

**新たな地域医療構想の策定支援に係るデータ収集・分析及び資料作成等業務
(令和 8 年度分)**

委託仕様書

この仕様書の範囲

- ・本仕様書は、新たな地域医療構想の策定支援に係る業務全体（第 2 の 3 参照）のうち、令和 8 年度に実施する部分（データの収集・整理、第 1 次分析、第 2 回及び第 3 回の会議資料の作成）を対象とする。
- ・令和 9 年度に実施する業務（第 4 回から第 7 回までの会議に係る分析・資料作成、県議会への素案説明用資料の作成、パブリックコメント用資料の作成、第 8 回〔令和 10 年度開催〕の会議資料の作成等）は本業務の対象外である。

履行期間	対象会議	到達点
契約締結日～令和 9 年 3 月 契約後直ちに着手	第 2 回・第 3 回 (県全体・圏域とも)	必要病床数（初期推計） 区域点検の論点整理まで

第 1 件名

新たな地域医療構想の策定支援に係るデータ収集・分析及び資料作成等業務（令和 8 年度分）

第 2 目的・実施方針

1 目的

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和 8 年 3 月 19 日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）及び「地域医療構想策定ガイドライン」（令和 8 年 7 月 厚生労働省医政局。以下「ガイドライン」という。）に基づき、本県が 2040 年とその先を見据えた新たな地域医療構想を策定するに当たり、令和 8 年度において、データの収集・整理、第 1 次分析、第 2 回及び第 3 回の会議資料の作成を行うことを目的とする。

2 実施方針

- ・契約後直ちに着手し、県が保有するデータ（病床機能報告等）から速やかに収集・分析を開始すること。
- ・令和 8 年度中に、現状及び課題の共有、必要病床数の初期推計、医療機関機能の初期整理、構想区域の点検の論点整理並びに隣接県連携の初期分析まで進めること。
- ・県全体（検討委員会）と圏域（調整会議）の協議（第 5 参照）に、それぞれ対応した資料を作成すること。

3 業務の全体像

(1) 改正医療法において地域医療構想は令和 10 年度までに策定することとされており、ガイドラインでは、令和 8 年度から令和 9 年度上半期頃までに客観的なデータに基づく分析、課題の整理及び構想区域の点検・見直しを行い、令和 10 年度までに医療機関機能、必要病床数及び各分野の取組を協議して策定することとされている。本県では、これを踏まえ、県全体（検討委員会）及び圏域（調整会議）の会議を全 8 回の開催を検討している（会議の回数、時期及び年度配分は県が設定したものであり、国が定めたものではない。）。

(2) 会議の予定時期及び年度別の業務は、次のとおりである（協議の状況等により調整することがある。）。

年度	会議（予定時期）	主な業務	本仕様書との関係
令和 8 年度	第 1 回（県全体：令和 8 年 7 月 3 日開催済み。 圏域：開催時期は地域により異なる。） 第 2 回（令和 8 年 10 月頃） 第 3 回（令和 9 年 3 月頃）	業務の立ち上げ、データの収集・整理、第 1 次分析、第 2 回及び第 3 回の会議資料の作成	本業務の対象 （第 2 回及び第 3 回）
令和 9 年度	第 4 回（令和 9 年 7 月頃） 第 5 回（令和 9 年 10 月頃） 第 6 回（令和 9 年 12 月頃） 第 7 回（令和 10 年 2 月頃）	構想区域及び必要病床数の確定、医療機関機能の担い手及び役割分担、外来・在宅・介護連携・人材確保、素案の取りまとめ、県議会への素案説明用資料（概要版）の作成、パブリックコメント用資料の作成、第 8 回会議資料の作成、推進体制に係る資料の作成	対象外 （令和 9 年度に委託により実施する予定。予算の成立を条件とし、実施方法及び契約の相手方は県が別途決定）
令和 10 年度	第 8 回（令和 10 年 5 月頃）	パブリックコメント（令和 10 年 3 月から 4 月頃）の結果の整理及び反映、構想（案）及びその概要版の取りまとめ、策定後の進捗管理を行う会議体の体制の提示、医療審議会への諮問、構想の告示	対象外 （県が実施）

※ 素案は第 7 回（令和 10 年 2 月頃）で取りまとめ、県議会（常任委員会・令和 10 年 3 月

議会）への説明を経て、パブリックコメント（令和 10 年 3 月から 4 月頃・30 日程度）を実施する予定である。

第3 業務の基本方針

1 分析及び資料作成の基本姿勢

- ・ガイドライン及びとりまとめに沿って行うこと。独自の前提を用いる場合は、事前に県と協議し、承認を得ること。
- ・地域医療構想が医療機関の自主的な取組を前提とするものであることに留意し、特定の結論を誘導することのないよう、客観的かつ中立的に分析及び資料作成を行うこと。
- ・契約後直ちに着手し、県が保有するデータから速やかに分析を立ち上げること。
- ・県全体（検討委員会）と圏域（調整会議）では協議する内容及び粒度が異なることを踏まえ、双方に対応した資料を作成すること。
- ・対応の検討に当たっては複数案を作成すること（現状を継続する案を必ず含む。）。
- ・分析に用いた元データ及び算定過程を記録し、再現可能な形で納品すること。

2 資料の記載ルール

#	ルール
1	全ての数値に出典及び時点を明記すること。単位（床・人・件・％・分）を明記すること。
2	国が定めた事項と、県の運用又は判断による事項とを区別して記載すること。ガイドラインに定めのない事項を「国が定めている」と記載しないこと（会議の回数及び時期、パブリックコメントの日数等は県が設定したものである。）。
3	その時点で入手できないデータを推測値で補填しないこと。空欄は「―（該当なし）」「（未集計）」「（暫定）」「（第〇回で提示）」を区別して記載すること。
4	必要病床数と病床機能報告とを並べて示す場合は、算出方法が異なる旨の注記を必ず付すこと。差を強調する色分け、矢印又は赤字を用いないこと。
5	診療実績を、医療機関の順位付けと読める形（降順の順位表等）で示さないこと。
6	病床の機能区分は新区分（高度急性期・急性期・包括期・慢性期）とし、協議用の表では高度急性期と急性期を合計して示すこと。
7	隣接県との協議について、相手県の実情を把握していない内容を確定的に記載しないこと。連携の相手圏域は、患者の流出入の分析により特定すること（地理的關係のみで断定しないこと。）。
8	個別の医療機関に関わる資料は、限定した協議の場に応じた形で作成し、公表用は集計又は匿名化すること。

9	医療機関機能の名称は、ガイドラインの名称（第 5 の 2）を用いること。略称又は独自の呼称を用いないこと。
---	---

第 4 履行期間

契約締結の日から令和 9 年 3 月 31 日まで

第 5 前提となる協議体制及び会議

1 協議体制

項目	内容
県全体	新たな地域医療構想検討委員会（新設。委員 30 名（予定）） 現行の鹿児島県地域医療構想調整会議（県全体）の構成員に、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村、介護関係者等を加えて設置するものであり、構想を策定するための委員会である。
圏域	各構想区域の地域医療構想調整会議（8 会議＝鹿児島、南薩、北薩地域〔川薩・出水〕、姶良・伊佐、曾於、肝属、熊毛、奄美。熊毛及び奄美は離島である。）
分析及び資料の単位	データ分析は現行の 9 構想区域別（川薩及び出水を分けて）及び必要に応じ医療機関単位とする。会議資料は県全体用及び 8 調整会議別に作成する。
本業務の対象会議	第 2 回（令和 8 年 10 月頃）及び第 3 回（令和 9 年 3 月頃）。県全体及び圏域のいずれも同様とする。 圏域の第 1 回は開催時期が地域により異なるが、本業務の対象に含まない。 第 3 回は、圏域を先に開催し、その意見を県全体の協議に反映する（第 7 参照）。
大学病院本院	鹿児島大学病院
隣接県	熊本県、宮崎県及び沖縄県

2 医療機関機能（ガイドライン I. 3.（2））

区分	名称
構想区域ごとに確保	① 高齢者救急・地域急性期機能 ② 急性期拠点機能 ③ 在宅医療等連携機能 ④ 専門等機能
広域的な観点	⑤ 医育及び広域診療機能（大学病院本院を想定）

第6 業務内容

1 データの収集及び整理

とりまとめ及びガイドラインに示された基本となるデータ（ガイドライン別添 4）を中心に、次の全ての項目を収集し、整理すること。契約後は県が保有する病床機能報告等から直ちに着手し、県全体、9 構想区域別及び必要に応じ医療機関単位で整理すること。施設単位で不足するデータは、調査により把握すること。

分野	収集し、整理する項目
人口	将来推計人口（2040 年及び 2050 年、総人口、年齢 3 区分別、性年齢階級別、市町村別、65 歳以上、75 歳以上及び 85 歳以上）。協議の前提とする区域の人口規模は 2040 年の推計人口を基本とする。
医療需要	入院（機能区分別）、外来及び在宅の需要、疾患別需要、リハビリテーション及び包括期の需要、救急需要（高齢者救急を含む。）、6 事業別需要、85 歳以上の医療介護複合ニーズ
病床	病床機能報告（機能別、経年推移、医療機関単位）、病床稼働率、非稼働病床、入院受療率の将来変化の前提
医療機関機能	医療機関機能報告による 5 機能（第 5 の 2）の該当状況（現に担っている機能及び 2040 年に担う機能）。新設の報告であり初年度に把握できる範囲に限られることから、病床機能報告及び診療実績で補完すること。
診療実績	全身麻酔手術、緊急手術、時間外・休日の緊急手術、悪性腫瘍手術並びに心血管治療及び脳血管治療の件数、救急搬送受入件数（重症度別、年齢区分別及び要請元の施設類型別）。DPC 対象外の医療機関は NDB 及び病床機能報告の診療実績報告から取得し、データ源を明記すること。
政策医療	救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療及び新興感染症発生・まん延時における医療の提供体制、医療措置協定の締結状況、災害拠点病院、DMAT
患者流出入	構想区域間及び県外（熊本県、宮崎県、沖縄県等）への流出入。国が提供するデータ（レセプトベース）に統一し、全ての資料で同一の出典及び時点を用いること。
医療従事者	医師（診療科別、従業地別、年齢構成、偏在指標）、歯科医師、薬剤師、看護師及び准看護師。麻酔科医の状況を含む。
医療アクセス	到達時間（二次救急及び三次救急への 30 分圏及び 60 分圏のカバー率）、無医地区、離島の搬送手段。離島の区域は、到達時間圏に代えて、島内到達時間、島外搬送の所要時間及び手段並びに搬送不能日数を

	用いること。
外来・在宅・介護	外来機能報告、かかりつけ医機能、訪問診療、訪問看護及び看取り、介護資源（介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの定員等）、協力医療機関の確保状況
感染症・災害	医療措置協定を締結した医療機関、感染症病床、災害拠点病院、DMAT、業務継続計画
経営・施設	病床稼働率、経営状況、築年数及び耐震化の状況、各種補助金及び繰入金の活用状況、公立病院及び公的病院等の役割

2 データの分析

- ・以下の視点に基づきデータを分析すること。
- ・医療需要の推計（国が提供するデータ及び推計ツールを用いることを基本とし、受託者による独自の推計は行わない。
- ・必要病床数の初期推計（国が提供するデータにより、構想区域別・機能区分別に整理すること。機能区分別の稼働率その他の推計の前提は国が定めるものによる（機能区分別病床稼働率は、高度急性期 79%、急性期 84%、包括期 89%及び慢性期 92.5%）。高度急性期及び急性期は合計して取り扱う。流出及び流入の双方を加味した算出を行う場合は、国から提供されるデータによる。受託者は、国のデータの前提と本県の実情との相違の有無を確認し、協議に必要な留意点を整理すること。）
- ・病床機能報告の集計及び分析並びに医療機関機能の初期整理（医療機関機能報告により初年度に把握できる範囲に限られることから、病床機能報告及び診療実績で補完すること。）
- ・診療実績及び政策医療の相対比較（当該区域、県平均及び全国平均。医師数当たりの症例数、人口当たりの手術件数等の効率性の指標を含む。）
- ・急性期拠点機能の確保数の検討に必要な基礎分析（区域ごとの全身麻酔手術件数、緊急手術件数、時間外の緊急手術件数及び救急搬送受入件数について、全国及び同規模の区域と比較すること。国は 2040 年の人口規模を基に人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所程度を目安としているが、診療実績の相対順位のみによる機械的な決定は適切でないとされていることに留意し、比較のための材料を整理すること。確保数の決定は令和 9 年度の協議事項であり、本業務では決定を行わない。）
- ・患者の流出入の分析（自区域内完結率、区域間及び県外の流出入マトリクス）
- ・医療アクセスの分析（到達時間圏、離島及びへき地。区域内に複数の生活圏域がある場合は、生活圏域別に示すこと。）
- ・構想区域の点検（人口規模 20 万人未満、流入患者割合 20%未満かつ流出患者割合 20%以上の全てに当てはまるかどうか及び離島・県境の状況を踏まえ、維持、統合、再編、広域化及び隣接県連携の複数案を作成し、比較すること。なお、国は大都市型で

人口 100 万人以上の区域も区域の見直しの検討対象としているが〔ガイドラインⅡ、3.（1）②ア〕、本県に該当する区域はない。）

- ・隣接県連携の初期分析（県境の区域の相手圏域を流入の分析により特定し、隣接県との協議に用いる資料を作成すること。）

3 会議資料の作成

- ・県が別に示す別冊「協議資料 様式集（標準例）」を標準例として、これに沿って作成すること。この様式集は県が想定する標準的な資料構成を示すものであり、第 2 及び第 3 を満たす範囲において、様式の構成の変更、分析項目及び分析手法の追加等の受託者の工夫による提案を妨げない。
- ・県全体用及び 8 調整会議別（北薩地域は川薩及び出水の両区域を含む。）に作成すること。
- ・第 2 回：現状サマリー〔様式 1〕、データ分析 全体設計書〔様式 2〕、構想区域 点検の論点整理シート〔様式 3〕、隣接県連携 整理シート〔様式 3 別紙〕
- ・第 3 回：必要病床数〔様式 4・初期推計〕、患者の流入〔様式 5 及び様式 5 別紙〕、診療実績・政策医療〔様式 6〕、医療アクセス〔様式 7〕、構想区域 見直し複数案〔様式 8〕
- ・第 3 の 2 の記載ルールに従うこと。
- ・会議で示された意見は県が受託者に示すこととし、受託者は、これを踏まえて資料の修正を行うこと。修正版の提出時期は第 7 の工程による。

第 7 作業工程及び成果物

1 工程

時期	作業及び成果物（〔 〕は様式番号）	会議
契約締結後 1 週間以内	業務実施計画書（実施体制及び工程表）の提出 （県は、この時期に第 2 回の論点を受託者に示す。）	—
契約締結後 2 週間以内	第 2 回の会議資料の構成案及び分析設計書〔様式 2 の骨子〕の提出	—
契約締結後～令和 8 年 10 月	県保有データ等の収集及び整理（全項目）、隣接県連携の初期分析	—
令和 8 年 10 月頃	第 2 回の会議資料（県全体版及び圏域版）＝現状サマリー〔1〕、分析全体設計書〔2〕、区域点検論点整理〔3〕、隣接県連携整理シート〔3 別紙〕	第 2 回
令和 8 年 11 月～令和 9 年 1 月	第 1 次分析（需要推計、必要病床数〔初期〕、診療実績、急性期拠点機能の確保数に係る基礎分析、流入、アクセス、課題整理）、医療機関機能の初期整理	—

令和 9 年 3 月上旬	第 3 回の会議資料（圏域版）＝必要病床数〔4・初期推計〕、患者の流出入〔5・5 別紙〕、診療実績・政策医療〔6〕、医療アクセス〔7〕、構想区域見直し複数案〔8〕 ※圏域を先に開催する。	第 3 回 （圏域）
令和 9 年 3 月中旬まで	第 3 回の会議資料（県全体版）＝必要病床数〔4・初期推計〕、患者の流出入〔5・5 別紙〕、診療実績・政策医療〔6〕、医療アクセス〔7〕、構想区域見直し複数案〔8〕（圏域の意見を反映したもの）	第 3 回 （県全体）
令和 9 年 3 月下旬まで	業務完了報告書、分析に用いた元データ及び算定過程の記録	—

※ 第 3 回は、区域の課題の確定及び見直しの方向性の絞り込みを行う回であり、区域の実情に直結することから、圏域を先に開催し、その意見を県全体の協議に反映する。年度内に成果物の提出及び検査を終える必要があるため、圏域の第 3 回は令和 9 年 3 月上旬、県全体の第 3 回は令和 9 年 3 月中旬までに開催することを前提とする。

2 県の点検時期（受託者は、この工程に合わせて提出すること。）

時期	受託者	県
会議の 8 週間前	資料の作成に着手	論点を確定し、資料の作成を指示
会議の 6 週間前	初稿を提出	出典及び時点、ガイドラインとの整合並びに埋まらない欄の扱いを点検
会議の 4 週間前	修正して再提出	県内関係課と合議
会議の 1 週間前	最終版を提出	委員に事前送付

3 第 2 回に係る特例工程

契約締結の時期が令和 8 年 9 月中旬となることから、第 2 回については、2 の工程（8 週間前の着手）を確保できない。このため、第 2 回に限り、2 に代えて次の工程による。

時期	受託者	県
契約締結後 1 週間以内	業務実施計画書（実施体制及び工程表）の提出	第 2 回の論点を示すとともに、県が保有するデータを提供
契約締結後 2 週間以内	第 2 回の会議資料の構成案を提出	構成案を確認し、県内関係課への説明・合議に着手
会議の 2 週間前	初稿を提出	出典及び時点並びにガイドラインとの整合を点検し、県内関係課との合議を了する

会議の 1 週間前	修正の上、最終版を提出	委員に事前送付
-----------	-------------	---------

※ 第 2 回で用いる資料は、県が示す論点並びに別冊様式集の様式 1 から様式 3 まで及び様式 3 別紙を基本とするものであり、必要病床数の推計等は第 3 回で扱うことから、この工程で対応可能なものである。

第 8 成果物及び納品

成果物	納期
各回の会議資料（第 6 の 3 に掲げる様式による資料。県全体版及び圏域版〔8 調整会議別〕。）	会議開催日の 7 営業日前まで
分析に用いた元データ及び算定過程を記録した電子ファイル（再現可能な形式）	各回の資料提出時及び業務完了時
業務完了報告書	令和 9 年 3 月【 】日まで

- ・ 納品形態は、電子データ（Word、Excel、PowerPoint、PDF 等、県が指定する形式とし、編集可能な形式を含む。）及び紙媒体（各 2 部）とする。会議の当日に使用する紙媒体の部数は、その都度県が指示する。
- ・ 年度末にかかる成果物については、検査に要する期間を確保するため、県が指示する日までに提出すること。
- ・ 実施体制、打合せ及び進捗管理、データ及び資料の帰属及び提供、遵守事項並びに検査及び履行確認は、第 9 から第 13 までに定めるところによる。

第 9 実施体制及び受託者に求める要件

- ・ 地域医療構想、医療計画、医療機関機能報告及び病床機能報告の分析並びに患者流入及び到達時間圏の分析等に関する知識及び実績を有すること。
- ・ 国が提供するデータ及び推計ツール、病床機能報告、患者調査、医療施設調査、地域包括ケア「見える化」システム等の取扱いに習熟していること。
- ・ 9 構想区域及び 8 調整会議（離島を含む。）を対象とする分析及び資料作成を、限られた期間で的確に遂行できる体制（責任者及び必要な人員）を確保すること。特に、契約締結から第 2 回（令和 8 年 10 月頃）までの立上げの期間に人員を重点的に配置できること。
- ・ 個人情報及び医療機関単位の機微なデータを適切に取り扱う体制及び実績を有すること。

第 10 打合せ及び進捗管理

- ・ 業務着手時及び各会議の前後に、県と打合せを行うこと（月 1 回以上とする。オンラインによるほか、必要に応じて県庁において対面により行う。）。
- ・ 作業工程表を作成して提出し、進捗状況を定期的に報告すること。特に、契約直後の立ち上げ（データ収集）を迅速に行うこと。
- ・ データの前提及び分析手法について、県及び地域医療構想アドバイザー等と適宜協議する

こと。

- ・国から新たにデータ、ツール、通知等が示された場合は、県の求めに応じ、対応を協議すること。

第 1 1 データ及び資料の帰属及び提供

- ・県は、県が保有する病床機能報告等のデータ及び国から提供されるデータ・推計ツールを、必要な範囲で受託者に提供する。
- ・受託者が本業務で作成した成果物及び収集し、整理したデータの著作権その他一切の権利は、県に帰属する（受託者が従来から保有する著作物等を除く。）。
- ・受託者は、県の承諾なく、成果物及び業務上知り得たデータを第三者に提供し、又は本業務以外に使用してはならない。

第 1 2 遵守事項

- ・個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び鹿児島県個人情報の保護に関する法律施行条例（令和 4 年鹿児島県条例第 33 号）その他関係法令を遵守し、個人情報及び医療機関単位の機微なデータを適切に取り扱うこと。
- ・鹿児島県情報セキュリティポリシーを遵守すること。
- ・国から提供されるデータ及び推計ツール並びにこれらに含まれる NDB 等の情報の取扱いについては、国の「地域医療構想策定支援ツール 取扱説明書」の注意事項並びに「匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）の利用に関するガイドライン」及び「匿名介護保険等関連情報データベース（介護 DB）の利用に関するガイドライン」に基づき、地域医療構想の策定に係る目的以外の閲覧、加工及び公表を行わず、厳重に管理すること。紛失若しくは漏えいが判明した場合又はそのおそれが生じた場合は、速やかに県に報告すること。
- ・NDB 等の情報から得られる数値を会議資料その他公表される資料に用いる場合は、原則として患者等の数が 10 未満になる集計単位を含めないこと（患者等の数が 0 の場合を除く。）など、取扱説明書に定める公表時の措置を講じ、その適用について事前に県の確認を受けること。
- ・業務上知り得た秘密を漏らしてはならない（契約終了後も同様とする。）。
- ・著作権を侵害しないこと。第三者の著作物を利用する場合は、必要な許諾を得ること。
- ・県の書面による承諾なく、業務の全部又は一部を第三者に再委託してはならない。

第 1 3 検査及び履行確認（検査基準）

各成果物の納品時に、県は次の基準により検査及び確認を行う。不備がある場合、受託者は県の指示に従い修正すること。

1 根拠及び整合性の検査

#	検査項目	不合格となる例
1	ガイドライン及びとりまとめに根拠のない数値又はルールが記載されていないこと	ガイドラインにない稼働率、目安又は期限が記載されている。
2	国が定めた事項と県の運用又は判断による事項が区別されていること	会議の回数、パブリックコメントの日数について「国が定めている」と記載されている。
3	推計の前提が国の定めのとおりであること（受療率、NDB 非収載患者の按分、稼働率、医療DX 等による効率化分の加算、75 歳以上の按分、回復期リハビリテーションの在院日数、流入出入の両加味）	県の承認なく独自の前提が用いられている。
4	全ての数値に出典及び時点が付されていること	出典のない数値がある。
5	同一項目の出典が資料間で統一されていること（特に患者の流出入）	資料により出典が異なり、数値が食い違っている。
6	前回までの決定事項と矛盾がないこと	確定した区域と異なる区域で集計されている。
7	医療機関機能の名称がガイドラインの名称であること	「救急急性期機能」等の誤った名称が用いられている。

2 記載方法の検査

#	検査項目	不合格となる例
1	その時点で入手できないデータを推測値で補填していないこと	医療機関機能報告の集計前に、5 機能の欄が数値で埋まっている。
2	空欄の意味が区別されていること（―／未集計／暫定／第〇回で提示）	空欄のまま放置されている。
3	必要病床数と病床機能報告の対比に、算出方法が異なる旨の注記があること	差のみが示されている。
4	差を強調する色分け、矢印又は赤字を用いていないこと	不足数が赤の下向き矢印で示されている。
5	医療機関の順位付けと読める資料になっていないこと	手術件数の降順に病院が並び、順位が付されている。
6	病床の機能区分が新区分であり、協議用の表で高度急性期と急性期が合計されていること	機能区分の名称として「回復期」の語が用いられている（「回復期リハビリテーション」等の入院

		料・病棟等の名称を除く。)
7	隣接県との未合意の内容が確定的に記載されていないこと	「〇〇県と合意」と記載されている（未合意）。
8	個別の医療機関に関わる資料が、限定した協議の場に応じた形になっていること	全委員に配布する資料に病院別の実績が掲載されている。
9	令和 9 年度以降に決定する事項が、本年度に決定したかのように記載されていないこと	急性期拠点機能の確保数又は担い手が確定事項として記載されている。
10	NDB 等の数値の公表時の措置（第 12）が講じられていること	患者等の数が 10 未満の集計単位がそのまま掲載されている。

3 再現可能性の検査

- ・分析に用いた元データ及び算定過程が、県において再現可能な形式で納品されていること。集計後の表のみの納品は認めない。
- ・推計に用いたツール、前提値及び按分の方法が文書化されていること。