

H28Aug30
DPC セミナー

DPCと医療マネジメント ～地域医療構想との関連で～

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要
2. 北九州を事例とした検討
3. 慢性期をどう考えるのか
4. 自施設の経営を考える
5. まとめ

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

病床機能別医療需要の検討ツール (厚生労働省配布ツール)

医療機関所在地	医療機能	2013年度の 医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要 (現行の流入) (人 /日)	2025年度の医療需要 (調整後の流入) (人/日)	2013年度の 必要病床 数(床)	2025年度の必要病床 数(現行の流入) (床)	2025年度の必要病床 数(調整後の流入) (床)
	高度急性期	1,904.3	2,146.3	1,844.8	2,539.1	2,861.7	2,459.7
	急性期	4,852.1	6,128.0	5,618.6	6,348.8	7,856.4	7,203.3
	回復期	4,825.8	6,477.1	6,020.8	5,473.1	7,196.7	6,689.7
	慢性期	2,683.9	3,295.6	3,458.0	2,917.2	3,582.2	3,758.6
	在宅医療等	25,888.7	42,112.5	40,048.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	18,432.8	29,867.8	27,817.0			
	小計	40,354.7	60,159.4	56,891.0	17,279.2	21,497.0	20,111.4
	高度急性期	123.8	143.5	214.2	167.7	191.4	285.5
	急性期	401.5	499.0	674.9	514.7	639.8	865.3
	回復期	517.5	685.1	794.1	575.0	772.3	882.3
	慢性期	348.1	407.4	508.0	378.9	442.8	552.1
	在宅医療等	1,812.0	2,936.6	3,382.9			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	790.5	1,220.4	1,574.7			
	小計	3,204.8	4,681.6	5,574.0	1,635.7	2,046.2	2,585.3
	高度急性期	13.0	13.9	30.7	17.3	18.5	41.0
	急性期	73.3	80.2	107.0	93.9	102.8	137.1
	回復期	59.0	63.1	106.1	65.6	70.2	117.9
	慢性期*	99.4	68.6	106.6	108.1	74.6	115.9
	在宅医療等	727.9	876.8	750.0			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	324.6	419.3	273.8			
	小計	972.6	1,102.7	1,100.4	284.8	266.1	411.9
	高度急性期	363.1	403.2	415.1	484.1	537.6	553.5
	急性期	1,085.7	1,273.7	1,298.4	1,391.9	1,632.9	1,664.6
	回復期	1,148.5	1,427.8	1,407.2	1,276.1	1,586.4	1,563.5
	慢性期	1,879.3	1,791.3	1,600.5	2,151.5	1,947.1	1,739.6
	在宅医療等	4,882.5	7,877.7	7,723.2			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,287.7	3,201.0	3,138.9			
	小計	9,559.1	12,773.5	12,444.4	5,303.6	5,703.9	5,521.3
合計	100,075.5	146,544.7	145,675.9	47,819.5	59,223.7	58,636.7	

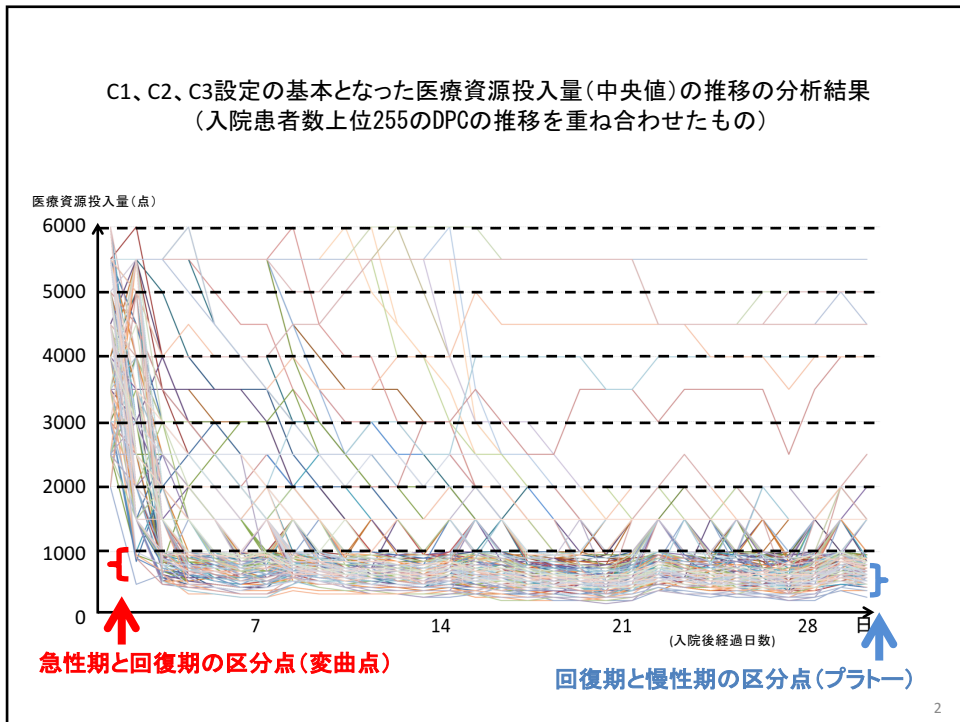
出典：必要病床数等推計ツール説明書(厚生労働省医政局)

病床機能別病床推計の考え方

- 平成25年度一年分のDPC及びNDBデータを利用
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分法
 - 一般病床レセプトについては医療資源投入量に基づいて区分(資源投入量が落ち着くまでを急性期、落ち着いてから退院準備ができるまでを回復期とした上で、急性期についてはICU、HCU、無菌室の利用頻度に着目して高度急性期を分離)
 - 回復期リハビリテーション病床は回復期病床、療養病床については医療区分1の70%を入院外で対応可能としたうえで残りを慢性期病床に割り当てた。
 - 障害者病床は慢性期病床に割り付けた

専門調査会推計の考え方

- **一定の仮定**のもとに患者数の推計を行った
 - 機能分化を進める
 - 医療区分1の70%は入院以外で対応
 - 療養病床入院受療率の都道府県格差を縮小
- 数字は上記仮定の下での必要病床数
 - それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
 - 慢性期＝療養病床入院＋介護施設＋在宅
 - 上記の配分の在り方は各地域の状況による
 - 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要



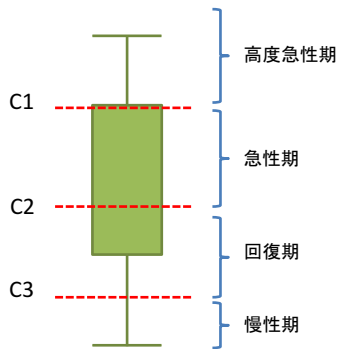
医療需要推計にあたっての境界点の考え方

	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
※	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。

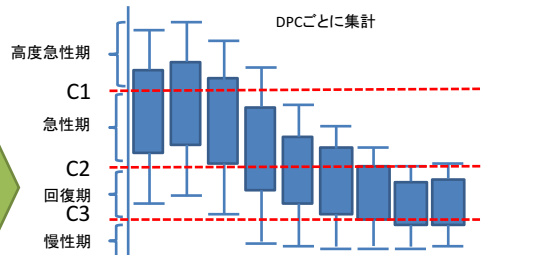
機能別病床推計の具体的手順

(1) 1日当たり出来高換算コストの分布(入院1日ごとに計算; 入院期間の平均ではない)



詳細は「病院」誌(医学書院)を参照してください

(2) 1日当たり出来高換算コストの入院後日数ごとの分布



DPCごと、患者ごとにC1以上を高度急性期部分、C2以上C1未満を急性期部分、C3以上、C2未満を回復期部分、C3未満を慢性期部分に分解し、集計

(3) 病床稼働率で割り戻し、病床数とする

将来推計の方法

DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別受療率
(1日あたり、生保・労災・自賠責等の補正後)

×

推計年度の患者住所地別・性年齢階級別人口

||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別患者数
(1日あたり)

÷

病床利用率(高度急性期=75%、急性期=78%、回復期=90%、慢性期=92%)

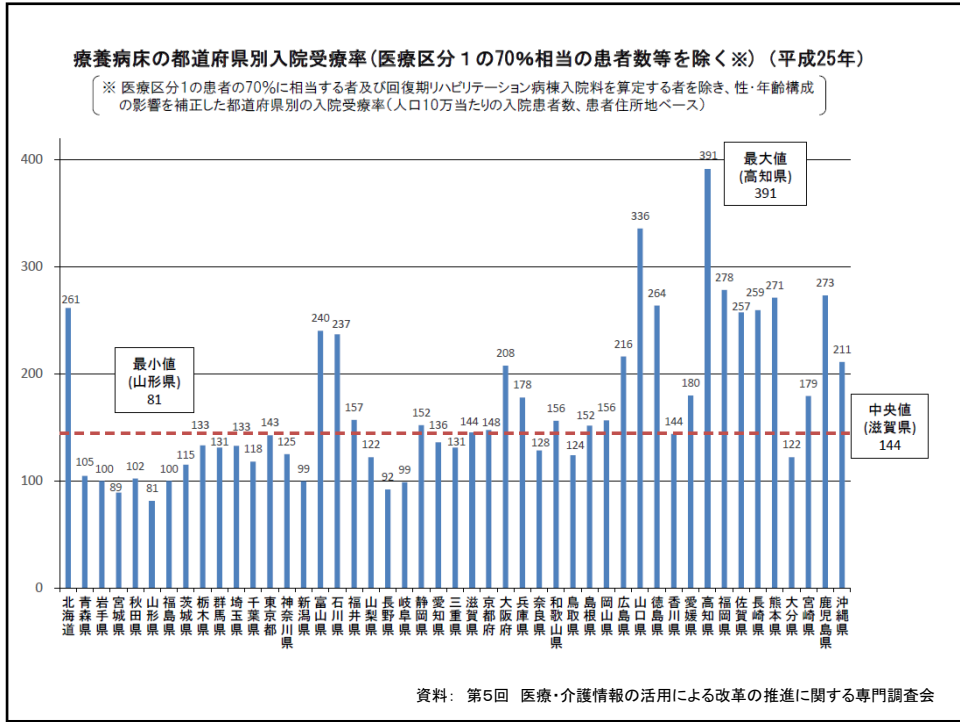
||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別患者数
(1日あたり)

人口構成・傷病構造・受療動向の地域差を反映させた病床数推計

患者住所地別
病床数

医療機関住所地別
病床数



療養病床の都道府県格差の是正

療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
 パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル(県単位)まで入院受療率を低下する。
 パターンB：全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。(次頁参照)

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】

A

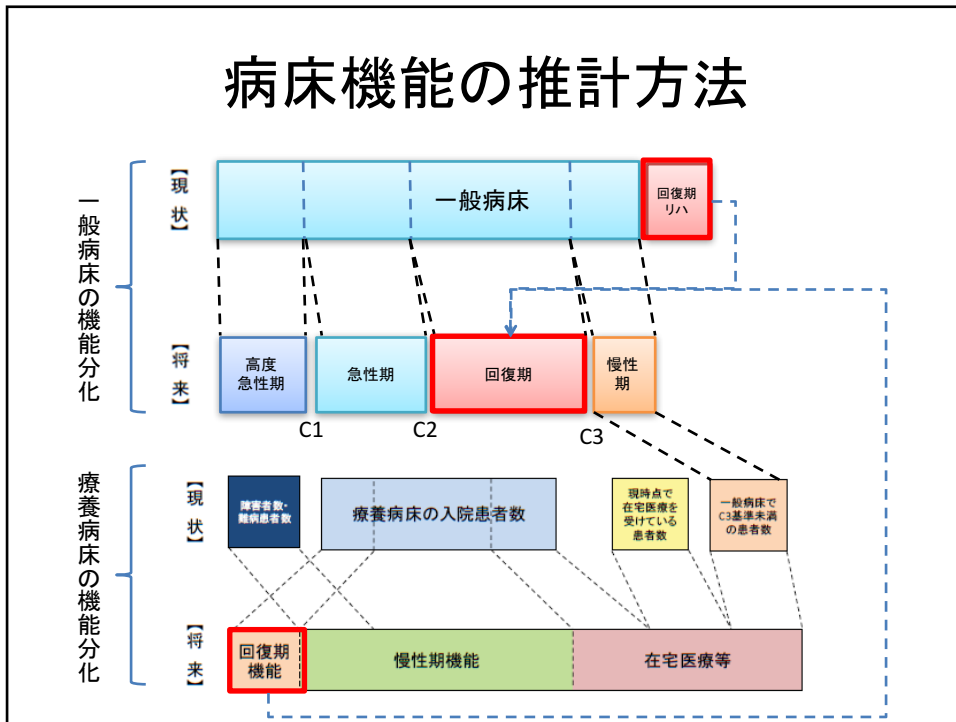
全ての二次医療圏が
全国最小レベル(県単位)まで
入院受療率を低下する。

B

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を
全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる
割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との
差を等比的に低下する。

資料：第5回 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

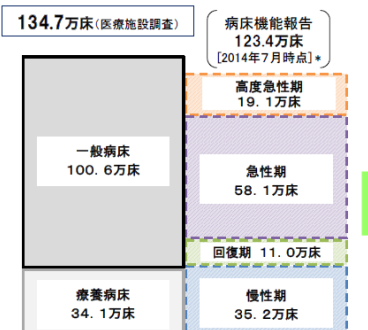
病床機能の推計方法



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ペースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状：2013年】

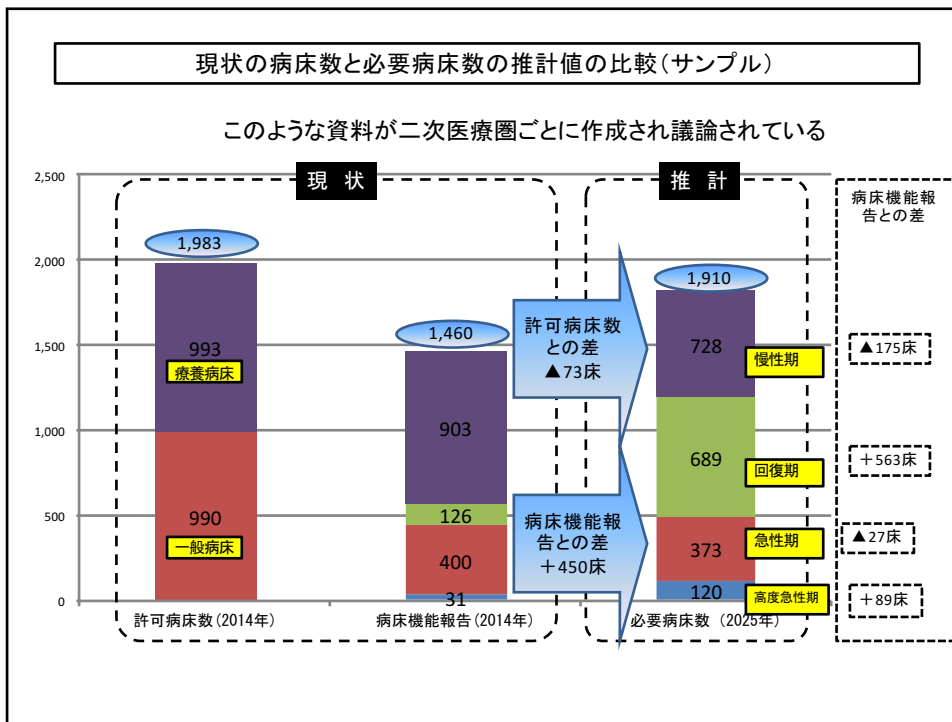


【推計結果：2025年】



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方も異なるものではない。

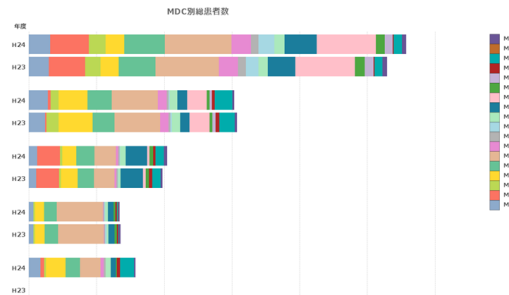
資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会



本日の講演の内容

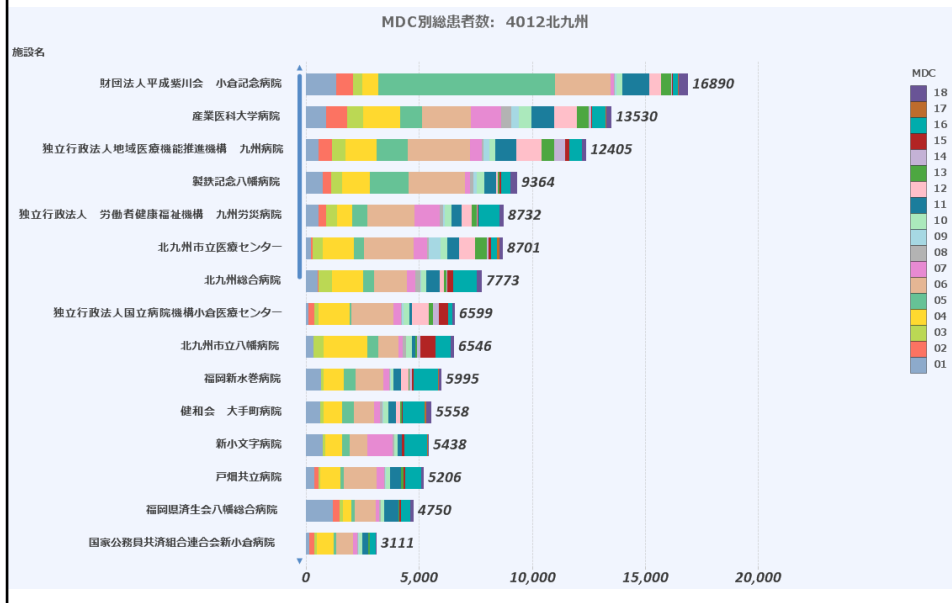
1. 地域医療構想の概要
2. 北九州を事例とした検討
3. 慢性期をどう考えるのか
4. 自施設の経営を考える
5. まとめ

DPCデータの検討

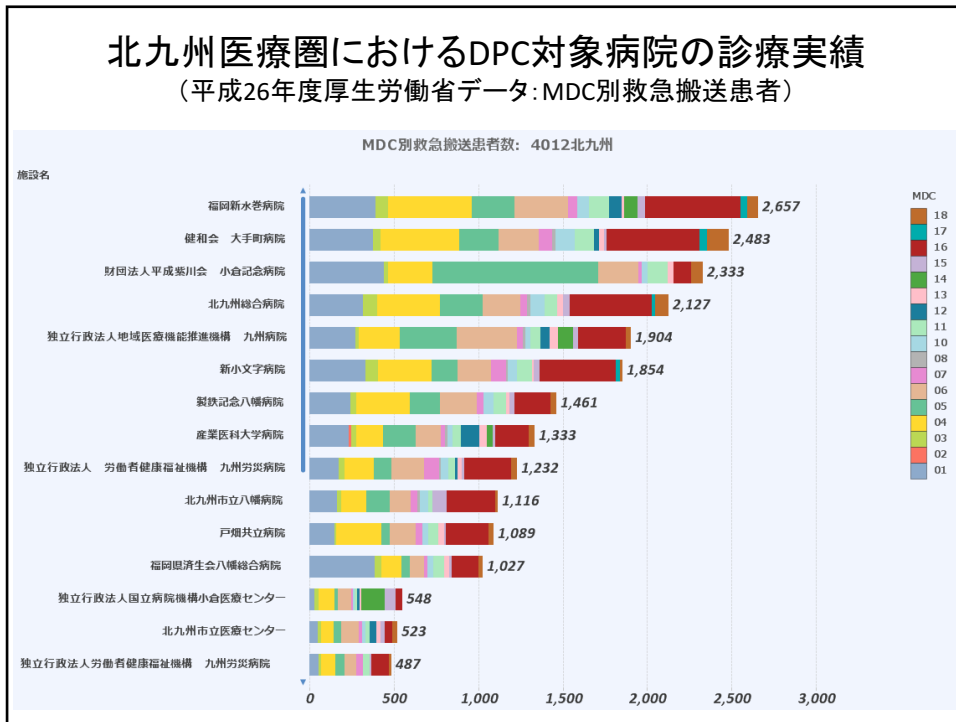


- 欠けている機能はないか(=すべての色は出ているか)
 - 欠けている機能がある場合、それは他の病院が補っているのか？
 - 補っていない場合、それが欠けていることで何か不都合が生じていないか？
- 各病院の機能は年度間で安定しているか？
 - 安定していない場合、それはなぜか？また、不都合は生じていないか？
- 圏域内の各病院の機能分化はどうか？

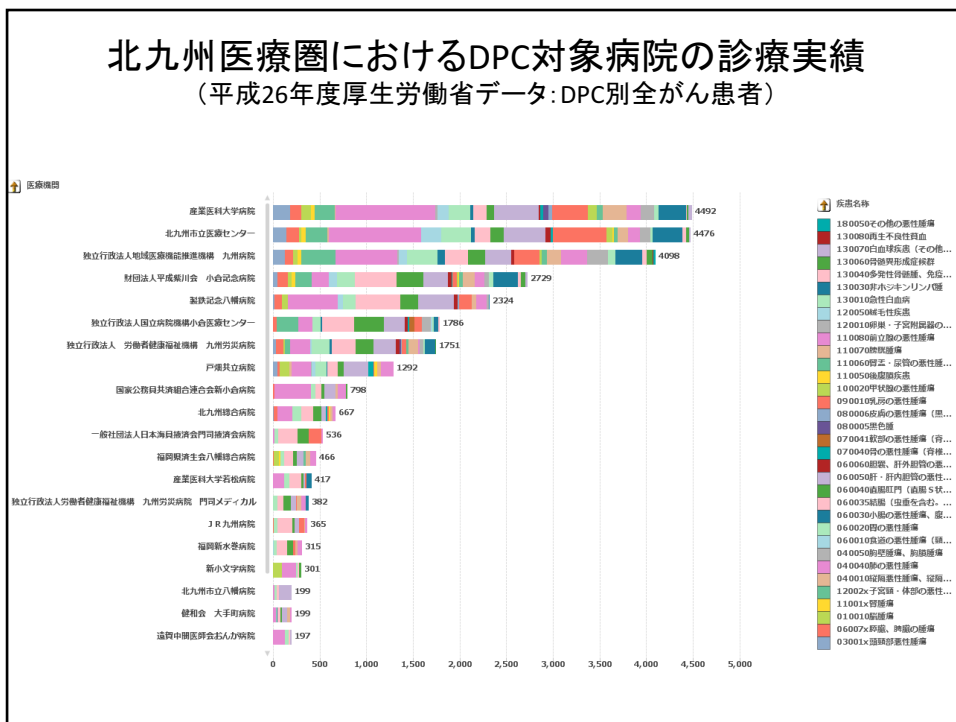
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:MDC別全患者)



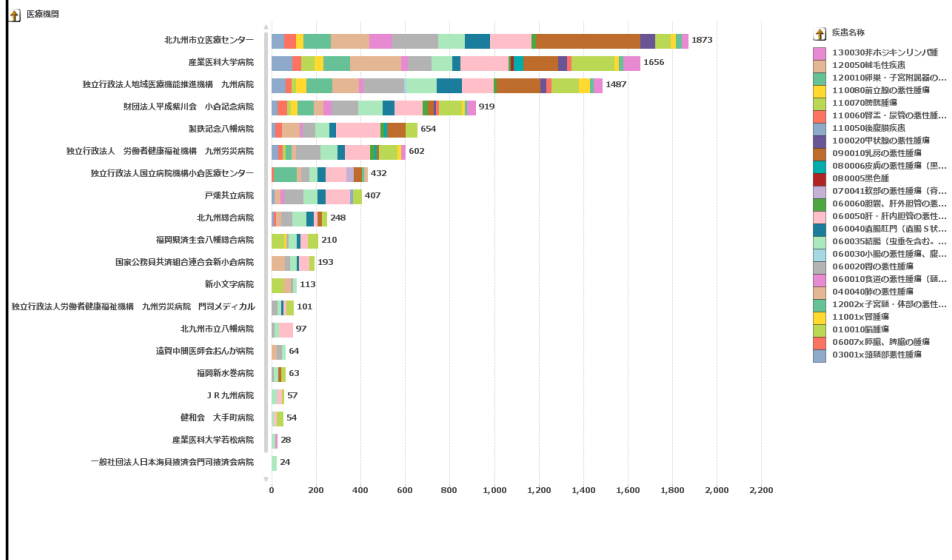
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:MDC別救急搬送患者)



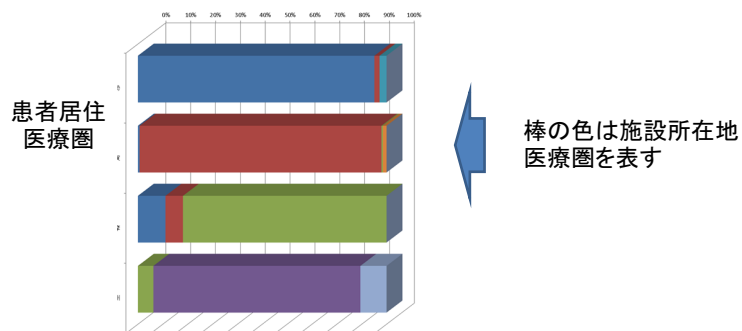
北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:DPC別全がん患者)



北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:DPC別全がん手術患者)

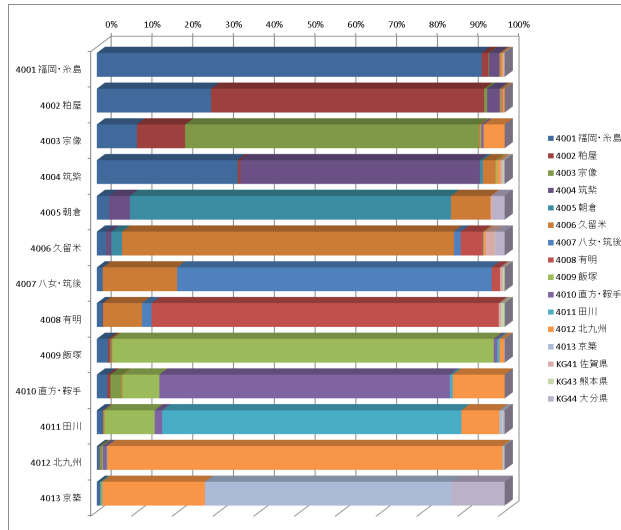


NDBデータの検討



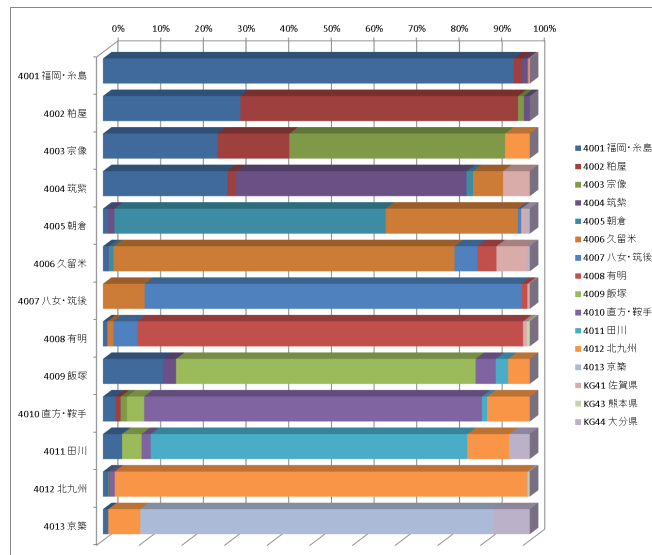
- 当該機能について、各医療圏(構想区域)の自己完結率はどうか？
 - 構想圏域はこれでいいのか？
 - 自己完結していない場合、それで何か不都合はないか？
 - 不都合がある場合、それをどう解決すればよいのか？
 - ✓ 自己完結率を高めるのか？あるいは他医療圏と連携するのか？

福岡県における入院医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:一般病床入院 7:1、10:1)



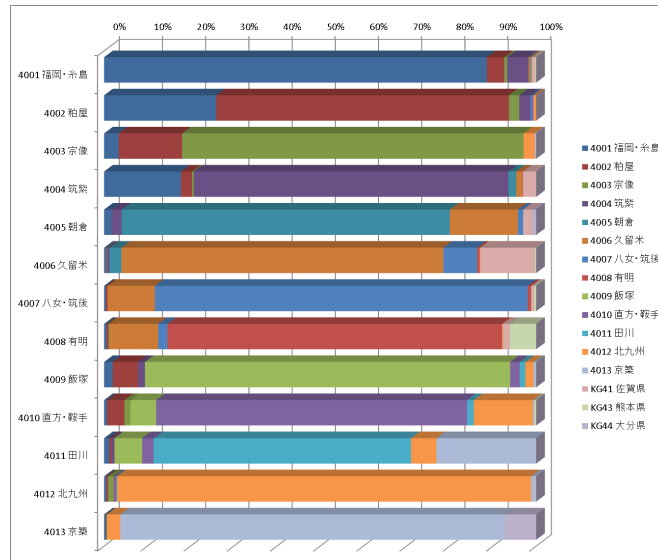
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県における入院医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:回復期リハビリテーション病床入院)



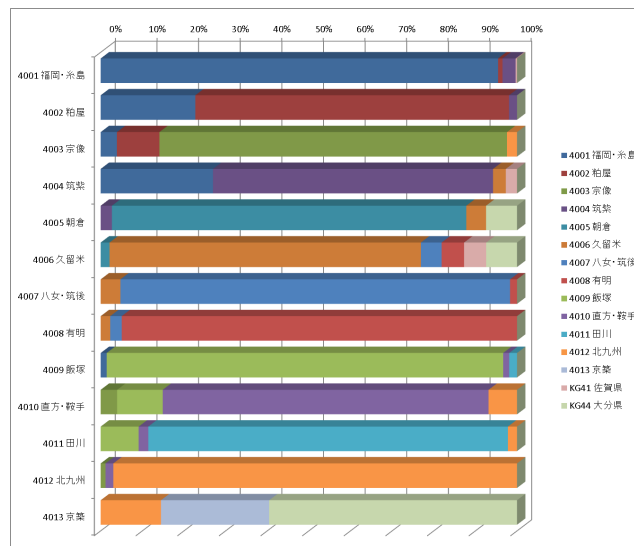
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県における入院医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:療養病床入院)



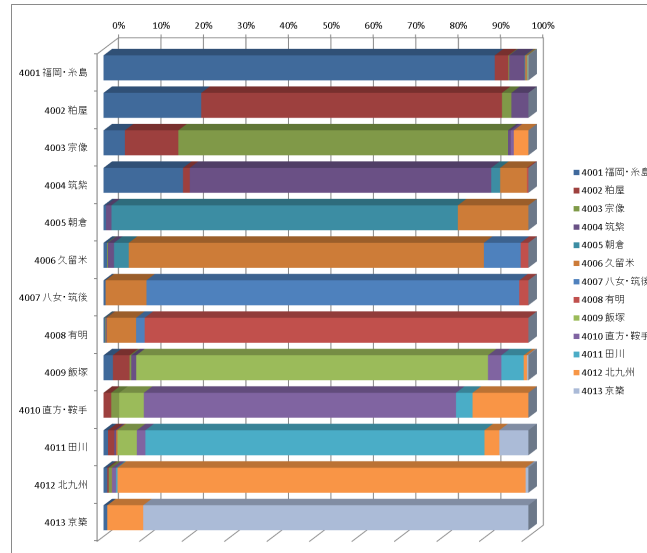
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県における救急医療の自己完結率・二次救急 (平成24年度NDBデータ:入院・外来合計)



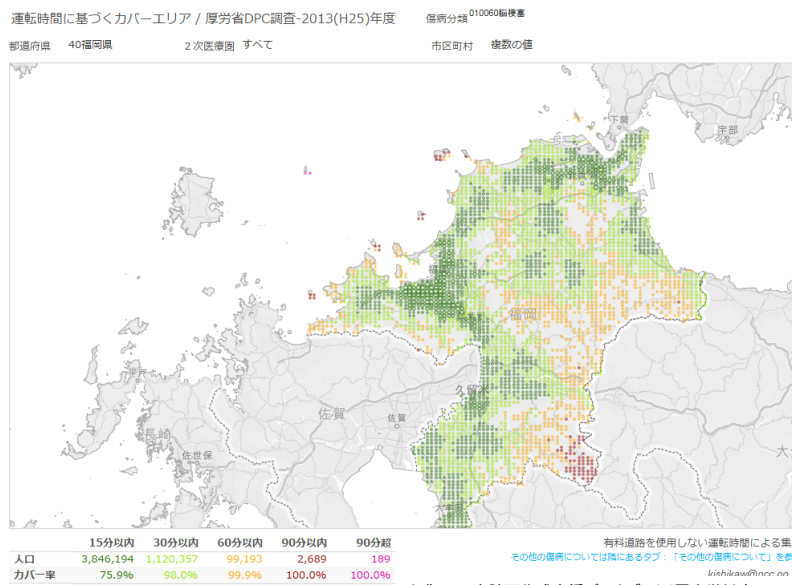
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県における脳梗塞・TIAの自己完結率 (平成24年度NDBデータ：入院)

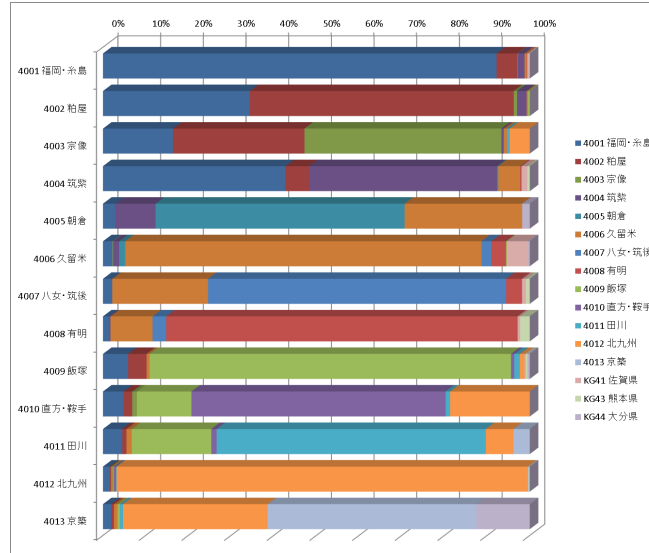


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

資料4-5 DPC公開データによる急性期入院医療へのアクセシビリティの評価 (H25年：福岡県・脳梗塞)

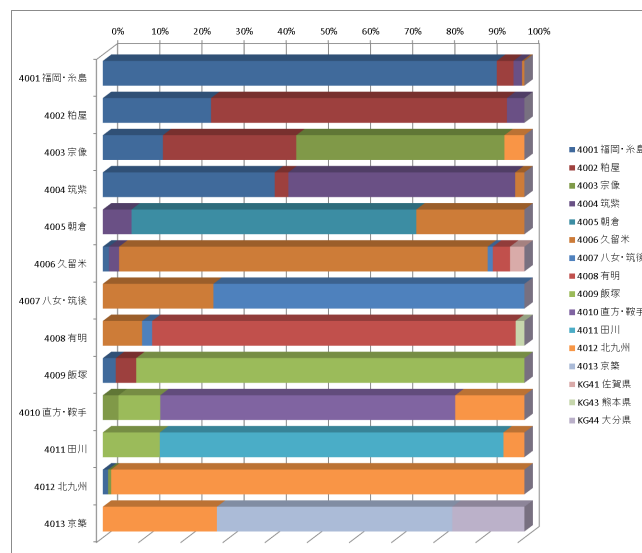


福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病悪性腫瘍・入院)



出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病胃がん・入院)

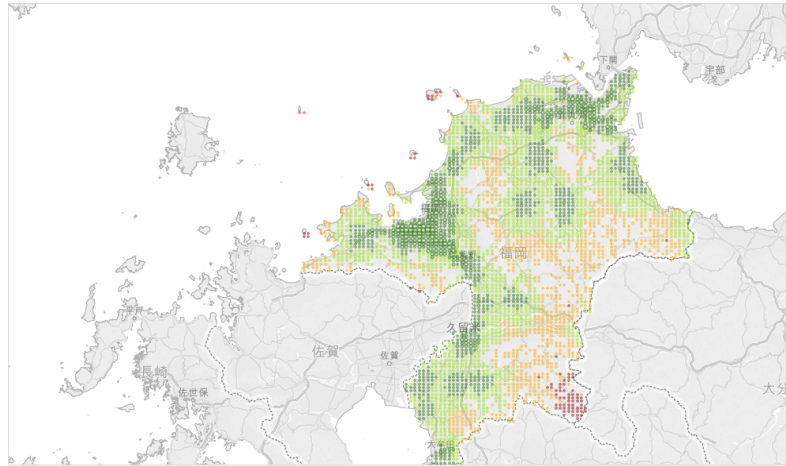


出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

資料6-6 DPC公開データによるがん診療へのアクセシビリティの評価 (H25年:福岡県・胃がん)

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度 癌病分類 060020胃の悪性腫瘍

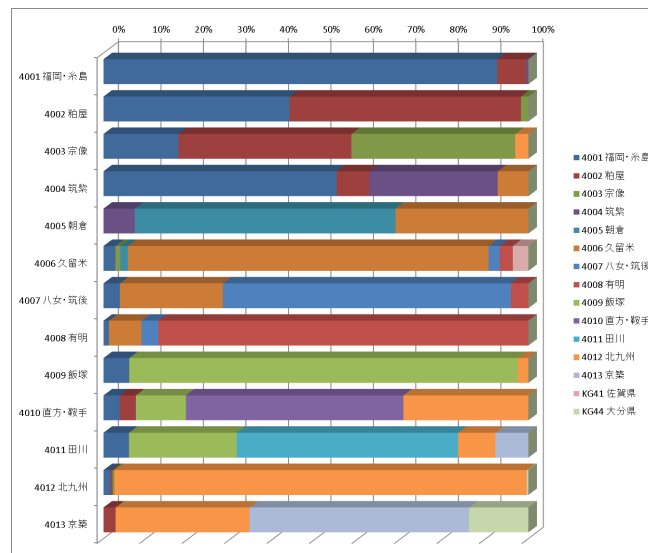
都道府県 40福岡県 2次医療圏 すべて 市区町村 複数の値



	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	3,675,875	1,243,885	145,984	2,689	189
カバー率	72.5%	97.1%	99.9%	100.0%	100.0%

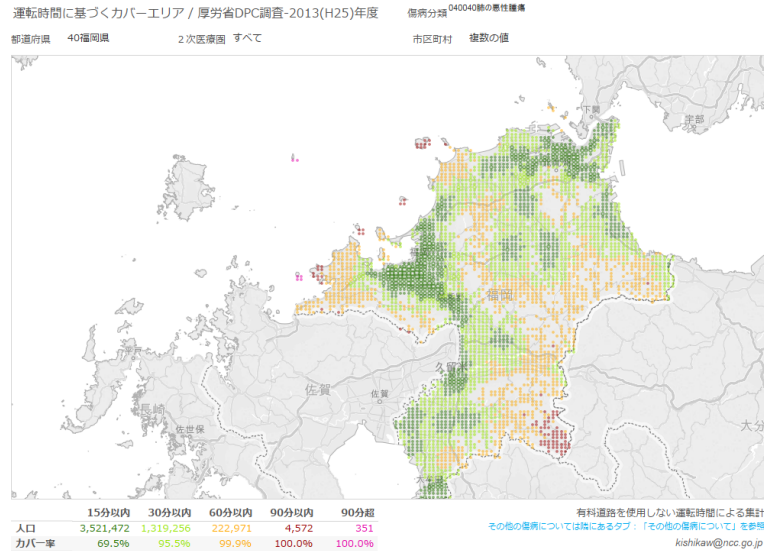
出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病肺がん・入院)



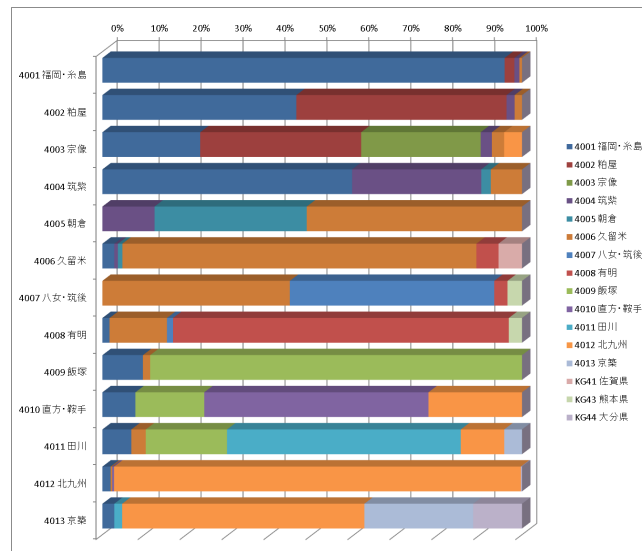
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

資料6-15 DPC公開データによるがん診療へのアクセシビリティの評価 (H25年:福岡県・肺がん)



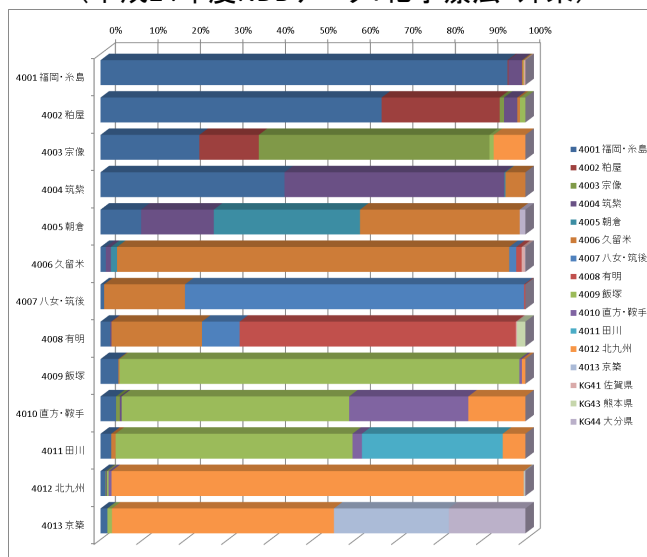
出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:化学療法・入院)



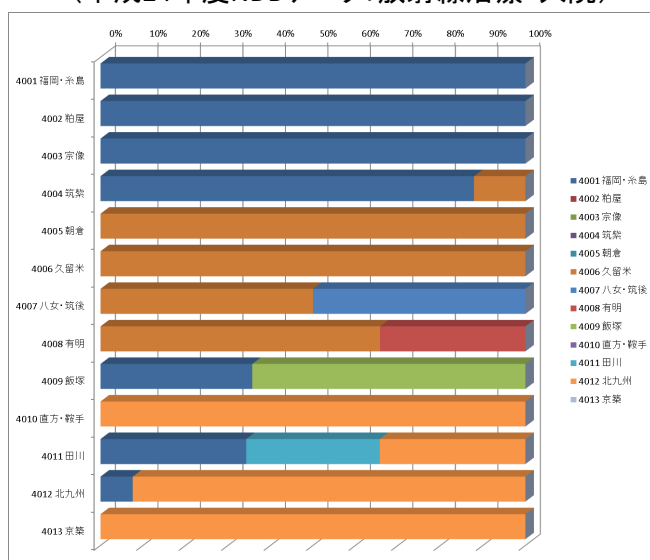
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:化学療法・外来)



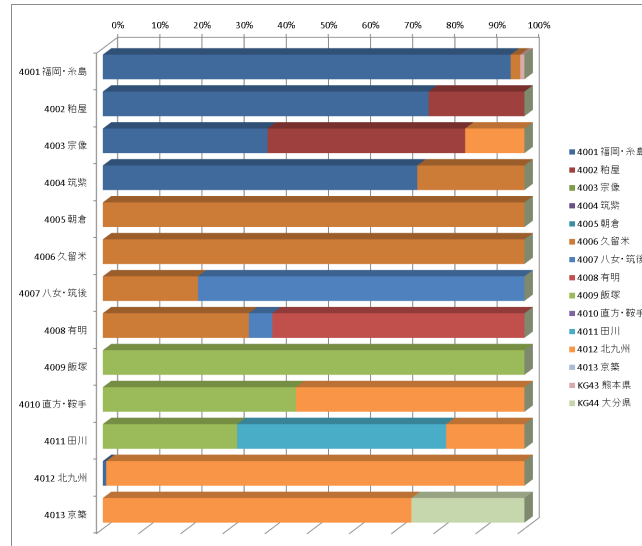
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:放射線治療・入院)



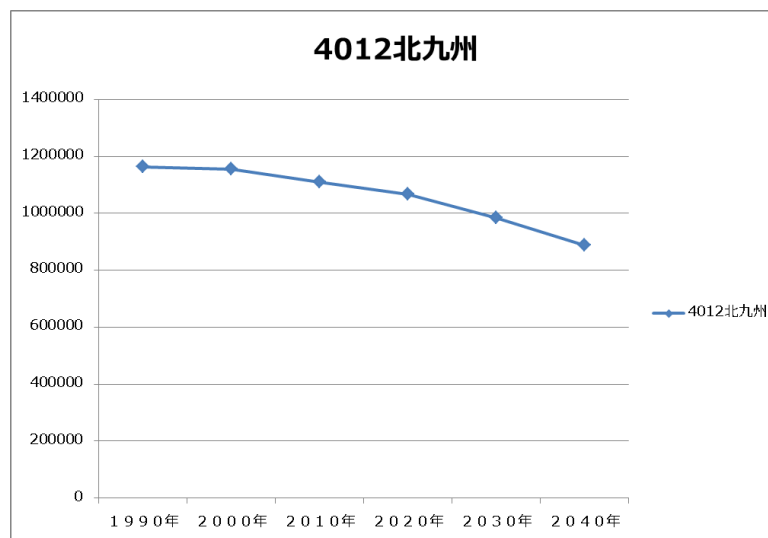
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

福岡県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:放射線治療・外来)

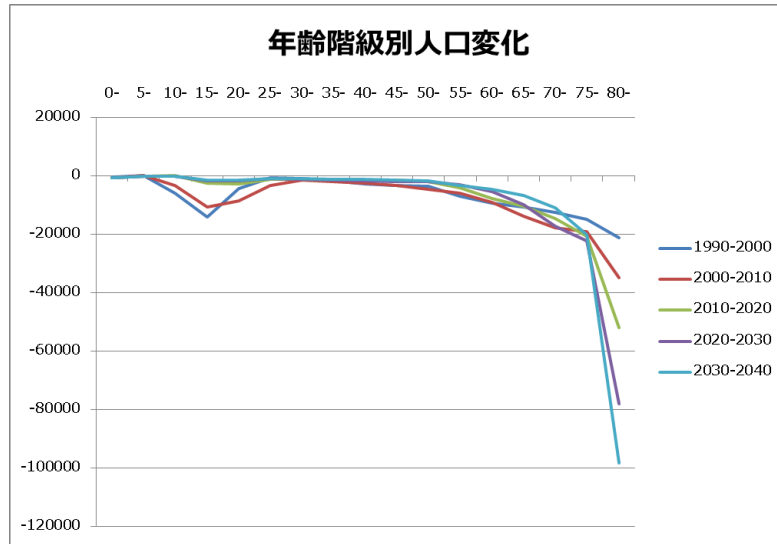


出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

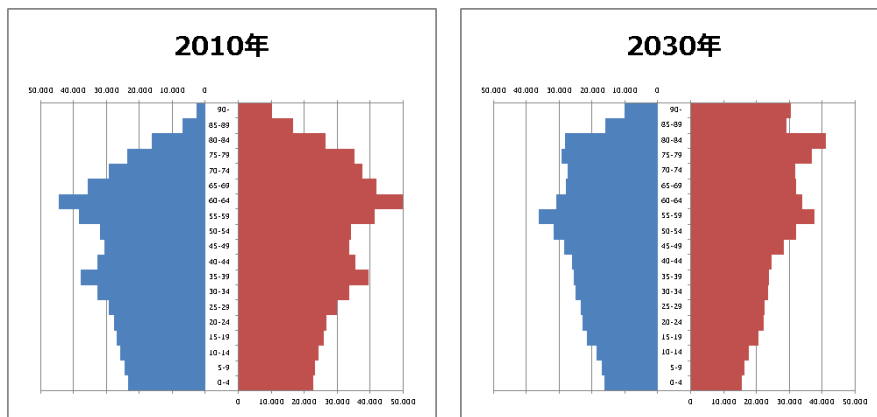
北九州医療圏の人口推移



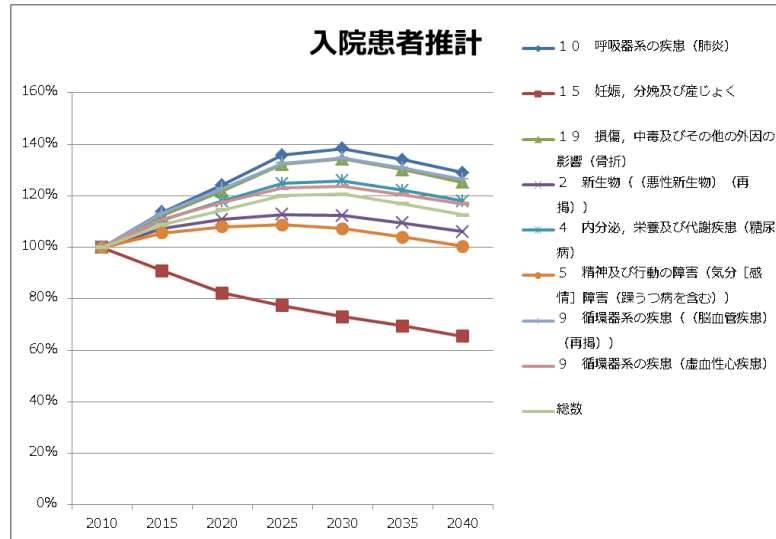
医療圏の人口推移(コホート別)



北九州医療圏の人口ピラミッドの変化



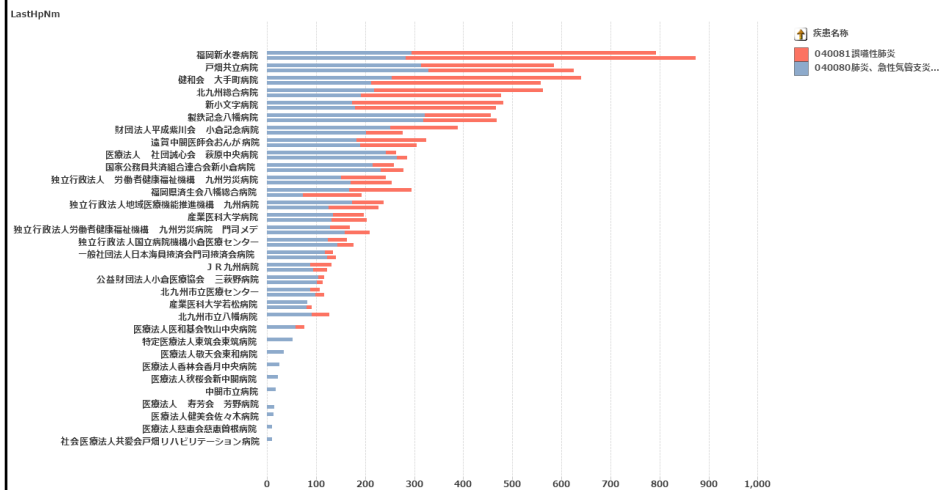
北九州医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



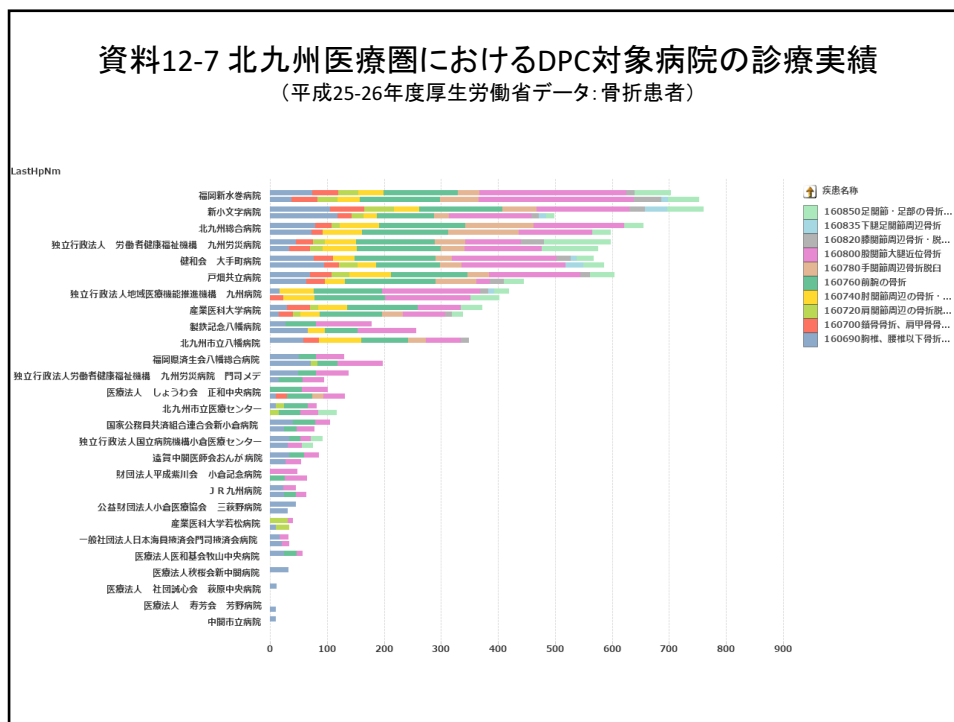
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

資料12-6 北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

(平成25-26年度厚生労働省データ:肺炎患者)



資料12-7 北九州医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
(平成25-26年度厚生労働省データ:骨折患者)

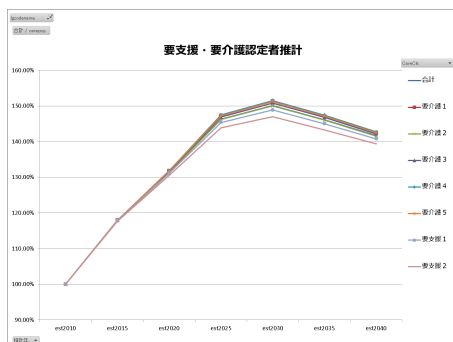


増加する肺炎・骨折への対応

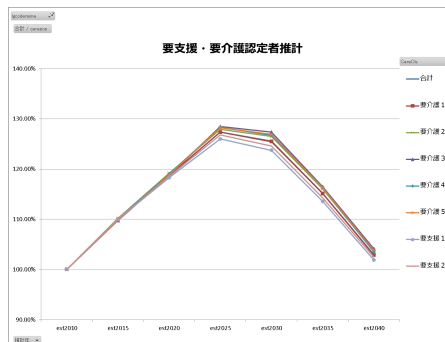
- 虚弱高齢者への予防的健康教育の必要性
 - 口腔ケア
 - 筋力増強プログラム(転倒予防)
 - 栄養指導(科学的な食事指導)
- 介護予防の戦略的な見直しが必要
 - 特定健診・特定保健指導事業を別々にやるのでは効果が薄い

北九州医療圏2地域の要介護高齢者の推移

北九州市



中間市



北九州医療圏の現状と課題

- 入院医療全般
 - 急性期
 - 回復期
 - 慢性期
- 外来医療全般
- 救急
- 周産期医療
- 在宅医療
- 連携
- 急性心筋梗塞
- 脳血管障害
- 悪性腫瘍
- 糖尿病
- 精神科

現時点での入院医療提供体制に関して、北九州医療圏は特に問題はない。機能分化に関しては、急性期病床から回復期病床の転換が必要であるという推計結果になっている。この転換にあたっては、それぞれの地域でどのような「地域包括ケア体制」を構築するかという議論との整合性が必要となる。そのためには在宅医療の充実が必要。構想区域としては小倉地区と八幡地区とを分けて考えた方が良いかもしれない

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 北九州を事例とした検討

3. 慢性期をどう考えるのか

4. 自施設の経営を考える

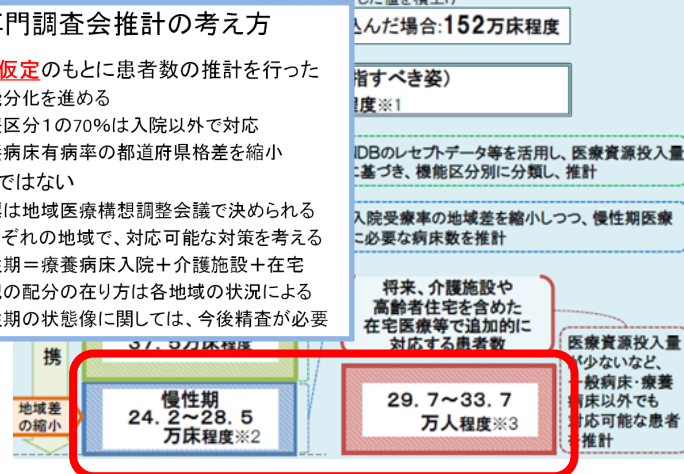
5. まとめ

慢性期の患者の増加にどう対応するのか？

【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を横上げ

専門調査会推計の考え方

- 一定の仮定のもとに患者数の推計を行った
 - 機能分化を進める
 - 医療区分1の70%は入院以外で対応
 - 療養病床有病率の都道府県格差を縮小
- 「目標」ではない
 - 目標は地域医療構想調整会議で決められる
 - それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
 - 慢性期=療養病床入院+介護施設+在宅
 - 上記の配分の在り方は各地域の状況による
 - 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要



資料：第5回 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

仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

性別にみた医療区分 (N=4,761)

			性別		合計
			男	女	
医療区分	1	度数	309	773	1082
		%	28.6%	71.4%	100.0%
	2	度数	853	1357	2210
		%	38.6%	61.4%	100.0%
	3	度数	578	891	1469
		%	39.3%	60.7%	100.0%
合計	度数	1740	3021	4761	
	%	36.5%	63.5%	100.0%	

P<0.01 (X²検定)

全般に女性が多いが、特に医療区分1は女性の割合が71%

出典：福岡県医師会(2016)

医療区分別にみた退院可能性 (N=4,761)

			退院可能性				合計
			退院可能	条件が整えば可	退院は難しい	不明	
医療区分	1	度数	155	401	489	37	1082
		%	14.3%	37.1%	45.2%	3.4%	100.0%
	2	度数	101	601	1380	127	2209
		%	4.6%	27.2%	62.5%	5.7%	100.0%
	3	度数	27	206	1177	60	1470
		%	1.8%	14.0%	80.1%	4.1%	100.0%
合計	度数	283	1208	3046	224	4761	
	%	5.9%	25.4%	64.0%	4.7%	100.0%	

P<0.01 (X²検定)

医療区分1で退院可能、条件が整えば(退院)可が多い

出典：福岡県医師会(2016)

療養病床の退院可能性に関する要因の分析結果 (「条件が整えば可」の場合の理由・医療区分別)

			家族の受け入れ	十分な介護サービス	経済的理由	傷病の安定	その他	合計
医療区分	1	度数	254	278	65	123	68	401
		%	63.3%	69.3%	16.2%	30.7%	17.0%	100.0%
	2	度数	380	380	120	217	114	601
		%	63.2%	63.2%	20.0%	36.1%	19.0%	100.0%
	3	度数	108	112	38	114	61	206
		%	52.4%	54.4%	18.4%	55.3%	29.6%	100.0%
合計	度数	742	770	223	454	243	1208	
	%	61.4%	63.7%	18.5%	37.6%	20.1%	100.0%	
		p値	0.01	< 0.01	0.32	< 0.01	< 0.01	

出典：福岡県医師会(2016)

医療区分別にみたADL区分の状況 (N=4,761)

		ADL区分			合計	
		1	2	3		
医療区分	1	N	369	327	386	1082
		%	34.1%	30.2%	35.7%	100.0%
	2	N	327	619	1264	2210
		%	14.8%	28.0%	57.2%	100.0%
	3	N	106	180	1184	1470
		%	7.2%	12.2%	80.5%	100.0%
合計		N	802	1126	2834	4762
		%	16.8%	23.6%	59.5%	100.0%

P<0.01 (X²検定)

出典：福岡県医師会(2016)

医療区分別にみた平均年齢と平均入院期間 (N=4,761)

	医療区分	度数	平均値	標準偏差	p 値	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
						下限	上限		
年齢	1	1081	83.48	11.727		82.78	84.18	16	106
	2	2207	80.26	11.875		79.76	80.75	7	108
	3	1467	83.25	10.689		82.70	83.80	7	106
	合計	4755	81.91	11.588	p<0.01	81.59	82.24	7	108
入院期間	1	1081	19.14	32.525		17.20	21.08	1	506
	2	2207	27.36	47.654		25.37	29.35	1	619
	3	1467	20.80	32.830		19.11	22.48	1	532
	合計	4755	23.46	40.496	p<0.01	22.31	24.62	1	619

P<0.01 (X²検定)

出典：福岡県医師会(2016)

複合的な傷病を持つ 在宅要介護高齢者数の時系列変化

(福岡県の1自治体データ)

年月	認知症+ がん	認知症+ 肺炎	認知症+ 筋呼格系疾患	がん+ 虚血性心疾患	糖尿病+ 慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
...
...
...
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

医療・介護を総合的に考えることの重要性

脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後6か月サービス利用状況

経過月	一般病棟 入院	回復期 入院	療養入院	訪問診療	訪問看護 医療	肺炎	認知症	介護保険	訪問介護	訪問看護	通所介護	特養	老健施設	連携	脳卒中 連携バス
-6	13.8%	0.0%	5.0%	8.8%	2.5%	10.0%	18.8%	40.0%	12.5%	2.5%	8.8%	2.5%	2.5%	1.8%	0.0%
-5	7.5%	0.0%	5.0%	13.8%	1.8%	5.0%	20.0%	45.0%	11.8%	1.3%	11.3%	5.0%	3.8%	1.8%	0.0%
-4	13.8%	1.3%	6.3%	13.8%	1.3%	8.8%	20.0%	46.3%	11.8%	1.3%	12.5%	5.0%	3.8%	0.0%	0.0%
-3	12.5%	5.0%	6.3%	15.0%	2.5%	11.3%	21.3%	47.5%	11.8%	0.0%	13.8%	6.3%	3.8%	1.3%	0.0%
-2	17.5%	7.5%	6.3%	15.0%	1.3%	15.0%	25.0%	51.3%	13.8%	0.0%	17.5%	6.3%	5.0%	1.3%	0.0%
-1	20.0%	7.5%	5.0%	16.3%	1.3%	11.3%	27.5%	53.8%	11.3%	1.3%	15.0%	7.5%	5.0%	0.0%	0.0%
0	100.0%	40.0%	7.5%	11.3%	2.5%	26.3%	35.0%	48.8%	10.0%	0.0%	16.3%	7.5%	5.0%	1.3%	1.3%
1	43.8%	65.0%	12.5%	7.5%	3.8%	33.8%	21.3%	21.3%	3.8%	0.0%	8.8%	1.3%	2.5%	3.8%	1.3%
2	43.8%	83.8%	17.5%	7.5%	2.5%	37.5%	25.0%	37.5%	8.8%	2.5%	12.5%	3.8%	3.8%	0.0%	5.0%
3	27.5%	51.3%	18.8%	11.3%	2.5%	28.8%	21.3%	43.8%	8.8%	2.5%	15.0%	5.0%	3.8%	5.0%	1.3%
4	30.0%	33.8%	20.0%	13.8%	2.5%	31.3%	26.3%	60.0%	15.0%	2.5%	18.8%	6.3%	7.5%	1.3%	2.5%
5	25.0%	17.5%	17.5%	15.0%	3.8%	22.5%	22.5%	71.3%	15.0%	1.3%	23.8%	6.3%	13.8%	0.0%	0.0%
6	31.3%	6.3%	21.3%	13.8%	3.8%	27.5%	21.3%	72.5%	17.5%	1.3%	23.8%	5.0%	15.0%	0.0%	0.0%

- 入院1月前で53%が介護保険によるサービスを受けている
- 発症後経過とともに医療では回復期→療養に転棟(ただし、6か月後も31%は一般病床)
- 入院後30%以上が肺炎に罹患
- 約20%が認知症
- 発症後経過とともに介護サービス利用者が増加(6か月後は70%以上、最も多く使われるサービスは通所介護)

一月前の要介護度の分布

要介護度	%
要支援1	9.3%
要支援2	18.6%
要介護1	16.3%
要介護2	14.0%
要介護3	23.3%
要介護4	11.6%
要介護5	7.0%

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要
2. 北九州を事例とした検討
3. 慢性期をどう考えるのか
4. 自施設の経営を考える
5. まとめ

病院が検討すべきこと(1)

- 地域の傷病構造及び需要の将来
 - 人口構造の影響が最も大きい
- 自施設の地域における位置づけ
 - DPCデータを参考に自施設の地域における相対的位置づけを考える
 - やりたいことではなく、「期待されていることは何か」を考える
 - 人の確保、特に医師・看護師・その他のコメディカルの確保は将来も大丈夫か？
 - ここ数年のトレンドを検証する

病院が検討すべきこと(2)

高度急性期・急性期がメインの場合(7:1、10:1)

- 専門医制度との関係
 - 専門医の研修対象施設となれるのか？
 - 症例数の確保
 - 当該分野における「ブランド力」
 - 医療の質評価への対応
- 救急がメインの場合
 - 総合的な対応が可能か？
 - 人材の継続的確保が可能か？
 - 初期臨床研修病院としての魅力度は？
 - 地域包括ケア病床併設の是非は？
- ダウンサイジングの是非
 - ケアミックスの可能性

病院が検討すべきこと(3)

急性期・回復期がメインの場合(13:1、15:1)

- 地域包括ケア病床の設置の是非
 - 在宅医療及び介護との連携体制
 - 訪問看護部門、地域連携室の重要性
 - Post acute に関する総合的対応機能
 - 自己完結型、ネットワーク型、混合型
 - 地区医師会や介護関係者、行政との良好な関係
 - 地域医療構想への積極的関わりが必要
 - 医療職(総合医、看護職、PT/OT/ST、MSW、その他)確保の重要性
 - 施設の魅力をいかに高めるか

慢性期の患者の増加にどう対応するのか？



資料：第5回 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

仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療介護のあり方を決める

→「地域包括ケア」体制の確立

新類型の施設に関する議論(療養病床WG、H27年10月23日)

- ・ 医療施設内における「すまい」
- ・ 看取りを行う施設

病院が検討すべきこと(4)

療養病床がメインの場合(1)

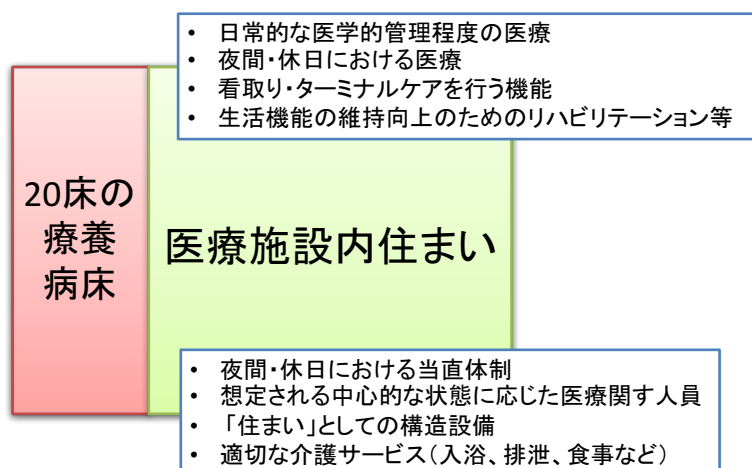
- 入院患者の状況の精査
 - 医療必要度からみた退院可能性の検討
 - ・ 入院外で可能と考えられるものの、退院困難なケースについてはその理由の把握
- 現状追認推計と厚労省推計の差の分析
 - 医療区分ごとの患者数及び地域差の原因の検討
 - 地域の介護施設の整備状況
 - ・ 市町村の介護保険事業計画が参考になる

病院が検討すべきこと(5)

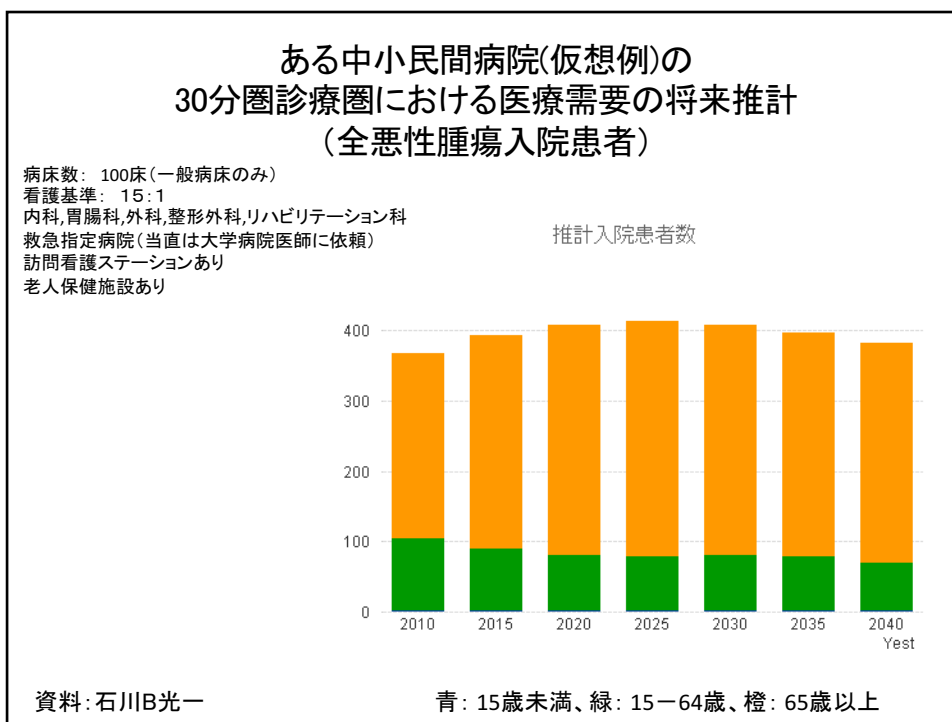
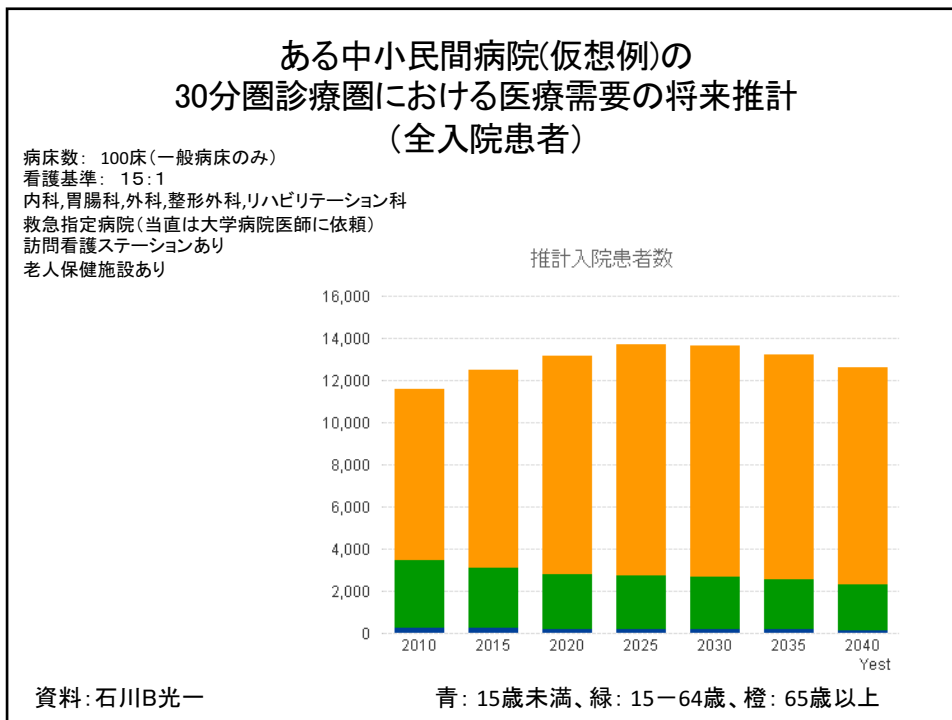
療養病床がメインの場合(2)

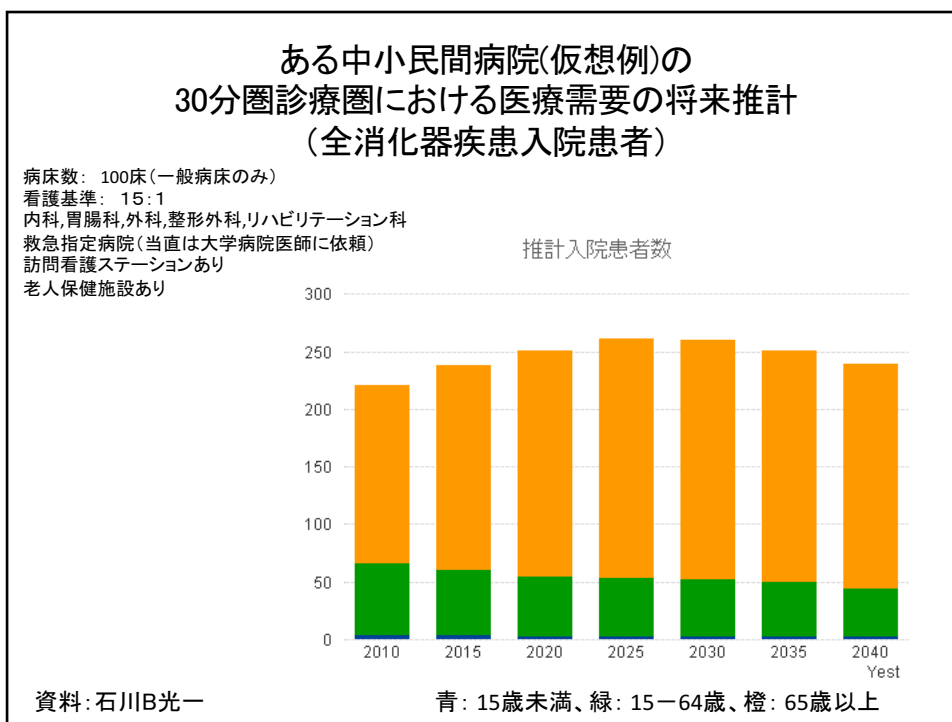
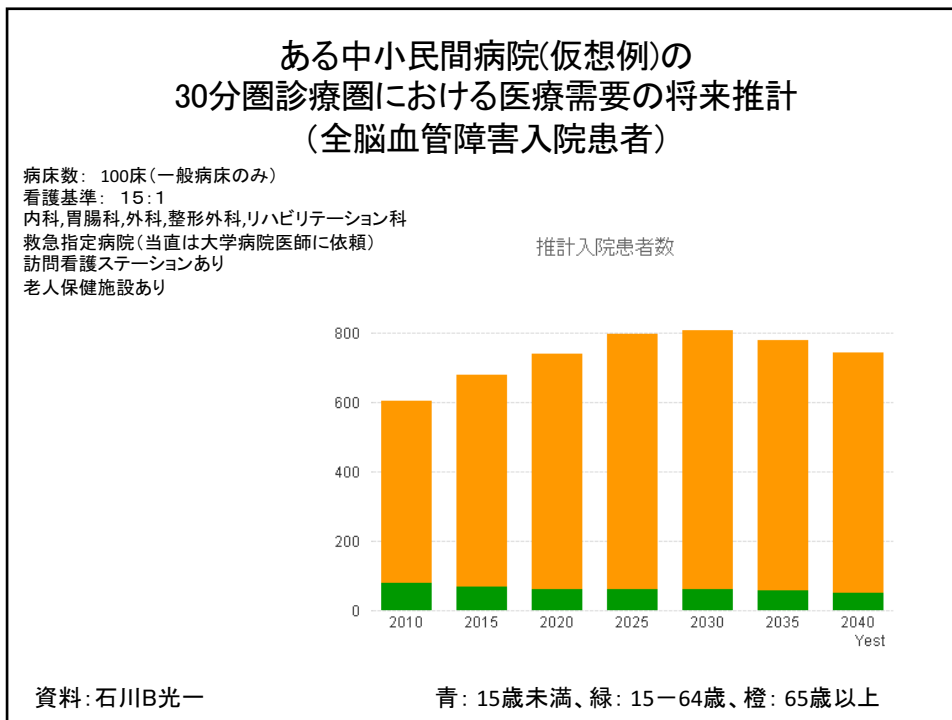
- 「地域包括ケア」という枠組みで考えたときの自施設の地域における役割の再確認
 - 療養病床は地域包括ケアのために不可欠な施設であることの再確認
 - 何が期待され、何ができるのか？
 - 欠けている機能はないか？
- 人の確保は大丈夫か？
- ダウンサイジングの是非
- 病院団体の調査事業への積極的参加

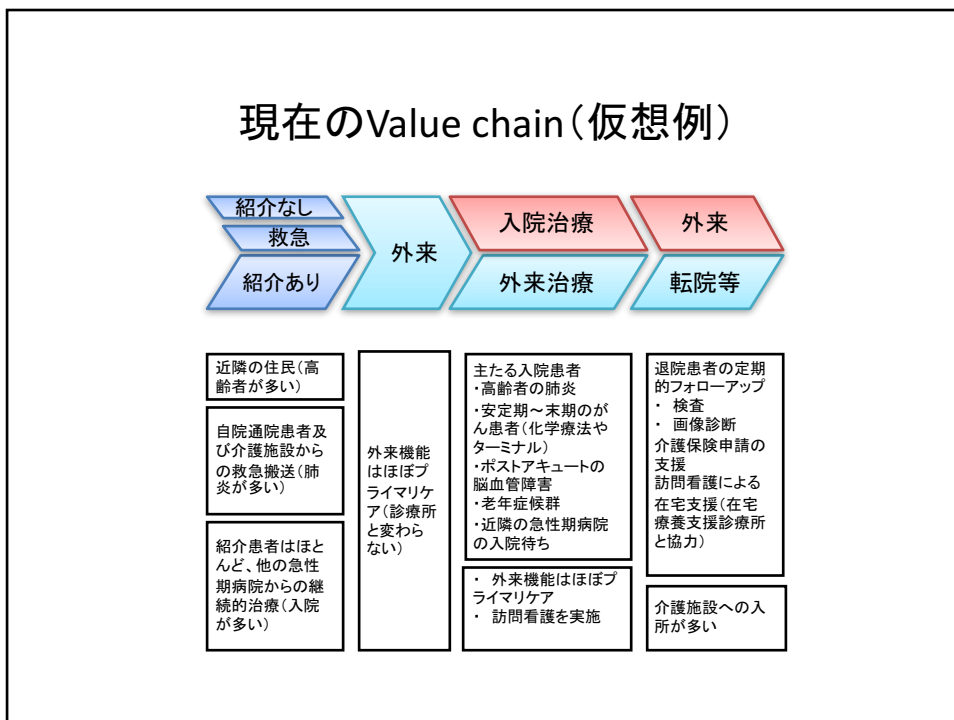
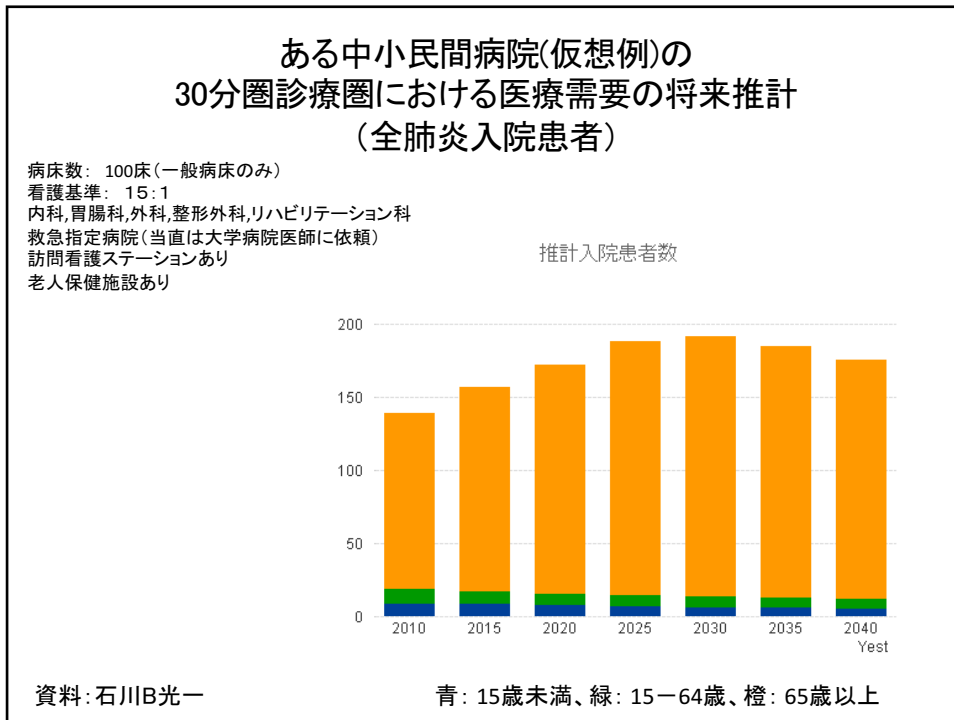
新類型の議論



第4回療養病床の在り方等に関する検討会(平成27年10月23日)の議論より







経営シミュレーション

注:あくまで単純な仮定に基づく簡易な推計です

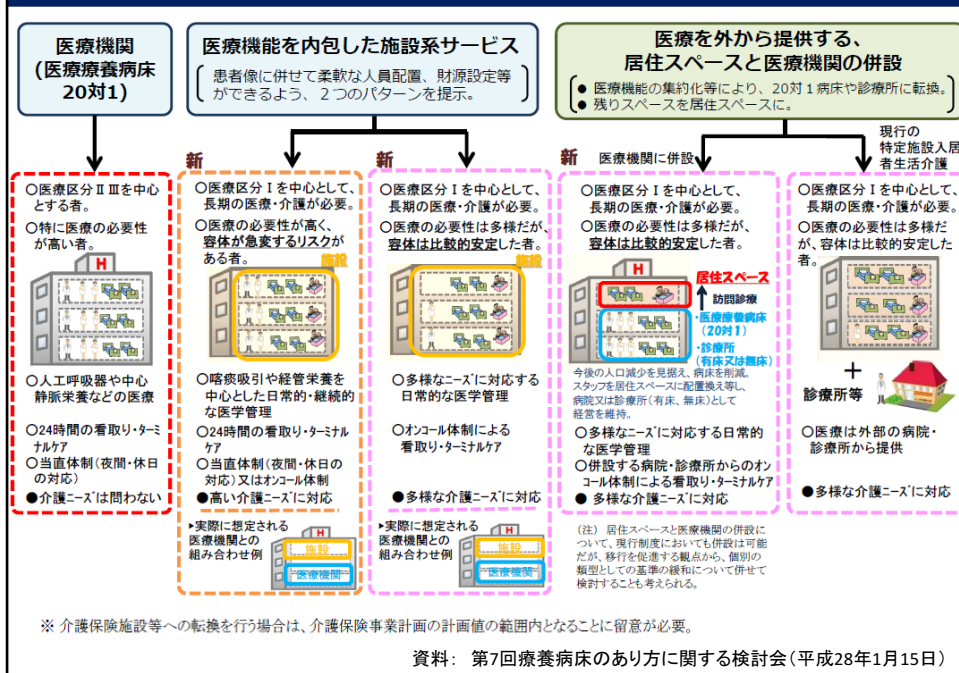
100床あたり

	一般病床	地域包括ケア病床
配置基準	看護15:1	看護13:1
医師	6.25人	3人
看護職員	34人	39人
1月あたり人件費 医師	130万×6.25人=8,125,000円	130万×3人=3,900,000円
看護師	35万×34人=11,900,000円	35万×39人=13,650,000円
合計	20,025,000円	17,550,000円

仮に現在の病床稼働率が80%で入院単価が27,000円であった場合の月あたり収入は
 $27,000 \times 100 \times 0.80 \times 30 = 64,800,000$ 円
 地域包括ケア病床に転換し、かつ加算等が取れ入院単価が30,000円であった場合の
 月当たり収入は(病床稼働率は不変)
 $30,000 \times 100 \times 0.80 \times 30 = 72,000,000$ 円
 したがって、100床あたりの粗利は
 $(72,000,000 - 64,800,000) + (20,025,000 - 17,550,000) = 9,675,000$ 円増加

出典: 日本慢性期医療協会資料を著者改変

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル (イメージ)



地域医療介護総合確保基金

○平成26年度予算：医療分904億円（うち、国604億円）
 ○平成27年度予算案：1628億円（公費ベース）
 （医療分904億円（うち、国分602億円）、介護分724億円（うち、国分483億円））

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。

○ このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。

都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 北九州を事例とした検討

3. 慢性期をどう考えるのか

4. 自施設の経営を考える

5. まとめ

まとめ

- 少子高齢化と人口減少というこれまで経験したことのない社会環境下で医療提供体制の再構築が求められている
- 地域医療構想の推計値は現在のデータをもとにしたもの
- 各地域・各施設でデータに基づいて冷静に将来を考えることが求められている
 - 平成30年の第7次医療計画と地域包括ケア計画（介護保険事業計画）
 - 各病院でデータ分析を担う部門の役割が重要になる