

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を
推進するための政策研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 今村 知明
(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

平成 31 (2019) 年 3 月

目 次

[総括研究]

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

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
1. 医療計画グループ	2
2. 病床機能グループ	3
C. 研究結果	4
1. 医療計画グループ	4
2. 病床機能グループ	4
D. 考察	6
1. 医療計画グループ	6
2. 病床機能グループ	6
E. 結論	8
F. 健康危険情報	8
G. 研究発表	8
1. 論文発表	8
2. 学会発表	9
H. 知的財産権の出願・登録状況	12
1. 特許取得	12
2. 実用新案登録	12
3. その他	12

[分担研究]

1. 医療計画グループ

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

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

2. 実用新案登録	1①-7
3. その他	1①-7

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

(河原 和夫、野田 龍也、伴 正海、伊藤 達哉、田極 春美)

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

2. 病床機能グループ

2-1 【定量分析班①】構想区域の類型化について

(藤森 研司、石川 ベンジャミン 光一、伏見 清秀、松田 晋哉)

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

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

A. 研究目的	2-1②-1
B. 研究方法	2-1②-1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. 研究目的	2-3②-1
B. 研究方法	2-3②-2
C. 研究結果	2-3②-2
D. 考察	2-3②-3
E. 結論	2-3②-3
F. 健康危険情報	2-3②-4
G. 研究発表	2-3②-4
1. 論文発表	2-3②-4
2. 学会発表	2-3②-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-3②-4
1. 特許取得	2-3②-4
2. 実用新案登録	2-3②-4
3. その他	2-3②-4
参考資料 1	2-1②-5
参考資料 2	2-1②-7

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

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

2-4 【実地検証班】 医療・介護レセプト情報を用いた胃瘻造設に関する研究

(次橋 幸男、野田 龍也、今村 知明、林 修一郎、長野 典子)

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

3 研究成果の刊行に関する一覧表	3-1
------------------	-----

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

総括研究報告書（平成30年度）

研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）

研究要旨

2025年の地域医療構想の実現に向けて、各都道府県の構想区域において、今後の医療提供体制についての協議が進んでいる。これまで本研究班については、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実現可能な施策に関する研究（H27－医療一般002）」を平成27年度から平成29年度までの3年間の研究を通じ、わが国における公衆衛生の専門家が一同に介して研究を進めてきた。その成果については、第七次医療計画を都道府県が着実に策定するために厚生労働省が行う技術的助言（平成29年3月までに公表）のための医療計画の指標の検討・整理を行っただけでなく、病床機能報告データを使った急性期指標の開発、病床機能分化の全国的な事例集の作成といった形で研究班の成果を世の中に発信してきた。

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

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

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

研究分担者

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

研究協力者

- ・ 伴 正海 (横浜市立大学 共同研究員)
- ・ 伊藤 達哉 (長野県健康福祉部)
- ・ 田極 春美 (三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員)
- ・ 島崎 謙治 (政策研究大学院大学 教授)
- ・ 得津 慶 (産業医科大学大学院)
- ・ 村松 圭司 (産業医科大学大学院)
- ・ 牧野 憲一 (旭川赤十字病院 院長)
- ・ 木村 慎吾 (石川県健康福祉部)
- ・ 林 修一郎 (奈良県福祉医療部)
- ・ 次橋 幸男 (奈良県立医科大学 / 天理よろづ相談所病院)
- ・ 長野 典子 (奈良県立医科大学)

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

本研究班は 5 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を 2 回開催し、研究の進捗状況の管理、調整を行いながら進めた。

研究の実施体制は図 1 の通りである。

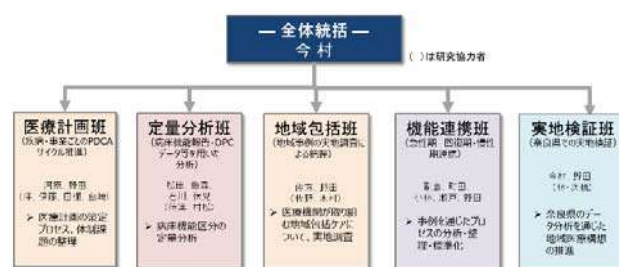


図 1 研究の実施体制

1. 医療計画グループ

1-1. 医療計画班

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

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

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

2. 病床機能グループ

2-1. 定量分析班

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

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

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

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

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

2-2. 地域包括班

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

2-3. 機能連携班

① 大腿骨近位部骨折で済生会熊本病院へ入院し骨接合術を受け、連携パスを適用され連携施設B病院（以下、B病院と略す）へ転院した患者34名が対象。転帰を①自宅退院、②施設転所、③慢性期病院転院、④急性期病院転院の4群に分け、認知症、ADL、回復期合併症、併存疾患、回復期転退院後の継続受診について検討した。

② 「急性期から回復期等への連携を想定し

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

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

2-4. 実地検証班

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

C. 研究結果

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

1. 医療計画グループ

1-1. 医療計画班

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

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

セスについて個別に整理を行った。

2. 病床機能グループ

2-1. 定量分析班

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

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

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

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

2-2. 地域包括班

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

2-3. 機能連携班

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

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

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

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

った。詳細については分担報告書を参照されたい。

2-4. 実地検証班

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

D. 考察

1. 医療計画グループ

1-1. 医療計画班

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

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

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

2. 病床機能グループ

2-1. 定量分析班

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

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

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

2-2. 地域包括班

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

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

2-3. 機能連携班

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

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

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

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

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

2-4. 実地検証班

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

E. 結論

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

F.健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

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

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

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

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

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

- 10) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想と医療計画を具現化するための施策の研究. 今村知明、林修一郎、村上淳基、野田龍也.
- 11) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 回復期病棟における季節ごとの入院患者数の変化と在院日数への影響-NDBによる分析. 林修一郎、野田龍也、今村知明、明神大也.
- 12) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 兵庫県内におけるがん診療の地域連携の実態分析. 小川俊夫、喜多村祐里、阪口博政、山口真寛、八木正行、今村知明、祖父江友孝.
- 13) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. カンジダ菌血症患者の菌種と薬剤耐性についての分析. 吉原真吾、赤羽学、今村知明.
- 14) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB):糖尿病患者の急性冠症候群リスク. 西岡祐一、野田龍也、久保慎一郎、明神大也、東野恒之、毛利貴子、石井均、今村知明.
- 15) 2018年10月24日～2018年10月26日 (福島県、ビックパレットふくしま). 第77回日本公衆衛生学会総会. 特定健診等

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

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

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

- 22) 2018年10月27日~2018年10月28日 (福島県、ホテルハマツ). 第56回日本医療・病院管理学会学術総会. 医療から見た地域包括ケアを推進するための事例調査. 小林美亜、瀬戸僚馬、野田龍也、池田俊也、長谷川友紀、今村知明.
- 23) 2018年11月05日~2018年11月05日 (奈良県、奈良県医師会館). 第39回奈良県公衆衛生学会. 高齢者施設から要請される救急搬送の実態調査. 次橋幸男、赤羽学、今村知明、吉井克昌.
- 24) 2018年11月22日~2018年11月25日 (福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス). 第38回医療情報学連合大会 (第19回日本医療情報学会学術大会). レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) 利用促進に向けた取り組み- 1患者1データ化 -. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、西岡祐一、東野恒之、今村知明.
- 25) 2018年11月22日~2018年11月25日 (福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス). 第38回医療情報学連合大会 (第19回日本医療情報学会学術大会). レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) に対する死亡決定ロジックの手法開発. 久保慎一郎、野田龍也、西岡祐一、明神大也、降旗志おり、東野恒之、瀬楽丈夫、今村知明.
- 26) 2018年11月22日~2018年11月25日 (福岡県、福岡国際会議場/福岡サンパレス). 第38回医療情報学連合大会 (第19回日本医療情報学会学術大会). 放射線治療装置 (リニアック) 導入による採算性に関する考察. 村上淳基、赤羽学、中西康裕、今井信也、今村知明.

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(平成30年度)

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

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

研究要旨

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

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

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

本研究成果は、厚生労働省における医療計画の見直し等に関する検討及び2021(令和3)年度に医療計画の中間見直しの際の参考資料等として、また、各都道府県が医療計画を進捗管理していく際の参考資料として活用されることが期待される。

A. 研究目的

平成29年度厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業「病床機能

の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」(研究代表者 今村知明)(以下、「平

成 29 年度研究」) において、第 7 次医療計画を策定するプロセスに関してアンケート調査が行われ、各都府県における策定体制の違いが明らかになったと同時に、数少ない職員数にも関わらず、多くの検討会を短期間に開催しなければならない実情や、人事異動の事情もあり専門人材の確保・育成の困難さについても課題が浮き彫りとなった。

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

B. 研究方法

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

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

(倫理面への配慮)

特になし

C. 研究結果

(1) レビュー

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

(図 1)

<重点施策の政策ロジック>

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

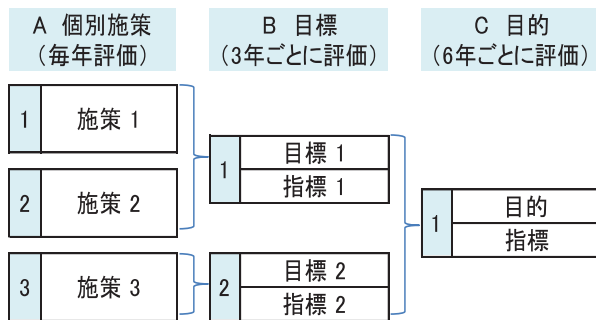
図 1（岩手県医療計画より抜粋）

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

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

体的に効果検証を行っていきます。

図表 1-4-4 施策・指標マップ



(大阪府医療計画より一部抜粋)

(2) ヒアリング

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

① 策定過程

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

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

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

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

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

② ロジックモデル

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

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

③ 今後の課題

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

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

④ その他

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

D. 考察

(1) レビュー

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

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

(2)

① 策定過程

平成 29 年度研究において、5 疾病・5 事業等に係る計画の検討や事業の実施を行う所属の数が全国平均 6.7 であったように、計画策定には多くの部署を巻き込む必要があり、そうすると課長級ではなく、部長級の管理職の動きが非常に重要になってくる。その点において、沖縄県では部長が積極的に動いたことが重要な意味を持っている。

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

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

② ロジックモデル

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

③ 今後の課題

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

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

対応が期待される。

E. 結論

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

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

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

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

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

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 教授）
研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 伴 正海（横浜市立大学 共同研究員）
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部 医療推進課 主任）
研究協力者 田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員）

研究要旨

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

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

(http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/res_document.html#byosho_shihyo)

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

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

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

A. 研究目的

平成28年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」（研究代表者 奈良県立医科大学 今村知

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

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

B. 研究方法

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

- ・ 検討開始時期や検討体制、関係者
- ・ 指標の考え方や狙い

C. 研究結果

① 第七次医療計画指標の基本方針と平成 28 年度末までのスケジュール

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

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

② 第七次医療計画とデータブックの関係

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

った。

③ 5 疾病 5 事業の検討プロセスや検討経緯

がん

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

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

脳卒中

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

急性心筋梗塞

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

を集計している。

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

糖尿病

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

精神

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

変更点となった。

救急

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

災害医療

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

へき地医療

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

周産期・小児

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

在宅医療

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(平成30年度)

【定量分析班①】構想区域の類型化について

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

研究分担者 石川 ベンジャミン 光一(国際医療福祉大学 大学院医学研究科)

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

研究分担者 松田 晋哉(産業医科大学医学部 公衆衛生学教室 教授)

研究要旨

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

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

● 類型化

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

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

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

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

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

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

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

(倫理面への配慮)

特になし

C. 研究結果

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

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

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

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

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

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

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

D. 考察

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

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



構想区域の類型化について

東北大学 大学院医学系研究科
公共健康医学講座 医療管理学分野
藤森研司

【H30】

2-1

1

構想区域を類型化する意義等(1)

1. 調整会議で議論すべき点が明確になる

- ① これまでいくつかの都道府県の調整会議の議論の様子を見ると、「構想区域ごとの事情」が強調されることによって、具体的な対応方針の議論が進まないことがあると考えられる。
- ② また、「都道府県内のみでの比較」が重視されることによって、重点化等の議論が進んでいる他県の構想区域の事例が必ずしも参考にされていない

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

2

構想区域を類型化する意義等(2)

2. 公立・公的病院の役割の見直しを行う際の基準がより明確になる。

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

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

→ 比較の中で、役割の見直しをさらに進める手がかりが見つかる可能性がある。

3

どのような指標を用いて、構想区域の類型化を行うか

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

「①地理的・社会的」要素
・ 人口
・ 面積
・ 高齢化率
・ 等

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

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

→ まずは、「①地理的・社会的」要素による類型化を試みる。

4

出典など

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

6

「①地理的・社会的」要素による類型化

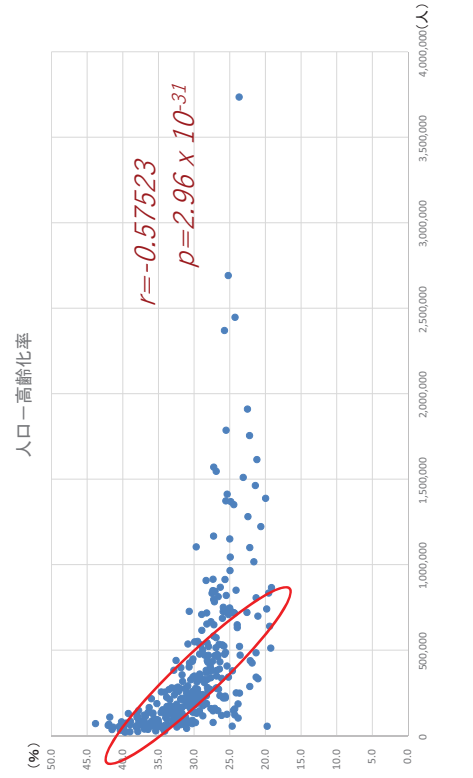
- 構想区域の「①地理的・社会的」要素として、基本的なものは以下の通り。
 - － 人口
 - － 面積
 - － 高齢化率
- 類型化はなるべくシンプルな方が望ましいので、これらの要素の関連(相関)をそれぞれ確かめ、**互いに関連が強い場合、どちらか一方のみで類型化**を行うこととする。

【H30】

5

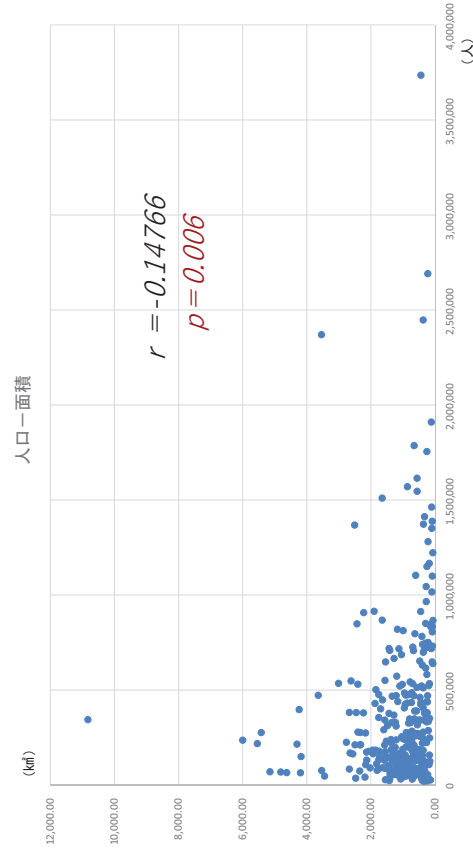
2-1

人口と高齢化率の関係 負の相関がある



7

人口と面積の関係 相関の程度は小さい



8

-6

「①地理的・社会的」要素同士の関係

- 人口と高齢化率には一定の相関がある。
→人口と高齢化率のいずれかによる類型化を行う。構想区域の規模を直接表す、「人口」を用いる方がよい。
 - 人口と面積の相関は比較的弱い。
→「面積」も変数として用いた方がよい。
- (結論)
- 類型化は、人口+面積の2つの変数によって行うのが良いのではないか。

【H30】

9

2-1

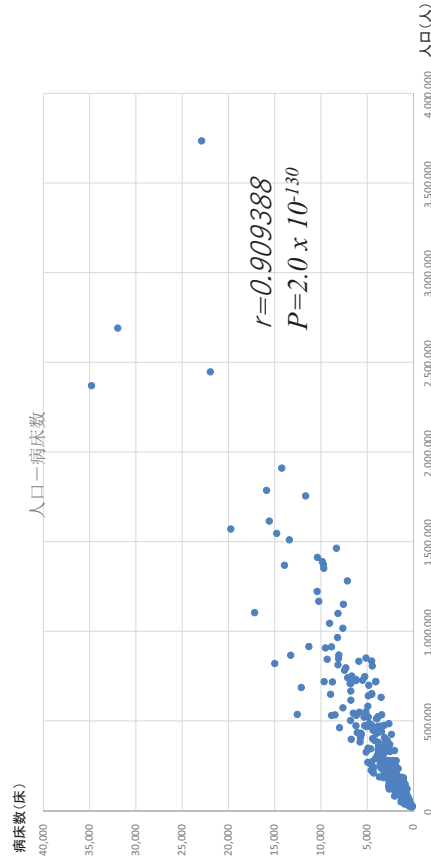
-7

「①地理的・社会的」と「②医療提供体制」要素の関係の確認

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

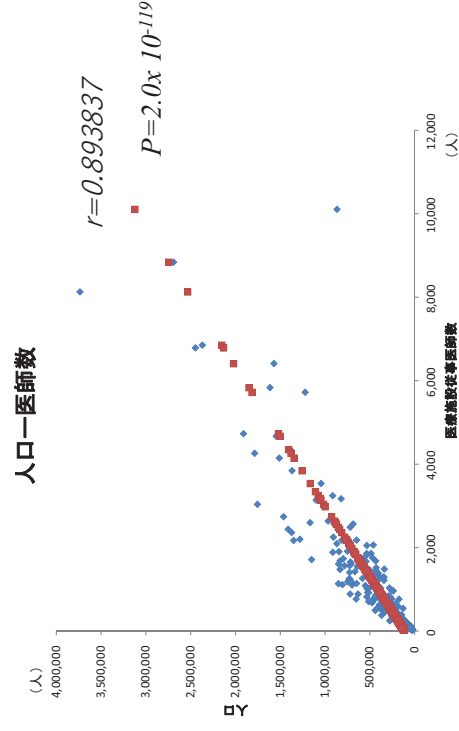
10

人口と病床数の関係



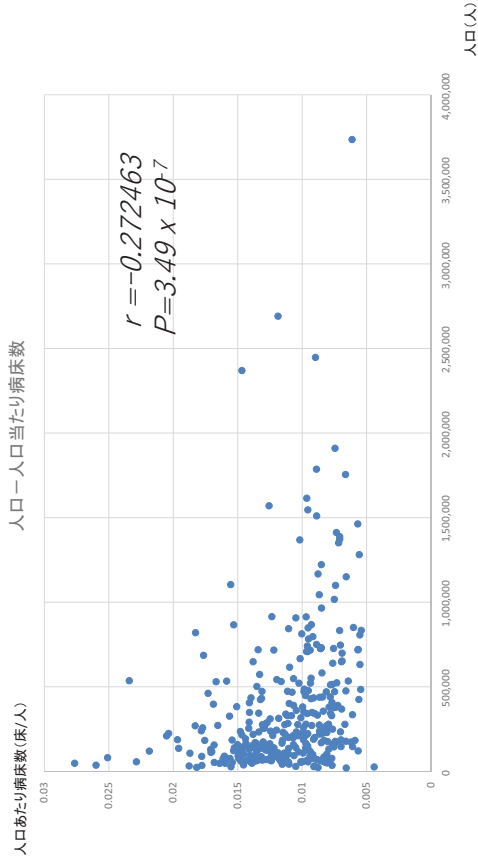
11

人口と医師数の関係



12

人口と人口あたり病床数の関係



【H30】

13

2-1

-8

人口と面積による区分

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

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

15

「①地理的・社会的」と「②医療提供体制」要素の関係の確認（結果）

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

14

同じ類型同士の比較

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

16

同じ類型同士の比較①

- 人口10万人～20万人未満
- 面積が小さい

【H30】

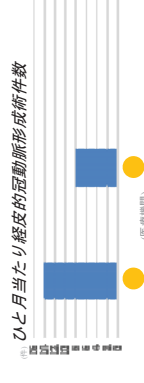
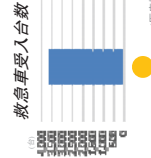
2-1

17

人口10万人～20万人未満で面積が小さい(2)

〇2つの公立公的医療機関の救急車受け入れ、手術等の実績がほぼ同様である。

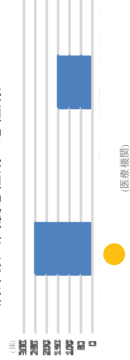
・ 43087代 (熊本)
人口：142303人
面積：715km²



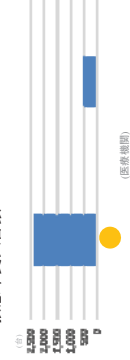
〇一つの医療機関が救急車受け入れ、手術等を引き受けている。

・ 2606山城南 (京都)
人口：121199人
面積：263km²

病床数 (高度急性期+急性期)



救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



18

同じ類型同士の比較①(結果)

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

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

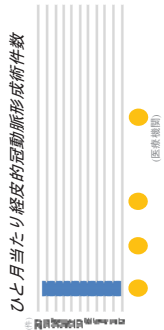
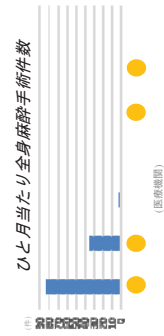
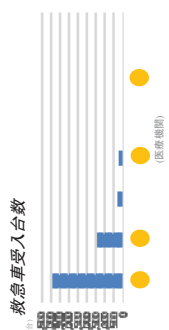
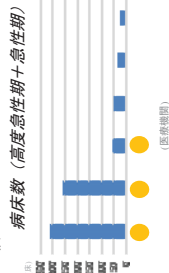
19

20

人口10万人ー20万人未満で面積が大きい(1)

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

・ 401仙南(宮城)
 人口：175925人
 面積：1551km²



同じ類型同士の比較②

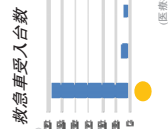
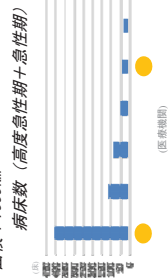
- ・ 人口10万人ー20万人未満
- ・ 面積が大きい

【H30】

人口10万人ー20万人未満で面積が大きい(2)

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

・ 4503延岡西臼杵(宮崎)
 人口：175925人
 面積：1555km²



同じ類型同士の比較②(結果)

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

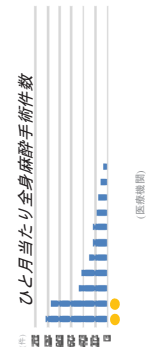
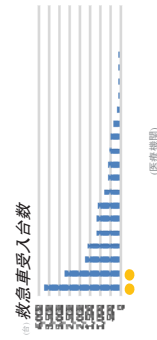
同じ類型同士の比較③

- 人口50万人以上

人口が50万人以上の構想区域(2)

○複数の公立・公的病院で同数程度の救急車受け入れ、手術等を引き受けている。

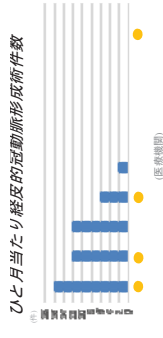
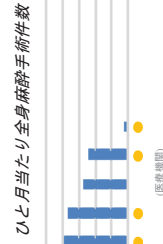
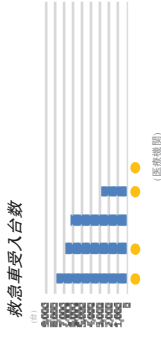
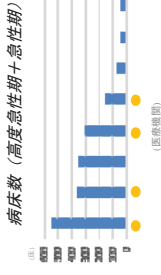
・ 1109北部(埼玉)
人口：514389人
面積：562km²



人口が50万人以上の構想区域(1)

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

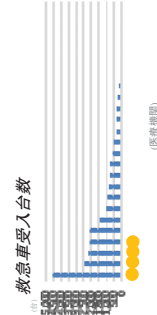
・ 4702中部(沖縄)
人口：512229人
面積：368km²



人口が50万人以上の構想区域(3)

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

・ 4201長崎
人口：534099人
面積：697km²



同じ類型内での構想区域ごとの比較 (まとめ)

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

30

同じ類型同士の比較③(結果)

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

【H30】

29

その他

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

31

「医療資源分散指数(仮称)」の概要:ある地域の救急車受入台数の例

○医療資源分散指数とは

➤ 分布の集中度、あるいは不平等度を表す係数

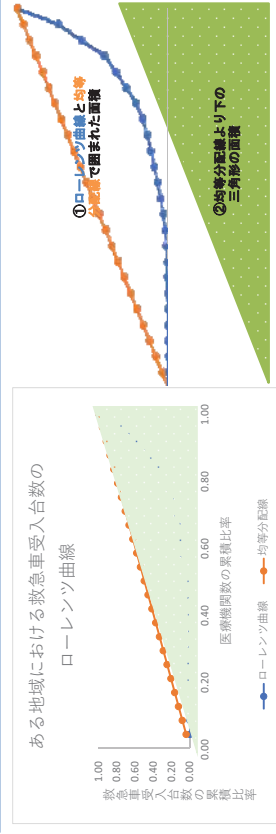
○計算式：医療資源分散指数(仮称) = 1 - (①÷②)

①ローレンツ曲線と均等分配線で囲まれた面積

②均等分配線より下の三角形の面積

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

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



32

2-1 -12

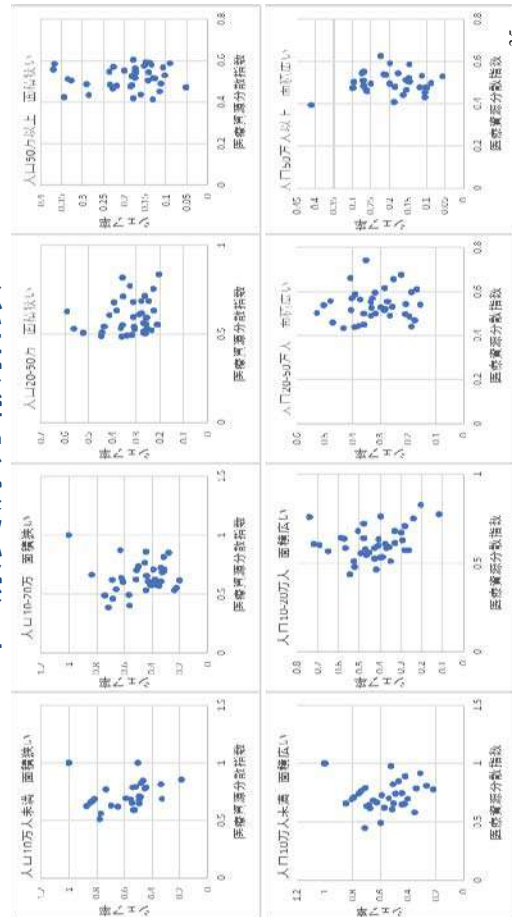
「医療資源分散指数(仮称)」の概要:ある地域の救急車受入台数の例

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

例:ある地域の救急車受入台数に関するデータ

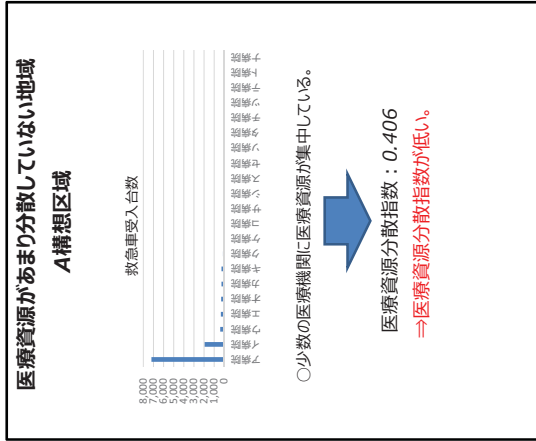
病院	救急車受入台数	累積医療機関数	医療機関数の累積比率	累積救急車受入台数	救急車受入台数の累積比率	ローレンツ曲線(救急車受入台数の累積比率)	累積均等救急車受入台数	均等分配線(救急車受入台数の均等累積比率)
A	0	1	0.04	0	0.00	0	847	0.04
B	0	2	0.08	0	0.00	0	1,695	0.08
C	4	3	0.13	4	0.00	4	2,542	0.13
D	10	4	0.17	4	0.00	4	3,389	0.17
E	14	5	0.21	14	0.00	14	4,237	0.21
F	30	6	0.25	44	0.00	44	5,084	0.25
G	39	7	0.29	83	0.00	83	5,931	0.29
...
R	622	17	0.71	3,465	0.17	14,405	14,405	0.71
S	881	18	0.75	4,346	0.21	15,252	15,252	0.75
T	1,342	19	0.79	5,678	0.28	16,099	16,099	0.79
...
U	1,518	21	0.88	8,582	0.42	17,794	16,947	0.88
V	3,117	22	0.92	11,699	0.58	18,641	18,641	0.92
W	3,119	23	0.96	14,818	0.73	19,489	19,489	0.96
X	5,518	24	1.00	20,336	1.00	20,336	20,336	1.00

高度急性期・急性期病床数のシェア率と医療資源分散指数

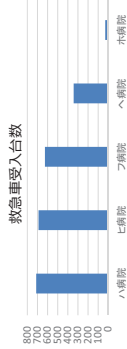


「医療資源分散指数(仮称)」の概要:ある地域の救急車受入台数の例

○医療資源分散指数の値が高いほど、医療資源が分散していることを表している。



B構想区域
医療資源が分散している地域



○同等規模の医療機関が複数存在し、医療資源が分散している。

医療資源分散指数: 0.848
⇒医療資源分散指数が高い。

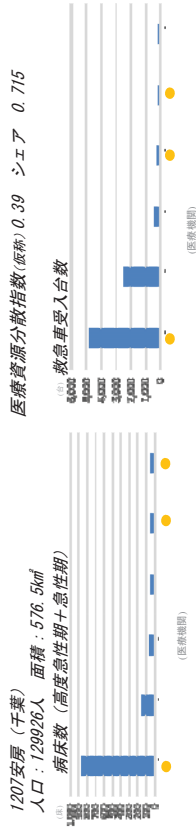
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

人口が10万人～20万人未満の構想区域(1)

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



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



【H30】

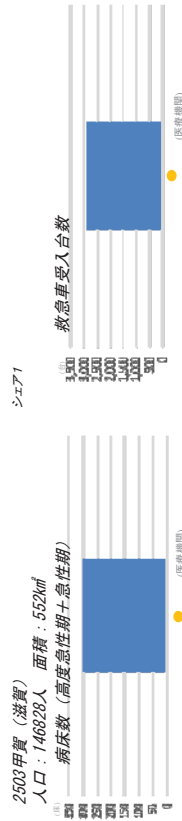
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

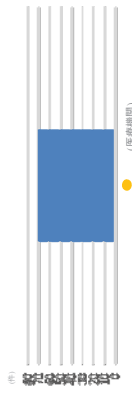
※高度急性期病床数および急性期病床数が最も大きい医療機関のシェア率が比較的大きい場合。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(2)

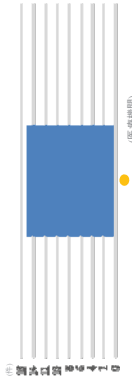
○高度急性期・急性期医療はひとつの医療機関で提供されている。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



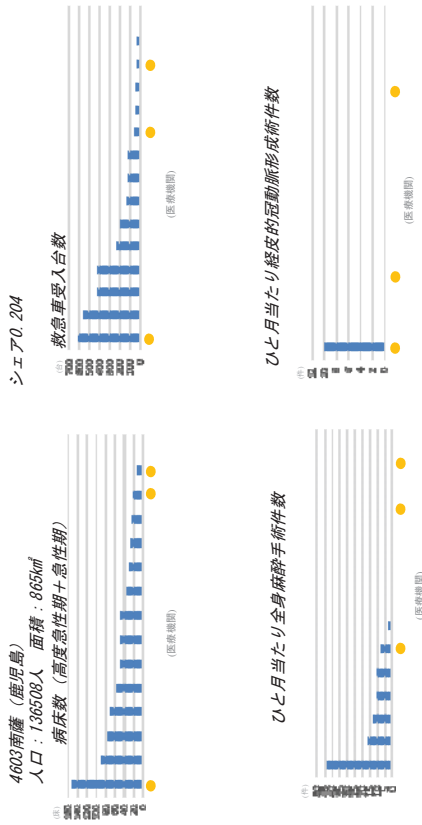
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

人口が10万人～20万人未満の構想区域(3)

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



【H30】

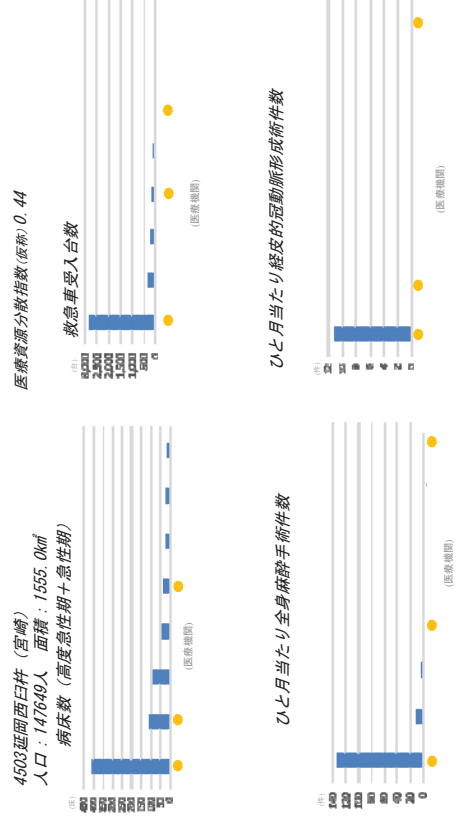
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が小さい構想区域

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

人口が10万人～20万人未満の構想区域(4)

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



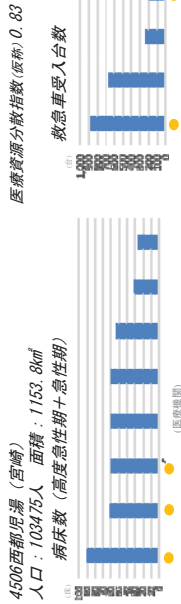
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

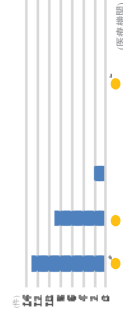
※ここでの医療資源分散指数(仮称)は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(5)

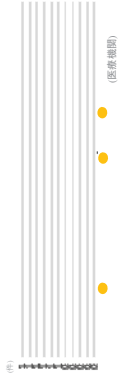
○医療圏内に実績が似た公立・公的病院が複数存在。
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



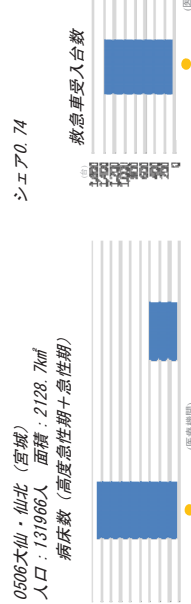
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

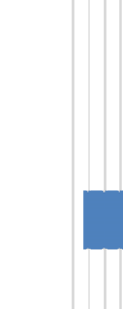
※ここでの医療資源分散指数(仮称)は病床数(高度急性期+急性期)の累積比率と均等累積比率より求めた。

人口が10万人～20万人未満の構想区域(6)

○1つの病院が医療圏内の実績の多くを占める。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

【H30】

2-1 -17

49

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

- 人口10万人～20万人
- 面積が大きい構想区域

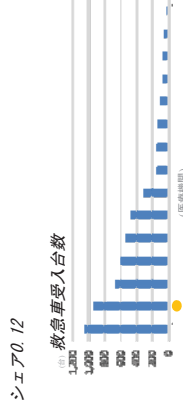
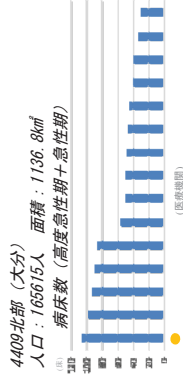
→医療機関数が似ていても(7-8)、公立・公的病院の競争状況が異なる。

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

51

人口が10万人～20万人未満の構想区域(7)

○医療圏内に実績が似た病院が複数存在。



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成手術件数



50

- 人口10万人～20万人未満
- 面積が狭い

52

人口が20万人～50万人未満の構想区域(1)

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

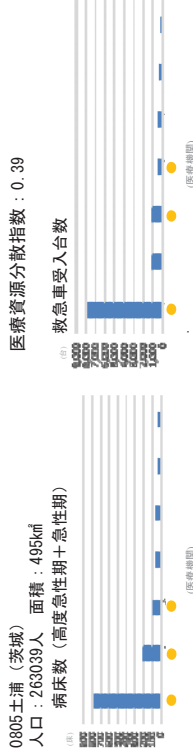
- 人口20万人～50万人
- 面積が小さい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ
(医療資源分散指数が小さい)

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

【H30】

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

0805土浦(茨城)
人口：263039人 面積：495km²
病床数(高度急性期+急性期)

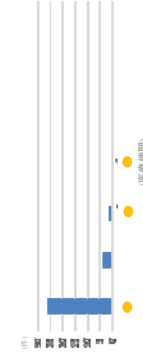


医療資源分散指数：0.39

ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



人口が20万人～50万人未満の構想区域(2)

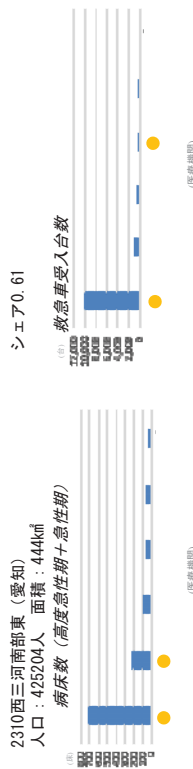
公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

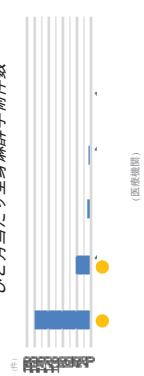
○規模が大きい病院が医療圏内の実績の多くを占める。
○小規模の公立・公的病院で、実績が少ない病院が存在する。

2310西三河南部東(愛知)
人口：425204人 面積：444km²
病床数(高度急性期+急性期)



シェア0.61

ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

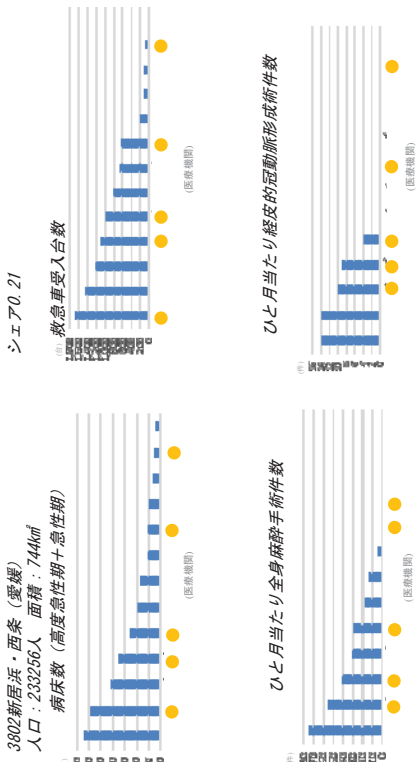
- 人口20万人～50万人
- 面積が小さい構想区域
- 分散型と考えられるタイプ
(医療資源分散指数が大きい)

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

【H30】

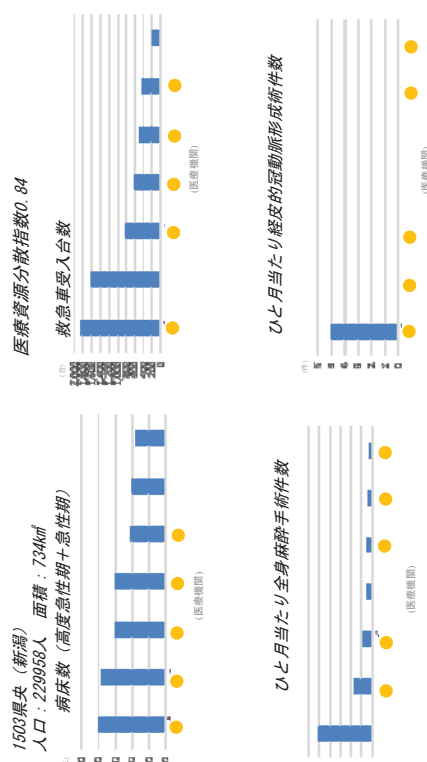
人口が20万人～50万人未満の構想区域(3)

○同じような規模の公立・公的病院で、実績が同じような病院が存在する。



人口が20万人～50万人未満の構想区域(4)

○同じような規模の公立・公的病院で、実績が同じような病院が存在する。



公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

同じ類型同士の比較①(結果)

- 人口20-50万人未満
- 面積が小さい

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

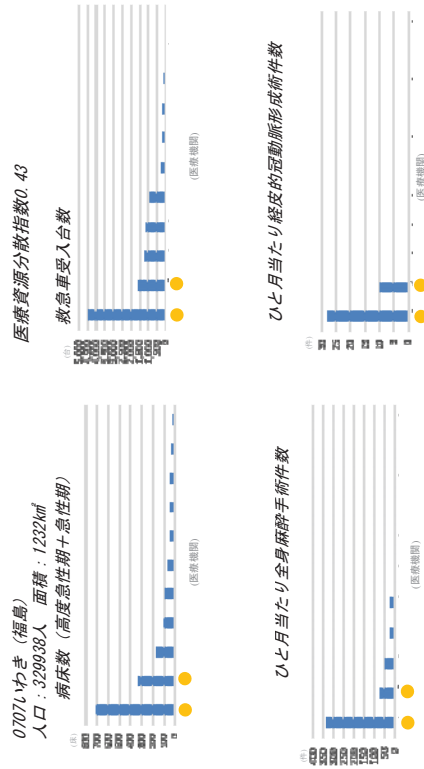
分散型と考えられる構想区域では、救急車受け入れや手術件数の少ない公立病院がある場合があった。

【H30】

61

人口が20万人～50万人未満の構想区域(5)

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



63

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

62

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

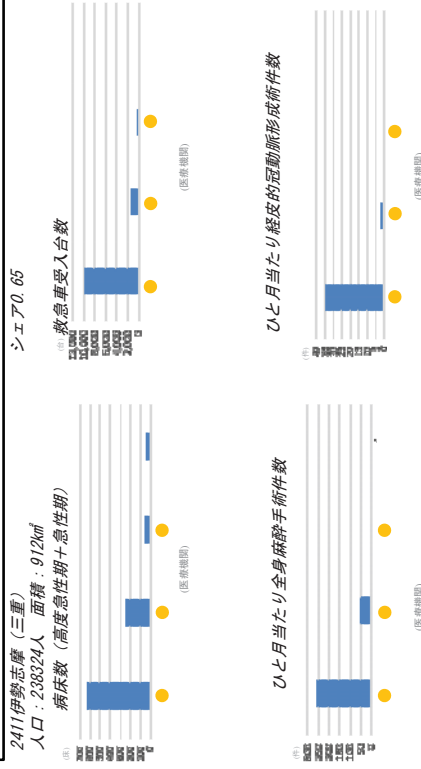
- 人口20万人～50万人
- 面積が大きい構想区域
- 集約型と考えられるタイプ
(最も大きい病院のシェア率が大きい)

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

64

人口が20万人～50万人未満の構想区域(6)

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



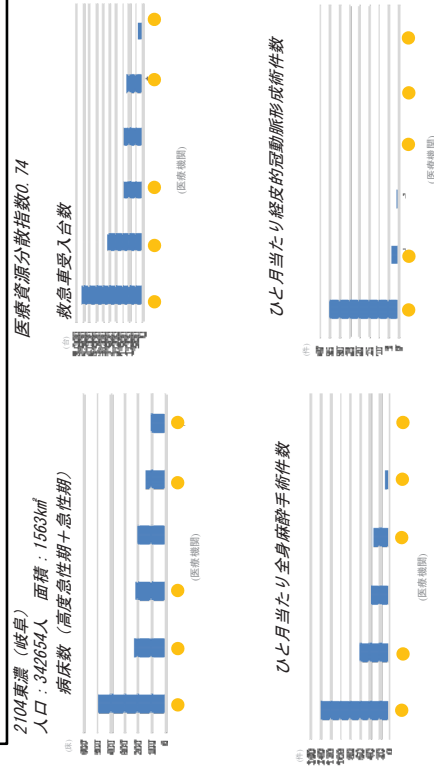
【H30】

65

2-1

人口が20万人～50万人未満の構想区域(7)

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



67

-21

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

66

公立・公的病院の分散・散在を検討するための指標

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

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

68

人口が20万人～50万人未満の構想区域(8)

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

0701県北(福島)

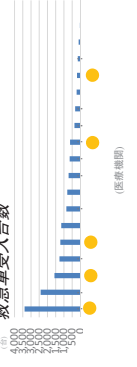
人口: 477212人 面積: 1753km²

病床数(高度急性期+急性期)

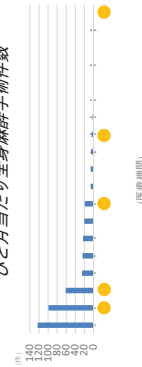


シェア0.17

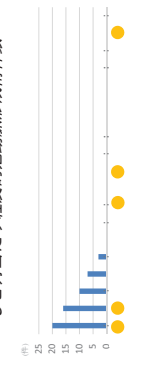
救急車受入台数



ひと月当たり全身麻酔手術件数



ひと月当たり経皮的冠動脈形成術件数



【H30】

医療資源分散指数、最も大きい病院のシェア率による比較

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

今後の検討への提案

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

(参考) 地理的条件についての考え方の例

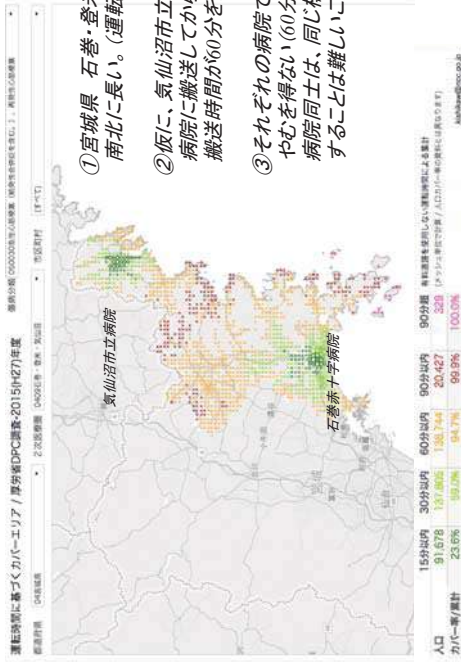
地理的条件を考える際の 医学的な留意事項の例

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

【H30】

72

地理的条件のイメージ(心筋梗塞の場合)



出典：石川ベンジヤミン氏作成資料 <https://www.scribd.com/document/451848886/MI-2021-05-01-01>

73

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

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

そこで本研究では、厚生労働省から提供されたデータをもとに議論を進めるた

めの、病床機能を可視化するツールの開発を行った。

B. 研究方法

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

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

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

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

(倫理面への配慮)

特になし

C. 研究結果

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

D. 考察

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

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

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

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

したがって、本研究により開発された視覚

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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

研究分担者 佐方 信夫(医療経済研究機構研究部 主任研究員)
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学教室 講師)
研究協力者 牧野 憲一(旭川赤十字病院 院長)
研究協力者 木村 慎吾(石川県健康福祉部地域医療推進室 次長)

研究要旨

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

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

A. 研究目的

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

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

そこで、本研究では、地域包括ケア病棟の実際の運用や受け入れている患者層に

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

B. 研究方法

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

① 石川県能美市 芳珠記念病院

(平成31年2月21日ヒアリング実施)

② 石川県白山市 公立つるぎ病院

(平成31年2月21日ヒアリング実施)

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

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

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

1. 地域包括ケア病棟への転換の経緯と導入後の調整

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

2. DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用

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

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

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

3. 当該病棟へ自宅などから直接入院するケースの運用

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

から、病態を中心に総合的に判断するという考え方である。

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

4. 地域包括ケア病棟と DPC 病床の入院時の患者層の違い

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

5. 当該病棟の導入効果とメリット

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

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

6. 当該病棟における運用もしくは制度上の問題点

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

(謝辞)

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(別紙1) ヒアリング概要 (石川県能美市内)

平成31年2月21日実施

市政概況

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

面積：84.14 km²

高齢化率：24.91% (平成29年12月31日時点)

お話をお伺いした病院概況：芳珠記念病院

一般病床 200床 (急性期一般入院料1：86床、地域包括ケア：82床、障害者：32床)
療養病床 120床 (医療療養：60床、介護療養：60床)
計 320床

芳珠記念病院における取り組み

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

(1) ①地域包括ケア病棟届出前の状況および転換に際しての問題点について

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

(2) 当該病棟の届出にあたり地域の医療機関や院内での調整について

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

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

2) 地域包括ケア病棟の運用実態と導入の効果について

(1) 全体について

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

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

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

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

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

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

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

3) 地域包括ケア病棟の診療報酬について

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

4) その他

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

(別紙2) ヒアリング概要 (石川県白山市内)

平成31年2月21日実施

市政概況

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

面積：754.93 km²

高齢化率：26.96% (平成29年12月31日時点)

お話を伺った病院概況：公立つるぎ病院

総病床数 152床

一般病床 45床

地域包括ケア病床 54床

療養病床 53床

公立つるぎ病院における取り組み

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

(1) ①地域包括ケア病棟届出前の状況および転換に際しての問題点について

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

(2) 当該病棟の届出にあたり地域の医療機関や院内での調整について

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

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

2) 地域包括ケア病棟の運用実態と導入の効果について

(1) 全体について

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

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

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

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

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

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

3) 地域包括ケア病棟の診療報酬について

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

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

研究分担者 佐方 信夫(医療経済研究機構研究部 主任研究員)
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学教室 講師)
研究協力者 牧野 憲一(旭川赤十字病院 院長)
研究協力者 木村 慎吾(石川県健康福祉部地域医療推進室 次長)

研究要旨

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. データ源

平成 29 年度病床機能報告の公開データ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00002.html

(平成 30 年 11 月 22 日アクセス)

2. 分析対象と使用したデータ項目

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

含まれるため、今回の解析では対象としなかった。

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

3. 統計解析

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

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

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

て差があるかどうか、ANOVAを用いて検定した。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

1. 入院経路の記述統計とヒストグラム

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

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

表1 病院ごとの入院経路の割合

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

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

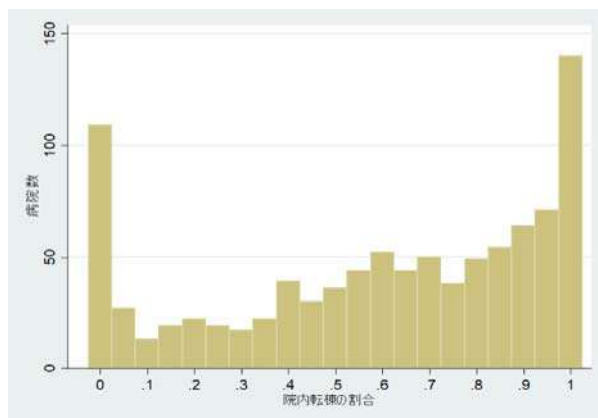


図1 院内転棟による入棟の割合

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

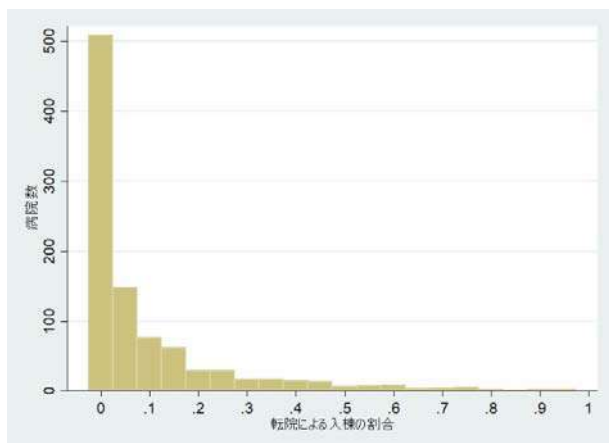


図 2 転院による入棟の割合

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

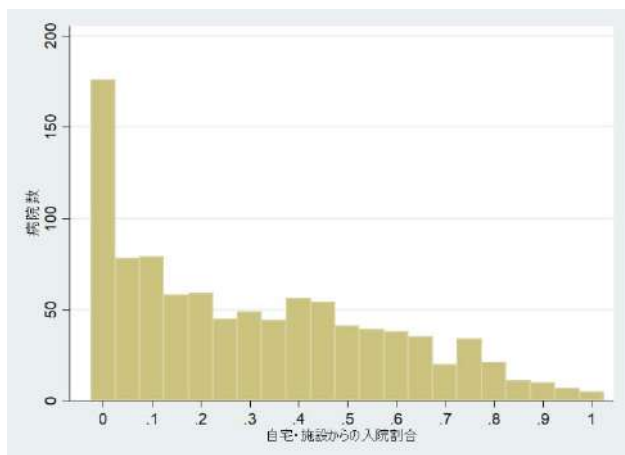


図 3 自宅・介護施設からの入棟の割合

2. 入院経路の割合によるクラスタリング

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

2に示した。

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

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

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

各群の入棟経路別のヒストグラムを図4～図6に示す。

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

表 2 各群の入院経路の割合

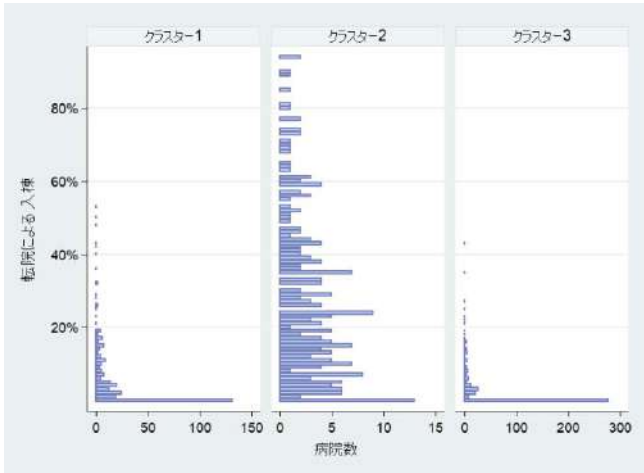


図4 院内転棟による入棟の割合（群ごと）

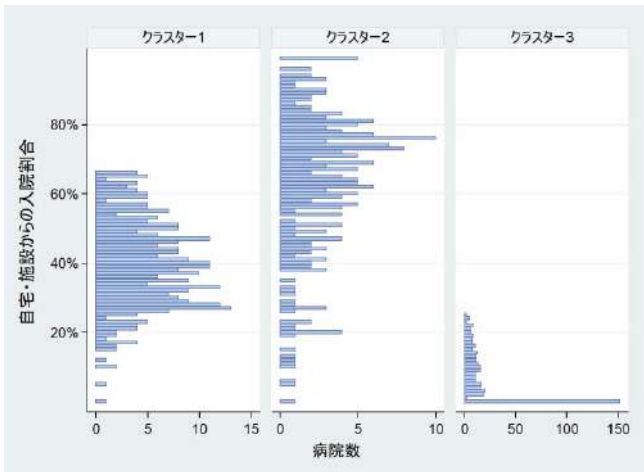


図5 転院による入棟の割合（群ごと）

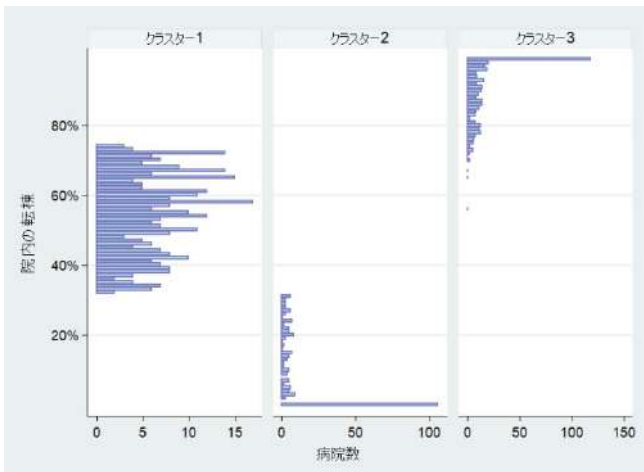


図6 自宅・施設から入棟した割合（群ごと）

3. 類型に関連する因子について

入棟経路の特徴をもとにクラスタリング

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

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

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

表3 類型と関連する因子の検討

4. 各類型におけるアウトカム

①平均在院日数

各類型における病院の平均在院日数（地

域包括ケア病棟のみ) のばらつきを図 7 に示す。

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

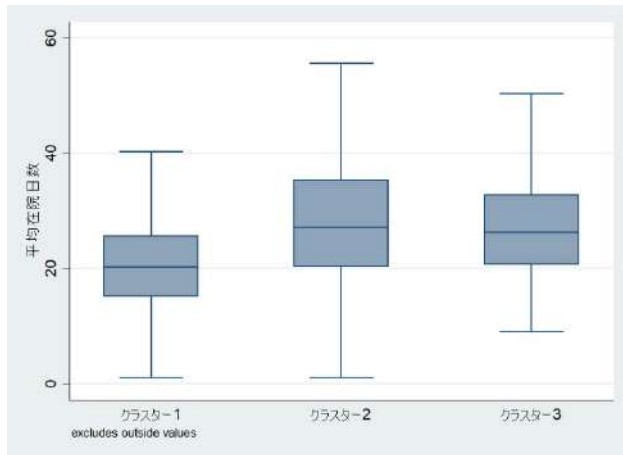


図 7 各類型の平均在院日数

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

表 4-1 各類型の平均在院日数

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

表 4-2 各類型の平均在院日数 ANOVA

② 自宅・介護施設への退院割合 (%)

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

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

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

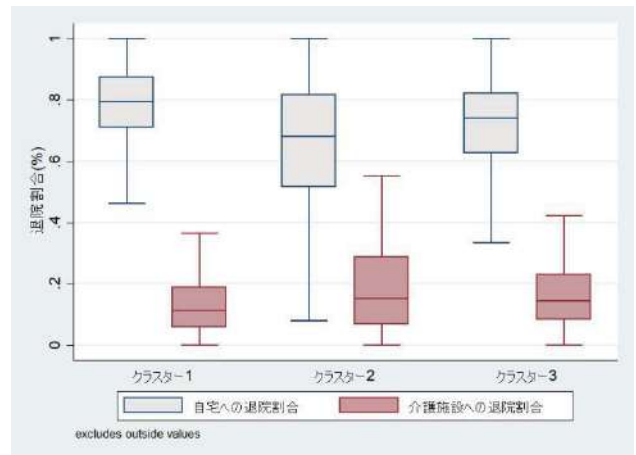


図 8 自宅・介護施設への退院割合

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

表 5-1 自宅への退院割合

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

表 5-2 自宅への退院割合 (ANOVA)

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

表 5-3 介護施設への退院割合

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

表 5-4 介護施設への退院割合 (ANOVA)

D. 考察

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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

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

研究分担者 町田 二郎(社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 副院長)

研究要旨

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

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1) 対象と研究期間

2017年12月1日から2018年7月31日のあいだに大腿骨近位部骨折で済生会熊本病院へ入院し骨接合術を受け、連携パスを適用され B 病院へ転院した患者 34 名が対象である。

2) 研究方法

① 日本クリニカルパス学会から刊行されている BOM を用いた連携パスを作成し、当院と B 病院間で運用した。オーバービューパスと日めくりパスを導入し、ADL アウトカムを日めくりパスに設定した。

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

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

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

⑤ 転院後に発生した合併症について検討を加えた。

⑥ 転院後の回復期病院への受診状況について検討を加えた。

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

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

① 患者背景

男：女＝5：29、平均年齢 85.9±6.4 歳

② 転帰別症例数

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

③ 転帰別年齢平均値

慢性期病院転院者を除けば転帰別年齢に有

意差はない。いずれも 80 歳代であった (図 1)。

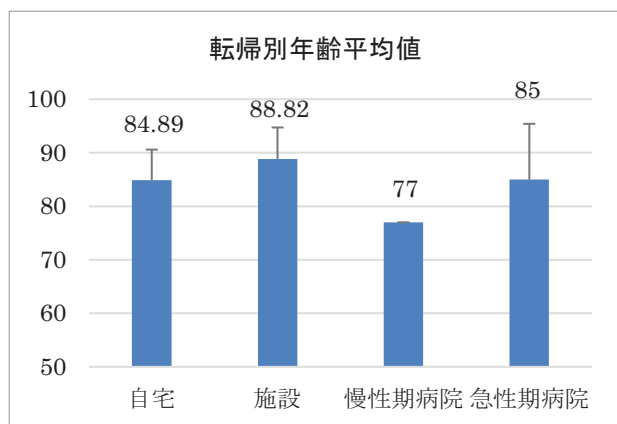


図 1：転帰別年齢平均値

④ 転帰別在院日数平均値

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

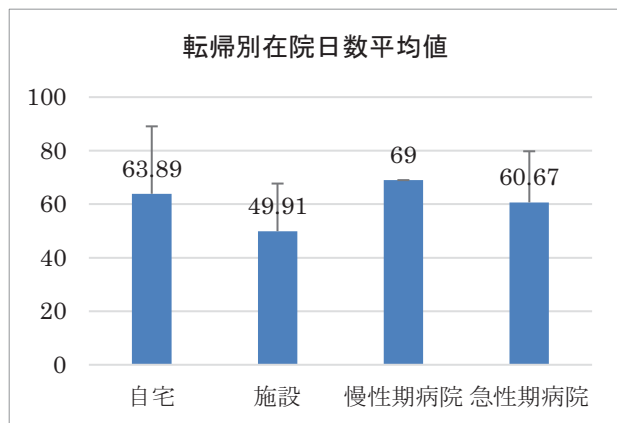


図 2：転帰別在院日数平均値

⑤ 回復期以降転帰症例

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

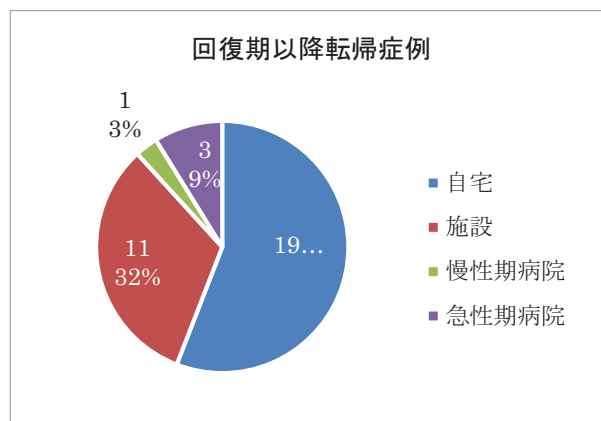


図 3：回復期以降転帰症例

⑥ 転帰別認知症割合

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

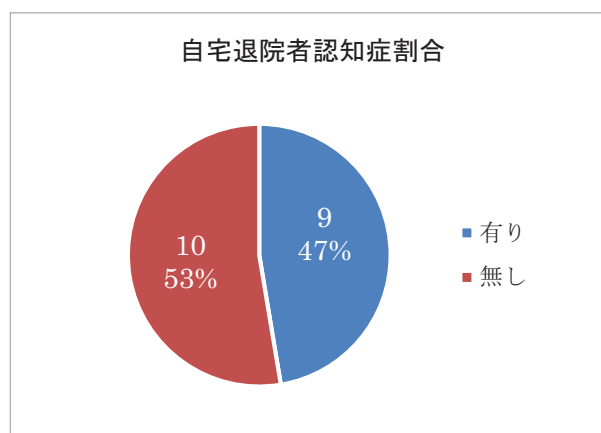


図 4：自宅退院者認知症割合

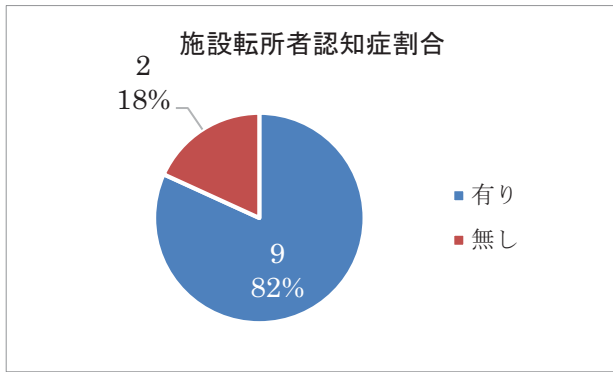


図 5：施設転所者認知症割合

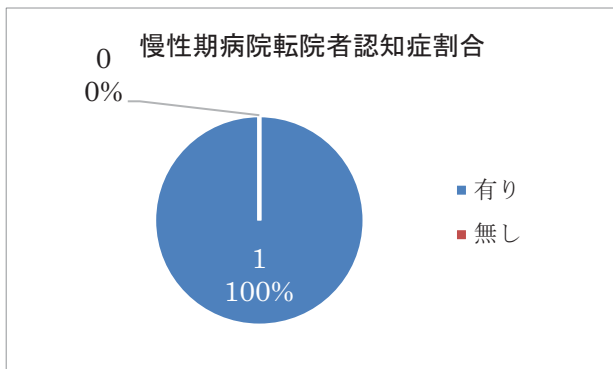


図 6：慢性期病院転院者認知症割合

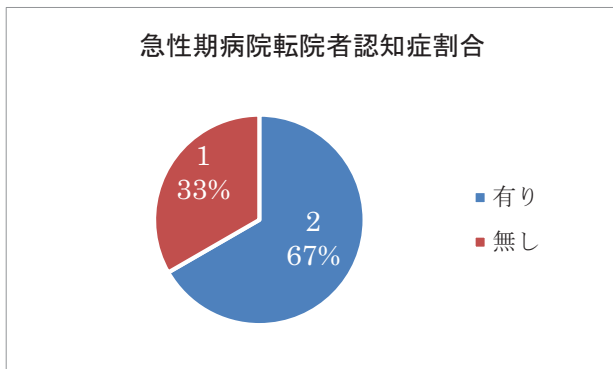


図 7：急性期病院転院者認知症割合

⑦ 転帰別 FIM 利得平均値

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

ると施設転所者が低い傾向にあった(図 9)。

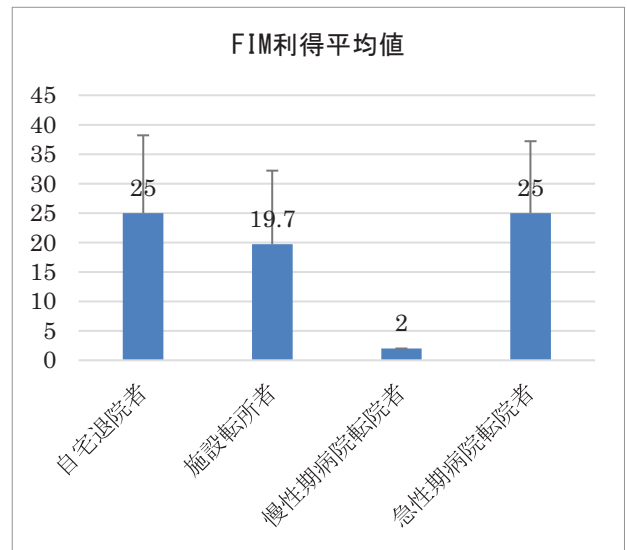


図 8：転帰別 FIM 利得平均値

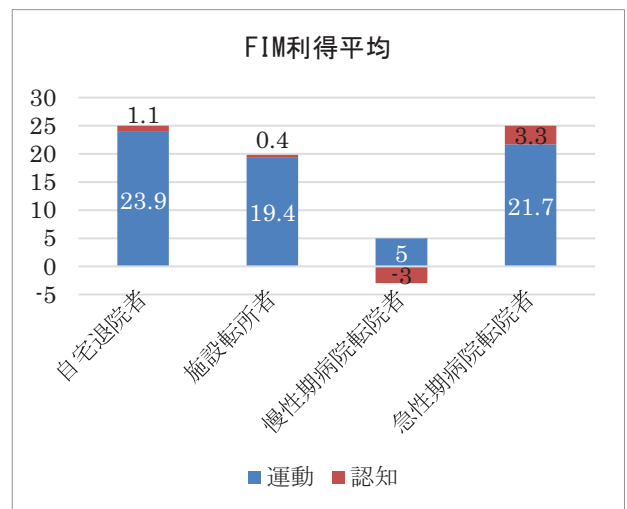


図 9：運動・認知別 FIM 利得平均値

⑧ 入院時 FIM 平均値

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

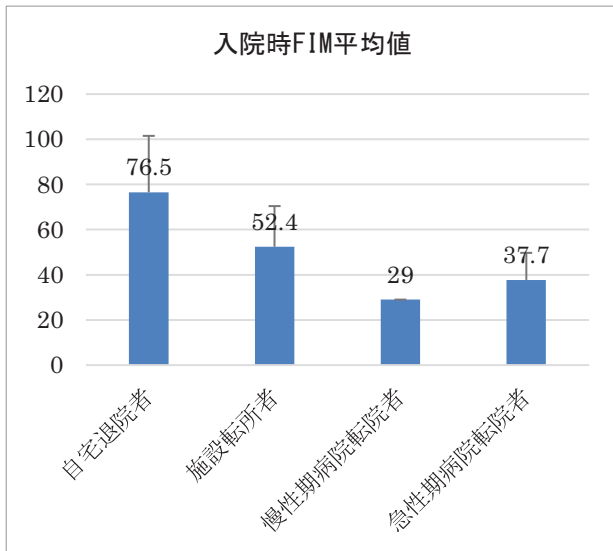


図 10：入院時 FIM 平均値

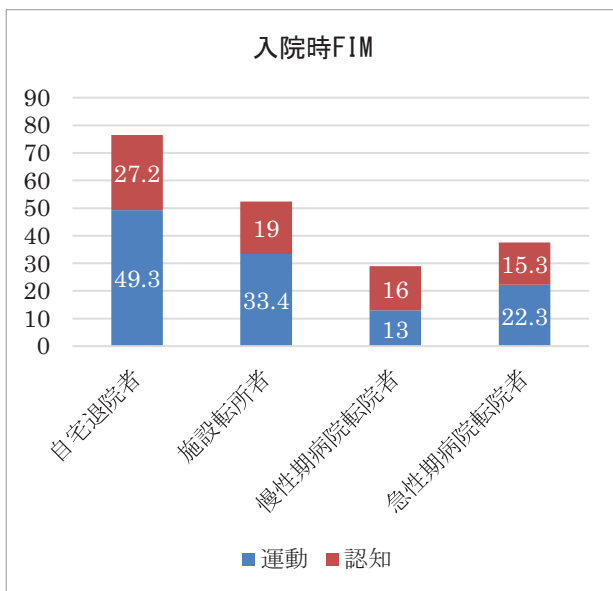


図 11：運動・認知別入院時 FIM 平均値

⑨ 急性期病院転院症例の詳細

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

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

図 12-1：急性期病院転院症例

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

図 12-2：急性期病院転院症例

⑩ 転帰別 FIM 推移

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

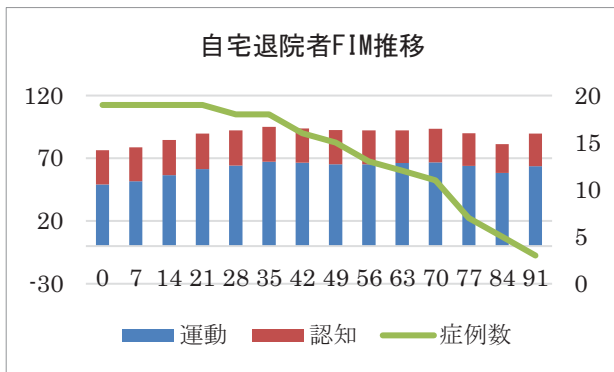


図 13：自宅退院者 FIM 推移

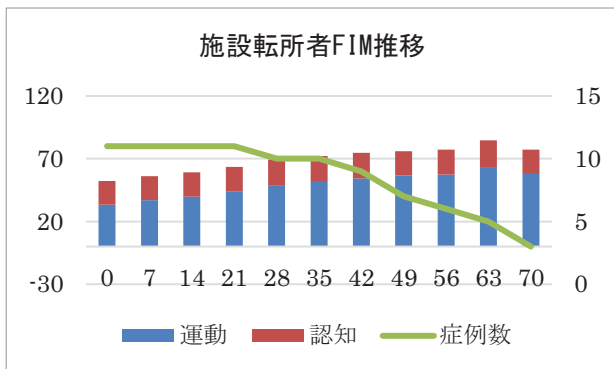


図 14：施設転所者 FIM 推移

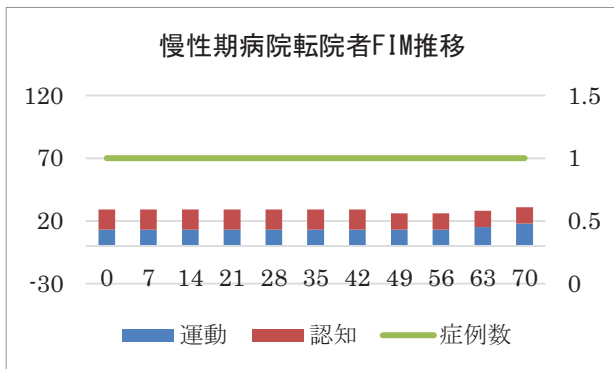


図 15：慢性期病院転院者 FIM 推移

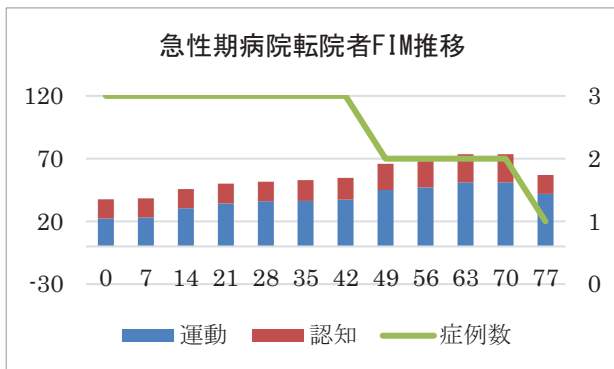


図 16：急性期病院転院者 FIM 推移

⑪ 回復期病院転退院後の受診・継続リハビリ

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

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

図 17-1：回復期病院転退院後の受診・継続リハビリ

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

図 17-2：回復期病院転退院後の受診・継続リハビリ

⑫ 転帰別併存疾患

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

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

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

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

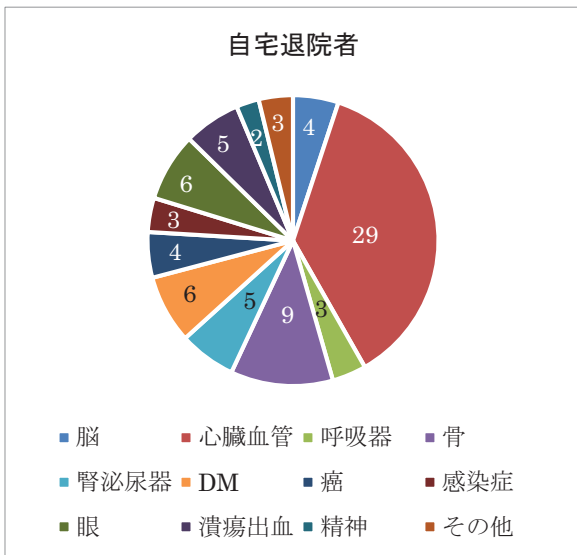


図 18：自宅退院者併存疾患

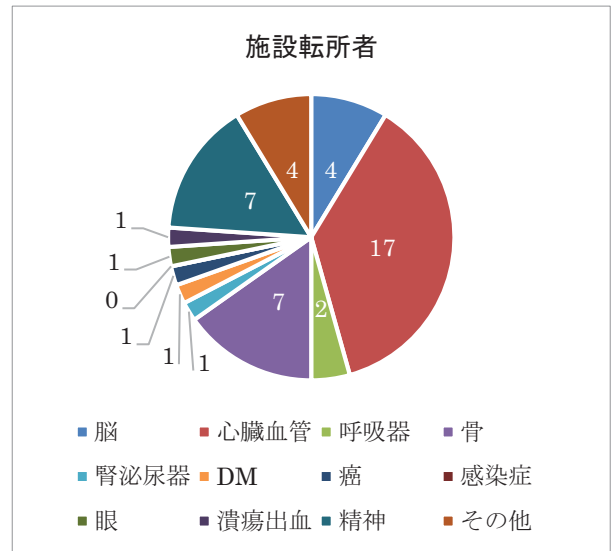


図 19：施設転所者併存疾患

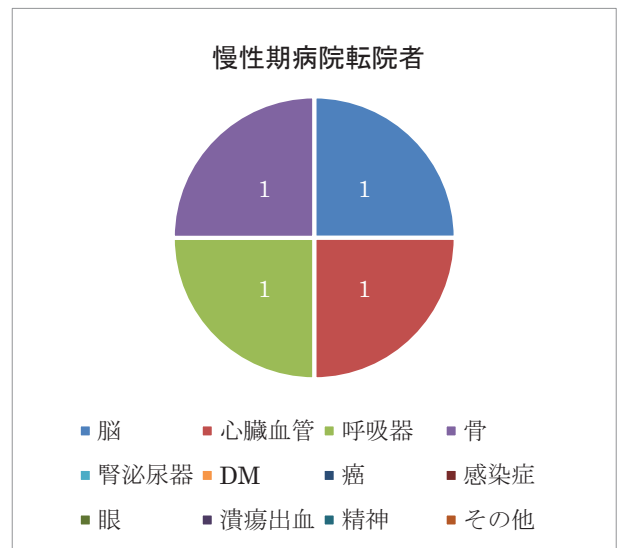


図 20：慢性期病院転院者併存疾患

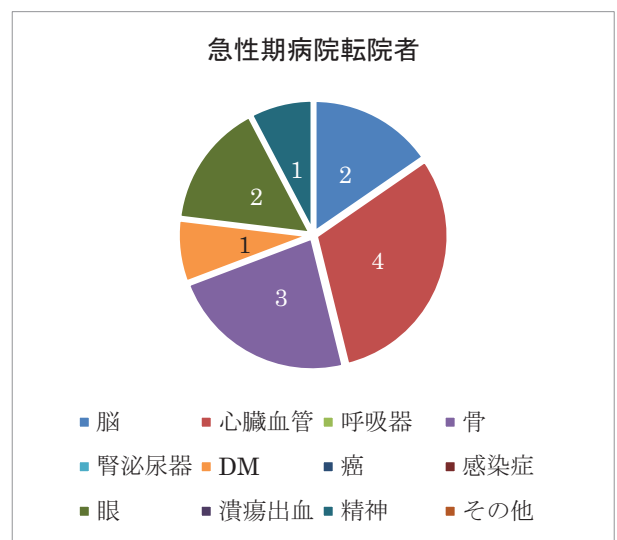


図 21：急性期病院転院者併存疾患

⑬ 転帰別 FIM 運動・認知値

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

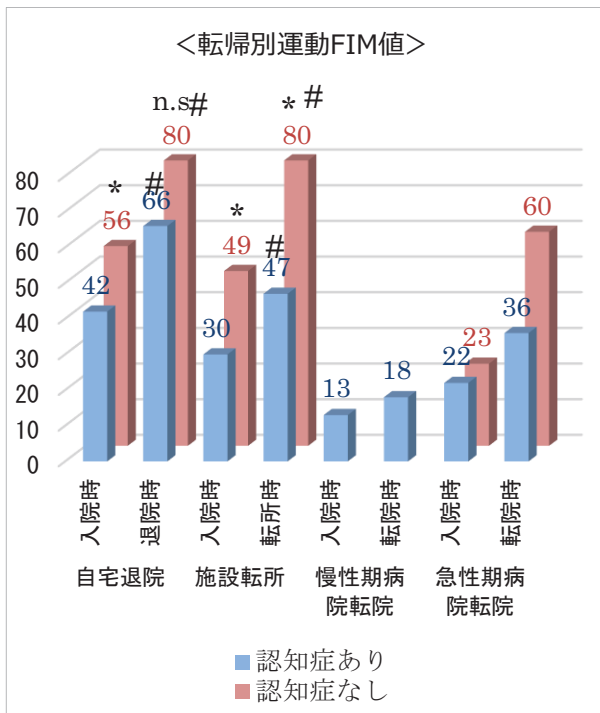


図 22：転帰別運動 FIM 値

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

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

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

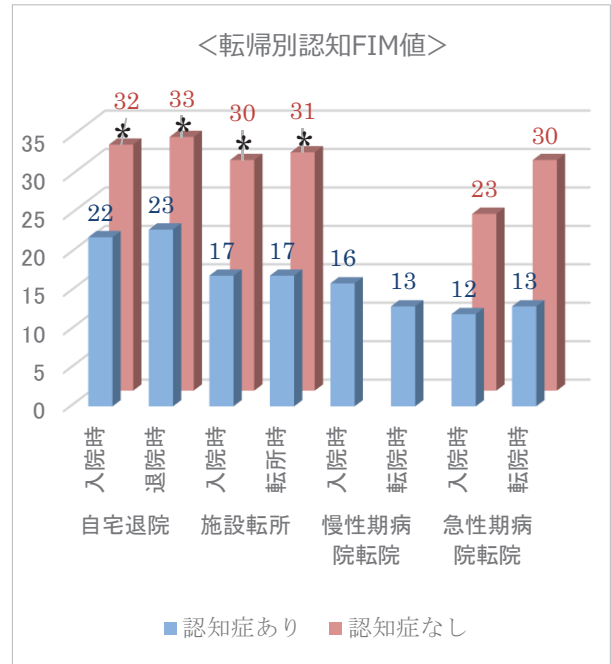


図 23：転帰別認知 FIM 値

D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

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

アウトカムを評価する指標が必要である。

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

E. 結論

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

である。

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

F. 健康危険情報

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

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する検証に関して今後発表予定あり。

2. 学会発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する検証に関して今後発表予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

現時点で予定なし

2. 実用新案登録

現時点で予定なし

3. その他

特に該当なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書（平成30年度）

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

研究分担者 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学 准教授）

研究分担者 小林 美亜（千葉大学医学部附属病院 特命病院教授）

研究分担者 池田 俊也（国際医療福祉大学 教授）

研究要旨

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

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

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

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

A. 研究目的

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」班（現：「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」班）において、昨年度は「急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目」を検討した。同報告書では、この共有情報項目については「医療機関特性や患者特性により、ここまでは詳細な情報は必要としない、さらに詳細な情報を欲しいな

ど、ばらつきがみられた」と指摘している。このため、当該情報を記載した「情報共有シート」も、ばらつきを想定する中で最小公倍数的に項目が多くなり、記載に大幅な手間がかかることも懸念される。

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

項目と「看護実践用語標準マスター」の紐づけを行うことを目的とする。

B. 研究方法

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

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

から抽出する際には、自ずと同マスターの実装を踏まえたものとなる。

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

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

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

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

① 対応表の定義の考え方

・研究班から MEDIS-DC に「共有情報項目」

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

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

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

図表 1 本研究班（機能連携班）と MEDIS-DC マスターの関係

② 電子カルテシステムから回復期等移行チェックリストを出力する場合の書式例

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

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

図表 2 従来型の「情報共有シート」と「回復期等移行チェックリスト」の違い

D. 考察

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

E. 結論

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

集が可能となることが期待される。

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

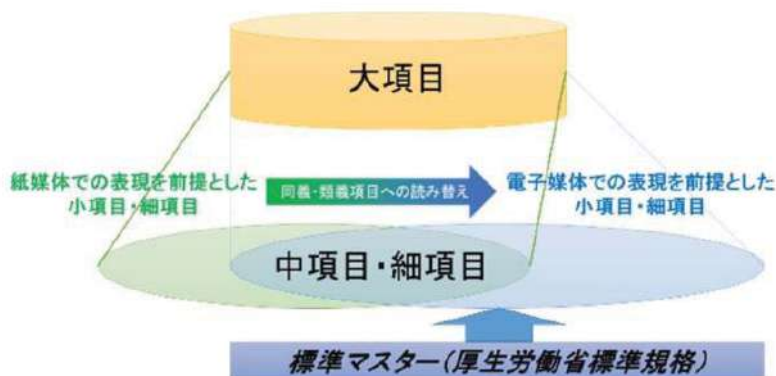
なし

3. その他

なし

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

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



(出典：研究班報告書 2-3②-7)

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

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

回復期等移行
チェックリスト
1項目

看護実践用語
標準マスター
4項目

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

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

- ③ この対応表では、回復期移行チェックリストの情報共有項目に記載されていても、マスターと紐づけを行っていない項目もある。研究班の報告書においても、情報共有項目は「原則どの疾患・手術であっても、必要な共有情報項目を選択し、自由に組み合わせることのできる形式で利用可能なもの」として提案されており、その全項目を回復期等移行チェックリストに記載するような運用は想定されていない。このため、他の文書等でより信頼性の高い情報が提供されると考えられる事項、電子カルテシステムからの客観的なデータを抽出しにくい事項等については、「該当なし」と記載している。

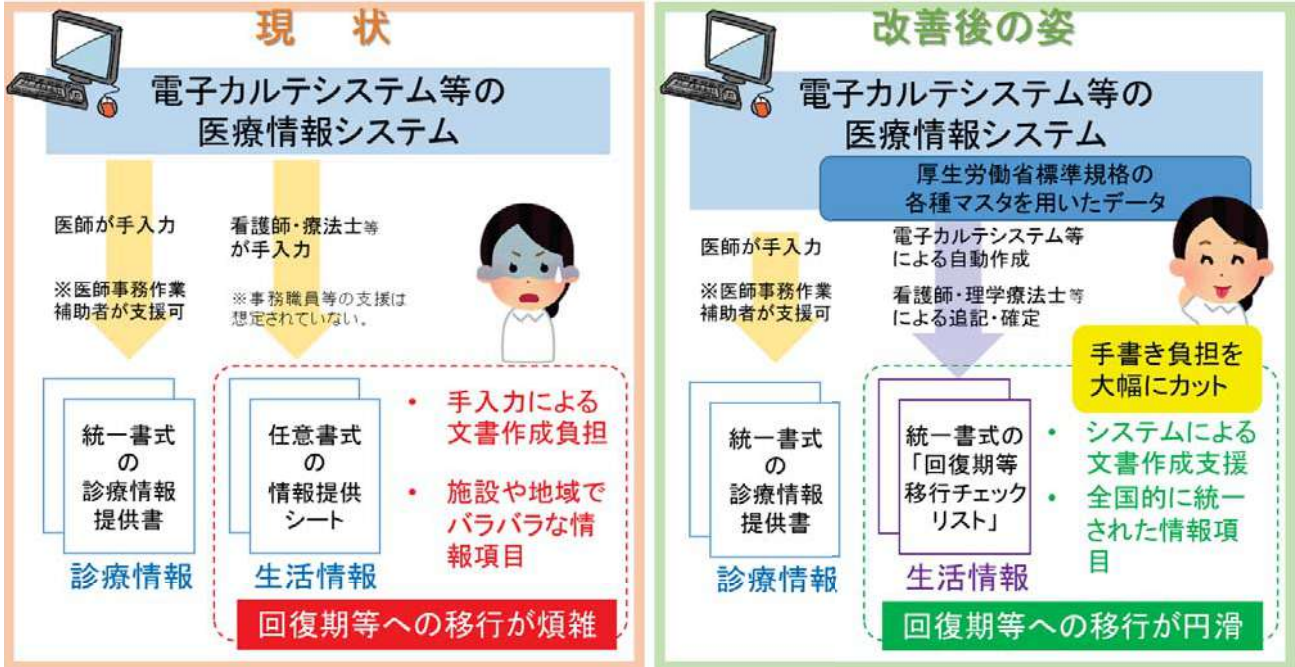
（例1）「感染症」については、検体検査結果がより客観的な情報であり、これを添付することも容易であるため、紐づけを行っていない。

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

(参考資料2)

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

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



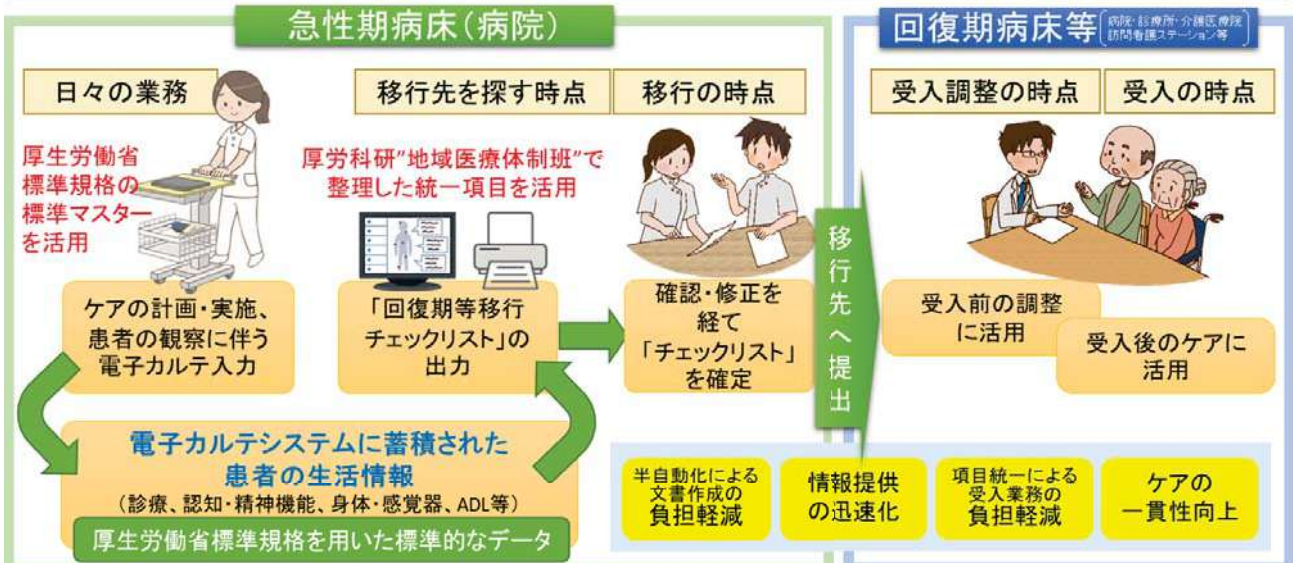
急性期病床から回復期病床等への移行を推進する「回復期等移行チェックリスト」の運用

急性期病床(病院)

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

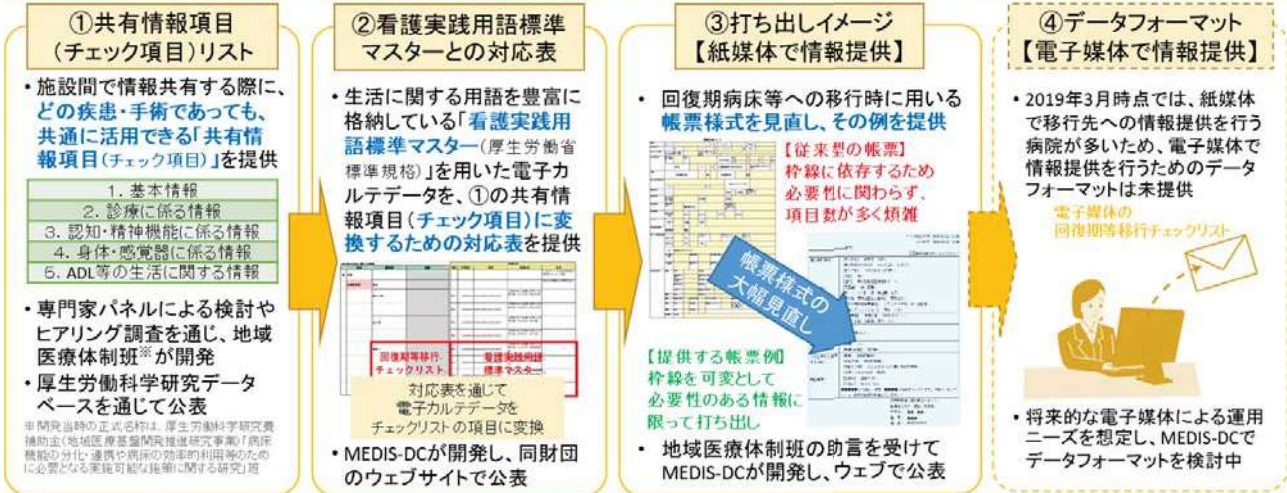
回復期病床等(病院等)

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



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

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



基本情報

基本情報			看護行為 (V3.3)		看護観察 (V3.3)	
項目	選択肢	記載	管理番号(階層): 階層名称	備考	管理番号: 観察名称 =結果	備考
■ 患者氏名		氏名記載(漢字・ふりがな)			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 生年	大正・昭和・平成・西暦	敬儀記入			"	
■ 誕生月	1月~12月				"	
■ 誕生日	1日~31日				"	
■ 年齢		退院時年齢記入			"	
■ 性別	女性・男性				"	
■ 住所		自宅住所記入			"	
■ 電話番号		自宅電話番号記入			"	
■ 緊急時連絡先		緊急連絡先の電話番号記入			"	
■ かかりつけ医	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入			"	
■ かかりつけ歯科医	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入			"	
■ かかりつけ薬局	有・無	有の場合、名称・TEL・FAX・E-mail記入			"	
■ 同居者	夫 妻 息子 娘 義父 義母 実父 実母 孫 兄弟 姉妹 叔父 叔母 知人 その他	長男、次男、三男など、該当者を全て記入 長女、次女、三女など、該当者を全て記入 孫息子、孫娘など該当者記入 兄、弟、義兄、義弟など、該当者を全て記入 姉、妹、義姉、義妹など、該当者を全て記入 間柄記入			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 同居者	夫 妻 息子 娘 義父 義母 実父 実母 孫 兄弟 姉妹 叔父 叔母 知人 その他	長男、次男、三男など、該当者を全て記入 長女、次女、三女など、該当者を全て記入 孫息子、孫娘など該当者記入 兄、弟、義兄、義弟など、該当者を全て記入 姉、妹、義姉、義妹など、該当者を全て記入 間柄記入			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 主介護者の介護状況		協力度合い、介護力などの特記事項記入			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ キーパーソン		キーパーソンを記入				
■ 経済状況	生活保護 その他	特記事項記入			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 要介護・要支援認定の有無	無 申請中 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 障害高齢者の日常生活自立度	U1 U2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II a II b III a III b IV M				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 身体障害者手帳	1級 2級 3級 4級 5級 6級				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 種別(身体障害者)	1種 2種				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 精神障害者手帳	1級 2級 3級				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 療育手帳(採用にあわせて選択)	障害の程度 最重度、重度、中度、軽度 一般的な等級 A、B その他 A1、マルA、A2、A B1、B、B2、C 東京都製の手帳 1度、2度、3度、4度				電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 居宅介護支援事業所名		TEL・FAX記入			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	
■ 担当ケアマネジャー		担当者名記入			電子カルテ・患者プロフィールから取得する	

診療に係る情報

診療に係る情報		検査項目	検査結果	備考
■ アレルギー	有	IBS-AG HCV-Ab PHA MRSA	有の場合には、記入	検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
■ 感染症	無	IBS-AG HCV-Ab PHA MRSA	有の場合には、記入	検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
■ 体質/アレルギー	有	その他	有の場合には、記入	検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
■ 副作用や管理に注意を要する薬剤	無	降圧薬 抗不整脈薬 抗血小板薬 腫瘍薬 抗不安薬 抗うつ薬 抗痛経薬 血糖降下薬 抗がん剤 非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID) 吸入ステロイド薬 分子標的薬 血液製剤/輸血 ほか薬剤 その他	有の場合には、記入	検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
■ 禁忌薬	可		その他の場合には、記入	検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
■ 内服薬の自己管理	部分介助 不可 見守り			項目なし、回復期等施設で管理する
■ 服薬の自立性	自立 部分介助 全く助 見守り			項目なし、回復期等施設で管理する
■ 医療処置	無			検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
	ヘスメーカー			検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する
	血液透析			検査項目(検査名)：別添名称 検査結果を添付する/履歴によってはCTDデータから取得する

診療に係る情報

診療に係る情報項目	選択技	部位	検査行為 (V3.3) 管理番号(欄外): 別表名称	備考	検査履歴 (V3.3) 管理番号: 別表名称(欄外)	備考
			12001876/A005/B030/C239/D506: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/過電圧検出装置		31003836: 0.5μ (血液透析用) - 1リットル(入部)	
			12002097/A005/B030/C239/D553: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003840: 濾液 (血液透析用) - 1リットル(入部)	
			12002062/A005/B031/C242/D538: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003843: 透析液 (血液透析用) - 1リットル(入部)	
			12002034/A005/B031/C240/D538: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003827: 薬液 (透析用) - 1リットル(入部)	
			12002046/A005/B031/C241/D538: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003837: 濾液 (透析用) - 1リットル(入部)	
			12001482/A005/B031/C240/D441: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31002578: 出血 (血液透析用) - 1リットル(出口)	
			12001490/A005/B031/C241/D441: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003651: 排液量 (血液透析)	
			12001499/A005/B031/C242/D441: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003652: 排液量 (血液透析)	
			12001498/A005/B031/C242/D440: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003653: 排液性状 (血液透析)	
			12002239/A005/B031/C240/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003654: 排液性状 (血液透析)	
			12002237/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003655: 排液色調 (血液透析)	
			12002235/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003656: 排液色調 (血液透析)	
			12002234/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31002578: 出血 (血液透析用) - 1リットル(出口)	
			12002233/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003733: 出血 (血液透析用) - 1リットル(出口)	
			12002232/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003828: 薬液 (血液透析用) - 1リットル(出口)	
			12002231/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003835: 0.5μ (血液透析用) - 1リットル(出口)	
			12002230/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003839: 濾液 (血液透析用) - 1リットル(出口)	
			12002229/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31006249: 濾液量 (血液透析用) - 1リットル(入部)	
			12002228/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31001851: 輸液量 (未計測機)	
			12002227/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004055: 排液性状(半量) - 1リットル(入部)	
			12002226/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31001796: 中心濃縮因子 - 1リットル(入部)	
			12002225/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31001797: 中心濃縮因子 - 1リットル(入部)	
			12002224/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31001850: 輸液量 (中心濃縮)	
			12002223/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003080: 0.5μ (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002222/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003082: 0.5μ(前量) (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002221/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003085: 濾液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002220/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003091: 濾液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002219/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003094: 出血 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002218/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003096: 透析液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002217/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003098: 濾液量 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002216/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003135: 薬液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002215/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003137: 薬液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002214/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003148: 薬液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002213/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003156: 薬液量 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002212/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003330: 薬液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002211/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003353: 濾液 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002210/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003369: 0.5μ (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002209/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003392: 出血 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002208/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31003412: 濾液量 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002207/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004064: 排液性状(半量) - 1リットル(入部)	
			12002206/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31005982: N/S変量 (中心濃縮用) - 1リットル(入部)	
			12002205/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004996: 未計測機(半量)中心濃縮因子 - 1リットル(入部)	
			12002204/A005/B031/C241/D6241: 機器などの装置に付随するM/E機器/M/E機能/動作状態の電圧/血液透析装置		31004997: 未計測機(半量)中心濃縮因子 - 1リットル(入部)	

診療に係る情報

診療に係る情報 項目	選択肢	部位	検査項目 (V3.3) 管理番号(欄外)：別名名称	備考	検査項目 (V3.3) 管理番号：別名名称(欄外)	備考
人工呼吸器			12002349/A005/B031/C242/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換時管理/経口気管内挿入式中心動脈カテーテル		31004998 : 05% (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	
			12000175/A001/B009/C078/D000): 日常生体付呼吸器/気管カニューレ管理		31004999 : 05% (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	
			12000683/A001/B009/C276/D000): 日常生体付呼吸器/気管カニューレの閉鎖具類/		31005000 : 経挿 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	特定文字「A」 薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12000591/A005/B031/C245/D181): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/洗浄/気管カニューレ内筒		31005001 : 経挿 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12000668/A005/B031/C247/D181): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換/気管カニューレ内筒		31005002 : 出血 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001045/A005/B030/C239/D344): 機器等の装置に付随するM.E.機能/M.E.機能作動技術部の駆動/人工呼吸器		31005003 : 経挿液 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001890/A005/B031/C240/D517): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/気管カニューレ		31005004 : 経挿液 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001901/A005/B031/C241/D517): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/気管カニューレ		31005005 : 洗浄 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12001912/A005/B031/C242/D517): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管		31005006 : 交換液 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002030/A005/B031/C240/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/経口気管内挿管		31005007 : 薬液 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002046/A005/B031/C241/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管		31005008 : 薬液 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002058/A005/B031/C242/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換時管理/経口気管内挿管		31005009 : 薬液 (未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)	薬(未消毒)経挿入式中心動脈カテーテル(入部)
			12002094/A005/B031/C241/D534): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/経口気管内挿管			
			12002101/A005/B031/C240/D546): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/挿入時管理/気管カニューレ			
12002107/A005/B031/C241/D546): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/気管カニューレ						
12002113/A005/B031/C242/D546): 機器等の装置に付随するその他の医療機器・医療用物品/交換時管理/気管カニューレ						
12001847/A001/B009/C081/D486): 日常生体付呼吸器/経鼻吸入/気管切開用マスク		31004447 : 薬液 (気管切開部)				
		31000797 : 皮膚薬液 (気管切開部)				
		31001413 : 出血 (気管切開部)				
		31001440 : 腫脹 (気管切開部)				
		31001886 : 出血量 (気管切開部)				

診療に係る情報

診療に係る情報項目	選択技	記載	検査行為 (V3.3) 管理番号(欄外): 別表名称	備考	検査制度 (V3.3) 管理番号: 別表名称二(欄外)	備考
経島カニューレ	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入	12000178/A001/B009/C081/D060): 日中生体ゲルゲル/経鼻吸入/経カニューレ			特定文字「 経島吸入 」 出力する
リザーバー	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
トレー	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
血糖測定 【個別条件】	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
皮下イン注針	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
消化器モニター 床脇モニター	処置内容、設定等、特記事項記入	処置内容、設定等、特記事項記入				
			別表1 基準日での過去72時間以内に行われた予定の責務が CVETまたは 第4回試験成績を出力する。 ※4回試験成績が存在しない(0000)場合は、第3回試験行為名称を出力する。 前-1-1-7 で検査項目・検査条件が存在する場合は、基準日時に一番近いものとして1件採用する。 前-1-1-7 の適用行先と看護職の両方が存在している場合は、基準日時に一番近い項目(日時が同じであれば検査行為を優先)を採用する	項目名称のみ 基準日時に一番近い項目(日時が同じであれば検査行為を優先)を採用する	別表1 基準日での過去3日前連続で1日1回以上の頻度が 予定の責務 としてCVETは項目名称(特定文字)を出力する(結果通知関係ない) 基準日時に一番近い項目(日時が同じであれば検査行為を優先)を採用する	項目名称のみ 特定文字「 血糖測定 」 標準出力する
			12000299/A003/B020/C145/D119): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/血 糖自己測定		31000302: 血糖値(自己測定)	
			12000599/A005/B031/C247/D182): 機密性の保護に資するため他の医療機器・医療用物品/交換/管理用IVの 指挿		31000303: 血糖値	
			12000720/A003/B020/C145/D241): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000338: 浮腫(2ト-2)	
			12000720/A003/B020/C145/D242): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000938: 2ト-2色	
			12000720/A003/B020/C145/D243): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000939: 脈管(2ト-2)	
			12000720/A003/B020/C145/D244): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000940: 脈管(2ト-2)	
			12000720/A003/B020/C145/D245): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000941: 脈管(2ト-2)	
			12000720/A003/B020/C145/D246): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000942: 2ト-2抽出	
			12000720/A003/B020/C145/D247): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿		31000943: 皮膚湿度(2ト-2測距)	
			12001547/A003/B020/C145/D445): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001548/A003/B020/C145/D446): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001549/A003/B020/C145/D447): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001550/A003/B020/C145/D448): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001551/A003/B020/C145/D449): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001552/A003/B020/C145/D450): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001553/A003/B020/C145/D451): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001554/A003/B020/C145/D452): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001555/A003/B020/C145/D453): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001556/A003/B020/C145/D454): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001557/A003/B020/C145/D455): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001558/A003/B020/C145/D456): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001559/A003/B020/C145/D457): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001560/A003/B020/C145/D458): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001561/A003/B020/C145/D459): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			
			12001562/A003/B020/C145/D460): 指挿・字習交換/医療的指挿(含む)/スプレー管理の指挿/又 指挿			

診療に係る情報(別表1)

管理番号		名称	種別(名称)	備考	管理番号		種別(名称)	備考
1200018	A005/3031/C240/3152	検査及び装置に付するア/モ以外の医療機器-医療用物品/輸入時管理/脳脊髄圧下ドレーン(右)			31000070	横断線下ドレーン-排液色調(左)		
1200016	A005/3031/C241/3152	検査及び装置に付するア/モ以外の医療機器-医療用物品/脳脊髄圧管理/脳脊髄圧下ドレーン(左)			31000071	横断線下ドレーン-排液色調(右)		
1200014	A005/3031/C242/3152	検査及び装置に付するア/モ以外の医療機器-医療用物品/交通経路管理/脳脊髄圧下ドレーン(右)			31000127	脳脊髄圧下ドレーン-排液色調(右)		
					31000128	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000129	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000130	脳脊髄圧下ドレーン-排液色調(左)		
					31000131	脳脊髄圧下ドレーン-排液色調(右)		右脳脊髄下ドレーン
					31003491	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31001740	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31001741	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000132	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000133	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000134	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000135	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000136	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		左脳脊髄下ドレーン
					31001742	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001743	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31003492	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000137	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000138	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000139	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000140	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000141	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		右脳脊髄下ドレーン
					31003493	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31001744	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001745	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000142	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000143	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000144	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000145	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000146	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		左脳脊髄下ドレーン
					31001746	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001747	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31003494	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31000147	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000148	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000149	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000150	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000151	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		右脳脊髄下ドレーン
					31001748	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001749	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31003495	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000152	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000153	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000154	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000155	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		左脳脊髄下ドレーン
					31000156	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31002544	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31002545	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31003496	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000157	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000158	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000159	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000160	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		右脳脊髄下ドレーン
					31000161	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001750	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001751	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31003497	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31000162	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000163	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000164	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000165	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		左脳脊髄下ドレーン
					31000166	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001752	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001753	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31003498	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000167	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000168	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000169	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000170	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		右脳脊髄下ドレーン
					31000171	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001754	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001755	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31003499	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31000172	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000173	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000174	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000175	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		左脳脊髄下ドレーン
					31000176	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001756	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001757	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31003500	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31000177	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000178	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000179	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000180	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		右脳脊髄下ドレーン
					31000181	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001758	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001759	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31003501	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000182	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000183	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000184	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		左脳脊髄下ドレーン
					31000185	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000186	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001760	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001761	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31003502	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(左)		
					31000197	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000198	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31000199	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31000200	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		右脳脊髄下ドレーン
					31000201	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31001766	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(左)		
					31001767	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状(右)		
					31003505	脳脊髄圧下ドレーン-排液量(右)		
					31001615	P T C D排液性状		
					31001290	P T C Dチューブ排液性状		
					31001291	P T C Dチューブ排液性状		
					31001826	P T C D排液性状		P T C D
					31001827	P T C D排液性状		
					31001828	P T C D排液性状		
					31001829	P T C D排液性状		
					31003522	P T C D排液量		
					31000207	P T S D排液性状		
					31000208	P T S D排液性状		
					31000209	P T S D排液性状		
					31000210	P T S D排液性状		P T S D
					31000211	P T S D排液性状		
					31001768	P T S Dチューブ排液性状		
					31001769	P T S Dチューブ排液性状		
					31003506	P T S D排液量		
					31000217	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状		
					31000218	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状		
					31000219	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状		
					31000220	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状		後頭部ドレーン
					31000221	脳脊髄圧下ドレーン-排液性状		

診療に係る情報(別表1)

診療行為 (V3.3)					商品コード (V3.3)				
管理番号	病名	診療名称	診療行為	備考	管理番号	診療名称	商品コード	備考	特定文字
1.200.2083/A.005/3031/C241/0543		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/投与量の調節可能なカテーテル			3100.3941	発赤 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部周囲)			
1.200.2086/A.005/3031/C242/0543		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/投与量の調節可能なカテーテル			3100.3942	腫脹 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部周囲)			
					3100.3943	出血 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部周囲)			
					3100.3944	塊状出血 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部周囲)			
					3100.3945	閉塞 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部周囲)			
					3100.3946	血栓形成 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部周囲)			
					3100.3947	浮腫 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部)			
					3100.3948	破綻 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部)			
					3100.3949	血腫 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部)			
					3100.3950	経路閉塞 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部)			
					3100.3951	閉塞 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部)			
					3100.3959	N.R.S.疼痛 (経皮的中心静脈導通カテーテル挿入部)			
1.200.2099/A.005/3031/C240/0544		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4043	経路下ドレーン導液量 (左)			
1.200.2105/A.005/3031/C241/0544		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.4044	経路下ドレーン導液量 (右)			
1.200.2111/A.005/3031/C242/0544		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.4045	経路下ドレーン導液性状 (右)			
					3100.4046	経路下ドレーン導液性状 (右)			
					3100.4047	経路下ドレーン導液性状 (右)			
					3100.4048	経路下ドレーン導液性状 (右)			
					3100.4049	経路下ドレーン導液性状 (右)			
					3100.4050	経路下ドレーン導液性状 (右)			
1.200.2100/A.005/3031/C240/0545		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4051	経路下ドレーン導液性状 (左)			
1.200.2106/A.005/3031/C241/0545		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4052	経路下ドレーン導液性状 (左)			
1.200.2112/A.005/3031/C242/0545		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4053	経路下ドレーン導液性状 (左)			
					3100.4054	経路下ドレーン導液性状 (左)			
					3100.4055	経路下ドレーン導液性状 (左)			
					3100.4056	経路下ドレーン導液性状 (左)			
					3100.4057	経路下ドレーン導液性状 (左)			
					3100.4058	経路下ドレーン導液性状 (左)			
1.200.2101/A.005/3031/C240/0546		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4059	発赤 (カニューレ挿入部)			
1.200.2107/A.005/3031/C241/0546		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4060	腫脹 (カニューレ挿入部)			
1.200.2113/A.005/3031/C242/0546		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (左)			3100.4061	出血 (カニューレ挿入部)			
					3100.4062	塊状出血 (カニューレ挿入部)			
					3100.4063	閉塞 (カニューレ挿入部)			
					3100.4064	血栓形成 (カニューレ挿入部)			
					3100.4065	浮腫 (カニューレ挿入部)			
					3100.4066	破綻 (カニューレ挿入部)			
					3100.4067	血腫 (カニューレ挿入部)			
					3100.4068	経路閉塞 (カニューレ挿入部)			
					3100.4069	N.R.S.疼痛 (カニューレ挿入部)			
1.200.2102/A.005/3031/C240/0547		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.4158	塗布薬 (皮下または皮下挿入部)			
1.200.2108/A.005/3031/C241/0547		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3312	発赤 (ポート挿込み部)			
1.200.2114/A.005/3031/C242/0547		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3328	腫脹 (ポート挿込み部)			
1.200.2103/A.005/3031/C240/0548		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3377	出血 (ポート挿込み部)			
1.200.2109/A.005/3031/C241/0548		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3401	塊状出血 (ポート挿込み部)			
1.200.2115/A.005/3031/C242/0548		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3408	閉塞 (ポート挿込み部)			
1.200.2104/A.005/3031/C240/0549		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3909	塗布薬 (ポート挿込み部)			
1.200.2110/A.005/3031/C241/0549		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3970	びらん (ポート挿込み部)			
1.200.2116/A.005/3031/C242/0549		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.3971	浮腫 (ポート挿込み部)			
					3100.3972	破綻 (ポート挿込み部)			
					3100.3973	血腫 (ポート挿込み部)			
					3100.3991	N.R.S.疼痛 (ポート挿込み部)			
1.200.2189/A.005/3031/C240/0572		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.5196	オトガイ部挿入部			
1.200.2244/A.005/3031/C241/0572		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.5197	オトガイ部挿入部			
1.200.2299/A.005/3031/C242/0572		経路別の装置に付ケテ/その他の医療機器-治療用物品/留置時間管理/留置時間管理/下ドレーン (右)			3100.5198	オトガイ部挿入部			
					3100.5199	オトガイ部挿入部			
					3100.5200	オトガイ部挿入部			
					3100.5201	オトガイ部挿入部			
					3100.5202	オトガイ部挿入部			
					3100.5203	オトガイ部挿入部			
					3100.5220	インフライト奥側挿入部			
					3100.5221	インフライト奥側挿入部			
					3100.5222	インフライト奥側挿入部			
					3100.5223	インフライト奥側挿入部			
					3100.5224	インフライト奥側挿入部			
					3100.5225	インフライト奥側挿入部			
					3100.5226	インフライト奥側挿入部			
					3100.5227	インフライト奥側挿入部			
					3100.5228	経路上ドレーン導液量			
					3100.5229	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5230	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5231	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5232	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5233	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5234	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5235	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5236	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5237	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5238	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5239	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5240	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5241	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5242	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5243	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5244	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5245	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5246	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5247	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5248	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5249	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5250	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5251	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5252	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5253	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5254	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5255	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5256	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5257	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5258	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5259	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5260	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5261	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5262	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5263	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5264	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5265	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5266	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5267	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5268	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5269	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5270	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5271	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5272	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5273	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5274	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5275	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5276	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5277	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5278	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5279	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5280	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5281	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5282	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5283	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5284	経路上ドレーン導液性状			
					3100.5285	経路上ドレーン導液性状			

診療に係る情報(別表1)

前接行為 (V3.3)			前接診療 (V3.3)			
管理番号	機関	診療名称	備考	管理番号	診療名称	特定文字
12002267	A005/3031/C241/0597	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005419	上肢肘関節伸入長	
12002322	A005/3031/C242/0597	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/上肢肘関節		31005416	上肢肘関節伸張色調	上肢肘関節
				31005417	上肢肘関節伸張性状	
				31005414	上肢肘関節伸張性状	
				31005415	上肢肘関節伸張性状	
				31005412	上肢肘関節伸張性状	
				31005413	上肢肘関節伸張性状	
12002213	A005/3031/C240/0598	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部		31005420	大動脈前部伸入長	
12002268	A005/3031/C241/0598	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部		31005422	大動脈前部伸張色調	大動脈前部
12002323	A005/3031/C242/0598	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部		31005423	大動脈前部伸張性状	
				31005424	大動脈前部伸張性状	
				31005425	大動脈前部伸張性状	
				31005426	大動脈前部伸入長	
				31005427	大動脈前部伸入長	
12002214	A005/3031/C240/0599	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部	(右)	31005428	大動脈前部伸張色調 (右)	
12002249	A005/3031/C241/0599	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部	(右)	31005429	大動脈前部伸張性状 (右)	
12002324	A005/3031/C242/0599	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部	(右)	31005430	大動脈前部伸張性状 (右)	
				31005431	大動脈前部伸入長 (右)	右大動脈前部
				31005432	大動脈前部伸張色調 (右)	
				31005433	大動脈前部伸張性状 (右)	
				31005434	大動脈前部伸入長 (右)	
12002215	A005/3031/C240/0600	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部	(左)	31005435	大動脈前部伸入長 (左)	
12002270	A005/3031/C241/0600	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部	(左)	31005436	大動脈前部伸張色調 (左)	
12002325	A005/3031/C242/0600	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/大動脈前部	(左)	31005437	大動脈前部伸張性状 (左)	
				31005438	大動脈前部伸入長 (左)	左大動脈前部
				31005439	大動脈前部伸張性状 (左)	
				31005440	大動脈前部伸張色調 (左)	
				31005441	大動脈前部伸張性状 (左)	
				31005442	大動脈前部伸入長 (左)	
				31005443	大動脈前部伸入長 (左)	
				31003902	大動脈内カテーテル伸入長	
				31003903	大動脈内カテーテル伸入長	
12002216	A005/3031/C240/0601	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/頸部		31005468	頸部伸入長	
12002271	A005/3031/C241/0601	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/頸部		31005469	頸部伸張色調	頸部
12002326	A005/3031/C242/0601	検査及び装置に付与のその他の医療機器・医療用物品/留置時管理/頸部		31005470	頸部伸張性状	
				31005471	頸部伸入長	頸部
				31005472	頸部伸張性状	
				31005473	頸部伸張色調	
				31005474	頸部伸入長	
				31005475	頸部伸入長	
				31005476	頸部伸張性状 (右)	
				31005477	頸部伸張性状 (右)	
				31005478	頸部伸張性状 (左)	
				31005479	頸部伸張性状 (左)	
				31005480	頸部伸張性状 (右)	
				31005481	頸部伸張性状 (左)	
				31005482	頸部伸入長 (右)	
				31005483	頸部伸入長 (右)	
				31005484	頸部伸入長 (左)	
				31005485	頸部伸入長 (左)	
				31005486	頸部伸張性状 (左)	
				31005487	頸部伸張性状 (左)	
				31005488	頸部伸張性状 (左)	
				31005489	頸部伸張色調 (左)	
				31005490	頸部伸入長 (左)	
				31005491	頸部伸入長 (左)	
				31005492	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005493	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005494	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005495	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005496	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005497	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005498	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005499	頸部伸張性状 (右)伸張性状	
				31005500	頸部伸入長	
				31005501	頸部伸入長	
				31005502	頸部伸張性状	
				31005503	頸部伸張性状	
				31005504	頸部伸張色調	
				31005505	頸部伸張色調	
				31005506	頸部伸入長	
				31005507	頸部伸入長 (右)	
				31005508	頸部伸入長 (右)	
				31005509	頸部伸入長 (右)	
				31005510	頸部伸入長 (右)	
				31005511	頸部伸入長 (右)	
				31005512	頸部伸入長 (右)	
				31005513	頸部伸入長 (右)	
				31005514	頸部伸入長 (右)	
				31005515	頸部伸入長 (右)	
				31005516	頸部伸入長 (右)	
				31005517	頸部伸入長 (右)	
				31005518	頸部伸入長 (右)	
				31005519	頸部伸入長 (右)	
				31005520	頸部伸入長 (右)	
				31005521	頸部伸入長 (右)	
				31005522	頸部伸入長 (右)	
				31005523	頸部伸入長 (右)	
				31005524	頸部伸入長 (右)	
				31005525	頸部伸入長 (右)	
				31005526	頸部伸入長 (右)	
				31005527	頸部伸入長 (右)	
				31005528	頸部伸入長 (右)	
				31005529	頸部伸入長 (右)	
				31005530	頸部伸入長 (右)	
				31005531	頸部伸入長 (右)	
				31005532	頸部伸入長 (右)	
				31005533	頸部伸入長 (右)	
				31005534	頸部伸入長 (右)	
				31005535	頸部伸入長 (右)	
				31005536	頸部伸入長 (右)	
				31005537	頸部伸入長 (右)	
				31005538	頸部伸入長 (右)	
				31005539	頸部伸入長 (右)	
				31005540	頸部伸入長 (右)	
				31005541	頸部伸入長 (右)	
				31005542	頸部伸入長 (右)	
				31005543	頸部伸入長 (右)	
				31005544	頸部伸入長 (右)	
				31005545	頸部伸入長 (右)	
				31005546	頸部伸入長 (右)	
				31005547	頸部伸入長 (右)	
				31005548	頸部伸入長 (右)	
				31005549	頸部伸入長 (右)	
				31005550	頸部伸入長 (右)	
				31005551	頸部伸入長 (右)	
				31005552	頸部伸入長 (右)	
				31005553	頸部伸入長 (右)	
				31005554	頸部伸入長 (右)	
				31005555	頸部伸入長 (右)	
				31005556	頸部伸入長 (右)	
				31005557	頸部伸入長 (右)	
				31005558	頸部伸入長 (右)	
				31005559	頸部伸入長 (右)	
				31005560	頸部伸入長 (右)	
				31005561	頸部伸入長 (右)	
				31005562	頸部伸入長 (右)	

認知・精神機能に係る情報

項目	選択肢	記載	検査名称 (V3.3)	備考	検査名称 (V3.3)	備考	
■ 認知症診断の有無			管理番号(前期): 別冊名称		管理番号: 別冊名称 (結果)	項目名称と結果を出力する	
			—		入館～退館日時の間に試験が実施された場合は、項目名称と結果を、単位を出力する 各項目が複数存在する場合は、最重日時に一番近いものを1件採用する	項目名称と結果を出力	
					「無い」項目でしかないため項目せず、予～99が存在している項目のみ出力する		
■ 認知症の種類	<ul style="list-style-type: none"> 有 アルツハイマー型 レビー小体型 脳血管性 前頭側頭型 老年性 アルコール性 正統圧水頭症 まだら認知症 不明 		項目なし		項目なし		
					「無い」項目でしかないため項目せず、予～99が存在している項目のみ出力する		
■ 中枢症状	<ul style="list-style-type: none"> 無 短期記憶障害 見当識障害 実行機能障害 失語 失認 失行 その他 		<ul style="list-style-type: none"> 1200171(A001/B012/C347/D000): 日常生活力/意思決定力/意思決定の補助 (失語) / 1200172(A001/B012/C347/D065): 日常生活力/意思決定力/意思決定の補助 (失語) /程度 1200173(A001/B012/C347/D066): 日常生活力/意思決定力/意思決定の補助 (失語) /程度 		<ul style="list-style-type: none"> 31001238: 英語当量=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 31003612: ニーランドスケール (英語当量) =(01: 5.02: 4.03: 3.04: 2.05: 1.06: 0) 別冊型(R4105) 31002242: 運動性失語=(01: -.02: +) 別冊型(R4001) 31002243: 視覚性失語=(01: -.02: +) 別冊型(R4001) 31001145: 英語=(01: -.02: +) 31001144: 実行=(01: -.02: +) 別冊型(R4001) 31001146: 失語=(01: -.02: +) 別冊型(R4001) 31001147: 失語=(01: -.02: +) 別冊型(R4001) 31001148: 失語=(01: -.02: +) 別冊型(R4001) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定文字列と単位を出力する 	項目名称と結果を出力
■ 周辺症状					「無い」項目でしかないため項目せず、予～99が存在している項目のみ出力する		
					入館～退館日時の間に試験が実施された場合は、項目名称と結果を、単位を出力する 各項目が複数存在する場合は、最重日時に一番近いものを1件採用する	項目名称と結果を出力	
					「無い」項目でしかないため項目せず、予～99が存在している項目のみ出力する		
					<ul style="list-style-type: none"> 31004199: 暴力=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 31004200: 暴力=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 31001616: 抑鬱気分=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 31002674: 鬱気分=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 31004194: 抑鬱気分=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 31004195: 抑鬱気分=(01: -.02: ±.03: +.04: ++) 別冊型(R4003) 	<ul style="list-style-type: none"> 項目なし 	項目なし

認知・精神機能に係る情報

認知・精神機能に係る情報		検査項目 (V3.3)		検査結果 (V3.3)		
項目	選択肢	管理番号(範囲)：別冊名称	備考	管理番号：別冊名称(結果)	備考	
異常	介護担当者	記入		31004206：異常(01：-.02:++)	全CB力	
	その他			別添型(R4003)	31004208：異常(01：-.02:++)	全CB力
				31001201：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31001202：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31001237：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31002604：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31001166：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31002645：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				別添型(R4003)	31002646：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31002647：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31002648：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31002649：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31002650：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31002651：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31002652：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31002655：特大(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004138：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004139：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004140：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004141：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004142：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004143：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004144：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004145：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004146：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004147：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004148：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004149：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004150：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004151：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004152：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004153：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004154：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004155：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004156：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004157：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004158：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004159：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004160：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004161：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004162：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004163：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	
				別添型(R4003)	31004164：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力
				31004165：正常(01：-.02±.03+.04:++)	全CB力	

認知・精神機能に係る情報

項目	選択肢	配点	基礎学力 (V3.3)		基礎読解 (V3.3)		
			管理番号(問題) : 問題名称	備考	管理番号 : 解答条件=(結果)	備考	
■ せん妄の有無	無		項目欠	項目欠	項目欠	<p>入解～基準日時の間に結果が完全された場合は、項目名称と結果値・桁位を出力する 各項目が複数条件数存在する場合は、基準日時に一番近いものを1件採用する</p>	項目名称と結果値を出力
						<p>「無」は判断できない項目の出力する</p>	項目欠
						<p>31004166 : 意識覚醒=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31004167 : 意識覚醒=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	文字型
■ せん妄の種類	有		項目欠	項目欠	項目欠	<p>31004232 : 介護拒否=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31004233 : 介護拒否=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>「無」は判断できない項目の出力する</p>	項目欠
						<p>31001182 : 意識=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
■ せん妄の発症順序	混合型せん妄 混合型せん妄		項目欠	項目欠	項目欠	<p>31004117 : 時間認識=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>「無」は判断できない項目の出力する</p>	項目欠
						<p>31002691 : 精神運動興奮=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31002692 : 精神運動興奮=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	文字型
■ せん妄の症状	興奮 暴力 昼夜逆転 意識混濁 睡眠障害 見当識障害 その他		項目欠	項目欠	項目欠	<p>31001226 : 興奮=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31001238 : 興奮覚醒=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31002557 : 意識混濁の程度=(01: 無常.02: 軽度.03: 中程度.04: 重度)</p> <p>列挙型 (R27092)</p>	全出力
						<p>31002691 : 精神運動興奮=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31002692 : 精神運動興奮=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	文字型
						<p>31003612 : ニーランドツール(興奮度) =(01: 5.02: 4.03: 3.04: 2.05: 1.06: 0)</p> <p>列挙型 (R1015)</p>	全出力
						<p>31004118 : 睡眠障害=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31004121 : 昼夜逆転=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31004200 : 暴力=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
						<p>31004210 : 興奮性興奮=(01: -.02: ±.03: +.04: ++)</p> <p>列挙型 (R4003)</p>	全出力
■ 高次脳機能障害	無		項目欠	項目欠	項目欠	<p>「無」は判断できない項目の出力する</p>	項目名称と結果値を出力
						<p>31002242 : 通則性失語=(01: -.02: +)</p> <p>列挙型 (R4001)</p>	全出力
						<p>31002243 : 橋本氏失語=(01: -.02: +)</p> <p>列挙型 (R4001)</p>	全出力
						<p>31002549 : 半側空間無視=(01: -.02: 右.03: 左)</p> <p>列挙型 (R2713)</p>	全出力
						<p>「無」は判断できない項目の出力する</p>	項目欠
						<p>31002242 : 通則性失語=(01: -.02: +)</p> <p>列挙型 (R4001)</p>	全出力
						<p>31002243 : 橋本氏失語=(01: -.02: +)</p> <p>列挙型 (R4001)</p>	全出力
						<p>31002549 : 半側空間無視=(01: -.02: 右.03: 左)</p> <p>列挙型 (R2713)</p>	全出力
						<p>「無」は判断できない項目の出力する</p>	項目欠
						<p>31002242 : 通則性失語=(01: -.02: +)</p> <p>列挙型 (R4001)</p>	全出力
<p>31002243 : 橋本氏失語=(01: -.02: +)</p> <p>列挙型 (R4001)</p>	全出力						
<p>31002549 : 半側空間無視=(01: -.02: 右.03: 左)</p> <p>列挙型 (R2713)</p>	全出力						

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

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

身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		項目	選択肢	距離	属性名義 (V3.3)	管理番号(距離)：距離名称	備考	属性名義 (V3.3)	管理番号：距離名称(結果)	備考
■ 麻痺	有				入筋～直前日時の間に刺戟が実施されていなければ、項目名称と結果値・単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一意性の0を1件採用する	—		入筋～直前日時の間に刺戟が実施されていなければ、項目名称と結果値・単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一意性の0を1件採用する		項目名称と結果値を出力
■ 麻痺の部位 (複数選択)	右下肢 右下肢 左下肢 左下肢 左下肢 右手指 その他				入筋～直前日時の間に刺戟が実施されていなければ、項目名称と結果値・単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一意性の0を1件採用する	—		入筋～直前日時の間に刺戟が実施されていなければ、項目名称と結果値・単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一意性の0を1件採用する		項目名称と結果値を出力
■ 運動失調					入筋～直前日時の間に刺戟が実施されていなければ、項目名称と結果値・単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一意性の0を1件採用する	—		入筋～直前日時の間に刺戟が実施されていなければ、項目名称と結果値・単位を出力する 各項目の数値が存在する場合は、基準日時に一意性の0を1件採用する		項目名称と結果値を出力

身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		身体・感覚器に係る情報	身体・感覚器に係る情報	身体・感覚器に係る情報	身体・感覚器に係る情報
項目	選択肢	記載	属性名義 (V3.3)	管理番号 (V3.3)	備考
■ 上肢のジュースローム	有	有る場合は、状態を記入	項目名義	[無]は判明できないため項目を「予」で90を付している項目のみの出力する	31001007： 腕行 = (01: -.02: ±.03: +.04: ++)
					31001008： 手行 = (02: ±.03: +.04: ++)
■ 手指のジュースローム	有	有る場合は、状態を記入	項目名義	[無]は判明できないため項目を「予」で90を付している項目のみの出力する	31003231： 7指のジュースローム (上肢) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003232： 7指のジュースローム (右手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003233： 7指のジュースローム (左手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003237： 7指のジュースローム (手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003238： 7指のジュースローム (右手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003239： 7指のジュースローム (左手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
■ 体幹と下肢のジュースローム	有	有る場合は、状態を記入	項目名義	[無]は判明できないため項目を「予」で90を付している項目のみの出力する	31003234： 7指のジュースローム (下肢) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003235： 7指のジュースローム (右側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003236： 7指のジュースローム (左側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003237： 7指のジュースローム (手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003238： 7指のジュースローム (右手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)
					31003239： 7指のジュースローム (左手側) = (01: 2指-2指 I.02: 2指-2指 II.03: 2指-2指 III.04: 2指-2指 IV.05: 2指-2指 V.06: 2指-2指 VI)

身体・感覚器に係る情報

身体・感覚器に係る情報		累積値 (V3.3)	管理番号(備考)： 観測名称	備考	検査項目名 (V3.3)	備考				
■ FIM(入院時)					入院日毎±24時間の間に観測が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増減件数存在する場合は、入院日毎に一番近いものを1件採用する	項目名称と結果を出力				
■ FIM(退院時)					31002476： FIM (合計) = 〇点 入院～退院日毎の間に観測が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増減件数存在する場合は、退院日毎に一番近いものを1件採用する	数値(999) 項目名称と結果を出力				
■ 疼痛の有無					31002476： FIM (合計) = 〇点 退院日毎の退去72時間以内に関数が予定の疼痛 されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増減件数存在する場合は、退院日毎に一番近いものを1件採用する	数値(999) 項目名称と結果を出力				
■ 疼痛の部位 (複数選択)					[無]は項目でないので出力せず、予-99存在している項目のみ出力する 31000470： 疼痛 = (01: -.02: ±.03: +.04: + +) 約5項目(R4003) 退院日毎の退去72時間以内に関数が予定の疼痛 されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増減件数存在する場合は、退院日毎に一番近いものを1件採用する	全て出力 項目名称と結果を出力				
■ 疼痛の程度 (NRS)					31000472： 疼痛部位 = □(選択...) 31000475： 疼痛性質 = (01: 鈍痛,02: 鋭痛,03: 表在性痛,04: 深部痛,05: 絞扼痛,06: 正 逆痛,07: 牽引痛,08: 圧痛,09: 牽引痛,10: 刺痛,11: 電撃性痛,12: 灼熱痛,13: 閃 熱痛,14: 絞扼痛,15: 神経性痛,16: 頭痛) 31000480： 疼痛期間 = (01: 持続的,02: 断続的,03: 発熱的) 31000484： 疼痛持続時間 = 99: 99 31000486： 疼痛発作回数 = 〇/回/日 31000488： 発熱頻度による疼痛 = (01: -.02: + +) 31000491： 疼痛部位 = (01: 全体,02: 右側顔部,03: 左側顔部,04: 顔頂部,05: 前頭 部,06: 後頭部) 31001928： 疼痛程度 (VAS) = 〇mm 31001929： 疼痛程度 (VRS) = (01: 痛みなし,02: 軽度,03: 中等度,04: 強度,05: 激 痛) 31000493： B P S (薬前) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31000496： B P S (上肢の動き) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31000499： B P S (人工呼吸器の調理性) = (01: 1.02: 2.03: 3.04: 4) 31005147： B P S (合計) = 〇/計 31005148： B P S (合計) = 〇/計 別変数 = (01: -.02: ±.03: +.04: + +) 約5項目(R4003)				入院～退院日毎の間に観測が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増減件数存在する場合は、退院日毎に一番近いものを1件採用する	項目名称と結果を出力
■ 疼痛の程度 (フェイススケール)					別変数 = (01: 0. / 1.0.02: 1. / 1.0.03: 2. / 1.0.04: 3. / 1.0.05: 4. / 1.0.06: 5. / 1.0.07: 6. / 1.0.08: 7. / 1.0.09: 8. / 1.0.10: 9. / 1.0.11: 1.0. / 1.0) 約5項目(R1017) 入院～退院日毎の間に観測が実施されていれば、項目名称と結果を出力する 各項目が増減件数存在する場合は、退院日毎に一番近いものを1件採用する	項目名称と結果を出力				
					31001930： 疼痛程度 (フェイススケール) = (01: 0.02: 1.03: 2.04: 3.05: 4.06: 5.) 全て出力 約5項目(R1004)					

身体・感覚器に係る情報

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

身体・感覚器に係る情報(別表2, 3)

別表 2

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

別表 3

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

身体・感覚器に係る情報(別表2、3)

別表2

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

別表3

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

身体・感覚器に係る情報(別表2、3)

別表2

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

別表3

管理番号	疾患名称
------	------

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択肢	記載	登録番号 (V3.3)	項目名	備考
■ 食事	自立 部分介助 全介助 見守り			12000056/A001/B003/C026/D001: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (V4J2C) /全介助	31002774 : 食事制限-01:自立/02:通常の食事/03:継続的食事/04:部分介助/05:全介助 (R7122)	項目名称と結果を出力する 項目名称と結果を出力
				12000057/A001/B003/C026/D002: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (V4J2C) /部分介助 12000058/A001/B003/C026/D003: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (V4J2C) /継続的食事 12000059/A001/B003/C026/D004: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (V4J2C) /部分的食事 12000060/A001/B003/C027/D001: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (D7J2C) /全介助 12000061/A001/B003/C027/D002: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (D7J2C) /部分介助 12000062/A001/B003/C027/D003: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (D7J2C) /継続的食事 12000063/A001/B003/C027/D004: 自立生活/栄養・食事/食事介助 (D7J2C) /部分的食事		
■ 食事制限	無	カラー制限 淡白制限 塩分制限 カロリー制限 その他				食事介助の状況に依存するため、食事量を記入
■ 食形態の工夫	無 ヒレロ きざみ ソフト 凍下食0 凍下食0+ ・・・ 凍下食3 凍下食4 その他					食事介助の状況に依存するため、食事量を記入
■ 薬	無					項目名称を出力
■ 薬の自己管理 (手入れ・着脱・保管)						項目名称と結果を出力

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報		基礎情報		基礎情報 (V3.3)		基礎情報 (V3.3)	
項目	選択肢	項目	項目名	備考	項目名	備考	備考
■ 可	部分介助 不可 見守り		12001376(A001/B001/C013/D001): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/全介助 12001377(A001/B001/C013/D002): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/部分介助 12001378(A001/B001/C013/D003): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/見守り 12001379(A001/B001/C013/D004): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/見守り 12001200(A001/B002/C349/D456): 日常生活/整容・更衣/着脱洗身/見守り 12001721(A001/B002/C349/D457): 日常生活/整容・更衣/着脱洗身/見守り		31002860 : 着脱洗身=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31002860 : 着脱洗身=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31004955 : ADL着脱洗身=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31004955 : ADL着脱洗身=(01:自立,02:部分介助,03:見守り)	全出力	全出力
■ 有・無			12001366(A001/B001/C011/D001): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/全介助 12001367(A001/B001/C011/D002): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/部分介助 12001370(A001/B001/C011/D003): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/見守り 12001371(A001/B001/C011/D004): 日常生活/清潔ケア/口腔ケア/見守り 12001380(A001/B001/C014/D001): 日常生活/清潔ケア/食事/全介助 12001381(A001/B001/C014/D002): 日常生活/清潔ケア/食事/部分介助 12001382(A001/B001/C014/D003): 日常生活/清潔ケア/食事/見守り 12001383(A001/B001/C014/D004): 日常生活/清潔ケア/食事/見守り 12001384(A001/B001/C015/D001): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/全介助 12001385(A001/B001/C015/D002): 日常生活/清潔ケア/着脱洗身/部分介助		31002773 : 食事=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31002773 : 食事=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31003300 : ADL着脱洗身=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31003300 : ADL着脱洗身=(01:自立,02:部分介助,03:見守り)	全出力	全出力
■ 口腔ケアの自立 度	自立 部分介助 全介助 見守り		12000100(A001/B005/C047/D026): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/全介助 12000660(A001/B005/C048/D000): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/部分介助 12000661(A001/B005/C049/D000): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/見守り 12000662(A001/B005/C050/D000): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/見守り		31002860 : 杖/歩行補助具=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31002860 : 杖/歩行補助具=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31002860 : 杖/歩行補助具=(01:自立,02:部分介助,03:見守り)	全出力	全出力
■ 移動	杖/歩行補助具/歩行補助具/その他		12000100(A001/B005/C047/D026): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/全介助 12000660(A001/B005/C048/D000): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/部分介助 12000661(A001/B005/C049/D000): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/見守り 12000662(A001/B005/C050/D000): 日常生活/移動/杖/歩行補助具/見守り		31002860 : 杖/歩行補助具=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31002860 : 杖/歩行補助具=(01:自立,02:部分介助,03:見守り) 31002860 : 杖/歩行補助具=(01:自立,02:部分介助,03:見守り)	全出力	全出力

ADL等の生活に関する情報

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

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報		介護計画		介護計画(備考)		介護計画(備考)	
項目	選択技	距離	介護計画(備考)	介護計画(備考)	介護計画(備考)	介護計画(備考)	備考
			<p>1200140/A001/B003/C33/B003 日常生活/起居動作/入浴/起居/部分介助/継続的観察 1200140/A001/B003/C33/B004 日常生活/起居動作/入浴/起居/部分介助/継続的観察</p>			<p>31002411: 上半身起立上り= (01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122)</p> <p>31002859: 搬送位保持 (椅子) = (01:可能 (支支助), .02:可能 (支支助), .03:不可) 列挙型 (R7021)</p> <p>31004498: 搬送位保持 (車椅子) = (01:可能 (自立), .02:可能 (補助員助), .03:不可) 列挙型 (R7022)</p> <p>31004504: 起立位保持 = (01:可能 (自立), .02:可能 (補助員助), .03:不可) 列挙型 (R7022)</p> <p>31004534: ADL体位要換 = (01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122)</p>	
■ 清潔方法	入浴 シャワー浴 清拭 洗濯 施設洗浄		<p>看護日誌の過去8日以内に行方予定の実績がすべて「UI」又は「第3段階」で出力される。第4段階以降の実績が存在しない(「D000」)場合は、第3段階行為を出力する。 各項目が複数存在する場合は、看護日誌に一番近いものを1件採用する</p> <p>12000012/A001/B001/C006/D000: 日常生活/清潔/清潔/</p> <p>12000018/A001/B001/C009/D000: 日常生活/清潔/掃除/</p> <p>12000635/A001/B001/C001/D000: 日常生活/清潔/入浴/</p> <p>12000636/A001/B001/C002/D000: 日常生活/清潔/シャワー浴/</p> <p>12000637/A001/B001/C008/D000: 日常生活/清潔/清潔/</p>			<p>項目なし</p>	
■ 清潔自立度	自立 部分介助 全介助 見守り		<p>看護日誌の過去8日以内に行方予定の実績がすべて「UI」又は「第3段階」で出力される。第4段階以降の実績が存在しない(「D000」)場合は、第3段階行為を出力する。 各項目が複数存在する場合は、看護日誌に一番近いものを1件採用する</p> <p>12000001/A001/B001/C001/D001: 日常生活/清潔/入浴/全介助</p> <p>12000002/A001/B001/C001/D002: 日常生活/清潔/入浴/部分介助</p> <p>12000003/A001/B001/C001/D003: 日常生活/清潔/入浴/継続的観察</p> <p>12000004/A001/B001/C001/D004: 日常生活/清潔/入浴/継続的観察</p> <p>12001131/A001/B001/C001/D384: 日常生活/清潔/入浴/全介助 (見守り)</p> <p>12001132/A001/B001/C001/D385: 日常生活/清潔/入浴/全介助 (見守り)</p> <p>12001133/A001/B001/C001/D386: 日常生活/清潔/入浴/全介助 (UI)</p> <p>12000005/A001/B001/C002/D001: 日常生活/清潔/シャワー浴/全介助</p> <p>12000006/A001/B001/C002/D002: 日常生活/清潔/シャワー浴/部分介助</p> <p>12000007/A001/B001/C002/D003: 日常生活/清潔/シャワー浴/継続的観察</p> <p>12000008/A001/B001/C002/D004: 日常生活/清潔/シャワー浴/継続的観察</p> <p>12001140/A001/B001/C008/D001: 日常生活/清潔/清潔/全介助</p> <p>12001141/A001/B001/C008/D002: 日常生活/清潔/清潔/部分介助</p>			<p>入浴～着脱時の間に観察が実施されて「UI」又は「項目名称と結果値・単位」を出力する 各項目が複数存在する場合は、看護日誌に一番近い項目 (日付が同じ場合は優先) で選択する</p>	<p>項目名称と結果値を出力</p>

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択肢	記載	集積行為 (V3.3)	管理番号(範囲)：範囲名称	備考	集積範囲 (V3.3)	備考	
■ 整理自立度	自立	部分介助 全介助 見守り		12000044(A001/B002/C023/D001): 日常生活/整容・更衣/移動/案内 12000045(A001/B002/C022/D002): 日常生活/整容・更衣/移動/部分介助 12000046(A001/B002/C022/D003): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察 12000047(A001/B002/C022/D004): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察	集積日時の過去2時間以内に行動が予定の範囲 並びにCVTは、第3範囲行為名称と第4範囲行為名称と出力する。 第4範囲行為名称は、(D000)場合は、第3範囲行為名称と出力する。 同一グループで複数項目・複数件数存在する場合は、集積日時に一番近いものを1件採用する	■グループの集積行為と看護観察の両方が存在している場合は、集積日時に一番近い項目(日時が同じであれば集積行為を優先)で判断する	120004535: ADL集積=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助),05:全介助(R7122)	管理番号: 範囲名称=(範囲)	備考
■ 更衣自立度	自立	部分介助 全介助 見守り		12000048(A001/B002/C023/D001): 日常生活/整容・更衣/移動/案内 12000049(A001/B002/C023/D002): 日常生活/整容・更衣/移動/部分介助 12000050(A001/B002/C023/D003): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察 12000051(A001/B002/C023/D004): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察	集積日時の過去2時間以内に行動が予定の範囲 並びにCVTは、第3範囲行為名称と第4範囲行為名称と出力する。 第4範囲行為名称は、(D000)場合は、第3範囲行為名称と出力する。 同一グループで複数項目・複数件数存在する場合は、集積日時に一番近いものを1件採用する	■グループの集積行為と看護観察の両方が存在している場合は、集積日時に一番近い項目(日時が同じであれば集積行為を優先)で判断する	120004956: ADL集積=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助),05:全介助(R7122)	管理番号: 範囲名称=(範囲)	備考
■ 爪きり自立度	自立	部分介助 全介助 見守り		12000036(A001/B002/C020/D001): 日常生活/整容・更衣/移動/案内 12000037(A001/B002/C020/D002): 日常生活/整容・更衣/移動/部分介助 12000038(A001/B002/C020/D003): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察 12000039(A001/B002/C020/D004): 日常生活/整容・更衣/移動/継続的観察	集積日時の過去2時間以内に行動が予定の範囲 並びにCVTは、第3範囲行為名称と第4範囲行為名称と出力する。 第4範囲行為名称は、(D000)場合は、第3範囲行為名称と出力する。 同一グループで複数項目・複数件数存在する場合は、集積日時に一番近いものを1件採用する	■グループの集積行為と看護観察の両方が存在している場合は、集積日時に一番近い項目(日時が同じであれば集積行為を優先)で判断する	120002775: 更衣=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助),05:全介助(R7122)	管理番号: 範囲名称=(範囲)	備考

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択肢	評価
	<p>■ 介護自立度</p> <p>自立</p> <p>見守り</p> <p>部分介助</p> <p>全介助</p>		<p>基礎行為 (V3.3)</p> <p>管理番号(欄外): 施設名称</p> <p>12000083/A001/B004/C030/D003: 継続的観察</p> <p>12000084/A001/B004/C039/D004: 継続的観察</p> <p>12000085/A001/B004/C039/D004: 継続的観察</p> <p>12001142/A001/B004/C309/D000: 継続的観察</p> <p>12001143/A001/B004/C309/D001: 継続的観察</p> <p>12001144/A001/B004/C309/D002: 継続的観察</p> <p>12001497/A005/B031/C241/D439: 第4段階評価</p> <p>12002286/A005/B031/C241/D616: 第4段階評価</p> <p>12001088/A005/B031/C241/D376: 第4段階評価</p> <p>12001089/A005/B031/C241/D376: 第4段階評価</p> <p>基礎行為の観察が4項目以上に行き着く予定の実施状況は、基礎行為に「最近のものを1件採用する」として記載する。</p> <p>基礎行為の観察が4項目未満の場合は、基礎行為に「最近のものを1件採用する」として記載する。</p> <p>■「1-1」の基礎行為の観察の部分が記載されている場合は、基礎行為に「最近の項目」で場所する</p> <p>入浴～着脱の間に観察が実施されて「1」又は「0」目名称と単位・単位を出力する</p> <p>各項目が複数存在する場合は、基礎行為に「最近のものを1件採用する」として記載する</p> <p>31003303: ADL増進動作=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助)</p> <p>31002776: おむつ交換=(01:自立,02:継続的観察,03:継続的観察,04:部分介助,05:全介助)</p> <p>列挙型(R7122)</p>
	<p>12001386/A001/B004/C041/D001: 継続的観察</p> <p>12001387/A001/B004/C041/D002: 継続的観察</p> <p>12001388/A001/B004/C041/D003: 継続的観察</p> <p>12001389/A001/B004/C041/D004: 継続的観察</p> <p>12000088/A001/B004/C042/D000: 継続的観察</p> <p>12002405/A001/B004/C042/D001: 継続的観察</p> <p>12002406/A001/B004/C042/D002: 継続的観察</p> <p>12002407/A001/B004/C042/D003: 継続的観察</p> <p>12002408/A001/B004/C042/D004: 継続的観察</p> <p>12000647/A001/B004/C030/D000: 継続的観察</p> <p>12000648/A001/B004/C030/D001: 継続的観察</p> <p>12000649/A001/B004/C030/D002: 継続的観察</p> <p>12000650/A001/B004/C030/D003: 継続的観察</p> <p>12000651/A001/B004/C030/D004: 継続的観察</p> <p>12000071/A001/B004/C032/D002: 継続的観察</p> <p>12000653/A001/B004/C039/D000: 継続的観察</p>		<p>項目名称・単位を出力</p> <p>全出力</p>

ADL等の生活に関する情報

ADL等の生活に関する情報	項目	選択状況	評価
		<p>12000083(A001/B004/C039/D003): 管理番号(期間): 期間名称 日常生活利用支援/自己調整の支援 12000084(A001/B004/C039/D004): 日常生活利用支援/自己調整の支援/高リスク対応 12001142(A001/B004/C309/D000): 日常生活利用支援/自己調整の支援/高リスク対応 12001143(A001/B004/C309/D001): 日常生活利用支援/自己調整の支援/高リスク対応 12001144(A001/B004/C309/D002): 日常生活利用支援/自己調整の支援/高リスク対応</p>	
<p>■ 推定コンピュータ</p>	<p>良好 下痢 便秘</p>	<p>12000650 (A001/B004/C033/D000): 日常生活利用支援/認知機能支援/ 12000072 (A001/B004/C033/D017): 日常生活利用支援/認知機能支援/ 12000073 (A001/B004/C033/D018): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援/認知機能支援</p> <p>12000651 (A001/B004/C034/D000): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) / 12000074 (A001/B004/C034/D019): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /下痢 12000075 (A001/B004/C034/D020): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /便秘 12000076 (A001/B004/C034/D021): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /下痢 12000077 (A001/B004/C034/D022): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /便秘 12000954 (A001/B004/C034/D329): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /下痢 12000955 (A001/B004/C034/D330): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /便秘 12000652 (A001/B004/C035/D000): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) / 12000078 (A001/B004/C035/D023): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /下痢 12000079 (A001/B004/C035/D024): 日常生活利用支援/認知機能支援/認知機能支援(認知機能支援) /便秘</p>	<p>31005873: 下痢回数=〇回/日 31000029: 便回数=〇回/日 31000038: 便性状=(01:普通便,02:硬便,03:軟便,04:泥状便,05:水様便,06:粘液便,07:補助便,08:不詳便,09:排便,10:9-11便,11:血便,12:頻尿便,13:移行便) 列挙型 (R7069) 全出力</p>
	<p>推定日を含む過去4日間に該当する予定の介護サービスは、第4項欄修飾語を出力する。第4項欄修飾語が存在しない(D000)場合は、第3項欄行名称を出力する 各項目が複数存在する場合は、推定日単一並びに全ての1件を出力する</p>		<p>31004548: ADL(外)支援=(01:自立,02:部分的支援,03:継続的支援,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122) 31004951: ADL修養(内) =(01:自立,02:部分的支援,03:継続的支援,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122) 31004952: ADL修養(外) =(01:自立,02:部分的支援,03:継続的支援,04:部分介助,05:全介助) 列挙型 (R7122)</p>
	<p>推定日を含む過去4日間に該当する介護サービスは、第4項欄修飾語を出力する。第4項欄修飾語が存在しない(D000)場合は、第3項欄行名称を出力する 各項目が複数存在する場合は、全ての値を列挙し出力する</p>		<p>各項目が複数存在する場合は、全ての値を列挙し出力する</p>

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(平成30年度)

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

研究分担者 小林 美亜(千葉大学医学部附属病院 特命病院教授)

研究要旨

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

B. 研究方法

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

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

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

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

1. 日本海ヘルスケアネットの全体の取り組みについて

（1）地域医療連携推進法人創設の経緯

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

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

(2) 取り組みの実際

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

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

(3) 取り組みの課題

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

2. ちょうかいネットの活用

(1) 導入経緯

「ちょうかいネット」の導入背景には、各

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

(2) システムの概要

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

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

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

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

(3) 連携等への活用

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

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

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

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

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

（４） ちょうかいネット活用による効果

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

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

3. 心不全連携

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

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

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

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

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

4. その他の連携

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(平成30年度)

【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた胃瘻造設に関する研究

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

研究デザイン: 横断研究

(倫理面への配慮)

対象: 奈良県在住の国民健康保険加入者、後期高齢者医療制度加入者

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査会の承認を得て実施された。

調査期間: 2013年4月～2017年3月

主な調査項目: 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下

C. 研究結果

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

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

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

D. 考察

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

3 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
中西康裕、今村知明	リーダー・マネジャー 実践コース【医療制度・経営を知る】	今村知明	CandY Link	メディ カ出版	日本	2018	eラー ニング

雑誌

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

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