

日医総研ワーキングペーパー

地域の医療提供体制の現状と将来
- 都道府県別・二次医療圏別データ集 -
(2014 年度版)

No. 323

2014 年 6 月 24 日

高橋泰
江口成美

「地域の医療提供体制の現状と将来—都道府県別・二次医療圏別データ集(2014年度版)」

客員研究員 高橋 泰
主席研究員 江口成美

キーワード ◆二次医療圏 ◆GIS 区画 (メッシュ) ◆医療介護資源
◆急性期医療密度指数 ◆医療ビジョン ◆将来予測

1. 2014 年度から開始されている病床機能報告に基づく今後の地域医療ビジョンに向けて、都道府県はそれぞれの地域の医療提供体制を把握し、今後の人口動態に合わせた検討を行うことが求められている。本データ集は 2012 年に第 1 版として公表した二次医療圏データ集の第 3 版で、全二次医療圏について概要を新たに追加し、既存データの更新を行った。
2. 急性期医療が過剰になる地域、不足する地域を明らかにするため、急性期医療の密度を示す指標を試行的に作成し、GIS(Geographic Information System)を用いて地図上で示した。この指標は、病院の規模、地域住民からのアクセス、地域の人口密度を加味したものである。また、人口動態の変化から生じる疾病構造の変容を把握するため、二次医療圏別に患者数の将来推計を示した。
3. 病院、診療所、医師、介護施設等の資源密度に、上記の新たなデータを追加することで、今後の地域医療計画の策定における基礎データの一つとなることを期待する。

目次

I 章. 概要.....	3
I-1. 背景・目的・内容	3
I-2. 報告書の補足説明	4
I-3. 資料編の図表の補足説明	13
II 章. 県別一覧	19

I 章. 概要

I-1. 背景・目的・内容

背景

わが国の人口動態が今後大きく変動することを踏まえ、地域住民の医療福祉水準の維持・向上のための対策が待ったなしである。地域での医療資源の検討のための客観的なデータ提供が必要と考え、2012年、2013年に二次医療圏データ集を公表してきた。本年度から始まる地域医療ビジョンを前に、現在入手できる情報を利用して、地域の急性期医療の密度の把握、患者数の推計も一律に示し、地域の医療政策で利用できる情報提供が必要と考えた。

目的

全国共通の一つの物差しを用いて、二次医療圏別に医療資源の配置に関わる相対的な位置づけを示し、データ集を広く公開する。従来のデータ集を更新し、GISに基づく1キロ平米区画単位の急性期医療密度指数ならびに人口動態を踏まえた患者数の推移を一律に追加で示し、今後の地域医療対策のための情報提供を行う。

内容

- 【新規】各県・医療圏別の概要レポート：各二次医療圏について、急性期医療指数を示す地図（GIS:Geographic Information System）、推計患者数（2010年、2025年）、医療介護資源の概要、人口推移（2010年、2025年）、JMAP(Japan Medical Analysis Platform)へのリンク
- 【更新】医療介護資源の配置状況（全国平均との比較）：病院病床数（種類別）、病院勤務医数、病院看護師数、診療所施設数（種類別）、診療所医師数、在宅医療関連資源（在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、訪問看護ステーション数）、病院全身麻酔数、高齢者ベッド数、介護保険ベッド数、高齢者住宅数（偏差値は全国平均を50とする）¹
- 【更新】2025年、2040年の医療介護需要の増加予想（費用ベース）²

¹ 更新内容は1. 病院数、病床数、一般病床数、療養病床数、精神病床数、診療所病床数（平成24年11月地方厚生局届出受理医療機関名簿→平成24年10月1日医療施設調査）、2. 診療所施設数、無床診療所施設数、有床診療所施設数（平成23年10月1日医療施設調査→平成24年10月1日医療施設調査）、3. 救急救命センター数（平成24年10月救急医学会→平成26年1月救急医学会データ）、4. がん診療拠点病院数（平成22年10月独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターデータ→平成26年1月独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターのデータ）、5. 病院勤務医数、看護師数、准看護師数、理学療法士数、作業療法士数、言語療法士数（平成23年10月1日病院報告→平成24年10月1日病院報告）、6. 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数（平成24年11月地方厚生局届出受理医療機関名簿→平成25年11月地方厚生局届出受理医療機関名簿）、7. 訪問看護サービス件数（平成24年12月介護サービス情報公表システム→平成25年12月介護サービス情報公表システム）。これらは（株）ウェルネス 二次医療圏データベースで公開。

² 医療需要及び介護需要予測（2010年から2040年にかけての推移→2015年から2025年、2040年にかけての推移）

1-2. 報告書の補足説明

各県別に、県全体ならびに県下の全二次医療圏を対象に、以下の項目を統一形式で「概要レポート」（各6ページ）として記載している。

概要レポート

1. 地域ならびに医療介護資源の総括

2013年版で示した医療資源（病院、診療所、医師、介護施設など）の偏差値を、直近の統計情報に基づいて再計算した。それらの結果を本章の最終章「資料編」に記載し、本節では総括を記載した。

2. 人口動態

基礎資料として2010年と2025年について年齢別の人口推移を示した。

3. 急性期医療の密度（病院）

地域医療ビジョン策定など将来を見据えて地域の医療提供体制の再編を考える場合、それぞれの地域で現在提供されている医療サービスが、他の地域に比べて多いのか少ないのか判断が、議論のスタート地点になる。もしサービス提供量が他の地域と比べて非常に多い場合、将来にむけて提供量を絞り込む方向の議論が必要になり、サービス提供量が他の地域と比べて著しく少ない場合は、医療の提供量を増やす方向の議論が必要になる。

急性期病床の過剰な地域と不足する地域を早急に見極める必要があるが、病院の急性期医療の提供能力を相対的に示す指標が存在しない。そこで、全国病院を対象に、DPC病院、全身麻酔件数、病床数、周辺住民からのアクセス、地域の人口密度の観点から相対的に評価した急性期医療密度を試行的に指標化し、1キロ平米区画（GIS 1キロメッシュ）単位で地図上に示した。この計算モデルの算出にはMarket Analyzer Ver. 3.7(技研商事インターナショナル)を用いた（指標の算出法は後述）。一般的な病院カバー率の分析と異なり、病院規模と機能も加味した一般病床集積度合い（住民の利用可能度）を示すことを目的としている。

4. 推計患者数

推計患者数は、それぞれの地域の年齢構成を加味して推計した。患者調査(2011年)の5疾病並びにICD大分類の入院・外来1日あたり受療率(年齢構成別)に当該医療圏の年齢階級別人口(2010、2025年)を乗じて、医療圏の患者の受療動向を示している。

急性期医療密度指数

1) 急性期医療密度指数、一人当たり急性期医療密度指数について

サービス提供量を考える場合、それぞれの地域のサービス提供の総量を評価する視点と、一人一人の住民に提供されるサービス量を評価する視点がある。都市部は医療機関が多くサービス提供総量は多いが、人口も多いので、一人当たりサービス提供量はそれほど多くない場合が多い。一方過疎地では、医療機関が少なく医療サービスの提供総量は少ないが、人口も少ないので、一人当たりの住民に対するサービス量が多い場合がある。現在、急性期医療の提供能力を直接測定できる指標は存在しないので、各病院の急性期医療の提供能力を推計し点数化することで、地域の医療提供量を示すことを試みた。

「急性期医療密度指数」は、地域を 1 km²区画（メッシュ）を用いて分割し、それぞれの 1 km²区画に提供されている急性期医療の“総量”を表現しようとした指標である。一方、「一人当たり急性期医療密度指数」は、ある 1 km²区画に住んでいる住民“一人当たりに提供されている急性期医療サービス量”を表現しようとした指標である。

2) 急性期医療密度指数の算出方法

対象区画（メッシュ）の周辺の病院が提供可能な急性期医療提供量を点数化し、それを各地域に分配するという形で算出した。対象区画の周辺に A 病院、B 病院、C 病院がある場合、A 病院からの急性期医療提供量が 20 点相当、B 病院からの提供量が 10 点相当、C 病院の提供量が 5 点相当であれば、この区画に提供される急性期医療提供量が 35 点相当と評価した。ただし、このような評価を行う場合、A、B、C の各病院の急性期医療の提供能力の点数を、周辺地域の各区画に配分するルールを決める必要がある。それらを以下の手法で行った。

① 各病院の急性期医療の提供能力の評価

まず、対象となる病院は一般病床を有する病院とした。また、病院を、医療圏を超えて広域から患者が集まる「高機能病院」、医療圏における「基幹病院」、「その他の急性期病院」という 3 カテゴリーに分け、機能レベルの差を急性期医療の提供能力を表す点数に反映させるため、病院が提供している全身麻酔件数を用いて急性期医療提供能力の重みづけを行った。

図に示すように、DPC 病院を年間全身麻酔実績に応じて 3 段階に分け、各階級別に、1 床当たりの全身麻酔手術数を算出した。その結果、全身麻酔が年間 2000 件を超える病院は平均病床数 654 床という大規模病院であり、1 床当たり年間平均 4.65 回の全身麻酔下での手術が行われていた。500～2000 件の全身麻酔を実施している病院は、平均 346 床の中規模病院であり、1 床当たり年間 3.15 回の全身麻酔手術が行われていた。全身麻酔の実施件数が年間

500 回以下の DPC 病院の平均病床数は 173 床の比較的小規模な病院であり、1 床当たり年間 1.34 回の全身麻酔下での手術が行われていた。年間全身麻酔件数 500 回以下の病院で行われる 1 床当たり年間全身麻酔件数 1.34 回を基底の 1.0 とし、それぞれの区分の病院の 1 病床当たりの急性期医療提供点数を、1.00 点、2.36 点、3.48 点と仮定した。そして、病院の区分に応じた病床当たり急性期医療提供点数に一般病床数を掛け合わせたものを、各病院の急性期医療提供点数とした。また、非 DPC 病院については、1 床当たりの急性期医療提供点数を 1.00 として算出した。

全身麻酔数区別にみた 1 床当たり全身麻酔数

全身麻酔 件数(年)	病院数	一般病床数 ／病院数	全麻件数／ 一般病床数	病床当たり急性期医療 提供点数
2000-	284	654	4.65	3.48
500-2000	682	346	3.15	2.36
-500	521	173	1.34	1.00

出所 ウェルネス DPC データ

本来、さまざまな指標を組み合わせて、病院ごとに急性期医療提供点数を算出することが望ましいが、現段階では各病院の急性期医療のパフォーマンスを示す指標の入手が困難であるため、本稿では全身麻酔件数を病院の急性期度を最もよく表す指標とみなし、上記に示した手法で急性期医療提供能力の点数化を試みた。

② 各病院の急性期医療提供点数の各区画への割り振り

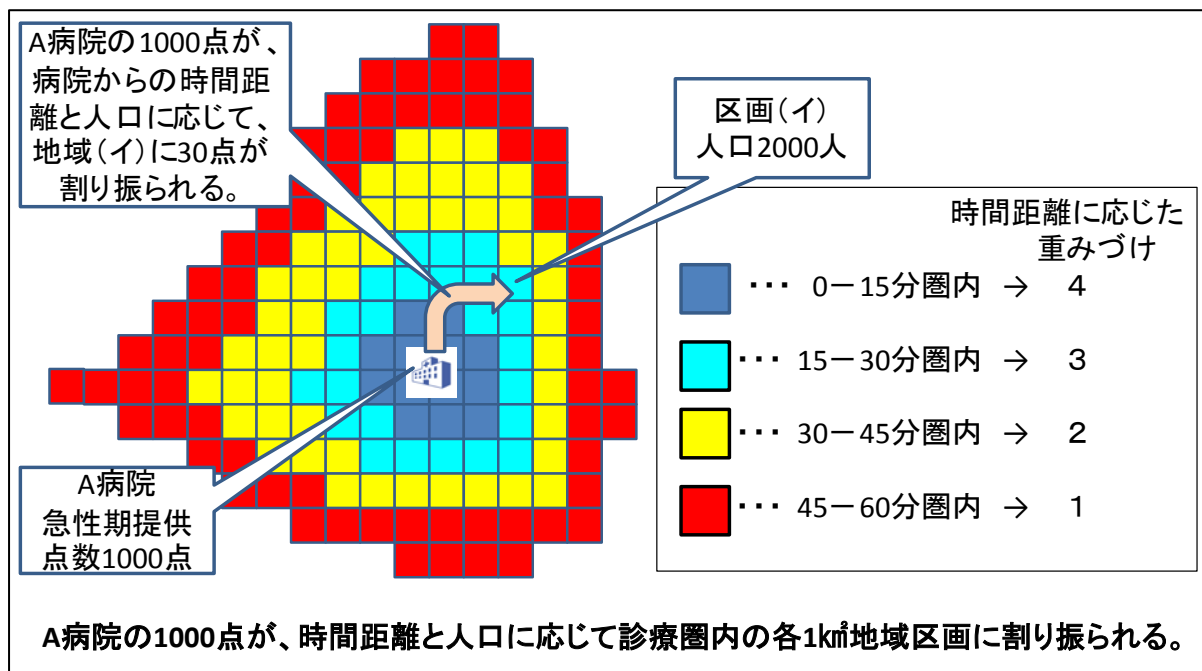
病院の近隣の 1 km²区画に住む住民の方が、遠い区画に住む住民より、当該病院をより多く利用し、人口の多い区画は少ない区画より、より多くの医療資源を使うと仮定した。図で示すように、病院から車³で 15 分間で到達可能な区画を青色、30 分で到達できる区画を空色、45 分で到達できる区画を黄色、60 分で到達できる区画を赤色で示した。これらは GIS ソフト³を用いて算出した。

病院と各区画の距離と病院利用の関係を反映するため、病院から車³で 45～60 分圏内に住む住民 1 に対し、30～45 分圏内に住む住民が 2 倍、15～30 分圏内に住む住民が 3 倍、0～15 分圏内に住む住民が 4 倍その病院を使用すると仮定し、それぞれの 1 km²区画の人口に、距離に応じた重みを掛け合わせた。それらの合計値を算出し、各 1 km²区画の規模（時間距離×人口）に応じて、各病院の急性期医療提供点数を割り振った。

³ MarketAnalyzer Ver.3.7 技研商事インターナショナル

例えば、A病院の15分圏内（青色）に1万人、15～30分圏内（空色）に2万人、30～45分圏内（黄色）に3万人、45～60分圏内（赤色）に4万人住んでいるとすると、このA病院の診療圏の重みづけ点数の総計は、20万点（＝1万人×4点/人＋2万人×3点/人＋3万人×2点＋4万人×1点/人）となる。A病院の急性期医療提供点数が1000点の場合、A病院から15～30分圏内の人口2千人の1㎢区画である「区画（イ）」への急性期医療提供点数は1000点×（3点×2000人）÷20万点＝30点とする。

各病院の急性期医療提供点数を各区画へ割り振る方法⁴



③ 各1㎢区画の急性期医療密度指数の算出方法

都市部など、一つの1㎢区画のそばに複数の病院が存在することが多い。上記の区画（イ）のそばに、A病院（高機能）の他にB病院（地域中核）、C病院（その他）があるとすると、この区画（イ）には、上記の計算方法に従い、A病院から30点、B病院からは10点、C病院からは5点が配分されるとすると、この区画に配分される急性期医療提供点数は45点になる。

全国の全ての居住地1㎢区画の医療提供点数の平均値を1となるように調整し、各1㎢区画の医療点数を「急性期医療密度指数」として算出した。全国平均値を9点とすると、45点である区画（イ）の急性期医療密度指数は5.0となる。

⁴ 年間2000例以上全身麻酔を行っている病院については、より広域から患者が集まる高機能病院と想定し、それらの病院の診療圏を自動車で1時間圏内と想定した。高機能病院と対象の1㎢区画までの距離を上記のような4段階で区分して、それぞれの病院の医療提供点数を、車で1時間圏内の各1㎢区画に配分した。さらに、全身麻酔500～1999件の地域の中核病院と、その他の一般病床を有する病院の診療圏を自動車で30分以内と想定し、病院から15～30分圏内に住む住民に1に対し、0～15分圏内に住む住民が2倍その病院を使用すると仮定し、あとは上記の算出方法と同様に、各病院の急性期医療提供点数を各区画に割り振った。

急性期医療密度は、各病院の提供点数を人口や距離を勘案したもので、病院、特に高機能病院や大規模病院が密集した地域が高い点数を得ることになる。また、車で1時間圏内に高機能病院がなく、30分以内に病院がない場合、その1km²区画には、病院から医療提供点数が割り振られず、急性期医療提供点数が0点になり、地図上では濃い青色で表現されている。これらの地域では診療所が病院を補完して機能を果たしている可能性が高いが、本指標は試行的に病院のみを対象としている。

3) 一人当たり急性期医療密度指数の算出方法

地域の医療提供量を考える場合、提供総量を示す「急性期医療密度指数」と、一人当たりへの医療提供量を示す「一人当たり急性期医療密度指数」の両面から状況を把握する必要がある。そこで、各1km²区画分に割り振られた医療提供点数を、それぞれの区画の人口で割り、一人当たり急性期医療密度を示した。一人当たり急性期医療密度指数は、全国平均⁵が1になるように調整した指数である。

例えば、千葉県船橋市周辺の東葛南部地域は、病院が多く急性期医療密度指数は高いが、人口が多いため一人当たり急性期医療密度指数は低い。逆に、北海道や東北は、急性期医療密度指数が全国平均レベルであるが、地域の人口が少ないため、一人当たり急性期医療密度指数が高い地域が多い。「医療提供密度指数」が0で濃い青色で表現された1km²区画については、「一人当たり医療提供密度指数」も0となる。

4) 指標の限界

本稿の急性期医療密度は地域の急性期医療の多寡の違いを示すため、今ある情報をもとに、いくつかの仮定に基づき、病院のみを対象に試行的に開発した指標である。全身麻酔件数に依存しており、病院までの時間距離と利用の関係についての仮定を含め、精緻化していく予定である。また、2014年度から始まる病床機能報告制度で報告される病床機能情報の利用、各地の診療所の機能の追加、住民の年齢構成を用いた調整などの検討が必要で、現状をより正確に示す指標として更新してく予定である。

⁵ 全国平均は、全病院の医療提供点数を全人口で割った。

【補足】急性期医療密度と一人当たり急性期医療密度の関係

急性期医療密度は、医療機関の急性期機能を、病院からの距離と、各区分の人口密度を勘案しながら分配することにより算出する指標であるため、(1) その地域にある病院の一般病床が多いほど、(2) 全身麻酔件数の多い病院が多いほど、(3) 対象地域の人口密度が高いほど、高い値になる。

一方、一人当たり急性期医療密度は、それぞれの地区に住む住民が、一人当たりどの程度の急性期医療の提供を受けるキャパシティの高低を表す指標であり、(1) その地域の一般病床が多いほど、(2) 全身麻酔件数の多い病院が多いほど高い値になるが、上記(3)の人口密度の影響は受けない。

図1の上のグラフは、全2次医療圏の急性期医療密度(対数表示:横軸)と一人当たり急性期医療密度(縦軸)の散布図である。急性期医療密度と一人当たりの急性期医療密度の間には、ほとんど相関がない。一方、図1の下部は、上記のグラフを過疎地域、地方都市、大都市別に描いたものである。急性期医療密度は、人口密度の影響を強く受けるため、人口密度をもとに分類した「大都市、地方都市、過疎地域」という区分で分けると、3つのグラフに示すように、急性期医療密度軸に沿って、3つのグループにくっきりと分かれる。この3つのグラフから、わが国では、大都市部は急性期医療の密度が最も高く、地方都市が続き、過疎地域の医療密度は低いことが示される。一方、全国平均を1として示された一人当たりの急性期医療密度は、ほとんど2次医療圏が0.5から1.5の範囲に収まり、全国的に差が少ないことがわかる。

図1 急性期医療密度(対数表示:横軸)と一人当たり急性期医療密度(縦軸)の過疎地域、地方都市、大都市別の分布状況

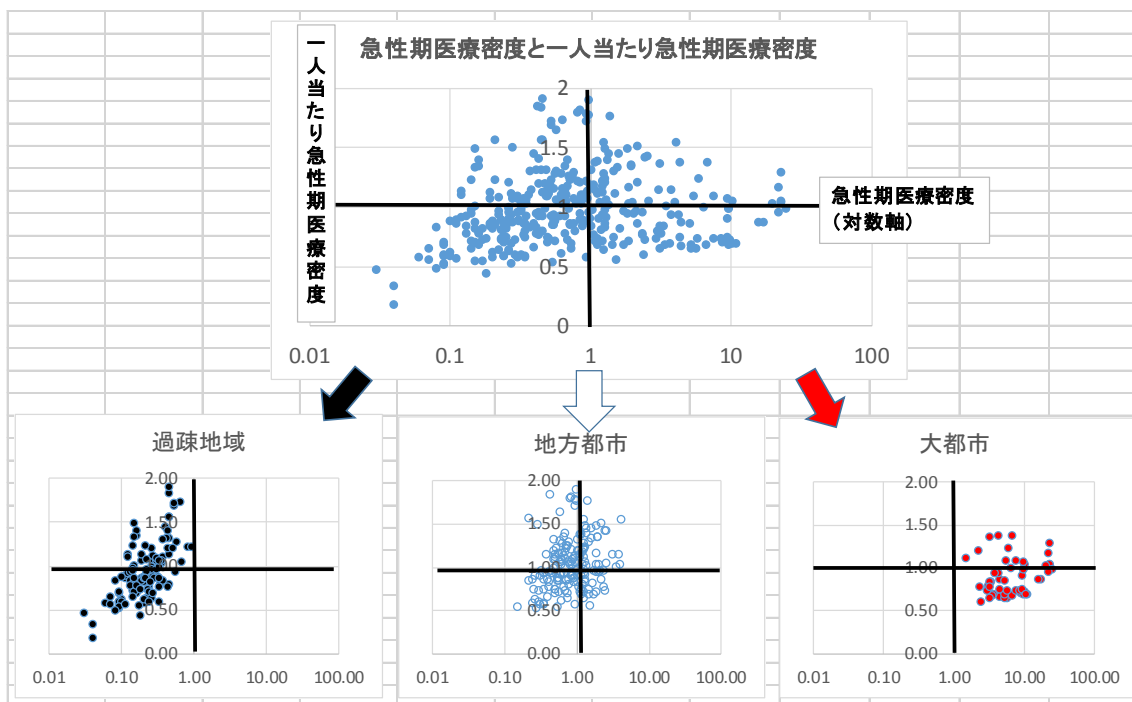


表1 大都市部、地方都市、過疎地域の一人当たり急性期医療密度指数ランキング

大都市			地方都市			過疎地域		
二次医療圏略称	急性期医療密度指数	一人当たり急性期医療密度指数	二次医療圏略称	急性期医療密度指数	一人当たり急性期医療密度指数	二次医療圏略称	急性期医療密度指数	一人当たり急性期医療密度指数
全国	1.00	1.00	全国	1.00	1.00	全国	1.00	1.00
大都市	8.42	0.90	地方都市	1.02	1.04	過疎地域	0.25	0.94
京都(京都)	6.73	1.38	旭川(北海道)	0.96	1.90	水俣(熊本)	0.45	1.91
北九州(福岡)	4.28	1.38	釧路(北海道)	0.42	1.85	由利本荘(秋田)	0.44	1.84
札幌(北海道)	3.13	1.37	盛岡(岩手)	0.84	1.82	釜石(岩手)	0.63	1.74
大阪(大阪)	22.44	1.29	別府(大分)	0.81	1.80	御坊(和歌山)	0.52	1.72
福岡(福岡)	5.83	1.24	松江(島根)	0.93	1.79	七尾(石川)	0.52	1.69
仙台(宮城)	2.15	1.21	室蘭(北海道)	0.96	1.78	宇和島(愛媛)	0.44	1.57
区中央部(東京)	21.50	1.17	函館(北海道)	1.36	1.77	日南(宮崎)	0.45	1.57
広島(広島)	1.48	1.12	高知(高知)	0.93	1.72	長万部(北海道)	0.15	1.49
池田(大阪)	7.48	1.09	会津若松(福島)	0.57	1.65	滝川(北海道)	0.39	1.45
神戸(兵庫)	5.43	1.09	帯広(北海道)	0.21	1.57	能代(秋田)	0.43	1.41
・	・	・	・	・	・	・	・	・
・	・	・	・	・	・	・	・	・
・	・	・	・	・	・	・	・	・
川崎北部(神奈)	10.22	0.70	関市(岐阜)	0.29	0.60	曾於(鹿児島)	0.11	0.57
八王子(東京)	5.14	0.69	石巻(宮城)	0.24	0.59	須崎(高知)	0.07	0.56
小平(東京)	9.47	0.69	鹿嶋(茨城)	0.34	0.59	高島(滋賀)	0.17	0.55
船橋(千葉)	6.58	0.68	茂原(千葉)	0.34	0.58	上五島(長崎)	0.09	0.53
横須賀(神奈川)	3.39	0.68	岡崎(愛知)	0.93	0.58	隠岐(島根)	0.09	0.52
春日部(埼玉)	4.40	0.67	島原(長崎)	0.30	0.58	阿蘇(熊本)	0.08	0.49
和光(埼玉)	5.66	0.65	刈谷(愛知)	1.53	0.56	根室(北海道)	0.03	0.47
さいたま(埼玉)	5.13	0.65	大崎(宮城)	0.15	0.55	秩父(埼玉)	0.18	0.44
相模原(神奈川)	3.11	0.65	大垣(岐阜)	0.53	0.54	南会津(福島)	0.04	0.44
上尾(埼玉)	2.37	0.60	多治見(岐阜)	0.27	0.53	島しょ(東京)	0.04	0.44

表1は、大都市、地方都市、過疎地域別に、一人当たり急性期医療密度指数の高い二次医療圏から低い医療圏に向けて並べ、その上位10医療圏と下位10医療圏を示した表である。まず、急性期医療指数の平均値が、「大都市8.42、地方都市1.02、過疎地域0.25」と大きな開きが見られるが、一人当たり急性期医療密度指数は、「大都市0.90、地方都市1.04、過疎地域0.94」と、ほとんど差が見られない。また、大都市部の一人当たり急性期医療密度指数トップの京都市および周辺部の医療圏が1.38、最下位の上尾市および周辺部の医療圏が0.60と差が少なく、大都市部での一人当たりの急性期医療の提供能力の差が2.3倍と少ないことがうかがえる。一方、過疎地域のトップである水俣市および周辺部の医療圏が1.91、最下位の東京都の離島である島しょ部が0.44であり、4.3倍の開きが見られる。一人当たりの急性期医療の提供能力に関しては、過疎地の方が大都市より格差が大きいことを示している。

次に、大都市で「一人当たり急性期医療密度」が一番高い京都（1.38）の「急性期医療密度」が6.73であるのに対し、「急性期医療密度」が日本で一番高い大阪（22.44）の「一人当たり急性期医療密度」は1.29と京都より低い値になる。この理由は以下の通りである。まず、京都および周辺部を含む医療圏には、京都市内の他に広大な山間地が含まれる。京都市内には大阪を超える密度で高度医療機関や多くの医療機関が存在するが、大阪医療圏は大阪市内のみを範囲とし、山間地を含まない。その結果、京都医療圏の急性期医療密度は、非常に高い値の京都市内と、非常に低い値の山間地の平均値となるため、急性期医療密度は低くなる。一方、大阪医療圏は、全地域の急性期医療密度が高く、その平均値である大阪医療圏の急性期医療密度も高くなる。さらに、一人当たり急性期医療密度は、山間地の人口は少ないためほとんど影響を受けないため、京都が高値になる。京都と同様に、広大な面積をカバーする北九州、札幌、福岡、仙台、広島なども、京都と同様、「一人当たりの急性期医療密度」が高いが、「急性期医療密度」は低くなる。

過疎地で「一人当たり急性期医療密度」が高いケースも同様であり、このような地域では、人口の割に医療集積の高い地域があり、その周辺に人口密度の低い地域が広がっている。過疎地で「一人当たり急性期医療密度」が低い地域は、その地域内に医療が集積した地域がなく、医療過疎の極めて厳しい地域と言える。

各二次医療圏の3ページ目「地域のサマリー」に示された値（偏差値）と急性期医療密度の関係

各二次医療圏の3ページ目に示された値（偏差値）は、各二次医療圏内の病床数や医師数などを、二次医療圏内の人口で割った値をもとに算出された数値である。よって、周辺の医療圏の影響を受けず、各二次医療圏を閉じた形で算出している。

一方、急性期医療密度は、2次医療圏の境界を意識せず、各病院からの距離と、各地区の人口密度をもとに、病院の急性期医療機能を分配して算出している。よって、周辺の二次医療圏までの距離が近い場合、その病院の影響が、周辺の医療圏まで及ぶ。例えば名古屋市の北部に広がる尾張中部医療圏は、その医療圏内の医療資源は非常に少なく、二次医療圏の3ページ目のサマリーに示された値（偏差値）は、医療過疎を表す低い値になっている。

一方、この医療圏の急性期医療密度は5.09、全国平均の5.09倍を意味し、一人当たりの急性期医療密度も0.86と、決して低い値ではない。この地域内には医療施設が少ないが、名古屋市北部や尾張北部（春日井）などの医療機関の影響を強く受け、この地域の急性期医療密度は高い値になっている。

このように地域内の医療資源を地域内の人口で割ることにより求めた偏差値をもとに作成した地域のサマリーの内容と、急性期医療密度の示す内容が大きく異なる医療圏が存在する。

【参考】日本医師会 JMAP (Japan Medical Analysis Platform) <http://jmap.jp/>

全国の市区町村、二次医療圏、都道府県別に病院・診療所の情報、人口情報を瞬時に検索できるシステムを提供している。

JMAP 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform

トップページ > 施設別検索

JMAPは、各都道府県医師会、都市医師会や会員が、自地域の将来の医療や介護の提供体制について検討を行う際の参考、ツールとして活用していただくことを目的としています。

施設別検索 | 地域別統計

地域を指定

- 都道府県: **奈良県**
- 二次医療圏: []
- 市区町村: []

施設種類を指定

- 施設類型:
 - 無床診療所 有床診療所
 - 一般病床 精神病床 療養病床
 - 結核病床 感染症病床 老人保健施設
- 診療科目:
 - 内科系 外科系 小児科系
 - 産婦人科系 皮膚科系 眼科系
 - 耳鼻咽喉科系 精神科系
- 医療機関:
 - DPC対象病院 特定機能病院 救命救急センター
 - 救急医療機関 地域医療支援病院 がん診療拠点病院
 - 産婦人科医療センター 回復期リハビリ病棟
- 在宅医療:
 - 在宅療養支援診療所1 在宅療養支援診療所2 在宅療養支援診療所3
 - 在宅療養支援病院1 在宅療養支援病院2 在宅療養支援病院3

フリーワードで絞り込み

診療科目名、施設名、所在地で絞り込み

- 「整形外科」「泌尿器科」など、特定の診療科目で検索することができます。
- 施設名や所在地の一部でも検索することができます。

検索

地域別統計はこちら

ご利用案内

事務所からのお知らせ

2013.12.17
当サイトを一部向けに公開しました。データダウンロード機能以外は、どなたでもご利用いただけます。

2013.12.06
データベースおよびシステム機能をリニューアルしました。詳しくは「ご利用案内」ページをご覧ください。

2013.07.19
各都道府県の地域医療計画の見直しにともない、富山県、栃木県、徳島県の二次医療圏の設定を変更しました。

2013.06.07
会員の皆様へのサイトの公開を開始しました。

JMAP 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform

トップページ > 施設別検索 > 検索結果一覧

JMAPは、各都道府県医師会、都市医師会や会員が、自地域の将来の医療や介護の提供体制について検討を行う際の参考、ツールとして活用していただくことを目的としています。

施設別検索 | 地域別統計

検索結果一覧リスト

検索条件

- 地域指定: 奈良県 > 奈良
- 病床区分: (指定なし)
- 診療科目: (指定なし)
- 医療機関: DPC対象病院
- 在宅療養支援: (指定なし)
- フリーワード: (指定なし)
- 対象施設数: 6件 [検索をやり直す]

このリストの施設を地図上に表示

施設種類	施設名称	所在地	総病床数
病院	奈良県立奈良病院	奈良市平松1丁目30番1号	430
病院	市立奈良病院	奈良市東町寺町一丁目50番1号	350
病院	社会福祉法人園精財団厚生会奈良病院	奈良市八条4丁目643番地	250
病院	医療法人新生会総合病院 東の原中央病院	奈良市石京1丁目3番地の3	249
病院	医療法人崇仁会西の京病院	奈良市六条町102-1	198
病院	医療法人松本快生会西奈良中央病院	奈良市錦舞西町1-15	166

データをダウンロードする

I-3. 資料編の図表の補足説明

表 n-1 地理情報・人口動態

各医療圏の人口・面積の県内シェア、人口密度、地域タイプ※、高齢化率、2040年総人口増加率、75歳以上増加率を示す。

※「地域タイプ」

344の二次医療圏を、人口と人口密度をベースに 1) 大都市型、2) 地方都市型、3) 過疎地域型の3形態に分類した。

大都市型	二次医療圏の（人口が100万人以上）または（人口密度が2000人/km ² ）以上
地方都市型	二次医療圏の（人口が20万人以上）または（人口10-20万人かつ人口密度200人/km ² 以上）
過疎地域型	大都市型にも地方都市型にも属さない場合

このルールに従って、344の二次医療圏を大都市型、地方都市型、過疎地域型に分類した。大都市型は、我が国の5%の面積を占めるが、そこに全人口の44%が住み、平均の人口密度が2942人/km²である。地方都市型は、我が国の面積の50%を占め、人口の46%が住んでおり、平均人口密度が約315人である。過疎地域型は、我が国の面積の45%を占めるが、人口はわずか9%で、人口密度が73人/km²である。

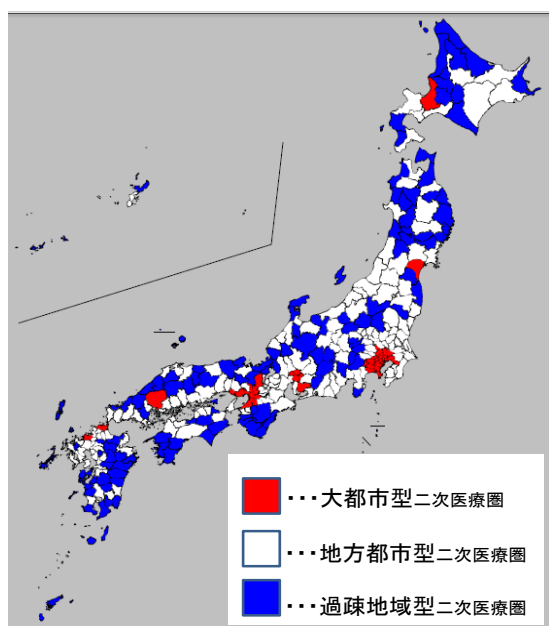


表 n-2 ~ 表 n-13 に含まれる「偏差値」

各医療圏の人口あたり医療資源量の相対的な位置づけを知るために、偏差値を算出した。「偏差値」の計算方法は以下の通り⁶。各医療圏における資源量の配分を偏差値を用いて検討することが本データベースの大きなポイントの一つである。

$$\text{(A 医療圏の B という 指標の偏差値)} = 50 + \frac{\text{(A 地域の B の値)} - \text{(B の全国平均値)}}{\text{(B の標準偏差)}} \times 10$$

偏差値はセルの色で分けて示し、65 を超えた場合は青色、55 から 65 の場合は水色、35 から 45 の場合は黄色、35 未満は赤色、としている。

偏差値	セルの色
65 以上	青色
55～65	水色
45～55	白色
35～45	黄色
35 未満	赤色

表 n-2 病院数、診療所施設数

二次医療圏別の病院数、診療所数それぞれについて、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり施設数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-3 病院総病床数、診療所病床数

二次医療圏別の病院、診療所それぞれについて、病床数、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり病床数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-4 診療所施設数（全体、無床、有床）

二次医療圏別の診療所（総数）数、無床診療所数、有床診療所数について、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり施設数、全国のなかでの偏差値を示した。

⁶ 全国平均と A 医療圏の B という指標の値が一致すると偏差値が 50 になるよう、あえて 344 医療圏の平均でなく、全国平均値を用いて計算している。正確に計算した偏差値とはやや値が異なるが、指標が全国平均値と一致すると偏差値は 50 となり、その地域の指標が全国平均より高いか低いかを判断しやすい。

表 n-5 一般病床数、療養病床数、精神病床数

二次医療圏別の病院の一般病床、療養病床、精神病床のそれぞれについて、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり病床数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-6 救命救急センター数、がん診療拠点病院数、全身麻酔件数

二次医療圏別の救命救急センター、がん拠点病院の施設数について、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり病床数、偏差値を示した。また、全身麻酔の手術件数についても県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり病床数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-7 医師数（総数、病院勤務医数、診療所医師数）

二次医療圏別の医師数について、総数、病院勤務医数、診療所医師数のそれぞれの、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり医師数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-8 看護職員数（総数、病院看護師数、診療所看護師数）

二次医療圏別の看護職員数（看護師＋准看護師）について、総数、病院の看護職員、診療所の看護職員それぞれの、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり看護職員数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-9 療法士と回復期病床数

二次医療圏別の療法士（理学療法士＋作業療法士＋言語聴覚士）について総数、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり療法士数、全国のなかでの偏差値を示した。また、病院の回復期病床数について、総数、県内シェア（総数の中で占める割合）、人口 10 万人あたり療法士数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n-10 在宅医療施設数（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション）

二次医療圏別の在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、訪問看護ステーション数について、総数、県内シェア（総数の中で占める割合）、75 歳以上 1 万人あたりの施設数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n - 11 総高齢者ベッド数、介護保険施設ベッド数、総高齢者住宅収容数

各都道府県や医療圏の介護提供能力の代表値として使用している。二次医療圏別の介護保険施設ベッド数、総高齢者住宅数、それらを合わせた総高齢者ベッド数について、県内シェア（総数の中で占める割合）、75歳以上1,000人あたりのベッド数施設数、全国のなかでの偏差値を示した。

$$\begin{aligned} \text{（総高齢者ベッド数）} &= \text{（介護保険施設の総ベッド数）} + \text{（高齢者住宅数）} \\ &= \text{（老健の総ベッド数）} + \text{（特養の総ベッド数）} + \text{（介護療養病床）} \\ &\quad \text{（有料老人ホーム計）} + \text{（グループホーム）} + \text{（高齢者住宅計）} + \text{（その他計）} \end{aligned}$$

各都道府県や医療圏の介護提供能力の代表値として使用している。

（表 n - 12）、（表 n - 13）参照。

表 n - 12 老人保健施設収容数、特別養護老人ホーム収容数、介護療養病床数

二次医療圏別の老人保健施設収容数、特別養護老人ホーム収容数、介護療養病床数について、県内シェア（総数の中で占める割合）、75歳以上1,000人あたりの収容数・病床数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n - 13 有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅収容数

二次医療圏別の有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅（サ高住など）の収容数について、県内シェア（総数の中で占める割合）、75歳以上1,000人あたりの施設数、全国のなかでの偏差値を示した。

表 n - 14 ~64 歳人口、75 歳以上人口の推移

二次医療圏別の 64 歳以下人口、75 歳以上人口、それぞれの将来推計の実数と、2010 年を 100 とした場合の数値を示し、64 歳以下人口の減少度合い、65 歳以上人口の増加度合いのそれぞれを把握できるようにした。

表 n - 15 2015→25 年→40 年の医療・介護の需要予測

二次医療圏別に全人口の総医療需要、うち 64 歳以下の医療需要、75 歳以上の医療需要、さらに総介護需要についてそれぞれの 2015 年から 2025 年、2025 年から 2040 年にかけての増減率を示した。

(平成 22 年度国民医療費、平成 23 年介護給付実態調査報告、社会保障人口問題研究所人口推計を使用)

医療費係数を用いた医療需要予測 (全国) (歯科は除く)

年齢	医療費係数	係数 * 人口推計		
		2015	2025	2040
14	0.6	9,441,132	7,899,935	6,414,006
15~39	0.4	13,165,386	11,403,231	9,450,765
40~64	1.0	42,507,533	41,125,869	33,332,248
65~74	2.3	40,276,639	34,037,503	37,870,445
75~	3.9	63,630,062	84,179,525	85,946,768
	トータル	169,020,752	178,646,062	173,014,231
	比率	1.00	1.06	1.02

介護費用係数を用いた介護需要予測 (全国)

年齢	医療費係数	係数 * 人口推計		
		2015	2025	2040
40~64	1.0	42,507,533	41,125,869	33,332,248
65~74	9.7	170,423,365	144,023,581	160,241,986
75~	87.3	1,436,219,216	1,900,049,228	1,939,938,367
	トータル	1,649,150,114	2,085,198,677	2,133,512,601
	比率	1.00	1.26	1.29

図 n - 1 2015 年→40 年医療介護需要の増減予測

2015 年の医療費、介護サービス費用と将来の人口推計より総医療需要、75 歳以上医療需要、総介護需要の増減率を算出して棒グラフで示した。

出所情報

項目名	出典	
病院数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
一般病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
療養病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
精神病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
結核病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
(再掲)回復期リハビリ病棟病床数	平成25年3月全国回復期リハ病棟連絡協議会	
感染症病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
病院勤務医数	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
病院勤務医数(常勤)	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
病院勤務医数(非常勤)	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
総看護師数(病院)	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
正看護師数(病院)	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
准看護師数(病院)	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
理学療法士	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
作業療法士	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
言語聴覚士	平成24年10月1日病院報告 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
診療所医師数	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
診療所勤務医数(常勤)	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
診療所勤務医数(非常勤)	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
診療所病床数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
総看護師数(診療所)	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
正看護師数(診療所)	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
准看護師数(診療所)	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
DPC対象病院	平成25年度DPC病院調査結果	
大学病院	平成25年11月地方厚生局	
救急救命センター	平成26年1月救急医学会	
地域医療支援病院	平成25年1月 厚生労働省	
がん診療拠点病院	平成26年1月 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター	
在宅療養支援診療所	平成25年11月地方厚生局 届出受理医療機関名簿	
在宅療養支援病院	平成25年11月地方厚生局 届出受理医療機関名簿	
訪問看護サービス件数	平成25年12月介護サービス情報公表システム	
診療所施設数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
有床診療所施設数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
無床診療所施設数	平成24年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
全身麻酔	平成23年10月1日医療施設調査 総務省統計局「政府統計の窓口(e-Stat)」	
老人保健施設収容数	田村プランニング(平成25年1月データ)	
特別養護老人ホーム収容数	田村プランニング(平成25年1月データ)	
介護療養型医療施設	田村プランニング(平成25年1月データ)	
高 宅 齢 者 住	有料老人ホーム計	田村プランニング(平成25年1月データ)
	グループホーム	田村プランニング(平成25年1月データ)
	高齢者住宅計	田村プランニング(平成25年1月データ)
	その他計	田村プランニング(平成25年1月データ)
人口	平成22年国勢調査 人口等基本集計(男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態など)より抜粋 平成23年10月公表	
人口密度	人口と面積で計算	
面積	都道府県・市区町村別主要統計表(平成22年)より抜粋	
2010年(総人口)	平成22年国勢調査 人口等基本集計(男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態など)より抜粋 平成23年10月公表	
2015年(総人口)	国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計	
2020年(総人口)	国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計	
2025年(総人口)	国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計	
2030年(総人口)	国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計	
2035年(総人口)	国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計	
2040年(総人口)	国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計	

II 章. 県別一覽

01 北海道	02 青森県	03 岩手県	04 宮城県
05 秋田県	06 山形県	07 福島県	08 茨城県
09 栃木県	10 群馬県	11 埼玉県	12 千葉県
13 東京都	14 神奈川県	15 新潟県	16 富山県
17 石川県	18 福井県	19 山梨県	20 長野県
21 岐阜県	22 静岡県	23 愛知県	24 三重県
25 滋賀県	26 京都府	27 大阪府	28 兵庫県
29 奈良県	30 和歌山県	31 鳥取県	32 島根県
33 岡山県	34 広島県	35 山口県	36 徳島県
37 香川県	38 愛媛県	39 高知県	40 福岡県
41 佐賀県	42 長崎県	43 熊本県	44 大分県
45 宮崎県	46 鹿児島県	47 沖縄県	