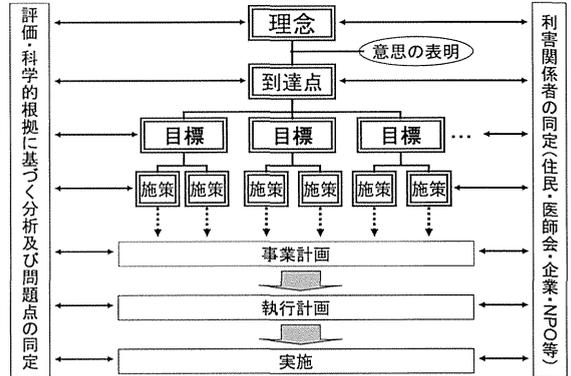


長野県(2)

<p>1. 精神疾患患者の増加に伴う医療ニーズの拡大 2. 地域医療の充実と連携の強化 3. 患者の生活の質の向上と社会復帰の促進 4. 医療従事者の負担軽減と人材育成 5. 地域住民への啓発と理解の促進</p>	<p>1. 精神疾患の予防と早期発見 2. 地域連携の強化 3. 患者の生活の質の向上 4. 医療従事者の負担軽減 5. 地域住民への啓発と理解の促進</p>	<p>1. 精神疾患の予防と早期発見 2. 地域連携の強化 3. 患者の生活の質の向上 4. 医療従事者の負担軽減 5. 地域住民への啓発と理解の促進</p>	<p>1. 精神疾患の予防と早期発見 2. 地域連携の強化 3. 患者の生活の質の向上 4. 医療従事者の負担軽減 5. 地域住民への啓発と理解の促進</p>
--	---	---	---

行政計画の政策体系



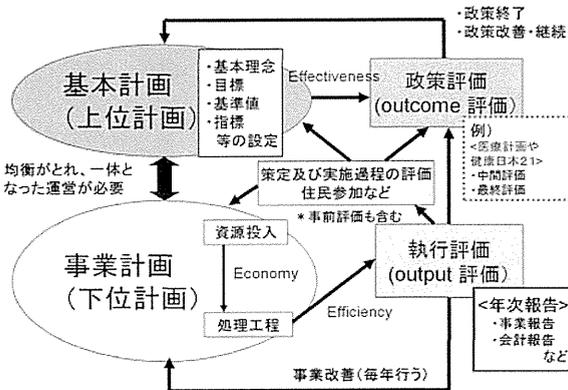
精神疾患医療提供体制確立のための政策体系

<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>	<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>	<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>	<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>
--	--	--	--

精神疾患医療提供体制確立のための政策体系

<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>	<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>	<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>	<p>精神疾患の予防と精神障害者の地域における医療体制の充実・生活環境の改善および社会復帰に対する治療の充実</p>
--	--	--	--

医療計画と評価の構造



医療計画は未来指向性を持つべきものである

- 現状値(NDB)で目標を設定
→ これを改善する施策・事業を策定
→ こんな中期計画(5年計画)を立てる企業はない
- 現状値(NDB)を活用して5年間の需給量をまず算定
→ 5年後の医療需給バランスを保つ計画を策定
→ 計画達成のための具体的な事業計画の策定
→ これが常識的な計画である

医療計画(1)

- 医療計画は医療資源の再配分計画(病床規制など)であるはず……
- しかし、病院の新増設、医師等の医療従事者の確保は今後益々むずかしくなる。
- 今ある、人的・物的資源の効率的な利用が重要である。ただ、極端に資源が不足しているところは、公的関与が必要である。
- 他の医療資源再配分機能は……

自治医科大学、地域枠(人的再配分)、診療報酬制度

医療計画は有効なのか？

ほかに再配分の方法はないのか？

行政コストの削減が必要である

医療計画(2)

- 何を説明変数として選択するか？
- 施策と事業の目標が明確に設定されていない。そもそも施策を実現するための具体的な事業が組み込まれていないことが多いため、医療計画は評価不能である。

医療計画の評価

政策1 政策2 政策3 …… 政策n	従属変数(目的変数)	独立変数(説明変数)1	独立変数(説明変数)2	独立変数(説明変数)3
		↓	↓	↓

社会医療法人

高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中で、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制の確立が求められている。

このため、先般の医療法改正においては、地域医療の重要な担い手である医療法人について、非営利性の徹底等の観点から各般の見直しを行うとともに、救急医療やへき地医療、周産期医療など特に地域に必要な医療の提供を担う医療法人を新たに社会医療法人として位置づけることにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るものである。

医療計画の柱である救急や周産期、へき地医療など公益性の高い医療を担う代わりに、税優遇などが認められた法人で都道府県知事が認定する。

なお、医療や保健に関わる事業の法人税は非課税となる。

人口10万人あたりの精神科医数

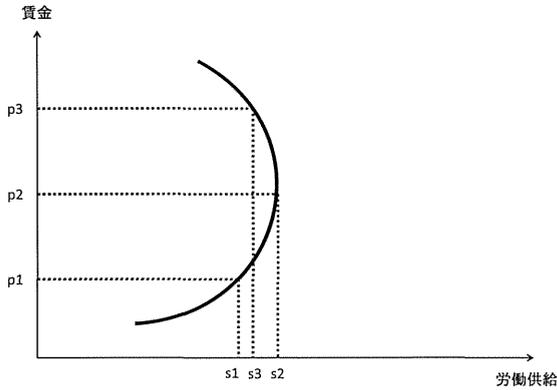
都道府県	都道府県人口	人口10万人あたりの精神科医数	精神科救急医療を担う社会医療法人数	都道府県	都道府県人口	人口10万人あたりの精神科医数	精神科救急医療を担う社会医療法人数
埼玉県	806,314	7.8	社会医療法人なし	和歌山県	1,002,196	6.6	0
新潟県	2,332,450	2.9	0	大分県	846,624	6.7	1
長野県	1,230,147	2.8	社会医療法人なし	山形県	1,168,924	6.8	2
千葉県	6,212,259	4.5	1	京都府	2,638,092	6.9	0
鳥取県	717,397	4.7	1	高知県	764,456	7.1	0
愛知県	7,410,719	4.8	0	香川県	1,169,758	7.2	1
埼玉県	7,194,556	5.0	0	兵庫県	5,506,419	7.4	4
山梨県	1,410,777	5.0	0	三重県	1,854,794	7.5	1
岐阜県	2,089,773	5.1	1	広島県	2,660,750	7.6	0
静岡県	3,765,007	5.1	社会医療法人なし	岡山県	1,945,776	7.9	1
福井県	948,311	5.3	0	福島県	2,029,664	7.9	0
茨城県	2,969,770	5.5	0	東京都	13,159,368	7.9	0
長崎県	1,426,776	5.6	0	秋田県	1,085,997	8.1	1
群馬県	2,063,058	5.8	0	山梨県	853,375	8.3	0
奈良県	1,403,228	5.8	1	徳島県	798,491	8.5	1
栃木県	2,002,663	5.9	0	福岡県	5,071,968	8.5	0
高知県	1,063,242	5.9	社会医療法人なし	山口県	1,451,339	8.6	0
宮城県	2,348,185	6.0	0	鹿児島県	1,708,242	8.6	1
東京都	1,213,338	6.1	0	熊本県	958,667	8.7	2
愛媛県	1,431,463	6.2	0	大分県	1,196,829	9.5	0
兵庫県	3,588,133	6.3	0	香川県	995,842	10.0	0
佐賀県	849,788	6.4	0	熊本県	1,817,426	10.0	0
長野県	2,152,449	6.5	2	宮崎県	1,136,033	10.9	0
全国	126,097,392	6.5	24	沖縄県	1,382,818	13.6	0

平成22年度医師・歯科医師・薬剤師調査と平成22年度国勢調査結果より筆者作成

国公立病院の病床が占める割合と社会医療法人数

都道府県	総病床数	国公立比率	精神科救急医療を担う社会医療法人数	都道府県	総病床数	国公立比率	精神科救急医療を担う社会医療法人数
埼玉県	62,475	10.5	0	愛知県	67,811	25.0	0
栃木県	21,694	10.6	0	沖縄県	18,997	25.0	0
福岡県	86,985	11.1	0	奈良県	16,489	25.2	1
茨城県	32,376	14.3	0	群馬県	24,959	25.6	0
東京都	127,380	14.8	0	埼玉県	63,890	25.7	0
大阪府	108,584	14.8	1	山梨県	18,012	26.9	1
鹿児島県	35,032	15.8	0	新潟県	29,329	26.9	0
高知県	18,679	16.5	0	長野県	24,147	29.9	2
大分県	20,177	16.6	0	三重県	20,624	30.5	1
福井県	26,621	18.3	1	福井県	11,381	31.8	社会医療法人なし
神奈川県	73,834	18.7	0	岐阜県	20,760	32.1	1
徳島県	15,029	19.5	1	静岡県	39,782	32.3	社会医療法人なし
宮崎県	19,507	20.2	0	富山県	17,493	32.5	社会医療法人なし
熊本県	35,610	20.4	1	山梨県	11,215	35.5	0
北海道	96,526	20.9	4	香川県	19,060	34.4	1
山口県	27,400	20.9	0	滋賀県	14,805	34.6	0
千葉県	56,969	21.1	0	宮城県	28,251	35.6	0
鹿児島府	36,187	21.4	0	和歌山県	14,296	36.1	0
岡山県	29,776	21.5	1	愛媛県	15,463	36.5	0
佐賀県	41,108	21.5	0	鳥取県	11,408	37.9	1
長崎県	27,322	22.8	0	岩手県	17,965	38.9	社会医療法人なし
愛媛県	22,952	24.8	0	鳥取県	8,536	41.9	2
				佐賀県	18,300	46.5	1
				山形県	15,115	46.6	2

労働供給曲線



人的資源と生産性

主な医療系学部の入学生員（平成25年度）

学部あるいは職種	定員
医学部	9,041名
歯学部	2,440名
薬学部(6年制)	11,550名
看護師	64,622名
准看護師	11,855名
理学療法士	13,500名
作業療法士	13,000名以上
診療放射線技師	1,687名以上
合計	127,695名+α
18歳人口(平成24年10月1日)	1,234,000名

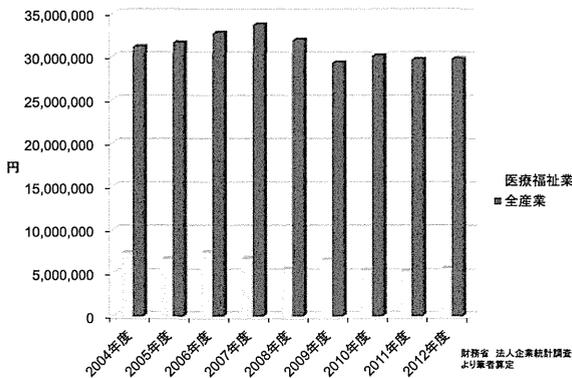
厚労省30年推計

医療福祉 最大産業

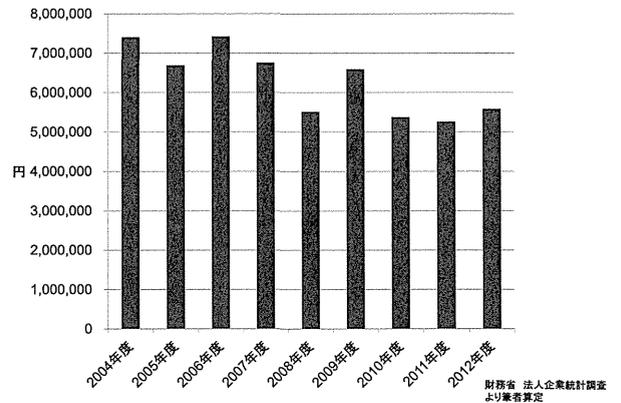
就業者数908万人

2014年3月15日
日本経済新聞 朝刊

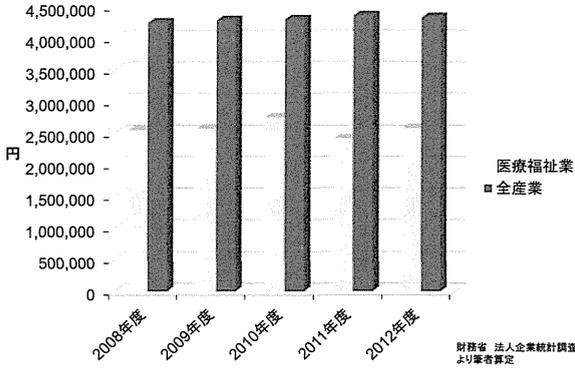
従業員(職員)1人当たりの売上高の推移



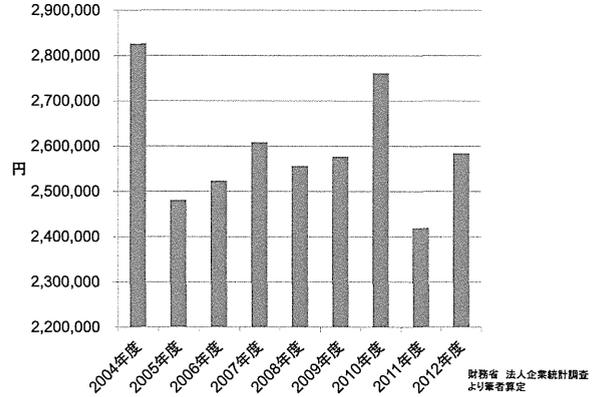
医療福祉業に従事する職員1人当たりの売上高の推移



従業員(職員)1人当たりの人件費の推移



医療福祉業に従事する職員1人当たりの人件費の推移



生産性について

生産額 = 雇用人報酬 + 営業余剰 + 固定資本減耗 + 間接税 - 補助金

生産性は → “生産額/就業者数”あるいは“生産額/総労働時間”で測定

産業別生産性

産業	産業別国内総生産 (10億円)	就業者数 (1,000人)	総労働時間 (100万時間)	100万円生産するための就業者数 (人)	1,000円生産するための労働時間 (時間)
産業	523,837	59,837	116,568	0.114	0.223
農林水産業	8,461	3,248	5,738	0.384	0.678
鉱業	473	47	97	0.099	0.205
製造業	137,599	11,208	22,248	0.081	0.162
食品	14,281	1,597	3,033	0.112	0.212
繊維	789	241	477	0.305	0.605
パルプ・紙	2,740	280	543	0.101	0.197
化学	10,260	406	763	0.040	0.074
血液分画事業(A社)	1,751,217,131円	238人	436,821時間	0.136	0.249
石油・石炭製品	4,230	29	61	0.007	0.014
窯業・土石製品	3,957	369	740	0.093	0.187
一次金属	6,601.5	463	937	0.069	0.140
金属製品	4,719	927	1,895	0.196	0.402
一般機械	15,521	1,354	2,766	0.087	0.178
電気機械	40,083	1,630	3,170	0.041	0.079
輸送用機械	17,124	1,254	2,590	0.073	0.151
精密機械	2,154	203	402	0.094	0.187
その他の製造業	15,040.4	2,456	4,870	0.163	0.324
建設業	31,740	5,434	11,182	0.171	0.352
電気・ガス・水道業	14,957	430	779	0.029	0.052
卸売・小売業	68,962	10,762	17,134	0.156	0.248
金融・保険業	32,772	1,797	3,308	0.055	0.101
不動産業	62,396	984	1,895	0.016	0.030
運輸・通信業	37,864	3,711	7,755	0.098	0.205
サービス業	128,616	22,216	38,212	0.173	0.297
政府サービス生産者	50,525	3,393	6,122	0.067	0.121
対象外民間非営利サービス	11,550	120	2,099	0.010	0.182

出典:「国民経済計算(速報)2007年」内閣府経済社会総合研究所を筆者改変

“生産性”の向上が必要な理由

✓ 産業構造の転換により、少子化による労働力不足を補完する。

◆ 農林水産業で100万円の付加価値を生み出すのに要する人員は、……	⇒	0.384人必要
◆ 100万円の付加価値を生み出すのに要する時間は、……	⇒	678時間必要
◆ 血液分画事業(A社)で100万円の付加価値を生み出すのに要する人員は、……	⇒	0.136人必要
◆ 100万円の付加価値を生み出すのに要する時間は、……	⇒	249時間必要
◆ 化学産業で100万円の付加価値を生み出すのに要する人員は、……	⇒	0.04人必要
◆ 100万円の付加価値を生み出すのに要する時間は、……	⇒	74時間必要

✓ 生産性の高い産業への移行により、労働力不足が補える。

医薬品・医療機器 輸入超過2.5兆円

09年、8年連続拡大

日本経済新聞(2011年2月9日)

医薬品・医療機器の合計輸出額

6,380億円(2008年比で12%減)

〃

合計輸入額

3兆2,015億円(2008年比で9%増)

出典:厚生労働省「薬事工業生産動態統計」

> 日本企業は規模が小さく、欧米勢より劣勢に立っている
> M&Aなどによる規模の拡大による競争力の強化が必要
と解説している。

新たな医療計画の評価項目

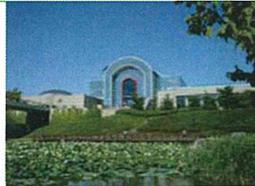
- 新たな財政支援制度(基金) 約904億円
- この用途の経済性評価(Value for Money)をどこで行うのか？

行政評価

- 米国
- PPBS(Planning Programming Budgeting System;計画事業別予算)
- 1993年 Government Performance and Result Act; 政府業績評価法)
- 日本
- 2001年 行政機関が行う政策の評価に関する法律(政策評価法)
- サンセット法制定の可能性は？！

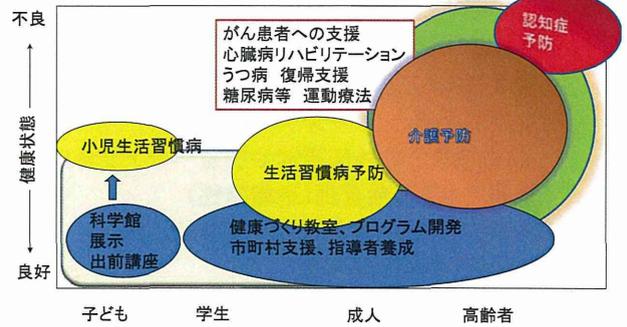
2014年精神疾患医療政策フォーラム
Karuzawa Forum 2014.07.10

健康政策のための健診データソフトの活用

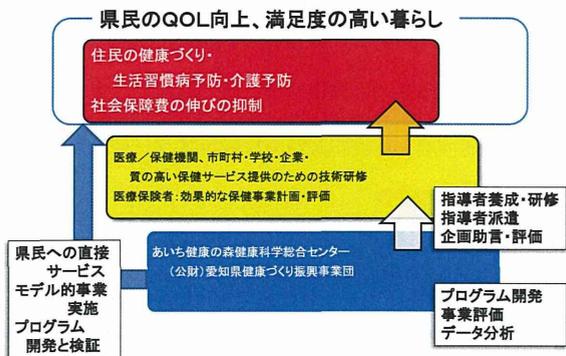


あいち健康の森健康科学総合センター
あいち介護予防支援センター 津下 一代

あいち健康の森健康科学総合センターの使命 ～すべての県民に健康を！～



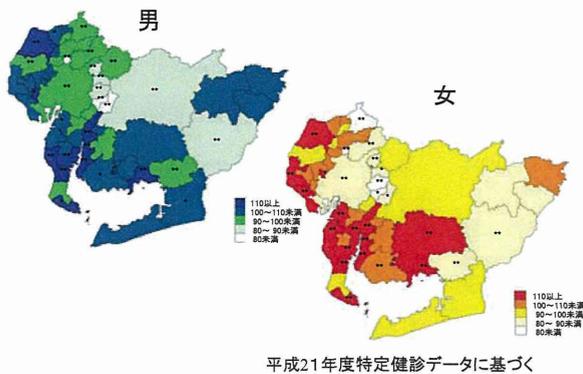
あいち健康の森健康科学総合センターの機能：
県民への直接サービスによる研究開発と、
市町村・学校・企業・医療・保健機関等に対する技術支援



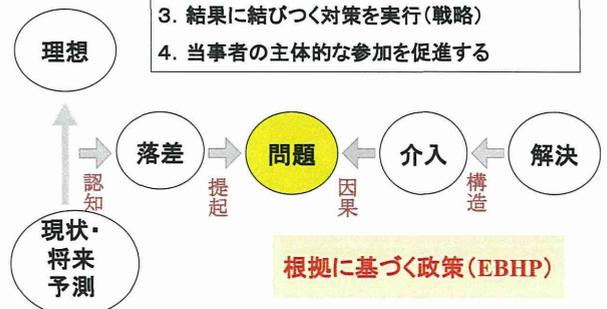
愛知県内市町村の年齢別人口比較 (平成24年と平成19年の推移 数値はH24の高齢化率)



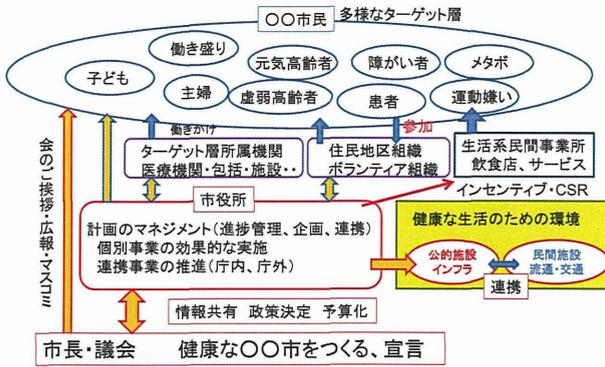
メタボリックシンドローム該当者率の標準化比 (愛知県における年齢構成に基づき標準化)



1. 現状を把握⇒将来予測
2. 解決しうる問題を明確にする
3. 結果に結びつく対策を実行(戦略)
4. 当事者の主体的な参加を促進する



地方自治体における部局横断的な健康づくり戦略



NDBIに収録されている特定健康診査・特定保健指導の項目について

【基本情報】(特定健康診査・特定保健指導情報に共通する基本情報)

生年月日、性別、受診者(利用者)の郵便番号、健診・保健指導実施日等

【特定健康診査情報】

【基本検査項目】 体重、BMI、腹囲、血圧(収縮期・拡張期)、中性脂肪、HDL、LDL、AST、ALT、γ-GTP、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、尿蛋白

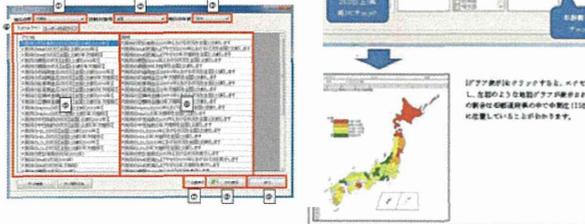
メタボリックシンドローム判定結果、特定保健指導レベル(動機付け、積極的)

【質問項目】

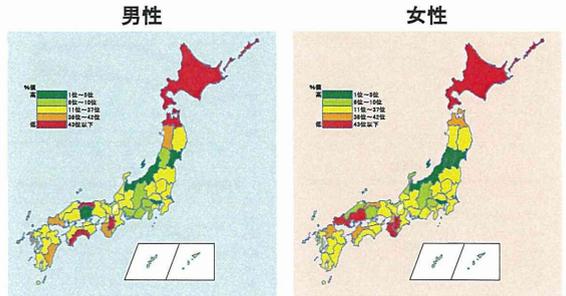
服薬(血圧・脂質・血糖)、喫煙(現在の喫煙習慣)、既往歴(脳血管疾患、心臓病、慢性腎不全・人口透析、貧血)、20歳からの体重増加、30分以上の運動習慣、1日1時間以上の身体活動、歩行速度、1年間の体重増加、食べる速度、夕食の時間、夕食後の間食、朝食欠食、飲酒の頻度、飲酒量、睡眠による休養状況、生活習慣への改善意欲、保健指導の希望

特定健診データを用いたグラフ簡易作成システム

プリセットグラフによる地域の性・年齢階級別平均値、有所見率グラフ
ユーザー作成グラフによる都道府県順位マップ、多地域間比較

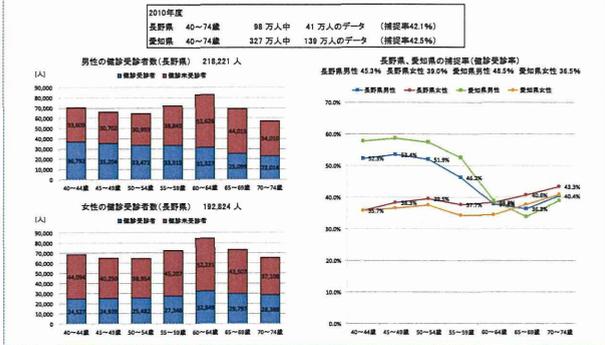


特定健診受診率 (男女別年齢調整済み) 2010年

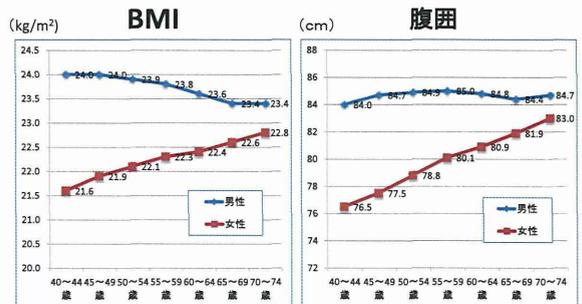


厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」の長期継続受診者数と平成22年国勢調査「都道府県別 性・年齢階級別人口」を用いて、年齢調整受診率を算出。

特定健診データを活用した地域の見える化



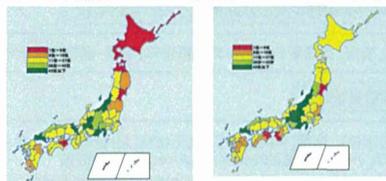
全国特定健診受診者2,244万人のBMI、腹囲 男性1,233万人、女性1,011万人



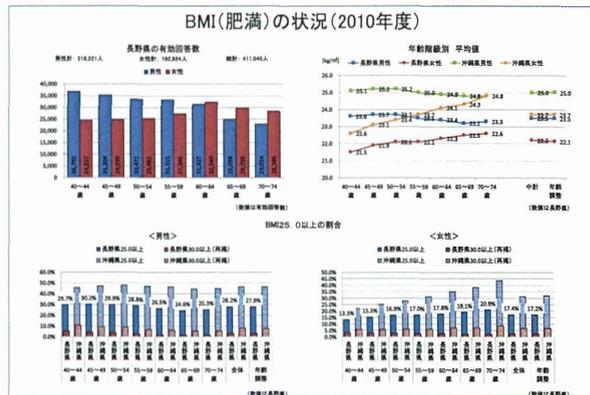
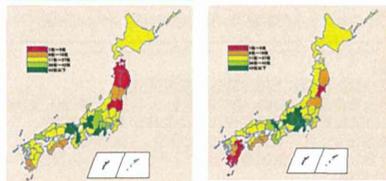
【厚労省公表データより作図】

肥満(BMI、腹囲基準値以上)の割合 都道府県比較
BMI ≥25以上の割合 腹囲 ≥85cm以上の割合

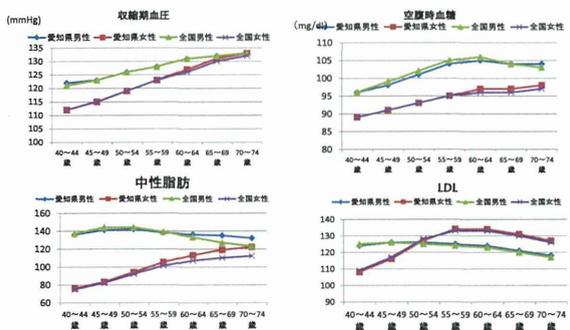
男性
1,233万人
年齢調整
2010年



女性
1,011万人
年齢調整
2010年

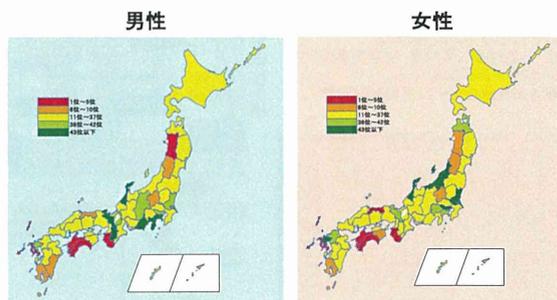


血圧・空腹時血糖・脂質の性・年代別の平均値
(平成22年度 特定健診)

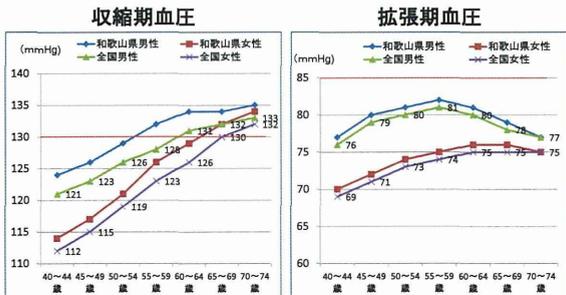


【厚生省公表データより作図、年齢調整】

血圧高値(収縮期血圧140mmHg以上)の割合
(男女別年齢調整済み) 2010年

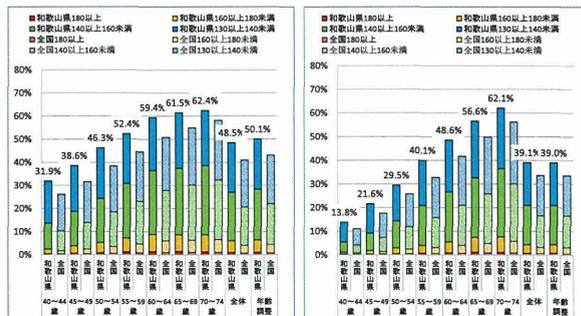


性・年齢階級別血圧の平均値
全国・和歌山県

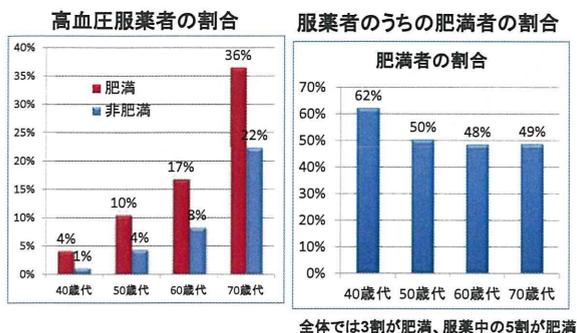


全国平均よりも男性は3mmHg、女性は2mmHg高い

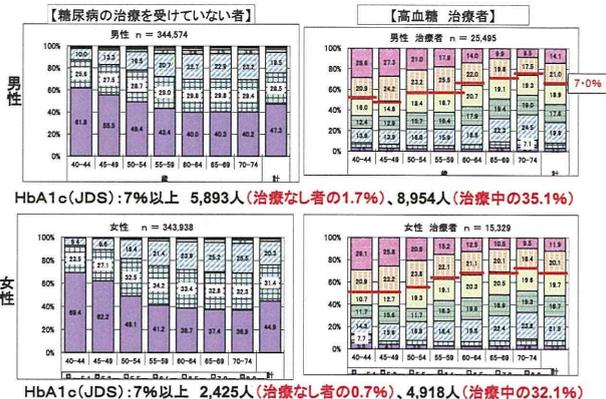
収縮期血圧 有所見率
男性 女性



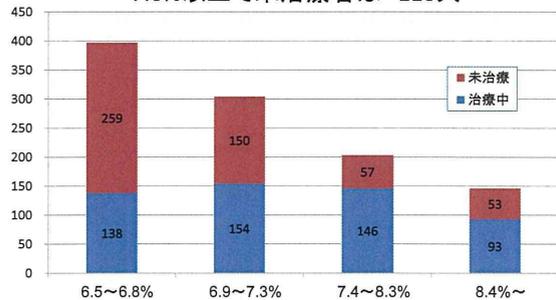
特定健診データによる肥満と高血圧の関係
(平成20年度 地域職域連結 148,821人)



高血糖治療の有無によるHbA1c(JDS)判定区分

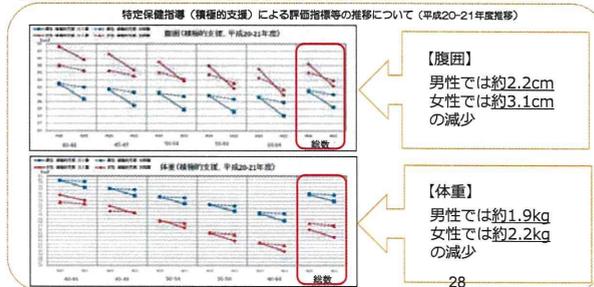


平成22年度特定健診受診者13,609人
うち、HbA1c(NGSP) 6.5%以上 1,050人(7.7%)
7.0%以上で未治療者は 110人



中間取りまとめ概要 平成26年4月18日保険者による健診・保健指導等に関する検討会

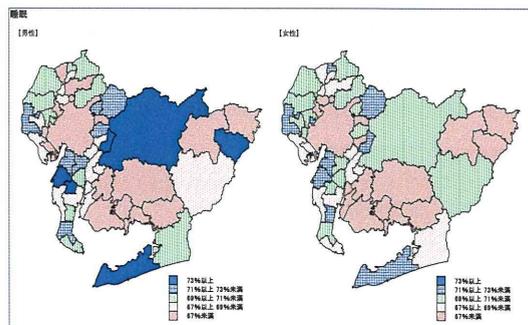
1. 特定健診・保健指導による評価指標等の推移
- <分析内容>
- 特定健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、特定保健指導終了者とそれ以外の者について、翌年度の検査データの差を、それぞれの年度ごとに、性・年齢階級別に比較
 - 分析対象者数 約200万人(各年とも)
- <分析結果>
- 特定保健指導終了者はそれ以外の者と比較すると、各年度、全ての性・年齢階級別において、腹囲、BMI、体重が大きく減少しており、血糖、血圧、脂質等も改善
 - 特定保健指導(積極的支援)による評価指標等の推移は以下のとおり



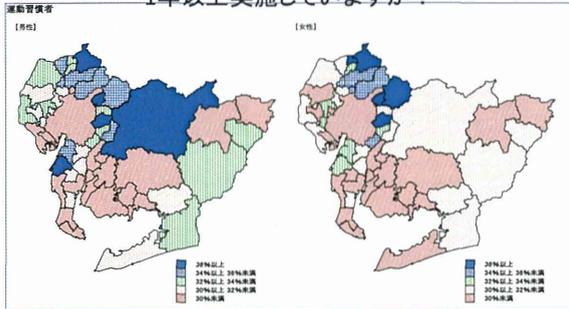
中間取りまとめ概要 平成26年4月18日保険者による健診・保健指導等に関する検討会



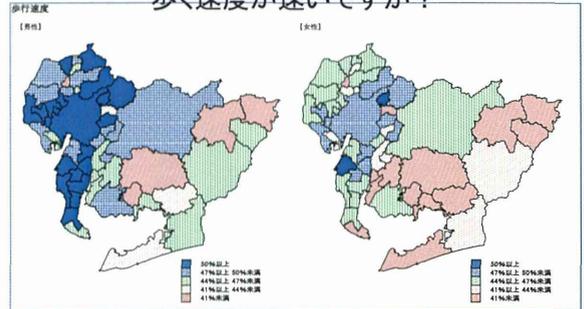
睡眠で休養が十分取れていますか？



1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、
1年以上実施していますか？

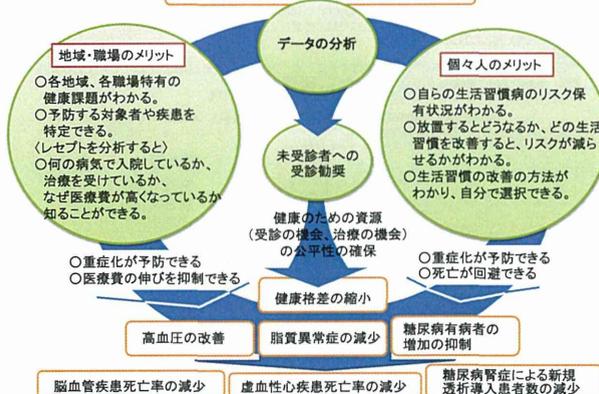


ほぼ同じ年齢の同性と比較して
歩く速度が速いですか？

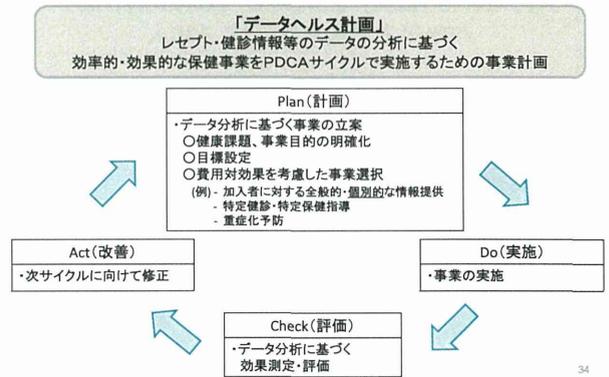


特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)
—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

特定健診・特定保健指導の実施率の向上



「データヘルス計画」とは

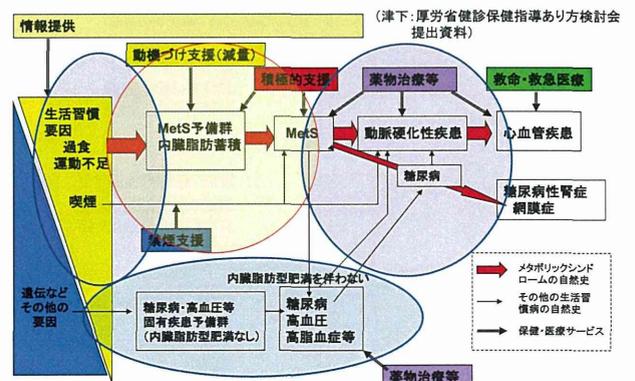


「データヘルス計画」の特徴

～被用者保険者の持つ強みや特性を踏まえた展開～

- レセプト・特定健診データの活用による
 - 組合や事業所における全体的な健康状況・受診状況・医療費状況の把握
 - 保健事業の効果が高い対象者の抽出
- 身の文に応じた事業範囲
 - 加入者に対する全般的・個別的な情報提供(一次予防)
 - 特定健診・特定保健指導
 - 重症化予防
- コラボヘルス(事業主との協働)
- 外部専門事業者の活用

生活習慣病の自然史と保健・医療サービス



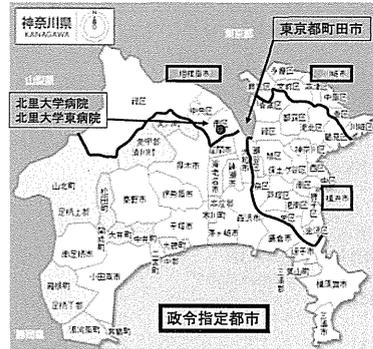
精神科地域連携の難しさ

研修主題
政策の中の医療計画、地域における
医療連携構築の具体例、行政の役割

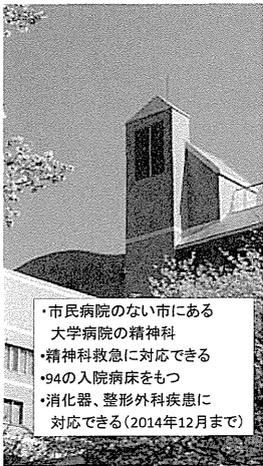
2014年精神疾患医療政策フォーラム (Karuzawa Forum)
2014年7月10日

北里大学医学部精神科
宮岡 等

相模原市と周辺—精神医療の地域性—



- ・政令指定都市 (2009年4月)
- ・人口 722,375 人 (2010年)
- ・市民病院がない
- ・「総合病院」精神科病床がない
- ・隣の町田市は東京都
- ・神奈川県内は横浜、川崎に医療機関が集中



北里大学東病院精神神経科の概要

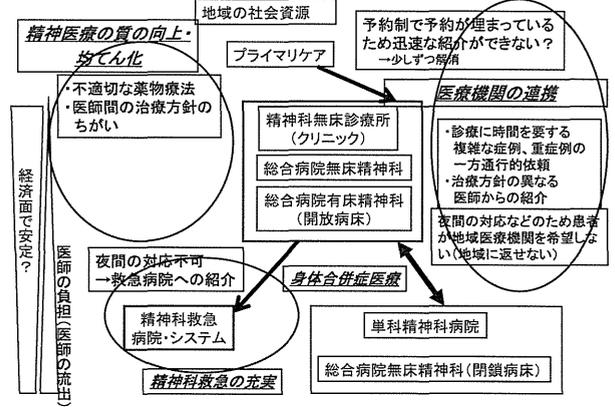
病床数：94床
50床は精神科救急入院科棟
隔離室7床、個室19床
44床は精神科急性期治療病棟

神奈川県精神科救急基幹病院

平均在院日数：62日 (平成23年度)
m-ECT：週2日、1日4-9件
外来初診 10~15人/日、再診350~450人/
北里大学東病院
・消化器内科・消化器外科・内視鏡科・放射線科
・神経内科・整形外科・リハビリテーション科
・精神神経科

- ・市民病院のない市にある
大学病院の精神科
- ・精神科救急に対応できる
- ・94の入院病床をもつ
- ・消化器、整形外科疾患に対応できる (2014年12月まで)

相模原市周辺の状況：うつ病の場合



まぎえてらよう 支え手帳

地域連携パスの中身



適応疾患：認知症
適応基準：家族と同居
(今のところ...)
開始基準：本人と家族の同意
管理者：家族介護者

医療費、税金、家賃などを助成を受けられるほか、ダイヤルなど介護医療パスを利用する際も、必ずご確認ください。

認知症の地域連携パス活動から感じること

- ・医師、医療スタッフ、病院間の負担 (労働量、経済面など) の均等化
- ・情報共有
- ・医療の標準化・可視化
- ・教育効果
→ 不適切治療の改善
- ・医療費削減 (← 入院の指標)

なぜうつ病の地域連携が難しいか(←なぜ診療内容がばらつくか)

診断や治療を共有できない

●精神医学自体の問題

- ・共有できるガイドラインがない
- ・連携に不慣れ(連携しなくてもできる部分が多い)
- ・精神医療の密室性

●精神科医の知識のばらつき・生涯教育の不備

- ・軽症うつ病に対する抗うつ薬の効果、薬物相互作用
- ・プライマリケア医への不適切な啓発、製薬企業の偏った宣伝
- ・専門医制度が未熟

経済性や負担を共有する姿勢の欠如

●経済性重視

- ・向精神薬療法偏重医療
- ・労働の施設間不均衡(夜間対応、救急医療への寄与など)と医師の収入
- ・患者希望に従い過ぎる医療機関(処方や診断書)

●“頭を知っている”近隣医師の減少(新研修制度も関係?)

●プライマリケア医が逆紹介を歓迎しない

医療システムの問題

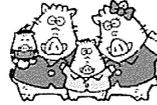
- 重症度と診療報酬が相関しない

軽井沢フォーラム2014

町ぐるみの健康管理の仕組みづくり

国保すさみ病院
高垣有作

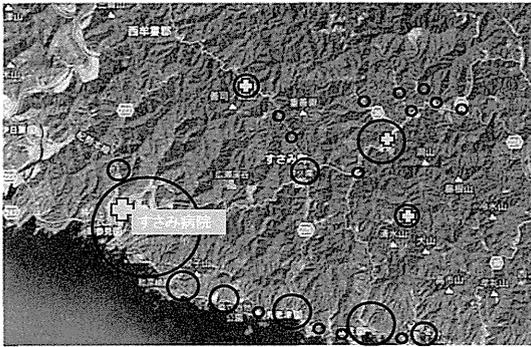
すさみ町の概要



人口 4,876人
男 2,325人
女 2,551人
世帯数 2,367戸
高齢化率 40.9%
75歳以上 24.1%

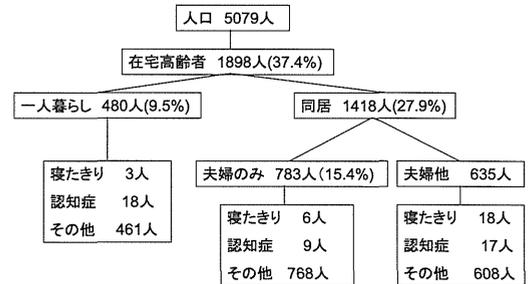


すさみ町住民分布



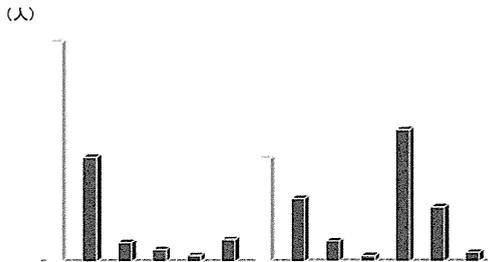
中心市街地から放射線状に山間部に集落が点在する典型的な中山間地域
山間部集落の高齢者人口比率50%超過

すさみ町在宅高齢者人口 (平成21年3月31日)



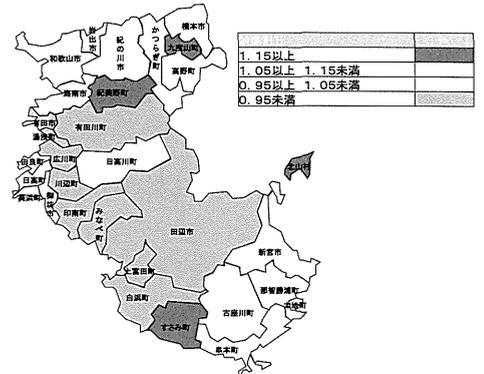
80歳以上の独居や慢性疾患患者などの在宅療養者の増加

生活のうえでの悩みや不安

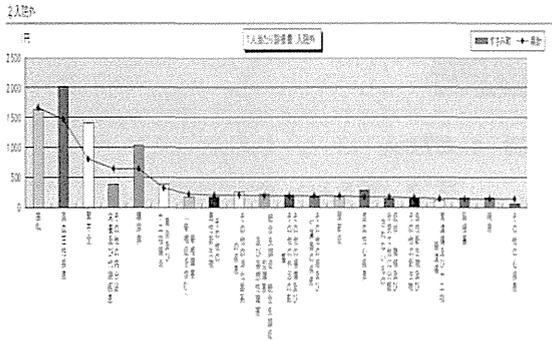


すさみ町地域福祉計画資料編

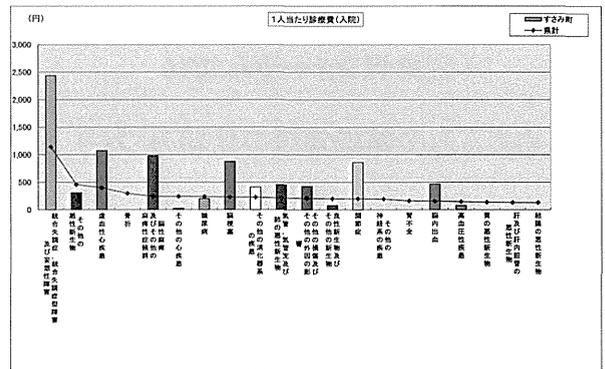
国保医療費マップ



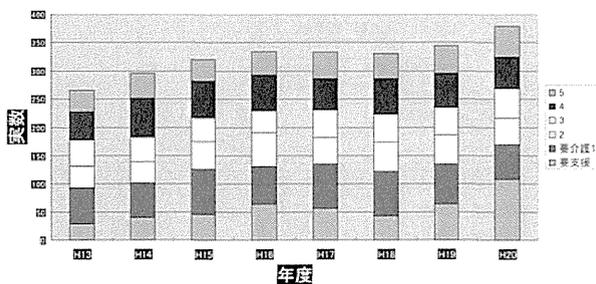
1人当たり診療費(入院外)



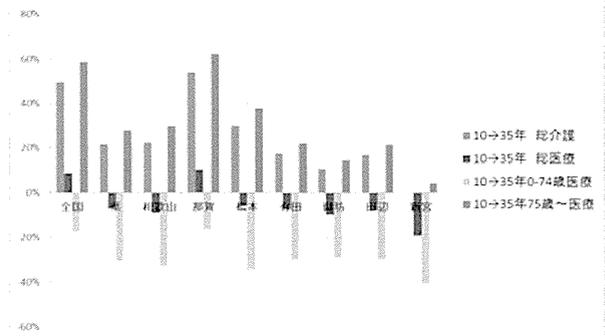
1人当たり診療費(入院)



介護認定の推移



和歌山県 2010年→35年介護医療需要の増減予測



すさみ町の課題

すさみ町は、典型的な中山間地域にあり、人口は約5000人で、高齢化率は40%と高く、独居高齢者、高齢者のみの世帯は25%に達する。

医療、介護、福祉に対する需要は年々増加している

医療、介護、福祉に提供できる人的資源は限られている

財政規模は小さい

すさみ病院概要

標榜科
内科・外科
・リハビリテーション

急性期病床 : 48床
平均在院日数 16日
医療型療養病床 : 6床
介護型療養病床 : 18床

検査機器
血液・生化学解析装置
レントゲン撮影装置(透視)
ヘリカルCT
血管造影撮影装置
超音波診断装置
上部・下部消化管・気管支内視鏡
眼底撮影装置
Form ABI 他



基本理念

地域住民の皆さまの生命と健康を守るために
良質で適正な医療・介護・保健を提供することに
努めて、親しまれ、信頼される病院を目指します

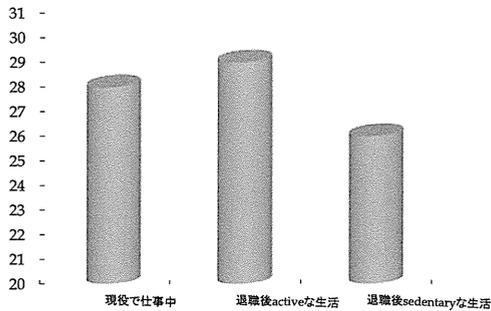
寿命の延びはマクロ経済を支える

$$\begin{aligned} & (\text{出生数}) \times (\text{平均寿命}) \\ & = (\text{配分率}) \times (\text{生活資源}) \end{aligned}$$

生活資源 = GDP / CPI (GDP: 名目国内総生産 CPI: 消費者物価指数)

「日本の人口は減らない」南 俊秀

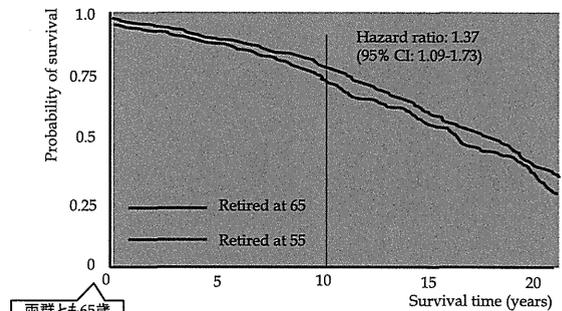
退職後の認知症スクリーニングテスト



MMSEIによる認知症機能テスト結果
退職後活発な生活をしている人は4年間で認知機能低下はなかった。
退職後動きの少ない生活をしている人は4年後に低下していた。

Rogers R, et al. J Am Geriatr Soc. 1990; 38:123

退職時年齢と生存率



両群とも65歳
時を0年として

55歳退職群での健康上の理由での退職を排除

Tsal SP et al. BMJ. 2005; 29: 331

予防医療の促進

—自分の体は自分で守る—

出前講義

- 2008年6月から開始
- 住民に医学知識を持ってもらい、自分の身体は自分で守ることを目的とする
- 22回27地区 (1年間)
634人参加
(人口5079人の12.5%)



公報の利用

身近な話題を中心に医学知識を持ってもらうことを目標とする



住民への呼びかけ

診察時間は、受診される患者さんに対し、病院の医師・外来看護師・レントゲンを含む全ての検査やリハビリのスタッフが、持てる力の全てを使って診察させて頂く時間と考えています。

一方、診察時間が終了した後は、入院患者さんの治療・手術や特殊な検査・治療等に加え、曜日によっては診療所への出張診察を行っています。

診察時間を過ぎての受診は、スタッフが他の業務を行っているため100%の診察が困難になる場合があり、受診された患者さんにとって不利益が生じる場合が心配されます。

また、その間、本来治療を予定していた患者さんにも時間延長・人材等のしわ寄せや、通常順番を待って診察を受けられている多くの患者さんに対しても不公平が生じてしまいます。

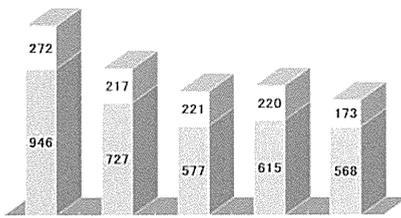
診察時間内での受診をお願いします。

ただし、時間外であっても救急・急患の場合は例外で、可能な限りの対応をさせていただきます。

急患とは、急な病気やケガで診察が必要になった患者さんのことで、朝から具合が悪いのに診察時間外になって受診する場合は急患とは言いません。

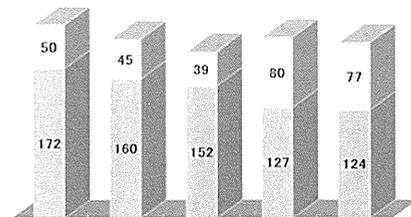


休日・時間外受診者数



総件数	1218件	944件	798件	835件	741件
		(77.5%)	(65.5%)	(68.6%)	(60.1%)
対17年度比		79.8%	81.3%	81.0%	63.6%
		76.8%	60.1%	65.0%	60.0%

救急搬送



総件数	222件	205件	191件	207件	201件
		90.0%	78.0%	160.0%	154.0%
対17年度比		93.0%	88.4%	73.8%	72.1%

ELEMENT

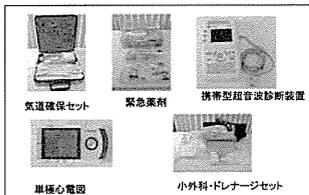
(Economical Lightly Equipped Medical Emergency car with No bed for Transfer)

運転 : 事務職員(記録、回航係業務)

同乗 : 医師1~3名、看護師1名

運行時間: 平日の日勤帯

(携行装備)



市中肺炎の起因菌

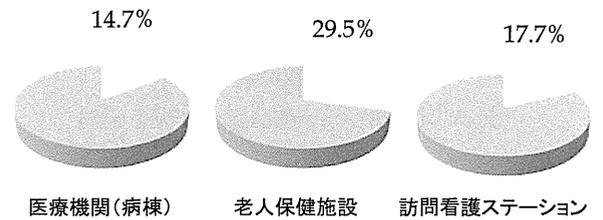
高齢者重症肺炎の半数が肺炎球菌
・70歳未満
・70歳以上

- 2位: 肺炎球菌
- 1位: 肺炎球菌
- 2位: インフルエンザ菌
- 3位: 嫌気性菌
- 4位: 緑膿菌

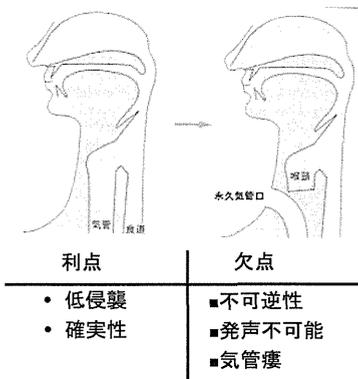
ワクチン予防接種

- インフルエンザワクチン
～中学生まで全額公費負担で接種
- 肺炎球菌ワクチン
75以上の高齢者に全額公費負担で接種
施行率(70%超)

嚥下障害患者の頻度

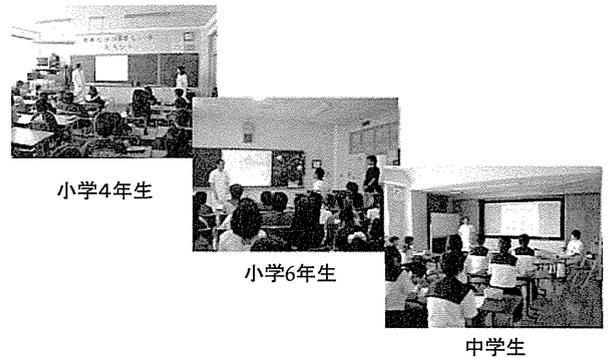


喉頭・気管分離術



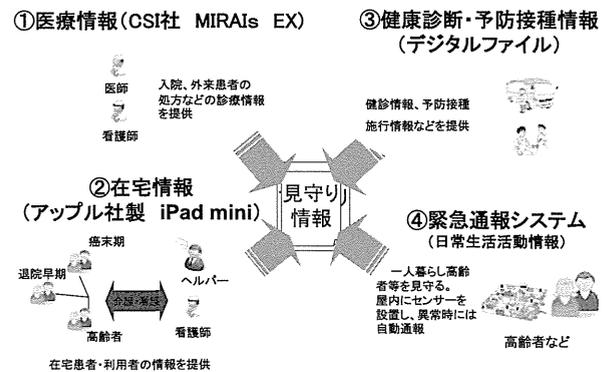
防煙教育

タバコを吸わない無煙世代を育てるために



地域見守り支援システム

すさみ町地域見守り支援システム



対象

全住民のうち、説明が行われ、同意が得られた
2800名
(全人口の58.3%、成人人口の67.6%)

情報共有内容

オーダリング、専用端末で閲覧可能

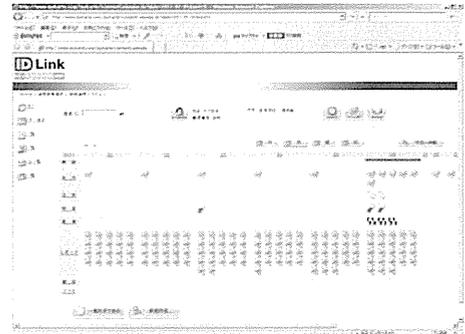
	処方	注射	血液検査	画像	看護	ケアプラン	介護記録	健診
医師	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
看護師	○	○	○	○	◎	○	○	○
ヘルパーなど	○	○	○	○	○	◎	○	○
保健師	○	○	○	○	○	○	○	○

※など医療・介護・福祉・健康に関わる関係者

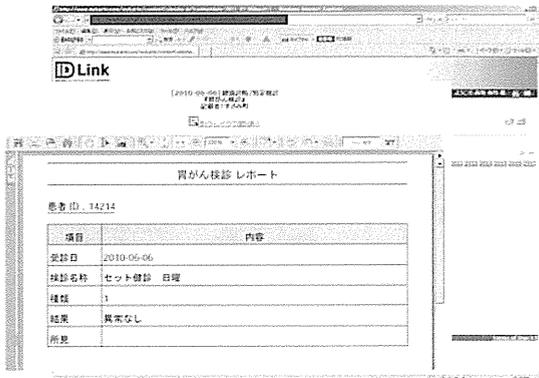
オーダリング画面からの閲覧



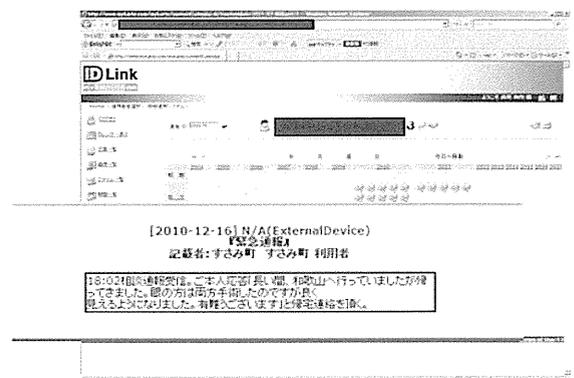
情報共有画面



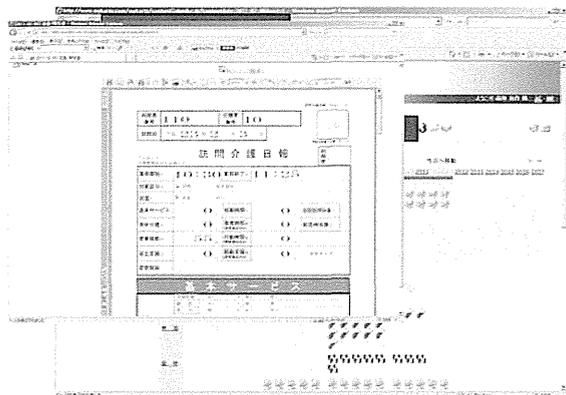
検診レポート閲覧



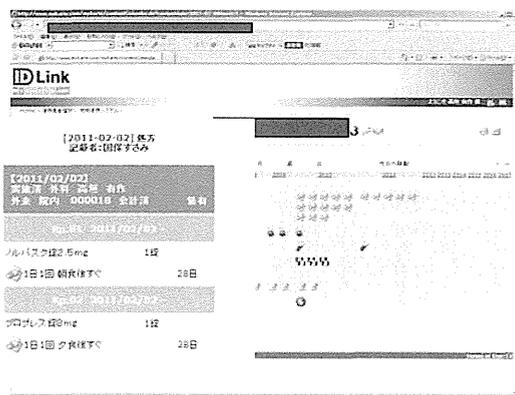
緊急通報内容閲覧



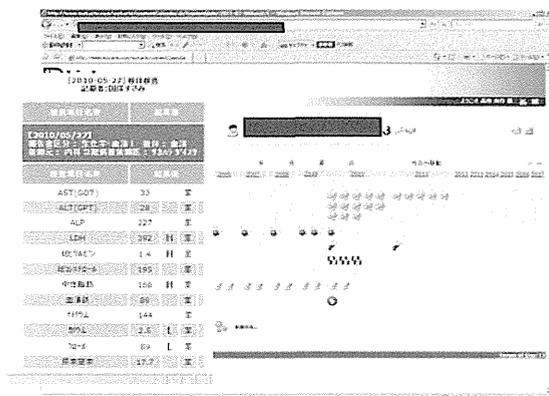
介護情報閲覧



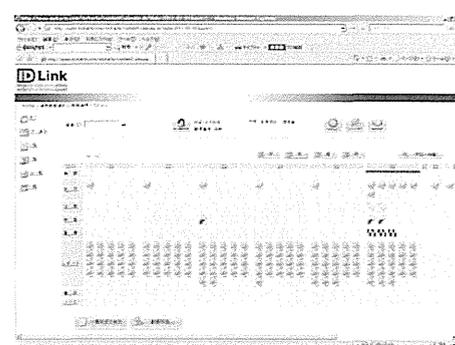
投薬内容閲覧



血液検査内容閲覧



情報共有画面



時系列に詳細なデータが閲覧できるが、全体像が把握困難

ラッパー画面配置図



ラッパー画面

