

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)

地域の実情に応じた医療提供体制の構築を
推進するための政策研究

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 今村 知明
(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

令和 2 (2020) 年 3 月

目 次

[総括研究]

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

(今村知明 研究代表者)

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
1. 医療計画グループ	2
2. 病床機能グループ	3
C. 研究結果	4
1. 医療計画グループ	4
2. 病床機能グループ	4
D. 考察	5
1. 医療計画グループ	5
2. 病床機能グループ	6
E. 結論	7
F. 健康危険情報	7
G. 研究発表	7
1. 論文発表	7
2. 学会発表	8
H. 知的財産権の出願・登録状況	9
1. 特許取得	9
2. 実用新案登録	9
3. その他	9
添付資料	10

[分担研究]

1. 医療計画グループ

【医療計画班】第7次医療の計画中間見直しに盛り込むに当たって必要な事項

(河原和夫、今村知明、野田龍也)

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

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

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

(河原和夫、伊藤達哉、田極春美、菅河真紀子)

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

2. 病床機能グループ

2-1 【定量分析班】 病床機能報告に基づく医療機能分化の実態把握と可視化に関する研究
(松田晋哉、藤森研司、伏見清秀、石川ベンジャミン光一)

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

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

A. 研究目的	2-2-1
---------	-------

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

H. 知的財産権の出願・登録状況	2-4-5
1. 特許取得	2-4-5
2. 実用新案登録	2-4-5
3. その他	2-4-5
2-5 【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた医療介護連携分析 (次橋幸男、長野典子、今村知明、野田龍也)	
A. 研究目的	2-5-1
B. 研究方法	2-5-1
C. 研究結果	2-5-2
D. 考察	2-5-3
E. 結論	2-5-4
F. 健康危険情報	2-5-3
G. 研究発表	2-5-4
1. 論文発表	2-5-4
2. 学会発表	2-5-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5-4
1. 特許取得	2-5-4
2. 実用新案登録	2-5-4
3. その他	2-5-4
2-6 【地域実情分析班】地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める具体的対応 方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル (佐藤大介、小林大介、今村知明、野田龍也)	
A. 研究目的	2-6-1
B. 研究方法	2-6-2
C. 研究結果	2-6-2
D. 考察	2-6-3
E. 結論	2-6-3
F. 健康危険情報	2-6-4
G. 研究発表	2-6-4
1. 論文発表	2-6-4
2. 学会発表	2-6-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-6-4
1. 特許取得	2-6-4
2. 実用新案登録	2-6-4
3. その他	2-6-4
添付資料	2-6-5
3 研究成果の刊行に関する一覧表	3-1

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

総括研究報告書（令和元年度）

研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）

研究要旨

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

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

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

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

研究分担者

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

研究協力者

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

本研究班は 6 つの分担班に分けて研究を進め、班会議を 2 回開催し、研究の進捗状況の管理、調整を行いながら進めた。特に令和元年度においては、国の「具体的対応方針の再検証」に関連して、「地域実情分析班」の分担研究班を新たにたてながら研究を進めた。

研究の実施体制は図 1 の通りである。

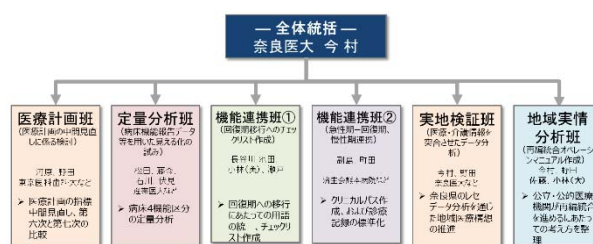


図 1 研究の実施体制

1. 医療計画グループ

医療計画班

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

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

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

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

2. 病床機能グループ

定量分析班

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

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

機能連携班①-1

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

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

機能連携班①-2

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

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

機能連携班②

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

実地検証班

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

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

地域実情分析班

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

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

C. 研究結果

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

1. 医療計画グループ

医療計画班

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

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

や設定した指標が少ないところなどさまざまであった。

2. 病床機能グループ

定量分析班

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

機能連携班①-1

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

機能連携班①-2

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

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

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

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

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

機能連携班②

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

実地検証班

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

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

内に「健康寿命を終えた」患者は1682名であった。

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

地域実情分析班

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

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

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

D. 考察

1. 医療計画グループ

医療計画班

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

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

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

2. 病床機能グループ

定量分析班

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

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

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

機能連携班①-1

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

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

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

機能連携班①-2

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

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

機能連携班②

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

実地検証班

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

延長を目指した効率的かつ重点的な介入につなげられる可能性がある。

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

地域実情分析班

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

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

骨粗鬆症学会雑誌. 5(2). 69-76. 2019.

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

2. 学会発表

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
 1. レセプト情報・特定健診等情報データベ
 ースにおける患者突合方法及び装置
 今村知明、東野恒之、野田龍也、久保
 慎一郎、加藤源太、西岡祐一、明神大也
 特許番号：特願 2018-075685
 2. レセプト情報データベースにおける患者
 の死亡判定方法及び装置 今村知明、
 東野恒之、降旗志おり、野田龍也、久保慎
 一郎、西岡祐一、明神大也、中西康裕
 特許番号：特願 2019-094138
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

＜添付資料＞

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

別表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防・早期発見	治療	療養支援
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	●	●
		がん診療連携拠点病院数	●
		認定看護師が配置されている拠点病院の割合	
		専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	
		放射線治療・薬物療法・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	
		●	
		地域がん診療病院数	
		がんリハビリテーション実施医療機関数	
プロセス	●	がん検診受診率	●
		喫煙率	●
		ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）	●
		ハイリスク飲酒者の割合	●
		運動習慣のある者の割合	●
		野菜と果物の摂取量	
		食塩摂取量	
		公費肝炎検査実施数	
		公費肝炎治療開始者数	
アウトカム	●	がん患者の年齢調整死亡率	●
		がん患者の死亡者数	●
		がん患者の在宅死亡割合	●
		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	●

（●は重要指標）

別表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

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

(●)は重要指標

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※別表5 は精神のため欠番

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

(●は重要指標)

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表8 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●)は重要指標

別表10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

ストラクチャー ● 災害時小児周産期エリゾン任命者数

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●は重要指標)

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

表 2 重点・参考指標一覧 (集計定義等)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

614 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療							転送施設の実施件数	都道府県	都道府県調査 (救急医療提供体制の 現況)	H30年度 調査 (H29年 度実績)	毎年	厚生労働省	(他院への) 転送施設の実施件数	救命医療—三次救急医療機関、入院救命医療—二次救急医療機関、初期救急医療—初期救急医療機関における転送施設の実施件数を整理。現状では初期救急医療機関しかデータ無し。 今後、病状報告もしくは救急医療提供体制の現況等において、R2調査からR3のデータアップからの対応を想定
615	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P	●	15	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	H30年 (H29実 績)	毎年	厚生労働省	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	〇平成30年版救急・救助の現況<中> 別表9の1 病院収容所要時間別搬送人員の状況<中>				
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標		指標名	調査名等	調査年・ 時点	調査 周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考				
616	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P	●	16	受入困難事例の件数	平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果	H30年	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数	〇令和元年度 救急業務のあり方に関する検討会 参考資料1 平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果<中>(重症(長期入院)以上傷病者) 現場滞在時間区分ごとの件数				
617 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		17	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメテイヤカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数	都道府県調査	随時	毎年	厚生労働省	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメテイヤカルコントロール協議会の開催回数	必ずしも全ての関係者が揃って開催された回数ではない。多職種連携会議については、メテイヤカルコントロール協議会以外に都道府県が主催した会議をカウントするものとして、R2調査から周知を検討				
618 追記	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		18	救命救急センター充実度評価S及びAの割合	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	H30年調査 (H30 実績)	毎年	厚生労働省	充実度評価S及びAの救命救急センターの救急救急センター総数*救命救急センターの診療体制や患者受け入れ実績に基づいた評価					
619	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		19	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出				
620	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	0	●	20	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後	救急救助の現状	H30年 (H29実 績)	毎年	厚生労働省	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後生存率と1ヶ月後社会復帰率	〇平成30年版救急・救助の現況<中> 別表18 一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1ヶ月後生存率(10力年比較、都道府県別) <中>				
701	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S		1	病院の耐震化率	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況					
702	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S	●	2	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	数値が100%を達成したため、参考値とする				
703	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S		3	複数の災害時の通信手段の確保率	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況					

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

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

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

へき地	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能	再掲	SPD	重点指標	都道府県	調査名等	調査年・時点	調査周期	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
820	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能①		P ●	20	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
821	へき地診療	へき地支援医療	行政機関等の支援	病期医療機能②		P ●	21	都道府県	へき地医療現況調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療現況調査の記入要領に準ずる	へき地医療現況調査において、各都道府県が把握している、へき地の医療の現況
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能③	病期医療機能④	再掲	SPD	重点指標	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
901	周産期	低リスク分娩	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	1	都道府県	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省(e-Stat)	主たる診療科を、産科、産婦人科、婦人科としている医師数	
902	周産期	低リスク分娩	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	2	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	分娩を取り扱っている担当医師数	
903	周産期	低リスク分娩	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	3	都道府県	専門医(新生児、母体、胎児)の認定状況(日本周産期・新生児医学会HP)	随時	随時	日本周産期・新生児医学会	日本周産期・新生児医学会が認定した専門医の数	
904	周産期	低リスク分娩	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	4	市町村	医療施設調査(静態)	H26年	3年毎	個票解析等	「分娩の取扱」有りの担当医師数(常勤換算)	衛生行政報告例では就業助産師数が把握可能
905	周産期	低リスク分娩	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	5	都道府県	アトランス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数	随時	随時	日本助産師会、日本看護協会	クリニカルリーダーレベルの認定を受けた助産師数、新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数	
906	周産期	低リスク分娩	総合周産期母子医療センター	療養・療育支援		S	6	市町村	分娩を取り扱う医療機関の種別	H26年	3年毎	個票解析等	手術等の実施状況の「分娩の取扱」の院内助産師が有る施設数 分娩を取り扱う助産師数	

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

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

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

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

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

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

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

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

【医療計画班】第7次医療の計画中間見直しに盛り込むに当たって必要な事項

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

研究要旨

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

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

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

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

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

A. 研究目的

平成27年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療計画の評価と実効性の向上に関する研究」（研究代表者 河原和夫）に続く形で、第7次医療計画における、都道府県にとって有用であり、かつ、事業や結果（アウトプット）及び成果（アウトカム）につながると考えられる指標について、指標選定の考え方やその

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

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

B. 研究方法

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

- ① 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療計画の評価と実効性の向上に関する研究」（主任研究者・河原和夫）
- ② 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を第 7 次医療計画に盛り込むにあたって必要な事項」（平成 28 年度）（主任研究者・今村知明）
- ③ 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療計画の策定プロセス等に関する調査について」（平成 29 年度）（主任研究者・今村知明）

また、国の施策の観点を踏まえるため、令和元年 10 月以降に開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」の資料及び議事録、「とりまとめ」についても、可能な限りその方向性に合うよう留意した。

個別の指標の検討にあたっては、事業ごとに厚生労働省の担当者へのヒアリングを行ったうえで、適宜関係者と調整し、今後に向けた指標選定の考え方やその活用方法、具体的な指標の選定や

その根拠となるデータを整理した。

C. 研究結果

①、③については、都道府県へのアンケート調査を踏まえ、以下のような課題と考察が得られた。②については、本研究班の主任研究者である公立大学法人 奈良県立医科大学公衆衛生学講座のホームページで公表されているので参照されたい。

(http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/pdf/byosho_shihyo/1_shihyo_report_170405.pdf)

<医療計画の課題>

- ・ 指標とそれがどのような事業や結果を生むかについて、都道府県は理解しにくいことが明らかとなった。
- ・ 「評価の実施状況」については、内部の委員会のみによって行われており、第三者委員会や住民や関係者から意見を求めた評価を行っているところは少なかった。
- ・ 数少ない都道府県の職員数であるにもかかわらず、多くの検討会を短期間で開催しなければならない。
- ・ 人事異動もあり、専門人材の確保や育成が困難である。

<考察>

- ・ 指標が多すぎると、かえって施策の優先順位や目標が定まらず、計画自体がバランスを欠く恐れがある。
- ・ 対策を推進するためには、特に財政の裏付けが医療計画の実効性を担保するためにも不可欠である。
- ・ 今後は、在宅、そしてその背後に控える介護事業を考えると、市町村の役割の見直しや強化、都道府県との連携の強化も必要である。

<直近の検討会の内容確認>

国における「医療計画の見直し等に関する検討会」については、第15回(令和元年10月18日)、第16回(令和元年11月28日)、第17回(令和2年1月15日)において医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ(案)が出された。それぞれにおける主な議題と論点は以下の通り。

<第15回>(令和元年10月18日)

(主な議事)

- 中間見直しを見据えた検討の進め方について
- 周産期医療・小児医療の現状と第7次医療計画における取組み状況等について

(資料内容)

①周産期

- ・ 周産期について、圏域の設定については、精査・検証し、機能分化連携の点から、望ましいあり方を整理してはどうか。また、可能かどうかも含め、圏域の設定を評価する指標の導入を検討してはどうか。
- ・ 周産期医療の療育・養育支援の指標と小児医療や在宅医療に用いられる指標について、それぞれの成育過程にあわせて整えてはどうか。

②小児

- ・ 小児について、各都道府県の小児医療体制の整備について、小児医療の関係団体、各医療機関種の医療従事者、行政、住民等が継続的に議論するために、小児医療に係る協議会を定期的に開催するとともに、地域医療構想、在宅医療等に係る協議会との整合性に留意するよう、見直してはどうか。
- ・ 小児の適正受診を促す取組や小児在宅医療は重要な課題であり、これらに関する目標指標を採用する都道府県が、目標達成のために実施している取組とその経過について経時的に情報収集するとともに、好事例について

は、他の都道府県にも情報提供してはどうか。

<第16回>(令和元年11月28日)

(主な議事)

- 医療計画の中間見直しにおける議論の整理(救急医療)
- へき地医療について
- 第7次医療計画の策定指針の中間見直しについて(がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病)

(資料の内容)

①救急

- ・ 救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価する指標が必要ではないか。
- ・ 中間見直しにおいては、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価するために、以下の対応を検討してはどうか。
- ・ 示された指標(案)
 - 地域で行われている多職種連携会議の開催回数
 - 中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数
 - 救急車の受入件数
 - 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間

②へき地

- ・ 「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標として提示し、まずはへき地医療拠点病院の主要3事業の推進を促してはどうか。
- ・ 現況調査における平成29年度実績で、必須

事業のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が直近の現状を確認するよう指針に明示してはどうか。

③がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病

- ・ がん、脳卒中、心血管疾患については、見直しの方向性は示されず。
- ・ 糖尿病の医療体制構築に係る指標について、厚生労働科学研究班（※）による知見や指標の把握方法等を踏まえ、以下の2指標を追加してはどうか。

※厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究（研究代表者：東京大学 門脇孝）」（2017年度～2019年度）

（案①）患者の新規下肢切断術の件数 合併症治療のアウトカム指標）

（案②）1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数 合併症予防を含む専門治療のストラクチャー指標）

<第17回>（令和2年1月15日）

（主な議事）

- 小児医療について
- 在宅医療について
- 災害医療について
- 医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ（案）について

（資料の内容）

①小児医療

- ・ 災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、その任命を求めているが、まだ任命が進んでいないことから、災害指標との整合性を図りつつ「災害時小児周産期リエ

ゾン任命者数」を重点指標としてはどうか。

- ・ 地域において療養・療育支援が可能な体制を確保するために、在宅医療の指標例との整合性に留意し、小児の訪問診療を実施する医療機関の数、訪問診療を受けた患者数、訪問看護利用者数を把握するために以下の指標を追加してはどうか。
- ・ 示された指標（案）
 - 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
 - 小児の訪問診療を受けた患者数（都道府県単位の集計となる見込み）
 - 「小児の訪問看護利用者数」

②在宅医療

- ・ 在宅歯科医療の提供体制について近年、口腔ケア（口腔健康管理）が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔の健康と全身の健康との関係について指摘されており、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加してはどうか。
- ・ 小児医療と在宅医療のそれぞれの提供体制が整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、中間見直しにおいて「訪問診療を実施する診療所・病院」、「訪問診療を受けた患者数」のうち、小児15歳未満）についても指標例に追加してはどうか。

③災害医療について

- ・ 第15回「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」をふまえて、医療計画の中間見直しにおいては、「保健医療調整本部について指針に明示する」、「災害医療コーディネーターの記載について、活動要領を踏まえた内容とする」

④意見のとりまとめ（案）について

- ・ 第7次医療計画の中間見直しに必要な

「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめのたたき台が出された。

<中間見直しの検討経緯と関係者との打ち合わせ>

医療計画の検討会の進捗状況をふまえて、当医療計画班においては、指標の目的、データリソースの集計方法等の考え方について5事業および在宅の担当者との打ち合わせを行った。5疾病については糖尿病のみ関係者と打ち合わせを行い、精神を除き、指標の変更のない疾患については検討会資料のレビューにとどめた。中間見直しにおける精神を除く4疾病と5事業、在宅の検討経緯は次の通りである。

(がん)

①中間見直しの方向性

第7次医療計画の中間見直し後も現在と同様の指標を継続して使用する。

第8次医療計画に向けて、「第4期がん対策推進基本計画」と並行して指標等の見直しを行う。

②関係者とのやりとり

なし

③指標の見直し

なし

(脳卒中) および (急性心筋梗塞)

①中間見直しの方向性

第7次医療計画の中間見直し後も現在と同様の指標を継続して使用する。

令和元年12月に施行された「循環器病対策基本法」に基づき設置される循環器病対策推進協議会における議論や循環器病対策推進基本計画を踏まえて、第8次医療計画に向けた検討する。

②関係者とのやりとり

なし

③指標の見直し

なし

(糖尿病)

①中間見直しの方向性

糖尿病足病変は下肢切断につながり、QOLの著しい低下を来すにも関わらず、アウトカム指標に設定されておらず、また、OECD「医療の質指標」でも国際比較項目として設定されていることから、NDB解析を用いて、都道府県毎に新規下肢切断術の件数を把握する。

第7次医療計画では1型糖尿病に関する目標が設定されておらず、1型糖尿病は合併症予防・QOL維持のために専門的な治療が必要となることが多い。そのため、1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数として「持続皮下インスリン注入療法(CSII)の管理が可能な医療機関数」を把握する。

②関係者とのやりとり

『令和元年度厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究」資料』（研究代表者 東京大学 門脇 孝）を引用させていただき形で糖尿病の2指標を追加することとなった。（以下、引用一部加工）

③指標の見直し

(追加指標)

ア. 「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」

(データリソース)

平成27年度から平成29年度のNDBデータ

(集計方法)

糖尿病薬処方が当該年度に1度以上あった患者で下肢大切断の診療行為を抽出（医科のSIレコード、DPCのSIレコード。CDレコード、SKレコードは除く。）

- ・K084 四肢切断術（大腿・下腿）
- ・K085 四肢関節離断術（股・膝・足・指）

(該当する診療行為コード)

コード	区分番号	診療行為コード	名称
K	84	150051610	四肢切断術(大腿)
K	84	150051710	四肢切断術(下腿)
K	84	150051810	四肢切断術(足)
K	84	150051910	四肢切断術(指)
K	85	150052210	四肢関節離断術(股)
K	85	150052310	四肢関節離断術(膝)
K	85	150052610	四肢関節離断術(足)
K	85	150052710	四肢関節離断術(指)

イ. 「糖尿病患者の新規下肢切断術の件数」

(データリソース)

(集計方法)

糖尿病薬処方当該年度に1回以上あった患者で、診療行為よりシリンジポンプに関連する加算を抽出(医科のSIレコード、DPCのSIレコード、CDレコード、SKレコードを除く)

- ・C152 間歇注入シリンジポンプ加算
- ・C152-2 持続血糖測定器加算(シリンジポンプ付き)

上記の中でインスリン処方があった患者に限り集計を行った。

(該当する診療行為コード)

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	152	0	114022010	間歇注入シリンジポンプ加算(プログラム付き)
C	152	0	114004810	間歇注入シリンジポンプ加算(1以外)
C	152	2	114029070	持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ)
C	152	2	114029170	持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ以外)

(救急医療)

①中間見直しの方向性

救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価できるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。

災害に対応したインフラ整備等について、救命

救急センターに求められている医療機能を踏まえ、災害時においても高度な救急医療を提供できる体制を構築するために、災害拠点病院と同様に非常用自家発電設備や給水設備の保有を求める。具体的には、指針に以下を追記する。

災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機(備蓄する燃料含む)、受水槽(備蓄する飲料水含む)の保有が望ましい。

②関係者とのやりとり

「転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数」は重点指標に格上げする。

- ・「救命救急センター充実度評価S及びAの割合」についてこれまで「A」のみであったが、「S」を追記する。
- ・中間見直しで掲載できないのは、8次に向けて準備を進める

③指標の見直し

(追加指標)

ア. 「救急車の受入件数」

(データリソース)

「救急医療体制の現況調べ」

(集計方法)

これまで、救命救急センターを有する医療機関における年間受入救急搬送件数のみであったが、二次救急医療機関の年間救急車受入件数を指標として新たに追加する。初期救急医療機関における年間救急車受入件数は令和2年度以降の調査項目として検討する。

イ. 「転院搬送の受入件数」

(データリソース)

「救急医療体制の現況調べ」

(集計方法)

二次・三次救急医療機関(救命救急センターを除く)について、都道府県別に当番日(診療時間内)、当番日以外(診療時間内)、当番日(診療時間外)、

当番日以外（診療時間外）別に集計して、実施状況を把握できるようにする。

ウ. 「転院搬送の実施件数」

（データリソース）

救急医療提供体制現況調べ

（集計方法）

都道府県および二次医療圏別に在宅当番医制、休日夜間急患センターからの転院搬送の実施件数を集計し、初期救急の実施状況を把握する。転院搬送の実施件数について、現状は初期救急医療機関しかデータは無いが、二次救急機関については、令和2年度の調査項目とするように検討する。

（災害医療）

① 中間見直しの方向性

指標の見直しに関しては、「救急災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における議論等を踏まえて修正を反映する。具体的には、災害時には、特に都道府県等の自治体を中心となって対応を行うこととなるという観点から、災害医療教育の実施回数を指標に盛り込む。

災害発生時には、保健所（都道府県が設置するもの、区・市が設置するもの両方）が市町村や避難所等の医療を含む調整を行うため、都道府県レベルでの災害訓練の実施回数に、「保健所、市町村等」を追加し、保健所等と連携を取ることを明確化する。

② 関係者とのやりとり

集計することが時間的または物理的に困難なものは第8次医療計画での検討とする。

③ 指標の見直し

（追加指標）

ア. 「都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数」

イ. 「都道府県による地域住民に対する災害医療

教育の実施回数」

ウ. 「災害医療コーディネーター任命者数」

エ. 「災害時小児周産期リエゾン任命者数」

（データリソース）

上記のア～エについては、国が実施した調査結果を都道府県別で集計実施。

（修正指標）

ア. 「災害時の医療チーム等の受け入れを想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（警察、消防等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数」

※その重要性が高まることから、保健所、市町村等を追記修正する。

（削除指標）

ア. 「災害拠点病院における業務継続計画（BCP）の策定率」

全国で100%を達成したため指標から削除。ただし、都道府県へ配布する医療計画策定支援データブック（CD）については混乱を生じないようデータはそのまま収載する。

（へき地医療）

① 中間見直しの方向性

良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関を増やして行く。

「へき地医療拠点病院の中で主要3事業（※）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。

※主要3事業・・・へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣

少なくともへき地医療拠点病院の必須事業（※）の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくため、「へき地医療拠点病院の中でへき地

医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。

※必須事業

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- ・へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

第8次医療計画に向け、医師確保計画とへき地医療計画の連携、地域枠医師の役割について、引き続き整理する。

② 関係者とのやりとり

平成29年度へき地概況調査はある。欠損値はない。追加の2指標は今の現況調査を基に集計すれば可能である。

③ 指標の見直し

ア. 「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」（データリソース）

平成30年度へき地現況調査

（集計方法）

実施回数の主要3事業の合計が年間12回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院の数／指定年月日がH30.3.31以前のへき地医療拠点病院の数

イ. 「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」

（データリソース）

平成29年度へき地現況調査

（集計方法）

必須3事業の実施回数の合計が年間1回以上の指定年月日がH30.3.31以前のへき医療拠点病院

の数／指定年月日がH30.3.31以前のへき地医療拠点病院の数

（周産期医療）

① 中間見直しの方向性

妊産婦に対する医療体制や精神疾患を合併した妊産婦への対応を評価する指標例について、精神疾患を合併する妊産婦への対応については、多職種が連携して患者に対応する体制を評価する指標として、ハイリスク妊産婦連携指導料1および2届出医療機関数を追加する。

妊産婦に対する医療体制については、活用可能で適切と考えられる指標例について、第8次医療計画に向けて検討していく。

「災害時小児周産期リエゾン認定者数」を重点指標にするとともに、災害医療の体制構築との整合性に留意した扱いとする。

第8次医療計画に向けて、災害医療コーディネーターとの連携を含む好事例の情報収集を行うとともに、災害医療の体制構築に係る検討の場等において、目指すべき在り方について検討する。

搬送に関連する指標例について、周産期医療機関の受入能力を評価する指標としては、消防機関による「搬送数」ではなく、周産期医療機関ごとの「搬送の受入数」が適切と考えられる点、現在の取得内容は妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない点、病院救急車等による搬送人員が把握できない点等を踏まえ、算出方法を見直す。

② 関係者とのやりとり

「ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数」は、検討会で追加の方向でという話になった。

消防庁のデータは母体と新生児を合算している。ドクターカーの新生児搬送件数が分からない。県を越えたかも分からない。都道府県の検討材料

にならないと思われる。

③ 指標の見直し

(追加指標)

「ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数」

(データリソース)

地方厚生局届出受理名簿(令和2年3月)より上記を届けている医療機関数を都道府県別にカウントする。

「災害時小児周産期リエゾン任命者数」

(※災害記載分の再掲)

(修正指標)

「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」

「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」

データリソースおよび集計仕様を変えていないが、算出方法とデータ取得方法を明確化した。巻末の資料1を参照のこと。

(小児医療)

① 中間見直しの方向性

災害時小児周産期リエゾンについては、周産期医療における見直しの方向性と同様の観点から、小児医療の指標例に、重点指標として「災害時小児周産期リエゾン任命者数」を加える。

小児医療と在宅医療それぞれの提供体制が整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、小児医療の指標例に、「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」等を追加する。また、活用可能で適切と考えられる指標例について、第8次医療計画に向けて検討していく

② 関係者とのやりとり

小児の在宅医療について、15歳未満もデータとしてあるが、30年度の数字は現在0か秘匿(一)されている。二次医療圏が出ても、市町村で推測できる場合も秘匿になる。指標としてあっても都道府県への実効性はどうか。

③ 指標の見直し

(追加指標)

「災害時小児周産期リエゾン任命者数」

災害および周産期指標と整合性を図り、かつ重点指標とする。

「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」

「小児の訪問診療を受けた患者数」

「小児の訪問看護利用者数」

(修正指標)

(新)「子ども医療電話相談の回線数・相談件数」

(旧)「小児救急電話相談の回線数・相談件数」

より名称の変更を行った。

(新)「小児の訪問看護をしている訪問看護ステーション数」

(旧)「小児の訪問看護を実施に対応している訪問看護ステーション数」より名称の変更を行った。

(在宅医療)

① 中間見直しの方向性

「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」における議論の整理を踏まえ、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加する。

小児在宅医療の提供体制について、小児医療に係る体制整備と整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。近年、増加傾向にある医療的ケア児に必要な支援については、第8次医療計画に向けて検討する。

第8次医療計画に向けて、原則として設定する指標やアウトカム指標、多職種による在宅医療提供体制や地域性を踏まえた在宅医療提供体制、災害対応や介護との連携を含めた今後の在宅医療のあり方について、介護保険事業(支援)計画等の関連する計画と整合性を確保しながら検討する。

② 関係者とのやりとり

中間見直しにあたっては、在宅医科歯科連携を

想定し、歯科を重点に置いて指標の追加を考えている。定義があいまいなものや分子分母をつくれないものは指標から除外する。

③ 指標の見直し

(追加指標)

ア. 「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」小児を参照。

イ. 「小児の訪問診療を受けた患者数」

ウ. 「機能強化型の訪問看護ステーション数」

(データリソース)

訪看 29-31 機能強化型訪問看護管理療養費の届出施設数

(集計方法)

件数も少ないことから、都道府県別に届出情報を集計する。

エ. 「在宅で活動する栄養サポートチーム (NST) と連携する歯科医療機関数」

(集計方法)

平成 29 年度 NDB 全国データより、以下の診療行為に該当する病院と診療所を合算し、二次医療圏単位で集計する。医療機関数および患者に関しては算定件数、算定回数の集計を行うこととする。

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	001	03	303005470	栄養サポートチーム等連携加算 1 (歯科疾患在宅療養管理料)
C	001	03	303005570	栄養サポートチーム等連携加算 2 (歯科疾患在宅療養管理料)
C	001	05	303007970	栄養サポートチーム等連携加算 1 (在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)
C	001	05	303008070	栄養サポートチーム等連携加算 2 (在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)

オ. 「歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数」

(集計方法)

平成 29 年度 NDB 全国データより、以下の診療行為に該当する病院と診療所を合算し、二次医療圏単位で集計する。医療機関数および患者に関しては算定件数、算定回数の集計を行うこととする。

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	000	00	303004270	歯科訪問診療補助加算 (在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合 (同一建物居住者以外の場合))
C	000	00	303004370	歯科訪問診療補助加算 (在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合 (同一建物居住者の場合))
C	000	00	303006970	歯科訪問診療補助加算 (イ以外の保険医療機関の場合 (同一建物居住者以外の場合))
C	000	00	303007070	歯科訪問診療補助加算 (イ以外の保険医療機関の場合 (同一建物居住者の場合))

カ. 「訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数」

キ. 「訪問口腔衛生指導を受けた患者数」

(集計方法)

平成 29 年度 NDB 全国データより、以下の診療行為に該当する病院と診療所を合算し、二次医療圏単位で集計する。医療機関数および患者に関しては算定件数、算定回数の集計を行うこととする。

コード	区分番号	枝番	診療行為コード	名称
C	001	0	303007310	訪問歯科衛生指導料 (単一建物診療患者が 1 人の場合)
C	001	0	303007410	訪問歯科衛生指導料 (単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合)
C	001	0	303007510	訪問歯科衛生指導料 (1 及び 2 以外の場合)

D. 考察

医療計画の PDCA サイクルを回し、地域住民の健康に寄与するためには、課題解決につながる施策群と、それぞれの施策を推し進めるための事業、

さらには事業の実施に必要な予算化である。都道府県の医療計画策定スケジュールがタイトであることを考えると、まずは優先する疾患・事業がある程度限定し、やれるところや重要な点から始めることが大切である。

指標の数が多くなって都道府県の業務負担となりすぎないように注意が必要である。

表1について、指標については、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標を重点指標（●印付き）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標を参考指標（印なし）とした。

また、5疾病5事業および在宅のデータ定義等については、表2を作成した。周産期については、データ取得方法と指標の算出方法について、参考資料1を掲載した。

なお、精神医療分野については、別途の研究班報告書に掲載されているので、そちらを参照されたい。

E. 結論

今回、これまでの議論等を踏まえて医療計画の中間見直しに活用できる指標の選定及び開発を行った。都道府県の医療計画策定担当者には是非活用していただきたい。

一方で、それと同時に、施策体系や評価の枠組みの必要性が浮き彫りとなった。指標は良質な課題設定と施策体系があって初めて価値を高めることができるため、今後は、枠組みづくりとそれに合わせた指標の設定、その枠組み全体の評価についても考え方を示していきたい。

参考資料1：

「周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」における、「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」及び「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」について

<添付資料>

表1 : 4疾病（精神医療以外）・5事業及び在宅医療の医療体制構築にかかる現状把握のための領域別指標

表2 : 重点・参考指標一覧（集計定義等）

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

参考資料1 「周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」における、
「母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率」及び
「母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数」について

- 現在の指標例は、次回の医療計画の見直しまで修正及び削除できないが、都道府県の周産期医療体制の構築に資する、より適切なデータを提供するために、平成30年度のデータブックより、各指標について、以下に示す取得内容、出典資料名、取得方法により得られたデータも、これまでのデータとあわせて掲載することとする。

<現在の各指標の集計定義及びデータの入手元>

(1) 母体・新生児搬送数

- ・ 取得内容：妊婦（分娩直後の褥婦を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数
- ・ 出典資料名：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

(2) 母体・新生児都道府県内搬送率

- ・ 取得内容：母体・新生児県外搬送件数/母体・新生児搬送数
- ・ 出典資料名：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
周産期医療体制調

(3) 母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数

- ・ 取得内容：医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数
- ・ 出典資料名：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

<新たに提案する各指標の取得内容、出典資料名、取得方法>

(1) 母体搬送数

① 取得内容：

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数（戻り搬送を除く）

② 出典資料名：

平成29年度周産期医療体制調（平成28年度実績）

③ 取得方法：

(ア) 計算式

$$\sum_{k=1}^n (\chi_1 - \chi_2)_k$$

(イ) 変数の定義

n：自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

χ_1 ：平成29年度周産期医療体制調の「調査票1_集計表」における、自都道府県内の

各周産期母子医療センターの「母体搬送受入数」(項番 72)

χ_2 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「母体戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 72-7)

(2) 新生児搬送数

① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数(戻り搬送を除く)

② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

③ 取得方法 :

(ア) 計算式

$$\sum_{k=1}^n (\chi_3 - \chi_4)_k$$

(イ) 変数の定義

n : 自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

χ_3 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児搬送の受入総数」(項番 38)

χ_4 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 41)

(3) 母体都道府県内搬送率

① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)

② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

③ 取得方法 :

(ア) 計算式

$$\left(\sum_{k=1}^n (\chi_1 - \chi_2)_k - \chi_5 \right) / \sum_{k=1}^n (\chi_1 - \chi_2)_k$$

(イ) 変数の定義

n : 自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

χ_1 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の

各周産期母子医療センターの「母体搬送受入数」(項番 72)

χ_2 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「母体戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 72-7)

χ_5 : 平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【シート 2 : 項番 38-2 及び 72-2 関係】他都道府県からの新生児及び母体搬送受け入れについて。(平成 28 年度実績)」における、自都道府県の各周産期母子医療センターの「母体件数」欄の「計」の合計値

(4) 新生児都道府県内搬送率

① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)

② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

③ 取得方法 :

(ア) 計算式

$$\left(\sum_{k=1}^n (\chi_3 - \chi_4)_k - \chi_6 \right) / \sum_{k=1}^n (\chi_3 - \chi_4)_k$$

(イ) 変数の定義

n : 自都道府県の周産期母子医療センターの施設数

χ_3 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児搬送の受入総数」(項番 38)

χ_4 : 平成 29 年度周産期医療体制調の「調査票 1_集計表」における、自都道府県内の各周産期母子医療センターの「新生児戻り搬送の受入数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)」(項番 41)

χ_6 : 平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【シート 2 : 項番 38-2 及び 72-2 関係】他都道府県からの新生児及び母体搬送受け入れについて。(平成 28 年度実績)」における、自都道府県の各周産期母子医療センターの「新生児件数」欄の「計」の合計値

(5) 母体搬送数のうち受入困難事例の件数

① 取得内容 :

自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れることのできなかつた母体の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)

② 出典資料名 :

平成 29 年度周産期医療体制調(平成 28 年度実績)

③ 取得方法：

平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【別シート 1：項番 38-1 及び 72-1 関係】
新生児及び母体搬送について（平成 28 年度実績）」における、自都道府県の各周産期母子
医療センターの「母体」欄の「搬送受入不可件数」の合計値

(6) 新生児搬送数のうち受入困難事例の件数

① 取得内容：

自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れることのできなかった新生児の搬送
件数（自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。）

② 出典資料名：

平成 29 年度周産期医療体制調（平成 28 年度実績）

③ 取得方法：

平成 29 年度周産期医療体制調の調査票 1 の「【別シート 1：項番 38-1 及び 72-1 関係】
新生児及び母体搬送について（平成 28 年度実績）」における、自都道府県の各周産期母子
医療センターの「新生児」欄の「搬送受入不可件数」の合計値

＜添付資料＞

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

別表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重要指標）

別表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

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

(●)は重要指標

糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数
糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数
糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数
歯周病専門医数
糖尿病登録歯科医師数

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※別表5は精神のため欠番

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

(●は重要指標)

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表8 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●)は重要指標

別表10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

● 重要指標
● 災害時小児周産期エリゾン任命者数

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重要指標)

表 2 重点・参考指標一覧 (集計定義等)

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
101	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
102	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	2	がん診療連携拠点病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧 (厚生労働省HP)	H28年度	毎年	厚生労働省	平成28年10月現在で、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の一覧	
103	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	3	認定看護師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門看護師の認定状況 (日本看護協会HP)	随時	随時	日本看護協会	日本看護協会が認定したがん専門看護師の人数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん専門看護師の数を記載
104	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	4	専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門薬剤師の認定状況 (日本医薬学会HP)	H27年	毎年	日本医薬学会	日本医薬学会が認定したがん専門薬剤師の人数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん専門薬剤師の数を記載
105	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	5	放射線治療・薬物治療・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	都道府県	専門医の認定状況 (日本がん治療認定医機構HP)	H27年	毎年	日本がん治療認定医機構	日本がん治療認定医機構が認定したがん治療認定医の数	現時点で活用できるデータ源では、指標に基づきデータを算出することが不可能であるため、がん治療認定医の数を記載
106	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	6	地域がん診療病院数	二次医療圏	がん診療連携拠点病院等の一覧 (厚生労働省HP)	随時	随時	厚生労働省	地域がん診療病院の指定を受けている医療機関の数	
107	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	7	がんリハビリテーション実施医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	H007-2 がん患者リハビリテーション料の届出をしている医療機関数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
108	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	8	末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	一次医療圏	診療報酬施設基準	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	0003 在宅がん医療総合診療料の届け出施設数	指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
109	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	9	麻薬小売業免許取得薬局数	都道府県	麻薬・覚せい剤行政の概況	H26年12月31日	毎年	厚生労働省	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	
110	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	10	相談支援センターを設置している医療機関数	一次医療圏	がん相談支援センター (がん情報サービスHP)	H27年10月	随時	国立がん研究センターがん対策情報センター	相談支援センターを設置している医療機関数	
111	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	11	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票解析等	緩和ケア病棟の有無、病床数	

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	17	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
112	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	12	緩和ケアチームのある医療機関数	市町村	医療施設調査 (静態)	H26年	3年毎	個票集計等	緩和ケアチームの有無		
113	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				S	13	外来緩和ケア実施医療機関数	二次医療圏	診療報酬施設基準	H28年3月31日	毎年	厚生労働省	B001-24 外来緩和ケア管理料の届出施設数		指標に基づく診療行為を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。
114	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	14	がん検診受診率	都道府県	国民生活基礎調査 (大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	胃がん検診受診者数/調査対象者数 *胃がんの各検診を過去1年以内に受けた者数		
115	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	15	喫煙率	都道府県	国民生活基礎調査 (大規模調査)	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	喫煙者数/調査対象者数 *20歳以上の「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数 **20歳以上の調査対象者数		
116	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	16	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 (診療報酬ごと)	市町村	NOB	H27年度	毎年	厚生労働省	NOB 仕様参照	NOBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
117	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	17	ハイリスク飲酒者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年 (4年ごと)に拡大調査	厚生労働省 (e-Stat)	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者 *1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者 **平成27年国民生活基礎調査 (約11,000単位区内の世帯約30万世帯及び世帯員約74万人)において設定された単位区から世帯及び世帯員で、平成27年11月1日現在で1歳以上の者		
118	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	18	運動習慣のある者の割合	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年 (4年ごと)に拡大調査	厚生労働省 (e-Stat)	調査対象者のうち運動習慣のある者/調査対象者 *1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している調査対象者の割合		
119	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	19	野菜と果物の摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年 (4年ごと)に拡大調査	厚生労働省 (e-Stat)	国民栄養・栄養調査食品群別表に基づき、調査対象者が調査日に摂取した野菜・果実の量		
120	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	20	食塩摂取量	都道府県	国民健康・栄養調査	H27年11月1日現在	毎年 (4年ごと)に拡大調査	厚生労働省 (e-Stat)	調査対象者が調査日に摂取した食塩の量		
121	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				P	21	公費肝炎検査実施数	都道府県	特定感染症検査等事業 (都道府県)、健康増進事業 (市町村)	H22-26年度	毎年	厚生労働省	公費肝炎ウイルス検査実施件数	健康局がん・疾病対策調剤肝炎対策推進室において平成20年度以降把握しているデータ。平成14~19年度については、老人保健法に基づく老人保健事業で市町村において実施されていたが、データなし。	

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

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SFO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
138	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	年齢調整罹患率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別の集計	
139	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		罹患者数	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	二次医療圏・がん種・性別・年齢階級別の集計	
140	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		早期がん発見率	二次医療圏	がん登録	H27年度	毎年	国立がん研究センター	進行度別局（上皮がん除く）の構成比	上皮がんの割合
141	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0	●	がん患者の年齢調整死亡率	一次医療圏	人口動態特殊報告	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	悪性新生物の年齢調整死亡率	
142	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の死亡者数	都道府県	人口動態調査	H27年度	毎年	個票解析等	死因分類に基づく死因ごとの死亡者数	(二次医療圏・がん種・性別・年齢階級別)
143	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	全国	指標に見るわが国のがん対策	H19年	毎年	国立がん研究センター	指標に見るわが国のがん対策の指標A15a「拠点病院における5大がん（および他のがん）患者の5年生存率」に準ずる	相対生存率でも、死因調整生存率でもない
144	がん	予防・早期発見	治療	療養支援				0		がん患者の在宅死亡割合	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省 (e-Stat)	在宅等でのがんによる死亡者数/がんによる死亡者数$\times 100$ *都道府県別の死因「悪性新生物」の在宅等（介護老人保健施設、自宅、老人ホーム）での死亡者数$\times 100$ ** 都道府県別の死因「悪性新生物」の全死亡者数	
201	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査（特設）	H26年	3年毎	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数	
202	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		神経内科医師数、脳神経外科医師数	一次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省 (e-Stat)	従事する診療科等について、主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	
203	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査（特設）	H26年	3年毎	個票解析等	SQJ（脳卒中ケアユニット）を有する施設数	
204	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		S		脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	毎年	厚生労働省	A205-2 起急性期脳卒中加算の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況に基づき算出している。

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

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
218	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	18	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
219	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期		P	19	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出	
220	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	1	0	20	脳血管疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数		
221	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	21	脳血管疾患患者の年間致死率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	厚生労働省(e-Stat)	脳血管疾患による年間致死率		
222	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	22	救急要請(通知)から医療機関への収容までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	消防庁	救急要請(通知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		
223	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	23	脳血管疾患により救急搬送された患者の割合	市町村	患者調査	H26年	個票解析等	脳血管疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数		
224	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	24	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	個票解析等	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数		
225	脳卒中	予防	救護	急性期	回復期	維持期	0	0	25	在宅等生活の場へ復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26	個票解析等	主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家族又は入院前の場所」と「入院後の行き先が介護法人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設」に入所と一致している患者数と割合		
301	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	1	禁煙外来を行っている医療機関数	市町村	医療施設調査(特設)	H26年	個票解析等	禁煙外来を実施している医療機関数		
302	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	2	循環器内科医師数、心臓血管外科医師数	一次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	厚生労働省(e-Stat)	従事する診療科名等について、主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数		
303	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	3	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	市町村	医療施設調査(特設)	H26年	個票解析等	CCU(脳卒中ケアユニット)を有する施設数		
304	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	4	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	市町村	NDB	H27年度	厚生労働省	NDB 仕様参照	診療報酬届出調査でも算出可能。	
305	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		S	5	心臓血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	市町村	診療報酬施設基準	H28年3月1日	厚生労働省	H000 心臓血管リハビリテーション(1)の届出施設数	指標に基づく診療行為等を提供する医療機関数については、医療施設調査を基に集計することを基本とする。ただし、医療施設調査では把握できないものについては、診療報酬の施設基準の届出状況を基に算出している。	

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

ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	SPO	重点指標	指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
318	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		P	18	外来心疾患リハビリテーションの実施件数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDB を用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
319	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防	1	0	19	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	主病名が「虚血性心疾患」であり、「救急車により搬送」された患者数	
320	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	20	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	都道府県	人口動態特殊報告	H27年	5年毎	厚生労働省 (e-Stat)	虚血性心疾患による年齢調整死亡率	
321	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	21	救急要請(通知)から医療機関への取寄までに要した平均時間	都道府県	救急・救助の現状	H27年度	毎年	消防庁	救急要請(通知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	
322	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	22	虚血性心疾患により救急搬送された患者の死亡率	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	虚血性心疾患で救急搬送された患者について、患者住所地の二次医療圏と医療機関所在地の二次医療圏が異なる患者数	
323	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	23	退院患者平均在院日数	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	
324	心筋梗塞	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防		0	24	在宅等生活の場へ復帰した患者の割合	市町村	患者調査	H26年	3年毎	個票集計等	主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「在宅又は入院前の場所と異なる」患者の割合	
401	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	1	特定健診受診率	都道府県	国民生活基礎調査	H25年	3年毎	厚生労働省 (e-Stat)	健診受診者数/調査対象者数 *過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数 **同調査の40歳~74歳の対象者数	
402	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			P	2	特定保健指導実施率	都道府県	特定健康診査・特定保健指導に関するアンケート(厚生労働省HP)	H26年	毎年	厚生労働省	医療保険者から国に報告された特定健康診査・特定保健指導の実施結果	
403	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	3	糖尿病内科(代謝内科)医師数	一次医療圏	医師・歯科医師・薬剤師調査	H26年	2年毎	厚生労働省 (e-Stat)	従事する診療科名等について、「糖尿病内科(代謝内科)」と届出をした医師数	
404	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	4	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数	市町村	医療施設調査(機能)	H26年	3年毎	個票集計等	主たる診療科目を「糖尿病内科(代謝内科)」と標榜している施設及び単科で「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している施設数の合計数	
405	糖尿病	予防	初期・安定期	専門	合併症			S	5	教育入院を行う医療機関数	都道府県	教育入院を行う医療機関の状況(日本糖尿病協会HP)	随時	随時	日本糖尿病協会	教育入院を行う医療機関数	

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

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

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

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

614 新	救急	救護	救急医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療						転院搬送の実施件数	都道府県	都道府県調査 (救急医療提供体制の 現状)	H30年度 調査 (H29年 度実績)	毎年	厚生労働省	(他院への)転院搬送の実施件数	救命医療一二次救急医療機関、入院救命医療一二次救急医療機関、初期救命医療一二次救急医療機関における転院搬送実施件数 と整理。現状では初期救命医療機関しかデータ無し。 今後、病状報告もしくは救急医療提供体制の現況について、R2調査からR3のデータアップからの対応を想定
615	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P	●	15			転院搬送の実施件数	都道府県	救急救助の現状	H30年 (H29実 績)	毎年	厚生労働省	救急要請(通知)から救命医療機関への搬送までに要した平均時間	○平成30年版救急・救助の現況<R> 別表9の1「病院収容所要時間別搬送人員の状況」<R>
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標					最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
616	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P	●	16			受入困難事例の件数	都道府県	平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果	H30年	毎年	消防庁	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数	○令和元年度 救急業務のあり方に関する検討会 参考資料1「平成29年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」<R>(重症(長期入院)以上傷病者)現場滞在時間区分ごとの件数
617 新	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		17			二次救命医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメデイカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	厚生労働省	二次救命医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメデイカルコントロール協議会の開催回数	必ずしも全ての関係者が揃って開催された回数ではない。多職種連携会議については、メデイカルコントロール協議会以外に都道府県が生産した会議をカウントするものとして、R2調査から周知を促す
618 追記	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		18			救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	都道府県	救命救急センターの評価結果(厚生労働省HP)	H30年調査(H30実績)	毎年	厚生労働省	充実度評価S及びAの救命救急センターの救急救急センター総数*救命救急センターの診療体制や患者受け入れ実績に基づいた評価	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
619	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	P		19			緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	
620	救急	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後期医療	0	●	20			心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の予後	都道府県	救急救助の現状	H30年 (H29実 績)	毎年	厚生労働省	一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者の1ヶ月後生存率と1ヶ月後社会復帰率	○平成30年版救急・救助の現況<R> 別表18「一般市民が目撃した心原性心臓機能停止傷病者の1ヶ月後生存率(10力年比較、都道府県別)」<R>
701	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S		1			病院の耐震化率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	
702	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S	●	2			災害拠点病院における業務継続計画の策定率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	数値が100%を達成したため、参考値とする
703	災害	災害拠点病院	災害拠点病院以外の病院	都道府県			S		3			複数の災害時の通信手段の確保率	都道府県	都道府県調査	随時	毎年	都道府県	災害拠点病院の承認要件等として、各都道府県が把握する状況	

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

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

806	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療拠点病院数	6	S		再掲	重点指標	SPD	調査名等	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
807	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療に一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数	7	S					へき地医療実態調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
808	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療支援機構の数	8	S					へき地医療実態調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
ID	分野	病期医療機能(1)	病期医療機能(2)	病期医療機能(3)	病期医療機能(4)	病期医療機能(5)			再掲	重点指標	SPD	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
809	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	9	S					へき地医療実態調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
810	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療に従事する地域ケア医師数	10	S					へき地医療実態調査	H31年1月1日	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
811	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地における巡回診療の実施日数	11	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
812	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地における訪問診療（歯科を含む）・訪問看護の実施日数	12	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
813	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	13	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
814	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	14	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
815	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療拠点病院からへき地の医師派遣回数・日数・延べ派遣日数	15	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
816	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	へき地医療拠点病院からへき地への代診医療実施回数・延べ派遣日数	16	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
817	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況	17	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
818	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	協議会の開催回数	18	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況
819	<き地	へき地診療	へき地診療	行政機関等の支援	協議会等におけるへき地の医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）確保の検討回数	19	P	●				へき地医療実態調査	平成29年度	毎年	厚生労働省	へき地医療実態調査の記入要領に準ずる	へき地医療実態調査において、各地の医療の状況

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

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

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

920	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援					P	●	20	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査 ・周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	・妊婦（分娩直後の専任を含む）または出生後1週間未満の新生児の搬送患者数 ・都道府県内搬送率＝母体・新生児外搬送件数/母体・新生児搬送数 (追加) ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数(戻り搬送を除く) ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数(戻り搬送を除く) ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた母体の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く) ・自都道府県の周産期母子医療センターに受け入れられた新生児の搬送受入総数のうち、自都道府県内からの搬送受入数(戻り搬送を除く)	母体・新生児県外搬送件数は、周産期医療体制調より引用 消防庁の調査における搬送人員は、妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない。
921	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援					P	●	21	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数(周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった母体・新生児の搬送件数)	都道府県	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査、周産期医療体制調	毎年	消防庁 都道府県	医療機関に受入の照会を行った回数が4套以上の件数又は現場滞在時間が30分以上の件数(追加・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった母体の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。))・自都道府県の周産期母子医療センターが受け入れられないことのできなかった新生児の搬送件数(自都道府県外からの搬送受入依頼を含む。また、事例の重複を含む。)	
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	病期医療機能⑤	再掲	重点指標	指標名	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考					
922	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	新生児死亡率	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	新生児死亡：生後4週間未満の死亡						
923	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	周産期死亡率	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	周産期死亡：妊娠満22週(164日)以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの						
924	周産期	低リスク分娩	地域 周産期母子医療センター	総合 周産期母子医療センター	療養・療育支援			0	妊産婦死亡数、死亡原因	H27年度	毎年	厚生労働省	妊産婦死亡数(都道府県別) 死因別妊産婦死亡数(全国値)						

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

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

1017	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	0	●	17	小児人口あたり時間外来受診回数	市町村	NDB	H27年度	毎年	厚生労働省	NDB 仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1018	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児科地域医療センター	小児中核病院	0	●	18	乳児死亡率	都道府県	人口動態調査	H27年	毎年	厚生労働省(e-Stat)	乳児死亡率(出生千分)〈N〉 月間乳児死亡率/(年間出生数×年換算係数)×1000	
1019	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	0	●	19	幼児、小児死亡率・死亡原因・発生場所・死亡場所	市町村	人口動態調査	H27年度	毎年	厚生労働省(e-Stat)	15歳未満の死亡者数の集計	
1020	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S	●		災害時小児周産期リネゾン任命者数	都道府県	都道府県		毎年	都道府県	災害時小児周産期リネゾンの任命を受けた医療従事者数	災害医療の提供体制に係る指針及び指針列との整合性へ留意すること。
1021	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S			小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB仕様参照(①ID:2062、No.85、86、②ID:2064、No.89、90)	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
ID	分野	病期医療機能①	病期医療機能②	病期医療機能③	病期医療機能④	SPD	重点指標		指標名	最小集計単位	調査名等	調査年・時点	調査周期	情報源の公表者等	集計定義等	備考
1022	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	S		2	小児に対しての訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個県別等	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	在宅医療の指標列と記載を一致させたのみ。
1023	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	P			小児の訪問診療を受けた患者数	都道府県	NDB		毎年	厚生労働省	NDB仕様参照(ID:2084、No.137、138)	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出
1024	小児	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域医療センター	小児中核病院	P			小児の訪問看護利用者数	市町村	介護サービス施設・事業所調査	H25年	毎年	個県別等	訪問看護の提供を受ける利用者のうち、15歳未満の者	在宅医療の指標列(ID:1126)と同じ。
1101	在宅	退院支援	急変時の対応	看取り		S		1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	市町村	医療施設調査(特設)	H29	3年毎	個県別等	退院調整支援担当者数	退院調整支援担当者数
1102	在宅	退院支援	急変時の対応	看取り		S	●	2	退院支援を実施している診療所・病院数	市町村	NDB	H30年度	毎年	厚生労働省	NDB仕様参照	NDBを用いた指標については、算定件数(患者数)、算定回数(頻度)、算定する医療機関数を算出

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

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

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

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

研究分担者 河原 和夫（東京医科歯科大学 大学院政策科学分野）
研究協力者 伊藤 達哉（長野県健康福祉部医療推進課）
研究協力者 田極 春美（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
研究協力者 菅河 真紀子（東京医科歯科大学 大学院政策科学分野）

研究要旨

現行の第 7 次医療計画は、NDB などのデータ等を用いて都道府県の各領域の医療課題を明確にしてそれを改善するための施策を立案し、実施していくこととされている。第 6 次の医療計画と比べると分析手法や施策体系がより一層進化していることが期待される場所である。

そこで本研究では第 6 次と第 7 次の医療計画における 5 疾病 5 事業に関して指標がどのように位置づけられているかを比較し分析した。

その結果、指標の選定や使われ方には都道府県間で差があることが確認できた。

都道府県内の医療機能や医療提供体制について指標を用いて分析し、科学的に論点を整理して課題を改善するための施策体系を提示することは、医療計画の実効性を向上させるためにも必要な事柄である。

今後、現行医療計画の中間評価や次期医療計画の策定に関する指標の位置づけや活用方策を考える必要がある。

A. 研究目的

医療計画は都道府県における医療関連データの指標をもとに分析し、医療提供体制上の問題点を同定し、事業化を視野に入れた施策体系を提示するものである。また、その結果を評価して品質管理のサイクルを回しながら内容を改善していくものである。

しかし、多くの都道府県の医療計画では、記載されている内容は抽象的なものや国の補助事業を列記するなど、内容の乏しいものとなっている。

本研究は、第 6 次と第 7 次の医療計画における 5 疾病 5 事業に関して指標がどのように位置づけられているかを比較したものである。今後の医

療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的としている

B. 研究方法

都道府県により公開されている第 6 次と第 7 次の医療計画を入手し、5 疾病 5 事業の記載内容を精査し、指標の活用状況を分析した。ただし、指標が記載されていないところも見られた。これらの都道府県については、指標に近い目標が記載されている場合は、それを指標に準じるものとして扱った。

C. 研究結果

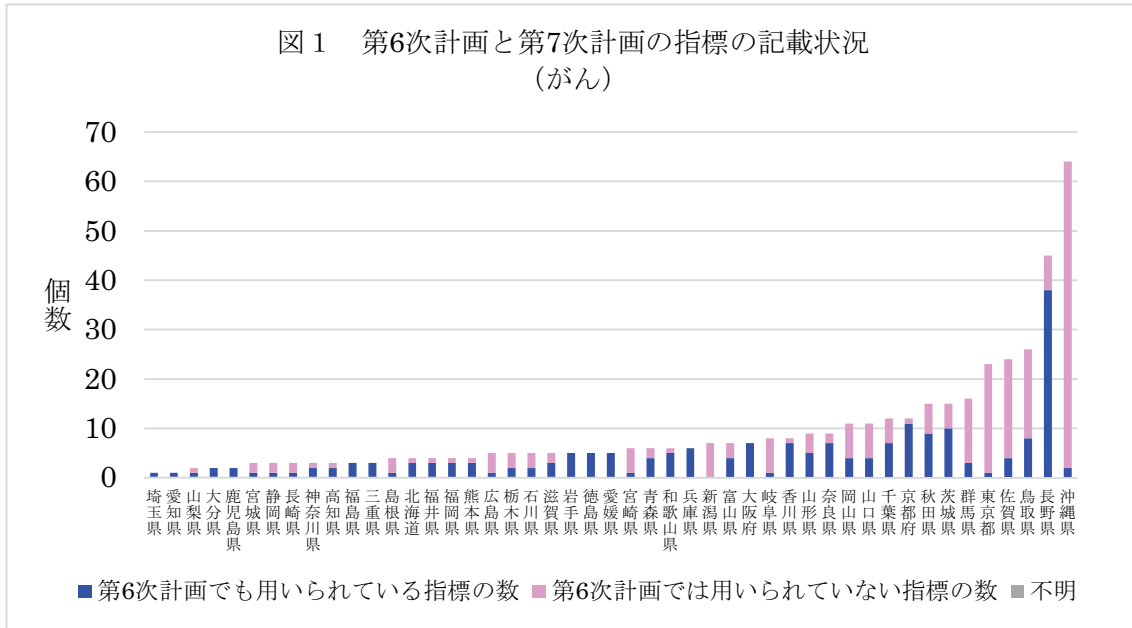
1. がん (図1、表1)

全国 47 都道府県で 437 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 9.30 個、中央値は 5.00 個、最も多く用いられていたのは沖縄県の 64 個、最も少なかったところは埼玉県と愛知県の 1 個であった。図 1 のように指標の数では、沖縄県、長野県、鳥取県、佐賀県および東京都の数が突出している。特に沖縄県、鳥取県、佐賀県、東京都では、第 7 次計画の指標は刷新されている。

多くの道府県では指標数は少なく、第 6

次計画の指標を踏襲しているところも多く見られる。

第 6 次計画にはあまりないが第 7 次計画の記載内容として多いものは、「拠点病院」の整備や「がんのリハビリテーション体制」の整備や「がん検診受診率 (部位別)」など機能の充実に関するものである。また「緩和ケア」に関するものも比較的よく記載されている指標である。第 6 次及び第 7 次計画を通じて多く用いられている指標は「がん検診受診率 (部位別)」「喫煙率」「精密検診受診率」である。



2. 脳卒中 (図2、表2)

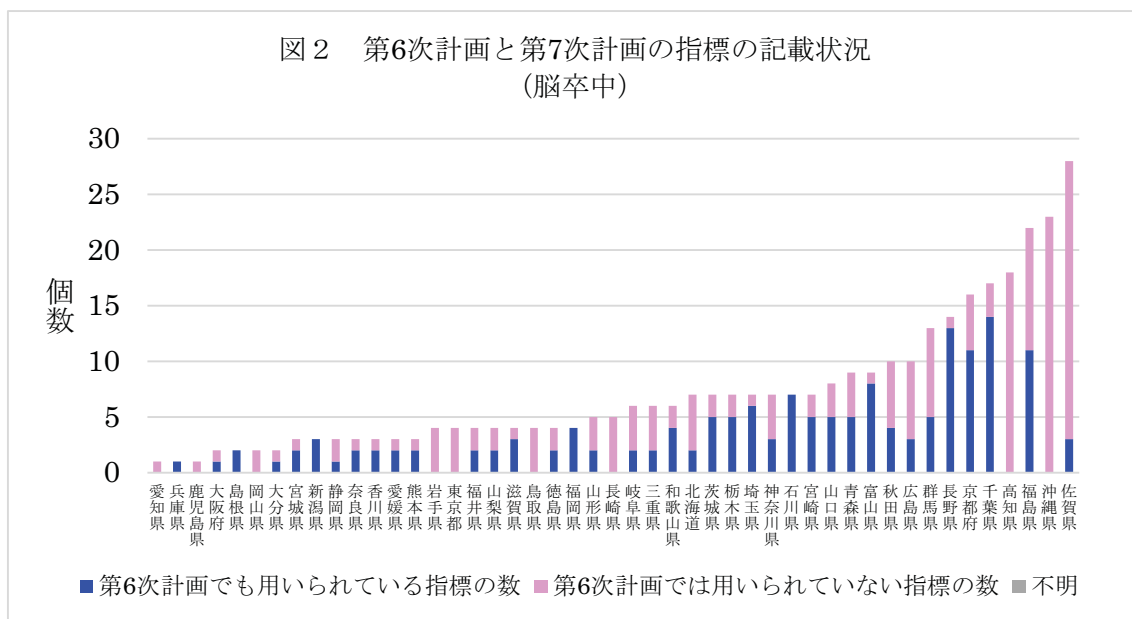
全国 47 都道府県で 338 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 7.19 個、中央値は 5.00 個、最も多く用いられていたのは佐賀県の 28 個で次いで沖縄県の 23 個であった。最も少なかったところは愛知県、兵庫県、鹿児島県の 1 個であった。

脳卒中に関しては、佐賀県、沖縄県、福島県、高知県、京都府、長野県などの第 7 次

計画での指標数は多かった。とりわけ佐賀県、沖縄県、高知県では第 7 次計画で新たな指標を採用している割合が群を抜いて高かった。一方、大半の都道府県では用いている指標数が多くない。しかし、長崎県、東京都、岩手県のように、第 6 次計画にこだわらず第 7 次計画では、新たな指標を採用しているところも見られた。

第 7 次計画では、「rt-PA 療法の実施件数」

など rt-PA 療法に関する指標、「脳血管内治療の実施件数」「在宅復帰率」「特定健診」に関することが指標として多く用いられていた。



3. 心血管疾患(急性心筋梗塞) (図3、表3)

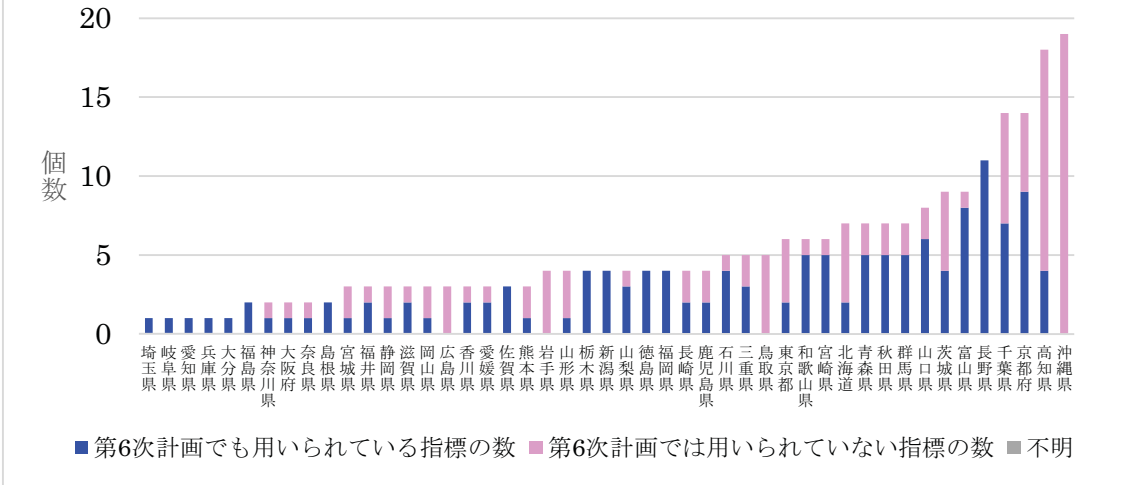
全国 47 都道府県で 244 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 5.19 個、中央値は 4.00 個、最も多く用いられていたのは沖縄県の 19 個、次いで高知県 18 個、千葉県 14 個、京都府 14 個、そして長野県 11 個であった。最も少なかったところは埼玉県、岐阜県、愛知県、兵庫県、大分県の各 1 個であった。

沖縄県、高知県、京都府、千葉県、長野県などで第 7 次計画では採用されている指標

が多かった。しかも、沖縄県、高知県では第 7 次計画では、新規の指標を採用している割合が高かった。心血管疾患に関しては、大半のところでは指標は 4 個程度しか用いられていない。しかも、心血管疾患では第 6 次計画で用いた指標を踏襲するところも多かった。

第 7 次計画では、「PCI が実施可能な医療機関数」「心血管リハビリテーション」「特定健診・特定保健指導実施率」「在宅復帰率」などの指標が増えていた。

図3 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況
(心血管疾患(急性心筋梗塞))



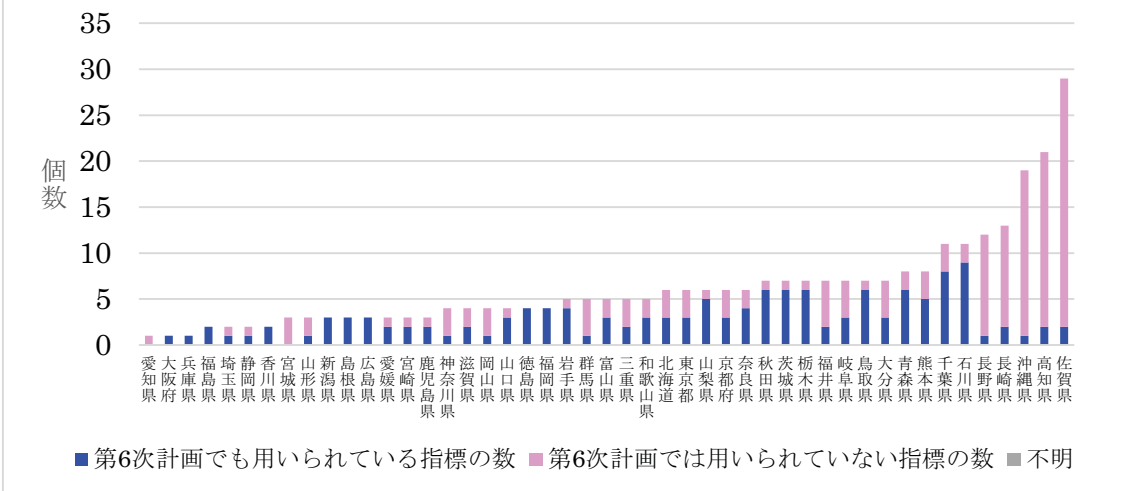
4. 糖尿病 (図4、表4)

全国 47 都道府県で 295 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 6.28 個、中央値は 5.00 個、最も多く用いられていたのは佐賀県の 29 個、次いで高知県 21 個、沖縄県 19 個であった。最も少なかったところは愛知県、大阪府、兵庫県の各 1 個

であった。

第 7 次計画では、佐賀県、高知県、沖縄県、長崎県、長野県、石川県、千葉県で使用している指標数が多かった。特に佐賀県、高知県、沖縄県、長崎県、長野県では新たな指標を採用していた。

図4 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況
(糖尿病)



5. 精神疾患（図5、表5）

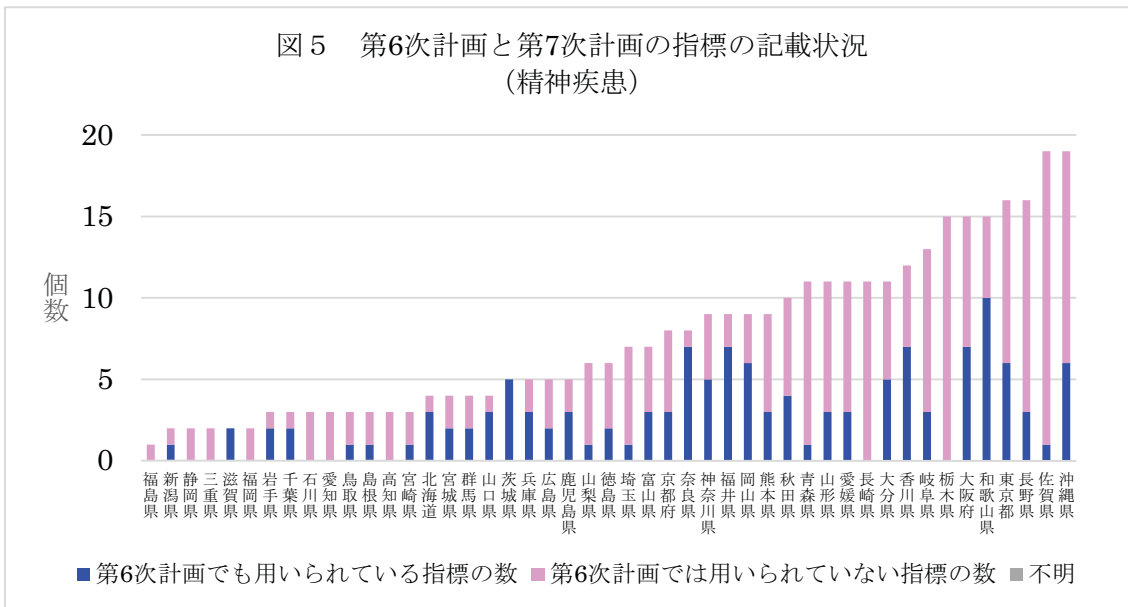
全国 47 都道府県で 354 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 7.53 個、中央値は 6.00 個、最も多く用いられていたのは佐賀県と沖縄県の 19 個、次いで東京都、長野県の 16 個、栃木県、大阪府、和歌山県の 15 個であった。最も少なかったところは福島県の 1 個、以下、新潟県、静岡県、三重県、滋賀県、福岡県の各 2 個であった。

第 7 次計画では、「DPAT」「かかりつけ医」「高次脳機能障害」「精神科救急医療精神病床における退院率（機能別）」「精神病床における入院患者数（機能別、年齢別、全数）」

「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数」「地域移行に伴う基盤整備量（全数、年齢別）」「治療抵抗性統合失調症治療」「認知症サポート」などに関する指標の記載が多かった。

第 7 次計画では標準偏差が 4.92 と他の疾病や事業より小さく、採用された指標数のバラツキが小さいことから採用された指標数の都道府県間格差は、他の事業や疾病系に比べてさほど大きくなかった。また、第 7 次計画では大半の都道府県で新たな指標が採用されていた。精神疾患でも沖縄県、佐賀県、長野県、東京都などは指標数が多かった。

図 5 第 6 次計画と第 7 次計画の指標の記載状況（精神疾患）



6. 救急医療（図6、表6）

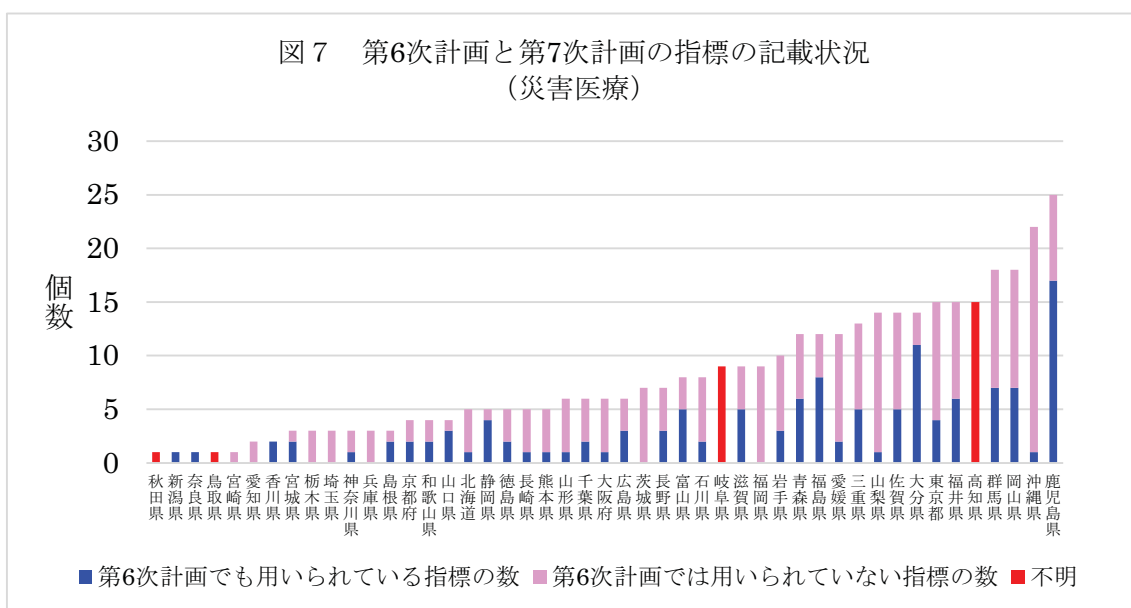
全国 47 都道府県で 393 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 8.36 個、中央値は 6.00 個、最も多く用いられていたのは石川県の 27 個、次いで山梨県の 25 個、佐賀県の 23 個、福井県の 22 個、福島県及び大分県の 21 個であった。最も少なかったところは岩手県、愛知県、奈良県、和

歌山県、島根県、岡山県、そして香川県の各 1 個であった。

前述のように第 7 次計画では、石川県、山梨県、佐賀県、福井県、大分県、福島県、富山県で採用された指標数が多かった。しかし、佐賀県以外は第 6 次計画から継続して用いている指標の割合が高かった。

また、第 7 次計画では、「救急要請（覚知）」

図7 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況
(災害医療)



8. へき地医療 (図8、表8)

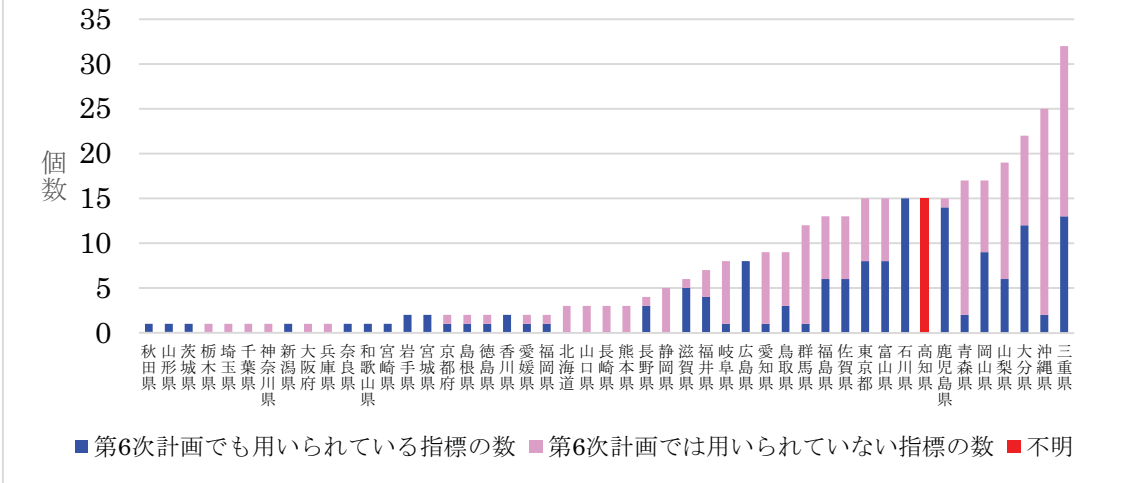
全国 47 都道府県で 342 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 7.28 個、中央値は 3.00 個、最も多く用いられていたのは三重県の 32 個、沖縄県の 25 個、大分県の 22 個、山梨県の 19 個、そして青森県と岡山県の 17 個であった。一方、少なかったところは、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、宮崎県の各 1 個であった。

へき地医療については、へき地が少ない都市部を抱える都道府県の記載が少なかった。へき地を抱える沖縄県の指標数は二番

目に多かったが、ここでも沖縄県は新規指標を採用している割合が群を抜いて高かった。

第 6 次計画ではへき地医療拠点病院に関する事項が記載の主体であったが、第 7 次計画の「へき地診療所の確保等」に記載内容が拡大していた。また、「歯科診療所の確保等」「遠隔診療」「保健活動」「へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数」「過疎地域等特定診療所数」「へき地における医師以外の医療従事者数」「へき地医療支援機構の数」「へき地医療に従事する地域枠医師数」などに指標が変遷していた。

図8 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況
(へき地医療)



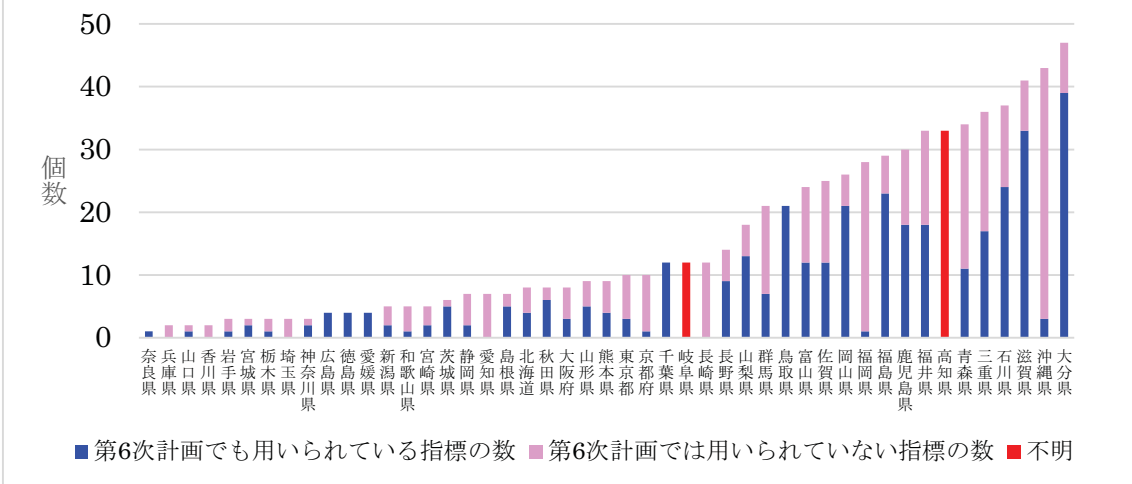
9. 周産期医療 (図9、表9)

全国 47 都道府県で 714 指標が用いられていた。使用されている平均指標数は 15.19 個、中央値は 9.00 個、最も多く用いられていたのは大分県の 47 個、沖縄県の 43 個、滋賀県の 41 個、石川県の 37 個、三重県の 36 個であった。最も少なかったところは奈

良県の 1 個、兵庫県、山口県、香川県の各 2 個であった。沖縄県は新規指標数も多かった。

第 7 次計画では「災害時小児周産期リエゾン認定者数」「クリニカルラダーⅢの認証を受けた助産師数 (アドバンス助産師数)」などの記載をする都道府県が増えていた。

図9 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況
(周産期医療)



10. 小児救急医療を含む小児医療

(図10、表10)

全国47都道府県で544指標が用いられていた。使用されている平均指標数は11.57個、中央値は6.00個、最も多く用いられていたのは愛媛県の67個、次いで大分県の38個、三重県の35個、高知県の34個、鹿児島県の33個であった。最も少なかったところは奈良県、香川県、宮崎県の各1個であった。以下、兵庫県の2個であった。指標数では愛媛県が群を抜いていた。しかも

新規の指標数も多かった。

第7次計画では、「小児人口あたり時間外外来受診回数」「小児中核病院数」「小児在宅人工呼吸器患者数」「小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数」「小児救急医療電話相談(#8000)」「小児に対応している訪問看護ステーション数」「災害時小児周産期リエゾンの養成数」「緊急気管挿管を要した患者数」「救急入院患者数」「NICU」「PICU」などに関する指標の記載が多かった。

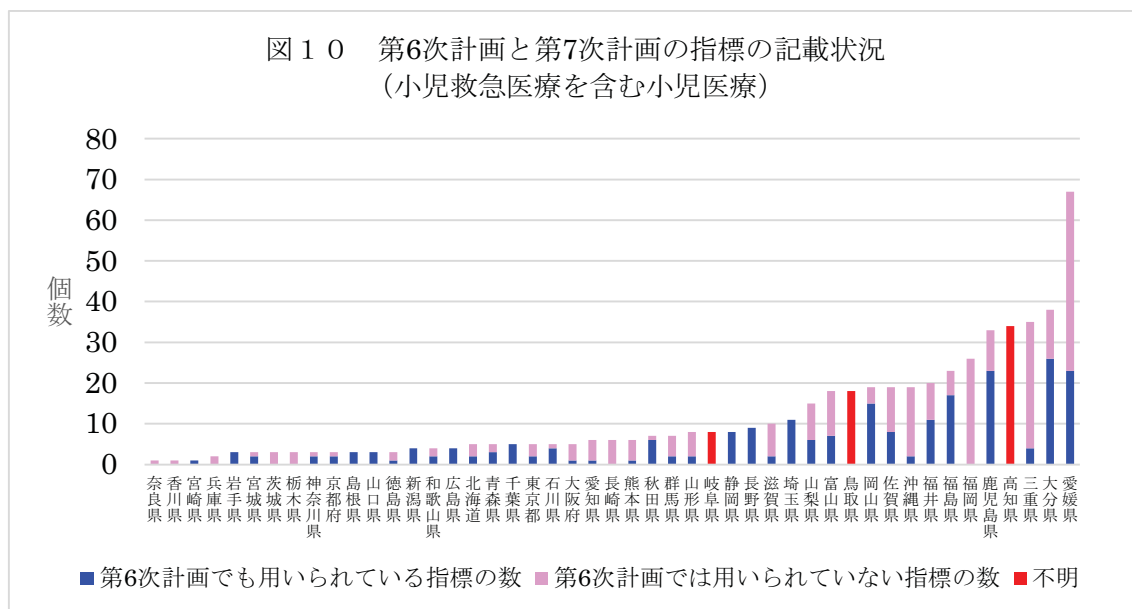


表1 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（がん）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	4	75.0	滋賀県	5	60.0
青森県	6	66.7	京都府	12	91.7
岩手県	5	100.0	大阪府	7	100.0
宮城県	3	33.3	兵庫県	6	100.0
秋田県	15	60.0	奈良県	9	77.8
山形県	9	55.6	和歌山県	6	83.3
福島県	3	100.0	鳥取県	26	30.8
茨城県	15	66.7	島根県	4	25.0
栃木県	5	40.0	岡山県	11	36.4
群馬県	16	18.8	広島県	5	20.0
埼玉県	1	100.0	山口県	11	36.4
千葉県	12	58.3	徳島県	5	100.0
東京都	23	4.3	香川県	8	87.5
神奈川県	3	66.7	愛媛県	5	100.0
新潟県	7	0.0	高知県	3	66.7
富山県	7	57.1	福岡県	4	75.0
石川県	5	40.0	佐賀県	24	16.7
福井県	4	75.0	長崎県	3	33.3
山梨県	2	50.0	熊本県	4	75.0
長野県	45	84.4	大分県	2	100.0
岐阜県	8	12.5	宮崎県	6	16.7
静岡県	3	33.3	鹿児島県	2	100.0
愛知県	1	100.0	沖縄県	64	3.1
三重県	3	100.0	全国	437	46.7

表2 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（脳卒中）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	7	28.6	滋賀県	4	75.0
青森県	9	55.6	京都府	16	68.8
岩手県	4	0.0	大阪府	2	50.0
宮城県	3	66.7	兵庫県	1	100.0
秋田県	10	40.0	奈良県	3	66.7
山形県	5	40.0	和歌山県	6	66.7
福島県	22	50.0	鳥取県	4	0.0
茨城県	7	71.4	島根県	2	100.0
栃木県	7	71.4	岡山県	2	0.0
群馬県	13	38.5	広島県	10	30.0
埼玉県	7	85.7	山口県	8	62.5
千葉県	17	82.4	徳島県	4	50.0
東京都	4	0.0	香川県	3	66.7
神奈川県	7	42.9	愛媛県	3	66.7
新潟県	3	100.0	高知県	18	0.0
富山県	9	88.9	福岡県	4	100.0
石川県	7	100.0	佐賀県	28	10.7
福井県	4	50.0	長崎県	5	0.0
山梨県	4	50.0	熊本県	3	66.7
長野県	14	92.9	大分県	2	50.0
岐阜県	6	33.3	宮崎県	7	71.4
静岡県	3	33.3	鹿児島県	1	0.0
愛知県	1	0.0	沖縄県	23	0.0
三重県	6	33.3	全国	338	46.4

表3 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（心血管疾患（急性心筋梗塞））

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	7	28.6	滋賀県	3	66.7
青森県	7	71.4	京都府	14	64.3
岩手県	4	0.0	大阪府	2	50.0
宮城県	3	33.3	兵庫県	1	100.0
秋田県	7	71.4	奈良県	2	50.0
山形県	4	25.0	和歌山県	6	83.3
福島県	2	100.0	鳥取県	5	0.0
茨城県	9	44.4	島根県	2	100.0
栃木県	4	100.0	岡山県	3	33.3
群馬県	7	71.4	広島県	3	0.0
埼玉県	1	100.0	山口県	8	75.0
千葉県	14	50.0	徳島県	4	100.0
東京都	6	33.3	香川県	3	66.7
神奈川県	2	50.0	愛媛県	3	66.7
新潟県	4	100.0	高知県	18	22.2
富山県	9	88.9	福岡県	4	100.0
石川県	5	80.0	佐賀県	3	100.0
福井県	3	66.7	長崎県	4	50.0
山梨県	4	75.0	熊本県	3	33.3
長野県	11	100.0	大分県	1	100.0
岐阜県	1	100.0	宮崎県	6	83.3
静岡県	3	33.3	鹿児島県	4	50.0
愛知県	1	100.0	沖縄県	19	0.0
三重県	5	60.0	全国	244	55.7

表4 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（糖尿病）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	6	50.0	滋賀県	4	50.0
青森県	8	75.0	京都府	6	50.0
岩手県	5	80.0	大阪府	1	100.0
宮城県	3	0.0	兵庫県	1	100.0
秋田県	7	85.7	奈良県	6	66.7
山形県	3	33.3	和歌山県	5	60.0
福島県	2	100.0	鳥取県	7	85.7
茨城県	7	85.7	島根県	3	100.0
栃木県	7	85.7	岡山県	4	25.0
群馬県	5	20.0	広島県	3	100.0
埼玉県	2	50.0	山口県	4	75.0
千葉県	11	72.7	徳島県	4	100.0
東京都	6	50.0	香川県	2	100.0
神奈川県	4	25.0	愛媛県	3	66.7
新潟県	3	100.0	高知県	21	9.5
富山県	5	60.0	福岡県	4	100.0
石川県	11	81.8	佐賀県	29	6.9
福井県	7	28.6	長崎県	13	15.4
山梨県	6	83.3	熊本県	8	62.5
長野県	12	8.3	大分県	7	42.9
岐阜県	7	42.9	宮崎県	3	66.7
静岡県	2	50.0	鹿児島県	3	66.7
愛知県	1	0.0	沖縄県	19	5.3
三重県	5	40.0	全国	295	46.8

表5 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（精神疾患）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	4	75.0	滋賀県	2	100.0
青森県	11	9.1	京都府	8	37.5
岩手県	3	66.7	大阪府	15	46.7
宮城県	4	50.0	兵庫県	5	60.0
秋田県	10	40.0	奈良県	8	87.5
山形県	11	27.3	和歌山県	15	66.7
福島県	1	0.0	鳥取県	3	33.3
茨城県	5	100.0	島根県	3	33.3
栃木県	15	0.0	岡山県	9	66.7
群馬県	4	50.0	広島県	5	40.0
埼玉県	7	14.3	山口県	4	75.0
千葉県	3	66.7	徳島県	6	33.3
東京都	16	37.5	香川県	12	58.3
神奈川県	9	55.6	愛媛県	11	27.3
新潟県	2	50.0	高知県	3	0.0
富山県	7	42.9	福岡県	2	0.0
石川県	3	0.0	佐賀県	19	5.3
福井県	9	77.8	長崎県	11	0.0
山梨県	6	16.7	熊本県	9	33.3
長野県	16	18.8	大分県	11	45.5
岐阜県	13	23.1	宮崎県	3	33.3
静岡県	2	0.0	鹿児島県	5	60.0
愛知県	3	0.0	沖縄県	19	31.6
三重県	2	0.0	全国	354	36.7

表6 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（救急医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	8	12.5	滋賀県	7	100.0
青森県	9	77.8	京都府	6	66.7
岩手県	1	*不明	大阪府	6	16.7
宮城県	5	60.0	兵庫県	5	0.0
秋田県	7	*不明	奈良県	1	100.0
山形県	10	60.0	和歌山県	1	*不明
福島県	21	66.7	鳥取県	15	*不明
茨城県	8	50.0	島根県	1	0.0
栃木県	5	60.0	岡山県	1	0.0
群馬県	5	60.0	広島県	9	11.1
埼玉県	12	0.0	山口県	2	50.0
千葉県	9	44.4	徳島県	6	33.3
東京都	6	16.7	香川県	1	0.0
神奈川県	3	66.7	愛媛県	5	100.0
新潟県	2	50.0	高知県	5	80.0
富山県	20	60.0	福岡県	2	0.0
石川県	27	81.5	佐賀県	23	8.7
福井県	22	90.9	長崎県	4	25.0
山梨県	25	64.0	熊本県	4	25.0
長野県	6	66.7	大分県	21	100.0
岐阜県	16	12.5	宮崎県	3	100.0
静岡県	9	77.8	鹿児島県	3	0.0
愛知県	1	100.0	沖縄県	18	5.6
三重県	7	28.6	全国	393	51.5

*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表7 6次計画と第7次計画の指標の記載状況（災害医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合（%）
北海道	5	20.0	滋賀県	9	55.6
青森県	12	50.0	京都府	4	50.0
岩手県	10	30.0	大阪府	6	16.7
宮城県	3	66.7	兵庫県	3	0.0
秋田県	1	*不明	奈良県	1	100.0
山形県	6	16.7	和歌山県	4	50.0
福島県	12	66.7	鳥取県	1	*不明
茨城県	7	0.0	島根県	3	66.7
栃木県	3	0.0	岡山県	18	38.9
群馬県	18	38.9	広島県	6	50.0
埼玉県	3	0.0	山口県	4	75.0
千葉県	6	33.3	徳島県	5	40.0
東京都	15	26.7	香川県	2	100.0
神奈川県	3	33.3	愛媛県	12	16.7
新潟県	1	100.0	高知県	15	*不明
富山県	8	62.5	福岡県	9	0.0
石川県	8	25.0	佐賀県	14	35.7
福井県	15	40.0	長崎県	5	20.0
山梨県	14	7.1	熊本県	5	20.0
長野県	7	42.9	大分県	14	78.6
岐阜県	9	*不明	宮崎県	1	0.0
静岡県	5	80.0	鹿児島県	25	68.0
愛知県	2	0.0	沖縄県	22	4.5
三重県	13	38.5	全国	374	37.4

*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表8 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（へき地医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	3	0.0	滋賀県	6	83.3
青森県	17	11.8	京都府	2	50.0
岩手県	2	100.0	大阪府	1	0.0
宮城県	2	100.0	兵庫県	1	0.0
秋田県	1	100.0	奈良県	1	100.0
山形県	1	100.0	和歌山県	1	100.0
福島県	13	46.2	鳥取県	9	33.3
茨城県	1	100.0	島根県	2	50.0
栃木県	1	0.0	岡山県	17	52.9
群馬県	12	8.3	広島県	8	100.0
埼玉県	1	0.0	山口県	3	0.0
千葉県	1	0.0	徳島県	2	50.0
東京都	15	53.3	香川県	2	100.0
神奈川県	1	0.0	愛媛県	2	50.0
新潟県	1	100.0	高知県	15	*不明
富山県	15	53.3	福岡県	2	50.0
石川県	15	100.0	佐賀県	13	46.2
福井県	7	57.1	長崎県	3	0.0
山梨県	19	31.6	熊本県	3	0.0
長野県	4	75.0	大分県	22	54.5
岐阜県	8	12.5	宮崎県	1	100.0
静岡県	5	0.0	鹿児島県	15	93.3
愛知県	9	11.1	沖縄県	25	8.0
三重県	32	40.6	全国	342	44.3

*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表9 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（周産期医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	8	50.0	滋賀県	41	80.5
青森県	34	32.4	京都府	10	10.0
岩手県	3	33.3	大阪府	8	37.5
宮城県	3	66.7	兵庫県	2	0.0
秋田県	8	75.0	奈良県	1	100.0
山形県	9	55.6	和歌山県	5	20.0
福島県	29	79.3	鳥取県	21	100.0
茨城県	6	83.3	島根県	7	71.4
栃木県	3	33.3	岡山県	26	80.8
群馬県	21	33.3	広島県	4	100.0
埼玉県	3	0.0	山口県	2	50.0
千葉県	12	100.0	徳島県	4	100.0
東京都	10	30.0	香川県	2	0.0
神奈川県	3	66.7	愛媛県	4	100.0
新潟県	5	40.0	高知県	33	*不明
富山県	24	50.0	福岡県	28	3.6
石川県	37	64.9	佐賀県	25	48.0
福井県	33	54.5	長崎県	12	0.0
山梨県	18	72.2	熊本県	9	44.4
長野県	14	64.3	大分県	47	83.0
岐阜県	12	*不明	宮崎県	5	40.0
静岡県	7	28.6	鹿児島県	30	60.0
愛知県	7	0.0	沖縄県	43	7.0
三重県	36	47.2	全国	714	53.4

*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

表10 第6次計画と第7次計画の指標の記載状況（小児救急医療を含む小児医療）

都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)	都道府県	第7次計画の 指標の合計数	第6次計画 でも用いられ ている指標の 割合 (%)
北海道	5	40.0	滋賀県	10	20.0
青森県	5	60.0	京都府	3	66.7
岩手県	3	100.0	大阪府	5	20.0
宮城県	3	66.7	兵庫県	2	0.0
秋田県	7	85.7	奈良県	1	0.0
山形県	8	25.0	和歌山県	4	50.0
福島県	23	73.9	鳥取県	18	*不明
茨城県	3	0.0	島根県	3	100.0
栃木県	3	0.0	岡山県	19	78.9
群馬県	7	28.6	広島県	4	100.0
埼玉県	11	100.0	山口県	3	100.0
千葉県	5	100.0	徳島県	3	33.3
東京都	5	40.0	香川県	1	0.0
神奈川県	3	66.7	愛媛県	67	34.3
新潟県	4	100.0	高知県	34	*不明
富山県	18	38.9	福岡県	26	0.0
石川県	5	80.0	佐賀県	19	42.1
福井県	20	55.0	長崎県	6	0.0
山梨県	15	40.0	熊本県	6	16.7
長野県	9	100.0	大分県	38	68.4
岐阜県	8	*不明	宮崎県	1	100.0
静岡県	8	100.0	鹿児島県	33	69.7
愛知県	6	16.7	沖縄県	19	10.5
三重県	35	11.4	全国	544	47.1

*第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに掲載していないために指標の内容がわからないもの

11. 都道府県の指標の特性

医療計画全体の記述を見ると第7次医療計画で都道府県が用いた指標の特性は、図11のように分類することができる。第6次計画と比べて指標があまり変わっていないところや設定した指標が少ないところなどさまざまである。

第7次計画の指標数の中央値は68.0、第7次計画で用いられている指標のうち第6次計画と変わっていない指標が全体に占める割合の平均は47.2である。

これら2つの値で区分すると図11のよ

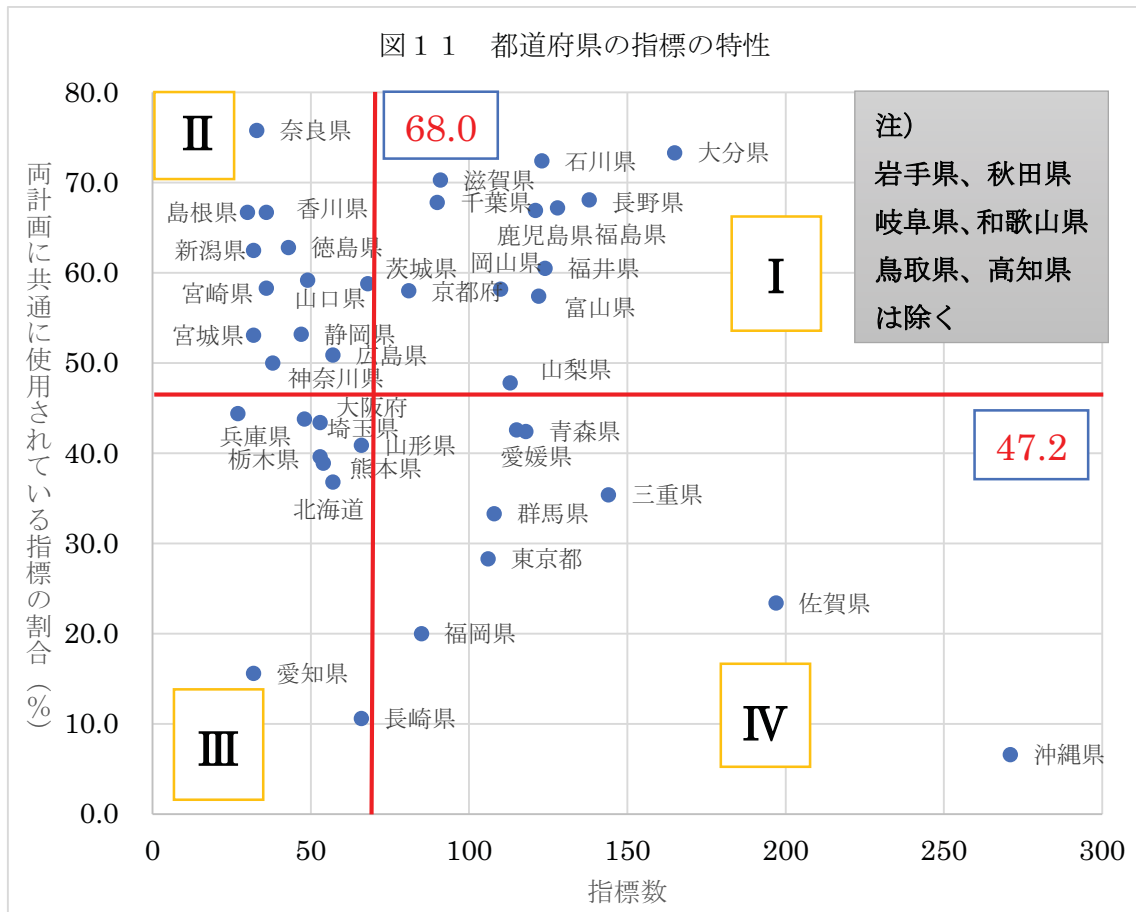
うになる。

Iは“指標の数が多く、かつ第6次計画と比べて指標があまり変化していない都道府県”

IIは“指標の数が少なく、かつ第6次計画と比べて指標があまり変化していない都道府県”

IIIは“指標の数が少なく、かつ第6次計画と比べると指標が変化している都道府県”

IVは“指標の数が多く、かつ第6次計画と比べると指標が変化している都道府県”である。



注) 第6次計画で指標が用いられているものの公表データとしてWebに指標の内容を掲載していない岩手県、秋田県、岐阜県、和歌山県、鳥取県および高知県は除外している。

D. 考察

5疾病5事業ともに記載されている指標は、国の通知で提示している「医療体制構築に係る現状把握のための指標例」に記載されているものが盛り込まれている都道府県が多い。しかし問題は、5疾病5事業ともに記載されている指標数に都道府県格差があることである。もちろん、都道府県の施策や事業の進捗に応じて目標が達成され、推奨指標の中には意味がないものも存在すると考えられる。しかし、第6次計画では指標が多く記載されていたにもかかわらず、第7次計画では指標がすべてなくなっているところも複数確認できた。

指標の記載状況の都道府県格差は、従来から指摘されている「指標が多すぎてどれを目標にすべきか困惑している」「指標の意味が十分に理解されていない」「地域の実情を反映しているか否かが不明」「指標と目標や結果の間の因果関係が不明瞭」であるなどの事情で採用されないことも考えられる。

E. 結論

沖縄県と佐賀県の指標は、第7次計画では指標数も多く、かつ第6次計画の指標から刷新されているものが多い。一方、奈良県、島根県、新潟県などは指標数も少なく、しかも第6次計画と同じ指標を用いている。

医療計画の指標は、それを用いることで当該都道府県の医療提供体制の現状を評価できる。それから得られた論点は当該都道府県の行政目標の設定や施策体系の構築に繋がるものである。

また、今回の研究では触れていないが、医療計画に示された5疾病5事業の施策の方向性は、第6次と第7次計画では指標自体が変化していても、施策内容もほとんど同じであると

ころも存在する。指標と目標及び施策体系を関連づけ、一体運用することで医療計画は初めて機能する。加えて、指標のあり方と都道府県での医療計画策定過程を注視すべきである。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 大山功倫、大家俊夫、長谷川久之、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫. 本邦の診療科間における喘息治療の差に関する検討. 第78回日本公衆衛生学会総会. 2019年10月25日. 高知市
2. 長谷川久之、大山功倫、大家俊夫、富田清行、松井健、熊澤大輔、菅河真紀子、河原和夫. 医師の働き方改革に関する検討会報告書にみる到達点の適切性についての考察. 第78回日本公衆衛生学会総会. 2019年10月25日. 高知市

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 特になし

2. 実用新案登録 特になし

3. その他 特になし

【定量分析班】病床機能報告に基づく医療機能分化の実態把握と可視化に関する研究

研究分担者 松田晋哉（産業医科大学医学部公衆衛生学教室）

藤森研司（東北大学 大学院 医学系研究科公共健康医学講座 医療管理学分野）

伏見清秀（東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野）

石川 ベンジャミン 光一（国際医療福祉大学 大学院 医学研究科）

研究要旨

我が国では2025年に向けた後期高齢者の増加等に対処するための医療提供体制の変革が進められている。本研究では、平成29年度病床機能報告オープンデータを利用して、地域医療構想調整会議での議論の助けとなるようなデータの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項についての検討を試みた。その結果として、病床機能報告病棟票に基づいた、地域単位での病床機能構成、病院単位での病棟機能と入退院経路等の状況、病床数・平均在院日数・病床稼働率について、実用的なデータ可視化の方法を開発して、現状での課題等を明らかにするとともに、インターネット上での情報提供を開始することができた。今後はこうした資料の整備に継続して取り組むとともに、DPCデータを活用した圏域間の患者移動集計、災害・疾病の流行に伴う一時的な医療需要の拡大に対応するための医療資源の余力の定量的な分析、データの品質管理・精度向上に向けた取り組みの拡大などを進めることが望まれる。

A. 研究目的

我が国では2025年に向けた後期高齢者の増加等に対処するため、都道府県により地域医療構想が策定され、第7次医療計画を初めとする施策を通じて、実現に向けた取り組みが進められている。それらが効果的に機能するためには、現在地域内にある病院の医療機能の実態についての知識を共有化し、課題点と対策、今後追加で行うべき事項などについて、データに基づく議論を展開していくことが肝要である。

そこで本研究では、平成29年度病床機能報告オープンデータを利用して、地域医療構想調整会議での議論の助けとなるようなデータの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項を明らかにすることを目的として検討を行った。

B. 研究方法

1. データ

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

2. 分析の方法

ダウンロードしたexcelファイルについては、各列に示されたヘッダ情報の整理を行った後に、Tableau Prep²を使用してデータの前処理

¹ 平成29年度病床機能報告の報告結果について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00002.html

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

を実施し、Tableau Desktop³によりデータの集計・可視化を行った。なお、可視化した資料のうち主なものについては、Tableau public⁴によりインターネット上で一般に公開している。

C. 研究結果

平成 29 年度病床機能報告オープンデータでは、7,014 施設、28,675 病棟、114.8 万床についてのデータが公開されていた。

図 1 に病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等について、高度急性期から慢性期までを順に、累積した病床の割合を全国について示した結果を示す。全国を見た場合、病院が申し出た医療機能による高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床構成の割合はそれぞれ、15%、47%、12%、26%となっていた。

一方で東京都内の 4 つの 2 次医療圏（区中央部、多摩西部、南多摩、西多摩）の状況を比較した図 2 を見ると、各々の病床機能構成には大きな違いがあった。高度急性期から急性期までの病床構成割合は、人口が 75 万人で複数の大学病院本院がある区中央部では 93%、同 62 万人の北多摩西部では 60%、同 148 万人の南多摩では 53%、同 38 万人の西多摩では 44%であり、急性期入院を担う医療資源の割合が異なるとともに、高度急性期病床が全体に占める割合にも地域により大きな差が見られた。また慢性期の病床では、区中央部 3%、北多摩西部 26%、南多摩 39%、西多摩 50%となっていた。

こうした地域の病床構成の違いに応じて調整会議での議論を進めるためには、病院毎の病床構成や入退院経路の特徴への理解が必要となる。図 3 は千葉県の子葉圏域にある病院について、病棟の医療機能（グラフにプロットされたシンボルの形）と算定する入院基本料等（同シンボルの色）および平均在院日数を示したものである。また図 4 では、特徴的な 2 つの病院について医療機能別・算定する入院基本料等別

の病床数・構成割合と病院全体としての入退院経路、新規入棟患者数に占める予定外の一般入院・救急入院の割合を示した。

なお、病床数については、病棟の平均在院日数や病床稼働率をセットにして議論を進める必要がある。千葉医療圏にある病院の病棟について、平均在院日数と許可病床に基づいて計算した病床稼働率との関係のうち、高度急性期から回復期までを申し出ている病棟を図 5 に、回復期及び慢性期を申し出ている病棟を図 6 に、それぞれ示した。各図の上段には Tableau により可視化されたデータ、下段にはデータに基づいた議論を進める上でのポイントについての注釈を追加したスライドをそれぞれ示している。

D. 考察

1. 地域の病床機能構成についての資料から

地域での病床機能構成割合には様々な個性があり、そこには地域内の医療従事者の数といった供給側の要因とともに、地域間での患者の移動といった需要側の要因が影響を及ぼしているものと考えられる。そうした中で、現在の病床機能報告では、大別して病院票・病棟票という 2 つの帳票を用いて各施設から情報を収集した上で、供給側における施設管理の文脈に沿ったデータを中心とした集計値が公開されている。

図 2 に例示した東京都の 4 地域の場合、回復期・慢性期病床があわせて 7%しかない区中央部の患者の他地域への移動や、反対に地域の病床の 5 割を占める西多摩地域の慢性期病床における地域別患者構成など、患者移動を含めた東京都としての地域医療提供体制の議論のためには、追加の情報が必要である。診療報酬においてデータ提出加算として評価され、多くの入院基本料等の施設基準の要件に上げられている DPC 調査データを用いることにより、病棟別に圏域内外の患者割合を集計することが可能であり、今後はそうした情報を集積するための枠組みを整備し、地域での議論に生かすこ

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

⁴ <https://public.tableau.com/s/>

とが期待される。

2. 各病院の病床機能構成についての資料から

図3では、各病院の病棟の平均在院日数を主変数として、プロットシンボルの形状により医療機能を、シンボルの色により入院基本料等を示すことで、各病院の病棟構成を一覧することができるようになってきている。高度急性期～回復期の病棟について示した図3Aでは、* / ×で示された高度急性期と急性期の病棟を中心として病棟を構成する急性期型の医療機関と、そうした病棟を持たずに回復期(□)以降の病床のみで構成される医療機関、そして両者の機能を併せ持つケアミックス型の医療機関の3つのパターンを識別することができる。また回復期～慢性期の病棟を示した図3Bでは、診療報酬上の制約により平均在院日数が100日以内に制限される回復期(□)に対して、慢性期

(▷)では平均在院日数のばらつきが大きく、非常に長期の入院を担当している病棟が存在することが示されている。こうした状況は地域において医療機関の機能分化が進みつつある実情を反映したものと考えられる。

ただし、図4に示した2つの特徴的な病院の例のように、家庭からの入院を主として一般・救急の間予定外入院を一定量受け入れている上段図4Aのような急性期型の施設と、他の医療機関からの転院を中心として予定外の入院を受け入れない下段図4Bのような回復期型の施設のように、医療機関の機能の間で「のりしろ」となるような病床機能が共有されていない場合には、入退院の連携にあたって **Patient Flow** (患者の流れ) を強く意識した調整が必要になる。なお、地域内で定期的に少数の患者が発生するような傷病であれば、医療機関の機能に変化が生じてても **Patient Flow** は比較的短い期間の間に安定化することが期待できるが、患者数が多く時間的な変動も大きな傷病については地域内において **Patient Flow** が不安定な事態が発生すると、その状況は長期化するリスクが高い。さらに、傷病の発生状況が比較的安定しており **Patient Flow** が落ち着いた状態であっても、局地的な災害や2019年末以降の新

型コロナウイルスの感染拡大のような外乱要因が加わると、医療提供体制は容易に脆弱化のリスクにさらされることになる。

従来、地域医療計画・地域医療構想では、災害等に向けた危機管理について定性的な方針を定めることが求められてきたが、今後は一時的に医療需要が拡大した場合に活用するための医療資源のゆとりを計画的に確保し、その状況を定量的に評価する取り組みが求められるものと考えられる。またその際には医療従事者の働き方改革との間で情報を共有化して行くことが望ましい。

3. 病床数・平均在院日数・稼働率を組み合わせたデータについて

地域医療構想調整会議で医療機能別病床数の議論を進める際には、現実の稼働病床数と制度上の許可病床数の2つを意識的に使い分ける必要がある。図5および6では、各病棟の平均在院日数と許可病床数に基づいて計算した病床稼働率を散布図として示すことにより、①平均在院日数が短いものの許可病床に対する稼働率が低く、届出上の病床数の縮小による調整が求められる施設や、②稼働率は高いものの他の類似する病床機能・入院基本料の病棟と比較して平均在院日数が長く、入院期間の短縮や入退院基準の見直しが求められる施設、などの洗い出しが可能であることが示された。

なお、各図の下段に示したように、現在の病床機能報告では、稼働率が極端に低かったり、平均在院日数が極端に長かったりするような、報告内容の信頼性に疑いがあるデータも散見されている。そうしたデータの品質管理・精度向上を都道府県のレベルで行うことは必ずしも効率的ではないと考えられるため、今後の国の貢献に期待が寄せられる。

E. 結論

本研究では、平成29年度病床機能報告オープンデータを利用して、地域医療構想調整会議での議論の助けとなるようなデータの集計方法を整備し、集計されたデータへの着眼点と議論に反映する場合に留意すべき事項についての検討を試みた。

その結果として、病床機能報告病棟票に基づいた、地域単位での病床機能構成、病院単位での病棟機能と入退院経路等の状況、病床数・平均在院日数・病床稼働率について、実用的なデータ可視化の方法を開発して、現状での課題等を明らかにするとともに、インターネット上での情報提供を開始することができた。今後はこうした資料の整備に継続して取り組むとともに、DPC データを活用した圏域間の患者移動集計、災害・疾病の流行に伴う一時的な医療需要の拡大に対応するための医療資源の余力の定量的な分析、データの品質管理・精度向上に向けた取り組みの拡大などを進めることが望まれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

図1 病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等(全国)

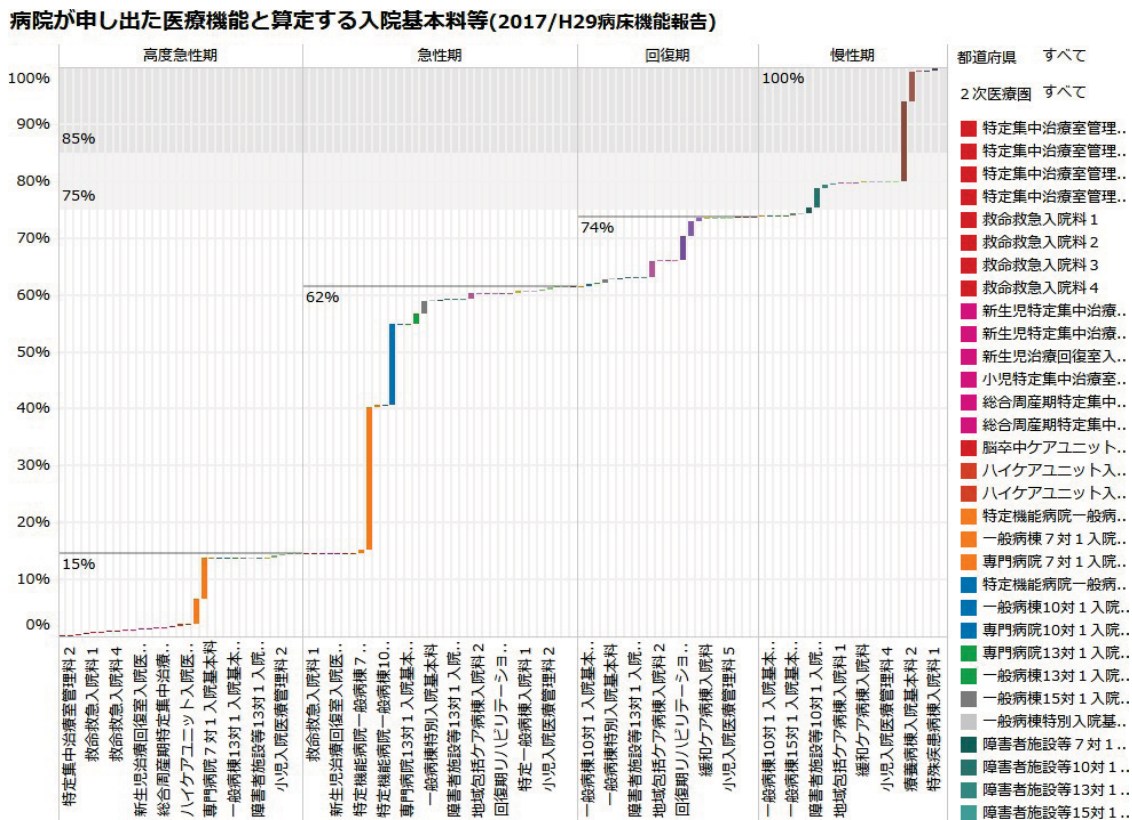


図2 病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等(東京都、4圏域)

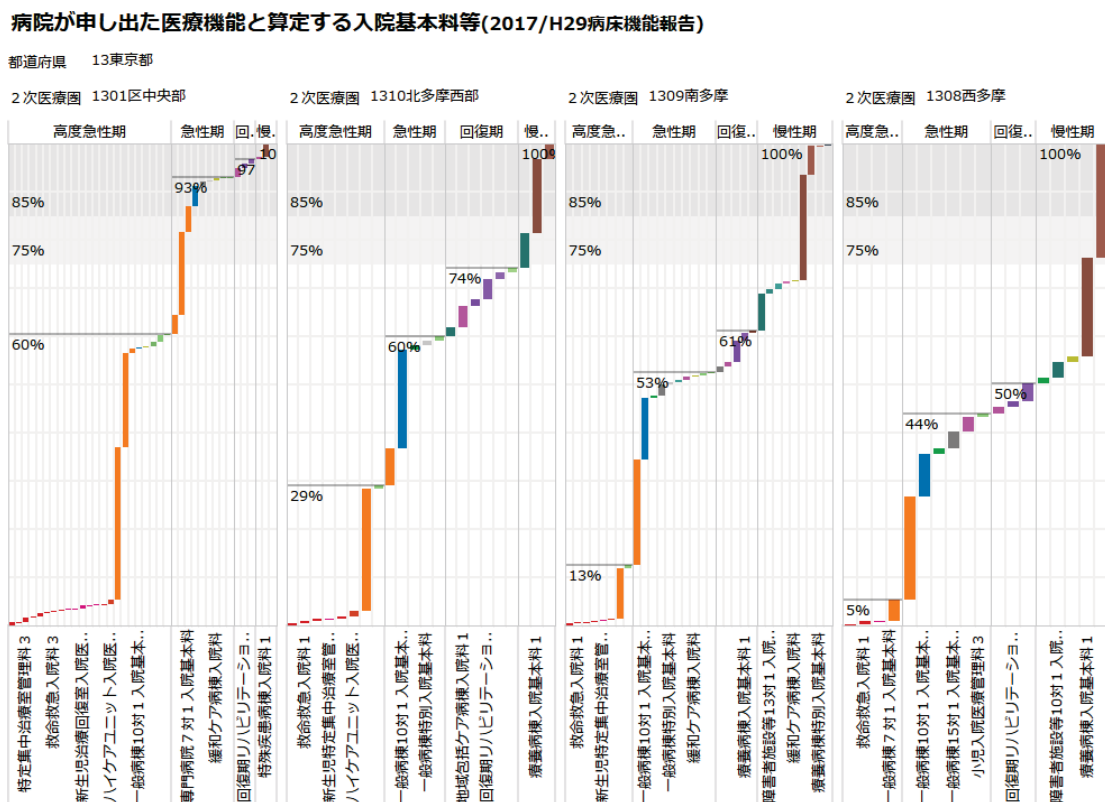


図3 病棟の平均在院日数(千葉医療圏)

図3A 高度急性期～回復期

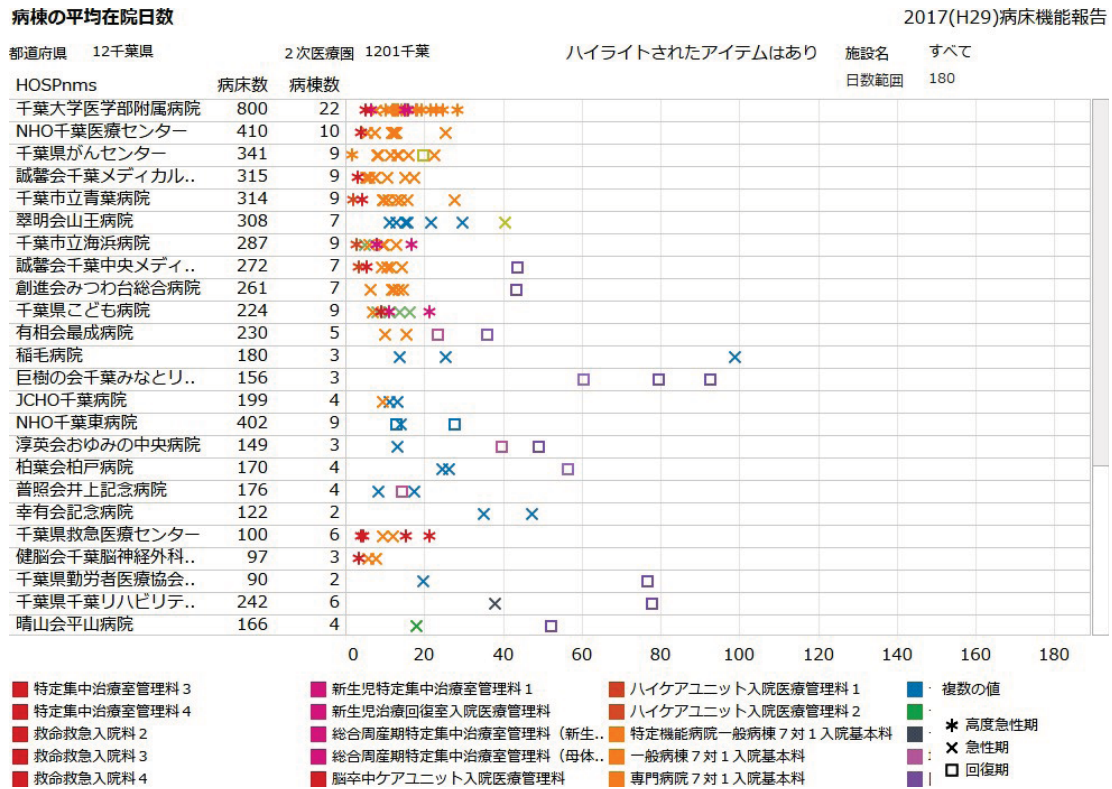


図3B 回復期～慢性期

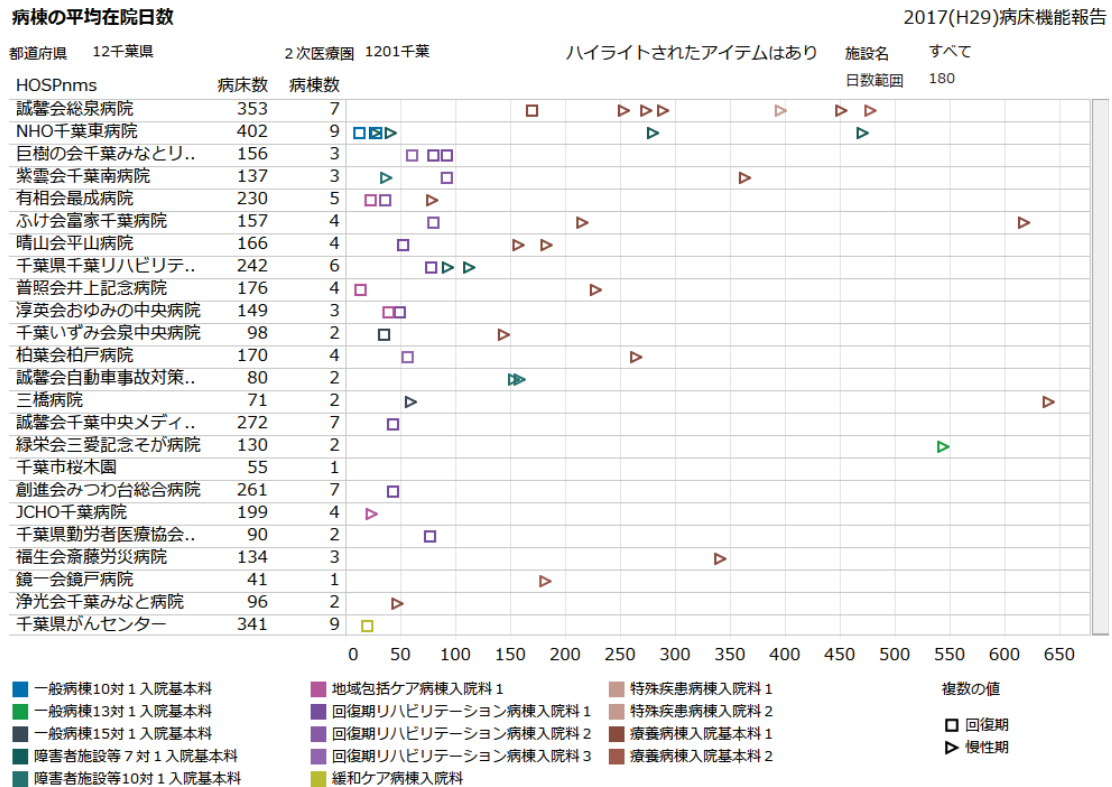


図4 病院の病床構成と入退院路経路(千葉医療圏)

図4A 急性期型の施設の例



図4B 回復期型の施設の例

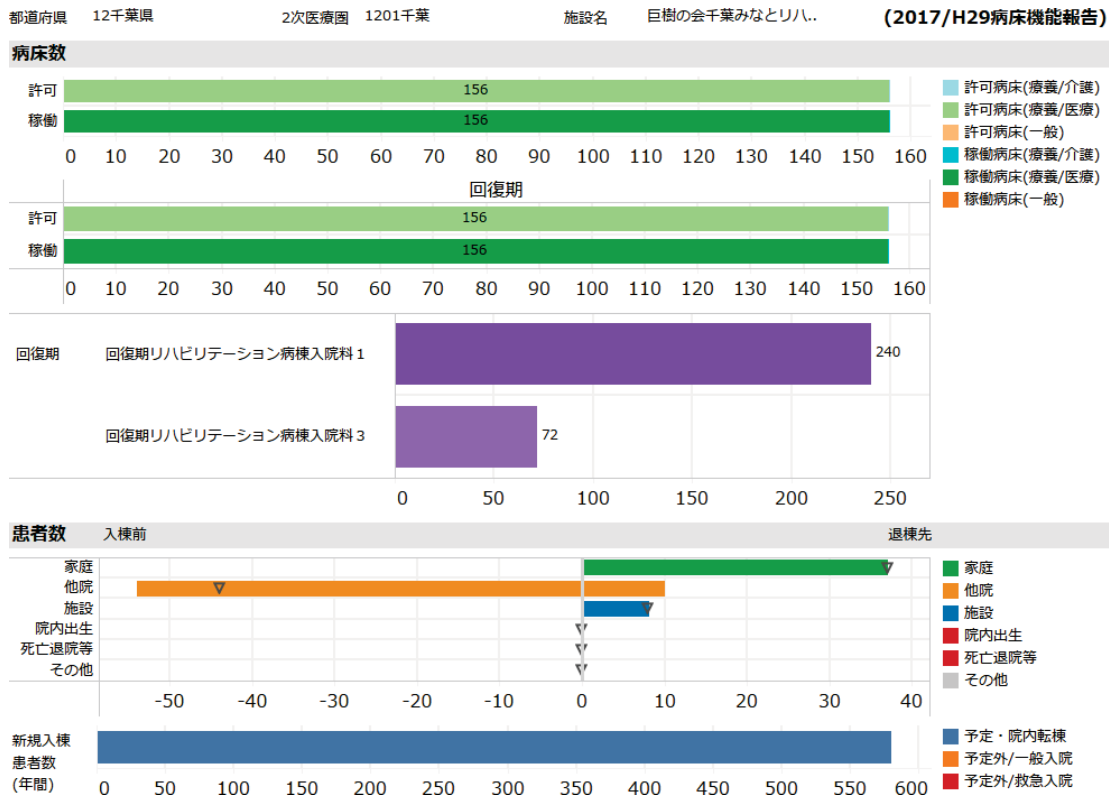


図5 病院の平均在院日数と病床稼働率(千葉医療圏:高度急性期～回復期、急性期をハイライト)
図5A データ

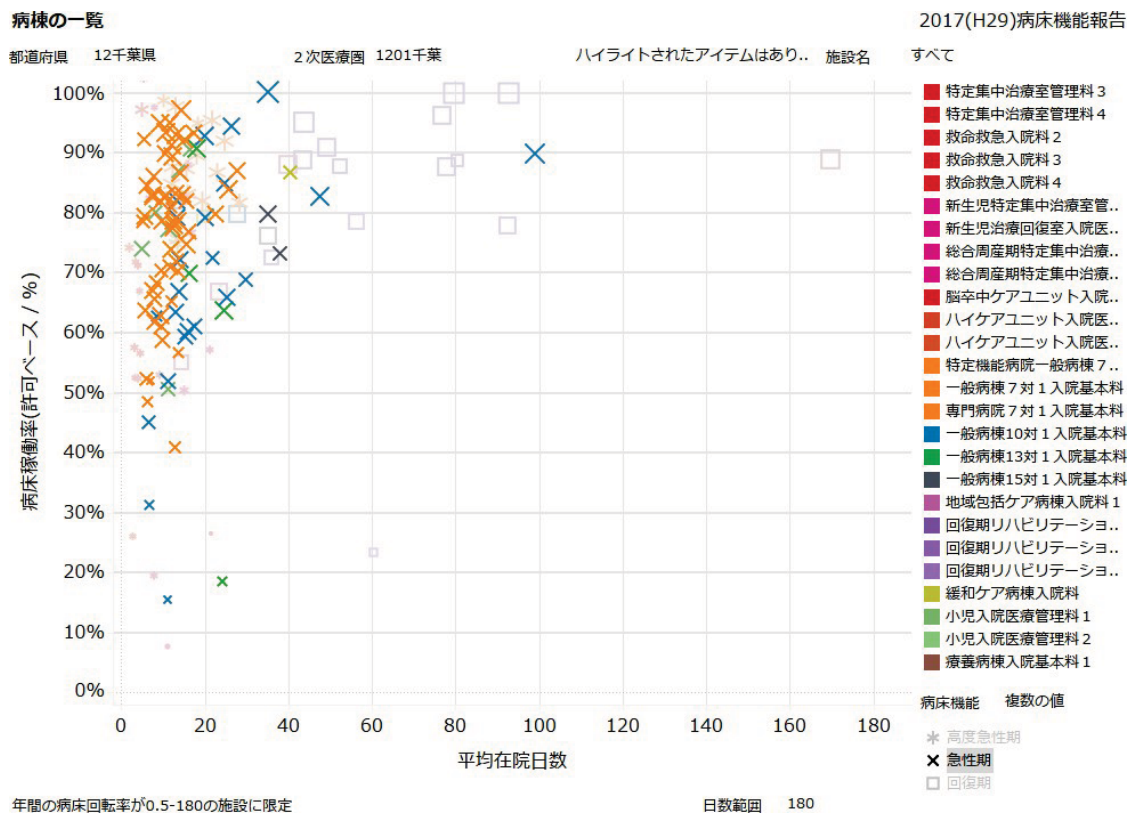
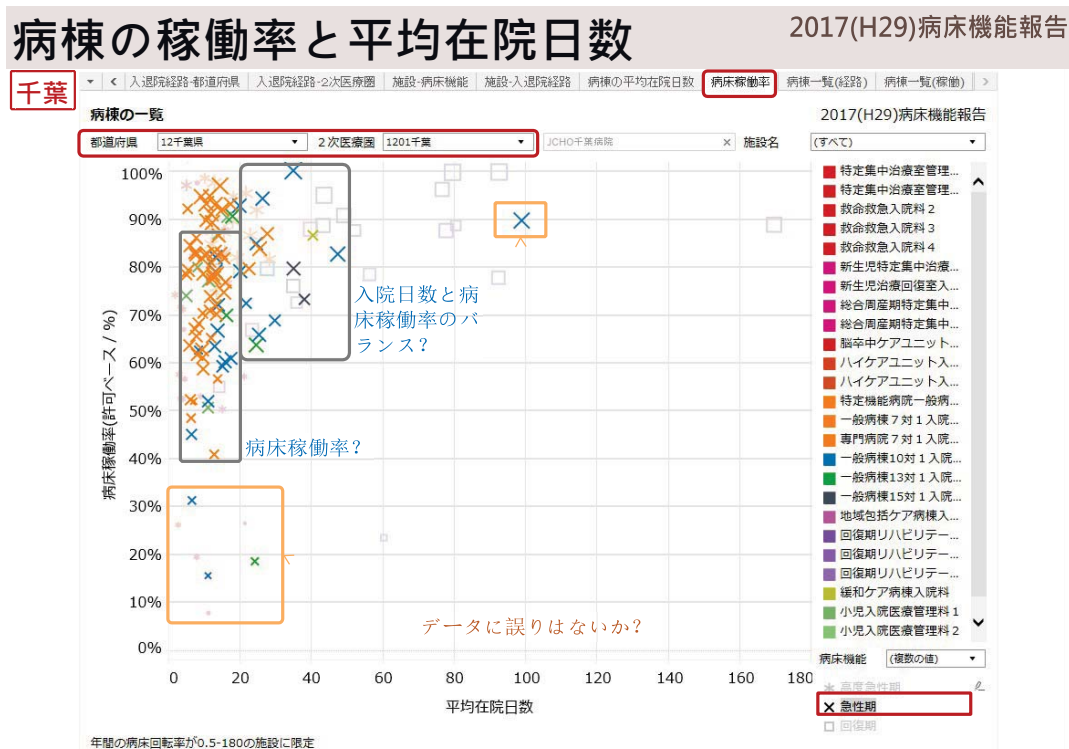


図5B 注目点



2017 (H29) 病床機能報告: 病棟票→病床稼働率
https://public.tableau.com/views/2017H29-HospFuncSurvey-Wards/sheet7_1

図6 病院の平均在院日数と病床稼働率(千葉医療圏:回復期～慢性期)

図6A 素データ

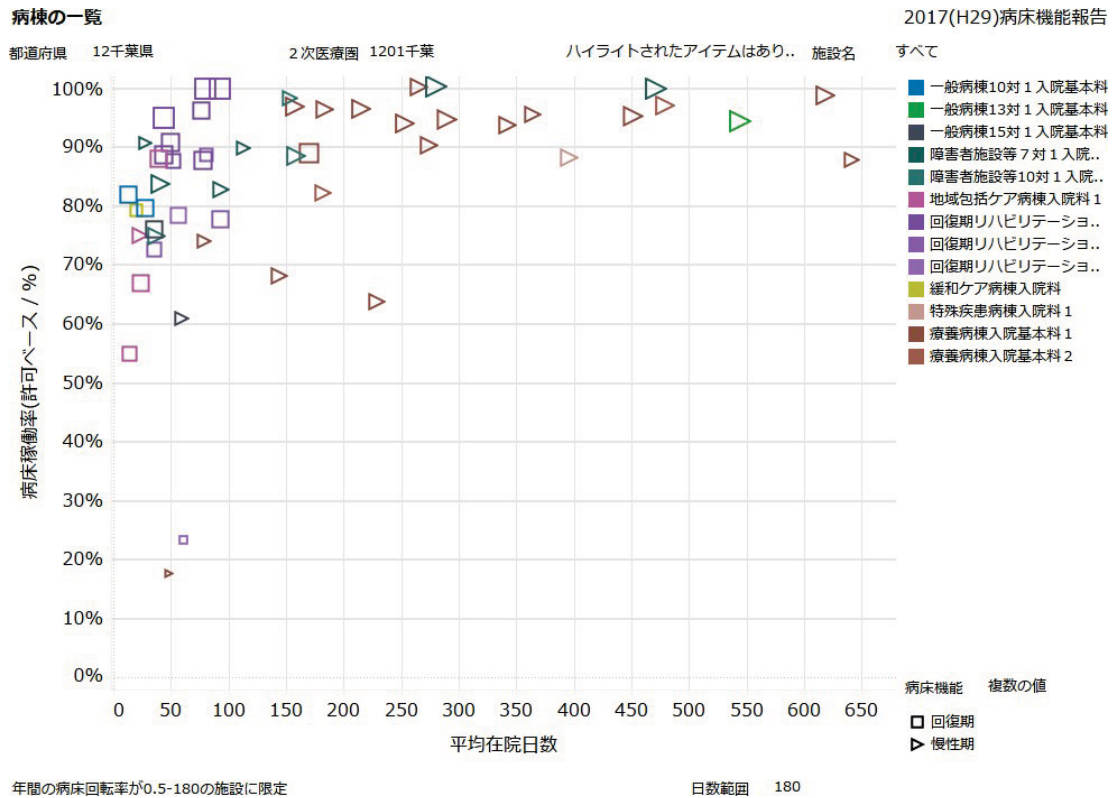
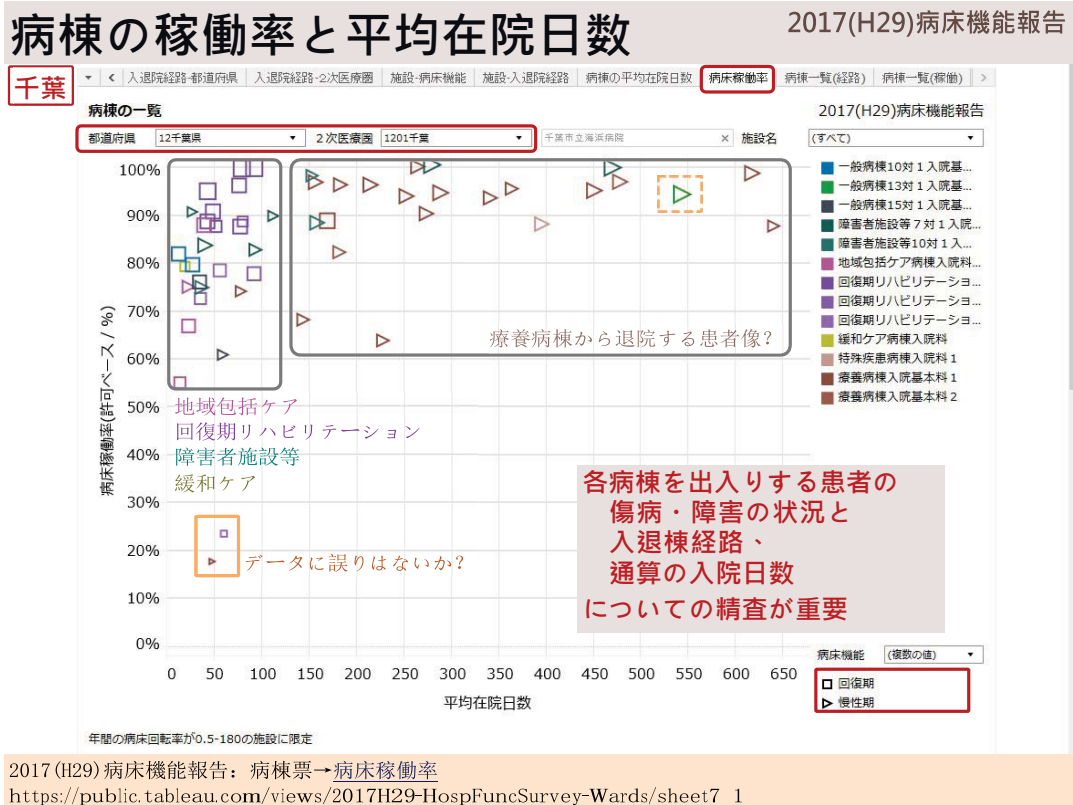


図6B 注目点



【機能連携班①-1】回復期等移行チェックリストの実装に向けた既存帳票調査

研究分担者 瀬戸 僚馬(東京医療保健大学 医療保健学部)
研究分担者 小林 美亜(静岡大学創造科学技術大学院)
研究分担者 池田 俊也(国際医療福祉大学 医学部)

研究要旨

回復期等移行チェックリストの妥当性を検証するため、既存の情報共有シート(以下、既存帳票という)から同チェックリストに置き換えを行うにあたっての内容同等性の確認と、置き換えに伴う技術的課題の洗い出しを行った。定量的分析としては、ウェブサイトで公開されている65件の既存帳票を用いて回復期等移行チェックリストとの内容比較を行った。定性的分析としては、回復期等移行が発生する典型的な模擬事例を協力病院2施設の看護師に提示した上で、模擬事例を想定した仮想的な情報共有シートを作成していただき、回復期等移行チェックリストに置き換えた場合の課題を検討した。

その結果、定量的及び定性的分析の双方において、内容同等性は確認できた。技術的課題については、ケアやリハビリなど「行為の記録」をもとに厚生労働省標準規格の標準マスターを用いた表現に置き換えることは比較的容易だが、「評価の記録」では叙述された記載が多いことから置き換えしにくい面もあることが明らかになった。回復期等移行チェックリストの妥当性は検証できたが、その円滑な実装に向けては叙述記録の形式や構造の標準化を踏まえた電子カルテシステム利用を推進していくことも重要である。

A. 研究目的

本班は、昨年度の研究成果として、急性期から回復期等への連携を想定した共有情報項目のうち特に重要な患者情報を抜粋して回復期病院に提供するための帳票(回復期等移行チェックリスト)を提案した。また、厚生労働省の高度医療情報普及推進事業による委託を受けた一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)と共同で、回復期等移行チェックリストと、MEDIS-DCが維持管理を行っている「看護実践用語標準マスター(厚生労働省標準規格 HS-024)」との対応表B版を作成し、MEDIS-DCのホームページを通じ公開することができた。

本公開に向けては、回復期等移行チェックリス

トや対応表B版の妥当性を臨床的側面と技術的側面を考慮して精査する必要がある。そこで本研究では、転院等に際して現に作成されている情報共有シート(以下「既存帳票」という)の様式を主に定量的に分析して回復期等移行チェックリストに置き換える際の内容同等性を検証するとともに、協力病院の看護師が模擬症例を用いて作成した既存帳票の内容を主に定性的に分析して回復期等移行チェックリストに置き換えることの技術的可能性を検証した。

本研究の目的は、上記の定量的及び定性的な分析を通じ、回復期等移行チェックリストの妥当性を検証することである。

B. 方法

1. 既存帳票の様式に関する定量的分析

各病院や地域がウェブサイトで公開している情報共有シート等の資料を、インターネットの検索エンジンを用いて 200 件収集した。そのうち病院からの転院時等に使用することが明らかな 65 件を分析対象とした。対象となったシートから情報項目数を抽出し、内容別(基本情報、診療に関する情報、認知・精神機能に関する情報、身体・感覚器に関する情報、ADL 等の生活に関する情報)に分類した(以下「に関する情報」の表記は省略する)。

2. 既存帳票の内容に関する定性的分析

本班が提供する共有情報項目を、看護実践用語標準マスターを用いて記載された電子カルテシステムのデータから抽出することができるか、検証を試みた。具体的には回復期等移行が発生する典型的な模擬事例を協力病院 2 施設の看護師に提示した上で(資料「回復期等移行チェックリストの実装に向けたデータ抽出実験」参照)、協力病院における試験運用環境等を用いて同事例を想定した仮想的な情報共有シートを作成していただいた。次に、研究班においてこれらの情報共有シートの内容を、看護実践用語標準マスターを用いて電子カルテシステムから出力することを想定した回復期等移行チェックリストに置換した。そのデータが実際に入力され得るデータであるかヒアリング等で確認を行った。

C. 結果

1. 既存帳票の様式に関する定量的分析

情報共有シートの配布者は、地方自治体 38 件、病院 11 件、地域の協議会等 7 件、医師会 6 件、その他 3 件であった。情報項目数の中央値は 47(IQR:37-65)となり、配布者別の内訳は地方自治体 47.5(38.25-67.75)、民間 42(36-58.5)であった。また、内容別の内訳は、基本情報 25(20-33)、診療 4(2-11)、認知・精神機能 2(1-4)、身体・感覚

器 2(0-4)、ADL 等の生活 12(8-23)であった。なお、地方自治体配布分では、基本情報 25.5(22.25-32.5)ADL 等の生活 12(8-23)であるのに対し、民間配付分では基本情報 21(18-32.5)ADL 等の生活 11(7.5-19)であった。

2. 既存帳票の内容に関する定性的分析

A 病院(一般病院)では情報共有シートとして「入院看護要約」と題する A4 版 1 枚からなる書面を利用していた。基本情報、診療、ADL 等の生活については、回復期等移行チェックリストと同様の項目を主に箇条書きで記載していた。認知・精神機能、身体・感覚器については独立した項目を設けておらず、必要に応じて「現在の日常生活と介助」欄に「清潔：機械浴／最終保清日 8/6、清潔自立度：一部介助」「排泄方法：ポータブルトイレ(夜間)／トイレ」に続いて「身体状況：認知症なし」等と主に箇条書きで記載していた。その他、「家屋の状況」の欄を設けて「要介護 2 独り暮らし」「一戸建て、トイレ：1 階洋式・2 階洋式」等の情報を主に箇条書きで記載していた。叙述が中心となる項目は「現病歴」「入院中の看護経過」の 2 項目であった。

B 病院(特定機能病院)では情報共有シートとして、「看護要約 I 中間」「看護要約 II」及び「看護要約(患者全体像詳細)」と題する延べ A4 版 3 枚からなる帳票を用いていた。このうち、基本情報、診療は主に「看護記録 I 中間」に回復期等移行チェックリストと同様の内容を主に叙述で記載していた。また、認知・精神機能、身体・感覚器、ADL 等の生活は、その概要を箇条書きで「看護要約(患者全体像詳細)」に記載した上で、その詳細な説明を「看護要約 II」の「継続が必要な看護」欄に叙述で記載していた。具体的には、看護記録 I の「看護の経過」欄には「座位保持は背もたれなしで端座位を一日 5 分～15 分継続可能だが、立位は支えがないと困難」、看護記録 II の「継続が必要な看護」欄には「排尿は、日中は尿瓶を利用。ベッドサイドに準備すると、片付け

のためのナースコールがある。排便は、便意があるとナースコールで知らせることができる。」「清潔 清拭のみで対応。自分で行える部分は顔の清拭。」、看護要約（患者全体像詳細）には「起座：半介助」「座位保持：半介助」「排泄：自尿」「尿意：有」「便意：有」「清拭：全介助」「入浴：（空欄）」「リハビリ状況：毎日、座位保持・立位訓練 15分前後」等と分けて記載していた。

D. 考察

1. 既存の情報共有シートから回復期等移行チェックリストに置き換える際の内容同索性

定量的分析において、既存帳票と回復期等移行チェックリストの情報項目数を比較すると(既存帳票における情報項目数の中央値：回復期等移行チェックリストにおける情報項目数)、基本情報 25:22、診療 4:6、認知・精神機能 2:10、身体・感覚器 2:13、ADL 等の生活 12:25 となり、回復期等移行チェックリストへの置き換えを行っても回復期等移行に必要な情報は概ね網羅できることが示唆された。

定性的分析においては、既存帳票についても病院によって同様の情報が箇条書きの場合と、叙述の場合があることが明らかになった。例えば排泄が一部介助の場合に詳述が、箇条書きのA病院では「ポータブルトイレ」との表記になるが、叙述のB病院では「尿瓶を使用、片付けはナースコールで」との表記になり、類似した表現にも記法のばらつきがみられた。このB病院の場合、回復期等移行チェックリストに反映するために登録されているべき電子カルテシステム上の用語は「尿便器排泄介助:部分解除(看護実践用語標準マスターにおける管理番号:12000069)」となるが、置き換えによって齟齬が生ずる可能性は寡少である。よって、既存帳票では箇条書きと叙述との記法のばらつきがあるものの、箇条書きを前提としている回復期等移行チェックリストに移行したとしても、内容同索性を担保することは概ね可能であることが明らかになった。

なお、A病院で挙がっていた「家屋の状況」に

については居宅等への移行には重要な情報となることもあるが、標準化が困難な側面もある。よって標準的な項目として回復期等移行チェックリストに盛り込むことには限界もあり、必要に応じて特記事項等として記載する運用が現実的である。

2. 既存帳票から回復期等移行チェックリストに置き換えることの技術的課題

定量的分析において、既存帳票における情報共有項目の42.9%は基本情報、20.0%はADL等の生活であることが明らかになった。回復期等移行チェックリストは、電子カルテシステム等の医療情報システムの活用を前提とした帳票であることから、こうした取り組みが医療機関の省力化を図るものであることが、改めて確認された。定性的分析では既存帳票では病院ごとの表現のばらつきが大きいことが明らかになったが、これを回復期等移行チェックリストに置き換えることで表現のばらつきを一定程度抑えることができる可能性が示唆された。

例えばA病院の既存帳票には「機械浴/最終保清日 8/6、清潔自立度：一部介助」との表現があるが、これを紐づく標準語は「入浴：全介助(リフト) (看護実践用語標準マスター管理番号：12001133)」である。この表現の揺れは、A病院の既存帳票では「機械浴」という入力手段の中で本人にもできることがあるため同評価になっている。他方、看護実践用語標準マスターでは、日常生活ケア(大分類)、清潔ケア(中分類)、入浴(小分類)という分類の中では、リフトという介助手段そのものが全介助相当と位置付けられている。すなわち全介助・一部(部分)介助・自立などの自立度とはあくまで相対値であるから、何と比較して「全介助」「一部介助」なのかによって評価が変わり得る。よって、A病院における「機械浴：一部介助」を、回復期等移行チェックリストにおいて「入浴 全介助(リフト)」と置き換えたとしても、内容の齟齬が生ずる可能性はほとんどない。

同様に B 病院においても、複数の帳票に自力では座位を保持できない旨の記載があるが、これを回復期等移行チェックリストで「起居動作支援 座位（看護実践用語標準マスター管理番号：12001834）」と置き換えることは可能である。ただし、これは既存帳票に「リハビリ状況：毎日、座位保持・立位訓練 15 分前後」とあるように、座位保持のためのケアやリハビリテーションという行為記録が一次利用段階で存在するから抽出できる共有情報項目ともいえる。既存帳票にあった「座位保持は背もたれなしで端座位を一日 5 分～15 分継続可能」等のアセスメント結果に関する情報は一般に叙述記録に記載され、標準マスターを用いて記録されにくい。こうした評価情報を回復期等移行チェックリストに置き換えることには困難が伴う。

よって、既存帳票から回復期等移行チェックリストに置き換える際の技術的課題としては、行為記録については比較的軽微といえる。他方で評価記録は内容同等性を担保できても置き換えにくい面があることが明らかになった。

E. 結論

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

既存帳票の情報共有シートを回復期等移行チェックリストにおきかえても、内容同等性の確保は可能である。その一方、各病院の看護記録等を記載する段階で、移行を意識した一次利用が重要となるため、従来の記録形態や記法とは異なる表現を要する場面もある。こうした電子カルテシステム等の使い方について、本班でも学会でのチュートリアルや雑誌記事等を通じて普及啓発に努めたが、引き続き理解を深めるよう取り組んでいくことが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

小林美亜、瀬戸僚馬：「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化, 看護管理 2020; 30(4): 364-371

2. 学会発表

瀬戸僚馬、小林美亜、池田俊也、野田龍也、今村知明：転院時等における情報共有シートに関する現状調査, 第 45 回日本診療情報管理学会学術大会, 2019 年 9 月 19 日, 大阪

小林美亜、瀬戸僚馬、瀧翔哉、岡峯栄子、木戸須美子、中西寛子、野田龍也：地域医療構想を強く意識した標準マスターの活用法～「回復期等移行チェックリスト」の実装に向けて～, 第 20 回日本医療情報学会看護学術大会チュートリアル, 2019 年 9 月 27 日, 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

回復期等移行チェックリストの実装に向けたデータ抽出実験

実験目的

回復期等移行チェックリストの実装に向けて、実際に厚労科研・地域医療体制班が提供する「共有情報項目」を、厚生労働省標準規格の標準マスター（看護実践用語標準マスター）を用いて記載された電子カルテシステムのデータから抽出することができるか、検証する。

実験方法

回復期等移行が発生する典型的な事例を実験協力病院の看護師等に提示して、その事例を想定した仮想的な情報共有シートを作成していただく。次に、作業班※においてこれらの情報共有シートの内容を看護実践用語標準マスターを用いた電子カルテデータに置き換えし、そのデータが実際に入力され得るデータであるのか、実験協力病院の看護師等においてヒアリングを行う。

※一般財団法人医療情報システム開発センター(MEDIS-DC) 看護領域の標準化委員会 看護実践用語標準マスター普及推進作業班

想定ケース

要支援2（脳梗塞の既往によりやや右足の動きが悪い）の独居高齢者が、自宅での転倒により入院した。入院から2日後に手術をして、術後2日目に車いすでの移動を行っている状態。入院期間Ⅱ（24日目）までに回復期病床に転院を図りたい。

資源病名： 股関節・大腿近位の骨折／人工骨頭挿入術（160800xx01xxxx）

回復期等移行を要することが予想される
仮想事例



実験協力病院



①左記ケースを元に架空（ダミー）の情報共有シートを作成頂きます。

③この電子カルテ項目が現実的に入力され得るかお伺いします。

厚労科研班 & MEDIS-DC作業班

②情報共有シートの内容を網羅できるように標準マスターを前提とした電子カルテ項目への置き換えを行います。



【機能連携班①-2】離島・僻地におけるシームレスな地域医療連携を 推進するための方策 ～あじさいネットの活用～

研究分担者 小林 美亜(静岡大学創造科学技術大学院)
研究分担者 瀬戸 僚馬(東京医療保健大学)

研究要旨

地域医療情報連携ネットワークを活用した地域医療構想における離島やへき地対策に対する知見を得ることを目的とし、へき地拠点病院、救急告示病院、がん診療離島中核病院を担う上五島病院において、ヒアリング調査を行った。また地域医療構想における地域医療情報連携ネットワークの活用に関する実情や課題に関しては、上五島病院の行政を対象にヒアリング調査を行った。

離島において、救急を含めた急性期から慢性期まで対応することのできる地域完結型の医療を提供できる体制の構築に際し、医療情報連携ネットワークシステムであるあじさいネットは大きく貢献していた。また、あじさいネットは、医療情報連携ネットワークシステムにおける多職種間の情報共有の推進に役立っており、特に調剤薬局では有効活用されていた。今後は、医療だけでなく、予防、行政を含めた介護・福祉連携においても、このシステムの活用が期待される。

A. 研究目的

長崎県の二次医療圏は、本土4、離島4の合計8地域に分けられ、本土の医療圏のうち、長崎、佐世保県北、県央医療圏の都市部には、それぞれ中核となる基幹病院、県南医療圏には地域の拠点的な機能を担う病院がおかれている。一方で、五島、上五島、壱岐、対馬の離島医療圏は、圏域外への患者の流出が見られているものの、圏域間の移動が容易ではないため、可能な限りその医療圏での医療提供体制の充実を目指している特徴がある。

このため、長崎県は、離島におけるドクターヘリによる救急搬送システムに加え、シームレスな地域医療連携を推進するための手段として地域医療情報連携ネットワークである「あじさいネットワーク(通称あじさいネット)」のシステムを稼働させ、また「あじさいネット」の遠隔画像診

断システム、テレビ会議システム

を用いた遠隔医療支援等の離島の医療対策を全国に先駆けて進めている。

そこで、地域医療情報連携ネットワークを活用した地域医療構想における離島やへき地対策に対する知見を得ることを目的とし、へき地拠点病院、救急告示病院、がん診療離島中核病院を担う上五島病院において、ヒアリング調査を行った。

B. 研究方法

上五島病院において、あじさいネットワークの運営を担っている事務担当者、また実際にあじさいネットワークを活用している薬剤師の方から、地域医療情報連携ネットワークとしてのあじさいネットの運用状況、医療連携推進に対する効果、今後の課題等について、ヒアリング調査を実施した。また地域医療構想における地域医療情報連携

ネットワークの活用に関する実情や課題に関しては、上五島病院の行政の方を対象にヒアリング調査を行った。

倫理的配慮として、ヒアリング調査から得られた情報は、個人が同定されない形式で、個人情報保護し、報告することとした。

C. 研究結果

1. 上五島病院の概要

長崎県では、離島地域の医療確保が最重要課題となっていることから、県と離島地域の市町村が、昭和43年4月に長崎県離島医療圏組合を設立し、五島・壱岐・対馬地域の病院の経営をその組合が広域的に担うこととした。その後、市町村合併・人口減少に加え、医師不足や自治体病院の運営の見直し等に対応するために、平成21年4月に長崎県と島原地域・五島地域・対馬地域の市町が一体となって病院を経営する長崎県病院企業団が設立され、これまでの県立2病院と離島医療圏組合9病院の運営にあたることとされた。長崎県病院企業団では、二次医療圏ごとに入院機能を集約化して、地域の基幹となる病院を運営するために、病院の再編や診療所化を行った。現在は、長崎県と6市1町で、8病院と3つの附属診療所を経営しており（平成31年4月2日現在、病床数1520床、正規職員1399名、医師数160名）、加速する人口減少に加え、医師・看護師不足、厳しい経営環境の中、継続性ある医療の確保と医療レベルの維持という大きな責務を果たしている。

長崎県地域医療再生計画（離島圏域）によると、上五島保健医療圏は、南松浦郡新上五島町と北松浦郡小値賀町の2町により構成され、長崎港から五島灘を隔て西方約100kmに位置し、西南から北東へ斜走している五島列島のうち、若松島以北の島々からなる地域である。主な島は若松島、中通島、小値賀島の3島で、このうち若松島、中通

島間に、平成3年に若松大橋が開通し、隣接する周辺の有人小離島間も連絡されている。また、小値賀島の周辺にも有人小離島が多数散在し、海上交通が専らの移動手段となっている。奈良尾～長崎間にフェリー（2時間40分）及びジェットフォイル（1時間15分）、有川～長崎間に高速船（1時間30分）、有川～宇久～小値賀～佐世保間にフェリー及び高速船、宇久～小値賀～青方間にフェリーがそれぞれ就航し、本土と上五島地域を結ぶ大動脈となっている。上五島と下五島間を結ぶ航路には、奈良尾～福江間にフェリー（1時間10分）及びジェットフォイル（30分）、郷の首～若松～福江間にフェリー等が就航している。

上五島病院は、昭和35年11月に上五島町立国民健康保険診療所として開設され、昭和40年7月に町立上五島病院となり、昭和43年4月長崎県離島医療圏組合（現・長崎県病院企業団）の設立により同組合上五島病院として発足した。救急告示病院、へき地医療拠点病院、災害拠点病院、訪問看護ステーション、人工透析の診療機能を有している。平成28年度からは、心臓血管造影室を設置し、虚血性心疾患に対するPCIの実施も可能となっている。脳神経外科や心臓血管外科、核医学検査や放射線治療については、設備や専門医を有していないため、本土病院と連携し、迅速な患者紹介・搬送に努めている。また、人間ドックの予防医療も担っている。

診療科は、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、腎臓内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科、小児科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科の計18科で、病床数は186床（一般病床132床、地域包括ケア病床40床、医療療養型病床10床、感染病床4床）となっている。患者のニーズに応じて、各科とも1次～2.5

次の医療を展開している。

なお、上五島保健医療圏の統合・再編において、平成 21 年 11 月、有川病院を上五島病院附属診療所有川医療センター（無床）、平成 23 年 4 月、奈良尾病院を上五島病院附属診療所奈良尾医療センター（無床）とし、平成 24 年 4 月には通院に便利な奈良尾港ターミナルそばに新しい診療所が設置された。これらの改革により、看護師が上五島病院に移り、休止していた療養病床の再開や一般病棟入院基本料 10 対 1 の算定が可能となった。

2. 医師・看護師不足への対応

長崎県病院企業団では、「長崎離島医師搬送システム」を整備し、長崎県の離島医療に派遣される医師をヘリコプターで搬送する事業を展開している。このシステムでは、本土と離島間の移動時間を短縮するために、ヘリコプターによる移動手段を提供している。上五島病院ではこのシステムを利用し、臨床研修医もヘリコプターに同乗し、離島医療を研修できる体制を構築している。

また、2015 年より、長崎県病院企業団は、都市部の大規模病院から離島の病院へ看護師等を派遣するアイランドナースネットワーク事業を開始している。この事業は、大規模病院と離島病院間で、看護師の人材交流を図ることで、離島地域の安定的な看護師の確保および企業団病院の活性化、職員の資質向上につなげることを目的としている。期間は 1 年で、人事交流の派遣に際し、宿舎などの住居環境が提供され、派遣元の職のまま派遣先でも就業が可能であり、赴任旅行費・地域手当の支給や退職金の継続が配慮されている。

上五島病院で働くことで、総合的に様々な患者さんを診る・看ることのできるオールマイティー

な看護能力を養うことができ、看護を通して地域医療の現状や問題を知る機会となっている。

また、これまで、離島地域に勤務する医師や看護師は、人員不足や移動の問題により、本土の研修会に参加することが困難であった。しかしながら、がん診療離島中核病院の指定を受けたことにより、がん診療連携拠点病院（長崎市民病院、日赤長崎原爆病院、長崎大学病院）からの講師派遣による研修会の開催やテレビ研修の実施なども行われており、離島であっても研修を受け、キャリアアップを図ることのできる体制を整え、人材確保にも努めている。

3. あじさいネットの活用

1) あじさいネットの概要

あじさいネット（図 1、2）は、当初、平成 16 年 11 月より、国立病院機構長崎医療センターの電子カルテ内の診療情報を大村市と諫早市の医療機関が閲覧できるシステムとして開始した。この医療情報連携ネットワークは、地域医療の主体は「かかりつけ医」であることを踏まえ、地域医療の中核となる病院（中核病院）の診療情報やノウハウを公開することにより、診療所の診療支援と生涯教育支援、それらを通じた地域全体の医療の質向上を目的として構築された。

その後、情報提供病院、情報閲覧施設ともに年々増加し、長崎県全域に拡大した。現在は、ネットワークのセキュリティ基盤（オンデマンド VPN 利用による施設間暗号化通信）を活かして、セキュアメール（あじさいネット内限定ウェブメール）、テレビ会議システム、医療関連ビデオ配信、多職種連携（チーム医療のための複数医療機関連携機能）、高品質遠隔画像診断、離島・救急医療支援システム、糖尿病疾病管理システム、周産期医療支援システム、検査データ共有サービス

などの機能を拡充し、地域連携パスや地域包括ケアシステムへの展開も進めている。あじさいネットの運用により、地域連携の活発化（紹介・逆紹介の増加）、病診連携の強化や重複検査の抑制などの効果が報告されている。

情報提供病院の多くは DPC 病院であり、入院期間が短縮されていることから、地域の回復期・慢性期の病院、診療所がフォローアップする必要がある。しかし、あじさいネットを通じて、必要な診療情報を迅速に入手できることから、シームレスな診療・ケアの提供に役立っている。また、診療所からの紹介患者が、病院から退院後にその診療所を受診した際、入院中に聞けなかった退院後の生活や服薬上の注意点、今後の見通しなどを、診療情報提供病院の入院中の診療経過を閲覧することで、補足説明することも可能となっている。加えて、病院のオープンシステムを利用して、病院で手術をする開業医も増えており、術後の経過を「あじさいネット」で閲覧し、患者の状態把握することにも役立っている。

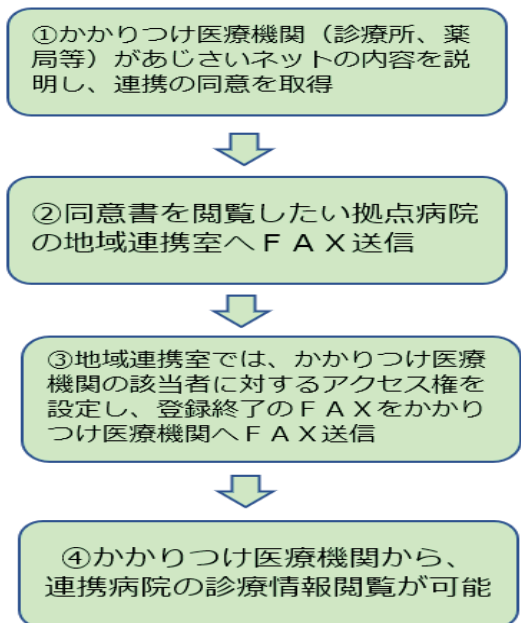
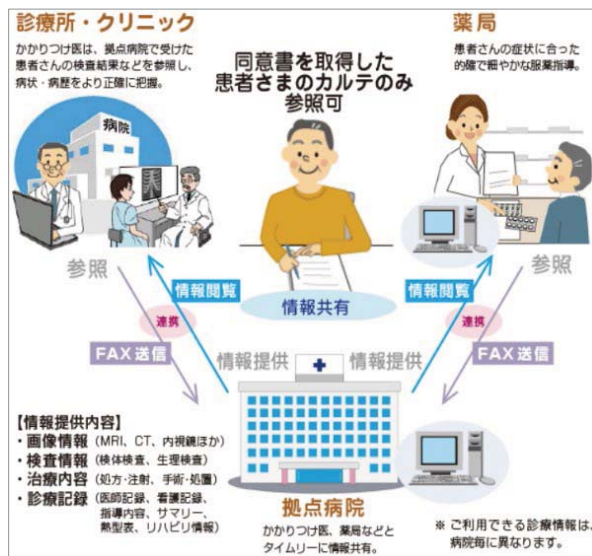


図1 あじさいネットと利用手順

引用：あじさいネットワークHP
http://www.ajisai-net.org/ajisai/07_outline/index.html

2) 上五島病院におけるあじさいネットの活用

上五島病院では、平成22年からあじさいネットの導入準備を開始し、5か月間のトライアルを経て、平成23年4月より情報提供病院としての運用を開始した。現在、上五島病院では、1800人超の患者から同意書を取得し、登録がなされている。

上五島病院では、あじさいネット上で、処方、

注射、検査結果、画像、入院療養計画書、退院療養計画書、退院時処方、症状経過（医師・看護師・リハビリ記録）、診断書、診療情報提供書、連絡情報、看護サマリーの閲覧を許可している。病病連携、病診連携のための診療情報の閲覧に加え、本土の病院に搬送するか否かについて、遠隔画像診断システムを活用し、意思決定を行うのに役立っている。訪問診療、訪問看護では、携帯端末を使用し、在宅で病院カルテを閲覧することが可能となっている。その他、いろいろな医療機関で行われた検査結果が統合された形式で閲覧が可能のため、紹介患者の重複検査を防止することにも役立っている。

老健施設のケアマネジャーも講習会を受講し、ID とパスワードの発行を受ければ、あじさいネットから情報を閲覧し、情報収集が可能であり、医療・介護連携にも活用できる体制を整備している。老健施設からの緊急入院が増えていることから、今後はあじさいネットを通じた医療・介護連携を進めることが課題となっている。

歯科との連携に関しては、近隣の歯科医にあじさいネットを紹介したものの、費用面から歯科医への導入は行われていない。

調剤薬局においては、調剤の場面であじさいネットに接続しながら行うより、事前・事後に参照する使い方の方が多。医師からすれば診療情報提供書を記載するのは大きな手間であり、あじさいネットで情報共有できれば、その記載は実質的に不要になると認識している。また、処方内容が変わっているとき等も、検査結果等でその理由がわかれば、疑義照会しなくて済むことも多い。このように、あじさいネットは、調剤薬局との連携を強化しつつ、同時に医師の負担を減らす意味も大きい。

調剤薬局が地域包括ケアを支える上では、特に

在宅医療において、あじさいネットの効果を実感している。例えば、定期的に来局している患者がしばらく来なくなると、調剤薬局としては「家で倒れていないか」等と心配になる。そのような際、あじさいネットからその患者の入院中等の状況についての情報を確認できると、他の職種と連携しながら、在宅医療を行いやすくなる。当薬局では、薬を届けるべき患者や透析中の患者など、自分たちが介入すべき患者を一覧表にして漏れがない工夫をしている。こうした機能はあじさいネットにはなく、手作りであるが、いずれにせよ情報通集には大いに役立っている。

医薬連携をさらに強化にするには、あじさいネットを訪問看護や介護でも使ってもらうことが肝要となる。薬を飲んでもらえていない状況などは、居宅訪問している事業者からの情報が得られると介入しやすくなる。介護支援専門員との連携も重要だが、そこからの情報に基礎疾患が含まれていることが少ない。あじさいネットにおいては、こうした情報を収集できる意味は大きいですが、精神科の医師記録は非開示設定されているなど、把握が必要であるが把握できない情報もあり、今後の課題となっている。

町役場でも、保健師をあじさいネットの講習会に派遣し、機能の概要などを把握してもらった。しかし、現時点では病病連携のツールとしての使い方が中心であると理解している。

もちろん地域包括ケアシステムを実現する上で、こうした基盤があることは有意義だとは思う。ただ現在のワークフローでは、医療連携は施設間での情報交換が中心なので、そこに町役場が入ることには限界がある。もちろん町立診療所があるのでその意味では有意義だが、費用を投じてまで行うという判断に現時点では達していない。

これには、地域性がかなり影響していると考え

る。大きな病院が党内に1つしかないので、地域医療構想における調整会議でも、県病院の院長にお勤めいただいております。県病院が連携推進の軸になっていること、地域包括ケア病棟において在院日数が60日を超えても転院・所できるところが非常に限られることなどから、ICTを活用して地域の医療情報を共有する意義は理解しつつも、現時点ではアナログな手段で実務を遂行できてしまうという背景もあると考えている。

D. 考察

上五島病院は、一部の3次医療を除き、地域完結型の包括ケアが行われている。この体制の実現には、医師や看護師不足の対策や本土・離島地域の医療情報連携ネットワークシステムの基盤整備が貢献していた。

例えば、あじさいネットは、離島から本土への緊急搬送の可否の意思決定に加え、離島では診療が困難な専門領域の医療を遠隔医療を通じて提供する等、大きな役割を果たしている。

離島における地域完結型の包括ケアにおいては、離島・僻地といった理由で離島では受けることのできない医療へのアクセスが困難とならないように、地域の実情にあわせて、遠隔医療や多職種連携を促進することのできる医療情報連携ネットワークを推進することが重要である。

多職種間連携において、調剤薬局の薬剤師は、あじさいネットを非常に重要な資源と認識していた。もとより医療機関と調剤薬局との間では一方向による処方情報の授受が中心であったため、あじさいネットを用いても医療機関が「授」であり、調剤薬局が「受」である関係は大きくは変わらない。しかし、医師に情報を戻すことを前提としている介護支援専門員や訪問看護事業所等との情報共有が密になることで、これらの職種を通

じて事業所間や職種間の情報共有が進むことにもつながっていることが示唆された。

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

町役場においては、あじさいネットを活用することの意義を認めつつも、現状で直ちに利用するツールまではいえないとの認識であった。これには、地域医療構想における基礎自治体の役割が、地域の医療環境によって大きく影響されることが関係していた。町役場によれば、同地域において政策的に議論を深めるべき分野（上五島地域においては「看取り」など）の議論も、その地域の公的病院がかじ取りをすることになるので、結果的にICTを用いた情報連携に投資する意義を感じにくくなっているとの考えである。これには投資対効果の観点で理解できる面もあるものの、やはり地域包括ケアシステムの実現においては、その地域の公的病院と基礎自治体が密接な連携を図ることは重要であるから、先述の調剤薬局での問題意識なども交えて、基礎自治体が関与することを前提に情報連携のスキームを議論していくことが必要であると考えられる。

E. 結論

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

地域包括ケアの展開において、医療情報連携ネットワークシステムは、多職種間の情報共有に大

きく貢献していた。今後は、医療だけでなく、予防、介護・福祉連携においても、このシステムの活用が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【機能連携班②】慢性期医療のデータ収集を可能にする診療記録の標準化 ーアウトカム志向型汎用看護記録による連携医療バリエーション分析と改善のアプローチー

研究分担者 町田 二郎(恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院)

研究分担者 副島 秀久(恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院)

研究要旨

2019年度は看護記録から診療プロセスおよびアウトカムの内容をデータとして収集、分析し、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化することを目的として、複数疾患に汎用性のあるアウトカム志向型汎用看護記録を作成した。対象患者は済生会熊本病院で誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全を主疾患として治療を受け、谷田病院へ転院後アウトカム志向型汎用看護記録を適用可能だが適用しなかった患者(A群)と適用した患者(B群)とする。2020年度に慢性期医療のプロセス、アウトカムに影響する要因を分析し課題と改善策を見いだしたい。また本看護記録導入前後で、看護師の勤務時間や看護記録記載時間などに効果があったかどうかを評価する。

研究協力者 西岡 智美(恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院)

A. 研究目的

平成28～30年度本研究班報告では、Basic Outcome Masterを用いた連携クリニカルパスを基本にした診療記録の標準化を行ったことで、大腿骨近位部骨折に対する骨接合手術を受けた患者の急性期から回復期における一連の診療アウトカムをデータとして収集し、課題分析を可能とすることを実証した。このなかで慢性期では疾患特異的な専門性の必要な患者状態アウトカムは少なくなり、バイタルサイン、食事、排泄、ADLなどに比重が移り、医療記録は看護記録が主体になる現実が明らかになった。

一方、地域内連携で完結する医療は他にも脳卒中や誤嚥性肺炎、心不全などがあるが、これらに共通するアウトカムデータを収集する医療情

報基盤がない現実も明らかになった。

以上のことを踏まえ、本研究では複数疾患に汎用性のあるアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、看護記録から診療プロセスおよびアウトカムの内容をデータとして収集、分析することで、地域内での看護ケアの質と安全管理を標準化する基礎設計を行うことを目的とする。

B. 研究方法

2020年度を予定している本調査に向けて、下記項目の検討を行った。

1) 対象

熊本県上益城郡にある谷田病院(地域包括ケア病棟、療養病棟、介護医療院、介護施設、在宅医療、在宅介護を提供している)と済生会熊本病院の2施設間で医療連携が完結した患者。

① 選択基準

済生会熊本病院で誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全を主疾患として

治療を受けた患者。谷田病院転院後アウトカム志向型汎用看護記録を適用可能だが適用しなかった患者（A群）と適用した患者（B群）

② 除外基準

誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全を主疾患としない患者で、済生会熊本病院以外の施設からの転院患者。

重症度や専門性の高い患者で、アウトカム志向型汎用看護記録を適用することが困難と医師が判断した症例。

2) 方法

① 済生会熊本病院でクリニカルパス、谷田病院でアウトカム志向型汎用看護記録を運用する。

② 本看護記録導入前後で、看護師の勤務時間や看護記録記載時間などに効果があったかどうかを評価する。

③ 患者の治療プロセス、転帰に影響する要因を分析し、連携医療の課題と改善策を見いだす。

④ 本看護記録のアウトカム、観察内容設定で、実際に不足する項目が何かを検証する。

⑤ クリニカルパスに使用するアウトカムと観察項目の用語は日本クリニカルパス学会から刊行されている Basic Outcome Master (BOM)に搭載された用語を用い、クリニカルパスの用語と構造の標準化を行った。

⑥ 疼痛評価、転倒転落評価、嚥下評価のアセスメントツールを 2 施設で共通化した。

⑦ Activity of Daily Living (ADL)の評価指標として Functional Independence Measure (FIM)を使用した。

⑧ 以下の項目について診療録より取得する

A) 患者に関する項目

年齢、性別、主疾患名、併存疾患名、

入院日、退院日、在院日数、入院日体重、退院日体重、治療行為名称、投薬内容、合併症、入院中の患者状態アウトカムとそれに紐付く観察項目（バイタルサイン、身体症状など）、入院中 ADL アウトカムとそれに紐付く観察項目(FIM など)、入院中の投入リハビリ単位、入院中の知識・教育・理解アウトカムとそれに紐付く観察項目、フレイル評価値、認知症の有無 (HDS-R など)、入院中疼痛 NRS、食事摂取量、排便状態、せん妄の有無、転倒転落の有無、1日の観察回数、同居家族、キーパーソン、嚥下評価、転帰情報（済生会への再入院、慢性期への転院、介護施設への転所、在宅医療の継続、在宅介護の継続、等）、看護ケア処置項目、看護ケア処置回数

B) 看護師に関する項目

看護記録時間、看護師残業時間、看護師勤務時間

3) 評価項目

① 主要評価項目

患者に関する項目：合併症発生要因、転帰要因、ADL 改善要因、在院日数影響要因

看護師に関する項目：看護記録時間/看護師勤務時間、看護ケア実施時間/看護師勤務時間

② 副次的評価項目

患者に関する項目：バリエーション発生頻度と項目、合併症発症頻度

看護師に関する項目：不足するアウトカム、観察項目

4) 統計解析方法

多変量解析（重回帰分析）、有意差検定

（t 検定、 χ^2 検定）

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

アウトカムとそれに紐づく観察項目を以下のように設定した。すなわちある一つのアウトカムを適用すれば自動的にそれに紐付いた観察項目とその適性値が設定される仕組みとした。ただし適性値自体は始めから固定された値ではなく、患者の個別性を考慮し、施設や主治医の判断で決定されるものである。基本的にはアウトカムに紐付いていない他の観察項目を設定することは認めないこととした。この組み合わせは済生会熊本病院の多数のクリニカルパスに設定されているアウトカムと観察項目の組み合わせを参考に作成した。この仕組みは看護計画を立てる煩わしさを解消し、看護師の経験値、能力差による看護ケアの質の差を無くすことを可能とするとともに、適正値を設定することで安全管理の一助となる。

1. 基本アウトカムと観察項目

疾患を問わず設定する基本アウトカムと観察項目を以下のようにした。呼吸状態が安定している、と、呼吸状態に問題がない、の区別は、後者は呼吸器合併症の可能性のある、脳卒中、誤嚥性肺炎、心不全で転院してきた患者かその既往のある患者に設定し、前者はその懸念のない患者に設定する。

アウトカム・観察項目	看護ケア
循環動態が安定している	
拡張期血圧【適正値：< 90mmHg】	拡張期血圧
収縮期血圧【適正値：≥90 かつ ≤150mmHg】	収縮期血圧
脈拍数【適正値：≥ 50 かつ ≤ 100 回/分】	脈拍数
呼吸状態が安定している	
呼吸数【適正値：≥ 10 かつ ≤ 25 回/分】	呼吸数
咳嗽がない【適正値：なし】	咳嗽
呼吸困難がない【適正値：なし】	呼吸困難
呼吸状態に問題がない	
SPO2【適正値：≥ 94%】	SpO2
呼吸音減弱がない【適正値：なし】	呼吸音減弱
肺雑音がない【適正値：なし】	肺雑音
体温に問題がない	
体温【適正値：< 37.5℃】	体温
疼痛のコントロールができています	
疼痛（NRS）【適正値：≤3】	疼痛（NRS）
疼痛部位	疼痛部位
疼痛性質	疼痛性質
食事摂取ができる	
食事摂取量(主食-11 段階)【適正値：≥ 5】	食事摂取量(主食-11 段階)
食事摂取量(副食-11 段階)【適正値：≥ 5】	食事摂取量(副食-11 段階)
排便のコントロールができています	
排便がある【適正値：≥ 1 回/24 時間】	便回数
治療について理解できる	
治療に対する不安の訴えがない【適正値：なし】	意思表示(不安)

表1：基本アウトカムと観察項目

2. 誤嚥性肺炎アウトカムと観察項目

誤嚥性肺炎を主疾患として転院した患者には、下記アウトカムを追加する。

アウトカム・観察項目	看護ケア
肺炎の症状・所見がない	
気道分泌物がない	気道分泌物
気道分泌物の性状	気道分泌物性状
気道分泌物量・性状が許容範囲である【適正値：範囲内】	気道分泌物(判断)

表2：誤嚥性肺炎アウトカムと観察項目

脳卒中患者には脑梗塞、脳出血、くも膜下出血の区別を問わず、下記アウトカムと観察項目を追加する。

アウトカム・観察項目	看護ケア
頭蓋内圧亢進の症状・所見がない	
頭痛がない【適正值：なし】	頭痛
嘔気がない【適正值：なし】	嘔気
嘔吐がない【適正值：なし】	嘔吐
失語症の症状・所見の悪化がない	
失語の悪化がない【適正值：なし】	失語の悪化
意識レベルの低下がない	
意識評価 (JCS)	意識評価 (JCS)
意識評価が許容範囲である【適正值：範囲内】	意識評価 (JCS) (判断)
麻痺の悪化がない	
麻痺レベル (右上肢)	麻痺レベル 右上肢
麻痺レベル (左上肢)	麻痺レベル 左上肢
麻痺レベル (右下肢)	麻痺レベル 右下肢
麻痺レベル (左下肢)	麻痺レベル 左下肢
麻痺レベルが許容範囲である【適正值：範囲内】	麻痺レベル (判断)
神経症状・所見の悪化がない	
構音障害の症状がない【適正值：なし】	構音障害
しびれの増悪がない【適正值：なし】	しびれの増悪
肺炎の症状・所見がない	
気道分泌物がない	気道分泌物
気道分泌物の性状	気道分泌物性状
気道分泌分量・性状が許容範囲である【適正值：範囲内】	気道分泌物(判断)
誤嚥の症状・所見がない	
飲水後にむせがない【適正值：なし】	むせ

表3：脳卒中アウトカムと観察項目

アウトカム・観察項目	看護ケア
循環動態に問題がない	
心電図モニター波形	心電図モニター波形
心電図モニター波形の変化がない【適正值：なし】	心電図モニター波形変化
体重のコントロールができています	
体重	体重
体重変動が許容範囲である【適正值：範囲内】	体重 (判断)
循環障害の症状・所見がない	
易疲労性がない【適正值：なし】	易疲労性
頸静脈怒張がない【適正值：なし】	内頸静脈怒張
浮腫がない【適正值：=正常 1+ 2+】	浮腫の程度
末梢循環障害の症状・所見がない	
四肢の末梢冷感がない【適正值：なし】	末梢冷感 (四肢)
チアノーゼがない【適正值：なし】	チアノーゼ
末梢動脈触知ができる【適正值：なし】	末梢動脈触知
腹部症状・所見がない	
腹部膨満感がない【適正值：なし】	膨満感 (腹部)
胸部症状・所見がない	
胸部不快がない【適正值：なし】	胸部不快
嘔気がない【適正值：なし】	嘔気
冷汗がない【適正值：なし】	冷汗
急激な腎機能低下がない	
尿量【適正值：】	尿量
尿量が許容範囲である	尿量 (判断)
睡眠障害の症状・所見がない	
中途覚醒の訴えがない【適正值：なし】	中途覚醒
入眠困難感がない【適正值：なし】	入眠困難感
精神状態が安定している	
焦燥感がない【適正值：なし】	焦燥感
無力感がない【適正值：なし】	無力感

表4：心不全アウトカムと観察項目

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

実際の運用に当たっては表1～4にある全ての

アウトカムを全ての患者に適用することにはならないと考える。患者の個別性に応じ、必要なアウトカムを設定し運用する予定である。

2020 年度以降に運用結果に基づいたデータの分析を行う。

D. 考察

クリニカルパスの基本構造は第一に患者状態観察内容と介入するケア行為の標準化であり、第二に時間軸の設定にある。急性期医療では時間軸の設定が重要なポイントであり、時間単位、日単位の比較的短い設定が意義を持つ。この短い時間軸こそがクリニカルパスに対する一般的な共通イメージであるが、その考え方は IT 時代、データ時代になり古くなってきている。クリニカルパスの新しい意義は観察項目とその用語の標準化により、患者状態のプロセスとアウトカムをデータ化することにある。

慢性期医療でも時間軸は大事ではあるが、その経過速度は遅くなり、急性期に比し観察内容も随分と異なってくる。しかも徐々に生活に近づいたケアが必要になり患者の個別性も重視されるべきである。このためクリニカルパスにより慢性期全経過の時間軸を制御することは現段階では目的としない。既述のように観察内容と用語を標準化することで患者状態のプロセスとアウトカムのデータ化を可能にできるため、毎日の看護記録をアウトカム志向の標準化記録に変更しデータ収集分析することで慢性期医療の実態を解明し適切な医療内容を明らかにすることが可能と考える。デジタル化された標準看護記録は観察漏れを防ぎ看護師のケア行動を支援し誘導することも可能となるため、慢性期医療に安全管理を導入することを第二の目的としたい。

本研究では主に慢性期の看護記録の標準化作

業に軸足を移し、地域内で完結する代表的疾患に共通するアウトカム志向型汎用看護記録を作成し、実運用した結果の分析を試みる予定である。

E. 結論

標準化した看護記録を作成し、地域内連携で完結する疾患に関するアウトカム志向型汎用看護記録を作成することが出来た。

F. 健康危険情報

特に該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

2. 学会発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

現時点で予定なし

2. 実用新案登録

現時点で予定なし

3. その他

特に該当なし

【実地検証班】医療・介護レセプト情報を用いた医療介護連携分析

研究協力者 次橋幸男^{1,2}、長野典子¹

研究分担者 今村知明¹、野田龍也¹

1. 奈良県立医科大学 公衆衛生学 2. 公益財団法人 天理よろづ相談所病院

研究要旨

奈良県国保データベース(KDB)を用いて、医療と介護レセプトデータを活用した政策研究として以下3通りの分析を行った。①療養場所の追跡：胃瘻造設術(区分番号 K664)が実施された患者 2506 名を対象として、胃瘻造設日から3年間の療養場所を入院基本料から分析した。②疾病の発症が「健康寿命」に与える影響：要介護度2未満から要介護度2以上となった又は死亡した患者を「健康寿命の終了」と定義し、ある疾病を発症した65歳以上の患者グループが1年以内に「健康寿命の終了」を迎える人数と基準集団から求められた期待患者数との比をSMDR(Standardized mortality and disability rate)とした。そして、大腿骨骨折患者のSMDRを算出したところ男性で529、女性で420であった。③死亡前180日以内に費やされた医療介護費の日別推移：医科レセプトから1日あたりの医療費を合算し、介護費については各月の介護費からその月の日数を割ることで1日あたりの介護費を求めた。その結果、死亡日から遡って死亡前180日までの医療費及び介護費の日別推移を分析した。その結果、医療費は年齢が上がるほど低く、死亡前90日前頃から増加傾向が認められた。介護費は年齢が上がるほど高く、死亡前90日頃から減少傾向が認められた。

A. 研究目的

奈良県国保データベース(KDB)の医療及び介護レセプトデータを用いて、政策研究における活用を目的とした以下の分析法を確立する。

- ①療養場所の追跡
- ②特定の疾病発症が「健康寿命」に与える影響
- ③死亡前180日以内に費やされた医療介護費の日別推移

B. 研究方法

対象データ

2013年度から2018年度まで(5年間)の奈良県KDBに含まれる医療レセプト及び2018年度(1年間)の介護レセプトに含まれる以下の対象者

- ・ 国民健康保険加入者 約37万人
- ・ 後期高齢者医療制度加入者 約17万人
- ・ 介護保険要介護認定者 約7万人

医療と介護レセプトの突合

以下3通りの名寄せ用ID(KDBHID)を作成後、KDB被保険者台帳の各KDBHIDの紐付け情報を用いて、医療と介護レセプトを突合

した。

- ・ 国民健康保険：保険者番号、被保険者記号、被保険者番号、生年月、性別
- ・ 後期高齢者医療制度：被保険者番号
- ・ 介護保険：保険者番号、被保険者番号

方法

①療養場所の追跡

対象：2013年4月～2018年3月に胃瘻造設術（区分番号 K664）が実施された患者 2506名

アウトカム：胃瘻造設術の実施日から30日後、180日後、1年、3年後の療養先

分析：各時点で算定されていた入院基本料を基に以下の7つの療養先カテゴリー（急性期／地域包括ケア／回復期／療養／精神／その他入院／病院外）へと分類した。

②疾病の発症が「健康寿命」に与える影響

対象：2013年4月～2017年3月までに奈良県KDBに医科レセプトが存在していた（同一期間に1回以上、医療保険を利用した）65歳以上の全ての高齢者（約16万人）

曝露：大腿骨骨折（ICD-10：S72）の病名があり、入院中に骨折観血的手術（大腿）、関節内骨折観血的手術（股）、観血的関節固定術（股）、人工関節置換術（股）、人工骨頭挿入術（股）、鋼線等による直達牽引、骨折非観血的整復術（大腿）が行われた患者 3285人

比較（基準集団）：全ての高齢者（約16万人）

アウトカム：要介護度2未満から要介護度2以上となった又は死亡を「健康寿命の終了」と定義し、アウトカムとした。

分析：性別、年齢階級別に大腿骨骨折患者が発症1年以内に「健康寿命を終了した」人数と、基準集団において「健康寿命を終了した」人数から求められた期待患者数を算出して、この比をSMDR (Standardized mortality and disability rate)とした。期待患者数の計算には、性別、年齢

階級別の基準集団における「健康寿命を終了した」割合を、大腿骨骨折患者数に当てはめることで算出した。

③死亡前180日以内に費やされた医療介護費の日別推移

対象：2017年10月～2018年3月に死亡した後期高齢者 4935名

アウトカム：死亡日から死亡180日前までの日別医療費及び介護費

分析：医科レセプトから1日あたりの医療費を合算した。介護費については各月の介護費をその月の日数で割り、その費用を各月の1日あたりの介護費として割り付けた。

（倫理面への配慮）

本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

①療養場所の追跡

2506名中2259名（90%）が急性期病床入院中に胃瘻を造設されていた。胃瘻造設から30日と180日後に生存していた患者2338名、1767名はそれぞれ570名（24%）、1167名（64%）が病院外で療養していた。（図1）

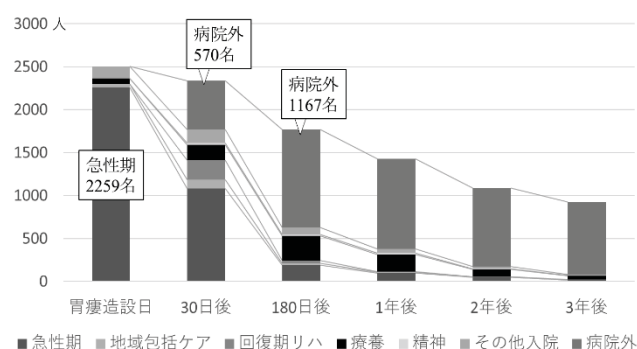


図1 胃瘻造設後3年間の療養場所の推移

②疾病の発症が「健康寿命」に与える影響

大腿骨骨折患者（男性）839名中、1年以内に

「健康寿命を終了した」患者は 422 名であった。基準集団（男性）から求められた年齢階級別の期待患者数の総和は 80 名であることから、大腿骨骨折発症による SMDR（男性）は $422/80 \times 100 = 529$ として求められた。大腿骨骨折発症（女性）3285 名中、1 年以内に「健康寿命を終えた」患者は 1682 名であり、基準集団（女性）から求められた期待患者数の総和が 388 名であることから、SMDR（女性）は $1628/388 \times 100 = 420$ となった。

③死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の 日別推移（図は月別推移として表示）

1 人あたりの平均医療費は年齢が若いほど高額となる傾向が示された。死亡月を 0 月とした場合、-2 月（死亡 60～89 日前）頃から急速に増加していた。（図 2）一方、1 人あたりの平均介護費は年齢が上がるほど高額となっていた。死亡月を 0 月とした場合、-2 月（死亡 60～89 日前）から減少傾向が示された。（図 3）

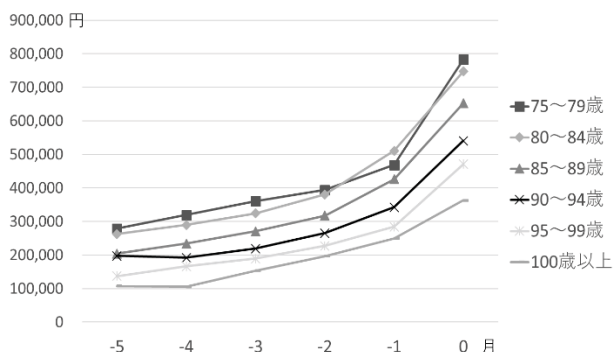


図 2 死亡前 180 日以内の医療費

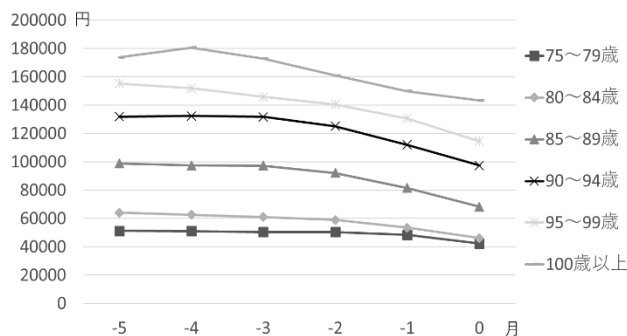


図 3 死亡前 180 日以内の介護費

D. 考察

医療と介護レセプトを突合させて、療養場所の追跡、要介護度 2 以上となる時点を「健康寿命の終了」の代理指標とした場合の健康寿命に与える疾病発症の影響、そして死亡から遡った医療介護費を分析した。

療養場所の追跡については、医科レセプトの分析結果を示したが、さらに介護保険データを用いて「病院外」を分類することで、介護保険施設、居住系施設、又はショートステイや在宅といったより詳細な分類が可能になる。この方法を用いて特定の疾病発症や治療後の療養場所を追跡することで、全県レベルでの医療介護連携に関する調査を実施できる。また、SMDR を用いて健康寿命に与える影響の大きさを疾病間で比較することで、健康寿命の延長を目指した効率的かつ重点的な介入につなげられる可能性がある。さらに、死亡から遡って 180 日以内の医療介護費の分析を応用させることで、疾病別、在宅医療や施設介護といったサービス行為別の層別解析を実施できる。我が国の人口推計では 2040 年まで死亡者数が増加し続けることが予想されており、死亡前の看取りに関する医療介護サービスに費用を加えた評価が、持続可能性のある政策形成に役立つ情報として活用されることが期待される。

E. 結論

本研究の結果、奈良県の国保データベース（KDB）を用いて、療養場所の追跡、特定の疾病発症が「健康寿命」に与える影響、そして死亡前 180 日以内に費やされた医療介護費の分析が可能になった。これらの分析を軸として、今後様々な疾病や診療行為、又は地域別の層別解析を行い、政策及び診療現場に還元する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

次橋幸男, 赤羽 学, 中西康裕, 林修一郎, 野田龍也, 明神大也, 今村知明: 胃瘻造設術の減少と人工栄養の推移 レセプトデータを用いた患者数と生命予後の分析. 第78回日本公衆衛生学会学術総会. 2019.10.23, 高知

Nakanishi Y, Tsugihashi Y, Noda T, Myojin T, Kubo S, Nishioka Y, Akahane M, Imamura T.
14th Supercentenarian Seminar 29 Nov. 2019.

Pari

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【地域実情分析班】地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める 具体的対応方針等の再検証に関する議論に係るオペレーションマニュアル

佐藤 大介 (千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 特任准教授)
小林 大介 (神戸大学 医学研究科 特命准教授)
今村 知明 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 教授)
野田 龍也 (奈良県立医科大学 医学部 医学科公衆衛生学 准教授)

研究要旨

本研究は、地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証対象医療機関として指定を受けた公立・公的医療機関等が議論すべき課題事項に係る基本的考え方を(1)通知から調整会議までの期間、(2)再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間に分け、関係者別に整理を行った。

その結果、特に重要な関係者への説明と協力要請、検討体制の整備、検討に必要な基本分析項目、合意形成の方法について明らかにした。また、病床機能報告データ、各省庁によるオープンデータや医療機関データを活用して構想区域の疾患別の医療需要、医療機関の実績、将来の必要医師数等について分析することが有用であることについて整理した。さらに、協議を通じた合意に際する留意点とともに地域住民や病院職員等へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

本研究の限界点として、具体的対応方針に関する各地域の実情は画一的に決まるものではないことから、協議を進める上での検討体制や具体的対応方針に係る検討課題については各地域の調整会議等を通じて議論し進める必要があることを留意事項として整理した。

A. 研究目的

「地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和元年9月26日)において、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等が公表された。厚生労働省は都道府県の地域医療構想調整会議において、特に公立・公的医療機関等に対しては、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針の検証方法としては、厚生労働省が診療実績等から一定の指標を設定し、各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行った上で定めた基準に合

致した場合、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとしている。また、「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組」では診療実績等から定めた「診療実績が少ない」や「他の医療機関と競合している」指標に基づき、公立・公的医療機関等の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ医師の働き方改革の方向性も加味して具体的対応方針の再検証を要請される等、地域医療構想調整会議で協議し

改めて合意を得るよう要請された。

しかしながら、具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものであるか検討が必要なものの、地域特性や医療機関の個別事情等により協議すべき課題事項の優先度がケースバイケースのために議論が進まないことや、検討体制や検討課題の整理が不十分のため、関係者との合意形成が得られない可能性が予見される。また、公表結果は必ずしも医療機関そのものの統廃合を求めるものではなく、医療機関が将来担う役割の方向性を機械的に決めるものでもない。法的根拠のある調整会議の機能を活性化し、地域の実情を踏まえ地域の医療機関との連携を考慮しながら議論を尽くすことが必要である。

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

B. 研究方法

本研究では、具体的対応方針の再検証に関する議論の進捗に応じた段階を（１）通知から調整会議までの期間、（２）再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間に大別し、地域医療構想における具体的対応方針等の再検証において重要な関係者を以下の通り定めた。

- （１） 構想区域の長または知事、議会
- （２） 「特に検討が必要な医療機関」の対象となる病院の長・幹部職員（自院）
- （３） 設置主体本部（公立病院の場合は首長、公的病院の場合は経営本部）
- （４） 地域住民、市民団体、患者

- （５） 医師会等の関係団体
- （６） 医師派遣元の医局：構想区域内に複数の大学がある可能性に留意
- （７） 構想区域に位置する周辺医療機関
- （８） 「特に検討が必要な医療機関」として対象となる医療機関の労働組合
- （９） 職員：当該医療機関に勤務する常勤医師・非常勤医師、看護職員、事務職員等
- （１０） その他、地域の特性に応じた関係者

それぞれの期間において、上記に挙げた重要な関係者が立場的に行うべき対応や留意点について、地域医療構想アドバイザーとして実務上把握している状況等も踏まえ、整理を行った。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

（１）通知から調整会議までの期間

1. 重要な関係者への説明と協力要請について

メディア等を通じた地域住民の不安が首長等に届けられる可能性があることを第一に記載することとした。また、具体的対応方針の再検証は、診療実績の分析結果を基に地域の人口推計や将来の医療需要の変化等に合わせて公立・公的医療機関等の役割を見直すことが目的であり、調整会議を通じた協議の場で合意を得、明示的かつ丁寧な議論を進めていくことを推進するものである。

本研究では、都道府県が首長や再検証対象医療機関の病院長、再検証対象医療機関へ医師派遣を行っている大学医局等の重要な関係者に対し、調整会議に向けて「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等（再検証対象医療機関）」とされた根拠を説明するとともに、具体的対応方針の見直しに向けて議論を行っていく旨を説明する必要性を取り上げた。特に大学医局は病院管理者の供給や医師の派遣といった重要

な役割を果たしているため、大学の部局長または病院長に対して、調整会議において積極的な協力を行うよう要請する必要性を明らかにした。

2. 検討体制の整備について

調整会議に付属する形で、急性期医療全体と急性期医療の領域（がん、心疾患、脳卒中、救急医療、周産期医療、小児医療）毎の検討体制（部会）を整備する必要性を明らかにした。調整会議は都道府県の地域医療構想に係る関係者で構成されるのに対し、部会での議論は該当領域に直接かわる構成員で議論する違いを提示した。また、都道府県は、調整会議と部会との連携、調整、議論に資する分析業務等を担うことが重要である。

（2）再編統合や機能再編等についての分析検討から調整・合意形成までの期間

1. 検討に必要な事項について

検討に必要な基本分析項目を以下の通り定めた。

- ・ 構想区域の疾患別医療需要
- ・ 医師の時間外労働規制による 2024 年の必要医師数について
- ・ 地域医師会や周辺病院との連携、バックアップ機能の分析
- ・ 公立・公的医療機関等と民間医療機関の会計基準の異質性を考慮した財務分析
- ・ 医療機能統合および再編統合等についてのシミュレーション

2. 合意形成の方法について

最終的な意思決定組織は調整会議である。しかしながら法律上（医療法第三十条の十四）において「協議を行う」際、関係者や関係組織の立場によって議論を尽くしても意見が一致しない場合がある。その場合には協議の場を通じて丁寧な議論を行った上で、それぞれの立場の意見と論点を明確にし、調整会議において協議を行うことを明

らかにした。

D. 考察

本研究では地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証を地方自治原則の基で進めるために、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別・関係者別に整理した。具体的対応方針の再検証に関する協議の方法や検討課題は現行の枠組みで想定される内容を記載した。また、構想区域の疾患別医療需要を分析する際、厚生労働省により提示された病床機能報告制度に基づく定量的分析結果のほか、各省庁がすでに公表・提供しているオープンデータや各医療機関自身のデータを活用して構想区域の疾患別の医療需要、各医療機関の実績、将来の必要医師数等について分析することは協議に資する基礎資料として有用であることから、これまでの実績に基づき利用可能なデータソースについて整理した。さらに、協議を通じた合意に際する留意点とともに、地域住民や病院職員等の関係者へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

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

E. 結論

本研究では地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証を地方自治原則の基で進めるために、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別・関係者別に整理した。また、構想区域の疾患別医療需要を分析する際、利用可能なデータソースについて記載した。

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

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

地域医療構想における公立・公的医療機関等に求める
具体的対応方針の再検証等に関する議論の基本的考え方について

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

○ 留意点

- 本資料は、都道府県及び地域医療構想の関係者が「構想区域単位における議論(現在の検討の主眼)」を進める際の論点について検討・整理を行ったもの。

研究班による序文

公立・公的医療機関等が担うべき役割に重点化されているかという観点から、厚生労働省において診療実績データの分析が行われ、その分析結果とともに当該医療機関の具体的対応方針の再検証等に必要な整理が示された。当研究班は、良質な医療をすべての地域が次世代へ引き継ぐために、この分析結果を「構想区域の医療提供体制に関する将来的なリスクマップ」であると捉えている。つまり、適切な医療体制が提供できなくなる状況を一種のリスク(将来的な危険)として捉え、地図的な観点で落とし込みを行うことで、議論のたたき台となることを目指した資料と考えている。この分析結果を踏まえ、構想区域の調整会議等において地域の現状や事情を考慮した協議の活性化が期待されている。

当研究班は、各地域において地域医療構想の実現に向け、適切に議論いただくため、構想区域の具体的対応方針の再検証等について協議を行う際の課題をプロセス別・関係者別に整理した。具体的対応方針の再検証等に関する協議に際しては、良質な医療を将来へ引き継ぐために今後 10 年 20 年間の地域の人口増減も見据えた組織や施設の維持の可能性は重要な論点である。また、医療従事者の働き方の問題も関係する。例えば、医師数に余裕のない病院または診療科における医師の疲弊による医療の質への影響や、診療曜日や休日夜間救急の縮小等によるアクセスへの影響の観点から、医師が少数の医療機関や診療科を幅広く配置してアクセスを優先しても、医師の疲弊により医療機関や診療科が撤退してしまえばアクセスとクオリティの両方を失いかねない。

当研究班は、基本的な医療を良いアクセスのもとで受けることができる医療提供体制は、我が国のすべての地域で維持されるべきであると考え。一方、比較的高度な医療については、地域の実情と将来の維持可能性を見据えた「リバランス」を各地域で熟議することが望ましく、調整会議で検討することがあるべき姿と考える。今後 10 年 20 年間の地域の人口増減も見据えた医療機関および診療科ならびに人員の配置、広域医療圏での医療連携、病棟機能の再検討等、多段階で検討・実施可能であり、取りうる手段としては、病床配置の見直しや医療機能の集約化だけでなく、病床機能の転換や診療所の活用等、様々な選択肢の組み合わせがありうる。

しかしながら当研究班は現時点で全国すべての地域の実情を反映させることができないため、本資料において整理している内容は、一般的な課題や代表的な関係者に限られている。したがって本資料がすべての地域に合致するとは限らず、具体的対応方針の再検証等の進め方を一律に定めるマニュアルの類ではない。

人口構造の変化に伴う将来の地域医療需要の変化に対し、良質な地域医療を将来へ引き継ぐために、各地域が「これからの医療のあり方」と「実現可能性」の両面を踏まえて建設的な議論を進めることが重要であり、仮に「熟議の結果、現状を維持する」という結論であっても、それは地方自治の成果であると考え。研究班としては、本資料がこれからの具体的対応方針の再検証等における議論の一助となることを願うものである。

1. 地域医療構想における具体的対応方針等の再検証に係るこれまでの経緯

(1) 厚生労働省は、地域医療構想の推進について、地域医療構想調整会議(以下、「調整会議」という。)において2年間程度で集中的な検討を進めることとした中で、特に公立・公的医療機関等に対しては、策定した「新公立病院改革プラン」及び「公的医療機関等2025プラン」の内容(以下、「具体的対応方針」という。)について、公立・公的医療機関等であれば担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを都道府県に対し求めた。その後、「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)が示されたことを踏まえ、厚生労働省において、がんや心血管疾患等の一定の診療領域を設定した上で診療実績データを分析し、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(令和2年1月17日付け厚生労働省医政局通知。以下「再検証通知」という。)により、一定の基準に合致した公立・公的医療機関等に対して、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか再検討を行い、調整会議における再検証を経た上で改めて合意を得よう要請している。

(2) 厚生労働省が行った公立・公的医療機関等の診療実績データの分析は、

i) 「診療実績が特に少ない」(診療実績が無い場合も含む。)

ii) 「各分析項目について、構想区域内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」(診療実績が無い場合も含む。以下「類似かつ近接」という。)

の観点から分析しており、「診療実績が特に少ない」に9領域全て、または「類似かつ近接」に6領域全て(人口100万人以上の構想区域を除く。)該当している公立・公的医療機関等を「具体的対応方針の再検証が必要な公立・公的医療機関等」(以下、「再検証対象医療機関」という。)と位置付けた上で、再検証通知により、以下の事項を都道府県に求めている。

- ① 再検証対象医療機関に対して、具体的対応方針の再検討を要請し、調整会議で再検証を行うこと。
- ② 「類似かつ近接」に6領域全て該当した医療機関が所在する構想区域について、当該区域全体の2025年の医療提供体制について検証を行うこと。都道府県が必要と判断する場合には、「診療実績が特に少ない」に9領域全て該当する医療機関が所在する構想区域でも同様の検証を行うこと。
- ③ 再検証対象医療機関ではないが、一部の領域で「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接」に該当している医療機関の具体的対応方針についても、改めて議論すること。
- ④ 平成29年度病床機能報告が未報告となっている公立・公的医療機関等に対して、具体的対応方針の妥当性について調整会議の場で説明するよう要請すること。

- (3) また、具体的対応方針の再検証等に当たっては、
- ・医療提供の効率化の観点から、ダウンサイジング、医療機能分化・連携、集約化
 - ・不足ない医療提供の観点から、医療機能転換・連携
- 等の再編・統合について検討し、調整会議において協議を行うとされている。
- (4) 協議にあたり、具体的対応方針に関する合意内容が真に地域医療構想の実現に沿ったものであるかについて、再検証対象医療機関及び調整会議において検討が必要なものの、地域特性や医療機関の個別事情等により協議すべき課題事項の優先度がケースバイケースであるために議論が進まないことや、検討体制や検討課題の整理が不十分であるために関係者との合意形成が得られない可能性がある。
- (5) 本資料は厚生労働省が実施した分析結果を踏まえ、具体的対応方針の再検証等に当たり議論すべき課題事項について、公立・公的医療機関等および関係組織・団体の観点から基本的考え方を整理し、議論し合意を得るために検討すべき項目について整理することが目的である。

なお、当該分析結果は必ずしも医療機関そのものの統廃合を求めるものではなく、医療機関が将来担う役割の方向性を機械的に決めるものでもない。設置に法的根拠のある調整会議の議論を活性化し、地域の実情を踏まえた地域の医療機関との連携を考慮しながら議論を尽くすことが必要である。

目次

1. 調整会議での検討前における都道府県と関係者との調整	10
1-1. 市町村等	10
1-2. 具体的対応方針の再検証等の議論を行う医療機関	10
1-3. 再検証対象医療機関へ医師派遣を行っている大学医局等	10
2. 調整会議を通じた検討体制の整備	11
2-1. 検討体制の整備	11
2-2. 部会の進め方および必要な準備	12
2-3. 合意形成の方法	13
3. 再編等の議論・合意形成について留意すること	14
3-1. 具体的対応方針の再検証に関する分析・検討	14
3-2. 基本的な検討項目	15
4. 関係者への説明・詳細協議について	17
4-1. 住民等に対する情報提供	17
4-2. 職員・組合に対する説明	18
4-3. 設置主体本部に対する説明	18
5. まとめ	19

1. 調整会議での検討前における都道府県と関係者との調整

都道府県の取組として、重要な関係者・組織等に対して以下の留意すべき事項が考えられる。

1-1. 市町村等

- (1) 具体的対応方針の再検証等に係る議論については、地元の病院の存続について地域住民が不安を持たないよう、丁寧に進める必要がある。今回の再検証等の取組は、診療実績の分析結果を基に、地域の人口推計や将来の医療需要の変化等と合わせて地域の医療機関の役割を見直し、将来に渡って地域に必要とされる医療提供体制を確保することを目的とするものであり、その実現に向けたプロセスとして、各医療機関の具体的対応方針について調整会議を通じた協議により合意を得ながら、明示的かつ丁寧な議論を進めていくことを推進するものである。都道府県は、広報、議会答弁及び知事メッセージ等の適切な機会を通じて、この目的について、各地域の住民に対し正しく伝わるようわかりやすく説明することに努めることが望ましい。
- (2) 都道府県は、関係市町村の首長をはじめとする重要な関係者に対し、調整会議に向けて、具体的対応方針の再検証等の議論の必要性と、調整会議において議論を行っていく旨を説明する。

1-2. 具体的対応方針の再検証等の議論を行う医療機関

議論を行うにあたり、病院職員が不安を覚えることのないよう、医療機関が職員向けに現状説明会を開催することが必要となる場合がある。その場合、都道府県はこれらの医療機関に対し可能な限り協力支援を行うことが望ましい。その際、提供している医療機能と医療需要の差や将来予測等の分析については地域医療構想アドバイザーの協力を要請することも有効な選択肢である。

1-3. 再検証対象医療機関へ医師派遣を行っている大学医局等

- (1) 大学医局は地域の病院の管理者や勤務医の派遣調整において重要な役割を果たしており、都道府県は大学の部局長または病院長に対し、具体的対応方針の再検証等の議論にあたって丁寧な調整が必要となる。
- (2) 大学医局からの医師の派遣について、都道府県は策定している医師確保計画を踏まえ、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議の議論に基づき医療機能に応じた派遣を検討するよう大学に要請し、必要に応じて大学、都道府県及び関係者等が協定を結ぶ等の対応が考えられる。
- (3) 再検証対象医療機関については、地域医療支援病院が含まれており、その中には大学病院の分院の一部も存在している。この場合、本院から直接の医師派遣を受けている分院であるとしても具体的対応方針の見直しにあたって該当の分院等に積極的な議論への参加を

依頼する必要がある。

2. 調整会議を通じた検討体制の整備

2-1. 検討体制の整備

都道府県における地域医療の体制については、都道府県医療審議会や、法 30 条の 23 に基づく地域医療対策協議会等において議論がなされているが、構想区域の医療体制については特に法 30 条の 14 に基づく地域医療構想調整会議での協議を行うこととされている。特に、具体的対応方針の再検証等にあたっては、改めて合意を得るための検討体制が最も重要である。検討課題の内容は都道府県や構想区域にある市町村、当該病院および周辺医療機関、医師派遣元の大学医局、医師会等の関係団体等に対し幅広く影響を与えることから、様々な要素を具体的に検討することが可能となるよう、以下の点について検討する。

(1) 調整会議の位置づけについて

検討体制については再検証等を行う医療機関の経営形態や構想区域の特性に応じて整備する。その際、当該医療機関の課題だけではなく、構想区域や都道府県の医療提供体制に関する課題についての議論が求められる。すなわち、当該医療機関の医療機能の見直しにあたっては、周辺医療機関を含めての議論が必要不可欠である。

例えば、「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域については、類似の実績を有する他の医療機関が領域ごとに異なるため、機能連携や機能再編等の相手方として検討に含める医療機関も領域ごとに異なることや、複数の医療機関にわたること等が予想される。そのため、多くの関係者による議論が必要となり、全ての関係者が一堂に会して調整会議を開催し、議論を進めることは、その調整に相当の労力を要すると考えられる。

従って、検討課題毎に関係者を整理し、調整会議の下に新たな協議の場(部会やワーキンググループ等)を設置することが有効と考えられる。例えば、部会等においてあらかじめ検討課題に応じた医療需要の動向や地域の将来像を議論した上で、調整会議において領域を超えた再編統合等の議論や機能再編の議論に関する論点整理を行うことが望ましい。協議の方法や手順はこれらの限りでなく、また画一的に決まるものではないため、例えば以下の様な複数の方法が考えられる。なお、必ずしも全ての方法を取り入れなければならないものではない。

- 調整会議の場で、構想区域における具体的対応方針の再検証等にあたり、検討課題やそれに応じた部会等の設置等の検討体制を整理する。
- 構想区域内の急性期医療を担う全ての医療機関の長で構成される部会等を設置し、構想区域の急性期医療の在り方に基づき具体的対応方針の再検証等の方向

性について議論する。

- 構想区域内において具体的対応方針の再検証等を行う医療機関および周辺にある関連領域の医療を担う医療機関ならびに関係組織等で構成される部会を設置し、具体的対応方針の再検証等による医療機能の分化、連携等の具体的な検討を行う。
等

これらの議論を踏まえ、構想区域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等の方向性について、調整会議で議論を行い、合意することとなる。

(2) 部会等の構成員について

調整会議は都道府県の地域医療構想に係る幅広い関係者で構成されているが、具体的対応方針の再検証等の議論においては、構想区域内の医療の提供に直接かかわる構成員による議論が重要である。

そのため、再検証等の議論を行うために設置する部会等については、構想区域の医療提供体制を含めて検討が行えるよう、都道府県、構想区域の自治体、具体的対応方針の再検証等の対象となる公立・公的医療機関等、設置主体本部、地区病院協会、地区医師会、周辺病院、医師派遣元の大学が主たる構成員の候補として考えられる。そのほか市民団体、地域医療構想アドバイザー、有識者も重要な役割を担う。地域医療構想アドバイザーを県医師会や病院協会などの役職者が務めている都道府県の場合には、地域医療構想アドバイザーが部会の構成員に加わるかどうかについて、部会等の運用と合わせて調整する必要がある。

(3) 部会等の事務局について

事務局は調整会議との連携、関係者との調整、議論に資する分析業務等の検討に係るプロセスすべてにおいて重要な役割を担う。そのため事務局を担う都道府県(都道府県出先機関を含む)と、重要な関係団体である病院協会等が積極的に関わる体制が望ましい。

2-2. 検討の進め方および必要な準備

都道府県は具体的対応方針の再検証等における関係者(医療機関、関係団体、大学、地域住民等)へ検討スケジュールをあらかじめ提示し、以下について具体的検討を行うため、部会の事務局業務を担う。

(1) 調整会議での協議事項

<共通事項>

- ・診療実績の分析方法
- ・検討体制(部会等、事務局体制、構成員等)および検討課題

＜「診療実績が特に少ない」とされた医療機関＞

- ・「診療実績が特に少ない」とされた医療機関の経営状況の報告
- ・「診療実績が特に少ない」とされた医療機関の構想区域における医療需要動向

＜「類似かつ近接」と分析された医療機関＞

- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の構想区域における領域別医療需要の動向
- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の経営状況および領域別診療実績の分析・検討
- ・構想区域における医療需要動向に基づく地域の将来像

(2) 部会等での検討事項

- ・再検証対象医療機関に関する現況・将来推計
 - ・機能転換・ダウンサイジング等の再編等の議論および報告書の作成
- ※部会等での議論を経た後は、調整会議の合意が必要

(3) 調整会議での意思決定事項

＜調整会議への報告内容＞

- ・「診療実績が特に少ない」とされた医療機関の具体的対応方針
- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の構想区域における将来像
- ・「類似かつ近接」と分析された医療機関の構想区域における具体的対応方針

2-3. 合意形成の方法

調整会議での協議にあたっては、協議前に関係者との丁寧な調整を十分に行い、合意形成をする必要がある。しかし、関係者や関係組織の立場によって議論を尽くしても意見が一致しない場合がある。その場合には協議の場を通じて丁寧な議論を行った上で、それぞれの立場の意見と論点を明確にする。

3. 再編等の議論・合意形成について留意すること

具体的対応方針の再検証等の議論においては、将来の患者数等の医療需要を踏まえ、再検証等を行う医療機関の機能別病床数や公立・公的医療機関等と他の医療機関との連携方針を検討し、地域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等について協議し、その方向性について合意することが重要である。

また、再検証等の議論に当たっては、

- ・首長や議会の理解も得ながら協議を整えるよう調整する必要があること、
 - ・医療機関の開設主体ごとに税制上・財政上の措置等に違いがあること、
 - ・職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応が必要であること、
 - ・病床規模が類似した病院同士や設立母体が異なる病院同士の再編統合については再編統合後の運営主体等について協議が難航する恐れがあること、
- 等についてもそれぞれ留意する必要がある。

3-1. 具体的対応方針の再検証等に関する分析・検討

- (1) 再検証対象医療機関である(「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接」に該当する)公立・公的医療機関等における最初の検討においては、地域医療構想の趣旨に沿った構想区域ごとにおける医療需要に対応した体制整備という観点から、構想区域における領域別医療需要の動向や地域の将来像について整理することが必要である。これらの共通認識を踏まえた上で、「類似かつ近接」と分析された医療機関や周辺医療機関の機能分化を検討する。
- (2) 再編等の議論は、機能分化に関する検討の延長線上にある。医療需要の大幅な減少など機能分化による議論だけでは限界があると考えられる場合、次の段階として、医療機関同士の統合や、当該医療機関の一部病床を返還し、介護医療院として再編する、「外来機能+介護保険領域施設」「診療所への転換」を行う、等について検討を行うことが望ましい。
- (3) 具体的対応方針の再検証等を行うにあたっては、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化、不足ない医療提供の観点からの機能転換・連携等の選択肢が全て「再編・統合」に含まれると解されるものであり、再検証対象医療機関が行う具体的対応については、地域の他の医療機関等と協議・合意の上で行う上記の全てがとりうる選択肢となる。調整会議等を通じて具体的対応方針の再検証等を要請しているのは、医療機関同士が地域の他の医療機関との連携を考慮せずに統合することや、周辺医療機関のバックアップ体制を考慮せずにダウンサイジングや撤退を行うことにより、その後の地域の医療体制に支障を来すことがないよう地域で公立・公的医療機関として担う役割について合意形成するためである。

- (4) 「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等については、自院の経営状況について調整会議や部会等(非公開の協議の場を含む)で報告を行い、部会等での「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等の在り方に関する議論を踏まえて、具体的対応方針を作成する。その結果再編・統合を行う場合にあっては保有資産の繰上償却など、再編統合に係る必要費用の算定等を具体的に分析・検討する必要がある。
- (5) 「類似かつ近接」とされた公立・公的医療機関等の議論にあたっては、部会等での検討の結果、構想区域における他の医療機関の機能も変わってくることもあり得ることから、構想区域内で医療機能を分担する必要がある公立・公的医療機関等がある場合は、それらについても具体的対応方針の再検証等を行う。

3-2. 基本的な検討項目

調整会議での検討項目を(1)構想区域の疾患別の医療需要、(2)周辺医療機関の実績、(3)医師労働時間数の上限規制に対応する必要医師数、(4)大学医局からの領域別医師派遣元割合の実績、周辺病院のバックアップ機能、(5)構想区域医療機関の財務分析、(6)医療機能統合および再編統合等についてのシミュレーションの6点を基本として以下の通り整理した。

(1) 構想区域の疾患別の医療需要

都道府県において構想区域の疾患別医療需要を分析する際、必要なデータを用いて、地域の医療需要の現状と将来推計や、構想区域の医療機関の領域別比較分析、各医療機関の役割分担の検討が必要である。資料としては病床機能報告の診療実績等のデータの他、総務省統計局による人口統計関連調査や国立社会保障・人口問題研究所による将来推計人口・世帯数、厚生労働省による医療施設調査、患者調査、医師・歯科医師・薬剤師調査、DPC 公開データ(中医協分科会資料)、NDB オープンデータ等や、各医療機関自身のデータ等を活用することが有用である。

(2) 公立・公的医療機関等および民間病院を含む周辺医療機関の実績

たとえば、A病院は脳卒中、B病院はがん、C病院は難病等のように再検証対象医療機関と周辺医療機関が領域によって機能分化している場合や、A病院は急性期、B病院は慢性期、C病院は外来(介護保険領域施設)等のように病床区分によって機能分化している場合がある。病床機能報告データを用いてその確認を行うことができる。

(3) 医師の時間外労働規制による 2024 年の必要医師数について

2024年からの医師の時間外労働規制により、地域医療確保暫定特例水準(B水準)

¹または集中的技能向上水準(C-1、C-2水準)²であっても医師一人当たりの時間外労働時間は年間 1860 時間が上限となる。再検証対象医療機関および周辺医療機関による構想区域における急性期医療提供体制を確保するために、医師一人当たりの労働時間を試算し、必要な医療提供体制(たとえば 24 時間体制)を敷く場合の必要医師数を算出し、現在医師数との過不足について分析することも重要である。

(4) 大学医局からの領域別医師派遣元割合の実績に関する分析・検討

大学は、医局ごとの医師派遣の在り方について診療科や専門領域毎に検討し、大学全体の合意を得る必要がある。都道府県は調整会議での議論を行う際に医師の確保についても十分留意する必要がある。統合による地域の医療機関の減少に伴う人事への影響により、大学医局からの協力が得られない場合もあるため、丁寧な調整を行うとともに、対応策についても検討する必要がある。

(5) 地域医師会や周辺病院との連携、バックアップ機能の分析

具体的対応方針の再検証等に際し、構想区域の良質な医療を将来へ引き継ぐために公立・公的医療機関等がどの医療機能を担うかという論点については、再検証対象医療機関が担う医療機能(診療科および専門領域)について、地域医師会や周辺医療機関が担う医療機能とその連携状況および追加で担うことのできる機能について分析・検討する必要がある。たとえば再検証対象医療機関等の医療機能を見直すことに伴い、外来医療機能が地域の診療所等で代替できるか、特定の手術や処置(例:t-PA)、二次救急、周産期医療、小児医療等の機能を周辺病院が担うことができるかの検討が必要である。特に、外来機能を担う診療所等は限られた診療科を標ぼうしており、複数の疾患を有する患者を 1 施設での診療が難しいことに留意した分析・検討が必要である。また、当該地域における上記の医療需要に対する機能がどの程度必要かについては、構想区域だけでなく都道府県単位での連携体制を含めて分析・検討する必要がある。

また、公的医療機関の中にはその設置趣旨が存在するものがあり(例:済生会における社会的弱者に対する医療提供、日本赤十字社における災害・救急医療、国立病院機構におけるセーフティネット医療等)、それらの役割を周辺医療機関が十分に担うことができるのかという視点も必要である。

¹ がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5 疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の「5 事業」(2035 年度末終了年限)

² 初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム/カリキュラムに参加する後期研修医であって、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師(又は専門医)としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合(C-1)。医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合(C-2)

(6) 資産の見直し

構想区域において各医療機関が担う役割の分析・検討では公立・公的医療機関等と他の医療機関の会計基準の異質性を考慮した財務分析が重要である。特に公立病院の場合、当該医療機関の経営収支は地方交付税交付金の有無、減価償却費や退職金積立金等によって大きく変動する。周辺医療機関への医療機能統合等の再編統合について当該医療機関で、あるいは調整会議で検討する場合、周辺医療機関の設置主体本部は再編・統合の議論への参加を検討するに際してその財政状況のシミュレーション結果を踏まえて判断することとなる。他の医療機関の設置主体本部が議論にあたっての協力を拒んだ場合、再検証対象医療機関等の再編・統合の判断にあたってのシミュレーションを十分に行うことができなくなり、再編統合の選択肢が断絶され、再分析・再検討の負担が生じることに留意しなければならない。

また、再編統合について分析・検討を進める場合には、自医療機関の資産についても見直しが必要である。たとえば高額機器や救急車といった動産を、再編統合の相手方となる周辺医療機関が引き継ぐかどうかについても事前に協議が必要になる。ただしこの検討は当該医療機関が維持することとなる医療の提供内容の見直しの方向性について関係者の合意が前提である。

(7) 医療機能統合等の再編統合についてのシミュレーション

医療機能統合等の再編統合を行った後の予測されるガバナンス体制および人事ならびに費用のシミュレーションを法人形態別に行う必要がある。その際、やむを得ず仮定による値を用いる場合は、関係者との合意形成において必要不可欠な資料となることを見据えて、仮定の妥当性を整理する必要がある。

4. 関係者への説明・詳細協議について

4-1. 住民等に対する情報提供

公立・公的医療機関等が当該医療機関でなければ担えない役割へ重点化するための再編統合について、関係者の合意が得られても、地域住民からの不安等の意見を踏まえ、最終的には一部の医療機能を残すことや、別途、医療機能を確保する方針をとることが必要になることがあり得るため、住民説明会等の住民への情報提供は再編統合に向けた分析・検討時点から定期的実施する必要があるとともに、意思決定においても不可欠なプロセスである。

なお、他鳥羽、住民に対する情報提供の手段の1つとして調整会議(部会等を含む)の座長をはじめとする構成員や関係者が住民説明会や意見交換会等に参加することも考えられる。特に再編統合についての検討を行う医療機関への受診患者が多くいる地域

は、住民説明会等の情報提供や意見交換会等を個別に行うことも選択肢として考えられる。開催頻度は多ければ良いというのではなく、未確定要素が多すぎると何のための説明会か分からなくなるため、

- ①調整会議(部会等を含む)での大まかな方向性(機能分化、再編統合、ダウンサイジングの可能性)が見えた段階、
- ②その後住民説明会や意見交換会等で出た意見を含めてさらに検討した段階、
- ③パブリックコメント等を受けて部会での基本的方向性がまとめられた段階を目安に開催することが考えられる。

また、他の事例での成功事例を照会する際は、実際に他の事例を担当した方に話してもらおうほうが住民の関心が高まると考えられる他、地域医療構想アドバイザーが担当することも有効な選択肢と考えられる。

4-2. 職員・組合に対する説明

再編統合についての検討を行う医療機関の職員に対しては、医療機関の設置主体が再編統合によって変わった場合の職員の就業規則、給与規定、退職金等積立、福利厚生等に関して不安に感じることがないように丁寧に説明する必要がある。特に公立病院の公務員型から地方独立行政法人等の非公務員型になる場合には、病院管理者は自治体と連携し、統合時の職員の身分及び移行期間中の人事異動の方法や新しい労働条件・給与等に関して調整を行う必要がある。

このような人的資源管理に係る検討および調整は当然、丁寧に進めなければならない。したがって、職員や組合への説明は病院長等の病院管理者および病院幹部職員が主体となり、複数回にわたって行う必要がある。また都道府県は必要に応じ、地方財政措置や地域医療介護総合確保基金による財政支援を検討する必要がある。

4-3. 設置主体本部に対する説明

公的医療機関または指定管理者制度によって民間または公的医療機関等が管理を行っている公立病院の再編統合については、構想区域の自治体関係者、首長や設置主体本部または指定管理者と密接に連携することが必要である。そのため都道府県は、設置主体本部または指定管理者に対して当該医療機関の経営状況等の報告を依頼するとともに、対象となる医療機関の設置目的と地域医療構想の趣旨に基づき調整会議等で議論を行うことについての協力を依頼する必要がある。

設置主体本部からは「今後の人口減に伴う医療需要の減少」、「再編統合によって法人の経営が悪化する懸念」「他の医療機関が公的医療機関の使命(災害医療、弱者救済等)を担うことの保証」等の懸念事項が示される可能性があり、それらを踏まえて検討する必要がある。

5. まとめ

本資料では地域医療構想に沿った具体的対応方針の再検証等を地域において丁寧かつ適切に進めるため、構想区域で協議を行う際の課題や検討事項をプロセス別に整理した。具体的対応方針の再検証等に関する協議の方法や検討課題については、想定される内容を記載した。また、構想区域の疾患別医療需要を分析する際、病床機能報告を活用した診療実績データの分析結果のほか、各省庁がすでに公表・提供しているデータや各医療機関自身のデータを活用して構想区域の疾患別の医療需要、各医療機関の実績、将来の必要医師数等について分析することは協議に資する基礎資料の作成に有用であることから、これまでの実績に基づき利用可能なデータについて記載した。

公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等に当たっては、他の医療機関との連携方針を検討し、地域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等について協議し、その方向性について合意することが必要である。本資料では協議を通じた合意に際する留意点とともに、地域住民や病院職員等の関係者へ合意内容を説明する際の留意点についても記載した。

しかしながら各地域の実情は本資料で取り上げた限りでなく、また画一的に決まるものでもない。したがって協議を進める上での検討体制や具体的対応方針に係る検討課題については、各地域の調整会議等を通じて議論する必要がある。本資料は研究班が考える具体的対応方針の再検証等に関して想定される留意事項を整理した参考資料であるが、各地域の調整会議を活性化するための一助となることを願う。

3 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
藤森研司	電子レセプト分析による H.pylori 除菌の状況.	The GI FORFRONT.	14(2)	54-56.	2019
藤森研司	DPC データから見た DIC 治療とアウトカムの現状	Thrombosis Medicine.	9(2)	142-145	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤 真一	骨粗鬆症治療薬の継続率、順守率の分析における電子レセプトデータベースの活用	日本骨粗鬆症学会雑誌	5(2)	69-76.	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤真一	電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の薬剤変更による継続率、順守率の検討	日本骨粗鬆症学会雑誌	5(3)	75-81.	2019
桜澤邦男、藤森研司	広域抗菌薬使用時の血液培養実施率に関連する要因に関する研究—DPC データを用いた臨床指標の構築と評価—	日本診療情報管理学会誌	31(1)	21-28	2019
藤森研司、桜澤邦男、中藤真一	電子レセプトデータベースを用いた骨粗鬆症治療薬の大腿骨近位部骨折予防効果の検討	日本骨粗鬆症学会雑誌	6(1)	25-32	2020
Yuichi Nishioka, Sadanori Okada, Tatsuya Noda, Tomoya Myojin, Shinichiro Kubo, Shosuke Ohtera, Genta Kato, Tomohiro Kuroda, Hitoshi Ishii, Tomoaki Imamura.	Absolute risk of acute coronary syndrome after severe hypoglycemia: A population - based 2 - year cohort study using the National Database in Japan.	Journal of Diabetes Investigation.	11 (2)	426-434	2020
小林美亜、瀬戸僚馬	「情報共有シート」の開発と「回復期等移行チェックリスト」の電子化	看護管理	30(4)	364-371	2020

Seitaro Suzuki, Tatsuya Noda, Yuichi Nishioka, Tomoaki Imamura, Hideyuki Kamijo, and Naoki Sugihara.	Evaluation of tooth loss among patients with diabetes mellitus and upper respiratory inflammation using the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan.	International Dental Journal.	published online; 2020 Feb.)		2020
町田二郎、安樂喜久、 藤田清美、山田浩二、 山内布美子、西岡智 美、小妻幸男、堀田春 美、宮下恵里、副島秀 久、益田ひろみ、荒木 祐太、谷川和代、依光 茂太	Basic Outcome Master を用いた大腿骨 近位部骨折地域連携クリニカルパスによ る地域連携医療のアウトカム分析：第1 報	日本クリニカルパ ス学会誌	22	22- 29	2020
町田二郎、安樂喜久、 藤田清美、山田浩二、 山内布美子、西岡智 美、小妻幸男、堀田春 美、宮下恵里、副島秀 久、山口浩司、佐方美 雪、前田美沙穂、大田 清美、林茂	Basic Outcome Master を用いた大腿骨 近位部骨折地域連携クリニカルパスによ る地域連携医療のアウトカム分析：第2 報	日本クリニカルパ ス学会誌	22	30- 37	2020
町田二郎、副島秀久、 他	Basic Outcome Master(BOM)version3.0 の改定方針と 意義	日本クリニカルパ ス学会誌	22	3-13	2020