

診療報酬および介護報酬を踏まえた
医療・介護連携の促進状況に関する調査研究
報告書

2019/3/29

みずほ情報総研株式会社

目次

1. 調査研究の背景と目的	1
1.1. 医療・介護連携促進の意義.....	1
1.2. これまでの医療・介護連携に関する調査研究の課題.....	1
1.3. 本調査研究の目的.....	2
2. 調査研究の枠組み	3
2.1. 実施項目.....	3
2.2. 医療・介護連携に係る報酬算定状況データに基づく分析.....	3
2.2.1 医療・介護連携に係る報酬算定状況データ.....	4
2.2.2 医療・介護に関する地域の指標.....	7
2.2.3 分析対象とする地域.....	11
2.3. アンケート調査.....	12
2.3.1 調査の目的.....	12
2.3.2 調査対象.....	12
2.3.3 調査項目.....	13
2.4. ヒアリング調査.....	14
2.4.1 調査の目的.....	14
2.4.2 調査対象.....	14
2.4.3 調査項目.....	14
2.5. 検討会.....	15
2.5.1 検討会の目的と開催状況.....	15
2.5.2 構成検討委員会.....	15
3. 医療・介護連携の現状に関するデータ分析	16
3.1. 医療・介護報酬における連携加算の算定状況.....	16
3.1.1 算定回数の概況.....	16
3.1.2 算定の推移.....	21
3.2. 医療・介護の連携に影響を与える地域性の検討.....	25
3.2.1 指標間の相関.....	25
3.2.2 地域の指標と報酬算定の関係.....	29
3.2.3 医療・介護連携に関する地域の類型.....	33
4. アンケート調査	35

4.1.	行政向けアンケート結果	35
4.1.1	回答状況と回答自治体のプロフィール	35
4.1.2	医療・介護連携推進策への取組	38
4.1.3	連携推進における課題	46
4.1.4	連携推進策の成果	52
4.2.	地域包括支援センター向けアンケート結果	61
4.2.1	回答状況	61
4.2.2	回答地域包括支援センターのプロフィール	62
4.2.3	医療・介護連携推進策に対する評価	64
4.2.4	連携できている職種	68
4.2.5	連携推進策の成果	68
4.2.6	連携推進策の成果	74
4.3.	医師会向けアンケート結果	77
4.3.1	回答状況	77
4.3.2	回答医師会のプロフィール	78
4.3.3	医師会の医療・介護連携推進施策への取組状況	79
5.	ヒアリング調査	84
5.1.	対象の選定	84
5.2.	ヒアリング項目	85
5.3.	ヒアリング結果	86
5.3.1	医療・介護連携の前提となる地域性	86
5.3.2	医療・介護連携報酬加算の算定状況について	87
5.3.3	職種間連携の実現状況	87
5.3.4	成果評価の指標のあり方	88
6.	まとめと考察	89
6.1.	医療介護・連携に関する報酬算定状況の分析	89
6.2.	データに基づく地域性分析の可能性	89
6.2.1	地域指標に基づく分析結果	89
6.2.2	今後分析対象とすることが考えられるデータ	90
6.3.	医療・介護連携推進状況把握のための指標	91
6.3.1	評価指標の必要性	91
6.3.2	成果指標把握の現状	91
6.3.3	成果指標としての自宅死率の可能性	91
6.3.4	住民意識の指標化	92

1. 調査研究の背景と目的

1.1. 医療・介護連携促進の意義

急速に高齢化が進みつつある我が国において、社会保障制度の安定的な運営のために、医療と介護が連携して、在宅における効果的で効率的なサービスを提供することが求められている。また、医療と介護の連携は、高齢者が本人の希望にそって在宅で安心して生活をするための基礎でもある。

こうした背景から、医療・介護の連携の促進は社会的に重要な課題となっており、これまでも表 1-1に示すようにさまざまな施策が実施されてきた。平成 27 年度以降は、在宅医療・介護連携事業として全国の市町村において、地域の医療・介護の関係機関と協力して連携を促進するための事業を実施することとされた。

表 1-1 医療・介護連携促進に関する施策の実施経緯

年度	事業名等	財源等
平成 23 年・24 年度	在宅医療連携拠点事業	在宅医療拠点事業委託費
平成 25 年度以降	在宅医療連携推進事業	地域医療再生臨時特定交付金
平成 27 年度以降	在宅医療・介護連携推進事業	介護保険法第 115 条の 45 に基づく地域支援事業の包括的支援事業

1.2. これまでの医療・介護連携に関する調査研究の課題

これまでも医療・介護連携の促進対策について調査研究が行われてきたが、その手法はヒアリングやケーススタディによるものが多数を占めている。

ヒアリングやケーススタディには一般的に以下のような課題がある。

- 主観的な評価などで記述されているものが多く、客観的に地域の前提や取組の違いを対比することができない。
- 地域やケースごとの調査項目が厳密に体系化されていないため、複数の調査結果の間や地域間をまたがって分析や結果の整理を行うことが難しい。

背景としての地理的環境、提供体制などが異なる地域において、医療・介護連携を効果的に行うための地域性に即した成功要因を合理的に考える資料として活かすには不十分な面があったと考えられる。

1.3. 本調査研究の目的

こうした既存の調査研究の状況を踏まえ、本調査研究においては、客観的に地域の医療・介護連携に関する背景、取組の状況、成果等を捉えるための手法を検討し、それに基づき医療・介護連携促進対策とその現状を捉えることを目指す。

実施にあたって以下の点について網羅的で客観的な地域状況把握を行う上での重要な基礎として、検討を行うこととする。

- 地域社会や介護現場の現状の課題や医療・介護の連携取組状況を客観的に捉えるための指標体系のあり方
- 客観的に捉えた地域性に基づく地域の医療・介護の前提の類型化

こうした枠組みを整理し、医療・介護連携に関する地域分析を行うことは、地域ごとの取組状況や成果の達成状況のポジションを捉えることを可能とし、地域の特性や状況に応じた対策の計画・実施・評価に活かせると考えられる。

2. 調査研究の枠組み

2.1. 実施項目

本調査研究では、まずデータを用いた分析を通じて、地域性把握に有効な指標の体系の検討、指標に基づく地域性分析の試行を行った後、アンケート調査、ヒアリング調査により、その成果の有効性を検討する手順をとった。

実施した研究項目を表 2-1に示す。

表 2-1 調査研究の流れ

研究項目	概要
医療・介護報酬の算定状況に基づく連携状況の分析	医療保険・介護保険の医療・介護連携に関する報酬算定状況を地域別・時系列に分析することとあわせて、地域の連携の背景として影響する可能性がある要因について、地域の医療、介護に関する統計、その他地理的なデータ、社会的なデータ等について入手可能なデータをあわせて分析する。
アンケートによる地域の調査・分析	医療・介護の連携に関する地域の実施状況、取組、成果等について客観的に捉える設問によるアンケート調査を実施し、結果を分析する。
ヒアリング調査	報酬算定に基づく、分析とアンケート調査分析結果を基に、地域性の異なる類型別に、医療・介護連携で成果を上げている地域、連携が進んでいる地域等を選定し、ヒアリング調査を行う。

2.2. 医療・介護連携に係る報酬算定状況データに基づく分析

本調査研究においては以下の2データに基づき、地域性を捉えることを試行した。

表 2-2 分析対象データ

データ	内容
医療・介護報酬算定状況	報酬算定状況からみた医療・介護連携の状況の地域差と時系列の変化を集計し、地域ごとの算定の特徴を捉える。
医療・介護に関する地域の指標	公表されている統計データから、地域ごとの医療・介護サービス提供の前提となる指標を収集し、地域の特徴の客観的な把握を試行する。

2.2.1 医療・介護連携に係る報酬算定状況データ

診療報酬、介護報酬には、医療・介護の連携に関わる加算があり、連携を促進する制度的な意味も持っている。本調査研究では、こうした連携に関わる加算の算定状況から定量的に地域における医療・介護の連携状況を捉えることを試行した。

(1) 対象データ

診療報酬及び介護報酬の点数表を基に算定条件、経年推移の分析可能性等の以下の前提条件を勘案し、対象とする報酬項目を選定した。

- 医療または介護の担当者あるいは場において、双方が参画することで医療・介護の連携を促進することを目的とした項目であること。
- 経年推移分析を行うため平成 24 年以降に新設された項目でないこと。

前提条件により、分析対象は入退院連携に関するものに絞られ、経年変化の比較が可能な期間である平成 24 年度から平成 29 年度までの算定状況を、NDB と介護 DB から抽出して分析を行うこととした。

また、医療・介護とも居住する地域単位に分析を行うため、対象者は地域保険である後期高齢者医療制度、介護保険制度の被保険者とし、対象年齢は後期高齢者医療制度に合わせ 75 歳以上とした。

表 2-3 分析対象とする診療報酬・介護報酬の項目

算定項目	医療・介護の別と、 主な変遷	概要
	点数/単位数	
入院時情報 連携加算	I : 200 単位/月 II : 100 単位/月	I : 入院後 7 日以内に医療機関を訪問し情報提供 II : 入院後 7 日以内に訪問以外の方法で情報提供
退院・退所 加算	1 回 300 単位 2 回 600 単位 3 回 900 単位	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービスを利用する場合において、医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上でケアプランを作成し、居宅サービス等利用に関する調整を行った場合に、入院・入所期間中につき 3 回を限度として算定する。 ・ 3 回を算定する場合は、うち 1 回について、入院中の担当医等との会議（診療報酬の退院時共同指導料の 2 注 3 に該当するカンファレンス）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。 ・ 退院後 7 日以内に情報を得た場合まで算定可能。 ・ 初回加算との同時算定不可。
介護支援連 携指導料	400 点 （入院中に 2 回） ※平成 28 年度改定 300 点→400 点に評 価	医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中に 2 回算定できる。

<p>退院時共同 指導料 2</p>	<p>400 点 注 3 (+2000 点) ※下記加算について、29 年度までは名称なし</p>	<p>注 1 入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p> <p>注 3 注 1 の場合において、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち 3 者以上と共同して行った場合に算定する。</p>
------------------------	--	--

2.2.2 医療・介護に関する地域の指標

(1) 医療・介護連携に関わる要因の関係モデル

介護を要する高齢者が居宅での生活継続を維持できるかには、本人の状態の他に、介護提供体制、地理・交通的環境、世帯員の状況、住居の状況など様々な要因が影響する。データに基づく医療・介護連携に関する地域性の分析を行うためには、連携状況や取組状況を捉えるだけでなく、地域性の背景、すなわちなぜそのような違いが発生しているかを明らかにすることが重要である。

客観的に地域の状況を捉えるための前提として、地域の医療・介護の連携に関する要因の関連性について以下のようなモデルを想定した。

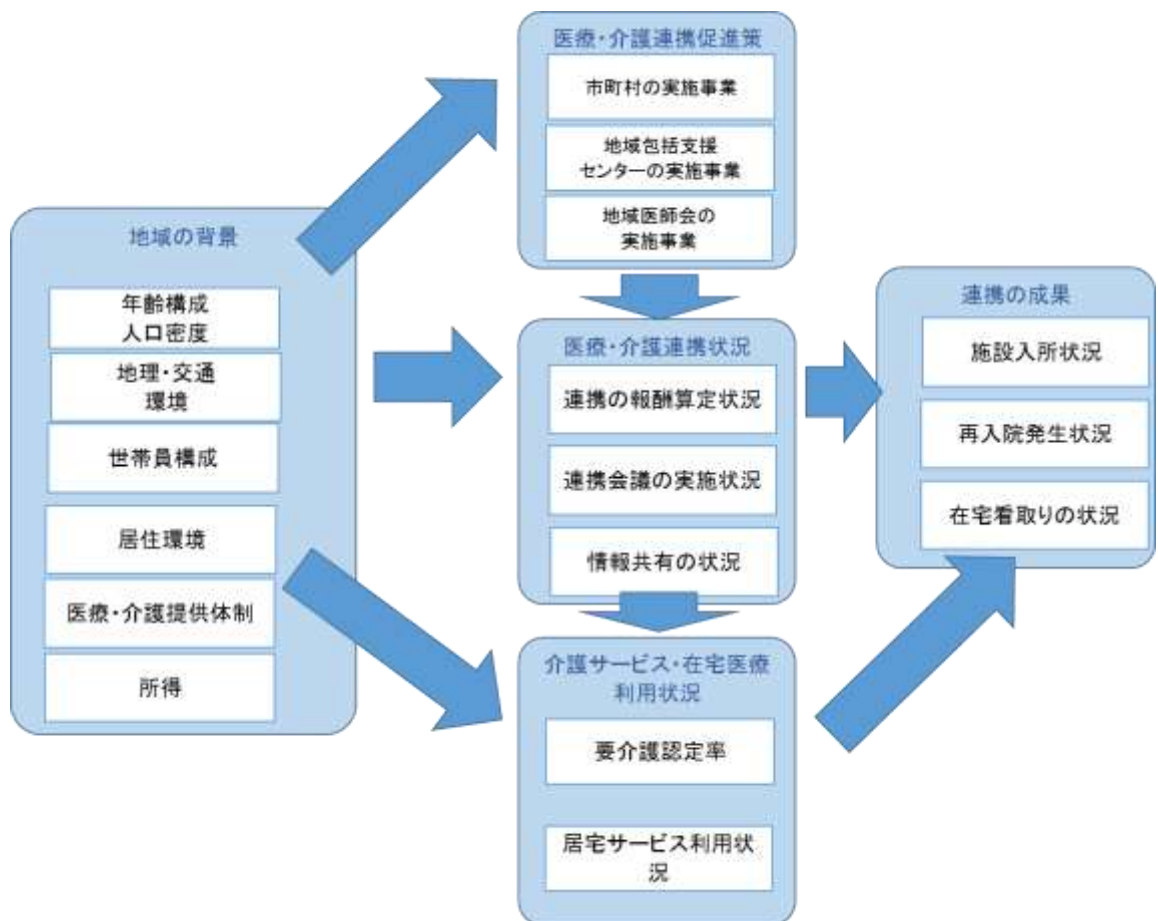


図 2-1 要因関連モデル

(2) 指標体系の検討

地域性分析を行うためには、関連性モデルで示す要因を可能な限り定量的に捉える指標体系を構築することが必要である。

モデルを基に、モデルを構成する領域ごとに地域の状況を表す指標について公表されている統計データから、収集し可能なものを洗い出した。検討にあたっては、調査の対象とする市の単位(分析の単位については後述)で、可能な限り網羅的に収集できることを基準とした。結果的には、医療・介護連携促進策、医療・介護連携状況、連携の成果については、収集可能な指標は少数であった。本調査研究では、アンケート調査を通じて補足的に把握することとした。

下表に本調査研究で収集し分析対象とした指標項目の一覧を示す。

表 2-4 収集指標項目一覧

大項目	中項目	小項目	使用データ	市単位 データ有無	
人口・高齢化率等	1号被保険者数		介護保険事業報告(平成28年度)	*1	
	人口密度		国勢調査		
	高齢化率	65歳以上人口割合	住基平成29年1月		
	後期高齢化率	75歳以上人口割合	住基平成29年1月		
	平均寿命	男性 女性 男女差	市区町村生命表(平成27年) 市区町村生命表(平成27年) 市区町村生命表(平成27年)		
介護保険給付の状況	要介護認定	全体	1号被保険者に対する認定者の率	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
		要支援	同要支援者の率	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
		軽度	同要介護1~3の認定者の率	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
		重度	同要介護4、5の認定者の率	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
	サービス利用量	全体	1号被保険者あたりの給付費	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
		施設	1号被保険者に対する施設サービス受給者数	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
		居宅	同居サービス受給者比率	介護保険事業報告(平成28年度)	*1
		訪問系 通所系	同訪問サービス受給者比率 同通所サービス受給者比率	介護保険事業報告(平成28年度) 介護保険事業報告(平成28年度)	*1 *1
介護・医療サービス提供体制等	介護施設定員	後期高齢者千人あたり介護施設定員 (大規模市については、施設種類別に収集)	在宅医療データ(平成26年)		
	訪問看護ステーション数	同訪問看護ステーション数	在宅医療データ(平成26年)		
	訪問看護ステーション看護職員数	同訪問看護ステーション看護職員数	在宅医療データ(平成26年)		
	訪問診療実施状況	同訪問診療実施回数(診療所、病院の合計)	在宅医療データ(平成26年)		
地理・交通	主要交通機関までの距離	駅まで1km以内の住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
		最寄り駅がなく、バス停から500mを越えて離れている住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
	医療機関までの距離	最寄り医療機関が500m以内にある住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
		最寄り医療機関が1000メートル以内でない住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
	公民館までの距離	公民館が500m以内にある住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
		公民館が1000メートル以内でない住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
デイサービスまでの距離	最寄りデイサービスが500m以内にある住居比率	住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2		
世帯	世帯あたり人数		住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
	高齢者独居世帯の比率		住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
住居	戸建て住宅の比率		住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
	居室あたり世帯員数		住宅・土地統計調査(平成25年度)	*2	
医療・介護連携の状況	連携の報酬算定状況	後期高齢者あたり算定回数 算定回数の伸び率	NDB・介護DBから抽出 NDB・介護DBから抽出		
連携の成果	施設死の率	老人ホームでの死亡の割合	在宅医療データ(平成26年)		
	自宅死の率	自宅での死亡の割合	在宅医療データ(平成26年)		

*1: 介護保険者単位のため広域連合内の市のデータは含まない。

*2: 人口1万5千人未満の市のデータは含まない。

(3) 連携の成果指標（アウトカム指標）

モデルにおける「連携の成果」（医療・介護連携のアウトカム）に関する指標は、被説明変数として分析することがデータアプローチの最終的目標であり、統計的に医療介護連携の成果を評価する際や、施策の成功要因を分析する際に重要な意味を持つ。

アウトカム評価の対象としては以下のようなものが想定される。

- ・患者・家族の在宅療養生活の満足度
- ・高齢者本人の在宅生活における QOL
- ・在宅死亡率の上昇（不慮のものを除く）
- ・再入院率の低下
- ・在宅生活期間の延長
- ・家族のケアに係る負担
- ・在宅療養率

しかし、定量的、全国一律のデータ項目は現段階では非常に限定されている。

本調査研究では、試行的に在宅医療データとして公表されている自宅死の率を指標項目に加えた。

(4) 指標として整備が望ましい項目

検討会を通じて、次表のような項目を指標として用いることについて提案があったが、調査研究期間の制限や、調査対象とする市単位での指標化が困難等の理由により、一部を指標項目として追加した他は今後指標として整備すべき項目として整理するにとどめることとした。

表 2-5 今後活用が想定される指標

情報源	概要	利用機会	活用における課題
病床機能報告	病棟単位の機能、体制、実施医療内容、報酬算定の回数。	介護連携の加算算定状況把握。 地域の医療提供体制等を捉える指標としての利用も考えられる。	医療機関所在地ベース。 平成 29 年度版については未報告、未集計が多く、地域間比較を捉える指標としては現状では使用が難しい。(例: 横浜市の介護連携加算算定医療機関数は 1 か所のみ) 本調査研究では、ヒアリングの際の地域の医療機関の体制の把握に活用。
SCR	医療機関の所在地の市町村別診療報酬の項目別算定状況。 総務省が NDB から作成し公表。	介護連携の加算算定状況把握。 在宅での療養に関連する医療の提供状況を捉える指標としての利用も考えられる。	医療機関所在地ベース。
保険者機能評価の交付金評価項目	介護保険者の交付金算定において評価される項目として介護保険者から国に報告する。 医療・介護連携に関する評価項目が含まれる。	市町村の取組状況把握への活用が考えられる。	全国的に一律に公表されていない。 利用可能性について調整が必要。
在宅医療にかかる地域別データ集	在宅医療に関する地域別の実施体制、実績に関するデータを取りまとめたもの。	在宅医療実施体制等の指標を追加することが考えられる。	後期高齢者あたり訪問診療実施回数、自宅死の率等を既に指標として掲載。 介護施設の 3 区分の後期高齢者あたり病床数(定員)を分析指標に追加。

2.2.3 分析対象とする地域

地域性の分析を行う上で、対象とする地域の単位をどのように設定するかによって、利用可能な指標や、調査の手法、期待される調査研究の成果も異なる。本調査研究では、下表に示すような地域単位での分析が想定された。

表 2-6 分析対象地域の区分の選択肢

地域	長所	短所
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政の最小単位であり、地域内でサービス提供・体制が均質 ・ 介護の評価として合理的 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 数が多い。 ・ 医療を管轄していない。
二次医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域数が分析対象として適当（300カ所強） ・ 地域比較もある程度可 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数市町村が混在し、サービス供給体制が一様ではない。 ・ 介護を見る観点から、合理性がない。
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域数が少なく分析負担が少ない ・ 医療に関して、計画策定等行う主体 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異なる背景の地域が含まれ地域間比較としては大きくりとなる。

介護分野に関する分析対象としての妥当性、情報収集と分析の技術的な実現性等を勘案し、本調査研究では市町村のうち、市を対象として調査分析を行うこととした。また、市は人口規模に大きな開きがあることから、分析にあたっては、大規模（中核市規模、人口 20 万人以上）、中規模市（人口 5 万人以上 20 万人未満）、小規模市（人口 5 万人未満）で区分して分析を行うこととした。

2.3. アンケート調査

2.3.1 調査の目的

本調査研究ではレセプトデータ、公表統計を活用して、客観的なデータに基づく地域差分分析を行うことを目指すが、全市で統計からデータとして捉えられる項目は限られている。

アンケート調査では、要因のモデルの中の、定量的なデータの収集が困難な「医療・介護連携推進策」、「医療介護連携状況」、「医療介護連携の成果」に関する項目についての情報収集を行うこととあわせて、地域性の背景、地域ごとの課題や取組における具体的な工夫などの定性的な情報を収集した。

2.3.2 調査対象

医療・介護の連携状況の分析結果に基づき、類型化した地域性、大・中・小の市の規模を網羅し、連携の実施状況や、変化のトレンドが異なるごとに200市を選定し調査対象とした。

アンケート調査は、各市における医療・介護連携の推進を担当する部署の他、医療機関の職域を代表する立場として地域の医師会、他職種連携の推進の役割を担う地域包括支援センターに対して実施した。

(1) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、一つの市に対し複数存在し、運営主体も行政直営の他、社会福祉法人、医療法人など委託先はさまざまである。地域包括支援センターごとに担当地域の課題や取組が異なることが想定されるが、本調査研究は、市を調査対象の単位としており、調査対象市の全ての地域包括支援センターに対してアンケート調査を行うことは困難であったため、下表の基準により調査対象市ごとに1つの地域包括支援センターの選定を依頼し、調査対象とした。

表 2-7 地域支援センターの選定基準

委託パターン	基準
全て直営の場合	規模の最も大きい地域包括支援センター
委託を行っている場合	委託先で規模の最も大きい地域包括支援センター

(2) 地域の医師会

地域の医師会組織としては都道府県ごとの医師会がある他、郡市区等医師会から構成されているが、郡市区等医師会は、対象とする地域が自治体ごととはなっておらず、1つの市で

1つの医師会がある場合、1つの市で複数の医師会がある場合¹、複数の市や町にまたがる医師会がある場合がある。市に複数の医師会がある場合は全ての医師会に、複数の市や町にまたがる医師会については、調査対象市ごとに担当する医師会に調査票を送付した。このため、担当地域に複数アンケート調査対象市がある場合は、複数の調査票を送付するケースがあった。

2.3.3 調査項目

調査対象ごとの調査項目の概要を下表に示す。

表 2-8 アンケート調査項目の概要

調査対象	項目	概要
市（行政）	医療介護連携推進策の取組状況	事業ごとの取組の有無 効果を高めるための取組 事業開始年度 等
	実施上の課題	事業ごとの実施上の課題
	在宅療養を可能とする前提の現状	在宅での療養に関わる指標 ・状況の変化に対してタイムリーに主治医等に連絡を取れるか など
	在宅療養を可能とするための取組	医療機関の連携に関する取組 など
地域包括支援センター	連携に関する現場の状況	関係機関の連絡先がタイムリーに把握できるかなど
	医療介護連携推進策に対する評価	事業ごとに効果があがっているか
	在宅療養を可能とする前提の現状	在宅での療養に関わる指標 ・状況の変化に対してタイムリーに主治医等に連絡を取れるか など
	在宅療養を可能とするための取組	医療機関の連携に関する取組 など
医師会	医療介護連携推進策の取組状況	医師会としての参画状況
	在宅療養を可能とするための取組	医療機関の連携に関する取組 など

¹ 政令指定都市で複数の医師会がある場合、市町村合併後も旧市町村地域ごとの組織が存続している場合などがある。

2.4. ヒアリング調査

2.4.1 調査の目的

データの分析から得られた医療・介護連携の前提となる地域性を踏まえ地域の実情、地域性の仮説の検証を行うこと、アンケートから得られた地域ごとの取組状況を踏まえ、課題と成功要因を具体的に捉えることを目的としてヒアリング調査を行った。

2.4.2 調査対象

対象市についてはデータの分析結果とアンケート調査の結果に基づき、規模、地域類型を網羅するよう 20 市を選定した。

2.4.3 調査項目

データ分析の結果から想定された医療・介護連携の前提となる地域の類型、アンケート結果に基づく検討会で提示された確認すべき点などを基に、以下の調査項目を設定した。

表 2-9 ヒアリング調査項目の概要

項目	ヒアリングの視点
医療・介護連携に関する地域の背景	収集した地域データに対する補足 データ分析に基づく当該市の地域類型が実態とあっているか
医療・介護連携促進策の実施状況と課題	アンケート結果から得られた医療・介護連携促進策実施状況について、成功要因、課題の補足
報酬算定と連携の実態	報酬算定から捉えた連携が実態とあっているか
連携の成果指標について	連携の成果を捉えるために有効な指標としてどのようなものがあるか

2.5. 検討会

2.5.1 検討会の目的と開催状況

本調査研究における、調査の視点、分析の手法、結果の評価ととりまとめについての検討を行うため、有識者による検討会を設置し2回検討会を開催した。

検討会の各回において提示した資料と、主要な検討の論点を下表に示す。

表 2-10 検討会の提示資料と論点

回	提示資料	論点
1	<ul style="list-style-type: none"> ● 連携に関する加算算定状況集計結果 ● 加算算定集計・地域の情報に基づく地域の類型化 ● アンケート項目案 ● アンケート実施計画素案（対象者・実施方法等） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 報酬算定からみた連携の状況について、地域差の要因、背景に関する仮説 ● 連携の実態、質的な内容の把握、連携の成果の達成状況を捉えるための設問内容の検討
2	<ul style="list-style-type: none"> ● アンケート集計結果 ● アンケート結果を合わせた地域の類型化 ● ヒアリング対象選定の視点（案） 	<ul style="list-style-type: none"> ● アンケート結果の評価 ● ヒアリング対象地域とヒアリング項目の検討

2.5.2 構成検討委員会

検討会委員構成を表 2-11に示す。

表 2-11 検討委員の構成

名称（敬称略）	所属・役職等
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 教授
大江 浩※	富山県新川厚生センター 所長
川越 正平	あおぞら診療所 院長
田宮 菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授

※：座長

3. 医療・介護連携の現状に関するデータ分析

3.1. 医療・介護報酬における連携加算の算定状況

3.1.1 算定回数の概況

対象とした報酬は算定条件が異なる項目が含まれ、介護に関しては条件を満たせば、複数回算定できる報酬がある。このため、医療側、介護側の回数を単純に比較することは意味がない。本調査研究では、医療・介護連携に関する報酬算定の全体観を捉えるため、医療、介護報酬ごとに、全ての算定回数を足し上げ、人口規模によらない比較可能な指標とするため、後期高齢者数あたりの年間算定回数を求めた。

対象市の算定回数は、平成 29 年度において、医療で 0.5 回から 100 回以上まで、介護では 1 回から 100 回以上までと、市により大きくばらつきがあった。下図にそれぞれの算定回数別の分布を示す。

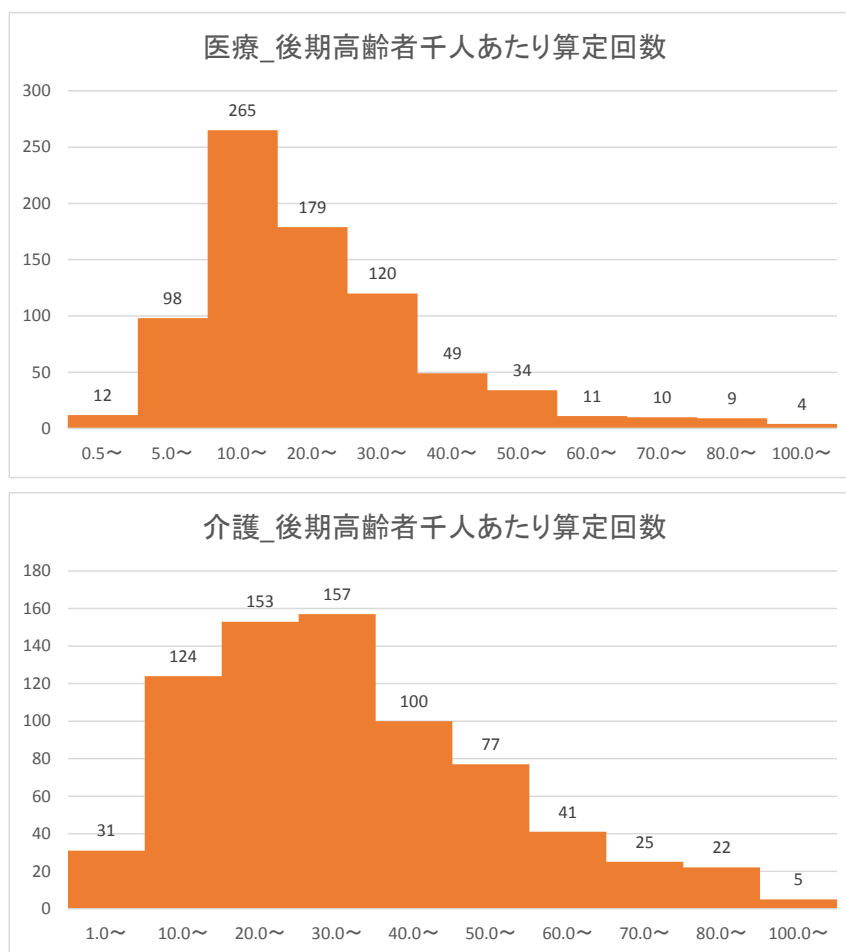
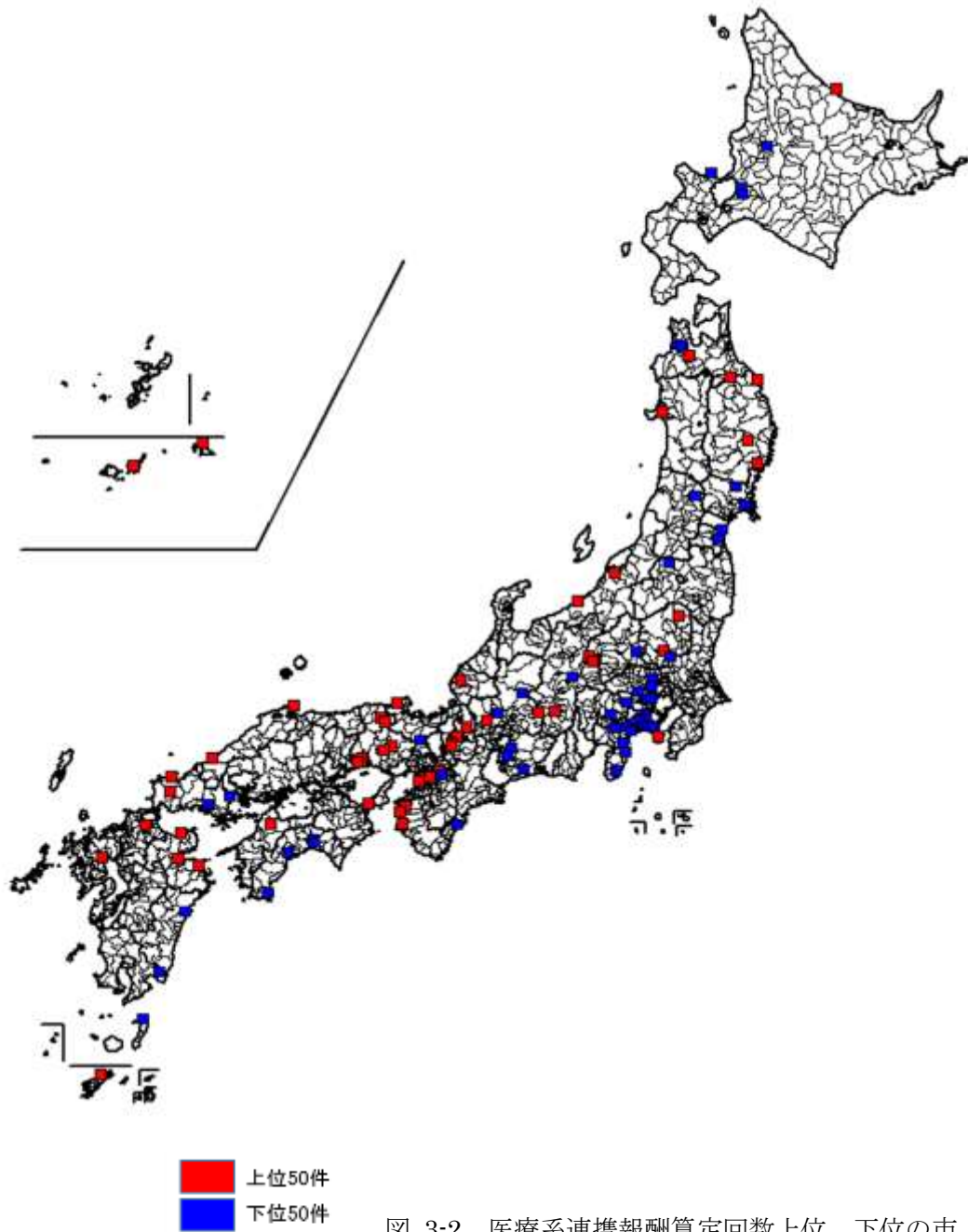


図 3-1 医療、介護の連携に関する算定回数（後期高齢者千人あたり）の分布

算定回数の多い市と少ない市（上位・下位それぞれ 50 市）を地図上に表したものを下図に示す。医療側、介護側ともに算定の多い市は近畿圏に集中し、低い市は首都圏近くに集中している。



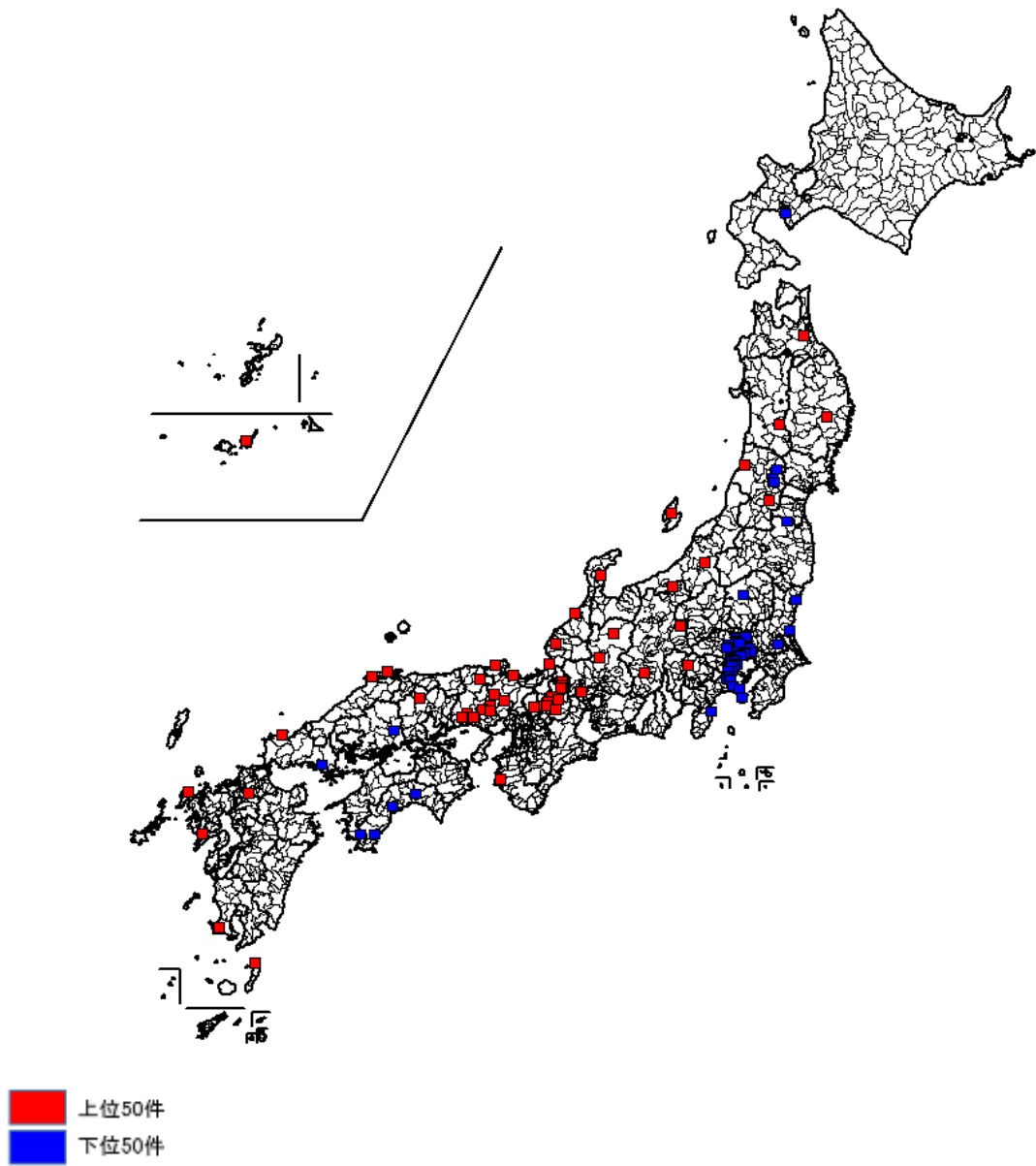


図 3-3 介護系連携報酬算定回数上位、下位の市

医療と介護の算定回数関係を人口規模別に散布図にして下図に示す。
大規模市では相関が強く、規模が小さいほど相関が弱くなる。

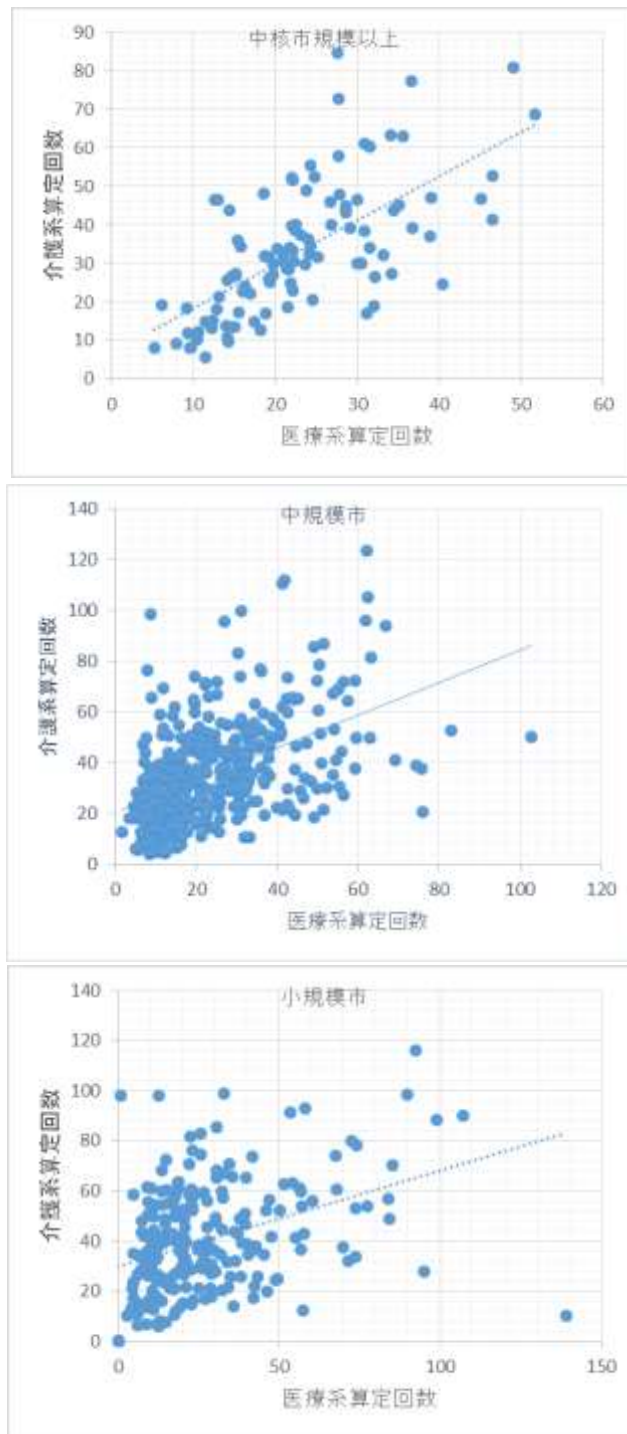


図 3-4 医療・介護の算定回数の相関

相関が比較的明確な大規模市について、医療介護の算定回数の中央値を境に算定の高低で分けて4象限に分類し、各象限ごとに色分けして地図上に表したものを下図に示す。

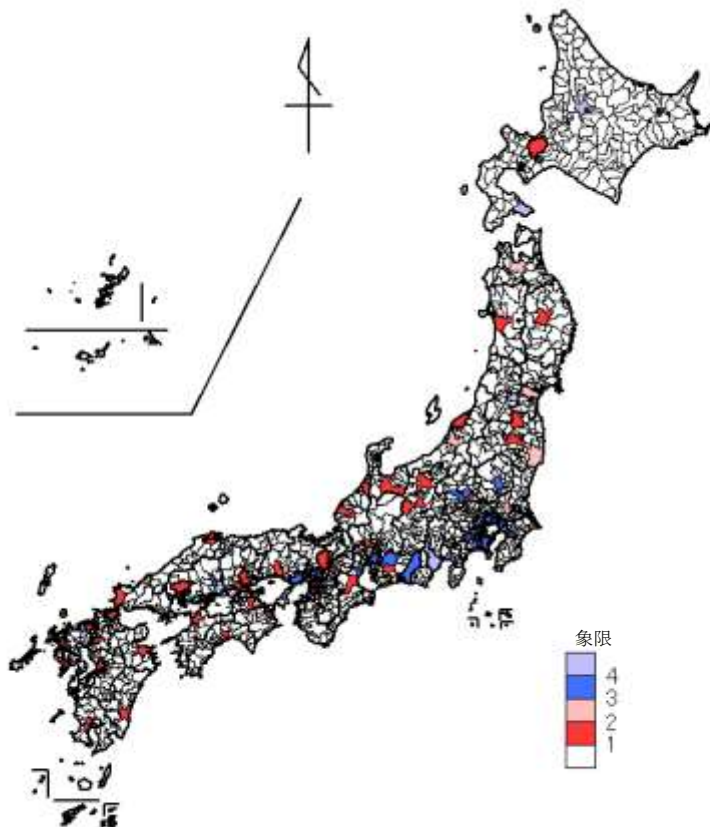
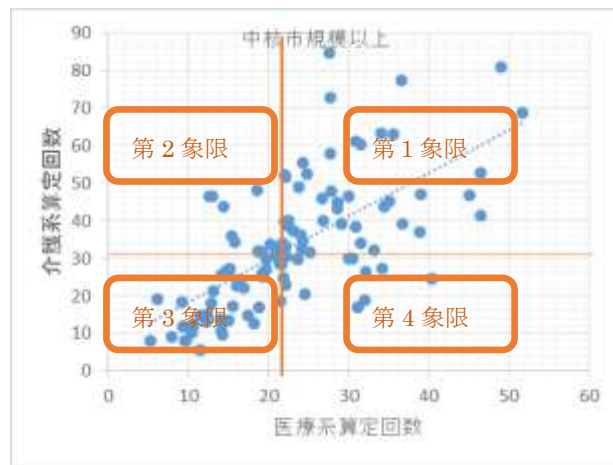


図 3-5 大規模市の算定状況 4 象限別の地理的分布

第1象限（医療も介護ともに高い）は全国的に分布しているが、第3象限（医療も介護も低い）は主に首都圏に集中している。

3.1.2 算定の推移

平成 24 年度から平成 29 年度における医療・介護の報酬算定回数の推移を下図に示す。

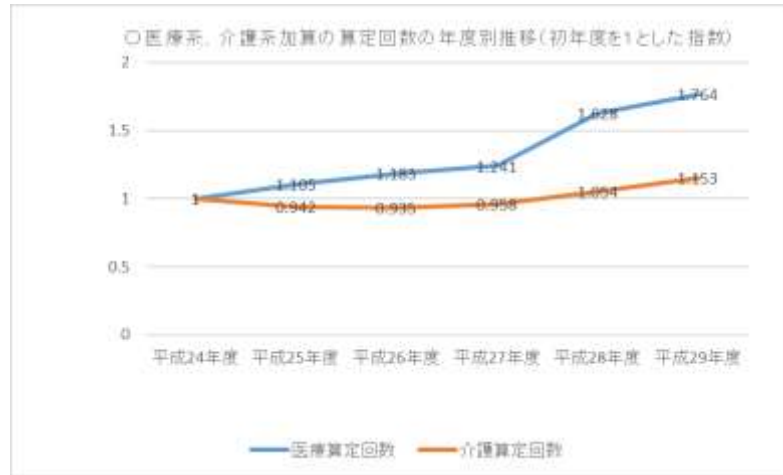


図 3-6 医療系・介護系の加算の算定回数の推移

医療側は平成 24 年度から平成 29 年度にかけて 1.76 倍に増え、継続的に増加傾向にあるが特に平成 27 年度から平成 28 年度にかけて大きな伸びを示している。一方介護側は平成 27 年度まではほとんど伸びがなく、平成 28 年度から徐々に増加傾向に転じている。

これを算定項目別に見たものが下図である。

介護側の加算については退院・退所加算の算定が平成 27 年度にかけて減少しており、この間の入院時情報連携加算が継続的に伸びているにも関わらず、その伸びを相殺する形になっていることが分かる。



図 3-7 算定項目別の推移

対象市ごとの平成 24 年度から平成 29 年度の算定回数の伸び率別の分布を下図に示す。
おおむね上昇傾向にあるが、算定回数が減っている市も見られる。特に介護報酬については、期間中の平均伸び率が 1 に満たない市が 4 分の 1 程度含まれる。

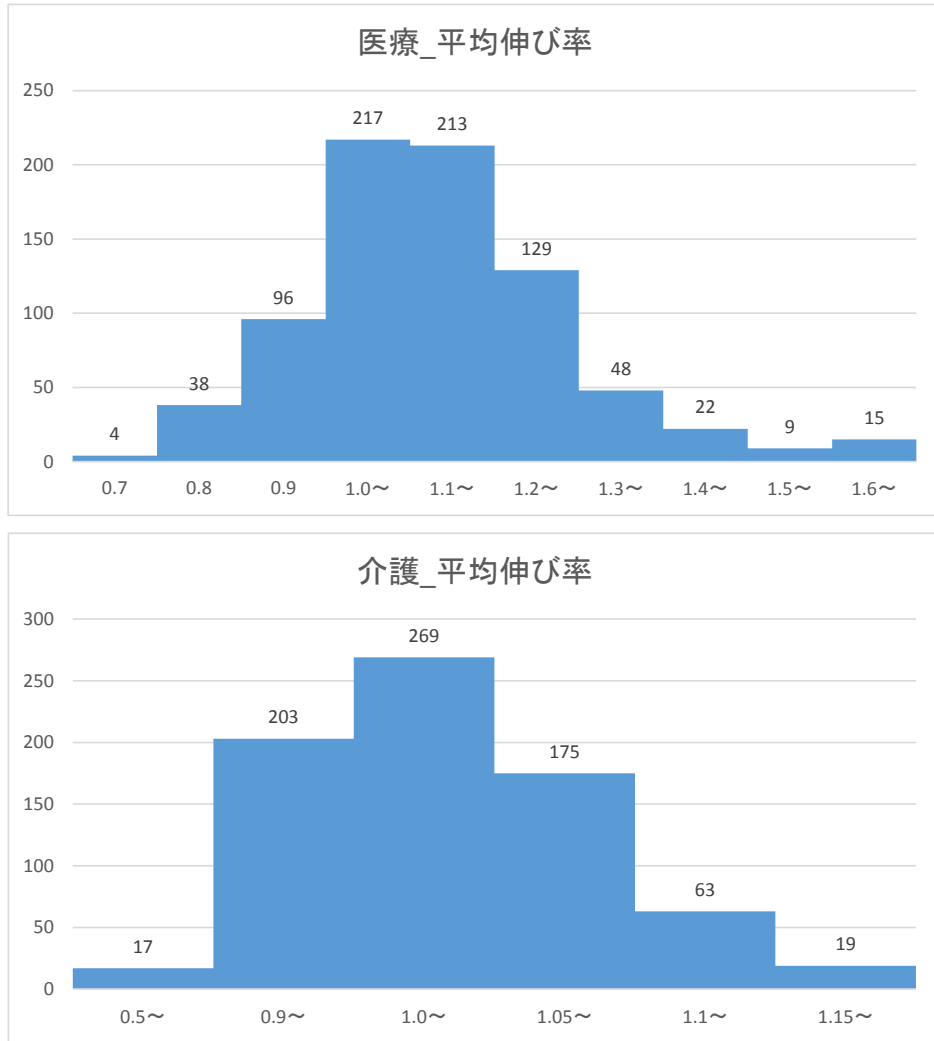
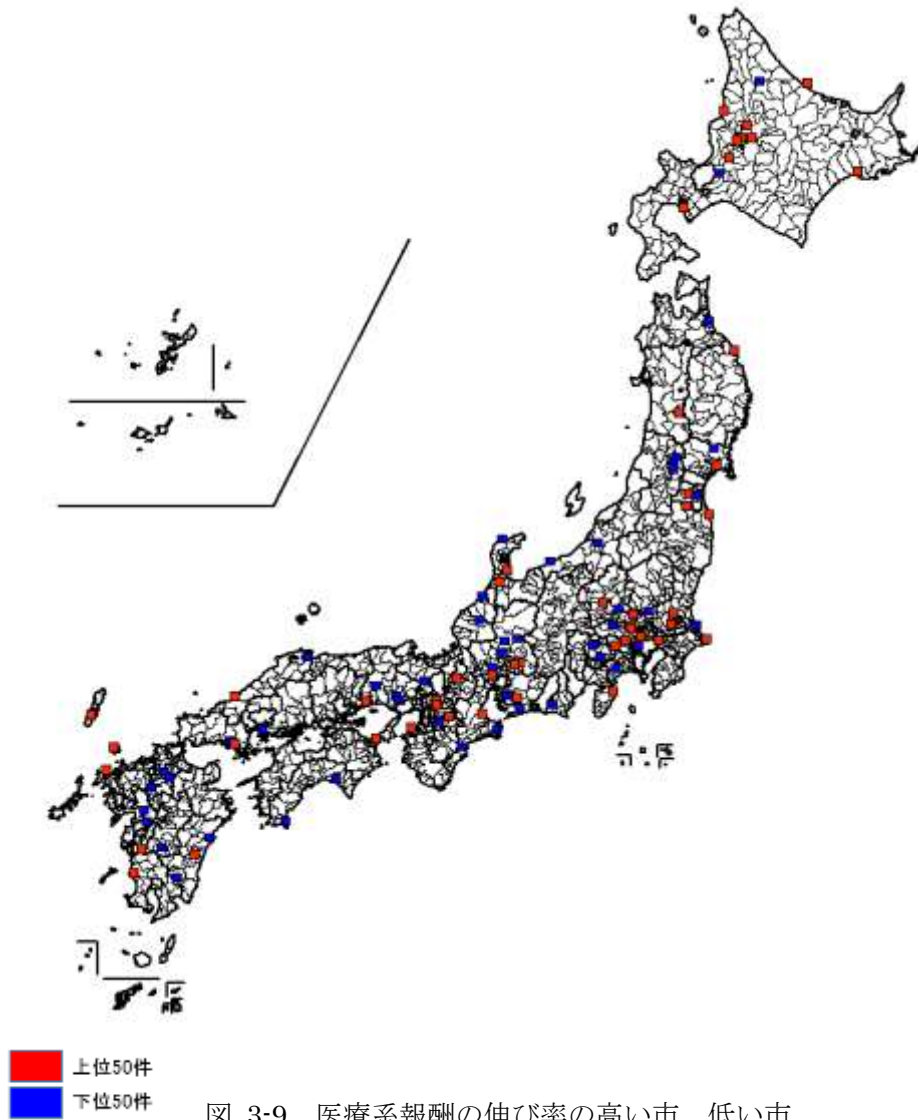
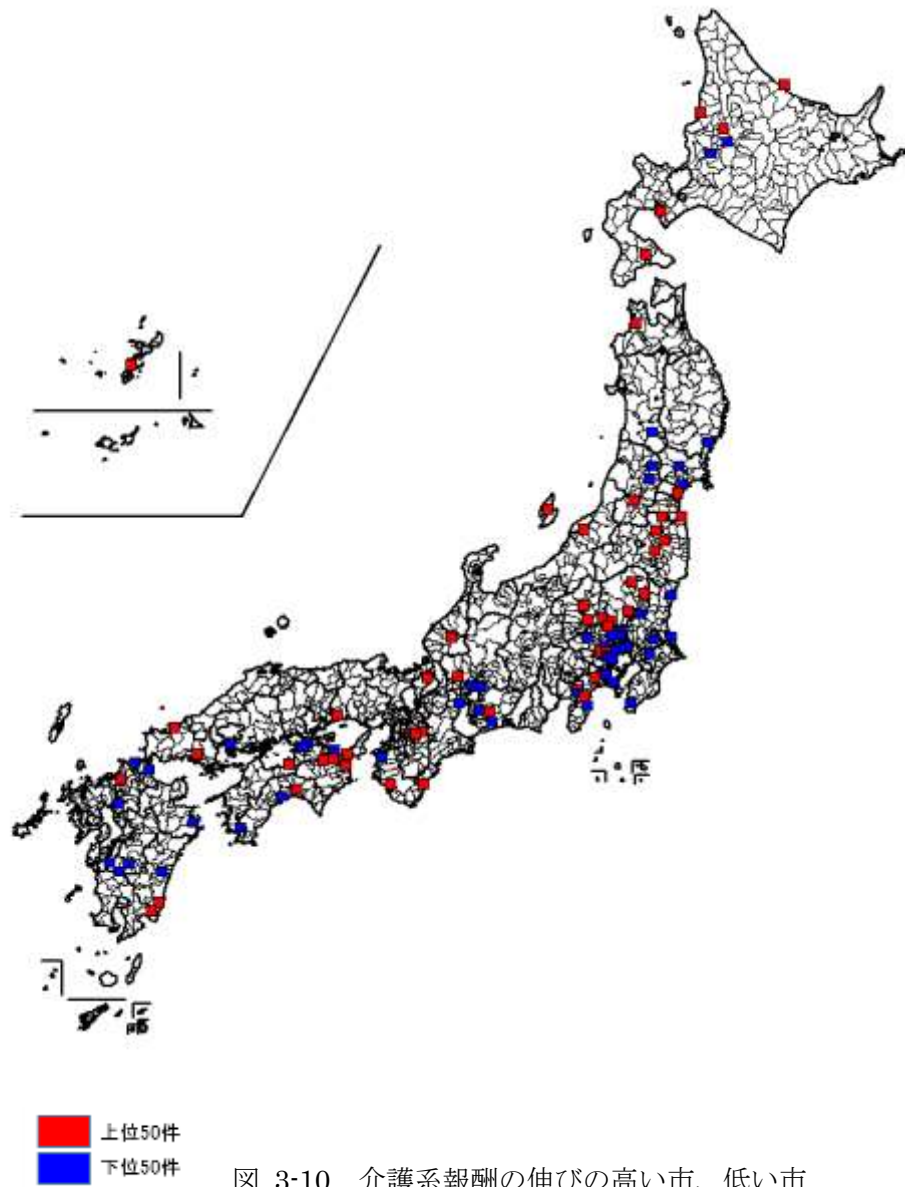


図 3-8 医療・介護連携報酬平均伸び率別の市の数

算定の増加率の高い地域、低い地域を地図上に表して下図に示す。

医療側の伸びの高い市、低い市は全国にほぼ一様に分布しているのに対し、介護側の伸びは低い地域が首都圏周辺に、高い地域は関東北部から東北南部に帯状に分布している。





3.2. 医療・介護の連携に影響を与える地域性の検討

3.2.1 指標間の相関

市単位で収集した指標について、相関行列を求めたものを全体と、市の規模別に以下に示す。

全体に指標間の相関は大規模市で強く、小規模になるほど弱い傾向がみられる。小規模市は収集したデータ項目から説明できない個別の要因の影響が大きく影響することによるものと考えられる。

相関が比較的強い大規模市で目立った点としては、以下のような点があげられる（番号は表 3-1 中の番号に対応）。

- ①男女の平均寿命の差が大きいほど、要介護認定率、後期高齢者あたり介護サービス利用量が大きくなる傾向がある(ただし小規模市の相関は弱い)
- ②在宅死の率は訪問診療の実施回数とはあまり相関がなく、介護の訪問看護利用率と弱い相関がある。
- ③大規模市では介護施設定員と施設入所率に強い相関があるが、中規模、小規模市では相関は弱くなる。
- ④大規模市では在宅死の率と最寄駅まで1km 以内の住宅の率、納税者あたり所得に中程度の正の相関がある。
- ⑤居宅介護サービスの利用率、とりわけ訪問介護の利用率は、世帯あたり人員が多い地域ほど低く、高齢者独居世帯が多い地域ほど高い。

3.2.2 地域の指標と報酬算定の関係

(1) 指標間の相関

市単位で収集した指標と医療・介護連携加算算定状況の相関を市の規模別に表にして以下に示す。

大規模市では医療と介護の算定回数に正の相関があり、後期高齢化率、要介護認定率や1号被保険者あたり介護サービス利用量と正の相関があるが、中小規模市では相関は弱い。

小規模市では介護系の算定回数と介護保険の訪問看護利用率に中程度の正の相関がある。

表 3-4 報酬算定状況と地域指標の相関

指標	大規模市		中規模市		小規模市	
	医療算定回数合計	介護算定回数合計	医療算定回数合計	介護算定回数合計	医療算定回数合計	介護算定回数合計
高齢化率	0.3741	0.2537	0.1612	0.1790	-0.0680	-0.0939
後期高齢化率	0.4383	0.3380	0.2136	0.2603	-0.0857	-0.0386
男_平均寿命	-0.1109	-0.1164	-0.0698	-0.0148	-0.0472	0.1000
女_平均寿命	0.1688	0.1621	0.0206	0.1644	0.0146	0.2006
平均寿命男女差	0.3912	0.3925	0.1146	0.1849	0.0781	0.0757
要介護認定率_全体	0.5785	0.5843	0.3045	0.3702	0.1175	0.1223
要支援認定率	0.3755	0.3353	0.1259	0.0339	0.1123	-0.0354
要介護認定率_軽度	0.5425	0.5700	0.2860	0.4486	0.0477	0.1671
要介護認定率_重度	0.4063	0.4786	0.2956	0.3808	0.0876	0.2065
サービス利用量_全体(単位)	0.6098	0.6469	0.3543	0.4919	0.1157	0.2854
サービス利用量_居宅介護(単位)	0.4104	0.4804	0.3232	0.3710	0.2490	0.3328
サービス利用量_訪問介護(単位)	-0.0135	0.1761	0.1830	0.1222	0.1787	0.2013
サービス利用量_通所介護(単位)	0.4613	0.4533	0.2721	0.3625	0.1013	0.2330
サービス利用量_短期入所(単位)	0.3681	0.2485	0.2108	0.3618	0.1182	0.2119
サービス利用量_特定施設(単位)	-0.1635	-0.3372	-0.1942	-0.3466	0.0709	-0.1948
サービス利用率_施設	0.3642	0.3113	0.2081	0.2876	-0.0223	0.0618
サービス利用率_居宅	0.4458	0.5371	0.3373	0.4041	0.2407	0.3402
サービス利用率_訪問介護	0.2552	0.3206	0.1793	0.1312	0.1213	0.0509
サービス利用率_訪問看護	-0.1016	0.1963	0.1027	0.2439	0.2086	0.3955
訪問診療実施状況_全体(回)	-0.0398	-0.0180	-0.0087	-0.0807	0.0120	-0.0174
後期高齢者千人あたり介護保険施設定員(人)	0.3150	0.2522	0.0547	0.0740	-0.0738	0.0040
後期高齢者千人あたり訪問看護ステーション数(人)	0.1357	0.4088	0.1195	0.1656	0.1555	0.2075
後期高齢者千人あたり訪問看護ST看護職員(人)	0.1987	0.4503	0.1467	0.3069	0.1921	0.2731
駅まで1km未満の居住比率	-0.1425	-0.1614	-0.1048	-0.2548	-0.0536	-0.1046
バス停から500m以上離れている居住比率	0.1987	0.2189	0.1375	0.2327	-0.1240	-0.0554
医療機関までの距離_500m未満	-0.0280	-0.0271	-0.1495	-0.2729	0.0893	-0.0310
医療機関までの距離_1000m以上	0.0657	0.1297	0.1793	0.2941	-0.0509	0.0687
公民館までの距離_500m未満	-0.0588	-0.0512	0.0152	0.0094	0.0855	0.1482
公民館までの距離_1000m以上	0.0560	0.0121	0.0146	0.0273	-0.0931	-0.0825
デイサービスまでの距離_500m未満	-0.0944	-0.0718	-0.1202	-0.1852	0.1688	0.0287
世帯あたり人数(人)	-0.0250	0.0696	0.1541	0.2855	0.0486	0.1548
高齢者独居世帯の比率	0.3351	0.1727	0.1042	0.0502	-0.0704	-0.0616
戸建て住宅の比率	0.1874	0.2302	0.1985	0.3306	-0.0502	0.0850
老人ホーム死の割合	-0.0455	0.0107	0.0912	0.0965	0.0451	0.0475
自宅死の割合	-0.3754	-0.2699	-0.0321	-0.0092	0.0843	0.0837
納税義務者あたり所得(千円/人)	-0.4433	-0.4218	-0.2164	-0.3545	0.0271	-0.0180
医療算定回数合計	1.0000	0.6613	1.0000	0.4941	1.0000	0.3461
介護算定回数合計	0.6613	1.0000	0.4941	1.0000	0.3461	1.0000

(2) 収集指標による重回帰分析²

(i) 医療系の報酬算定状況

連携報酬算定状況、自宅死率を被説明変数として、重回帰分析を行った結果を以下に示す。

大規模市を対象とした分析結果では、後期高齢者千人あたりの訪問看護ステーション職員数の回帰係数は正の値をとっているのに対し、介護保険の訪問看護利用率の回帰係数は負の値をとっている（表 3-4に見られるように 2 変数の相関係数も負の値をとっている）。入院連携の加算は退院時点の連携に対して評価されるものであり、その後の在宅での訪問看護利用状況と結びついているのか等について検証が必要と考えられる。

重相関係数		決定係数	
R	修正R	R2乗	修正R2乗
0.7326	0.7066	0.5367	0.4992

回帰式に含まれる変数(偏回帰係数・信頼区間等)				偏回帰係数の95%信頼区間		偏回帰係数の有意性の検定			*
変数	偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	下限値	上限値	F 値	t 値	P 値	**
高齢化率	293.9104	109.5847	0.8143	76.4705	511.3503	7.1933	2.6820	0.0086	**
後期高齢化率	-447.4479	194.0708	-0.7794	-832.5265	-62.3692	5.3157	-2.3056	0.0232	*
要介護認定率_全体	238.1604	64.0415	0.6077	111.0883	365.2325	13.8298	3.7188	P < 0.001	**
サービス利用率_施設	348.3377	217.9889	0.1457	-84.1996	780.8750	2.5535	1.5980	0.1132	
サービス利用率_居宅	107.1159	43.4673	0.5770	20.8675	193.3644	6.0727	2.4643	0.0155	*
サービス利用率_訪問介護	-376.2444	109.3425	-0.6070	-593.2037	-159.2851	11.8403	-3.4410	P < 0.001	**
サービス利用率_訪問看護	-733.4442	212.7046	-0.3199	-1155.4963	-311.3922	11.8900	-3.4482	P < 0.001	**
後期高齢者千人あたり訪問看護ST看護職員(人)	2.4262	1.2771	0.1723	-0.1078	4.9602	3.6092	1.8998	0.0604	
定数項	-64.3746	13.9858		-92.1255	-36.6237	21.1862	-4.6029	P < 0.001	**

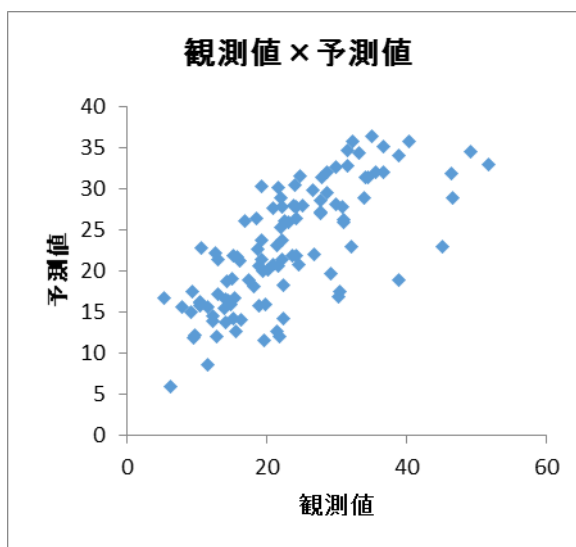


図 3-11 医療系報酬算定を被説明変数とした重回帰分析

² 変数選択方式は高齢化率、後期高齢化率は固定し、その他は増減法による。

(ii) 介護系の報酬算定状況

医療系と共通の変数（高齢化率、後期高齢化率、要介護認定率、介護保険の訪問看護利用率、後期高齢者千人当たり訪問看護ステーション看護職員数）の係数の符号は医療系報酬の場合と同じ結果となった。

重相関係数		決定係数	
R	修正R	R2乗	修正R2乗
0.7575	0.7376	0.5739	0.5440

回帰式に含まれる変数(偏回帰係数・信頼区間等)				偏回帰係数の95%信頼区間		偏回帰係数の有意性の検定			*
変数	偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	下限値	上限値	F 値	t 値	P 値	**
高齢化率	268.4276	158.6895	0.4301	-46.4077	583.2630	2.8613	1.6915	0.0939	
後期高齢化率	-111.7014	249.3614	-0.1125	-606.4274	383.0246	0.2007	-0.4479	0.6552	
要介護認定率 全体	509.4183	72.3037	0.7517	365.9697	652.8668	49.6395	7.0455	P < 0.001	**
サービス利用率 訪問看護	-240.1607	329.1187	-0.0606	-893.1229	412.8015	0.5325	-0.7297	0.4673	
訪問診療実施状況 全体(回)	-58.1549	32.6876	-0.1344	-123.0062	6.6964	3.1652	-1.7791	0.0783	
後期高齢者千人あたり 訪問看護ST看護職員(人)	9.3062	2.0420	0.3821	5.2549	13.3574	20.7702	4.5574	P < 0.001	**
高齢者独居世帯の比率	-470.9230	92.6579	-0.5736	-654.7535	-287.0924	25.8306	-5.0824	P < 0.001	**
定数項	-78.5441	18.5240		-115.2951	-41.7931	17.9787	-4.2401	P < 0.001	**

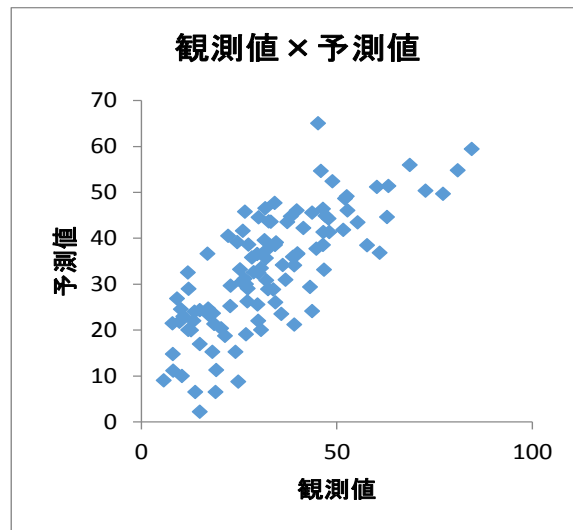


図 3-12 介護系報酬算定を被説明変数とした重回帰分析

(iii) 自宅死の割合

自宅死の割合を被説明変数とした重回帰分析では、報酬算定回数と比較すると回帰式の精度は低かった。

介護保険の訪問介護、訪問看護の利用率の係数が正の値となった。

重相関係数		決定係数	
R	修正R	R2乗	修正R2乗
0.5790	0.5438	0.3352	0.2957

回帰式に含まれる変数(偏回帰係数・信頼区間等)				偏回帰係数の95%信頼区間		偏回帰係数の有意性の検定			*
変数	偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	下限値	上限値	F値	t値	P値	**
高齢化率	-69.6823	36.4334	-0.6343	-141.9564	2.5918	3.6580	-1.9126	0.0586	
後期高齢化率	100.7393	65.0674	0.5764	-28.3370	229.8155	2.3970	1.5482	0.1247	
要介護認定率_全体	-32.7339	23.8957	-0.2744	-80.1365	14.6688	1.8765	-1.3699	0.1738	
サービス利用量_全体(単位)	-0.0005	0.0001	-0.6090	-0.0008	-0.0002	11.9367	-3.4550	P < 0.001	**
サービス利用率_居宅	30.8258	11.3410	0.5455	8.3283	53.3234	7.3880	2.7181	0.0077	**
サービス利用率_訪問看護	136.0710	74.6303	0.1950	-11.9754	284.1173	3.3243	1.8233	0.0712	
定数項	26.2571	4.0425		18.2379	34.2764	42.1883	6.4953	P < 0.001	**

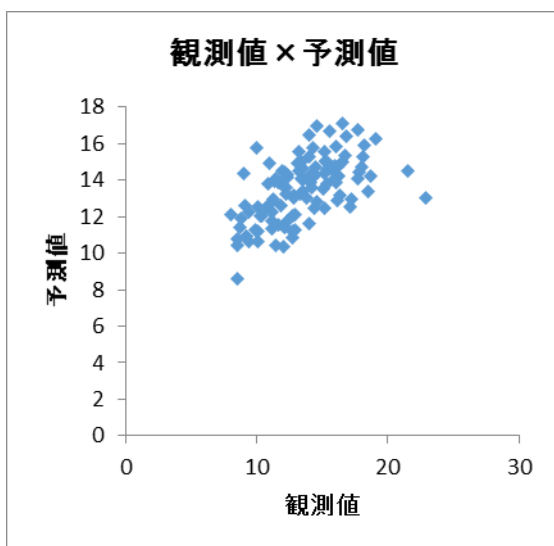


図 3-13 自宅死の割合の重回帰分析結果

3.2.3 医療・介護連携に関する地域の類型

相関分析の結果を勘案し主要な指標を絞り込み、クラスタ分析を行った結果、以下の4クラスタに分けられた。

主なクラスタの特徴として、クラスタ1、4は後期高齢化率が比較的低く、2、3は比較的后期高齢化率が高い。クラスタ1、4のうち4の方が介護サービスの利用率、医療・介護連携報酬の算定状況が比較的高いなどの傾向がみられた。クラスタ2、3については、3において介護サービスの利用が多く、医療・介護連携報酬の算定が4クラスタの中で最も高いなどの傾向がみられた。クラスタの地域的分布は特に集中していないが、クラスタ3は都道府県庁所在地の割合が高かった（19市のうち16市）。

表 3-5 大規模市のクラスタ分析結果（各クラスタの指標の平均）

クラスターNo.	クラスター1	クラスター2	クラスター3	クラスター4
規模	22	38	19	29
高齢化率	0.245	0.272	0.272	0.246
後期高齢化率	0.115	0.133	0.136	0.110
平均寿命男女差	5.968	6.303	6.479	5.779
要介護認定率_全体	0.178	0.197	0.208	0.157
サービス利用量_全体(単位)	25,021	28,552	31,852	21,710
サービス利用率_施設	0.023	0.024	0.027	0.020
サービス利用率_居宅	0.309	0.344	0.367	0.268
サービス利用率_訪問介護	0.041	0.046	0.050	0.032
サービス利用率_訪問看護	0.015	0.013	0.013	0.011
訪問診療実施状況_全体(回)	0.087	0.076	0.078	0.067
後期高齢者千人あたり訪問看護ステーション数(人)	0.554	0.542	0.547	0.412
後期高齢者千人あたり_訪問看護ST看護職員(人)	2.176	2.438	2.262	1.661
駅まで1km未満の居住比率	0.453	0.354	0.339	0.388
医療機関までの距離_500m未満	0.657	0.653	0.594	0.636
世帯あたり人数(人)	2.318	2.337	2.392	2.397
高齢者独居世帯の比率	0.102	0.118	0.112	0.095
戸建て住宅の比率	0.471	0.555	0.574	0.513
老人ホーム死の割合	5.791	5.986	6.373	4.990
自宅死の割合	14.703	12.767	11.938	14.411
納税義務者あたり所得(千円/人)	3,483	3,074	2,960	3,370
医療算定回数合計	19.844	26.691	30.697	15.048
介護算定回数合計	26.738	39.610	47.992	19.298
後期高齢者あたり介護療養病床	2.432	4.831	6.191	2.971
後期高齢者あたり老健病床数	19.584	20.802	23.560	17.543
後期高齢者あたり介護福祉施設定員	28.598	26.707	26.909	24.203

表 3-6 大規模市のクラスタ分析結果（各クラスタに属する市の一覧）

クラスタ-1	クラスタ-2		クラスタ-3	クラスタ-4	
札幌市	函館市	前橋市	青森市	宇都宮市	柏市
富士市	高知市	静岡市	長崎市	加古川市	豊田市
仙台市	福島市	八尾市	盛岡市	船橋市	茅ヶ崎市
郡山市	倉敷市	姫路市	富山市	市原市	上尾市
寝屋川市	大分市	東大阪市	福井市	春日井市	高槻市
太田市	宮崎市	岐阜市	高松市	川口市	草加市
明石市	旭川市	浜松市	岡山市	松戸市	越谷市
つくば市	八戸市	福山市	新潟市	岡崎市	
川崎市	秋田市	下関市	長岡市	千葉市	
横浜市	いわき市	名古屋市	佐世保市	市川市	
宝塚市	金沢市	豊中市	松本市	八王子市	
調布市	北九州市	伊勢崎市	熊本市	茨木市	
奈良市	久留米市	尼崎市	津市	相模原市	
さいたま市	鹿児島市	呉市	和歌山市	大和市	
町田市	京都市	大津市	大阪市	伊丹市	
西宮市	山形市	神戸市	那覇市	平塚市	
府中市	高崎市		松江市	藤沢市	
吹田市	長野市		松山市	川越市	
横須賀市	水戸市		徳島市	豊橋市	
一宮市	広島市			厚木市	
枚方市	堺市			春日部市	
四日市市	福岡市			所沢市	

4. アンケート調査

4.1. 行政向けアンケート結果

4.1.1 回答状況と回答自治体のプロフィール

(1) 調査対象の選定基準

異なる規模ごとに対象を抽出するため、大規模（中核市の基準となる人口 20 万人以上）、中規模（人口 5 万人以上 20 万人未満）、小規模（人口 5 万人未満）に分類し規模別に、医療介護連携の報酬算定状況に特徴のある市として、以下の基準により選定を行った。さらにサンプルが 200 に満たない分については、規模、地域の偏りが少なくなるよう無作為に抽出を行った。

表 4-1 アンケート調査対象の選定基準

視点	基準
算定回数	医療・介護それぞれの平成 29 年度の後期高齢者千人あたり算定回数上位・下位 5 市
報酬算定の伸び率	医療・介護それぞれの平成 24 年から平成 29 年の間の伸び率上位、下位各 5 地域
報酬算定の急増	医療・介護それぞれの算定について平成 25 年から平成 29 年の前年比上位 3 市

200 市の回答状況を市の規模別に下表に示す。

表 4-2 アンケート（行政）の回答状況

アンケートの配付数				回答数				回答率			
大規模市	中規模市	小規模市	合計	大規模市	中規模市	小規模市	合計	大規模市	中規模市	小規模市	合計
61	75	64	200	51	47	44	142	84%	63%	69%	71%

以下ではアンケートの集計結果から明らかになった主な点について示す。

(2) 回答自治体、回答者のプロフィール

(i) 回答職種の内訳

一般事務職と保健師がそれぞれ 40%を超えて多数を占める。その他に含まれる回答としては、介護福祉士、リハビリ職（作業療法士、理学療法士）が多い。

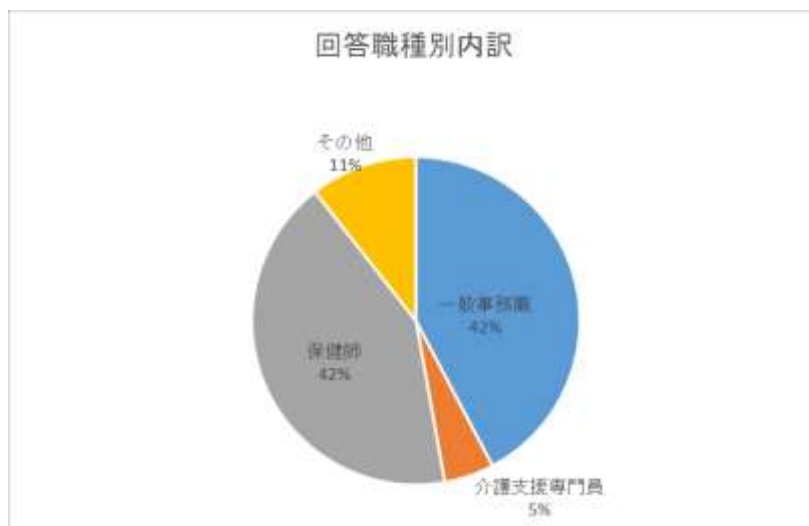


図 4-1 職種別内訳

(ii) 地域包括支援センターの委託状況

規模別に地域包括支援センターの直営、委託の状況を見ると、大規模市では8割近くが全委託であるのに対し、中規模、小規模では委託が少なくなり、小規模市ではほぼ半数が全部直営である。

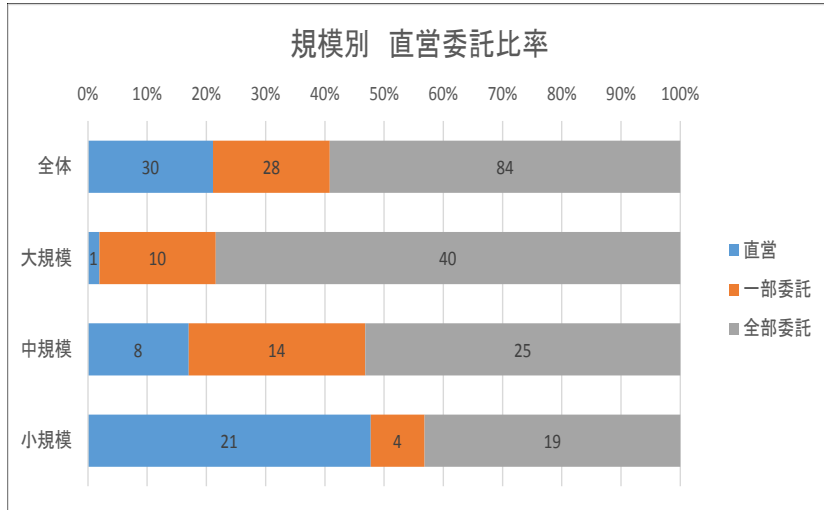


図 4-2 規模別 直営委託比率

規模別に地域包括支援センターの委託先法人をみると、小規模では大きく委託先が異なり、社会福祉法人、医療法人に委託している割合が少なく、社会福祉協議会に委託している割合が高くなる。

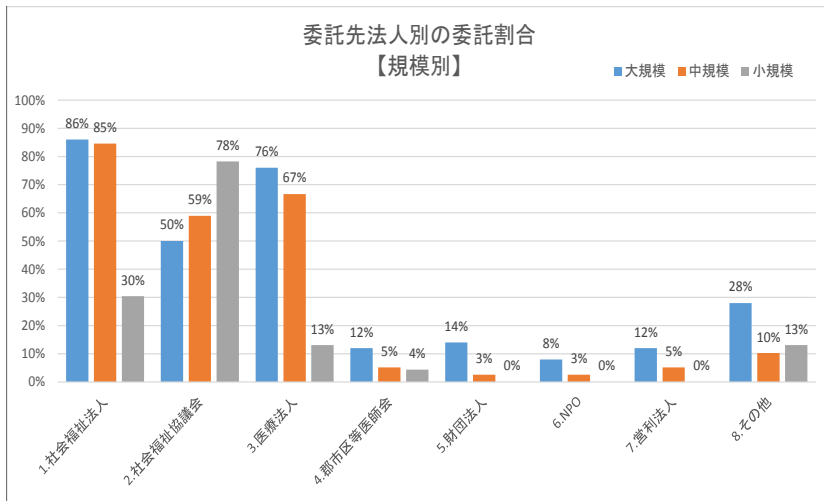


図 4-3 委託先法人別の委託割合【規模別】

4.1.2 医療・介護連携推進策への取組

(1) 医療・介護資源の情報リストの作成

医療・介護資源の情報リストの作成は、規模に関わらず90%以上の市で実施しているが、参照できるように提供している、定期的に更新しているとする市は順次減っていき、特に中規模市では定期的な更新を行っているのは66%となる。

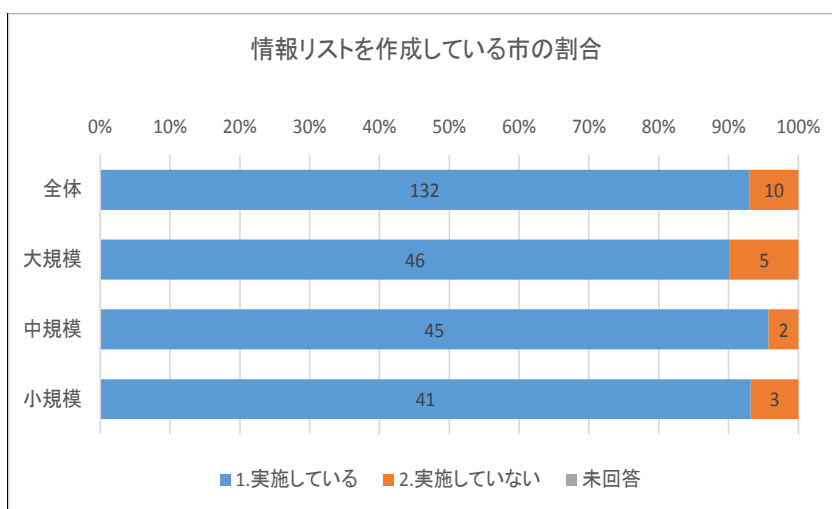


図 4-4 情報リストを作成している市の割合

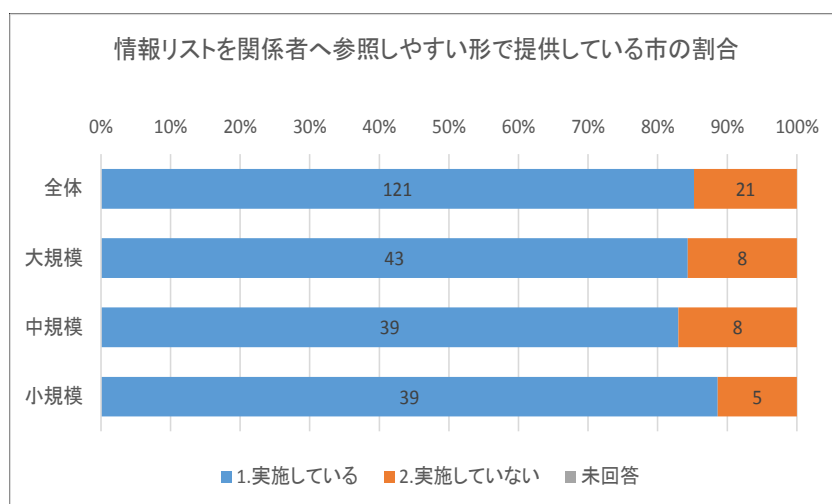


図 4-5 情報リストを関係者へ参照しやすい形で提供している市の割合

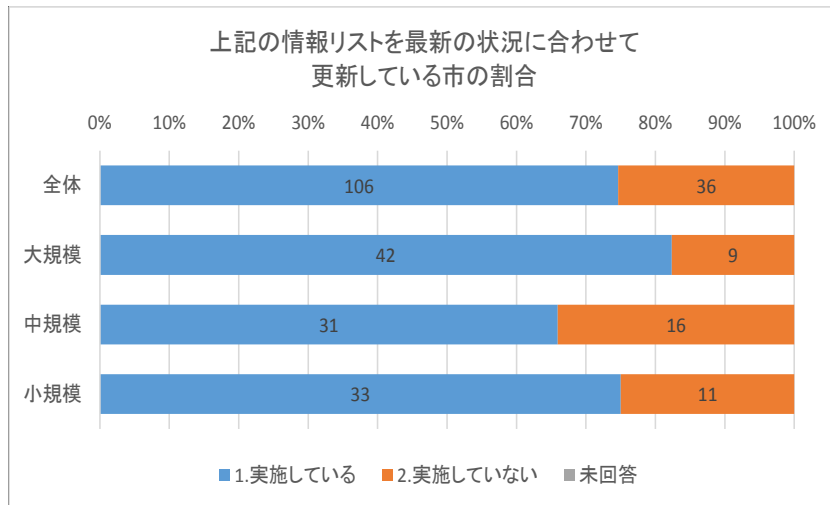


図 4-6 情報リストを最新の状況に合わせて更新している市の割合

(2) 医療・介護連携に関する現状把握および課題と対策を検討するための会議

大規模、中規模市では 95%以上、小規模市においても 88%で開催しているが、課題の明文化・対策の具体化、対策の実施体制の明確化の実施率は大規模市で 60~70%台、中小規模市ではさらに低くなる。

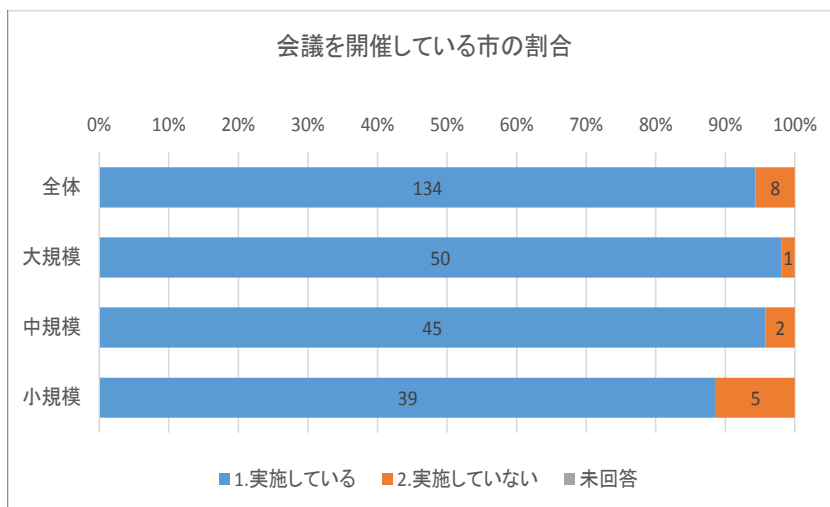


図 4-7 会議を開催している市の割合

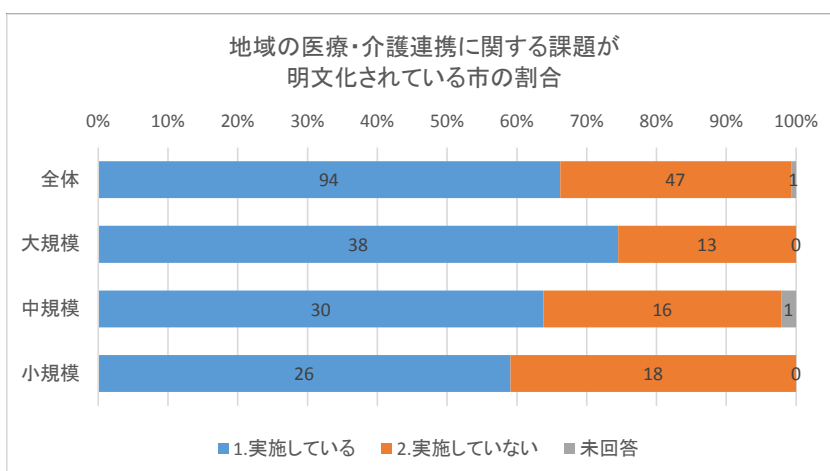


図 4-8 地域の医療・介護連携に関する課題が明文化されている市の割合

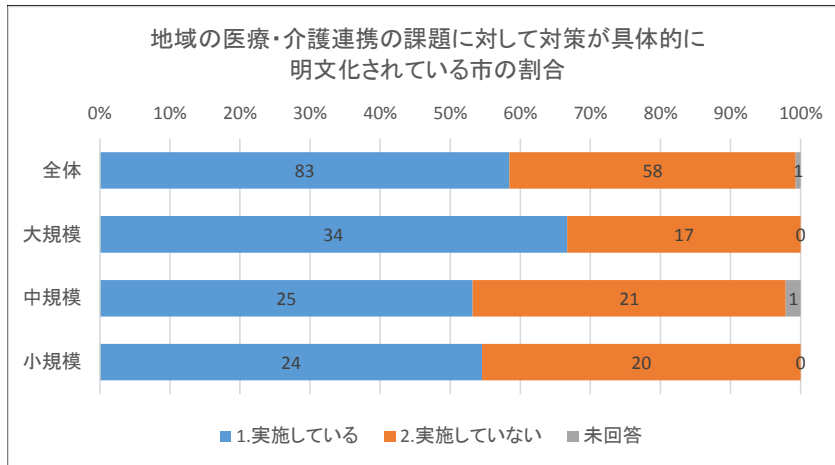


図 4-9 地域の医療・介護連携の課題に対して対策が具体的に明文化されている市の割合

会議への参加職種は医師、歯科医師、薬剤師、看護師といった医療関係職種と介護支援専門員は 90%台と高く、管理栄養士、歯科衛生士は 20%台と低い。保健師、リハビリ職種は 60%台となっている。

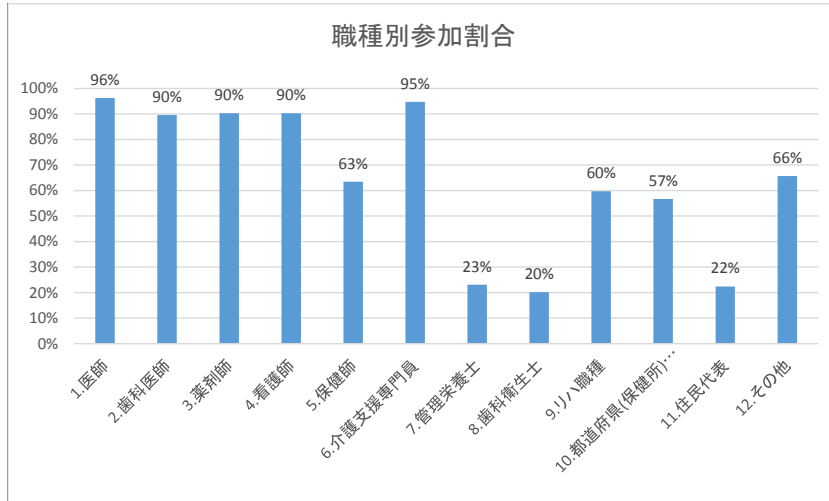


図 4-10 職種別参加割合

(3) 入退院時連携マニュアル、情報共有マニュアル等の策定

入退院時の連携マニュアルは、小規模市での策定率が最も高くなり、中規模市での策定率が最も低い。後に行ったヒアリング調査では、小規模市では都道府県が広域で作成したマニュアルを活用している例が多くみられた。

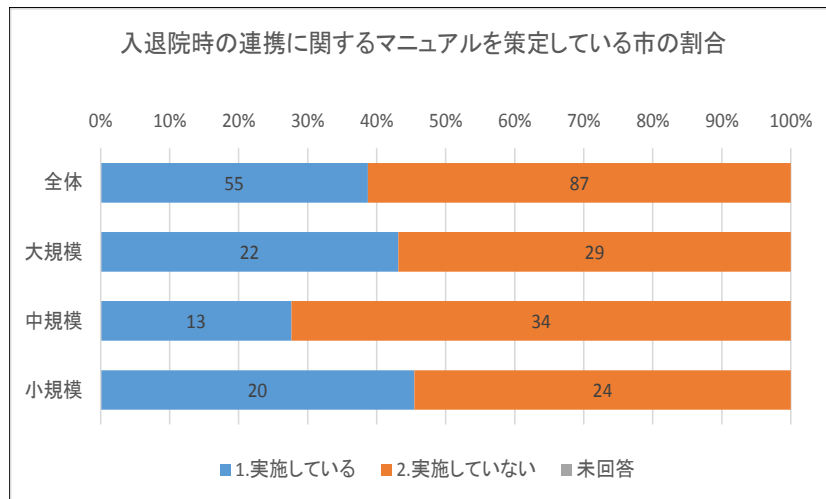


図 4-11 入退院時の連携に関するマニュアルを策定している市の割合

在宅要介護者等の情報共有マニュアルを策定している市の割合は大規模市で 20%を超えるが、その他は低く、中規模市では 5%に満たない。ただし、在宅要介護者等の情報共有シートは全ての規模で半数以上が策定しており、マニュアルの形にはなっていないが、情報共有のための様式の制定は進んでいる。

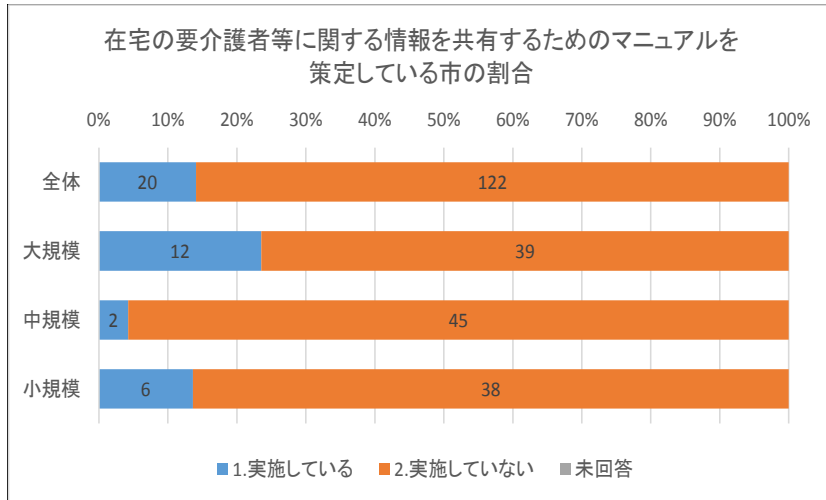


図 4-12 在宅の要介護者等に関する情報共有マニュアルを策定している市の割合

(4) 医療・介護連携に関する相談窓口の運営

医療・介護連携に関する相談窓口は大規模・中規模市では 7 割以上で運営されているが、小規模市では 50%台とやや実施率が下がる。

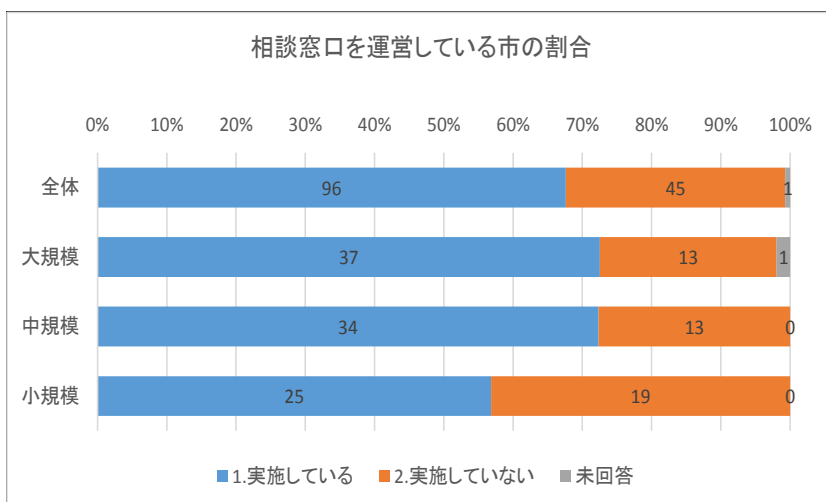


図 4-13 相談窓口を運営している市の割合

(5) 医療介護連携に関する研修

全ての規模の市で、多職種が参加するグループワーク形式の研修は90%以上、介護関係者に対する医療に関する研修も70%以上実施されている。医療関係者に対する介護に関する研修は実施率がやや低く、市の規模による差が大きくなり、小規模市では50%を下回る。

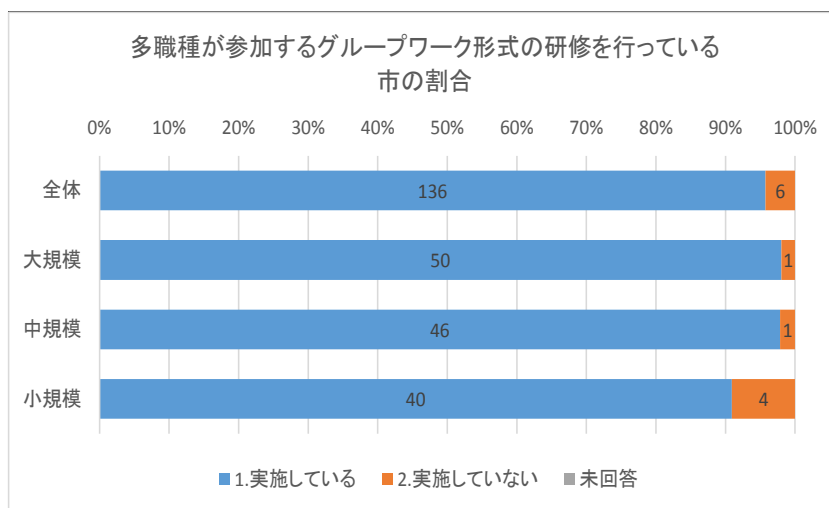


図 4-14 多職種が参加するグループワーク形式の研修を行っている市の割合

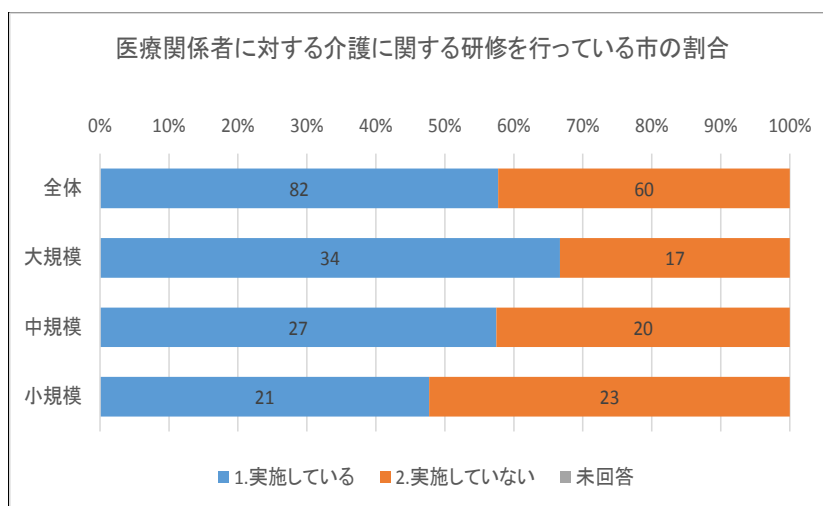


図 4-15 医療関係者に対する介護に関する研修を行っている市の割合

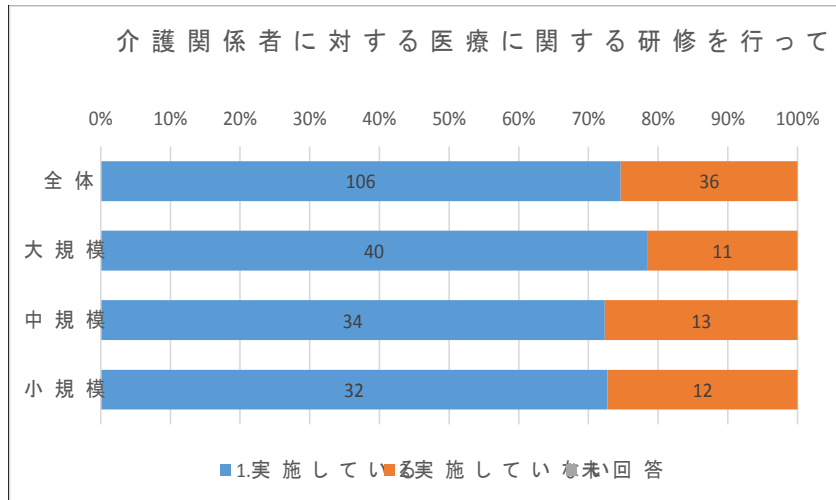


図 4-16 介護関係者に対する医療に関する研修を行っている市の割合

(6) 医療・介護連携支援センターの設置

大規模、中規模市で 50%以上設置されており、医師会内に設置している割合が高い。

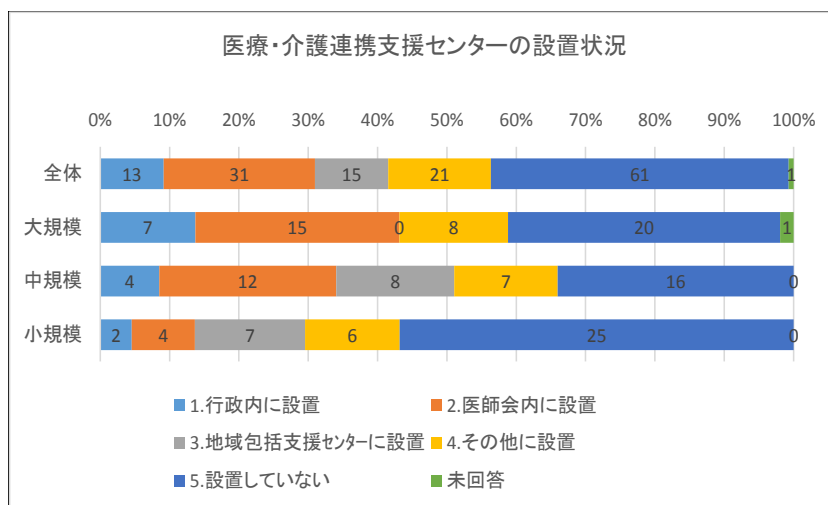


図 4-17 医療・介護連携支援センターの設置状況

(7) 対策別の開始年度

医療・介護連携推進対策の開始年度をみると、全ての対策で平成 26 年度から取組が増えている。医療関係者に対する介護に関する研修実施の伸びがやや頭打ちになっている。

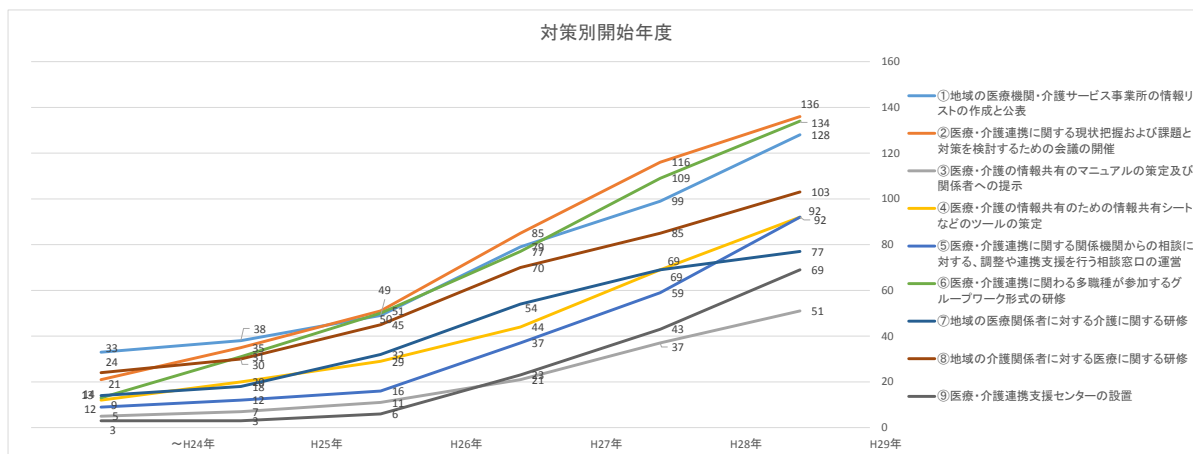


図 4-18 対策別開始年度

4.1.3 連携推進における課題

医療・介護連携推進対策別に、実施上の課題としている項目を市の規模別にグラフで以下に示す。

規模による課題の違いをみると、小規模市では実施要員の確保をあげる割合が全般に高く、実施方法、ノウハウの不足をあげる割合が中規模市で全般的に高い。市の規模、関係者の数、体制の違いにより、課題に違いがあることが想定される。

連携できている職種を規模別にみると、医療系、介護系の職域団体は市の規模が大きいほど連携ができており、小規模市では職域団体の組織状況などにより連携が難しいことが想定される。

介護サービス事業所、居宅介護支援事業所、都道府県（保健所）については、小規模市で最も連携できている率が高い。

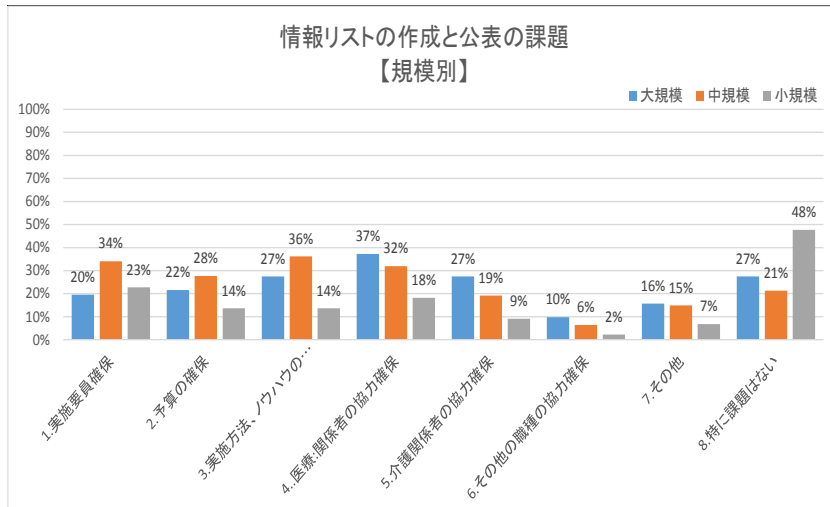


図 4-19 情報リストの作成と公表の課題【規模別】

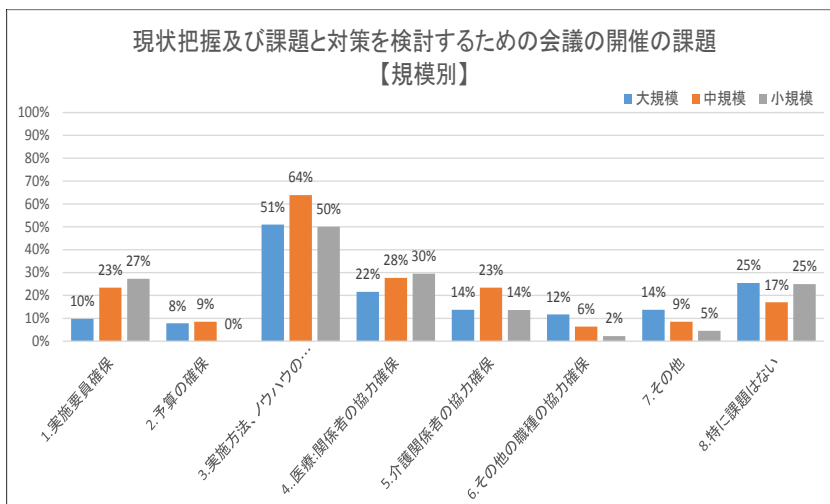


図 4-20 現状把握及び課題と対策を検討するための会議の開催の課題【規模別】

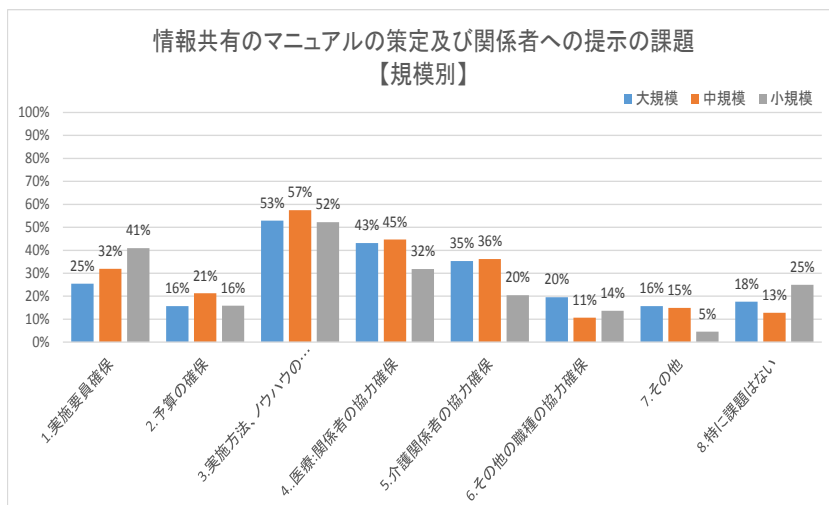


図 4-21 情報共有のマニュアルの策定及び関係者への提示の課題【規模別】

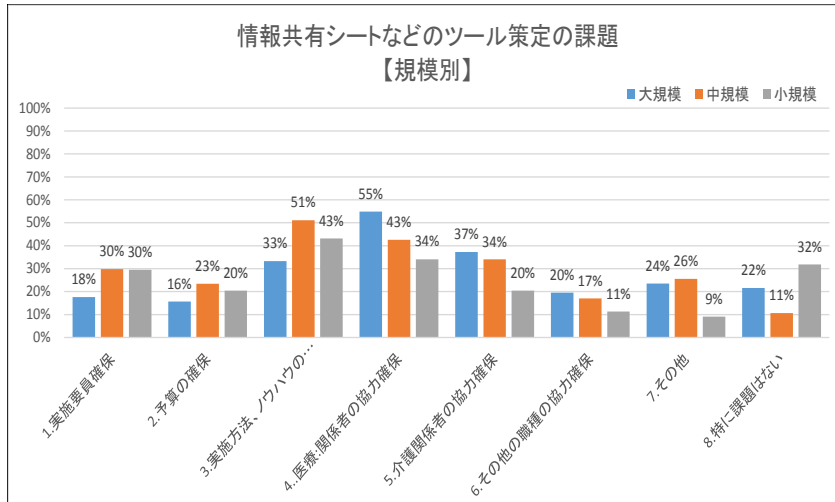


図 4-22 情報共有シートなどのツール策定の課題【規模別】

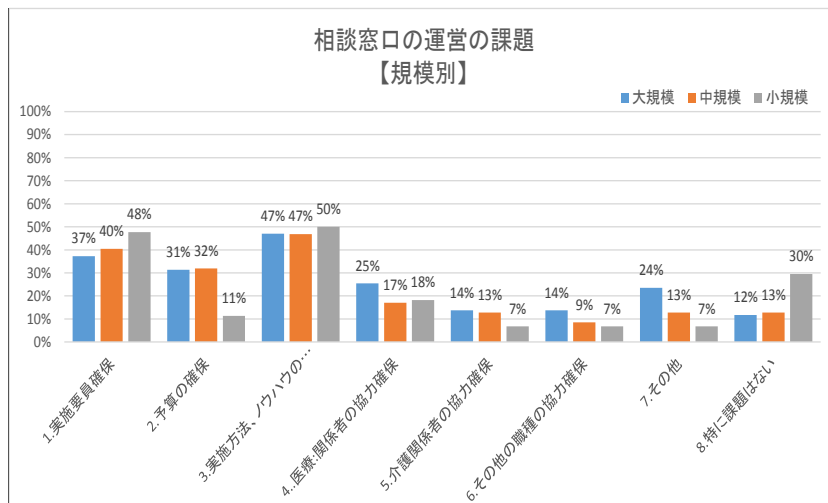


図 4-23 相談窓口の運営の課題【規模別】

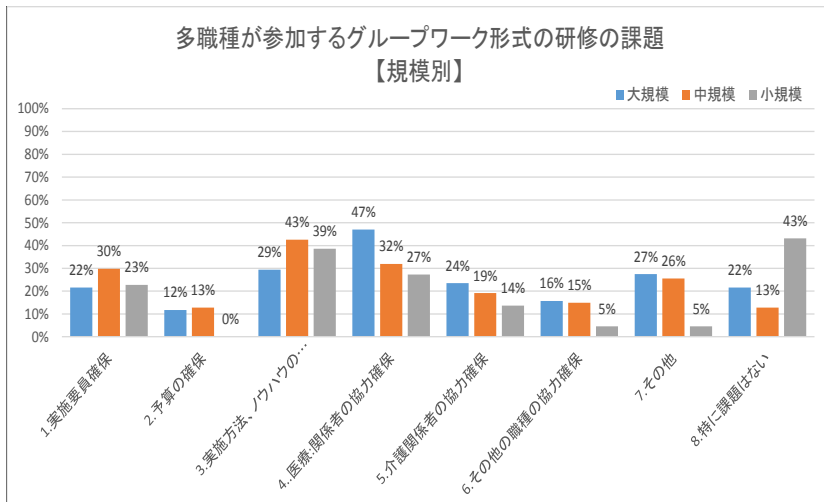


図 4-24 多職種が参加するグループワーク形式の研修の課題【規模別】

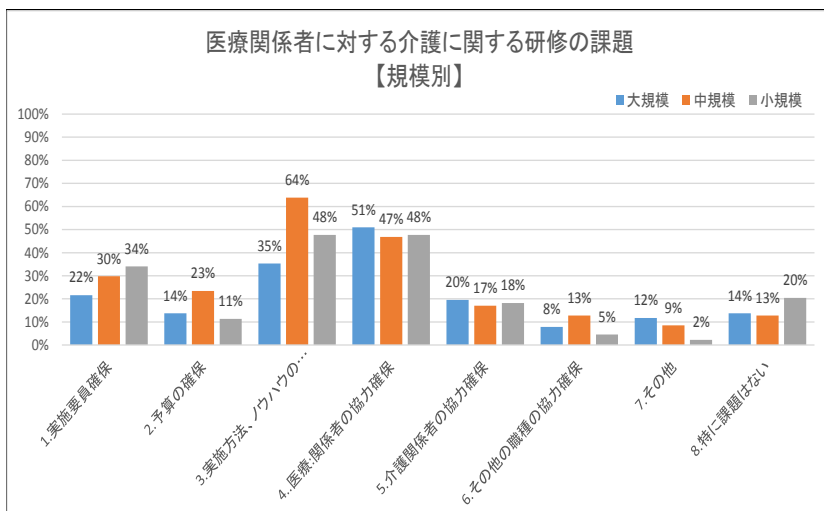


図 4-25 医療関係者に対する介護に関する研修の課題【規模別】

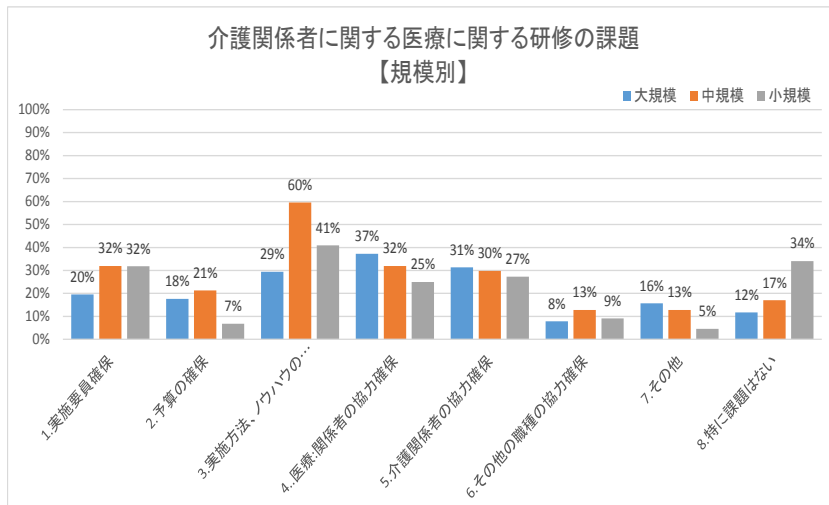


図 4-26 介護関係者に関する医療に関する研修の課題【規模別】

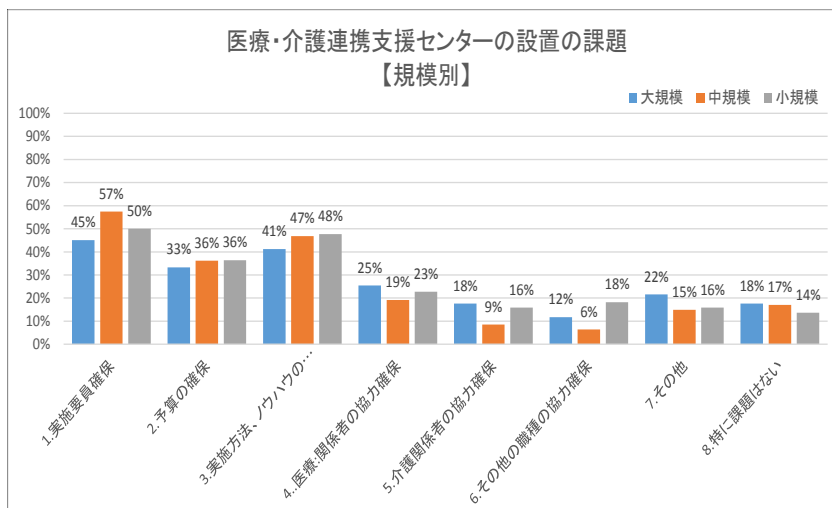


図 4-27 医療・介護連携支援センターの設置の課題【規模別】

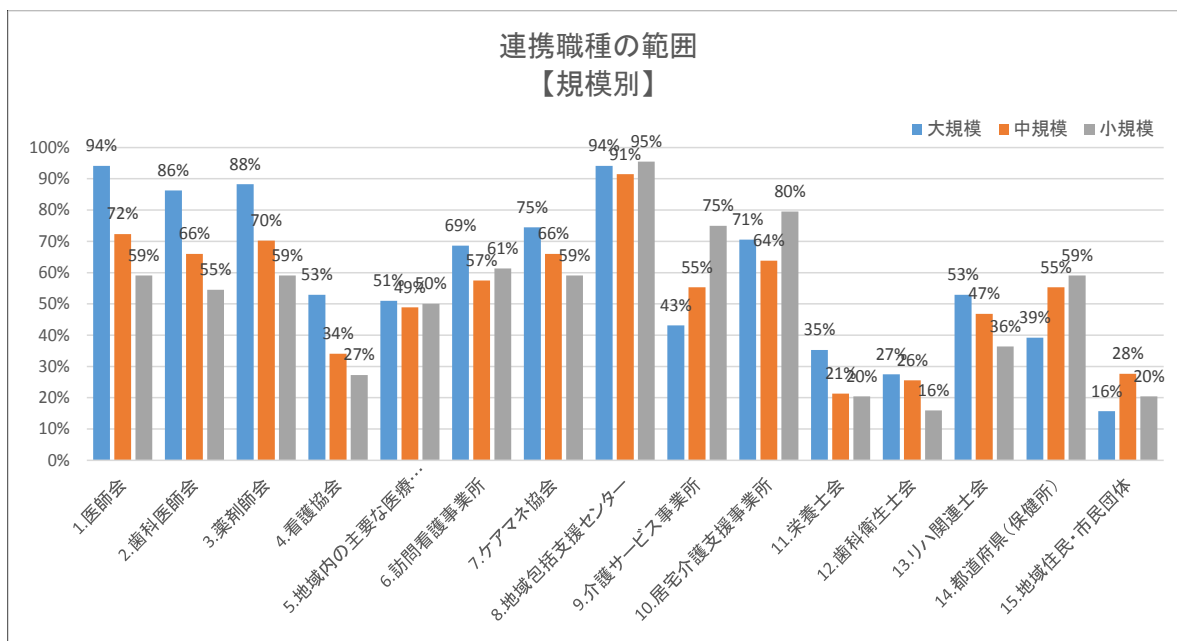


図 4-28 連携職種の範囲【規模別】

4.1.4 連携推進策の成果

事業の PDCA を行う際には対策の効果（アウトカム）の実現状況を捉えることが重要であるが、現状では医療・介護連携に関する成果を客観的にデータとして捉える指標がなく、行政の担当者のヒアリングでも PDCA を回していくうえで大きな課題となっているという声が多く聞かれた。

本調査のアンケートではそれに代わるものとして、以下の4点について、実現できている割合を問う質問を行った。

- 居宅療養中の要介護者等を担当する介護支援専門員から主治医等の医療機関に連絡を必要とする場合、タイムリーに連絡先を把握できる割合
- 居宅療養中の要介護者等について、医療面の状況変化等を主治医等の医療機関がタイムリーに把握している割合
- 介護支援専門員が、居宅療養中の要介護者等について医療面の注意等を十分に踏まえたケアプランを作成している割合
- 医療・介護連携の成果によって、予防可能な再入院を防止できている割合

これらの割合については行政として根拠となる数値を捉えているわけではなく、回答者が感覚的に捉えているものを答えてもらったものである点を考慮して、解釈する必要がある。

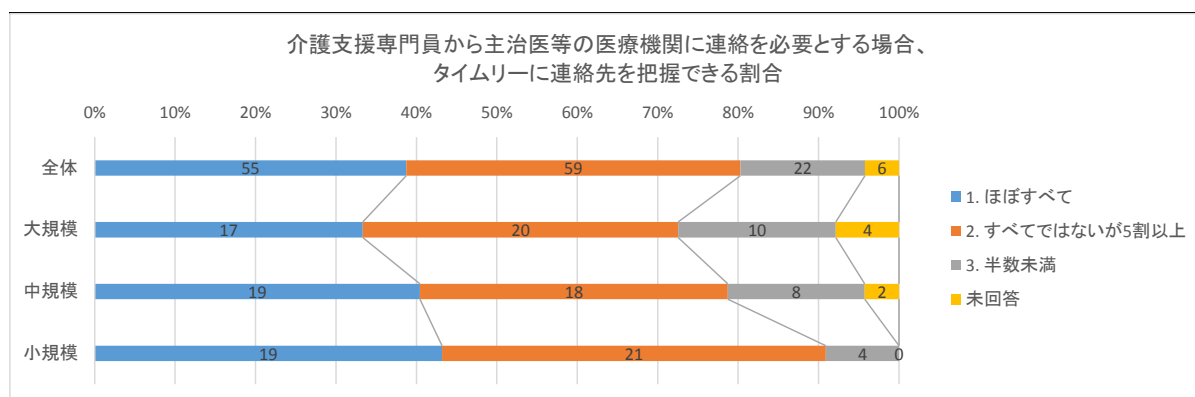


図 4-29 介護支援専門員から主治医等の医療機関に連絡を必要とする場合、タイムリーに連絡先を把握できる割合

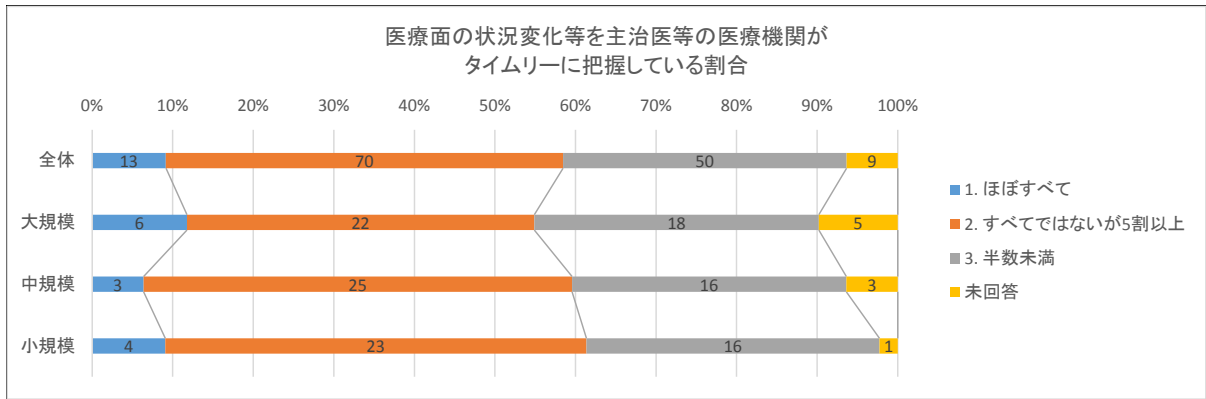


図 4-30 医療面の状況変化等を主治医等の医療機関がタイムリーに把握している割合

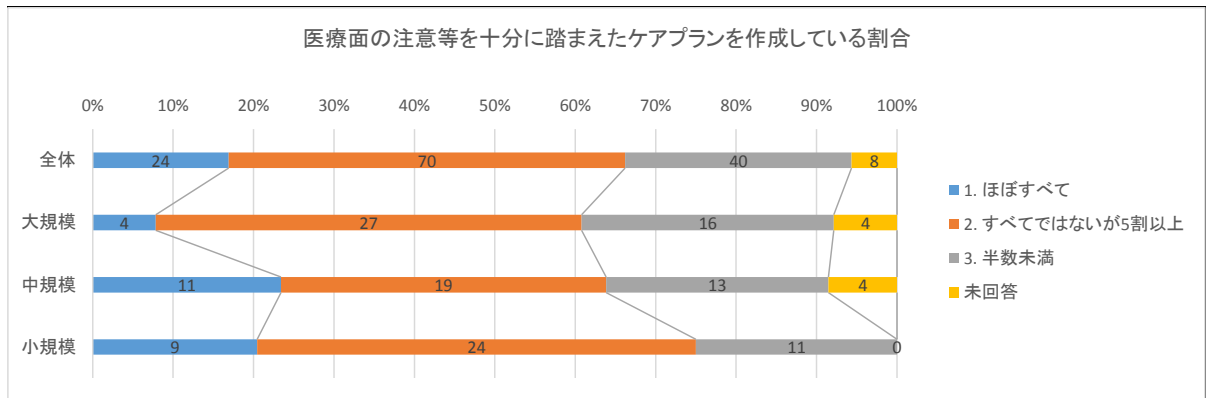


図 4-31 医療面の注意等を十分に踏まえたケアプランを作成している割合

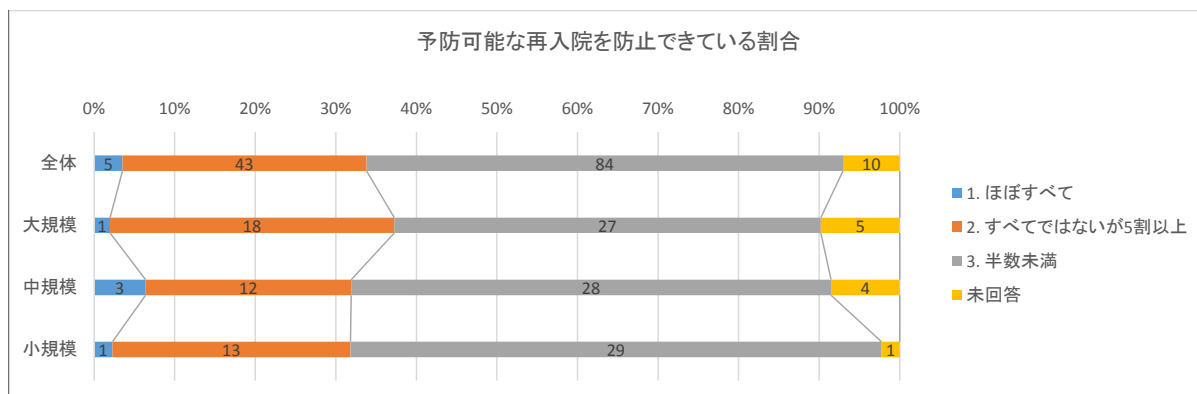


図 4-32 予防可能な再入院を防止できている割合

医療・介護連携推進策の成果として、居宅介護支援事業所が必要な時タイムリーに主治医等の連絡先を把握できる割合を聞いた設問では、小規模市で最もできるとの回答割合が高く、小規模市では、関係機関の数が限られることで、「顔の見える関係づくり」がしやすいことが想定される結果となった。その他の項目では、意味が捉えられるような規模による違いは見られなかった。

成果項目別の実現において重要な対策としては、情報共有シートの策定が連絡先のタイムリーな把握に重要とする回答が多かった。その他、情報共有のためのツールの策定が全般的に重要とする回答が多く、医療面の注意を踏まえたケアプランの割合、再入院の抑止につながる項目として、介護関係者に対する医療面の研修をあげた回答が多かった。

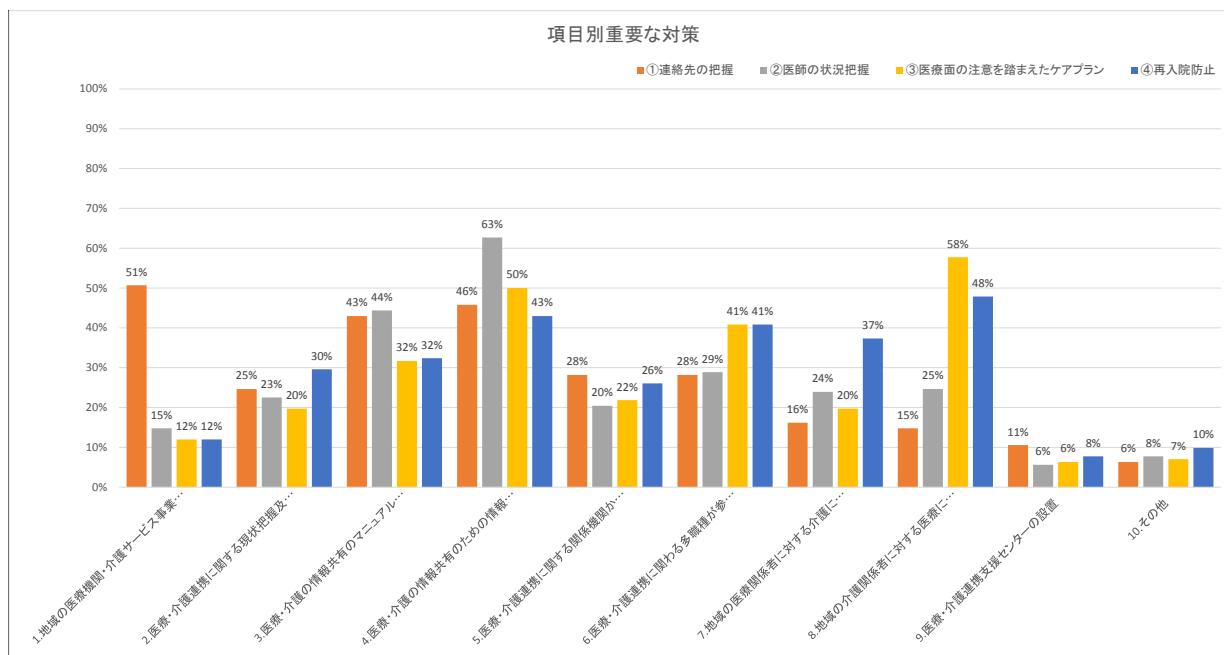


図 4-33 項目別重要な対策

重要な対策として挙げられた情報共有シートの策定、介護関係者に対する医療知識の研修について、実施の有無別に、成果との関係を集計してグラフ化して下図に示す。

(1) 情報共有シートなどの策定の有無別の評価

情報共有シートの作成の有無別では、医療機関による医療面の状況変化の把握ができる割合が半数以下とする率に比較的大きな差がみられた。

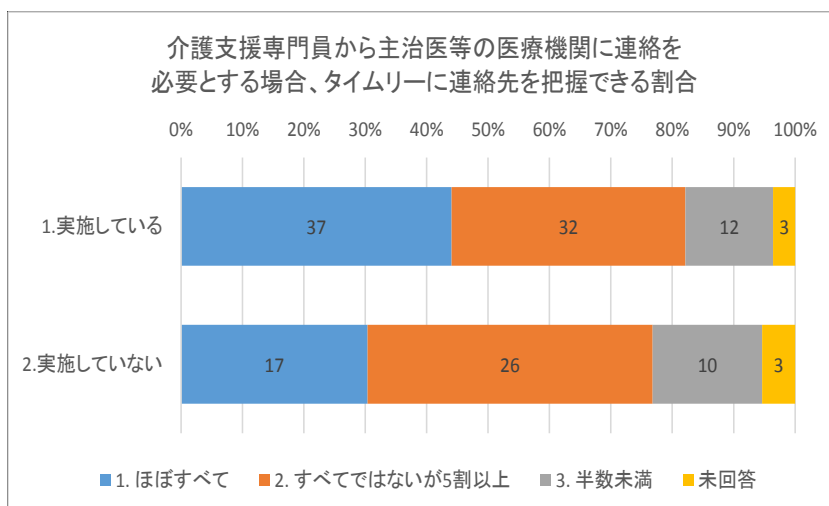


図 4-34 介護支援専門員から主治医等の医療機関に連絡を必要とする場合、タイムリーに連絡先を把握できる割合

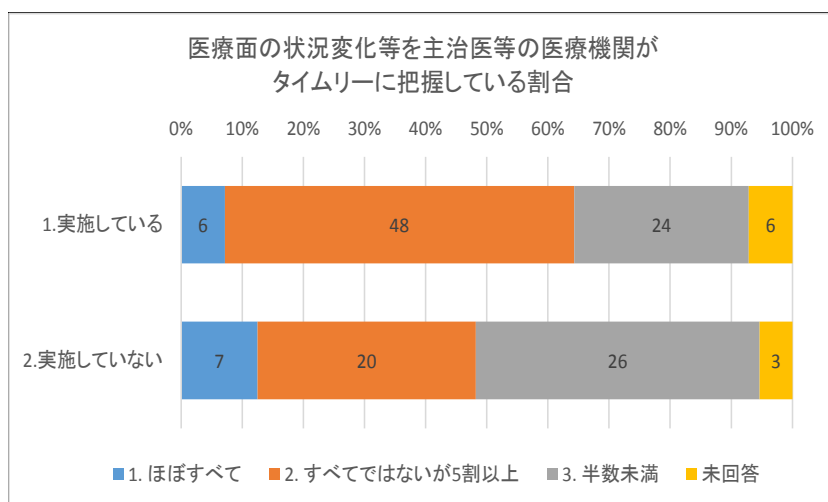


図 4-35 医療面の状況変化等を主治医等の医療機関がタイムリーに把握している割合

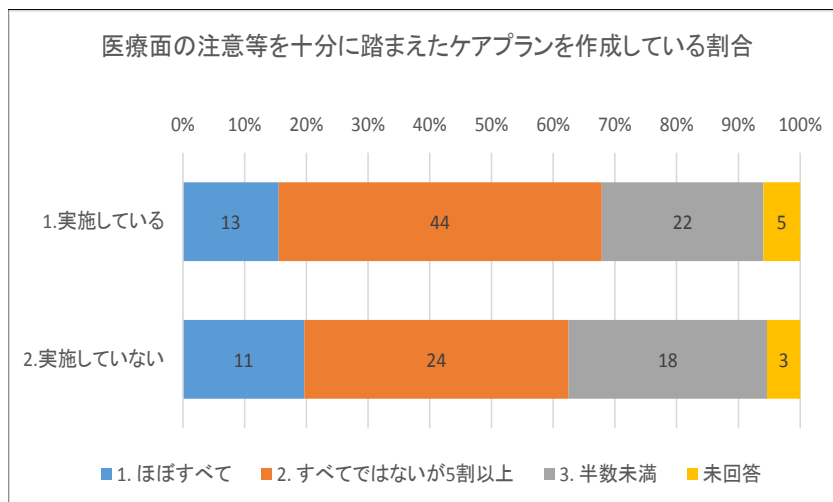


図 4-36 医療面の注意等を十分に踏まえたケアプランを作成している割合

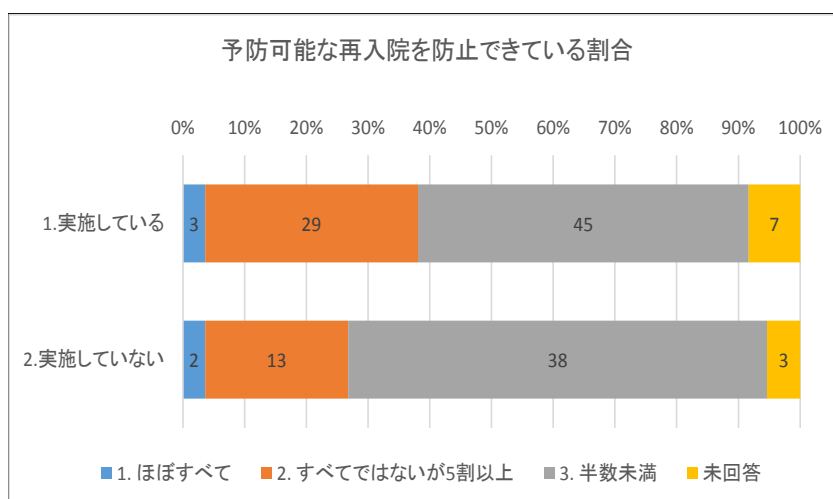


図 4-37 予防可能な再入院を防止できている割合

(2) 地域の介護関係者に対する医療に関する研修実施の有無別の評価

介護関係者への医療に関する研修の有無別では、予防可能な再入院を防止できている割合が半数以下とする率に比較的大きな差がみられた。

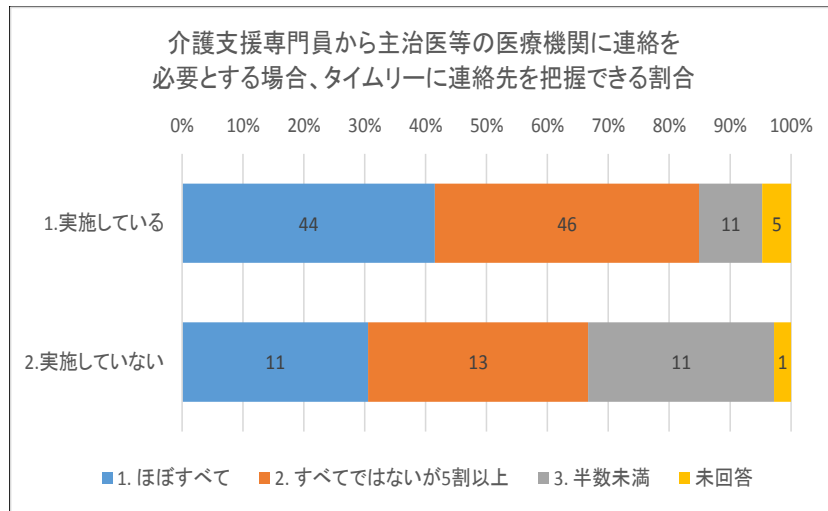


図 4-38 介護支援専門員から主治医等の医療機関に連絡を必要とする場合、タイムリーに連絡先を把握できる割合

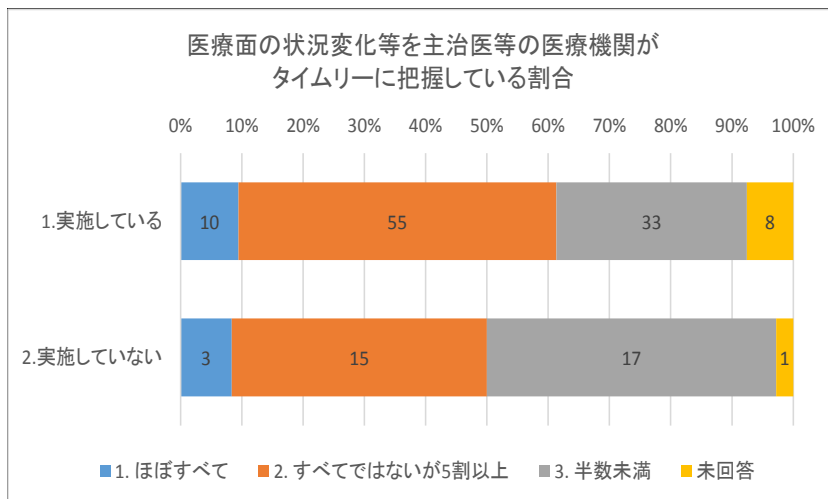


図 4-39 医療面の状況変化等を主治医等の医療機関がタイムリーに把握している割合

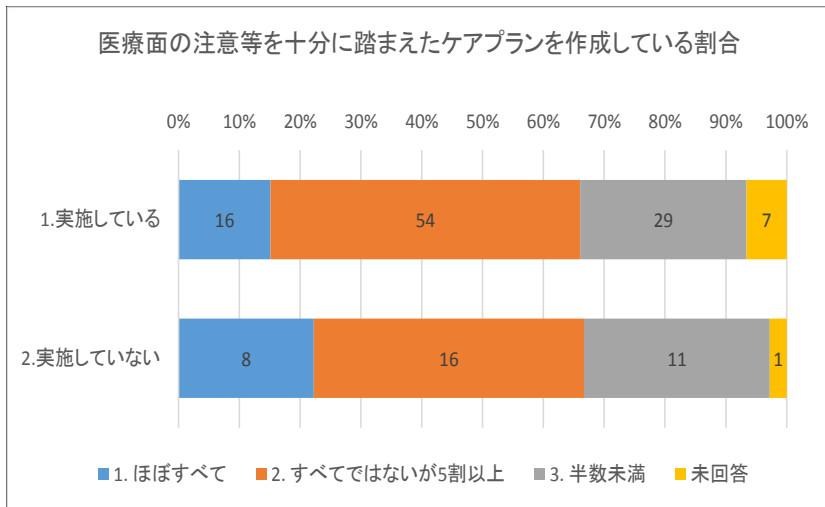


図 4-40 医療面の注意等を十分に踏まえたケアプランを作成している割合

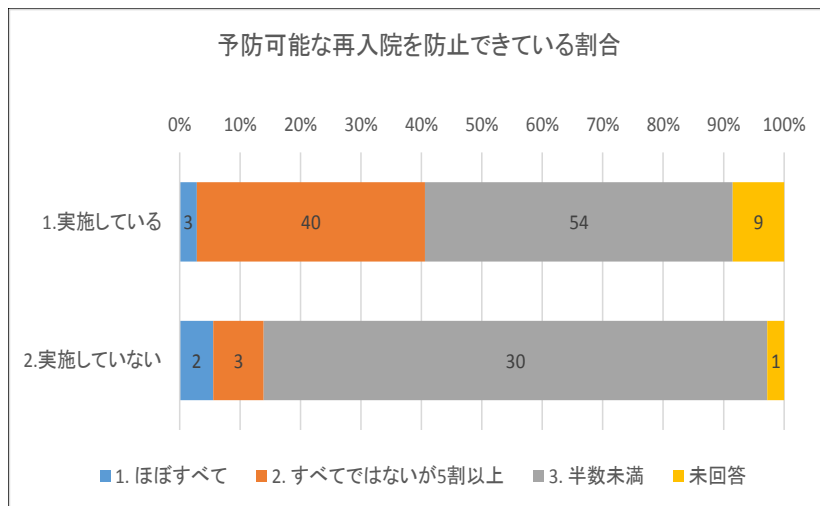


図 4-41 予防可能な再入院を防止できている割合

4.2. 地域包括支援センター向けアンケート結果

4.2.1 回答状況

地域包括支援センター向けのアンケートは、市のアンケートとあわせて送付し、対象市につき1か所、市の担当者に対象を選定してもらい回答を依頼した。

回答の状況を市の規模別に下表に示す。

表 4-3 アンケート（地域包括支援センター）回答状況

アンケートの配付数				回答数				回答率			
大規模	中規模	小規模	合計	大規模	中規模	小規模	合計	大規模	中規模	小規模	合計
61	75	64	200	45	49	42	136	74%	65%	66%	68%

4.2.2 回答地域包括支援センターのプロフィール

(1) 回答法人の種別

回答法人は自治体直営が 35%と最も多く、社会福祉法人 31%、社会福祉協議会 17%、医療法人 10%がそれに続いて多い。郡市区等医師会、財団法人が回答したケースはなかった。

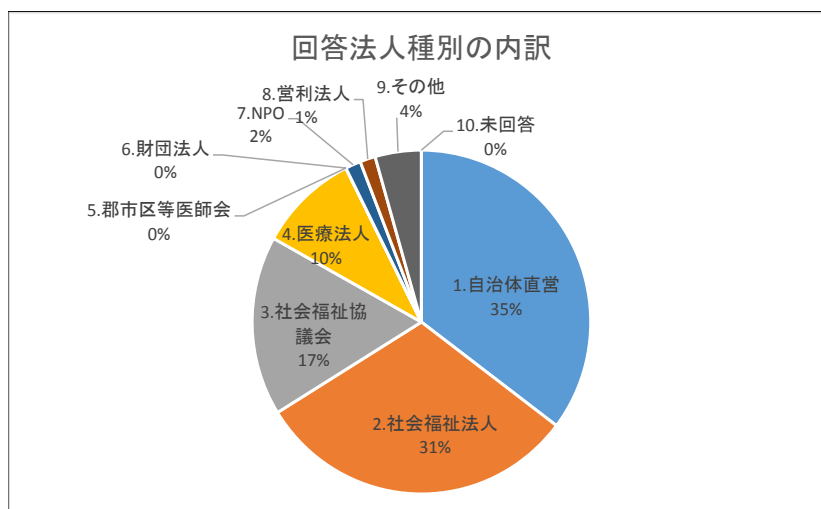


図 4-42 回答法人種別の内訳

(2) 回答者の職種

回答者の職種は介護支援専門員が 40%と最も多く、保健師が 25%でそれに次いで多い。その他は社会福祉士が多数を占める。

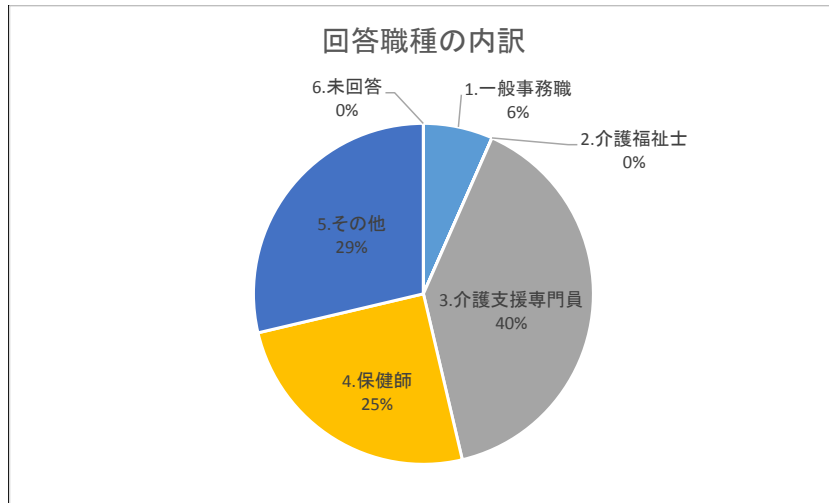


図 4-43 回答職種の内訳

(3) 担当地域の概要

担当地域の要介護者（要介護者・要支援者をあわせた数）は1,000人未満から4,000人以上まで幅があり、1,000人以上2,000人未満が44%で最も多い。

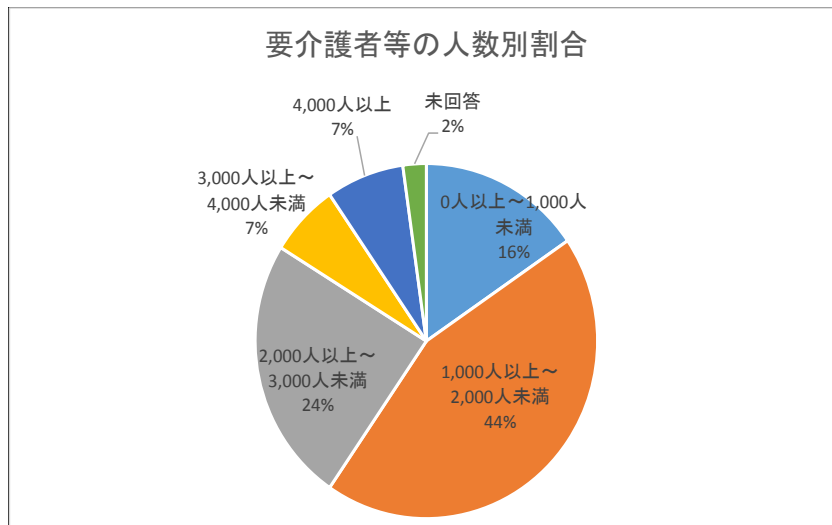


図 4-44 要介護者等の人数別割合

担当地域の面積は、不明の場合の未回答が43%あり、回答の中では100平方キロメートル未満が26%、100平方キロメートル以上500平方キロメートル未満が21%を占める。率は少ないが3000平方キロメートル以上も3%あった。

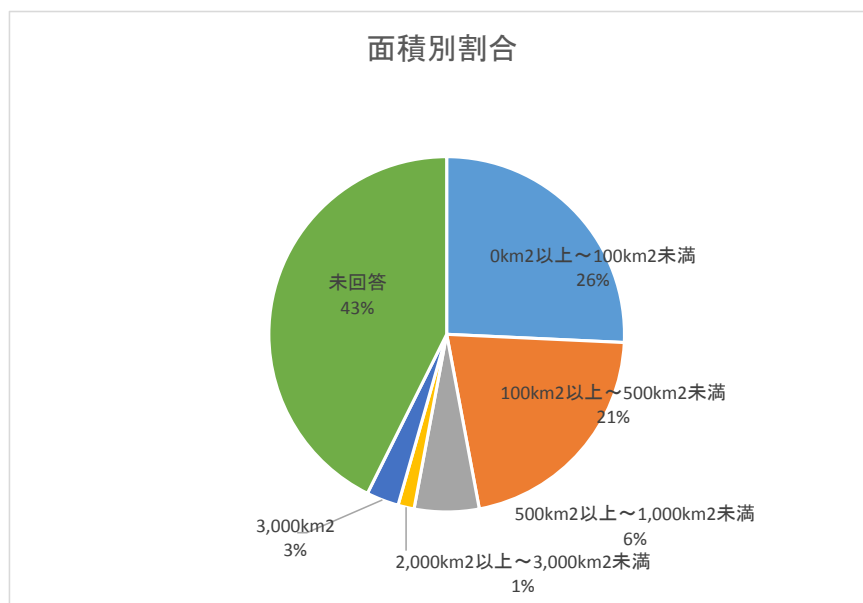


図 4-45 面積別割合

4.2.3 医療・介護連携推進策に対する評価

(1) 市の規模別の評価

医療・介護連携推進対策の目指す効果の実現できているかに関する評価を市の規模別にみると、「最新の情報や連絡先の取得」、「(マニュアル等による) 関係機関の連携、情報共有」、「(情報共有シートなどのツールを通じた) 在宅の要介護者等に関する最新情報の共有」、「医療関係者の介護関係者の業務内容理解」、「介護関係者の医療関係者の業務内容理解」など、連携、情報共有、相互の業務理解に関する項目では、小規模市で実現度を高く評価する傾向がみられた。

効果の実現していないとする回答割合は、全般的に中規模市で最も高かった。

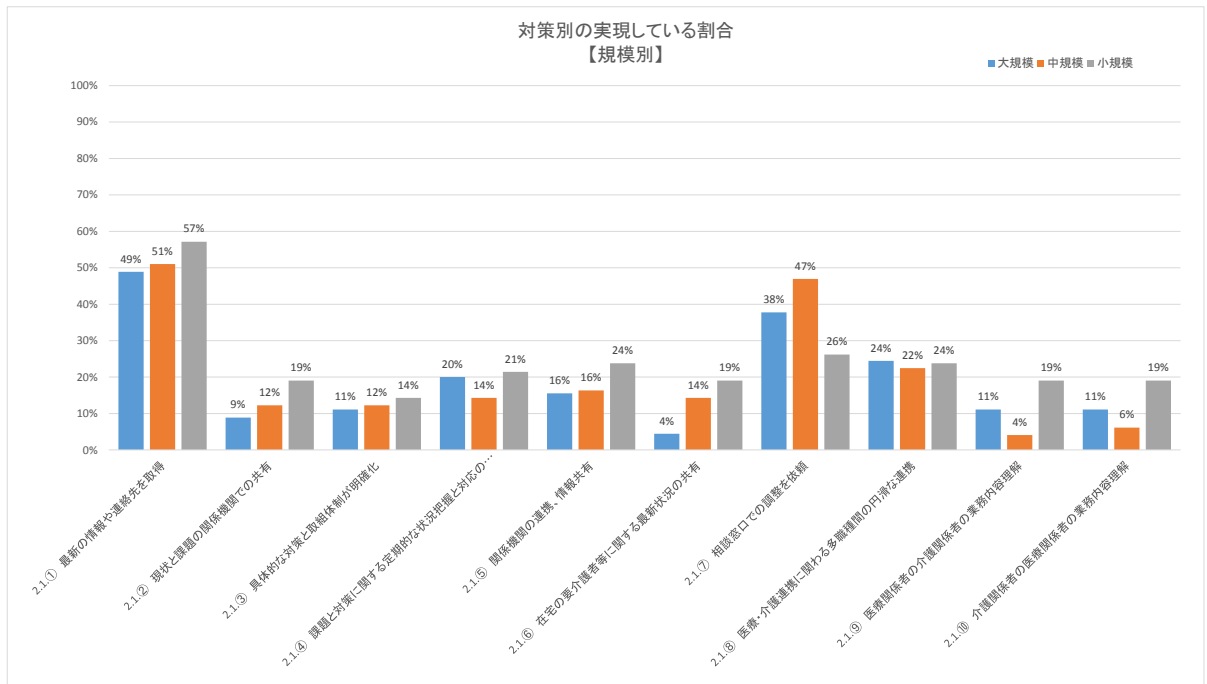


図 4-46 対策別の効果が実現している割合

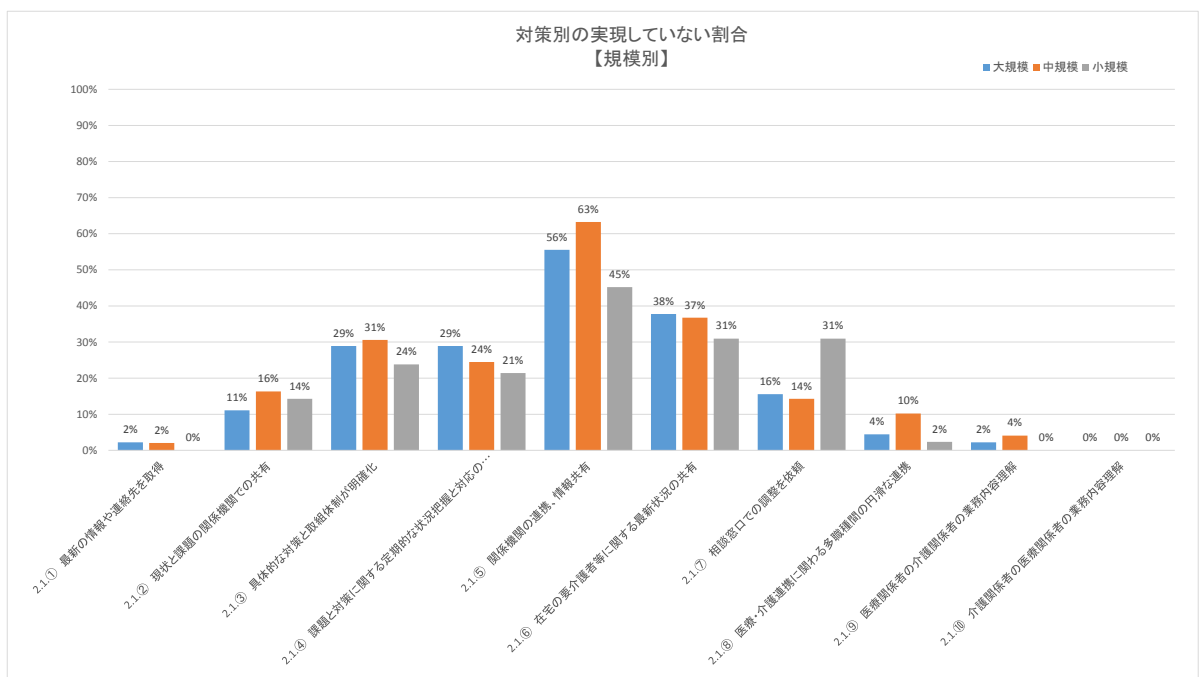


図 4-47 対策別の効果が実現していない割合

(2) 受託法人種類別の評価

医療・介護連携推進対策の目指す効果が実現できているかに関する評価を、受託している法人の種類別にみたところ、特に法人種類の特徴を示すような傾向は見いだせなかった。

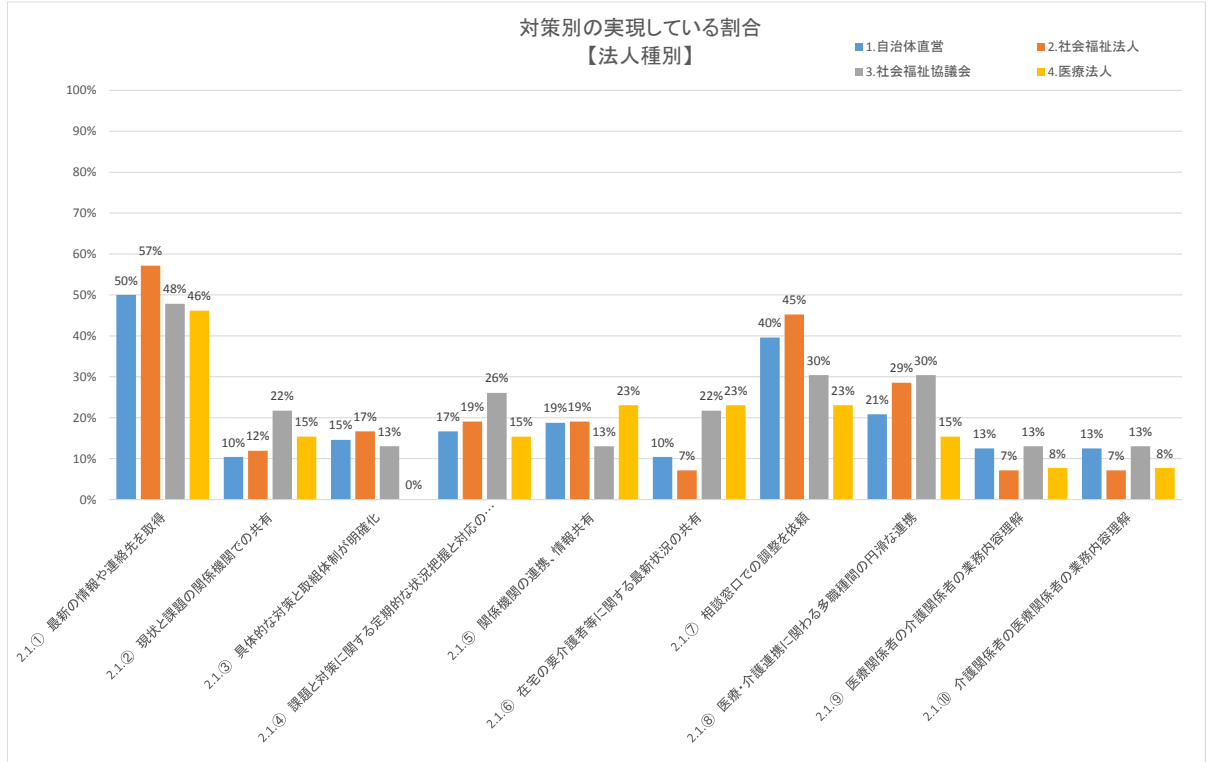


図 4-48 対策別の効果が実現している割合（受託法人種類別）

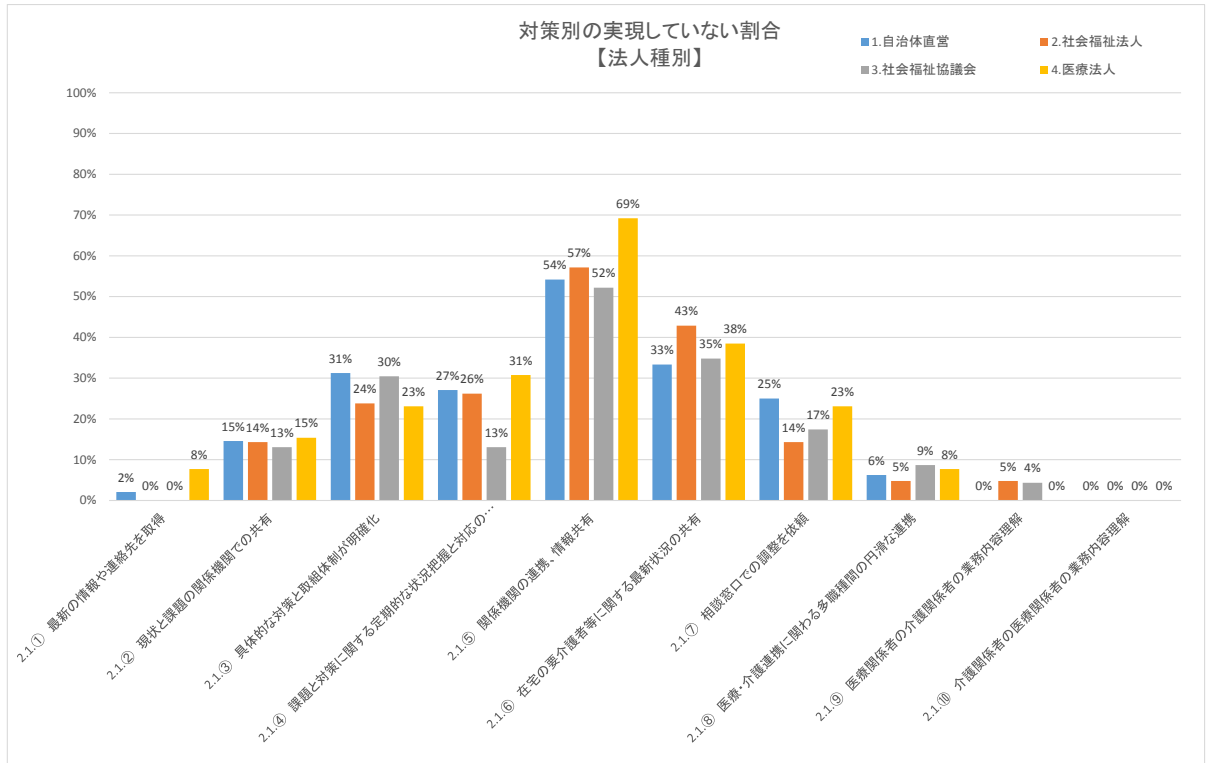


図 4-49 対策別の効果が実現していない割合（受託法人種別別）

4.2.4 連携できている職種

規模別に連携できている職種の率をみると、規模別に連携できている職種の率は大きな差はないが、リハ職種、住民代表との連携では、大規模市の率が目立って高かった。

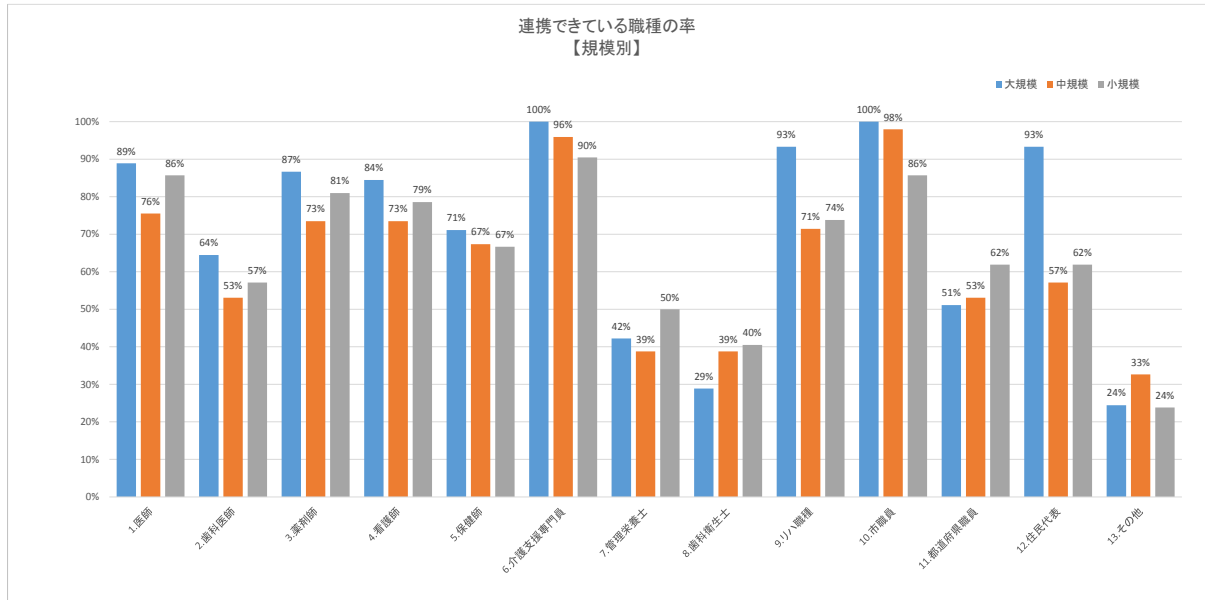


図 4-50 連携できている職種の率【規模別】

4.2.5 連携推進策の成果

現状把握及び課題と対策を検討するための会議開催、情報共有マニュアルの策定と提示、相談窓口の運営、医療関係者に対する介護に関する研修、の4項目で、実施しているにもかかわらず効果が上がっていないとする評価が比較的多くみられた。

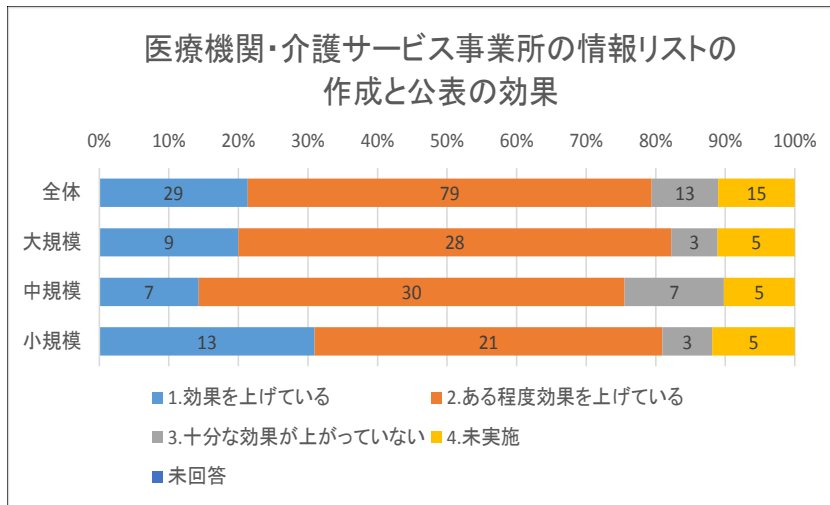


図 4-51 医療機関・介護サービス事業所の情報リストの作成と公表の効果

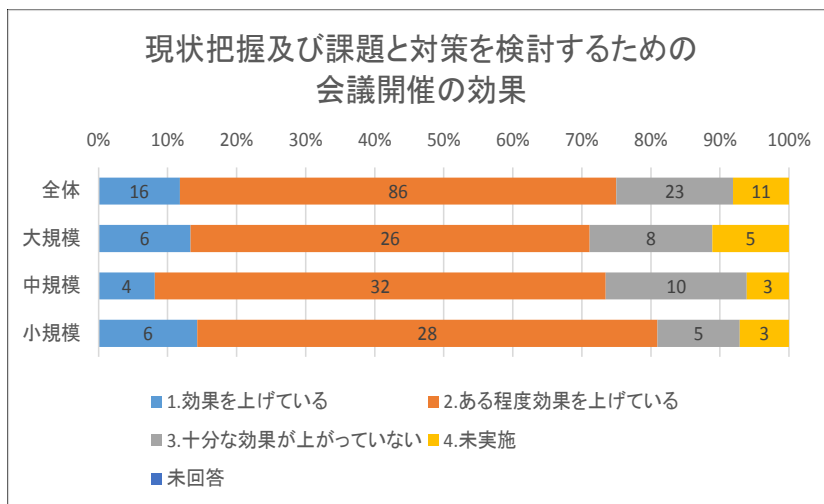


図 4-52 現状把握及び課題と対策を検討するための会議の開催の効果

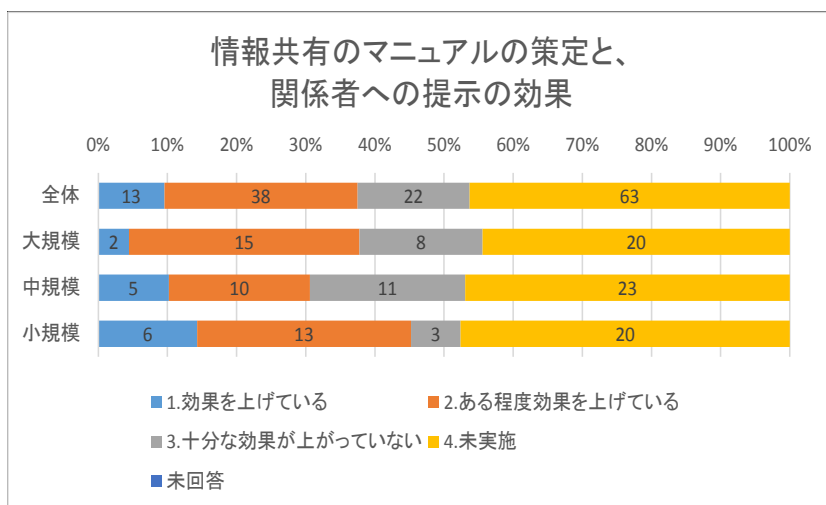


図 4-53 情報共有のマニュアルの策定と、関係者への提示の効果

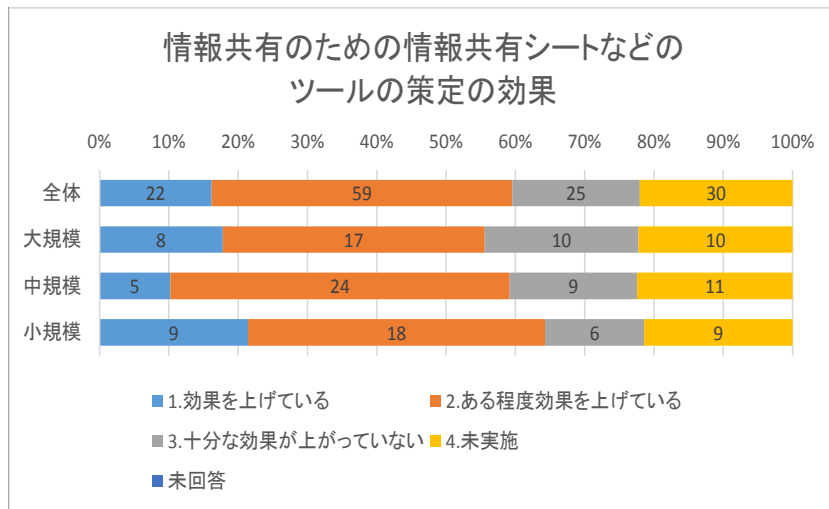


図 4-54 情報共有のための情報共有シートなどのツールの策定の効果

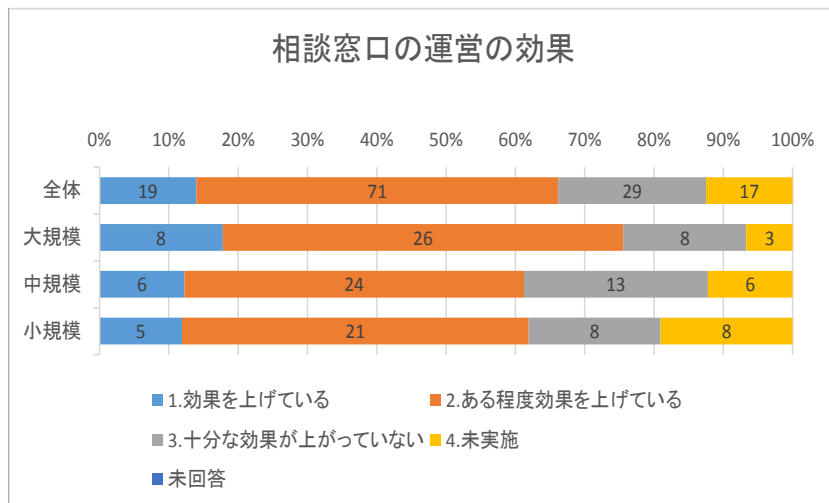


図 4-55 相談窓口の運営の効果

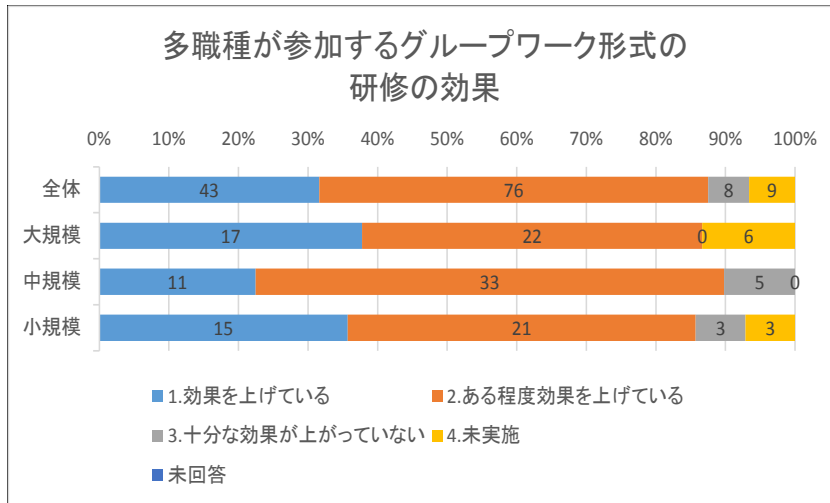


図 4-56 多職種が参加するグループワーク形式の研修の効果

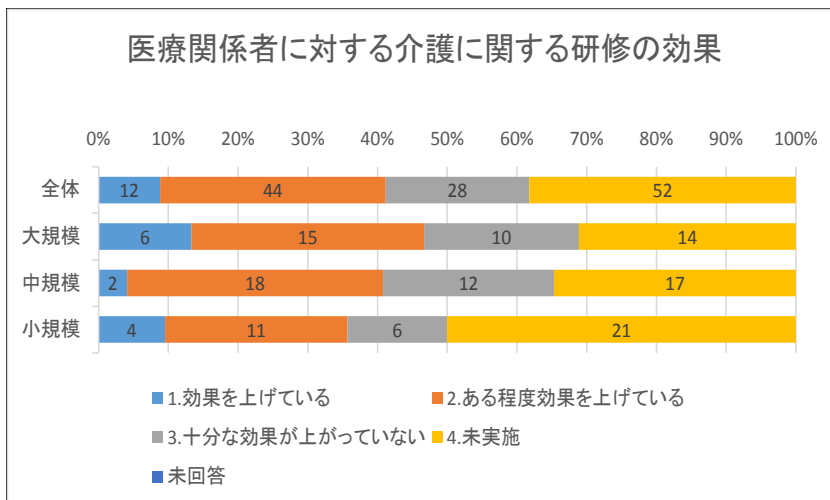


図 4-57 医療関係者に対する介護に関する研修の効果

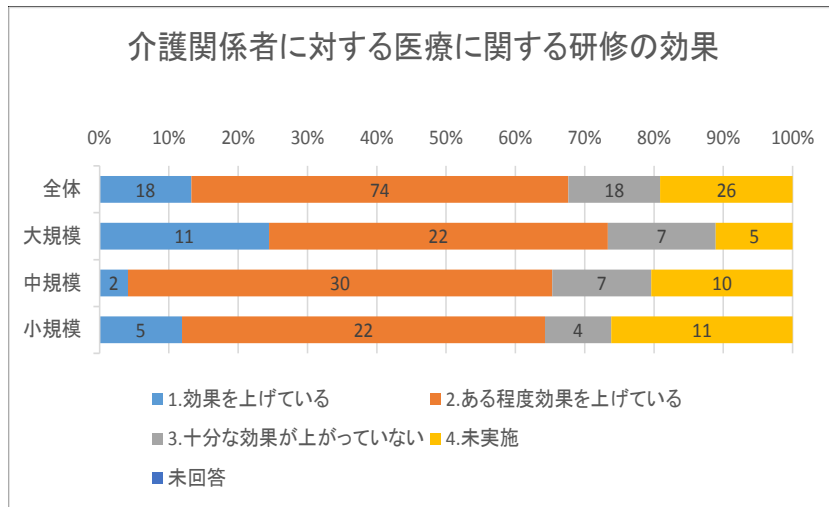


図 4-58 介護関係者に対する医療に関する研修の効果

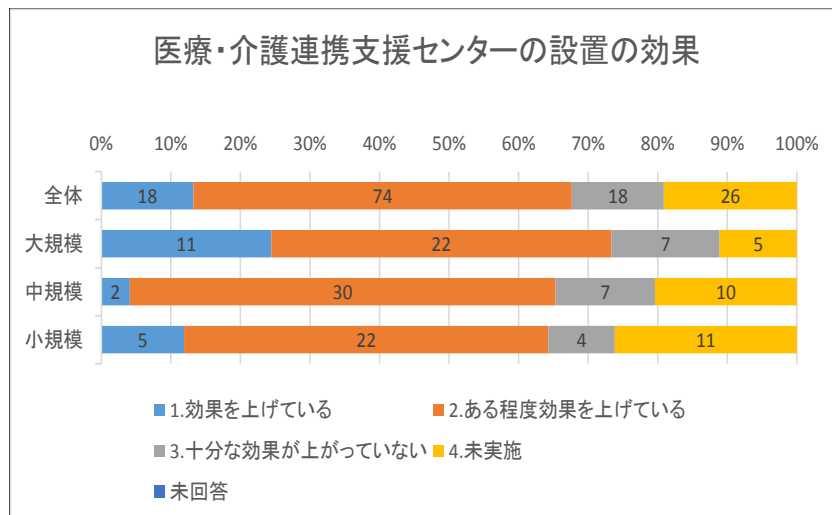


図 4-59 医療・介護連携支援センターの設置の効果

4.2.6 連携推進策の成果

成果指標として、行政と同じ質問をした結果を下図に示す。

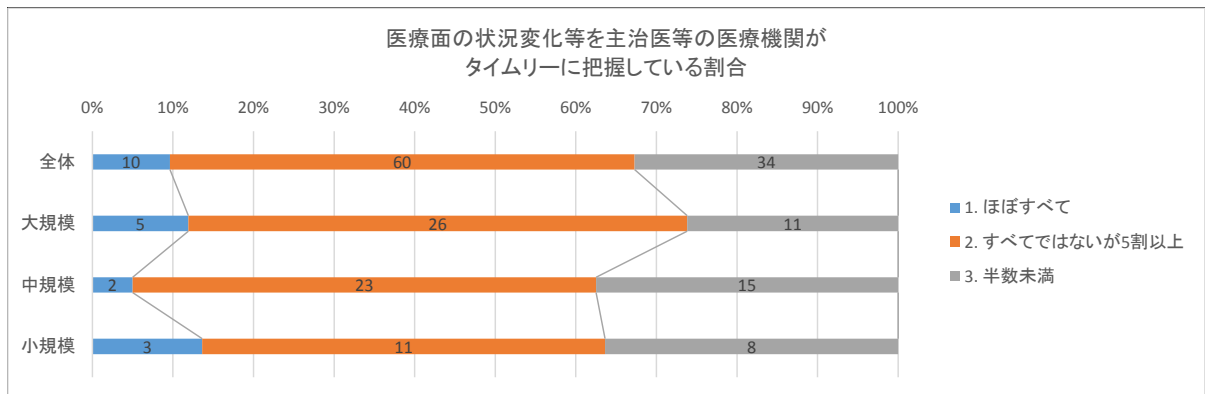


図 4-60 医療面の状況変化等を主治医等の医療機関がタイムリーに把握している割合

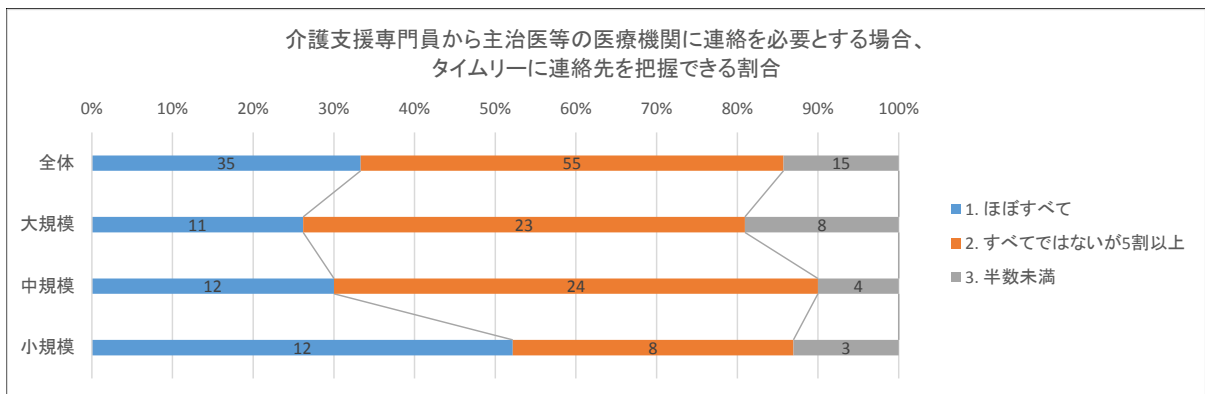


図 4-61 介護支援専門員から主治医等の医療機関に連絡を必要とする場合、タイムリーに連絡先を把握できる割合

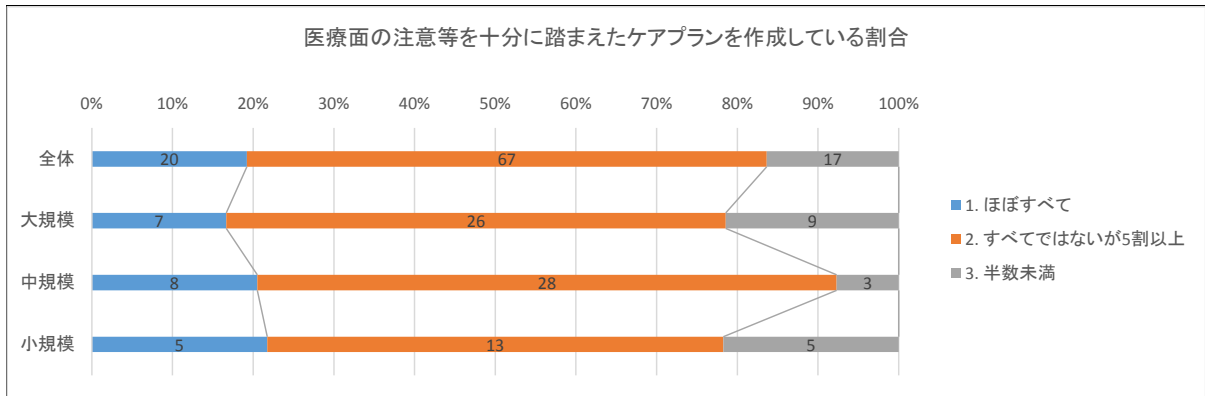


図 4-62 医療面の注意等を十分に踏まえたケアプランを作成している割合

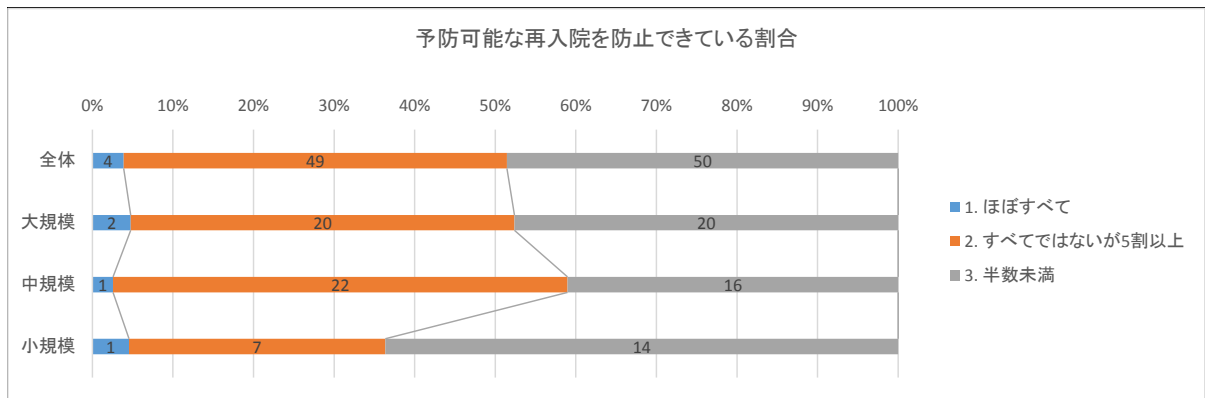


図 4-63 予防可能な再入院を防止できている割合

目立った点としては、行政と同様に居宅介護支援事業所が必要な時タイムリーに主治医等の連絡先を把握できる割合を聞いた設問で、小規模市で最もできるとの回答割合が高かった。

市（行政）と地域包括支援センターの両方から回答があった市について回答を比較した結果を下表に示す。具体的な数値の把握が困難な設問であったため、ともに中庸の回答が多かった中で、「医療面のへ変化等を主治医等の医療機関がタイムリーに把握できる割合」、「予防可能な再入院を防止できている割合」の評価がともに比較的低かった。

表 4-4 タイムリーに連絡先を把握できる割合の評価の比較

		地域包括センター			
		1. ほぼすべて	2. すべてではないが5割以上	3. 半数未満	合計
行政	1. ほぼすべて	9	13	3	26
	2. すべてではないが5割以上	9	20	4	35
	3. 半数未満	1	7	5	16
	合計	20	42	15	77

表 4-5 医療面の変化を主治医等がタイムリーに把握できる割合の評価の比較

		地域包括センター			
		1. ほぼすべて	2. すべてではないが5割以上	3. 半数未満	合計
行政	1. ほぼすべて	0	3	2	6
	2. すべてではないが5割以上	4	29	7	42
	3. 半数未満	2	11	13	29
	合計	7	45	25	77

表 4-6 医療面の注意等を十分に踏まえたケアプランを作成している割合の評価の比較

		地域包括センター			
		1. ほぼすべて	2. すべてではないが5割以上	3. 半数未満	合計
行政	1. ほぼすべて	4	5	2	12
	2. すべてではないが5割以上	4	24	9	39
	3. 半数未満	6	14	3	26
	合計	15	45	17	77

表 4-7 予防可能な再入院を防止できている割合の評価の比較

		地域包括センター			
		1. ほぼすべて	2. すべてではないが5割以上	3. 半数未満	合計
行政	1. ほぼすべて	0	3	0	4
	2. すべてではないが5割以上	1	15	10	28
	3. 半数未満	1	20	21	45
	合計	3	40	34	77

4.3. 医師会向けアンケート結果

4.3.1 回答状況

医師会向けのアンケートは、調査対象市の郡市区医師会をウェブサイト等で検索し、掲載されている住所宛てに送付した。医師会については一つの市に一つの医師会がある場合以外に、複数の医師会がある場合、他の市町村とあわせて医師会が一つある場合があり、以下の基準で送付を行った。

表 4-8 医師会のパターン別発送方法

郡市区医師会のパターン	アンケート調査票の発送方法
市に複数の医師会がある場合 (政令市で区ごとに医師会がある場合、市町村合併後旧市町村単位の医師会が存続している場合など)	それぞれの医師会に送付(ただし取りまとめを行う医師会がある場合は1か所に送付)
他の市町村も含めて一つの医師会がある場合	調査対象市ごとにアンケートを送付(一つの医師会が複数の調査対象市を対象地域としている場合は1か所に複数アンケートを送付)

一つの市に対して複数アンケートを発送するケースがあるため、200市に対して、発送したアンケートの総数は221となった。

回収率は、発送数に対して55%、市単位では200市のうち117市(59%)でいずれかの医師会から回答があった。市の規模別の回答状況を下表に示す。

表 4-9 アンケート回答状況 (医師会)

アンケートの配付数				回答数				回答率			
大規模	中規模	小規模	合計	大規模	中規模	小規模	合計	大規模	中規模	小規模	合計
81	75	65	221	45	43	33	121	56%	57%	51%	55%

4.3.2 回答医師会のプロフィール

回答者の職種は医師が多く約45%を占めるが、小規模市では半数を超える。その他の回答者としては看護師が最も多い。

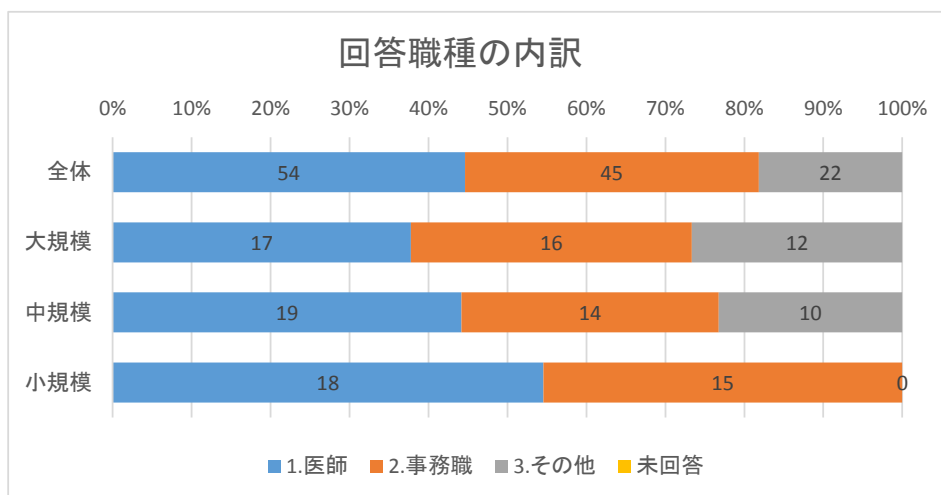


図 4-64 回答職種の内訳

4.3.3 医師会の医療・介護連携推進施策への取組状況

(1) 事業受託の状況

市の規模別に医師会の事業別の受託状況を数に示す。いずれも、大規模市での受託の割合が最も高い。受託の最も多い事業は研修の支援となっている。なお、本調査では、平成 29 年度の状況について質問しているため、最新の状況を反映していない³。

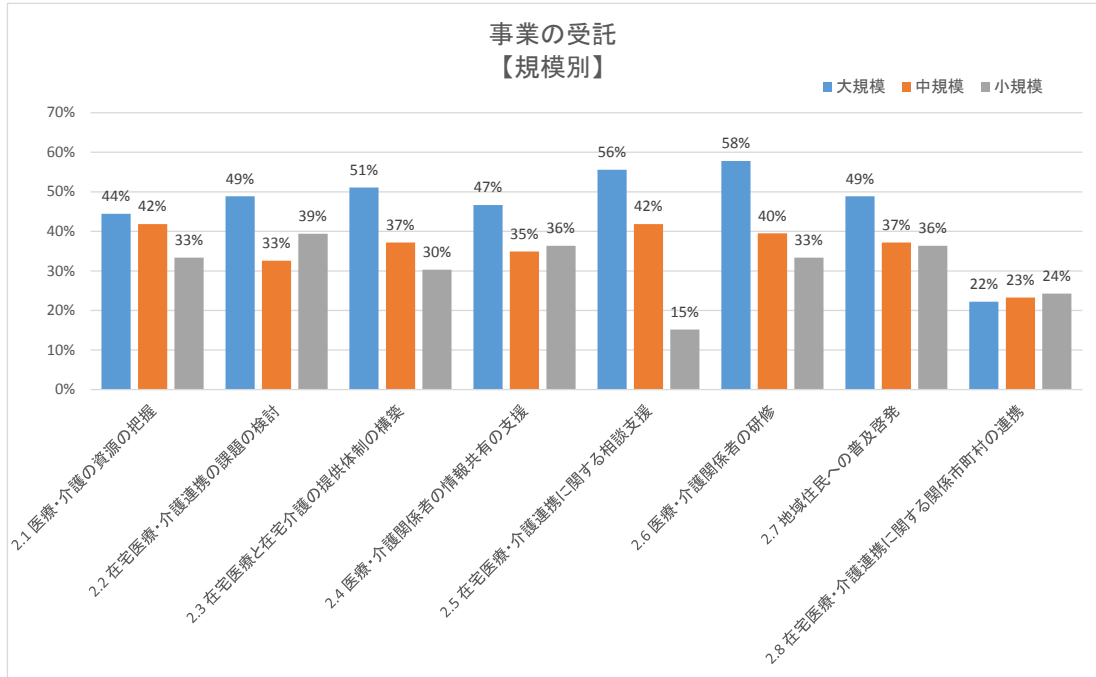


図 4-65 市の規模別医師会の事業受託状況

³ アンケート調査実施時の医師会からの問い合わせでは、平成 30 年度から実施している事業が多い状況がうかがえた。

(2) 事業受託以外の関わり

事業を受託していない場合の、事業ごとの関わり方に関する回答結果を下表に示す。

受託している場合とあわせると、事業の企画運営など幅広い領域で関わっていることが分かる。

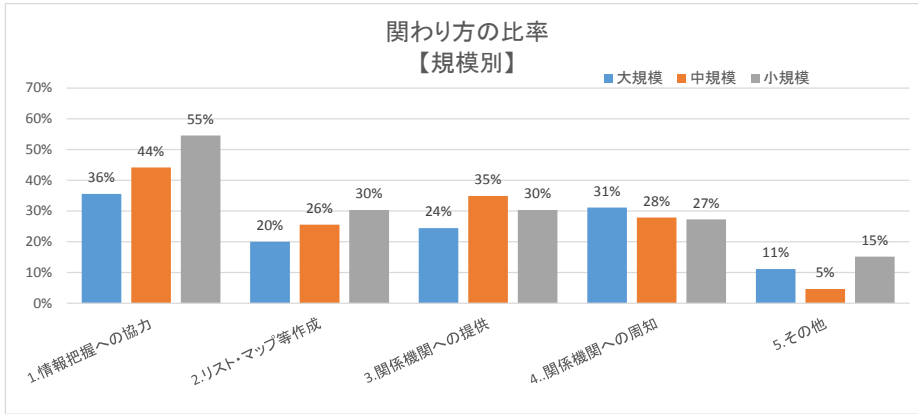


図 4-66 関わり方の比率（医療機関・介護事業所リスト・マップ作成等）

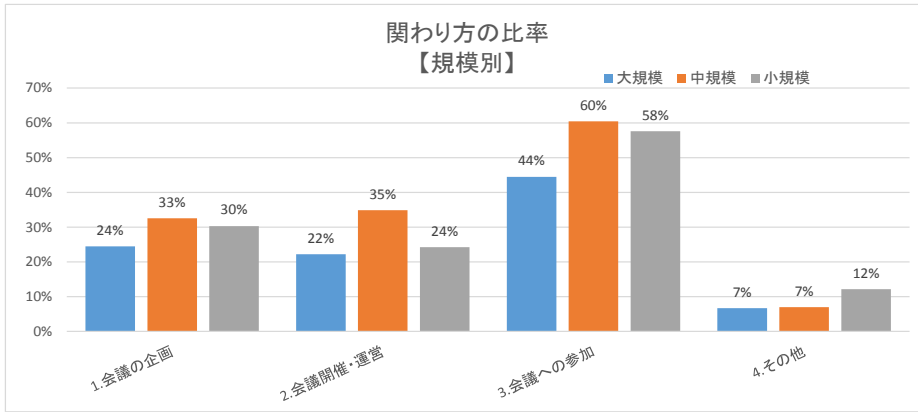


図 4-67 関わり方の比率（会議を通じた現状把握、課題抽出、対策検討）

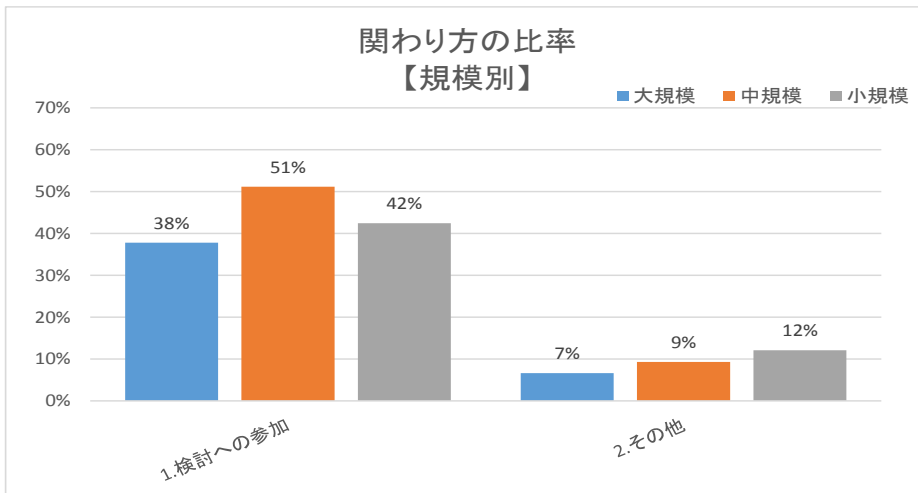


図 4-68 関わり方の比率（医療・介護が一体的に提供される体制の構築に向けた取組の企画立案）

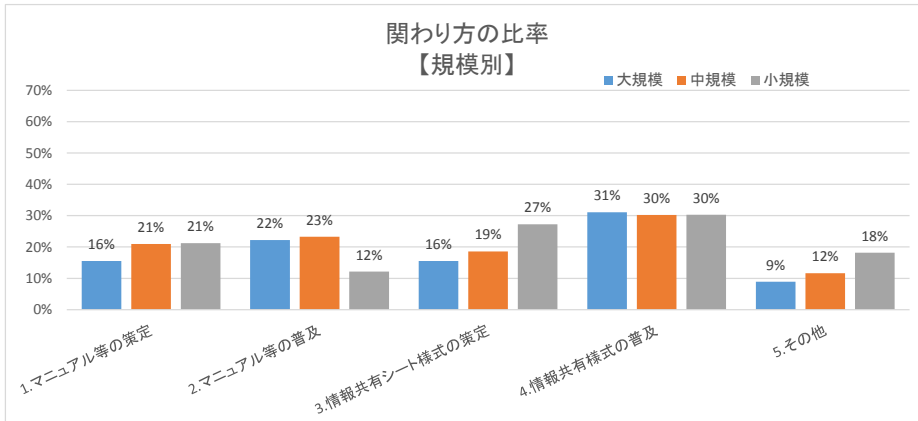


図 4-69 関わり方の比率（情報共有手順整備など）

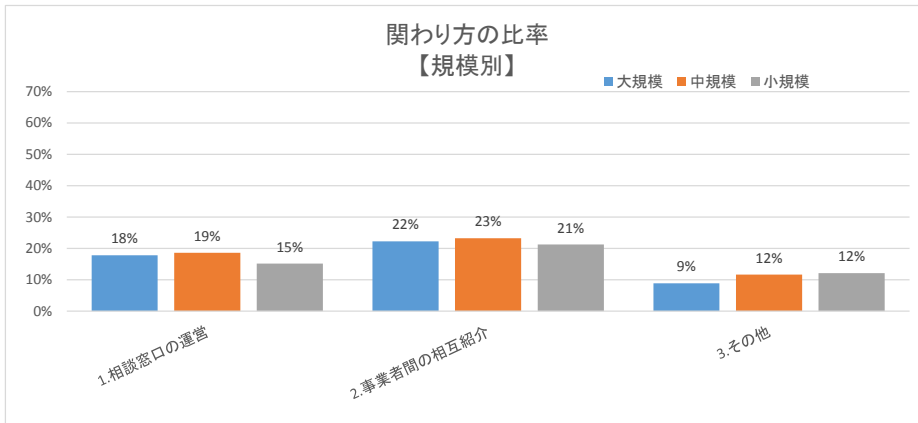


図 4-70 関わり方の比率（関係者からの相談窓口設置等）

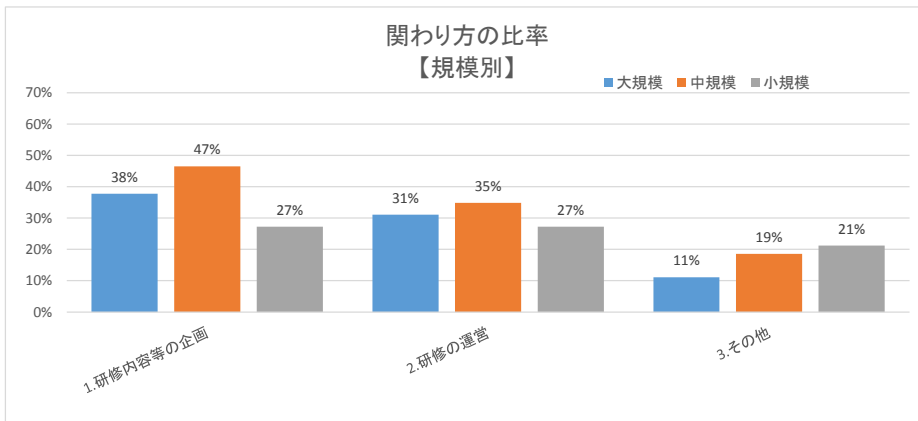


図 4-71 関わり方の比率（医療・介護関係者への研修支援）

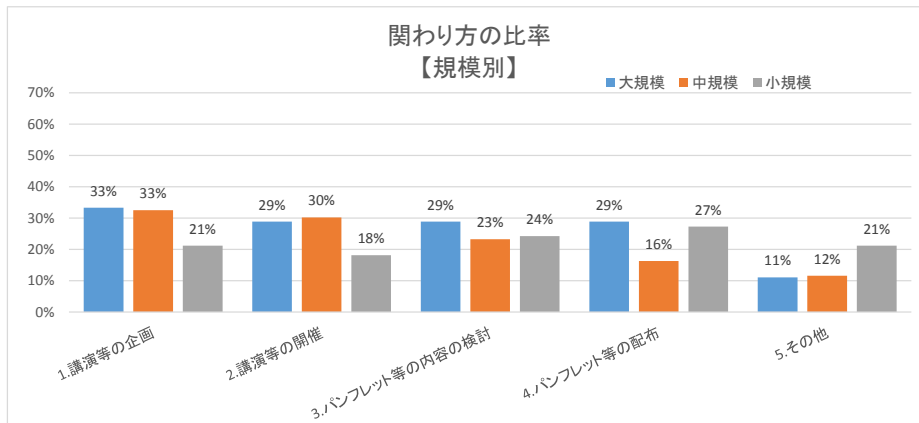


図 4-72 関わり方の比率（地域住民への普及啓発）

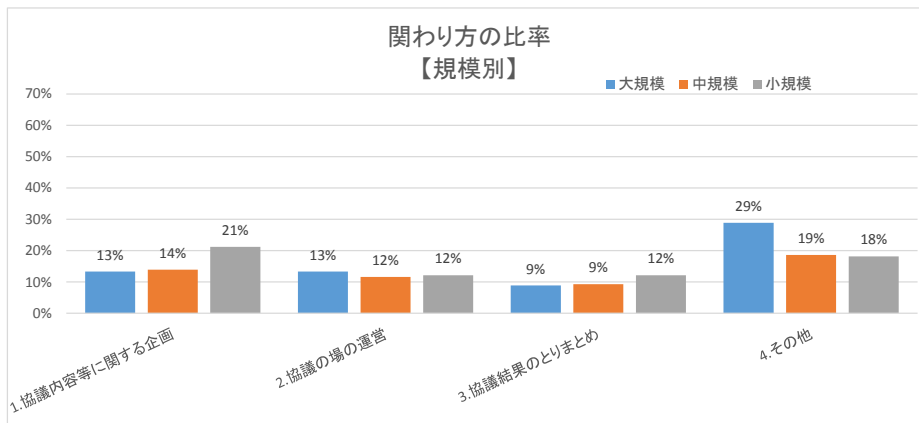


図 4-73 関わり方の比率（複数市町村の連携協議）

5. ヒアリング調査

5.1. 対象の選定

医療・介護連携の報酬算定に特徴がある市、アンケートの回答から取組が進んでいるとみられる市を 20 か所選定し、行政、地域包括支援センター、郡市区医師会に対してヒアリング調査を実施した。

対象の選定にあたっては、検討会での意見を踏まえ、人口規模、医療と介護の報酬請求算定回数のパターン、地域指標データに基づくクラスタリング結果等を網羅するよう配慮した。なお、対象市で、地域包括支援センター、郡市区等医師会からのアンケート回答がなかったものについては、担当者の把握が困難であったため、実施対象には含めなかった。また、医師会については小規模で診療所の医師等が医師会を代表して回答している場合などがあり、一部ヒアリングの対応時間が確保できないなどの理由で実施していないものがある。このため、医師会ヒアリングの回答者は、医療介護連携支援センターの運営を受託している医師会事務局が多数を占め、在宅医療等に直接携わる医師の回答は少ない。

下表にヒアリングの対象市の選定理由と実施状況を一覧で示す。

表 5-1 ヒアリング対象と実施状況一覧

No	人口規模	クラスタ*1	報酬算定*2	地域医師会	選定理由	自宅死の率	行政*3	包括	医師会
1	小			単独	医療系報酬算定が増加、自宅死率が特に低い	4.8	○	○	
2	大	2	2	単独	算定状況第2象限	12.8	○	○	
3	大	2	1	単独	算定状況第1象限	9.2	◎	○	○
4	大	1	1	単独	医療系報酬算定が増加	16.1	○	○	
5	中			他市町村も対象	医療系報酬算定が増加	12.3	○	○	
6	大	4	3	単独	医療系報酬算定が増加	21.5	◎	○	○
7	大	4	3	単独	医療・介護算定ともに低い 関東近県の特徴的市	16.0	○	○	○
8	中			単独	中規模で医療系報酬算定が増加	9.5	○	○	
9	大	3	1	複数	医療系報酬算定が高い	12.7	○		
10	中			他市町村も対象	医療系報酬算定が高い	14.4	○	○	
11	小			単独	小規模で医療・介護算定ともに低く、自宅死率が特に高い	19.7	○	○	
12	大	2	1	単独	医療系報酬算定が増加	15.1	◎	◎	
13	大	3	1	単独	小規模で医療・介護算定ともに低い	8.8	○		
14	大	3	1	複数	クラスタ3、算定状況第1象限	12.3	○		○

15	大	2	4	単独	クラスタ2、算定状況第4象限	13.8	○		○
16	小			他市町村も対象	小規模、医療系報酬算定が特に低い	7.8	○	○	○
17	中			他市町村も対象	中規模で医療系報酬算定が増加	6.9	○		○
18	大	3	1	1	医療系報酬算定が高い	10.7	○	○	○
19	大	2	1	複数	医療系報酬算定の変化が大きい	11.3	○		○
20	小			他市町村も対象	小規模で医療系報酬算定が増加	7.7	○		

*1：大規模市のクラスタ分析に基づくクラスタの番号。

*2：大規模の医療・介護報酬の算定に関する4象限の区分。

*3：実施の有無、○は電話ヒアリング、◎は訪問ヒアリング

5.2. ヒアリング項目

ヒアリングは、データ分析、アンケート分析結果から得られた該当地域の地域性を踏まえ、地域ごとの実態を捉えること、データ分析のアプローチの有効性を検証することを主な目的として、対象ごとに下表に示す項目について行った。

表 5-2 ヒアリング対象別ヒアリング項目

項目	行政	地域包括支援センター	医師会
医療・介護連携の前提となる地域性	市全体の地域性 データ分析からみられた特徴、報酬算定状況、クラスタ分類等について、地域の実態とあっているか	担当地域の地域性	市全体の地域性
医療介護連携対策の実施状況と課題	全般的取組 全般的課題	地域包括支援センターの取組 地域包括支援センターの課題 地域包括支援センターからみた現状の課題	医師会の取組 医師会の立場からみた課題
医療・介護連携報酬加算の算定状況について	算定状況の要因 算定状況と連携の実態	—	—
成果を捉える指標について	医療・介護連携推進対策のPDCAを行う上での評価指標 成果指標のあり方	—	—

5.3. ヒアリング結果

5.3.1 医療・介護連携の前提となる地域性

地域性の認識に関しては、行政、地域包括支援センター、医師会とも認識がほぼ共通しており、課題分析等を通じて、地域性に関する認識の共有が進んでいることがうかがえた。

(1) 地理的環境、気候等

積雪が多いなどの気候的条件や、斜面地などの理由により、高齢者が外出しにくい環境では、介護保険の訪問サービスと訪問看護・訪問診療のニーズは高い。

こうした地域では早くから、医療機関がニーズに対応して在宅医療に力を入れている場合もある。しかし、地方都市では、医師の高齢化も進んでおり、在宅医療では夜間対応などの医師の負担が大きいことから、入院や介護サービスのショートステイに依存が高くならざるを得ない地域もあった。

(2) 病院の体制

公的な病院などが中核的な役割を果たしている市では、救急医療も在宅医療も一つの病院で推進している場合が多い。一方、地方の都道府県庁所在地ではさまざまな経営主体の多数の病院が集中している市がある。市域と二次医療圏は一致しておらず、市内の病院は他の自治体からの入院患者も多い。こうした地域の中には、市内の在宅医療に積極的な病院が少ないことを課題に挙げる例も見られた。

病院の多い地域、とりわけ急性期の対応に重点を置いている病院が多い地域では、何かあったら病院に入るという意識が住民側にも病院側にも強い傾向がある。救急搬送の担当も含めて、意識と判断基準を明確化する必要性が課題として挙げられていた。

(3) 住民意識

在宅医療の推進に影響を与える要因として、住民意識を挙げる例は行政、地域包括支援センター、医師会ともに多く見られた。

病院や介護の入所施設が充実している地域では、家族や、独居の場合は周囲の住人が、本人の病状の異変に気が付いたら早めに病院等に入れることが安心であると考え住民の意識があるとする意見があった。

ヒアリングからは、医療の必要度が高い高齢者の在宅での生活継続には、住民の在宅医療に関する認識や、意識が重要な要素となることがうかがえた。

住民啓発は住民の意識レベルに合わせたアプローチが求められる。

多くの地域において在宅で受けられる医療サービスの内容や、支える体制について住民の認識がまだ十分高まっていないという声が多く聞かれた。こうした地域では、住民向けの講演などで、理解を深めることに取り組んでいる過程にあると考えられる。まず、在宅で医療

を受けながら暮らすことができることを知ってもらうことが優先課題であり、在宅での看取りについてまで意識付けを行うのはその次の段階と考えているとのことであった。

また、地域包括支援センターでは、同じ市内であっても、住民意識は地域の背景によって大きく異なるとする意見があった。

高度成長期のニュータウンで高齢化が進んでいる地域もある。こうした地域は住民に対する講演会などへの出席率が高く、在宅医療や居宅介護サービスについての情報収集に積極的である。一方、古くからの住民が暮らす高齢化地域では、こうした積極性が低く、住民啓発活動においても異なるアプローチが必要となるとする意見が聞かれた。

(4) 市の規模

行政に対するアンケートでは市の規模により課題に差があることが示唆された。

小規模市のヒアリングでは関係者が少なく顔の見える関係が構築しやすく、関係者のリスト作成づくりはあまり重視されていないことがうかがえた。

大規模市のヒアリングでは、医療関連の部署と医療・介護連携担当部署が別である場合も多く、庁内での情報の連携に課題があるとする意見があった。また、市の規模によって、専任担当がおけるか、兼務担当になるかによって業務負担が大きく異なり取組にも差が出るという意見があった。

(5) 地域の在宅医療への取組の経緯

在宅医療の推進に熱心な地域では、平成 24 年以前から、地域の医師会が在宅医療への取組を進めていたとする市があった。こうした早期から在宅医療に取り組んでいた地域の多くでは、退院時の調整や、関係者による情報共有のためのツールの策定が早くから行われ普及していた。

5.3.2 医療・介護連携報酬加算の算定状況について

連携報酬算定が伸びている地域では、入退院連携のルールの整備が報酬算定の増加の契機となっているとする意見が多く聞かれた。報酬算定状況データの分析とアンケート結果からも算定の伸びている時期と算定ルールの整備時期とはある程度対応していた。基盤となるルールがあれば、病院側での体制も整備され、退院時の調整会議などの実施につながっており、行政担当者にも実感されているようである。

一方、対比のために、連携に関する報酬算定が低い地域もヒアリング対象とした。こうした市は 3 章で示したように関東地方に多く、ヒアリングした市の例では、医師会による在宅医療に積極的に取り組んでいる例がみられ、退院時の連携ルールも策定されており、今回のヒアリング対象からは算定回数が低い要因は見いだせなかった。

5.3.3 職種間連携の実現状況

行政からも、地域包括支援センターからも、地域における多職種の顔の見える関係づくり

は進んでいるとの手ごたえを感じていることがうかがえた。

ただ、地域の多職種の関係づくりは医療・介護連携の大きな要素の一つではあるが、実際に医療を必要とする在宅の高齢者が安心して暮らすためには、本人にとっても多職種の関係者にとっても医師によるサポートがあることが必要であるとの意見が多く聞かれた。医師不足や病院勤務医師の多忙などで、十分な連携が難しいとする地域では、医師の連携会議への参加が得られないことなどが課題として挙げられていた。

職種間での理解については、病院のMSWだけでなく、病院の病棟看護師の在宅医療に対する理解を高めることが、退院後の円滑な在宅への移行につながるという意見があった。病院の看護師に対し在宅医療を体験するための研修を行っている市もあったが、多忙な看護師がこうした研修を受けることを可能とするためには、病院や病棟の看護師長の理解が得られることが必要とのことであった。

5.3.4 成果評価の指標のあり方

アンケートでも、医療・介護連携の地域における課題検討の会議を実施していても、課題と対策を明確にしてPDCAサイクルを実施するところまでは実現できていないとする市が多くみられた。ヒアリングでは多くの市で、定期的な状況把握を行うための指標項目の設定に苦心していた。

特に、連携の成果に関する指標は継続的に捉える事ができておらず、そもそも、何を指標にすべきかが課題とする市が多かった。

在宅医療データとして公表されている自宅死の率は、住民の意識、高齢者の独居率や、同居家族の数、病院のアクセスなどの要因によっても影響を受けることもあり、医療・介護連携のアウトカム指標としてはあまり、受け入れられていない。むしろ、在宅の再入院までの期間の方が有効ではないかとする意見があった。しかし、再入院までの期間を指標として捉えるためには、個人別のレセプトを長期間名寄せするなどの加工が必要となるため、個別の市で仕組みを作るのは困難である。

プロセス指標として、退院時連携のカンファレンスの実施状況などをモニタリングしている例もあったが、負担が大きく継続的に行うには至っていなかった。

6. まとめと考察

6.1. 医療介護・連携に関する報酬算定状況の分析

本調査研究では、医療・介護連携について取組や成果を定量的に捉えることを目標として、まず医療・介護連携に関わる診療報酬と介護報酬の算定の状況について、地域ごとの状況を分析した。

その結果、市によって算定状況の違いが大きく、地理的には首都圏の近くの市で低いことなどが捉えられた。

相関分析では大規模都市では要介護認定率や介護サービスの利用量と正の相関があり、病院から介護サービスへの連携として算定が多くなっている可能性がうかがえたが、小規模市では相関はほとんどみられなかった。

算定が伸びている地域におけるヒアリングでは基礎となるツールとして入退院時の連携マニュアルの整備が契機となっているとの意見が多数あり、入退院の連携を推進する上で、手順などの基準が大きな役割を果たしていることがうかがえる結果となった。

入退院時のルール策定が連携の実施につながり、報酬の算定が増加するという流れは実現していると考えられる。一方で、算定が低い地域については、入退院の連携マニュアルの整備が遅れているという傾向は見られなかった。算定の低い地域が地理的に集中していることなどを踏まえ、さらに低い算定の地域的要因を確認することが求められる。

行政のヒアリングでは、病院や居宅介護支援事業所のこうした報酬加算の状況について意識していない行政担当者もあり、医療・介護連携推進策の取組の結果の指標として、こうしたデータが提供されることを求める声があった。また、報酬算定状況は医療・介護連携対策の成果というよりも、病院の経営的な取組の結果として捉えている自治体も見られた。

今回対象とした報酬は入退院連携に関するものに限られており、病院から退院して在宅へ移行する部分（主に病院と居宅介護支援事業所の連携）に焦点をあてている。医療・介護連携の実現は、病院から在宅への円滑な移行、在宅における療養生活を支える多職種連携、医療的な変化に備える医療機関の体制の三つの要素から成り立っており、これらがそろっている必要がある。

医療・介護連携の状況をデータから捉えるためには、こうした要素についてもあわせて分析することが必要と考えられる。

6.2. データに基づく地域性分析の可能性

6.2.1 地域指標に基づく分析結果

医療・介護連携の状況を客観的に捉えることを目的として、本調査研究では医療・介護連携に関する要因の関連性モデルを想定し、公表されているデータから様々な地域指標を調査

対象市について網羅的に収集し、報酬の算定に関するデータとあわせて、関連性の分析を行った。

3章の表3-1から表3-3で示した指標間の相関行列に見られるように、大規模都市においては、指標間に相関が認められる項目が多かったが、ほぼ全ての指標で市の規模が小さくなるにつれて、相関は弱くなった。小規模市では、収集したデータ以外の個別の要因の影響が大きく、限られたデータから地域性を客観的に捉える事が難しいことが想定される結果となった。

大規模市については、相関分析に加え多変量解析を行った。

クラスタ分析の結果では、表3-5で示したように後期高齢化率の高い地域でも、医療資源の違いにより、介護サービスの利用量、自宅死の率などに違いがみられるなど、地域の特徴をデータからある程度捉える事ができる可能性が示唆された。

ヒアリング結果からは、療養を必要とする高齢者の在宅での生活継続には、在宅医療に関する資源環境の他、急性期の病床の充足度やアクセスも影響していることが想定された。また、医師の高齢化、大病院の勤務医の状況なども、医師が在宅医療にどの程度かかわれるかに影響するとする意見があった。

しかし、本調査研究での事前の指標の収集では、在宅医療にかかる地域別データ集からの訪問看護体制、介護施設定員等限定的であった。今後の、地域性の分析においては、病院の病床数や病院へのアクセスなどの指標に加え分析の精度を高めていくことが考えられる。

6.2.2 今後分析対象とすることが考えられるデータ

検討会では、医療・介護連携の取組状況や成果を捉える指標として利用が想定される情報として下表に示すような提案があった。

表 6-1 今後活用が想定される情報（再掲）

情報源	概要	利用機会
病床機能報告	病棟単位の機能、体制、実施医療内容、報酬算定の回数。	介護連携の加算算定状況把握。 地域の医療提供体制等を捉える指標としての利用も考えられる。
SCR	医療機関の所在地の市町村別診療報酬の項目別算定状況。 総務省がNDBから作成し公表。	介護連携の加算算定状況把握。 在宅での療養に関連する医療の提供状況を捉える指標としての利用も考えられる。
保険者機能評価の交付金評価項目	介護保険者の交付金算定において評価される項目として介護保険者から国に報告する。 医療・介護連携に関する評価項目が含まれる。	市町村の取組状況把握への活用が考えられる。
在宅医療にかかる地域別データ集	在宅医療に関する地域別の実施体制、実績に関するデータを取りまとめたもの。	在宅医療実施体制等の指標を追加することが考えられる。

こうした情報は全国的な統計分析や、自治体ごとの課題把握、目標設定と PDCA サイクル等に活用するためには、自治体単位で指標化できることが求められる。しかし、これらの情報は自治体単位で公表されているものは少なく、自治体の単位での指標化が難しいもの、全国一律に公表されていないものなども多い。

6.3. 医療・介護連携推進状況把握のための指標

6.3.1 評価指標の必要性

医療・介護連携における課題を明確化し対策を立てても、その実施を行っていくうえでは、PDCA サイクルを通じ対策の実施状況や成果を捉え評価することが不可欠である。アンケート調査、ヒアリング調査では、自治体においては、PDCA を行う上で対策の実施と成果の状況をどのように定量的に捉えるかが大きな課題となっていることが明らかとなった。

6.3.2 成果指標把握の現状

ヒアリングでは、研修のアンケートを通じた多職種連携会議の参加職種などプロセス指標を設定し、定期的に評価している市も見られた。しかし、医療・介護連携の推進に関する PDCA で成果指標までを継続的に捉えて評価できているとする例は見られなかった。

医療・介護連携の成果をデータ化から捉えることは難しく、本調査アンケートの設問でも客観的に成果を捉えることが困難だった。

一例として、多職種による会議、グループ研修を通じ、多職種間の顔の見える関係づくりは進んでいる。しかし、それが地域での在宅生活の実現に結びついているかという点では、確証を持ち切れないとする意見があった。感覚的には、関係者との会議やコミュニケーションは円滑にできているが、まだその先の成果を実感できていない状況が伺えた。

具体的な成果指標が捉えられないことが一つの要因であると考えられる。

6.3.3 成果指標としての自宅死率の可能性

自宅での死亡の割合を医療・介護連携の成果指標とする考え方がある。

自宅死の率は定期的に全市町村のデータが公表されており、今回のヒアリングでもほとんどの市でも意識されていた。しかし、自宅死の率が医療・介護連携の成果を表しているかという点では疑問を持っている様子が多く伺えた。

ヒアリングでは、家族や地域の環境などで早めに病院に移すことが安心とする住民意識、同居家族の数、病院の医師の考え方、救急搬送の担当の意識など、さまざまな自宅死率の要因が挙げられた。

行政担当者からも、在宅での生活を長く維持できれば、在宅の看取りにまでこだわることが必ずよいとはいえないのではないかとする意見が聞かれた。

相関分析では、納税義務者あたりの所得や、駅から 1 km 以内の住居率との相関がみられた

が、在宅医療・介護連携との関係は見いだせなかった。

このように、自宅死の率は、住民意識・住環境・病院のアクセスなど救急搬送の体制などの複合的な要因の影響を受けていることが想定される。

以上のような点を勘案すると、自宅死率については要因を分析することは意味がある。結びついている要因や背景を理解し、必要な対策につなげていくことが有効と考えられる。

なお、自宅死については、自宅での看取りの他、孤独死や異常死が含まれていることも、指標としての課題として挙げられている。

この点について、検討会では、病名ががんの場合は異常死の率が少ないため、病名を勘案することも有効との提案があった。

成果指標としては、検討会、ヒアリングでは再入院までの在宅での療養期間や、病院からの在宅復帰率等を見ることが有効ではないかとの意見があった。在宅療養期間はレセプトを長期的に個人単位で分析する必要があり、病院からの在宅復帰率についても病院所在地単位のデータを加工するなど指標を捉える負担が大きいと想定される。

医療・介護連携推進対策を進める上ではこうした指標を体系化し、効率的に大きな負担なく地域間の比較が可能な指標を捉えることができる仕組みづくりが求められる。

6.3.4 住民意識の指標化

ヒアリングでは住民意識が医療・介護連携推進に大きく影響する地域性要因となっていることが明らかになった。医療・介護連携の分野に限らず、住民意識は最もデータで捉える事が困難な地域情報である。在宅療養に関する認識度や知識、自宅での看取りに対する意識などは、住民啓発の効果を捉え、次の施策の企画につなげる上でも有用であり、ヒアリング調査でも住民アンケートなどで収集している例が見られた。

地域間の比較可能性を高めるためにも、国としてアンケート調査の設問の標準を示すことなどが有効と考えられる。