

平成28年度山梨県地域包括支援センター職員研修（現任者研修）

在宅医療・介護連携推進事業の 進め方を考える

第7期・2025年・2040年に向けて

吉江悟

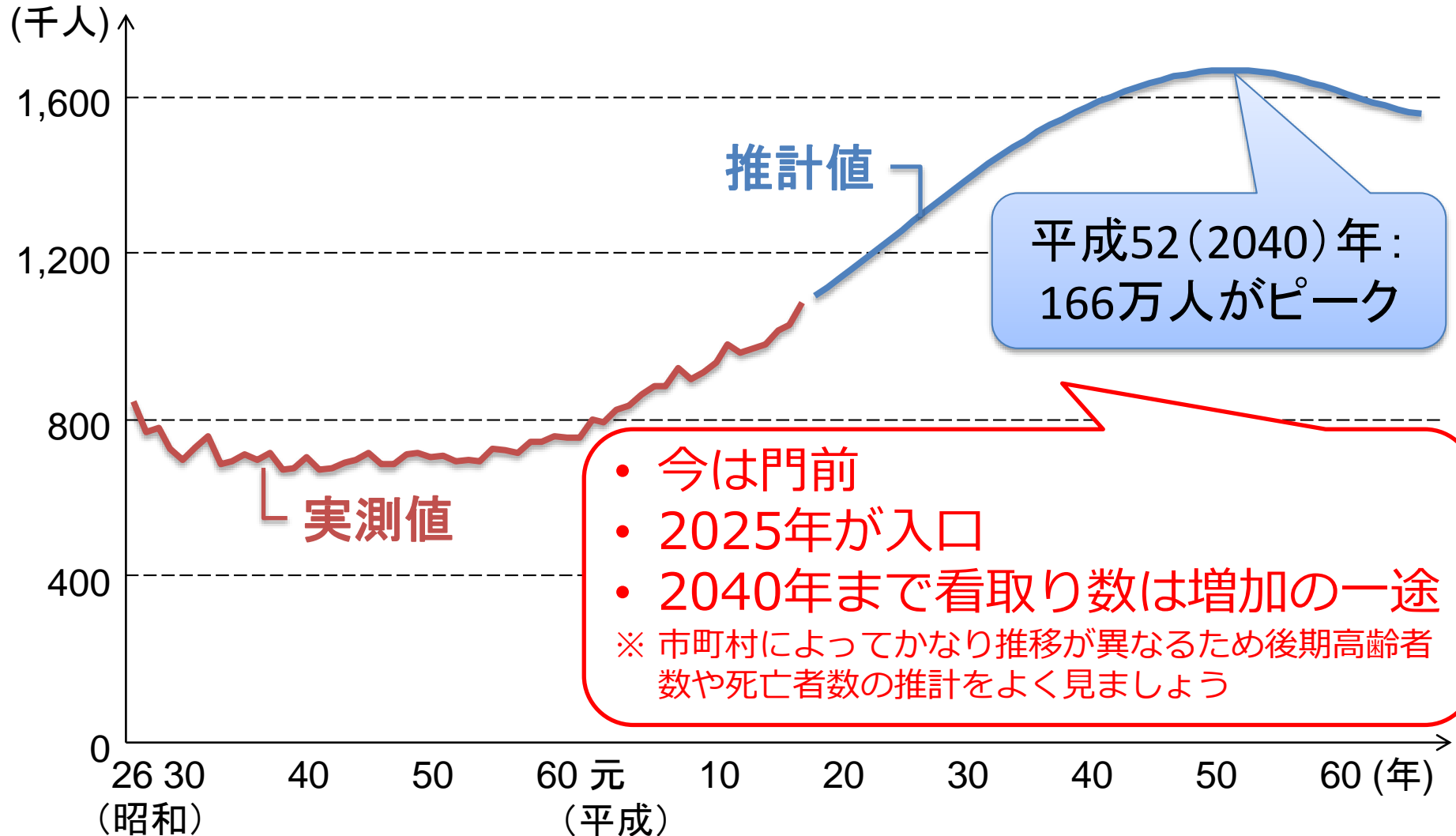
東京大学医学部在宅医療学拠点
(yoshies-tky@umin.ac.jp)

2017年2月8日

本日本話しすること

- 地域マネジメント
- 計画策定のための現状把握・分析
- 介護保険事業計画と地域医療構想
- 事業の効果的な実施
- (他の) 地域支援事業の活用

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)

地域マネジメント

地域包括ケアシステム（2016）



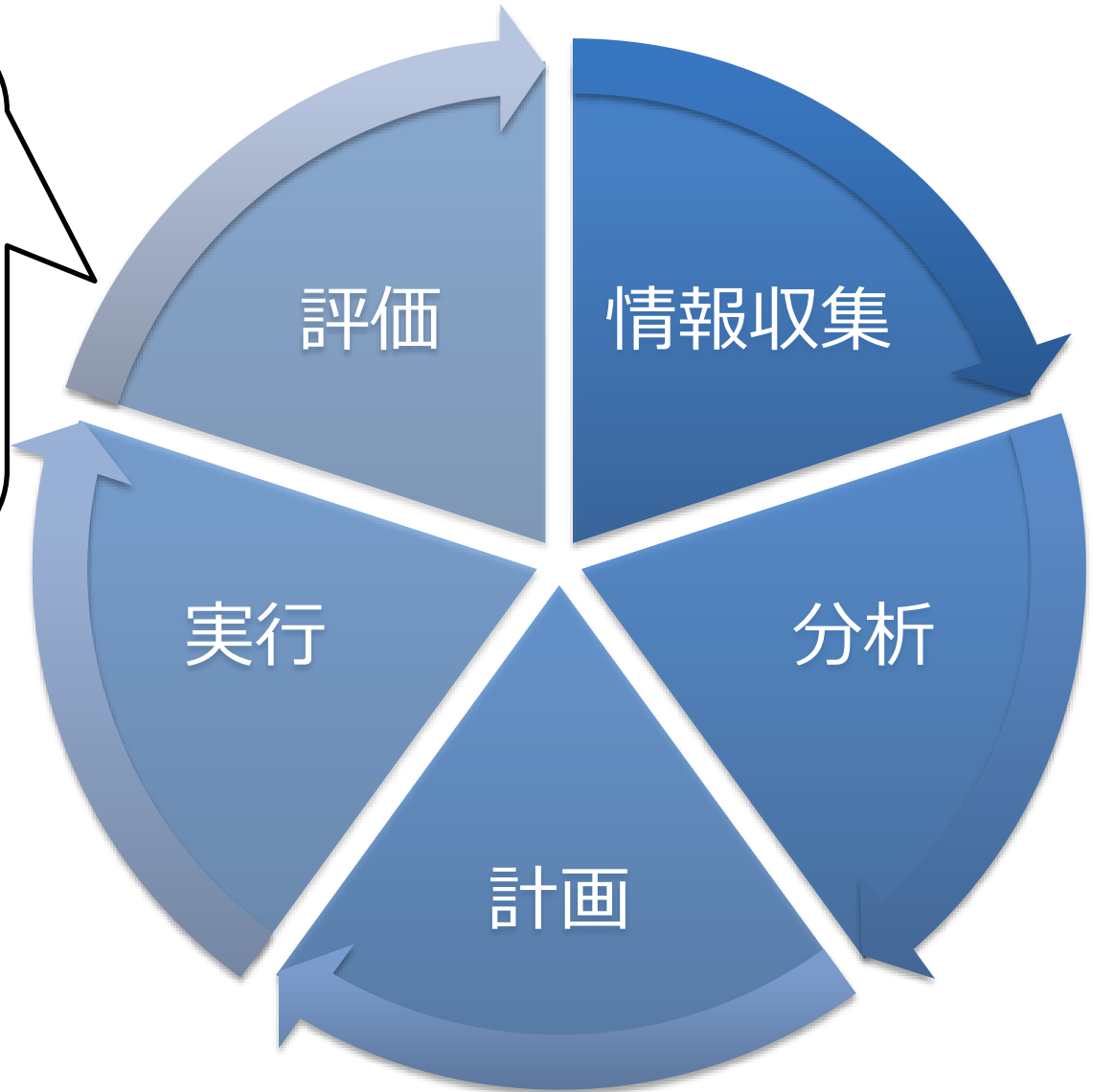
市町村の役割：地域マネジメント

- 「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



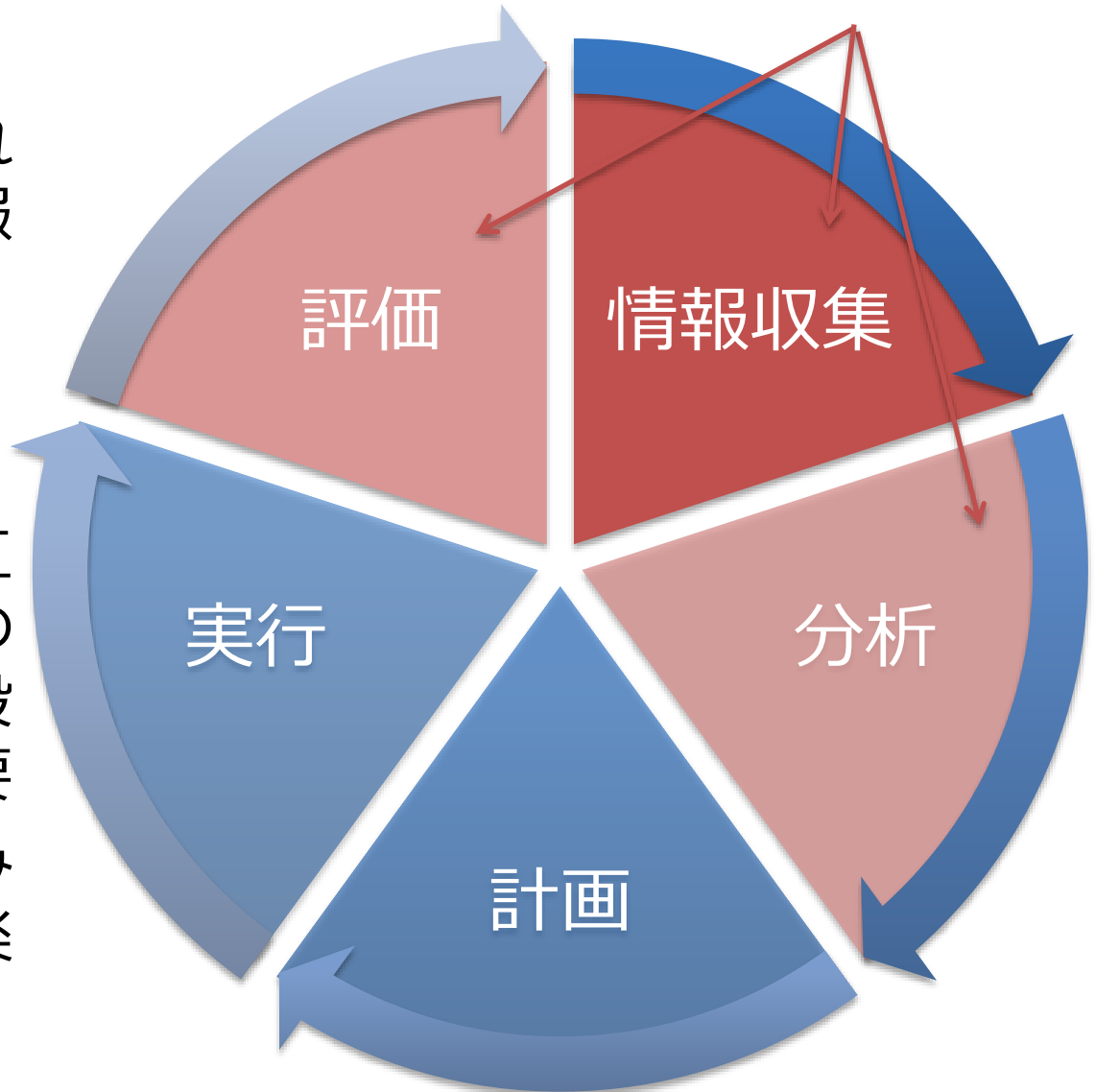
計画策定のための 現状把握・分析

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、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することが可能。
- 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、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・介護関係者間の情報共有の支援

- ◆ 情報共有システム、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
- ◆ 急病時の看取り、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・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

- **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

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)

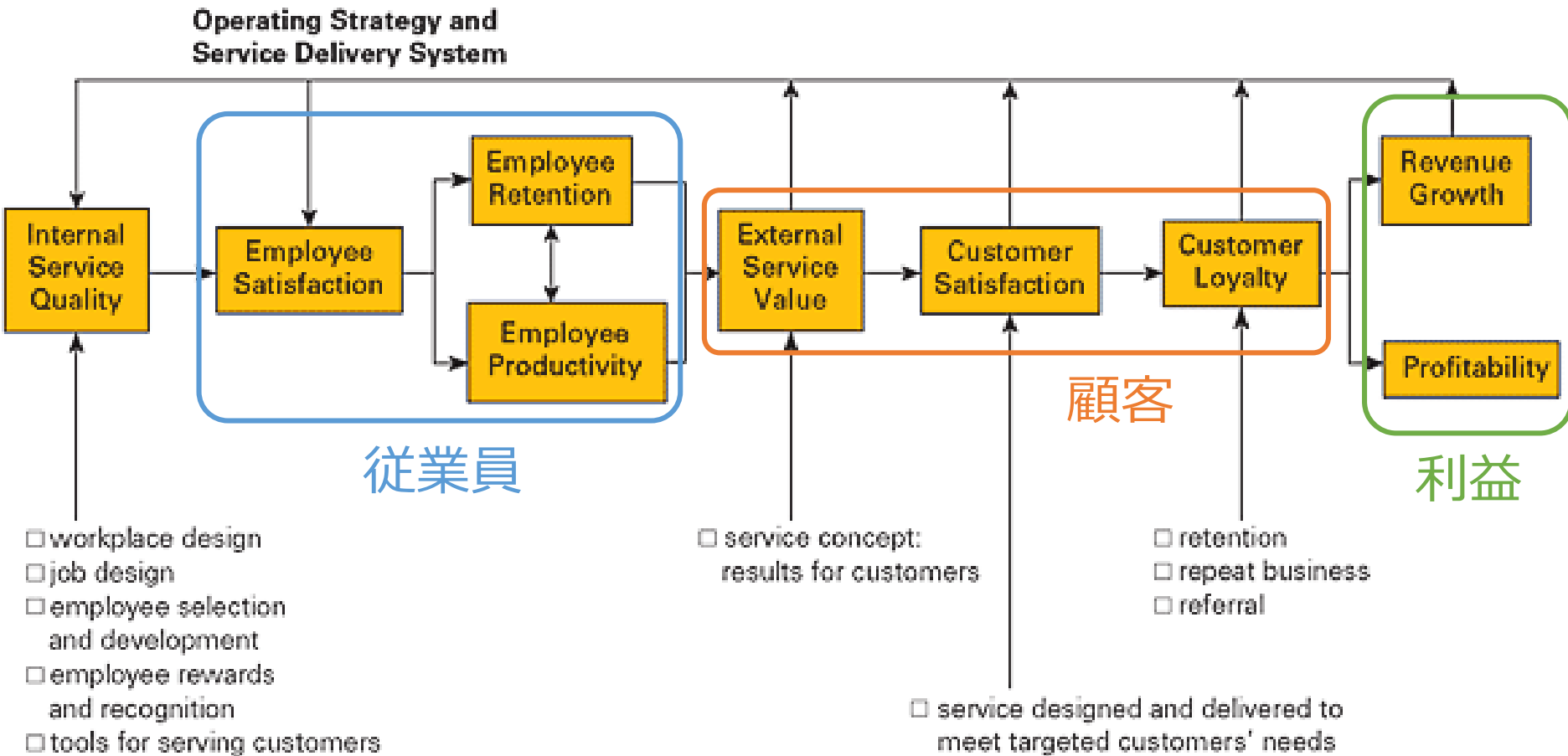
アウトカム(O)

※ 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

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）

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

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

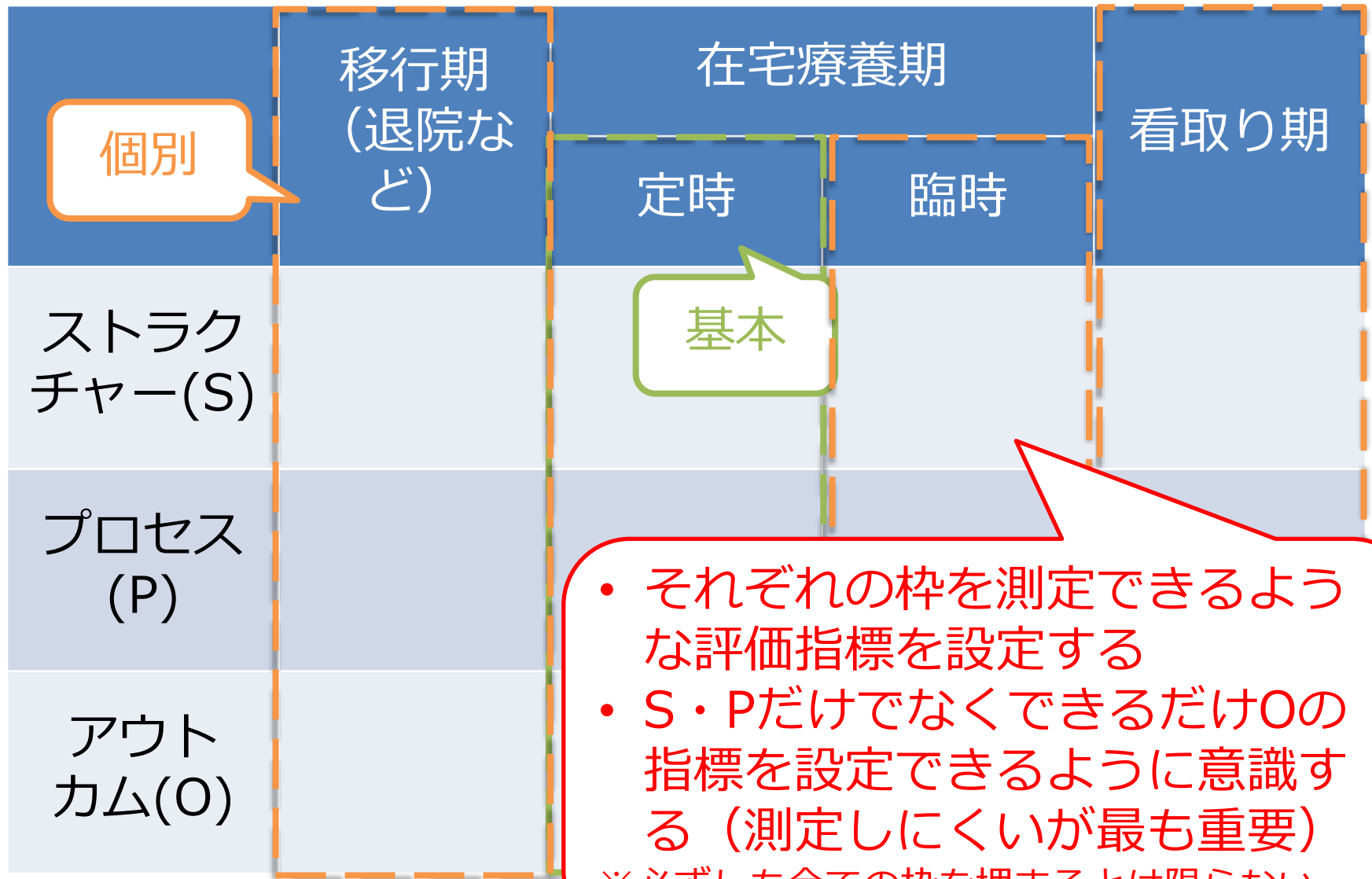
事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

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)】
				○ 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】			
	○ 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)】				
アウトカム指標				○ 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 	<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 		

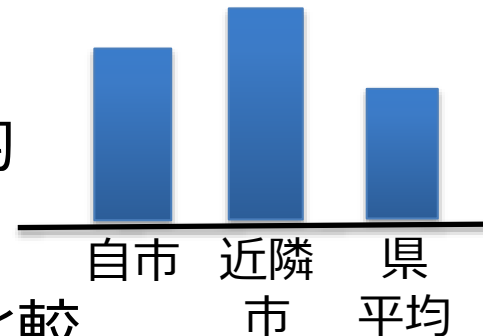
これらだけは独自にアンケート等が必要

※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。

指標の解釈の手法例：並べて比べる

- 地域間で比較する

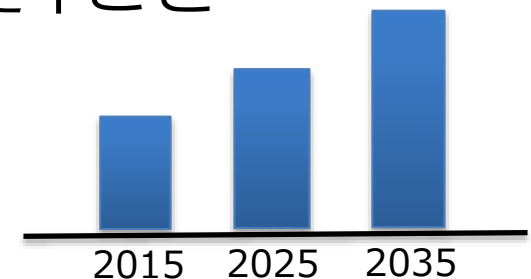
- 対全国平均・都道府県平均
- 近隣市町村との比較
- コミュニティエリア間の比較



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

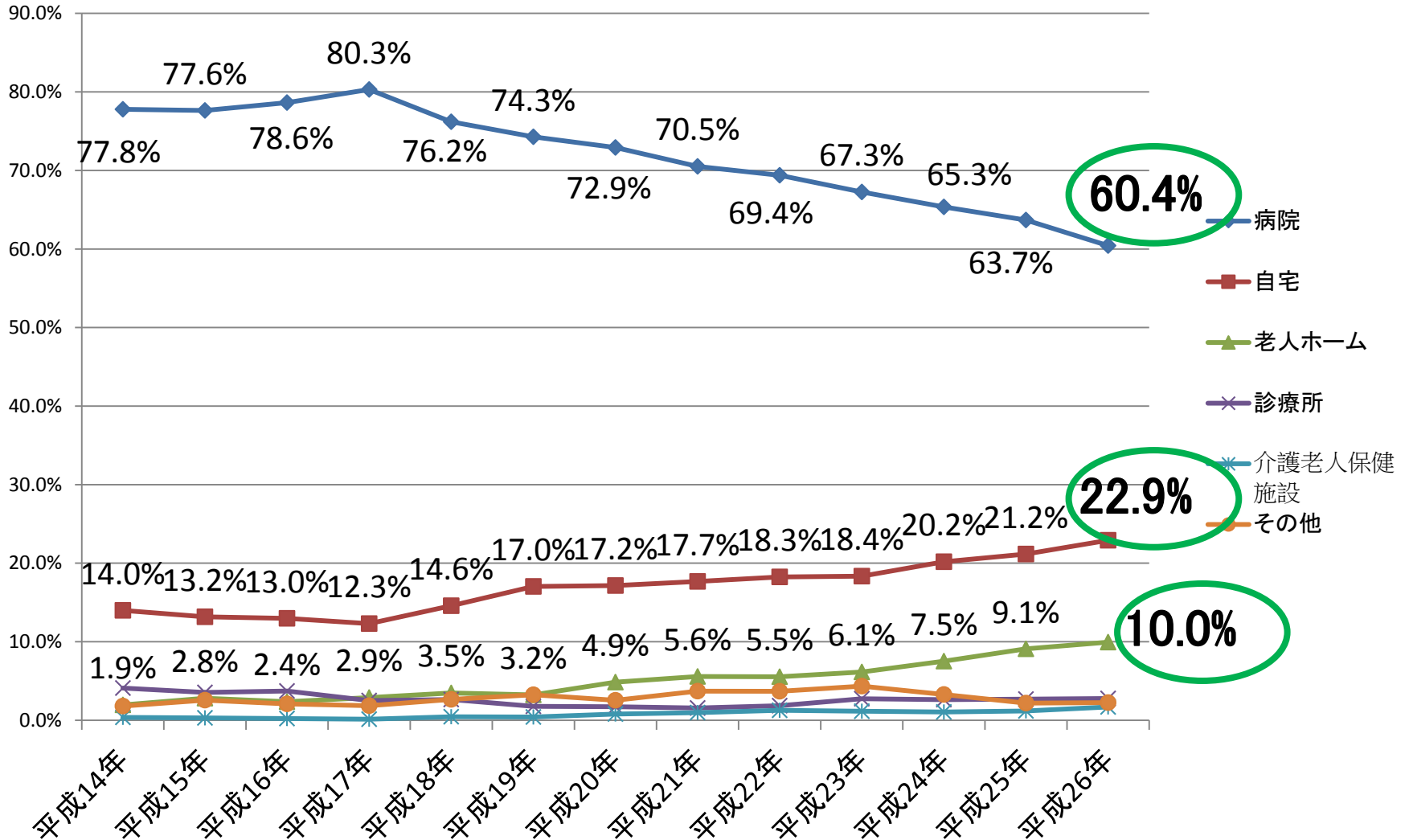
- 介護保険事業計画や医療計画の策定年ごと
- 2025年：団塊世代が後期高齢期に
- 2040年：日本人の死亡数ピーク



- 領域・階層別に見る

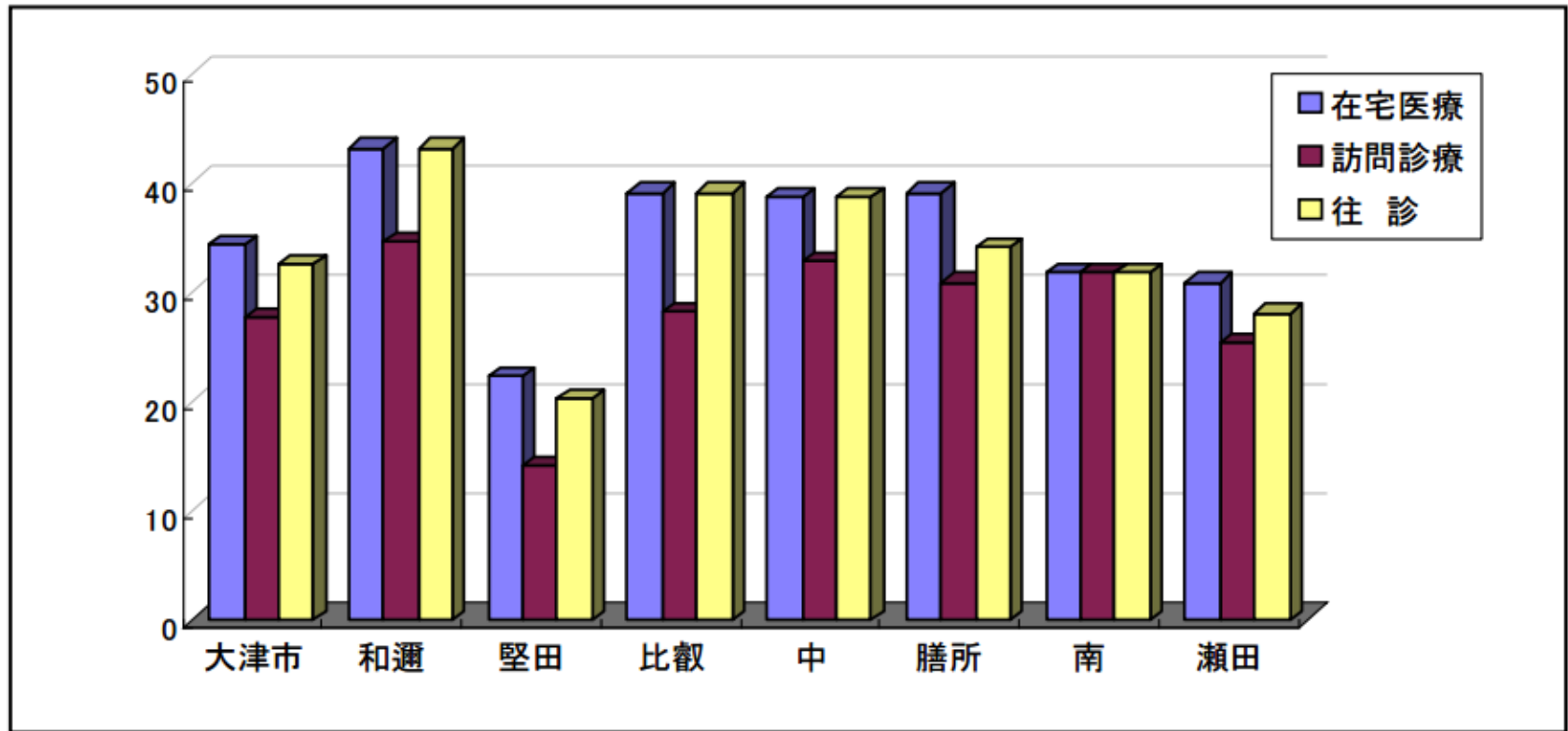
- SPOを一連で見る（例：Sは充足したがOは不変）
- 疾患別の比較
- 時期別で見る（例：平常時は充足／臨時は不足）

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

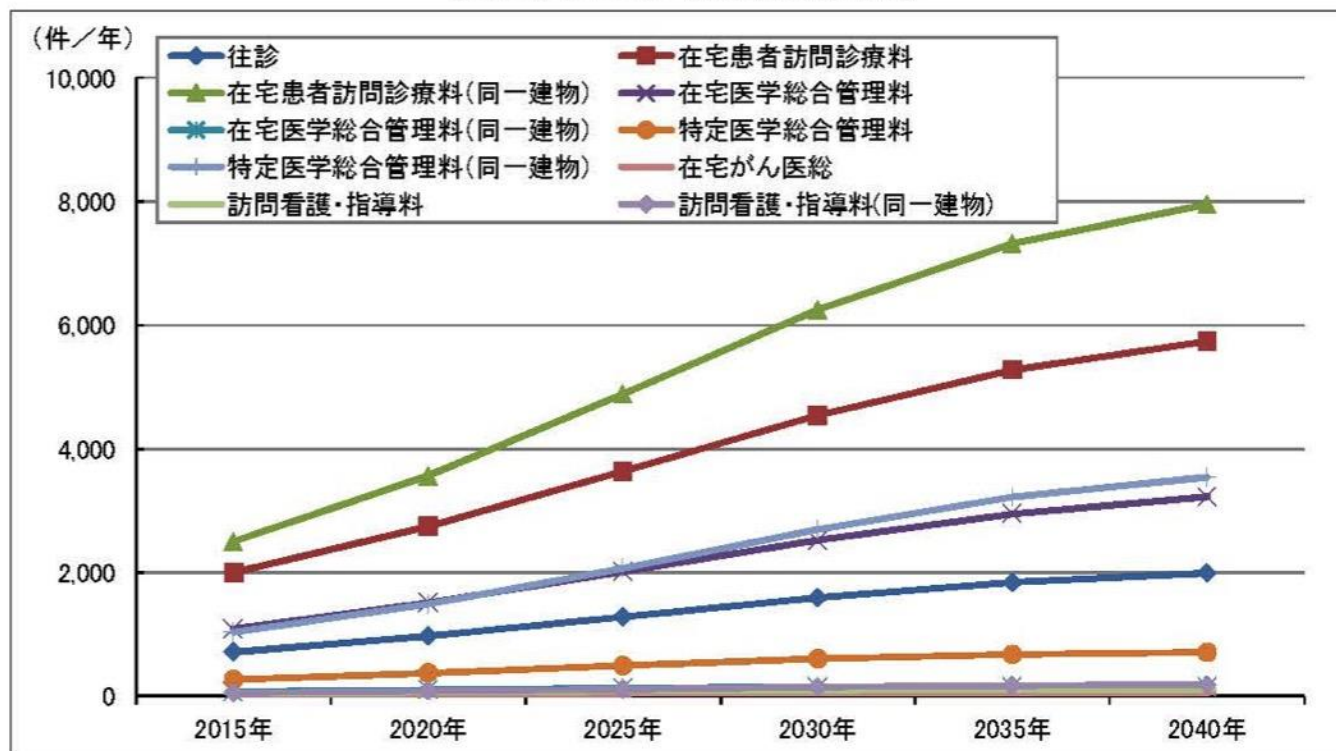


a) 東京大学による国民健康保険／後期高齢者医療レセプト実績に基づく推計
b) 東京大学の委託に基づく株式会社メディウェアの調査結果より(平成37年の潜在的な入院患者数と予測病床数との差により推計)

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%

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

介護保険事業計画と 地域医療構想

在宅医療・介護連携推進事業の特殊性 (とおもしろさ)

他の介護保険の領域
に比べると都道府県
の関わりも深い

都道府県

介護保険
事業支援計画

医療計画

地域医療介護総合
確保促進法に基づ
く都道府県計画

地域医療構想

二次医療圏
地域医療構想圏域等

圏域別計画

医療・介護
に関する計
画間の整合
をはかる

5疾病・5事業
+ 在宅医療

地域医療構想

高度急性期～
在宅医療等

市町村

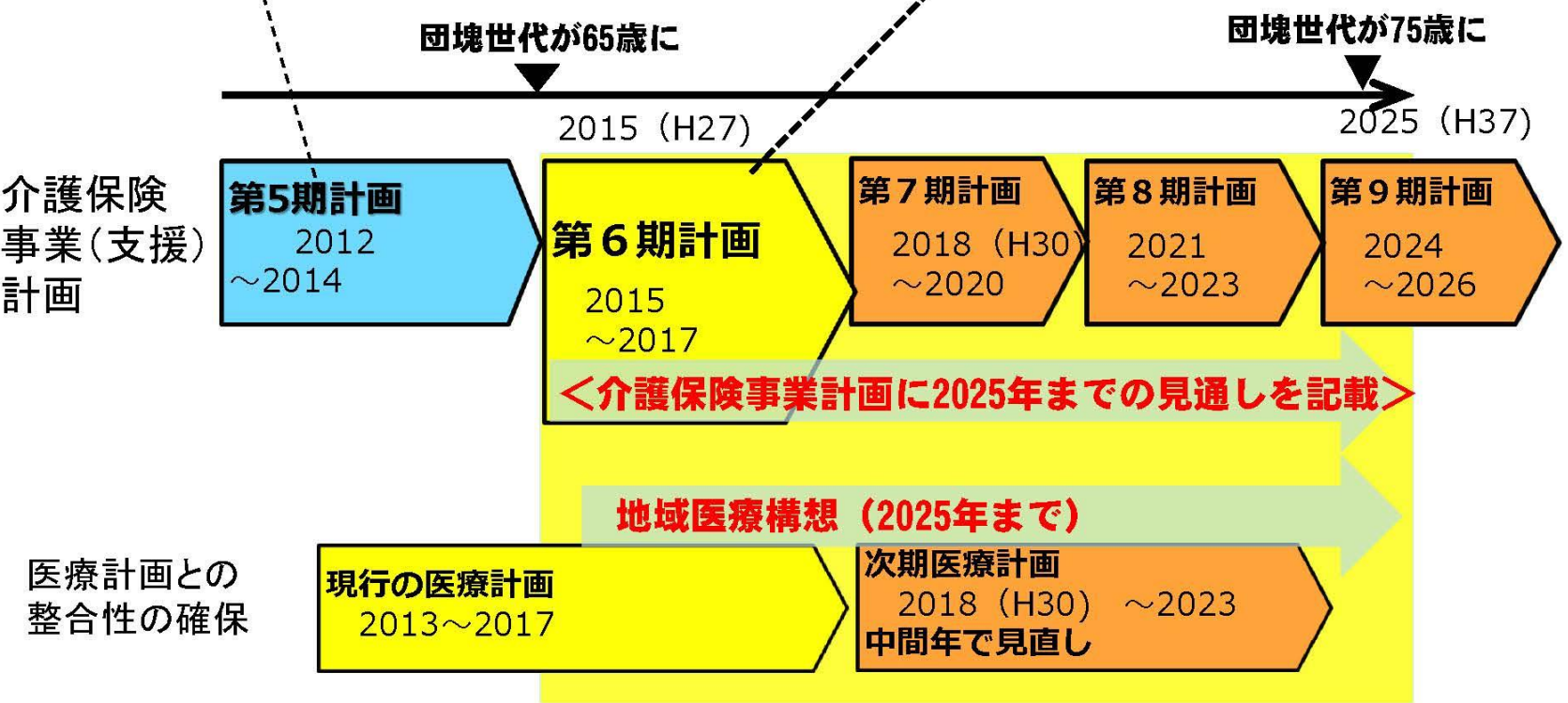
介護保険
事業計画

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

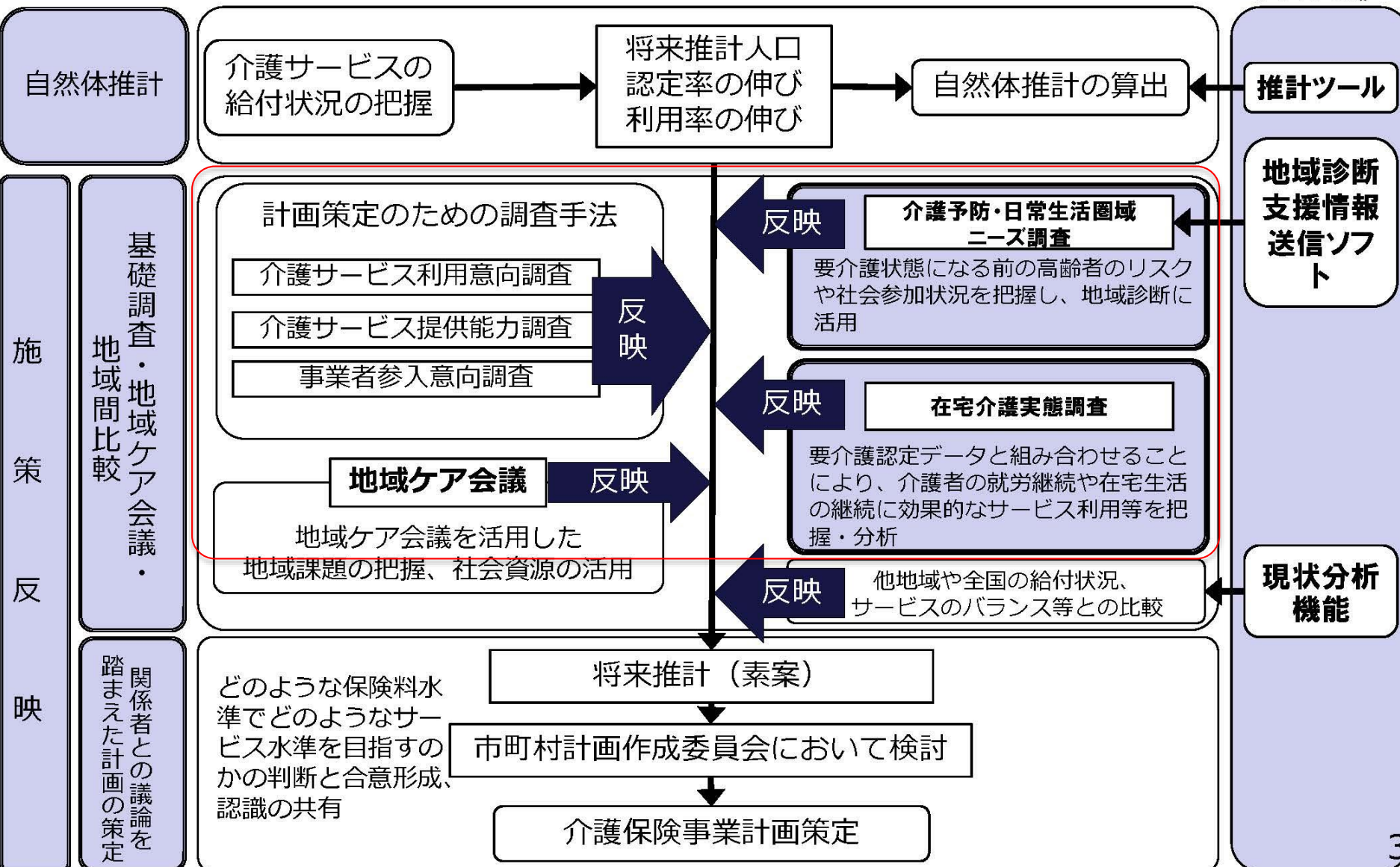
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

- 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。



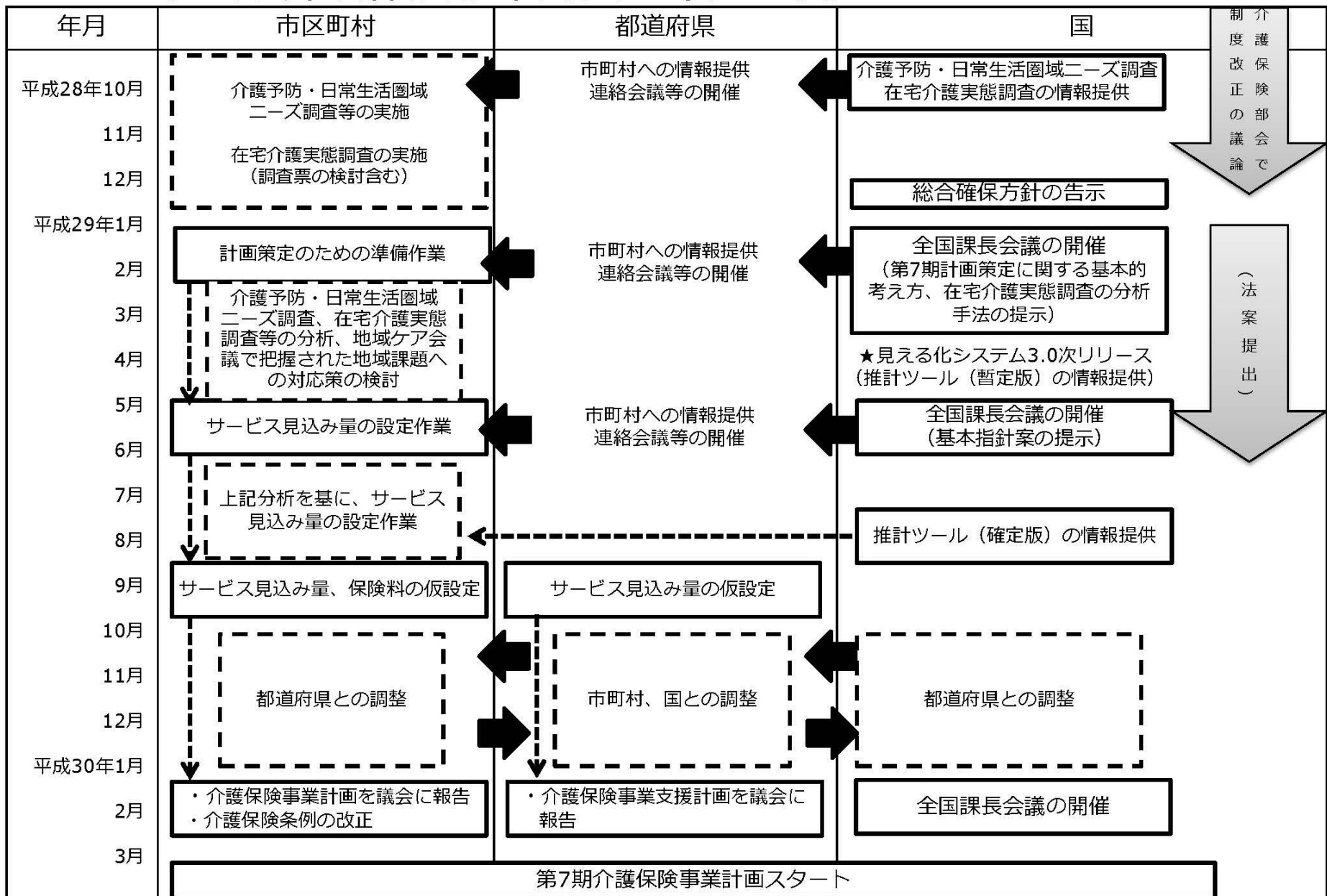
第7期介護保険事業計画の策定プロセスと支援ツール

《「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、当該年の後期高齢者（推計）人口で割るなどの対応

介護保険事業計画策定のための アンケートの対象や調査事項の例

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

アンケートを行う上での課題と対応の方向性（案）

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

「並べて比べる」相手をあらかじめ
考えて設定しておくことが重要

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査票（必須項目）

「健康について」抜粋

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

主観的健康感

主観的幸福感

抑うつ

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

長野県 高齢者実態調査

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

広島県 市町村別ケアバランス指標

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

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

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

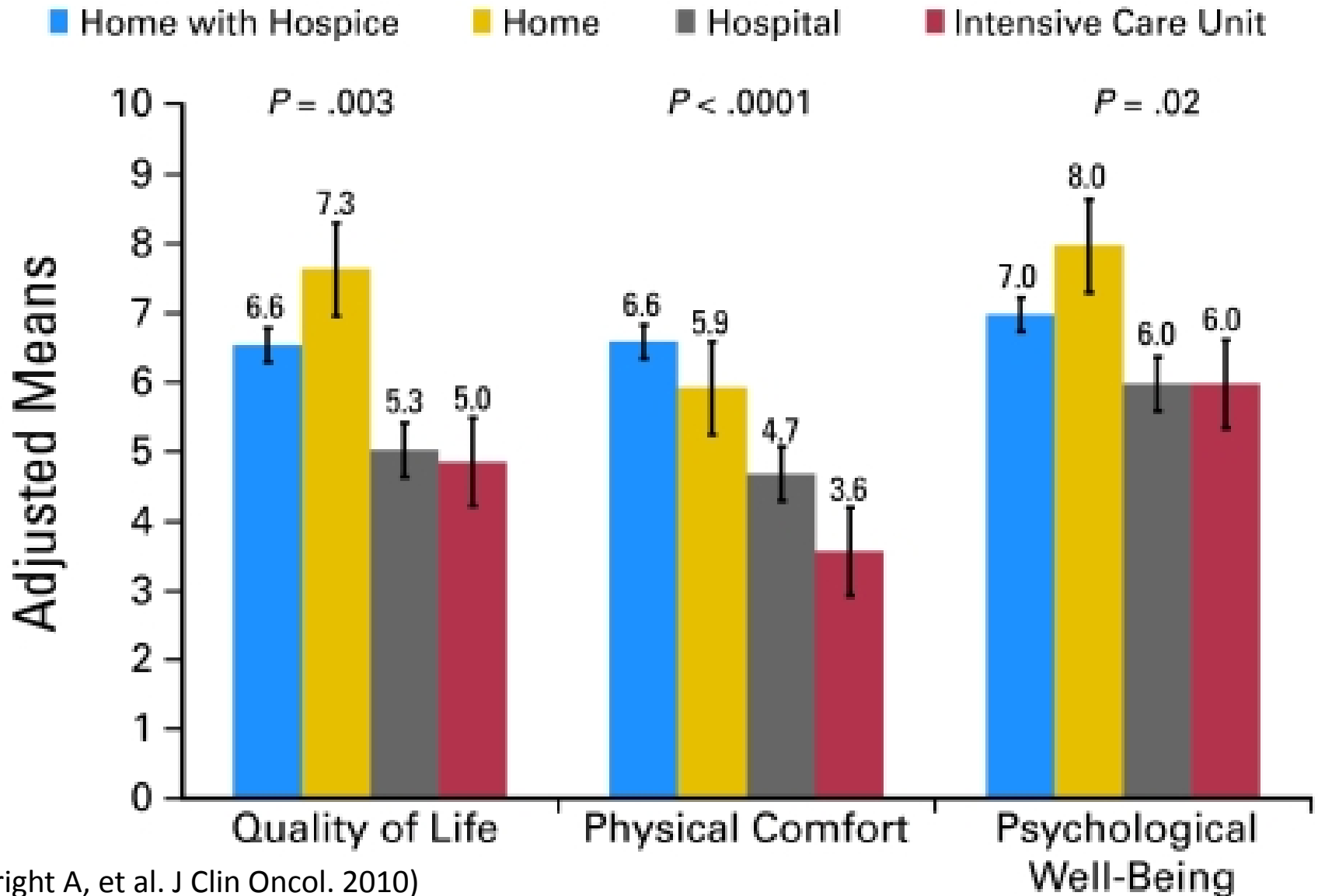
■ 在宅サービス(右記ショートステイを除く) ■ ショートステイ15日以上 ■ 施設, 居住系サービス ■ 入院 ■ その他



※ 市町村に対しては、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>

(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



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」

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare. The header includes the ministry's logo and name in Japanese and English, along with a search bar and navigation links. The main navigation menu is at the top, with 'Policy' (政策について) selected. The breadcrumb trail reads: Home > Policy > Overview of policies by field > Health & Medical > Medical > About the promotion of home medical care. The page title is 'About the promotion of home medical care' (在宅医療の推進について). The main content area contains a paragraph about supporting home medical care for those in need of care, followed by a section titled 'Policy Introduction' (施策紹介) and a sub-section 'Regional data on home medical care' (在宅医療にかかる地域別データ集). This sub-section includes a paragraph explaining the data collection process, a reference to a meeting, a note about data corrections, and a link to the data file.

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大

御意見募集やパブリックコ

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

意見交換 1

考え始めたらいくらでも設定できてしまう在宅医療・介護連携推進事業（あるいは地域包括ケアシステム全般）の評価指標について、

- **必要最少かつ目的に沿った指標を3つに絞れと言われたら？**
- **そもそも、在宅医療・介護連携推進事業の目的とは？**

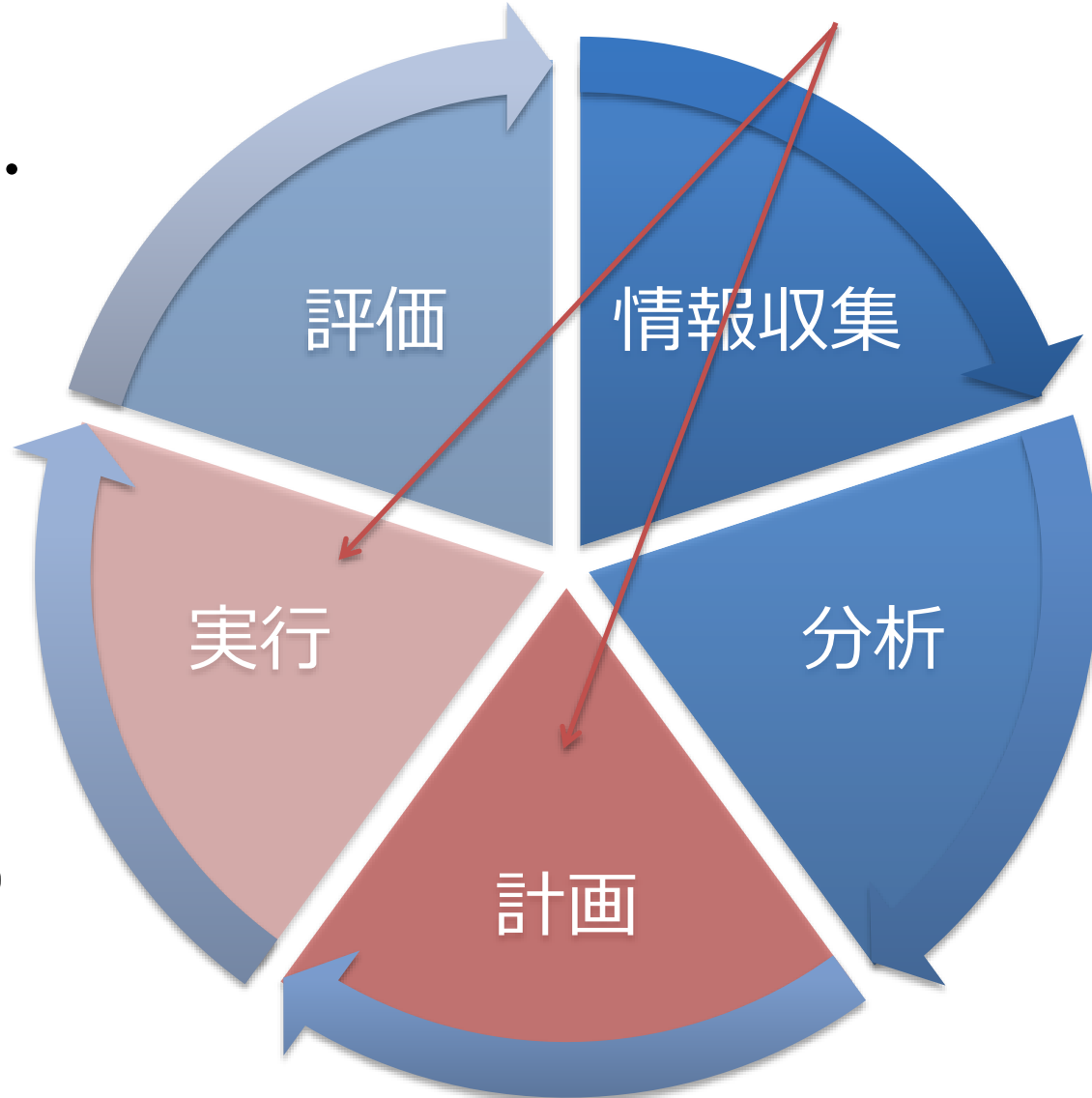
事業の効果的な実施

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、市町村が主体となり、都道府県が補助金を交付し、推進する。
- 実施可能な市区町村は、原則として、都道府県が、事業項目の一部を都府県として実施する。
- 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

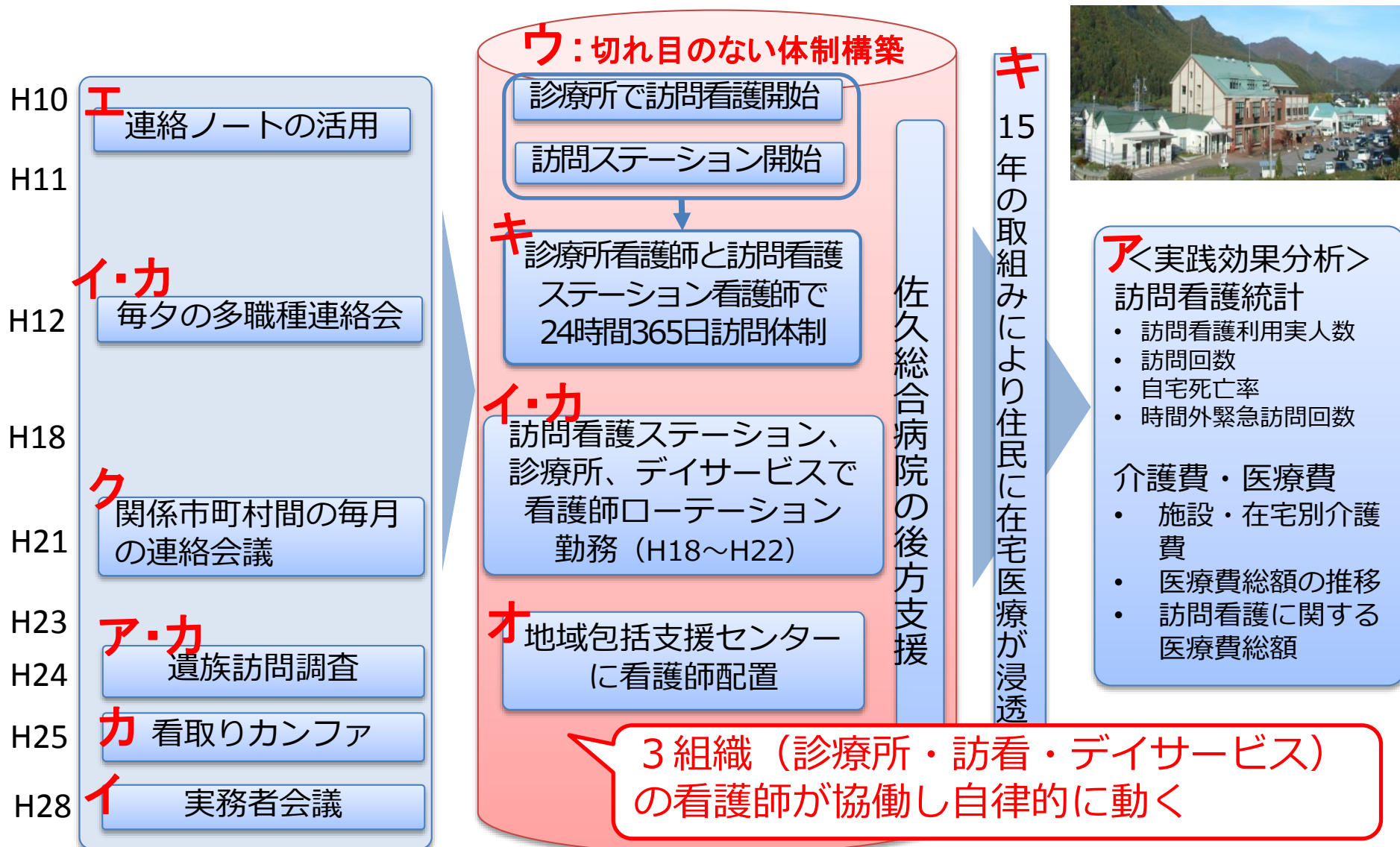
計画

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

資源に限られる→切れ目のない体制構築による効率化



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

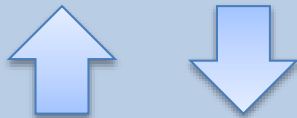


柏市

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

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 (ク)
	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 II) -2-②		①栄養士歯科連携 ②連携室ケア(エ)	
	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**

- 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**

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

(他の) 地域支援事業の活用

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

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

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、認知症の人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（例：東京都北区・滋賀県大津市など）
 - 生活支援コーディネーター
 - 総合事業の短期集中予防サービス（C）
 - 地域リハビリテーション活動支援事業

意見交換 2

在宅医療・介護連携推進事業（あるいは他の地域支援事業も含めて）の実施手順について、

- **各市町村の現況をお互いに共有**
- **自身の所属する市町村において今後どんな順番で進めていったらよさそうか？**（他市のアイデアを盗むの・介護保険の枠を外れるの大歓迎）
- **進めていったことを中長期的にどう評価していくか？**（再掲）

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
 - あらかじめ評価枠組みを設定することが重要
 - 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」（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

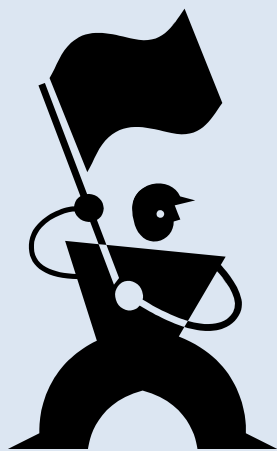
多職種研修ホームページ：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>

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