

在宅医療介護連携推進事業における課題抽出方法と取組

神奈川県地域包括ケアシステム統括アドバイザー

静岡県地域包括ケアシステム推進アドバイザー

大分県地域支援事業スーパーバイザー

高知県長寿社会課地域支援事業推進アドバイザー

沖縄県保健医療介護部地域包括ケア推進課地域支援事業推進アドバイザー

山梨県地域づくり強化支援事業アドバイザー

茨城県高齢者自立支援推進アドバイザー

ツツイグループ顧問兼コンプライアンス室室長

株式会社日本経営顧問

主任介護支援専門員松川竜也

在宅医療・介護連携推進事業の 全体像と課題抽出の重要性

はじめに：なぜ今、「課題抽出」が重要なのか？

- **需要の増大と複雑化:** 団塊の世代が75歳以上となる2025年を経て、地域の医療・介護需要は量的に増大するだけでなく、質的にも複雑化・多様化しています。複数の慢性疾患を抱える方、認知症の方、独居や老老介護など社会的に孤立しがちな方々への支援は、これまで以上にきめ細やかな対応が求められます。
- **「経験と勘」の限界:** これまでの現場の「経験や勘」は、個別のケースに対応する上で非常に価値のあるものです。しかし、それだけでは地域全体の大きな傾向や、まだ表面化していない潜在的な課題を捉えることには限界があります。担当者個人の視点に偏ってしまい、施策が一部のケースに最適化され、地域全体の課題解決に繋がらない可能性もあります。
- **データに基づく政策立案(EBPM)の必要性:** 効果的な在宅医療・介護連携体制を構築するためには、経験や勘を補完するものとして、客観的なデータに基づき地域の実情に即した課題を正確に把握(＝課題抽出)することが不可欠です。これにより、限られた医療・介護資源を、真に支援が必要な分野へ重点的に配分することが可能となります。また、データという共通言語を用いることで、多様な関係者間での合意形成がスムーズになり、事業の必要性を議会や住民に対して説明する際の強力な根拠となります。

本研修を通じて、皆様が以下の状態になることを目指します

■ **多様な課題抽出のアプローチを理解する。**

- データ分析(定量的アプローチ)と、現場の声を聞く(定性的アプローチ)の双方の強みと弱みを学び、それらを効果的に組み合わせる視点を持ちます。

■ **データ(特にKDB)を活用した課題抽出の手法を習得する。**

- KDBデータで「何が分かるのか」を具体的に理解し、仮説を立て、基本的な指標を用いて地域の健康課題を分析する一連の流れを掴みます。

■ **自県・市町村の取り組みに応用するためのヒントを得る。**

- 分析結果を単なる「報告」で終わらせず、地域の関係者を巻き込み、具体的な事業計画やアクションに繋げていくための実践的な考え方を学びます。

成果を生み出すためのPDCAサイクルと課題抽出

- 事業の成果を最大化し、継続的に改善していくためには、経営管理手法であるPDCAサイクルを意識的に回していくことが極めて重要です。多くの自治体において、計画(Plan)に基づき事業を実行(Do)することは行われていますが、その後の評価(Check)と改善(Action)のプロセスが十分に機能しておらず、結果として次年度の計画が前年度の単なる踏襲に終わってしまうケースが散見されます。このPDCAサイクルを力強く、効果的に回していくための全ての起点となるのが、本日の研修テーマのポイントでもある質の高い課題抽出です。

成果を生み出すためのPDCAサイクルと課題抽出

- 課題抽出は、PDCAサイクルにおける「P」、すなわち計画(Plan)の根幹をなす、最も重要なプロセスです。地域の現状を客観的なデータや現場の声に基づいて多角的に分析し、「真の問題は何か」「連携のボトルネックはどこにあるのか」「住民が本当に困っていることは何か」を正確に特定することで、初めて効果的・的を射た施策を立案することが可能となります。例えば、漠然と「連携が不足している」と捉えるのではなく、「大腿骨骨折で退院した患者へのリハビリテーション情報が、病院からケアマネジャーに十分に伝わっていない」といったレベルまで課題を具体化・明確化することが求められます。的確な課題抽出なくして、効果的な事業計画はあり得ません。

8つの事業項目の見直しイメージ（介護保険法施行規則改正イメージ）

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

（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、多職種連携の実態を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅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

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、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

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

（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

（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

事業全体の目的を明確化しつつPDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅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

②対応策の実施

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

（カ）医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

成果を生み出すためのPDCAサイクルと課題抽出

- 厚生労働省が定める本事業の8つの事業項目は、このPDCAサイクルを地域で具体的に実践するためのアクションリストと捉えることができます。
- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



2040年の社会とは

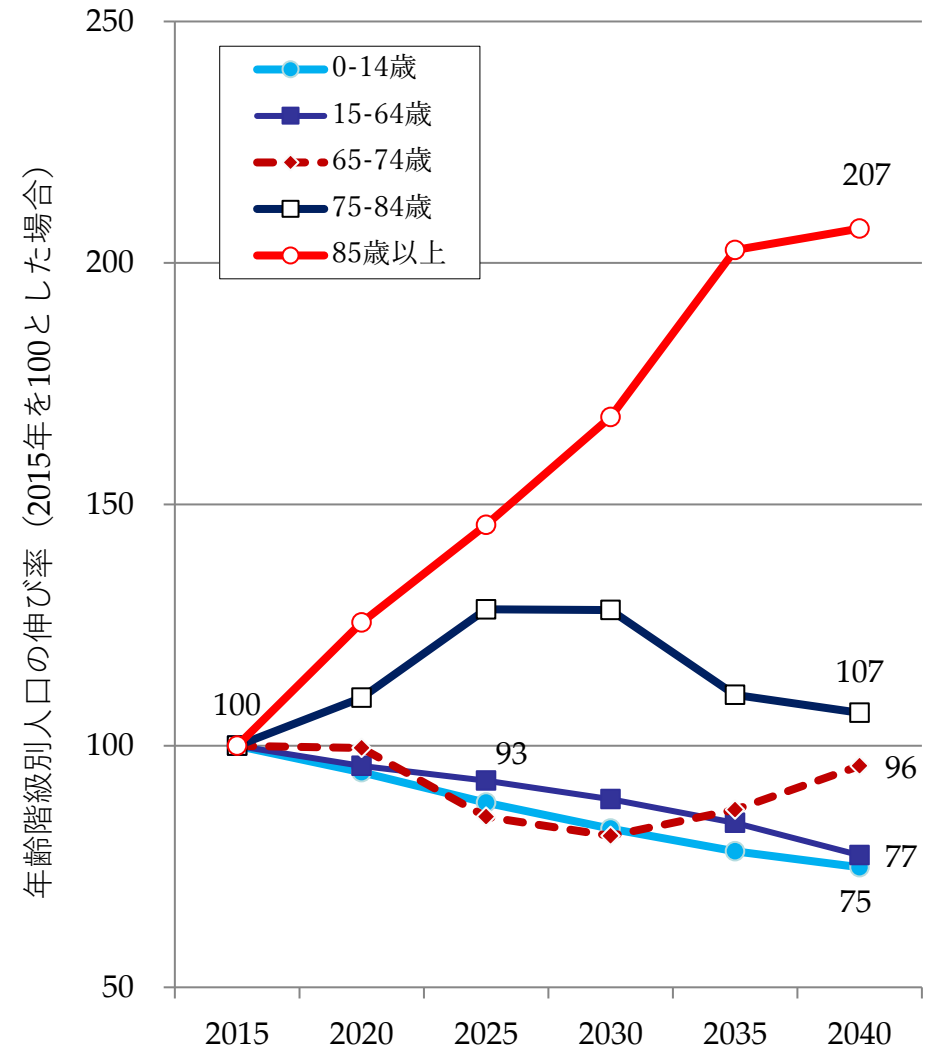
ー 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響を俯瞰するー

人口構造の変化（全国）

年齢階級別人口の推移

	2015		2040	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,710	100.0	11,092	100.0
0-14歳	1,595	12.5	1,194	10.8
15-64歳	7,728	60.8	5,978	53.9
65-74歳	1,755	13.8	1,681	15.2
75-84歳	1,138	9.0	1,216	11.0
85歳以上	494	3.9	1,024	9.2

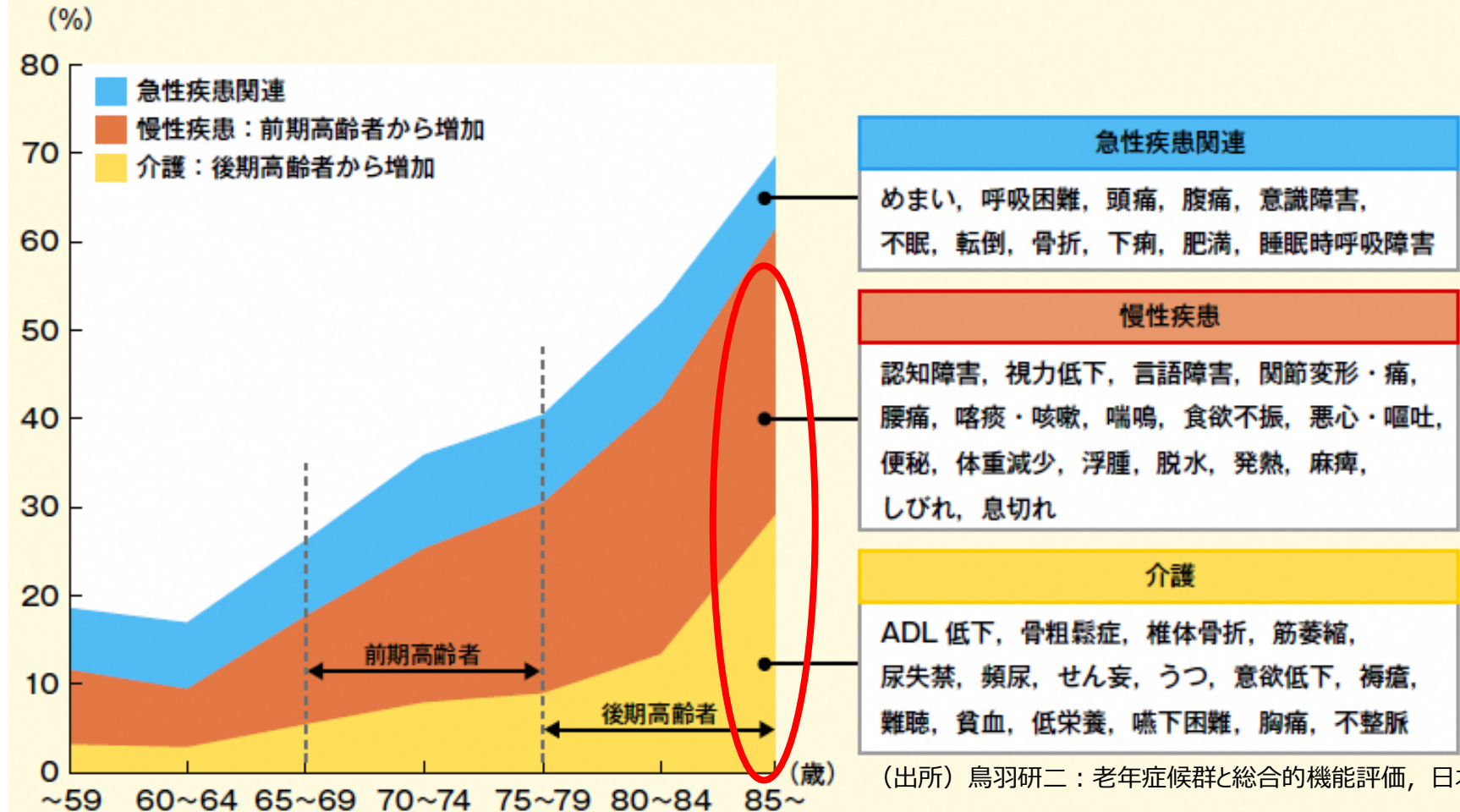
年齢階級別人口の伸び率の推移



人口構造の変化が 医療・介護に及ぼす影響とは

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響

(全身状態の総合的評価と多職種によるチームアプローチの推進)

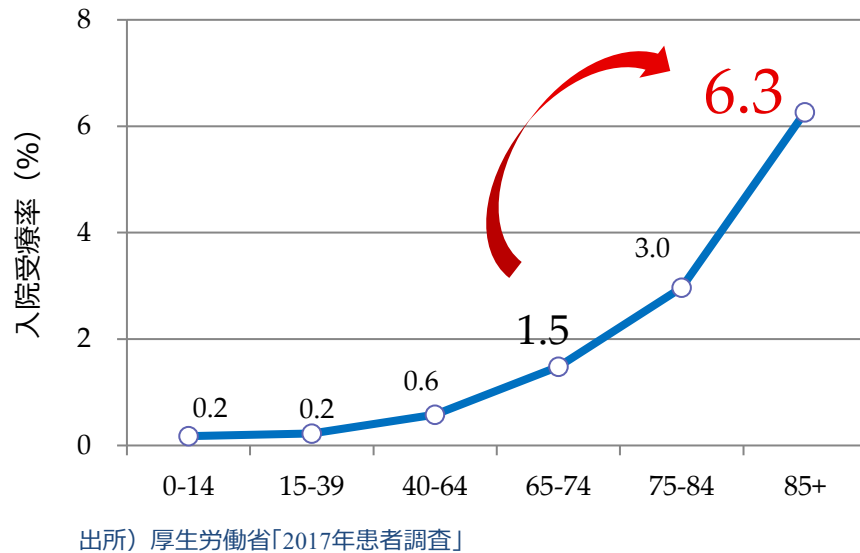


「利用者の全身状態（生活機能、健康状態）」と「個人・環境因子」を総合的に捉えた上で、

「本人の生活課題」の解決に向け、多職種チームでアプローチしていくことが専門職には求められる。

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響（入院）

年齢階級別にみた入院受療率

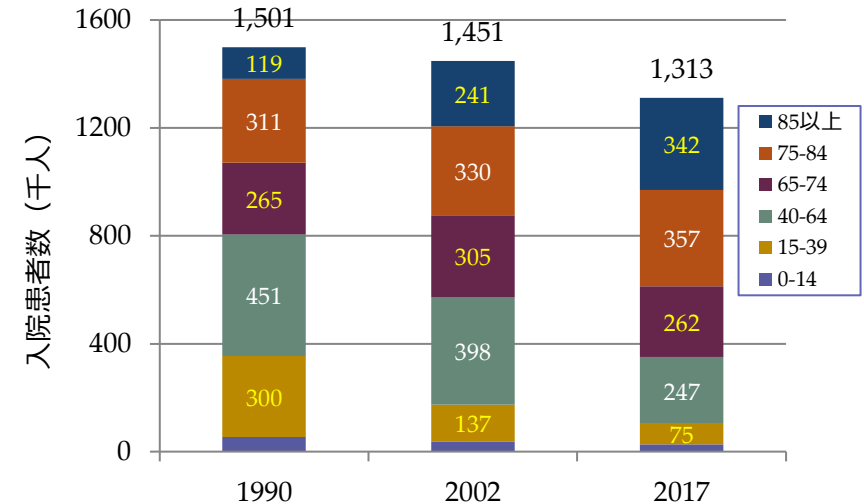


入院の現状と超高齢化の影響

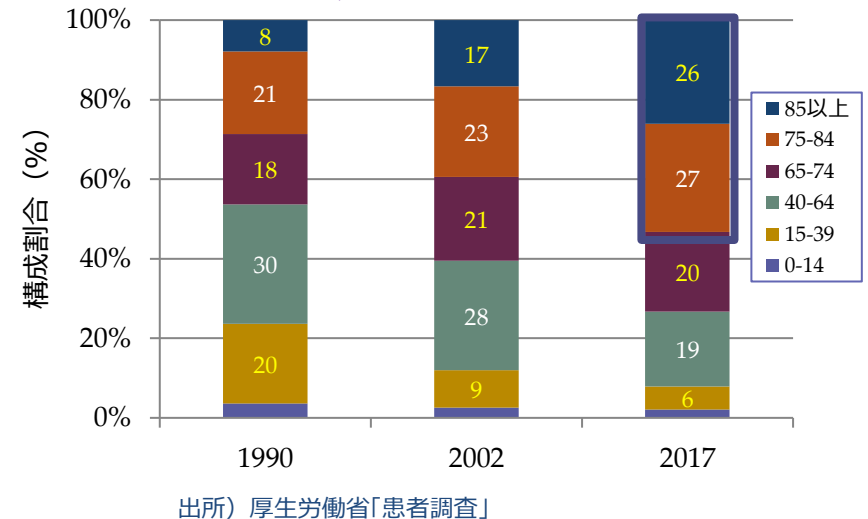
- ✓ 病院病床数は1993年の168万床をピークに減少し、2017年現在155万床となっている。
- ✓ 病床数の減少に伴い、入院患者数（調査日）も1990年の150万人から2017年現在131万人に減少している。
- ✓ 入院受療率をみると、75-84歳の3.0%に対し、85歳以上は6.3%と、2倍以上入院しやすい状況にある。
- ✓ 高齢化の進展により、入院患者に占める85歳以上の割合は、1990年の8%から2017年の26%に急増している。

年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合

a) 年齢階級別入院患者数

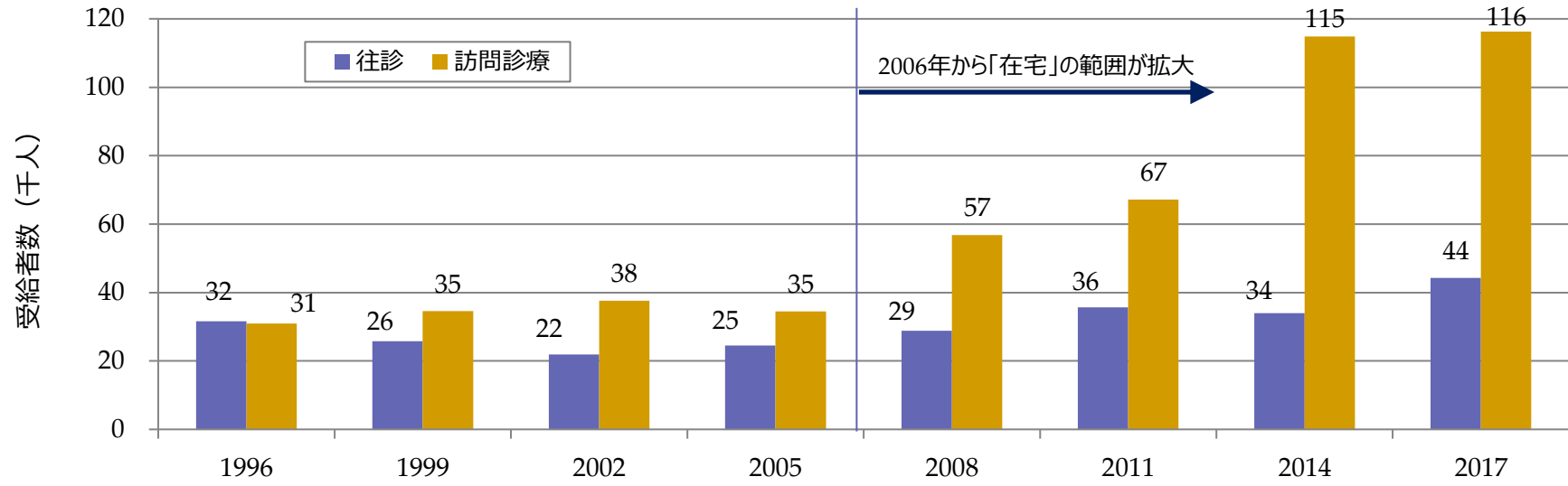


b) 年齢階級別構成割合



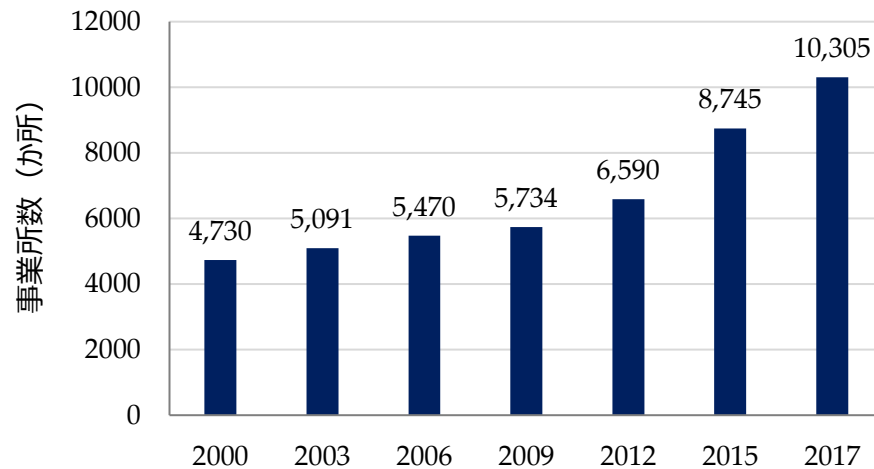
人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響（在宅医療）

訪問診療／往診患者数の推移



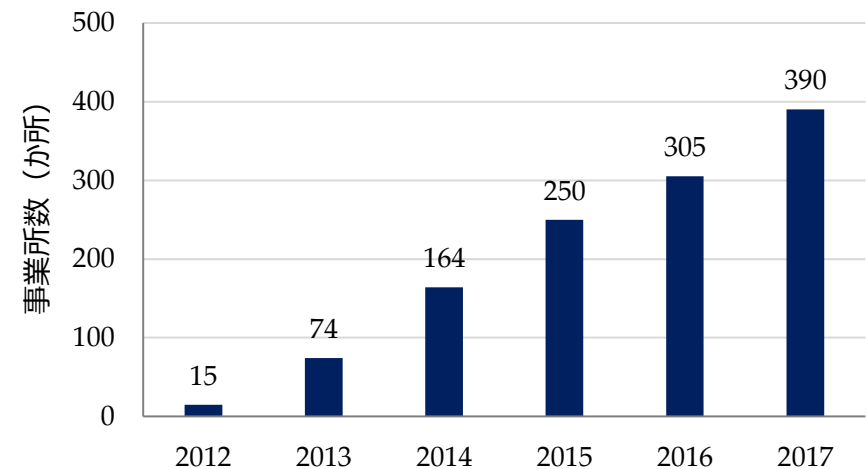
出所) 厚生労働省：患者調査

訪問看護ステーション事業所数の推移



出所) 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査

看護小規模多機能事業所数の推移



人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響（看取り）

死亡場所別死亡者数の推移

a) 場所別死亡者数（万人）

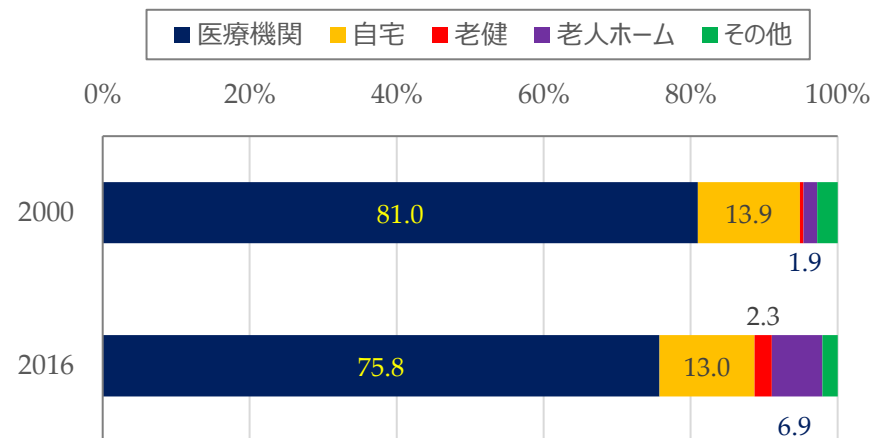
	2000	2004	2008	2012	2016
総 数	96.2	102.9	114.2	125.6	130.8
医療機関	77.9	84.6	92.7	98.8	99.1
自宅	13.4	12.7	14.5	16.1	16.9
老健	0.5	0.6	1.1	2.2	3.1
老人ホーム	1.8	2.1	3.3	5.8	9.0
その他	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7

b) 場所別死亡者数の伸び率（2000年を100とした場合）

	2000	2004	2008	2012	2016
総 数	100.0	107.0	118.8	130.6	136.0
医療機関	100.0	108.7	119.0	126.9	127.2
自宅	100.0	95.4	108.4	120.7	126.9
老健	100.0	134.7	226.7	447.2	637.5
老人ホーム	100.0	119.7	186.0	327.2	505.8
その他	100.0	101.3	100.0	101.6	100.4

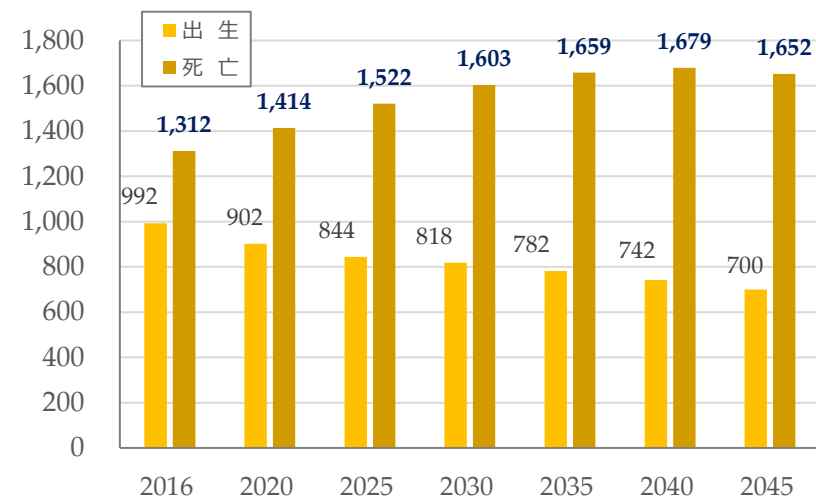
出所）厚生労働省：平成29年人口動態調査

死亡場所別死亡者構成割合



出所）厚生労働省：平成29年人口動態調査

出生数・死亡数の将来推計（単位：千人）



出所）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）

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響

(多職種の見点を入れたケアマネジメントの推進)

図. ICF (国際生活機能分類) の構成図

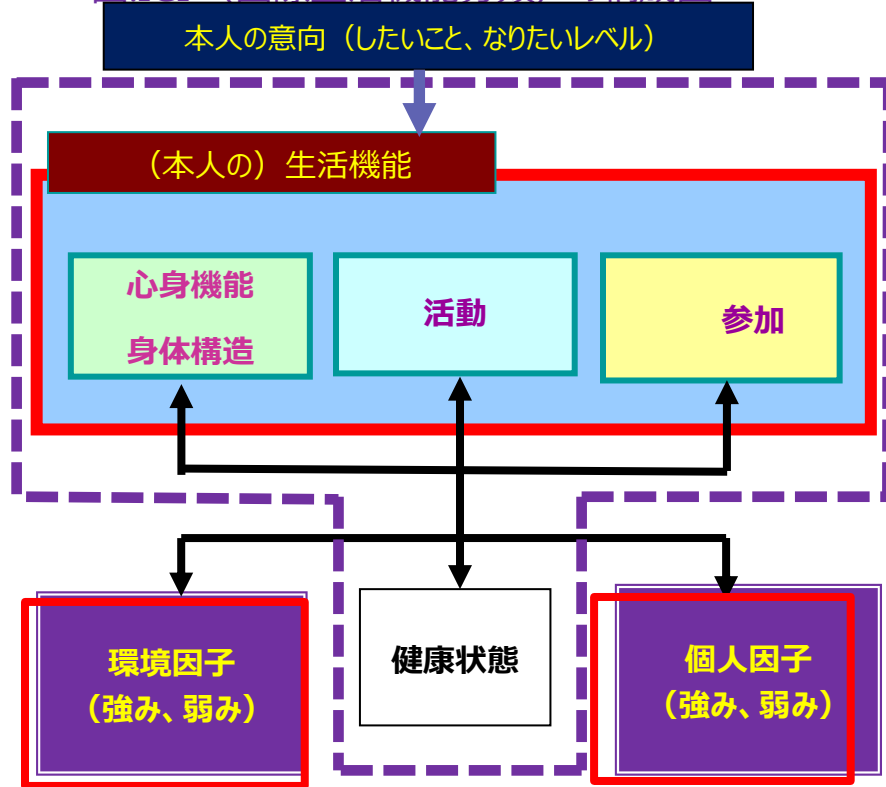
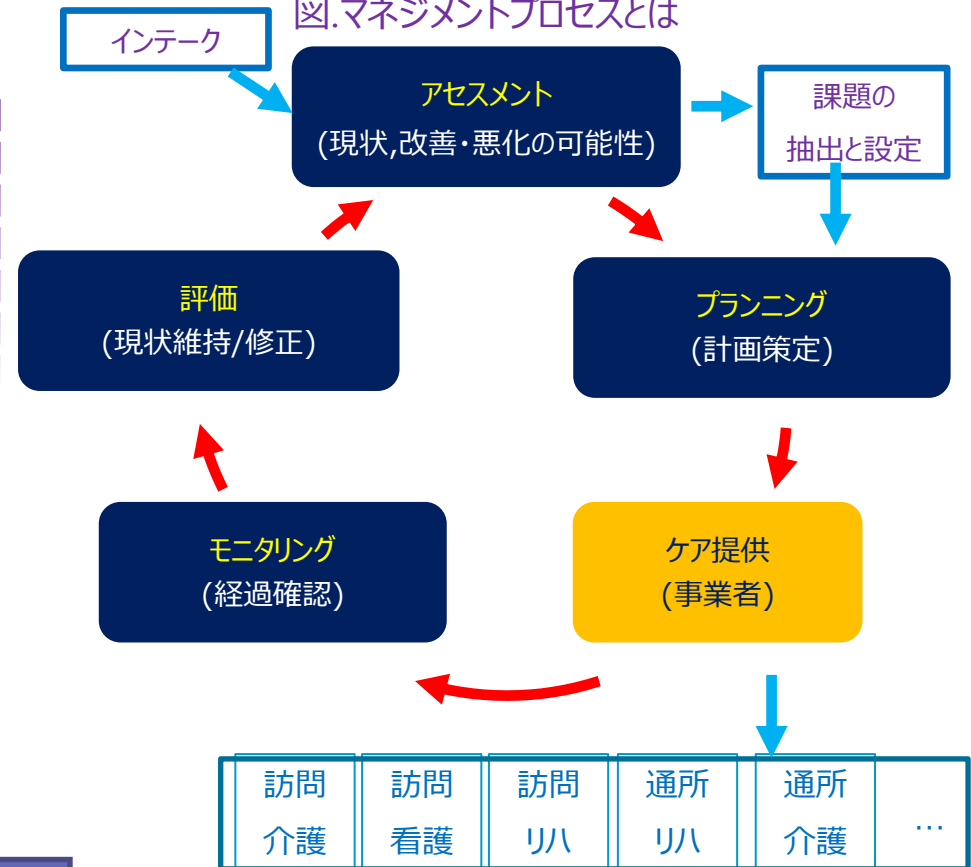


図. マネジメントプロセスとは



85歳以上高齢者の場合、①医療と介護を併せたニーズを有する、②複数の慢性疾患を有する者が増える、③ADLが低下しやすい、④本人を取り巻く様々な環境に個人差がある などの特徴を有する。

⇒こうした特徴を持つ高齢者のマネジメント／医療／ケア関係者には、個人・環境因子、健康状態、心身機能、ADL等を総合的に捉えた上での多職種による関与が求められる。

でも・・・

やらなければならないことが
たくさんあるのはわかったけど、
結局何から始めればいいのか？
どのように進めていいのかもわからないし・・・



課題抽出のための方法論 ツールキット

定性的アプローチ:現場の「声」を捉える

定性的アプローチは、数値データだけでは決して見えてこない、人々の経験、意見、感情といった「質的」な情報を収集・分析する手法です。連携の現場で実際に何が起きているのか、当事者が何に困難を感じているのかを深く理解するために不可欠です。

手法1:関係者会議・ワークショップの開催

地域の医療・介護関係者が一堂に会する会議やワークショップは、課題を抽出するための最も基本的かつ重要な手法です。その最大の目的は、統計データには表れない現場のリアルな課題や、職種間の連携における具体的な”目詰まり”を、当事者自身の言葉で明らかにすることにあります。例えば、「退院時カンファレンスに主治医が参加してくれない」「訪問看護指示書の交付が遅れがちだ」といった生々しい声は、このような場でなければ表面化しにくいものです。こうした会議の副次的な、しかし極めて重要な効果として、いわゆる「顔の見える関係」の構築が挙げられます。普段は電話やFAXでしかやり取りのない多職種が、直接顔を合わせて議論することで、相互の専門性や業務内容への理解が深まり、信頼関係が醸成されます。この信頼関係こそが、課題解決に向けた協働体制を構築する上での強固な基盤となります。

具体的な意見集約の手法としては、KJ法が非常に有効と考えられます。まず、参加者が「連携における課題」といったテーマについて思いつくことを個別に付箋に書き出します(ブレインストーミング)。次に、それらの付箋を模造紙などに貼り出し、内容が近いもの同士をグループ化していきます。最後に、各グループに内容を要約した見出しをつけ、グループ間の関係性を図示することで、個々のバラバラな意見の背後にある、共通の課題構造を視覚的に明らかにすることができます。ある地域では、この手法を用いて多職種グループ討議を行った結果、600枚以上の付箋から26の核心的な課題が集約されたという実績もあります。

定性的アプローチ:現場の「声」を捉える

手法2:アンケート調査・ヒアリング

関係者会議には、時間の制約などから一部の関係者しか参加できないという限界があります。より広範な関係者や、サービスを利用する住民の意見を網羅的に把握するためには、アンケート調査が有効な手法となります。また、特定のテーマについて深く掘り下げるためには、キーパーソンへの個別ヒアリングも重要です。

アンケート調査を企画する際には、まずその目的を明確にすることが肝要です。PDCAサイクルのどの段階に位置づけるのか、例えば、未知の課題を発見するための探索的な調査なのか、あるいは特定の仮説(例:「若手のケアマネジャーは医療との連携に特に困難を感じているのではないか」)を検証するための調査なのかを明確に定義します。

アンケート調査の有効性を示す先進事例として、ある地域で市内全ての居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象に行われた調査が挙げられます。この調査では、「医療ニーズが高い利用者のショートステイやデイサービスの受け入れ先がなかなか見つからない」「主治医との連携に困難を感じる」「病状変化が速い利用者のサービス調整やプラン見直しを負担に感じる」といった項目が、連携における困難感として最上位に挙げられました。このような結果は、現場の負担感を客観的かつ定量的に示す強力なエビデンスとなり、行政が取り組むべき優先課題を特定し、予算確保や関係機関への働きかけを行う際の有力な根拠となります。

定量的アプローチ：現状を「見える化」する

定量的アプローチは、各種の統計データや記録を用いて、地域の状況を客観的な数値で把握し、「見える化」する手法です。現場の「声」という主観的な情報と組み合わせることで、より説得力のある課題分析が可能になります。

手法3：地域資源のマッピング

地域資源のマッピングとは、地域の医療機関（特に、在宅療養支援診療所・病院）、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などの分布や提供している機能を地図上にプロット（配置）し、視覚的に表現する手法です。

この手法の最大の効果は、資源の地理的な偏在を直感的に理解できる点にあります。例えば、「市内のA地区には訪問看護ステーションが一つも存在しない」「24時間対応可能な在宅療養支援診療所が市の西部に集中している」といった、いわゆる**資源の空白地域**や機能の偏りを一目で把握することができます。これにより、漠然とした「資源不足感」を、どのエリアで、どのような資源が、どの程度不足しているのかという具体的な課題認識へと深化させることが可能になります。この分析結果は、新規事業所の開設支援、既存事業所への機能強化の働きかけ、住民への情報提供資料の作成など、具体的な対応策を検討する上での極めて重要な基礎資料となります。

定量的アプローチ：現状を「見える化」する

手法4：ベンチマーキング(先進事例分析)

ベンチマーキングとは、自らの地域の取り組みや成果(パフォーマンス)を、他の優れた自治体(ベンチマーク先)のそれと比較・分析することで、自地域の強みや弱みを客観的に評価し、具体的な改善目標や戦略を導き出す手法です。特に、人口規模、高齢化率、地理的条件などが類似している自治体と比較することで、より有益な示唆を得ることができます。この手法の目的は、単に他地域の成功事例を模倣することではありません。比較分析を通じて、「なぜ我々の地域では在宅看取り率が低いのか」「なぜあの市では退院後の再入院率が低いのか」といった問いを立て、そのギャップを生み出している要因(プロセスの違い、連携体制の違いなど)を明らかにすることにあります。

ベンチマーキングのプロセスは、一般的に以下のステップで進められます。

- 1.目的の明確化と自地域の現状分析:** 何を改善したいのかを明確にし、比較対象とする指標(例:在宅看取り率、一人あたり在宅医療費)を決定します。
- 2.ベンチマーク先の選定:** 比較対象として適切な、優れた実績を持つ自治体を選定します。
- 3.データ収集・分析:** 公開されている統計データや、相手方自治体へのヒアリング等を通じて情報を収集し、自地域とのギャップを分析します。
- 4.改善アクションプランの策定:** ギャップの要因分析に基づき、自地域で導入すべき具体的な改善策を計画します。

定量的アプローチ：現状を「見える化」する

手法4：ベンチマーキング(先進事例分析)

総務省が推進する「自治体間ベンチマーキング」では、介護保険業務などの法定業務を対象に、業務プロセスレベルでの稼働時間やコストを比較する、非常に詳細な分析が行われています。このようなミクロな視点での比較は、業務改善に直結する課題を発見する上で極めて有効です。

これらのマッピングやベンチマーキングといった定量的手法が持つ真の力は、単に問題を特定することに留まりません。それは、**変革への機運を醸成する政治的・組織的な推進力**を生み出す点にあります。例えば、特定の地域に在宅医療資源が存在しないことを示す「空白地帯マップ」は、地域の議員や住民に対して問題を一目瞭然で伝え、対策を求める声を喚起する強力な視覚的ツールとなります。同様に、近隣の同規模市と比較して「当市の退院後在宅復帰率が著しく低い」というベンチマーク結果は、これまで変革に消極的だった組織内部の慣性や抵抗を打ち破るための、否定しがたい客観的根拠となります。

現場の感覚的な「看護師が足りない気がする」といった意見は、時に軽視されがちです。しかし、客観的なデータに基づく「見える化」された事実は、議論の土台を主観的な意見交換から、客観的な事実に基づいた政策立案へと転換させます。この転換こそが、予算の確保、医師会をはじめとする多様な関係者間の合意形成、そして新たな取り組みを正当化するために、行政の現場においてしばしば不可欠となるのです。

【表1:課題抽出方法の比較一覧】

手法	概要	メリット	デメリット	主な活用場面
関係者会議・ワークショップ	地域の多職種が一堂に会し、討議を通じて課題を共同で発見・構造化する。	・現場のリアルな課題を把握できる ・「顔の見える関係」が構築できる ・関係者の当事者意識を醸成できる	・参加者の選定に偏りが生じる可能性 ・ファシリテーターの技量に依存 ・時間とコストがかかる	・連携の初期段階での関係構築 ・複雑な課題の根本原因を探る ・施策への合意形成を図る
アンケート調査・ヒアリング	質問紙や対面での聞き取りにより、関係者や住民の意識・実態を網羅的に把握する。	・広範囲の対象者から定量的に情報を収集できる ・統計的分析が可能 ・匿名性が高く、本音を引き出しやすい	・質問設計が難しい ・回収率の確保が課題 ・回答の深掘りが困難	・地域全体の意識・ニーズの把握 ・施策の前後での効果測定 ・特定職種の課題を定量化する
地域資源のマッピング	医療・介護資源の所在地や機能を地図上にプロットし、地理的な分布を可視化する。	・資源の偏在や空白地域が一目瞭然 ・直感的で分かりやすく、関係者間の共通認識を形成しやすい	・機能(質)の情報までは表現しにくい ・データの収集・更新に手間がかかる	・資源の適正配置計画の立案 ・住民への情報提供資料の作成 ・新規事業所の開設支援
ベンチマーキング	他の自治体の取り組みや成果指標と比較し、自地域の強み・弱みを客観的に評価する。	・客観的な目標設定が可能 ・自地域の立ち位置を把握できる ・具体的な改善策のヒントを得られる	・単純な模倣に陥る危険性 ・比較可能なデータ入手が困難な場合がある ・背景要因を無視すると失敗する	・事業計画の目標設定 ・既存事業のパフォーマンス評価 ・組織の変革意識の醸成
KDBデータ分析	健診・医療・介護のレセプトデータを統合的に分析し、住民の受療動向等を客観的に把握する。	・客観的・網羅的なデータに基づく分析が可能 ・経年変化や地域間比較が容易 ・医療と介護を横断した実態把握が可能	・データ分析の専門知識が必要 ・データ反映にタイムラグがある ・レセプト情報から意図や背景は読み取れない	・退院後の在宅移行状況の評価 ・疾病別の重症化予防ターゲットの特定 ・看取りの実態把握と政策立案

それぞれの違い

目的が異なるこれらの仕組みは、その性質や機能において明確な違いがあります。

比較項目	① 地域包括ケア「見える化」システム	② 国保データベース(KDB)システム	③ ロジックモデル分析
役割・性質	情報可視化・計画管理システム (地域の羅針盤・ダッシュボード)	個人単位の連結情報データベース (住民一人ひとりのカルテ集約)	政策立案・評価の思考フレームワーク (事業の設計図)
データの粒度	集団データが中心(市区町村や圏域単位の統計情報)。	個人単位の連結データが中核(個人の健診・医療・介護情報の経年追跡)。	データに依存せず、事業の論理構造を整理する手法。
主な目的	計画策定・進捗管理・情報共有。地域全体の現状把握と計画サイクルの支援。	精密分析・対象者抽出・事業評価。科学的根拠に基づく保健事業(EBPM)の実践支援。	事業設計・論理検証・成果指標設定。事業の目的と手段の因果関係を明確化。
得意なこと	地図やグラフによる直感的な現状把握と地域間比較。	個人単位での制度横断分析や、保健事業の介入効果測定。	事業の目的(アウトカム)と活動(アウトプット)の明確な区別と、その論理的関係性の整理。

医療介護連携の取り組みを進めるにあたり

近年、科学的根拠に基づいて保健事業を推進することの重要度が増している。

在宅療養支援診療所・在宅医療支援病院の定例報告だけでなく、特定健診・特定保健指導、データヘルス計画、健康増進計画等、各種データを効果的に活用し、根拠に基づいた計画の策定と実施、評価を行うことが不可欠。もちろん、医療介護連携も同様である。

活用可能なデータは増大しているが、自治体等におけるデータ活用は必ずしも十分とはいえない。

データ活用が難しい要因

“大規模データの加工集計”

- かつては、保健師等の専門職が自分でエクセル等を使って、健診データ等をこつこつと集計作業することが多かった。
- それにより保健活動に専念する時間が奪われては本末転倒。

便利なデータベースシステムの活用例

見える化システム

国保データベース(KDB)システム

KDBシステムとは・・・

国保データベース（KDB）システムは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「**特定健診・特定保健指導**」「**医療（後期高齢者医療含む）**」「**介護保険**」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、**保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的**として構築されたシステムです。

保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、**地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となります。**



1. 保険者等は、被保険者ごとの特定健診結果等の分析を行い、ハイリスク者を抽出したうえで、医療レセプトから医療機関への受診状況を確認して、個別保健指導の対象者と指導内容を決定できます。
2. 保険者等は、地区別、市町村別、県別及び全国の集計情報並びに同規模保険者の集計情報により、自らの集団としての特徴を把握して健康課題を明らかにし、それを踏まえた保健事業計画を策定できます。

その結果・・・



住民の健康の保持・増進(地域の健康水準の向上)に寄与できると考えられる

KDBシステムはどんなことができるの??

特徴① 健診・医療・介護の突合

健診（保健指導）、医療、介護の情報を個人単位で紐付し、制度を跨っていても横断的（同一人物として）に集計・分析することが可能となります。

特徴② 地区割りによる分析

保険者単位よりもさらに細分化した「地区」単位で集計・分析が可能となります。
「地区」は保険者の任意で設定できます。【例：住所別、学区別等】

特徴③ 県・同規模・全国との比較

全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会が一括して集計することで、
都道府県単位での集計、同規模※保険者単位での集計、全国集計との比較が可能
となります。 ※人口や被保険者数をもとに保険者規模を分類した区分

特徴④ 経年比較、性・年齢別分析

保険者・県・同規模などの集計結果を、さらに経年比較、性・年齢別など、様々な角度からの分析が可能となります。

また、個人単位の履歴についても、経年比較による追跡・分析が可能となります。29

■ KDBデータ分析のメリットと留意点

メリット

- ・ 地域の高齢者の医療介護分析に適している（詳しい全件データ、タイムリーなデータ）
- ・ 医療と介護の組み合わせの傾向等を分析できる（糖尿病、認知症等と要介護度等）
- ・ 日常生活圏域別の在宅医療・介護の現状把握ができる（利用者数、提供施設数）

留意点

- ・ 住民全体ではない（協会けんぽ、組合健保等）
- ・ KDBデータと他データを紐づけられない
- ・ 介護認定データや、介護給付の詳細データが含まれていない
- ・ 診療報酬データであること
- ・ 訪問看護ステーションの医療レセプトがない

■ 介護認定・レセプトデータ分析で何ができるか

何を知りたいか？

患者が受けている介護サービスや予後を知りたい（医療）

医療・介護の情報連携について知りたい（介護）



何がわかるか？

介護認定・レセプトデータでわかること

- ・ 心身状態（要介護度、障害高齢者自立度、
認知症高齢者自立度）の変化
- ・ 医療介護連携と心身状態の変化の関連
- ・ 介護サービス利用と心身状態変化の関連
- ・ 入退院時の情報連携（ケアマネ、訪問看護）
- ・ 介護施設での看取り介護、ターミナルケア

■ KDBデータと介護データ

KDBデータ

- ・ 国保連より提供を受ける
- ・ 高齢者の医療・介護について詳しく知ることができる

介護認定・レセプトデータ

- ・ 自治体が保有しているデータを抽出する
 - ・ 要介護者の心身状態の変化と、介護サービスについて詳しく知ることができる
-

地域特性分析

健康状態の地域特徴の可視化

- 地域ごとの医療費、高額疾患
- 健診結果を用いたリスクの可視化

分析の目的

- 健康状態や疾病状況、医療費について地域毎に観察をする
 - 地域によって違いがあるか？
 - 地域の状態の違いを確認することで施策に活用できないか？

分析



- ・ 地区毎の医療費の把握
- ・ 健康状態の可視化

結果の活用（案）

健康状態が良い
地区

好事例として、他地区に展開

将来リスクは？先回り対策

健康状態が
悪い地区

低い理由・課題の探索

重点予防地域として対策

地域ごとの特性を踏まえた取り組みが必要³³

地域別分析のまとめ

状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、「在宅介護実態調査」と「認定データ」の突合せが可能。かつ、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した。

保険者(n=4411)		現在の状況							サービス利用実態
		年齢	居住状態	要介護度	原因疾患	認知症程度	日常生活自立度	ADL, IADL(※1)	
那覇市	N=550 (12.5%)								
宜野湾市	N=475 (10.8%)								
石垣市	N=356 (8.1%)								
糸満市	N=260 (5.9%)								
沖縄市	N=692 (15.7%)								
うるま市	N=595 (13.5%)								
宮古島市	N=141 (3.2%)								
西原町	N=162 (3.7%)								
浦添市	N=482 (10.9%)								
竹富町	N=43 (1.0%)								
広域連合	N=655 (14.8%)								

※1 ADL/IADLのレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(できる)、中心部分が1点(できない)

国保データベース（KDB）システムの主な対象データ

○ 国保データベース（KDB）システムは、国保連合会において健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要な下記のデータを取得する。

健診・保健指導

特定健診等データ管理システム

<健診等データ（月次）>

- 健診台帳データ
- 健診結果台帳データ
- 検査問診結果台帳データ
- 特定健診結果データ
- 指導台帳データ
- 指導結果台帳データ
- 継続支援台帳データ
- 特定保健指導結果データ
- 被保険者マスタ
- 除外対象者データ
- 健診等機関マスタ

<保険者別集計帳票データ（年次）>

- 特定健診リスクパターン別集計表
- 質問票項目別集計表
- 特定健診結果総括表
- 特定保健指導結果総括表（動機付け）
- 特定保健指導結果総括表（積極的）
- 特定健診・保健指導実施結果総括表
- 特定健診・保健指導進捗・実績管理表

医療（国保・後期）

国保総合システム

- 内科レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- D P Cレセプト
 - ・レセプト管理、総括管理、包括評価部分、傷病、診断群分類、摘要、傷病名、資格、C Dレコード
- 歯科レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- 調剤レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、医薬品、処方、調剤、指導管理料
- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ（世帯情報）、被保険者マスタ（個人情報）

後期高齢者医療請求支払システム

- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ（個人情報）

介護

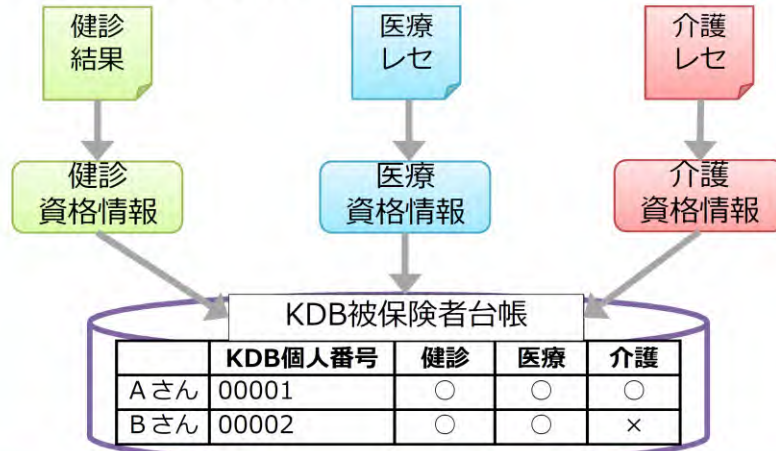
介護保険審査支払等システム

- 保険者向け給付管理票情報
- 国保連合会保有給付実績情報
 - ・基本情報レコード
 - ・明細情報レコード
 - ・緊急時施設療養情報レコード
 - ・所定疾患施設療養費等情報レコード
 - ・特定診療費・特別療養費情報レコード
 - ・食事費用情報レコード
 - ・居宅サービス計画費情報レコード
 - ・福祉用具購入費情報レコード
 - ・住宅改修費情報レコード
 - ・高額介護サービス費情報レコード
 - ・特定入所者介護サービス費用情報レコード
 - ・社会福祉法人軽減額情報レコード
 - ・集計情報レコード
- 保険者台帳情報
- 市町村固有情報
- 広域連合情報（行政区情報）
- 事業所台帳情報
 - ・基本情報、サービス情報、介護支援専門員情報
- 受給者台帳情報

国保データベース（KDB）システムの特徴

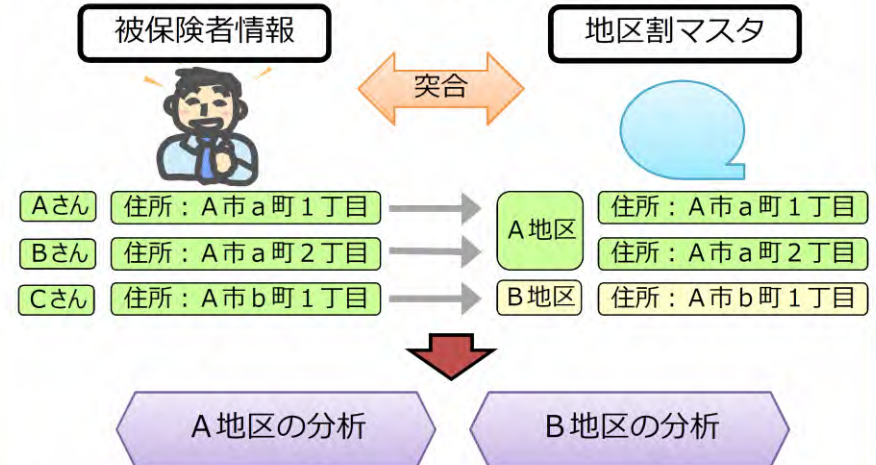
1. 健診・医療・介護の突合

- 健診・医療・介護の情報を個人単位で紐付することで、制度横断的に分析することが可能。



2. 地区割りによる分析

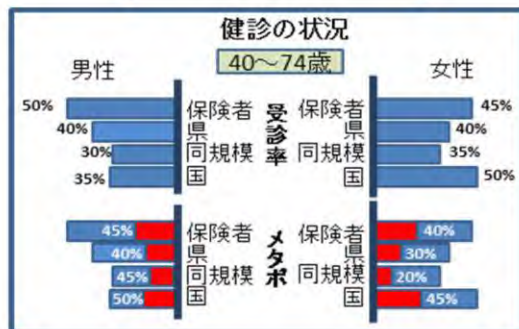
- これまで保険者単位で行っていたデータ分析をより細分化し、地区単位（例：住所別、学区別等）で分析することも可能。



3. 県・同規模・全国との比較

- 全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会（共同処理センター）へ送付し、一括して集計することで県内集計値・同規模*集計値・全国集計値などの比較情報を作成する。

健診情報の比較



市区町村別データ

	医療費	受診料
A市	2,335,400	XXXXXX
B市	1,693,800	XXXXXX
C市	5,115,320	
..		
Z市	3,577,300	XXXXXX

*人口や被保険者数を元に保険者規模を分類した区分

4. 経年比較、性・年齢別分析

- 保険者・県・同規模などの集計結果を性・年齢別に比較を行いながら経年比較できる一覧表を作成する。また個人別履歴についても経年比較による追跡と分析が可能。

保健指導の状況

40～74歳		男性		女性	
		積極的 支援 修了者	動機付 支援 修了者	積極的 支援 修了者	動機付 支援 修了者
H29年度	保険者	91	85	91	85
	県	86	92	86	92
	同規模	70	88	90	82
H28年度	保険者	XX	XX	XX	XX
	県	XX	XX	XX	XX
	同規模	XX	XX	XX	XX
H27年度	保険者	XX	XX	XX	XX
	県	XX	XX	XX	XX
	同規模	XX	XX	XX	XX

個人別履歴

平成29年		平成28年	
(歯科/内科)		(歯科/内科)	
4月	☐	4月	☐
5月	☐	5月	☐
6月	☐	6月	☐
7月	☐	7月	☐
8月	☐	8月	☐
..	..	..	..
3月	☐	3月	☐
(年間医療費)		(年間医療費)	
310,000		180,000	

KDBシステムの帳票例

「地域の全体像の把握」

地域の人口構成や被保険者構成、生活習慣、健診の結果の状況、医療状況、介護状況について、県・同規模・国の状況と比較することで、地域の特徴が把握できます。

保険者番号
保険者名
地区
県計・国計：国保組合含む

地域の全体像の把握

作成年月
印刷日
比較先
ページ

人口構成				生活習慣				健診				医療				介護			
保険者 (地区)	県	同規模	国	保険者 (地区)	県	同規模	国	保険者 (地区)	県	同規模	国	保険者 (地区)	県	同規模	国	保険者 (地区)	県	同規模	国
計	128,025	7,401,952	120,884	125,640	987			受診率	22.5%	17.4%	22.5%	17.4%	千人当たり			1号認定率	16.9%	16.4%	16.9%
～39歳	38.4%	43.0%	39.7%	39.7%				メタボ	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%	病院数	0.2		1件当給付費(円)	52,854		55,509
40～64歳	33.4%	33.2%	33.6%	33.7%				男	30.9%	30.9%	30.9%	30.9%	診療所数	3.0		要支援1	10.0		9,800
65～74歳	15.6%	13.0%	14.1%	13.8%				女	10.1%	10.1%	10.1%	10.1%	病床数	46.8		要支援2	14.0		12,997
75歳～	12.6%	10.8%	12.7%	12.6%				予備群	9.3%	9.3%	9.3%	9.3%	医師数	8.2		要介護1	34.0		36,278
被保険者構成				既往歴				男	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	外来患者数	744.4		要介護2	45.0		44,193
計	25,938	90,407	25,938	90,407				女	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	入院患者数	16.7		要介護3	72.0		74,777
～39歳	20.8%	23.9%	20.8%	23.9%				慢性腎臓病・腎不全	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	受診率	76.0		要介護4	87.0		91,577
40～64歳	29.7%	30.1%	29.7%	30.1%				特定保健指導実施率	12.4%	12.4%	12.4%	12.4%	1件当たり点数	3.274		要介護5	92.0		95,155
65～74歳	49.5%	45.9%	49.5%	45.9%				検査値(メタボ、予備群)	13.2%	13.2%	13.2%	13.2%	一般	3.274		2号認定率	0.0%		0.3%
75歳～	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%				腹囲	32.3%	32.3%	32.3%	32.3%	退院	3.308		新規認定率	0.0%		1.5%
平均寿命				20歳時体重から10kg以上増加				男	51.7%	51.7%	51.7%	51.7%	外来	0.0		新規認定率比較(前年/前々年)	+0.0%		+0.0%
平均寿命								女	48.1%	48.1%	48.1%	48.1%	費用の割合	63.6%		有病状況			
男	79.7	79.7	79.7	79.6				BMI	46.0%	46.0%	46.0%	46.0%	受診率	74.0		糖尿病	26.4%		26.4%
女	86.4	86.2	86.4	86.4				男	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1件当点数	2,130		高血圧症	54.3%		54.3%
健康寿命								女	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1人当点数	1,586		脂質異常症	31.5%		31.5%
男	65.8	65.8	65.8	65.8				血圧	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1日当点数	1,376		心臓病	62.2%		62.2%
女	67.2	67.0	67.2	67.0				脂質	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1件当回数	1.5		脳疾患	27.6%		27.6%
標準化死亡比								血糖・血圧	26.9%	26.9%	26.9%	26.9%	入院	36.4%		がん	11.4%		11.4%
男	95.8	99.1	99.0	100.0				血圧・脂質	64.5%	64.5%	64.5%	64.5%	費用の割合	16,702		筋・骨格	54.7%		54.7%
女	103.3	103.2	100.7	100.0				血圧・脂質・血糖	8.7%	8.7%	8.7%	8.7%	入院率	54,273		精神	35.7%		35.7%
年齢調整死亡率								血糖・血圧・脂質	12.7%	12.7%	12.7%	12.7%	1件当点数	906		認知症(再掲)	22.9%		22.9%
男	0.0	538.3	0.0	544.3				初回受診者	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	1人当回数	3,969		787バレー病	17.9%		17.9%
女	0.0	277.1	0.0	274.9				受診勧奨率	57.1%	57.1%	57.1%	57.1%	1日当回数	13.7		居宅サービス	41.121		41.121
死因								毎日	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1件当日数	57.1%		1件当給付費	2.42		2.42
がん	52.7%	53.3%	53.9%	53.3%				時々	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	受診率	18.0		千人当事業所	2.42		2.42
心臓病	26.0%	23.9%	23.8%	23.9%				ほとんど	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1人当点数	184,189		施設サービス	283,004		283,004
脳疾患	14.5%	14.6%	14.2%	14.6%				構想しない	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1人当点数	1,209		1件当給付費	0.08		0.08
糖尿病	1.9%	1.6%	2.0%	1.6%				週3回以上	6.6%	6.6%	6.6%	6.6%	1人当事業所	223		要介護認定者医療費(40歳未満)			
腎不全	2.2%	3.3%	2.8%	3.3%				飲酒頻度	24.0%	24.0%	24.0%	24.0%	1日当回数	680		医師	8.048		8.048
自殺	2.7%	3.3%	3.3%	3.3%				毎日	18.5%	18.5%	18.5%	18.5%	1人当事業所	1,390		歯科	1,433		1,433
医療費分析(最大医療資源価値病名による)				時々				飲まない	57.4%	57.4%	57.4%	57.4%	1人当事業所	3,950		要介護認定なし者医療費(40歳以上)			
1合未満	73.1%	68.5%	73.1%	68.5%				1日飲酒量	73.1%	73.1%	73.1%	73.1%	1人当事業所	1,287		悪化状況	-2.1%		-2.0%
1～2合	18.9%	21.6%	18.9%	21.6%				2～3合	6.4%	6.4%	6.4%	6.4%	1人当事業所	1,245		改善状況	+1.4%		+0.9%
2～3合	6.4%	7.6%	6.4%	7.6%				特定健診未受診者1件当たり医療費	4,103	3,754	4,103	3,754	1人当事業所	680					

(比較先)
県

介護情報
※保険者全体のデータを表示

医療情報

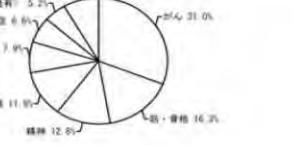
健診情報(健診結果)

健診情報(質問票)

保険者(地区)



県



これらを活用して取り組むべき課題を
明確にし、アプローチ！

■基本情報から見ることができる課題

- ・人口構成、被保険者構成
- ・平均寿命、死因
- ・他の保険者等との比較をしながら
- ・地域の特性を知る

■特定健診・特定保健指導の実施状況等から見える課題

- ・特定健診実施率・受診状況
- ・性年齢別にどうか

■特定保健指導の効果から見える課題

- ・メタボ該当、予備群の対象者の変化

■医療費に関するデータから課題をみる

- ・総医療費に占める割合が高く、対策をとることが可能な疾病
- ・一人当たりの医療費
- ・医療費が増えている疾病、減少している疾病

■介護保険に関するデータから課題をみる

- ・介護の認定状況(1号・2号)
- ・要介護者の有病状況
- ・1件あたりの介護給付費(在宅・施設サービス)

■質問票調査の状況から課題をみる

- ・地域によって生活習慣の違い
- ・食事、運動、喫煙等の状況を見る
- ・ポピュレーションアプローチに活用

といったことから課題をみて、優先的に取り組むべき課題を検討することができる

メタボや糖尿病の生活習慣等の特徴

正常な人に比べ、メタボ・糖尿病有病者に共通する 望ましくない生活習慣等

- ◆20歳から体重が10kg以上増加している。
- ◆喫煙習慣がある。
- ◆多量に飲酒(飲酒日1日あたり3合以上)する。
- ◆週3回以上朝食を欠食する。
- ◆就寝前2時間以内に食事をとることが週3回以上ある。
- ◆食べる速度が速い(早食い)。

※喫煙、飲酒・食習慣に共通の課題がみられる。

メタボ・糖尿病への対策

特定保健指導実施率の向上、特定保健指導従事者の質の向上（研修会等）。

○医療保険者へ分析結果を提供し、予防に取り組む。

○適切な食習慣や運動習慣の継続的な取り組みを推進。

○各種調査や特定健診の経年的データをもとに、メタボや糖尿病になる要因、受診率との関係のさらなる分析を行うことで、さらなる効果的な取り組みの推進へ

年齢調整

- 死亡率、リスク因子（高血圧等）、医療費等は、高齢ほど高くてあたります。

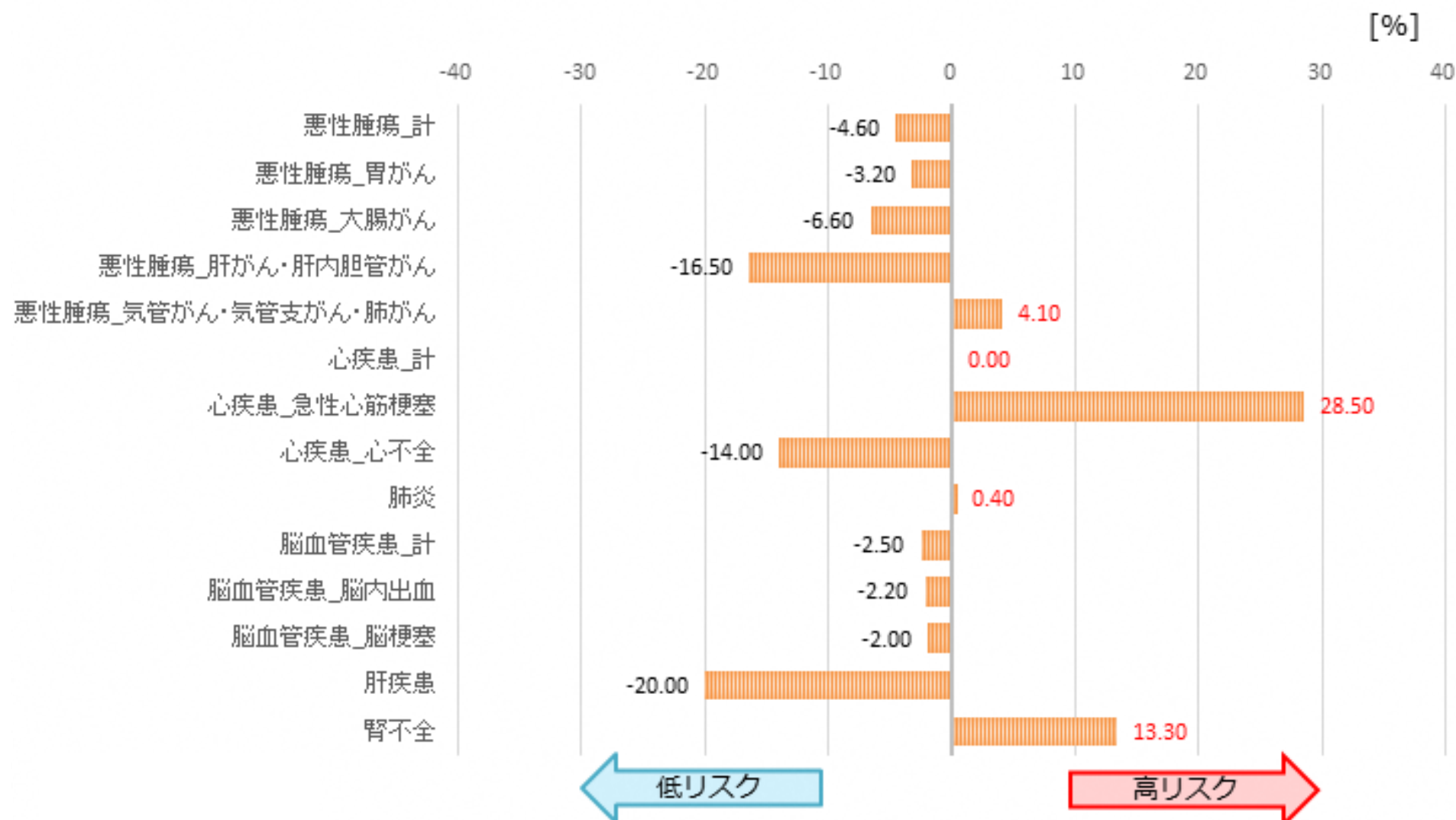
地域間の比較および経時的な推移をモニタリングする際に、年齢調整した指標を用いる必要性。

死亡率⇒標準化死亡比（SMR）

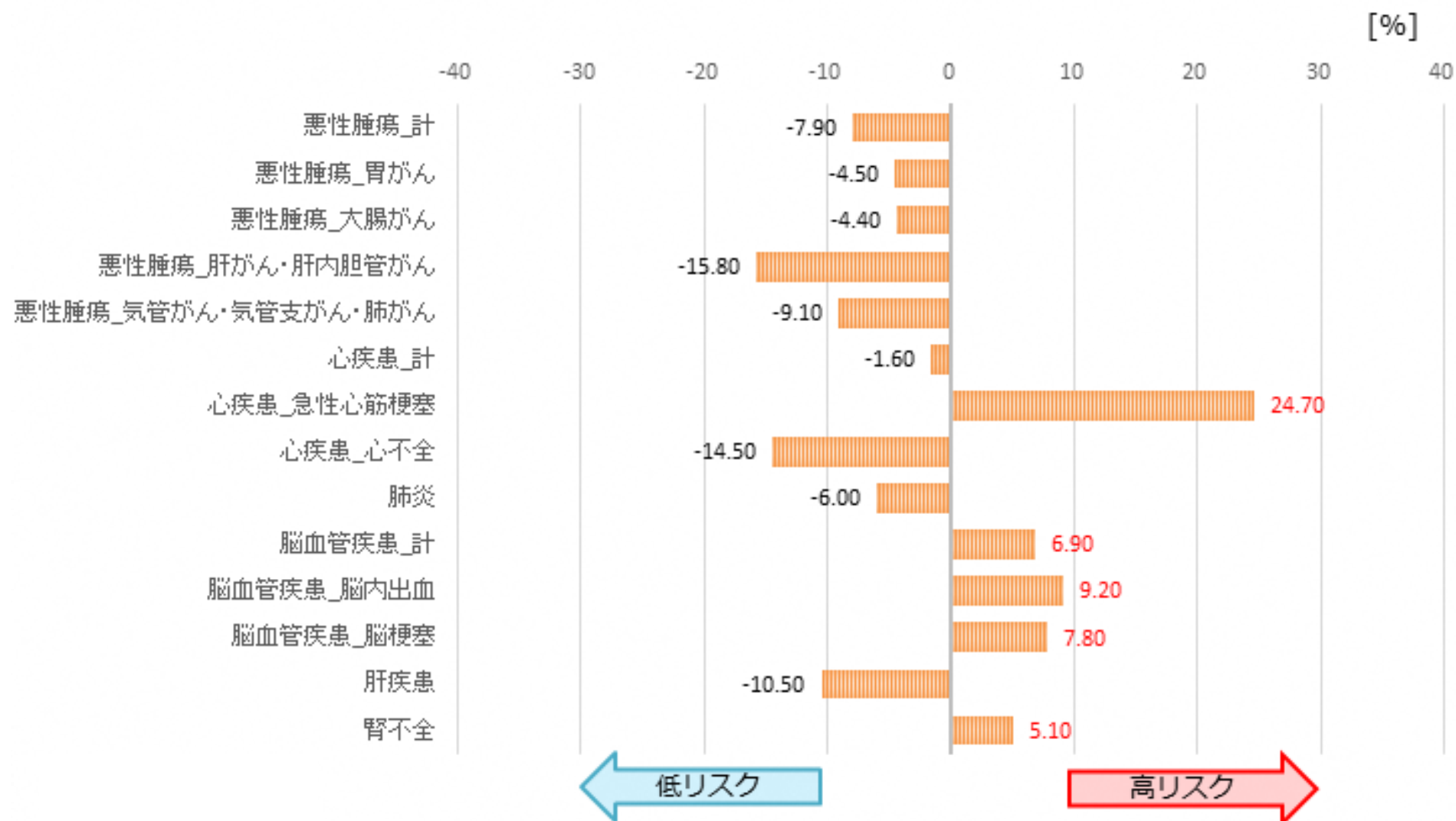
リスク因子⇒年齢調整割合、標準化該当比

医療費⇒年齢調整平均、地域差指数など

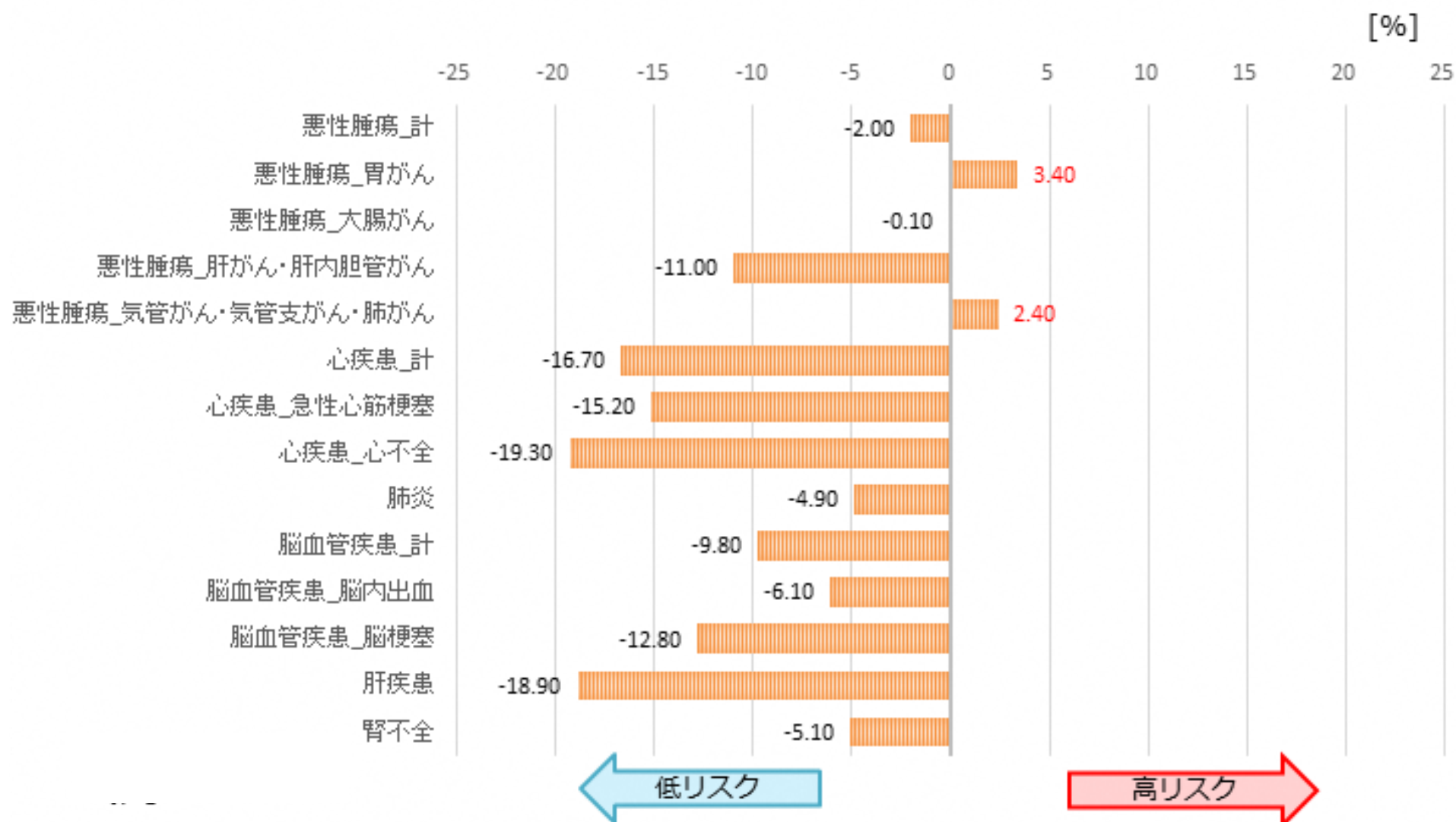
2015年～2019年 三重県 男性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



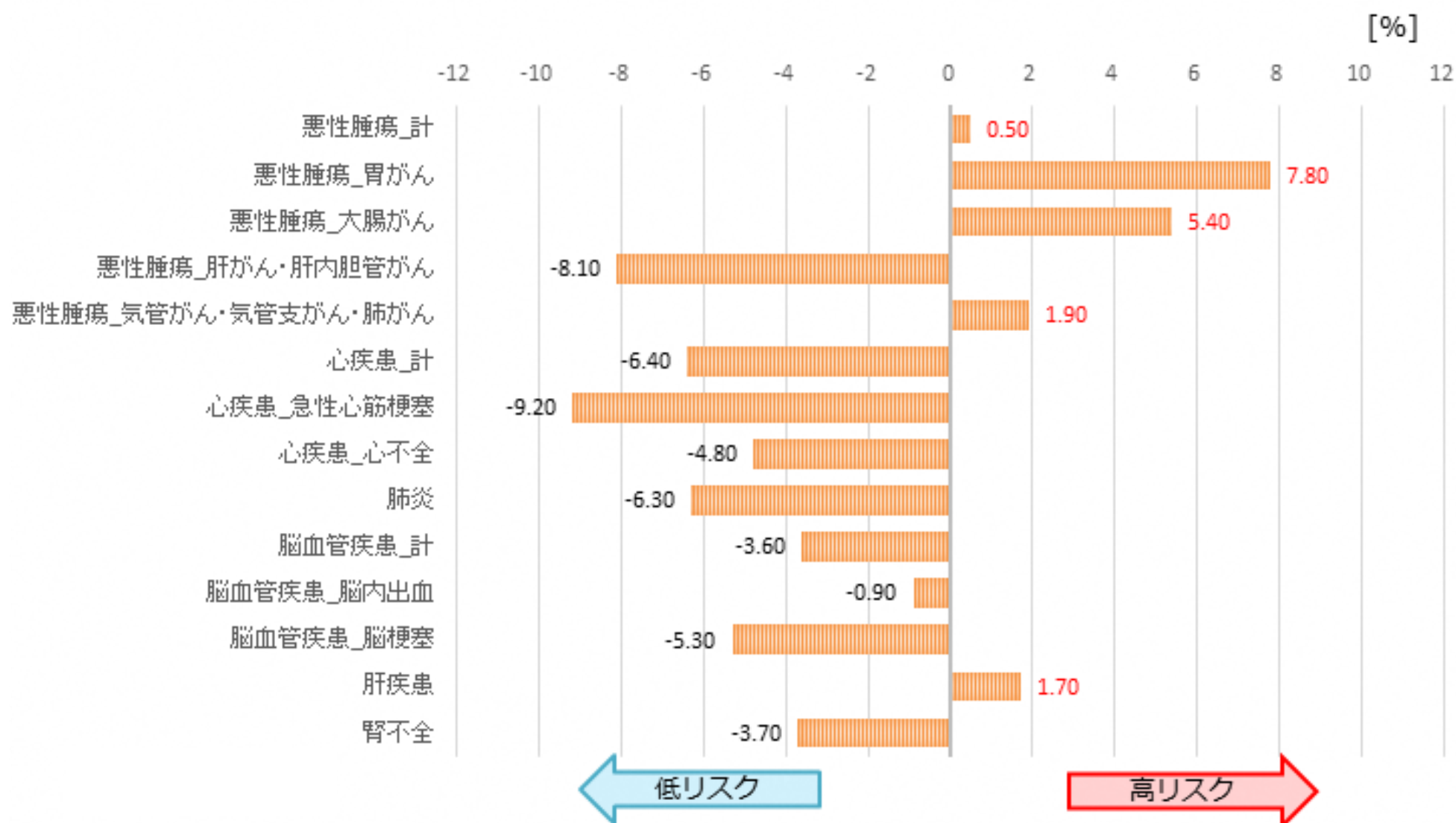
2015年～2019年 三重県 女性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



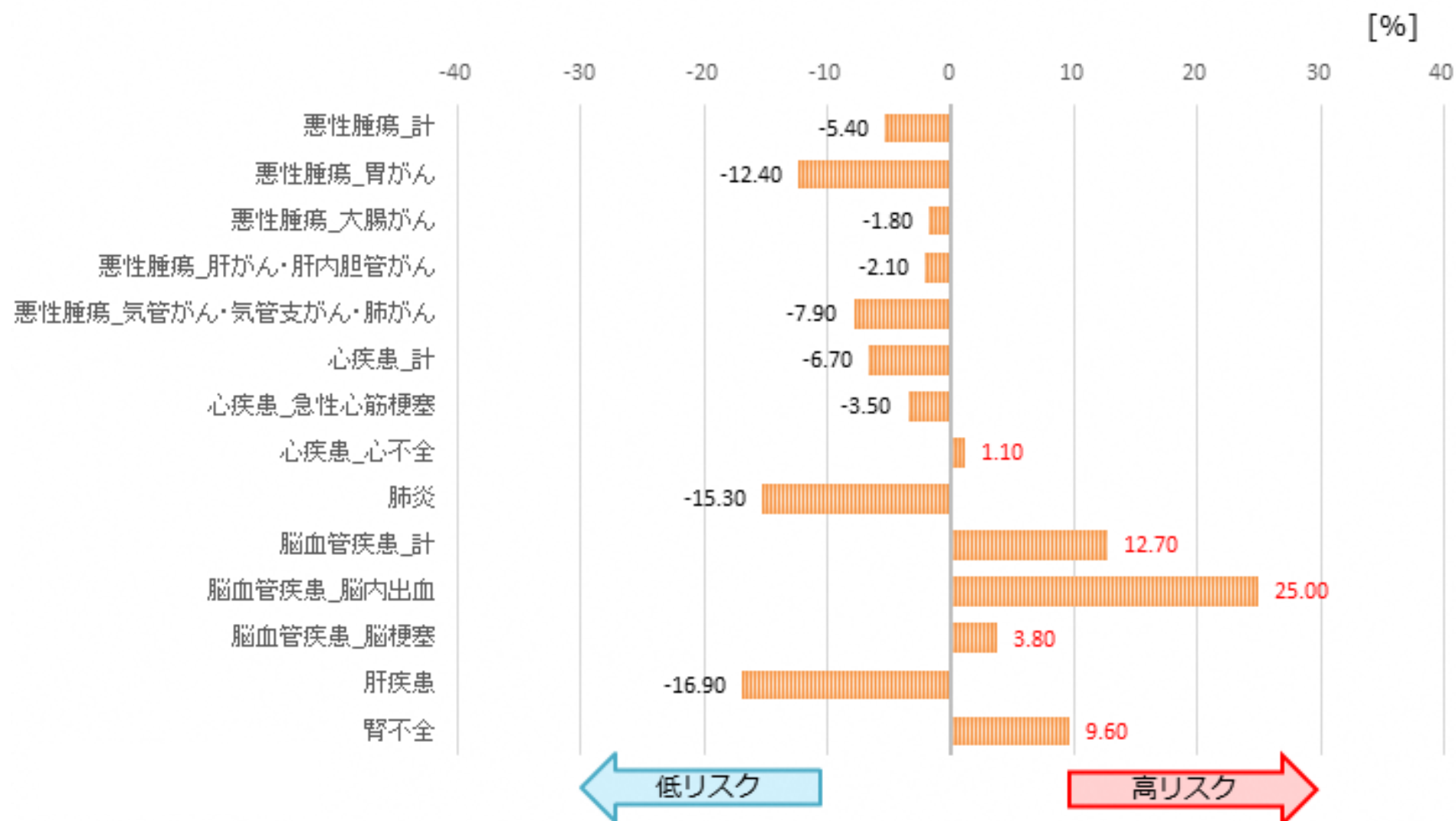
2015年～2019年 愛知県 男性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



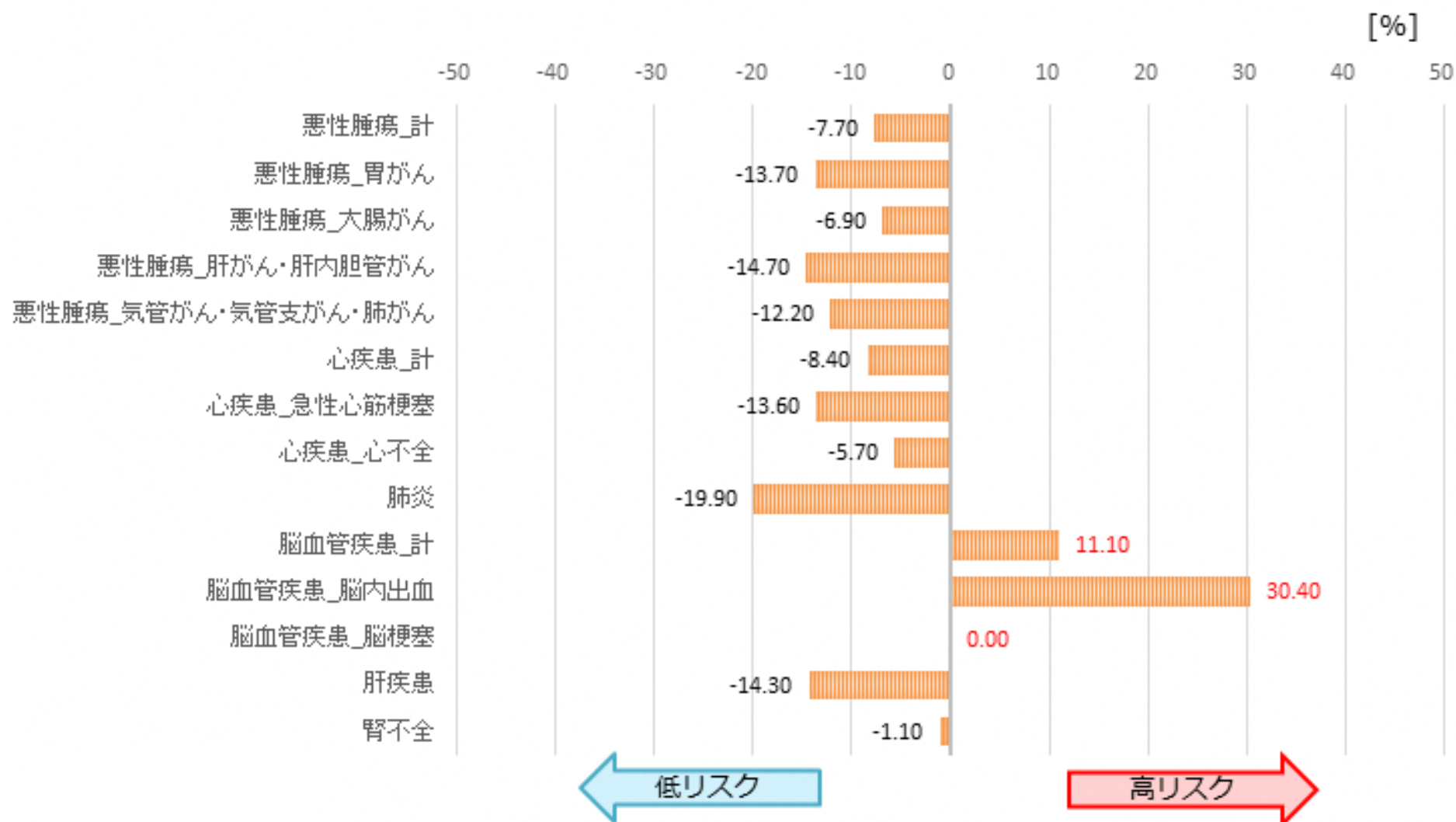
2015年～2019年 愛知県 女性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



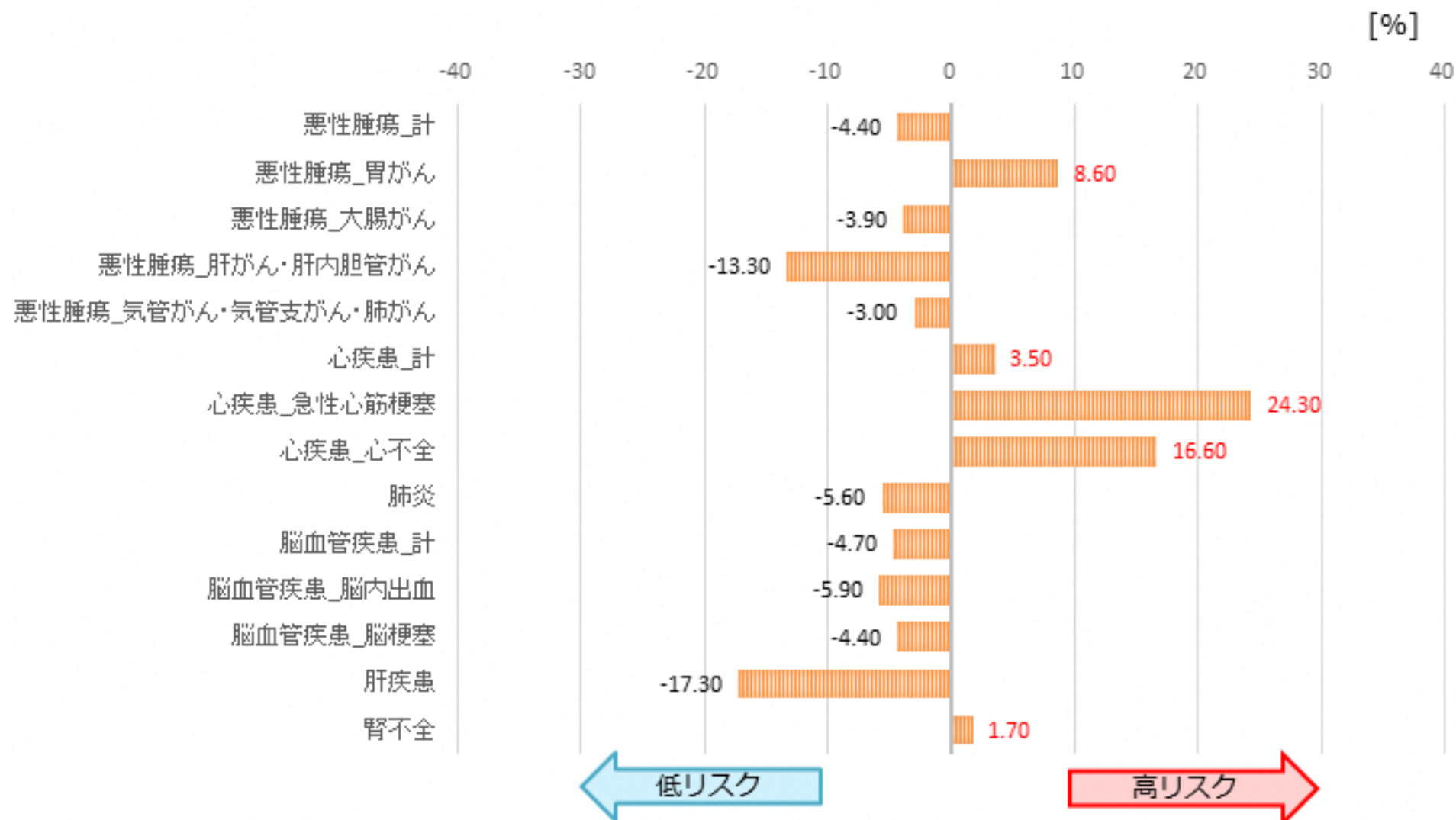
2015年～2019年 静岡県 男性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



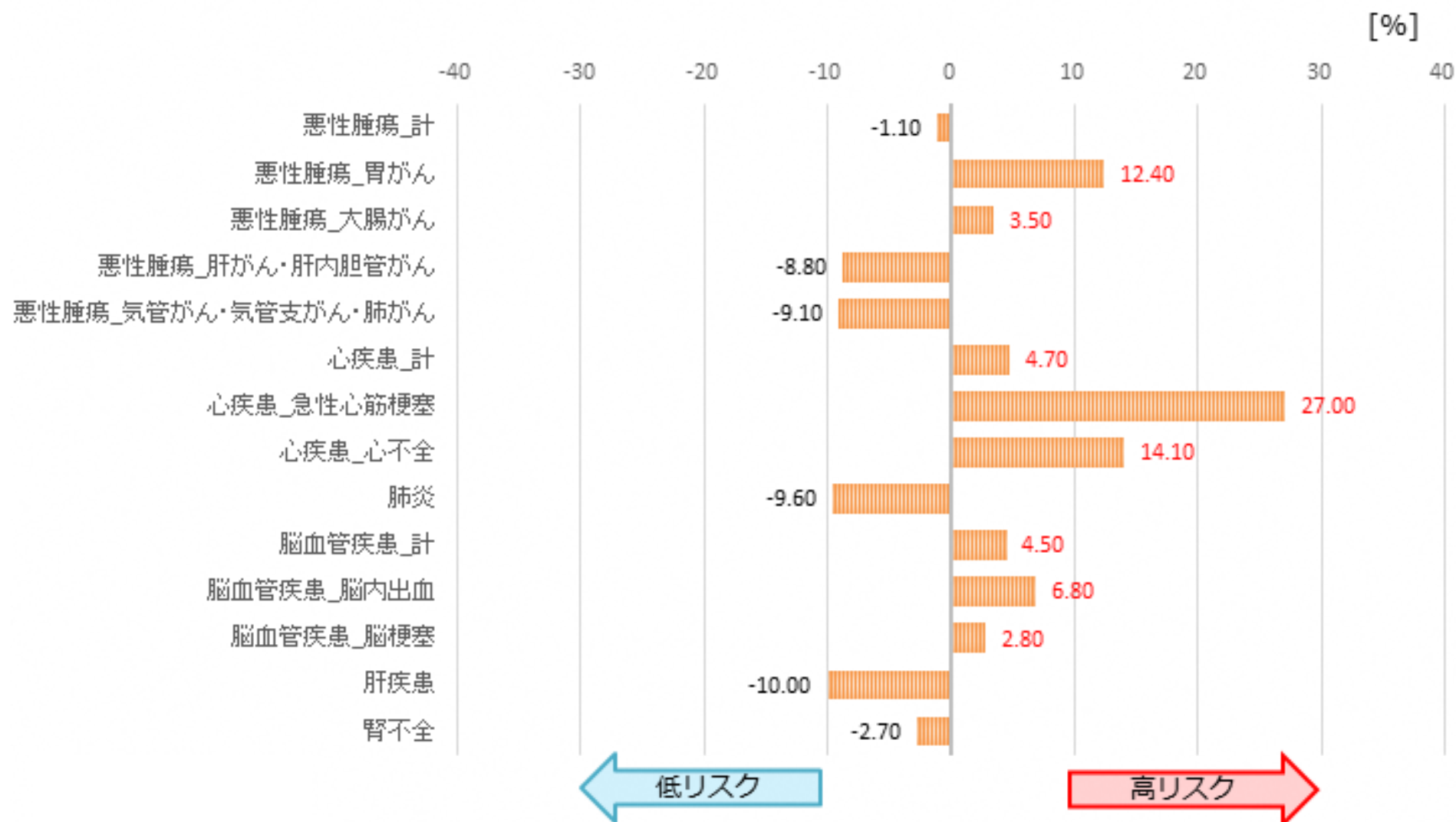
2015年～2019年 静岡県 女性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



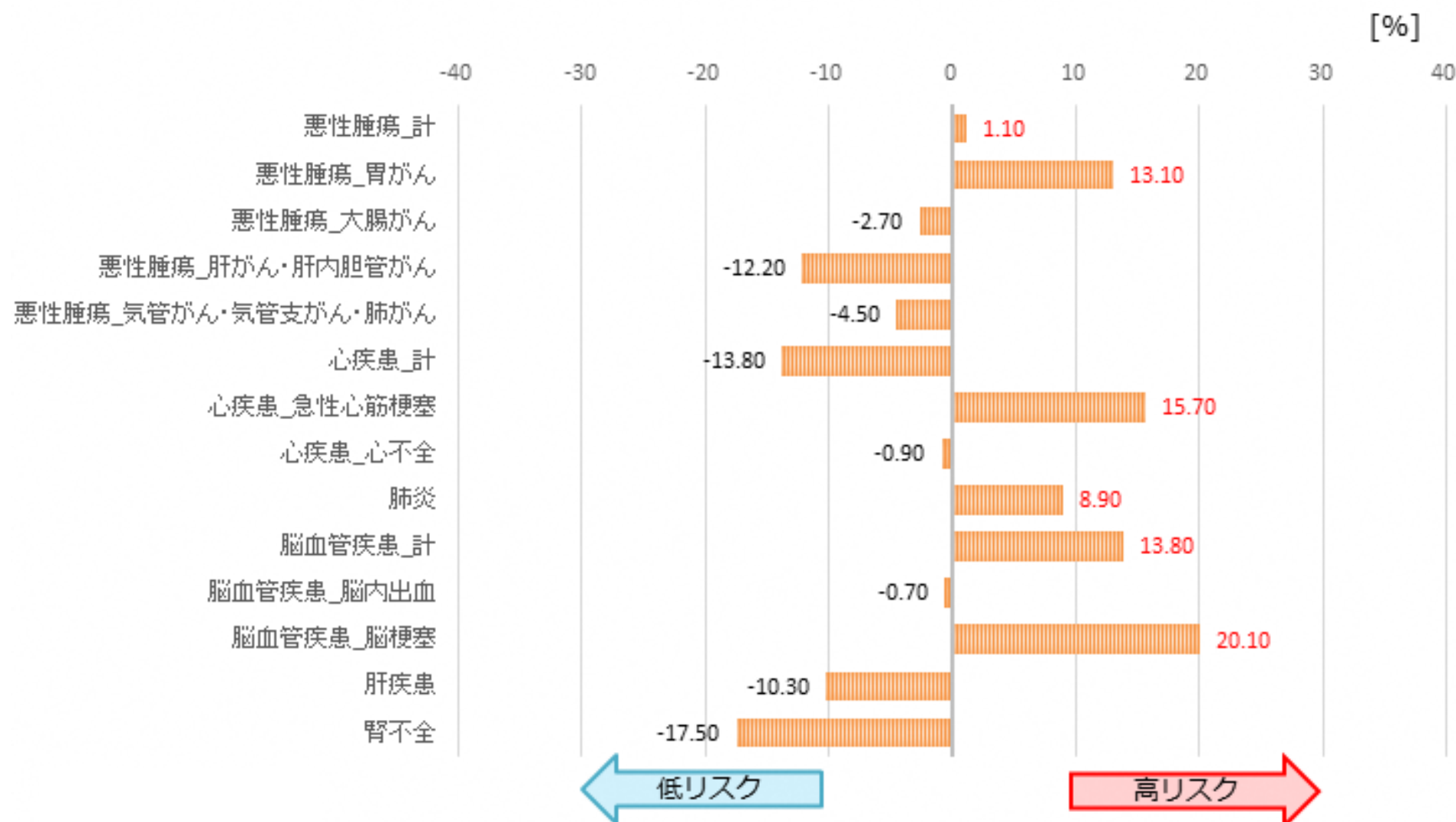
2015年～2019年 岐阜県 男性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



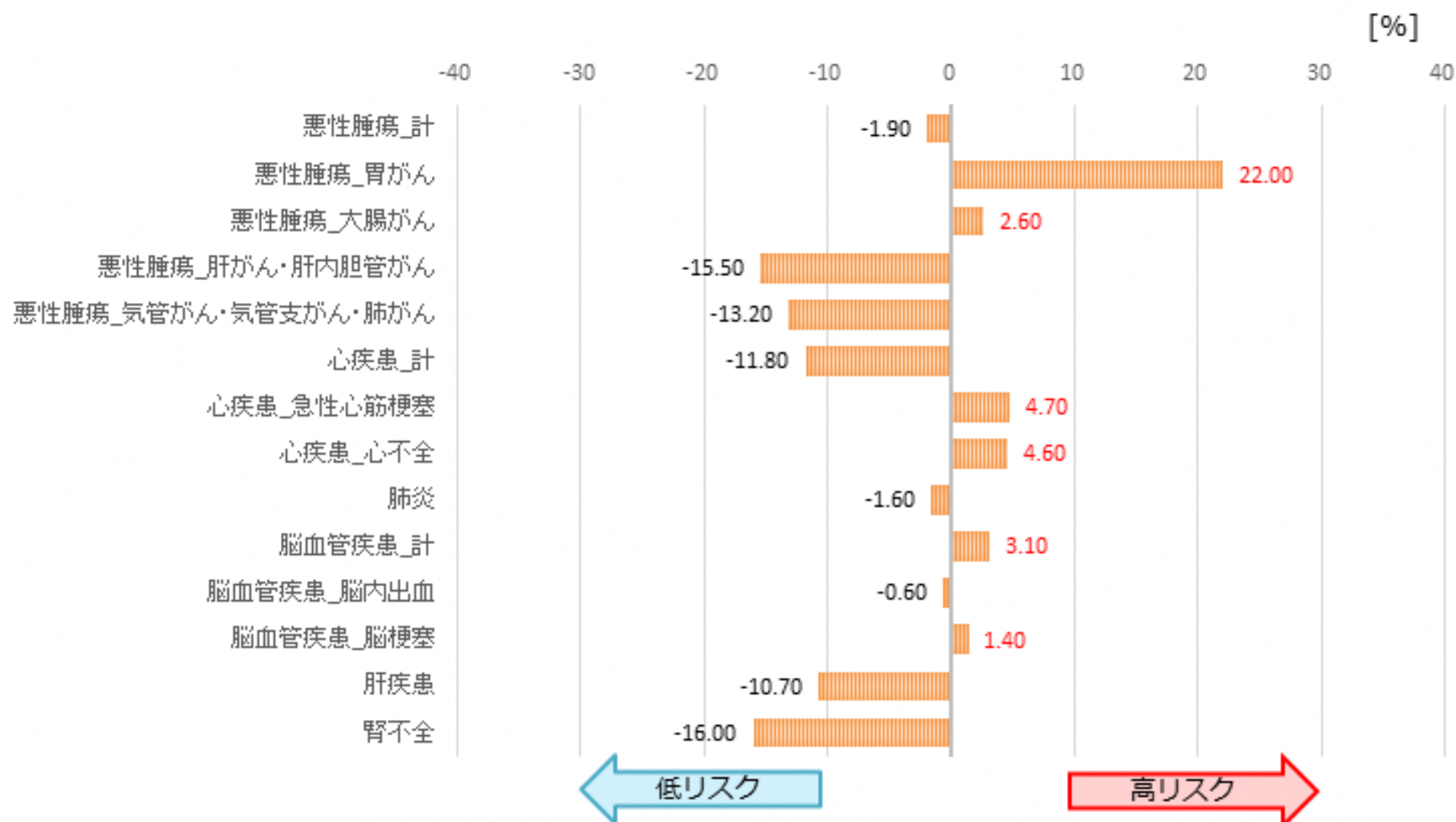
2015年～2019年 岐阜県 女性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



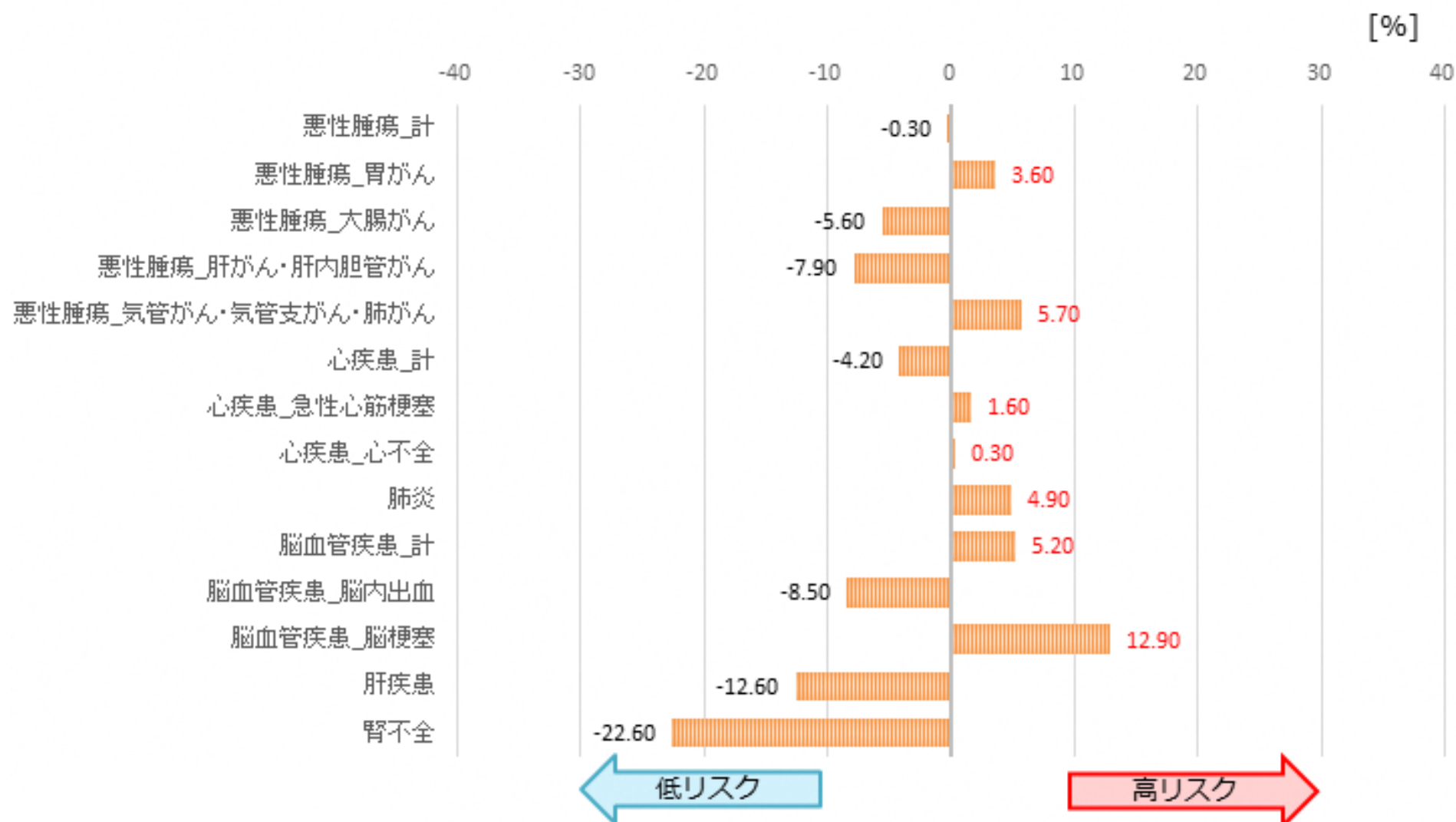
2015年～2019年 富山県 男性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



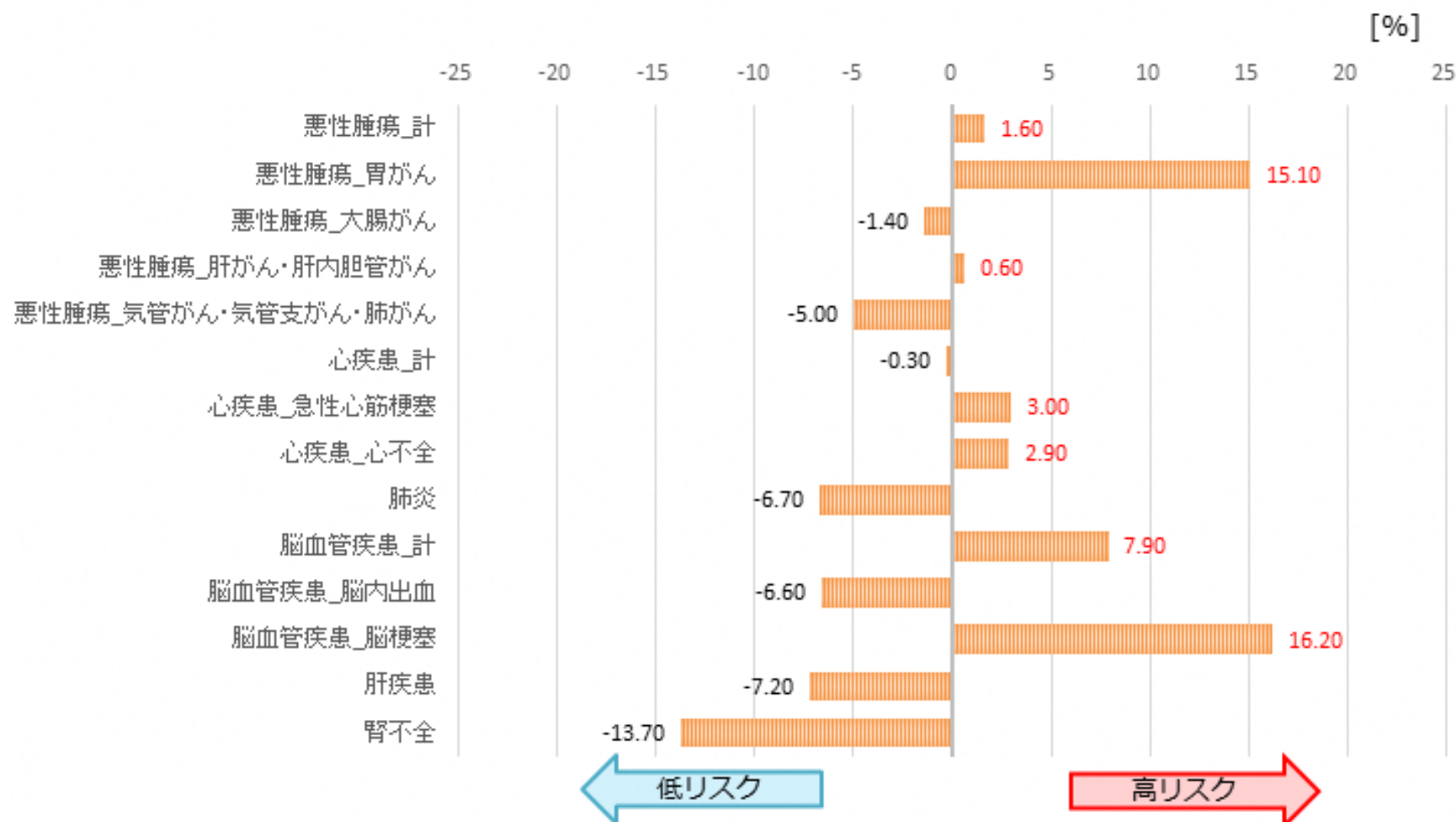
2015年～2019年 富山県 女性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



2015年～2019年 石川県 男性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



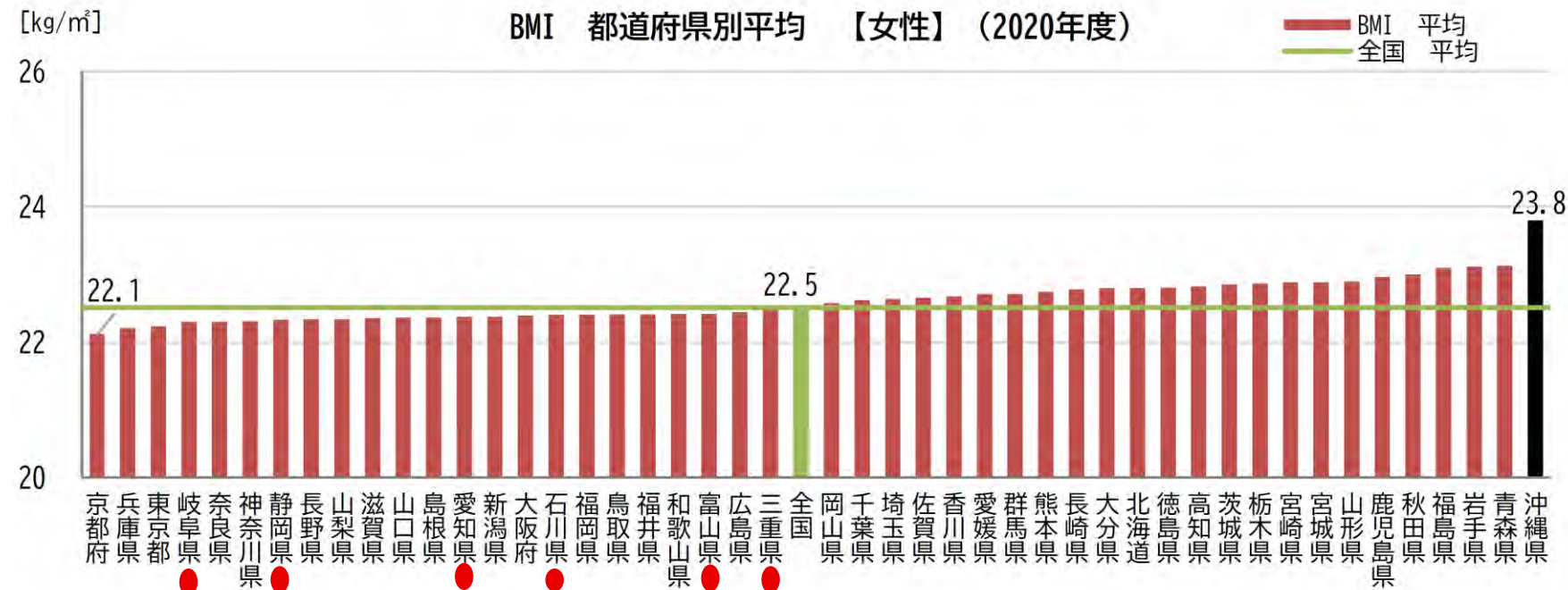
2015年～2019年 石川県 女性の全国と比べた死因別死亡リスク格差



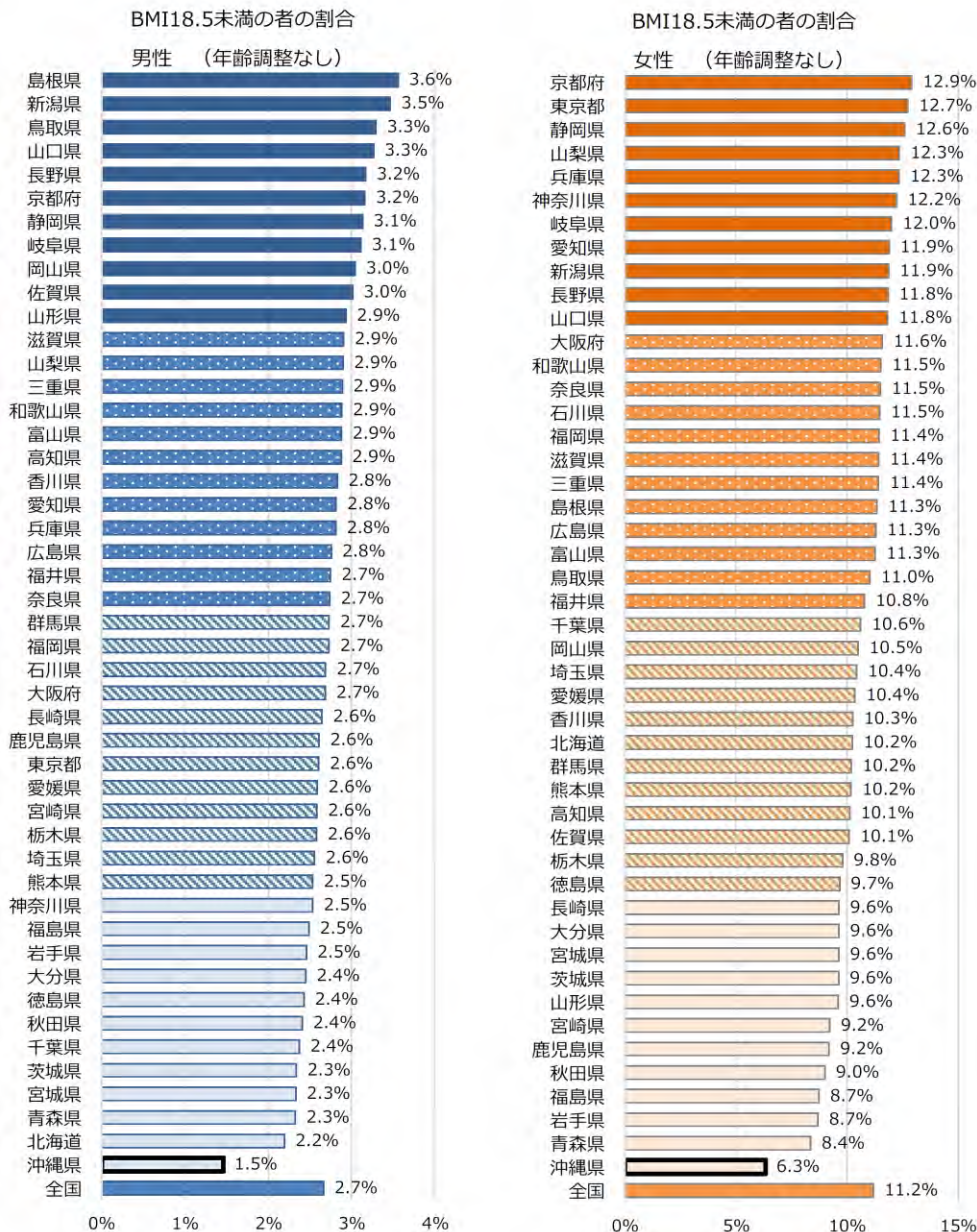
— BMI 平均
— 全国 平均



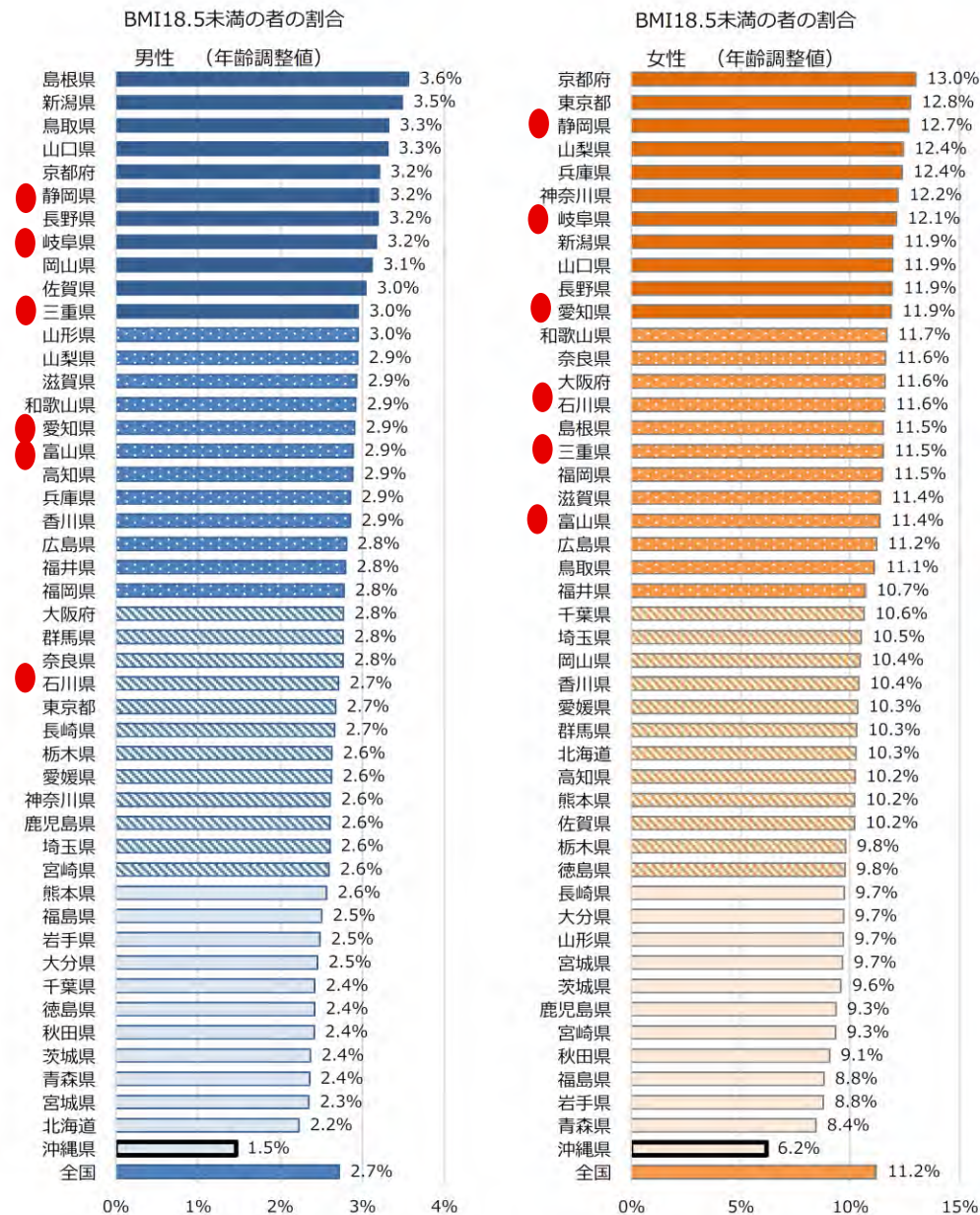
— BMI 平均
— 全国 平均



年齢調整なし



年齢調整値

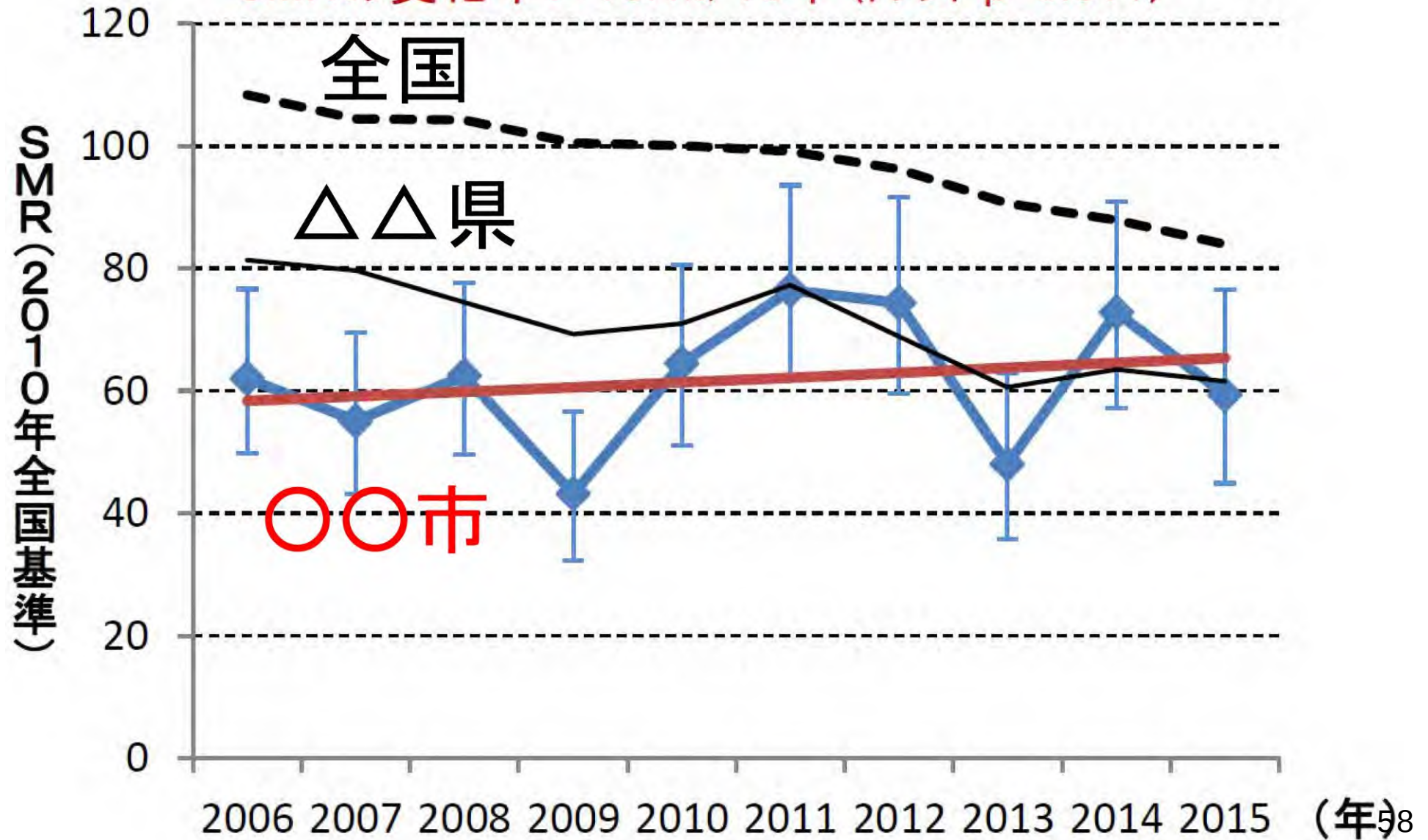


*年齢調整は、「平成 22 年国勢調査 全国人口(男女計,総人口)」を基準人口として使用

長期的な傾向の分析例

虚血性心疾患

SMRの変化率: +13.4%/10年 (トレンド $p=0.311$)



データを“分析”し、必要な取り組みを考える

例) 生活習慣⇒リスク因子⇒医療⇒介護⇒健康寿命

の上下関係(原因～結果)を理解する

【医学的知識が必要】

平均寿命

—

健康寿命

=

不健康期間

死因別年齢調整死亡率・SMR

医療介護の連携で取り組むこと
により結果が期待できる

重症化

介護(介護給付費、認定者数)

生活習慣病

医療(入院・外来受療率、医療費)

保健指導(実施率・効果)

健診(受診率)

リスク因子

生活習慣・環境

総死亡(平均寿命)・健康寿命と 死因別死亡を確認

平均寿命・健康寿命、総死亡及び死因別死亡の状況を確認してください。自市町村の平均寿命・健康寿命が国や県と比べて良いのか悪いのか、またその理由としてどの疾患での死亡が多いのかを考えてください。例えば、健康寿命が悪い場合、脳血管疾患等のSMR(人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標)が高くないかなどに注目するとよいかもしれません。

平均寿命・健康寿命・死因別死亡と医療費を確認

KDB等を使って医療の状況を医療費から見てください。平均寿命・健康寿命や死因別死亡に影響する疾病に注目して、入院・外来別にどの疾患が多いのかを確認します。

- 高血圧や糖尿病などのリスク因子の外来の医療費が高い場合、「そのリスク因子を持つ人が多い」または「必要な人が適切に医療を受けている」の2つが考えられますので、外来医療費が高いことは必ずしも悪いこととは限りません。

- 例えば、高血圧などのリスク因子の外来医療費が低く、脳卒中などの重篤な疾患の入院医療費が高かったとすると、必要な人が医療につながっていない可能性があるので、医療機関受療勧奨に力を入れる必要があるかもしれません。

- 高血圧の外来医療費が高く、脳卒中の入院医療費も高い場合には、その地域では高血圧が重要な健康問題として存在すると思われますので、保健指導やポピュレーションアプローチによって、集団全体の血圧の状況を改善していく必要があるかもしれません。

死因別死亡と医療の状況を踏まえて、 介護の状況を確認

「要介護(要支援)認定状況」、「介護給付費」、「要介護(支援)者の有病状況」の分析結果から、問題点・課題を明らかにしましょう。特に要介護に至る原因疾患として、予防できる疾患は何なのか、医療費はどの程度要しているのかについても考えてみましょう。

死因別死亡と医療の状況を踏まえて、 リスク因子の状況を確認

KDB等を使って特定健診のリスク因子の状況を確認してください。

•死因として脳血管疾患が多ければ高血圧等の状況、虚血性心疾患が多ければ高血圧・糖尿病・脂質異常が多くないか等の視点で見えていきます。リスク因子の保有者が多いのにそのリスク因子の外来医療費が低い場合、必要な人が医療につながっていないのかもしれませんが。

•また、肥満は血圧高値・耐糖能異常・脂質異常と関係しますので、これらの関連についても、調べてみましょう。

リスク因子の状況を踏まえて、 生活習慣等の状況を確認

KDB等を使って生活習慣の状況を確認してください。肥満が多ければ、食事や運動習慣に関する問題がないか等の視点で見えていきます。

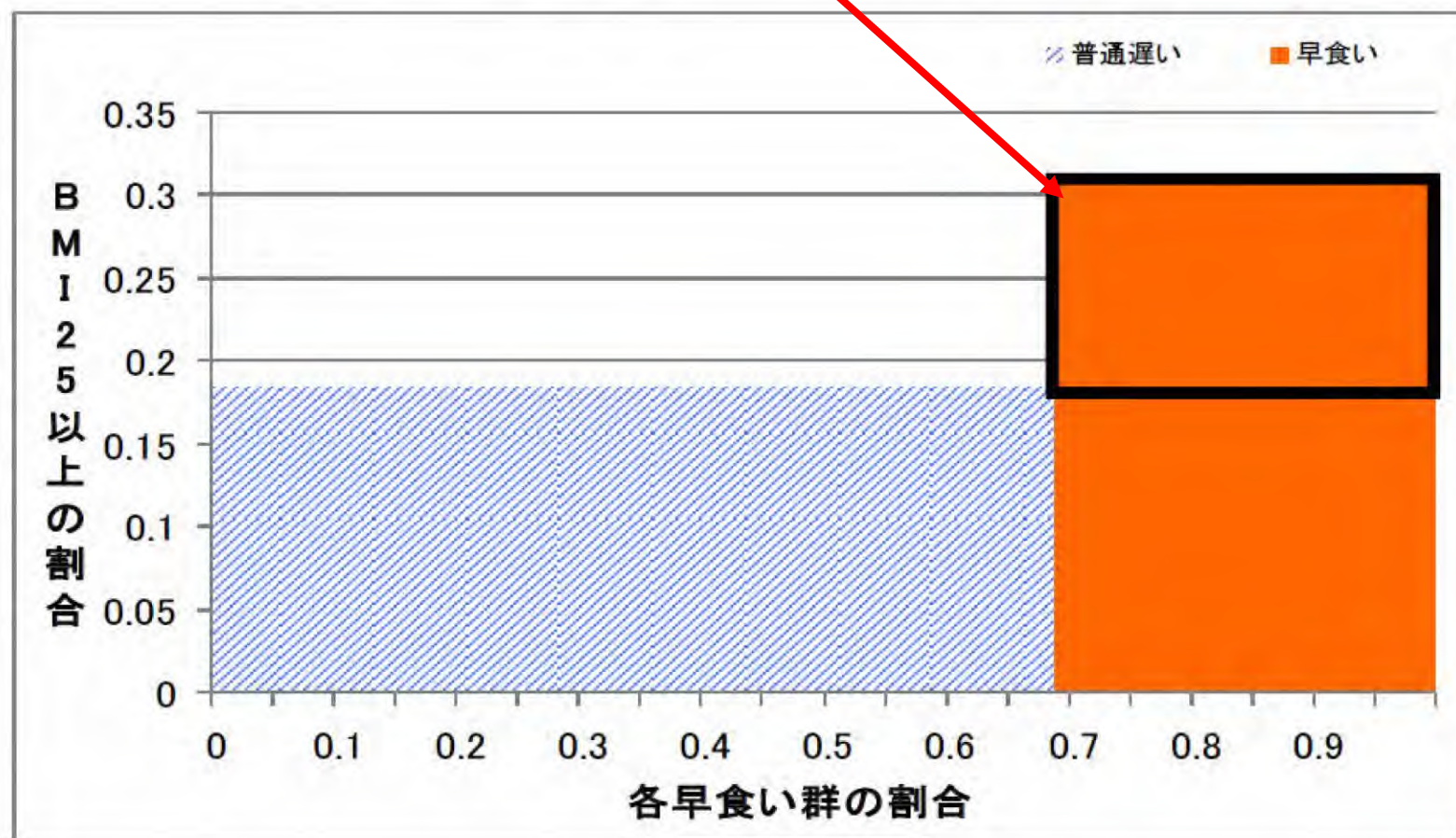
- どの生活習慣が、肥満や高血圧等のリスク因子への寄与が大きいのかを調べれば、地域全体として優先して改善すべき生活習慣を同定できます。また、地域の社会・文化的背景が生活習慣にどのように影響するかも考察しましょう。

男性 60～74歳

		肥満(BMI)				合計	
		25以上		25未満			
食事 速度	普通・遅い	305	(18.3%)	1,358	(81.7%)	1,663	(69.2%)
	早食い	227	(30.6%)	515	(69.4%)	742	(30.9%)
合計		532		1,873		2,405	

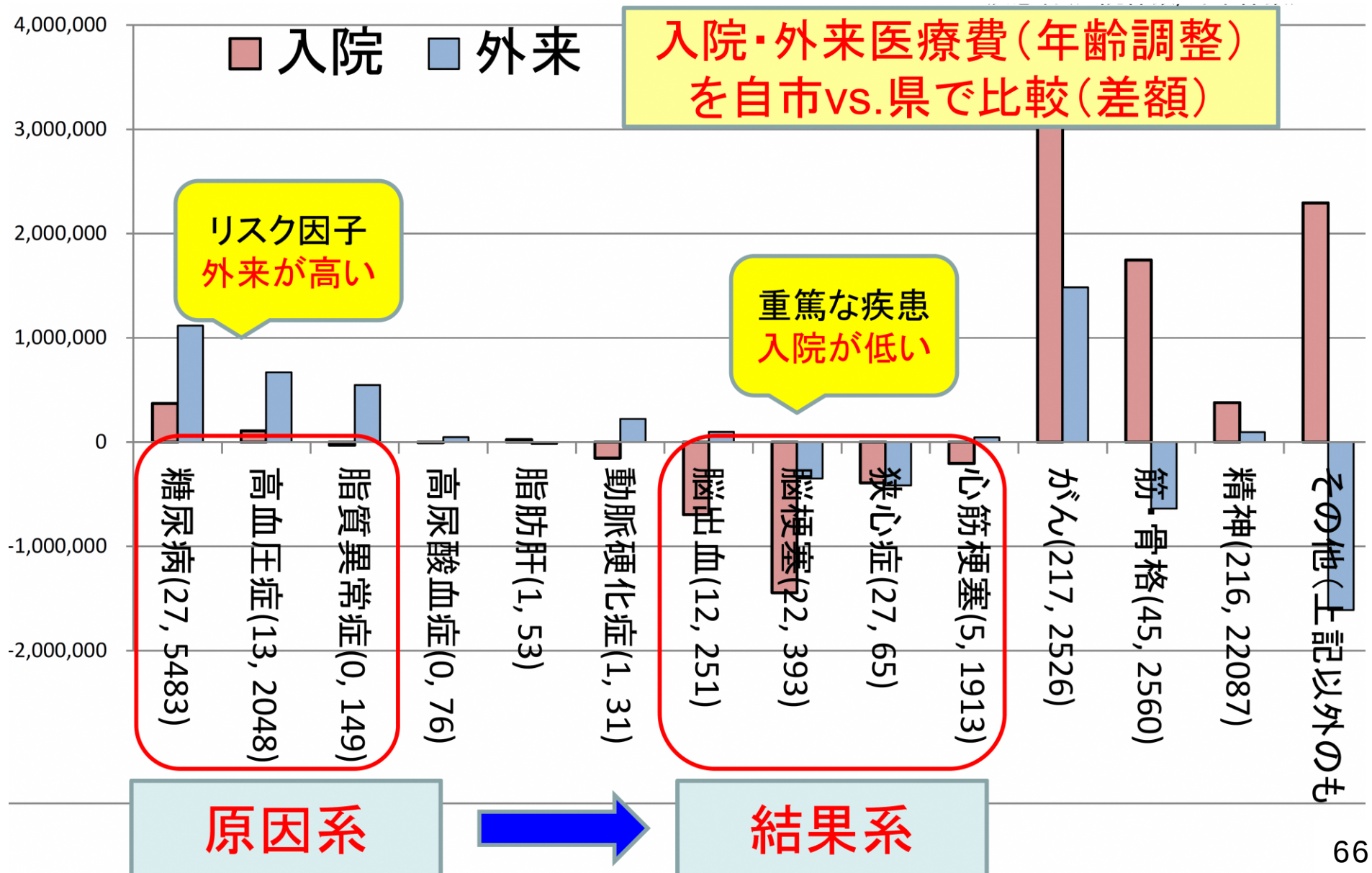
早食いによるBMI25以上の過剰発生

17.1%



高知市データヘルス計画より(一部抜粋)

例として



KDBデータを活用した客観的・ 網羅的な課題抽出

国保データベース(KDB)システムの概要と可能性

国保データベース(KDB)システムとは、国民健康保険団体連合会(国保連)が、その業務を通じて管理している膨大なデータを集約したシステムです。その最大の特徴は、これまで各制度の中で閉じていた**①健診・保健指導情報、②医療レセプト情報、③介護給付実績情報**という3つの異なる種類の情報を、被保険者一人ひとりをキーとして連結(突合)し、一元的に管理・分析できる点にあります。

この情報の連結により、従来は不可能だった制度横断的な分析が実現しました。例えば、**一人の住民が「特定健診で血糖値の異常を指摘され(健診情報)、その後、糖尿病の治療を開始し(医療情報)、数年後に合併症である腎症が進行して要介護認定を受け、訪問看護サービスを利用し始める(介護情報)」**といった一連の健康状態の変遷とサービス利用の軌跡を、データで精密に追跡することが可能になったのです。これは、在宅医療・介護連携の課題を分析する上で、計り知れない可能性を秘めています。

国保データベース(KDB)システムの概要と可能性

KDBシステムに格納されている情報の種類は多岐にわたりますが、在宅医療・介護連携の分析において特に重要なデータ項目は以下の通りです。

健診情報: 特定健診の各種検査結果(血圧、血糖、脂質等)、生活習慣に関する質問票への回答など、疾病の早期発見や重症化予防の入り口となる情報が含まれます。

医療情報: 医科・歯科・調剤の各レセプト(診療報酬明細書)から得られる情報が中心です。傷病名、実施された診療行為(手術、検査、リハビリ等)、処方された医薬品、入院年月日、診療実日数、医療費といった詳細な情報が含まれます。

介護情報: 介護レセプト(介護給付費明細書)から得られる情報です。要介護度や認定日、利用した介護サービスの種類(訪問介護、通所介護、訪問看護等)、利用量(単位数)、サービス提供事業所、介護給付費などの情報が含まれます^{6g}。

表2:在宅医療・介護連携分析に有用なKDBデータ項目例

データ区分	主要データ項目	分析可能な内容(例)
医療レセプト (医科・DPC)	傷病名情報、診療行為コード、入退院年月日、診療実日数、摘要欄情報	・入院原因となった疾患の特定・在宅医療関連の診療報酬(在宅時医学総合管理料等)の算定状況・退院支援関連加算の算定状況・再入院の有無と時期
医療レセプト (調剤)	医薬品コード、処方内容	・特定の薬剤(抗認知症薬、麻薬等)の処方状況・重複投薬・多剤投与(ポリファーマシー)の実態把握
介護給付実績	要介護(要支援)状態区分、サービス種類コード、給付単位数	・要介護度の推移(維持・改善・悪化)・退院直後の介護サービス利用開始状況(訪問看護、訪問介護等)・看取り期におけるサービス利用パターン・介護給付費の動向
健診・保健指導 情報	検査結果(HbA1c等)、質問票回答	・生活習慣病のリスク保有者の分布・健診未受診者や受診勧奨中断者の特定
被保険者台帳	年齢、性別、住所(地区単位)	・分析結果の性・年齢階級別、地域別の層化・地域ごとの疾病構造や要介護認定率の比較

KDBデータ分析の基本プロセス

Step 1: 分析目的の明確化(問いの設定)

分析に着手する前に行うべき最も重要なステップは、何を明らかにしたいのかを具体的かつ検証可能な「問い」の形に落とし込むことです。「地域の健康課題を把握する」といった漠然とした目的設定では、膨大なデータの中から何を見ればよいか分からず、分析が迷走してしまいます。そうではなく、例えば「A疾患でX病院を退院した高齢者のうち、退院後1ヶ月以内に在宅の訪問看護が導入されている割合は、全国と同規模自治体と比較して高いか、低いかな」といった、具体的で、データを用いて答えが出せる問いを立てることが不可欠です。この問いの質が、分析全体の質を決定します。

Step 2: 対象データの抽出と「エピソードデータ」の作成

設定した問いに答えるため、KDBシステムから必要なデータを抽出します。ここで極めて強力な分析手法となるのが、厚生労働省の研究事業などでも活用されている「エピソードデータ」という考え方です。これは、特定のイベント、例えば「入院」を起点として、その前後を含めた個人の情報を時系列で再構成したデータセットです。具体的には、ある患者の「入院前3ヶ月間の介護サービス利用状況」「入院中の診療内容」「退院後の医療・介護サービスの利用状況」「1年後の要介護度や居所」といった情報を、個人単位で一つに結合します。このエピソードデータを作成することで、断片的な情報の集合であったレセプトデータが、「入院から在宅への移行」という一連のプロセスを評価するための、意味のある物語へと変わるのです。

KDBデータ分析の基本プロセス

Step 3: 集計・分析と他地域との比較

作成したエピソードデータや抽出したデータを基に、集計・分析を行い、Step 1で立てた問いに対する答えを導き出します。KDBシステムの大きな利点の一つは、自地域の分析結果を、県内平均、同規模の人口・財政力を持つ自治体の平均、そして全国平均といった比較対象群と並べて評価できる点です。この多角的な比較を通じて、自地域の状況がどのような水準にあるのか、その立ち位置を客観的に把握することができます。例えば、自地域の再入院率が単に「15%」であるという事実だけでは評価が困難ですが、「全国平均が10%であるのに対し、当市は15%である」という情報が加わることで、初めてその数値が「解決すべき課題」として認識されるのです。

Step 4: 分析結果の解釈と課題の特定

データ分析の結果は、「何が起きているか(What)」という事実を示してくれますが、「なぜそれが起きているのか(Why)」という理由までは直接教えてくれません。例えば、分析の結果「当市では、心不全患者の退院後30日以内の再入院率が全国平均より著しく高い」という事実が判明したとします。この結果だけでは、その原因が「病院の退院指導が不十分」なのか、「地域の受け皿となる在宅サービスの量が不足している」のか、「かかりつけ医による退院後のフォローアップ体制が弱い」のかは分かりません。ここで重要になるのが、先ほど紹介した関係者会議やヒアリングといった定性的なアプローチとの組み合わせです。データによって示された客観的な事実をたたき台として、現場の関係者と議論を深めることで、数値の背後にある根本的な原因を探り、真の課題を特定していくプロセスが不可欠となります。

実践的分析テーマと指標例

テーマ1：退院支援と在宅移行の円滑性評価

病院から在宅へと生活の場を移す「退院」の局面は、医療と介護の連携が最も密に、かつ迅速に行われるべき場面であり、連携の質が直接的に患者のその後の生活を左右します。この移行プロセスが円滑に行われているかを評価することは、在宅医療・介護連携推進事業の最重要テーマの一つです。

主要指標：

- **退院後早期の在宅医療・介護サービス利用率：** 特定の疾患（高齢者に多く、退院後のケアが重要な、脳卒中、大腿骨骨折、心不全、誤嚥性肺炎など）で退院した患者について、退院後1ヶ月以内といった短期間に、在宅医療（訪問診療など）や在宅介護サービス（訪問看護、訪問介護、訪問リハビリなど）の利用が開始されている者の割合を算出します。
- **退院後30日以内の緊急再入院率：** 在宅へ退院したにもかかわらず、短期間で状態が悪化し、予期せず再入院に至るケースは、退院支援や在宅での受け入れ体制に何らかの問題があった可能性を示唆します。この率を疾患別に把握します。

課題発見のポイント：

これらの指標が他地域と比較して著しく低い（サービス利用率）あるいは高い（再入院率）場合、そこには何らかの連携上の課題が潜んでいると考えられます。例えば、「病院の退院支援部門から地域のケアマネジャーへの情報提供が遅れている、あるいは内容が不十分である」「退院直後の不安定な時期に対応できる訪問看護ステーションやヘルパーステーションが地域に不足している」「かかりつけ医が退院患者の情報を速やかに把握し、フォローアップする仕組みが確立されていない」といった仮説を立て、さらなる調査の対象とすることができます。

テーマ2:在宅療養者の重症化予防・状態維持

在宅での療養生活をできるだけ長く、安定して継続するためには、基礎疾患の悪化を防ぐ「重症化予防」と、心身の機能を維持・向上させることが重要です。KDBデータは、これらの取り組みが地域でどの程度達成されているかを評価するための貴重な情報源となります。

主要指標:

- **生活習慣病(糖尿病等)患者の治療中断率:** 医療レセプトデータを時系列で追跡することにより、糖尿病や高血圧などの慢性疾患で定期的に医療機関を受診していた患者が、一定期間(例:半年以上)受診しなくなる「治療中断」の発生率を把握することができます。
- **要介護度の維持・悪化率:** 介護給付実績データを用いて、ある時点(例:年度当初)と一定期間後(例:1年後)の要介護度を個人単位で比較し、要介護度が「維持・改善」した者の割合と、「悪化」した者の割合を算出します。さらに、介護データを用いて要介護2以上を「不健康な状態」と定義し、平均余命からこの不健康な期間を除いた「平均自立期間」を算出し、地域の健康寿命の指標として用いることも可能です。

課題発見のポイント:

治療中断率が高い地域では、かかりつけ医と地域の保健師、ケアマネジャーとの連携が不足し、服薬管理や生活指導のフォローアップが手薄になっている可能性があります。また、要介護度の悪化率が高い場合は、ADL(日常生活動作)の維持・向上に不可欠な通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションといったサービスの提供体制に量・質の両面で課題があるのではないか、といった視点での深掘りが必要となります。

テーマ3:看取りの場の実態把握

多くの国民が「人生の最期を自宅で迎えたい」と希望している一方で、実際にはその多くが病院で亡くなっているのが現状です。住民が希望する場所で穏やかな最期を迎えることができる地域社会の実現は、地域包括ケアシステムの重要な目標の一つです。KDBデータは、地域における「看取り」の実態を客観的に把握し、その実現に向けた課題を明らかにする上で役立ちます。

主要指標:

- **在宅看取り率(在宅ターミナルケア加算等算定率):** 死亡した被保険者のうち、死亡月の医療レセプトにおいて、在宅での看取りを評価する診療報酬項目である「在宅ターミナルケア加算」や、在宅での死亡診断を評価する加算などが算定されている者の割合を算出します。これは、地域における在宅での看取りの実施状況を直接的に示す重要な指標です。
- **死亡場所の割合(推定):** 死亡前1ヶ月間といった期間の医療・介護レセプト情報から、対象者の主たる居所(自宅、病院、介護施設等)を推定し、地域全体としてどこで亡くなる方が多いのか、その構成比を把握します。

課題発見のポイント:

住民意識調査などで「在宅での最期」を望む声が高いにもかかわらず、実際の在宅看取り率が低い場合、そこには明確なギャップ、すなわち「アンメット・ニーズ(満たされていない需要)」が存在します。その背景には、「急変時に24時間対応してくれる診療所や訪問看護ステーションが少ない」「介護する家族の身体的・精神的負担を軽減するための支援(レスパイトケア等)が不足している」「本人や家族が在宅での看取りという選択肢について知る機会がない」といった、多岐にわたる課題が考えられます。これらの課題を特定し、対策を講じることが、看取りに関する普及啓発(事業項目キ)や提供体制の構築(事業項目ウ)の具体的な内容を決定する上で不可欠となります。

表3:KDBデータから導出可能な分析指標例

分析テーマ	主要指標名	指標の定義(例)	課題発見の視点
退院支援と在宅移行	大腿骨骨折患者の退院後訪問リハビリ利用率	大腿骨骨折で退院した75歳以上の者のうち、退院後1ヶ月以内に訪問リハビリテーションの算定があった者の割合	この率が低い場合、病院の退院支援部門と地域のケアマネ・リハビリ専門職との連携不足が示唆される。
	脳卒中患者の短期再入院率	脳卒中で在宅に退院した者のうち、退院後90日以内に同一傷病名で再入院した者の割合	この率が高い場合、退院後の服薬管理、栄養管理、生活指導などが不十分である可能性が考えられる。
重症化予防・状態維持	糖尿病性腎症重症化予防対象者の受診中断率	レセプトから抽出した重症化予防プログラム対象者のうち、6ヶ月以上関連する医療機関への受診がない者の割合	保健指導と医療機関の連携、かかりつけ医と専門医の連携に課題がある可能性。
	要介護度の悪化率	特定の時点(例:1月1日)で要介護1・2だった者が、1年後に要介護3以上に悪化した割合	通所介護や訪問リハビリなど、機能維持・向上に資するサービスの提供量や質に課題がないか検討。
看取り	在宅ターミナルケア加算等算定率	死亡者のうち、死亡月に在宅ターミナルケア加算、在宅がん医療総合診療料、在宅での死亡診断加算等が算定された者の割合	この率が低い場合、地域の看取り対応可能な医療機関・訪問看護ステーションが不足している、または住民や専門職への啓発が不十分である可能性。

ケーススタディ：KDB分析から施策立案へ

Step 1: 仮説設定(現場の声からの気づき)

東海市の在宅医療・介護連携推進事業の担当者は、定期的に行っている地域のケアマネジャーとの意見交換会(関係者会議)において、「最近、大腿骨骨折で入院した高齢者が、十分なリハビリを受けないまま自宅に退院してきて、すぐにADLが低下し、寝たきりに近い状態になってしまうケースが多いように感じる」という意見を複数のケアマネジャーから耳にしました。この現場のリアルな声から、担当者は「東海市では、大腿骨骨折後の高齢者に対する、病院から在宅へのリハビリテーションの連携が円滑に行われていないのではないか？」という具体的な仮説を立てました。

Step 2: KDBデータによる客観的検証

担当者は、この仮説を客観的なデータで検証するため、KDBデータ分析に着手しました。上記の表3を参考に、「大腿骨骨折で退院した75歳以上の患者の、退院後1ヶ月以内の訪問リハビリテーション利用率」と、「入院前と比較した1年後の要介護度の悪化率」の2つの指標を算出することにしました。

分析の結果、驚くべき事実が明らかになりました。東海市の退院後1ヶ月以内の訪問リハビリ利用率は15%であり、全国平均の35%を大きく下回っていました。さらに、入院前に要介護1または2であった患者のうち、1年後に要介護度が2段階以上悪化(例:要介護1→3)した人の割合は、全国平均よりも有意に高いことが判明しました。現場のケアマネジャーが抱いていた「感覚」は、データによって客観的な「事実」として裏付けられたのです。

ケーススタディ：KDB分析から施策立案へ

Step 3: 原因の深掘り(定性的アプローチとの融合)

データによって課題の存在が明確になったものの、その原因はまだ不明です。そこで担当者は、次のステップとして、地域の回復期リハビリテーション病棟を持つ中核病院の退院支援看護師やリハビリ専門職、そして地域のケアマネジャー、訪問看護ステーションの管理者などを集め、この分析結果を提示した上で、集中的なヒアリング調査を実施しました。

その結果、病院側からは「退院までの在院日数が短縮される中で、退院後の生活環境まで想定したリハビリ計画を十分に立てる時間がない」、ケアマネジャー側からは「病院から提供される診療情報提供書には、リハビリの具体的な内容や在宅での注意点まで詳しく書かれておらず、どのような在宅サービスを組み合わせればよいか判断に迷う」といった声が上がりました。これにより、問題の根本原因が、単なる資源不足ではなく、病院と地域の間での情報連携の断絶と相互理解の不足にあることが特定されました。

Step 4: 施策立案と事業への反映

この明確化された根本原因に対応するため、担当者は、在宅医療・介護連携推進事業の8つの項目のうち、特に「(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」と「(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援」の二つを重点項目と位置づけ、以下の具体的な新規事業を次年度の事業計画に盛り込みました。

- **「退院支援リハビリテーション情報連携シート」の開発・導入**: 病院のリハビリ専門職が退院前に記入し、地域のケアマネジャーや訪問リハビリ担当者に確実に引き継がれる、共通の情報連携ツールを医師会やリハビリ専門職団体と共同で開発・導入する。
- **病院・地域合同リハビリテーション研修会の定期開催**: 病院の専門職と地域の介護専門職が一堂に会し、互いの役割や専門性を理解し、具体的な事例を通じて連携方法を学ぶ研修会を年2回開催する。

課題解決に向けた 具体的取り組みの立案と評価

抽出された課題と事業8項目の連動

課題を特定した次のステップは、その課題解決のために、在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目のうち、どれを活用するのが最も効果的かを検討し、具体的なアクションプランに落とし込むことです。8つの事業項目は、それぞれが独立しているのではなく、相互に関連し合っています。一つの課題に対して、複数の事業項目を組み合わせアプローチすることが、多くの場合、より高い効果を生み出します。

例えば、前の資料で示したケーススタディで明らかになった「大腿骨骨折後のリハビリ連携不足」という課題を考えてみましょう。この課題は、一見すると「(ウ) 切れ目のない提供体制の構築」や「(エ) 情報共有の支援」に関わる問題に見えます。しかし、その解決策として計画された「合同研修会」は「(カ) 医療・介護関係者の研修」そのものです。さらに、この問題の背景に、そもそも地域に訪問リハビリを提供できる事業所が少ないという実態があれば、「(ア) 地域の資源把握」を再度詳細に行う必要が出てくるかもしれません。このように、一つの現実的な課題は、しばしば複数の事業項目にまたがって影響を及ぼしており、その解決には複合的なアプローチが求められます。

抽出された課題と事業8項目の連動

このことは、8つの事業項目を、単に選択肢が並んだ「メニュー」として捉えるのではなく、相互に連携し機能する一つの「システム」として捉える視点の重要性を示唆しています。例えば、(ア)の資源把握が正確に行われていなければ、(ク)の関係市区町村連携で広域的な資源の融通を議論することもできません。また、(エ)の情報共有ツールが整備されていなければ、(ウ)の切れ目のない提供体制を構築することは困難です。市町村の担当者は、特定された課題がこのシステム全体のどこに影響を与えているのかを考え、「どの事業項目の組み合わせが、最も効果的な改善のテコ(レバレッジ)となるか」という戦略的な視点を持つことが重要です。これにより、単発的な事業の繰り返しではなく、地域全体の連携システムを強化していくという、より本質的な事業展開が可能となります。

抽出された課題と事業8項目の連動

以下に、典型的な課題と、それに対応する事業項目の連動例をいくつか示します。

課題:「医療・介護資源の地理的偏在や特定の機能の不足が明らかになった」

- **連動する事業項目:**

- － (ア) 地域の医療・介護の資源の把握:より詳細な機能(例:看取り対応の可否、認知症対応力など)に関する追加調査を実施し、資源マップを更新・精緻化する。
- － (ク) 関係市区町村の連携:隣接する市町村と協議し、資源を相互に活用・補完しあう広域連携体制を検討する。
- － (キ) 地域住民への普及啓発:精緻化された資源マップを住民に公開し、適切なサービス選択を支援する。

課題:「入退院時における病院とケアマネジャーの情報連携が不足している」

- **連動する事業項目:**

- － (工) 医療・介護関係者の情報共有の支援:地域の関係者と協働で、標準的な「入退院時情報連携シート」や地域連携パスを策定・導入する。
- － (力) 医療・介護関係者の研修:病院職員と地域の介護専門職が互いの役割や業務プロセスを理解するための合同研修会や事例検討会を企画・開催する。
- － (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援:連携に関する相談窓口を設置し、個別の連携困難事例に対するコーディネート支援を行う。

課題:「地域住民が在宅医療に対して漠然とした不安を抱いており、在宅療養の選択が進まない」

- **連動する事業項目:**

- － (キ) 地域住民への普及啓発:在宅医療の具体的な内容や、地域のサポート体制を紹介する市民向けシンポジウムや講演会を開催する。また、体験談などを盛り込んだ分かりやすいパンフレットやウェブサイトを作成・配布する。
- － (イ) 課題の抽出と対応策の検討:住民の不安の具体的な内容を把握するため、住民アンケートやグループインタビューを実施し、啓発内容の改善に繋げる。

事業評価の視点と次のPDCAサイクルへ

計画(Plan)を立て、事業を実施(Do)した後は、その結果を評価(Check)し、次の改善(Action)に繋げるプロセスが不可欠です。この「評価」の質が、事業を単なる一過性のイベントで終わらせるか、継続的に改善・発展させていくかの分水嶺となります。

事業評価を行う際に最も重要なのは、適切なアウトカム指標を設定することです。「研修会をX回開催した」「連携シートをY部作成した」といった事業の実施量を示すプロセス指標も記録としては必要ですが、それだけでは事業の真の価値は測れません。問われるべきは、「その事業によって、地域にどのような良い変化(アウトカム)がもたらされたか」です。

例えば、「退院支援リハビリテーション情報連携シート」を導入した事業を評価する場合、プロセス指標は「導入した医療機関数」や「シートの利用件数」になります。しかし、本当に評価すべきアウトカム指標は、「シートの導入により、大腿骨骨折患者の退院後1ヶ月以内の訪問リハビリ利用率がZ%向上した」あるいは「要介護度の悪化率がW%低下した」といった、住民の状態の変化を示す指標です。本研修で詳説したKDBデータは、まさにこうしたアウトカム指標を客観的かつ経時的に測定する上で、極めて強力なツールとなります。

事業評価の視点と次のPDCAサイクルへ

事業評価の結果、目標を達成できたこと、できなかったことを客観的に分析し、その成功要因・失敗要因を探ります。この評価結果こそが、次のPDCAサイクルにおける、より精度の高い「Plan(計画)」を立案するための最も重要なインプットとなります。

このように、現場の声と客観的データを駆使して課題を抽出し、8つの事業項目を戦略的に組み合わせることで解決策を立案・実行し、その結果をアウトカムで評価して次の計画に活かす。このPDCAサイクルを粘り強く、継続的に回し続けること。それこそが、在宅医療・介護連携推進事業をスパイラルアップさせ、ひいては地域包括ケアシステムの深化・推進に繋がっていく道筋になるのではないかと考えます。

これからの高齢者の状態像を踏まえてより 求められる医療介護連携

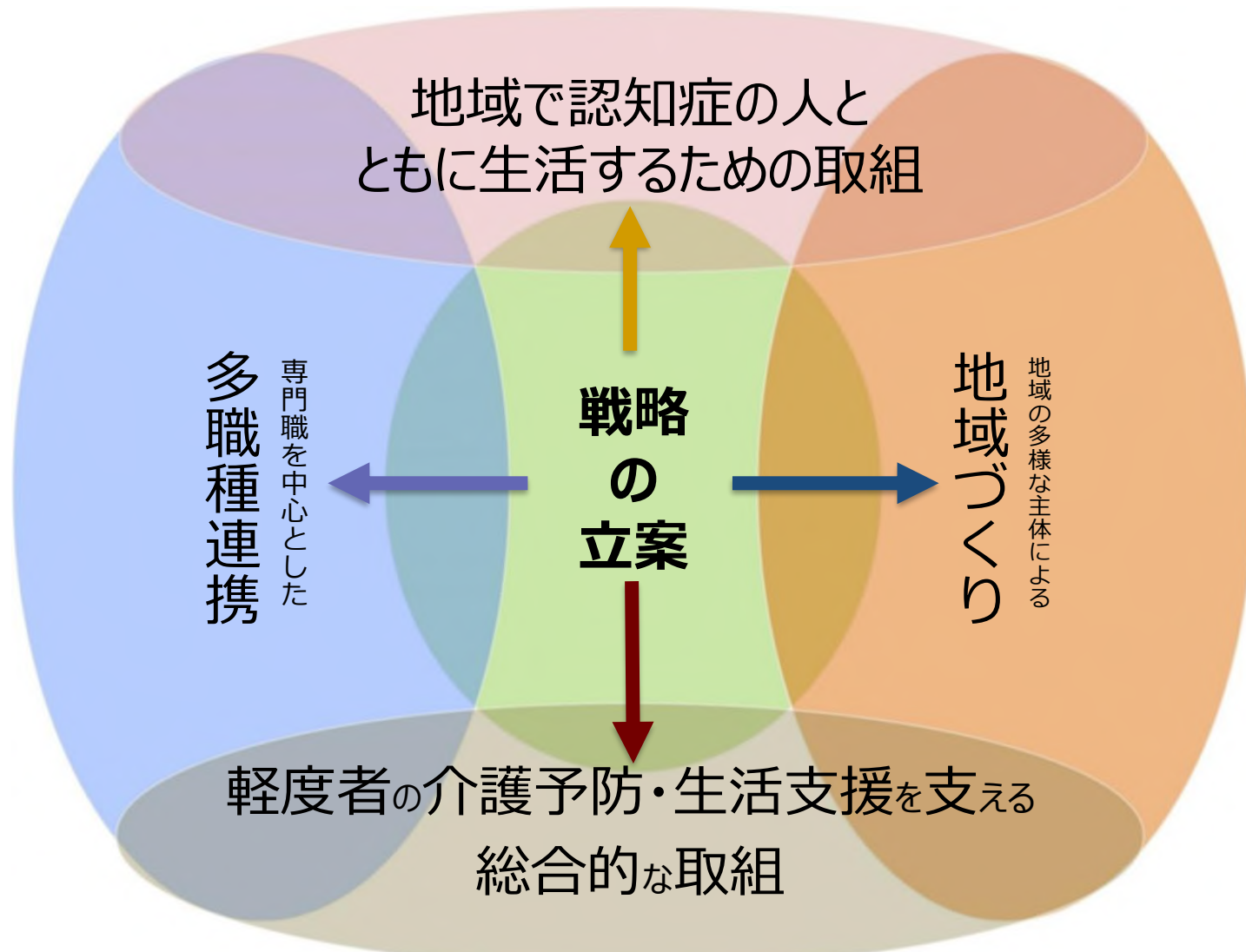
疾患に着目することはとても大切ですが、疾患だけを見ても、見えてこないこともあります。

疾患には、生活習慣病も含まれ、これらの場合、疾患だけを見るのではなく、**疾患を発症することになった生活習慣(生活課題)にも着目する**ことが大切です。

疾患と生活習慣の両方に着目するためには、疾患を見ることができる専門職と生活習慣を見ることができる専門職との連携が必要＝医療介護連携の必要性

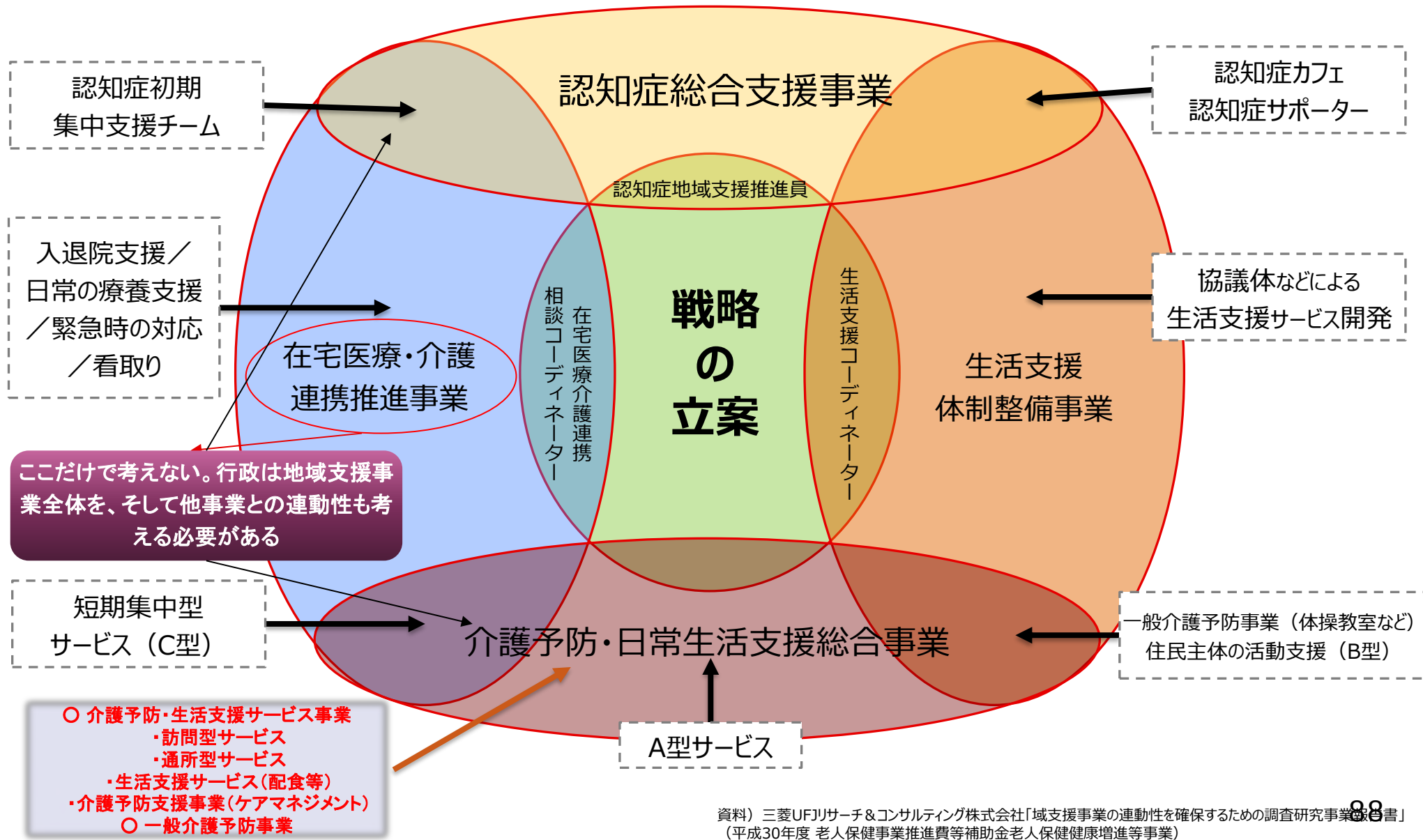
年代別にみることで、見えてくる地域性を踏まえた生活課題や、経年データを比較することで見えてくる取り組みの必要性や効果を検証することが重要となります。

行政が地域ケア会議（地域課題の検討を主とした地域ケア会議）を軸とした 地域支援事業の連動性



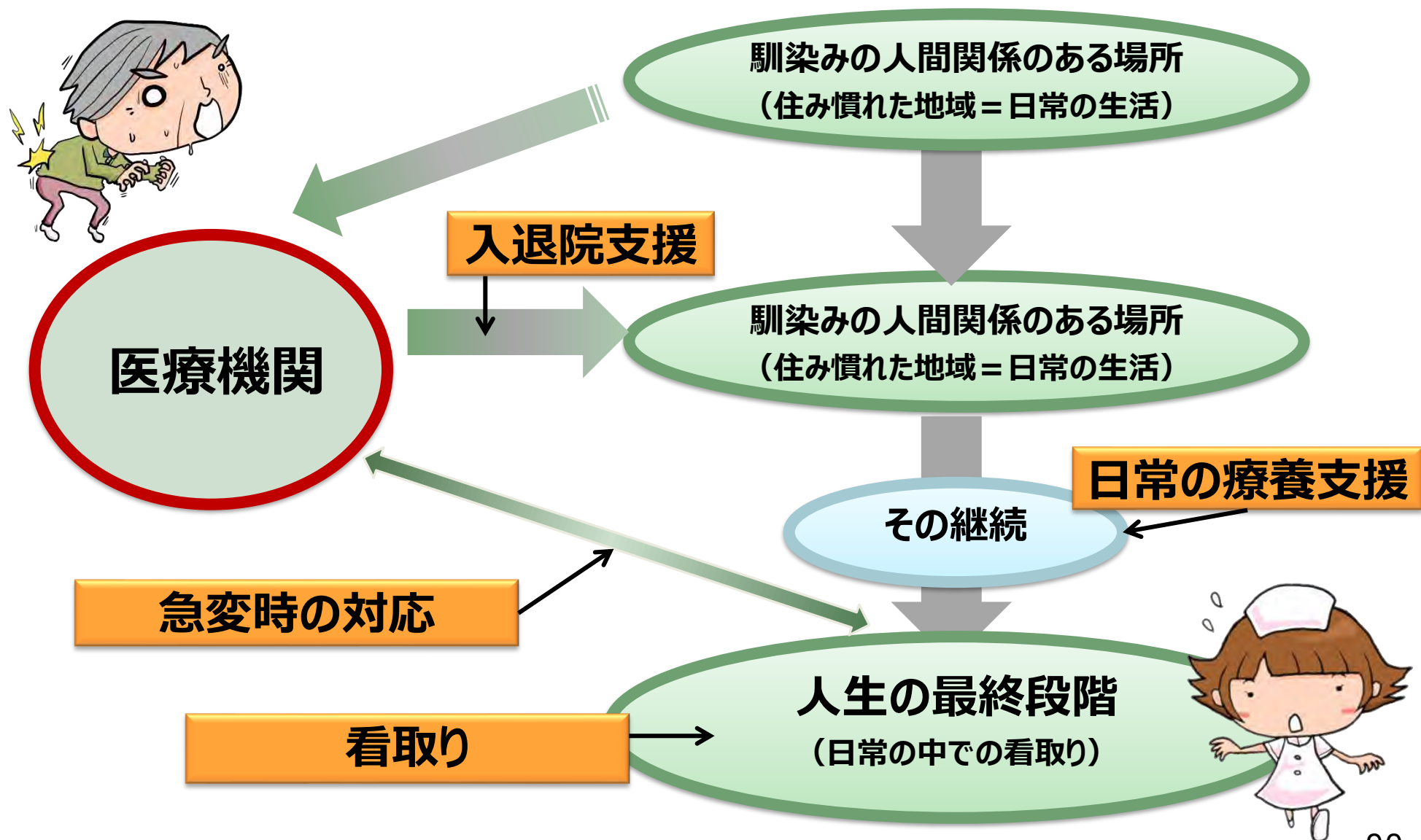
資料）三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」
（平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

地域支援事業に落とし込むと ～大切なことは「重なりしろ」の部分にある



**在宅医療・介護連携推進事業は
分解しつつ、つないで考える**

医療・介護連携：まず、どこのお話をしていますか？

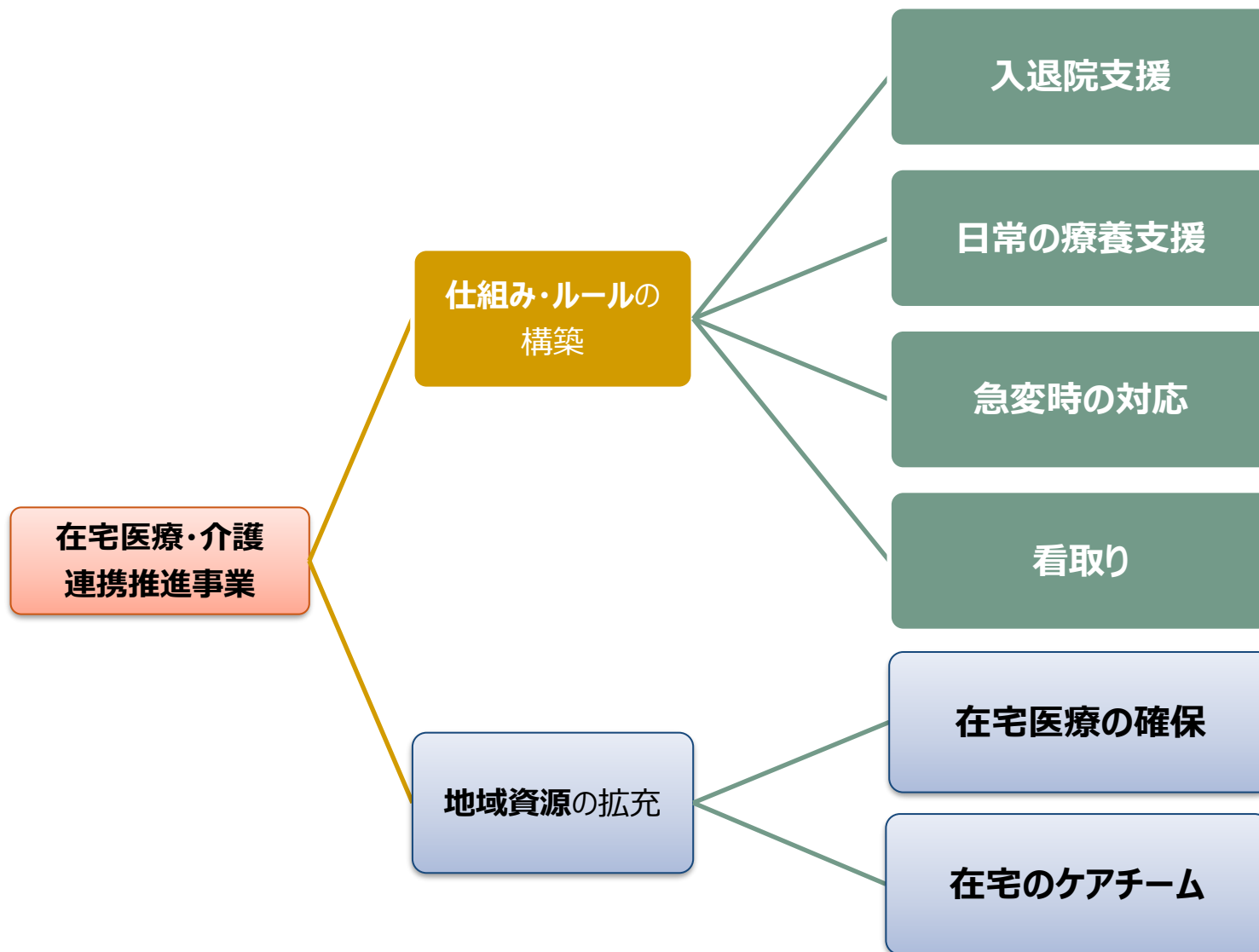


在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

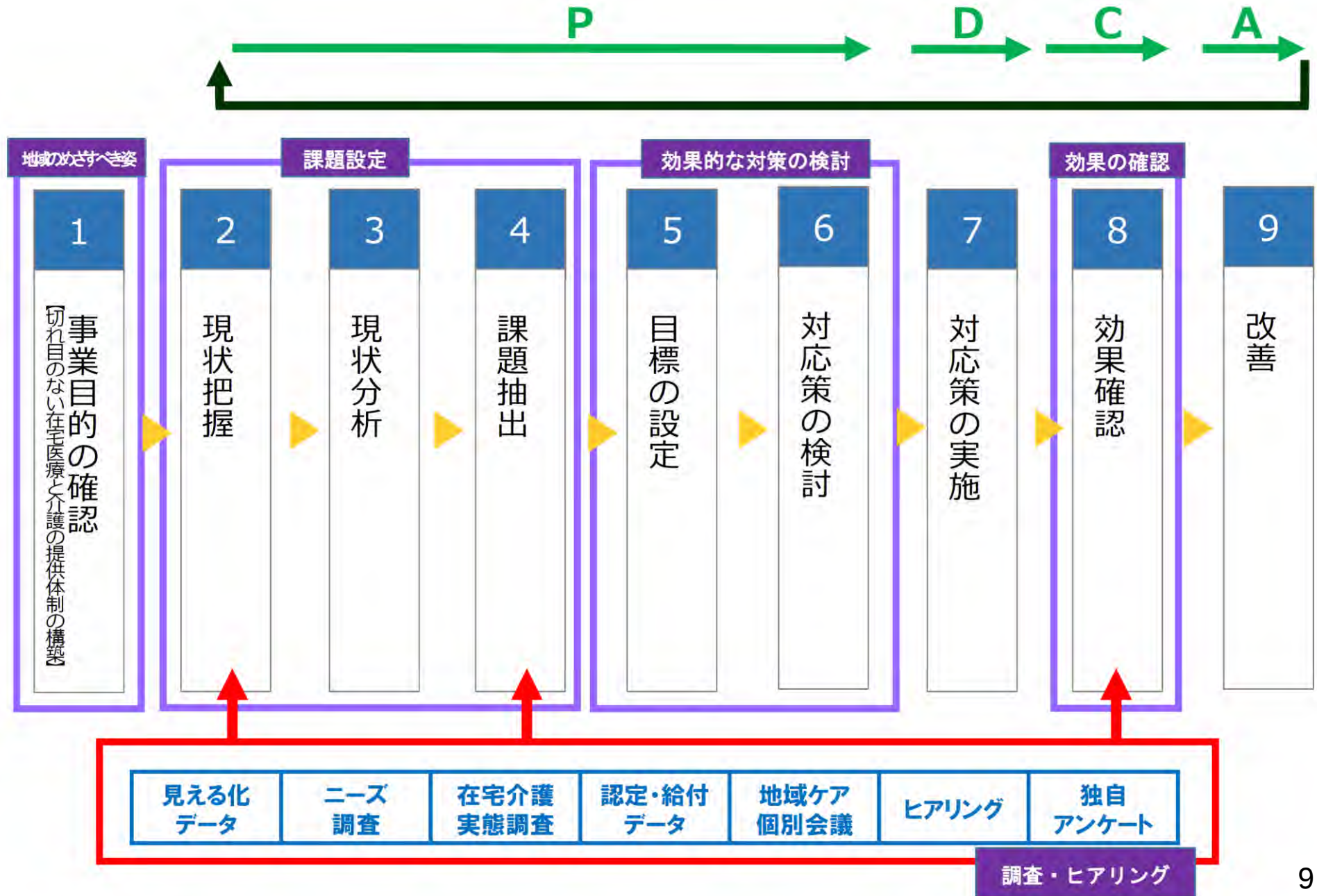
直面している課題の大きさやテーマの特徴をしっかりと認識し、共有しないと、うまくいかない。目的の不明確な医療介護連携は成功しない。

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)	◆ 病院から地域へのソフトランディング。 ◆ 病院の参加が不可欠であり、仕組みは地域全体になる。局所的な取組ではうまく機能しない。
日常の療養支援	長い (年単位)	◆ 予防的先回りのケアが求められ、介護看護職の役割は大きい。 ◆ 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)	◆ 日常の療養支援の延長線上に発生しうる急変時の対応。バックベットの確保なども含まれる。このまま看取りにつながる場合も。 ◆ 仕組みとしては入退院支援との共通点も。
看取り	短い (週単位)	◆ 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。

在宅医療・介護連携をちゃんと分解する



PDCAサイクルのイメージ



例として

在宅医療・介護連携推進事業における目指すべき姿

住み慣れた地域で安心して人生の最期まで暮らせるまち

日常の療養支援

本人とご家族が
どちらも、治療や介護
サービス等を継続して
活用し、健康管理
や気持ちの変化を
専門職で共有する
ことにより、在宅で
安心して暮らすことが
できる

現状把握

現状分析・
課題抽出・施策立案

評価

改善

入退院支援

本人の心身状態を把握
したうえで体調の変化を
早期に発見し、再入院の
リスクを回避すると同時
に、在宅での安全な生活
を継続する。また、入院
時の生活と在宅での
生活に差がないよう、
スムーズに移行すること
で、その方らしさの支援
を行う。

現状把握

現状分析・
課題抽出・施策立案

評価

改善

急変時の対応

医療と介護、救急
(消防)が連携すること
により、本人の意思を
尊重したうえで、急変
時に適切な対応が
できる

現状把握

現状分析・
課題抽出・施策立案

評価

改善

看取り

最終的に、すべての
利用者がよかったと
思える理想の最後を
迎えられよう
看取りができるように
する

現状把握

現状分析・
課題抽出・施策立案

評価

改善

医療計画や地域医療構想における在宅医療とは

在宅医療とは、「医療を受ける者の居宅等」において提供される保健医療サービスのことをいい、在宅医療と介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画や介護保険法に規定する都道府県介護保険事業支援計画・市町村介護保険事業計画との整合性を確保することが必要とされている。なお、在宅医療の需要は、2025 年に向け、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みであり、こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体等が一体となって構築していくことが重要である。

- ・病床の機能分化・連携に伴い生じる介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025 年に約 30 万人
(介護施設や外来で対応する分を含む)
- ・訪問診療を利用する患者の高齢化の影響による増加見込みは、2025 年に約 100 万人

なお、ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

在宅における医療介護連携が大切ではあるが、
今後は在宅生活が限界となった利用者の受け入れを
期待される部分も多い介護施設においても、医療対応が
可能となることが望まれる＝施設における医療介護連携の必要性

ご清聴ありがとうございました



神奈川県地域包括ケアシステム統括アドバイザー
静岡県地域包括ケアシステム推進アドバイザー
大分県地域支援事業スーパーバイザー
高知県長寿社会課地域支援事業推進アドバイザー
沖縄県保健医療介護部地域包括ケア推進課地域支援事業推進アドバイザー
山梨県地域づくり強化支援事業アドバイザー
茨城県高齢者自立支援推進アドバイザー
ツツイグループ顧問兼コンプライアンス室室長
株式会社日本経営顧問
主任介護支援専門員松川竜也

e-mail: ta2ya.ma2kawa@gmail.com