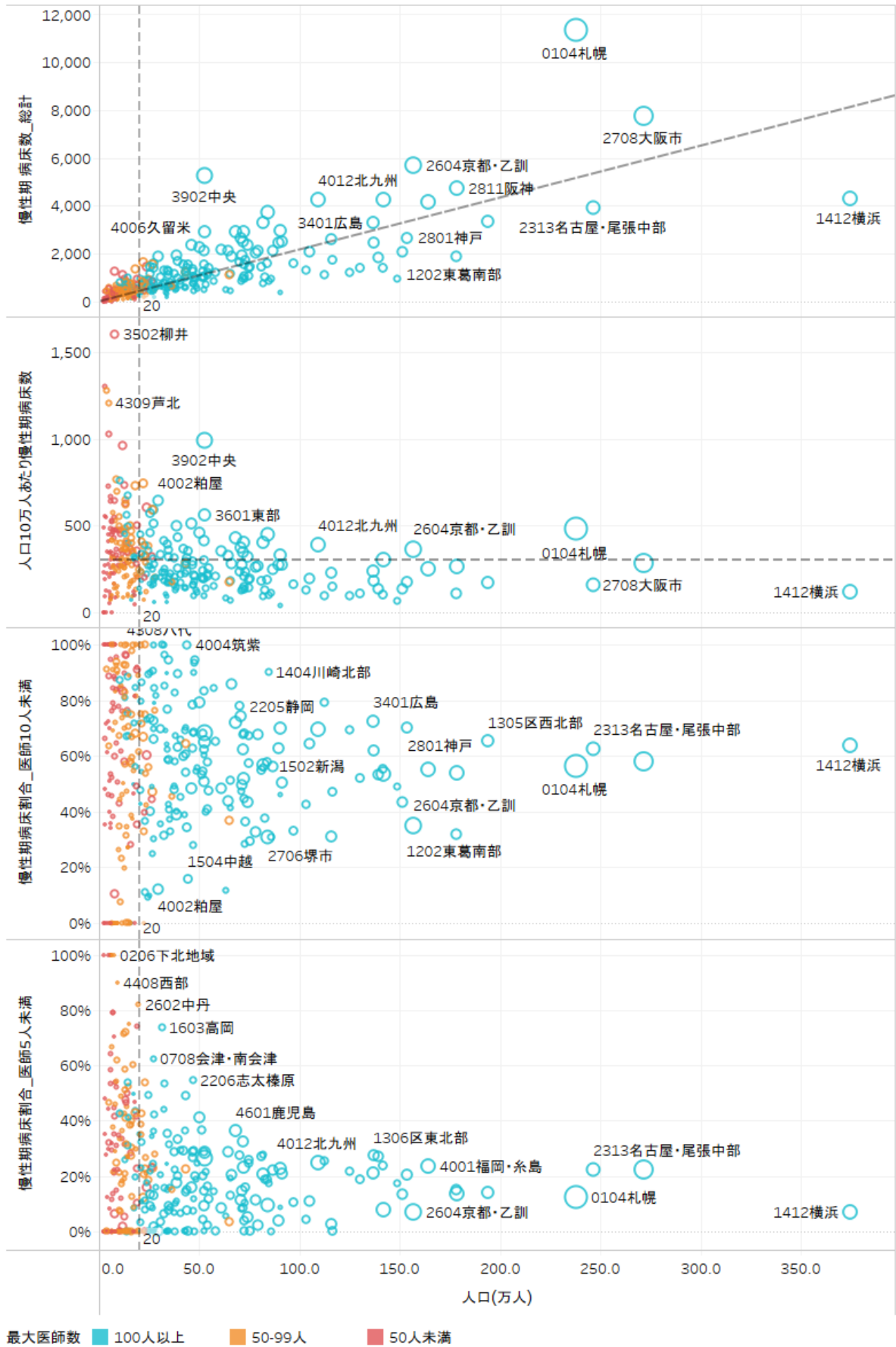


表3 急性期等の病床:医師数20人未満の施設が占める割合が50%以上の地域

構想区域	都道府県	人口 (万人)	病院数 総計	急性期等の病床数									人口10万 人当たり
				合計	医師数 20人未満 の割合	医師数 1-4 人	医師数 5-9 人	医師数 10-19 人	医師数 20-49 人	医師数 50-99 人	医師数 100 人以上		
1	0102南檜山	01北海道	2.3	5	160	100%	52		108				700
2	1313鳥しょ	13東京都	2.6	1	52	100%		52					202
3	1704能登北部	17石川県	6.7	5	400	100%	0		400				595
4	1903峡南	19山梨県	5.2	6	309	100%	36	98	175				594
5	2201賀茂	22静岡県	6.4	6	249	100%	0	36	213				387
6	3207隠岐	32島根県	2	2	111	100%		20	91				553
7	3304真庭	33岡山県	4.7	6	215	100%	0	50	165				461
8	3508萩	35山口県	5.1	6	274	100%	16	40	218				538
9	4104西部	41佐賀県	7.5	9	404	100%	0	148	256				537
10	4306阿蘇	43熊本県	6.3	5	242	100%	0	66	176				384
11	4505西諸	45宮崎県	7.5	12	416	100%	107	237	72				554
12	4609曾於	46鹿児島県	8.1	8	249	100%	34	16	199				308
13	4409北部	44大分県	16.4	21	1,095	81.0%	90	373	428		204		669
14	4603南薩	46鹿児島県	13.2	25	765	81.0%	154	141	325	145			578
15	4506西都児湯	45宮崎県	10.1	10	456	77.0%	21	156	174	105			450
16	3805八幡浜・大洲	38愛媛県	14.1	13	857	75.0%	0	83	562	212			606
17	3004有田	30和歌山県	7.4	5	186	73.0%	0	32	104	50			251
18	4311天草	43熊本県	11.6	15	667	73.0%	30	45	412	180			576
19	4607始良・伊佐	46鹿児島県	23.9	30	1,101	72.0%	185	74	534	308			461
20	3303高梁・新見	33岡山県	6	7	260	68.0%	29	147	0	84			431
21	1110秩父	11埼玉県	10	8	293	67.0%	0	85	112	96			293
22	4406豊肥	44大分県	5.8	5	371	67.0%		144	105	122			641
23	2809丹波	28兵庫県	10.6	6	270	66.0%	0	48	130	92	0		254
24	1008沼田	10群馬県	8.2	7	495	64.0%		72	245		178		601
25	4302宇城	43熊本県	10.7	9	253	63.0%		45	114	94			237
26	4408西部	44大分県	9.1	16	319	62.0%	69	76	54		120		352
27	0121根室	01北海道	7.5	5	327	61.0%	35	34	131	127			436
28	3005御坊	30和歌山県	6.3	4	464	59.0%		99	175		190		738
29	4503延岡西臼杵	45宮崎県	14.4	17	934	58.0%	96	280	170		388		649
30	3803今治	38愛媛県	16.7	26	948	56.0%	220	123	187	227	191		567
31	0304両磐	03岩手県	12.5	9	680	55.0%	98	54	223		305		543
32	4208吉岐	42長崎県	2.7	5	168	54.0%	9	48	34	77			626
33	3806宇和島	38愛媛県	11.2	11	905	54.0%	98	39	349		419		810
34	2603南丹	26京都府	13.5	10	632	53.0%	0	107	230		295		467
35	0117北網	01北海道	21.4	22	1,418	52.0%	214	253	271	190		490	664
36	3605西部	36徳島県	7.9	14	314	52.0%	0	43	120	151			397
37	4304鹿本	43熊本県	5.2	5	290	52.0%		90	60	140			555
38	4502都城北諸県	45宮崎県	19.2	23	1,421	51.0%	284	192	252	693			742
39	3404広島中央	34広島県	22.1	16	901	51.0%	44	50	366	60	381		408
40	0103北渡島檜山	01北海道	3.6	7	291	51.0%	87	60			144		820
41	0111日高	01北海道	6.7	6	234	50.0%	0	58	60	116			350

表4 慢性期の病床:医師数20人未満の施設が占める割合が50%以上の地域

構想区域	都道府県	人口 (万人)	病院数 総計	慢性期の病床数								人口10万 人当たり	
				合計	医師数 5人未満の 割合	医師数 1-4 人	医師数 5-9 人	医師数 10-19 人	医師数 20-49 人	医師数 50-99 人	医師数 100 人以上		
1	0102南檜山	01北海道	2.3	5	112	100%	112		0				490
2	0115留萌	01北海道	4.6	6	188	100%	188	0		0			410
3	0206下北地域	02青森県	7.4	3	120	100%	120	0			0		163
4	0305気仙	03岩手県	6.1	3	60	100%	60		0		0		98
5	0308久慈	03岩手県	5.9	3	42	100%	42				0		71
6	1507佐渡	15新潟県	5.5	5	125	100%	125	0			0		226
7	1802奥越	18福井県	5.7	5	54	100%	54			0			95
8	2311東三河北部	23愛知県	5.6	4	195	100%	195			0			349
9	4408西部	44大分県	9.1	16	139	89.9%	125	0	0		14		153
10	2602中丹	26京都府	19.5	14	396	82.1%	325	28	43	0	0		203
11	0118遠紋	01北海道	6.8	11	323	78.9%	255	18		50			475
12	1704能登北部	17石川県	6.7	5	228	78.9%	180		48				339
13	2105飛騨	21岐阜県	14.7	8	207	74.9%	155	29		23	0		141
14	4502都城北諸県	45宮崎県	19.2	23	388	74.2%	288	68	32	0			203
15	1603高岡	16富山県	31.3	19	717	73.8%	529	188	0	0	0	0	229
16	1604砺波	16富山県	13	13	808	71.9%	581	29	145	53	0		623
17	1601新川	16富山県	12	12	563	71.6%	403	120	0	40	0		467
18	0121根室	01北海道	7.5	5	170	70.6%	120	50	0	0			227
19	0113上川北部	01北海道	6.3	8	263	66.5%	175	88			0		417
20	1007吾妻	10群馬県	5.5	8	367	64.0%	235	113	0	19			664
21	0708会津・南会津	07福島県	26.9	15	527	62.4%	329	198	0	0	0	0	196
22	3904幡多	39高知県	8.6	16	599	61.8%	370	174	55		0		696
23	3803今治	38愛媛県	16.7	26	584	60.3%	352	232	0	0	0		350
24	4103北部	41佐賀県	12.8	14	624	58.7%	366	151	107	0	0		487
25	4704宮古	47沖縄県	5.6	4	269	58.4%	157	112		0			482
26	2206志太榛原	22静岡県	46.7	11	740	54.7%	405	100	122	86	27	0	159
27	4310球磨	43熊本県	8.7	11	354	54.2%	192	136	26	0	0		405
28	4609曾於	46鹿児島県	8.1	8	385	54.0%	208	130	47				476
29	3501岩国	35山口県	14.2	15	699	53.6%	375	243	57			24	493
30	0120釧路	01北海道	23.1	19	755	53.6%	405	350	0	0	0		327
31	0707いわき	07福島県	32.4	16	821	53.6%	440	260	31	90		0	253
32	3903高幡	39高知県	5.5	7	356	53.4%	190	0	80	86			642
33	4503延岡西白杵	45宮崎県	14.4	17	484	52.5%	254	88	142		0		337
34	4606出水	46鹿児島県	8.5	5	309	52.1%	161	39	99	10			364
35	1703能登中部	17石川県	12.6	10	464	51.3%	238	27	199		0		367

医師の働き方改革と救急医療

研究分担者 松田晋哉(産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授)
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 教授)
伏見清秀(東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野 教授)
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 教授)

研究要旨

医師の働き方改革は、非常勤医の派遣に頼った我が国の二次救急のあり方に大きな影響を及ぼす。本分析では病床機能報告と DPC 公開データを用いて、救急車による入院患者数や休日受診者数、医師常勤割合等といったデータを求め、救急医療の課題を具体的に検討する方法論を論考した。

その結果、厚生労働省が公開している病床機能報告と DPC データを用いて救急医療提供体制の現状と課題について分析が可能であり、常勤・非常勤別医師数を合わせて分析することで、医師の働き方改革の地域医療への影響についても検証することが可能であった。

A. 研究目的

我が国の救急医療体制は一次救急、二次救急、三次救急という階層型の仕組みとなっている¹⁾。このうち二次救急の受け皿としてのボリュームが大きく、多くの地域で中小民間病院等が参加する輪番制として運用されている。ただし、輪番制を支える医師は、大学病院等からのアルバイト医師であることが多く、現在でも担当医師の専門診療科によって受け入れの可否が決まる状況が発生している。こうした小規模な救急が非常勤医師によって支えられている体制の不安定性が、今回の新型コロナウイルス感染症の流行で明らかになったと言える²⁾。

医師の働き方改革は、救急医療の在り方に大きな影響を与えられ考えられる。現在、二次救急を担う中小病院に医師派遣を行っている大学病院では派遣先の宿日直届の状況や勤務内

容に関する検討が行われている。こうした情報が集まり分析されることで、今後救急医療を行っていくうえでの課題と対処方針が明らかになっていくだろう。例えば、施設によっては大学病院からの医師派遣が行われなくなる事態も発生するだろう。しかしながら、こうした個別医療機関との関係に着目した人事面での対応は、地域全体の救急医療体制を俯瞰した検討と合わせて行わないと地域医療を混乱させてしまう可能性がある。こうした検討を行う上で病床機能報告は貴重な資料である。そこで本分担報告書では病床機能報告を用いることで救急医療と医師の働き方改革に関してどのような検討が可能なのかについて検討した結果を記述する。

B. 研究方法

分析に用いた資料は平成 29 年度の病床機能報告と DPC 導入の影響評価に関する調査結果である。この 2 つのデータを用いて救急車の搬送による入院患者数、救急車の受け入れ件数、夜間時間外受診患者数、夜間時間外受診後入院患者数、休日受診患者数、医師常勤割合を求めた。

(倫理面への配慮)

C. 研究結果

図表 1 は関東の一医療圏における救急医療の状況を分析した結果を示したものである。この医療圏では 13 の病院が救急医療を行っているが、そのうち 4 医療施設のみが DPC 調査対象病院で、残りの 9 病院は非対象病院である。この医療圏の中核病院は DPC 対象病院 1 で年間 6027 台の救急車を受け入れ、救急車による入院も約半分の 2832 例となっている。夜間時間外の受診者数は 5248 名、休日の受診者数は 2830 名で、それぞれ 3 分の 1 にあたる 1977 名と 984 名が入院している。この病院の常勤医の割合は 89.4% である。この地域の他の 3 つの DPC 調査対象病院の救急医療の提供量を救急車の受け入れ台数で見ると対象病院 2 が 1289 台、対象病院 3 が 952 台、対象病院 4 が 315 台と大きく減少し、常勤医の割合もそれぞれ 70.1%、56.5%、64.7% と低い値となっている。この医療圏ではがん診療や手術も対象病院 1 が圧倒的なシェアとなっており、機能分化が行われている状況ではない。

ここで注目されるのは 9 か所の DPC 調査非対象病院が救急車の台数では 3665 台、夜間時間外の受診者数は 4486 名 (入院患者は 548 名)、休日の受診者数は 6966 名 (入院患者は 214 名) と軽症の救急患者を多く診ていることである。これらの病院が一次患者を多く引き受けることで対象病院 1 の負荷が軽減されていることが推察される。しかしながら、これら 9 つの DPC 調査非対象病院の常勤医比率は 58.2% と低くなっている。関係者からの情報では、これらの病院は県内と県外の大学病院からの非常勤医の宿日直によってこうし

た救急医療を行っているとのことであった。そして、まさにこの派遣が今後続けられるかどうかの問題になっているという。対象病院 1 以外の DPC 調査対象病院の常勤医比率も低いことから、同じ問題を抱えていると考えられる。

D. 考察

本稿で取り上げた医療圏は我が国の典型的な地方都市圏域でもある。大都市圏から鉄道や車で 1 時間程度しか離れていないが、医療資源は乏しく、そのため大都市圏の複数の大学病院から非常勤の医師派遣を受けて、地域医療を維持している。仮に本分析で取り上げた 9 か所の DPC 調査非対象病院が時間外や休日の一次患者の対応をやめてしまうと、その負荷が残された病院、主に対象病院 1 にかかることになる。1 か所の中核病院以外の残りの 3 つの DPC 調査対象病院も、非対象病院と同様、大学病院等からの非常勤医師の派遣に頼っていることを考えれば事態は深刻である。

こうした状況を勘案すると、解決策としては調査対象病院 1 の人的資源の充実、地域の医師会が運営している休日夜間急患センターにおける開業医による准夜帯・休日の対応支援の強化などが必要となるだろう。何も対策を取らなければ、対象病院 1 の医師の労働負荷が許容範囲を超えて高まり、かつて問題となった「立ち去り型サボタージュ」⁵⁾によって、地域医療が崩壊する可能性が否定できない。

今後わが国の救急症例は増加する。その主体は複数の慢性疾患を持った高齢者の急性イベントである。肺炎、骨折、心不全、脳血管障害、尿路感染症、胆嚢炎・胆管炎などがその主な傷病である⁶⁾。また、その多くは要介護高齢者から発生する。救急医療の崩壊を防ぐためにも、これら的高齢者の急性期イベントの発生をできうる限り防ぐことが必要となる。そのためにはかかりつけ医による日常的な医学的管理とケアマネージャーによる適切なケアマネジメントが不可欠である。

高齢者救急はプライマリケアとの連動を求める。ICT の活用はこうした連携関係の強化に資するものでなければならない。在宅や施設における状態像がモニタリングされ、悪化の予兆が出た段階で早めに対応出来るような地域版の Rapid Response System の構築が必要である。

他方で、本研究で明らかにした現実が多くの地域で起こっていることを考えれば、救急などの急性期医療の集約化とそこへのより多くの人的資源の配置を可能にする制度改革が行われるべきだろう。新型コロナウイルス感染症の流行で明らかになったことの一つは、わが国の急性期病床の人的配置の薄さである。フランスやアメリカに比較するとその量は3分の1程度である²⁾。この状況を改善しなければ、医療は提供側から崩れる可能性を否定できない。

ところで、この地域では図表2に示したように、高齢化(特に85歳以上の女性が増加する)の進行に伴い要介護高齢者が増加し、仮に2015年の要介護度別サービス利用率が継続するとすると、施設介護サービスは約2倍、在宅介護サービスは約1.8倍になる⁷⁾。在宅要介護高齢者が平均で給付限度額の約50%しか介護保険を使わないのに対し、施設介護利用者は100%使うことになる。加えて施設介護の場合は補足給付の額も大きい。したがって、介護保険財政への影響、そして2040年以降利用者が急減することを考えれば、この地域において介護施設を2倍に増やすことは難しいだろう。したがって、この地域では在宅ケア量を増やす施策をとることが不可欠となる。ただし、こうした高齢者の多くは、複数の慢性疾患を持ち、肺炎や尿路感染症、脳血管障害、骨折といった急性期イベントのハイリスク者である。すなわち、在宅医療と連動した高齢者救急の体制を如何に構築するかが、この地域においては重要な課題になると考えられる。

地域医療構想調整会議は、このような各地域が直面する課題を議論し、その解決策を模索する場

である。この重要な機能が発揮されるためにも、各地域のデータを当街地域の関係者が分析する体制を作ることが必要であると考える。

E. 結論

厚生労働省が公開している病床機能報告とDPCデータを用いて、救急医療提供体制の現状と課題について分析できることを示した。病床機能報告に記載されている常勤・非常勤別医師数を合わせて分析することで、医師の働き方改革の地域医療への影響についても検証することが可能である。

引用文献

- 1) 厚生労働省：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(令和元年7月18日)参考資料2、
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000529360.pdf>
- 2) 松田晋哉：ネットワーク化が医療危機を救う：検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較、東京：勁草書房、2022年。
- 3) 厚生労働省：病床機能報告(各年度)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/0000055891.html>
- 4) 厚生労働省：DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果(各年度)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/0000049343.html>
- 5) 小松秀樹：医療崩壊―「立ち去り型サボタージュ」とは何か、東京：朝日新聞社、2006年
- 6) 松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来、東京：勁草書房、2021年。
- 7) 産業医科大学公衆衛生学教室：NewCarest：(介護需要の将来予測を行うエクセルのマクロ)を用いて推計。
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>

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

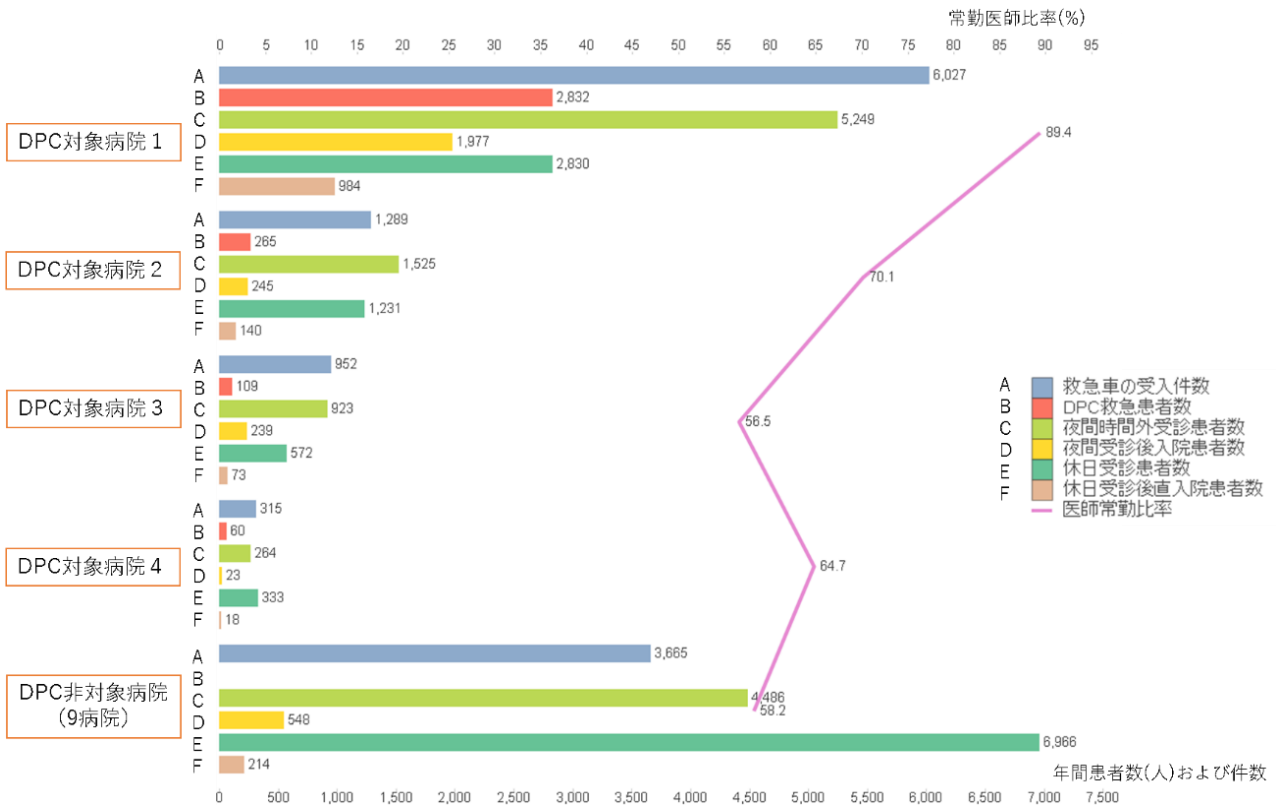
2. 実用新案登録

なし

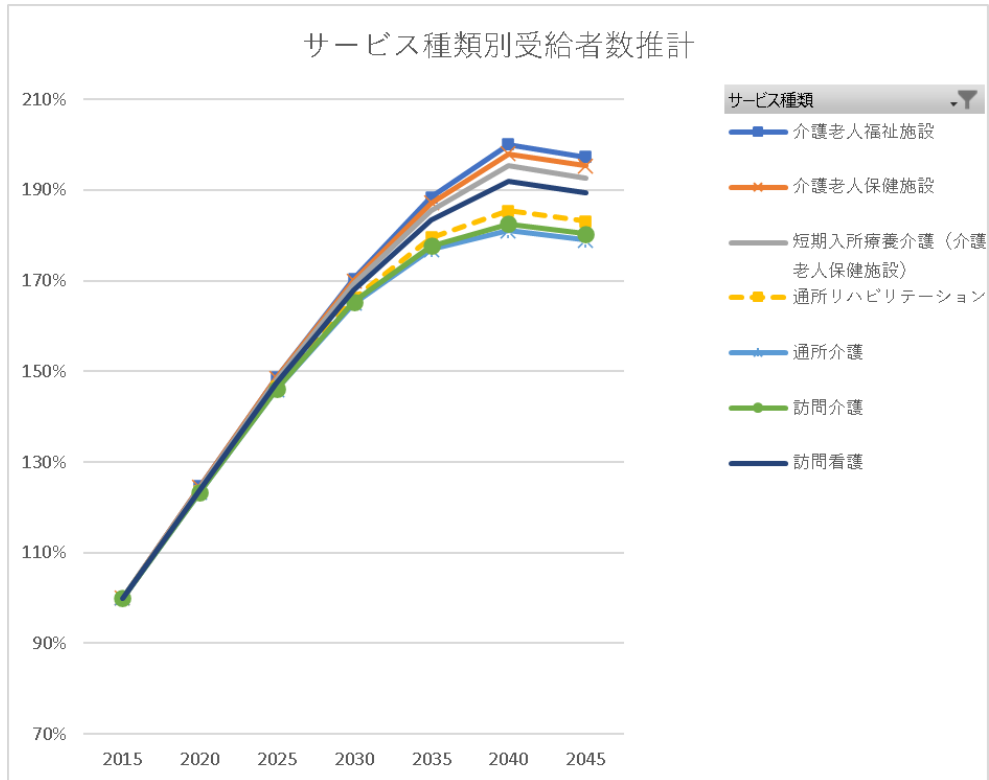
3. その他

なし

図表1 国内のある医療圏における救急医療の現状（平成29年病床機能報告）



図表2 分析対象となった地域の中核市における要介護度別介護サービスニーズの推計



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4年度)

地域実情分析班

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 (京都大学 大学院医学研究科 特定助教)
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、都道府県を対象に地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例についてインタビュー調査による地域医療構想調整会議を推進するためのデータ分析に関する課題を整理することを目的とする。具体的には、データ分析によって明らかにできる将来の地域医療体制に関する課題、データ分析体制、大学機関や医療関係団体のデータ分析における役割、調整会議の議長や地域医療構想アドバイザーの関わり方、データ分析に関する人材育成の取り組み、分析にかかる費用に加え、実際の分析で用いるデータソースや分析項目設定方法、分析結果の活用およびその課題について明らかにする。

都道府県における地域医療構想調整会議でのデータ分析の活用は、都道府県における各地域の課題ごとに一定の成果が見られるものの、データ分析の結果から得られる課題を共通理解することの難しさや、医療の質や診療プロセスの分析結果を評価することの難しさ、地域医療構想調整会議の構成員によるデータの開示に対する反発等の課題が挙げられた。また、大学の研究者がデータ分析を行っても英文論文の業績にはならないためにキャリアとのバランスが難しいことや、地域医療介護総合確保基金の活用可能性への期待が挙げられた。地域医療構想調整会議との関連については、医療圏ごとに5疾病6事業+在宅の専門家が必要等、限られた研究者が各地域の課題すべてを網羅することの難しさや、振興局制を敷いていない都道府県の人材不足が深刻であることが明らかとなっ

A. 研究目的

令和2年1月17日に各都道府県に対して、「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」(厚生労働省医政局長通知)を发出された。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「診療実績が特に少ない」や「類似した診療実績を有する医療機関が近接している」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。今般の新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、「具体的対応方針の再検証等の期限について」(令和2年3月4日付け医政発0304第9号厚生労働省医政局長通知)において、2019年度中とされた再検証等の期限に関しては厚生労働省において改めて整理するとした。その後、令和2年8月31日付医政局長通知(医政発0831第3号)にて「再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取り組みの進め方について、厚生労働省において改めて整理の上、お

示しする」、令和4年3月24日付医政局長通知（医政発0324第6号）にて「2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う」としたところである。

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、都道府県における地域医療体制に関するデータ分析の活用が再編統合の議論に必要不可欠である。

そこで本研究は、地域医療構想の推進に関するデータ分析に取り組む都道府県を対象に、取り組み状況から明らかとなった課題とその取り組みについて事例検討を行う。

B. 研究方法

本研究はインタビュー調査を実施し、地域医療構想の議論に資するデータ分析の取り組みに関する課題の事例検討を行う。特に、データ分析によって明らかにできる将来の地域医療体制に関する課題、データ分析体制、大学機関や医療関係団体のデータ分析における役割、調整会議の議長や地域医療構想アドバイザーの関わり方、データ分析に関する人材育成の取り組み、分析にかかる費用に加え、実際の分析で用いるデータソースや分析項目設定方法、分析結果の活用およびその課題について、以下について調査を行う。

（1）データ分析の体制について

- ・データ分析によって明らかにできる将来の地域医療体制に関する課題
- ・データ分析を行う主体
- ・大学機関や医療関係団体の役割
- ・調整会議の議長や地域医療構想アドバイザーの関わり方
- ・地域医療対策協議会、地域医療支援センターとの連携
- ・分析体制の構築に係る人材育成方法
- ・分析に係る費用やコストおよびその内訳

（2）データソース・解析プロセス・分析項目
・地域医療構想の議論に資するデータ分析におけるデータソース

- ・独自で収集しているデータソースやデータ分析項目
- ・地域の課題を明らかにするためのデータ分析項目に対するデータソースの収集や解析作業の進め方
- ・大規模データを取り扱う場合の管理方法や用いるソフトウェア、分析結果のチェック方法

（3）データ分析の活用と課題について

- ・データに基づいて構想区域や地域単位で分析した結果から、どのような論点について議論が行われているか。
- ・データ分析結果が地域医療構想に関する議論に与える影響

分析対象は北海道、新潟県、富山県、愛知県、兵庫県、広島県、福岡県の医療政策行政担当者、その他データ分析に関わる大学関係者や地域の担当者とし、インタビュー調査を実施する。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

各インタビュー調査項目について、次のように整理することができた。

1. データ分析の体制について

(1) データ分析によって明らかにできる将来の地域医療体制に関する課題について

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 地域の柱となる高度急性期病院の明確化
2. 地域包括ケアシステムを支える医療機関の方向性の明確化
3. 医療圏ごとの5疾病5事業に関する医療課題や病床再編

4. 医療資源が厳しくなっていく中での、夜間休日体制等の役割分担の進め方

5. 医師確保の観点から診療データを分析した、必要な分野の医師確保と医療体制

6. 県民が、住み慣れた地域で医療を受けられているかどうかの分析

7. 患者住所地と受療先病院所在地の比較による可視化および医療圏比較ならびに病院比較。

(2) データ分析を行う主体について

1. 都道府県が主体となるパターン

新潟県、奈良県においては、県主体となり、地域医療構想アドバイザーや委託事業者と相談しデータ分析を実施

2. 保健所が主体となるパターン

富山県においては、各医療圏の厚生センター、いわゆる保健所がそれぞれでデータ分析を行う。具体的には、急性期病院における一般病棟の病床利用率、医療機関別診療件数、病院別診療件数、病床稼働状況等を集計（見える化）する。これらの分析結果は地域医療構想調整会議で資料として提出され、協議の場で活用している。

3. 大学が主体となるパターン

北海道（北大）、福岡県（産業医大）、奈良県（奈良医大、京大）、広島県（東北大）、富山県（富山大：医師確保計画）、愛知県（名大）、兵庫県（神大）として、大学に所属する研究者が地域医療構想アドバイザーまたは委託業務としてデータ分析を請け負い、都道府県と定期的に打ち合わせを行いながら進めている。なお奈良県については比較的容易なデータ分析は都道府県が行い、大規模データや高度な分析手法や複雑な評価指標が必要な領域については大学に所属する研究者が主体となりデータ分析を行う。

(3) 大学機関や医療関係団体、地域の医療機関は、データ分析においてどのような役割を担っているか。

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 民間企業への委託の場合、仕様書に基づく契約のため、契約期間で1往復の分析かつ報告書や成果物としての納品となる。かつ民間企業はデータアクセスに制限があることから、オープンデータを用いた分析では分析結果に限界がある。

2. 都道府県が県内の大学に寄付講座を設置し、データ分析を専門とする研究者とコミュニケーションを図りながら進める体制は1つの方法ではないか。

3. 病院協会が持っている課題感を聞き取り、それを裏付けるために必要なデータ分析を県で実施する。その際に、課題とデータ分析の関連付けが適切かどうかを大学の研究者に相談している。

(4) 調整会議の議長や地域医療構想アドバイザーの関わり方。

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 県医師会長、病院協会の長、地域医療構想アドバイザーに対し、都道府県やデータ分析担当者がデータを見ながら議論の方向性を合わせながら論点を設定している。

2. 国においてもデータ分析をされている大学の先生がアドバイザーとして参画していただいている。調整会議の議長にはデータ分析についての事前相談はしていない。

(5) 地域医療対策協議会、地域医療支援センターとの連携について

地域医療対策協議会との連携は行われていない、もしくは圏域によるなど限定的であった。

(6) データ分析に必要な人材および人材育成方法
インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 自分たちでデータベースサーバーを立てて、変換プログラムなど必要なものも自分たちで内製できる人材。医療情報学分野の研究者の活躍が期待される。

2. 行政職員が分析の着眼点を考えられ、ツールを使いこなせる必要がある。スキルが足りない職員は、職員向けに行っている統計やエクセルの研修を受講する必要がある。

(7) 分析に係る費用やコストについて

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. データベースサーバーの構築費用

※富山県、兵庫県、福岡県はデータベースを構築できる研究者による既存の分析環境がある。

2. レセプトデータを抽出・提供してもらう委託業務

3. レセプトデータ分析委託業務（レセプトの生データを渡し、県が分析の着眼点を示したうえで、エクセル等の手元のツールで加工できる状態にして納品）

4. 医療提供体制等に関する分析業務（県が毎年度決めたテーマに基づいて分析を行い、病院へのフィードバック資料を取りまとめて説明を行う業務）

2. データソース・解析プロセス・分析項目について

(1) 地域医療構想の議論に資するデータ分析に用いるデータソースについて

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 病床機能報告データ
2. DPC オープンデータ、SCR、病院報告
3. 人口動態統計

4. 国保・後期高齢・介護レセプトデータ

(2) 独自で収集しているデータソースについて

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. DPC データを県内の病院から独自で収集
2. 病院から提出していただく財務諸表データ
3. 救急搬送データ（救急搬送件数・応需率分析）

3. データ分析の活用と課題について

(1) データソースについて

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 病院から直接データを収集する仕組みはハードルが高い。新型コロナウイルス感染症のデータ収集で都道府県や国が苦勞しているのと同じ状況である。

2. 病床機能報告のデータが実態と合っていない。とくにコロナ禍に関して言えば、実態の病床と関係なく、コロナ患者を受け入れていれば全て急性期にしてほしいという話になってしまっている。そのためそのような患者が1人でもいれば急性期になるというおかしな話になっており、ここ数年の病床機能報告のデータ自体が本来の医療機関の機能を全く体现していない。

3. レセプトデータについては、県の国保・後期高齢者に限定されるため、社保や隣接する府県のデータも取得したい。

(2) データ分析の活用について

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. データに基づく情報の共有はできるが、情報から得られる課題認識の共有が難しい。
2. 医療の質や診療プロセスの分析結果を評価するのは難しい。
3. データの開示について、内容によっては一部の医療機関からの反発がある。

(3) データ分析の体制について

インタビュー調査より、以下の項目に整理された。

1. 大学の研究者が本データ分析を行っても英文論文の業績にはならない。和文で幅広く読んでもらうことが肝要であり、それでよいと思っているがキャリアとのバランスが難しい。厚生労働省として、このような取り組みは一般的に広く知らしめてほしいということであれば、『社会保険旬報』や『病院』という雑誌が良いのではないか。

2. データ分析を推進する国庫事業は必要だと思うが、地域医療介護総合確保基金のほうが自由度が高い。国庫は報告書業務や会計検査業務の問題があり、都道府県や大学側の負担も大きくなってしまうという課題がある。

D. 考察

本研究は、都道府県を対象に地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例についてインタビュー調査による地域医療構想調整会議を推進するためのデータ分析に関する課題を整理した。データ分析によって明らかとなる将来の地域医療体制に関する課題については、地域の住民が住み慣れた地域で医療を受けられているかどうかを患者住所地と受療先病院所在地の比較をし可視化することや、医療圏比較や病院比較を行うことによって地域や病院に不足している機能・領域を全病院に認識させることができることが挙げられた。

また、医療関係団体が抱えている現場の課題感を大学機関と相談し、課題を裏付けるために必要なデータ分析を実施することで、大学機関、医療関係団体、都道府県が連携しながらデータ分析体制を運用している取り組みが見られた。データ分析体制における人材育成については、県庁職員の統計やExcel操作に関する研修を通じて、最低限のスキルを修得することとしているが、Excelで扱うことができない大規模データについては外

部委託を行い実施する等して対応を行っていた。

しかしながら地域医療構想に関するデータ分析では、医療の質や各病院が有する医療機能や診療プロセス自体を評価することの難しさが課題であった。県内外の地域の医療体制を比較検討する上で有効な指標と考えられる評価指標には、各地域における医療体制について急性期の患者を集約する病院と後方支援を行う病院に役割分担し連携を進めていくと設定した都道府県の場合、地域の中核的な役割を担う急性期病院の指標にはDPCのカバー率係数と効率性係数のほか、救急車の受入件数や1床当たりの手術数と平均在院日数を用いられていることが明らかとなった。

いずれの地域において共通することは、データ分析結果を提出するだけでは地域医療構想調整会議の議論は進まないという点であった。地域医療構想調整会議の構成員や関係者が課題に感じている分野・領域に着目し、具体的な課題を設定することが望ましいと考えられる。課題が細かすぎると直接的な利害関係のない医療機関が無関心となり、議論に温度差が生じてしまう。たとえば救急領域のような共通分野が議論の契機としては望ましいことが明らかとなった。また、場合によっては課題の分野だけの議論の場を地域医療構想調整会議の下に設置するなど効果的な一つの方法として挙げられていた。

よりデータ分析に基づく議論を深めるためには、地域の医療需要だけでなく病院の経営情報を用いた分析も有効である。特に単一診療科の急性期病院では複数の疾患を持つ高齢者の医療需要に対応できず、地域医療構想を達成するための医療体制として十分ではない。そのような状況で、地域を支える病院としてどのように経営していくかを示すことができなければ、地域の医療体制を整備することは難しく、機能転換や役割分担の

変更が必要であれば、その結果として病院経営にどのような影響があるのかを含めた検討が必要であろう。

E. 結論

本研究では、都道府県を対象に地域医療構想の議論におけるデータ分析に関する取り組み事例についてインタビュー調査による地域医療構想調整会議を推進するためのデータ分析に関する課題を整理した。

都道府県における地域医療構想調整会議でのデータ分析の活用は、都道府県における各地域の課題ごとに一定の成果が見られるものの、全国における都道府県や地域において地域医療構想の達成に向けたデータ分析が期待される中、全国展開のためにはデータ分析を行う体制や分析結果の活用方法等の課題を解決するための取り組みが必要であることが示唆された。

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

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4年度)

地域における医療機能の分化・集約化、医療介護連携に係る課題の対応に向けて

研究分担者 小林美亜 山梨大学大学院総合研究部医学域
瀬戸僚馬 東京医療保健大学

研究要旨

本研究は、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る対応と課題に関して、ヒアリング調査を通じて、検討することを目的とした。

地域医療連携推進法人制度を活用して地域医療構想の推進を図り、また地域包括ケアシステムの実現にも向けた情報共有と連携体制の構築を行った好事例の取組として「日本海ヘルスケアネット」、「医療機能の集約化、役割分担・連携を図るための対応と課題」「入院(急性期・回復期・慢性期)から在宅医療や介護施設等への退院における対応と課題」は、岩手県の両磐医療圏の高度急性期・急性期医療を担う県立磐井病院等、「地域医療構想における連携の強化」に係る取組について済生会熊本病院からヒアリングを行った。

その結果、医療機能の分化・連携により質の高い効率的な医療提供体制の確保を図るためには、地域の特徴と課題を踏まえ、医療提供体制の確保と経営の効率化を図る方策を検討し、医療崩壊の防止、働き方改革の実現、医療従事者の教育体制の充実化が重要であることが示された。医療、介護の連携を図るためには、介護機関もICTを使った情報共有に積極的に参画することのできるシステム整備が重要であることが示された。医療機能の分化を図った医療機関同士の連携を強化するためには、各医療機能を「つなぐ」役割が必須であり、その役割を果たす人材を育成するための教育プログラムの開発と提供、専門的知識と技術を持った人材を地域で上手く活用するためのシステム整備を進めることが重要であることが示された。

A. 研究目的

本研究は、「医療機能の集約化、役割分担・連携の強化」「医療と介護との連携」に係る課題と対応に関して、①医療機能を集約化し、役割分担・連携の強化を図る方策、②医療機関入院後(急性期・回復期・慢性期)に必要な治療を終えた後に在宅医療や介護施設等へ患者の退院を円滑に進めるための体制整備、③医療機関退院後の療養生活を支える地域資源・システム及び人材のあり方の視点から、ヒアリング調査を通じて、検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. ヒアリング対象

地域医療連携推進法人制度を活用して地域医療構想の推進を図った好事例の取組として、日本海ヘルスケアネットにおいて、公表されている情報を収集するとともに、運営の中核を担う日本海総合病院(酒田市病院機構理事長、病院長、副病院長、地域連携担当者ら)と、その亜急性期・回復期の連携医療機関である本間総合病院(心不全連携を担当する循環器内科医)から、医療介護連携、人事交流、心不全連携や

ICTの活用などに関して、ヒアリングを行った。

また、「医療機能の集約化、役割分担・連携を図るための課題」「入院（急性期・回復期・慢性期）から在宅医療や介護施設等への退院における課題」に関して、現在の取組状況や今後の方策を、岩手県の両磐医療圏の高度急性期・急性期医療を担う県立磐井病院（病院長、地域連携担当者ら）、回復期・慢性期を担う一関病院（病院長、地域連携担当者、訪問看護担当者ら）、一関市（保健福祉部）から、ヒアリングを行った。

地域医療構想を推進する上での看護の取組として、高度急性期・急性期の病院から、回復期・在宅医療・介護施設等へ患者の退院を円滑に進め、地域全体で連携を図り、ケアの質保証につなげる好事例として、退院支援を担う看護師の人材育成や看看連携などの取組に関して、熊本済生会病院（看護部）から、ヒアリングを行った。

（倫理面への配慮）

ヒアリングを行うに際し、研究の趣旨とヒアリング内容を事前に送って説明を行い、ヒアリング対象機関から同意を得た。

C. 研究結果

1. 日本海ヘルスケアネットの取組

1) 概要

日本海ヘルスケアネットは、2018年4月に発足した山形県庄内地域の13法人・団体が参加する地域医療連携推進法人である。理念・運営方針は、表1に示す通りである¹。

表1 理念・運営方針

（理念）

庄内地域において急速に進む少子高齢化、過疎化の状況の中で、山形県が進める地域医療構想の実現を図り、地域包括ケアシステムのモデルを構築

し、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ことを目指す。

（運営方針）

- ・参加法人間において地域に必要な診療機能、病床規模の適正化を図り、将来を見据えた医療需要に対応できるよう業務の連携を進め、地域医療構想の実現を図る。
- ・地域包括ケアシステムの構築を行政と共に進め、地域住民が住み慣れた地域で、切れ目なく適切な医療、介護、福祉、生活支援が提供できる取組を進める。
- ・参加法人の個性、特徴を活かした相互連携を進め、優秀な人材の育成や持続可能な経営を通じて地域に貢献する。
- ・参加法人は、公共の福祉のために、連携推進業務の推進を図る責任を負う。

医療機能の集約化、役割分担・連携の強化の方策として、以下を行っている。

① 診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化

○重複投資等の抑制と効率化を図るため、日本海総合病院に検査機能及び手術機能を集約化させ、一方、維持透析機能については、本間病院への集約化を図る。

② 医療機器等の共同利用

○CT、MRI等の高額医療機器の重複投資等を抑制し、参加法人間で共同利用出来る仕組みを構築し、参加法人の経営効率化を図る

③ 委託業務の共同交渉

○参加法人が個々に委託する管理業務等について見直し、検討を行い、スケールメリットを活かせる業務の共同交渉を行う

④ 連携業務の効率化

○患者IDの共通化を行い、電子カルテ、会計シ

システム、部門システム等の連動を推進し、連携業務の効率化を図る。医療介護従事者の派遣体制を整備し、人材育成や人事交流を図る。

○医療介護従事者の確保が難しい事業所に対して、体制を整備し、参加法人間で職員の派遣を行う他、人材育成の一環として、共同での研修会の開催や人事交流を行う。

○介護従事者の確保においては、職員養成を行う仕組みを構築し、職員定着を図るとともにサービスの質の向上を目指す。

⑤ 地域フォーミュラの推進（表2）

わが国で最初の地域フォーミュラを開始している。医療機関と調剤薬局が薬剤費の適正化に取り組み、調剤薬局の在庫管理を容易とする。

表2

日本海ヘルスケアネット 地域フォーミュラ 一覧

	薬剤名	備考	開始時期
胃酸の分泌を抑える薬 プロトンポンプ阻害薬 PPI	ランソプラゾール	ジェネリック薬	平成30年11月～
	ラベプラゾール		
	オメプラゾール		
食後血糖を抑える薬 α-グルコシダーゼ阻害薬 α-GI	ボグリボース	ジェネリック薬	平成30年11月～
	ミグリトール		
高血圧治療薬 アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬 ARB	テルミサルタン	第1推奨	平成31年2月～
	オルメサルタン	第2推奨	
	カンデサルタン	第3推奨	
コレステロールを下げる薬 HMG-CoA還元酵素阻害薬 スタチン	ロスバスタチン	選考理由 ★作用が強い ★相互作用が少ない	平成31年2月～
	ビタバスタチン		
骨粗鬆症治療薬 ビスホスホネート製剤	アレンドロン酸Na35mg	第1推奨	令和元年6月～
	リセドロン酸Na17.5mg	第2推奨	
	リセドロン酸Na75mg	第1回内服	
抗ヒスタミン薬 (アレルギー性鼻炎に限る)	ロラタジン	選考理由 ★服くなりにくい(安全性)	令和元年12月～
	フェキソフェナジン		
抗インフルエンザ薬 (成人の治療に限る)	オセルタミビル	内服 第1推奨	令和元年12月～
	ゾフルーザ	内服 第2推奨	
	イナビル	吸入薬	
	リレンザ	吸入薬	
	ラビアクタ	注射薬	
神経障害性疼痛緩和薬	プレガバリン	ジェネリック薬	令和3年4月～
抗ヘルペスウイルス薬	バラシクロビル	腎機能やアドヒアランスに問題がある場合はアモキシシリンを推奨 それ以外はバラシクロビルを推奨	令和3年4月～
	アモキシシリン		
高血圧治療薬配合剤 ARB+Ca拮抗薬	テラムロ	テルミサルタン+アムロジピン	令和3年4月～
	カムシア	カンデサルタン+アムロジピン	
バイオンミラー製剤	インフリキシマブ	先行品より安価	令和元年6月～
便秘薬	酸化マグネシウム	推奨薬	令和4年11月～
	ルビプロストン		
	エロピキシパット	オプション	
	リナクロチド		
	センソジド		
	ピコスルファート ピコスルファート センナ・センナ薬	オプション (屯用)	

2) 医療・介護などの連携

①入院患者の在宅療養生活への円滑な移行の推進、病院と介護施設の連携強化

統一的な退院支援、退院調整ルールの方策や地

域連携パスの充実を図り、これらを可能とするために必要な施設情報や患者情報の共有するためのネットワークとして「ちょうかいネット」を通じたICT等を利用している。

また、要介護者の急変時に対応できるよう、24時間、365日対応できる病院（日本海総合病院、酒田リハビリセンター病院、本間病院、山容病院）、診療所（上田診療所等）、介護施設（ひだまり、うらら、シェ・モワ、かたばみ荘等）、訪問看護ステーション（スワン、かがやき等）の連携体制の強化を図り、地域包括ケアシステムの構築を実現している。

② 介護事業・地域包括ケアの推進

介護事業所を持つ参加法人間（医師会、健友会、山容会、宏友会、光風会、かたばみ会）で役割分担を明確化し、業務の効率化を図るとともに、24時間対応できる体制作りや新たな業務内容（訪問リハビリ等）の検討を随時、検討している。日本海ヘルスケアネットは、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等のサービスを包括的に提供できる地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の取組みの支援を行っている。具体的には、在宅患者をチームで支える多職種連携を強化できるようにちょうかいネットの充実化を図り、ケアマネジャーが基幹病院の電子カルテを閲覧して情報収集を効率的に行うことが可能となっている。また、地域の診療所・クリニックの医師が病院・介護施設で当直を輪番制で担当することにより、医療と介護連携がスムーズになっている。

③ 看護・介護の人材確保

看護・介護の人材確保に向けて、人事交流は参加法人の中で、最も取り組み希望の多い事業となっている。看護師の人事交流は、比較的、看護師の確保が行えている酒田市病院機構からの出向が主となっている。出向の形態は、「在籍型出向」となっており、出向元と出向先で契約を結び、出向元の身分と職を維持しながら、出向先との雇用関係に入る仕組みとなっている²。出向期間は、原

則 1 年間で、引き続き、出向が必要な場合には、別の職員に交代することになっている。この仕組みの構築により、参加法人間の相互理解が進み、日常業務でのコミュニケーションの円滑化が図られるようになったとのことであった。令和 2 年度、3 年度の実績は表 3 に示した。

出向先のメリットとしては、「出向による増員で新たな施設基準の取得や維持が可能になり経営面でプラスになった」、「過剰な勤務シフトが緩和された」、「経験の異なる職員と仕事することでスキルアップにつながった」ことがあげられていた。出向元のメリットとしては、「出向を職員のキャリアアップ、能力開発の一つとしてとらえ、他法人での経験を通じて幅広い視点や新たな発想を身に着けることが可能となった」ことがあげられていた。

表 3 派遣実績
令和 2 年度

派遣元	派遣先（設立団体）	職種	派遣診療科目等	延派遣日数／月
日本海総合病院	本間病院（医療法人） 宏友会（医療法人）	医師	内科、整形外科、宿日直	9日／月
		看護師	透析室、訪問看護	60日／月
本間病院	日本海総合病院(地独法山形酒田)	医師	外科、循環器内科、放射線科	12日／月
		コメディカル	臨床工学技士	1日／月
酒田地区医師会	日本海酒田リハ病院(地独法山形酒田)	医師	宿日直	11日／月

令和 3 年度

派遣元	派遣先（設立団体）	職種	派遣診療科目等	延派遣日数／月
日本海総合病院	本間病院（医療法人） 宏友会（医療法人）	医師	内科、整形外科、宿日直	9日／月
		看護師	透析室、訪問看護	60日／月
本間病院	日本海総合病院(地独法山形酒田)	医師	外科、循環器内科、放射線科	12日／月
		コメディカル	臨床工学技士	1日／月
酒田地区医師会	日本海酒田リハ病院(地独法山形酒田)	医師	宿日直	11日／月

④ ちょうかいネットの活用

ちょうかいネットは、複数の医療機関の間で、

個人情報を保護した上で、ID-Linkを使った仕組みにより、インターネット回線を用いて、医療情報を共有するシステムである。ちょうかいネットの登録の件数は、毎年、増加している（図 1）。共有情報（表 4）は、機関によって異なるが、機関病院である日本海総合病院は全ての情報を共有できるようにしている。

年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
2011年	75	86	96	83	114	105	179	201	150	171	170	225	
2012年	180	149	250	315	340	393	409	393	320	385	390	283	
2013年	276	332	478	638	577	478	377	351	371	364	345	373	
2014年	405	342	572	571	388	412	402	381	387	379	355	363	
2015年	255	292	408	401	355	461	437	381	353	430	390	428	
2016年	453	434	516	476	449	493	454	503	484	490	571	418	
2017年	480	428	450	487	458	591	498	488	463	486	521	527	
2018年	624	578	668	590	677	638	698	652	647	590	684	671	
2019年	472	468	478	463	480	528	641	371	515	509	428	518	
2020年	447	429	488	338	388	489	514	411	460	511	471	475	
2021年	450	400	578	515	427	484	424	600	463	429	489	434	
2022年	521	431	541	471	432	439	457	492	492	324	454	485	5,928

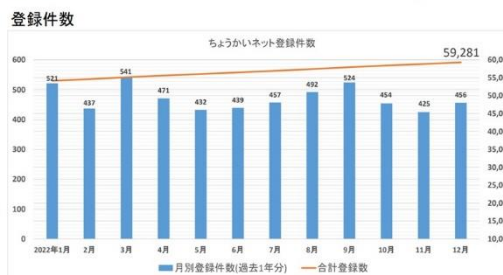


図 1 ちょうかいネット登録件数

表 4 共有情報

開示項目	日本海総合病院	本間病院	荘内病院	Net4U(鶴岡地区医師会)	庄内余目病院	庄内検診センター(酒田市国保)
診療録	○	○	○	○	○	
簡易サマリー	○	○	○			
処方	○	○	○	○	○	
注射	○	○	○	○	○	
検査結果	○	○	○	○	○	
画像検査	○	○	○	○		
入院歴	○	○	○	○	○	
温度板	○	○	○			
DICOM画像	○	○	○		○	○
読影レポート	○	○	○		○	
病理レポート	○	○	○		○	
入院サマリー	○	○	○		○	
看護サマリー	○	○	○			
地域連携パス	○	○	○		○	
健診結果						○

ちょうかいネットの参加機関は、医療機関だけではなく、酒田市の歯科、薬局、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能居宅介護、デイサービス、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム、訪問看護ステーションとなっており、地域包括ケアシステムを構築する基盤としての情報共有が行うことができるように整備されている。介護機関の参加により、医療・介護連携が推進しやすくなっており、医療から介護への移行もスムーズとなっている。また、ちょうかいネットを通じて、連携する各機関同士が必要な情報を収集しあうことが可能となっているため、地域連携パスがなくても、連携を図ることが可能となっている。

なお、ちょうかいネットは、情報提供病院が更新費用や継続費用を負担することで維持を図っており、情報閲覧機関ではこれらの費用は発生しない形式となっている。また、山形県からの補助金（350,000円）と市の負担金（酒田市：50,000円、鶴岡市50,000円）から、継続費用の支援も受けている。2011年にちょうかいネットを導入した際は、地域医療再生基金を活用しており、情報提供病院である日本海総合病院は、診療報酬からの医業収益を更新・継続費用に充当している。2017年度の場合、維持費用と診療報酬による収益がほぼ均衡したとのことであった。

その他、ちょうかいネットの継続運用をもたらす重要な点として、情報提供病院に医師記録の開示を義務付けていることがあげられる。このネットワークに参加している機関が、そのメリットを実感することにより、システムの活用の継続性や重要性を認識し、結果として、ネットワークから離脱しなくなるとのことであった。現在、山形県では地域の拠点病院のほとんどが医師記録を開

示しており、山形県内の広域連携、秋田県・山形県広域連携の促進に貢献している。

⑤ 心不全連携体制の構築

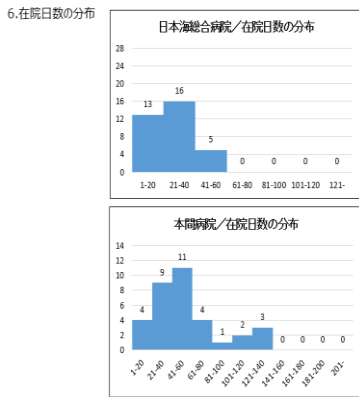
高齢化に伴い心不全患者は増加しており、2030年には130万人に達し、「心不全パンデミック」に陥ることが予測されている²。庄内地域では、高齢化が全国平均よりも10年ほど早く進行しており、心不全患者数のピークも2025年頃になる可能性があることから、心不全パンデミックへの対応が喫緊の課題となっており、日本海総合病院で侵襲的な治療を行い、その後の継続治療を亜急性期の本間病院で継続することのできる医療連携体制を早くから構築してきた。日本海総合病院で、心不全で転院となった全患者の7～8割を本間病院の急性期一般入院料の10対1算定病棟で受け入れている（表5）。また、本間病院から退院した患者で、急性増悪し、再び、コントロールが必要になった患者は、本間病院が受け入れを行い、日本海総合病院の急性期患者の受け入れに支障をきたさないようにしている。転院対象となる心不全患者は、他の疾患とは異なり、急性増悪を防止し、カテコラミン等による治療を継続し、在宅復帰を目指した管理が必要となる患者がほとんどである。このため、循環器内科医や心臓リハビリテーションを担当できる他職種がいる医療施設でなければ、実質上、受け入れが困難となっている。加えて、心不全の治療に用いられる薬剤が高額であることから、包括支払い方式が導入されている地域包括ケア病棟での受け入れも困難となっている。このため、TAVIなどの治療を終えた後の転院先として、一般急性期病棟の受け皿があることが必要不可欠となっており、日本海総合病院では、本間病院との連携を確立している。しかしながら、現在、本間病院が算定している急

性期一般入院料 10 対 1 の算定要件である重症度、医療・看護必要度の重症患者割合の基準が厳格化された場合、地域包括ケア病棟に切り替えることが余儀なくされることが懸念されている。このような地域連携を維持するためには、心不全パニックへの対応として、適切な評価を含めた政策的な対応が求められている。

現在、日本海総合病院が中心となり、地域の多職種で、心不全患者をフォローできるように、訪問看護師やセラピストなどに対する研修・教育体制の整備を検討している。具体的には、日本海総合病院の慢性心不全看護の認定看護師や心不全療養指導士が地域の医療者に対して教育を行うことのできる体制の構築を目指している。

表 5 日本海総合病院から本間病院への転院状況

令和 2 年度 日本海総合病院から本間病院への転院患者 集計表	
※循環器内科、心臓血管外科に限る	
集計期間	令和2年4月～令和3年3月 ※令和4年9月6日現在
1. 転院患者数	34人
2. 転院時の平均年齢	85.9歳
3. 本間病院からの退院先	
自宅	14人
死亡	12人
施設	5人
老健	2人
他院	1人
入院中	0人
4. 本間病院退院後、1年以内に再入院した患者数	
※詳細は別紙の通り	
※循環器内科、心臓血管外科に限る	
日本海総合病院	1人
本間病院	5人
5. 平均在院日数（退院日含む）	
日本海総合病院	26.3日
本間病院	56.3日



2. 岩手県の両磐医療圏の取組

1) 岩手県の特徴

岩手県は、二次保健医療圏ごとに9つの基幹病院を設置し、20 病院 6 地域診療センター（うち1 病院は精神科の単科病院）により運営を行っており、全国でも多い県立病院を有する県となっている（病院数、稼働病床数、患者数の県内における

割合がいずれも全国平均を上回る）。一方、県内の市町村立医療機関は8 病院 30 診療所にとどまり、地域の医療提供体制は県立病院に集中する構造となっている。

基幹病院が二次保健医療圏の範囲を対象とした高度・先進医療を担い、基幹病院と地域病院が一体となって、救急、へき地等における医療や、小児・周産期、災害、精神などの医療を行っている。一方、県立病院は、県の医師偏在指標が全国的にも低く、医師不足の問題を抱えている。これに対して、県立病院のネットワークで、医師や看護師等の医療従事者が不足している県立病院等や市町村立医療機関に医師を派遣し、対応している取り組みがなされている。このようなことを踏まえ、岩手県は、「持続可能で希望ある岩手を実現する行財政研究会」において、岩手県の現状と課題、取組の方向性を整理している⁴（表6）。

第2章 希望ある岩手を実現するための重点テーマ等の推進の方向性

(2) 県立病院の更なる充実 ～新しい時代の「良質な医療の均てん」に向けて～

■ 現状と課題

- 本県は他都道府県と比較しても突出した数の県立病院を運営、県民福祉の増進のための最も重要な社会基盤の多くを県が直接県民に提供。毎年度、多額の繰出金で経営を支え、その中で効率化の努力。この状況を県民や市町村等に理解してもらう必要。
- 本県の入院患者数は2025年にピークを迎え減少に転じ、外来患者数は既にピークを過ぎ今後さらに減少する見込み（2015年～2045年で▲16.4%）。
- 保健医療圏内完結率は4つの保健医療圏で7割を下回り、宮古、岩手中部及び二戸の保健医療圏では約2割が圏外に流出。久慈保健医療圏では県内流出の他に約2割が県外に流出。今後、医療の高度・専門化の進展に伴い圏内完結率はさらに低下する見込み。
- 病院事業会計への繰出金は令和2年度で約2.7億円、人口1人当たりで全国最大。また、公立病院のうち県立と市町村立の構成割合は、県立の比率が全国を大幅に上回っており、県が医療提供体制の大部分を担う特徴的な構造となっている。

■ 取組の方向性

- 持続可能で希望ある医療提供体制の構築のため、保健医療圏や全県的な医療提供体制と県立病院の体制等を一体的に検討し、県が主体となっており、従来の枠組みを越えた課題解決の方向性（グランドデザイン）を示す必要。今後の医療需要動向から症例数の減少が見込まれる中においても、医療の高度・専門化に対応した最新医療や地域包括ケアを含めた総合医療を居住地域から至低圏まで確保すべき。
- 病院施設の計画的な更新とあわせて必要に応じて基幹病院を統合し、症例数や手術数が多い病院（ハイボリュームセンター）の整備を検討すべき。また、地域包括ケアを強化する観点からは、県立病院と市町村が主体となる介護保険事業等の連携を検討すべき。
- 盛岡などの居住外の医療圏への流出が既に見られている。医療現場のデジタル化や復興道路完成等による移動時間短縮等を踏まえれば、柔軟な医療・事業別の医療圏設定のほか、二次保健医療圏のあり方について見直しを検討する必要。
- 民間医療機関の立地が困難なへき地等においては、県立病院や市町村立病院等が責任を持って初期医療等を提供する必要がある。オンライン診療等のデジタル技術の活用によって、様々な医療に対して基幹病院から支障するときに、地域において必要となる医療需要に対し適切な役割分担のもとに適切な対応が必要。救急医療は、交通事情等も考慮して、十分な体制を確保できる基幹病院に可能な限り集約が必要。
- 持続可能な病院事業には一層の経営効率化が必要であり、他の優良事例を参考とした業務見直し、第三者の視点を取り入れた経営改善を進める必要。また将来の医療需要を見え、機能分化と連携強化を進め、各病院の機能に応じた適正な投資規模を維持することが必要。
- 県民の医療を守りながら、病院事業以外の多様化する行政需要にも十分に対応していくためには、病院事業会計への繰出額について、人口や財政規模の動向を踏まえながら見直しを進めていく必要。

表 6 取組の方向性

2) 両磐医療圏における現状と課題

両磐医療圏の状況は表7に示した。地域医療構想の構想区域は、両磐の二次医療圏と設定されている。平成 24 年の「医療計画作成指針」では、①人口規模が 20 万人未満の二次医療圏で、②患者流入割合 20%未満、かつ、③患者流出割合 20%以上の場合は、設定の見直しについて検討することとされた。岩手県では9 圏域中 6 圏域が見直しの要件に該当したものの、流出患者の多くが盛岡

保健医療圏に集中しており、隣接している二次保健医療圏による圏域の再編では、医療の需給状況の改善が直ちに見込まれないこと等を理由に、従来の二次保健医療圏の設定を継続している。しかし、実際には、「持続可能で希望ある岩手を実現する行財政研究会」が提言しているように、両磐医療圏では、胆江医療圏とあわせて人口が20万人以上となり、医療現場のデジタル化や復興道路等を活用したアクセシビリティの向上を踏まえれば、柔軟な疾病・事業別の医療圏設定の検討が可能な構想区域でもある⁴。

表7 両磐医療圏の状況

- 両磐医療圏では、高度急性期、急性期については県立磐井病院を中心として主に公的病院や民間病院が担い、回復期や慢性期は主に公的病院が担うかたちで医療提供体制が確保されている。
- 両磐医療圏には、基幹病院として磐井病院、胆江病院として千代田病院、大東病院が所在しているほか、花泉地域診療センターが所在している。また、南光病院は、県南部における精神医療の拠点。
- 磐井病院は、地域の基幹病院としての機能を担い、二次救急医療やがん医療、回復期医療等の高度・専門医療を提供。
- 千代田病院は、地域の基幹病院として、基幹病院である磐井病院と連携しながら入院医療等を提供。救急告示病院として救急患者を受け入れ、旧磐井診療所の施設を救急施設として、人工透析を受療。
- 大東病院は、地域の地域病院として、基幹病院である磐井病院と連携しながら高齢者を中心とした入院医療等を提供。在宅療養支援病院として、在宅医療において積極的に役割を担っている。
- 花泉地域診療センターは、プライマリケア領域の外來機能を担う。また、医療・介護・福祉行政との連携、協働により、地域包括ケアシステムの一環を担う。
- 南光病院は、常時対応型精神科救急施設として、県南圏域を中心に24時間体制で精神科救急患者を受け入れ。

【各病院の状況(令和2年度)】

	磐井病院	千代田院	大東病院	南光病院
病床数	315	152	40	305
診療科目数	61	10	3	9
標準診療科目数	22	15	5	2
入院患者/日	215	74	18	189
外来患者/日	450	216	38	135
救急車搬入人数/年	2,643	840	17	-
収益	10,076,557	3,293,123	727,087	2,839,778
費用	9,430,836	2,912,579	805,639	3,213,583
損益	645,721	380,544	▲78,553	▲373,805
うち輸入金	1,063,041	487,161	418,525	1,187,352
累積欠損	7,216,192	▲3,871,360	▲4,788,224	▲4,591,554

(単位:千円)

※各病院は3年連続で病床利用率が70%を下回っている病院である。

引用：第3回持続可能で希望ある岩手を実現する行財政研究会資料3 https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/057/665/shiryou3_3torimaku-kukankyuu.pdf

実際に、「胆江」と「両磐」の構想区域で再編・統合を行い、基幹病院の磐井病院と胆沢病院が統合することで、経営効率をあげるだけでなく、医師をはじめとした医療従事者不足や医師の人材育成の問題などの解消にもつなげることができるということであった(表8)。特に、県立病院全体では、収益減少と支出の増加で、医療機器の更新もできない状況が続いており、統合することで、医療機器の更新も行きやすくなり、急性期としての必要な医療体制を整えることができるということであった。また、両病院の機能分化・集約化によって、増収(表9)や経営の効率化も期待される。

表8 県立磐井病院と県立胆沢病院が統合することによるメリット

○医師をはじめとする職員が増えることにより、複数の役割を1人の職員に課す必要がなくなり、必須会議への出席を減らすことなどにより、超過勤務時間も減らし、働き方改革につながる。また、会議等の間接業務時間を減らすことで、診療に割く時間を増やすことができ、医業収益の増加となる。

○専門医を取得しやすくなる環境を整えることができ、全国最下位の臨床研修医数が増加することが期待される。専門医が増えれば、連動研修も可能となるため、さらに専攻医数も増える。

○県立病院に分配される予算額は決まっており、病院数が少ない方が配分金は多くなる。

○近隣の大学から医師の派遣を要請し、医師不足に対応しているが、統合することによって医師を充足させることができ、派遣に依存していた人件費分を減らすことができる。さらに、超勤を減らすことにより、人件費を抑制できる。

○財政難のため、新しい機器が購入できず、更新も耐用年数を過ぎてからしか更新できていない状況である。基幹病院として、高度急性期・急性期を担うためには、それなりの設備

(CT、MRI、放射線照射装置など)が必要となり、集約することによって、その医療機器数を減らし、新規購入や更新が現状よりもできるようになる。

例) ダビンチなどを使用した手術への保険収載が今後どんどん進み、医療の質が向上して行く中、現在それを購入してきた病院は、胆沢病院だけである。

表9 統合によって算定できる加算からの医業収益のシミュレーション

※項目が多いため一部病院については試算対象外。

項目名	必要人員	点数	単価	単価×点数	単価×点数×0.8(8割)	年間金額
総合診療科増設_2	医科:精神科の連携	180点	25,913円	20,730円	37,314,720円	41,463円
急性期看護増設_1	看護増設	40点	25,913円	20,730円	8,282,160円	41,463円
小児入院医療増設_4	小児科増設	965点	2,316円	1,853円	17,879,520円	3,706円
産科看護増設_1	看護増設	25点	66円	53円	13,200円	106円
二次性科手術増設増設_イ	医師:看護:薬剤師	1,000点	65円	52円	520,000円	104円
二次性科手術増設増設_ハ	医師:看護:薬剤師	500点	39円	31円	156,000円	62円
外来放射線増設増設	医師:看護:放射線技師	297点	536円	429円	1,273,536円	856円
医療機器安全増設_4	医師:看護:放射線技師	1,100点	142円	114円	1,249,600円	227円
産科看護増設増設_1	看護増設	400点	274円	219円	876,800円	438円
産科看護増設増設_2	看護増設	70点	2,355円	1,884円	1,318,800円	3,768円
心臓血管外科増設増設_1	医師:看護:PT	205点	5,350円	4,264円	8,777,260円	8,360円
心臓血管外科増設増設_2	医師:看護:PT/GT	200点	117円	94円	182,200円	187円
心臓血管外科増設増設_3	医師:看護:PT/GT	100点	18円	80円	800円	1,600円
産科増設増設増設増設	医師:看護	460点	507円	406円	1,825,200円	911円
産科増設増設増設増設	医師:看護	150点	466円	117円	55,200円	74円
産科増設増設増設増設	医師:看護	150点	466円	117円	182,400円	243円
産科増設増設増設増設	医師:看護	150点	466円	117円	79,200円	104,800円

3) 在宅医療・介護連携

(1) 連携の状況と課題

「宮城県北地域も含めた両磐圏域での連携が必要」「県立、公立、民間病院が地域内各地に配置され、医療連携を図ることが必要」「地域包括ケアシステム」の取組を契機とし、市全体に「医療と介護」の連携を図る意識が波及した背景に加え、東日本大震災による被災者支援を通じ、医療と介護の連携の重要性が強く意識されるようになり、平成 23 年度末に、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療機関、ケアマネ事業所、地域包括支援センター、振興局及び保健所、一関地区広域行政組合（保険者）等により構成される「一関市医療と介護の連携連絡会（以下、連携連絡会）」（事務局：一関市健康づくり課）が設立された。この連携連絡会は、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、医療と介護の連携の取り組みを進めるとともに、平成 25 年度からは平泉町も参加している。「顔の見える関係づくり」を重視しており、この連携連絡会で医療介護連携を担う担当者間での交流が進み、「医療と介護の連携マニュアル」を整備している。

県立磐井病院のポストアキュートおよび一関市のサブキュートの役割を担っている一関病院（地域包括ケア病棟、療養病棟を有し、付属施設として、訪問看護ステーション、一関病院医療と介護の連携センターを設置）の連携担当職員や訪問看護ステーションの看護職員も、この連携連絡会を通じて、県立磐井病院との職員との顔の見える連携が進み、お互いの役割と対応能力を知ることができ、信頼関係が構築され、連携がスムーズになったとのことであった。また、一関病院は県立中央病院からの要請を断らない方針で患者を受け入れており、県立磐井病院では予定入院で退院日が決まっている患者についてはあらかじめ、緊急入院患者などは退院の予定が見通せる時点で、すぐに転院要請を行っており、一関病院の病床コントロールも円滑に行えているとのことであった。

連携手段としては、両磐区域では、地域共通の地域連携パスの活用ではなく、医療機関ごとに作成された地域連携パスを使用していることから、県立磐井病院や一関病院でも、患者情報は、連携連絡会で作成している「医療と介護の連携マニュアル」で既定されている「退院シート」や「くらしのシート」を通じて共有が行われている。

県立磐井病院では、退院支援を得意とする看護師が少なく、退院支援が看護師を育成するためのラダー教育に組み込まれていないため、今後は、組織として、退院支援を行うことのできる看護師を育成が課題となっていた。

(2) 一関市の在宅医療・介護連携の課題と対応

令和 2 年 9 月に、第 8 期介護保険事業計画（令和 3 年～5 年度）に向けて求められた、「①地域の医療・介護の資源把握」「②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議」「③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」「④医療・介護関係者の情報共有の支援」「⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援」「⑥医療・介護関係者の研修」「⑦地域住民への普及啓発」「⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」の事項を基盤として、PDCA サイクルをまわしていることとあり、現在の課題と対応の状況は、以下となっている。

①在宅医療を行う医療資源の確保（一関医師会で在宅医療の人材育成研修会を実施。医師や看護師、介護従事者の修学資金貸付）

②在宅医療を行う医療機関の連携体制の構築の推進（一関地域の 1 病院、2 診療所が「機能強化型在宅療養支援チーム」を結成し、必要に応じて各医師の専門分野を活かした訪問診療を実施）

③在宅医療の理解の推進（終末期の在り方や在宅での看取りを含めた啓発活動）

④ICT を活用した医療情報ネットワークの推進

(事業化されておらず、県全域でのネットワーク構築や他県との情報連携について取り組むように要望中)

3. 退院支援を担う人材育成と看看連携

1) 退院支援看護師の育成

済生会熊本病院 (DPCⅡ群) は、熊本医療圏の救急医療および高度医療の役割を担うとともに、予防医療や地域連携、また自機関だけでなく、他機関の看護の人材育成にも貢献している。入院患者の45%が予定入院、55%が緊急入院患者となっており、全入院患者のうち、72%が自宅退院(在宅医療含む)、28%が回復期病院等への転院となっている。中期事業計画に、「スムーズな診療プロセスと患者フローの構築」を目指すことが掲げられたことを踏まえ、PFM (Patient Flow Management) が構築されており、入院前から(予定患者)ハイリスク患者を抽出し、効率と質を担保し、多職種・地域と協働し、療養支援を行っている。その中で、患者教育と退院後のフォローを強化し、再入院の防止を行っていくために、2009年より院内認定退院支援看護師(C-Nurse: Care Management Nurse)の育成を図っている。

C-Nurseは、①高度急性期病院における退院支援のあり方を理解し、各部署で患者の個別性を考慮した入退院支援の実践を行うこと、②退院支援の推進者となり、自部署のスタッフの育成を行うこと、③多職種や地域と連携しケアをコーディネートしていくことの役割が求められている。この院内認定を受けるためには、申請資格として、看護師経験5年以上かつクリニカルリーダーⅢ以上の要件が必要となっている。申請後、2年間の育成カリキュラムを受講することで、C-Nurseとして認められることになる。研修プログラムは、「①入退院支援の概論と基礎知識」「②社会資源の基礎知識」「③地域包括ケアシステム」「④認知症看護」「⑤がん看護」「⑥意思決定支援」「⑦多職種連携、入退院支援の実際」「⑧訪問看護研修」から構成され、

自分のペースでe-learningで学習をすすめるとともに、院内の認定看護師の講義を受講し、事例やグループ検討会、退院前カンファレンスの実習や院外研修として訪問看護研修に参加する内容となっている。

現在、11期生まで受講が終了し、院内に約130名のC-Nurseがおり、患者の退院に関する困りごとに関して相談にのるとともに、「患者カンファレンスへの参加(患者情報の共有、調整進捗の確認)」「多職種と患者アウトカムの確認」「退院指導・教育」「在宅・転院先でも処置が可能になるような工夫を考案」「ケアマネジャー来院時の情報共有」の役割を担っている。自宅・施設退院は、C-Nurseが担当し、転院調整や社会的問題のある患者は転院調整部門の看護師やソーシャルワーカーが担当し、役割分担を図っている。

C-Nurseの活用効果として、“転退院評価テンプレート”を使用して、患者状態を評価し、安全確認を行う退院支援が行わるようになったことから、7日以内の再入院率が、2021年6月時点では2.16%であったが、2022年9月には0.8%まで低下し、2022年度目標であった1.2%以下を達成している。

また、C-Nurseは、生活の場へ移行して、暮らしを続けるための外来・病棟内のコーディネーター役を果たすことで、在宅復帰が困難な患者に対しても、自宅退院へとつなげている。実際に、転院が必要であるが、自宅に帰ることを希望するカテコラミン投与中の心不全の患者に対し、在宅でカテコラミン投与経験のあるクリニックを探し、退院前訪問を実施して在宅での暮らしが可能かどうかの家屋調査をしたり、また試験外泊を試みたりする介入を行っている。加えて、退院前カンファレンス等を通じて、地域や社会資源との連携・調整も行っている。

2) 看看連携

①連携施設と意見交換を通し人事交流を行うことで、ケアの継続性や連携病院間の看護の質

確保に寄与できる一歩となることを目指す、②地域における看護ケアの標準化を推進し、患者の安全・安心な療養生活を支え、地域全体での看護の質向上を目指す、③地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域での人材育成の課題と連携における情報共有を図ることを目的に、2015年より、看看連携を推進している。看看連携では、院外の新人および中堅看護師の研修を実施したり、看護ケアの質保証・向上にむけて看護ケアの標準化を図ったりする取組が行われている(表10-表13)。

表10 看看連携の取組テーマ

日時	テーマ	参加数
① 2015/2/23	① 新人看護研修→指導者育成強化 ② 施設毎の課題共有→人材育成 急性期からの治療方針の共有、継続看護	14施設 33名
② 2016/2/23	① 新人看護師研修→指導者の目標・役割の明確化、メンタルケアの工夫 ② 医療依存度の高い患者のケアの継続、人材育成	20施設 42名
③ 2017/9/28	① 新人看護師研修→災害支援教育 ② 看護ケアの標準化(疼痛 転倒転落 嚥下 口腔ケア)	28施設 60名
④ 2018/2/27	① 看護ケアの標準化、共有化について各施設の現状と課題、共有できるかを討議(疼痛評価、嚥下評価、転倒転落評価)	33施設 56名
⑤ 2019/3/25	① 新人看護師研修9年間の振り返り ② 入退院支援、患者サポートセンターの紹介と連携	17施設 42名
⑥ 2021/12/10	新型コロナウイルス感染症対応から学ぶ看護管理 ～地域連携を通じた情報共有と人材育成～ ① 地域連携を通じた情報共有 ② リソースナースを活用した人事育成	16施設 47名

表11 院外新人研修

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2021年	2022年
管理1		看護研修										
医療安全1		KYT										オンライン
目標管理												
メンタルヘルスケア												
コミュニケーション												
リスクケア												
輸送管理												
感染・汚染 管理・心臓												
感染対策												
BLS												
医療安全2												オンライン
シフト												オンライン
管理2												オンライン
アジャイルアセスメント												

表12 中堅看護師研修

2018年度の新人看護職員意見交換会において、2010年度からの研修実績にて指導者となる看護師が当院研修を受講しており、指導者よりも中堅看護師育成に関するニーズが高く、要望された。

↓

2019年より、『中堅看護師研修』を開始した

項目
① 認知症せん妄について
② 摂食嚥下障害のケアについて
③ 転倒転落について

病院看護師としての実践力向上およびリーダーとしての役割発揮をめざす。
地域包括ケアシステムの構築へ向けた取り組みとして、グループワークにて多施設間での情報共有を行い、ケアの標準化へつなげる。

表13 ケアの標準化を図る取組

【疼痛評価】
現状：参加施設の90%が疼痛評価を実施、70%が評価シートを用いて疼痛評価を実施していた。
また、その評価ツールの内容は、フェイススケール、NRS、VAS を活用していた。
課題：疼痛評価を導入していない施設においては、当院が患者説明に運用している疼痛評価のツールの説明書を資料として提供し、可能であればそのまま運用・活用してもらう。
評価方法は、NRS/フェイススケールを各施設で検討し、評価後のケアのあり方について、今後情報交換を行う。

【嚥下評価】
現状：参加施設の80%において反復嚥下テストや水飲みテストを用いて嚥下評価を行っていた。
地域包括・回復期のある施設ではSTがその評価を行っており、結果を共有して食事形態の選択や嚥下ケアを行っていた。
また、食事の段階や食事形態の名称は、各施設によって異なり、食事形態の情報が伝わりにくくがわかった。
課題：各病院において、食事の段階や食事形態の名称にばらつきがあり、どのような食事を摂取可能であるかが伝わりにくい。
日本摂食嚥下リハビリテーション学会[学会分科2013(食事)意見表]を提示し、この分類を共有・連携することで患者の嚥下機能に応じた食事が提供できる→各施設の検討事項とし、食事形態については、栄養士も交えて検討する。

【転倒転落評価】
現状：参加施設の95%において転倒転落のアセスメント評価を行っていた。設定項目や表現にばらつきがあるが、項目の整理や表現の統一をはかることで標準化が可能である。
課題：転倒転落リスク評価は、設定項目の表現や項目を統一することで、連携施設間で共有するツールが可能である。
リスク評価後の介入ケアの標準化も今後検討が必要である。

また、人事交流を通じて看看連携の推進も行っている。済生会熊本病院と地域の回復期の病院間で看護師を派遣しあうことによって、双方で行われているケアを理解することにつながり、急性期と回復期の連携がスムーズとなり、ケアの質保証に貢献している(表14)。

表14 人事交流

【脳卒中看護連携】→ 当院より地域へ

目的：回復期医療機関での退院支援、及び地域との連携について学ぶ
病院：A病院、B病院等
内容：回復期・地域包括ケア病棟研修 4週間
参加者：脳卒中センター看護師 2名

【心不全看護連携】→ 地域より当院へ

目的：急性期における心不全患者のCureとCareについての知識向上と情報の共有を行う。
ケアの質向上や、地域療養の場でのアウトカム評価につながるシステムを構築する
病院：B病院等
内容：毎週の循環器病棟心不全カンファレンスに参加
参加者：心不全療法認定看護師 1名

3) リソースナースの地域での活用

済生会熊本病院の認定看護師の資格を有する看護職(表15)が、院外の看護師対象の研修を行ったり、転院先の医療機関の看護職員に対して、患者のケア方法の教育やコンサルテーションなどを行ったりしている。済生会熊本病院では、日本看護協会の認定看護師21領域中、14領域の合計27名のリソースナースが活動している(表16)。

表15 リソースナースによる院外看護師を対象とした研修

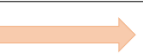


2017	2018	2019	2022
□感染対策 感染管理認定看護師		□認知症せん妄 認知症看護CN	□感染対策 感染管理CN
□スキンケア 皮膚排泄ケア認定看護師			
□蘇生訓練 クリティカルケア認定看護師			
□災害看護	□急変シナリオ訓練 クリティカルケア認定看護師	□接食嚥下障害	□フィジカルアセスメント

表 16 リソースナース

領域	人数	具体的活動内容 ※院外へ提供可能
集中ケア	5	フィジカルアセスメント教育 Rapid Response System (容態変化迅速対応)
救急看護	2	心肺蘇生法訓練、災害看護
脳卒中リハビリテーション看護	2	再発予防の患者教育 神経徴候観察評価の指導
認知症看護	2	せん妄、認知症・高齢者対応力向上研修
摂食・嚥下障害看護	1	摂食・嚥下評価、NST、口腔ケア
慢性心不全看護	2	心不全ラダー看護師教育 ACP推進
慢性呼吸器疾患看護	1	呼吸ケア、口腔ケア
緩和ケア	2	苦痛に対する早期介入 (スクリーニング) 意思決定支援
がん性疼痛看護	1	
がん化学療法看護	2	化学療法 I V ナース教育
がん放射線看護	1	セルフケア支援
皮膚・排泄ケア	3	創傷ケア・ストーマケアの充実 (地域への教育活動)
感染管理	2	感染管理全般 PPE装着
手術看護	1	ペリオ外来 (術前リスク評価) 術後疼痛管理

皮膚・排泄ケアのリソースナースは、アライアンス病院、転院先の病院、訪問看護ステーション緒の訪問看護師と、ZOOM を使って創傷・ストーマ患者の情報を提供し、また転院先の病院に、退院後に訪問し、処置やポジショニングなどのコンサルテーションを実施し、継続ケアを保証している。また、転院先の病院の看護師が自分たちのケアや処置の場面を撮影した動画をリソースナースに送り、リソースナースはその動画を閲覧して助言を行っている。訪問看護ステーションの看護師は、患者が退院する前に来院して、ケア・処置方法について撮影して動画として保存し、継続ケアを保証する体制を事前に整備して患者の受け入れを行っている。

感染管理のリソースナースは、特別養護老人ホームでクラスターが発生したときに、「計画

的な検査実施と未介入の検査指示（保健所へ依頼）」「安全性とマンパワーやスキルを考慮しゾーニングの調整」「患者と接触しないエリアでの PPE 使用（不適切使用）の中止と PPE の設置場所や適切な着脱方法の指導」「動線に合わせた手指消毒剤の設置場所の提案」「ビニールカーテン撤去」「入所者の食堂利用の方法の提案」「クリーニングなどアウトソーシングに関する相談対応」など、特別養護老人ホームだけでは対応が困難なことにに関して、全般的な介入支援を行っている。

クリティカルケアのリソースナースは、フィジカルアセスメント研修を「看護協会での地域看護師を対象とした研修」「アライアンス病院看護師対象としたシミュレーション研修」「看護学生を対象とした講義」で行っている。

心不全看護のリソースナースは、ペーシング埋め込み患者に対して、心不全増悪兆候のアラートが出現したときに、電話訪問し、心不全の増悪がないかどうかの確認を行い、心不全入院の回避や早期発見し、外来受診につなげる試みを実施している。

D. 考察

1. 日本海ヘルスケアネットの取組について

日本海ヘルスケアネットでは、公立病院と民間病院が共倒れにならない地域医療構想の実現を目指して、診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化が図られていた。特に、社会的に問題となっている心不全パンデミックに対しても、早期から基幹病院と受け入れ先病院との連携が構築されていた。急性期と回復期・慢性期が連携するに際しては、それぞれの医療機能を担う機関が経営を存続できる体制を整備することが、前提として必要となる。急性期後の患者を受け入れる病院が不採算となる場合、受け入れが困難となる危険性がある。したがって、心不全のように侵襲的な治療を終えたあとも、地域包括ケア病棟では管理が難しいような疾患に対しては、一定の評価が必要と考える。医師や看護師不足など、医療従事者の対応としては、人事交流

などの仕組みは、他の医療圏でも参考にできる取組である。

地域連携においては、情報共有が必須である。日本海ヘルスケアネットでは、地域包括ケアシステムを実現するために、ケアマネジャーや介護機関なども、基幹病院や診療所などからの ICT を活用して情報収集を患者の入院中から行うことができるようになってきている。これにより、早期から在宅や施設での受け入れ体制の準備に着手することができ、ケアカンファレンスでの検討も行いやすくなっている。医療と介護の連携を促進するために、介護機関も情報共有に参画するシステムの構築が重要と考える。なお、地域医療介護総合確保基金を活用することにより、ネットワークを構築するための初期導入費用を確保することはできるが、システムを維持するためにはその費用の捻出方法を検討しなければならない。日本海ヘルスケアネットでは、情報提供機関が、診療報酬からの医業収益をその費用に充当していた。医療情報を共有するためのインフラを整備しても、継続運用できなければ、せっかく構築したネットワークシステムの運営に支障をきたすことになる。このため、システムを導入する段階から、会費や利用料を徴収するのか、診療報酬を充当する等の更新・継続費用を確保する方策を十分に検討していく必要がある。

2. 岩手県両磐医療圏の取組について

岩手県は、他都道府県と比較しても、突出して県立病院数が多く、病院事業会計の繰出額は人口1人あたりで全国最大となっている³。また、公立病院の県営と市町村営の構成比率は、全国の都道府県営が42.4%であるのに対し、岩手県は84.0%と大幅に上回っており、県立病院が医療提供体制の大部分を担っている特徴がある。岩手県は、盛岡以外は医師少数区域となっており、全国で医師が最も少ない県となっている。医療需要予測においては、岩手県の入院患者数は2025年にピークを迎えて減少に転じ、外来患者数は既にピークを過ぎ、さらに減少することが見込まれている。

このような状況と、2024年の医師の働き方改革

を踏まえると、持続可能な医療提供体制を確保し、適切な医療提供体制の維持をするためには、地域において効率的な医療提供体制を構築し、医師の効果的かつ効率的な配置の検討していく必要があると考えられる。しかしながら、令和4年9月時点の地域医療構想の進捗状況調査では検証済みとされ、二次保健医療圏の見直しは行われておらず、従来の医療圏設定で、引き続き、県立病院の運営がすすめられている状況である。

岩手県内の医療機能の集約化の例として病院、県立花巻厚生病院と県立北上病院が統合し、2009年4月1日より岩手県立中部病院が開院した事例がある。この統合により、全身麻酔で行う手術件数は、外科医師数は変わらないものの増殖し、外科の入院収益が50%以上の増収になった実績がある。また、教育施設として充実化が図られ、医師の働き方改革にもつながっている⁵。

復興道路を活用したアクセシビリティの改善や、また医療DXもますます推進されていく状況を考慮すると、1つの市に1基幹病院を設置するよりも、人口20万人以上を基準とした構想区域として、各医療圏の基幹病院の集約化をすることで、医療の提供体制や経営の効率化と充実化、医師不足を解消した救急医療体制の確保、医師の働き方改革、教育体制の確保による医療の質の向上につながる可能性があると考えられた。

3. 熊本済生会病院の取組について

地域医療構想において、医療機能の分化・連携を推進するに際し、各医療機能間を「つなぐ」ことができなければ、シームレスな医療とケアを提供することができず、再入院を引き起こしたり、疾病管理に支障を来したり、住み慣れた在宅で安心かつ継続した生活を遅れなくなったりする問題を患者に引き起こす危険性がある。済生会熊本病院では、看護師がこの「つなぐ」役割を果たすことができるよう、「院内認定退院支援看護師の育成」、「看看護連携の体制構築」、「リソース

ナースを院外で地域全体の資源として活用」するといった取組を行っていた。入退院支援を推進するためには、病院内にMSWも不足していることから、社会的資源の活用を含めた専門的知識を習得し、実践を果たすことのできる人材として看護師の育成が必須である。済生会熊本病院における体系化された2年間にわたる教育プログラムは予防可能な再入院を減少させる効果もあげており、今後の退院支援看護師の育成に大いに参考になる。

現在、患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のために、診療報酬では、「退院後訪問指導料」と「訪問看護同行加算」が評価されている。しかし、急性期病院の看護師が、回復期や慢性期の看護職に対して継続ケアのための指導を行っても、評価する仕組みがない。済生会熊本病院では、在宅だけではなく、回復期・慢性期の医療機関に転院する患者に対しても、継続ケアを保証するために、オンラインや転院後に、直接、出向いて教育や指導を行ったり、ケア方法の動画等も提供したりしている。ケア継続が必要な患者は、在宅患者だけではないことから、退院支援のさらなる強化に向け、このような取組に関する評価も求められる。また、今後、医療DXにより、遠隔からの看護師の介入事例も増えていくことが見込まれることから、当該介入に対する評価も、効果を踏まえて検討していく必要がある。

E. 結論

医療機能を集約化し、役割分担・連携の強化を図るためには、地域の特徴と課題を踏まえ、医療提供体制の確保と経営の効率化を図る方策を検討し、医療崩壊の防止、働き方改革の実現や医師など、医療従事者の教育体制の充実化による医療の向上につなげることが必要である。医療、介護の連携を図るためには、介護機関もICTを使っ

た情報共有に積極的に参画することのできるシステム整備及び維持が求められる。医療機能の分化・連携を推進するためには、各医療機能を「つなぐ」役割を果たす人材の活用が必須であり、その人材の育成やリソースを上手く活用するためのシステム整備を図る必要がある。

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
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

引用

1. 日本海ヘルスケアネット
<https://nihonkai-healthcare.net/>
2. あきほ 2022年春 53
http://www.nihonkai-hos.jp/akiho/akiho_53.pdf
3. Yuji Okura et al.: Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ J.* 2008 Mar;72(3):489-91. doi:10.1253/circj.72.489.
4. 持続可能で希望ある岩手を実現するための行財政改革に関する報告書
<https://www.pref.iwate.jp/kensei/yosan/1053003/1059510.html>
5. 県医連会報
<https://www.ishiren.gr.jp/wp-content/uploads/2020/08/%E7%9C%8C%E5%8C%BB%E9%80%A3%E4%BC%9A%E5%A0%B12020No1.pdf>

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4年度)

在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いた在宅医療の現状分析

研究協力者 次橋 幸男¹

研究分担者 今村知明¹、野田龍也¹、赤羽学²、西岡祐一¹、柿沼倫弘²、中西康裕²

1. 奈良県立医科大学 公衆衛生学

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、地域においてどのような在宅医療が提供されているかをレセプトデータを用いて定量的に把握することを目的として、在宅医療の機能・カテゴリー分類を以下の手順で作成し、分析した。

- ① 奈良県 KDB 改良データを用いて、訪問診療に関する診療行為コードが含まれるレセプトを抽出した。(2018年度～2020年度、75歳以上)
- ② 患者の病態及び診療提供体制(在宅時医学総合管理料等)から4つのカテゴリーを定義した。
- ③ 日常の療養支援、急変時・頻回の対応、看取りに関する診療行為から3つの機能を定義した。
- ④ ①のレセプトをカテゴリー(4)×機能(3)に分類して、3年間の合計及び年度別に集計した。

分析の結果、3年間で 280,991 件のレセプトが抽出された。カテゴリー別では4(重症)、3、2、1がそれぞれ8%、48%、22%、22%、機能別では日常の療養支援、急変時・頻回の対応、看取りがそれぞれ 91%、8%、1%であった。カテゴリー・機能分類としては、カテゴリー3×日常の療養支援が 44%でと最多で、当該分類は 2018 年度から 2020 年度にかけて増加していた。

本研究では、レセプトデータから得られる情報から在宅医療の機能・カテゴリー分類を作成し、奈良県の後期高齢者における在宅医療の特徴を定量的に把握した。また、本研究の定義、分析方法(分類)を活用し、後期高齢者人口に悉皆性の高いKDBを用いて在宅医療に関するレセプト件数を定量的に分析することによって、例えば 75 歳人口当たりの看取りに関する在宅医療(在宅ターミナルケア)を受けた患者割合といった指標の算出にも応用できる。

A. 研究目的

日本では、85歳以上人口の増加とともに在宅医療の需要は増加し、2035年以降にピークに達すると予測されている。さらに、死亡者数の増加が見込まれることから、看取りに対応できる在宅医療の必要性が高まることが想定される。

本研究では、患者の病態、在宅医療の提供体

制及び看取りを含めた機能についてレセプト情報を用いて在宅医療を分類し、どのような在宅医療が提供されているかを定量的に分析した。

B. 研究方法

本研究では、在宅医療の機能・カテゴリー分類

を以下の手順で作成し、レセプト件数を集計した。

① 奈良県 KDB 改良データ(2018 年度～2020 年度、75 歳以上)から、訪問診療に関する診療行為を定義して抽出(表1)

② 在宅医療の提供体制に関する情報(在宅時医学総合管理料等)から4カテゴリーを定義(表2)(図1)(図2)

③ 「日常の療養支援」、「急変時・頻回の対応」、「看取り」の3つの機能を定義(表3)(図3)

④ レセプト件数を4カテゴリー×3機能の計 12 分類に分けて、3年間の合計及び年度別に集計

(倫理面への配慮)

本研究は奈良県立医科大学の倫理審査を受けて実施された。また、奈良県 KDB を用いた分析結果は、奈良県の公開審査を受けて承認された。

C. 研究結果

① 訪問診療に関するレセプト件数

訪問診療に関する診療行為が含まれていたレセプト件数は3年間で 280,991 件であった。年度別では 2018、2019、2020 年度がそれぞれ 87,192 件、92,932 件、100,876 件であり 2018 年度から 2020 年度までに 116%増加していた。(表4) (図4)

② カテゴリー毎のレセプト件数

3年間の集計では、カテゴリー4(重症)、3、2、1 はそれぞれ8%、48%、22%、22%とカテゴリーが最多であり、2018 年度から 2020 年度までにもカテゴリー3が最も増加していた。(表5) (図4)

カテゴリー4の特徴としては、悪性腫瘍(1年以内の悪性腫瘍による入院)の割合が 17.9%と他カテゴリーと比較して高かった。また、カテゴリー4では在宅時医学総合管理料の算定割合(53.1%)や1か月あたりの平均訪問診療件数(2.7回)と往診件数(1.7回)も他カテゴリーよ

りも多かった。(表5)

③ 機能毎のレセプト件数

3年間の集計では、日常の療養支援、急変時・頻回の対応、看取りがそれぞれ 91%、8%、1%であった。2018 年度から 2020 年度の経年変化では、看取りの増加が 122%と最多であり、日常の療養支援が 117%、急変時・頻回の対応が 104%増加していた。(表6上)

④ カテゴリー・機能分類の特徴

カテゴリー3×日常の療養支援が 44%と最多であった。当該分類は計 12 分類の中で 2018 年度から 2020 年度にかけて最も増加していた。また、カテゴリー4は他カテゴリーと比較して看取りのレセプト出現%が高かった。(表4)

⑤ その他の分析

2020 年度における看取りのレセプト件数は 1,188 件(人)であった。2020 年度の人口動態調査では奈良県の 75 歳以上の死亡者数が 11,552 人であったことから、看取りに関連する在宅医療(在宅ターミナルケア加算又は看取り加算*)を受けた 75 歳以上の患者%(後期高齢者医療制度の被保険者)は 75 歳以上の死亡者全体の 10.3%であることが示された。(表6下)

*その他の分析時の留意点:

本研究では、在宅ターミナルケア加算又は看取り加算が算定されている月のレセプトを看取りに関する在宅医療(機能)として定義した。なお、KDB 等のデータベースを用いて複数の診療報酬を組み合わせた解析を行うことができない場合は、年齢階級別に集計された在宅ターミナルケア加算又は看取り加算のいずれかのレセプト件数を用いる。(理由:在宅ターミナルケア加算と看取り加算については同一患者でも併算定できるため、双方のレセプト件数を合算して人口比を求めることは不適切である。)さらに、在宅ターミ

ナルケア加算は死亡前 14 日以内の 2 週間以内の往診又は訪問診療（診療後 24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）、看取り加算は事前に説明と同意を得た上での在宅での看取りを評価した項目（表 5 下）であることを理解した上で、目的に応じていずれかの診療報酬を選択する必要がある。

他方、カテゴリー分類については在宅時医学総合管理料、施設入居時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料はいずれかを月に 1 回だけ算定可能な項目（併算定不可）であることから、複数の診療報酬を組み合わせた解析を行うことができない場合には、各カテゴリーの診療行為コード（表 2）の件数を合算することができる。

D. 考察

本研究では、在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いて、奈良県の後期高齢者に提供されている在宅医療の特徴を定量的に把握した。

その結果、在宅医療のレセプト件数は 2018 年度から 2020 年度にかけて増加しており、特にカテゴリー 3（包括的支援加算：要介護 2 以上など）が最多であった。また、在宅医療の 91% が日常の療養支援に相当し、看取りに関する在宅医療のレセプト件数は全体の 1% であった。さらに、2018 年度から 2020 年度にかけて看取りに関する在宅医療のレセプトが日常の療養支援と急変時・頻回の対応よりも高い増加率を示していた。以上より、在宅医療が介護、看護を含めた包括的支援を必要とする患者に多く提供されていること、看取りに関する在宅医療は在宅医療全体のうち 1% であるが、2018 年度から 2020 年度にかけて増加していた。

本研究で定義された診療行為コードを用いることで、二次医療圏や市町村圏域単位で分析する

ことで地域の特徴をより詳細に分析することができる。さらに、各機能・カテゴリーにおける介護保険レセプトデータ（要介護度等）、生活場所（有料老人ホームなど）の割合についても分析する予定である。また、全年齢を対象とした全国データ（NDB）に本研究の分析方法を用いることによって、医療的ケア児を含めた全年齢層の機能・カテゴリー分類にも応用可能である。

E. 結論

医科レセプトデータを用いて、在宅医療の機能・カテゴリー分類を作成し、奈良県の 75 歳以上高齢者に対する在宅医療の提供量を定量的に分析した。

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

表 1. 訪問診療に関する診療行為名称・診療行為コード (2018 年度～2020 年度)

診療行為名称	診療行為コード
在宅患者訪問診療料 (I) 日常の療養支援_在宅_在宅患者訪問診療料_同一建物居住者以外	114001110, 114042110
在宅患者訪問診療料 (I) 日常の療養支援_在宅_在宅患者訪問診療料_同一建物居住者	114030310, 114042210
在宅患者訪問診療料 (II) 【2018 年度新設】	114042810, 114046310
在宅患者共同診療料 (訪問診療) 【2014 年度新設】	114027710, 114027810

表2. カテゴリーの定義 (2018年度～2020年度)

カテゴリー	診療行為名称	診療行為コード
4	在宅時医学総合管理料_重症 (特掲診療料の施設基準等 別表第八の二に相当するもの)	114030710, 114030810, 114030910, 114031610, 114031710, 114031810, 114032510, 114032610, 114032710, 114033410, 114033510, 114033610
4	施設入居時等医学総合管理料_重症 (特掲診療料の施設基準等 別表第八の二に相当するもの)	114035510, 114035610, 114035710, 114036410, 114036510, 114036610, 114037310, 114037410, 114037510, 114038210, 114038310, 114038410
4	在宅がん医療総合診療料	114019510, 114019610, 114019710, 114019810, 114007610, 114007710
3	包括的支援加算 (在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料)	114043870
2	日常の療養支援_在宅_在宅支援_在宅時医学総合管理料_重症以外、月2回以上	114031010, 114031110, 114031210, 114031910, 114032010, 114032110, 114032810, 114032910, 114033010, 114033710, 114033810, 114033910
2	日常の療養支援_在宅_在宅支援_在宅時医学総合管理料_重症以外、月1回	114031310, 114031410, 114031510, 114032210, 114032310, 114032410, 114033110, 114033210, 114033310, 114034010, 114034110, 114034210
2	日常の療養支援_在宅_在宅支援_施設入居時等医学総合管理料_重症以外、月2回以上	114035810, 114035910, 114036010, 114036710, 114036810, 114036910, 114037610, 114037710, 114037810, 114038510, 114038610, 114038710
2	日常の療養支援_在宅_在宅支援_施設入居時等医学総合管理料_重症以外、月1回	114036110, 114036210, 114036310, 114037010, 114037110, 114037210, 114037910, 114038010, 114038110, 114038810, 114038910, 114039010
1	訪問診療に関する診療行為 (表1) & カテゴリー4, 3, 2 のいずれにも該当しない	(表1 参照)

表 3. 機能に関する診療行為名称 (2018 年度～2020 年度)

診療行為名称	診療行為コード
【2. 看取り】	
在宅ターミナルケア加算 (イ) (ロ) (2) (在宅、特養等・看取り介護加算等算定除く) (特養等 (看取り介護加算等算定))	114018170, 114018270, 114018370, 114018470, 114042370, 114042470, 114042570, 114042670, 114042970, 114043070, 114043170, 114043270, 114044370, 114012770 (2018 年度 114012770 が廃止)
看取り加算 (在宅患者訪問診療料 (1) 1・(2) イ・往診料)	114018570
【1. 急変時・頻回の対応】	
往診	114000110
特別往診	114001610
在宅患者共同診療料 (往診)	114027610
頻回訪問加算 (在医総管・施医総管)	114034470, 114039270 (2018 年度 114039270 が廃止)
在宅患者訪問点滴注射管理指導料	114011410
在宅がん医療総合診療料 (在がん医総)	114019510, 114019610, 114019710, 114019810, 114007610, 114007710
特別訪問看護指示加算	114008370
特別訪問看護指示加算 (診療報酬上臨時的取扱)	114054050
精神科特別訪問看護指示加算	180038770
【0. 日常の療養支援】	
訪問診療に関する診療行為 (表 1) & 【2. 看取り】 【1. 急変時・頻回の対応】 のいずれにも該当しない	(表 1 参照)

表4. 在宅医療の機能・カテゴリー分類 (2018年度から2020年度のレセプト枚数、75歳以上)

	在宅医療の機能			計
	0. 日常の療養支援*	1. 急変時・頻回の対応†	2. 看取り	
カテゴリー 1	57796	3939	479	62214
カテゴリー 2	56041	4891	574	61506
カテゴリー 3	124192	9400	969	134561
カテゴリー 4	16295	5306	1109	22710
計	254324	23536	3131	280991

*. 看取り、1. 急変時の対応に関する診療行為がない

†. 看取りに関する診療行為がない

表5. 各カテゴリーの背景情報 (2018年度から2020年度のレセプト枚数、75歳以上)

	Category 1 N=62,214		Category 2 N=61,506		Category 3 N=134,561		Category 4 N=22,710		Total N=280,991	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
性別										
女性	45,392	73.0%	45,425	73.9%	100,938	75.0%	13,240	58.3%	204,995	73.0%
年齢										
平均年齢 (SD)	88.2(6.0)		88.1(5.8)		88.5(5.9)		86.3(6.5)		88.2(6.0)	
75-79	5,840	9.4%	5,529	9.0%	10,662	7.9%	4,118	18.1%	26,149	9.3%
80-84	10,964	17.6%	10,637	17.3%	22,928	17.0%	5,025	22.1%	49,554	17.6%
85-89	18,875	30.3%	18,879	30.7%	40,641	30.2%	6,247	27.5%	84,642	30.1%
90-94	16,937	27.2%	18,595	30.2%	39,363	29.3%	4,837	21.3%	79,732	28.4%
95-99	8,203	13.2%	6,792	11.0%	17,783	13.2%	1,967	8.7%	34,745	12.4%
≥100	1,395	2.2%	1,074	1.7%	3,184	2.4%	516	2.3%	6,169	2.2%
悪性腫瘍 (1年以内の入院病名)	2,588	4.2%	2,681	4.4%	5,584	4.1%	4,069	17.9%	15,052	5.4%
訪問診療の提供場所										
分類不能・在宅がん医療総合診療料	62,214	100%	0	0%	(在医総管と合算)		666	2.9%	62,889	22.4%
在宅時医学総合管理料	0	0%	26,039	42.3%	39,103	29.1%	12,063	53.1%	77,196	27.5%
施設入居時医学総合管理料	0	0%	35,467	57.7%	95,458	70.9%	9,981	43.9%	140,906	50.1%
機能										
日常の療養支援	57,796	92.9%	56,041	91.1%	124,192	92.3%	16,295	71.8%	254,324	90.5%
急変時・頻回の対応	3,939	6.3%	4,891	8.0%	9,400	7.0%	5,306	23.4%	23,536	8.4%
看取り	479	0.8%	574	0.9%	969	0.7%	1,109	4.9%	3,131	1.1%
1カ月あたりの訪問診療件数										
平均 (SD)	1.7(1.1)		2.1(1.5)		2.0(1.0)		2.7(1.6)		2.0(1.2)	
1カ月あたりの往診件数										
平均 (SD)	1.5(1.5)		1.4(0.8)		1.3(0.9)		1.7(1.5)		1.4(1.2)	

表6. 追加分析・人口集団の「在宅ターミナルケア・看取り」の割合の算出

	2018年度	2019年度	2020年度	2020／2018
0. 日常の療養支援	78512	84152	91660	117%
1. 急変時・頻回の対応	7710	7807	8019	104%
2. 看取り	970	973	1188	122%

「機能毎」の年次データを用いて、人口集団の「在宅ターミナルケア・看取り」の割合を算出

- ① 奈良県 75歳以上人口 214,659人（2020年国勢調査）
- ② 奈良県 75歳以上の死亡者数 11,552人（令和2年人口動態調査）
- ③ 奈良県 75歳以上の在宅看取り 1,188人（奈良県KDB改良データ）

・ 75歳以上の在宅ターミナルケア* or 看取り患者+ % = ③／② = **10.3%**

*在宅ターミナルケア加算：在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合

+看取り加算：事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合

在宅療養患者の 카테고리分類

カテゴリー4 重度者に対する在宅医療※

カテゴリー3 カテゴリー4を除く、介護、看護を含めた包括的支援を必要とする在宅医療※※

カテゴリー2 カテゴリー3・4を除く、医学管理のもとで24時間体制で提供される在宅医療※※※

カテゴリー1 患者カテゴリー2・3・4を除いた、訪問診療を受けている患者

※在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料のうち、別表第八の二に定める状態の患者、在宅がん医療総合診療料の対象となる末期がん患者。

※※在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料のうち、別表第八の三に該当する包括的支援加算が算定された患者

※※※在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料のうち、カテゴリー3・4を除く

図1. 在宅医療の 카테고리分類について

在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定する患者の分類基準

- ・別表第八の二（重度者） ⇒ カテゴリー4
- ・別表第八の三（包括的支援加算） ⇒ カテゴリー3
- ・上記に該当しない ⇒ カテゴリー2

特掲診療料の施設基準等

別表第八の二 在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一、次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡

カテゴリー4（重度者）

二、次に掲げる状態の患者

- ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態
- ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態
- ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・挿入型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態
- ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

別表第八の三 在宅医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

以下のいずれかに該当する患者

- ・要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態
- ・日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態
- ・頻回の訪問看護を受けている状態
- ・訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- ・介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- ・その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

カテゴリー3（包括的支援加算）

図2. カテゴリー3とカテゴリー2の分類方法（特掲診療料の施設基準等）

在宅医療の機能・カテゴリ分類について

「4カテゴリ」×「在宅医療の提供体制に求められる医療機能」の組み合わせから在宅医療の機能・カテゴリ分類を検討

2019年度に発生したレセプト件数から各カテゴリの延べ在宅患者数とその分布を算出し、在宅医療の必要量を評価する。

- カテゴリ1** (その他の在宅医療)
患者カテゴリ2・3・4を除いた、訪問診療
- カテゴリ2** (24時間体制の在宅医学管理)
カテゴリ3・4を除く
在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料
- カテゴリ3** (介護、看護を含む包括的な在宅医療)
カテゴリ4を除く
在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料のうち、別表第八の三に該当する包括的支援加算
- カテゴリ4** (重症者への在宅医療)
別表第八の二に定める状態の患者
在宅がん医療総合診療料の対象患者



- 【0. 日常の療養支援】**
・以下、1又は2が提供されていなかった月
- 【1. 急変時・頻回の対応】**
・往診等
・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
・頻回訪問加算
・在宅がん医療総合診療料
・特別訪問看護指示加算
・精神科特別訪問看護指示加算
- 【2. 看取り】**
・在宅ターミナルケア加算
・在宅看取り加算

カテゴリ分類 (1~4)
患者の病態・日常の療養支援体制に基づいた分類
月単位での医療

機能分類 (日常の療養支援, 急変時・頻回対応, 看取り)
在宅医療の提供体制に求められる医療機能に応じた分類
日単位での医療

医療資源投入量 ↓ 低 高	在宅医療の機能			計レセプト件数
	0. 日常の療養支援*	1. 急変時・頻回の対応†	2. 看取り	
カテゴリ1	カテゴリ 1-0‡	カテゴリ 1-1	カテゴリ 1-2	カテゴリ1のレセプト件数
カテゴリ2	カテゴリ 2-0‡	カテゴリ 2-1	カテゴリ 2-2	カテゴリ2のレセプト件数
カテゴリ3	カテゴリ 3-0‡	カテゴリ 3-1	カテゴリ 3-2	カテゴリ3のレセプト件数
カテゴリ4	カテゴリ 4-0‡	カテゴリ 4-1	カテゴリ 4-2	カテゴリ4のレセプト件数

各シナリオにおける在宅医療・機能カテゴリにおける必要数の分布 2019年度におけるレセプト件数より算出

*. 看取り、1. 急変時の対応に関する診療行為がない
†. 看取りに関する診療行為がない

図3. 在宅医療の機能・カテゴリ分類について

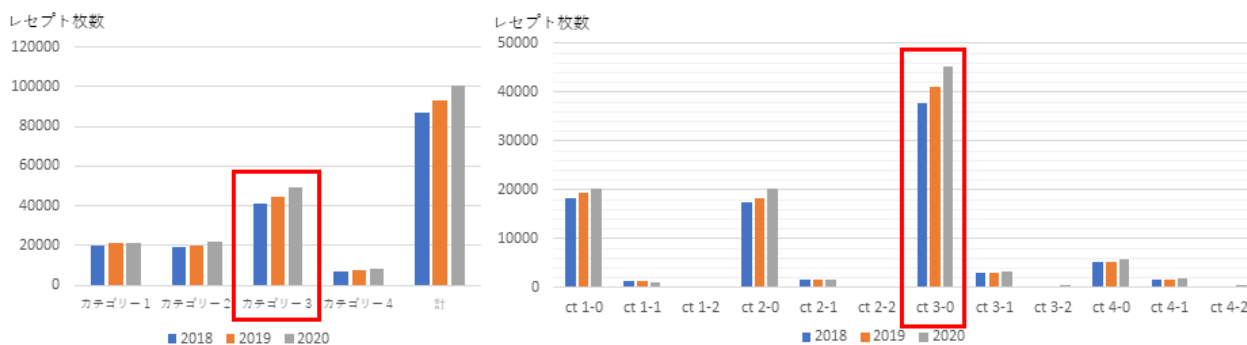


図4. 各カテゴリにおける在宅了機能の提供量の推移 (2018年度から2020年度)

R4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
Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Katsuki Okada, Satoshi Terasaki, Yuichi Nishioka, Michikazu Nakai, Daisuke Kamon, Tomoya Myojin, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Manabu Horii, Yasushi Sakata, Yoshihiro Miyamoto, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura.	Validity of Diagnostic Algorithms for Cardiovascular Diseases in Japanese Health Insurance Claims.	Circulation Journal.	87(4)	536-542.	2023 Mar
H Kobayashi, S Fukuda, R Matsukawa, Y Asakura, Y Kanno, T Hatta, Y Saito, Y Shimizu, S Kawarasaki, M Kihara, N Kinoshita, H Umeda, T Noda, T Imamura, Y Nishioka, T Yamaguchi, S Hayashi, T Iguchi.	Risks of Myocarditis and Pericarditis Following Vaccination with SARS-CoV-2 mRNA Vaccines in Japan: An Analysis of Spontaneous Reports of Suspected Adverse Events.	Therapeutic Innovation & Regulatory Science.	57(2)	329-342.	2023 Mar
竹下沙希、西岡祐一、明神大也、峯昌啓、野田龍也、今村知明.	レセプト情報における傷病名・診療開始日を用いた名寄せロジック.	医療情報学.	42(5)	217-255	2023 Mar
Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Shinichiro Kubo, Yuichi Nishioka, Tsuneyuki Higashino, Tomoaki Imamura.	Development of a New Method to Trace Patient Data Using the National Database in Japan.	Advanced Biomedical Engineering.	11	203-217	2022 Nov
Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Michikazu Nakai, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Katsuki Okada, Tsunenari Soeda, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Yoshihiro Miyamoto, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura.	Outpatient cardiac rehabilitation dose after acute coronary syndrome in a nationwide cohort.	Heart	18(2)	20281493	2023 Feb

Koshiro Kanaoka, Yoshitaka Iwanaga, Nagaharu Fukuma, Michikazu Nakai, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Yasushi Sakata, Tomoaki Imamura, Yoshihiro Miyamoto.	Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Participation — Data From Japanese Nationwide Databases —.	Circulation Journal.	86(12)	1998-2007.	2022 Nov
Dunya Tomic, et al.	Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type 2 diabetes: a multi-national population-based study of 23 high-income jurisdictions.	The Lancet Diabetes and Endocrinology.	10(11)	795-803.	2022 Nov
Yuichi Nishioka, Shinichiro Kubo, Sadanori Okada, Tomoya Myojin, Tsuneyuki Higashino, Kenjiro Imai, Takehiro Sugiyama, Tatsuya Noda, Hitoshi Ishii, Yutaka Takahashi, Tomoaki Imamura.	The Age of Death in Japanese patients with type 2 and type 1 diabetes: A descriptive epidemiological study.	Journal of Diabetes Investigation.	13(8)	1316-1320.	2022 Aug
Shinichiro Kubo, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Saho Kanno, Tsuneyuki Higashino, Masatoshi Nishimoto, Masahiro Eriguchi, Kenichi Samejima, Kazuhiko Tsuruya & Tomoaki Imamura.	Tracing all patients who received insured dialysis treatment in Japan and the present situation of their number of deaths.	Clinical and Experimental Nephrology.	26(4)	360-367.	2022 Apr
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.	13(3)	460-467.	2022 Mar
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.	13(2)	249-255	2022 Feb

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
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.	27(10)	1514.e5 - 1514.e10.	2021 Oct
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
Rumika Kamitani, Yuichi Nishioka, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Tsuneyuki Higashino, Sadanori Okada, Yasuhiro Akai, Hitoshi Ishii, Yutaka Takahashi, Tomoaki Imamura.	Incidence of lower limb amputation in people with and without diabetes: a nationwide 5-year cohort study in Japan.	BMJ Open.	11	e048436.	2021 Aug
Yusuke Naito, Hideaki Kawanishi, Michinori Kayashima, Sawako Okamoto, Tomoaki Imamura, Hitoshi Furuya, Junji Egawa, Masahiko Kawaguchi.	Current Status of Clinical Engineer Anesthesia Assistants and Their Effect on Labor Task Shifting in Japan: A Prospective Observational Study in a Single Institute.	JMA Journal.	4(2)	129-134.	2021 Apr
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
Yukio Tsugimasa, 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

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 Sep
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
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.		103780	2019 Apr

令和5年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・教授

(氏名・フリガナ) 今村 知明・イマムラ トモアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 尾辻 豊

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部公衆衛生学 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 松田 晋哉 ・ マツダ シンヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東北大学

所属研究機関長 職 名 総 長

氏 名 大野 英男

次の職員の令和 4 年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 藤森 研司 ・ フジモリ ケンジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東北大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容：研究実施の際の留意点を示した)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 5年 1月 12日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田中 雄二郎

次の職員の令和4年度 厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科 医療政策情報学 ・ 教授

(氏名・フリガナ) 伏見 清秀 ・ フシミ キヨヒデ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医療保健大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 亀山 周二

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療保健学部 教授

(氏名・フリガナ) 瀬戸 僚馬 (セト リョウマ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 鈴木 康裕

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 石川 ベンジャミン光一・イシカワ ベンジャミンコウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 山梨大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 島田眞路

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名(所属部署・職名) 大学院総合研究部医学域臨床医学系(附属病院 病院経営管理部) 特任教授

(氏名・フリガナ) 小林美亜・コバヤシミア

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・准教授

(氏名・フリガナ) 野田 龍也・ノダ タツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年 3月 10日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人千葉大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 中山 俊憲

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 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 (21IA1006)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・特任教授
(氏名・フリガナ) 吉村 健佑・ヨシムラ ケンスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023 年 3 月 10 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人千葉大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 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 (21IA1006)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・特任准教授
(氏名・フリガナ) 佐藤 大介・サトウ ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 伊佐 正

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 特定助教

(氏名・フリガナ) 小林 大介 (コバヤシ ダイスケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・助教

(氏名・フリガナ) 西岡 祐一・ニシオカ ユウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 曾根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・部長

(氏名・フリガナ) 赤羽 学・アカハネ マナブ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 救急・集中治療科 病院診療医 (出向)
(氏名・フリガナ) 佐藤 拓也 (サトウ タクヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・講師

(氏名・フリガナ) 明神 大也・ミョウジン トモヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。