

高齢者救急を減らすため の医療介護連携

2025/12/6
久英会グループ代表
中尾一久

COI

○久留米地域包括ケアシステム

KICS(Kurume Integrated Care System)

- ・福岡県医療介護総合確保基金（H30～）
- ・在宅医療・介護連携センター久留米運営基金（R3～）

本日の内容

- ①高齢者医療の現状と将来予測
- ②前方連携・後方連携を踏まえた在宅療養支援病院としての取り組み
 - マクロ（二次医療圏において）久留米医師会の取り組み
 - ミクロ（グループ内において）当グループの取り組み
- ③プライマリ・ケアの介入により重度化による入院を予防できる可能性がある疾患群 ACSCs
(Ambulatory Care-Sensitive Conditions) について

(参考) 全年齢の患者を対象とした入院患者数上位疾患と 85歳以上の高齢患者を対象とした上位疾患の比較

- 全年齢においても、85歳以上の高齢者において入院患者数の多い疾患は多く見られる。

85歳以上の高齢者	全年齢
1 肺炎等	肺炎等
2 心不全	白内障、水晶体の疾患
3 誤嚥性肺炎	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）
4 股関節・大腿近位の骨折	肺の悪性腫瘍
5 腎臓又は尿路の感染症	心不全
6 白内障、水晶体の疾患	狭心症、慢性虚血性心疾患
7 その他の感染症（真菌を除く。）	誤嚥性肺炎
8 脳梗塞	狭心症、慢性虚血性心疾患
9 胆管（肝内外）結石、胆管炎	腎臓又は尿路の感染症
10 胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	胆管（肝内外）結石、胆管炎
11 体液量減少症	股関節・大腿近位の骨折
12 ヘルニアの記載のない腸閉塞	脳梗塞
13 徐脈性不整脈	前立腺の悪性腫瘍
14 狹心症、慢性虚血性心疾患	頻脈性不整脈
15 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍
16 肺の悪性腫瘍	鼠径ヘルニア
17 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	その他の感染症（真菌を除く。）
18 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	ヘルニアの記載のない腸閉塞
19 膀胱腫瘍	乳房の悪性腫瘍
20 頭蓋・頭蓋内損傷	上部尿路疾患

※赤字は手術に係るKコードを伴うもの

出典: 保険局医療課調べ(2024年10月～12月DPCデータ) 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)を対象として、医療資源を最も投入した病名と手術に係るKコードの算定有無に基づき、患者数が多い順にDPC6桁名称を示した。

高齢者救急を減らすためには

○誰に対して（主なターゲット）

→特に85歳以上の超高齢者

○どのような考え方で

→予防的介入（ACSCs）

○誰が

→医師（総合診療医）（歯科）、看護師（特定行為修了者）を含む医療介護の多職種

○何をするのか

→疾病の予防や重症化を防ぎ、入院（緊急）を減らす

具体的には、医療と介護の連携、更には情報通信技術（ICT）による多職種のタイムリーな情報共有（医療介護DX）

高齢者救急を減らすための重要な3つの視点

- 予防的介入であるAmbulatory care-sensitive conditions(ACSCs)という概念（不必要的入院を防ぐことができる可能性がある状態や疾患群）が必要
 - ・具体的には、高齢者に多い、心不全、肺炎、尿路感染症や低栄養等に対し、プライマリケアの適切な介入によって発症や重症化を防ぐ

- 医療と介護の連携、更には情報通信技術（ICT）による多職種のタイムリーな情報共有（医療介護DX）

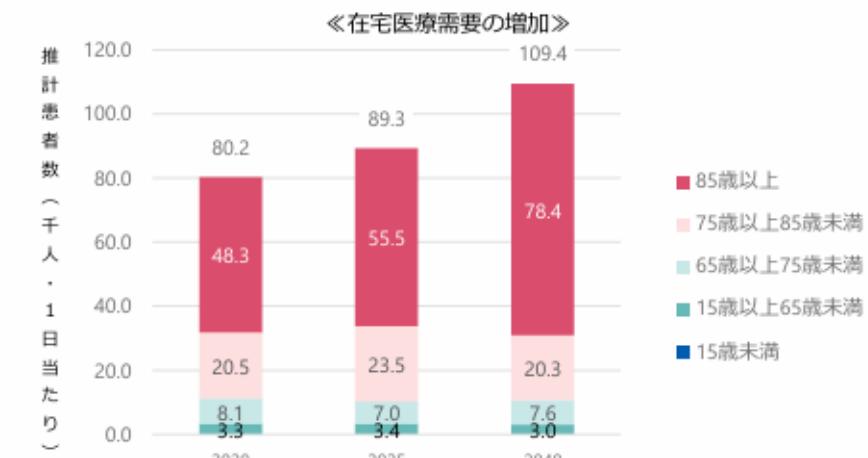
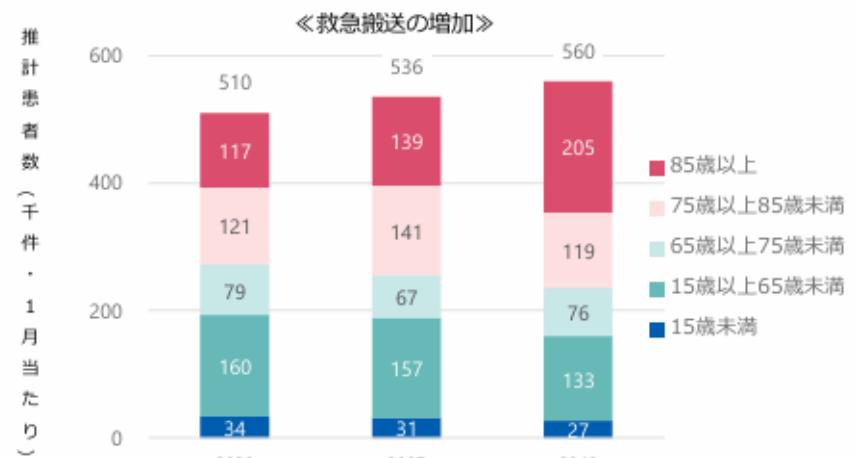
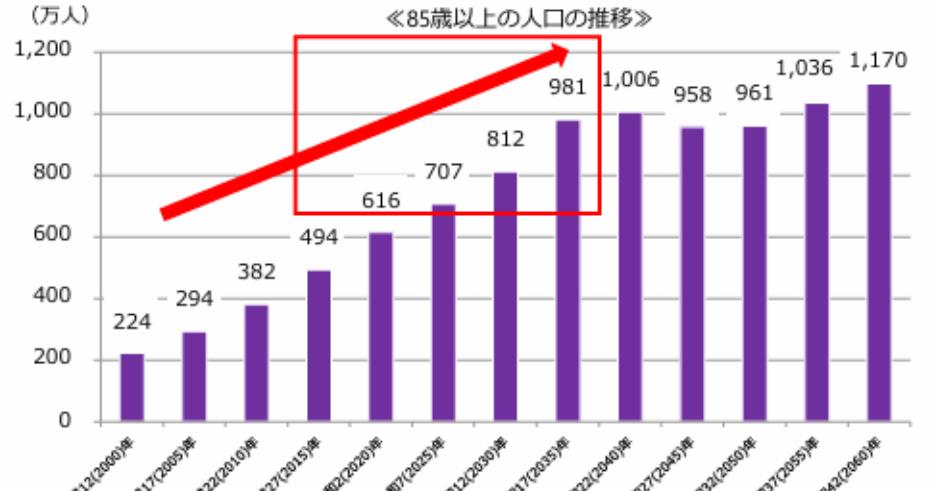
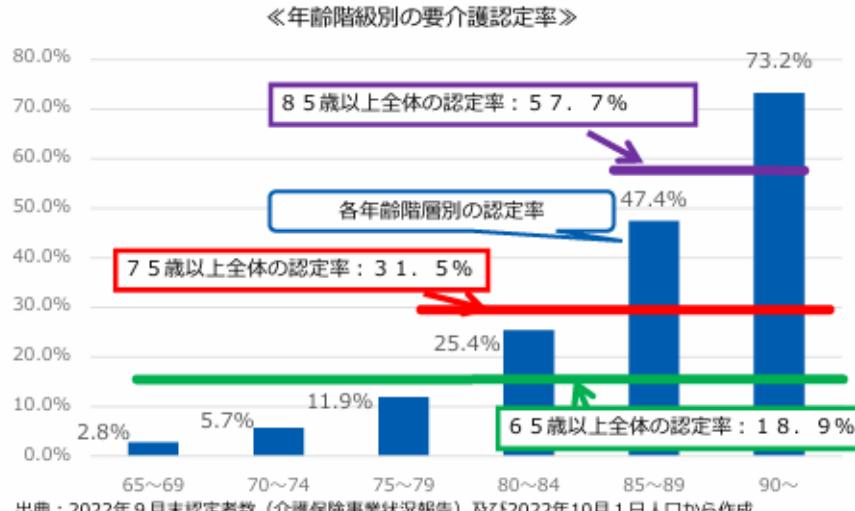
- 高齢者疾病の特徴は、多疾病罹患であることと医療と介護が同時に必要であることである。即ち疾病を治す（キュア）だけでなく治し支える（ケア）、生活の視点が必要

総合診療医（歯科）、看護師特定行為修了者（ジェネラリスト）、専門・認定看護師（スペシャリスト）、セラピスト、介護福祉士、ケアマネージャー（CM）等

2040年頃に向けた医療の課題①

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

- 人口は、85歳以上を中心とした高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心とした高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
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（2023年推計）」を基に推計

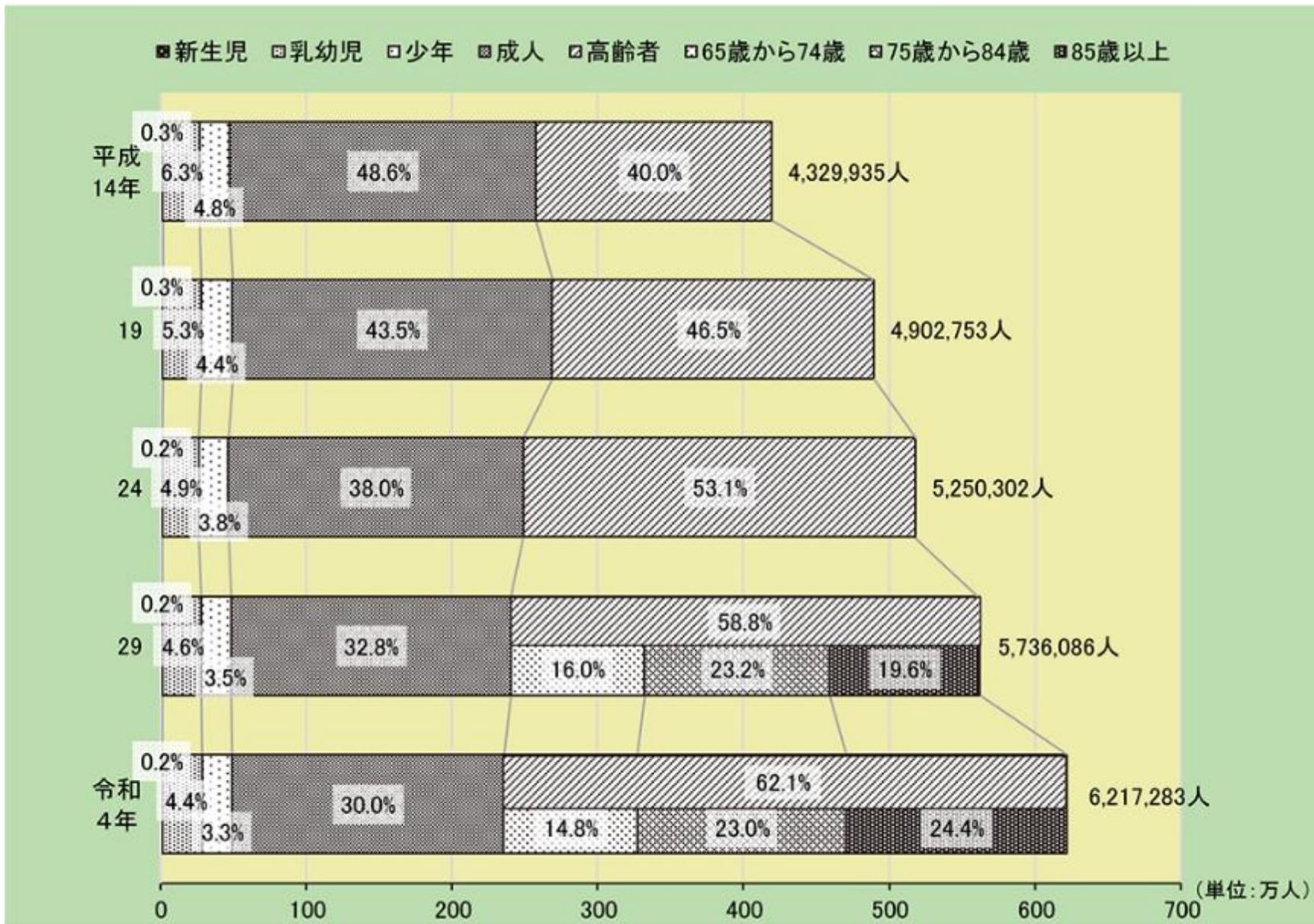
救急搬送患者予測（2040年の医療需要）



第7回新たな地域医療構想等
に関する検討会
R6年8月26日

2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、
うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

年齢区分別救急搬送人員構成比の推移



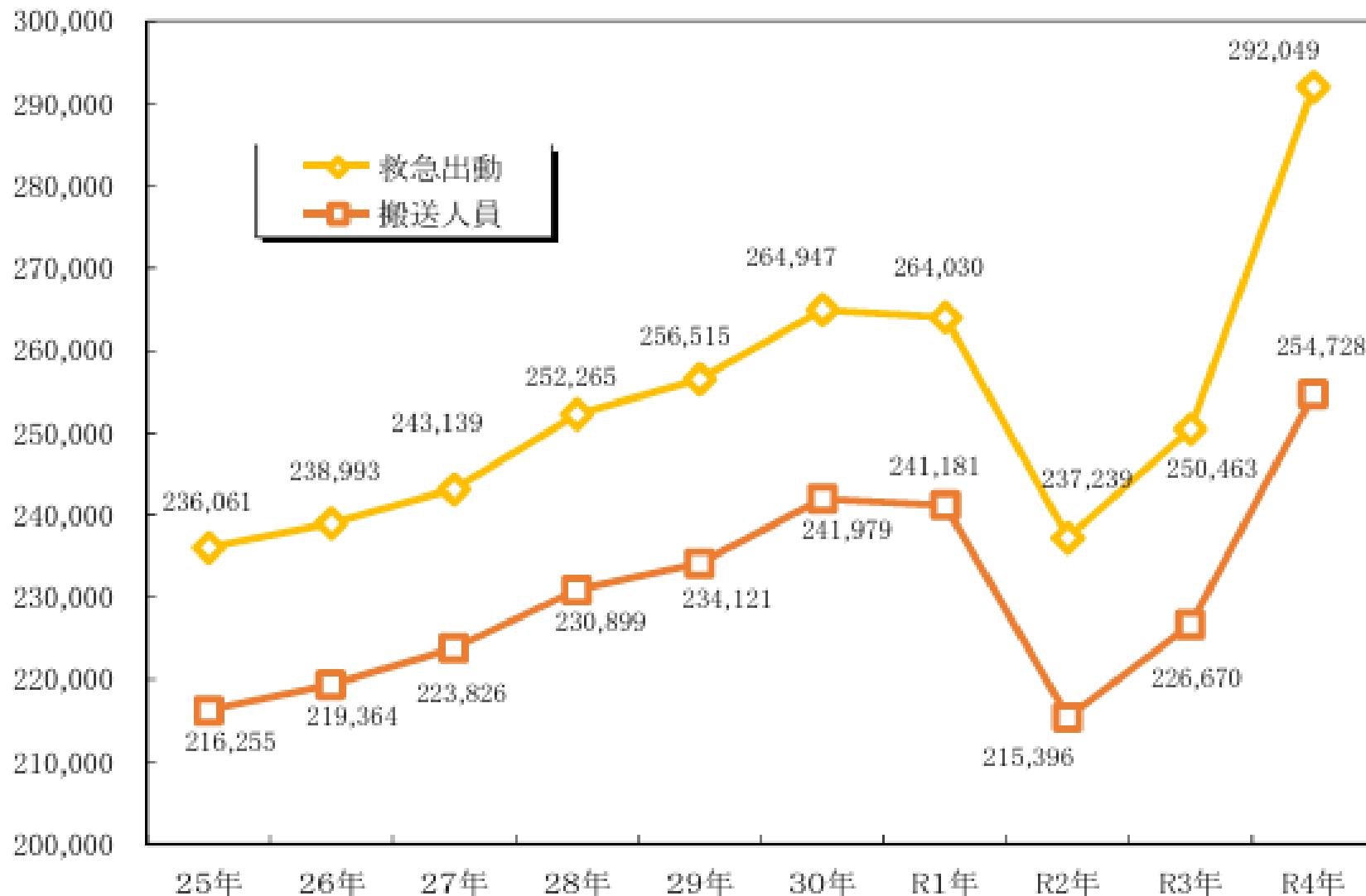
令和 6 年度771万人
65歳以上の高齢者が
428万人で6割を占める

令和 5 年版消防白書
総務省消防庁

最近10年間における救急活動の推移

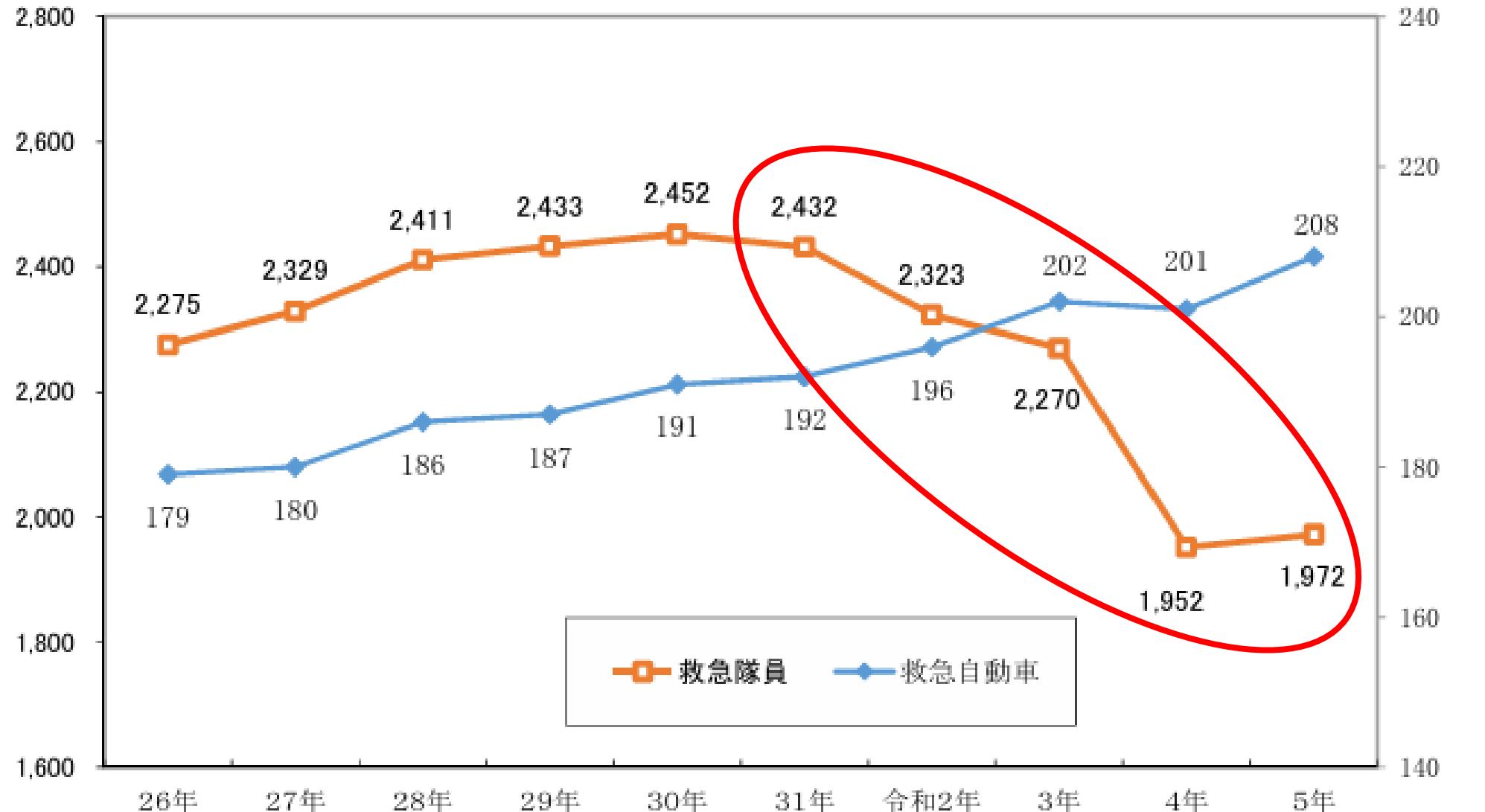
(福岡県)

各年 4月1日現在 R5年度救急搬送年報

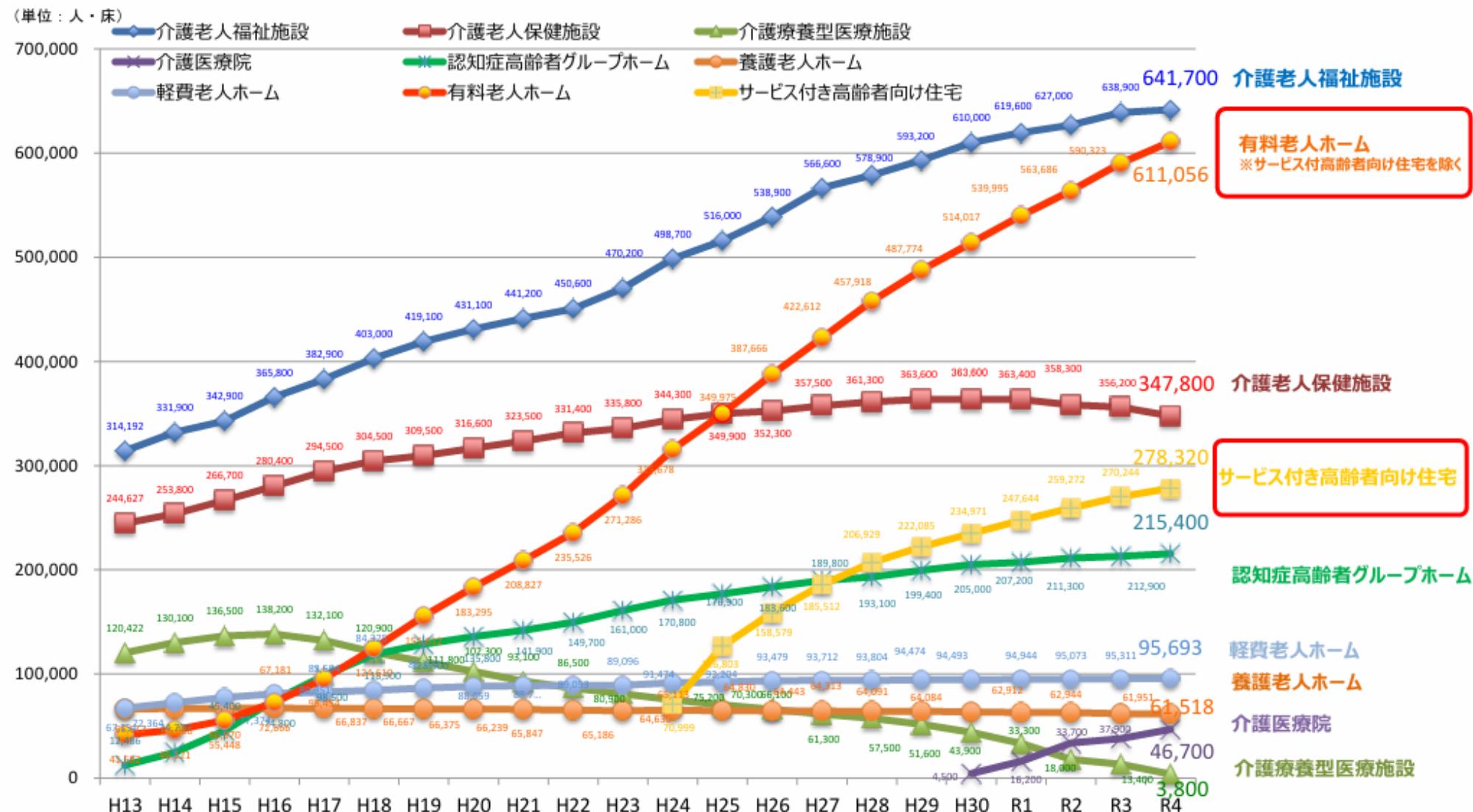


最近10年間における救急自動車数及び救急隊員数の推移 (福岡県)

各年4月1日現在 R5年度救急搬送年報



高齢者向け施設・住まいの利用者数



*1 : 介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30-】」による。

*2 : 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

*3 : 認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

*4 : 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21-H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24-は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

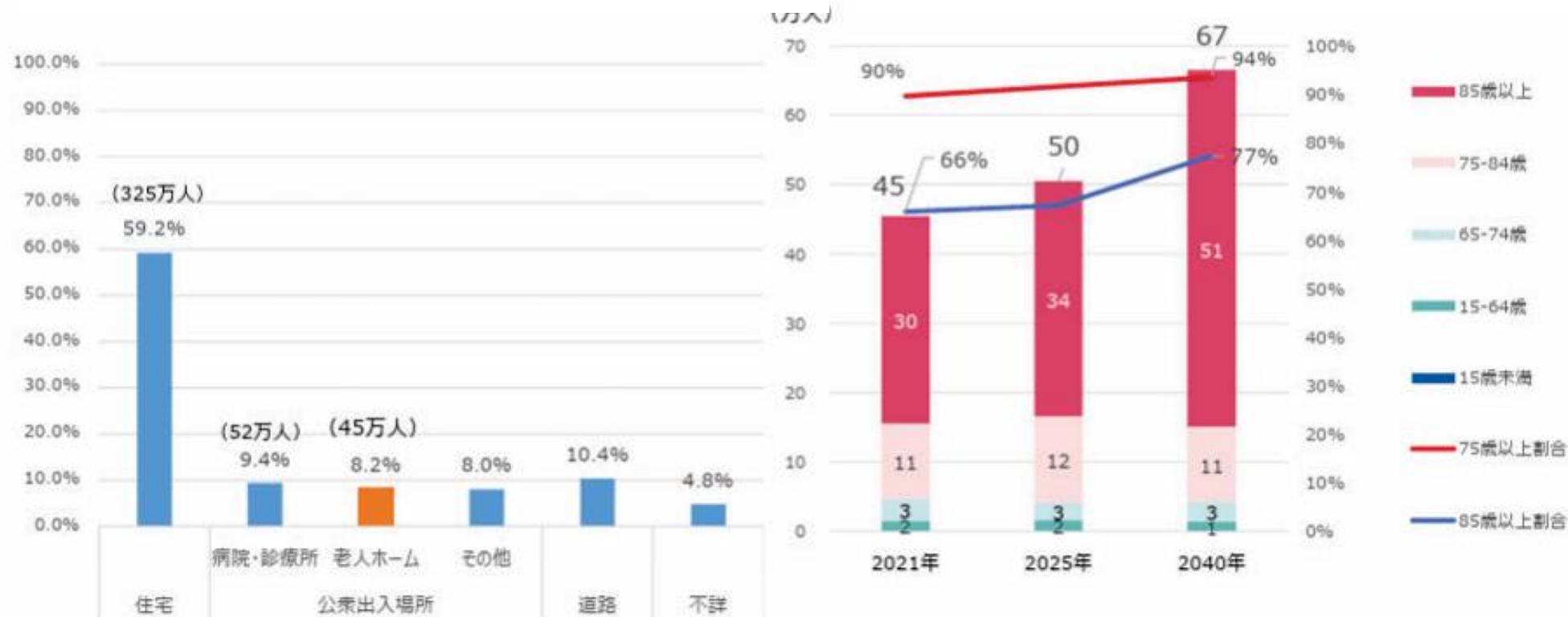
*5 : 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

*6 : サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

老人ホームからの救急搬送件数の見通し

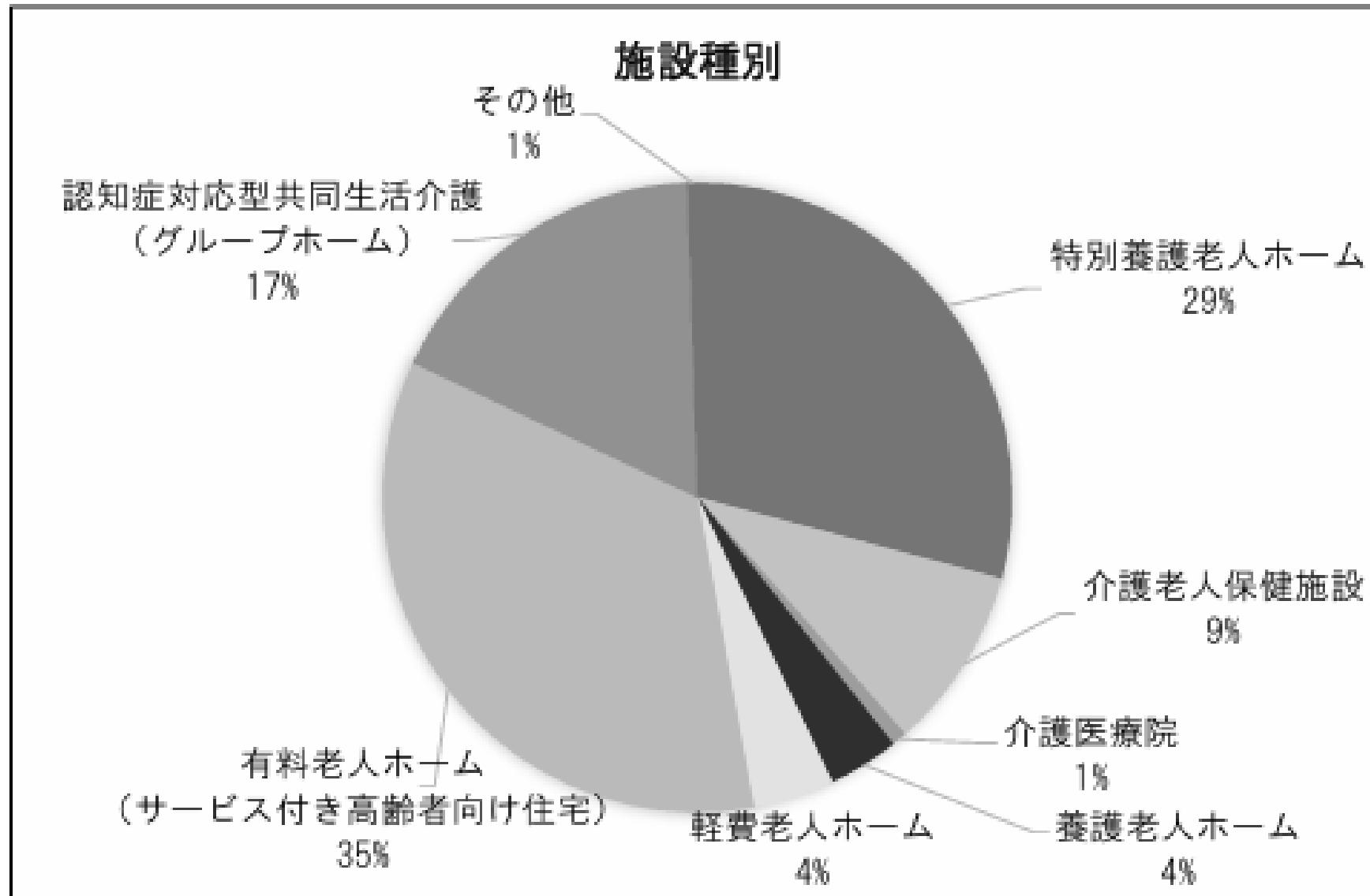
老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）　老人ホームからの救急搬送件数の見通し



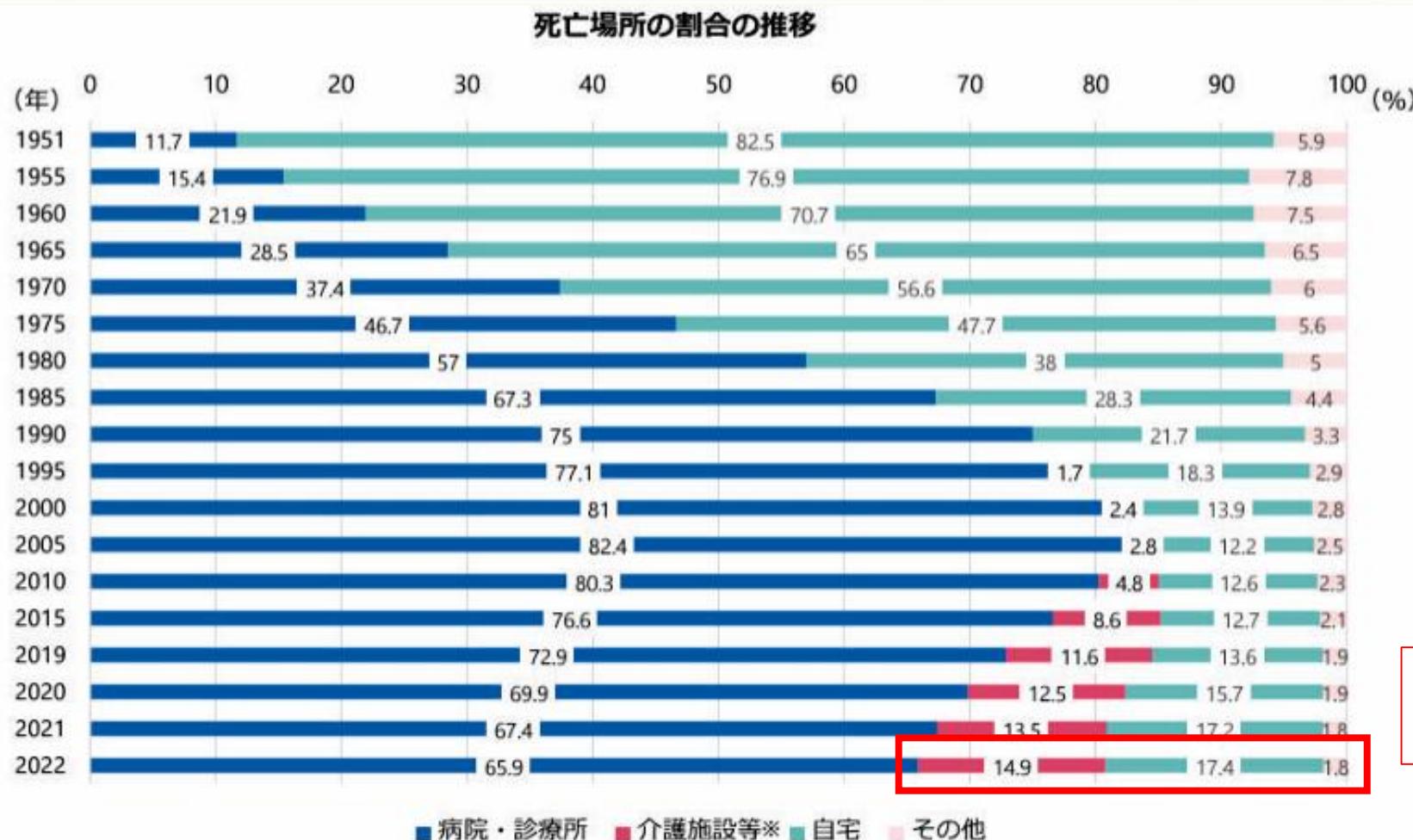
資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

高齢者施設等における救急搬送等実態調査（三重県 R4）



死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。



死亡場所の35%は
介護保険施設と自宅

資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

* 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

* その他には助産所を含む

* 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

訪問診療患者数予測（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
R6年8月26日

2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

マンパワー② 提供者側（医師）の高齢化も進展している

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

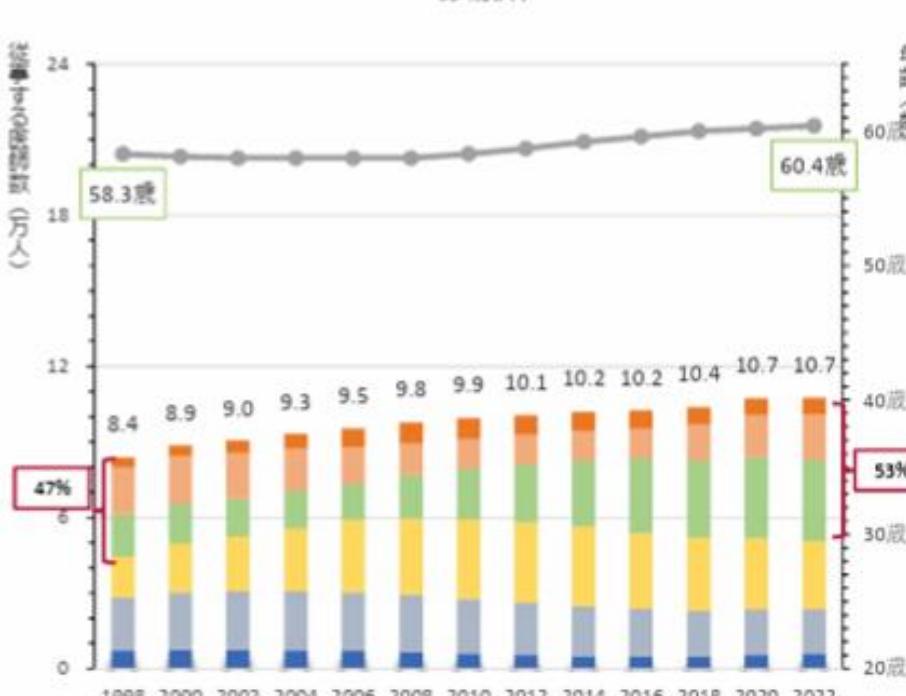
- 病院に従事する医師数は、ここ20年で6.1万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は18%に増加しており、平均年齢は45.4歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.7万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は53%程度で、平均年齢は60.4歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移

病院



診療所



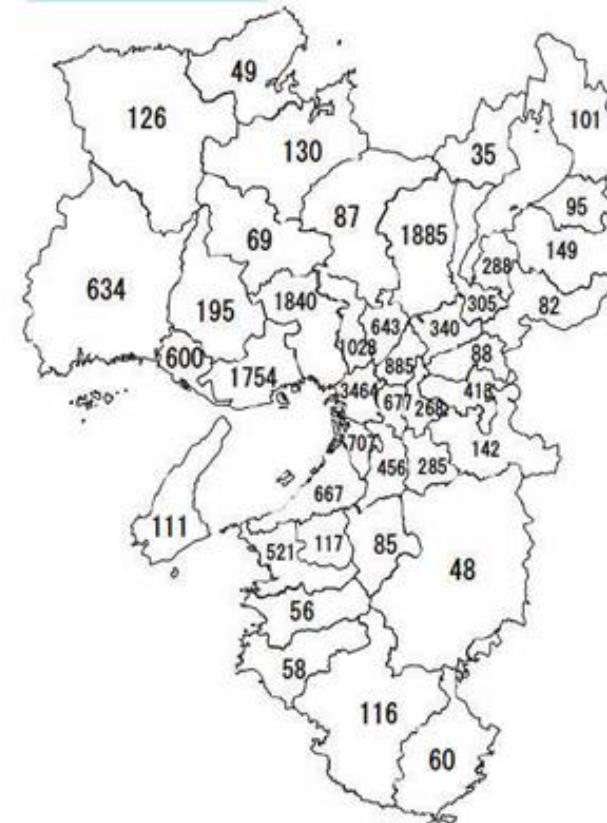
参考

近畿地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 近畿地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.2%の減少**が見込まれている。
- 近畿地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、51の二次医療圏のうち、29（56.9%）の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 :19,659



参考

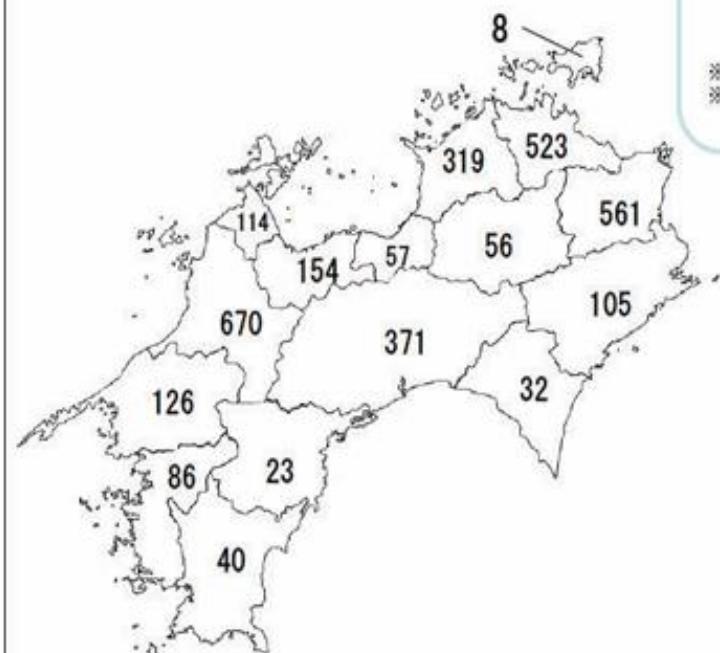
四国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 四国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**56.4%の減少**が見込まれている。
- 四国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、16の二次医療圏のうち、16（100.0%）の二次医療圏において、**50%以上**の減少が見込まれている。

2022年

診療所医師数 : 3,245



2040年

診療所医師数 : 1,414

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

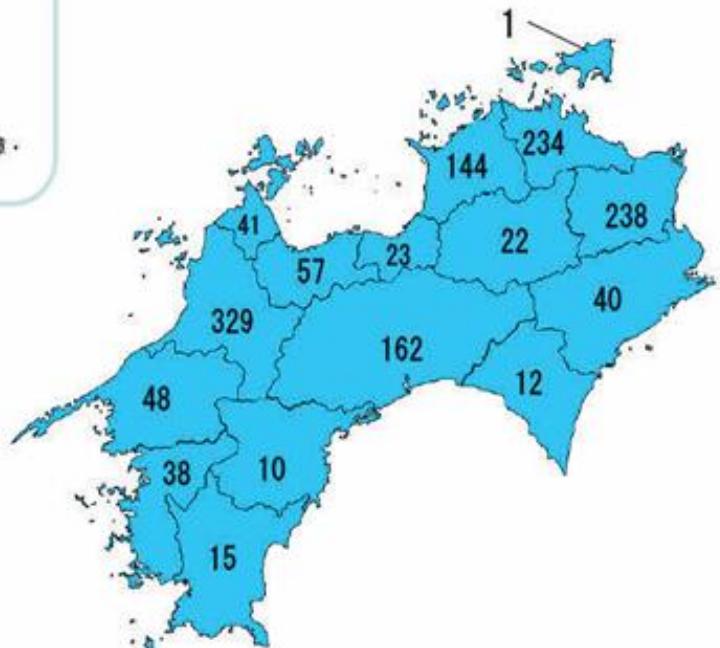
【四国地方の人口推移】

2020年 369.6万人※1

(19.9%減)

2040年 296.2万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）
※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

ここまでまとめ

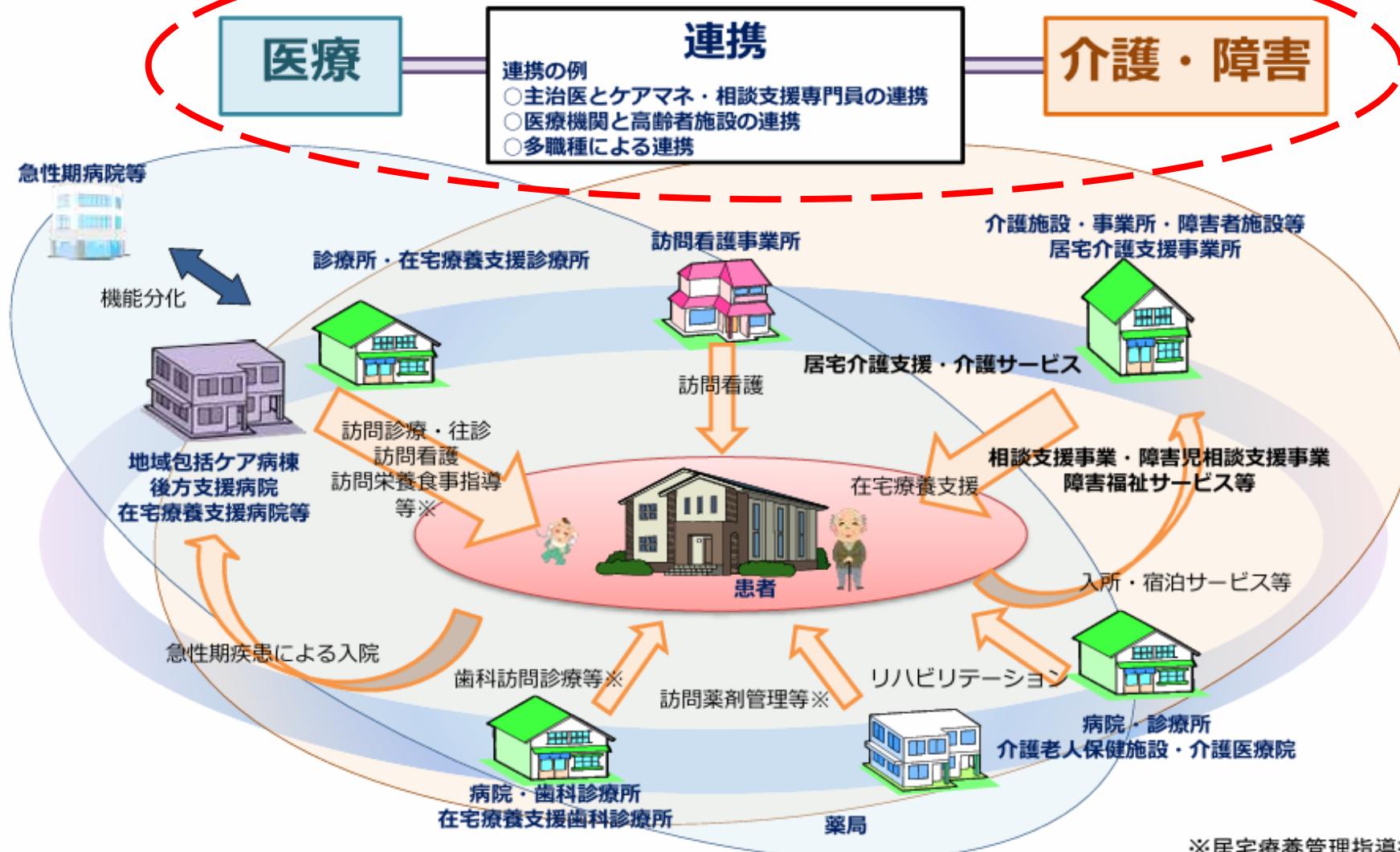
- ・令和6年度救急搬送件数において、65歳以上の高齢者の割合約6割を占めている
- ・2040年に向けて、要介護認定率6割を占める85歳以上の超高齢者の救急搬送件数が更に増える
- ・ところが、救急隊員数減少や医師の高齢化に伴い、診療所（医療機関）の数も激減する地域が出てくる



さあ、どうする
このままではパンクする

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かかわらず、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、患者の日常生活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る。



※居宅療養管理指導を含む

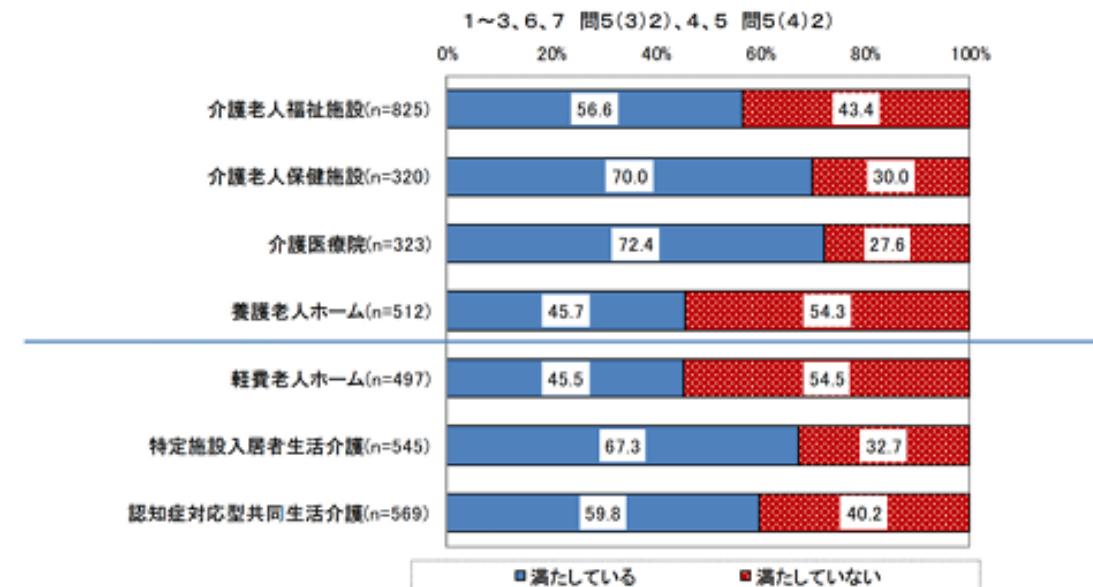
(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【協力医療機関の定めの状況】

- 介護老人福祉施設は56.6%、介護老人保健施設は70.0%、介護医療院は72.4%、養護老人ホームは45.7%が義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制(③は病院に限る)、の全てを満たす協力医療機関を定めていた。
- 軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%が努力義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表6 要件を満たす協力医療機関を定めている施設



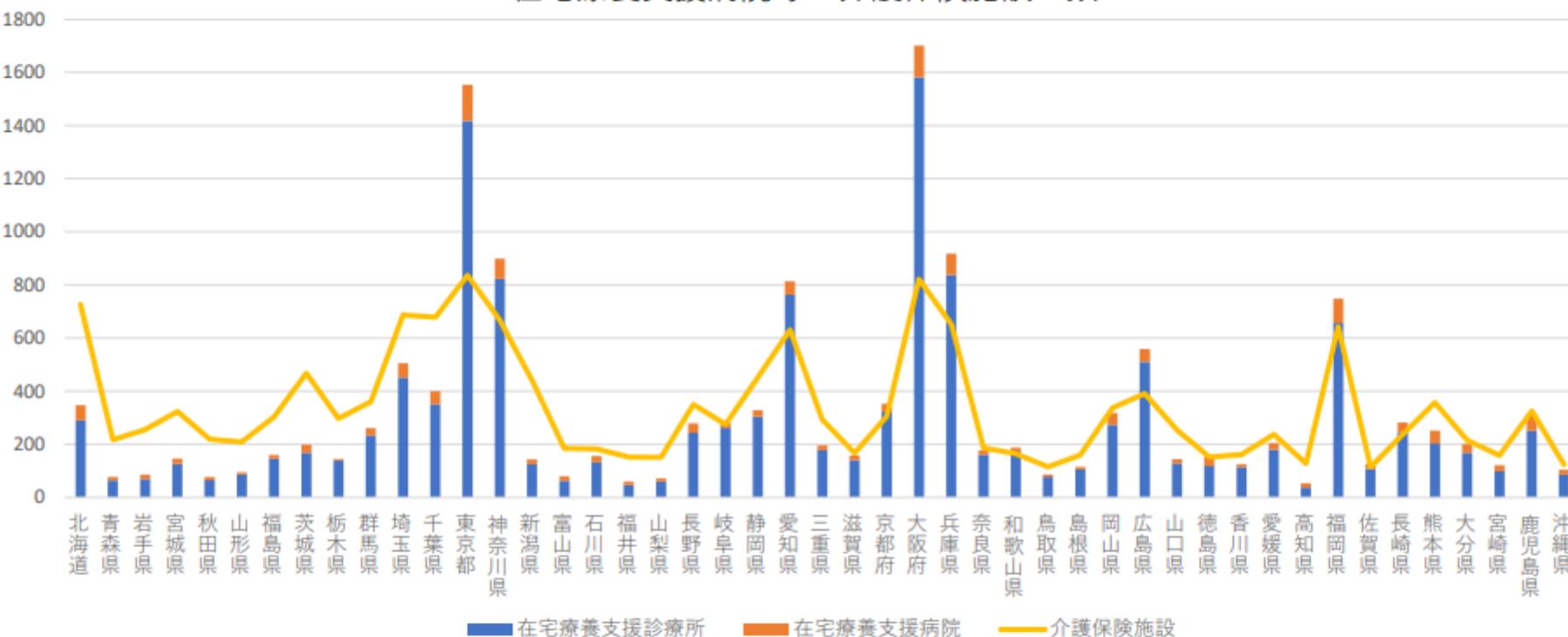
※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした。

※軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

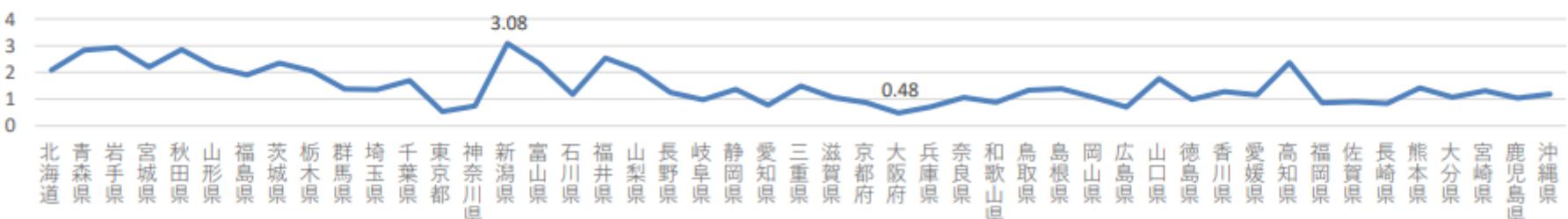
在宅療養支援病院等と介護保険施設の数

○在宅医療を担う主な医療機関である在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、都道府県別の1医療機関あたりの介護保険施設の数は、0.48施設～3.08施設。

在宅療養支援病院等と介護保険施設の数



1 医療機関（在宅療養支援病院等）あたりの介護保険施設の数



マクロ（二次医療圏）における在支病の取り組み

医療資源豊富な中核都市（久留米市）の
地域包括ケアシステム
久留米地域包括ケアシステム
KICS(Kurume Integrated Care System)

久留米市の概要



久留米市（くるめし）は、福岡県の南部、筑後地方に位置する。福岡市や北九州市に次いで福岡県では第3位、九州全体では第8位の人口を持つ中核市。人口は300,327人（令和6年9月1日時点）。

地理と気候

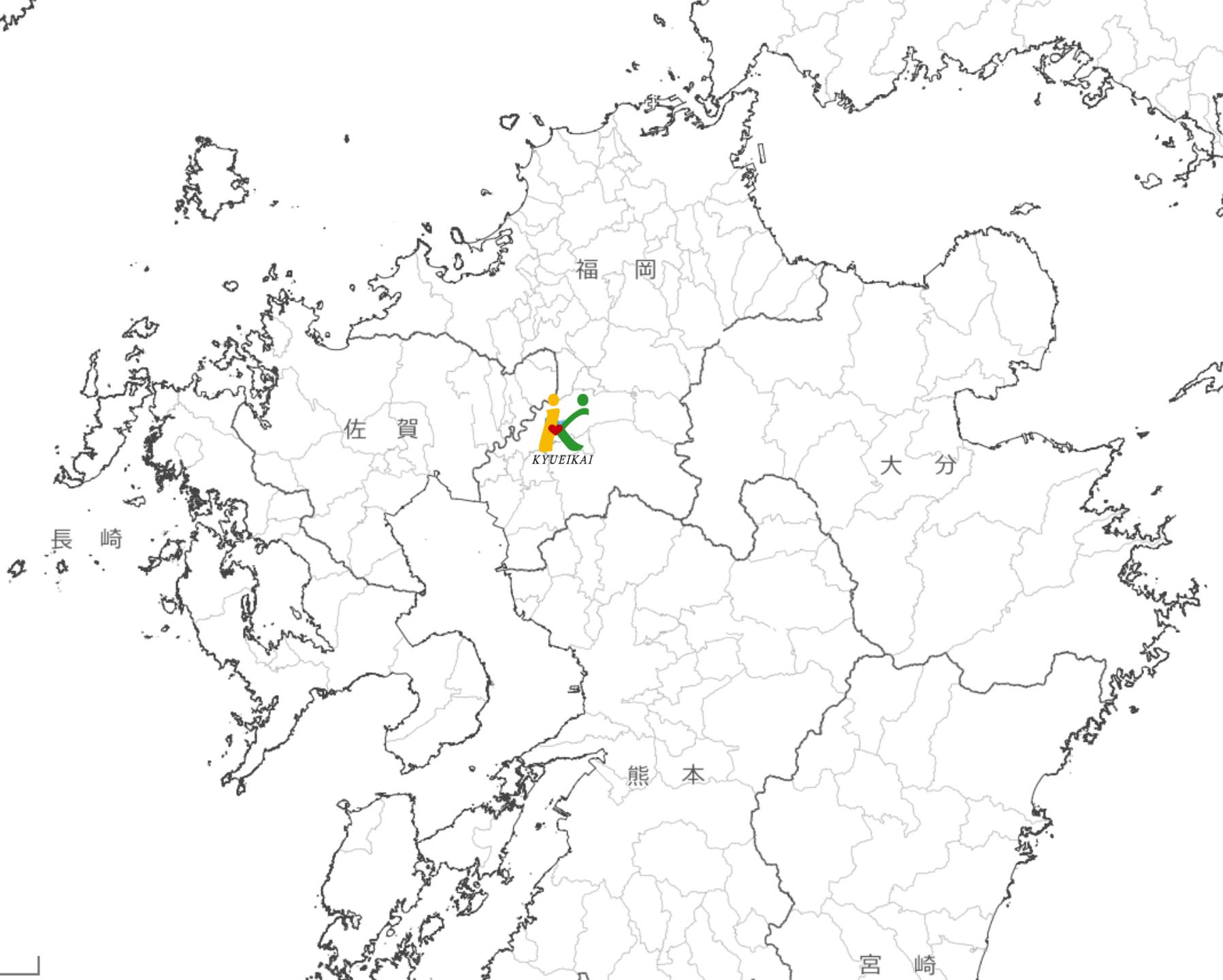
久留米市は筑後川が流れる肥沃な平野に位置し、耳納（みのう）連山などの山々が南東部に連なっています。気候は温暖で、四季の変化が豊かです。

観光と文化

久留米市は、久留米ラーメンや久留米絣（かすり）などの特産品で知られています。また、成田山久留米分院や高良大社などの歴史的な神社仏閣も多く、観光地としても人気です。

医療概況

久留米大学病院を始め、32の病院と269の診療所があります。人口10万人あたりの医師数は599.31人と全国平均の2倍に近い医療資源となっています
(2020年国勢調査、日本医師会 地域医療情報システムより)。



KICSのこれまでの流れ（H30年度～R2年度）

福岡県医療介護総合確保基金

医療（歯科）機関・訪問看護・調剤薬局 等 入院ルール

バックアップルール

退院ルール（久留米市）



KICSのこれまでの流れ (R3年度～R6年度)

福岡県医療介護総合確保基金+在宅医療・介護連携センター久留米運営基金

医療と介護を結ぶ

入院ルール
バックアップルール
退院ルール（久留米市）

- 介護資源調査と把握
- 久留米市介護福祉サービス事業者協議会との連携構築
- 近隣医師会との連携

R3

- 3つの地区別に症例検討会の実施
- 運用ルールの周知
- 近隣医師会との連携
- ACPの勉強会

R4

- 市民に対する案内や説明、啓蒙
- 運用開始準備
- 地域ケア会議との連動

R5～

新たな地域医療構想

地域支援病院
特定機能病院



中核病院



病院

中央部

くるめ総合病院

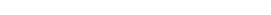
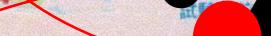
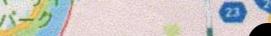


医師会

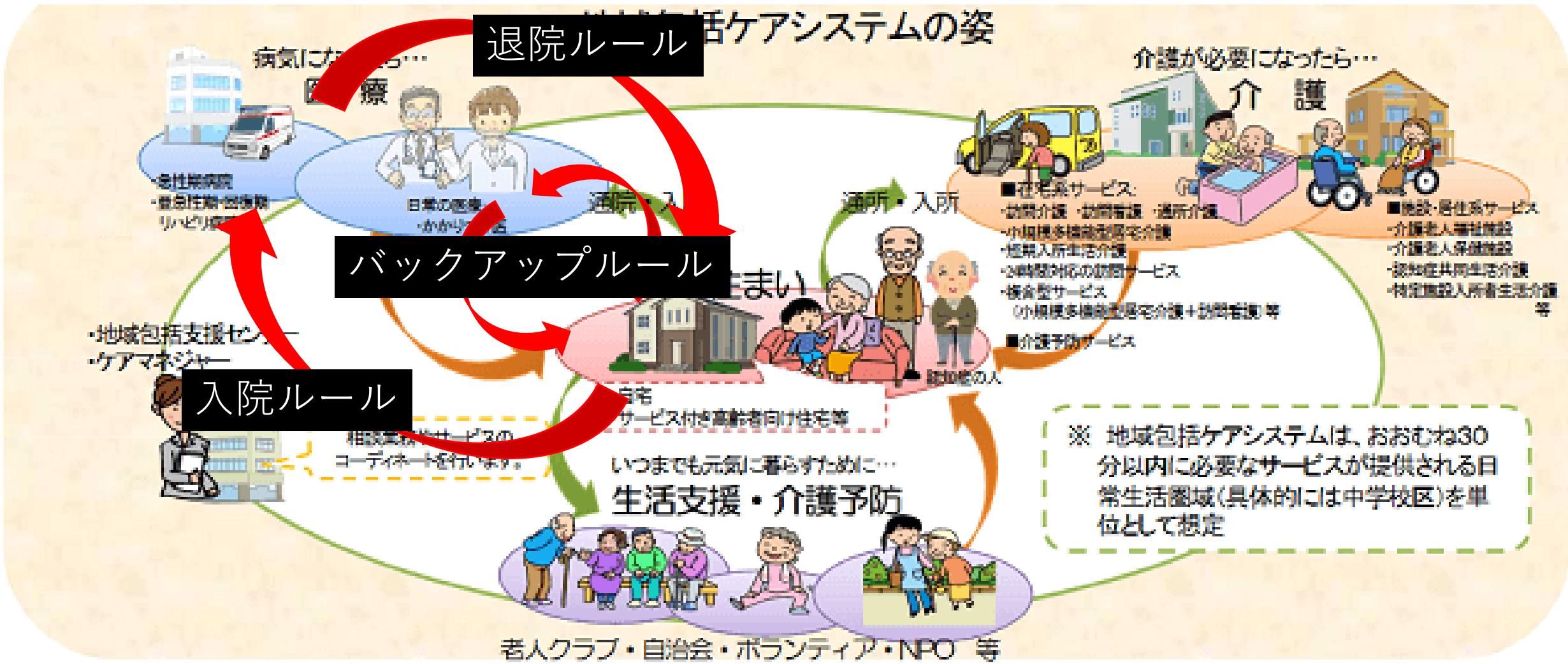


北東部

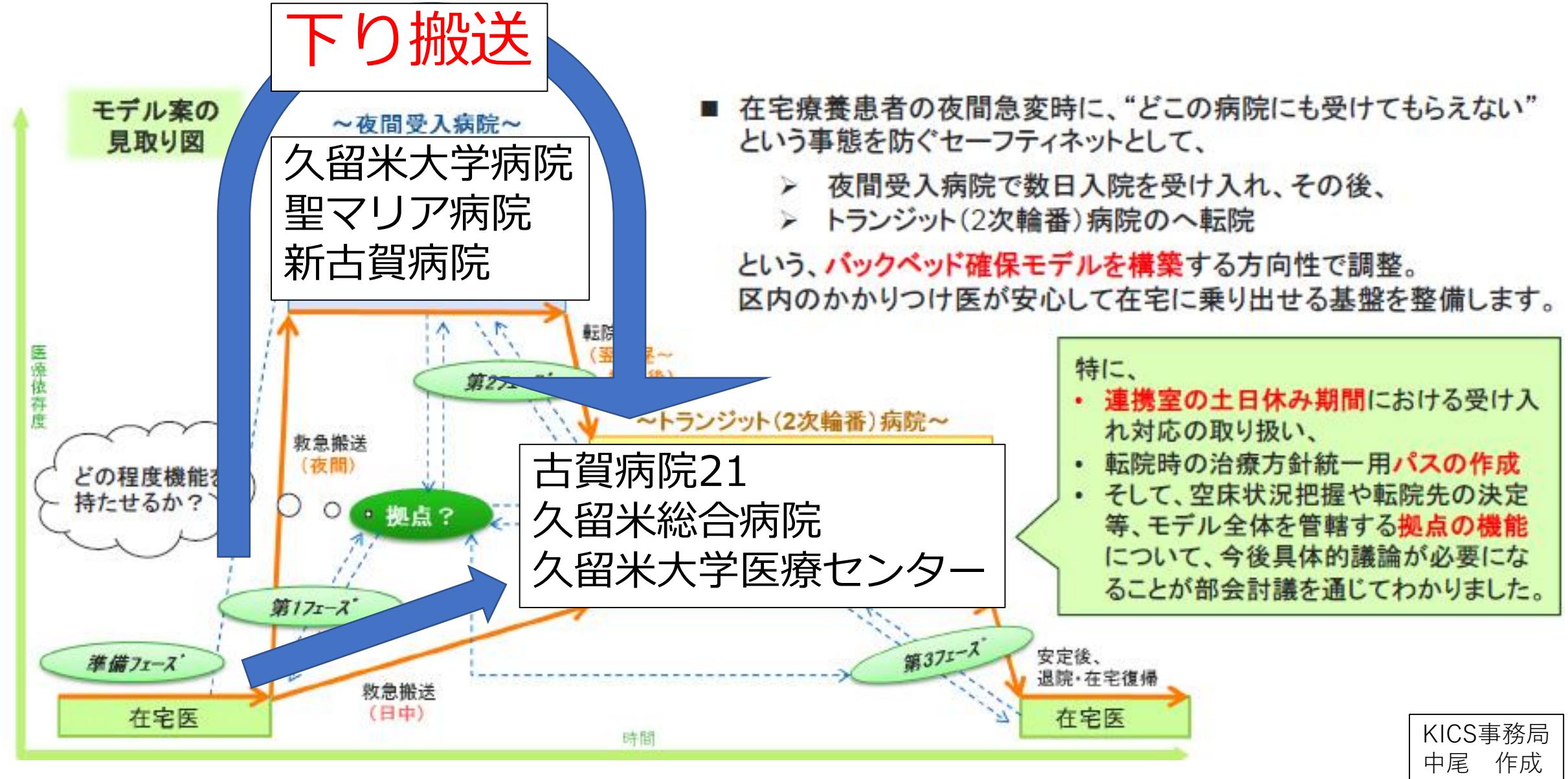
古賀病院21



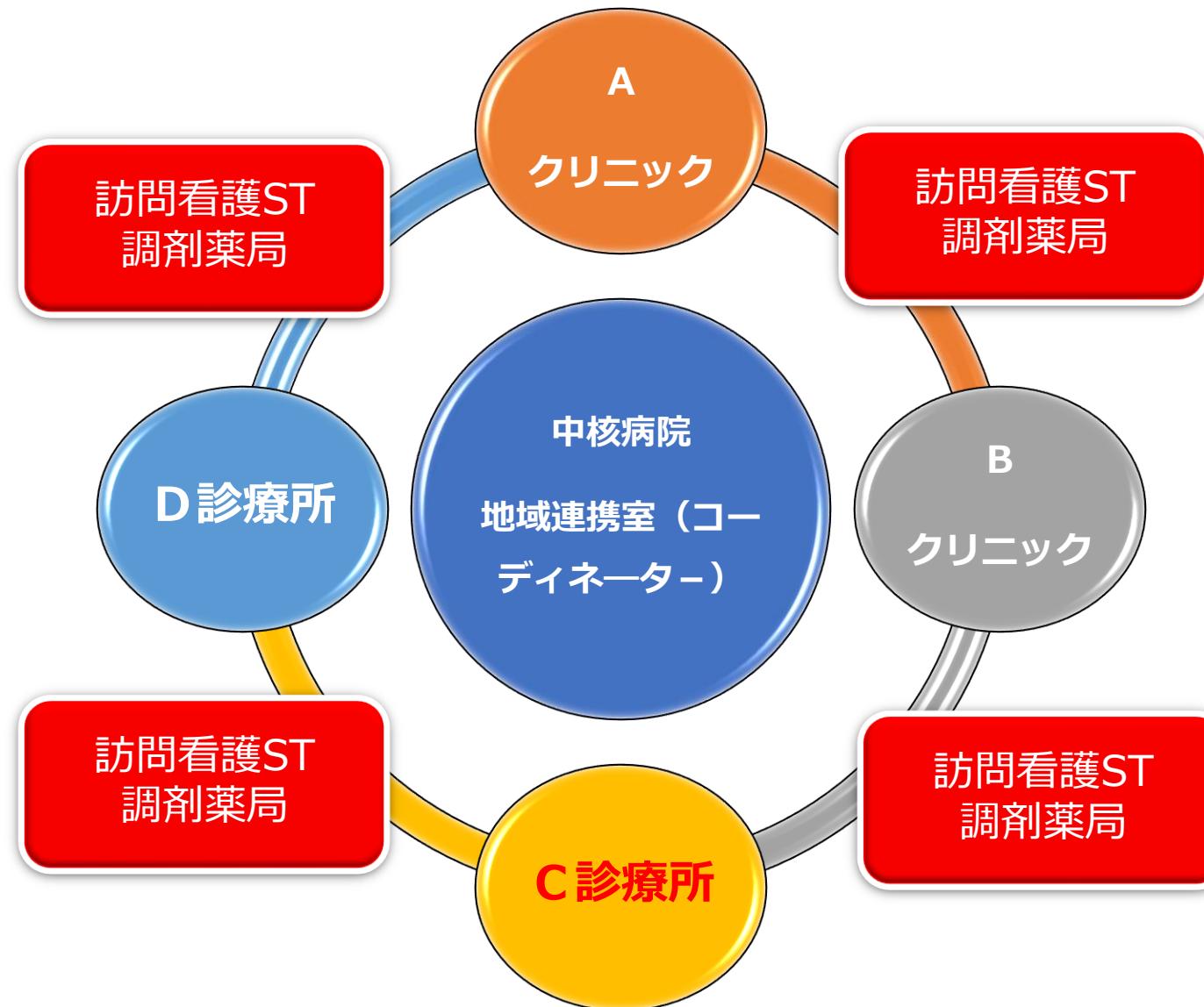
久留米地域包括ケアシステム(KICS)



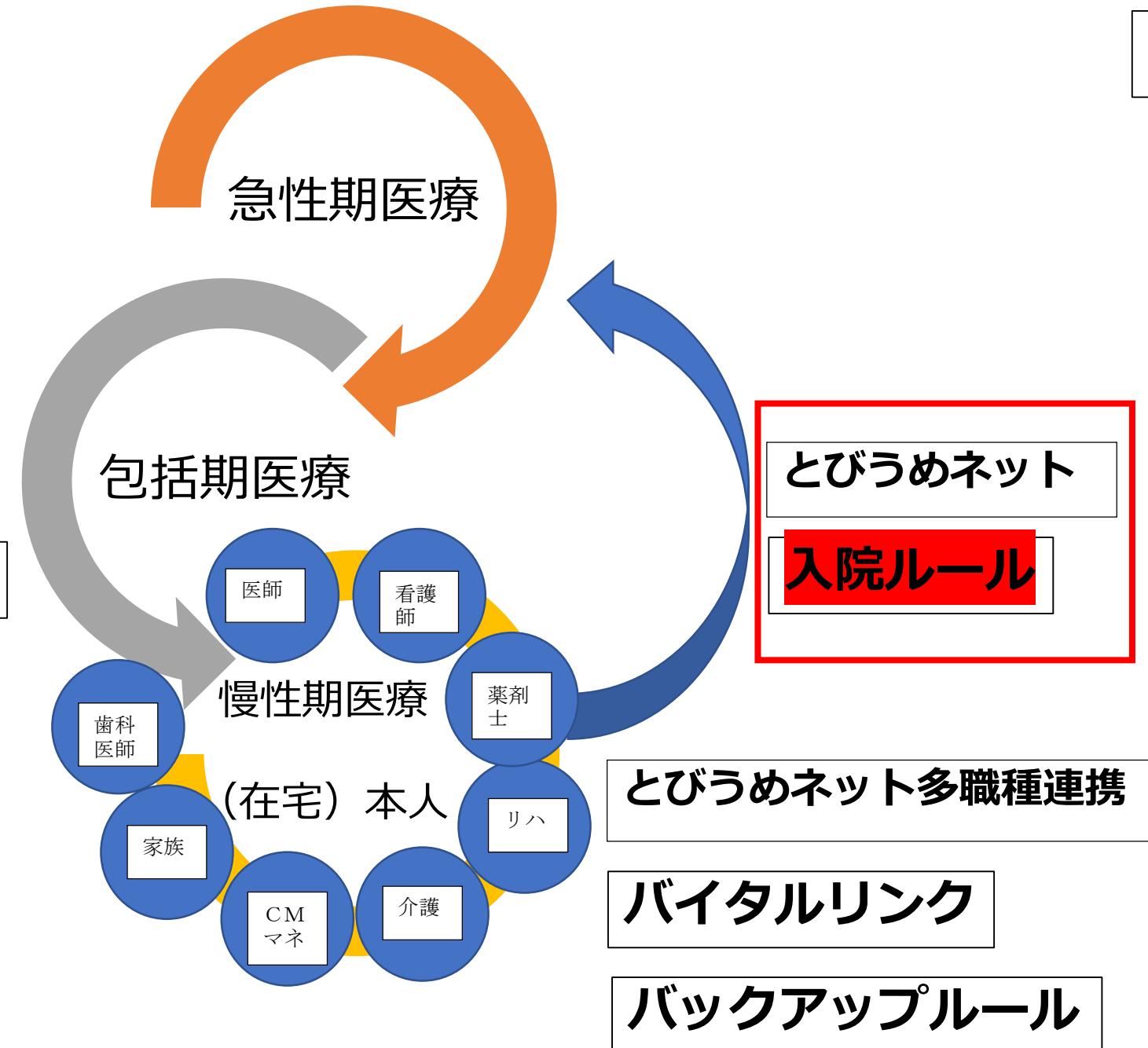
夜間休日受け入れ病院とトランジット病院



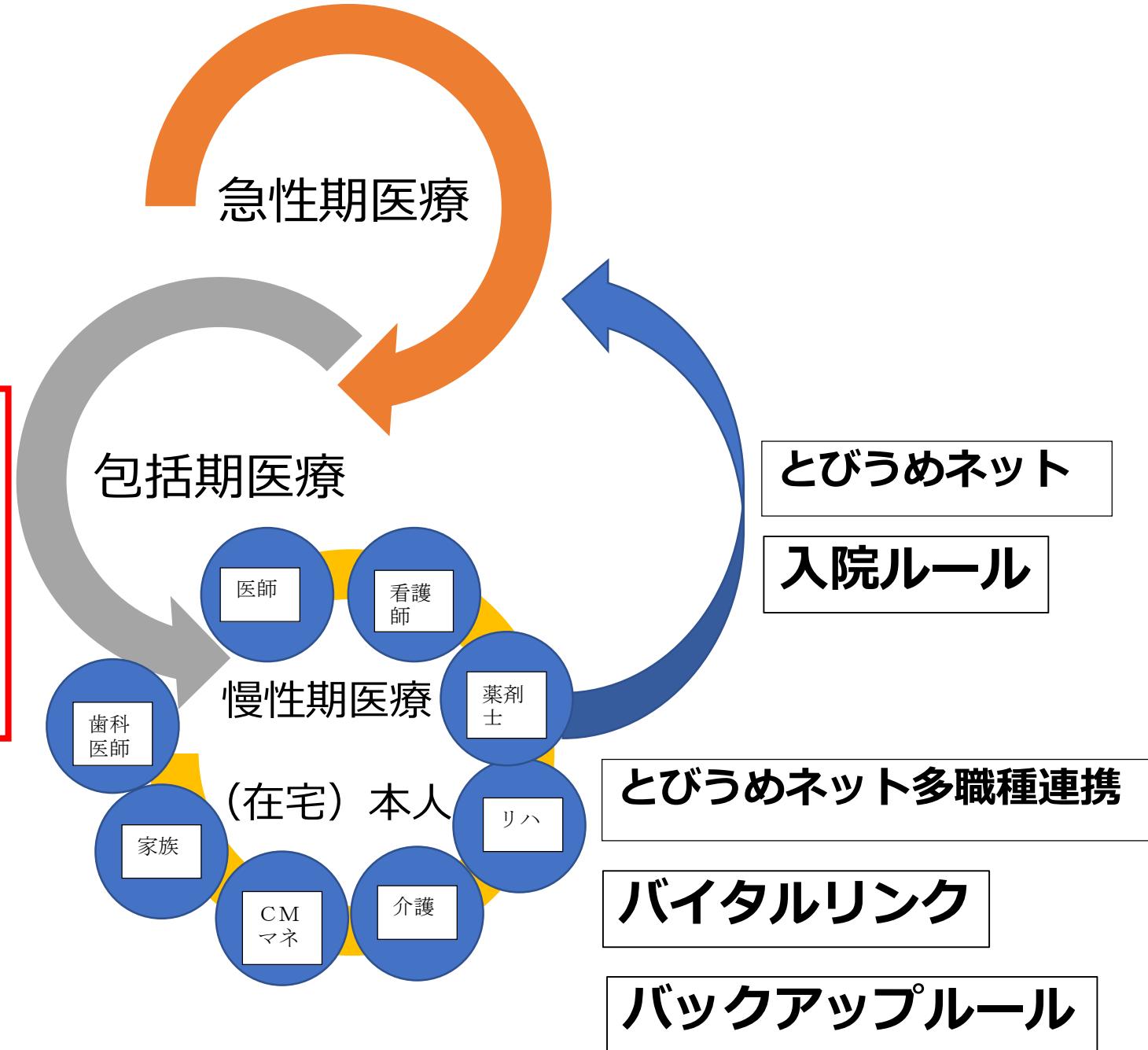
バックアップルール（連携強化型在支診・在支病）

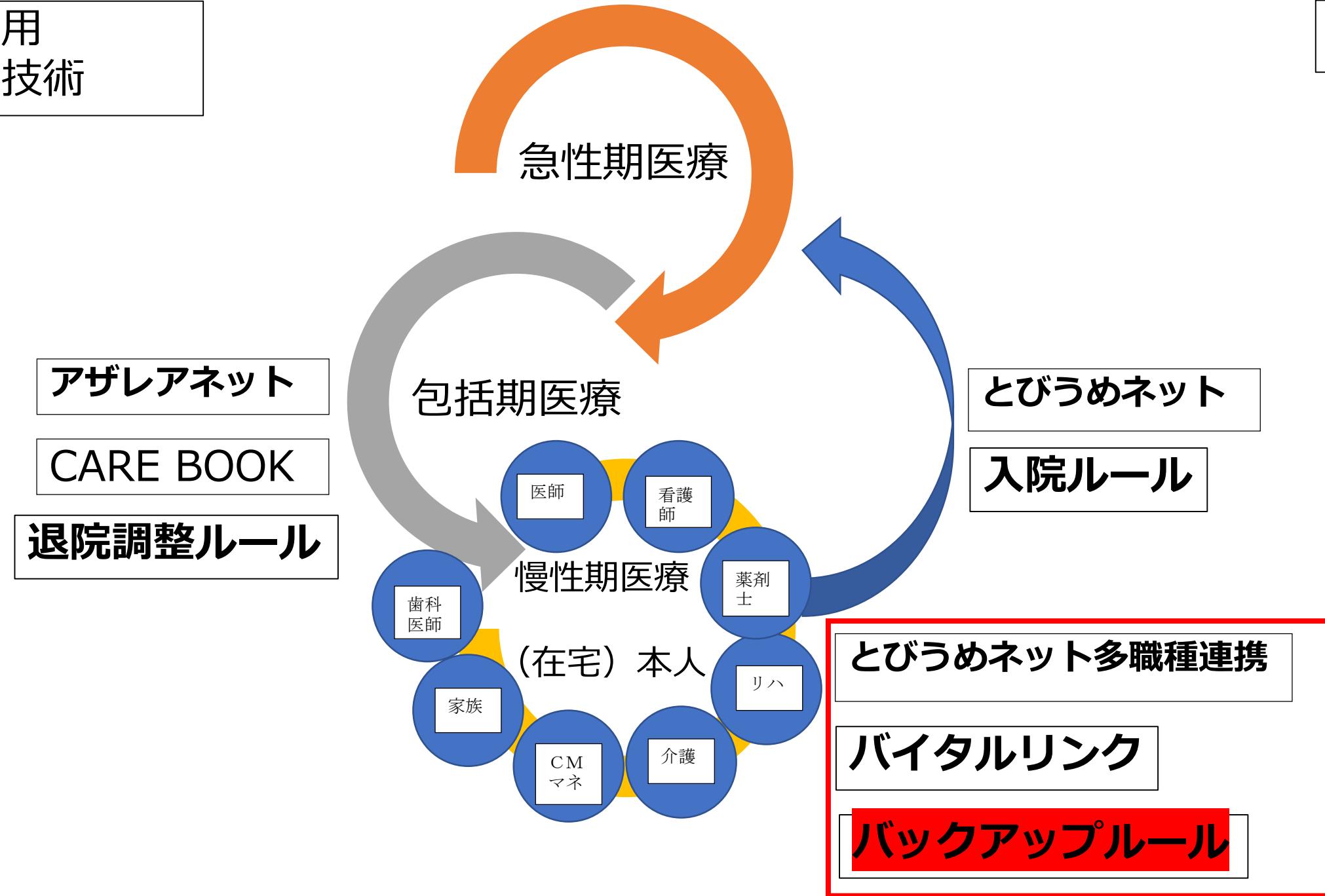


アザレアネット
CARE BOOK
退院調整ルール



アザレアネット
CARE BOOK
退院調整ルール

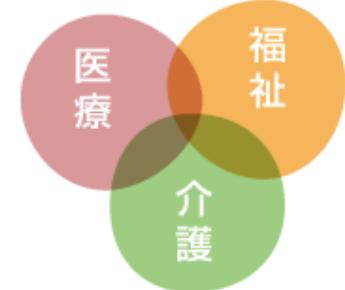




ミクロ（グループ内）における 在支病の取り組み

グループ内の情報共有電子カルテ
KIICS (Kyueikai Integrated care Information and
Communication System)
はこだて医療介護連携サマリー

在支病・在支診の連携
バイタルリンク 安心サポート隊



久英会グループ 創立61年目 久留米市

医療と介護ベッド 約550床、職員 約520名



医療法人社団久英会について



2024
健康経営優良法人
Health and productivity

高良台リハビリテーション病院: 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟を備え、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションも提供しています。内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、放射線科、リハビリテーション科、歯科、整形外科など多岐にわたり診療を行っています。

久英会クリニック: 社会福祉法人の施設内で内科、歯科や在宅診療を行っています。

介護老人保健施設 高良台: 超強化型老健施設で、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションを提供しています。

ゆのそピア: 看護小規模多機能型居宅介護や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を運営しています。

※生成AI「Copilot」にて作成し、一部修正

社会福祉法人久英会について



久英会シニアビレッジ: 介護老人福祉施設や短期入所生活介護、居宅介護支援事業所、通所介護、認知症対応型居宅生活介護、サービス付き高齢者向け住宅などを運営しています。

高良台シニアビレッジ: ユニット型地域密着型介護老人福祉施設や訪問介護サービス、通所介護、サービス付き高齢者向け住宅などを運営しています。

軽費老人ホーム ゆのそ苑: 軽費老人ホームとして、比較的自立した高齢者向けの住まいを運営しています。

※生成AI「Copilot」にて作成し、一部修正

高良台リハビリテーション病院

(在宅療養支援病院)



■ 住所：福岡県久留米市藤光町965-2

■ 病床数：100床
回復期リハビリテーション病棟
地域包括ケア病棟

■ 通所リハ（定員：40人）、訪問リハ

■ 事業所内保育施設 パンダ保育園

■ 診療科

内科、循環器内科、消化器内科、
呼吸器内科、神経内科、放射線科
リハビリテーション科、歯科、整形外科

【理念】

私が受けたいケア

私が入院したい病院

私が働きたい病院

介護老人保健施設 高良台



■住所：福岡県久留米市荒木町荒木2020

■ベッド数：100床
超強化型介護老人保健施設
短期入所療養介護

■通所リハ（定員：30人）、訪問リハ

■居宅介護支援事業所

【理念】
選ばれる施設づくりを目指して

久英会クリニック

(在宅療養支援診療所)



■住所：福岡県八女郡広川町新代1389-128
(社会福祉法人施設内)

■診療科
内科、歯科

【理念】
医科・歯科医療でよりよい地域社会を

ゆのそピア



■住所：福岡県久留米市藤山町1651-267

■看護小規模多機能居宅介護（登録29名）

■訪問看護ステーション

■居宅介護支援事業所

【理念】

安心できるあなたの暮らしを
地域とともに支えます

高良台シニアビレッジ



- 住所：福岡県久留米市荒木町荒木1984-1
 - ユニット型地域密着型
介護老人福祉施設（29床）
 - 短期入所生活介護（10床）
 - サービス付き高齢者向け住宅（38床）
 - 通所介護（定員：25人）
 - 訪問介護
- 【理念】**
**あなたの今を大切に、
あなたの暮らしに寄り添います**

軽費老人ホーム ゆのそ苑



■ 住所：福岡県久留米市藤山町1651

■ 軽費老人ホーム（50床）

【理念】

安心の空間と充実した時間をお届けいたします

久英会シニアアビレッジ



- 住所：福岡県八女郡広川町新代1389-8
 - 介護老人福祉施設（150床）
 - 短期入所生活介護（15床）
 - 認知症対応型居宅生活介護（18床）
 - サービス付き高齢者向け住宅（21床）
 - 通所介護（定員：40人）
 - 居宅介護支援事業所
- 【理念】**
- 人生の最期まで、あなたらしく生きる、
私たちはそれを支えたい**

久英会グループの理念と特徴



<理念>

私たちは、常に成長する努力を惜しまず
医療・介護・福祉の一体的提供により
地域社会のまちづくりに貢献します

<特徴>

- 1) グループ内での医療・介護・福祉の連結と融合
- 2) グループ内での情報共有ツール (KIICS)
- 3) 地域の住民と我々働き手すべての * well-being の追求
(健康経営)
- 4) グループ内すべての施設にて身体拘束ゼロ (2015年頃～)

* well-being : WHO憲章で肉体的、精神的、社会的に全てが満たされた状態

アウトカム（成果）：高齢者（救急）入院を減らす

予防的介入であるAmbulatory care-sensitive conditions(ACSC)

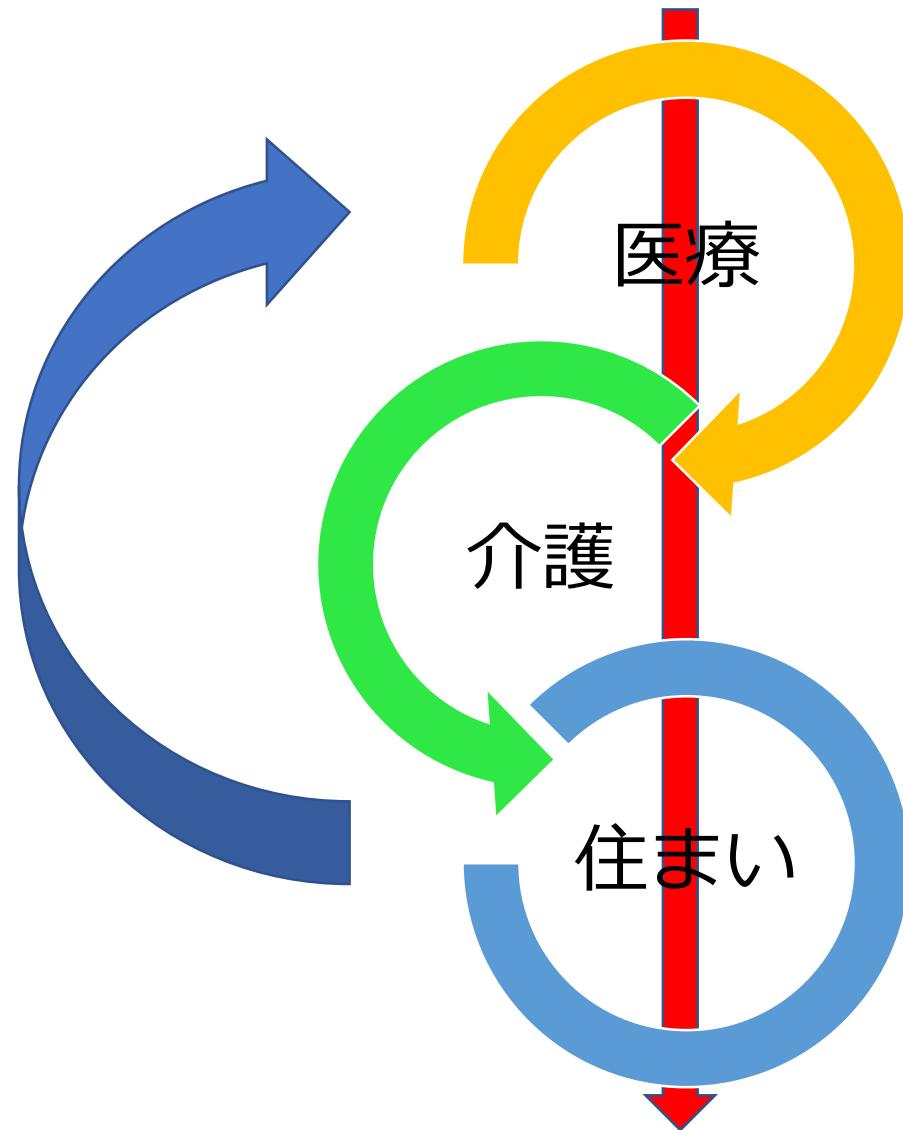
具体的には、高齢者に多い心不全・肺炎・尿路感染症・低栄養等

キーワード

(戦略) : 医療・介護・福祉の融合

(戦術) : 廊下と情報共有ツール (KIICS)

医療・介護・福祉の連結と融合、循環



医療・介護・福祉・住まいへの縦串 例えば

- ・従来の疾患別の連携パス
- ・リハビリ・栄養・嚥下・排泄を
中心とした連携（パス）
(はこだて医療介護連携サマリー)
- ・歯科歯科連携
- ・ケアマネジャーの存在

グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合 建物（医療・介護・福祉）の一体化（その1）

○病院と老健の一体化（廊下）



○病院と高齢者施設（特養+サ高住）は隣接



グループ内での医療・介護・福祉の連結と融合

機能（医療・介護・福祉）の一体化（その1）

○病院と老健の一体化→**在宅復帰型施設**



グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合 建物（医療・介護・福祉）の一体化（その2）

- 高齢者施設（特養+サ高住+グループホーム）の中にクリニック（廊下）



グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合 建物（医療・介護・福祉）の一体化（その2）

- 高齢者施設（特養+サ高住+グループホーム）の中にクリニック（廊下）



グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合 建物（医療・介護・福祉）の一体化（その2）

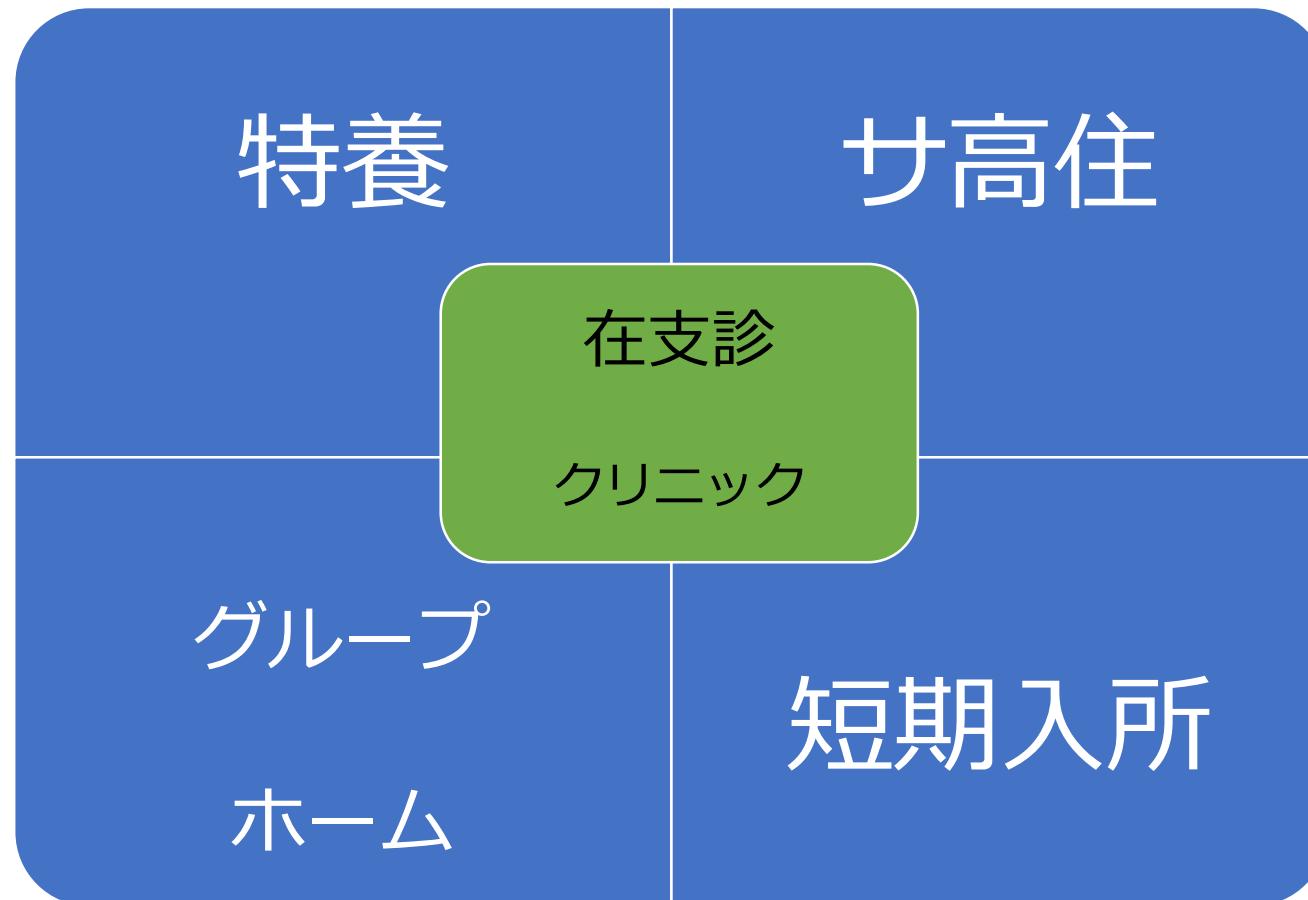
○高齢者施設（特養+サ高住+グループホーム）の中にクリニック（廊下）



グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合

機能（医療・介護・福祉）の一体化（その2）

○高齢者施設とクリニックの一体化→**特養（施設）を医療機関**



グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合

建物（医療・介護・福祉）の一体化（その3）

○高齢者（措置）施設と看多機（訪問看護）の一体化（廊下）

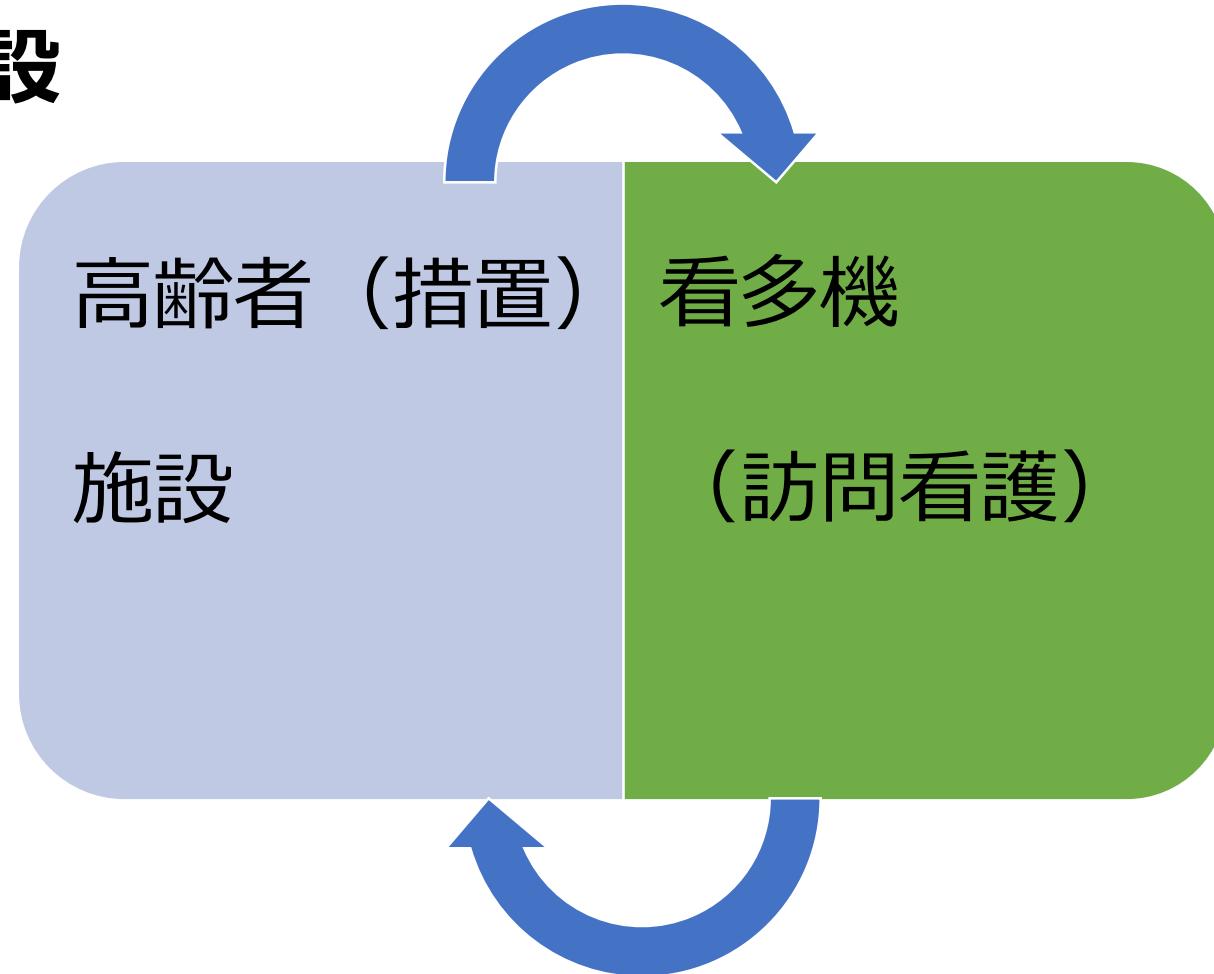


グループ内の医療・介護・福祉の連結と融合

機能（医療・介護・福祉）の一体化（その3）

○高齢者（措置）施設と看多機（訪問看護）の一体化

→**介護保険施設**



機能（医療・介護・福祉）の一体化の手段



グループ内情報共有システム構築（KIICS）



久英会統合ケアシステム

「住み慣れた地域で安心して暮らしたい。」そんな望みを叶える為に、医療・介護・福祉の一体的な提供で、「地域包括ケア」を実現します。



KIICS (Kyueikai Integrated care Information and Communication System)



久英会統合ケアシステムとは、久英会が提供する**医療・介護・福祉**の情報統一・共有で切れ目のないトータルケアを実現することを目的としています。

また、**医療・介護・福祉**の連携を推進し、地域包括ケアの実現を目指します。

医療法人社団久英会



高良台
リハビリテーション病院



介護老人保健施設
高良台



久英会クリニック



看護小規模多機能型居宅施設
ゆのそピア



高良台シニアビレッジ



軽費老人ホーム
ゆのそ苑



久英会シニアビレッジ

社会福祉法人久英会

カルテ・オーダー入力 - [カルテ一覧]

職種を選択

施設の看護師

病院の医師

**他施設で入力した記録を病院で参照できる
⇒ 法人グループ職員の記録を共有できる（職種ごとに記録の絞り込みが可能）**

The screenshot displays a complex medical information system interface. At the top, there are two main windows: one for 'Facility Nurses' (施設の看護師) and one for 'Hospital Doctors' (病院の医師). The Facility Nurses window shows a list of patient admissions and a detailed view of a specific admission record. The Hospital Doctors window shows a list of patient admissions and a detailed view of a specific admission record. A central navigation bar allows switching between different professional roles like 'Doctors' (医師), 'Nurses' (看護), and 'Administrators' (セーフティ評価). On the right side, a vertical sidebar lists various medical tasks and orders. A large blue arrow at the bottom indicates the flow of information from the Hospital Doctors perspective to the detailed view of the Facility Nurses' record.

どのような情報が必要か？



リハビリ・栄養・嚥下・排泄・ACP



はこだて医療介護連携サマリー
まずは当グループ内で開始

「医療・介護連携サマリー」について

久英会統合ケアシステム (KIICS)：久英会が提供する医療・介護・福祉の情報統一・共有で切れ目のないトータルケアを実現することを目的とする。

導入目的

1. 医療・介護の切れ目のないトータルケアの実現

- ・久英会の入院～在宅まで一貫した支援体制の構築
- ・利用者の状態変化に応じた対応を可能にする

2. 多職種の情報共有の標準化・効率化

- ・受取側（特にケアマネ・介護側）に必要な情報を読み取りやすく
- ・共有することで支援の質と安全性の向上を図る

3. 地域包括ケアシステムの推進

- ・医療と介護の相互理解と連携強化を図る
- ・支援チームで「利用者を支える」協働意識の醸成（文化の醸成？）

4. リハビリ・口腔・栄養・排泄の継続的支援の構築（法人内共通意識の形成）

- ・サマリーを通じて、4つの柱（リハビリ・口腔・栄養・排泄）及びACPを中心に、「治療・リハビリ・ケアを継続して実践する」という共通の視点を持ち、久英会としての一体感と共通理解を醸成する。



久英会での「医療・介護連携サマリー」運用について

仮運用

2024年度.前期

- 「はこだて医療・介護連携サマリー」を電子カルテ「文書管理」内に設置
- 在宅→病院
軽費老人ホームでの使用
情報を入力し、病院へ入院した場合にサマリーを活用し情報提供
- 病院→施設
病院から各久英会施設を利用する方を対象に一部運用開始

The image displays three separate screenshots of a medical software interface, specifically focusing on the 'Medical-Care Summary' feature. The first two screenshots are side-by-side, showing a detailed form with various sections and dropdown menus. The third screenshot is positioned to the right, showing a different part of the same or a similar form. All three forms contain Japanese text and numerous input fields, some of which are filled with sample data.

出典：函館市保健福祉部 地域包括ケア推進課
「医療・介護連携サマリー記載マニュアル」

2024年度.後期

- 「退院サマリー」等他の情報との二重入力を軽減するため、電子カルテ内の情報をシートに自動で反映できるように改良
- 在宅（特養・老健）→病院
LIFE等類似した書類作成あり、導入が難しく運用出来ていない

運用

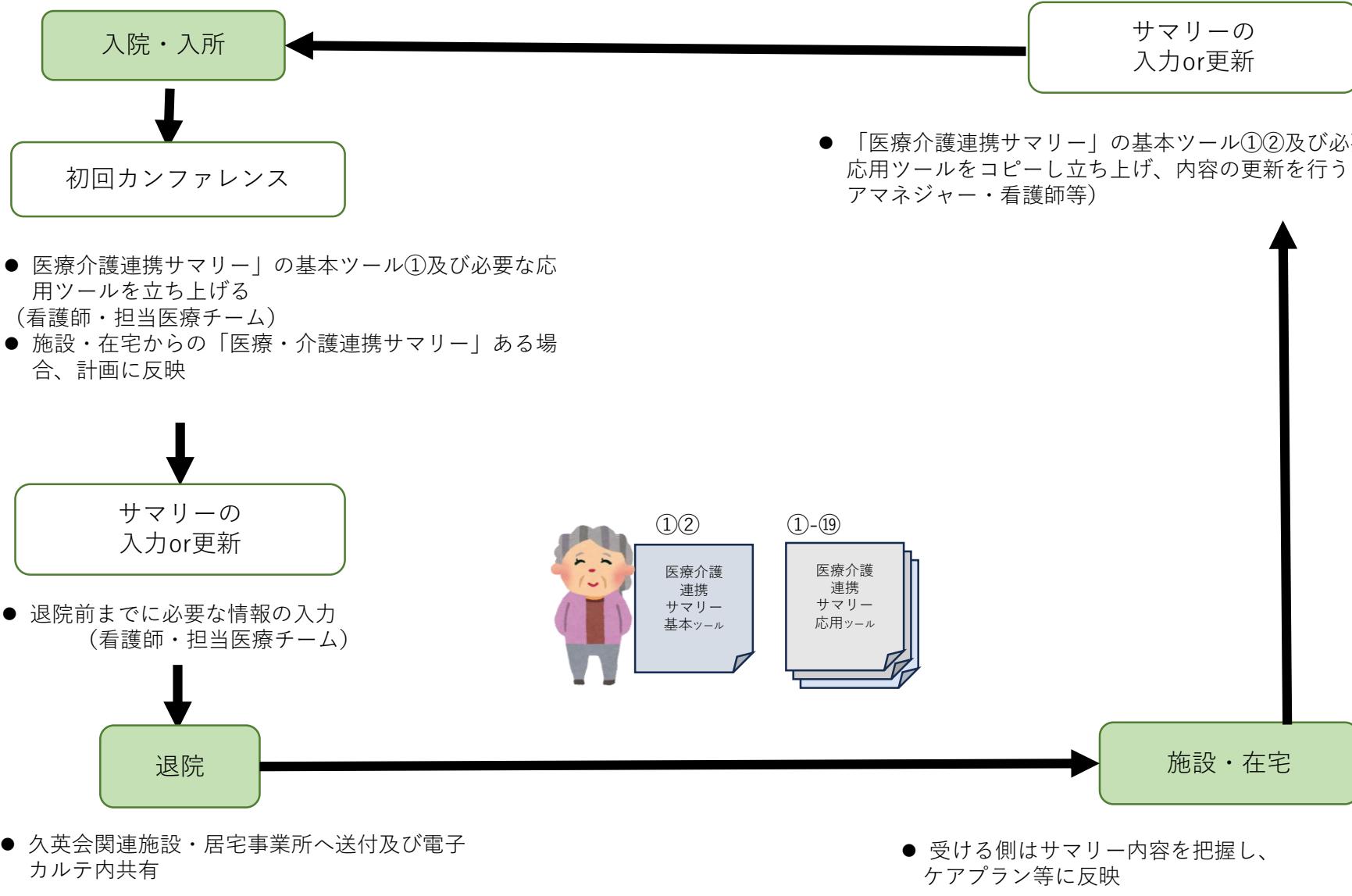
2025年度.前期

- 「はこだて医療・介護連携サマリー」一部改変に伴い変更
- ACPに関しては「もしもノートはこだて」を久留米市で使用している「私の生き方ノート」に言葉を変更

※函館市医療・介護連携支援センターに了承を得て改変

- 病院→施設
病院から各久英会施設を利用する方を対象に運用開始
- 在宅（特養・老健）→病院
電子カルテ内にあるLIFEの情報がシートに自動で反映することで施設において活用しやすいうように改変

「医療・介護連携サマリー」フロー図



● 久英会では特に、**リハビリ・口腔・栄養・排泄** 及び**ACP**を中心に連携開始

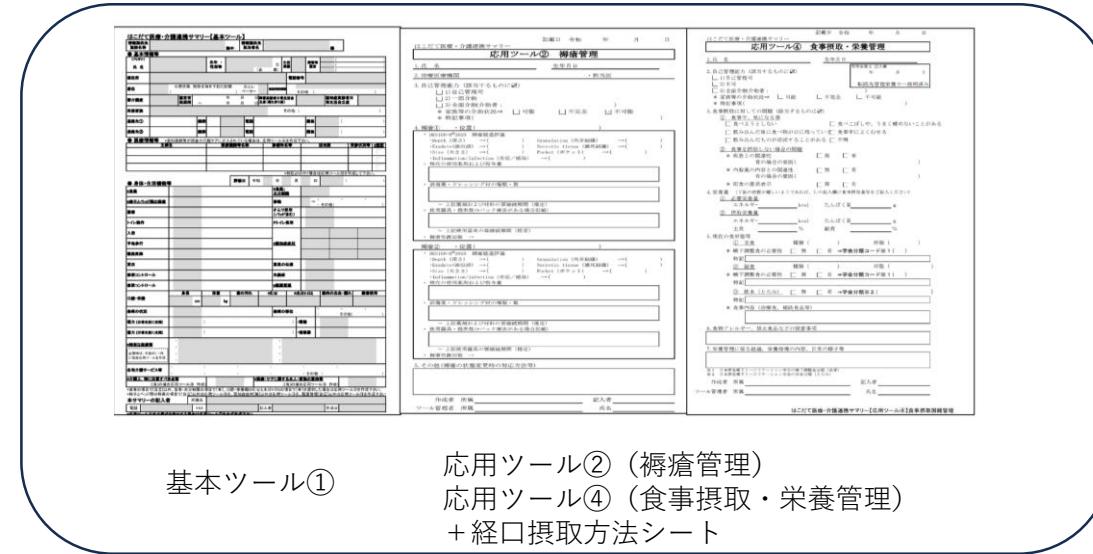
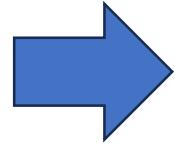
「医療・介護連携サマリー」

活用例① 病院→施設

嚥下障害あり、栄養管理・褥瘡管理が必要なケース



病院

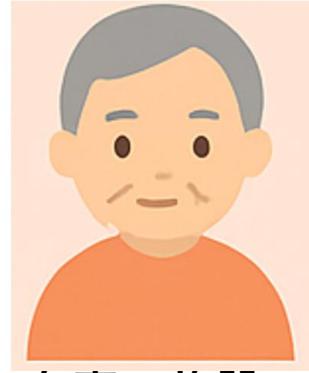


入所当日から栄養管理に加え、食物形態・とろみの粘度・姿勢等安全な経口摂取の条件とポジショニングの配慮が必要であると把握しケア計画に反映

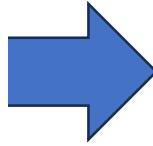
現場では、食物形態・とろみの粘度・姿勢等安全な経口摂取の継続、褥瘡治療・管理の継続、ポジショニング方法の共有を行う。

「医療・介護連携サマリー」

活用例② 在宅・施設→病院



在宅・施設

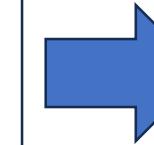


基本ツール①②

応用ツール⑧（糖尿病治療管理）

応用ツール⑯（ACP情報）

応用ツール⑲（特記事項）



病院

本人の生活・人生をよく知っている在宅側から
時間的に関係性を築けていない医療側へ（生育・生活歴、ICF・ACP情報）伝えること
ができる

入院早期から生活背景に配慮した対応・意思決定支援が可能になる



久英会

医療法人社団 久英会
社会福祉法人 久英会

歯科のご紹介



高良台リハビリテーション病院



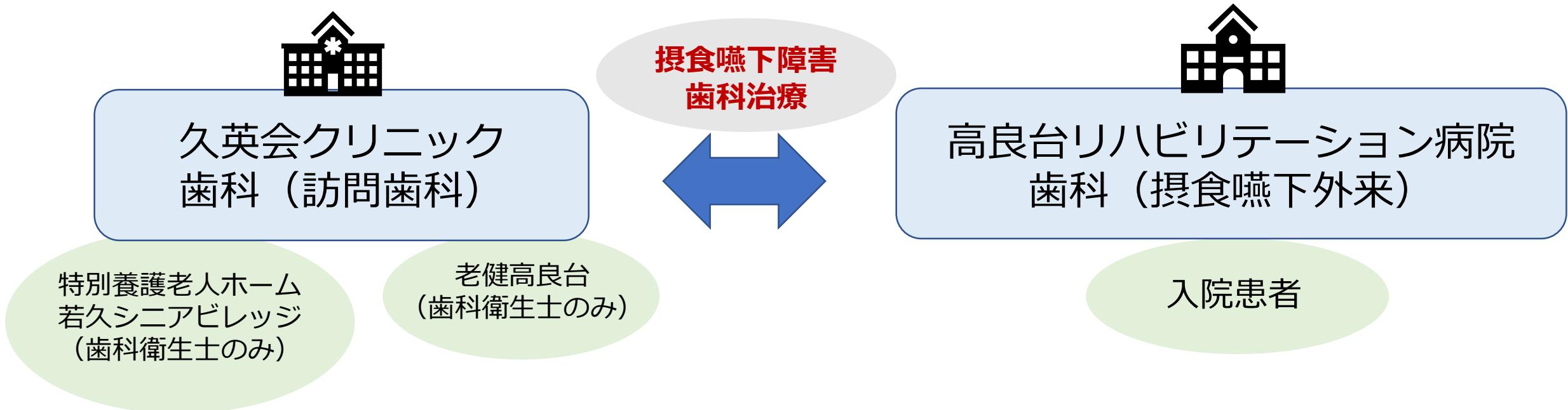
久英会クリニック



- ・歯科ユニット数：1台
- ・**歯科医師：常勤1名（摂食嚥下認定）**・非常勤1名
- ・歯科衛生士：2名
- ・一般外来に加えて回復期病棟、地域包括ケア病棟への歯科・口腔内管理を実施
- ・嚥下造影検査の実施

- ・歯科ユニット数：2台
- ・**歯科医師：常勤1名（摂食嚥下認定）**
- ・歯科衛生士：2名
- ・一般外来に加えて老健高良台、若久SV、サ高住、軽費老人ホームなど系列施設の歯科・口腔内管理を実施
- ・系列外施設、在宅への訪問歯科診療

久英会における歯科歯科連携



1. 歯科を中心とした摂食嚥下チームにおける多職種連携

嚥下造影（VF）検査に基づいた安全な経口摂取条件、リハビリテーションの指導

2. 歯科治療連携

歯科治療計画や必要な口腔管理に関するシームレスな情報共有が可能

摂食嚥下分野における歯科歯科連携

高良台リハビリ テーション病院

歯科医師

久英会クリニック 歯科医師

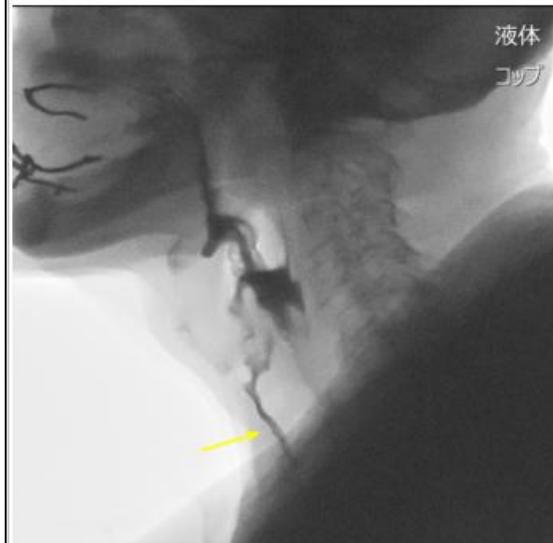
看護師・ 介護スタッフ

利用者の食形態・食器・
介助方法・車椅子の角度
に反映される

嚥下造影検査時カルテ

上下総義歯は問題なく使用されている
姿勢90度
検査食：とろみ段階1、とろみなし水分（コップ自力摂取）、嚥下調整食3、4、軟飯（中スプーン）

嚥下反射惹起遅延あり
水分のコップ飲水時に多量に数口摂取され、一部誤嚥
がみられたが、咳嗽反射なく喀出不可（下画像：とろ
みなし水分（コップ自力摂取）一部誤嚥）



固形物は咀嚼せず丸飲み傾向あり
少量の口腔内残渣および咽頭残留生じ、追加嚥下指示
すると嚥下反射惹起され通過する

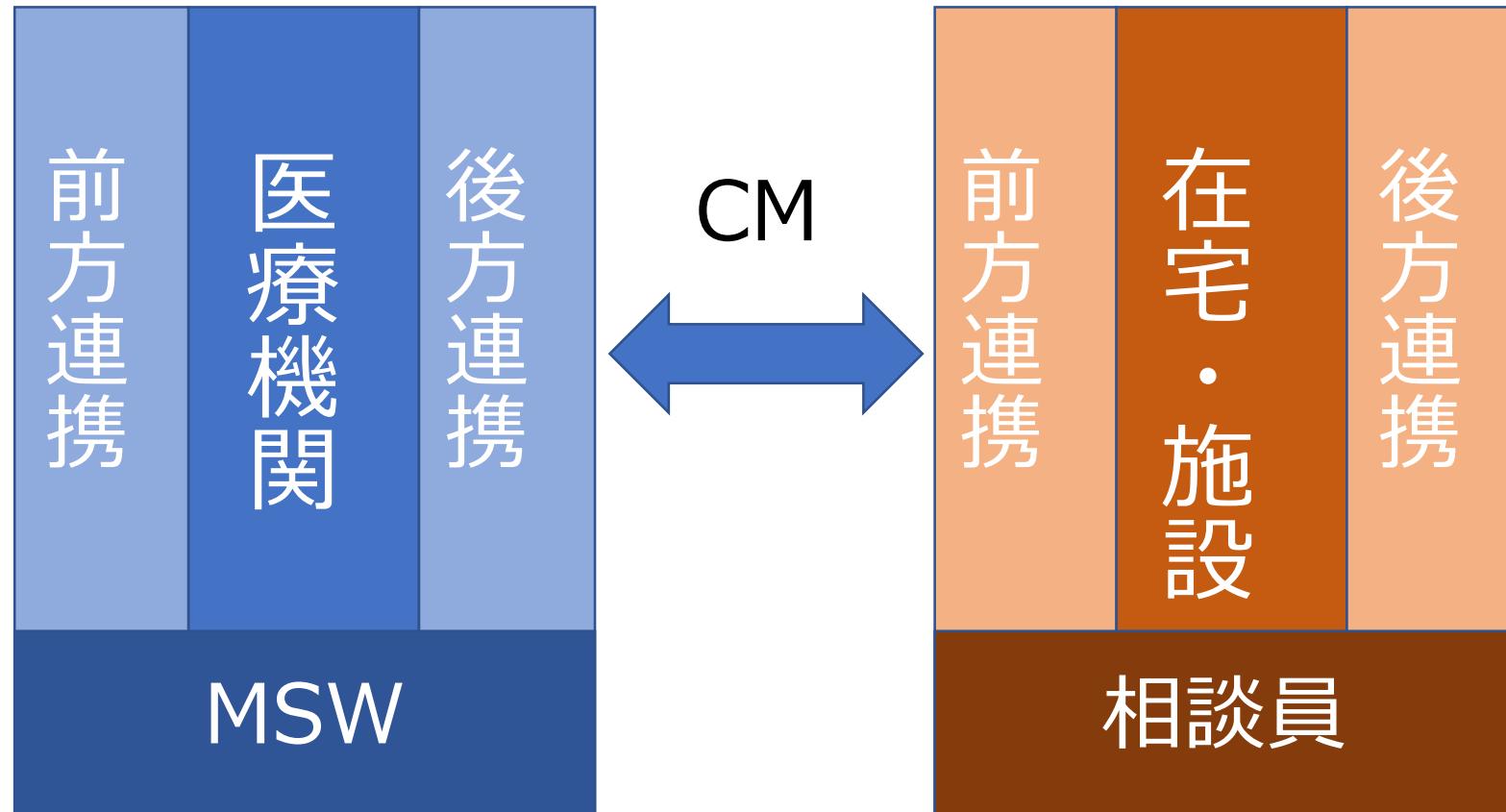
VF結果をもとに利用者の食事環境・形態を変更して共有

ケアマネジャー（CM）による医療と介護の連携

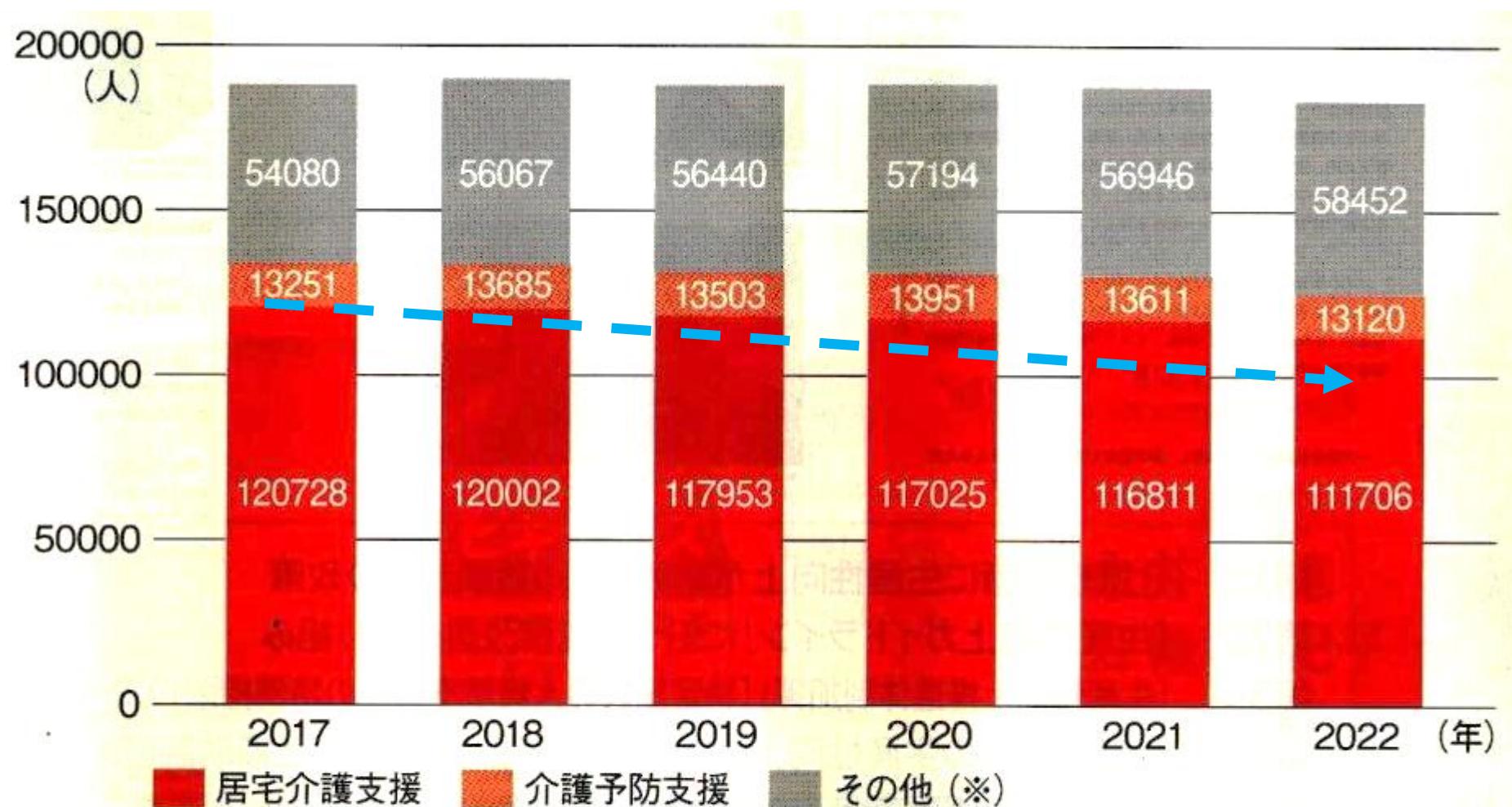
- ・地域包括ケアステーション高良台（訪問看護・栄養ケアST併設）
- ・今までバラバラにあった居宅支援事業所を1か所に統合



MSW・相談員・ケアマネジャー（CM）の役割



ケアマネジャー数の推移



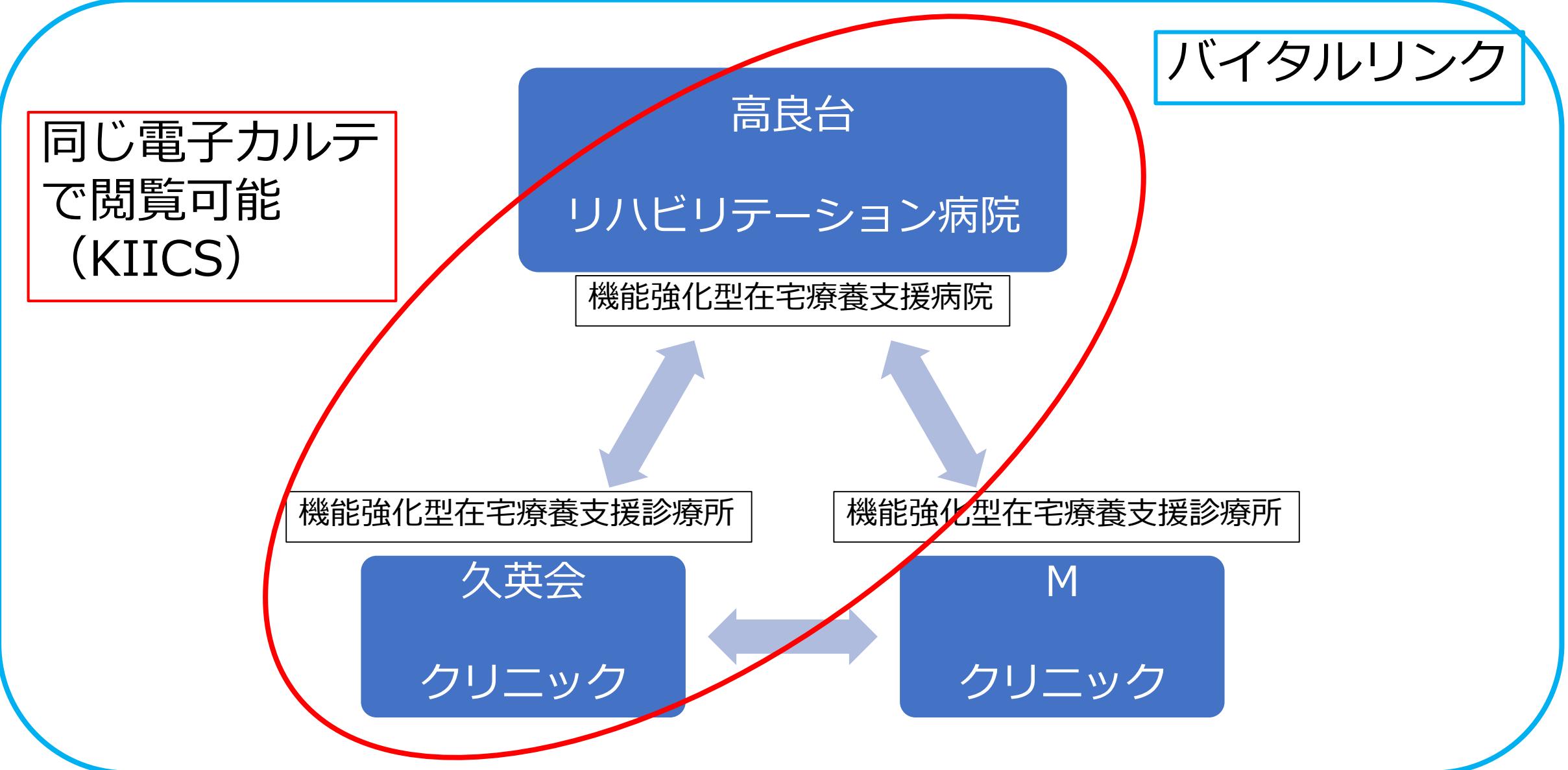
※特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院

出典：介護サービス施設・事業所調査（各年度10月1日時点）

事業所設立の背景

- ・「時々入院、ほぼ在宅」を可能にする地域包括ケアを実現するためには医療と介護の連結が必須であり、在宅生活を継続するためには好循環・高回転の医療と介護の連携が必要である。
- ・この医療と介護の橋渡し役が、取りも直さずケアマネジャー(CM)である。
- ・働き手が不足している中で、個人事業主と言われるCMの労働環境は決して良いものではなく、そのためCMの数が年々減少し、更にはCMのケアマネジメント能力も低下している。
- ・在宅生活を継続するために必要なものは、いざという時の入院医療機関と訪問看護。
- ・同時に在宅でのリハビリと栄養管理も重要である。

3つの医療機関における機能強化型（連携型）在支診・在支病



在宅あんしんサポート隊

(全対象者の夜間・休日診療に対応)

<目的>

訪問診療利用者及び関係施設入居者の夜間・休日対応における医師の業務負担を分散し、円滑な医療提供を図ることを目的とする。

<構成>

- ・高良台リハビリテーション病院：常勤医師（5）、久英会クリニック：常勤医師（1）、Mクリニック：常勤医師（1）
- ・法人内及び他訪問看護ステーション看護師、高良台リハビリテーション病院外来看護師

<対象者>

- ① 高良台リハビリテーション病院、久英会クリニック、Mクリニックの訪問診療利用者
- ② 久英会及びMクリニックに関する施設入居者

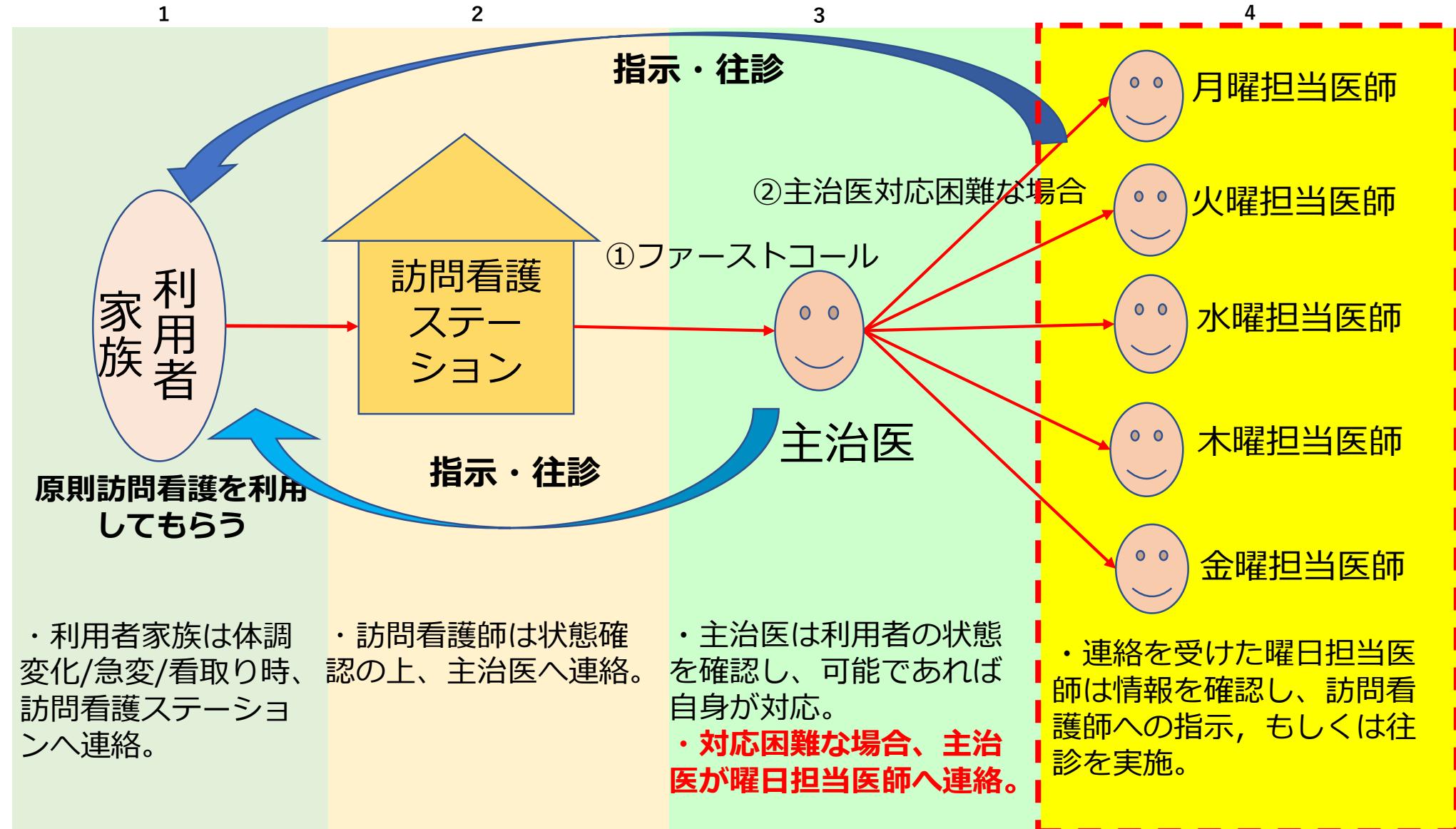
<実践要項>

- ・訪問診療対象者及び関係施設入居者の体調変化・急変時対応・看取り等に際し、主治医のみが対応することなく安心サポート隊医師が訪問看護師との協力の下、24時間365日の医療サポートを行う。

<確認事項>

- ・平日18:00以降及び土曜日13:00以降、日曜祝日における対象者の体調変化、急変時対応、及び看取りを主治医もしくは曜日担当医師が行う。
- ・曜日担当医師は担当曜日の夜間～翌日日勤前まで待機、利用者対応を行う。

在宅あんしんサポート隊（在宅）



バイタルリンクの活用

患者家族を
医療と生活を
面で支える

医師

医師

医師

医師

医師

医師

安心サポート隊

タイムリーに
相談やサポートが
できる。

介護・障害施設

つながってい
る・支えあう
安心感

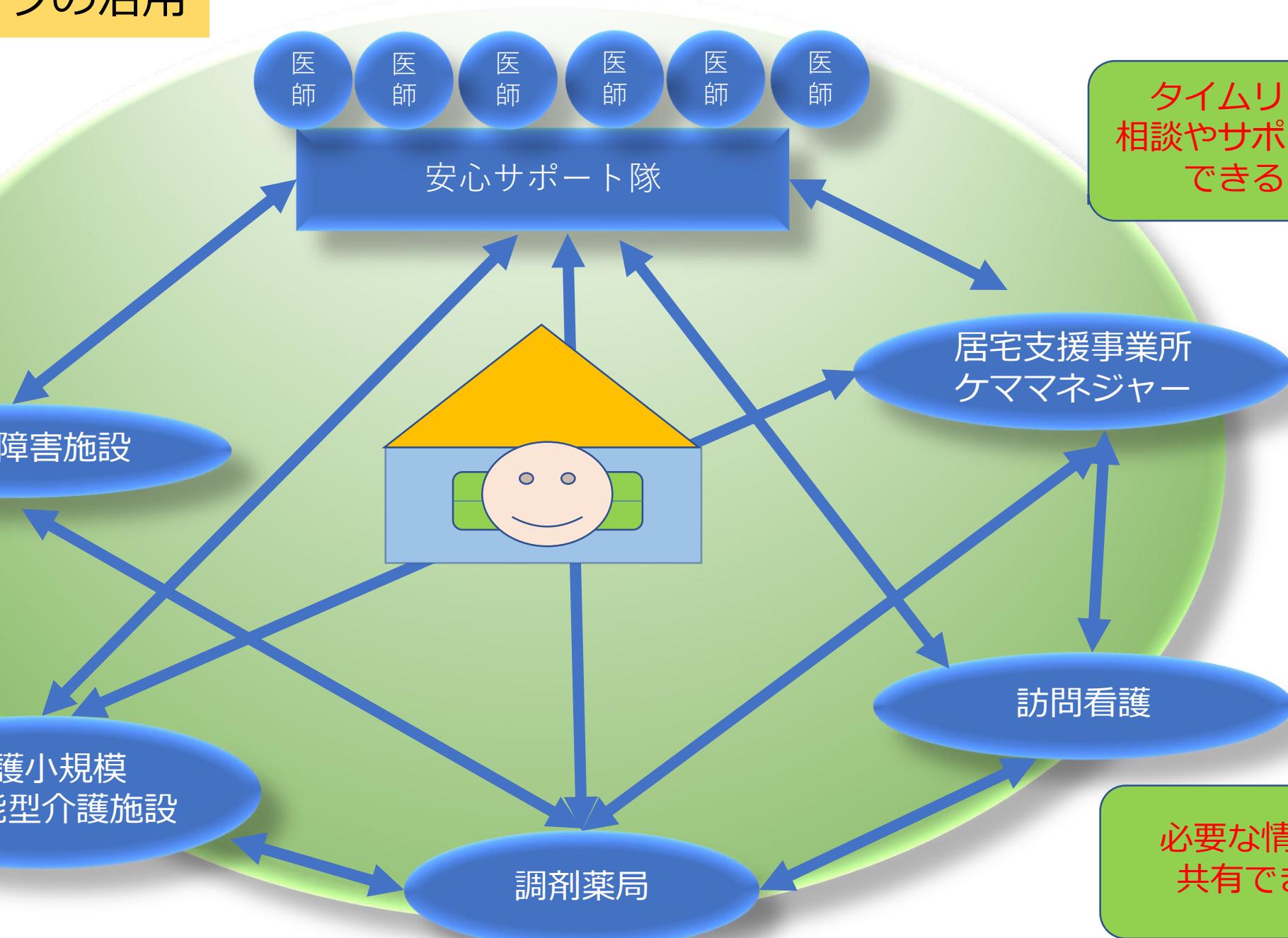
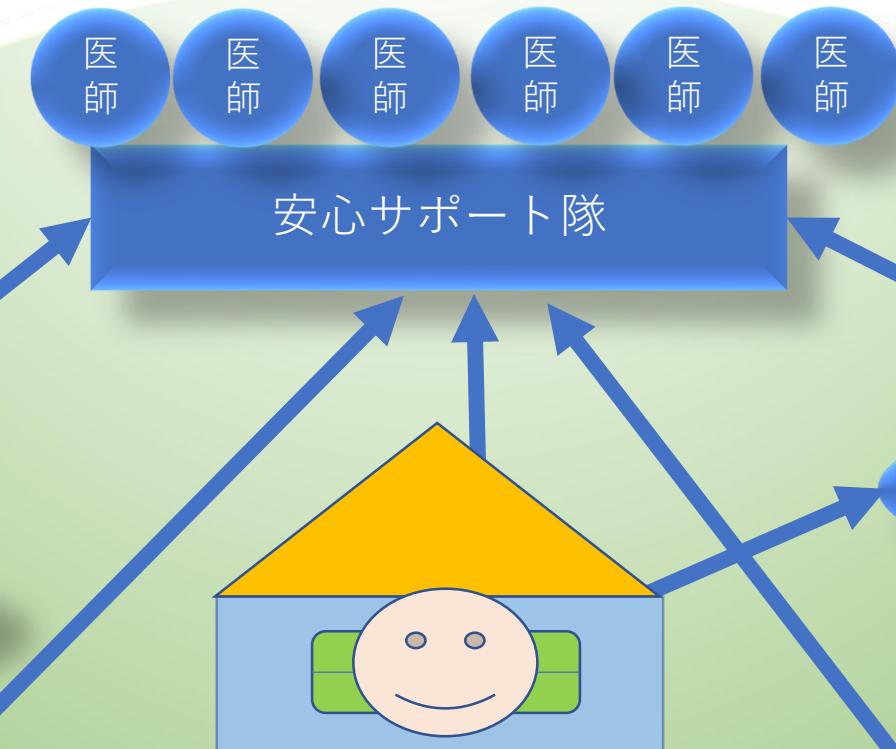
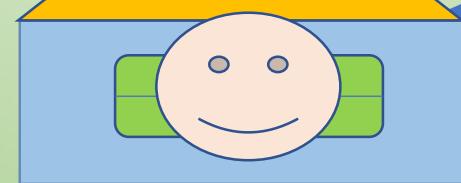
看護小規模
多機能型介護施設

調剤薬局

居宅支援事業所
ケママネジャー

訪問看護

必要な情報を
共有できる



訪問診療全件数と往診数 (2023.6~2025.5)

2024年7月よりバイタルリンクの導入開始

	高良台リハビリテーション 病院		久英会クリニック		Mクリニック	
	全体数	内、往診	全体数	内、往診	全体数	内、往診
2023.6~ 2024.6 13ヶ月間	1128	96	648	64	1499	122
2024.7~ 2025.5 11ヶ月間	1012	<u>106↑</u>	543	<u>54→</u>	1194	<u>150↑</u>
総計	2140	202	1191	118	2693	272

訪問診療全体数の3院合計 : 6024件

内、往診数の3院合計 : 592件 (約1割)

あんしんサポート隊対応件数

対応件数とその対応内訳（2023.6～2025.5）

	高良台リハ病院	久英会クリニック	Mクリニック	計
総対応件数	173	429	484	1086
主治医対応件数	81	64	272	417
曜日担当医対応件数	13	0	0	13
口頭指示件数（往診無）	79	365	212	656

2023年6月より2025年5月までの2年間の総対応件数は1086件となっている。

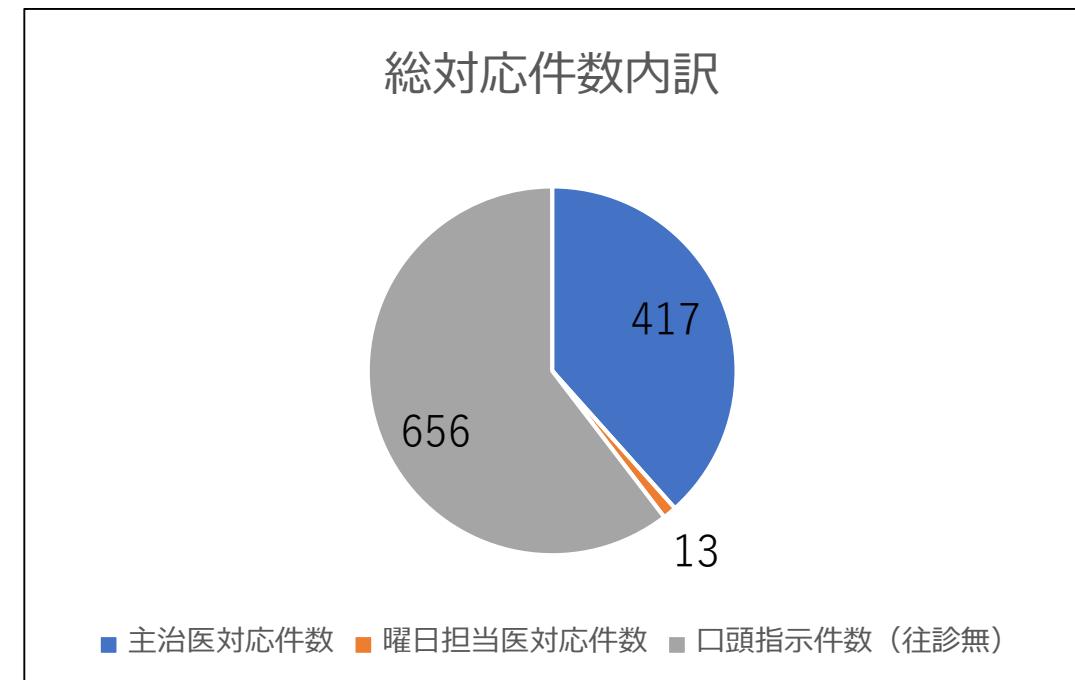
＜内訳＞

主治医として夜間・休日の対応件数 38.4%

曜日担当医としての依頼・対応件数 1.2%

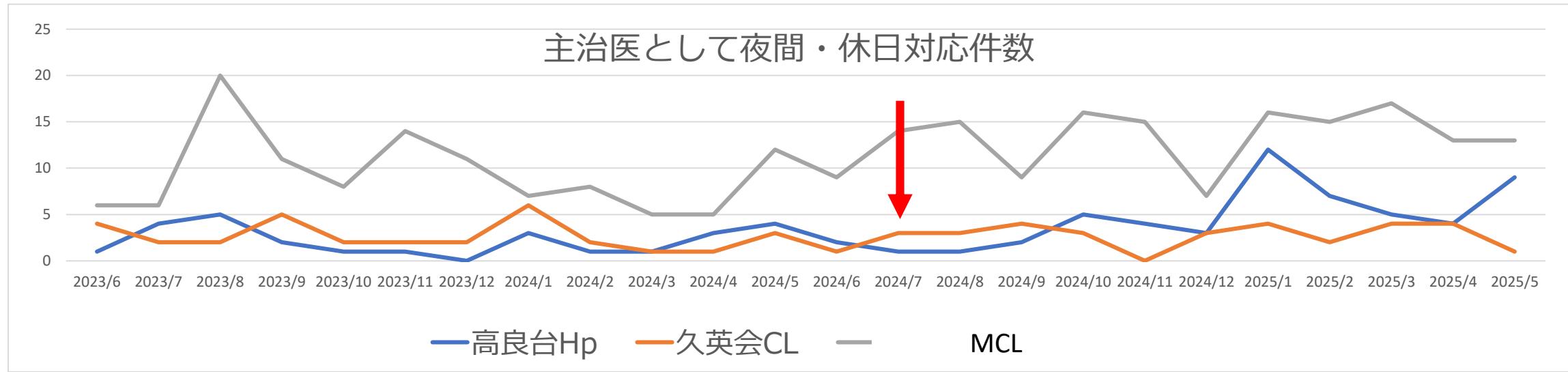
訪問看護などへの口頭指示対応件数 60.4%

訪問看護などへの口頭指示対応が一番多く、
あんしんサポート隊対応の約6割を占めている



あんしんサポート隊対応件数

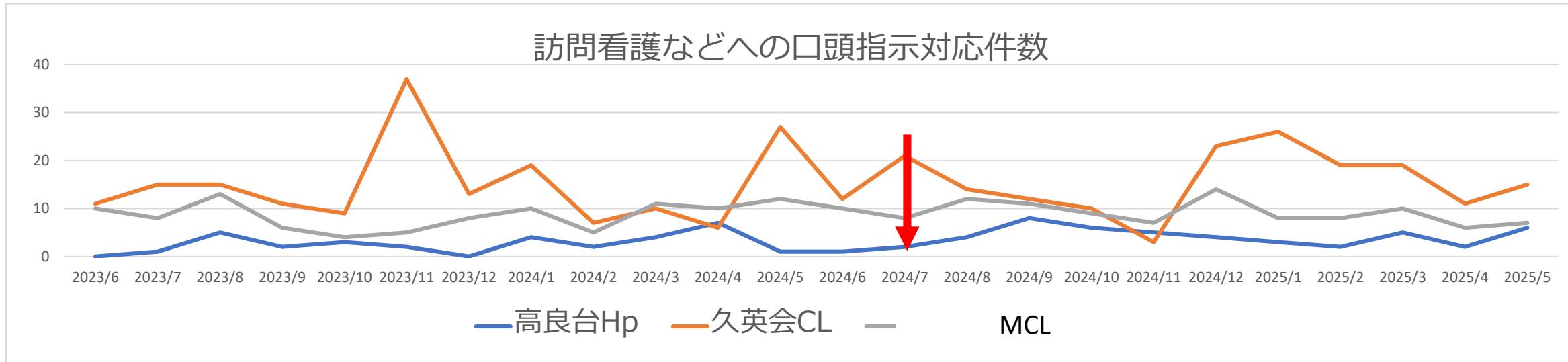
主治医として夜間・休日対応件数 2024年7月よりバイタルリンクの導入開始



バイタルリンク導入前後比較 月平均値	導入前	導入後
高良台リハビリテーション病院	28件 (2.1件)	53件 (4.8件) ↑
久英会クリニック	33件 (2.5件)	31件 (2.8件) ↑
Mクリニック	122件 (9.3件)	150件 (13.6件) ↑

あんしんサポート隊対応件数

訪問看護などへの口頭指示対応件数 2024年7月よりバイタルリンクの導入開始



導入前後比較 月平均値	導入前	導入後
高良台リハビリテーション病院	32件 (2.4件)	47件 (4.2件) ↑
久英会クリニック	192件 (14.7件)	173件 (15.7件) ↑
Mクリニック	112件 (8.6件)	100件 (9.0件) ↑

あんしんサポート隊対応のまとめ

～バイタルリンクの活用を通して～

1. あんしんサポート隊の導入は、医師の働き方改革の一助になり、訪問看護師の安心にも繋がっている
(医師の負担軽減と主治医対応不可時のバックアップ体制)
更にはACSCsとしての役割も担っている
2. バイタルリンクの導入は、サポートする側にとっては、利用者のタイムリーな情報共有手段になり得、迅速な報告や指示を可能にしている
3. バイタルリンクの導入は、サポートされる側にとって安心できるICTである

ACSCsとは

- Ambulatory care-sensitive conditions(ACSCs)という概念（不必要的入院を防ぐことができる可能性がある状態や疾患群）

具体的には、高齢者に多い、心不全、肺炎、尿路感染症や低栄養等に対し、プライマリケアの適切な介入によって発症や重症化を防ぐ

- ACSCsによる入院は、高所得国における入院の5~10%を占めており、多くの国でプライマリケアの質の指標として使用されている
- プライマリケアへのアクセスの向上が、喘息や高血圧症などの入院数の減少と関連していた
- プライマリケアの継続性が高いほど、ACSCsによる入院が少ない

ACSCsの分類 (Bardsleyら)

(1) 効果的な管理により急性増悪を予防できる「慢性ACSCs」
(喘息や高血圧症など)

(2) 早期介入により重篤な進行を予防できる「急性ACSCs」 (肺炎や腎孟腎炎など)

(3) 予防接種やその他の介入により病気を最小限度に抑えることができるワクチンで予防可能な「VP- ACSCs」 (インフルエンザや肺炎など)

* 熊本済生会病院は（1）を実施することで救急入院を減らしている。具体的には連携しているクリニックの患者の疾病コントロールを援助している。

* * 高齢者救急（当グループ）のACSCsに関しては、（2）が合致する。

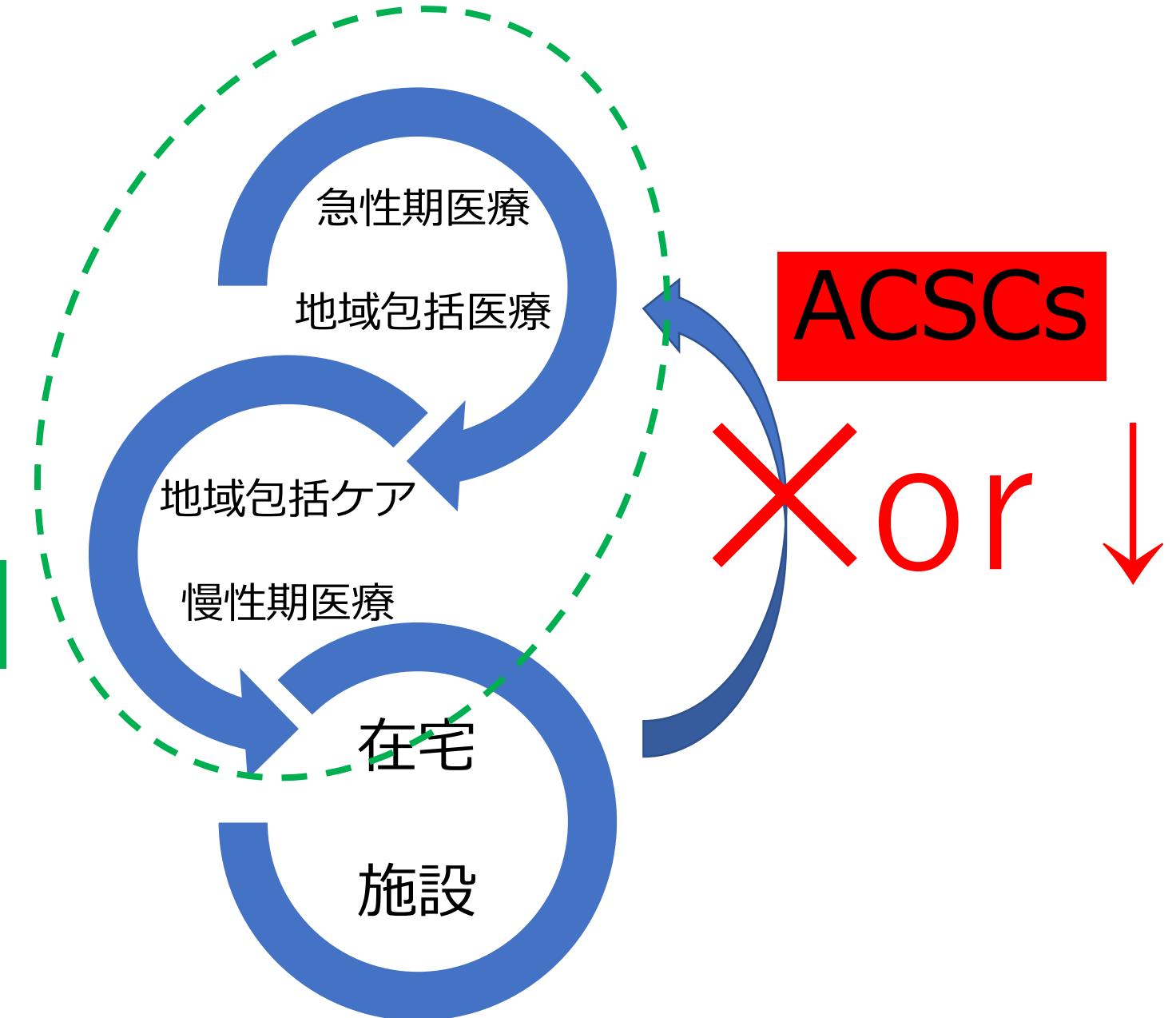
地包医（メヂ）病棟と地ケア病棟の違い

患者層は同じであるが重症度が異なる

	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟 = ACSC s
設置の目的	急性期の高齢者に対し、治療と共に早期リハビリを提供し、在宅復帰を目指す	治療を終えた急性期後の高齢者に対し、住み慣れた地域への復帰を支援する
看護配置	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度	16%以上(I)/15%以上(II) 軽傷～中等症	10%以上(I)/8%以上(II) 軽傷
平均在院日数	21日以内	規定なし(算定可能期間は60日)
在宅復帰率	80%以上	72.5%以上
入院患者の条件	自院の一般病棟からの入棟が5%未満/救急搬送患者が15%以上	自宅等からの入棟が20%以上/緊急入院患者が3か月で9人以上

高齢者医療におけるACSCsの概念と役割

在宅療養支援病院



高齢者救急を減らすための医療（まとめ）

- 予防的介入であるAmbulatory care-sensitive conditions(ACSC)という概念（不必要的入院を防ぐことができる可能性がある状態）が必要
- 医療と介護の連携、更には情報通信技術（ICT）による多職種のタイムリーな情報共有（医療介護DX）、職種ごとのサポート体制構築
- 高齢者医療を主に担うのは、急性期医療ではなく包括期～慢性期医療であり、在宅療養支援病院が主体となるべき