

日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会（令和3年7月18日）

地域医療連携と医療・介護連携

産業医科大学
医学部公衆衛生学

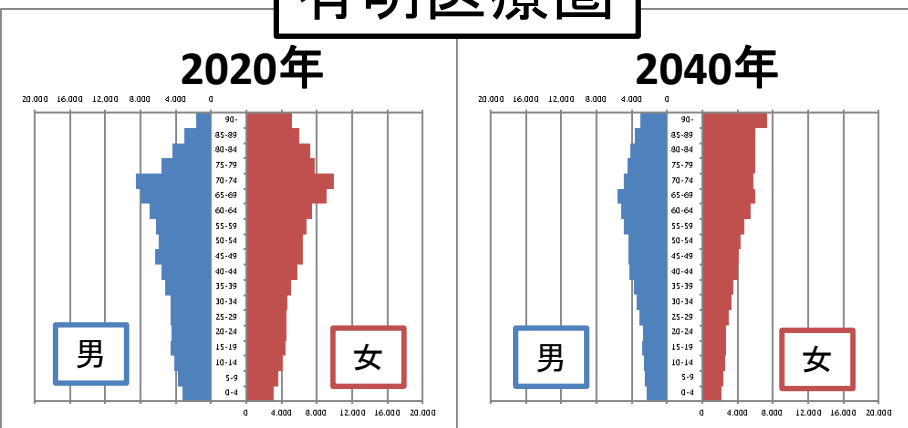
教授 松 田 晋 哉

人口の動向はよほどのことが無い限り、確実な未来である

P.F ドラッカー(上田惇生・他 訳):
すでに起こった未来、
東京:ダイヤモンド社、1994.

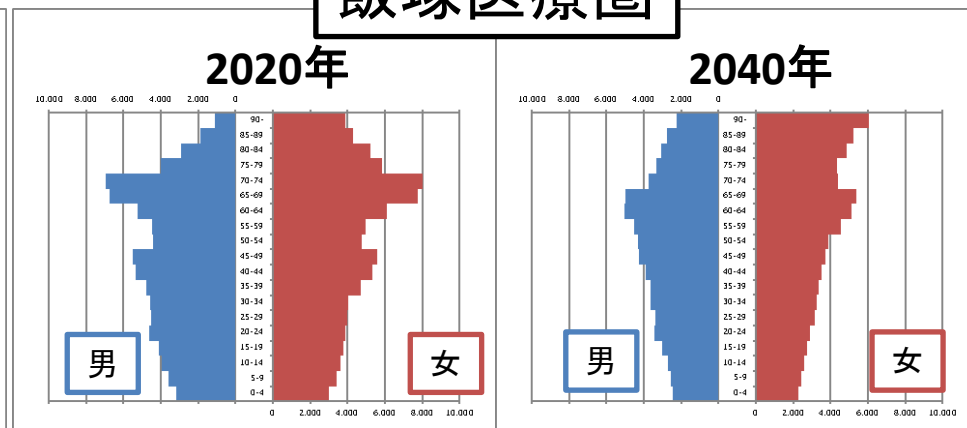
福岡県内4地域の 2020年と2040年の人口ピラミッド

有明医療圏



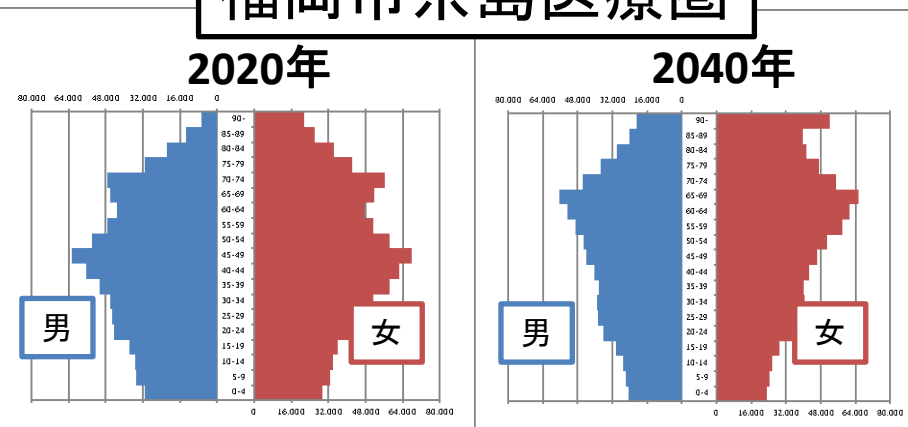
横軸のスケールは最大2万人

飯塚医療圏



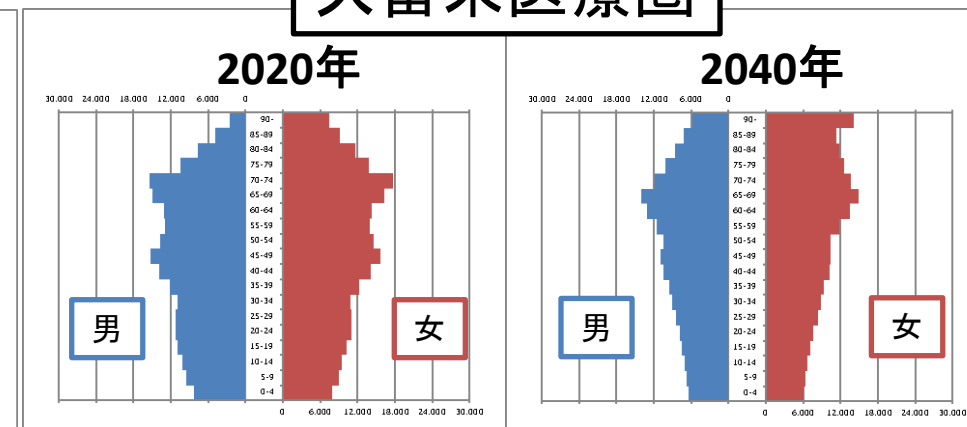
横軸のスケールは最大1万人

福岡市糸島医療圏



横軸のスケールは最大8万人

久留米医療圏



横軸のスケールは最大3万人

今後我が国は多死社会になる

質の高い医療・介護の総合的提供体制 が人生の最終段階におけるQOLに大きく 影響する

人口構造の変化の傷病構造への影響

急速な人口構造の変化は傷病構造を変える。
しかも、それは地域ごとに異なる。

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

有明医療圏

入院患者推計

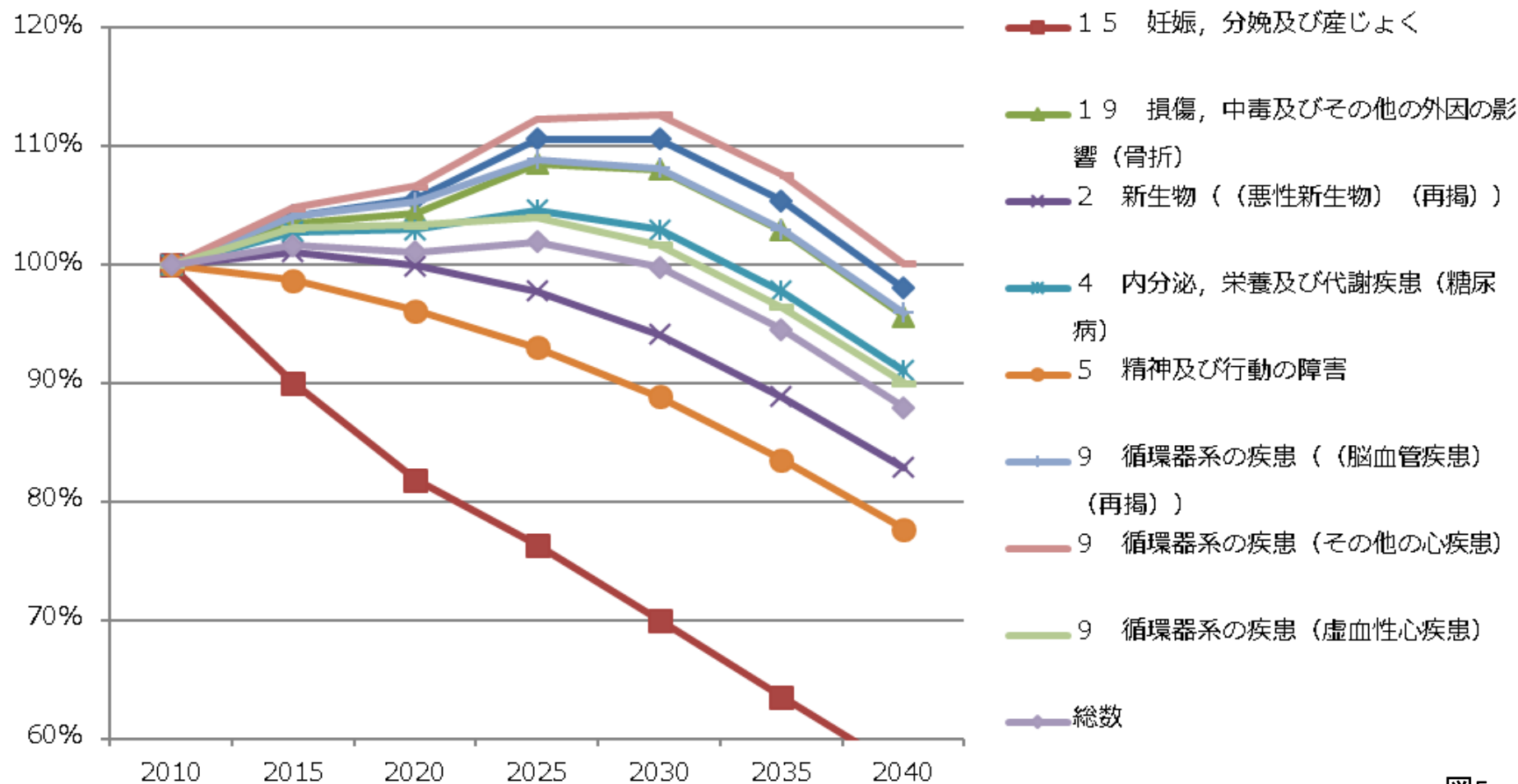


図5

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

有明医療圏

外来患者推計

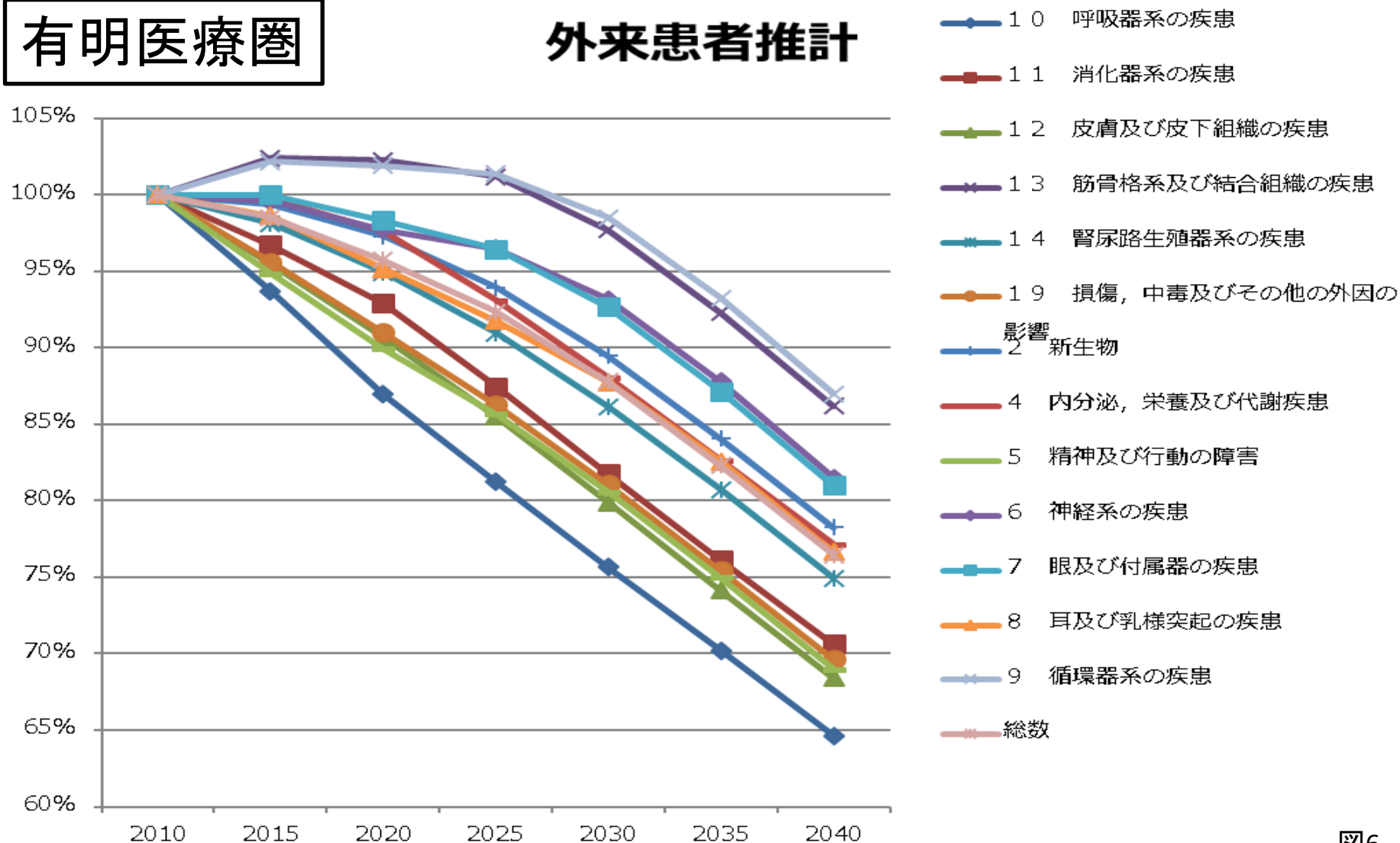


図6

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

福岡市糸島医療圏

入院患者推計

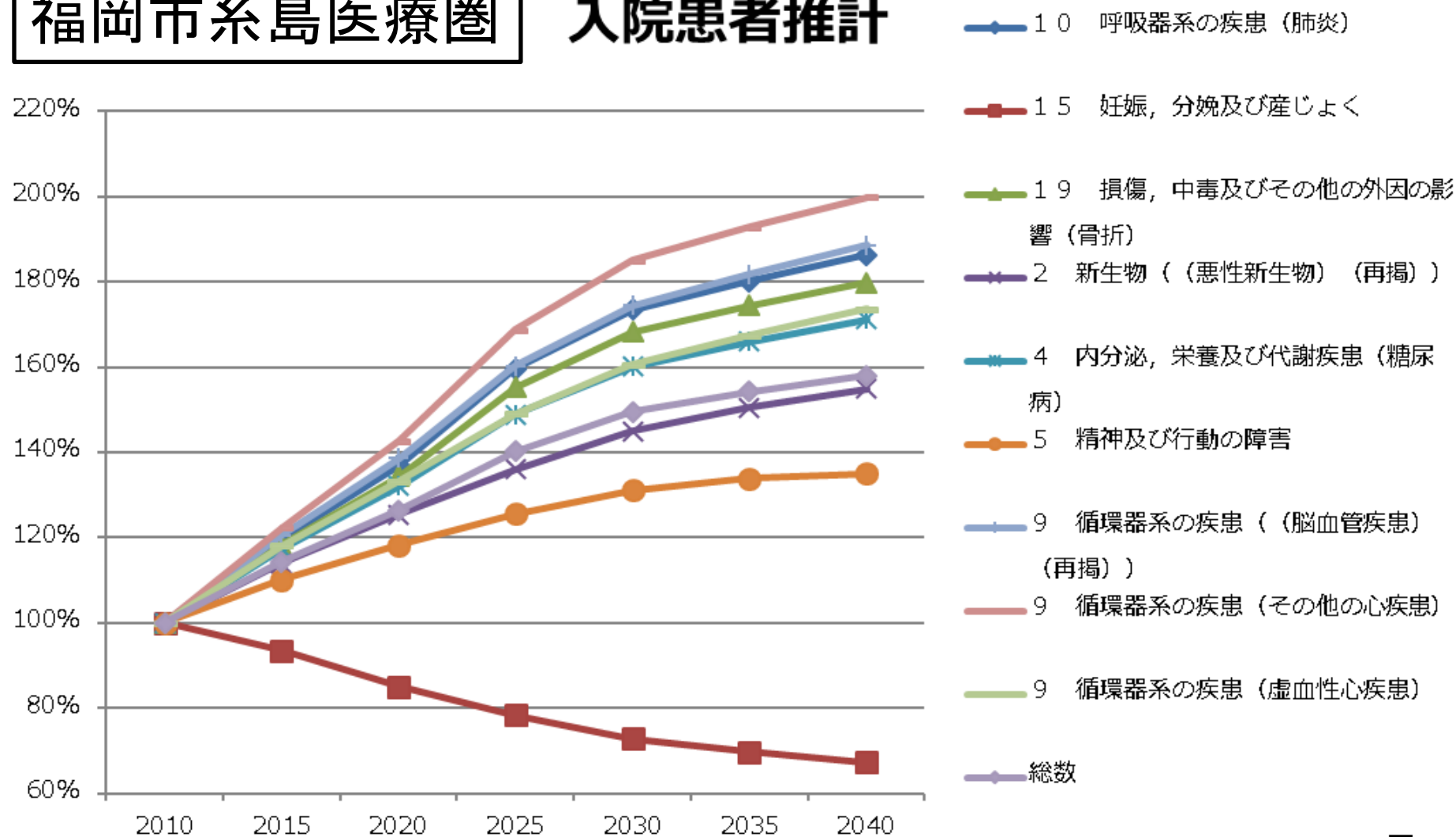
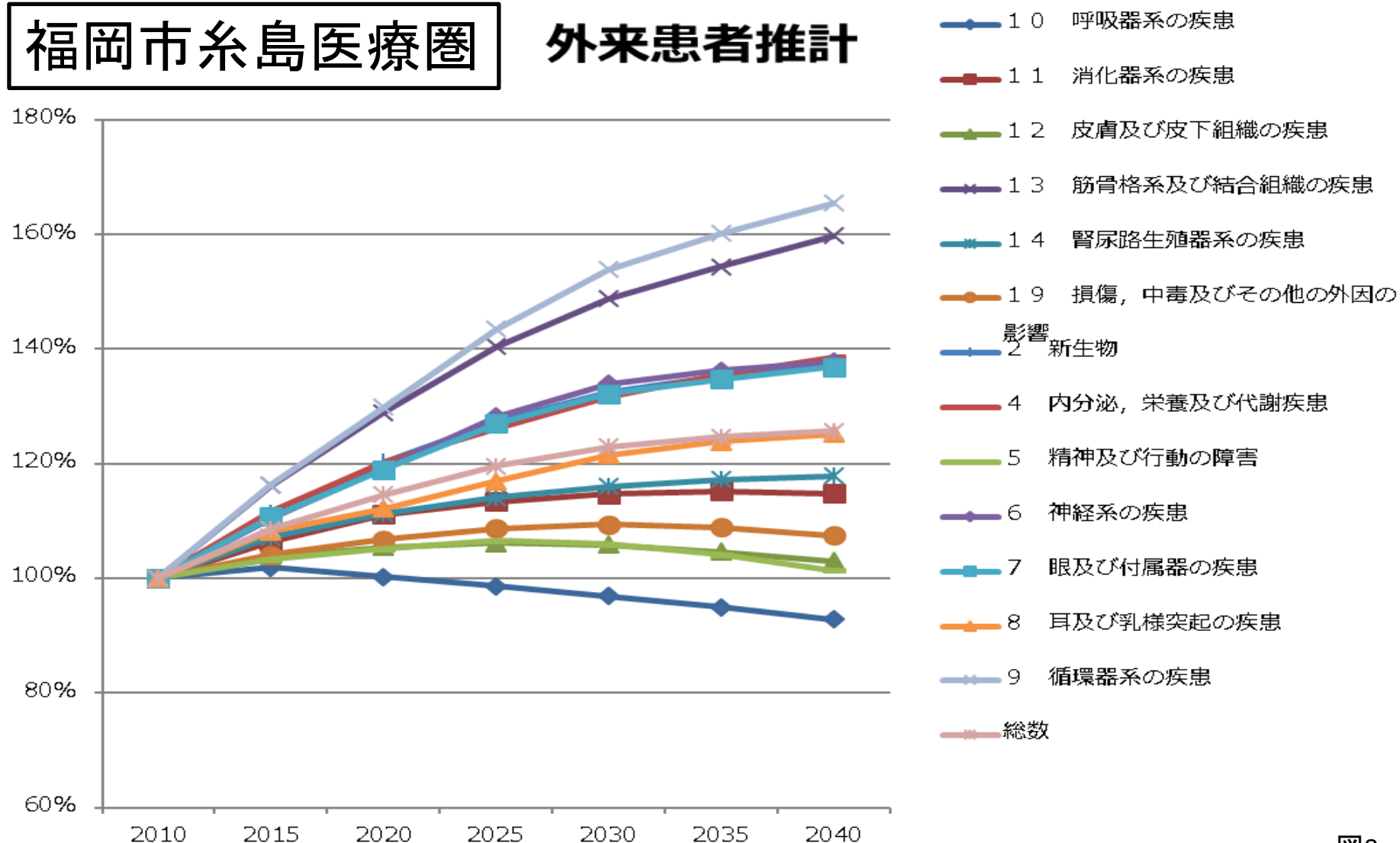


図7

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

福岡市糸島医療圏

外来患者推計



福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

飯塚医療圏

入院患者推計

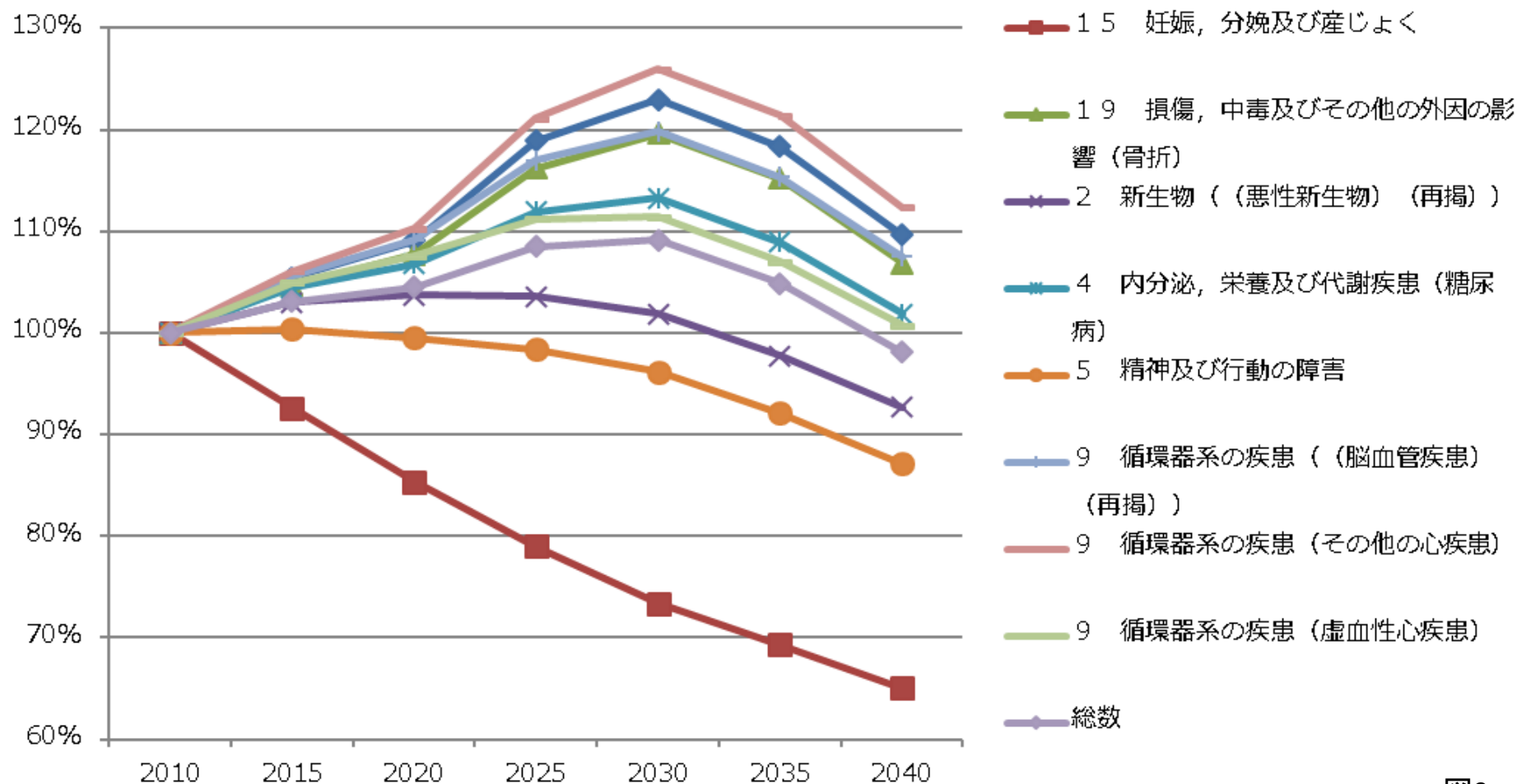


図9

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

飯塚医療圏

外来患者推計

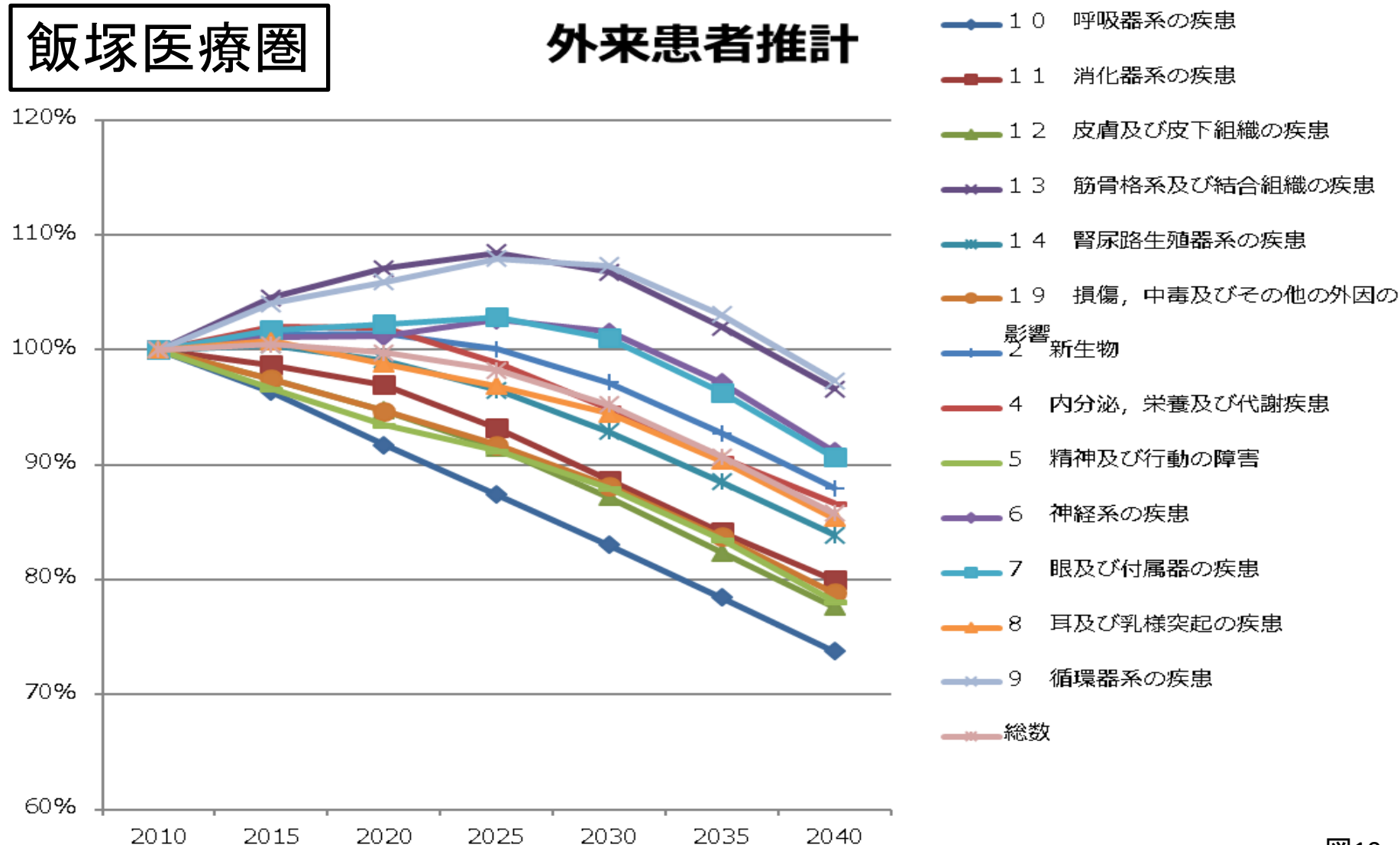


図10

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

久留米医療圏

入院患者推計

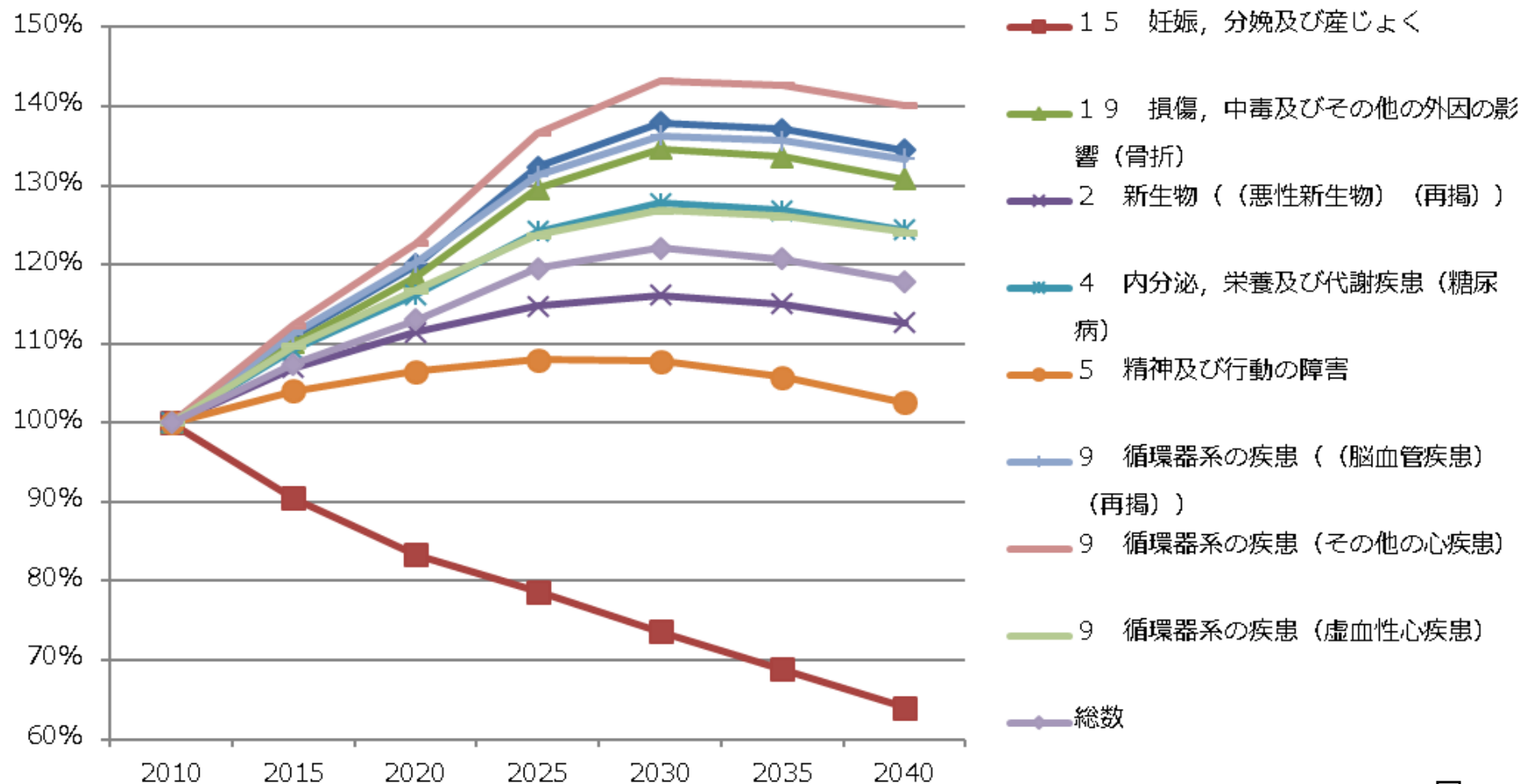


図11

福岡県内4地域の 2010年から2040年の傷病構造の変化

久留米医療圏

外来患者推計

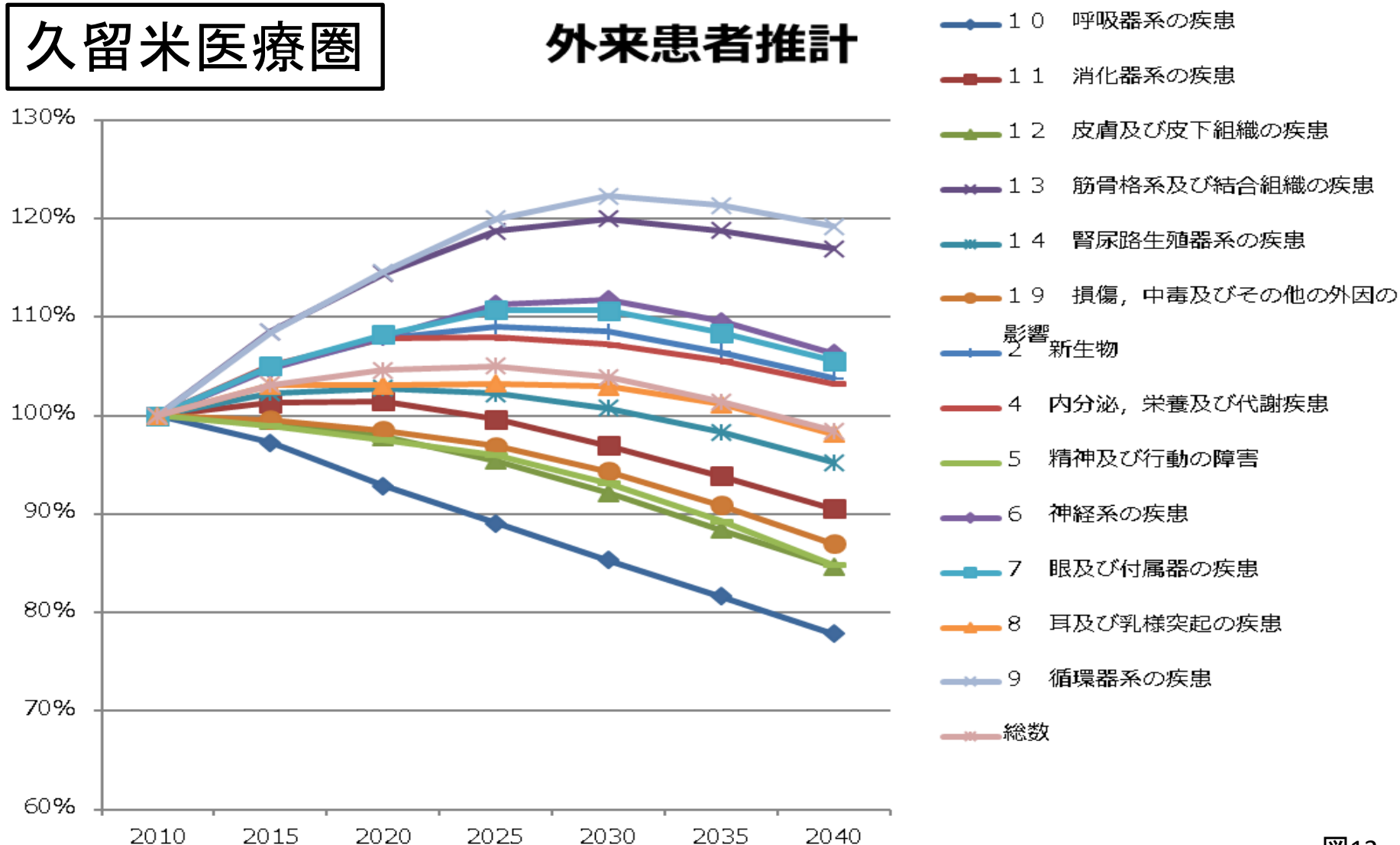


図12

医療・介護ニーズの複合化

高齢化の進行により、急性期から慢性期医療の複合化、医療と介護との複合化が進行する。それは救急医療の在り方にも影響する。

全国における介護施設・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	%	累積%	女性割合	平均年齢	年齢 標準偏差	平均在院 日数	在院日数 標準偏差	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
	612,782	100.0%		64.9	84.3	11.3	24.8	44.2	55.9	38.4	13.9	3.1
誤嚥性肺炎	86,712	14.2%	14.2%	53.8	85.6	9.1	29.4	44.4	64.5	46.0	17.4	1.8
肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	55,322	9.0%	23.2%	58.0	85.6	10.6	26.8	45.0	60.2	36.9	17.3	1.8
股関節大腿近位骨折	44,967	7.3%	30.5%	82.8	86.9	7.7	28.6	25.2	58.9	41.3	2.5	0.1
腎臓または尿路の感染症	34,177	5.6%	36.1%	71.3	85.1	9.7	22.9	30.0	48.6	30.4	7.0	0.3
心不全	32,491	5.3%	41.4%	73.2	88.5	7.1	26.8	34.8	74.8	45.4	21.3	2.7
脳梗塞	24,638	4.0%	45.4%	72.6	86.3	7.9	30.4	51.8	75.8	57.7	10.9	0.7
該当なし	16,010	2.6%	48.0%	65.4	83.6	11.8	22.1	39.8	60.0	50.4	14.7	3.3
胆管（肝内外）結石、胆管炎	14,792	2.4%	50.4%	69.2	86.3	8.6	19.3	32.3	51.7	25.8	5.5	0.4
体液量減少症	14,718	2.4%	52.8%	73.2	86.8	8.5	25.9	36.5	71.3	21.2	14.5	1.0
ヘルニアの記載のない腸閉塞	12,855	2.1%	54.9%	57.6	81.5	12.8	22.6	34.8	57.9	37.7	11.1	3.0
徐脈性不整脈	12,854	2.1%	57.0%	64.8	85.6	9.7	7.3	17.7	79.8	76.8	67.7	60.3
食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾病）	11,860	1.9%	58.9%	68.6	84.5	10.9	18.0	29.3	56.4	42.4	8.4	1.7

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）												
		http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp										

出典： Matsuda S et al（投稿中）

図15

救急搬送による入院の主な傷病別患者数の 2016年と2035年の比較（男女別；75歳以上）

	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）

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%

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？

出典： 松田(2019)

介護施設入所者はどのようなサービスを経時的に使っているのか？

西日本の一自治体で2012年4月に介護施設に入所している高齢者を4年間追跡してみると・・・

患者移動の実際 (西日本の一自治体データ)

出典： 松田晋哉・他(2018)

介護療養病床(1,602人)															
経過月	介護療養 残存率	一般病棟 入院	回復期 入院	療養入院	精神入院	特定施設	老健施設	特養	GH利用	訪問診療	訪問介護	通所介護	通所リハ	死亡	累積 死亡率
1	100.0%	7.6%	0.3%	3.7%	0.7%	0.0%	1.7%	0.5%	0.1%	0.4%	0.4%	0.4%	0.2%	0.5%	0.5%
6	72.5%	8.0%	0.2%	7.5%	0.9%	0.0%	8.4%	4.1%	0.5%	1.3%	1.0%	0.6%	0.8%	1.8%	5.0%
12	56.0%	8.6%	0.0%	10.6%	0.9%	0.0%	10.5%	7.7%	0.6%	2.0%	1.7%	1.4%	0.9%	1.2%	10.7%
18	47.1%	8.5%	0.0%	13.6%	1.1%	0.0%	11.8%	10.9%	0.5%	2.4%	1.9%	1.9%	1.1%	0.8%	14.5%
24	39.1%	8.6%	0.0%	14.1%	1.4%	0.0%	12.5%	12.9%	0.6%	3.4%	2.9%	2.4%	1.3%	2.2%	18.8%
30	32.5%	9.6%	0.2%	16.3%	1.5%	0.0%	14.0%	16.5%	1.0%	3.3%	2.7%	2.5%	1.2%	2.5%	22.5%
36	26.3%	6.4%	0.0%	17.1%	2.9%	0.0%	14.5%	17.8%	0.7%	4.3%	2.9%	3.1%	1.2%	1.2%	25.8%
42	20.5%	9.7%	0.0%	22.5%	3.0%	0.0%	17.0%	21.3%	1.2%	5.2%	2.1%	3.6%	1.5%	2.7%	28.9%
48	16.4%	11.8%	0.0%	23.3%	2.7%	0.0%	18.3%	24.4%	1.5%	6.5%	1.9%	4.2%	1.9%	1.1%	31.7%
老人保健施設(6,325人)															
経過月	老健 残存率	一般病棟 入院	回復期 入院	療養入院	精神入院	特定施設	特養	介護療養 入院	GH利用	訪問診療	訪問介護	通所介護	通所リハ	死亡	累積 死亡率
1	100.0%	7.9%	0.7%	1.8%	0.5%	0.0%	1.0%	0.4%	0.4%	0.9%	1.5%	2.3%	2.1%	0.3%	0.3%
6	75.0%	9.4%	0.3%	3.3%	1.0%	0.1%	6.0%	1.4%	1.6%	3.1%	3.2%	4.3%	4.6%	1.0%	3.9%
12	62.2%	10.6%	0.1%	4.6%	1.5%	0.1%	12.4%	2.1%	2.4%	4.4%	3.4%	4.2%	4.0%	0.9%	9.2%
18	50.8%	11.3%	0.2%	6.0%	1.5%	0.2%	19.3%	2.9%	3.0%	6.6%	4.3%	5.1%	4.9%	1.4%	13.9%
24	42.8%	12.3%	0.2%	7.7%	1.8%	0.1%	26.2%	4.0%	3.4%	8.1%	4.3%	5.1%	4.3%	2.0%	18.3%
30	35.5%	12.7%	0.6%	8.6%	2.0%	0.2%	33.1%	4.5%	3.7%	9.6%	4.9%	5.2%	5.7%	1.9%	22.2%
36	29.5%	15.7%	0.3%	10.6%	2.0%	0.3%	39.1%	5.6%	4.3%	10.7%	5.3%	5.3%	5.3%	2.1%	26.2%
42	24.4%	14.0%	0.4%	10.5%	2.5%	0.3%	47.6%	6.3%	5.1%	11.5%	5.1%	5.4%	5.6%	1.6%	29.6%
48	20.8%	16.0%	0.2%	9.9%	2.7%	0.2%	54.3%	6.9%	5.4%	13.5%	5.5%	6.0%	5.5%	1.1%	32.6%
介護老人福祉施設(7,319人)															
経過月	特養 残存率	一般病棟 入院	回復期 入院	療養入院	介護療養 入院	精神入院	特定施設	老健施設	GH利用	訪問診療	訪問介護	通所介護	通所リハ	死亡	累積 死亡率
1	100.0%	5.2%	0.1%	0.5%	0.1%	0.2%	0.0%	0.9%	0.2%	1.1%	0.2%	0.4%	0.0%	0.7%	0.7%
6	89.9%	6.9%	0.1%	1.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.8%	0.0%	0.1%	0.0%	1.0%	5.4%
12	78.4%	7.2%	0.1%	1.6%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.0%	0.1%	0.1%	0.0%	1.7%	12.7%
18	68.7%	7.2%	0.0%	2.2%	0.5%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.3%	18.3%
24	60.5%	6.9%	0.0%	2.4%	0.6%	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	1.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.4%	23.7%
30	51.5%	7.3%	0.1%	3.0%	0.8%	0.1%	0.0%	0.5%	0.0%	1.0%	0.2%	0.1%	0.0%	1.6%	28.1%
36	44.1%	8.8%	0.2%	3.3%	1.1%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.9%	0.2%	0.1%	0.0%	1.8%	32.9%
42	38.4%	7.5%	0.1%	4.3%	1.0%	0.1%	0.0%	0.7%	0.1%	1.0%	0.2%	0.2%	0.0%	1.3%	36.3%
48	32.9%	8.1%	0.1%	4.1%	1.1%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	2.1%	0.2%	0.2%	0.0%	1.8%	40.3%

高齢化の進行に伴う医療・介護複合ニーズの変化にどのように対応するのか？

- 急性期入院→回復期入院(リハ)→慢性期(入院・入所・在宅)という一方向の流れではなく、急性期↔在宅という直接的往復のケースが増えている。
 - その原因疾患として肺炎、心不全、尿路感染症によるものが増加している。

高齢者救急の「出口問題」

入院時診断が誤嚥性肺炎の全患者174例を分析

→ 全例が救急外来からの入院
(ほとんどが救急車で来院)

→ 年齢の中央値: 84.0歳

→ 入院日数の中央値: 14日

→ 入退院経路の分析: 自宅 66%、
施設からの搬入 33%

→ 退院先: 自宅 31%
施設 17%

半数近くが元の場所に戻れない
(転院 40%、死亡 12%)

出典: 薬師寺(2018)

高齢社会における入院医療の問題

2011年4月から2017年3月までの間に肺炎で老健からDPC対象病院に入院した要介護認定情報のある75歳以上の患者(3,682名;4自治体データ)



在院日数に影響する要因の分析

- 要介護度
- 年齢
- 肺炎の種類
- 併存症の種類
- 死亡の有無
- 救急医療の利用
- ICU等の利用
- 連携の有無
- 退院先

分析結果

平均在院日数

(老健からDPC対象病院に入院した75歳以上の肺炎症例:4自治体データ)

- 併存症の有無やICU利用等で見た重症度は在院日数にほとんど影響しない
- 最も大きな影響を持っているのは「送り元の施設に帰れるか否か」→約23日の違い

出典:松田・他(投稿中)

		度数	(%)	平均値	標準偏差	p値
心不全	なし	2,456	66.7%	29.2	25.6	0.218
	あり	1,226	33.3%	31.1	48.9	
脳梗塞	なし	3,318	90.1%	29.5	35.0	0.100
	あり	364	9.9%	32.8	35.8	
他脳血管疾患	なし	2,735	74.3%	29.9	37.5	0.918
	あり	947	25.7%	29.7	27.0	
悪性腫瘍	なし	3,116	84.6%	29.3	35.3	0.030
	あり	566	15.4%	32.7	33.8	
認知症	なし	2,759	74.9%	30.5	38.0	0.010
	あり	923	25.1%	27.8	24.3	
誤嚥性肺炎	なし	1,601	43.5%	28.1	43.5	0.007
	あり	2,081	56.5%	31.2	26.8	
性別	男性	1,519	41.3%	30.7	28.2	0.231
	女性	2,163	58.7%	29.3	39.2	
老健一致	なし	1,199	32.6%	45.4	32.8	<0.001
	あり	2,483	67.4%	22.3	33.7	
連携関連報酬算定	なし	2,878	78.2%	30.6	37.9	0.010
	あり	804	21.8%	27.0	22.4	
ICU利用	なし	3,659	99.4%	29.8	35.2	0.281
	あり	23	0.6%	37.7	24.3	
年齢階級	75～84歳	1,049	28.5%	30.8	26.5	0.003
	85～94歳	2,126	57.7%	30.6	41.2	
	95歳以上	507	13.8%	24.9	18.7	
	合計	3,682		29.8	35.1	
要介護度	要支援2	2	0.1%	14.5	4.9	0.001
	要介護1	179	4.9%	25.7	22.8	
	要介護2	472	12.8%	27.7	24.7	
	要介護3	843	22.9%	28.0	26.2	
	要介護4	1,244	33.8%	29.2	27.5	
	要介護5	942	25.6%	34.1	52.7	
	合計	3,682		29.8	35.1	

在院日数に関連する要因の分析結果

(老健からDPC対象病院に入院した75歳以上の肺炎症例:
4自治体データ)

出典: 松田・他(投稿中)

第1次レベル患者、第2次レベル病院のマルチレベルモデル分析						
パラメータ	推定値	標準誤差	p値	95% 信頼区間		
切片	23.6	11.3	0.037	1.5	～	45.8
老健一致 (なし=0, あり=1)	-25.1	1.4	<0.001	-27.8	～	-22.3
連携関連報酬算定 (なし=0, あり=1)	-1.3	0.3	<0.001	-1.8	～	-0.7
誤嚥性肺炎 (なし=0, あり=1)	0.5	1.2	0.691	-1.9	～	2.8
悪性腫瘍 (なし=0, あり=1)	2.5	1.5	0.109	-0.5	～	5.4
認知症 (なし=0, あり=1)	-2.3	1.3	0.069	-4.8	～	0.2
救急 (なし=0, あり=1)	-2.8	1.8	0.113	-6.3	～	0.7
要介護度 (要支援2=1～要介護5=6)	1.0	0.5	0.033	0.1	～	1.9
老健一致連携交互作用	0.8	0.3	0.012	0.2	～	1.3

同じ施設に帰れると25日平均在院日数が短くなる。また、連携は在院日数を短縮する

介護老人保健施設で口腔衛生管理加算を算定していた 利用者の退所後の肺炎発生状況に関する分析（１）

（国内4自治体の2011年4月から2018年3月の内科及び歯科レセプト（国保、後期高齢者；調剤も含む）と介護レセプト、N=2,451名） 出典：松田・他（投稿中）

口腔衛生管理加算の算定要件

「『イ施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者または入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること（以下略）』を行っている老人保健施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月に4回以上行った場合に、1月につき所定単位数を算定」

40%も退所後肺炎にり患

性(女性)	68.3	
年齢（平均、標準偏差）	86.4	7.3
観察期間（月：平均、標準偏差）	6.2	9.0
要介護度		
要支援 2	0.0	
要介護 1	8.3	
要介護 2	15.1	
要介護 3	22.9	
要介護 4	30.3	
要介護 5	23.4	
肺炎	40.7	
糖尿病	42.0	
脳梗塞	24.3	
他の脳血管障害	33.3	
COPD	14.5	
歯周病	17.9	
腎不全	15.5	
心不全	48.5	
認知症	27.9	
悪性腫瘍	26.1	
歯科受診	28.4	

介護老人保健施設で口腔衛生管理加算を算定していた 利用者の退所後の肺炎発生状況に関する分析（2）

（国内4自治体の2011年4月から2018年3月の内科及び歯科レセプト
（国保、後期高齢者；調剤も含む）と介護レセプト、N=2,451名）
肺炎発症に関連する要因のCox比例ハザード分析

	単変量解析						多変量解析				
	HR	95%信頼区間			p 値		HR	95%信頼区間			p 値
性（男性 = 0, 女性 = 1）	0.66	0.59	-	0.75	<0.001		0.66	0.58	-	0.75	<0.001
年齢	1.01	1.00	-	1.02	0.055		1.02	1.01	-	1.03	0.001
要介護度（要支援2 = 0、・・・、要介護5 = 5）	1.17	1.11	-	1.23	<0.001		1.19	1.13	-	1.25	<0.001
糖尿病（なし = 0、あり = 1）	1.41	1.24	-	1.60	<0.001		1.13	0.99	-	1.30	0.075
脳梗塞（なし = 0、あり = 1）	1.55	1.35	-	1.77	<0.001		1.24	1.08	-	1.42	0.003
他の脳血管障害（なし = 0、あり = 1）	1.53	1.35	-	1.74	<0.001		1.21	1.06	-	1.39	0.004
COPD（なし = 0、あり = 1）	1.79	1.55	-	2.08	<0.001		1.41	1.21	-	1.65	<0.001
歯周病（なし = 0、あり = 1）	0.70	0.59	-	0.83	<0.001		0.95	0.73	-	1.24	0.699
腎不全（なし = 0、あり = 1）	1.40	1.20	-	1.64	<0.001		1.09	0.92	-	1.28	0.310
心不全（なし = 0、あり = 1）	1.95	1.71	-	2.21	<0.001		1.55	1.34	-	1.80	<0.001
認知症（なし = 0、あり = 1）	1.29	1.13	-	1.48	<0.001		1.11	0.96	-	1.27	0.154
悪性腫瘍（なし = 0、あり = 1）	1.72	1.51	-	1.96	<0.001		1.28	1.11	-	1.47	0.001
歯科受診（なし = 0、あり = 1）	0.69	0.59	-	0.79	<0.001		0.68	0.55	-	0.85	0.001
COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease 慢性閉そく性呼吸器疾患											

歯科受診は有意に肺炎発生を低下させる

出典：松田・他（投稿中）

図26

医療と介護との複合化に 現場は対応できているのか

- 老人保健施設側で把握されているリスクが、退所後のケアマネジメントに引き継がれていないのではないか？
- 連携の不足が、利用者のQOLの低下と医療・介護サービス提供者に対する負荷の増大を招いているのではないか？

脳梗塞の入院前後医療・介護サービス利用状況 (西日本の一自治体の例)

(2011年4月～2016年3月発症分のみ)

経過月	一般病棟 入院	回復期入 院	療養入院	外来	訪問診療	訪問看護 医療	介護保険	訪問介護	訪問看護 介護	福祉機器	通所介護	通所リハ	介護療養	老健施設	特養	連携	死亡
																37.6%	8.0%
-6	2.3%	0.4%	0.2%	64.5%	2.9%	0.8%	27.0%	5.7%	2.0%	12.2%	12.3%	2.6%	0.1%	1.7%	3.1%	0.4%	0.0%
-3	3.1%	0.4%	0.1%	72.1%	3.5%	1.5%	27.7%	5.8%	2.5%	12.1%	12.1%	2.7%	0.1%	1.7%	3.3%	0.4%	0.0%
-1	4.1%	0.4%	0.2%	78.0%	3.9%	1.5%	28.5%	5.6%	2.6%	12.6%	11.8%	2.7%	0.1%	2.0%	3.4%	0.9%	0.0%
0	100.0%	4.1%	0.4%	76.8%	2.7%	1.4%	28.4%	6.0%	2.5%	12.5%	11.0%	2.3%	0.1%	2.0%	3.6%	6.1%	0.3%
1	65.5%	18.2%	0.7%	50.9%	1.7%	1.4%	16.1%	2.8%	1.4%	6.5%	4.9%	1.2%	0.0%	1.9%	2.3%	13.7%	0.5%
2	21.8%	22.0%	1.4%	59.3%	2.7%	1.6%	20.1%	3.9%	1.9%	8.5%	6.6%	1.8%	0.1%	2.3%	2.7%	5.4%	0.8%
3	11.1%	18.5%	1.4%	59.9%	3.7%	1.9%	20.9%	3.8%	2.1%	8.7%	7.0%	1.7%	0.2%	2.5%	2.7%	1.7%	1.1%
4	8.0%	14.2%	1.8%	59.7%	3.6%	1.8%	22.3%	4.3%	2.0%	9.4%	8.3%	1.9%	0.1%	2.8%	2.8%	1.3%	0.7%
5	7.8%	10.5%	1.8%	59.2%	4.0%	2.1%	23.2%	4.2%	2.1%	9.6%	8.0%	1.7%	0.1%	3.0%	2.7%	1.1%	0.7%
6	7.2%	6.9%	2.0%	60.3%	4.5%	2.2%	24.3%	4.4%	2.3%	10.6%	9.1%	2.3%	0.2%	3.3%	2.5%	1.1%	0.7%
7	6.6%	3.5%	2.1%	59.0%	4.7%	2.1%	24.5%	4.6%	2.3%	10.9%	8.6%	2.7%	0.2%	3.4%	2.8%	0.9%	0.7%
8	6.5%	1.3%	2.2%	57.3%	4.5%	2.2%	23.8%	4.5%	2.2%	10.6%	8.2%	2.9%	0.3%	2.8%	2.5%	0.9%	0.8%
9	6.4%	0.8%	1.8%	55.2%	4.3%	2.2%	22.9%	4.5%	2.2%	10.3%	7.9%	2.9%	0.4%	2.9%	2.6%	1.4%	0.6%
10	4.8%	0.5%	1.5%	52.4%	3.7%	1.8%	22.4%	4.1%	2.0%	9.7%	7.6%	3.0%	0.3%	2.7%	2.7%	0.4%	0.3%
11	5.3%	0.6%	1.4%	50.9%	3.8%	2.6%	21.5%	4.1%	2.1%	9.2%	7.4%	2.9%	0.2%	2.7%	2.6%	1.0%	0.3%
12	4.8%	0.7%	1.7%	48.6%	3.5%	1.7%	21.2%	4.2%	2.1%	8.7%	6.6%	2.8%	0.3%	2.7%	3.0%	0.9%	0.4%

脳梗塞の治療のために急性期の医療を担う病院に入院した患者の30%弱が入院6か月前に介護保険によるサービスをすでに使っている。

脳梗塞の入院前の主要傷病の有病率 (西日本の一自治体の例)

(2011年4月～2016年3月発症分のみ)

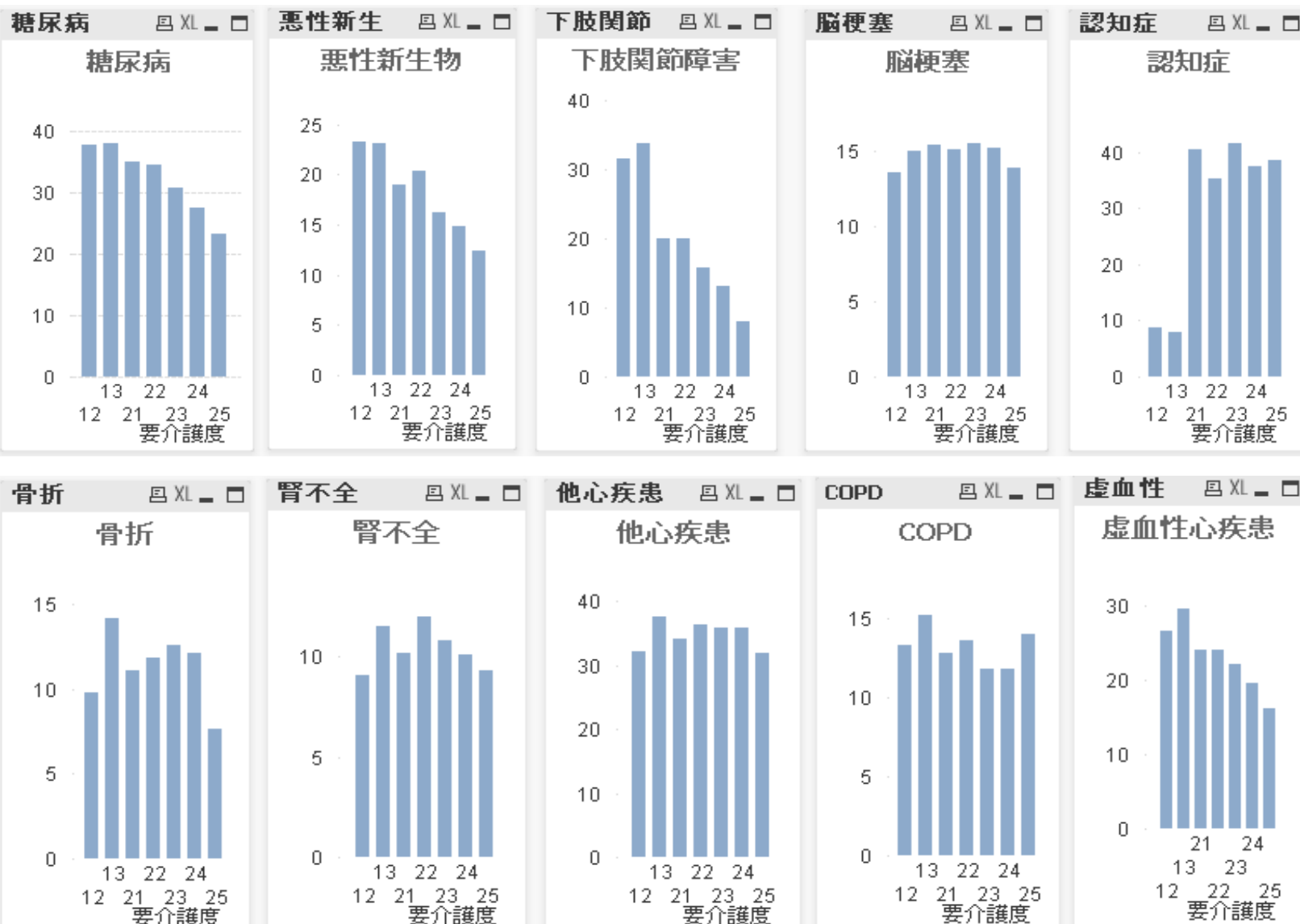
経過月	一般病棟 入院	糖尿病	高血圧性 疾患	脂質 異常症	虚血性心 疾患	他心疾患	心房細動	脳梗塞	腎不全	悪性腫瘍	認知症	気分障害	肺炎	下肢関節 障害	骨粗しょう症	骨折
-6	2.3%	22.9%	45.7%	28.3%	16.9%	19.8%	10.2%	9.0%	5.8%	9.2%	7.1%	4.8%	1.4%	10.4%	10.0%	3.2%
-5	2.9%	24.4%	47.8%	29.6%	18.1%	20.6%	10.6%	9.4%	6.0%	11.0%	6.9%	5.3%	2.1%	11.3%	11.0%	3.6%
-4	2.9%	25.3%	49.7%	30.4%	19.1%	21.6%	11.0%	10.1%	6.9%	11.8%	7.8%	5.1%	1.6%	11.8%	11.0%	3.4%
-3	3.1%	27.6%	52.1%	32.6%	19.8%	22.2%	11.1%	10.9%	7.0%	12.1%	8.4%	5.9%	1.7%	12.1%	11.6%	3.7%
-2	3.0%	27.8%	53.7%	33.1%	20.3%	23.1%	11.9%	11.3%	7.4%	12.5%	8.8%	6.1%	1.7%	12.3%	12.0%	4.3%
-1	4.1%	29.9%	56.6%	35.0%	22.1%	24.9%	12.1%	12.2%	7.4%	13.7%	9.6%	6.3%	2.4%	12.9%	12.4%	4.8%
0	100.0%	37.8%	69.7%	44.8%	24.2%	32.5%	25.5%	97.4%	9.9%	15.7%	13.4%	6.0%	8.1%	11.0%	10.6%	5.8%

糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症、心房細動など多くの慢性疾患で入院月の有病率が入院1か月前より10%程度上昇する。

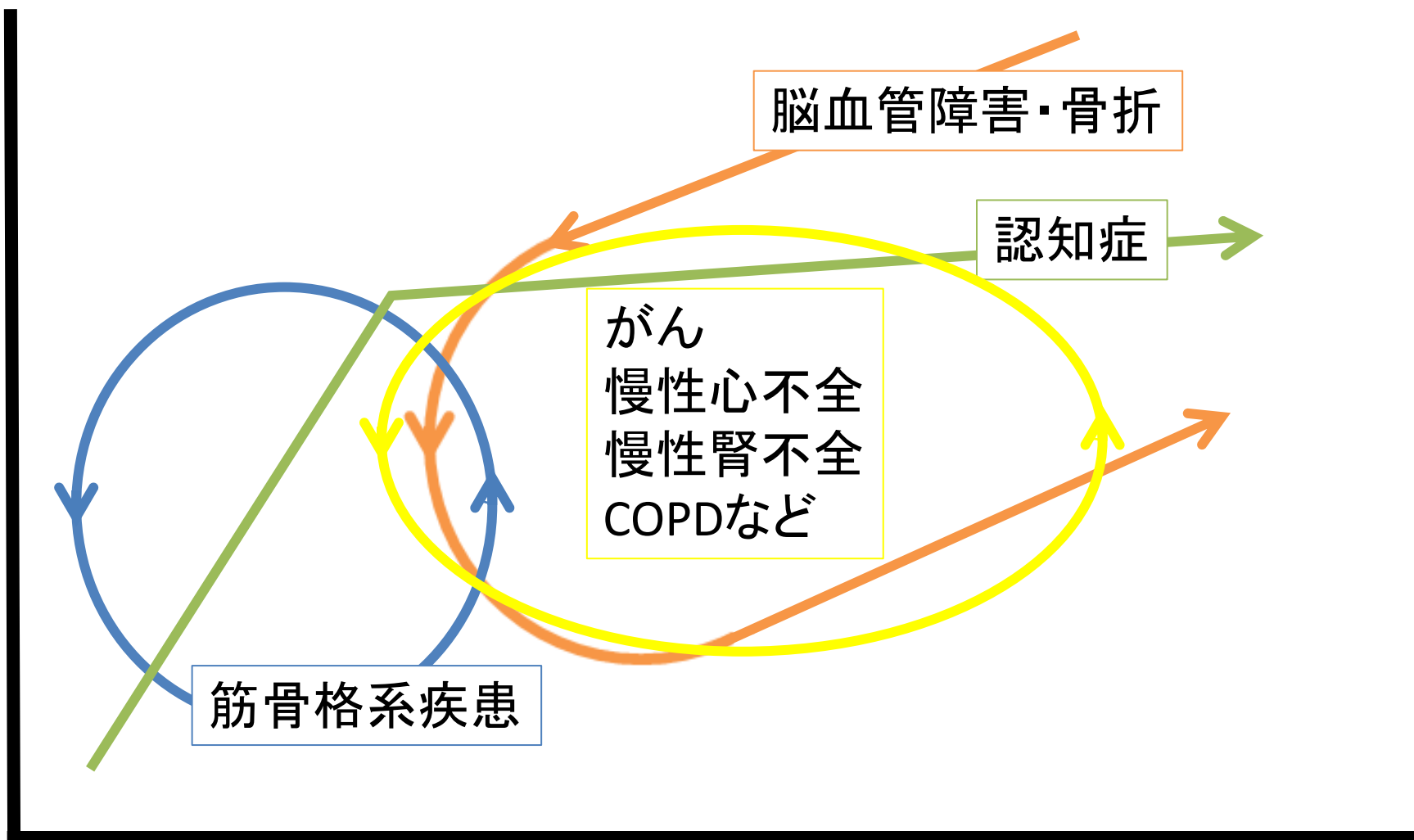
→ 発症前の慢性疾患の管理の状況は？

西日本の一自治体における 在宅要支援・要介護高齢者の主な傷病の有病率

要介護度
の説明
12: 要支援1
13: 要支援2
21: 要介護1
22: 要介護2
23: 要介護3
24: 要介護4
25: 要介護5



要介護度別にみた傷病構造の概念図



要介護度

傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

(1)

脳血管障害や骨折

- ① 発症予防のための生活習慣病の管理
- ② 発症後の適切な早期治療と早期リハビリテーション
- ③ 回復期でのリハビリテーション(在宅復帰)
- ④ 維持期におけるリハビリテーション(ADLの維持・向上)
- ⑤ 閉じこもり予防

下肢関節障害

- ① 移動障害予防のための機能訓練(運動器機能向上プログラムなど)
- ② 地域医療における適切な痛みの管理
- ③ 閉じこもり予防

傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？ (2)

認知症

- ① 早期発見・早期対応
- ② Ageing in placeと尊厳が保証されたケア
- ③ ケアの継続性

がん・慢性心不全・慢性腎不全・COPDなど

- ① 適切な医学的管理
- ② 医療職と介護職の情報共有による生活支援
 - i. 服薬管理
 - ii. 通院補助
 - iii. 日常生活支援
 - iv. ターミナル期への対応

高齢化の進展による医療・介護への影響

- 高齢化のさらなる進展により、我が国では医療と介護ニーズの複合化がさらに進む。
- 介護保険の制度設計上、65歳以上であればどのような原因であっても介護保険を使うことができる。
- 今後、特に85歳以上の単独女性世帯が増加することに留意が必要。→ 医療・介護・予防・生活支援・住まいの総合的な支援が必要。

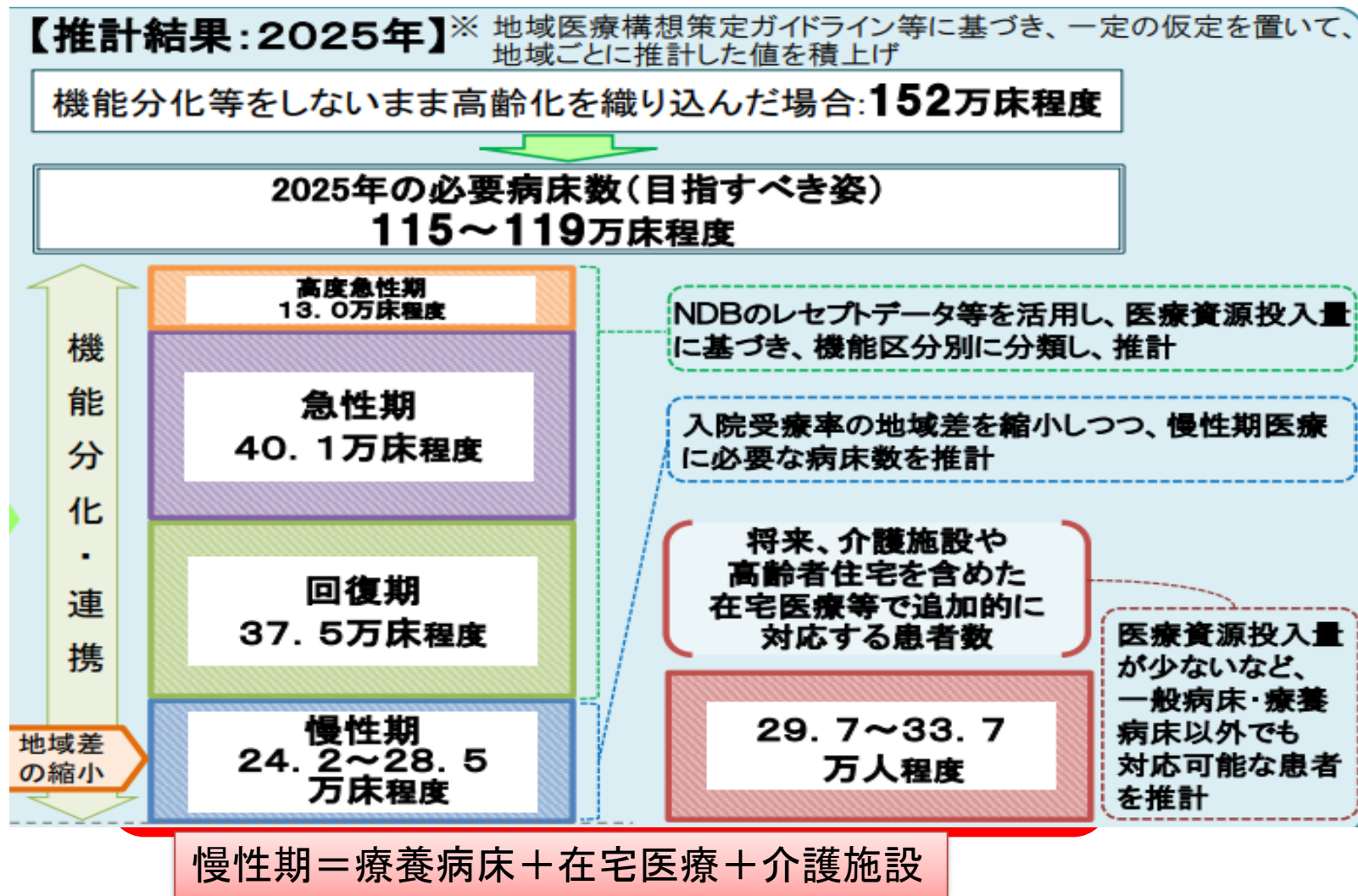
医療・介護連携ツールとしての 主治医意見書の重要性

主治医意見書は医療・介護連携のためのツール

8	今後起こる可能性のある病態	
8_01	尿失禁	有 / 無
8_02	転倒・骨折	有 / 無
8_03	移動能力の低下	有 / 無
8_04	褥瘡	有 / 無
8_05	心肺機能の低下	有 / 無
8_06	閉じこもり	有 / 無
8_07	意欲低下	有 / 無
8_08	徘徊	有 / 無
8_09	低栄養	有 / 無
8_10	摂食・嚥下機能低下	有 / 無
8_11	脱水	有 / 無
8_12	易感染性	有 / 無
8_13	がん等による疼痛	有 / 無
8_14	発熱	有 / 無

主治医意見書には当該高齢者に今後起こりうる問題を記載する欄がある。この情報はきちんと記載され、そしてケアマネジャーに適切に活用されているのか？

複合ニーズを持つ慢性期の患者の増加に どう対応するのか？



資料： 第5回 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

日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会「地域医療連携と医療・介護連携」 松田晋哉

仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

専門調査会推計の考え方

- **一定の仮定**のもとに患者数の推計を行った
 - － 機能分化を進める
 - － 医療区分1の70%は入院以外で対応
 - － 療養病床入院受療率の都道府県格差を縮小
- 数字は上記仮定の下での必要病床数
 - － それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
 - － 慢性期＝療養病床入院＋介護施設＋在宅
 - － 上記の配分の在り方は各地域の状況による
 - － 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要



これらに関する
詳細な分析が
地域ごとに別途
行われる必要が
ある。

福岡県医師会調査の概要

- 調査対象

- 平成27年9月に県下の療養病床を持つ施設に調査票を配布
- 89施設から回答有
- 総患者数： 4,877症例

- 分析内容

- 退院可能性に関連する要因の分析

性別に見た医療区分 (N=4,761)

		性別		合計	
		男	女		
医療区分	1	度数	309	773	1082
		%	28.6%	71.4%	100.0%
	2	度数	853	1357	2210
		%	38.6%	61.4%	100.0%
	3	度数	578	891	1469
		%	39.3%	60.7%	100.0%
合計		度数	1740	3021	4761
		%	36.5%	63.5%	100.0%

P<0.01 (X²検定)

全般に女性が多いが、特に医療区分1は女性の割合が71%

医療区分別に見た退院可能性 (N=4,761)

			退院可能性				
			退院 可能	条件が 整えば可	退院は 難しい	不明	合計
医療区分	1	度数	155	401	489	37	1082
		%	14.3%	37.1%	45.2%	3.4%	100.0%
	2	度数	101	601	1380	127	2209
		%	4.6%	27.2%	62.5%	5.7%	100.0%
	3	度数	27	206	1177	60	1470
		%	1.8%	14.0%	80.1%	4.1%	100.0%
合計		度数	283	1208	3046	224	4761
		%	5.9%	25.4%	64.0%	4.7%	100.0%

P<0.01 (X²検定)

医療区分1で退院可能、条件が整えば(退院)可が多い

療養病床の退院可能性に関する要因の分析結果 （「条件が整えば可」の場合の理由：医療区分別）

		家族の 受け入れ	十分な介護 サービス	経済的 理由	傷病の 安定	その他	合計	
医療区分	1	度数	254	278	65	123	68	401
		%	63.3%	69.3%	16.2%	30.7%	17.0%	100.0%
	2	度数	380	380	120	217	114	601
		%	63.2%	63.2%	20.0%	36.1%	19.0%	100.0%
	3	度数	108	112	38	114	61	206
		%	52.4%	54.4%	18.4%	55.3%	29.6%	100.0%
合計	度数	742	770	223	454	243	1208	
	%	61.4%	63.7%	18.5%	37.6%	20.1%	100.0%	
		p値	0.01	< 0.01	0.32	< 0.01	< 0.01	

医療区分1の患者の平均年齢は84歳、その配偶者の年齢は？

高齢社会において医療・介護施設が果たしている役割は何なのか？

- 狭義の医療・介護だけではない。
 - コミュニティにとって福祉・医療関連施設は安心のための重要な拠点と考えられている(広井良典:地域コミュニティ政策に関する自治体アンケート調査, 2007年実施)
- 医療・介護施設が提供している「安心を保証する機能」を地域に開放していく(展開していく)という発想が必要ではないか。
 - 「医療・介護施設門前町」、「フォーマル部門によるインフォーマルサービスの提供」という発想

飯塚市医師会館 (サンメディラック飯塚)

分譲マンション(62戸)

飯塚医師会

検診検査センター

看護高等専修学校 訪問看護ステーション

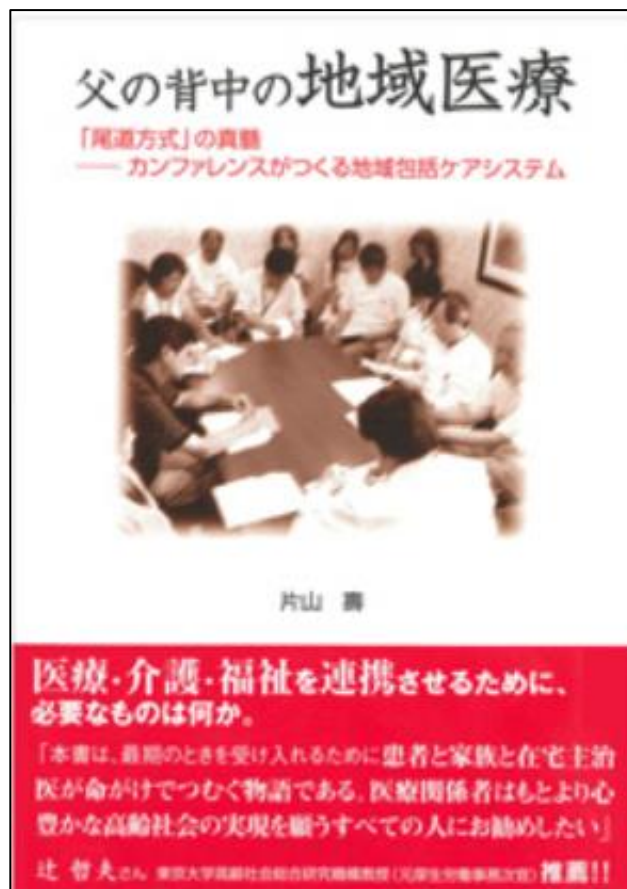
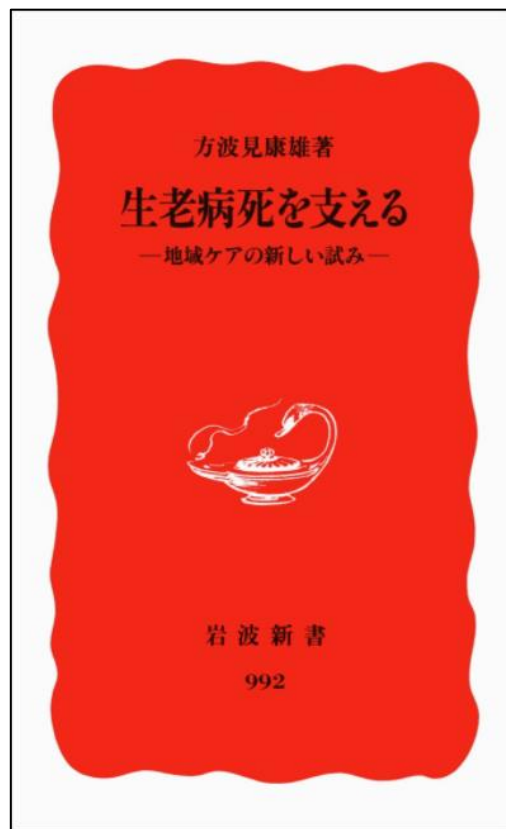
飯塚急患センター

西鉄飯塚バスターミナル

ミナル

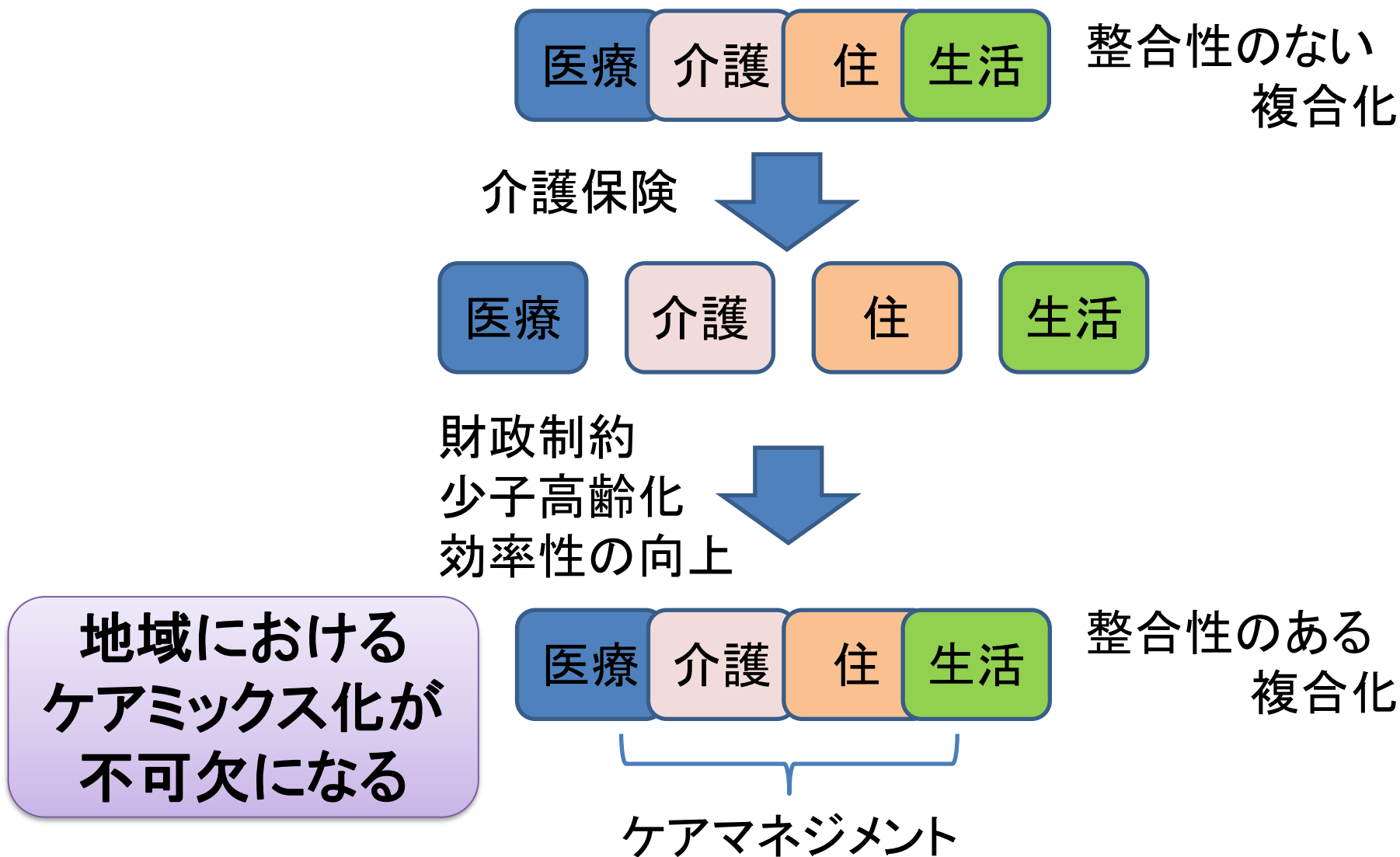
Iizuka E JS T

「いのちの完成」を支える「かかりつけ医の役割」の重要性を筆者に教えてくれた本



「プライマリ・ケアの特徴は、患者と医師との間の長期的かつ持続的な関係である」(日野原重明)

医療・介護のこれから・・・（私見）

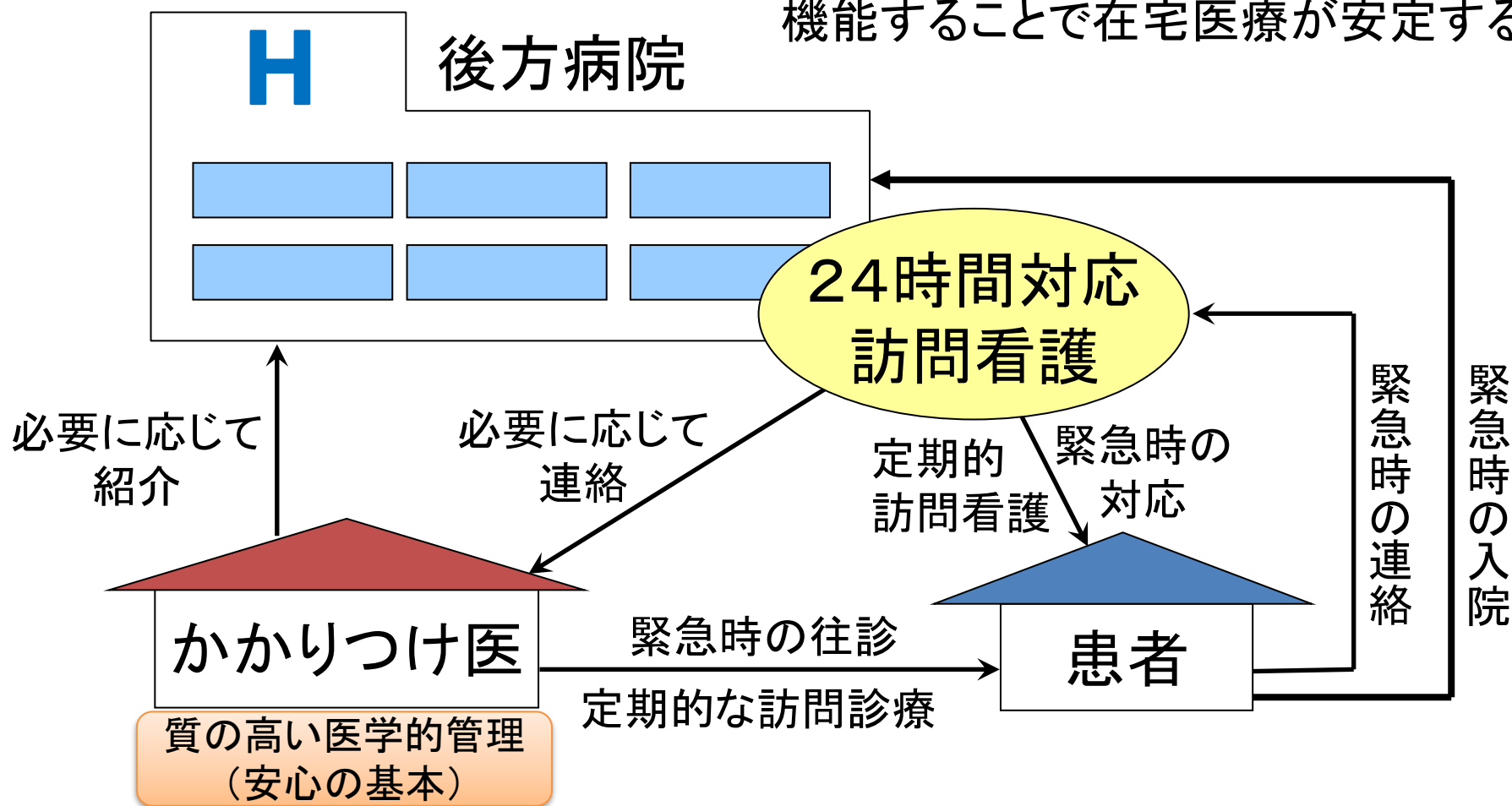


超高齢社会は医療・介護の 安心保証が重要になる

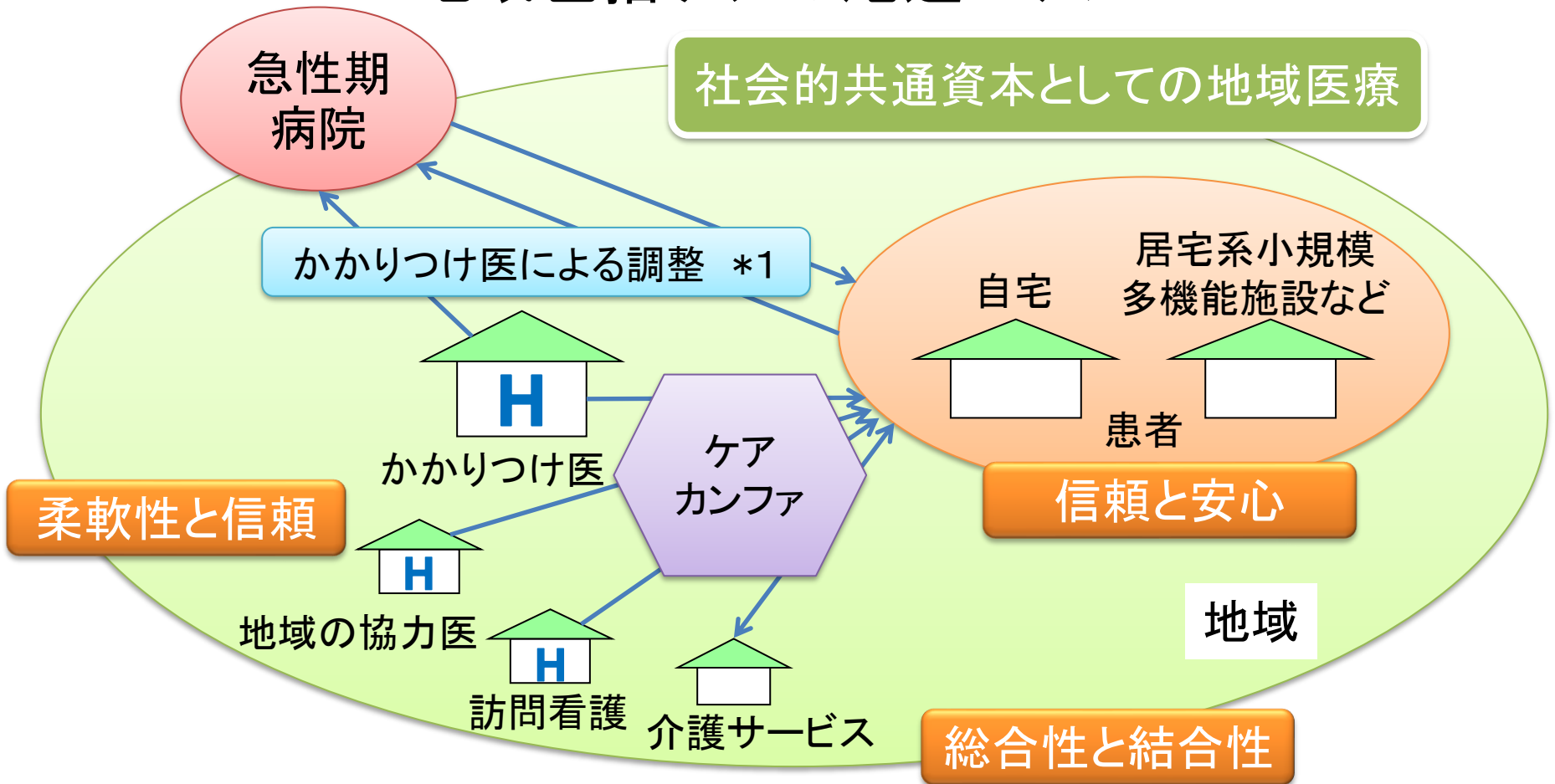
- 介護の入り口と出口には必ず医療がある。
- 「治す」医療と「支える」医療のバランスが重要。
- 医療・介護は機能のケアミックスが前提となる。
- 広井良典教授の研究結果が示すこと
 - 地域の安心にとって重要なのは学校(将来の安心)と医療機関(今の安心)
- 医療・介護を中核にした地域包括ケアの「街づくり」→ 医療の周辺にマーケットができる。
 - 社会起業家として医療者の在り方

在宅医療を支える上で非常に重要な かかりつけ医と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



地域包括ケアの尾道モデル



*1: かかりつけ医は患者の「代理人」として、急性期医療の機能を必要に応じて部分的に利用する。入院は在宅に帰ることが「前提」である。尾道ではこのためにかかりつけ医が登録医として急性期病院に勤務すると同時に、急性期病院側は退院前カンファ(＝評価カンファ)や必要に応じて往診(例: 専門医による支援)に積極的に関与している。こうした枠組みを持つことで、かかりつけ医が調整機能を発揮することが可能となっている。

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

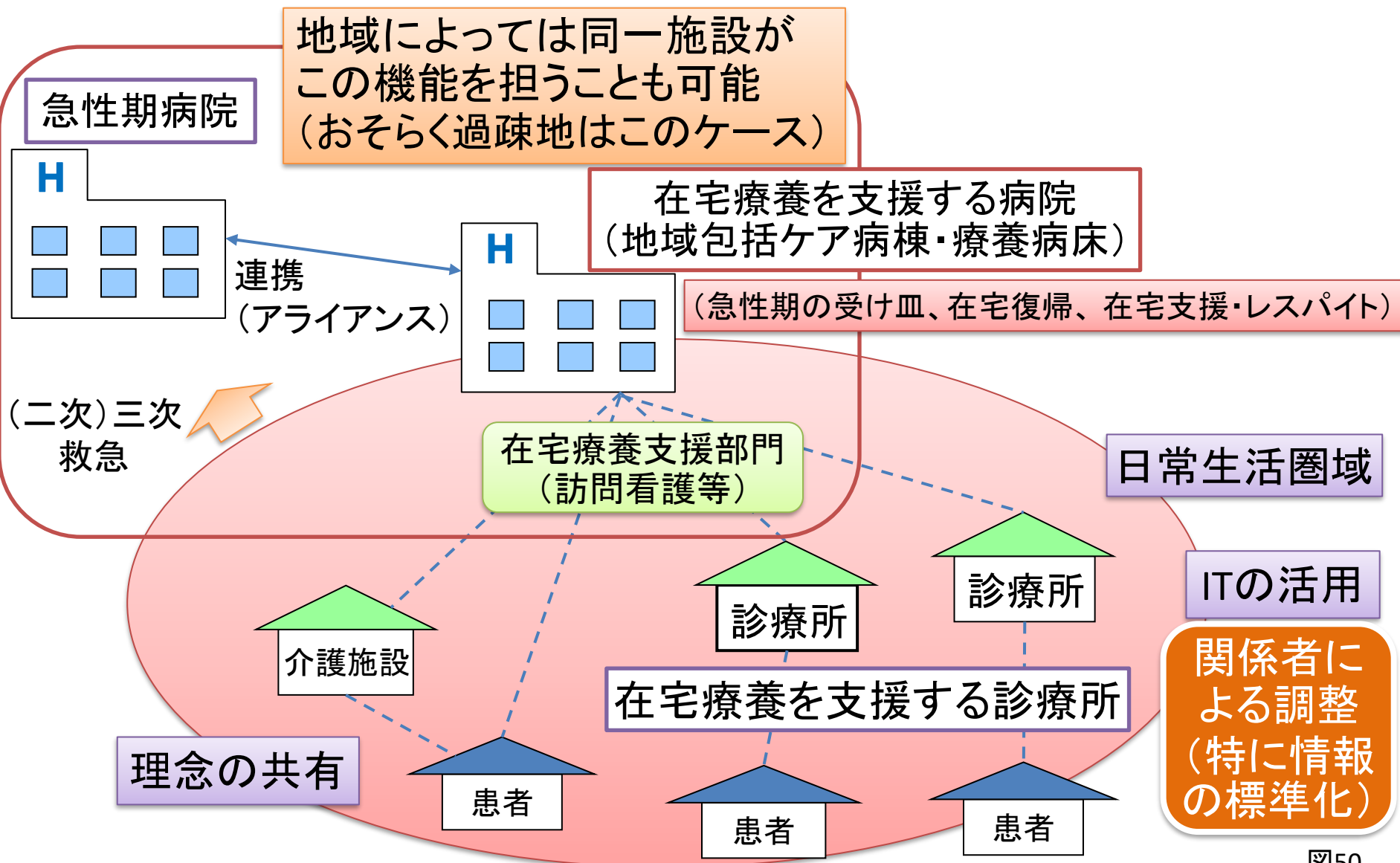


図50

病院は病床機能を問わず ケアミックス的な対応が必要になる

- 急性期病院

- 認知症高齢者をサポートするチーム
- 複数の慢性疾患を持った高齢者に総合的に対応できる「病院総合医」
- 医療・介護関連の他施設と有機的に連携するためのソーシャルワーキングチーム

- 回復期・慢性期病院

- 慢性疾患を持った在宅高齢者の急変対応機能
- 介護サービス、生活支援サービス、住まいといった地域包括ケアサービスとの連携あるいは提供

「病院はその前後の生活とつながる必要がある」(神野正博 董仙会理事長)

- 複合ニーズを持つ高齢患者が増加するこれからの時代は、急性期、回復期、慢性期に関わらず病院とかかりつけ医の診療所との「連続的ななかかわり方」が重要になる。
- それを可能にするための情報共有の仕組みが必要であり、それがPersonal Health Record (PHR)の本来の目的である。

結 語

- 急性期から慢性期までの医療ニーズの複合化と医療・介護ニーズの複合化により入院・外来に関わらず医療はケアミックスが基本になる。
 - 医療サービスと介護サービスとを総合的に提供できる体制づくりが各地域で不可欠となる。起点は医療。
- 医療・介護ニーズの地域差が顕著になる。
 - それぞれの地域特性に応じた柔軟な医療・介護体制の構築が必要になる。

参 考 資 料

- 松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか、東京：医学書院、2020.
- 産業医科大学医学部公衆衛生学教室ホームページ
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
- 石川ベンジャミン光一先生資料提供サイト
<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>
- 藤森 研司先生資料提供サイト
<https://public.tableau.com/profile/fujimori#!/>