

第3回関東信越厚生局地域包括ケア推進都県協議会

在宅医療・介護連携推進事業の 市町村支援を考える

主に第7期計画の策定に向けて

吉江悟・松本佳子

東京大学医学部在宅医療学拠点

2017年2月13日

本講でお話しすること

- 地域マネジメント
- 事業評価（プログラム評価）
- 医療計画・地域医療構想と介護保険事業（支援）計画
- （他の）地域支援事業の活用

ある意味で本日お話ししたいことの要約

最近気になっていること

- あらためて「日常生活圏域」でのケア統合
 - 日常生活圏域において医療・介護・予防・生活支援・住まいは本当に包括的に（というよりは統合的に？）確保されているのか？
 - 生活支援コーディネーター、在宅医療・介護連携のコーディネーター（相談員？）、認知症初期集中支援チーム員（や認知症サポート医）、地域包括支援センター職員、ちゃんとつながってる／お互いの役割分かってる??
- （結構前から）施策の評価指標
 - えいやっと決めて定点観測を始めなければいけない部分もあるのではないか？
 - 医療・介護・予防・生活支援・住まいを俯瞰してミニマムの指標設定をしないといけなのではないか？

地域マネジメント

地域包括ケアシステム（2016）



地域包括ケアシステム

- 地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（医療介護総合確保促進法第二条）

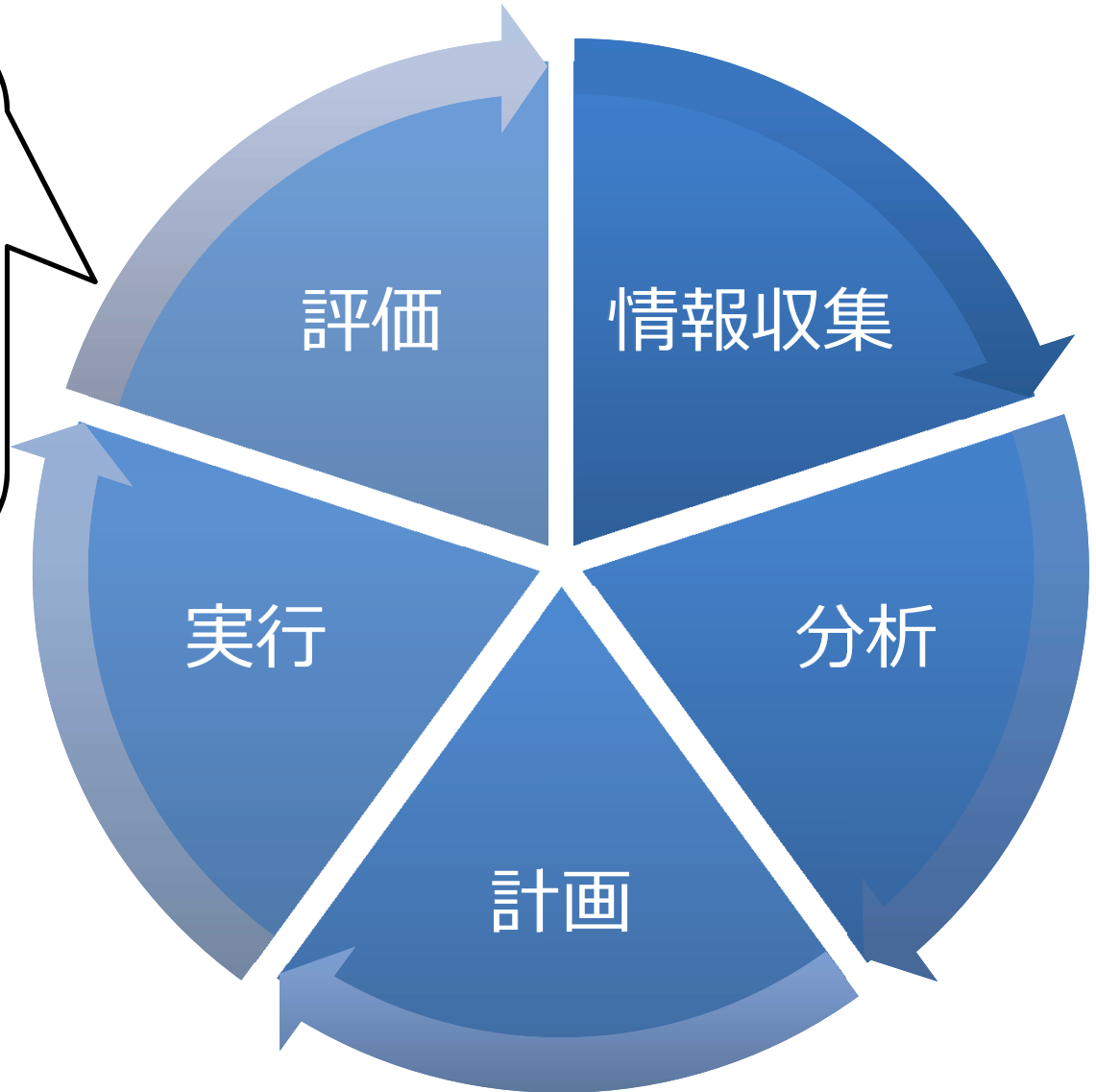
市町村の役割：地域マネジメント

- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 「地域包括ケアシステム構築における工程管理」

マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

- 医師：治療過程
- 看護師：看護過程
- ケアマネジャー：ケアマネジメントサイクル
- 行政職員：事業展開

いずれにも共通

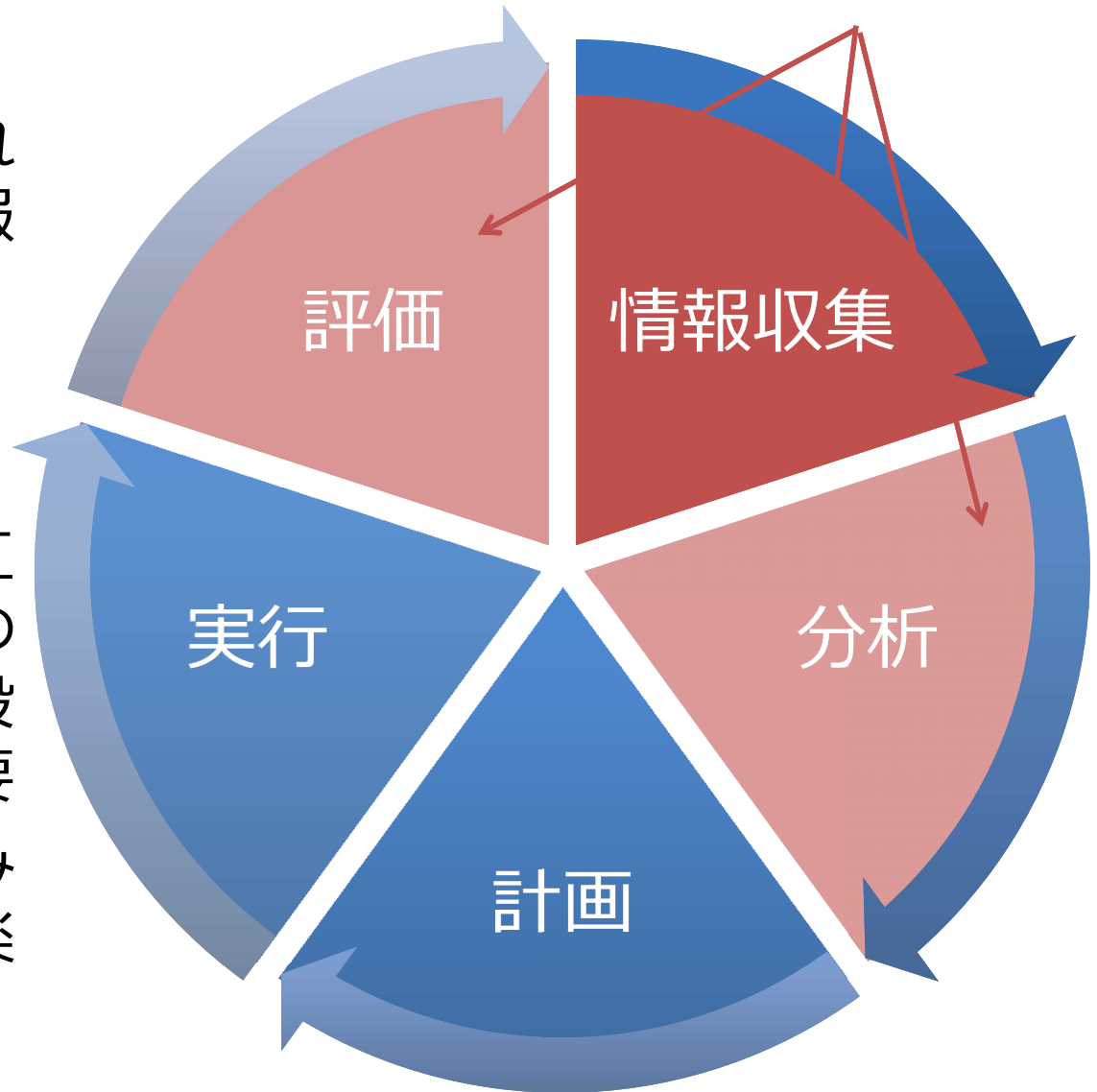


マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

本講のフォーカス

ポイント

- 評価の枠組みが決まれば概ね収集すべき情報の枠組みも決まる
 - 分析≒評価
- ↓
- 地域マネジメント＝工程管理において評価の枠組みをあらかじめ設定しておくことが重要
 - 冒頭でしっかり枠組みを作っておけば後が楽になる



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、地域報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅医療・介護サービスに関する相談窓口の開設



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置

- ◆ 医療・介護関係者の連携を促進するコーディネーターの配置等により、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置、取組を支援

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

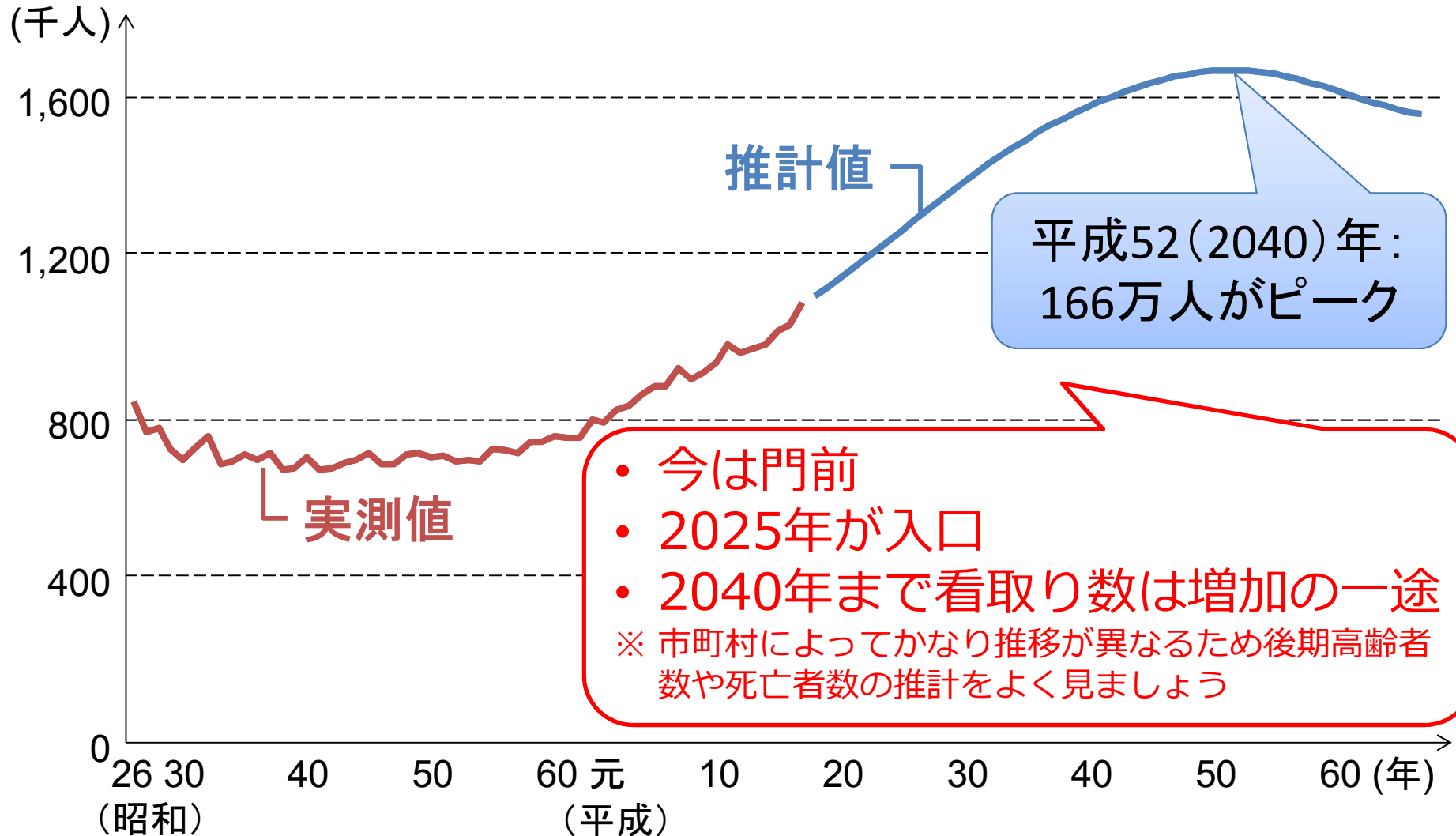
- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を促して、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の連携の促進

- ◆ 地域の医療・介護関係者を通じ、多職種連携を促進
- ◆ 介護職を対象とした研修等の実施

- ※ 評価の枠組みを考える際には、（ア）と（イ）を除きいったんこの事業項目は忘れる（この項目は「実行」段階の分類のため）
- ※ 各地の事例発表においても、事業項目は「後付け」されていることが多い

前提：在宅医療・介護連携推進事業のピークは（ある意味では）2040年



資料：平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」、平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」より(出生中位・死亡中位)

事業評価 (プログラム評価)

評価にあたってのWs&H

- **Why : なぜ / 何のために評価するか**
 - 事業の目的は？
- **What : 何を評価するか**
 - 階層 : ストラクチャー・プロセス・アウトカム
 - 時期 : 移行期 (退院など) ・在宅療養期 (定時・臨時) ・看取り期
 - 対象 : ヒト (人的資源) ・カネ (コスト) ・モノ (物的資源)
- **Who : 誰が評価するか**
 - 患者・利用者 (消費者) ・一般住民 (潜在的な消費者)
 - 医療・介護従事者 (提供者)
- **When : いつ評価するか**
 - 例 : 介護保険事業計画・医療計画の改定に合わせて
- **How : どのように評価するか**
 - アンケートの実施 (日常生活圏域ニーズ調査などを含む)
 - レセプト・要介護認定調査・基本チェックリスト・施設 / 事業所の指定状況など行政等保有データの二次利用

医療・介護の目的

- 医療介護総合確保促進法第一条
 - (前略) もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。
- 介護保険法第一条
 - (前略) この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう (後略)
- 医療法第一条の二
 - 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし (後略)

これらの要素を総合的に測るためには、単に余命の延伸や身体機能の維持・改善といった客観的側面を評価するだけでなく、**「国民の幸福感」などの主観的側面**にも目を向ける必要がないだろうか？

但し、地域包括ケアシステムの評価は「無理難題」

根拠となる各種制度

- 健康保険
 - 保険給付
 - 健診・保健指導
- 介護保険
 - 保険給付
 - 居宅サービス
 - 地域密着型サービス
 - 施設サービス
 - 地域支援事業
 - 包括的支援事業
 - 介護予防・日常生活支援総合事業
 - 在宅医療・介護連携推進事業
- その他関連するさまざまな制度
 - 福祉制度（生活保護など）
 - 住まいに関わる制度（サービス付き高齢者向け住宅登録など）
 - 本人の意思を支える制度（成年後見制度など）
 - その他



「制度」も「担い手」も「受け手」も多様な複合的な事象（Complex Intervention）の評価は国内外通じて難しいテーマ・一律解はない（一方、単一事業の評価はやりやすい）

評価のための枠組みの例： ドナベディアン・モデル (Donabedian, 1988)

測定指標例：アウトカムの実現に寄与すると予測される事業所・施設・人材等の量

測定指標例：アウトカムの実現に寄与すると予測されるケアの量や質

SPOの中で最重要と言って良い

ストラクチャー(S)

プロセス(P)

アウトカム(O)

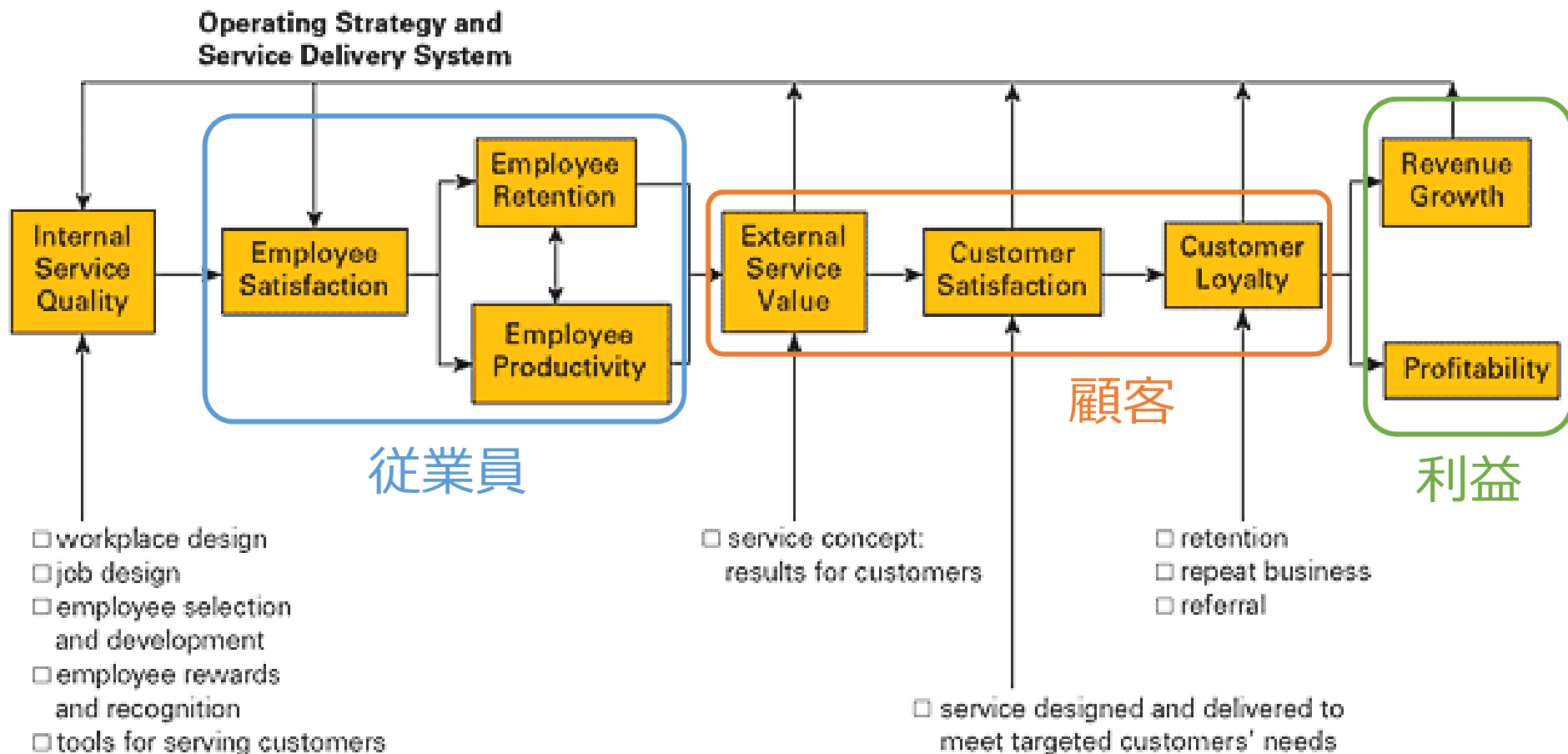
※ ちなみにこの指標は独自にアンケートを行わないと把握できない。

測定指標例：「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度II以上の高齢者のうち80%以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」(MURC. 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 2016)

評価のための枠組みの例：

サービス・プロフィット・チェーン (Heskett, et al., 1994)

The Links in the Service-Profit Chain



サービス・プロフィット・チェーンと似た考え方： 三方よし（近江商人）

- 医療・介護職等へのアンケート

売り手
高い職員満足
低い離職／病欠

買い手
高い利用者満足
ケアの質担保

- かつそれらが接合可能で相互の関連や時系列の変化を深掘することができるデータ構造がベター

- 住民へのアンケート
- ケアプロセスの可視化（アセスメント／ケア介入など）
- 状態像データの解析（要介護認定調査等）

世間（社会）
低い利用者1人あたりコスト
インフォーマル資源の活用

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

本日時点で重要と感じる評価軸（私見）

- Structure・Process・**Outcome**
- 患者側・従事者側・経済面
- 以上の定点観測（時系列）

事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

介護予防の推進

現状・課題

◆介護予防の事業評価と改善

- 介護予防の取組については「一般介護予防事業評価事業」において、定性評価に加え定量的指標により事業評価を行うこととしている。具体的には、プロセス指標、アウトカム指標等を用いた評価を行い、事業の改善に活用することとしている。

●地域支援事業実施要綱 別添5 総合事業の事業評価 1 総合事業に示された定量的指標

プロセス指標

- ・介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上参加者数及び割合
 - ・介護予防に資する住民主体の通いの場の状況
- その他の定量的指標の例を以下に示す。
- ①介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数
 - ②介護予防に関するイベント等の開催回数
 - ③介護予防に関するボランティア育成のための研修会の開催回数・育成数

アウトカム指標

- ・65歳以上新規認定申請者数及び割合
- ・65歳以上新規認定者数及び割合（要支援・要介護別）
- ・65歳以上要支援・要介護認定率（要支援・要介護別）
- ・日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標の状況
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の費用額
- ・予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額

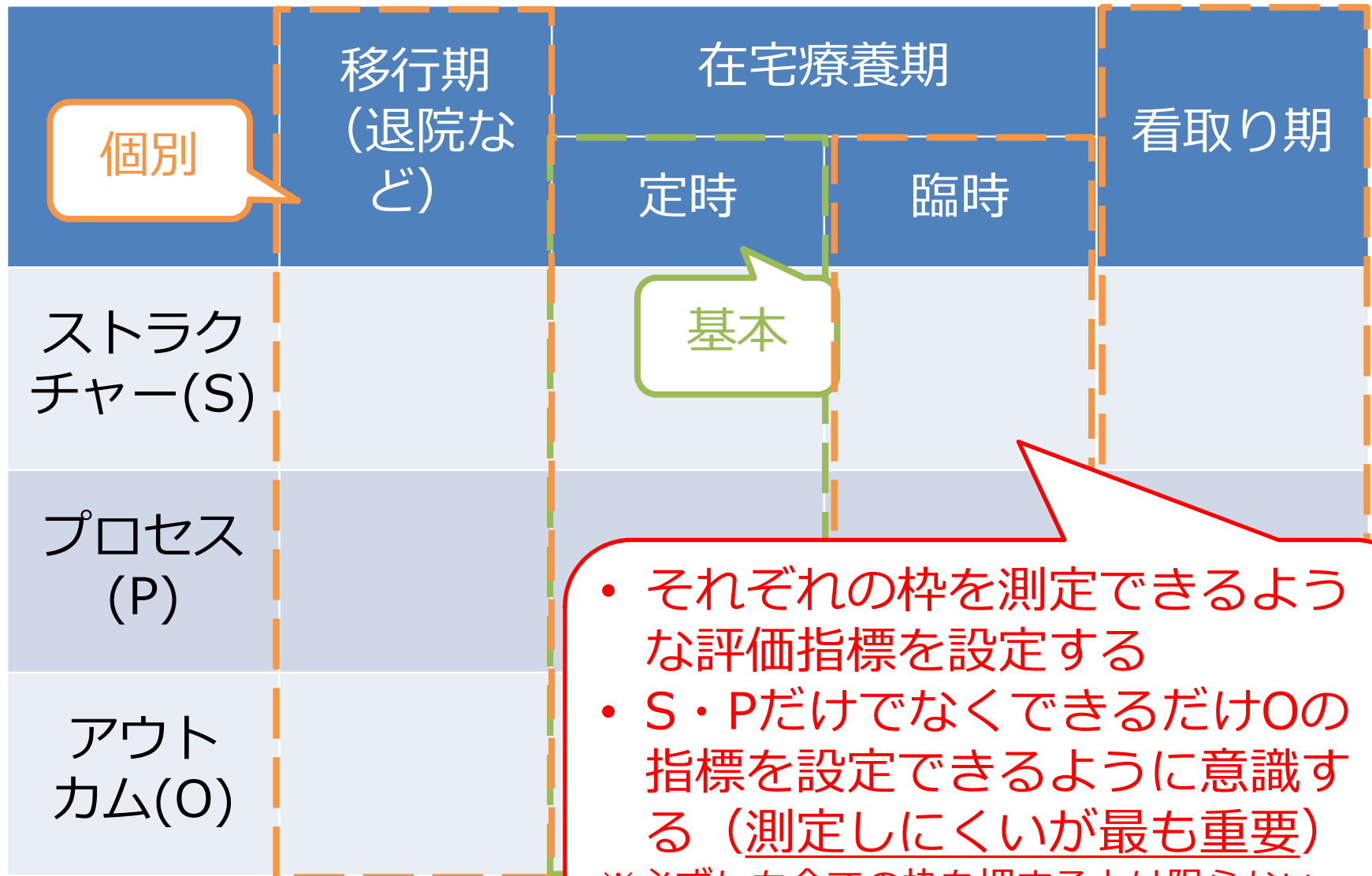
事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
ストラクチャー指標	◎	在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	◎	在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	◎	在宅療養支援歯科診療所数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	◎	訪問看護事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】、訪問看護ステーションの従業者数(都道府県別)【介護サービス施設・事業所調査】			
	○	24時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業者数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】			
	◎	麻薬小売業の免許を取得している薬局数(市区町村別)【都道府県調査】、訪問薬剤指導を実施する薬局数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	○	管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している管理栄養士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	○	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	◎	訪問リハビリテーション事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】			
	○	退院支援担当者を配置している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個票解析)】	○ 短期入所サービス(ショートステイ)事業所数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】		○ 在宅看取りを実施している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個票解析)】
プロセス指標	◎	退院患者平均在院日数(都道府県別)【患者調査】	○ 訪問診療を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】	○ 往診を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】	
			○ 訪問歯科診療を受けた患者数		
			○ 訪問看護利用者数(二次医療圏別、都道府県別)【NDB、訪問看護療養費調査、介護給付費実態調査】		
			○ 訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
			○ 訪問栄養食事指導を受けた者の数		
			○ 訪問歯科衛生指導(歯科衛生士)を受けた者の数		
			○ 小児(乳幼児、乳児)の訪問看護利用者数(都道府県別)【訪問看護療養費調査】		
			◎ 訪問リハビリテーション利用者数(都道府県別)【介護給付費実態調査】		
アウトカム指標				○ 短期入所サービス(ショートステイ)利用者数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】	
				○ 在宅死亡者数(市区町村別)【人口動態統計(個票解析)】	

◎:必須指標、○:推奨指標

評価枠組みの例：時期×SPO



主な評価指標の例

前提として人口等（現在までの推移+将来推計）もおさえておく

（※高齢者対象の在宅医療の需要を反映）

- 後期高齢者数
- 要介護認定者数
- 認知症高齢者数

	移行期 (退院 など)	在宅療養期		看取り期
		定時	臨時	
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> • 地域包括ケア病棟の病床数 • 介護老人保健施設の定員 	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 訪問看護ステーション数・従事者数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 24時間対応の訪問看護ステーション数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 24時間対応の訪問看護ステーション数 • 看護小規模多機能型居宅介護施設数 • 看取りを行う高齢者住宅・グループホーム等
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> • 平均在院日数 • 退院時共同指導料の算定人数 	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅患者訪問診療料算定人数・回数 • 訪問看護（介護・医療）算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診料算定人数・回数 • 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療の在宅ターミナルケア・看取り・死亡診断加算の算定人数・回数 • 訪問看護のターミナルケア加算の算定人数・回数 • 自宅での死亡割合※
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> • 患者のQOL・しあわせ • 家族の介護負担 • 従事者のQWL・働きがい • 1人あたり医療費・介護給付費 • 自宅での死亡割合※ 	<div data-bbox="1062 1128 1835 1356" data-label="Text"> <p>さらに…</p> <ul style="list-style-type: none"> • リハビリ：訪問看護I5+訪問リハビリテーション • 薬剤：居宅療養管理指導（薬剤師） • 歯科：歯科訪問診療料 • 口腔ケア：居宅療養管理指導（歯科衛生士） • 栄養：居宅療養管理指導（管理栄養士） </div>		

※自宅での死亡割合は、プロセス項目として捉える見方とアウトカム項目として捉える見方がある。

さらに絞るならば...

前提として人口等（現在までの推移+将来推計）もおさえておく

（※高齢者対象の在宅医療の需要を反映）

- 後期高齢者数
- 要介護認定者数
- 認知症高齢者数

移行期 (退院 など)	在宅療養期		看取り期
	定時	臨時	
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 訪問看護ステーション数・従事者数 		
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅患者訪問診療料算定人数・回数 • 訪問看護（介護・医療）算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診料算定人数・回数 • 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 自宅での死亡割合※
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> • 患者のQOL・しあわせ：買い手 • 従事者のQWL・働きがい：売り手 • 1人あたり医療費・介護給付費：世間 • 自宅での死亡割合（※）+要介護者（例：3~5）の在宅療養割合：買い手 		

これらだけは独自にアンケート等が必要

※自宅での死亡割合は、プロセス項目として捉える見方とアウトカム項目として捉える見方がある。

医療計画・地域医療構想と 介護保険事業（支援）計画

在宅医療・介護連携推進事業の特殊性 (とおもしろさ)

他の介護保険の領域
に比べると都道府県
の関わりも深い

都道府県

介護保険
事業支援計画

医療計画

地域医療介護総合
確保促進法に基づ
く都道府県計画

地域医療構想

二次医療圏
地域医療構想圏域等

圏域別計画

5疾病・5事業
+ 在宅医療

地域医療構想

医療・介護
に関する計
画間の整合
をはかる

高度急性期～
在宅医療等

市町村

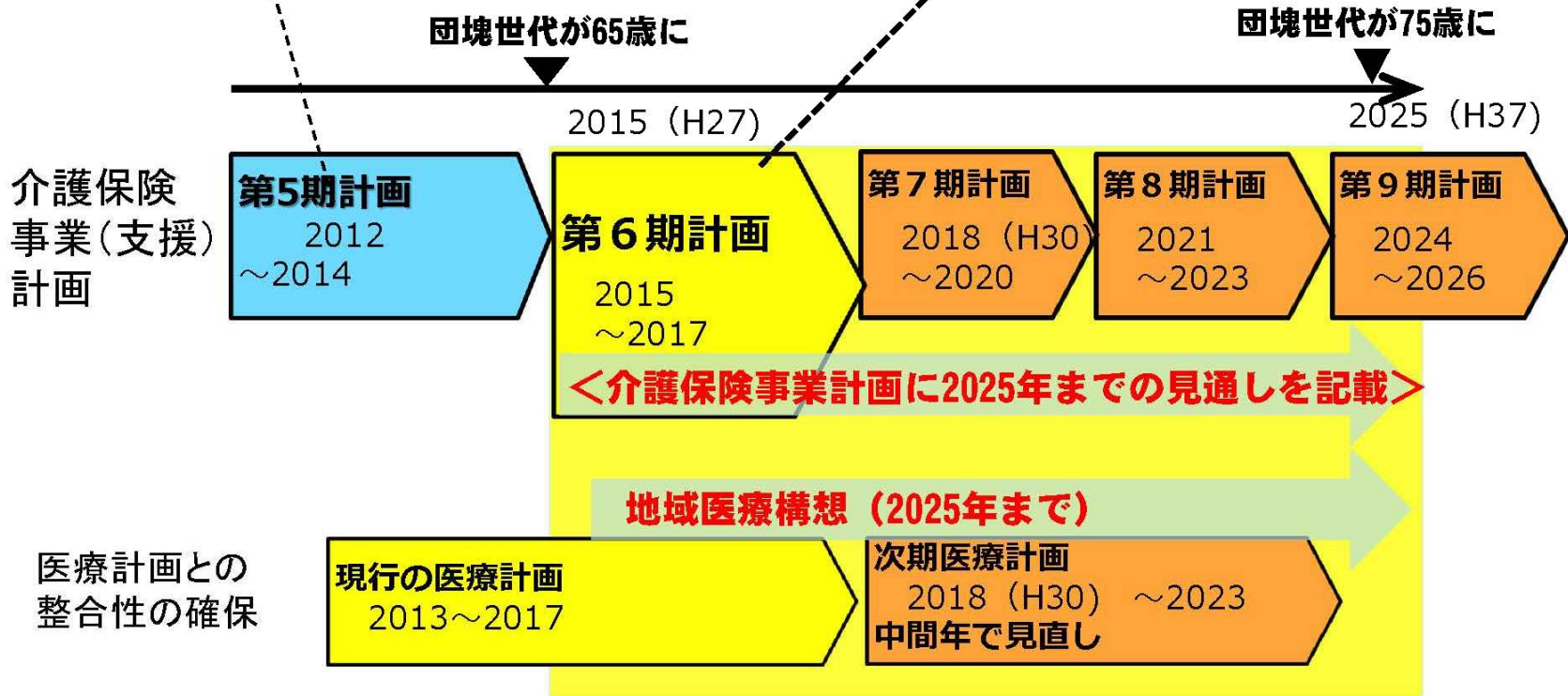
介護保険
事業計画

地域医療介護総合
確保促進法に基づ
く市町村計画

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等

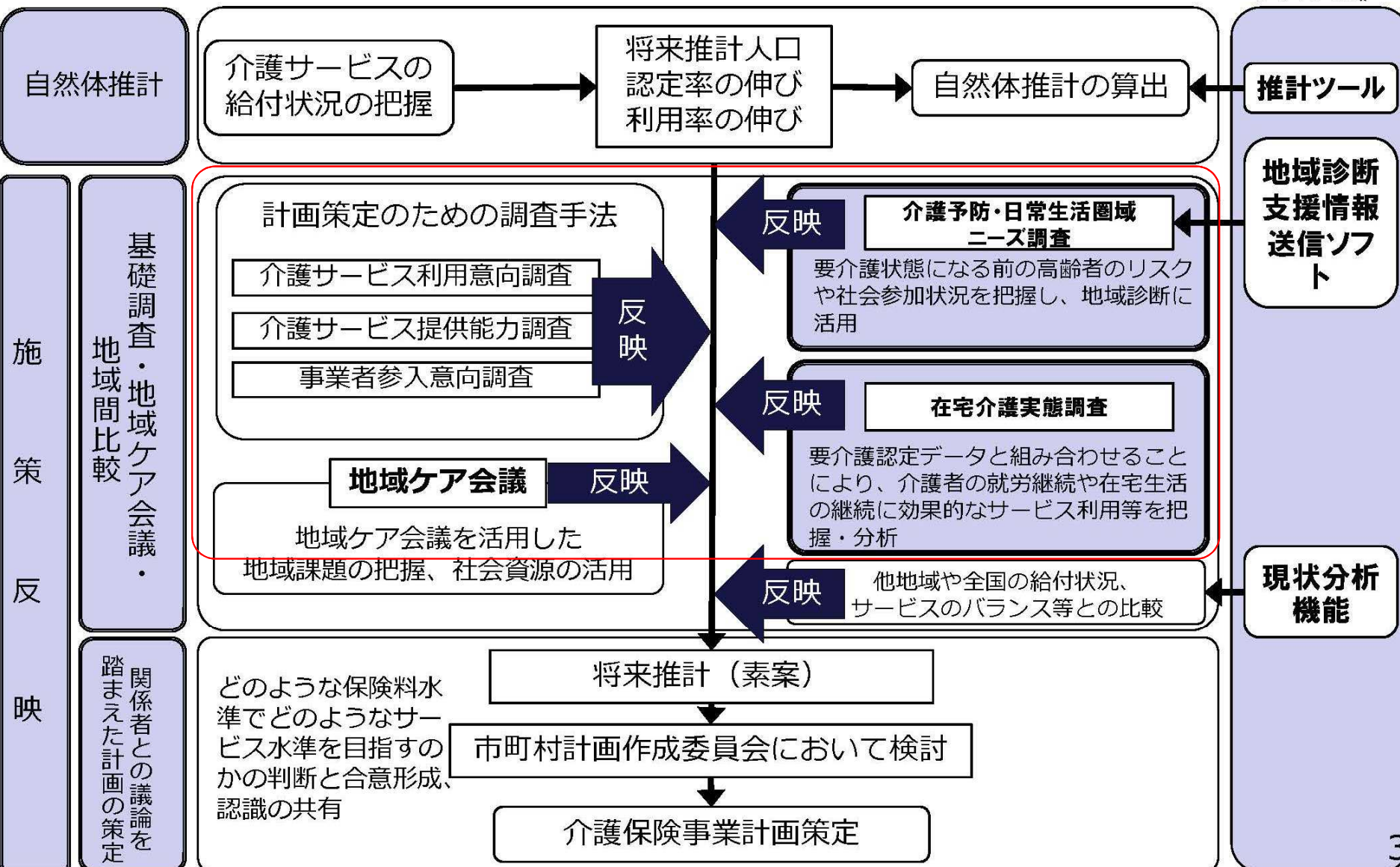
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載し、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



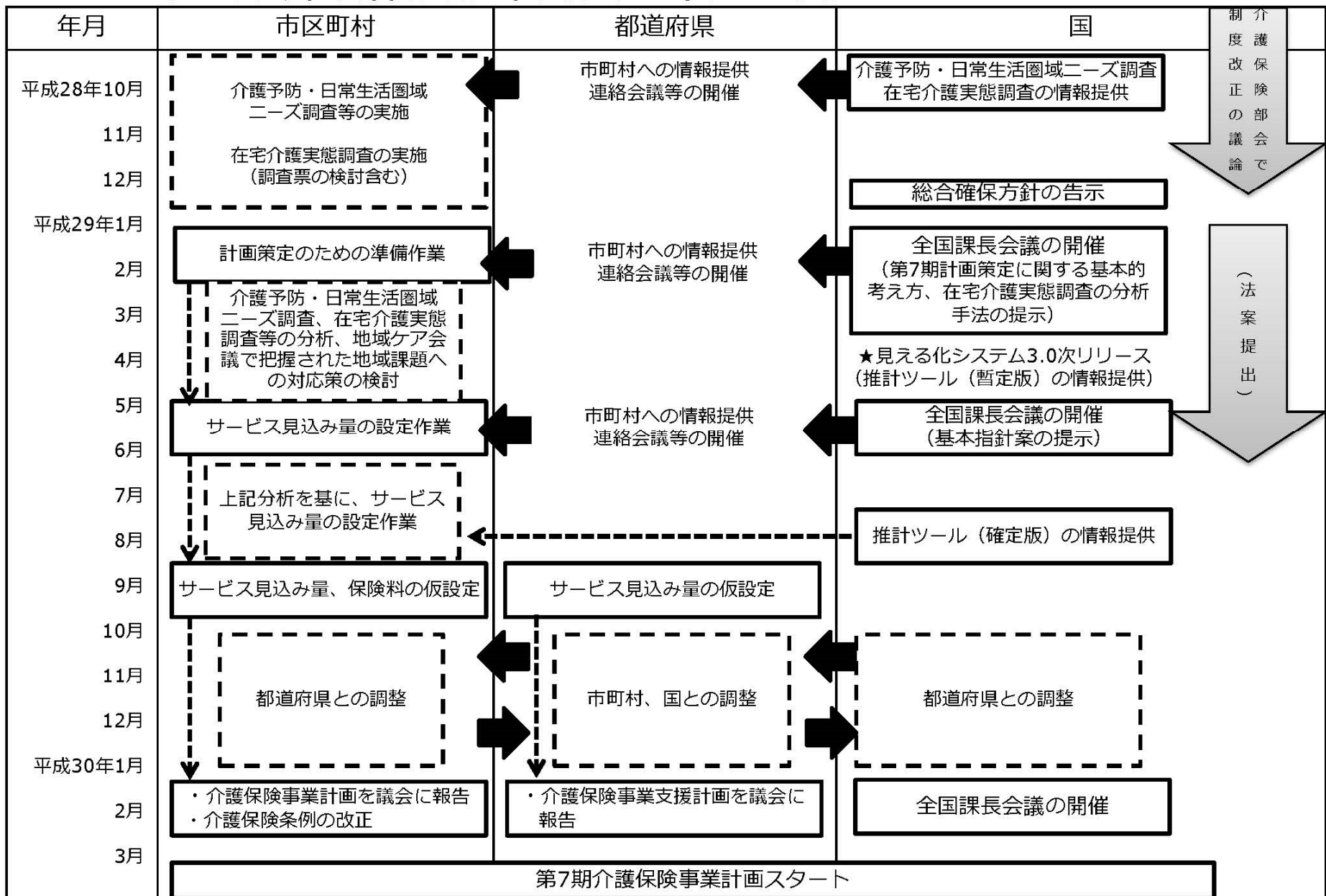
第7期介護保険事業計画の策定プロセスと支援ツール

《「見える化」システム》



出典：平成28年10月31日厚生労働省第8回医療介護総合確保促進会議資料より

第7期介護保険事業計画の策定に向けたスケジュール



出典：平成28年10月31日厚生労働省第8回医療介護総合確保促進会議資料より

医療計画・地域医療構想データ利用の例

- 訪問診療算定者数
 - 2013年実績
 - 2025年推計
- 在宅医療等（入院病床からの移行も含めたもの）
 - 2013年実績
 - 2025年推計

※さらに、患者住所地ベース・医療機関所在地ベースのデータ双方が提供されている場合には、両者を比較することによりある程度の患者動態を知ることができる。

市町村別データがなく地域医療構想圏域データ
のみの場合には、人口で割るなどの対応

アンケートの対象や調査事項の例

- **非認定高齢者**（日常生活圏域二一ズ調査の対象）
 - 要介護状態になったとき／人生の最終段階における療養場所
- **要介護認定者**
 - QOL・生活満足感など
 - 人生の最終段階における療養場所
- **医療機関・介護サービス事業者**
 - 将来に向けてのサービス提供能力
 - QWL

アンケートを行う上での課題と対応の方向性（案）

- 他市町村との比較ができない
 - 既存の国実施調査と同じ設問を用いる（例：厚生労働省人生の最終段階における医療に関する意識調査・内閣府国民生活に関する世論調査・
 - 都道府県単位で統一的な調査を実施する（参考：長野県高齢者実態調査）
 - 日常生活圏域二一ズ調査・JAGESプロジェクト（千葉大学近藤克則教授）等の活用
- 每期費用がかかる
 - 他の計画と協調して効率的な調査実施に努める（参考：市川市eモニタ制度）
 - 都道府県単位で統一的な調査を実施する（参考：長野県高齢者実態調査・広島県ケアバランス指標）

「並べて比べる」相手をあらかじめ
考えて設定しておくことが重要

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査票（必須項目） 「健康について」抜粋

問7 健康について	
(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか	
1. とてもよい	2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない
(2) あなたは、現在どの程度幸せですか （「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください）	
とても不幸	とても幸せ
0点	1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点
(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	
1. はい	2. いいえ
(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	
1. はい	2. いいえ

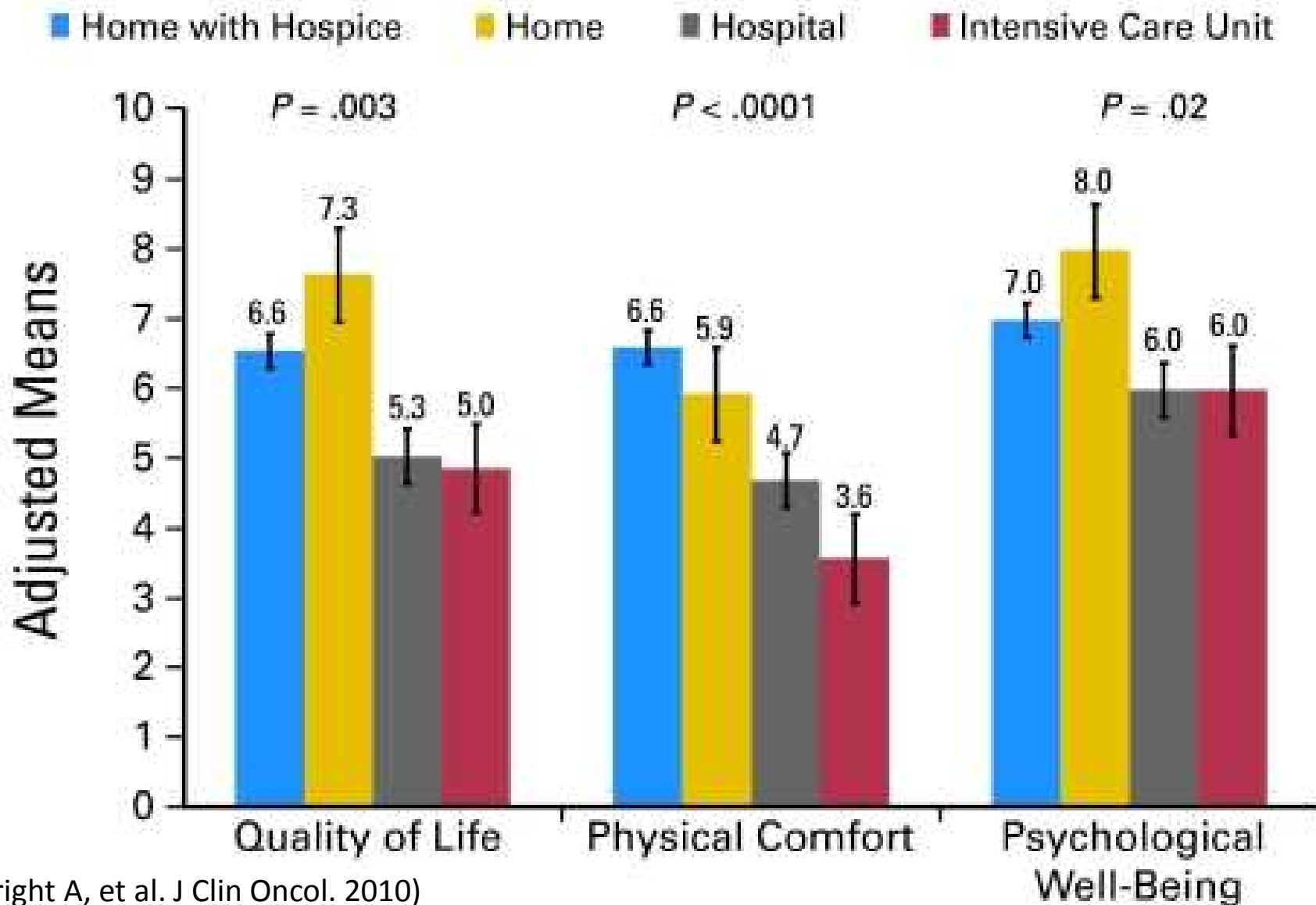
主観的健康感

主観的幸福感

抑うつ

※これらの項目を要介護者（訪問診療利用群・入院群・入所群）に対して実施するだけで、自立高齢者群との比較が可能となる

(参考) Q : どこで終末期を過ごすのが幸せ？
→A : 調べなければ分からない



長野県 高齢者実態調査

	H25調査(第6期用)	プラン頁
認定者等実態調査 要介護・要支援	居宅での主な介護者(続柄、年齢)	P10
	ずっと自宅で暮らし続けるためにあればよいと思う支援	P51
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用意向	P52
	入所を希望する施設の形態	P69
	施設等への入所希望(全体、一人暮らし)	P72
施設入所者調査	申込から入所までの期間	P67
	市町村が行う福祉避難所指定の取組に対する施設側の考え 福祉避難所として指定された場合の運営上の課題	P81
事業所 サービス 介護	事業所の職員の不足感 不足している理由 人材育成のための取組にあたっての課題	P64

広島県 市町村別ケアバランス指標

◆ 在宅生活の継続が困難になるのは、身体介護量(特に排泄ケア)が増大する「要介護3以上」と考えられていることから、要介護3以上の認定者の居所(在宅、施設など)をサービス利用割合から分析することにより、地域のケアバランスの特性を把握することができます。

認定者における各サービス利用比率(ケアバランス)(要介護3以上・市区町単位)
平成24(2012).3⇒平成26(2014).3

2012.3データ: H26.2広島県地域包括ケア資源調査報告書
2014.3データ: 広島県EMiTAS-Gシステム

■ 在宅サービス(右記ショートステイを除く) ■ ショートステイ15日以上 ■ 施設、居住系サービス ■ 入院 ■ その他

市区町	在宅サービス(右記ショートステイを除く)	ショートステイ15日以上	施設、居住系サービス	入院	その他
2012.3_00広島県	35.5%	3.8%	44.1%	4.4%	12.2%
2014.3_00広島県	36.3%	4.2%	46.4%	4.8%	8.3%
2012.3_01広島市	36.3%	3.8%	43.2%	4.0%	12.7%
2014.3_01広島市	38.4%	4.2%	44.8%	4.5%	8.1%
2012.3_011中区	38.9%	3.3%	40.3%	4.2%	13.3%
2014.3_011中区	41.8%	3.6%	41.8%	4.0%	8.8%
2012.3_012東区	33.5%	3.9%	43.3%	4.6%	14.7%
2014.3_012東区	36.2%	4.5%	45.7%	4.2%	9.3%
2012.3_013南区	38.5%	2.7%	42.2%	4.5%	12.0%
2014.3_013南区	39.5%	3.0%	44.4%	4.3%	8.7%
2012.3_014西区	39.1%	3.2%	42.0%	4.0%	11.7%
2014.3_014西区	39.9%	3.9%	43.7%	5.3%	7.2%
2012.3_015安佐南区	37.7%	6.2%	41.6%	3.4%	11.0%
2014.3_015安佐南区	40.6%	6.5%	42.1%	3.9%	7.0%
2012.3_016安佐北区	33.7%	4.1%	46.2%	3.0%	13.1%
2014.3_016安佐北区	35.8%	4.3%	47.8%	4.4%	7.7%
2012.3_017安芸区	32.4%	3.6%	47.6%	4.7%	11.7%
2014.3_017安芸区	33.7%	4.1%	48.4%	5.1%	8.8%
2012.3_018佐伯区	33.5%	2.6%	44.8%	4.4%	14.6%

※ 市町村に対しては、日常生活圏域単位のケアバランス指標の集計を提供している。

評価指標として活用し得るデータソース

	指標	データソース（収集主体：調査名等）
人口等	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者数 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：人口動態調査
	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定者数 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：介護保険事業状況報告
	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者数 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村：主治医意見書記載の「認知症高齢者の日常生活自立度」情報の集計（IIまたはIII以下の者）
S	<ul style="list-style-type: none"> 病床数（地域包括ケア病床など） 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：医療施設調査
	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険施設数・定員（老健施設など） 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を行う診療所数 在宅療養支援診療所数 往診を行う診療所数 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県：医療機能情報提供制度
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション数・従事者数 24時間対応の訪問看護ステーション数 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県：介護サービス情報公表制度
	<ul style="list-style-type: none"> 看護小規模多機能型居宅介護施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県：介護サービス情報公表制度
P	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数 	
	<ul style="list-style-type: none"> 退院時共同指導料の算定人数 	<ul style="list-style-type: none"> 国保連等：医科レセプト（KDBなどの活用）
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者訪問診療料の算定人数・回数 往診料の算定人数・回数 訪問診療の在宅ターミナルケア・看取り・死亡診断加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> 国保連等：医科レセプト（KDB・地域医療構想策定支援ツールなどの活用）
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護（介護・医療）の算定人数・回数 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 訪問看護のターミナルケア加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> 【介護保険分】市町村・国保連等：介護レセプト（KDBなどの活用） 【医療保険分】国保連等：訪問看護療養費レセプト（紙媒体／集計情報を国保連から入手できる場合も）
O	<ul style="list-style-type: none"> 患者のQOL・しあわせ 	<ul style="list-style-type: none"> 独自調査が必要（既存の社会調査と同一項目を用いることで比較が可能となる）
	<ul style="list-style-type: none"> 家族の介護負担 	
	<ul style="list-style-type: none"> 従事者のQWL・働きがい 	<ul style="list-style-type: none"> 医療レセプト・介護レセプト（KDBなどの活用）
	<ul style="list-style-type: none"> 1人あたり医療費・介護給付費 	
	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での死亡割合 	

参考：厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare. At the top left is the logo and name of the ministry. On the right, there are options for text size (Standard, Large, Extra Large) and a search icon. Below the header is a navigation menu with categories like 'Policy', 'Statistics', and 'Public Comments'. The main content area is titled 'Home Medical Care Promotion' and includes a sub-section 'Policy Introduction'. A red callout bubble points to the 'Data Collection' section, which describes a dataset of 1,741 municipalities. A note mentions a correction to the data as of August 23, 2016. At the bottom, there is a download link for the data file.

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大

御意見募集やパブリックコメント

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 在宅医療の推進について

健康・医療 在宅医療の推進について

重度の要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅医療を推進施策を講じています。

施策紹介

在宅医療にかかる地域別データ集

在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、1,741の基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集です。

(第1回全国在宅医療会議(平成28年7月6日)資料4参照)

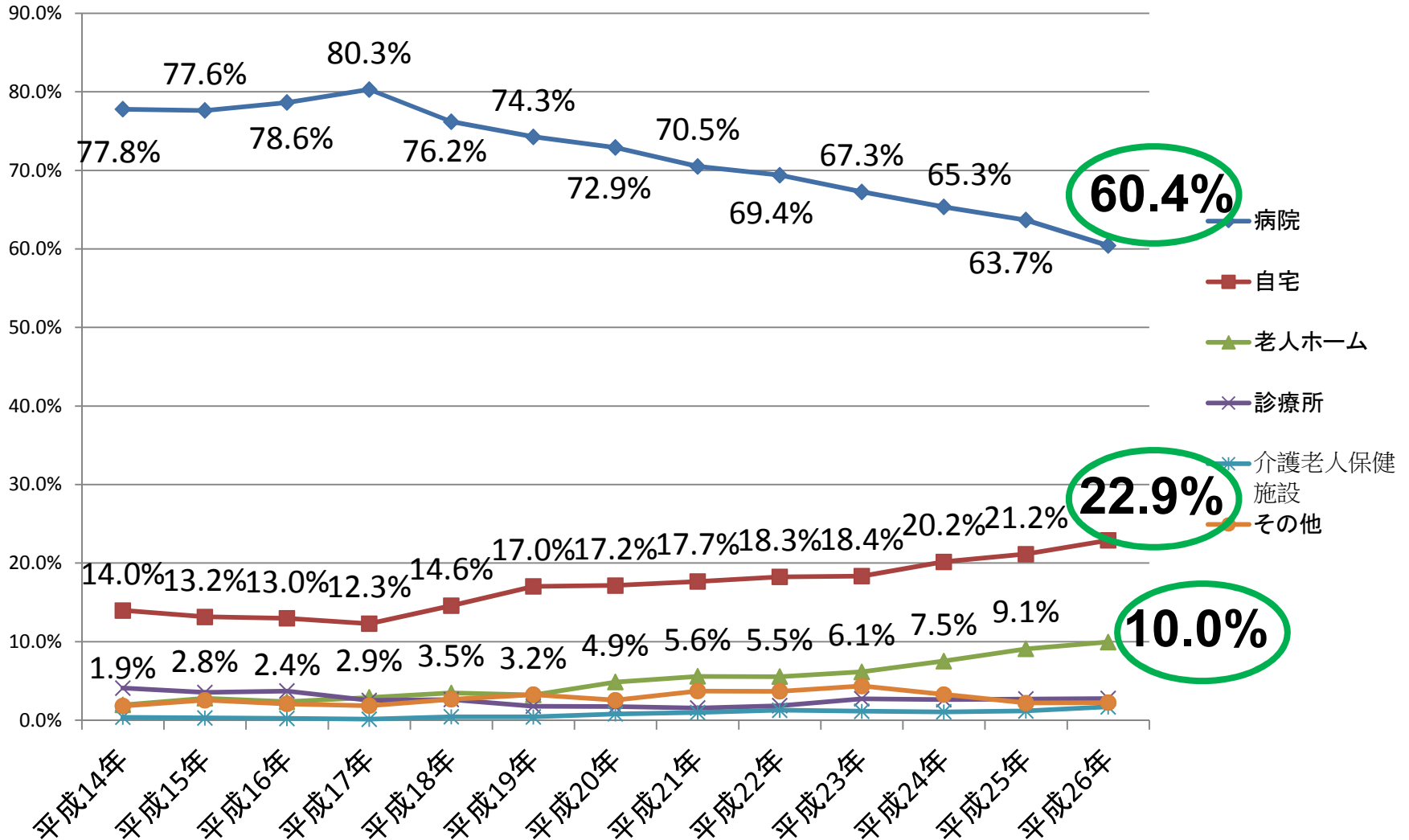
※ データの一部に誤りがあったことから、修正をしております。詳細は、正誤表(0000134105.xlsx)をご確認ください。

下に掲載しているデータファイルには、修正が反映されております。(平成28年8月23日)

在宅医療にかかる地域別データ集[514KB]

但し抽出調査の結果も多く含まれるためよく吟味して活用

横須賀市の死亡場所構成比推移



東近江市 死亡場所と医療サービス・ 介護保険サービスの利用状況

人生の最期を自宅で迎えたいと思う割合は 50%を超えていますが、2012 年中の死亡場所は、79.9%が医療機関となっており、自宅で死亡した割合はわずか 14.7%となっています。

■図表 2-4-6 死亡場所と医療機関・介護保険サービスの利用状況 【単位：人、％】

死亡場所	死亡時の状況	実人数(人)	割合(%)	構成比(%)
施設等	特別養護老人ホームで死亡	37	3.4	3.7
	介護老人保健施設で死亡	2	0.2	
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)で死亡	2	0.2	
医療機関	介護認定のない状況で病院で死亡(若年も含む)	282	25.7	79.9
	介護保険サービスを使わず病院で死亡 (介護認定して18カ月以内に介護サービス利用なし)	154	14.0	
	3～18カ月前まで介護保険サービスを利用	129	11.7	
	2カ月前まで介護保険サービスを利用	55	5.0	
	1カ月前まで介護保険サービスを利用	96	8.7	
	死亡月まで介護保険サービスを利用	161	14.7	
自宅	介護保険サービスを使わず自宅で死亡(64歳未満)	21	1.9	14.7
	介護保険サービスを使わず自宅で死亡(65歳以上)	33	3.0	
	介護保険サービス利用して自宅で死亡	107	9.7	
その他		19	1.7	1.7
		1,098	100.0	100.0

【出典】人口動態調査(2012年1月1日～2012年12月31日)

東近江市 現状分析と目標値の設定

施策 2-1

在宅医療・介護の連携強化

現状分析

- 今後、高齢者数は急激に増え続けます。団塊の世代が75歳以上になる2025年度には、高齢化率が30%を超えると予測されます。
- 市民アンケートの結果では、自らの「看取りの場所」について、「自宅」を希望する割合が50.5%と最も高い現状にあります。しかし、2014年度の看取り率（施設を含む）は、20.0%と大きな乖離があります。
- 在宅療養については、「難しいと思う」の割合が47.6%と最も高く、「できる」の割合は16.0%と少なくなっています。在宅療養が難しい原因は「介護してくれる家族に負担がかかる」が59.9%、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」が46.9%と高くなっています。

今後の課題

- 在宅医療に従事する医師や看護師等の確保、充実が求められます。
- 在宅療養に対する市民の不安感が大きく、在宅療養できるための環境整備とともに市民への啓発も重要です。
- かかりつけ医やかかりつけ薬局の普及・定着の促進が必要であり、かかりつけ医と急性期や回復期の医療機関・各サービスに関わる多様な専門職の連携強化が求められます。

達成目標（2017年度）

- 在宅での看取り数の割合（介護保険施設での死亡数を含む）が増加します。

長期目標（2025年度）

- 在宅での看取り数の割合を28.5%にします。
- 高齢者が医療や介護が必要になっても住み慣れた自宅で過ごすことができる在宅医療の環境を整備します。

事業 2-1-1 在宅医療・介護の連携強化

事業概要

- 在宅医療や看取りの希望をかなえるための人材（医師、看護師など）の確保に努めるとともに、訪問看護サービスに従事する看護師の養成を側面的に支援します。また、家庭医養成プログラムの実施や同行訪問研修等を実施します。
- 在宅医療の環境整備のため、在宅療養支援病院、診療所が医療法で定義されています。連携拠点機能や急変時に対応できる在宅医療提供体制の構築、介護を行う家族への支援などを促進します。在宅療養支援の中心的な役割を担う「かかりつけ医」の普及・定着を促進するとともに、急性期や回復期の医療機関との連携強化を図ります。
- 在宅や施設等の介護や看取りが進められるよう、多職種連携する体制を構築します。

実施効果

- 在宅医療を担う人材の確保ができます。
- 在宅医療に関心をもつ医療関係者が増加します。
- 家族の不安の軽減を図り、在宅医療を進めることができます。
- 医療機関の連携を図ることで、入退院時の連携がとりやすく、安心した在宅療養に繋がります。
- 在宅や施設等での介護や看取りを支援する体制が構築できます。

成果目標・達成時期

開始時期	事業名	取組みの内容	成果目標・達成時期
継続	在宅介護支援事業所等連携会議「医療と連携」ワーキング会議の開催	介護支援専門員によるワーキング会議を開催し、連携に関する課題を検討します。	介護支援専門員と医療関係者との連携強化体制をつくります。
継続	医療と介護相談窓口の実施	医療相談だけでなく、介護まで幅広い相談業務を医師会等の協力で設置します。	2015年度に行政と医師会と協働で設置します。
継続	在宅療養支援システムの推進	病院・診療所・ケアマネ等連携強化のため医師会の支援システムを活用します。	2017年度にはシステムを使って情報の共有を図り連携がとれる体制をつくります。
継続	同行訪問研修	医師・歯科医師・薬剤師・看護師などの多職種の人材が現場に同行し、スキル、関心を高めます。	3年間は継続実施し、在宅療養に関わる人材の理解者を増やします。
継続	家庭医養成プログラムの実施	卒業3年目の医師に対し、3年間の家庭医（総合診療医）養成プログラムを実施します。	毎年研修医を1~2名確保できるように、指導医のより一層の充足を図るとともに、研修プログラムを随時更新します。
継続	小圏域の多職種勉強会	顔の見える圏域で介護に関わる職種が集まりネットワークを構築してまいります。	2017年度までに6圏域でネットワークを構築します。
継続	地域の医療・介護等の資源把握・情報提供	利用者を支える地域の医療・介護等の資源を再把握し、情報収集ならびに関係機関、利用者への情報提供に利用します。	2015年度中に医療・介護関係者に情報提供します。内容の更新は随時行います。
新規 [2015年度]	在宅医療・介護関係者の研修	多職種で研修会を行うことで、顔の見える関係、在宅療養についての課題検討を進めます。	2017年度までに市の医師会等に事業を委託します。
新規 [2017年度]	出前講座等の実施	医療のかかり方から、在宅療養のこと、人生の前期の迎え方などについて、毎年三師会と協働で講座を実施します。	2015年度~2017年度の3年間に生活圏域10圏域に対し啓発を行います。
新規 [2016年度]	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	在宅での療養生活を送れるよう、医師会等と協働でくみづくりを行います。	2017年度には、体制を整えます。

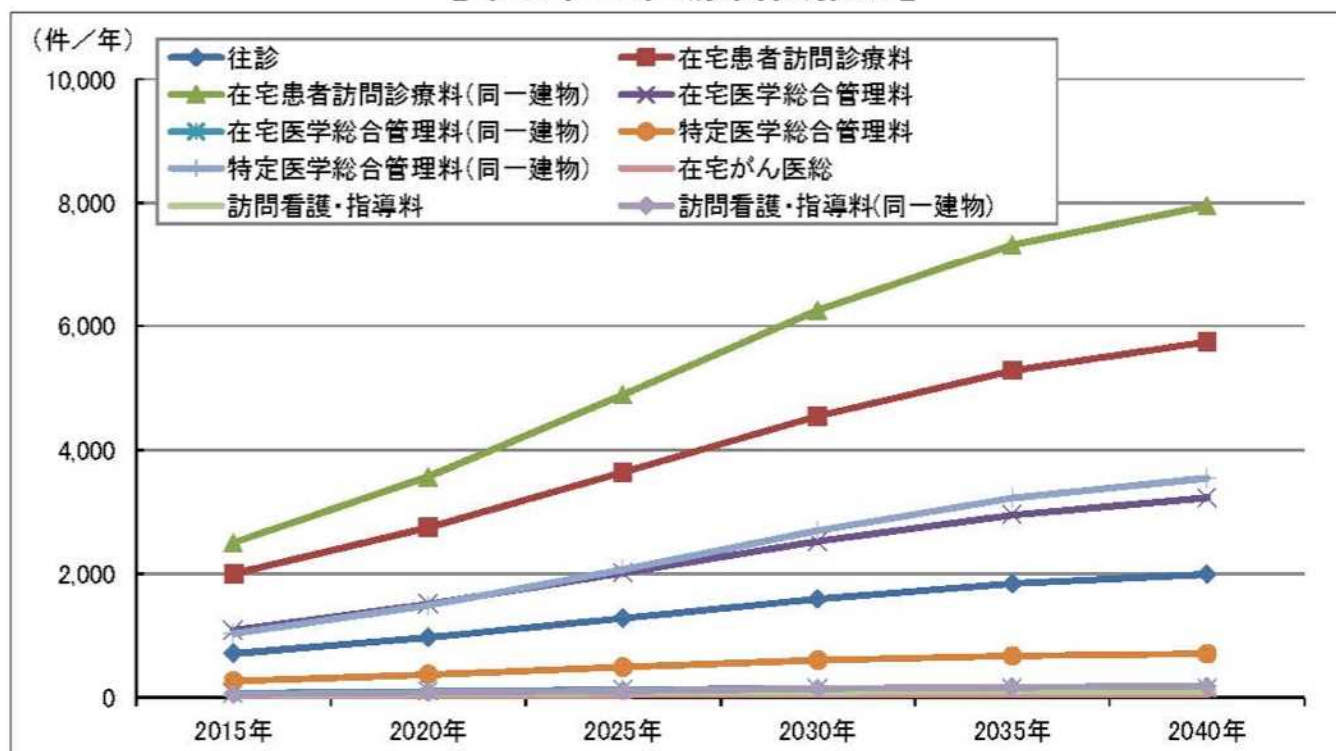
指標

指標	第5期計画実績			第6期計画目標値			長期目標値	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2020	2025
死亡者数のうち、在宅（施設を含む）での看取り数の割合（%）	18.4	19.2	20.0	20.1	21.5	22.3	24.6	28.5

稲城市の訪問診療等対象患者数の推計

◆ 在宅医療全体の将来需要は、2025年(188.5%)に約2倍、2040年(302.1%)に約3倍の在宅需要が見込まれます。療養病床の転換や見直しが進めば、在宅医療の需要はさらに大きくなると見られます。

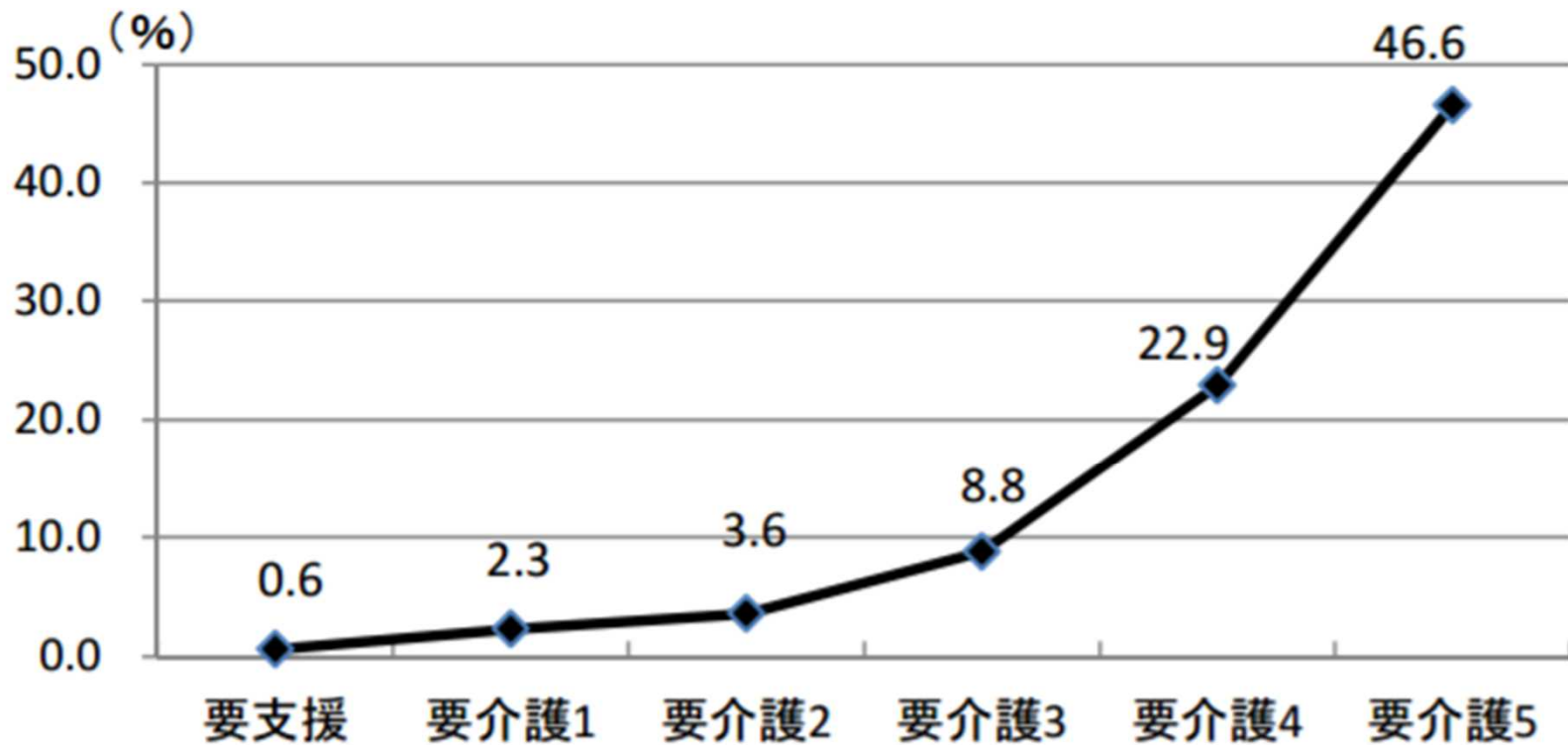
【市の在宅医療需要推計】



出典)平成26年度市国保及び後期高齢者レセプトデータ、平成26年度稲城市人口推計

近江八幡市 訪問診療受給者数推計 － 要介護度別にみた訪問診療受給率 －

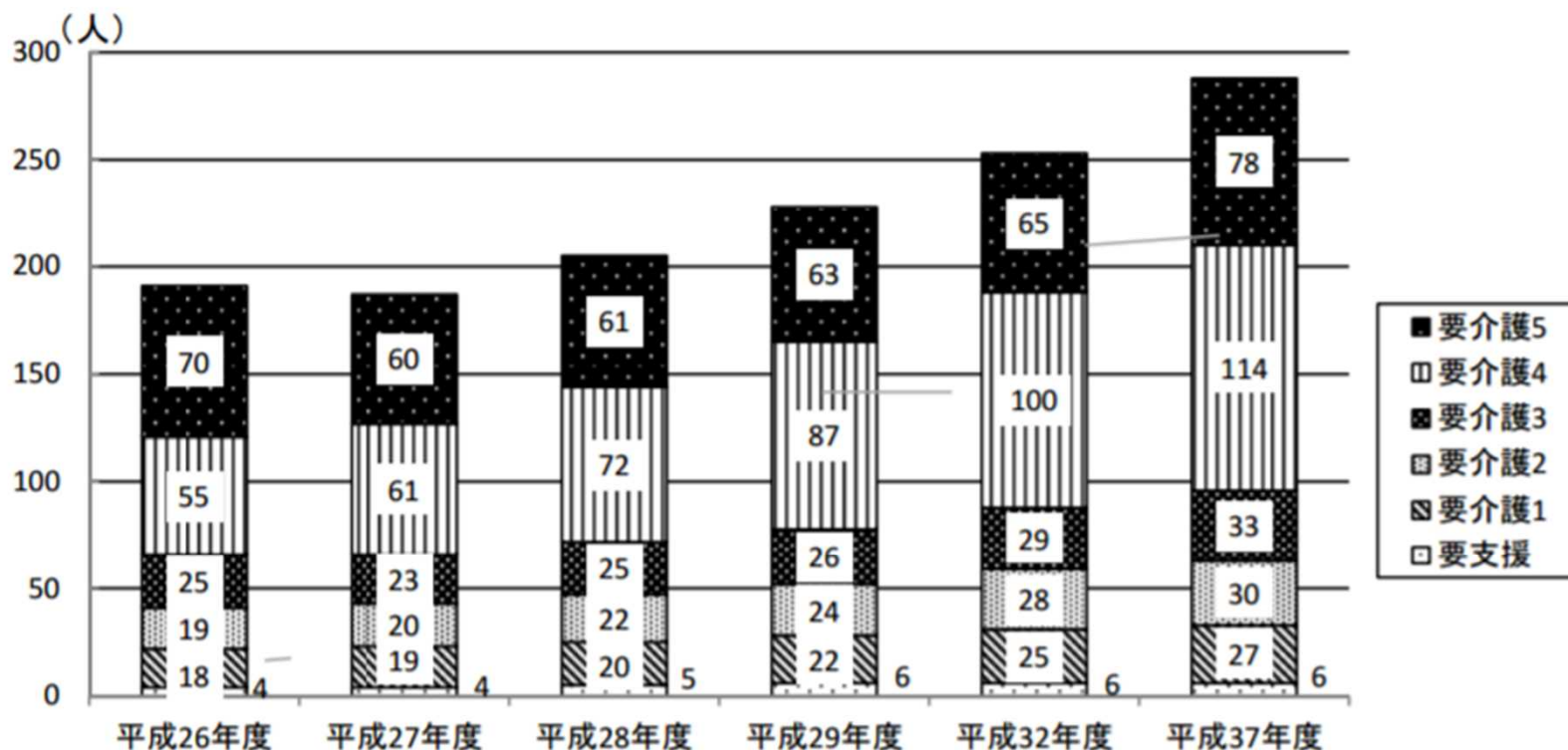
図表 120 要介護度別にみた訪問診療受給者率（平成 26 年 8 月現在）



近江八幡市 訪問診療受給者数推計

－要介護度別 訪問診療受給者数の推計－

図表 121 要介護度別 訪問診療受給者数の推計（一月あたり）



注) 訪問診療受給者数は、在宅サービス対象者数に要介護度別の訪問診療受給率を乗じて算出しました。

そして...目的を達するために何を考える

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

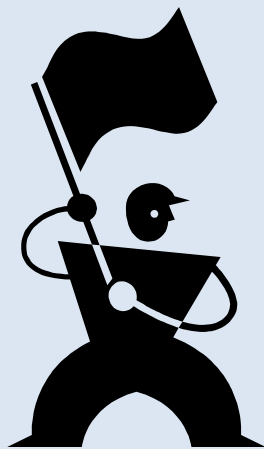
- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

加えて、データがどうであれ 重要なポイント = 「医師会」と「市町村」

〔 いずれもその役割を果たすことのできる地域では唯一無二に近い存在 〕

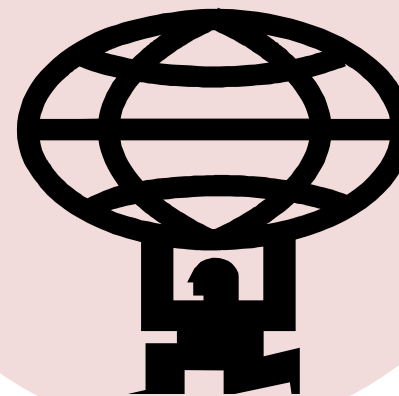
地区医師会（旗振り役）

地域の医療を面的に支える
（医療機関をつなげる）存在



市町村行政（支え役）

地域包括ケアシステムの
構築において中心的な
役割を担う立場



複数市町村にまたがる広域医師会との調整に
ついて都道府県の果たすべき役割は大きい

(他の) 地域支援事業の活用

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(公費:236億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託する事も可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 13億円(公費:26億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 28億円(公費:56億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議 24億円(公費:47億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化 54億円(公費:107億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

- ※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡
- ※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は
- ※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため

在宅医療・介護連携推進事業以外にも視野を広げることが重要

“場”を作って多事業（多機能）を埋め込む方法も… 例：暮らしの保健室



「暮らしの保健室」は医政局在宅医療連携拠点事業（在宅医療・介護連携推進事業の前身のモデル事業）の採択拠点であるが、通所型サービスBや地域介護予防活動支援事業の拠点にも見える

地域支援事業の特性（私見）

- 保険給付（保険事故に対する個人への給付）だけでは対応できないところを支えるもの
→だから「地域支援事業」
- 個別のサービス・事業者の縦割りを日常生活圏域単位でつなげる「糊」や「潤滑油」になり得る
- 使い方いかんでは地域支援事業どうしの新たな縦割りを生むリスクもあるため要注意

(在宅医療・介護連携の推進にも資する)

地域支援事業の有機的活用のイメージ (私見)

介護保険事業計画による方針の提示と日常生活圏域単位の資源のコントロール

包 地域包括支援センター（・市役所）による日常生活圏域単位の資源最適化

各日常生活圏域で働く専門職を初期集中支援チームの資源として活用（但し認知症初期に必要な支援は医療というより生活支援）

認

できる限り元気に暮らし続けられる方策を日常生活圏域ごと地域ケア会議で検討

ケ

生活支援コーディネーターと専門職（ケアマネジャー・看護師・リハビリテーション職種など）を日常生活圏域単位でセット（または兼務）にしたインフォーマルケア・フォーマルケアの連動

生

在宅医療・介護の担い手の確保と日常生活圏域単位での最適化

医

認知症BPSDや終末期への望ましい対応の検討など

認

要介護状態での幸せな生活を実現するための方策を日常生活圏域ごと地域ケア会議で検討

ケ

自立

フレイル

要介護

終末期

専門職を地域の公共財として活かす術

- 所属法人・事業者の役割の他に公的役割を与えて日常生活圏域に配置する
 - 認知症初期集中支援チーム（認知症サポート医などの枠組みも活用可）
 - 在宅医療・介護連携のコーディネーター（例：東京都北区・滋賀県大津市など）
 - 生活支援コーディネーター
 - 総合事業の短期集中予防サービス（C）
 - 地域リハビリテーション活動支援事業

まとめ

- あらためて平成30年度前に事業評価の視点を確認・整理しよう！
- 医療と介護のつながりを楽しもう！
- 興味があれば生活支援・介護予防・住まいにまで攻め込もう！（=介護保険事業全体）
- 都道府県内一律で実施することがメリットとなる事項をよく吟味・厳選しよう！
- 兎にも角にも市町村の声を聞こう！
- イメージが湧かなかったら現場に入ろう！

東京大学：在宅医療・介護連携推進事業関連の問合せ先
メール：homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp
多職種研修ホームページ：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>

都県協議会で継続的に意見交換して いただけるとよいと思うこと

- 市町村支援にあたっての都道府県（保健所含む）のあるべき立ち位置
- // 地方厚生局の //
- 地域包括ケアの評価指標のミニマム
- 在宅医療・介護連携の //
- 日常生活圏域でのケアの統合のしかけ（地域支援事業を横串に刺す視点等）