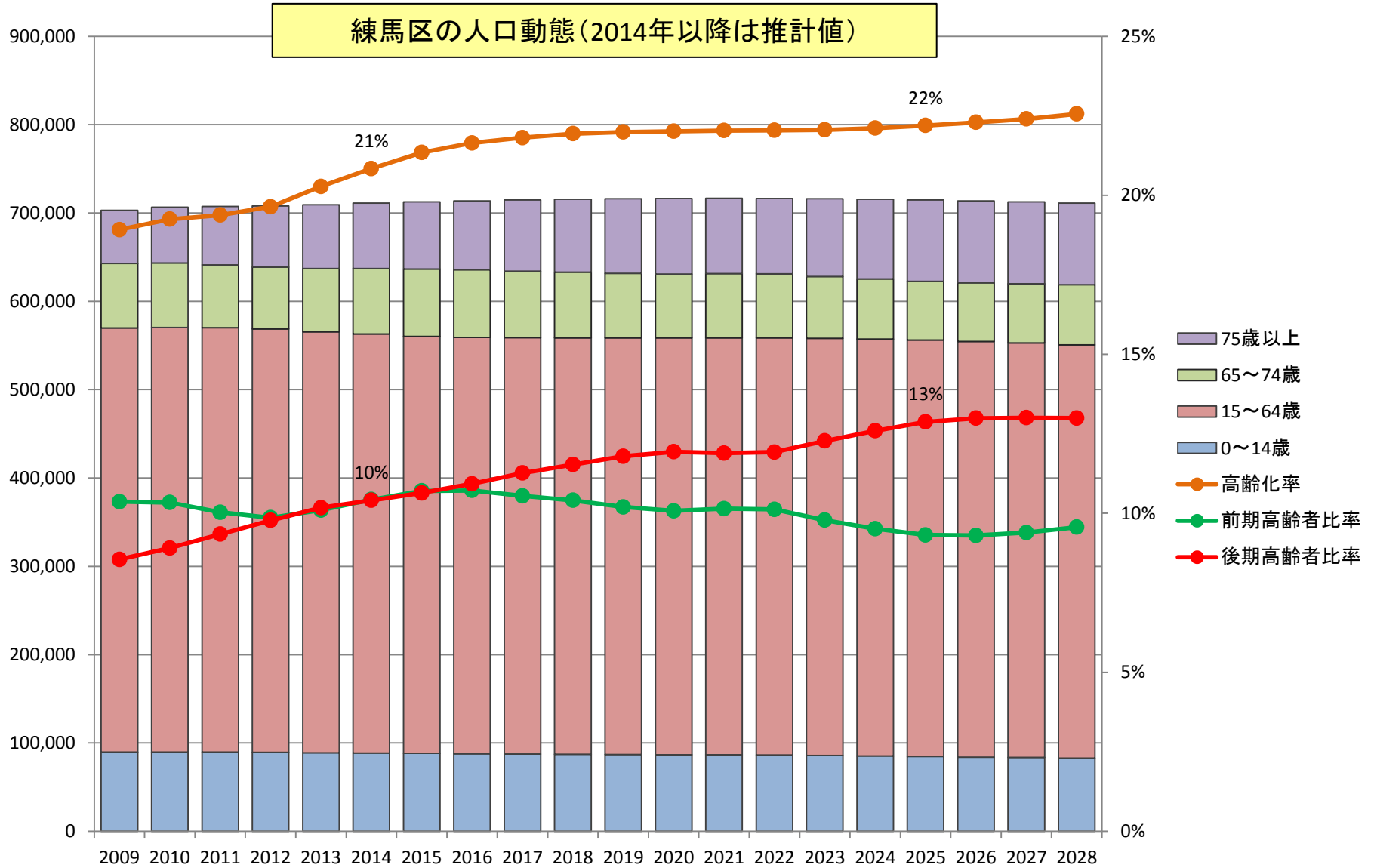

練馬区の現況、及び、
H26年度上半期事業の報告と、今後の方向性について

2014年10月22日

株式会社メディヴァ

2020年、人口はピークアウトするが、後期高齢者人口の増加は続く



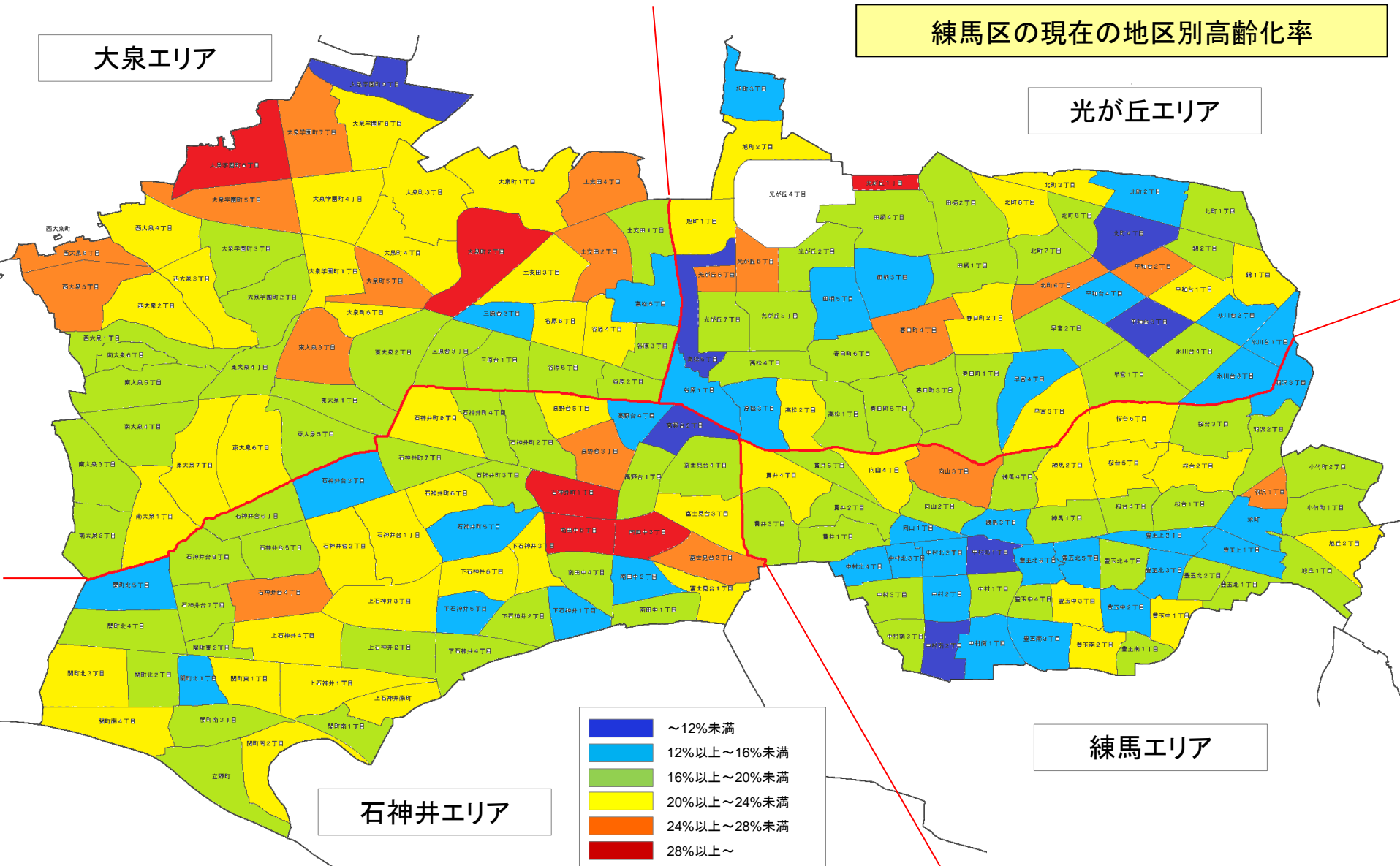
(データ) 練馬区提供人口推計データより作成

特に大泉エリア北部や、石神井エリアの一部で、高齢化が進行

練馬区の現在の地区別高齢化率

大泉エリア

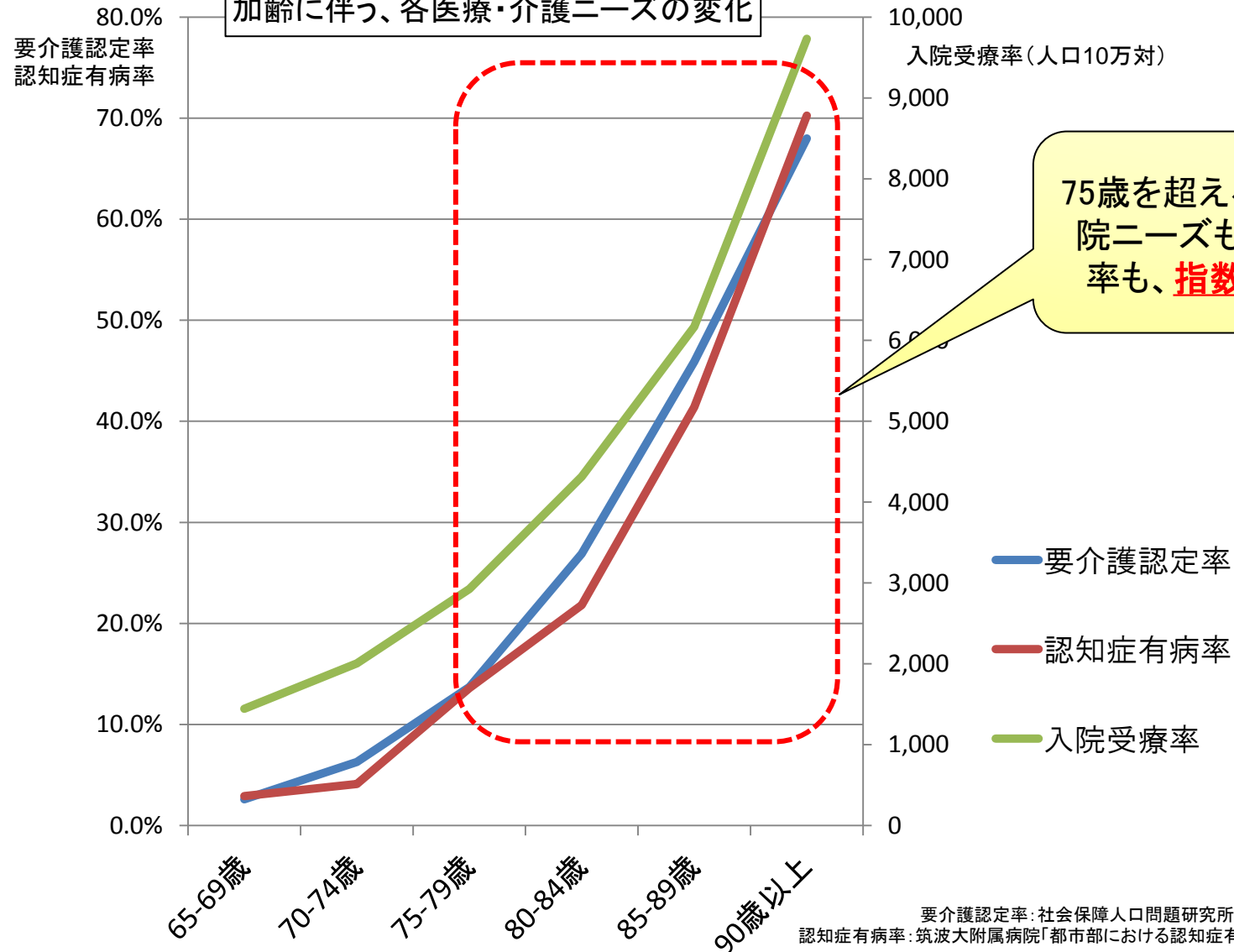
光が丘エリア



(データ) 練馬区HP「練馬区の世帯と人口(平成26年10月1日現在)住民基本台帳による人口、町丁目別年齢別人口」より作成

後期高齢者の急増＝マクロレベルでの“虚弱集団”の出現

加齢に伴う、各医療・介護ニーズの変化

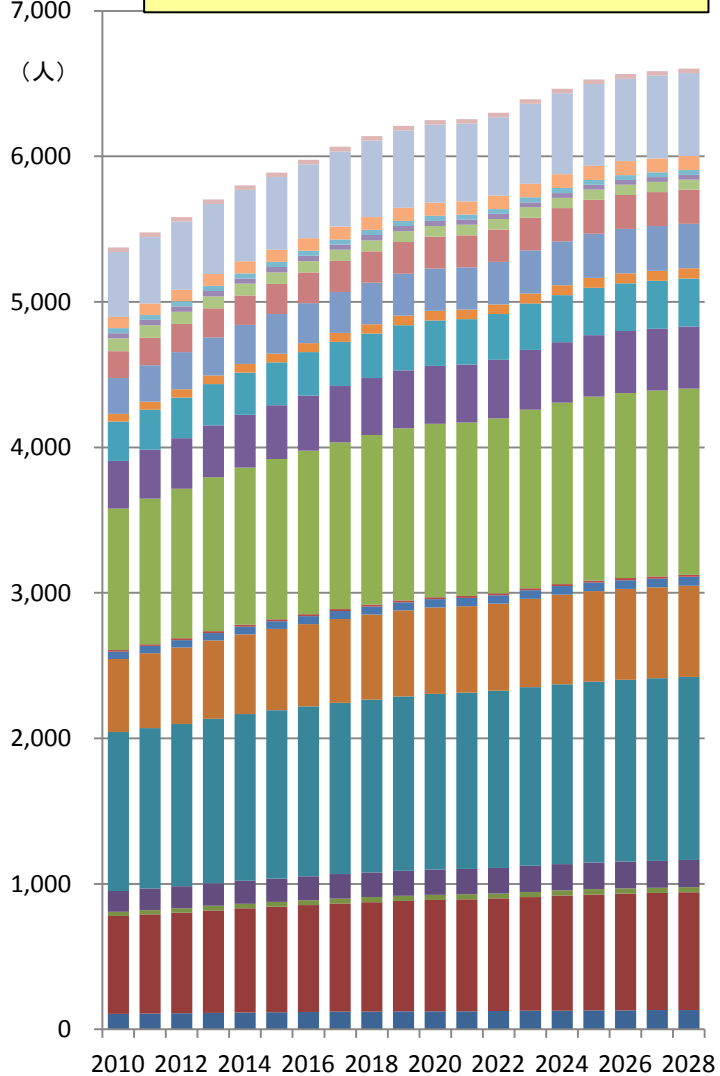


75歳を超えると、介護ニーズも入院ニーズも、さらに認知症有病率も、**指数関数的に上昇**する

(データ元)
 要介護認定率: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び、介護給付費実態調査(H24)
 認知症有病率: 筑波大附属病院「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H24)
 入院受療率: 患者調査(H23)

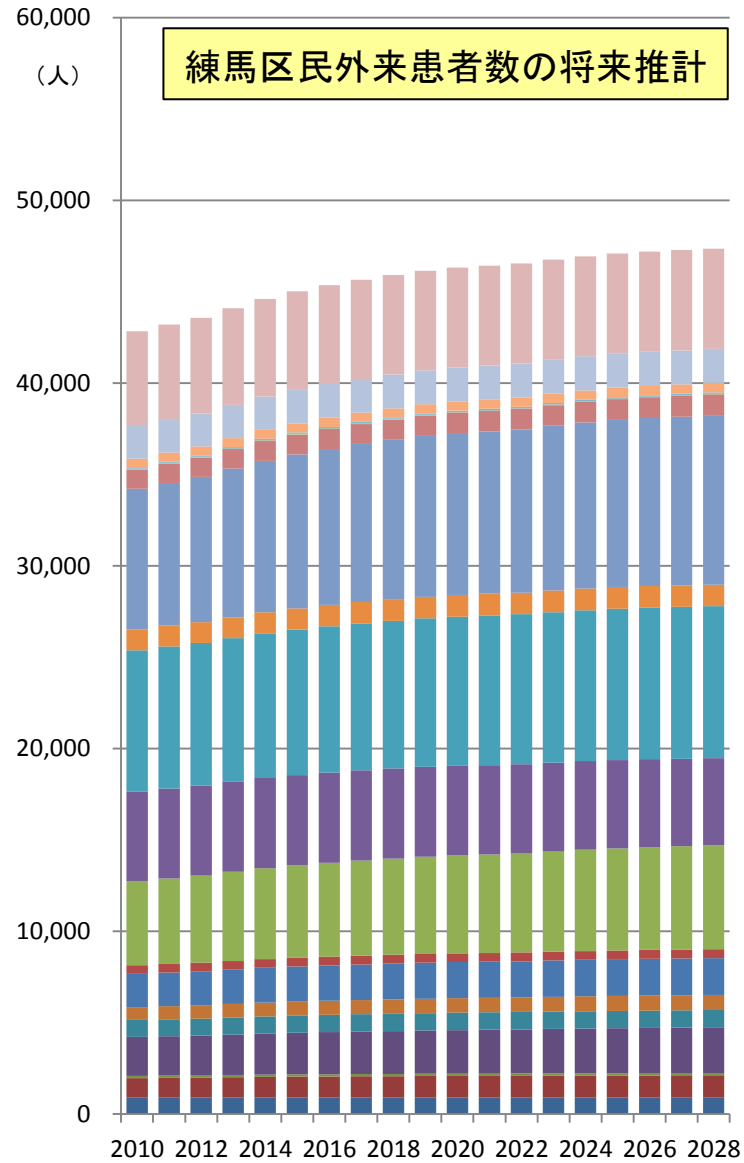
入院患者数の伸び率は、外来を上回り、1.13倍に(2014→2025)

練馬区民入院患者数の将来推計



- XX I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
- XX 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- XVII 先天奇形、変形及び染色体異常
- XVI 周産期に発生した病態
- XV 妊娠、分娩及び産じょく
- XIV 腎尿路生殖器系の疾患
- XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患
- XII 皮膚及び皮下組織の疾患
- XI 消化器系の疾患
- X 呼吸器系の疾患
- IX 循環器系の疾患
- VIII 耳及び乳様突起の疾患
- VII 眼及び付属器の疾患
- VI 神経系の疾患
- V 精神及び行動の障害
- IV 内分泌、栄養及び代謝疾患
- III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害
- II 新生物
- I 感染症及び寄生虫症

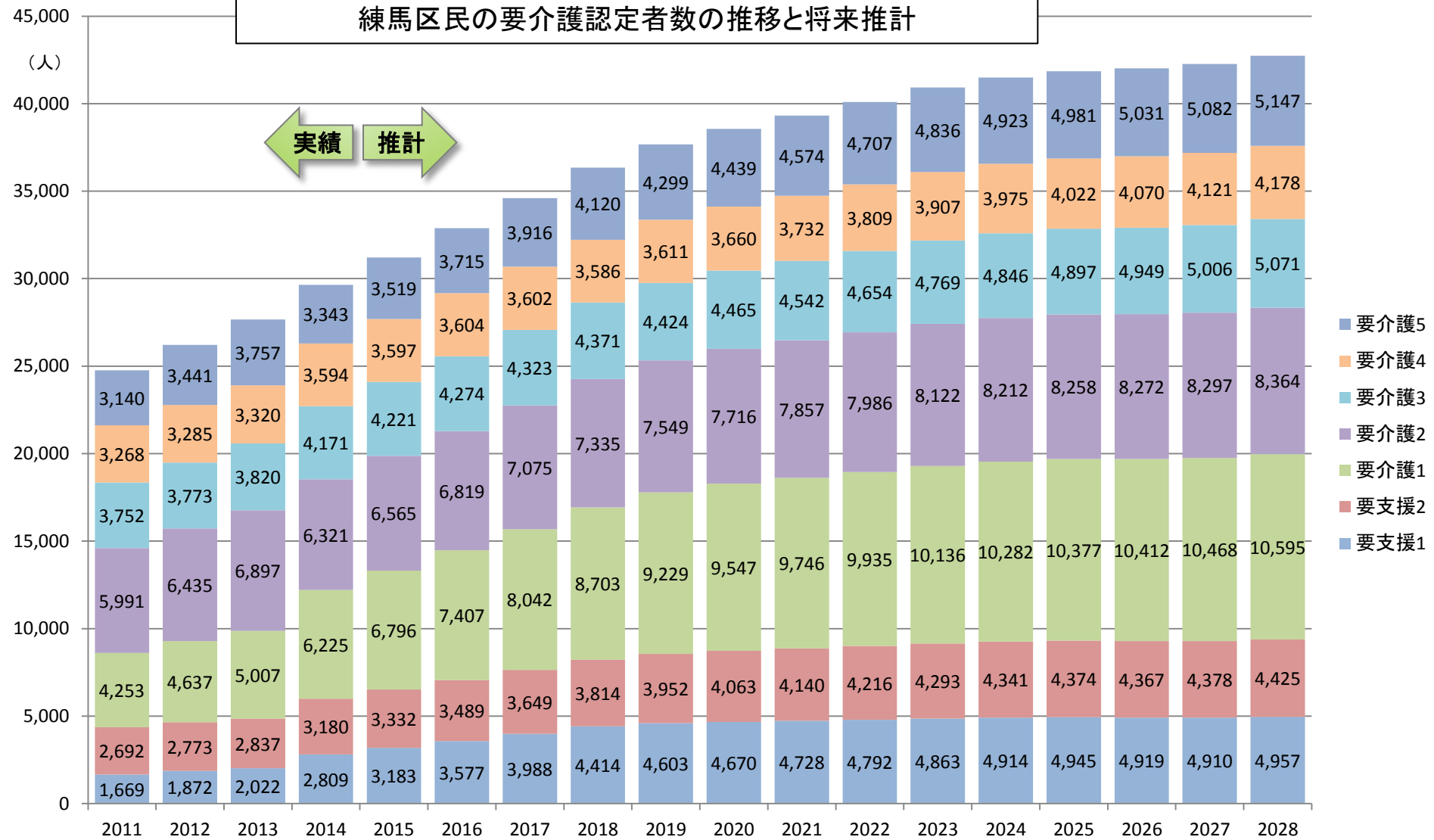
練馬区民外来患者数の将来推計



(データ) 練馬区人口動態推計と患者調査(H23)東京都の入院&外来受療率より推計

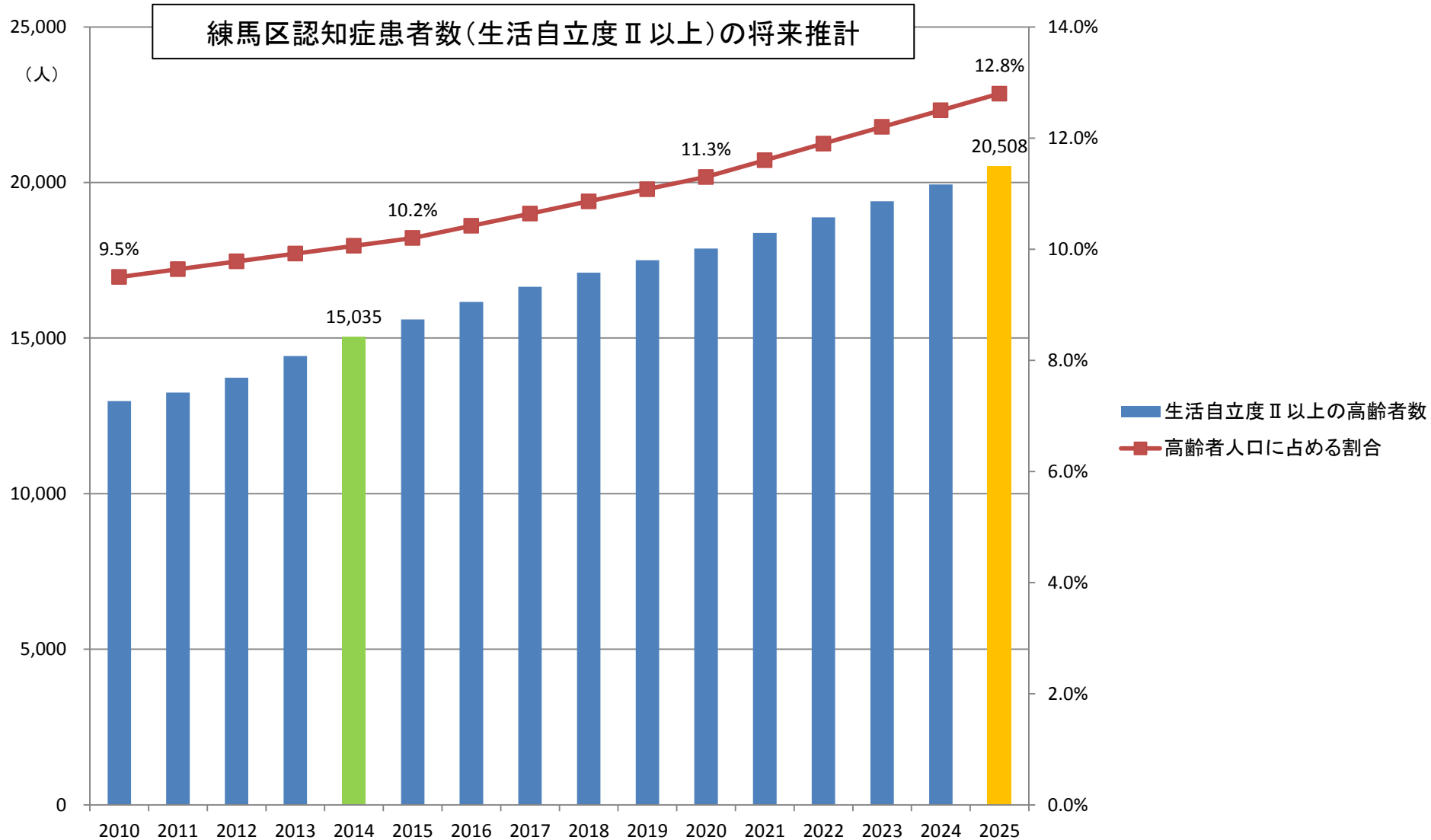
要介護認定者数、2025年には現状の1.4倍に(2014→2025)

練馬区民の要介護認定者数の推移と将来推計



(グラフ) 練馬区提供の要介護者推計データより作成

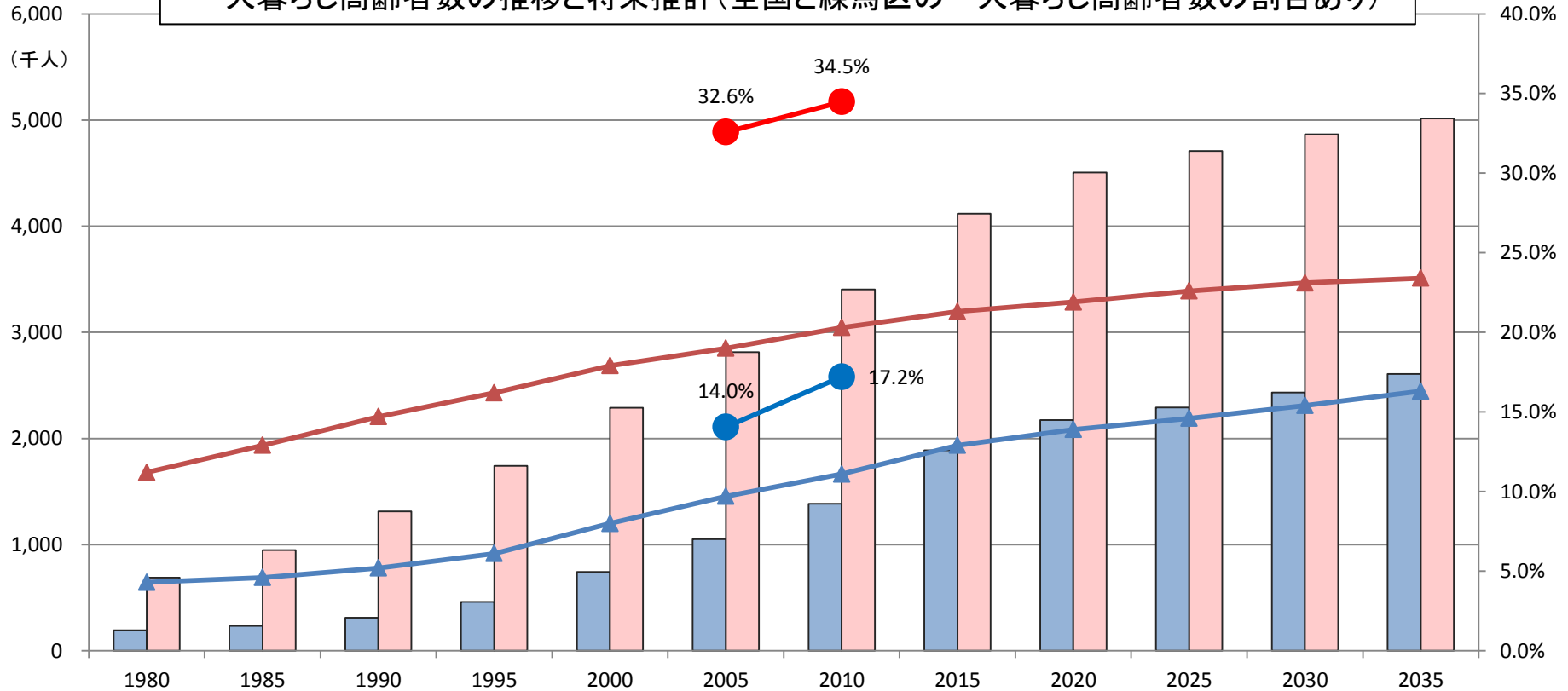
練馬区の認知症患者数は、1.36倍に(2014→2025)



(グラフ)練馬区提供の人口動態データと認知症自立度Ⅱ以上の罹患率(*)より作成
 (*認知症罹患率データ元)厚生労働省H22年認知症高齢者の現状資料(「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について)より。

しかし、これまで虚弱高齢者を支えてきた“多世代同居”は機能しない

一人暮らし高齢者数の推移と将来推計(全国と練馬区の一人暮らし高齢者数の割合あり)

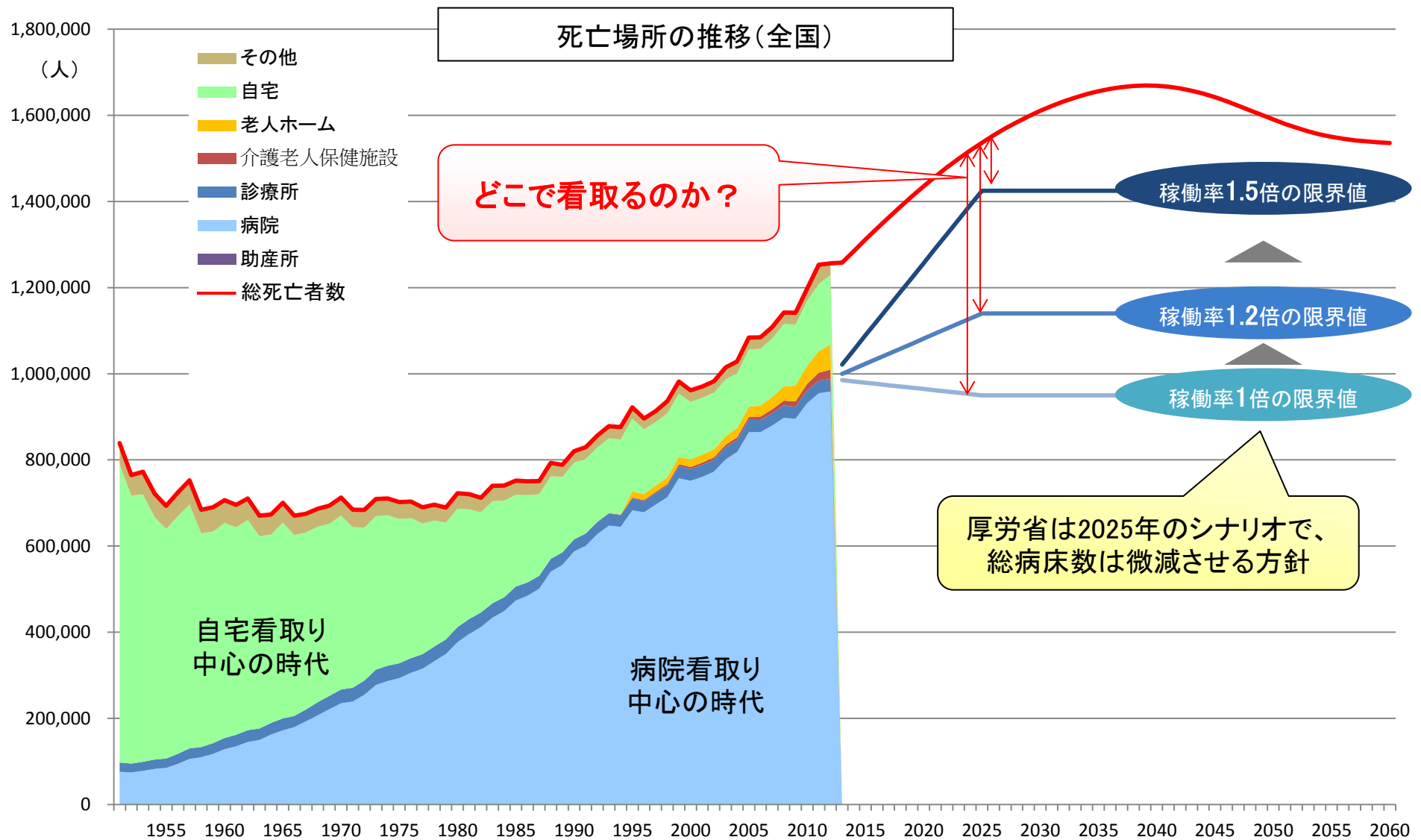


- 男性一人暮らし高齢者数(全国)
- 女性一人暮らし高齢者(全国)
- ▲ 男性高齢者数に占める男性一人暮らし高齢者数の割合(全国)
- ▲ 女性高齢者数に占める女性一人暮らし高齢者数の割合(全国)
- 男性高齢者数に占める男性一人暮らし高齢者数の割合(練馬区)
- 女性高齢者数に占める女性一人暮らし高齢者数の割合(練馬区)

練馬区の高齢者独居率は
全国平均より大幅に高い

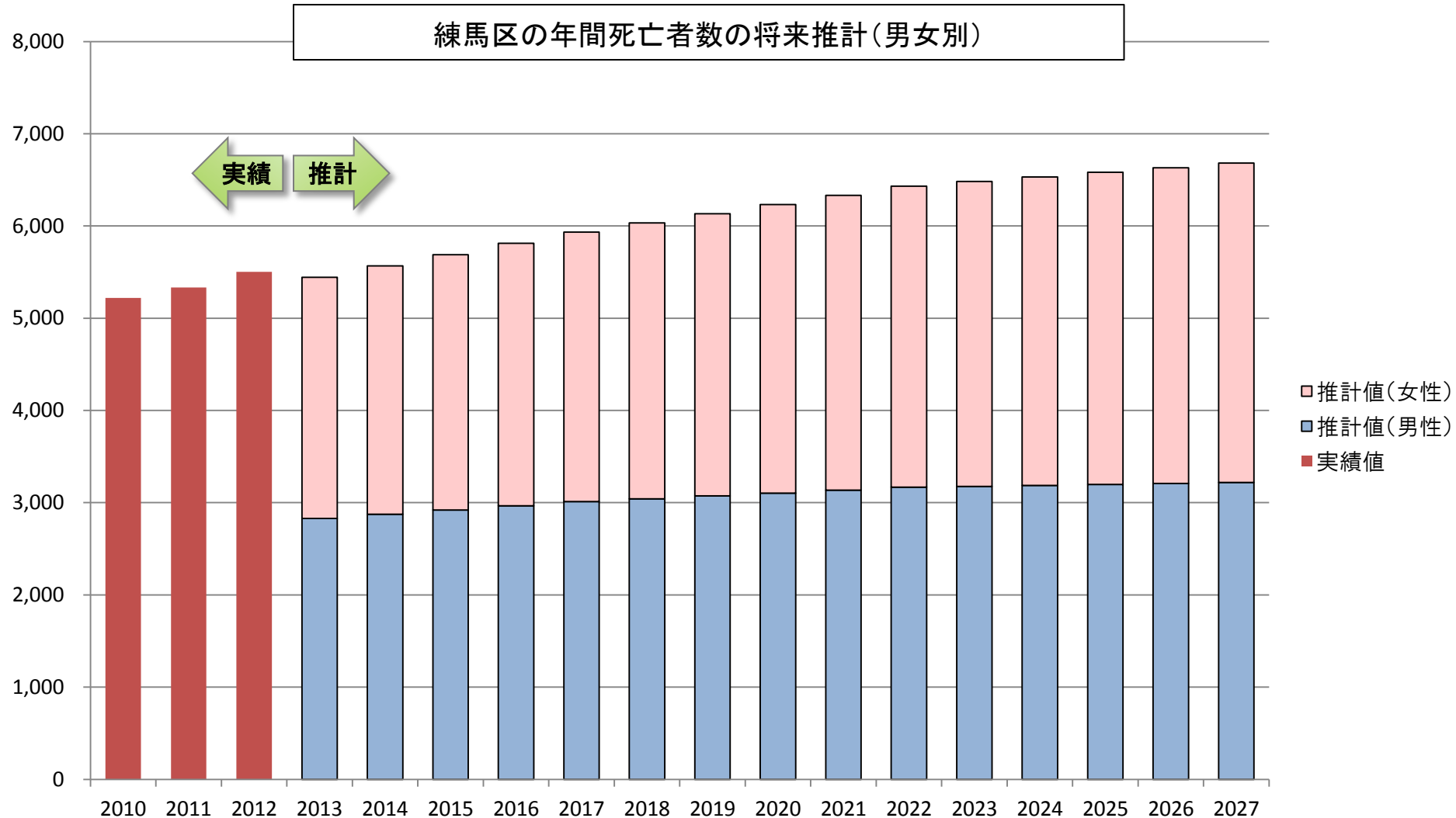
(全国値)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」「日本の将来推計人口(H24年推計)」、(練馬区値)練馬区提供の世帯状況データと人口データ

死亡場所の8割を占める病院病床は、今後全国的に逼迫が予想される



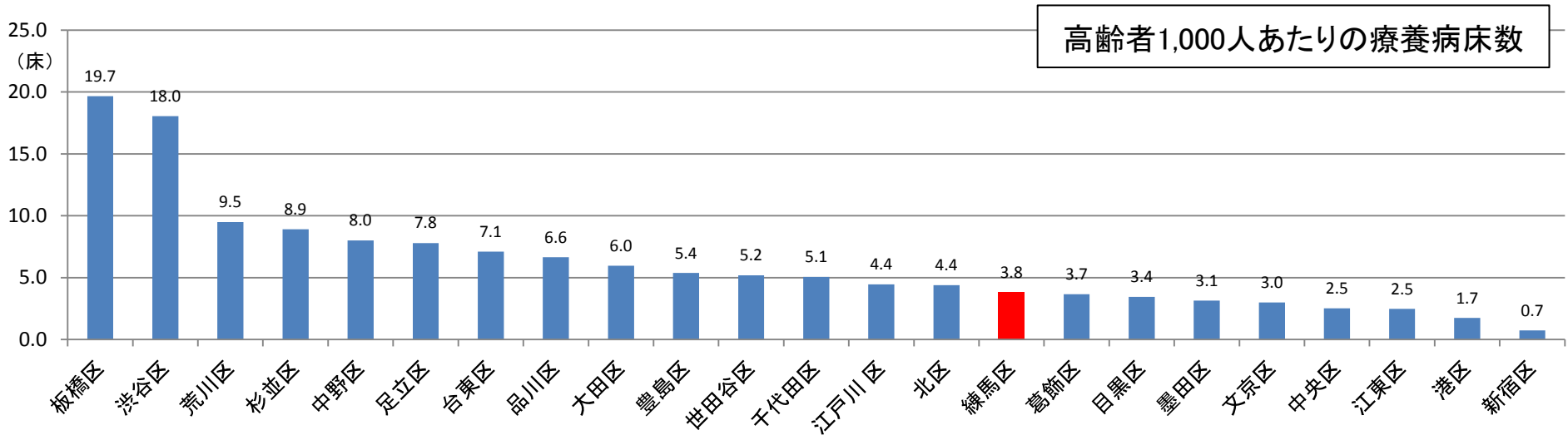
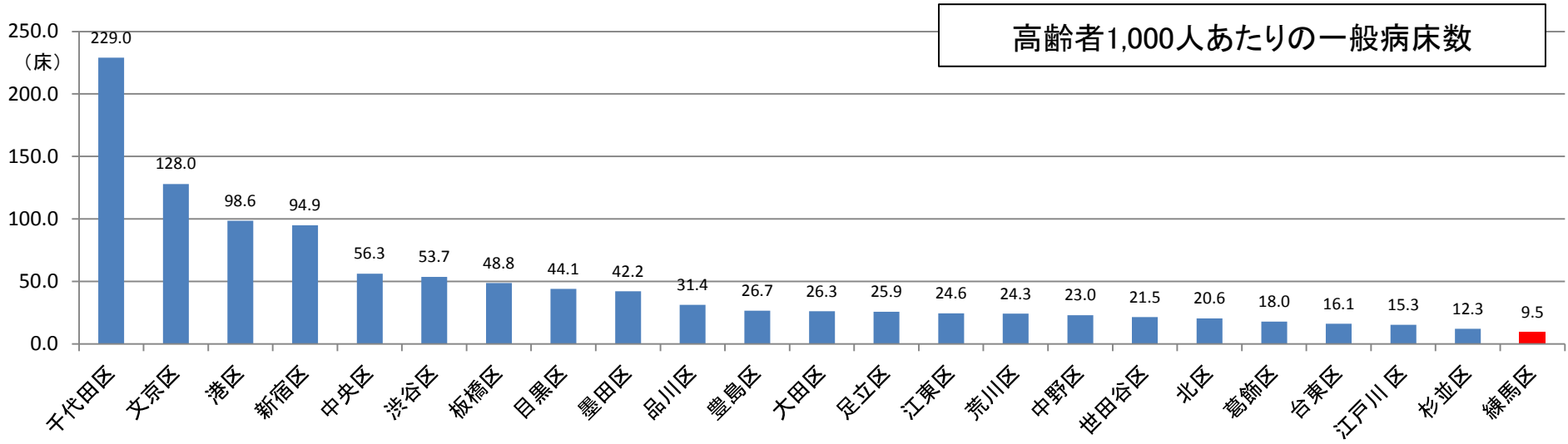
(資料高齢労働省「人口動態推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(H24年推計)出生中位死亡中位推計」病床限界値の設定は、全日本病院協会「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」を参考)

練馬区の年間死亡者数は今後も増加。2025年には現在の1.2倍に。



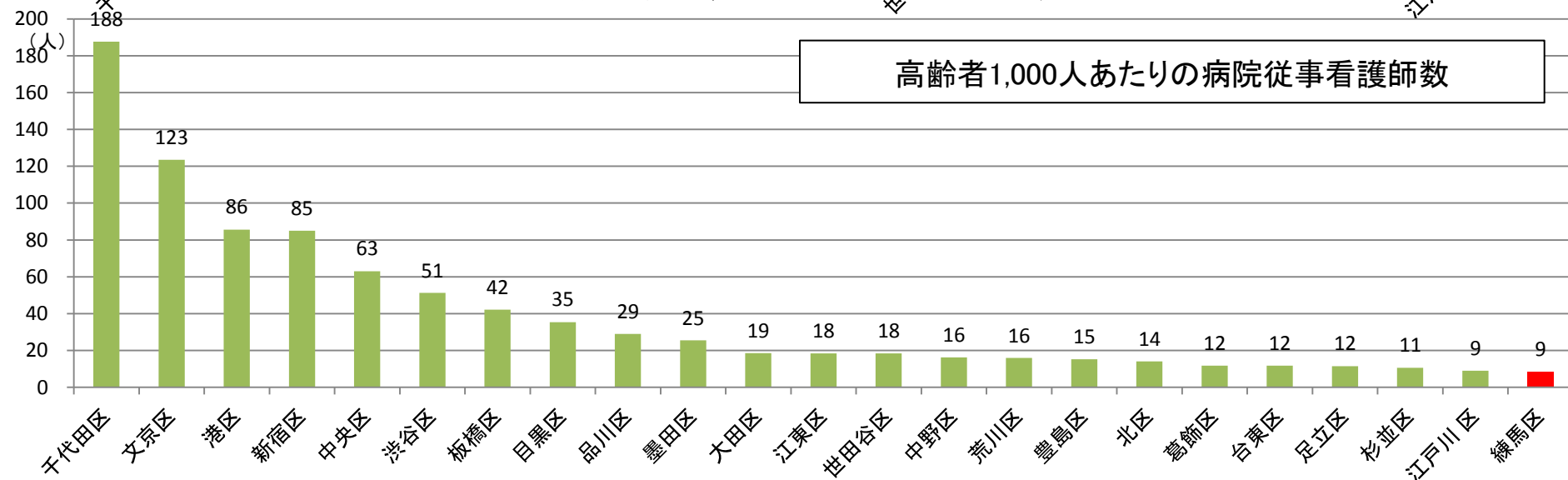
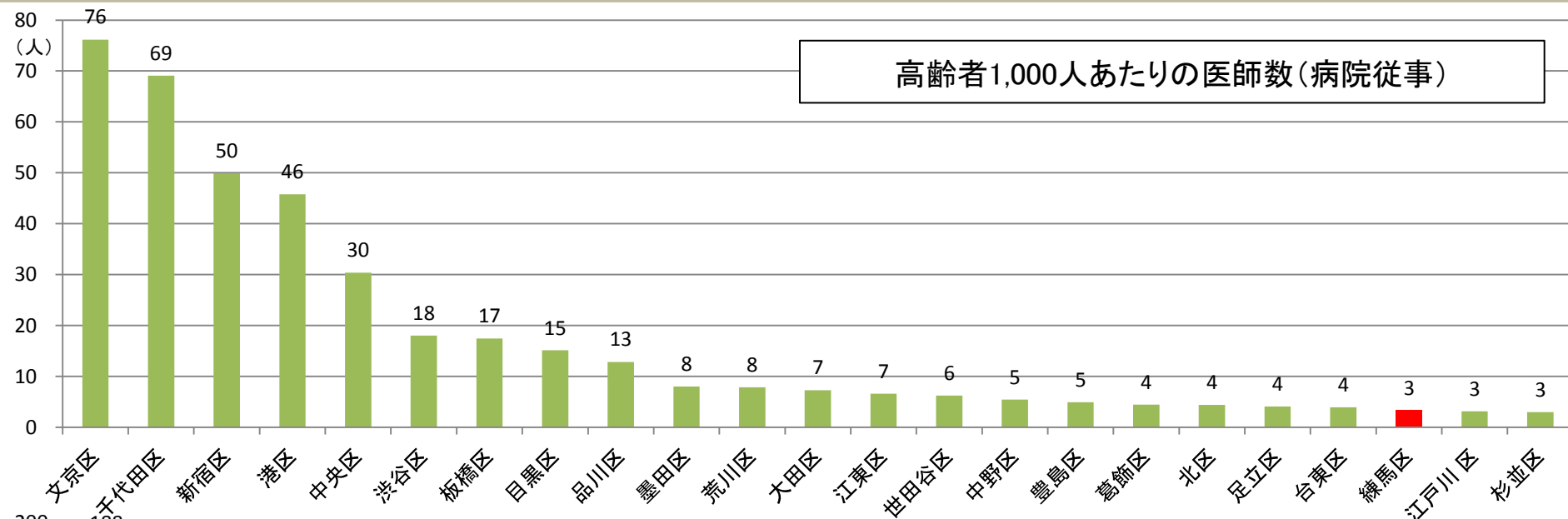
(データ) 練馬区提供人口推計データと社人研練馬区生残率より推計

しかし、人口当たり一般病床数は23区内で最も少ない。



両グラフ) 東京都福祉保健局HP衛生統計「東京都の医療施設(H24/10/1)」内区別病床数データと、東京都の統計<http://www.toukei.metro.tokyo.jp/juukiy/jy-index.htm> 各区の住民基本台帳の高齢者人口より作成

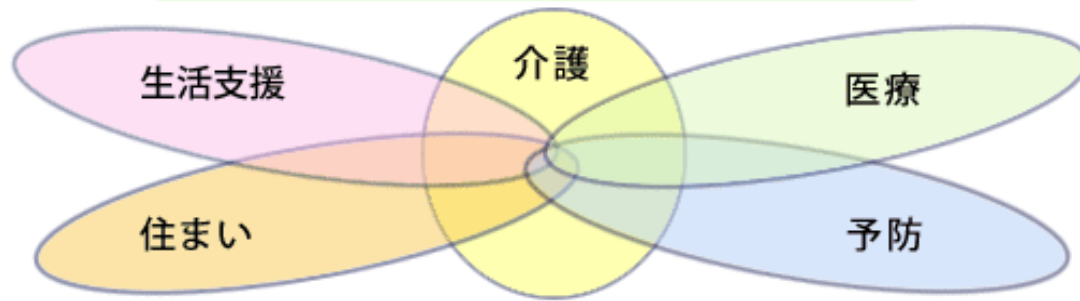
病院スタッフのリソースも少ない状況。



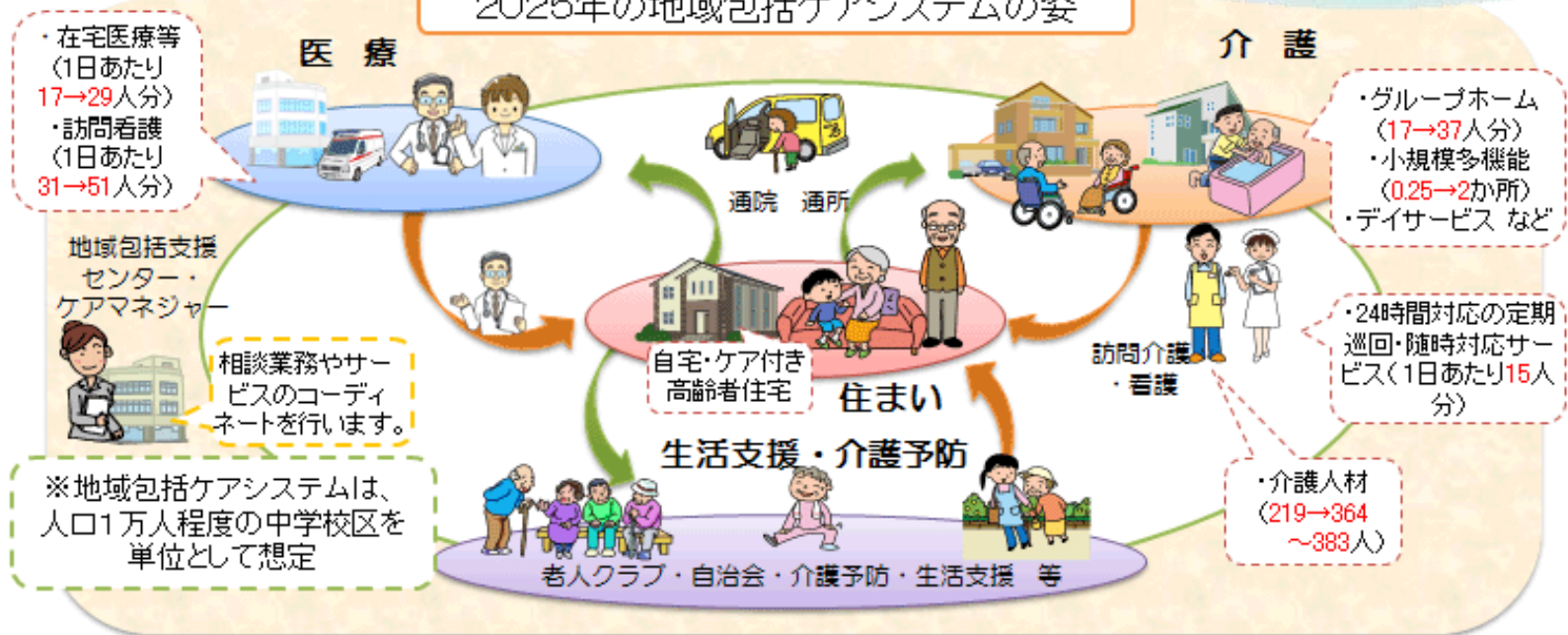
(両グラフ) 東京都福祉保健局HP衛生統計「東京都の医療施設(H24/10/1)」内区別病院従事者数データと、東京都の統計<http://www.toukei.metro.tokyo.jp/juukiy/jy-index.htm>各区の住民基本台帳の高齢者人口より作成

(参考)地域包括ケアの概念・理念、要素を表した図

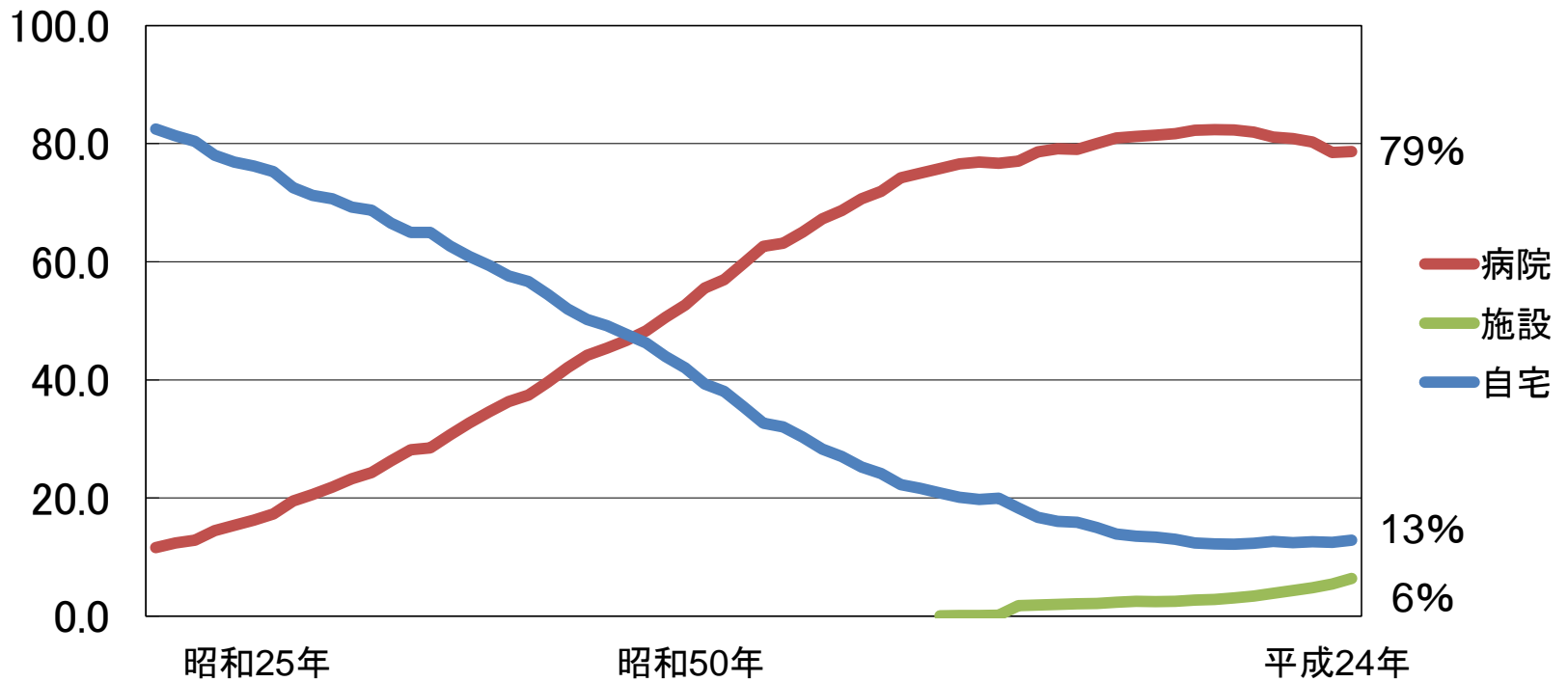
日常生活圏域 (30分で駆けつけられる圏域)



2025年の地域包括ケアシステムの姿



患者さんの立場から見ても、在宅医療へのニーズは高い



※ 人口動態推計(厚労省)、国立社会保障・人口問題研究所(H24年推計)

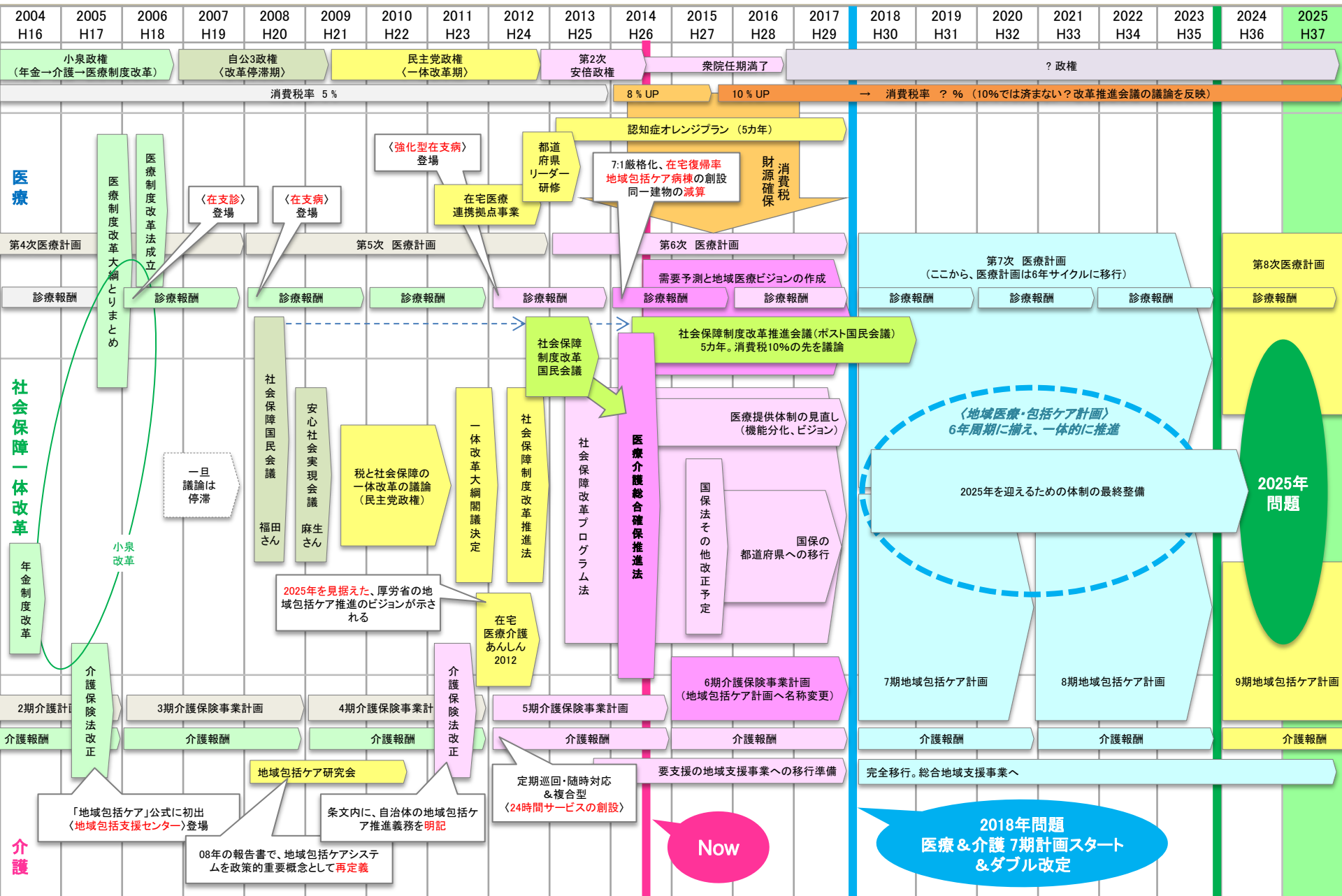
最期を迎えるのに理想の場所 (質問:どこで過ごしながら医療を受けたいですか。)



※ 終末期医療に関する調査(厚労省H26年)



2025年を展望した、医療制度改革を含む“社会保障一体改革”





医療介護総合推進法の意味するところ

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、**効率的かつ質の高い医療提供体制**を構築するとともに、**地域包括ケアシステムを構築**することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所定の整備等を行う。

概要

- 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化**
 - ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の連携強化を推進するため、厚生労働省が**消費増収分を活用した新たな基金**を創設する。
 - ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働省が**新たな基金**を活用して、医療機関と介護事業者との連携を促進する。
- 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）**
 - ① 医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告**する。都道府県知事は、**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定する。
 - ② **医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付ける。
- 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）**
 - ① 在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
 - ② **特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な**中重度の要介護者を支える機能に重点化**
 - ③ **低所得者の保険料軽減を拡充**
 - ④ **一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**
 - ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」を創設する。
- 4. その他**
 - ① 診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書に定める。
 - ② **医療事故に係る調査の仕組み**を位置づける。
 - ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行を促進する。
 - ④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

ビジョン実現、地域包括ケア実現は、診療報酬による誘導だけでなく、**基金を使って計画的に推進せよ**

→ 病床機能報告制度
→ **医療需要の将来推計**
→ **ビジョン策定**
→ **強制力も付与**

一律の給付から、**地域の実情に応じ、NPO等多様な担い手によるサービス提供で費用を効率化**
→ (住民創発的、**まちづくり的效果**にも期待)
→ **給付は限定化の方向性を提示**

施行期日(予定)

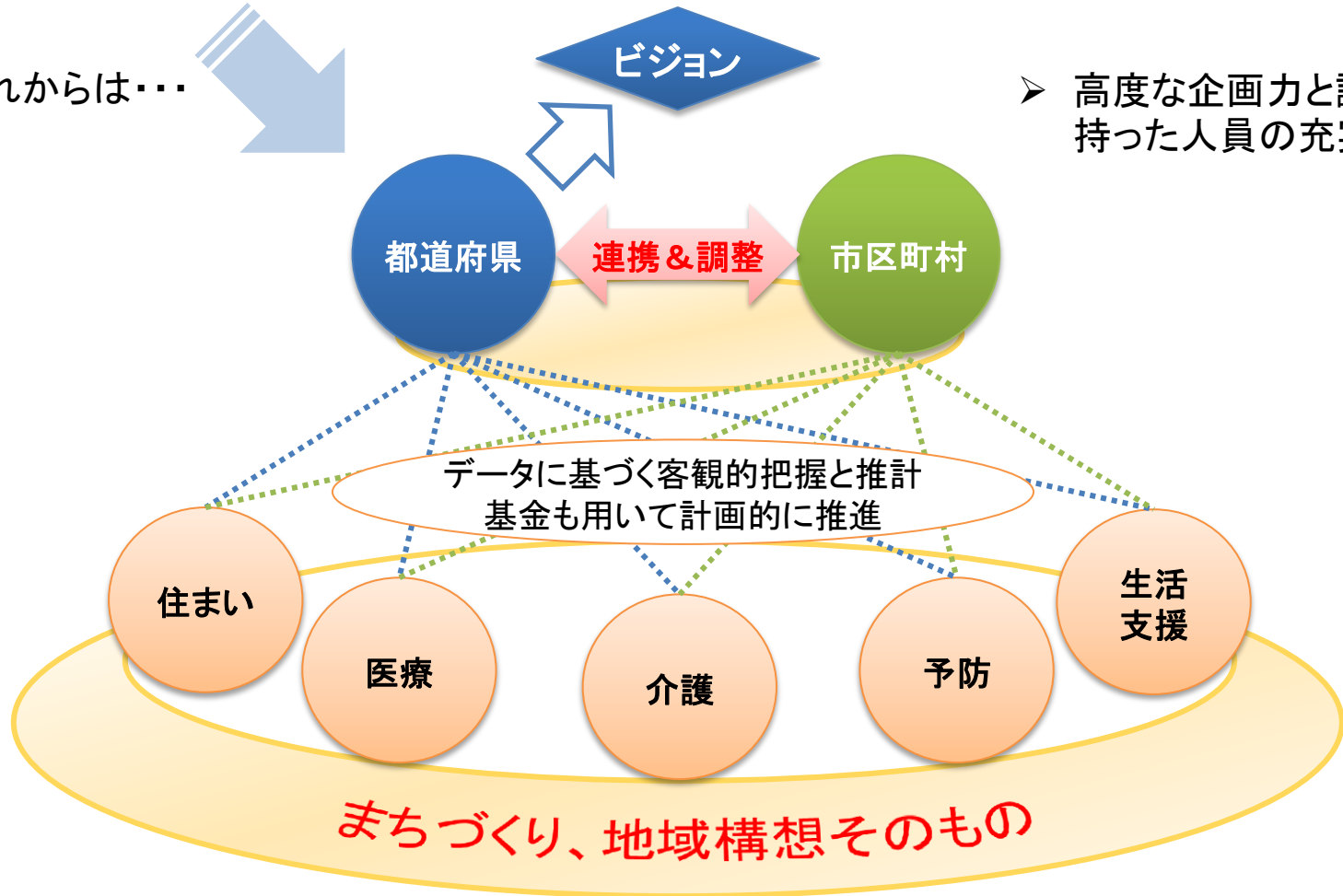
公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

射程は拡大、もはや自治体の“総合計画”策定に匹敵する大作業に

これまでは・・・

- 医療(計画、病床規制)、サ高住は、都道府県 (介護、地域包括ケアのコトは知りません)
- 介護は保険者である、市区町村 (在宅にせよ後方支援病院にせよ医療のコトは知りません)

これからは・・・



➤ 高度な企画力と調整力を持った人員の充実は必須

ヒアリング 調査

- 専門部会委員を中心に、練馬区内の医療・介護関係者へのヒアリングを実施中
→ 次ページでサマリーをご紹介します

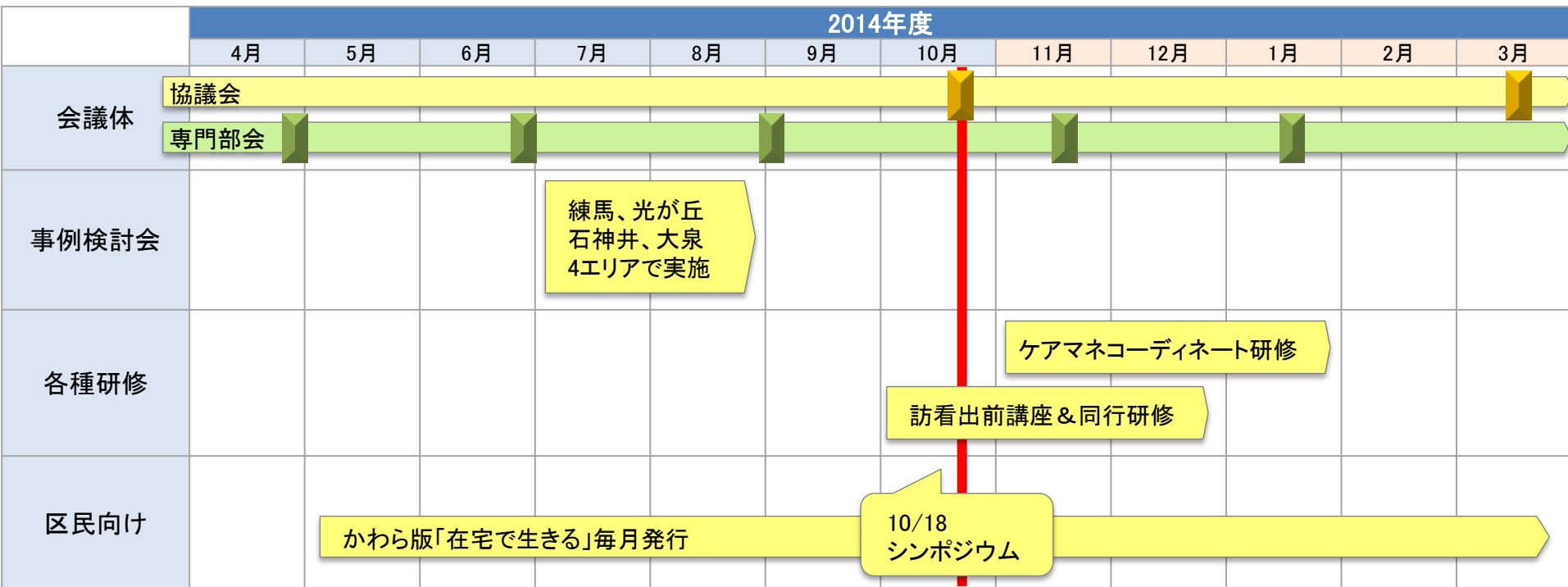
データ分析 調査

- 練馬区内の人口動態と将来推計、それに伴い医療介護のニーズ推計、及び現状の供給体制とのギャップ分析等を行う
- さらに、死亡診断書データの全件解析による看取りの実態把握調査、患者調査(病院票)の分析による、区民の入院状況の詳細把握等を今後行う予定(現在厚労省に対し利用申し出の申請中)
→現在分析中、次回専門部会でご紹介予定

ヒアリング結果のサマリー（ヒアリング調査 途中結果報告）

カテゴリ	得られたコメントのサマリー	
在宅医療	全体観	基本的に、量的充足感はある。
	詳細	緩和ケアのスキルの底上げや、認知症初期診断対応型クリニック等が求められている おそらくがん末期患者や認知症患者は、一部のクリニックに集中してしまっている
後方支援体制	全体観	急変時病床確保に関しては、そこまで問題化していない模様 基本的に各主治医の個人的パイプが機能している状況か
	詳細	順天堂練馬は病床に逼迫感があり、入院できても回復を待たず出される傾向あり。依頼しづらい。 区外の病院に大きい比重を依存せざるを得ない状況。 また、急性期から在宅復帰をつなぐベッド(回リハor地域包括ケア)の不足感強い。 ホスピス病棟が区内にゼロである点も、不満は強い。
訪問看護	全体観	充足感あり(特に東部は飽和感あり)。大泉、関町エリアはまだ不足気味か。 しかし24H対応型、看取り強化型の訪看のニーズは強い。
	詳細	リハ対応(PT所属)のステーションは増えてきたが、認知症対応(OT所属)は不足感あり。
ケアマネ	量的には充足。ただし医療的スキルがあるケアマネは少なく、感覚的には3割~4割しかいない模様。質のバラつき感に不満を持っている医師・看護師は多い。	
介護リソース	基本的な訪問看護、デイ等は足りているものの、吸引ができるヘルパー(都の研修があるが、十分に機能せず)や、医療対応可能なショート、デイケア、夜間対応型訪問看護等、オプションな資源の不足感がある。	
施設	特養に待機者あり。老健は充足傾向にあり。 サ高住等は近年増えたが、多くが家賃高く、中低所得者のニーズには対応できていない。	
ICT連携	<ul style="list-style-type: none"> ITに強い先生や事業所は既に独自に始めているし、弱い方々は紙・FAXベース。大きな区、医師会、組織なので、区全体で何かひとつのシステムに舵を切ろうとすることは非常に難しい、という認識。 	

在宅療養拠点事業、今年度の資料



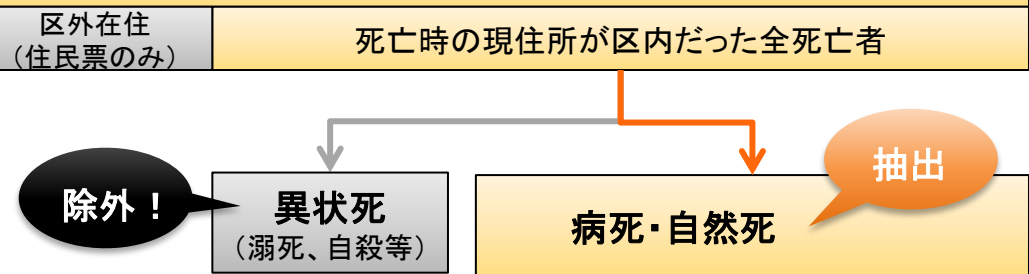
- 事例検討会(アンケート結果より)
 - 満足度:約80%
 - 多職種連携の実現可能性:約95%
- シンポジウム「在宅で看取るということ」@練馬区役所地下アトリウム多目的会議室
 - 講演者:桜新町アーバンクリニック 院長 遠矢純一郎
患者家族対話推進協会 代表 宮崎詩子
 - 参加者:81名

状況の整理と、今後の展開に関する現時点での仮説

- 今後、高齢化に伴う高齢入院患者増により、(病床が少ない練馬区では特に)在宅への**退院圧力が今以上に強まる**ことが予想され、地域でより多くの患者を診ていける体制構築が求められる。
- **がん患者の在宅受け入れ**に関しては、現状、特定の医療機関に集中してしまっている。今後も増加が見込まれる分野であるので、**区全体として**(医師会が牽引する形で)、24時間対応や緩和ケア対応医療機関の普及など、**体制の強化に取り組む必要**がある。これに関しては、在宅だけではなく、24時間対応の看護介護、メディカルデイやショートといった**強化された介護リソース**の増加が必要になる。
- 逆に慢性期系の在宅患者増への対応としては、現在外来のみの開業医で在宅も行える医師を増やす必要がある。**各種研修や、バックベッド確保のセーフティネット構築**といった取り組みが求められる。
- チームケアの質向上が求められ、ケアマネのスキルアップを重点的に行うとともに、各職種間の顔の見える関係性を醸成、特に**医療と介護の間にある心理的壁を取り払う**取り組みの推進が一層求められる。
- がん末期/慢性期に限らず、区全体のチームケアの質向上には、**ICT連携の導入**が求められる。しかし、区が大きすぎるため、これらのパイロットプロジェクトには、1包括エリアからの推進といった戦略が必要かもしれない。
- 高齢者の住まいに関しては、区として、中低所得者への住宅供給を展望し、それに沿った地域包括ケアの各種リソースを整備する必要がある。

今後の展開→死亡診断書の全件分析を予定

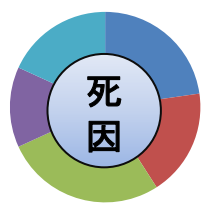
◆全死亡診断書データ(青葉区保健所保有の全データ)◆



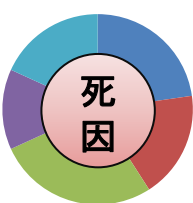
★Step1 「病死・自然死の抽出」

- 死因の種別や医師の氏名から、監察医等による死体検案書発行による「**異状死**」を除外し、治療や療養の結果としての死亡者を抽出する。
- 精度の高い看取りの実態把握の前提となる。

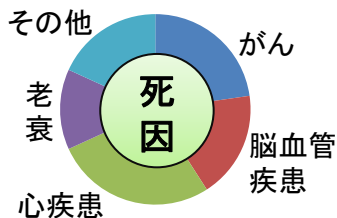
医療機関死 (病院・診療所)



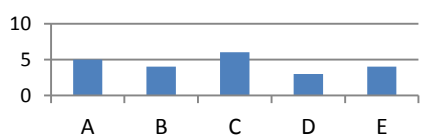
施設死 (老ホ・老健)



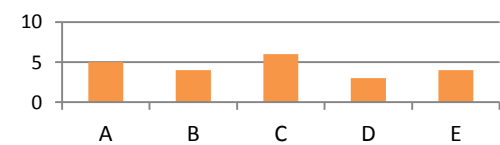
自宅死



医療機関、施設の名称



診断書を発行した医師の氏名 (≒看取った在宅クリニック)



★Step2 「クロス分析」

死亡場所の種別

- 死亡場所の種別から、病院のベッドでの死亡か、施設内での死亡か、自宅での死亡かがわかる

どこで?

直接死因の分類

- 死亡小票の直接死因をICD10に従って再分類し、クロス集計に使用する

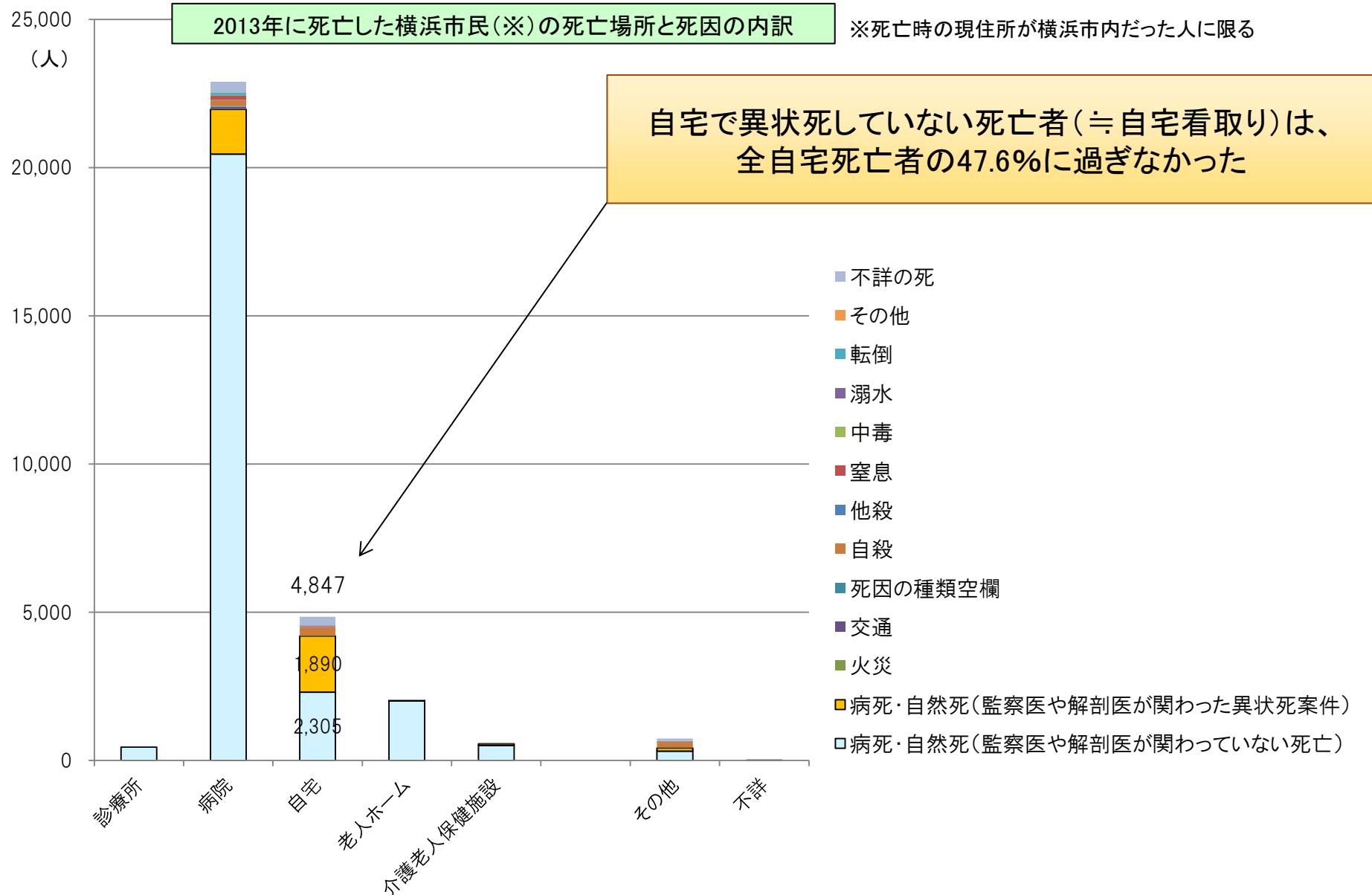
何が原因で?

施設名 & 医師の氏名

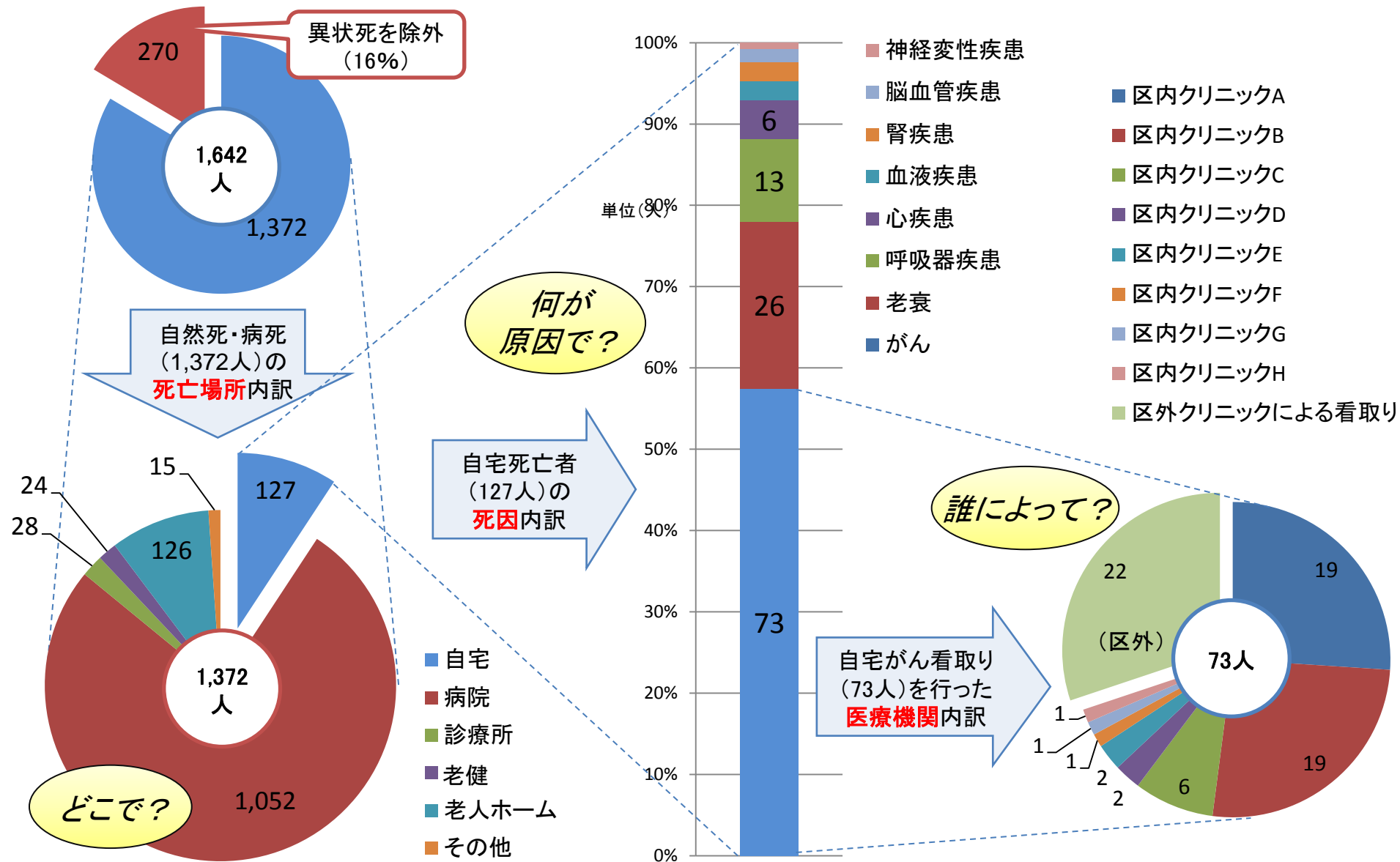
- これらの死亡(看取り)を行った医療機関がわかり、特に在宅医による自宅看取りの実態把握に役立つ

誰によって?

異状死の分析から、本当の“自宅看取り”を抽出する(横浜での事例)



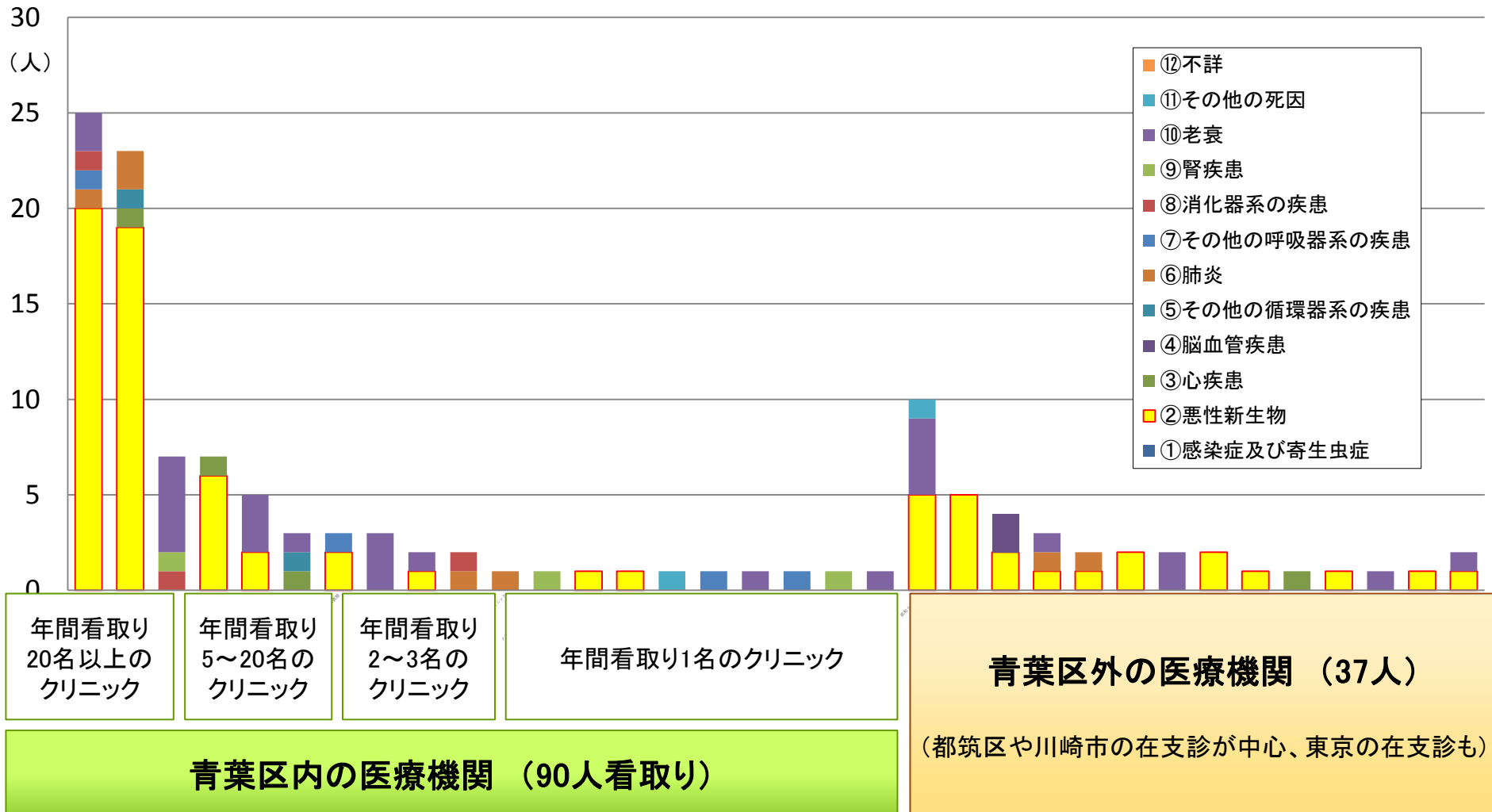
(参考) 死亡小票からわかった、青葉区内の自宅看取りの実態(2011年)



※資料: 横浜市青葉区人口動態調査死亡表(2011年)

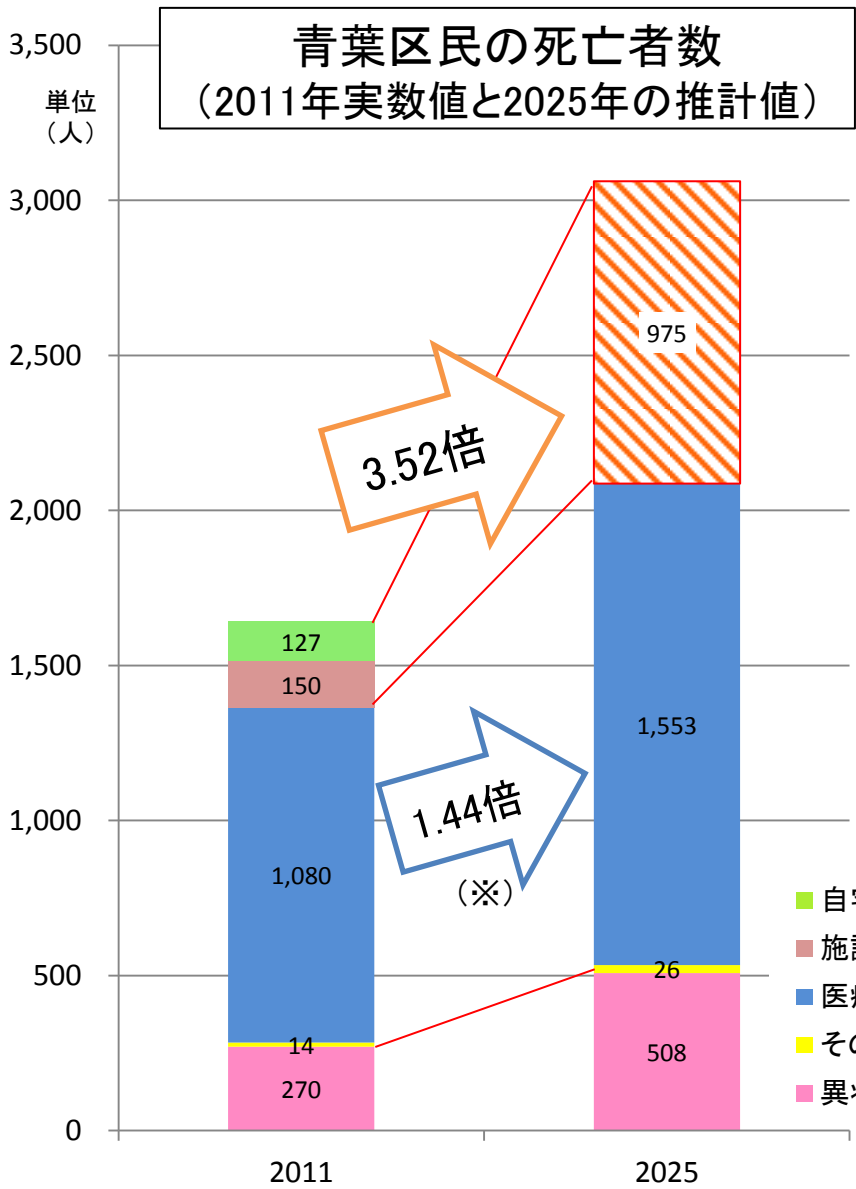
区民を自宅で看取っている在宅クリニックの勢力状況(青葉区)

2011年の青葉区民の自宅看取り件数(看取ったクリニック別、死因・エリア内訳あり)



※資料:横浜市青葉区人口動態調査死亡表(2011年)

2025年、病床看取りは限界に達し、超過分は在宅へと溢れ出す



- 全日病のデータを参考に、青葉区民の病床看取りの限界値を設定(1.44倍)
- それ以上の死亡は全て在宅(自宅or施設)への溢れだと仮定した。

◆ 2025年、青葉区内の在宅クリニックは、
◆ 区民900名オーダーの在宅(自宅&施設)看取りを担わなければならない!

(※)全日本病院協会「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」より、1病床あたりの年間平均看取り人数の限界値を1名と設定し青葉区の現状値(0.8名)の1.25倍、さらに病床数の微増による単純キャパ増大の1.15倍を掛け、病院看取り人数の拡大限界は1.44倍であると仮定した。

さらに、在宅看取り900人時代に必要な在支診の体制を提案

➤ 青葉区のケア部会では下記2案を提示した。

特化型在支診 ～在宅メイン～

在宅医療に集中・
特化したクリニック
(年間**40名**在宅看取り)

6クリニック



併用型在支診 ～外来&在宅～

午前外来→午後在宅等
バランス型クリニック
(年間**10名**在宅看取り)

46クリニック



外来型在支診 ～外来メイン～

ほぼ外来のクリニックだが
自院の患者数名は在宅で
診ているというクリニック
(年間**2名**在宅看取り)

100クリニック



↑ ボリュームUPの力点 ↑

プロセスA

【内科クリニックを総動員！】

※152クリニック動員

青葉区内のほぼ全内科クリニック
が在宅に関わらなければいけない

プロセスB

【特化型在支診が牽引！】

※94クリニック動員

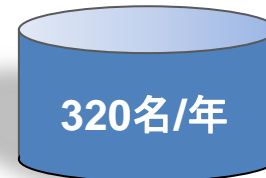
特化型クリニックがいくつか進出し、
在宅医の不足を補うモデル

12クリニック



↑ ボリュームUPの力点 ↑

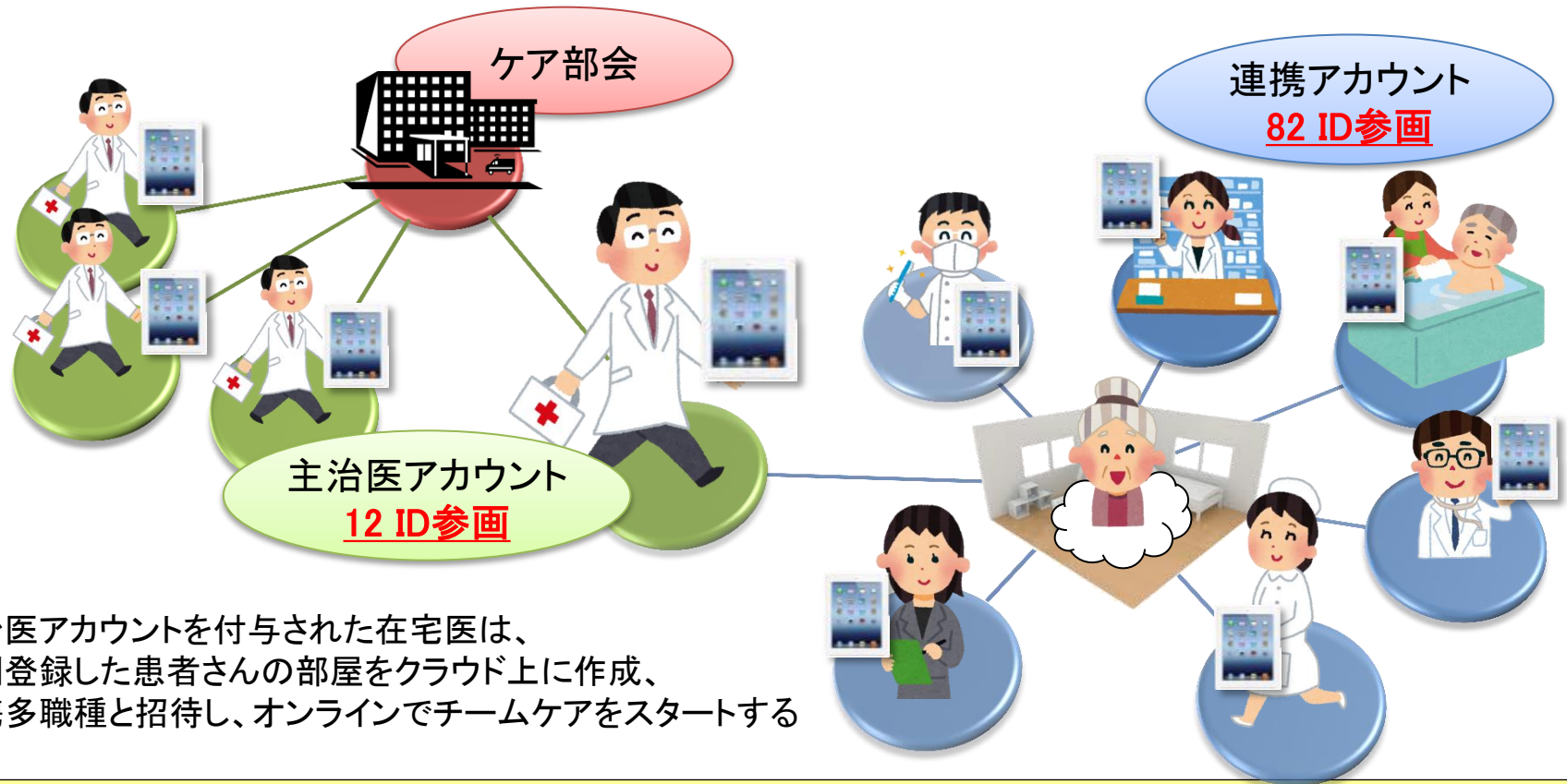
32クリニック



50クリニック



クラウド型多職種連携システムの導入(青葉区での取り組み)



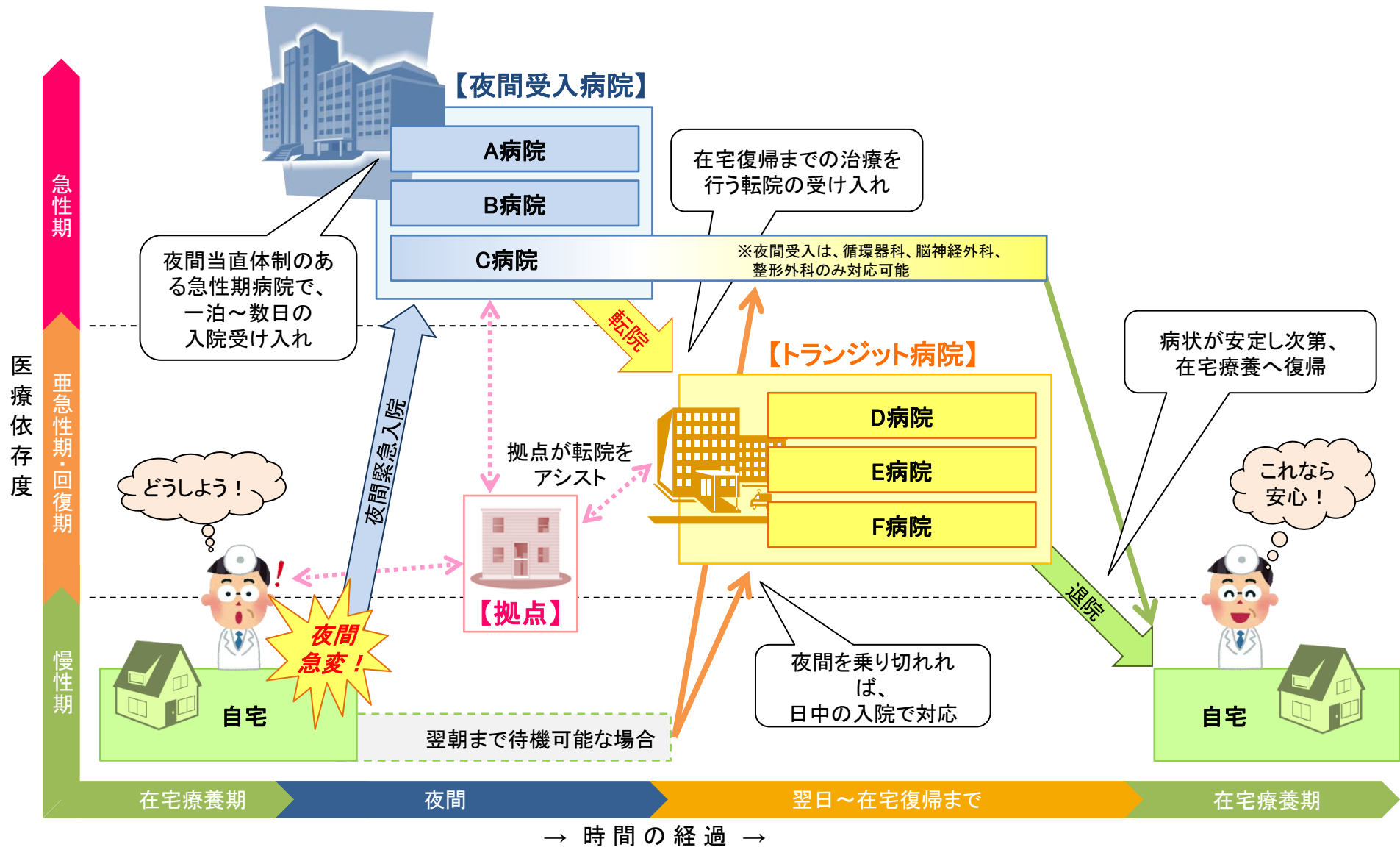
主治医アカウントを付与された在宅医は、
症例登録した患者さんの部屋をクラウド上に作成、
連携多職種と招待し、オンラインでチームケアをスタートする

横浜市の補助金を使って、多職種情報共有システム(カナミック)と、iPad端末(42台)を整備
2014年4月より、クローズドな形で1年間の「多職種クラウド連携パイロットスタディー」を展開中

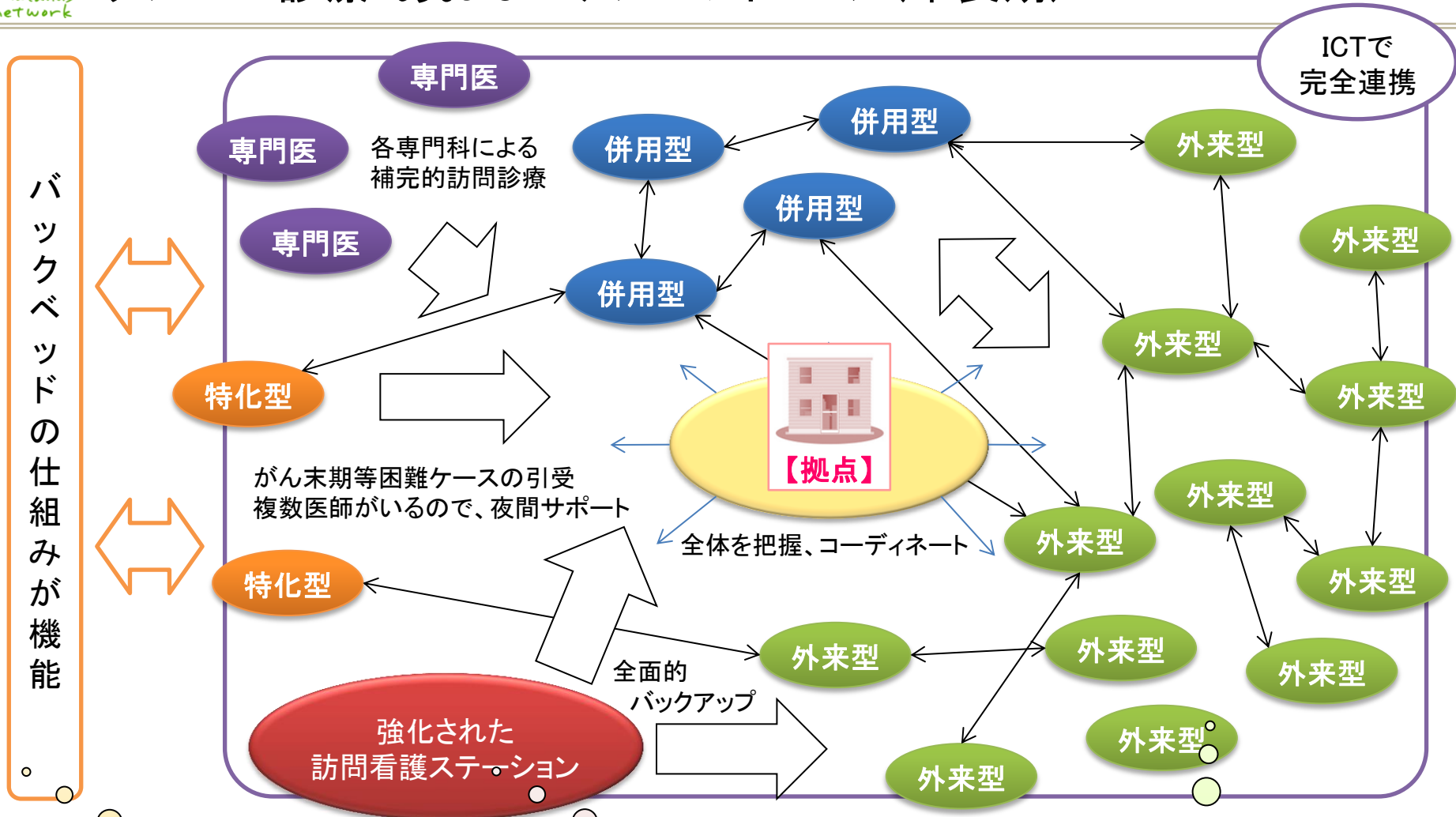
- ・ ベストプラクティスの収集
- ・ 運用モデル・連携ルールの検討、
- ・ システム面での改良点リストアップ を行い、

2015年度以降の青葉区全体展開(オープン化)へ向けた基盤整備が進行中

青葉区バックベッド確保のセーフティーネットモデルの整備



グループ診療“あおばモデル”のイメージ(中長期)



今夜、あやしいな!と思ったら
ストレスなく入院させられる。

訪看がしっかり入っているので、
夜間出動はほとんどない

一人一人はもはや24時間対
応しなくても済んでいる?



地域資源マップの作成支援

目的から探す

- 在宅医療を行っているクリニックを探したい ▼
 - 訪問診療を行っているクリニックを探す
 - 往診を行っているクリニックを探す
 - 在宅療養支援診療所を探す
- 対応可能な医療処置・管理 (全選択)
 - 在宅酸素療法の管理が可能
 - 人工呼吸器装着の患者の管理が可能
 - PEG (胃ろう) の管理が可能
 - 尿道留置カテーテルの管理が可能
 - 重度認知症患者の対応可能
 - 褥瘡 (床ずれ) のある患者の管理が可能
 - 麻薬施用者免許あり
- 訪問歯科診療が可能な歯科医を探したい
- 在宅医療受け入れ可能な薬局を探したい
- 病院を探したい
- 介護/高齢期の生活全般に関する相談がしたい (介護予防ケアプランを作成したい)
- ケアプラン (要介護1~5) を作成したい
- 短期間の施設入所を利用したい (ご家族の介護負担軽減、リフレッシュ)



アイコンの説明

表示中の場所
赤枠の範囲を左の地図で表示中です。

施設の情報	
名称	青葉台ケアセンターそよ風
住所	神奈川県横浜市青葉区桜台44-7
電話番号	045-981-1165
種類	居宅介護支援(ケアマネジャー)

検索したい項目にチェックを入れ、検索ボタンを押してください。

検索

エリアで探す

- たまプラーザエリア
- あざみ野 / 江田エリア
- すすき野エリア
- 青葉区全域
- 市ケ尾 / 藤が岡エリア
- 青葉台エリア
- 恩田 / こどもの国エリア

目的から探す

- 在宅医療を行っているクリニックを探したい ▼
 - 訪問診療を行っているクリニックを探す
 - 往診を行っているクリニックを探す
 - 在宅療養支援診療所を探す
- 対応可能な医療処置・管理 (全選択)
 - 在宅酸素療法の管理が可能
 - 人工呼吸器装着の患者の管理が可能
 - PEG (胃ろう) の管理が可能
 - 尿道留置カテーテルの管理が可能
 - 重度認知症患者の対応可能
 - 褥瘡 (床ずれ) のある患者の管理が可能
 - 麻薬施用者免許あり
- 訪問歯科診療が可能な歯科医を探したい
- 在宅医療受け入れ可能な薬局を探したい
- 病院を探したい
- 介護/高齢期の生活全般に関する相談がしたい (介護予防ケアプランを作成したい)
- ケアプラン (要介護1~5) を作成したい
- 短期間の施設入所を利用したい (ご家族の介護負担軽減、リフレッシュ)

介護保険サービスから探す (予) は介護予防サービスも含む

個別の介護サービスについては、厚生労働省「介護保険事業所検索」(http://www.kaigokenzaku.jp/publish/) のページに詳しく説明されています。

介護の相談 (最初の窓口)、ケアプランの作成 ▼

自宅に訪問してくれるサービス ▼

- 訪問看護 (予)
- 訪問介護 (予)
- 訪問入浴介護 (予)
- 訪問リハビリテーション (予)
- 夜間対応型訪問介護 (予)
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

通いのサービス ▼

短期間施設に入所する ▼

- 短期入所療養介護 (ショートステイ) (予)
- 短期入所生活介護 (ショートステイ) (予)

組み合わせたサービス ▼

- 小規模多機能居宅介護 (予)
- 複合型サービス

施設に入所して介護を受ける ▼

福祉用具を買う、借りる ▼

- 特定福祉用具販売 (予)
- 福祉用具貸与 (予)