

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	5
D. 考察	7
E. 結論	10
F. 健康危険情報	10
G. 研究発表	10
1. 論文発表	10
2. 学会発表	10
H. 知的財産権の出願・登録状況	11
1. 特許取得	11
2. 実用新案登録	11
3. その他	11
添付資料	

[分担研究]

1. 【医療計画班】第8次医療計画 指標利活用状況調査分析

(中西康裕、赤羽学、西岡祐一、明神大也、野田龍也、今村知明、)

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

2.	【基準病床班】医療計画における基準病床数の算出にかかる考察 (加藤源太、大寺祥佑、塚本功、浅川喬也、入江芙美)	
	A. 研究目的	2-2
	B. 研究方法	2-2
	C. 研究結果	2-2
	D. 考察	2-6
	E. 結論	2-7
	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
3.	【中期推計班①】日本の地域別将来推計人口と患者調査を用いた日本における患者数の推計 (平石達郎、佐藤拓也、明神大也、西岡祐一、石川ベンジャミン光一、今村知明)	
	A. 研究目的	3-1
	B. 研究方法	3-2
	C. 研究結果	3-3
	D. 考察	3-4
	E. 結論	3-5
	F. 健康危険情報	3-5
	G. 研究発表	3-5
	1. 論文発表	3-5
	2. 学会発表	3-5
	H. 知的財産権の出願・登録状況	3-5
	1. 特許取得	3-5
	2. 実用新案登録	3-5
	3. その他	3-5
	添付資料	3-7
4.	【中期推計班②】推計死亡者数と確定死亡者数の差が与える影響に関する考察 (須河裕也、佐藤拓也、西岡祐一、今村知明)	
	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	4-3
1.	論文発表	4-3
2.	学会発表	4-3
H.	知的財産権の出願・登録状況	4-3
1.	特許取得	4-3
2.	実用新案登録	4-3
3.	その他	4-3
	添付資料	4-4
5.	【大規模データ班】病床機能報告に基づく病院の医師数と救急機能に関する地域分析 (松田晋哉、藤森研司、伏見清秀、石川ベンジャミン光一)	
A.	研究目的	5-1
B.	研究方法	5-1
C.	研究結果	5-1
D.	考察	5-3
E.	結論	5-3
F.	健康危険情報	5-4
G.	研究発表	5-4
1.	論文発表	5-4
2.	学会発表	5-4
H.	知的財産権の出願・登録状況	5-4
1.	特許取得	5-4
2.	実用新案登録	5-4
3.	その他	5-4
	添付資料	5-5
6.	【感染症企画班】多様な地域における医療機能の分化・連携を推進するための分析及び 方向性の提案(感染症企画班) (佐藤大介、野田龍也、今村知明、西岡祐一)	
A.	研究目的	6-1
B.	研究方法	6-2
C.	研究結果	6-2
D.	考察	6-3
E.	結論	6-3
F.	健康危険情報	6-3
G.	研究発表	6-4
1.	論文発表	6-4
2.	学会発表	6-4
H.	知的財産権の出願・登録状況	6-4
1.	特許取得	6-4
2.	実用新案登録	6-4

3. その他	6-4
7. 【医療分化連携班】医療機関と介護施設等の連携を推進するための方策の検討 (小林美亜)	
A. 研究目的	7-1
B. 研究方法	7-2
C. 研究結果	7-2
D. 考察	7-10
E. 結論	7-11
F. 健康危険情報	7-12
G. 研究発表	7-12
1. 論文発表	7-12
2. 学会発表	7-12
H. 知的財産権の出願・登録状況	7-12
1. 特許取得	7-12
2. 実用新案登録	7-12
3. その他	7-12
8. 【医療機能班】医療機能班：医療機関の機能転換の推進に関する支援内容の提案 (佐藤大介、小林大介、入江芙美、柿沼倫弘、今村知明、野田龍也)	
A. 研究目的	8-1
B. 研究方法	8-2
C. 研究結果	8-3
D. 考察	8-3
E. 結論	8-4
F. 健康危険情報	8-4
G. 研究発表	8-4
1. 論文発表	8-4
2. 学会発表	8-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	8-4
1. 特許取得	8-4
2. 実用新案登録	8-4
3. その他	8-4
添付資料	8-5
9. 【研修プログラム班】研修プログラム班：都道府県担当者や地域医療構想アドバイザーを対象とした、医療計画・地域医療構想の議論活性化のための研修プログラムの開発 (佐藤大介)	
A. 研究目的	9-1
B. 研究方法	9-2
C. 研究結果	9-2

D. 考察	9-3
E. 結論	9-3
F. 健康危険情報	9-4
G. 研究発表	9-4
1. 論文発表	9-4
2. 学会発表	9-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	9-4
1. 特許取得	9-4
2. 実用新案登録	9-4
3. その他	9-4
添付資料	9-5
10. 【実地検証班①】在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いた在宅医療提供体制の 定量的分析 (次橋幸男、今村知明、野田龍也、西岡祐一、赤羽学)	
A. 研究目的	10-1
B. 研究方法	10-1
C. 研究結果	10-2
D. 考察	10-3
E. 結論	10-4
F. 健康危険情報	10-4
G. 研究発表	10-4
1. 論文発表	10-4
2. 学会発表	10-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	10-5
1. 特許取得	10-5
2. 実用新案登録	10-5
3. その他	10-5
添付資料	10-6
11. 【実地検証班②】65歳以上のCOVID-19患者の1年後の転帰と要介護度の変化 ：奈良県国保データベース解析 (竹本聖、明神大也、西岡祐一、野田龍也、今村知明)	
A. 研究目的	11-1
B. 研究方法	11-2
C. 研究結果	11-2
D. 考察	11-3
E. 結論	11-3
F. 健康危険情報	11-3
G. 研究発表	11-3
1. 論文発表	11-3
2. 学会発表	11-3

H. 知的財産権の出願・登録状況	11-3
1. 特許取得	11-3
2. 実用新案登録	11-3
3. その他	11-3
添付資料	11-4
1 2. 【実地検証班③】高齢者の口腔状況と死亡の関連：縦断的コホート研究 (辻本雄大、明神大也、西岡祐一、山崎一幸、今村知明)	
A. 研究目的	12-1
B. 研究方法	12-2
C. 研究結果	12-3
D. 考察	12-4
E. 結論	12-5
F. 健康危険情報	12-5
G. 研究発表	12-5
1. 論文発表	12-5
2. 学会発表	12-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	12-5
1. 特許取得	12-5
2. 実用新案登録	12-5
3. その他	12-6
添付資料	12-7
1 3. 研究成果の刊行に関する一覧表	13-1

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6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

令和6年度4月から第8次医療計画が開始され、各都道府県が策定した医療計画に基づいて医療関連施策が進められようとしている。また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や調整が進んでいる。本研究班は、これまでも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。データ分析や医療政策に関してのヒアリング等を通し、第8次医療計画の中間見直しに向けての課題を抽出し、医療計画および地域医療構想の実現に資するデータ分析や指標例の作成、またツールの作成といった支援を目的としている

今年度は、医療計画の中間見直しに向けて指標例の都道府県での利用状況の調査分析や基準病床の問題点の整理、異なる人口統計データが病床稼働率に与える影響、外来機能報告の紹介受診重点外来の算定ロジックの検証、医療機関等へのヒアリング、医療計画・地域医療構想の議論活性化のための研修プログラムの検討等を実施した。

本研究の成果は、各都道府県が策定した医療計画や地域医療構想を進めるにあたり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事業と在宅医療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。

研究分担者

赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
明神 大也 (浜松医科大学 健康社会医学講座)
野田 龍也 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
松田 晋哉 (産業医科大学・医学部公衆衛生学)
藤森 研司 (東北大学大学院医学系研究科)
伏見 清秀 (東京科学大学 大学院医歯学総合研究科)
瀬戸 僚馬 (東京医療保健大学)
加藤 源太 (京都大学医学部附属病院)

大寺 祥佑 (国立長寿医療研究センター研究所)
佐藤 拓也 (東京大学医学部附属病院 救急・集中治療科)
石川 ベンジャミン 光一 (国際医療福祉大学)
佐藤 大介 (藤田医科大学大学院医学研究科)
小林 美亜 (山梨大学)
小林 大介 (富山大学附属病院 地域医療総合支援学講座)
柿沼 倫弘 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究協力者

塚本 功 (奈良県 医療政策局 地域医療連携)

課)

- 浅川 喬也 (長野県 医療政策課)
- 入江 芙美 (九州大学大学院医学研究院)
- 平石 達郎 (奈良県立医科大学)
- 中西 康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
- 須河 裕也 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
- 次橋 幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
- 山崎 一幸 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
- 竹本 聖 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
- 辻本 雄大 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
- 望月 洋明 (三菱総合研究所)
- 吉村 健佑 (千葉大学医学部附属病院・次世代医療構想センター)
- 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、東八幡平病院)
- 馳 亮太 (成田赤十字病院感染症科部長)
- 守川 義信 (青森県 健康医療福祉部 部長)

A. 研究目的

令和6年度4月から第8次医療計画が開始され、各都道府県が策定した医療計画に基づいて医療関連施策が進められようとしている。また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や調整が進んでいる。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。データ分析や医療政策に関してのヒアリング等を通し、第8次医療計画の中間見直しに向けての課題を抽出し、医療計画およ

び地域医療構想の実現に資するデータ分析や指標例の作成、またツールの作成といった支援を目的とする。

B. 研究方法

本研究班は10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。

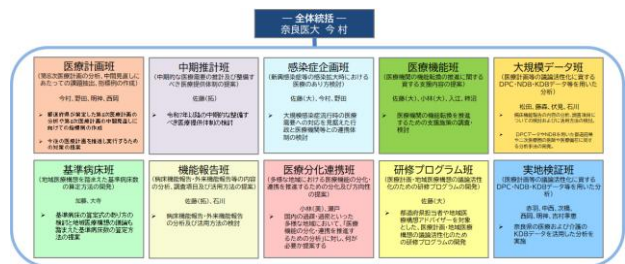


図1 研究の実施体制

医療計画班

各都道府県を対象に、第8次医療計画の中間見直しに関連する指標例の活用状況調査が行われた。調査は令和6年10月11日に厚生労働省から依頼され、10月24日までに回答が求められた。調査項目は以下の通りである。

- ①中間見直しに向けた新規指標例(案)の必要性。
- ②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況。
- ③都道府県独自の指標

調査結果は、新規指標例の必要性に関する回答を整理し、理由を分析した。また、5疾病・6事業及び在宅医療で採用された指標を集計し、活用状況を区分・整理した。特に新興感染症分野では、採用された指標を都道府県数順に整理。独自設定の指標については、分野別の分析方法を検討した。

基準病床班

各都道府県では、2023年度に第8次医療計画に係る一般病床及び療養病床の基準病床数(以下、基準病床数と略す)を定めたが、実際には複数の自治体で基準病床数が増加し、地域医療構想上の必要病床数(以下、必要病床数と略す)との差が

広がる事態となった。本研究班では、2024年5月より「1. 基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証」、「2. 必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項」について、検討を行った。

中期推計班 1

2020年からの新型コロナウイルス感染症流行等により、出生率が低下し死亡率が上昇したことで人口動態変化が加速し、患者構造に影響が及んでいる可能性がある。また、新型コロナウイルス感染症が人々の受療行動に変化をもたらしたことで、将来の医療需要の予測が難しくなった。本研究では、最新の推計人口に基づく患者数と新型コロナウイルスによる患者数変化を示し、今後の政策立案の一つの材料として活用できる基礎資料を作成することを目的として推計を実施した。

本研究では、厚生労働省の患者調査受療率データと社会保障・人口推計データを用いて患者数を推計した。

使用データ:2017年の患者調査と2020年の患者調査を用い、都道府県別、男女別、10歳刻みの受療率を使用。推計人口は2018年推計と2023年推計の5歳刻みのデータを使用。

推計方法:年齢階級を統一しつつ、最新人口推計に基づいた患者数の推移、人口変化による患者数変化、COVID-19による患者数変化を推計した。受診控えや医療提供制限による影響も考慮して2017年データを基に推計。結果は2020~2045年の5年刻みで比較。

中期推計班 2

医療施設調査・病院報告によれば病床利用率は2019年と2023年で77%から69%低下している。本研究では、中期的な医療需要の推計及び整備すべき医療提供体制の提案のための基礎資料として、実際の死亡者数が死亡推計者数を上回った場合の病床稼働への影響を考察した。死亡推計者数(2017年国立社会保障・人口問題研究所)と確定

死亡者数(厚生労働省)との差に着目し、病床稼働率への影響を考察することで地域医療提供構想のための基礎資料とすることを目的とした。

国立社会保障・人口問題研究所の「2017年日本」に基づく予測データと2022年から2023年の確定死亡者数を比較し、基準病床数の計算に与える影響を検討した。

①使用データ:

- ・2017年の推計人口と2022~2023年の確定死亡者数データ。
- ・DeSCデータベースのレセプトデータ。
- ・厚生労働省の2020年患者調査。

②方法:

- ・予測された死亡者数と実際の死亡者数の差から、超過死亡者数を算出。
- ・超過死亡者数のうち、医療需要が高い65歳以上の人数を算出。
- ・DeSCデータを用い、超過死亡者が生きていた場合の入院受療率を計算。
- ・以下の2つのシナリオを基に、病床数への影響を評価。

シナリオ1:2023年の超過死亡者が生存し、死亡1年前の予想受療率に基づく入院患者数の増加を一般病床に反映。

シナリオ2:2022年と2023年の超過死亡者が生存し、死亡1年前と2023年の予想受療率を基にした病床数への影響を検討。

機能報告班、大規模データ班

2040年を目標とした新たな地域医療構想の検討においては、医療機関機能に注目した取り組みが提案されており、医療機関機能の礎となる病院のStructure指標のうち、医師数に着目し、その実態と救急機能との関連性を明らかにすることを目的として2022年度病床機能報告の調査結果に基づく検討を行った。

データは2022(令和4年)病床機能報告の報告結果のうち、施設票および様式1病棟票のデータを利用し、病床機能報告のデータについては、Tableau Prep¹を用いて分析に適した形に整形後、

¹ <https://www.tableau.com/ja-jp/products/prep>

Tableau Desktop²を利用した可視化を行った。

感染症企画班

本研究は、第8次医療計画におけ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の医療提供体制に関するあり方を検討し、医療計画の中間見直しに資する論点整理を目的とする。令和3年の医療法改正により、医療計画に「新興感染症発生・まん延時における医療」が新たな事業として位置付けられたことを受け、都道府県および医療現場が実効的に活用可能な指針や評価指標の見直しが求められている。

本研究では、協定医療機関の役割、医療連携体制、訓練計画、病床・人員の確保、BCP、自宅療養の基準等、多岐にわたるテーマを設定し、専門家との協議と現場の知見をもとに検討を行った。

医療分化連携班

本研究では、医療機関と介護施設等の水平連携における急変時対応を含めた医療ケア体制の構築と、その安定的な運用を図ることに向けた具体的方策について、提案することを目的とした。対象地域は、北海道函館市と愛知県北名古屋市であり、現地ヒアリングを通じて、情報共有、連携体制、急変時対応などの具体的な取り組みを把握・分析した。

医療機能班

本研究は、2025年を目標とした従来の地域医療構想から、2040年以降の医療需要の変化に対応した新たな地域医療構想の実現に向けて、病院の「機能転換」に焦点を当て、その実態と課題を明らかにすることを目的とした。特に、超高齢者の急増や医療人材の不足、医療ニーズの変化を背景に、急性期病院が新たな地域の役割を担う過程に注目し、病院経営や医療提供体制の再編の現状をインタビュー調査により把握した。調査対象には全国9施設を選定し、急性期から地域包括ケアへの転換や、病院統合・法人再編による機能の分化

など多様な事例を含めた。インタビューは半構造化形式で実施され、背景要因、転換戦略、障壁、地域連携の実態などを網羅的に聴取。

研修プログラム班

本研究は、地域医療構想の今後の展開を見据え、地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムの開発に向けた基本的な考え方を整理することを目的とする。地域医療構想は平成27年に医療計画の一部として位置づけられ、2025年に向けて病床の機能分化と連携が進められてきた。しかし、85歳以上人口の増加や現役世代の減少といった将来的な医療需要の変化を踏まえ、2040年頃を見据えた新たな医療提供体制の構築が求められている。令和6年にはこの方向性に基づき、新たな地域医療構想に関する検討会が発足し、制度設計や人材育成の在り方について議論が進められている。

本研究では、都道府県の地域医療構想担当者、アドバイザー、市町村職員等を対象とし、オンライン学習を視野に入れた研修プログラムの構成を検討した。

実地検証班1

本研究では、在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いて、在宅医療の提供体制に求められる医療機能について、年齢、療養先、地域、疾患背景を考慮した上で、定量的に評価するため、2018～2022年度のNDB (National Database) を用いて、在宅医療の機能およびカテゴリー分類に基づいた在宅医療提供体制の定量的分析を実施した。

実地検証班2-1

65歳以上の高齢者におけるCOVID-19罹患後の1年生存率と要介護度の変化を評価することを目的として実施した。奈良県国保データベースを使用したコホート研究として、2020年2月から2022年8月までに入院した65歳以上のCOVID-19患者2,175名を対象として、主要評価項目は1年生存

² <https://www.tableau.com/ja-jp/products/>

[desktop](https://www.tableau.com/ja-jp/products/desktop)

率および要介護度の変化とし、Cox 比例ハザードモデル解析により予後関連因子を特定した。

実地検証班 2-2

日本の高齢者 COVID-19 患者の 1 年生存率および要介護度の変化に関して、2015 年に歯科健診を受診した高齢者 4,263 名のうち、対象基準を満たした 3,961 名を分析対象とし、2020 年 3 月 31 日までの死亡データを追跡した。

(倫理面への配慮)

中期推計班 2

本研究は、奈良県立医科大学の医の倫理審査を受けて実施された。

感染症企画班

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を遵守する。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。

医療分化連携班

ヒアリング機関及び対象者から同意を得た上でヒアリングを実施した。

研修プログラム班

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を遵守する。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。

実地検証班 1

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査を受け

て実施された。

実地検証班 2-1

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査（承認番号：1123）を受けて実施した。また、奈良県 KDB データを用いた分析結果は、奈良県庁の公表前審査を受けて承認された。

実地検証班 2-2

本研究は、奈良県後期高齢者医療広域連合からデータ提供を受けて分析した。匿名加工済みのデータを用いたため、倫理面への配慮は発生しない。

C. 研究結果

医療計画班

全 47 都道府県から回答が得られた調査について、結果は次の通りである。

調査項目①（新規指標例の必要性）

へき地分野の新規指標例（案）2 項目は 4~5 県、在宅分野の新規指標例（案）10 項目は 5~11 県が必要と回答した。「訪問看護による退院時共同指導を受けている利用者数」については 11 県が必要と回答したが、地域による利用者数の少なさから NDB へのデータ反映が難しいなどの課題も指摘された。

調査項目②（指標例の活用状況）

全分野の指標例 670 項目中、都道府県の活用平均は 162.6 項目。最多の山梨県は 565 項目、最少の埼玉県は 15 項目を活用。分野別ではがん、脳卒中、糖尿病などで指標が広く採用されており、心血管疾患や救急、小児分野では 33~36 の採用、災害、へき地、在宅では 19~27 に留まった。

調査項目③（独自指標の分析）

各都道府県が多く独自設定指標を報告しており、更なる詳細分析が必要とされた。

基準病床班

「1. 基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証」については、一般病床の計算の考え方としては、簡易化すると（一般病床の退院件

数) × (1 件あたりの平均在院日数) ÷ (病床の利用率) と表されるが、特に「一般病床の退院件数における高齢者の増加や退院率の上昇」「平均在院日数の延長」が病床数の結果に影響を及ぼしており、平均在院日数の延長は、平均在院日数の縮減率の鈍化が理由として考えられた。また、平均在院日数の定義の違いや、一般病床の計算式の元となるデータの調査主体や地域単位、対象年度の違いなどが影響を及ぼしていると考えられた。

「2. 必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項」については、研究班内での試論であるが、大きく5つの検討すべき事項として、「(1) 必要病床数の定義」「(2) 必要病床数の算出方法」「(3) 病床機能報告制度に基づく機能別病床数の管理方法」「(4) 2040年までの間に入院需要がピークを迎える地域の病床規制の考え方」「(5) 規制の対象とする病床の考え方」があり、それぞれについて、法レベルでの整備から現場レベルでの認識のずれの解消など、様々な検討課題があることが確認できた。

中期推計班 1

COVID-19 流行後の推計人口に基づく患者数推計:

全国の入院患者数は 2030 年にピークの 1,443,390 人まで増加し、その後減少した。外来患者数は 2025 年にピークの 5,866,071 人に達した後、減少し続けた。都道府県別では 2045 年に 22 県が入院患者数の増加を、25 県が減少を示し、タイミングは地域で異なる。

推計人口変化による患者数比較:

入院患者数は 2030 年まで増加し、その後減少した。外来患者数は 2025 年まで増加し、その後減少した。2018 年と 2023 年の推計人口で比較すると、減少の加速率が緩やかになった。年齢階級ごとに、75 歳以上の入院患者数は、2023 推計で減少した一方、25~64 歳層は増加した。

COVID-19 による患者数変化:

2020 年の全国入院患者数は 2017 患者調査より 133,361 人少なかった。外来患者数は 77,550 人少なかった。都道府県別に、入院患者数は全ての県

で減少し、外来患者数は 15 県で増加、32 県で減少。増減率において、県ごとのバラつきが見られた。

中期推計班 2

65 歳以上で 2022~2023 年の死亡者数は予測値を 210,953 人上回った。仮にこの約 21 万人の死亡者数が生存していたシナリオを想定し、2024 年の入院患者数がどの程度増えるかを試算したところ、全入院患者数の約 2.4%増加することがわかった。死亡者数が予想を上回るとその後の入院患者数が減る、逆に予想を下回ると入院患者数が増えることが考えられるが、本研究によって具体的に死亡者数と過去の推計値との差が結果的に病床稼働にどの程度影響したかを試算することができた。

機能報告班、大規模データ班

2022 年度病床可能報告の調査結果を利用して病院の常勤換算医師数と救急機能等に関する分析を行った。その結果として医師数から見た施設の集約化の状況と救急車搬送入院や夜間・時間外あるいは休日受診から直ちに入院した患者に対する診療実績の実態を明らかにした。今後は DPC 退院患者調査などと組み合わせて傷病別の医療機関機能を可視化し、新たな地域医療構想の策定に役立てることが重要であると考えられる。

感染症企画班

令和 7 年 2 月 17 日 (月) に班会議をハイブリッド形式にて研究方法に基づいて実施し、①協定締結から訓練重視への転換、②病床確保における人的資源 (特に看護師数) の明記、③自宅療養の導入基準の明確化が重要な論点として抽出された。

医療分化連携班

函館市では、「医療・介護連携支援センター」の活動を中核とした連携体制の整備と、実用的な情報共有ツール (はこだて医療・介護連携サマリー、急変時対応シート) の整備・運用により、急性期治療から地域での療養、再発防止、急変対応

までを見据えたシームレスな支援体制が形成されていた。一方、北名古屋市においては、医師会や行政を含む多職種の協働による在宅医療・介護連携推進議会が有効に機能しており、北名古屋市の地域医療・介護連携の中核としてケアミックス病院による非緊急搬送体制の整備が特徴的であり、都市近郊型地域におけるモデル的な連携のあり方が示された。

医療機能班

病院機能転換の判断において、①経営幹部の意向、②患者構成と診療報酬制度の整合性、③経営の持続可能性の3点が重要な要素であることを明らかにした。

研修プログラム班

本研究は、地域医療構想調整会議の活性化に向け、人材育成プログラムを策定し、以下の内容を含めたカリキュラム案を示した。

基礎編：

初学レベルの研修では、地域医療構想の網羅的理解、関連法規、統計情報など基礎的知識を修得。具体的には医療法、診療報酬制度、病院経営分析などが対象。

応用編：

地域医療構想に3年以上の経験がある者向け。事例演習を中心に、実践的なプログラムを提供。具体例としては南奈良総合医療センターの再編や日本海総合病院の事例を用いた研修。

特有カリキュラム：

地域医療構想アドバイザー向けに、データ分析や解釈の演習を行う。それぞれの都道府県の状況に応じた地域医療構想推進のため、国や都道府県データを理解することが求められる。

都道府県職員向け：

病院経営に関する知識や具体的事例を基に議論する場を設ける。救急医療機関などの指定権限を持つ都道府県職員は、地域医療構想と医療計画の

整合性を図るための知見が必要。

実地検証班1

在宅医療の機能・カテゴリー分類を分析した結果は以下の通りである。

年齢階級別の分析：

2018年度から2022年度までに50,939,254件のレセプトが抽出され、75歳以上が89.2%を占める。カテゴリーⅢが最多で、若年層でカテゴリーⅣの「急変時・頻回対応」および「看取り」が多い。

在宅時／施設入居時医学総合管理料の分析：

施設入居時ではカテゴリーⅢ「日常の療養支援」の増加が著しい。在宅時ではカテゴリーⅢおよびⅣの件数が増加傾向にある。

医療機関の住所地に基づいた分析：

大都市型、地方都市型、過疎地域型のいずれでもカテゴリーⅢが最多かつ増加傾向にある。

疾患背景の分類：

がん患者では在宅時医学総合管理料の「看取り」の件数が増加している。非がん患者では、施設入居時の管理料対象が多い。

看取り機能の分析：

「看取り機能」の割合は2018年の6.3%から2022年には10.5%へと増加。集合住宅以外では「在宅ターミナルケア加算」の割合が2018年の5.1%から2022年の7.4%に増加、集合住宅では0.8%から2.5%に増加。2022年には「看取り機能」のレセプト件数の割合は10.5%で、両加算を同時に受けた患者が多い。

実地検証班2-1

全体の1年生存率は80.9%であり、年齢による差が顕著であった(65-69歳：93.6%、90歳以上：56.6%)。重症度も生存率に大きく影響し、酸素投与不要群で87.5%、酸素投与群で74.0%、人工呼吸器使用群で49.9%であった。デルタ株およびオミクロン株の流行期では重症例は減少したものの、重症患者の生存率は低値であった。要介護度の追

跡調査では、入院前に要介護認定を受けていなかった患者の大多数は自立を維持したが、約 23%が新たに要介護を必要とする状態となった。多変量解析により、予後不良因子として高齢、男性、糖尿病、血液透析、悪性腫瘍の既往、および入院前の高い要介護度が特定された。

実地検証班 2-2

現在歯数が 19 本未満、義歯の適合不良、口腔衛生環境の悪化（プラーク付着、舌苔、食物残渣、義歯清掃不良）、口腔機能の低下（嚥下機能低下、咀嚼機能低下）が死亡リスクの上昇と有意に関連していた。特に、義歯清掃不良 (OR=2.07, p<0.001)、RSSST 3 回未満 (OR=1.62, p=0.001)、食物残渣 (OR=1.58, p<0.001) などの項目が強く関連していた。また、口腔ケア習慣の欠如（眠前歯磨きなし、歯科定期健診未受診、歯磨き指導未経験）も死亡リスクを増加させる要因であった。

D. 考察

医療計画班

本研究では、都道府県を対象に第 8 次医療計画の中間見直しに関する指標例の活用状況を分析した。その結果、指標例採用数には大きなばらつきがあり、都道府県ごとの重点分野や活用方針に差異があることがわかった。がんや精神疾患、新興感染症の分野では多くの指標例が活用されているが、災害やへき地、在宅分野では活用が進んでいない。特に、へき地や在宅の新規指標例(案)には支持が少なく、指標の実用性やデータ取得の問題も指摘された。また、人口や患者数が少ない地域では、データの非表示が指標活用の障害となっていることが明らかになった。さらに、多くの都道府県が独自の指標を設定しており、その有効性を見極めて体系に加えることで、指標例の充実を図ることが求められる。これにより、地域間の活用のばらつきが緩和され、全国的に一貫した医

療計画のモニタリングと改善が期待される。

基準病床班

1. 基準病床数の計算式の問題点:

「多い」という評価には、基準病床数が前回より多い、必要病床数より多い、現場ニーズより多い、といった多様な意味がある。基準病床数が現場ニーズより多くなる原因として、データ集計や年度の相違、数年前のトレンド継続、新たなデータ反映不足、患者流出入、地域固有の傾向未反映などが挙げられる。また、計算式に使われるデータの不一致やばらつき、人口構成の揺れも影響する。

2. 必要病床数と基準病床数の統合に関する検討事項:

- ・必要病床数の定義: 基準を「病床数を規制する基準」と位置付け、都道府県知事の権限行使を容易にし、地域医療構想の活性化を目指す。

- ・算出方法の見直し: 簡素な算出法への見直しを提案。都道府県が自主的に対応し、病床機能報告と比較した妥当性を確保する。

- ・管理方法の変更: 必要病床数への統合では、都道府県知事の許可制を導入して厳密な管理を行う。

- ・病床規制の考え方: 入院需要のピーク時の必要病床数を基準に、2040 年までの規制を見直す必要がある。これには医療法の修正が求められる。

- ・規制対象病床の整理: 基準病床数と必要病床数が異なるため、整理し適切なものを病床機能報告制度の対象とすることを検討。

これらの見直しにより、病床数の管理をより効果的にし、地域の医療ニーズに応えることが期待される。

中期推計班 1

本研究では、COVID-19 流行後の推計人口に基づく患者数の推計を行った結果、入院患者数は 2030 年、外来患者数は 2025 年を頂点に減少に転じ、特に外来患者数の減少が 2030 年以降急激になった。推計人口変化による患者数比較では、一般的に 2023 推計人口が 2018 推計人口を上回り、外国人

入国超過数が影響していると考えられる。COVID-19の影響で入院・外来患者数は一部を除き減少し、医療提供体制の制限も示唆される。

COVID-19後の推計で、多くの県で外来患者数が既に減少しており、2030年までには入院患者数も減少に転ずることが示唆された。外国人の流入による医療提供体制の整備が今後必要かもしれない。令和4年の医療施設調査では、病院の大規模化に限られており、専門職不足が医療サービス制限を引き起こす可能性がある。受療率算出におけるデータの標準化も必要とされる。

2023年推計人口と従来データを用いることで、今後の患者数の変動を明示的にした点で意義があり、医療政策立案の参考として貴重な資料である。本研究の限界としては、受療率を一定と仮定したことと、推計人口が5年ごとの調査に基づく点、外国人流入の影響を完全には捉えられない点があるが、それらを考慮しつつ役立つ結果を提供している。

中期推計班2

65歳以上で2022～2023年の死亡者数は予測値を210,953人上回った。仮にこの約21万人の死亡者数が生存していたシナリオを想定し、2024年の入院患者数がどの程度増えるかを試算したところ、全入院患者数の約2.4%増加することがわかった。死亡者数が予想を上回るとその後の入院患者数が減る、逆に予想を下回ると入院患者数が増えることが考えられるが、本研究によって具体的に死亡者数と過去の推計値との差が結果的に病床稼働にどの程度影響したかを試算することができた。

機能報告班、大規模データ班

病床機能報告に基づく病院の医師数に注目して救急車搬送入院などの診療実績についての分析を行ったが、各病院が提供する入院医療について傷病別の診療範囲の観点から検討することにより、地域における各病院の医療機能をより具体的に把握することが可能となる。また、そのような

分析に際しては、DPC導入の影響評価に係る調査(2024年度からは「DPCの評価・検証等に係る調査」に名称変更)のうち「退院患者調査」のオープンデータを利用して、多くの病院が共通で診療の範囲とするような傷病一地域に密着した急性期診療機能一と、限定された数の病院が行う入院診療一広域型の専門診療機能一とを区別することにより、新たな地域医療構想等に関する検討会で示された病院の医療機能を浮き彫りにすることができると考えられる。

感染症企画班

本研究は、第8次医療計画における新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症対応の改善点を整理し、実効性のある医療計画を提案することを目的とする。以下の3点が重要な論点として示された。

①訓練の進化:

新型コロナウイルスなど新興感染症に備え、協定締結から訓練への移行が必要である。自然災害訓練と統合し、観光局や検疫と合同で訓練計画を立てることが重要である。

②病床と看護師の確保:

病床数には休床が含まれるが、患者受け入れには看護師の確保が不可欠である。病床数と看護師数を併記し、「感染症患者を何人で診るのか」の指標を持つことが望ましい。

③自宅療養の基準設定:

自宅療養を認める基準を明記し、在院日数を短縮することで病床回転率を高める必要がある。臨時医療施設の位置付けも、新型インフルエンザ対策法との関連で検討が求められる。

医療分化連携班

両地域の取組は、いずれも地域特性や地域資源を活かしながら、実効性のある仕組みを構築しており、水平連携モデルの構築に資する知見を提供

するものである。

医療機能班

インタビュー調査の結果は、「新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」として知見を取りまとめた。具体的には、機能転換の類型として、成長機会をとらえた「成長型機能転換」と、経営維持を目的とした「調整型機能転換」に大別した。前者は医療機能の強化や地域ニーズへの対応を重視し、後者は財政や人材の制約を背景とした再編や縮小の文脈で行われる。加えて、インタビューからは、意思決定における内部抵抗や地域関係者との調整の難しさ、地方自治体との連携の重要性も浮き彫りとなった。

研修プログラム班

本研究は、地域医療構想調整会議を活性化するための人材育成プログラムの基本的考え方を整理し、次年度のカリキュラム開発の基礎資料を作成することを目的とする。研修は、レベル別に構成し、研修対象者とカリキュラムの範囲を二軸で設定する。年間を通じて2～3回の集合研修を行い、対面とオンデマンドのハイブリッド方式で実施し、負担を最小限にする。集合研修では、県職員とアドバイザーのネットワーキングを促進し、オンデマンド研修は講義とテストを含む形式で提供する。今後、カリキュラム要綱の作成、研修目標、方法、科目一覧、講師の選定、日程調整を進め、新たなガイドラインに合わせて研修プログラムを準備する必要がある。

実地検証班1

本研究の結果から、レセプトデータを活用することで、年齢、療養先（施設入居等）、地域および疾患別の観点から、在宅医療の提供状況を定量的に分析できることが明らかとなった。さらに、看取り機能の評価方法として、「在宅ターミナルケア加算」の件数（患者数）に対する死亡者数の割合を算出することで、有料老人ホーム等の集合

住宅における在宅ターミナルケアの実態を明らかにする手法を示した。

実地検証班2-1

日本におけるCOVID-19の野生株、アルファ株、デルタ株、オミクロン株の流行にまたがり、高齢入院患者の1年生存率や要介護度の影響を比較した。併存疾患や年齢、男性といった因子が予後不良に関連することが判明し、COVID-19の高齢者への長期的影響が深刻であることが示唆された。

実地検証班2-2

奈良県の後期高齢者歯科健診受診者を用いた分析により、問診項目と歯科健診項目のオッズ比が、歯または義歯の咬合状態、現在歯数、歯科医院での歯磨き指導経験、眠前歯磨き、年に1回以上の歯科定期健診の有無、義歯清掃状況、RSST、食物残渣、口臭、空ブクブクうがい、舌苔、プラークの付着状況が死亡発生と有意に関連していたことから、口腔衛生の改善と適切な歯科ケアの推進が高齢者の健康寿命延伸に寄与する可能性を示唆する。

E. 結論

本研究の成果は、各都道府県が策定した医療計画や地域医療構想を進めるにあたり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事業と在宅医療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。

引用文献

医療計画班

- 1). 厚生労働省. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. 令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正）.

基準病床班

- 1). 厚生労働省、「第9回医療計画の見直し等

に関する検討会 参考資料 1 医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」

(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shin-gikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000151977.pdf>)

実地検証班 1

- 1). 厚生労働科学研究成果データベース. 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 分担研究報告書. 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) (閲覧日令和 7 年 3 月 23 日). URL : <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/164616>
- 2). Quan H, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol.* 2011;173(6):676-682.
- 3). Tsugihashi Y, et al. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: a population-based cohort study. *BMC Geriatr.* 2021;28;21(1):80.

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表 (発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)
Yuichi Nishioka, Emiri Morita, Saki Takeshita, Sakura Tamamoto, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura. Exact-Matching Algorithms Using Administrative Health Claims Database Equivalence Factors for Real-World Data Analysis Based on the Target Trial Emulation Framework. *Health Services and Outcomes Research Methodology.* (preprint, Published online:2024 Jan)

Michikazu Nakai, Yoshitaka Iwanaga, Koshiro Kanaoka, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Katsuki Okada, tatsuya noda, Tomoaki Imamura, and Yoshihiro Miyamoto. Contemporary use of β -blockers in heart failure patients with and without atrial fibrillation: a nationwide database analysis. *Clinical Pharmacology & Therapeutics.* (preprint, Published online:2025 Mar.)

Sadanori Okada, Yuichi Nishioka, Koshiro Kanaoka, Miyuki Koizumi, Fumika Kamitani, Hiroki Nakajima, Yukako Kurematsu, Sinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi. Annual variation of estimated glomerular filtration rate in health check-ups associated with end-stage kidney disease. *Scientific Reports.* 2024 Sep; 14: 21065.

Michikazu Nakai, Yoshitaka Iwanaga, Koshiro Kanaoka, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Yoshihiro Miyamoto. Contemporary use of oral inotropes in the outpatient treatment of heart failure: Analysis of a Japanese nationwide database. *The Journal of Clinical Pharmacology.* (pre-print, Published online:2025 Mar)

Kiyoshi Takemoto, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsunenari Soeda, Kazuo Yamanaka, Atsushi Nakahira, Takeshi Nishina, Hiroyuki Kawata, Kazuaki Atagi, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura. Long-term survival evaluation after transcatheter aortic valve implantation in

patients with severe aortic valve stenosis: A retrospective cohort study. Scientific Reports. (pre-print)

Fumika Kamitani, Yuichi Nishioka, Miyuki Koizumi, Hiroki Nakajima, Yukako Kurematsu, Sandanori Okada, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi. Immune Checkpoint Inhibitor-Related Type 1 Diabetes : Incidence, Risk, and Survival Association. Journal of diabetes Investigation. 2025 Feb; 16(2): 334-342.

Tatsuya Noda, Kotaro Kuwaki, Munehito Machida, Yasuyuki Okumura, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Tomoaki Imamura. Persistence of newly prescribed 5-aminosalicylic acid in patients with ulcerative colitis: A nationwide comprehensive database study. PLoS One. 2024 Dec; 19(12): e0316181.

菅野沙帆、野田龍也、明神大也、西岡祐一、今村知明. 腎移植における電子レセプトの収載率の分析. 医療情報学. 2024 Dec;44(5): 237-241.

D J Magliano, L Chen, J I Morton, A Salim, B Carstensen, E W Gregg, M E Pavkov, M Arffman, H M Colhoun, K H Ha, T Imamura, G Jermendy, D J Kim, Z Kiss, D Mauricio, S J McGurnaghan, Y Nishioka, S H Wild, K Winell, J E Shaw. Trends in the incidence of young-adult-onset diabetes by diabetes type: a multi-national population-based study from an international diabetes consortium. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2024 Dec; 12(12): 915-923.

Yuichi Nishioka, Emiri Morita, Saki Takeshita, Sakura Tamamoto, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura. Exact-Matching Algorithms Using Administrative Health Claims Database Equivalence Factors for Real-World Data Analysis Based on the Target Trial Emulation Framework. Health Services and Outcomes Research Methodology. 2024 Dec; 24: 427-439.

菊池綾、野田龍也、今村知明. 精神科病院における COVID-19 クラスターの特性と対応. 日本健康開発雑誌. 2024 Jun;45: 41-48.

西岡祐一、今村知明. 日本の糖尿病死亡時年齢に関する記述疫学研究. 編：門脇孝、山内敏正. 糖尿病学 2024. 2024 May;81-87.

西岡祐一、今村知明、高橋裕. レセプトビッグデータを用いた日本人糖尿病診療の実態解明. 内科. 2024 May;133(5): 1186-1189.

平石達郎、明神大也、西岡祐一、石川ベンジャミン光一、今村知明. 日本の地域別将来推計人口と患者調査を用いた日本における患者数の推計. 厚生指標. 2025 Apr;72(4).

2. 学会発表

2024年10月29日～2024年10月31日(北海道、札幌コンベンションセンター 他) ●第83回日本公衆衛生学会総会 ●入院者や通院者でない被保険者における健診後の受診に関する記述疫学研究 ●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、玉本咲楽、明神大也、野田龍也、今村知明.

2024年10月29日～2024年10月31日(北海道、札幌コンベンションセンター 他) ●第83回日本公衆衛生学会総会●奈良県KDBを使用したセマグルチドの処方状況について●吉村季恵、明神大也、西岡祐一、野田達也、今村知明。

2024年10月29日～2024年10月31日(北海道、札幌コンベンションセンター 他) ●第83回日本公衆衛生学会総会●特定健康診査・後期高齢者健康診査の基準値と心筋梗塞発症との関連●玉本咲楽、西岡祐一、森田えみり、明神大也、野田龍也、今村知明。

2024年10月29日～2024年10月31日(北海道、札幌コンベンションセンター 他) ●第83回日本公衆衛生学会総会●推計死亡者数と確定死亡者数の差がもたらす影響●須河裕也、西岡祐一、今村知明。

2024年10月29日～2024年10月31日(北海道、札幌コンベンションセンター 他) ●第83回日本公衆衛生学会総会●終末期患者に提供された在宅医療に係わる評価指標の検討●次橋幸男、中西康裕、西岡祐一、野田龍也、明神大也、赤羽学、今村知明。

2024年10月29日～10月31日(北海道 札幌コンベンションセンター) ●第83回日本公衆衛生学会総会●後期高齢者の口腔状況と死亡の関連●辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明。

2024年10月29日～2024年10月31日(北海道、札幌コンベンションセンター 他) ●第83回日本公衆衛生学会総会●65歳以上のCOVID-19患者

の1年後の転帰：奈良県国保データベース解析。●竹本聖、明神大也、西岡祐一、野田龍也、今村知明。

2024年06月06日～2024年06月08日(神奈川県、パシフィコ横浜ノース) ●第97回日本内分泌学会年次学術総会●レセプトビッグデータ解析：甲状腺機能障害における家族歴のリスクの定量化●森田えみり、西岡祐一、竹下沙希、勝又美穂、玉城由子、尾崎邦彰、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、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2024年05月17日～2024年05月19日(東京都、東京国際フォーラム 他) ●第67回日本糖尿病学会年次学術集会●ビッグデータを用いた健診後医療機関受診の有無と心血管アウトカムに関連の解明●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、勝又美穂、玉城由子、尾崎邦彰、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、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2024年05月17日～2024年05月19日(東京都、東京国際フォーラム 他) ●第67回日本糖尿病学会年次学術集会●レセプトビッグデータを用いた1型糖尿病発症に関連する環境因子の同定●西岡祐一、森田えみり、竹下沙希、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、明神大也、野田龍也、今村知明、高橋裕。

2024年11月21日～2024年11月24日(福岡県、福岡国際会議場・福岡サンパレス) ●第44回医療情報学連合大会(第25回日本医療情報学会学術大会) ●Z-Adamを用いたKDBを利活用し、施策に

活かす有効な手法の開発●明神大也、須田雄大、西岡祐一、野田龍也、今村知明.

2024年11月21日～2024年11月24日(福岡県、福岡国際会議場・福岡サンパレス) ●第44回医療情報学連合大会(第25回日本医療情報学会学術大会) ●NDBに含まれるID5の名寄せ精度の検証 ●今村知明、明神大也、西岡祐一、野田龍也.

2024年11月14日～(奈良県、奈良県医師会館) ●第42回奈良県公衆衛生学会 ●後期高齢者の口腔状況と死亡の関連 ●辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明.

2024年11月14日～(奈良県、奈良県医師会館) ●第42回奈良県公衆衛生学会 ●推計死亡者数と確定死亡者数の差がもたらす影響 ●須河裕也、西岡祐一、今村知明.

2024年11月14日(奈良県 奈良県医師会館) ●第42回奈良県公衆衛生学会 ●後期高齢者の口腔状況と死亡の関連 ●辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明.

2024年10月31日～2024年11月03日(沖縄県、沖縄コンベンションセンター) ●第1回日本放射線医療技術学術大会 ●NDB オープンデータを活用した診療放射線技師の需給推計とタスク・シフト/シェア運用の将来予測 ●今井信也、藤田秀樹、大鷹豊、森田雅士、西岡祐一、小野孝二、今村知明.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

なし

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

中期推計班1

1. 厚生労働省. 令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 参考資料2 https://www.mhlw.go.jp/stf/new-page_24045.html

(2025年1月4日アクセス)

2. 厚生労働省. 人口動態調査 人口動態統計(確定数)の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>

(2025年1月4日アクセス)

3. 国立感染症研究所. 我が国における超過死亡数および過少死亡数 専用のダッシュボード

<https://exdeaths-japan.org/>

(2025年1月4日アクセス)

4. 園山(大迫)理江, 奥井達雄, 辰巳博人, 他. コロナ禍の受診控えにより悪性転化を来した舌癌の1例. 癌と化学療法

2022;49(13):1758-61

5. 安原洋, 矢富裕, 高階雅紀, 他. 病院の医療機器と職員の体制が新型コロナウイルス患者受入れに与える影響. 医療機器学

2023; 93(5):585-93

6. 厚生労働省. 第22回社会保障審議会人口部会資料 令和4年10月31日

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001006302.pdf>

(2025年1月4日アクセス)

7. 出入国在留管理庁. 令和4年度末現在における在留外国人数について

<https://www.moj.go.jp/isa/publica>

tions/press/13_00033.html

(2025年1月4日アクセス)

8. 厚生労働省. 令和4(2022)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/>

(2025年1月4日アクセス)

9. 厚生労働省. 令和5年患者調査 調査の手引き

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/10-20_tebiki-h_2023.pdf

(2025年1月4日アクセス)

10. 厚生労働省. 第1回NDBオープンデータ

【解説編】

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12400000-Hokenkyoku/0000141549.pdf>

(2025年1月4日アクセス)

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 6 年度)

第 8 次医療計画 指標利活用状況調査分析

協力研究者 中西 康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
研究分担者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
研究分担者 西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者 明神 大也 (浜松医科大学 健康社会医学講座)
研究分担者 野田 龍也 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究代表者 今村 知明 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

研究要旨

令和 6 年 10 月、厚生労働省医政局地域医療計画課により、第 8 次医療計画における都道府県の指標利活用状況及び新規指標例(案)に関する必要性等について、調査が実施された。本研究では、この調査から得られたデータを用いて、第 8 次医療計画で掲げられている指標例の活用状況等について分析を行った。

分析結果より、第 8 次医療計画における指標例の活用状況は、都道府県間で 15～565 項目と大きな差があり、分野によっても偏りが見られることが明らかとなった。特に、災害、へき地、在宅の分野での活用は低調であった。また、へき地、在宅分野の新規指標例(案)の必要性については、都道府県の支持は限定的で、これら新規指標例(案)に限らず、指標例の実用性やデータ取得の問題等が示唆された。さらに、多くの都道府県が独自指標を多数設定しており、今後詳細な分析が必要であると考えられる。

協力研究者

望月 洋明 (三菱総合研究所)

A. 研究目的

第 8 次医療計画は、令和 5 年度に各都道府県において策定され、令和 6 年度から取り組みが進められている。今後、外来医療計画・在宅医療に関する事業等について、令和 9 年度からの後期計画に向けて検討が予定されている。

また、第 8 次医療計画では、5 疾病・6 事業及び在宅医療に関する現状把握について、指標の活用が推奨されている。病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごと

に分類された指標例が厚生労働省により示されており、数値で客観的に現状を把握することが求められている。

令和 6 年 10 月、厚生労働省医政局地域医療計画課により、第 8 次医療計画における都道府県の指標利活用状況及び新規指標例(案)に関する必要性等について、調査が実施された。

本研究では、この調査から得られたデータを用いて分析を行うことで、都道府県における第 8 次医療計画で掲げられている指標例の活用状況を把握することを目的とする。

B. 研究方法

各都道府県を対象とした第 8 次医療計画の中

間見直しに係る指標例の活用状況等の調査により得られたデータを用いた。調査は、令和6年10月11日に厚生労働省医政局地域医療計画課から各都道府県に依頼され、回答期限は令和6年10月24日とされた。

調査項目は次の通りであった。

- ① 第8次医療計画の中間見直しに向けた新規指標例（案）の必要性
 - ・案はへき地、在宅の分野のみ
- ② 第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況
 - ・活用状況は「従前から採用」、「第8次から新規採用」に分けて回答
- ③ 都道府県独自で設定した指標
 - ・自由記載

調査項目①については、各新規指標例（案）が必要ありとする回答を集計し、その理由として記載された内容を全て整理した。

調査項目②については、各都道府県で採用された5疾病・6事業及び在宅医療の指標例の数を集計した。また、分野ごとの指標例の活用状況について、「従前から採用している指標」、「第8次から新規で採用した指標」、「従前＋新規で採用した指標」、「第8次医療計画で追加された指標の採用状況」に分け、それぞれの区分で活用頻度順に上位10項目を抽出し、整理した。新興感染症の分野のみ、「採用された指標」として、採用都道府県数順に整理した。

調査項目③については、分野別に独自設定の指標の状況を分析する方法を検討した。

C. 研究結果

調査項目①～③について、全47都道府県から回答があった。

調査項目①の分析結果を別添1に示した。へき地の分野における新規指標例（案）2項目について、必要ありと回答した都道府県数は4～5県に留まった。また、在宅の分野における新規指標例（案）10項目については、必要ありと回答した都

道府県数は5～11県であった。例えば、在宅分野の新規指標例（案）の一つである「訪問看護による退院時共同指導を受けている利用者数【二次医療圏】」においては、11県が必要ありと答えたが、「指標例とするのは賛成だが、現状、地域により利用者が少ないため、NDBではマスク処理され指標として活用できない。併せてデータ取得方法も明示していただきたい」等の記載があった。

調査項目②の分析結果は、別添2に示した。都道府県ごとの指標例活用の状況は、全分野の指標例670項目のうち、都道府県の活用は全体平均で162.6項目、活用が最多であった山梨県で565項目、最少の埼玉県で15項目であった。分野ごとの指標例の活用状況については、「従前＋新規で採用した指標」の区分で採用都道府県数を見ると（新興感染症は「採用された指標」の区分）、がん、脳卒中、糖尿病、精神疾患、新興感染症、周産期の分野で最多となる項目の採用都道府県数は40～46であったが、心血管疾患、救急、小児の分野では33～36、災害、へき地、在宅の分野では19～27に留まった。

調査項目③の分析方法に関しては、別添3にアウトプットのイメージを示した。各都道府県による独自設定の指標が多数報告されており、さらなる分析の必要性が確認された。

D. 考察

本研究では、都道府県を対象とした第8次医療計画の中間見直しに係る指標例の活用状況等の調査データを用いて、分析を行った。その結果、都道府県間で採用された指標例数には大きなばらつきが見られた。指標例の採用数は、都道府県により15～565項目と幅があり、各都道府県の第8次医療計画における重点や指標活用方針には差異があると考えられる。がんや精神疾患、新興感染症等の分野では多くの都道府県が指標例を活用している一方で、災害やへき地、在宅の分野では指標例はあまり活用されていない状況が明らかとなった。

また、へき地、在宅分野に関する新規指標例（案）

の必要性については支持が限定的で、必要ありと回答した都道府県は半数を大きく下回った。一部の都道府県からは、指標の実用性やデータ取得の問題が指摘されており、現行の指標例の在り方について、一部改善の必要性が示唆されている。都道府県が指標例を活用するにあたっては、厚生労働省から都道府県の医療部局へ「医療計画作成支援データブック」が提供されており、各指標例に対応する NDB 等のデータが格納されている。しかし、人口の少ない市町村や該当する患者数が少ない項目では、ガイドラインに基づく公表ルールにより具体的な数値が非表示となっているケースが多々ある。ある市町村で非表示の場合、その市町村が含まれる二次医療圏単位でも非表示となる。そうすると、人口の少ない地域では、指標例は全く活用できないことになる。指標例の活用が進んでいない分野を中心に、国等によりデータ取得の問題等の改善が進められ、指標例の実効性を高める工夫を検討する必要があるかもしれない。

さらに、多数の都道府県が様々な独自の指標を設定していることを報告していることから、それらの内容や有効性について、詳細な分析が求められる。独自設定の指標のうち、有効性が確認できたものは指標例に加えるなど、今後医療計画全体の指標例の体系を一層充実させる方策も検討に値するかもしれない。こうした取り組みにより、都道府県間の指標例活用のばらつきが緩和され、各地域の状況の違いは考慮しつつも、全国的に一貫性のある医療計画のモニタリングと改善へとつながる可能性が期待される。

E. 結論

本研究により、第 8 次医療計画における指標例の活用状況は、都道府県間で 15～565 項目と大きな差があり、分野によってもばらつきが見られることが明らかとなった。特に、災害、へき地、在宅の分野での活用は低調であった。また、へき地、在宅分野の新規指標例（案）の必要性については、

都道府県の支持は限定的で、これら新規指標例（案）に限らず、指標例の実用性やデータ取得の問題等が示唆された。さらに、多くの都道府県が独自指標を多数設定しており、今後詳細な分析が必要であると考えられる。

<添付資料>

別添 1：第 8 次医療計画の中間見直しに向けた新規指標例（案）の必要性

別添 2：第 8 次医療計画で掲げられている指標例の活用状況

別添 3：都道府県独自で設定した指標（自由記載）

引用文献

- 1). 厚生労働省. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. 令和 5 年 3 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和 5 年 6 月 29 日一部改正）.

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

①第8次医療計画の中間見直しに向けた新規指標例(案)の必要性

■ へき地

新規指標例一覧			必要あり 回答数	理由
09_へき地	1	へき地における巡回診療(歯科)の実施日数【都道府県】	5	<ul style="list-style-type: none">都市部に比べて高齢化が顕著なへき地においては、患者の移動に係る負担軽減を図る必要があるため。歯科の巡回診療の実施日数が把握できるため。へき地拠点病院と県歯科医師会が契約を行い、無歯科医地区において巡回診療を行う事業を実施しているため。歯科に着目した分析が可能なため。
09_へき地	2	へき地における訪問診療(歯科)の実施日数【都道府県】	4	<ul style="list-style-type: none">都市部に比べて高齢化が顕著なへき地においては、患者の移動に係る負担軽減を図る必要があるため。歯科の訪問診療の実施日数が把握できるため。

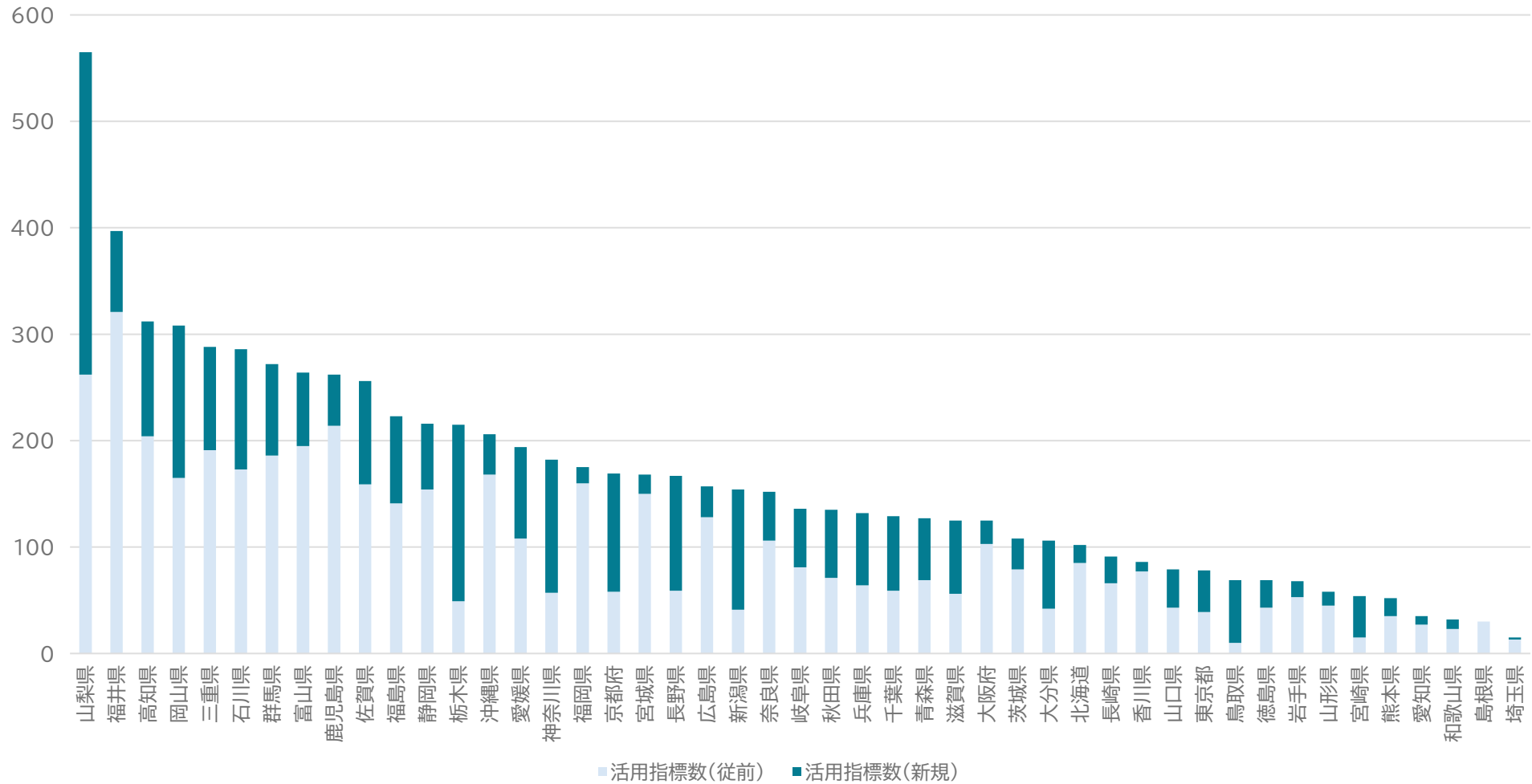
①第8次医療計画の中間見直しに向けた新規指標例(案)の必要性

■ 在宅

新規指標例一覧			必要あり 回答数	理由
12_在宅	1	退院時共同指導を実施している訪問看護事業所数【二次医療圏】	11	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護事業所と医療機関等との連携体制が把握できるため。 県内において偏りがあるのか等を把握するため。 多職種連携は重要な要素であるため。 円滑な退院支援の評価のため。 地域の訪問看護ステーションと医療機関との連携状況が把握できるため。
12_在宅	3	訪問看護による退院時共同指導を受けている利用者数【二次医療圏】	11	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護事業所と医療機関等との連携状況が把握できるため。 指標例とするのは賛成だが、現状、地域により利用者が少ないため、NDBではマスク処理され指標として活用できない。併せてデータ取得方法も明示していただきたい。 二次医療圏毎に利用者数を把握したいため。 多職種連携は重要な要素であるため。 円滑な退院支援の評価のため。
12_在宅	5	地域連携薬局数【二次医療圏】	11	<ul style="list-style-type: none"> 既に指標として採用済み。 薬局と医療機関や介護事業所等との連携体制が把握できるため。 既に本県では地域連携薬局数を医療計画の数値目標としている。 在宅医療を担う薬局が整っていることを測る指標とする。 既に指標として掲げているため。 県内において、偏りがあるのか等を把握するため。 円滑な退院支援の評価のため。
12_在宅	2	退院時共同指導を実施している訪問看護事業所数【市区町村】	10	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護事業所と医療機関等との連携体制が把握できるため。 市町村ごとに把握したいため。 多職種連携は重要な要素であるため。
12_在宅	4	訪問看護による退院時共同指導を受けている利用者数【市区町村】	10	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護事業所と医療機関等との連携状況が把握できるため。 指標例とするのは賛成だが、現状、地域により利用者が少ないため、NDBではマスク処理され指標として活用できない。併せてデータ取得方法も明示していただきたい。 市区町村ごとに利用者数を把握したいため。 多職種連携は重要な要素であるため。
12_在宅	6	地域連携薬局数【市区町村】	9	<ul style="list-style-type: none"> 既に指標として採用済み。 薬局と医療機関や介護事業所等との連携体制が把握できるため。 既に本県では地域連携薬局数を医療計画の数値目標としている。 既に指標として掲げているため。 市町村ごとに把握したいため。
12_在宅	10	小児の歯科訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】	7	<ul style="list-style-type: none"> 小児の歯科訪問実施状況が把握できるため。 市町村ごとに利用者数を把握したいため。 小児在宅医療(歯科)の実態把握のため。
12_在宅	8	小児の歯科訪問診療を実施している診療所・病院数【二次医療圏】	6	<ul style="list-style-type: none"> 小児の歯科訪問実施体制が把握できるため。 小児在宅医療(歯科)の実態把握のため。
12_在宅	9	小児の歯科訪問診療を受けた患者数【都道府県】	6	<ul style="list-style-type: none"> 小児の歯科訪問実施状況が把握できるため。 二次医療圏毎に利用者数を把握したいため。
12_在宅	7	小児の歯科訪問診療を実施している診療所・病院数【都道府県】	5	<ul style="list-style-type: none"> 小児の歯科訪問実施体制が把握できるため。

②都道府県ごとの指標利活用状況

■ 各都道府県で活用されている指標例の数を集計(都道府県独自で設定する指標は含めない)



②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(がん)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
01_がん20	がん検診受診率(胃がん)【都道府県】	●	39
01_がん21	がん検診受診率(大腸がん)【都道府県】	●	39
01_がん22	がん検診受診率(乳がん)【都道府県】	●	39
01_がん23	がん検診受診率(肺がん)【都道府県】	●	39
01_がん24	がん検診受診率(子宮頸がん)【都道府県】	●	39
01_がん25	喫煙率(女性)【都道府県】		29
01_がん26	喫煙率(男性)【都道府県】		29
01_がん37	精密検査受診率【都道府県】	●	27
01_がん67	年齢調整死亡率(全部位)【都道府県】	●	25
01_がん3	がん診療連携拠点病院数【都道府県】		18

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
01_がん89	年齢調整罹患率(全部位)【都道府県】	●	11
01_がん54	就労に関する相談件数【都道府県】		10
01_がん8	緩和ケア研修修了者数【都道府県】		8
01_がん52	がん相談支援センターにおける相談件数【都道府県】	●	8
01_がん77	年齢調整罹患率(胃)【都道府県】	●	8
01_がん96	年齢調整罹患率(肺)【都道府県】	●	8
01_がん91	年齢調整罹患率(大腸)【都道府県】	●	8
01_がん16	専門医療機関連携薬局の認定数【都道府県】		8
01_がん55	アピアランスケアの相談件数【都道府県】		8
01_がん35	食塩摂取量【都道府県】		7

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(がん)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
01_がん20	がん検診受診率(胃がん)【都道府県】	●	44
01_がん21	がん検診受診率(大腸がん)【都道府県】	●	44
01_がん22	がん検診受診率(乳がん)【都道府県】	●	44
01_がん23	がん検診受診率(肺がん)【都道府県】	●	44
01_がん24	がん検診受診率(子宮頸がん)【都道府県】	●	44
01_がん25	喫煙率(女性)【都道府県】		34
01_がん26	喫煙率(男性)【都道府県】		34
01_がん37	精密検査受診率【都道府県】	●	32
01_がん67	年齢調整死亡率(全部位)【都道府県】	●	30
01_がん89	年齢調整罹患率(全部位)【都道府県】	●	25

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
01_がん24	がん検診受診率(子宮頸がん)【都道府県】	●	44
01_がん25	喫煙率(女性)【都道府県】		34
01_がん26	喫煙率(男性)【都道府県】		34
01_がん37	精密検査受診率【都道府県】	●	32
01_がん67	年齢調整死亡率(全部位)【都道府県】	●	30
01_がん89	年齢調整罹患率(全部位)【都道府県】	●	25
01_がん8	緩和ケア研修修了者数【都道府県】		24
01_がん35	食塩摂取量【都道府県】		20
01_がん3	がん診療連携拠点病院数【都道府県】		19
01_がん29	運動習慣のある者の割合【都道府県】		19

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(脳卒中)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
02_脳卒中47	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】		36
02_脳卒中48	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】		36
02_脳卒中28	特定健康診査の実施率【都道府県】		27
02_脳卒中29	特定保健指導の実施率【都道府県】		24
02_脳卒中34	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数【都道府県】		20
02_脳卒中52	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合【二次医療圏】	●	18
02_脳卒中8	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数【都道府県】		17
02_脳卒中49	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】		16
02_脳卒中26	喫煙率(女性)【都道府県】		16
02_脳卒中27	喫煙率(男性)【都道府県】		16

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
02_脳卒中23	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】		12
02_脳卒中10	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数【都道府県】	●	10
02_脳卒中14	作業療法士の人数【都道府県】		10
02_脳卒中15	理学療法士の人数【都道府県】		10
02_脳卒中24	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】		10
02_脳卒中13	言語聴覚士の人数【都道府県】		9
02_脳卒中12	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】		9
02_脳卒中28	特定健康診査の実施率【都道府県】		8
02_脳卒中34	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数【都道府県】		8
02_脳卒中16	リハビリテーション科医師数【都道府県】		8

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(脳卒中)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
02_脳卒中47	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】		43
02_脳卒中48	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】		43
02_脳卒中28	特定健康診査の実施率【都道府県】		35
02_脳卒中29	特定保健指導の実施率【都道府県】		31
02_脳卒中34	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数【都道府県】		28
02_脳卒中8	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数【都道府県】		24
02_脳卒中49	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】		23
02_脳卒中36	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数【都道府県】		21
02_脳卒中26	喫煙率(女性)【都道府県】		21
02_脳卒中27	喫煙率(男性)【都道府県】		21

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
02_脳卒中28	特定健康診査の実施率【都道府県】		35
02_脳卒中29	特定保健指導の実施率【都道府県】		31
02_脳卒中34	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数【都道府県】		28
02_脳卒中8	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数【都道府県】		24
02_脳卒中49	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】		23
02_脳卒中36	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数【都道府県】		21
02_脳卒中10	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数【都道府県】	●	18
02_脳卒中17	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の算定のある医療機関届出施設数【都道府県】	●	18
02_脳卒中14	作業療法士の人数【都道府県】		17
02_脳卒中15	理学療法士の人数【都道府県】		17

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(心血管疾患)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
03_心血管疾患17	特定健康診査の実施率【都道府県】		26
03_心血管疾患36	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	25
03_心血管疾患37	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	25
03_心血管疾患18	特定保健指導の実施率【都道府県】		22
03_心血管疾患15	喫煙率(女性)【都道府県】		20
03_心血管疾患16	喫煙率(男性)【都道府県】		20
03_心血管疾患44	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】	●	19
03_心血管疾患49	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合【二次医療圏】	●	15
03_心血管疾患1	循環器内科医師数【二次医療圏】		14
03_心血管疾患2	心臓血管外科医師数【二次医療圏】		14

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
03_心血管疾患38	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	15
03_心血管疾患39	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	15
03_心血管疾患40	心不全患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	15
03_心血管疾患41	心不全患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	15
03_心血管疾患42	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	12
03_心血管疾患43	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	12
03_心血管疾患28	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数【二次医療圏】	●	11
03_心血管疾患10	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】		11
03_心血管疾患11	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数【都道府県】		11
03_心血管疾患17	特定健康診査の実施率【都道府県】		10

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(心血管疾患)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
03_心血管疾患17	特定健康診査の実施率【都道府県】		36
03_心血管疾患36	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	33
03_心血管疾患37	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	33
03_心血管疾患18	特定保健指導の実施率【都道府県】		32
03_心血管疾患38	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	28
03_心血管疾患39	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	28
03_心血管疾患44	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】	●	25
03_心血管疾患15	喫煙率(女性)【都道府県】		24
03_心血管疾患16	喫煙率(男性)【都道府県】		24
03_心血管疾患7	心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数【二次医療圏】		22

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
03_心血管疾患17	特定健康診査の実施率【都道府県】		36
03_心血管疾患18	特定保健指導の実施率【都道府県】		32
03_心血管疾患38	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	28
03_心血管疾患39	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	28
03_心血管疾患40	心不全患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	21
03_心血管疾患41	心不全患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	21
03_心血管疾患28	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数【二次医療圏】	●	21
03_心血管疾患34	外来心血管リハビリテーションの実施件数【二次医療圏】	●	20
03_心血管疾患42	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	18
03_心血管疾患43	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	18

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(糖尿病)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
04_糖尿病10	特定健康診査の実施率【都道府県】	●	38
04_糖尿病29	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】	●	34
04_糖尿病11	特定保健指導の実施率【都道府県】		33
04_糖尿病26	糖尿病の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	15
04_糖尿病27	糖尿病の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	15
04_糖尿病21	糖尿病が強く疑われる者の数【全国】		9
04_糖尿病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】		8
04_糖尿病12	糖尿病患者の年齢調整外来受療率【都道府県】		8
04_糖尿病20	糖尿病予備群の者の数【全国】		6
04_糖尿病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】		5

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
04_糖尿病18	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合【都道府県】	●	15
04_糖尿病26	糖尿病の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	12
04_糖尿病27	糖尿病の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	12
04_糖尿病17	眼底検査の実施割合【都道府県】	●	12
04_糖尿病28	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】		12
04_糖尿病13	HbA1cもしくはGA検査の実施割合【都道府県】	●	11
04_糖尿病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】	●	11
04_糖尿病19	クレアチニン検査の実施割合【都道府県】		10
04_糖尿病12	糖尿病患者の年齢調整外来受療率【都道府県】		9
04_糖尿病14	インスリン治療の実施割合【都道府県】		9

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(糖尿病)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
04_糖尿病10	特定健康診査の実施率【都道府県】	●	40
04_糖尿病29	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】	●	39
04_糖尿病11	特定保健指導の実施率【都道府県】		36
04_糖尿病26	糖尿病の年齢調整死亡率(女性)【都道府県】	●	27
04_糖尿病27	糖尿病の年齢調整死亡率(男性)【都道府県】	●	27
04_糖尿病18	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合【都道府県】	●	19
04_糖尿病17	眼底検査の実施割合【都道府県】	●	17
04_糖尿病12	糖尿病患者の年齢調整外来受療率【都道府県】		17
04_糖尿病13	HbA1cもしくはGA検査の実施割合【都道府県】	●	16
04_糖尿病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】		16

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
04_糖尿病10	特定健康診査の実施率【都道府県】	●	40
04_糖尿病29	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】	●	39
04_糖尿病11	特定保健指導の実施率【都道府県】		36
04_糖尿病18	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合【都道府県】	●	19
04_糖尿病17	眼底検査の実施割合【都道府県】	●	17
04_糖尿病13	HbA1cもしくはGA検査の実施割合【都道府県】	●	16
04_糖尿病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】		16
04_糖尿病28	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】		15
04_糖尿病19	クレアチニン検査の実施割合【都道府県】		14
04_糖尿病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】	●	13

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(精神疾患)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
05_精神疾患55	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率	●	43
05_精神疾患57	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	●	27
05_精神疾患56	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	●	25
05_精神疾患4	認知症サポート医養成研修修了者数		19
05_精神疾患26	認知症疾患医療センターの指定医療機関数		17
05_精神疾患31	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数		17
05_精神疾患6	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)	●	14
05_精神疾患25	高次脳機能障害支援拠点機関数		11
05_精神疾患39	各疾患、領域それぞれについての入院患者数		10
05_精神疾患58	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	●	10

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
05_精神疾患56	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	●	18
05_精神疾患58	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	●	14
05_精神疾患28	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	●	10
05_精神疾患29	心のサポーター養成研修の修了者数		10
05_精神疾患57	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	●	9
05_精神疾患6	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)	●	8
05_精神疾患22	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数		8
05_精神疾患11	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数		8
05_精神疾患50	認知症疾患医療センターの鑑別診断数		8
05_精神疾患37	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	●	8

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(精神疾患)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
05_精神疾患55	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率	●	46
05_精神疾患56	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	●	43
05_精神疾患57	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	●	36
05_精神疾患58	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	●	24
05_精神疾患4	認知症サポート医養成研修修了者数		24
05_精神疾患26	認知症疾患医療センターの指定医療機関数		23
05_精神疾患6	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)	●	22
05_精神疾患31	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数		20
05_精神疾患28	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	●	19
05_精神疾患25	高次脳機能障害支援拠点機関数		15

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

■ 新規なし

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(救急)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
06_救急14	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】	●	24
06_救急7	二次救急医療機関の数【都道府県】		19
06_救急28	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率【都道府県】		19
06_救急4	救急患者搬送数【都道府県】	●	18
06_救急8	救命救急センターの数【都道府県】		17
06_救急27	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率【都道府県】		17
06_救急1	運用救急救命士数【都道府県】		15
06_救急13	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数【都道府県】		15
06_救急16	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合【都道府県】	●	14
06_救急19	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】		14

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
06_救急14	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】	●	9
06_救急29	心原性心肺停止機能傷病者(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の一ヶ月後社会復帰率【都道府県】		8
06_救急28	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率【都道府県】		7
06_救急8	救命救急センターの数【都道府県】		7
06_救急2	住民の救急蘇生法講習の受講率【都道府県】		7
06_救急20	救命救急センター充実度評価Sの割合【都道府県】		7
06_救急10	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】	●	7
06_救急25	救命救急センターの応需率【都道府県】		7
06_救急27	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率【都道府県】		6
06_救急16	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合【都道府県】	●	6

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(救急)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
06_救急14	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】	●	33
06_救急28	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率【都道府県】		26
06_救急8	救命救急センターの数【都道府県】		24
06_救急7	二次救急医療機関の数【都道府県】		24
06_救急27	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率【都道府県】		23
06_救急2	住民の救急蘇生法講習の受講率【都道府県】		20
06_救急16	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合【都道府県】	●	20
06_救急4	救急患者搬送数【都道府県】	●	20
06_救急1	運用救急救命士数【都道府県】		17
06_救急13	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数【都道府県】		17

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
06_救急20	救命救急センター充実度評価Sの割合【都道府県】		16
06_救急19	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】		16
06_救急29	心原性心肺停止機能傷病者(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の一ヶ月後社会復帰率【都道府県】		10
06_救急25	救命救急センターの応需率【都道府県】		9
06_救急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】		6

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(災害)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
07_災害8	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】	●	19
07_災害10	DMATのチーム数【都道府県】		19
07_災害20	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】	●	17
07_災害17	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】	●	16
07_災害16	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】		14
07_災害15	都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域医療コーディネーターの任命数【都道府県】		13
07_災害19	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】	●	13
07_災害11	DMATの隊員数【都道府県】		12
07_災害1	すべての病院の耐震化率【都道府県】		11
07_災害2	災害時に拠点となる病院の耐震化率【都道府県】		11

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
07_災害6	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】		16
07_災害5	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【都道府県】		12
07_災害15	都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域医療コーディネーターの任命数【都道府県】		10
07_災害14	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合【都道府県】		10
07_災害1	すべての病院の耐震化率【都道府県】		9
07_災害8	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】	●	8
07_災害7	自家発電機の燃料の備蓄(3日分)の実施率【都道府県】		7
07_災害9	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率【都道府県】	●	6
07_災害16	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】		5
07_災害19	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】	●	5

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(災害)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
07_災害8	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】	●	19
07_災害10	DMATのチーム数【都道府県】		19
07_災害20	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】	●	17
07_災害17	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】	●	16
07_災害16	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】		14
07_災害15	都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域医療コーディネーターの任命数【都道府県】		13
07_災害19	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】	●	13
07_災害11	DMATの隊員数【都道府県】		12
07_災害1	すべての病院の耐震化率【都道府県】		11
07_災害2	災害時に拠点となる病院の耐震化率【都道府県】		11

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
07_災害6	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】		16
07_災害5	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【都道府県】		12
07_災害15	都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域医療コーディネーターの任命数【都道府県】		10
07_災害14	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合【都道府県】		10
07_災害1	すべての病院の耐震化率【都道府県】		9
07_災害8	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】	●	8
07_災害7	自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率【都道府県】		7
07_災害9	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率【都道府県】	●	6
07_災害16	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】		5
07_災害19	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】	●	5

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(新興感染症)

■ 採用された指標

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
08_新興感染症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）	●	46
08_新興感染症3	（発熱外来）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）	●	45
08_新興感染症4	（自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供）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）	●	41
08_新興感染症7	（後方支援）医療機関数	●	41
08_新興感染症5	（自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供）薬局数		38
08_新興感染症6	（自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供）訪問看護事業所数		38
08_新興感染症8	派遣可能医師数（うち、県外派遣可能数）	●	34
08_新興感染症10	派遣可能看護師数（うち、県外派遣可能数）	●	34
08_新興感染症12	個人防護具を2か月分以上確保している医療機関数	●	32
08_新興感染症15	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	●	27
08_新興感染症9	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	●	11
08_新興感染症11	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	●	11
08_新興感染症16	感染対策向上加算1届出医療機関数【都道府県】		7
08_新興感染症17	感染対策向上加算2届出医療機関数【都道府県】		7
08_新興感染症18	感染対策向上加算3届出医療機関数【都道府県】		7
08_新興感染症19	外来感染対策向上加算届出医療機関数【都道府県】		7
08_新興感染症20	感染対策向上加算1届出医療機関数【都道府県】		6
08_新興感染症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【都道府県】		5
08_新興感染症13	厚生労働省の「院内感染地域支援ネットワーク事業」に参加している医療機関数【都道府県】		5
08_新興感染症14	都道府県にて同様の趣旨で独自の事業でネットワークを構築している場合における当該ネットワークに参加している医療機関数【都道府県】		5

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(へき地)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
09_へき地13	へき地医療拠点病院数【都道府県】		21
09_へき地1	へき地における診療所数【都道府県】		19
09_へき地29	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数【都道府県】	●	15
09_へき地31	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【都道府県】	●	15
09_へき地23	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数【都道府県】	●	14
09_へき地5	へき地診療所の常勤医師数【都道府県】		13
09_へき地36	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】	●	11
09_へき地18	へき地における巡回診療の実施日数【都道府県】	●	10
09_へき地25	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ受診患者数【都道府県】	●	10
09_へき地30	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣延べ派遣日数【都道府県】	●	9

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
09_へき地36	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】	●	11
09_へき地37	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】	●	11
09_へき地5	へき地診療所の常勤医師数【都道府県】		4
09_へき地35	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況【都道府県】	●	4
09_へき地26	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【都道府県】		4
09_へき地33	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【都道府県】		4
09_へき地17	へき地医療に従事する地域枠医師数【都道府県】		3
09_へき地1	へき地における診療所数【都道府県】		2
09_へき地23	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数【都道府県】	●	2
09_へき地6	へき地診療所の非常勤医師数【都道府県】		2

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(へき地)

■ 従前＋新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
09_へき地36	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】	●	22
09_へき地13	へき地医療拠点病院数【都道府県】		22
09_へき地1	へき地における診療所数【都道府県】		21
09_へき地5	へき地診療所の常勤医師数【都道府県】		17
09_へき地23	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数【都道府県】	●	16
09_へき地31	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【都道府県】	●	16
09_へき地29	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数【都道府県】	●	15
09_へき地37	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】	●	14
09_へき地6	へき地診療所の非常勤医師数【都道府県】		10
09_へき地30	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣延べ派遣日数【都道府県】	●	10

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
09_へき地26	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【都道府県】		4
09_へき地33	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【都道府県】		4
09_へき地27	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療日数【都道府県】		2
09_へき地28	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延べ受診患者数【都道府県】		2
09_へき地34	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、オンライン診療の延べ日数【都道府県】		2

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(周産期)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
10_周産期55	周産期死亡率【都道府県】	●	40
10_周産期54	新生児死亡率【都道府県】	●	32
10_周産期35	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】	●	19
10_周産期20	NICUを有する病院の病床数【二次医療圏】		18
10_周産期56	妊産婦死亡数【都道府県】	●	18
10_周産期13	分娩を取扱う産科又は産婦人科一般診療所数【二次医療圏】		15
10_周産期14	分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数【二次医療圏】		15
10_周産期2	産科医及び産婦人科医の数【二次医療圏】		14
10_周産期4	病院の分娩取扱施設に勤務する産科医及び産婦人科医の数【二次医療圏】		14
10_周産期3	一般診療所の分娩取扱施設に勤務する産科医及び産婦人科医の数【二次医療圏】		13

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
10_周産期35	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】	●	12
10_周産期17	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】		10
10_周産期16	院内助産を行っている周産期母子医療センター数【都道府県】		8
10_周産期38	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】		8
10_周産期51	新生児搬送数のうち受入困難事例の件数【都道府県】	●	7
10_周産期52	母体搬送数のうち受入困難事例の件数【都道府県】	●	7
10_周産期36	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】		7
10_周産期53	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数【二次医療圏】		7
10_周産期54	新生児死亡率【都道府県】	●	5
10_周産期10	アドバンス助産師数【都道府県】		5

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(周産期)

■ 従前＋新規で採用されている指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
10_周産期55	周産期死亡率【都道府県】	●	42
10_周産期54	新生児死亡率【都道府県】	●	37
10_周産期35	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】	●	31
10_周産期56	妊産婦死亡数【都道府県】	●	22
10_周産期13	分娩を取扱う産科又は産婦人科一般診療所数【二次医療圏】		19
10_周産期14	分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数【二次医療圏】		19
10_周産期20	NICUを有する病院の病床数【二次医療圏】		19
10_周産期2	産科医及び産婦人科医の数【二次医療圏】		17
10_周産期48	母体・新生児搬送数【都道府県】	●	15
10_周産期57	NICU・GCU長期入院児数【都道府県】	●	15

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
10_周産期17	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】		12
10_周産期16	院内助産を行っている周産期母子医療センター数【都道府県】		12
10_周産期38	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】		9
10_周産期36	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】		8
10_周産期53	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数【二次医療圏】		8
10_周産期15	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】		7
10_周産期46	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】		6

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(小児)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
11_小児40	乳児死亡率【都道府県】	●	30
11_小児1	子ども医療電話相談の相談件数【都道府県】	●	19
11_小児50	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】	●	14
11_小児7	一般小児医療を担う一般診療所数【都道府県】		11
11_小児10	一般小児医療を担う病院数【都道府県】		11
11_小児32	医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数【都道府県】	●	11
11_小児12	小児歯科を標榜する歯科診療所数【都道府県】		9
11_小児16	小児医療に係る病院勤務医数【二次医療圏】		9
11_小児33	現場滞在時間が30分以上の件数【都道府県】	●	9
11_小児2	子ども医療電話相談の回線数【都道府県】	●	8

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
11_小児3	子ども医療電話相談の応答率【都道府県】	●	12
11_小児50	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】	●	10
11_小児1	子ども医療電話相談の相談件数【都道府県】	●	6
11_小児15	小児科標榜診療所勤務医師数【二次医療圏】		6
11_小児28	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数【二次医療圏】		5
11_小児32	医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数【都道府県】	●	4
11_小児16	小児医療に係る病院勤務医数【二次医療圏】		4
11_小児20	小児地域医療センター数【都道府県】		4
11_小児40	乳児死亡率【都道府県】	●	3
11_小児33	現場滞在時間が30分以上の件数【都道府県】	●	3

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(小児)

■ 従前＋新規で採用された指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
11_小児40	乳児死亡率【都道府県】	●	33
11_小児1	子ども医療電話相談の相談件数【都道府県】	●	25
11_小児50	災害時小児周産期リエゾン任命者数【都道府県】	●	24
11_小児32	医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数【都道府県】	●	15
11_小児3	子ども医療電話相談の応答率【都道府県】	●	14
11_小児16	小児医療に係る病院勤務医数【二次医療圏】		13
11_小児15	小児科標榜診療所勤務医師数【二次医療圏】		12
11_小児33	現場滞在時間が30分以上の件数【都道府県】	●	12
11_小児7	一般小児医療を担う一般診療所数【都道府県】		12
11_小児10	一般小児医療を担う病院数【都道府県】		12

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
11_小児3	子ども医療電話相談の応答率【都道府県】	●	14
11_小児28	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数【二次医療圏】		7
11_小児5	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】		7
11_小児4	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数【市区町村】		6
11_小児13	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【二次医療圏】		4
11_小児19	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】		4
11_小児26	小児の訪問診療を受けた患者数(15歳未満)【市区町村】		4

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(在宅)

■ 従前から採用している指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
12_在宅7	訪問診療を実施している診療所数【市区町村】	●	23
12_在宅8	訪問診療を実施している診療所数【二次医療圏】	●	23
12_在宅9	訪問診療を実施している病院数【市区町村】	●	22
12_在宅10	訪問診療を実施している病院数【二次医療圏】	●	22
12_在宅15	在宅療養支援診療所 届出施設数【市区町村】		20
12_在宅101	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】	●	20
12_在宅16	在宅療養支援病院 届出施設数【市区町村】		19
12_在宅53	在宅療養支援歯科診療所数【市区町村】		18
12_在宅3	退院支援を実施している診療所・病院数【二次医療圏】	●	18
12_在宅49	歯科訪問診療を実施している診療所数【二次医療圏】		17

■ 第8次から新規で採用した指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
12_在宅69	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数【NDB】【都道府県】		11
12_在宅83	24時間対応可能な薬局数【二次医療圏】		11
12_在宅138	訪問栄養食事指導を受けた患者数【NDB】【都道府県】		11
12_在宅109	訪問看護利用者数【市区町村】	●	9
12_在宅70	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数【介護DB】【都道府県】		9
12_在宅120	訪問歯科診療を受けた患者数【市区町村】		9
12_在宅110	訪問看護利用者数【二次医療圏】	●	8
12_在宅108	訪問看護利用者数【市区町村】	●	8
12_在宅66	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】		8
12_在宅131	小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数【都道府県】		8

②第8次医療計画で掲げられている指標例の活用状況(在宅)

■ 従前＋新規で採用された指標(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
12_在宅7	訪問診療を実施している診療所数【市区町村】	●	27
12_在宅9	訪問診療を実施している病院数【市区町村】	●	26
12_在宅10	訪問診療を実施している病院数【二次医療圏】	●	26
12_在宅8	訪問診療を実施している診療所数【二次医療圏】	●	26
12_在宅15	在宅療養支援診療所 届出施設数【市区町村】		25
12_在宅101	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】	●	25
12_在宅16	在宅療養支援病院 届出施設数【市区町村】		24
12_在宅100	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	●	22
12_在宅53	在宅療養支援歯科診療所数【市区町村】		22
12_在宅49	歯科訪問診療を実施している診療所数【二次医療圏】		21

■ 第8次医療計画で追加された指標の採用状況(上位10位)

分野+No.	指標例	重点指標	採用都道府県
12_在宅15	在宅療養支援診療所 届出施設数【市区町村】		25
12_在宅16	在宅療養支援病院 届出施設数【市区町村】		24
12_在宅110	訪問看護利用者数【二次医療圏】	●	19
12_在宅108	訪問看護利用者数【市区町村】	●	18
12_在宅82	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数【市区町村】	●	18
12_在宅1	退院支援担当者を配置している一般診療所・病院数【市区町村】		18
12_在宅3	退院支援を実施している診療所・病院数【二次医療圏】	●	18
12_在宅109	訪問看護利用者数【市区町村】	●	17
12_在宅74	在宅療養後方支援病院の届出施設数【二次医療圏】		17
12_在宅2	退院支援を実施している診療所・病院数【市区町村】	●	16

③都道府県独自で設定した指標(自由記載)

■ 分野別に独自設定の指標数を集計中。

《アウトプットイメージ》

分野	指標名	SPO	都道府県数
がん	禁煙外来を行っている医療機関数	S	5
がん	自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	P	10
...
糖尿病	血糖コントロール不良(HbA1c8.0%以上)の者の割合	O	4
糖尿病	肥満傾向にある子どもの割合	O	5
...
在宅	人生会議(ACP)実施施設数	S	21
在宅	訪問歯科診療の実施件数	P	3

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「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6年度)

医療計画における基準病床数の算出にかかる考察

研究分担者	加藤 源太	京都大学医学部附属病院
研究分担者	大寺 祥佑	国立長寿医療研究センター研究所
研究協力者	塚本 功	奈良県 医療政策局
研究協力者	浅川 喬也	長野県 医療政策課
研究協力者	入江 芙美	九州大学大学院医学研究院

研究要旨:

【研究目的】各都道府県では、2023年度に第8次医療計画に係る一般病床及び療養病床の基準病床数(以下、基準病床数と略す)を定めたが、実際には複数の自治体で基準病床数が増加し、地域医療構想上の必要病床数(以下、必要病床数と略す)との差が広がる事態となった。本研究班では、2024年5月より「1.基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証」(以下①)「2.必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項」(以下②)について、検討を行った。

【研究方法】①については、奈良県における基準病床数の比較を実施し、第8次医療計画時点の基準病床数が第7次医療計画時点よりも上振れしていることについて、要因を検討・分析した。②については、本研究班内関係者による現況の整理を行った。

【研究結果】①については、一般病床の計算の考え方としては、簡易化すると(一般病床の退院件数)×(1件あたりの平均在院日数)÷(病床の利用率)と表されるが、特に「一般病床の退院件数における高齢者の増加や退院率の上昇」「平均在院日数の延長」が病床数の結果に影響を及ぼしており、平均在院日数の延長は、平均在院日数の縮減率の鈍化が理由として考えられた。また、平均在院日数の定義の違いや、一般病床の計算式の元となるデータの調査主体や地域単位、対象年度の違いなどが影響を及ぼしていると考えられた。②については、研究班内でのブレインストーミングの範囲内での試論であるが、大きく5つの検討すべき事項として、「(1)必要病床数の定義」「(2)必要病床数の算出方法」「(3)病床機能報告制度に基づく機能別病床数の管理方法」「(4)2040年までの間に入院需要がピークを迎える地域の病床規制の考え方」「(5)規制の対象とする病床の考え方」があり、それぞれについて、法レベルでの整備から現場レベルでの認識のずれの解消など、様々な検討課題があることが確認できた。

【結論】必要病床数と基準病床数は異なる意味を有する数値であるため、方向性を一意に定めることは容易ではない。研究結果で述べたような、集計結果に影響を与えうる様々な要因を念頭に置きつつ、基準病床数の算定方法を仮に再検討する場合は、少なくとも人口多数県・人口中位県・人口少数県から複数の都道府県の情報をもとに分析するなどし、一定程度の人口や地域代表性が担保されるよう、検討すべきである。

A. 研究目的

各都道府県では、2023年度に第8次医療計画に係る一般病床及び療養病床の基準病床数（以下、基準病床数と略す）を定めた。一方で、複数の自治体で基準病床数が増加し、病床数を減らしていく方向性であった地域医療構想上の必要病床数（以下、必要病床数と略す）との差が広がる事態となった。さらに、今回算出された基準病床数と必要病床数の時点が重複していたこともあり、一部で混乱が生じた。

今回の事態を受け、「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」では、医療関係団体から下記2点を求める意見が提出されている。

- 必要病床数と、基準病床数の算出方法の見直し
- 必要病床数と基準病床数の統合

厚生労働省では、医療関係団体からの意見を受けて、基準病床数と必要病床数の在り方について検討するとしている。本研究班では、2024年5月より

1. 基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証
2. 必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項

について、研究班メンバーや関係者との意見交換を実施した。本報告書では、上記2点に関する、これまでの議論の変遷と今後の展望を取りまとめた。

B. 研究方法

1. 基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証

奈良県における第7次医療計画と第8次医療計画時点での一般・療養病床の基準病床数の比較を実施した。第8次医療計画時点の基準病床数は、第7次医療計画時点よりも上振れしていることが導かれた。本研究班では、基準病床数の上振れの要因を検討・分析した。

2. 必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項

必要病床数と基準病床数は、その趣旨や経緯、現在の役割、元データ等がいずれも異なっている。そのため、両者の統合を検討する場合に備え、それらの相違を認識し、統合した場合に生じ得る課題をシミュレーションする。本研究班内では、都道府県担当者の立場から、既に次期地域医療構想時点での必要病床数の具体的な検討が進んでいることを踏まえ、現行の基準病床数制度を見直し、必要病床数に一本化する場合に検討が必要と考えられる、

- (1) 必要病床数の定義
- (2) 必要病床数の算出方法
- (3) 病床機能報告制度に基づく機能別病床数の管理方法
- (4) 2040年までの間に入院需要がピークを迎える地域の病床規制の考え
- (5) 規制の対象とする病床の考え方、

の5点の事項について考察した。

C. 研究結果

1. 基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証

奈良県を例にとって、一般病床増加の要素分解をした結果を述べる。奈良県において、厚生労働省が示した標準的な数値を用い、第8次医療計画の基準病床数を算定した結果、実際に計算した基

準病床数が、県全体として想定される基準病床数よりも多くなっていた。

一般病床の計算の考え方としては、簡易化すると

$$\begin{aligned} & (\text{一般病床の退院件数 (1日あたり)}) \times \\ & (\text{1件あたりの平均在院日数}) \div \\ & (\text{病床の利用率}) \end{aligned}$$

となる。この考え方のもとで一般病床の基準病床数を評価すると、17%の増加が確認された。これより、基準病床数算定式の構成要素において、

- 一般病床の退院件数は、高齢者の増加や退院率の上昇の影響により増加しており、病床の増加要因となっている
- 平均在院日数は0.8日分延びており、病床の増加要因となっている
- 病床利用率は、前回計画から変動がないため、影響がない

ことが導かれた。以下は、全国レベルでの基準病床数算定式構成要素の変遷となる。

表1：基準病床数算定式構成要素の変遷

病院/全国	2014(H26)年	2017(H29)年 ※患者調査の調査年
退院患者数 (患者調査：3年ごと)	1254.6千人 (9月単月)	1351.9千人 (9月単月) +7.8%
平均在院日数 (病院報告)	16.8日 (年間)	16.2日(年間) ▲3.6%
病床利用率 (病院報告)	74.8%(年間)	75.9%(年間) +1.5%
一般病床数 (病院報告)	894,216床 (年間)	890,865床 (年間) ▲0.4%

各要素の変遷を見ると、退院患者数・平均在院

日数の増減と病床利用率の変動は連動するはずだが、ズレが生じていることが確認できた。具体的には、前述の一般病床の計算の考え方に当てはめて一般病床数は

$$\begin{aligned} & (\text{「退院患者数」の+7.8\%}) \times \\ & (\text{「平均在院日数」の-3.6\%}) \div \\ & (\text{「病床の利用率」の+1.5\%}) \\ & \approx +2.4\% \end{aligned}$$

になると期待されるところだが、実際の一般病床数は、病院報告によると2014(H26)年と比較して0.4%減少しており、差異が認められる。この差異の原因として、たとえば「患者調査」と「病院報告」とで、調査主体が異なることによる影響などが考えられるが、以下、こうした差異の発生をきたし得る根拠について検討を加えていく。

平均在院日数の縮減率

近畿ブロックの数値によれば、基準病床数算定式に用いられる平均在院日数の数値は、第7次医療計画策定時は「14.7日」であったのが、第8次医療計画では「15.5日」と、0.8日伸びていることが確認された。コロナ期間を除き、実際の平均在院日数は短縮傾向が続いているにも関わらず、在院日数が増加している要因として、以下の2つが考えられる。

① 「直近の変化率」(縮減率)の変化

第7次医療計画策定時は、直近の病院報告(平成27年)までの6年間(平成21年～27年の6年間)の平均在院日数の変化率を基礎として、地域差の是正を進める観点から一定の条件を設けつつも、経年の短縮率を見込んだ推計を行ってきた¹⁾。一方、第8次ではコロナの影響を除くため平成27年と令和元年の数値を比較して算出している。この両計画において基準病床数の算定の根拠としている平均在院日数の短縮率が大きく異なるため、算定式上では平均在院日数の「見かけ上の伸び」

(14.7 日→15.5 日)が発生している。基準病床数の算定には、平均在院日数(縮減後の推計値)が用いられるため、「見かけ上の延び」は基準病床数の増加につながっていると想定される。

表 2：病院報告における平均在院日数の変遷

年	平均在院日数	
2009/H21 年	18.5 日	18.5 → 16.5 に在院日数 が短縮(縮減 率 89%) ↓ 16.5 日 × 0.89 ≒ <u>14.7</u> 日と推計さ れる
2010/H22 年	18.2 日	
2011/H23 年	17.9 日	
2012/H24 年	17.5 日	
2013/H25 年	17.2 日	
2014/H26 年	16.8 日	
2015/H27 年	16.5 日	
2016/H28 年	16.2 日	16.5 → 16.0 の短縮にと どまる(縮減 率 97%) ↓ 16.0 日 × 0.97 ≒ <u>15.5</u> 日と推計さ れる
2017/H29 年	16.2 日	
2018/H30 年	16.1 日	
2019/R 元年	16.0 日	
2020/R2 年	16.5 日	コロナ期間 のため除外
2021/R3 年	16.1 日	
2022/R4 年	16.2 日	

② 平均在院日数の定義の違い

病院報告で用いられる平均在院日数では、退院日がカウントされないため、他の計算式から算出される「平均在院日数」とは、在院日数によっては大きな差が生まれる。具体的には、病床利用率の計算に用いられる在院患者延数は毎日 24 時時点で在院していた患者の合計であり、その日の 24 時までで退院した者は計上されない。したがって、1 泊 2 日入院の事例では、他の統計だと在院日数は 2

日となるが、病院報告では 1 日としてカウントされ、病床使用率は他の統計と比較して 1 日/2 日、つまり 50%分しかカウントされないこととなる。同様に、2 泊 3 日入院の事例では、他の統計だと在院日数は 3 日となるが、病院報告では 2 日としてカウントされ、病床使用率は他の統計と比較して 2 日/3 日、つまり 67%分しかカウントされないこととなる。この差は在院日数が短いほど大きくなるため、在院日数が短縮されるほど、大きく影響してくると考えられる。

一般病床の基準病床数が上振れしている理由について、上記「平均在院日数」の縮減率や定義に由来する要因の他にも、前提として、基準病床数の計算式中で用いられる数字に患者調査や病院報告など、異なる調査に由来するものが混在していることが挙げられる。調査ごとに集計方法や対象期間が異なることから、どの調査結果の数字を用いるかによって基準病床数の算出結果にも影響が及ぶこととなる。また、基準病床数の式について、各分母分子に代入される数値には、単に「病院報告」や「患者調査」の数値そのものではなく、これらから導出される数値に手が加えられているものが多くある。これらは厚生労働省で算出された数値であり、外部からは計算過程を確認できない。そのため、結果が予測と異なっても正確な理由を知ることが難しい。

さらに、「病床数」については、2 種類の考え方が混在していると考えられる。厚生労働省では、「開設許可病床数」を使用している一方で、病院報告では「使用許可病床数」を使用している。開設許可病床は経年変動が小さいが、使用許可病床は休止病床などの影響があるため、経年による変動が大きい。実際、使用許可病床数は、各都道府県単位で確認すると、毎年大きく変動している。そのため、病院報告から算出される都道府県単位での「変化率」も毎年大きく変わっている。また、「病院報告における病床数」の変動状況は、都道府県ごとに大きく異なっている。病床数が変動す

ると、病床利用率の算定式など、他の数値にも影響がある。

なお、療養病床の基準病床数計算の考え方としては、

$$\{ (\text{療養病床の入院者数 (1日あたり)} - (\text{地域医療構想の取組により、病床以外 (介護施設・在宅医療等) で対応することとなる人数} + (\text{経過的措置分の補正})) \div (\text{病床の利用率})$$

により導かれる。このもとで、療養病床の基準病床数は、前回計画から6%増加していた。ただし、756床分は経過的措置分の補正によるものであったため、実質は949床の増加であった。これより、基準病床数算定式の構成要素において、

- 療養病床の入院数は、高齢者数は増えたが、高齢者の受療率が低下したことにより微増し、病床数が増加した
- 病床以外（介護施設等）で対応することになる人数は、2024～25年までの地域医療構想の取組による分を加味することになり、2018～23年までの取組を加味した前回計画よりも、期間が短くなり、病床数が増加した
- 病床利用率が低下したため、病床数が増加した

ことが導かれた。

一般病床の基準病床算定式について、要素をさらに細かく分析すると、

- 第8次計画時点では、団塊の世代の高齢者は第7次計画時に比較し大幅に増加している。
- 第8次計画時点では、高齢者の退院率は第7次計画時に比較し増加している。

ことが得られた。結果として、「1日あたりの退院件数」の増加は、ほぼ高齢者の増分による影響であることが分かった。奈良医療圏における430床の増加は、退院率、在日日数、人口の順に影響

があることが示唆された。一方で、退院率は、厚生労働省がブロック別に計算しており、都道府県では過程が分からない状況である。

2. 必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項

仮に現行の基準病床数制度を廃止し、必要病床数に一本化することとなった場合、検討が必要と推察される5点の事項について、以下に整理する。

(1) 必要病床数の定義

必要病床数について、厚生労働省は制度発足当初より、「病床数の削減目標ではなく参考値」との考え方を示しており、多くの都道府県でも、その旨を医療計画に明記し、地域医療構想の取組を進めている。

この考え方により、医療関係者の理解も得られ、都道府県における地域医療構想調整会議等の議論が円滑に進むようになった。一方で、必要病床数を超えた病床整備案件が生じたとき、参考値である為、都道府県の権限行使が難しい状況にある。

(2) 必要病床数の算出方法

必要病床数は医療計画の記載事項として都道府県が設定するが、算出方法が煩雑であり、実際には国が作成した推計ツールで算出された病床数を設定している。基準病床数のように都道府県自らが算出できる形になっておらず、裁量の余地がほぼない状況である。

このため、都道府県は地域の医療関係者から必要病床数の詳細に関して問い合わせがあった時、「規制する側」として責任ある説明が困難になる状況に陥ることがあり、権限行使が行われていない要因の1つになっていると考えられる。

(3) 病床機能報告制度に基づく機能別病床数の管理方法

病床機能報告制度は、足元の機能別病床の整備状況を把握し、都道府県知事の権限発動の基準になる重要な制度である。一方で、報告の基準日時

点が毎年7月1日とされており、都道府県は医療機関に報告を求めない限り、翌年の7月1日までの足元の機能別病床数の動きを把握することができない設計となっている。

このため、医療法第7条5項に基づく都道府県知事の権限の発動が迅速に行えない等、都道府県が担う病床管理の役割が十分に発揮されない懸念がある。

(4) 2040年までの間に入院需要がピークを迎える地域の病床規制の考え方

仮に必要な病床数に統合する場合、病床規制の適用期間は、新たに必要病床数を設定する2026年度から2040年までと考えられるが、その間に入院患者数がピークを迎える二次医療圏が、相当数見込まれる。ピークを過ぎた際の必要病床数の設定について、検討が必要となるであろう。

(5) 規制の対象とする病床の考え方

必要病床数に統合する場合、現行の医療法による基準病床数制度と必要病床数が規制している病床の対象がそれぞれ異なっている。

例えば、重度心身障害児入院施設における病床は、基準病床数と比較する対象となる「既存病床数」としては算入されず、基準病床数制度上の規制対象外となるが、病床機能報告では報告対象となり必要量による規制の対象となる。そのため、地域における協議の際に都道府県が苦慮することが想定される。

D. 考察

1. 基準病床数計算式の問題点の洗い出しと妥当性の検証

基準病床数の上振れに関する議論を行うにあたって、何について関係者が「多い」とみなし、議論しているかを慎重に整理する必要がある。

「病床数が多い」という表現には、

- 「前回の基準病床数より」多い
- 「必要病床数より」多い

- 「現場の病床ニーズより」多い

など、様々な意味でとらえられる可能性がある。例えば、現場で問題となるのが、基準病床数が「現場の病床ニーズより」多くなり、既存病床数や現在の稼働状況と比較すると「多くの空枠」ができることである。空枠の発生理由としては、

- 基準病床数の計算式で、元データにおける集計方法の相違や、年度の相違等が結果にゆがみを生じさせているのではないかな。
- 計算式は「現状追認型」であるため、数年前のトレンドが医療を取り巻く社会情勢の変化に関わらず継続されてしまいうるのではないかな。
- 最近のデータではあるが、数年前の数値を用いているため、直近の変化が反映されていないのではないかな。
- 医療圏における患者の流出入の影響が正しく盛り込まれていないのではないかな。
- 全国平均やブロック平均の数値を用いたことで、二次医療圏など、より局地的な地域固有の傾向が反映されていないのではないかな。
- コロナ禍を経て、人員不足などで病院ごとに運用の範囲内で「休床」を設置している場合、「休床」は計算式には反映されないが、各都道府県における現下の稼働率には反映されるため、「空枠」が余計に目立ってしまうのではないかな
- 平均在院日数の減少トレンドにおいて、土曜や日曜の扱いは14日前後が「踊り場」になる可能性がある

などが考えられる。

また、基準病床数算定式自体に着目した場合、算定式に影響を与える要因として、上記の理由以外にも

- 算定式に使用する数値における、「値の揺れ」を引き起こしかねない項目の含有
 - ✓ 算定式に用いられている数値が、同一定義の下で作成されていない
 - ・ 元となるデータが「病院報告」「患者調査」「国勢調査」「住基情報」など多岐にわたる
 - ✓ 算定式に用いられる数値や地域区分、扱われる年度などに、ばらつきがある
- 年齢階級が「5歳刻み」「80歳以上同一」であるため、人口の多い団塊の世代がどの年齢階級層に区分けされるかで、データが大きく揺れる可能性

などが考えられる。

2. 必要病床数と基準病床数を統合する場合の検討事項

(1) 必要病床数の定義

仮に基準病床数との統合を検討する場合、必要病床数の意義を参考値ではなく、「病床数を規制する基準」として位置づけることを検討すべきだと考える。

上記位置づけの実施には医療関係団体との丁寧な調整が必要になるが、財務省や経済財政諮問会議等が要請している都道府県知事の権限行使が比較的行いやすい環境となり、地域医療構想の取組の活性化が一定程度期待できる。

(2) 必要病床数の算出方法

仮に統合する場合の必要病床数の算出方法は、都道府県が自ら算出できる比較的簡素な方法に見直すことが必要ではないかと考える。

見直しの際は、医療法第30条の15の条文など、病床機能報告と必要病床数を比較して発動できる都道府県知事の権限があることを踏まえ、可能な限り、病床機能報告と比較することに妥当性がある必要量の算出方法を検討することが求めら

れる。

(3) 病床機能報告制度に基づく機能別病床数の管理方法

現状を踏まえ、仮に必要病床数に統合する場合は、都道府県が機能別病床数を厳密に管理する観点から、病床機能を変更する際には、都道府県知事の許可が必要という仕組みに変更することも一案として挙げられる。

(4) 2040年までの間に入院需要がピークを迎える地域の病床規制の考え方

2026年度から2040年までの間に入院患者数がピークを迎える二次医療圏で、2040年時点の必要病床数による病床規制を行うことは、住民に不足なく入院医療を提供する観点から適当ではない。については、入院需要上ピークと推計される年度の必要病床数を基準として病床規制を行うような仕組みとすることが望ましいと考えられる。また、この場合は、病床規制に関する都道府県知事の権限を定めた医療法の諸規定の記載の見直しも併せて必要になると考えられる。

(5) 規制の対象とする病床の考え方

現行の医療法による基準病床数制度と必要病床数が規制している病床の対象がそれぞれ異なっているため、整理が必要である。

具体的には、既存病床数の補正対象となっている病床について、その補正理由を確認し、必要病床数を推計する際に用いる医療需要として計上すべき病床なのかを検討する必要がある。さらに、計上すべき病床として整理を行ったものを、病床機能報告制度の報告対象として位置づけることが適当ではないかと考える。

E. 結論

必要病床数と基準病床数の位置づけをどう考えていくかについて、今後検討していく必要がある。一方で、必要病床数と基準病床数は異なる意味を有する数値であるため、方向性を一意に定め

ることは容易ではない。仮に、基準病床数の算定方法を再検討する場合は、少なくとも一定程度の人口や地域代表性が担保されるよう、人口多数県・人口中位県・人口少数県から複数の都道府県の情報をもとに分析することも、検討する必要があると考える。

また、基準病床数と必要病床数の統合に関する議論は、あくまでも研究班内でのブレインストーミングの範囲内での試論であり、各都道府県の現場の実情を踏まえた内容としては不足がある。今後、第8次医療計画における全国の二次医療圏毎の基準病床数等の把握、都道府県へのアンケート調査や個別ヒアリングなどを行い、より実態を踏まえたものにする必要があると思料している。

最後に、療養病床に関する評価方法は、現時点では十分に検討に至っていない。今後の課題として検討する必要がある。

【引用】

1. 厚生労働省、「第9回医療計画の見直し等に関する検討会 参考資料1 医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000151977.pdf>)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(令和6年度)

日本の地域別将来推計人口と患者調査を用いた日本における患者数の推計

研究協力者 平石 達郎 奈良県立医科大学
研究分担者 佐藤 拓也 東京大学医学部附属病院
研究分担者 明神 大也 奈良県立医科大学
研究分担者 西岡 祐一 奈良県立医科大学
研究分担者 石川 ベンジャミン 光一 国際医療福祉大学
研究分担者 今村 知明 奈良県立医科大学

研究要旨

2020年からの新型コロナウイルス感染症流行等により、出生率が低下し死亡率が上昇したことで人口動態変化が加速し、患者構造に影響が及んでいる可能性がある。また、新型コロナウイルス感染症が人々の受療行動に変化をもたらしたことで、将来の医療需要の予測が難しくなった。本研究では、最新の推計人口に基づく患者数と新型コロナウイルスによる患者数変化を示し、今後の政策立案の一つの材料として活用できる基礎資料を作成することを目的として推計を実施した。

A. 研究目的

厚生労働省は、医療計画や地域医療構想を検討する上で、患者調査(平成29年)の「入院受療率(人口10万対)、性・年齢階級×傷病分類」及び「推計患者数(患者所在地)、性・年齢階級×傷病大分類×入院-外来・都道府県別」並びに国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」を用いて直近の患者数を推計¹⁾している。しかしながら2020年からの新型コロナウイルス感染症(以下「COVID-19」という。)流行は出生率や死亡率等の人口動態や患者受療率に変化をもたらした可能性がある。

人口動態においては、人口動態統計(確定数)²⁾を見ると、2020年から2022年にかけて出生率は減少しており、死亡率は上昇している。死亡率はもともと上昇傾向であったものの、国立感染症研究所の分析³⁾では、2020年1月から2021年7月までの累積超過死亡数は

累積過小死亡数を下回っていたが、2021年8月以降の累積超過死亡数は累積過小死亡数を上回っていた。これらの人口動態変化は患者数推計にも影響する可能性がある。

患者受療率においては、患者側の受診控え⁴⁾や、医療機関側の医療提供サービス制限の影響⁵⁾により患者数が減少したことが示唆されているが、長期的な実態は明らかになっていない。

以上から、これまでに発表された患者数推計では将来の医療需要の予測が難しい状況にあり、改めて患者数推計を実施する必要がある。そこで本研究では、人口動態変化や受療行動変化による医科患者数推移を明確にすることを目的とし、COVID-19流行前、流行中、流行後に発表された公的データを用い、都道府県別、年齢階級別、入院外来別に患者数を推計した。

なお、本研究は令和5年度同研究課題の分担研究報告書にも概要を掲載したが、詳細版として令和6年度に再度報告を行うものである。

B. 研究方法

本研究では、厚生労働省が公表している患者調査における入院・外来受療率と、社会保障・人口問題研究所が公表している都道府県別推計人口を用いて患者数を推計した。

(1) 用いたデータ

患者の受療行動を表す受療率は、COVID-19 流行前と COVID-19 流行中の 2 種類の患者調査の結果を用いた。前者は COVID-19 流行前に実施した①2017 患者調査「下巻第 16 表 受療率（人口 10 万対）、入院－外来・施設の種類×性・年齢階級×都道府県別」（以下「2017 患者調査」という。）9)である。後者は COVID-19 流行中に実施した②2020 患者調査「都道府県編 閲覧第 31 表 受療率（人口 10 万対）、入院－外来（初診－再来）・施設の種類×性・年齢階級（10 歳）×都道府県別（以下「2020 患者調査」という。）」10)である。このうち、病院と一般診療所における、都道府県別、男女別、10 歳刻みの年齢階級別（0～4 歳と 75 歳以上区分も含む）の人口 10 万人あたりの入院受療率及び外来受療率を用いた。

推計人口は、COVID-19 流行前と COVID-19 流行後の 2 種類のデータを用いた。前者は COVID-19 流行前の③日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）「男女・年齢（5 歳）階級別の推計結果一覧」（以下「2018 推計人口」という。）11)である。後者は COVID-19 流行後の④日本の地域別推計人口「都道府県・市区町村の男女・年齢（5 歳）階級別将来推計人口」（以下「2023 推計人口」という。）12)である。このうち、都道府県別、男女別、5 歳刻みの年齢階級別（90 歳以上区分を含む）の 2020 年から 2045 年の出生率中位・死亡率中位推計人口を用いた。

(2) 推計方法

上記データを用い、1)最新の推計人口に基づく患者数推移、2)推計人口変化による患者数変化、3)COVID-19 による患者数変化の 3 つを集計した。

はじめに、2017 患者調査と 2020 患者調査、2018 推計人口と 2023 推計人口の年齢階級区分が異なるため、推計人口の 5 歳刻みの年齢階級区分を、患者調査の 10 歳刻み年齢階級区分に合わせた。その後、数式 1 の方法により推計した。

なお 2020 患者調査は、患者側の受診控え 7) や医療機関側の医療提供サービス制限 8) による患者数減少の影響を受けている可能性があることから、2017 患者調査を用いて 1)・2) を推計した。また、患者数推計は全て 2020 年から 2045 年の 5 年刻みで算出、比較した。

本研究で用いたデータはいずれも統計処理された公表データであるため、倫理的配慮を必要としない。

数式 1

A 都道府県別推計人口

B 都道府県別入院受療率

C 都道府県別外来受療率

i 推計調査年（2017 患者調査、2020 患者調査、2018 推計人口、2023 推計人口）

$$A_{ijk} : A_{2018jk} \text{ or } A_{2023jk}$$

$$B_{ijk} : B_{2017jk} \text{ or } B_{2020jk}$$

$$C_{ijk} : C_{2017jk} \text{ or } C_{2020jk}$$

j 年齢階級（1=0-4、2=5-14、・・・、9=75 歳以上）

k 都道府県番号（*k*=1、2、3、4、・・・、47）

都道府県別年齢階級別入院患者数：

$$I_{jk} = A_{ijk} B_{ijk}$$

$$\text{都道府県別入院患者数} : \sum_{j=1}^9 I_{jk}$$

$$\text{全国入院患者数} : \sum_{k=1}^{47} (\sum_{j=1}^9 I_{jk})$$

都道府県別年齢階級別外来患者数：

$$O_{jk} = A_{ijk} C_{ijk}$$

都道府県別外来患者数： $\sum_{j=1}^9 O_{jk}$

全国外来患者数： $\sum_{k=1}^{47} (\sum_{j=1}^9 O_{jk})$

Model 1：2017 患者調査、2023 推計人口

$A_{ijk} : A_{2023jk}$

$B_{ijk} : B_{2017jk}$

$C_{ijk} : C_{2017jk}$

Model 2：2017 患者調査、2018 推計人口

$A_{ijk} : A_{2018jk}$

$B_{ijk} : B_{2017jk}$

$C_{ijk} : C_{2017jk}$

Model 3：2020 患者調査、2023 推計人口

$A_{ijk} : A_{2023jk}$

$B_{ijk} : B_{2020jk}$

$C_{ijk} : C_{2020jk}$

C. 研究結果

それぞれの結果を以下に示す。

(1) COVID-19 流行後の推計人口に基づく患者数推計

全国入院患者数は 2030 年の 1,443,390 人まで増加し、その後減少に転じた。全国外来患者数は 2025 年の 5,866,071 人まで増加し、その後減少に転じ、減少率は年次が進むとともに増加した

(図 1)。

2045 年の都道府県別の入院患者数は、2020 年に比べて 22 県が増加し、25 県が減少していた。増加率の最高は沖縄県の 29.76%、減少率の最高は秋田県の 18.17%であった。患者数が最大値に達する時期は都道府県により異なり、2020 年に 1

県、2025 年に 8 県、2030 年に最多の 29 県、2035 年に 2 県で、残りの 7 県は 2045 年まで増加を続けた。2045 年の都道府県別外来患者数は、2020 年に比べて 7 県が増加し、残り 40 県は減少していた。増加率の最高は沖縄県の 12.47%、減少率の最高は秋田県の 27.28%であった(表 1)。入院と同様、患者数が最大値に達する時期は都道府県により異なり、2020 年に最多の 31 県、2025 年に 7 県、2030 年に 3 県、2035 年に 1 県、2040 年に 2 県で、残りの 3 県は 2045 年まで増加を続けた。

(2) 推計人口変化による患者数比較

全国入院患者・外来患者の総数の推計は、2018 推計人口と 2023 推計人口いずれも同じ傾向を示した。具体的には、全国入院患者数は 2030 年まで増加し、その後減少に転じた。全国外来患者数は 2025 年まで増加し、その後減少に転じた。入院・外来患者数が減少に転じて以降の減少の加速率は、2018 推計人口と比べて 2023 推計人口を用いたほうが穏やかだった(図 2)。

また年齢階級別にみると、0~4 歳入院患者数と 75 歳以上入院患者数は全ての年において 2018 推計人口に比べて 2023 推計人口の方が少なくなった。5~14 歳の入院患者数は、2020 年を除いて、2023 推計人口の方が少なくなった。一方、25~64 歳の入院患者数は 2023 推計人口の方が多くなった。0~4 歳の外来患者数は全ての年において 2018 推計人口に比べて 2023 推計人口の方が少なくなった。5~14 歳の外来患者数は 2020 年を除き、75 歳以上の外来患者数は 2045 年を除いて、2023 推計人口の方が少なくなった。25~64 歳の外来患者数は 2023 推計人口の方が多くなった(表 2)。

(3) COVID-19 による患者数変化

全国の 2020 年の入院患者数は、2017 患者調査では 1,340,542 人、2020 患者調査では 1,207,181 人であり、133,361 人少なかった。2025 年以降の入院患者数については、2020 患者調査が 2017 患者調査と比べて少なかった。外来患者数においては、2020 年の全国外来患者数は 2017 患者調査では 5,828,601 人、2020 患者調査では 5,751,051 人と、77,550 人少なかった。2025 年以降の外来患者

数についても、2017 患者調査より 2020 患者調査の方が少なかった（図 3）。

2020 年の都道府県別の入院患者数は、全ての都道府県で 2020 患者調査が 2017 患者調査を下回っていた。減少率の最低は秋田県の 1.06%、最高は石川県の 18.84%であった。外来患者数では、2020 患者調査が 2017 患者調査を上回ったのが 15 県、下回ったのが 32 県であった。増加率の最高は静岡県県の 11.57%、減少率の最高は宮城県県の 20.60%であった（表 3）。

D. 考察

COVID-19 流行後の推計人口に基づく患者数推計では、入院は 2030 年、外来は 2025 年を頂点として減少局面に入り、特に外来は 2030 年以降急激に減少する結果となった。推計人口の変化による患者数比較では、一部の年齢階級を除いて 2018 推計人口に比べて 2023 推計人口が多い結果となった。COVID-19 による患者数変化では、一部の都県の外来患者数を除き、入院・外来患者数が減少していた。

COVID-19 流行後の推計人口に基づく患者数推計では、都道府県によって差はあるものの、多くの都道府県ですでに外来患者数は減少しており、また 2030 年までには多くの都道府県の入院患者数が減少に転じることが示唆された。今後の受診率や疾病の発生状況にもよるが、減少するのは間違いないと思われる。

次に推計人口変化による患者数比較について、2023 推計人口による患者数が 2018 推計人口による患者数を上回っていたが、その理由としては 2023 推計人口に外国人入国超過数を考慮している⁶⁾ためと考えられた。特に、外国人流入が 2035 年以降の外来患者数の差に影響している可能性がある。表 1 で上位に位置する都道府県と出入国管理庁「都道府県別 在留外国人推移」⁷⁾の上位に位置する都道府県はほぼ同一であり、都道府県差も示された。今後、増加する外国人患者に合わせた医療提供体制整備も求められるかもしれない。しかし、当該外国人には永住者だけでなく帰国す

る可能性がある技能労働者等も含まれていることから、推計人口通りの患者数増加にはならない可能性もある。

そして COVID-19 による患者数変化について、令和 4 年医療施設調査⁸⁾によると、全国に 8,156 存在する病院のうち、200 床以上を有する割合は 30%、400 床以上を有する割合はそのうち 9.2%にとどまっていた。医師や看護師等専門職員の不足が医療提供サービスを制限していることを示唆する文献も見られる⁵⁾。そのため、患者数減少は受診控えといった患者側の要因⁴⁾だけでなく、医療機関側の体制にも起因する可能性が挙げられる。また、患者調査の外来受療率では、COVID-19 感染蔓延中の 2020 年のほうが、2017 年より上回っている都道府県が数県存在していた。患者調査は抽出された医療機関の回答により算出されるため、患者調査の手引き⁹⁾により詳細な説明がなされている。しかし、同一患者の転院など患者数の定義付けが難しく、医療機関の回答が誤っている可能性もある。調査の制度を向上させるためにも、日本における全保険請求情報の 95%が集められている NDB オープンデータ¹⁰⁾を用いた受療率算出など、調査の標準化を図る必要があると考えられた。

本研究以前に人口と入院・外来の受療率を用いて患者数推計を実施したものは少ない。一方、研究目的で記載したとおり、厚生労働省の最新の公表資料では、2018 年推計人口と 2017 年受療率を用いて患者数を推計している。推計は二次医療圏単位で行われているため単純比較は難しいが、例えば大阪府の大部分の医療圏における入院患者数最大値到達時期を 2035 年もしくは 2040 年以降と推計している。しかしながら、2023 年推計人口を用いた本研究による大阪府の入院患者数は 2030 年がピークになる結果となっており、患者数推計の変化を明確にしたという点で本研究は意義深いと考えられる。

本研究の限界を以下に挙げる。第一に、患者調査の受療率を一定と仮定している点であり、将来の受療率と大きく乖離すると患者数推計にも大

きな差が生じる可能性がある。第二に、推計人口が5年に一度実施される調査を基準としている点であり、本研究では出生率中位・死亡率中位を用いたものの、今後の出生率低下や死亡率上昇は否定できない。さらに、前述のとおり外国人入国超過数の影響も大きく、将来の国際情勢により大きく変動する可能性がある。第三に、今後の新たな感染症流行により、受療率が大きく変動し患者数にも影響する可能性がある。しかしいづれにしても、患者調査・推計人口ともに公的統計であることから、本研究結果は今後の医療政策立案に資する一つの有益な資料であると考えられる。

E. 結論

2023年の推計人口は外国人入国超過数の影響を大きく受けており、現実との乖離は懸念されるものの、本研究では最新の推計人口と患者調査の受療率を用いて患者数推計を実施した。引き続きより簡便で精度の高い統計調査方法を模索し、継続的に患者数推計を実施していく必要がある。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

平石達郎、明神大也、西岡祐一、石川ベンジャミン光一、今村知明. 日本の地域別将来推計人口と患者調査を用いた日本における患者数の推計. 厚生指標. 2025 Apr;72(4).

2. 学会発表

特に無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特に無し

2. 実用新案登録

特に無し

3. その他

特に無し

参考文献

1. 厚生労働省. 令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 参考資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24045.html
(2025年1月4日アクセス)
2. 厚生労働省. 人口動態調査 人口動態統計(確定数)の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>
(2025年1月4日アクセス)
3. 国立感染症研究所. 我が国における超過死亡数および過少死亡数 専用のダッシュボード
<https://exdeaths-japan.org/>
(2025年1月4日アクセス)
4. 園山(大迫)理江, 奥井達雄, 辰巳博人, 他. コロナ禍の受診控えにより悪性転化を来した舌癌の1例. 癌と化学療法
2022;49(13):1758-61
5. 安原洋, 矢富裕, 高階雅紀, 他. 病院の医療機器と職員の体制が新型コロナウイルス患者受入れに与える影響. 医療機器学
2023; 93(5):585-93
6. 厚生労働省. 第22回社会保障審議会人口部会資料 令和4年10月31日
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001006302.pdf>
(2025年1月4日アクセス)
7. 出入国在留管理庁. 令和4年度末現在における在留外国人数について
https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00033.html
(2025年1月4日アクセス)
8. 厚生労働省. 令和4(2022)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/>
(2025年1月4日アクセス)

9. 厚生労働省. 令和 5 年患者調査 調査の手引き

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/10->

[20_tebiki-h_2023.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/10-20_tebiki-h_2023.pdf)

(2025 年 1 月 4 日アクセス)

10. 厚生労働省. 第 1 回 NDB オープンデータ

【解説編】

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou->

[12400000-Hokenkyoku/0000141549.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000141549.pdf)

(2025 年 1 月 4 日アクセス)

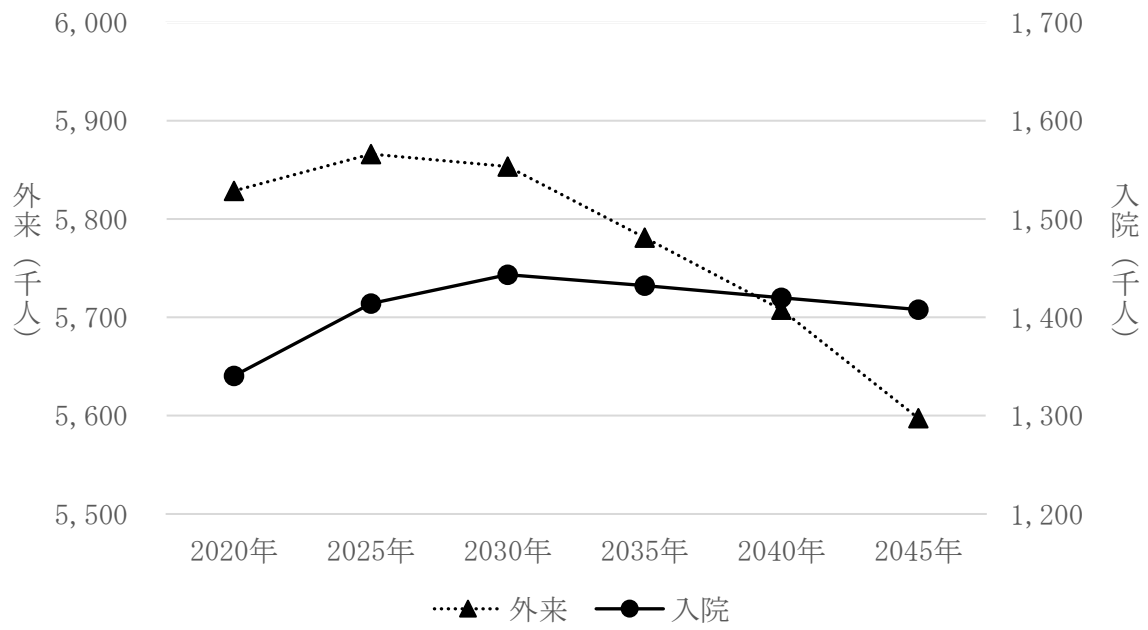


図1 2023 推計人口に基づく全国患者数推移

	入院患者数			外来患者数		
	2020年	2045年	増減率	2020年	2045年	増減率
北海道	81,723	81,581	-0.17%	229,249	197,349	-13.91%
青森県	14,016	12,484	-10.93%	66,049	50,775	-23.13%
岩手県	13,643	12,039	-11.76%	57,473	46,164	-19.68%
宮城県	19,793	21,395	8.09%	111,681	107,213	-4.00%
秋田県	11,816	9,669	-18.17%	46,522	33,833	-27.28%
山形県	12,078	10,702	-11.40%	51,897	41,755	-19.54%
福島県	18,950	18,039	-4.80%	83,326	69,592	-16.48%
茨城県	26,340	27,653	4.98%	120,873	112,430	-6.99%
栃木県	18,459	19,511	5.70%	92,616	87,008	-6.06%
群馬県	19,721	20,446	3.68%	85,227	78,541	-7.84%
埼玉県	58,387	67,028	14.80%	308,482	318,235	3.16%
千葉県	49,215	55,185	12.13%	266,360	270,956	1.73%
東京都	106,146	128,771	21.31%	606,895	681,307	12.26%
神奈川県	68,446	81,049	18.41%	406,100	432,342	6.46%
新潟県	24,151	22,379	-7.34%	93,646	77,632	-17.10%
富山県	14,490	13,793	-4.81%	45,731	39,342	-13.97%
石川県	15,221	15,801	3.81%	48,470	44,605	-7.97%
福井県	9,579	9,548	-0.32%	35,223	30,950	-12.13%
山梨県	8,857	9,122	3.00%	36,432	32,472	-10.87%
長野県	19,653	19,588	-0.33%	87,624	78,767	-10.11%
岐阜県	18,013	17,792	-1.23%	102,536	91,380	-10.88%
静岡県	32,231	33,074	2.61%	155,675	143,398	-7.89%
愛知県	59,426	67,379	13.38%	361,394	374,378	3.59%
三重県	17,508	17,401	-0.61%	87,086	77,983	-10.45%
滋賀県	12,969	15,434	19.01%	59,974	61,653	2.80%
京都府	29,262	31,128	6.38%	110,073	104,183	-5.35%
大阪府	92,485	97,888	5.84%	414,710	404,592	-2.44%
兵庫県	58,741	62,581	6.54%	270,971	257,261	-5.06%
奈良県	14,469	14,653	1.27%	51,787	46,048	-11.08%
和歌山県	11,630	10,685	-8.12%	50,985	41,902	-17.81%
鳥取県	7,039	6,698	-4.85%	26,367	22,472	-14.77%
島根県	9,017	8,079	-10.41%	35,743	29,749	-16.77%
岡山県	22,826	22,751	-0.33%	92,573	83,887	-9.38%
広島県	33,973	34,653	2.00%	128,887	120,622	-6.41%
山口県	23,666	21,090	-10.88%	75,830	61,478	-18.93%
徳島県	12,008	11,109	-7.49%	36,855	30,667	-16.79%
香川県	12,299	11,817	-3.92%	56,426	50,084	-11.24%
愛媛県	18,675	17,516	-6.21%	66,536	56,701	-14.78%
高知県	15,028	13,473	-10.35%	33,905	26,981	-20.42%
福岡県	76,365	83,865	9.82%	261,499	256,970	-1.73%
佐賀県	13,325	13,413	0.66%	48,944	44,160	-9.78%
長崎県	24,277	22,352	-7.93%	76,614	62,512	-18.41%
熊本県	31,075	31,087	0.04%	95,441	86,500	-9.37%
大分県	19,234	18,197	-5.39%	51,665	44,798	-13.29%
宮崎県	16,292	15,689	-3.70%	55,437	48,547	-12.43%
鹿児島県	30,271	29,275	-3.29%	84,625	73,986	-12.57%
沖縄県	17,755	23,038	29.76%	56,186	63,192	12.47%

表1 2020年を基準とした2045年の都道府県別患者数増減率

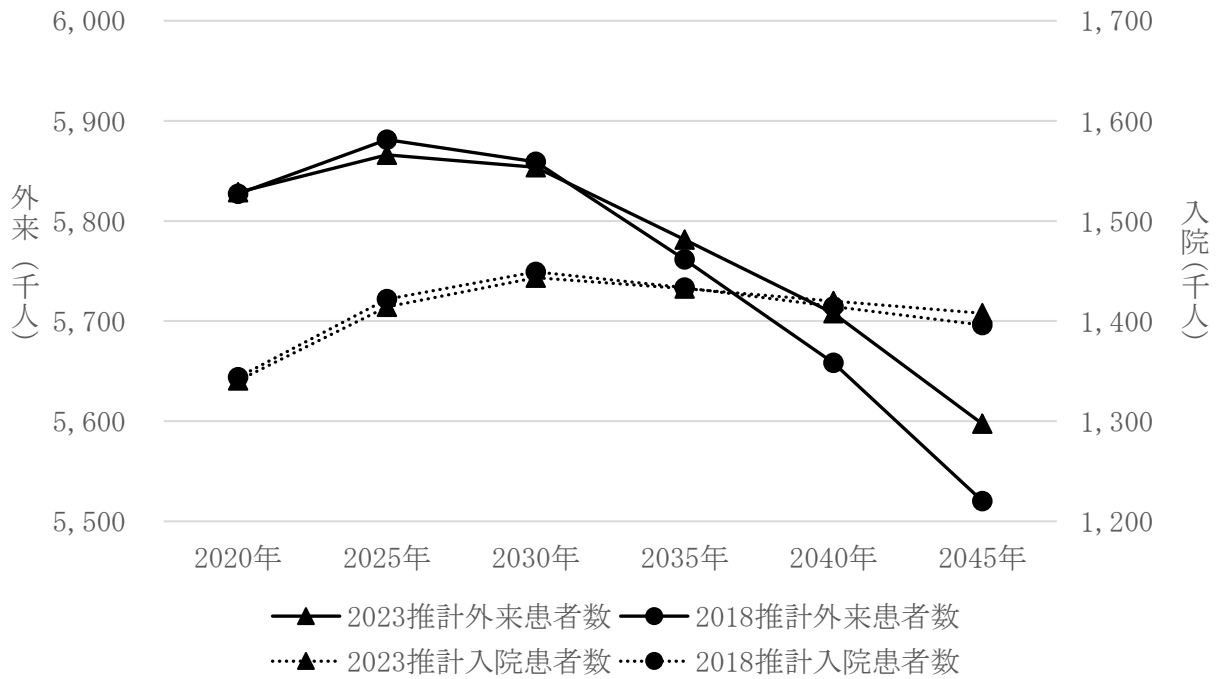


図2 推計人口変化による患者数推移比較

入院	0-4歳患者数			5-14歳患者数			15-24歳患者数			25-34歳患者数			35-44歳患者数		
	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差
2020	17,234	16,506	-729	9,252	9,393	141	15,923	16,213	290	33,330	34,094	765	47,826	48,443	617
2025	15,677	14,351	-1,326	8,722	8,649	-73	14,942	15,353	410	32,268	33,134	866	42,007	42,854	847
2030	15,026	14,018	-1,008	8,098	7,605	-493	14,106	14,716	611	31,225	32,685	1,459	38,181	39,239	1,058
2035	14,453	13,886	-566	7,547	6,983	-564	13,317	13,594	276	29,365	31,482	2,117	37,098	38,425	1,327
2040	13,745	13,331	-414	7,237	6,856	-380	12,367	12,015	-352	27,767	30,266	2,499	35,954	37,953	2,000
2045	12,990	12,575	-415	6,913	6,680	-232	11,523	11,037	-486	26,227	28,083	1,857	33,851	36,584	2,733
入院	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差
2020	86,199	86,816	617	132,819	133,344	525	259,592	258,935	-658	741,692	736,799	-4,893			-3,326
2025	84,454	85,374	920	139,011	139,900	889	223,122	223,278	156	861,677	851,316	-10,361			-7,671
2030	73,120	74,314	1,194	152,444	153,904	1,460	210,942	211,873	931	906,086	895,035	-11,051			-5,839
2035	64,321	65,840	1,520	149,390	151,446	2,056	222,289	223,917	1,628	895,707	886,847	-8,860			-1,067
2040	58,591	60,433	1,841	129,515	132,016	2,500	244,806	247,491	2,685	884,600	879,571	-5,029			5,350
2045	57,042	59,293	2,251	114,168	117,245	3,077	239,897	243,597	3,700	893,281	892,801	-480			12,005
外来	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差
2020	298,579	286,056	-12,523	288,057	292,716	4,659	185,594	189,014	3,420	284,039	291,951	7,912	394,063	399,272	5,209
2025	272,076	249,273	-22,803	272,137	270,391	-1,746	174,556	179,300	4,744	276,790	286,121	9,332	346,627	354,459	7,832
2030	261,192	243,814	-17,377	253,082	238,515	-14,568	164,932	172,245	7,313	269,197	282,621	13,424	315,901	327,053	11,153
2035	251,547	241,986	-9,560	236,374	219,812	-16,562	155,852	159,546	3,694	253,744	272,293	18,549	308,596	322,573	13,977
2040	239,574	232,677	-6,897	227,193	216,530	-10,663	144,945	141,495	-3,450	240,205	262,430	22,225	300,608	318,959	18,351
2045	226,736	219,878	-6,858	217,524	211,456	-6,069	135,249	130,442	-4,807	227,103	244,137	17,034	283,778	307,684	23,905
外来	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差	2018 推計	2023 推計	差
2020	571,455	575,732	4,277	684,606	687,577	2,971	1,236,134	1,232,797	-3,337	1,884,726	1,873,486	-11,240			1,347
2025	558,206	564,105	5,898	726,644	731,802	5,158	1,059,118	1,059,873	754	2,195,135	2,170,748	-24,387			-15,219
2030	482,321	490,173	7,852	800,135	807,708	7,573	1,009,695	1,014,841	5,146	2,302,792	2,276,573	-26,218			-5,704
2035	424,633	435,664	11,031	781,670	791,587	9,917	1,076,024	1,084,988	8,964	2,273,187	2,252,787	-20,401			19,608
2040	387,479	402,377	14,897	676,236	688,746	12,511	1,188,808	1,202,280	13,472	2,253,094	2,242,423	-10,671			49,774
2045	378,911	397,069	18,158	596,392	613,370	16,978	1,161,721	1,179,081	17,360	2,292,839	2,294,236	1,397			77,100

表2 推計人口変化による年齢階級別患者数比較 (正:2023が増加, 負:減少)

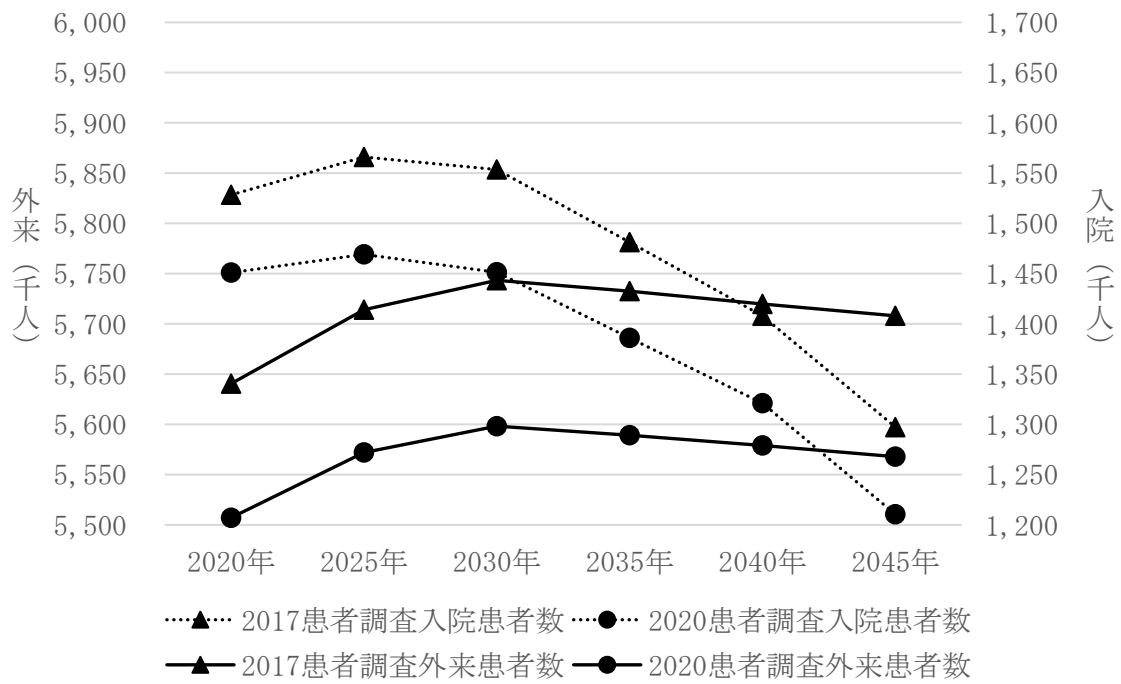


図3 受療率変化による全国患者数推移比較

	2020年入院患者数			2020年外来患者数		
	2017受療率	2020受療率	増減率	2017受療率	2020受療率	増減率
北海道	81,723	72,231	-11.61%	229,249	225,065	-1.82%
青森県	14,016	13,199	-5.83%	66,049	59,249	-10.29%
岩手県	13,643	12,961	-5.00%	57,473	58,786	2.29%
宮城県	19,793	19,140	-3.30%	111,681	88,678	-20.60%
秋田県	11,816	11,690	-1.06%	46,522	45,278	-2.67%
山形県	12,078	11,413	-5.51%	51,897	56,404	8.69%
福島県	18,950	17,179	-9.34%	83,326	75,094	-9.88%
茨城県	26,340	24,143	-8.34%	120,873	123,855	2.47%
栃木県	18,459	15,662	-15.15%	92,616	76,796	-17.08%
群馬県	19,721	18,228	-7.57%	85,227	87,278	2.41%
埼玉県	58,387	53,324	-8.67%	308,482	296,471	-3.89%
千葉県	49,215	46,113	-6.30%	266,360	244,650	-8.15%
東京都	106,146	93,869	-11.57%	606,895	661,967	9.07%
神奈川県	68,446	60,387	-11.77%	406,100	422,368	4.01%
新潟県	24,151	21,184	-12.29%	93,646	95,113	1.57%
富山県	14,490	12,382	-14.55%	45,731	44,400	-2.91%
石川県	15,221	12,354	-18.84%	48,470	43,373	-10.52%
福井県	9,579	8,738	-8.78%	35,223	33,300	-5.46%
山梨県	8,857	8,288	-6.42%	36,432	37,425	2.72%
長野県	19,653	18,327	-6.75%	87,624	89,050	1.63%
岐阜県	18,013	15,947	-11.47%	102,536	95,279	-7.08%
静岡県	32,231	28,745	-10.82%	155,675	173,681	11.57%
愛知県	59,426	52,420	-11.79%	361,394	377,726	4.52%
三重県	17,508	15,668	-10.51%	87,086	84,855	-2.56%
滋賀県	12,969	11,473	-11.53%	59,974	65,070	8.50%
京都府	29,262	24,203	-17.29%	110,073	107,627	-2.22%
大阪府	92,485	82,338	-10.97%	414,710	379,664	-8.45%
兵庫県	58,741	54,287	-7.58%	270,971	267,064	-1.44%
奈良県	14,469	11,805	-18.41%	51,787	56,169	8.46%
和歌山県	11,630	10,238	-11.97%	50,985	48,260	-5.35%
鳥取県	7,039	6,228	-11.52%	26,367	24,949	-5.38%
島根県	9,017	8,294	-8.02%	35,743	33,683	-5.76%
岡山県	22,826	21,411	-6.20%	92,573	88,758	-4.12%
広島県	33,973	30,498	-10.23%	128,887	136,398	5.83%
山口県	23,666	21,149	-10.63%	75,830	70,433	-7.12%
徳島県	12,008	11,467	-4.51%	36,855	34,460	-6.50%
香川県	12,299	11,477	-6.68%	56,426	51,826	-8.15%
愛媛県	18,675	16,943	-9.28%	66,536	65,948	-0.88%
高知県	15,028	13,112	-12.75%	33,905	29,599	-12.70%
福岡県	76,365	70,202	-8.07%	261,499	260,264	-0.47%
佐賀県	13,325	12,354	-7.29%	48,944	43,572	-10.98%
長崎県	24,277	22,019	-9.30%	76,614	65,670	-14.28%
熊本県	31,075	28,165	-9.36%	95,441	84,540	-11.42%
大分県	19,234	16,637	-13.50%	51,665	48,976	-5.20%
宮崎県	16,292	14,697	-9.78%	55,437	55,773	0.61%
鹿児島県	30,271	28,715	-5.14%	84,625	82,653	-2.33%
沖縄県	17,755	15,877	-10.58%	56,186	53,554	-4.68%

表3 受療率変化による都道府県別2020年患者数比較

推計死亡者数と確定死亡者数の差が与える影響に関する考察

研究協力者 須河 裕也 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者 佐藤 拓也 (東京大学医学部附属病院 救急・集中治療科)
研究分担者 西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究代表者 今村 知明 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

研究要旨

医療施設調査・病院報告によれば病床利用率は2019年と2023年で77%から69%低下している。本研究では、中期的な医療需要の推計及び整備すべき医療提供体制の提案のための基礎資料として、実際の死亡者数が死亡推計者数を上回った場合の病床稼働への影響を考察した。死亡推計者数(2017年国立社会保障・人口問題研究所)と確定死亡者数(厚生労働省)との差に着目し、病床稼働率への影響を考察することで地域医療提供構想のための基礎資料とすることを目的とした。65歳以上で2022～2023年の死亡者数は予測値を210,953人上回った。仮にこの約21万人の死亡者数が生存していたシナリオを想定し、2024年の入院患者数がどの程度増えるかを試算したところ、全入院患者数の約2.4%増加することがわかった。死亡者数が予想を上回るとその後の入院患者数が減る、逆に予想を下回ると入院患者数が増えることが考えられるが、本研究によって具体的に死亡者数と過去の推計値との差が結果的に病床稼働にどの程度影響したかを試算することができた。本試算結果をもって単純に2.4%の病床稼働率が下がったとすることはできないが、死亡者数も病床稼働に影響する要因となることが改めて示された。本研究は今後の医療提供体制において、死亡者数推計と実際の死亡者数のずれが発生した場合の影響を判断するための基礎資料として活用できる。

A. 研究目的

中期的な医療需要の推計及び整備すべき医療提供体制の観点から、人口動態を正確に把握しておくことは重要であり、患者人口を予想し地域の実状に応じた医療計画や病床提供体制を準備しておく必要がある。医療施設調査・病院報告によれば、2019年と2023年の一般病床の病床利用率は77%から69%と低下している現状である。実際にこのような病床利用率の低下が、医療現場に与える影響は小さくないと考えられる。病床稼働率の低

下の要因を調査し、分析することは今後の医療政策や医療提供体制を考える上で重要なことである。そこで本研究は病床稼働率の低下を分析するために新型コロナウイルス感染症流行前に公表された公的推計データと人口動態統計(厚生労働省)で公表されている死亡者数(2022年、2023年の確定死亡者数)の差に着目し、それらのデータが病床稼働率に与えた影響を考察することを目的とした。

B. 研究方法

国立社会保障・人口問題研究所の「2017年日本人推計死亡人口」と2022年、2023年の確定死亡者数の差が病床稼働率に与える影響を検討した。

1. 使用データは以下の4種類である。

- ・国立社会保障・人口問題研究所が発表する2017年「性年齢3区分別人口推移」の推計日本人死亡者数

- ・厚生労働省の人口動態統計による確定死亡者数（2022～2023年）

- ・商用データベース DeSC データベース（延べ1,300万人規模の健康保険組合、国民健康保険、後期高齢者医療制度のレセプトデータを含む）

- ・「令和2年（2020）患者調査（厚生労働省）」より1日の入院患者数（精神科除く）

2. 方法

① 推定死亡者数（H29時点）-確定死亡者数（R5時点）=超過超少死亡者数を算出した（2022～2023年の各年）

*本報告書の「超過死亡者数」はH29推計値とR5の確定死亡者数との差のこと

② 一般的に医療需要の高いとされる65歳以上の超過死亡者数*を算出した

③ この超過死亡者が生存していた場合の入院受療率をDeSCデータベースで算出した

④ 2つのシナリオを想定し、それぞれで増えた入院患者数が一般病床入院患者数に占める割合を算出した。2つのシナリオで算出した概数を1日の入院患者総数で除した（精神科を除く）

【シナリオ1】2023年の男女別超過死亡者*が生存し、1年後に亡くなった場合のシナリオ

「男女別超過死亡者数（2023年）×DeSCデータベースより抽出した予想入院受療率（死亡1年前）÷一般病床入院患者数」

【シナリオ2】2022年、2023年の男女別超過死亡者*が生存し、約2年後に亡くなった

場合のシナリオ

「男女別超過死亡者数（2022年、2023年）×DeSCデータベースより抽出した予想入院受療率（死亡1年前、死亡2年前）÷一般病床入院患者数」

（倫理面への配慮）

本研究は、奈良県立医科大学の医の倫理審査を受けて実施された。

C. 研究結果

日本人超過死亡者数*

2022年 115,089人

2023年 100,591人

表 1. 65歳以上の超過死亡者数*

男女別65歳以上の超過死亡者数	2022年	2023年	合計
男	52,056	43,656	95,712
女	62,812	55,118	117,930
合計	114,868	98,774	210,953

表 2. DeSC データベースから算出された 2022 年、2023 年の 65 歳以上の死亡者の入院受療率

DeSCデータベースから推計された死亡1年、1～2年前の入院受療率（10万人対）	1年間	1～2年間
男	19,605	6,923
女	19,161	6,618

超過死亡者が生存していた各シナリオの近似式で算出した概算値は以下である。

シナリオ 1 は、 $(43,656 \times 19,605 / 100,000) + (55,118 \times 19,161 / 100,000) / 1,002,400 = 1.9\%$

シナリオ 2 は、 $\{ (43,656 \times 6,923 / 100,000) + (52,056 \times 19,605 / 100,000) + (62,812 \times 19,161 / 100,000) \} / 1,002,400 = 2.9\%$

2つのシナリオの平均値は、2.4%で入院患者全体から見た割合として概数として算出された。

D. 考察

本研究結果から仮に超過死亡者が生存して

いた場合には入院患者数（精神科を除く）に 2.4%（24,058 人）分が上乗せされると考えられた。医療施設調査・病院報告（厚生労働省、令和 5 年）による病床利用率（一般病床）は 2019 年から 2023 年にかけて 77%から 69%と 8%低下している。病床利用率の減少の要因に 65 歳以上の超過死亡者数*が予想以上に増加しており、影響を及ぼした可能性がある。また、超過死亡者数*の内訳は 9 割以上が 65 歳以上であった。そのため、高齢者が利用することが多いと推測される介護病床や療養病床などへの影響もあると推察される。65 歳以上の超過死亡者数*の増加の背景には、新型コロナウイルス感染症等による受診控えなどの受療行動の変化が関連している可能性もある。受療行動の変化によって、持病の治療が滞ることや、自宅などで不調を自覚しても受診を控えることで、病状を悪化させてしまう等のケースもあるかもしれない。2022 年、2023 年には、高齢者の死亡数は結果として増加し、病床稼働率の減少につながった可能性が考えられる。

本研究の課題としては、今回考えたシナリオや近似式はあくまで概数である。そのため数値がどの程度正確に現状をとらえられているかを慎重に考えなければならない。また、推計死亡者数や入院患者数は調査開始時期に発表されていた令和 2 年の患者調査結果や 2017 年の国立社会保障・人口問題研究所の発表する推計値を用いているため、リアルタイムでの数値を反映はできていない。近似式で算出した概数ではあるものの、死亡者数の影響が病床の稼働に及ぼす影響を定量的に評価することを試みた初の研究であり、今後の医療政策立案に資する一つの有益な結果であると考えられる。

E. 結論

本研究では、特に 65 歳以上の超過死亡者数*に着目し、死亡者が生存していたというシナリオを考え、概算式で入院患者数への影響について調査した。その結果、2022 年、2023 年の 65

歳以上の超過死亡者*が生存していた場合、約 2.4%患者数が増加したと試算された。このことから現在の病床利用率の低下に予想以上に死亡者が増加したことが関連している可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

2024 年 10 月 29 日～2024 年 10 月 31 日（北海道、札幌コンベンションセンター）第 83 回日本公衆衛生学会

2024 年 11 月 14 日（奈良県 奈良県医師会館）第 42 回奈良県公衆衛生学会

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1 「死亡数に関する調査—病床稼働の観点から—」提供資料

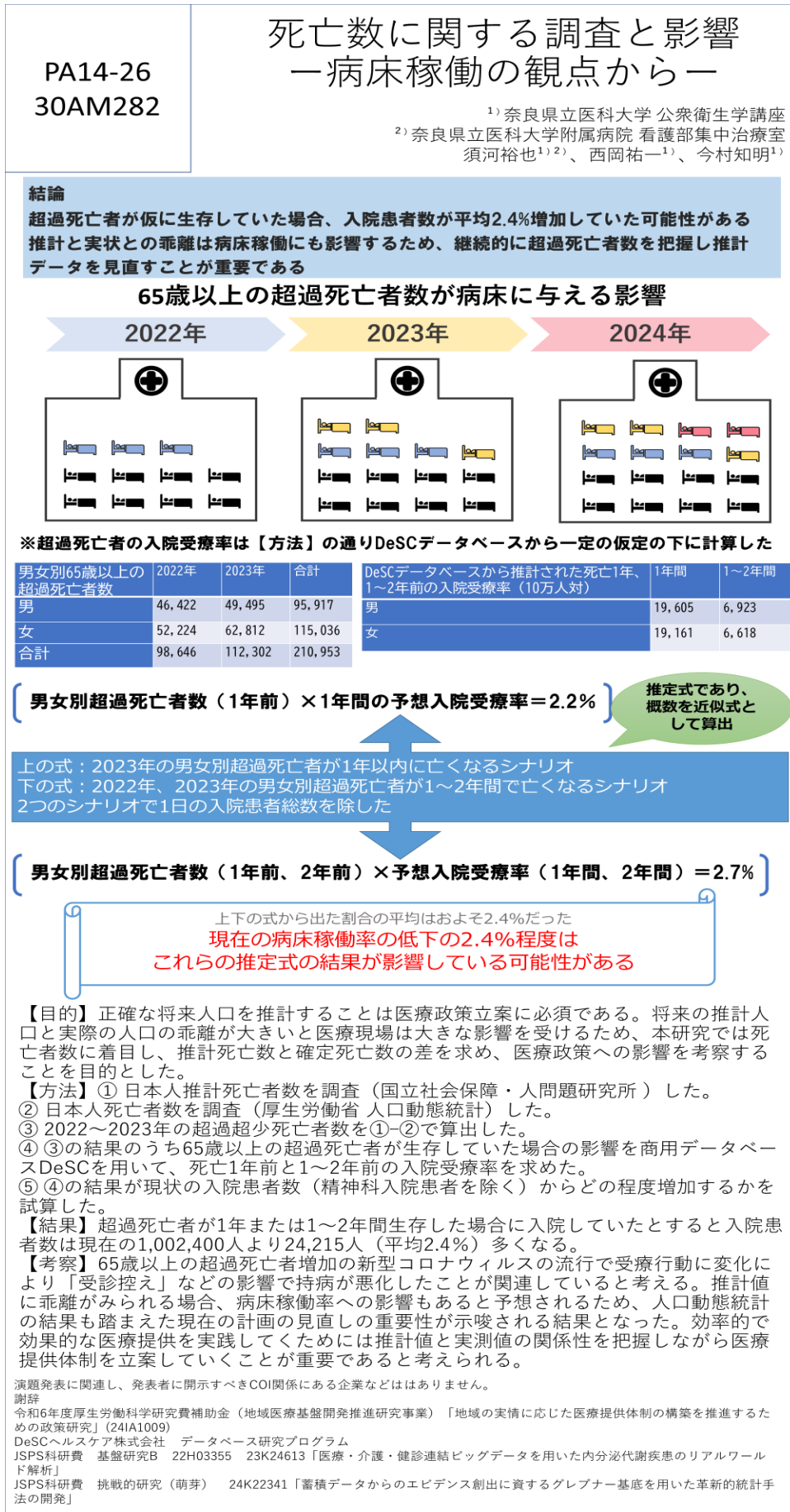


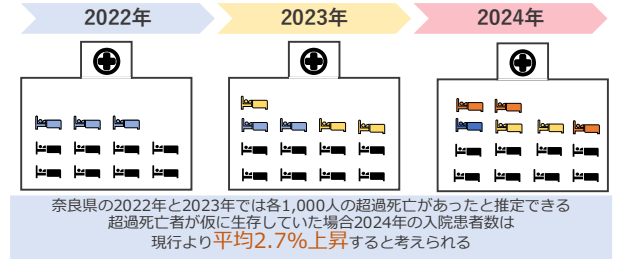
図2 「推計死亡者数と確定死亡者数の差がもたらす影響」資料提供

方法：推定式を用いて概数を算出する方法

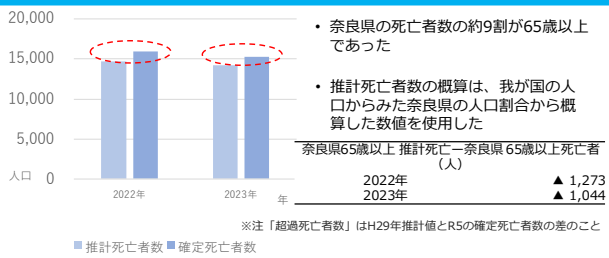
1. 推定死亡者数 (H29時点) - 確定死亡者数 (R5時点) = 超過超少死亡者数を算出した (奈良県)
2. 一般的に医療需要の高いとされる65歳以上の超過死亡者数*を算出した
3. この超過死亡者が生存していた場合の入院受療率をDeSCデータベースで算出した
4. 超過死亡者が生存し、1年以内に入院していたシナリオ
超過死亡者が生存し、1-2年以内に入院していたシナリオ

※注「超過死亡者数」はH29年推計値とR5の確定死亡者数の差のこと

超過死亡による入院への影響



結果：奈良県の超過死亡者数*



考察

- 2022~2023年の65歳以上の**超過死亡者数*は2,317人**で、超過死亡者の増加は全国的に見られた。新型コロナウイルスによる受療行動の変化があると推察する。そして、「受診控え」などで持病の悪化が超過死亡者数に影響した可能性がある。
 - 過去に想定していた以上の死亡者数が要因で現在の病床稼働の低下が引き起こされている可能性がある。特に高齢患者の割合が高い療養病床では、**平均2.7%の高齢入院患者数が減少する**影響が出てきやすいと推察できる。
- ※注「超過死亡者数」はH29年推計値とR5の確定死亡者数の差のこと

結果：DeSCデータベースを用いた死亡者の入院受療率

DeSCデータを用いて、2023年の65歳以上の死亡者の1年または1~2年間の性別入院受療率を算出した。

DeSCデータベースから推計された死亡1年、1~2年前の入院受療率 (10万人対)	1年間	1~2年間
男	19,605	6,923
女	19,161	6,618

結論

- 推計死亡者数、人口動態統計、DeSCデータベースを用いて
- 仮に超過死亡者が生存していた場合、入院病床の稼働率が**平均2.7%程度上がる可能性**があること示唆された。
 - 現在、全国的に病床稼働率はおよそ6%程度低下 (R元年とR5の比較) しているが、その半分程度は今回の調査結果をもって説明できる。
 - H29推計した予測死亡数よりも多かったことが病床稼働の低下を招いている可能性がある。

結果：奈良県では超過死亡者*が生存していた場合、入院患者が2.7%増加していた

超過死亡者数が生存していたシナリオを概数を用いた近似式で算出した

男女別超過死亡者数 (1年前) × 1年間の予想入院受療率 = 2.1%

上の式：2023年の男女別超過死亡者が1年以内に亡くなるシナリオ
下の式：2022年、2023年の男女別超過死亡者が1~2年間で亡くなるシナリオ
2つのシナリオで1日の入院患者総数を除した

男女別超過死亡者数 (1年前、2年前) × 予想入院受療率 (1年間、2年間) = 3.3%

※注「超過死亡者数」はH29年推計値とR5の確定死亡者数の差のこと

病床機能報告に基づく病院の医師数と救急機能に関する地域分析

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（東京科学大学大学院 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

2040年を目標とした新たな地域医療構想の検討においては、医療機関機能に注目した取り組みが提案されている。本研究では、医療機関機能の礎となる病院の Structure 指標のうち、医師数に着目し、その実態と救急機能との関連性を明らかにすることを目的として 2022 年度病床機能報告の調査結果に基づく検討を行った。その結果として常勤換算医師数が 100 人以上である 509 施設に医師の過半数が勤務しており、そうした施設が 2 次医療圏の半数で救急・時間外入院等の基幹的施設としての役割を果たす一方で、地方都市型では医師数が 50-99 人、過疎地域型では 20-49 人の病院が地域の中核となっている事例もあることが確認された。今後は DPC 退院患者調査などと組み合わせることで傷病別の医療機関機能を可視化し、新たな地域医療構想の策定に役立てることが重要であると考えられる。

A. 研究目的

2040年を目標とした新たな地域医療構想の検討においては、医療機関機能に注目した取り組みが提案されている。本研究では、医療機関機能の礎となる病院の Structure 指標のうち医師数に着目し、その実態と救急車搬送入院や夜間・時間外あるいは休日受診から直ちに入院した患者への対応状況との関連性を明らかにすることを目的として検討を行った。

B. 研究方法

1. データ

2022(令和4年)病床機能報告の報告結果¹のうち、施設票および様式1病棟票のデータを利用した。

2. 分析の方法

病床機能報告のデータについては、

Tableau Prep²を用い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。また、可視化した資料については Tableau Public により、インターネット上で無償公開している。

(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. 病院の医師数と常勤割合

病床機能報告において常勤・非常勤に分けて収集される医師数を合算した常勤換算医師数(以下では単に医師数とする)と常勤医師の占める割合について、全国の病院の状況を図1に示す。医師数が最も多かったのは順天堂医院の1095.8人であった。また常勤医師の占める割

¹ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00011.html

² <https://www.tableau.com/ja-jp/products/prep>

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

合については、5割未満となる施設が認められていた。

2. 医師数規模別の職員数・機能別病床数

常勤換算医師数について、100人以上、50-99人、20-49人、10-19人、10人未満の5段階に区分して、医師数および常勤換算看護師数(以下では単に看護師数とする)と病床機能区分別の病床数を集計した結果を図2に示す。

医師数が100人以上の病院は509施設(7.3%)であり、119,643人(54.2%)が勤務していた。また、50-99人の施設は441施設(63.%)で31,424人(14.2%)が勤務していた。これらの病院を合計すると950施設、約15万人であり、医師の3分の2以上がこうした病院に勤務している状況であった。一方で医師数が10人未満の病院は3,565施設(51.2%)を占めていた。

看護師数については、医師ほどに大規模施設への集約化は進んでいなかったものの、医師数が100人以上の病院に勤務する看護師数304,238人(37.8%)であり、医師数50-99人の病院127,751人(15.9%)とあわせて過半数が勤務する形となっていた。

機能別病床数については、医師数100人以上の病院の高度急性期・急性期病床の合計は254,271床と全体の42.7%を占め、医師数50人以上の病院110,213床(18.5%)とあわせて6割以上となっていた。また回復期の病床は医師数が20-49人、10-19人、10人未満の病院が薬3割ずつを占めており、医師数が50人以上の施設が占める割合は14.1%に限られていた。さらに慢性期病床はその約4割(33,561床)を医師数10人未満の病院が占めており、医師数10-19人の施設とあわせて約7割以上となっていた。

3. 地域区分別の状況

2024年度に開催された新たな地域医療構想等に関する検討会において構想区域の人口動態についての検討で用いられた3つの地域区

分⁴—大都市型、地方都市型、過疎地域型—別に病院の医師数規模別の医師数、病院数、2次医療圏数を集計した結果を表1に示す。

医師数100人以上の病院は173圏域(51.6%)にあり、大都市型医療圏については48圏域全てにあり、その数は1圏域あたり5施設以上であった。地方都市型医療圏(156圏域)で医師数100人以上の病院があったのは117圏域(75%)であったが、50人以上では147圏域(94.2%)であった。これらに対して過疎地域型医療圏(131圏域)では、医師数100人以上病院があったのは8圏域(6.1%)、50人以上でも63圏域に留まっており、10圏域には医師数20人以上の病院はなかった。

4. 2次医療圏別の状況

Tableau publicでは全国の2次医療圏別の集計結果を公開している。以下に3つの県を取り上げてその状況を概説する。

1) 愛知県

愛知県の2次医療圏の医師数を病院別の積み上げ棒グラフにしたものを図3に示す。愛知県では、11圏域中で人口が最も少ない東三河北部以外に医師数100人以上の病院があり、かつ海部医療圏以外には複数の病院があった。

次に①救急車の受入件数、②夜間時間外受診から直ちに入院となった患者数、③休日受診から直ちに入院となった患者数を圏域別・医師数規模別に修景した結果(図4)では、東三河北部、知多半島医療圏を除き、100人以上の医師が勤務する病院が過半を占めていた。また、医師数が50人未満の病院が占める割合は大都市部である名古屋・尾張中部医療圏を除き低い状況にあった。

⁴ 第9回新たな地域医療構想等に関する検討会(2024/09/30):資料2 新たな地域医療構想について(入院医療、在宅医療、構想区域等)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001309842.pdf>

大都市:100万人以上 あるいは2,000人/km²以上
地方都市:20万人以上 あるいは10-20万人かつ200人/km²以上

過疎地域:上記以外

2) 長野県

長野県の2次医療圏の医師数を病院別の積み上げ棒グラフにしたものを図5に示す。長野県では、10の2次医療圏中で医師数100人以上の病院があるのは5圏域であった。また、上小、飯伊、北信の3圏域には医師数が50-99人の病院があった。人口が極端に少ない木曾医療圏には医師数24の県立木曾病院があり、次の人口が少ない大北医療圏には2病院、計73人の医師が確認された。

次に①救急車の受入件数、②夜間時間外受診から直ちに入院となった患者数、③休日受診から直ちに入院となった患者数を圏域別・医師数規模別に修景した結果(図6)では、各圏域で医師数50人以上の病院で地域需要の過半に対応する状況にあった。

3) 秋田県

秋田県の2次医療圏の医師数を病院別の積み上げ棒グラフにしたものを図7に示す。秋田県では、医師数100人以上の病院があるのは秋田周辺医療圏のみであり、その数も3施設に限られていた。ただし、医師数50人以上の病院は5圏域に1施設ずつあり、残る北秋田、湯沢・雄勝医療圏にも医師数30人程度の病院があった。

また①救急車の受入件数、②夜間時間外受診から直ちに入院となった患者数、③休日受診から直ちに入院となった患者数を圏域別・医師数規模別に修景した結果(図6)では、秋田周辺医療圏を除く地域で1ないし2病院により集約的に地域の救急に対応している状況が明らかになった。

D. 考察

本研究では2022年度病床機能報告の調査結果を用いて病院の医師数と救急機能に注目した分析を行った。その結果として、我が国では医師数が100人以上の約500施設に医師の過半が勤務する状況にあることが確認された。こうした施設は全国の高度急性期・急性期病床の約4割を占めていた。ただし、このように医師数が多い病院があるのは全国の2次医療圏

(335)のうち173圏域(51.6%)に限られており、地方都市型では117圏域(75%)、過疎地域型では8圏域(6.1%)に限られていた。また、こうした病院には圏域内の救急車搬送入院や夜間・時間外あるいは休日受診から直ちに入院した患者が集中していた。なお、過疎地域型の2次医療圏では医師数50人以上の病院があるのは全体の半数に限られており、より規模の小さな施設が地域内の救急機能を担っている状況であった。

本研究では病床機能報告に基づく病院の医師数に注目して救急車搬送入院などの診療実績についての分析を行ったが、各病院が提供する入院医療について傷病別の診療範囲の観点から検討することにより、地域における各病院の医療機能をより具体的に把握することが可能となる。また、そのような分析に際しては、DPC導入の影響評価に係る調査(2024年度からは「DPCの評価・検証等に係る調査」に名称変更)のうち「退院患者調査」のオープンデータを利用して、多くの病院が共通で診療の範囲とするような傷病一地域に密着した急性期診療機能一と、限定された数の病院が行う入院診療一広域型の専門診療機能一とを区別することにより、新たな地域医療構想等に関する検討会で示された病院の医療機能を浮き彫りにすることができると考えられる。なお、本研究では試行的に病院の医師数を10、20、50、100という閾値により5つに区分したが、地域において具体的に医療機能の評価を行う際には、上述した傷病別の診療実績のデータを勘案して分析を行うことが望まれる。

E. 結論

本研究では、2022年度病床機能報告の調査結果を利用して病院の常勤換算医師数と救急機能等に関する分析を行った。その結果として医師数から見た施設の集約化の状況と救急車搬送入院や夜間・時間外あるいは休日受診から直ちに入院した患者に対する診療実績の実態を明らかにした。今後はDPC退院患者調査などと組み合わせることで傷病別の医療機能機能を可

視化し、新たな地域医療構想の策定に役立てることが重要であると考え。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

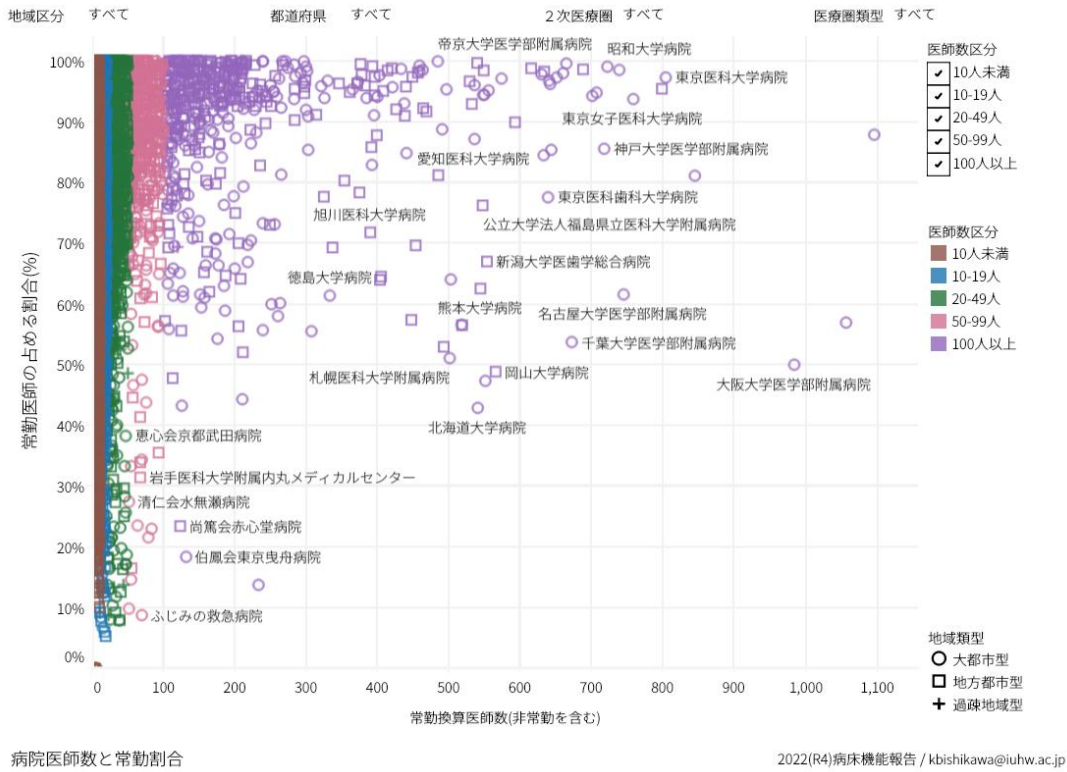
2. 実用新案登録

なし

3. その他

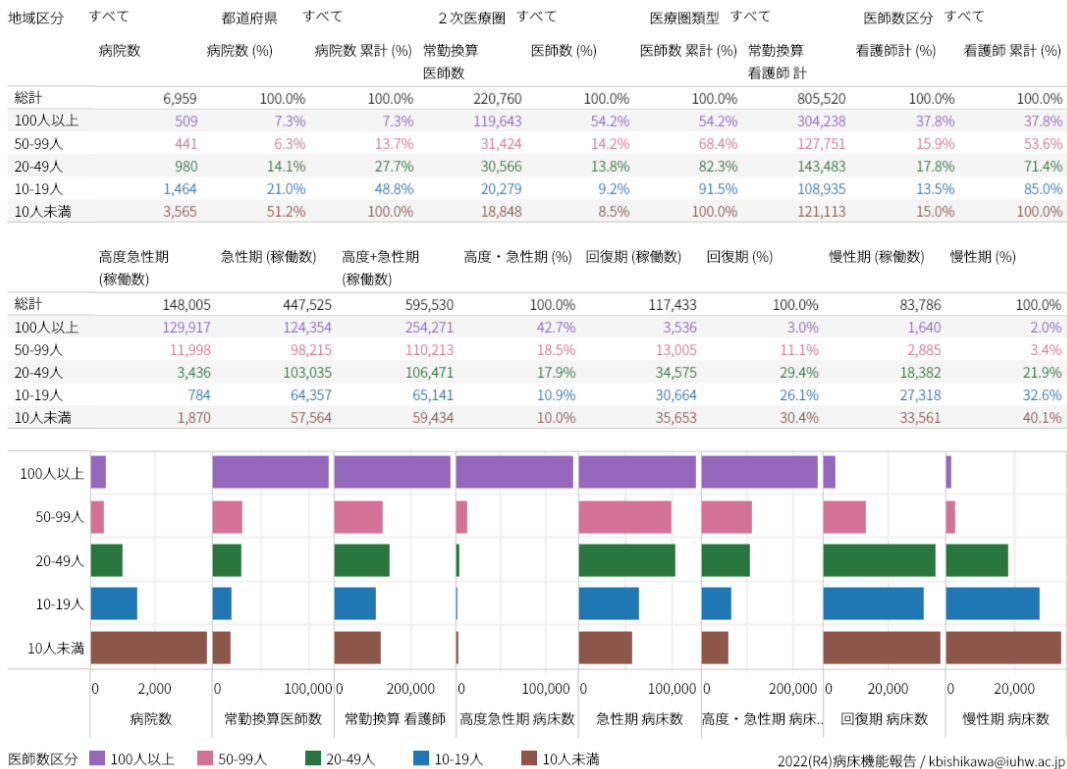
特になし

図1 全国の病院の常勤換算医師数と常勤医師の占める割合



<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet3>

図2 2. 医師数規模別の職員数・機能別病床数



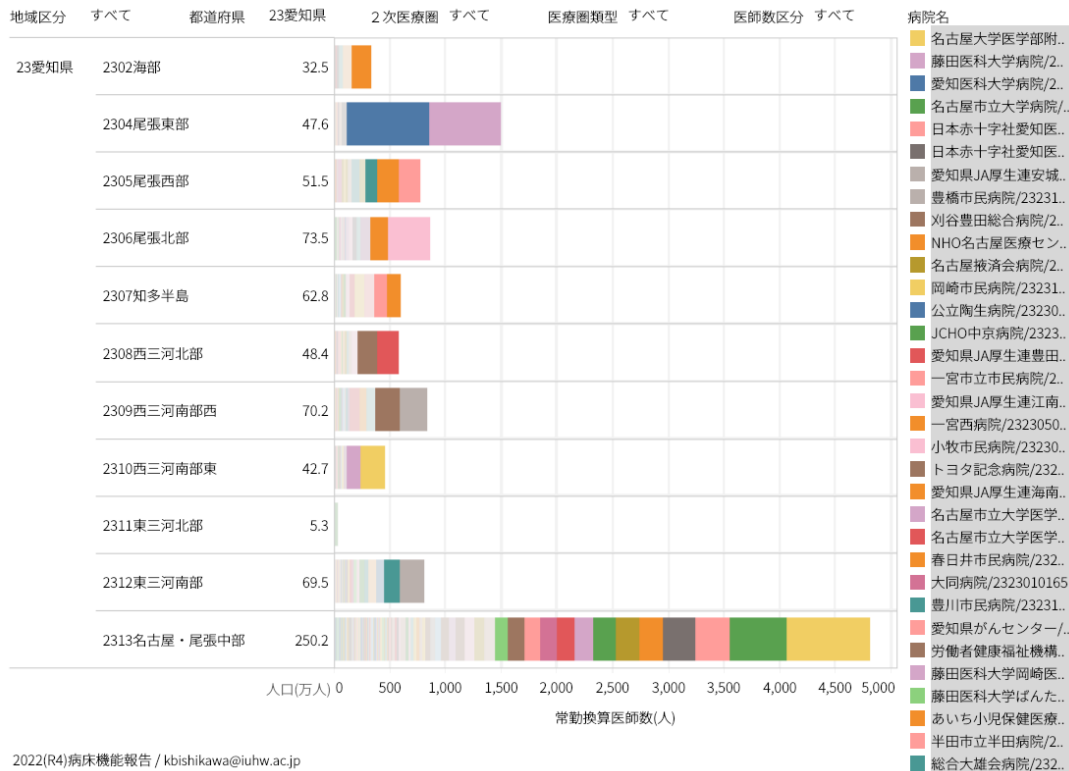
https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet4_1

表1 地域区分別・医師数規模別：医師数、病院数、2次医療圏数

地域類型	病院の常勤換算医師数											
	総計	100人以上	50-99人	20-49人	10-19人	10人未満	医師数計	病院数	2次医療圏数	医師数計	病院数	2次医療圏数
大都市型	105,893	66,838	12,990	12,390	7,518	6,157	48.0%	264	388	539	7.1%	5.8%
	2,486	264	179	388	539	1,116	35.7%	264	388	539	21.7%	44.9%
	48	48	47	47	47	48	14.3%	48	47	47	97.9%	100.0%
地方都市型	99,832	51,699	13,833	14,265	10,058	9,977	45.2%	236	466	729	10.1%	10.0%
	3,518	236	198	466	729	1,889	50.6%	236	466	729	20.7%	53.7%
	156	117	118	147	152	155	46.6%	117	147	152	97.4%	99.4%
過疎地域型	15,035	1,106	4,602	3,910	2,703	2,714	6.8%	9	126	196	18.0%	18.0%
	955	9	64	126	196	560	13.7%	9	126	196	20.5%	58.6%
	131	8	58	92	93	122	39.1%	8	92	93	71.0%	93.1%
総計	220,760	119,643	31,424	30,566	20,279	18,848	100.0%	509	980	1,464	9.2%	8.5%
	6,959	509	441	980	1,464	3,565	100.0%	509	980	1,464	21.0%	51.2%
	335	173	223	286	292	325	100.0%	173	286	292	87.2%	97.0%

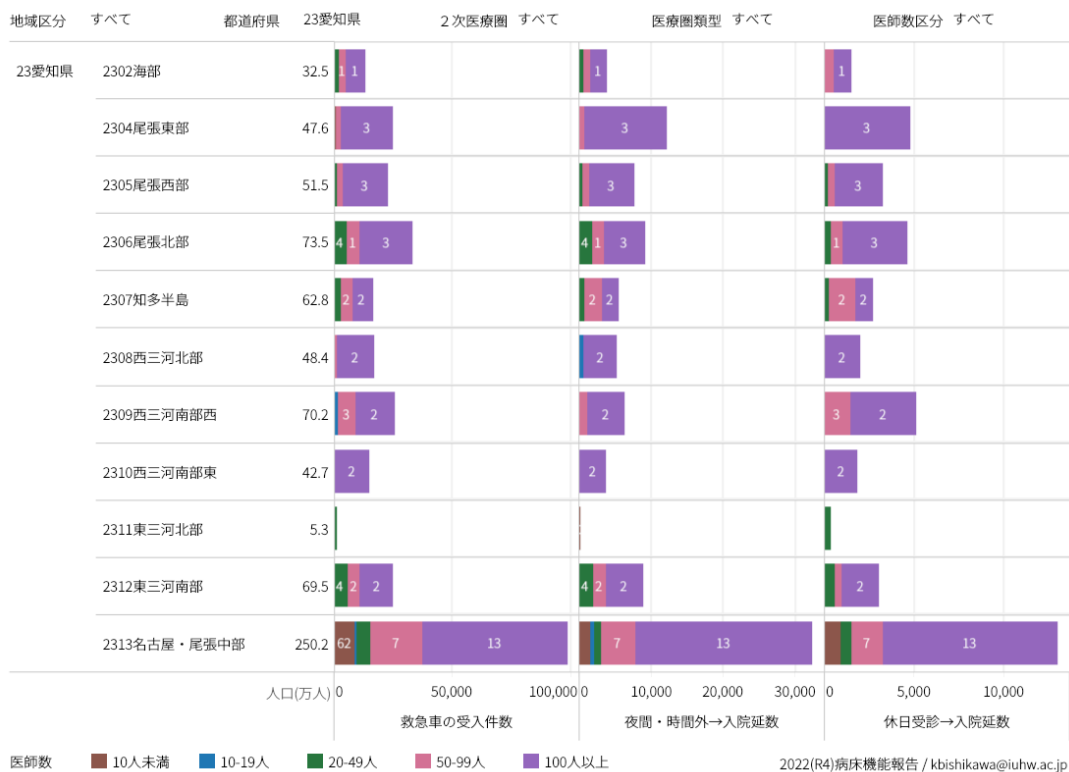
	50人以上			20人以上			10人以上		
	医師数計	病院数	2次医療圏数	医師数計	病院数	2次医療圏数	医師数計	病院数	2次医療圏数
大都市型	79,828	443	48	92,218	831	48	99,736	1,370	48
	75.4%	17.8%	100.0%	87.1%	33.4%	100.0%	87.1%	55.1%	100.0%
	65,532	434	48	79,797	900	156	89,855	1,629	156
地方都市型	12.3%	14.2%	94.2%	25.6%	100.0%	100.0%	25.6%	46.3%	100.0%
	434	147	147	900	156	156	1,629	156	156
	65,532	5,708	73	79,797	9,618	199	89,855	12,322	395
過疎地域型	7.6%	7.3%	7.3%	20.8%	27.7%	27.7%	20.8%	41.4%	41.4%
	73	63	63	199	121	121	395	129	129
	151,068	950	258	181,633	3,394	333	201,913	3,394	333
総計	68.4%	13.7%	77.0%	82.3%	27.7%	97.0%	82.3%	48.8%	99.4%
	151,068	950	258	181,633	3,394	333	201,913	3,394	333
	68.4%	13.7%	77.0%	82.3%	27.7%	97.0%	82.3%	48.8%	99.4%

図3 愛知県:2次医療圏別・病院別医師数(医師数 100 人以上をハイライト)



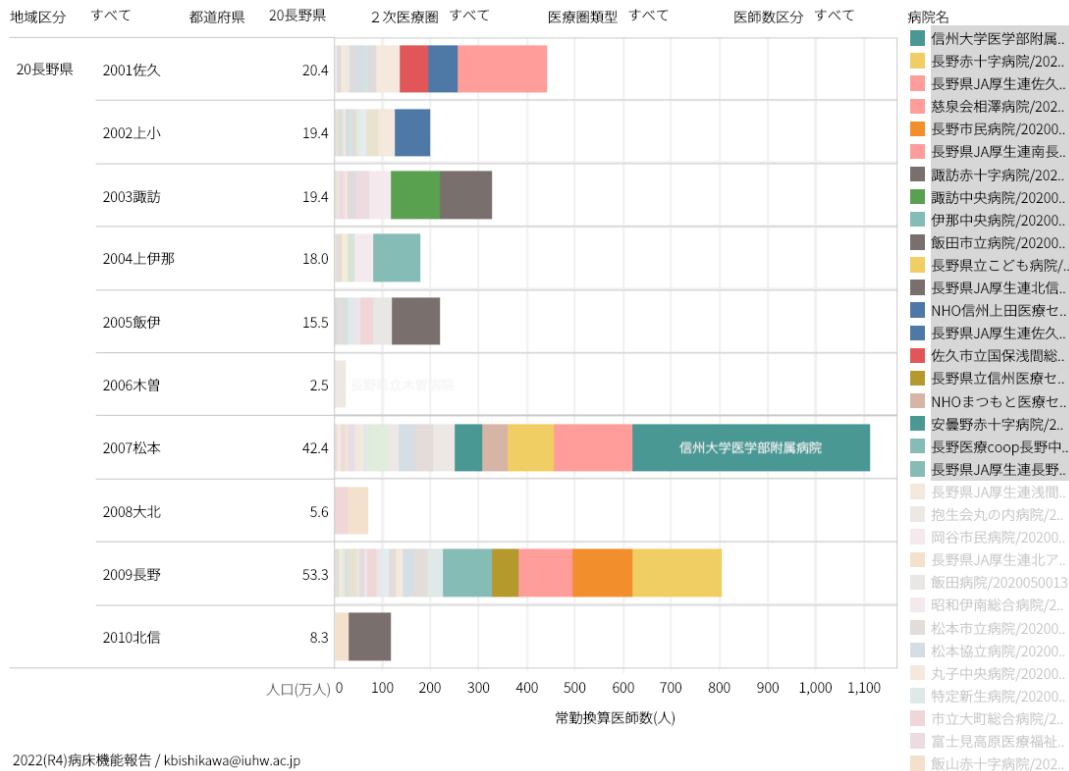
<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>

図4 愛知県:2次医療圏別・医師数規模別の救急車受入、夜間・時間外/休日受診からの入院患者数



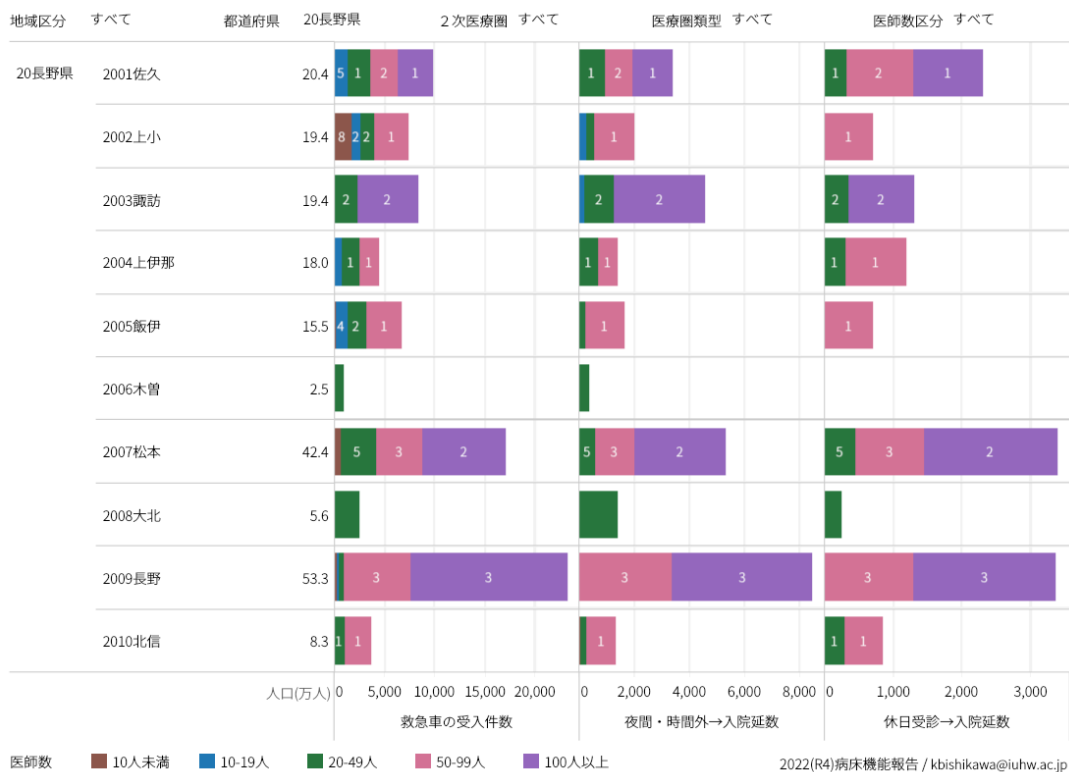
<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet6>

図5 長野県:2次医療圏別・病院別医師数(医師数 50 人以上をハイライト)



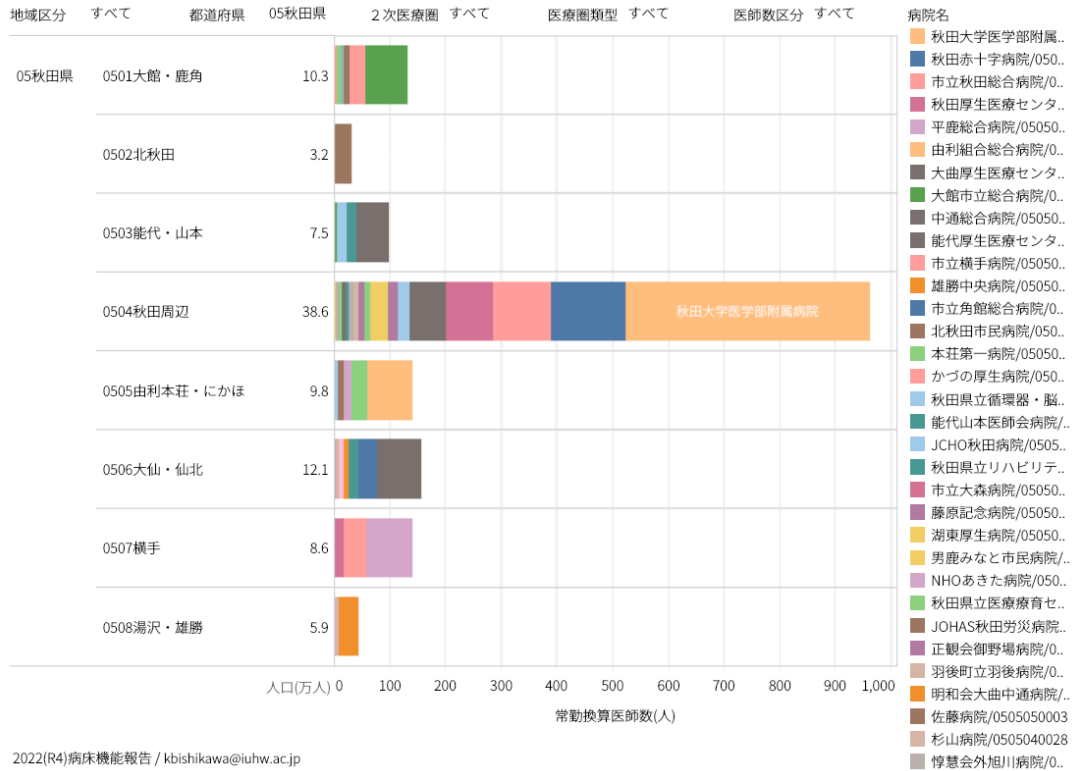
<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>

図5 長野県:2次医療圏別・医師数規模別の救急車受入、夜間・時間外/休日受診からの入院患者数



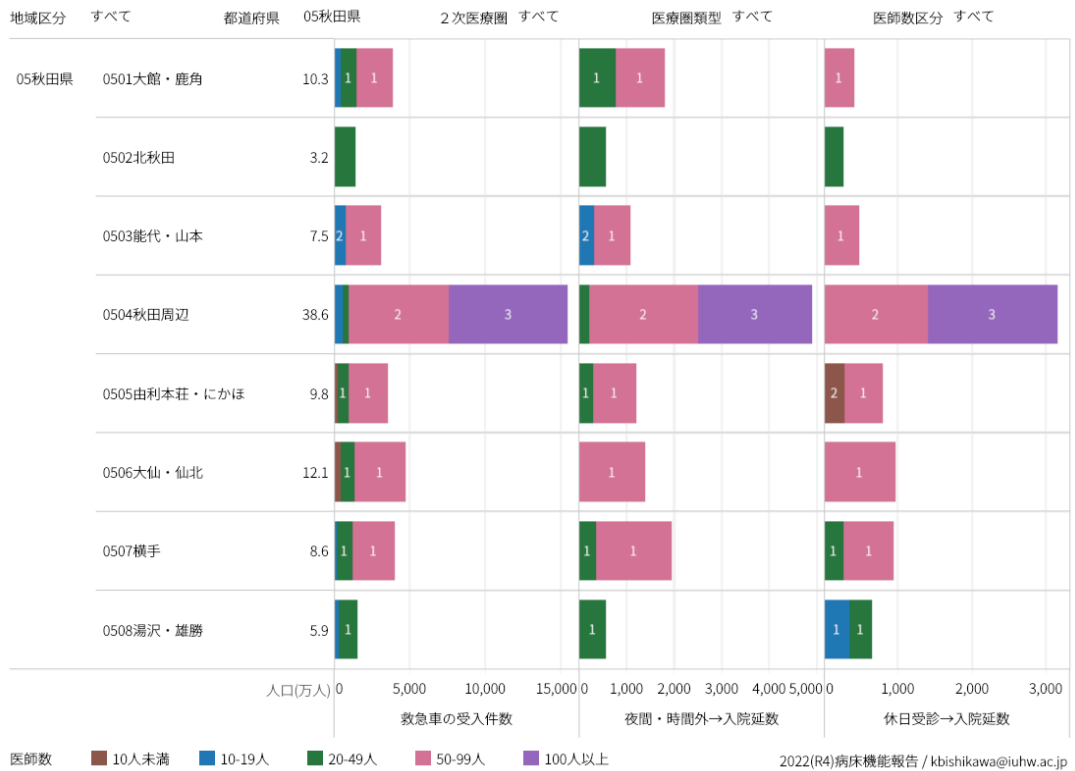
<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet6>

図7 秋田県:2次医療圏別・病院別医師数



<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet5>

図8 秋田県:2次医療圏別・医師数規模別の救急車受入、夜間・時間外/休日受診からの入院患者数



<https://public.tableau.com/views/2022R04-HospFuncSurvey-Staffing1MD/sheet6>

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6年度)

多様な地域における医療機能の分化・連携を推進するための分析及び方向性の提案
(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 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、第8次医療計画におけ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の医療提供体制に関するあり方を検討し、医療計画の中間見直しに資する論点整理を目的とする。令和3年の医療法改正により、医療計画に「新興感染症発生・まん延時における医療」が新たな事業として位置付けられたことを受け、都道府県および医療現場が実効的に活用可能な指針や評価指標の見直しが求められている。

本研究では、協定医療機関の役割、医療連携体制、訓練計画、病床・人員の確保、BCP、自宅療養の基準等、多岐にわたるテーマを設定し、専門家との協議と現場の知見をもとに検討を行った。その結果、①協定締結から訓練重視への転換、②病床確保における人的資源(特に看護師数)の明記、③自宅療養の導入基準の明確化が重要な論点として抽出された。さらに、HER-SYS や G-MIS など既存データの指標化の必要性や、災害対応と感染症対応の統合訓練の有効性も指摘された。

研究協

協力研究者

吉村健佑	千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター
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、東八幡平病院
馳 亮太	成田赤十字病院感染症科部長
守川義信	青森県 健康医療福祉部 部長

本研究は、令和6年度からの第8次医療計画におけ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、医療計画の中間見直しに向けた論点整理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

A. 研究目的

けられた。この事項における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、既存事業への感染症対策関連指標が策定されたところであるが、その後都道府県や医療現場が運用可能、かつ実効性のある指針および指標例についての見直しに関する検討を行い、論点を整理することを目的とした。

B. 研究方法

令和6年度研究においては、これまでの議論の経緯および医療計画の指針ならびに指標例に基づき、下記の論点について、研究協力者である専門家と協議を行い、国、地域、医療現場の知見から課題を抽出した。また、第8次医療計画の中間見直しに向けた議論のテーマとして下記を設定した。

1. 医療計画指針について

(1) 医療提供体制および医療連携ならびに協定医療機関について見直しは必要か。

例1) 新興感染症患者の入院・外来診療・検査を受け入れる医療機関の要件について

例2) 都道府県による患者の療養先の振り分けや入院調整、情報共有について

例3) 周産期、小児、精神疾患を有する患者、透析患者への対応について

(2) 協定を締結する医療機関以外の役割についてどう考えるか。

2. 評価指標例について

(1) 最新の知見や都道府県の策定状況に基づき、都道府県が設定可能な指標例はあるか。あるいは既存の指標例の中で、見直した方がよい指標例はあるか。

(2) レセプトやHER-SYS等から算出できる指標例はあるか。(感染症対策向上加算1～3) 既存のデータソースを収集・指標策定ができる項目があるか。

(3) 他の関連研究から参考にできる指標はあるか。

(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を遵守する。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

令和7年2月17日(月)に班会議をハイブリッド形式にて研究方法に基づいて実施した結果、下記の課題と論点を得た。

1. 「協定締結」から「訓練」へのフェーズへ

・現行の指針における「訓練」が災害に近い趣旨となっている。

・現在、国の方でも検討が進んでいるところであるが、災害と感染症の訓練は統合した方がよい。

さらには検疫や観光業(クルーズ船含む)等とも合同で訓練を行う等、横ぐしを通した訓練計画を求めているかどうか。

・また、訓練においては、地域における病院の業務プロセスに合わせる必要があることから、日常からのOJTに組み込むことが必要ではないか。

2. 確保病床数について

・病床の確保には休床が含まれているのが実状である。看護師の確保人数も加え、併記する形としてはどうか。「何人の感染症患者」を「何人で」診るのか。という視点は地方ほど重要である。

・上記の指標を基に、有事においては全国や各都道府県から看護師やコメディカルの応援体制や、施設基準等の緩和についても必要ではないか。

・確保病床数についてはICUおよびICUの勤務経験を有する医師・看護師数が重要ではないか。

3. BCPについて

・感染症と一般診療のバランスをどう図るかという観点からBCPは重要な事項である

・BCPについては、ALL Hazard型を想定し、一元

化し、訓練計画へ反映することを求めているか。

4. 自宅療養について

- ・新興感染症による感染拡大において、自宅療養をどの時点で認めるか。自宅療養を可と切り替える基準を明記させてはどうか。
- ・新興感染症の入院患者の在院日数を短縮すれば、その分多くの新規入院患者を受け入れることができる。当時は退院させることができず病床がひっ迫した。
- ・自宅療養を認める基準については、新興感染症が新型インフルエンザに指定されるか、指定感染症となるか等が挙げられるのではないか。
- ・ただし、2025年初頭では既存感染症が第8波に相当するほどひっ迫したが、都道府県は何も動きはなく、自宅療養は発動されなかった。

5. その他

- ・有事および有事を想定した訓練において、都道府県による入院調整等について、発動する基準および訓練計画について定める必要があるのではないか。

D. 考察

本研究は、第8次医療計画におけ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を対象に、医療計画指針の記載項目および推進体制ならびに評価指標例について、都道府県や医療現場が運用可能、かつ実効性のある医療計画となるために、その中間見直しに向けた論点を整理することを目的とした。

検討の結果、次の3点が論点として重要であることが示唆された。

第一に、第8次医療計画におけ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は、協定締結から訓練へのフェーズへ進んでいることを踏まえて見直しを行う必要があることである。第8次医療計画の策定時において都道府県における医療機関との協定は締結されたものの、その実行が問われる。そのた

めには平時から新興感染症の感染拡大を想定した訓練を実施することが必要であることから、自然災害等を想定した訓練との統合や、都道府県内の横ぐしの連携を強化するために観光局や検疫等といった、新興感染症の感染拡大時に重要な役割を果たす機能との合同訓練計画等が重要であることが示唆された。

第二に、新興感染症の感染拡大に備えた病床の確保には休床が含まれているのが実状である点である。休床はスペースとして確保はできても、新興感染症の入院患者を受け入れるためには看護師の確保が必要不可欠であることから、中間見直しの指標に「看護師数」も加え、病床数と併記する形が望ましい。その趣旨を端的に表現すれば「何人の感染症患者」を「何人で」診るのか。と言える。こうした視点は地方ほど重要である。

第三に、新興感染症による感染拡大時に自宅療養をどの時点で認めるか、について計画上明記しているかどうかである。限られた医療資源でより多くの新興感染症の患者を受け入れるためには、在院日数を短くし回転率を高める必要がある。先般の新型コロナウイルスの感染拡大時においても、自宅療養を認めることで病床が回るようになった経験がある。新興感染症の感染拡大時に自宅療養を可と切り替える基準および施設基準等を緩和できる計画について、都道府県が医療計画に記載することが考えられる。

また、新興感染症の感染拡大時において取り組まれた臨時医療施設の在り方については、新型インフルエンザ等対策特別措置法等との動向とも関連することから、検討が必要な事項である。

E. 結論

医療計画の中間見直しに向けて、指針で定められている協定から平時における訓練へフェーズが移行していることや、HER-SYS や G-MIS 等の既存のデータを活用した指標の設定等、さらなる課題の考察に基づく論点整理が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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6年度)

医療機関と介護施設等の連携を推進するための方策の検討

研究分担者 小林美亜 山梨大学

研究要旨

本研究では、医療機関と介護施設等の水平連携における急変時対応を含めた医療ケア体制の構築と、その安定的な運用を図ることに向けた具体的方策について、提案することを目的とした。対象地域は、北海道函館市と愛知県北名古屋市であり、現地ヒアリングを通じて、情報共有、連携体制、急変時対応などの具体的な取り組みを把握・分析した。函館市では、「医療・介護連携支援センター」の活動を中核とした連携体制の整備と、実用的な情報共有ツール(はこだて医療・介護連携サマリー、急変時対応シート)の整備・運用により、急性期治療から地域での療養、再発防止、急変対応までを見据えたシームレスな支援体制が形成されていた。一方、北名古屋市においては、医師会や行政を含む多職種の協働による在宅医療・介護連携推進議会が有効に機能しており、北名古屋市の地域医療・介護連携の中核としてケアミックス病院による非緊急搬送体制の整備が特徴的であり、都市近郊型地域におけるモデル的な連携のあり方が示された。両地域の取組は、いずれも地域特性や地域資源を活かしながら、実効性のある仕組みを構築しており、水平連携モデルの構築に資する知見を提供するものである。

A. 研究目的

2040年頃までに慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速し、在宅患者数は、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれている。今後、多くの地域で医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、必要な医療提供体制を維持するために、病院と介護の連携、在宅医療における多職種間の役割分担、情報通信機器の活用などを含めた効率的な提供体制を構築することが必要となっている。

これまでの、高度急性期・急性期を担う病院における治療が一段落したのち、回復期を担う病院でリハビリを行い、退院して地域に戻るか、退院が難しければ慢性期を担う病院で療養するという流れが多く、その中でいわゆる「垂直連携」が多く行われてきたが、今

後、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者を、地域の医療・介護サービスで支えていくためには、日常的に高齢者救急の対応を行う医療機関・かかりつけ医機能を担う医療機関・介護施設等の医療・介護ケアに従事する関係者が連携しあう、いわゆる「水平連携」の推進が求められている。水平連携のなかでは、在宅において重症化しないための予防的な関わりや、日常的なケアの質向上を図るための取組や工夫、医療ニーズの高い入所者への介護ケアを介護職員等に教育することのできる体制整備、在宅や介護施設で患者が急変した際の取り決め(受診あるいは搬送基準やその方法)、相談体制の整備等、様々な取組が必要となる。

本研究では、医療機関と介護施設等の水平連携における急変時対応を含めた医療ケア体制の構築と、その安定的な運用を図ることに向けた具体的方策について、ヒアリング調査を通じて提案することを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究対象

函館市と北名古屋市において、高齢者の救急（在宅療養において普段と異なる医療が必要になった時の対応等）を受け入れている医療機関と、当該医療機関と普段から連携した取組を実施している老健等の介護施設、当該取組を進めている行政を対象にした。

2. ヒアリング内容

医療機関、介護施設等、行政のそれぞれの立場から、①情報共有の方法、②連携体制の方法や連携を強化するための工夫、③介護体制側への支援体制、⑤高齢者救急において一定程度のボリュームを占める誤嚥性肺炎、尿路感染症、脱水、心不全等を予防するための日常的なケアのあり方やこれらの発症予兆への対応、⑥急変時対応の確立に向けた取組等について、ヒアリングを実施した。

3. 倫理面への配慮

ヒアリング機関及び対象者から同意を得た上でヒアリングを実施した。

C. 研究結果

1. 函館市の取組

超高齢社会を迎えた函館市では、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が年々増加しており、地域包括ケアの実現に向けた体制整備が喫緊の課題とされている。こうした背景を踏まえ、函館市では「函館市医療・介護連携支援センター」を設置し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に取り組んでいる。函館市医療・介護連携支援センターは、函館市医師会が函館市からの委託を受け、平成 29 年 4 月に事業を開始した。目的は、以下の機能を通じて医療・介護の架け橋となることにある。

- ・地域の医療・介護資源の把握
- ・医療・介護関係者の情報共有支援
- ・在宅医療・介護に関する相談対応
- ・地域住民への普及啓発活動

・医療・介護関係者に対する研修の企画運営の対応

・切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築

このセンターは、市民および医療・介護関係者からの相談に対応し、研修会の開催、情報提供、連携ツールの整備等、多機能な役割を担っている。函館市医療・介護連携支援センターの中核となるのが、「函館市医療・介護連携推進協議会」であり、医療・介護の函館市(行政)を含む、医療・介護関係団体で構成されている。協議会の下には以下の4つの作業部会（分科会）が設置され、連携体制の構築に必要な仕組みやルール作りが進められている（図1）。

・連携ルール作業部会（退院支援ルール、急変時対応ルール）

・情報共有ツール作業部会（連携サマリー等）

・多職種連携研修作業部会（研修企画、実施）

この体制により、制度設計から現場実装、普及啓発までを一体的に推進している点が特徴的である。



図1 体制

2. 情報共有ツールと ICT の活用

1) はこだて医療・介護連携サマリー

2018 年から運用されている「はこだて医療・介護連携サマリー」は、医療・介護間の情報共有を目的とした統一様式である。構成は以下のとおりとなっている。患者の基本情報や身体・生活機能などの基本ツール（2 枚）と応用ツール

(19種)で構成されている。応用ツールの種類には、①付帯情報管理(診療情報提供書、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、フェイスシート、その他)、②褥瘡管理、③認知症管理、④食事摂取・栄養管理、⑤自己腹膜灌流管理、⑥酸素療養管理、⑦中心静脈栄養法管理、⑧糖尿病治療管理、⑨経管栄養法管理、⑩膀胱留置カテーテル、⑪自己導尿管理、⑫腎瘻・尿管皮膚瘻管理、⑬人工呼吸器療法管理、⑭気管カニューレ管理、⑮人工肛門・人口膀胱管理、⑯感染に関する管理、⑰緩和ケア情報共有シート(MOPN)、⑱本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報、⑲特記事項がある。応用ツール⑱は、地域の医療・介護関係者から寄せられた「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する情報を共有するための様式が必要である」との要望に応え、追加されたものである。さらに、ACPに関する実践的な支援資料として、「もしもノートはこだて」を公開し、関係者に対し、あわせての活用を推奨している。

基本ツールは、全患者共通であり、応用ツールは、患者の状態に基づいて、必要に応じて作成することとなっている。このため、利用者の状態に応じた柔軟な記載が可能で、必要最小限の負担で、情報を記載し、運用できる工夫がなされている。

「基本ツール」は厚生労働省が介護保険制度で設定している「基本生活情報」、「科学的介護推進体制加算」の内容に対応している。また、把握された患者の問題ごとに作成される応用ツールも、LIFE(科学的介護情報システム)で要求される情報に対応している。今後は、LIFE(科学的介護情報システム)に必要な情報作成作業と自動連動させ、負荷の軽減や効率化を図る予定である。

現在、表1に示した場面で活用されており、特に病院⇄施設、病院⇄在宅、在宅⇄施設の場面を中心に運用され、急性期病院や回復期、介護施設などでの使用実績が拡大している。令和5

年度時点での活用率は54%と、道内でも高い実績を誇っている。

表1 活用場面

【病院⇄在宅】	
・病院(MSW, 退院支援看護師等) ⇒ 在宅(ケアマネジャー等)	～自宅退院前等に調整が必要な場合等
・在宅(ケアマネジャー等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師等)	～病状の変化や、積極的治療を要する為に入院(検査は除く)加療等を要する場合等
【病院⇄施設】	
・病院(MSW, 退院支援看護師等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員等)	～退院後の施設入所が決定し事前に調整が必要な場合等
・施設(ケアマネジャー, 相談員等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師等)	～病状の変化や、積極的治療を要する為に入院(検査は除く)加療等を要する場合等
【在宅⇄施設】	
・在宅(ケアマネジャー等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員等)	～施設入所が決定し情報提供する場合等
・施設(ケアマネジャー, 相談員等) ⇒ 在宅(ケアマネジャー等)	～在宅復帰が決定し事前に調整が必要な場合等
【病院⇄病院】	
・病院(MSW, 退院支援看護師等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師等)	～病状の変化や、積極的治療を要する為に転院(検査は除く)加療等を要する場合等
	～リハビリや療養を目的に転院を要する場合等
【施設⇄施設】	
・施設(ケアマネジャー, 相談員等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員等)	～入所施設が変わる場合等

現場の声からは、職種を問わず地域連携の深化に対する期待と課題が多く寄せられていた。まず、医師や介護職員からは、「地域に広がることで、さらに有意義な連携が可能になる」との前向きな期待の声が上がっており、地域全体での連携強化に向けた機運の高まりがうかがえた。看護職や保健師においては、退院支援の捉え方そのものに変化がみられたとのことであった。これまで「退院」をひとつのゴールとする考え方が主流であったが、それが必ずしも患者中心ではないことに気づき、「退院後の生活を見据えた支援こそが重要である」という意識の転換が生じている。また、「入院前の生活情報を事前に共有することが、退院支援におけるゴール設定に有用である」との指摘もあり、情報共有の双方向性の重要性が広く認識されつつあるとのことであった。さらに、サマリーの標準化や応用ツールの活用については、教育的観点や職場での活用可能性が挙げられていた。記録様式を通じて他職種が必要とする情報を整理することが、連携の起点となり得るとの声もあり、これによりスタッフ間での共通理解や意識の醸成が促進されることが期待されているとの

ことであった。一方で、ケアマネジャーからは、「現在の現場ではツールが十分に浸透しておらず、独自様式が依然として多く使われている」ことが課題として指摘されている。今後の入退院支援の質を高めるためには、サマリー等の統一ツールの積極的な導入と運用が望まれている。また、社会福祉士や介護職からは、ツールの活用に加えて、進行する高齢化と人材不足の中において、より一層の連携と情報共有の重要性が強調されていた。特に、「患者の療養生活を支える連携の必要性」については、現場での実感に基づく切実な声として挙げられており、地域包括ケアにおける現実的かつ実効性のある対応策としての期待が高まっている。

2) ID-Link (道南 MedIka) との連携

ICT 基盤としては「ID-Link」が導入されている。地域で共通のサマリーを活用することにより、ID-Link を通じたデータ連携が可能となり、一元化された情報を他にも活用できることで、地域全体の業務負担軽減につながっている。また、ID-Link はサマリーの保管庫としても機能し、関係機関間で過去の経過も含めた情報共有が可能である。

ID-Link のノート機能では、多職種の支援者による情報が一括で確認できるため、個別に連絡を取る手間が省けるだけでなく、患者・家族からの聞き取りだけでは得られない情報も把握でき、家族の負担軽減や安心感の醸成にも寄与している。

また、緊急性の低い連絡であればノート機能を通じてタイミングを選ばず情報共有が可能であり、これまで共有しにくかった内容も伝えやすくなっている。その結果、主治医や訪問看護師などによる判断が得られやすくなり、小さな変化への気づきや早期対応につながっている。さらに、入院中の経過や検査・治療内容、説明内容なども在宅支援チームが把握できるため、退院支援における準備や退院時期の見通しが立てやすくなっている。

「主治医や入院先医療機関と介護機関」間で、訪問看護記録や画像診断情報、診療内容などのリアルタイムの共有が可能となっている。これにより、医療機関の診療の効率化、介護施設における判断の迅速化、救急受診の適正化といった成果が得られている。現在、救急搬送の減少を目指し、予防救急や不要な搬送を防ぐための研修会を通じて、早期受診の重要性を発信している。これにより、将来的には二次救急医療機関の負担軽減が期待されている。また、かかりつけ医においても、報告や画像により、患者の状態を把握し、直接、診察せずとも的確な指示が可能となり、かかりつけ医の負担軽減に繋がっている。医師によっては、こうした情報をもとに、訪問予定を前倒ししたり、必要に応じて往診対応を行うケースもあるとのことであった。

3) 急変時対応

「急変時対応シート」(図2)は、搬送時に必要最低限の情報を確実に救急隊や搬送先に伝えるために開発されたツールであり、サマリーとは別に整備された。救急隊と連携して「急変時対応シート」が開発されており、搬送時に最低限必要な情報と症状を整理して記載できる様式となっている。導入後、在宅や施設での使用が進んでおり、搬送先での円滑な初期対応に貢献している。

函館市では、急変時対応は「①予防」→「②重症化予防」→「③搬送」→「④再発防止」の流れを意識し、地域全体で取り組みを推進している。具体的には、以下の通りである。

① 予防救急

急変時対応の判断基準として「急変時対応シート」の活用が推奨されており、このシートは消防庁のホームページに掲載されている「重大な病気やけがの可能性を示す症状」の図(図2)を使用している。これを異常の判断基準としても活用するよう推奨している。また、観察項目の標準化まで至っていないが、年1回の

「急変時対応研修会」において、「急変の手前でできること」をテーマに、状態変化の観察ポイントや早期受診の重要性について、介護職員などを対象に情報発信を行っている。

さらに、施設内での多職種による情報共有と連携を行い、急変に備えた体制の整備を推進している。「道南 MedIka (ID-Link)」を活用している介護施設では、介護職員が病院での受診歴や検査結果を閲覧することで、健康状態を把握しやすくなっている。また、訪問看護ステーションなどの看護師が、研修会等で連携サマリーを踏まえた観察ポイントや異変を認めた場合の対応方法を指導し、介護職員の知識向上にも取り組んでいる。たとえば、令和3年7月11日に開催された「急変時対応研修会」(函館市医療・介護連携支援センター主催)では、具体的な事例をもとに急変対応力の強化を図っている。

② 重症化の予防

日中帯において、かかりつけ医や協力医療機関と適切に連携し、報告・相談体制を整えている。一部の介護施設では、ID-Linkを通じてかかりつけ医とのリアルタイムな情報共有や助言の受け取りも実現しており、職員がその内容をもとに対応できる体制が整備されている。また、特別養護老人ホームと嘱託医・協力医療機関との関係において、医師からの提案で月1回の研修会が実施されているケースもある。内容は施設側の希望に応じて調整され、講師料は契約金に含まれており、新たな支出は発生していない。また、医療連携体制加算を算定しているグループホームでは、契約している訪問看護ステーションが、グループホーム向けに研修会を実施する事例もある。

図2 急変時対応シート

③ 救急搬送時の対応

急変時には、速やかな通報と救急隊の到着までの観察を行い、状態悪化の兆候を見逃さないようにしている。救急隊への伝達シートなどを活用し、受診時に必要な情報を正確に提供できるようにしている。搬送ルート確保、同乗職員の配置、記録の持参など、円滑な搬送対応が可能となるよう体制を整えている。

④ 再発防止のための対策

急変後も、かかりつけ医や医療機関と介護施設が連携しながら状態変化に注意を払い、再発防止に努めている。一部施設では、ID-Linkを通じて、医師や看護師と利用者の状態について継続的に情報共有し、助言を受けながら再発予防に活用している例もある。

4) 成功要因と今後の課題

函館市における医療・介護連携の推進においては、以下のような成果が確認されている。

まず、「はこだて医療・介護連携サマリー」および「道南 MedIka (ID-Link)」の定着により、医療・介護間の情報共有が体系化され、共有される内容の質的向上が図られた。これにより、患者に関する重要な情報がタイムリーかつ適切に伝達され、ケアの連続性が確保されている。次に、急性期病院から在宅・施設への移行支援体制の標準化が進められている点も注目される。退院支援における望ましい連携の形を可視化し、必要な仕組みやルールを全市的な視点で構築し、「はこだて入院支援連携ガイド」としてまとめている。このガイドでは、医療側・介護側ともに、入院前から退院後までの各段階における対応が整理されており、相手の動きを把握することで、自職種として行うべき対応や、相手が求める対応を見通すことが可能となっている。これにより、一歩先を見据えた、思いやりのある双方向的な連携が実現している。

さらに、退院時支援や急変時対応といった場面においても、実務の標準化が図られており、当該ガイドには急変時の対応体制についても明記されている(表2)。加えて、「施設等における急変時対応のポイント」では、予防救急や重症化予防に関する要点が整理されている(表3)。また、夜間・休日に救急搬送された「入院の必要性は低い、在宅復帰には一定の支援や観察が求められる中等症程度の患者」、いわゆる“1.5次救急”に該当する高齢患者が、入院に至らず自宅等へ帰宅する際に、一時的なADLの低下や状態の再増悪により、現居住環境での生活や介護の継続が困難になる場合がある、という実情を背景とした、対応の体制についても整備している(表3)。特に高齢者については、可能な限り深夜の帰宅を避け、少なくとも一晩は医療機関で経過観察を行ってもらい、在宅側・介護施設側の対応困難に考慮してもらえ

よう、医療機関に協力を依頼していることも函館独自の取り組みである。

そして、函館医療・介護連携支援センターが主導する研修や啓発活動を通じて、地域全体における「連携文化」の醸成が着実に進んでいる。多職種が顔の見える関係を構築し、専門職間の相互理解が深まったことは、今後の地域包括ケアシステムの基盤強化に資する重要な成果であるといえる。

表2 急変時の体制



① 急変時の対応

退院後、症状が悪化して再入院となる場合などの際に迅速な対応をするために、医療機関担当者と在宅・施設担当者との継続的な連携は大変重要です。カンファレンスの際に、緊急時の体制について確認した内容を、医療機関担当者間で常に確認しておきましょう。

② 外来時の対応

支援対象者の外来来院時には、在宅での療養において困っていることがないか、家族の介護状況に問題がないかなどを確認し、在宅・施設担当者と連携しながら療養の調整などを行いましょう。



① 退院後の情報提供

在宅・施設担当者は、退院後の療養生活について、医療機関担当者に情報提供を行うことを心がけましょう。医療機関担当者へ積極的に情報提供を行うことで、医療機関職員の医療ケアの向上等にも繋がります。支援対象者や家族が安心して療養生活を送れるように支援しましょう。

② 急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割

かかりつけ医または施設協力医は、支援対象者が急変した際の対応について、緊急を要する症状や状態がどのようなものか、どこに連絡し、どのように対応すれば良いかなど、具体的に整理し、在宅で介護する家族や介護事業所へ伝えましょう。

表3 急変時の対応

施設等における急変時対応のポイント

- ①予防救急
 - ・普段からの体調の把握ができており、異常の早期発見と重症化の予防ができる。
 - ・施設内での多職種の情報共有、連携ができる。
 - ・急変時対応マニュアルが職員へ周知徹底されており、活用できる。(施設内研修等)
- ②重症化の予防
 - ・日中帯にかりつけ医、嘱託医、協力医療機関への適切な報告・相談ができる。
 - ・医師に報告・相談後に適切な対応が取れ、職員間の情報共有ができる。
 - ・必要に応じて応急手当ができる。
- ③救急搬送時の対応
 - ・適切に通報し救急隊員到着までの間、患者の変化に注意して観察ができる。
 - ・救急隊員への情報伝達(伝達シート等)が準備され、適切に情報提供ができる。
 - ・適切に救急搬送時の対応ができる。(搬送ルートの確保、救急車への同乗、持参記録等の準備等)
 - ・救急医療機関へ適切な引き継ぎができる。(救急車への同乗、医療機関への情報提供)
- ④再発防止のための対策
 - ・かかりつけ医、嘱託医、協力医療機関との連携を取りながら、患者の変化に注意して、異常の早期発見に努めることができる。

①～④の流れを意識して、急変時対応に取り組みましょう!!

表4 急変時の体制

急変時の対応に関する体制について(※1)(H29.7.1から運用開始)

搬送される高齢者の方で、診察により軽症または中等症の状態であるが、何らかの理由により帰宅が困難で経過観察が必要だと判断された方をオーバーナイトすることとしています。

- 1 対象者(軽症・中等症で二次救急医療機関に救急受診される以下の方)
 - ・ 65歳以上の方
 - ・ 介護保険の第2号被保険者で介護保険サービスを利用している方
- 2 急変時対応の仕組み
 - (1) 通常の体制(重症の方)
 - ・ 救急医療体制により、初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関で受診(※2)
 - ・ 入院した場合、経過を見て各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや、継続して治療が必要な場合の転院・転棟・転床を行う
 - (2) 医療・介護連携を視点に、拡充となった受入体制(軽症・中等症で経過観察が必要な方)
 - ・ かかりつけ医(主治医)へ連絡し、指示を仰ぐ
 - ・ かかりつけ医(主治医)の判断・指示のもとに、現行の救急医療体制を適用し初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関で受診(何らかの理由により帰宅が困難で経過観察が必要だと判断された。上記1の対象者をオーバーナイト)
 - ・ 基本的には各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや転院・転棟・転床を行う
 - ・ 各医療機関において転院等の調整を行う際に函館市医療・介護連携支援センターホームページ上の「急変時対応協力機関空床情報システム」を活用
 - ・ 函館市医療・介護連携支援センターは転院・転出先となる協力機関の「急変時対応協力機関空床情報システム」を管理し、各医療機関の連携室機能をサポートする
 - ・ 対応困難な場合は、翌営業日以降、函館市医療・介護連携支援センターに連絡・相談を行う

※1 医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会の急変時対応分科会において、医療・介護連携における「急変時対応の仕組み」を協議し、上記の体制により対応することで合意をえています。

※2 初期救急医療機関とは在宅当番室や夜間急病センターなど、休日および夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れる医療機関

二次救急医療機関とは詳しい検査や入院治療を必要とするなど、重症の救急患者を受け入れる医療機関(市内の病院が当番制で対応)

三次救急医療機関とは高度な医療が必要となるなど、生命に危険が及ぶ患者を受け入れる医療機関

これらの成果を支えた背景には、いくつかの成功要因が存在する。第一に、函館市医師会と函館市との強固な協働体制が挙げられる。行政と専門職団体が役割を補完し合いながら、中立

的かつ現場密着型の連携支援を展開している点が本取り組みの強みである。第二に、現場職員の実態や意見を直接取り入れる「作業部会制度」による制度設計が実践されている。この仕組みにより、制度と運用の乖離を最小限に抑え、持続的かつ柔軟な体制整備が可能となった。第三に、はこだて医療・介護連携サマリーの設計が柔軟かつ実用的(LIFE(科学的介護情報システム)で要求される情報に対応等)であったことも成功を支える要因である。連携サマリーや急変時対応シートは、多様な利用場面に対応可能であり、現場の実情に応じた活用が促進された。

一方で、今後解決すべき課題として、以下の点が挙げられる。まず、ICTの利活用に関するリテラシー格差の是正が求められる。特に介護現場における操作・導入支援や研修体制の整備が重要であり、全職種がICTを活用できる基盤づくりが急務である。次に、連携サマリーについては、国の制度動向を踏まえた様式の見直しが必要とされている。特に、LIFE(科学的介護情報システム)やバーセルインデックス(BI)との整合性を確保する様式改良が検討されている。また、収集されたデータを活用した「見える化」の推進も必要である。連携の質を可視化し、客観的な評価指標(KPI)を策定することにより、PDCAサイクルに基づく継続的改善を可能とする仕組みづくりが期待されている。

最後に、連携サマリーのさらなる使用率向上と、現場職員への継続的支援体制の強化が重要な展望である。より実用的な運用方法の普及や、導入支援の強化を通じて、地域全体における情報連携の定着を図る必要がある。

2. 北名古屋市の取組

1) 地域の背景と連携体制の立ち上げ経緯

名古屋・尾張中部医療圏は、名古屋市、清須市、北名古屋市、豊山町が構成される。尾張中部地域は、北名古屋市、清須市、豊山町は、人

口約 17 万人の比較的コンパクトであり、隣接する名古屋市との患者流入が多くなっている。

尾張中部地域における医療・介護連携の取組は、県医師会の主導により在宅医療サポートセンターが設置されたことを契機に始まった。以降、市町村を超えた医師会、行政、保健所、三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）を中心とした連携体制が構築され（尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会）、多職種によるフラットな協議の場が形成された。尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会では、これまで在宅利用サポートセンターが担ってきた

「在宅診療医師の普及・啓発等」に加え、「電子@連絡帳」の運用（レインボーネット）、医療・介護資源マップの運用、多職種連携系集会の開催を担っている。

2) 主な取組とその成果

(1) ICT を活用した情報連携

市町共通のプラットフォームとして、IIJ 提供の「電子@連絡帳」を活用した「レインボーネット」が導入されており、医療・介護・行政間での情報共有が円滑に行われている。特に、行政や介護施設間での情報共有や地域資源マップの提供に役立っている。ただし、患者の医療情報に係る連携は、レインボーネットより以前に、様々な ICT を活用した地域医療連携ネットワークが構築されていることもあり、こちらへの移行は進まない現状がある。

(2) フレイル予防と介護予防事業および多職種連携による予防的介入

75 歳以上の高齢者に対するスクリーニングや、介護予防・日常生活支援総合事業における訪問リハビリテーションの充実が図られている。医療と福祉の両領域からのアプローチによって、要介護化の予防に注力している。

特に、オーラルフレイルチェックリストの導入といった口腔ケアに関する取り組みが進められている。具体的には、平成 28 年から 30 年

にかけて「愛知県清須保健所地域歯科保健課題対応事業」の中で、口腔観察シートを作成し、現在は当地区の歯科医師会が積極的に多職種に働きかけ、嚥下障害への対応や誤嚥性肺炎の予防を目的とし、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師等が連携して支援にあたっている。また、患者の状態に応じて、済衆館病院歯科口腔外科や摂食嚥下支援チームが介入するフローが確立している。

(3) 地域ケア会議の有効活用

北名古屋市では、高齢者個人への支援充実と、それを支える社会基盤整備を進める地域包括ケアシステムの実現に向け、「地域ケア会議」、「在宅医療連携協議会」、「地域包括ケアシステム推進協議会」の 3 層構造で課題解決を図っている（図 3）。「地域ケア会議」には、①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能の 5 つがあり、北名古屋市では「自立支援型地域ケア会議」を通じて、個別事例から抽出した共通課題を分析し、地域のネットワーク形成と地域課題発見を目的としている。この自立支援型地域ケア会議で検討された課題は、解決可能なものは会議内で対応され、解決が困難な課題は上位の「在宅医療連携協議会」、さらにその上の「地域包括ケアシステム推進協議会」へと持ち上がり、解決策の検討・施策化が図られている。なお、これらの会議は、在宅医療連携拠点や生活支援体制、認知症施策との連携も行っている。このように、「地域ケア会議」で個別事例から抽出した共通課題を、「在宅医療連携協議会」で具体的な対策を検討し、実際に施策化されている点の特徴である。

また、「在宅医療連携協議会」にはケアミックス型の済衆館病院理事長が参加し、医療と介護の連携を推進している。実際に、市のコミュニティバスが医療機関にアクセスしづらかった問題を提起して運行時刻表を見直したり、フレ

イルや認知症対策の「通いの場」をマップ化するなど、課題解決に成果を上げている。

チラシを作成中。今後、活用方法の検討を進める。

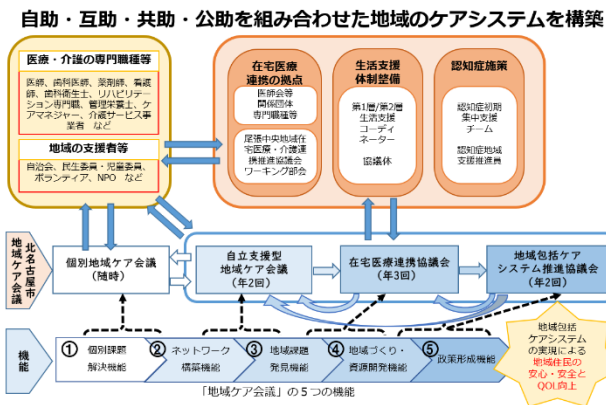


図3 地域課題解決の体制

その他にも、自立支援型地域ケア会議で検討された、以下の課題に関して、「在宅医療連携協議会」で対策が講じられ、推進されている。

① フレイル対策と健診受診の促進

課題：高齢者が外出を控える傾向にあり、フレイルの進行が懸念されていた。

対応：各種フレイル評価法（フレイルチェック、後期高齢者質問票、基本チェックリスト）の情報を共有。医師会に対し、質問票でフレイルと判断された場合に、地域の通いの場や地域包括支援センターの紹介を依頼。歯科受診の未実施などの情報も踏まえ、オーラルフレイル予防についても議論。後期高齢者の健診受診率の向上を目的に、国保医療課・健康課を巻き込んだ検討を実施。在宅医療連携協議会の医師・歯科医師の意見を反映し、健診受診促進の啓発チラシを作成。

② 多剤服用への対応

課題：高齢者における多剤服用のリスクと課題が共有された。

対応：多剤服用に関する連携方法について委員で議論。薬剤師会の薬剤師が中心となり、啓発

③ 転倒予防と住環境整備

課題：転倒リスクの高い高齢者への予防対策の必要性（住環境・屋外環境の確認）が指摘された。

対応：市が主体となり、骨折転倒予防に関する取組や目標を、日常生活・介護保険・医療保険・栄養・環境整備の視点から整理。専門職向けの資料案を作成し、今後の活用について検討中。

(4) 救急体制

済衆館病院では、急性期・回復期・慢性期・療養期まで、治療・療養できる環境を整えており、地域におけるすべての患者のニーズに対応できるようになっている（図4、図5）。2021年に発足した『EMT科（救急救命士科）』において、病院救急車を運用している。病院救急車は、医院・クリニック等の医療機関、介護・福祉施設等の事業者を対象とし、外部からは、済衆館病院の担当医師が、救急車の利用申請があった時点で、入院・受診などを必要とした判断した場合、あるいは当該病院に1年内に入院・診察を受けたことがあり、医療情報を取得している患者で必要性が認められた場合に、原則、365日（9時～16時半）、病院救急車で患者を迎えに行き、搬送する体制を構築している。

病院救急車には、基本、医師は同乗しないが（病状によっては医師が同乗する場合もあり）、済衆館病院に勤務する救命救急士が同乗し、済衆館病院の医師と緊密に連絡をとりながら、症状の悪化を防止し、搬送を行っている。サイレンを鳴らさず、通常走行をし、利用者が近所に知られたくない、迷惑をかけたくない等といった理由で、救急車を呼ぶのを躊躇し、手遅れになることへの防止に役だっている。なお、専門的な見地から患者の状態を正しく評価し、適切な治療を行うとともに、

当該当院での対応が難しい患者については、必要な急性期医療を担える病院に紹介している。

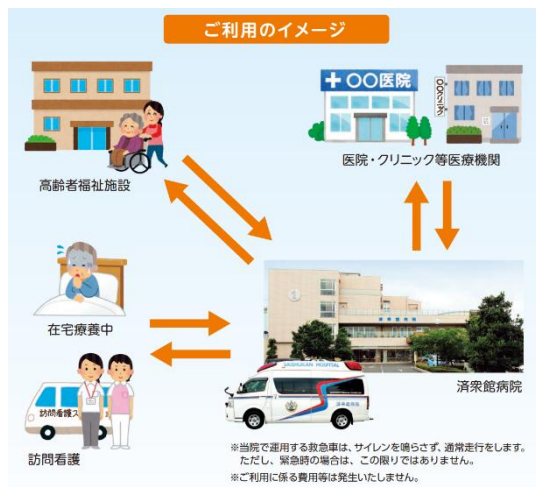


図4 施設入居者への対応

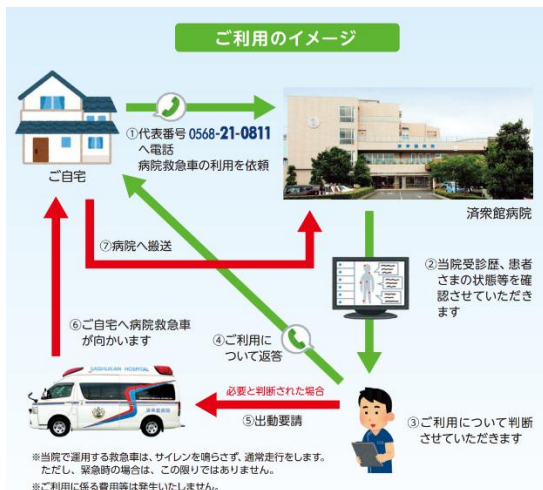


図5 在宅療養患者への対応

尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会（清須市・北名古屋市・豊山町）による救急医療情報キットを作成し、配布を呼内、運用を行っている。救急医療情報キットは、地域居住者が自身の緊急連絡先、治療中の病気のこと、薬剤情報提供書などを記載した医療情報記録用紙を所定の容器に入れ、冷蔵庫で保管し、マークを冷蔵庫の外側に貼る。この情報をもとに、救急隊が迅速・適切な救急医療を行える体制となっている。

(5) 今後の課題

高齢者の重症化予防や早期回復に必要な医療チームに係る加算は、認定看護師や特定行為研修修了等の要件があり、その専門人材の確保が困難となっている。医療・介護連携に関しては、名古屋市との ICT システムの互換性の問題や、ベンダー間の非連携といった技術的課題が残り、患者の診療情報の共有を一元的に行いにくくなっている。

D. 考察

本研究は「水平連携」の重要性に着目し、函館市および北名古屋市を対象に、急変時対応を含めた医療的ケア体制の現状と工夫、課題を明らかにすることを目的とした。

1. 水平連携の必要性と有効性

これまでの医療提供体制は、高度急性期から慢性期へと患者を移行させる「垂直連携」によって支えられてきた。しかし、慢性疾患を抱えた高齢者が地域で生活を続けながら必要な医療や介護を受けるといった構造への移行に伴い、「地域の中で支え合う」体制、すなわち医療・介護の「水平連携」が不可欠となっている。

函館市では、医師会と行政が協働する形で設置された「医療・介護連携支援センター」が中核となり、連携ルールの整備や多職種研修、情報共有ツールとして「はこだて医療・介護連携サマリー」の開発などを通じて、医療・介護間の距離を縮め、現場での実装と定着を着実に進めていた。特に、急変時の対応力を高めるためには、平時からの質の高い観察と情報共有が不可欠であるが、函館市では、主治医・入院先・介護機関がリアルタイムに情報共有できる体制を構築し、医療の効率化や介護現場での判断支援、救急搬送の適正化を実現している。また、「急変時対応シート」や研修、日常的な観察ポイントの共有、多職種連携の強化を通じて、予兆の早期発見と重症化の予防、的確な初期対応

が図られており、地域全体での継続的な体制強化が進められている。このような「急変対応に備えるための日常的ケアの質向上」や「看取りを含む在宅支援の一体的体制構築」といった観点は、今後のモデルとなり得る。北名古屋市でも、地域の特性に即した取組として、地域医療を担う医師が主体的に自立支援型地域ケア会議に参加し多職種協働を推進したり、地域のケアミックス病院が病院救急車による非緊急搬送体制を整備したりするなど、柔軟で実践的な工夫が随所に見られた。こうした取組は、「急変を未然に防ぐ予兆の察知と共有」「早期対応」「急変時の迅速対応」に貢献しており、高く評価できる。

2. 急変時対応と情報連携の体制整備

両地域に共通して見られたのは、急性期治療後、地域での療養生活を支えるために、急変時対応を整備している点である。特に、函館市の「急変時対応シート」や北名古屋市の「救急医療情報キット」は、いずれも事前準備によって情報の欠落を防ぎ、緊急対応時の混乱を最小化するものであり、救急隊の迅速な対応と医療機関の情報収集の負担軽減の両立に貢献している。

また、ICTの活用という点では、函館市における「ID-Link（道南MedIka）」の定着は特筆すべきであり、医療・介護職間のリアルタイムな情報共有が、夜間・休日を含む迅速な対応を可能としている。また、LIFEや介護報酬などに必要とされる情報と連動しており、情報作成業務とサマリー作成業務の重複を防止し、業務の効率化が図られているという点が、医療・介護連携の推進・定着を図るうえ重要である。北名古屋市では「レインボーネット」が導入されているが、医療機関で既に導入されているICTの医療連携ツールがあるため、そのシステムとの連携などは課題として、認識された。

3. 水平連携を支える組織と文化

水平連携を効果的に運用する上で、両地域に共通して重要な役割を果たしていたのが、協議会・作業部会による制度運営である。函館市のように、制度設計から現場実装・評価・改善までを一体的に担う分科会体制は、関係職種の当事者意識と柔軟な対応力を高める要因となっていた。また、北名古屋市においても、済衆館病院が行政や地域包括ケア会議に参画し、地域課題に医療の立場から継続的に関与する体制は、地域の施策を効率的・効果的に進めるための好例といえる。

さらに、両地域ともに多職種間の「相互理解と顔の見える関係性」を構築するために、研修会・事例共有・合同会議などが活発に行われていた。これにより、「連携は特別なものではなく、日常的な協働である」という文化が根付きつつあることは、継続的連携体制の安定にとって非常に重要であると考えられる。

4. 今後の展望と課題

函館市、北名古屋市ともに独自の工夫と現場実装を重ね、地域ニーズに即した医療・介護の連携体制の整備を推進してきた。函館市は、制度・情報共有のための共通ルールを含めた仕組化・現場実装・普及啓発が一体となった好事例であり、今後はその成果を踏まえた他地域への波及的効果が期待される。特に、急変時対応を意識した日常ケアの構築や、多職種連携による教育モデルは今後の全国展開の際の一つのロールモデルとなる。

北名古屋市では、行政・病院・保健所の三者連携とケアミックス病院の機能発揮が特徴的であり、自立支援型の地域ケア会議や非緊急搬送の体制整備は都市近郊型モデルの参考事例となる。

E. 結論

本研究は、函館市および北名古屋市を対象に、水平連携を促進するための施策、地域における高齢者の急変時対応を含む医療・介護連携

体制の実態を明らかにし、その工夫と課題を把握した。函館市では、「医療・介護連携支援センター」の活動を中核とした連携体制の整備と、実用的な情報共有ツール（連携サマリー、急変時対応シート）の整備・運用により、急性期治療から地域での療養、再発防止、急変対応までを見据えたシームレスな支援体制が形成されていた。一方、北名古屋市においては、医師会や行政を含む多職種の協働による在宅医療・介護連携推進用議会が有効に機能しており、ケアミックス病院による非緊急搬送体制の整備が特徴的であり、都市近郊型地域におけるモデル的な連携のあり方が示された。両地域の取組は、いずれも地域特性や制度資源を活かしながら、実効性のある仕組みを構築していた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(令和6年度)

医療機能班：医療機関の機能転換の推進に関する支援内容の提案

佐藤大介 (藤田医科大学大学院医学研究科 病院経営学・管理学専攻 教授)
小林大介 (富山大学附属病院 地域医療総合支援学講座 客員准教授)
入江英美 (九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 助教)
柿沼倫弘 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
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、2025年を目標とした従来の地域医療構想から、2040年以降の医療需要の変化に対応した新たな地域医療構想の実現に向けて、病院の「機能転換」に焦点を当て、その実態と課題を明らかにすることを目的とした。特に、超高齢者の急増や医療人材の不足、医療ニーズの変化を背景に、急性期病院が新たな地域の役割を担う過程に注目し、病院経営や医療提供体制の再編の現状をインタビュー調査により把握した。

調査対象には全国9施設を選定し、急性期から地域包括ケアへの転換や、病院統合・法人再編による機能の分化など多様な事例を含めた。インタビューは半構造化形式で実施され、背景要因、転換戦略、障壁、地域連携の実態などを網羅的に聴取。調査結果は、病院機能転換の判断において、①経営幹部の意向、②患者構成と診療報酬制度の整合性、③経営の持続可能性の3点が重要な要素であることを明らかにした。

インタビュー調査の結果を研究班で取りまとめ、新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」として知見を取りまとめた。具体的には、機能転換の類型として、成長機会をとらえた「成長型機能転換」と、経営維持を目的とした「調整型機能転換」に大別した。前者は医療機能の強化や地域ニーズへの対応を重視し、後者は財政や人材の制約を背景とした再編や縮小の文脈で行われる。加えて、インタビューからは、意思決定における内部抵抗や地域関係者との調整の難しさ、地方自治体との連携の重要性も浮き彫りとなった。

本研究は、2040年に向けた地域医療構想の見直しにおいて、病院が果たすべき役割と現場の実態を提示するものであり、今後のガイドライン策定や政策立案に資する知見を提供する。社会経済構造の変化に応じた持続可能な医療提供体制の再構築に向けて、さらなる調査と実証に基づく検討が求められる。

A. 研究目的

地域医療構想は、平成26年6月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保

を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により医療法が改正され、平成27年4月から医療計画の一部として正式に位置付けられた。現行の構想では、2025年の医療需要に基

づき必要病床数を定め、その達成に向けて病床機能報告や地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金の活用、都道府県知事の権限などを通じて病床の機能分化と連携を進めてきた。

しかしながら、この構想は 2025 年までの取り組みを前提としており、今後は 85 歳以上人口の急増や現役世代の減少といった医療需要の変化に対応するため、新たな視点が必要とされている。この点については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」（令和 5 年 12 月 22 日閣議決定）においても言及されており、2040 年頃を見据えた中長期的な課題として、病院に限らず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携などを含む包括的な検討が必要とされている。

さらに、令和 6 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」では、2040 年を見据えて地域医療構想の対象範囲を拡大し、地域全体の医療提供体制を視野に入れた改革を求めている。その中には、医療機関機能の明確化、都道府県や市町村の責務や役割、財政支援の在り方など、法制上の措置も含めた制度設計の再検討が盛り込まれている。

これを受けて、令和 6 年 3 月からは新たな地域医療構想に関する検討会が発足し、2024 年 12 月 18 日付にて厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会のとりまとめ」が公表され、2040 年に向けた「新たな地域医療構想」のガイドラインに向けてさらなる検討が予定されている。

本研究では、地域の超高齢者の増加や労働人口の減少が進む中、一般病床を有する急性期病院が病院の機能を転換することで、地域における新たな役割を担っている「機能転換」に着目し、病院を取り巻く環境とそこでの役割分担、病院マネジメントに関する取り組みおよび課題について、インタビュー調査方式により病院機能転換プロセスにおける課題を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

B-1 インタビュー対象の選定

機能転換を図った病院を調査対象とする。機能転換にはいくつかのパターンが想定されることから、本研究では次の項目を基本的考え方として対象を選定する。

1) 地域特性×開設主体の組み合わせによる機能転換のパターン、2) 連携推進法人やメディカルアライアンスの設置に伴う機能転換や協定、提携等を対象とする。

2) 機能転換のパターンは、「急性期 7 対 1（幅広い救急患者への対応）から高齢者の生活リハビリも含めた入院医療への機能転換」等、具体的事例のある病院を対象とする。

3) 都市部の医療提供体制や人口減少が進む 10 万～20 万人規模都市で急性期病院が複数ある地域等を優先的に調査対象とする。

4) 再編統合等、複数病院との統合に伴う機能転換も対象に含める。

5) 地域性については、北海道、東北、関東、東海北陸、近畿、中国四国、四国、九州等の各地域を幅広く対象とする。

B-2 インタビューガイドの作成

インタビューガイドは、研究者間で議論した素案を基に、下記のインタビュー調査項目とする。

① 病院の機能転換について

(1) 病院の機能転換を図ることとなった背景

- ・ 地域の特性や医療需要等の外部環境
- ・ 医師・看護師の確保や病床利用率等の内部環境
- ・ 機能転換以外の選択肢の可能性

② 機能転換に係る具体的な戦略

(1) 機能転換に際する留意点について

- ・ 人員配置、人事、施設設備や医療機器、診療内容の変化に伴う組織マネジメント
- ・ 病院の機能転換に必要な追加的投資
- ・ 病棟等の運用（様式の変更や電子カルテシステム等）の変更点

- (2) 機能転換に立ちはだかる障壁について
 - ・理事会、病院幹部、職員の反対
 - ・金融機関、関連病院・施設、地域の職能団体等、地域の利害関係者のマネジメント
- (3) 地域や都道府県等との連携について
 - ・地域における地域医療構想調整会議の関わり
 - ・病院の機能転換を円滑に進めるために国や都道府県に期待すること

B-3 インタビュー方法とデータ作成

インタビュー方法は、インタビューガイドを用いて半構造化面接形式にて行う。インタビューガイドに設定した質問以外でも聴講者の判断により関連する内容については追加の質問を行う。

インタビューは2024年10月～2025年2月とし、いずれのインタビューも研究協力病院が希望する場所と時間で、1回あたり60分～90分程度の予定で実施する。録音した音声は、全ての内容を逐語録としてテキストデータへ変換する。

B-4 分析方法

インタビューを担当した研究者らで議論し、「新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」として知見を取りまとめる。

(倫理面への配慮)

特になし

C. 研究結果

インタビュー調査の対象病院は9施設を選定した(別表1参照)。うち1施設は急性期一般から地域包括ケアへ機能転換を図った公立病院、1施設は地域医療連携推進法人とした。

機能転換のパターンは、急性期一般病棟から地域包括医療病棟、急性期一般病棟から地域包括ケア病棟に加え、地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟、ケアミックス型病院から急性期一般と回復

期リハビリテーション病院へ分離したパターンも対象とした。

インタビュー調査の結果、病院の機能転換等の特性要因として、病院の機能転換等に係る重要な判断基準を以下の項目ごとに整理した。

- (1) 病院経営幹部、意思決定者の意向
- (2) 自院の患者像と診療報酬制度との整合性
- (3) 経営の持続可能性

これらの観点について、班会議を通じて検討し、別紙「新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」として知見を取りまとめた。

また、インタビュー調査結果を踏まえ、機能転換する病院の特性および要因を構造的に整理し、機能転換を図る特性・要因と、その障壁となる判断基準をとりまとめた。(図1参照)

D. 考察

本研究の結果から、地域に位置する病院の地域医療構想を見据えた機能転換等に関する課題については、次のパターンに大別し整理することができる。

(1) 成長型機能転換

地域のニーズに基づき、成長性・収益性の高い機能へ転換することや、建物の老朽化(感染症対応・動線・療養環境)に伴う改築/新築を機に医療機能の適正化・強化を図る転換。地域医療連携推進法人の活用を含む。

(2) 調整型機能転換

看護師不足等による施設基準を満たせない、建物が老朽化しているが予算はない等、病院を存続させるための機能転換。再編統合や事業承継等を含む

地域の人口減少が想定以上に進み、医療現場を担う医師や看護師等の医療従事者の確保が極めて難しくなったこと、医師の働き方改革の施行、医師の地域偏在および診療科偏在の深刻化、超高齢者の増加に伴う介護需要の増加、医療技術の進歩や健康寿命の延伸等による入院受療率の低下、地

方自治体財政という外部環境の現状を踏まえ、本研究のインタビュー調査の結果、都道府県および地方自治体ならびに各医療機関が、各々の役割について抜本的な見直しを行う際の課題整理を、プロセス別・関係者別に整理した。

新たな地域医療構想を見据え、良質な医療を将来へ引き継ぐために、また、地域から医療機関が突如失われる事態が生じる前に、地域における医療機関の維持可能性を見据えた「リバランス」は避けられない。今後10年～20年間の地域の人口変化も見据え、病床配置の見直し、病床機能の転換、医療機能の集約化等、様々な選択肢から地域にとって最適な解を導き出さなければならない。だが、その成否に影響を与える要因も様々であり、抜本的な見直しとなる意思決定は容易ではない。

本研究の結果は、全国すべての地域の実情を反映することができないが、インタビュー調査の対象となる病院や地域が「これからの医療のあり方」と「実現可能性」の両面を踏まえて建設的な議論を進め、重要な意思決定を行った結果である。新たな地域医療構想の策定を前に、当初の地域医療構想が想定していたよりも社会経済情勢が大きく変化し、医療提供体制の局面が変わった今、国民の命と健康を守るための医療提供体制の見直しに関する知見の集積に向けたさらなる調査研究と「新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」の更新が引き続き必要である。

E. 結論

本研究では、病院の「機能転換」に着目し、病院を取り巻く環境とそこでの役割分担、病院マネジメントに関する取り組みおよび課題について、インタビュー調査方式により病院機能転換プロセスにおける課題を明らかにし、「新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」という形で新たな地域医療構想のガイドラインに資する基礎的資料の作成を行った。

当初の地域医療構想が想定していたよりも社会経済情勢が大きく変化し、医療提供体制の局面

が変わった今、国民の命と健康を守るための医療提供体制の見直しに関する知見の集積に向けたさらなる調査研究と「新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討」の更新が引き続き必要である。

F. 健康危険情報

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

インタビュー調査対象医療機関

病院名	開設主体	転換概要
医療法人財団興和会 右田病院	民間病院（東京都）	地域包括ケア病棟⇒地域包括医療
医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院		
社会医療法人水光会 宗像水光会総合病院	民間病院（福岡県）	急性期一般⇒地域包括医療
医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院		
社会医療法人駿甲会 コミュニティーホスピタル甲賀病院	民間病院（静岡県）	急性期一般⇒地域包括医療
医療法人財団興和会 右田病院		
日本海ヘルスネット	地域医療連携推進法人 民間病院（山形県）	急性期一般⇒地域包括ケア
社会医療法人財団 白十字会 白十字病院	民間病院（福岡県）	ケアミックス型⇒回復期リハ
西脇市立西脇病院	公立病院（兵庫県）	急性期一般⇒地域包括ケア
社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院	民間病院（福岡県）	急性期一般⇒地域包括ケア

別表 1：インタビュー調査の対象病院

病院の機能転換 特性要因図

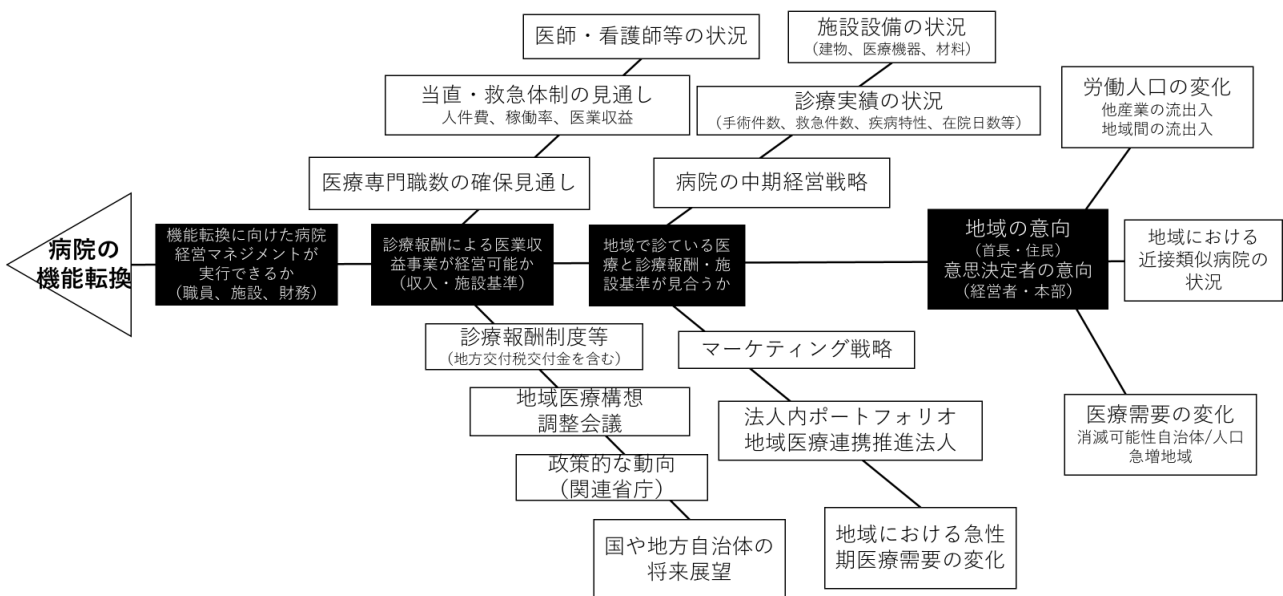


図 1：機能転換を図る特性・要因、判断基準

新たな地域医療構想に向けた病院機能の転換等に関する課題の検討

2025年3月13日版

厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」班

研究班による序文

「新たな地域医療構想に関する検討会」(2024年12月18日)において、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」および「医師偏在対策に関するとりまとめ」が公表された。当研究班は、この公表を「2025年が到来し、地域医療構想が当初想定していたよりも社会経済情勢は大きく変化し、医療提供体制の局面が変わった」と捉えている。地域の人口減少が想定以上に進み、医療現場を担う医師や看護師等の医療従事者の確保が極めて難しくなったこと、医師の働き方改革の施行、医師の地域偏在および診療科偏在の深刻化、超高齢者の増加に伴う介護需要の増加、医療技術の進歩や健康寿命の延伸等による入院受療率の低下、地方自治体財政の厳しさ等は、2016年当初の地域医療構想では十分に想定できなかった。我が国の医療提供体制は既に縮小へのフェーズへ転換している。本研究班が示す病院の機能転換に関する資料は、こうした局面の変化において都道府県や構想区域が医療提供体制の抜本の見直しに関する議論を本格化させるための基礎資料と位置づけている。

当研究班は、地方自治原則に基づき、都道府県および地方自治体ならびに各医療機関が、各々の役割について抜本的な見直しを行う際の課題整理を、プロセス別・関係者別に整理した。社会保障制度や国の財源が益々厳しくなり、これまでと同規模・同機能の医療を維持することが困難な社会経済情勢は続くであろう。そのような環境において良質な医療を将来へ引き継ぐ方法は必須の課題である。当研究班はこれまで、高度医療の集約・拠点化や治し支える医療への転換等によって、地域から医療機関が突如失われる事態が生じる前に地域の維持可能性を見据えた「リバランス」は避けられない課題と考え、研究を進めてきた。今後10年~20年間の地域の人口変化も見据え、病床配置の見直し、病床機能の転換、医療機能の集約化等、様々な選択肢から地域にとって最適な解を導き出さなければならない。だが、その成否に影響を与える要因も様々であり、抜本的な見直しとなる意思決定は容易ではない。

この資料は全国すべての地域の実情を反映することができないため、一般的な課題や代表的な関係者に限られている。したがって本資料がすべての地域に合致するとは限らず、全国一律的に上記を定めるマニュアルの類ではない。したがって各地域が「これからの医療のあり方」と「実現可能性」の両面を踏まえて建設的な議論を進めた結果は、その責任に基づく意思決定であると考えられる。研究班としては、新たな地域医療構想の達成に向け、すでに局面が変わった地域が住民の命と健康を守るための医療提供体制の見直しに関する議論の一助となることを願うものである。

1. 課題整理の構成(案)

1-1. 医療機能の転換となる契機

地域に位置する病院の機能転換等に関する課題について、パターンに大別し整理した。

(1) **成長型機能転換**: 地域のニーズに基づき、成長性・収益性の高い機能へ転換することや、建物の老朽化(感染症対応・動線・療養環境)に伴う改築/新築を機に医療機能の適正化・強化を図る転換。地域医療連携推進法人の活用を含む。

(2) **調整型機能転換**: 看護師不足等による施設基準を満たせない、建物が老朽化しているが予算はない等、病院を存続させるための機能転換。再編統合や事業承継等を含む

1-2. 病院機能転換プロセスにおける課題の整理

病院の機能転換プロセスにおける課題は様々であるが、本資料では各病院へのインタビュー調査の結果を踏まえ、主たる課題を抽出し、課題ごとに検討や対応の際の留意事項を整理する。

- (1) 病院経営幹部、意思決定者の意向(経営者・首長・経営本部)……………2-1参照
- (2) 自院で診ている患者と診療報酬制度・施設基準との整合性……………2-2参照
- (3) 経営の持続可能性(財務状況、施設設備、職員マネジメント)……………2-3参照
- (4) 地域医療構想調整会議での合意……………2-4参照

2. 病院機能転換プロセスにおける課題

2-1. 病院経営幹部、意思決定者の意向

(1) 成長型機能転換と調整型機能転換のいずれにおいても自院を取り巻く経営環境変化、具体的には地域の人口動態の変化－高齢者数の変化と生産年齢人口数の変化－や、社会経済情勢、労働量、物価変動、都市計画、道路や公共交通機関、周辺医療機関の状況等の変化(規模・機能の変更、医師配置の変更)等が、病院機能転換を検討する契機である。将来の医療需要や足元の経営資源等を見定め、自院の役割や機能について意思決定を行うことが定石だが、機能転換には様々な不安が付きまとう。たとえば新たな増床計画や機能強化にあたっては追加的投資が生じる。計画通りに患者や医師・看護師等の人材を獲得できるか。あるいは病院機能の最適化および財務の改善を図るために病床規模や人員配置を見直し、診療報酬上の届出を変更する場合、大学医局からの派遣が途絶える恐れ、病棟職員のモチベーションの低下、医業収益の減少不安が挙げられる。

(2) そのため病院経営幹部は十分なシミュレーションを行い、実行可能な戦略を策定する必要がある。病院内の診療情報や財務情報から試算を行う際、稼働率や平均在院日数の設定につい

ては楽観的仮定を置かず、これまでの実績に基づき達成可能な数値やシナリオによって検討を行うことが望ましい。これには事務職員の役割が重要である。

(3) 病院経営幹部による十分な議論を以て合意形成がなされたのち、職員向けの説明が必要である。受け入れる患者層がこれまで通りであれば現場の負担は大きく変わらないが、たとえば一般急性期から回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟への転換を行う場合は、これまでの病棟コンセプトおよび運用フローが大きく変わるため、十分な期間を以て機能転換を図る計画について説明する必要がある。これには病院長や看護部長のリーダーシップ・ガバナンスによって職員に伝わる言葉で説明することが重要である。なお全職員の説明前に主要な病院内の利害関係者(執行部会や診療科長等)と合意形成を図る手順が必要である。

(4) 調整型機能転換の場合、大学医局が医師の派遣という重要な役割を果たしていることに留意する必要がある。大学医局からの派遣医師が在籍している場合、調整型機能転換の計画が派遣医師のキャリアに沿ったものであるかどうかを事前に大学医局と確認する必要がある。機能転換に伴う診療内容に変更が生じる場合の派遣医師のキャリアへの影響はもちろん、派遣医師のキャリアに影響がない場合であっても、機能転換の概要について丁寧に説明することが双方にとって重要である。事前相談のない一方的な機能転換は派遣医師のキャリアに影響を及ぼす事態を招き、場合によっては大学医局へ戻らざるを得ず自院の診療継続が困難となる事態を招く恐れがある。大学医局の医師派遣は昨今厳しい状況にあり、代替りの医師を派遣することは容易ではない。こうした事情からも大学医局とのコミュニケーションに基づいて引き続き協力を依頼し、地域で医師を養成する目的からこうしたプロセスを怠ってはならない。

2-2. 自院で診ている患者と診療報酬制度・施設基準との整合性

成長型機能転換と調整型機能転換のいずれにおいても、自院を受診している患者像と診療実績に基づいて最適な診療報酬制度や施設基準に基づいて検討することが重要である。これとは逆の発想、つまり希望する診療報酬制度や施設基準が先にあり、そこから患者像や診療内容を創り出すことは自院の持続可能性の観点だけでなく、地域の医療体制を歪めることにつながるため、避けなければならない考え方である。しばしば経営コンサルタント等がこのような考え方に基づく経営改善計画を提案することがあるが、そのリスクについて十分留意する必要がある。

2-3. 経営の持続可能性

前項において、自院の位置づけや役割から最適な施設基準を検討する際には、地域で引き続き必要な役割を果たすための経営持続性の試算が必要である。たとえば財務状況においては、医業収益面における入院単価と平均在院日数、病床稼働率・病床利用率等の基礎的指標がどのように変化するか。医業費用面における人件費、材料費、経費等の割合がどのように変化するか。それらを統合した損益分岐点や収支を試算するとともに、現在保有している施設設備や資産の必要性の見直しについても検証が必要である。

また、成長型機能転換と調整型機能転換のいずれにおいても、職員の不安や業務に対するモチベーションへの影響には十分に配慮し、トップマネジメントによる情報発信が欠かせない。たと

例えば一部の病棟を地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟へ機能転換を図る場合、看護理念や医療としての役割が異なるだけでなく、病棟ごとにその理念が変わることから、混乱を招きかねない。このような事態は職員の離職を招き、試算と異なる結果を招くことに十分留意する必要がある。

2-4. 地域医療構想調整会議での報告・合意

- (1) 機能転換を検討し具体的計画を実行する際には、自院の構想区域における地域医療構想調整会議へ報告し合意を得る必要がある。機能転換は、周辺医療機関、医師派遣元の大学医局、郡市医師会等の関係団体等へ幅広く影響を与えることから、法的根拠(医療法第三十条の十四「協議の場」)のある調整会議に関連づける検討体制が望ましい。
- (2) 必要に応じて、調整会議の下に協議の場(部会)を設置し、具体的な医療需要の動向や地域の医療体制について協議を行うことが望ましい。その際、調整会議が都道府県の地域医療構想に係る関係者の代表者で構成されるのに対し、部会では直接影響を受ける構成員を中心に議論することが重要である。もし機能転換の影響が構想区域だけではなく、近隣の構想区域における医療体制に及ぶ等、影響が大きい場合は、都道府県、構想区域の自治体、関連医療機関、設置主体本部、地区病院協会、地区医師会、周辺病院、医師派遣元の大学が主たる構成員の候補として考えられる。地域医療構想アドバイザーや学識者も重要な役割を担う。地域医療構想アドバイザーは必要に応じてデータ分析の技術的支援や分析結果の解説や論点整理等、協議の場への出席以外の観点からも、構想区域全体への影響に配慮した役割を担うことが重要である。
- (3) 地域医師会や周辺病院との連携、バックアップ機能の分析も調整会議の検討事項に含まれる。機能転換を図った以降も、構想区域の良質な医療を将来へ引き継ぐために地域医師会や周辺病院が担う医療機能とその連携状況および受け入れ可能な機能について検討する必要がある。たとえば自院の医療機能を見直すことに伴い、外来機能としてのバックアップが地域の診療所等で代替できるか、特定の手術や処置(例:t-PA)、二次救急、周産期医療、小児医療等の機能を周辺病院が担うことが出来るか。特に外来機能を担う診療所等は限られた診療科を標ぼうしており、複数の疾患を有する患者を1施設で賄うことが難しいことに留意した分析・検討が必要である。また、当該地域における上記の医療需要に対する機能がどの程度必要かについては、構想区域だけでなく二次医療圏や都道府県単位での連携体制を含めて分析検討する必要がある。

2-5. 大学医局からの医師派遣について

大学医局にとっては、機能転換を図る医療機関へ引き続き医師を派遣するかどうかについては、医師の働き方改革や若手医師の専門医志向の傾向が続く中で医局員を確保することが重要であることから重大な関心事項である。

そのため、機能転換によって症例数や治療内容が変更になる場合や、事前にそのような説明が当該医療機関から行われない場合は、大学医局からの不信感を招く可能性があるため、きめ細かく説明を行うとともに、医師養成の観点からみた影響についても対策を検討する必要がある。

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「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6年度)

研修プログラム班：都道府県担当者や地域医療構想アドバイザーを対象とした、
医療計画・地域医療構想の議論活性化のための研修プログラムの開発

研究分担者 佐藤大介 (藤田医科大学大学院医学研究科 教授)

研究要旨

本研究は、地域医療構想の今後の展開を見据え、地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムの開発に向けた基本的な考え方を整理することを目的とする。地域医療構想は平成27年に医療計画の一部として位置づけられ、2025年に向けて病床の機能分化と連携が進められてきた。しかし、85歳以上人口の増加や現役世代の減少といった将来的な医療需要の変化を踏まえ、2040年頃を見据えた新たな医療提供体制の構築が求められている。令和6年にはこの方向性に基づき、新たな地域医療構想に関する検討会が発足し、制度設計や人材育成の在り方について議論が進められている。

本研究では、都道府県の地域医療構想担当者、アドバイザー、市町村職員等を対象とし、オンライン学習を視野に入れた研修プログラムの構成を検討した。研修は基礎編と応用編に分けられ、基礎編では制度や統計知識、病院経営指標などの基本的理解を、応用編では事例に基づく演習や分析技術を学ぶ内容とした。とりわけアドバイザー向けにはデータ解析や地域説明力の強化、県職員向けには病院経営の知識と医療計画との整合性が重視される。

また、プログラムの運用方法としては、集合研修とオンデマンド研修を組み合わせたハイブリッド形式を採用し、受講者の負担を軽減するとともに、ネットワーキングの場の提供も重視している。今後は、カリキュラム要綱や教材、講師体制の整備を進め、新たな地域医療構想ガイドラインの公表と連動したプログラム開催を目指す。

A. 研究目的

地域医療構想は、平成26年6月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により医療法が改正され、平成27年4月から医療計画の一部として正式に位置付けられた。現行の構想では、2025年の医療需要に基づき必要病床数を定め、その達成に向けて病床機能報告や地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金の活用、都道府県知事の権限などを通じて病床の機能分化と連携を進めてきた。

しかしながら、この構想は2025年までの取り組みを前提としており、今後は85歳以上人口の急増や現役世代の減少といった医療需要の変化に対応するため、新たな視点が必要とされている。この点については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」(令和5年12月22日閣議決定)においても言及されており、2040年頃を見据えた中長期的な課題として、病院に限らず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携などを含む包括的な検討が必要とされている。

さらに、令和6年6月に閣議決定された「経済

財政運営と改革の基本方針 2024」では、2040 年を見据えて地域医療構想の対象範囲を拡大し、地域全体の医療提供体制を視野に入れた改革を求めている。その中には、医療機関機能の明確化、都道府県や市町村の責務や役割、財政支援の在り方など、法制上の措置も含めた制度設計の再検討が盛り込まれている。

これを受けて、令和 6 年 3 月からは新たな地域医療構想に関する検討会が発足し、2024 年 12 月 18 日付にて厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会のとりまとめ」が公表され、2040 年に向けた「新たな地域医療構想」のガイドラインに向けてさらなる検討が予定されている。

本研究ではこれまでの地域医療構想および新たな地域医療構想の推進を見据えて、地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムを開発に係る基本的考え方を整理し、次年度に向けたカリキュラム開発に向けた基礎的資料とすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究が対象とする、地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムは次の研修対象者を想定する。

1. 都道府県の地域医療構想担当者
2. 地域医療構想アドバイザー
3. その他市町村職員や関係団体等「新たな地域医療構想」の関係者

また、カリキュラムの範囲は、「新たな地域医療構想」が求める範囲全体をカバーするものとし、上記 3 つの研修対象者が体系的に修得できるオンライン学習ツールの開発を見据える。

(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を遵守する。また、

厚生労働省医政局を始めとする関係各所の定められた規定・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

地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムを策定するにあたり、特に県職員は異動があるため、研修はレベル別に構成することとし、研修対象者およびカリキュラムの範囲が多様あることから、1) 研修対象者、2) レベルの二軸でカリキュラムを構成することとした。

(表 1 参照)

都道府県の地域医療構想担当者、地域医療構想アドバイザー、その他市町村職員や関係団体等の関係者の共通事項にあたっては、基礎編（初学レベル）では、基礎的知識および心構え、地域における関係者との調整等必要な技能について修得する内容とした。具体的には、次の一覧に示す通り、関連法規や通知、地域医療構想の趣旨等に重点を置くプログラムとした。

(基礎編)

1. 「新たな地域医療構想」GL の網羅的理解
 2. 医療法、関連法規、医療介護総合確保基金、地域医療連携推進法人等の基礎的理解
 3. 人口動態、受療率の統計情報について（地域の医療需要の算出方法）
 4. 医師統計、医師の働き方改革関連法規の基礎的理解
 5. 診療報酬制度、施設基準、保険診療についての基礎的理解
 6. 病院、公営企業（公的病院）の経営分析の基礎的理解（財務諸表、経営指標等）
 7. 介護報酬制度、介護関連法規の基礎的理解
- また、都道府県の地域医療構想担当者、地域医療構想アドバイザー、その他市町村職員や関係団体等の関係者の中で地域医療構想に関する 3 年以上の経験を有する者については「応用編」とし、次の例に示す通り、実践的なプログラムとした。

(応用編)

1. ケースメソッド方式による事例演習

(ア) 南奈良総合医療センターの再編統合事例 (ステークホルダーマネジメント)

(イ) 日本海総合病院 (地域医療連携推進法人の設置)

1. (ア) については 2019 年度厚生労働科学研究にて開発したケース資料を活用することとし、

(イ) については 2023 年度地域医療構想研修にて取り扱ったフィードバックを参考に、2025 年度厚生労働科学研究にて新たにケース資料を開発する必要がある。

次に、地域医療構想アドバイザー特有のカリキュラムとしては、地域医療構想に関するデータや統計に関する基礎的知識から具体的な分析手法やその解釈に関する演習を重点的に行う内容とした。各都道府県が地域の実情に応じて地域医療構想を推進するためには、国や都道府県のデータを十分に理解し、地域医療構想調整会議の構成員や県民に説明できる技能が必要不可欠であることから、実務経験を有する地域医療構想アドバイザー同士が情報を共有する機会を設ける研修プログラムを提案した。

また、都道府県職員固有のカリキュラムにあたっては病院経営に関する基本的知識や具体的事例に基づく議論の場をカリキュラムに含めることとした。特に公立病院と公的病院・民間病院は会計基準が異なるとともに、医療機関機能と施設基準の関係が密接不可分である。さらには病床利用率や在院日数、入院単価、外来単価、人件費率、材料費率等の基礎的病院経営指標とその目安となる値を理解しなければ、地域における医療機関との協議に臨めない。都道府県は救急医療機関や周産期母子医療センター等の指定権限を有していることから、新たな地域医療構想と医療計画との整合性を図る上でも重要な知見として修得する必要がある。

D. 考察

本研究ではこれまでの地域医療構想および新

たな地域医療構想の推進を見据えて、地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムを開発に係る基本的考え方を整理し、次年度に向けたカリキュラム開発に向けた基礎的資料とすることを目的に研修プログラムの構成案について検討を進めた。

研修プログラムの構成にあたっては、研修はレベル別に構成することとし、研修対象者およびカリキュラムの範囲が多様あることから、1) 研修対象者、2) レベルの二軸でカリキュラムを構成することとした。本研修プログラムを開発するにあたり、次の点についても検討が必要である。

- ・一年間の研修期間において 2～3 回の集合研修を行う等、通年カリキュラムの構成とする。

- ・集合研修は対面・集合研修およびオンデマンド・知識研修のハイブリッド方式とし、都道府県職員や地域医療構想アドバイザーの負担を最小限とする。

- ・対面・集合研修は県職員とアドバイザーのネットワークを設けることで、地域医療構想アドバイザーの役割を再確認していただく。

- ・集合研修以外に、オンデマンド・知識研修を用意し、講義形式+確認テストで構成する教材を開発し、研修対象者が自らの業務時間を有効に活用して、必要な知識を修得できるカリキュラム

今後、基礎編および応用編の研修プログラム開発にあたっては、1)カリキュラム要綱(案)の作成、2)設置趣旨、特色、人材育成の目標、研修方法、科目一覧表 3)各科目の概要および研修到達目標、4)担当講師の検討、5)開催日程、オンライン環境等の調整を進め、新たな地域医療構想ガイドライン策定に合わせて研修プログラムを開催する準備を進める必要がある。

E. 結論

本研究ではこれまでの地域医療構想および新たな地域医療構想の推進を見据えて、地域医療構想調整会議を活性化させるための人材育成プログラムを開発に係る基本的考え方を整理し、研修プログラムの構成にあたっては、研修はレベル別に

構成することとした。

新たな地域医療構想については医療介護連携や医療機関機能報告等、多様な関係者が関わる内容が想定され、医療計画の上位概念として位置付けられることから、その重要性はこれまで以上に高まることが想定される。その趣旨が十分に伝わる研修プログラムが求められることから、オンデマンド配信を活用する等、十分な教材が必要であろう。

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 研修プログラム構成 整理表

カリキュラム案	基礎編 初学レベル（着任1～2年）	応用編 経験者（3年目以上）	※経験者のうち特に優れている者
共通事項	<ul style="list-style-type: none"> ・関連法規・通知に関する基本的知識 ・地域医療構想アドバイザーの役割に関する理解 ・地域医療構想と医療計画に関する理解（そもそも何か。単なる病床の調整ではなく、将来を見据えた医療体制のビジョンである。） ・進めていく時の地域の関係者一覧と各立場の理解 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース（事例）に基づく討論 ・地域医療構想アドバイザーの役割に関する理解（事例・議論） 	講師役
地域医療構想アドバイザー	<ul style="list-style-type: none"> ・関連データ・統計に関する基本的知識 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における具体的課題と議論内容の共有 ・データ分析・指標の解釈に関する演習 	進行・発表役
県職員	<ul style="list-style-type: none"> ・病院経営（診療報酬・施設基準含む）に関する基本的知識 ・都道府県の権限（救急の指定・臨床研究病院の指定）と役割（地域医療構想調整会議事務局機能）に関する理解 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における具体的課題と議論内容の共有 	発表役

在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いた在宅医療提供体制の定量的分析

研究協力者 次橋 幸男（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）
研究分担者 今村 知明（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）
研究分担者 西岡 祐一（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）
研究分担者 赤羽 学（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、2018～2022年度のNDB（National Database）を用いて、在宅医療の機能およびカテゴリー分類に基づいた在宅医療提供体制の定量的分析を実施した。分析にあたっては、これまでに報告された在宅医療の機能・カテゴリー分類を用いて、在宅医療の機能（0. 日常の療養支援、1. 急変時・頻回対応、2. 看取り）とカテゴリー（I～IV、IVが最も重症）に基づき、訪問診療が提供されていたレセプトを12通り（3機能×4カテゴリー）に機能・カテゴリーへと分類した。そして、在宅医療の機能・カテゴリーを以下の4つの「層」に分けて分析を行った。

- 1) 年齢階級
- 2) 在宅時医学総合管理料／施設入居時医学総合管理料
- 3) 医療機関の所在地（地域医療構想区域）
- 4) 疾患（がん・非がん）

次に、人口動態統計から得られた死亡者数に対する「看取り機能」のレセプト件数（患者数）の割合を算出し、人口動態統計上の死亡場所（自宅、老人ホーム）との比較を行った。

本研究の結果から、レセプトデータを活用することで、年齢、療養先（施設入居等）、地域および疾患別の観点から、在宅医療の提供状況を定量的に分析できることが明らかとなった。さらに、看取り機能の評価方法として、「在宅ターミナルケア加算」の件数（患者数）に対する死亡者数の割合を算出することで、有料老人ホーム等の集合住宅における在宅ターミナルケアの実態を明らかにする手法を示した。この評価方法は、データベース分析の専門的技術を有しない自治体等においても、より簡便に活用される可能性がある。

研究協力者

中西 康裕、柿沼 倫弘（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）

（図1、表1）を用いて、在宅医療の提供体制に求められる医療機能について、年齢、療養先、地域、疾患背景を考慮した上で、定量的に評価する。

A. 研究目的

本研究では、在宅医療の機能・カテゴリー分類¹⁾

B. 研究方法

本研究では、2018年度～2022年度（一部は年次）のNDB（National Database）を用いて、訪問診療が

提供されていたレセプト（表1）を抽出し、在宅医療の機能・カテゴリー分類に基づいて、以下の4つの「層」に分けた分析を実施した。

・在宅医療の機能・カテゴリー分類に基づく分析

1) 年齢階級別の分析

2018年度から2022年度までの5年間のレセプトデータについて、40歳未満は10歳階級ごと、40歳以上は5歳階級ごとに分類し、年齢階級別に分析を行った。

2) 在宅時／施設入居時医学総合管理料別の分析

カテゴリーⅡ以上に該当するレセプトを対象として、在宅時医学総合管理料と施設入居時医学総合管理料の別に分析を行った。

3) 医療機関の所在地に基づく地域別の分析

医療機関の所在地に基づき、地域医療構想区域別に分析を実施した。地域医療構想区域の分類は以下の通りとした：

- 大都市型：人口100万人以上、または人口密度2,000人/km²以上
- 地方都市型：人口20万人以上、または人口10～20万人かつ人口密度200人/km²以上
- 過疎地域型：上記以外の区域

4) 疾患グループ別の分析

先行研究^{2,3)}を参照し、過去1年間の入院病名から疾患を抽出し、がんおよび非がんに分類して分析を行った。

・看取り機能の分析

次に、人口動態統計から得られた死亡者数に対して「看取り機能」に該当するレセプト件数（患者数）の割合を算出し、人口動態統計上の死亡場所（自宅、老人ホーム）との比較を行った。なお、「看取り機能」（「看取り加算」または「在宅ターミナルケア加算」）に分類される診療報酬については、在宅医療を受ける1人の患者に対して1回しか算定できないことから、レセプト件数は実質的に患者数を示す。このため、死亡者数を分母、

看取り機能に該当するレセプト件数を分子とすることで、当該割合を算出し、人口動態統計における死亡場所（自宅および老人ホーム）の割合と比較した。さらに、「在宅ターミナルケア加算」については、集合住宅以外と集合住宅の2区分に分類して（表2）、それぞれについて同様に、レセプト件数（患者数）を分子、死亡数を分母とした割合を求めた。

（倫理面への配慮）

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査を受けて実施された。

C. 研究結果

・在宅医療の機能・カテゴリー分類に基づく分析

1) 年齢階級別の分析

2018年度から2022年度までのNDBを用いて在宅医療の機能・カテゴリーを分類した結果、合計50,939,254件のレセプトが抽出された。そのうち、75歳以上の患者によるレセプトが全体の89.2%を占めていた。全体としては、75歳以上の患者が多くを占めるカテゴリーⅢが最多であった。一方で、若年層ではカテゴリーⅣに分類される「急変時・頻回対応」および「看取り」機能の件数が相対的に多く見られた。（表3）

2) 在宅時／施設入居時医学総合管理料の分析

2018年度から2022年度にかけて、特に施設入居時医学総合管理料においては、カテゴリーⅢ（「日常の療養支援」）に該当する件数が増加していた。一方、在宅時医学総合管理料では、カテゴリーⅢおよびカテゴリーⅣ（「急変時・頻回対応」「看取り」）の件数がいずれも増加傾向を示していた（図2）。

3) 医療機関の住所地に基づいた分析

地域医療構想区域の3分類を用いた分析では、2019年から2021年次にかけて、大都市型、地方都市型、過疎地域型のいずれの区域においても、カテ

ゴリーⅢ（「日常の療養支援」）が最も多く、かつ増加傾向にあることが示された（図3）

4) 疾患背景の分類

がんのグループでは、全体と比較して在宅時医学総合管理料の対象患者が多く、特に2020年次以降においては、在宅時医学総合管理料の対象患者による看取りの件数が増加傾向であった（図4 [上] *）。一方、非がんのグループでは、全体の傾向と同様に、施設入居時医学総合管理料の対象患者数が在宅時医学総合管理料を上回っていた（図4 [下] *）。

・ 看取り機能の分析

全死亡者に対する「看取り機能」のレセプト件数（患者数）の割合は、2018年の6.3%から2022年には10.5%へと増加していた（表4）。

「在宅ターミナルケア加算」に着目すると、集合住宅以外における割合は2018年の5.1%から2022年には7.4%に、集合住宅においては0.8%から2.5%にそれぞれ増加していた。

2022年における「看取り機能」のレセプト件数（「在宅ターミナルケア加算」または「看取り加算」のいずれかが算定された患者）の割合は10.5%であった。一方で、両加算を併せて算定された患者の割合は9.0%であり、大部分の患者が両加算を同時に受けていたことが示唆された。

D. 考察

本研究では、NDBを用いて在宅医療の機能・カテゴリー分類に基づき、年齢、地域、疾患背景を考慮した分析を実施した。

その結果、全年齢層における在宅医療の提供状況が明らかとなった。中でも、レセプト件数の89.2%が75歳以上で占められていたことから、後期高齢者医療制度の被保険者を対象とするKDB（国保データベース）においても、在宅医療の提供状況の大部

分を把握できることが示唆された。また、20歳以下の患者については、5年分のNDBデータを10歳階級ごとに集計することで、機能・カテゴリー分類に該当するレセプト件数の全体像を把握することができた。このことから、若年層における在宅医療の実態を明らかにするためには、相当数の期間と対象集団を設定する必要性が示唆された。

在宅時および施設入居時医学総合管理料の分析においては、施設入居時医学総合管理料（有料老人ホーム等の入居者を対象とする）の件数が多く、かつ増加傾向にあることが示された。在宅（居宅）と施設入居とでは、家族などの介護者の有無や、通所・訪問系サービスの利用状況に大きな差があると考えられる。したがって、今後の在宅医療に関する調査・分析においては、施設入居者を対象とした在宅医療か、居宅における在宅医療かに留意する必要がある。

医療機関の住所地に基づく分析では、地域医療構想区域の3つのグループ（大都市、地方都市、過疎地域）間において、在宅医療の提供状況に大きな差は認められなかった。本分析は、市町村を最小単位とする医療機関の住所地情報に基づいて実施しており、今後、都道府県や二次医療圏、市町村といった異なる地域単位への応用が可能であると考えられる。したがって、本手法は地域別の在宅医療の提供実態を把握するための有効なアプローチとして活用できる可能性がある。

疾患背景に関する分析では、特にがんのグループにおいて、在宅時医学総合管理料の対象患者の中で、カテゴリーⅣの看取り機能に該当する割合が高い傾向が示された。この結果から、居宅において療養する重症度の高い患者に対して、在宅医療機関が終末期医療を提供している実態が明らかとなり、その提供は増加傾向にあることが示唆された。今後、本研究で用いた分析手法を応用することで、疾患背景を考慮した在宅医療の実態解明に寄与する可能性がある。

最後に、全死亡者に対する看取り機能のレセプト件数（患者数）の割合は、人口動態統計に示される死亡場所（自宅、老人ホーム）の割合よりも低いことが明らかとなった。この差異の一因として、人口動態統計における死亡情報には、死亡診断に加えて死体検案による情報も含まれている点が考えられる。一方で、レセプトに基づく看取り機能の分析により、終末期に在宅医療を受けた患者の状況をより正確に把握できる可能性が示された。さらに、看取り機能を構成する「在宅ターミナルケア加算」と「看取り加算」は、実際にはその多くが併算定されていることから、オープンデータ等を用いて「在宅ターミナルケア加算」の件数（患者数）を評価することで、在宅医療におけるターミナルケアの実態を、集合住宅と集合住宅以外とに分けて、より簡便かつ具体的に評価できる可能性が示唆された。

E. 結論

本研究の結果から、レセプトデータを用いて、年齢、療養先（施設入居の有無等）、疾患（がん）、および地域に着目した在宅医療の提供状況の定量的な分析が可能になった。本研究で用いた分析手法は、カテゴリⅣなどの重症度の高い患者や看取りを支える在宅医療の実態把握に加えて、在宅医療推進のための政策評価にも応用可能である。たとえば、政策介入前後における各機能・カテゴリに分類されるレセプト件数の変化を評価する等の活用が考えられる。

また、在宅医療における看取りの実態については、「在宅ターミナルケア加算」の件数（患者数）に対する死亡者数の割合を算出することで、その大部分を把握できることが明らかとなった。この手法により、データベース分析の専門的技術を有しない自治体等においてもオープンデータを用いて簡便に実態把握が可能になる。

一方、本研究にはいくつかの限界も存在する。主

にレセプトデータを用いた分析であることから、診療報酬改定の影響を受けやすい点が挙げられる。たとえば、カテゴリⅢの定義に用いた「包括的支援加算」は、2018年度の診療報酬改定で新設された項目であり、2024年度改定においてはその対象条件が、要介護度「2以上」から「3以上」へ、認知症高齢者の日常生活自立度「Ⅲb以上」から「Ⅲ以上」へと見直されている。このような改定により、2024年度以降のカテゴリⅢの該当件数には変動が生じる可能性があることから、本研究の結果を今後活用する際には、こうした制度上の変更を踏まえた慎重な分析と考察が求められる。

引用文献

- 1). 厚生労働科学研究成果データベース. 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 分担研究報告書. 在宅医療の機能・カテゴリ分類を用いた在宅医療の現状分析）（閲覧日令和7年3月23日）. URL : <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/164616>
- 2). Quan H, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol.* 2011;173(6):676-682.
- 3). Tsugihashi Y, et al. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: a population-based cohort study. *BMC Geriatr.* 2021;28;21(1):80.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

次橋幸男, 他. 終末期患者に提供された在宅医療に係わる評価指標の検討. 第83回日本公衆衛生学会学術総会 (2024年10月30日、札幌)

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. 在宅医療の機能・カテゴリー分類 定義・分析コード

在宅医療の機能・カテゴリー分類 定義・分析コード 「カテゴリー分類（Ⅰ～Ⅳ）」		
カテゴリー	項目	診療行為コード
Ⅳ	在宅時医学総合管理料（在医総管）	114030710, 114030810, 114030910, 114031610, 114031710, 114031810, 114032510, 114032610, 114032710, 114033410, 114033510, 114033610
	施設入居時等医学総合管理料（施設医総管）	114035510, 114035610, 114035710, 114036410, 114036510, 114036610, 114037310, 114037410, 114037510, 114038210, 114038310, 114038410
	在宅がん医療総合診療料（在がん医総）	114019510, 114019610, 114019710, 114019810, 114007610, 114007710
Ⅲ	包括的支援加算（在医総管・施設医総管）	114043870
Ⅱ	在宅時医学総合管理料（在医総管）	114031010, 114031110, 114031210, 114031910, 114032010, 114032110, 114032810, 114032910, 114033010, 114033710, 114033810, 114033910
	在宅時医学総合管理料（在医総管）	114031310, 114031410, 114031510, 114032210, 114032310, 114032410, 114033110, 114033210, 114033310, 114034010, 114034110, 114034210
	施設入居時等医学総合管理料（施設医総管）	114035810, 114035910, 114036010, 114036710, 114036810, 114036910, 114037610, 114037710, 114037810, 114038510, 114038610, 114038710
	施設入居時等医学総合管理料（施設医総管）	114036110, 114036210, 114036310, 114037010, 114037110, 114037210, 114037910, 114038010, 114038110, 114038810, 114038910, 114039010
	訪問診療	114001110, 114042110
Ⅰ	訪問診療	114030310, 114042210 (2016年／平成28年廃止：114012910, 114018010)
	訪問診療	114042810, 114046310
	訪問診療	114027710, 114027810
	訪問診療	

在宅医療の機能・カテゴリー分類 定義・分析コード

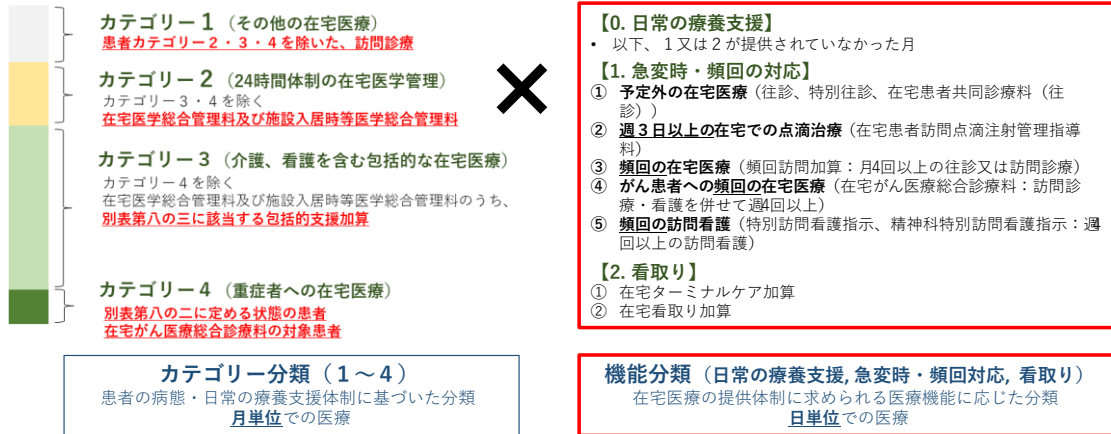
「日常の療養支援」「急変時・頻回の対応」「看取り」

「2. 看取り」 > 「1. 急変時・頻回の対応」 > 「0. 日常の療養支援」の優先順位で、
1 か月間に行われていた在宅医療の「機能」に基づいた分類とする

診療行為名称	診療行為コード
【1. 急変時・頻回の対応】	
1 往診	114000110
2 特別往診	114001610
3 在宅患者共同診療料（往診）	114027610
4 頻回訪問加算（在医総管・施医総管）	114034470, 114039270
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	114011410
6 在宅がん医療総合診療料（在がん医総）	114019510, 114019610, 114019710, 114019810, 114007610, 114007710
7 特別訪問看護指示加算	114008370
8 特別訪問看護指示加算（診療報酬上臨時的取扱）	114054050
9 精神科特別訪問看護指示加算	180038770
【2. 看取り】	
10 在宅ターミナルケア加算（イ）（ロ）（2）	（イ）114018170, 114018270, 114018370, 114018470, （ロ）114042370, 114042470, 114042570, 114042670, （2）114042970, 114043070, 114043170, 114043270
11 看取り加算（在宅患者訪問診療料（1）1・（2）イ・往診料）	114018570

2018年度（平成30年度）改訂 頻回訪問加算（施設入居時等医学総合管理料）[114039270](#)が廃止

在宅医療の機能・カテゴリー分類について（現行定義）



医療資源投入量 ↓ 低	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	
カテゴリー 1	カテゴリー 1-0‡	カテゴリー 1-1	カテゴリー 1-2	カテゴリー 1 のレセプト件数
カテゴリー 2	カテゴリー 2-0‡	カテゴリー 2-1	カテゴリー 2-2	カテゴリー 2 のレセプト件数
カテゴリー 3	カテゴリー 3-0‡	カテゴリー 3-1	カテゴリー 3-2	カテゴリー 3 のレセプト件数
カテゴリー 4	カテゴリー 4-0‡	カテゴリー 4-1	カテゴリー 4-2	カテゴリー 4 のレセプト件数

各シナリオにおける在宅医療・機能カテゴリーにおける必要数の分布

*. 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 1. 在宅医療の機能・カテゴリー分類（全体像）

表2. 在宅ターミナルケアの場の違いによる分類（在宅ターミナルケア加算）

在宅医療の機能・カテゴリー分類 定義・分析コード
「在宅ターミナルケアの場の違いによる分類」

- 在宅ターミナルケア加算（イ）が「**有料老人ホーム等の入居者以外**」における在宅ターミナルケアの提供に該当することから、以下の分類により「有料老人ホーム等」における終末期医療を識別できる。

場所	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
有料老人ホーム等*の入居者以外	C001-00	在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化した在支診等）（病床あり）	6,500点	114018170
有料老人ホーム等*の入居者以外	C001-00	在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化した在支診）（病床なし）	5,500点	114018270
有料老人ホーム等*の入居者以外	C001-00	在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等）	4,500点	114018370
有料老人ホーム等*の入居者以外	C001-00	在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等以外）	3,500点	114018470
有料老人ホーム等の入居者	C001-00	在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化した在支診等）（病床あり）	6,500点	114042370
有料老人ホーム等の入居者	C001-00	在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化した在支診）（病床なし）	5,500点	114042470
有料老人ホーム等の入居者	C001-00	在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等）	4,500点	114042570
有料老人ホーム等の入居者	C001-00	在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等以外）	3,500点	114042670
有料老人ホーム等の入居者	C001-02	在宅ターミナルケア加算（2）（機能強化した在支診等）（病床あり）	6,200点	114042970
有料老人ホーム等の入居者	C001-02	在宅ターミナルケア加算（2）（機能強化した在支診）（病床なし）	5,200点	114043070
有料老人ホーム等の入居者	C001-02	在宅ターミナルケア加算（2）（在支診等）	4,200点	114043170
有料老人ホーム等の入居者	C001-02	在宅ターミナルケア加算（2）（在支診等以外）	3,200点	114043270

*有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。【C001 在宅患者訪問診療料（I）（1日につき）】通知（16）より抜粋
 ア 区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の（3）において 施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者
 イ 障害者総合支援法に規定する 障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者
 ウ 介護保険法第8条第19項に規定する 小規模多機能型居宅介護又は同法第8条第23項に規定する 複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者

表3. 在宅医療の機能・カテゴリー分類 全体・年齢階級別の分析結果（2018年度～2022年度）

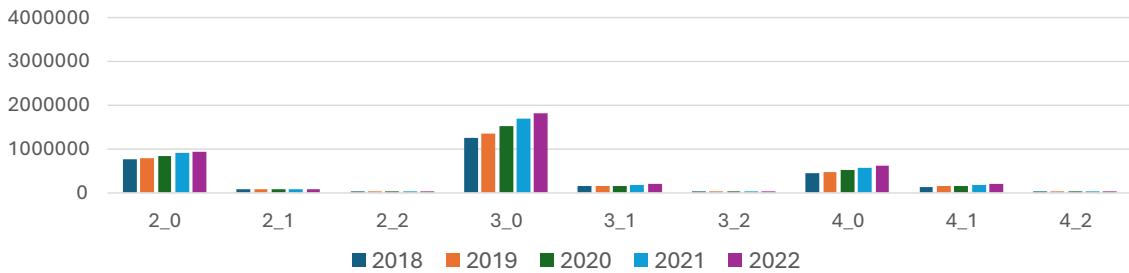
	在宅医療の機能			計レセプト件数
	0. 日常の療養支援*	1. 急変時・頻回の対応†	2. 看取り	
カテゴリー 1	6609552	311039	47942	6968533
カテゴリー 2	9414072	736990	93144	10244206
カテゴリー 3	24831331	2251947	244984	27328262
カテゴリー 4	4725631	1431666	240956	6398253

※40歳未満は10歳階級毎、40歳以上は5歳階級毎

年齢階級	Category_1			Category_2			Category_3			Category_4			総計
	1_0	1_1	1_2	2_0	2_1	2_2	3_0	3_1	3_2	4_0	4_1	4_2	
0-9y	11143	388	12	15294	1512	24	24696	2786	44	64911	14029	200	135039
10-19y	12940	279	13	19837	1307	26	21224	1674	34	36771	6053	223	100381
20-29y	26431	643	18	47342	2907	79	39199	2705	59	48460	8409	279	176531
30-39y	44553	1401	60	59762	3906	213	48550	3344	186	50949	12049	893	225866
40-44y	32355	907	89	39930	2724	226	31867	2409	283	30397	9487	1159	151833
45-49y	44269	1607	151	52516	4022	424	52569	4399	556	46703	14570	2177	223963
50-54y	49062	1965	217	63684	5154	678	78058	6856	884	57937	20946	3230	288671
55-59y	56246	2461	332	73316	6461	895	115577	10193	1271	71941	28220	4472	371385
60-64y	75269	3967	585	94146	8735	1402	182453	16650	2101	106949	39645	6658	538560
65-69y	139389	6948	1270	165545	15231	2824	391789	35992	4240	186657	66741	12482	1029108
70-74y	289271	14218	2524	360854	32758	5524	910734	86005	9910	380866	127169	24455	2244288
75-79y	481723	24075	3400	659624	55917	7451	1707144	158667	15343	546499	170405	30030	3860278
80-84y	905694	42547	5520	1370278	111138	11630	3603451	329020	27018	791713	234602	38403	7471014
85-89y	1612551	72961	9230	2484642	189515	18324	6603063	588846	48907	1020268	293677	45831	12987815
90-94y	1751174	80606	12139	2566011	193124	22388	6981847	626753	67636	846166	250501	42297	13440642
95-99y	877267	43818	8974	1124645	85115	15532	3318192	305517	48794	361123	110408	21949	6321334
≥100y	200215	12248	3408	216646	17464	5504	720918	70131	17718	77321	24755	6218	1372546
総計	6609552	311039	47942	9414072	736990	93144	24831331	2251947	244984	4725631	1431666	240956	50939254

在宅医療 カテゴリー・機能分類 (集計単位: レセプト件数)

在宅時医学総合管理料あり、年度推移



在宅医療 カテゴリー・機能分類 (集計単位: レセプト件数)

施設入居時医学総合管理料あり、年度推移

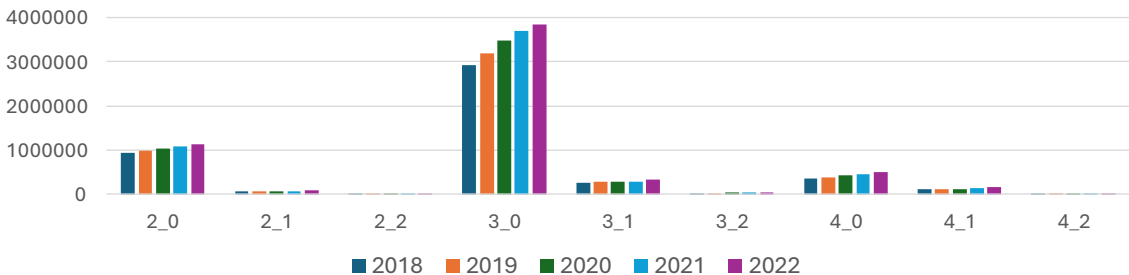


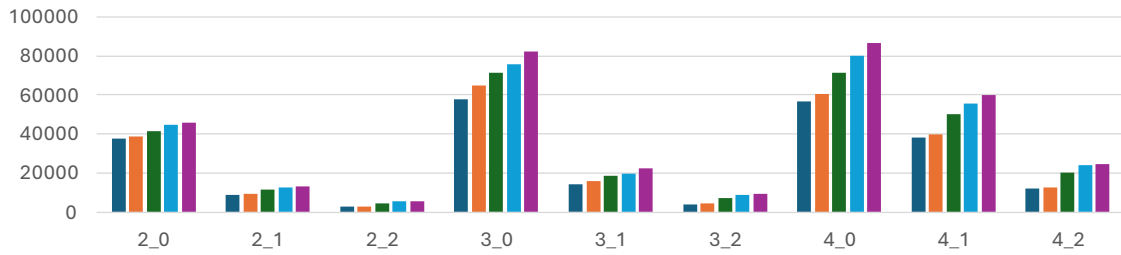
図2. 在宅時/施設入居時医学総合管理料の分析 (2018年度~2022年度)



図3. 医療機関の住所地に基づいた分析 (2019年～2021年次)

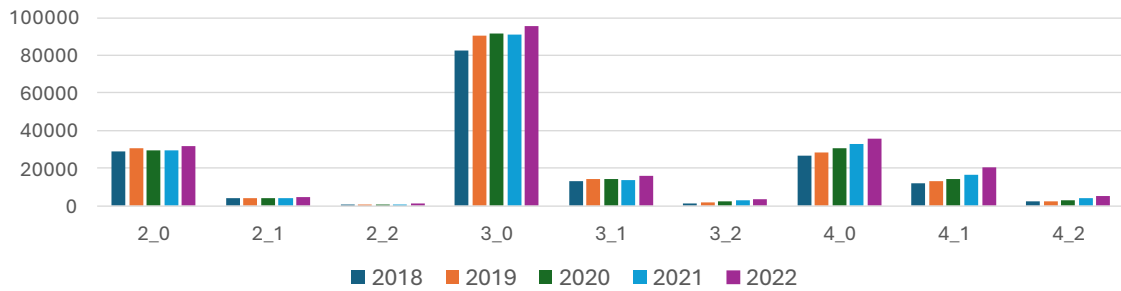
在宅医療 カテゴリー・機能分類 (集計単位:レセプト件数)

【がん】在宅時医学総合管理料あり、年度推移



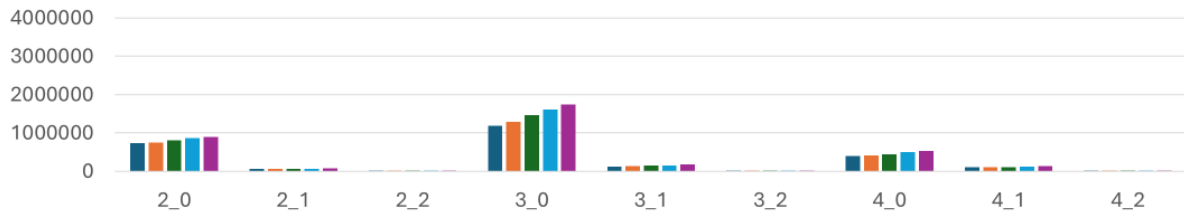
在宅医療 カテゴリー・機能分類 (集計単位:レセプト件数)

【がん】施設入居時医学総合管理料あり、年度推移



在宅医療 カテゴリー・機能分類 (集計単位:レセプト件数)

【非がん (全体)】在宅時医学総合管理料あり、年度推移



在宅医療 カテゴリー・機能分類 (集計単位:レセプト件数)

【非がん (全体)】施設入居時医学総合管理料あり、年度推移

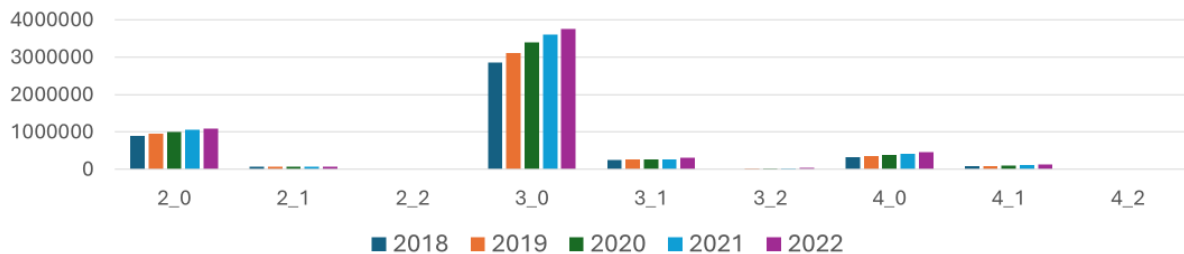


図4. 疾患背景の分類 (がん、非がん) (2018年~2022年度)

表4. 看取り機能（人口動態統計における死亡場所、看取り機能、在宅ターミナルケア加算／看取り加算）の分析（2018年次～2022年次）

	死亡者数 総計	死亡場所* 「自宅+老人ホーム」	死亡場所* 「自宅」	死亡場所* 「老人ホーム」	「看取り」	在宅ターミナルケア加算（集合住宅以外）		在宅ターミナルケア加算（集合住宅）		ターミナルケア加算なし
						看取り加算あり	看取り加算なし	看取り加算あり	看取り加算なし	看取り加算あり
2018	1,362,470	295,801	186,205	109,596	86091	62124	6432	9930	1628	5977
2019	1,381,093	306,446	188,191	118,255	94367	62414	6832	16402	2615	6104
2020	1,372,755	341,825	216,103	125,722	114934	77087	7605	20492	2841	6909
2021	1,439,856	391,585	247,896	143,689	143582	95981	8481	27151	3653	8316
2022	1,569,050	445,992	273,265	172,727	164423	107367	8958	34783	4064	9251
総計	9,773,949	2,318,608	1,458,605	860,003	749503	529791	49089	108758	14801	47064

	死亡者数 総計	死亡場所* 「自宅+老人ホーム」	死亡場所* 「自宅」	死亡場所* 「老人ホーム」	「看取り」	在宅ターミナルケア加算（集合住宅以外）		在宅ターミナルケア加算（集合住宅）		ターミナルケア加算なし
						看取り加算あり	看取り加算なし	看取り加算あり	看取り加算なし	看取り加算あり
2018	100%	21.7%	13.7%	8.0%	6.3%	4.6%	0.5%	0.7%	0.1%	0.4%
2019	100%	22.2%	13.6%	8.6%	6.8%	4.5%	0.5%	1.2%	0.2%	0.4%
2020	100%	24.9%	15.8%	9.2%	8.4%	5.6%	0.6%	1.5%	0.2%	0.5%
2021	100%	27.2%	17.2%	10.0%	10.0%	6.7%	0.6%	1.9%	0.3%	0.6%
2022	100%	28.4%	17.4%	11.0%	10.5%	6.8%	0.6%	2.2%	0.3%	0.6%
総計	100%	23.7%	14.9%	8.8%	7.7%	5.4%	0.5%	1.1%	0.2%	0.5%

*死亡者数、死亡場所：人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652> より引用

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6年度)

65歳以上のCOVID-19患者の1年後の転帰と要介護度の変化：奈良県国保データベース解析

研究協力者	竹本聖 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者	明神大也 (浜松医科大学医学部 健康社会医学講座)
研究分担者	西岡祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者	野田龍也 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究代表者	今村知明 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

研究要旨

背景:新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の世界的流行は、高齢者にも深刻な影響を及ぼした。しかし、日本の高齢者におけるCOVID-19罹患後の長期生存や要介護度の変化に関するデータは限られている。本研究は、65歳以上の高齢者におけるCOVID-19罹患後の1年生存率と要介護度の変化を評価することを目的として実施した。

方法: 奈良県国保データベースを使用したコホート研究で実施した。2020年2月から2022年8月までに入院した65歳以上のCOVID-19患者2,175名を対象とした。主要評価項目は1年生存率および要介護度の変化とし、Cox比例ハザードモデル解析により予後関連因子を特定した。

結果: 全体の1年生存率は80.9%であり、年齢による差が顕著であった(65-69歳:93.6%、90歳以上:56.6%)。重症度も生存率に大きく影響し、酸素投与不要群で87.5%、酸素投与群で74.0%、人工呼吸器使用群で49.9%であった。デルタ株およびオミクロン株の流行期では重症例は減少したものの、重症患者の生存率は低値であった。要介護度の追跡調査では、入院前に要介護認定を受けていなかった患者の大多数は自立を維持したが、約23%が新たに要介護を必要とする状態となった。多変量解析により、予後不良因子として高齢、男性、糖尿病、血液透析、悪性腫瘍の既往、および入院前の高い要介護度が特定された。

結論: 本研究により高齢者のCOVID-19罹患後の1年生存の経過と要介護度の変化が明らかとなった。これらの知見は、包括的な患者管理の重要性を示すとともに、COVID-19罹患後に関するさらなる研究の重要性を示唆している。

A. 研究目的

新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)による感染症(COVID-19)のパンデミックは、2019年末の発生以来、世界の医療体制および経済に甚大な影響を及ぼしてきた。世界各国がこの未曾有の

公衆衛生上の危機による長期的影響への対応に追われる中、高齢者層は特に脆弱な集団として注目されてきた。世界有数の長寿国であり、急速な高齢化が進行する日本において、COVID-19の高齢者への影響は極めて重要な公衆衛生学的課題となっている。パンデミック発生から

4年が経過した現在、高齢者の COVID-19 罹患後の長期生存率および生活の質に関する詳細なデータの蓄積が求められている。本研究では、奈良県国保データベース（奈良県 KDB）を用いて、65歳以上の COVID-19 入院患者を対象に、1年生存率および要介護度の推移を評価するとともに、長期予後に影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

奈良県KDBを使用したコホート研究で実施した。対象は2020年2月から2022年8月までの期間に、65歳以上かつ COVID-19 の傷病名コードが確定病名で付与されている入院患者を対象として抽出した。評価項目は COVID-19 の診療開始後1年後の生存率とした。また人工呼吸管理を要した患者を診療行為コードから同定し、1年後の生存率を評価した。生存率は生存時間解析(Kaplan-Meier 法)により算出し、群間比較には Log-rank 検定を使用した。本研究の観察タイムラインを図1に示す。

(倫理面への配慮)

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査(承認番号:1123)を受けて実施した。また、奈良県 KDB データを用いた分析結果は、奈良県庁の公表前審査を受けて承認された。

C. 研究結果

本研究では、COVID-19 と確定診断された入院患者 2,175 人を対象とした。表 2 に COVID-19 患者のベースライン特性を概説する。全体の 1 年生存率は 80.9% であった。層別化すると、男性は 77.3% と有意に生存率が低かったのに対し、女性は 83.8% であった (HR:1.45、95%CI:1.20-1.75、 $p<0.001$) (図 2A)。年齢は生存成績に有意に影響し、90 歳以上の患者の 1 年生存率は 56.6% であったのに対し、65~69 歳では 93.6%、70~79 歳では 91.2%、80~89 歳では 76.0% であった (図 2B)。COVID-19 の重症度を考慮すると、生存成績は大きく異な

った。1年生存率は軽症から中等症 I で 87.5%、中等症 II で 74.0%、重症では 49.9% に過ぎなかった (図 2C)。SARS-CoV-2 の変異株別の生存率を評価したところ、オミクロン株の全生存率は 79.1% (180 日) で、野生株の 87.3%、アルファ株の 79.3%、デルタ株の 83.2% よりやや低い傾向が見られた (図 3A)。さらに、オミクロン株の重症患者の生存率は 25.0% (180 日) と最も低く、野生株は 58.1%、アルファ株は 48.6%、デルタ株は 40.0% であった (図 3B)。

図 4A では、COVID-19 罹患前後における要介護度の変化を評価した。全ての要介護度の区分で一貫して低下が見られた。全死亡患者の 428 人のうち、最も死亡率が高かったのは、感染前に要介護を有していない患者群であった (29%、 $n=127$) (図 4B)。COVID-19 罹患以前に要介護度が高かった患者の死亡率が最も高く、要介護 2 以上では 35% を超えていた (図 4C)。注目すべきは、要介護を有していなかった患者 1,254 人のうち、971 人の患者が COVID-19 後も自立を維持していたが、約 22.6% (1,254 人から 971 人) が要支援 1~2 から要介護 5 までの新たな要介護が必要になったことである (図 4A)。

Cox 比例ハザードモデルによる解析では、生存率の低下に関連するいくつかの因子が同定された。単変量 Cox 比例ハザードモデル解析で同定された予測因子のうち、多変量 Cox 比例ハザードモデル解析では、年齢 (HR:1.08、95%CI:1.06-1.10、 $p<0.001$)、男性 (HR:1.98、95%CI:1.61-2.43、 $p<0.001$)、糖尿病 (HR:1.35、95%CI:1.10-1.66、 $p=0.005$)、血液透析 (HR:2.32、95%CI:1.35-3.97、 $p=0.002$)、白血病とリンパ腫を含む悪性腫瘍 (HR:1.68、95%CI:1.12-2.51、 $p=0.01$)、転移性固形腫瘍 (HR:2.53、95%CI:1.47-4.35、 $p<0.001$)、リウマチ性疾患(結合組織病) (HR:1.89、95%CI:1.31-2.73、 $p<0.001$)、要介護 1 (HR:1.60、95%CI:1.10-2.32、 $p=0.01$)、要介護 2-3 (HR:2.17、95%CI:1.59-2.95、 $p<0.001$)、要介護 4-5 (HR:2.72、95%CI:1.91-3.87、 $p<0.001$) が予後不良の有意な危険因子であった (表

3)。

D. 考察

本研究では、日本における4つの流行株(野生株、アルファ株、デルタ株、オミクロン株)にまたがる COVID-19 患者の背景特性と長期生存率を比較した。全患者における1年生存率は80.7%であった。年齢層別では、90歳以上の患者の生存率は56.6%で、65-69歳:93.6%、70-79歳:91.2%、80-89歳:76.0%であった。これらの結果から、加齢がやはり最も重要な要因の一つであることが示された。COVID-19の重症度別の1年生存率は重症で49.9%、中等度IIは74.0%または軽度から中等度Iは87.5%であった。さらに重症患者をSARS-CoV-2株の4つの変異株別で1年生存率を比較すると、オミクロン株が他のSARS-CoV-2株と比較して重症患者の生存率が最も低い結果であった。COVID-19の重症度は、オミクロン株以降は低下しているが、一旦重症化した患者では予後不良であることが報告されている。本研究からも重症患者の数は、SARS-CoV-2の流行株の経過を通して減少していることが示されたが、デルタ株とオミクロン株で重症化した患者の予後は中長期的に厳しい結果が示された。

本研究は、奈良県の高齢入院患者におけるCOVID-19が要介護度に及ぼす影響を評価している。特筆すべきは、COVID-19後に死亡した患者は、感染前の要支援1から要介護5まで、全ての区分で見られていたことである。COVID-19罹患後の要介護度の変化では、要介護4と5は著しく増加した(図3A)。これらの変化はCOVID-19の重大な影響を示しており、感染前の身体機能が比較的保たれていた患者であっても、死亡または高度な要介護度に増加したと考えられた。逆に、もともと要介護度3-5に分類されていた患者は、要介護度が低い患者よりも死亡率が高かった。要介護度が改善した患者はごく一部であったが、全体的な傾向として予後は悪化した。高齢者のCOVID-19患者の中長期的な生存率は、重症度、SARS-CoV-2株の変異型、併存疾患、当初の要介護度の影響を受けていると推察するのが妥当である。COVID-19患者の予後不

良に関連する中長期的な危険因子については、年齢、男性、糖尿病、血液透析、白血病やリンパ腫を含む悪性腫瘍、転移性固形腫瘍、リウマチ性疾患(結合組織疾患)が示されていたが、これらの予後不良因子、特に併存疾患は、すでに先行研究で示されたCOVID-19の重症度と短期死亡率に関する因子と同様であることが示された。

E. 結論

本研究は、日本の高齢者COVID-19患者の1年生存率および要介護度の変化に関する報告である。重症患者における予後因子は、高齢者のCOVID-19罹患における治療や時に意思決定、医療資源配分に役立つ可能性が示唆される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

未定

2. 学会発表

竹本聖. 65歳以上のCOVID-19患者の1年後の転帰:奈良県国保データベース解析. 第83回日本公衆衛生学会総会

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. COVID-19 と併存疾患の ICD-10 コード

COVID-19 and Comorbidities	ICD-10
Coronavirus disease 2019 (COVID-19)	U071; U072
Hypertension	I10; I110; I19; I20; I29; I39; I50; I51; I52; I58; I59
Coronary artery disease	I200; I201; I208-I214; I219-I21; I228-I236; I238; I240; I241; I248; I249; I251-I256; I258; I259
Atrial fibrillation	I480-482; I489
Dyslipidemia	E106; E116; E146; E780-786; E788; E789
Peripheral arterial disease	I7020; I7021; I7090; I7091; I731; I738; I739; I771
Chronic pulmonary disease (chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and others)	I278; I279; J40-J47; J60-J67; J684; J701; J703
Rheumatologic disease (connective tissue disease)	M05; M06; M315; M32; M33; M34; M351; M353; M360
Diabetes with chronic complications (diabetes with end-organ damage)	E102-E105; E107; E112-E115; E117; E122-E125; E127; E132-E135; E137; E142-E145; E147
Renal disease (moderate or severe renal disease)	I120; I131; N032-N037; N052-N057; N18; N19; N250; Z490; Z491; Z492; Z940; Z992
Chronic heart failure	I110; I130; I132; I255; I420; I425-I429; I43; I50; P290
Dementia	F00-F03; F051; G30; G311
Mild liver disease	B18; K700-K703; K709; K713-K715; K717; K73; K74; K760; K762-K764; K768; K769; Z944
Moderate or severe liver disease	I850; I859; I864; I882; K704; K711; K721; K729; K765-K767
Any malignancy including leukemia and lymphoma	C00-C26; C30-C34; C37-C41; C43; C45-C58; C60-C76; C81-C85; C88; C90-C97
Metastatic solid tumor	C77-C80
Cerebrovascular disease	G45; G46; H340; 160-169
Hemiplegia or paraplegia	G041; G114; G801; G802; G81; G82; G830-G834; G839

ICD = International Classification of Diseases, COVID-19 = Coronavirus disease 2019

表 2. COVID-19 患者の特徴

	All patients n=2175	Mild to Moderate I n=1293	Moderate II n=784	Severe n=98	P value
Sex and age					
Sex, male	971 (44.6)	527 (40.8)	374 (47.7)	70 (71.4)	<0.001
Age, years (SD)	80.2 (8.3)	79.9 (8.3)	81.2 (8.3)	76.2 (6.2)	<0.001
65–69	206 (9.5)	122 (9.4)	68 (8.7)	16 (16.3)	0.05
70–79	873 (40.1)	550 (42.5)	268 (34.2)	55 (56.1)	<0.001
80–89	753 (34.6)	418 (32.3)	311 (39.7)	24 (24.5)	<0.001
≥90	343 (15.8)	203 (15.7)	130–140	<10	0.001
Comorbidity					
Hypertension	1517 (69.7)	846 (65.4)	586 (74.7)	85 (86.7)	<0.001
Coronary artery disease	616 (28.3)	339 (26.2)	241 (30.7)	36 (36.7)	0.01
Chronic heart failure	730 (33.6)	387 (29.9)	284 (36.2)	59 (60.2)	<0.001
Atrial fibrillation	288 (13.2)	152 (11.8)	113 (14.4)	23 (23.5)	0.002
Chronic pulmonary disease (chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and others)	1072 (49.3)	604 (46.7)	409 (52.2)	59 (60.2)	0.005
Diabetes mellitus	664 (30.5)	308 (23.8)	285 (36.4)	71 (72.4)	<0.001
Dyslipidemia	1020 (46.9)	582 (45.0)	384 (49.0)	54 (55.1)	0.05
Peripheral arterial disease	330 (15.2)	173 (13.4)	139 (17.7)	18 (18.4)	0.02
Renal disease	248 (11.4)	120 (9.3)	114 (14.5)	14 (14.3)	0.001
Hemodialysis	42 (1.9)	10–20	23 (2.9)	<10	<0.001
Liver disease	303 (13.9)	151 (11.7)	129 (16.5)	23 (23.5)	<0.001
Any malignancy including leukemia and lymphoma	132 (6.1)	75 (5.8)	50–60	<10	0.68
Metastatic solid tumor	51 (2.3)	32 (2.5)	10–20	<10	0.73
Rheumatologic disease (connective tissue disease)	107 (4.9)	63 (4.9)	40–50	<10	0.90
Cerebrovascular disease	637 (29.3)	349 (27.0)	260 (33.2)	28 (28.6)	0.01
Hemiplegia or paraplegia	51 (2.3)	28 (2.2)	10–20	<10	0.04
Dementia	382 (17.6)	229 (17.7)	140–150	<10	0.001
Care needs level					
No care needs	1254 (57.7)	759 (58.7)	416 (53.1)	19 (19.4)	<0.001
Support level 1–2	248 (11.4)	147 (11.4)	90–100	<10	0.55
Care needs level 1	177 (8.1)	97 (7.5)	70–80	<10	0.03
Care needs level 2	184 (8.5)	108 (8.4)	70–80	<10	0.41
Care needs level 3	135 (6.2)	74 (5.7)	60–70	<10	0.02
Care needs level 4	111 (5.1)	62 (4.8)	40–50	<10	0.07
Care needs level 5	66 (3.0)	46 (3.6)	10–20	<10	0.17
Respiratory therapy					
Oxygen supplementation	854 (39.3)	N/A	775 (98.9)	80 (81.6)	N/A
Non-invasive positive pressure ventilation	<10	N/A	<10	<10	N/A
High-flow therapy	114 (5.2)	N/A	74 (9.4)	40 (40.8)	N/A
Invasive mechanical ventilation	98 (4.5)	N/A	N/A	98 (100)	N/A
Extracorporeal membrane oxygenation	<10	N/A	N/A	<10	N/A
SARS-CoV-2 strain variant					
Wild-type	565 (26.0)	325 (25.1)	197 (25.1)	43 (43.9)	<0.001
Alpha variant	678 (31.2)	296 (22.9)	345 (44.0)	37 (37.8)	<0.001
Delta variant	364 (16.7)	247 (19.1)	107 (13.6)	10 (10.2)	0.001
Omicron variant	568 (26.1)	425 (32.9)	130–140	<10	<0.001
Medication and Renal replacement therapy					
Hydrocortisone	38 (1.7)	<10	<10	20–30	<0.001
Prednisolone	102 (4.7)	34 (2.6)	51 (6.5)	17 (17.3)	<0.001
Methylprednisolone	101 (4.6)	10 (0.8)	65 (8.3)	26 (26.5)	<0.001
Dexamethasone	773 (35.5)	155 (12.0)	536 (68.4)	82 (83.7)	<0.001
Remdesivir	51 (2.3)	10–20	36 (4.6)	<10	<0.001
Baricitinib	43 (2.0)	10–20	22 (2.8)	<10	<0.001
Heparin	425 (19.5)	61 (4.7)	278 (35.5)	86 (87.8)	<0.001
Any antibiotics	588 (27.0)	186 (14.4)	321 (40.9)	81 (82.7)	<0.001
Renal replacement therapy	72 (3.3)	29 (2.2)	29 (3.7)	14 (14.3)	<0.001
Death	428 (19.7)	164 (12.7)	215 (27.4)	49 (50.0)	<0.001

COVID-19 = Coronavirus disease 2019, SD =

Standard deviation, N/A = not applicable

表 3. 1 年生存率の Cox 比例ハザードモデル解析

	Univariate Analysis			Multivariable Analysis		
	HR	95% CI	p value	HR	95% CI	p value
Age	1.10	1.08–1.11	<0.001	1.08	1.06–1.10	<0.001
Male	1.45	1.20–1.75	<0.001	1.98	1.61–2.43	<0.001
Hypertension	2.09	1.64–2.68	<0.001	1.12	0.85–1.48	0.42
Coronary artery disease	1.70	1.40–2.07	<0.001	0.99	0.79–1.24	0.94
Chronic heart failure	2.29	1.89–2.77	<0.001	1.17	0.93–1.47	0.17
Atrial fibrillation	1.69	1.33–2.15	<0.001	1.21	0.93–1.56	0.15
Chronic pulmonary disease (chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and others)	1.26	1.04–1.52	0.019	1.10	0.90–1.33	0.35
Diabetes mellitus	1.35	1.11–1.65	0.003	1.35	1.10–1.66	0.005
Dyslipidemia	0.86	0.71–1.05	0.131	–	–	–
Peripheral arterial disease	1.72	1.37–2.15	<0.001	1.12	0.87–1.44	0.38
Renal disease (moderate or severe renal disease)	1.90	1.49–2.44	<0.001	1.06	0.80–1.42	0.68
Hemodialysis	2.79	1.74–4.47	<0.001	2.32	1.35–3.97	0.002
Liver disease	1.48	1.16–1.89	0.002	1.17	0.91–1.50	0.22
Any malignancy including leukemia and lymphoma	1.85	1.35–2.53	<0.001	1.68	1.12–2.51	0.01
Metastatic solid tumor	2.58	1.68–3.96	<0.001	2.53	1.47–4.35	<0.001
Rheumatologic disease (connective tissue disease)	1.72	1.21–2.46	0.003	1.89	1.31–2.73	<0.001
Cerebrovascular disease	2.09	1.73–2.53	<0.001	1.15	0.92–1.43	0.22
Hemiplegia or paraplegia	2.67	1.74–4.11	<0.001	1.39	0.88–2.20	0.16
Dementia	2.09	1.69–2.58	<0.001	1.14	0.90–1.45	0.28
No care needs	0.26	0.21–0.32	<0.001		Reference	
Support level 1–2	1.29	0.98–1.70	0.07	1.34	0.95–1.87	0.09
Care needs level 1	1.63	1.21–2.19	0.001	1.60	1.10–2.32	0.01
Care needs level 2–3	2.78	2.10–3.69	<0.001	2.17	1.59–2.95	<0.001
Care needs level 4–5	2.25	1.50–3.38	<0.001	2.72	1.91–3.87	<0.001

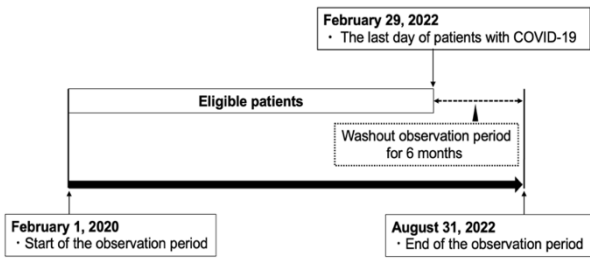
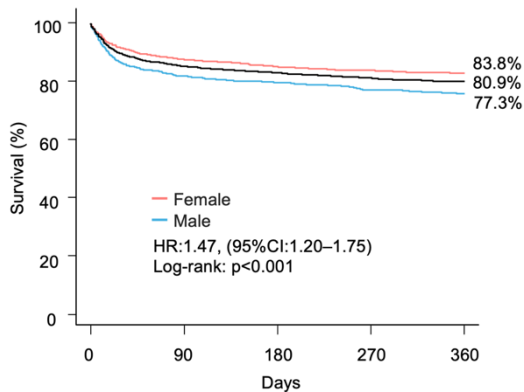


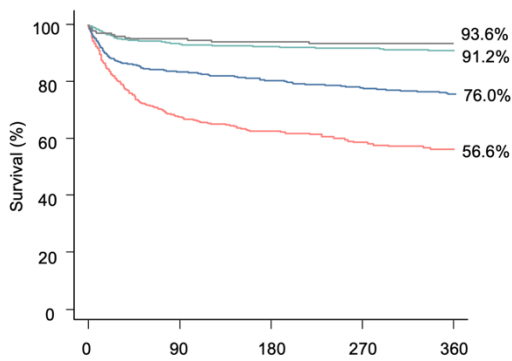
図 1. COVID-19 入院患者の研究の観察タイムライン

(A)



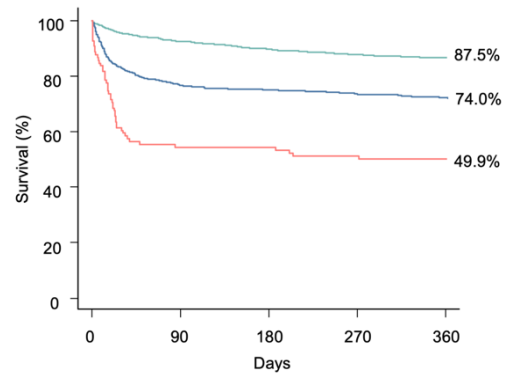
Number at risk	0	90	180	270	360
All patients	2175	1874	1696	1347	1189
Female	1204	1067	957	783	700
Male	971	807	739	564	489

(B)



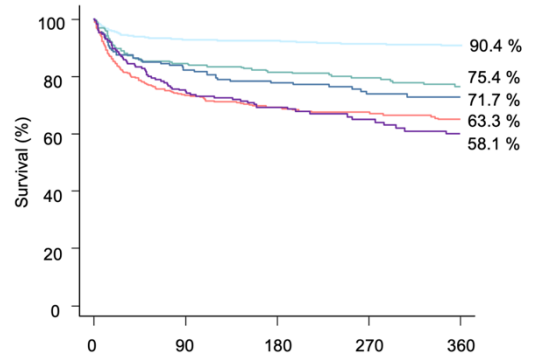
Number at risk	0	90	180	270	360
65-69 years	206	196	182	162	144
70-79 years	873	816	770	642	572
80-89 years	753	629	555	418	360
≥ 90 years	343	233	189	125	113

(C)



Number at risk	0	90	180	270	360
Mild to Moderate I	1287	1192	1054	794	678
Moderate II	760	598	561	483	443
Severe	98	54	54	50	48

(D)

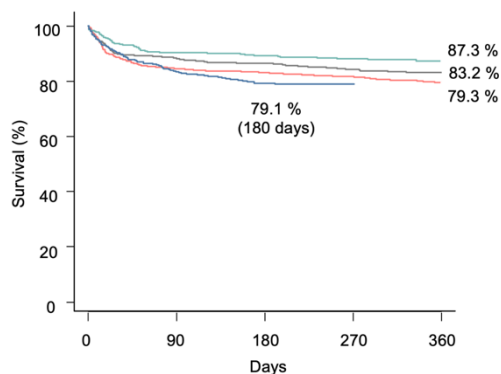


Number at risk	0	90	180	270	360
No care needs	1254	1162	1146	944	877
SL1-2	248	209	188	137	116
CNL1	177	146	127	83	80
CNL2-3	319	231	205	135	120
CNL4-5	177	131	119	63	55

図 2. COVID-19 入院患者の 1 年生存率。(A) 性別ごとに分類した全患者の 1 年生存率。(B) 年齢層別の生存率：65～69 歳、70～79 歳、80～89 歳、90 歳以上(C) 軽症から中等症 I、中等症 II、重症に分類した COVID-19 重症度に基づく生存率の比較(D) 要介護度(CNL)の区分別の生存率：介護不要、要支援 1～2(SL1～2)、要介護 1(CNL1)、要介護 2～3(CNL2～3)、要介護 4～5(CNL4～5)

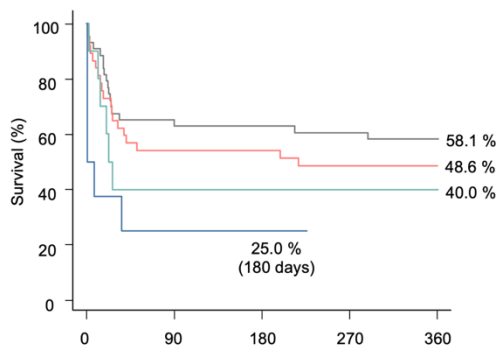
mild to moderate I; 酸素療法なし; moderate II; 呼吸サポート (非侵襲性陽圧換気、高流量療法の有無にかかわらず酸素投与) ; severe; 体外式膜型人工肺の有無にかかわらず侵襲性機械的人工呼吸器。SL = Support level, CNL = Care Needs level.

(A)



Number at risk	0	90	180	270	360
— Wild type	565	499	488	475	470
— Alpha variant	678	572	564	552	537
— Delta variant	364	329	323	319	182
— Omicron variant	568	474	321	NA	NA

(B)

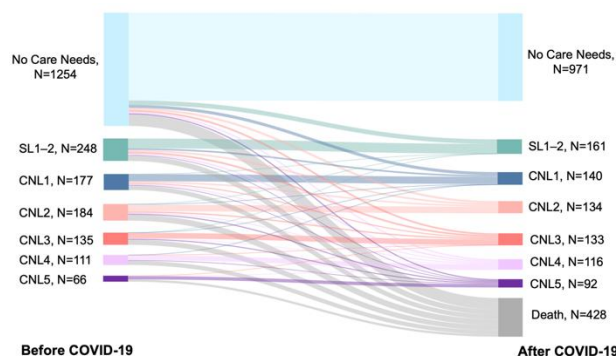


Number at risk	0	90	180	270	360
— Wild type	43	28	28	27	26
— Alpha variant	37	21	21	20	19
— Delta variant	10	<10	<10	<10	<10
— Omicron variant	<10	<10	<10	NA	NA

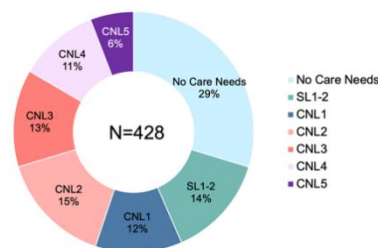
図 3. SARS-CoV-2 変異株別に分類した COVID-19

患者の 1 年生存率。(A) SARS-CoV-2 変異株別に感染した患者の 1 年生存率：野生株 (2020 年 2 月から 2021 年 2 月)、アルファ株 (2021 年 3 月から 2021 年 6 月)、デルタ株 (2021 年 7 月から 2021 年 11 月)、オミクロン株 (2021 年 12 月から 2022 年 3 月)。(B) SARS-CoV-2 変異株別の重症 COVID-19 患者の 1 年生存率の比較。

(A)



(B)



(C)

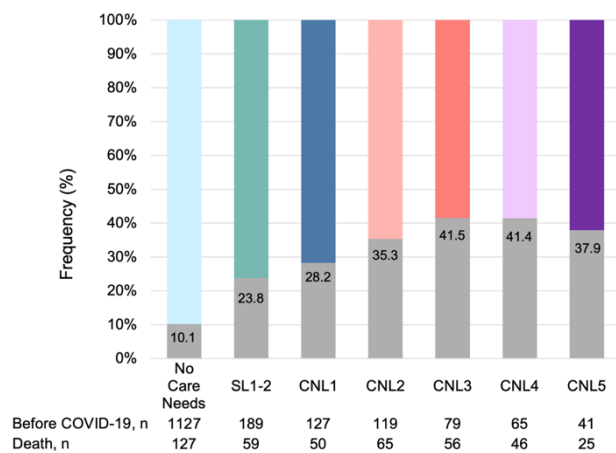


図 4. COVID-19 患者の要介護度の変化と生存の結果。(A) COVID-19 罹患前後の要介護度の変化を示すサンキーダイアグラム。(B) COVID-19 罹患後に死亡した患者の要介護度別の分布。(C) COVID-19

前の各要介護度別に分類した死亡頻度。

高齢者の口腔状況と死亡の関連：縦断的コホート研究

研究協力者 辻本雄大(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者 明神大也(浜松医科大学医学部 健康社会医学講座)
研究分担者 西岡祐一(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究協力者 山崎一幸(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究代表者 今村知明(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

研究要旨

本研究は、奈良県における後期高齢者(75歳以上)を対象とした歯科健診データを用い、口腔状態と死亡との関連を検討することを目的とした前向きコホート研究である。2015年に歯科健診を受診した高齢者4,263名のうち、対象基準を満たした3,961名を分析対象とし、2020年3月31日までの死亡データを追跡した。結果として、現在歯数が19本未満、義歯の適合不良、口腔衛生環境の悪化(プラーク付着、舌苔、食物残渣、義歯清掃不良)、口腔機能の低下(嚥下機能低下、咀嚼機能低下)が死亡リスクの上昇と有意に関連していた。特に、義歯清掃不良(OR=2.07, $p<0.001$)、RSST 3回未満(OR=1.62, $p=0.001$)、食物残渣(OR=1.58, $p<0.001$)などの項目が強く関連していた。また、口腔ケア習慣の欠如(眼前歯磨きなし、歯科定期健診未受診、歯磨き指導未経験)も死亡リスクを増加させる要因であった。これらの結果は、口腔衛生の改善と適切な歯科ケアの推進が高齢者の健康寿命延伸に寄与する可能性を示唆する。本研究の強みは、奈良県全域の後期高齢者を対象とした大規模な縦断的データを用いた点にある。奈良県の歯科口腔医療の推進、質の向上、医療計画の推進について成果が得られると期待される。

A. 研究目的

高齢者人口が全人口の21%を超えると「超高齢社会」と呼ぶが、日本は28.8%に達しており、OECD(経済協力開発機構)の中においても最も高かった。65歳以上の要支援または要介護認定者の割合も増加しており、特に75歳以上でその割合が大きく上昇することが報告されており、要介護状態を予防し、健康寿命の延伸が社会的な課題となっている。

近年、口腔機能の衰えが要介護状態などの心身機能の衰えに関与することが明らかになってきており、オーラルフレイルという概念が注目さ

れている。オーラルフレイルは、「口腔の日常機能を悪化させる一連の障害(歯の喪失、口腔衛生不良状態、不適切な歯科用補綴物、加齢に伴う嚥下障害に関連した咀嚼困難)によって引き起こされる、加齢に伴う口腔機能の低下とそれに伴う精神的・身体的機能の低下」と定義されている。

65歳以上の高齢者を対象とした大規模高齢者コホート研究において、6つの口腔指標(現在歯数20本未満、咀嚼能力の低下、滑舌の低下、舌圧の低下、噛みない食べ物の増加、お茶や汁物などでむせる)のうち、3つ以上該当することをオーラルフレイルと定義し、オーラルフレイルの者は

健常者と比較して身体的フレイル、サルコペニア、要介護状態、死亡のすべてにおいてリスクが高くなることが報告されている。

その他の研究においても、75歳以上の歯の喪失は、死亡の危険因子であることが報告されている。さらに、歯の喪失の原因のひとつに歯周病が関与しており、冠動脈性心疾患、脳卒中、肺炎と関連していることが明らかになっている。

このように、高齢者の口腔状態が要介護状態や死亡発生に関与することが報告されている。そのため、口腔の異常を早期に発見し、口腔機能の維持・向上することが健康寿命の延伸のために重要である。

75歳以上は後期高齢者医療制度に分類され、都道府県単位に設置されている後期高齢者医療広域連合によって運営されている。後期高齢者医療広域連合は、高齢者の生活の質(QOL)の向上と健康寿命の延伸を目的に、75歳以上の者に対して、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診「後期高齢者歯科健診」の実施を推進している。

しかし、歯科健診と死亡の関連について後期高齢者(75歳以上)を対象とした縦断的研究は少ない。そこで、本研究では、後期高齢者の死亡の発生に関連する口腔状況を特定し、今後の歯科口腔保健対策を推進するための基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

本研究のデザインは、前向きコホート研究である。

1. データソース

本研究は歯科健診データと死亡データを用いたが、いずれも奈良県後期高齢者医療広域連合から匿名加工済みのデータとして提供を受けた。

歯科健診データについては、奈良県後期高齢者医療広域連合が2015年に実施した歯科健診のデータを用いた。本研究の対象者は、奈良県内に住む2015年4月1日時点で満75歳、満80歳、満85歳であり、かつ2015年6月1日～2015年11

月30日に歯科健診を受診した者(外出困難者への訪問歯科健診を含む)とした。

このデータには、主観的データと客観的データがある。主観的データは、咀嚼機能「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」、舌・口唇機能「発話について気になるか」、嚥下機能「お茶や汁物でむせることがあるか」、口腔乾燥「口の渴きが気になるか」、義歯の使用「入れ歯を使っていますか」、予防行動「歯科医院などで歯磨き指導を受けたことがありますか」など、問診で得られる26項目がある。

客観的データは、歯科健診項目であり、口腔内診査および口腔機能診査に分かれている。口腔内診査は、「歯の本数」、「義歯の適合状況」「義歯の必要性」「粘膜の異常」、「プラークの付着状況」、「食渣」、「舌苔」、「口臭」、「義歯清掃状況」、「口腔乾燥」、「歯周組織の状況(CPI:Community Periodontal Index)」など11項目がある。口腔機能診査は、「反復唾液嚥下テスト(RSST:Repetitive saliva swallowing test)」、「空ブクブクうがい」の2項目から構成された。最終的に健診結果は、「問題なし」、「要指導(軽い歯周炎)」、「要治療(治療・精密検査を要する)」として評価した。

死亡データについては、後期高齢者医療広域連合が保有する台帳から2015年12月1日から2020年3月31日までの期間の死亡データを抽出した。

2. 除外基準

上記対象者のうち、2020年3月31日まで「県外への転出」「生活保護」による資格喪失者、年齢や性別に欠損があるものを除外した。

3. アウトカム

本研究のアウトカムは、歯科健診を受診後、2020年3月31日までの死亡発生の有無とした。

4. 分析方法

年齢は歯科健診を受けた2015年時点で、75歳群、80歳群、85歳群に分類した。

歯科健診受診後4年3か月の死亡有無と歯科

健診結果の各項目のオッズ比（性年齢階級調整済み）を、ロジスティック回帰を用いて算出した。「自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか?」、「歯を磨くと血が出ますか?」、「歯ぐきが腫れてブヨブヨしますか?」、「冷たいものや熱いものが歯に沁みるか?」、「間食（甘い食べ物や飲み物）をしますか?」、「夜、寝る前に歯を磨きますか?」、「歯間ブラシ又はフロス（糸ようじ）を使っていますか?」、「ゆっくり噛んで食事をしますか?」、「入れ歯を使っていますか?」、「義歯の適合状況」、「プラークの付着状況」、「食物残渣」、「舌苔」、「口臭」、「義歯清掃状況」、「口腔乾燥」、「空ブクブクうがい」といった、3値以上の変数はすべて2値変数に変換し

すべての統計解析は、IBM SPSS version 24.0®（IBM, 東京, 日本）を用いて、有意水準 5%を有意差ありとした。

（倫理面への配慮）

本研究は、奈良県後期高齢者医療広域連合からデータ提供を受けて分析した。匿名加工済みのデータを用いたため、倫理面への配慮は発生しない。

C. 研究結果

本研究に登録されたのは、奈良県の後期高齢者歯科健診候補者 36,632 名のうち歯科健診を受診した 4,263 名であった。研究対象者は、図 1 に示したフローチャートに従い抽出した。転出、生活保護受給などを除外し、最終的に 3,961 名を分析対象とした。男性の人数と割合は、1822 人、46.0% を占め、平均年齢は 78.8±3.7 歳であった。男女別の人数と死亡割合は、男性 1,822 人、14.8% (270 人)、女性 2,139 人、6.1% (130 人) であった。年齢群ごとの人数と死亡割合は、75 歳群 2,089 人、5.7% (120 人)、80 歳群 1,300 人、11.0% (143 人)、85 歳群 137 人、24.0% (137 人) であった。その他の問診および歯科検診項目と死亡割合を表 1 に示した。

死亡割合が高い問診項目は、歯または義歯の咬合状態「両方の歯で噛めない」17.9%、眼前歯磨き「時々・いいえ」14.6%、歯科医院などの歯磨き指導経験「いいえ」13.5%、義歯の具合が悪い「はい」13.9%、飲み込みにくさがある「はい」13.1%、現在歯数「19 本以下」12.0%、半年前に比べて固いものが食べにくい「はい」12.0%であった。死亡割合が高い歯科健診項目は、義歯の清掃状況「不良」22.8%、空ブクブクうがい「やや十分、十分でない」15.6%、口臭「弱い・強い」15.2%、食物残渣「中程度・多量」14.8%、RSST（反復嚥下テスト）「3 回未満」14.6%、舌苔「中程度・多量」13.3%、義歯の適合性「義歯不適合・義歯破損」13.2%、現在歯数「19 本以下」13.2%であった。

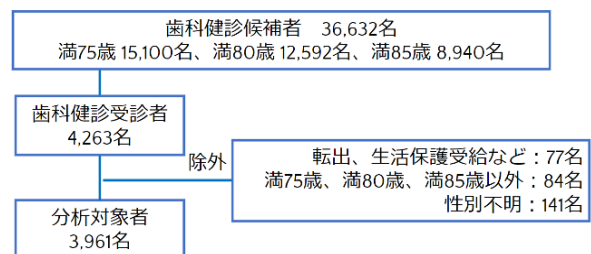


図 1 研究対象者抽出のフローチャート

問診項目と歯科検診項目と死亡のオッズ比は表 2 に示した。

問診項目では、歯または義歯の咬合状態「両方の歯で噛めない」1.86 (1.24-2.79, p=0.003)、現在歯数「19 本以下」1.59 (1.25-2.03, p<0.001)、歯科医院などの歯磨き指導経験「いいえ」1.46 (1.17-1.83, p=0.001)、眼前歯磨き「なし」1.40 (1.10-1.79, p=0.007)、年に 1 回以上の歯科定期健診の有無「いいえ」1.26 (1.01-1.56, p=0.042) が死亡発生と有意に関連した。

歯科健診項目では、義歯清掃状況「不良」2.07 (1.24-3.47, p<0.001)、RSST 「3 回未満」1.62 (1.23-2.13, p=0.001)、食物残渣「あり」1.58 (1.25-2.00, p<0.001)、口臭「あり」1.57 (1.23-2.00, p<0.001)、空ブクブクうがい「不十分」1.54 (1.14-2.08, p=0.005)、現在歯数「19 本以下」1.43 (1.15-1.78, p=0.001)、舌苔「あり」1.38

(1.09-1.74, p=0.008)、プラークの付着状況「不良」1.29 (1.03-1.61, p=0.029) が死亡発生と有意に関連した。

D. 考察

本研究では、地域在住高齢者に対する歯科健診結果とその後の死亡割合について追跡し、オッズ比を算出した。その結果、現在歯数や義歯の使用の有無、適合状況、食物残渣やプラークの付着状況といった口腔衛生環境の不良状況、直接食べることの困難さなどの口腔機能が悪い人が死亡割合を上昇させることが明らかとなった。

口腔の健康障害では、「現在歯数(19本以下)」、「義歯の適合状況が悪い」、「両方の歯で噛めない」において死亡割合を上昇させる結果となった。

口腔衛生環境の不良状況では、「口臭」、「食物残渣」では、男女ともに死亡割合が高かった。特に、「プラークの付着状況」、「食物残渣」、「口腔乾燥」では、男性よりも女性の方が死亡割合が高く、「義歯の清掃状況」では、女性よりも男性の方が死亡割合が高いことが明らかとなった。

口腔機能では、男性において「RSST」、「空ブクブクうがい」が、死亡割合を上昇することが明らかとなった。

しかし、男女差がある項目は交絡因子や共変量を調整できていないため、結果の解釈には注意が必要である。

1. 歯の本数および義歯と咬合

これまでの研究により、高齢者の歯の喪失は、死亡の危険因子として大きくかかわっており、本研究の結果と一致する。

歯の喪失は、歯の喪失の原因のひとつに歯周病が関与しており、冠動脈性心疾患、脳卒中、肺炎と関連していることが明らかになっている。一方で、そのメカニズムは不明であり、歯の喪失により、栄養素の摂取不良や食品の選択に影響を与え、

栄養状態の悪化、ADLの低下などの要因が考えられる。今後は、歯の本数だけでなく、栄養や食習慣などについても検討する必要がある。

また、本研究において、歯の本数について問診による主観的評価と歯科健診による客観的評価に差があり、自身の歯の本数を正確に把握していないことが明らかとなった。先行研究でも、主観的評価と客観的評価の両方を行うべきであると報告されており、歯科健診によって歯の本数を客観的に評価し、正しく認識することが重要である。

次に義歯と咬合に関して考察する。

義歯や咬合は、低体重、高体重/肥満・栄養状態や物摂取量、認知症と認知機能に関する指標と関連していることから、健康や死亡と間接的に関連していることが示唆された。一方で、義歯の使用状況については、自己申告であり、どの程度使用しているのか正確にはわからないなど、今後調査内容を統一した研究が必要である。

2. 口腔衛生環境の不良状況

「義歯清掃状況」、「食物残渣」、「プラーク付着状況」、「口臭」「口腔乾燥」などの口腔衛生環境の不良状態は死亡と関連があった。口腔衛生環境が不良になることで、食事摂取量の低下から栄養状態の不良などによってフレイルにつながる事が考えられる。

プラークに対する口腔内セルフケア教育や専門家による機械的歯面清掃による死亡の予防効果が認められており、咬合力や主観的な食べにくさの改善に有用であると考えられている。口腔衛生環境を清潔に保つことは、歯周病が引き起こす慢性炎症を抑え、冠動脈性、心疾患や脳卒中、誤嚥性肺炎のリスクを減少する。

本研究においても、歯科医院などの歯磨き指導経験、眠前歯磨き、年に1回以上の歯科定期健診など、口腔ケアを積極的に取り入れている者が死亡リスクを減少する結果となっており、口腔ケアを推進していくことが重要である。

3. 口腔機能

「RSST」、「空ブクブクうがい」が死亡に関連する可能性が示唆された。

口腔には、咀嚼、食物の摂取と嚥下、発声、唾液分泌、味覚、呼吸など生命予後に影響し、死亡と関連している。また、オーラルフレイルは、現在歯数 20 本未満、咀嚼能力の低下、滑舌の低下、舌圧の低下、噛めない食べ物の増加、お茶や汁物でむせる、6 項目で評価されており、身体虚弱、サルコペニア、要介護状態、死亡の発生を増加させることが明らかになっている。

本研究では、噛めない食べ物の増加、お茶や汁物でむせるなどの問診項目だけでは死亡発生との関連を認めなかったが、主観的・客観的評価を組み合わせた総合的な評価が重要である。

本研究の強みとして、後期高齢者歯科健診受診者のみを対象とした、歯科健診を受診できる程度に健康なものだけでなく、在宅の要介護状態の者についても、訪問歯科健診を実施している点である。

さらに奈良県全域の後期高齢者に対する大規模な前向きコホートデータを使った研究であり、口腔状態と将来の死亡発生との関連について有用な知見を得ることができた。今後、長寿だけでなく、フレイル、サルコペニア、要介護状態などの健康寿命と口腔状況の関連についても検討していくことが重要である

E. 結論

本研究では、地域在住高齢者に対する歯科健診結果とその後の死亡について追跡調査し、問診を含む口腔内の状態不良が死亡の発生へ与える影響について明らかにした。

後期高齢者において現在歯数が少ない者、義歯の適合状況が不良な者、口腔衛生環境が不良な者、さらに口腔機能が低下している者、口腔ケア習慣がない者が死亡割合を上昇させることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・2021年12月21日～23日（オンライン開催）. 第80回日本公衆衛生学会総会. 後期高齢者の口腔環境と死亡割合と医療費に与える影響：奈良県をモデルに. 辻本雄大、岡本左和子、西岡祐一、今村知明.

・2022年10月7日～10月9日（山形県、YCC県民文化ホール）. 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.

・2023年10月31日～11月2日（茨城県、つくば国際会議場）. 第82回日本公衆衛生学会総会. 高齢者の口腔状況が死亡に与える影響. 辻本 雄大、明神 大也、西岡 祐一、今村 知明.

・2024年10月29日～10月31日（北海道 札幌コンベンションセンター）第83回日本公衆衛生学会総会 . 後期高齢者の口腔状況と死亡の関連. 辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明.

・2024年11月14日（奈良県 奈良県医師会館）第42回奈良県公衆衛生学会. 後期高齢者の口腔状況と死亡の関連. 辻本雄大、明神大也、西岡祐一、今村知明.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 歯科検診項目と死亡割合

		全体				男性				女性			
		生存 n	死亡 n	合計 n	死亡割合 %	生存 n	死亡 n	合計 n	死亡割合 %	生存 n	死亡 n	合計 n	死亡割合 %
年齢		3561	400	3961	10.1	1552	270	1822	14.8	2009	130	2139	6.1
	75歳	1969	120	2089	5.7	895	82	977	8.4	1074	38	1112	3.4
	80歳	1157	143	1300	11.0	494	105	599	17.5	663	38	701	5.4
	85歳	435	137	572	24.0	163	83	246	33.7	272	54	326	16.6
【主観的指標（問診）】													
口の中が気になる	いいえ	1559	176	1735	10.1	724	125	849	14.7	835	51	886	5.8
	はい	1862	205	2067	9.9	779	135	914	14.8	1083	70	1153	6.1
噛み具合が気になる	いいえ	2998	327	3325	9.8	1307	220	1527	14.4	1691	107	1798	6.0
	はい	563	73	636	11.5	245	50	295	16.9	318	23	341	6.7
外観が気になる	いいえ	3416	387	3803	10.2	1504	264	1768	14.9	1912	123	2035	6.0
	はい	145	13	158	8.2	48	6	54	11.1	97	7	104	6.7
発語が気になる	いいえ	3424	387	3811	10.2	1495	260	1755	14.8	1929	127	2056	6.2
	はい	137	13	150	8.7	57	10	67	14.9	80	3	83	3.6
口臭が気になる	いいえ	3242	374	3616	10.3	1431	249	1680	14.8	1811	125	1936	6.5
	はい	319	26	345	7.5	121	21	142	14.8	198	5	203	2.5
痛みが気になる	いいえ	3162	354	3516	10.1	1369	239	1608	14.9	1793	115	1908	6.0
	はい	399	46	445	10.3	183	31	214	14.5	216	15	231	6.5
飲み込みにくさが気になる	いいえ	3455	384	3839	10.0	1505	261	1766	14.8	1950	123	2073	5.9
	はい	106	16	122	13.1	47	9	56	16.1	59	7	66	10.6
口の渾きが気になる	いいえ	3049	344	3393	10.1	1372	236	1608	14.7	1677	108	1785	6.1
	はい	512	56	568	9.9	180	34	214	15.9	332	22	354	6.2
歯科治療が中断している	いいえ	3481	390	3871	10.1	1518	264	1782	14.8	1963	126	2089	6.0
	はい	80	10	90	11.1	34	6	40	15.0	46	4	50	8.0
義歯の具合が悪い	いいえ	673	73	746	9.8	274	55	329	16.7	399	18	417	4.3
	はい	404	65	469	13.9	173	42	215	19.5	231	23	254	9.1
自分の歯の本数	20本以上	1386	104	1490	7.0	656	65	721	9.0	730	39	769	5.1
	19本以下	2175	296	2471	12.0	896	205	1101	18.6	1279	91	1370	6.6
自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか？	両方揃める・片方：良好	3038	311	3349	9.3	1357	209	1566	13.3	1681	102	1783	5.7
	両方揃めない：不良	161	35	196	17.9	68	24	92	26.1	93	11	104	10.6
歯を磨くと血が出ますか？	いいえ	2612	293	2905	10.1	1134	200	1334	15.0	1478	93	1571	5.9
	いつも・時々：はい	845	83	928	8.9	380	54	434	12.4	465	29	494	5.9
歯ぐきが腫れてブヨブヨしますか？	いいえ	2823	308	3131	9.8	1263	205	1468	14.0	1560	103	1663	6.2
	いつも・時々：はい	585	63	648	9.7	241	44	285	15.4	344	19	363	5.2
冷たいものや熱いものが歯に沁みますか？	いいえ	2777	307	3084	10.0	1203	205	1408	14.6	1574	102	1676	6.1
	いつも・時々：はい	620	58	678	8.6	293	40	333	12.0	327	18	345	5.2
かかりつけ歯科医院がありますか？	はい	3113	324	3437	9.4	1346	215	1561	13.8	1767	109	1876	5.8
	いいえ	308	49	357	13.7	157	31	188	16.5	151	18	169	10.7
間食（甘い食べ物や飲み物）をしますか？	時々・いいえ	2658	301	2959	10.2	1232	212	1444	14.7	1426	89	1515	5.9
	毎日	851	87	938	9.3	301	51	352	14.5	550	36	586	6.1
タバコを吸っていますか？	いいえ	3378	368	3746	9.8	1420	243	1663	14.6	1958	125	2083	6.0
	はい	140	27	167	16.2	118	26	144	18.1	22	1	23	4.3
夜、寝る前に歯を磨きますか？	毎日	2834	276	3110	8.9	1148	182	1330	13.7	1686	94	1780	5.3
	時々・いいえ	669	114	783	14.6	384	82	466	17.6	285	32	317	10.1
歯間ブラシ又はフロス（糸ようじ）を使っていますか？	毎日	1322	115	1437	8.0	520	72	592	12.2	802	43	845	5.1
	時々・いいえ	2158	271	2429	11.2	999	189	1188	15.9	1159	82	1241	6.6
ゆっくり噛んで食事をしますか？	毎日	1963	246	2209	11.1	841	161	1002	16.1	1122	85	1207	7.0
	時々・いいえ	1508	138	1646	8.4	678	96	774	12.4	830	42	872	4.8
院などで歯磨き指導を受けたことがありますか？	はい	2454	230	2684	8.6	1068	159	1227	13.0	1386	71	1457	4.9
	いいえ	982	153	1135	13.5	438	100	538	18.6	544	53	597	8.9
年に一回以上は歯科医院で定期健診を受けたことはありますか？	はい	2088	203	2291	8.9	894	140	1034	13.5	1194	63	1257	5.0
	いいえ	1359	182	1541	11.8	619	120	739	16.2	740	62	802	7.7
半年前に比して固いもの食べにくいことがありますか？	いいえ	2514	252	2766	9.1	1118	165	1283	12.9	1396	87	1483	5.9
	はい	979	133	1112	12.0	413	95	508	18.7	566	38	604	6.3
お茶や汁物等でむせることがありますか？	いいえ	2671	303	2974	10.2	1192	214	1406	15.2	1479	89	1568	5.7
	はい	801	88	889	9.9	325	51	376	13.6	476	37	513	7.2
入れ歯を使っていますか？	持っているが使っていない・使っていない	1583	151	1734	8.7	703	94	797	11.8	880	57	937	6.1
	使っている	1889	241	2130	11.3	816	173	989	17.5	1073	68	1141	6.0
【客観的指標（歯科検診項目）】													
現在歯数	20本以上	2123	182	2305	7.9	957	118	1075	11.0	1166	64	1230	5.2
	19本以下	1438	218	1656	13.2	595	152	747	20.3	843	66	909	7.3
齲蝕	なし	2171	232	2403	9.7	907	155	1062	14.6	1264	77	1341	5.7
	あり	1387	167	1554	10.7	644	114	758	15.0	743	53	796	6.7
義歯使用あり 適合性	良好	1349	157	1506	10.4	589	110	699	15.7	760	47	807	5.8
	義歯不適合・義歯破損：不良	427	65	492	13.2	163	49	212	23.1	264	16	280	5.7
義歯使用なし 必要性	なし	1226	118	1344	8.8	557	78	635	12.3	669	40	709	5.6
	あり	270	30	300	10.0	113	15	128	11.7	157	15	172	8.7
粘膜異常	なし	3489	392	3881	10.1	1518	264	1782	14.8	1971	128	2099	6.1
	あり	72	8	80	10.0	34	6	40	15.0	38	2	40	5.0
ブラークの付着状況	殆どない：なし	1617	139	1756	7.9	653	94	747	12.6	964	45	1009	4.5
	中程度・多量：あり	1895	246	2141	11.5	876	163	1039	15.7	1019	83	1102	7.5
食物残渣	殆どない：なし	2749	252	3001	8.4	1147	170	1317	12.9	1602	82	1684	4.9
	中程度・多量：あり	781	136	917	14.8	391	89	480	18.5	390	47	437	10.8
舌苔	殆どない：なし	2696	264	2960	8.9	1143	172	1315	13.1	1553	92	1645	5.6
	中程度・多量：あり	835	128	963	13.3	399	91	490	18.6	436	37	473	7.8
口臭	殆どない：なし	2921	282	3203	8.8	1238	189	1427	13.2	1683	93	1776	5.2
	弱い・強い：あり	626	112	738	15.2	311	78	389	20.1	315	34	349	9.7
義歯清掃状況	良好・普通：良好	1941	229	2170	10.6	827	158	985	16.0	1114	71	1185	6.0
	不良	78	23	101	22.8	35	18	53	34.0	43	5	48	10.4
口腔乾燥	正常：なし	2692	284	2976	9.5	1246	189	1435	13.2	1446	95	1541	6.2
	軽度・中程度・重度：あり	816	106	922	11.5	287	73	360	20.3	529	33	562	5.9
CPI（歯周ポケット）	1以下	844	78	922	8.5	352	50	402	12.4	492	28	520	5.4
	2以上	2533	276	2809	9.8	1122	187	1309	14.3	1411	89	1500	5.9
RSST（反復唾液糖下テスト）	3回以上	3087	319	3406	9.4	1375	215	1590	13.5	1712	104	1816	5.7
	3回未満	474	81	555	14.6	177	55	232	23.7	297	26	323	8.0
空ブクブクうがい	十分	3167	329	3496	9.4	1393	223	1616	13.8	1774	106	1880	5.6
	やや十分・十分でない：不十分	357	66	423	15.6	145	42	187	22.5	212	24	236	10.2

表 2. 歯科健診項目と死亡のオッズ

問診（主観的指標）		全体			男性			女性		
項目		オッズ比	95% 信頼区間	有意確率	オッズ比	95% 信頼区間	有意確率	オッズ比	95% 信頼区間	有意確率
気になることがある	0.いいえ 1.はい	0.99	0.88 - 1.107	0.877	1.00	0.88 1.15 - 0.978		0.97	0.80 - 1.17	0.729
噛み具合が気になる	0.いいえ 1.はい	1.08	0.82 - 1.43	0.580	1.09	0.77 1.54 - 0.624		1.07	0.66 - 1.71	0.797
外観が気になる	0.いいえ 1.はい	0.96	0.53 - 1.74	0.886	0.73	0.30 1.75 - 0.475		1.29	0.58 - 2.89	0.532
発語が気になる	0.いいえ 1.はい	0.77	0.42 - 1.39	0.380	0.89	0.44 1.79 - 0.737		0.54	0.17 - 1.75	0.301
口臭が気になる	0.いいえ 1.はい	0.92	0.60 - 1.41	0.694	1.19	0.72 1.96 - 0.494		0.49	0.20 - 1.23	0.130
痛みが気になる	0.いいえ 1.はい	1.04	0.75 - 1.46	0.801	1.00	0.66 1.52 - 0.984		1.16	0.66 - 2.05	0.608
飲み込みにくさが気になる	0.いいえ 1.はい	1.43	0.82 - 2.51	0.208	1.08	0.51 2.26 - 0.848		2.15	0.94 - 4.92	0.071
口の渴きが気になる	0.いいえ 1.はい	1.04	0.76 - 1.42	1.040	1.06	0.71 1.59 - 0.774		1.01	0.63 - 1.64	0.957
歯科治療が中断している	0.いいえ 1.はい	1.22	0.61 - 2.44	0.572	1.11	0.45 2.74 - 0.826		1.49	0.52 - 4.28	0.464
義歯の具合が悪い	0.いいえ 1.はい	1.28	0.96 - 1.70	0.094	1.25	0.87 1.79 - 0.234		1.33	0.83 - 2.12	0.236
自分の歯の本数	0.20本以上 1. 19本以下	1.59	1.25 - 2.03	<0.001	1.99	1.47 2.70 - <0.001		1.03	0.69 - 1.54	0.883
自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか？	0. 両方・片方噛める 1. 不良	1.86	1.24 - 2.79	0.003	2.00	1.21 3.33 - 0.007		1.64	0.83 - 3.22	0.154
歯を磨くと血が出ますか？	0.いいえ 1.いつも・時々	0.93	0.72 - 1.22	0.606	0.86	0.62 1.20 - 0.388		1.06	0.69 - 1.65	0.781
歯ぐきが腫れてブヨブヨしますか？	0.いいえ 1.いつも・時々	1.10	0.82 - 1.48	0.519	1.22	0.85 1.76 - 0.282		0.91	0.55 - 1.52	0.718
冷たいものや熱いものに沁みるか？	0.いいえ 1.いつも・時々	0.93	0.69 - 1.26	0.647	0.90	0.62 1.30 - 0.557		1.01	0.60 - 1.72	0.961
かかりつけ歯科院がありますか？	0.いいえ 1.いつも・時々	1.27	0.91 - 1.78	0.157	1.11	0.73 1.70 - 0.617		1.60	0.93 - 2.75	0.088
間食（甘い食べ物や飲み物）をしますか？	0. いいえ・時々 1. 毎日	0.99	0.76 - 1.29	0.954	0.95	0.68 1.34 - 0.783		1.05	0.70 - 1.58	0.798
タバコを吸っていますか？	0.いいえ 1.はい	1.40	0.89 - 2.19	0.144	1.43	0.90 2.27 - 0.131		1.11	0.15 - 8.40	0.918
夜、寝る前に歯を磨きますか？	0. 毎日 1. いいえ・時々	1.40	1.10 - 1.79	0.007	1.29	0.96 1.74 - 0.087		1.68	1.09 - 2.59	0.019
歯間ブラシ又はフロス（糸ようじ）を使っていますか？	0. 毎日 1. いいえ・時々	1.24	0.98 - 1.57	0.076	1.30	0.96 1.75 - 0.086		1.14	0.77 - 1.68	0.508
ゆっくり噛んで食事をしますか？	0. 毎日 1. いいえ・時々	0.83	0.66 - 1.04	0.112	0.84	0.63 1.11 - 0.220		0.81	0.55 - 1.19	0.282
歯科医院などで歯磨き指導を受けたことがありますか？	0.はい 1.いいえ	1.46	1.17 - 1.83	0.001	1.39	1.05 1.84 - 0.022		1.60	1.09 - 2.34	0.016
年に一回以上は歯科医院で定期健診を受けたことがありますか？	0.はい 1.いいえ	1.26	1.01 - 1.56	0.042	1.20	0.91 1.58 - 0.190		1.34	0.93 - 1.95	0.121
半年前に比して固いもの食べにくいことがありますか？	0.いいえ 1.はい	1.24	0.99 - 1.57	0.067	1.42	1.07 1.88 - 0.017		0.97	0.65 - 1.45	0.869
お茶や汁物等でむせることがありますか？	0.いいえ 1.はい	0.98	0.76 - 1.27	0.884	0.86	0.61 1.20 - 0.373		1.18	0.79 - 1.78	0.413
入れ歯を使っていますか？	0.持っているが使っていない 1.使っていない	1.08	0.87 - 1.36	0.485	1.30	0.98 1.72 - 0.068		0.78	0.53 - 1.13	0.186

客観的指標（歯科検診項目）		全体			男性			女性		
項目		オッズ比	95% 信頼区間	有意確率	オッズ比	95% 信頼区間	有意確率	オッズ比	95% 信頼区間	有意確率
現在歯数（19本以下）	0.20本以上 1. 19本以下	1.43	1.15 - 1.78	0.001	1.67	1.27 2.19 - 0.000		1.06	0.73 - 1.53	0.778
齲歯	0.なし 1.あり	1.13	0.91 - 1.40	0.277	1.10	0.84 1.44 - 0.506		1.19	0.83 - 1.72	0.348
義歯の状況：有 適合状況	0.良好 1.不適合・破壊	1.28	0.93 - 1.78	0.131	1.54	1.04 2.28 - 0.032		0.89	0.49 - 1.62	0.711
義歯の状況：無 義歯の必要性	0.なし 1.あり	0.93	0.59 - 1.45	0.732	0.76	0.41 1.40 - 0.379		1.18	0.61 - 2.26	0.624
粘膜の異常	0.ほとんどない 1.中程度・多量	1.09	0.51 - 2.35	0.824	1.05	0.42 2.60 - 0.917		1.17	0.27 - 5.01	0.832
ブラークの付着状況	0.ほとんどない 1.中程度・多量	1.29	1.03 - 1.61	0.029	1.17	0.89 1.55 - 0.266		1.53	1.04 - 2.24	0.030
食物残渣	0.ほとんどない 1.中程度・多量	1.58	1.25 - 2.00	<0.001	1.39	1.04 1.86 - 0.025		1.98	1.35 - 2.92	0.001
舌苔	0.ほとんどない 1.中程度・多量	1.38	1.09 - 1.74	0.008	1.40	1.05 1.87 - 0.022		1.31	0.88 - 1.97	0.187
口臭	0.ほとんどない 1.弱い・強い	1.57	1.23 - 2.00	<0.001	1.45	1.07 1.96 - 0.016		1.83	1.20 - 2.78	0.005
義歯清掃状況	0.良好・普通 1.不良	2.07	1.24 - 3.47	<0.001	2.28	1.23 4.23 - <0.001		1.66	0.62 - 4.41	0.311
口腔乾燥	0.正常 1.軽度・中程度・重度	1.23	0.96 - 1.57	0.108	1.51	1.11 2.06 - <0.001		0.86	0.57 - 1.31	0.485
CPI（歯周病指数） 最大値（0～4）	0.1以下 1.2以上	1.21	0.92 - 1.58	0.178	1.21	0.86 1.71 - 0.272		1.20	0.77 - 1.88	0.417
反復嚥下テスト RSST	0.3回以上 1.3回未満	1.62	1.23 - 2.13	0.001	1.80	1.27 2.55 - 0.001		1.37	0.87 - 2.16	0.180
空ブクブクうがい	0.十分 1.やや十分・十分でない	1.54	1.14 - 2.08	0.005	1.59	1.08 2.33 - 0.019		1.46	0.90 - 2.36	0.125

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Yuichi Nishioka, Emiri Morita, Saki Takeshita, Sakura Tamamoto, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura.	Exact-Matching Algorithms Using Administrative Health Claims Database Equivalence Factors for Real-World Data Analysis Based on the Target Trial Emulation Framework.	Health Services and Outcomes Research Methodology.	24	427–439.	2024
Michikazu Nakai, Yoshitaka Iwanaga, Koshiro Kanaoka, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Katsuki Okada, tatsuya noda, Tomoaki Imamura, and Yoshihiro Miyamoto.	Contemporary use of β -blockers in heart failure patients with and without atrial fibrillation: a nationwide database analysis .	Clinical Pharmacology & Therapeutics.			2025
Sadanori Okada, Yuichi Nishioka, Koshiro Kanaoka, Miyuki Koizumi, Fumika Kamitani, Hiroki Nakajima, Yukako Kurematsu, Sinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Yoshihiko Saito, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi.	Annual variation of estimated glomerular filtration rate in health check-ups associated with end-stage kidney disease.	Scientific Reports.	14	21065 (2024)	2024
Michikazu Nakai, Yoshitaka Iwanaga, Koshiro Kanaoka, Yoko Sumita, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Katsuki Okada, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Yoshihiro Miyamoto.	Contemporary use of oral inotropes in the outpatient treatment of heart failure: Analysis of a Japanese nationwide database.	The Journal of Clinical Pharmacology.			2025
Kiyoshi Takemoto, Tomoya Myojin, Yuichi Nishioka, Tsunenari Soeda, Kazuo Yamanaka, Atsushi Nakahira, Takeshi Nishina, Hiroyuki Kawata, Kazuaki Atagi, Tatsuya Noda, Tomoaki	Long-term survival evaluation after transcatheter aortic valve implantation in patients with severe aortic valve stenosis: A retrospective cohort study.	Scientific Reports.	15	11161 (2025)	2025

Imamura.					
Fumika Kamitani, Yuichi Nishioka, Miyuki Koizumi, Hiroki Nakajima, Yukako Kurematsu, Sadanori Okada, Shinichiro Kubo, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura, Yutaka Takahashi.	Immune Checkpoint Inhibitor-Related Type 1 Diabetes : Incidence, Risk, and Survival Association.	Journal of diabetes Investigation.	16(2):	334-342.	2025
Tatsuya Noda, Kotaro Kuwaki, Munehito Machida, Yasuyuki Okumura, Yuichi Nishioka, Tomoya Myojin, Tomoaki Imamura.	Persistence of newly prescribed 5-aminosalicylic acid in patients with ulcerative colitis: A nationwide comprehensive database study.	PLoS One.	19(12):	e0316181.	2024
菅野沙帆、野田龍也、明神大也、西岡祐一、今村知明.	腎移植における電子レセプトの収載率の分析.	医療情報学.	44 (5)	237-241.	2024
D J Magliano, L Chen, J I Morton, A Salim, B Carstensen, E W Gregg, M E Pavkov, M Arffman, H M Colhoun, K H Ha, T Imamura, G Jermendy, D J Kim, Z Kiss, D Mauricio, S J McGurnaghan, Y Nishioka, S H Wild, K Winell, J E Shaw.	Trends in the incidence of young-adult-onset diabetes by diabetes type: a multi-national population-based study from an international diabetes consortium.	The Lancet Diabetes & Endocrinology.	12(12)	915-923.	2024
菊池綾、野田龍也、今村知明.	精神科病院における COVID-19 クラスターの特性と対応.	日本健康開発雑誌.	45	41-48.	2024
西岡祐一、今村知明.	日本の糖尿病死亡時年齢に関する記述疫学研究. 編：門脇孝、山内敏正.	糖尿病学 2024.		81-87.	2024
西岡祐一、今村知明、高橋裕. : 1186-1189.	レセプトビッグデータを用いた日本人糖尿病診療の実態解明.	内科	133(5)		2024

令和7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6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7年1月8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 上田 陽一

次の職員の令和6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。

令和7年1月24日

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人東京科学大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 大竹 尚登

次の職員の令和6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) 大学院医歯学総合研究科・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 国立大学法人東北大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 富永 悌二

次の職員の令和6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7年4月4日

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6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) 医療保健学部医療情報学科・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6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。

令和 7 年 2 月 26 日

厚生労働大臣 殿

機関名 山梨大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中村 和彦

次の職員の（令和）6 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）山梨大学大学院総合研究部医学域臨床医学系 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7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6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 藤田医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 湯澤 由紀夫

次の職員の令和6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) 大学院医学研究科・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。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人富山大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 齋藤 滋

次の職員の令和6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) 富山大学附属病院 地域医療総合支援学講座・客員准教授
(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6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。

令和7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6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。

令和7年2月6日

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6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・病院診療医 (大学院生)
(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7年3月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人浜松医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 今野 弘之

次の職員の令和6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・准教授
- (氏名・フリガナ) 明神 大也・ミヨウジン 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 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 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6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) 京都大学医学部附属病院 特定教授

(氏名・フリガナ) 加藤 源太 ・ カトウ ゲンタ

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 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6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・主任研究官

(氏名・フリガナ) 柿沼 倫弘・カキヌマ トモヒロ

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7年2月14日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和6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) 老年学・社会科学研究センター 医療経済研究部 副部長
(氏名・フリガナ) 大寺 祥佑 (オオテラ ショウスケ)

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。