H29May20
於： 東京大学

医療データに基づく医療政策の今後

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. 東京都を事例とした検討
3. 自施設の経営を考える
4. 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（現行の流出入）（人／日）	2025年度の医療需要（調整後の流出入）（人／日）	2013年度の必要病床数（床）	2025年度の必要病床数（現行の流出入）（床）	2025年度の必要病床数（調整後の流出入）（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	4,952.1	6,128.0	5,618.6	6,348.8	7,856.4	7,203.3
	回復期	4,925.8	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	27,917.0			
	小計	40,354.7	60,159.4	56,991.0	17,278.2	21,497.0	20,111.4
	高度急性期	125.8	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	695.1	794.1	575.0	772.3	882.3
	慢性期	348.1	407.4	508.0	378.3	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	1,979.3	1,791.3	1,600.5	2,151.5	1,947.1	1,739.6
	在宅医療等	4,982.5	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
	総計	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）

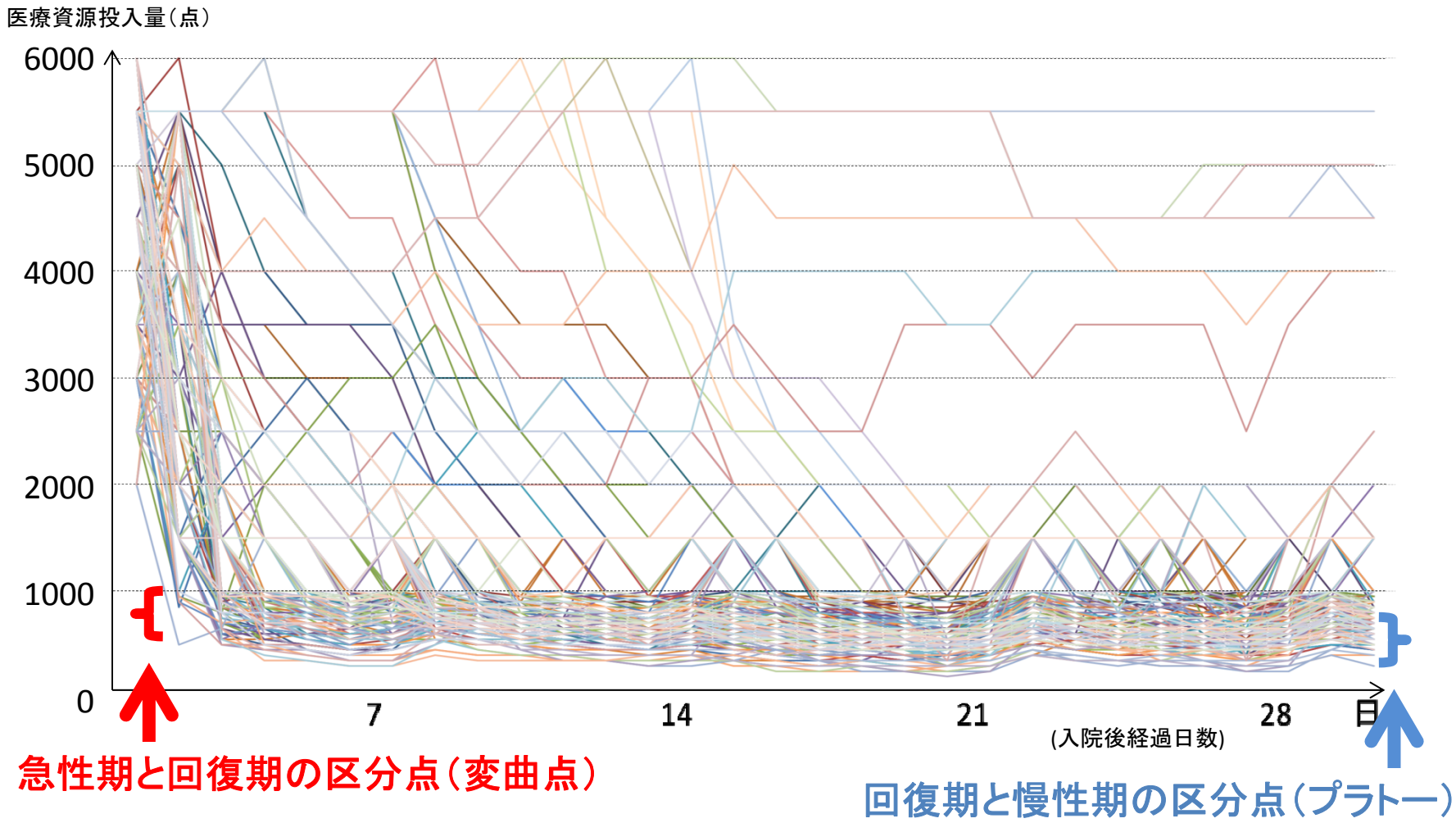
病床機能別病床推計の考え方

- 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

C1、C2、C3設定の基本となった医療資源投入量（中央値）の推移の分析結果
（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）



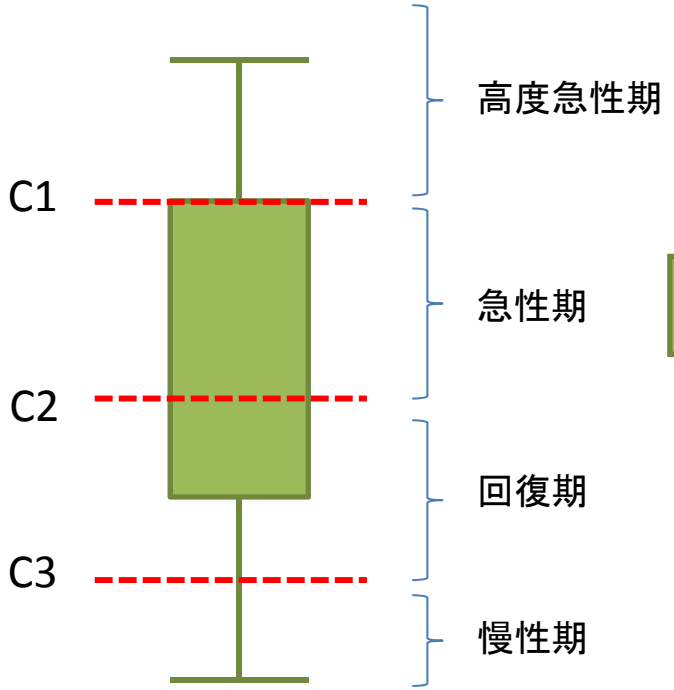
医療需要推計にあたっての境界点の考え方

	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	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
回復期 ※	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。

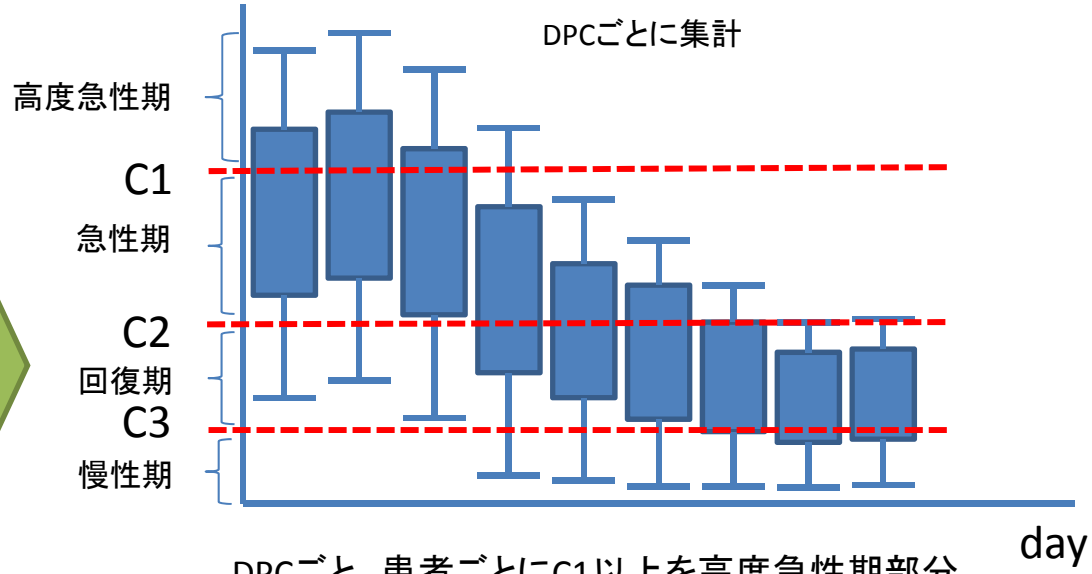
※　在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

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）



（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

詳細は「病院」誌（医学書院）を参照してください

（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・医療機関住所地別病床数
（1日あたり）

患者住所地別病床数

医療機関住所地別病床数

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

ようするに・・・

区東部医療圏に住んでいる70－74才の男性で、区中央部医療圏で「肺がんの肺切除術」を受ける人のために必要な2025年の区中央部医療圏における高度急性期病床、急性期病床の必要病床数が推計できるようになった。

ただし、一定の仮定のもと！

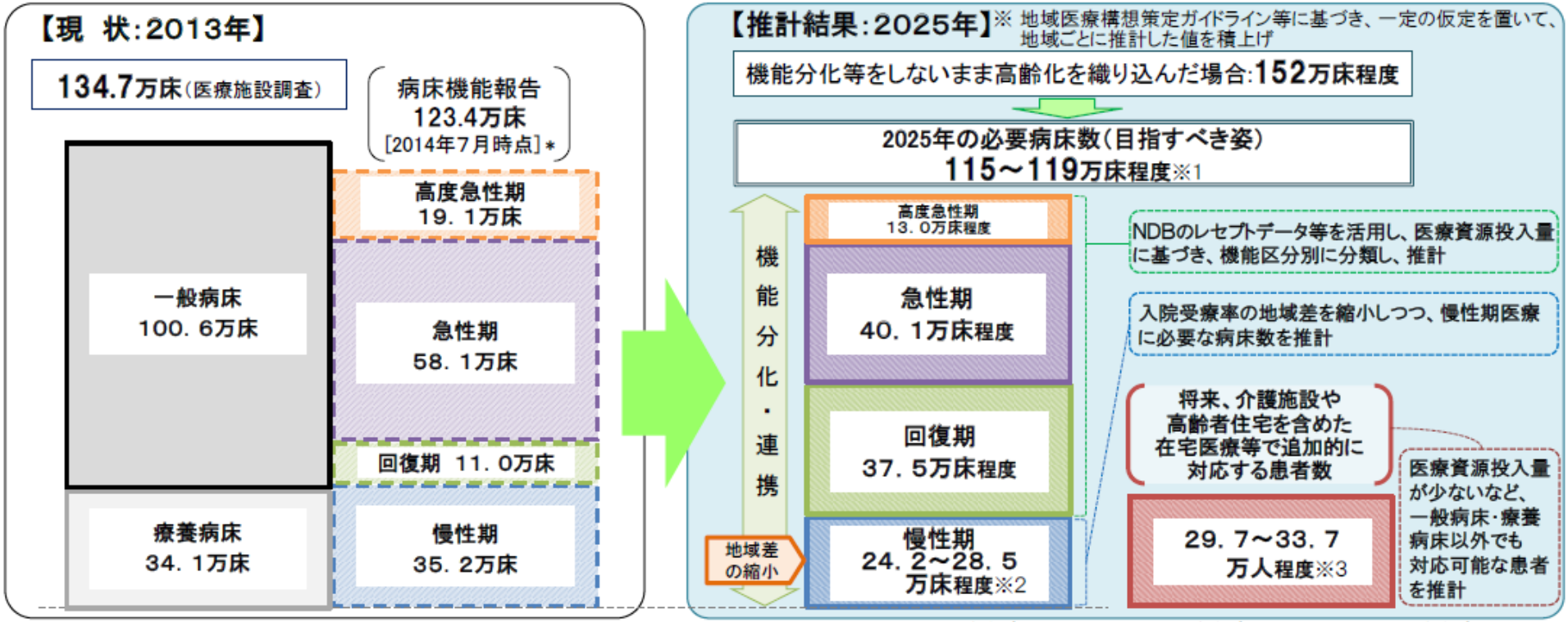
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 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。



＊ 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によるものではない。

※1　パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2　パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3　パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

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

この記事のどこが間違っているでしょうか？

病床2900床削減　医療費抑制、在宅移行目指す　福岡県構想1日諮問

西日本新聞 2016年12月01日 11時54分

地域医療構想の推計は現在の性年齢階級別入院受療率が将来も続くとした時の患者数を推計したものにすぎない・・・・

1日に福岡市で開かれる県医療審議会に構想案を諮問する。意見聴取やパブリックコメント（意見公募）などを経て来年2月をめどに策定する方針だが、病床減となる地域や医療関係者からの反発も予想される。

基準病床と推計の差をどう考えるのか？

次期医療計画における基準病床数（一般・療養）の算定式（案）

①一般病床

$$\frac{\left(\text{性別・年齢階級別人口}\right) \times \left(\text{性別・年齢階級別一般病床退院率}\right) \times \left(\text{平均在院日数}\right) + \left(\text{流入入院患者数}\right) - \left(\text{流出入院患者数}\right)}{\left(\text{病床利用率}\right)}$$

地方ブロックごとの経年変化を踏まえた日数を設定

病床利用率 → 76%を下限値

②療養病床

$$\frac{\left(\text{性別・年齢階級別人口}\right) \times \left(\text{性別・年齢階級別療養病床入院受療率}\right) - \left(\text{在宅医療等対応可能数}\right) + \left(\text{流入入院患者数}\right) - \left(\text{流出入院患者数}\right)}{\left(\text{病床利用率}\right)}$$

病床利用率 → 90%を下限値

③都道府県間の患者流出入を見込む場合

流出先又は流入元の都道府県と協議を行い定めた数

地域医療構想の推計値

2013年の医療受療率を「追認」して
人口変化の予測式をかけたもの
→　基準病床数より多くなるのは当たり前

もともと計算の考え方が異なるので
無理して合わせる必要はないのではないか？
（私見）

本日の講演の内容

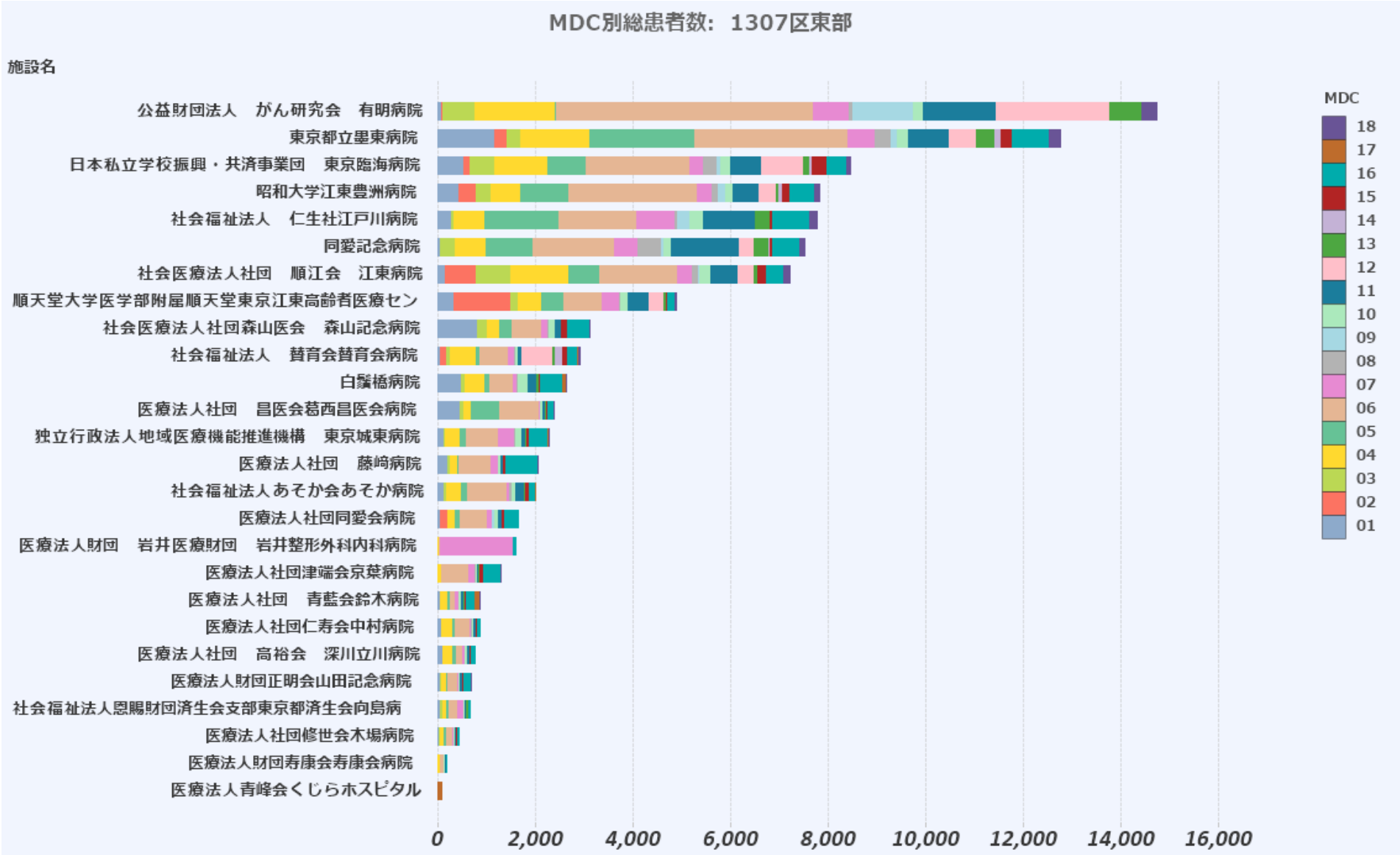
1. 地域医療構想の概要

2. 東京都を事例とした検討

3. 自施設の経営を考える

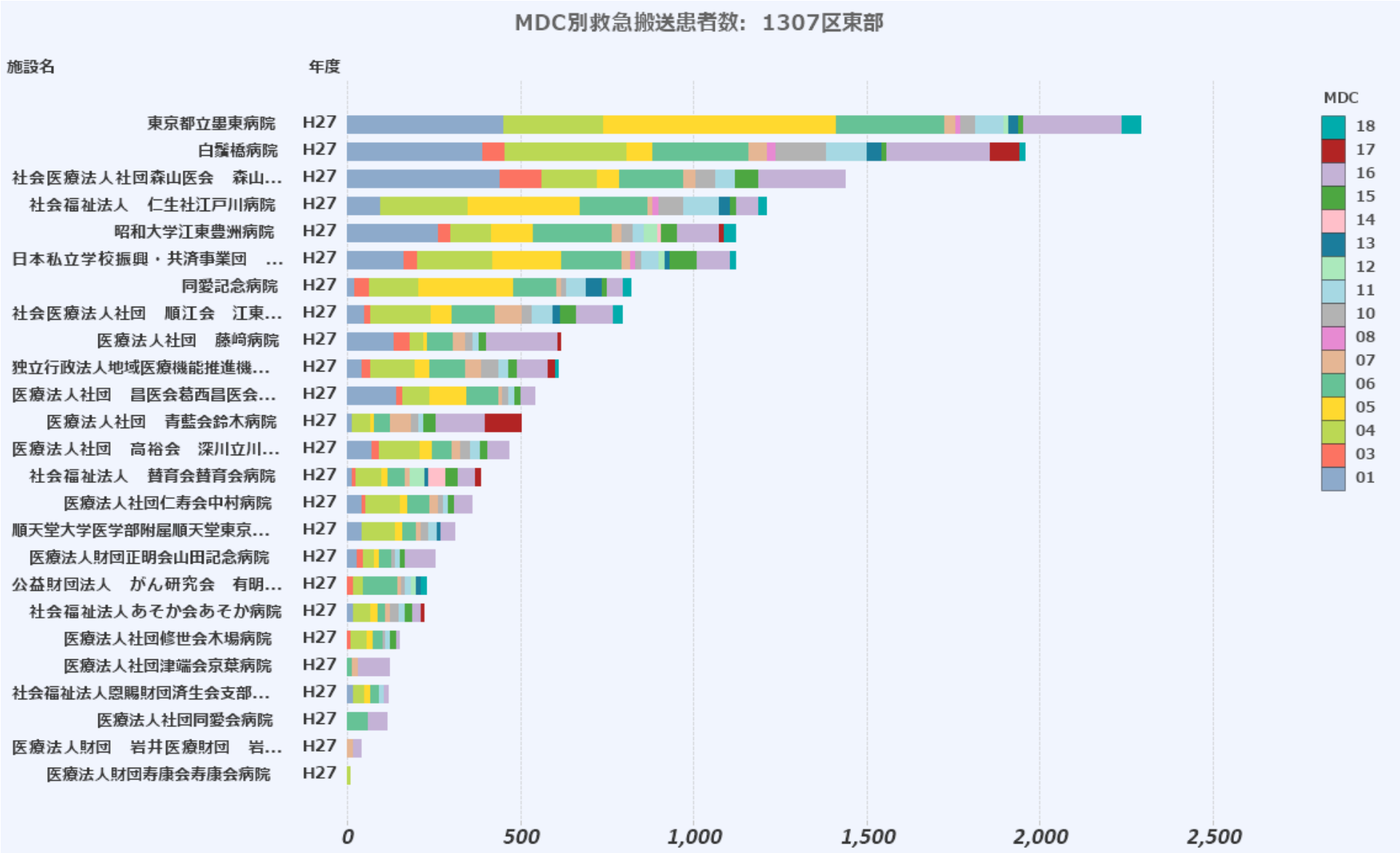
4. まとめ

区東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
（平成27年度厚生労働省データ:MDC別全患者）



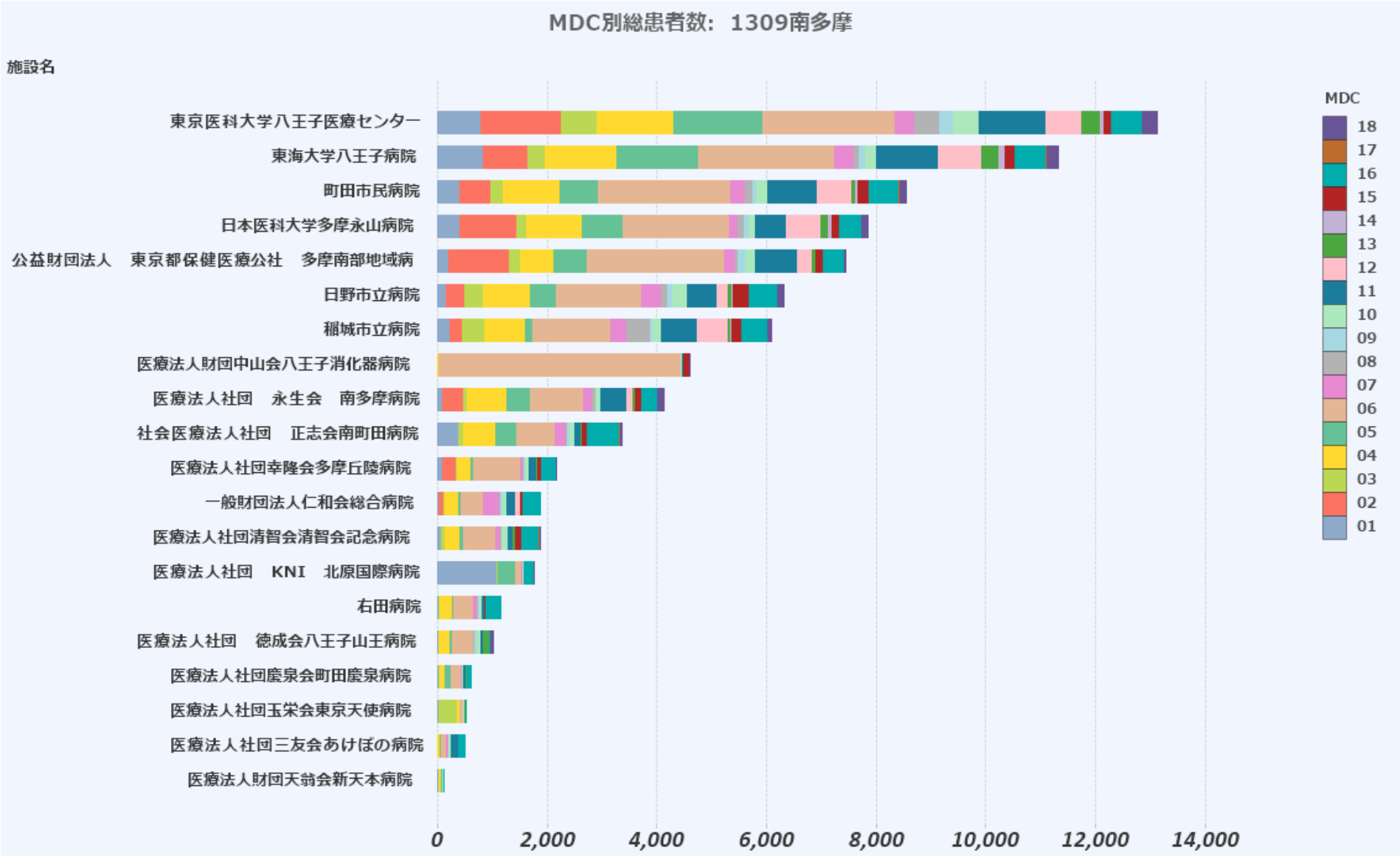
区東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

（平成27年度厚生労働省データ：MDC別救急搬送患者）



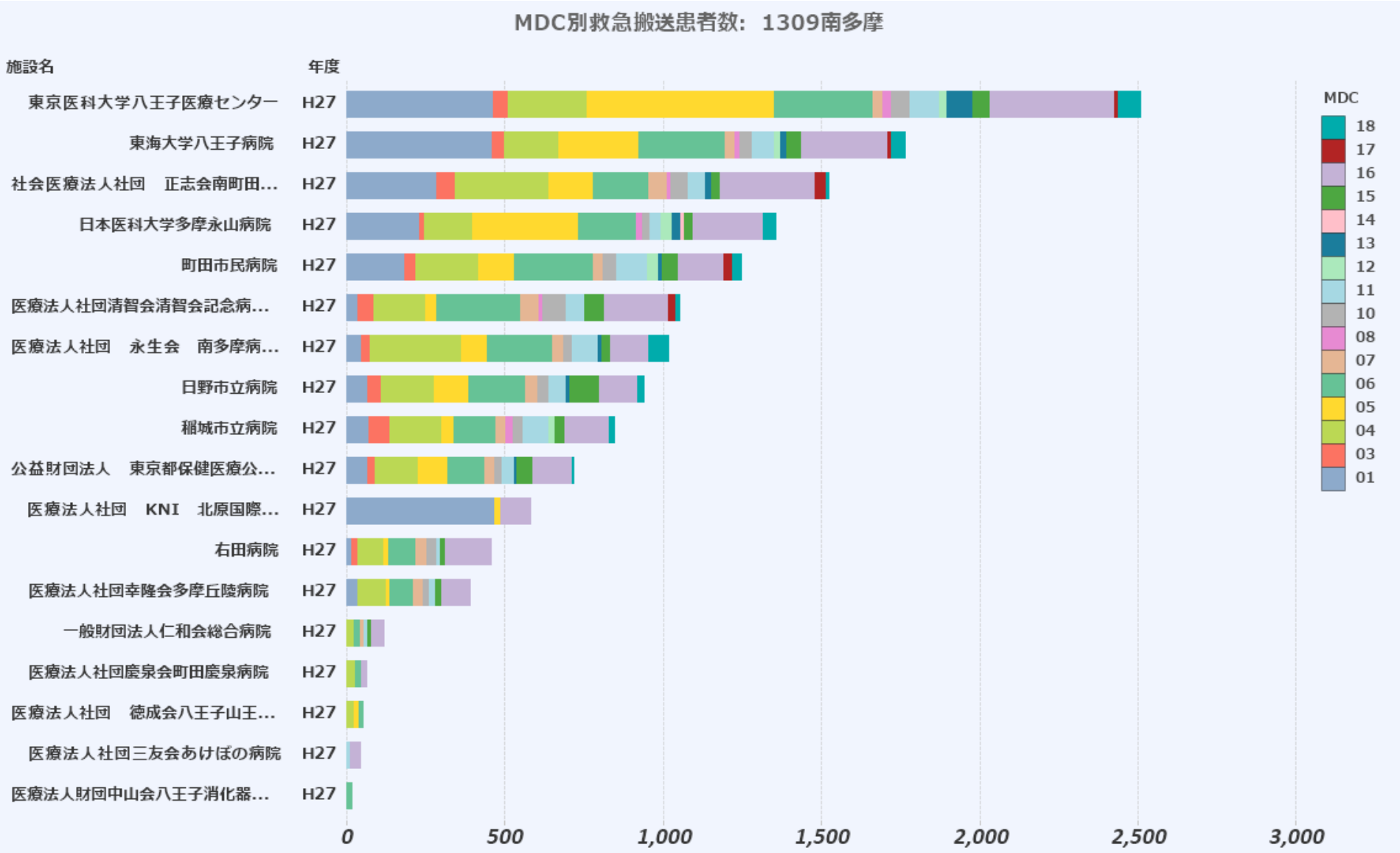
南多摩医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

（平成27年度厚生労働省データ：MDC別全患者）

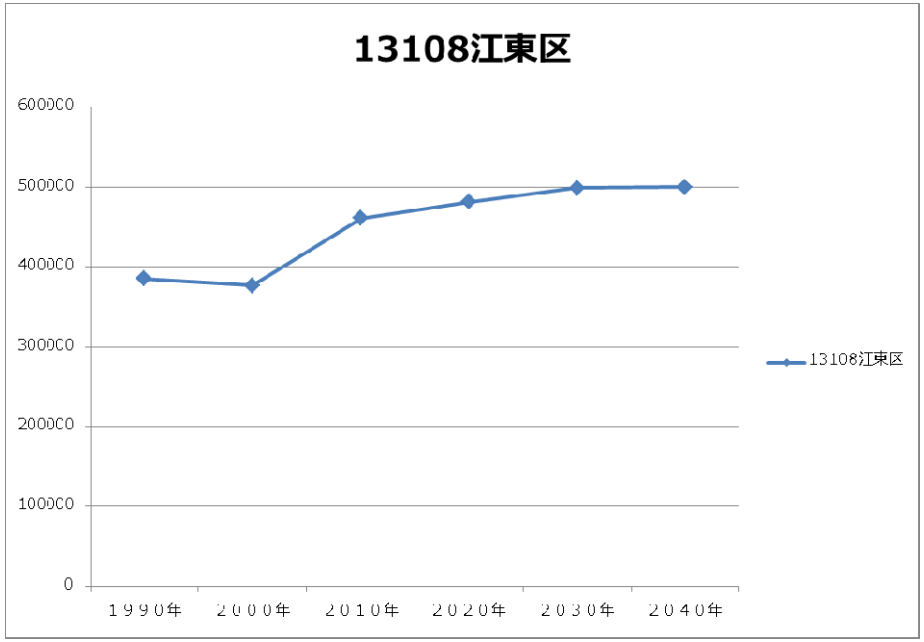


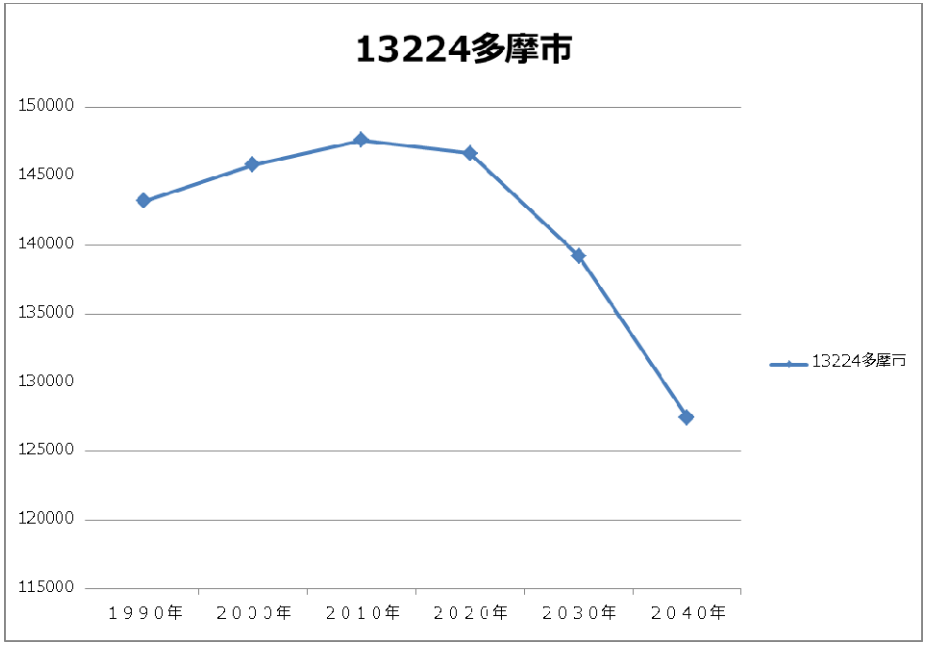
南多摩医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

（平成27年度厚生労働省データ：MDC別救急搬送患者）



東京都内2地域の人口推移

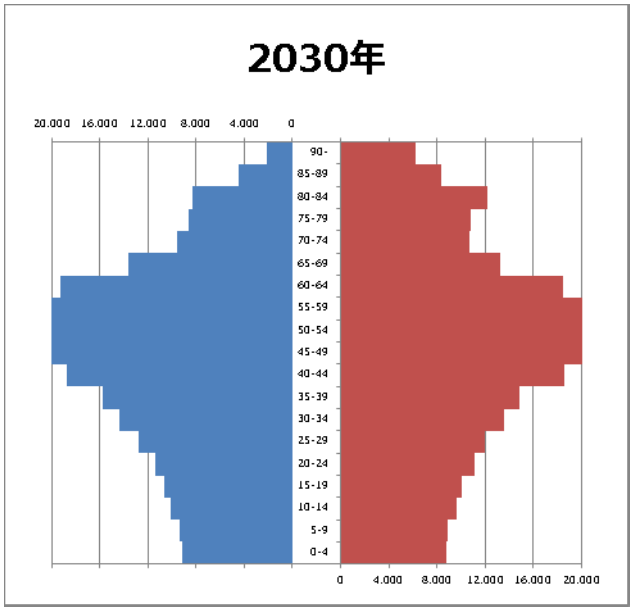




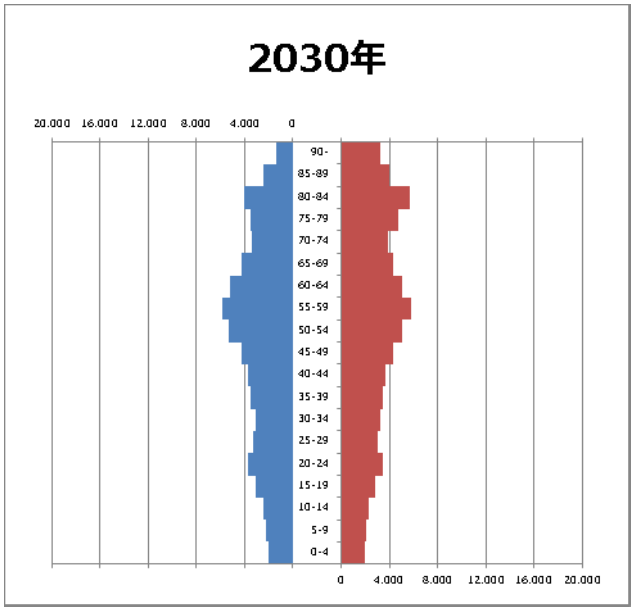
同じ都内でも人口動態は大きく異なる

東京都内2地域の人口ピラミッドの変化

江東区



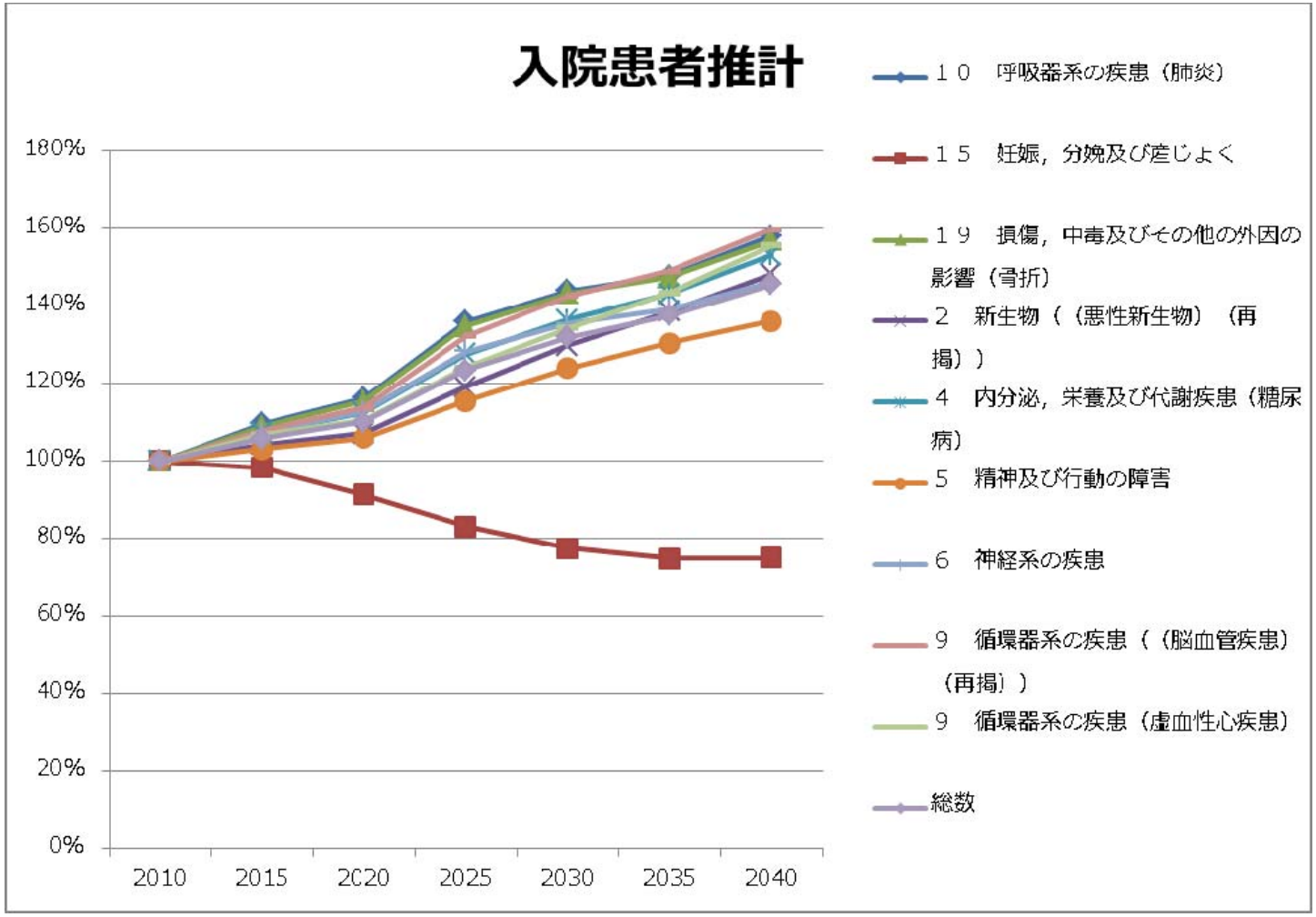
多摩市



人口の横軸は2万人

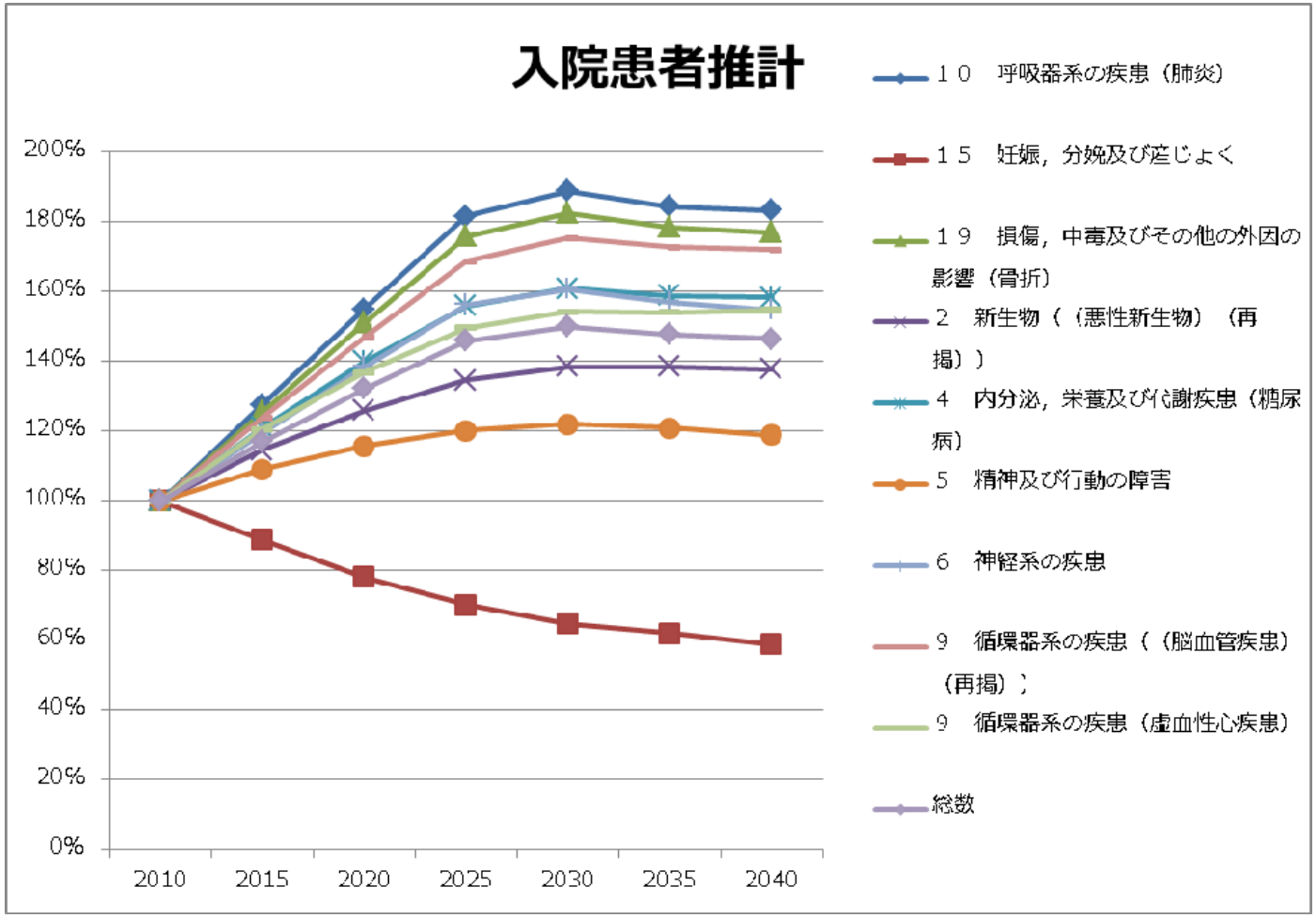
同じ都内でも人口動態は大きく異なる。これだけ異なる地域を一律に考えることは難しい。

江東区の傷病別患者数の推計（入院）



江東区では高層マンションの建築ラッシュもあって、産科を除いてすべての入院需要が2040年以後も増加する。

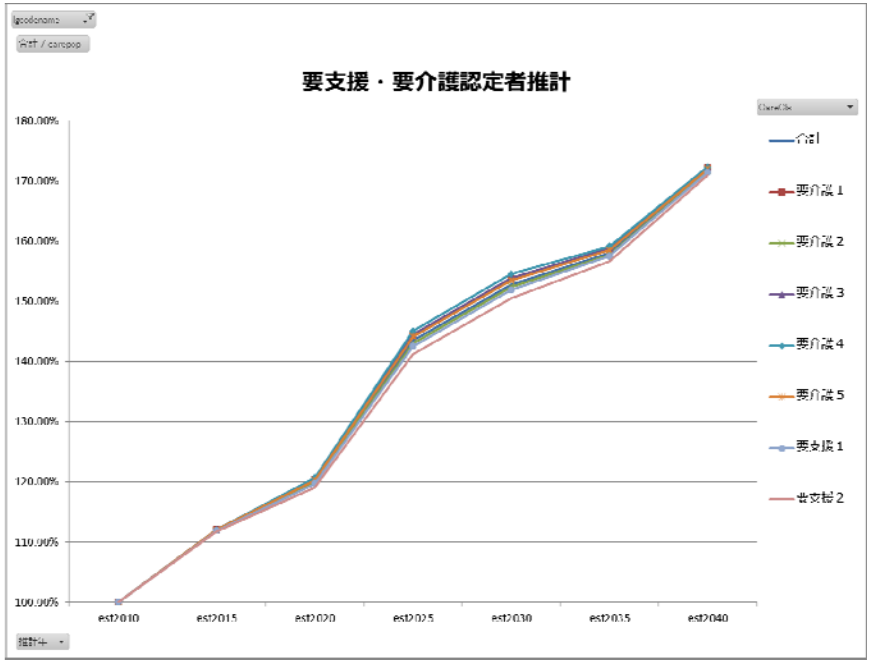
多摩市の傷病別患者数の推計（入院）



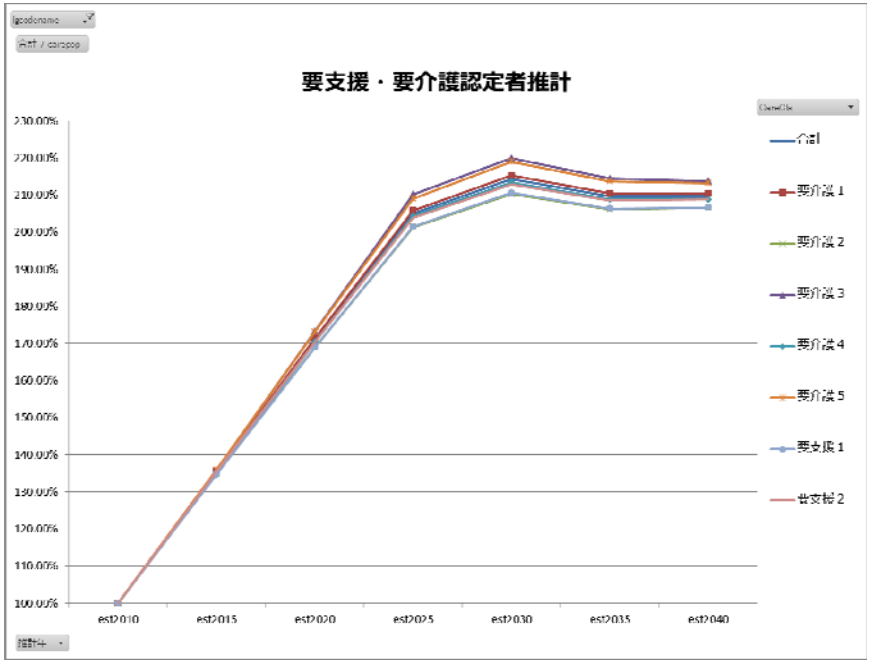
多摩市では高齢化がピークになる2030年くらいが入院需要のピークでそれ以降は減少する。

東京都内2地域の要介護高齢者の推移

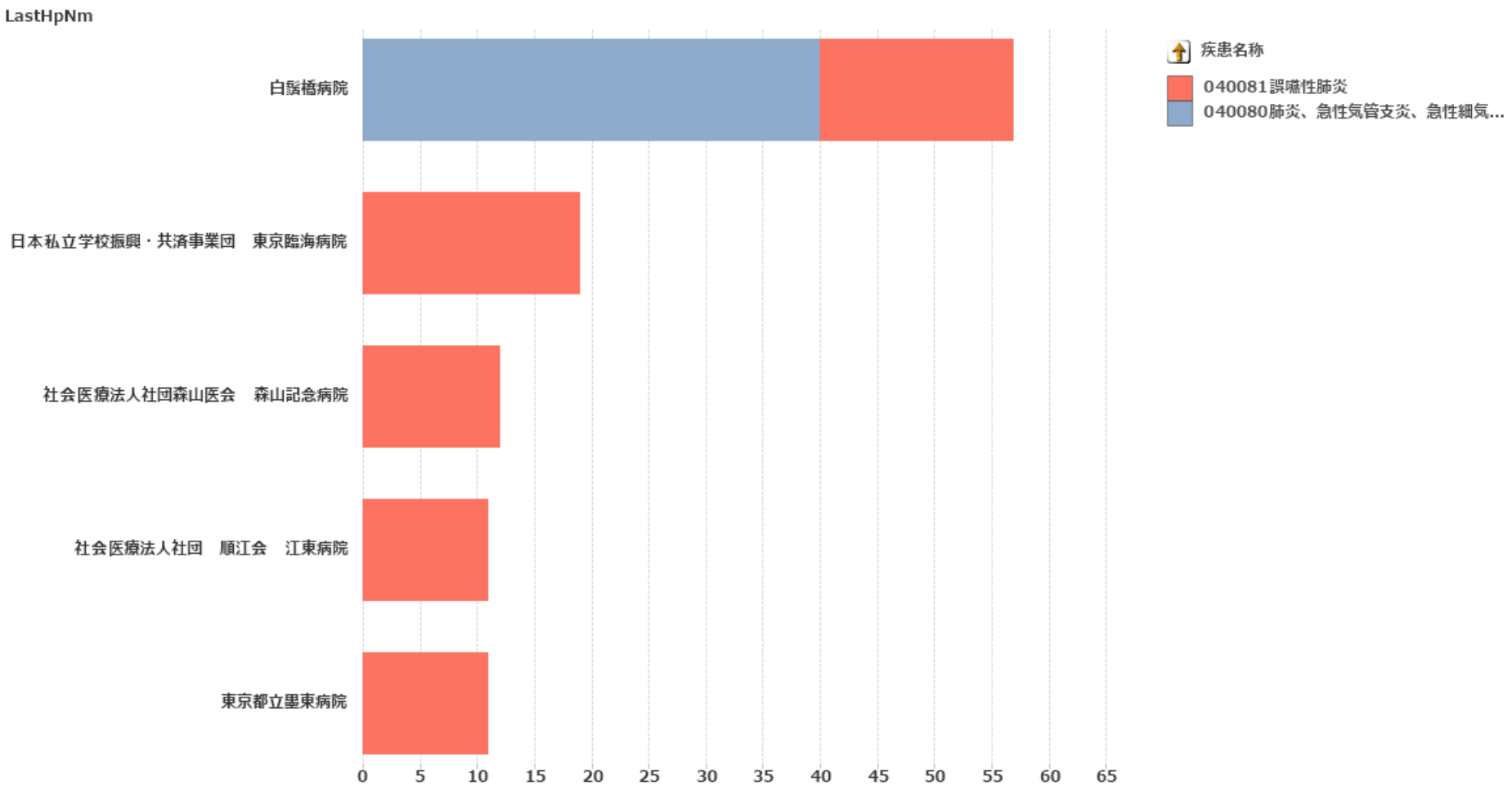
江東区



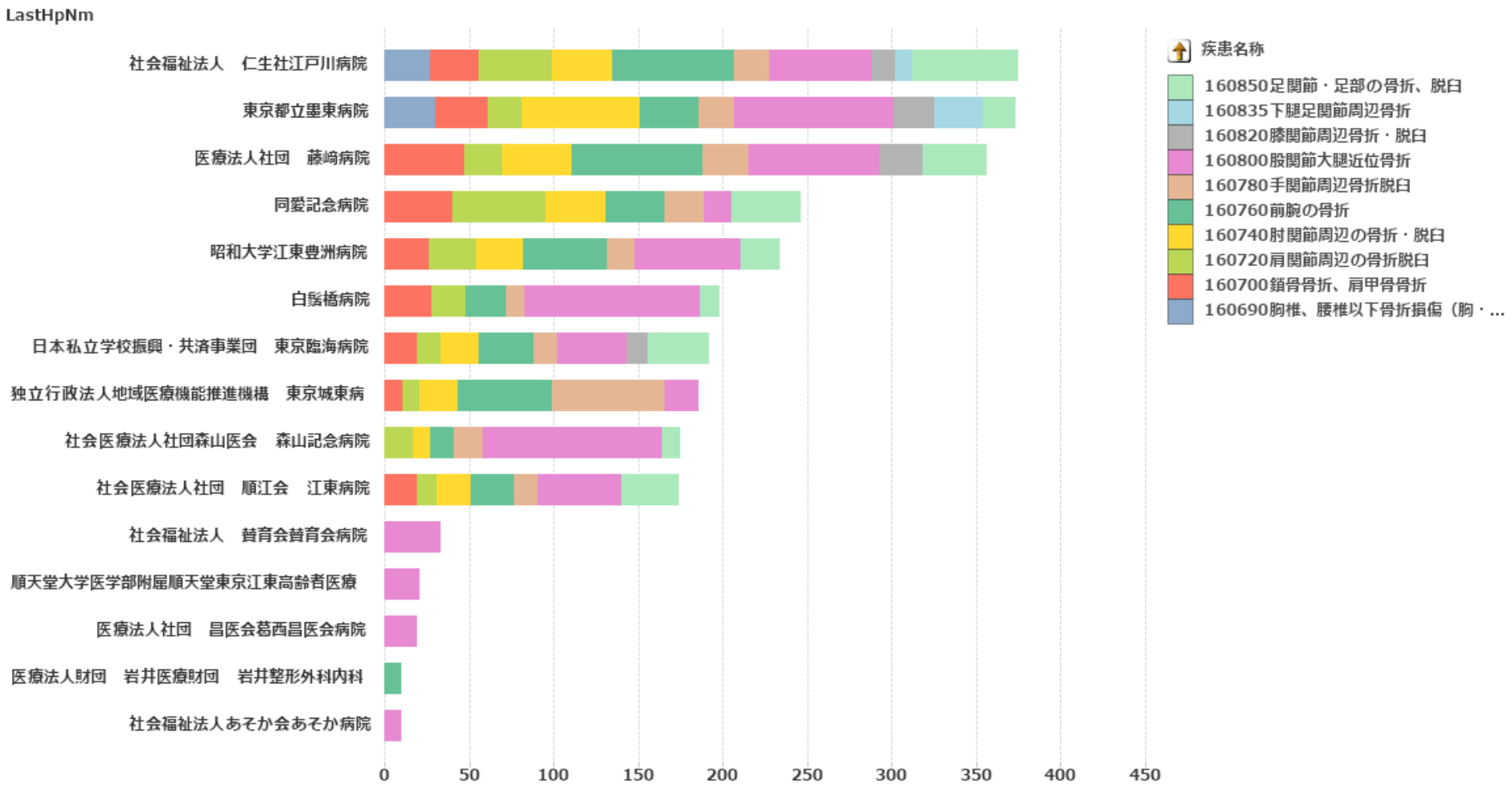
多摩市



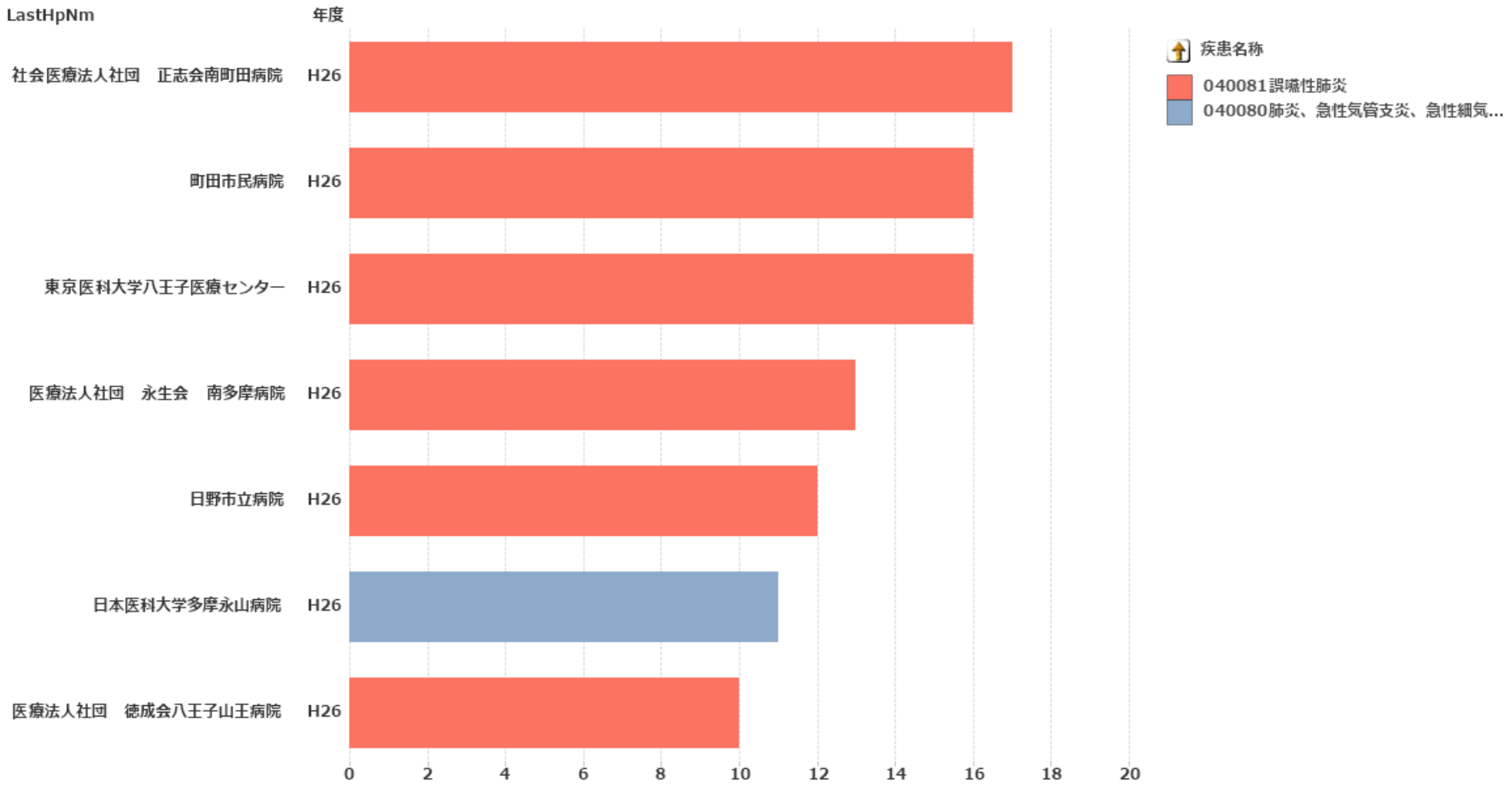
区東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
（平成26年度厚生労働省データ:肺炎患者）



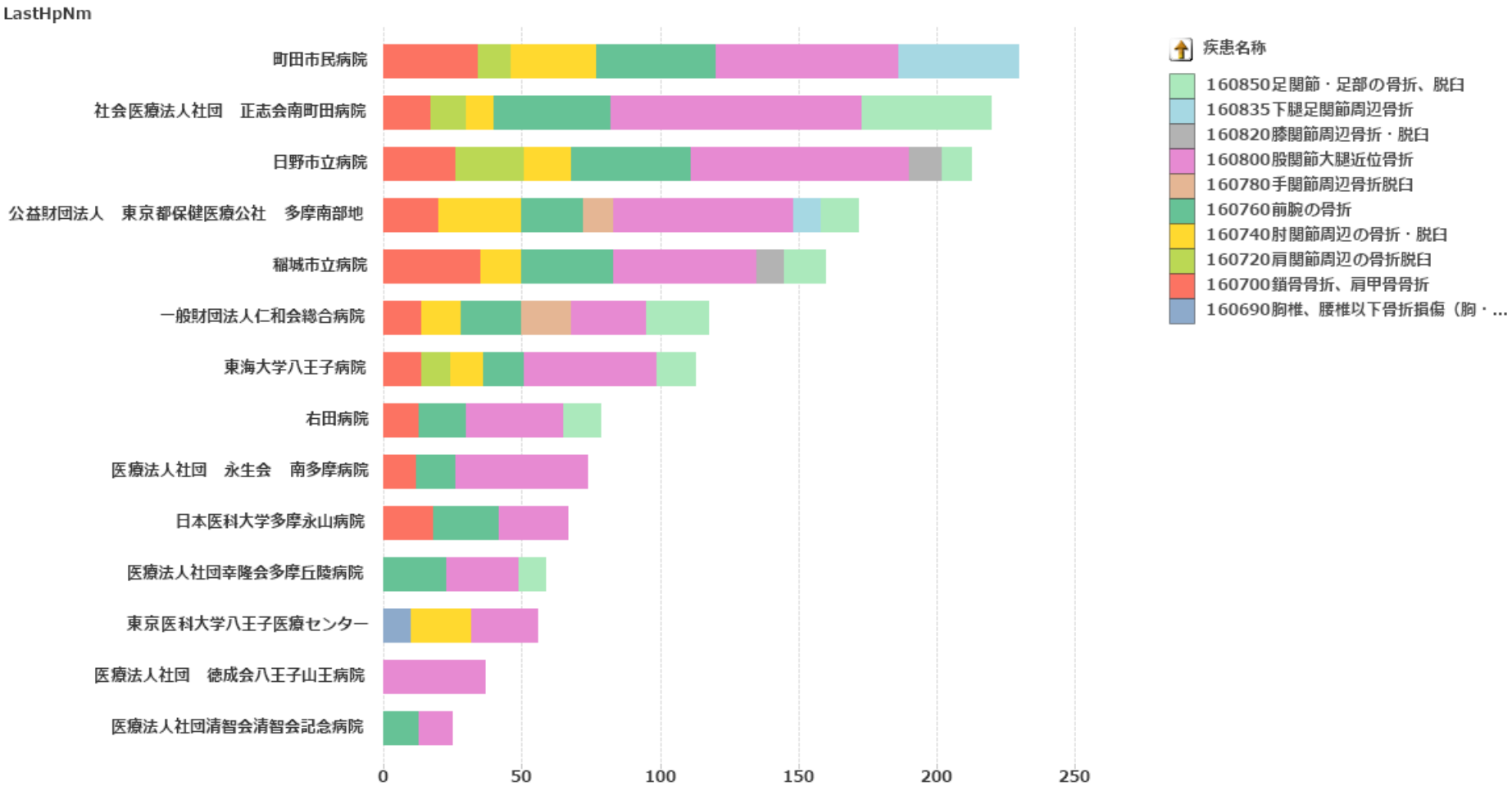
区東部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
（平成26年度厚生労働省データ：骨折患者）



南多摩医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
（平成26年度厚生労働省データ:肺炎患者）



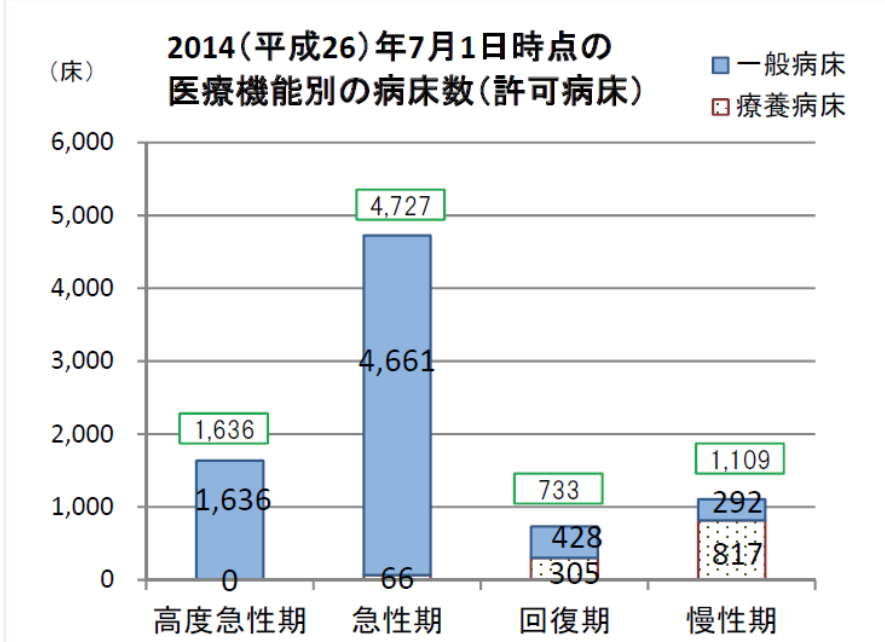
南多摩医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
（平成26年度厚生労働省データ：骨折患者）



区東部医療圏における必要病床数の状況

（上段：人/日、下段：床）　　（人／日）

	高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能	在宅医療等	（再掲）訪問診療のみ
患者数	816	2,834	2,465	880	15,672	11,522
病床数	1,088	3,633	2,739	957	－	－
病床数の構成割合	12.9%	43.2%	32.5%	11.4%		



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
病床数の構成割合	19.9%	57.7%	8.9%	13.5%

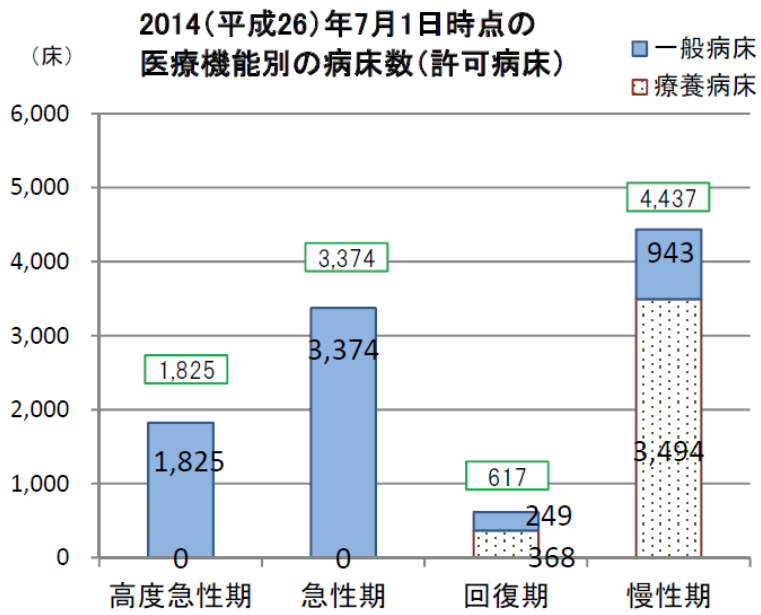
在宅医療をどのように確保するのか？

出典：　東京都地域医療構想（2016年）

南多摩医療圏における必要病床数の状況

（上段：人／日、下段：床）　　（人／日）

	高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能	在宅医療等	（再掲）訪問診療のみ
患者数	746	2,566	2,760	4,040	20,047	13,661
病床数	995	3,290	3,067	4,391	－	－
病床数の構成割合	8.5%	28.0%	26.1%	37.4%		



病床数の構成割合	17.8%	32.9%	6.0%	43.3%

急性期以後の入院と在宅医療をどのように確保するのか？

出典：　東京都地域医療構想（2016年）

東京都の課題

- 高齢化及び医療ニーズの大きな地域差に対応した計画策定
- 患者の移動（及びその変化）を考慮した計画→高齢化に伴い、患者の地域間異動は減少していく（ケアを受けやすい地域・高齢になっても住みやすい地域への移動？）
- 在宅ケアをいかに提供するか→居宅ケアと施設ケアのバランス＋病院の協力体制（急性期以後を支える病院群の量は十分か？）

○○構想区域の現状と課題

- 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
- へき地医療
- 災害医療

- 急性心筋梗塞
- 脳血管障害
- 悪性腫瘍
- 糖尿病
- 精神科
- 肺炎
- 骨折
- 認知症
- …

データをもとに各地域の課題を考える。
優先度の設定が求められる。

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 東京都を事例とした検討

3. 自施設の経営を考える

4. 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）

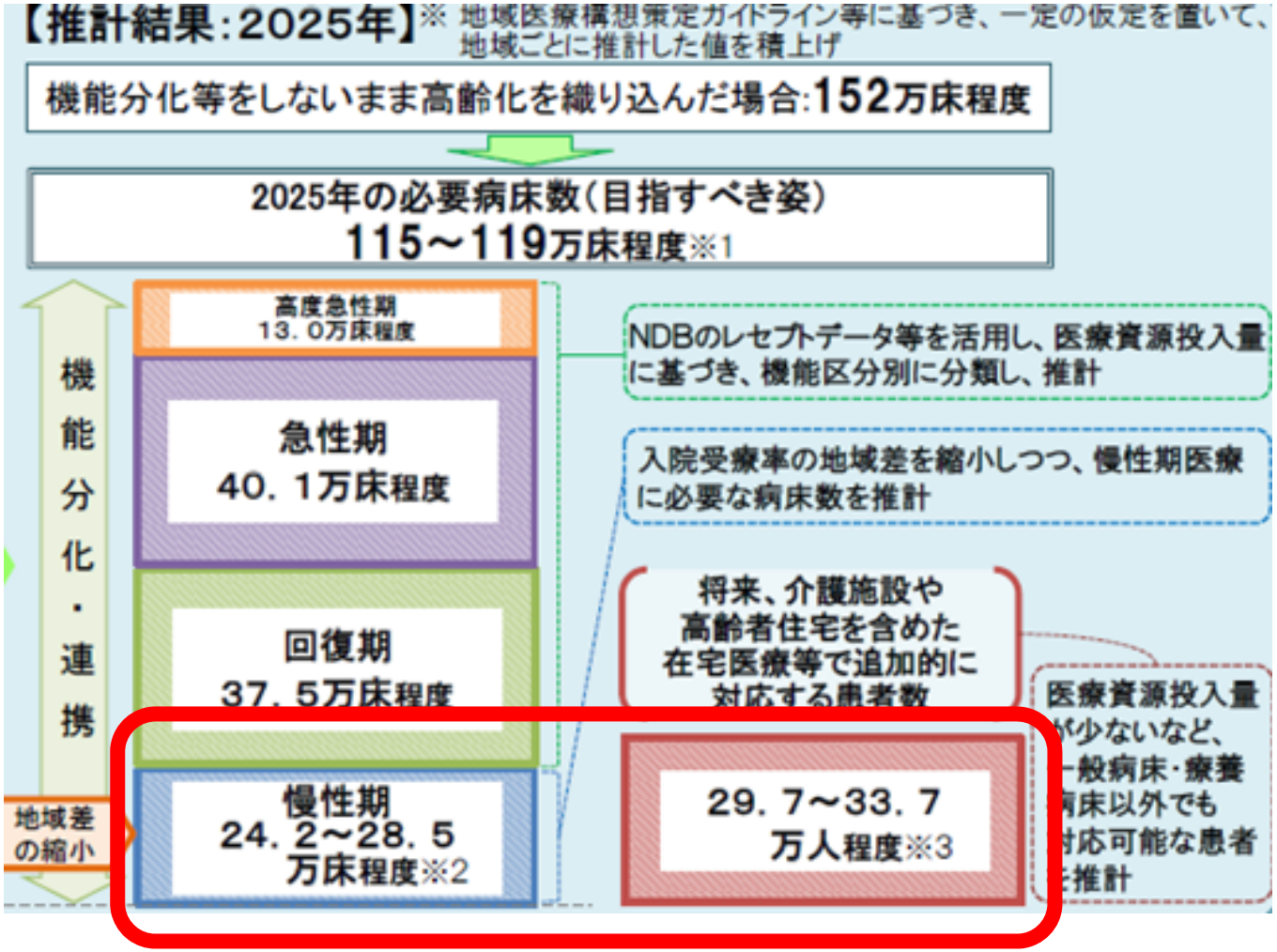
- 専門医制度との関係
  - 専門医の研修対象施設となれるのか？
    - 症例数の確保
    - 当該分野における「ブランド力」
    - 医療の質評価への対応
- 救急がメインの場合
  - 総合的な対応が可能か？
  - 人材の継続的確保が可能か？
    - 初期臨床研修病院としての魅力度は？
  - 地域包括ケア病床併設の是非は？
- ダウンサイジングの是非
  - ケアミックスの可能性

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

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

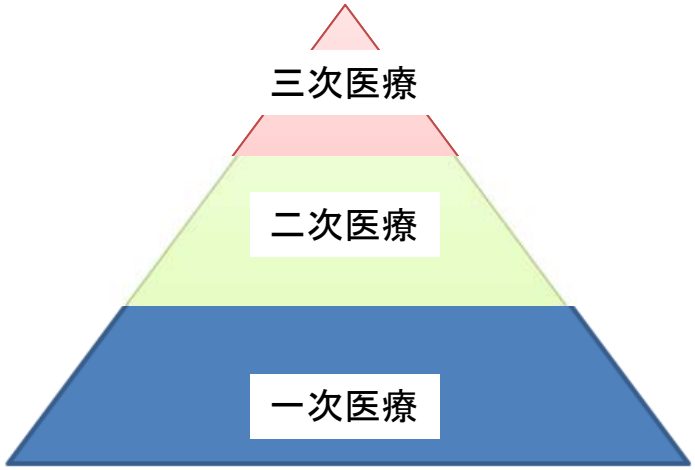
経過月	一般病棟入院	回復期入院	療養入院	訪問診療	訪問看護_医療	肺炎	認知症	介護保険	訪問介護	訪問看護	通所介護	特養	老健施設	連携	脳卒中連携パス
-6	13.8%	0.0%	5.0%	8.8%	2.5%	10.0%	18.8%	40.0%	12.5%	2.5%	8.8%	2.5%	2.5%	1.3%	0.0%
-5	7.5%	0.0%	5.0%	13.8%	1.3%	5.0%	20.0%	45.0%	11.3%	1.3%	11.3%	5.0%	3.8%	1.3%	0.0%
-4	13.8%	1.3%	6.3%	13.8%	1.3%	8.8%	20.0%	46.3%	11.3%	1.3%	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%	51.3%	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	48.8%	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%以上が肺炎にり患
- 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）

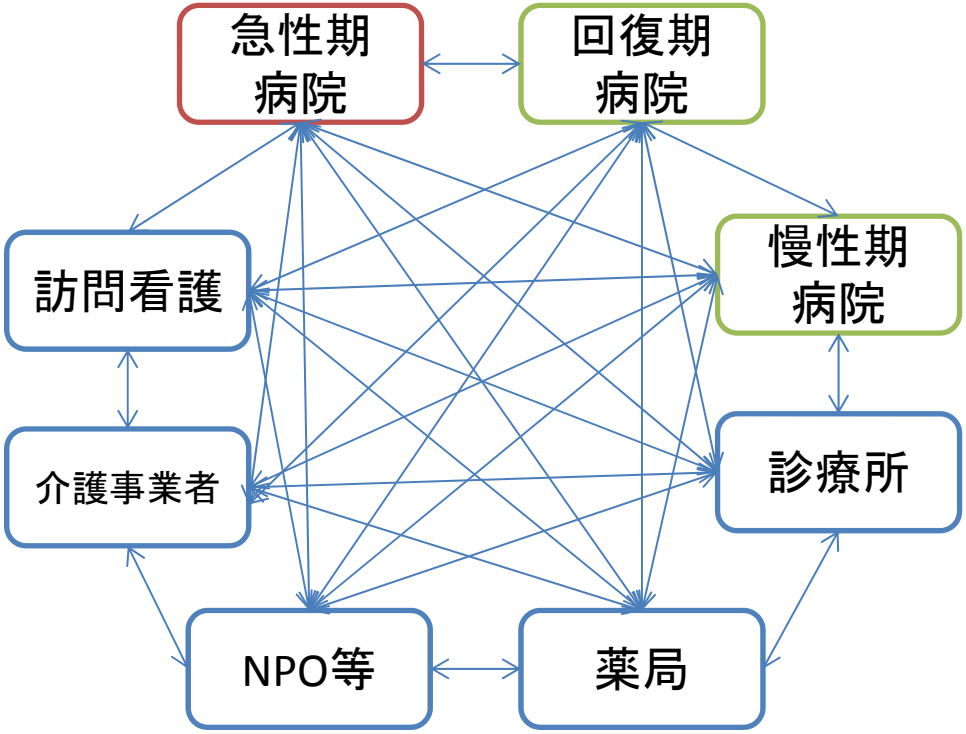
一月前の要介護度の分布

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　の幅広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



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

- 日常的な医学的管理程度の医療
- 夜間・休日における医療
- 看取り・ターミナルケアを行う機能
- 生活機能の維持向上のためのリハビリテーション等

20床の療養病床

医療施設内住まい

- 夜間・休日における当直体制
- 想定される中心的な状態に応じた医療関す人員
- 「住まい」としての構造設備
- 適切な介護サービス（入浴、排泄、食事など）

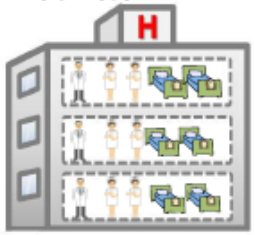
第4回療養病床の在り方等に関する検討会（平成27年10月23日）の議論より

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）

医療機関（医療療養病床20対1）

○医療区分Ⅱ Ⅲを中心とする者。

○特に医療の必要性が高い者。



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療

○24時間の看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

○当直体制（夜間・休日の対応）

●介護ﾆｰｽﾞは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、２つのパターンを提示。）

新

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性が高く、**容体が急変するリスク**がある者。

○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理

○24時間の看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

○当直体制（夜間・休日の対応）又はｵﾝｺｰﾙ体制

●高い介護ﾆｰｽﾞに対応

▸実際に想定される医療機関との組み合わせ例

新

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。

○多様なﾆｰｽﾞに対応する日常的な医学管理

○ｵﾝｺｰﾙ体制による看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

●多様な介護ﾆｰｽﾞに対応

▸実際に想定される医療機関との組み合わせ例

医療を外から提供する、居住スペースと医療機関の併設

（● 医療機能の集約化等により、20対１病床や診療所に転換。
● 残りスペースを居住スペースに。）

新　医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所（有床、無床）として経営を維持。

○多様なﾆｰｽﾞに対応する日常的な医学管理

○併設する病院・診療所からのｵﾝｺｰﾙ体制による看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

● 多様な介護ﾆｰｽﾞに対応

（注） 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。

＋ 診療所等

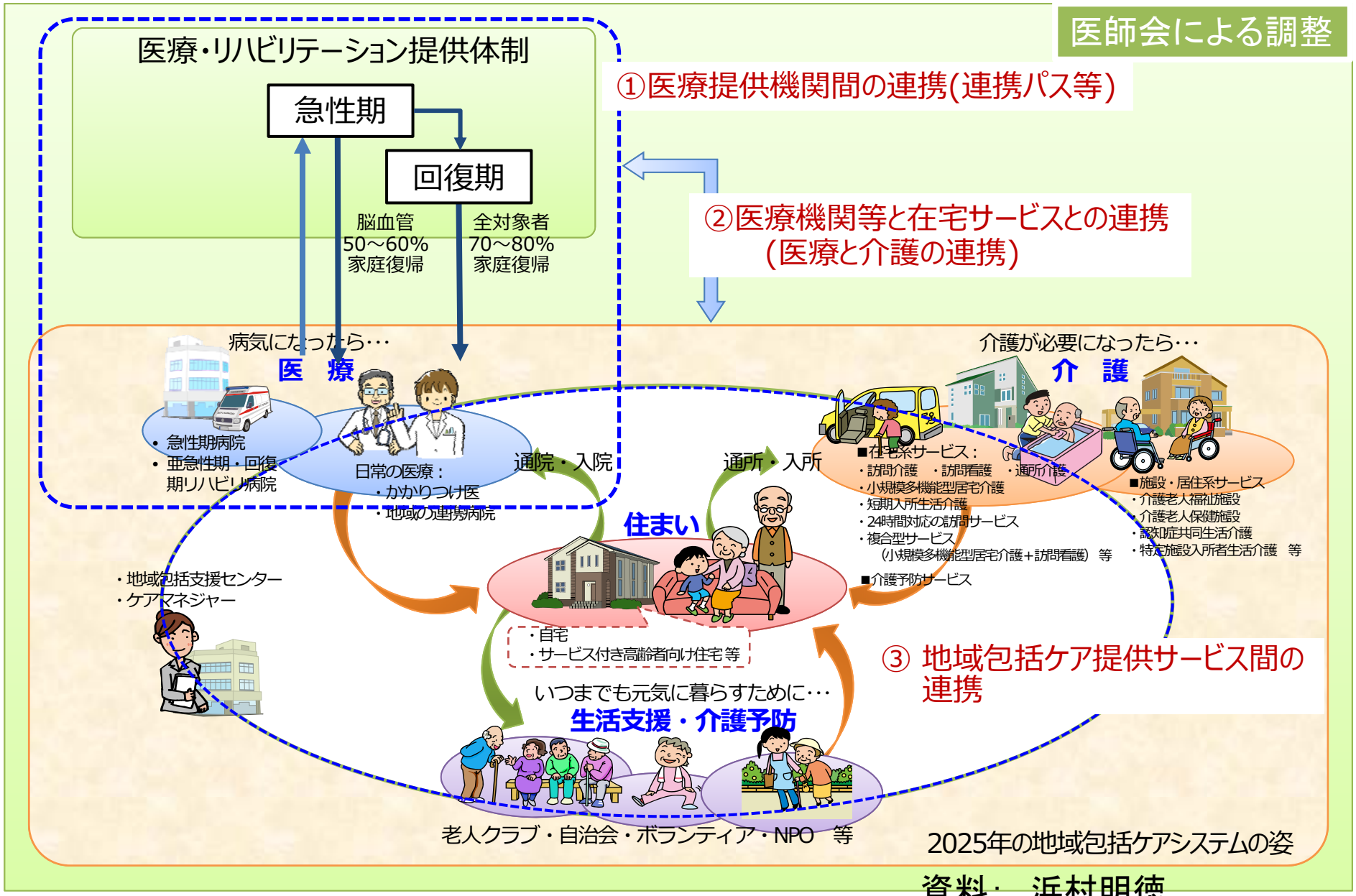
○医療は外部の病院・診療所から提供

●多様な介護ﾆｰｽﾞに対応

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

資料： 第7回療養病床のあり方に関する検討会（平成28年1月15日）

地域包括ケア推進と医療・介護の連携課題



資料：　浜村明徳

DPCの一般化に向けて

1. 総合病院精神科の評価→MDC17の精緻化
2. 慢性期DPCの開発

精神科DPC横浜市大試案 ver.2

ICD-10とDPCコード(診断分類)-ver2								
ICD-10分類	3-6桁	7桁	8桁	9-10桁	11桁	12桁	13桁	14桁
	診断	入院形態 (共通)	GAF条件など	手術	特殊な検査	特殊な薬物療法 (統合失調症と器質性疾患に適応)	身体合併症 (共通)	重症度
		0 任意入院 1 医療保護入院 2 措置入院・緊急措置入院 3 応急入院 4 医療観察法入院 5 司法鑑定入院 ＊途中で変更した場合は強制度の高いものを選択する					身体合併症管理加算対象疾患および周産期	
F2 統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害								
F20 統合失調症	0020		GAF条件 0 GAF20点未満 1 GAF20点以上	01 ECT 99 手術なし	0 なし 1 SPECT 2 心理検査	0 なし 1 クロザピン療法		0 隔離・拘束なし 1 隔離・拘束あり
F21 統合失調症型障害								
F22 持続性妄想性障害								
F23 急性一過性精神病性障害								
F24 感応性妄想性障害								
F25 分裂感情障害								
F28 他の非器質性精神病性障害								
F29 特定不能の非器質性精神病								

平成28年度研究で検討

参考　介護療養型医療施設　診断分類（DPC）コードについて

介護療養施設サービス	療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）（ⅲ）（ⅴ）（ⅵ）、療養型介護療養施設サービス費（Ⅱ）（ⅱ）、ユニット型療養型介護療養施設サービス費（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅴ）（Ⅵ）、診療所型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）（ⅲ）（ⅴ）（ⅵ）又はユニット型診療所型介護療養施設サービス費（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅴ）（Ⅵ）を算定する場合	すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上６桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。ただし、平成27年度中においては、適切なコーディングが困難な場合、XXXXXXと記載すること。 下記イからヌまでに適合する患者については、摘要欄にDPC上６桁に続けてその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合はまたる状態のみを記載すること。 例１　050050イ （傷病名が慢性虚血性心疾患で、下記のイに該当する場合） 例２　110280ハD （傷病名が慢性腎不全で、下記のハDに該当する場合） 例３　040120 （傷病名が慢性閉塞性肺疾患で、下記のイからヌまでに該当しない場合） イ　NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ロ　Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する１週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ハ　各週２日以上の人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。 A 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下） B 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの C 出血性消化器病変を有するもの D 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの

（別表１）摘要欄記載事項より抜粋

施設サービス等介護給付費明細書

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護療養施設サービス）

公費負担者番号　　平成　年　月分
公費受給者番号　　保険者番号

被保険者
被保険者番号
（ﾌﾘｶﾞﾅ）
氏名
生年月日　1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日　性別　1. 男　2. 女
要介護状態区分　要介護１・２・３・４・５
認定有効期間　平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで

請求事業者
事業所番号
事業所名称
所在地　〒　－
連絡先　電話番号

入院年月日　平成　年　月　日　退院年月日　平成　年　月　日　入院実日数　外泊日数
主傷病　入院前の状況　1.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護　7.特定施設入居者生活介護　8.その他
退院後の状況　1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①単位数合計				
②単位数単価	円／単位		10円／単位	10円／単位
③給付率	／100	／100	／100	／100
④請求額（円）				
⑤利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

枚中　枚目

慢性期DPC定義表の作成案

主たる症病名		病棟区分		医療区分		ADL区分		感染症の有無		脱水・低栄養・電解質異常の有無		特別な医療1（治療的行為）		特別な医療2（生命維持）		特別な医療3（緩和ケア）		併存症	
DPC6	ICD10	病棟フラグ	病棟区分	フラグ	区分	フラグ	区分	フラグ	区分	フラグ	区分	フラグ	区分	フラグ	区分	フラグ	区分	フラグ	区分
010060	G45$	地域包括	1	1	1	1	1	なし	0	なし	0	なし	0	なし	0	なし	0	なし	0
	G46$	LTAC	2	2	2	2	2	肺炎	1	軽度	1	化学療法	1	IVH	1	緩和ケア	1	軽度	1
	I63$	療養	3	3	3	3	2	UTI	2	中等度	2			酸素吸入	2	精神疾患の薬物治療	2	中等度	2
	I65$							敗血症	3	重度	3			人工呼吸	3	疼痛管理	3	重度	3
	I66$													血液透析	4				

慢性期の状態になった最も重要な傷病を選択

分析・精緻化

様式1
（患者サマリ）

様式2/EF
（診療内容詳細データ）

医療資源必要量の把握

調査票を設計し
施設からデータ収集

慢性期DPCにおける様式１の考え方

- 急性期DPCのそれを流用
  - 慢性期に必ずしも合わないものがある
  - 急性期との連続性を担保できる
- 介護保険における主治医意見書に準じた書式の作成
  - 介護保険との連続性を担保できる
  - 医療情報が十分でない

平成28年度研究で試案について検討

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 東京都を事例とした検討

3. 自施設の経営を考える

4. 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
  - DPCの一般化が試行された。
- 各地域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）

ご参考までに

- 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
  - 各種講演資料、など
- 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#!/
- 日本医師会
  - 日医総研 日医総研ワーキングペーパーNo.323「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)
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no_553.html
  - 平成２６・２７年度病院委員会審議報告「地域医療構想（ビジョン）に基づく新たな医療計画への対応について」
http://www.med.or.jp/nichiionline/article/004222.html
- 「病院」誌： 医学書院（平成27年1月号～12月号）
- 松田晋哉： 地域医療構想をどう策定するか、医学書院（2016）