

在宅医療・介護連携推進事業情報交換会in新潟市

在宅医療・介護連携推進事業 の進め方とその評価

第7期介護保険事業計画の策定に向けて

吉江悟

東京大学高齢社会総合研究機構
(yoshies-tky@umin.ac.jp)

2017年5月19日

本講でお話しすること

- 求められる「評価」の視点
 - 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
- 試行錯誤・創意工夫による事業実施
 - 事業項目にとらわれない実施
 - 柏市での取り組み例
 - 他の地域支援事業の活用・併用

導入

- 良い医師とは？

- ① どんな病気も正確に見つけてくれる
- ② 手先が器用で外科処置に優れている
- ③ あらゆる薬剤の使用に長けている
- ④ 再発を予防する策を教えてくれる
- ⑤ 人として誠実で穏やか
- ⑥ 上記全てを満遍なく"そこそこ"できる

「良い医師の評価」も「良いケア
システムの評価」も多面的

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）

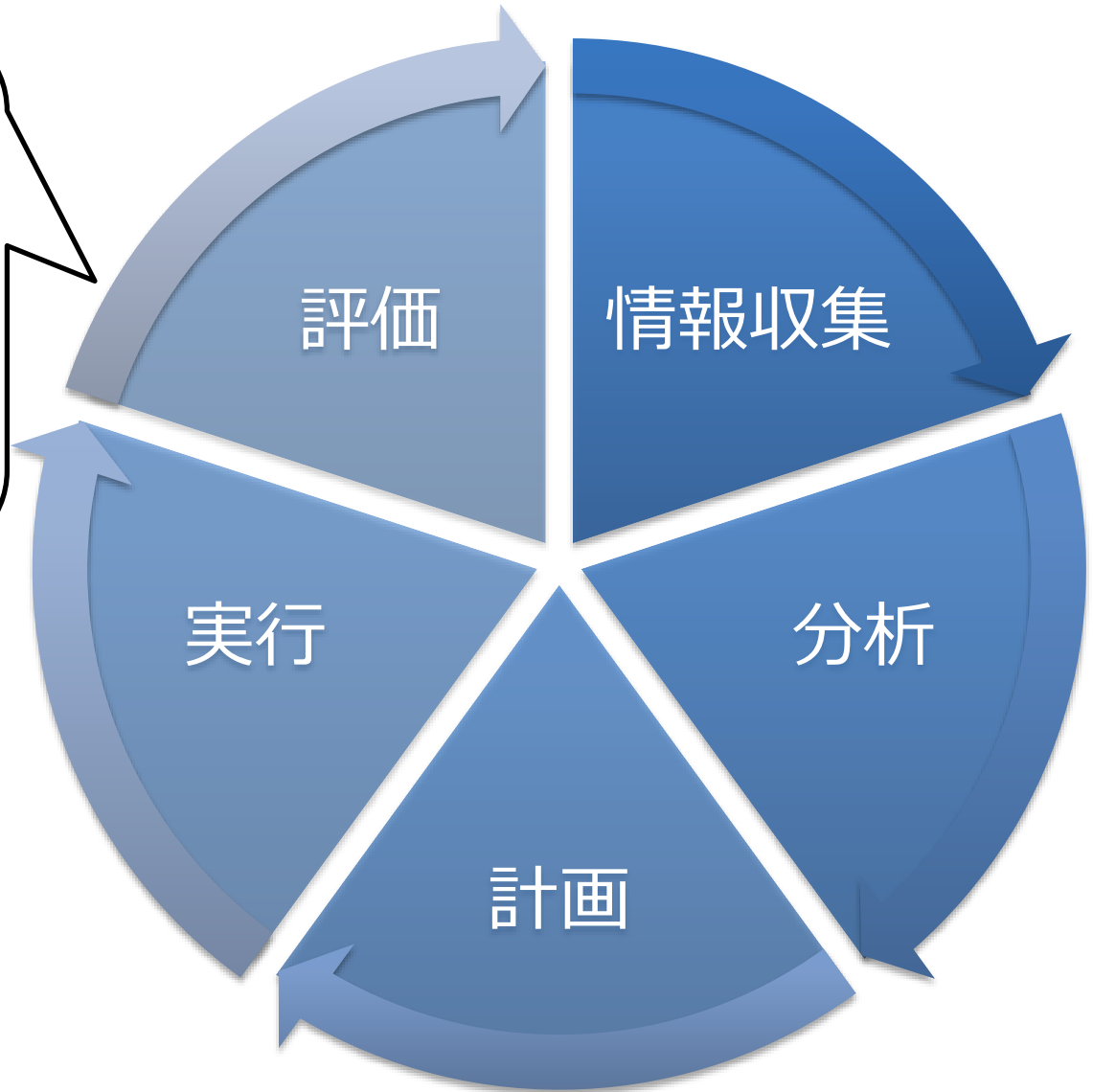
市町村の役割：地域マネジメント

- 「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



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
- ◆ 在宅医療・介護サービスに関する相談窓口の設置等



（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

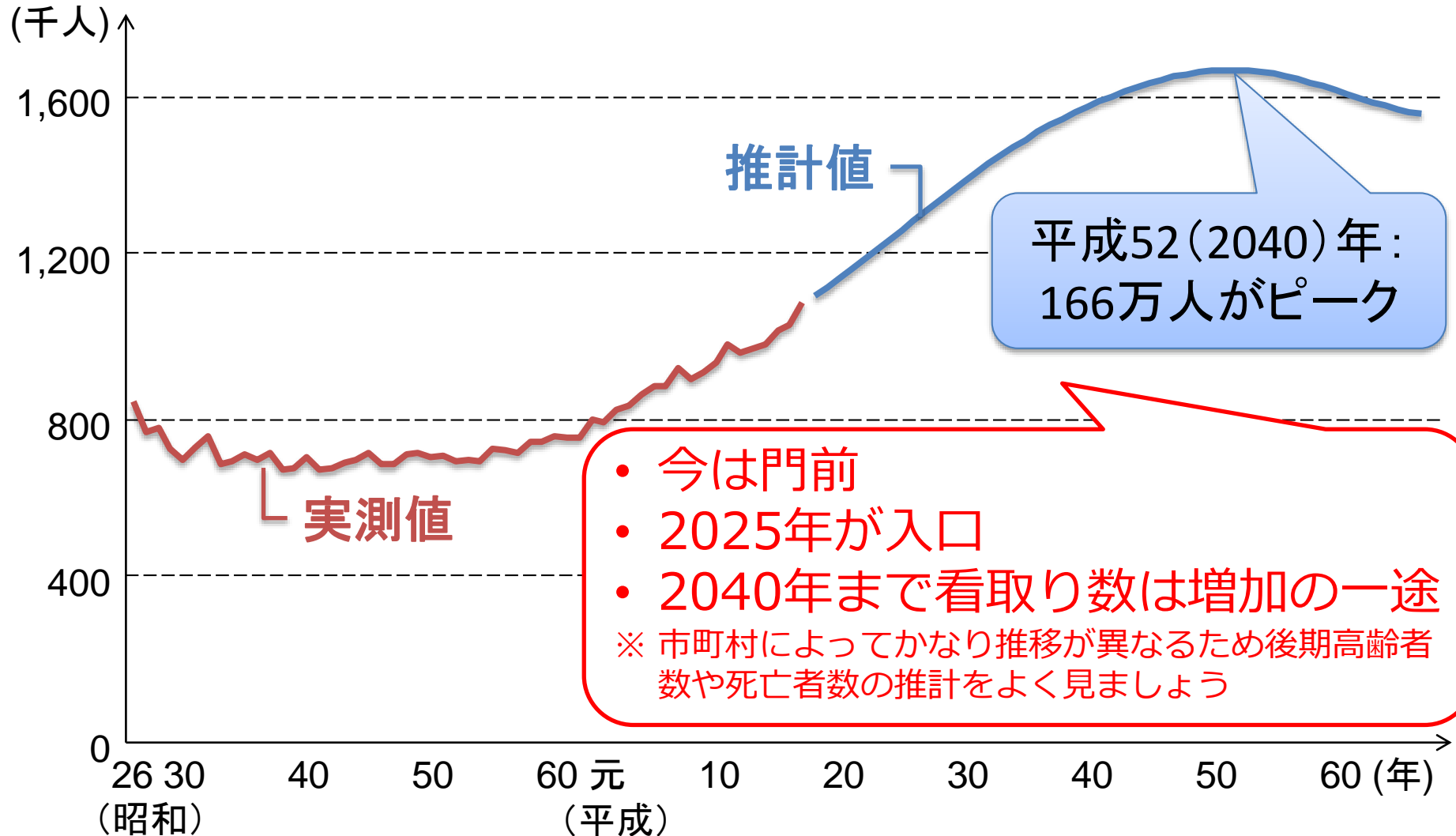
- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を促して、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（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、多職種連携を推進
- ◆ 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)

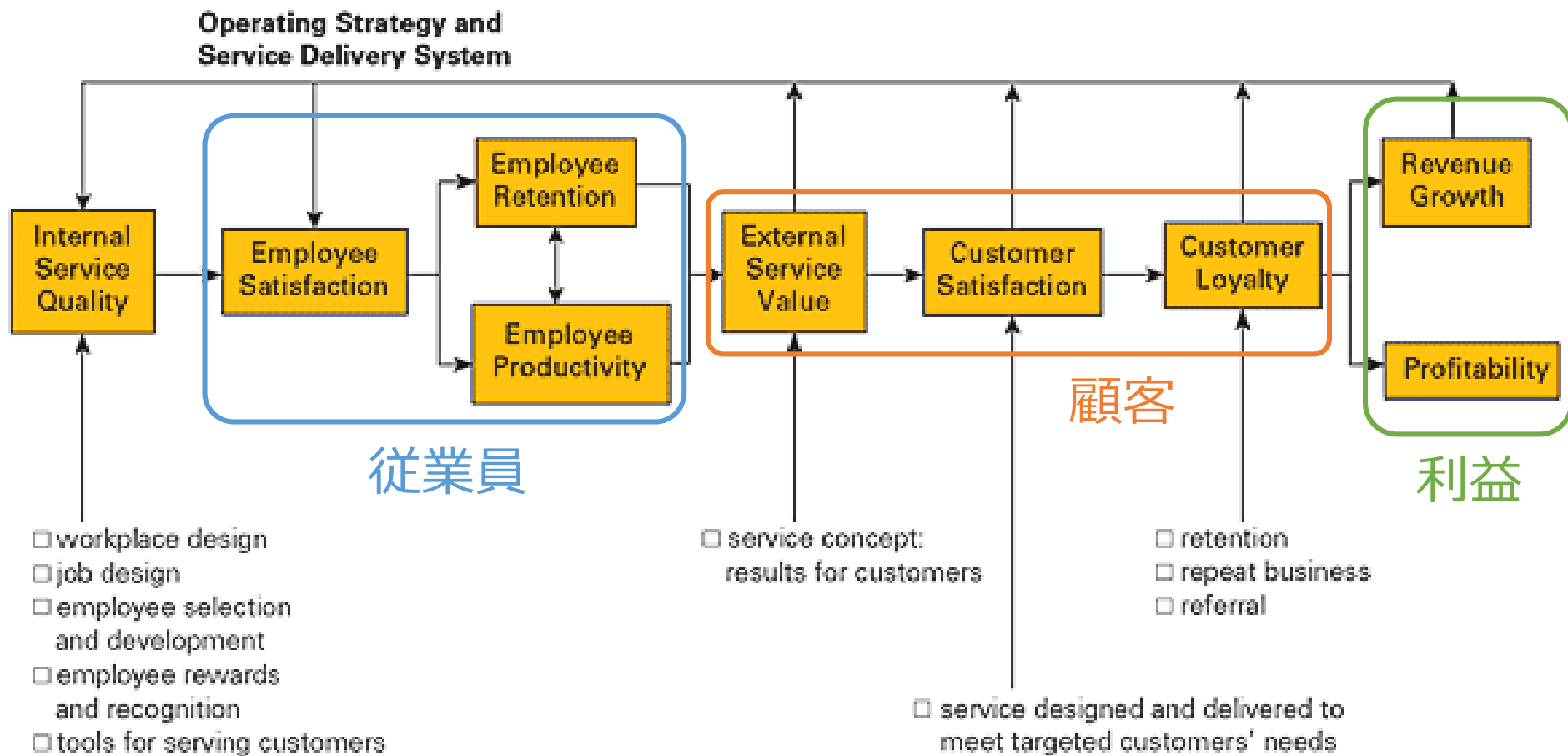
アウトカム(O)

※ 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

- 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

- 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

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

買い手
高い利用者満足
ケアの質担保

- 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）

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

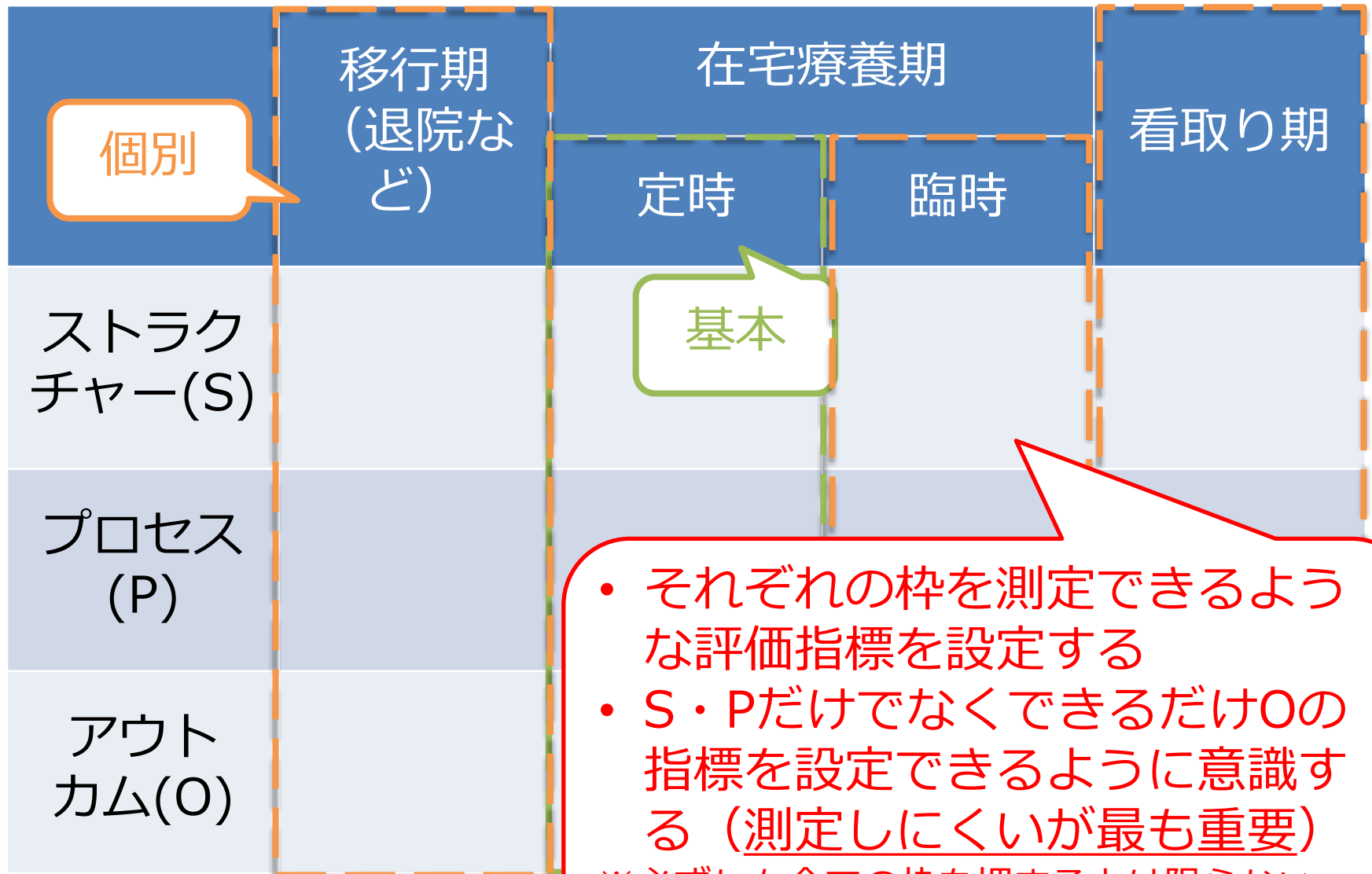
事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

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



- それぞれの枠を測定できるような評価指標を設定する
- S・PだけでなくできるだけOの指標を設定できるように意識する（測定しにくいが最も重要）

※必ずしも全ての枠を埋まるとは限らない

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
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 	<p>さらに…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ：訪問看護15+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、自宅での死亡割合に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

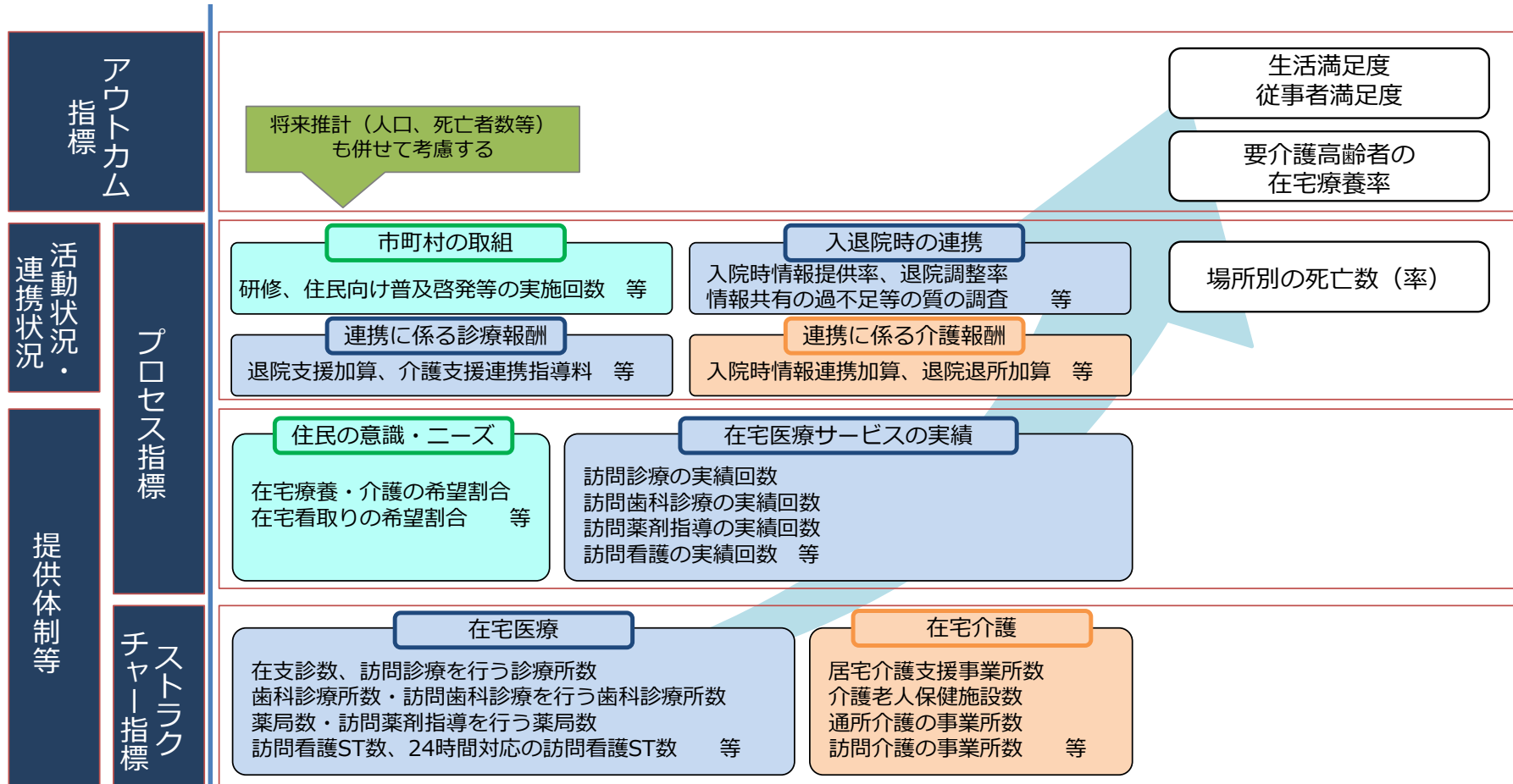
移行期 (退院 など)	在宅療養期		看取り期
	定時	臨時	
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 訪問看護ステーション数・従事者数 		
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅患者訪問診療料算定人数・回数 • 訪問看護（介護・医療）算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診料算定人数・回数 • 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: 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。

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。

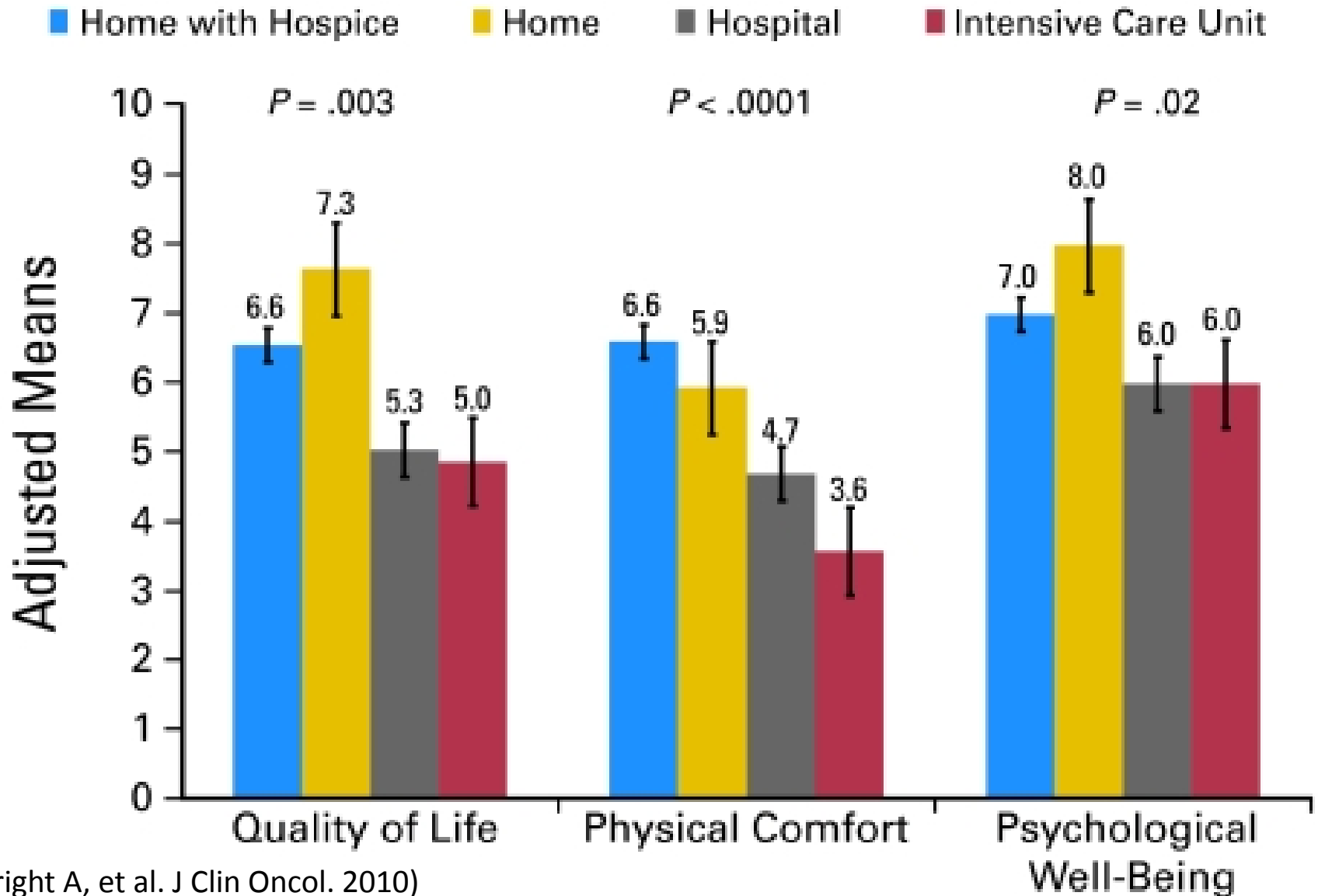


※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業 (平成28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 野村総合研究所)

(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



アンケートの対象や調査事項の例

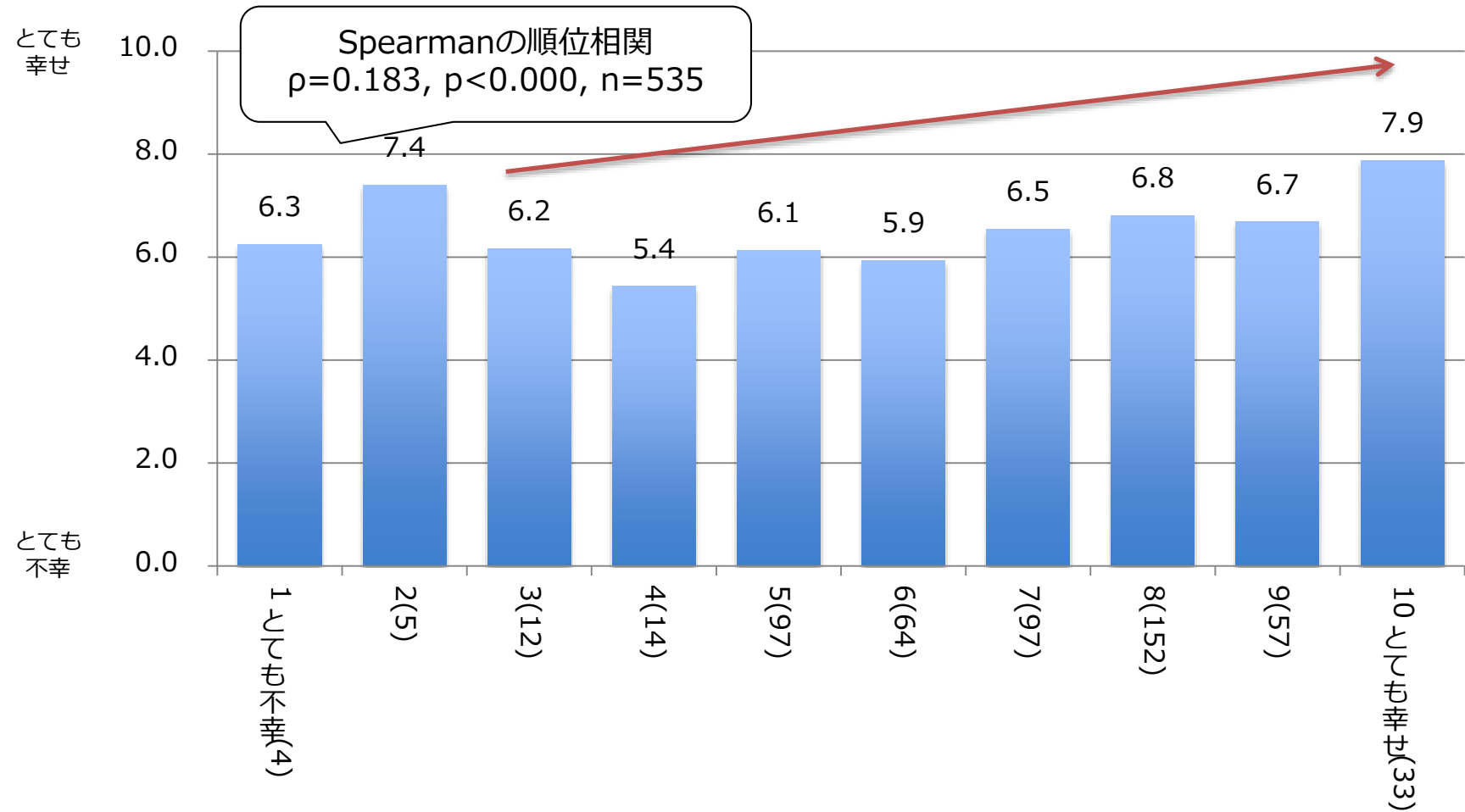
- **非認定高齢者**（日常生活圏域ニーズ調査の対象）
 - 要介護状態になったとき／人生の最終段階における療養場所
- **要介護認定者**
 - QOL・生活満足感など
 - 人生の最終段階における療養場所
- **医療機関・介護サービス事業者**
 - 将来に向けてのサービス提供能力
 - QWL

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）

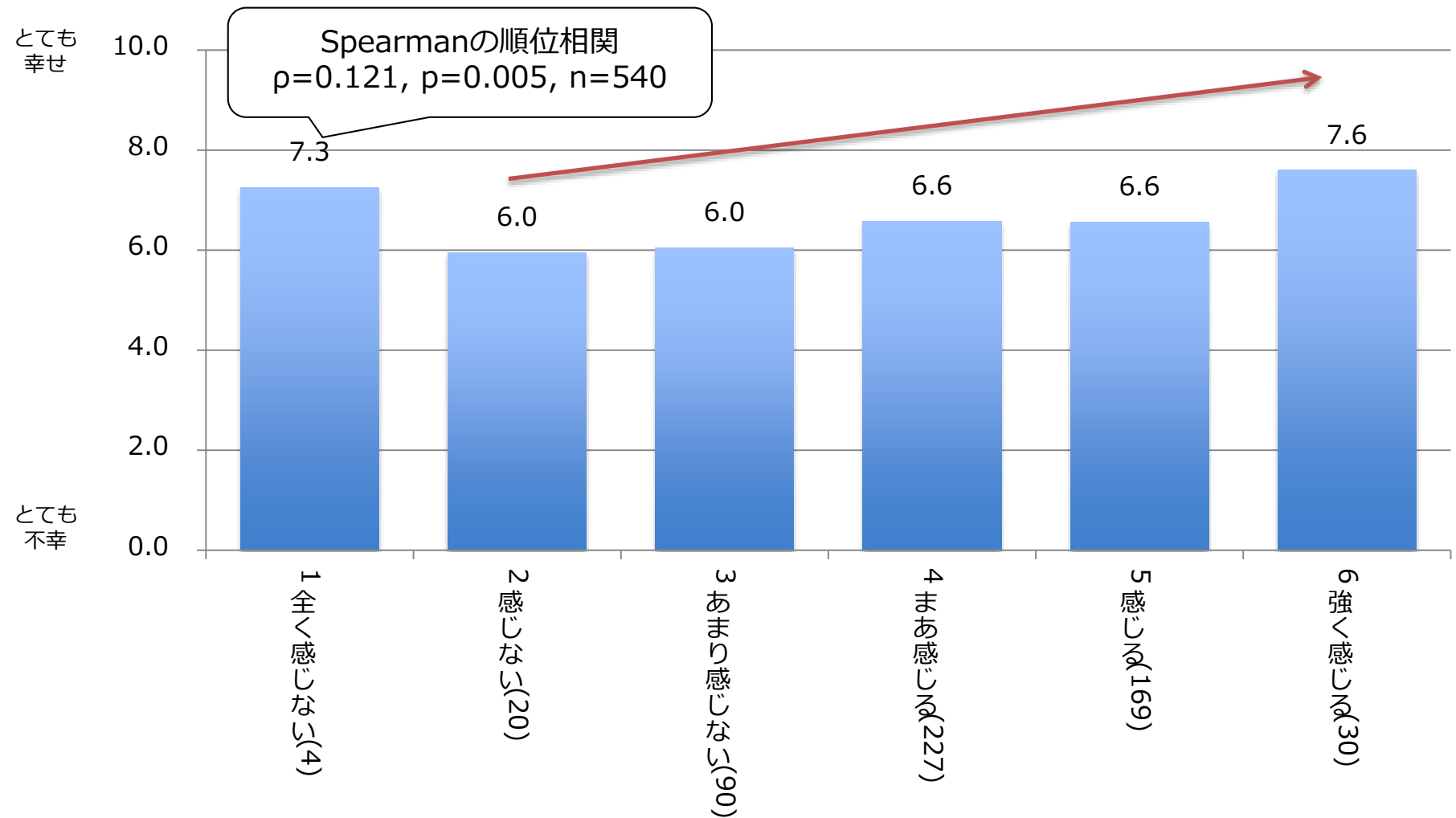
「並べて比べる」相手をあらかじめ
考えて設定しておくことが重要

介護サービス利用者の主観的幸福感 × 介護支援専門員の主観的幸福感



※()内の数値：各群の回答者数（度数の小さい群については回答に偏りがある可能性があり平均値の解釈を慎重に行う必要がある）

介護サービス利用者の主観的幸福感 × 介護支援専門員の職務満足感



※()内の数値：各群の回答者数（度数の小さい群については回答に偏りがある可能性があり平均値の解釈を慎重に行う必要がある）

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



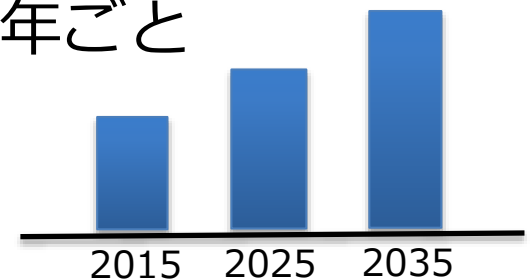
※ 市町村に対しては、日常生活圏域単位のケアバランス指標の集計を提供している。

出典 : <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/187050.pdf>

指標の活用の仕方

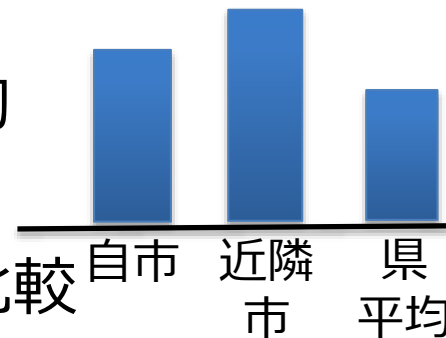
- 兎にも角にも「定点観測」を続ける

- 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



- 他地域と比較する

- 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

- 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）

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)

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

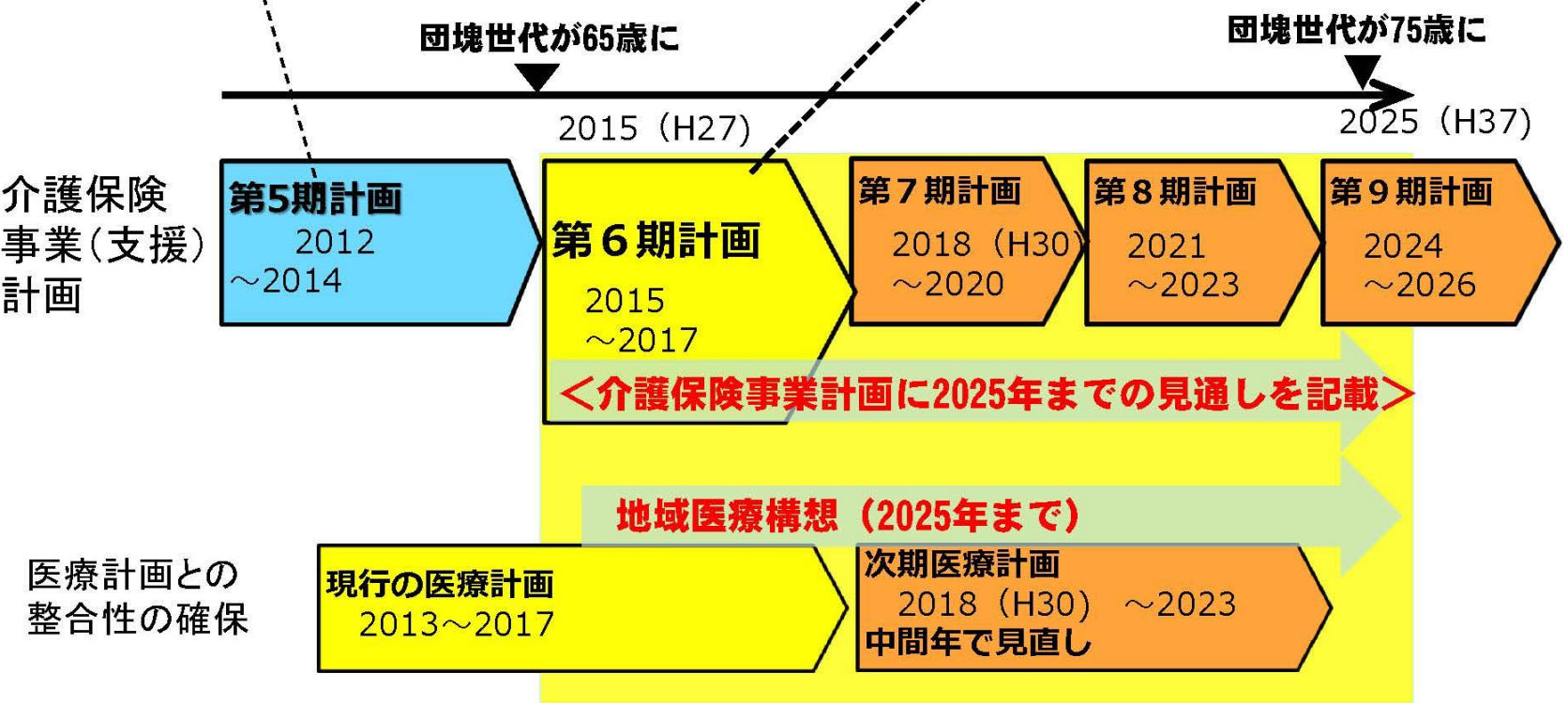
介護保険
事業計画

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

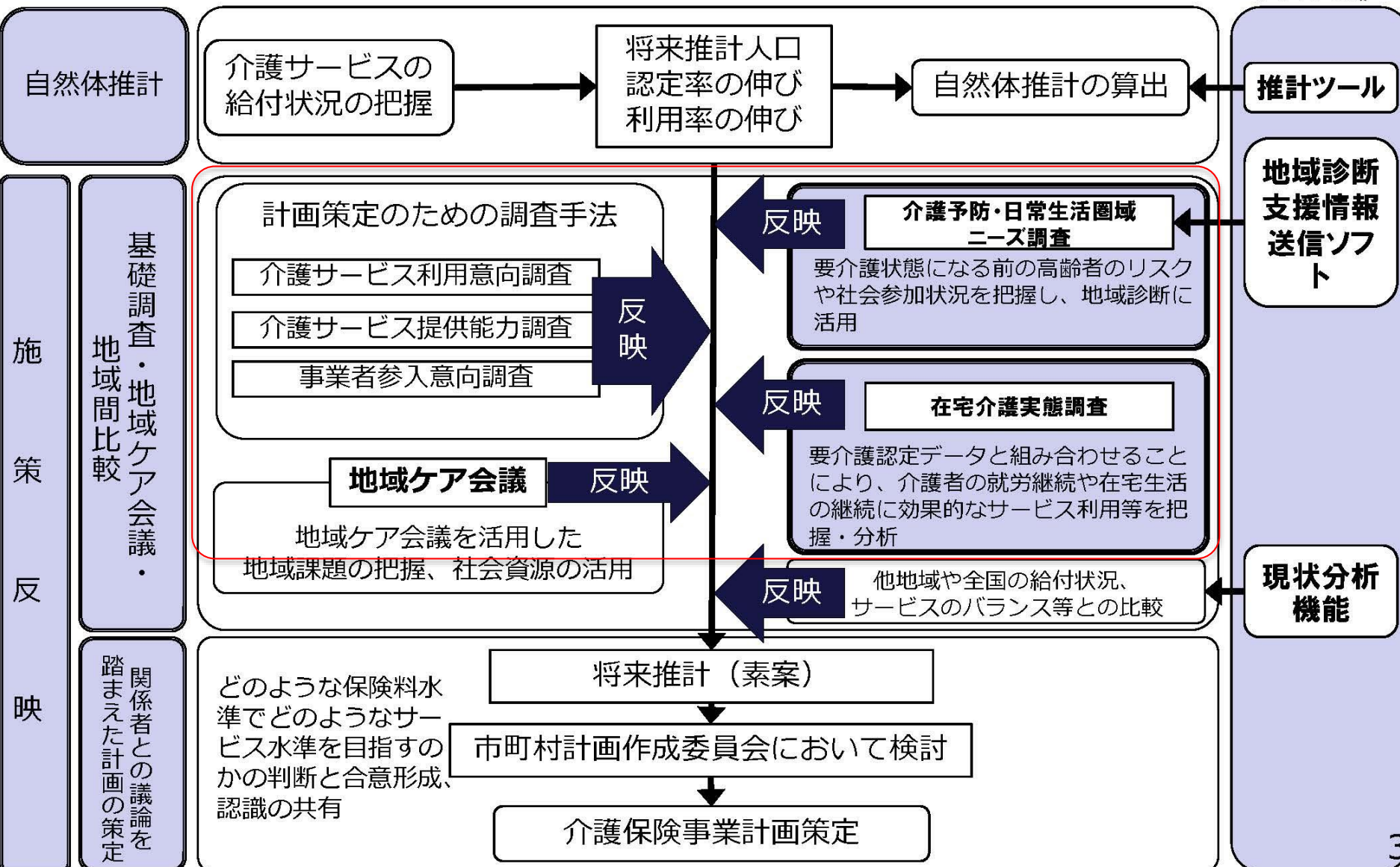
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

- 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。



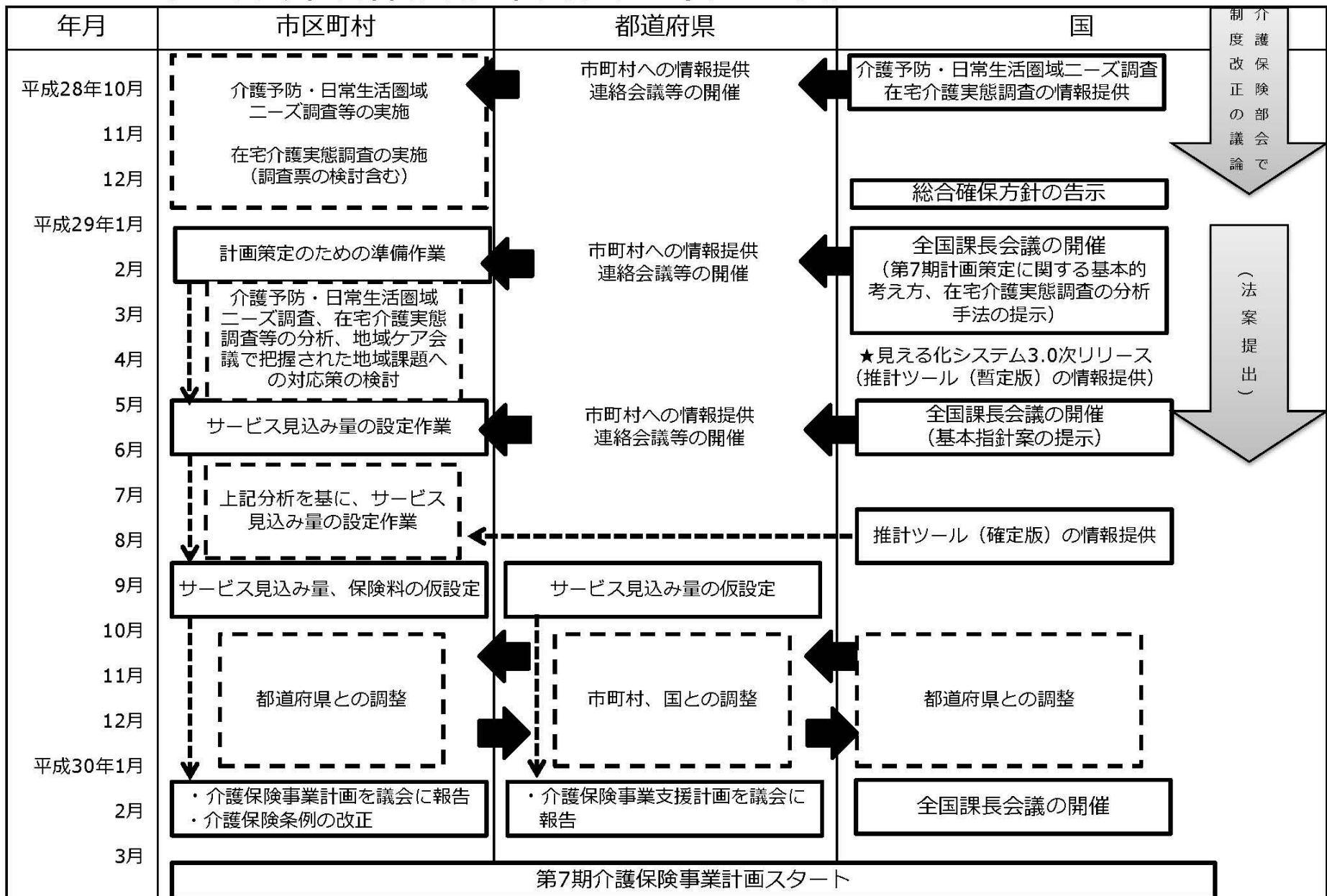
第7期介護保険事業計画の策定プロセスと支援ツール

《「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

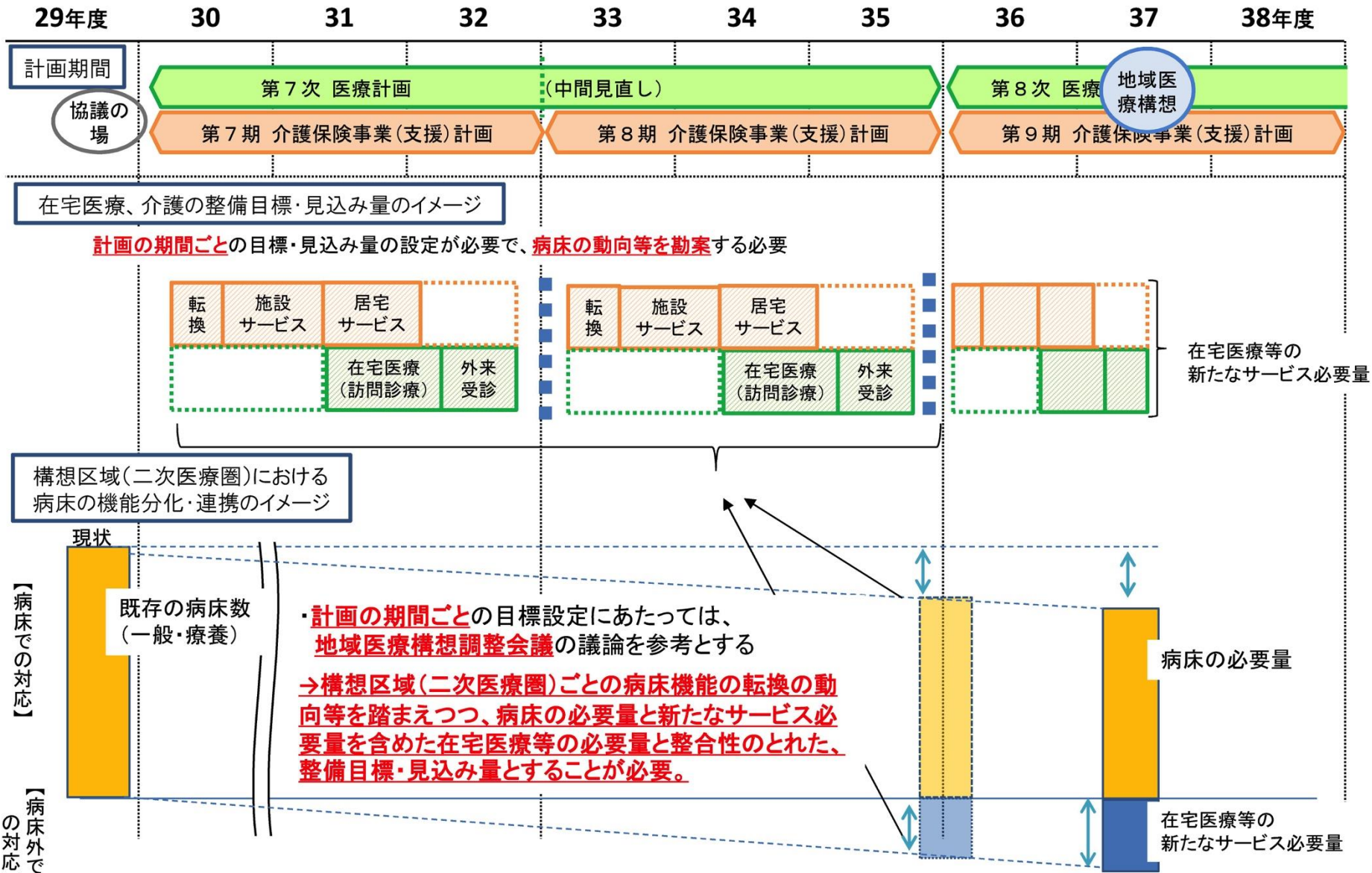
医療計画・地域医療構想データ利用の例

- 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

統合的な整備目標・見込み量のイメージ



次期医療計画及び介護保険事業計画における整備量の設定について

A構想区域

C3未満 120人・日

医療区分1の70%
地域差解消分 180人・日

訪問診療 100人・日

市町村ごとに推計

市町村名	C3未満	医療区分1の70% 地域差解消分	訪問診療
B市	30	35	20
C市	30	45	25
D町	20	25	10
E町	20	30	20
F町	10	20	5
G村	5	10	10
H村	5	15	10
計	120	180	100

A構想区域

B市
D町
G村
E町
C市
H村
F町

在宅医療等の新たなサービス必要量についての考え方の整理①

1. 基本的な考え方

在宅医療等の新たなサービス必要量について、将来の地域における在宅医療等の提供体制の整備が更に進むよう、適切な役割分担による受け皿の整備を進めていく必要があることから、以下のとおり、推計方法等の考え方を整理することとする。

2. 具体的な推計の考え方

(1) 市町村別データについて

在宅医療等の新たなサービス必要量について、介護保険事業(支援)計画と整合性のとれた整備目標を検討するため、療養病床からの患者、一般病床からの患者の一部など、その構成要素のそれぞれの必要量を、市町村別に、以下の方法により推計する。

※①、②については、国から自治体に推計データを提供することを想定。③については、該当自治体間に対応することを想定。

① 2025年の各構想区域における在宅医療等の新たなサービス必要量を、2025年における市町村別の性・年齢階級別人口で按分する。

※ 2025年における市町村別の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』を用いることとする。

② ①で按分した2025年(平成37年)の必要量から、第7期介護保険事業(支援)計画の終了時点(平成32年度末)、第7次医療計画の終了時点(平成35年度末)の数値を、比例的に推計する。

③ ①②で推計した値について、地域の実情に応じて調整を行う場合には、地域医療構想の構想区域ごとの推計と整合性が確保されるよう、構想区域内の市町村の必要量の合計と整合的であることを原則に、市町村間調整することとする。

在宅医療等の新たなサービス必要量についての考え方の整理②

(2) 一般病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量について

一般病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量については、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計する。

(3) 療養病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量について

療養病床から在宅医療等に対応する新たなサービス必要量の受け皿の検討に際しては、入院中の患者の状態や、退院後の行き先、新たな施設類型の創設による転換の動向等を踏まえたものとして必要である。こうした点を踏まえ、以下の方法により推計する。

※①、②については、国もしくは都道府県において調査等を実施する事を検討。③については、該当自治体間に対応することを検討。

① 現行の療養病床のうち、平成35年度末までに、現在検討されている新たな施設類型や介護老人保健施設に転換する見込み量について、意向を踏まえること等により推計する。

② 新たなサービス必要量から、新たな施設類型等に対応する分を除いた上で、患者調査による退院後の行き先に関するデータ等を活用し、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分に按分する方向で今後検討を進める。

特に、外来、在宅医療、介護への按分に資するデータに関して、例えば療養病床に入院中の患者の状態や退院後に必要となる介護サービスの内容等を踏まえたデータなど、より有用なデータの収集方法について、今後さらに検討を進めることとする。

③ 按分された値について、市町村の実情に応じてサービスごとの調整を行う場合には、外来、在宅医療、介護の各受け皿で対応する量の合計が構想区域全体のサービス必要量と整合的であることを原則に、それぞれの増減で調整することとする。

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 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

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

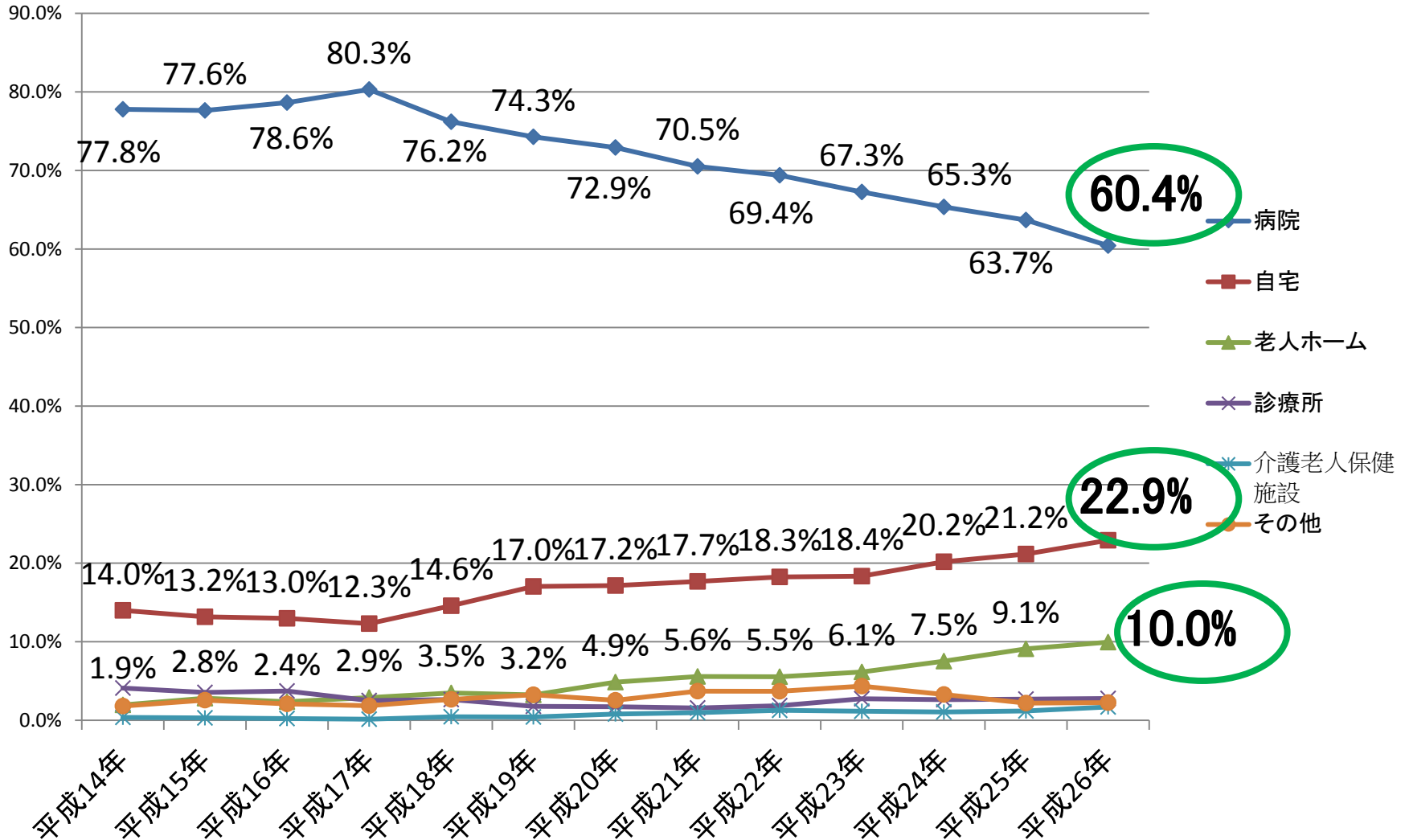
在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、1,741の基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集です。
(第1回全国在宅医療会議(平成28年7月6日)資料4参照)

※ 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、％】

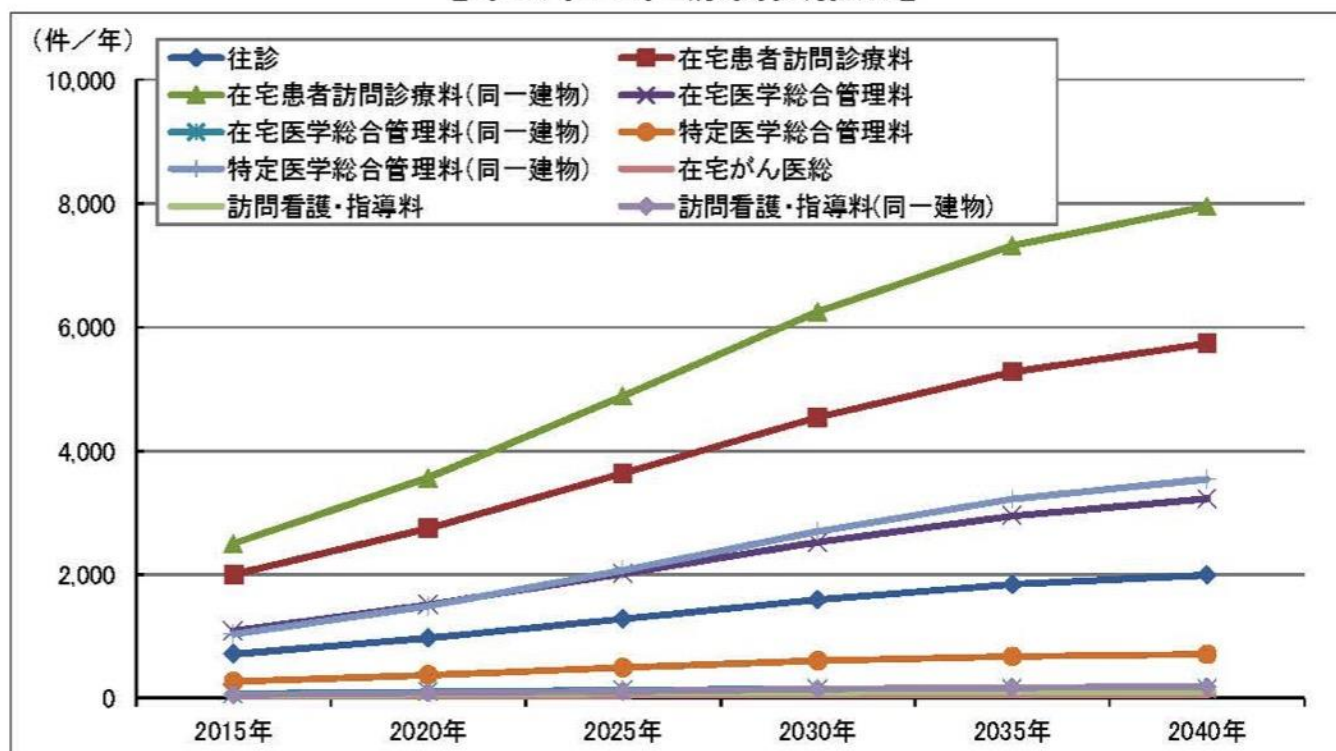
死亡場所	死亡時の状況	実人数(人)	割合(%)	構成比(%)
施設等	特別養護老人ホームで死亡	37	3.4	3.7
	介護老人保健施設で死亡	2	0.2	
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)で死亡	2	0.2	
医療機関	介護認定のない状況で病院で死亡(若年も含む)	282	25.7	79.9
	介護保険サービスを使わず病院で死亡 (介護認定して18カ月以内に介護サービス利用なし)	154	14.0	
	3～18カ月前まで介護保険サービスを利用	129	11.7	
	2カ月前まで介護保険サービスを利用	55	5.0	
	1カ月前まで介護保険サービスを利用	96	8.7	
	死亡月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

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。

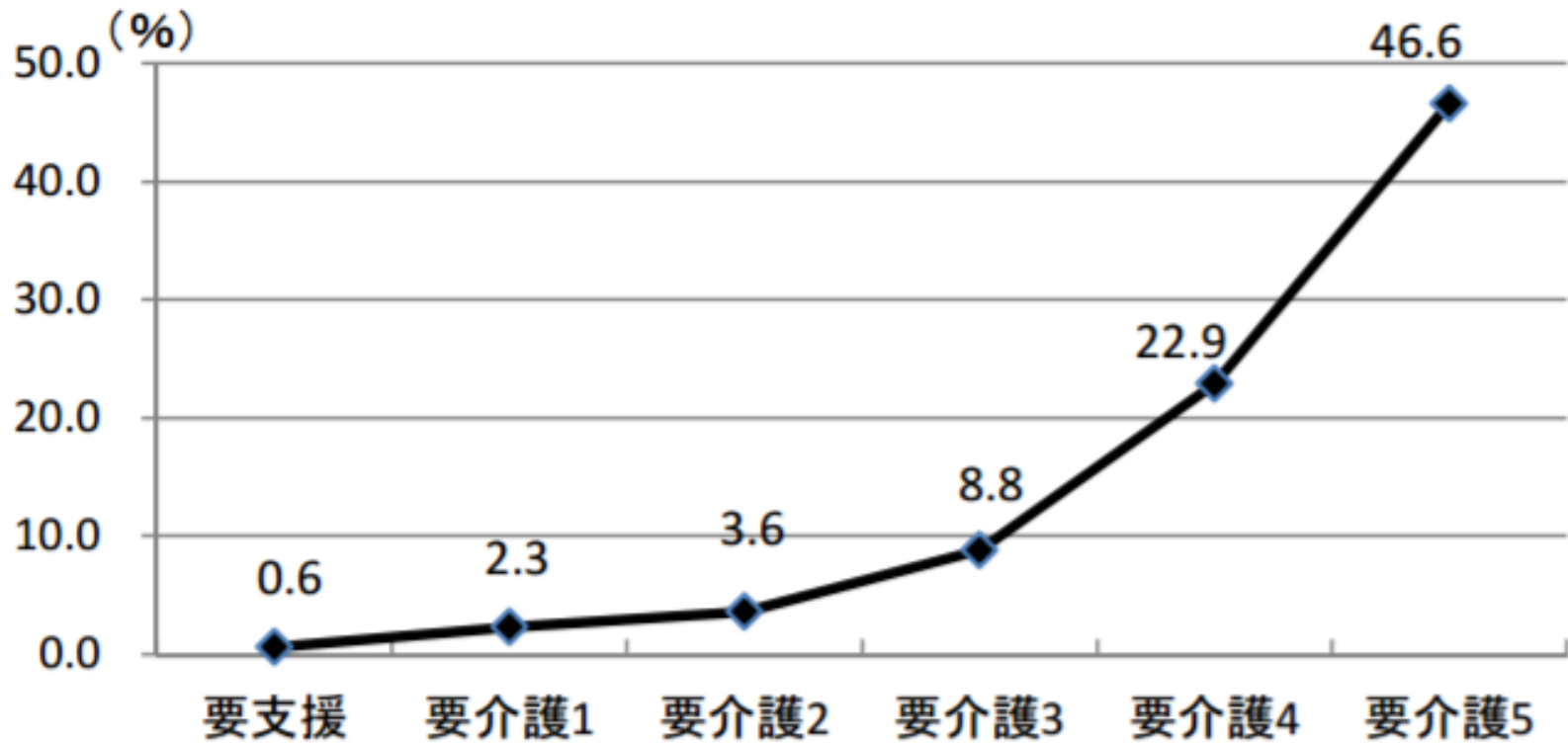
【市の在宅医療需要推計】



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）



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

事業項目にとらわれない実施

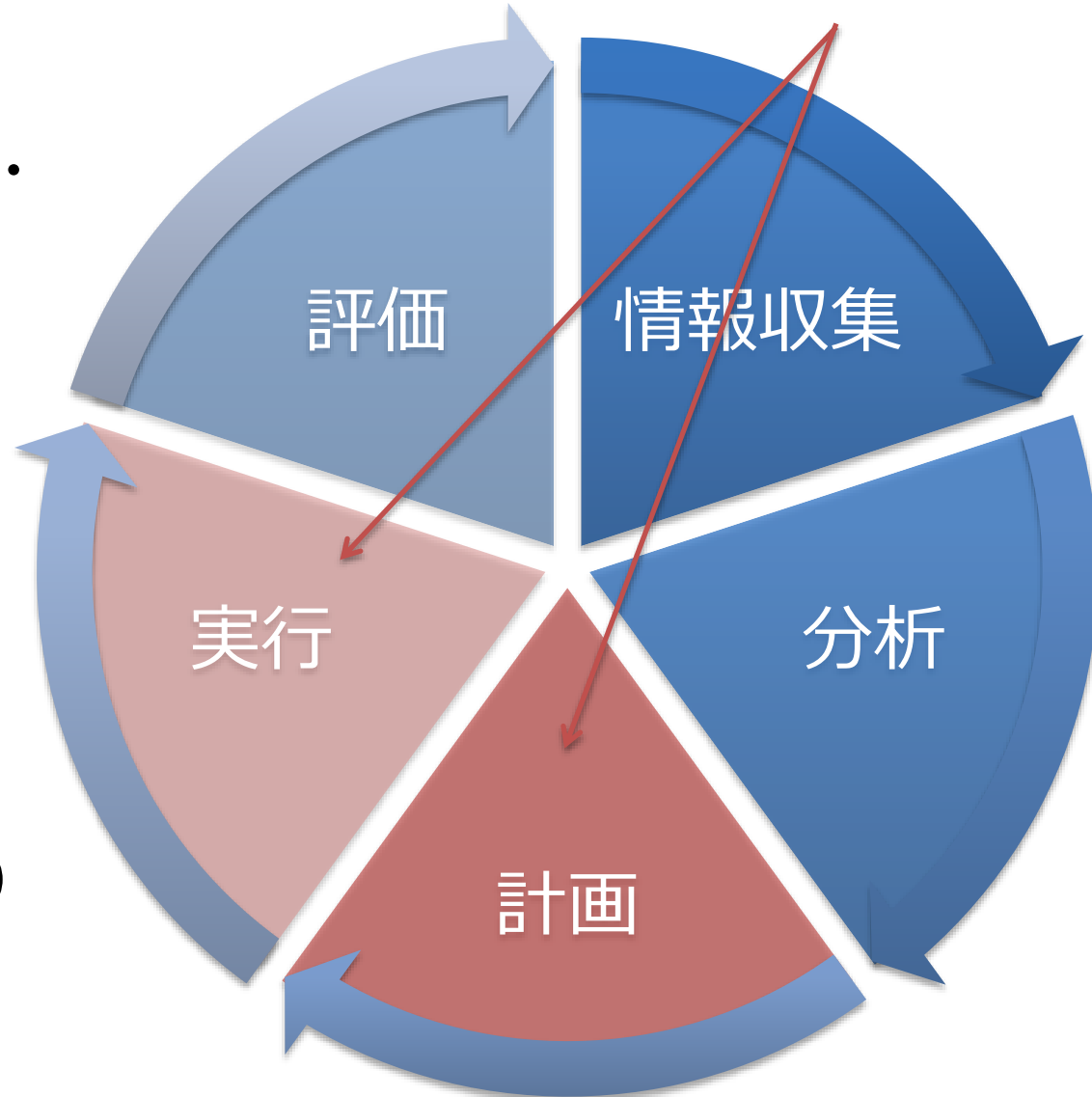
(ア) ~ (ク) の呪縛からの解放

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。)



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、事業項目の一部を郡市
- 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（ウ）～（ク）の分類が関係してくる
（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

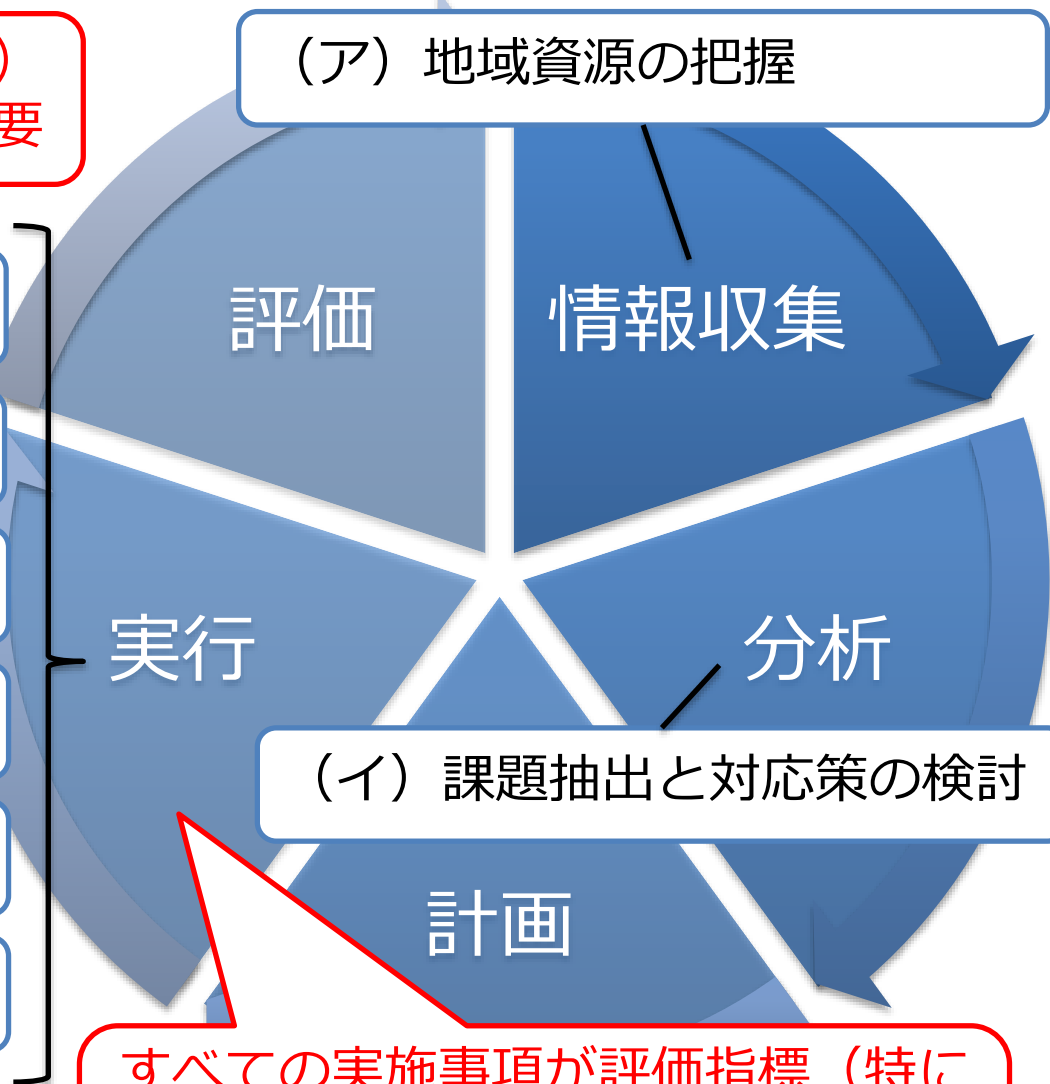
（オ）相談支援

（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

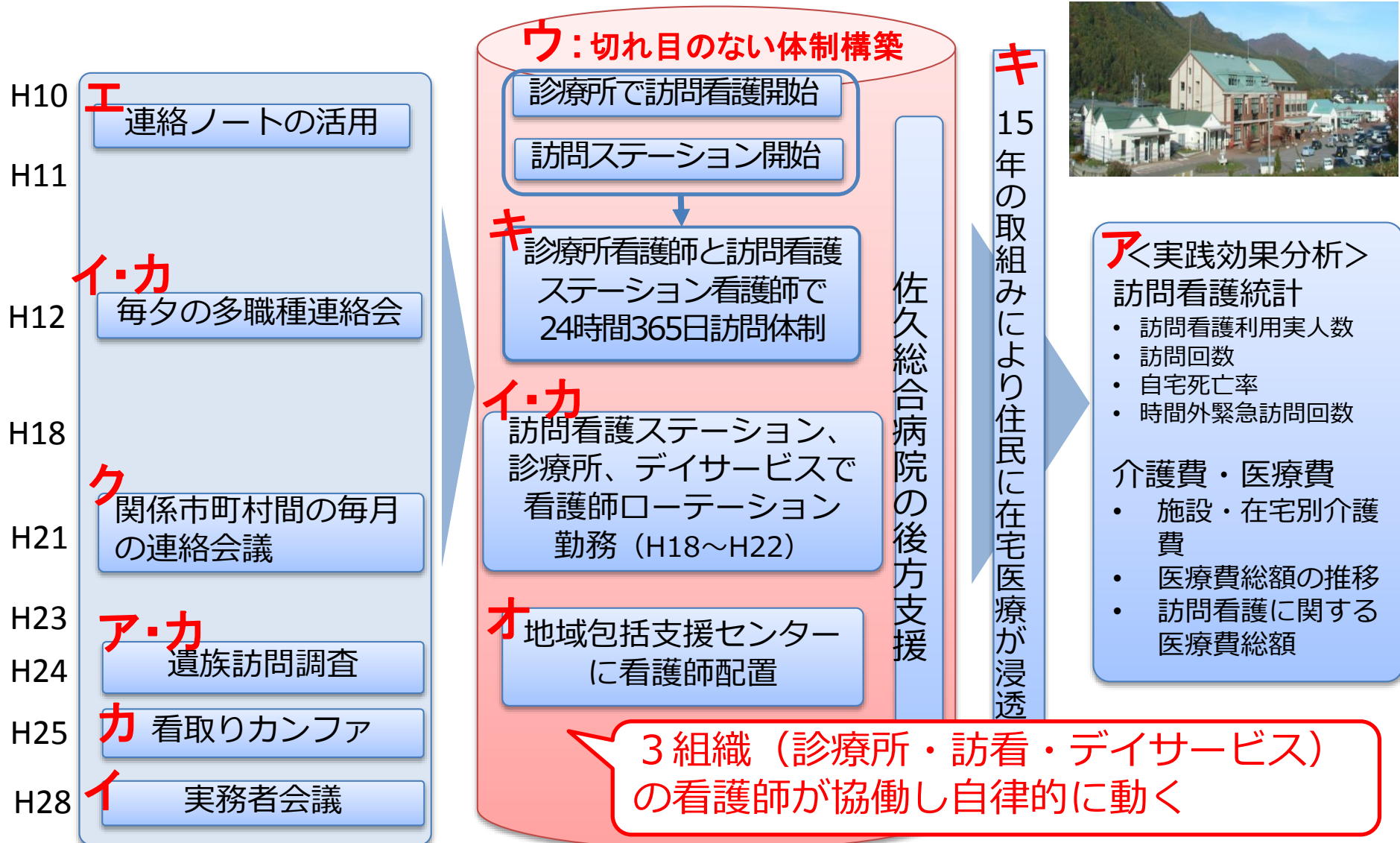


すべての実施事項が評価指標（特にアウトカム）と論理的につながっていることを確認しながら進める

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



出典：川上市地域包括支援センター由井氏資料をもとに東京大学において作成、ア～クの当てはめ

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

医療職を含めた
多職種ネット
ワーク

在宅看取り
のハブ機関
として発展

たてやまつるぎ
在宅ネットワー
ク

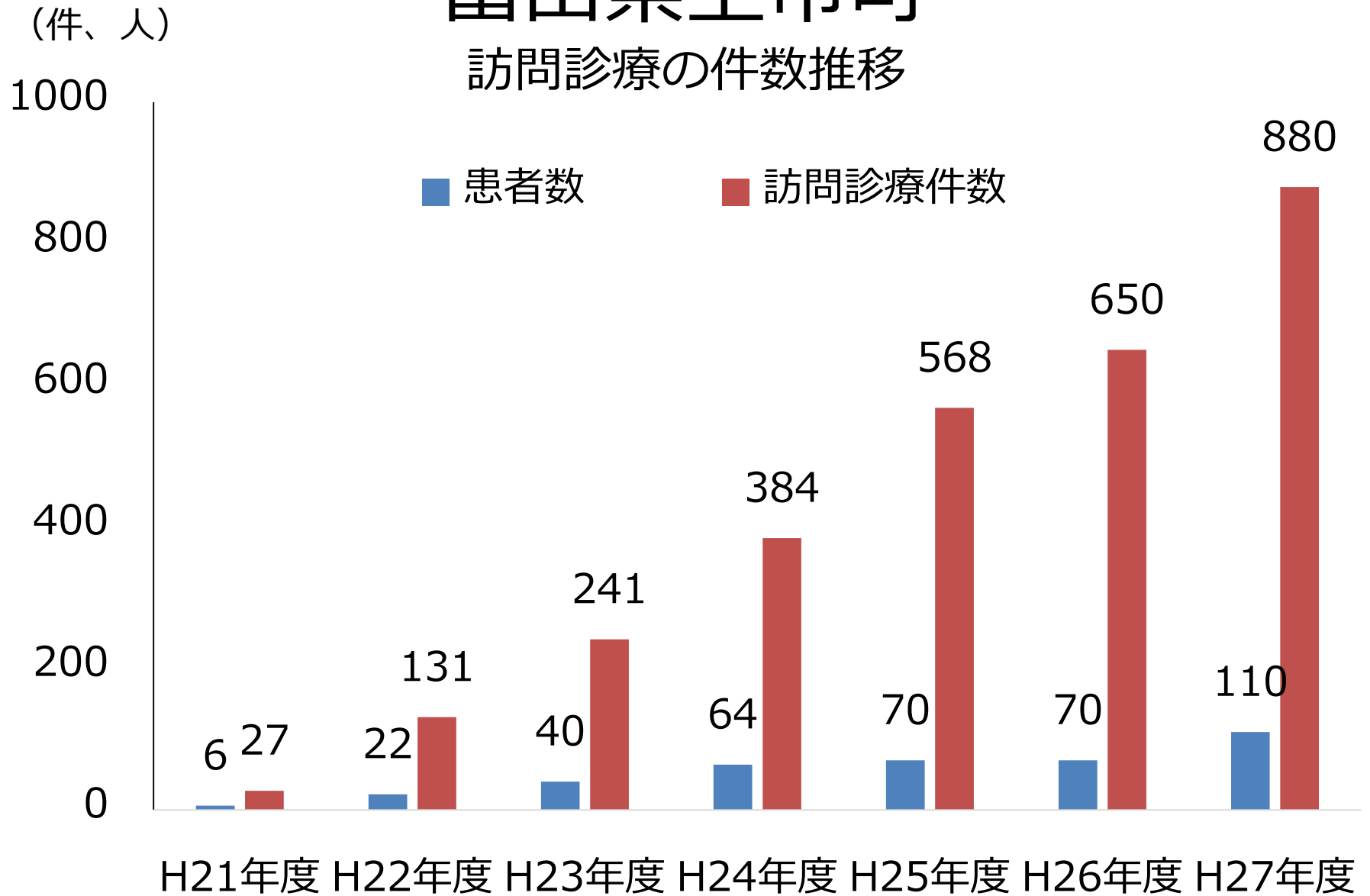
ナイト
スクール

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



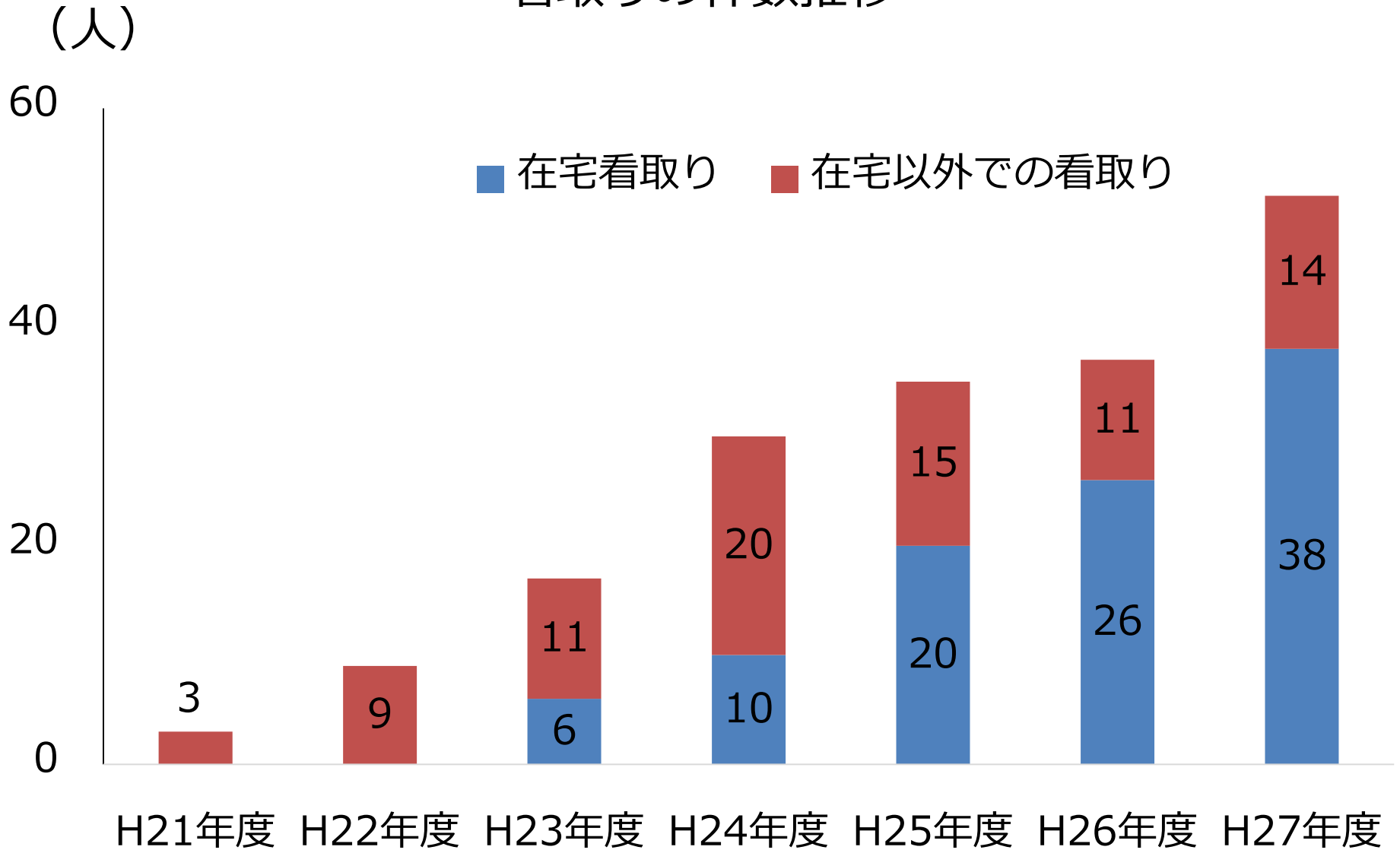
富山県上市町

訪問診療の件数推移



富山県上市町

看取りの件数推移



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)

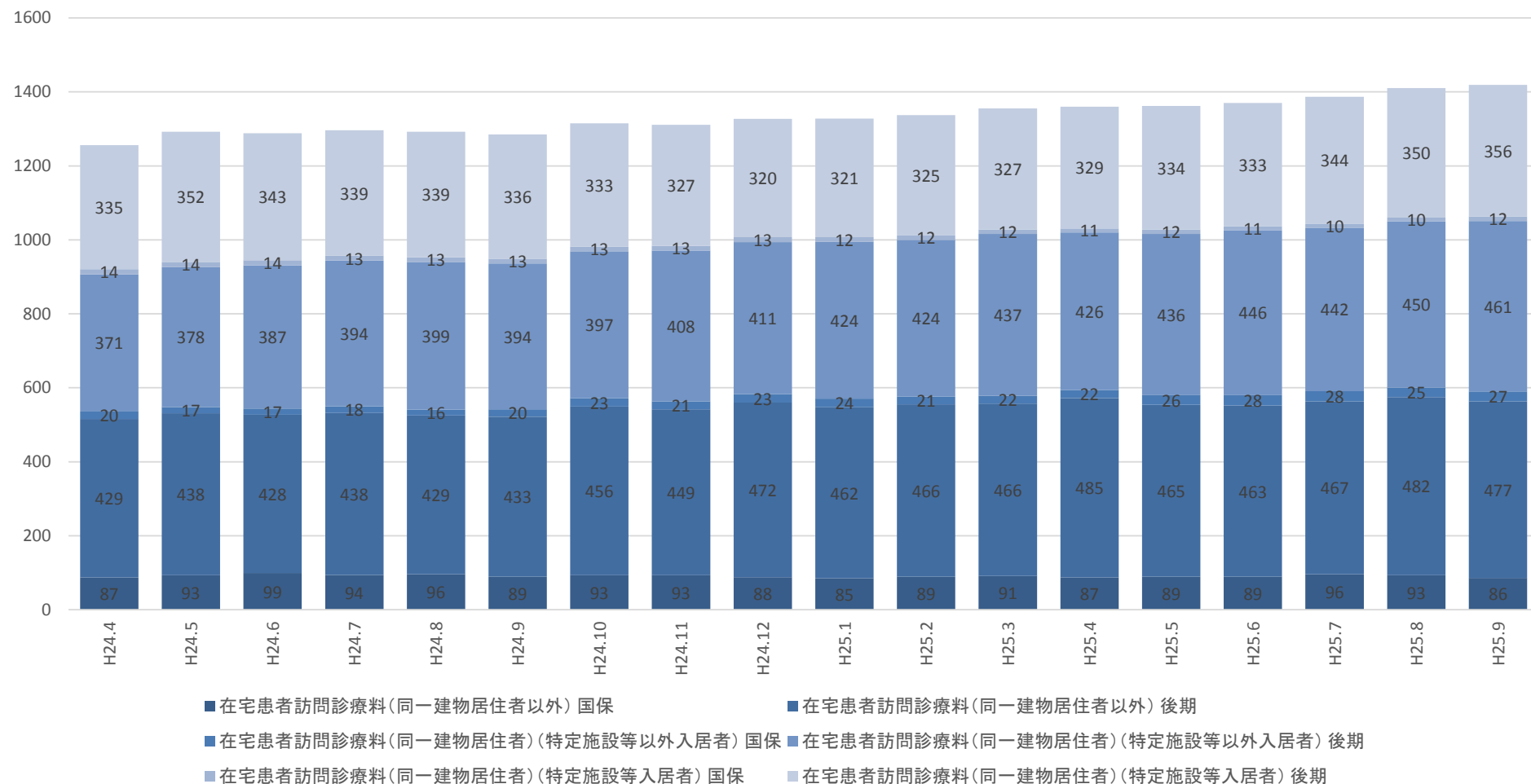
- 終日開催
- 内容
 - ・在宅医療の導入(講義)
 - ・多職種連携協働：IPW(講義)
 - ・領域別セッション(講義・GW)
 - ・実習振り返り(GW)
 - ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
 - ・制度・報酬(講義)
 - ・修了証書授与



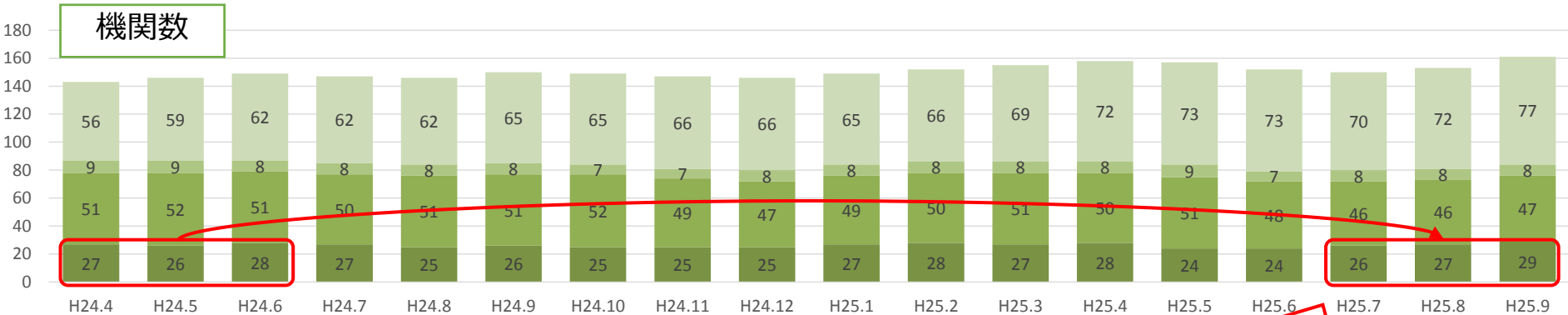
受講者一同による集合写真

柏市 訪問診療の提供実績

・在宅患者訪問診療料の算定実績（人数／月）



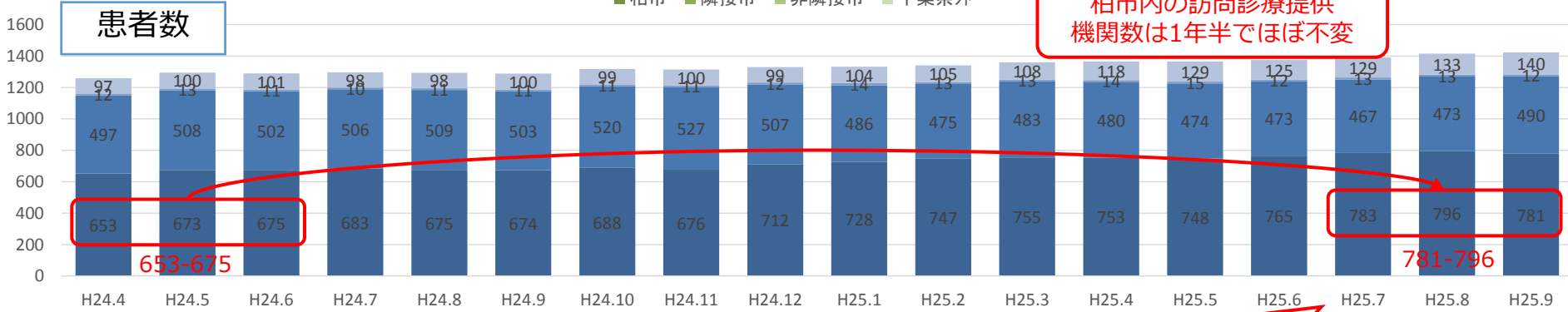
柏市 訪問診療の提供実績 (地域別)



26-28

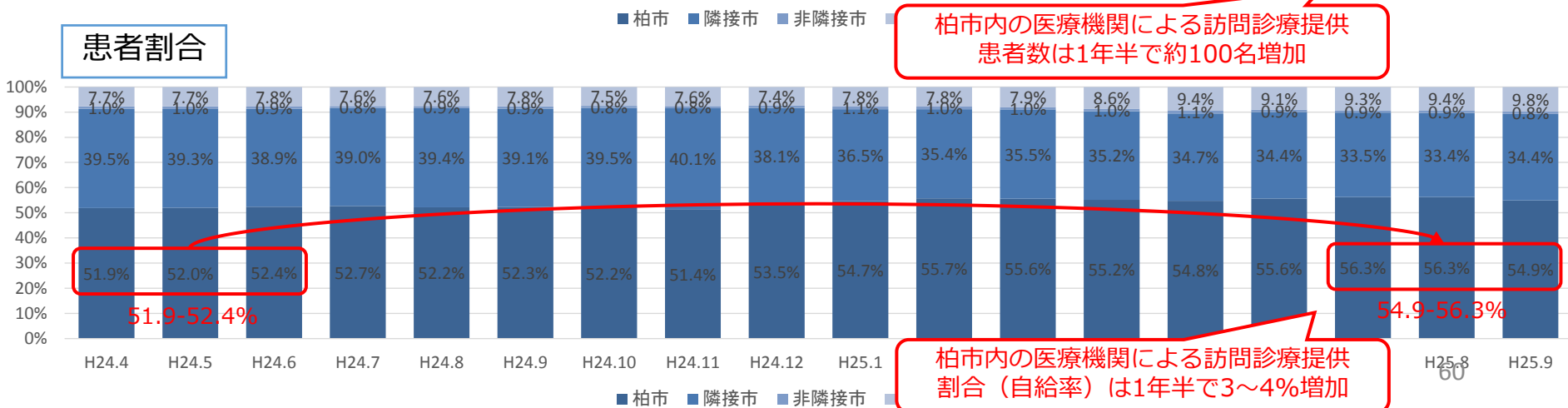
柏市内の訪問診療提供機関数は1年半でほぼ不変

26-29



653-675

781-796



51.9-52.4%

柏市内の医療機関による訪問診療提供患者数は1年半で約100名増加

54.9-56.3%

柏市内の医療機関による訪問診療提供割合(自給率)は1年半で3~4%増加

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) -2-①	①栄養士連携 ②病院連携室連携 (エ)
		II) -2-②	①栄養士歯科連携 ②連携室ケア連携
	三次連携	II) -2-③	①在宅医療連携体制検討会 ②協議会
	3) 連携手法	II) -3)	開発・更新
III) 地域包括ケア関連事業	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**

- 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)

- 在宅医療・介護資源マップ **ア**

事業項目にとらわれない 実施のためのポイント（私見）

- 当面取り組む内容を絞る（選択と集中）
 - 成果をあげている地域では大きな柱を3つくらいに集約してシンプルに分かりやすく実施している印象
 - （事業項目の（ア）～（ク）は当てはめようと思えば既存の取り組みをいかようにも当てはめられるはず）
- 常に評価の視点を持っておく（前掲）
 - それにより適時の軌道修正がかけられる

参考：海外における夜間休日臨時体制

- オランダ：GPポスト／GPアンビュランス



参考：海外における夜間休日臨時体制

• オランダ：GPポスト／GPアンビュランス


- デン・ハーグ地域におけるGPポスト／GPアンビュランスの例
 - GPポスト：平日17時～翌8時＋休日のみ開院されるクリニック
 - GPアンビュランス：GP1名＋アシスタント1名による往診車
 - デン・ハーグ地域：人口70万人に3つのGPポストとコールセンターが1つ
 - 深夜のシフト（24時～8時）は、コールセンターが閉じてGPポストの1つがコールセンター機能を担う
 - トリアージ医がいて、GPポストに行くか救急外来で対応するか振り分ける（デン・ハーグのみで試行、4～5百万ユーロ／年の医療費削減になったとのこと）
 - 見学先GPポストにおける当日の人員配置（17～24時）：GPアンビュランス（往診車）付きの医師1名＋ドライバー兼アシスタント1名、トリアージ医1名、コンサルテーション医1名、レベル6の看護師1名、メディカルアシスタント1人

柏市での取り組み例

東京大学高齢社会総合研究機構／ 医学部在宅医療学拠点の取り組み


自立した状態

要介護状態




活き活きと働
き続けること
を支える

高齢者就労



早期から虚弱
化を予防

フレイル予防



いつまでも住
み慣れた環境
で生活を

在宅医療推進

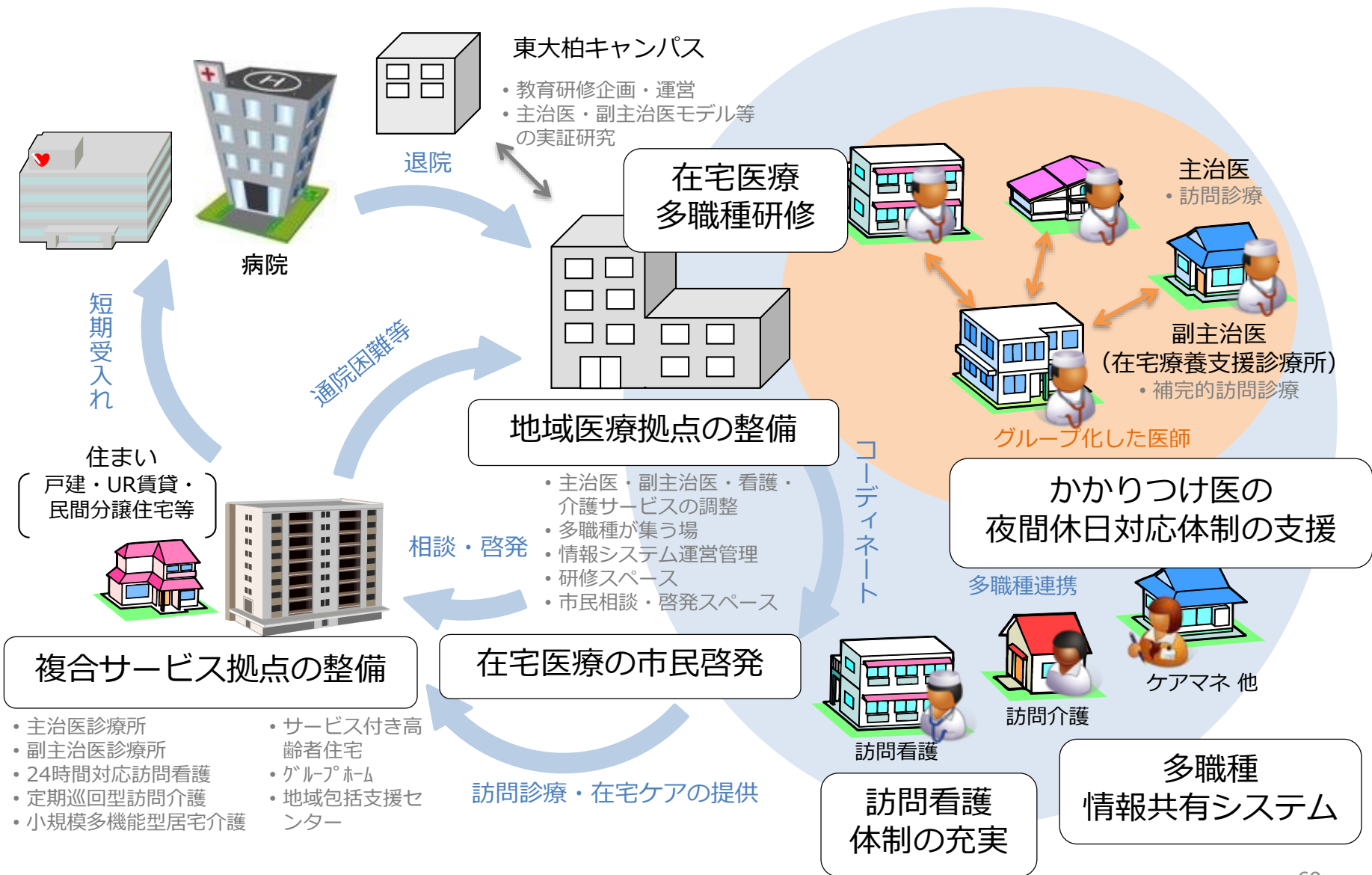
介護予防・日常生活支援総合事業

地域包括支援センター

介護保険の地域支援事業

在宅医療・介護
連携推進事業

柏市における在宅医療推進の取り組み



柏での在宅医療推進PJの目標

- 大きくは2つ
 - 医師が在宅医療に取り組んでくれること
 - 在宅療養者を支える多職種チーム（※医師を含む）が進化していくこと
- そのためにやってきた／いること

1. 市役所・各職種団体の体制整備
2. データ整備（ある意味では危機感を共有するための）
3. 多職種研修
4. 情報共有基盤の構築
5. 市民への啓発
6. 夜間休日の体制検討

2011～2013年頃に
一気に第一段階を整備

総合調整拠点：柏地域医療連携センター

隣接の複合施設ココファン豊四季台



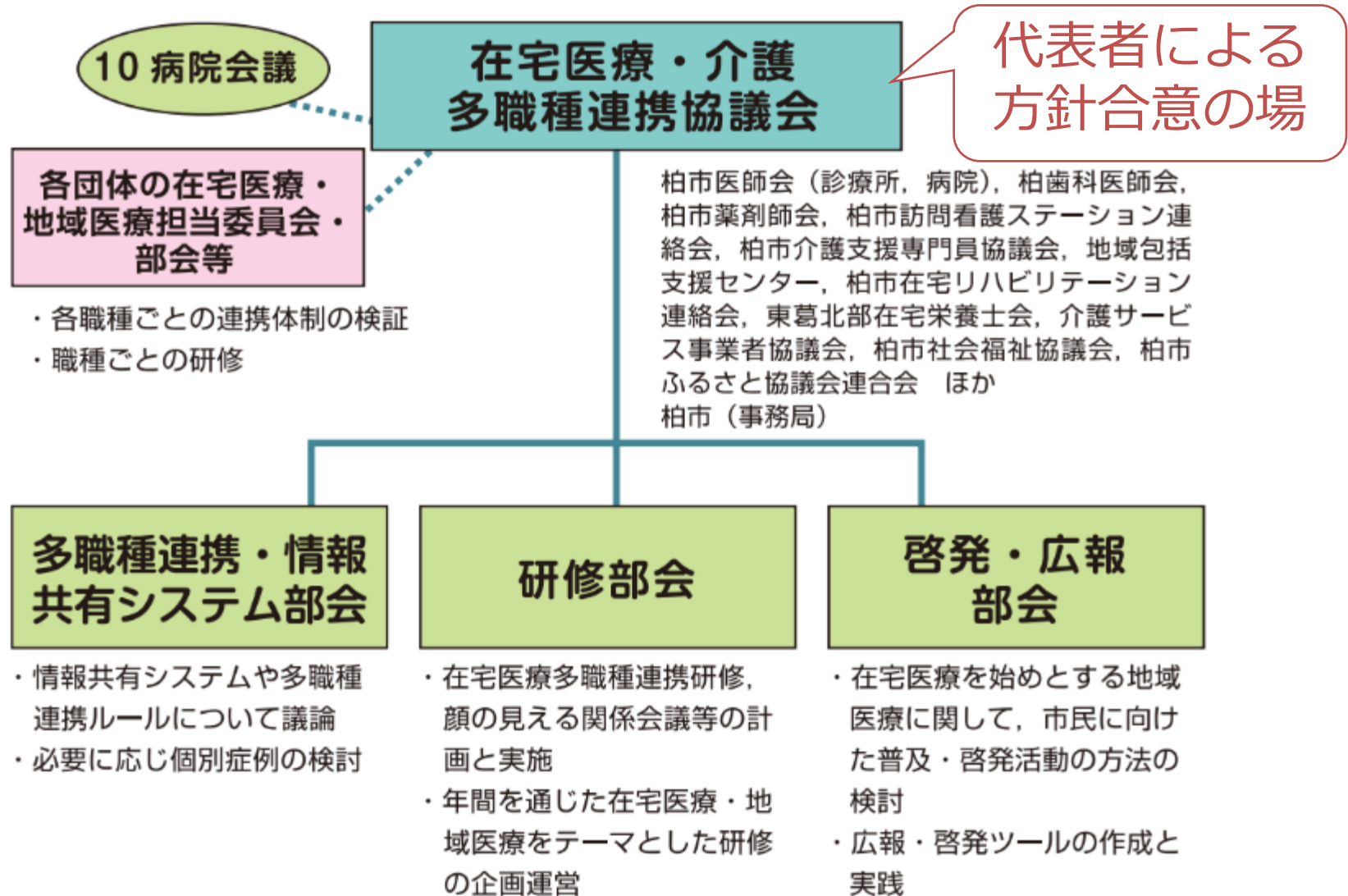
柏地域医療連携センター

2014年運営開始



隣接の豊四季台公園

柏市における在宅医療・介護連携 推進のための会議体制



在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 (Homecare Interdisciplinary Team Training: HITT)

1日目

- 午後半日で開催
- 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）
 - ・がん緩和ケア（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）
 - ・認知症（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

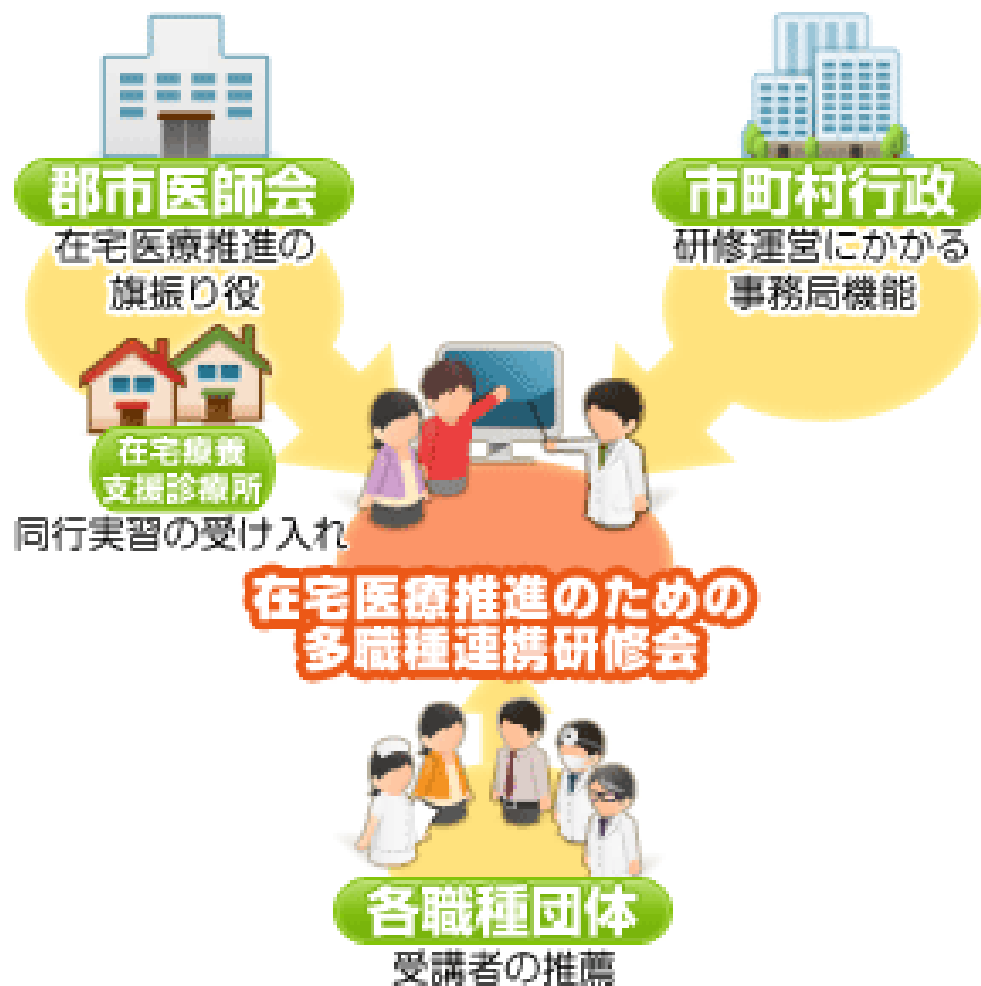
在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 (Homecare Interdisciplinary Team Training: HITT)

• 目的

- 医師が在宅医療に取り組みきっかけを与えること
- 地域単位の多職種チームビルディングの促進

• 開催構造

- 市町村行政
 - 地区医師会
 - 各職種団体
- 一丸



在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 (Homecare Interdisciplinary Team Training: HITT)



次の段階に向けての試行 意見の違いを楽しむ 多職種事例検討会

ねらい

- 実事例に学ぶ
- 多様性を認め合う
- 職業人／私人としての意見の両方を出す
- 中期的にはコミュニティエリアごとの事例検討に移行して学びを次の実践へと結びつけたい

柏市・意見の違いを楽しむ多職種事例検討会
出場者・検討事例募集!



We come!

参加対象

- 柏市において医療・介護に携わる専門職の方など
- 意見の違い・多様性を受け入れ楽しめる方ならどなたでも

日時

10月31日(月)
11月28日(月) すべて
12月26日(月) 19:00~21:00
1月23日(月)
2月27日(月)

場所

柏地域医療連携センター研修室

毎回の進め方

- 120分間で2事例を検討します。
- 中央に用意した机を囲む15名程度の方に主に事例検討をしていただき、それ以外の方は周りからそのやりとりを見守って学習する形式になります。そのため、みんなの前で発言するのは気後れするという方でも気軽に参加いただけます。



講師・アドバイザー：藤沼康樹先生

生協浮間診療所／医療福祉生協連家庭医療学開発センター
／千葉大学大学院看護学研究科専門職連携教育研究センター
※たいへん高名かつたいへんおもしろい先生です!

KEYwOrd

「和して同ぜず」

- 論語の一節からの引用です。君子は誰とでも調和するものだが、道徳や信念を忘れてまで人に合わせるようなことは決してしないという意味です。
- この事例検討会では、人・職種それぞれ意見は異なることを認め合いつつ患者・利用者のための最善を目指した率直な検討を重ねたいと思います。

事例募集中!

- 毎回の検討会で検討する事例を募集します。藤沼先生はじめ多職種とともに担当事例を振り返る絶好の機会となります。
- 事例のテーマは強く定めていませんが、例えば、「とても困った事例」、「とても良かった事例」、「一度振り返ってみたい事例」、「多職種の見解を聞いてみたい事例」、「病院⇄在宅、病院⇄施設などのように居所の移動が生じた事例」などが想定されます。
- 個人情報を除いた上で、当日配布・当日回収にて使用させていただきます。
- 事例記述用の様式があります。地域医療推進室宛てご連絡ください。



申込み：柏市地域医療推進室（担当：池畑・鹿野）
※氏名・所属・資格・好きなアーティストを明記して下記宛お申し込み下さい。
電話：04-7197-1510 FAX：04-7197-1511
メール：info-chkry@city.kashiwa.lg.jp

企画・開催支援：東京大学医学部
在宅医療学拠点（担当：吉江）
電話：03-5800-9542
メール：yoshies-tky@umin.ac.jp

情報共有システムの画面イメージ

TRITRUS
サンプル事業所のケアマネ 花子さん こんにちは。

コミュニティ
マイページ 参加コミュニティ一覧 介護力さんの部屋

前の画面へ戻る

介護力さんの部屋

本人家族招待
[利用者情報の名寄せ]

この部屋の管理者
サンプル事業所
ケアマネ 花子
→管理者機能

参加者
サンプル事業所
ケアマネ 花子
宋美士 和子
ヘルパー 千恵子

ケアレポート
新しくトピックをつくる

トピック	書込数(未読数)	最終更新日
利用者情報共有板	>>見る 3(未2)	2012/2/16 11:07
【重要】蕎麦アレルギーについて	>>見る 3(未1)	2010/7/14 18:35

患者ごとに
部屋を作成

患者を担当している
関係者のみが
部屋に入れる。

コミュニケーション

日々の変化を共有
するケアレポート

- 患者情報シート
- 連絡帳
- ケアプラン
- バイタル情報
- 食事・水分、排泄
- 訪問看護指示書
- 診療情報提供書
等

医療・介護
共有情報
見やすく分類

定型情報

- フェイスシート
(連携基本情報)
- カレンダー
(関係者予定)
- お薬手帳
(薬剤情報共有)
- アセスメント
- 口腔ケア
- データファイル

ケアレポート（掲示板）画面イメージ

おはようございます 重要度: ★★

投稿No. 0006 投稿日時2012/03/22 15:06
 看護師 博美 実施日時2012/03/22 10:00
 サンプル病院

特に読んでほしい人: [参加者全員](#)

こんにちは、看護師博美です。
 現在の褥瘡状態を写真で添付いたします。





褥瘡.jpg 【分類】写真 添付ファイル.xls 【分類】なし

返信にすま 5 Good Job!! 3 返信 訪問者一覧 印刷

文字の書き込み

ファイル添付
(写真/動画/書類)

介護 カナさんの部屋



本人・家族招待

排泄記録 重要度: ★☆☆

投稿No. 0005 投稿日時2012/02/16 11:19
 ヘルパー 千恵子 実施日時2012/02/16 10:15
 サンプル事業所

特に読んでほしい人: [参加者全員](#)

■排泄
 【排尿】220cc 【排便量】普通 【便の硬さ】4 【緩下剤の使用状況】なし 【失禁】なし

返信にすま 5 Good Job!! 3 返信 閲覧履歴 訪問者一覧 印刷

食事・水分・排泄(in-out)

項目	2013年 3月26日		2013年 3月26日		2013年 3月27日				2 3	
	08:00	07:30	12:00	18:30	07:30	11:00	17:30	21:15		12:00
食事 水分	主食量(部)	10	10	8	7	10	8	7	10	8
	副食量(部)	9	9	8	5	9	8	5	9	8
	水分・点滴(総量)	250cc		1100cc			900cc			
排泄	排尿(総量/回数)	200cc/1		700cc/3			1200cc/5			6
	排便回数	3		3			3			
インアウトバランス	+ 50		+ 400			- 300				

バイタル情報 重要度: ★☆☆

投稿No. 0005 投稿日時2013/07/31 16:43
 ヘルパー 千恵子 実施日時2013/07/15 13:00
 サンプル事業所 即時通知

特に読んでほしい人: [参加者全員](#)

■バイタル
 【体温】35.5°C 【血圧】150/90mmHg 【脈拍】60回/分 【呼吸】60回/分 【SpO2】100%

バイタル情報

バイタルサイン(温度板)



市民への普及啓発



家族に寄り添う 在宅医療

高齢者は心と体の両面から、介護や医療のサポートが必要です。今号では、皆さんが安心して在宅医療を受けるために、家族が寄り添って在宅医療について紹介します。

福祉情報部 7167-1371

1. 在宅医療とは?
在宅医療とは、高齢者が自宅に居ながら、医師や看護師、介護士などの専門職のサポートを受け、必要に応じて入院や手術を受けることです。

2. 在宅医療のメリット
自宅での生活は、高齢者の生活リズムや生活環境に合わせたケアが可能です。また、家族が身近にサポートできるため、高齢者の心理的な負担も軽減されます。

3. 在宅医療のデメリット
自宅での生活は、高齢者の生活リズムや生活環境に合わせたケアが可能です。また、家族が身近にサポートできるため、高齢者の心理的な負担も軽減されます。



地域での勉強会
(医師・看護師の講演)

在宅医療情報誌
「わがや」
(個別配布)

広報かしわ
(3月1日号1面・2面)

安心して暮らし続けるための 柏のまちづくり

柏市では、超高齢社会を前提とした医療や介護の専門職の役割が、重要だとともに、「地域医療連携センター」を中核として運営する在宅ケアのシステムを構築してまいりました。皆さんが安心して、「かしわ」の暮らしを安心して暮らすために、このように取り組んでいくのがお約束です。

高齢者が必要になったとき
柏市のケアが必要になったとき、例えば、地域を3つの階層として、近隣の地域も地域の医療機関が、地域の医療機関が連携して、介護や医療のサポートを行います。また、在宅医療のサポートを受けるための仕組みも、地域医療連携センターが中心となって取り組んでいます。

地域医療連携センター
在宅医療・介護連携の推進を目的とした地域医療連携センターは、在宅医療の推進を目的として、地域医療連携センターが中心となって取り組んでいます。

高齢者における在宅医療のシステムづくり

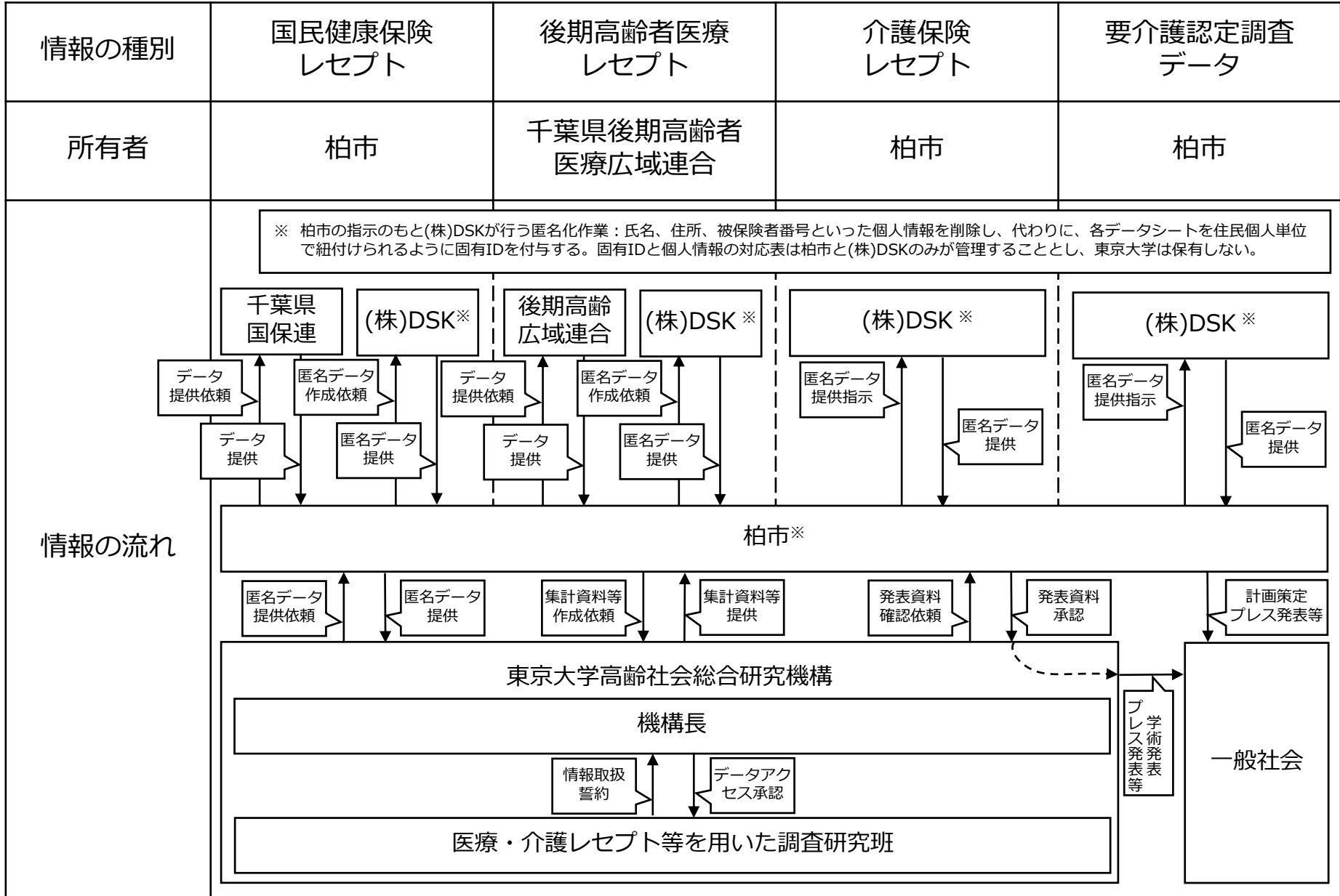
高齢者医療では、医療、介護と連携して、在宅医療を実現することが重要です。在宅医療を実現するためには、在宅医療の推進を目的とした地域医療連携センターが中心となって取り組んでいます。

運動と社会参加!

高齢者は、心と体の両面から、介護や医療のサポートが必要です。今号では、皆さんが安心して在宅医療を受けるために、家族が寄り添って在宅医療について紹介します。

様々な場面で市民の皆様を知っていただく取り組み

医療・介護レセプト等を用いた調査研究 (並びに 同研究における情報の取り扱い)



柏市での取り組み例：課題と展望

- 柏プロジェクトの価値

- 実体の分かりにくい地域包括ケアシステムづくりの“実験場”
- 他地域にとっては効率的な視察フィールド
(批判的に見ていただくことも含め)
- 全国どこでもある市役所と医師会の活躍するモデル
(東大は全国に1ヶ所しかないなので役に立たない)

※ポイント：



- 今後の課題と展望

- 評価のためのデータ基盤の整備 (種々の既存データとの連携可能性の模索を含む)
- 引き算 / こぢんまり感
- 山の向こう側 (2040年以降) を見る目 / 少子化策などの拡充
- (行政 / 大学などではなく) より現場の従事者の生き活きとした活躍が見える形に

他の地域支援事業の活用・併用

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

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

- ※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

“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

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

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

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
 - 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
 - 地域ケア会議のアドバイザー

まとめ

- 評価の視点
 - 評価枠組みを設定して定点観測することが重要
 - 重要項目は新たにアンケート等を実施することも大事
 - 数値化できない情報にも注視
- 事業項目にとらわれない実施
 - ○「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」（各事業項目・他の地域支援事業等）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/>