資料３

医療施設調査・患者調査

審査メモで示された論点に対する回答

厚生労働省政策統括官付
審査解析室
保健統計室

１　今回申請された変更内容

（１）調査事項の変更

（論点）

ａ　追加等する調査事項
○　それぞれその背景事情や、想定されている調査結果の利活用を説明してください。

（回答）

ｉ）特殊診療設備のうち、
「ICU(特定集中治療室)に専任している医師数」の追加

特殊診療設備の「ICU(特定集中治療室)に専任している医師数」については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大において、重症者に対応するための病床が特にひっ迫するなど、集中治療提供体制を強化することが喫緊の課題となっている。

しかしながら、現状の調査票では、施設の病床数及び実際に治療を受けている患者延数のみで、その治療に当たれる専任の医師数の全体像が把握できていない。

そこで、集中治療提供体制の現状を適切に把握し、今後の感染症対応を含めた集中治療提供体制の整備の検討の基礎資料として活用する予定である。

ⅱ）歯科設備に、以下の項目を追加
■「歯科用 CAD/CAM 装置」
■「デジタル印象採得装置」
■「口腔外バキューム」

医療保険において、歯科技術の評価の見直しが拡大されてきている中で、令和４年度診療報酬改定において歯科用CAD/CAM装置を用いて製作したCAD/CAMインレー（詰め物）について新たに保険適用され、また、CAD/CAM冠（被せ物）についても平成26年に保険適用されて以来その適用範囲が拡大されてきている。

CAD/CAMインレー（詰め物）、CAD/CAM冠（被せ物）を作成する際には、①デジタル印象採得装置により口腔内スキャンを行い、②スキャンしたデータをもとに歯科補てつ物等の設計（CAD）を行い、設計に基づき歯科切削加工用ブロックを削り出す（CAM）工程により作成されるため、

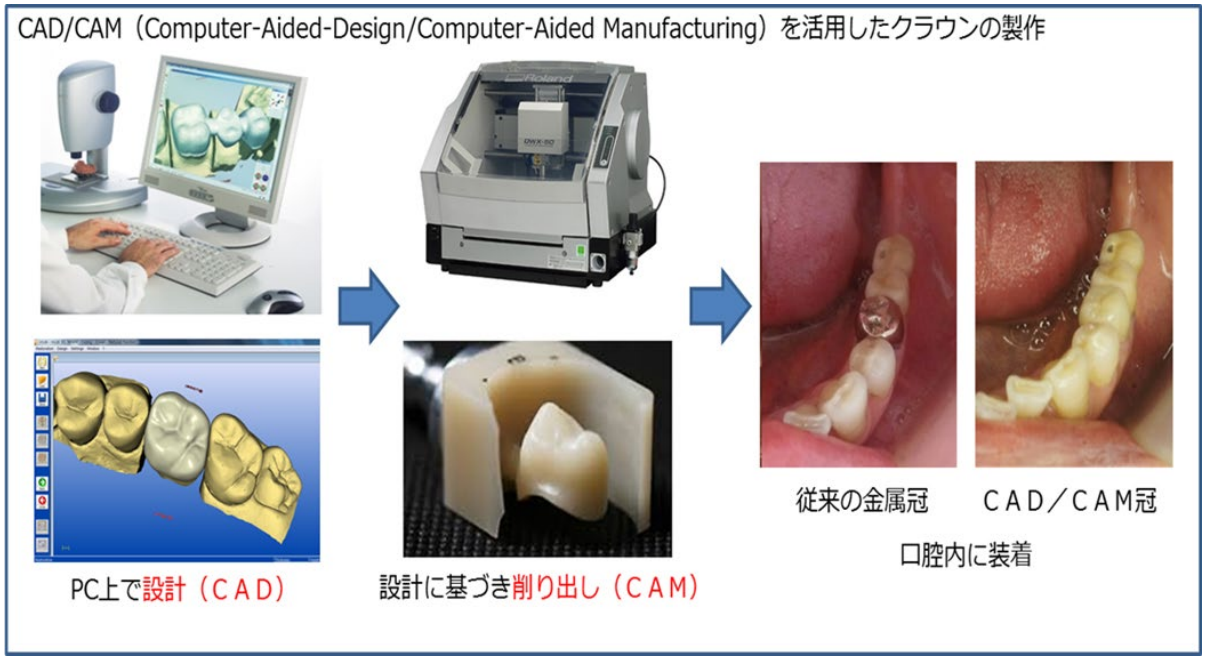
「歯科用CAD/CAM装置」「デジタル印象採得装置」も普及が進んできていると思われる。しかしながら、それらの機器の普及状況を把握できていない状況であることから、調査事項として追加するものである。

また、「口腔外バキューム」については、「経済対策運営と改革の基本方針2021」（令和３年６月18日閣議決定）において「飛沫感染等の防止を含め歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む」と記載されたことを踏まえ、感染症対策も含めた歯科医療提供体制を検討する際の基礎資料として用いるため追加するものである。

いずれも、今後の歯科医療提供体制の検討に活用するものである。

◆歯科用CAD/CAM装置とは

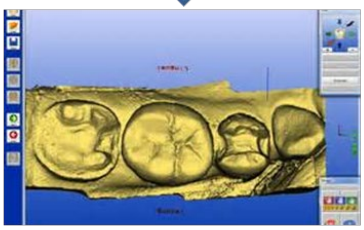
歯科技術におけるCAD/CAMとは、口腔内に装着するクラウンやインレーなどの補てつ物をCADやCAMのシステムを用いて設計、作製する技術であり、それを作成する装置



◆デジタル印象採得装置とは

デジタル手法により、歯科修復物等のコンピュータ支援設計（CAD）及びコンピュータ支援製造（CAM）に用いるための三次元形状データを取得するもの。

口腔内スキャン
（光学印象による歯型の採取）



スキャンデータ

◆口腔外バキュームとは

治療中に飛散する水や唾液、金属の破片を患者様の口の外で吸い込む装置であり、飛散物だけでなく、治療中に発生するにおいも吸い込み、空気中のウィルスなどの感染性物質を吸引することで感染予防対策に有効である。

ⅲ）従事者数に、以下の項目を追加
■「救急救命士」

従来、救急救命士は、活動場所が医療施設への搬送途上に限られており、救急救命士資格を有する者が医療施設に雇用されていたとしても、救急救命士として業務を行うことができなかった。

しかし、令和３年10月１日に施行された改正救急救命士法により、救急救命士は、医療施設内のいわゆる救急外来においてもその業務を行うことができるようになったことから、法改正後、医療施設において、救急救命士資格を有する者を救急救命士として従事することが可能となった。

これを受け、医療施設の従事者数の中に「救急救命士」の数を追加し、法改正の効果を確認し、救急医療体制の検討を行うための基礎資料として活用する。

b　削除等する調査事項

○　得られなくなる情報及び集計されなくなる事項について、これまで、どのような目的・利活用を想定して把握していたのか、また、今後、それらの情報が得られなくなることで、調査結果の利活用上、支障は生じないのか、説明してください。

（回答）

ⅰ）処方の状況等のうち、
「入院患者への薬剤管理指導（９月中の薬剤管理指導料の回数）」の削除

「入院患者への薬剤管理指導（９月中の薬剤管理指導料の回数）」については、薬剤師に関する診療報酬改定等を検討する上で必要であったため、平成20年から入院患者に対して薬剤師が行う薬剤管理指導全体の実施回数を把握してきたところである。

診療報酬の改定に当たっては、これまでも医療従事者の負担軽減の観点から、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価を進めてきた。令和４年度においても「令和４年度診療報酬改定の基本方針（R3.12.10社会保障審議会医療保険部会・医療部会）」にて、安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進のため、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきており、その一環として薬剤師に関連する複数の診療報酬も改定が行われている。

これら改定に当たっての中央社会保険医療協議会における議論においては、それぞれの診療報酬の算定実績の推移だけではなく、日本病院薬剤師会提供資料や大学提供資料等に基づき、薬剤師の業務内容、業務時間等について、集計結果を用いて幅広い分析を行った上で、報酬上の評価が行われている。

このように、近年の診療報酬改定の検討に当たって重要視されているのは、薬剤管理指導の回数といった表面的・断片的な情報ではなく、むしろ、薬剤師の勤務実態に係るより詳細な情報である。

このような状況から、報告者負担の軽減の観点を踏まえ、薬剤管理指導の回数について、本調査での把握を取りやめたい。

◆薬剤管理指導とは

施設の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む）を行うこと。

◆タスク・シェアリング、タスク・シフティングとは

医療従事者の合意形成のもとでの業務の共同化や移管。

ⅱ）臨床研修医の削除

「臨床研修医」とは、医師国家試験合格後、最初に行われる医師法に基づく２年以上の研修を受ける者、いわゆる研修医である。平成16年度に臨床研修医制度が義務化される前は、出身大学の病院を中心に研修が行われ、研修後もその病院に従事し、更にその病院から医師が不足している近隣の病院に派遣されることで地域医療を支えていた。しかし、義務化後は任意の研修先を選べるようになり、出身大学以外の都市部の病院に研修医が集中するなど、地方の大学病院において臨床研修医及び若手医師が実質的に大幅に不足する状況となった。このことが、大学病院が担ってきた地域の医療施設への医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速するきっかけとなった。

こういった背景により、地域の医療提供体制の確保を図るための基礎資料の一つとして、医療施設ごとの臨床研修医数を平成20年から把握してきたところである。

医師の地域的偏在は、医療行政において、かねてからの課題であり、この課題の解消を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画に医師の確保に関する事項を策定すること、臨床研修病院の指定権限及び臨床研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずることを内容とした「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年法律第79号）が平成31年に施行されたことに伴い、「医師確保計画策定ガイドライン」を策定し、医師の偏在対策に取り組んでいるところである。

「医師確保計画策定ガイドライン」では、地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や地域医療を担う医師を増やす目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこととされている。

一方、厚生労働省は、医師法（昭和23年法律第201号）、歯科医師法（昭和23年法律第202号）及び薬剤師法（昭和35年法律第146号）により届けられる行政記録情報等を基に、平成29年に、個別医師のキャリア等が可視化された全国データベースを作成し、都道府県に対してデータを提供している。

このデータベースでは、個別医師のこれまでのキャリア、従事先の所在地、医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等のほか、平成18年の行政記録情報に追加された臨床研修医か否かも把握されており、幅広い分析が可能となっている。また、医療施設調査（静態調査）よりも周期の短い２年周期で更新・提供されており、都道府県は、このデータベースを活用し、自都道府県に縁のある医師のリクルート等、施策の検討・実施に努めているところである。

また、このデータベースの基となる行政記録情報を集計する「医師・歯科医師・薬剤師統計」は２年周期で公表され、広く一般にも活用可能である。

このような状況を踏まえ、本調査において、臨床研修医の有無及び数を把握する必要性が低下していることから、報告者負担の軽減も踏まえ、本調査での把握を取りやめたい。

ⅲ）医療安全体制のうち、「医療機器安全体制の保守計画の管理」を削除

「医療機器安全体制の保守計画の管理」については、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律」（平成18年法律第84号）により医療法（昭和23年法律第205号）の一部が改正され、病院等における医療の安全を確保するための措置を講じる義務が規定（現在の医療法第６条の12）されたことを受け、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）において医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施について規定（現在の医療法施行規則第１条の11第２項第３号）されたため、法改正を踏まえ、平成20年から病院全体の保守計画の策定・実施状況を把握してきた。

・保守計画の策定については、「一括管理」が約70％、「病棟・部門ごと」が約25％、
・保守計画の実施については、「一括管理」が約65％、「病棟・部門ごと」が約30％、
となっており、近年結果に傾向の変化はみられない。

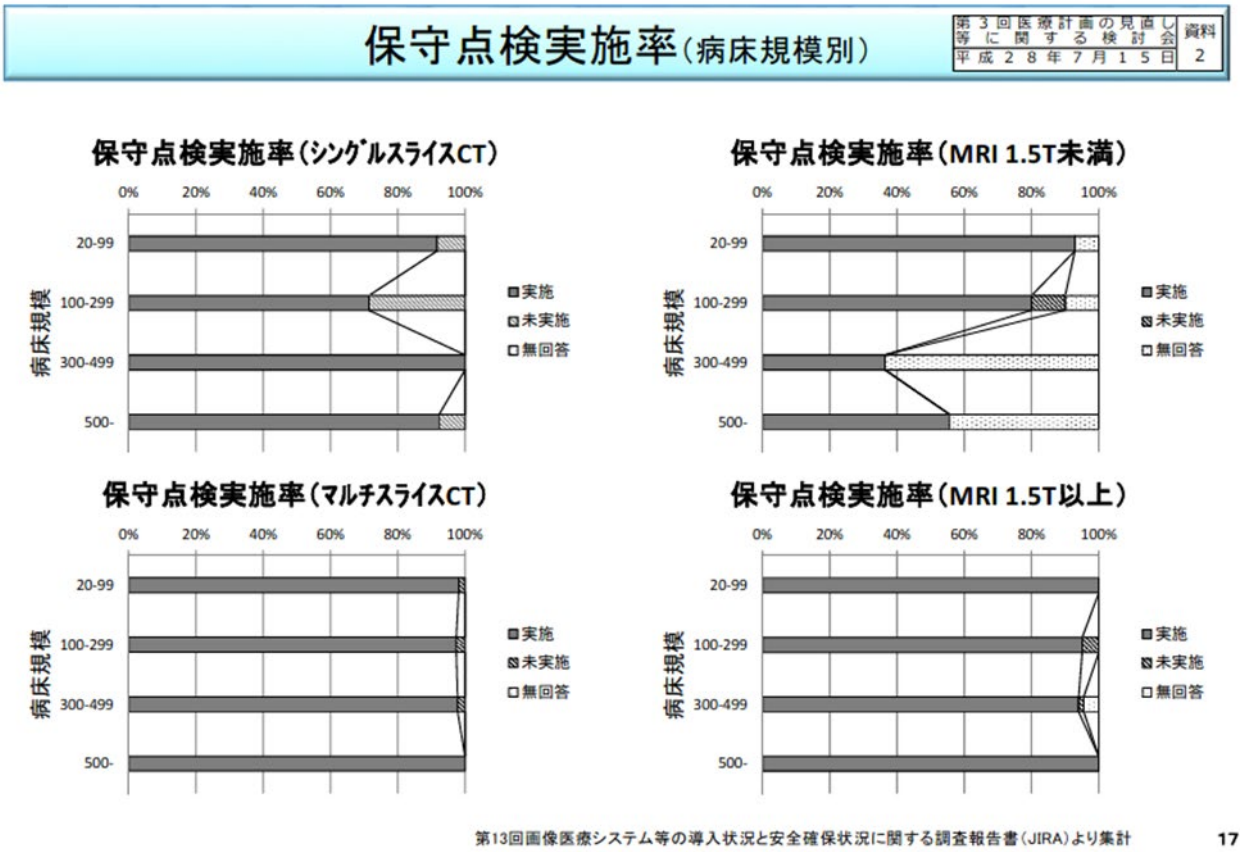
また、近年では、日本画像医療システム工業会（JIRA）において把握している、医療法で求める機器ごとの保守点検実施率等が医療計画の見直しに関する検討会で利活用されているため、報告者の負担軽減の観点も踏まえ、本調査での把握を取りやめたい。

【表１　医療機器安全体制の保守計画の管理の状況（平成26・29・令和２年)】

	医療機器安全体制の保守計画の管理　施設数						
	総数	保守計画の策定			保守計画の実施		
		一括管理	病棟・部門ごと	その他	一括管理	病棟・部門ごと	その他
平成26年	8 493	5 830	2 288	366	5 403	2 706	375
平成29年	8 412	5 911	2 168	325	5 533	2 531	340
令和２年	8 238	5 872	2 045	315	5 523	2 378	331
	構成割合（%）						
平成26年	100.0%	68.6%	26.9%	4.3%	63.6%	31.9%	4.4%
平成29年	100.0%	70.3%	25.8%	3.9%	65.8%	30.1%	4.0%
令和２年	100.0%	71.3%	24.8%	3.8%	67.0%	28.9%	4.0%

出典：医療施設調査

【参考　保守点検実施率（病床規模別)】



＜参考＞

○ 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）（抄）

第六条の十二　病院等の管理者は、前二条に規定するもののほか、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院等における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

○医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）（抄）

第一条の十一　病院等の管理者は、法第六条の十二の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない（ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。）。

１　（略）

２　病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たつては、次に掲げる措置を講じなければならない（略）。

一・二（略）

三　医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として、医療機器の安全使用のための責任者（以下「医療機器安全管理責任者」という。）を配置し、次に掲げる事項を行わせること。

イ　（略）

ロ　医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施（従業者による当該保守点検の適切な実施の徹底のための措置を含む。）

ハ　（略）

ⅳ）放射線治療の実施状況のうち、「RALS(再掲)」、「IMRT(強度変調照射)等の高精度照射」の削除

放射線治療の「RALS(再掲)」、「IMRT(強度変調照射)等の高精度照射」については、がん治療に有用である放射線治療関係について機器の利用状況を把握するため、平成20年に追加したものである。

放射線治療については、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るために定められた「がん対策推進基本計画（第３期)」(平成30年３月９日閣議決定）を踏まえて、がん対策に関する施策が進められているところである。

「がん対策推進基本計画」においては、全体目標として「がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率的かつ持続可能ながん医療の実現」などが設定され、課題として「標準的治療の実施や相談支援の提供など、拠点病院等に求められている取組の中には施設間で格差がある。」、「高度な放射線療法の提供については、機器の精度管理や照射計画に携わる専門職の必要性が指摘されている。」とされており、強度変調放射線治療等高度な放射線療法については、必要に応じて都道府県を越えた連携体制や医学物理士等の必要な人材の在り方を検討するようがん診療連携拠点病院等を中心とした体制整備が求められている。

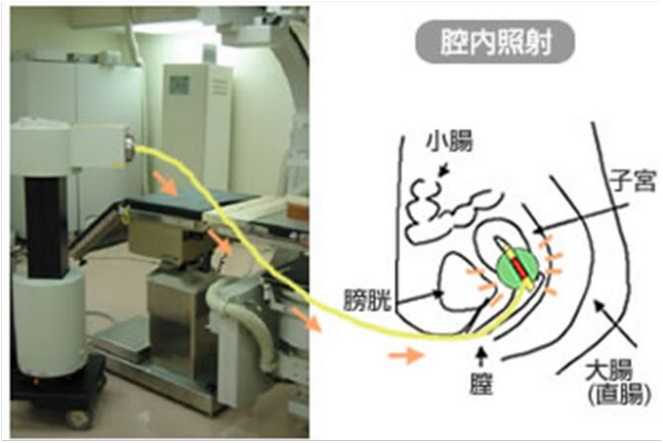
当該基本計画に基づき、RALSを用いる密封小線源治療及びIMRTの強度変調放射線治療等の実施状況については、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(平成30年７月策定）より、がん診療連携拠点病院等が都道府県を経由し厚生労働大臣に毎年10月末日までに提出する現況報告書を元に把握されている。

そして、その結果は「がん対策推進基本計画」の個別目標達成に向けて効果を評価する指標及び地域がん診療連携拠点病院の指定要件として用いられている。また、この現況報告書の内容は、国立研究開発法人国立がん研究センターの運営する「がん情報サービス」のサイトに掲載されており、一般の方も広く利用できる情報として公表されている。

このようなデータの整備状況を踏まえ、報告者の負担軽減の観点から、本調査での把握を取りやめたい。

◆RALSとは

小線源治療の一つで、遠隔操作密封小線源治療を行うため、コンピューターによる遠隔操作により、粒状の小線源を病巣内に挿入する放射線治療装置



子宮頸がんにおける使用の模式図

◆IMRT（強度変調照射）等の高精度照射とは

強度変調放射線治療等を行うため、コンピューターを使用し、照射する放射線の強弱等を詳細に設定することができる放射線治療装置

◆がん診療連携拠点病院等

地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院をいう。

ｖ）剖検の削除

剖検とは、「死体解剖保存法」（昭和24年法律第204号）第９条に規定する認定施設において行う病理解剖のことをいい、各種解剖の一つである。

剖検等の死因究明等（死因究明及び身元確認）については、死因究明等推進基本法（令和元年法律第33号）に基づき、死因究明等の推進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るために定められた「死因究明等推進計画」（令和３年６月１日閣議決定）を踏まえて、総合的かつ計画的に施策が進められているところである。

「死因究明等推進計画」においては、課題として「死因究明等の成果が、死者及びその遺族等の権利利益の擁護に資するとともに、公衆衛生の向上・増進等のために活用され、災害・事故・犯罪・虐待等における被害の拡大防止や、予防可能な死亡の再発防止等にも寄与するよう、（略）、死体検案の結果や解剖結果、歯科診療情報等のデータベース化を進め、広く活用できるようにすることが重要」とされている。

これまで医療施設調査では、医療施設における剖検数の全体像を把握するため調査を実施してきたが、死因究明等について現在進められている施策の中において求められていることは、剖検の有無や数ではなく、個別具体的な死体検案の結果や解剖結果等である。

このようなデータの必要性を勘案し、報告者の負担軽減の観点も踏まえ、本調査での把握を取りやめたい。

vi）歯科設備の削除

歯科診療については、病院及び歯科診療所において、その大部分が行われていることから、これまでも、一般診療所における「歯科設備」については、調査項目を絞って調査を実施してきたところである。しかし、把握を続けてきた項目についても、一般診療所の歯科設備数は全体から見ると僅少な状況である。

これまでは一般診療所も含めて歯科診療の実施状況を把握するため調査を行ってきたが、一般診療所内における歯科に係る診療科目標ぼう施設数の傾向を把握することで、おおよその歯科診療の実施状況は把握できることから、報告者の負担軽減の観点から把握を取りやめることとした。

【表２　歯科設備保有状況（平成26・29・令和２年）】

	平成26年		平成29年		令和２年	
	施設数	構成割合%	施設数	構成割合%	施設数	構成割合%
病院	8 493	100.0%	8 412	100.0%	8 238	100.0%
歯科診療台　施設数	1 772	20.9%	1 794	21.3%	1 821	22.1%
台数	10 534		10 596		10 296	
ポータブル歯科ユニット	415	4.9%	430	5.1%	537	6.5%
一般診療所	100 461	100.0%	101 471	100.0%	102 612	100.0%
歯科診療台　施設数	1 393	1.4%	1 478	1.5%	1 406	1.4%
台数	3 130		3 369		3 506	
ポータブル歯科ユニット	315	0.3%	339	0.3%	353	0.3%
歯科診療所	68 592	100.0%	68 609	100.0%	67 874	100.0%
歯科診療台　施設数	68 545	99.9%	68 061	99.2%	63 900	94.1%
台数	217 309		224 341		229 525	
ポータブル歯科ユニット	5719	8.3%	6 733	9.8%	10 000	14.7%

出典：医療施設調査

【表３　一般診療所の歯科に係る診療科目を標ぼうしている施設数（複数回答）（平成 26・29・令和２年)】

	平成26年		平成29年		令和２年	
	施設数	構成割合％	施設数	構成割合％	施設数	構成割合％
総数	100 461	100.0%	101 471	100.0%	102 612	100.0%
歯科	1 679	1.7%	1 751	1.7%	1 725	1.7%
矯正歯科	114	0.1%	139	0.1%	157	0.2%
小児歯科	181	0.2%	196	0.2%	228	0.2%
歯科口腔外科	185	0.2%	210	0.2%	226	0.2%

出典：医療施設調査

（２） 公表時期等の変更

（論点）

○　別添３のスケジュールであれば、将来的にも安定的な公表時期の維持が可能と考えているか。その上で、更に工程を効率化できる余地はないか。

（回答）

○　令和５年調査の計画立案に当たり、実査から公表に至る作業工程を改めて整理した結果として、別添３（審査メモ）のスケジュールを作成したものであり、以下に記載する審査・集計の効率化もあいまって、将来的にも安定的に、計画上の公表時期の維持が可能になるものと考えている。

・　作業工程の効率化については、医療施設静態調査、患者調査ともに、オンラインによる回答率が向上することで紙の調査票が減少し、これによって受付・審査業務の軽減やデータ入力期間の短縮に繋がること、電子調査票のチェック機能により、提出前にエラーを解消することで、当省でのエラー処理の期間を一定程度短縮できることが見込まれる。

・　①報告者の調査票作成の効率化、②経由機関の審査業務の効率化を目的として用意しているツール類を活用いただくことで、報告者及び経由機関の調査負担を軽減することができ、ひいては当省の業務の効率化にも繋がるものと考えている。調査の負担軽減になることを含め、こうしたツール類を積極的に PR していく。

①　報告者の調査票作成の効率化

電子調査票を活用することで、医療施設が保有している既存の患者の電子情報を取り込むこと等の「既存情報活用機能※1」の機能を用いて、多数の患者が対象となる大規模な医療施設であっても調査票を効率的に作成することが可能。（患者調査）

②　経由機関の審査業務の効率化

経由機関において、電子調査票の内容確認について、「審査ツール※2」を活用することで経由機関職員の作業時間が短縮可能（医療施設静態調査）

※1　医療施設が保有する既存情報を活用する３つの機能を電子調査票に搭載している。

・病院が作成している医科のレセプトデータ（出来高分）から、患者調査の「病院（偶数）票」に利用できる調査項目のみを自動転送できる機能。

・DPC制度に関する既存情報の提出用データから、患者調査の病院退院票に利用できる調査項目のみを自動転送できる機能。

・医療施設が保有する電子カルテ等の患者情報を基に、厚生労働省が指定するテキスト形式で調査票データをあらかじめ作成しておくことにより、電子調査票の該当項目にデータを読み込む機能。

※2 オンラインで回答のあった調査票を都道府県等が審査するため、Excel形式に以下３つの機能を搭載している。

・「医療施設基本ファイル表」と「オンライン回答データ」を照合できる機能

・「病院報告データ」と「オンライン回答データ」を照合できる機能

・「オンライン回答データ」を電子調査票の様式で一括印刷する機能

◆DPC制度（DPC/PDPS）とは
急性期入院医療を対象とする１日あたり包括払い制度である。
「出来高払い方式」では検査や注射、投薬などの量に応じて医療費を算定しているが、「DPC制度」では病名や手術、処置などに応じた１日当たりの定額の医療費を基本として医療費を算定。

○　追加提出・提出遅れの期間をこれほど長期に確保する（照会を２回している。）理由は何か。

○ 別添３のうち、調査票の追加提出・提出遅れへの対応については、以下のとおり。

【医療施設静態調査】

・　本調査における工程は、①調査客体の確定（全数の把握）、②統計の質の確保のために実施しているものである。

具体的に、①については、動態調査において医療施設の新規開設が報告されたものの、静態調査票が提出されていないといった例があるため、医療施設に対して静態調査票の提出を依頼することで調査時点における医療施設静態調査の客体を確定する工程である（別添３（審査メモ）の「３月照会」）。

（参考：①による照会件数は令和２年調査においては約6,000件で、全体の約３％であった。）

次に、②については、調査票のデータチェックを行い、疑義が生じたものについて経由機関及び医療施設に確認するものであり、①を受け、客体を確定した後に対応している（別添３（審査メモ）の「６月照会」）。

（参考：②による照会件数は令和２年調査においては約22,000件で、全体の約12％であった。）

【患者調査】

・　本調査は抽出調査であることから、調査票の回収状況による調査結果の精度への影響を極力少なくするため、厚生労働省への提出期限までに未提出の調査対象施設に対して督促を行っている。その後もなお未提出の場合は随時督促を行うことで、提出期限を過ぎて届いた調査票についても最大限集計に生かすこととしているものである。

（参考：厚生労働省へ提出期限後に提出のあった件数は、令和２年調査においては約160,000件で、全体の約５％であった。）

○　医療施設静態調査及び患者調査ともに、作業を効率化し、速やかな公表に向けた取組・改善が必要であることは認識しているが、統計をより良くするために欠くことはできない工程は、引き続き実施していく必要があると考えている。

（３） 標本抽出についての計画上の記載修正 《患者調査》

（論点）

○ 医療施設基本ファイルから受療行動調査の500施設の標本選定を患者調査より先に行う必要がある理由を説明してください。

（回答）

患者調査は、調査上の必要性から、母集団である医療施設基本ファイルで設けた層ごとの抽出率が均一ではない。そのため、医療施設基本ファイルの層別構成比と、患者調査としての層別構成比が異なることになる。

このような状況で、患者調査の標本から受療行動調査の標本を抽出すると、患者調査の層別構成比の歪みに起因し、受療行動調査の抽出に偏りが生じてしまう。そこで、本来の母集団である医療施設基本ファイルから受療行動調査の標本500施設を直接抽出することで、まず、受療行動調査の抽出の偏りを排除し、その上で、患者調査のみ対象となる2,900施設について、患者調査の層別に必要な数だけ追加して抽出すれば、患者調査の標本の質も担保されることになる。（別添１参照）

３　統計委員会建議での指摘に対する対応状況

（論点）

【建議で指摘された医療施設調査（動態調査）の課題への対応】

①　遅延調査票についての現在の処理方法の公表

②　月報の必要性及び現在の集計方法を維持する理由

③　年報の集計方法についての具体的な検証内容及びスケジュール等

④　遅延調査票の発生理由等についての都道府県への照会結果

【建議で指摘された課題に対応する過程で新たに発見された事項への対応】

⑤　前記④の照会過程において、遅延調査票とは異なる形の報告形態（caseⅢ）があることが明らかになったことを受け、以下のカテゴリー別の規模感の確認結果

・caseⅠ（遅れなく提出された場合）

・caseⅡ（過去の案件について、遅れて提出された場合⇒建議における「遅延調査票」）

・caseⅢ（過去の案件について、自治体への届出日により作成された場合
⇒実際には過去の案件だが、厚労省において遅延分と認識できない調査票）

⑥　次の事項を踏まえて想定される今後の調査計画の変更想定案

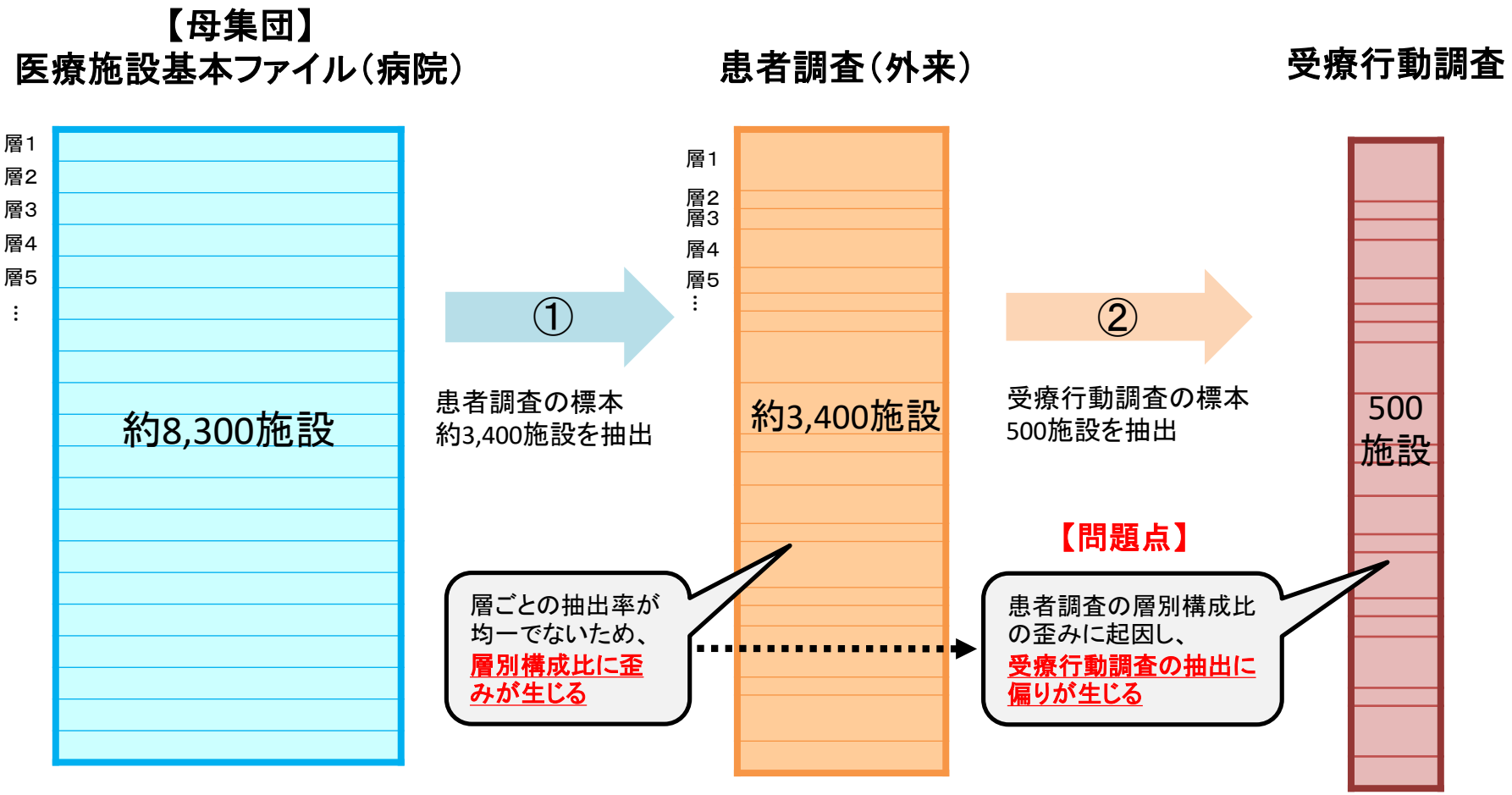
・自治体への届出日により調査票が作成されてしまうことの防止

・住居表示の変更情報の取扱いの明確化

（回答）

（２月開催予定の部会にむけて確認・作成中）

患者調査の標本から受療行動調査の標本を抽出する場合の問題点（イメージ図）



＜実際の抽出方法＞

抽出の偏りを排除するため、先に母集団から受療行動調査の標本を抽出する。

（参考）患者調査と受療行動調査の層の比較

※各施設数は令和2年調査時のもの

患者調査

病院の種類及び病床規模	抽出率	母集団数	抽出数
合計	0.41	8,281	3,400
①特定機能病院	1.00	86	86
1　400～499床	1.00	1	1
2　500～599床	1.00	3	3
3　600床以上	1.00	82	82
②精神病床のみの病院	0.37	1,054	389
4　20～499床	0.35	1,027	362
5　500～599床	1.00	15	15
6　600床以上	1.00	12	12
③療養病床のみの病院	0.38	1,283	485
7　20～499床	0.38	1,279	481
8　500～599床	1.00	2	2
9　600床以上	1.00	2	2
④地域医療支援病院	0.62	620	387
10　20～499床	0.45	424	191
11　500～599床	1.00	94	94
12　600床以上	1.00	102	102
⑤その他の病院	0.39	5,238	2,053
13　20～49床	0.35	648	224
14　50～99床	0.32	1,532	497
15　100～199床	0.33	1,908	625
16　200～299床	0.48	562	271
17　300～399床	0.67	356	239
18　400～499床	0.76	144	109
19　500～599床	1.00	50	50
20　600床以上	1.00	38	38

（注１）実際には、患者調査の病院（外来）の標本は、より細かく、47都道府県×病院の種類及び病床規模（20層）により層化して抽出している。

受療行動調査

病院の種類	抽出率	母集団数	抽出数
合計	0.06	8,281	500
A　特定機能病院	0.41	86	35
B　一般病院　500床以上	0.26	271	70
C　一般病院　100～499床	0.05	2,696	145
D　一般病院　99床以下	0.08	1,586	125
E　療養病床を有する病院	0.03	3,642	125

（注２）前頁資料は、患者調査の標本から受療行動調査の標本を抽出した場合に受療行動調査の抽出に偏りが出ることを説明した資料であり、受療行動調査の図中に患者調査の層を参考として記している。しかし、いずれの抽出方法も、受療行動調査は上記の病院の種類（５層）により層化して抽出する。

（注３）受療行動調査の標本は、精神病床のみの病院等を除外して抽出している。なお、上記の母集団数は精神病床のみの病院等も含んだ数である。