

他の仮説として、庄内地域の患者が他県の病院で診療を受けている可能性を挙げるができる。しかしながら、地理的な特徴から、山形県は県内での受療率が非常に高い県であり、このような仮説の妥当性には疑問が残る。県外の病院への受療率を二次医療圏毎に調べることにより、この仮説の妥当性を検討することが可能である。

その他の仮説として、庄内地域の病院における長期入院者数に違いがある可能性が考えられる。しかしながら、今回の結果では、主に庄内地域の外来患者の集約度が低い傾向があるため、この仮説が今回の結果の原因とはいええない可能性が高い。

今後の研究により、上記の仮説の妥当性について検討する必要があると思われる。

次に、今回の解析結果から、最上地域の集約度が全般的に非常に高いことが示された。最上地域はへき地を多く有する地域であることから、診療所主体の医療体制を想定していたため、当初は集約度が低いことを予想していたが、全般的に逆の結果が得られた。この理由のひとつは、山形県立新庄病院に最上地域の医療機能が集約されていることであろうと予想される。実は、最上地域の患者の多くは山形県立新庄病院で受診している。つまり、最上地域の医療体制は、実質的には山形県立新庄病院に集約されているため、最上地域の集約度が全般的に高いという結果が得られたのであろうと考えられる。この結果は、へき地医療の自治的な集約化という観点からは好ましいものといえる。

しかし、逆の見方をすれば、最上地域における集約度が高いということは、本地域で要求されている程度よりもさらに多くの医療を山形県立新庄病院が提供していると解釈することもできる。そのため、新庄病院への負担を軽減するための政策を考えることも、ひとつの仮説として考えることができる。全般的な傾向として、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患の3事業において、最上地域は他の地域に比べて高い集約度を有していた。これらの疾患の主な特徴は、長期間に渡る継続的なケアやリハビリテーションを必要とすることである。これはあくまでも推測に過ぎないが、最上地域では、これらのケアやリハビリテーションも含めて、上記事業の大部分の患者に対して新庄病院のみで医療を提供している可能性がある。もし、そのような傾向が認められるのであれば、ケアやリハビリテーションの業務を他病院や他施設に分担することにより、新庄病院の負担を低減できる可能性がある。

一方で、がん領域では、全般的に村山地域の集約度が高いという結果が得られた。これは、がん治療の拠点を村山地域に集約するという観点からは好ましい傾向であり、癌腫毎にさらに細かく検討することで、より詳細な検討を行うことが可能になるであろう。なお、庄内地域においては消化器がんの集約度が高く、また、最上地域においては血液がんの集約度が高いという結果が得られた。なぜこのような結果が得られたのかについては不明である。

周産期については村山地域の集約度が圧倒的に高いという傾向が認められた。周産期の集約度は庄内地域および最上地域において低かったが、この結果がどの程度、実際の周産期医療を反映しているかは、評価が難しいところである。つまり、それぞれの地域における周産期医療を、病院ではなく診療所等で提供しているのであれば、必然的に集約度が低くなるからである。この点については、さらなる調査・検討が必要であろう。

本研究に関する今後の課題としては、病院のみではなく、診療所においても集約度指標を計算する必要があると考えられる。例えば、病院における集約度指標が低く、一方で診療所における集約度指標が高ければ、当該地域における医療体制は診療所に多く依存していると考えられる。このような傾向を医療地域毎に検討することにより、二次医療圏の特色に応じた医療政策をより細密に検討することが可能になると考えられる。また、病院と診療所の集約度指標が両方とも低いということは、他地域の医療を受診しているか、あるいは受療率自体が低い可能性があることを意味している。他地域の医療を受診しているか否かは調査データからある程度は分析することが可能である。もし、ある地域の受療率が本当に低いならば、それを改善するための方策を立案することが必要であろう。

さらに、今後の課題として、集約度指標自体の信頼性の評価と、集約度指標の統計的有意性を検討するための方法論を検討する必要があるであろう。なお、山形県以外の都道府県に本手法を適用する際には、県外医療施設の受診率で集約度指標を補正する必要があるため、そのための方法論も開発する必要がある。特に、この集約度指標は、「疾患の発生比率は人口比率と比例する」という仮定のもとで妥当であることから、例えば全国の医療を評価するときなど、対象地域を広げたときには、疾患の発生比率に関する地域差を補正する方法論も必要となるであろう。疾患のステージや、例えば急性期医療の受診者のみで集約度指標を算出することにより、医療体制ネットワークに関する評価を行うことも可能であると考えられる。

E. 結論

本研究では、山形県内のへき地に対する医療体制を検討する目的で、最上地域における医療の集約度について、他地域との比較を実施した。その結果、最上地域における医療の集約度は他地域よりも高く、その理由のひとつは新庄病院への医療機能の集約化にあると考察された。逆の観点からみると、最上地域における医療体制を部分的に分配することにより、より効率の良い医療体制を構築できる可能性が示唆された。無論、医療政策の検討は本研究のような定量的なアプローチだけではなく、包括的な検討および評価を行うことが必須であり、本研究の結果は、そのような試みの一環として利用されるべきであると考えられる。

以上

Ⅲ. 参 考 資 料

班 会 議 資 料

第1回班会議次第(平成 19 年 7 月 28 日開催)

第2回班会議次第(平成 19 年 10 月 13 日開催)

第3回班会議次第(平成 20 年 1 月 26 日開催)

< 班会議資料 >

I. 地域医療の現状分析と評価-新しい分析手法を用いて-

II. 地域医療のデータ解析と評価

III. へき地医療における医療・介護の現状と課題

IV. 地域医療における今後の住民の受療動向及び医療費の
動向の予測

V. 第 5 次山形県地域保健医療計画について

VI. 地域保健医療計画の評価の概要(討論)

VII. 小国町立小国病院訪問報告

平成 19 年度第 1 回「へき地医療体制の充実と評価に関する研究」班会議

○日時：平成 19 年 7 月 28 日（土）（15：00～20：00）

○場所：山形県上山市「ニュー村尾」会議室

次 第

<第 1 部 15：00～17：30>

- 1 開 会（15：00）
- 2 主任研究者挨拶（15：00～15：05）
- 3 平成 18 年度研究成果報告について（15：05～15：20）
山形大学大学院非常勤講師 清水 博
- 4 平成 19 年度の研究計画について（15：20～17：30）
 - （1）平成 19 年度研究計画（15：20～15：40）
山形大学大学院非常勤講師 清水 博
 - （2）平成 19 年度へき地診療所訪問調査について（15：40～16：00）
山形大学大学院医療政策学講座准教授 佐藤正幸
 - （3）山形県の新医療計画について（16：00～16：30）
山形県健康福祉企画課企画主査 小宮山亮
 - （4）山形県医療計画に係るデータ分析について（16：30～17：00）
濱野統計解析事務所代表取締役 濱野鉄太郎
 - （5）これからの地域医療計画のあり方について（17：00～17：30）
東京医科歯科大学大学院教授 河原和夫

<第 2 部 18：30～20：00>

- 5 討 論（18：30～20：00）
 - （1）平成 19 年度山形県新医療計画について（18：30～19：00）
 - （2）山形県のへき地医療提供体制の評価法について（19：00～19：30）
 - （3）今後の研究班の運営について（19：30～20：00）
- 6 閉 会

平成19年度第2回「へき地医療体制の充実と評価に関する研究」
班会議

1 日時：平成19年10月13日(土) 13:00~17:00

2 場所：鎌倉保健福祉事務所

3 課題

○ 山形県地域医療のデータ分析と評価

<出席者>

清水 博

古川 雄彦（山形大学大学院生）

渡辺 暁子（山形大学大学院生）

濱野 鉄太郎（濱野統計解析事務所）

平成 19 年度第3回「へき地医療体制の充実及び評価に関する研究」班会議

次第

日時：1月26日（土）13：00～21：00

場所：山形県上山市 ニュー村尾会議室

挨拶（13:30～13:40）

清水 博

第1部 研究発表：「地域医療の現状と評価」（13：40～17：00）

（座長 清水 博）

1 地域医療の現状分析と評価（13：40～14:20）

－ 新しい分析手法を用いて －

河原 和夫
佐々木燈子

2 地域医療のデータ解析と評価（14:20～14:50）

濱野鉄太郎

～ 休憩（14:50～15:00）～

3 へき地における医療・介護の現状と課題（15:00～15:30）

叶谷 由佳
鈴木 育子

4 山形県地域保健医療計画（案）について（15:30～16:00）

小宮山 亮

5 山形県の市町村立等診療所の現状と課題（16:00～16:30）

－ 診療所訪問調査から －

佐藤 正幸

6 地域医療における今後の住民の受療動向及び医療費の動向の予測（16:30～17:00）

伏見 清秀

7 山形県における医師の適正配置について（17:00～17:20）

清水 博

～休憩（17：20～17：30）～

第2部 グループ討議：「地域保健医療計画の評価」（17:30～18:30）

（座長：河原 和夫）

① 山形県の地域保健医療計画（案）の評価

② 神奈川県地域保健医療計画（案）の評価

～休憩（18：30～19：00）～

第3部 総合討論：「へき地医療体制の充実と評価」（19：00～21：00）

（座長：清水 博）

1月27日（日） 於：町立小国病院

1 施設の見学説明：（阿部吉弘院長）

10:00～11:30

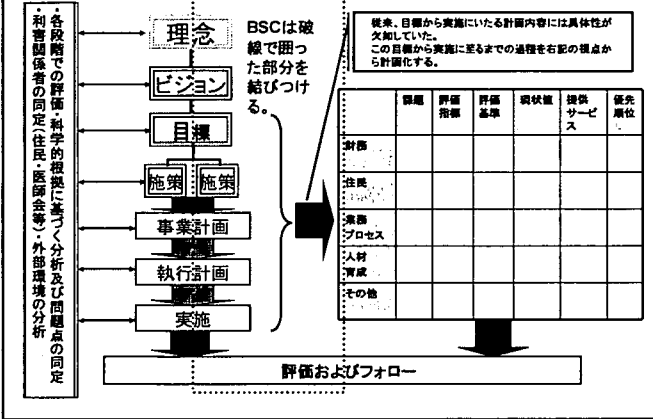
（1）病院

（2）老人保健施設

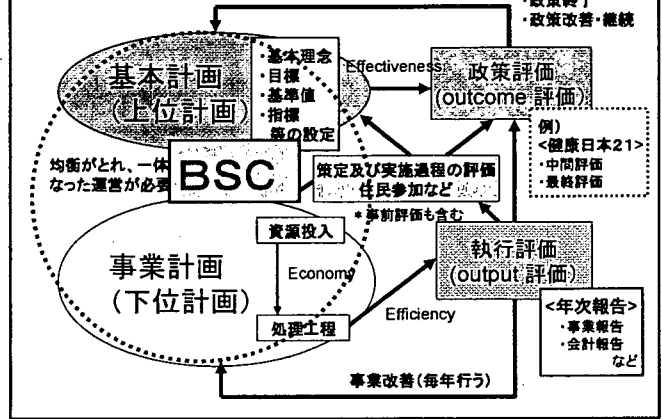
2 討論「地域医療の現状と課題」について

11:30～12:00

図1 行政計画の政策体系のあるべき姿



計画と評価の構造(行政計画)



医療計画と健康日本21の相違(1)

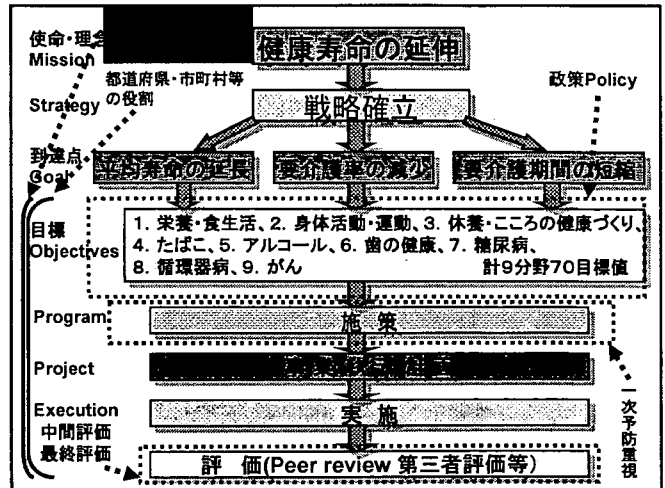
	医療計画	健康日本21
計画の根拠	医療法	健康増進法
計画の態様	法定計画	都道府県：法定計画 市町村：任意計画
策定主体	都道府県	都道府県及び市町村
計画期間	約5年	約10年
計画の内容	医療供給体制の整備	健康増進

医療計画と健康日本21の相違(2)

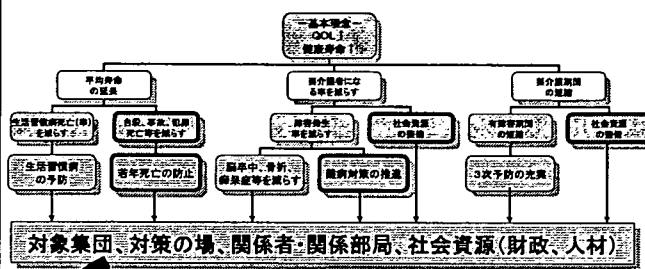
	医療計画	健康日本21
政策手段		
権力的手法	病床規制、開設許可等	-
公経済的手法	病院の新築・改築及び施設連携等に伴う補助金	健康関連NPO支援税制等
私経済的手法	医療提供者間の機会均等の確保	業者等競争者間の機会均等の確保
公共財提供手法	救急、母子医療体制の整備等	施設利用の促進、人的支援等
情報公開的手法	医療供給体制に関する情報提供	健康関連情報の提供、普及、啓発

医療計画と健康日本21の相違(3)

	医療計画	健康日本21
実施のモデル		
システム	計画経済原理 > 市場経済原理	計画経済原理 < 市場経済原理
健康関連資源の配分		
サービス需給量の調整	見える手*	見えざる手*

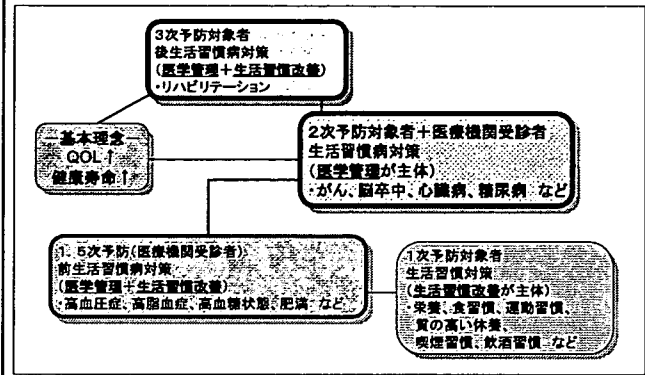


健康日本21の基本理念の達成とそれに必要な各要素との関係



達成には保健・医療・福祉・教育・公安分野の横断的政策が不可欠

健康日本21の基本理念と各予防段階との関係



地域医療のデータ分析と評価

医療体制の充実度に関する指標の開発とその適用

平成20年1月26日(土)

有限会社濱野統計解析事務所
代表取締役 濱野鉄太郎

分析の経緯

- 過去に実施した主な分析内容
 - H17山形県患者調査の集計
 - ICD・MDC分類別
 - H19医療機能調査集計票の集計
 - 第1回班会議にて報告
- 主たる目的
 - 各地域の医療体制に関するデータ分析
 - 医療体制の充実度に関する評価

1: 山形県患者調査の集計

- 目的: 山形県内病院の医療機能に関する調査
- 対象: 県内70病院
- 集計方法
 - 「平成17年山形県患者調査」のデータを使用
 - 第30表(患者数、70病院別・入院-外来×傷病(小分類)別)
 - 第49表(患者数、70病院別・患者の住所地×傷病(大分類)別)
 - 傷病別の患者割合に基づき、各病院の特徴を分析
 - ICD分類別、MDC分類別
 - その結果に基づいて、各地域の医療体制を評価

2: 医療機能調査集計票の集計

- 目的: 山形県内病院の医療機能に関する調査
- 実施日: 平成19年3月1日現在
- 対象: 県内71病院
- 集計方法
 - 医療機能調査集計票のデータを使用
 - 事業別集計結果(7事業)
 - 地域(2次医療圏)毎に集計
 - 村山、新庄、置賜、庄内
 - 頻度および割合から、各地域の医療体制を分析

各分析における課題

- 地域間の人口比率が考慮されていない
 - 例: 村山地域の人口比率は他よりも高い
 - 患者数、施設数が多い
 - 医療体制が充実しているように見える
- 割合では「サイズ」が評価できない
 - 例: ある疾患が稀か否かは割合では分からない
 - 重要な情報の選別が難しい

参考: 医療圏毎の人口比率

	人口比率
村山	47.5%
最上	7.5%
置賜	19.6%
庄内	25.4%

指標の開発

- 課題: 医療体制の評価に有用な指標の開発
- 条件:
 - 地域間の人口比率を考慮していること
 - 人口比率を調整した上で分析可能
 - 「サイズ」の情報を読み取れること
 - 重要な情報を選別可能
 - 計算や解釈が単純であること

集約度指標(案)

- 定義
 - x_i : 地域 i におけるイベント数
 - イベントの例: 患者数、施設数など
 - $i=1, \dots, m$
 - $x = \sum_{i=1}^m x_i$: 総イベント数
 - p_i : 人口比率

$$\left(\frac{x_i}{x} - p_i \right) x = x_i - p_i x$$

指標の解釈

集約度指標: 地域 i の超過イベント数
(例: 人口比率から想定される数よりも、
地域 i の肺癌患者数が5000人多い)

$$\left(\frac{x_i}{x} - p_i \right) x = x_i - p_i x$$

地域 i の人口比率を基準としたイベント比率の超過分
(例: 地域 i の人口比率よりも地域 i の肺癌患者比率が2%多い)

例

「平成17年山形県患者調査」中の「患者総数」

	村山地域			最上地域		
	総数	入院	外来	総数	入院	外来
患者数	15192	6570	8622	2717	1124	1593
比率	49%	50%	49%	9%	9%	9%
超過分	1.8%	2.7%	1.2%	1.3%	1.1%	1.5%
集約度指標	277.4	177.6	101.6	35.9	12.2	23.8

地域人口から想定される患者数よりも277人多い

	置賜地域			庄内地域		
	総数	入院	外来	総数	入院	外来
患者数	5749	2208	3541	7141	3185	3956
比率	19%	17%	20%	23%	24%	22%
超過分	-0.9%	-2.7%	0.4%	-2.2%	-1.1%	-3.1%
集約度指標	-53.7	-60.2	13.9	-158.1	-33.9	-121.2

指標の利用法

	村山地域			最上地域		
	総数	入院	外来	総数	入院	外来
超過分	1.8%	2.7%	1.2%	1.3%	1.1%	1.5%
集約度指標	277.4	177.6	101.6	35.9	12.2	23.8

	置賜地域			庄内地域		
	総数	入院	外来	総数	入院	外来
超過分	-0.9%	-2.7%	0.4%	-2.2%	-1.1%	-3.1%
集約度指標	-53.7	-60.2	13.9	-158.1	-33.9	-121.2

目的によって大きく異なる

- 例1. 地域医療の集約化(効率化): 村山地域の集約度指標の向上
例2. 地域医療の分散化(偏在化): 置賜と庄内の集約度指標の向上

分析の実施

- 以下のデータに対して分析を実施
 - H17山形県患者調査の集計
 - 5事業別(がん、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、周産期)
 - H19医療機能調査集計票の集計
 - 7事業別(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、小児(救急)医療)
- 集約度指標等を計算
 - 添付の分析結果を参照

地域(へき地を含む)医療の 充実に関するニーズ調査

山形大学医学部看護学科
地域看護学講座

叶谷由佳、鈴木育子、大竹まり子、
赤間明子、小林淳子、細谷たき子

3年間で行った調査

- 地域(へき地を含む)医療に関する調査
①②③④⑤
- 地域医療の充実に関するニーズ調査⑥
⑦

地域(へき地を含む)医療に関 する調査

- 山形県の「市町村立等診療所一覧」(平成16年10月1日現在)に掲載されている休止中以外の診療所26か所および町立病院9か所の長、医師・歯科医師、看護職員対象の調査
→市町村立診療所職員調査①②③
- 山形県内の都市部の医療機関9か所の医師・歯科医師対象の調査
→都市部医師・歯科医師調査④
- 山形大学医学部看護学科の学生対象の調査
→看護学生調査⑤

地域医療の充実に関するニ ーズ調査

- ⑥無医・準無医地区における行政保健師からみた地域住民の在宅療養上の課題に関する研究
- ⑦へき地における地域住民の保健医療福祉のニーズに関する調査

地域(へき地を含む)医療に関す る調査結果(質問紙調査)

市町村立診療所職員調査回収 率

- ①医療機関の長 12/31 回収率38.7%
- ②医師・歯科医師 39/78 回収率50.0%
- ③看護職員 229/335 回収率68.4%

主な結果①

■ 対象

診療所および町立病院等の医療機関の長12名

へき地医療拠点病院で果たされている機能

- 診療所からの紹介患者の受け入れ
8/9名 88.9%
- 症例検討会、研修会等の勉強会の開催
7/10名 70.0%
- 病院から診療所への患者の紹介
6/9名 66.7%

へき地医療拠点病院の課題

- へき地医療支援に対するへき地医療拠点病院の体制が十分でない
4名 44.4%
- 代替医師の派遣が十分にできない
4名 44.4%

医療機関の長 9名

へき地医療機構について

- 機構を知らない 2名 20%
- 利用したことはない 6名 60%

医療機関の長 10名

へき地医療等に対する支援策として効果があると思うこと

- へき地医療支援機構の診療支援機能の向上
10名 100%
- 都道府県による医師派遣 9名 90%
- へき地離島の患者搬送方法の確立
8名 80%
- 地域医療のドクターバンク 7名 70%

医療機関の長 10名

主な結果②

■ 対象

診療所及び町立病院勤務の医師・
歯科医師 38名

へき地勤務の継続に必要なこと

- | | | |
|--------------------|-----|-------|
| ■ 診療支援体制の強化 | 29名 | 76.3% |
| ■ 県、市町村等地元行政の理解と協力 | 25名 | 65.8% |
| ■ 地域住民の理解と協力 | 20名 | 52.6% |
| ■ 医師としての研修・生涯教育の充実 | 19名 | 50.0% |
| ■ 報酬の充実 | 18名 | 47.4% |

主な結果③

- 対象
診療所、及び町立病院勤務の看護職 227名

勤務を続けるために必要なこと

- | | | |
|-------------|------|-------|
| ■ 住民の理解と協力 | 118名 | 52.0% |
| ■ 研修の充実 | 108名 | 47.6% |
| ■ 報酬の充実 | 105名 | 46.3% |
| ■ 診療支援体制の強化 | 102名 | 44.9% |
| ■ 行政の理解と協力 | 102名 | 44.9% |

主な結果④

都市部医師・歯科医師調査結果

- 対象
山形県内の都市部の医療機関9か所の医師・歯科医師
- 回収率
327/924 回収率35.4%

へき地診療所勤務の最大の障害

- | | N | |
|-----------------------|-----|-------|
| ■ 総合的な臨床医としての能力不足 | 45名 | 24.9% |
| ■ 子どもの養育 | 42名 | 23.2% |
| ■ 生活の不便さ | 36名 | 19.9% |
| ■ 医師としてのキャリアアップに関すること | 27名 | 14.9% |

へき地勤務の条件

- | | N | |
|--------------------|------|-------|
| ■ 診療支援体制の強化 | 179名 | 67.0% |
| ■ 報酬の充実 | 152名 | 56.9% |
| ■ 県、市町村等地元行政の理解と協力 | 139名 | 52.1% |
| ■ 医師としての研修・生涯教育の充実 | 138名 | 51.7% |

主な結果⑤ 看護学生調査

- 対象
山形大学医学部看護学科在校生1～4年生
- 回収率
170/244 回収率69.7%

へき地で働く意思

- ある 42名 25.5%
- ない 49名 29.7%
- わからない 74名 44.8%

へき地で働く意思のある理由

- 地域密着看護ができる 31名 73.8%
- やりがいがある 23名 54.8%
- 故郷 18名 42.9%

へき地で働く意思に関連する就職にあたって重視する要因

視 する 項 目	就 職 に あ た っ て 重 視 す る 要 因	へき地で働く意思		P値
		ない	ある	
教育	しない	56(83.6)	11(16.4)	0.008
	する	52(62.7)	31(37.3)	
レジャ	しない	85(68.0)	40(32.0)	0.014
	する	23(92.0)	2(8.0)	

X²検定, Fisherの直接法

()内は%

地域医療の充実に関するニーズ調査結果(面接調査)

主な結果⑥無医・準無医地区における行政保健師からみた地域住民の在宅療養上の課題に関する研究結果

- 対象
無医地区及び準無医地区の町村保健師3名

行政保健師から見た在宅療養上の課題

- 不便さ
- 地域自助力弱体化
- サービス提供体制の不備
- 住民側の問題
- 救急車を呼ぶことに抵抗がある文化

「無医地区・準無医地区特有の課題」「日本全体に共通する課題」が混在

主な結果⑦へき地における地域住民の保健医療福祉のニーズに関する調査結果

■ 対象

山形県内の無医地区ならびに準無医地区（平成16年12月31日現在）19箇所のうち18箇所に住む住民18名

住民から見た地域医療の課題

- 診療体制の整備
 - ・医療の質の確保
 - ・患者およびその家族にとって信頼できる医師、看護職者であること
 - ・救急医療、夜間・休日診療体制が明確であること
 - ・通院手段が確保されること
- サービス資源の整備
 - ・サービス資源を選択できること
 - ・入所可能な施設が存在すること
- 保健福祉活動の更なる充実

提言

- 無医地区、準無医地区の地域住民への医療の体制は不十分であり、その不足部分は地域の特徴や地域の文化によって支えられてきたが、その特徴や文化も変化しており、充実の対策は必須である。
- 医療提供者のニーズ調査から、教育体制や生活環境改善等の対策により、へき地で勤務する可能性も示唆された。

研究業績

- 叶谷由佳：地域ニーズに応じた地域連携システムの構築、看護部長通信、3(5)、12-16、2005
- Kanoya Y, Suzuki I, Ohtake M, Saito A, Kobayashi A, Funada T, Shimizu H, Sato C: A study on nursing students' recognition of rural medicine in Japan, 5th International Congress, Albany, March 2007
- 小田中菜穂、大竹まり子、齋藤明子、鈴木育子、小林淳子、叶谷由佳：無医・準無医地区における行政保健師から見た地域住民の在宅療養の課題、第33回山形県公衆衛生学会、山形、3月、2007
- 鈴木育子、叶谷由佳、大竹まり子、赤間明子、小林淳子、細谷たき子、清水博：無医地区・準無医地区住民のニーズよりとらえた保健医療福祉に関する課題の検討、第66回日本公衆衛生学会総会、愛媛、10月、2007
- 鈴木育子、叶谷由佳、赤間明子、大竹まり子、小林淳子、細谷たき子：へき地における在宅ケアの充実に向けた方策の検討、第11回日本地域看護学会学術集会、投稿中

地域医療における今後の住民の受療動向 及び医療費の動向の予測

東京医科歯科大学大学院 医療政策学講座医療情報・システム学分野

伏見 清秀

2008年1月26日

© Kiyohide Fushimi, M.D. Ph.D., Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

研究目的

- 地域における医療提供状況の実態を分かりやすく可視化する方法を示すこと
- 限られた地域医療資源（医療従事者、設備、医療費等）をより良く‘配分’するための指標を示すこと

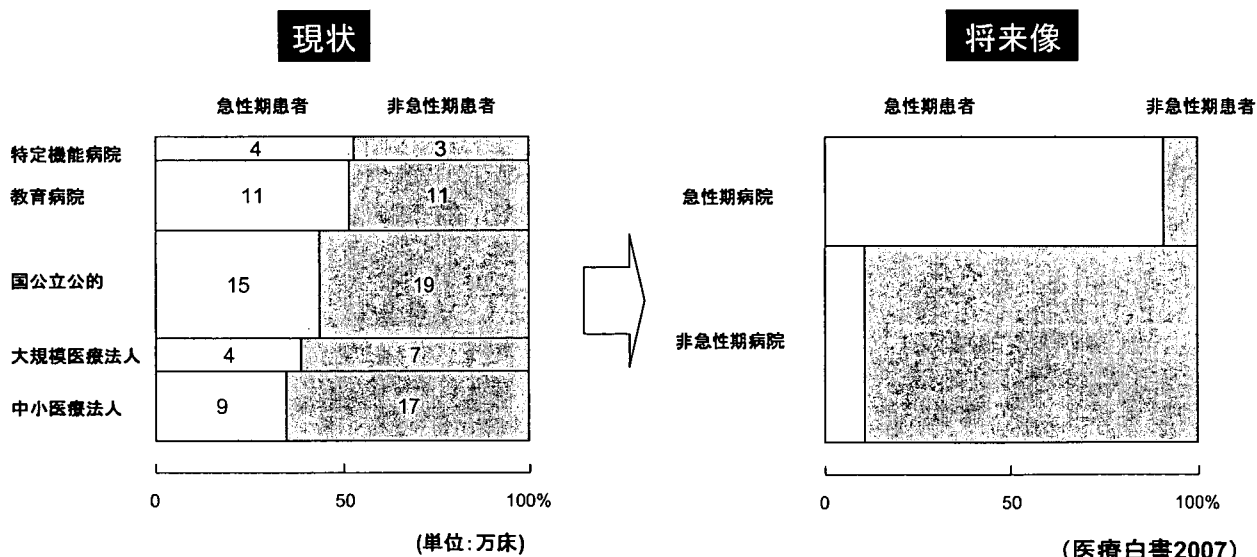
地域医療を取り巻く課題

- 医療資源(人、もの、かね)の絶対的な不足
 - 医師不足
 - 地方自治体の財政逼迫
 - 地域産業の衰退
 - 人口構造の高齢化
- 医療費適正化に対する地域の責任
- 医療の質に対する過剰な期待
 - 医療訴訟の増加
 - 患者意識の変化

→医療提供体制の効率化が絶対的に必要!

© Kiyohide Fushimi, M.D. Ph.D., Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

一般病床の医療機能分化の状況



急性期患者: 手術を実施、または在院日数30日以下の一般病床退院患者
 非急性期患者: 急性期患者以外の一般病床退院患者

© Kiyohide Fushimi, M.D. Ph.D., Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Medicine, Department of Health Policy and Informatics

DPCを地域医療評価に用いるメリット

1. 臨床的な分類であること
 - 600程度のわかりやすい傷病分類
 - 臓器系統にほぼ相当するMDC分類
2. DPCを基準とした様々な評価指標を応用出来ること
 - 在院日数等の効率性、アウトカム等の標準値
3. 医療資源の配分の指標として利用出来ること
 - 病床数、ICU等の急性期医療の必要資源
 - CT・MRI等の高額機器等

©2005, All rights reserved by 国立研究開発法人医療研究開発機構 (National Institute of Advanced Industrial Science and Technology)

地域医療サービス提供マップ作成支援研究事業 (医療経済研究機構)

- 平成19年度パイロット事業
 - 岡山県と長崎県を対象
- 患者調査データ、DPC分類を活用
- 主要医療機関の受療患者数と地域内シェアを集計
 - 傷病別、病期別、治療内容別、患者居住地別、性年齢別等の視点
- 二次医療圏ごとの医療機能の分布と連携状況について可視化
- 将来的に、都道府県が医療計画における数値目標の設定、評価、地域医療費適正化計画等に利用できるツールの作成を目標とする。

©2005, All rights reserved by 国立研究開発法人医療研究開発機構 (National Institute of Advanced Industrial Science and Technology)

可視化の視点

1. 需要の視点

- 地域住民がどこで、どの医療機関から医療サービスを提供されているか
- 傷病別(医療計画4疾病またはDPC分類)、治療内容別に可視化

2. 供給の視点

- 地域における医療サービスを主に提供している医療機関はどこか
- 傷病別(医療計画4疾病またはDPC分類)、治療内容別に可視化

3. 医療資源必要度の視点

- 地域において必要な医療資源はどの程度で、その過不足状況はどうか
- 病期別、治療内容別に急性期病床数、ICU病床数、回復期リハビリ病床数、医師・看護師数、医療設備量等

©2005, All rights reserved by 国立研究開発法人医療研究開発機構 医療データセンター 医療データセンター 医療データセンター 医療データセンター 医療データセンター

可視化の視点

1. 需要の視点

- 地域住民がどこで、どの医療機関から医療サービスを提供されているか
- 傷病別(医療計画4疾病またはDPC分類)、治療内容別に可視化

患者の受療行動の可視化

- 患者の受療行動の可視化
- 患者の受療行動の可視化

©2005, All rights reserved by 国立研究開発法人医療研究開発機構 医療データセンター 医療データセンター 医療データセンター 医療データセンター 医療データセンター

DPCと医療圏分析

- 医療圏の境界を越えた患者の受療行動
- 受療行動の現状に基づく医療サービス必要量と、患者の居住地に基づく医療サービス必要量の両面から検討する必要
- 疾病、病期、年齢によっても医療圏を越える受療行動に差異

©2005, All rights reserved by 株式会社システム・インテグレーション. All rights reserved. 山形県医療圏分析プロジェクト. 山形県医療圏分析プロジェクト. 山形県医療圏分析プロジェクト.

