

急性期状態標準算定可能日数から見た高齢者急性疾患 の医療体制の最適性と規範的統合

— 副傷病名を含む複合病名で DPC の患者情報を分析する試み —

坂本 佳代子

キーワード：高齢者急性疾患、急性期状態標準算定可能日数、セルフマネジメント、
規範的統合、副傷病名を含む複合病名

1. はじめに

2025 年とは団塊の世代が 75 歳の後期高齢者に到達する年であり、医療・介護需要が最大化することが予測されている。しかし、高齢者人口の増加には大きな地域差が生じており、高齢者人口の減少は地域によって既に始まっている。これらの状況から医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が常態に見合った病床で、状態にあわせたより良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要である。

2025 年に向けて、入院患者の増加に対して、地域ごとの病床機能の効率化・最適化を図る必要が生じている。そして、高齢化に伴う疾病構造・医療ニーズの変化について、地域ごとに必要な医療機能への分化を促し、施設間の連携の強化で対応できるよう、地域の高齢化等の実情に応じた病床の機能分化、連携を進めることにより効率的な医療提供体制を構築することが地域医療構想の目的である。

地域医療構想による 2025 年の病床の必要量は 119.1 万床であり、2016 年度の速報値が 123.6 万床のため、4.5 万床程度を削減することになる¹。また、一般病棟入院基本料の稼働率は低下傾向であり、病院と施設等の合計数は約 300 万床に達している。また、高齢者向け住まい・施設の定員数は 200 万床超となり、そのうち 100 万床は個

¹ 平成 29 年度病床機能報告医政局地域医療計画課調べ(平成 30 年 3 月時点)

室化されている²。

「地域医療構想策定ガイドライン」では、国及び都道府県は、医療提供体制の改革に当たり地域医療介護総合確保基金の活用、必要なデータの情報共有、専門性に配慮した人事等の確保などを行っていく役割を担い、各医療機関は、医療関係者のみならず医療保険者とともに地域における医療、介護サービスのネットワーク化を図るために連携し、当事者間で競争するのではなく協調するべきであるといわれている³。

第7次医療計画では、地域医療構想の「2025年の医療需要および必要病床数」推計は医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに行われ、医療機能の境界点は患者に対する「1日あたりの医療資源投入量」により決められている。高度急性期病院の役割は、「救急医療、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」であり、急性期病院の役割として、「患者の状態が安定するまでの本来の急性期の治療」を明確にすることは、連携先と切れ目のない医療が継続されるために重要である。

これから望まれる医療は、医療機関側が一方的に治療行為を提供ではなく、患者が積極的に自分の症状についての情報を提供し、治療に積極的に参画することである。このことが、結果的には治療効果を高めることにつながる。そのためには、患者が参加しやすい状況を用意することの配慮が必要となる⁴。

人口・高齢化の進展により疾病構造は変化し多様化している。A病院の2017年度DPC患者の年齢構成割合は65歳以上が49.4%、75歳以上25.1%、85歳以上は5.3%であり、主傷病名のほかに副傷病名を持つ患者の割合は入院時併発症81.7%、入院後発症34.1%である。「DPCデータを使った医療の質評価の視点は、ストラクチャー、プロセス、アウトカム」の3つである。最も重要なのは、アウトカム評価で患者の重症度を統計的に補正しながら死亡率や合併症の発生率などの発生率を評価するようになっている。また、プロセス評価はDPCデータなどの医療データを用いた評価のもっとも得意な点である。ガイドラインの遵守状況、パスの適用状況とバリエーションの発生などいろいろ多方面から分析ができるようになってきている。」⁵。

DPC報告が2003年から始まり、ビッグデータの蓄積から多くの行政調査や臨床研究が行われている。しかし、調査で使用される診断分類はICD10やMDC分類であり、高齢化に伴う入院患者が複数の疾患を持った病状を反映する副傷病名との組み合わせ、

² 2017年7月19日 第143回社会保障審議会介護給付費分科会資料。

³ 厚生労働省地域医療構想策定ガイドライン。

⁴ 2と同じ。

⁵ 伏見清秀(2015)『院内ビッグデータ分析による病院機能高度化 医療の質・安全向上と外来・病棟機能評価へ』、p.13。

いわゆる複合病名による分類パターンでの調査報告は見られなかった。プロセスの質を向上させるためには、まず、変化しているストラクチャーに関する情報を把握していく必要がある。

本稿の目的は、急性期状態標準算定可能日数を1日あたりの医療資源投入量から見直す中で医療機能の最適化を図り、高齢者の急性疾患に対して入院時併存症の影響を加味して入院期間と連携方法を導くことである。そして、地域で共有することで地域包括ケアシステムの規範的統合を模索し、二次医療圏の地域包括ケアシステム推進において、急性期病院が実施する高齢者急性疾患患者の地域連携とセルフマネジメント支援の現状における課題を明らかにすることである。

本稿の構成は次の通りである。第2節では二次医療圏の人口・高齢化の推移、病床機能区分ごとの医療需要推計と必要病床数についてまとめ、第3節で統合する二次医療圏の中でA病院の取り組む課題を挙げる。第4節では調査内容および分析方法を説明し、第5節では結果を示す。第6節では考察として高齢者急性疾患の地域連携パスと病院運営方針、副傷病名を持つ患者が主病名の入院に及ぼす影響や急性疾患で入院した高齢者へのセルフマネジメント支援の推進と二次医療圏での医療体制の最適性と規範的統合を模索し、第7節で結論を述べる。

2. 二次医療圏の概要

2-1. 人口・高齢化率

A病院はZ県N1医療圏の急性期病院であった。2018年度の地域医療構想において、Z県N1医療圏は、圏域内の中核病院等を中心とした在宅医療から救急医療までの医療体制の確保、医療資源のバランスを確保するためN2医療圏と統合された。N2からN1医療圏域への入院患者の流出は26.7%であり、県の地域医療構想を推進する中で医師の確保や高度あるいは、特殊な救急医療の提供体制等の確保の課題があったためである。

N1医療圏は、図表1に示すとおりで、総人口約573千人(2015年)、面積865km²、人口密度は669人/km²の地方都市型二次医療圏である。人口の将来予測では、総人口は2025年に544千人へと減少し、2040年に483千人へと減少する。一方、75歳以上人口は、2015年の68千人が、2025年にかけて90千人へと増加し、2040年には87千人へと減少する。

N2医療圏は、総人口約263千人(2015年)、面積1,567km²、人口密度は166人/km²の

地方都市型二次医療圏である。人口の将来予測では、総人口は2025年に241千人へと減少し、2040年に203千人へと減少する。一方、75歳以上人口は、2015年の38千人が、2025年にかけて48千人へと増加し、2040年には44千人へと減少する。

図表1に示すように、医療圏の面積は2,430km²と広く、県内シェア29%となるが、この面積は、東京都や大阪府より広く、神奈川県に匹敵する。

このため、従来の医療提供体制では効率的な質のよい医療は、今後の生産者人口の減少からは、継続可能ではなくなり、ICTの活用等による遠隔医療を視野に入れる必要が出てきている。

図表1：二次医療圏の地域情報、人口動態

二次医療圏	人口 (単位: 千人)	県内 シェア	面積	県内 シェア	人口 密度	地域タイプ	高齢 化率	2025年 総人口 (単位: 千人)	2040年 総人口 (単位: 千人)	2015年 75歳以上 人口 (単位: 千人)	2025年 75歳以上 人口 (単位: 千人)	2040年 75歳以上 人口 (単位: 千人)	2015→ 25年 総人口 増減率	2025→ 40年 総人口 増減率	2015→ 25年 75歳以上 人口 増減率	2025→ 40年 75歳以上 人口 増減率
全国	126,661		372,903		339.7		27%	120,700	107,439	16,459	21,775	22,232	-5%	-11%	32%	2%
Z県	5,532	7位	8,396	12位	658.9		27%	5,269	4,674	710	966	968	-5%	-11%	36%	0%
N1	573	10%	865	10%	662.1	地方都市型	26%	544	483	67	90	87	-5%	-11%	34%	-3%
N2	263	5%	1,567	19%	167.7	地方都市型	30%	241	203	38	48	44	-8%	-16%	25%	-8%
出典	<small><人口(2015年、2025年、2040年)>日本の地域別将来推計人口 国立社会保障・人口問題研究所 平成25年3月 <small><面積>都道府県・市区町村別主要統計表 総務省統計局 平成22年</small> </small>															

「2018年Z県二次医療圏資料集」をもとに筆者作成

2-2. 病床機能区分ごとの医療需要推計と必要病床数

図表2：二次医療圏域の将来医療需要推計

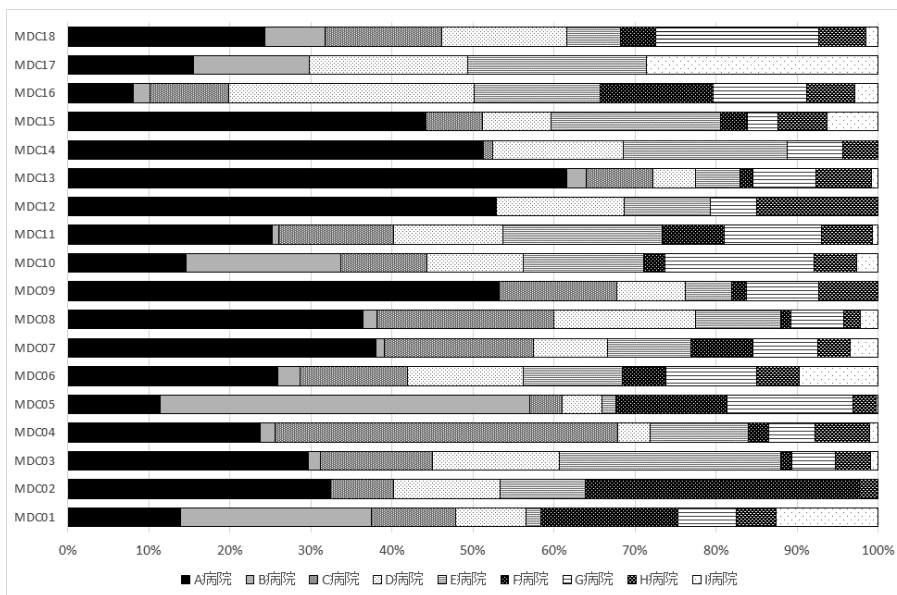
	当該医療圏	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2025 (H37)		差引 正数:過剰 △:不足
		稼働病床	稼働病床	稼働病床	医療需要 (人/日)	必要病床 数(床)	
N1	高度急性期	790	704	608	494	658	△ 50
	急性期	3,134	2,944	2,947	1,528	1,959	988
	回復期	536	661	780	1,710	1,901	△ 1,121
	慢性期	1,104	1,119	1,078	692	752	326
	病床数小計	5,564	5,428	5,408	4,425	5,270	138
N2	高度急性期	6	65	124	109	145	△ 21
	急性期	1,654	1,552	1,478	553	708	770
	回復期	253	329	322	810	900	△ 578
	慢性期	737	666	689	430	468	221
	病床数小計	2,650	2,612	2,613	1,902	2,221	392
統合	高度急性期	796	769	732	603	803	△ 71
	急性期	4,788	4,496	4,425	2,081	2,667	1,758
	回復期	789	990	1,102	2,520	2,801	△ 1,699
	慢性期	1,841	1,785	1,767	1,122	1,220	547
	病床数小計	8,214	8,040	8,021	6,327	7,491	530

2018年度Z県地域医療構想資料をもとに筆者作成

図表 2 は、N1 医療圏と N2 医療圏の合計を統合医療圏として示した。二次医療圏の病床機能報告から、2016 年度に報告された病床数は、図表 3 に示すとおり、高度急性期 732 床、急性期 4,425 床、回復期 1,102 床、慢性期 1,767 床の 8,021 床である。急性期が 1,758 床超過しており、回復期が 1,699 床不足している。2025 年の医療需要と必要病床数に向けて、地域医療構想調整会議が進められている。地域医療構想の実現プロセスは、まず、医療機関が『地域医療構想調整会議』で協議を行い、機能分化・連携を進める。

このとき、都道府県は地域医療介護総合確保基金を活用して支援していく。そして、地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取り組みだけでは、機能分化、連携が進まない場合には都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、将来の方向性に向けて調整が図られることになる。

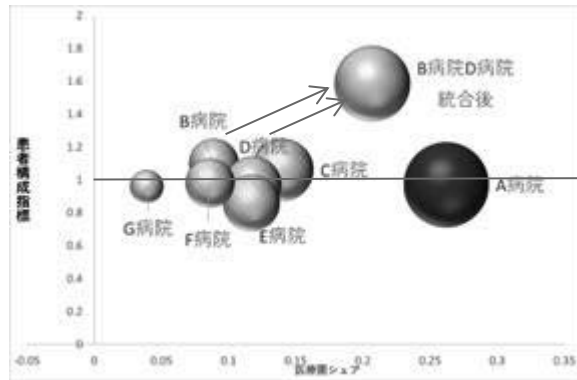
図表 3：二次医療圏の主な医療施設の疾患別シェアの状況



2016 年病床機能報告より筆者作成

図表 3 は、二次医療圏域で主な医療施設の疾患別シェアで、MDC01～MDC18 を示している。呼吸器系全国 3 位の C 病院、循環器系全国 13 位の B 病院と専門領域に抜き出した施設がある。その他の医療機関は圏域内の医療を補うようにバランスを保っている。

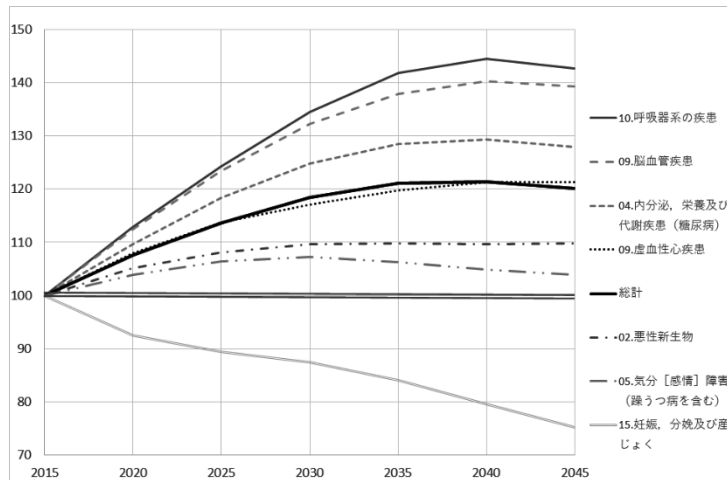
図表 4：医療圏域病院との医療圏シェアと患者構成指標



病院情報局より二次医療圏データより筆者作成

図表 4 は、二次医療圏の中の医療圏シェアと患者構成指標で、患者構成指標は 1.0 付近一線で、医療圏シェアが 10%前後に 5 施設が集中している。A病院は 26.9%に位置している。そして、B病院、D病院の統合合併シミュレーションでは、患者構成指標が 1.5、医療圏シェア 21%のポジションに移動する。

図表 5：二次医療圏傷病別患者数の推計



平成 26 年患者調査より 筆者作成

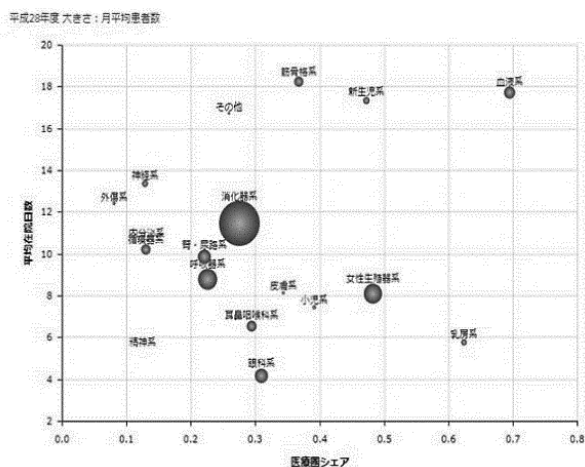
図表 5 のとおり、二次医療圏の傷病別患者数の推計では、2010 年を起点として呼吸器系、循環器系(脳血管疾患)、循環器系(虚血性心疾患)、内分泌、栄養及代謝疾患(糖尿病)、新生物(悪性新生物)等が増加し、妊婦、分娩及び産じょくは減少することが推計されている。

3. A病院の診療状況と地域連携

3-1. 二次医療圏域でのポジション分析

A病院は、病床数 549 床＋感染症病床 6 床、平均在院日数 9.9 日、病床稼働率 94.6% で急性期病院である。A病院は、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修指定病院、総合周産期母子医療センター、災害拠点病院の指定を受けている医療圏域唯一の特定病院群である。ICD10 の患者割合は、がんが最も多く 36.0%、次いで消化器系 11.2%、呼吸器系 8.9% 循環器系 7.6% となっている。

図表 6：二次医療圏シェアと平均在院日数

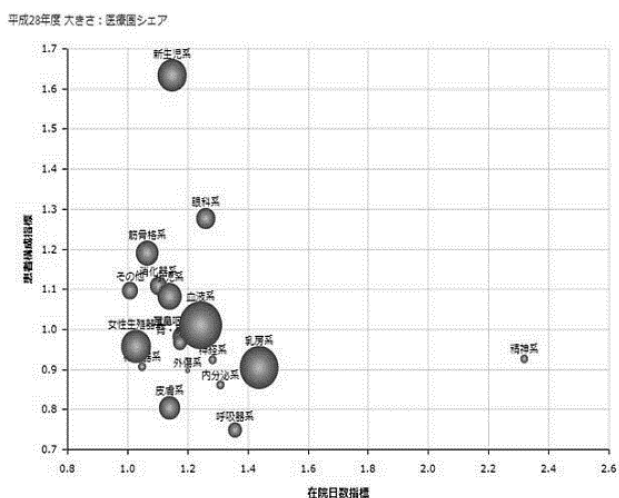


病院情報局 HP 二次医療圏データより筆者作成

A病院の医療圏シェアと平均在院日数との関係は図表 6 のとおりである。医療圏シェアは、血液系が 7 割であるが、平均在院日数は延長している。乳房系は 6 割を占め、在院日数をコントロールしている。最もボリュームが大きい消化器系の 3 割シェアに呼吸器系が 2 割を超えてボリュームを上げてきていることが特徴である。

また、2014 年に開設した心臓、脳血管センターにより、循環器系や神経系の高齢者急性疾患の救急受け入れが進んでいる。また、A病院の在院日数指標と患者構成指標の関係は図表 7 のとおりである。新生児系の患者構成指標が飛びぬけて高く、総合周産期母子医療センターとして女性生殖器系もボリュームが大きい。また、乳房系、血液系のボリュームが大きく、A病院の特徴のひとつである。

図表 7：在院日数指標と患者構成指標



病院情報局 HP 二次医療圏データより筆者作成

3-2. A病院のマーケティングと戦略

A病院は、地域 No. 1 型急性期病院として地域に必要な医療提供体制の整備に取り組んでいる。しかし、2013 年度の診療密度がわずか 0.026 足りず、DPC II 群病院 (2018 年度より特定病院群に名称変更) の基準を満たせなかった。そこで、平均在院日数の短縮と診療行為のアップを戦略目標として診療科ヒアリングで診療プロセスを分析した。在院日数、術前検査画像、周術期抗生剤、特別食、栄養指導、薬剤管理指導の改善に努め、2015 年の診療密度を 103.14 アップさせて DPC II 群病院になった。

次に、2022 年に B 病院と D 病院の合併統合による病院とのシミュレーションを実施し、MDC 別症例数では、ほぼ互角だが消化器と呼吸器と循環器を含めた全体シェアが地域で 3 位であった。A病院の医療資源としての医師配置は消化器内科、外科、整形・リハ科、麻酔科、泌尿器科、小児科、産婦人科が強みであり、弱みは、呼吸器内科、外科、脳神経外科であった。疾病構造を将来予測し、医療圏内の MDC 別症例の充足シミュレーションでは、地方都市型の割合から低い状況であった。すなわち、待機可能な呼吸器系や消化器系は症例が埋没している状況であった。B病院とD病院の合併統合までに、A病院の呼吸器、循環器、消化器の症例を確保するため、連携教育・医療機関に医師派遣の協力を得て、呼吸器内科・外科医師を招聘した。そして、診療機能の充実を図るため新治療棟計画を見直し、治療に必要な機器の準備に切り替えて稼働させた。

その結果、2014 年には、消化器と呼吸器と循環器の症例数は地域で 2 位に上昇した。特に肺がん症例は、2013 年度は年間 5 件であったが、2017 年度は 397 件と大幅に上昇した。

また、救急患者の受け入れについては、消防署とも定期的に話し合いを持ちながら、2014 年 4 月に心臓・脳血管センターを立ち上げ、24 時間、365 日の受け入れをしている。2017 年度の救急患者の受入数は 11,968 件であり、そのうち、15.1%の患者を心臓・脳血管センターが担当している。地域の中ではそういった差別化戦略や積極的攻勢戦略など次々ととまらず進めている状況である。

二次医療圏が統合されて病院と診療所の合計は、図表 8 のとおり、2016 年度の調査で 675 施設である。A病院は現在、地域支援病院としての登録医療機関数が 379 施設 (56.1%) であり、N2 医療圏との連携は FAX 初診や病院、診療所訪問により、地域のニーズを把握したり、自院の診療情報を伝えたり情報交換の場としている。医療圏拡大により、改めて未登録の医療機関を含めて連携を進めていくことが重要となる。

図表 8 : 二次医療圏内の病院、診療所数

二次医療圏	病院数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 *全国は標準偏差	診療所数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 *全国は標準偏差
全国	8,493		6.7	(4.1)	100,461		79	(19.5)
Z県	353	4.2%	6.4	49	4,983	5.0%	90	56
N1	38	11%	6.6	50	426	9%	74	47
N2	24	7%	9.1	56	187	4%	71	46
出典	平成26年医療施設調査 厚生労働省 平成26年10月				平成26年医療施設調査 厚生労働省 平成26年10月			

「2018年Z県二次医療圏資料集」をもとに筆者作成

4. 調査内容と分析方法

2017年4月1日～2018年3月31日の期間にA病院を退院した患者を対象に以下の調査を実施した⁶。

4-1. 医療機能別割合と病床数

高齢者の急性疾患を受け入れた後の計画的な治療とともに地域連携の推進が必須である。地域医療構想策定ガイドラインに基づき、図表9のとおり計算した入院患者の医療機能別割合(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)と病床割合を2017年度のDPCデータより作成した。実際に行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した時、「3,000点」以上の患者は高度急性期、「600点」以上は急性期、「225点」以上を回復期、「225点」未満を慢性期及び在宅療養等の区分とし、機能別の病床割を算出した。

図表 9 : 一日当たりの医療資源投入量別の医療機能区分

	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在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

厚生労働省地域医療構想策定ビジョンより引用

⁶ 尚、倫理的配慮として、本調査は、実施に先立ち、研究内容について兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会における事前審査において「非該当」の判定を受けた。(倫理審査認証番号 2018-0003)

4-2. 疾患別の急性期状態標準算定可能日数

DPC 疾患別の在院日数及び1日当たりの医療資源投入量から「急性期状態標準算定可能日数」を疾患別に計算した。データ期間は2017年4月1日より2018年3月31日の退院患者とした。現在、A病院で使用されている地域連携パスは、大腿骨頸部骨折と脳梗塞の2種類である。高齢者に多い疾患として今後も増加が予測される疾患であるため、地域連携パスの利用率を上げることで患者が安心して圏域内の連携先で療養できるようターゲットとした。

また、地域連携パスがない疾患の中で入退院を繰り返す疾患として心不全、高齢化に伴う嚥下機能低下による誤嚥性肺炎の4つをターゲットとした。A病院では、DPC II 期間内での退院を周知してきたため、入院期間に大きな逸脱はない。心不全や誤嚥性肺炎は、診療ガイドラインに沿って診療が進んでいる。しかし、診療ガイドラインに沿った治療計画が「患者の病状による」という理由で個別治療計画となりパス作成が停滞している。

渡辺(2018)によると、「心不全は地域基幹病院レベルでエビデンスとガイドラインに基づく標準的な診療が可能となっている。心臓リハビリテーションによる多職種医療チームによる包括的な疾患管理が行われれば、急性期から回復期、維持期の経過も改善されて患者の生活の質も向上する。しかし、高齢者の慢性心不全は病院でいくら病状を安定させても治癒する疾患ではなく、治療モデルから生活モデルに変換した管理が必要となる。」⁷

すなわち、地域連携パスで在宅での生活モデルとなるような連携内容を作成、あるいは変更が必要となる。ある程度の症例件数がある疾患の平均在院日数を短縮することは、DPCの機能評価係数IIの効率性指数を向上させる。そして、その疾患の平均在院日数を適正な値にコントロールすることが、急性期機能を高めることに繋がるため、患者のケア移行となる時期をA病院から地域包括ケア病棟への連携期間とした。

分析手法は4-1と同様に区分した。疾患別の入院日毎の出来高点数を積み上げ、日毎の症例数で割り戻し、1症例あたりの入院日毎推移を計算した。これにより、600点以上の入院期間を疾患別に定義し「患者の状態が安定するまでの本来の急性期の期間を「急性期状態日数標準算定日数」とした。

なお、本稿では、「連携期間」はDPC II 期間に加え、今回、地域包括ケア病棟への移行に関しては、診療報酬点数に医療機関係数を乗じてA病院では、2,858点以下と

⁷ 渡辺徳(2018)「地域連携パスから発展した心不全の地域包括ケア～多職種協働による薬物療法管理～」『薬学雑誌』Vol.138 No.6, pp.797-806。

なる場合を回復期相当とした。

重症度、医療・看護必要度については、一般病棟用の基準は「A得点2点以上かつB得点3点以上」「A得点が3点以上」「C得点1点以上」⁸、地域包括ケア病棟入院料の基準は「A得点1点以上」「C得点1点以上」が基準で入院患者の1割を満たす必要がある。なお、2017年度のデータとして基準を活用する。

4-3. 地域包括ケア病棟相当の患者数と収益の推定

急性期病院で入院した患者が、地域包括ケア病棟へ転院するメリットは、リハビリテーションによる機能回復を目指すことである。そして、セルフマネジメント支援体制を決めて在宅や介護施設に退院することが可能となる。

地域包括ケア病棟では、日常生活支援の方法を変化させる必要がある。急性期状態標準算定可能日数から連携期間を導き、診療プロトコルや地域連携パスを具体的に示すことで診療計画が共有される。可視化できることを地域で共有し患者のセルフマネジメントを支援していくものになっていく。

一般急性期入院基本料1(7対1)から地域包括ケア病棟に移行した場合の収益を推定した。一般急性期入院基本料1からDPC日当点×医療機関別係数にリハビリ加算を加えて2,858点未満となる患者数を算出した。そのうち死亡症例と15歳未満の患者と出来高対象のDPCコード(短期滞手術等基本料3含む)は収益から除いた。また、A病院のルールとして運用面から移動後5日以内に退院調整が終了する(退院)と推測できる症例とMDC2「血液疾患」の症例は管理の困難性の観点から除外して算出した。そして、一般病棟7対1入院基本料から地域包括ケア病棟へ移行する場合を実施した。病棟別と診療科別の必要度を比較し、地域包括ケア病棟移行対象者と必要度割合が低い病棟と診療科を割り出し、将来の病棟再編に向けた資料とする。

4-4. 主傷病名と主傷病名×副傷病名の副業病名分類パターンの設定と調査項目

高齢者急性疾患を含む分類パターンに加えて、A病院が最も力を入れているがん患者を含めて主傷病名の患者に多い副傷病名の入院時併存症を調査した。2017年度のDPCデータよりICD10から新生物(悪性新生物)、循環器系(脳血管疾患)、循環器系(虚血性心疾患)、呼吸器系の患者を選択して実施した結果、図表10のとおりで高血圧症、糖尿病、肝炎、脂質異常症、心不全等であった。高齢患者の特徴は「一人で複数の疾

⁸ なお、2018年度より「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の基準に「B14:診療・療養上の指示が通じる」又は「B15:危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」が該当患者として追加された。

患を持つことが多く、重要臓器の出血や梗塞など、重篤で突然発生する血管系疾患が多い。症状が非典型である。一人で数種類の薬剤を服用していることが多い。感染や高温環境などに対する生体としての予備力が小さい。軽微な外力でも大きな怪我をしやすい。治療に対する反応に個人差が大きい。回復見込みのない疾患や後遺症を伴う疾患が多く、治療よりもリハビリテーションや介護に重点が置かれる場合がある。

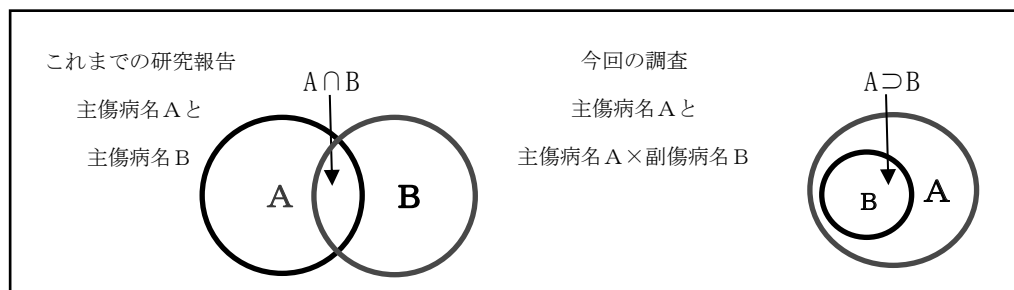
一人暮らしの問題、医療費の問題など、患者の心理社会的、経済的背景まで考慮した診療を行う必要がある、医師や看護師ばかりでなく、リハビリ関係、福祉関係のスタッフや家族の協力を得たチーム医療が不可欠である」⁹である。

図表 10：主傷病名対象患者が副傷病(入院併存症)を持つ件数と割合

主傷病名 × 入院時併存症		高血圧	糖尿病	肝炎	脂質異常	心不全
主傷病名	主傷病全体					
新生物	5,231	1,245	992	464	423	386
	割合	23.8%	19.0%	8.9%	8.1%	7.4%
脳血管	253	196	73	6	64	28
	割合	77.5%	28.9%	2.4%	25.3%	11.1%
心不全	772	449	206	15	260	330
	割合	58.2%	26.7%	1.9%	33.7%	42.7%
呼吸器	1,454	123	86	22	28	106
	割合	8.5%	5.9%	1.5%	1.9%	7.3%

これまでも DPC データによる臨床疫学的研究が多く報告されている。外科手術の記述疫学、麻酔の記述疫学、希少な疾患や偶発症の疫学、術後肺塞栓症の発症など医療安全の見地からの研究¹⁰、また認知症の有無別に見た股関節大腿骨骨折患者の退院時転帰¹¹をはじめ、図表 11 のように MDC での主病名と主病名の掛け合わせを見る DPC データの活用が多くみられている。

図表 11：これまでの研修報告と今回の調査のイメージ



⁹ 加藤博之(2011)「高齢者に多い救急疾患」『日本老年医学会雑誌』48巻4号、pp.48。

¹⁰ 康永秀生(2010)「DPC データベースを用いた臨床疫学研究」『医療と社会』Vol.20 No.1、pp.87-96。

¹¹ 松田晋也(2017)「地域包括ケアの概念に対応する地域医療計画をどう策定するか」『病院』76巻第7号、pp.29-32。

DPC データより、新生物（悪性新生物）と「それ以外」、循環器系(脳血管疾患)と「それ以外」、循環器系(虚血性心疾患)と「それ以外」、呼吸器系と「それ以外」の副傷病名(入院時併存症)を持つ件数を集計し、件数の多かった5つの副傷病名(入院時併存症)を分類パターンとした。

分類パターンは主傷病名4種類と副傷病名5種類で20パターンとした。DPCデータ様式1の分析項目として、【患者属性】生年月日、性別、【入院情報】入院年月日、入院経路、他院よりの紹介の有無、自院の外來からの入院、予定・救急医療入院、救急車による搬送の有無、入院前の在宅医療の有無、【退院情報】退院年月日、退院先、退院時転帰、24時間以内の死亡の有無、退院後の在宅医療の有無、【診療目的・経過】入院中の主な診療目的、【再入院調査】再入院の種別、理由の種別【患者プロフィール／喫煙指数】1日の喫煙本数×喫煙年数、【患者プロフィール／褥瘡】入棟時の褥瘡の有無、退棟時の褥瘡の有無、【高齢者情報】認知症高齢者の日常生活自立度判定基準【診療情報/併存症】入院時併存症名、【診断情報／続発症】入院後発症疾患名、【手術情報】麻酔、【ADLスコア／入院時】入院時のADLスコア、【ADLスコア／退院時】退院時のADLスコア、【がん患者／初発・再発】がんの初発・再発、【がん患者／Stage】がん取扱い規約に基づくがんのStage分類、【がん患者／化学療法の有無】化学療法の有無、【JCS／入院時】入院時意識障害がある場合のJCS、【JCS／退院時】退院時意識障害がある場合のJCS、【脳卒中患者／入院前】発症前 Rank in Scale、脳卒中中の発症時期、【脳卒中患者／退院前】退院時 modified Rank in Scale、【心疾患／NYHA】NYHA心機能分類、【心不全患者／血行動態的特徴】収縮期血圧とした。

分析方法は、主傷病名单独群と主傷病名×副傷病名(入院時併存名)群に分類し、件数を確認し、入院期間、入院費について平均値の差を検定した。

4-5. 高齢者急性疾患患者のセルフマネジメント支援の状況

セルフマネジメントとは、自らの健康と幸福のために選択した行動に対して、本人が責任を取れるように健康教育やヘルスケアリテラシーを向上させる方法のひとつで、患者と医療関係者との共同活動である¹²。

そして、セルフマネジメント支援は、患者の活動、教養、エンパワメントを促進するためのケアに対する患者中心の共同的アプローチを伴う行動である。これは医療専門家による情報提供や従来の患者教育といった役割を拡大するもので、①患者の教育、

¹² 筒井孝子、東野定律(2015)「日本の地域包括ケアシステムにおける「セルフマネジメント支援」の確立」『経営と情報』27巻第2号、p.29。

②生活様式の変化を促進するためのさまざまな行動変容技術の利用、③健康促進のための行動の採用、④各種の慢性疾患症状に対する技術の向上等が上げられる¹³。

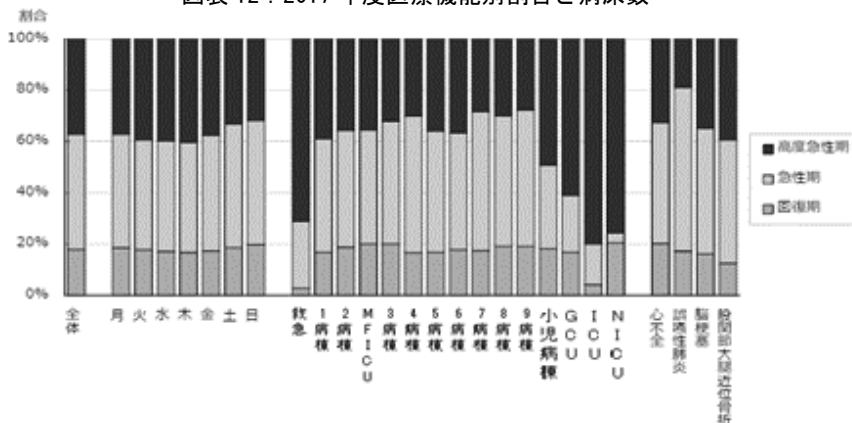
A病院でのセルフマネジメント支援の有無と種類をカルテレビューより抽出する。患者が入院後、救急病棟で入院した患者の多職種カンファレンスを実施し、治療と支援の方向性を話し合い、退院支援を開始する。同時に退院支援看護師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフが介入し、状態を見ながら生活指導・教育を行い退院となる。まず、これらの実施の有無について確認する。

次に、セルフマネジメントの種類を以下の通り規定する。①入院にあたっての多職種カンファレンス、②退院支援看護師の介入(MSW 含む)、③管理栄養士やリハビリテーションスタッフ等の介入、各専門職からの患者と家族への生活指導（退院後の生活に関するパンフレット等）、④退院に向けての拡大カンファレンスの実施（退院調整看護師を中心に、担当医とかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー等の関連職種との連携を確認する）、⑤患者のセルフモニタリングの継続(血圧、脈拍、水分摂取量、塩分摂取量などの数値目標の設定)、⑥退院後の外来診療やリハビリテーションでの治療効果の判定、⑦外来看護師等による退院後の生活の評価や継続した生活指導、⑧再入院の有無、⑨その他、定期的に事例検討会を開催してケアの統一を図る活動や地域医療連携研修会等への参加を確認する。

5. 結果

5-1. 4つの医療機能別割合と病床数

図表 12 : 2017 年度医療機能別割合と病床数



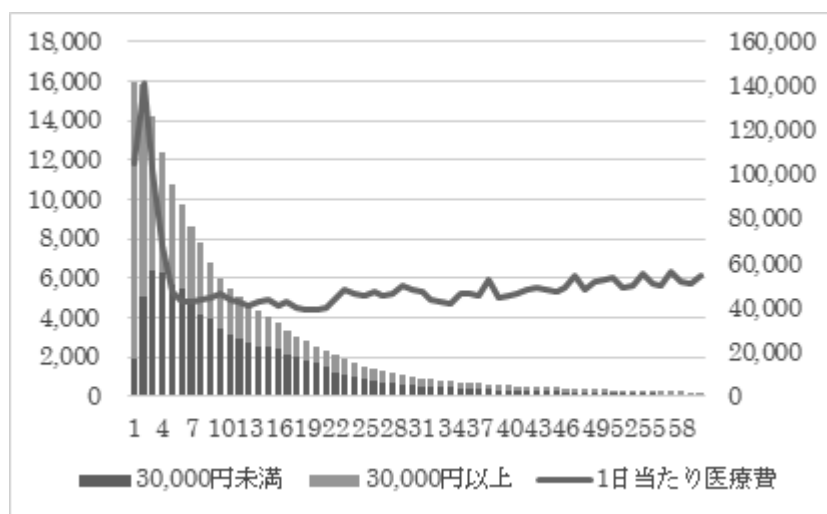
2017 年 DPC データより筆者作成

¹³ 同上。

2017年度DPCデータからA病院を退院した患者の医療機能別割合と病床数を図表12に示す。「高度急性期」37.4%、「急性期」44.6%を合わせて82.0%であった。病床数に換算すると、「高度急性期」205床、「急性期」244床、「回復期以下」100床であった。曜日別の機能別病床割合では、土日に高度急性期病床割合が低下しているが、急性期以上の機能別病床割合は若干の減少にとどまり、80%を維持している状況であった。病棟別では、特定加算を習得している高度急性期病棟はICU、NICU、救急病棟、GCU、小児病棟の順で高度急性期病床の割合が高かった。総合周産期特定集中治療室加算の対象病棟であるMFICUに入院する患者の割合は、高度急性期の患者が低い割合であった。

疾患別にみると、誤嚥性肺炎の高度急性期割合は低く、心不全、誤嚥性肺炎、脳梗塞、股関節大腿近位骨折の順に回復期病棟の割合が少し高い状況だった。

図表13：一日当たりの医療資源投入量の日別推移(入院)



2017年A病院DPCデータより筆者作成

図表13は、A病院の2017年度DPCデータ全体の一日当たりの医療資源投入量の金額を左縦軸に示し、右の縦軸には1日当たり医療費を示している。横軸は入院日数を示し、1日ごとの医療資源投入量の推移を示している。

医療資源投入量の推移は、入院初日に最大であり、1日当たりの医療費は2日目に141,075円のピークとなっており、その後6日目42,330円に低下した後、横ばいで推移していた。

5-2. 疾患別の急性期状態標準算定可能日数

図表 14：高齢者急性疾患ごとの調査項目結果（2017年度A病院 DPC データより）

MDC06	DPCコード	件数	男性	女性	平均年齢	入院期間最頻日	再入院7日	再入院30日	再入院42日	死亡	地域連携パス使用率
脳梗塞	10060 x 2990401	155	98	57	73.5	15	2	4	5	0	48.8
心不全	050130 x 99000 x	110	49	61	77.2	20	0	4	5	5	—
股関節大腿近位骨折	160800xx01xxxx	58	12	46	80.9	23	0	0	0	0	35.6
誤嚥性肺炎	040081xx99x10x	45	30	15	81.3	19	0	0	0	7	—

MDC06	DPCコード	件数	平均在院日数	DPC I 期間	DPC II 期間	600点以下(日)	連携期間	2,858点以下(日)	回復期移行日
脳梗塞	10060 x 2990401	155	16.6	9	17	10	-7	10	10
心不全	050130 x 99000 x	110	22.0	8	17	31	14	18	18
股関節大腿近位骨折	160800xx01xxxx	58	20.6	13	26	29	3	14	14
誤嚥性肺炎	040081xx99x10x	45	20.1	10	20	28	-8	11	11

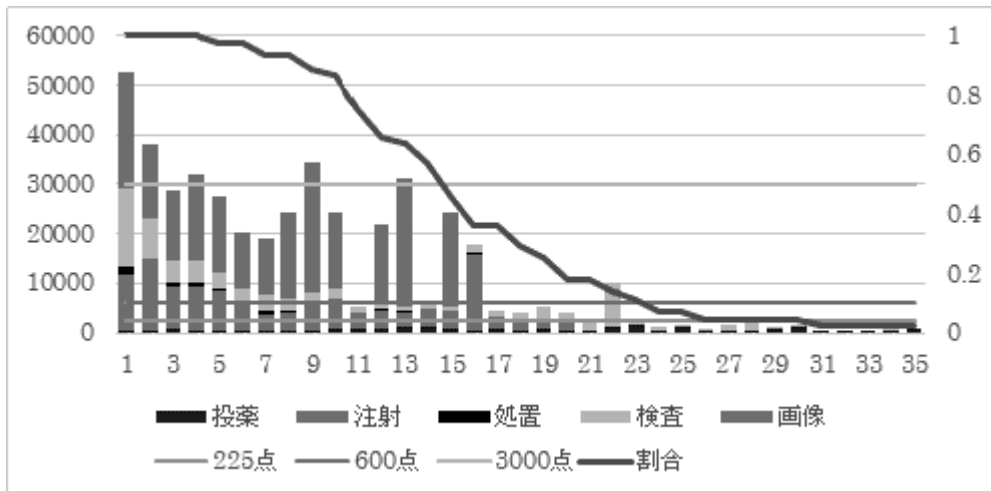
DPC期間	I		II		III	
	日数	点数	日数	点数	日数	点数
脳梗塞+エダラボン	9	3,185	17	2,354	60	1,710
心不全	8	2,727	17	2,016	60	1,714
股関節近位骨折+手術	13	2,378	26	1,758	60	1,494
誤嚥性肺炎	10	2,774	20	2,050	60	1,743

種類	単位	点数
脳血管疾患等リハビリテーション料(1	245
心大血管疾患リハビリテーション料(1	205
運動器リハビリテーション料(1)	1	185
呼吸器リハビリテーション料(1)	1	175
廃用症候群リハビリテーション料(1)	1	180
摂食機能療法(1日あたり)	30分以上	185
	30分未満	135

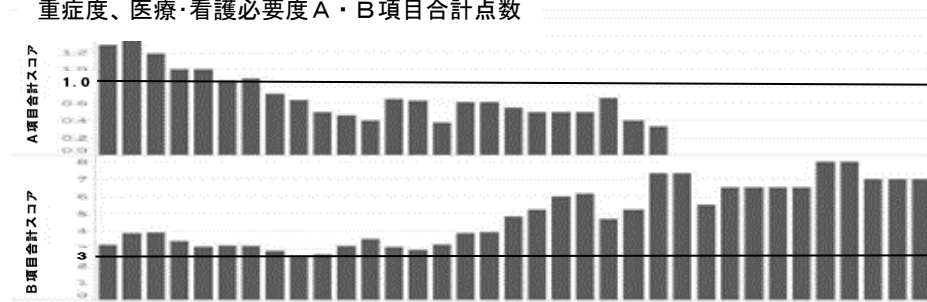
2017年度のDPCデータは15,926件であった。そのうち、高齢者の急性疾患として、脳梗塞、心不全、股関節大腿近位骨折、誤嚥性肺炎について調査した。結果は、図表14のとおりで、以下、疾患別に結果を示す。

5-2-1. 脳梗塞

図表 15 : 「脳梗塞+エダラボン」 医療資源投入量と重症度、医療・看護必要度の日別推移



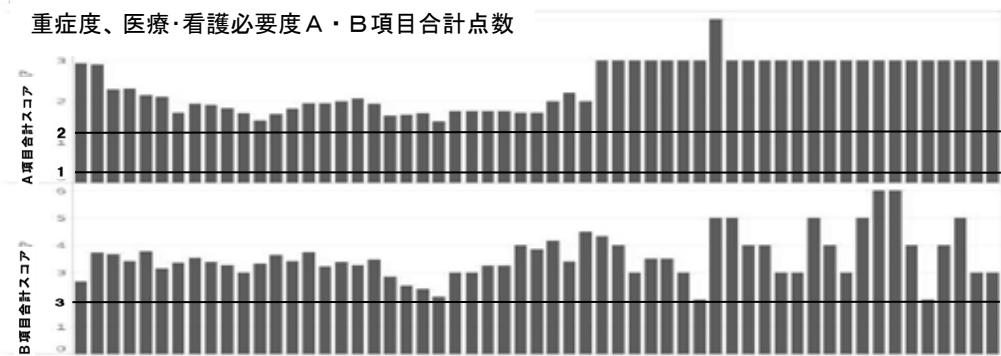
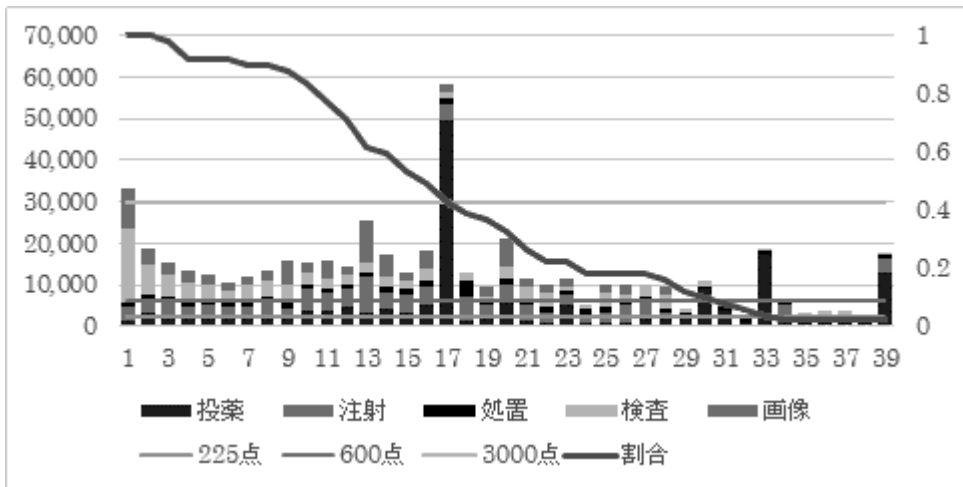
重症度、医療・看護必要度 A・B項目合計点数



脳梗塞の結果は図表 15 に示す。件数 155 件、平均年齢 73.5 歳、平均在院日数は 16.6 日で最頻値は 15 日であった。脳梗塞は救急入院が 92.9% (144 件) であり、脳梗塞地域連携パスの使用率 48.4% (75 件/155 件) であった。DPC II 期間の 17 日の範囲内で、退院 47.0% (72 件)、転院は 48.0% (75 件) であった。脳梗塞は、医療資源の投入が少なく、基本的に増収傾向で、10 日以降は増収幅が少なくなっている。DPC II 期間は 17 日で「一日当たりの医療資源投入量が 600 点未満」となるのは 17 日であった。重症度、医療・看護必要度 (以下、必要度) では、初日から A 項目 2 点以上がなく、B 項目は 3 点以上で『急性期状態標準算定可能日数』は 17 日で、『連携期間』は 0 日間となった。しかし、DPC I 期間 9 日は、3,185 点で DPC II 期間の 17 日までは 2,354 点となり、脳血管疾患等リハビリテーション料の 245 点を加算しても 2,858 点を下回る。したがって、地域包括ケア病棟等の回復期移行期間は DPC I 期間の 10 日とした。

5-2-2. 心不全

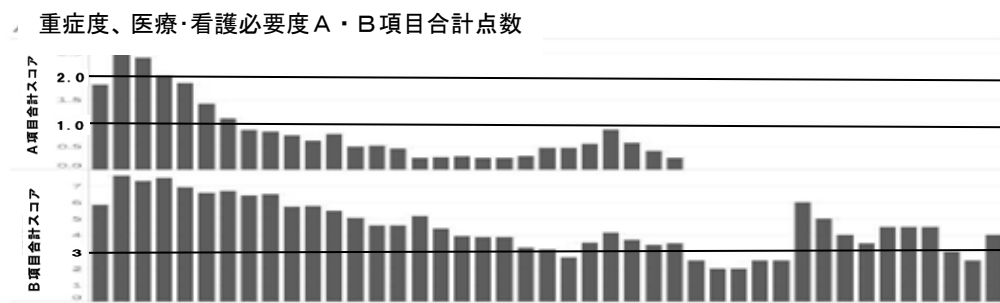
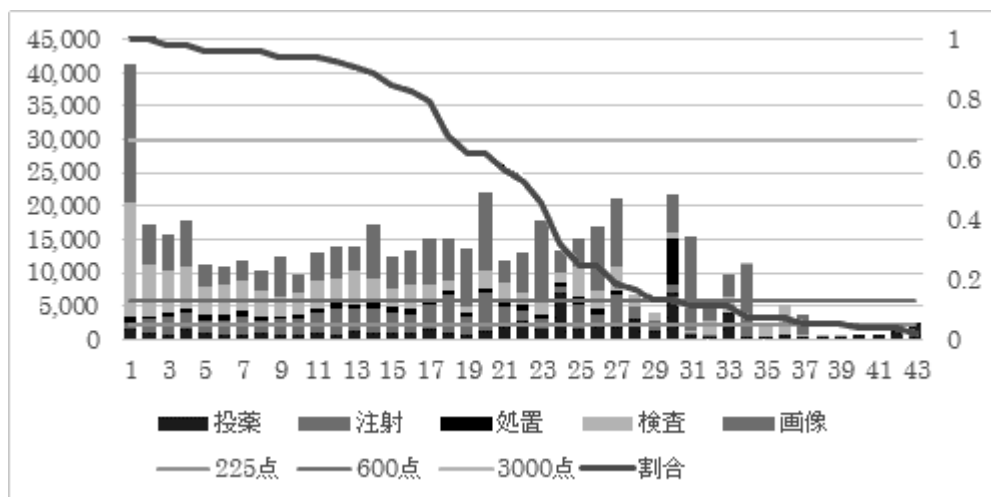
図表 16 : 「心不全」医療資源投入量と重症度、医療・看護必要度の日別推移



心不全の結果は図表 16 に示す。件数 110 件、平均年齢 77.2 歳、平均在院日数 22 日で最頻日は 20 日であった。DPC II 期間 17 日で 2,016 点に心大血管リハビリ 205 点を加算して 2,221 点となり、2,858 点を下回る。17 日目の上昇はサムスカ等の薬剤使用している影響が考えられる。平均在院日数 22 日で最頻日は 20 日であった。退院 65.5% (72 件)、転院 29.2% (31 件)、死亡 15.5% (17 件) であった。必要度は 10 日目以降に A 項目が 2 点未満となる傾向、B 項目は 20 日 3 点が続けている。「一日当たりの医療資源投入量が 600 点未満」となる日数は 31 日で『急性期状態標準算定可能日数』は 31 日、『連携期間』14 日間となった。しかし、心不全の平均在院日数は DPC II 期間を超過しており、地域包括ケア病棟等の回復期移行期間は第 1 段階として DPC III 期間となる 18 日を目標値に設定した。

5-2-3. 股関節大腿近位骨折

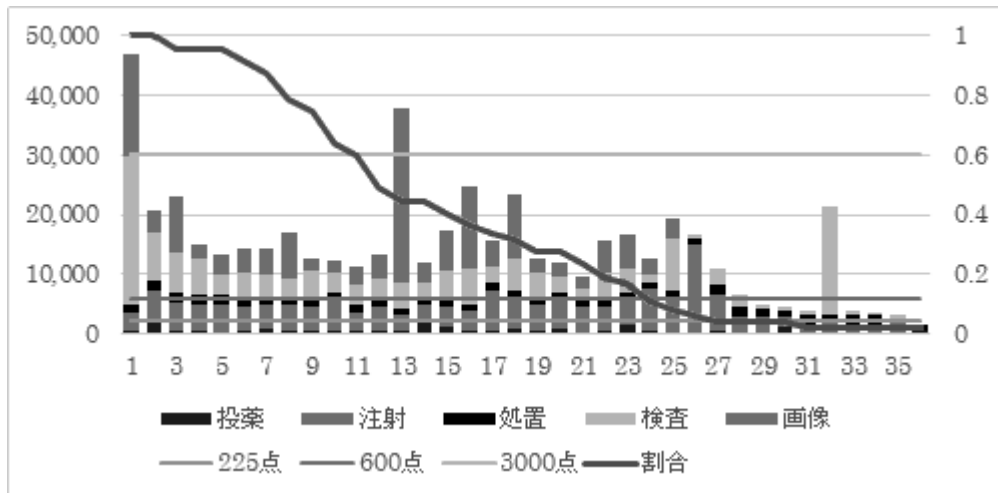
図表 17 : 「股関節大腿近位骨折+手術」 医療資源投入量と重症度、医療・看護必要度の日別推移



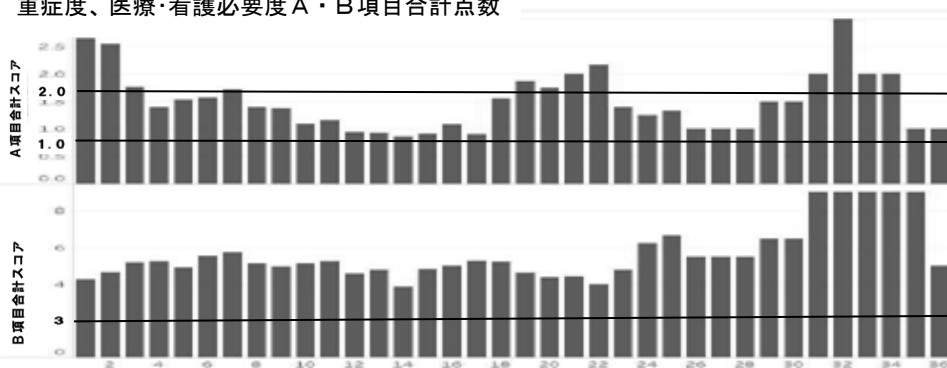
股関節大腿近位骨折+手術の結果は図表 17 に示す。件数 58 件、平均年齢 80.9 歳、平均在院日数 20.6 日、最頻日 23 日、緊急入院 93.1%、退院 17.2% (19 件)、転院 43.1% (25 件)、地域連携ハス使用率は 35.6% であった。必要度は、A 項目は 5 日間 2 点を維持、B 項目は 3 点を維持している。5 日間は C 項目 1 点が含まれる。DPC II 期間 26 日で日当点が 1,758 点であった。「一日当たりの医療資源投入量が 600 点以下」となる日数は 29 日で『急性期状態標準算定可能日数』は 29 日、『連携期間』は 3 日間となった。しかし、DPC II 期間の日当点 1,758 点に運動器リハビリ 185 点を加えても 2,858 点を下回っているため、DPC I 期間 13 日までを入院期間とし 14 日以降を地域包括ケア病棟への連携を計画的に進める。したがって、地域包括ケア病棟等の回復期移行期間は DPC II 期間の 14 日を目標値に設定した。

5-2-4. 誤嚥性肺炎

図表 18：「誤嚥性肺炎」一日当たりの医療資源投入量と重症度、医療・看護必要度の日別推移



重症度、医療・看護必要度 A・B 項目合計点数



誤嚥性肺炎の結果は図表 18 に示す。件数 35 件で平均年齢 81.3 歳であった。平均在院日数は 20.1 日、最頻日 19.3 日で、DPC II 期間 20 日と同日であった。退院が 33.3% (15 件)、転院 40.0% (18 件)、死亡 15.6% (7 件) であった。誤嚥性肺炎は DPC I 期間から 2,774 点と 2,858 点を下回っているため、DPC I 期間 10 日は呼吸リハビリテーション 175 点により 2,945 点となるが、DPC II 期間に入ると 2,050 点となり、175 点を加えても 2,858 点を下回る時期を目安にした。地域包括ケア病棟への転院でリハビリを継続することで必要度は A 項目 1 点維持しているため必要度にも算定され、メリットがある。「一日当たりの医療資源投入量が 600 点以下」となる日数は 28 日で『急性期状態標準算定可能日数』は 28 日、『連携期間』は 8 日間となるが、地域包括ケア病棟等への回復期移行期間は、DPC II 期間の 11 日とした。

5-3. 地域包括ケア病棟相当の患者数と収益の推定

図表 19：A病院 地域包括ケア病棟相当の患者算出シミュレーション

診療科	症例数	平均使用 病床数	地域包括対 象症例数	地域包括病棟転 棟可能性(円)	地域包括病棟転 棟可能性(床)
内科	4,561	156	465	13,061,617	14.9
小児科	2,464	70	2	49,219	0
外科	2,470	76	446	12,350,622	14.2
産婦人科	1,382	37	296	20,506,536	13.5
泌尿器科	847	20	146	4,703,673	4.4
循環器内科	799	25	63	2,330,603	2.5
眼科	764	10	56	1,538,658	1
整形外科	759	43	432	13,101,454	13.9
耳鼻咽喉科	664	17	82	4,703,063	3.7
脳神経外科	433	16	16	174,660	0.6
形成外科	355	6	56	5,356,019	2.9
小児外科	286	5	2	60,921	0
麻酔科	193	4	19	591,236	0.6
皮膚科	73	2	29	771,171	0.7
心臓血管外科	67	4	6	80,175	0.2
リハビリテーション科	57	3	34	732,266	0.9
総計	15,091	499	2,175	81,050,642	74.1

図表 19 に示すように DPC データより地域包括ケア病棟相当の患者を算出すると、内科 14.9 床、外科 14.2 床、整形外科 13.9 床、産婦人科 13.5 床等 74.1 床が地域包括ケア病棟への移行対象という結果であった。これら対象者には 4-2 節で示したような方法で急性期状態標準算定可能日数を設定して計画的に移行することが必要となる。A 病院が地域包括ケア病棟に移行した場合、これらの患者を地域包括ケア病棟へ移行した際の増収は約 8100 万円が見込まれる。

図表 20：7 対 1 入院基本料からの地域包括ケア病棟への移行

7 対 1 病床	50	
① 地域包括ケア病床	50	
② 仮定人数	3,000	= ① × 60
③ 7 対 1 での点数	2,698	
④ 7 対 1 での点数合計	8,093,910	= ② × ③
⑤ 地域包括ケア病床入院料	2,858	
⑥ 地域包括ケア病棟入院料合計	8,574,000	= ② × ⑤
⑦ 1 か月あたり点数差	480,090	= ⑥ - ④
⑧ 年間増収額 (円)	57,610,800	= ⑦ × 12 × 10
⑩ 7 対 1 減床による看護師減	30	= 50 × $\frac{3}{7}$ × 1.4 × $\frac{3}{13}$ × 1.4
⑫ 地域包括ケア増床による看護師増	16	= 50 × $\frac{3}{13}$ × 1.4
⑬ 差し引き削減数	14	= ⑩ - ⑫
⑭ 看護師 1 人当たり人件費	5,000,000	
⑮ 看護師人件費削減額	69,230,769	= ⑬ × ⑭
合計増収見込み額	126,841,569	= ⑧ + ⑮

図表 21：一般病棟 7 対 1 入院基本料からの地域包括ケア病棟への移行 (対象病棟ごと)

	1病棟	2病棟	3病棟	4病棟	5病棟	6病棟	7病棟	8病棟	9病棟	合計
年間入院料点数	34,625,198	36,670,588	35,795,621	31,124,796	41,934,854	41,155,737	52,566,498	48,605,709	55,773,911	378,252,908
1か月平均入院料点数	2,885,433	3,055,882	2,982,968	2,593,733	3,494,571	3,429,645	4,380,542	4,050,476	4,647,826	31,521,076
A. 金額	28,854,332	30,558,822	29,829,684	25,937,330	34,945,712	34,296,448	43,805,415	40,504,758	46,478,259	315,210,757
①7対1での点数	2577.430252	2593.21009	2158.182865	2475.329728	2559.969111	2538.910364	3117.268458	2908.257584	3614.641024	24,543
②病床数	46	5	5	50	50	50	50	50	46	442
③平均患者数	39.3	43.	46.5	44.4	45.8	45.2	47.9	47.9	44.1	405
④60日点数合計 ①×③	6,077,581	6,830,511	6,073,127	6,594,278	7,034,795	6,885,525	8,959,030	8,358,332	9,564,340	66,377,523
⑤地域包括ケア点数	2,858	2,858	2,858	2,858	2,858	2,858	2,858	2,858	2,858	2,858
⑥地域包括ケア点数計	7,888,080	8,574,000	8,574,000	8,574,000	8,574,000	8,574,000	8,574,000	8,574,000	7,888,080	75,794,160
⑦年間増収額 (⑥-④)×10	18,104,995	17,434,844	25,008,734	19,797,216	15,392,049	16,884,751	-3,850,295	2,156,677	-16,762,601	94,166,371
⑧不足額 ⑦-A.	-10,749,337	-13,123,977	-4,820,950	-6,140,114	-19,553,663	-17,411,697	-47,655,710	-38,348,080	-63,240,861	-221,044,386
⑨看護師給与費	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
看護師削減必要数 ⑧÷⑨	2.1	2.	1.0	1.2	3.9	3.5	9.5	7.7	12.6	44.2
(参考) 13対1										
7対1減床による看護師減	27.6	30.	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	27.6	265.2
地域増床による看護師増	14.9	16.	16.2	16.2	16.2	16.2	16.2	16.2	14.9	142.8
差し引き看護師削減数	12.7	13.	13.8	13.8	13.8	13.8	13.8	13.8	12.7	122.4

図表 22：重症度、医療・看護必要度 A 得点 (一般病棟 7 対 1 入院基本料病棟別)

A 項目	1病棟	2病棟	3病棟	4病棟	5病棟	6病棟	7病棟	8病棟	9病棟
1点以上	73.6	44.0	37.7	49.3	50.3	60.3	49.1	59.4	53.1
2点以上	36.3	37.5	24.8	35.3	40.5	43.5	42.7	53.8	38.1
3点以上	9.4	22.0	14.8	9.0	23.1	27.9	15.9	18.0	15.4

図表 23：A 病院の重症度、医療・看護必要度 (診療科別 2017 年 6 月)

	A 得点1点以上	A 得点1点以上かつ B 得点3点以上	A 得点2点以上	A 得点2点以上 B 得点3点以上	A 得点3点以上	B 得点3点以上	C 得点1点以上	「B14」または「B15」に該当し、A 得点1点以上かつ B 得点3点以上
内科	54.6	42.4	43.0	35.4	16.8	48.6	8.3	47.2
外科	59.4	38.0	46.1	32.9	28.7	44.7	12.3	37.0
整形外科	46.1	39.1	30.7	29.8	22.0	59.3	13.8	38.0
泌尿器科	65.6	47.1	62.8	46.5	9.2	50.0	12.2	36.7
産婦人科	40.4	19.3	32.1	15.7	17.9	22.8	16.7	18.4
眼科	0.8	0.8	0.0	0.0	0.0	1.6	7.0	0.0
耳鼻科	39.4	27.3	33.6	23.0	2.5	35.4	8.4	21.3
リハ科	29.0	21.0	17.7	17.7	17.7	32.3	17.0	33.7
形成外科	83.4	37.3	41.0	25.3	25.3	40.1	12.4	50.0
脳外科	70.9	63.3	43.5	41.2	14.6	80.7	7.4	36.1
麻酔科	1.6	1.6	0.8	0.8	0.8	8.2	6.4	1.3
循環内科	98.9	56.6	37.1	34.6	13.7	56.6	8.7	48.4
心外科	80.0	58.8	41.2	38.8	21.2	58.8	11.3	65.6
緩和	100.0	6.7	100.0	6.7	80.0	6.7	14.3	7.7
歯科	40.1	28.9	33.2	25.1	10.2	34.2	5.0	22.0
総計	56.9	40.6	41.2	32.7	18.4	48.0	10.2	39.8

一般病棟 7 対 1 入院基本料から地域包括ケア病棟への移行をシミュレーションする

と、図表 20 のように、7 対 1 から 13 対 1 の配置となるため、14 名分の削減による増収を含め、1 億 2684 万円となった。また、図表 21 からは、一番収益の低い病棟が 3 病棟であった。そして、図表 22 に示す病棟別の必要度では、3 病棟の必要度割合が低かった。また、図表 23 に示した診療科別の必要度割合の結果、リハビリテーション科は必要度割合が低く、必要度の基準(30%以上)を満たしにくいことがわかった。これらの結果より、3 病棟である整形外科・リハビリテーション病棟が地域包括ケア病棟移行候補となることが示唆された。

5-4. 副傷病名(入院併存症)を持つ患者が主傷病名の治療に及ぼす影響

図表 24：新生物・脳血管疾患と副傷病名併存患者の調査結果（DPC 様式 1 より抜粋）

新生物	主病名 × 主病名 × 主病名 × 主病名 × 主病名 ×						虚血性心不全	主病名 × 主病名 × 主病名 × 主病名 × 主病名 ×					
	全体	高血圧	糖尿病	肝炎	脂質異常	心不全		全体	高血圧	糖尿病	肝炎	脂質異常	心不全
件数	5,298	23.9%	19.0%	8.8%	8.0%	7.4%	件数	777	58.4%	26.5%	1.9%	33.5%	42.7%
性別							性別						
男性	2,852	57.3%	68.5%	63.1%	48.9%	62.6%	男性	464	60.8%	68.9%	66.7%	66.2%	61.7%
女性	2,446	42.7%	31.5%	36.9%	51.1%	37.4%	女性	313	39.2%	31.1%	33.3%	33.8%	38.3%
年齢層							年齢層						
65歳未満	1,749	18.1%	22.9%	21.6%	14.9%	20.8%	65歳未満	207	26.9%	28.2%	26.7%	36.2%	25.6%
65～74歳	1,913	40.3%	44.2%	36.9%	47.3%	34.1%	65～74歳	240	31.3%	40.8%	20.0%	33.1%	30.7%
75～84歳	1,398	35.0%	28.9%	34.9%	33.1%	36.4%	75～84歳	216	27.8%	22.8%	46.7%	23.1%	30.1%
85歳以上	238	6.6%	4.0%	6.7%	4.7%	8.7%	85歳以上	114	14.1%	8.3%	6.7%	7.7%	13.6%
入院経路							入院経路						
予定入院	4,705	87.1%	88.0%	89.9%	88.9%	81.8%	予定入院	379	52.4%	57.8%	53.3%	56.9%	58.7%
緊急入院	593	12.9%	12.0%	10.1%	11.1%	18.2%	緊急入院	398	47.6%	42.2%	46.7%	43.1%	41.3%
救急車							救急車						
搬送あり	143	3.5%	2.9%	1.9%	2.6%	6.4%	搬送あり	245	26.7%	26.2%	26.7%	25.8%	23.5%
在宅医療							在宅医療						
入院前あり	90	1.7%	2.7%	1.3%	1.2%	3.3%	入院前あり	30	3.1%	3.9%	0.0%	1.5%	2.7%
退院後あり	149	2.5%	3.4%	2.8%	0.9%	5.1%	退院後あり	30	4.0%	2.9%	0.0%	2.7%	2.7%
退院先							退院先						
家庭	4,936	91.4%	90.4%	95.3%	91.5%	89.2%	家庭	648	90.1%	89.3%	100.0%	96.5%	91.0%
転院(病院)	171	4.6%	5.3%	1.7%	5.2%	5.9%	転院(病院)	70	6.4%	7.8%	0.0%	2.7%	6.3%
転院(施設)	17	0.3%	0.4%	0.2%	0.0%	0.3%	転院(施設)	12	2.0%	1.0%	0.0%	0.4%	0.9%
その他	174	3.7%	3.9%	2.8%	3.3%	4.6%	その他	47	1.5%	1.9%	0.0%	0.4%	1.8%
退院後転帰							退院後転帰						
軽快～不変	5,060	95.8%	95.0%	97.2%	96.0%	94.6%	軽快～不変	715	96.0%	93.7%	100.0%	98.5%	97.0%
増悪ほか	238	4.2%	5.0%	2.8%	4.0%	5.4%	増悪ほか	62	4.0%	6.3%	0.0%	1.5%	3.0%
入院時併存症							入院時併存症						
なし	687						なし	52					
入院時後発症							入院時後発症						
あり	2,175	26.7%	20.8%	8.4%	9.0%	8.4%	あり	206	64.6%	26.7%	2.9%	25.2%	39.8%
喫煙指数							喫煙指数						
0	2,672	46.3%	40.7%	42.9%	50.6%	46.7%	0	376	46.5%	39.3%	40.0%	37.3%	46.4%
400未満	623	11.9%	10.3%	13.6%	13.2%	8.2%	400未満	89	11.9%	12.1%	20.0%	13.1%	13.6%
400以上	2,003	41.8%	49.0%	43.5%	36.2%	45.1%	400以上	312	41.6%	48.5%	40.0%	49.6%	40.1%
平均在院日数	12.7	14.8	15.6	12.8	14.4	18.8	平均在院日数	11.9	13.0	11.4	16.7	9.4	11.1
平均入院費	726,493	824,042	873,845	712,982	794,455	1,086,779	平均入院費	1,022,753	1,158,096	1,172,393	1,684,947	924,710	1,146,072

図表 24 は、新生物・脳血管疾患と副傷病名併存患者の調査結果である。特徴的な項目を挙げると、新生物では、年齢は 65 歳～74 歳に多く分布しており、9 割が予定入院であり、救急車の搬送は 1 割未満で少ない。退院先は 9 割が家庭であり、喫煙指数は 20 本 20 年以上の 400 以上が 4 割であった。一方、脳血管疾患では、緊急入院が 8 割～10 割で、救急車による搬送が 5 割～8 割であった。また、退院先は 5 割が他の病院への転院であった。高血圧症を併存症として持つ患者は入院後後発症の発症率が 78.6%と高く、その内容を追跡すると 1 位は睡眠障害で睡眠導入剤の処方に関連するものであった。喫煙指数は禁煙者が 5 割～7 割で、禁煙車の割合が他の主傷病名の結果より一番高かった。退院先その他(死亡)が肝炎で 16.7%と一番高かった。

図表 25：虚血性心疾患・呼吸器系と副傷病名併存患者の調査結果（DPC 様式 1 より抜粋）

脳血管疾患							呼吸器系																	
件数	性別	年齢層	入院経路	救急車	在宅医療	退院先	退院後転帰	入院時併存症	喫煙指数	平均在院日数	平均入院費	件数	性別	年齢層	入院経路	救急車	在宅医療	退院先	退院後転帰	入院時併存症	喫煙指数	平均在院日数	平均入院費	
																								全体
254	152	64	17	176	6	108	231	168	0	17.4	824,200	1,467	881	1,157	180	279	49	1,351	55	419	1,190	8.4	444,507	
女性	102	65歳未満	緊急入院	搬送あり	入院前あり	家庭	軽快～不変	あり	400未満	18.5	862,341	男性	586	65～74歳	予定入院	搬送あり	入院前あり	家庭	増悪ほか	400以上	15.8	660,633		
男性	50.0%	65～74歳	緊急入院	搬送あり	入院前あり	家庭	増悪ほか	なし	400以上	17.0	676,995	女性	586	75～84歳	緊急入院	搬送あり	入院前あり	家庭	増悪ほか	400以上	16.6	639,095		
女性	40.6%	85歳以上	緊急入院	搬送あり	入院前あり	家庭	増悪ほか	あり	400以上	24.7	608,150	男性	881	85歳以上	緊急入院	搬送あり	入院前あり	家庭	増悪ほか	400以上	16.6	639,095		
2.4%	50.0%	32.9%	93.2%	54.8%	1.4%	47.9%	97.3%	26.8%	8.2%	24.7	608,150	2.4%	50.0%	32.9%	93.2%	54.8%	1.4%	47.9%	97.3%	26.8%	8.2%	608,150		
25.2%	64.1%	16.7%	100.0%	83.3%	0.0%	33.3%	83.3%	3.6%	0.0%	16.6	899,289	5.9%	35.9%	9.2%	82.8%	41.4%	8.0%	83.9%	10.3%	2.9%	35.7%	15.4	617,901	
11.0%	53.6%	10.7%	92.9%	59.4%	3.6%	35.7%	96.4%	13.1%	71.4%	18.0	662,039	7.3%	46.4%	23.4%	92.9%	51.4%	11.2%	65.4%	18.7%	4.3%	57.9%	16.9	761,337	

図表 25 は、虚血性心疾患・呼吸器系と副傷病名併存患者の調査結果である。虚血性心疾患の特徴は、85 歳以上の割合が多く、年齢とともにコントロールが必要な疾患であることが見えた。入院経路は緊急が 5 割弱で救急車の搬送は 2 割 5 分、退院先は 9 割が家庭であった。入院時後発症の割合は、高血圧症、心不全の順で多く 4～6 割の頻度であった。喫煙指数は 4 割が禁煙で 4～5 割が 20 本 20 年以上であった。

呼吸器系の特徴は、男性の割合が 6～7 割で他の主傷病名に比べて、一番高かった。入院経路は緊急入院が 7～9 割であった。入院前あるいは退院後の在宅医療の割合が肝炎以外で高かった。喫煙指数は肝炎が高く約 6 割だった。退院先はその他(死亡)が他のグループより割合が高かった。

図表 26：入院日数と入院料についての t 検定（主病名群と主傷病名 × 副傷病名（入院併存症））

入院日数	悪性新生物 × 高血圧	悪性新生物 × 糖尿病	悪性新生物 × 肝炎	悪性新生物 × 脂質異常症	悪性新生物 × 心不全	入院料	悪性新生物 × 高血圧	悪性新生物 × 糖尿病	悪性新生物 × 肝炎	悪性新生物 × 脂質異常	悪性新生物 × 心不全
新生物	0.055	0.000	0.000	0.037	0.000	新生物	0.238	0.000	0.000	0.102	0.000
悪性新生物	6.774	7.075	0.209	2.661	8.201	悪性新生物	5.017	5.275	-0.616	1.981	5.729
	0.000	0.000	0.834	0.008	0.000		0.000	0.000	0.538	0.048	0.000
循環器系	0.001	0.000	0.072	0.081	0.286	循環器系	0.003	0.000	0.032	0.247	0.000
脳血管疾患	3.265	-0.471	1.459	-0.633	0.234	脳血管疾患	1.447	-2.322	-1.255	0.702	-1.833
	0.001	0.638	0.146	0.527	0.815		0.150	0.021	0.256	0.483	0.071
心不全	0.117	0.000	0.434	0.000	0.000	心不全	0.002	0.011	0.027	0.002	0.000
虚血性心疾患	2.981	-0.714	1.362	-4.263	-1.480	虚血性心疾患	3.707	1.752	1.474	-1.568	2.234
	0.003	0.476	0.173	0.000	0.139		0.000	0.081	0.163	0.117	0.026
呼吸器系	0.000	0.004	0.002	0.000	0.000	呼吸器系	0.000	0.009	0.000	0.295	0.000
	7.506	6.665	3.319	3.199	7.354		5.022	3.848	3.049	2.133	4.983
	0.000	0.000	0.003	0.004	0.000		0.000	0.000	0.006	0.033	0.000

は平均が等しいという帰無仮説が棄却できない

図表 26 は、4 種類の主傷病名と 5 種類の副傷病(入院時併存症)の 20 分類パターンについてそれぞれに入院日数と入院料についての t 検定を実施した結果である。入院日数で有意な差がみられたのは、高血圧症-悪性新生物、高血圧症-脳血管疾患、高血圧症-虚血性心疾患、糖尿病-悪性新生物、脳血管疾患-悪性新生物、虚血性心疾患-悪性新生物、虚血性心疾患-脂質異常症、呼吸器系ではすべての複合病名の 17 分類パターンで有意な差が認められた。

入院料について高血圧症-悪性新生物、高血圧症-虚血性心疾患、糖尿病-悪性新生物、糖尿病-脳血管疾患、脂質異常症-悪性新生物、脂質異常症-悪性新生物、心不全-悪性新生物、心不全-虚血性心疾患の 8 分類パターンで有意な差が認められた。肝炎は入院日数も入院料も有意な差はなかった。呼吸器系は入院日数、入院料すべて 10 分類パターンで有意な結果であった。

5-5. A 病院における高齢者急性疾患患者のセルフマネジメント支援の状況

図表 27：高齢者急性疾患に対する入院後の各職種の介入時期と回数

MDC06			退院調整		MSW介入		褥瘡チーム介入		病棟薬剤師介入	
			開始日	回数	開始日	回数	開始日	回数	開始日	回数
脳梗塞	155	平均	1.1	7.0	5.8	3.4	1.1	2.7	2.2	2.1
心不全	110	平均	2.2	19.4	12.5	8.5	2.1	8.1	4.2	7.3
股関節大腿近位骨折	58	平均	1.0	12.8	3.2	5.9	1.0	4.8	1.9	3.7
誤嚥性肺炎	45	平均	1.4	7.3	4.3	4.6	1.1	3.8	1.7	2.1
平均			1.4	11.7	6.5	5.6	1.3	4.9	2.5	3.8

MDC06			NST		管理栄養士		OMT		リハビリ			
			NST評価	開始日	回数	開始日	回数	開始日	回数	嚥下評価	開始日	回数
脳梗塞	155	平均	22.2		4.9	2.0	9.1	1.1		3.3	10.3	
心不全	110	平均	44.4	16.5	9.1	6.5	6.2		1.5	7.0	10.3	
股関節大腿近位骨折	58	平均	19.4	8.0	2.0	4.5	2.8	6.1	1.0	0.7	5.2	10.9
誤嚥性肺炎	45	平均	19.5	3.6	1.8	3.6	2.4	3.6	1.4	1.0	4.5	10.3
平均			26.4	9.4	4.3	4.9	3.4	6.3	1.2	1.0	5.0	10.5

MDC06			RST		ICT		緩和ケア		リエゾン	
			開始日	回数	開始日	回数	開始日	回数	開始日	回数
脳梗塞	155	平均		1.0					3.8	1.2
心不全	110	平均	11.0	1.0					11.1	3.3
股関節大腿近位骨折	58	平均	7.0	1.0	4.3	3.3	3.8	1.8	5.5	1.0
誤嚥性肺炎	45	平均							3.2	1.2
平均			9.0	1.0	4.3	3.3	3.8	1.8	5.9	1.7

MDC06			入院時カンファレンス	拡大カンファレンス	外来看護師の患者モニタリング評価	医師の退院後の患者評価	患者のセルフマネジメント
			開始日	有	有	有	有
脳梗塞	155	平均	1.1	0.7	0.0	0.4	0.0
心不全	110	平均	2.2	0.2	0.0	0.7	0.0
股関節大腿近位骨折	58	平均	1.0	0.4	0.0	0.7	0.0
誤嚥性肺炎	45	平均	1.4	0.4	0.0	0.6	0.0
平均			1.4	0.4	0.0	0.6	0.0

図表 27 は、A 病院における高齢者急性疾患患者のセルフマネジメント支援の状況を表した結果である。入院後に各職種や専門チームの活動開始時期と回数を平均で示している。まず、退院調整は入院後 1.4 日より開始し、回数は 11.7 回であった。MSW の

介入は6.5日から開始し、回数は5.6回であった。褥瘡チームの介入は1.3日から開始し、回数は4.9回であった。NST介入は7.0日から開始し、回数は3.2回であった。管理栄養士の介入は4.9日から開始し、回数は3.4回だった。OMT（口腔ケアチーム）の介入は4.7日から開始で回数は0.8回だった。リハビリは5.0日から開始され回数は10.5回だった。リエゾンチームの介入は5.9日から開始し、回数は1.7回だった。その他のチームの活動状況は記録から十分確認されなかった。

退院後の生活の評価や継続した生活指導の状況を確認する記録は、医師が治療判定に示しているバイタルサインや生活状況が確認できた。外来看護師が患者モニタリング評価としての記録はほとんど確認できなかった。患者のセルフマネジメントについて項目や実施・評価方法がなかった。また、訪問看護記録は別様式であり、看護師が訪問時に聞いて記録することが基本となっており、記録からは自助に働きかける要素が極めて少なかった。このことから、患者がセルフマネジメントを意識して日々の状況を記録し、関係する職種とその内容を共有していくように医療者自身がセルフマネジメント支援の方法を学習し習得する必要があることを認識できた。その他の勉強会の開催については健康増進講座をはじめ、毎月1～3回程度の市民向け講座等があり、事例検討は各部署で実施されていた。地域包括ケアセンターや医師会とのケア会議やケアマネジメント力向上会議などがあるが、市民参加の事例検討会は開催されていない。

6. 考察

6-1. 高齢者急性疾患の地域連携パスと病院運営方針

5-1、5-2節の結果より、2017年度のDPCデータより高齢者急性疾患の「急性期状態標準算定可能日数」と「連携期間」について、A病院ではDPCⅡ期間を基点に退院調整が図られていた。しかし、「心不全」は、DPCⅡ期間を超過していた。先行研究として、田口（2017）は、「入院が長期化する高齢者急性疾患の疾患別プロトコルを作成すると、「急性期状態標準算定可能日数」は、DPCⅡ期間より短いことがわかり、まずは従来どおりDPCⅡ期間を退院日数の目安とし、集客力があつた場合は、「急性期状態標準算定可能日数」で退院をコントロールすることが、更なる急性期機能の向上となる方法であることがわかった。この結果より、将来、増加する高齢患者急性疾患の受け入れ体制に「疾患別治療プロトコル」を算出し、地域医療ネットワーク型サー

ビスを地域に応じて病院運営方針にすることが課題である」¹⁴と述べている。

本稿では、地域包括ケア病棟との連携を追加した。DPC II 期間、急性期機能の基準となる一日当たりの医療資源投入量「600 点以上」に、地域包括ケア病棟入院料 1 の「日当点」を判断材料としたため、移行時期は DPC II 期間の疾患もあれば、DPC I 期間終了で移行というパターンが見られた。これらの移行時期についてのルールを地域で共有することが地域連携をスムーズにするために重要な情報と考える。

地域医療構想により 2025 年の必要病床数は策定されている。一方、全国の病院の入院率¹⁵、特に一般病棟入院基本料の稼働率の推移は低下傾向である¹⁶。患者の療養場所は地域に移行する居住系高齢者施設は 15 年間で 120 万床増加している。

医療における 2025 年問題である入院患者の増加については、地域ごとの病床機能の効率化・最適化で対応すること、高齢化に伴う疾病構造・医療ニーズの変化と典型的な急性期患者は減少し、肺炎・骨折・脳血管疾患等が増加することが推定されている。病院と施設・自宅を行き来することが増えるため、地域ごとに必要な医療機能の分化を促し、施設間の連携強化で対応する仕組みを作るのが地域医療構想である。

A 病院では、地域の動向を見ながら競合より協働という視点も踏まえて地域に必要な診療技術を高めながら、高度急性期医療を目指していくことが基本方針である。そのために全職員が保険診療の仕組みに精通し、患者を始め、地域の保健、医療、介護、福祉関係者との連携を図り、地域ニーズの把握を図り、「顔の見える関係・考えのわかる関係」をつくって、地域のネットワークのリーダーシップを図ることが地域 No. 1 病院の運営方針になる。

また、日常業務の中で実施できる病床管理は電子カルテに示される DPC の期間と点数の確認をしながら診療業務に携わることと多職種カンファレンスに医事課の職員が参加して話し合いを進めながら各専門職が業務に専念していくことが望ましいと考える。職員全員が毎日进行评估して病床管理を繰り返すことで知恵が生まれ、ダウンサイジングしていく時期や地域包括ケア病棟への移行もスムーズに進むことが推測される。

なぜなら、「急性期の病床が過剰なまま何も手を打たなかった地域ではやがて減少していく急性期の入院患者を地域の病院で取り合うようになる。地域の急性期病院は軒並み病床稼働率の低迷に苦しみ、その結果、次々と病院が立ち行かなくなれば、地域

¹⁴ 田口賢明(2017)「在院日数のコントロールから見た病院機能の向上と地域医療ネットワーク型サービスの模索」『商大ビジネスレビュー』7巻2号、pp.109-132。

¹⁵ 第344回中央社会保険医療協議会総会資料より。

¹⁶ 第373回中央社会保険医療協議会総会資料より。

の患者は急性期医療が受けられなくなって病院経営と地域の医療・介護の双方が破綻するという最悪の状況も想定される」¹⁷からである。これを回避する最後の手段が「地域医療構想」でもある。

都道府県が設定している「地域医療構想調整会議」をうまく使って病院の管理者同士が話し合う場を持ち、地域全体の機能の転換を進めていかねばならない。

6-2. 高齢者急性疾患患者へのセルフマネジメント支援の推進

地域連携パスは、入院医療機関の医師と退院先の医療機関の医師、患者で情報共有が促進されるといったメリットがある。一方、2011年の急性期、亜急性期1,833病院を対象にしたアンケート結果からは、地域連携パスに対する受け入れ医療機関及び患者の理解不足や異なる様式が各病院間で使用されるなどの実際上の課題が報告されている¹⁸。

筒井(2014)は、地域包括ケアシステムの根幹をなす integrated care という理念を実現する手法が integration であると述べ、医療及び社会サービスにおける統合の強度に関して Leutz (1999)による3区分を紹介している。1)連携(Linkage)は、もっともつながりの弱いものである。つながりは複数の組織の間で発生し、ケアの継続性の向上を図るために、適時に適所へサービス利用者を紹介し、関係する専門家間のコミュニケーションを簡素化するという目的で行われるものである。2)協調(coordination)は、より構造化されたもので、複数の組織にまたがって運営を行い、様々な保険サービスの協調、臨床的情報の共有、そして異なる組織間で移動するサービス利用者の管理も行うことができる。3)完全な統合(full integration)は、本格的な資金のプールを行い、特定のサービス利用者集団が抱えるニーズに合致した包括的なサービス開発をできる新たな組織を形成することを可能にするものである¹⁹。

これらの定義に基づき、A病院の入院後のセルフマネジメント支援の状況は退院支援カンファレンスと地域連携パスに誘導されて機能していた。退院支援は地域連携室主導のもと、診療は地域連携パス主導となって coordination の形が進行中であることが示唆された。

ただし、これらの課題としては、リハビリテーションの開始と心不全の患者への対

¹⁷ 今村知明(2018)「求められる病院の機能転換-社会情勢から見つめる対策と課題-」『病院』77巻6号、p.466。

¹⁸ 健康保険組合連合会(2011)医療保障総合政策調査・研究基金事業『急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査』研究報告書。

¹⁹ 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated careの理論とその応用』pp.47-49。

応開始時期が全体的にスローペースなことである。また、NST、OMT等の支援チーム活動の効率性が低いこと、患者自身がセルフマネジメントを自覚し、共有する道具を持ち合わせていないことが挙げられる。

セルフマネジメント支援は、患者の活動、教養、エンパワメントを促進するためのケアに対する患者中心の共同のアプローチを伴う行動で説明される。これは医療専門家による情報提供や従来の患者教育といった役割を拡大するもので、①患者の教育、②生活様式の変化を促進するためのさまざまな行動変容技術の利用、③健康促進のための行動の採用、④各種の慢性疾患症状に対する技術の向上等を図らねばならない²⁰。

また、「日本における健康政策の大きな課題は、人々が健康であることを自ら課題として自覚し、セルフケア、セルフマネジメントを自律的に実施する知識や技術を持っていないことである。これは、英国政府が医療における情報の非対称性について、医療関係者との差を減少させ、ヘルスリテラシーを改善することで平均余命を長くするという目標を立て、これを戦略的に実践してきたことが現在の状況を齎したといえよう。日本がこれからもっとも強化すべきは、保健、医療、看護、福祉の専門職と患者とのICTプラットフォームの形成といえる。医療現場を「一時的に滞在する病院」から、地域で続けて生活する高齢者のための地域包括ケアシステムに、どう組み入れていくかを検討する際の前提となるからである。」²¹と述べられており、患者のヘルスリテラシーを高める地域の医療・福祉関係職の働きかけが重要と考えられる。

これまで医療・介護連携の促進に向けた情報共有は一方向であった。情報提供書が行き来し、医療機関と介護支援専門員は病院内でともに話し合う場を持たなかった。こういった状況を是正し、2018年度診療報酬改定により入院時の情報提供を入院早期に行うことが必須となった。

また、医師は予後予測に基づく患者情報の提供を行い、これを基礎として、多職種からの情報提供を追加しながら、共同アセスメントを実施し、入院早期からの在宅環境整備を検討することが求められている。

そして、疾患の再発防止のための本人による生活管理として、セルフケアプランが作成され、患者とケアマネジャーに届けられる。これがセルフマネジメント支援における医療・介護の情報の流れと目的となるように、急性期病院では、地域連携パスをもとに患者の自助に働きかけ、患者が継続できるセルフケアプランを患者自身が決定し、生活行動の自己管理を支援する体制を整備する必要がある。このセルフケアプランが

²⁰ 筒井孝子、東野定律 (2015) 「日本の地域包括ケアシステムにおける「セルフマネジメント支援」の確立」『経営と情報』27巻2号、p. 29。

²¹ 同上、p. 32。

セルフマネジメント支援を必要とする人の一定期間の伴走となる。

6-3. 高齢者急性疾患の二次医療圏での医療体制の最適性と規範的統合の模索

5-4 節では、副傷病名(入院併存症)を持つ患者が主傷病名の治療に及ぼす影響について調べるため、DPC データのうち、様式 1 の項目に沿って主傷病名单独群と主傷病名×副傷病名としてその主傷病名に多い副傷病名を算出したあと、それぞれのかけあわせを試し、その件数や平均値を比較した。その結果、副傷病名を持つ複合病名群の方が入院日数は延長しており、入院料が高い群が多く見られた。

以上の結果から、DPC データの分析は、従来から MDC 別に実施されているが、複数の疾患や障害を持つ高齢者の状況に添う分析を進めるには、主傷病名群と主傷病名×副傷病名群というような複合病名の分類パターンが有用と考えられた。当該病院を利用している患者の分析から、複合病名群のパターン化を行うことによって、患者の状況に添った地域連携パス、治療や看護計画を修正していく必要があることが示唆されたからである。

しかしながら、こういった計画の実行に際しては、病院単独の努力だけでは困難がある。そこで、併存症を持つ患者らのほとんどがデータから示された通り、高齢患者であり、慢性疾患を持ちながらの入院であることを鑑み、新たな連携先として、介護保険給付の保険者である市町村との連携を図ることが目指されるべきと考えられた。

なお、この連携にあたっては、先行研究で示されている駒ヶ根市と昭和伊那総合病院との例を参考に、患者が地域の中でできるだけ健康に長くその人らしく生活を継続できる地域包括ケアシステムの形成に病院もまた一定の寄与をすべきと考えたからである²²。

DPC データは、医療現場で治療を受けた患者の状態を反映した結果である。客観的なデータで後ろ向きに検討することにより、今後の日常業務に必要な視点や業務に落とし込むことができる。また、ICT などを活用し、情報資源を収集して技術的効率性や資源配分効率性を生み出すことにつながる。

日常より、「患者にとっての最適化」を念頭に置き、急性期状態標準算定可能日数を検討することで、計画的な治療計画を実施して、リハビリテーションを重点に置いた地域包括ケア病棟等への移行を職員一人ひとりが理解して活用することで考えながら

²²筒井孝子(2017)「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの基本的考え方」『入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書平成 28 年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)』、pp. 84-88。

仕事する環境につながる。

そして、患者に関わる職種やチームがどのような時期にどのような頻度で何を目的に対応しているかを可視化することで規範的統合につながる情報を持つことになる。

地域包括ケアシステムは、高齢患者に代表される複合化したニーズを持つ者に対応できる社会サービスの提供体制のデザインのひとつであり、地域圏域内でのビジョンの共有化が規範的統合である。そのために、二次医療圏の地域の中で、地域医療構想と地域包括ケアシステムの水平統合を図り、community-based care と integrated care の両輪を回して進む方向性を示して導くことである。

前述した駒ヶ根市のケースから考えられることは、主任介護支援専門員の配置とともに、市職員と連携し、地域の主任介護支援専門員との調整を図るなどのパラダイムシフトが必須となるということである。病院の機能として正職員だけではなく、市職員派遣をはじめ、地域の職員が病院内にも常駐して地域内の連携体制を整え、高齢者のセルフマネジメント支援を行う伴走者を増やしていくことが必要である。

2018年度診療報酬・介護報酬同時改定では、入退院支援加算が新設された。これは、入院前からの支援に対する評価であり、外来部門と病棟の連携強化の評価である。また、退院時共同指導料が見直され、入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化により、入院したあとも住みなれた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直すことである。そして、医療・介護の連携として看護支援専門員が入院時と退院時に病院で情報共有しやすく誘導された。地域包括ケアシステムは、医療と介護サービスの調整を図る integrated care と地域を基盤とする community-based care のネットワークを介してよりよいサービスに変換できる手段となっている。

したがって、急性期病院で活用を始めた地域連携パスは地域でどのように活用価値があるかを意識して作成することが望ましいと考える。ICT の活用も進んでいる。たとえば、完全非公開型医療介護専用 SNS 等には無料でログインでき、患者を取り巻く関係者とリアルタイムにチャット形式で情報を共有できる²³。

さらに医療介護のプラットフォームとして医療介護システムメーカーのシステムと連携することによるメリットが新たな医療介護システムを生み出し自由でオープンな ICT 環境を実現している。このような ICT の利用についても行政主導で進めることで地域の中で「規範的統合」につながっていくと考える。

²³ <https://www.medical-care.net/>

脳梗塞と大腿骨頸部骨折の地域連携パスは、入院初日から多職種が集まりカルテで患者情報を共有してそれぞれの役割を遂行している様子が伺えた。心不全は在院日数が DPC II 期間を延長しており、多職種の活動開始時期が他の疾病より遅滞傾向であった。今後の課題は、対応のスピード感と継続である。看護師以外は休日の業務は停滞している。特にリハビリは開始時期を逸することにもなりかねない。

こういったデータを共有して事実を見つめ、基本に戻って「患者にとって何が最適か」を検討する資料としていくことは重要な役割と考える。病院であれば、地域連携室等が中心となって、院内外の情報を取りまとめ、セルフマネジメント支援のあり方を模索する場を定期的に持つことが継続していく力となることが示唆された。

7. 結論

本稿において、A病院の高齢者急性疾患の急性期状態標準算定可能日数は、傷病名を表す DPC コードごとに設定し、DPC II 期間あるいは地域包括ケア病棟の日当点以下となる日を考慮して調整を図ること、急性期医療相当の医療資源投入量 600 点以下となるまでを「連携期間」として退院あるいは転院準備を進めることを患者や連携先等地域全体で共有することで病床の効率化を図ることができる。そして、急性期病院のセルフマネジメント支援の状況は、地域連携室や入退院センターの運用により coordination が進んでおり、地域連携パスの活用が介入基準により速やかな開始に影響していることが示唆された。

次に、入院時併存症は入院患者の 81.7%に見られ、主傷病名群と主傷病名×副傷病名の複合病名の組み合わせを分析した結果、グループによる特徴が見られた。主傷病名×副傷病名の複合病名群では、入院期間が延長し入院料も高額となっている群が複数あった。この結果から、高齢者の疾病は、複数の疾患や障害など多くの問題を抱えており、主傷病名×副傷病名など当該施設の患者の状態に関係する複合病名により治療や看護計画を変更していく必要があることが示唆された。

最後に、患者がセルフマネジメントを継続して住みなれた地域で暮らし続けるためのセルフマネジメント支援は、これらの DPC データ分析等を活用して治療の最適化につなげることである。そのため、行政を巻き込み高齢者の特徴を踏まえた地域連携パス、セルフケアプランを作成し、地域内に提案して進めていくことは、地域の規範的統合を推進する方法のひとつとなる。

謝辞

最後に、本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫名誉・特命教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授にご示唆をいただき、熱心かつ丁寧なご指導を賜り、深謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科の医療・介護マネジメントコースでご教授いただいた教員、講師の皆様、そして、同期の皆様には、多くの刺激と支援をいただきました。重ねて御礼申し上げます。

参考文献(引用文献を含む)

- [1]池上直己(2018)「病床機能と医療連携」『病院』77巻5号、pp. 59-67。
- [2]今村知明(2018)「求められる病院の機能転換 社会情勢から見つめる対策と課題」『病院』77巻6号、pp. 464-469。
- [3]大須賀政昭、筒井孝子(2016)「日本における医療介護連携の課題と展望-integrated care の理論をもとに-」『保険医療科学』65巻2号、pp. 127-135。
- [4]加藤博之(2011)「高齢者に多い救急疾患」『日本老年医学会雑誌』48巻4号、pp. 48。
- [5]株式会社日本能率協会総合研究所(2017)「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書」平成28年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)、pp. 43-54 pp. 84-88、pp. 103-110。
- [6]木村敦子(2015)「急性期病院における退院支援指標に関する一考察-DPC(MDC分類)・看護必要度による分析-」『商大ビジネスビュー』5巻2号、pp. 55-76。
- [7]解良武士(2017)「心疾患で在宅療養する地域在住高齢者の心身機能の特徴」『日本公衆衛生雑誌』64巻1号、pp. 3-13。
- [8]大東芳子(2017)「神戸医療圏北部エリアにおける地域医療分析—地域を支え続けるための医療アライアンス戦略—」『商大ビジネスレビュー』7巻2号、pp. 83-108。
- [9]田口賢明(2017)「在院日数のコントロールから見た病院機能の向上と地域医療ネットワーク型サービスの模索」『商大ビジネスレビュー』7巻2号、pp. 109-132。
- [10]筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated care の理論とその応用』中央法規出版。
- [11]筒井孝子(2016)「これからの地域医療における地域医療構想(ビジョン)と地域包括ケアシステムのあり方」『構成の指標』63巻8号、pp. 1-8。
- [12]筒井孝子(2017)「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止の

ためのセルフマネジメントの基本的考え方』『入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書平成 28 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業）』、pp. 84-94、pp. 140-146。

- [13]筒井孝子、東野定律(2015)「日本の地域包括ケアシステムにおける「セルフマネジメント支援」の確立」『経営と情報』27 巻 2 号、pp. 27-35。
- [14]松田晋哉(2017)「地域包括ケアの概念に対応する地域医療計画をどう策定するか」『病院』76 巻第 7 号、pp. 29-32。
- [15]松田晋哉(2017)「地域包括ケアの概念に対応する地域医療計画をどう策定するか」『病院』76 巻 7 号、pp. 509-512。
- [16]松田晋哉(2017)「地域医療構想をどのように具体的にするのか(1)」『病院』76 巻 8 号、pp. 64-68。
- [17]森田正美(2017)「中規模地域医療支援病院の経営戦略—SWOT 分析と病床再編シミュレーションによる検討—」『商大ビジネスビュー』7 巻 2 号、pp. 191-218。
- [18]康永秀生(2010)「DPC データベースを用いた臨床疫学研究」『医療と社会』Vol. 20 No. 1、pp. 87-96。
- [19]渡辺徳 (2018)「地域連携パスから発展した心不全の地域包括ケア～多職種協働による薬物療法管理～」『薬学雑誌』Vol. 138 No. 6、pp. 797-806。

引用ホームページ

- [1]厚生労働省地域医療構想策定ガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000196935.pdf> (2018 年 8 月 10 日最終アクセス)
- [2]日医総研 日医総研ワーキングペーパー 二次医療圏調査報告
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_612.html (2018 年 6 月 25 日最終アクセス)
- [3]厚生労働省診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料 平成 28 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043.html> (2018 年 8 月 15 日最終アクセス)
- [4]e-Stat 政府統計の総合窓口 統計で見る日本
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=00>

0001031167&second2=1 (2018年8月10日最終アクセス)

[5]病院情報局 <https://hospia.jp/> (2018年8月2日最終アクセス)

[6]JMAP 地域医療情報システム

<http://jmap.jp/> (2018年8月10日最終アクセス)

[7]総務省 ICT利活用の促進 医療・介護・健康分野の情報化促進

http://www.soumu.go.jp/menu_seisaku/ictseisaku/ictriyou/iryoku_kaigo_kenkou.html (2018年8月15日最終アクセス)

[8]完全非公開型医療介護専用 SNS

<https://www.medical-care.net/> (2018年8月10日最終アクセス)