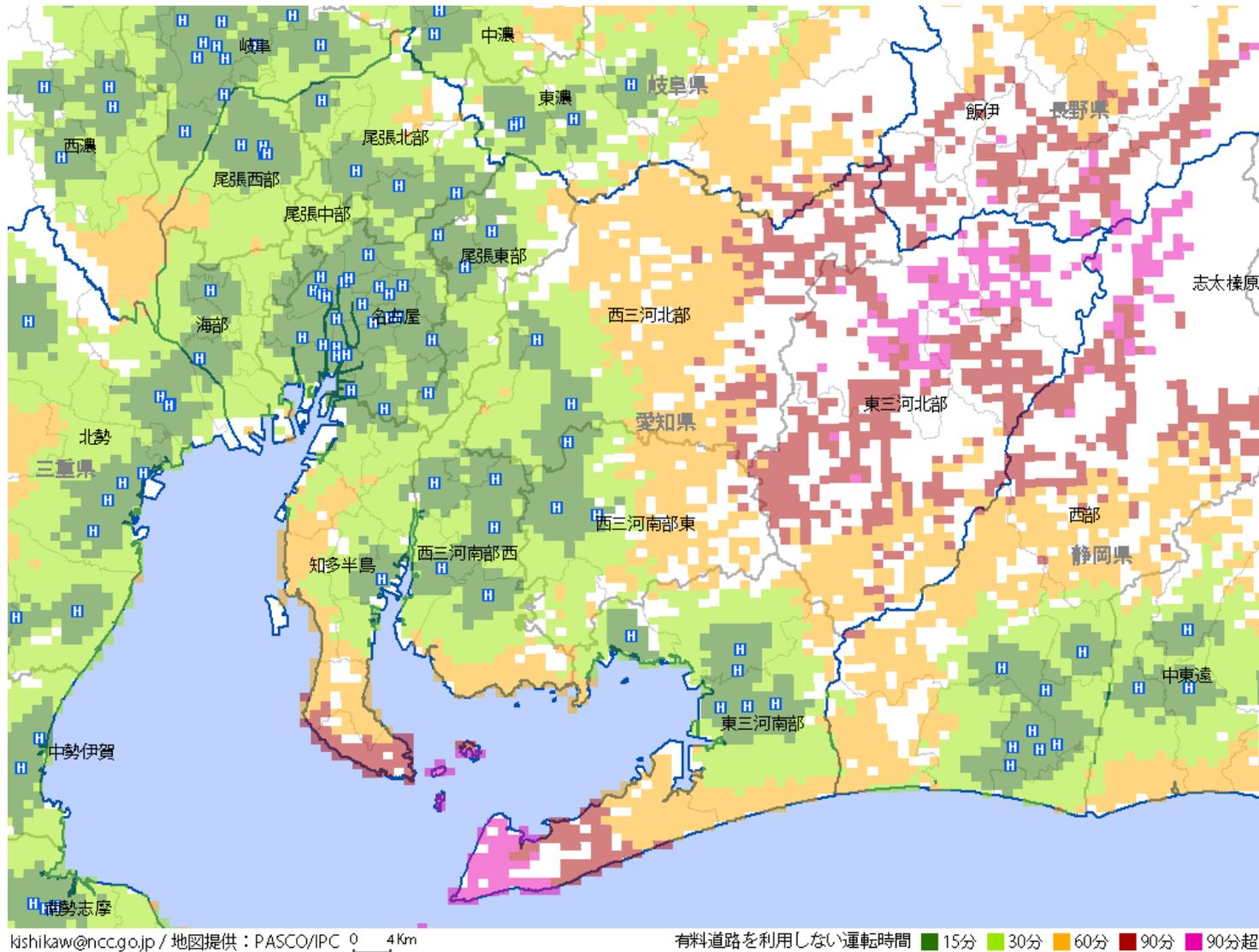
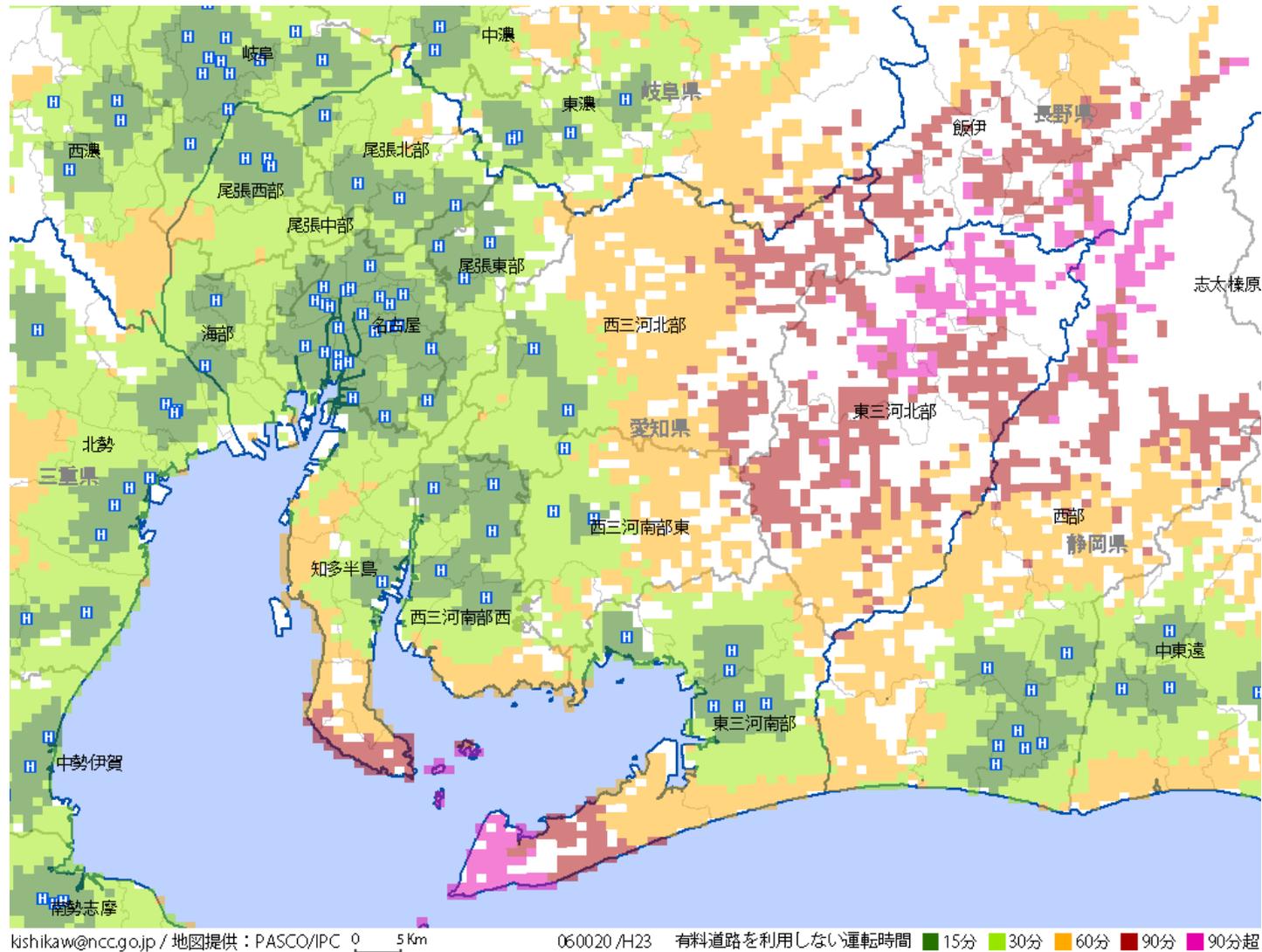


DPC公開データによるがん診療へのアクセシビリティの評価 (H23年:愛知県・全がん)



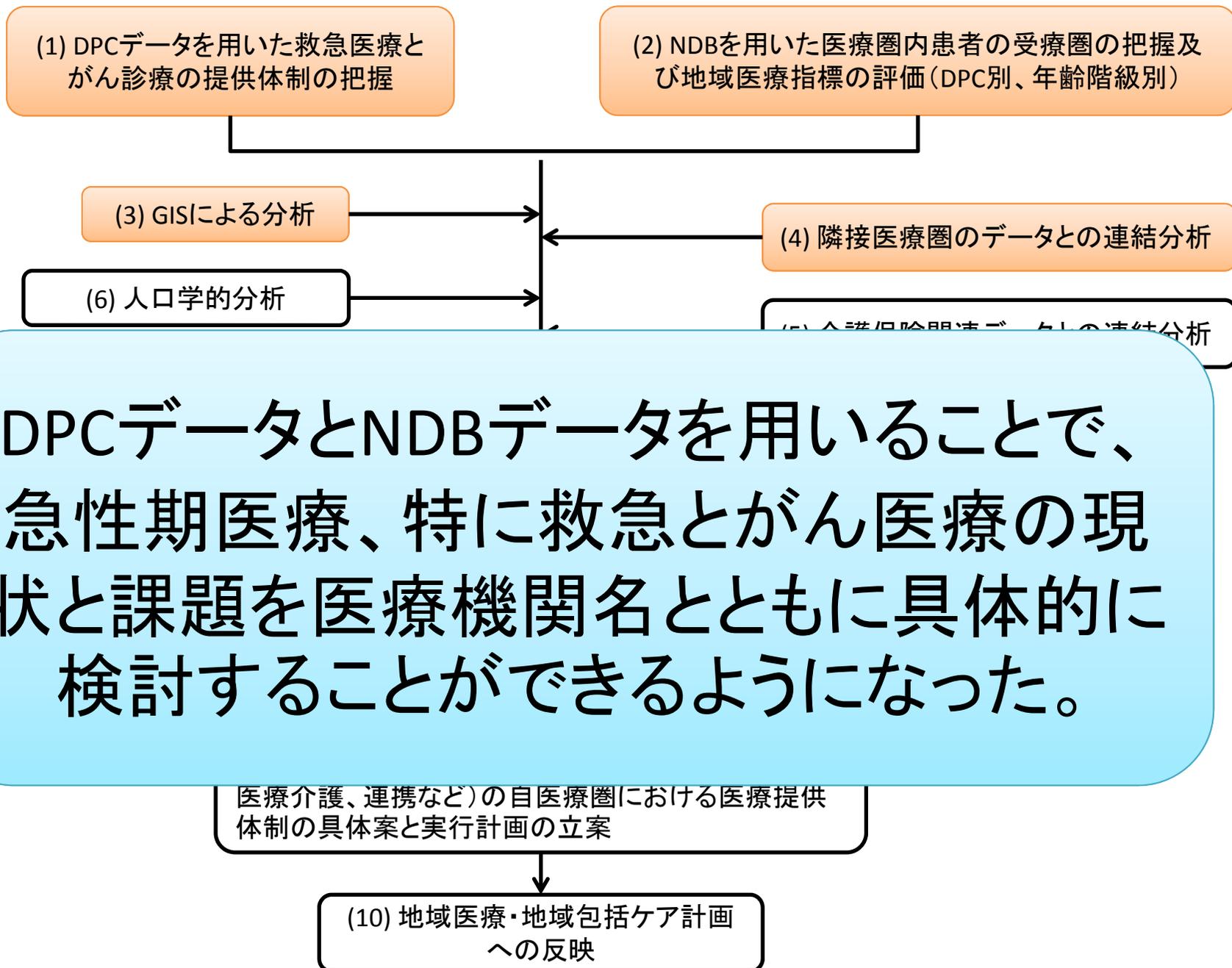
出典: 平成24年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者: 松田晋哉)

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 (H23年:愛知県・胃がん)



出典: 平成24年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者: 松田晋哉)

データを活用した地域医療・地域包括ケア計画の策定手順



DPCデータとNDBデータを用いることで、急性期医療、特に救急とがん医療の現状と課題を医療機関名とともに具体的に検討することができるようになった。

本日本話すること

1. NDBとDPCを用いた地域医療の現状分析

2. 将来推計

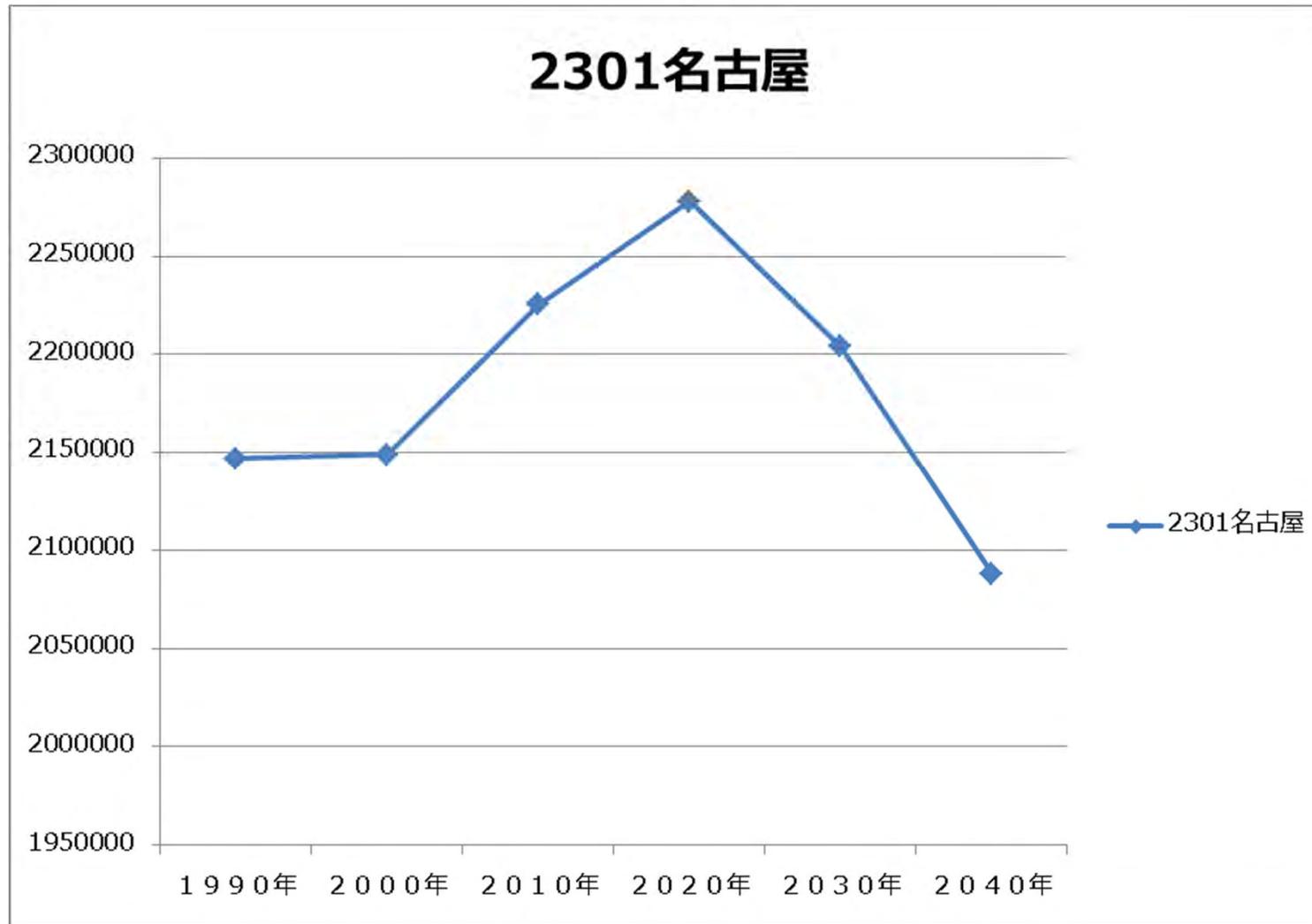
3. 地域包括ケアについて

4. まとめ

将来の分析(推計)

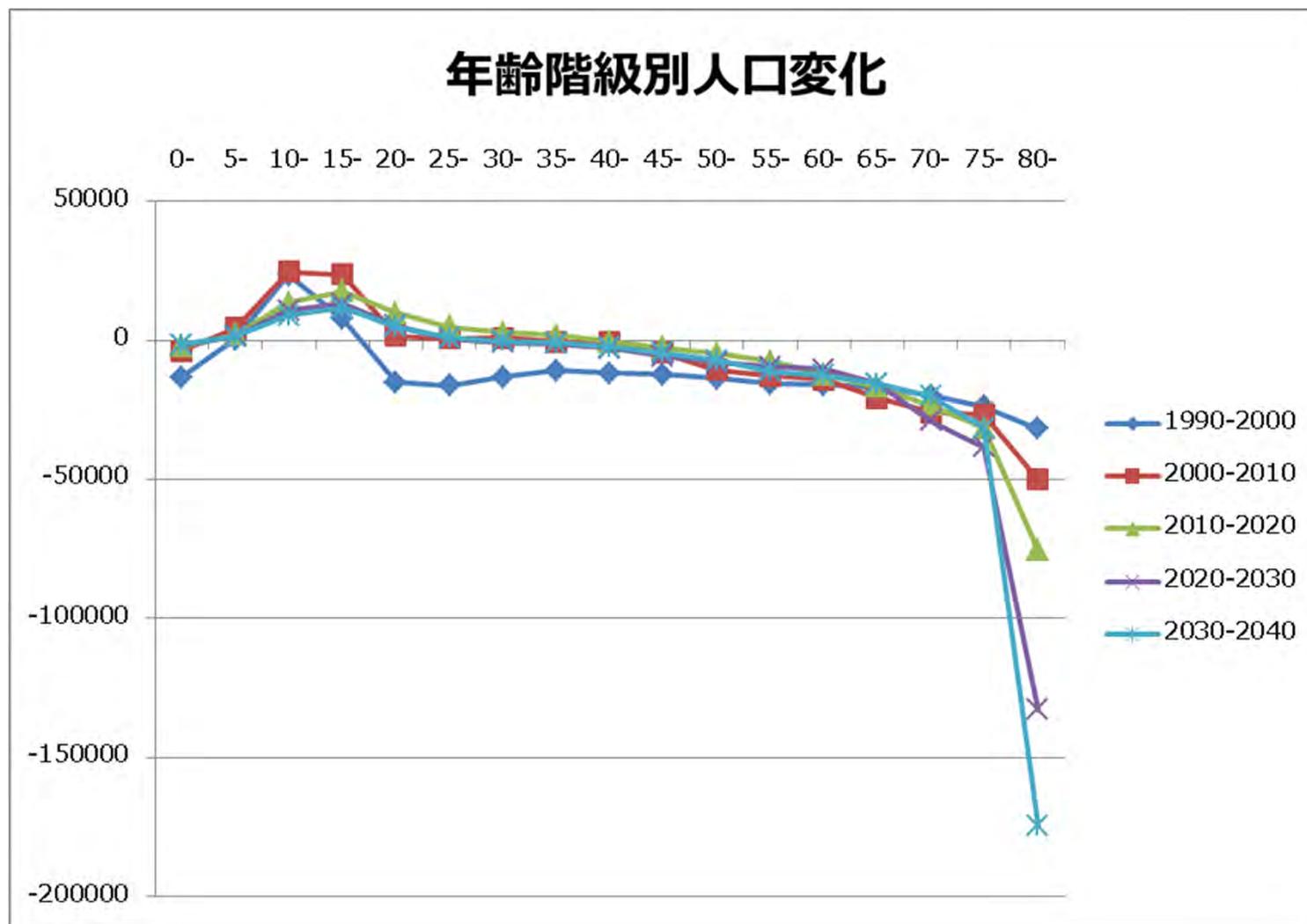
- 人口の変化は確実な未来(Drucker PF)
- 「計画は未来に備えるもの」であるはず→これまでの医療計画は???

名古屋医療圏の人口推移



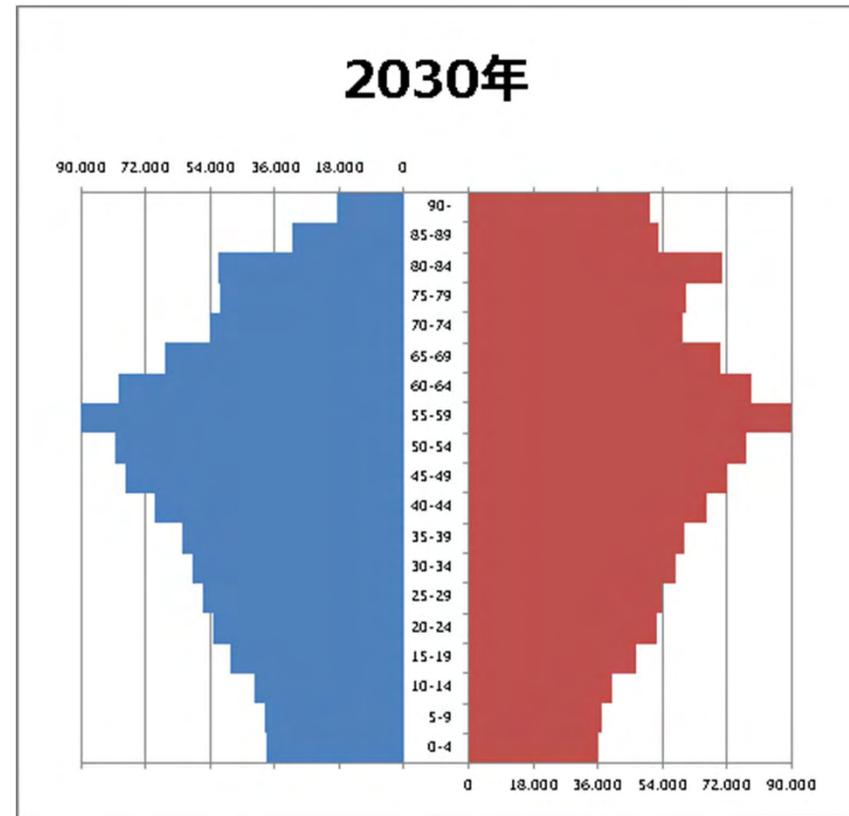
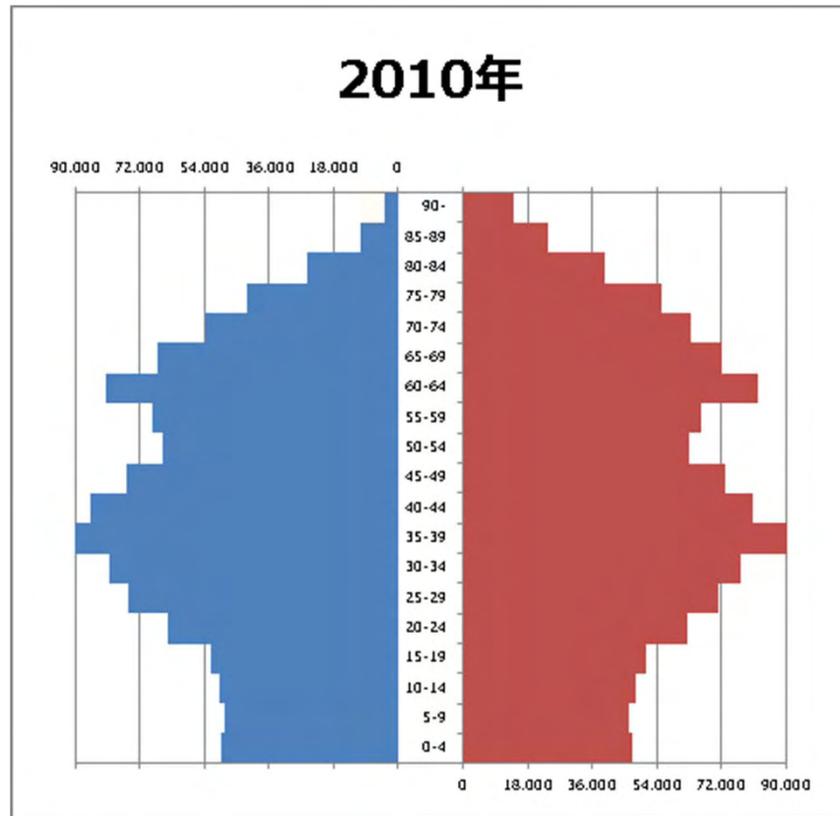
出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者：松田晋哉)

名古屋医療圏の人口推移(コホート別)



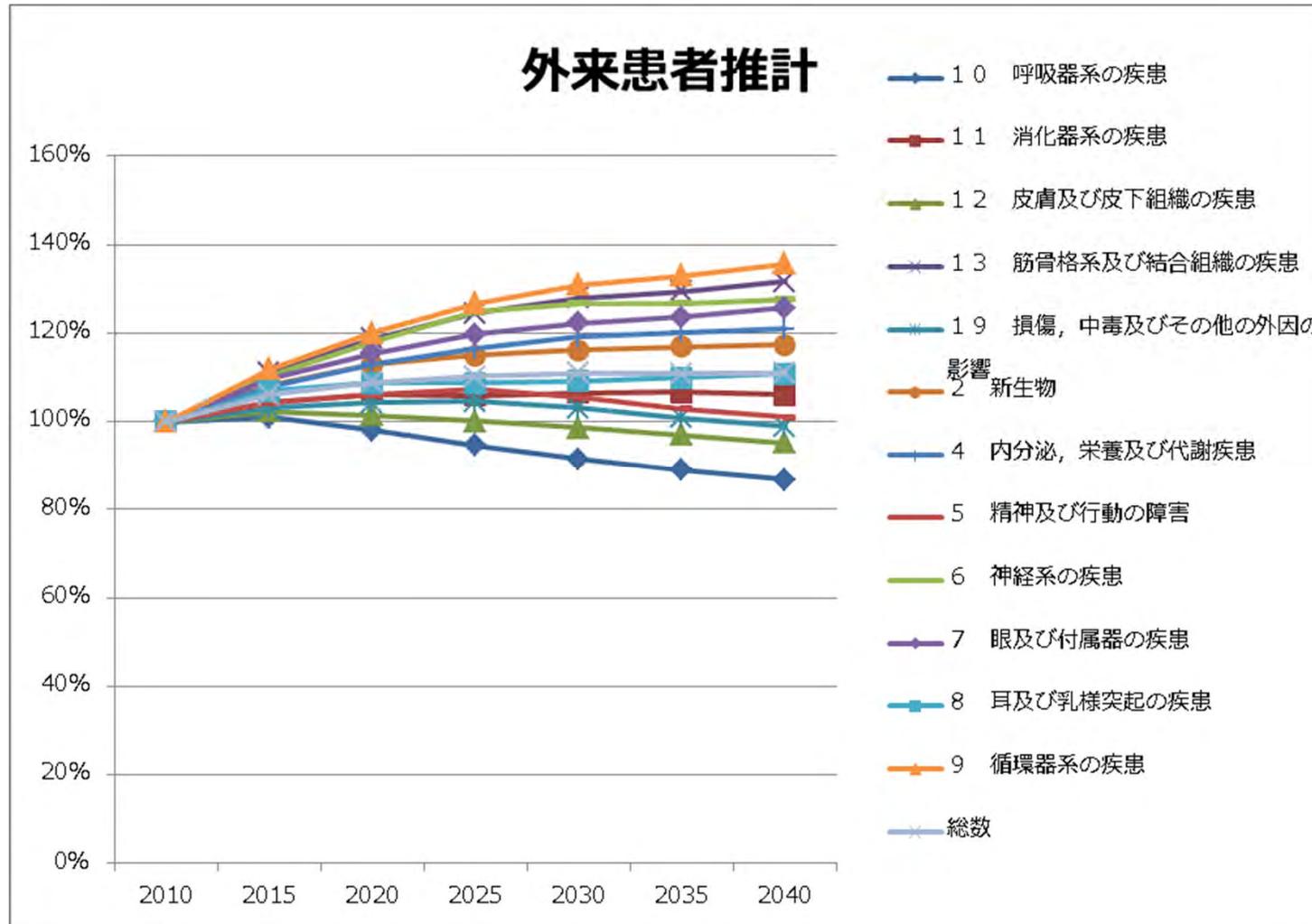
出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者：松田晋哉)

名古屋医療圏の人口ピラミッドの変化



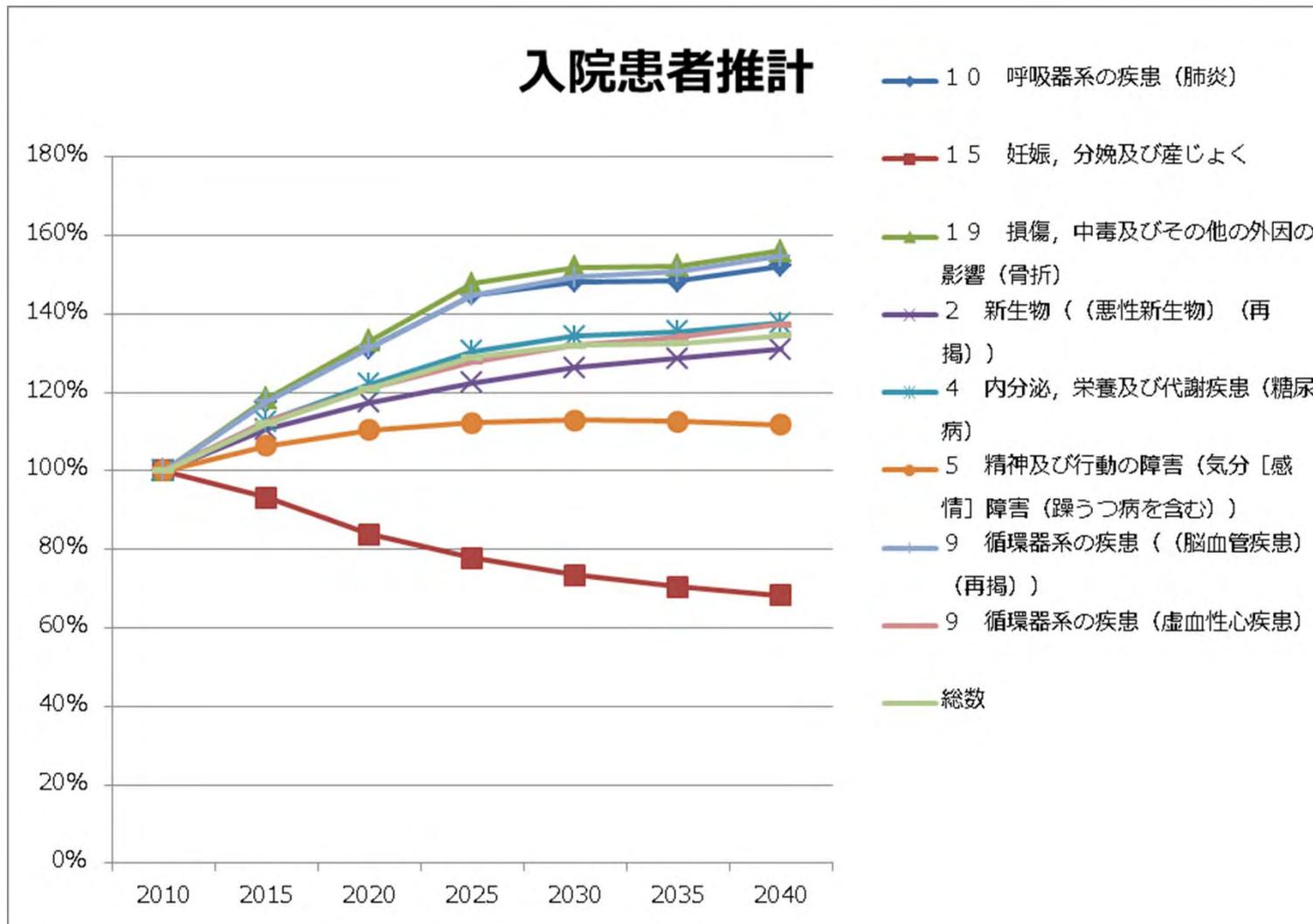
出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)（研究代表者：松田晋哉）

名古屋医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者：松田晋哉)

名古屋医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)(研究代表者：松田晋哉)

名古屋医療圏における必要病床数と 平均在院日数の推計結果

(現在の入院率を前提としたシミュレーション)

参考値

各年度推計病床数	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	4,887	5,453	5,844	6,184	6,322	6,361	6,462
一般急性期	12,218	13,632	14,610	15,460	15,804	15,901	16,156
回復期	7,331	8,179	8,766	9,276	9,482	9,541	9,693
医療療養	6,398	7,647	8,651	9,632	9,937	9,998	10,280
介護療養	1,891	2,313	2,667	3,028	3,127	3,136	3,230
精神	7,333	7,649	7,888	8,017	8,117	8,092	7,974
その他	210	236	261	287	294	293	295

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定

一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20：50：30に分割

医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数（現状追認シナリオ）	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	15.8	14.2	13.2	12.5	12.2	12.1	11.9
一般急性期	10.9	9.8	9.1	8.6	8.5	8.4	8.3
回復期	60.7	54.4	50.8	48.0	46.9	46.6	45.9
医療療養	154.0	128.8	113.9	102.3	99.2	98.6	95.8
介護療養	294.6	240.9	208.9	184.0	178.1	177.6	172.5
精神	287.5	275.6	267.3	263.0	259.7	260.5	264.4
その他	70.0	62.2	56.3	51.2	49.9	50.1	49.7

2010年の推計病床数で患者数の変化を賅うために必要な在院日数として推計

出典：平成24年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）・医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)（研究代表者：松田晋哉）

本日本話すること

1. NDBとDPCを用いた地域医療の現状分析

2. 将来推計

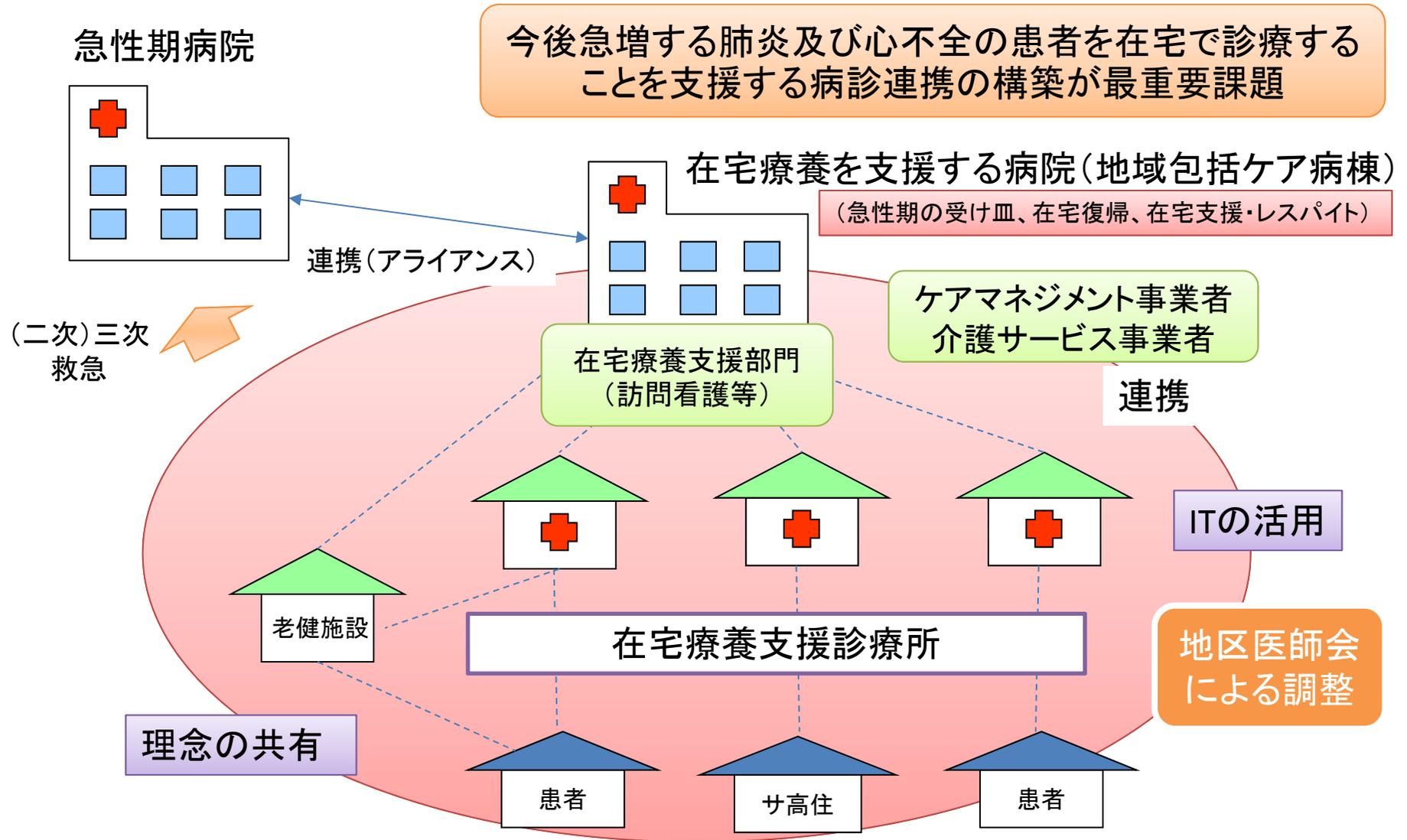
3. 地域包括ケアについて

4. まとめ

これからの高齢社会とは？

- 急性期医療を必要とする患者が増える
 - － がん、脳血管障害、虚血性心疾患など
 - － 急性期病院においては連携体制の確立が重要
- 継続的な医療を必要とする患者が増える
 - － 生活習慣病
- 看護ケア、リハケア、ADLケアを必要とする患者が増える
 - － 在宅ケアを支える仕組みが重要になる
- 医療需要に関する地域差が拡大する
- 消費者主権的な考え方の強い患者が増える
 - － 国民への情報提供が重要になる
- 死亡数が増える(年間170万人)
 - － 人の死を前提とした医療の在り方に関する国民的議論が必要

在宅療養を支援する病院と老人保健施設を拠点としたネットワーク化の必要性

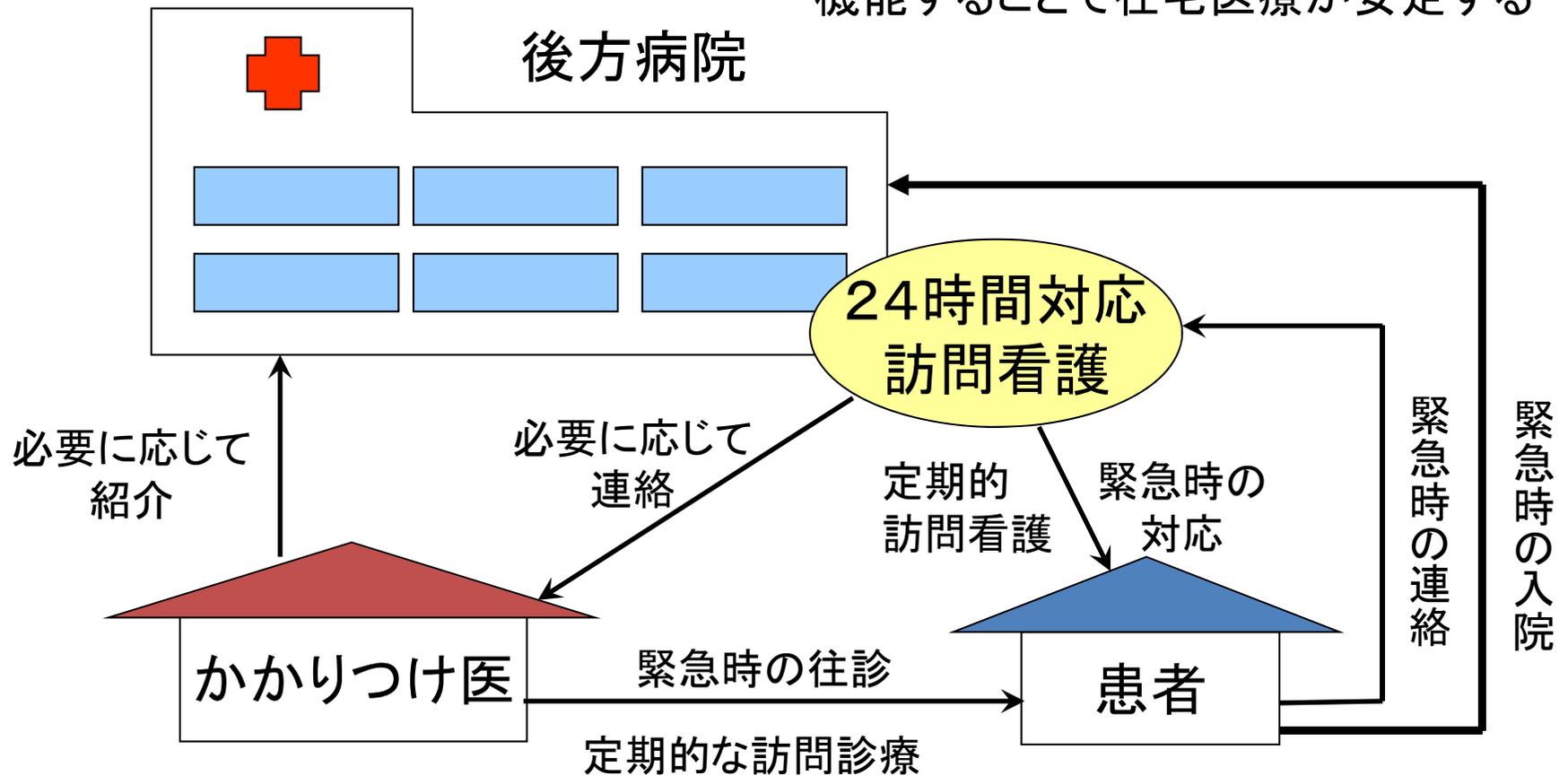


考えておくべき重要事項

- 高齢者施設で発生する肺炎・心不全にどのように対応すべきなのか？
 - － 以上のような傷病の患者を急性期病院の救急部門に搬送することは妥当なのか？
 - － 介護保険施設であっても、ある程度の医療は、そこで行えるようにすべきではないのか？
 - － その場合、医療サービスについては医療保険で給付されることが適切ではないのか？
- 地域包括ケア病棟と老人保健施設に求められる3つの機能
 - － 急性期からの受け皿機能
 - － 在宅復帰支援
 - － 在宅ケアの支援機能(含 レスパイト)

在宅医療を支える上で非常に重要な 病院訪問看護部門の役割

病院訪問看護部門が調整役として
機能することで在宅医療が安定する



「看取り」が可能である条件の分析

デイサービス					
	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.780	.129		6.027	.000
侵襲的医療行為_看取り条件無	.387	.139	.452	2.778	.009
訪問介護					
	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.381	.175		2.179	.041
医療合計	.052	.009	.794	5.850	.000
ケアハウス・サ高住・GH・有料老人ホーム					
	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.719	.278		2.588	.017
医療合計	.046	.016	.533	2.952	.007
小規模多機能施設					
	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	1.444	.202		7.131	.000
侵襲的医療行為_看取り条件無	.516	.213	.544	2.424	.030

看取りが可能であるためには「医療」対応が重要

フランスにおける在宅入院制度

(Hospitalization à Domicile: HAD)

