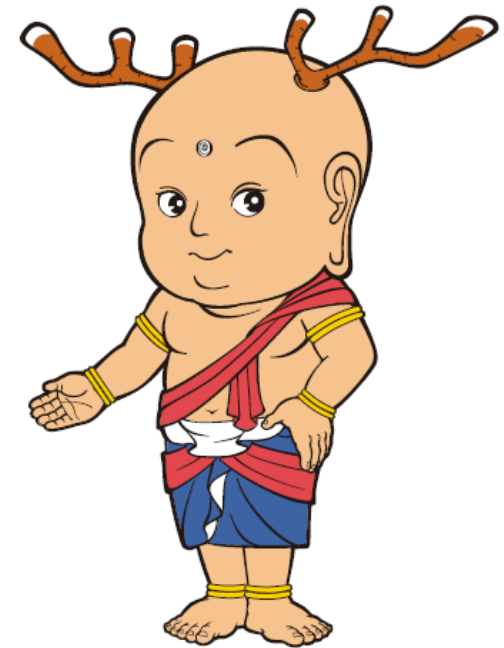


奈良県における 在宅医療の 実態把握と計画策定の 取り組み

奈良県福祉医療部長 林 修一郎

知れば
知るほど **奈良**
はおもしろい



奈良県マスコットキャラクター

せんとくん

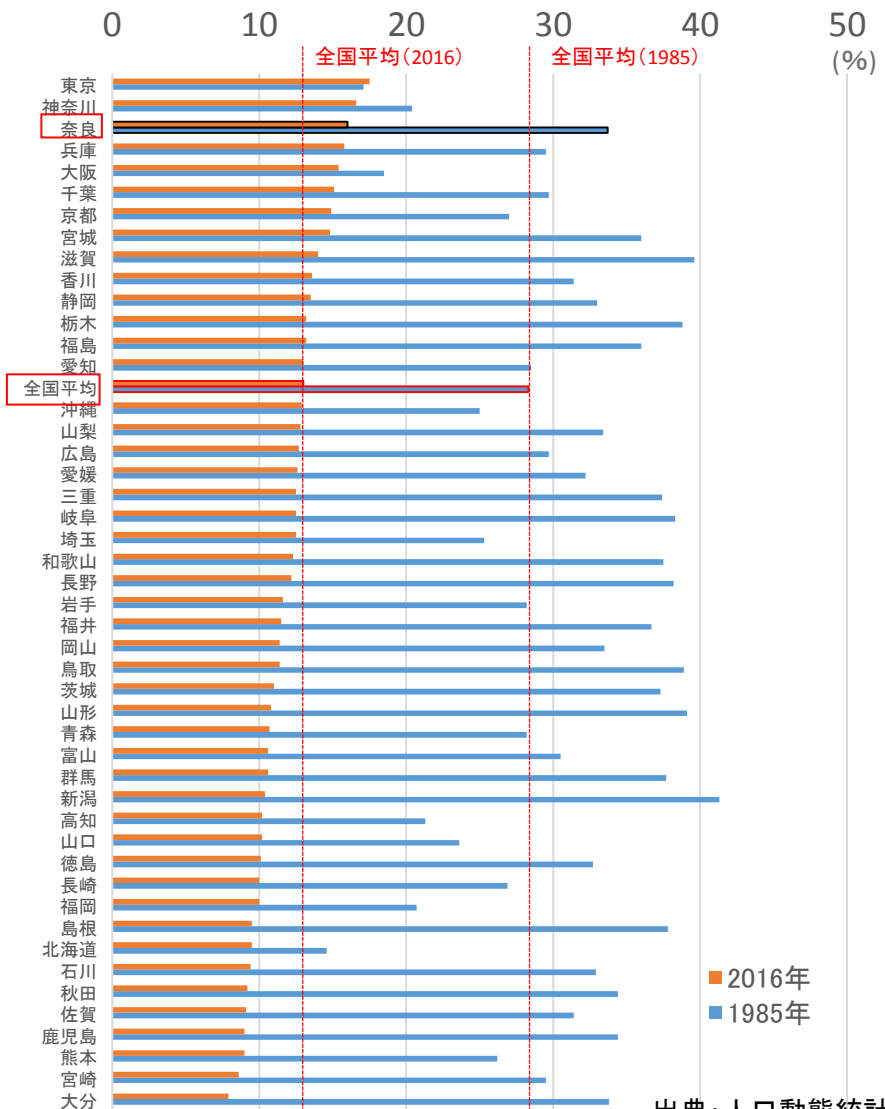
©NARA pref.

<http://www.pref.nara.jp/>

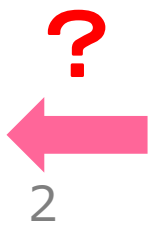
■ 在宅での「看取り」をめぐって

奈良県での「自宅での死亡者」は多い

死亡者数に占める自宅での死亡者の割合



出典：人口動態統計(1985・2016)



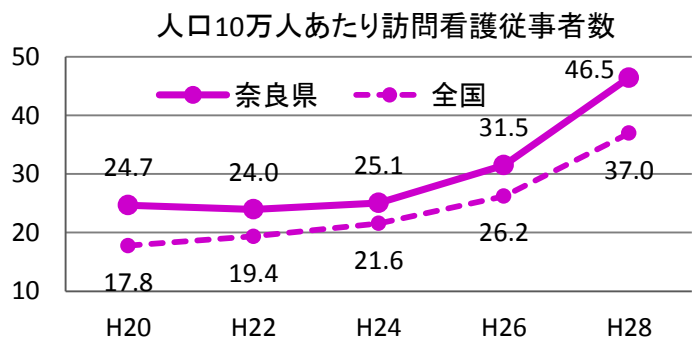
2

要因は何か？

在宅医療の提供体制？

(例)

- 訪問看護の従事者数が多い



- 在宅看取りを行う医療機関が県下にまんべんなくある
 - 在宅緩和ケア充実診療所(看取り年20件以上)が、5医療圏のうち南和を除く4医療圏に存在

文化・社会的要因？

- 中高年世代の有配偶率が高い
- 世帯あたり人数 奈良県2.38人 (全国平均2.26人)

その他の要因？

- 「自宅死」と「在宅看取り」の定義の差
 - 死亡者数あたりの看取り加算の算定件数で見ると、奈良県は全国第8位(平成27年度)

1. 医療計画の策定にあたって

■ 奈良県保健医療計画(在宅医療)のポイント

検討体制

- ◆「県在宅医療推進会議」における検討
- ◆二次医療圏別の「地域医療構想調整会議」の意見聴取、「医療審議会」への諮問

国指針における策定に向けたポイントと本県の対応

※1 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(H29.3.31付け医政地発0331第3号、H29.7.31付け医政地発0731第1号一部改正厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

奈良県保健医療計画(在宅医療)の策定にあたり、「在宅医療の体制構築に係る指針(※1)」で示された主な策定のポイントについて、以下のように反映させた。

① 地域の現状把握・現状分析

データブック・医療施設調査等をベースとした二次医療圏別分析、独自レセプト分析をベースとした市町村別分析等を実施し、政策立案の参考とした。(後述)

② 在宅医療に求められる医療機能、地域の実情に応じた圏域の設定

地域包括ケアの構築と市町村及び地区医師会との関係性を重視し、一次医療圏単位(市町村単位)での圏域を新たに設定。(政策の具体的な推進主体を重視した単位設定)

③ 圏域ごとの医療機関、その他関係機関との連携の検討

「関係機関間における相互連携体制の構築」を計画内において明記。

④ 都道府県全体での評価まで行える体制づくり

保健医療計画の中間見直し年度(2020年)を見据えて、県在宅医療推進会議等の場を活用しながら、評価の機会を設ける。

医療と介護の連携・調整

協議の場について

<開催状況>

- 平成29年9月に、介護保険(支援)計画策定に関する全市町村との会議を実施。
(介護保険担当課・医療計画担当課合同)
→ 市町村に対して、市町村別の追加的需要(機械的試算)の数値を提示。
→ 介護サービス必要量の見込み方が難しい場合の見込方法(患者調査、KDBシステムの活用、病床機能報告の活用による算出方法等)を情報提供し、患者調査、病床機能報告についてはデータ提供も併せて実施。
- 平成29年12月に、各二次医療圏別に地域医療構想調整会議を活用して在宅医療等について調整を実施。
(奈良12/20、東和12/26、西和12/19、中和12/25、南和12/27)



追加的需要(30万人)について

<調整方法>

- 按分方法:国の示す手法に則り按分。
国で機械的に試算された追加的需要の数値から「外来患者相当数」及び「各市町村の介護サービス(施設系)見込み量」を除いた数を在宅医療及び介護サービス(居宅系)必要量として仮定して算定。
- 工夫
各市町村に対して、市町村別の追加的需要の数値及び見込方法を提示し、市町村の実情に合わせてサービス量に見込むように事前調整を実施。
その後、市町村が報告した見込み量について、県が個別にフォローアップ(医療資源の少ないところは介護(施設系)サービスを多めに積む等)しながら、最終的な積み上げ量を決定。
- 課題
市町村によっては、機械的な数値だけでは患者の実体が見えないことから、実情に合わせた見込み量の算出が難しいという意見がみられた。

参考：奈良県の按分の考え方

区域	2020年における追加的需要					2025年における追加的需要				
	934	外来医療を除く追加的需要			外来	2,491	外来医療を除く追加的需要			外来
		540	②459	③81	①395		1,439	②1,139	③300	①1,052
奈良県	934	540	②459	③81	①395	2,491	1,439	②1,139	③300	①1,052

【按分検討時に要した情報】

○市町村別・項目別の2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要の機械的試算(患者住所地ベース)の各数値(地域医療構想策定時は非公表のもの)。

【追加的需要の内訳の考え方】

①外来医療が受け皿となる追加的需要(=外来患者相当数)

⇒ 一般病床C3未満の数値。(追加的需要の機械的試算を採用)

②介護サービス(介護医療院、老人保健施設、特別養護老人ホーム)が受け皿となる追加的需要(=施設入所者相当数)

⇒ 市町村が積み上げた介護サービス(施設系:介護医療院※1、老健、特養)見込み量。

※1 介護医療院の見込み量:病院向けに療養病床からの転換意向等を確認するアンケート調査を実施して把握。

③在宅医療と介護サービス(在宅・居宅)が受け皿となる追加的需要(=在宅医療(訪問診療)相当者)

⇒ 追加的需要の総数から①及び②を除いた数値。

【調整におけるポイント】

- 介護保険事業(支援)計画の策定会議を通じて、市町村に機械的試算に基づくデータを公表したが、時間的制約や市町村間の資源の差等もあって、個別の調整を求めた市町村はなかった。
- ③在宅医療と介護サービス(在宅・居宅)は、対象の患者像が明確にできないため、医療と介護サービス(在宅・居宅)の両方が必要な患者像として整理し、需要見込み量に余裕を持たせた値とした。

■ 現状と課題の把握

- これまでの指標は、事業所数など提供側のストラクチャーに関するものが多かった。
- 奈良県保健医療計画(在宅医療)では、提供側となる医療施設数や医療従事者数等の側面だけでなく、プロセスの進捗を示す指標として、独自のレセプト分析を用いて状況を確認。

◆ ストラクチャー指標

- ・在宅療養支援病院数、診療所数
- ・訪問看護事業所数
- ・在宅療養支援歯科診療所数 等

◆ プロセス指標

- ・訪問診療患者数
- ・在宅患者訪問診療料算定件数
- ・往診算定件数

使用データ

- ・国提供のデータブック
- ・国実施の全国調査
(施設調査、介護サービス施設・事業所調査等)
- ・近畿厚生局 施設基準届出 等

使用データ

- ・市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータを独自集計

指標の限界

- ・ 事業所の中には在宅医療をほとんど提供していないものもあるなど、提供体制を表していない可能性。
- ・ むしろ事業所の大規模化による質の向上や提供体制の充実を目指すべき時期にあり、事業所数の増加は、施策の進捗指標として最適ではない。

指標の限界

- ・ 医療扶助の状況等、網羅できていないデータもあり、当該分析結果のみをもって奈良県全体の需要状況を判断することはできないため、目標数値等ではなく傾向を確認するための活用・掲載に留めざるを得ない点。
- ・ 独自分析であり、奈良県分のデータしかないことから全国比較ができない点。

目標・指標の設定

- 国の指針に沿って、訪問診療を実施する診療所・病院数を指標として設定した。
- 看取りに関連した指標は、施策の進捗を管理するための評価指標として重視し、継続してモニタリングすることとした。ただし、目標値として設定する際の根拠が乏しいことから、目標は、数値ではなく方向性を示した。

【数値目標設定】

○必須目標設定：訪問診療を実施する診療所・病院の整備目標数(国例示の設定方法を採用)

○県目標設定：①看取り加算の算定件数、②死亡診断加算の算定件数、③在宅における死亡率

目標項目	策定時 (2015)	目標値	評価期間
訪問診療を実施する 診療所・病院数	奈良 113施設	奈良 130施設	H32 (2020) 時点
	東和 56施設	東和 64施設	
	西和 102施設	西和 127施設	
	中和 86施設 南和 28施設	中和 107施設 南和 30施設	
同上	同上	奈良 151施設 東和 68施設 西和 136施設 中和 120施設 南和 29施設	H35 (2023) 時点

目標項目	策定時	目標値	評価期間
看取り加算の算定件数	967件 H27(2015)	向上	年1回
死亡診断加算の算定件数	697件 H27(2015)	向上	年1回
在宅における死亡率 (自宅+老人ホーム)	22.60% H28(2016)	増加	年1回
同上 (自宅)	16.00% H28(2016)	増加	年1回

【考え方】

前提：自宅等での看取り体制の構築は、そこに至るまでのプロセス(看取り以外の医療機能)が整っていないと成立しないという前提に立ち、看取り体制を重視した設定を採用。(ただし、看取り者数は具体的な数値で示しにくいいため、「向上」と表記)

①看取り加算、②死亡診断加算(NDBを用いた算出)

⇒ 定期的な訪問診療や往診を受けている際に自宅で最期を迎えられた場合に算定される加算であるため、より実情に近い在宅看取り数を把握できる。

③在宅における死亡率(全国比較等のため採用(参考値扱い))

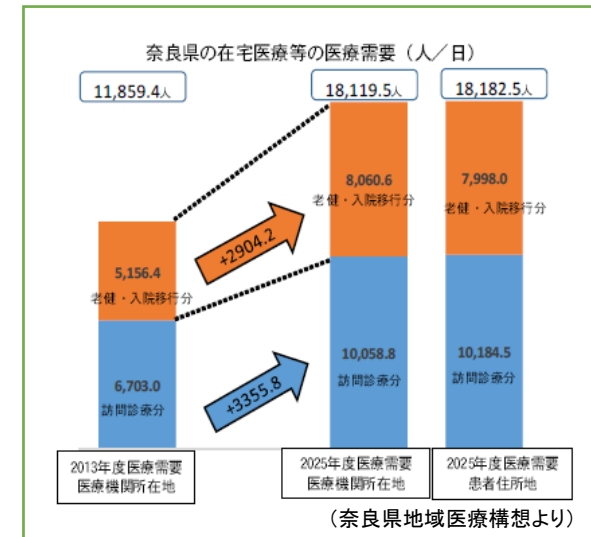
⇒ 不審死等も含まれ、必ずしも在宅療養の希望者数を反映したとは言いきれないため参考値とする。

2. 今後の取り組みに向けて

■ 地域で在宅医療の施策を進めるにあたって必要な情報とは・・・

これまで、地域医療構想策定時の目標設定をベースに議論をしてきたが、都道府県単位、二次医療圏単位の数値では、

- ・目標設定の妥当性ばかりが議論された。
- ・医療関係者の「当事者意識」を喚起できなかった。
- ・個別の地域での対応の議論に繋がらなかった。



● 本本当に知りたいのは、
個々の市町村・地域で、在宅医療はどのように提供されているか？

- * 地域毎にみた、訪問診療や訪問看護の提供の有無
(cf 携帯電話のサービスエリアのような地図が書けないものか)
- * 2025年の提供量の目標に向けた、各年度の進捗状況
- * 地域毎のサービス提供の過不足
(進んでいる地域、遅れている地域の同定)
- * (小児など)分野別にみた提供状況 など

■ 従前から利用可能な情報

● 医療機能情報提供制度

医療機関ごとに対応可能な医療が記載されている



* 時点がそろわない、更新されていない場合があるなど、統計・指標としての利用には適さない

● データブック

レセプトをもとにした、在宅医療の提供件数についても都道府県に提供されている



* 過去のデータは二次医療圏単位（市町村ごとの経年比較ができない）
* レセプト集計の詳細な定義が明らかになっておらず、他指標との比較が難しい
* 値が年毎に揺れているなど、経年比較が難しい
* 高齢者向け住宅（施設系）と個々の家を区別できない

● 各種の統計調査

■ 医療施設静態調査、患者調査

サービス提供件数や患者数が調査に含まれる



* 調査周期が長く、PDCAに適さない
* 患者調査は抽出調査であり、地域レベルでは正確性に欠ける

■ 介護サービス施設事業所調査

訪問看護の提供件数が調査に含まれる



* 集計表が提供されているのは都道府県単位までであり、地域ごとの集計が提供されていない

課題と対応

従前の統計や、国からの情報ではきめが粗い

- ・時系列の、市町村・事業者単位の情報が見えないという限界

「事業所数」を指標とすることの意味が乏しい

- ・提供件数の少ない在支診
- ・むしろ事業者の大規模化が求められる

提供者の視点による「現場の実感」では現状追認になりがち

- ・事業者からはサービス提供できている患者しか見えない



レセプトを活用して、地域別・時系列のきめ細かな実態把握を図ることとした

ただし、

限界1: 自治体では国保・後期高齢のレセプトしか利用できない

在宅医療を受ける患者の大半は高齢者であるため、国保・後期高齢のレセプトでも、提供量の大半は把握が可能。地域や時系列の傾向の把握には十分活用できると判断。

しかし、総数ではないことや、特に小児の患者については、KDBでは実態を把握しにくいことに留意が必要

限界2: 訪問看護ステーションの医療保険レセプトが電子化されていない

	病院・診療所	訪問看護ST
介護保険	○	○
医療保険	○	×

別に実態調査を行う必要が生じた

注: 介護サービス施設・事業所調査の活用も検討したが、調査系統が県を經由しておらず、利用できなかった。

奈良県訪問看護ST実態調査

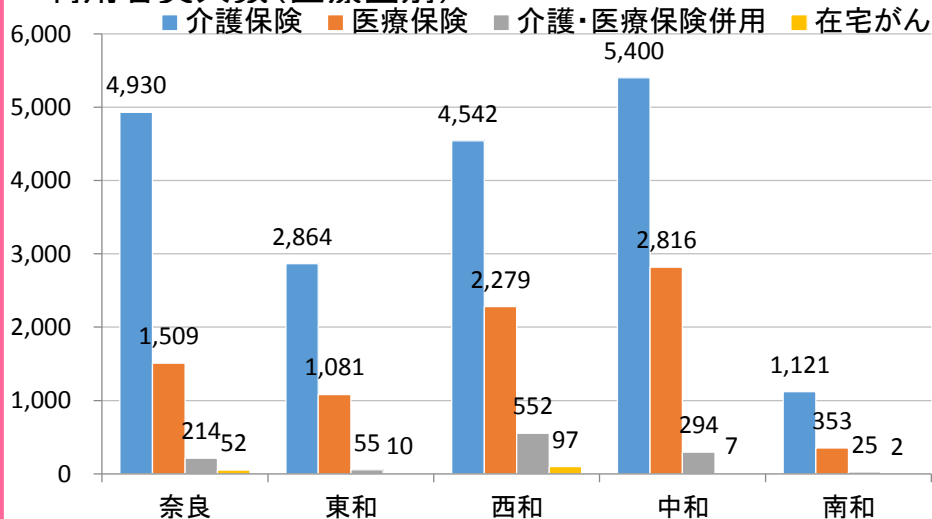
奈良県訪問看護ST実態調査 平成29年7月実施

調査対象期間: H28.1.1~H28.12.31

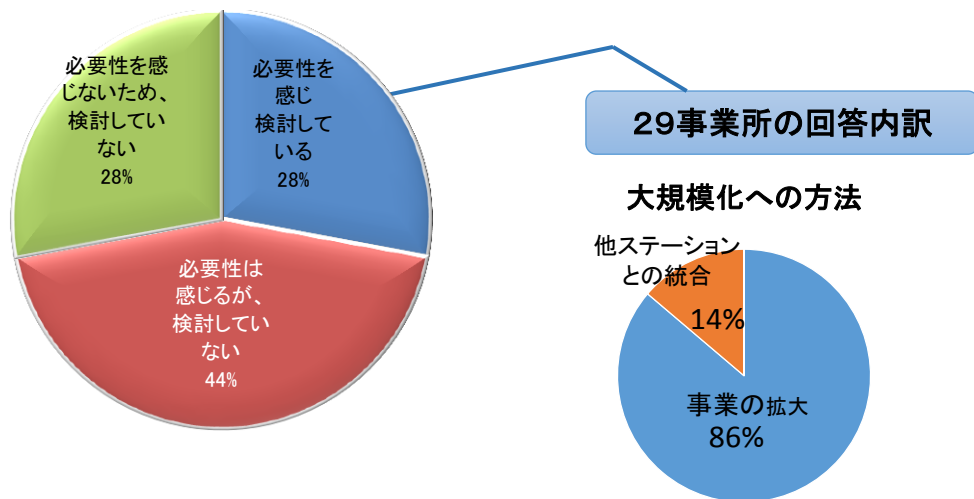
配付数: 122事業所 (医療みなしを除く) 回収数: 105事業所 回収率: 86.1%

- 医療保険による提供患者数(含: 包括評価となっている「在宅がん総合診療料」対象患者)などの実態把握を行うことができた → 調査を継続すれば進捗評価が可能に

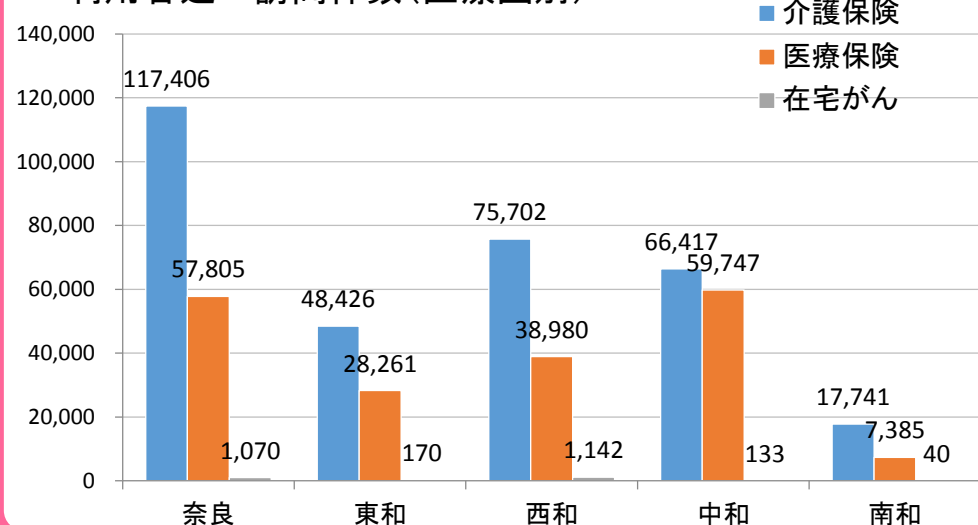
利用者実人数(医療圏別)



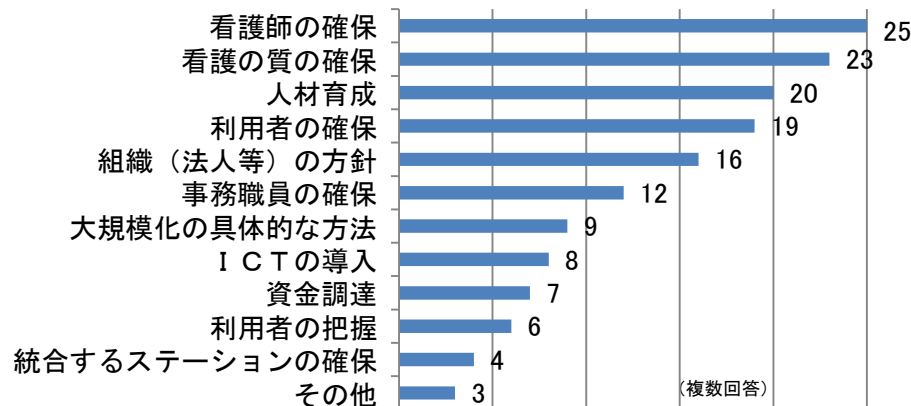
訪問看護ステーションの大規模化の必要性と検討状況



利用者延べ訪問件数(医療圏別)

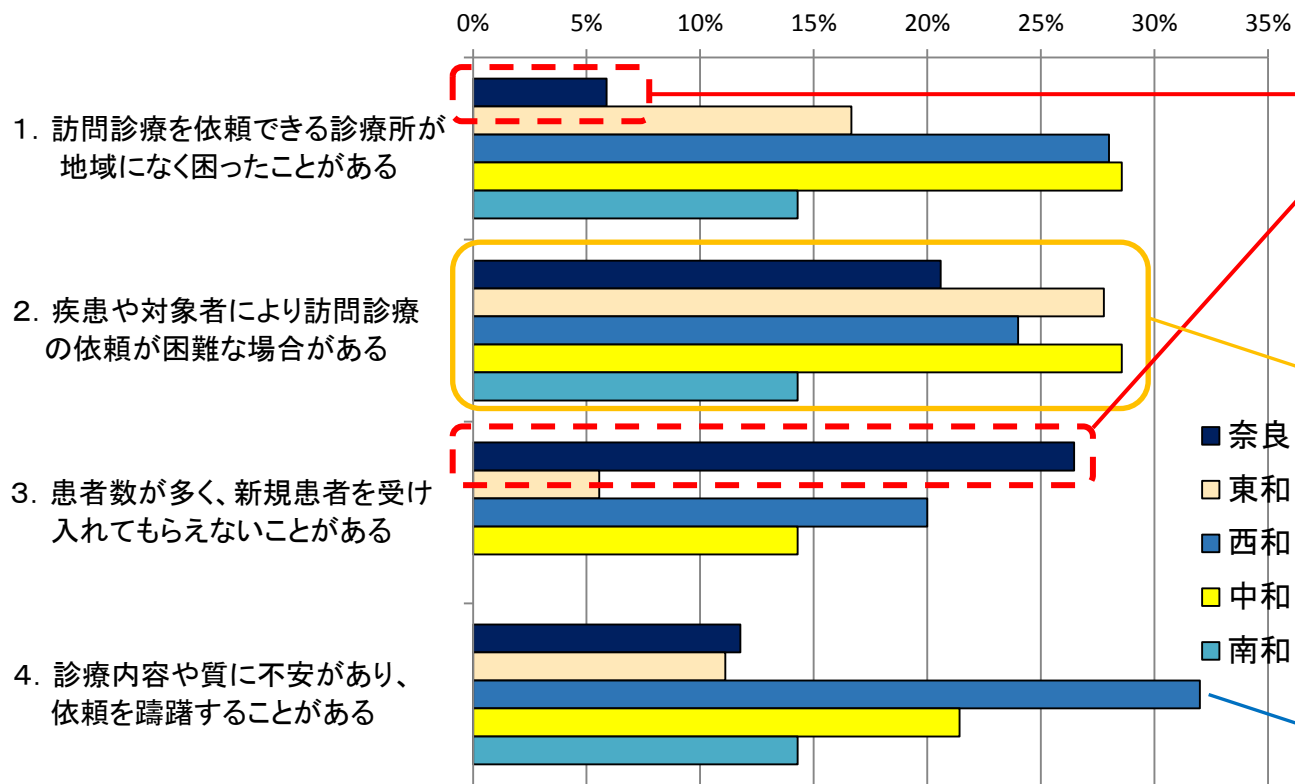


訪問看護STが大規模化する上での課題



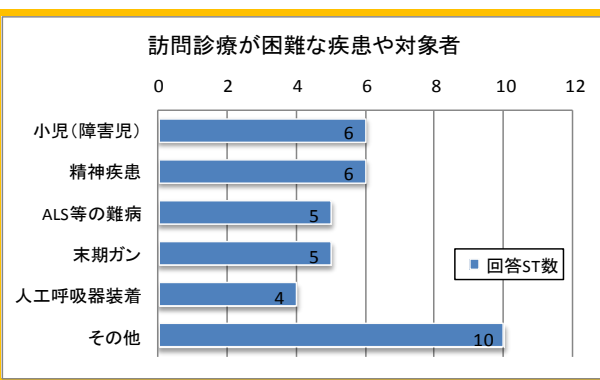
訪問診療の提供状況の「他己評価」から

- 訪問看護ステーションに対し、医療機関による訪問診療の現状についての評価をアンケート調査したことにより、医療機関自身では把握できなかった様々な課題が明らかになった。



出典：平成29年度
訪問看護ステーション実態調査

奈良市内には、訪問診療を行う医療機関はあるが、(おそらく一部の医療機関では)患者数が多く患者を受け入れられない状態



こうした実情も、初めて明らかに。

【地域別の特徴が明らかに】

訪問診療をそもそも受けることができないことのある地域
 訪問診療を行う医師は居るが、提供量が不足している地域
 専門的な訪問診療を受けることができない地域 など

【方法・対象】

- 医療・介護のレセプトを連結した分析(独自の取組)
 - ・国民健康保険団体連合会より診療報酬明細書及び介護給付費明細書等の電子データの提供(国保、退職国保、後期高齢)
 - ・個人情報~~を除く~~のうえ匿名化されたデータを名寄せし、患者毎のレセプト情報としてデータベース化
 - ・医療機関コードや保険者番号、診療報酬等の項目毎に集計・分析

※分析の企画は奈良県が行い、奈良県立医科大学、京都大学の協力を得て実施

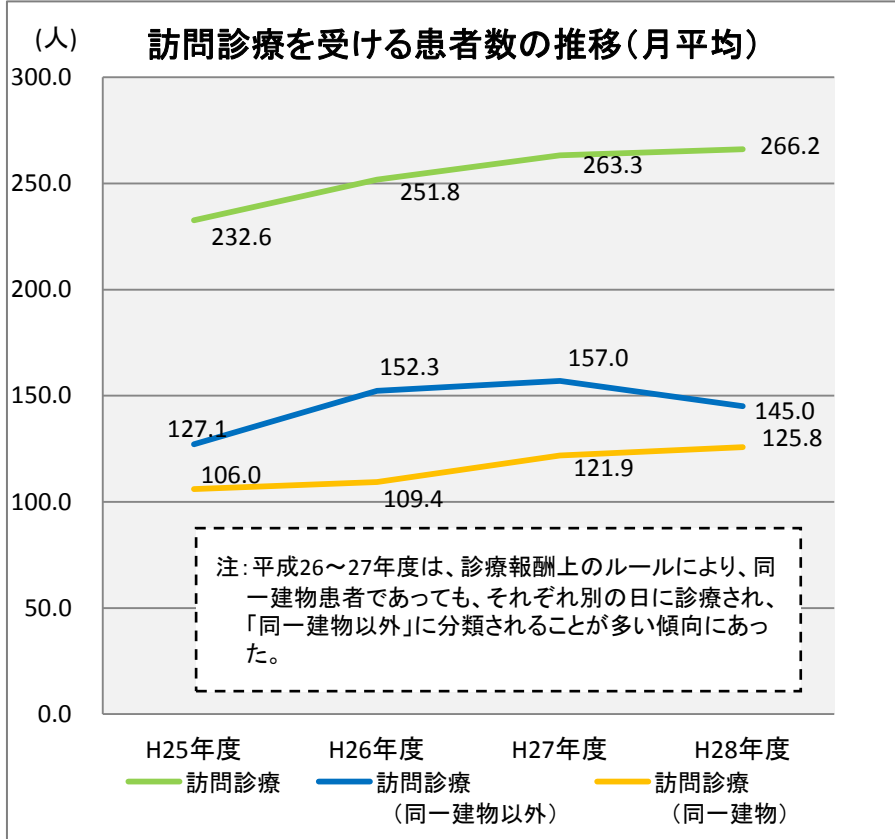
【レセプト分析の限界】

- ・地域保険(国保、退職国保、後期高齢)のデータであり、被用者保険(職域保険)や医療扶助分が含まれていない
 - 地域のサービスの総量を表すものではない。また、年齢や対象者に偏りが生じる。
- ・住所地としては、保険者の所在地(市町村)を基に集計しているため、住所地特例があるなど、住所が保険者と異なる場合には、実態と乖離する。

〇〇市

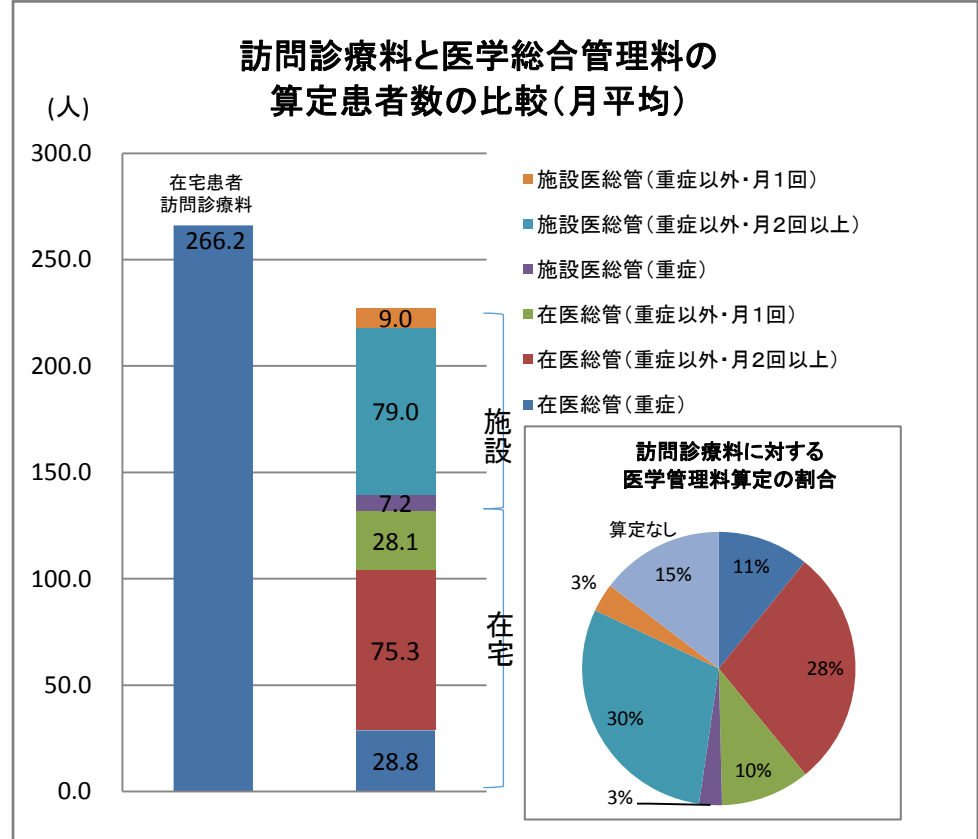
訪問診療を受けている患者数(月平均)

在宅患者訪問診療料を算定されている患者数について、全体数と同一建物居住者以外と同一建物居住者に分けて集計。



医学総合管理料の算定状況

医学総合管理料(在宅時・施設入居時等)を算定されている患者数について患者の状態等で区分して集計。また、在宅患者訪問診療料の算定患者数との比較や、患者の状態等による算定割合を計算。



対象データ: 平成28年度 医科レセプトデータ (市町村国保・退職国保および後期高齢)

- 施設系と居宅系に区分することで、詳細な現状把握や訪問診療患者数の増減の要因分析が可能になった。
- 在宅医療の提供が減少している市町村や、施設系は増加しているが居宅系が減少している市町村など、一歩踏み込んだ新たな気づきを得られた

レセプト分析: 患者像

- 医療・介護を連結したレセプト分析により、患者像をある程度つかむことが可能。
- 「患者数」は定義によって大きく異なるので、比較のためには統一した定義(抽出条件)に基づく集計が必要

月平均患者数 (居住形態・重症度と要介護度別)

区分	状態	未認定	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
在宅時	重症	60.9			28.4	59.0	52.3	74.8	182.7	458.1
	その他	193.4	39.0	85.8	263.3	447.1	427.9	447.9	463.5	2,367.8
施設入居時等	重症	14.0			11.3	22.5	28.3	47.8	54.3	178.3
	その他	118.3	73.3	107.1	393.0	408.0	350.9	335.8	237.0	2,023.3
合計		369.3	121.4	200.9	696.0	936.6	859.4	906.3	937.5	5,027.5

年度のレセプト件数を12で除したもの。医学総合管理料の算定件数(患者数)を要介護度別に区分して集計。
(要介護度は介護レセプトに記載の最も高い介護度で集計、介護レセプトがない場合は未認定扱いとした)

対象データ: 平成28年度 医科レセプトデータ
(市町村国保・退職国保および後期高齢)
平成28年度 介護保険レセプトデータ

年度内に一度でも算定した患者数 (居住形態・重症度と年齢別)

区分	状態	(国民健康保険)				(後期高齢者医療)			合計
		0~39	40~64	65~74	計	75~84	85~	計	
在宅時	重症	17	78	220	315	450	495	945	1,260
	その他	12	86	366	464	1,285	2,778	4,063	4,527
	計	29	164	586	779	1,735	3,273	5,008	5,787
施設入居時等	重症	■	■	24	28	133	326	459	487
	その他	16	118	489	623	2,155	5,050	7,205	7,828
	計	1 ■ or 2 ■	11 ■ or 12 ■	513	651	2,288	5,376	7,664	8,315
合計		4 ■ or 5 ■	28 ■ or 29 ■	1,099	1,430	4,023	8,649	12,672	14,102

医学総合管理料の算定患者を年齢別に区分し、年度中における実患者数を集計。
国民健康保険と後期高齢者医療は年齢により区分。

年度内に、複数の集計区分に該当した患者は重複して計上されている。

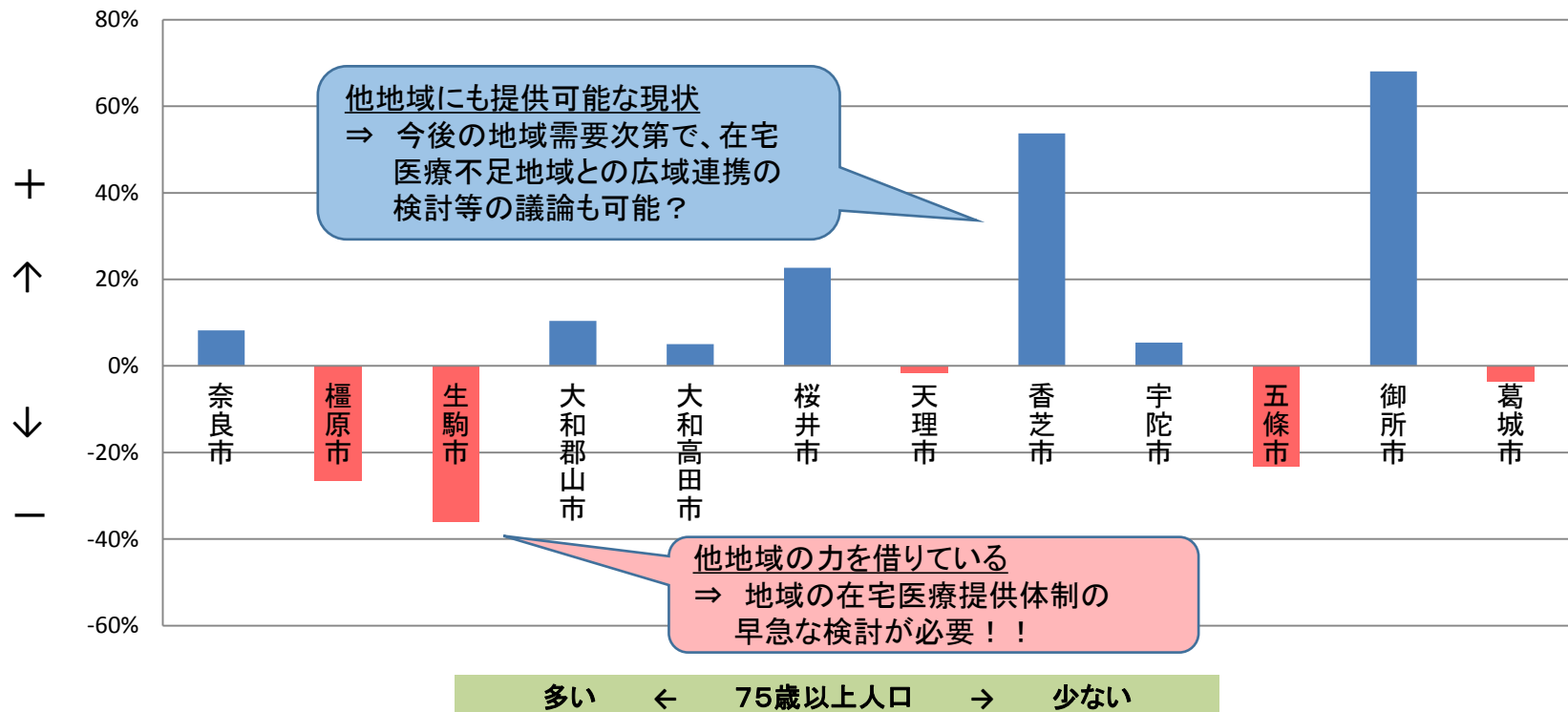
■は10未満の数

対象データ: 平成28年度 医科レセプトデータ
(市町村国保・退職国保および後期高齢)

レセプト分析: 地域毎の訪問診療自給率

- 市町村別で医療機関所在地ベースの患者数を、住所地ベースの患者数と比較してみると・・・
⇒ 訪問診療自給率を示すことで、各地域の医療機関の在宅医療提供状況の確認が可能。
★ 目に見える比較をすることで、現状を「我がこと」のこととして市町村・郡市医師会が認識できる。

在宅医療(訪問診療受診)患者数に対する、各市の医療機関の供給力(100%との差)
(各市の医療機関が対応する患者数/各市に居住する在宅患者数-100%)



プラス ⇒ 在宅医療を受けている患者数(需要量) < 市内医療機関が在宅医療を提供している患者数(供給量)
マイナス ⇒ 在宅医療を受けている患者数(需要量) > 市内医療機関が在宅医療を提供している患者数(供給量)
(県内市町村の被保険者データであり、県外への提供分は含まれていないため、県外の医療機関から在宅医療を受けている患者数は除外して計算)

レセプト分析: 訪問診療実施医療機関数(提供件数別のヒストグラム)

● 市町村別に医療機関の対応患者数を比較してみると・・・

例えば、〇〇市(左)では在宅医療の実績のない診療所が多い。□□市(右)では、1医療機関あたりの件数は少なくても訪問診療を実施する診療所が比較的多いことが読み取れる。

⇒ このように「地域における在宅医療提供体制(対応診療所の構成)の特性」がみえてくる。

★ 地域毎の特性を見られれば、その地域が取るべき在宅医療の取り組み方を検討することができる。

県内診療所の在宅医療提供件数(月平均患者数)分布
(対象医療機関:再診料の算定がある診療所[応急診療所含む]、病院は除外)

集計結果のイメージ
(一部変更している場合がある)

〇〇市

患者数 (月平均)	医療機関数		
	同一建物居住者以外と 同一建物居住者の計で みた場合	同一建物居住者以外 の患者数でみた場合	同一建物居住者 の患者数でみた場合
50人以上	2 箇所 (4.3%)		1 箇所 (2.1%)
40～49人		1 箇所 (2.1%)	
30～39人			
20～29人	2 箇所 (4.3%)		2 箇所 (4.3%)
10～19人	2 箇所 (4.3%)	2 箇所 (4.3%)	2 箇所 (4.3%)
5～9人	1 箇所 (2.1%)	3 箇所 (6.4%)	
1～4人	4 箇所 (8.5%)	5 箇所 (10.6%)	
1未満	2 箇所 (4.3%)	2 箇所 (4.3%)	
実績なし	34 箇所 (72.3%)	34 箇所 (72.3%)	42 箇所 (89.4%)
合計	47 箇所 (100%)	47 箇所 (100%)	47 箇所 (100%)

□□市

患者数 (月平均)	医療機関数		
	同一建物居住者以外と 同一建物居住者の計で みた場合	同一建物居住者以外 の患者数でみた場合	同一建物居住者 の患者数でみた場合
50人以上	1 箇所 (1.7%)		1 箇所 (1.7%)
40～49人			
30～39人	2 箇所 (3.3%)	1 箇所 (1.7%)	
20～29人	2 箇所 (3.3%)	2 箇所 (3.3%)	
10～19人	4 箇所 (6.7%)	5 箇所 (8.3%)	3 箇所 (5.0%)
5～9人	1 箇所 (1.7%)	1 箇所 (1.7%)	1 箇所 (1.7%)
1～4人	11 箇所 (18.3%)	11 箇所 (18.3%)	2 箇所 (3.3%)
1未満	5 箇所 (8.3%)	5 箇所 (8.3%)	2 箇所 (3.3%)
実績なし	34 箇所 (56.7%)	35 箇所 (58.3%)	51 箇所 (85.0%)
合計	60 箇所 (100%)	60 箇所 (100%)	60 箇所 (100%)

レセプト分析: 診療所ごとの提供患者数

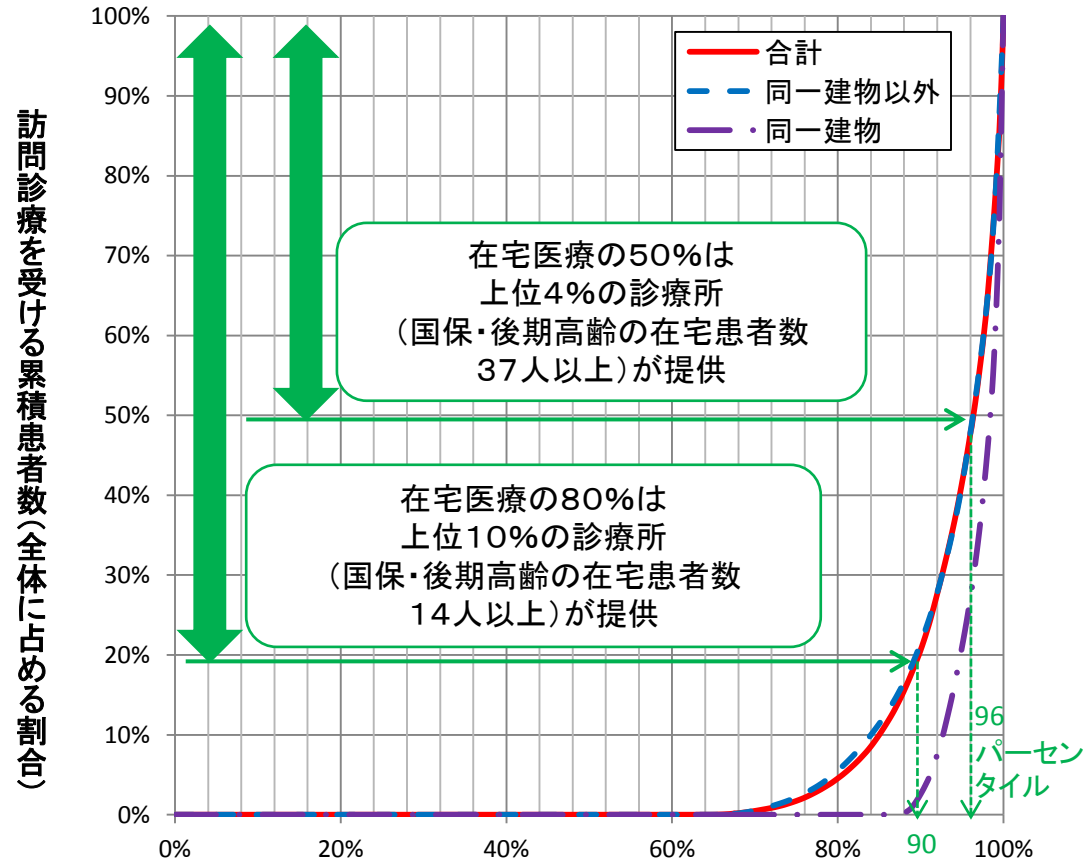
- 少数の医療機関が在宅医療の大半を提供している実態が明らかに。
- 在支診であっても、実際には在宅医療をほとんど行っていない医療機関も多い。
→ 裾野を広げるだけでは提供量への影響は小さい。在宅医療を専門に行う医療機関の振興も必要。

県内在宅療養支援診療所の
在宅医療提供件数(月平均患者数)分布
(対象医療機関:再診料の算定がある在宅療養支援診療所)

患者数 (月平均)	医療機関数		
	同一建物居住者以外と 同一建物居住者の計で みた場合	同一建物居住者以外 の患者数でみた場合	同一建物居住者 の患者数でみた場合
50人以上	24 か所 (15.2%)	12 か所 (7.6%)	11 か所 (7.0%)
40~49人	8 か所 (5.1%)	2 か所 (1.3%)	2 か所 (1.3%)
30~39人	15 か所 (9.5%)	7 か所 (4.4%)	5 か所 (3.2%)
20~29人	26 か所 (16.5%)	19 か所 (12.0%)	11 か所 (7.0%)
10~19人	27 か所 (17.1%)	31 か所 (19.6%)	29 か所 (18.4%)
5~9人	18 か所 (11.4%)	24 か所 (15.2%)	12 か所 (7.6%)
1~4人	20 か所 (12.7%)	42 か所 (26.6%)	11 か所 (7.0%)
1未満	8 か所 (5.1%)	9 か所 (5.7%)	5 か所 (3.2%)
実績なし	12 か所 (7.6%)	12 か所 (7.6%)	72 か所 (45.6%)
合計	158 か所 (100%)	158 か所 (100%)	158 か所 (100%)

在宅患者が極めて少ない在支診が多い
(10人未満が全体の1/3)

診療所数(累積)と訪問診療患者数(累積)
の関係



20
累積診療所数(全体に占める割合)
対象データ:平成28年度 医科レセプトデータ (市町村国保・退職国保および後期高齢)

レセプト分析: 市町村間の流出入の状況

➤ 患者住所地と医療機関の関係性を分析してみると・・・

- ⇒ 各地域で、在宅医療を受けている患者がどの地域に所在する医療機関から訪問診療を受けているかが分かる。
- ⇒ 近隣の特定地域から多くの提供を受けている地域や、近隣の特定地域へ提供している地域などの状況が分かる。

★ 提供(受療)状況を踏まえた近隣地域との協働・連携体制の検討に向けた一指標に繋がられる。

➤ 郡市医師会管轄地を単位として分析

← 公表できる大きさの数を保ちながら、きめ細かな議論を可能にすることが目的

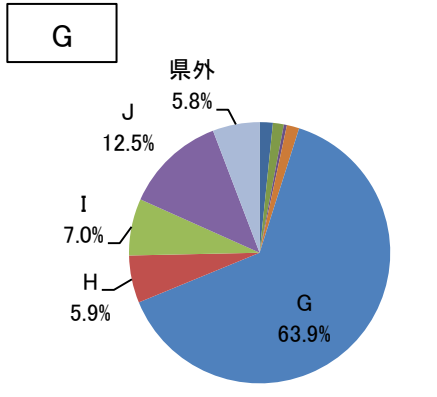
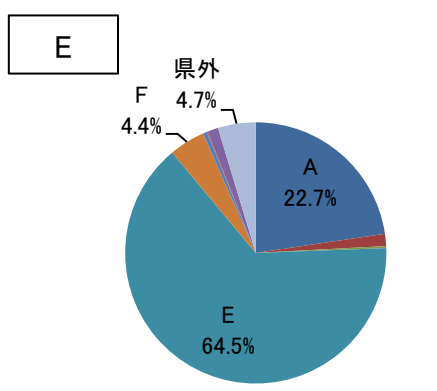
在宅医療を受ける患者と在宅医療を提供する医療機関(地域別集計)

※訪問診療を受けている患者数を月毎に集計し12月で除した数(往診のみの患者は除く)

医療機関所在地 患者住所地(保険者住所地)	奈良市	天理地区	桜井地区	宇陀地区	大和郡山市	生駒地区	大和高田市	橿原地区	御所市	北葛城地区	五條市	吉野郡	県外	合計	地域内居住患者への提供割合	県外からの提供割合
奈良市	1,995.9	25.4	■	■	91.0	21.9	■	■	■	■	■	■	228.8	2,358.0	84.6%	92.9%
天理地区	23.7	205.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11.3	271.5	75.6%	78.8%
桜井地区	17.1	■	307.0	16.5	■	■	■	14.3	■	20.8	■	■	39.8	432.3	71.0%	77.9%
宇陀地区	■	■	25.3	117.3	■	■	■	■	■	■	■	■	23.8	174.8	67.1%	77.3%
大和郡山市	90.5	■	■	■	257.8	17.8	■	■	■	■	■	■	18.7	399.3	64.6%	67.7%
生駒地区	137.1	■	■	■	58.2	518.4	■	■	■	65.5	■	■	210.7	994.3	52.1%	65.3%
大和高田市	■	■	■	■	■	■	169.6	15.6	18.7	33.2	■	■	15.4	265.3	63.9%	67.8%
橿原地区	28.8	■	79.0	■	■	■	13.0	224.3	12.1	18.4	■	■	30.8	411.1	54.6%	58.6%
御所市	■	■	■	■	■	■	■	■	60.3	15.6	■	■	■	93.7	64.3%	71.2%
北葛城地区	17.1	■	■	■	■	47.5	50.3	■	25.0	545.6	■	■	89.9	780.6	69.9%	78.0%
五條市	■	■	■	■	■	■	■	■	21.0	■	96.9	14.3	14.5	152.1	63.7%	70.1%
吉野郡	■	■	■	19.0	■	■	11.2	■	■	13.3	■	71.9	19.8	158.3	45.4%	51.2%
合計	2,325.0	253.5	439.8	156.8	420.3	625.3	262.7	273.6	142.2	734.0	105.9	8 or 9	71 or 72	6,491.2		

対象データ: 平成28年度 医科レセプトデータ (市町村国保・退職国保および後期高齢)

在宅患者訪問診療料を算定する患者数の医療機関所在地別割合



■ 分析・調査結果の活用状況 ～医療計画の策定以外の活用～

奈良県・市町村長サミット

各市町村を取り巻く課題について、**知事と市町村長**が行政課題の解決に向け意見交換する場として設置

- ・市町村毎の在宅医療提供状況を見える化して提示した。
 - 在宅医療が進んでいる地域、遅れている地域
 - 訪問看護ステーションと市町村との連携状況



地域医療構想調整会議

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うため、構想区域毎に設置

- ・在宅医療の提供状況として、各医療圏毎の提供患者数のトレンド、在宅医療の「自給率」、患者の受療状況を提示した



県医師会「地域包括ケア推進委員会」

地域包括ケアシステムに関する課題の検討と諸施策を実施するため県医師会に設置

- ・地区医師会ごとの在宅医療データ集を提示した

＜県医師会「地域包括ケア推進委員会」＞

○構成メンバー

県医師会担当役員及び各地区医師会の代表者

○具体的な協議内容

・在宅医療を実施する医師を増やすこと

に向けた取組

実地研修の実施

「在宅医療の会」研修会の実施

・地域における地域包括ケアシステム構築支援

・医療・介護の連携推進

・行政・関連団体との連携 など

成果と課題

レセプトを活用した「見える化」の成果

- 地域別・年次別などの詳細なデータによって、施策のPDCAが可能になった。
「県全体で10年後に1.5倍」と言っていた時には、誰もが具体的に考えようとしなかった。
より詳細な地域別の進捗状況が分かることで、具体的な対策が必要な地域が明確化された。

今後の課題

「レセプト分析」は 都道府県の手にも負えるか

分析の企画にあたって、診療報酬の項目の熟知が必要であるうえ、分析の作業量が大きい。都道府県が個々にプログラム開発すると財政的な負担が大きい。

→ 国による一元的な実施が望まれる

公表についても、事業所名や事業所数の公表に制約があることから、枠組みの整理が必要。
(例えば、病床機能報告制度のように、報告制度を設けたうえで※実質的にNDBの活用を図るなど)

「在宅医療」充実のための 効果的な介入策は？

課題がより明確になったが、実際の対策は依然として「手探り」の状況。

在宅医療の提供量を増やすために、県としてどのような政策の実施が可能か。また、効果があるか。

※ なお、レセプトを活用せずに、都道府県が診療所への詳細な全数調査を行うことは実質的に困難であることにも留意すべき。