

## 2. DPCを利用した医療機関の機能評価

診療部門間、医療施設間、地域間などで医療のコストや成果等を比較する、いわゆる「医療ベンチマーク」を行うためには、それぞれの比較する単位に属する患者像の相違を補正する必要がある。たとえば、ある医療施設の入院中死亡率が高いことが明らかとなった場合、その施設の入院患者の重症度が他より高いことがその理由を説明しうる場合もある。このような患者の病態の違い（ケースミックス）を補正して、いろいろな比較・評価をするために DPC を活用することができる。

DPC を用いたケースミックス補正には、DPC の最も詳細な分類を用いた 3000 以上のグループに分けて補正を行う方法もあるが、この方法は、DPC の正確な分類を決定する為に必要な診療情報が多いこと、分類自体が細かすぎて比較評価するために十分な症例数が得られないことがある等の問題がある。本節では、より大まかな分類として、DPC 傷病名分類と手術の有無のみの比較的簡単な分類法によって、ケースミックスを補正して、医療機関の機能を評価する方法を具体的なデータを含めて紹介する。まだ、DPC 包括評価へ対応していない医療機関や小規模医療機関でも、ICD-10 コーディングによって DPC 傷病名分類を付けることができれば、ある程度の医療ベンチマークができることを示したい。

### (1) 効率性指標と複雑性指標

医療の効率性を評価する場合は、在院日数(LOS)を指標とすることが多い。医療の成果である「アウトカム」評価には死亡率、合併症発症率、再入院率などが用いられることもあるが、本邦ではこれらのデータを揃えられる医療機関はまだ多くない。ここでは、DPC 分類を用いたケースミックス補正による LOS の評価の例を示す（3、4）。

#### 分析5 効率性・複雑性分析

在院日数のケースミックス補正の方法はやや複雑であるが、表計算ソフトの簡単な集計計算ができれば誰でも出来る計算であるので、分析方法の概要を図7に示す。各病院が用意するデータは DPC 傷病名分類別手術の有無別の年間退院患者数と平均在院日数である。

DPC 分類を用いる効率性指標算出の原理は、医療期間毎の患者像の差異を DPC 分類毎の症例数で補正するもので、仮に DPC 分類毎の症例数の割合が全体と同じになるように補正したら、その病院の平均値は全体と比べてどのくらい短くなるだろうか、をみるための指標である。全国の入院患者の LOS の算術平均値を ALOS、ケースミックスを補正した

LOS を cLOS とすると、効率性指標(EI)は、

$$\text{効率性指標 (EI)} = \text{ALOS} \div \text{cLOS}$$

で求めることができる。

一方、DPC 分類を用いる複雑性指標算出の原理は、全国の平均在院日数が長い DPC 分類は重症なのであろうとの仮定の下に、全国平均の DPC 分類毎の平均在院日数がどの程度長いかを複雑性指数 (=重症度指数) と見なして、各医療機関の DPC 分類毎の患者数を掛け合わせて、各医療機関の複雑性指数の平均として複雑性指標を計算するものである。全国の DPC 分類毎の平均 LOS を各病院に当てはめたケースミックス値を wLOS とすると、複雑性指標(CI)は、

$$\text{複雑性指標 (CI)} = \text{wLOS} \div \text{ALOS}$$

で求めることができる。

効率性指標は、特定機能病院では 0.8 から 1.6 の間であるが、これより大きければ、在院日数が短く効率が良いことを示し、これより小さければ、特定機能病院より効率がかかなり劣ることを示す。一方、複雑性指標は、特定機能病院では 0.7 から 1.2 の間であるが、これより大きければ、より複雑性の高い入院患者が多いことを示し、これより小さければ、複雑性が低いことを示す。

図 8 は平成 15 年度のデータから各特定機能病院の効率性指標、複雑性指標をプロットしたものに、急性期病院の想定データを重ねてプロットしたものであるが、この病院は特定機能病院の中では、効率性がややよい方に、複雑性はやや低い方に位置することがわかる。

#### この分析のために、医療機関が用意する必要のあるデータ

- DPC 傷病名分類手術有無別の年間入院患者数、平均在院日数

#### この分析に使用する DPC データ集計表

- 集計表 C : DPC 別平均在院日数・相対係数

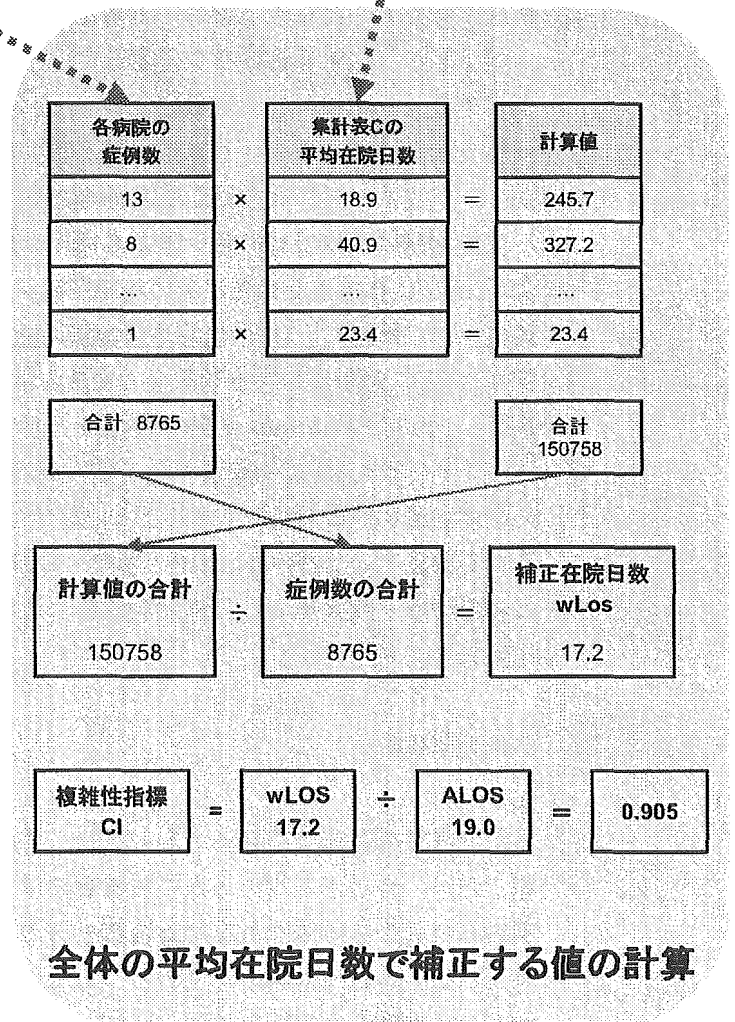
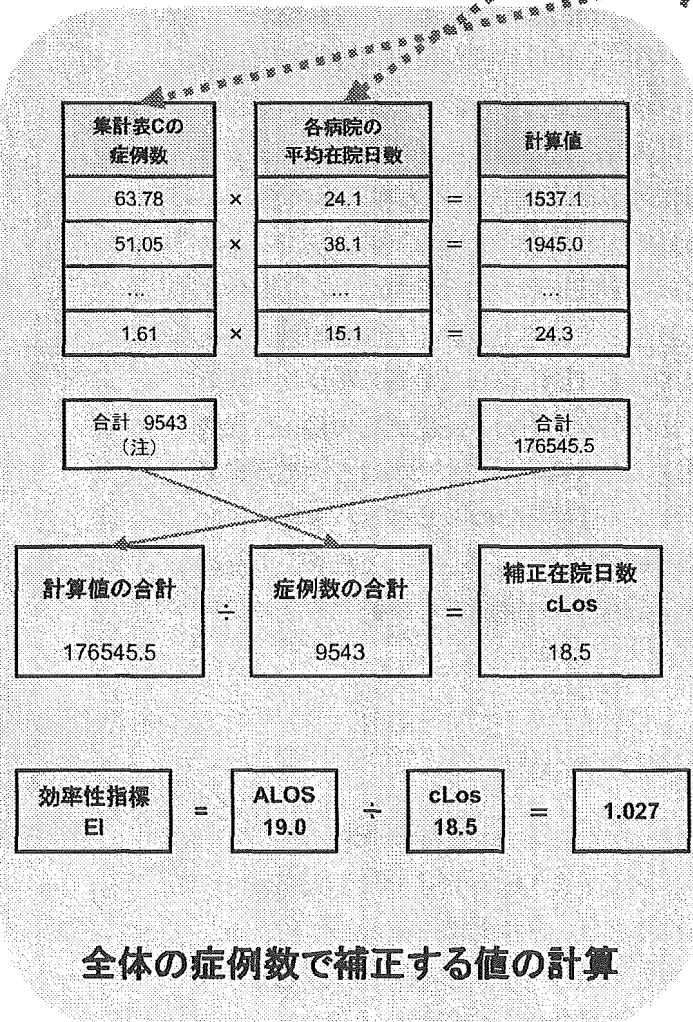
## (2) 稀少性指標・平均相対係数分析

医療機関が提供する医療の質と効率性を評価するために、様々なベンチマークが考案され、その一部がここに紹介した効率性・複雑性指標であるが、これらの指標は症例数の多

図7. DPCによる平均在院日数の補正方法

DPC傷病名分類 +手術の有無	症例数	平均在院日数
010010手術無	13	24.1
010010手術有	8	38.1
...	...	...
160970手術有	1	15.1
全数	8765	18.5

DPC傷病名分類+ 手術の有無	症例数	平均在院日数
010010手術無	63.78	18.9
010010手術有	51.05	40.9
...	...	...
160970手術有	1.61	23.4
全数	10000	<b>ALOS 19.0</b>



(注)各病院に1例以上の入院患者がいたDPC分類のみに  
ついて、集計表Cの症例数を合計する

い疾患の治療成果が強く反映されやすいという問題点も持つ。すなわち、ある限られた疾患を専門的に治療する医療機関がよりよく評価される傾向になるのである。これは、医療の専門分化をより促進し、医療提供体制の効率化に寄与する働きも期待されるのであるが、一方、たとえば、大学病院や地域の基幹的病院の一部のように、可能な限り多様な疾病や他の医療機関で診療できない特殊な傷病を持つ患者へ、十分な医療を提供できる体制をとっている医療機関が正当に評価されない危惧もある。

### 稀少性指標

そこで、DPC を応用して、特殊な疾患や多様な傷病への診療の提供を疾病の稀少性と多様性の観点から評価するための方法を開発した。この評価により、ある医療機関等がコモンディーズに対する診療を主としているのか、あるいは比較的稀な疾患に対する診療をも提供しているのかを、定量的に表すことができるのである。特に教育病院では、多様な疾患へ対応出来る十分な教育の提供と希少疾病への高度医療の提供に関する研究が重要であり、ケースミックスとしての疾病稀少性、多様性の評価が必要であると考えられる。

医療機関の受療患者の稀少性と多様性を数値化して評価する方法は以下のようなものである。まず、DPC 傷病名分類毎にその疾患が我が国でどれほど稀であるかを指数化した。具体的には、患者調査より DPC 傷病名分類毎の総受療患者数とそれらを合計した全受療患者数を求め、DPC 分類毎の患者数割合の逆数の常用対数をその DPC 傷病名分類の稀少性指数とした。これは、Shannon の稀少性指数と呼ばれるものである (5)。医療機関の稀少性指標は、受療患者の DPC 分類毎の稀少性指数の平均値として求められ、この値はその医療機関の受療患者の「稀少性」を表し、別の言い方をすれば、受療患者の「多様性」を表しているともいえる。この分析は DPC 傷病名分類別の患者数の分布に基づいているため、入院患者のみでなく外来患者の評価にも応用できる。特に専門的な外来機能を評価するために利用できると思われる。

### 平均相対係数

受療患者の重症度を評価する方法としては、在院日数から求める複雑性指標について上述したが、特に 1 入院あたりの医療費に注目することにより、疾患分類毎の 1 入院あたり平均医療費の相対値である相対係数を用いることもできる。医療機関の平均相対係数は、全入院患者の相対係数の平均値として求められ、在院日数から求める複雑性指標にくらべてより診療密度の差異を反映したものとなる。また、DPC 傷病名分類毎の相対係数は稀少性指数と同様に外来患者の重症度を反映する指標にもなりうる。ただし、この場合は必ずしも外来診療の診療密度を反映しているものではなく、あくまで傷病単位の重症度の目安に過ぎないことには注意を払う必要がある。

## 分析6 稀少性・相対係数分析

稀少性指数、相対係数を用いた分析の実例を以下に示す。ここでは、比較対象として医療機関区分毎の稀少性指数、相対係数を示す。医療機関の区分は、上位から特定機能病院、臨床研修指定病院、国公立・公的病院等、400床以上の私的大規模病院、400床未満の私的小規模病院、診療所の6区分とし、複数の区分に相当する医療機関は上位の区分にのみ含めた。

図5は横軸に平均相対係数、縦軸に稀少性指標をとり、医療機関区分毎の受療患者数をバブルの大きさを示したものである。左側のパネルが外来診療の特性を、右側のパネルが入院診療の特性を示す。外来、入院ともプライマリケアを主とする診療所が平均相対係数、稀少性指標が低く、一方、特定機能病院の平均相対係数と稀少性指標が非常に高い特徴が読み取れる。

このパネルにそれぞれの医療機関の稀少性指標、平均相対係数を重ね合わせることで、その医療機関の特性を明らかにすることができるであろう。

### この分析のために、医療機関が用意する必要のあるデータ

- DPC 傷病名分類毎の年間入院患者数
- DPC 傷病名分類毎の年間外来患者数（外来機能を評価する場合）

（注）各 DPC 分類の集計表 D にある稀少性指数、相対係数と医療機関の患者数を掛け合わせたものを合計し、全入院患者数で除したものが医療機関の稀少性指標、平均相対係数となる。

### この分析に使用する DPC データ集計表

- 集計表 D：DPC 別稀少性指数・相対係数

## あとがき

本節では、DPC 分類を活用して地域患者数の情報からマーケットシェアの視点での分析を行う方法と、医療機関の機能を疾患重症度、疾患稀少性、医療効率性などの視点から評価する方法を概説した。

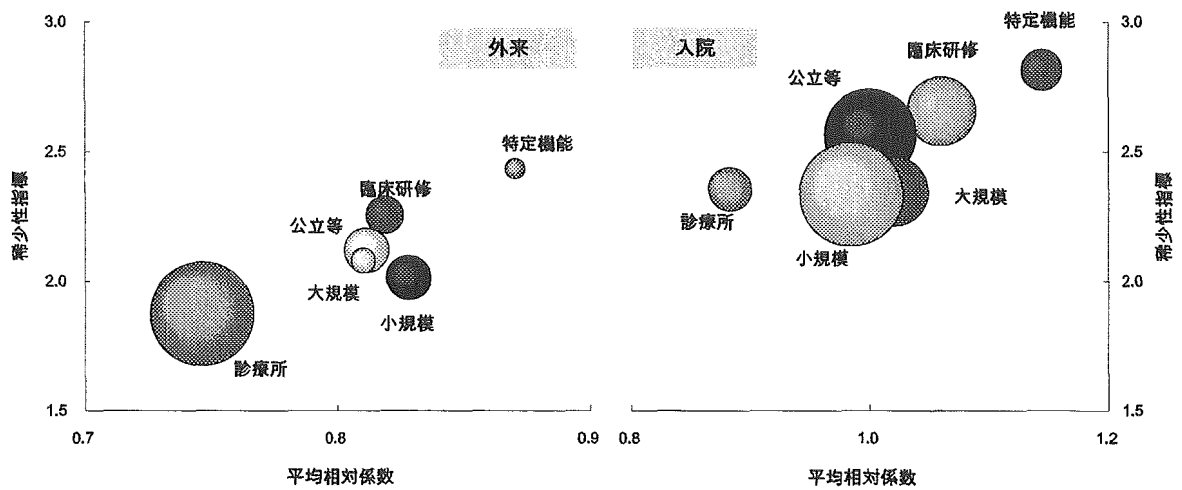


図9. DPCによる医療機関分類毎の疾患複雑性と疾患稀少性の評価。  
 6の医療機関分類毎の退院患者の疾患複雑性指数および疾患稀少性指数の平均値の位置にそれぞれの医療機関分類の退院患者総数に比例する大きさの円をプロットした。疾患複雑性は本文中の相対係数の平均値で、疾患稀少性は本文中の稀少性指数の平均値で示す。

## 文献

1. 長谷川敏彦、真野俊樹. 戦略策定法. 病院経営戦略、医学書院、東京、2002.
2. 伏見清秀. 地域医療計画の策定・評価への患者調査データの活用. 社会保険旬報, 2241:18-25 (2005).
3. 伏見清秀. DPC に基づく病院管理. 21 世紀の医療と診断分類—DPC の実践とその可能性—. (松田晋哉編). (2003) 68-74. じほう. 東京
4. 堀口祐正. DPC を用いた病院評価. 社会保険旬報, 2205:18-22 (2004)
5. Patil GP. Diversity Profiles. In *Encyclopedia of Environmetrics*, El-Shaarawi A and Piegorsch WW eds. John Wiley & Sons, UK. 555-61, 2002.

**(資料3)**

**統計情報を活用した医療機関の機能評価、  
地域患者マーケティング、地域医療評価の試み**

**3. 統計データを活用した地域保健医療計画のあり方の再検討**



## DPCデータの活用方法 ～地域医療の視点から～

### はじめに

前節では、医療機関の立場でDPCデータを患者マーケティングと医療機関の機能評価に活用する方法を解説したが、本節では、DPCを活用した地域医療の評価方法を示す。人口の高齢化に伴う疾病構造の変化などによって、現物給付とフリーアクセスを柱とする国民皆保険制度に基づく我が国の医療提供体制の将来に対する危機感が高まっている。これに対して厚生労働省の「医療提供体制の見直しに関する検討会」からは、医療提供体制の将来像として、疾病別、病期別に分けて医療提供体制を整備する「ライフコースアプローチ」の提言がなされている。そこで、本節では特に疾病別、病期別の視点から地域医療提供の実態を把握するための方法として、疾病別二次医療圏別の受療状況の分析方法を示す。さらに、従来の二次医療圏にとらわれない実質的機能的医療圏の把握の方法等も検討する。

以下、前節と同様に前節表1のDPC分析一覧表に沿って、各分析の意義とその方法を解説する。

## 1. DPCと地域医療計画

### (1) 地域医療計画の未来像

現在の地域医療計画は、地域の人口構成、病床数等の比較的大まかな基準から策定されている。しかし、平成16年9月24日に出された「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書「今後の医療計画制度のあり方について」(1)に示されるように、今後「超高齢化社会」を迎える我が国の医療提供体制には、さらなる質の向上と効率性が求められている。この報告書が提示する医療提供体制の未来像の要点は次の3点である。

#### ① 疾患別アプローチ

基準病床数は、「地域の人口構成から、全入院需要、主要疾患ごとの入院需要を計算」して設定するべきであるとし、地域の疾病構造の正確かつ詳細な把握に基づく医療計画の策定を提言している。

#### ② 医療機関機能別アプローチ

「病床の機能・疾患の臨床経過を反映した」基準病床数は、「主要な疾患ごとに、発症→急性期医療→リハビリテーション→在宅療養などの臨床経過」に係る病床機能ごとに設定するべきとして、前項の疾病構造の正確な把握に加えて、臨床経過に応じた医療の提供のための医療機関の機能分化を反映した医療計画を強調してい

る。

### ③ ライフコースアプローチ

本報告書の最も斬新な点は、住民の視点に立った評価方法として、「ライフコースアプローチ」を提案していることである。「ライフコースアプローチ」とは、「主要な疾病に関して疾病の経過に基づいたシナリオを作成することにより、医療サービスの消費者・提供者の双方が情報を共有し、評価することができる新たな方法」である。さらに、「乳がんを例にとり、ライフコースアプローチの具体的なシナリオと評価の実例」まで示されている。

要約すると、主要な疾患ごとに、発症→急性期医療→リハビリテーション→在宅療養などの臨床経過を設定し、それぞれ疾患別の臨床経過ごとに入院需要を計算し、地域の人口構造と併せて、主要疾患の病期毎の必要病床数を設定することが提言されているのである。

このように、科学的かつ合理的な医療提供体制のデザイン方法が示されたわけであるが、この手法の実現のキーとなるのが、疾病毎、病期毎の地域患者数の推計である。この点において、DPC 毎在院日数毎の地域入院患者数の推計が非常に適しており、その活用が期待される。DPC による疾病分類は、傷病名を基本としていることから、急性期から慢性期まで広く連続性・汎用性を持つため、臨床経過に応じた入院需要の推計に最適である。さらに、在院日数等を組み合わせることにより比較的容易に臨床経過毎の入院患者数を推計する仕組みが作れると考えられる。

## (2)DPC を活用する地域患者プロファイリング法

ついで、前節までに提示した「DPC データ」を活用して、地域医療計画を策定する際の具体的方法を検討する。地方自治体は、地域医療計画の策定のために、疾病構造と医療提供状況に関する正確な情報の入手、医療計画策定過程の透明化、さらに住民へ医療施策を分かりやすくプレゼンテーションすることが必要となる。

地域医療の評価に DPC データを用いる利点は、臨床的な妥当性の向上、診療科に相当する単位での集計可能性、DPC 包括評価調査データ等との比較検討可能性などであろう(2)。前節でも述べたが ICD-10 分類が基本的に病因の視点からの分類であるのに対して DPC が臨床の視点からの分類であるために、ICD 中分類、大分類等地域患者を集計した情報よりも、DPC を基準に集計したものがより利用価値が高くなる。地域医療の評価ではあまり細かい分類は不要なので、DPC 傷病名分類あるいはこれに手術の有無を付加した分類と、その上位の MDC 分類が適している。

もう 1 点重要な視点として、在院日数の視点がある。疾患分類に加えて、患者調査退院票の在院日数情報を用いることで、在院日数に応じた患者数の集計ができる。同じ傷病名であっても短期で退院した患者と長期間入院していた患者では、病態、経過が大きく異なる。

るので、地域疾病構造の把握には重要な情報となる。

我が国では、一般病床に急性期の短期入院の患者から亜急性期から慢性期の長期入院の患者まで混在してしまっているのが実情であるので、医療提供状況の正確な把握には病床区分だけではなく、実際の在院日数が重要な情報となる。一般病床に在院日数1週間以内から数ヶ月におよぶ入院患者がいる状況において、できるだけ正確に患者の病期を区別するために、在院日数によって入院患者を分類することの妥当性は認められるであろう。

もちろん、在院日数のみでは診療の具体的な内容は把握できず、たとえば「在院日数30日以内が急性期医療である」などと定義することはできない。また、長期入院患者であってもその初期あるいは一部の期間には急性期医療を受療していた可能性もある。したがって、在院日数による医療の病期の区分はあくまで便宜的なものである。

このようなDPC分類と在院日数の情報を用いて、地域患者の実態をプロファイルとして表現することができる。二次医療圏または三次医療圏単位で主なDPC傷病名分類毎、在院日数別の患者数を見ることで、その地域の医療ニーズの実態を視覚的に把握し、また他の地域との比較や医療提供体制の現状との対比などに用いることができる。

以下に、DPCデータを用いた地域患者プロファイリングの実例を示す。

#### 分析7 地域患者プロファイル分析

東京都内の二次医療圏別主要疾患別の入院患者プロファイルを図1に示す。在院日数30日以下の一般病床入院患者にしぼっているため、ほぼ急性期入院患者を示していると考えられる。図2は手術を実施した患者のみを示している。この結果は、短期入院患者では、白内障、大腸ポリープ等の患者が多く、区部に集中していること、手術のある患者では、鼠径ヘルニア、妊娠・分娩に関する合併症等の患者も多いことがわかる。このように医療圏別疾患別に入院患者数を視覚化することにより、地域の入院患者プロファイルを把握することができ、地域の特性が浮き彫りとなる。詳細にDPC疾病分類別に地域の特性を分析する場合には、このようにDPCデータ集計表A-1、A-2を利用した分析が適している。

一方、病床配置等の資源配分を検討するためには、MDC別の分析が有効であり、DPCデータ集計表B-1、B-2を利用することで、入院期間を分けた分析も可能となる。図3にはMDC別二次医療圏別の短期入院患者数を、図4にはMDC別二次医療圏別の長期入院患者数を示す。短期入院では眼科系疾患がどの地区でも多く、区中央部では循環器系疾患が多いことがわかる。一方、長期入院では、筋骨格系、循環器系の患者が多くなり、また神経系では北多摩南部地区、南多摩地区が多くなっているのがわかる。この結果からは、疾病、病期によって地域の医療ニーズが大きく異なっていることが明確に示されている。

これらの結果を総合して考察すると、同じ東京都内であっても都心部と多摩地区では疾病特性、在院日数が大きく異なり、都心部では検査や軽手術主体とした短期入院が多いのに対して、多摩地区では脳梗塞慢性期リハビリテーション入院が多いようである。勤務地

図1. 東京都のDPC疾病分類別二次医療圏別に見た年間入院患者数

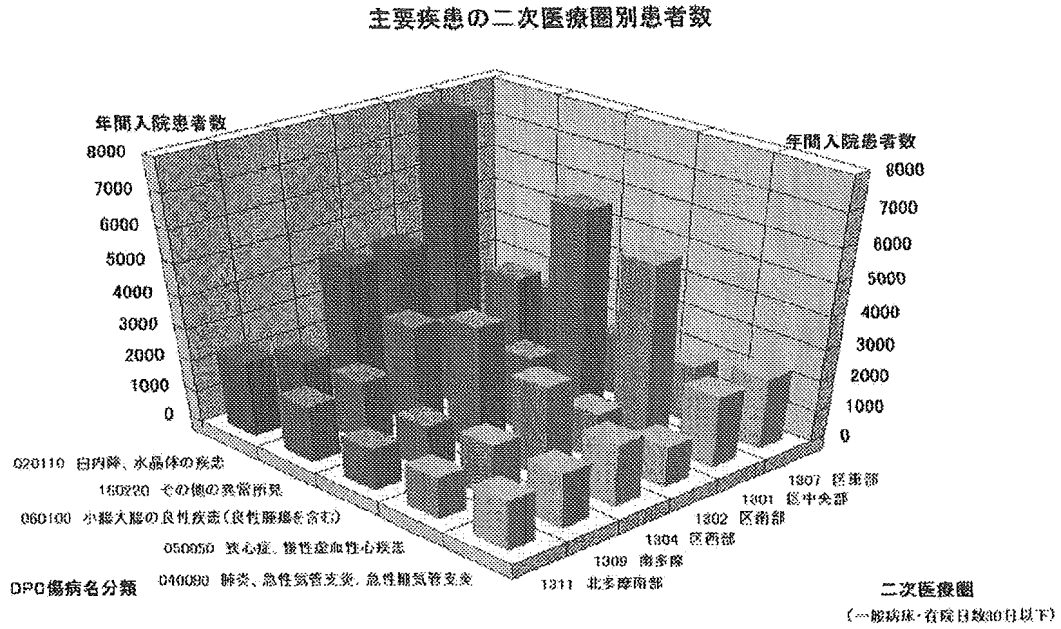


図2. 東京都のDPC疾病分類別二次医療圏別に見た年間手術入院患者数

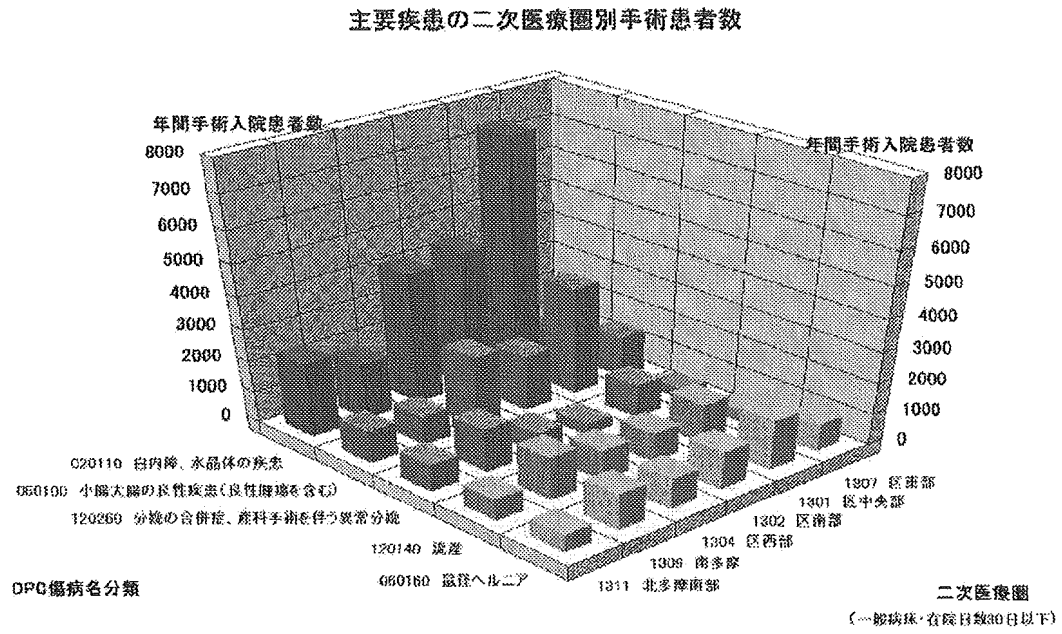


図3. 東京都のMDC分類別二次医療圏別に見た短期入院患者数

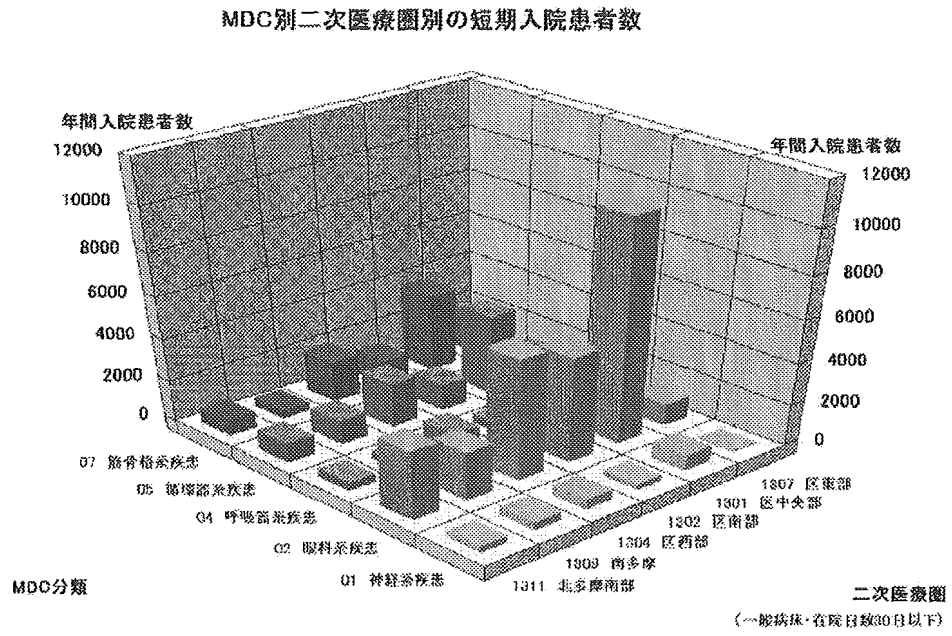
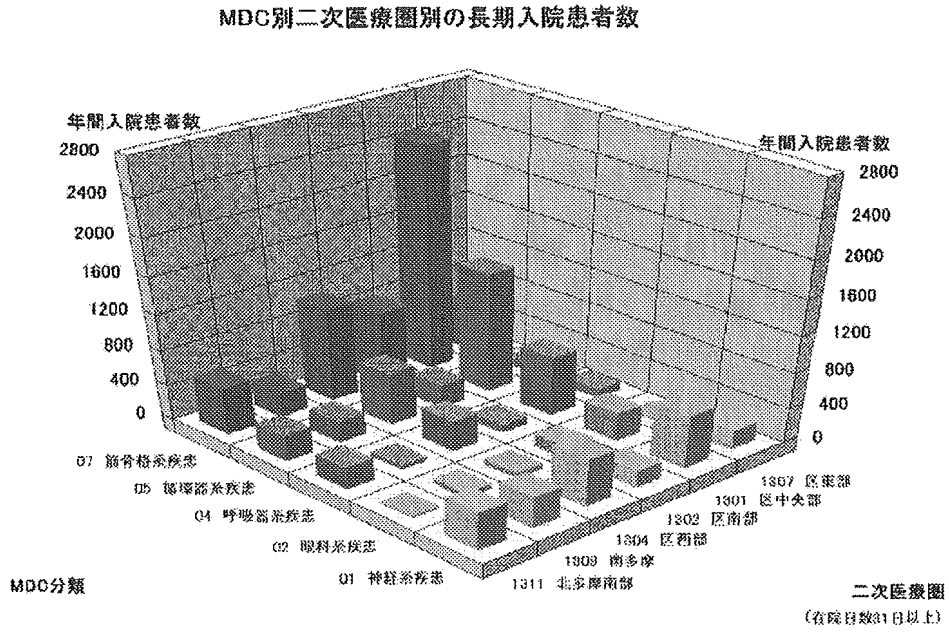


図4. 東京都のMDC分類別二次医療圏別に見た長期入院患者数



に近く、昼間人口が非常に多い地区と近郊の高齢化が進む地区との地域特性差異が入院患者の疾病特性にも反映されているようである。それぞれの都道府県においてこのような形で二次医療圏分析を行うことで地域の特性を比較的容易に把握できるであろう。

#### この分析に使用する DPC データ集計表

- 集計表 A-1 : DPC 別二次医療圏内短期入院患者数
- 集計表 A-2 : DPC 別二次医療圏内短期手術入院患者数
- 集計表 B-1 : MDC 別二次医療圏内短期入院患者数
- 集計表 B-2 : MDC 別二次医療圏内長期入院患者数

### (3) 地域必要病床数の算定に関する検討

#### 疾患別必要病床数の算定

引き続き、ある県を例にとり、DPC データを用いて疾患別の必要病床数を算定する事例を検討してみる。必要病床数を算定する手法はいろいろあるが、ここでは、1日当たりの推計退院患者数に平均在院日数を乗じて平均病床稼働率で補正する計算式を用いる。病床稼働率を 0.8 とすると、表 1 に示すように診療科にほぼ相当する MDC 別に必要病床数を推計することができる。このような集計を積み上げることで、診療科相当、あるいは疾病特性に応じた必要病床数の目安を得ることができる。

#### 病期別病床数の算定

さらに、在院日数および手術の有無の情報を追加して集計を行うと、表 2 に示すようになる。ここでは、集計表の一部を抜粋して示してあるが、この手法を用いることである程度病期を考慮した必要病床数の推計が可能となる。診療科別および手術の有無を含めた急性期病床数としては、入院期間 30 日未満の患者数等を参考に推計することが可能であろう。前述したように、この方法では急性期入院を直接算定することは出来ないが、ある一定の幅を持った推計は可能である。たとえば、「在院日数 30 日以上長期入院患者は全て最初の 30 日間のみは急性期医療を受療していた」との極端な過程を置いて、在院日数 31 日以上の退院患者数は在院日数 30 日以下の退院患者数の 0.3 倍程度であることから、算定される急性期必要病床数は最大 1.3 倍程度となるに過ぎない。従って、この程度の幅を持たせて、集計値を積み上げることで地域の急性期、亜急性期、慢性期別の必要病床数を算出することができると思われる。



表 1. A 県での主要疾患別の必要病床数の算定例

MDC 分類名称	推計退院患者数 (人/月)	平均 在院日数	必要病床数
MDC01 神経系疾患	3,204	94.3	12,587
MDC02 眼科系疾患	1,088	14.1	640
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	1,360	18.0	1,019
MDC04 呼吸器系疾患	3,816	33.2	5,281
MDC05 循環器系疾患	3,728	42.2	6,556
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	8,765	32.5	11,877
MDC07 筋骨格系疾患	2,372	52.2	5,157
MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	558	18.7	435
MDC09 乳房の疾患	368	46.3	710
MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	1,698	43.2	3,059
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	2,391	28.0	2,785
MDC12 女性生殖器系疾患、産褥期疾患等	2,003	20.2	1,683
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	559	51.6	1,202
MDC14 新生児疾患	852	19.4	688
MDC15 小児疾患	749	11.4	356
MDC16 以上項目に分類されないその他の疾患	6,705	32.3	9,031

表 2. A 県での病期を含めた要疾患別の必要病床数の算定例

MDC 分類名称	LOS 区分	手術の有無	推計患者数 (人/月)	平均 在院日数	必要病床数
01 神経系疾患	2-29	有	140	16.6	97
	2-29	無	1,519	12.6	796
	30-119	両方	942	58.9	2,313
	120-	両方	459	489.9	9,377
07 筋骨格系疾患	2-29	有	465	14.3	277
	2-29	無	801	13.6	453
	30-119	両方	872	56.4	2,048
	120-	両方	133	428.6	2,375

## 2. DPC と医療圏分析

本来、医療計画の二次医療圏はその地区の住民が必要とする医療サービスの 90%以上を提供できるように設定されているが、実際は、医療圏の境界を越えた患者の受療行動は無視することができない。特に、大都市は大病院への患者の集中傾向があるため、疾患によっては過半数の患者が二次医療圏外からであることも珍しくない。疾病に応じた地域医療計画の設定に当たっては、受療行動の現況に基づく医療必要量と患者の居住地に基づく医療必要量の両面から検討する必要がある。あくまで二次医療圏内での基本的な医療の完結を目指して、患者居住地に基づく病床計画を設定することは理想的ではあるが、現状の患者の受療行動をも適切に反映させることは欠かすことができない。

患者調査では医療施設と患者居住地の両方の地理情報を持つため、この両面から疾病、病期に応じた病床数の算定を試みることが出来る。疾病、あるいは病期、さらには患者の年齢層によっても医療圏を越える受療行動にはかなりの差異があるため、分析は複雑になるが、巻末 DPC データ集計表と前述した OLAP 分析ツールを利用することでダイナミックな解析も可能となる。

以下に DPC データを用いた地域医療圏分析の実例を示す。

### 分析 8-1 短期入院地域患者機能的医療圏分析

DPC データを利用して、患者居住地と入院先の関係から二次医療圏の境界を越える診療の実態を把握することが出来る。ここでは、福岡県の例を示す。図 5 は、MDC05 循環器系疾患の手術を実施した患者について、居住地の二次医療圏別に入院先医療機関の二次医療圏別に患者数を積み上げ棒グラフに示したものである。循環器系の手術実施患者では、福岡圏、筑紫圏、久留米圏、有明圏、飯塚圏、北九州圏の 6 つの二次医療圏への集中が認められる。一方、図 6 は MDC09 乳腺外科系疾患の手術を実施した患者について、居住地の二次医療圏別に入院先医療機関の二次医療圏別患者数を示したものである。乳腺外科の手術実施患者では、福岡圏、久留米圏、北九州圏の 3 つの二次医療圏への集中が認められ、疾患によって実質的な医療圏の状況が異なることが理解される。

このように、福岡圏の 13 の二次医療圏が、疾病によっては実質的に 3 から 4 つの医療圏として機能している実態が浮き上がってくる。患者居住地と入院先の間を見ることにより、二次医療圏の境界を越えた患者の受療行動が明確となり、特に、疾病特性によって、二次医療圏を越える患者の移動の状況あるいは二次医療圏をまたぐ実質的な医療圏の構成が大きく異なっていることが示される。このような分析を基に、疾病別、年齢別、病期別の医療圏の把握と、それに基づく医療計画の策定が可能なのではないだろうか。

この分析に使用する DPC データ集計表

図5. 福岡県二次医療圏患者居住地別入院先医療圏の状況  
(MDC05 循環器系手術有り患者)

