

レクチャー 現状把握と分析を通じた 効果的な事業展開について

吉江悟, 松本佳子

東京大学医学部在宅医療学拠点

2016年9～10月

厚生労働省 在宅医療・介護連携推進支援事業
在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー

お話しすること

- 地域マネジメント
- 計画策定のための現状把握と分析方法
- 在宅医療・介護連携推進事業の効果的な展開
- 事例発表地域における事業展開
- 参考資料
 1. 滋賀県庁が県内市町に提供したデータ（指標）群
 2. 長野県における県内統一の高齢者等実態調査

地域マネジメント

地域包括ケアシステム（2016）



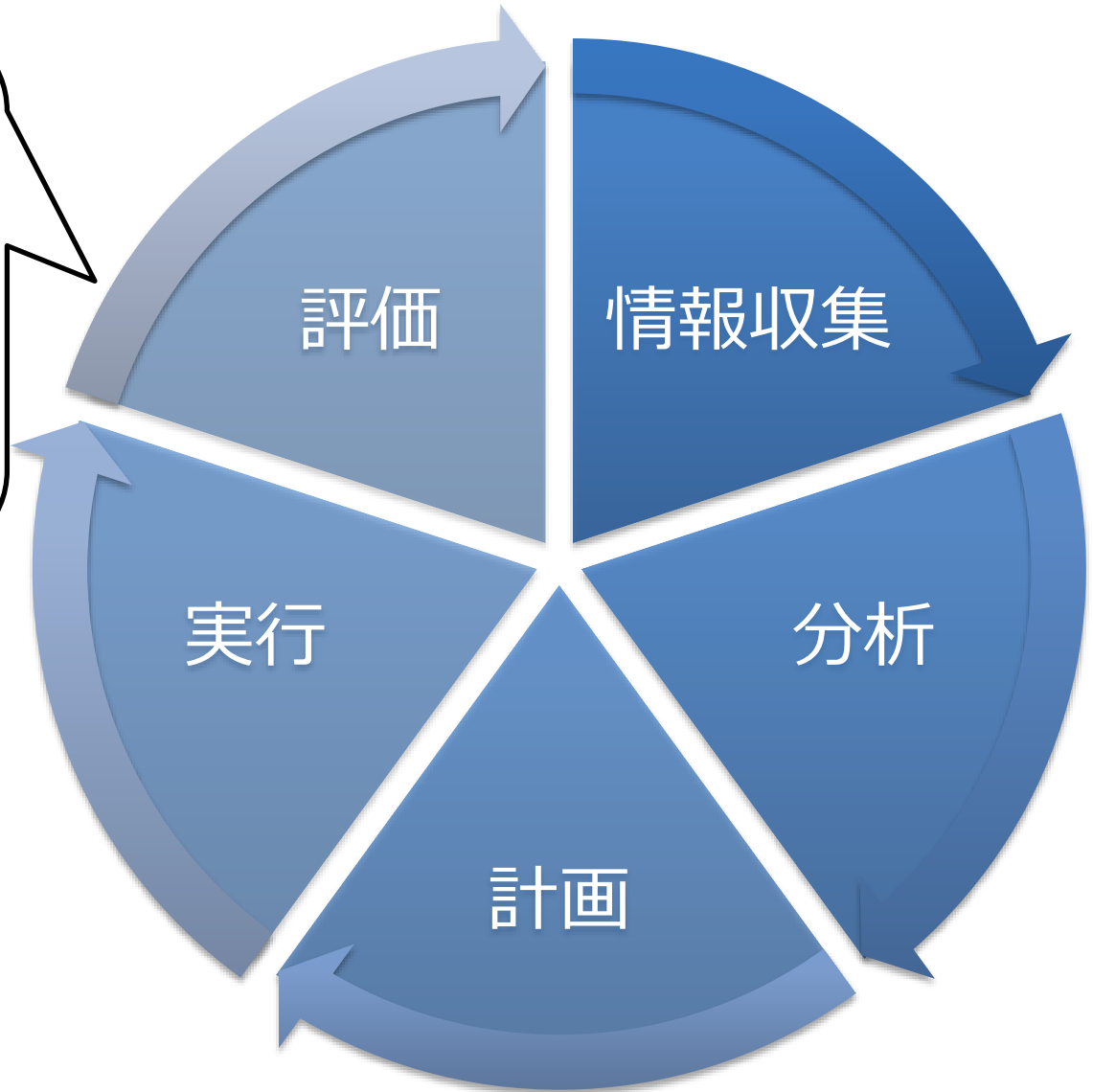
市町村の役割：地域マネジメント

- 「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



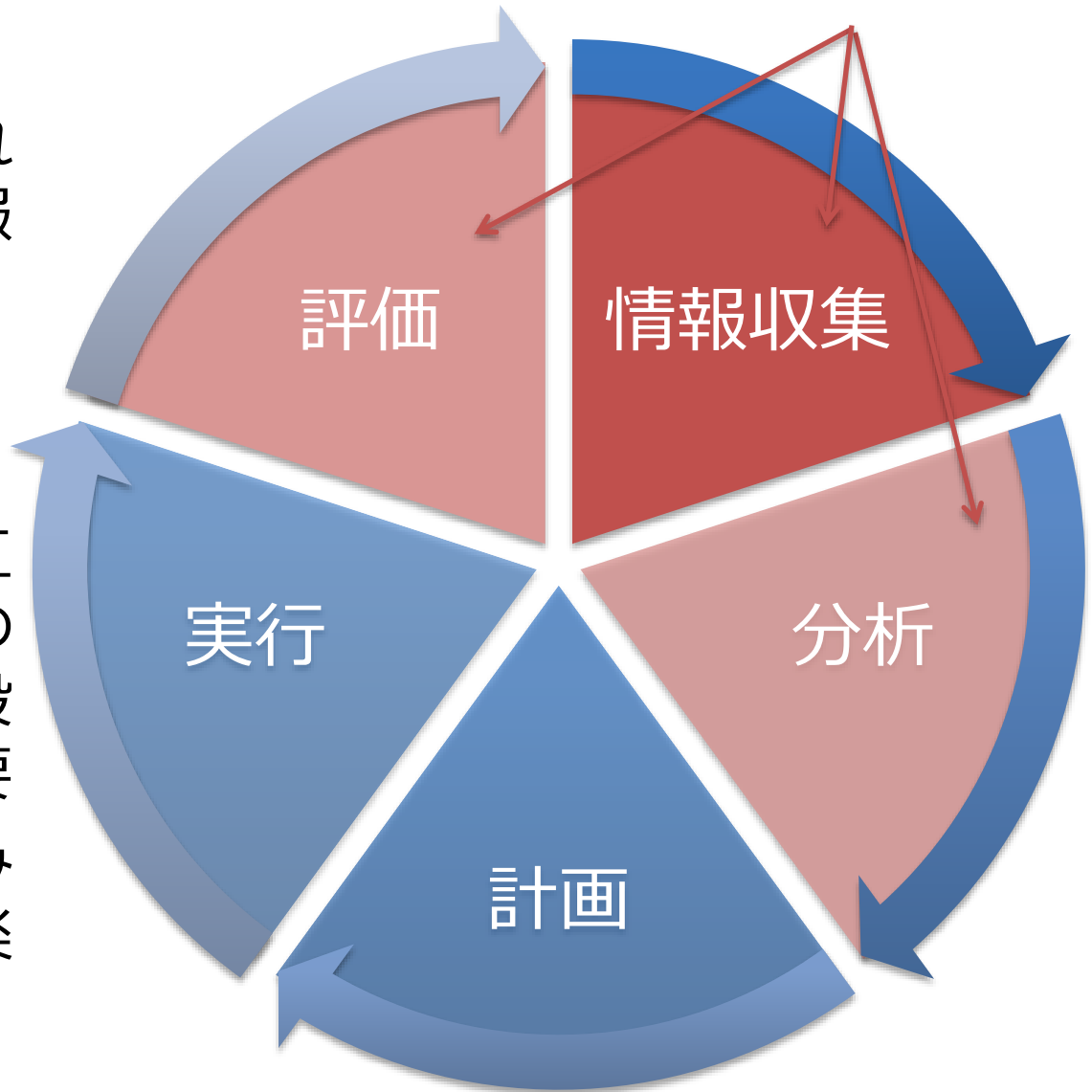
計画策定のための 現状把握と分析方法

マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

ここでのフォーカス

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、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

（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



（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

（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

※ 評価の枠組みを考える際には、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

評価にあたってのWs&H

- 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

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

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)

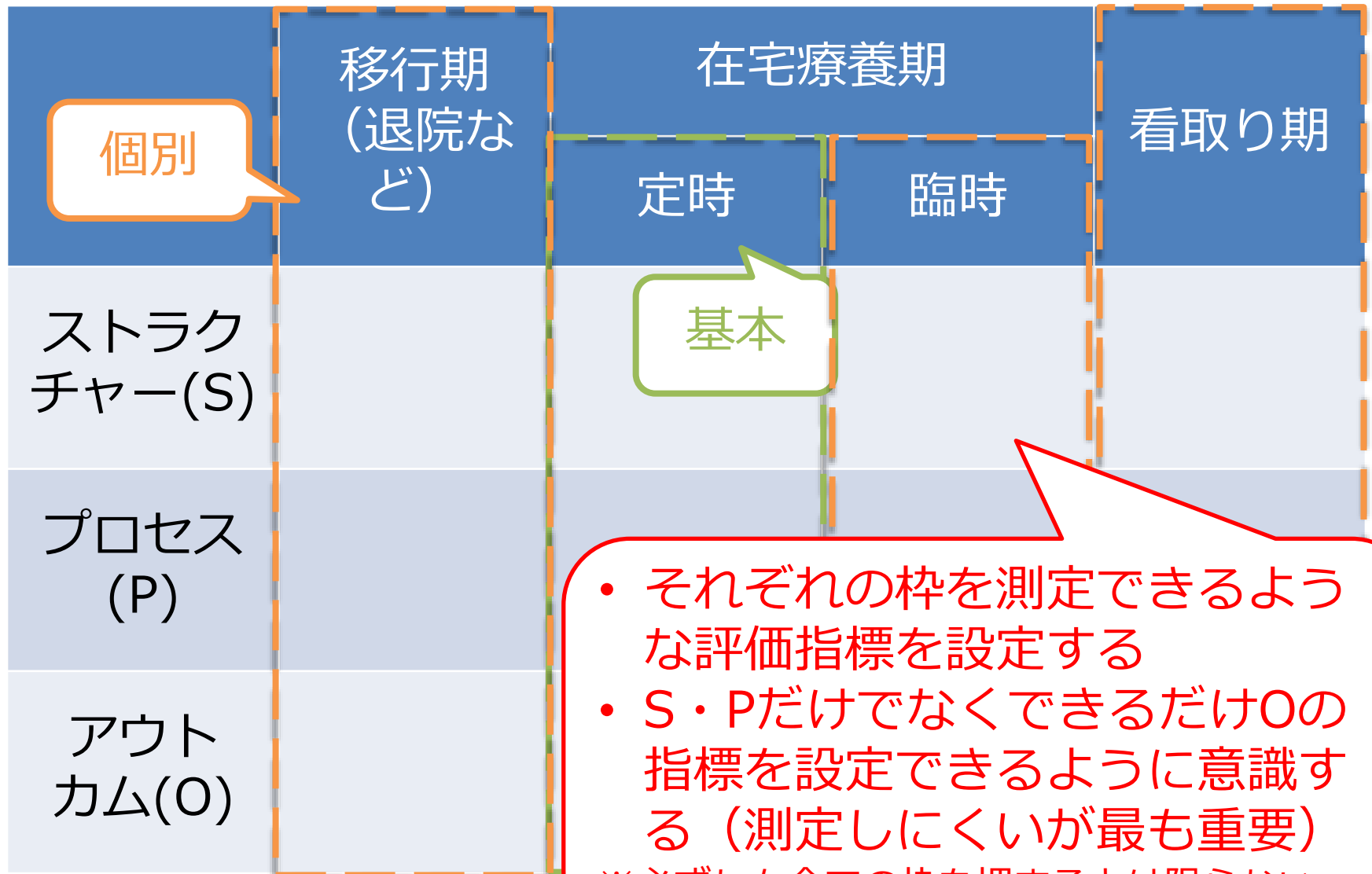
参考：在宅医療の体制整備に係る現状把握のための指標例

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 チャーター 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)】
			○ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】		
			○ 看取りに対応する介護施設数(市区町村別)【都道府県調査】		
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



評価枠組みの例：時期×SPO×疾患

難病、小児、その他...

全疾患	高齢者・認知症		がん		精神	
	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)						
プロセス(P)						
アウトカム(O)						

- 疾患によって資源の充足状況が異なる場合は疾患別の評価枠組みも必要
- 例：在宅がん末期／小児在宅を支える資源が不足

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 • 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 • 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※ 		

さらに...

- 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）

※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。

事例発表地域における現状把握の状況

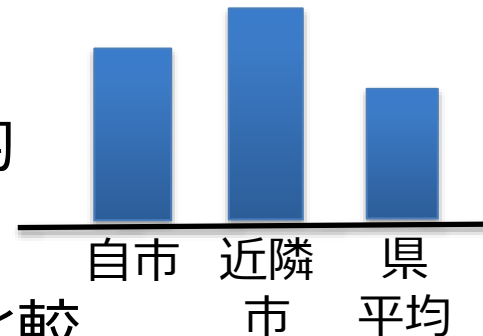
		神奈川県 横須賀市	千葉県 柏市	岩手県 釜石市	富山県 上市町	東京都 北区
人口等	人口（推計）・高齢化率	●	●	●	●	●
	高齢者世帯数					●
	要介護度別要介護認定者数	●	●			
S	在宅医療を行う診療所数（在支診以外も含む）	●	●	●	●	●
	訪問サービスを行う施設数（診療所以外）	●	●	●	●	●
	病院数・病床数	●	●	●	●	●
	救急医療体制	●	●	●	●	●
	人口10万人対医師数	●	●	●		●
T	訪問診療・往診件数・実人数		●	●	●	
	訪問看護件数・実人数		●	●		
	訪問診療・訪問看護の夜間休日対応の実績		●			
O	死亡場所別死亡数・自宅看取り	●	●	●	●	●
	-	先進地と言われるところでもアウトカムまではあまり収集できていない（該当するデータソースがない）				
他	住民が希望する最期の療養場所	●	●			●
	入院医療の医療圏内完結率		●	●		
	高齢者施設の待機者数		●		●	

※指標とされた主なもの

指標の解釈の手法（例）

- 地域間で比較する

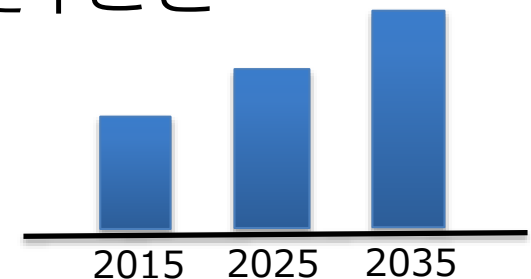
- 対全国平均・都道府県平均
- 近隣市町村との比較
- コミュニティエリア間の比較



単純な度数比較か、
需要（例：75歳以上人口）を母数にした割合比較か、
よく確認

- 時系列で推移を見る／将来推計をする

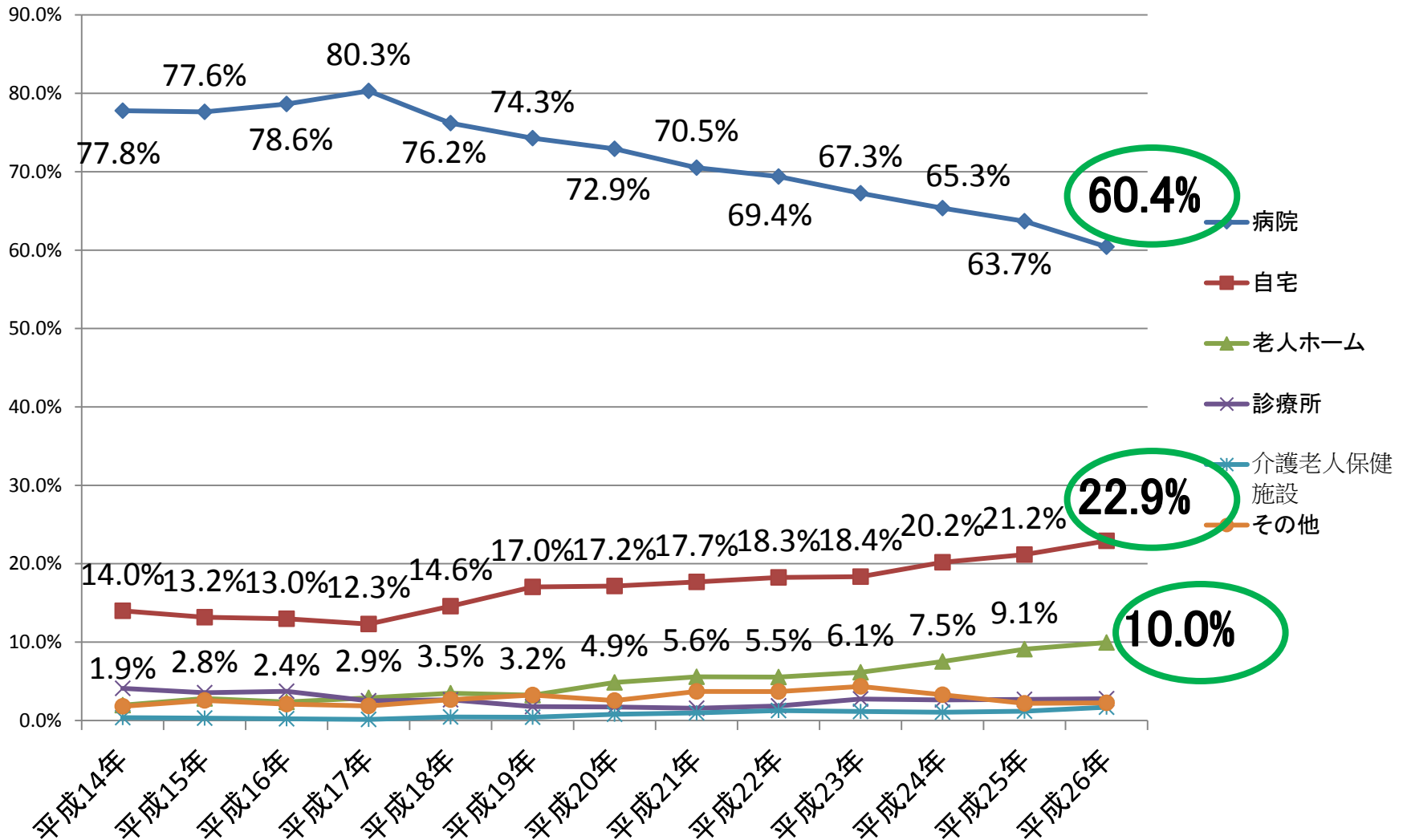
- 介護保険事業計画や医療計画の策定年ごと
- 2025年：団塊世代が後期高齢期に
- 2040年：日本人の死亡数ピーク



- 領域・階層別に見る

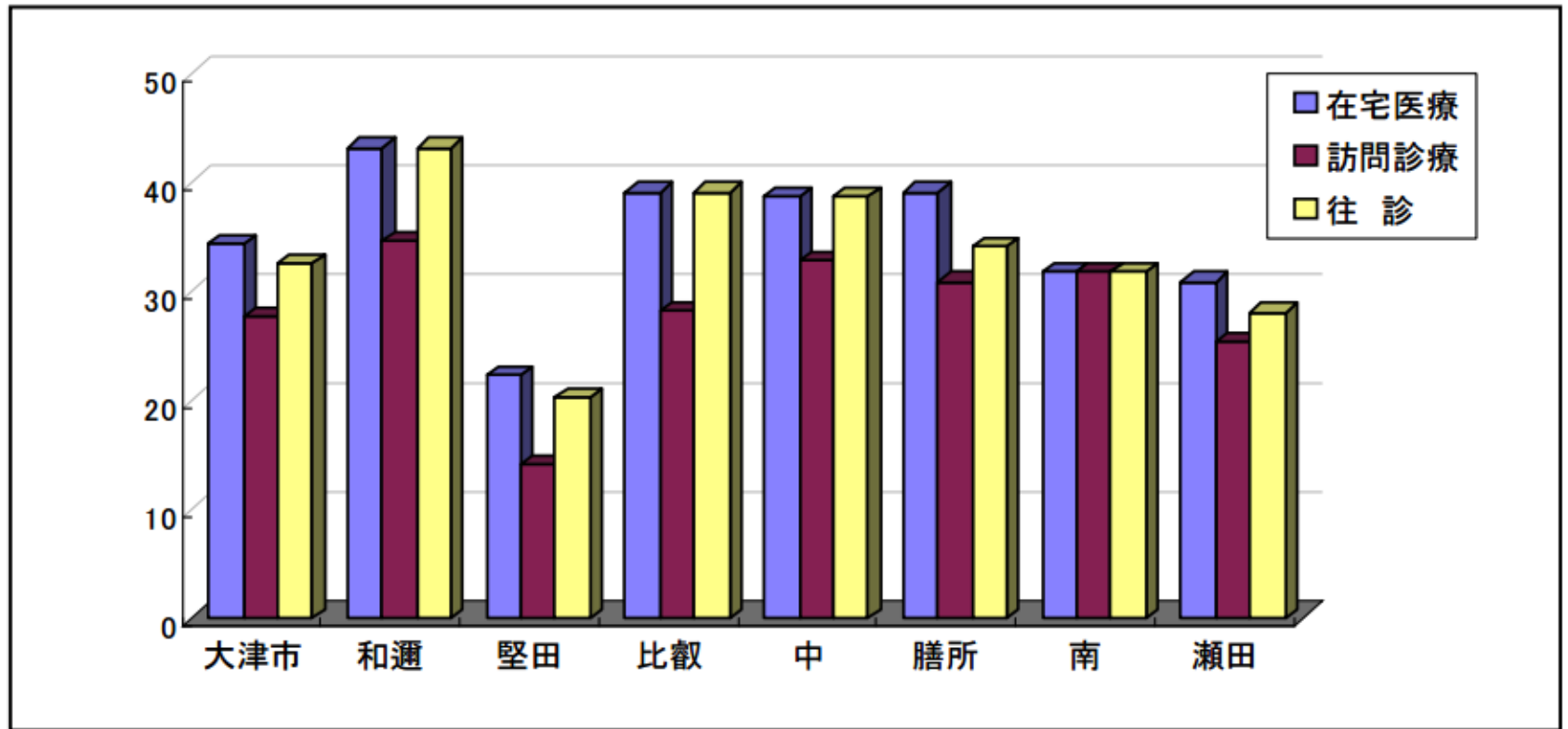
- SPOを一連で見る（例：Sは充足したがOは不変）
- 疾患別の比較
- 時期別で見る（例：平常時は充足／臨時は不足）

横須賀市の死亡場所構成比推移



大津市の在宅医療実施診療所数（エリア別）

◆人口10万人あたりの在宅医療実施診療所数（エリア別）



資料：保健総務課「在宅医療実態調査」（平成24年6月1日現在）

※ ここでは単に診療所数が示されているが、本来は75歳以上人口に占める割合など需要を代表し得る指標に対する供給量を示して地域間で比較するのが望ましい。

指標の解釈から目標の設定へ（例）

● 指標の解釈

- 他地域に比して（需要に対し）資源が少ないことが分かった
- 将来に向けて需要が増加することが分かった
- 他地域に比して患者・利用者のQOLが低いことが分かった



● 目標の設定（←地域の課題の明確化による）

- 資源の量を増やす
- 資源が少なくても対応できる体制を整える（効率化または代替策の確保）
- 患者・利用者のQOLを向上させるべくケアの質を上げる

柏市の訪問診療対象患者数の推計

第6期 柏市高齢者いきいき プラン21

(柏市地域包括ケア計画)



平成27年3月
柏市

○在宅医療ニーズの推計と在宅医療の確保

本市では、平成25年9月時点で約1,400人の患者が在宅医療（訪問診療）を受けています（後期高齢者医療／国民健康保険レセプト実績より）が、今後は高齢化の進展等に伴い、ますます在宅医療が必要な患者が増えてくることが予想されます。

在宅医療の需要増加は、人口高齢化に伴って訪問診療を受ける患者数が増えることに伴うものに加えて、病床数を上回る潜在的入院患者の一部が在宅療養に移行して生じるもの、などの総体として考えることができます。

本市が東京大学等で行った推計によると、第7期の計画期間の最終年度である平成32年時点で、平成27年と比べ、約600人強の在宅医療の需要増加が見込まれます。

引き続き、医療・介護連携の推進施策を着実に実行していくとともに、在宅医療を担う専門職の計画的確保に努めます。

参考：柏市における訪問診療ニーズの推計



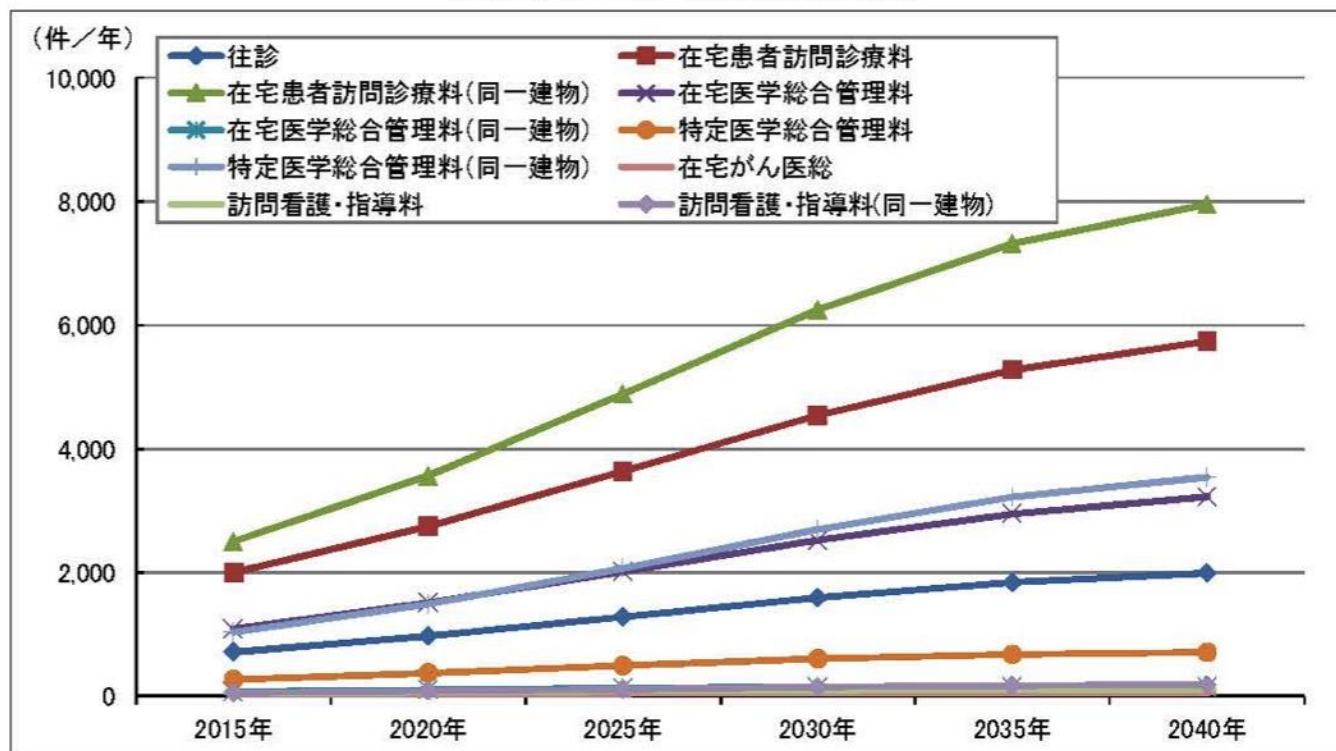
平成27年から平成32年にかけて、600名強の在宅医療の需要増加が生じる可能性がある（内訳：訪問診療料対象者の増分約400名、入院患者からの移行分約200名）。

a) 東京大学による国民健康保険／後期高齢者医療レセプト実績に基づく推計
b) 東京大学の委託に基づく株式会社メディウェアの調査結果より(平成37年の潜在的な入院患者数と予測病床数との差により推計)

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

東京都北区の住民意識

高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画

●健康づくり・介護予防の推進

「北区版お口元気体操」の普及・高齢者ふれあい食事会・介護予防リーダーの育成等

●社会参加の促進

シニア元気塾の開催・住宅改造費用助成事業

●安全・安心な生活の確保

地域包括支援センターの機能強化・おたがいさまネットワーク・北区地域包括ケア連絡会の創設・認知症もの忘れ相談・認知症サポーター養成講座等
高齢者の見守りや認知症高齢者と介護者への対応に関する事業を展開していた。



北区全高齢者実態把握調査(平成23年度実施)

●介護が必要となった場合の暮らし方

「自宅で暮らしたい」全体の45%

75歳以上は、48.9%が希望している

在宅療養支援の仕組みづくりが重要

●生活上の不安

「病気になった時の在宅生活」30.9%

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 要介護認定者数 認知症高齢者数 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：人口動態調査 厚生労働省：介護保険事業状況報告 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）
	<ul style="list-style-type: none"> 病床数（地域包括ケア病床など） 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：医療施設調査 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
S	<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
	<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"> 国保連等：医科レセプト（KDBなどの活用）
P	<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）
	<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 	<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）
O	<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"> 医療レセプト・介護レセプト（KDBなどの活用）
	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での死亡割合 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：人口動態調査（「在宅医療にかかる地域別データ集」などの活用）

参考：厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大 調べ

御意見募集やパブリックコ

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]

参考：地域医療構想における 「慢性期機能及び在宅医療等」の推計

- 次の5つの合計により算出する。
 - ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。
 - ③ 一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。）のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計することとする。
 - ④ 平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

※都道府県より市町村へ市町村別推計データが提供されることを期待

さらに

数値化できない情報の重要性

- 地域には数値化されていない情報が数多くある
 - 既存の統計やアンケート等から把握できることは全体のごく一部
 - 地域の従事者が肌で感じていることを市町村担当者も感じる（徐々に感じられるようになる）必要がある
 - 有効な手法：地域ケア会議など実事例が議論される場に赴き体感を得る／ときには従事者と1対1で話す
- 数値化できる情報とできない情報がある
 - 数値化しようと思えばできるが多くの場合数値化されていない情報：患者のQOL（Quality of Life）、従事者のQWL（Quality of Working Life）など
 - そもそも数値化できない情報もある：「○医師と△医師はあまり関係がよくない」など

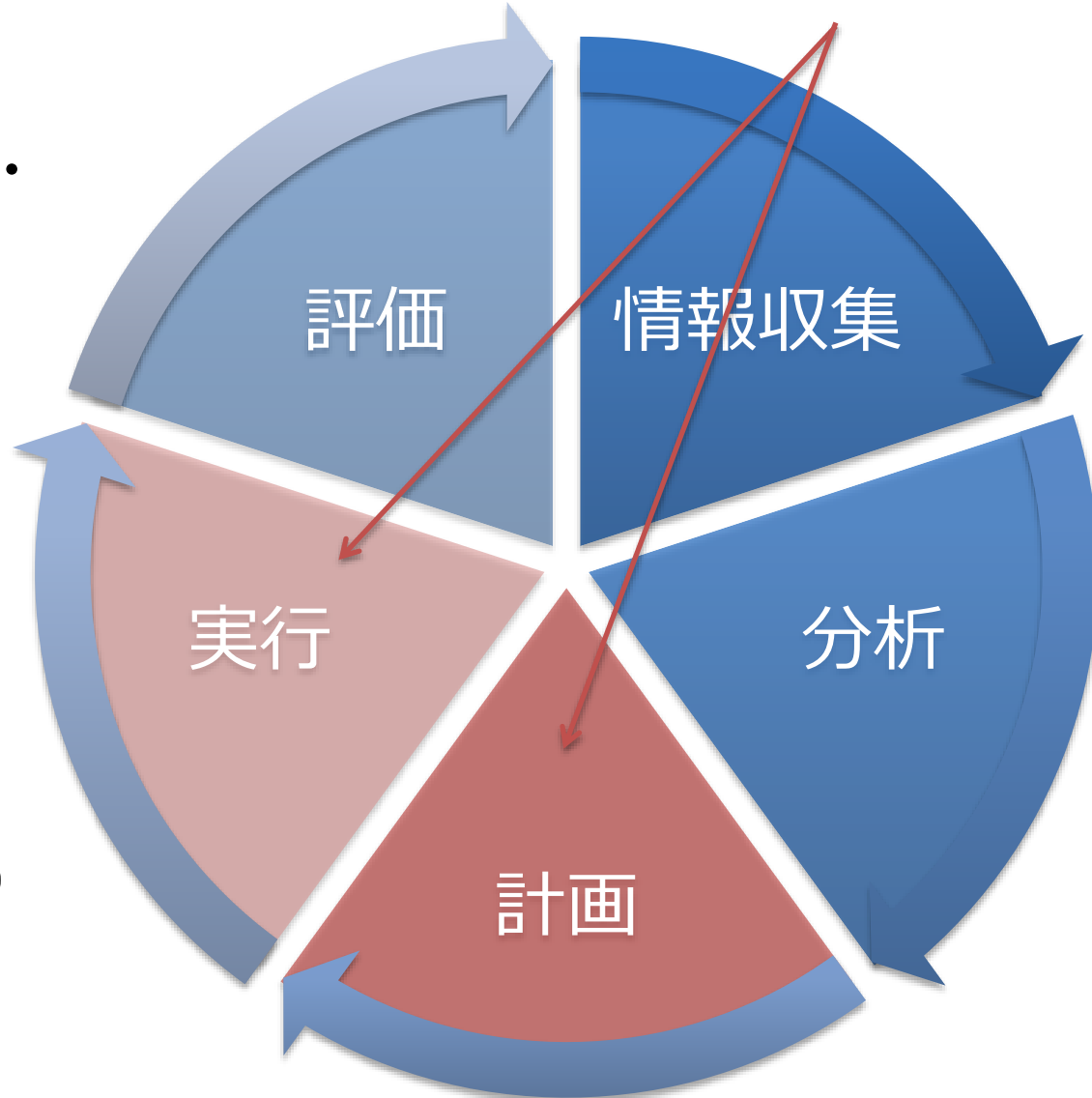
在宅医療・介護連携推進事業 の効果的な展開

マネジメントにおいて重要なこと：

PDCAサイクル ここでのフォーカス

ポイント

- 分析が済んだら、計画・実行へと移行する
- 分析の結果設定された目標をできるだけ達成しやすい計画を立てる
- 計画通りに実行する
- (実行結果の評価は、あらかじめ評価の枠組みが設定されていれば比較的簡単にできる。)



評価枠組みの例：時期×SPO×疾患

難病、小児、その他...



※再掲

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、市町村は、原則として、事業項目の一部を都市
- 都道府県・保健所は、事業実施関連の資料

目標実現のための対応策があがってきて初めてこの（ア）～（ク）の分類が一部関係してくる（つまり事業実施にあたり当初からこの項目にとらわれる必要はない）

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

事業項目（ア）～（ク）とマネジメントサイクル

「何のための」（＝目的・目標）
を具体化して取り組むことが重要

（ウ）切れ目のない体制構築^注

（エ）情報共有の支援

（オ）相談支援

（カ）研修

（キ）地域住民への普及啓発

（ク）関係市区町村の連携

（ア）地域資源の把握

評価

情報収集

実行

分析

（イ）課題抽出と対応策の検討

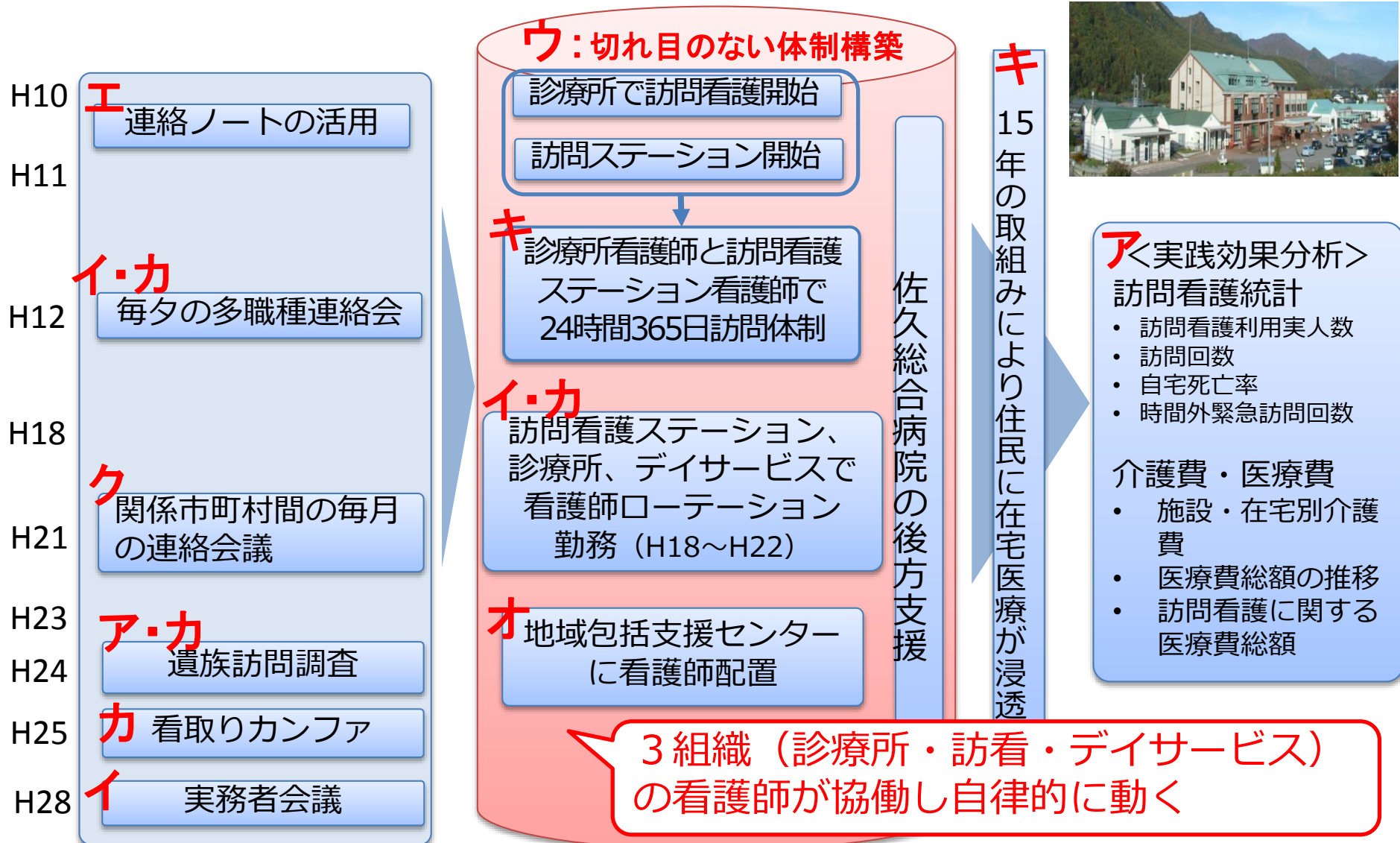
計画

すべての実施事項が評価指標（特にアウトカム）と論理的につながっていることを確認しながら進める

注（ウ）だけは実施事項というより「目標」に近い。「誰・どこ・何の」切れ目をなくしたいのか明確にしてから取り組むよう注意。

長野県川上村

資源が限られる→切れ目のない体制構築による効率化

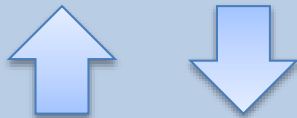


柏市

多職種研修を取り組み開始当初の軸に

課題と方針の協議

(ア) 地域資源の把握



(イ) 課題抽出と
対応策の検討

従事者の意識・機運を醸成

(カ) 研修
(導入的なもの)

個別の課題解決の取り組み

(ウ) 切れ目のない提供体制構築

(エ) 情報共有の支援

(オ) 相談支援

(カ) '研修 (テーマ別)

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 関係市区町村の連携

詳しくは厚生労働省第118回市町村セミナー（2016年3月18日）資料「多職種研修の実施を通じた在宅医療・介護連携の推進について」を参照

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催： 柏市医師会、柏市
共催： 柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、
柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会
後援： 国立長寿医療研究センター 協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

柏市での開催例

1日目

○午後半日で開催

※近年は1日

○内容

- ・在宅医療が必要とされる背景(講義)
- ・地域資源マッピング (GW)
- ・領域別セッション (講義・GW)
- ・懇親会



多職種によるGW

実習

(医師のみ)

○3時間×2回

○以下のメニューから選択

- ・訪問診療同行
- ・訪問看護同行
- ・ケアマネジャー同行
- ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

2日目

(1日目の1～1.5ヶ月後)

○終日開催

○内容

- ・在宅医療の導入(講義)
- ・多職種連携協働：IPW(講義)
- ・領域別セッション(講義・GW)
- ・実習振り返り(GW)
- ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
- ・制度・報酬(講義)
- ・修了証書授与



受講者一同による集合写真

富山県上市町

課題分析に基づく三本柱

家庭医療センター
訪問診療

在宅看取り
のハブ機関
として発展

医療職を含めた
多職種ネット
ワーク

たてやまつるぎ
在宅ネットワー
ク

ナイト
スクール

ナイトスクール：一関市国保藤沢病院
など他地域においても実践されている
住民啓発（兼課題抽出）の取り組み



在宅医療・介護連携推進事業開始以前から取り組んできた地域における進め方の手順

必要に迫られる

例：病院の機能整理、医師会（従事者）から問われる、住民の要望、など

1
年目

地域の実態を把握してみる

- ・客観的データの収集
- ・ヒアリング
- ・実態調査
- ・先進地への視察

仲間を見つける

- ・コアになって一緒にやってくれる人（庁内外や医師会）

2
年目

地域の課題を吸い上げ、方向性を共有していく場
（=会議体）を作る

優先度が高く、できそうな事業を、小規模・小エリアでやってみる

新たな地域の課題が出てくる

3
年目

エリアや規模を拡大したり、事業内容を修正したり、
新規事業を始めたり、必要な職種団体を巻き込んだり・・・

（結果的に）地域に必要な事業が大体揃う →ア〜クに当てはめる

釜石市

平成27年度プロジェクトリスト

事業名	カテゴリー	プロジェクト番号	プロジェクト名
I) 連携基盤形成事業	1) 連携資源	I) -1-①	①地域の医療・介護資源の把握・更新・開発
	2) 住民啓発	I) -2-①	①市民公開講座 (キ)
		I) -2-②	②出前講座
	3) 研修・人材育成 (カ)	I) -3-①	①従事者研修 (ク)
		I) -3-②	②連携コーディネーター研修
	4) 広報	I) -4-①	①機関誌発行
I) -4-②		②ホームページ・ブログ更新 (ア)(キ)	
5) 情報連携ツールの活用 (エ)	I) -5-①	①拠点-職種間連絡ツールの活用	
	I) -5-②	②多職種間情報共有システムの活用推進 (ウ)	
6) 広域連携	I) -6-①	①県内連携 (カ)(ク)(ウ)	
	I) -6-②	②県外連携	
II) 連携コーディネート事業 (イ)	1) 連携に関わる専門窓口 (オ)	I) -1-①	①継続
	2) 職種間連携コーディネート (ウ)(カ)	II) -2)	
		一次連携 II) -2-①	①栄養士連携 ②病院連携室連携 (エ)
二次連携 I) -2-②		①栄養士歯科連携 ②連携室ケア(ア)連携	
	三次連携 II) -2-③	①在宅医療連携体制検討会 ②協議会	
III) 地域包括ケア関連事業	3) 連携手法	II) -3)	開発・更新
	1) 地域包括ケア推進本部連携	III) -1-①	
	2) 地域ケア会議連携	III) -2-①	
IV) 成果管理事業	1) 成果の分析・考察・まとめ	IV) -1-①	①プロジェクト報告書 ②事業報告書
	2) 成果の公開・発表 (カ)	IV) -2-①	①成果の公開・発表 (オ)
	3) データの管理	IV) -3-①	①データベース化推進と活用

岡山市

H17

市民病院の建替えとあり方の協議が始まる

H22

新市民病院の基本構想に「保健・医療・福祉の連携機能」が加わる

H23

保健医療福祉関係機関ヒアリングの実施(市内76ヶ所) **ア**
医療連携のあり方等に関する協議会開催 **イ**

在宅医療基盤整備 (人材育成)

H24

訪問診療スタート支援 **カ**

H25

・訪問看護体験事業 **カ**
・認定在宅介護対応薬局認定事業 **カ**

H26

施設看取り研修 **カ**

H27

・ケアマネ向け医療研修 **カ**
・退院調整看護師研修 **カ**
・病院看護部長在宅医療研修 **カ**

在宅への流れを作る (多職種連携と情報共有の促進)

・協議会在宅医療分科会を設置 **イ**
・市内3地区で多職種連携会議 **イ・カ・キ**
・医療連携ネット事業 **イ・カ**

・市内6地区で多職種連携会議 **イ・カ・キ**
・ICTを活用した多職種情報交換 **イ・カ・キ**
・有床診療所の空きベッド情報の提供 **ウ**

・身体・精神合併症救急連携モデル事業 **ウ**

・6地区合同多職種連携交流会 **イ・カ・キ**
・小エリアでの多職種連携会議 **イ・カ**

市民の安心 (普及啓発)

市民や医療・介護の専門機関
に対する意識調査 **ア**

市民と専門職の在宅医療介
護意見交換会 **キ**

在宅医療・介護推進方針の策
定 **ア・イ**

市民版 在宅医療介護のす
すめ作成 **キ**

・在宅医療シンポジウム **キ**
・地域での出前講座 **キ**

在宅医療・介護展示イベント **キ**

地域ケア総合推進センター(在宅医療推進・多職種連携拠点、総合相談窓口、など) **ア・イ・オ**

・在宅医療・介護資源マップ **ア**

横須賀市：取り組みへの自己評価

取組み項目	自己評価
(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	▲

○＝かなり力を入れてきた △＝まだちょっと足りないな ▲＝こりゃ、まだまだ道半ば

取組みが早かったため、大半の項目に着手しているが、まだ成果が出ていない項目も多い。これまでの取組みに満足せず、医療・介護関係者そして市民のみなさまと共に歩を進める。

自己評価の基準：×（ア）～（ク）の実施、○成果の達成

“場”を作って（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

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事業主体に事業委託も可能

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

機能を特定しない“場”のメリット：
在宅医療・介護連携推進事業以外にも活用し得る

- ※1 平成30年度からの事業
- ※2 上記の地域支援事業
- ※3 金額は四捨五入による

事例発表地域における 事業展開

横須賀市：現状の把握・分析

【主な収集データ】

<ストラクチャー>

- ・ 市内の病院数・診療所数
- ・ 在宅療養支援診療所数
- ・ 医療圏内の基準病床数
- ・ 救急医療体制
- ・ 医師人口10万人対数(医療圏単位)
- ・ 在宅医療実施診療所情報（在宅療養支援診療所以外を含む）
- ・ 介護保険サービス事業者数（居宅介護支援事業所数・訪問介護事業所数・訪問看護ST・特別養護老人ホーム数（ほか）

<プロセス>

<アウトカム>

- ・ 死亡場所別死亡数の推移・構成比

<人口等>

- ・ 要支援・要介護認定者数
- ・ 医療圏でカバーされる人口
- ・ 将来推計人口
- ・ 死亡数推計

<その他>

- ・ 人生の最後を過ごしたい場所の構成比

【現状分析】

- 高齢化率の上昇と人口推移から、市内の人口が減少する一方、高齢者の絶対数が上昇することを把握。
- 高齢者数の増加による年間死者数の増加も見込まれ、平成37年には平成24年時点よりも1,500人多い、約5,900人が死亡すると推計される。
- 多くの市民が在宅での療養や看取りを希望している（約60%）に対し、実際の死亡場所は病院が大半（H24年は約65%）となっている。
- 平成23年度時点では、在宅療養現場における医療関係者と介護関係者の連携が不十分であるという実態を把握した。

課題

- 高齢者の絶対数が増えることへの対応。特に、在宅療養の受入態勢が構築されていない。
- 医師会を含めた在宅療養に関する推進体制の構築及び連携が不十分。

横須賀市：目標設定と対応策の検討

課題（再掲）

- 高齢者の絶対数が増えることへの対応。特に、在宅療養の受入態勢が構築されていない。
- 医師会を含めた在宅療養に関する推進体制の構築及び連携が不十分。

目標

- 住み慣れた我が家で療養したいという市民が、在宅での療養・さらには看取りという選択が出来るように地域医療の体制づくりを進める。

※具体的な定量指標を設定

「在宅看取り率の向上」

（数値目標 自宅死亡率25%）

「在宅療養支援診療所数の増加」

（数値目標 50か所）

等

目標達成のための取組み：対応策

1. 在宅療養、看取りについての市民啓発を行う。
2. 医療と介護の関係職種連携体制を強化する。
3. 高齢者の絶対数が増えることへの対応するため、在宅医の増加に取り組む。
4. 医療・介護関係者の連携を推進するためのスキルアップ研修等を行う。
5. 退院調整にかかる病院スタッフとケアマネジャーなど在宅側スタッフとの連携を推進する。

※「連携体制の構築」は、取組を実施することにより課題が具体的に見えてくるが多いため、先行して取り組んだ。

柏市：現状の把握・分析

【主な収集データ】

<ストラクチャー>

- ・ 病院数
- ・ 市内病床数
- ・ 在宅療養支援診療所数
- ・ リハビリ事業所数
- ・ 在宅療養支援歯科診療所数
- ・ 在宅患者訪問診療料・在宅患者訪問歯科診療料・訪問看護・訪問リハビリを算定している診療所・事業所等の数
- ・ 人口10万人対医師数
- ・ 一次～三次救急医療体制
- ・ 有料老人ホーム定員
- ・ サ高住戸数

<プロセス>

- ・ 病床利用率
- ・ 在宅患者訪問診療料の算定人数
- ・ 人口10万人対1日平均患者数
- ・ 訪問診療医および訪問看護STの夜間・休日対応の実績
- ・ 病院退院後の行き先と在宅医療につながった実績の状況
- ・ 入院病床から在宅へ以降する患者数推計

<アウトカム>

- ・ 自宅看取り数
- ・ 市内と市外の診療所の看取り件数
- ・ 死亡場所別死亡数の推移

<人口等>

- ・ 人口推計
- ・ 要介護認定率
- ・ 高齢化率

<その他>

- ・ 入院医療の医療圏内完結率
- ・ 最期を迎える場所の意向
- ・ 特養待機者数

【現状分析】

- 高齢化率は23.1%で全国平均より低い水準。
- 後期高齢者人口は約3万人だが、社人研の推計では2030年には約7万人になる。この伸び率は2.17倍で、全国（1.61倍）や千葉県（2.02倍）よりも大きく、急激に高齢化が進むことが予想される。
- 高齢者人口の急激な増加により、医療の必要な高齢者も増加が予想され、現在の病床数ではカバーできず、病院から高齢者の患者が溢れる可能性が示唆される。
- 一方在宅医療に取り組む医師・診療所の数は少ない（在宅療養支援診療所数は14ヶ所）。訪問看護ステーションも少なく、小規模なところが多い。

課題

- 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない。
- 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい。
- 患者・家族は、入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。

柏市：目標設定と対応策の検討

課題（再掲）

- 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない。
- 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい。
- 患者・家族は、入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。

目標

- 在宅医療が必要な患者を一部の医師により「点」で支えるのではなく、市域全体をカバーすることによって「面」への広がりを持たせる
- 医療職・介護職等の「多職種が連携」することにより、安心して質の高いチームケアを提供できる体制を構築
- 市民に「在宅医療の必要性・重要性」を理解してもらう

目標達成のための取組み：対応策

1. 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築
 - ① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（主治医・副主治医制）
 - ② 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保
2. 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進
 - ① 在宅医療多職種連携研修の実施
 - ② 訪問看護の充実強化
 - ③ 医療職と介護職との連携強化
3. 情報共有（多職種連携ICT）システムの構築
4. 市民への啓発、相談・支援
5. 上記を実現する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置・運営

釜石市：現状の把握・分析

【主な収集データ】

<ストラクチャー>

- 病院数
- 診療所数
- 一般病床数
- 在宅療養支援診療所数
- 介護保険事業所数
- 既存病床数
- 医師の人口10万人対数(医療圏単位)
- 救急医療体制
- 調剤薬局数・歯科診療所数

<プロセス>

- 在宅患者訪問診療料及び往診料の算定件数
- 在宅患者訪問看護・指導資料算定数
- 在宅療養支援診療所等の活動状況

<アウトカム>

- 圏域内診療所による自宅看取り数
- 圏域内診療所の在宅患者の死亡場所

<人口等>

- 人口推計
- 高齢化率

<その他>

- 入院医療の医療圏内完結率

【現状分析】

- 高齢化率は2014年時点(35%)と全国平均より高い。
- 病院数は多いが、開業医を中心とした医師数が少ない医療圏である。
人口10万対数での病院(10.0)、一般病床数(1279.2)は、県平均よりもそれぞれ高いが、診療所数(48.0)は、県平均よりも低い。
また、人口10万対医師数は188.4人で、県平均よりも低い。
- 入院患者の完結率が78.4%と、県平均の84.5%よりも低い。
- 在宅医療の提供が市の東側に偏っている。
- 入院に関する医療資源の減少に伴い、在宅医療の推進に力を入れる要因となっている。
- 市としての取り組みを進める中で、行政だけでは在宅医療・介護連携事業の計画を立案するには限界がある。
- 医療・介護サービスを提供する現場では、職種内、職種間ともに、十分に連携できていない。

課題

- 高齢者数は維持するものの、高齢化率がさらに上昇する中で、地域医療を支える資源が不足している。
- 市内の在宅医療の提供状況に偏りがあり、市全体へは広がっていない。
- 各職能団体の上層部は頻繁に会議で顔を合わせているが、現場スタッフの全てが顔の見える関係性を築けてはいない。

※統計情報ではなく現場の声を聞いて把握

釜石市：目標設定と対応策の検討

課題（再掲）

- 高齢者数は維持するものの、高齢化率がさらに上昇する中で、地域医療を支える資源が不足している。
- 市内の在宅医療の提供状況に偏りがあり、市全体へは広がっていない。
- 各職能団体の上層部は頻繁に会議で顔を合わせているが、現場スタッフの全てが顔の見える関係性を築けてはいない。

目標

- 地域医療の中核となる県立釜石病院を守り、医療・介護・行政の役割分担の明確化と連携体制を図りながら、安心して暮らすための地域医療を次世代に引き継ぐ。
- 東日本大震災を経験して復興を内包した地域包括ケアのまちづくり。

※より具体的には、

- ・市内全域に偏りなく在宅医療を提供する
- ・各職種が現場レベルで連携がとれる水準まで、相互に理解し、関係性を強めること 等

目標達成のための取組み：対応策

在宅医療連携拠点「チームかまいし」の設置

1. 在宅医療・介護連携の土壌づくり
 - ・医療・介護資源の把握
 - ・職能団体毎の打ち合わせ会開催
 - ・研修・人材育成：在宅医療の推進、多職種連携に関する意識啓発
2. 在宅医療・介護における関係者の連携支援
 - ・課題やニーズに基づいた職種間連携のコーディネート
 - ・連携手法の開発：一次連携、二次連携（同行訪問研修等）、三次連携
3. 住民啓発
 - 市民公開講座、まちづくり出前講座
4. 在宅医療・介護連携の推進における成果の管理
 - ・成果のまとめ及び公表
 - ・データの管理

上市町：現状の把握・分析

【主な収集データ】

<ストラクチャー>

- ・ 医療圏単位での病院・施設数
- ・ 診療所数
- ・ 病院数
- ・ 病床数
- ・ 医療圏単位での二次・三次救急体制

<プロセス>

- ・ 在宅医療を利用している患者（実数・延べ患者数）
- ・ 年齢階級別に見た在宅医療を受けた推計外来患者数

<アウトカム>

- ・ 在宅看取り数

<人口等>

- ・ 高齢化率
- ・ 富山医療圏の総人口
- ・ 富山医療圏の65歳以上人口
- ・ 富山医療圏の高齢化率
- ・ 上市町の総人口
- ・ 上市町の65歳以上人口
- ・ 上市町の高齢化率

<その他>

- ・ 特別養護老人ホームの入所待機者数
- ・ 介護老人保健施設の入所待機者数

【現状分析】

- 高齢化率は、医療圏では県平均（30.6%）を下回る（28.7%）が、上市町では上回る（33.7%）（平成27年10月1日現在）
- 医療資源は、急性期については比較的充実しているが、施設待機者も存在する。
- 医療依存度の高い在宅療養患者が増えている。
- 平成23年度から在宅看取りに取り組み始める。
- 多職種・同職種間での症例ごとに情報共有が行われていたが、不十分であり、多職種で情報共有するツールはない。
- 在宅患者の緊急時対応や24時間対応に不安がある。
- 施設入所を希望する意識が高い。
- 在宅医療について興味・関心が薄く、知識不足がある。

課題

- 高齢化が進んで在宅療養患者が増えることが予測される中で、包括的かつ継続的な在宅医療提供体制が未整備。
- 多職種・同職種間で顔の見える関係の構築と連携が不十分。
- 住民の意識醸成により、在宅医療への関心及び知識が不足。

上市町：目標設定と対応策の検討

課題（再掲）

- 高齢化が進んで在宅療養患者が増えることが予測される中で、包括的かつ継続的な在宅医療提供体制が未整備。
- 多職種・同職種間で顔の見える関係の構築と連携が不十分。
- 住民の意識醸成により、在宅医療への関心及び知識が不足。

目標

- 包括的かつ継続的な在宅医療の提供を行い、住民が住み慣れた地域で生活を送れるようにする。

※特に「本人や家族が望む場所で最期を迎えられるために環境を整備すること」を目指す

目標達成のための取組み：対応策

1. 町民と医療従事者等の意見交換の場の設定
 - ① 上市ナイトスクールの開催
2. 多職種による密なネットワークの構築（たてやまつるぎ在宅ネットワーク）
 - ① 主治医、副主治医のグループ制導入
 - ② ITを活用した情報の共有
 - ③ 組織体制の整備
 - 多職種連携部会：多職種研修の企画・運営
 - 普及啓発部会：住民の在宅医療に関する認識の醸成
 - 支援体制部会：全体の進捗管理
3. 地域医療連携室及び家庭医療センターによる在宅看取り体制の整備
 - ① グリーフケア訪問の実施
 - ② ツールの整備

東京都北区：現状の把握・分析

【主な収集データ】

<ストラクチャー>

- ・ 保健医療圏単位の病院・施設数
- ・ 在宅療養支援病院数
- ・ 在宅療養支援診療所数
- ・ 訪問看護ステーション数
- ・ 訪問リハビリテーション事業所数
- ・ かかりつけ医での往診可能な医療機関数
- ・ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所数
- ・ 訪問可能な薬局数
- ・ 療養に関する病床数
- ・ 医師の人口10万人対数
- ・ 地域密着型サービス数・定員

<プロセス>

<アウトカム>

<人口等>

- ・ 高齢者人口
- ・ 前期高齢者率
- ・ 後期高齢者率
- ・ 高齢化率の推移
- ・ 高齢者のみ世帯数
- ・ 高齢者単身世帯数
- ・ 高齢者を含む世帯数

<その他>

- ・ 終末期の療養場所の意向

【現状分析】

- 高齢化率25.5%は23区で第1位、独居高齢者は30,278人(35.3%)に上る。
- 75歳以上の高齢者数の増加。(H27:41,846人⇒H32:45,868人)
- 病院は、18か所(精神科を除く)病床数は、1827床(東京都病床機能登録より、有床診療所含む)
- 200床以上の病院(一般病床)は、2か所である。
- かかりつけ医で往診可能な医療機関 58か所、訪問可能な歯科診療所 55か所、訪問可能な薬局 67か所。
- 医療処置が必要なために、特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所できない要介護高齢者が増加。
- 医療処置が必要となった一人暮らし高齢者の退院にあたり、安心・安全な在宅療養生活を介護・医療の両面から総合的に調整する機能が地域包括支援センターに求められている。

課題

- 地域との関わりの少ない一人暮らし高齢者等、医療・介護につながらない高齢者の緊急時の対応に様々な困難が伴っている。
- 医療依存度の高い要介護高齢者の在宅療養継続のための医療・介護連携の推進が不十分。

東京都北区：目標設定と対応策の検討

課題（再掲）

- 地域との関わりの少ない一人暮らし高齢者等、医療・介護につながらない高齢者の緊急時の対応に様々な困難が伴っている。
- 医療依存度の高い要介護高齢者の在宅療養継続のための医療・介護連携の推進が不十分。

目標

- 要介護となった場合や最期を迎えようとしている場合の「自宅で暮らしたい」と考えている区民の希望に沿うことができる

目標達成のための取組み：対応策

1. 在宅介護医療連携推進会議の設置
 - ① 他職種との顔の見える連携作り
 - ・ 顔の見える連携会議
 - ② 在宅療養を進める人材育成
 - ・ 多職種連携研修会（北区在宅ケアネット）
 - ・ 病院委員会との事例検討会
 - ③ 多職種との情報共有のしくみづくり
 - ・ 介護医療連携共通シート導入
 - ・ ICTネットワークの構築
 - ④ 区民への啓発活動
 - ・ 「在宅療養あんしんマップ」の作成
 - ・ きたく介護あんしんフェア
 - ・ その他各種講座
2. 高齢者あんしんセンターサポート医の配置
3. 介護医療連携推進副参事の配置

まとめ（前半・後半のレクチャーを通じて）

- データ収集・分析・課題の同定
 - 既存資料を有効に活用して評価枠組みを構築
 - 重要項目は新たにアンケート等を実施することも重要
 - 数値化できない情報にも注視
- 目標・対応策の設定
 - ○「目標」を達成するための「対応策」
 - ×「対応策」（事業項目）の実施が目的化してしまう
 - 先行地域では（ア）～（ク）は「後付け」が多い
 - 優先順位を冷静に考えながら「ツール」（多職種研修等々）を適切なタイミングで活用

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

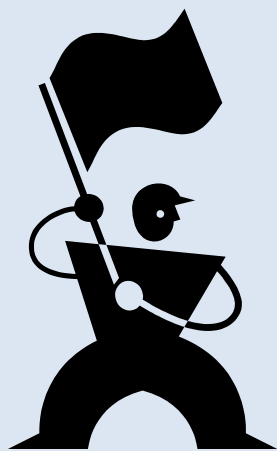
多職種研修ホームページ：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>

そして… 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



現状把握・分析の当初段階から、医師会ははじめ地域の関係団体を巻き込み、現場の体感を得ながら作業を進めていくことが重要

参考資料1：
滋賀県庁が県内市町に
提供したデータ（指標）群

滋賀県

市町在宅医療・介護連携推進セミナー

県から市町へデータ提供

主な提供データ

- 市町別在宅医療関連医療施設、事業所名簿
- 日常生活圏域別、在支診数、訪問看護ST数
- 市町別在宅医療に関する診療報酬算定状況（件数・実人数、男女・年齢別）（国保連データ）
- 市町別訪問に関わる介護報酬算定状況（件数・実人数、男女・年齢別）（国保連データ）
- 市町別死亡場所別死亡数（人口動態統計より独自集計）
- 市町別悪性新生物の死亡場所別死亡数（人口動態統計より独自集計）
- 死因別死亡数
- 市町別地域包括ケアに関するデータ集（日医総研）
- 在宅医療需要推計（地域医療構想）

市町セミナー <集団支援>

内容

- 講義：データ分析について
- 提供データと指標の分類の説明
(指標をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類)
- 圏域ごとのグループでデータ解釈の演習



市町セミナー <個別支援>

県庁担当者と保健所担当者が一緒に各市町を訪問し、一緒に分析・解釈をフォロー

必要な指標をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類し継続的に提供
+
県庁と保健所が市町を継続的に支援

ストラクチャー (S)

	退院支援	施設数	従事者数	臨時対応	看取り
病院	・退院支援担当者を配置している病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病院数 ・病床数 (一般・療養・回復期・介護療養型医療施設・地域包括ケア病床) ・在宅療養支援病院数 ・病床数(機能強化型) 一般,療養 ・後方支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数 		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りを実施している病院数
診療所	・退院支援担当者を配置している診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・一般診療所数 ・在宅医療関係施設基準届出医療機関数 ・在宅療養支援診療所数 (機能強化型) ・在宅療養支援診療所(有床)の病床数 ・訪問診療を行う一般診療所数 ・在宅療養支援診療所数 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所医師数 ・在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数 		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りを実施している診療所数(一般診療所、在宅療養支援診療所)
歯科		<ul style="list-style-type: none"> ・歯科診療所数 ・在宅療養支援歯科診療所数 ・歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師数 		
薬科		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局 ・麻薬小売業の免許を取得している薬局数 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師数 		
訪問看護		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション数 ・24時間体制をとっている訪問看護ステーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション従事者数(医療職常勤換算) ・24時間体制をとっている訪問看護ステーション看護師数(常勤換算数) 		<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数
訪問介護		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護事業所数 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員数(在宅) 		
通所介護		<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護事業所数 ・短期入所サービス事業所数 			
居宅介護支援		<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所数 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員数(常勤換算数) 		
栄養		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養管理指導を提供している管理栄養士数 		
リハ		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリステーション数、訪問リハビリを提供する事業所数 ・通所リハビリ事業所数 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスに従事する療法士数 		
高齢者施設		<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設・住宅定員数・介護老人保健施設定員数 ・介護老人福祉施設定員数・小規模多機能型介護事業所数 ・複合型サービス事業所数 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員数(施設) ・看護師職員数(施設) 		<ul style="list-style-type: none"> ・看取りに対応する介護施設数

プロセス (P)

	退院支援	定期対応	臨時対応	看取り
病院	・退院患者平均在院日数			
診療所	・退院前在宅療養指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料【医療】 ・居宅療養管理指導＜医師＞【介護】 ・訪問看護指示料【医療】 ・一般診療所による訪問診療実施件数 ・在宅療養支援診療所による訪問診療実施件数 	・往診料【医療】	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅ターミナルケア加算【医療】 ・看取り加算【医療】 ・死亡診断加算【医療】 ・看取りの実施件数（一般診療所・在宅療養支援診療所）
歯科		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療料【医療】 ・訪問歯科衛生士指導管理料【医療】 ・居宅療養管理指導＜歯科医師・歯科衛生士＞【介護】 		
薬科		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅訪問患者薬剤管理指導料【医療】 ・居宅療養管理指導＜薬剤師＞【介護】 		
訪問看護		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問看護・指導料【医療】 ・訪問看護【介護】 		・在宅ターミナルケア加算【医療】
訪問介護		・訪問介護利用者数		
通所介護		・短期入所サービス利用者数		
居宅介護支援				
栄養		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問栄養食事指導料【医療】 ・居宅療養管理指導＜管理栄養士＞【介護】 		
リハ		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料【医療】 ・訪問リハビリテーション【介護】 		
高齢者施設		・介護施設・高齢者住宅利用者数		

アウトカム (0)

- 死亡場所別死亡数 (病院・診療所・老人保健施設・老人ホーム・自宅・その他)
- 自宅死亡数
- 悪性新生物の死亡場所別死亡数
- 性・年齢・死因別死亡数
- 一人当たり医療費
- 一人当たり介護給付費

人口等

- 人口 75歳以上人口
- 高齢化率
- 平均寿命
- 高齢者のいる世帯・高齢夫婦のみ世帯・高齢単独世帯
- 要介護認定者数 要介護受給率
- 要介護3以上の認定者数と割合

参考資料2：
長野県における県内統一の
高齢者等実態調査

調査の目的と種類

1 目的

県内高齢者の生活実態、介護サービスの利用に対する実情・意向、施設入所者の実態、介護事業所等の経営実態や介護従事者の処遇状況等に関する調査を実施し、次期介護保険事業(支援)計画策定等に向けた基礎資料とする。

2 種類

- (1) **元気高齢者等実態調査**(市町村と共同実施) 調査実施数: 52,211名
- (2) **居宅要介護・要支援認定者等実態調査**(市町村と共同実施) 調査実施数: 13,868名
- (3) **施設入所者等実態調査** 調査実施数: 854施設
対象施設: 介護老人福祉施設(地域密着型を含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症高齢者グループホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、生活支援ハウス、サービス付き高齢者向け住宅
- (4) **介護サービス事業所調査** 調査実施数: 1,602施設
対象施設: 介護老人福祉施設(地域密着型を含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症高齢者グループホーム、訪問介護事業所、通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、居宅介護支援事業所

3 経過

(1) H13高齢者実態調査

- ・**居宅要介護・要支援認定者需要調査**(市町村と共同実施)
14問 調査実施数: 39,098名
- ・**施設入所者等実態調査**
9問 特養、老健、療養病床、認知症GH、有料(特定)

(2) H16高齢者実態調査

- ・**居宅の要介護・要支援認定者等実態調査**(市町村と共同実施)
44問 調査実施数: 50,083名
- ・**(新)元気高齢者実態調査**(市町村と共同実施)
26問 調査実施数: 6,017名
- ・**施設入所者実態調査**
17問 特養、老健、療養病床、認知症GH、有料(特定)、養護、軽費、生活支援ハウス

調査結果の第6期長野県高齢者プランへの活用

	H25調査(第6期用)	プラン頁
元気高齢者等実態調査	生きがいがあるか	P8
	参加したい、参加できると思う活動	P8
	社会参加活動や仕事への参加頻度	P34
	地域の会やグループへの参加頻度	P34
	行政に望む高齢者施策	P34
	現在の介護予防への取組状況	P40
	参加してみたい介護予防事業 「参加してみたいことが特にない」理由	P40
	介護が必要になった場合に介護を受けたい場所	P44
	地域包括支援センターの認知度	P45
	地域で暮らし続けるために、あればよいと思う日常生活支援	P51

調査結果の第6期長野県高齢者プランへの活用

	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

調査を県で行うメリット

- ・統一の設問により全市町村を対象に行うことで、**県全体の実態が把握**できる。また、**県独自の項目**を入れることが可能であり、今後の施策の基礎資料とすることができる。
- ・集計・分析は、圏域・市町村ごとに行うため、**地域別の傾向の把握も可能**である。
- ・市町村と協力して調査を行うことにより、**調査票の回収率の向上**を図ることができる。
- ・調査、集計、分析を**委託(公募型プロポーザル)**することで、効果的な調査方法や分析等について、**委託業者から専門的視点の提案等**がある。