

在宅医療・介護連携における 現状・課題把握と分析

2017年7月7日

兵庫県 在宅医療・介護連携推進事業支援のための市町職員等研修
東京大学医学部在宅医療学拠点 松本佳子



東京大学 医学部 在宅医療学拠点

Center for Home Care Medicine, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

お話しすること

1. 地域マネジメント

2. 在宅医療・介護連携の評価枠組みとアウトカム

3. 地域の現状把握

1. 地域マネジメント

地域包括ケアシステム（2016）



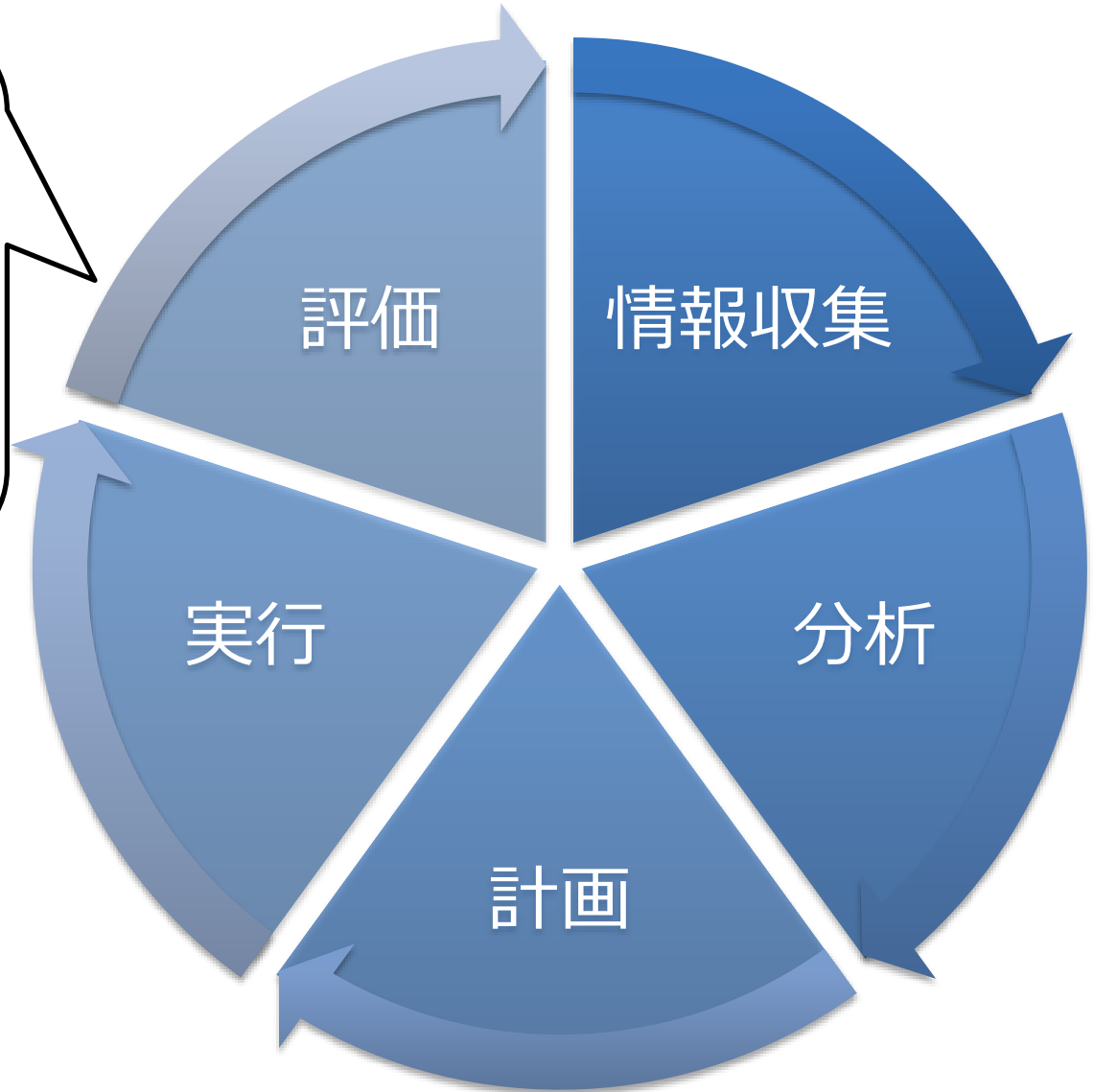
市町村の役割：地域マネジメント

- 「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

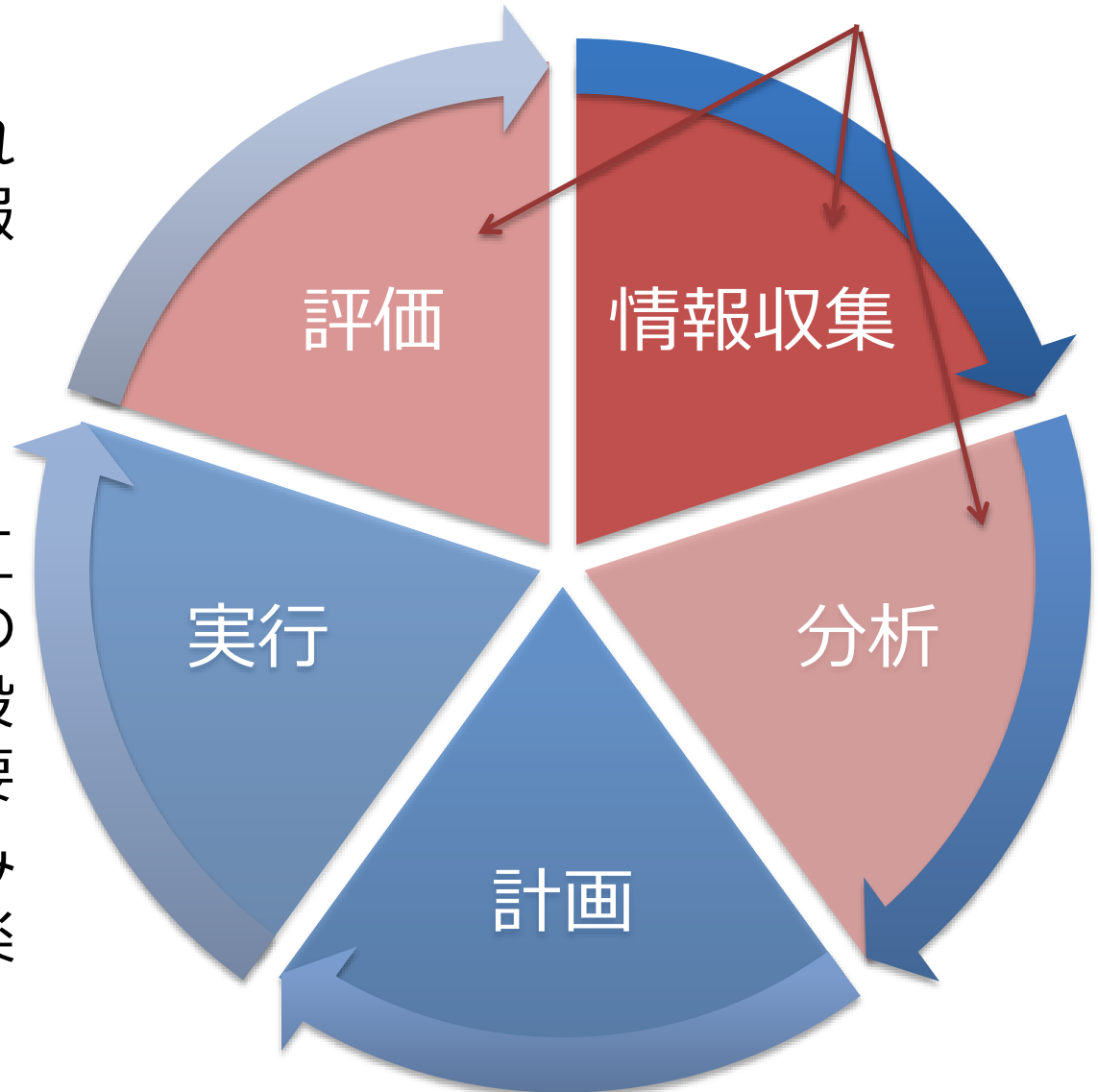


マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

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。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の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

（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り、在宅医療・介護に関する相談窓口の設置・運営に取組を支援

（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

（カ）医療・介護関係者の

- ◆ 地域の医療・介護を通じ、多職種連携
- ◆ 介護職を対象とした等

※ 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）

※ 事業項目は「後付け」されていることが多い

2. 在宅医療・介護連携の 評価枠組みとアウトカム

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

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)

三方よし（近江商人）

- 医療・介護職等へのアンケート

売り手
高い職員満足
低い離職／病欠

買い手
高い利用者満足
ケアの質担保

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

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

世間（社会）
低い利用者1人あたりコスト
インフォーマル資源の活用

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

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

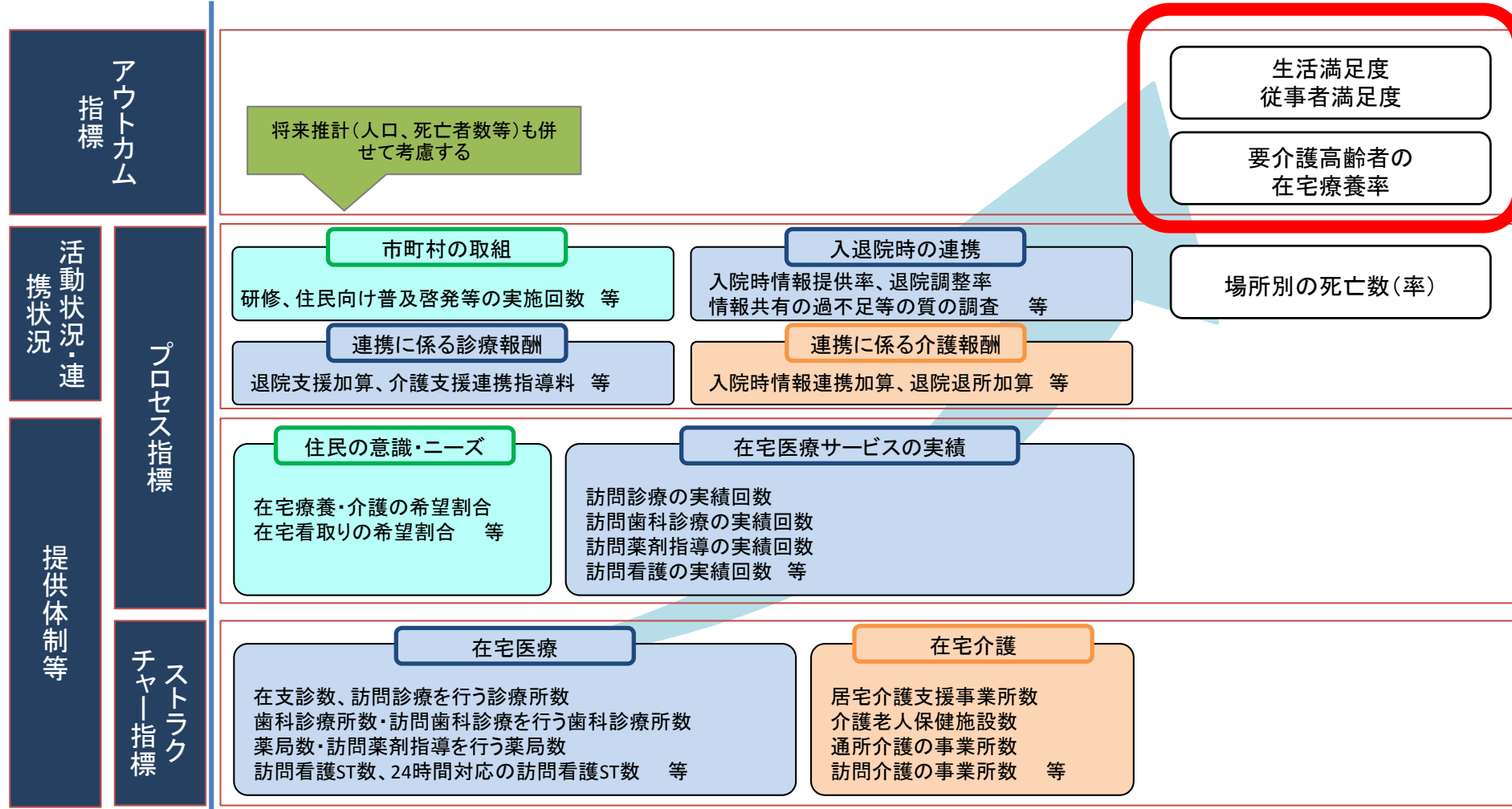
事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

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		退院支援担当者を配置している 診療所・病院数	●	訪問診療を実施している 診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を 実施している診療所・病院数
	●	退院支援を実施している 診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数				
		介護支援連携指導を実施している 診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している 訪問看護ステーション数
		退院時共同指導を実施している 診療所・病院数		小児の訪問看護を実施している 訪問看護事業所数	●	24時間体制を取っている 訪問看護ステーション数、従事者数		
		退院後訪問指導を実施している 診療所・病院数		歯科訪問診療を実施している 診療所・病院数				
				在宅療養支援歯科診療所数				
			訪問薬剤指導を実施する 薬局・診療所・病院数					
プロセス		退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数
		介護支援連携指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数			●	看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
		退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数				在宅死亡者数
		退院後訪問指導料を受けた患者数		訪問薬剤管理指導を受けた者の数				
				小児の訪問看護利用者数				
アウトカム								

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ(案)

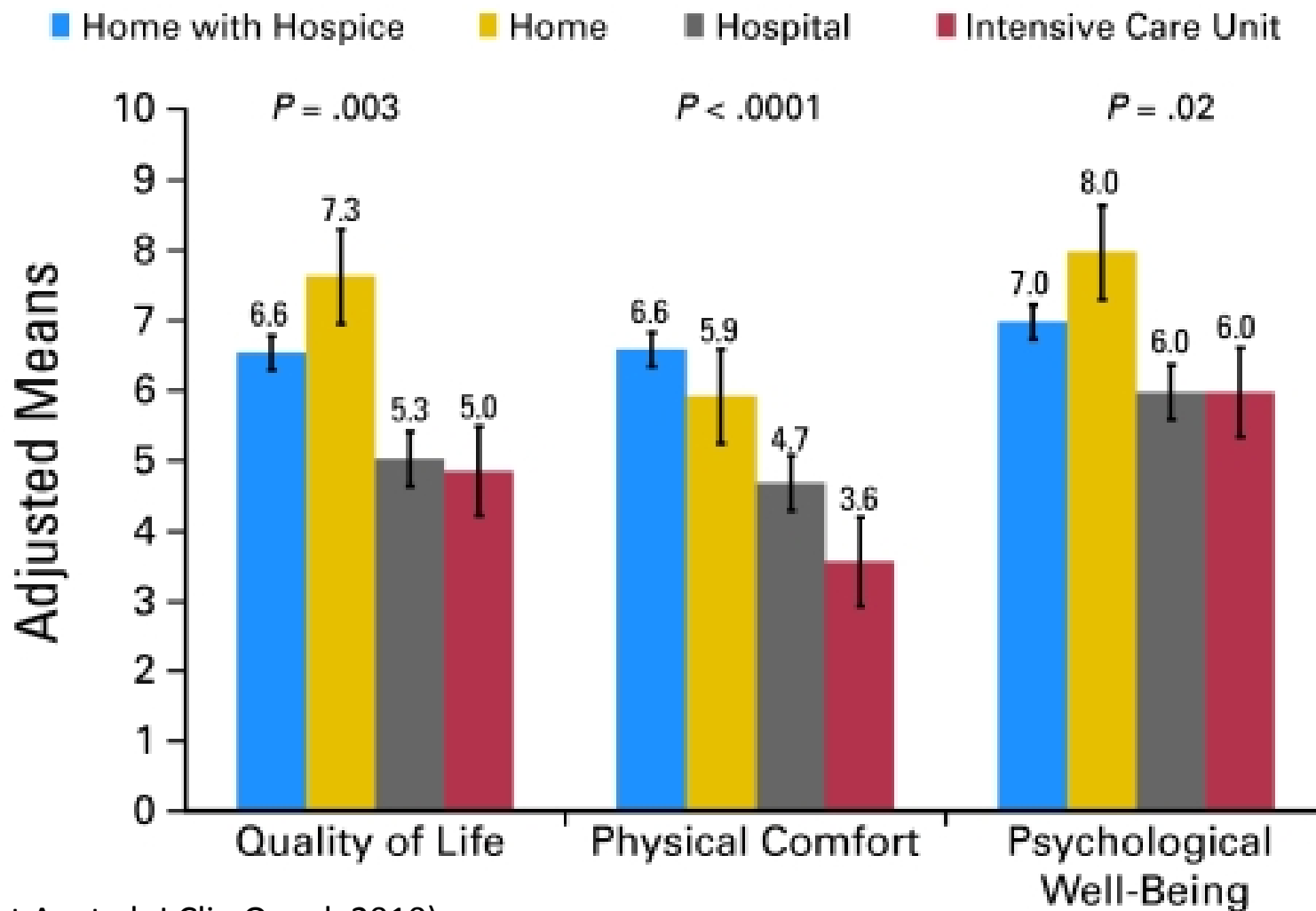
○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※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

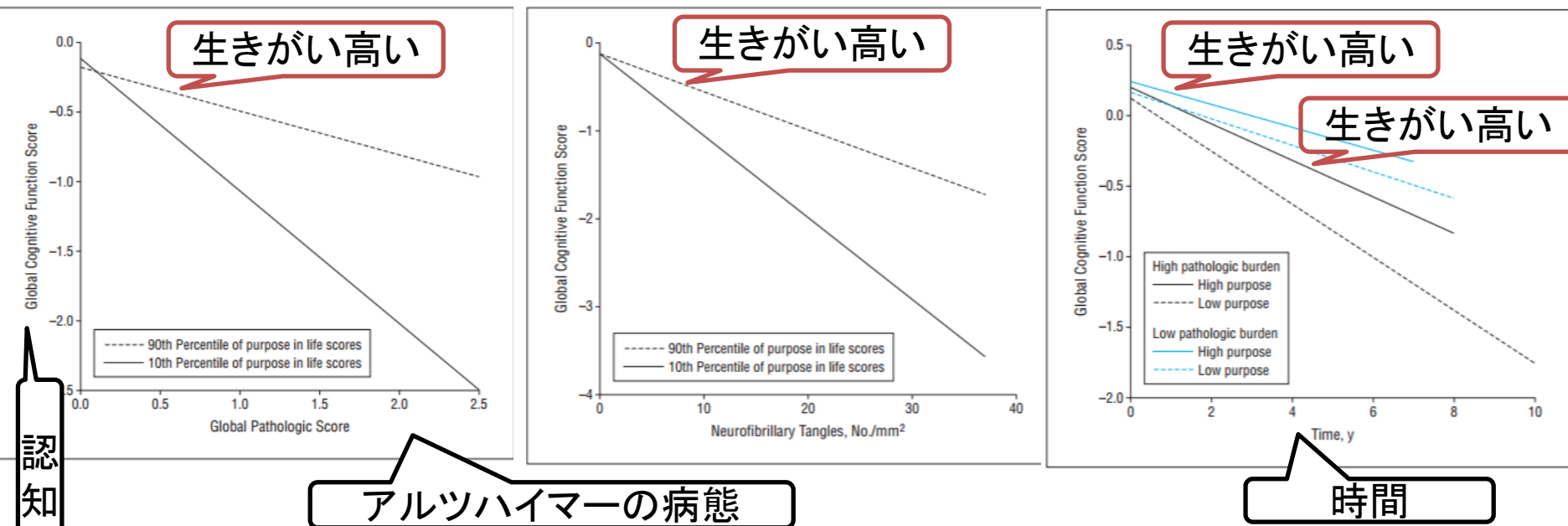
参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

どこで終末期を過ごすのが幸せ？



(Wright A, et al. J Clin Oncol. 2010)

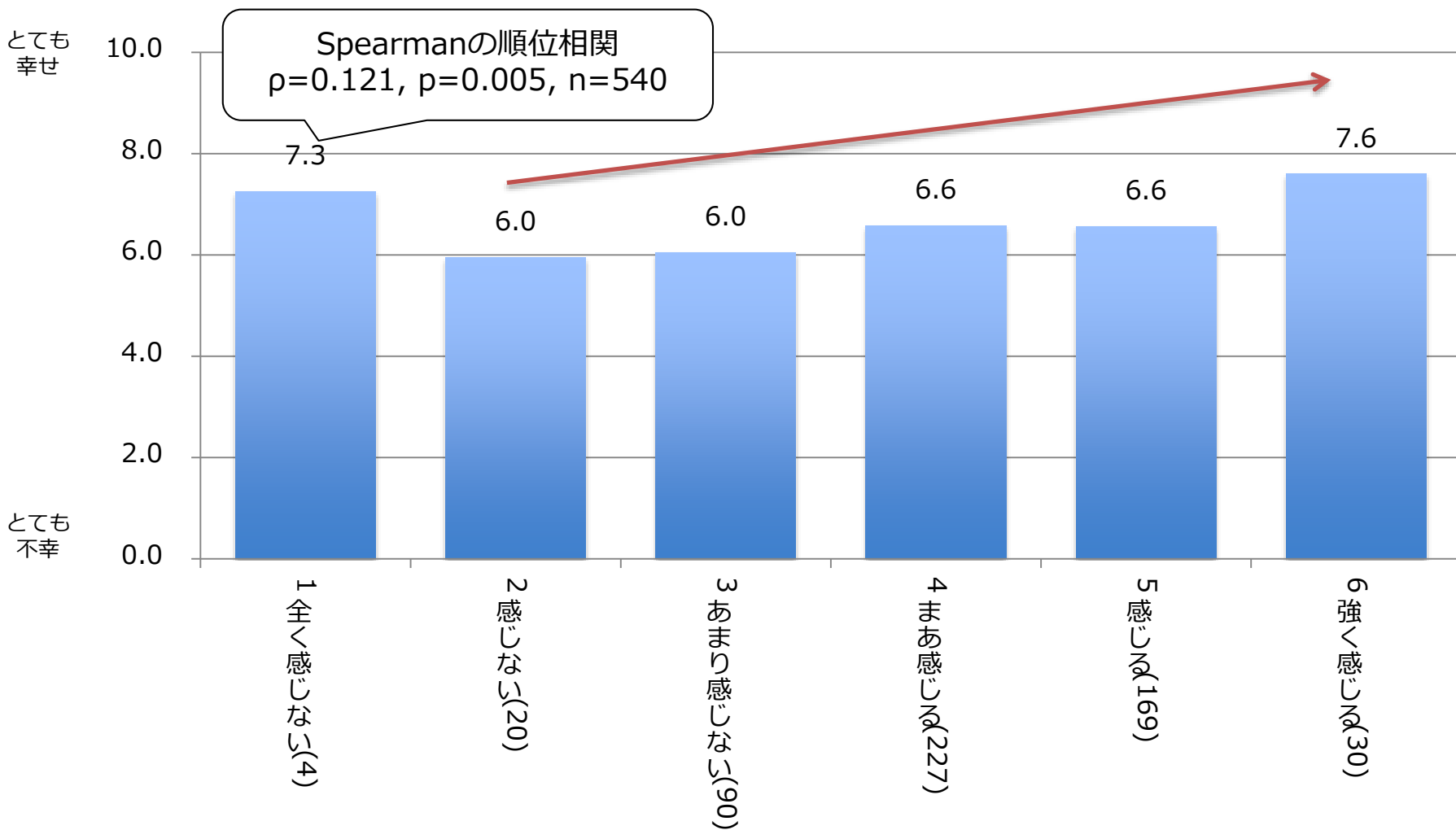
「生きがい、生きる意味」を奪われると、 認知症の進行は加速する



(Boyle PE, et al. J Arch Gen Psychiatry. 2012)

患者・住民は「生きがい、生きる意味」を持って生活できている？
従事者は「生きがい、生きる意味」が持てるケアを提供できている？

介護サービス利用者の主観的幸福感 (平均値) (介護支援専門員の「職務満足感」別の集計)



※()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>

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

3. 地域の現状把握

事前課題「強み」「弱み」整理表のねらい

1. 在宅医療・介護に関わる地域の現状をある程度全体的に把握
「ニーズ」=住民
「提供体制」=行政の庁内体制 専門職団体・組織と連携
「在宅医療・介護のサービス」=在宅医療、入院医療、在宅介護
× 「量的充足」=量 「質的充足」=質
2. 地域の「強み」と「弱み」を把握する
 - ・ 「強み」を活かして事業を展開する
 - ・ 「強み」は他と比較して明確になる
3. 行政担当者間で認識の整理と統一を図る
4. 地域の医療・介護従事者と共有し議論しながら、目指す姿を共有していく

事前課題「強み」「弱み」整理表

		1.在宅医療	2.入退院調整	3.在宅介護	4.庁内	5.多職種間との連携	6.利用者
現状	①量的充足 ニーズに対する資源・ 提供サービスの量	ストラクチャー プロセス:サービスの量					
	②質的充足 提供されるサービス の質等の確保	プロセス:サービスの質					
現状から把握できる強みと弱み	強み						
	弱み						
【強みと弱みの総括】		在宅医療・介護サービス			提供体制		ニーズ
強み		在宅医療・介護サービス			提供体制		ニーズ
弱み							

平成29年度プラン作成強化セミナー事前課題 1

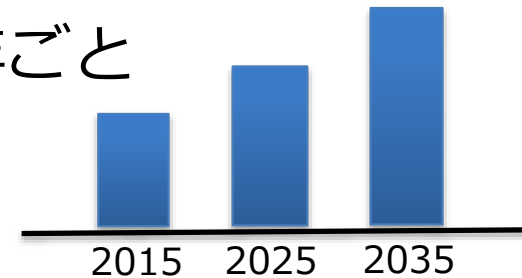
ニーズ 在宅医療・介護サービス 提供体制

●●県××市区町村		1. 利用者・住民	2. 在宅医療	3. 入院医療	4. 在宅介護	5. 職種間の連携	6. 庁内
現状	①量的充足 ニーズに対する資源 提供サービスの量	<p>事業所、施設、人材等の量 取組み体制 (ストラクチャー)</p> <p>ストラクチャー (ハコが稼働しているか)</p>					
	②質的充足 提供されているサービスの質等とその確保	<p>提供されるサービスの量 取組みの量 (プロセス)</p> <p>プロセス: サービスの量 (量だけ確保されていないか)</p>					
	③達成される目標 (アウトカム)	<p>提供されるサービスの質 取組みの質 (プロセス)</p> <p>プロセス: サービスの質 (質は担保されているか ※数字では表しにくい)</p>					
		<p>アウトカム (目標はどのくらい達成されているか)</p>					
【××市・町・村の在宅医療・介護における強みと弱み】							
強み							
弱み							

指標の解釈の手法

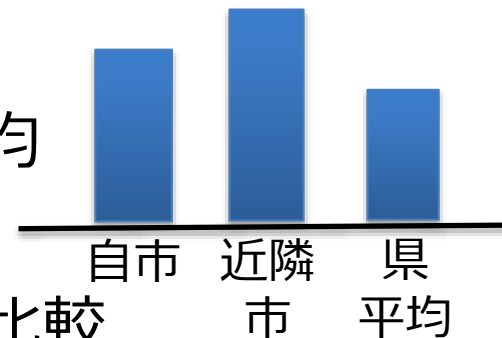
- 時系列でみる（定点観測）／将来推計をする

- 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



- 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

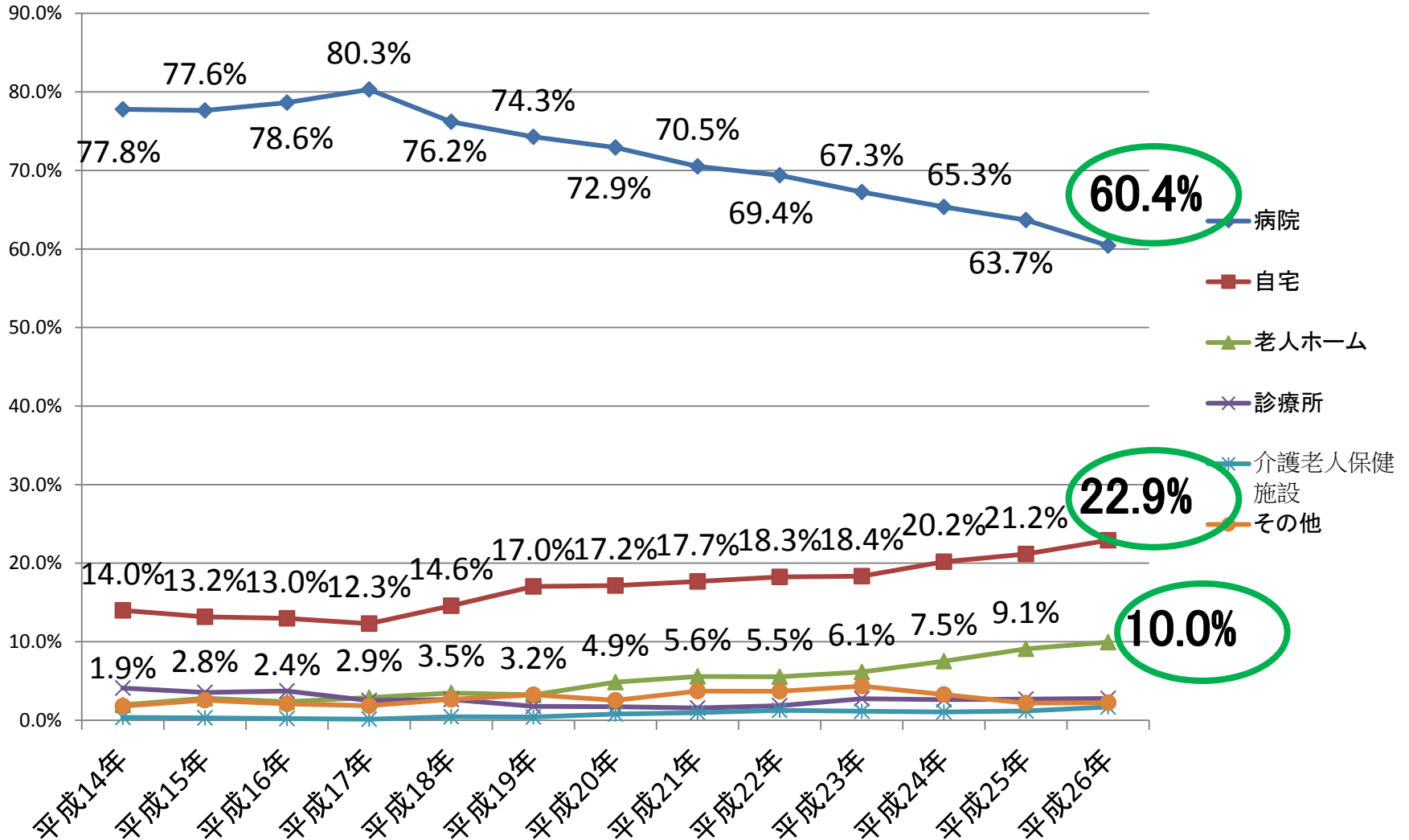


単純な度数比較か、需要（例：75歳以上人口）を母数にした割合比較か、よく確認

- 領域・階層別に見る

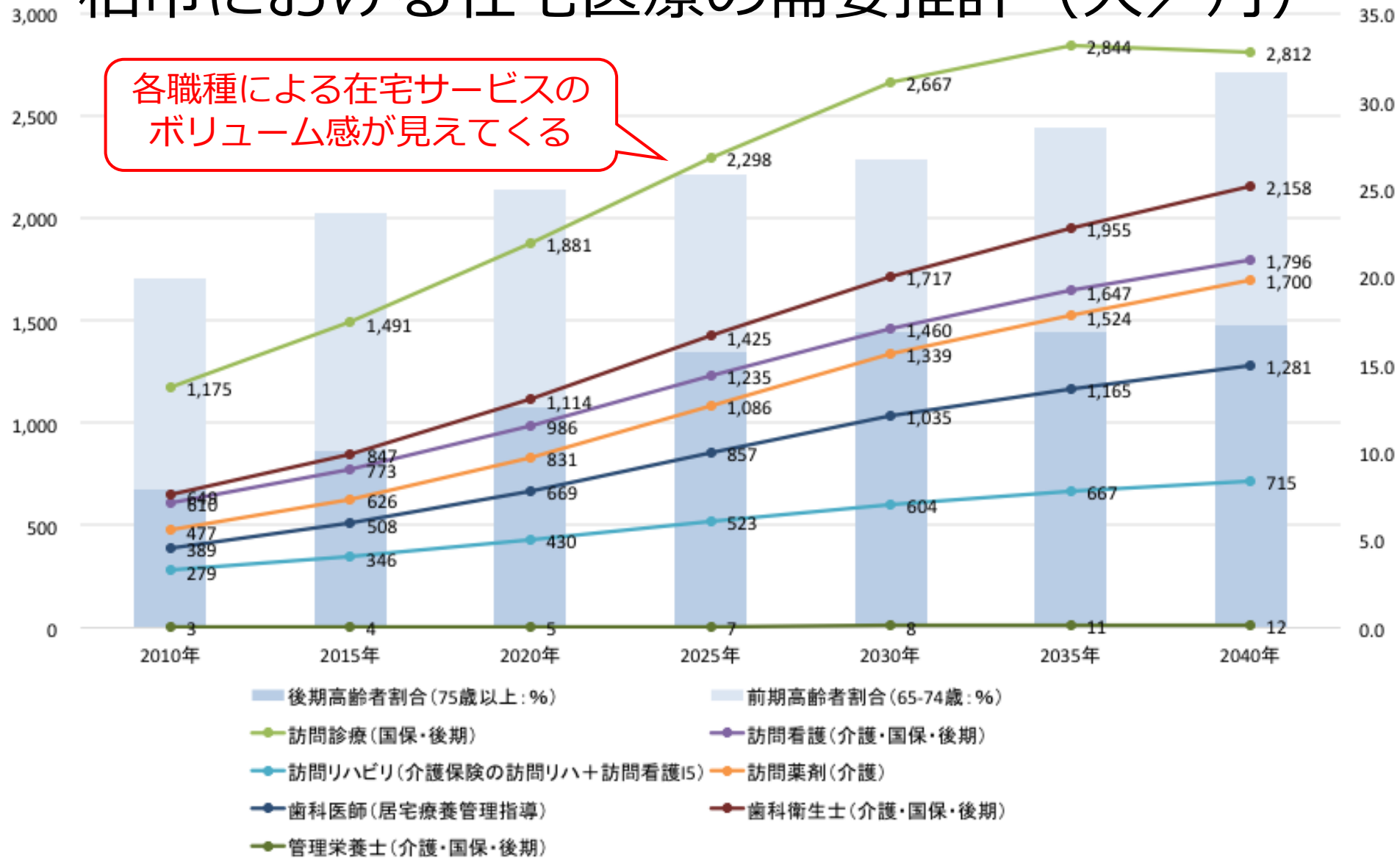
- SPOを一連で見る（例：Sは充足したがOは不変）
- 疾患別の比較
- 時期別で見る（例：平常時は充足／臨時は不足）

横須賀市の死亡場所構成比推移



柏市における在宅医療の需要推計（人／月）

各職種による在宅サービスのボリューム感が見えてくる

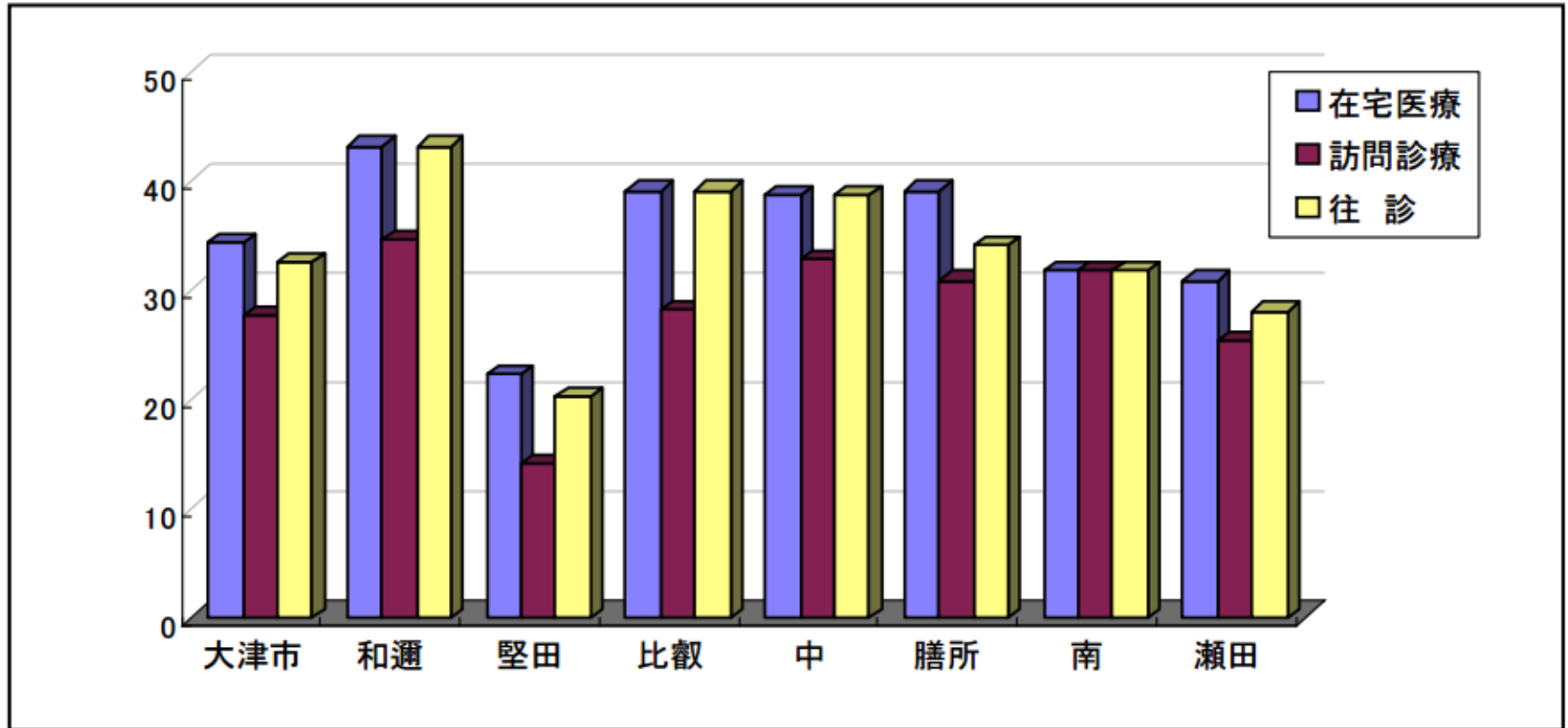


※ 薬剤師・歯科医師については、一部データの入手範囲に限界があり、今回の推計では介護保険レセプトしか用いていない。本来は、医療保険においてそれに相当する点数の算定実績についても加味して推計を行う必要がある。

※ 訪問看護の推計値には、リハビリテーション職種が実施する介護保険の訪問看護I5や訪問看護療養費が含まれる。

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）



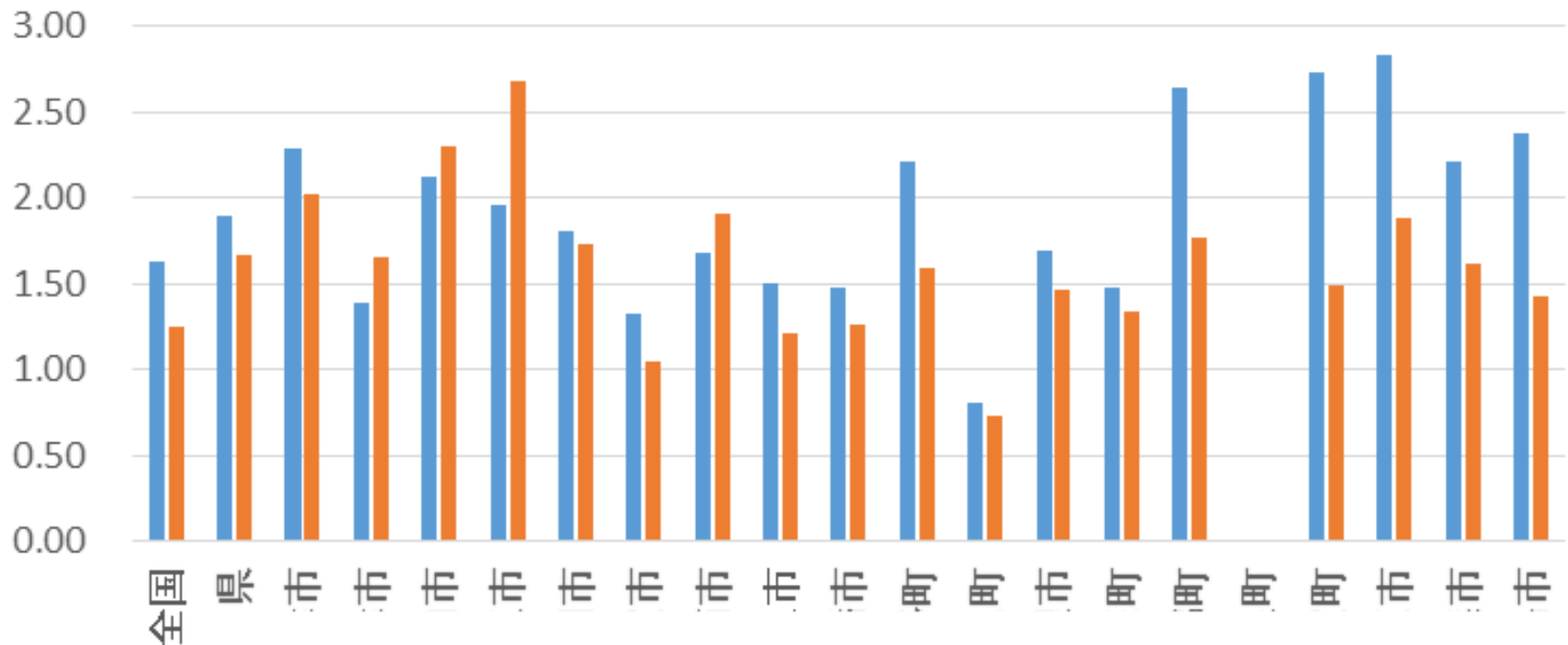
資料：保健総務課「在宅医療実態調査」（平成24年6月1日現在）

※ 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。

時系列・地域間で比較する時

※需要（75歳以上人口）を分母にした割合に
→人口構造の影響をある程度取り除いて比較できる

訪問診療を行う一般診療所数



実数 ÷ 75歳以上人口 × 1000

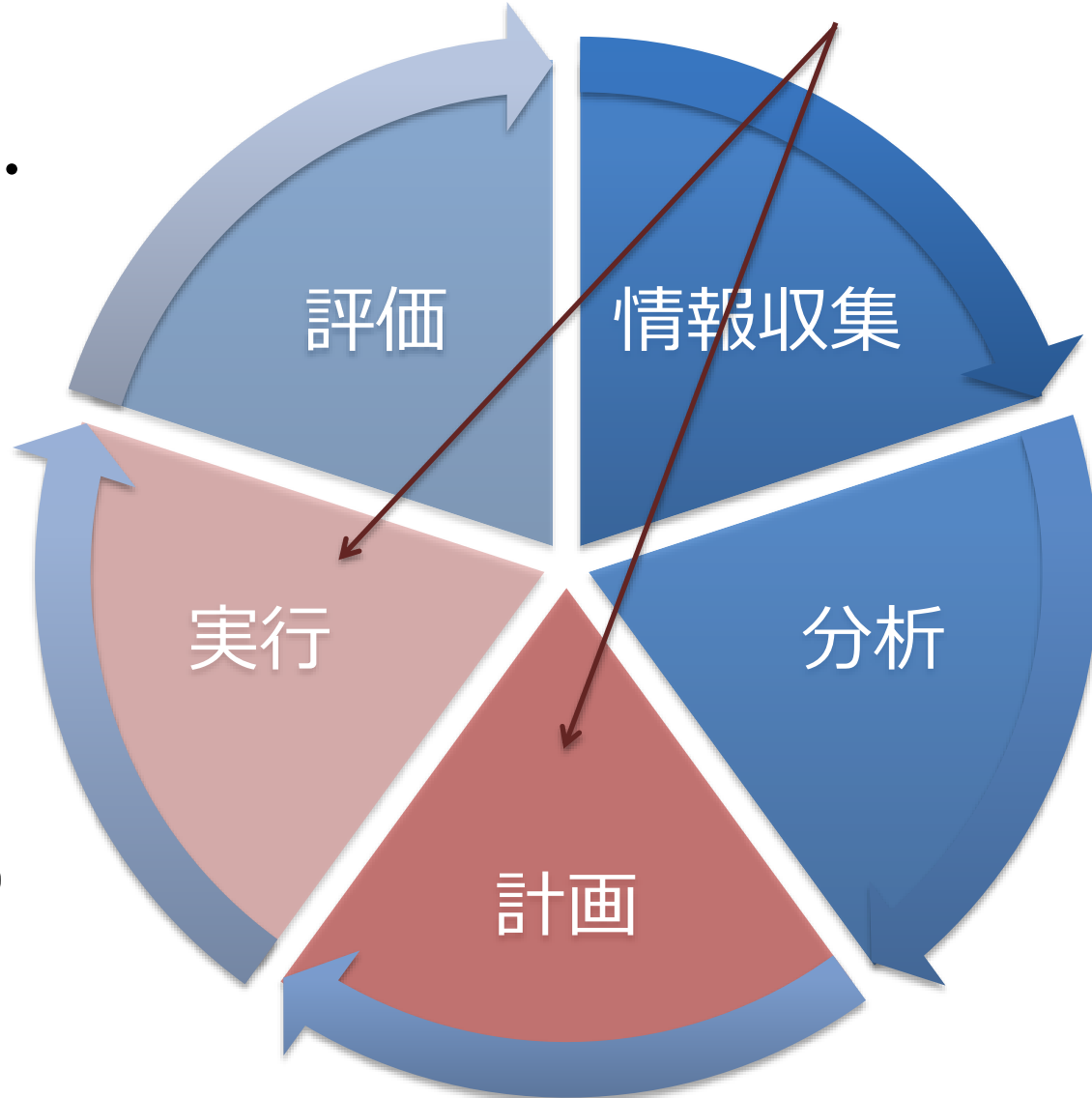
■ 人口10万人対 ■ 75歳以上人口1000人対

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。)



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。