

- ・ 現在、我が国では女性医師の割合が、特に若年層で増加している。若い医師のワークライフバランスを以下に考えるかによって必要医師数は大きく変わる。この点についても今後パラメーターの設定が必要であると考え。

E. 結論

本研究により DPC データと NDB データを活用することにより、各地域の傷病構造を踏まえたうえで病床機能別病床数の推計ができることが示された。本研究では性年齢階級別・DPC 別の入院受療率を求め、それを将来の人口推計に適用することで、病床機能別病床数の推計が行えることを示した。

F. 健康危険情報

特に関係なし。

G. 研究発表

著書

- 1) 松田晋哉： 地域医療構想をどう策定するか、東京：医学書院、2015.

論文

- 1) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第1回 連載の目的と概要、病院 74(1):76-81、2015.
- 2) 松田晋哉：地域包括ケア病棟は機能するのか、病院 74(1): 54-60、2015.
- 3) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第2回 わが国の医療情報の可視化の現状と課題 (1) -データ解析のツール、病院 74(2): 144-151、2015.
- 4) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第3回 わが国の医療情報の可視化の現状と課題 (2) -患者数推計ツールの紹介、病院 74(3): 220-225、2015.
- 5) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第4回 医療介護の総合的データベースの開発と運用、病院 74(4): 287-292、2015.
- 6) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第5回 地域医療構想策定ガイドラインについて、病院 74(5): 360-367、2015.
- 7) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第6回 地域医療構想調整会議における議論、病院 74(6): 430-435、2015.
- 8) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第7回 構想区域をどう考えるのか、病院 74(7): 510-517、2015.
- 9) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第8回 地域医療構想調整会議で使用されるデータの解釈、病院 74(8): 590-597、2015.
- 10) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第9回 DPC および NDB データを用いた病

床機能別病床数の推計方法、病院 74(9): 678-683、2015.

- 11) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第 10 回 地域医療構想の目的の再確認、-病院 74(10): 756-760、2015.
- 12) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第 11 回 病床機能転換の考え方、病院 74(11): 847-850、2015.
- 13) 松田晋哉：医療の可視化と病院経営 第 12 回 地域医療構想の今後、病院 74(12): 930-934、2015.
- 14) 松田晋哉：病床機能別病床数の適正化の考え方「地域医療構想策定ガイドライン」と「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告」との関係性、病院 74(8): 556-562、2015.
- 15) 松田晋哉：これからの精神科医療のあり方、日精協誌 34(10): 6-13、2015.

分担研究報告書

National Database から抽出された各種データの活用について

研究分担者 東北大学 医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 藤森研司

研究要旨

医療機関の病床区分や適切な人員配置を考慮に資するため、全国のレセプトデータを用いて医療提供状況ならびに患者受療動向の把握を行った。電子レセプトデータは厚生労働省保険局総務課が保有する National Database を用い、医科点数表並びに保険収載されている薬剤より 270 の指標を考案し、都道府県別、二次医療圏別、市区町村別、入院・外来別にレセプト件数の集計を行った。用いたデータは平成 25 年度診療分である。

医療の提供状況は比較が可能となるよう、年齢・人口で補正を行い、すべての地域が全く同一の人口構造とした場合の全国平均から導かれた理論値と実際の値を比較し、SCR として算出した。患者の受療動向は地域に割り付けができる国民健康保険と後期高齢者医療制度のレセプトデータを使用し、実数と割合で示した。医療提供状況、患者受療動向ともに、都道府県や医療機関等の担当者の利用が容易なように、可視化ツールを作成し、データブックの一部として都道府県ならびに都道府県医師会に配布した。

A. はじめに

National Database (以下、NDB) は厚生労働省保険局総務課が事務所掌する電子レセプトのアーカイブで、平成 21 年度よりすべての電子レセプトと特定健診、特定保健指導のデータが、匿名化後に収集されている。今回は、その中から平成 25 年度診療分の電子レセプト (医科、DPC、調剤) を活用して、5 疾病 5 事業 + 在宅を中心に指標化と可視化ツールの作成を行った。

レセプトは請求用のデータのため、検

査値や画像などは持たず、あくまでも行われた医療行為や使用された薬剤が分かるのみである。傷病名については、請求目的の情報であるため、やや過剰感は否めず、その月々のメインの医療が明確にわかる形でもない。

電子レセプトで詳細な臨床指標を作成するのは困難ではあるが、しかしながら、電子レセプトが普及した現在においては (医科レセプトで 97%以上)、極めて悉皆性が高く、日本国内で行われている診療に関して、これを凌駕するデータは存在

しない。本研究では電子レセプトの全国規模のアーカイブである NDB を使用して、地域医療計画や地域医療構想のためのデータブックの一部として、医療提供状況ならびに患者受療動向を集計し、可視化ツールを作成した。

B. 指標について

電子レセプトの請求項目は診療では 6 千項目以上、薬剤は 2 万項目以上あり、個々の項目を提示しても細かすぎて使い勝手が悪いだろうと考え、類似のものを集約して「指標」とした。たとえば一般病棟入院料であれば、7 : 1 ~ 13 : 1 の看護配置基準を含む。この大きなくくりを少し細分化した方がよかろうと思われるものは、例えば、一般病棟入院料 7 : 1 + 10 : 1 (再掲) と「再掲」として表示した。

指標は、大項目、中項目、指標と階層化し、類似の指標は同じ中項目に配置し、さらに関連の深い中項目は同じ大項目に配置している。指標名の一覧と該当するレセプト名称やコードは、「指標マスタ」としてデータブックに含めた。

集計の視点は大きく分けて、医療提供体制と患者受療動向の 2 点である。医療提供体制の集計ではすべての保険者の電子レセプトを使用し、当該の医療機関の所在地の都道府県、二次医療圏、および市区町村の三つの単位で集計している。従って、当該地域及び周辺の患者の流入出の影響は勘案していない。その地域に存在する医療機関の活動性を見る視点である。

一方、患者受療動向は保険者の所在地

に地域性の明確な地域保険の電子レセプト (国民健康保険と後期高齢者医療制度) を用い、保険者番号から市区町村を把握し、患者はその市区町村に居住しているという仮定で集計している。地域保険の性格上、年齢に偏りがあることは留意いただきたい。

提供体制については各地域の人口や年齢構成の差を吸収するため、レセプト数を地域の年齢・人口構成で補正した値 (略称 SCR) で表示している。受療動向は一年間のレセプト数を集計しているが、全保険者ではないので、数値よりも割合で利用するのが適切と考える。レセプト数に関しては、その指標の中で当該月に複数回出現しても 1 カウントとしている。

レセプトは月単位で作成されるため、12 で割ると平均の一月分となる。政府統計では単月の集計が多いが、疾患によっては季節変動もあるため、1 年間分の全数を集計した。

年齢区分は

- ① 0~14 才
- ② 15 才~64 才
- ③ 65 才~74 才
- ④ 75 才以上
- ⑤ 全年齢

である。受療動向においてはレセプト数の⑤は①~④を含むため、①~⑤をすべて足してはいけない。

各指標は都道府県別、二次医療圏別、市区町村別に集計している。平成 25 年度に、宮城県、徳島県の二次医療圏の再編があったので、この 2 県については新旧両者の二次医療圏で集計を行っている。

C. 制約

National Database は個人情報保護に最大限に配慮し、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」によって設定された条件を満たさないものは公開できない。

今回の集計では、集計後、都道府県及び二次医療圏単位ではレセプト数が10件未満の項目、市区町村単位では100件未満が該当し、非公開である。従って、件数が空白のものはゼロ件ということではなく、都道府県及び二次医療圏単位では0～9件のいずれかを、市区町村単位では0～99件のいずれか意味する。

受療動向において前記の各年齢区分の数値を合計しても、必ずしも全年齢の数字に一致しないのはこのためである。

D. 傷病名

傷病名を指標とした集計があるが、レセプトでは傷病名は曖昧さの大きい情報である。レセプトには多数の傷病名は記載され、中には100に近いものもある。その中で、主たるものを自動的に、かつ正しく選択することは困難であり、一定のルールで決め打ちをせざるを得ない。

前回同様（平成23年度データ）、今回も二つの考え方で傷病名を選択している。傷病名は疑い病名を除き、

- ② 傷病名のリスト中に出現したものすべて、
- ② 主傷病フラグを持つコード化傷病名の中で先頭に出現したもの、主傷病フラグがないレセプトでは先頭のコード化病名、の二種類を用意した。

①が広く浅い傷病名、②が主傷病名（1レセプトにつき1傷病名）という整理である。指標一覧に（主病名）とあるのは②で抽出されたもの、（主傷病）の名称がないものは①で抽出されたものである。経験的には①は過大評価、②は過小評価となり、真の患者数はこの間のどこかと考えている。

なお、National Database では、未コード化病名のテキスト病名は収集時に削除されてしまうので、そもそも集計対象にはならない。これも経験的であるが、8%程度の傷病名が該当する。すべて未コード化病名のレセプトは、傷病名の分析対象にならない。

E. 結果の読み方

1) 提供体制

地域により年齢構成、人口は異なるので、レセプト数を直接比較することで医療の過剰、過小を評価することはできない。そのため、比較可能のために標準化を行っている。

年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）は年齢調整標準化死亡比と同じ考え方の計算である。基準人口は平成25年度末のものを使用している。この指標の意味としては、すべての地域（都道府県あるいは二次医療圏、市区町村）に同じ年齢の方が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字になる（日本全体の平均像に対する比）。すなわち、各地の人口差や年齢分布の差を吸収し、提供体制の差が比較可能となる。SCRは100.0を全国平均とし、それ以上はレセプト数が多い（医療機能が充実、ある

いは過剰等)、それ以下は（医療機能が少 味する（表1）。
ないか抑制的に施行等）であることを意

表1）都道府県 SCR（外来診療体制）の例

大項目	中項目	指標名		北海道	青森県	岩手県
基本診療体制	外来診療体制	初診料	外来	105.9	98.6	92.1
			全体	107.6	100.5	92.3
		初診料_時間外加算	外来	79.3	102.7	96.9
			全体	84.6	109.6	93.8
		外来診療料	全体	106.0	87.8	80.6
		外来診療料_時間外加算	全体	70.9	107.9	127.1
		再診料	全体	92.8	108.3	104.0
		再診料_時間外加算	全体	36.3	60.4	34.0
		再診料・外来診療料_再掲	全体	95.3	104.4	99.6
再診料・外来診療料_時間外_再掲	全体	71.6	110.1	92.1		

ここで、「再診料・外来診療料_再掲」など「_再掲」とあるのは、先の説明にあるように再診料と外来診療料のように別個に提示されているものを合算した指標である。再診料は診療所ならびに 200 床未満の医療機関で算定され、外来診療料は 200 床以上の医療機関で算定されるが、外来診療としては同じ意味であるので、合わせて一つの指標として改めて提示している。

SCR は相対的な指標のため、外来の SCR と入院の SCR を単純に合算しても、全体的な SCR にはならない。そこで、必要に応じ、入院レセプト数+外来レセプト数を「全体」として別集計している。入外区分は一般には入院、外来、全体の三区分別であるが、いずれかが極端に少な

いもの、入院か外来かしかありえないものは、「全体」として示している。上記の表の初診料を例とすると、「外来」は外来のみの初診料の SCR、全体は入院+外来のレセプト総数の SCR である。

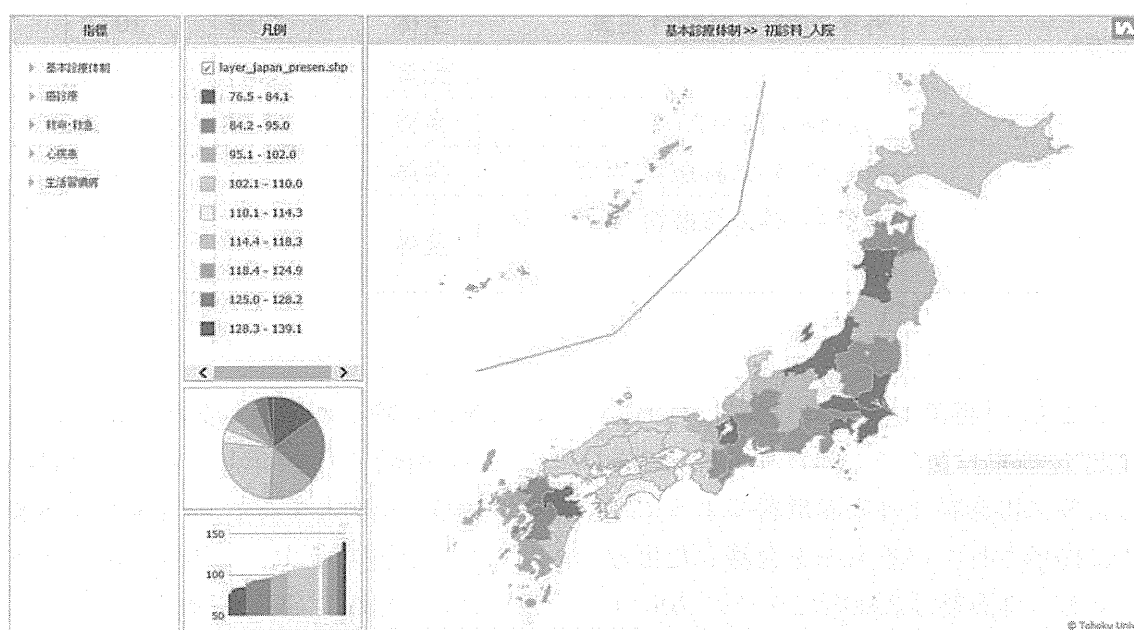
SCR は表で見るよりも、地図ソフトで可視化の方が分かりやすいので、今回も Instant Atlas®という可視化ソフトで作成したものを提供する（図1）。本体は高額なソフトウェアであるが、日本側の代理店である EBP と Instant Atlas を開発している英国 GeoWise 社の格段の取り計らいで、今回の目的に限り、各都道府県には使用料なしで使っていただくことができる。ただし、配布された一連のファイルは一切の加工、変更はしないという条件のもとに配布が許可されている。

web 型なので、一般的な PC であれば専用のプログラム等はなんらインストール作業が不要である。動作環境は Windows PC で、Internet Explorer 8.0 以上である。

使用方法は、配布された CD-R 内のメニューを辿って当該のフォルダーを開いていただき、atlas.html というファイルをダブルクリックする。今回は、都道府

県単位、二次医療圏単位、市区町村単位の三つの粒度の可視化ツールを用意した。指標数が多いので、前半、後半の二つのフォルダーに分けている。前半が基本診療体制、がん診療、救命・救急、心疾患、生活習慣病、後半が脳血管疾患、周産期、小児医療、精神医療、在宅、その他である。

図1 Instant Atlas®による都道府県別 SCR（入院時の初診料）の可視化



画面の左端が、指標を選択する画面である。Instant Atlas®では指標の階層の深さに制約があるので、大項目→指標と二段階にし、入院・外来の区別のある指標では、指標名に入外区分（あるいは全体）を付与している。大項目左端の三角印をクリックすると、大項目が展開したり、閉じたりする。クリックした指標名のコロプレイス図（領域を塗り分けしたもの）が瞬時に示される。

凡例は、各色の SCR の範囲を示す。色諧調と段階、数値の分け方は、規定値であるがある程度の制御ができる。

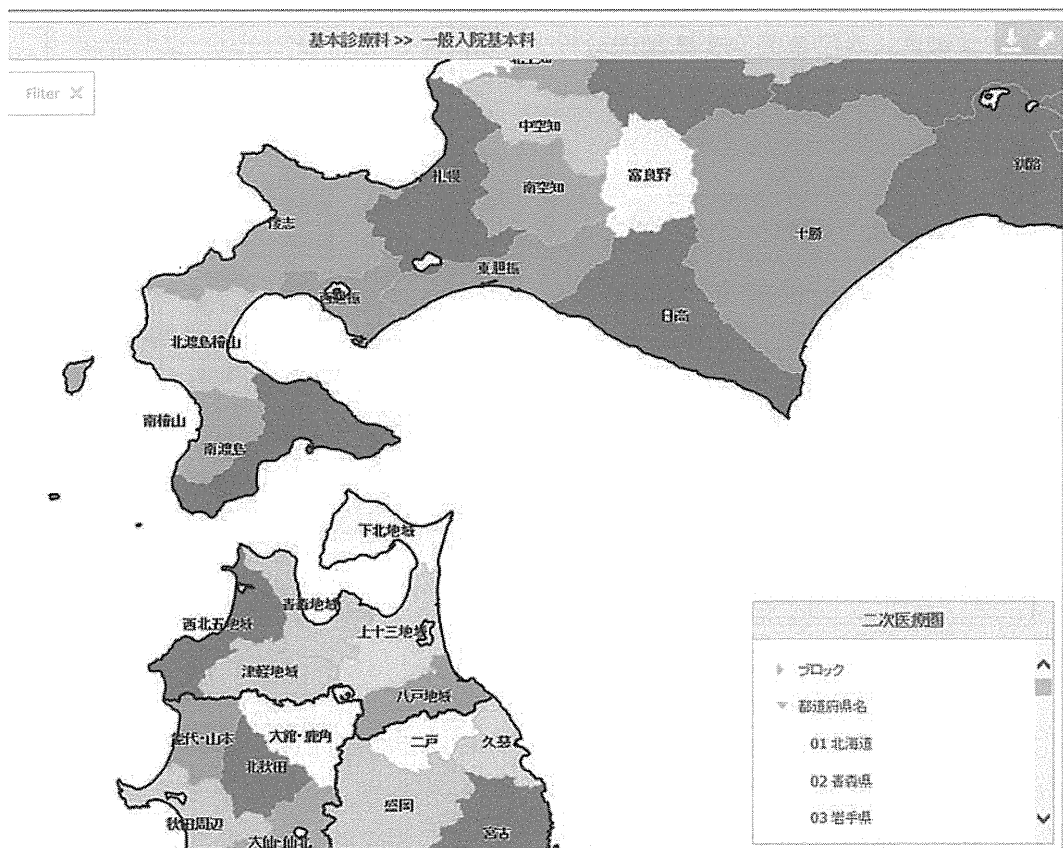
地図は拡大・縮小、移動ができるので、用途に合わせて適切なサイズと場所を決めて使用できる。地図の上にマウスを持ってゆくと、領域を選択し、数字を確認することもできる。

描画された地図は画面キャプチャソフトなどで、他のアプリケーションにコピー

一&ペースト、あるいは地図ウィンドウ上のアイコンを押すと、画面コピー専用の別画面が開くので、ファイル（.pngか.bmp）として保存もできる。図2に二次医療圏別の一般入院基本料のSCRを示

す。二次医療圏別では、ブロック別あるいは都道府県別に絞った表示も可能である。

図2) 二次医療圏別の一般入院基本料のSCR



2) 受療動向

受療動向の可視化では①二次医療圏単位のもの、②市区町村単位のを前回（平成23年度データ）と同様、ExcelでVBAを使った簡易グラフ作成ツールを用意した。

二次医療圏版は自県の二次医療圏間および他県との流入出を、市区町村版は自

県の指定した二次医療圏内の市区町村間と自県の他の二次医療圏、および他県との流入出を示す。①の二次医療圏版は都道府県ごとに1ファイル、②の市区町村版は二次医療圏ごとのファイルとなっている。

繰り返しになるが、受療動向では地域保険の電子レセプトのみを使用している

ので、年齢的な偏りがあることに留意して結果を解釈する必要がある。また NDB の制約で二次医療圏版では 10 件未満、市区町村版では 100 件未満は空白として表示され、実際の数字を示すことがで

きない。高度な医療技術ではしばしばこの制約にかかり、全く数字が表示されない場合もある。

図 3 に宮城県の二次医療圏単位の受療動向の設定画面を示す。

図 3 宮城県の二次医療圏レベルの患者受療動向設定画面

宮城県二次医療圏別受療動向分析ツール

※NDBの利用ルールにより、10件未満の集計データは表示されません。

検索条件を入力してください

大分類:

中分類:

指標名:

年齢区分: 全年齢

入外区分: 入院

クリア

※県内の二次医療圏以外で表示する都道府県名を選択
(該当データがない場合、選択しても表示されません)

北海道	埼玉県	岐阜県	鳥取県	佐賀県
青森県	千葉県	静岡県	島根県	長崎県
岩手県	東京都	愛知県	岡山県	熊本県
宮城県	神奈川県	三重県	広島県	大分県
秋田県	新潟県	滋賀県	山口県	宮崎県
山形県	富山県	京都府	徳島県	鹿児島県
福島県	石川県	大阪府	香川県	沖縄県
茨城県	福井県	兵庫県	愛媛県	
栃木県	山梨県	奈良県	高知県	
群馬県	長野県	和歌山県	福岡県	

全県解除

※表示できる列は22列までです。(それ以上は自動的に隠れます)

件のデータが抽出されました

レコード抽出 結果シート削除

クロス表

表示形式

流出

流入

実数表示

パーセント表示

デフォルトでは自県のみが選択された状態になる。作図・作表したい指標を大分類、中分類、指標名の順で選び、さらに年齢区分、入外区分を設定する。

近接の県との流入出も把握できるので、対象の県をクリックして選択する。最後に患者の流出を見たいのか、流入を見たいのか、実数なのか割合なのかを選択して、「レコード抽出ボタン」を押すと新しいシートに結果が表示される。

新しいシートにはグラフが二つとその下方にクロステーブルが作成される。表 2 にはクロステーブル、図 4 には積み上

げ棒グラフを示す。この例は流出モードであるので、表の左端が保険者の二次医療圏、2 行目が医療機関の二次医療圏および他県である。他県は二次医療圏ではなく、県単位としている。この例では岩手県、山形県、福島県に若干の流出が見られている。

クロス表の下には、実数の積み上げ棒グラフ (図 4 a) と積み上げ棒グラフを 100%表示したもの (図 4 b) が示される。

表2 クロステーブルの例

合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名							
負担者二次医療圏名	0401 仙南	0403 仙台	0406 大崎・栗原	0409 石巻・登米	KG03 岩手県	KG06 山形県	KG07 福島県	統計
0401 仙南	9,617	3,174	11			82	591	13,475
0403 仙台	450	104,061	338	192	74	107	262	105,484
0406 大崎・栗原		3,785	23,520	669	362	23	29	28,388
0409 石巻・登米・気仙沼	11	4,899	2,416	26,352	210	16	19	33,923
総計	10,078	115,919	26,285	27,213	646	228	901	181,270

図4a 宮城県二次医療圏別患者受療動向の例（実数）

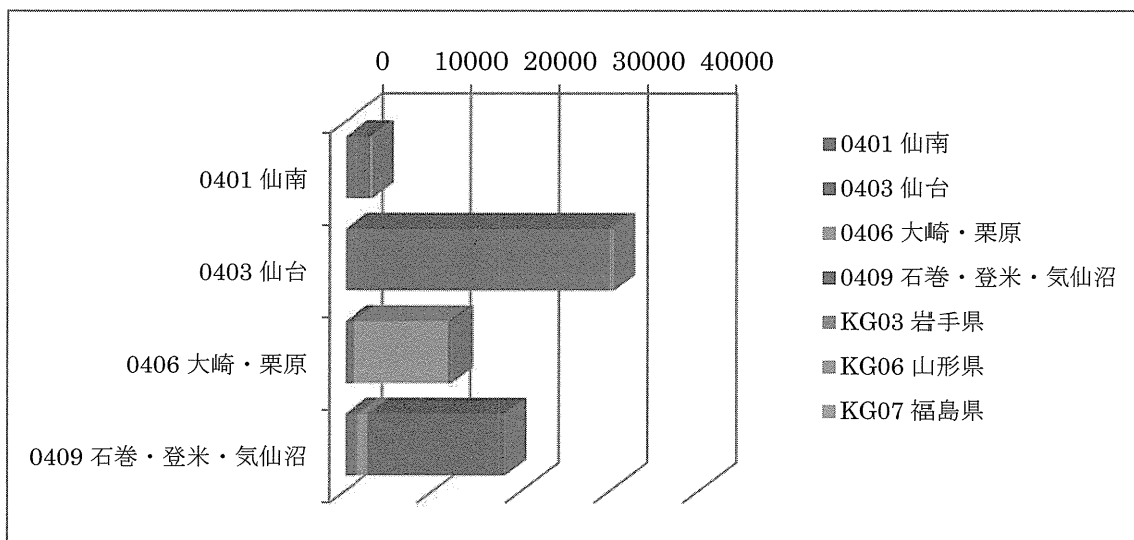


図4b 宮城県二次医療圏別患者受療動向の例（100%）

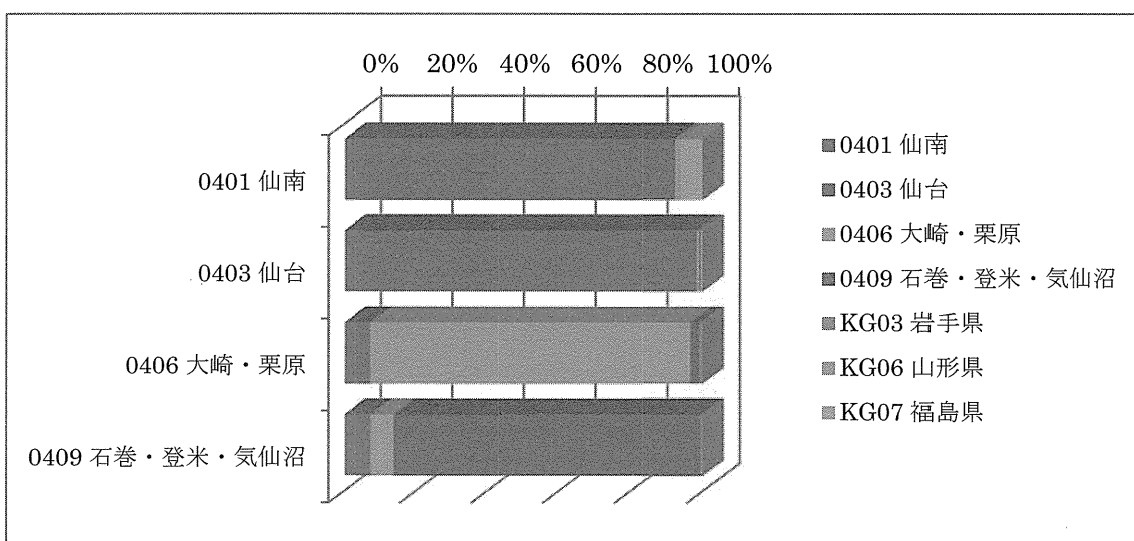


図4a,bは流出モードなので、縦軸が保険者の二次医療圏、凡例が医療機関の二

次医療圏あるいは他県である。流入モードの場合はこの逆になる。流出の視点で

みるか、流入の視点で見ると、用途によって使い分けができる。

二種類のグラフを用意したが、図 4 a は受療動向の volume が分かるグラフ、図 4 b は受療動向の割合が分かるグラフである。

この例は宮城県の平成 25 年度策定の二次医療圏（7つを4つに集約したもの）の一般病棟 7 : 1 及び 10 : 1 の入院基本料のレセプト数であるが、実数では仙南二次医療圏の実数が小さい一方、集約された石巻・登米・気仙沼は仙台二次医療圏を少し下回る程度の患者数があることが分かる。100%相対表示では、仙南地区の 40%程度が域外に流出し、大多数は仙台二次医療圏に來ていることが分かる。

繰り返しになるが、受療動向の実数は国保、後期のレセプトに限定されるため、全住民対象ではないことには留意が必要である。今後、電子レセプトに患者住所地の郵便番号が埋め込まれれば、すべての保険者について患者受療動向の把握が可能となるが、現状では導入の目途が立っていない。高齢者の多い国保と若年層から成年層の多い被用者保険では、患者受療動向にある程度の差がみられると予想されるので、解釈には注意を要する。

市区町村版では東京都特別区は区単位、政令市も区単位で受療動向が示される。ただし、岡山市と熊本市は政令市であるが保険者は市で一本なので、区単位の受療動向は示されないことに留意。市町村

版では NDB ルールの 100 未満は非公表の原則係り、全く数字が出ない市町村がある。これは必ずしもゼロを意味しないので、数字の出ている市町村との人口規模を勘案し、解釈に充てて欲しい。

F. 全般的な注意点

今回の NDB からのデータ抽出作業で、医療機関ならびに保険者の地域割り付けにエラーがあり、一部の市町村でまったくデータが出ていない、あるいは他の市町村分が追加されている事象が発生している。

一部は二次医療圏の枠組みを超えて他の二次医療圏に追加されてしまっている市町村もある。その結果、SCR の数字がないあるいは過大である、同様に患者受療動向が過大あるいは過小に表現されている部分がある。データブックにはエラーの内容を記したテーブルを用意した。

G. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 26 年度厚生労働省保険局 DPC 調査に基づくアクセスマップと人口カバー率の
可視化

国立がん研究センター がん対策情報センター

がん統計研究部 がん医療費調査室長

石川 ベンジャミン 光一

A. この資料について

DPC 調査のデータを利用して、主要な傷病(脳卒中、心筋梗塞、がん)の入院治療を行なっている施設までの移動時間別に地域を区分したアクセスマップと、地域の人口カバー率とを示したものである。地域住民の視点から入院医療へのアクセスのしやすさ(アクセシビリティ)を検討する際に使用する。

B. 使用したデータ

B. 1. DPC 調査に参加する施設の診療実績

厚生労働省保険局が公開している平成 25 年度「DPC 導入の影響評価に関する調査」¹に基づいて、調査参加施設の診療実績に関するデータベース²を作成した。

本資料は、厚生労働省保険局による平成 26 年度「DPC 導入の影響評価に関する調査」の結果を利用して作成したものである。

B. 2. 運転時間による診療圏

このポートフォリオでは、次のような条件に従って自動車で移動した場合の運転時間³を計算し、診療圏として可視化⁴している。

- 運転経路 . 有料道路等を使用せずに最も時間が短くなる経路を検索している。
- 運転時間 . 道路の種別に応じた速度と交差点での待ち時間を考慮して計算を行っている。
- 診療圏 . . . 1 辺が約 1Km の基準地域メッシュ(第 3 次地域区画)を利用している。
- 人口 平成 22 年度国勢調査のデータを利用している。

B. 3. 資料の作成方法

この資料は次のような方法で作成した。

DPC 調査に参加する施設の診療実績のデータベース化

¹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023522.html>

² 厚生労働省 DPC 調査結果については、厚生労働省政策科学総合研究事業(H25-政策-指定-010)「我が国の医療資源の必要量の定量とその適正な配分から見た医療評価のあり方に関する研究」(研究分担者:石川ベンジャミン光一、研究代表者:伏見清秀)による成果を一部利用しています。

³ 病院の診療圏分析用に用いた運転時間のデータについては、厚生労働省第 3 次対がん総合戦略研究事業(H22-3 次がん一般-039)「国民に役立つ情報提供のためのがん情報データベースや医療機関データベースの質の向上に関する研究」(研究分担者:石川ベンジャミン光一、研究代表者:若尾文彦)による成果を一部利用しています。

⁴ 本資料で使用する地図については、厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業(H24-医療-指定-037)「医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究」(研究分担者:石川ベンジャミン光一、研究代表者:松田晋哉)による成果を一部利用しています。

厚生労働省が公開する調査結果の Excel ファイルを一体化したデータベースを作成した。

これに地方厚生局が公開する保険医療機関指定一覧を利用して、DPC 調査参加施設に住所を紐付けた。

上記の住所に従って DPC 調査参加施設の所在地の緯度・経度を紐付けた。

運転時間の計算

基準地域メッシュ(第3次地域区画、通称:1Kmメッシュ)⁵の中心点からDPC調査参加施設の所在地までの運転時間を計算した。運転時間については、道路の種別毎に運転速度を設定⁶したうえで、交差点毎に6秒の通過時間を加算することで算出した。なお、有料道路等を使用しない経路のうち、最も運転時間が短いものを計算結果として利用した。

最寄りの施設までの運転時間

1Kmメッシュごとに所要時間が最も短い施設までの運転時間を検索した。傷病別の運転時間については、DPC調査における傷病の退院患者数が年10症例以上の施設に限定して検索を行った。

市区町村/2次医療圏/都道府県別の集計

市区町村界と1Kmメッシュの地理的な重なりについての対応表を作成した。

この対応表に従って、市区町村ごとに最寄りの施設までの運転時間区分別の人口の合計を求めた。(複数の市区町村にまたがっている1Kmメッシュについては、面積により人口の按分を行った。)

その後、市区町村/2次医療圏/都道府県の対応表に従って、より広域での集計を行った。運転時間の平均値(分)については、最寄りの施設までの運転時間が90分以内のメッシュについて人口による重み付を行った平均値を算出した。

次ページ以降に分析結果の一部を示した。他の都道府県については厚生労働省医政局が公開するデータブックに掲載される。

⁵ http://www.stat.go.jp/data/mesh/m_tuite.htm

平成22年国勢調査で人口が存在する1Kmメッシュの数は約18万です。

⁶ 道路種別毎の運転速度の設定値

一般国道	(無料 )	.....	50Km/時
主要地方道	(有料/無料 )	.....	50Km/時
県道/市道	(有料/無料 )	.....	40Km/時
一般道	(有料/無料 )	.....	30Km/時
細街路	(有料/無料 )	.....	20Km/時

その他の種別としては以下があります。この資料の運転時間計算の際には経路の候補から除外しています。

高速道路	(有料 )	.....	80Km/時
都市高速	(有料 )	.....	60Km/時
有料国道	(有料 )	.....	60Km/時
フェリー	(有料 )	.....	15Km/時

参考資料 データブックを活用した地域医療構想調整会議運用のための資料

地域医療構想 調整会議チェックシート

構想地区名称：

	地域分布・ハミ地 (医療機関マップ)	自己完結率・患者流出 (NDB流出データ)	疾病別機能 (DPCデータ(アクセシビリティ含む)・NDB自己完結率データ・SCR・救急搬送データ)										将来推計 (AJAPA・ 病床推計)	その他			今後に向けた対応 ・調整・協議の方向性 ・策定会議への要請事項
			救急	脳卒中	虚血性心疾患	がん	糖尿病	精神	小児	周産期	医療全般	その他の疾患		専門医・研修施設	人材確保	その他	
地区全体の分析	資料1	資料2-9	資料3-1～資料3-13	資料4-1～資料4-5	資料5-1～資料5-4	資料6-1～資料6-27	資料7-1～資料7-3	資料8-1～資料8-5	資料9	資料9	資料2-9 資料10 資料11 資料14-1～資料14-4	資料12-1～資料12-5		資料15			
医療機能別・患者数の傾向																	
高度急性期・急性期	資料2-1 資料2-4 資料2-5 資料2-9 資料2-10	資料3-1～資料3-3	資料4-3	資料5-3	資料6-2 資料6-5, 資料6-8 資料6-11, 資料6-14 資料6-17, 資料6-20 資料6-22, 資料6-23 資料6-24, 資料6-25 資料6-26～資料6-28 資料10	資料7-1 資料7-3	資料8-2 資料8-5	資料9 資料3-4～資料3-7	資料9	資料2-9 資料11 資料14-1～資料14-4							
回復期	資料2-2 資料2-6 資料2-9		資料4-3	資料5-3	資料6-26～資料6-28 資料10	資料7-3	資料8-5			資料2-9 資料11 資料14-1～資料14-4							
慢性期	資料2-3 資料2-7 資料2-8 資料2-9	資料3-3			資料6-26～資料6-28 資料10	資料7-3	資料8-5			資料2-9 資料13 資料14-1～資料14-4							
在宅等 療養病床医療区分1の 70%および地域差解消分・ 訪問診療・老健入所者の合 計		資料3-3			資料6-26～資料6-28 資料10	資料7-3	資料8-5			資料10 資料13 資料14-1～資料14-4							

- ・ 全てを埋める必要はありません。
- ・ 最右列の「今後に向けた対応」の取りまとめに、ご活用下さい。

地域医療構想策定のための資料集 (京築医療圏を例として)

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

利益相反の有無 : 無

※この講演のもととなった研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

本日の調整会議の内容

1. 地域医療構想の概要
2. 調整会議で利用されるデータ
3. 京築医療圏の検討
4. 慢性期医療をどう考えるのか

地域医療構想とは

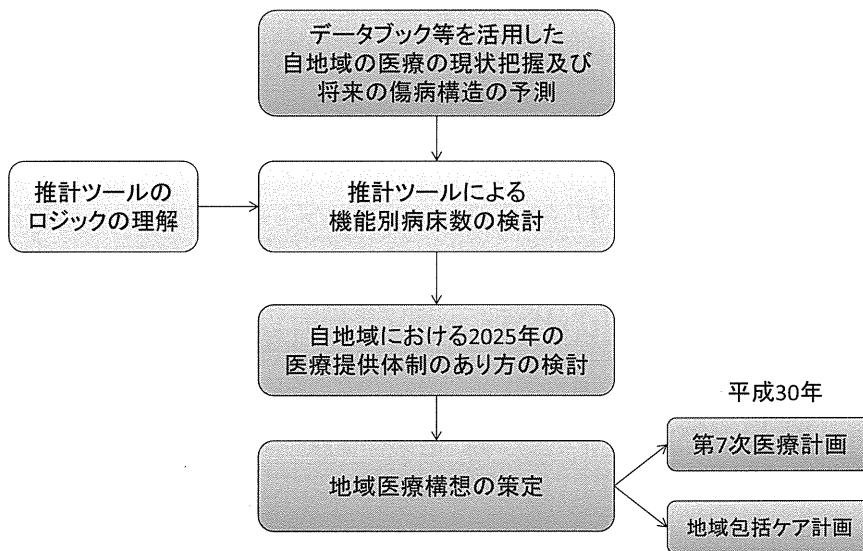
- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

医療法

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

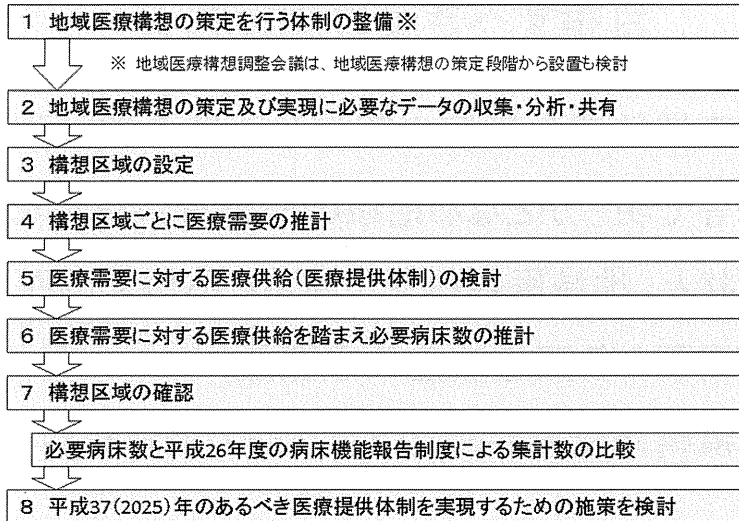
日本医師会・中川副会長資料

地域医療構想の検討手順



地域医療構想の策定プロセス

地域医療構想策定ガイドライン 6頁



日本医師会・中川副会長資料

地域医療構想調整会議における 議論の進め方

1. 地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識共有
2. 地域医療構想を実現するための課題の抽出
3. 具体的な機能分化・連携のあり方について議論
4. 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

Step 1 地域の医療提供体制の現状と 目指すべき姿の認識共有

- 病床機能報告制度の報告や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される将来の医療需要と各医療機能の必要量について地域医療構想調整会議のメンバーで認識を共有

Step 2 地域医療構想を実現するための 課題の抽出

- 地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論

Step 3 具体的な機能分化・連携のあり方について議論

- 例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論
- 現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考え、選定したメンバーによって、回復期機能の充足のために各病院がどのように役割分担を行うか等について議論

Step 4 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

- Step 3で議論して合意した内容を実現するために必要な具体的事業について議論
- 地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該計画を都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、都道府県において必要な手続きを進める