

第1章 総論

第1節 地域医療構想の背景と目的

- 本県では、昭和63（1988）年に「福岡県保健医療計画（以下「医療計画」という。）」を策定し、概ね5年ごとに見直しを行っています。平成20（2008）年3月に策定した第5次医療計画（計画期間：平成20年度～平成24年度）では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4つの疾病と、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の5つの事業及び在宅医療について医療機関の機能分担の推進や目標を示し、医療提供体制の充実を図ってきました。
- 平成25（2013）年3月に策定した第6次医療計画（計画期間：平成25年度～平成29年度）では、前記の4疾病・5事業及び在宅医療に新たに精神疾患を加え、5疾病・5事業及び在宅医療について連携体制の構築など、医療提供体制の一層の充実に取り組んでいます。
- 一方、平成37（2025）年には団塊の世代の方々が全て75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上の高齢者となります。今後、この超高齢社会が進行するにつれ、医療や介護を必要とする方がますます増加すると予想されますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分な対応ができないと見込まれます。
- また、高齢化の進展の度合いなど人口構造の変化には地域差があり、求められる医療・介護サービスの提供体制も地域ごとに異なってくるものと考えられます。
- このようなことを背景として、平成26（2014）年6月「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が制定されました。
- 同法により、市町村が主体となる「地域包括ケアシステムの構築」「医療・介護の連携強化」と合わせ、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保を図るため「医療法」が改正され、県は、医療計画の一部として新たに「地域医療構想」を策定することとされました。
- 「地域医療構想」は、「構想区域（県内13の二次保健医療圏）」において、病床の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに、平成25（2013）年度の医療需要を基に平成37（2025）年の医療需要と病床の必要量（以下「必要病床数」という。）を推計し、あるべき医療提供体制の姿を明らかにするとともに、その実現に必要な施策を示すものです。
- 「地域医療構想」は、病床の削減を目的とするものではなく、地域ごとに異なる人口構造の変化、すなわち医療需要の将来の変化に対して、地域の実情に応じて、それに見合った医療資源の効率的かつ効果的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することを目的としています。

《病床の機能区分》

医療機能	医療機能の内容
高度急性期	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活動作）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

第2節 医療計画、高齢者保健福祉計画等と地域医療構想の関係性

1 医療計画と地域医療構想

- 地域医療構想は、地域における病床の機能の分化及び連携（以下「病床の機能分化・連携」という。）を推進するため、医療需要を含む将来の医療提供体制に関する構想（医療法第30条の4第2項第7号）であり、医療法第30条の4に基づく「医療計画」の一部です。
- 現行の第6次医療計画の計画期間は平成25（2013）年度から平成29（2017）年度までの5年間となっており、平成30（2018）年度以降の第7次医療計画については、平成29（2017）年度に策定を行なうこととなります。
- 次期医療計画の策定に当たっては、「地域医療構想」に基づく将来のあるべき医療提供体制の姿を踏まえ、これとの整合性を図りつつ策定していくこととなります。

2 高齢者保健福祉計画と地域医療構想

- 団塊の世代の方々が全て後期高齢者となる平成37（2025）年に向け、医療と介護の総合的な確保を図っていくためには、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携を推進していくことと合わせ、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが不可欠です。
- 県では、平成27（2015）年3月「福岡県高齢者保健福祉計画（第7次）」を策定し、「高齢者がいきいきと活躍でき、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活できる社会づくり」を基本理念に地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。
- 現行の第7次高齢者保健福祉計画の計画期間は、平成27（2015）年度から平成29（2017）年度までの3年間となっており、平成30（2018）年度以降の第8次高齢者保健福祉計画については、平成29（2017）年度に策定を行うこととなります。
- 次期高齢者保健福祉計画の策定に当たっては、「地域医療構想」に基づく将来のあるべき医療提供体制の姿を踏まえた地域包括ケアシステムを確立するという視点が必要となります。

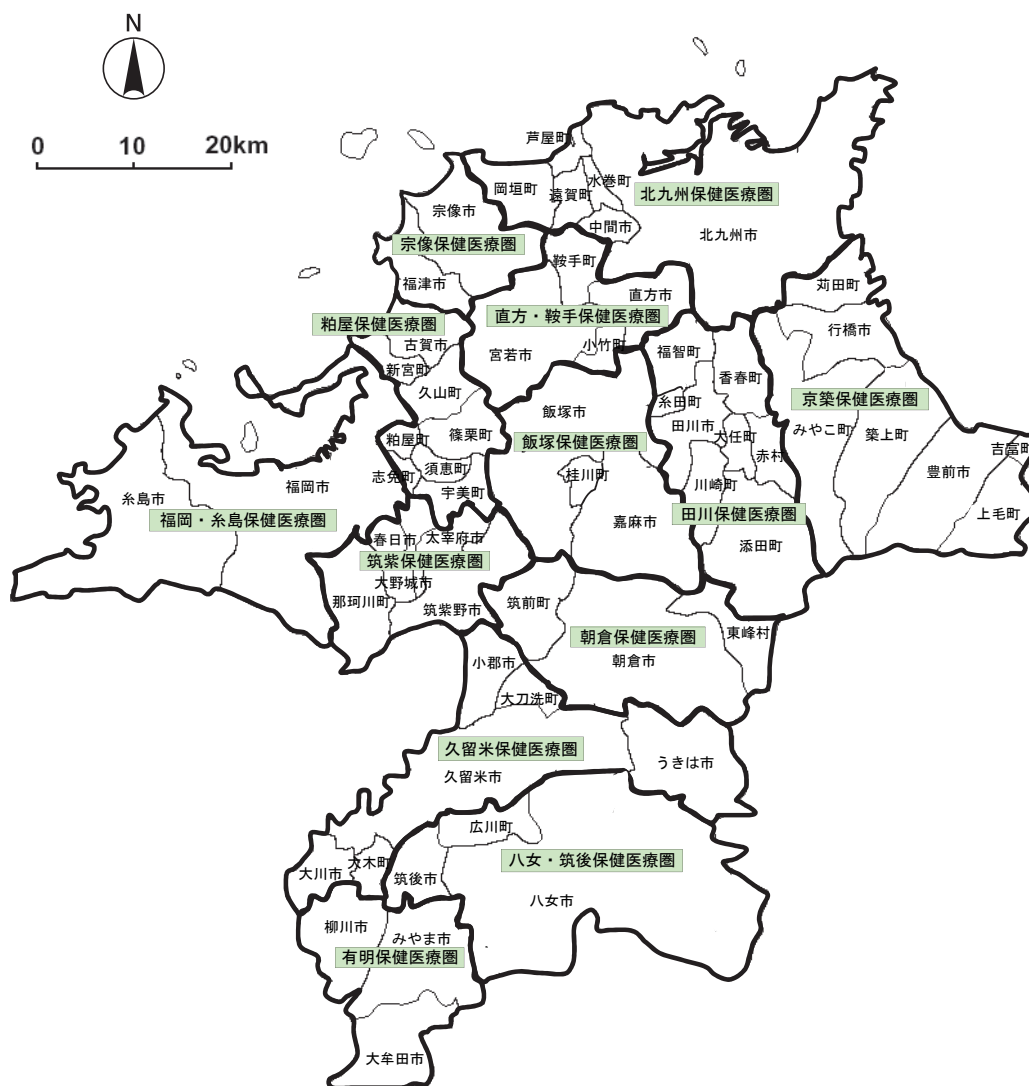
3 市町村介護保険事業計画と地域医療構想

- 地域医療構想の実現に当たっては、住民に最も身近な自治体である市町村が、地域包括ケアシステムの構築を推進する主体としての役割を果たすことが重要になります。
- 次期市町村介護保険事業計画の策定に当たっては、地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステムを確立する視点が必要です。

第3節 構想区域

- 「構想区域」は、病床の機能分化・連携を一体的に推進する区域のことであり、現行の「二次保健医療圏」を原則としつつ、患者の受療動向、疾病構造の変化など将来における要素を勘案して検討することとされています。
- 本県では、これらの要素に加え、これまで入院医療の提供体制について「二次保健医療圏」を単位として確保を図ってきたことや医療資源の配置の状況などを総合的に勘案し、現行の13の「二次保健医療圏」をそのまま「構想区域」として設定することとしました。
- 13の「構想区域」は、高齢者保健福祉計画における「高齢者保健福祉圏域」とも合致しており、この区域を単位として、保健・医療・介護・福祉の連携・確保を図っていくこととなります。

◆ 福岡県二次保健医療圏図（13保健医療圏）



医療圏名	構成市町村
01 福岡・糸島	福岡市、糸島市
02 粕屋	古賀市、糟屋郡（宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町、粕屋町）
03 宗像	宗像市、福津市
04 筑紫	筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、筑紫郡（那珂川町）
05 朝倉	朝倉市、朝倉郡（筑前町、東峰村）
06 久留米	久留米市、大川市、小郡市、うきは市、三井郡（大刀洗町）、三潞郡（大木町）
07 八女・筑後	八女市、筑後市、八女郡（広川町）
08 有明	大牟田市、柳川市、みやま市
09 飯塚	飯塚市、嘉麻市、嘉穂郡（桂川町）
10 直方・鞍手	直方市、宮若市、鞍手郡（小竹町、鞍手町）
11 田川	田川市、田川郡（香春町、添田町、糸田町、川崎町、大任町、赤村、福智町）
12 北九州	北九州市、中間市、遠賀郡（芦屋町、水巻町、岡垣町、遠賀町）
13 京築	行橋市、豊前市、京都郡（苅田町、みやこ町）、築上郡（吉富町、上毛町、築上町）
計（13圏域）	計 60 市町村（28 市 30 町 2 村）

第4節 地域医療構想の策定体制

- 地域医療構想については、地域の関係者の意見を幅広く聴いた上で策定することが求められることから、県では以下の体制で策定を進めることとしました。
- 地域の課題分析やあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性について協議を行うために、本来、構想策定後に設置が義務付けられている「地域医療構想調整会議」を策定前から前倒しして、二次保健医療圏（構想区域）ごとに設置しました。

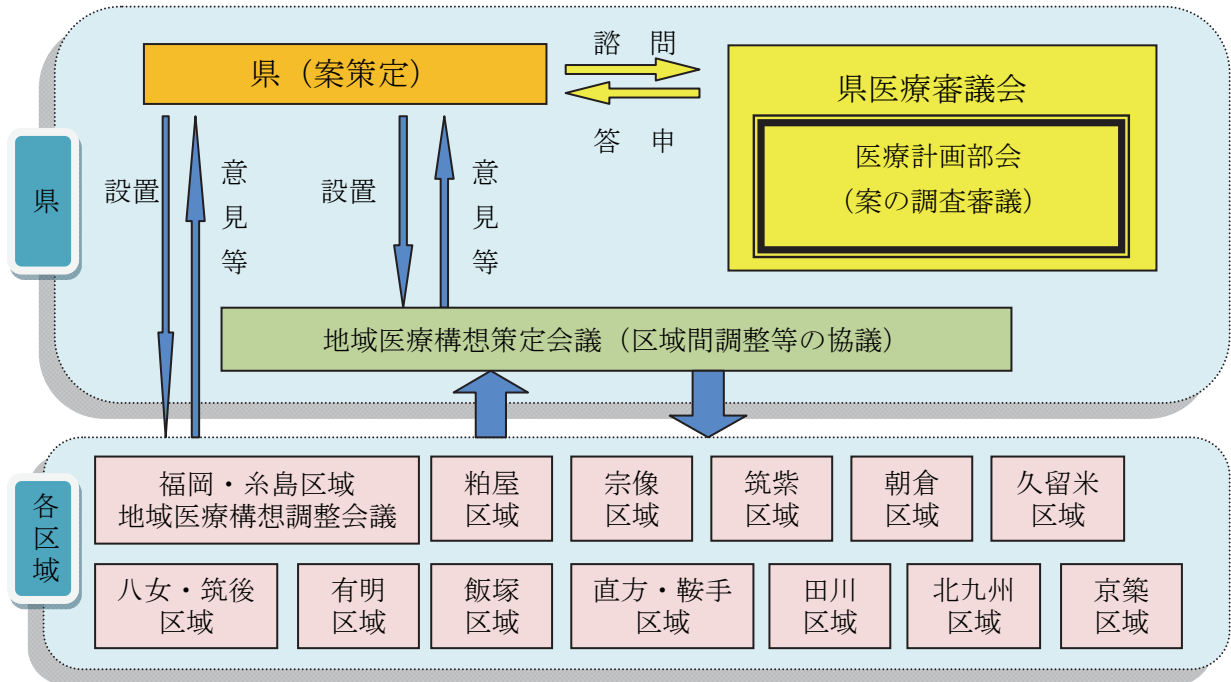
構成員	区域内の全郡市区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村、医療保険者、医療機関（福岡県病院協会、福岡県私設病院協会、全国自治体病院協議会、福岡県精神科病院協会、有床診療所の代表、福岡県医療法人協会）、保健所
-----	--

- また、複数の構想区域に跨る医療提供体制の課題分析、構想区域間・県境間の患者流出入の取扱いなど、複数又は全ての構想区域間で調整が必要な事項について協議を行うために、県にひとつ「地域医療構想策定会議」を設置しました。

構成員	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、保険者協議会、医療機関（福岡県病院協会、福岡県私設病院協会、全国自治体病院協議会、福岡県精神科病院協会、有床診療所の代表、福岡県医療法人協会）
-----	---

- 県は、「地域医療構想調整会議」及び「地域医療構想策定会議」の協議を踏まえ、構想案を策定し、医療審議会への諮問・答申を経て、地域医療構想を策定しました。

【策定体制図】



第5節 平成37（2025）年必要病床数等の推計方法と施策の方向性の検討

1 地域医療構想の内容

- 地域医療構想は、構想区域ごとに、以下の内容を記載します。

- ① 平成37（2025）年の病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数
- ② 平成37（2025）年の居宅等における医療の必要量（在宅医療等（※）の患者数）
- ③ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関すること（あるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性）

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

2 必要病床数等の推計

- 構想区域ごとに、平成37（2025）年の病床の機能区分ごとの必要病床数と居宅等における医療の必要量（在宅医療等の患者数）を推計します。
- 必要病床数等の推計方法は厚生労働省令に規定されており、ここでは、その概要について説明します。

(1) 医療需要（1日当たり入院患者数）の推計

- 平成37（2025）年における一般病床及び療養病床に係る病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの医療需要（1日当たり入院患者数）については、構想区域ごとに厚生労働省から示される基礎データを基に推計することとされています。
- このうち、主に一般病床に対応する高度急性期、急性期及び回復期の医療需要については、平成25（2013）年度のNDBのレセプトデータ（※1）及びDPCデータ（※2）を患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率を求めます。
- この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、これに当該構想区域の平成37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって将来の医療需要を推計します。

※1 NDBのレセプトデータ

NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称であり、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細者に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納して管理しています。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトと呼ばれています。

※2 DPCデータ

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことで、DPCを活用した包括支払いシステムをDPC/PDPS（Per-Diem Payment System：1日当たり包括支払い制度）といいます。DPC/PDPS参加病院（以下「DPC参加病院」という。）は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しています。

【平成37（2025）年の病床の機能区分ごとの医療需要の推計方法】

構想区域の平成37（2025）年の医療需要 =
〔当該構想区域の平成25（2013）年度の性・年齢階級別の入院受療率 ×
当該構想区域の平成37（2025）年の性・年齢階級別推計人口〕を総和したもの

※ 推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25（2013）年3月中位推計）による。

- なお、慢性期機能の医療需要については、主に慢性期の機能を担う療養病床の入院受療率に大きな地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させることとされています。

(2) 高度急性期、急性期及び回復期の医療需要の推計

- 主に一般病床に対応する高度急性期、急性期及び回復期の医療需要については、患者に対して行われた医療の内容に注目し、患者の状態や診療の実態を的確に勘案した推計を行っています。
- 具体的には、レセプトデータ等から患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）を用いて分析を行っています。なお、1日当たりの医療資源投入量には入院基本料は含まれません。
- この1日当たりの医療資源投入量を基に、患者がどの機能区分に該当するか振り分けを行います。患者を振り分ける境界点については、厚生労働省令により以下のとおり定められています。

- イ 高度急性期と急性期とを区分する境界点（C1）を3,000点
- ロ 急性期と回復期とを区分する境界点（C2）を600点
- ハ 回復期と慢性期及び在宅医療等とを区分する境界点（C3）を225点（ただし、在宅復帰に向けた調整を行うための幅を見込み、実際は175点を境界点として推計）
- ニ 175点未満の患者数については、慢性期及び在宅医療等の患者数として一体的に推計

【図1-1】

病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※在宅等	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

(3) 慢性期の医療需要の推計

- 慢性期機能の医療需要の推計については、主に慢性期の機能を担う療養病床の診療報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析が困難であることから、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提（推計方針）に立った上で、療養病床の入院受療率の全国の地域差を解消するよう一定の幅の中で推計することとされています。
- 具体的には、療養病床の入院患者数のうち「医療区分1（※）の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数」として推計し、「その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していく」観点で医療需要を推計します。
- 地域差を解消するための入院受療率については、構想区域ごとに以下のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。
- なお、次に示す一定の要件に該当する場合には、入院受療率の達成年次を平成37（2025）年から平成42（2030）年とする（パターンC：特例）ことができます。

パターンA：全ての構想区域の入院受療率を全国最小値にまで低下させる

パターンB：構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する

パターンC：パターンBの入院受療率の達成年次を、平成37（2025）年から平成42（2030）年とする

【パターンCの要件】

- ・ パターンBにより入院受療率を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいこと。
- ・ 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいこと。

※ 医療区分

療養病床のうち医療療養病床に入院する患者については、その患者への医療の必要度に応じて診療報酬の入院基本料が医療区分1～3の3つに分けられており、医療の必要度が高い順に医療区分3、医療区分2、医療区分1と設定されている。

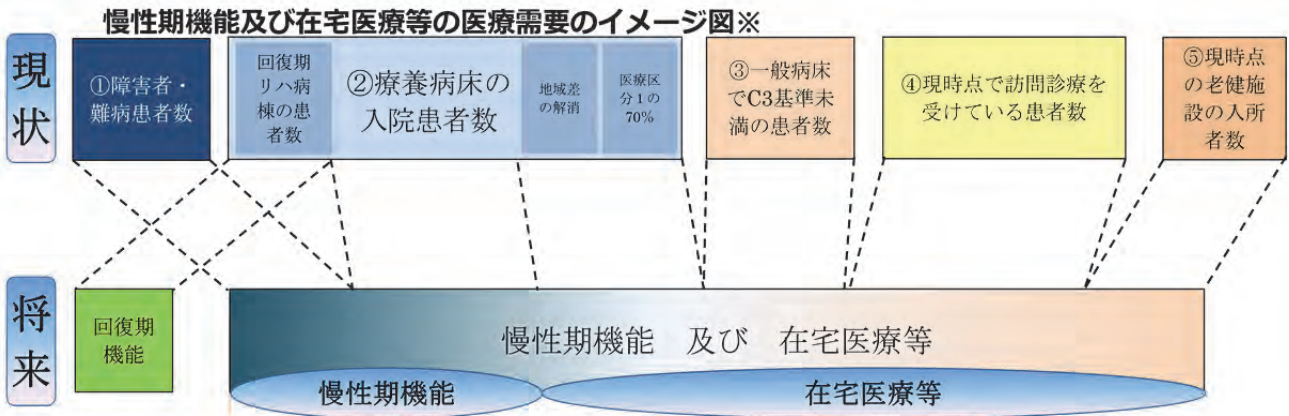
(4) 在宅医療等の医療需要の推計

- 在宅医療等の医療需要については、次の4つを合計することで推計しています。

- ・ 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%及び入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療等で対応する患者数
- ・ 一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
- ・ 平成25（2013）年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
- ・ 平成25（2013）年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数

- なお、在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

【図1-2】



(5) 医療需要に対する医療提供体制の検討（患者流出入の調整）

- 構想区域ごとに医療需要（1日当たりの（入院）患者数）が推計されたら、この医療需要を当該構想区域で対応するのか、それとも構想区域を超える患者の流出入を反映させるのかについて検討が必要となります。
- 構想区域ごとの医療需要について当該構想区域で全て対応とした場合の推計値を「患者住所地ベース」、現行の構想区域を超える患者流出入を全て反映させた場合の推計値を「医療機関所在地ベース」と言い、どこまで患者の流出入を許容するかについて、関係者の意見を聴き検討を行います。
- また、患者の流出入については、県内の構想区域間のみならず、県外とも発生していることから隣接する県等とも協議し、患者流出入の調整を行い、各構想区域で対応する医療需要を決めていきます。

(6) 医療需要に対する必要病床数の推計

- 各構想区域で対応する医療需要が決まったら、これを病床稼働率で割り戻して必要病床数を求めます。
- 病床稼働率は、厚生労働省令により、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%と設定されています。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性についての検討

- 地域医療構想には、平成37（2025）年の病床の機能区分ごとの必要病床数等と併せ、その達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関することとして、あるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性を記載することとなります。

- 施策の方向性の検討に当たっては、各構想区域の医療提供体制の現状分析が欠かせないことから、厚生労働省から各都道府県に対して地域医療に関する様々なデータが「医療計画作成支援データブック」という形で提供されています。
- また、本県では、国提供データと合わせ、産業医科大学公衆衛生学教室の協力を得て、傷病別患者数の推移の推計等のデータも活用し、可能な限り幅広い観点から検討を進めています。

(1) 検討の手順

- 国の「地域医療構想策定ガイドライン」では、将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策についての検討に当たり、
 - ・ 直近の病床機能報告制度の病床の機能区分ごとの集計数を比較し、病床の機能分化・連携における地域の課題を分析
 - ・ 在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析するよう求めています。

- これを踏まえ、県では、次のステップで検討を進めることとしました。

(手 順)

- ステップ1 地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の関係者間での認識共有
- ステップ2 地域医療構想を実現するための課題の抽出
- ステップ3 課題に対する対応策（施策）について検討

- ① ステップ1 地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の関係者間での認識共有
 - ・ 病床機能報告制度の報告や既存の統計調査、厚生労働省提供の各種データ等で明らかとなる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病床の機能区分ごとの必要病床数について、各地域医療構想調整会議において関係者間で認識を共有します。

(提出資料)

- ・ 病床機能報告（2014年）のデータ
- ・ D P C参加病院における患者の受入状況
- ・ 推計ツールによる主要疾患別医療需要の推移、流出入の状況
- ・ 年齢調整標準化レセプト出現比（S C R）
- ・ 在宅医療に関する医療資源の状況
- ・ 介護サービス資源の状況 など

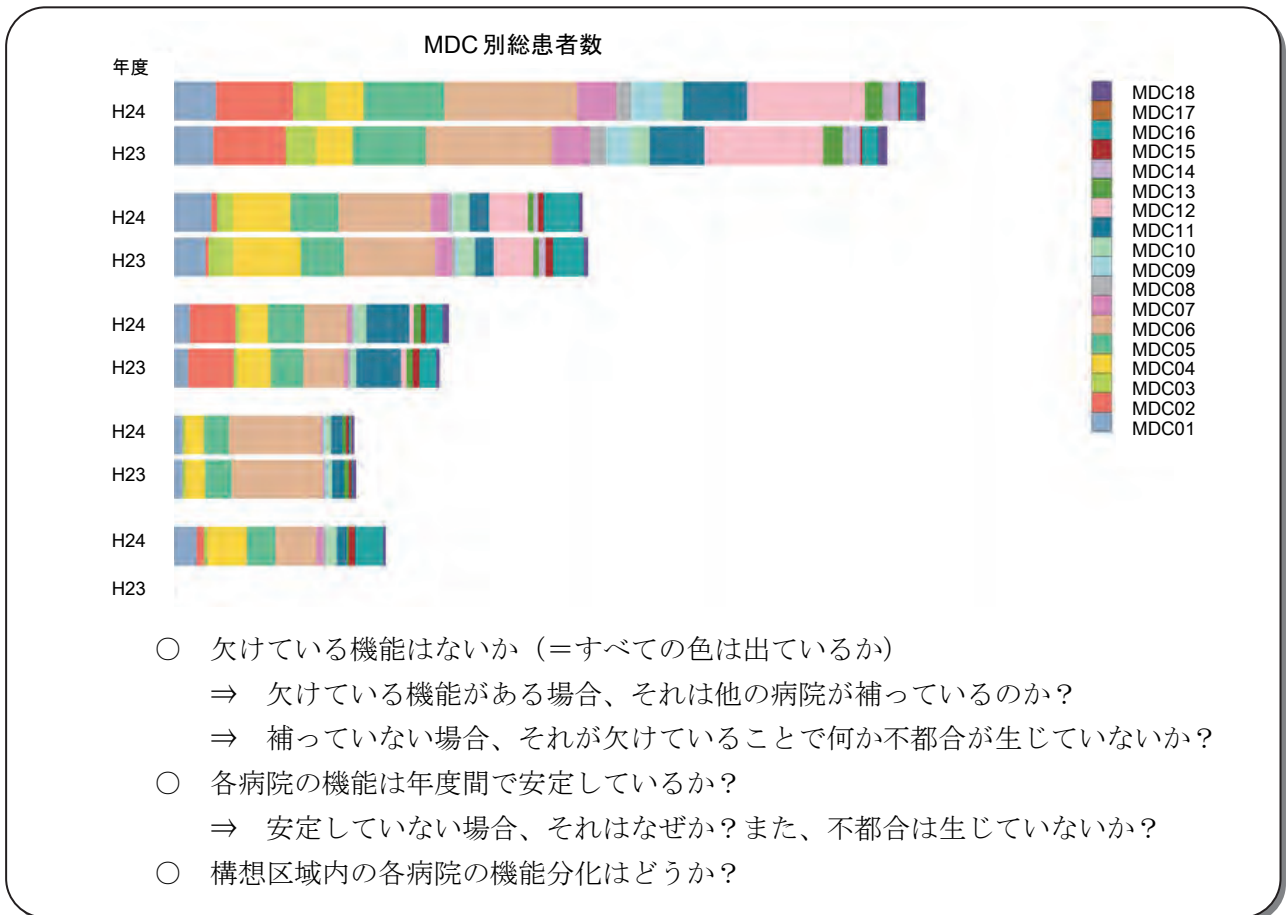
- ② ステップ2 地域医療構想を実現するための課題の抽出
 - ・ ステップ1で共有した地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について抽出します。
- ③ ステップ3 課題に対する対応策（施策）について検討、構想案への記載
 - ・ ステップ2で抽出された課題について、対応策（施策の方向性）等について協議します。

(2) 検討に当たって活用した主なデータの概要等

① D P Cデータ

- ・ D P C (Diagnosis Procedure Combination) とは「診断群包括分類」のことで、平成15年から我が国の急性期入院医療を評価するために導入されている患者の分類方法です。基本的な考え方は、傷病名と患者に対して行われた医療行為の組み合わせで患者を分類するというものです。
- ・ D P Cに参加している病院（主に急性期の病院）は、全国統一形式の電子データで診断群ごとの診療実績を国に提出しており、このデータを活用することでD P C参加病院に関する、診断群ごとの診療実績を把握することが可能となっています。
- ・ 図1-3はD P Cデータを可視化したものとなっており、D P C参加病院ごとに図1-4に示す主要診断群（M D C）ごとの診療実績（件数）が色分けして棒グラフで示されています。
- ・ 色がない診断群があると、当該D P C参加病院では、その診療が行われていないか件数が著しく低い（年10件以下）ということになり、診療機能が欠けていることとなります。
- ・ また、年度間で件数に大きな差が発生していないかを確認することも可能となっています。
- ・ 一方で、D P Cに参加している病院の診療実績しか把握できないため、D P C参加病院では診療が行われていなくても、D P Cに参加していない病院で診療が行われている可能性もあります。

【図1-3】 D P Cデータの検討



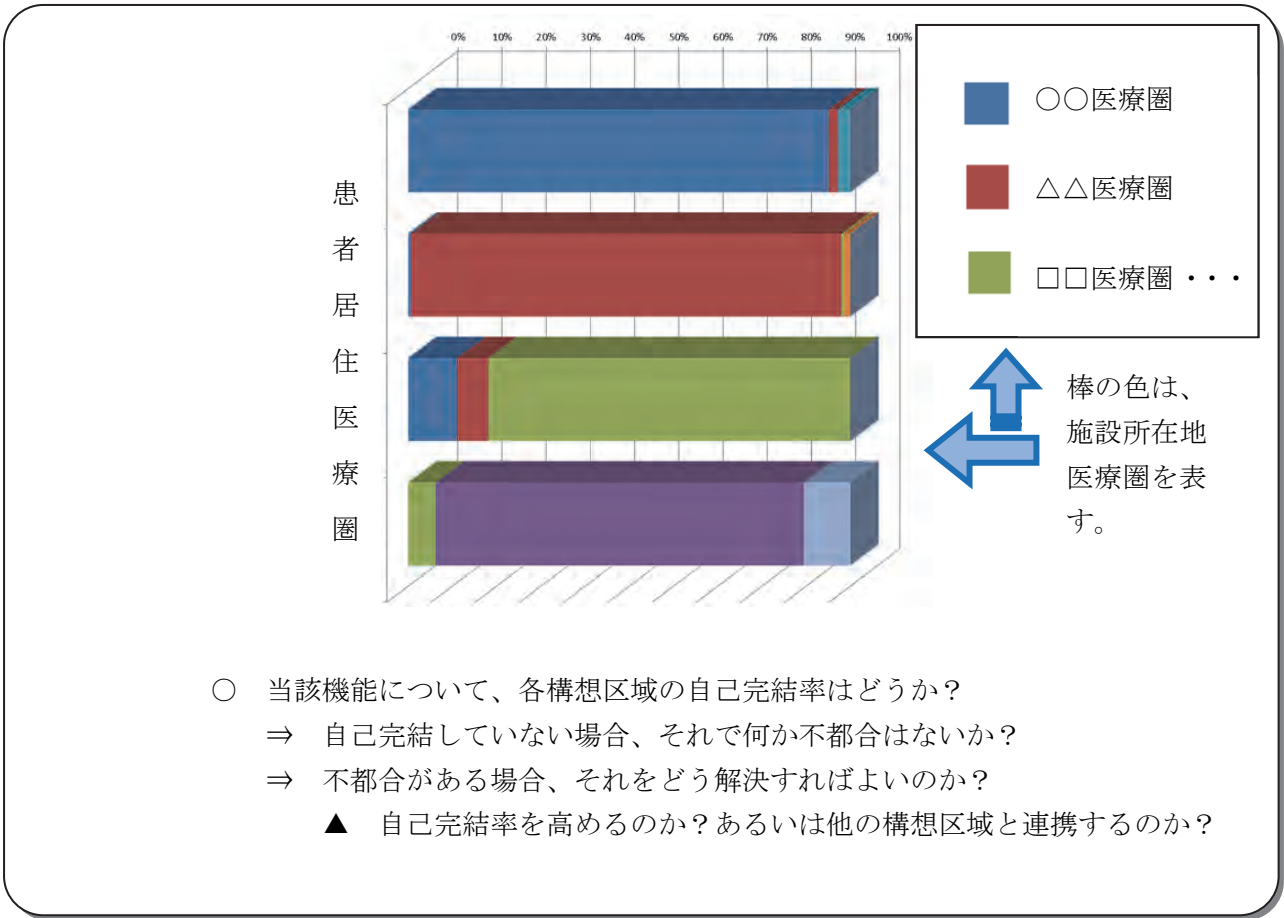
【図1-4】 主要診断群（MDC）の分類

主要診断群 (MDC)	MDC 日本語表記
1	神経系疾患
2	眼科系疾患
3	耳鼻咽喉科系疾患
4	呼吸器疾患
5	循環器系疾患
6	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
7	筋骨格系疾患
8	皮膚・皮下組織の疾患
9	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

② NDBデータ

- ・ NDB (National DataBase) とは、保険医療機関（医科、歯科、調剤）から提出されるレセプトをデータベース化したものです。レセプトには病名及び患者に対して行われた医療行為が記載されており、この情報を活用し、各地域の医療提供の状況を把握することが可能となっています。
- ・ 図1-5は、NDBを可視化したもので、様々な医療行為について、構想区域ごとにどの程度その医療行為が完結しているか、あるいは他の区域に流出しているかを示しています。
- ・ 一方で、構想区域ごとの自己完結率を知るためには、患者の住所地が明確なものしか分析ができないことから、国民健康保険及び後期高齢者医療制度に加入の方々のレセプトしかデータに反映されておらず、働く世代の加入が比較的多い健康保険等のデータを反映していない面があります。

【図1-5】 NDBデータの検討

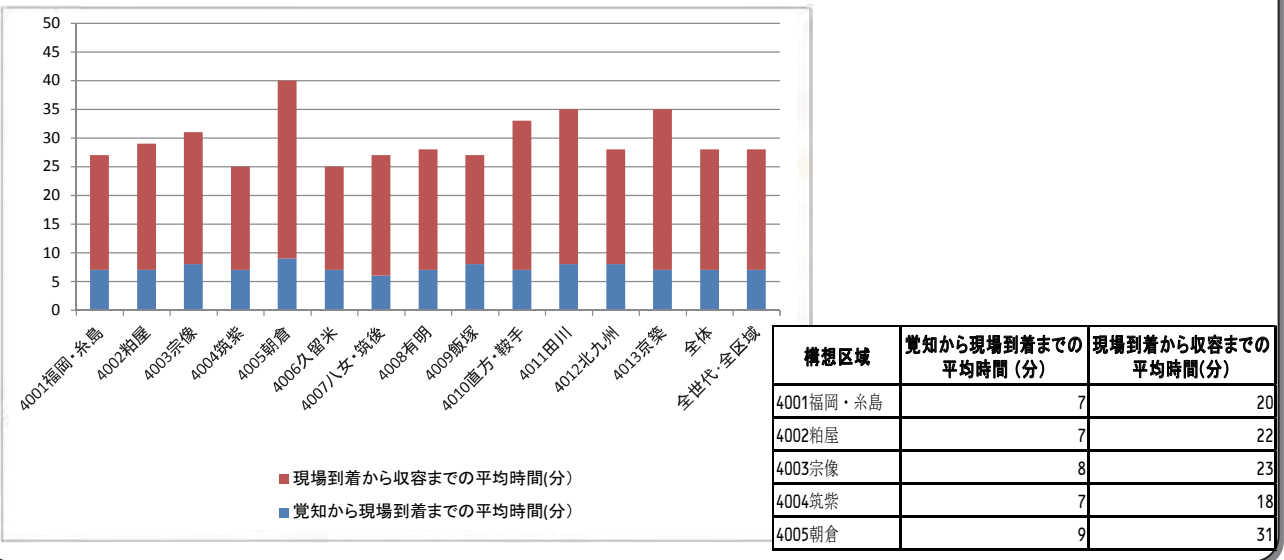


③ 消防庁データ

・ 図1-6は、消防庁から提供されたデータを基に作成した救急搬送時間に関するデータです。構想区域ごとに、年齢別に覚知（救急隊に連絡が入った時間）から医療機関に収容されるまでの平均搬送時間を示しています。

【図1-6】 消防庁データの検討

(乳幼児)



- 救急搬送に関して何か問題はないか？（→覚知から収容までの平均時間の検討）
 - ⇒ 搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのか
 - ▲ 覚知から現場到着？現場到着から収容？
 - ▲ 時間帯による問題は？
 - ▲ 年齢による問題は？

④ 年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）

- ・ SCR（Standardized ClaimRatio）とは、各構想区域における医療機能に対応するレセプトの出現状況を指標化し、可視化（図1-7）したものです。
- ・ SCRの値が100.0より大きければその医療行為が全国平均よりも多く行なわれていることを示し、100.0より小さければ、その医療行為が全国平均よりも少ないことが示されています。
- ・ SCRは、健康保険の種類に関わらず全てのレセプト情報を反映したものとなっています。また、患者住所地ではなく医療機関所在地をベースで指標化されています。

【図1-7】 SCRの検討

中分類	指標名	入外区分	□□	△△	○○	◇◇
入院診療体制	一般入院基本料	全体	78.7	110.5	55.1	104.3
	一般入院基本料 7:1、10:1(再掲)	全体	71.6	114.1	57.7	119.5
	一般入院基本料 13:1、15:1(再掲)	全体	112.6	101.1	46.3	52.1
	DPC入院 再掲	全体	100.5	83.3	94.3	35.1
	療養病棟入院基本料	全体	67.0	71.0	79.9	210.6
	結核病棟入院基本料	全体		223.7		
	精神病棟入院基本料	全体	70.8	65.0	110.6	111.1
	特定機能病院一般入院基本料	全体		213.2		
	障害者施設等入院基本料	全体	67.6	113.1	53.4	
	有床診療所入院基本料	全体	87.2	54.5	52.3	4.2
	有床診療所療養病床入院基本料	全体	109.2		137.7	
	救命救急入院料	全体	27.1	30.9	78.3	
	特定集中治療室管理料 ICU	全体	28.5	22.0	19.4	
	特定入院料	総合周産期特定集中治療室管理料 MFICU	全体		223.1	
特殊疾患病棟入院料等		全体	76.2	112.2	56.7	
小児入院医療管理料		全体	7.6	471.6	11.7	
回復期リハビリテーション病棟入院料		全体	75.0	123.3	66.4	
特殊疾患病棟入院料		全体	152.1	114.8	82.8	
緩和ケア病棟入院料		全体	151.6	143.7	249.1	
精神科救急入院料		全体	274.9	166.4		
精神科急性期治療病棟入院料		全体	56.9	223.6		341.9
精神療養病棟入院料		全体	122.0	87.3	35.0	63.9
認知症治療病棟入院料		全体	106.7	147.8		197.4
ハイケアユニット入院医療管理料 HCU		全体			102.4	
亜急性期入院医療管理料		全体	50.7	21.2	33.1	37.8

- 性年齢を補正したとき全国よりも多く出ている機能・欠けている機能はないか？
 - ⇒ そのような機能があることで何か不都合はないか？

※【図1-3】から【図1-7】は産業医科大学公衆衛生学教室より提供された資料です。