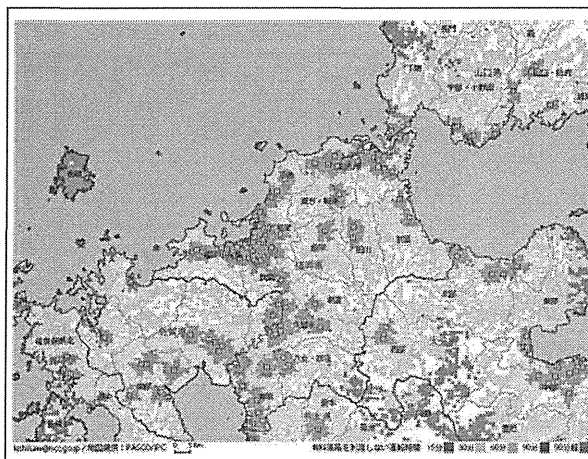


7. 医療計画作成支援データブックを用いた評価・見直し等都道府県担当者向け研修会  
(2014年3月26日ワークショップ) 救急医療の系統的な分析：レポート(テンプレート)

開発されたツールは利用されなければ意味がない。これまで我々は医療計画策定者向けに多くの研修会を行ってきたが、必ずしも十分な成果を上げていくことができなかった。その一因として、研修会用テキストのわかりにくさがある。そこで今回は開発されたツールの使用方法が課題ごとにストーリーとして理解できるようなテンプレートを作成した。以下、今回作成したテンプレートを示す。

隣接する都道府県を含む医療圏の状況

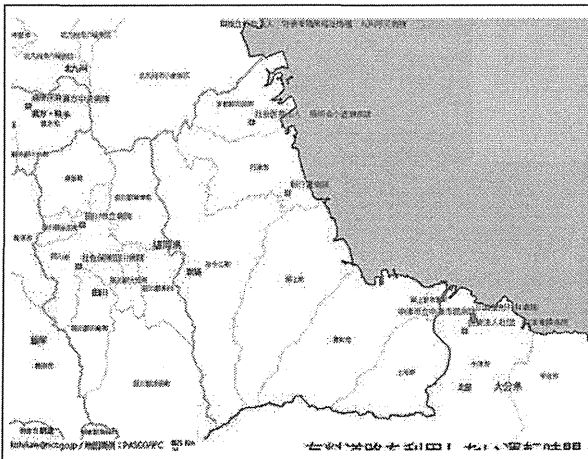


資料出典：アクセスマップと人口カバー率  
→都道府県リスト→エリア

注目点①：隣接する都道府県の医療圏は？

コメント

中核的施設の配置



資料出典：アクセスマップと人口カバー率  
...→2次医療圏

注目点①：施設はいくつ、どこにあるか？

コメント

### 中核的施設の診療実績

<p>京築周辺医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23年4月～平成24年3月分厚生労働省データ：MDC別全救急入院患者)</p>	<p>資料出典：DPC 公開データ</p> <p>注目点①：中核となる施設の取扱い数は？</p> <p>コメント</p>
---	--

### 自己完結率

<p>京築医療圏における救急医療の自己完結率 (平成22年10月～平成23年3月分NDBデータ)</p> <p>1404人中、 261人(19%)が北九州医療圏、 684人(49%)が京築医療圏、 459人(33%)が大分県北部医療圏の 医療施設に入院</p>	<p>資料出典：NDB 可視化ツール</p> <p>注目点①：地域患者の流出はないか？</p> <p>コメント</p>
--	---

### 救急車の平均搬送距離

<p>患者居住地医療圏別に見た平均搬送距離 (平成23年4月～平成24年3月 消防庁データ：全年齢)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>二次医療圏</th> <th>搬送件数</th> <th>覚知から現場到着(分)</th> <th>現場到着から収容(分)</th> <th>覚知から収容(分)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4001福岡・糸島</td><td>60,331</td><td>7.2</td><td>18.9</td><td>26.8</td></tr> <tr><td>4002粕屋</td><td>9,402</td><td>8.0</td><td>21.6</td><td>28.2</td></tr> <tr><td>4003宗像</td><td>5,012</td><td>8.1</td><td>21.8</td><td>29.3</td></tr> <tr><td>4004筑紫</td><td>14,584</td><td>7.5</td><td>20.5</td><td>27.7</td></tr> <tr><td>4005柳井</td><td>3,710</td><td>8.2</td><td>24.3</td><td>31.6</td></tr> <tr><td>4006久留米</td><td>15,898</td><td>7.5</td><td>17.9</td><td>25.1</td></tr> <tr><td>4007八女・筑後</td><td>5,404</td><td>7.0</td><td>21.2</td><td>27.1</td></tr> <tr><td>4008有明</td><td>9,274</td><td>7.3</td><td>21.9</td><td>28.5</td></tr> <tr><td>4009飯塚</td><td>8,690</td><td>8.4</td><td>21.6</td><td>29.6</td></tr> <tr><td>4010直方・鞍手</td><td>5,570</td><td>7.4</td><td>25.1</td><td>31.7</td></tr> <tr><td>4011田川</td><td>7,722</td><td>8.8</td><td>25.9</td><td>32.8</td></tr> <tr><td>4012北九州</td><td>53,855</td><td>8.0</td><td>21.3</td><td>28.9</td></tr> <tr><td>4013京築</td><td>8,266</td><td>7.7</td><td>23.0</td><td>29.6</td></tr> <tr><td>総計</td><td>207,498</td><td>7.7</td><td>21.0</td><td>28.2</td></tr> </tbody> </table>	二次医療圏	搬送件数	覚知から現場到着(分)	現場到着から収容(分)	覚知から収容(分)	4001福岡・糸島	60,331	7.2	18.9	26.8	4002粕屋	9,402	8.0	21.6	28.2	4003宗像	5,012	8.1	21.8	29.3	4004筑紫	14,584	7.5	20.5	27.7	4005柳井	3,710	8.2	24.3	31.6	4006久留米	15,898	7.5	17.9	25.1	4007八女・筑後	5,404	7.0	21.2	27.1	4008有明	9,274	7.3	21.9	28.5	4009飯塚	8,690	8.4	21.6	29.6	4010直方・鞍手	5,570	7.4	25.1	31.7	4011田川	7,722	8.8	25.9	32.8	4012北九州	53,855	8.0	21.3	28.9	4013京築	8,266	7.7	23.0	29.6	総計	207,498	7.7	21.0	28.2	<p>資料出典：救急搬送データ分析ソフト</p> <p>注目点①：搬送時間は長くないか？</p> <p>注目点②：年齢による搬送時間の違いは？</p> <p>コメント</p>
二次医療圏	搬送件数	覚知から現場到着(分)	現場到着から収容(分)	覚知から収容(分)																																																																								
4001福岡・糸島	60,331	7.2	18.9	26.8																																																																								
4002粕屋	9,402	8.0	21.6	28.2																																																																								
4003宗像	5,012	8.1	21.8	29.3																																																																								
4004筑紫	14,584	7.5	20.5	27.7																																																																								
4005柳井	3,710	8.2	24.3	31.6																																																																								
4006久留米	15,898	7.5	17.9	25.1																																																																								
4007八女・筑後	5,404	7.0	21.2	27.1																																																																								
4008有明	9,274	7.3	21.9	28.5																																																																								
4009飯塚	8,690	8.4	21.6	29.6																																																																								
4010直方・鞍手	5,570	7.4	25.1	31.7																																																																								
4011田川	7,722	8.8	25.9	32.8																																																																								
4012北九州	53,855	8.0	21.3	28.9																																																																								
4013京築	8,266	7.7	23.0	29.6																																																																								
総計	207,498	7.7	21.0	28.2																																																																								

患者居住地医療圏別にみた平均搬送時間  
(平成23年4月～平成24年3月 消防庁データ：新生児・乳幼児)

二次医療圏	搬送件数	覚知から現場到着(分)	現場到着から収容(分)	覚知から収容(分)
4001福岡・糸島	3,642	7.1	19.5	26.3
4002粕屋	724	7.8	21.0	28.9
4003宗像	301	7.8	21.8	29.2
4004筑紫	987	7.5	18.3	25.7
4005朝倉	142	8.4	25.9	32.6
4006久留米	810	7.4	17.6	25.0
4007八女・筑後	275	6.6	21.3	27.9
4008有明	319	7.0	21.2	28.1
4009飯塚	312	8.1	18.6	26.3
4010直方・鞍手	249	7.1	25.7	32.3
4011田川	296	8.6	26.8	34.6
4012北九州	2,157	9.0	19.9	28.6
4013京築	460	7.2	27.8	33.9
総計	10,784	7.7	20.4	27.7

患者居住地医療圏別にみた平均搬送時間  
(平成23年4月～平成24年3月 消防庁データ：新生児・乳幼児・管内搬送)

二次医療圏	搬送件数	覚知から現場到着(分)	現場到着から収容(分)	覚知から収容(分)
4001福岡・糸島	3,001	7.2	19.2	26.1
4002粕屋	244	7.3	13.7	21.0
4003宗像	137	8.3	17.0	25.3
4004筑紫	674	7.6	15.3	22.9
4005朝倉	83	8.5	17.6	26.1
4006久留米	818	7.2	17.0	24.2
4007八女・筑後	113	6.9	15.2	22.1
4008有明	181	7.1	18.5	25.4
4009飯塚	305	8.1	18.2	26.0
4010直方・鞍手	28	6.7	15.1	21.8
4011田川	107	8.0	21.3	29.3
4012北九州	1,879	9.2	18.3	28.2
4013京築	45	7.4	14.6	22.0
総計	7,615	7.8	18.3	25.9

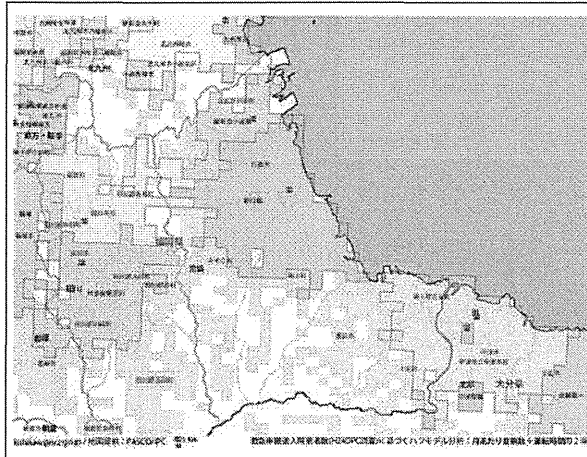
患者居住地医療圏別にみた平均搬送時間  
(平成23年4月～平成24年3月 消防庁データ：新生児・乳幼児・管外搬送)

二次医療圏	搬送件数	覚知から現場到着(分)	現場到着から収容(分)	覚知から収容(分)
4001福岡・糸島	641	8.8	20.9	27.2
4002粕屋	480	8.1	24.8	32.8
4003宗像	164	7.3	25.9	32.5
4004筑紫	323	7.4	24.6	31.5
4005朝倉	59	8.4	37.5	41.8
4006久留米	91	9.2	23.1	32.3
4007八女・筑後	162	8.3	25.5	31.9
4008有明	138	6.9	24.6	27.2
4009飯塚	7	9.0	37.4	37.9
4010直方・鞍手	221	7.2	27.1	33.7
4011田川	189	9.0	30.0	37.7
4012北九州	278	7.2	24.4	31.4
4013京築	415	7.2	29.3	35.2
総計	3,188	7.4	26.3	31.9

覚知時間帯別にみた平均搬送時間  
(平成23年4月～平成24年3月 消防庁データ：京築医療圏、新生児・乳幼児)

時間帯	搬送件数	覚知から現場到着(分)	現場到着から収容(分)	覚知から収容(分)
0	14	6.6	28.6	35.9
1	13	10.2	28.1	38.2
2	12	8.5	30.4	38.9
3	9	7.9	28.0	35.9
4	7	8.1	30.9	39.0
5	3	6.0	24.0	30.0
6	9	8.8	28.9	37.7
7	6	5.2	27.3	22.5
8	8	9.1	29.4	38.5
9	14	7.1	27.1	34.1
10	19	7.4	22.9	30.4
11	27	7.3	23.0	30.3
12	17	7.4	27.7	24.5
13	26	7.4	28.1	35.5
14	17	6.5	28.2	34.6
15	33	6.6	31.5	34.4
16	27	6.8	26.0	32.8
17	31	6.9	27.6	34.5
18	48	7.4	27.2	33.3
19	28	8.5	31.0	37.4
20	30	6.9	27.7	34.2
21	26	6.5	27.3	31.4
22	17	7.8	29.3	37.1
23	19	5.4	28.4	33.7
総計	460	7.2	27.8	33.9

## ハフモデルによる救急車搬送入院の分担エリア

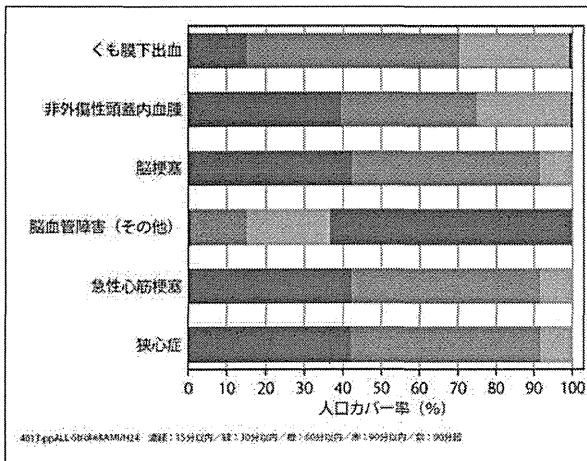


資料出典：救急車搬送入院の分担エリア地図

注目点①：地域のカバー状況は？

コメント

## 疾病別の状況

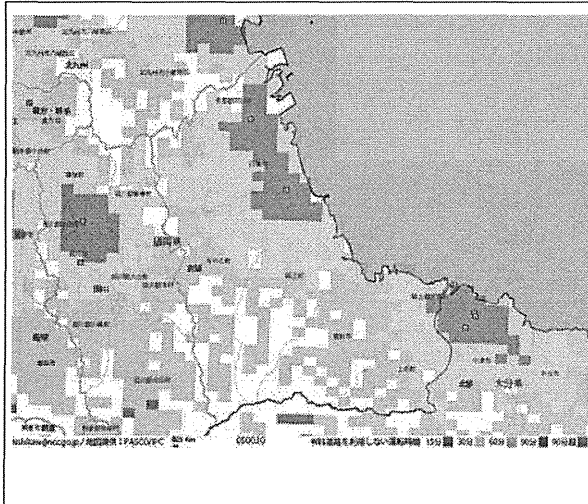


資料出典：アクセスマップと人口カバー率

注目点①：15分/30分以内でのカバー率は？

コメント

#### B. 4. 急性心筋梗塞

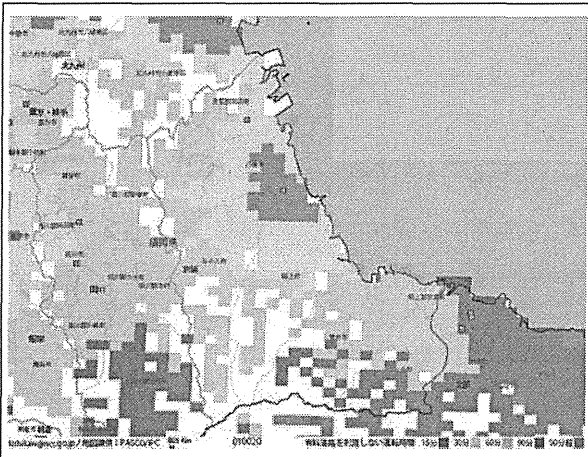


資料出典：アクセスマップと人口カバー率

注目点①：搬送時間が長くなる地域は？

コメント

#### B. 5. くも膜下出血



資料出典：アクセスマップと人口カバー率

注目点①：搬送時間が長くなる地域は？

コメント

## 注目した2次医療圏の救急医療提供体制についての考察

B.6. 現状で評価できる点、課題となる点

B.7. 課題解決に向けた目標(可能であれば量的指標の設定)

B.8. 目標に向けた活動におけるステークホルダーと必要とされるアクション

B.9. その他の事項



## D. 考察

### 1. 作成したツールの有用性とその活用のための課題

今回の研究により、既存の公的統計（患者調査、病院報告、人口推計）、DPC 公開データおよび National Database (NDB)を用いて、地域医療ビジョンを客観的に策定するための方法論とツールを開発することができた。地域医療ビジョン策定にあたっては、平成 26 年度から導入予定の病床機能報告制度から得られるデータをもとに、ツールの精緻化を行っていく必要がある。病床機能報告制度は自己申告制度であるため、自施設の機能を考えるためには自施設の存在する圏域の将来の傷病構造について情報があることが必要となる。したがって、今回作成したツールは他方で各施設が自施設の機能を検討するための有用なツールでもあり、したがってツールの精緻化とビジョンの策定はインタラクティブに進んでいくものにならざるを得ない。このような形で地域医療ビジョンの策定が進んでいくためには、作成されたデータについて関係者間で協議を行う場が必要となる。このような場があって初めて実現性のあるビジョンの策定が可能となる。

### 2. ツールの継続的提供について

今回作成したツールについては、現場での利用経験をフィードバックして方法論の精緻化を行っていく必要があるが、それと同時にこのツールを継続的に作成していく仕組みについて検討する必要がある。患者調査、病院報告、人口推計、DPC といった公開されているデータをもとにしたツールについては、既存システムへのデータ取り込みに関する工夫を行うことで、更新作業を簡便化できる可能性があるが、NDB のような大規模データベースから継続的かつ信頼性をもって指標を作成する体制をどのように構築していくかは今後の重要な課題である。NDB に関しては個人情報保護の観点から、現在そのデータ加工について厳しめの運用を行っているが、今後地域医療ビジョンにこのデータを有効に活用していくためには、表示すべき変数の追加などについて、その有用性と危険性を勘案しながら継続的に整備していく必要がある。また、膨大な指標を羅列するだけでは、実用に資する情報とはなりにくいことから、それらを活用した合成指標についても今後検討する必要がある。

### 3. 介護データとの連結

人口の高齢化により医療と介護との境界が不明瞭になっている。したがって、地域医療ビジョンの策定にあたっては、どうしても介護情報の活用が必要となる。介護サービスの活用状況や主治医意見書に記載されている傷病情報を総合的に分析することで、ビジョン策定のためにより有用な情報が整備できることは疑いのないところである。主治医意見書を除けば、保険者（自治体）の持つ情報として介護情報は電子化されている。地域医療ビジョン策定におけるその活用方法について、今後議論が必要である。



#### 4. 人材育成について

ところで、人口構造の多様化によりビジョンの内容は地域ごとに異なるものにならざるを得ない。このような「多様性を計画」する体制づくりは、これまで我が国の行政が経験したことのないものであり、したがってそのための人材育成が喫緊の課題となる。過去の研究において我々は自治体関係者を対象とした研修会を数多く開催してきたが、平成 25 年に策定された医療計画を見る限りにおいて、我々がこれまで開発してきたツールや作成してきたデータが十分に活用されている状況にはない。ジョブローテーションを前提とする自治体の人事制度のために専門家が育ちにくいという問題に加えて、近年の情報技術の進歩によって参照すべき情報のボリュームが非常に多くなっていることも要因として重要である。しかも、医療技術の進歩により情報の内容自体も高度化している。地域医療ビジョンは地域包括ケア体制の確立にも深く関与するため、市長村レベルでの分析も今後必要になる。今回の研究ではその目的に沿ったツール開発を行っているが、都道府県レベルで難しいツール活用が市町村レベルでスムーズにいくことは考えにくい。したがって、都道府県が市町村を支援することが可能になるための人材育成を急ぐ必要がある。今回の研究では、我々のこれまでの反省を踏まえて、県 s 入用のテンプレートを作成し、提供されたツールを使ってどのような分析をしていくのかをストーリーとして学習できる工夫を行った。今後、自治体が検討しなければならない各課題についてこのテンプレートを作成し、それを活用した研修の方法論を確立する必要がある。

ちなみに、今回瀬開発した方法論を用いたデータの整備は、今後、国として体系的に行っていく必要があると考えられる。厚生労働省内の組織横断的な、また省庁横断的な情報機構の設立について、今後検討すべき段階に来ていると考えられる。

#### E. 結論

我々が開発した方法論を用いることでデータに基づいて地域医療ビジョンを策定することが可能であることが示された。課題として、ツールの継続的更新のシステム課、病床機能報告制度との連動性の確保、介護情報の活用、地方自治体における担当者の研修体制の整備と国レベルで情報を整備する組織の必要性について議論した。

#### F. 健康危険情報

特に関係なし。

#### G. 研究発表

特に関係なし。

