

～H-PAC第6回公開シンポジウム～  
地域医療構想から次期医療計画へ  
～需給ギャップを克服し、アウトカムを達成する～

## 【パート2 将来展望編（パネルディスカッション）】

# 「いかにビジョンを作り、実現していくか」

2016年3月13日（日）

於：東京大学 武田先端知ビル5階 武田ホール

パネリスト：奈良県立医科大学 今村知明

# 地域医療構想に係る主な研究班

## ● 厚生労働省科学研究費補助金

課題名	研究代表者	
医療計画の評価と実効性の向上に関する研究	河原和夫 (東京医科歯科大学)	次期医療計画へ向けての検討
医療機関の病床区分や人員配置等に関する研究	松田晋哉 (産業医科大学)	病床機能区分の閾値検討
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	今村知明 (奈良県立医科大学)	地域医療構想の具現化策

平成27年度 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)  
**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**

**研究代表者**

今村 知明(奈良県立医科大学)

<分担班とコアメンバー>

**定量分析班**  
(DPCデータ等を用いた分析)

松田 晋哉(産業医科大学)

**事例統括班**(各団体への情報・資料  
提供依頼の助言と監修)

長谷川 友紀(東邦大学)

池田 俊也(国際医療福祉大学)

小林 美亜(千葉大学)

**地域事例班**(地域での成功事例)

副島 秀久(済生会熊本病院)

**実地検証班**(奈良県での実地検証)  
渡辺 顕一郎(奈良県医療政策部長)

**議論支援班**(分担班間の議論調整、  
文献および海外事例収集)

笠井 祥子(東京医科歯科大学)

加藤 源太(京都大学)

野田 龍也(奈良県立医科大学)

**事務局**

古場 裕司(三菱総合研究所)

赤木 匠(三菱総合研究所)

野田 龍也(奈良県立医科大学)

(敬称略)

# 奈良県での病院プロファイリング

どれくらい「急性期」の割合が  
大きいかを「見える化」

## ●急性期指標の作成

医師、看護師の合議体で指標を選抜。

病床機能報告関連の411項目から、主たる診療分野が急性期であるような病院が満たしそうな217項目を選び、平均値や分散を標準化して、全項目の合計値を算出。

# 病床機能報告

## ●レセプトから

入院基本料(一般病棟入院基本料等)、特定入院料(特定機能病院入院基本料・救命救急入院料等)、有床診療所入院基本料など

手術総数、全身麻酔の手術総数、胸腔・腹腔鏡下手術、内視鏡手術用支援機器加算、放射線治療など

がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況、重症患者への対応状況(持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、頭蓋内圧持続測定、人工心肺、血漿交換療法など)

救急医療の実施状況(院内トリアージ実施料、休日夜間救急搬送医学管理料、救急医療管理加算など)

急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況

全身管理の状況(呼吸心拍監視、酸素吸入、ドレーン法、人工呼吸、経管栄養カテーテル交換法など)

リハビリテーションの実施状況 (疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算など)

長期療養患者の受入状況、重度の障害児等の受入状況

スタッフ数(医師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士の常勤・非常勤)

## ●個票データから

病床数(一般病棟・療養病棟、病床機能4区分、総病床数・稼働率、診療科)、入院患者数の状況(新規入棟患者数、在棟患者延べ数など)

入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況等、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合

救急医療の実施状況(休日に受診した患者延べ数、夜間に受診した患者延べ数、救急車の受入件数)、医療機器の台数(CT、MRIなど)

退院調整部門の設置状況

411項目

# 急性期指標に近い項目

## ●レセプトから

入院基本料(一般病棟入院基本料等)、特定入院料(特定機能病院入院基本料・救命救急入院料等)、有床診療所入院基本料など

手術総数、全身麻酔の手術総数、胸腔・腹腔鏡下手術、内視鏡手術用支援機器加算、放射線治療など

がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況、重症患者への対応状況(持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、頭蓋内圧持続測定、人工心肺、血漿交換療法など)

救急医療の実施状況(院内トリアージ実施料、休日夜間救急搬送医学管理料、救急医療管理加算など)

急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況

全身管理の状況(呼吸心拍監視、酸素吸入、ドレーン法、人工呼吸、経管栄養カテーテル交換法など)

リハビリテーションの実施状況 (疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算など)

長期療養患者の受入状況、重度の障害児等の受入状況

スタッフ数(医師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士の常勤・非常勤)

## ●個票データから

病床数(一般病棟・療養病棟、病床機能4区分、総病床数・稼働率、診療科)、入院患者数の状況(新規入棟患者数、在棟患者延べ数など)

入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況等、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合

救急医療の実施状況(休日に受診した患者延べ数、夜間に受診した患者延べ数、救急車の受入件数)、医療機器の台数(CT、MRIなど)

退院調整部門の設置状況

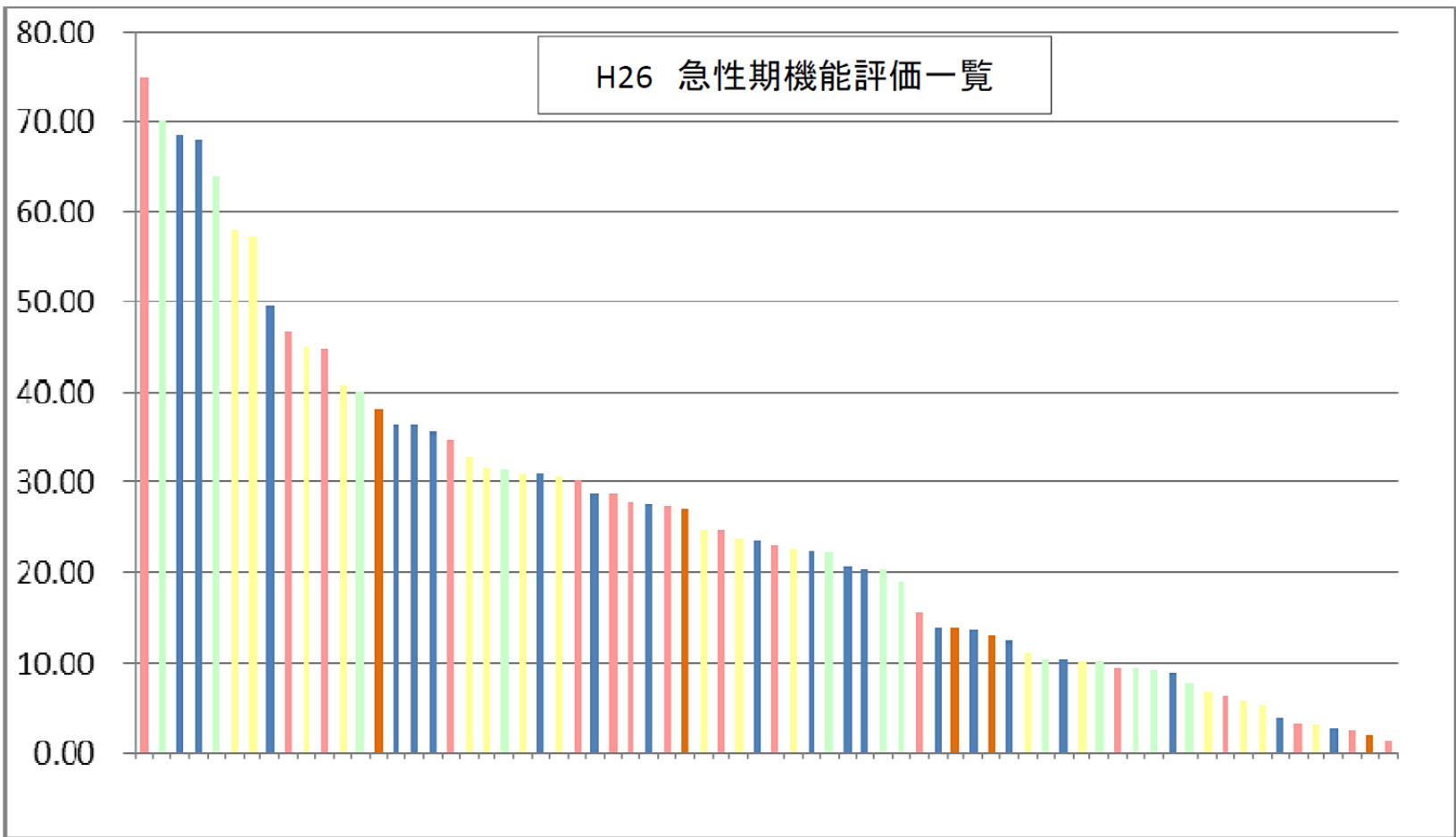
217項目(赤字)を使用

# 奈良県全体の分布

大

数値化による急性期機能の傾向

小





(1) 地域医療計画をPDCAして  
いくためのデータの活用  
のありべき姿

1. 正確な入力をしてもらう必要がある  
現在は2%～5%の誤りがある
2. データクリーニングが正確に出来ているか重要
3. データベースの形で提供

## (2) 地域医療構想のここまでの 取り組みへの評価と、 構想を実現していくための ポイント

# 病床機能区分の定義の問題

- 急性期は、  
高度医療≡「(高度)急性期」(高度な医療を必要とする疾患状態;がんや急性心筋梗塞など)と  
急性医療≡「急変期」「地域急性期」(高度な医療は必要としないが迅速な手当が必要な疾患状態;上腕骨骨折など)の区別が明確でない。
- 回復期・慢性期の定義が明確でない。
- 「急性期」と「回復期」とを峻別するのは困難。

(3) 次期医療計画に向けて  
どのような行動が必要か。  
だれに何ができるか

# 適切な病床への誘導／在院日数短縮

- 病床機能のボリュームゾーンを急性期から回復期・慢性期・在宅へ誘導する
  - 患者状態に合わせた病床機能への誘導
  - 地域連携パスなど
- 在院日数を適正に短縮する
  - 疾患ごとのクリニカルパス
  - 慢性期医療のパス

# もう1つの問題点

療養病床の入院患者のうち

医療区分1の患者の7割を在宅へ

本当に可能か？

⇒ 地域包括ケアシステムと

連動した計画づくりが重要

**ご静聴ありがとうございました**