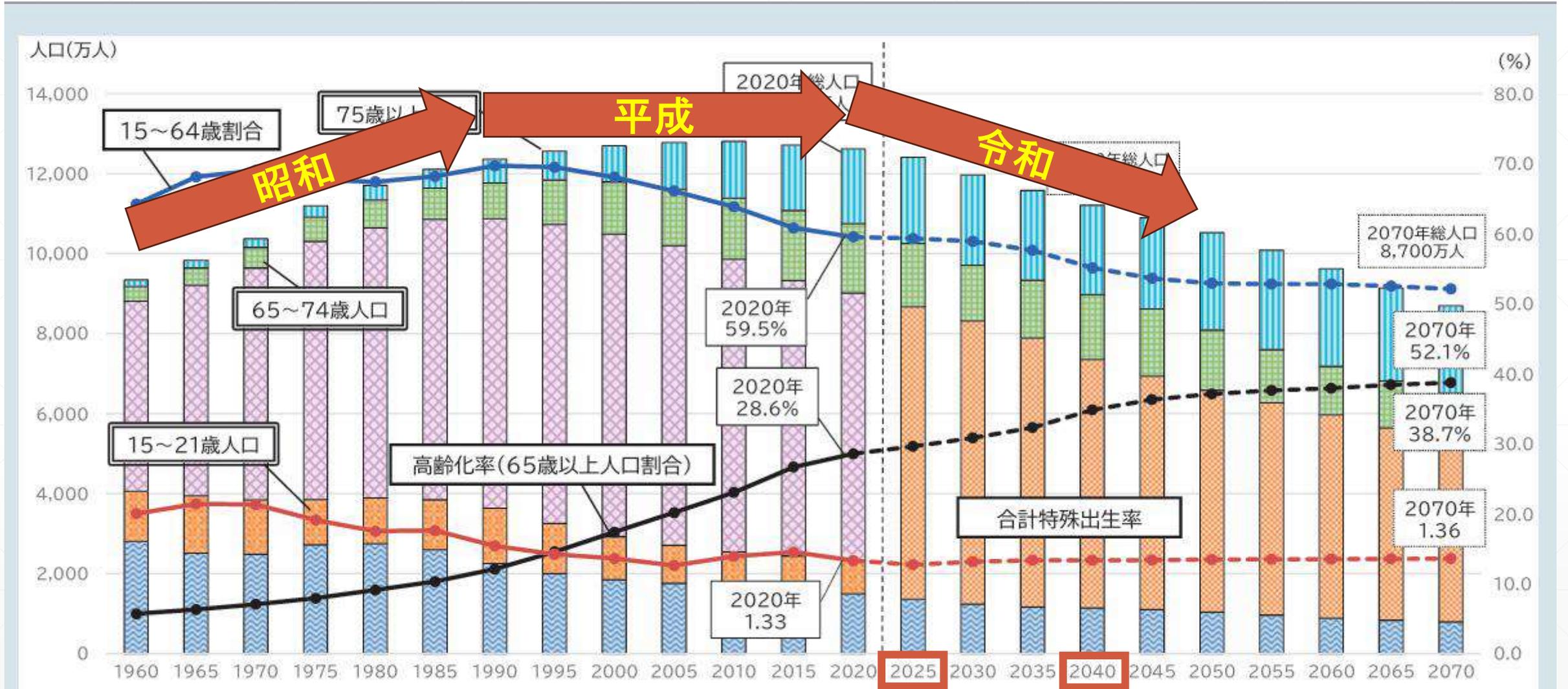


2025年を迎えた医療・介護の現状と 2040年に求められること

秋田県病院協会 会長 小野 剛 (市立大森病院 院長)

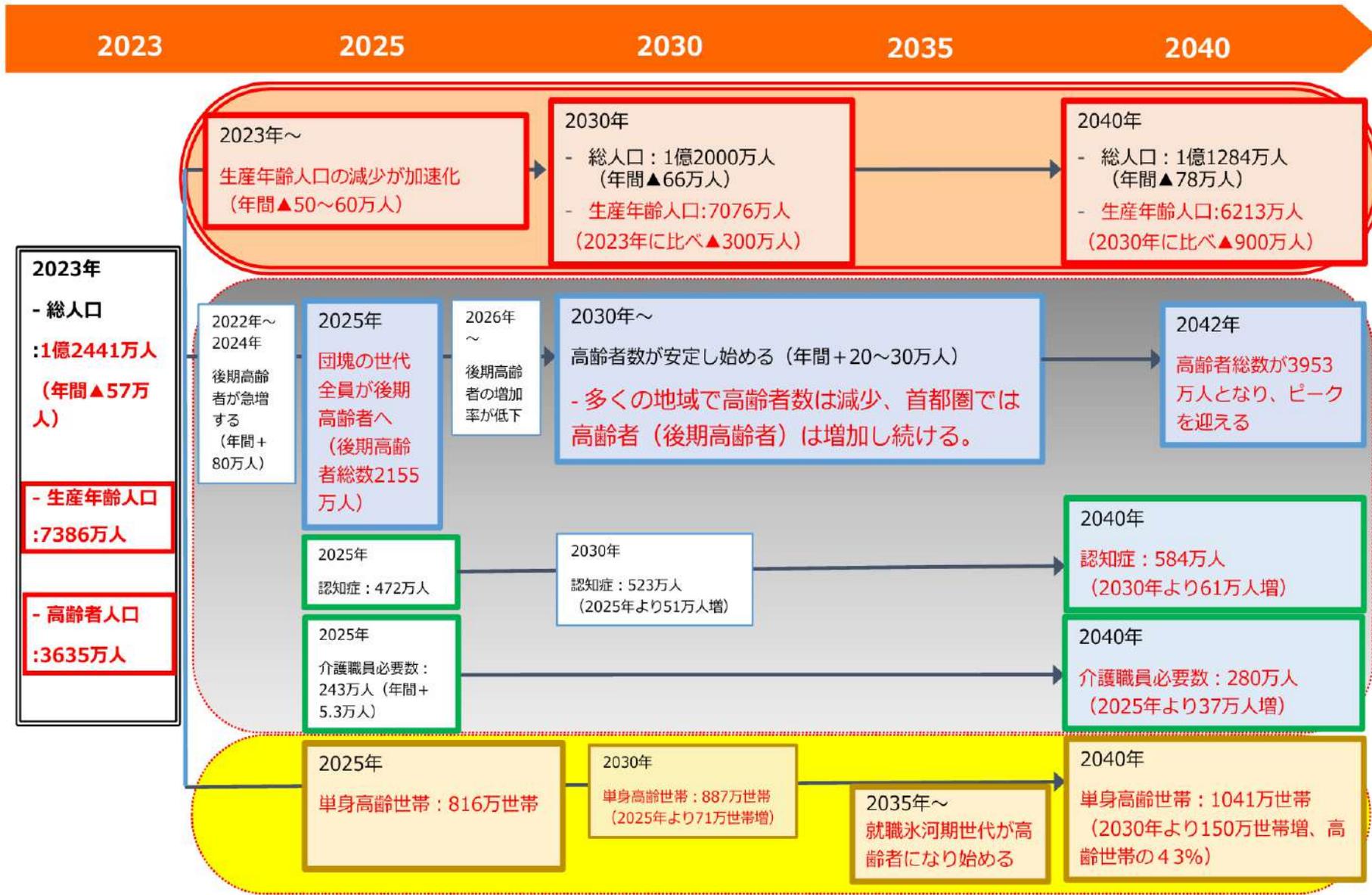
人口動態推移と社会の変化

日本の人口推移



「昭和」は右肩上がりで医療が介護を代替していた時代、「平成」は横ばいで介護や福祉の体制が充実した時代でした。「令和」は右肩下がり医療と介護が融合する時代になる事をふまえて今後のビジョンを立てていく必要があります。

2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し



2040年の社会

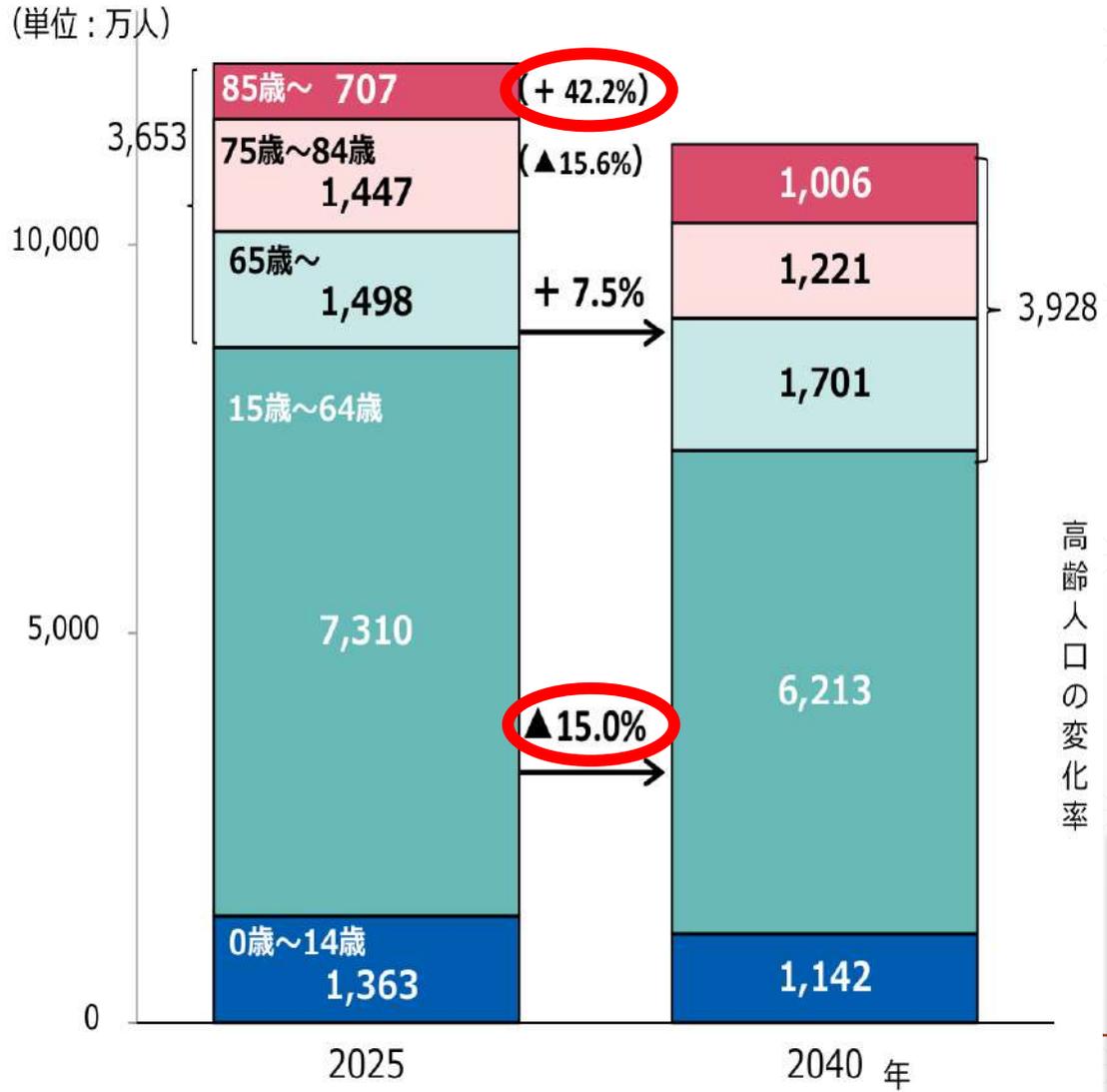
- ✓ 総人口は減少
- ✓ 生産年齢人口も減少
- ✓ 高齢者総数は2042年にピーク
- ✓ 団塊の世代は90歳以上に達する
- ✓ 認知症患者増加
- ✓ 単身高齢世帯増加
- ✓ 介護職員必要数増加

- ◆ 介護が必要なくても生活上の困りごとを抱える高齢者が増加
- ◆ 家族と住まい方が多様化
- ◆ 家族介護が期待できない時代
- ◆ 多様性と格差の時代が到来

【出典】
 ・人口について：総務省「人口推計」（令和4年1月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
 ・世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
 ・認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮治（平成27年3月））。各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
 ・介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

ポスト2025年の人口問題から考える二つの課題

<人口構造の変化>



◆生産年齢人口の急激な減少
◆85歳以上人口の急激な増加

医療・介護の担い手の不足
(2040年には、医療・介護・福祉従事者が100万人足りない予測)

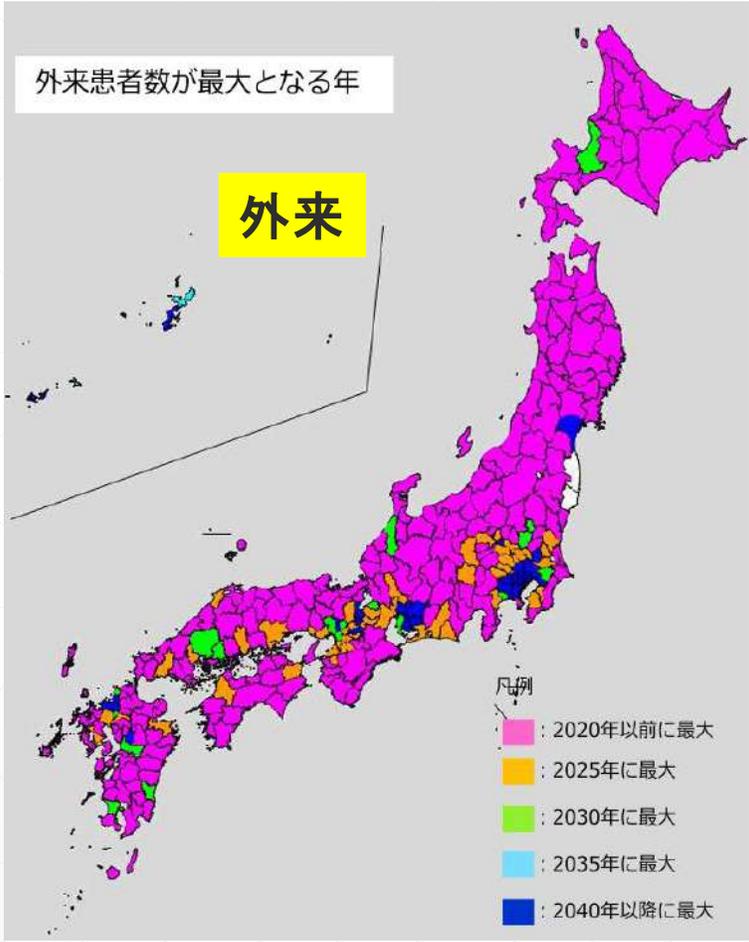
- シニア世代活躍
- 働き方改革
- タスクシェア/タスクシフト
- 健康経営
- 生産性向上 (AI・Dx等も含め)

今後秋田県では医療・介護の担い手不足が予想され、多様な働き方や多様な戦略が必要な時代になってくると思われます！

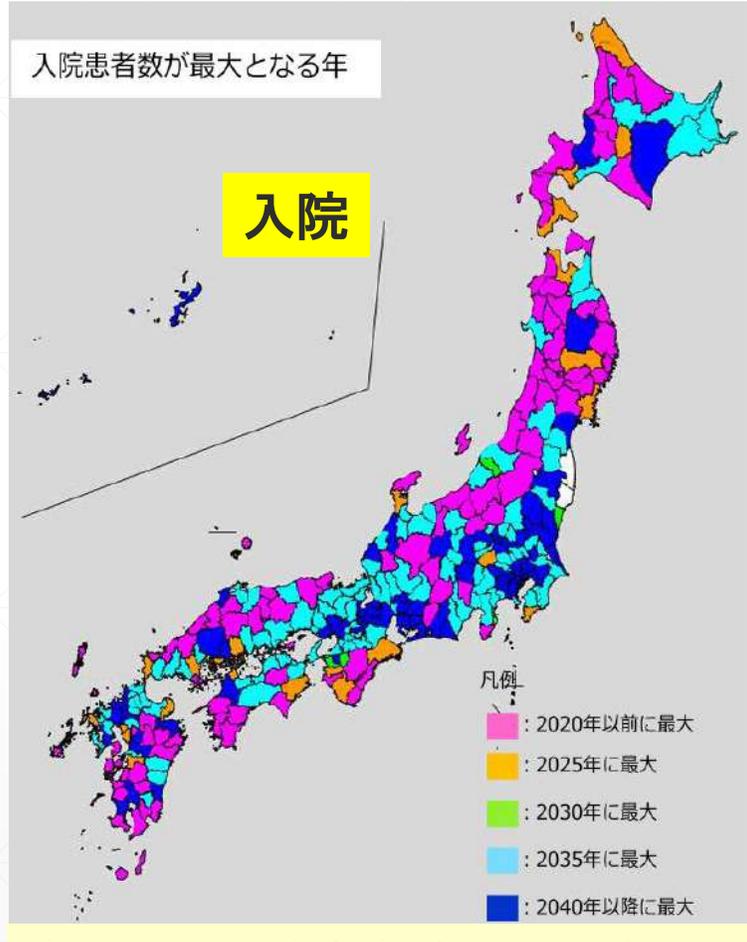
(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

ポスト2025年の医療提供体制

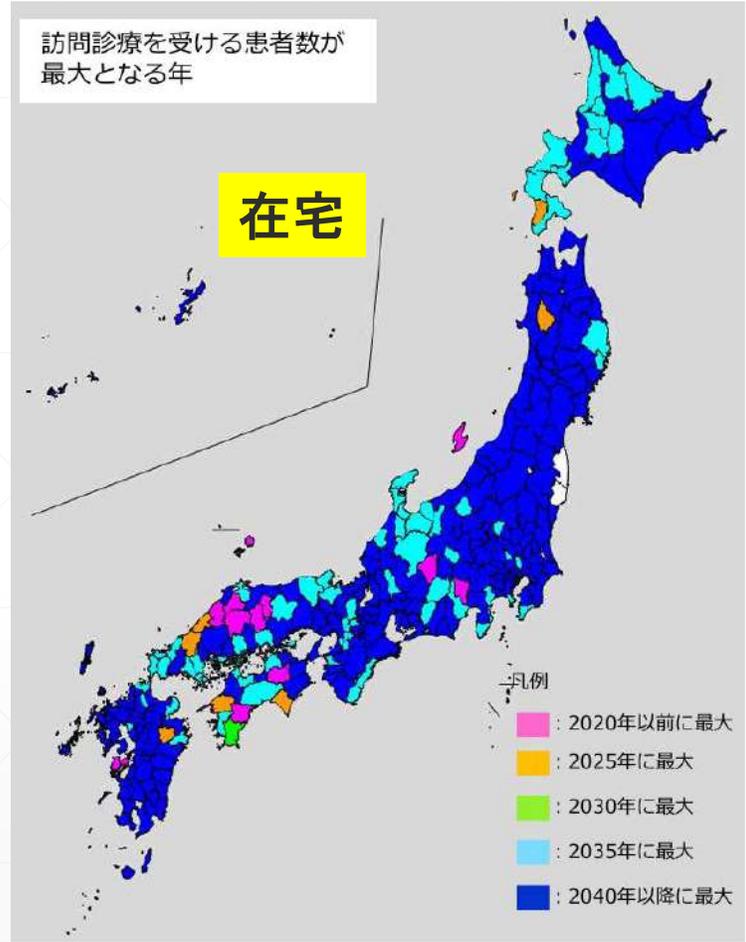
医療需要の変化～外来・入院・在宅～



全国での外来患者数は2025年にピークを迎える事が見込まれているが、多くの地域では2020年にピークを迎えた



全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれるが、一部地方では2020年に、多くの地方では2035年にピークを迎えることが見込まれる



全国での在宅患者数は、今後増加し、2040年以降にピークを迎える事が見込まれる。

入院患者の高齢化

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



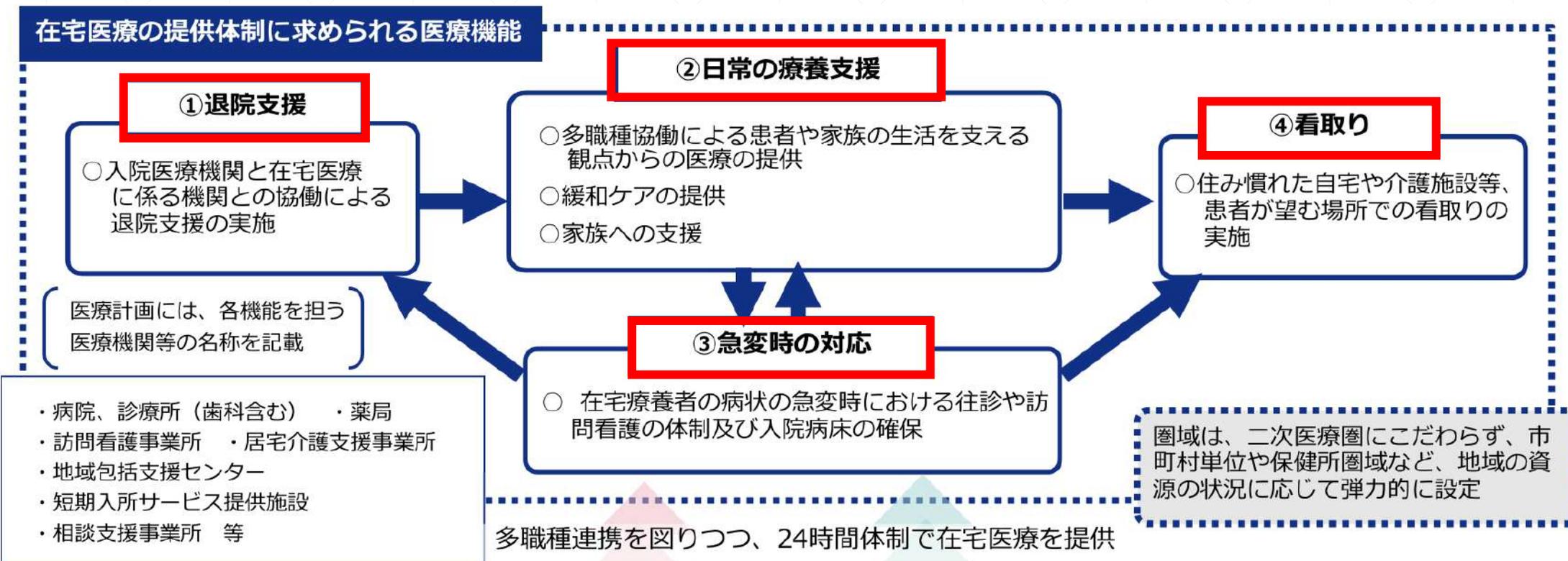
◆ 入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している

◆ 令和4年では、入院患者のうち66%を75歳以上が占める

66%

在宅医療提供体制

(令和6年3月29日新たな地域医療構想に関する検討会資料)



中小病院は可能であれば在宅医療を担っていただきたい

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村
- ・保健所
- ・医師会等関係団体 等

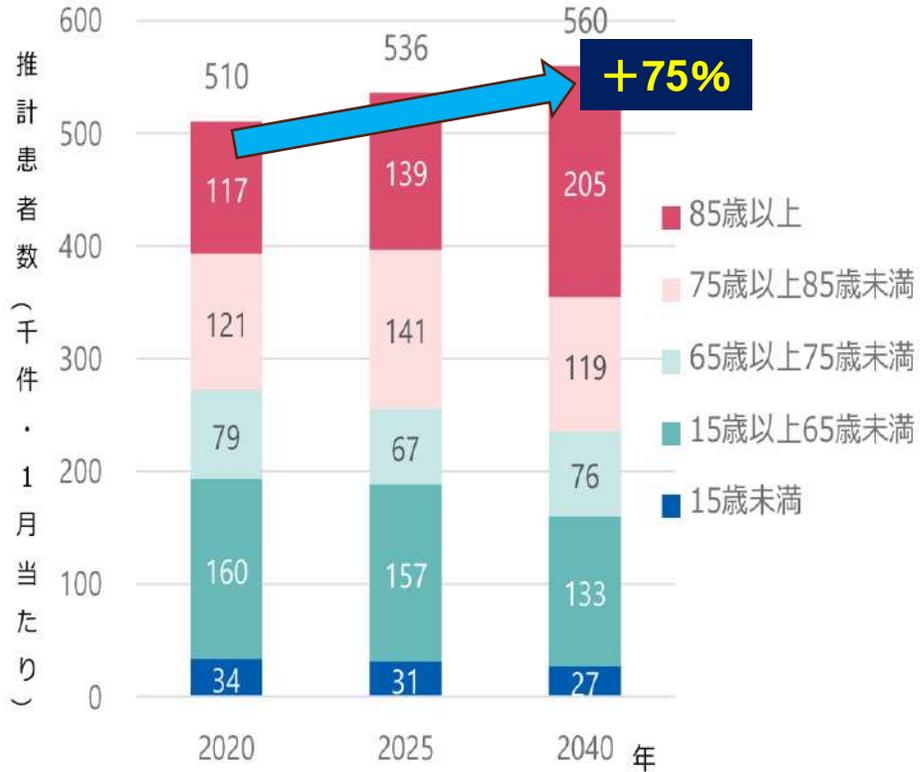
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

2040年の医療需要

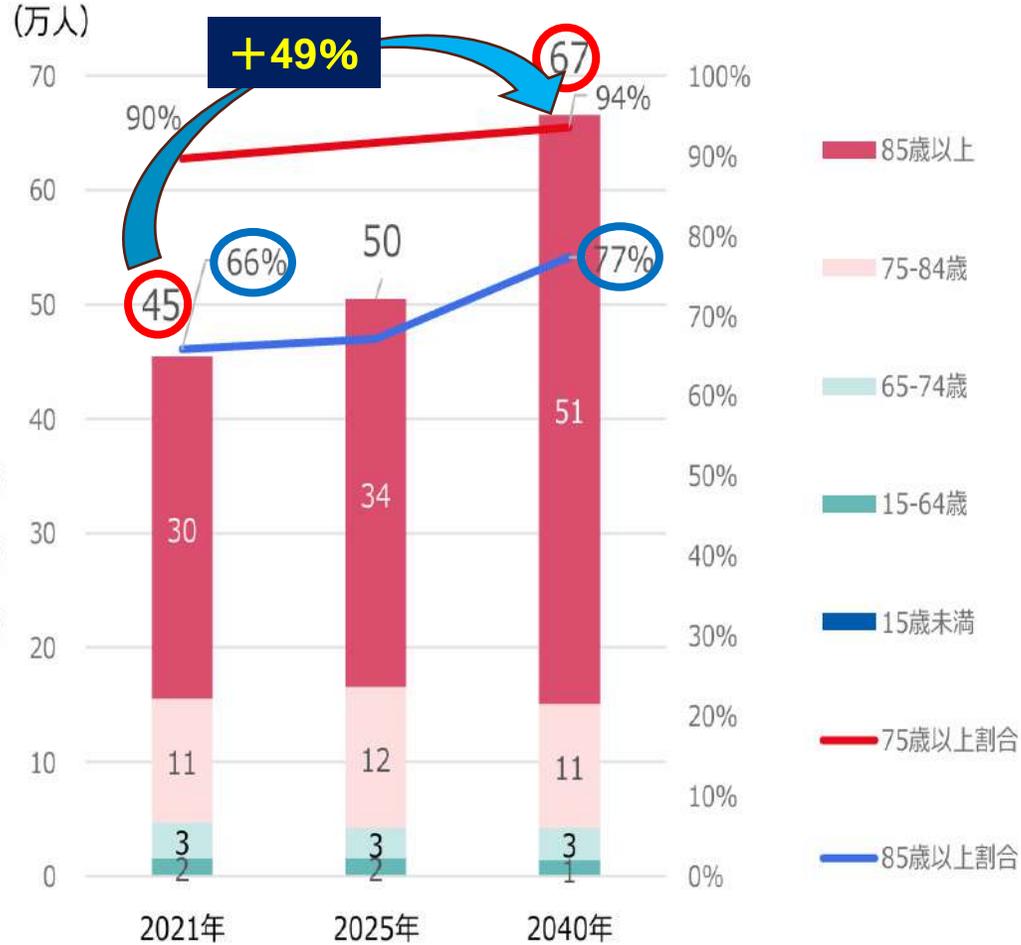
(第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料
2024年8月26日を改変)

救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



- ◆ 2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は**75%増加**
- ◆ 老人ホーム（特養、有老等）からの救急搬送件数は、2021年から2040年にかけて45万人から67万人へ**49%増加**、特に85歳以上が66%から77%へ増加する見込みである

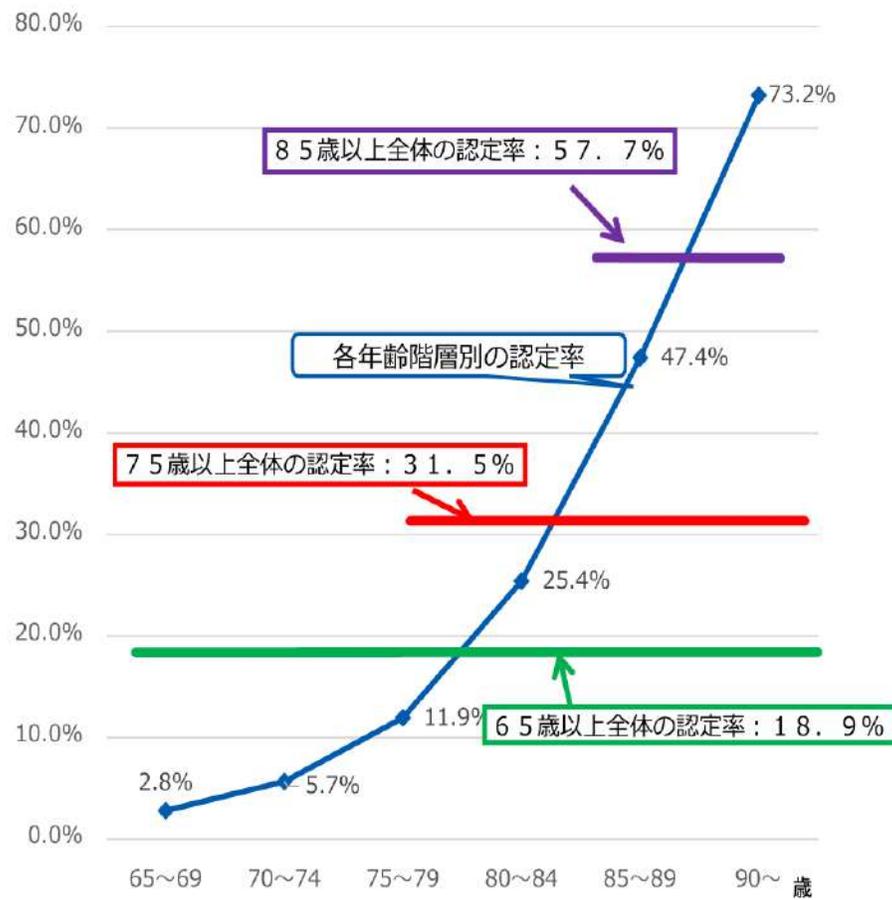
医療需要の変化～医療と介護の複合ニーズ～

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

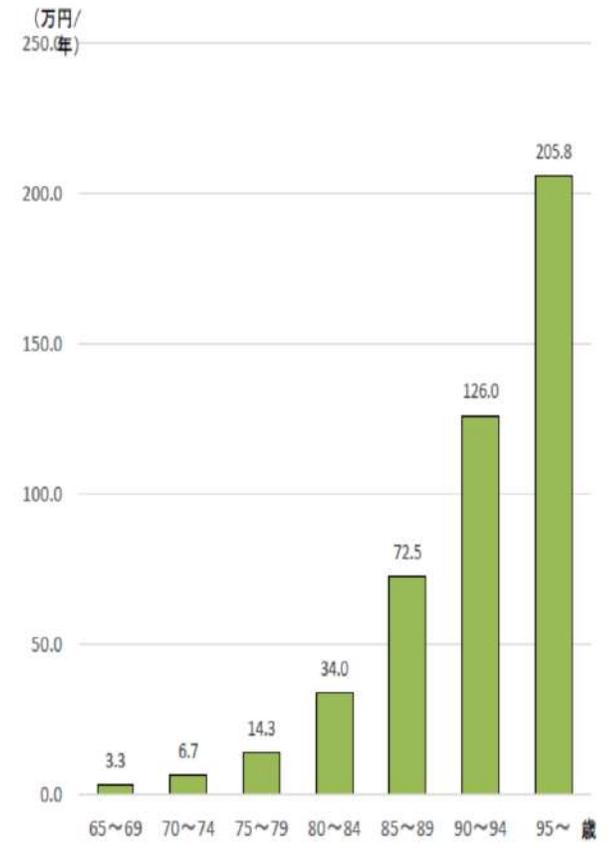
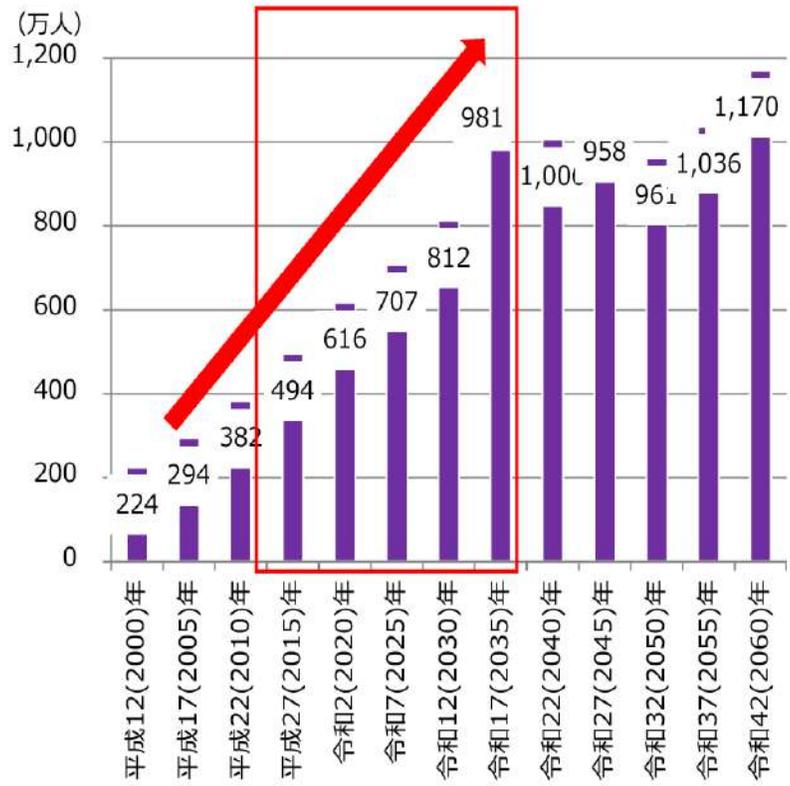
人口1人当たりの介護給付費(年齢階級別)

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移

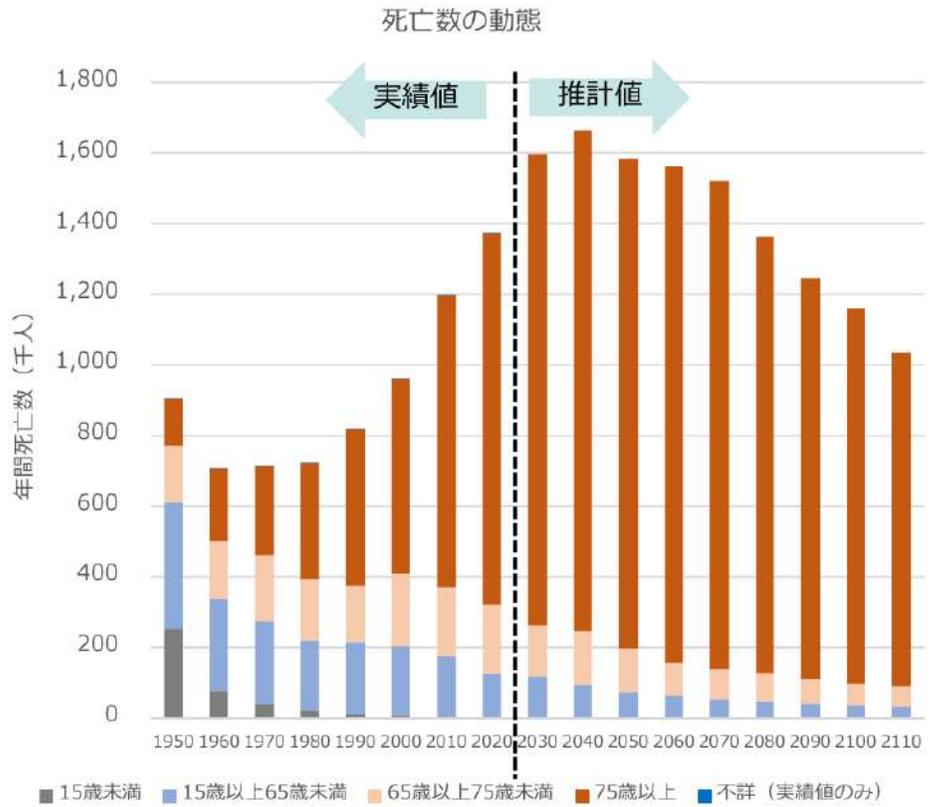


出典：平成29年度「介護給付費等実態調査」を元に老健局で推計
 注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
 補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

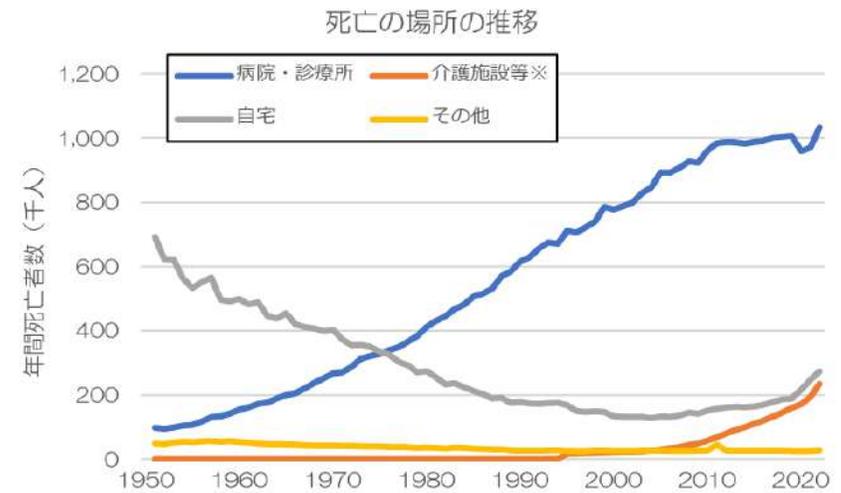
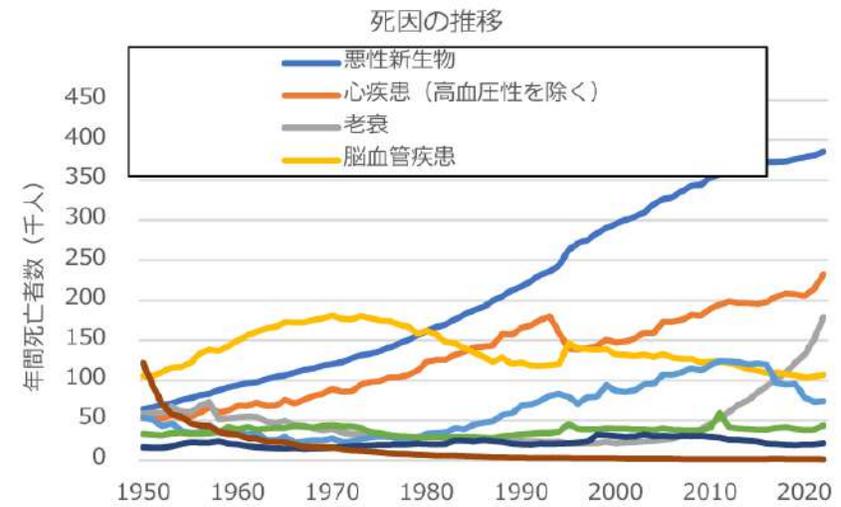
要介護認定率も一人当たりの介護給付費も85歳以上で急増する。その85歳以上人口は今後増加傾向。

医療需要の変化～死亡数～

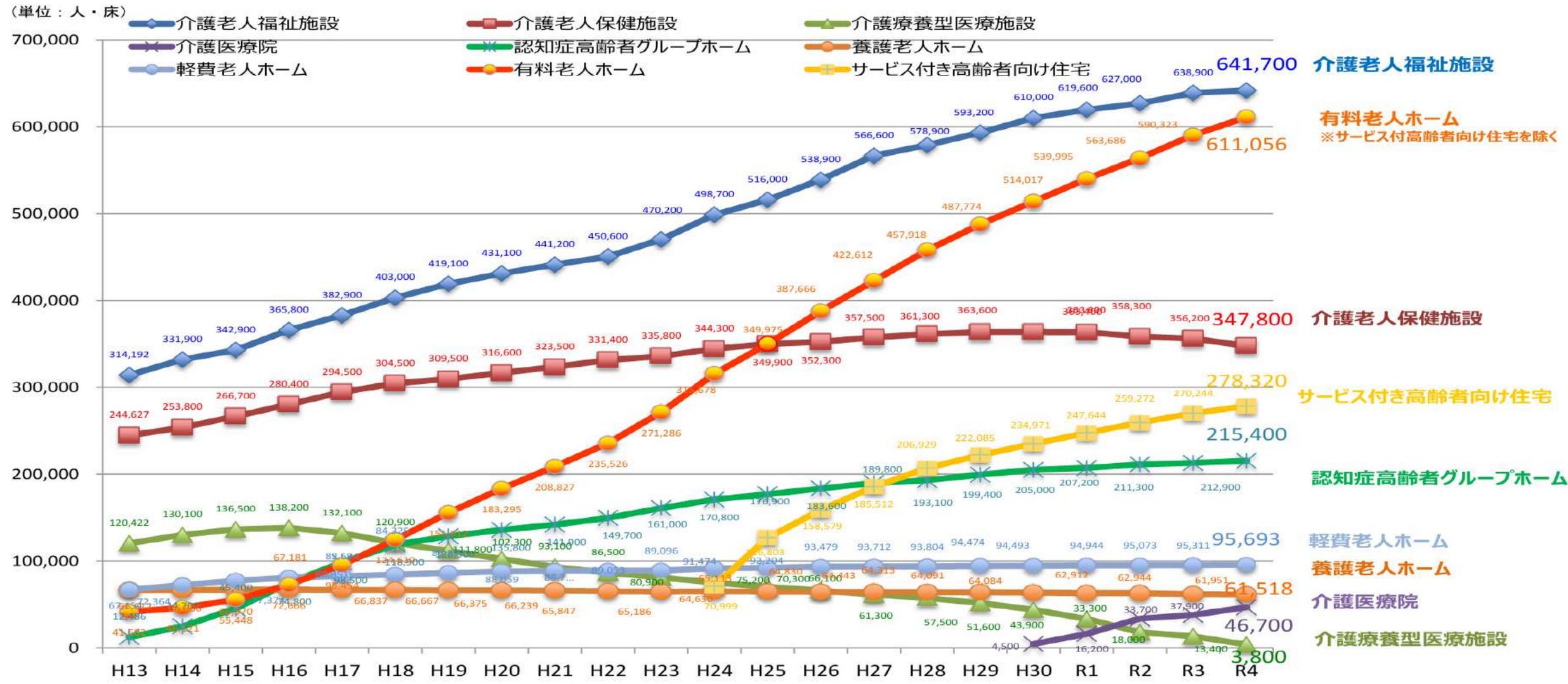
- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）厚生労働省「人口動態統計」
 ※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム
 ※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。
 ※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。



高齢者向け施設・住まいの利用者数



最近是有料老人ホームやサ高住が増え、多様な施設で療養する高齢者が増加している。それに伴って、**多様な施設で最期を迎える高齢者が増えてきている**。医療施設と介護施設のネットワーク構築が重要となる。

ポスト2025年における地域医療の課題

人口構造の変化

- 高齢化と人口減少が進行
- 85歳以上高齢者の増加
- 生産年齢人口の急激な減少
- 高齢者単身世帯の増加

医療需要の変化

- 医療と介護の複合ニーズ患者増加（福祉ニーズも）
- 多疾患併存患者の増加
- 高齢者救急の増加
- 外来・入院患者数減少
- 在宅患者・看取り患者増加

医療人材不足

- 就業者数の大幅な減少
- 医師の高齢化
- 勤務医の時間外労働規制の厳格化
- タスクシェア・タスクシフトやマルチシフト化の進行

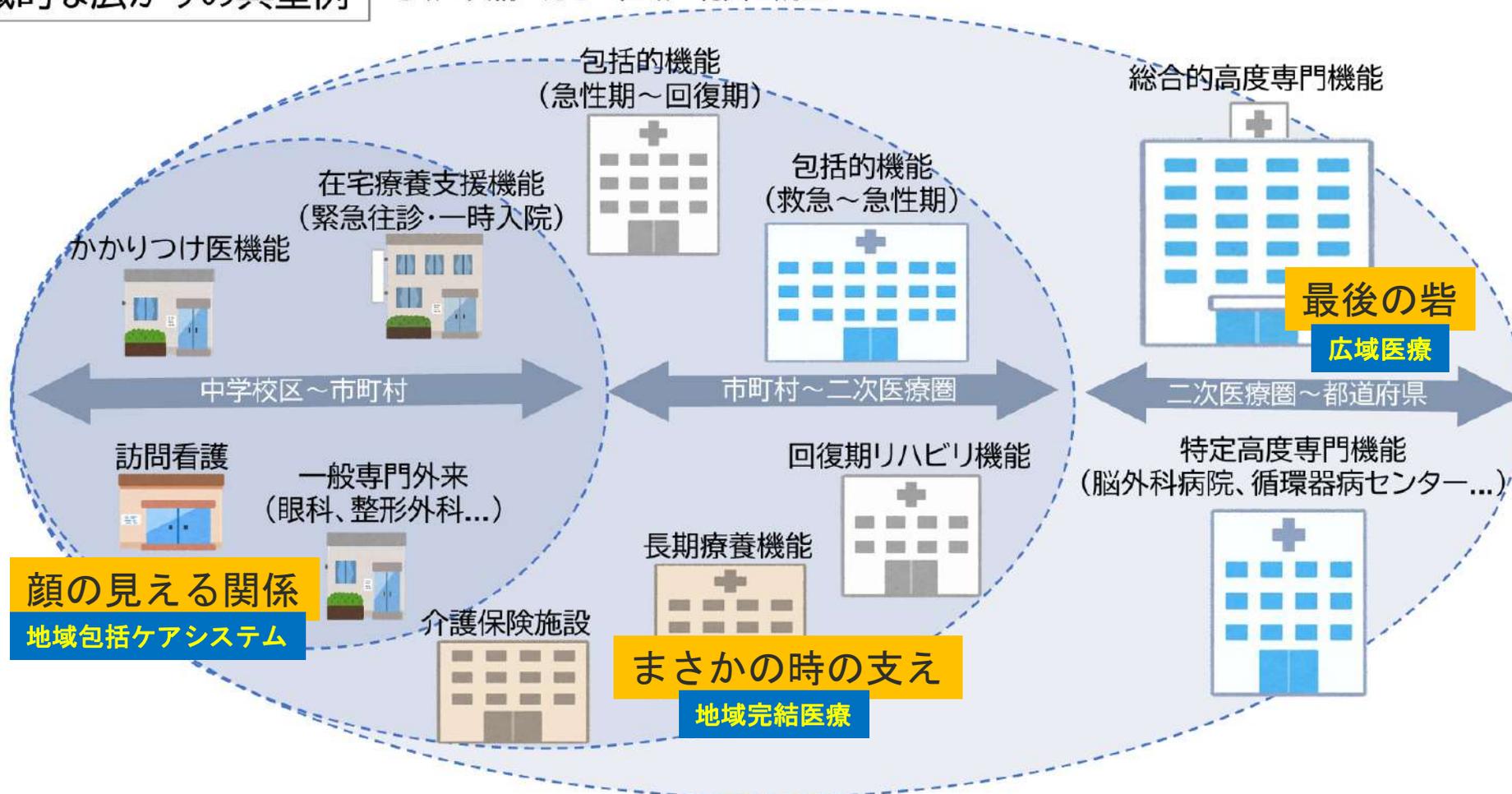
医療Dxの推進

- オンライン診療等の普及
- 全国医療プラットフォームの定着
- AI診断・生成AIの活用
- オンライン会議による連携の効率化

2040年を見据えた医療提供体制のイメージ

地域的な広がり の 典型例

地域の実情に応じて区域の範囲を調整



患者が必要な時に迅速に必要な医療を受けられるよう、更なる医療機能の分化・強化と介護を含めた連携により、過不足のない最適な医療・介護の提供体制の構築が求められる。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）

かかりつけ医機能（身近な地域における日常的な診療、
疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能）

専門的な医療の提供、
高度な手術等が必要
な患者、重症の救急患
者等の受入れ

主に診療所・中小病院



**主に在宅療養支援
診療所・病院**



- ・後方支援病床
- ・24時間の在宅医療
- ・人材の育成 等

紹介/逆紹介



訪問看護事業所、薬局



訪問看護、訪問
薬剤管理指導 利用・相談

介護施設・事業所

介護サービス



利用・相談

**地域包括支援
センター**

訪問診療

受診・相談・入院

オンライン診療



住民

保健事業



市町村

保険者

身近な地域における医療・介護の連携体制

- ・地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携
- ・地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用、医療情報を共有する基盤の整備等
- ・病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進 等

これからの地域医療機関は**地域包括ケアの枠組み**の中で、どのような立ち位置と医療機能で地域に貢献するかを明確にして地域医療を実践することが求められている。
「地域医療連携推進法人」も選択肢のひとつになると考えます。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

新たな地域医療構想では、病院だけでなく、診療所・介護施設等も対象になります！

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

(令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会)

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、育育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

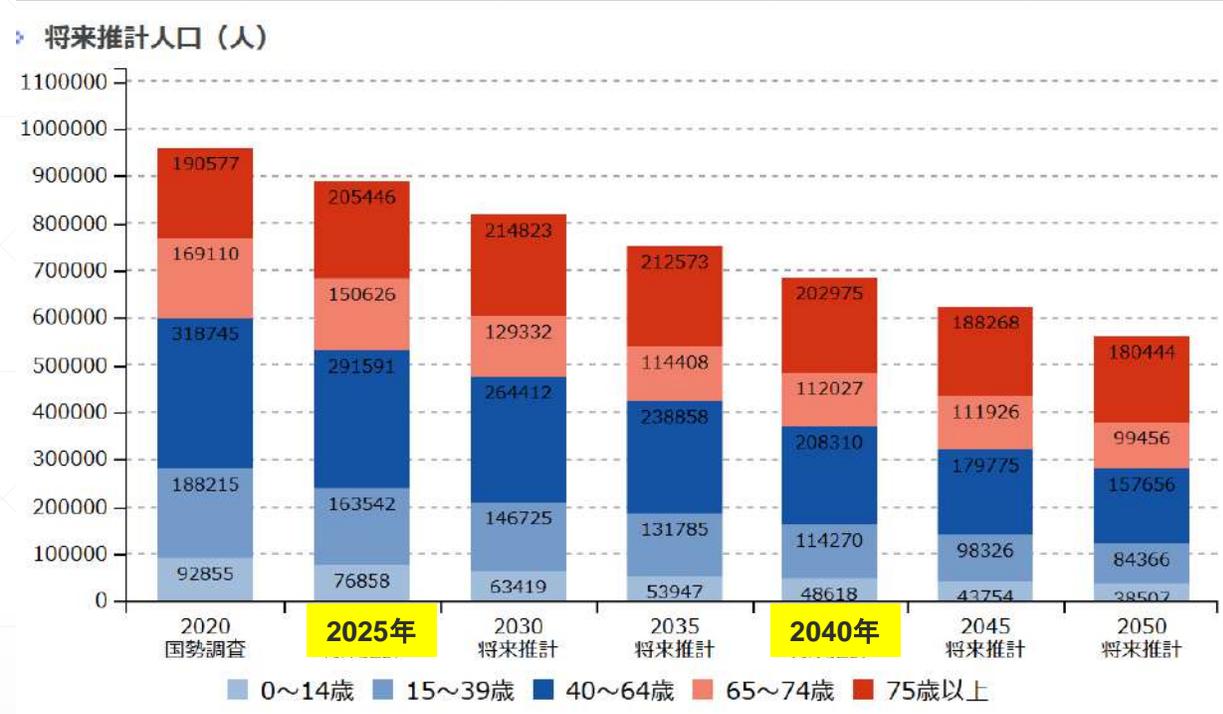
美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入(報告事項)
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

秋田県の状況

秋田県の将来推計人口と秋田県・秋田市の医療介護需要予測

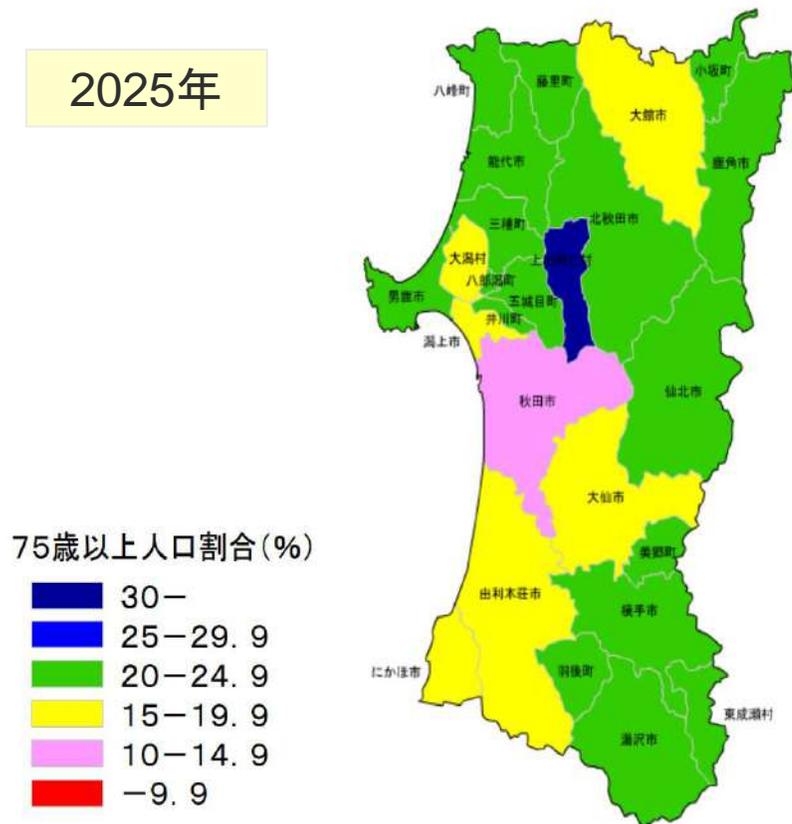
(日本医師会地域医療情報システム)



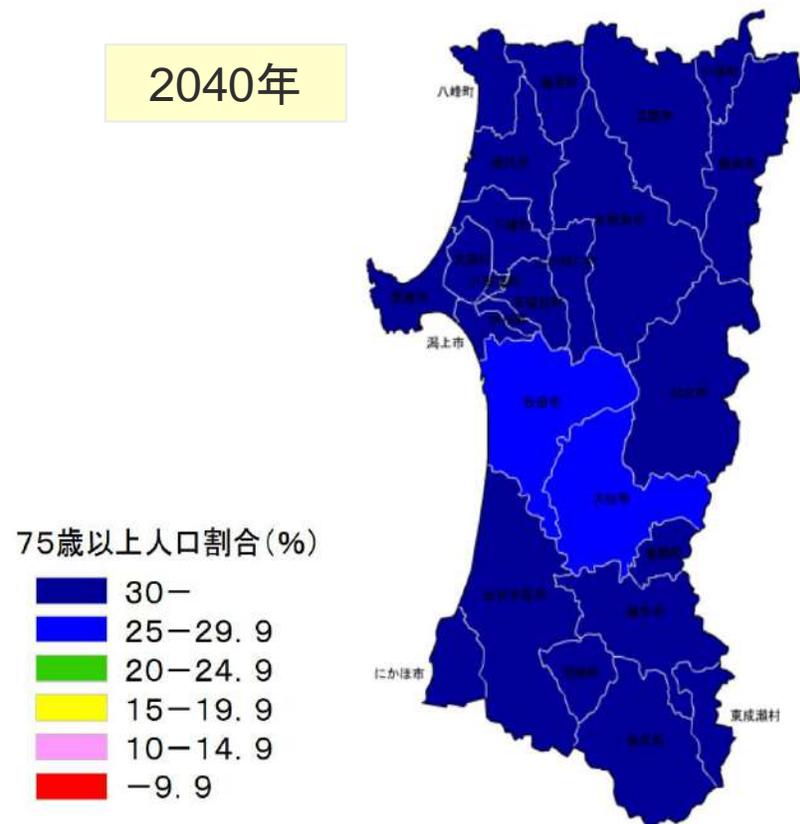
- ▶ 秋田県の総人口は既に減少傾向で2025年1月1日時点で89万人で、2040年には60万人台になることが予想される。
- ▶ 65歳以上人口は2020年をピークに既に減少傾向にある。75歳以上人口は2030年まで、85歳以上人口は2040年まで増加するがその後は減少することが予測される。生産年齢（15歳～64歳）人口は45万人（2025年）から32万人（2040年）へ急激に減少することが予想される
- ▶ 秋田県全体の医療ニーズは既に減少傾向であるが、秋田市の医療ニーズは2030年をピークに減少する。秋田県全体の介護ニーズは2030年をピークに減少するが、秋田市の介護ニーズは2030年まで増加し、その後はほぼ横ばい状態であることが予測されている。

秋田県の75歳以上人口比率の変化

2025年



2040年



出典: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(2018年推計)」

出典: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(2018年推計)」

2025年は75歳以上人口30%以上は上小阿仁村のみですが
2040年には秋田市と大仙市以外の市町村が30%以上になります。

秋田市の年齢別人口の推移

【総人口】

29.3万人

24.5万人

【生産年齢人口】

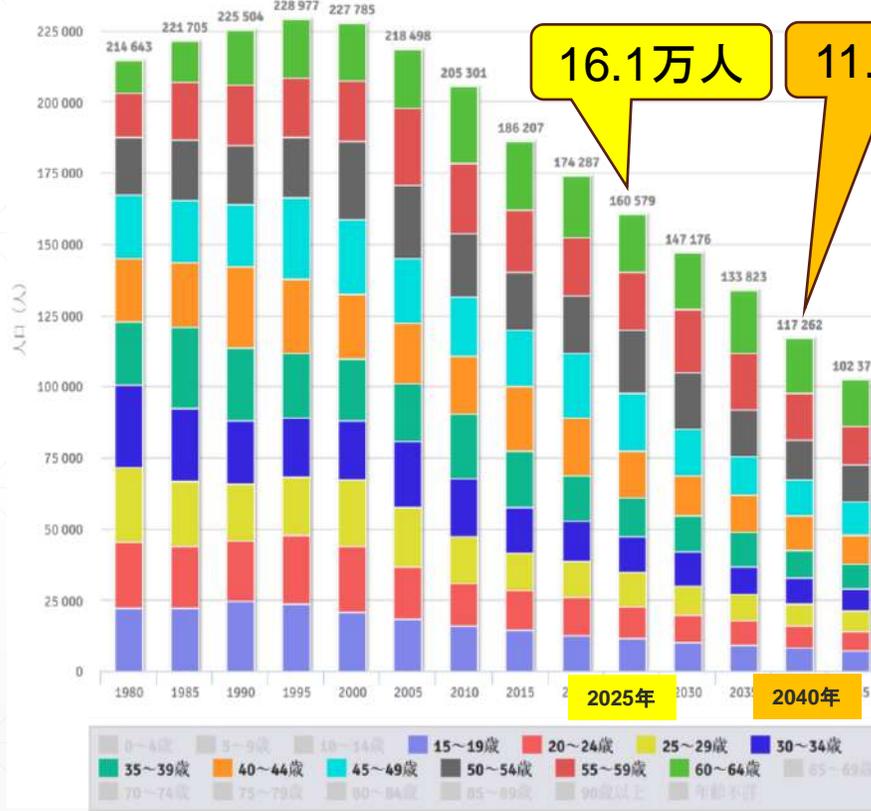
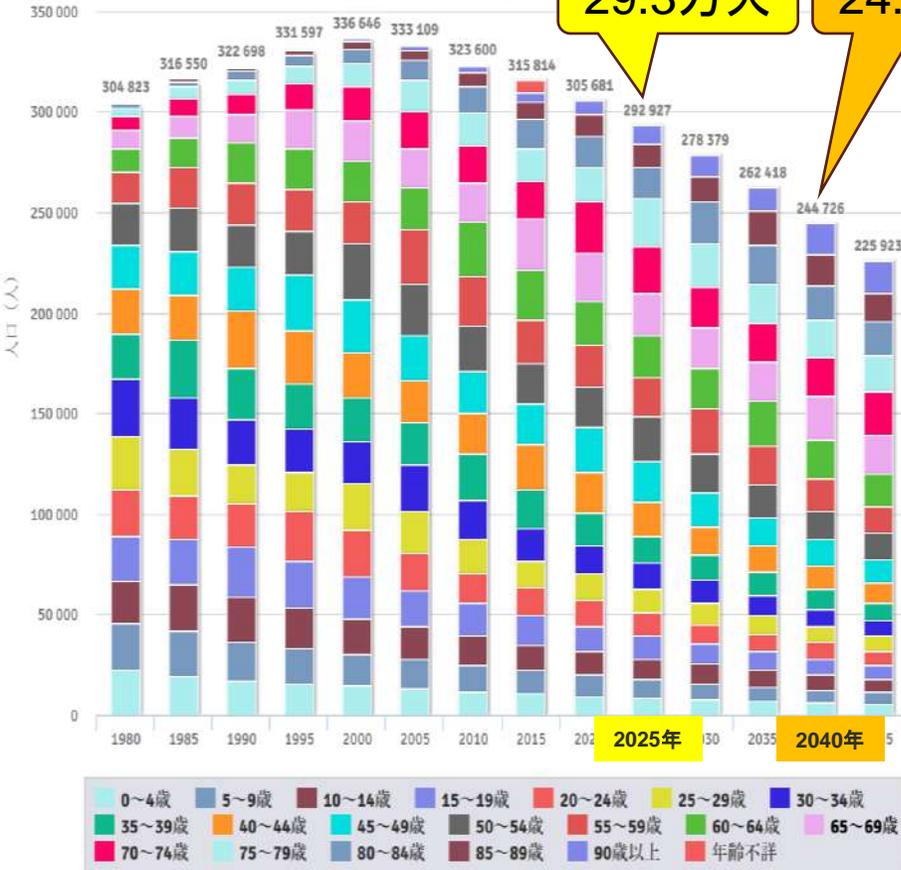
16.1万人

11.7万人

20,834人

31,025人

【85歳以上人口】



秋田市では2025年から2040年にかけて総人口は4.8万人、生産年齢人口も4.3万人の減少が予測されています。一方85歳以上人口は約1万人増加することが予測されています。

秋田県の入院・外来患者数の変化

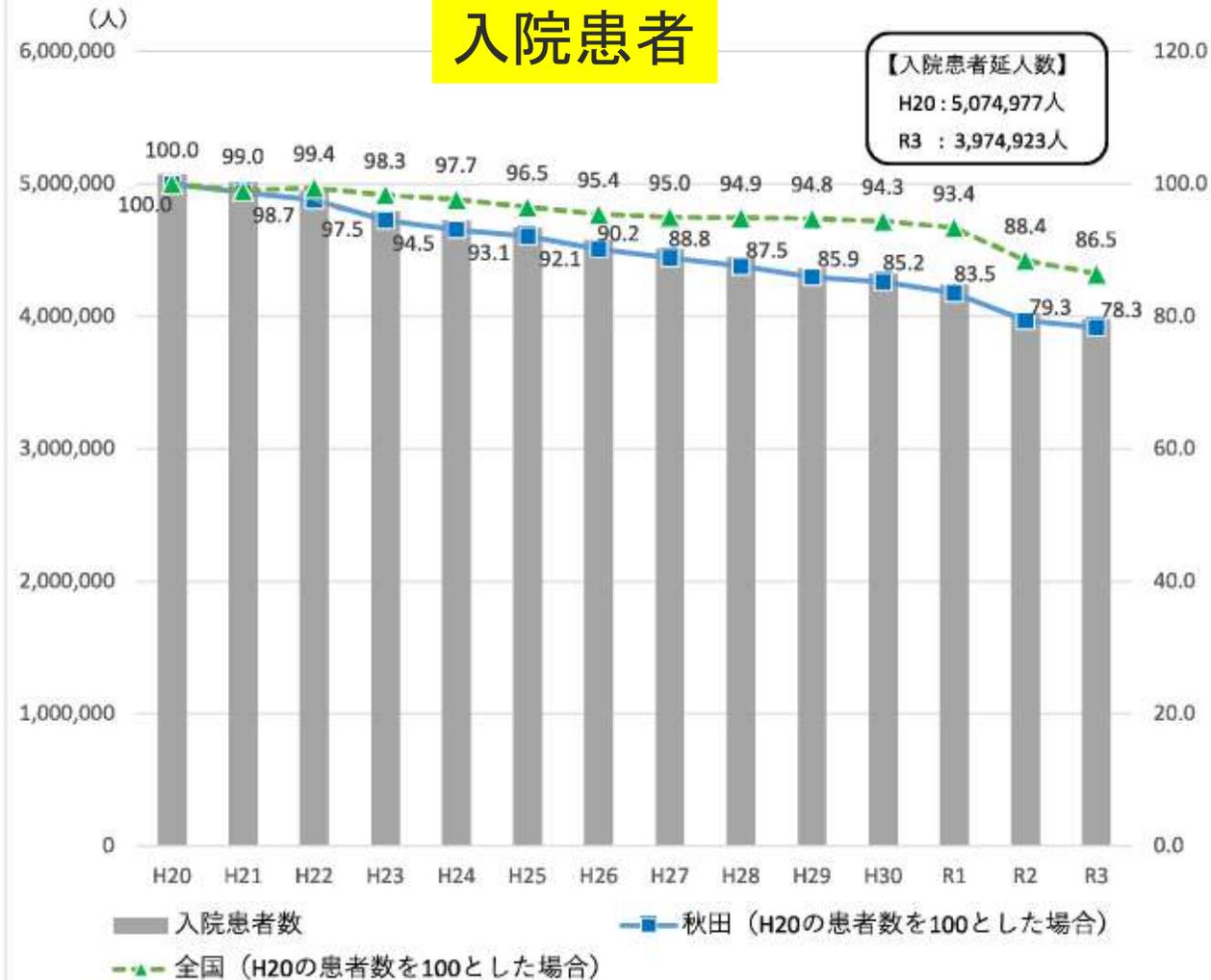
(秋田県医療審議会令和5年度資料)

入院患者

【入院患者延人数】

H20 : 5,074,977人

R3 : 3,974,923人

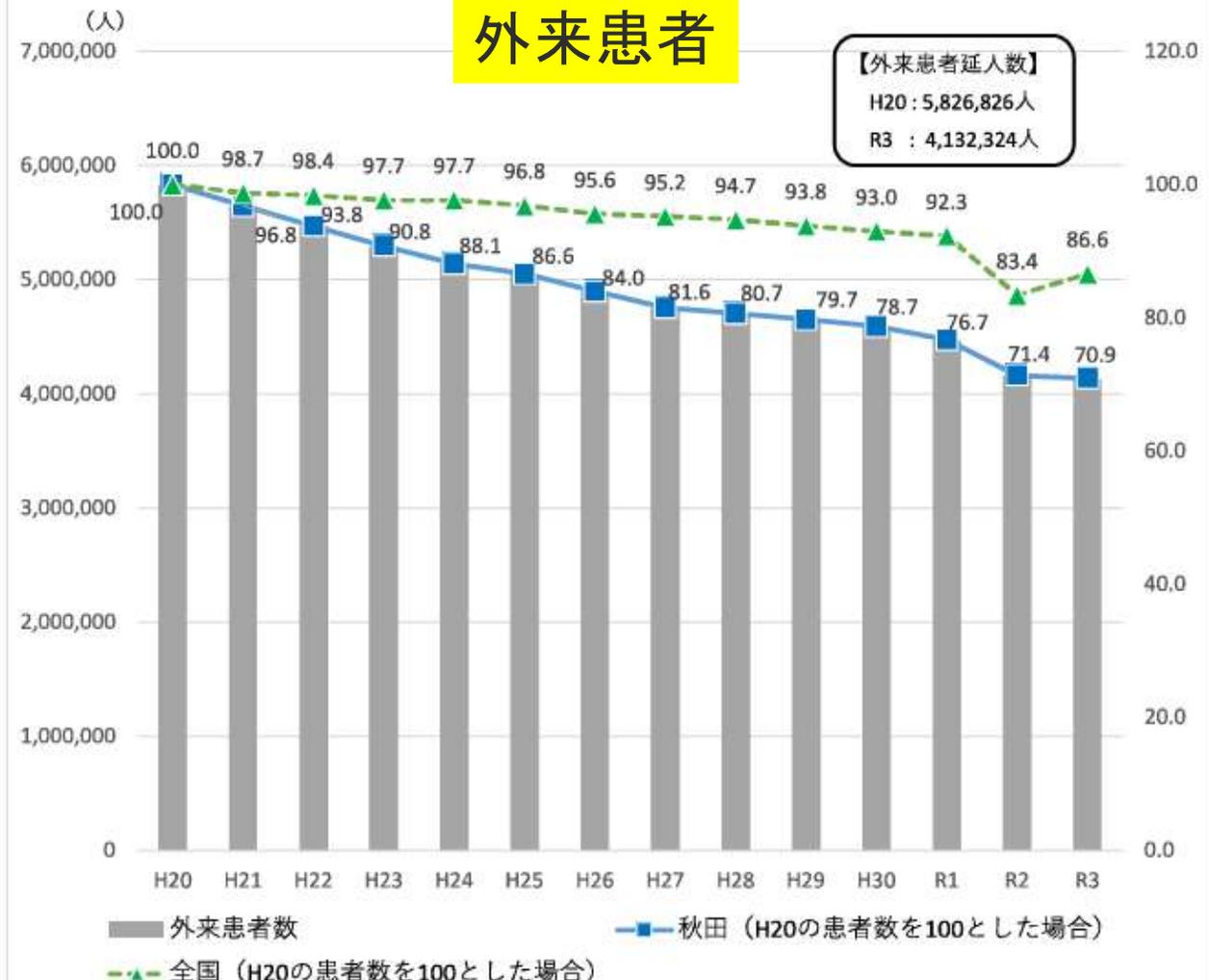


外来患者

【外来患者延人数】

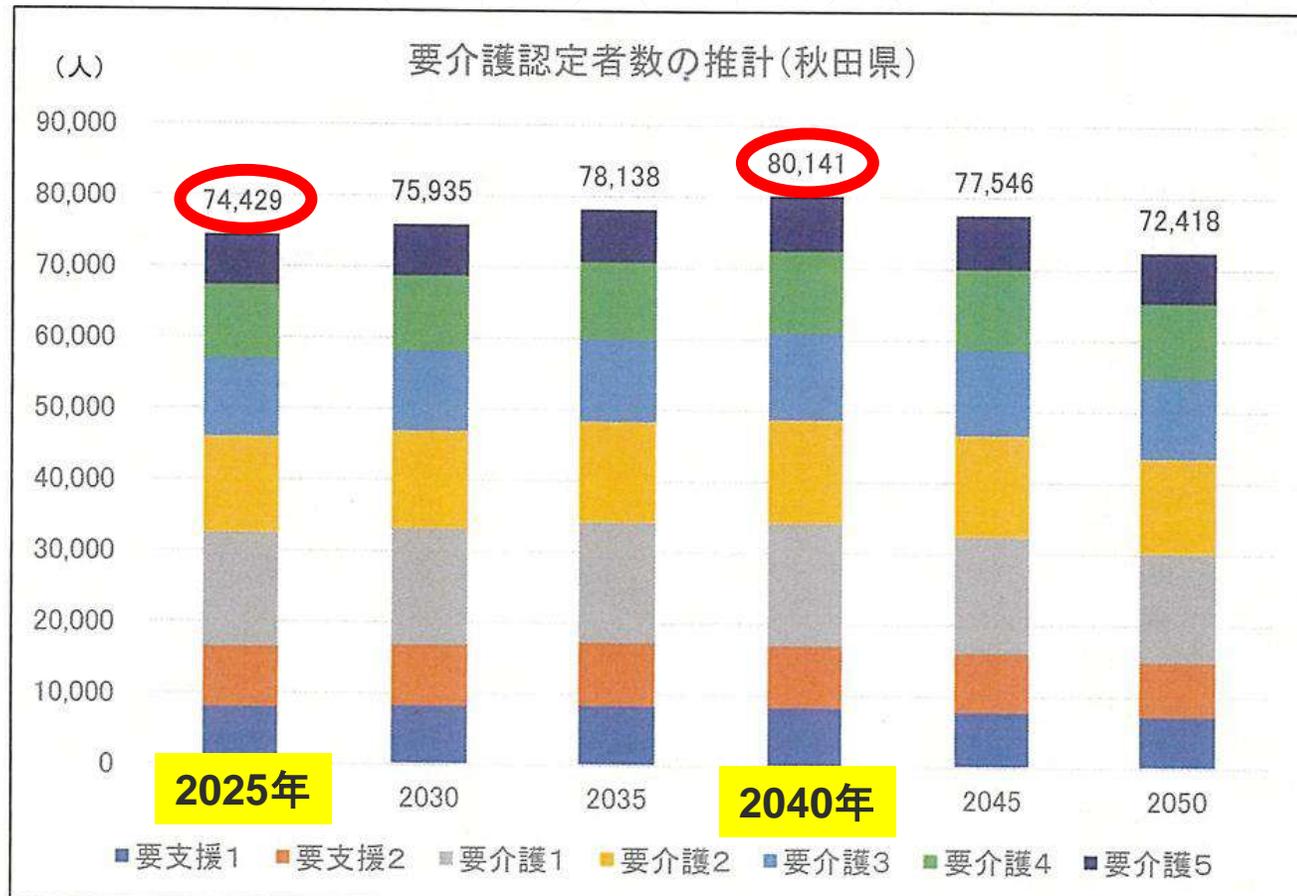
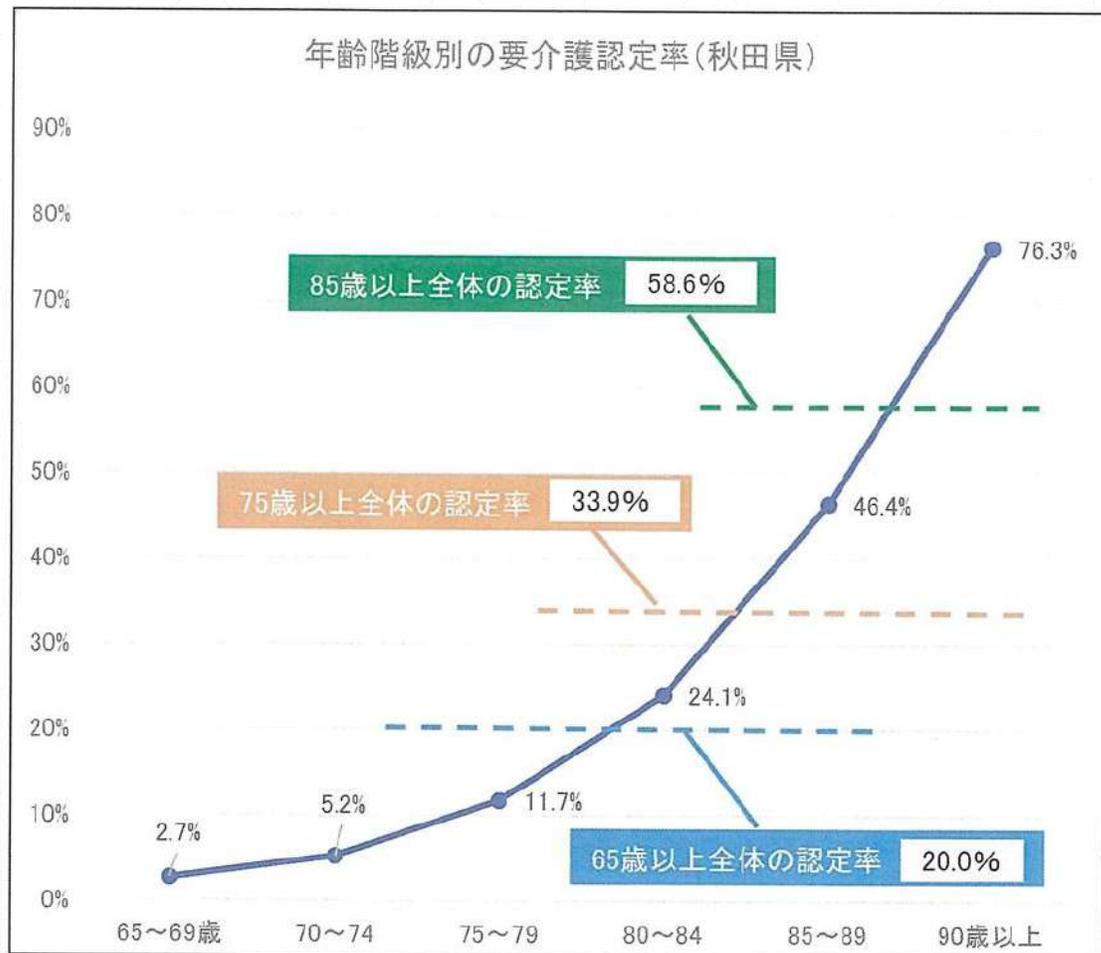
H20 : 5,826,826人

R3 : 4,132,324人



平成20年以降、入院・外来ともに患者数は徐々に減少している。
 コロナの影響もあるものの令和3年には平成20年に比べ、入院で約20%、外来で約30%減少している。
 また全国と比べ減少幅が大きい。

秋田県の年齢階級別要介護認定率と認定者数



出所:厚生労働省「令和4年度介護保険状況報告(年報)」、秋田県調査統計課「秋田県の市町村・年齢各歳別人口(2022年10月1日)」から作成

要介護認定率は年齢とともに上昇し、85歳以上での認定率は約6割になる
要介護認定者数は、2040年まで上昇し、その後は減少に転じる。

秋田県の二次医療圏の変更

【設定に当たり考慮した点】

- ・国の見直し基準をクリアすること
- ・将来の人口減少を考慮すること
- ・秋田市への一極集中を避け、地域バランスのとれた医療提供体制が整備されること

【参考】期待される効果

- ・各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
- ・各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
- ・より広域的な枠の中で、在宅医療など地域包括ケアシステム支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
- ・症例の分散が回避され、医師等の技術向上の環境が整備

【課題】

- ・より広域的な連携をするため、医療のデジタル化による対応等が必要

【3医療圏案とする理由】

- ・いずれの医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
- ・今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。
(特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要)
- ・疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
- ・県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。
(各地区に地域救命救急センター等が整備されている)

「人口20万人以下で、入院患者20%未満、入院流出患者20%以上の圏域は二次医療圏として成り立っていない」と国から通知

【現行(8医療圏)】



【設定案(3医療圏)】



二次医療圏は入院医療についての圏域であり、二次医療圏が変更されても、すぐに各病院の役割や地域住民の受療動向は大きな変化はないものと思われま

秋田県が目指す医療・介護提供体制のイメージ

秋田県医療審議会資料
(令和5年7月11日)

目指す姿のイメージ

○ 役割分担と連携の強化により、必要とされる医療を効率的に提供できる体制



これからの秋田県の医療・介護を考える

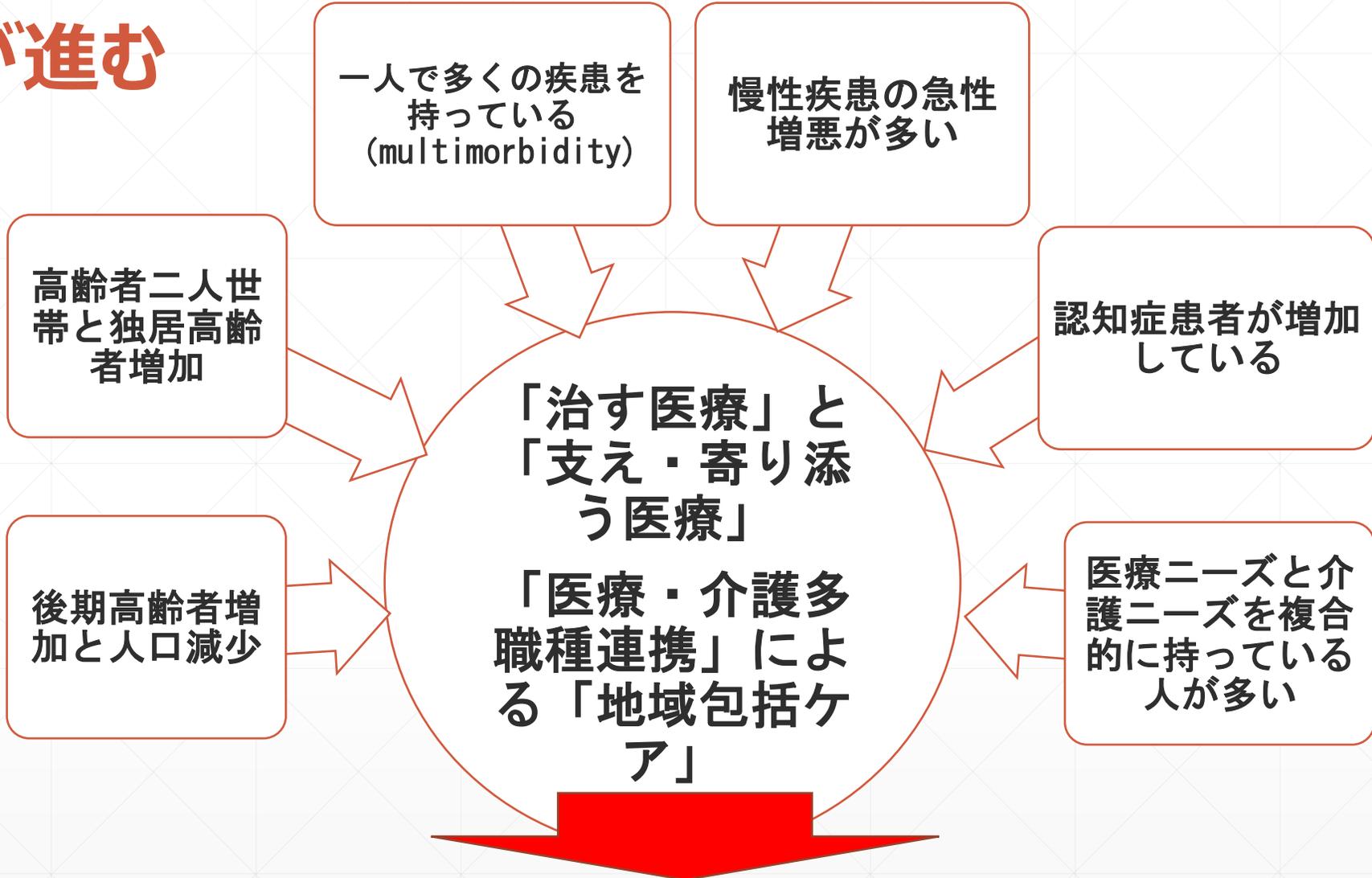
- コロナの間にも高齢化進行と人口減少が進み、コロナ前の医療・介護に戻ることは難しい可能性が高い。
- 人口減少と超高齢化に想定外のコロナが加わって地域は「縮小局面」が助長されている。
- デジタル化・ICT・AIなどの価値観が変容する時代が近づいている。過去の経営の延長線ではなく、新しい考え方に基づいた戦略を練っていくことが必要
- 今後は「役割分担」「連携強化」の一層の推進が必要と思われる
- **旧態依然とした施設運営をしていけば立ち行かなくなるのは明らか！**

ポスト2025年に「どのような立ち位置で、どのような機能で医療・介護を担うのか」のビジョンを描いたうえで、地域における連携や役割分担を検討する時期ではないか。

医療・介護連携

高齢化と人口減少が進む 地域医療現場では

- ・ 後期高齢者が増加し、高齢者夫婦世帯や独居高齢者世帯が増えている
- ・ 複数の慢性疾患を抱え複雑で持続的ケアが必要な高齢者が多い
- ・ 慢性疾患の急性増悪で救急搬送される患者が多い
- ・ 認知症患者が多い
- ・ 医療ニーズと介護ニーズを複合的に持つ高齢者が多い



「地域全体で治し・支え・寄り添う医療」と「多職種連携での地域包括ケアシステム構築」が重要です！そのためには「多職種連携ツール」が必要です！！

医療・介護・福祉の複合ニーズに対する予防的ケアとケアマネジメントの実施体制も必要！

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

医療介護多職種連携で、**治し・支え・寄り添う医療**を充実強化することが求められています。また、各市町村が「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を描き、地域住民に提示することが必要と思います。

医療提供体制改革の方向性と中小病院の役割

水平的連携で地域包括ケアを支える（イメージ）

【これまで】

- ・「施設」から「地域」へ、
- ・「医療」から「介護」へ、
- ・急性期→回復期→慢性期・在宅の垂直連携（タテ連携）を推進

【これから】

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医、地域包括ケアを支える病院・有床診療所、介護等との水平的連携（ヨコ連携）を推進

<(高度)急性期>



- 手術等の急性期医療のニーズ減
- 高度急性期・急性期の強化・集約化

<(高度)急性期>



強化・集約化した急性期病院

<回復期>



リハビリテーション

<慢性期・在宅>



中小病院の活躍の場



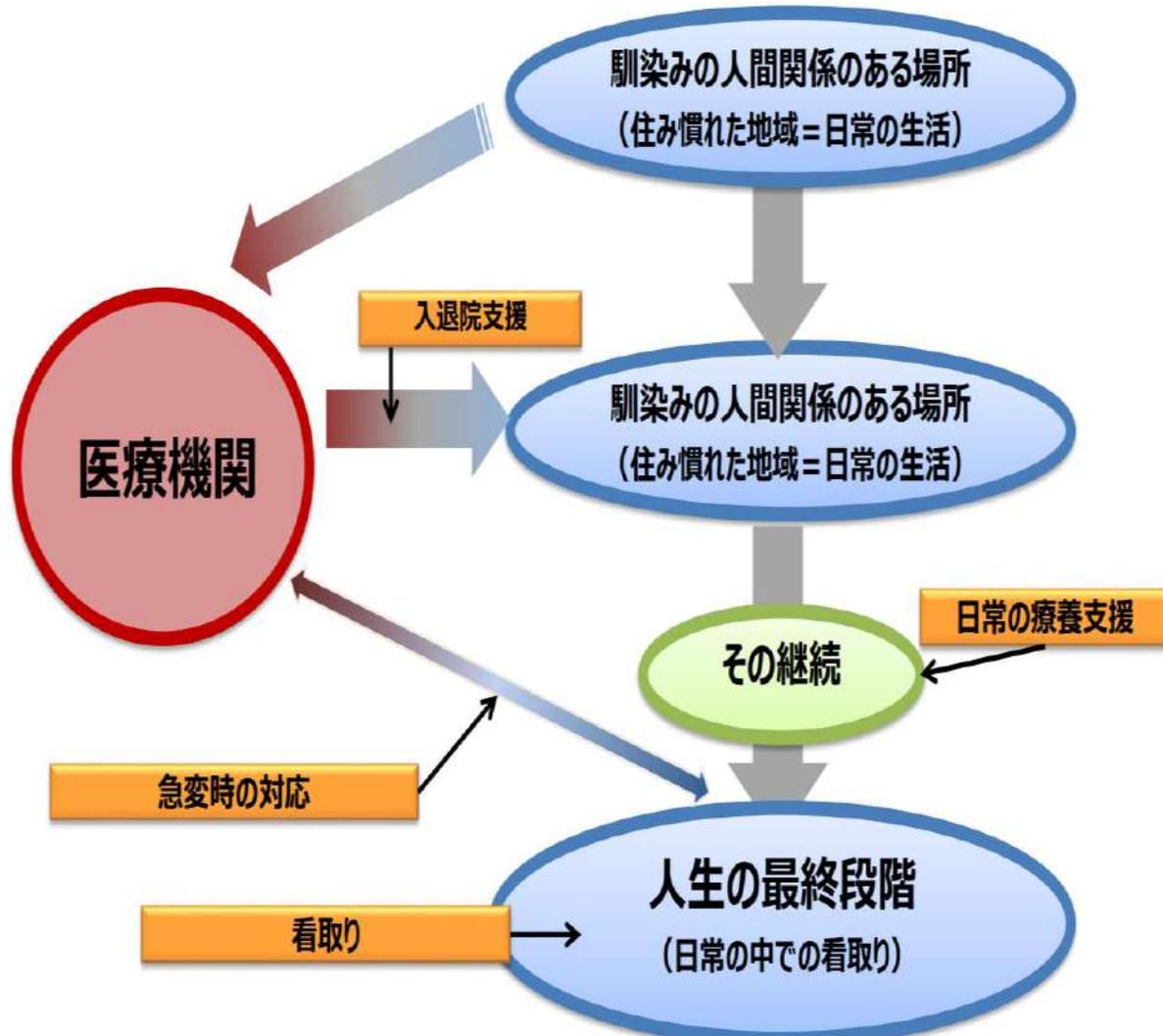
人口構造の変化への対応

「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、「垂直連携」（急性期～回復期～慢性期・在宅（地域包括ケア））から、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する

（第93回社会保障審議会医療部会資料（令和4年11月28日））

中小病院は地域包括ケアを支える病院として「水平連携」を推進すべき

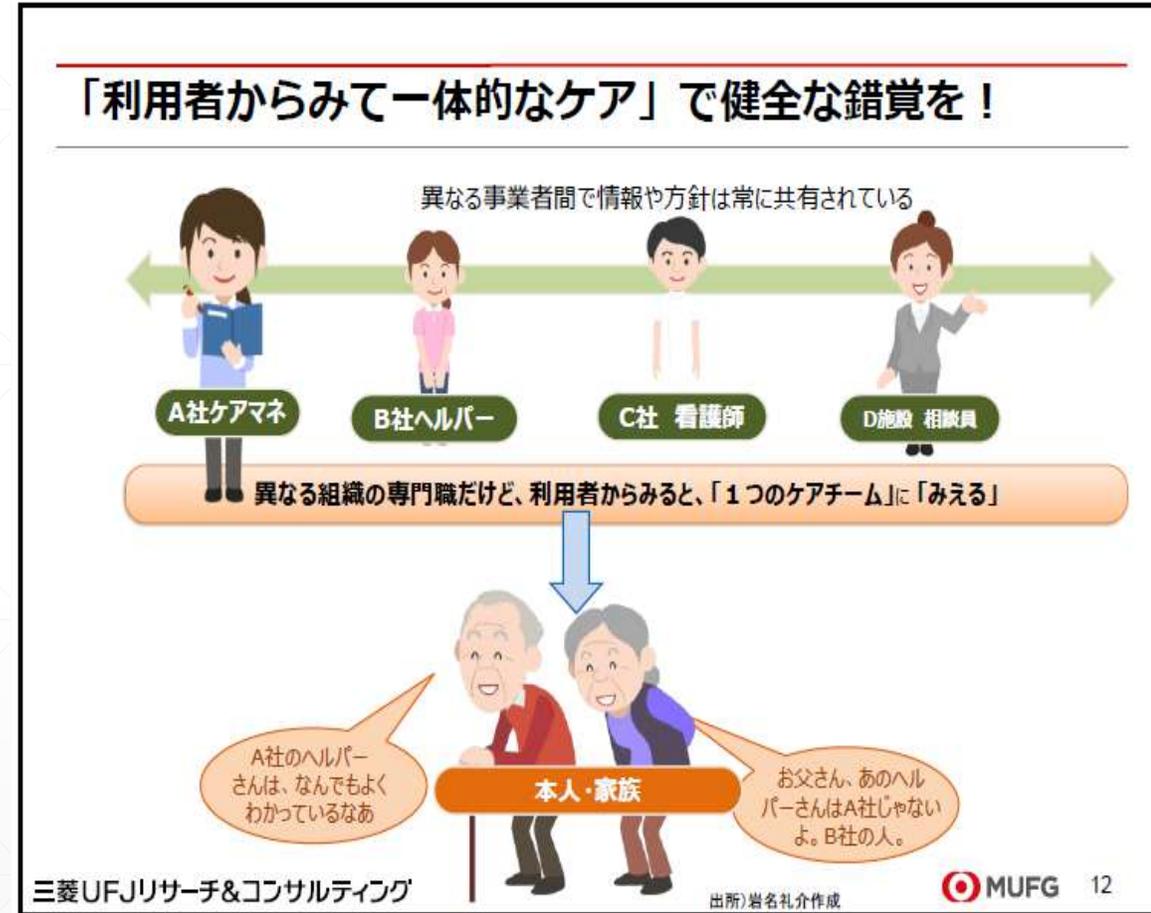
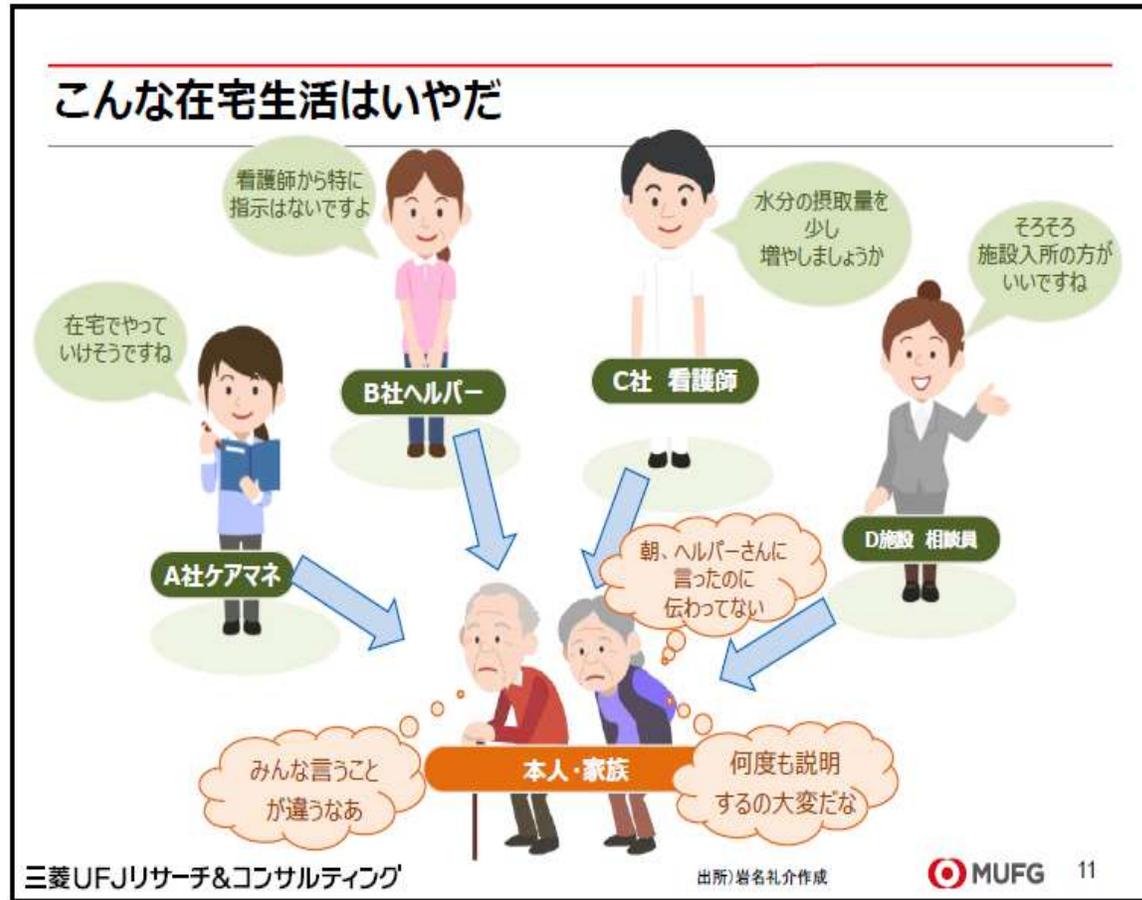
在宅医療の各段階における医療・介護連携



多職種連携のテーマ	時間的特徴	特徴
入退院支援	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 病院から地域へのソフトランディング。入退院支援連携パスが典型。 ◆ 局所的取組ではなく、地域全体の取組が必要。 ◆ 被保険者がどの市町村の医療機関に入院しているか定量把握しているかが最初のステップ。状況によって、近接市町村の仕組みに相乗りや、保健所の関与も有効。
日常の療養支援	長い (年単位)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 予防的な先回りのケアが求められ、介護・看護・リハ職の役割は大きい。重度化予防や脳卒中に再発防止の取組も。地域密着型サービスの整備なども前提として必要。 ◆ 医師の役割は4つのカテゴリの中では相対的に小さい。
急変時の対応	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅における療養中に発生しうる急変時の対応。バックベッドの確保も含む。 ◆ そのまま看取りにつながる場合もあり。また日常の療養支援の一部であることも。
看取り	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅看取りは、ケアチームが形成できることが主眼。大病院の参加が前提ではない。生活の場における多職種連携の先にある。 ◆ このステージでは在宅医療の占める割合が短期的に増大。局所的なベストプラクティスからスタートも可能。 ◆ ACPも注目されているがACPは「日常の療養支援」に組み込まれるべきでは？

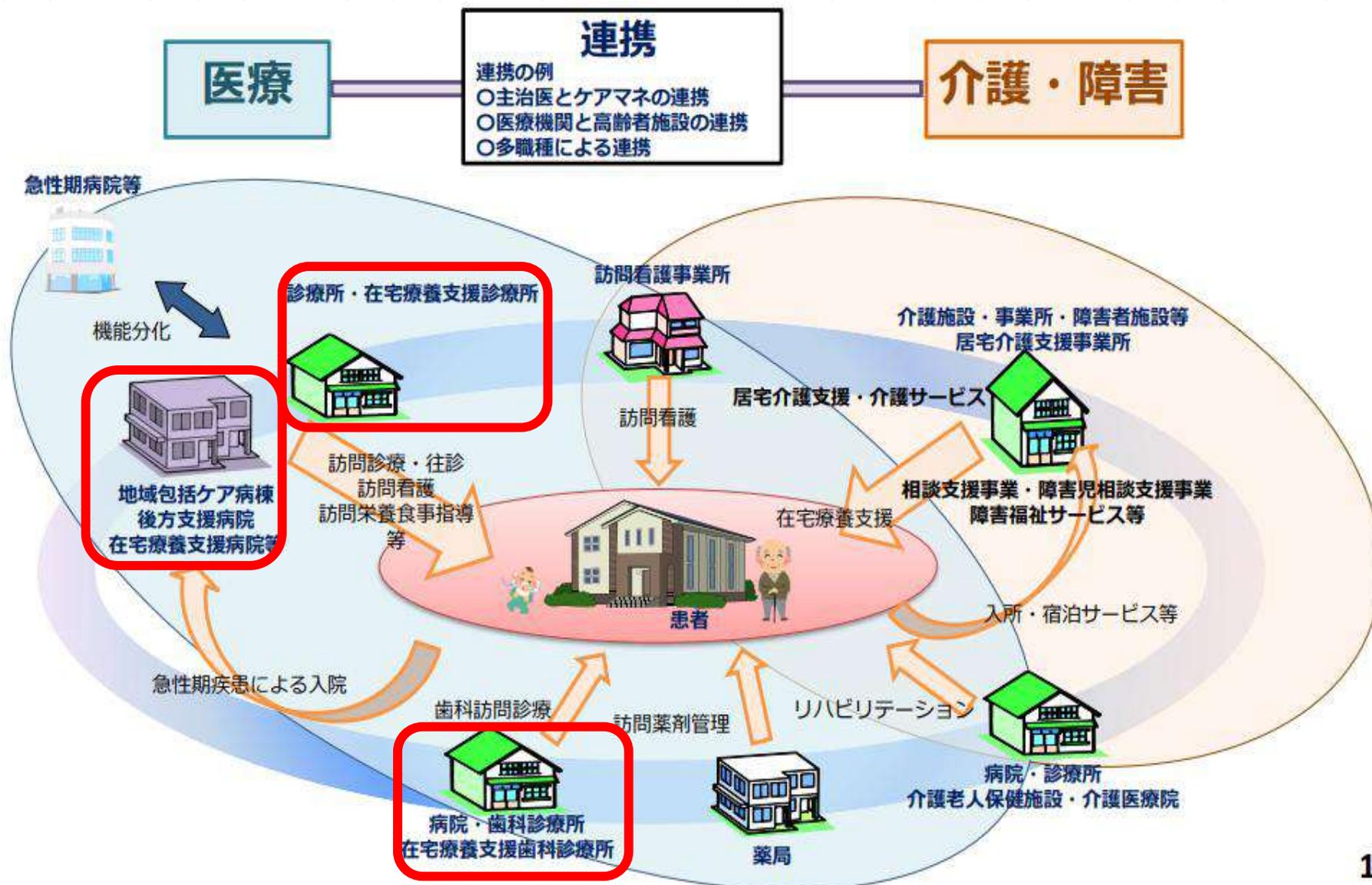
多職種連携のありたい姿

(地域包括ケア研究会資料から)



「多職種それぞれが利用者に対して何をするか」というより「多職種すべてが利用者から一体的に見える」ことが重要！
ポイントは・・・**多職種がワンチームになる!!**

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）



在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素であります。

医師だけでなく、歯科医師・看護師・薬剤師・リハスタッフ・管理栄養士など多職種がかかわります。

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進

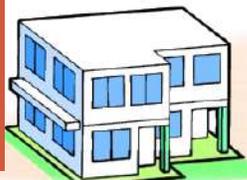


人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

ACPの推進

在宅療養において積極的な役割を担う医療機関



在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在宅診療・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

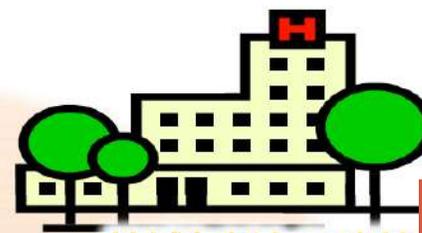
※在宅診療・病でない医療機関においても同様

診療所等 地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



ケアマネジャー



地域包括ケア病棟

在宅診療・在宅病、後方支援病院

医療・介護連携

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設

介護保険施設等（老健、介護医療院、特養）

介護サービス

医療と介護の連携の推進（イメージ）

➤ これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関 【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

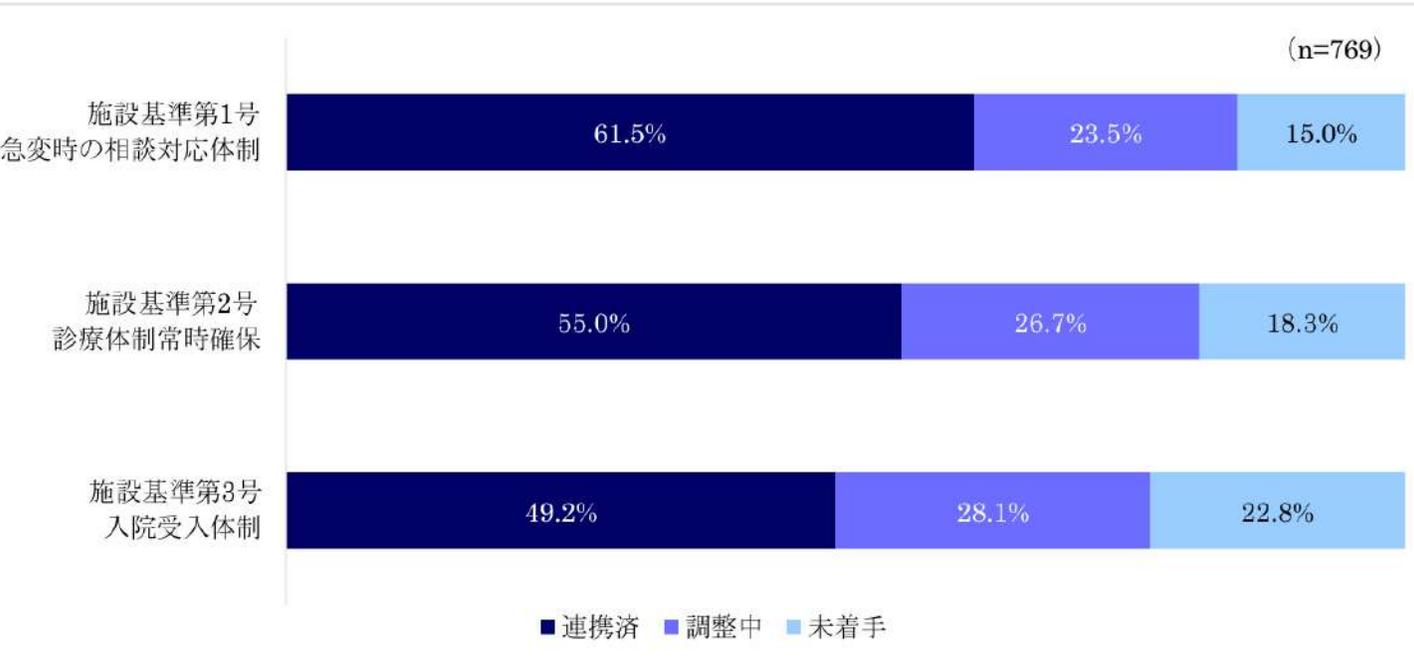
- **診療や入院受け入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- **早期退院の受け入れの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

特養・老健・介護医療院は義務（3年間の猶予あり）。グループホーム・有料老人ホーム・サ高住などは努力義務（3年後は・・・）

特別養護老人ホームの協力医療機関との連携体制の状況



連携体制が構築できていない理由 ※一部抜粋

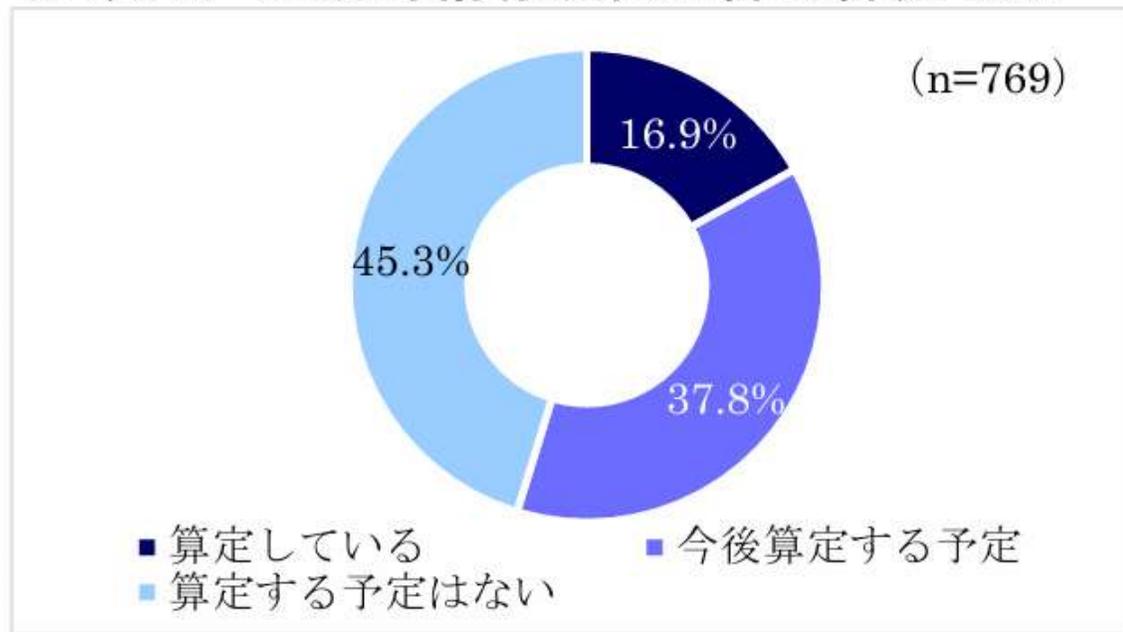
- ・協力医療機関が算定要件を満たしているかを確認中
- ・田舎のため病院が少なく対応できるところがない
- ・一つの医療機関が複数の施設と契約をしなければならぬため現実的に不可能
- ・昼間の連携は取れるが夜間は厳しい
- ・病院と施設の温度差がある
- ・どの医療機関にどのように依頼（契約等）の話をすればいいのかわからない

注) 調査時点 (2024年7月19日~同8月20日) の状況である点に留意されたい

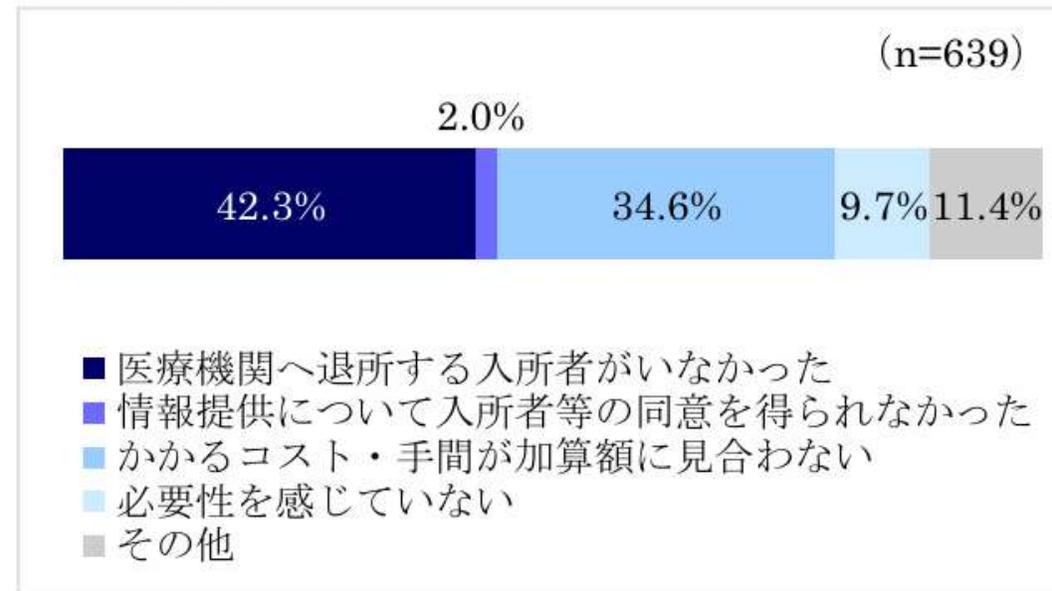
- 協力医療機関の選定が難航しているという意見が多い。
- 福祉医療機構が病院に対して行ったアンケートでは、協力医療機関になっていない理由として「介護保険施設から依頼がなかったため」が46.2%で最も多かった。
- 経過措置は3年間で期限は決まっているので、未着手の施設は早めに連携に向けた取り組みを始めたほうが良いと思われる。

退所時情報提供加算

(図表 6) 退所時情報提供加算の算定状況



(図表 7) 退所時情報提供加算を算定していない理由



- 退所時情報提供加算を算定していない理由として「医療機関へ対処する入所者がいなかった」が4割を超えた「かかるコスト・手間が加算額に見合わない」が34.6%、「必要性を感じない」が9.7%とネガティブな理由も一定程度あった。
- 協力医療機関との連携体制の構築が義務付けられたことを踏まえると、退所時に協力医療機関と相互に情報を共有する機会を設け良好な関係を構築することは、今後のあるべき姿になっていくことが予想される。次期改定も考え政策の流れに乗って積極的に算定を検討すべきかと考える。

高齢者施設と医療機関の連携に求められるもの

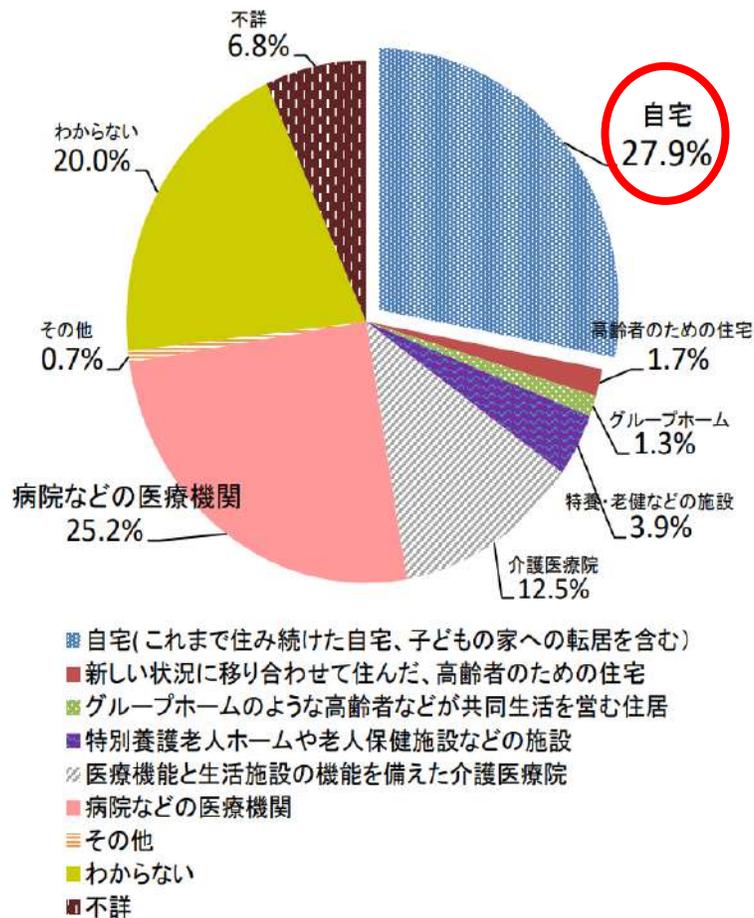
- ◆ 平時からの連携（顔の見える連携）
- ◆ 急変時の電話相談、診察
- ◆ 緊急往診、施設看取り
- ◆ 必要な場合の入院診療
- ◆ 早期退院

（退院可能になった場合は高齢者施設が速やかに受け入れ）

死亡場所の推移

- 国民の約3割は「人生の最期を迎えるときに生活したい場所」として自宅を希望しています。
- 場所別の死亡者の割合を見ると自宅以最期を迎える人は20%弱で、70%弱の人は病院で亡くなっていますが、自宅以最期を迎える割合は徐々に増加しています。
- 重要なことは、どこで最期を迎えるかではなく、どのように最期を迎えるかではないでしょうか。
- ACPの更なる推進も重要です

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



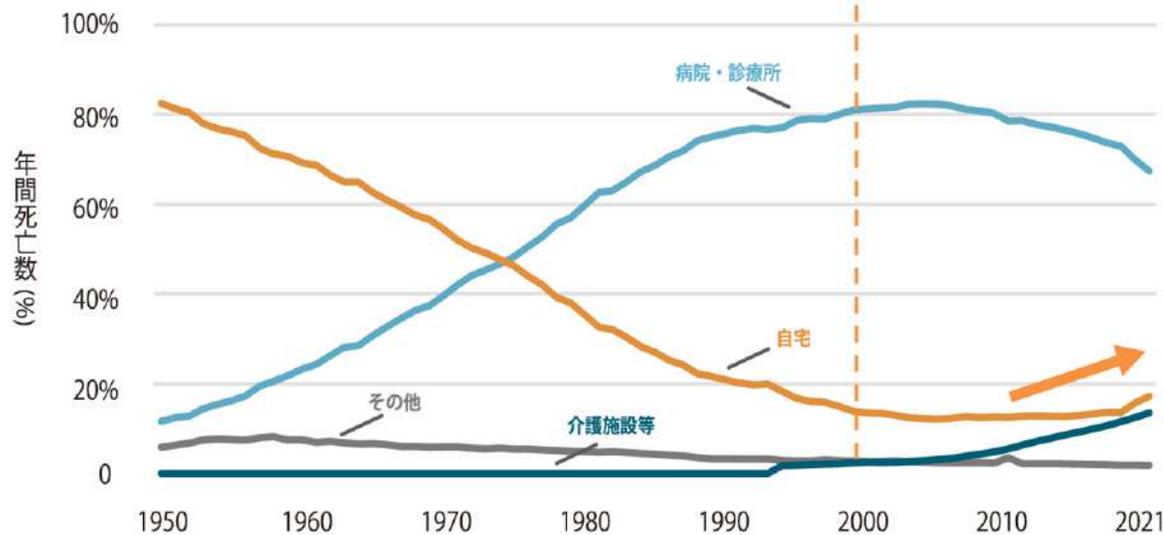
出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

死亡の場所の推移

意見交換 資料-2
R5.3.15

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

(厚労省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について(報告)」)

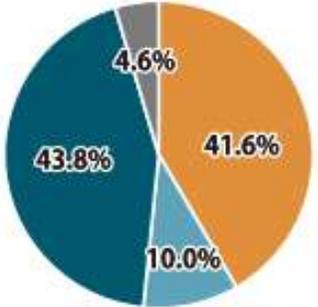
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
慢性の重い心臓病と診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

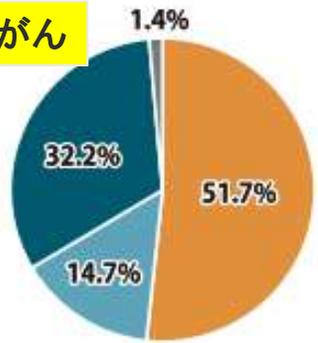
(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。

治る見込みがない病気



最期をどこで迎えたいですか

末期がん

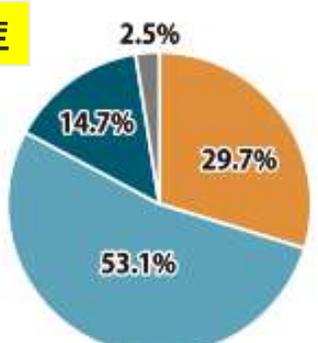


<一般国民 (n=3,000) のみ>

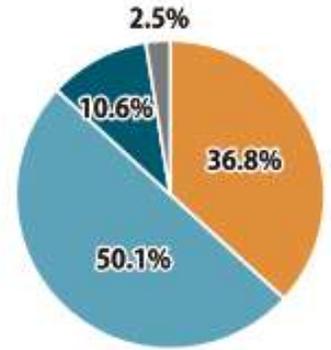
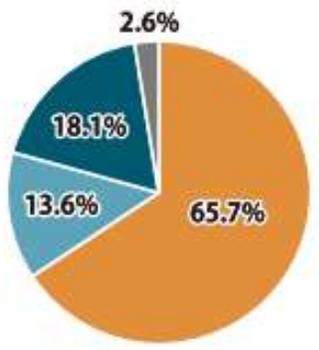
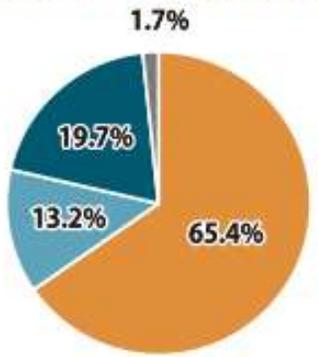
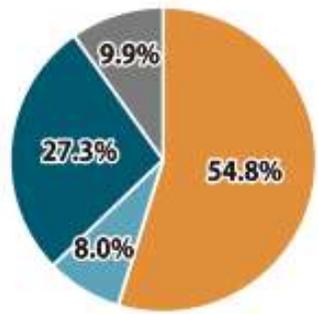
心臓病



認知症



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>

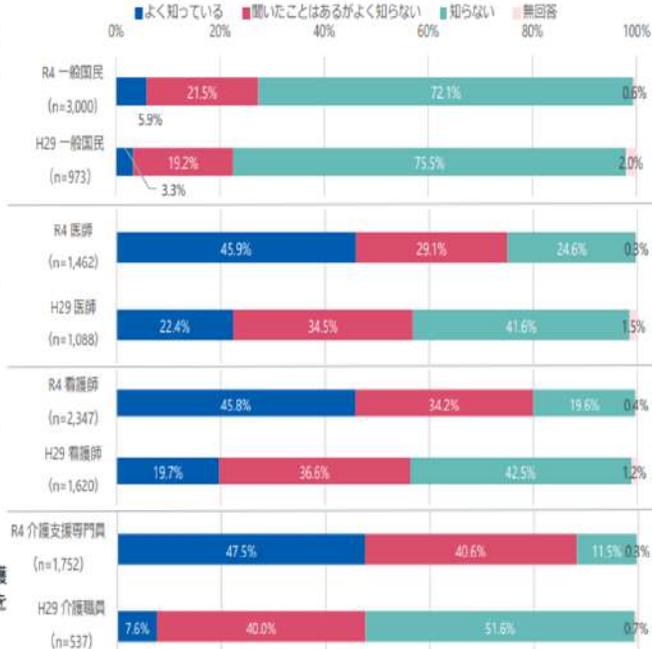


医療機関 介護施設 自宅 無回答

「人生の最終段階における医療・ケア」に関する調査結果の概要

結果の概要①（人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について知っていたか。）

- 人生会議の認知度について、一般国民では平成29年度調査と大きな変化はなく、「よく知っている」と回答した者の割合は5.9%（平成29年度：3.3%）、「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は21.5%（同：19.2%）、「知らない」と回答した者の割合は72.1%（同：75.5%）であった。
- 医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」と回答した者の割合はそれぞれ45.9%（平成29年度：22.4%）、45.8%（同：19.7%）であり、平成29年度調査と変化がみられた。介護支援専門員で「よく知っている」と回答した者の割合は47.5%であった。



※平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和4年度調査では介護支援専門員を対象としている。

3

様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問15：もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・ケアを希望しますか。

－あなたの病状－

あなたが病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

問15-1：最期をどこで迎えたいですか。（○は1つ）



人生会議の認知度は一般国民では、
「よく知っている」5.9%
「知らない」72.1%
 であり認知度が低いことがわかった

一般国民の51.6%は医療機関や介護施設で最期を迎えたいと思っている

本当に大切なこと

自宅？施設？病院？
どこで最期を迎えるか



どのように最期
を迎えるか

(高知大学 阿波谷英敏先生作成)



人生会議は自分の意思が伝えられる時期に始めましょう！
一人ではなく関係する多職種みんなでお話し合いましょう！
一度だけでなく何度も話し合いましょう！

(南砺市民病院
清水幸裕先生作成)

人生会議してみませんか！

まずはあなたからACPに取り組もう！

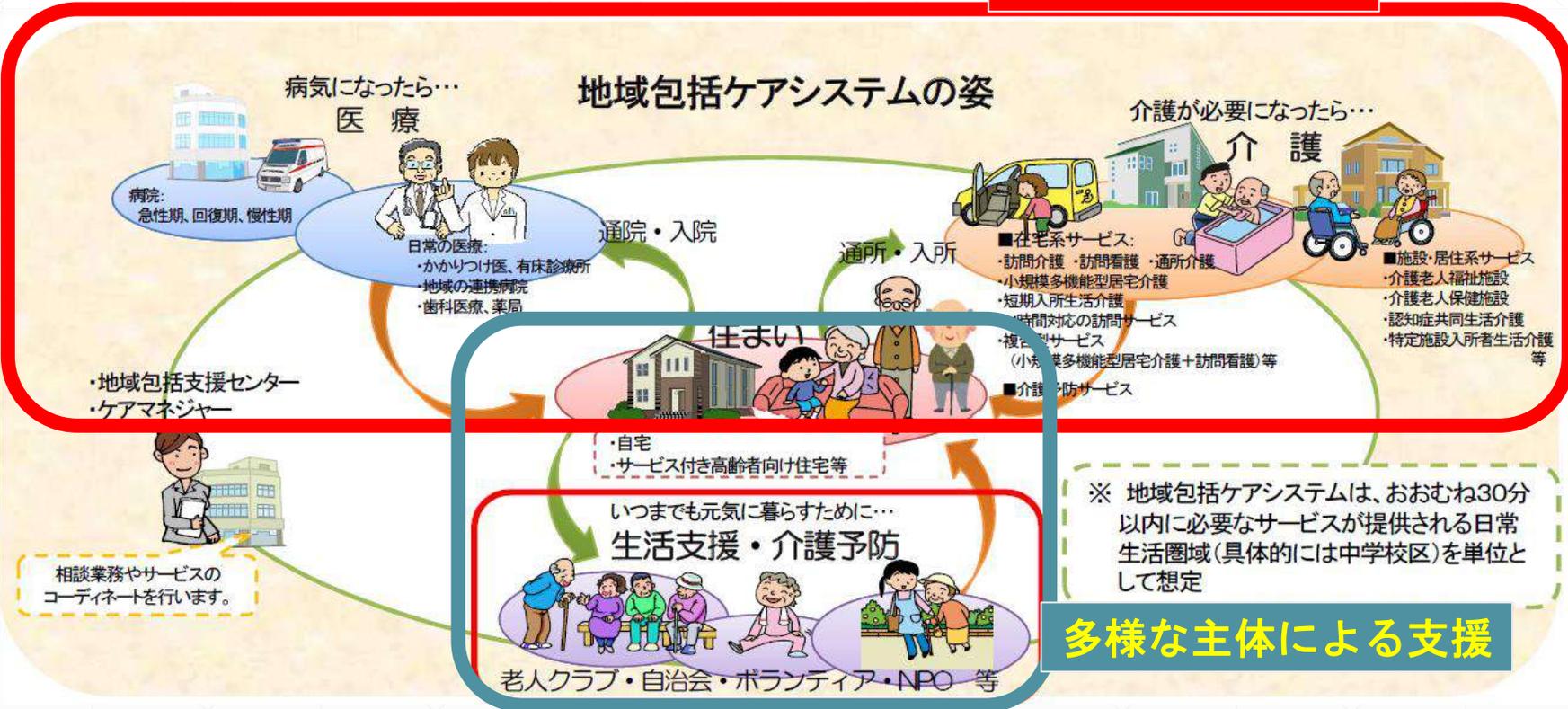


ポスト2025年は、ACPの推進が必要です！

これからの地域包括ケア

地域包括ケアのポイント

専門職による支援



日常生活圏域を単位として、何らかの支援を必要としている人々を含め、誰もが、望むなら、住み慣れた地域の住みかにおいて、自らも主体的な地域生活の参加者として、尊厳を保ちつつ安心して暮らし続けられるための仕組み

新版 地域包括ケアサクセスガイド
(メディカ出版、2020年)

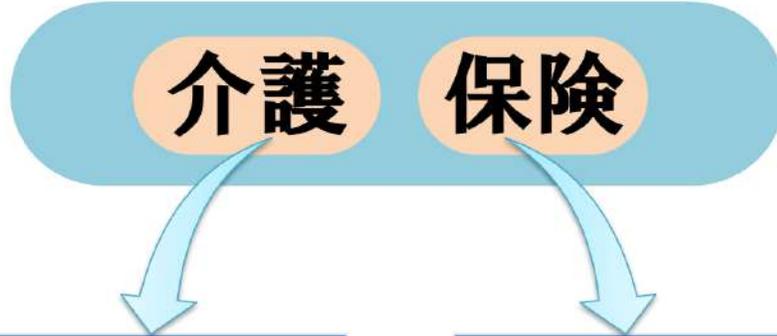
多様な主体による支援

- 予め決められた「制度」ではなく、地域の状況・ニーズ、医療機関やサービス事業者・人に応じて形作られる「**ご当地ネットワーク**」が本質
- 事業者・自治体・当事者住民の「**日ごろからの顔の見える関係**」が育む
- ニーズは多様化しているため、提供側は「**多機能・連携**」が必須である
- 医療・介護や予防・健康づくり、日常生活支援に加えて、住まい（空き家対策）、移動（交通手段）、賑わい・観光、防災・防犯までを視野に入れた「**コミュニティづくり**」
- 「高齢者」だけでなく、困っている人を「世代や分野」「支え手・受け手の関係」を超えて「丸ごと」つなげる。（例：こども、障がい、孤独・孤立、ひきこもり） ➡ 「**地域共生社会**」

「介護保険」は 地域包括ケアシステムの一部にすぎない

(地域包括ケア研究会報告書
(三菱UFJリサーチ&コンサルティング))

地域包括ケアシステムを構成する要素は「介護」だけでない。医療も、リハも、看護も含まれています。



地域包括ケアシステムは「保険」だけではない。四助（自助・互助・共助・公助）の組み合わせで成り立っている

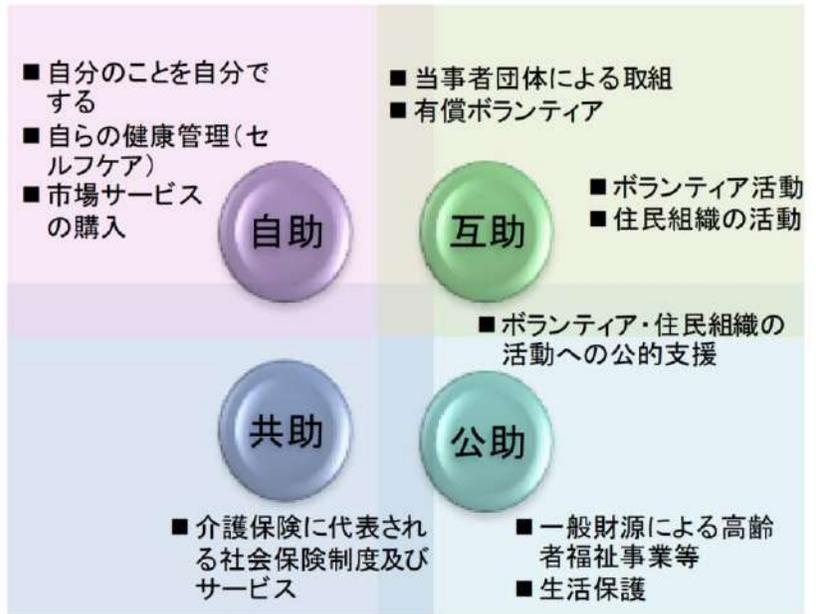
介護だけじゃない
医療も、看護も、
リハビリテーションも、
保健も、福祉も、
介護予防・生活支援も
すまいも

保険だけじゃない
自助も、
互助も、
共助も、
公助も、



地域包括ケアシステムは、「地域」生活の中でニーズをもつ「あらゆる」人の、「あらゆる」生活上の課題を、「あらゆる」資源や方法を使って「包括」的に「ケア」していこうという仕組み

医療・介護・福祉の多職種連携が必要



これからの地域包括ケア

(田中滋先生講演から)

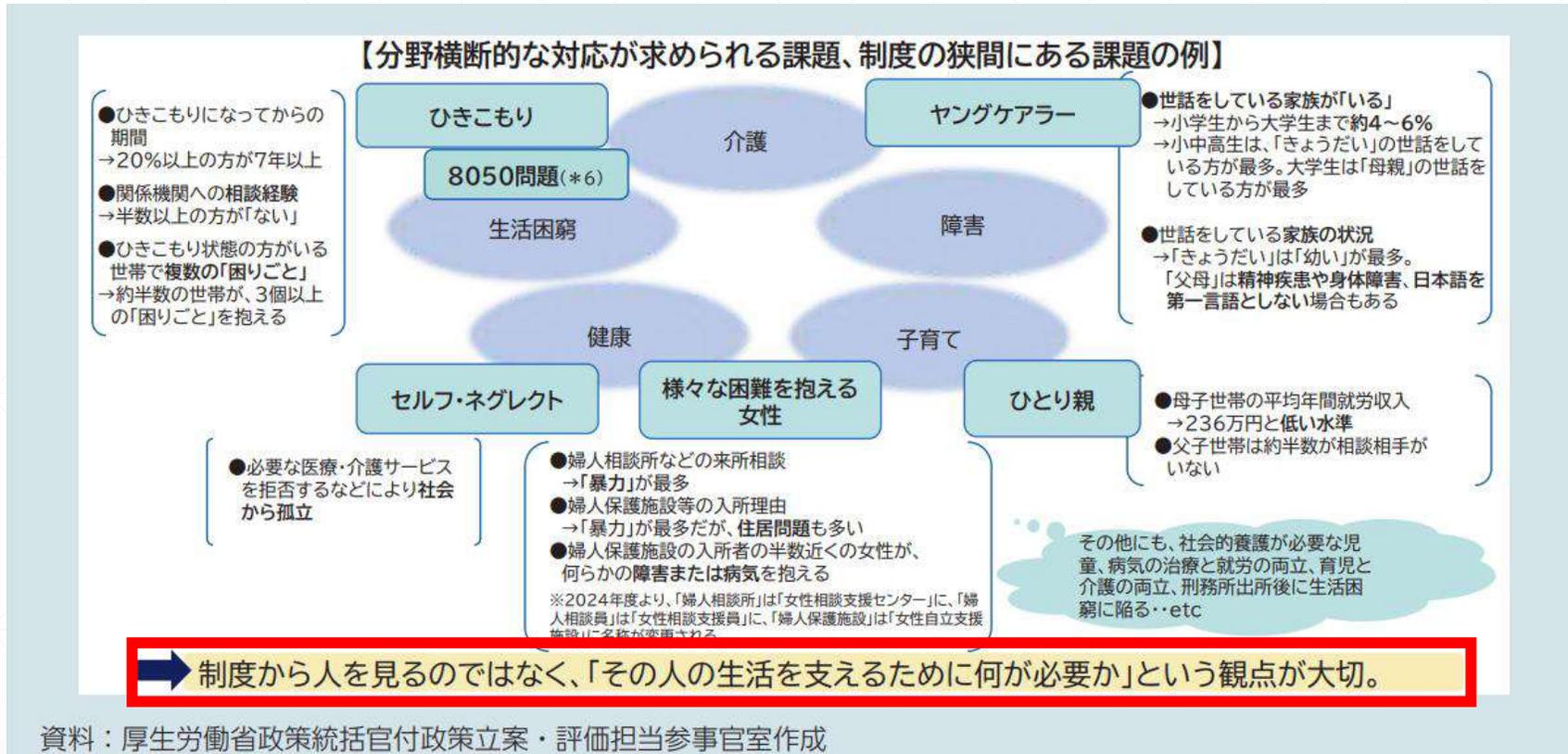
- 「治す」だけの医療ニーズが減り、「病気を抱えながらも自宅に戻って暮らすための医療」（すなわち「退院後の生活復帰を意識した医療」や「生活の継続性を支える医療」）が必要になる
- 入院外医療の中心は外来ではなく在宅医療になっていく
- 在宅療養では、「医療介護＋生活支援」が不可欠
- フレイル予防が必要
- 集える・通える場でのつながりや楽しみが重要
- 「地域を耕す」：地域課題と資源を掘り起こし仲間を増やす
- 医療・介護・保健専門職の協働と客観的評価が必要
- 事業所間および制度間の連携が必要

2040年に向けた地域包括ケアシステム～対処すべき変化の根幹～

(田中滋先生講演から)

- 超高齢者増加
- 多死・看取りニーズ増加
- 身寄りのない高齢者増加・独居高齢者増加
- 在宅療養：在宅医療・栄養・口腔・リハビリテーション
- 多様な住まい方
- 日常生活支援（介護が必要でなくても支援が必要な高齢者の増加）
- 孤立対応：身寄りなし高齢者・独居高齢者
- 認知症施策推進基本計画（令和6年12月策定）への対応
- 地域ごとに独自の地域づくり

地域包括ケアシステムは時代のニーズに対応する手段であり、
ニーズが急速に動く時代には常に構築中で、完成型はない



- ◆ 地域・家族・雇用や日常の様々な場面における人々のつながりの変化を背景に、いくつかの分野を横断する課題や、属性別に展開されてきた公的な制度では支援が難しい制度の狭間の課題などが表面化している。
- ◆ 制度が長く続いてくると、「制度から人を見る」観点に傾斜しがちであるが、このような新たな課題に対応するためには、「その人の生活を支えるために何が必要か」という観点を改めて重視することが必要である。
- ◆ 生活の安定を脅かすリスクは、誰にでもいつでも起こり得るものである。このことを関係機関や地域住民一人ひとりが意識しながら、お互い助け合うことができる地域づくりに自分ごととして取り組むことが重要である。
- ◆ 制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、「つながり・支え合い」のある地域共生社会を実現するために求められる取り組みの方向性について考える必要がある

これからの地域医療

2040年を見据えた課題

- 現役世代(生産年齢人口)の減少と高齢者の増加が続き、**2042年、高齢者数がピーク**を迎える。
- 高齢者数の増加には**地域差**があり、都市部を中心に増加するが、減少する都道府県もある。
- 単身世帯、**高齢者単身世帯の増加**が見込まれる。
- 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、**在宅・介護施設の要介護高齢者の増加**が見込まれる。
- 65歳以上の退院患者のうち、**介護施設等や、他の医療施設へ退院する患者の増加**が見込まれる。
- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、**ピーク時には年間約170万人が死亡**すると見込まれる。
- 死亡の場所については、病院・診療所の割合が大きいですが、近年は**自宅や介護施設等も増加傾向**にある。
- 高齢者数の増加に伴い、**脳梗塞・肺炎・心不全・骨折**などによる入院が増加することが見込まれる。**認知症有病者**も増加することが見込まれる。

高齢社会に求められるもの

- これからの高齢社会は要介護高齢者の複合ニーズへの対応が重要
- 要介護度悪化を防ぐためには、肺炎や心不全悪化などの急性期イベントを予防するMedical Care Managementが重要になる
- 多くの地域で施設介護ニーズが増大するが、財政面から考えてそれに見合う施設を作ることは困難
- ➡施設介護と居宅介護との柔軟な連携が必要である
- そのためには標準的な連携ツールが必要である



高齢社会では医療と介護の連携が必須である
医療と介護の連携ツールが必要となる

医療の目的の変化：「治す医療」から「治し支える医療」へ

- ・生活の質（QOL）を重視した医療
- ・生活の中の医療（生活を犠牲にしない医療）

病院に求められる役割の変化～病院機能の2つのベクトル～

- ・一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
- ・他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能

「治し、支える」は医療だけでは実現できない

- ・外来中心から往診・オンライン中心へ
- ・医療・看護・介護・生活支援、包括ケアが必要
- ・多職種連携を支える情報基盤は不可欠⇒医療IT・IoT・Dxは在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のツール

地域医療の パラダイムシフト

これからの地域医療
のKeywordは...

- ✓ Teamwork
- ✓ Network
- ✓ Footwork

これまでの地域医療

- 延命期間の最大化
- 治す医療(cure)
- 臓器別専門医
- 病院完結
- 待つ医療
- 病診連携
- 自医療機関のため
に何をするか
(医療機関最適)

これからの地域医療

- 健康寿命の伸延
- 支える医療(care)
- 総合診療医
- 地域完結
- 出ていく医療
- 医療介護多職種連携
- 地域のために
何をするか
(地域最適)

地域包括ケア

最後に～より良い地域包括ケアの構築に向けて～

多職種連携
多施設連携
地域連携

医療・介護・福祉職種の協働
住民との協働
行政との協働

地域の実情に見合った医科・歯科・介護・福祉の連携推進

生活の質（QOL）・地域の質（QOC）・終末期の質（QOD）の向上

より良い地域包括ケアシステム構築

人口が減少しても、住民が住み慣れた地域で、生き生きと心豊かに暮らすことのできる**ウェルビーイング**を育む地域づくり

「唯一生き残ることができるのは、変化できる者である」 (チャールズ・ダーウィン)

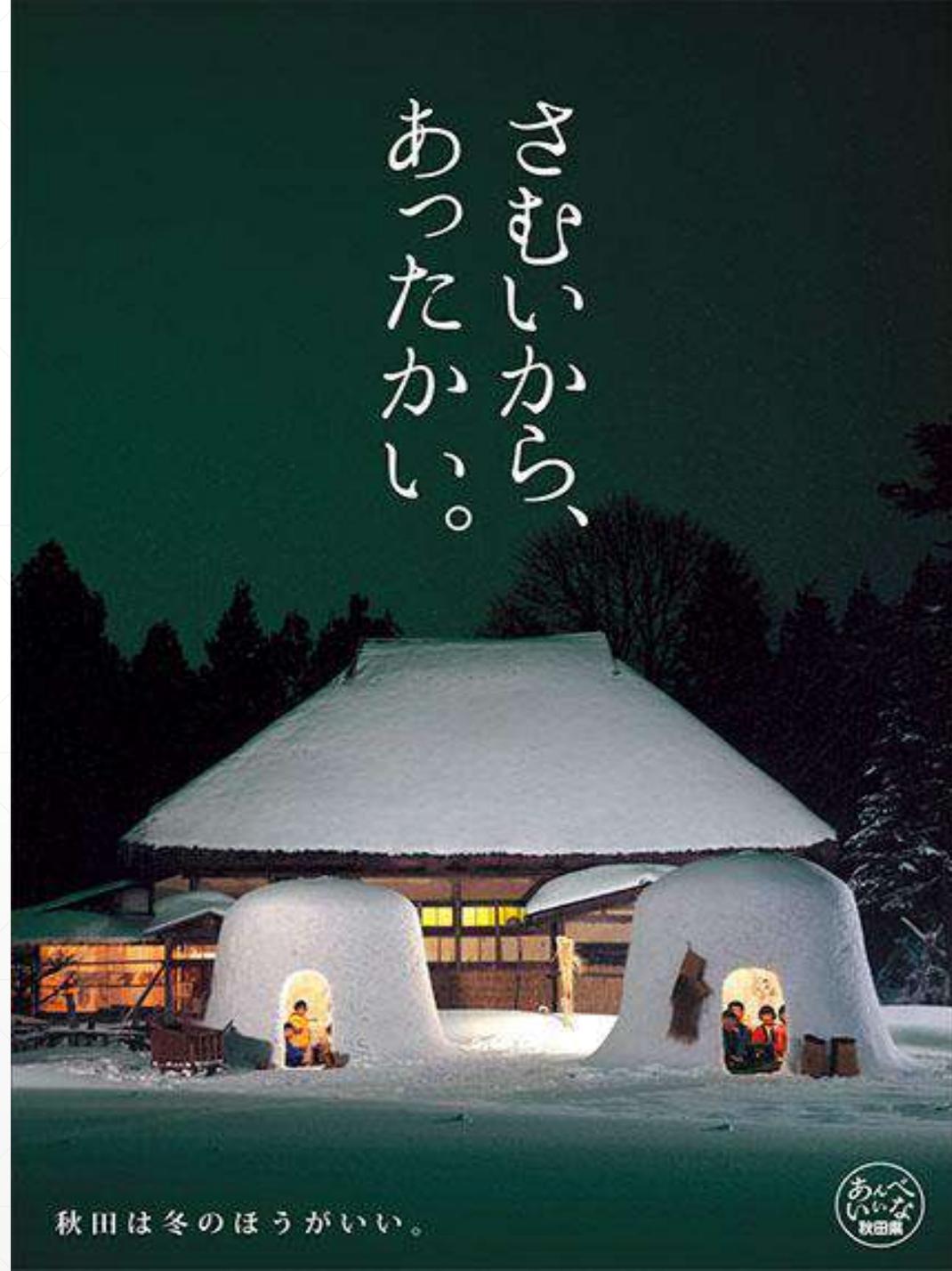
高齢化と人口減少が進む中で秋田県の医療・介護施設が生き残るためには、人口減少を前提とし、地域の変化や制度の変化に対応した施設運営が必要です。

「真剣になると知恵が出る。中途半端だと愚痴が出る。やる気がないと言い訳が出る」

今、厳しい時だからこそ、困難な課題に真剣に取り組み、立ち止まらずに「一歩前へ」踏み出しましょう！皆さまの活躍を期待しています。

ご清聴、ありがとうございました。

さむいから、
あつたかい。



秋田は冬のほうがいい。

