

# 高齢社会は医療介護の連携を求める

～はこだて医療・介護連携サマリーを用いた地域連携体制の一般化を目指して～

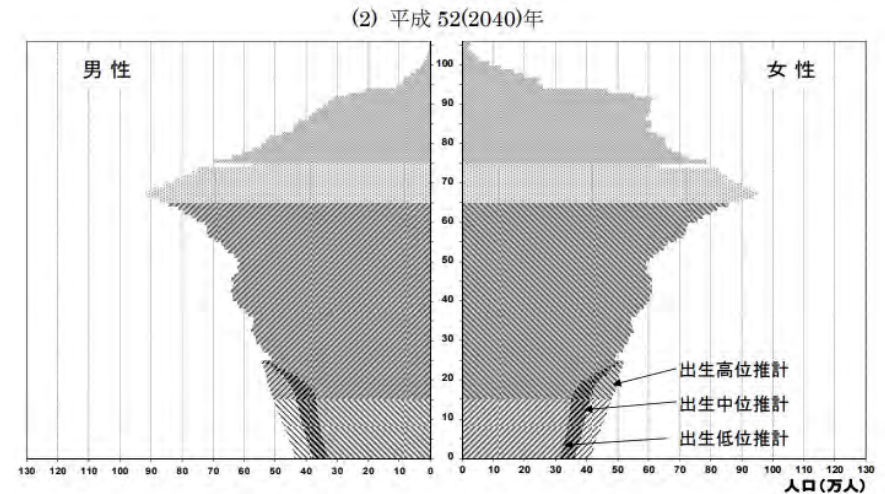
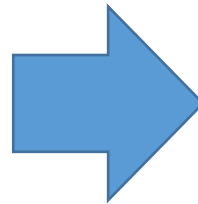
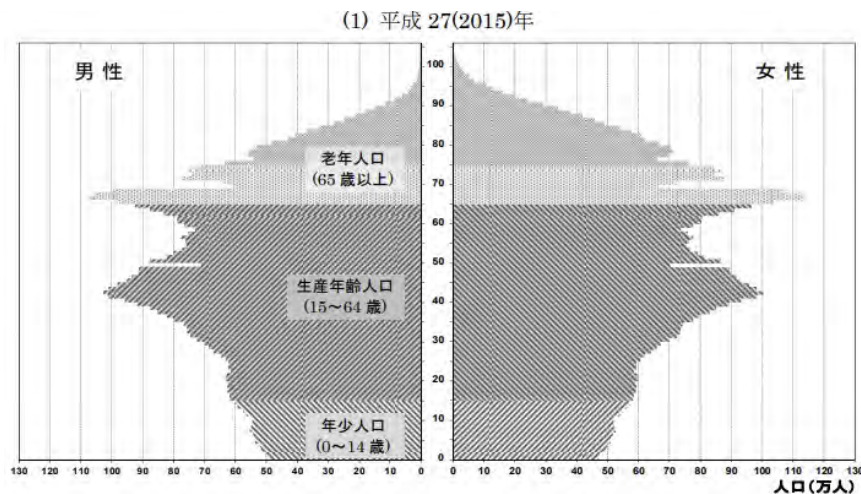
産業医科大学

医学部・公衆衛生学教室

松田晋哉

# 2040年問題とは？

- 2025年から2040年という僅か15年間に於いて、現役人口（20歳～64歳）が約1,000万人も減少するという問題
- その結果、世代間の所得移転を基本とする我が国の社会保障制度の持続可能性が問題となる
  - 生産年齢人口が急速に減少するにもかかわらず、75歳以上人口は2050年台半ばまで増加を続ける



地域ではどのようなニーズの  
変化が生じているのか？

それを考えるためのデータは施設の内外に豊富にある。  
しかし、十分に使われていない。

# 人口の高齢化による医療・介護ニーズの複合化の状況

- 1. 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況（西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例）：急性期病院に入院する半年前に脳梗塞では30%、股関節骨折・心不全・肺炎では50%、誤嚥性肺炎では75%がすでに介護保険サービスを利用している。**
2. 要介護度の悪化要因としては入院を必要とするような傷病（肺炎、骨折、尿路感染症など）への罹患と年齢が重要な要因である（東日本の一自治体データ：2014年度エントリー症例を2020年3月まで追跡）。

# 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況

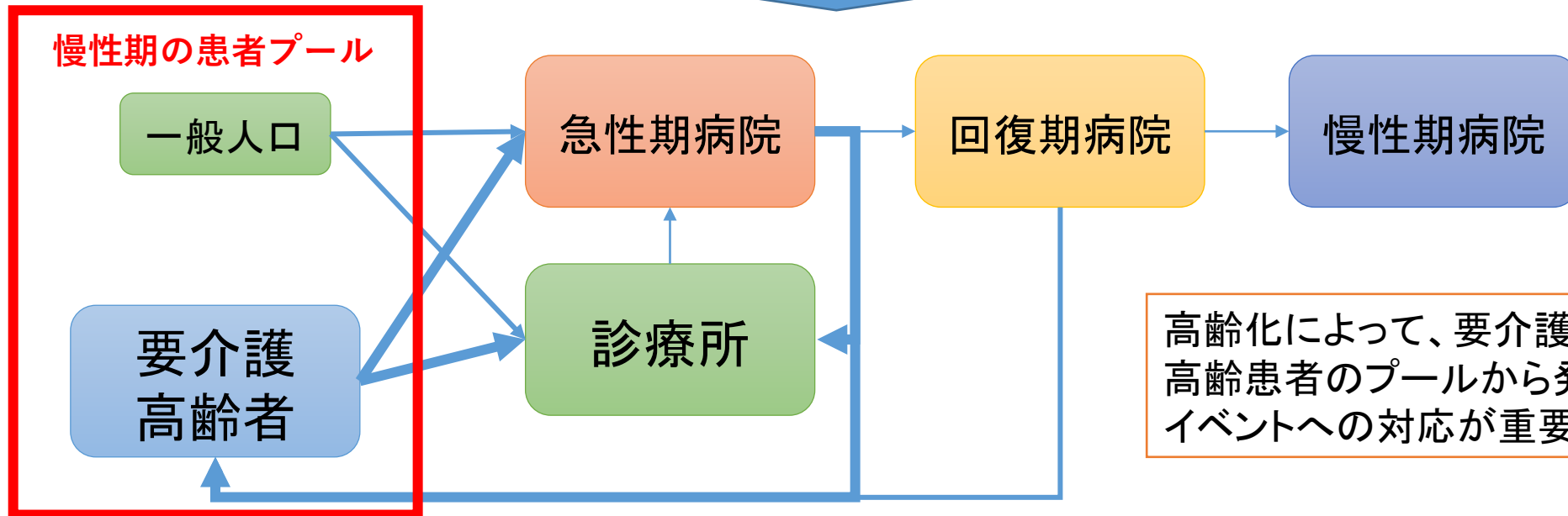
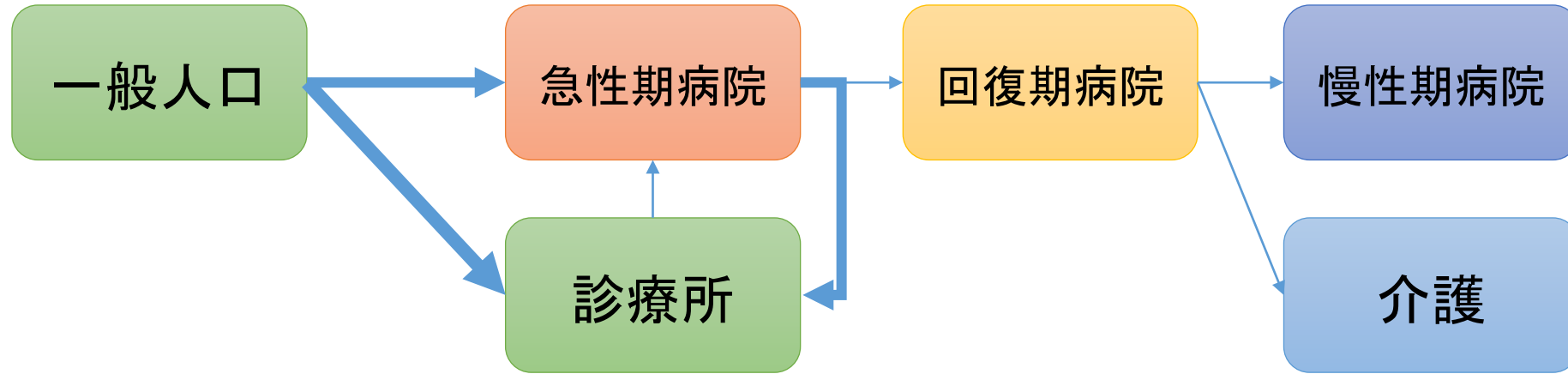
(西日本の一自治体データ： 2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険 利用	介護施設 入所	一般病 床	回復期 病床	療養病 床	介護保 険利用	介護施 設入所	累積死 亡
脳梗塞(1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折 (1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全 (1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎 (1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎 (1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

出典： 松田 (2019)

医療と介護の複合化を踏まえたサービス提供体制の在り方を検討すべきではないか？

# 患者の流れが変わった！



高齢化によって、要介護状態にある高齢患者のプールから発生する急性期イベントへの対応が重要になっている

# 人口の高齢化による医療・介護ニーズの複合化の状況

1. 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況（西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例）：急性期病院に入院する半年前に脳梗塞では30%、股関節骨折・心不全・肺炎では50%、誤嚥性肺炎では75%がすでに介護保険サービスを利用している。
2. **要介護度の悪化要因としては入院を必要とするような傷病（肺炎、骨折、尿路感染症など）への罹患と年齢が重要な要因である（東日本の一自治体データ：2014年度エントリー症例を2020年3月まで追跡）。**

# 介護認定調査票及び医療保険・介護保険レセプトのパネルデータを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析

2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、2020年3月まで追跡した。このデータを用いて要介護度の悪化をエンドポイントとして、要介護度別（要支援1～要介護4）にロジット分析を行った。

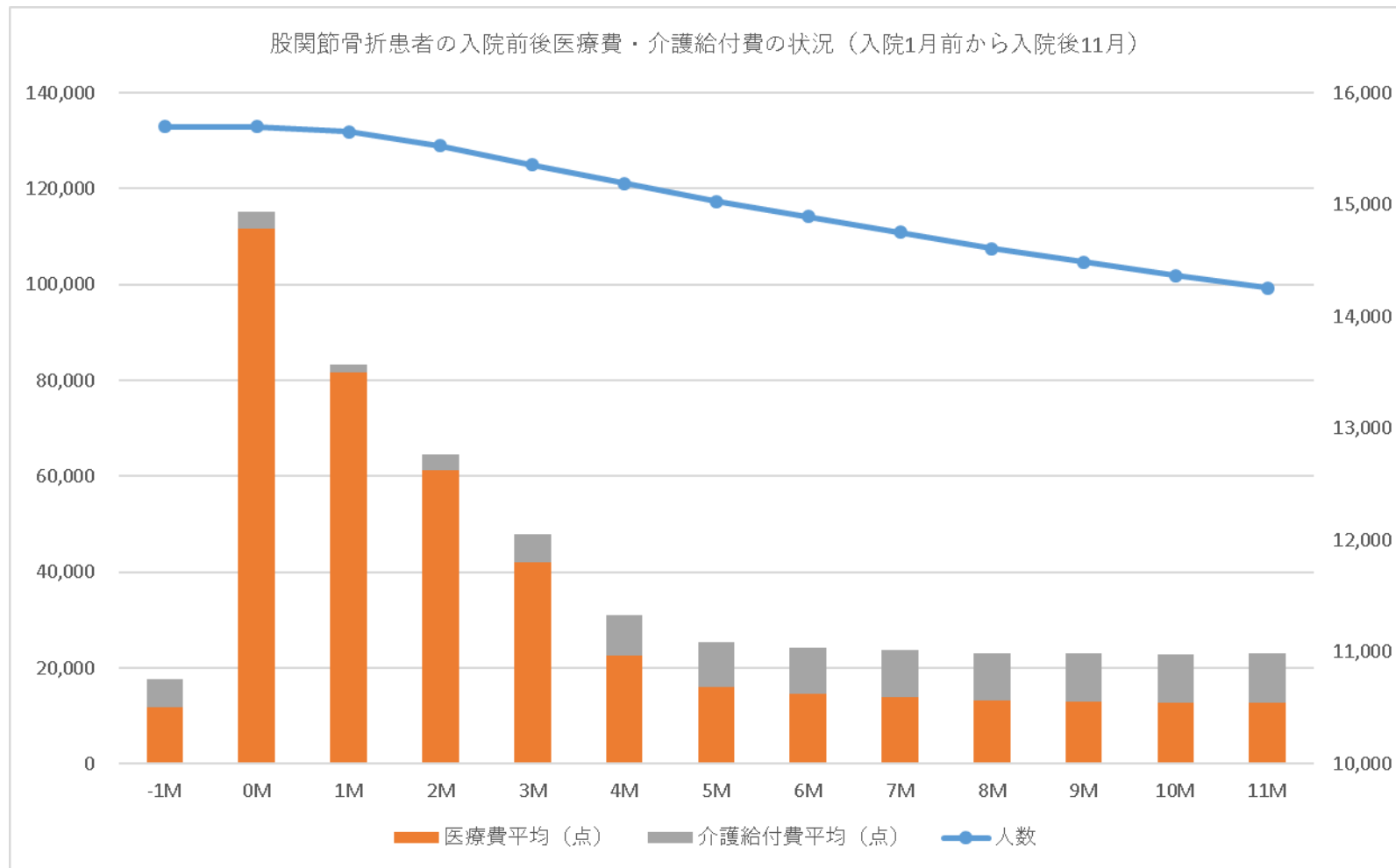


# 要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果 (要介護1： 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢				
年齢階級 75-84 歳(対照:65-74 歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85 歳以上(対照:65-74 歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

入院が  
必要となる  
病気の発生

# 股関節骨折患者の入院前後医療費・介護給付費の状況（入院1月前から入院後11月）



# この分析結果が示唆すること

- 要介護度の悪化には入院を必要とするような急性イベントの発生が強く関係している
  - 看護診断・看護計画的なケアマネジメントの重要性
    - プライマリケアの現場そして介護現場での実践
    - 歯科や栄養、リハビリを含めた総合的な予防的対応
- 要介護度の悪化には年齢（特に85歳以上）が強く関係している
  - 介入効果は限定的
    - End of life careやACPに関する国民的議論の拡大が求められている
    - Slow medicineという考え方: 「病院でのテクノロジーを中心とした急性医療から距離をとり、高齢者一人一人で異なる複雑な問題にゆっくり立ち向かう」医療の「態度」

地域の安心の保障→救急医療の保障

ただし、高齢社会は救急医療の内容  
が変わってくる

要介護高齢者から発生する急性期イベント・  
救急にいかに適切に対応するかが課題となる

# 2035年の性年齢階級別救急車搬送 による入院患者数の予測

	(1)2015年人口 (千人)		(2)2035年人口 (千人)		(3)=(2)/(1)比		(4) 2016年患者数		(5)2035年予測患者数 (3)×(4)		患者数の増加 (5)/(4)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0-4歳	2,561	2,445	2,045	1,944	0.80	0.80	24,617	18,481	19,657	14,694	0.80	0.80
5-9歳	2,725	2,594	2,123	2,020	0.78	0.78	6,601	4,187	5,143	3,261	0.78	0.78
10-19歳	5,991	5,683	4,663	4,441	0.78	0.78	14,603	9,482	11,366	7,410	0.78	0.78
20-39歳	14,474	13,962	11,678	11,137	0.81	0.80	40,463	49,326	32,647	39,346	0.81	0.80
40-59歳	17,223	17,015	14,147	13,845	0.82	0.81	104,770	61,315	86,058	49,892	0.82	0.81
60-74歳	12,558	13,540	12,023	12,551	0.96	0.93	207,437	118,939	198,600	110,251	0.96	0.93
75-84歳	4,832	6,548	5,599	6,980	1.16	1.07	210,829	185,965	244,295	198,234	1.16	1.07
85歳-	1,477	3,465	3,443	6,574	2.33	1.90	140,826	228,863	328,276	434,212	2.33	1.90
合計	61,841	65,252	55,721	59,492	0.90	0.91	750,146	676,558	926,041	857,299	1.23	1.27
出典： 人口については国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成29年推計）												
<a href="http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp">http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp</a>												

出典： Matsuda S et al (投稿中)

## 救急搬送による入院の主な傷病数の 2016年と2035年の比較（男女別；75歳以上 全国データ）

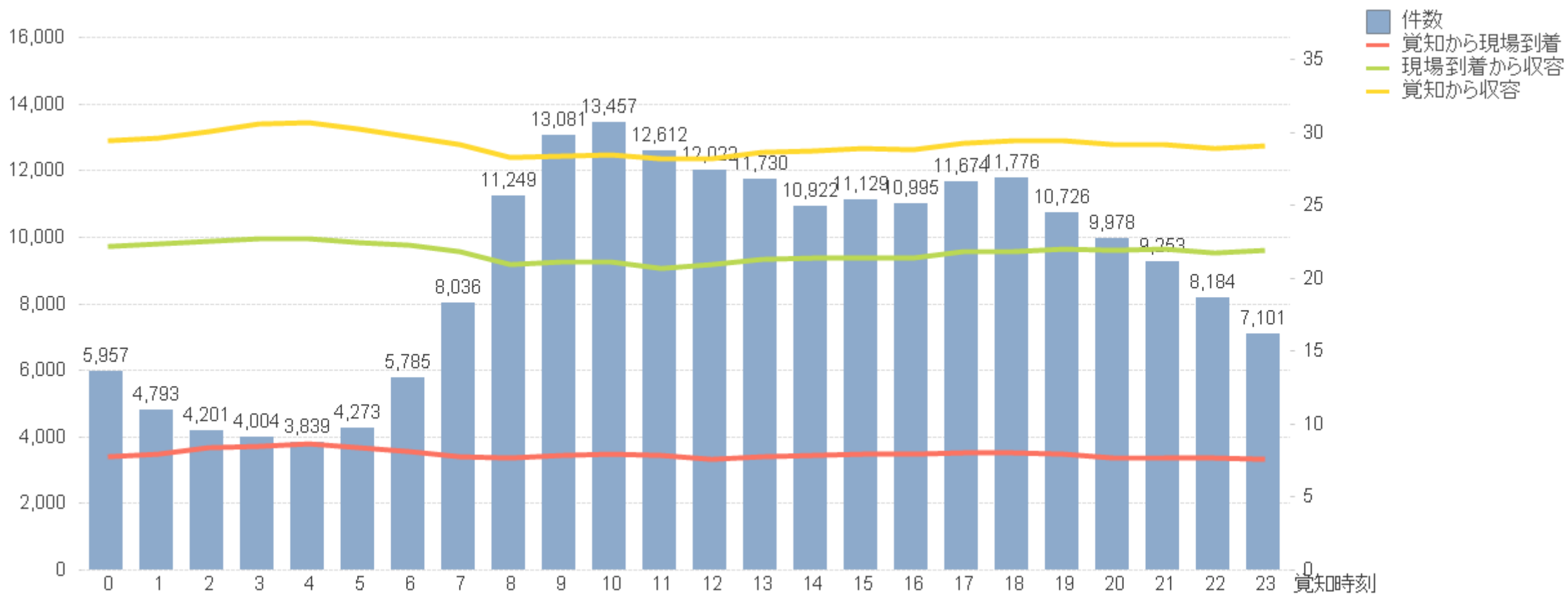
	男性			女性		
	(1)2016年 患者数	(2)2035年 推計患者数	(2)/(1)	(1)2016年 患者数	(2)2035年 推計患者数	(2)/(1)
010060脳梗塞		40,036	1.56	29,839	45,772	1.53
040080肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	28,582	49,080	1.72	20,865	33,558	1.61
040081誤嚥性肺炎	29,067	52,787	1.82	24,334	40,798	1.68
050130心不全	20,250	34,990	1.73	26,967	44,147	1.64
050210徐脈性不整脈	13,287	21,942	1.65	13,988	21,710	1.55
110310腎臓または尿路の感染症	8,198	13,757	1.68	14,337	22,321	1.56
160100頭蓋・頭蓋内損傷	13,444	21,545	1.60			
160690胸椎、腰椎以下骨折損傷				11,422	16,827	1.47
160800股関節大腿近位骨折	10,507	18,442	1.76	40,132	63,839	1.59

出典： Matsuda S et al （投稿中）

# 北海道における介護施設・福祉施設からの DPC入院症例の概要（H28年度研究班データ）

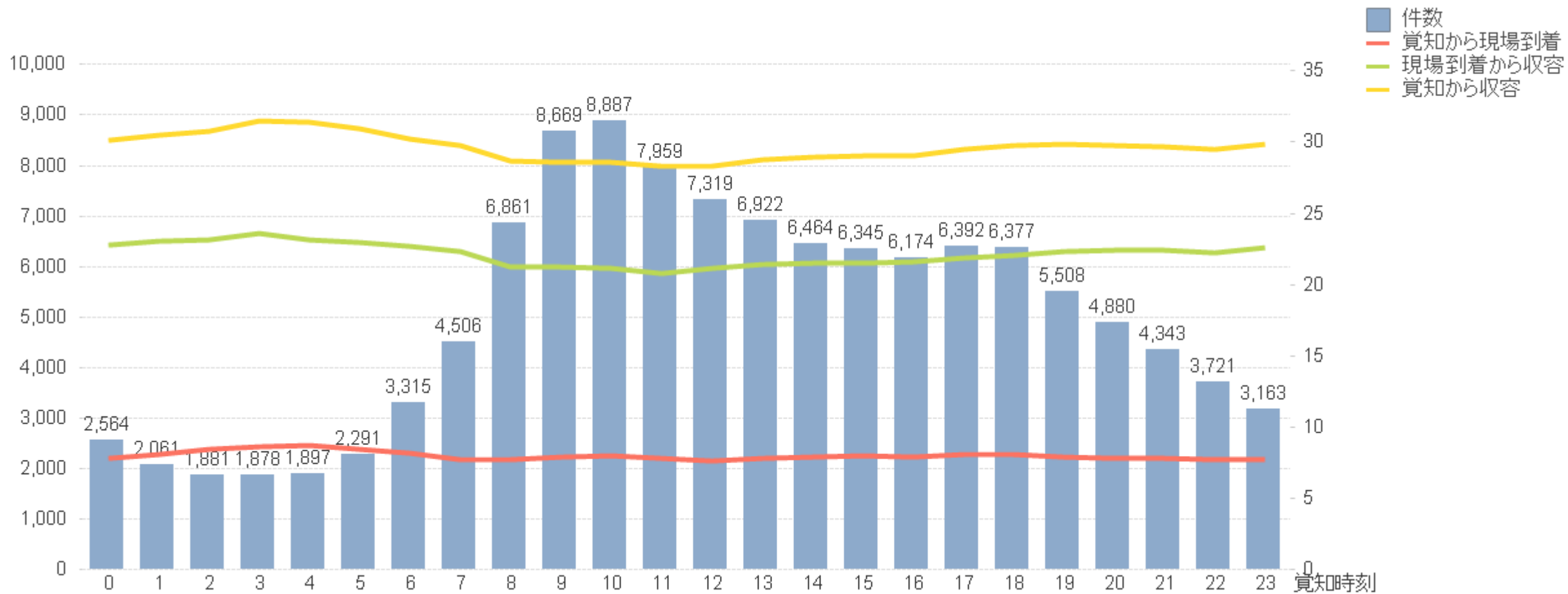
入院契機DPC名称	人数	相対割合	累積%	女性割合	平均年齢	年齢SD	平均在院日数	在院日数SD	救急入院割合	救急車搬送割合	死亡退院割合	24時間以内死亡割合
	<b>27775</b>	<b>100.0%</b>		<b>67.0</b>	<b>85.6</b>	<b>7.7</b>	<b>24.2</b>	<b>55.2</b>	<b>60.8</b>	<b>36.5</b>	<b>12.9</b>	<b>3.9</b>
誤嚥性肺炎	2868	10.3%	10.3%	55.4	86.7	7.4	29.7	47.8	74.7	36.7	15.1	2.1
肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	2557	9.2%	19.5%	58.7	87.2	7.4	28.4	76.6	65.4	34.0	16.4	1.5
股関節大腿近位骨折	1735	6.2%	25.7%	85.4	87.4	6.9	28.1	20.3	78.1	55.0	2.1	0
心不全	1580	5.7%	31.4%	72.5	88.5	6.6	26.4	29.3	75.0	40.0	18.1	3
脳梗塞	1421	5.1%	36.5%	73.5	86.7	7.1	29.4	64.7	83.0	56.7	8.3	0.6
腎臓または尿路の感染症	1250	4.5%	41.0%	74.6	85.9	7.5	22.7	47.7	59.4	27.1	5.8	0.2
徐脈性不整脈	843	3.0%	44.0%	65.1	86.7	7.4	7.4	21.7	77.2	72.8	64.8	60.1
胆管（肝内外）結石、胆管炎	701	2.5%	46.5%	68.6	86.6	7.3	18.5	30.1	63.1	22.1	5.6	0.4
該当なし	570	2.1%	48.6%	63.3	85.5	7.8	17.6	22.8	60.0	51.4	11.9	3.7
ヘルニアの記載のない腸閉塞	520	1.9%	50.5%	59.2	84.6	7.7	25.6	35.7	68.3	42.3	10.4	3.1
白内障、水晶体の疾患	508	1.8%	52.3%	71.5	82.5	7.1	3.4	2.1	0.0	0.0	0.2	0
食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	478	1.7%	54.0%	70.1	86.3	7.5	16.0	15.6	66.7	42.1	7.7	2.1
非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）	412	1.5%	55.5%	67.5	83.9	7.6	31.8	31.6	84.5	74.5	24.5	9
頭蓋・頭蓋内損傷	386	1.4%	56.9%	63.2	86.5	7.1	17.3	22.2	79.3	58.5	7.5	2.8
てんかん	384	1.4%	58.3%	59.4	81.4	7.6	22.2	29.1	81.8	79.2	3.9	0.3
認知症	370	1.3%	59.6%	71.9	84.6	7.4	43.0	66.3	23.8	3.8	4.3	0
体液量減少症	367	1.3%	60.9%	75.2	87.9	7.0	35.2	66.5	61.6	26.2	15.8	1.1

# 救急搬送の時間帯分析（全体）

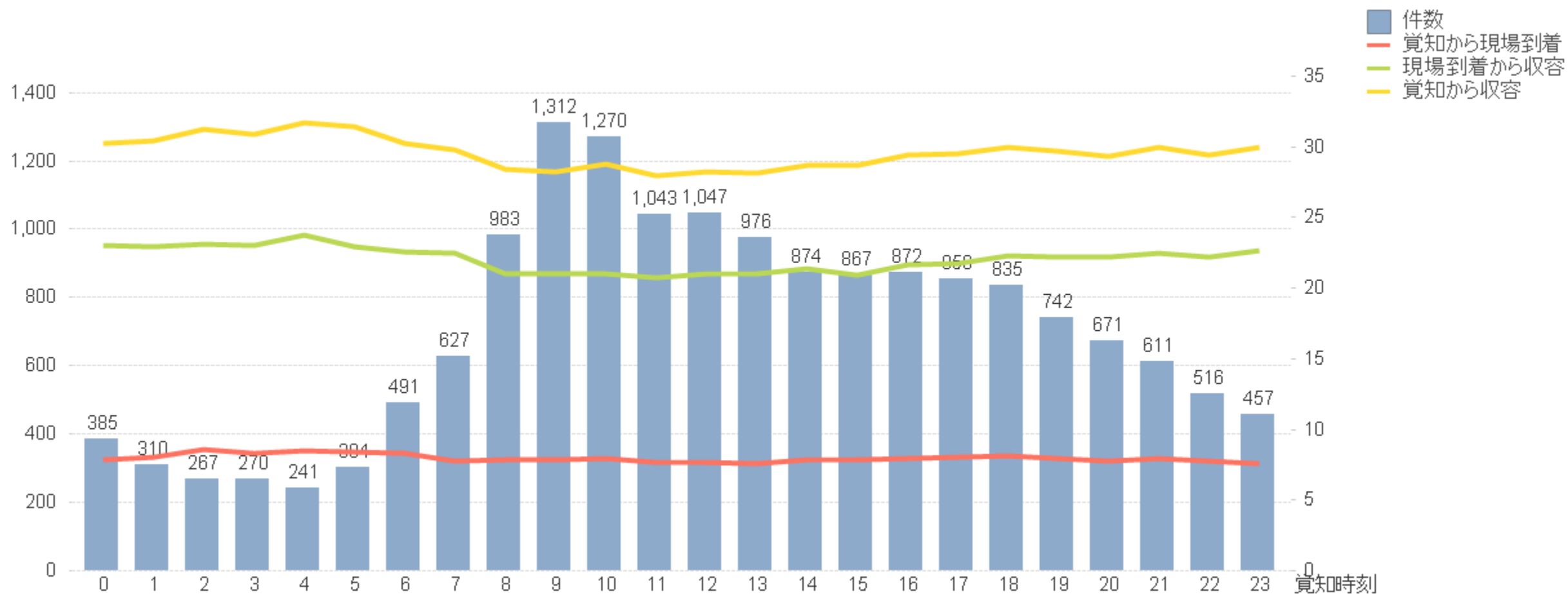




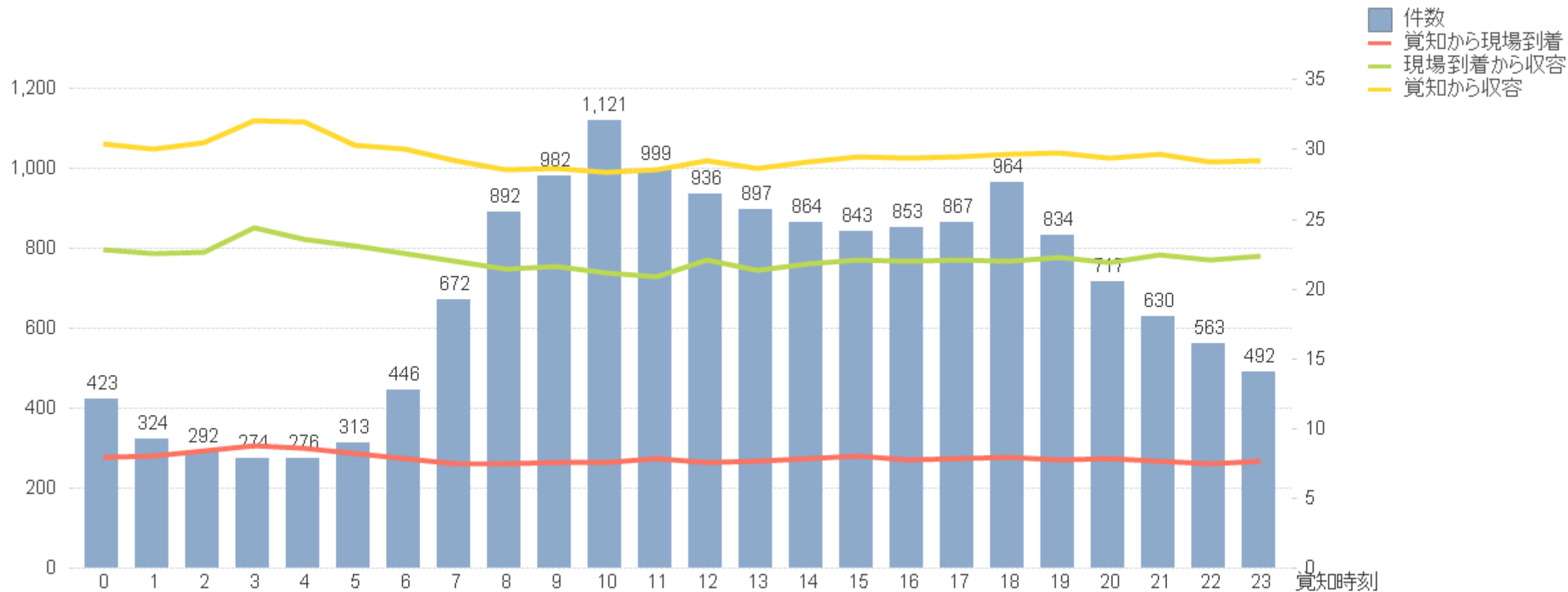
# 救急搬送の時間帯分析（高齢者）



# 救急搬送の時間帯分析（高齢者・水曜日）



# 救急搬送の時間帯分析（高齢者・日曜日）



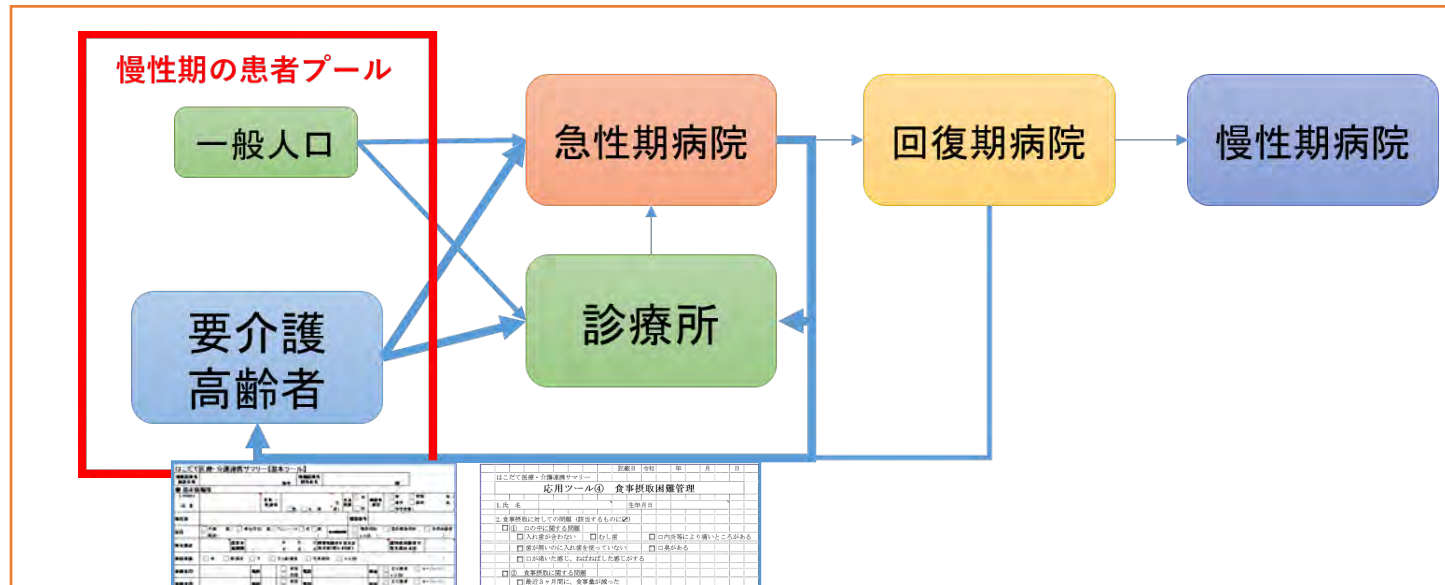
# 肺炎（DPC6桁=040080）で入院した高齢患者の B項目スコア（移乗）の変化に関連する要因の分析

移乗_変化量	係数	95%信頼区間		p値
		下限	上限	
(定数)	1.308	1.250	1.367	<0.001
年齢	-0.018	-0.019	-0.017	<0.001
在院日数	-0.001	-0.001	-0.001	<0.001
移乗_入院時	0.735	0.730	0.740	<0.001
性別	-0.067	-0.076	-0.059	<0.001
認知症	0.015	-0.001	0.030	0.070

在院日数が長くなるとADLは悪化する

出典： 松田（2021）

# 地域レベルのRapid Response Systemが必要になっているのではないか？



地域版RRSを構築することが地域密着病院の重要な役割ではないのか？

The image shows two sample forms. The left one is a patient information form with various fields for personal and medical data. The right one is titled 'はこだて医療・介護連携サマリの食事摂取困難管理' (Hokkaido Medical and Nursing Collaboration Summary - Food Intake Difficulties Management) and contains a checklist of symptoms and management actions.

はこだて医療・介護連携サマ리를前報連携に活用することで症状が悪化する前の在宅支援病院での治療が可能になり（地域レベルRRS）、高齢者救急の負荷を軽減することが可能になる。

# はこだて医療・介護連携サマリー

急性期医療の現場では高齢患者の介護に関連する情報（ケアマネの連絡先、要介護度、ADL、IADL、認知症の有無及び程度など）が必要となっており、逆に介護の現場では急性期イベントを予防するための医学的視点からの情報が必要になっている。

現場の関係者の視点で作られた「はこだて医療・介護連携サマリー」はこのためのツールとして最適であると思われる。

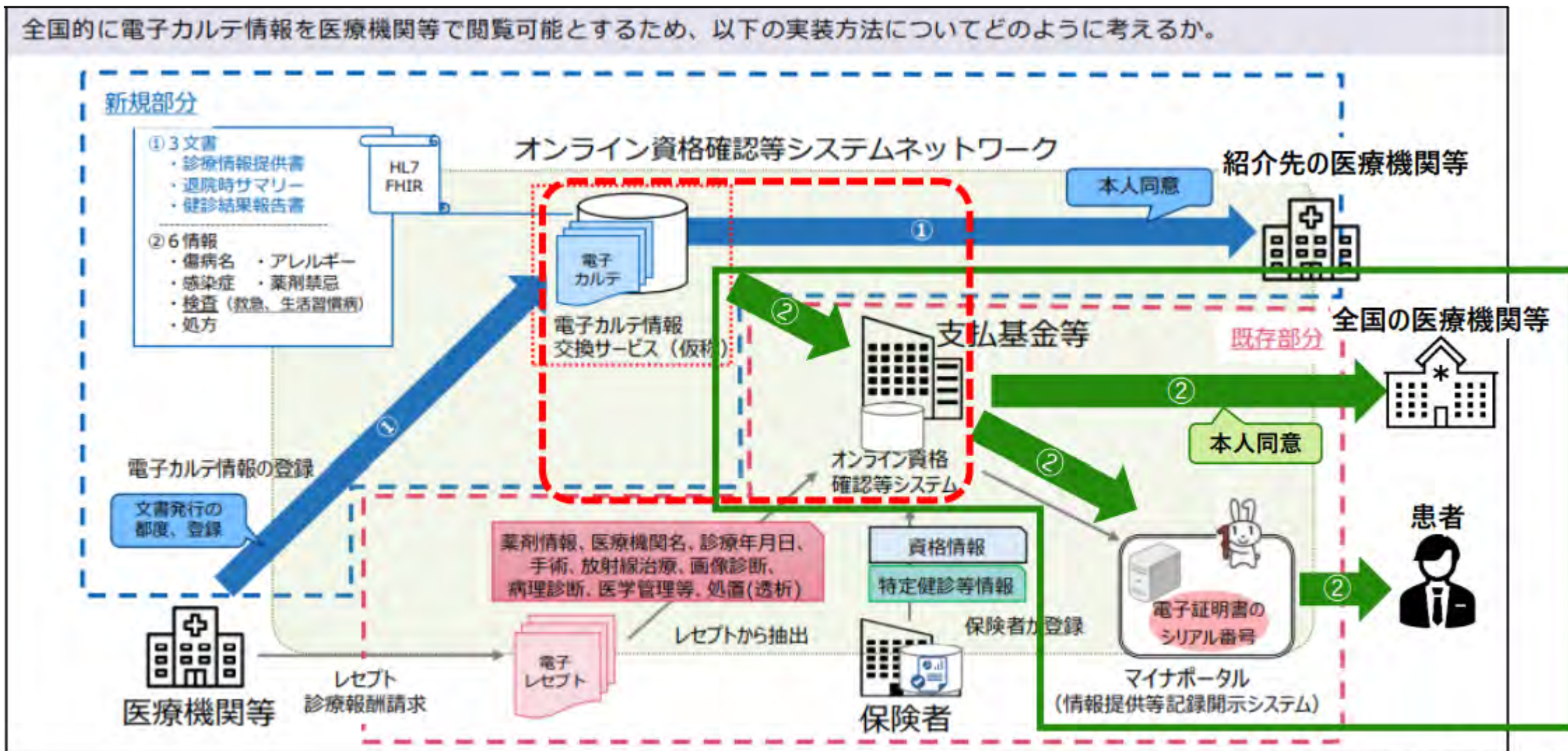
出典：函館市医療・介護連携支援センター・はこだて医療・介護連携サマリー：  
<https://www.medika.or.jp/>

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】	
情報提供先 施設名称	情報提供先 担当者名
● 基本情報等	
氏名 (フリガナ)	生年・性別等
現住所	電話番号
居住	健康保険
要介護度	認知症高齢者日常生活自立度(またはり度)
同居家族	
連絡先①	関係
連絡先②	関係
● 医療情報等	
主病名	診療科名等
● 身体・生活機能等	
転居歴	移動
麻痺の状況	麻痺の部位
視力【日常生活に支障】	・眼鏡
聴力【日常生活に支障】	・補聴器
意思の伝達	失語症
認知症症状	
食事摂取	水分・水制限
口腔	嚥食使用
排泄	PTトイレ使用
衣服の着脱	オムツ使用(パッド含む)
入浴(保清等)	洗濯管理
● 特別な医療等	
在宅介護サービス等	
● 介護上・特に注意すべき点	
● 介護・要介護に関する本人・家族の意向	
本サマリーの記入者	
電話	FAX
記入者	作成日

はこだて医療・介護連携サマリー	
● 応用ツール④ 食事摂取困難管理	
1. 氏名	生年月日
2. 食事摂取に対する問題 (該当するものに☑)	
① ロの中に関する問題	
② 食事摂取に関する問題	
③ 食事中、気になる事	
④ 食事を摂取しない場合の問題	
3. 現在の食事摂取カロリー及び量	
* 現在の食形態	
* 主食	
* 副食	
4. その他	
作成者	所属
記入者	氏名
ツール管理者	所属



# 現在厚生労働省で検討が進められている電子カルテ情報交換サービスの概要



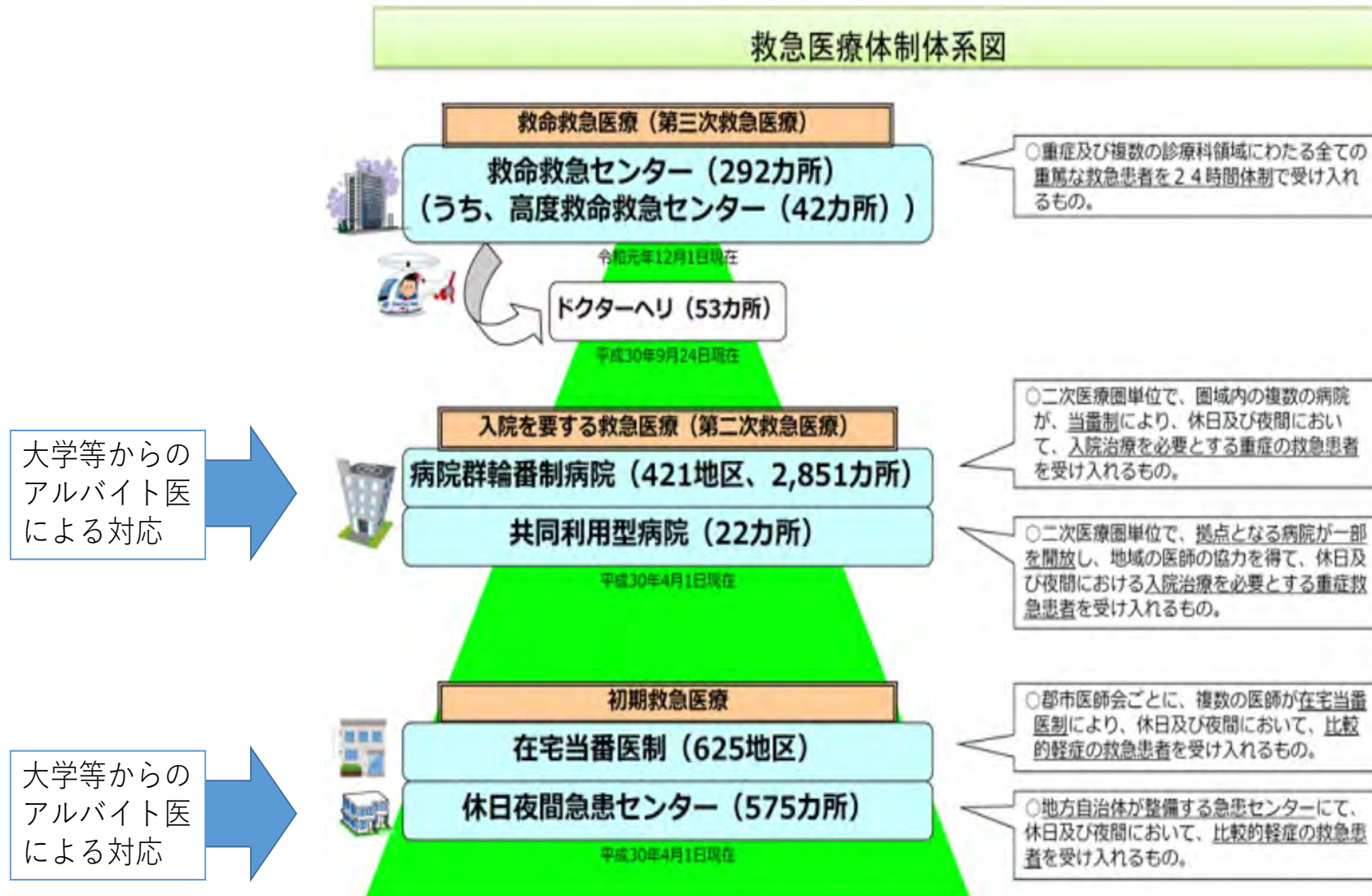
出所：第4回健康・医療・介護情報利活用検討会 医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ（令和4年5月16日）  
資料1「全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤について」に加筆

# はこだて医療介護連携サマリを地域医療共通基盤の基本情報として活用するメリット

- 入院時にADL,IADLに関する情報が得られるため、入院中の看護計画の策定が効率化され、また質の高いケアにつなげることができる。
- 入院直後から退院に向けての調整が可能になる。
- 在院日数の短縮→ADL自立度の維持・向上→医療費のみならず介護給費の適正化にも寄与
- また、入院との連携を強化することで、在宅ケアの推進にも寄与できる。



# 我が国の現状の救急医療システム

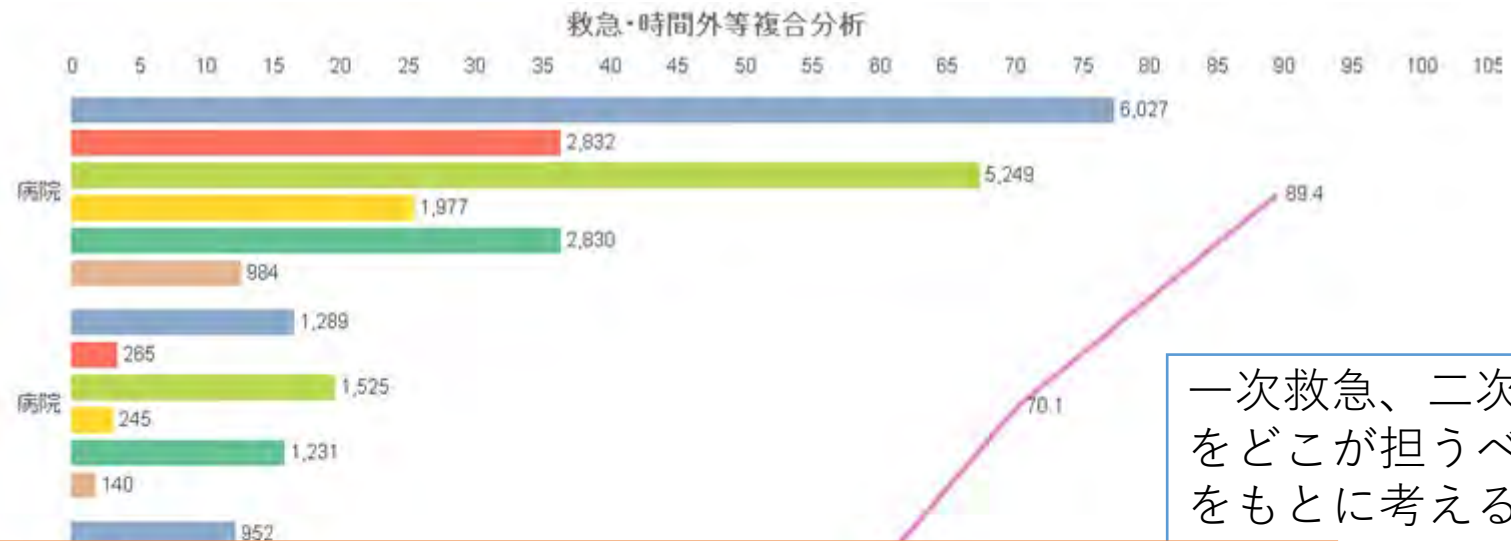


# 救急医療の機能分化は患者に理解されているのか？

実数	一次患者数	二次患者数	三次患者数
救命救急センター	1268.2	221.2	88.8
それ以外	729.0	137.7	32.6
%	一次患者割合	二次患者割合	三次患者割合
救命救急センター	68.9	15.3	15.8
それ以外	75.8	20.0	4.2

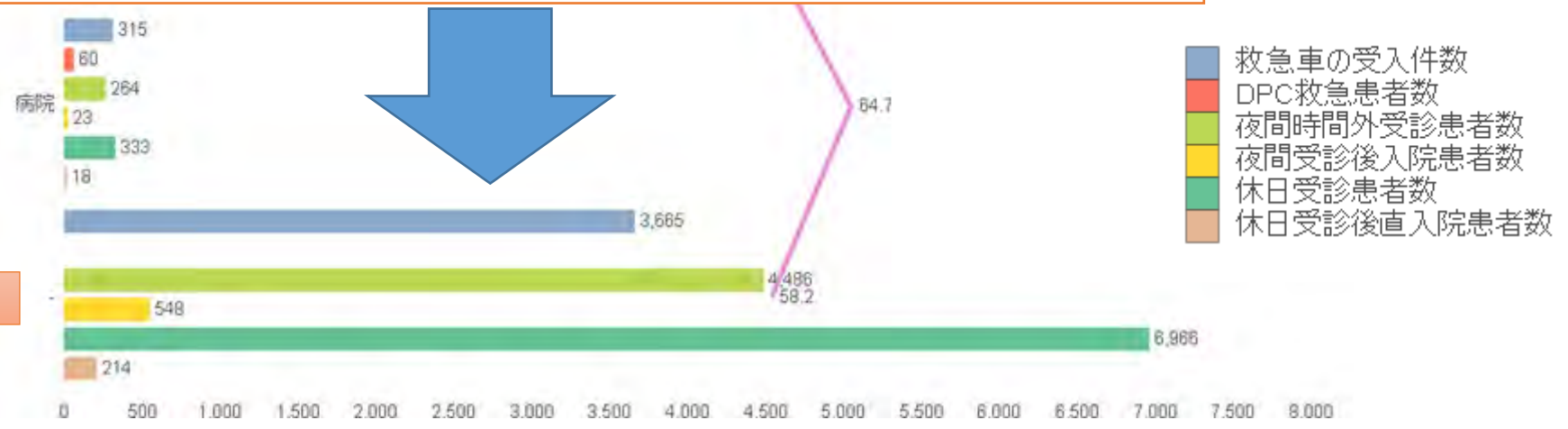
資料： 松田（2008年）

# DPCデータと病床機能報告の組み合わせによる救急医療の現状分析（ある医療圏）



一次救急、二次救急、三次救急をどこが担うべきかを、データをもとに考える。

**医師の働き方改革で、これらの病院が一次救急が出来なくなった場合、どうなるのか？**

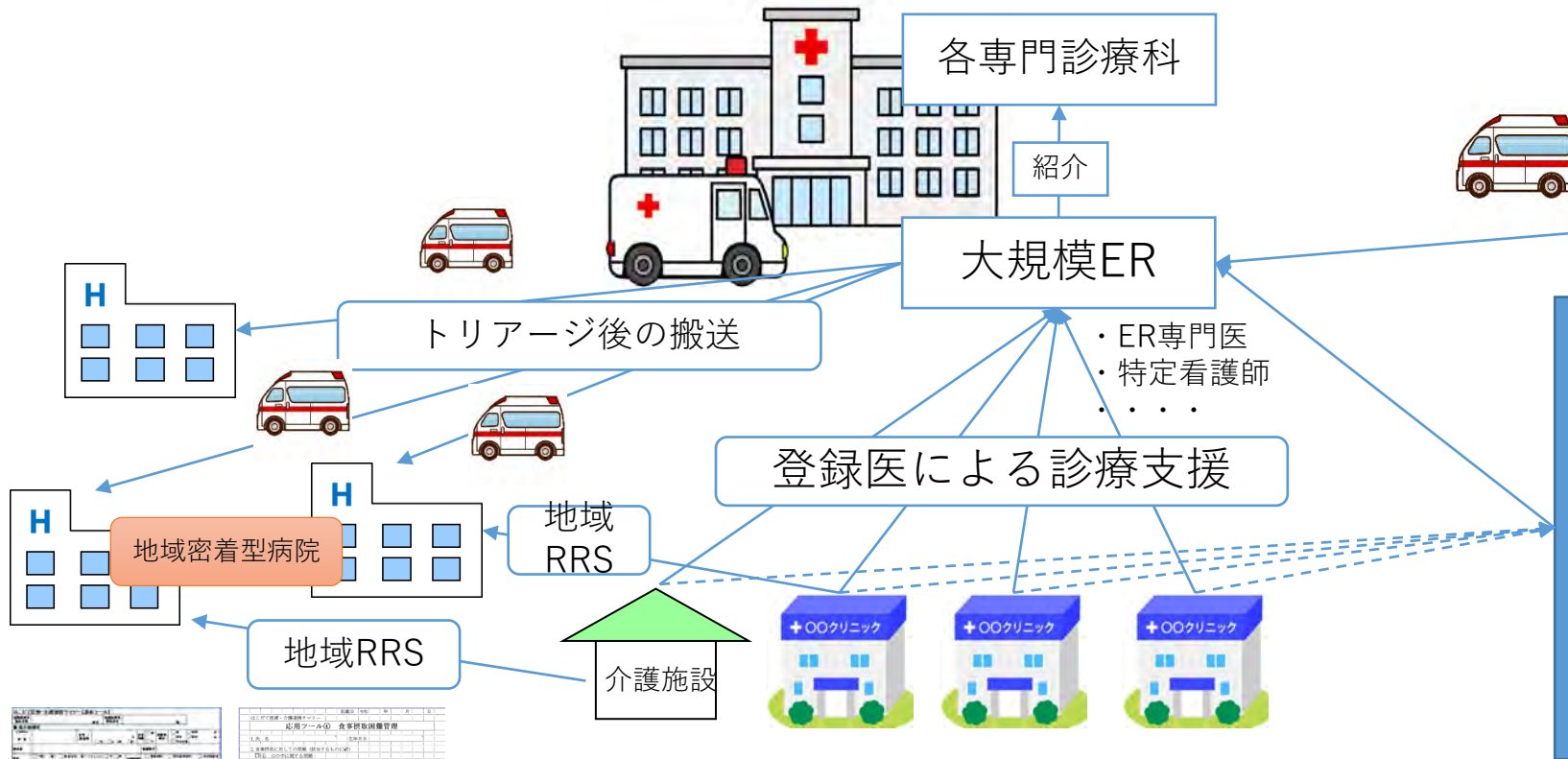


DPC対象病院以外

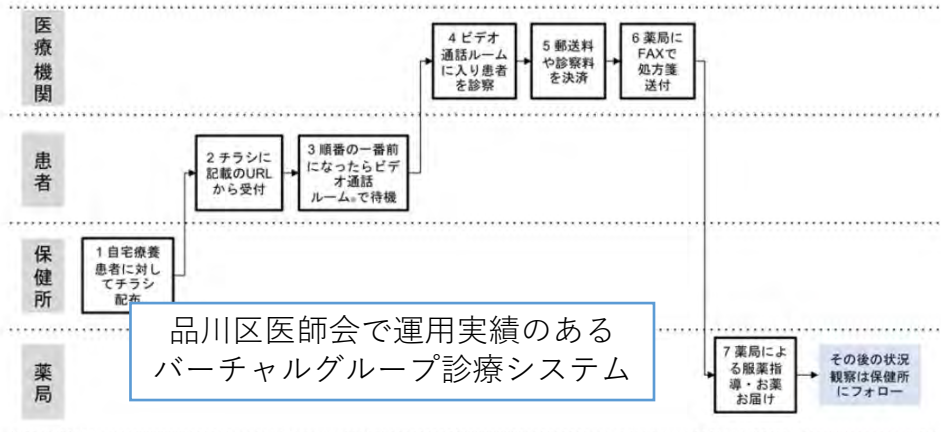
一次救急のバッファが大きくなないと、地域の救急医療体制は破綻するのではないか？

地域の開業医の高齢化や診療所の診療形態の変化を考えると、地方によっては自治体病院が一次救急によりコミットする仕組みが必要ではないか？

# 日本の救急医療在り方（病院 - かかりつけ医協同モデル）私案



項目	内容
1	自宅療養患者に対してチラシ配布
2	チラシに記載のURLから受付
3	順番の一番前になったらビデオ通話ルームで待機
4	ビデオ通話ルームに入り患者を診察
5	郵送料や診察料を決済
6	薬局にFAXで処方箋送付
7	薬局による服薬指導・お薬お届け
その他	その後の状況観察は保健所にフォロー



## ICTを活用したバーチャルER診察室

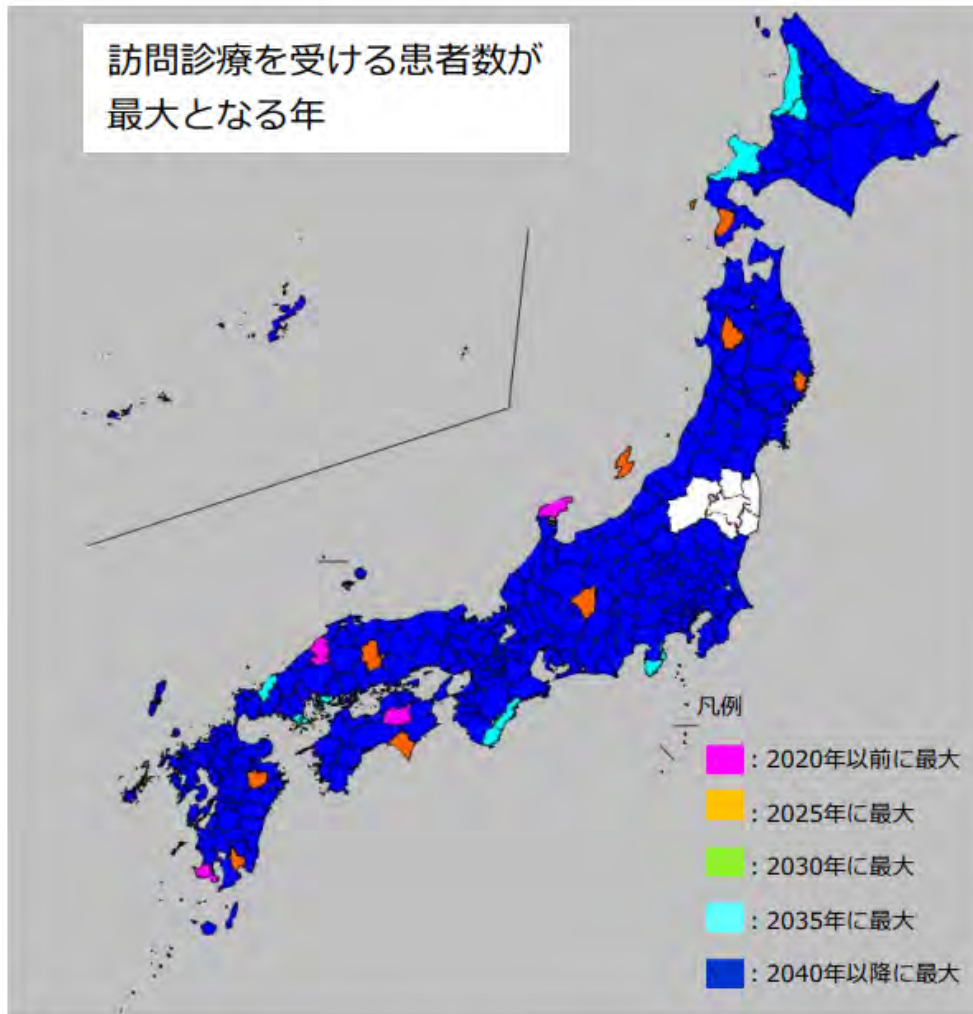
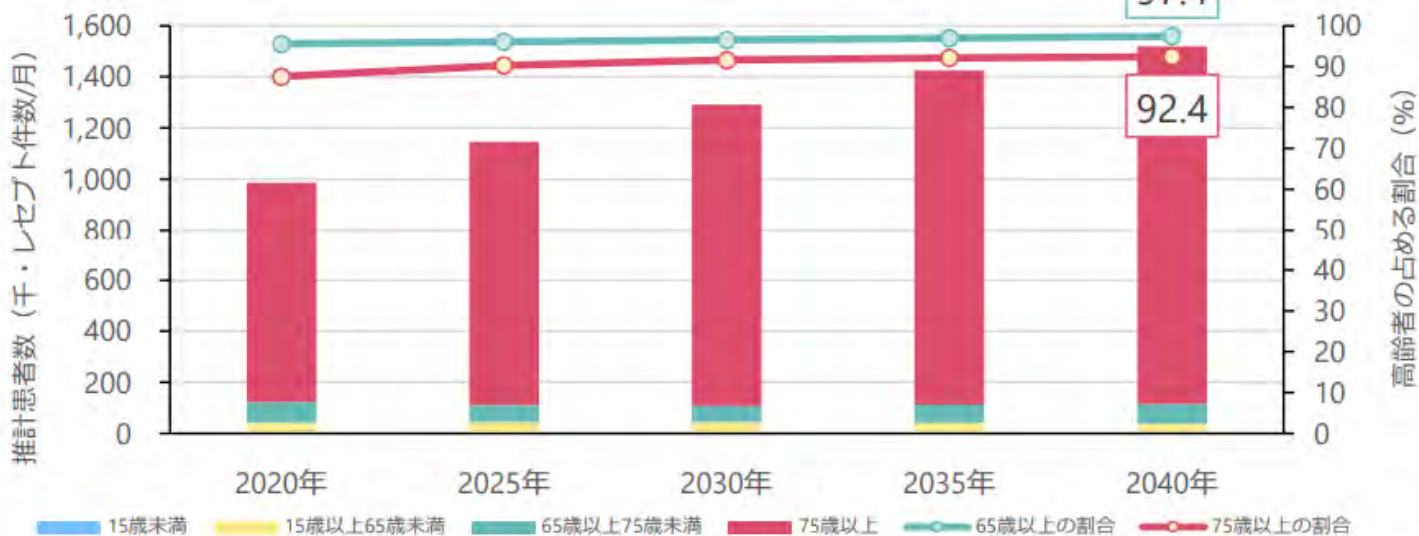
小児科領域で設定されている地域連携小児夜間・休日診療料の枠組みで、多くの地域で地域の開業医が小児診療を行う病院で夜間・休日の診療を行う体制が構築されている。

品川区医師会で運用実績のあるバーチャルグループ診療システム



# 在宅医療の時代がやってくる！

年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

# 西日本の一医療圏において訪問診療を利用していた対象者のサービス利用状況及び主な傷病の経時的変化 (N=8,914、2015年4月訪問診療利用者)

経過月	訪問診療*	訪問診療**	介護保険**	訪問看護医療**	訪問看護**	訪問介護**	通所介護**	通所リハ**	福祉機器**	特養**	老健施設**	介護療養**	小規模多機能**	グループホーム**	定期巡回**	一般病棟入院**	回復期入院**	療養入院**	死亡**	
																				33.7% (累積死亡)
0	100.0%	100.0%	96.2%	2.5%	21.5%	36.6%	25.9%	8.7%	53.0%	1.6%	0.4%	0.1%	2.1%	15.6%	4.5%	7.2%	0.1%	0.1%	1.0%	
5	83.3%	87.8%	91.8%	2.0%	19.3%	33.3%	23.7%	7.8%	47.9%	2.3%	1.6%	0.5%	2.0%	15.3%	4.4%	8.6%	0.6%	0.4%	1.0%	
11	73.4%	82.8%	89.2%	2.2%	18.1%	31.1%	22.3%	7.2%	45.2%	3.1%	2.2%	0.8%	1.9%	15.0%	4.3%	9.3%	0.6%	0.6%	1.3%	
17	64.9%	77.8%	87.1%	2.1%	17.1%	29.1%	18.5%	6.7%	42.9%	4.1%	2.8%	1.2%	2.0%	14.7%	4.1%	8.9%	0.5%	0.8%	1.2%	
23	56.3%	72.9%	84.5%	2.1%	15.9%	27.4%	17.3%	6.2%	40.6%	4.9%	3.1%	1.5%	1.8%	14.5%	4.0%	8.9%	0.6%	0.8%	1.6%	
29	49.6%	68.8%	82.0%	1.8%	15.1%	25.3%	15.5%	5.8%	38.2%	5.7%	3.3%	1.8%	1.6%	14.0%	3.8%	7.9%	0.6%	1.0%	1.0%	
35	43.2%	64.3%	78.5%	1.5%	13.6%	22.5%	13.4%	5.1%	34.2%	6.2%	3.3%	1.9%	1.6%	13.7%	3.5%	7.3%	0.4%	1.1%	1.2%	

\*: 観察開始時の訪問診療利用者に対する割合、\*\*: 各期間の期首生存数に対する割合

経過月	訪問診療*	訪問診療**	悪性腫瘍**	糖尿病**	高血圧性疾患**	肺炎**	誤嚥性肺炎**	肺炎広義**	脳梗塞**	他脳血管疾患**	腎不全**	他腎尿路生殖器系疾患**	虚血性心疾患**	心不全**	気分障害**	認知症**	骨折**	下肢関節障害**	死亡**	
																				33.7% (累積死亡)
0	100.0%	100.0%	20.9%	33.3%	69.0%	6.0%	2.2%	7.6%	16.4%	23.0%	9.7%	33.6%	26.1%	47.6%	13.8%	46.6%	15.7%	19.8%	1.0%	
5	83.3%	87.8%	18.4%	31.5%	66.4%	5.6%	3.1%	7.9%	16.3%	23.0%	9.1%	33.3%	25.3%	46.7%	13.6%	46.0%	15.3%	19.5%	1.0%	
11	73.4%	82.8%	18.0%	31.1%	65.0%	8.8%	3.2%	10.8%	15.9%	22.3%	8.8%	33.2%	24.9%	46.9%	13.6%	45.4%	16.3%	19.8%	1.3%	
17	64.9%	77.8%	17.5%	29.7%	63.2%	6.0%	3.6%	8.7%	15.1%	22.2%	9.1%	32.7%	23.5%	45.0%	13.9%	45.1%	17.6%	20.1%	1.2%	
23	56.3%	72.9%	17.7%	29.4%	61.1%	9.5%	3.6%	11.5%	14.7%	21.2%	8.4%	31.8%	22.7%	44.3%	13.7%	43.9%	17.4%	19.7%	1.6%	
29	49.6%	68.8%	15.8%	28.1%	58.4%	5.3%	3.4%	7.7%	13.9%	20.5%	8.5%	30.9%	21.7%	42.6%	13.6%	41.9%	16.5%	19.1%	1.0%	
35	43.2%	64.3%	14.9%	26.9%	55.8%	8.7%	2.9%	10.4%	13.0%	19.8%	8.1%	28.8%	20.7%	40.8%	13.1%	41.0%	16.2%	18.5%	1.2%	

\*: 観察開始時の訪問診療利用者に対する割合、\*\*: 各期間の期首生存数に対する割合

**訪問診療は、2015年4月に訪問診療を受けていた者に対する割合  
その他は、各年度の期首に生存していた者に対する割合**

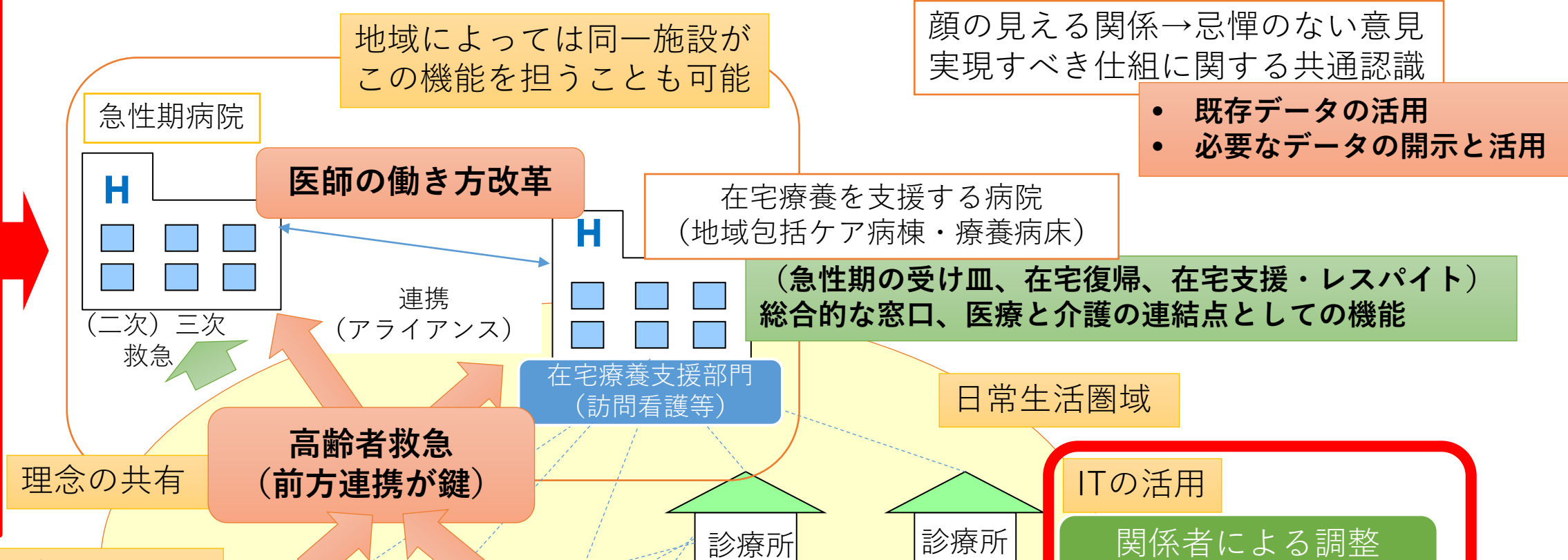
# この分析が示していること

- 在宅患者は、肺炎や尿路感染症、心不全の悪化などで一般病棟との間で**直接的な入退院**を繰り返しながら（月に10%弱）、3年間で3分の1が死亡している。
- 入院を繰り返すことで要介護度や認知症の悪化が生じ、グループホームや介護施設への入所に移行する者が3年間で5分の1程度発生する。
- 当初の半分の対象者（生存者の3分の2）は在宅療養を継続している。
- **在宅を支える入院があることで、在宅医療は安定する。**



# 診療所や介護施設を支援する病院を拠点とした ネットワーク化の必要性（**地域医療構想調整会議**で議論すべき内容）

行政の縦割りの弊害解消の必要性  
そのためには地域包括ケアが自治体の  
基本構想に位置づけられることが必要



ほぼ在宅、時々入院・入所体制を実現



人生の最終段階における療養生活の質の保障



生活支援サービス

# 現在の地域包括ケアの概念



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング<地域包括ケア研究会> 2016



# 先端医療から福祉まで「生きる」を応援します。

けいじゅヘルスケアシステムは、能登半島で先端医療から福祉までを担うグループとして80年歩んでまいりました。総合病院を核として「どんな時も急患を断らない」ことに誇りを持ち、チーム医療により最適な診断をし、最短で治療を受けられる体制を整えています。尊い命を守る技術力・設備に加え、ITによる情報共有(1患者1ID)により急性期から介護・福祉まで途切れることなくヒューマンサービスを提供します。

社会医療法人財団  
**荳仙会**

**恵寿総合病院 (426床)**

- 外科
- 消化器外科
- 乳腺外科
- 内科
- 消化器内科
- 心臓血管外科
- 循環器内科
- 脳神経外科
- 神経内科
- 整形外科
- 呼吸器外科
- 形成外科
- 美容外科
- 泌尿器科
- 皮膚科
- リハビリテーション科
- 産婦人科
- 放射線科
- PET-CT・リニアクセンター
- 小児科
- 眼科
- 耳鼻咽喉科
- 泌尿器科
- 麻酔科
- 皮膚科
- リハビリテーション科
- 放射線科
- PET-CT・リニアクセンター
- 健康増進センター
- 眼科



**恵寿金沢病院 (109床)**

- 内科
- 血液内科
- 呼吸器内科
- 外科
- 胃腸・消化器外科
- 整形外科
- 眼科
- 耳鼻咽喉科
- リウマチ科
- リハビリテーション科

**クリニック**

- 崎ヶ丘クリニック
- 鳥屋診療所
- 田鶴浜診療所
- 恵寿ローレルクリニック (西和)



**介護老人保健施設**

- 和光苑 (150床)
- 鶴友苑 (50床)
- 介護医療院
- 恵寿崎ヶ丘 (143床)



**小規模多機能型  
居宅介護施設**

- けいじゅ一本杉
- 恵寿みおや



**セントラルキッチン**

- けいじゅアピカサブライセンター



**介護老人福祉施設**

- エレガントなぎの浦 (92床)
- エレガントたつばま (25床)

**ケアハウス**

- アンジェリイなぎの浦 (30床)
- ローレルハイツ恵寿 (西和)



**デイサービスセンター**

- ほのぼの(在宅複合施設) (30床)
- いこい
- もみの木苑
- ふれあいの里



**けいじゅサービスセンター**

- 恵寿医宅介護支援事業所けいじゅ
- 医療福祉ショップ めぐみ

**健康増進センター**

- アスロン



**障がい者支援施設**

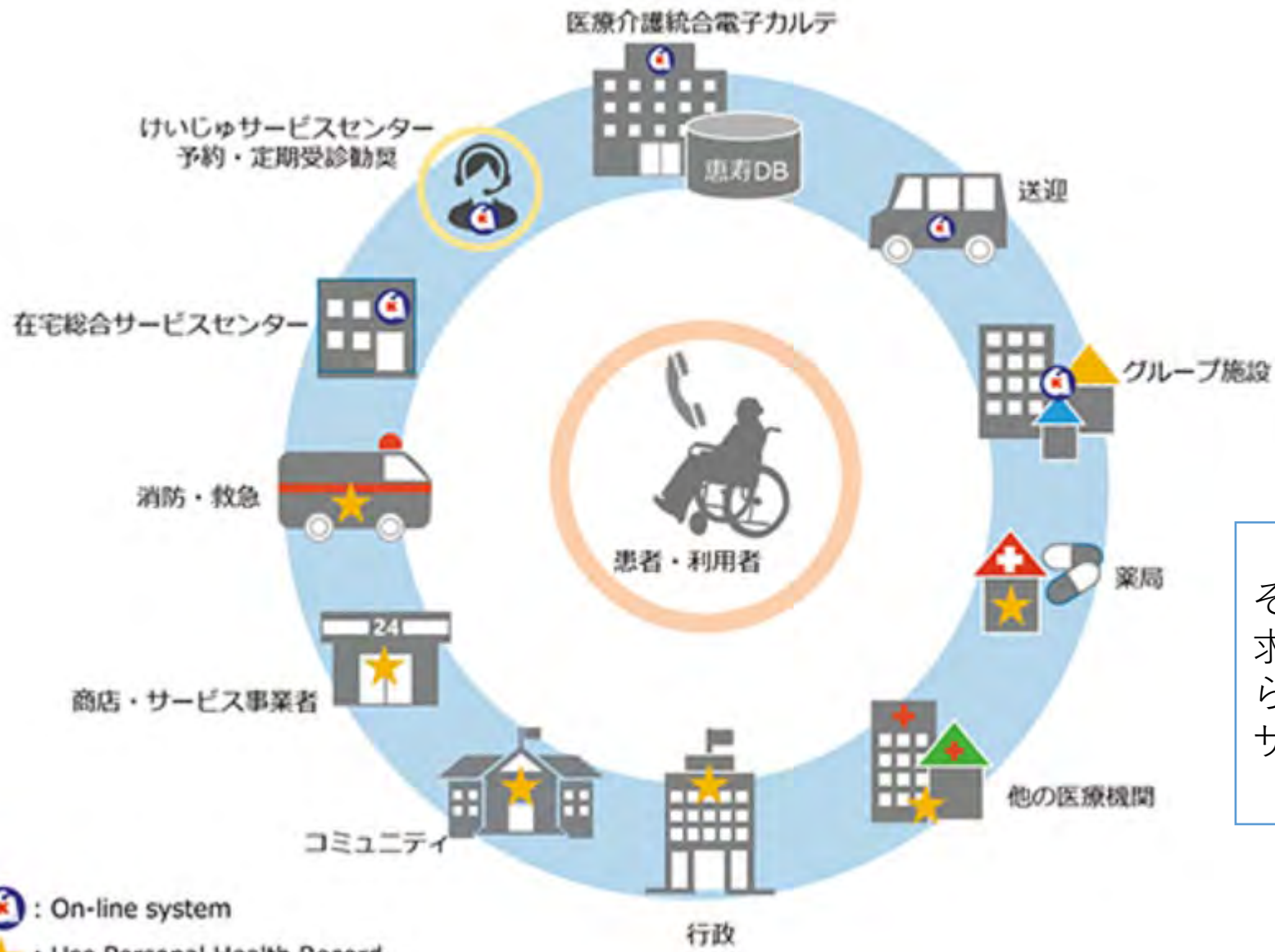
- 青山彩光苑リハビリテーションセンター(23床)
- 青山彩光苑ライフサポートセンター(80床)
- 青山彩光苑せえレーナ青山(20戸)
- 青山彩光苑穴水ライフサポートセンター(50床)
- 自立ホームけいじゅ(グループホーム、相談支援キアラ、ヘルパーステーション)
- さいごうえんの障害者生活支援センター
- さいごうえん障害者就業・生活支援センター
- 石川麻穂学園(130床)
- 青山彩光苑ワークセンター田鶴浜

社会福祉法人  
**徳充会**



**高齢者複合施設 ローレルハイツ恵寿 (99床)**

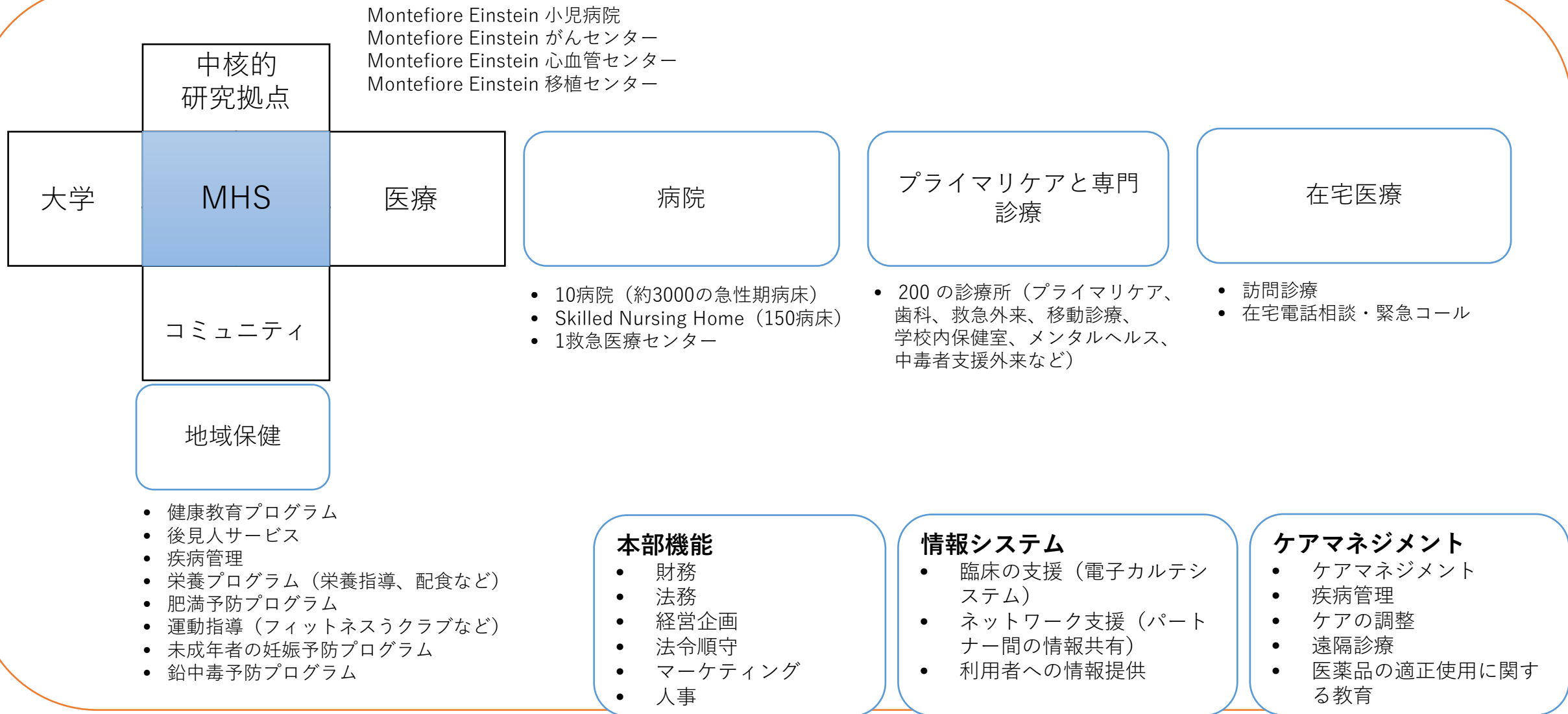
- 1F: 恵寿ローレルクリニック(家庭医科・血液浄化センター)
- 2F: 特定ケアハウス (30床)
- 3F: 一般ケアハウス (20床)・ヘルパーステーション
- 4F: サービス付き高齢者向け住宅 (29戸)
- 5F: サービス付き高齢者向け住宅 (20戸)



「入院の前後には患者の生活がある。その生活に医療者は配慮することが求められている。そして、経営面から考えれば、それはあらたな社会サービスの創造につながる」  
(神野正博)

資料：神野正博  
(2020)

# Montefiore Health System (NY) のACOの概要





# 特定健診について

## ある県の2017年度特定健診受診者の状況（女性のみ）

女性	指導区分				特定健診受診前1年間の外来受診有月数				特定健診受診前1年間の生化学的検査（I）判断料算定有月数			
	年齢階級	対象者数	積極的支援	動機づけ支援	情報提供	0回	1回	2-6回	7-12回	0回	1回	2-6回
40-44歳	649	3.2%	8.2%	88.6%	1.8%	3.4%	29.7%	65.0%	57.8%	20.6%	19.3%	2.3%
45-49歳	801	5.2%	9.2%	85.5%	1.7%	2.7%	27.0%	68.5%	55.7%	19.0%	21.1%	4.2%
50-54歳	1,263	9.1%	7.3%	83.6%	1.5%	2.9%	23.6%	72.1%	49.3%	19.1%	25.6%	6.0%
55-59歳	2,265	9.3%	8.3%	82.4%	1.1%	1.7%	20.0%	77.1%	46.1%	20.7%	26.3%	6.9%
60-64歳	5,170	10.6%	6.8%	82.6%	0.9%	1.2%	16.0%	81.9%	42.7%	23.5%	27.9%	5.9%
65-69歳	15,324	12.4%	6.9%	80.7%	0.5%	0.8%	10.1%	88.6%	36.2%	23.6%	33.0%	7.2%
70-74歳	15,997	14.9%	7.0%	78.1%	0.2%	0.4%	6.0%	93.4%	29.0%	23.4%	38.3%	9.3%
75歳	1,379	17.9%	8.3%	73.7%	0.9%	3.1%	31.8%	64.2%	37.1%	26.5%	32.3%	4.2%
合計	42,848	12.8%	7.1%	80.1%	0.6%	1.0%	11.5%	87.0%	35.9%	23.2%	33.4%	7.6%

受診者の90%が55歳以上

受診者の99%が特定健診受診前1年間の間に外来を受診

受診者の75%が特定健診受診前1年間の間に特定健診と同様の生化学検査を受検

# 今後わが国は骨折のパンデミックが起こる

診断名	2030			男性人口 = 105,430		長崎県2030				
	入院のあった者	合計入院日数	ALOS	目標ALOS	入院患者削減目標数	推計費用額	合計費用額	推計費用額	差	削減率
骨折	9,721	486,909	50			13,944,565,308	110,902,164,580	110,902,164,580	0	0.0%
脳梗塞	3,699	297,526	80			7,173,307,687				
その他の心疾患	6,063	300,633	50			7,014,343,396				
アルツハイマー病	2,362	445,830	189			6,200,818,796				

## 【分析の概要】

2020年度のある県のNDBを用いて、入院医療費に影響する要因について一般化線形モデルを用いてモデリングを行った。モデリングに際してはデータの半数を学習用データとして用い、残りの半数のデータを検証用とした。Neural net、Linear-AS、線形回帰、一般化線形モデルなど14のモデルを用いて推計を行った結果、一般化線形モデルを採用した。推計されたモデルで検証用データを分析した結果相関係数は0.823であった。

変数は主傷病122、年齢階級、性別である。

このモデルに社会保障人口問題研究所の人口推計を掛け合わせて、将来の傷病別入院医療費の推計モデルを作成。

令和5年度 厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

レセプトデータ等を用いた、長寿化を踏まえた医療費の構造の変化に影響を及ぼす要因分析等のための研究(22AA0101)

研究代表者: 松田晋哉

# 今後わが国は骨折のパンデミックが起こる

診断名	2030			地域		長崎県		男性人口=	105,430	長崎県2030			
	入院のあった者	合計入院日数	ALOS	目標ALOS	入院患者削減目標数	推計費用額	合計費用額	推計費用額	差	削減率			
骨折	9,721	486,909	50	40	2,000	8,844,987,873	110,902,164,580	105,802,587,146	5,099,577,434	4.6%			
脳梗塞	3,699	297,526	80			7,173,307,687							
その他の心疾患	6,063	300,633	50			7,014,343,396							

骨折の平均在院日数を10日削減し、入院患者数を2000人減らすことができると、この県では75歳以上の入院医療費を4.6%削減することができる。

そのためには、ハイリスクグループに対する早期からの筋力向上プログラムが必要。特定健診では、そのハイリスクグループ（55歳以上の女性）が多数受診している。

健診の総合化を行うことが必要ではないか？



# まとめ

- 高齢化の進展によって医療と介護、そして生活のニーズが複合化している。
- 各病院がその病院の機能を十分に発揮するためには、その病院の入院前後の各種サービス提供者と連携する必要がある。
- 連携の推進が、これからの医療制度、介護保険制度の鍵になる。
  - 連携をやりやすい究極の形は医療介護生活複合体で、この形成も進む。
- 連携のためのツールとして、はこだて医療介護連携サマリは演者が知る限り、この国でもっともすぐれた仕組み
- この仕組みを我が国全体で一般化することが望ましいと考える。
- 医療費・介護給付費の適正化に関しては、今後骨折対策が重要になる。