

【実地検証班】レセプトデータからみた病院機能の新規指標

研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）
研究協力者 林 修一郎（奈良県医療政策部 部長）
研究協力者 村上 淳基（奈良県立医科大学 公衆衛生学講座）
研究代表者 今村 知明（奈良県立医科大学 教授）

研究要旨

2025年の医療提供体制のあり方については、現在、各都道府県で地域医療構想の策定が進められている。病床の機能分化・連携の推進を考えるにあたって、奈良県の国保及び後期高齢者のレセプトデータ（2013年3月～2014年2月）を用いて、県内の主要な11病院について、高機能病院、中堅病院、慢性期病院に分けて病院機能を集計分析し、結果を比較した。

その結果、医療機関によって男女の割合の違いが見られた。急性期病院には男性が多く、慢性期病院には女性が多いことが明らかになった。年齢階級別の中央値についても、高機能病院ほど、中央値の年齢階級が低く、慢性期病院で高くなるなど、医療機関によって差が認められた。小児の入院についても、中堅病院や慢性期病院ではほとんどないため、小児の入院患者の受入が病院機能として重要な指標となることが考えられる。

診療科単位で医療機関の実施状況を見ると、その医療機関の特徴や相対的な違いが明らかにすることができる。診療報酬に占める入院基本料の比率を分析し、入院基本料がどの程度の割合を占めるか、その構造について明らかにすることができた。

入院（後期）保険者番号ごとの転帰死亡における県内施設の患者割合は、他府県に隣接する市や町では県内の死亡率が低かった。

都道府県が地域医療構想の4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の推進や医療計画の検討にあたっては、地域医療の構造の見える化が有用と思われ、今後もレセプトデータを用いた指標について検討を進めていく。

A. 研究目的

本分担研究班は地域医療構想の実現に向けて、奈良県をフィールドとして国保及び後期高齢者のレセプトを用いて、病院機能の見える化を図っていくことを目的とする。

表 2-4.1 分析対象病院

高機能病院	A病院、B病院、C病院 D病院、E病院、F病院
中堅病院	G病院、H病院、I病院
慢性期病院	J病院、K病院

B. 研究方法

奈良県内の11病院分のレセプトデータについて病院機能を比較した。

使用データは、2013年3月～2015年2月分を用いた。うち、B病院のデータについては、組織替えのため暫定の数値として2014

年 4 月～2015 年 2 月分のデータのみを用いた。

なお、今回のデータは国保データベースを用いて分析しているため、年齢的に偏りがあると考えられる。

基本的な計算式は、

$$\text{データ実数} \div \text{項目毎の合計} \times 100 = \text{比率}$$

を用いた。

表 2-4.2 使用データの詳細

全 体	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者のみ。 点数、件数、日数、1 件当たりの点数、実患者数、実患者数÷件数=1 患者当たりの点数として算出
うち B 病院	<ul style="list-style-type: none"> 暫定の数値として 11 か月分のデータを 11 で割り、24 を乗じた数字を使用

計算方法

$$\frac{\text{分子 (実数)}}{\text{分母 (項目毎の合計)}} \times 100 = \text{比率}$$

図 2-4.1 計算方法

(倫理面への配慮)

本研究は、特定の個人、実験動物等を対象とした研究を含まないものの、倫理面及び個人情報等の管理に十分配慮して研究を進めた。

C. 研究結果

1. 分析対象病院の概要 (2014 年度)

分析対象となる病院の入院稼働率 (2014 年) を図 2-4.2 に示す。

I 病院、G 病院、E 病院、H 病院は入院稼働率が 100%を超えていた。その中でも H 病院が最も高く、入院稼働率 150%となっており病床回転率が高く、病棟の空きベッドが少ないことがわかる。また、J 病院が最も低く 40%となっていた。J 病院は病棟の空きベッドが多いと考えられる。

分析対象病院の概要 入院稼働率 (2014 年度)

計算方法

$$\frac{\text{分子 (入院日数)}}{\text{分母 (許可病床数} \times 365)} \times 100$$

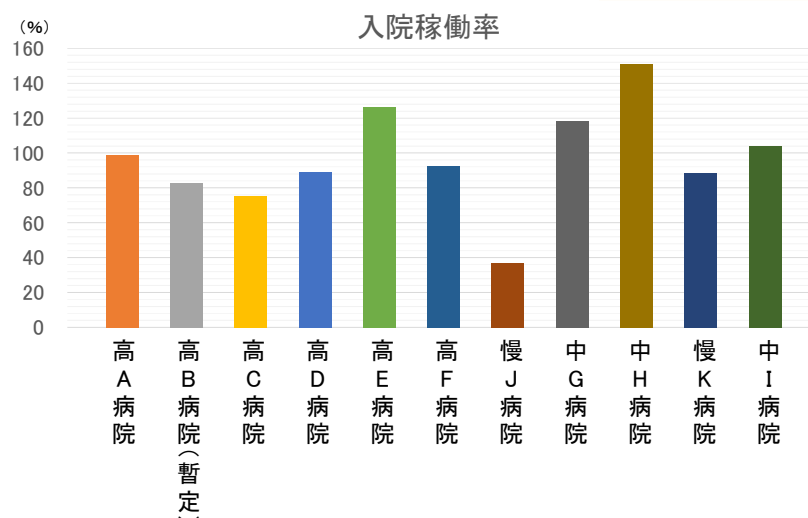


図 2-4.2 入院稼働率 (2014 年)

分析対象となる病院の入院合計(2014年)を図 2-4.3、図 2-4.4 に示す。

J 病院、K 病院ともに一病床当たりの実患者数が少ない。しかし、入院稼働率には大きな差がみられた。これは、J 病院は入院そのものが少なく、K 病院はベッドは埋まっているが、入退院が少ないことを示している。慢性期病院の状況を把握するには、一病床当た

りの実患者数だけでなく、入院稼働率も重要な項目であると考えられる(図 2-4.3)。

一患者一入院当たりの点数は J 病院が最も高い。今回の計算式では許可病床数が少ないと点数が高くなってしまふ。そのため、J 病院は極端に多くなっている。また D 病院、F 病院は許可病床数が多いため点数が低くなっている(図 2-4.4)。

分析対象病院の概要 入院合計(2014年度)

計算方法
分子 実患者数
分母 許可病床数

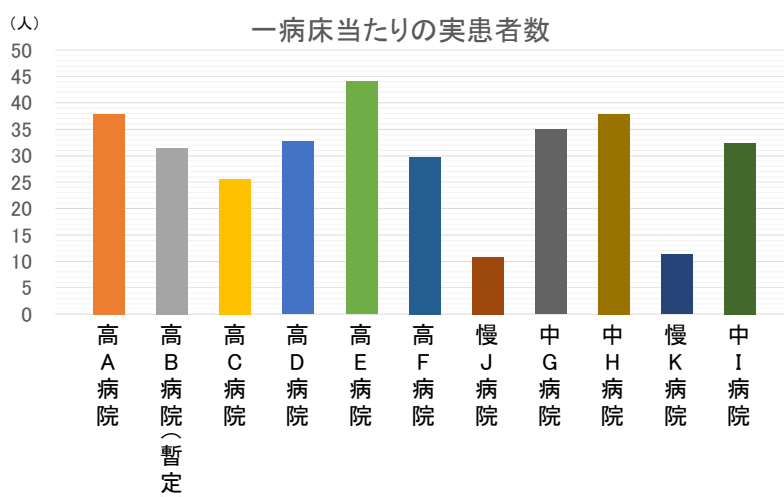


図 2-4.3 一病床当たりの患者数 (2014年)

分析対象院の概要 入院合計(2014年度)

計算方法
分子 一患者あたり点数
分母 許可病床数

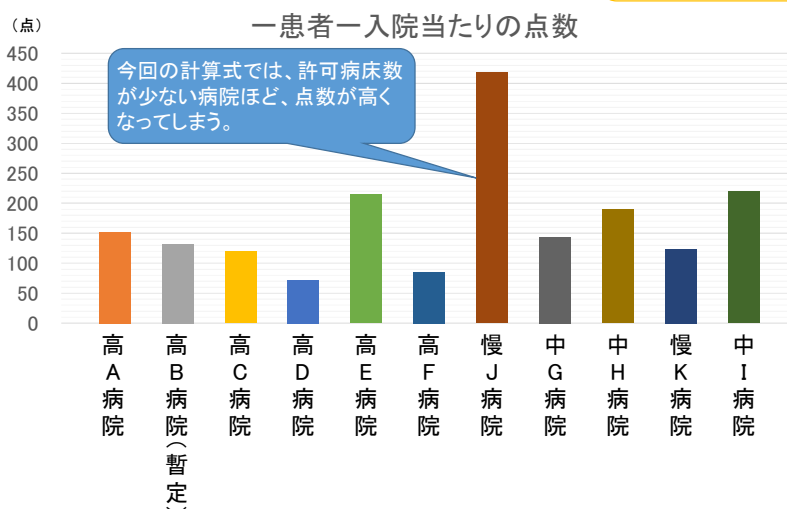


図 2-4.4 一患者一入院当たりの点数 (2014年)

2. 入院実患者数の性別・年齢別分析

入院実患者数を性別比率（図 2-4.5）で見ると、高機能病院では男性が多く、中堅病院、慢性期病院では女性が多い。がん、心筋梗塞、脳梗塞の3大疾患は男性が多いため急性期病院では男性の入院が多い。慢性期病院は後期高齢者が多いため、高齢の女性患者が多く

なると考えられる。

入院実患者数を年齢階級別比率（図 2-4.6）で見ると、F病院などの高機能病院は急性期患者が多いため70～79歳の患者が多い。J病院、K病院などの慢性期病院では80歳以上の患者が多く、小児の患者が少ない。

性別(入院)

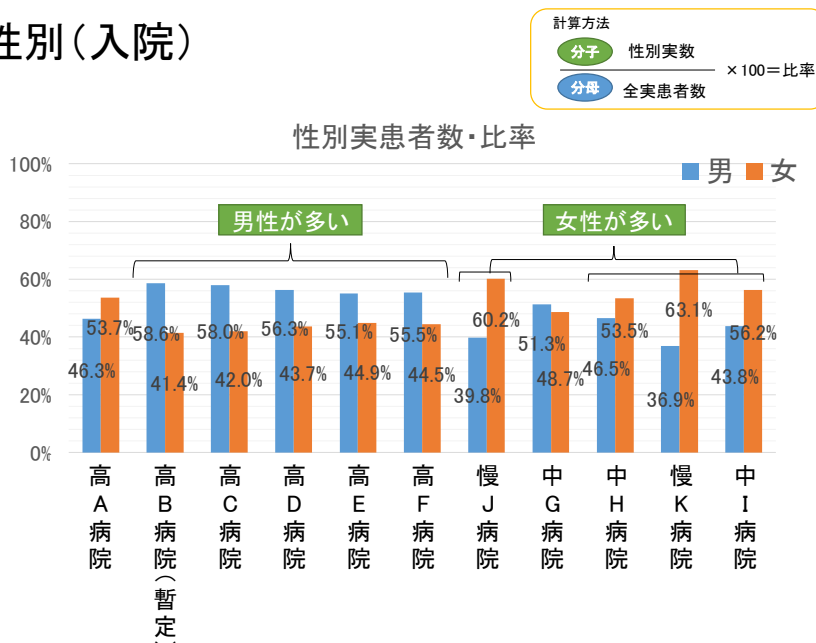


図 2-4.5 性別実患者数・比率（入院）（2014年）

年齢階級別患者数(入院)

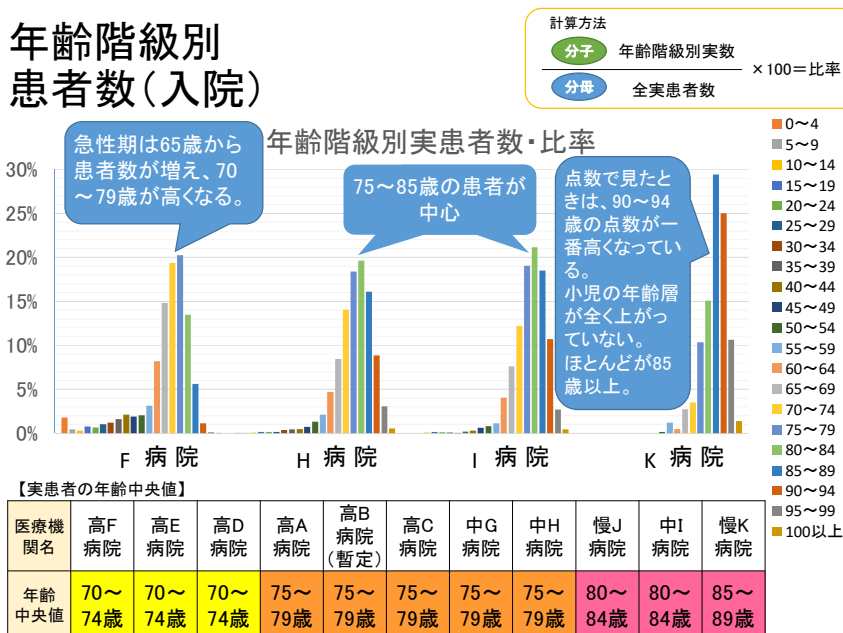


図 2-4.6 年齢階級別実患者数・比率（入院）（2014年）

入院実患者数を高齢者（60～79 歳）比率（図 2-4.7、図 2-4.8）でみると、慢性期病院である K 病院、J 病院では 60～79 歳の入院患者が少ない。しかし、85 歳以上の入院

患者は K 病院が最も多くなっている。65～74 歳と 85 歳以上では、高機能病院とそれ以外の病院で差がみられた。

高齢者比率 (60～79歳) (入院)

計算方法
分子 年齢階級別実患者数 × 100 = 比率
分母 全実患者数

高齢者(60～79歳)年齢階級別実患者数・比率

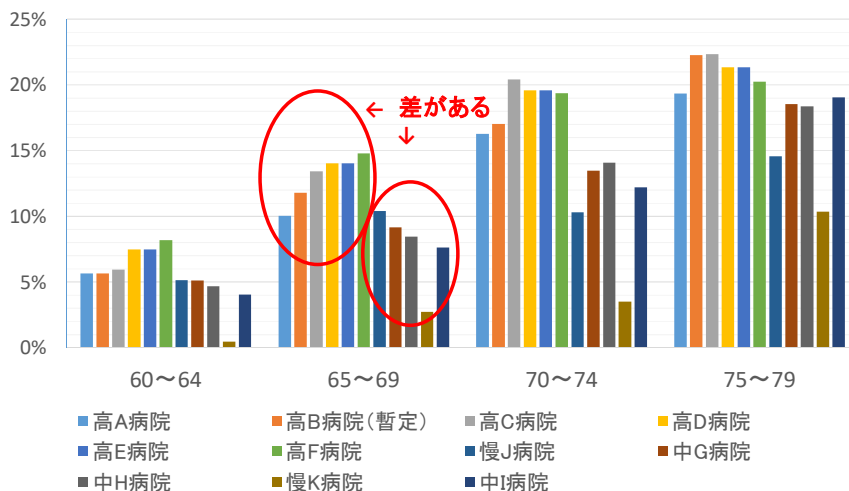


図 2-4.7 年齢階級別実患者数・高齢者（60～79 歳）比率（入院）（2014 年）

高齢者比率 (80歳以上) (入院)

計算方法
分子 年齢階級別実患者数 × 100 = 比率
分母 全実患者数

高齢者(80歳以上)年齢階級別実患者数・比率

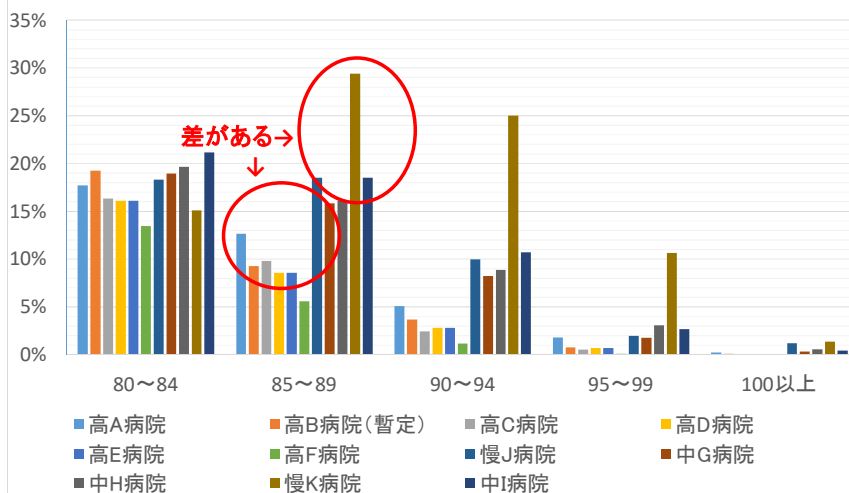


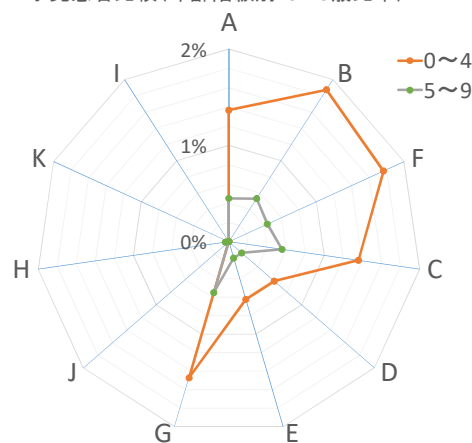
図 2-4.8 年齢階級別実患者数・高齢者（80 歳以上）比率（入院）（2014 年）

入院実患者数を小児患者比率（図 2-4.9）でみると、0～9 歳までの小児患者の受け入れは小児科のある高機能病院で多い。H病院、I 病院、J 病院、K 病院は小児科の受け入れがない。外来診療はしているが入院の受け入

れをしていないか、小児科がない病院だと考えられる。また、国保・後期に限ったデータのため、小児患者のデータカバー率が低くなっている。

小児患者比率 (入院)

特に小児領域を受け入れている病院の小児患者比較(年齢階級別・0～9歳比率)



計算方法

$$\frac{\text{分子 小児患者実数}}{\text{分母 全実患者数}} \times 100 = \text{比率}$$

年齢階級	0～4	5～9
高A病院	1.37%	0.45%
高B病院 (暫定)	1.88%	0.53%
高F病院	1.76%	0.44%
高C病院	1.36%	0.56%
高D病院	0.62%	0.18%
高E病院	0.62%	0.18%
中G病院	1.47%	0.55%
慢J病院	0.00%	0.00%
中H病院	0.02%	0.04%
慢K病院	0.00%	0.00%
中I病院	0.00%	0.00%

※国保・後期に限ったデータのため、小児患者のデータカバー率が低くなっている。

図 2-4.9 年齢階級別実患者数・小児患者比率（入院）（2014 年）

3. 入院実患者数に占める死亡者

入院実患者数を死亡者比率（図 2-4.10、図 2-4.11）でみると、K 病院のみ 20%と高い。慢性期病院のため入院中に死亡している患者が多い。J 病院での死亡比率は 0%となっている。転帰に死亡を記載していないと考えられる。他の病院は 1.0%～2.5%程度となっていた。

入院実患者数を後期高齢者率（図 2-4.12）

でみると、E 病院が 60.0%と最も高く、J 病院が 23.8%最も低い。J 病院は図 2-4.8 より後期高齢者の入院率は高いが、図 2-4.2 の入院稼働率が低いいため後期高齢者率が低くなっていると考えられる。

E 病院、H 病院は図 2-4.2 より入院稼働率が高く、図 2-4.7、図 2-4.8 より 75～79 歳、80～84 歳が高齢者比率のピークのため後期高齢者率が高くなっている。

死亡比率(入院)

計算方法
 $\frac{\text{分子 死亡患者実数}}{\text{分母 全実患者数}} \times 100 = \text{比率}$

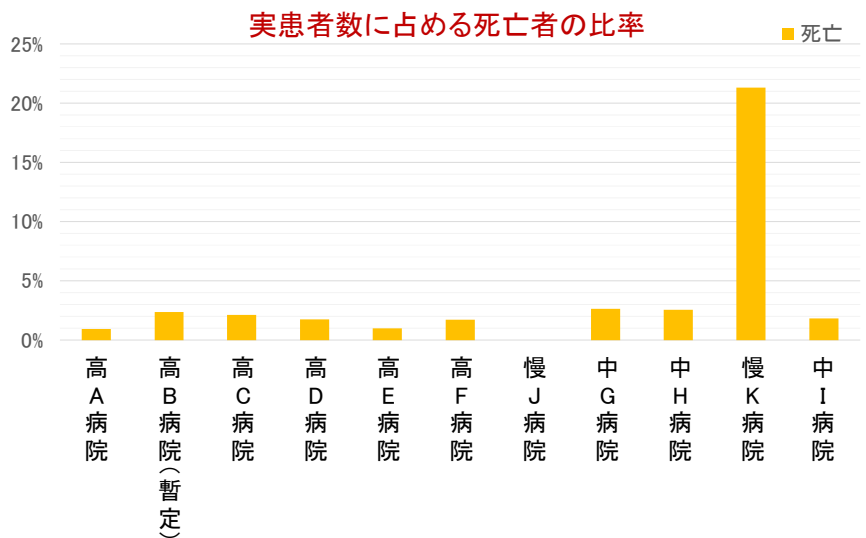


図 2-4.10 病院別実患者数・死亡者比率(入院) (2014年)

死亡比率(入院)

計算方法
 $\frac{\text{分子 死亡患者実数}}{\text{分母 全実患者数}} \times 100 = \text{比率}$

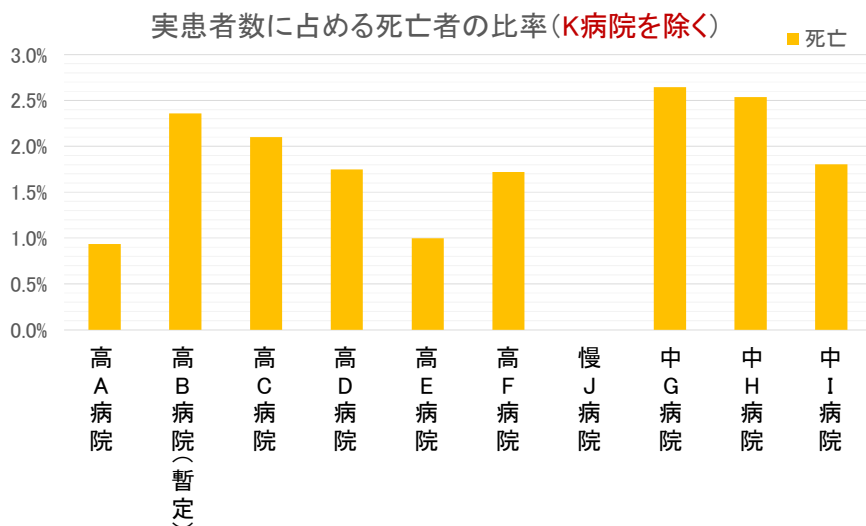


図 2-4.11 病院別実患者数・死亡者比率(入院) (K病院を除く) (2014年)

後期高齢者率 (入院)

計算方法

分子

日数(後期高齢者 実数)

× 100 = 後期高齢者の入院割合

分母

(稼働病床数 × 365 × 2年間分) × 90%
稼働率

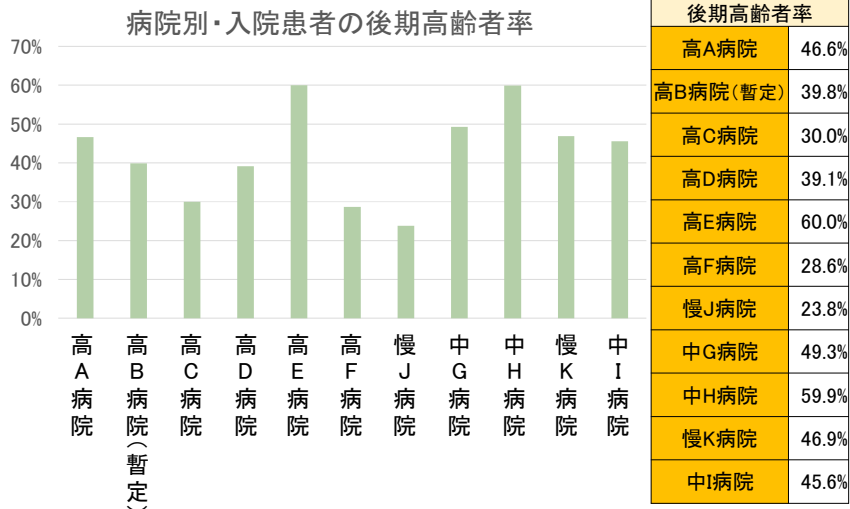


図 2-4.12 病院別実患者数・後期高齢者率(入院) (2014年)

4. 病院別の特定疾患率、診療科別比率

病院別の特定疾患率(図 2-4.13)をみると、K病院が3.6%と最も高く、J病院が0.0%と最も低い。難病は慢性期が多いためK病院が高い。J病院は特定疾患の患者は入院させていない。

入院実患者数を診療科別比率(図 2-4.14)でみると、G病院、H病院は内科がとて多く、I病院は内科と整形外科がとて多い。J病院、K病院はすべての科が0件となっている。合計はあるが、診療科別はデータが欠損している。

特定疾患率 (入院)

計算方法

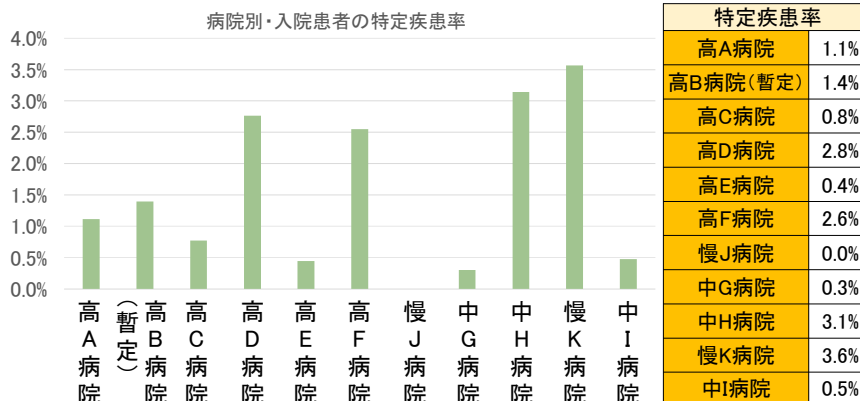
分子

日数(特定疾患 実数)

× 100 = 特定疾患の入院割合

分母

(稼働病床数 × 365 × 2年間分) × 90%
稼働率



特定疾患(とくていしっかん)

日本において厚生労働省が実施する難治性疾患克服研究事業の臨床調査研究分野の対象に指定された疾患である。平成27年1月1日から難病法に基づく医療費助成制度が始まり、従来の特定疾患医療費助成制度の56疾患から306疾病に対象疾病が拡大された。

図 2-4.13 病院別実患者数・特定疾患率(入院) (2014年)

診療科(入院)

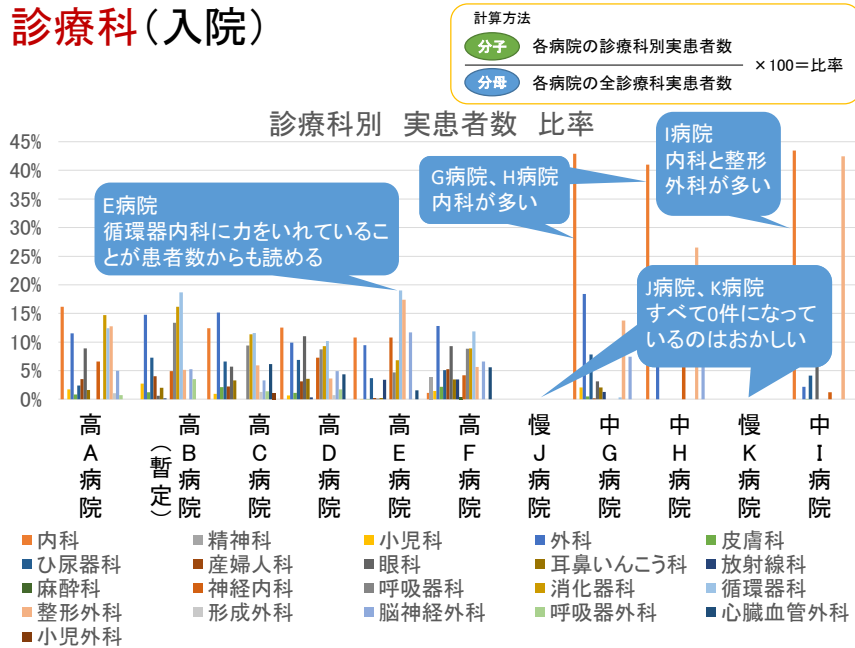
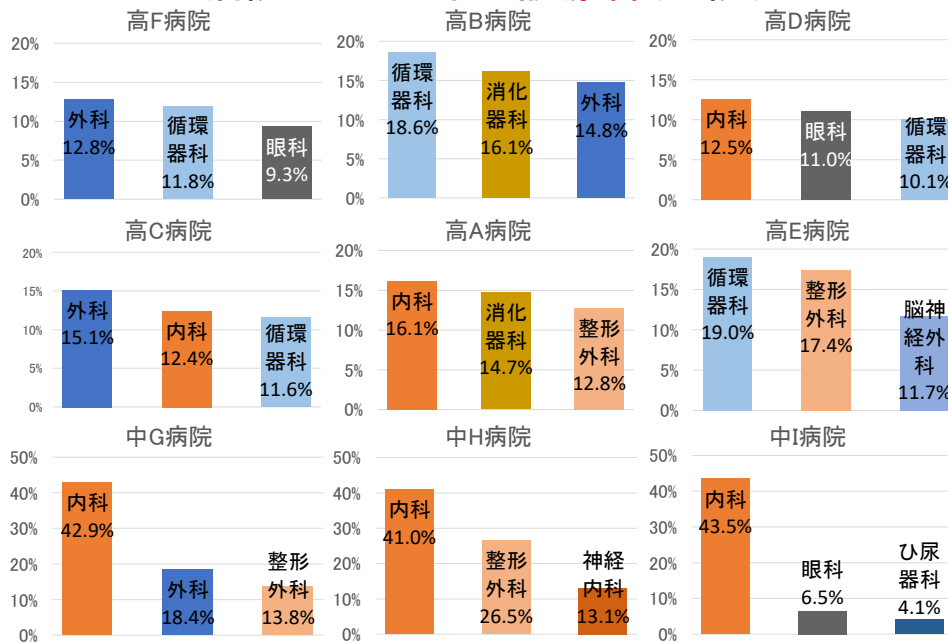


図 2-4.14 診療科別実患者数・比率(入院) (2014年)

病院ごとの上位3診療科(比率)(図2-4.15)をみると、中堅病院であるG病院、H病院、I病院は内科の患者が多い。外科、循環器科、眼科、内科、消化器科、整形外科が上位3診療科に入っていることが多い。E

病院のみ上位3診療科に脳神経外科が入っている。E病院はもともと脳外科、整形外科の救急をずっとしてきた病院のため脳外科の患者が多い。

病院ごとの上位3診療科(入院)



注) J病院とK病院は、データがすべて「0」のためグラフなし。

図 2-4.15 病院ごとの実患者数・上位3診療科(比率)(入院)(J病院、K病院を除く)(2014年)

5. 病院別の診療報酬

病院別に入院基本料の比率（図 2-4. 16、図 2-4. 17）をみると、K 病院、J 病院が 50% 以上と非常に高く、次に G 病院が 15.8% であった。慢性期病院は入院自体での収入が多く、入院中の診療行為、外来診療での収入が

少ない。

病院別に特定入院料の比率（図 2-4. 18）をみると、H 病院が 32.7% と最も高く、次に I 病院が 28.7% であった。J 病院、K 病院は特定入院料率が 0% となっていて、特定入院がない。

入院基本料率 (入院)

計算方法

$$\frac{\text{分子: 各病院の入院基本料の合計}}{\text{分母: 各病院の全収入合計}} \times 100 = \text{収入に占める入院基本料の比率}$$

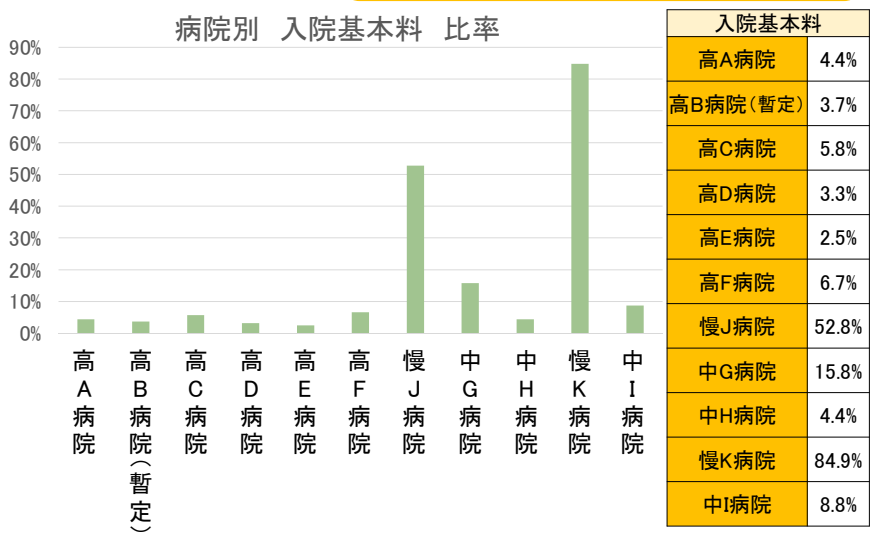


図 2-4. 16 病院別・入院基本料比率 (入院) (2014 年)

入院基本料率 (入院)

計算方法

$$\frac{\text{分子: 各病院の入院基本料の合計}}{\text{分母: 各病院の全収入合計}} \times 100 = \text{収入に占める入院基本料の比率}$$

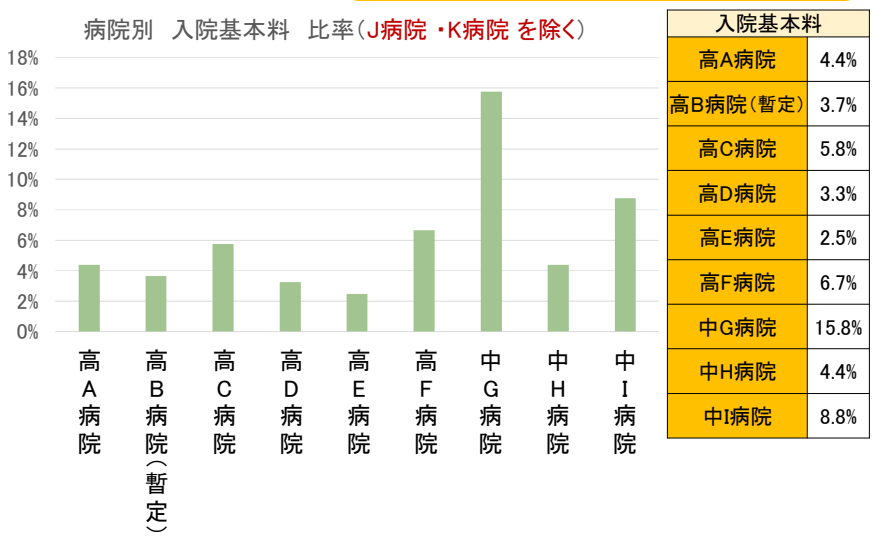


図 2-4. 17 病院別・入院基本料比率 (入院) (J 病院、K 病院を除く) (2014 年)

特定入院料率 (入院)

計算方法

$$\frac{\text{分子}}{\text{分母}} \times 100 = \frac{\text{特定入院料・その他の合計}}{\text{各病院の全収入合計}} \times 100 = \frac{\text{特定入院料}}{\text{その他の比率}}$$

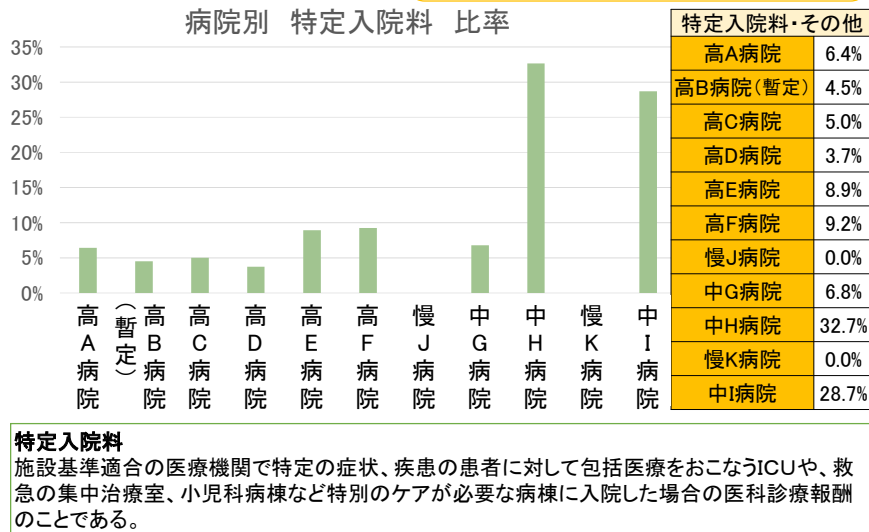


図 2-4.18 病院別・特定入院料比率（入院）（2014年）

6. 保険者番号（国保）ごとの分析

保険者番号（国保）ごとの実患者数と男女比率（県内・県外受診）（図 2-4.19）をみると、実患者数が少ない市町村では男性比率が高いが、実患者数が多い市町村では女性の比率が多い。男性に比べ女性の方が寿命が長いため、女性比率が高くなっている。また、

男性比率が高い市町村は実患者数が極端に少ないため、データに信頼性がない。

保険者番号（後期）ごとの実患者数と男女比率（県内・県外受診）（図 2-4.20）をみると、国保に比べ後期の方がさらに女性の比率が高い。女性は男性に比べ寿命が長いため受診者が多くなる。

保険者番号(国保)ごとの実患者数と男女比率

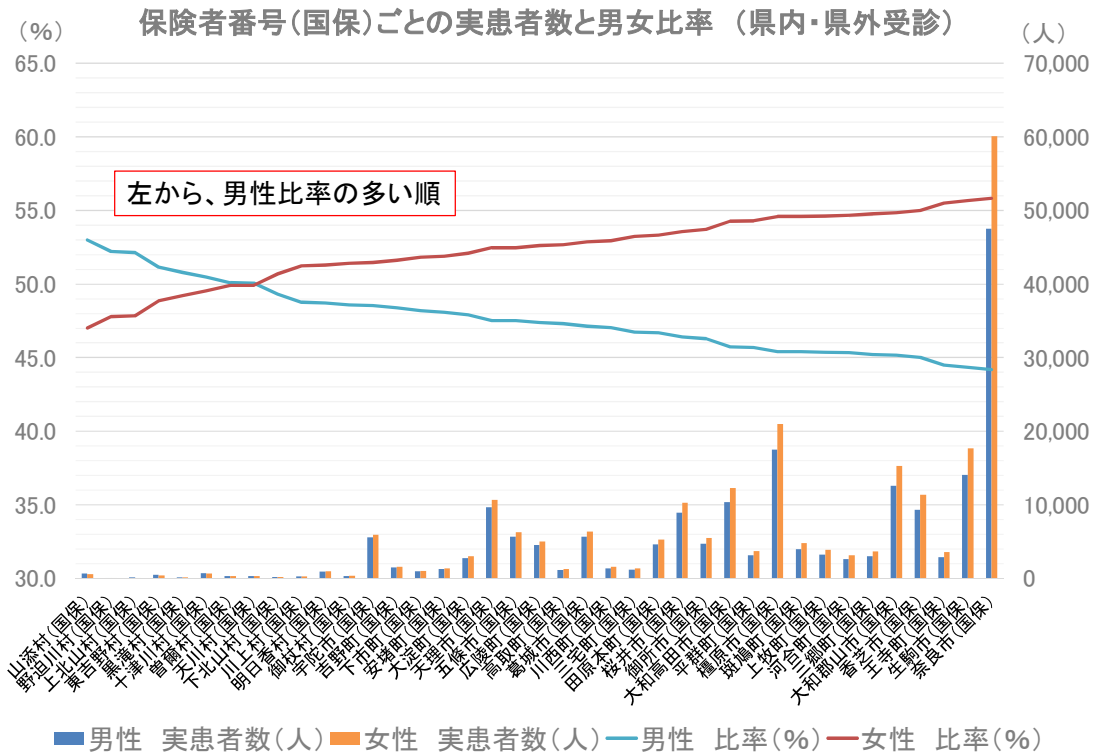


図 2-4.19 保険者番号(国保)ごとの実患者数と男女比率(県内・県外受診)

保険者番号(後期)ごとの実患者数と男女比率

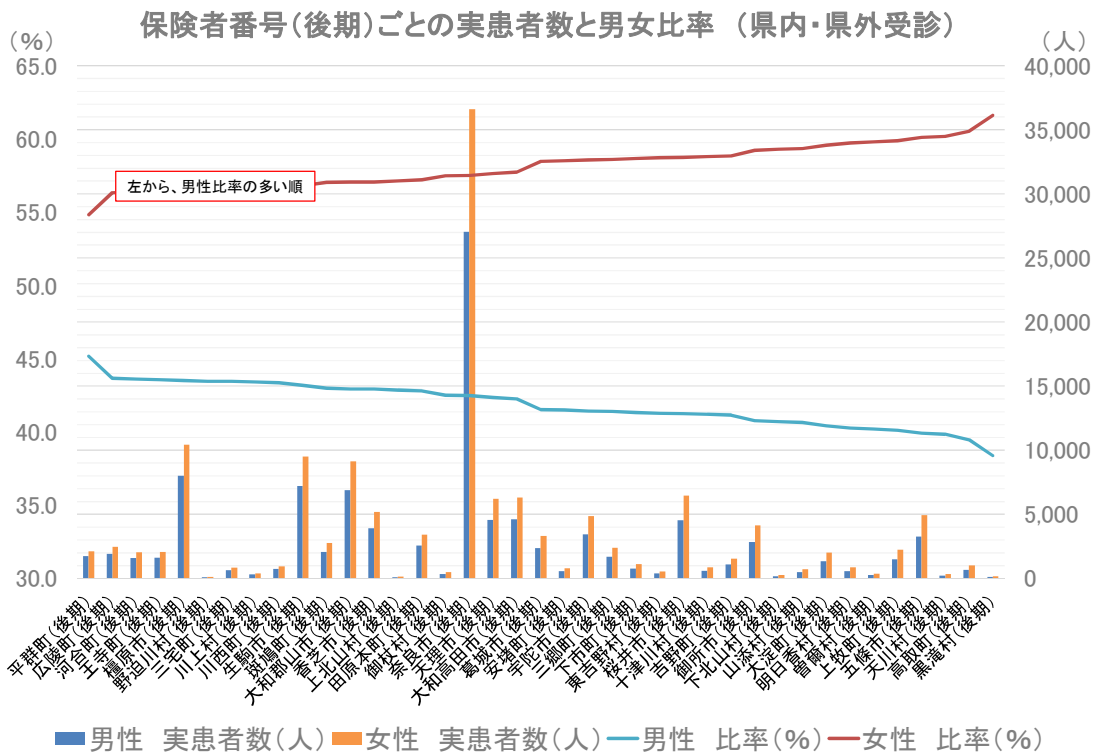


図 2-4.20 保険者番号(後期)ごとの実患者数と男女比率(県内・県外受診)

表 2-4.3 入院（後期）保険者番号ごとの県内死亡率（入院・後期）

保険者	県内医療機関での死亡数(人)	県内・県外医療機関での死亡数(人)	県内死亡率(%)
下北山村(後期)	-	-	27.27
山添村(後期)	-	*	53.85
曾爾村(後期)	-	-	57.14
十津川村(後期)	25	37	67.57
五條市(後期)	173	247	70.04
野迫川村(後期)	-	-	75.00
御杖村(後期)	-	-	80.00
生駒市(後期)	384	460	83.48
平群町(後期)	77	89	86.52
香芝市(後期)	320	360	88.89
奈良市(後期)	1353	1,495	90.50
王寺町(後期)	98	106	92.45
川上村(後期)	-	-	92.59
川西町(後期)	39	42	92.86
天川村(後期)	-	-	92.86
宇陀市(後期)	220	236	93.22
三郷町(後期)	113	121	93.39
河合町(後期)	91	97	93.81
安堵町(後期)	46	49	93.88
上牧町(後期)	143	152	94.08
葛城市(後期)	179	190	94.21
大淀町(後期)	92	97	94.85
大和高田市(後期)	369	387	95.35
下市町(後期)	77	80	96.25
斑鳩町(後期)	95	98	96.94
高取町(後期)	64	66	96.97
天理市(後期)	232	239	97.07
橿原市(後期)	634	651	97.39
広陵町(後期)	156	160	97.50
御所市(後期)	238	244	97.54
大和郡山市(後期)	366	375	97.60
田原本町(後期)	176	180	97.78
桜井市(後期)	277	281	98.58
三宅町(後期)	39	39	100.00
明日香村(後期)	39	39	100.00
吉野町(後期)	146	146	100.00
黒滝村(後期)	-	-	100.00
上北山村(後期)	-	-	100.00
東吉野村(後期)	-	-	100.00

“-”は0を超えて10未満のため非表示。

“*”は患者数が特定できるため非表示。

流出先
(入院、後期)

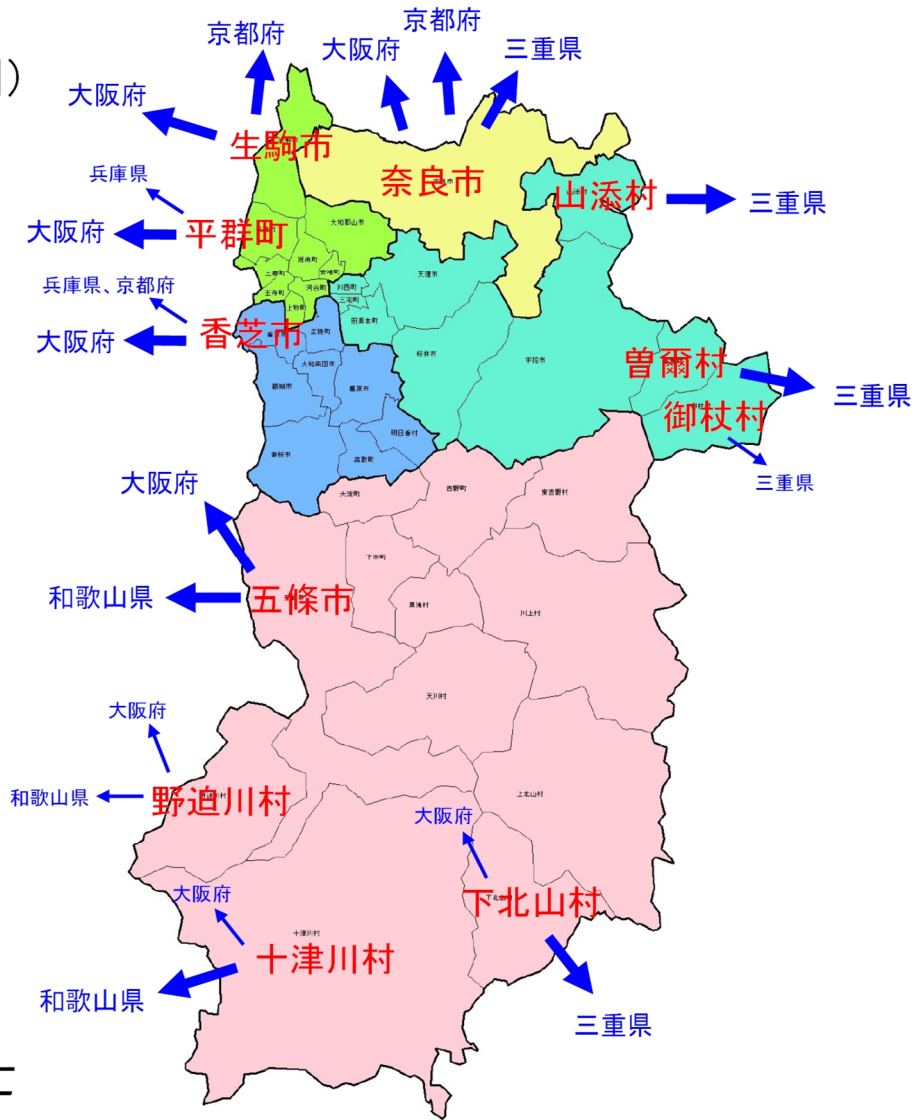


図 2-4.22 入院（後期）保険者番号ごとの流出先（入院・後期）

入院外（後期）も同様に保険者番号ごとの転帰死亡における県内施設の患者割合（図 2-4.23）は、他府県に隣接する市や町では県内の死亡率が低い。入院外とは住民票のみ県内にあり他府県の施設入居時に死亡した場

合、他府県に救急され入院せずに死亡した場合などがある。

表 2-4.4 の青枠内について、流出先の都道府県を図 2-4.24 に図化した。

県内死亡率(入院外、後期)

計算方法
 分子 県内の医療機関での死亡数
 分母 県内・県外医療機関での死亡数
 $\frac{\text{分子}}{\text{分母}} \times 100 = \text{県内死亡率}$

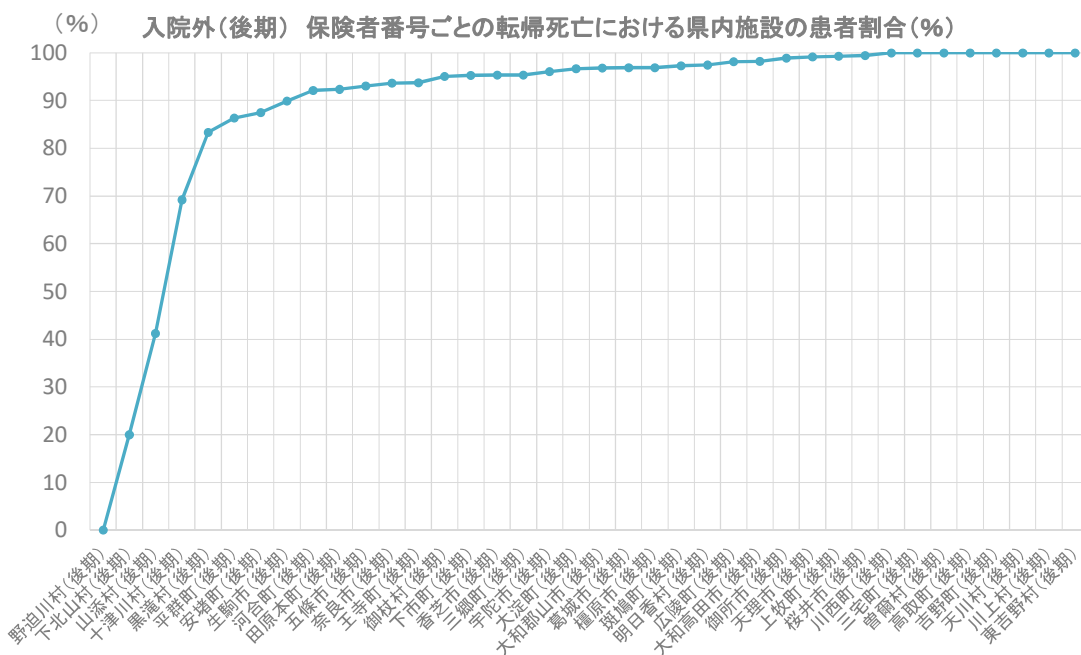


図 2-4.23 入院外（後期）保険者番号ごとの転帰死亡における県内施設の患者割合（%）

表 2-4.4 入院外（後期）保険者番号ごとの県内死亡率（入院外・後期）

保険者	県内医療機関での死亡数(人)	県内・県外医療機関での死亡数(人)	県内死亡率(%)
野迫川村(後期)	-	-	0.00
下北山村(後期)	-	-	20.00
山添村(後期)	-	-	41.18
十津川村(後期)	-	-	69.23
黒滝村(後期)	-	-	83.33
平群町(後期)	44	51	86.27
安堵町(後期)	-	-	87.50
生駒市(後期)	160	178	89.89
河合町(後期)	35	38	92.11
田原本町(後期)	24	26	92.31
五條市(後期)	107	115	93.04
奈良市(後期)	617	659	93.63
王寺町(後期)	60	64	93.75
御杖村(後期)	-	-	95.00
下市町(後期)	20	21	95.24
香芝市(後期)	122	128	95.31
三郷町(後期)	41	43	95.35
宇陀市(後期)	97	101	96.04
大淀町(後期)	57	59	96.61
大和郡山市(後期)	152	157	96.82
葛城市(後期)	92	95	96.84
橿原市(後期)	154	159	96.86
斑鳩町(後期)	71	73	97.26
明日香村(後期)	38	39	97.44
広陵町(後期)	51	52	98.08
大和高田市(後期)	107	109	98.17
御所市(後期)	89	90	98.89
天理市(後期)	116	117	99.15
上牧町(後期)	142	143	99.30
桜井市(後期)	182	183	99.45
川西町(後期)	22	22	100.00
三宅町(後期)	-	-	100.00
曾爾村(後期)	-	-	100.00
高取町(後期)	-	-	100.00
吉野町(後期)	30	30	100.00
天川村(後期)	-	-	100.00
川上村(後期)	-	-	100.00
東吉野村(後期)	-	-	100.00
上北山村(後期)	-	-	-

“-”は0を超えて10未満のため非表示。

“*”は患者数が特定できるため非表示。

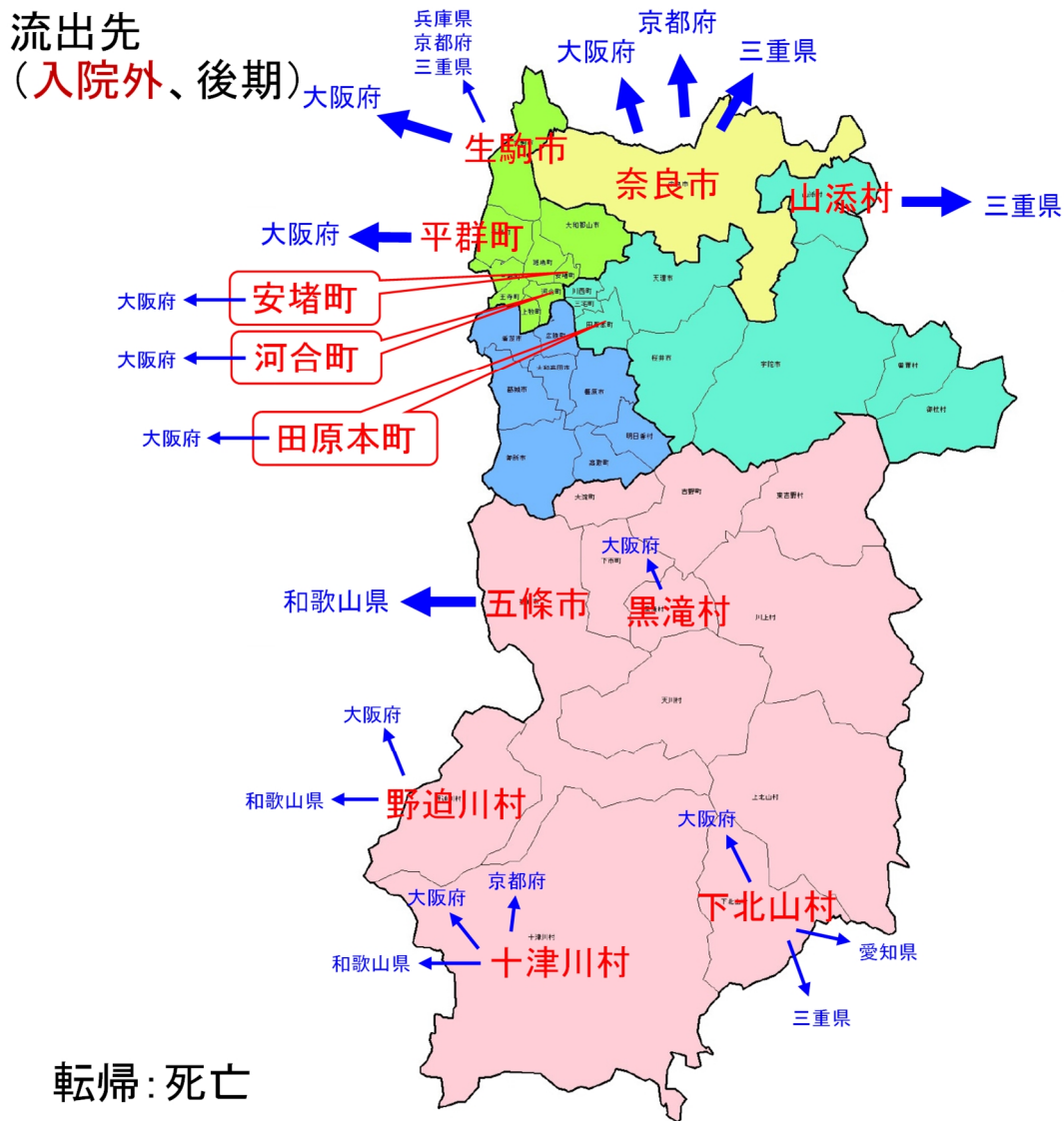


図 2-4. 24 入院外（後期）保険者番号ごとの流出先（入院外・後期）

平成 26 年奈良県死亡数と比較した KDB 集計データの死亡数の捕捉率は 42.83%。KDB 集計データは国保・後期のみでレセプトの転帰死亡となっている場合のみのため捕捉率が低い。年齢別では 40 歳以下で捕捉率が低く、高齢者では捕捉率が高い。（表 2-4. 5）

平成 26 年奈良県死亡数と比較した KDB レセプト被保険者マスタの死亡数の捕捉率は 88.0%であった。KDB 集計データに比べ捕捉率が高い。被保険者マスタの死亡件数は実際の死亡数に近い件数を表している。（図

2-4. 25）

KDB レセプト被保険者マスタと比較した KDB 集計データより捕捉率は 48.7%。KDB 集計データはマスタ死亡件数より死亡数を反映していない。レセプトの転帰が死亡とされていない場合があるので低くなる。後期高齢者のみでの平成 26 年奈良県死亡数と比較した KDB レセプト被保険者マスタの死亡数の捕捉率は 99.3%となっておりほぼ一致していた。

表 2-4.5 奈良県の年齢別死亡数と捕捉率①

奈良県の年齢別死亡数と捕捉率①

奈良県の

年齢階級別死亡数

年齢階級	奈良県H26死亡数(人)
0～4	30
5～9	6
10～14	6
15～19	11
20～24	30
25～29	41
30～34	38
35～39	47
40～44	106
45～49	127
50～54	199
55～59	288
60～64	545
65～69	935
70～74	1,262
75～79	1,730
80～84	2,410
85～89	2,796
90～	3,228
合計	13,835

KDB集計より年齢階級別死亡数と捕捉率

年齢階級	転帰「3. 死亡」の実患者数						捕捉率 奈良県H26死亡数に対する 転帰「3. 死亡」の実患者数 (入院/入院外合計)の比率 (1年間分)
	入院・死亡の実患者数 (2年間分)	入院・死亡の実患者数 (1年間分) ※2年分÷2	入院外・死亡の実患者数 (2年間分)	入院外・死亡の実患者数 (1年間分) ※2年分÷2	入院/入院外・死亡の実患者数合計 (2年間分)	入院/入院外・死亡の実患者数合計 (1年間分)	
0～4	-	-	-	-	-	-	*
5～9	-	-	-	-	-	-	*
10～14	-	-	-	-	-	-	*
15～19	-	-	-	-	-	-	*
20～24	-	-	-	-	-	-	*
25～29	-	-	-	-	-	-	*
30～34	-	-	-	-	-	-	*
35～39	-	-	-	-	-	-	*
40～44	*	*	-	-	36	18.0	16.98%
45～49	*	*	-	-	48	24.0	18.90%
50～54	58	29.0	24	12.0	82	41.0	20.60%
55～59	66	33.0	23	11.5	89	44.5	15.45%
60～64	239	119.5	97	48.5	336	168.0	30.83%
65～69	443	221.5	152	76.0	595	297.5	31.82%
70～74	778	389.0	253	126.5	1031	515.5	40.85%
75～79	1,169	584.5	424	212.0	1593	796.5	46.04%
80～84	1,715	857.5	593	296.5	2308	1154.0	47.88%
85～89	1,938	969.0	716	358.0	2654	1327.0	47.46%
90～94	1,269	634.5	659	329.5	1928	964.0	
95～99	543	271.5	333	166.5	876	438.0	29.86%
100以上	111	55.5	123	61.5	234	117.0	
合計	8,427	4,213.5	3,424	1,712.0	11,851	5,925.5	42.83%

“-”は0を超えて10未満のため非表示。
 “*”は患者数が特定できるため非表示。

KDB集計データ(1年間分)

$$\frac{\text{H26年奈良県死亡数}}{\text{KDB集計データ(1年間分)}} = \text{捕捉率}$$

42.83%

奈良県の年齢別死亡数と捕捉率②

KDBレセの被保険者マスタより

期間(2013/03/01～2014/02/28)

マスター死亡件数(1年間分)

H26年奈良県死亡数

= 捕捉率

88.02%

入/外の区別 無し	被保険者マスタ終了事由 「死亡」の件数		県の死亡数 奈良県H26 死亡数(人)	捕捉率 奈良県H26 死亡数に対する マスター死亡件数(1年 分)の比率
	マスタ死亡件数 (2年間分)	マスタ死亡件数 (1年間分) ※2年分÷2		
国保	4,169	2,084.5		
後期	20,187	10,093.5		
合計	24,356	12,178	13,835	88.02%

KDB集計データより

期間(2013/03/01～2014/02/28)

KDB集計データ 転帰「3. 死亡」(2年間分)

マスター死亡件数(2年間分)

= 捕捉率

48.66%

入/外の区別 無し	転帰「3. 死亡」	被保険者マスタ終了事由 「死亡」	捕捉率 マスター死亡件数に対する 転帰死亡実患者数(2年 分)の比率
	入院/入院外・死亡の実患者数合計 (2年間分)		
合計	11,851	24,356	48.66%

図 2-4.25 奈良県の年齢別死亡数と捕捉率②

D. 考察

ア 本研究は奈良県のレセプトデータを用いて病院機能の構造を見える化するものである。社保レセプトが含まれていない点には留意が必要であるが、県内主要 11 病院の特徴を明らかにすることができた。

イ 急性期病院には男性が多く、慢性期病院には女性が多いことが明らかになった。年齢階級別の中央値についても、高機能病院ほど、中央値の年齢階級が低く、慢性期病院で高くなるなど、医療機関によって差が認められた。

ウ 小児の入院については、中堅病院や慢性期病院ではほとんどないため、小児の入院患者の受入が病院機能として重要な指標となることが考えられる。

エ 入院（後期）保険者番号ごとの転帰死亡における県内施設の患者割合は、他府県に隣接する市や町では県内の死亡率が低かったことから、県外での死亡（患者流出）が伺える。

E. 結論

都道府県が地域医療構想の 4 区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の推進や医療計画の検討にあたっては、地域医療の構造の見える化が有用と思われる。本研究が都道府県への一助となればさいわいである。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Katsuhiko Takatori, Daisuke Matsumoto, Munenori Nishida, Shinnichiro Matsushita, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura. Benefits of a novel concept of home-based exercise with the aim of preventing aspiration pneumonia and falls in frail older women: a pragmatic controlled trial. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*. 2016;2(1):e000127.
- 2) Manabu Akahane, Akie Maeyashiki, Shingo Yoshihara, Yasuhito Tanaka, Tomoaki Imamura. Relationship Between Difficulties in Daily Activities and Falling:Loco-Check as a Self-Assessment of Fall Risk. *Interactive Journal of Medical Research*. 2016;5(2):e20.
- 3) 森田光治良、康永秀生、山名隼人、松居宏樹、野田龍也、今村知明. Technology Index を用いた病院機能の総合評価. *病院*. 2016;75(7): 527-533.
- 4) 中西康裕、三宅好子、久保友美子、今中淳二、廣田雅彦、後藤淳宏、今村知明. 「後発医薬品導入率」「院外処方率」および「薬剤値引き率」等の変化が病院経営に及ぼす影響: 一般的な線形式作成による薬剤収益試算と感度分析を用いた損益変化の検討. *医療情報学*. 2016;36(3):123-134.
- 5) 樗木等、今村知明 他. 全国医療の自治体病院協議会 質の評価・公表等推進事業 平成 27 年度 事業報告. *全国自治体病院協議会雑誌*. 55(9).

- 6) 久保慎一郎、野田龍也、明神大也、加藤源太、今村知明. NDB(ナショナルデータベース)の課題および留意点と今後の展望. 医療情報学論文集. 2016;36(suppl.):272-275.
- 7) 小川俊夫、及川恵美子、井筒将斗、中山佳保里、森桂、田嶋尚子、今村知明. ICD-11 改訂作業の現状分析: ICD-11 完成までのロードマップ. 医療情報学論文集. 2016;36(suppl.):522-525.
- 8) 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、今村知明. 国保データベース(KDB)をPCで解析するために効果的なデータ抽出方法の検討. 医療情報学論文集. 2016;36(suppl.):276-279.
- 9) 中西康裕、三宅好子、高橋美雪、今村知明. 看護師の人件費構造分析: 年齢階級別モデルの構築と平均年齢の増減による損益シミュレーション. 医療情報学論文集. 2016;36(suppl.):570-573.
- 10) 久保慎一郎、野田龍也、明神大也、東野恒之、松居宏樹、加藤源太、今村知明. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の臨床研究における名寄せの必要性と留意点. 日本健康開発雑誌. 2017;38:11-18.
- 11) 野田龍也、松本晴樹、伴正海、石井洋介、原澤朋史、木下栄作、今村知明. 地域医療構想の推進に資する急性期指標の開発. 厚生指標. 2017;64(4):9-14.
- 12) 高取克彦、今村知明. 地域高齢者における Romberg 率の逆説現象と身体機能特性および転倒との関連性. 理学療法科学. 2017;32(3).
2. 学会発表
- 1) 2016年5月11日~13日(北海道、旭川市民文化館) 第86回日本衛生学会学術総会. 重病度の高い湯治客が集まる温泉地と地域医療の協調体制に関する研究. 加藤礼識.
- 2) 2016年5月28日~29日(東京都、東京医科大学病院 臨床講堂) 第14回日本臨床医学リスクマネジメント学会学術集会. 無医村化のリスクと合意形成—上小阿仁村の医師確保問題から—. 加藤礼識、野田龍也、田村光平、今村知明.
- 3) 2016年10月8日~9日(京都府、京都大学百周年時計台記念館) 第3回日本糖尿病医療学学会. 診断後から治療決断までの段階による糖尿患者が求める支援の変容. 岡本左和子、濱田美来、尾花尚弥、野田龍也、今村知明.
- 4) 2016年10月8日~12日(Tokyo, Japan) WHO - FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS NETWORK ANNUAL MEETING 2016. Internal Medicine TAG Coding Exercise of ICD-11. Toshio Ogawa, Emiko Oikawa, Masato Izutsu, Kaori Nakayama, Kei Mori, Naoko Tajima, Tomoaki Imamura.
- 5) 2016年10月26日~28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 近隣に住む親戚や知人

- の存在とがんの罹患率の関連について。
吉本和樹、野田龍也、今村知明。
- 6) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。レセプトデータを用いたがん部位別の終末期医療費の推計。小川俊夫、馬場武彦、岡本康子、尾川朋子、柳田秀文、矢口秀一、今村知明、喜多村祐里、祖父江友孝。
 - 7) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。地域在宅医療連携体制の構築と保健所の役割～都道府県医療介護連携実証事例事業から～。和家佐日登美、山田全啓。
 - 8) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。高齢化過疎地域で起こった医療崩壊要因の検討～秋田県の二つの事例から～。加藤礼識、野田龍也、今村知明。
 - 9) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。放射線検査による術者の白内障リスクの検討。今井信也、赤羽学、今村知明。
 - 10) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。DPCデータを用いた傾向スコア研究：ARDS治療薬シベレスタット使用と死亡率の関連。岸本美和、山名隼人、野田龍也、西岡祐一、松居宏樹、康永秀生、今村知明。
 - 11) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。患者調査における平均診療間隔の分布と外来再来患者数の変化。久保慎一郎、野田龍也、新居田泰大、川戸美由紀、山田宏哉、三重野牧子、谷原真一、村上義孝、橋本修二、今村知明。
 - 12) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。患者調査における在院患者平均入院期間の算出～精神科入院を例に～。新居田泰大、野田龍也、久保慎一郎、今村知明。
 - 13) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。DPCデータを用いた傾向スコア研究：大腿骨近位部骨折の待機手術の是非。西岡祐一、野田龍也、赤羽学、山名隼人、松居宏樹、康永秀生、今村知明。
 - 14) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。大学病院における医師と看護師の人件費比較。中西康裕、高橋美雪、今村知明。
 - 15) 2016年10月26日～28日（大阪府、グランフロント大阪）第75回日本公衆衛生学会総会。高齢者におけるロコモティブシンドロームと精神的ストレスの関連性。吉原真吾、赤羽学、前屋敷明江、今村知明。

- 16) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の現状と広がり(1) —研究の全体像—. 今村知明、野田龍也、加藤源太、西本莉紗恵、吉井克昌.
- 17) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の現状と広がり(2) —急性期指標—. 野田龍也、久保慎一郎、加藤源太、西本莉紗恵、吉井克昌、今村知明.
- 18) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の現状と広がり(3) —大規模レセプトデータの利活用—. 加藤源太、久保慎一郎、野田龍也、今村知明.
- 19) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 地域医療構想の現状と広がり(5) —救急搬送施策の効果—. 吉井克昌、西本莉紗恵、野田龍也、今村知明.
- 20) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 学生主導型 Interprofessional Education(IPE) の実践の効果に関する調査. 峯昌啓、野村真里、岡本左和子、今村知明.
- 21) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 奈良県における現状から推測した理学療法士の需要予測. 赤羽学、高橋美雪、前屋敷明江、今村知明.
- 22) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 治療段階に伴う糖尿病患者のニーズの変化と医療者の支援. 岡本左和子、野田龍也、濱田美来、尾花尚哉、今村知明.
- 23) 2016年10月26日～28日(大阪府、グランフロント大阪) 第75回日本公衆衛生学会総会. 疾患別入院数と治療件数の全国集計: 全国レセプトデータベース(NDB)を用いた悉皆調査. 山名隼人、松居広樹、野田龍也、康永秀生、今村知明.
- 24) 2016年11月1日～3日(神奈川県、パシフィコ横浜) 第36回医療情報学連合大会(第17回日本医療情報学会学術大会). NDB(ナショナルデータベース)の課題および留意点と今後の展望. 久保慎一郎、野田龍也、明神大也、加藤源太、今村知明.
- 25) 2016年11月1日～3日(神奈川県、パシフィコ横浜) 第36回医療情報学連合大会(第17回日本医療情報学会学術大会). 国保データベース(KDB)をPCで解析するために効果的なデータ抽出方法の検討. 明神大也、野田龍也、久保慎一郎、今村知明.
- 26) 2016年11月1日～3日(神奈川県、パシフィコ横浜) 第36回医療情報学連合大会(第17回日本医療情報学会学術大会). ICD-11改訂作業の現状分析:

- ICD-11 完成までのロードマップ。 小川俊夫、及川恵美子、井筒将斗、中山佳保里、森桂、田嶋尚子、今村知明.
- 27) 2016年11月1日～3日(神奈川県、パシフィコ横浜) 第36回医療情報学連合大会(第17回日本医療情報学会学術大会)。 看護師の人的費構造分析: 年齢階級別モデルの構築と平均年齢の増減による損益シミュレーション。 中西康裕、三宅好子、高橋美雪、今村知明.
- 28) 2016年12月1日(奈良県、奈良県医師会館) 第37回奈良県公衆衛生学会. 高齢者におけるロコモティブシンドロームと精神的ストレスの関連性。 吉原慎吾、赤羽学、前屋敷明江、今村知明.
- 29) 2016年12月1日(奈良県、奈良県医師会館) 第37回奈良県公衆衛生学会. 近隣にすむ重要他者の存在とがん死亡率との関連。 吉本和樹、野田龍也、今村知明.
- 30) 2016年12月1日(奈良県、奈良県医師会館) 第37回奈良県公衆衛生学会. 南奈良医療センターの開設が救急搬送へ与えたインパクト。 吉井克昌、野田龍也、今村知明.
- 31) 2016年12月1日(奈良県、奈良県医師会館) 第37回奈良県公衆衛生学会. 地域医療連携を推進するための優良事例調査。 西本莉紗恵、岡本左和子、野田龍也、今村知明.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特になし。