

地域の医療情報を集約化することで視えること・出来ること -医療提供体制の再編に向けて-

メタデータ	言語: jpn 出版者: 静岡県医療機関図書室連絡会事務局 公開日: 2018-03-28 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小林, 利彦 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/3332

地域の医療情報を集約化することで視えること・出来ること

-医療提供体制の再編に向けて-

浜松医科大学医学部附属病院

医療福祉支援センター長 特任教授 小林利彦



I. はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、想定される人口変化に合わせた地域医療提供体制の確保が求められている。そのためには、今後大きく変化する各種制度等への適切な対応とともに、医療情報や診療情報などを集約化し分析および検討する作業が必要となる。

本稿では、その種の社会的背景を簡潔に解説するとともに、著者が静岡県で進めてきた医療情報の集約化事業（Nakama Project）を紹介することで、「図書館司書」など関係事務職員に役立つ知見を提供したい。

II. 人口変化に対する国の社会保障施策と医療機関の対応

1. 人口変化

国土交通省国土計画局の資料によれば、日本の人口は、明治維新（1868 年）当時 3,330 万人であったものが、2000 年には 12,693 万人へと急増した経緯がある。しかし、少子化の進行に伴い、2004 年をピークに人口数は漸減化し、今のペースで人口減少が進むと 2100 年には 4,711 万に達すると推測されている。明治・大正時代にも同程度の人口社会を経験したとはいえ、当時とはその人口構成に大きな違いがある。実際、65 歳以上を「高齢者」とした際の高齢化率は、明治・大正時代には 5-6% で推移していたが、1970 年に 7% を超え「高齢化社会」となり、1994 年に 14% 超える「高齢社会」、2007 年には 21% を超える「超高齢社会」となった。

通常、人口の増減には出生数から死亡数を引いた「自然増減」と、一定圏域における流入人口から流出人口を引いた「社会増減」が関与する。島国であり、移民を積極的に受け入れていない本邦では、国内において東京圏への人口集中は社会問題化しているが、国レベルでの社会増減はそれほど大きな問題となっていない。一方、自然増減は国家レベルでの喫緊の課題であり、一人の女性が一生涯に産む子供の平均人数（合計特殊出生率）は、1947 年のピーク（4.54 人）に比べ 2013 年には 1.43 人となっている。また、漸増する年間の死亡数は 2013 年に 127 万人となり、同年の出生数（103 万人）との差（自然増減）は 24 万人となった。元総務大臣である増田寛也氏の著書「地方消滅」を読むまでもなく、人口減少がわれわれの社会に大きな影響を与えることは間違いなく、それは医療・介護・福祉分野などでも同様である。

2. 地域医療構想

2025 年以降の地域医療提供体制の維持に向けて、国は「地域医療構想」の策定を全国の都道府

県に命じた。具体的には、2018年4月に診療報酬と介護報酬の同時改定が行われ、併せて「第7次医療計画（静岡県では第8次）」が策定・実施されることもあり、同時期までに、2025年以降の医療需要や必要病床数を病床機能別に検討・推計する作業が求められている。さらに、これまで以上に在宅医療の推進が求められ、中学校区レベル（人口1-2万人）で中重度の要介護者や認知症高齢者などを支えていく「地域包括ケアシステム」の構築が望まれている。

これらのシステム構築を効率よく行うためには、医療・介護等の膨大なデータ分析が不可欠であり、国は近年、DPC（Diagnosis Procedure Combination）のほかNDB（National Database）等の二次活用を積極的に進めてきた。また、2014年7月からは、有床診療所を含む全ての病院が、1年に1回、各種診療データとともに自施設の病床機能を国へ報告する制度（病床機能報告制度）も動き出した。保険診療において高い入院基本料が設定されている「7対1病床」の削減を目指したものではあるが、当初、「地域医療構想策定ガイドライン」による明確な判断基準や十分なオリエンテーションなどがなく、現場が大きく混乱した経緯もある。その後、2015年3月に同ガイドラインの発刊がなされたものの、入院基本料とリハビリテーション料の一部を除いた出来高算定額からなる「境界点」という考え方に、現場は未だついていけない感がある。その最中、内閣官房専門調査会が公開した「2025年の医療機能種別必要病床数の推計結果」では、現状134.7万床ある病床数を115-119万床にするという方向性が示され、マスコミはこぞって「病床20万床削減」と報道した。

いずれにせよ、有床診療所ならびに病院の経営者・管理者は、自施設が目指すべき病床機能を、主観的な想いだけでなく実際の診療実績からも十分に検討し、地域における立ち位置を再確認する必要がある。今後の展望として、遠方（自医療圏外）から専門性の高い治療を求めて患者が集まる「高度急性期病院」と、地域住民への医療サービス（在宅医療を含む）が主体となる医療機関との二極化がより進むものと思われる。国や都道府県からの命令ではなく、自主的に適切な経営判断を行うためには、自施設および地域の医療関連情報を迅速に収集し分析・検討することが求められる。同時に、その種の作業が出来る人材の確保が重要になることは間違いない。

III. 地域における医療情報の集約化と二次活用

1. DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)

2003年4月から特定機能病院等に導入された入院医療費の「定額支払い」制度は、当初、「傷病名」と「診療行為（手術・処置等）」からなるコーディング業務を重視してDPC（Diagnosis Procedure Combination）と呼称されたが、「1日あたり包括」という医事請求的な側面から、最近ではDPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）として通称されている。国策として本制度が導入され、従前の「出来高払い」と比較し診療報酬点数が高めに設定されていたこともあり、急性期の基幹病院だけでなく中小病院からの参入も経年的に増えていった経緯がある。その結果、2015年4月現在、DPC対象病院は1,580施設となり、一般病院の21%を占めるとともに、DPC算定病床数は48万4,081床と一般病床全体の54%ほどに達している。

DPC対象病院になると、診療報酬面での優位性は若干あるものの、一方で、病院内の各種診療データを定期的に提供する義務が課せられる。具体的には「EF統合ファイル」という出来高レセプト情報や「様式1」という簡易診療録情報のほか、「Dファイル」、「様式3」、「様式4」などの提出が求められる。結果的に国は、全国基幹病院の診療関連データの集約化に成功したとも言え、

先に述べた「地域医療構想」等の準備作業にて利活用されたとともに、2年に1回行われる診療報酬改定の参考資料ともなっている。なお、国に集約化されたこれらDPC関連データは、限られた研究者だけでなく全国の医療機関でも有効活用できるように、1年遅れで一部のデータが厚労省のホームページに公開されている。ただし、厚労省からの各種公開データを、地域の医療提供体制等の維持に向けて有効活用している施設は極めて少ない。

2. Nakama Project

著者は2011年8月から、静岡県内の基幹病院等を中心に、病院管理者との契約のもと各施設から診療データ等の提供を受け、その分析結果を報告・フィードバックする事業（Nakama Project）を展開してきた。当初は西部・中東遠二次医療圏のDPC対象病院で始めた本事業も、現在では静岡県全域の医療機関を対象にするようになり、DPCデータ分析だけでなく病院事務職員の教育や指導等に活動範囲を広げている。Nakama ProjectにおいてDPC対象病院での分析作業を最初に行った背景には、2010年度の診療報酬改定にて、「様式1」に「患者居住地の郵便番号」が追加されたことがある。従前、各病院が個別に調査していた患者居住地分布に関して、地域レベルで疾患別の受療動向を容易に可視化できることが、参加病院にも大きな魅力として映ったものと考えられる。実際、その種のデータは、地域医療構想の策定や病床機能の自己申告時に貴重な資料として役立つものと思われる。

3. 病院事務職員による医療情報の二次活用

病院内には医療関連情報が満ちあふれているものの、それらを自院のためにフル活用している施設は少なく、国の参考資料として、ただ取り上げられているだけの感がある。その背景には、「病院運営」＝「病院経営」と捉え、病床稼働率や在院日数、診療単価といった医事課データに固執してきたことが考えられる。2年に一度の診療報酬改定に目を光らせ、より高い施設基準を申請することが優先されてきた経緯もある。さらに、複雑化する診療報酬制度に対して、自施設でプロパー職員を育成することなく、外部への業務委託化が促進されてきたことも影響していると考えられる。

2003年に導入されたDPC制度も12年が経過し、全国の過半数の病床がDPC対象病床となった現在、本制度を単なる診療報酬請求ツールとして捉えず、医療の質分析等に利活用することが求められている。その際、DPC関連データを含む各種診療情報を、有効に二次活用できる職員が院内に居るか否かが問題となる。病院内には、診療情報管理士や医療情報技師、医事請求事務職員、医療クラーク、図書館司書など、各種の診療・医療データに日常触れている事務職員が少なくない。しかし、目の前の日常業務が優先され、病院全体や地域を見て医療情報等を利活用してこうとする企画性のある事務職員は十分育てられてこなかった。病院内の医療関連情報には微妙な個人情報が多く含まれているのは事実だが、秘匿性を確保した上での二次活用は間違いなく有効である。具体的には、膨大な診療関連データを匿名化し加工（Information化）することで、病院としての意志決定につなげる知恵（Intelligence）につなげることが重要である（図）。そのためにも、データベースを適切に取り扱い、統計分析等にも長けた職員の育成が期待される。ただし、その種の専門事務職員を新たに募集あるいは委託化するのではなく、現在居る事務職員を教育・育成していく方向性がより重要と考える。「紙カルテ」から「電子カルテ」に移行する際、古いタイプの診療情報管理士が「紙カルテの番人」として比喻されたことがあるが、今後は、病院事務職員がデジタルデータを当たり前のように取り扱い、診療データ等のコーディングや登録作業に積極的に介入することが求められる。

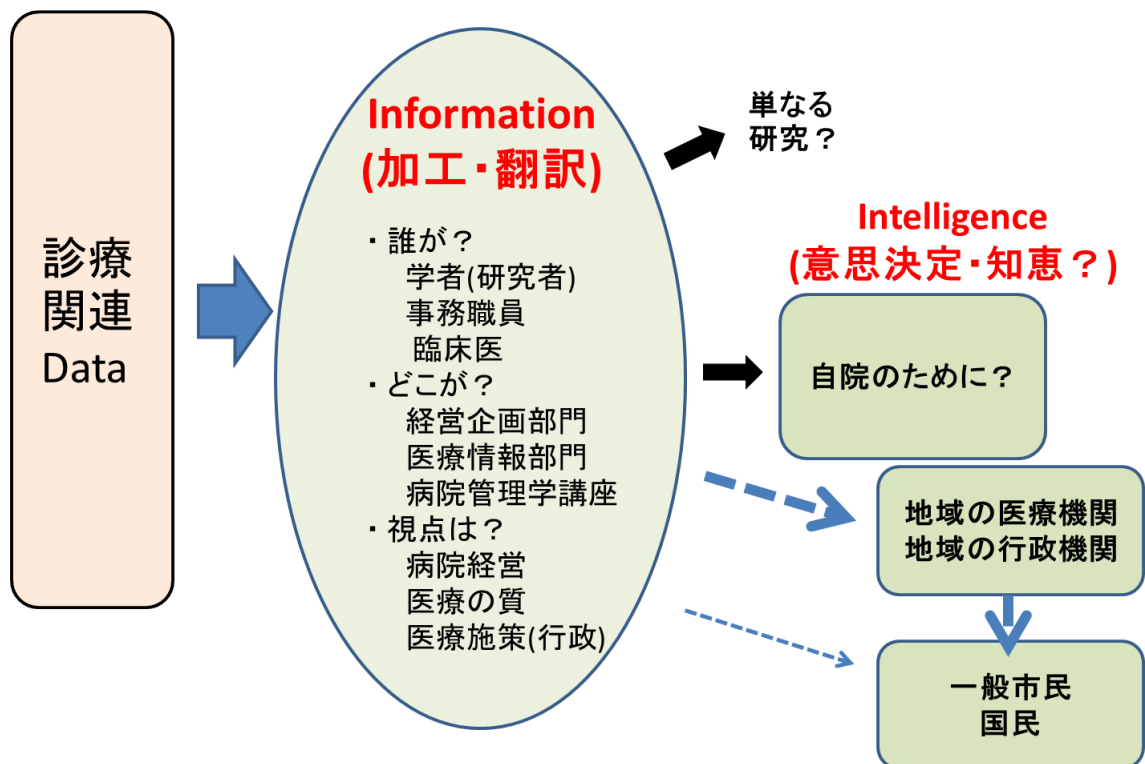


図 診療関連「Data」を「Information」そして「Intelligence」に

IV. さいごに

超高齢社会のさらなる進展に伴い、医療・介護領域における提供体制の再構築が求められているが、自施設だけではなく、地域の医療関連情報等を集約化し分析・活用する作業が重要になると思われる。これまで、その種の作業を行う事務職員の育成が遅れていた感もあるが、今後は、各施設で膨大なデジタル情報を有効活用できる体制作りが必要となる。その種の取り組みを積極的に行うことは、施設としての差別化につながるるとともに、個々の事務職員のキャリアパスにも寄与するものと考えられる。

参考文献

- 1) 小林利彦, 木村通男: 病院内医療情報のフル活用を目指して-院内 Raw データの有効活用-. 医療情報学 2012 ; 32 巻 : 27-34.
- 2) 小林利彦: 「病床機能報告制度」を考える. 静岡県医師会報 2014 ; 1519 号 : 9-11.