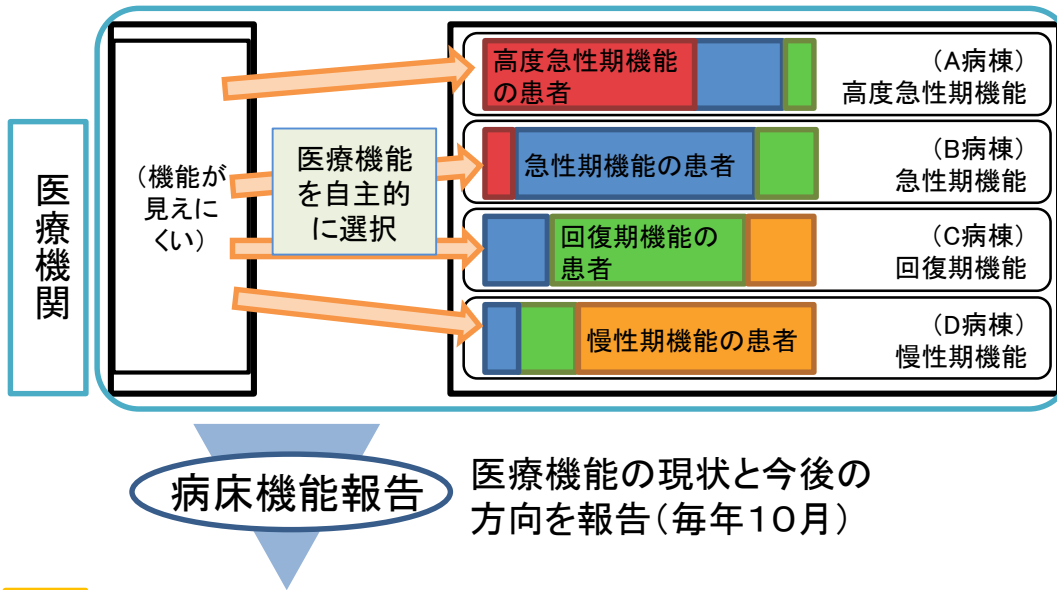


在宅医療・介護に係る KDBシステムを活用した分析支援について

厚生労働省医政局地域医療計画課

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

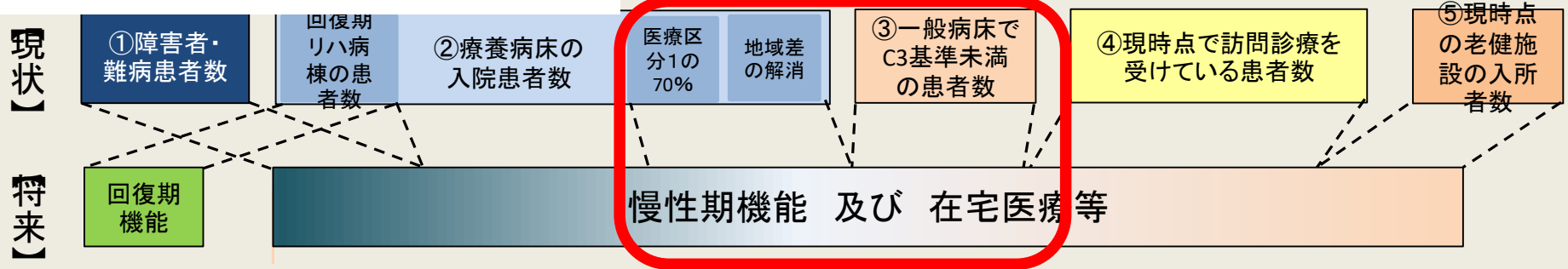
- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



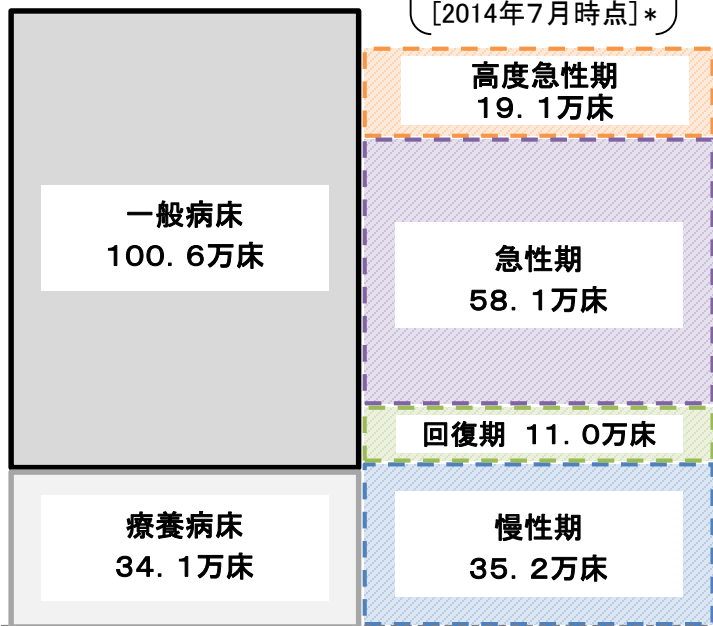
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

平成27年6月15日
内閣官房「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」公表

【現状：2013年】

134.7万床（医療施設調査）

病床機能報告
123.4万床
〔2014年7月時点〕*

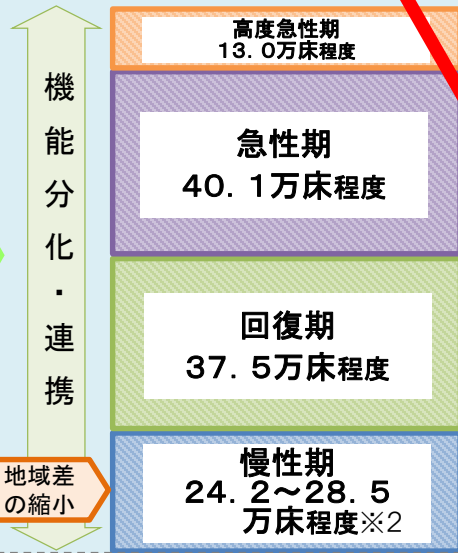


【推計結果：2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合：152万床程度

2025年の必要病床数（目指すべき姿）
115～119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7～33.7万人程度※3

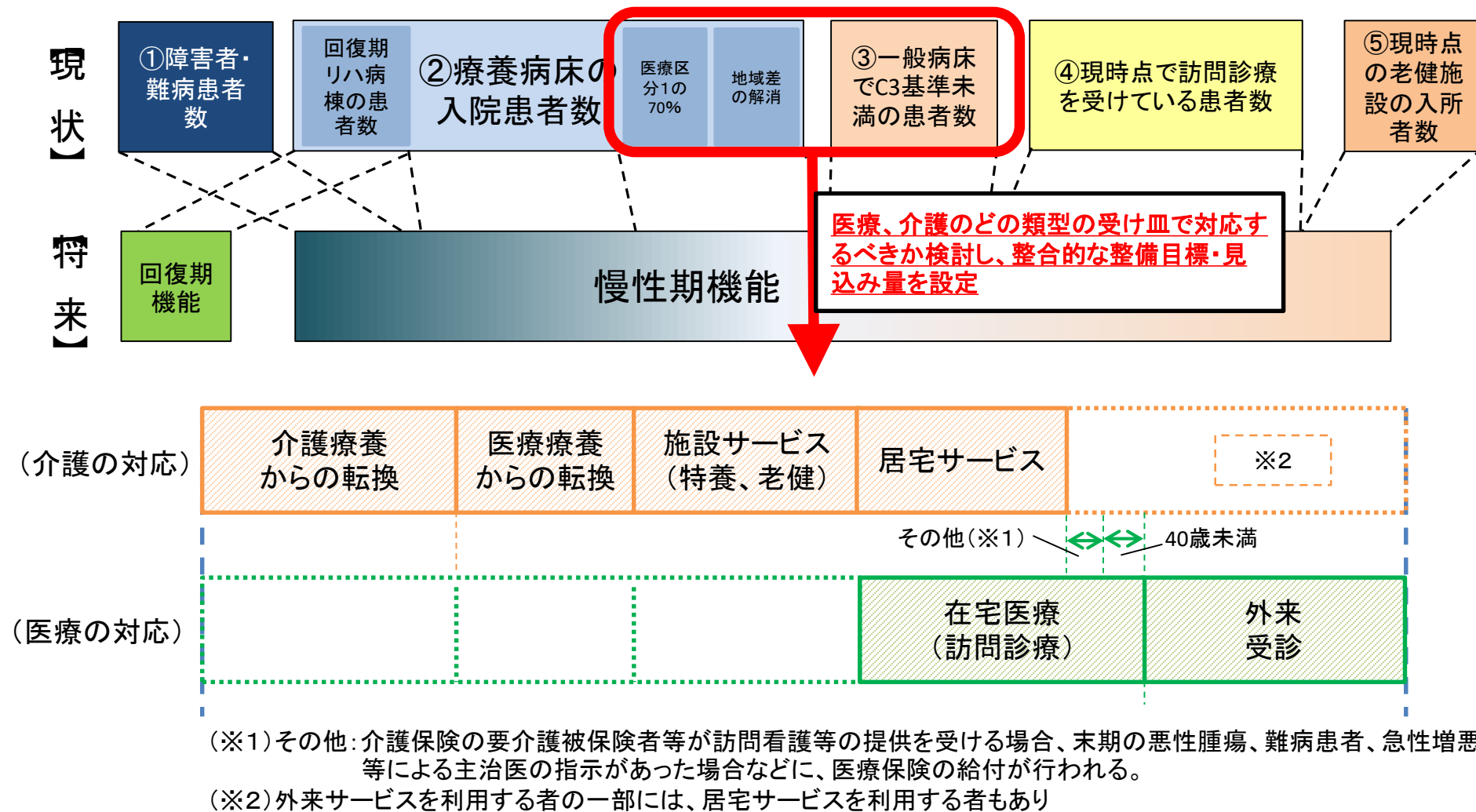
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 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、2014年度の病床機能報告は、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。

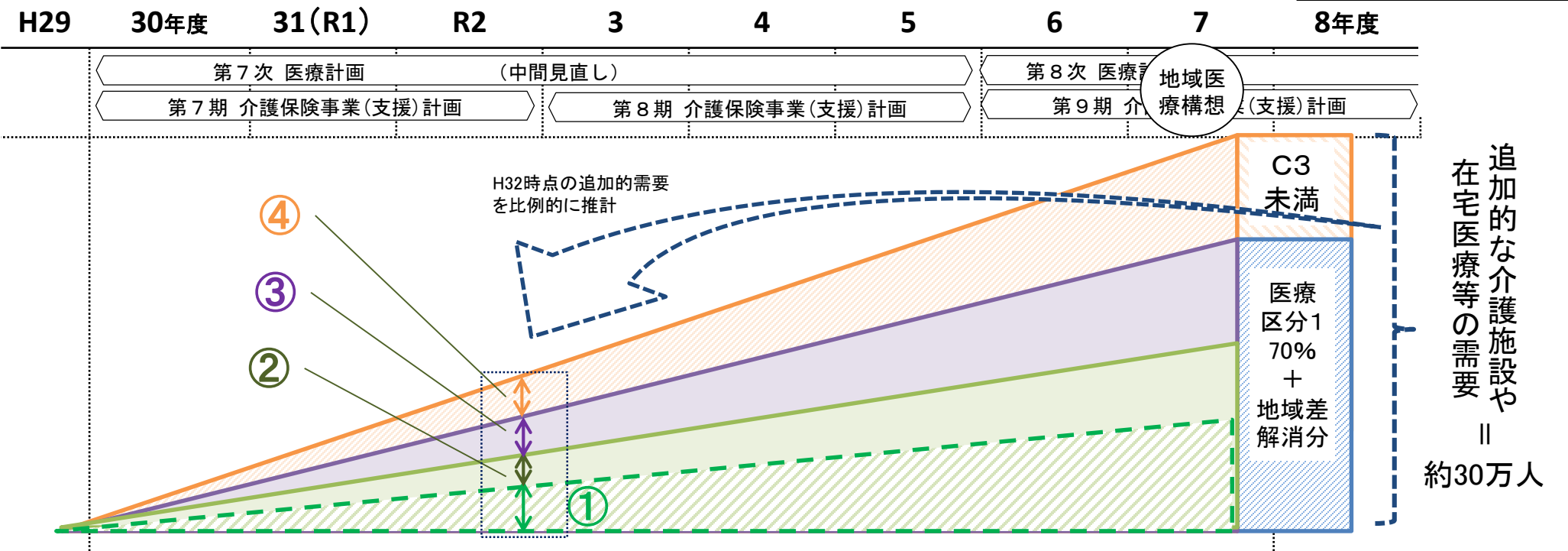
※1 パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2 パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3 パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。

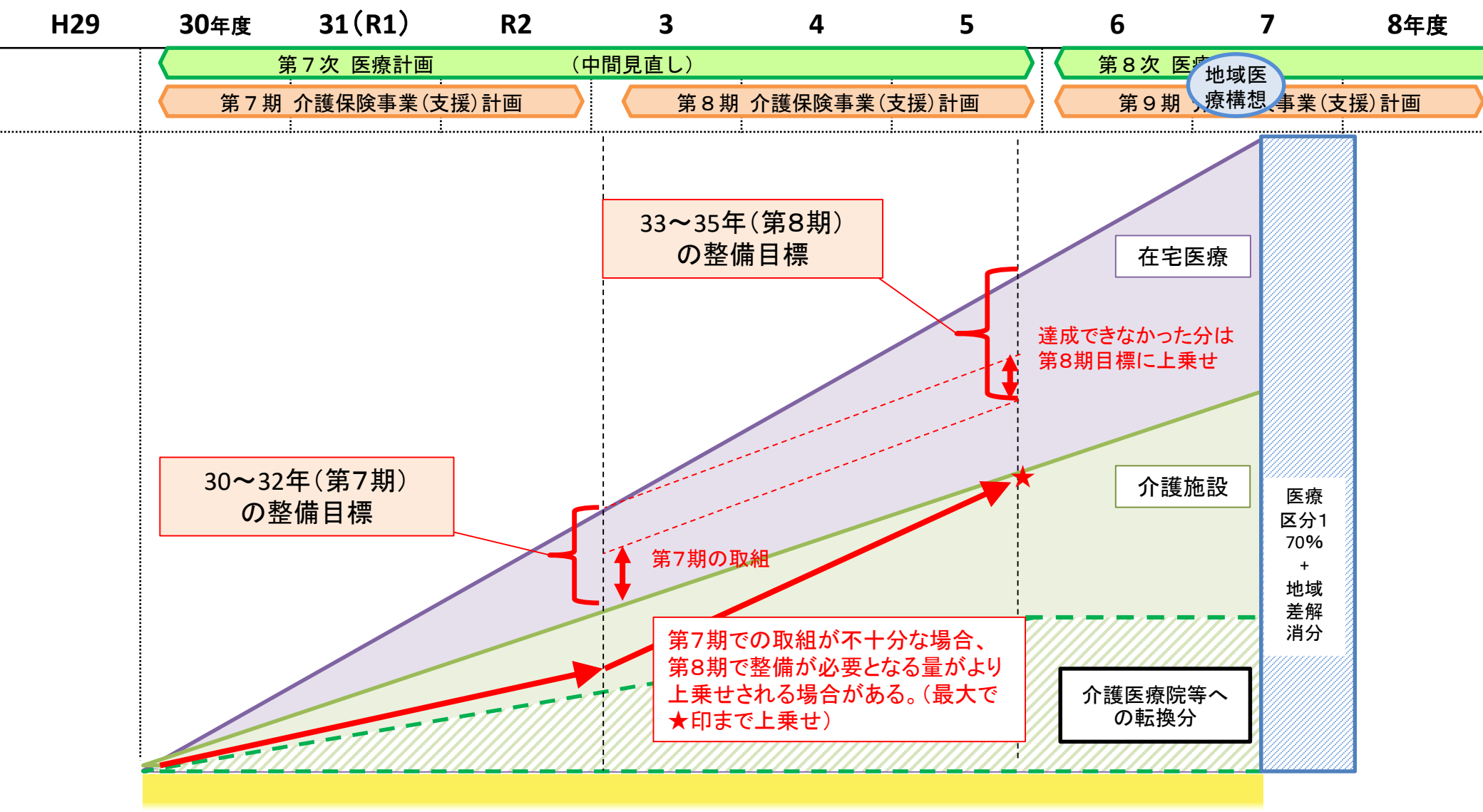


追加的需要に対する医療計画、介護保険事業計画における目標・見込み量のイメージ



医療計画、介護保険事業（支援）計画におけるサービス需要の考え方	
①	既存の介護療養型医療施設や医療療養病床が、介護医療院、老人保健施設又は特別養護老人ホームへ移行することにより、介護サービスが受け皿となる分（介護療養型医療施設については移行前後で介護サービスとしての受け皿であることに変わりはない）
②	①以外の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等について、介護医療院、老人保健施設又は特別養護老人ホームが受け皿となる分
③	①以外の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等について、在宅医療及び介護サービス（在宅サービス・居住系サービス）が受け皿となる分 （既存の介護療養型医療施設や医療療養病床が、特定施設入居者生活介護等に移行する場合も含む）
④	外来が受け皿となる分（介護サービスについては、利用者の状態像が明らかではなく必ずしも定量的な介護サービスの受け皿の推計ができるわけではない）

○ 在宅医療の整備目標について、医療計画の中間年及び第7期介護保険計画の終期において見直すこととし、その際、協議の場を活用して実績を評価した上で、次の整備目標に反映することを基本とする。



- 介護施設・在宅医療等の追加的需要の受け皿となるサービスの検討に資するデータとして提示した3つのデータを比較した場合、集計データの精緻さの観点ではKDBデータが最も優れている。

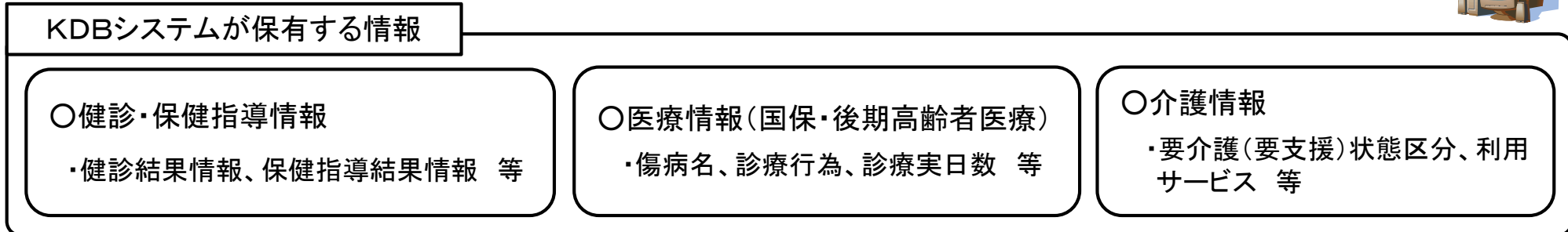
【概要】	患者調査	病床機能報告	国保データベース(KDB)
調査周期	3年に1度(直近はH29年度)	毎年	/
調査時期	9月	10月1日	
結果の公表	調査翌年	調査翌年	

【長所・短所】

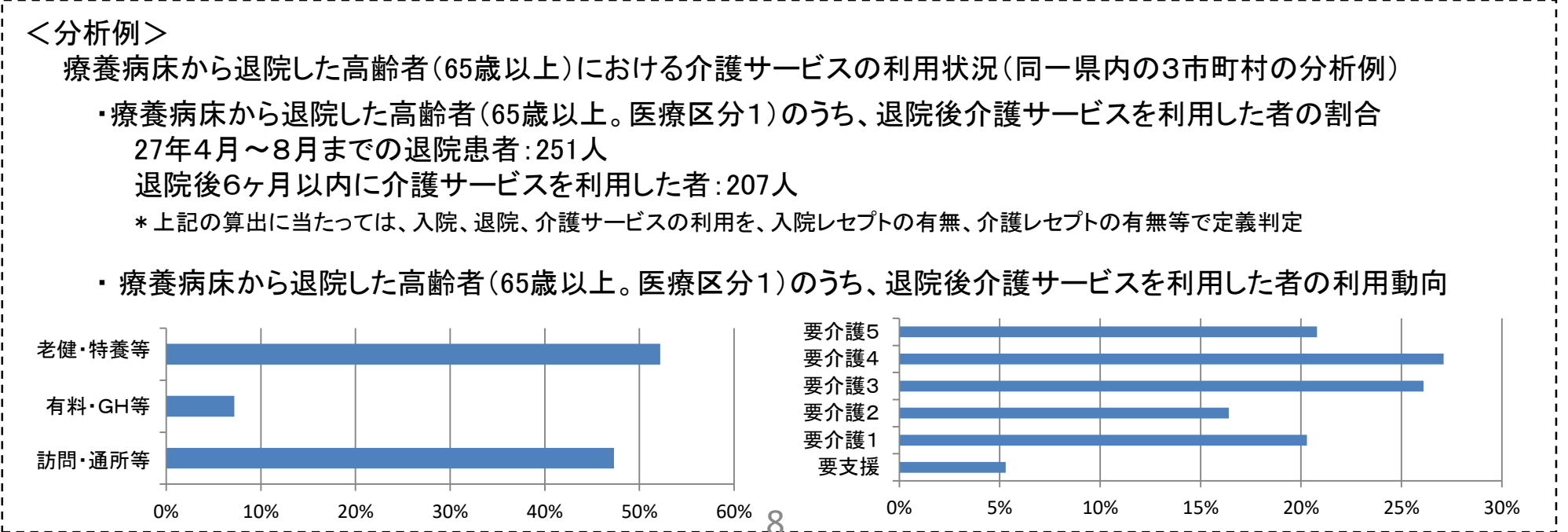
報 退院後の行き先等について得られる情報	退院先	○	○	○
	退院患者の医療区分	× 医療区分別の退院患者の集計はできない	△ 医療区分別の退院患者の集計はできない 報告対象の病棟に入院中の患者の医療区分は分かる	○ 医療区分1の退院患者に限定した集計が可能
	退院後の在宅医療・介護サービスの利用量	× サービスごとの利用量は分からない	× サービスごとの利用量は分からない	○ サービスごとの利用量を把握できる
	集計単位の粒度	△ N数が少ないため、全国または都道府県単位の集計でなければ、有効な集計値が得られない	△ 患者住所地での集計はできない (医療機関所在地ベースであれば、市町村単位で集計が可能)	○ 患者住所地ベースで、市町村単位の集計が可能
利用するにあたっての作業負担	○ 厚生労働省にて一定の集計値を公表済み	○ 病床機能報告事務局(厚労省委託)にて一定の集計作業を実施し、都道府県に結果を提供する仕組み	△ 患者単位のデータであり、データ量が膨大	



○「国保データベース(KDB)システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。(平成25年10月稼働開始)
※KDBシステム運用状況(平成29年5月末現在)「市町村数1,741中 1,736市町村(99%)」



○ KDBシステムを活用して医療保険と介護保険の審査・支払情報を加工したデータを抽出し、分析することで、医療機関を退院した者のうち、退院後に介護保険サービスを利用する者の動向等を統計として把握することも可能。



国保データベースを活用した医療介護サービス利用状況の把握

医療計画及び介護保険事業(支援)計画の策定に当たっては、現在、療養病床に入院している患者のうち、①医療区分1の70%及び②地域差解消分に相当する患者が、将来、在宅等で療養するとした場合の、在宅医療(訪問診療)と介護サービスでの対応を目指す部分について検討する必要がある。

○ 国保データベースを用いて把握したい事項

- 療養病床から退院した人のうち、どのくらいの人が在宅医療(訪問診療)を受けているか
- 療養病床から退院した人のうち、どのくらいの人が介護施設に入所しているか
- 療養病床から退院した人が、どのような介護サービス(種類、量)を受けているか

○ 分析に必要な突合データ(CSV)

- ・ KDB被保険者台帳
- ・ 医療摘要
- ・ 介護給付基本実績(介護レセプト)

(留意事項)

- 突合データは市町のKDB端末から入手できないので、各市町の同意を得た上で、栃木県国民健康保険団体連合会から提供を受ける必要がある。
- データは、KDB被保険者台帳に記載されている個人情報予め削除した上で提供を受けるものとする(生年月日は年齢を計算する上で必要)。

結果(1) 県全体の人数

(単位:人)

区 分	人数
療養病床の医療区分1の入院患者数(H28.4-H29.3)	156
うち退院患者数(H28.4-H28.9)	80
在宅等で生活している者(資格喪失なし)	72
うち介護サービス利用者数	35
訪問診療あり ¹	3
施設系サービス利用あり ²	11
うち老健または特養	10
うち介護サービス未利用者数	37
訪問診療あり	0

※上表は65歳以上に限定したデータ

- 1 医療摘要データから「114001110 在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)」及び「114030310 在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)」を算定している患者数を抽出
- 2 介護老人福祉施設サービス、介護老人保健施設サービス、介護療養型医療施設サービス、地域密着型老人福祉施設の合計

結果(2) 医療療養病床の医療区分1の入院患者の要介護度

2次医療圏	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定なし	計
県北	4	1	6	2	1	6	5	5	30
県西	1	1	4	4	2	0	3	1	16
宇都宮	0	2	7	5	2	12	7	7	42
県東	0	1	1	2	0	2	1	0	7
県南	0	1	2	2	5	0	3	5	18
両毛	5	4	1	7	7	6	5	8	43
県	10	10	21	22	17	26	24	26	156

※対象は平成28年4月から平成29年3月の間に医療療養病床の医療区分1に入院歴のある65歳以上の高齢者数。(単位:人)

平成28年度中に医療療養病床に入院歴のある65歳以上の高齢者 156名

上記のうち要支援1または2 $20/156 = 0.128$

要介護1または2 $43/156 = 0.276$

要介護3以上 $67/156 = 0.429$

介護認定なし $26/156 = 0.167$

結果(3) 在宅等で生活している者の要介護度

2次医療圏	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	認定 なし	計
県北	2	0	2	1	0	2	2	2	11
県西	0	0	3	2	2	0	1	1	9
宇都宮	0	2	3	2	1	3	2	4	17
県東	0	1	1	0	0	0	1	0	3
県南	0	1	2	0	0	0	3	3	9
両毛	2	1	1	4	2	5	2	6	23
県	4	5	12	9	5	10	11	16	72

※対象は平成28年4月から平成28年9月の間に医療療養病床(医療区分1)から退院し、かつ、退院直後に国保資格喪失のない65歳以上の高齢者数。(単位:人)

要介護度分布

要介護度	退院患者	入院患者(再掲)
要支援1または2	9/72 = 0.125	0.128
要介護1または2	21/72 = 0.292	0.276
要介護3以上	26/72 = 0.361	0.429
介護認定なし	16/72 = 0.222	0.167

1回目の医療・介護の体制整備に係る協議の場における意見

今後の体制について検討するためには、現在の医療・介護の提供状況だけでなく、検討課題に即した地域ごとのデータの提示が必要。

<協議の場においてKDBデータを活用してみたの感想>

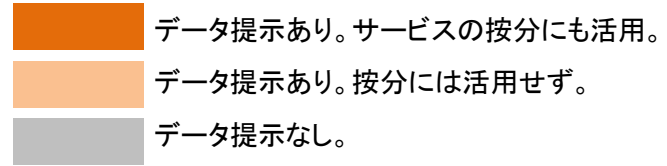
- 今回は国保加入者のみの分析に限られたため、県全体での結果提示にとどまったが、他の調査に比べてより実態を反映したデータを提供することができた。
- これにより、参加者から一定程度の理解や納得が得られ、議論が進めやすくなった。
- また、KDBデータの分析結果を踏まえつつ、自らの地域の状況について検証したり、活発な意見交換がなされるなど、今後の体制整備に向けた議論を深めることにつながった。

<本県が考えるKDBデータの特徴や活用のメリット>

- KDB個人番号等を用いることで、医療と介護の情報を個人単位で紐付けることが可能
- 居住地情報を用いることで、任意の地域(市区町村、在宅医療圏、2次医療圏等)での分析が可能
- 医療、介護の情報を組み合わせることで、医療区分や要介護度区分に応じた経時的なサービス利用状況の把握が可能
- 個人の医療、介護サービス利用状況を基に各サービス提供者(医療機関、介護保険事業所等)の提供状況(量、範囲等)の把握が可能

データの活用状況

- 追加的需要の受け皿となるサービスの検討にあたり、最も多く活用されたデータは、「患者調査」であった。
- 「KDB」のデータを協議の場に提示したのは13都府県にとどまった。



※実際のデータの利活用状況は、二次医療圏単位で異なるが、本資料では、便宜上、都道府県単位に集約して集計した。(二次医療圏単位で状況が異なる都道府県は、最も多い選択肢に集約。)

調査項目	データ提示あり。サービスの按分にも活用	データ提示あり。按分には活用せず	データ提示なし
患者調査	28 岩手、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、福井、山梨、岐阜、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、鳥取、広島、山口、徳島、愛媛、高知、熊本、大分、宮崎	7 北海道、青森、宮城、山形、岡山、福岡、沖縄	12 秋田、東京、神奈川、富山、石川、長野、静岡、鳥根、香川、佐賀、長崎、鹿児島
病床機能報告	13 北海道、青森、宮城、栃木、千葉、東京、神奈川、京都、奈良、鳥根、岡山、福岡、熊本	8 岩手、茨城、新潟、大阪、徳島、愛媛、長崎、沖縄	26 秋田、山形、福島、群馬、埼玉、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、和歌山、兵庫、鳥取、広島、山口、香川、高知、佐賀、大分、宮崎、鹿児島
KDB	6 栃木、千葉、滋賀、京都、大阪、熊本	7 北海道、岩手、岡山、徳島、愛媛、福岡、沖縄	34 青森、宮城、秋田、山形、福島、茨城、群馬、埼玉、東京、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、奈良、和歌山、兵庫、鳥取、鳥根、広島、山口、香川、高知、長崎、佐賀、大分、宮崎、鹿児島

(各データを活用しなかった理由の例)

- ・いずれのデータも利用しなかった県：介護療養型医療施設からの移行分で、追加的需要の全てに対応可能であったため、いずれのデータも活用する必要がなかった。
- ・病床機能報告を活用しなかった県：KDBの対応で足りることから、活用しなかった。
- ・KDBを活用しなかった県：時間の制約、経費の発生、技術的な困難さから対応が困難であった。

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について(H31.1.29通知)

- 平成30年4月から始まった第7次医療計画における在宅医療の提供体制に係る計画や、在宅医療の充実に向けて都道府県に取り組んでいただくべきことについて議論を行い、平成30年12月に「在宅医療の充実に向けた議論の整理」をとりまとめた。
- その内容を踏まえ、平成31年1月に厚生労働省として、「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」を都道府県の在宅医療部局と介護担当部局に通知した。

<都道府県が取り組んでいくべき事項>

○第7次医療計画の改善

- ・訪問診療に関する数値目標、在宅医療の整備目標等の設定

○都道府県全体の体制整備

- ・医療政策担当部局と介護保険担当部局の連携の推進
- ・年間スケジュールの策定
- ・在宅医療の充実に向けた市町村支援

○在宅医療の取組状況の見える化(データ分析)

・在宅医療の詳細な分析(KDBシステムの活用等)

- ・個別医療機関や訪問看護ステーションへの調査(訪問診療、訪問看護の実施意向など)
- ・市町村や関係団体等との情報共有

○在宅医療への円滑な移行

- ・入退院支援ルール of 策定、運用

○在宅医療に関する人材の確保・育成

- ・医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援
- ・多職種連携に関する会議や研修の支援

○住民への普及・啓発

- ・在宅医療や介護に関する普及・啓発
- ・人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発

■在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業

【趣旨】

国保データベース（KDB）システムを活用し、都道府県において在宅医療の体制整備にかかる取組状況を評価できるよう支援をする。

【事業概要】

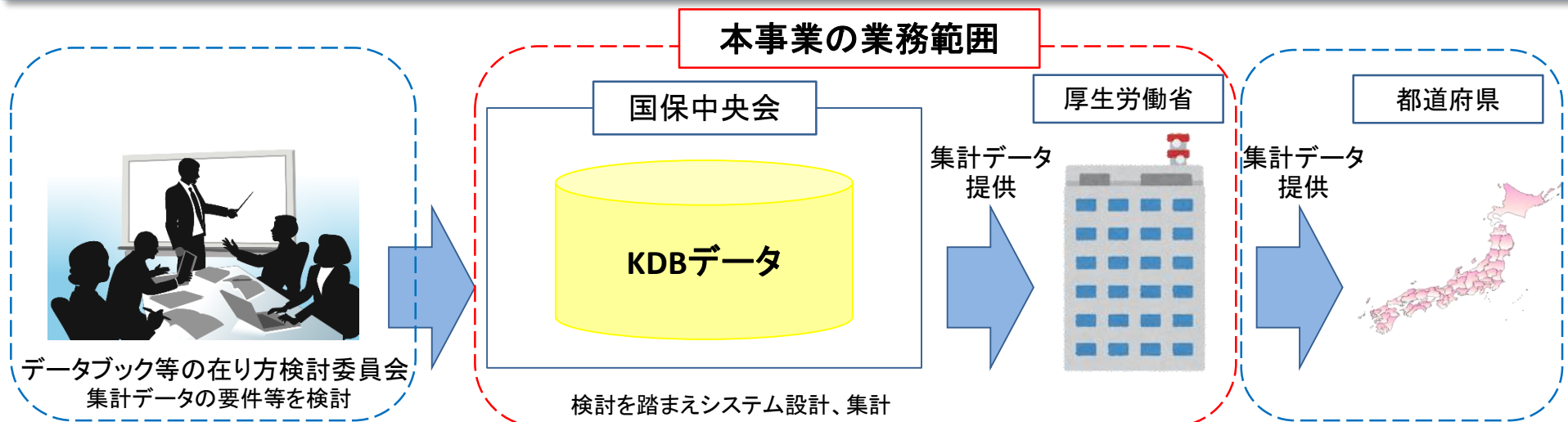
国民健康保険中央会（以下、国保中央会という。）において、以下のシステム設計及びデータ設計を行い、国に提供を行う。

①都道府県が地域の在宅医療の提供体制の状況を適切に把握するとともに、医療計画に基づく施策の進捗把握を簡便に行えるよう、介護に関する情報を含め、二次医療圏単位及び市町村単位で、都道府県の地域の医療提供体制の把握に資する在宅医療・介護に関する可視化ツールを作成するためのシステム設計及びデータの集計を行う。

②2020年度の第7次医療計画の中間見直し及び第8期介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、地域医療構想に伴う在宅医療等で受ける新たなサービス量の按分に際し、各都道府県の療養病床に入院している医療区分1の患者の70%及び療養病床入院受療率の地域間格差の改善に伴い在宅医療及び介護サービスが受け皿になった者の割合等について把握するためのデータを作成するために必要なシステム設計及びデータの集計を行う。

【委託先】

国民健康保険中央会



※青枠線...地域医療構想・医師偏在対策推進事業で対応