

平成29年8月22日
於：北九州

DPCと医療マネジメント

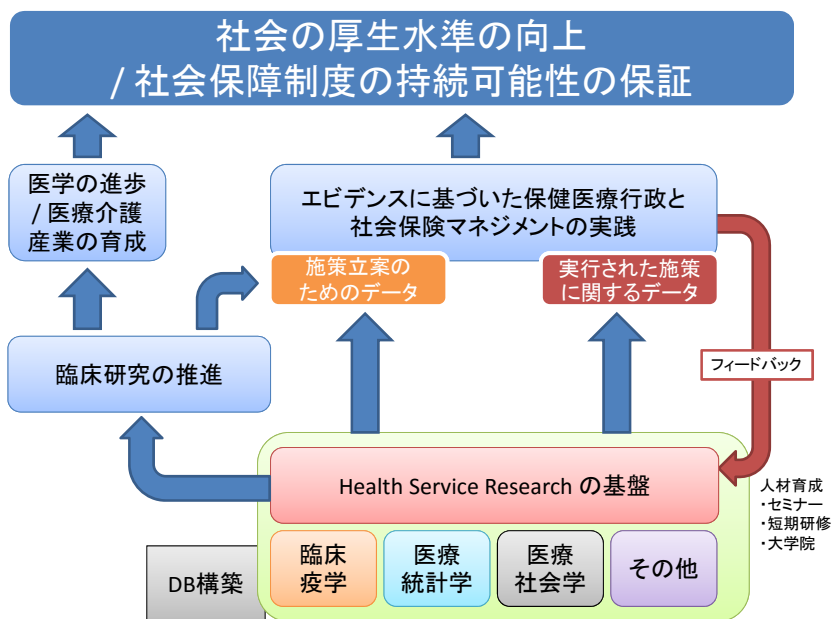
～地域医療構想との関係を中心に～

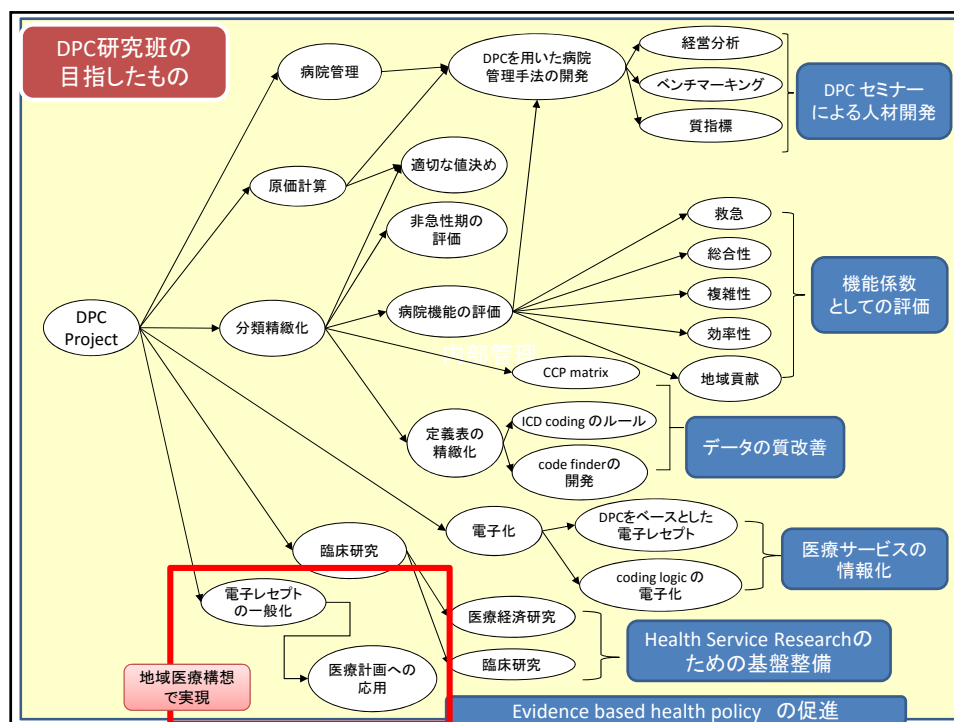
産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

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。

演者が考える医療介護情報利活用の目的





本日お話しすること

1. 地域医療構想の考え方
2. 地域医療構想で進む医療の可視化
3. 機能係数の考え方
4. 地域包括ケアへの対応の必要性
5. まとめ

地域医療構想とは

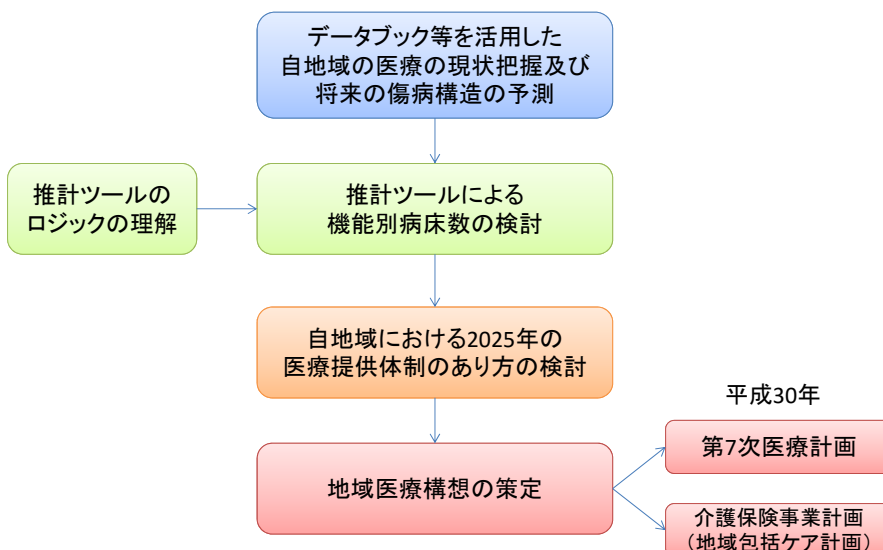
- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- **各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる**

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

地域医療構想の検討手順



間違えてはいけないこと

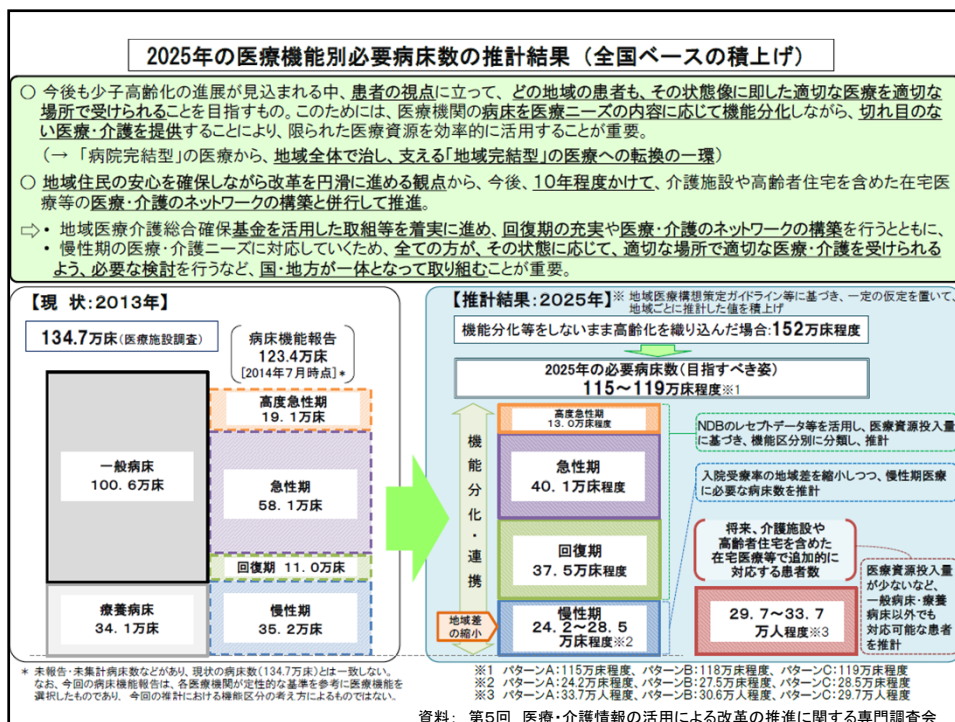
- 病床削減が地域医療構想の目的ではない
 - 推計の仮定が異なれば結果は異なる
- 「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考
えることが第一の目標
 - ただし、その実現のための制約条件についてき
ちんと検討することが必要
 - 複数のシナリオを持つことの重要性
 - 現実的な対応策を各地域の調整会議で検討する

いくつかのポイント(1)

- 高度急性期と急性期とを明確に分離することは
難しい
 - 救急、脳血管障害、急性心筋梗塞、がんなど高度
急性期を必要とする病態について、具体的な機能分
化と連携を考えることで良いのではないか
- 回復期は亜急性期の概念も含めるものと考え
ると、13:1、15:1の病院群が行っている内科的診
療も「回復期」の概念に入る
 - 上記のような病院が救急に対応できるか否かなどを
一つの軸として「地域包括ケア病床」や「在宅療養支
援病院」になることを基金で支援するという議論の持
ち方があるのではないか

いくつかのポイント(2)

- 慢性期は療養病床＋介護サービス＋在宅を合わせたもの
 - 上記のサービスの配分は地域の状況によって異なる
 - 診療所の維持が難しくなっているところでは、在宅医療そのものが成立しにくくなっている
 - 福岡系島医療圏のように人口が今後も増加するところでは、外来需要も増加する→訪問診療の余力はあるのか？
 - いずれにしてもある程度集まって住んでもらう住宅政策との連動が必要ではないか
 - 医療と介護とを連結したデータの準備



機能別病床数の考え方

- 高度急性期・急性期は専門医の研修指定施設との関係を考える必要がある
 - 大学医学部との調整
- 回復期病床(地域包括ケア病床)の配置は、急性期病院及び診療所・介護施設との連携のしやすさを考慮
 - 診療所の先生、介護関係者の意見聴取
- 療養病床数は介護及び在宅医療の状況に依存
 - 在宅医療の提供量の現実的推計
 - 看護師・介護職の確保可能性
- 高度急性期＋急性期、急性期＋回復期の重なりを考慮した推計

本日お話しすること

1. 地域医療構想の考え方
2. 地域医療構想で進む医療の可視化
3. 機能係数の考え方
4. 地域包括ケアへの対応の必要性
5. まとめ

主要診断群(MDC)の分類

主要診断群(MDC)	MDC日本語表記
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	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

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0$$

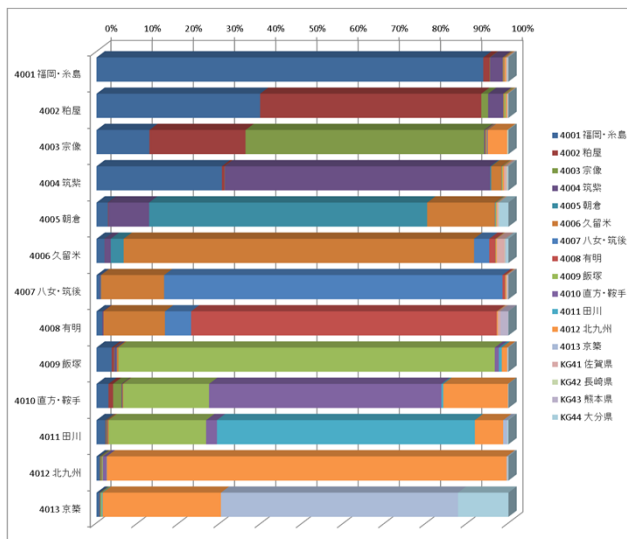
$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

この値が100より大きいということは、当該機能に相当する医療が性年齢を補正しても全国より多く提供されていることを意味し、100より小さければ全国より提供量が少ないということの意味する。

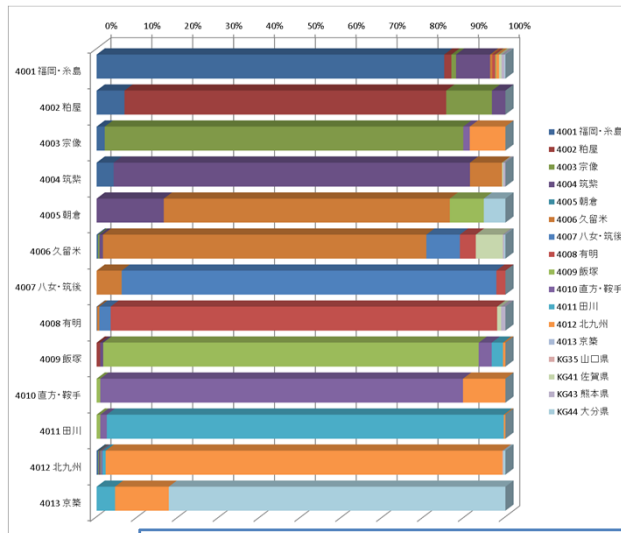
福岡県における入院医療の自己完結率
(平成25年度NDBデータ:一般病床入院 7:1、10:1)



急性期医療は各圏域で自己完結しているか

出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

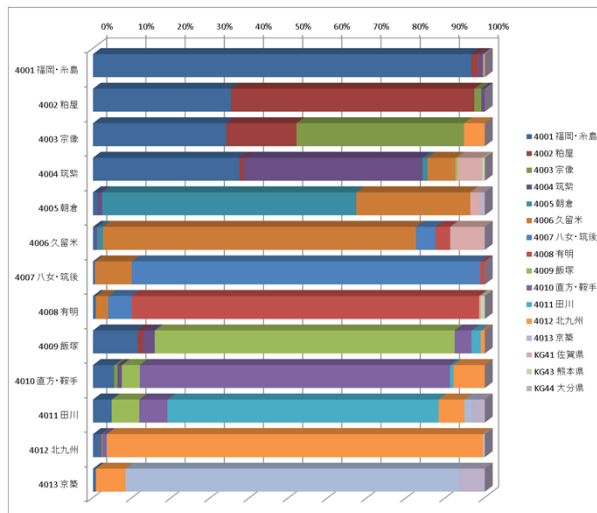
福岡県における入院医療の自己完結率
(平成25年度NDBデータ:一般病床入院 13:1、15:1)



回復期医療は各圏域で自己完結しているか

出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

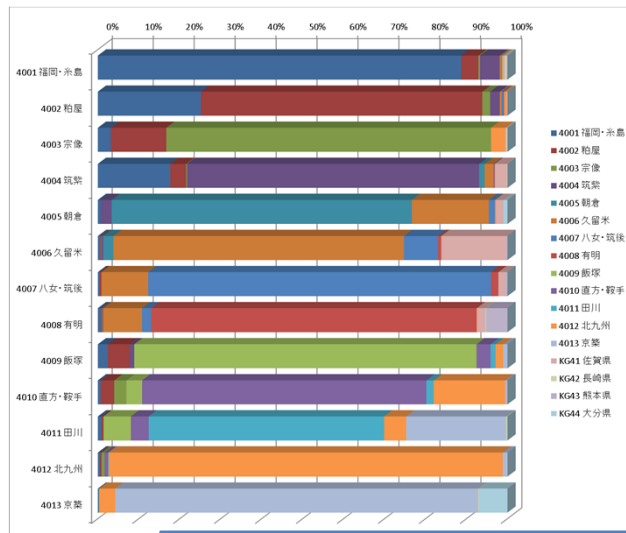
福岡県における入院医療の自己完結率
 (平成25年度NDBデータ:回復期リハビリテーション病床入院)



・ 回復期医療は各圏域で自己完結しているか

出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県における入院医療の自己完結率
 (平成25年度NDBデータ:療養病床入院)



・ 慢性期医療は各圏域で自己完結しているか

出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

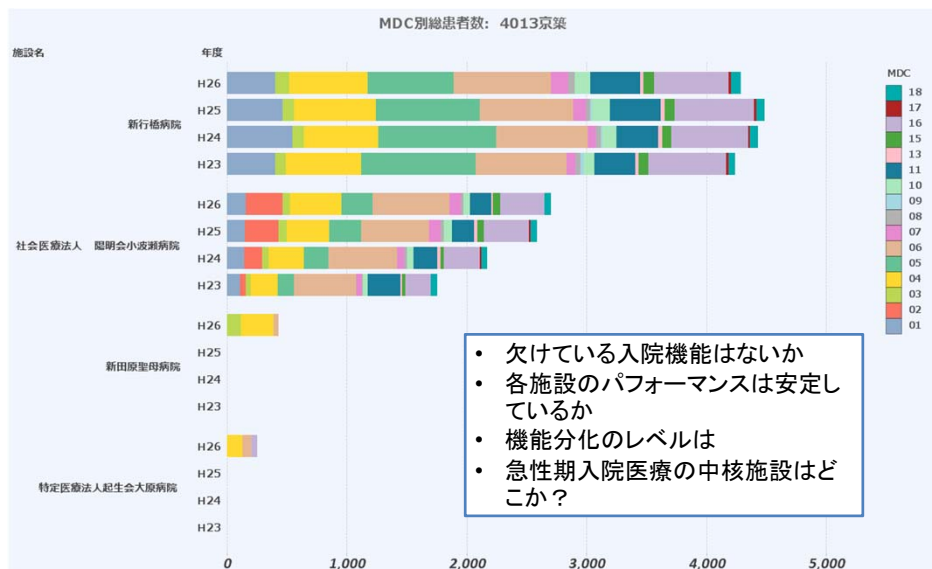
福岡県におけるSCRの状況(外来・入院一般)

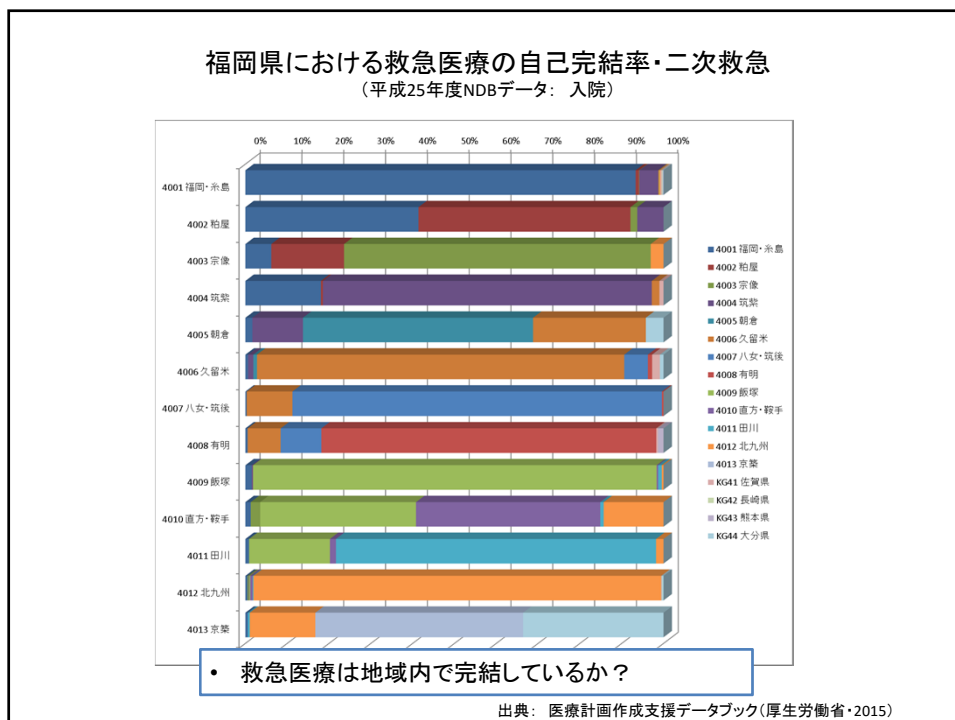
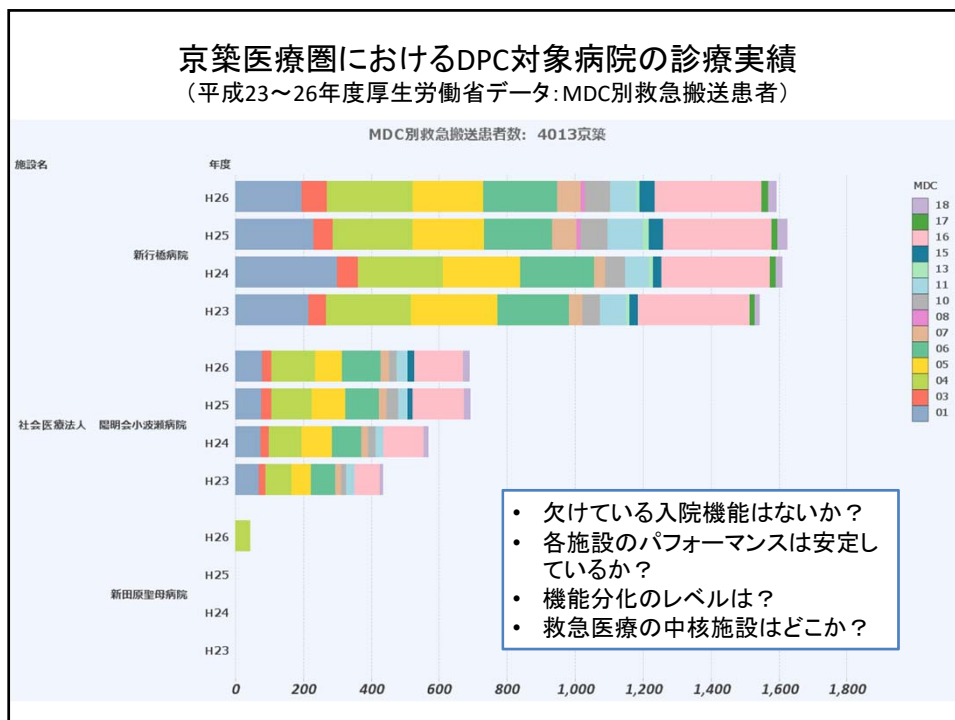
指標名	区分	4001	4002	4003	4004	4005	4006	4007	4008	4009	4010	4011	4012	4013
		福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
初診料	入院	141.5	93.6	94.2	103.5	115.8	157.1	139.4	111.4	132.0	75.7	76.0	139.5	82.7
初診料	外来	116.0	93.2	101.3	104.8	92.5	112.6	100.5	100.6	95.1	89.3	79.5	104.6	80.1
初診料 時間外加算	入院	122.3	70.6	86.1	82.2	102.2	137.9	103.9	95.0	133.2	56.3	61.9	117.3	80.2
初診料 時間外加算	外来	83.4	54.6	65.1	69.9	51.2	85.0	89.6	89.7	84.8	70.9	59.8	70.2	75.7
外来診療料	外来	99.3	35.3	39.4	63.5	33.7	134.5	75.9	58.0	119.1		84.2	111.5	22.1
外来診療料 時間外加算	外来	82.8	36.7	8.0	108.0	68.6	136.3	98.0	47.9	167.8		83.8	145.8	76.6
再診料	入院	115.4	90.2	95.9	91.9	96.2	111.7	101.4	112.0	100.3	101.5	81.2	105.7	98.7
再診料 時間外加算	外来	87.4	34.1	29.7	54.6	29.7	69.8	32.3	67.4	49.2	41.5	9.5	47.0	26.2
再診料・外来診療料(再掲)	外来	112.8	81.2	86.6	87.2	86.0	115.5	97.2	103.1	103.4	84.8	81.7	106.7	86.1
再診料・外来診療料 時間外(再掲)	外来	83.9	75.6	60.0	96.1	96.9	116.4	112.5	108.5	112.7	68.6	65.3	94.2	87.4
一般入院基本料	入院	130.1	89.5	69.6	94.5	85.7	123.4	115.8	104.4	139.8	81.0	74.8	133.5	61.9
一般入院基本料(7, 10対1)(再掲)	入院	136.9	91.6	69.8	90.6	93.1	125.2	109.4	82.2	139.4	76.3	63.2	137.9	67.3
一般入院基本料(13, 15対1)(再掲)	入院	42.9	64.0	66.4	157.7		106.3	198.2	368.8	149.7	140.6	216.0		79.8
DPC入院(再掲)	入院	153.5	72.8	58.1	90.0	71.9	175.7	126.9	69.6	108.1	50.5	37.9	129.4	55.2
療養病棟入院基本料	入院	147.1	212.9	141.0	155.2	193.6	181.2	231.3	130.8	109.0	131.1	59.4	168.5	231.4
精神病棟入院基本料	入院	137.5	144.2	146.5	115.3	191.4	175.4	176.6	276.1	177.7	185.6	632.1	126.0	150.0
有床診療所療養病棟入院基本料	入院	174.0	110.2	203.9	221.2	86.9	229.0	135.4	191.3	151.3	66.9	111.1	133.8	159.6
有床診療所療養病棟入院基本料	入院	178.6	109.2	69.2	155.9	10.8	318.2	158.2	170.4	197.7	220.8	267.0	298.2	214.4
救命救急入院料	入院	132.0					272.3			647.5				52.4
特定集中治療室管理料(ICU)	入院	210.6	128.7	117.1	172.3		247.0	8.7		80.6				273.3
新生児特定集中治療室管理料(NICU)	入院	94.2			304.4									273.3
総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU)	入院	122.9					766.6			589.1				163.7
特殊療養病棟入院料等	入院	73.1	265.9						134.1	214.5		139.3		182.1
小児入院医療管理料	入院	136.0	48.2		66.5		147.4	17.8	77.2	123.3			162.0	0.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	入院	235.9	151.6	52.3	64.5	179.8	217.7	274.1	172.4	64.9	119.8	63.5	156.5	126.5
緩和ケア病棟入院料	入院	429.7	720.7			401.4	237.7	314.0	223.4	221.1				139.9
精神科救急入院料	入院	123.4		702.6	279.6		731.5			405.4				
精神科急性期治療病棟入院料	入院	119.9		134.1	186.8		341.0		187.0		248.9	249.6	187.0	400.1
精神療養病棟入院料	入院	121.7	72.5	362.4	70.2	163.5	171.6	115.3	245.5	101.7	183.0	127.7	131.2	119.0
認知症治療病棟入院料	入院	17.9	338.8		182.0		175.8	138.1	168.2	161.0	256.9	395.2	231.1	552.2
人工ケアユニット入院医療管理料(HCU)	入院	253.2		87.0	216.6	155.3	316.3		32.5	514.0			467.6	284.7
急性期入院医療管理料	入院	307.8	255.3	278.5	94.2	501.4	200.7	371.5	199.8	272.4	224.4		194.4	16.7
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院	253.1		225.4										104.3
夜間・休日診療体制	入院					1262.7	331.8			2670.5		112.3		169.0
夜間・休日診療体制	外来	292.7		648.4		845.3	110.9			1045.8		60.8	123.9	160.7
夜間・休日診療体制	全体	279.1		612.1		811.0	122.9			1146.0		64.1	126.5	151.3
開放型病院共同指送料	入院	351.0	406.1	90.3	40.0	951.7	145.6		49.0	1.6		70.6	224.4	
開放型病院共同指送料	外来	367.4	480.6	84.1	42.4	995.0	116.6					81.8	206.8	
開放型病院共同指送料	全体	359.1	442.7	87.3	41.2	973.6	131.3		52.8	0.8		76.1	215.8	

・ 医療全般の提供量はどうか？

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

京築医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23～26年度厚生労働省データ:MDC別全患者)





年齢階級別に見た平均搬送時間(分)

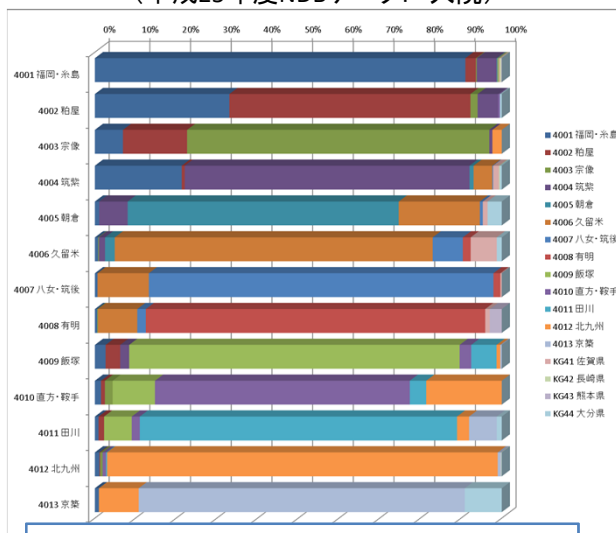
(平成23年度 消防庁データ：京築医療圏)

年齢区...	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
	8,266	7.7	23.0	29.6
1_新生児	8	5.4	23.1	28.5
2_乳幼児	452	7.3	27.9	34.0
3_少年	319	7.3	23.2	29.4
4_成人	2,617	7.5	22.5	28.9
5_高齢者	4,870	7.8	22.8	29.6

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

福岡県における脳梗塞・TIAの自己完結率

(平成25年度NDBデータ：入院)



・ 脳血管障害の医療は地域内で完結しているか？

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

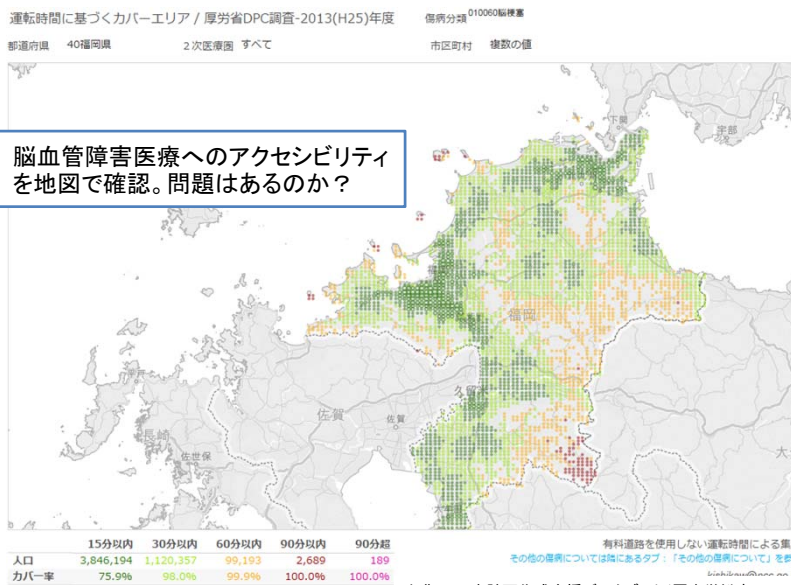
資料集・資料4 福岡県におけるSCRの状況(脳血管障害)

指標名	区分	4001 福岡・糸島	4002 糟屋	4003 宗像	4004 筑紫	4005 朝倉	4006 久留米	4007 八女・筑後	4008 有明	4009 熊塚	4010 直方・鞍手	4011 田川	4012 北九州	4013 京築
脳血管障害患者(全体)(主傷病)	入院	184.7	139.0	29.1	195.5		188.1	10.2	33.1	140.1		48.9	108.7	303.7
脳血管障害患者(全体)(主傷病)	外来	108.3	409.4	103.1	104.9		100.8		80.5	81.8			87.1	242.3
脳急性期脳卒中加算	入院	216.7	269.5	130.9	200.7		212.8	54.9	63.8	199.0		237.7	186.9	243.9
脳卒中ケアユニット入院医療管理科(SCU)	入院	254.1			226.3									104.7
脳梗塞、一過性脳虚血発作患者(主病名)	入院	138.5	115.8	92.4	135.5	118.8	148.7	184.9	154.0	113.5	93.8	115.0	131.5	111.0
脳梗塞、一過性脳虚血発作患者(主病名)	外来	111.4	80.4	89.7	191.3	99.8	104.6	145.6	144.5	117.8	104.5	85.8	110.2	91.5
脳卒中のICU	入院	144.6	159.4	130.0	116.5		196.6	55.0	43.6	114.7		129.5	128.7	152.9
脳卒中のICU以外の薬物療法	入院	88.1	47.0	120.9	124.9	53.9	116.8	193.4	89.9	106.4	25.2	97.1	100.7	26.5
脳卒中の経皮的血管形成術等	入院	179.9	13.6	55.2	239.7		234.3	81.0	47.8	21.1			203.6	120.6
脳卒中の動脈形成術等	入院	145.5	10.3	31.8	83.5		190.8	51.5	27.7	55.1		8.1	264.2	175.8
脳卒中に対する急性期リハビリテーション	入院	171.2	113.3	107.6	139.0	110.7	163.8	161.4	137.3	165.5	63.4	64.1	176.9	120.9
療育症候群に対するリハビリテーション	入院	169.9	128.2	100.9	150.4	211.4	189.9	100.3	92.4	236.0	83.4	64.5	200.1	67.1
療育症候群に対するリハビリテーション	外来	96.3	60.8	86.0	195.9	134.1	165.9	21.9	161.5	265.8	100.5	24.0	137.2	7.5
療育症候群に対するリハビリテーション	全算	167.5	123.9	100.7	151.9	209.2	189.1	98.1	84.1	236.9	83.9	63.4	198.2	65.3
脳卒中患者の連絡バス利用者(第1入院機関)	入院	153.6	75.3		125.5		163.0	157.4	111.1	317.6		16.0	205.1	18.3
脳卒中患者の連絡バス利用者(第2入院機関)	入院	168.4	101.2	25.8	88.5	29.8	123.8	189.0	119.6	96.0	76.8	51.2	195.2	14.5
未破裂動脈瘤患者(主病名)	入院	171.3	24.2	28.9	286.8	88.1	203.6	60.1	71.5	51.1	9.5	4.8	161.7	68.5
未破裂動脈瘤患者(主病名)	外来	111.3	52.0	28.3	172.9	32.0	141.6	111.8	72.4	99.6	23.4	33.9	113.5	46.3
未破裂動脈瘤の脳血管内手術	入院	168.2		97.2	248.3		351.5	71.8	49.0	12.8			135.0	101.2
脳血管内手術(全体)	入院	145.3	28.7	118.4	280.7		330.8	69.4	32.5	21.3			148.6	56.6
未破裂動脈瘤の脳動脈瘤流入血管クリッピング	入院	124.6	14.1	67.0	209.5		95.8	50.2	22.7	88.4		7.9	178.6	99.0
脳動脈瘤流入血管クリッピング(全体)	入院	106.0	31.9	54.7	150.1		119.5	48.7	31.0	144.1		27.0	197.7	114.0
くも膜下出血患者(主病名)	入院	132.5	107.2	71.8	158.0	29.9	183.9	55.1	91.7	126.1	36.4	62.6	127.5	147.3
くも膜下出血患者(主病名)	外来	92.5	102.9	121.9	109.3	68.4	153.4	64.3	93.9	109.8	51.2	94.1	105.0	85.7
くも膜下出血の穿頭脳室ドレナージ術等	入院	99.1	117.6	78.4	218.9		202.7	28.0	30.4	121.0		53.7	147.0	187.9
くも膜下出血の脳動脈瘤流入血管クリッピング	入院	93.0	73.8	109.5	110.2		115.2	8.6	42.2	202.4		49.4	136.3	121.9
脳出血患者(主病名)	入院	130.4	106.1	65.4	147.2	57.1	181.7	109.8	143.5	98.4	66.0	58.0	142.6	89.2
脳出血患者(主病名)	外来	99.7	90.4	102.2	143.7	67.4	128.2	87.3	122.9	111.0	64.1	81.4	112.6	108.4
脳出血の脳血管内手術等	入院	171.4	91.5	75.9	191.2		164.2	45.2	88.7	156.1		34.7	180.7	104.0

・ 脳血管障害の医療の提供量は足りているか？

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

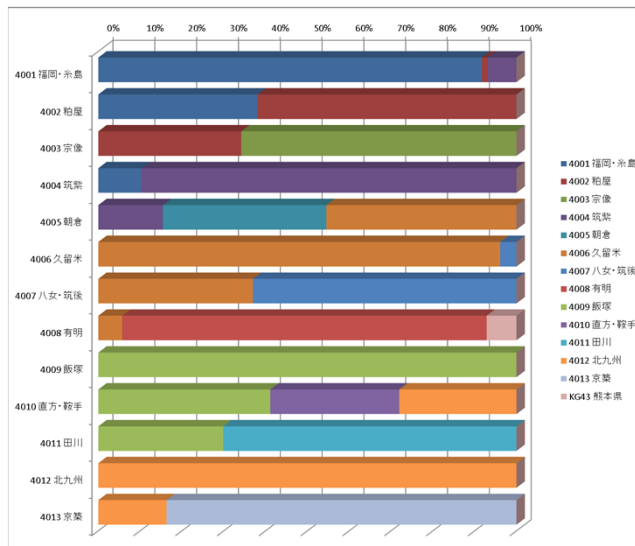
資料集・資料11 DPC公開データによる急性期入院医療へのアクセシビリティの評価 (H25年:福岡県・脳梗塞)



・ 脳血管障害医療へのアクセシビリティを地図で確認。問題はありますか？

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

資料集・資料10 福岡県における急性心筋梗塞の自己完結率
(平成25年度NDBデータ：入院)



出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

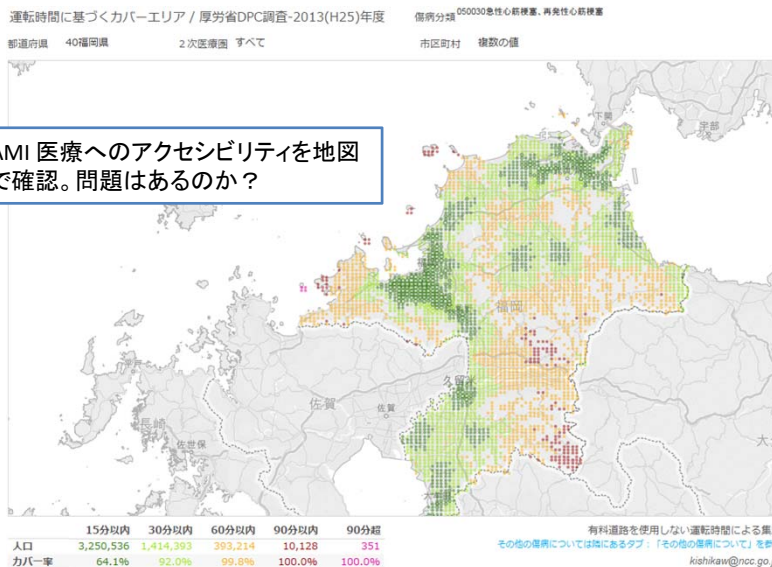
資料集・資料4 福岡県におけるSCRの状況(虚血性心疾患)

指標名	区分	4001 福岡・糸島	4002 粕屋	4003 宗像	4004 筑紫	4005 朝倉	4006 久留米	4007 八女・筑後	4008 有明	4009 飯塚	4010 直方・鞍手	4011 田川	4012 北九州	4013 京築
狭心症患者(主病名)	入院	162.2	133.6	94.0	133.0	78.6	139.1	67.4	144.1	110.2	92.1	114.2	171.9	110.0
狭心症患者(主病名)	外来	128.5	103.2	103.1	110.5	104.6	119.5	127.6	121.4	110.8	118.5	107.8	137.3	121.1
急性心筋梗塞患者(主病名)	入院	112.5	80.7	74.3	153.3	55.3	149.1	57.6	95.2	135.6	25.8	44.1	120.9	84.9
急性心筋梗塞患者(主病名)	外来	91.0	69.6	92.6	95.8	93.0	114.1	92.3	71.7	105.5	63.4	51.5	110.8	95.9
急性心筋梗塞に対するカテーテル治療	入院	128.3	84.7	67.5	150.8	57.8	161.3	44.7	105.6	177.3	3.2	133.4	133.7	79.8
虚血性心疾患に対するカテーテル治療(全体)	入院	161.9	87.1	62.7	148.4	57.8	163.5	42.9	100.9	101.9	11.3	117.1	147.4	75.7
虚血性心疾患に対する心臓血管手術(全体)	入院	104.8		123.8	85.4		195.0		24.2	136.9			162.3	
狭心症に対するカテーテル治療	入院	176.6	88.8	61.2	148.0		165.4	42.5	98.7	71.2	14.7	109.9	152.9	73.5
狭心症に対する心臓血管手術	入院	108.6		110.9	90.0		189.1		8.4	117.5			162.2	
冠動脈CT撮影	入院	278.1	91.4	70.0	84.9	70.1	313.1	122.2	8.7	48.0	49.8	39.2	299.8	101.4
冠動脈CT撮影	外来	199.8	66.4	83.2	61.2	17.0	319.0	121.7	56.0	26.4	74.5	13.0	205.6	88.4
冠動脈造影	全体	210.4	68.4	81.4	64.3	24.4	345.6	121.7	49.4	29.4	71.1	16.7	218.5	90.2
冠動脈造影	入院	148.3	72.8	46.1	122.3		107.7	35.3	91.4	133.6	27.7	117.4	194.4	62.7
冠動脈造影	外来	2.7			1.9		297.7	9.6				4.5	164.7	6.8
冠動脈造影	全体	142.1	69.8	44.2	117.1		115.7	34.3	87.6	128.1	26.6	112.7	193.2	69.3
冠動脈造影(相動患者(主病名))	入院	153.0	130.2	82.9	128.7	160.0	153.3	153.6	146.5	102.6	125.0	113.8	182.3	110.2
冠動脈造影(相動患者(主病名))	外来	109.4	93.0	78.5	91.9	111.5	120.3	106.0	104.1	120.0	82.0	83.6	119.9	98.4
心臓焼灼術	入院	174.3	1.0	30.0	58.2		150.2			43.6		8.9	208.8	3.9
ペースメーカー	入院	131.0	113.3	58.1	117.4	161.4	153.2	106.6	94.1	107.5	37.2	39.1	146.7	72.9
経皮型除細動器	入院	84.1			114.1		210.5			182.2			202.3	31.5
大動脈内カテーテルポンピング法	入院	130.5	41.5	57.8	205.9		147.6	14.0	64.8	217.2		57.1	116.6	67.3
大動脈内カテーテルポンピング法に対するリハビリテーション	入院	308.6	149.4	118.5	251.7		387.9	251.9	301.8	285.7			263.1	122.0
大動脈内カテーテルポンピング法に対するリハビリテーション	外来	326.3	121.3	39.6	109.6		294.2	38.9	144.5	1.1		82.0	277.1	9.1
大動脈内カテーテルポンピング法に対するリハビリテーション	全体	313.2	139.9	92.8	203.8		344.0	185.0	252.5	195.4		25.9	267.6	85.6

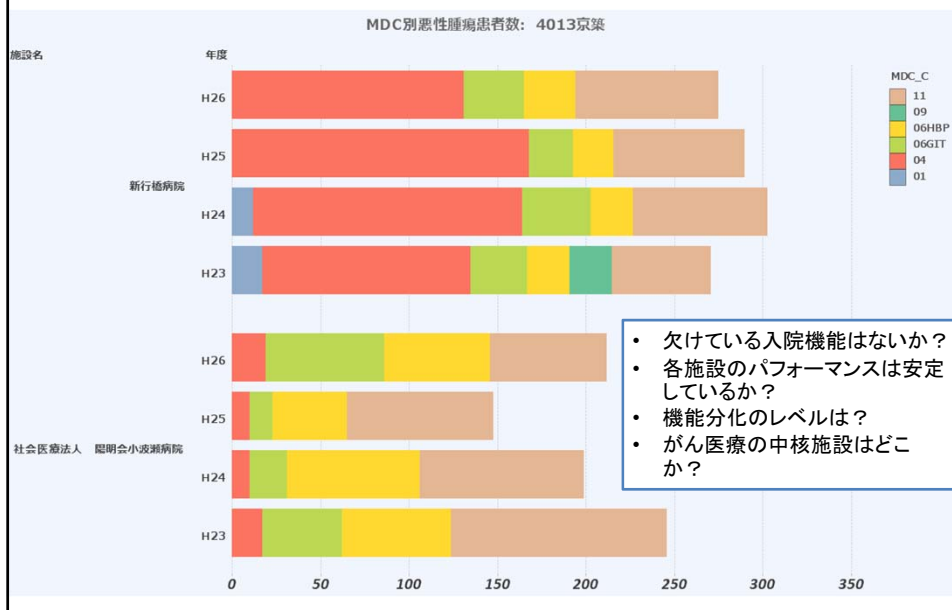
・ 虚血性心疾患の医療の提供量は足りているか？

出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

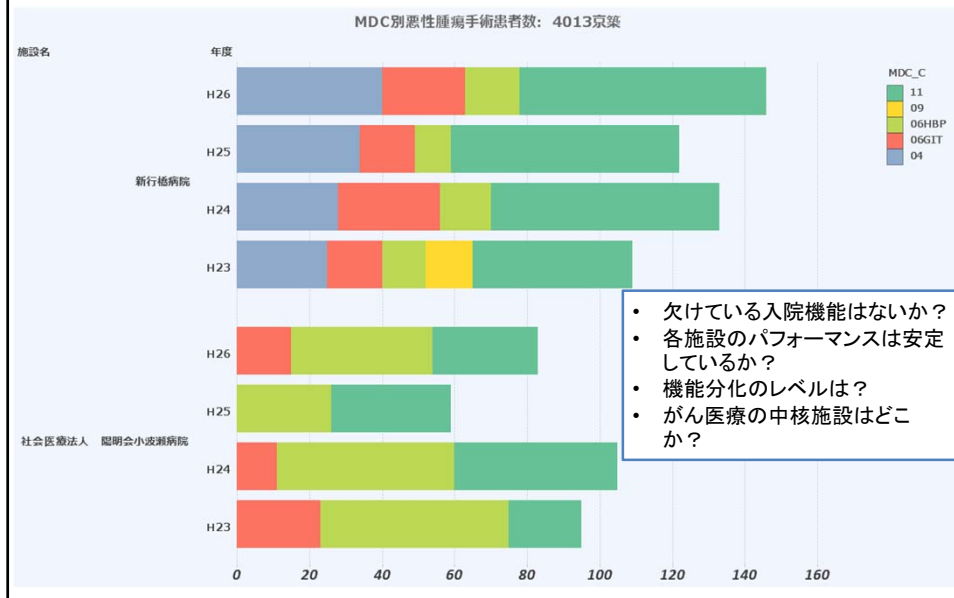
資料集・資料11 DPC公開データによる急性期入院医療へのアクセシビリティの評価
(H25年:福岡県・急性心筋梗塞)



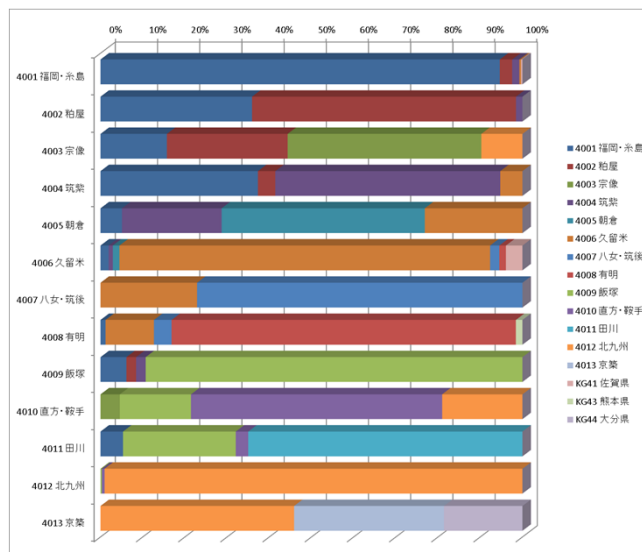
資料集・資料8 京築医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
(平成23～26年度厚生労働省データ:MDC別全がん患者)



資料集・資料9 京築医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
 (平成23～25年度厚生労働省データ: MDC別全がん手術患者)

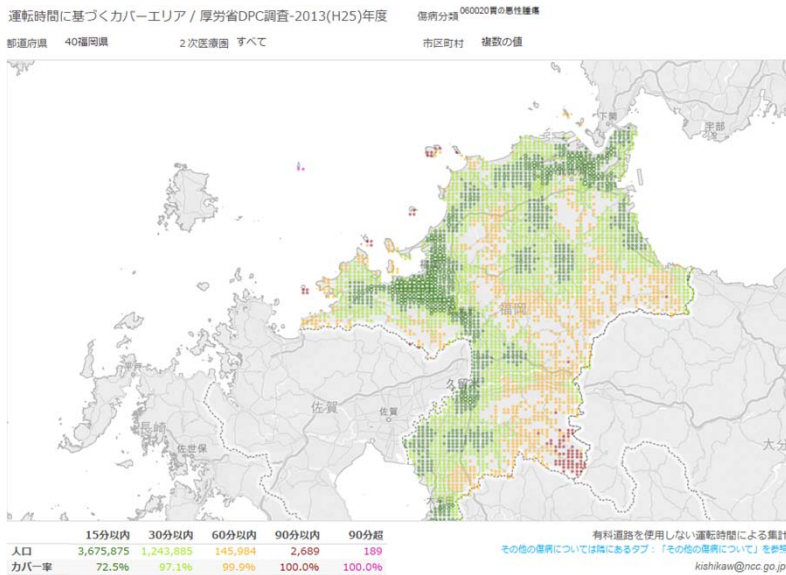


資料集・資料10 福岡県におけるがん医療の自己完結率
 (平成25年度NDBデータ: 主傷病胃がん・入院)



出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

資料集・資料11 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)

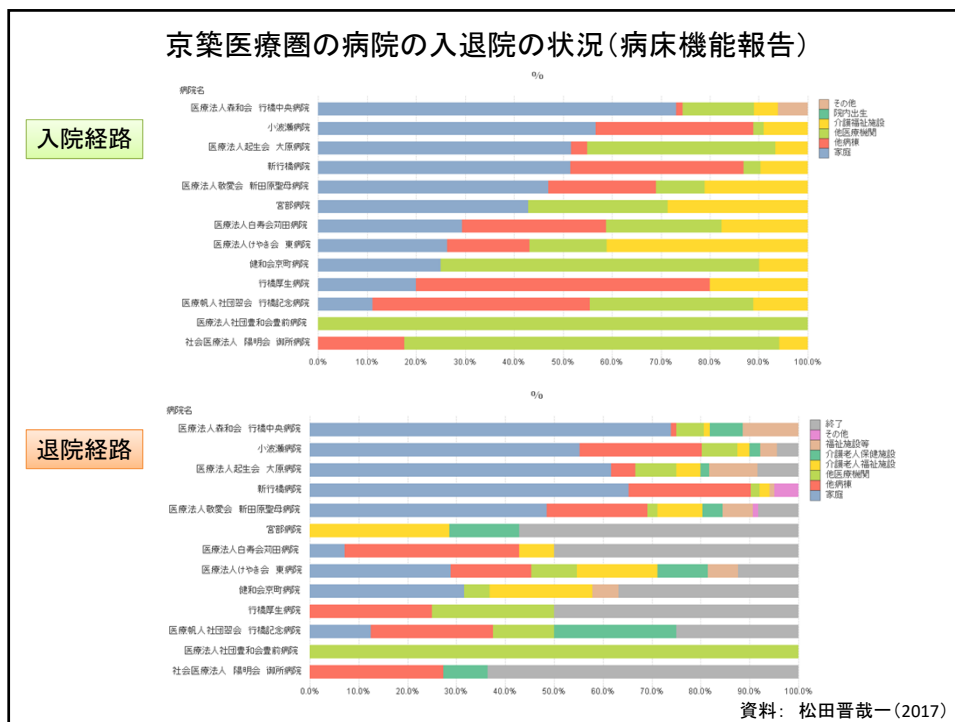


出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

資料集・資料4 福岡県におけるSCRの状況(悪性腫瘍)

指標名	区分	4001 福岡・糸島	4002 粕屋	4003 宗像	4004 筑紫	4005 那珂	4006 久留米	4007 八女・筑後	4008 有明	4009 飯塚	4010 直方・鞍手	4011 田川	4012 北九州	4013 京築
胃悪性腫瘍患者(主病名)	入院	139.0	118.2	46.5	72.9	49.8	149.3	81.9	100.8	129.2	79.9	51.6	117.3	33.9
胃癌の内視鏡的手術	全体	149.9	46.7	28.5	99.5	21.3	139.8	60.8	51.8	102.7	82.2	50.7	118.3	12.3
胃癌のESD	入院	140.9	50.9	28.1	86.2	22.1	140.5	58.4	34.7	109.6	75.7	49.1	123.7	13.1
胃癌の試験開腹術等	入院	118.5	42.5	28.3	103.3	48.1	115.3	143.6	51.5	117.1	90.7	50.1	140.8	16.0
胃癌の全摘術等	入院	135.1	57.0	30.6	72.3	51.2	139.8	58.8	54.8	132.0	41.4	70.0	121.3	25.3
JBT	入院	182.8	112.0	52.2	30.0	91.2	379.2	110.5	125.5	68.9	802.6	179.9	197.6	166.5
JBT	外来	144.2	172.1	96.3	82.7	103.7	179.0	190.2	135.7	90.5	234.4	67.3	167.0	106.0
JBT	全体	145.8	169.6	94.4	80.5	103.1	187.8	186.5	135.2	89.5	251.7	72.2	168.4	108.7
胃・十二指腸内視鏡検査	入院	173.4	126.9	61.5	86.4	106.3	149.9	117.1	114.9	174.2	126.3	64.9	147.3	67.7
胃・十二指腸内視鏡検査	外来	112.5	96.4	68.8	76.9	92.5	115.8	121.1	116.9	138.0	109.8	75.9	112.6	83.8
胃・十二指腸内視鏡検査	全体	118.8	99.6	68.0	77.9	94.1	119.6	120.7	116.6	142.2	111.7	74.6	116.6	82.0
二次除腫(ハック型)による	入院	202.5	61.8	47.2	368.5	212.9	386.2	320.5	108.1	107.8	527.0	152.4	151.8	43.5
二次除腫(ハック型)による	外来	113.3	59.0	79.9	79.4	61.8	75.2	100.2	68.4	35.3	94.0	104.7	83.7	64.4
二次除腫(ハック型)による	全体	114.1	59.1	79.6	82.0	63.4	78.0	102.5	68.8	36.1	98.5	105.2	84.4	64.2
大腸悪性腫瘍患者(主病名)	入院	160.7	111.6	74.0	85.3	79.8	147.3	105.6	146.3	158.4	82.3	43.3	139.8	48.7
大腸悪性腫瘍患者(主病名)	外来	125.4	62.7	57.4	71.0	63.4	126.5	84.4	107.6	103.5	88.4	65.9	112.2	51.5
大腸癌の内視鏡的手術	入院	203.7	57.9	27.6	118.5	43.3	173.1	106.0	173.0	82.9	267.6	25.8	116.4	17.3
大腸癌の内視鏡的手術	外来	44.7	13.8	32.7	15.0	11.5	47.0	12.7	32.8	54.0	22.8	9.5	107.7	66.3
大腸癌の内視鏡的手術	全体	159.6	44.8	29.1	87.8	33.9	135.8	78.5	131.7	74.4	195.3	21.0	113.8	31.8
大腸癌の結腸切除術等	入院	137.3	50.7	43.2	81.1	62.5	127.5	84.5	75.6	136.4	80.2	50.2	126.8	21.5
大腸悪性腫瘍患者(主病名)	入院	153.0	108.2	53.6	80.7	45.1	173.9	71.4	111.2	121.5	72.0	46.4	146.9	26.9
大腸悪性腫瘍患者(主病名)	外来	123.4	51.8	40.5	75.3	32.7	149.9	64.1	84.8	97.3	66.0	67.7	110.4	32.1
大腸癌の内視鏡的手術	入院	174.2	81.4	21.8	87.0	35.6	251.4	141.5	214.6	78.0	88.4	29.4	117.5	16.7
大腸癌の内視鏡的手術	外来	54.9	22.8	23.3	14.8	11.9	93.2	12.8	34.2	63.0	14.3	11.5	86.8	9.0
大腸癌の内視鏡的手術	全体	124.4	58.8	22.4	59.1	22.0	190.8	92.5	146.0	72.3	60.7	22.7	105.7	13.7
肝臓癌の骨盤内臓全摘術等	入院	137.3	52.1	54.0	65.9	60.7	161.0	55.9	63.4	103.0	73.0	64.9	117.4	17.5
肝悪性腫瘍患者(主病名)	入院	208.0	116.0	40.5	84.4	117.1	303.9	220.6	160.6	164.5	35.7	54.2	156.8	58.8
肝悪性腫瘍患者(主病名)	外来	180.2	92.6	65.6	66.6	101.0	292.4	162.5	148.6	189.1	57.5	52.0	156.0	49.8
肝臓のマイクロ波凝固法等	入院	235.5	125.0	23.6	131.1	69.1	426.6	157.7	200.4	168.1	7.9	81.5	117.6	37.8
肝臓の針切除・部分切除等	入院	176.9	53.2	56.4	54.6	69.7	225.1	83.1	44.5	232.2	20.7	51.7	137.2	29.3
肝臓の摘出術	入院	174.5	73.7	14.8	51.1	59.4	354.5	319.8	144.7	189.2	7.9	33.8	182.4	32.3

出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)



医療機関の病床区分や人員配置等に関する研究

(H28-医療-指定-029)平成28年度研究報告書から

データ・方法等：

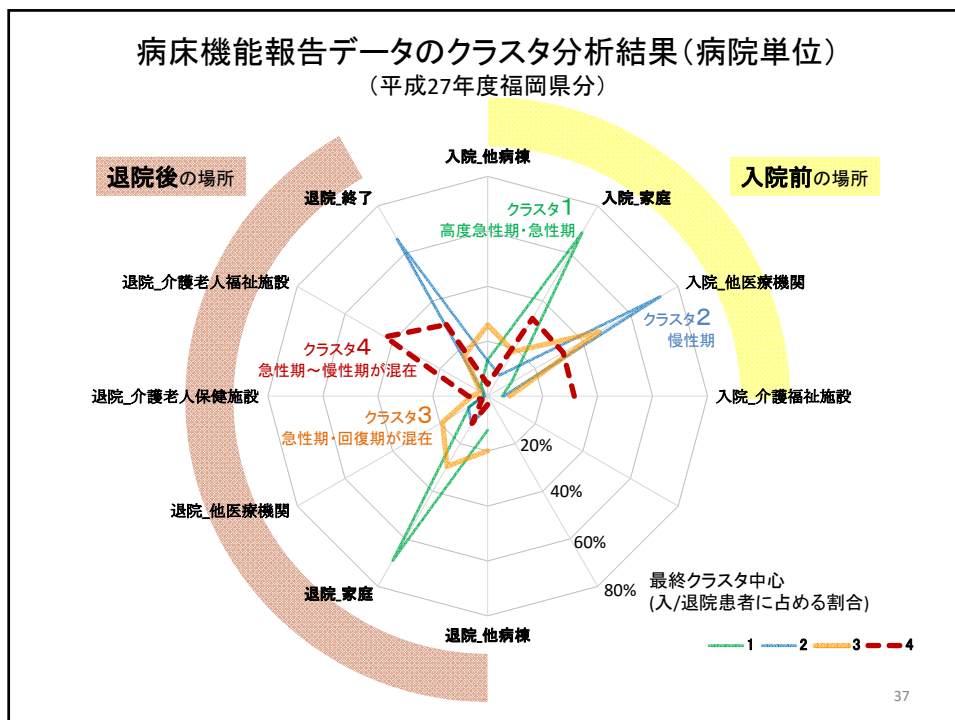
- 平成27年度福岡県分の病床機能報告データを利用
- 入棟前の場所、退棟後の場所について、**病院別に**、入棟患者数/退棟患者数に占める割合(%)を計算
- クラスター分析(非ユークリッド距離法)により、4つに区分

結果：

- 最終クラスター中心
 - クラスタ1: 家庭(68.7%) → 家庭(69.0%) 高度急性期・急性期が混在
 - クラスタ2: 他院(72.4%) → 終了(死亡退院等)(65.9%) 慢性期
 - クラスタ3: 他院(46.9%) / 院内(25.9%) / 家庭(18.7%)
→ 家庭(29.5%) / 院内(19.9%) / 他院(19.0%) / 終了(17.1%) 急性期・回復期が混在
 - クラスタ4: 家庭/他院/介護福祉施設(約30%ずつ)
→ 介護老人福祉施設(29.5%) / 終了(30.1%) 急性期・回復期・慢性期が混在

➡

入退院経路別の患者構成から、病院の持つ医療機能の組み合わせを推測することが可能ではないか



追加的研究: 病棟機能別の入退院経路別の患者構成

データ・方法等:

- 平成28年度福岡県分の病床機能報告データを利用
- 医療機関から報告された、平成28年7月1日時点の各病棟の医療機能に従って
- 平成28年6月の1カ月間の入院患者の状況について入棟前・退棟先の場所別に患者数の構成割合を計算

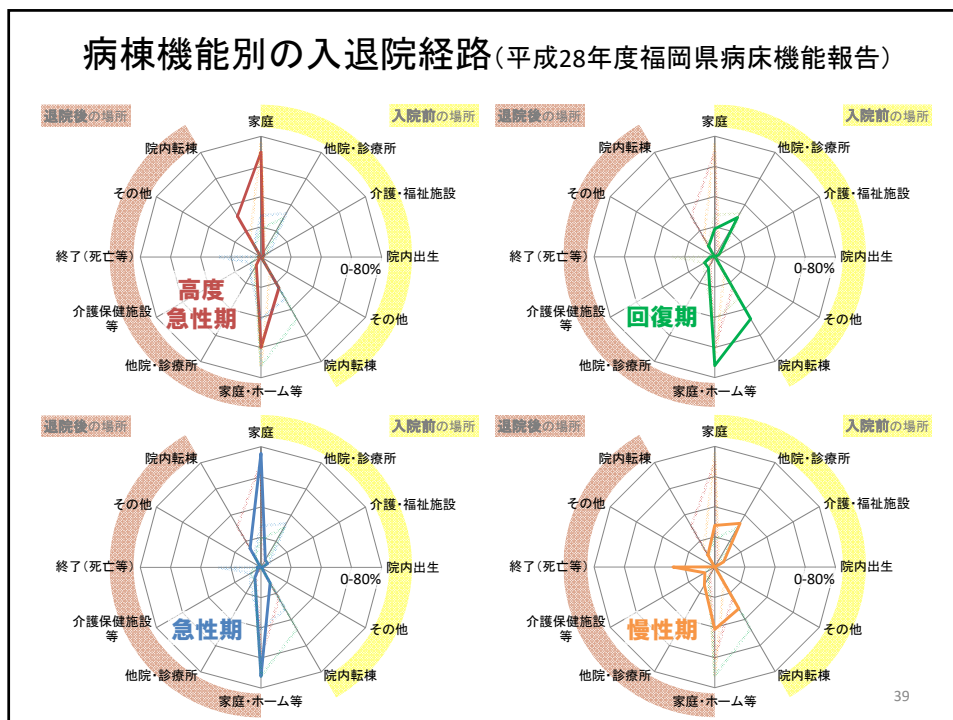
結果:

- **高度急性期:** 家庭(69.6%) / 院内(23.7%)
→ 家庭(59.9%) / 院内(31.3%)
- **急性期:** 家庭(75.6%) / 院内(12.0%) + 他院(5.7%) / 施設(5.2%)
→ 家庭(72.3%) / 院内(14.4%) / 他院(8.1%) + 施設(2.3%) / 終了(2.6%)
- **回復期:** 院内(47.6%) / 他院(30.1%) / 家庭(18.6%)
→ 家庭(72.0%) / 他院(8.4%) / 院内(8.1%) / 施設(7.9%) / 終了(3.2%)
- **慢性期:** 他院(33.5%) / 院内(31.9%) / 家庭(27.6%)
→ 家庭(41.3%) / 終了(27.8%) / 他院(13.9%) / 院内(9.2%) / 施設(7.6%)



入退院経路別の患者構成から、病棟の持つ医療機能を推測することが可能ではないか

病棟機能別の入退院経路(平成28年度福岡県病床機能報告)



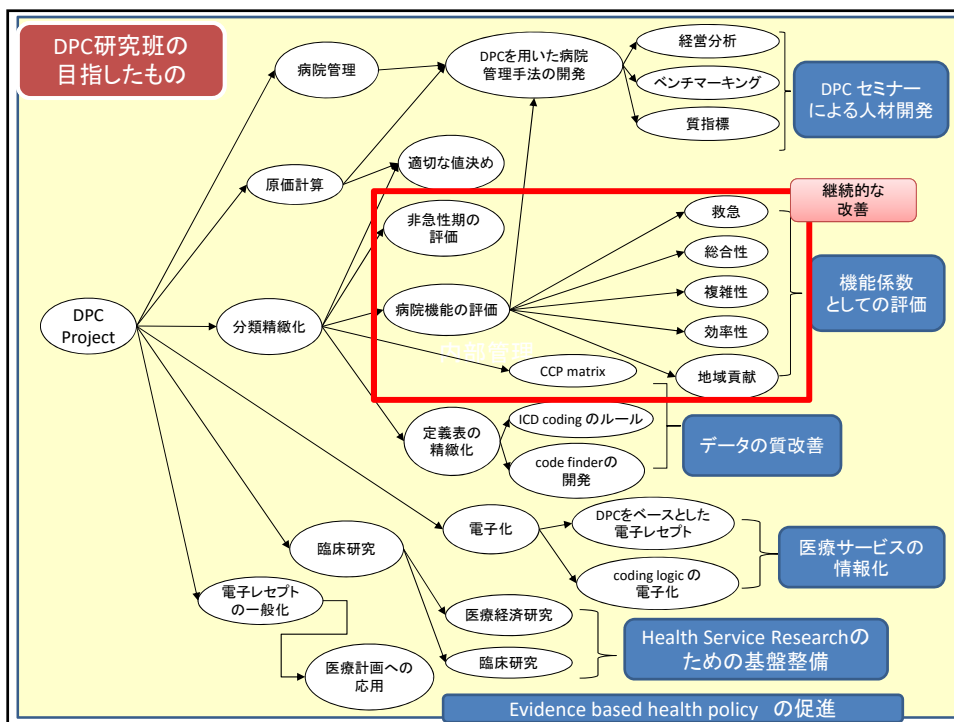
地域医療の現状とその中での自院の位置づけを冷静に考えればおのずと進むべき方向は見えてくるはず。

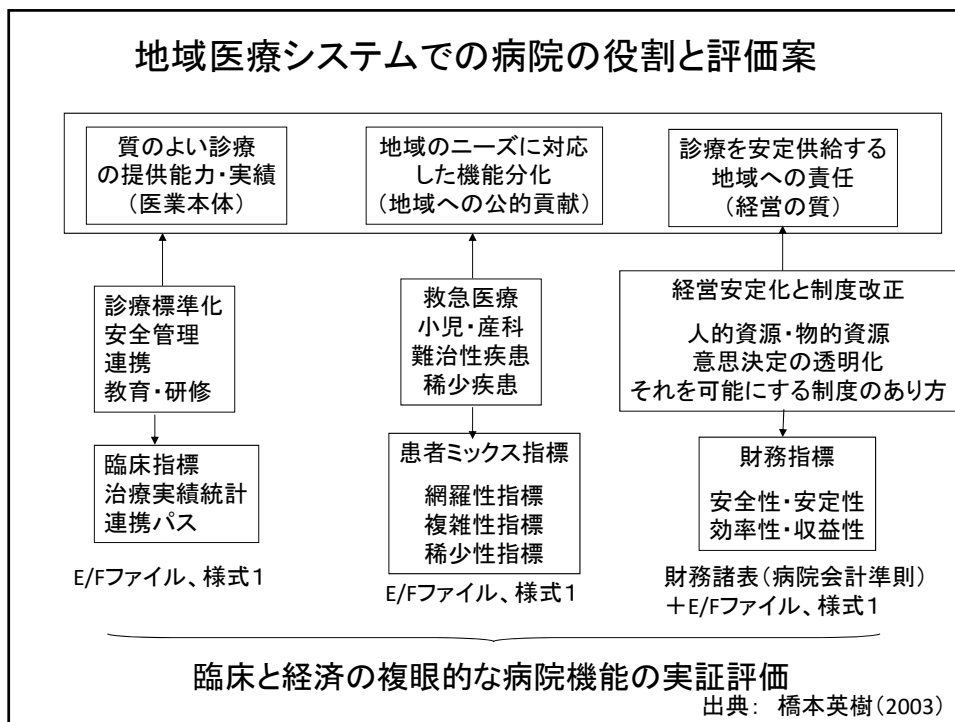
これから地域で求められる機能は何なのか？

医療情報の可視化は今後さらに進む。

本日お話しすること

1. 地域医療構想の考え方
2. 地域医療構想で進む医療の可視化
3. 機能係数の考え方
4. 地域包括ケアへの対応の必要性
5. まとめ





機能評価係数に関する 基本的考え方

参考資料 1	中医協 診-2-1	診療組 D-4
21. 11. 18	21. 6. 24	21. 6. 19

- 平成20年12月17日
基本問題小委員会
- ↓
- 評価軸の提案(研究班)
- 係数の候補(DPC評価分科会)
- 平成21年特別調査
- ↓
- 機能評価係数Ⅱ

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

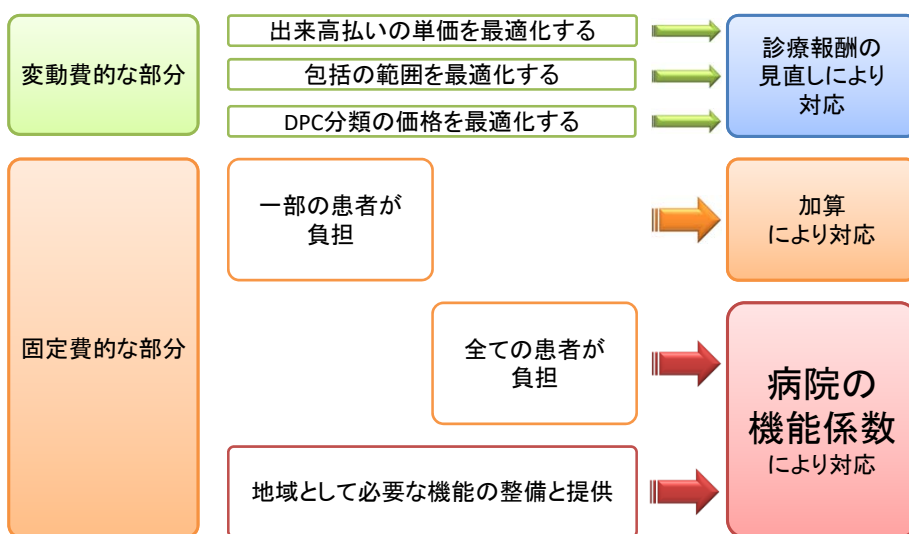
- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- 7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

※ 平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認

研究班における検討

- 医療機関を特徴付ける因子(評価の軸)に関する検討
 - 施設の機能・構造についてのより詳細な調査
 - 様式3(施設調査票)に項目を追加: 人員・機器の配置などを考慮
 - DPC調査データに基づく診療機能の指標化
 - 急性期医療
 - 透明化・効率化・標準化・質の向上
 - DPC対象病院としての機能
 - 地域医療への貢献
- ↓
- データに見られる特徴を多変量解析により抽出し、基本となる評価の軸を具体化

支払いを最適化するための方策

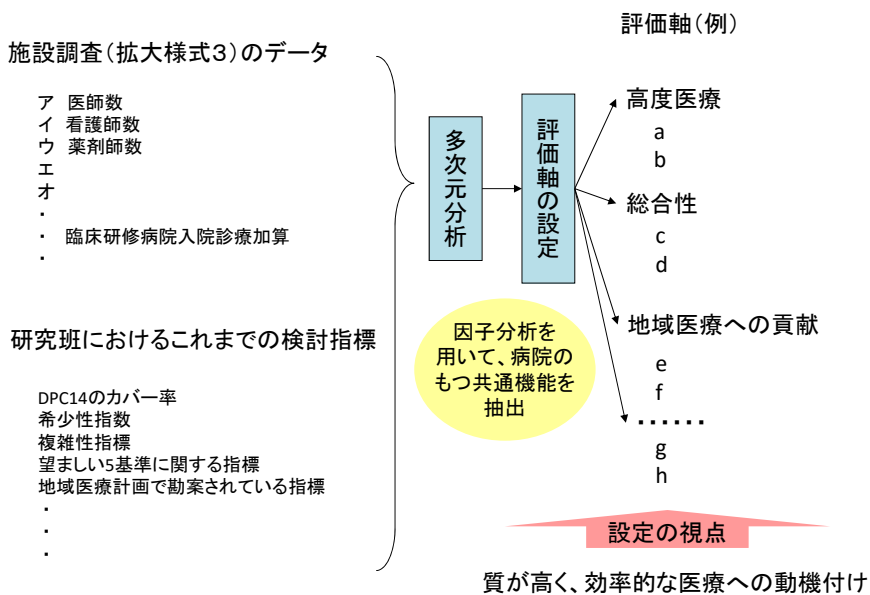


機能評価係数に関する今後の検討の方向性

新たな係数の開発

- 「基本的考え方」に沿って
 - 急性期を反映する係数
 - 待てない急性期と待てる急性期、それぞれに応じた評価
 - DPC分類を活用した、施設機能の細やかな評価
 - 社会的に求められている役割・地域医療への貢献
 - 4疾病(その後5疾病)・5事業における病院の診療実績の評価
 - 施設の診療圏と地域における占有率についての分析
 - 医療全体の質の向上(透明化・効率化・標準化・質の向上)
 - DPC対象病院として公開が望まれる指標
 - 指標の定義を示すことによる効果...分析を促す
 - 指標についての集計結果を公開することによる効果...目標値がわかる
 - 各施設の指標の値の公開、指標に由来する係数の具体化

施設調査に基づく分析のイメージ



因子分析の結果

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
一般病床数	0.778	0.444	-0.056	-0.076	0.041	-0.150	0.022	0.044	0.080
地域医療支援病院	0.228	0.043	0.015	0.005	-0.123	0.037	0.721	0.089	0.131
災害拠点病院	0.586	0.032	-0.021	-0.068	-0.355	-0.076	-0.067	-0.098	0.186
がん診療連携拠点病院	0.462	0.397	0.050	-0.055	-0.330	-0.084	0.267	-0.016	0.174
開放型病院	-0.062	-0.049	-0.086	-0.074	0.107	-0.029	0.773	0.083	-0.069
救命救急センター	0.685	0.122	0.070	-0.012	-0.149	-0.109	-0.043	-0.019	0.024
特定機能病院	0.411	0.559	0.041	0.003	0.003	-0.070	-0.156	0.066	-0.335
療養病床	-0.100	-0.110	-0.042	0.023	-0.193	0.140	0.041	-0.156	-0.615
100床あたり医師数	0.489	0.562	0.137	-0.131	0.265	-0.013	-0.074	0.140	0.007
100床あたり看護師数	0.018	0.079	0.011	-0.010	0.155	0.001	0.137	0.312	0.044
100床あたり研修医数	0.614	0.381	0.059	-0.130	0.237	-0.019	0.026	0.049	0.078
100床あたり薬剤師数	-0.204	-0.048	0.015	0.036	0.224	-0.169	-0.106	-0.025	-0.685
IABP、腹腔鏡セットなどのハイテク機器	0.762	0.503	0.036	-0.091	0.021	-0.079	-0.014	0.151	0.073
MRI、CT、SPECTなどのハイテク診断機器	0.656	0.543	0.062	0.103	0.059	-0.087	-0.056	0.076	-0.043
ICU、HCU	0.645	0.261	0.045	0.049	0.052	-0.005	0.057	0.256	-0.205
無菌室、放射線治療	0.252	0.657	0.058	-0.033	0.015	-0.046	0.014	-0.027	-0.070
NICUなど	0.681	0.182	0.047	-0.071	0.100	-0.025	0.040	-0.098	-0.141
全患者に対する全麻の割合	0.230	0.227	0.694	-0.222	0.198	0.003	0.019	-0.051	0.106
CT+MRIの検査数/全患者数	-0.017	-0.022	0.215	0.841	-0.035	-0.108	-0.014	-0.090	-0.067
迅速検査割合	0.268	0.648	0.058	-0.102	-0.021	-0.179	0.132	-0.101	0.261
休日・時間外・深夜患者割合	0.811	-0.118	-0.074	0.107	0.043	0.026	0.283	0.072	0.255
救急患者数	0.780	-0.128	-0.079	0.158	0.110	0.030	0.328	0.106	0.193
手術患者数	0.786	0.465	0.035	-0.094	0.119	-0.013	0.055	0.141	0.143
手術症例に占める外保連試案E患者割合	0.044	0.504	-0.135	0.368	0.079	-0.013	-0.208	0.256	0.140
分娩数	0.668	0.035	-0.079	-0.197	0.170	0.079	-0.069	-0.103	0.224
在院日数ベースのCMI	0.170	0.173	0.579	0.458	-0.027	-0.316	0.196	-0.173	0.042
出来高換算ベースのCMI	0.284	0.222	0.613	0.290	-0.009	-0.158	0.087	0.456	0.118
在院日数ベースの複雑性指標	-0.167	-0.143	0.817	0.198	-0.006	0.120	-0.101	0.006	-0.073
在院日数ベースの効率性指標	0.076	-0.019	0.253	0.055	0.146	0.882	0.045	0.082	0.065
出来高換算ベースの複雑性指標	-0.164	-0.108	0.852	0.205	0.007	0.161	-0.113	0.140	-0.053
出来高換算ベースの効率性指標	-0.293	-0.275	-0.126	-0.055	-0.041	0.820	-0.040	-0.135	-0.060
平均希少性指数	0.419	0.260	0.006	-0.548	0.027	-0.043	0.152	-0.298	-0.013
DPC6析心筋梗塞患者割合	0.081	-0.132	0.070	-0.104	-0.089	-0.002	0.033	0.878	0.078
DPC6析がん患者割合	0.037	0.615	-0.175	-0.338	-0.062	-0.073	0.066	-0.245	0.268
DPC6析脳血管障害患者割合	-0.067	-0.111	0.129	0.892	0.021	0.128	-0.010	-0.090	-0.027
30分以内人口	0.086	0.021	-0.024	-0.027	0.797	0.005	-0.098	0.030	0.013
30分以内人口に占める65歳以上人口割合	-0.096	-0.052	-0.121	-0.011	-0.746	-0.071	-0.103	-0.026	-0.002

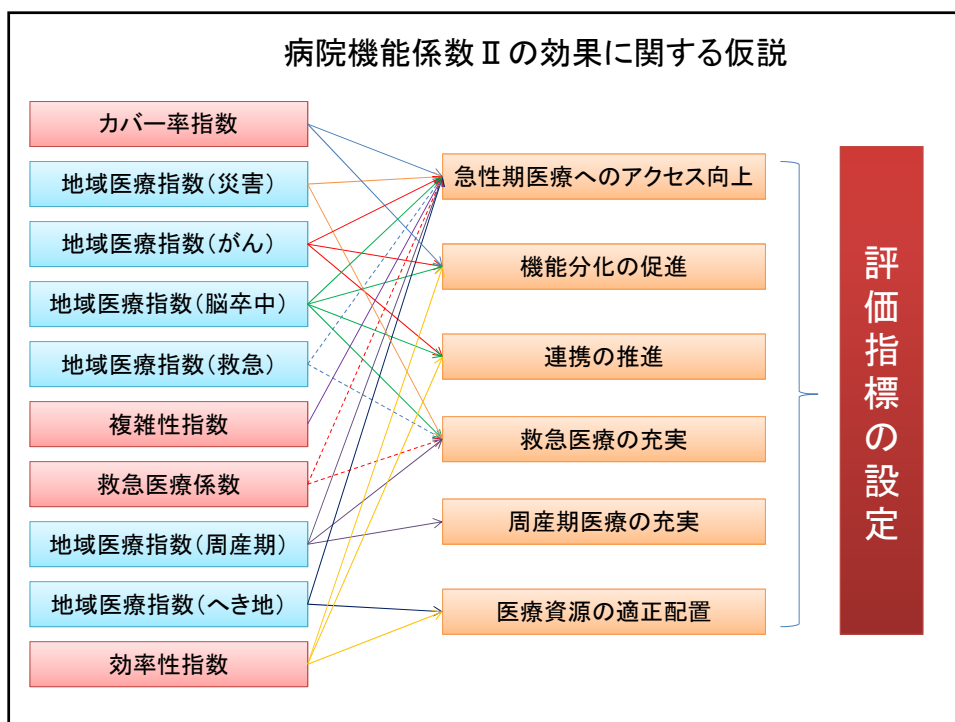
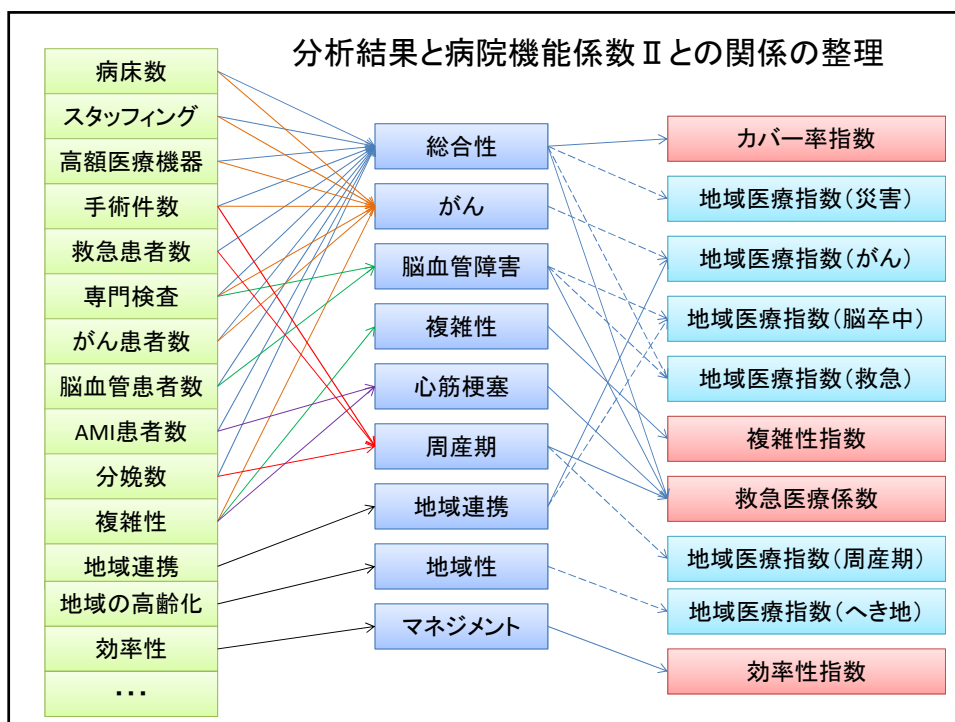
因子抽出法: 主成分分析 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法 寄与率: 71%

因子の解釈

- 因子1: 総合性
- 因子2: 専門性(がん診療)
- 因子3: 専門性(複雑性)
- 因子4: 専門性(脳血管障害)
- 因子5: 都市部の病院
- 因子6: 効率性
- 因子7: 地域連携
- 因子8: 専門性(循環器疾患)
- 因子9: 療養病床

因子の選択は固有値が1以上のものとした。
 因子の解釈にあたっては因子負荷量が0.400以上のものを、その因子と関連しているものと考えた。正負はその因子との関係の方向性を示す。

注: 因子の解釈はあくまで研究班のそれであり、厚生労働省のものではない

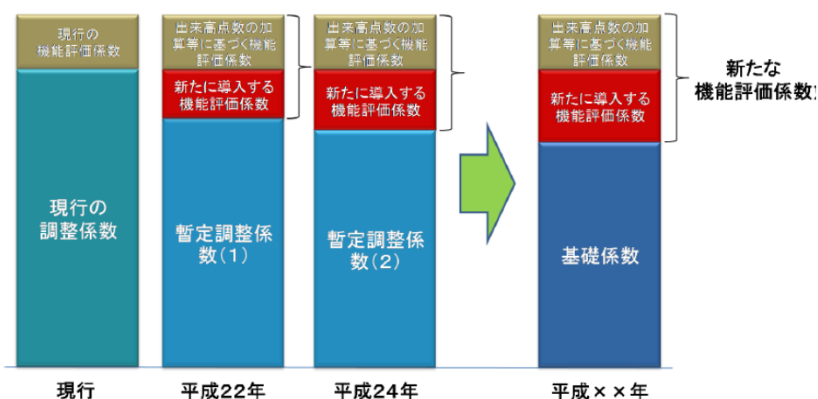


調整係数の段階的廃止について

平成21年11月30日 DPC評価分科会

■ ある程度の最低水準を保証する基礎係数を設定

(イメージ図)



※ これはあくまでイメージ図であり、医療機関毎に設定される医療機関別係数が一定に保たれることを表しているのではない。

新しい機能係数と現在の調整係数

- 現在の調整係数の大小は原則として考慮されない。ただし、移行期間の間は暫定的に設定。
- 各病院の「急性期」としての機能、「地域への貢献」としての機能が「係数化」される。
- 各病院の「説明責任」が問われる
 - データの正確性
 - 診療内容の妥当性

機能係数についてはすでに決まったものも含めて、データに基づいて今後精緻化が行われる

機能係数Ⅱの考え方

○DPC 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ
 (医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ) を評価する。
 ○係数は、当該医療機関に入院する全 DPC 対象患者が負担することが妥当な
 ものとする。

1. 全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

○主な視点

- ①医療の透明化 (透明化)
- ②医療の質的向上 (質的向上)
- ③医療の効率化 (効率化)
- ④医療の標準化 (標準化)

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

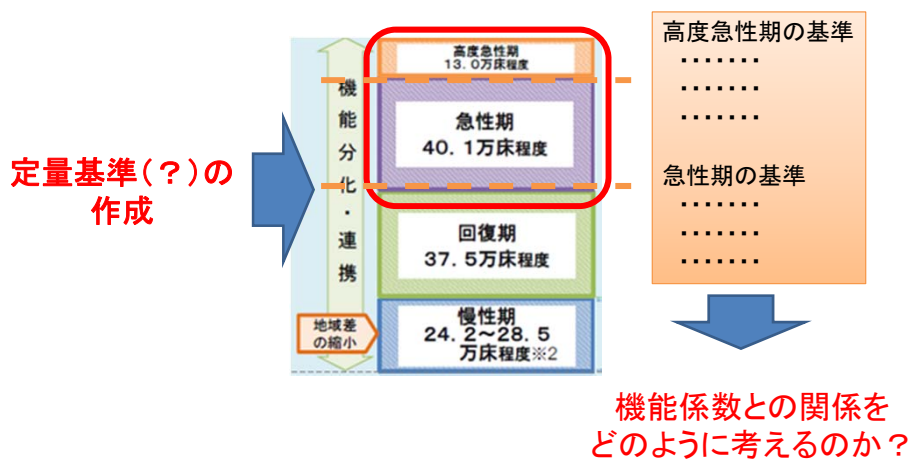
○主な視点

- ①高度・先進的な医療の提供機能 (高度・先進性)
- ②総合的な医療の提供機能 (総合性)
- ③重症患者への対応機能 (重症者対応)
- ④地域で広範・継続的に求められている機能 (5 疾病等)
- ⑤地域の医療確保に必要な機能 (5 事業等)

第5回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料より(H27.10.14)

病床機能報告とDPC

DPC病院がほとんど



第4回地域医療構想に関するWG資料
平成29年5月10日 4

データの見える化： 病床機能報告を利用した 急性期指標の検討について

2017年5月10日(水) 第4回地域医療構想に関するワーキンググループ

奈良県立医科大学 公衆衛生学講座

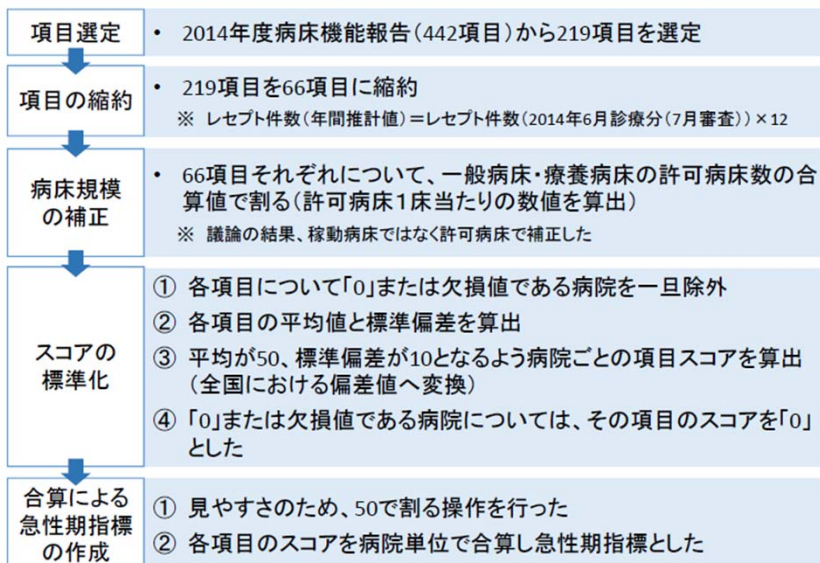
教授 今村 知明(構成員)

講師 野田 龍也(参考人)

平成27年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」より

急性期指標の作成方法

全体の流れ



平成27年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」より

入院患者・救急医療の状況

(2014年奈良県病床機能報告 個票データ使用)

5. 入院患者・救急医療の状況										
新規入院患者数(平均値10.70)	うち救急の入院(平均値3.79)	退院患者(平均値10.28)	休日に受診した患者延べ数(平均値5.11)	夜間に受診した患者延べ数(平均値9.30)	救急車の受入件数(平均値4.21)	小計	新規入院患者	予入院の患者・院内他病種からの転院患者(平均値6.08)	救急以外の予定入院(平均値2.34)	在院患者延べ数(平均値257.98)
0.82	1.45	0.88	1.21	0.73	1.78	7.01	0	0	0	0
0.39	0.24	0.40	0.12	0.05	0.32	1.52	0	0	0	0
0.22	0.02	0.22	0.04	0.03	0.02	0.35	0	0	0	0
0.59	1.81	0.81	3.21	1.70	3.25	11.07	0	0	0	0
0.40	0.66	0.41	0.11	0.27	0.73	2.58	1	0	0	0
2.01	2.63	0.21	1.14	1.13	0.81	7.83	1	0	0	0
0.78	0.37	0.79	1.81	0.55	0.89	4.67	0	0	0	0
0.05	0	0.003	0	0	0	0.05	0	0	0	0
1.47	0.07	1.37	0.43	0.30	0.45	4.12	1	0	0	0
0.79	0.54	1.86	0.81	1.33	1.52	6.85	1	0	0	0
1.92	1.98	1.99	1.05	1.36	2.35	10.53	2	0	0	0
0.81	1.46	0.84	0.46	0.38	0.58	4.19	0	0	0	0
1.12	1.46	1.10	0.66	0.75	0.58	5.67	1	0	0	0
0.83	1.28	0.84	1.08	0.71	1.10	6.10	0.5	0	0	0
1.53	1.58	1.27	1.10	0.81	8.04	14.7	0.82	1.18	0	0
0.01										
1.93										
0.49										
1.86										

【算出方法】

- ① 報告数 ÷ 総病床数 = A
- ② Aが0または欠損値以外の病院数で偏差値化
- ③ Aが0または欠損値の病院の偏差値を0とする

新規入院患者数(平均値10.70)	うち救急の入院(平均値3.79)	退院患者(平均値10.28)	休日に受診した患者延べ数(平均値5.11)	夜間に受診した患者延べ数(平均値9.30)	救急車の受入件数(平均値4.21)	小計	新規入院患者	予入院の患者・院内他病種からの転院患者(平均値6.08)	救急以外の予定入院(平均値2.34)	在院患者延べ数(平均値257.98)
10.70	3.79	10.28	5.11	9.30	4.21		6.08	2.34		257.98

手術件数

9. 手術件数					
総手術件数(平均値4.81)	胸腔鏡下手術(平均値0.20)	脳外科的手術(平均値0.27)	心臓カテーテル(平均値0.87)	悪性腫瘍手術(平均値0.0)	小計
0.41	0	0	0	0	0
0.28	0	1.30	0.65	0	0
0.03	0	0	0	0	0
0.32	0	0.96	0	0	0
0.03	0	0	0	0	0
1.75	1.35	1.45	1.00	2	2
0.63	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
1.38	0	0	0.50	0	0
1.65	0	0	0	0.70	2.35
3.42	0	1.15	1.18	1.99	7.74

手術件数をひと項目にまとめ入力。

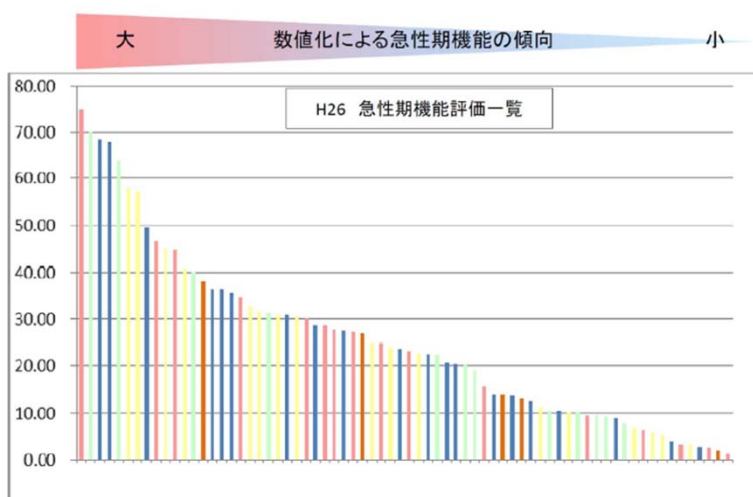
[ポイント算出方法]

- ① レセプト報告数 × 12か月 = A(年間推計)
- ② A ÷ 総病床数 = B
- ③ Bが0または欠損値以外の病院数で偏差値化
- ④ Bが0または欠損値の病院の偏差値を0とする

●スコアの合算(急性期指標の算出)

1. 見やすさのため、各項目のスコアを50で割る操作を行った
(各項目の平均値は1.0となる)
2. 各項目の標準化スコアを病院単位で合算した(これを急性期指標とする。)

奈良県全体の分布



平成27年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」より

医療の質とは

- 臨床の質
 - 構造 (Structure)
 - 過程 (Process)
 - 結果 (Outcome)
- 経営の質
- 制度の質
 - 公平性 (アクセス・負担)
 - 効率性
 - 持続可能性

なぜ医療の質評価が 求められているのか？

国民の関心は医療の質にある。
今後、医療機関は医療の質に関する
指標を公開していくことが求められる。

OECD Reviews of Health Care Quality
JAPAN
 RAISING STANDARDS
 ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS

OECD医療の質レビュー
 日本
 スタンドアートの引き上げ
 評価と提言

5 November 2014 | 2014年11月5日



指摘された2つのこと
【医療の質】
 日本の医療は質評価の体系的な仕組みがない

【精神医療】
 日本の精神科医療には改善すべき点が多いことが指摘された…

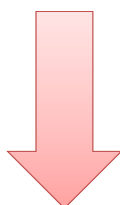
- ・ 長い入院機関
- ・ 社会復帰対策の遅れ

Health Division
 www.oecd.org/health/qualityreviews
 Directorate for Employment, Labour and Social Affairs

OECD

急性期病院における質評価

- 様式1で把握できるものから試行的に導入
 - 順次、EFファイルを活用した指標を導入
- 一般病床については「DPCと同等の情報」を提出すべきという議論

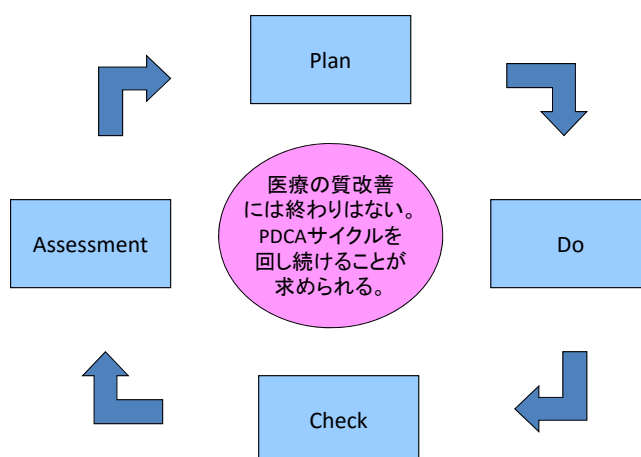


- 欧米、特にアメリカにおける質評価 Value for money の動向
- 質評価のモデル事業が開始され6年間のたった

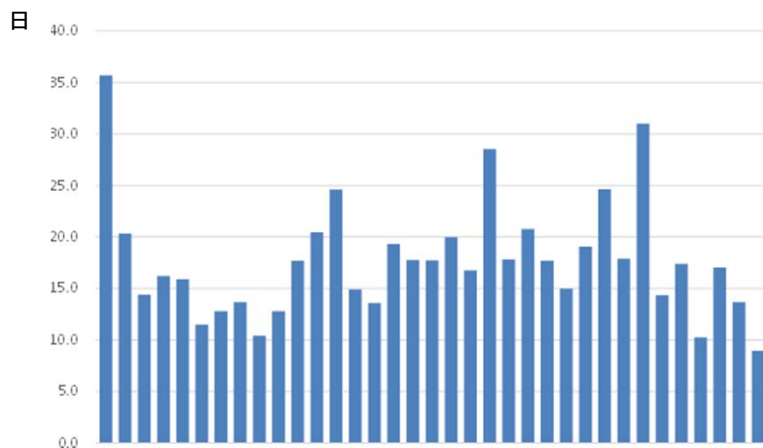
我が国における質評価事業の本格化

脳卒中関連指標をもとに 病院マネジメントを考える

PDCAサイクルの重要性 (脳血管障害を例に)

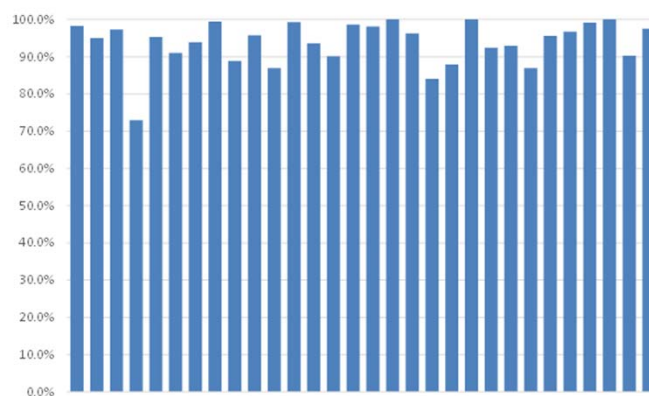


ある病院グループにおける
急性脳梗塞患者の平均在院日数(JCS 30未満)
(H26年度)



脳梗塞の平均在院日数には大きな施設間差がある

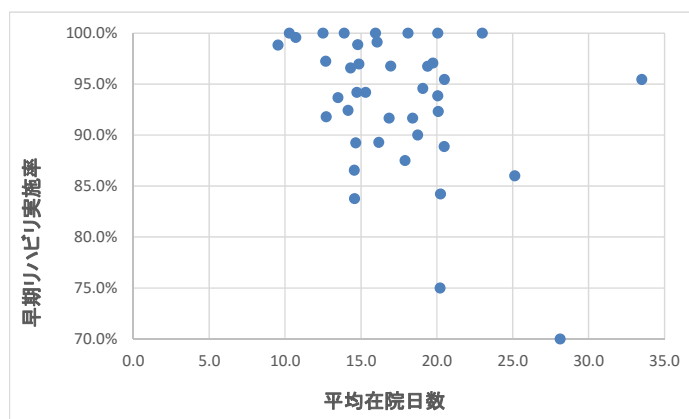
ある病院グループにおける急性脳梗塞患者に対する
入院後3日以内の早期リハビリテーション開始率(H26年)



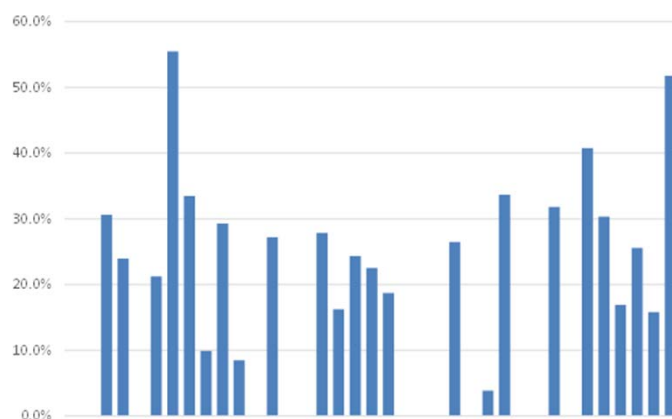
脳卒中の早期リハビリは標準治療となっているが、いくつかの病院では
まだ改善の余地がある

早期リハビリ実施率と平均在院日数の相関

(外れ値は除外)

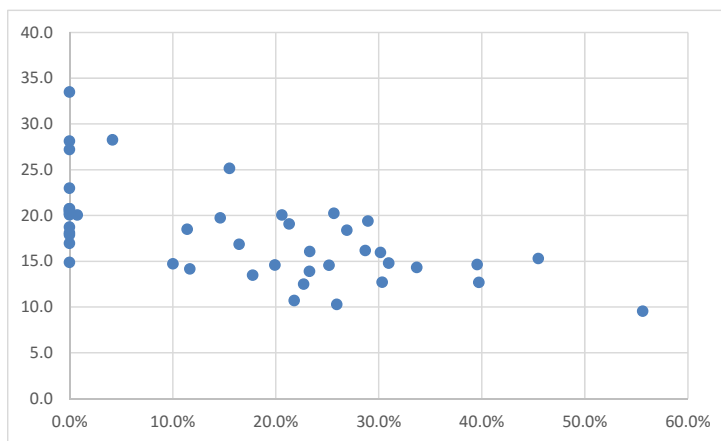


ある病院グループにおける 脳卒中地域連携パスの使用率(H26年)



脳卒中地域連携パス利用率には大きな施設間差がある

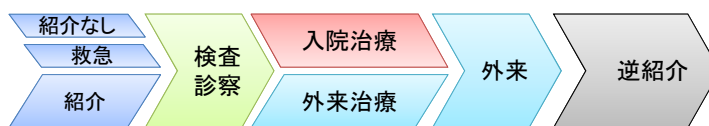
脳卒中地域連携パス使用率と 平均在院日数の相関(H26年度)



- ・負の相関がみられる。
- ・パス使用率が0%では、在院日数のばらつきが大きい

Value chain分析で考えてみる

急性脳梗塞

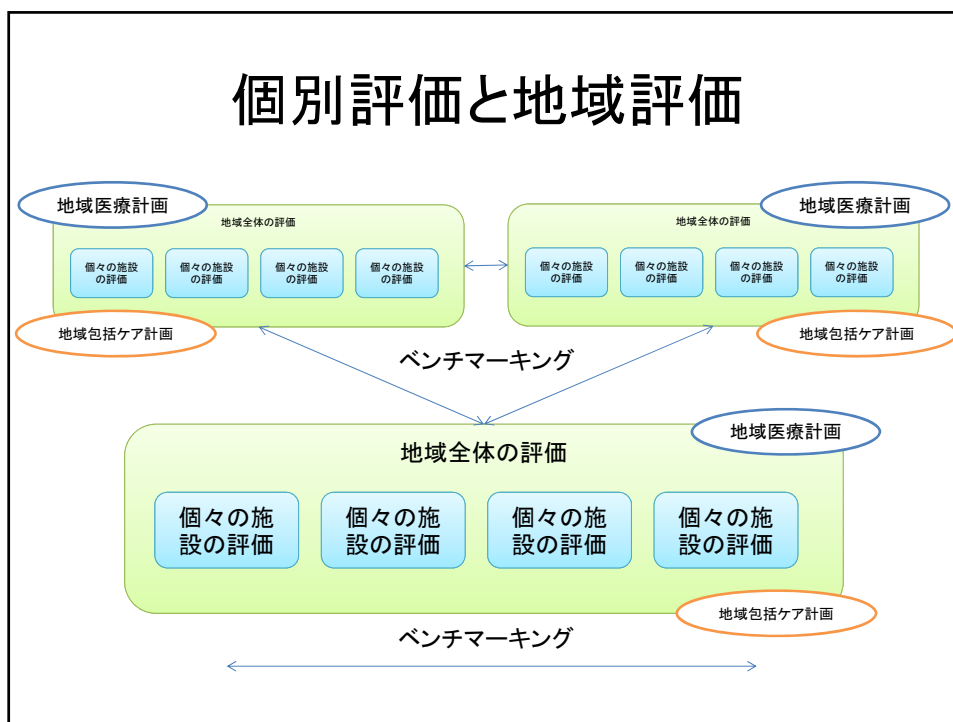


医療指標の
位置づけ

	<ul style="list-style-type: none"> 急性脳梗塞患者に対する入院後3日以内の頭部CTもしくはMRIの施行率 急性脳梗塞患者に対する入院後3日以内の早期リハビリテーション開始率 急性脳梗塞患者における入院死亡率 高齢者における褥瘡対策の実施率 高齢者における褥瘡の院内発生率 	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中地域連携パスの使用率 急性期病棟における退院調整の実施率 退院時共同指導の実施率 介護支援連携指導の実施率 回復期リハビリテーション病棟退院患者の在宅復帰率 入院患者の満足度
<ul style="list-style-type: none"> 応受率 		

医療指標をValue chain上に位置づけることで、それらの医療の質改善事業における位置づけが見えてくる。

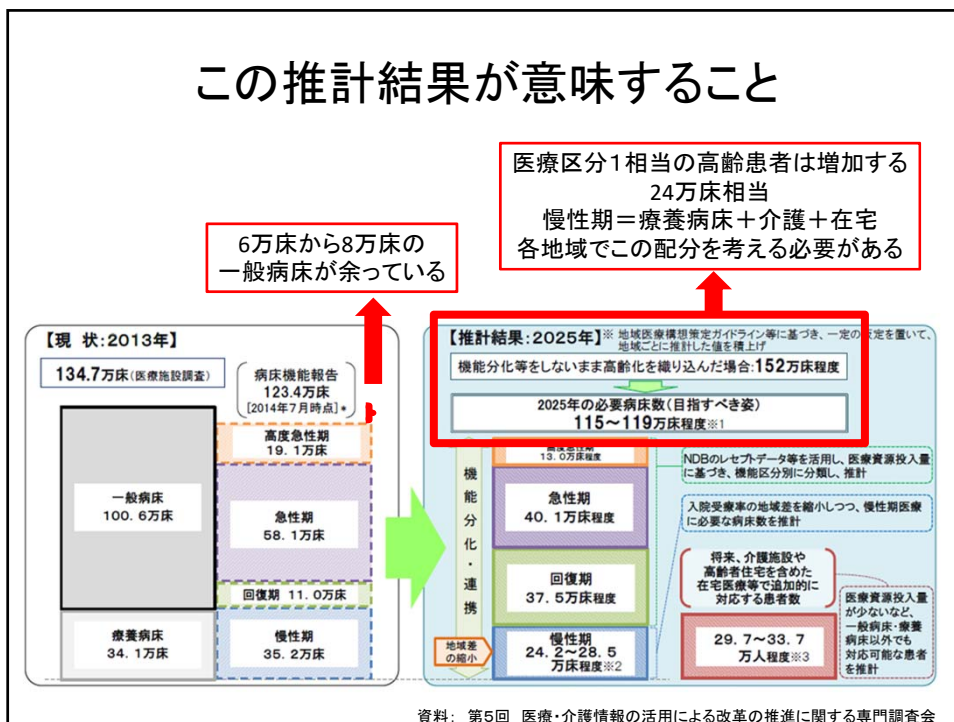
個別評価と地域評価



本日お話しすること

1. 地域医療構想の考え方
2. 地域医療構想で進む医療の可視化
3. 機能係数の考え方
4. 地域包括ケアへの対応の必要性
5. まとめ

この推計結果が意味すること



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

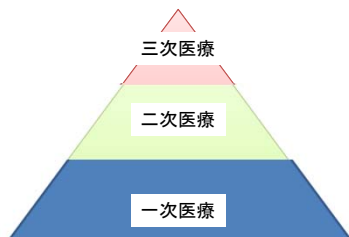
経過月	一般病棟入院	回復期入院	療養入院	訪問診療	訪問看護医療	肺炎	認知症	介護保険	訪問介護	訪問看護	通所介護	特養	老健施設	連携	廊下中連携バス
-6	13.8%	0.0%	5.0%	8.8%	2.5%	10.0%	18.8%	40.0%	12.5%	2.5%	8.8%	2.5%	2.5%	1.3%	0.0%
-5	7.5%	0.0%	5.0%	13.8%	1.3%	5.0%	20.0%	45.0%	11.3%	1.3%	11.3%	5.0%	3.8%	1.3%	0.0%
-4	13.8%	1.3%	6.3%	13.8%	1.3%	8.8%	20.0%	46.3%	11.3%	1.3%	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%	11.3%	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%	51.2%	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%	49.8%	10.0%	0.0%	16.3%	7.5%	5.0%	1.3%	1.3%
1	49.8%	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%	68.8%	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)

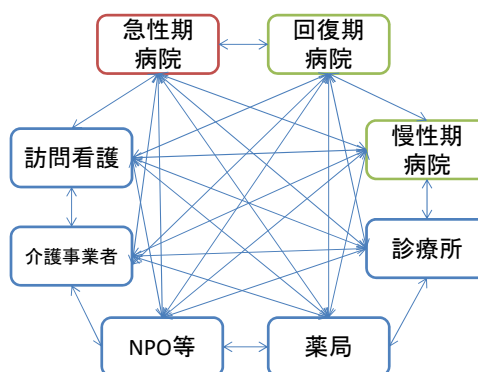
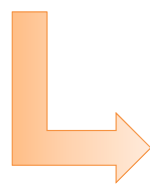
一月前の要介護度の分布

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%

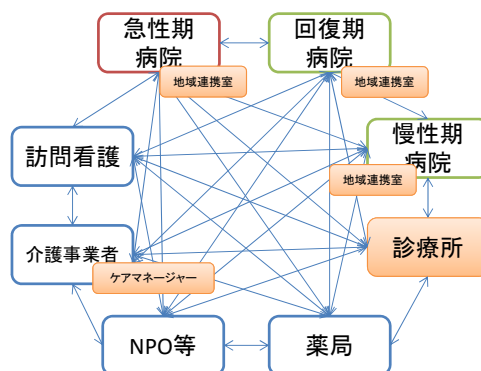
階層モデルからネットワークモデルへ



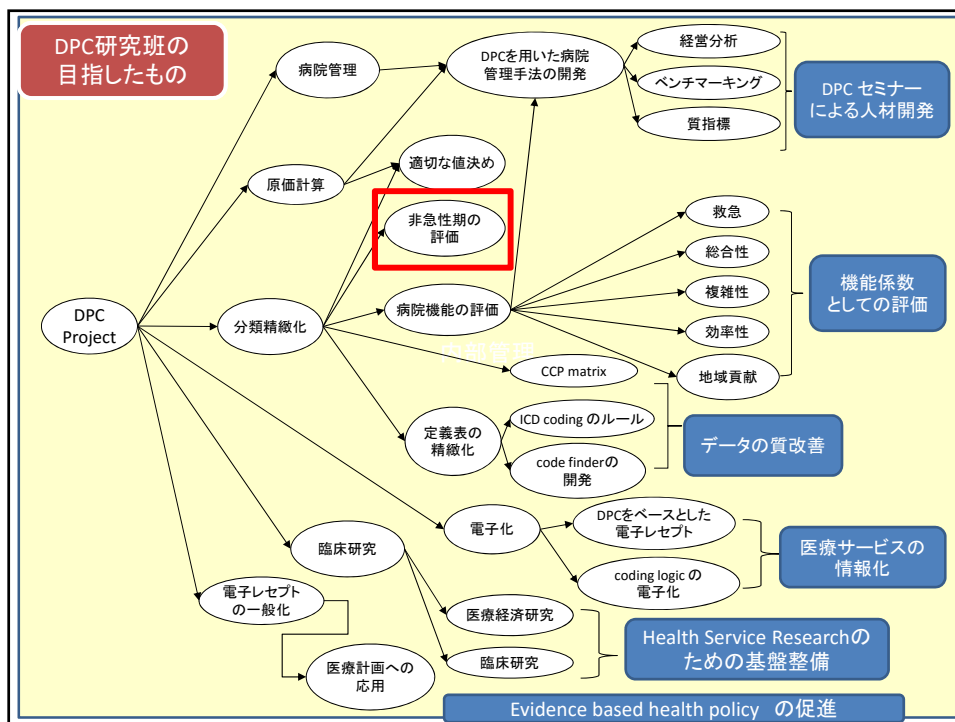
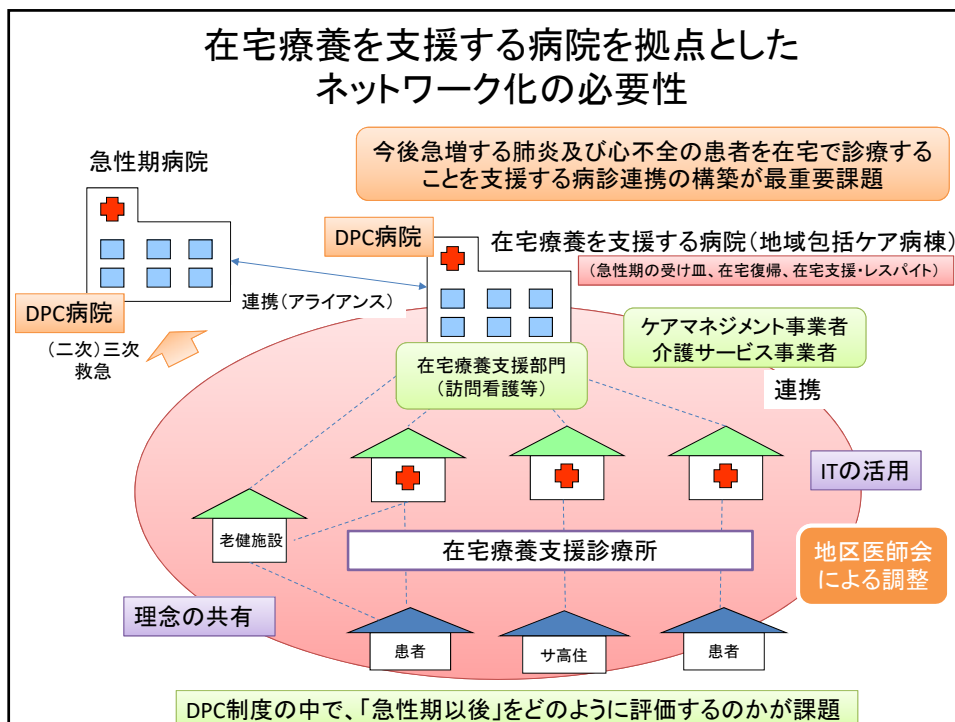
急性期医療⇔回復期医療⇔慢性期医療
⇔介護 の幅で双方向性の複合化に
対応するためには階層モデルではなく
ネットワークモデルの方が適切



医療介護の複合化の中で診療所と ケアマネージャーを連携の中核に据える



DPC病院においても今後地域連携部門の役割が重要になってくる。
例：傷病別の患者パスの把握及び分析



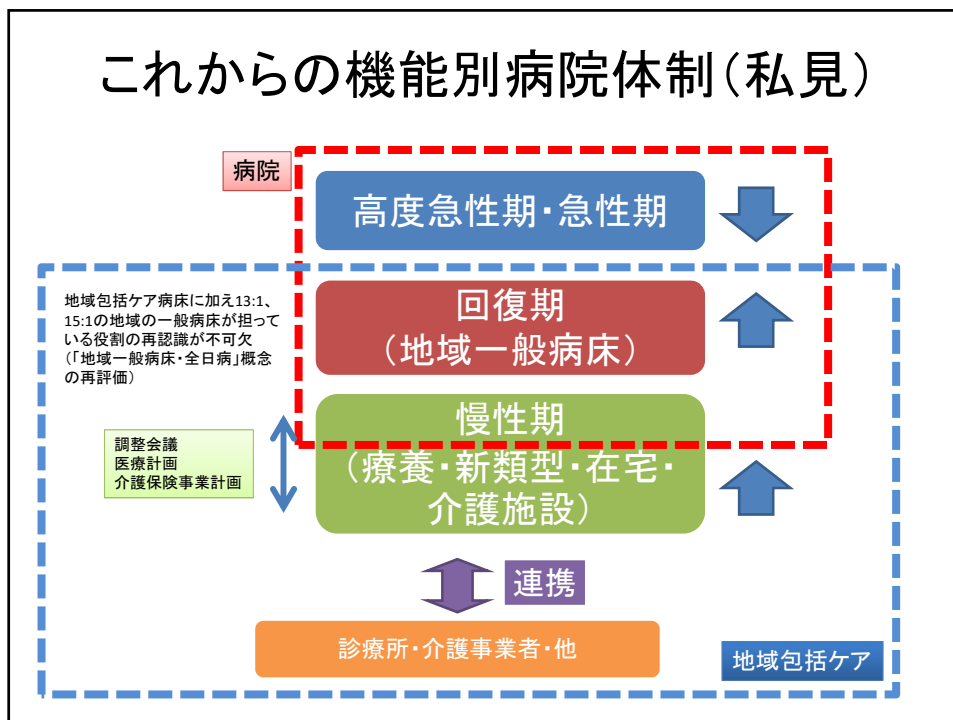
本日お話しすること

1. 地域医療構想の考え方
2. 地域医療構想で進む医療の可視化
3. 機能係数の考え方
4. 地域包括ケアへの対応の必要性
5. まとめ

まとめ

- DPCで始まった医療情報の標準化と透明化がNDBへの展開を経て一般化した
 - 各病院は透明化された情報に基づいて、地域の状況と中での自施設の役割を検討できる
 - 各病院の機能が各種情報をもとに、より客観的に検討できるようになる→機能評価係数との関係性
 - 医療の質評価への展開
- 地域包括ケアを実現するための、急性期以後の病院機能の重要性が増大する。
 - 階層モデルからネットワークモデルへ
 - 施設完結から地域完結の地域包括ケア体制
 - DPC制度における急性期以後の医療評価をどう考えるのが今後の課題

これからの機能別病院体制(私見)



いくつかの有用な情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 病床数推計ソフト
 - 各種講演資料
- 松田晋哉: 地域医療構想をどう策定するか(2015)、医学書院
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- 医学書院の「病院」誌の7月号及び8月号からの3回連続の記事を参考にしてください

3