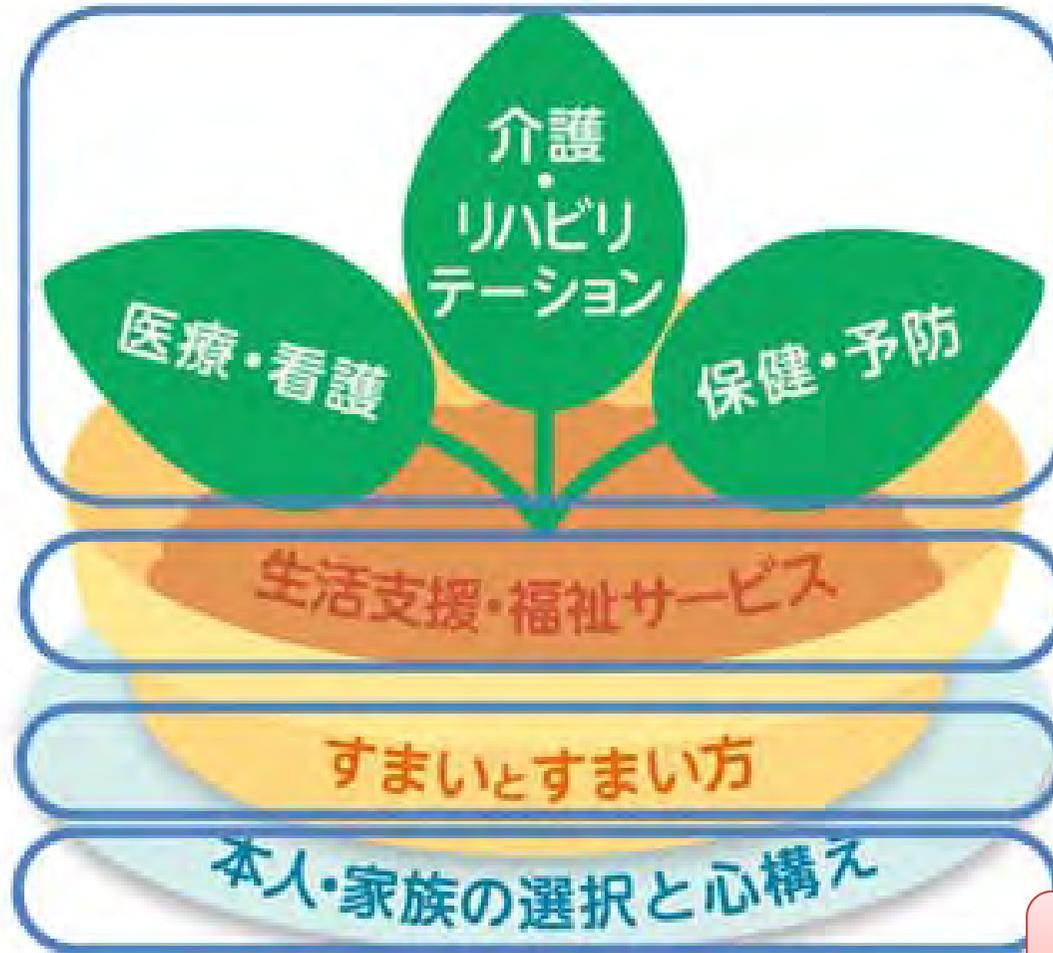


新しい地域包括ケアの概念



養生

高齢社会において医療介護機関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

高齢者はなぜ退院したがるのか？ (独居者・60歳以上)

退院を希望しない高齢者は

- ・ ADLレベルは悪くない
- ・ 認知症のレベルは軽い
- ・ 生活の安心感が不足
- ・ いきがい不足
- ・ 経済的支援が必要
- ・ 自宅がない

場合が多い。

福岡県医師会と福岡県の合同調査結果

平成18年「療養病床における入院患者調査」報告書, 2007

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)
ステップ						
1(a) 医療保険	-.475	.244	3.806	1	.051	.622
生活保護	-.349	.322	1.177	1	.278	.705
年齢階級	.015	.011	1.646	1	.199	1.015
性	.527	.248	4.506	1	.034	1.694
入院期間 I	.002	.002	1.364	1	.243	1.002
入所前所在ダミー	-.010	.011	.737	1	.391	.990
入所前住所ダミー	.005	.002	4.401	1	.036	1.005
認知症	-.339	.083	16.672	1	.000	.712
ADL区分	-.764	.172	19.805	1	.000	.466
医療区分	-.257	.183	1.961	1	.161	.773
福岡糸島ダミー	2.028	1.071	3.586	1	.058	7.602
粕屋ダミー	2.367	1.098	4.647	1	.031	10.663
宗像ダミー	3.532	1.106	10.200	1	.001	34.198
筑紫ダミー	2.476	1.114	4.844	1	.028	11.888

社会的でない入院はありうるのか？

在宅での生活が不安定である高齢者にとって医療機関にとどまり続けることは「合理的な」選択と考えることもできる

京築ダミー	1.905	1.123	2.879	1	.090	6.720
在宅安心感不足	.566	.262	4.665	1	.031	1.761
生きがい不足	.861	.312	7.624	1	.006	2.366
経済的支援不足	.840	.277	9.190	1	.002	2.316
自宅なし	.587	.246	5.718	1	.017	1.799
定数	-4.639	1.430	10.517	1	.001	.010

地域包括ケアの基盤

- 「住」→在宅ケアの基本
 - 地域の実情に合わせた多様な住の提供体制
 - サービス付き高齢者住宅
 - 小規模多機能施設
 - シェアハウス
 - 高齢者を孤立化させない「住まい」の政策
 - 生活を支える仕組み
 - 食の確保
 - 買い物支援
 - 移動手段の確保
 - QOL

稲城市の介護ボランティア制度の概要

稲城市高齢福祉課
介護保険係

指定

ボランティア受入施設

受けた施設における
活動

⑥

地方自治体の知恵が
求められている



本当の地方分権の時代に

⑥ ポイントに応じた金額の
支払い(最高5000円/年)

同居者の介護力別に見た死亡ハザード (男性、軽度・中等度の移動障害がある場合)

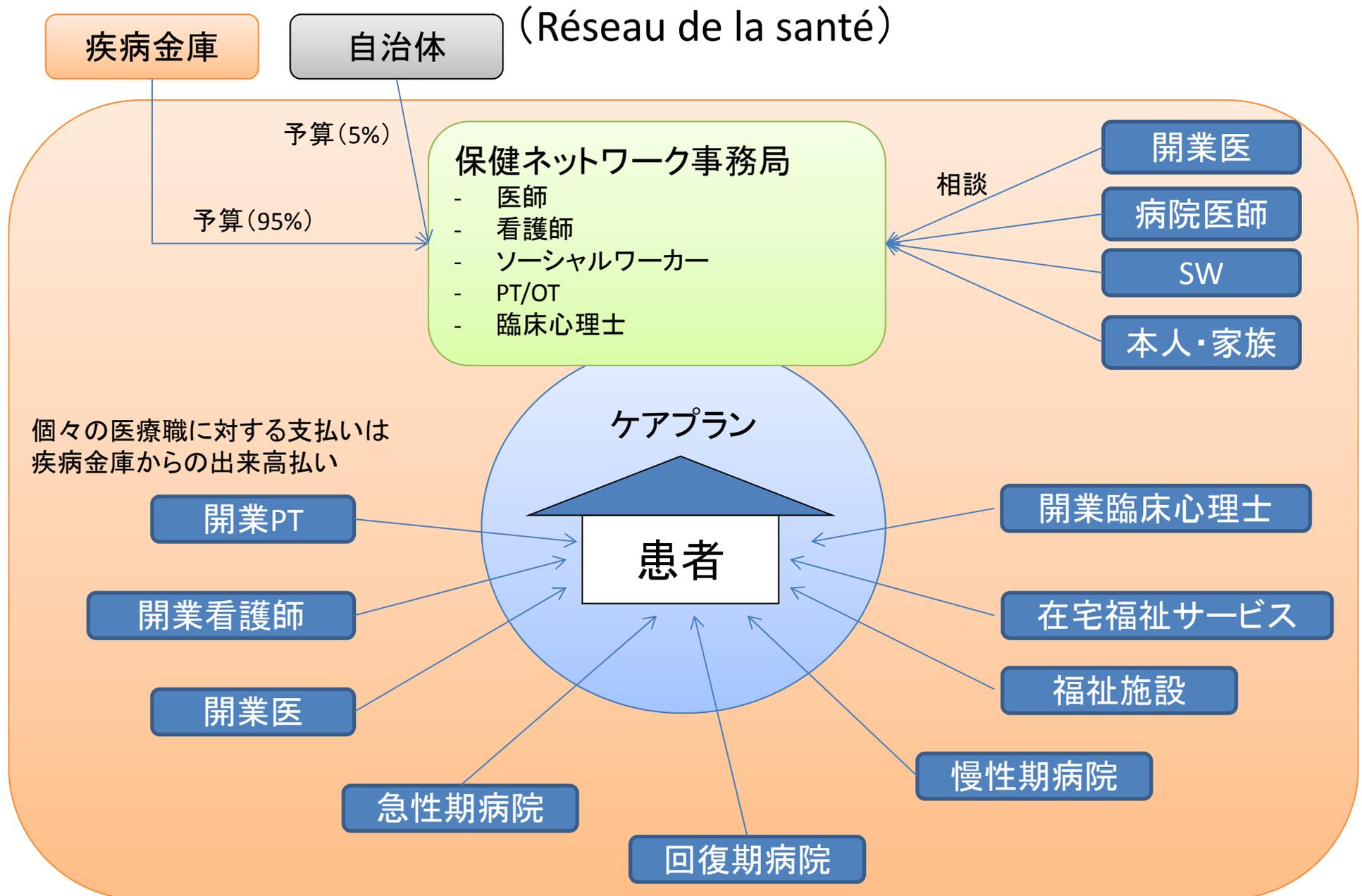
	HR	95% CI	p
同居者に十分な介護力がある	Reference		
同居者が虚弱などで介護力が不十分	2.6	1.1 6.5	0.04
同居者が仕事などで介護力が不十分	2.1	0.6 6.9	0.24
同居者が介護保険を利用している(老老介護)	4.3	1.5 12	0.01
独居で家族・友人からの支援あり	2.2	0.6 7.9	0.23
独居で家族友人からの支援なし	15.3	1.8 132	0.01

老老介護、家族友人からの支援がないと死にやすい

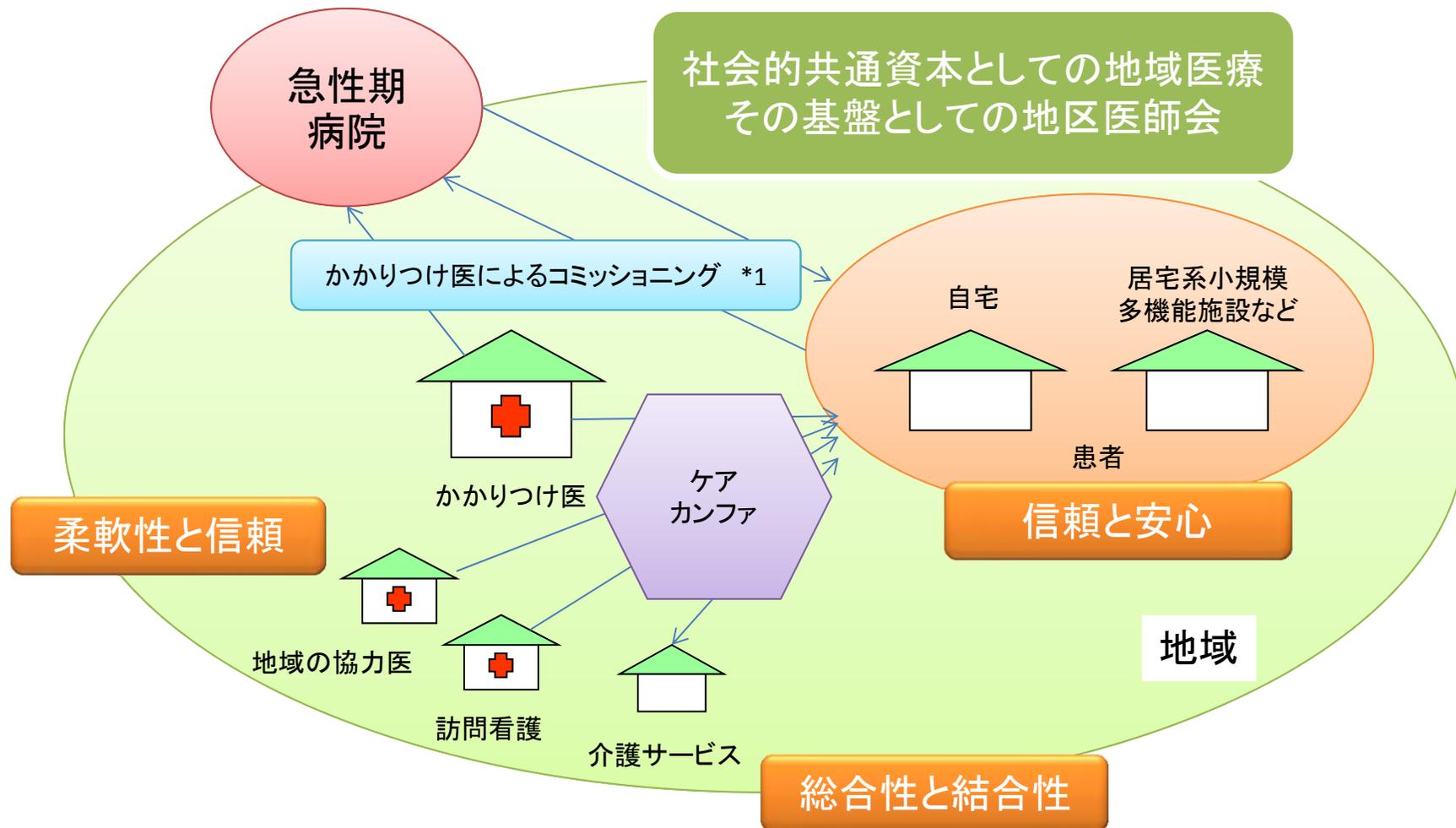
医療・介護事業者の新たな役割

- 「場」と「機会」の提供→「関心縁」の中心
 - － フォーマルセクターによる「インフォーマルサービス」提供の重要性
 - － 住民教育の場として
 - － 職員のキャリア形成の場として
 - － 「市民」という意識→社会貢献
 - － 施設の「社会化」の必要性

フランスにおける保健ネットワーク



地域包括ケアの尾道市医師会モデル



*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、かかりつけ医がコミショニング機能を発揮することが可能となっている。

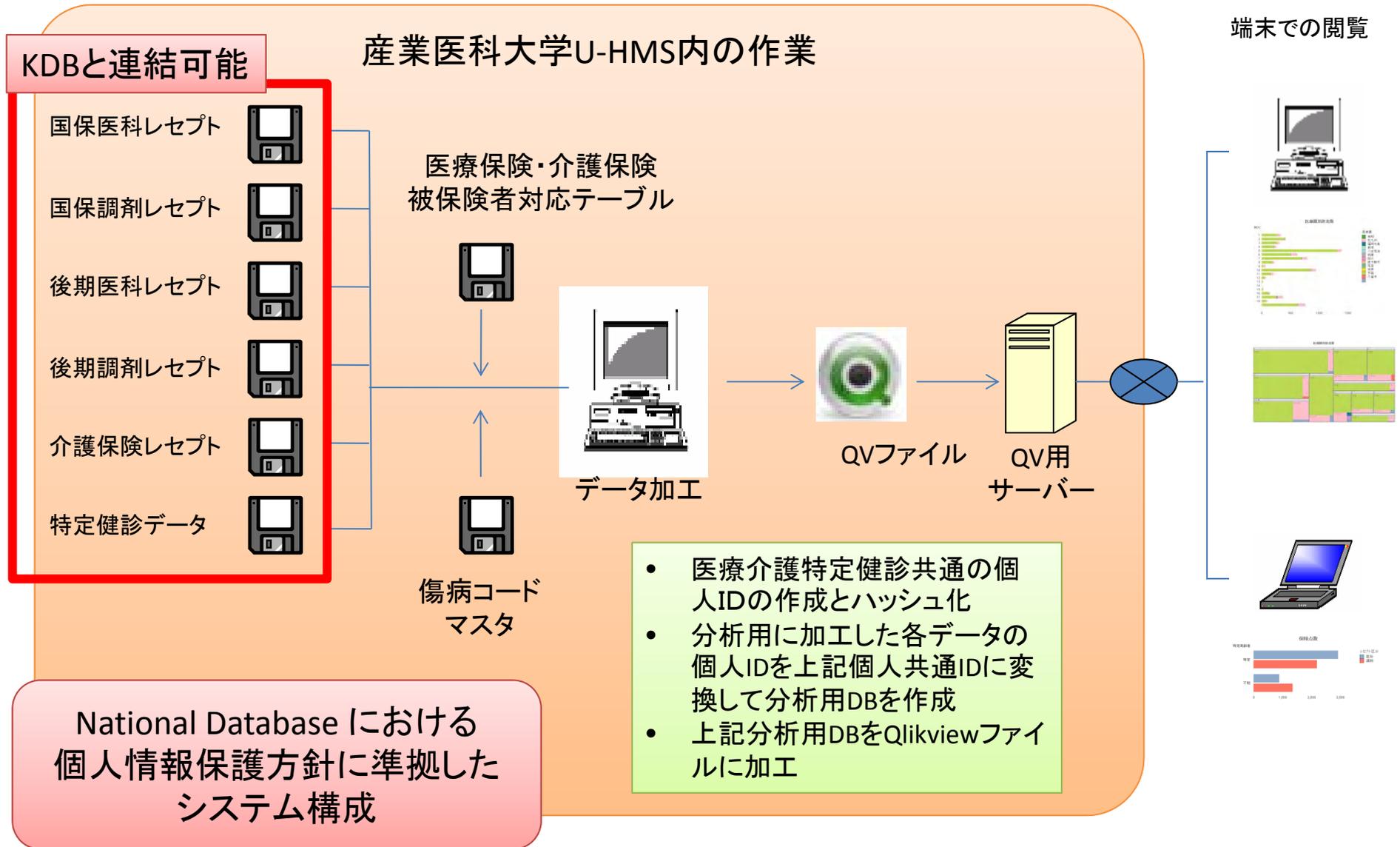
確認しておくべき重要事項

- 地域包括ケアは箱モノではなく「機能」
- その「機能」とはCommissioning
 - 医療と介護・生活
 - 施設と在宅
 - フォーマルとインフォーマル
- 上記を可能にするためには、それを担うことができる「人材」がそろっていることが必要
 - 介護保険に関わっている診療所、慢性期を担う病院や老人保健施設は「地域包括ケア」の中心になれるのではないか？
 - そのために必要な人材とは？

超高齢社会のケアマネジメント

- 入院医療の延長としての在宅医療
 - － 地域のナースステーションが必要になる
- 看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。
 - － 利用者の持つリスクの評価(S O A)
 - － リスクが顕在化しないための「予防的サービス」の提供(P)
- 訪問看護が不必要な利用者はいない
 - － 密度が違うだけ

福岡県保健医療介護総合 データベース(FukHDAS)のシステム概要



小学校区別介護給付費分析 (2012年10月)

医療費分析		医療費分析_小学校区別		医療費分析_小学校区別_傷病別		介護給付費分析		介護給付費分析_小学校区別	
年月	要介護度1	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数	傷病有無別被保険者数
201004	12要支援1	がん	脳血管障害	虚血性心疾患	糖尿病	認知症	31,762	31,762	31,762
201005	13要支援2	被保険者数	被保険者数	被保険者数	被保険者数	被保険者数	1,798	3,620	4,869
201006	21要介護1						0	1	1
201007	22要介護2						14,392	3,982	1,808
201008	23要介護3						15,972	12,465	14,060
201009	24要介護4							11,930	15,972
201010	25要介護5							4,869	1,808
201011		傷病有無別被保険者数	要介護度別レセプト数	小学校区別介護レセプト数					
201012	小学校区	慢性腎不全	要介護度1	小学校区					
201101		被保険者数	居宅利用数	小学校区	居宅	施設	地域密着	合計	
201102			施設利用数						
201103			地域密着利用数						
201104			合計利用数						
201105			12要支援1						
201106			13要支援2						
201107			21要介護1						
201108			22要介護2						
201109			23要介護3						
201110			24要介護4						
201111			25要介護5						
201112									
201201									
201202	年齢階級	傷病有無別被保険者数	一人当たり介護給付費分析	小学校区別介護給付費					
201203	0-4才	脳脊髄系疾患	小学校区	小学校区	居宅	施設	地域密着	合計	
201204	5-9才	被保険者数	1人あたり給付額	1人あたり居宅利用額	1人あたり施設利用額	1人あたり地域密着利用額			
201205	10-14才		15,790	17,522	8,521	5,971	1,298		
201206	15-19才		6,472	14,693	11,799	3,780	1,942		
201207	20-24才		10,307	15,408	8,642	4,819	1,232		
201208	25-29才		15,972	15,408	9,070	4,948	1,390		
201209	30-34才			13,567	7,440	5,432	695		
201210	35-39才			16,379	7,642	5,941	2,796		
201211	40-44才			15,040	7,828	6,006	1,207		
201212	45-49才			15,165	8,116	6,128	921		
201301	50-54才			15,607	6,767	7,647	1,193		
201302	55-59才			20,958	10,607	8,519	1,832		
201303	60-64才			20,792	10,581	9,851	361		
201304	65-69才			17,846	6,421	10,360	1,065		
201305	70-74才								
201306	75-79才								
201307	80-84才								
201308	85-89才								
			介護給付費要素分析						
			小学校区	介護利用率(被保険者100対)	1人あたり給付額	居宅利用率(被保険者100対)	1人あたり居宅利用額	施設利用率(被保険者100対)	1人あたり施設利用額
				11.1	142,851	8.7	98,107	2.0	202,412
								0.6	225,764

本日お話しすること

0. はじめに

1. DPCからNDBへ

2. DPCデータの医療計画策定への活用

3. 病床機能報告制度

4. まとめ

まとめ

- DPCおよびNDBのデータを用いることで、医療の現状についてミクロレベル・マクロレベルの両方から検討することが可能になった→+病床機能報告制度
 - DPCとNDBの枠組みを用いた地域医療計画の策定と評価
 - 地域における需給関係の適合度評価(地域医療ビジョン)
 - 高齢化に伴って著増する肺炎、心不全等への対応
 - 増大する在宅医療への対応
- 今後、各地域での情報活用力が問われる
 - 透明化された情報をどう使うか→競争から協調へ
- ケアマネジメント・コミッショニングの重要性
- 地域品質の時代