

平成28年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

**地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における
在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に
関する調査研究事業 報告書**

株式会社 野村総合研究所

平成 29 年 3 月

目次

第1章 本調査研究の背景・目的および手法.....	2
1. 背景・目的.....	3
2. 調査手法.....	4
第2章 在宅医療・介護連携推進事業の 推進に係る検討.....	7
1. 論点の設定.....	8
2. 事業推進における PDCA の枠組み構築について.....	9
3. 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の取組について.....	47
4. 都道府県が担うことが望ましい市区町村支援について.....	57
第3章 参考資料.....	67
1. 指標の例.....	68

第1章

本調査研究の背景・目的および手法

1. 背景・目的

1-1 本調査研究の背景

我が国では、高齢化に伴う医療・介護需要の量的かつ質的变化に対し、限りある医療・介護資源を有効活用したケアの提供が求められている。これを背景とし、住まい・医療・介護・予防・生活支援の各機能が分化・連携しつつ、在宅等住み慣れた地域の中で患者や高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が目指されている。

この流れの一環で、平成27年度から介護保険の地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、全国の市区町村が中心となって取り組むこととされた。しかし、今まで医療行政は都道府県が主に担っていたこともあり、担うことが少なかった市区町村にとって、医療関係団体等との調整といった各取組は困難な場合があると考えられている。

実際に、弊社が昨年度に実施した、平成27年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業で『地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査研究事業』では、全国の計672の市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況を確認したところ、医師会との協力関係構築が重要な（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進などは、平成27年度から事業を開始した市区町村が2割以下にとどまる実態が明らかになった。

思ったように事業を進捗させられない市区町村がまだ多く存在していると考えられる。その事業推進能力の向上に向けては、事業推進時の参考となる取組例等の情報提供が重要と考えられる。

1-2 本調査研究の目的

本調査研究では、まず、全国の市区町村を対象とした在宅医療・介護連携推進事業に関する実施・準備状況を、平成27年度研究のアンケート調査結果等に基づいて調査した。その調査結果に基づいて、市区町村による参考事例や共同実施等の効率的な取組事例、さらには都道府県による効果的な市区町村支援等の事例を、幅広く収集した。

それと並行する形で、有識者や自治体等の関係者による調査検討委員会を設置し、全国の事例を参考にしながら、より効果的に在宅医療・介護連携推進事業を推進するための検討を行った。

これらを通じて、最終的に、各市区町村の担当者が在宅医療・介護連携推進事業に取り組む際の参考となる報告書を取りまとめることを、本調査研究の目的とした¹。

¹ なお、各章で参考事例について詳述しているが、各市区町村それぞれの事情がある中で、取組内容をそのまま模倣すれば良いわけではない点に留意していただきたい。

2. 調査手法

2-1 調査手法

(1) 検討委員会の開催

在宅医療・介護連携推進事業では、平成30年4月までに、(ア)～(ク)の8つの事業項目を実施することが市区町村に義務づけられた。しかし、市区町村によっては、地域の実態に即した課題を解決するための対応策になっておらず、「表面的な取組になっているのではなか」といった事業の形骸化を懸念する意見がある。

平成27年3月に国が在宅医療・介護連携推進事業の実施方法について取りまとめた「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver1.0」においては、「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」を8つの事業項目の1つに位置付けているが、各市区町村で十分な検討が為されるまでには至っていない場合がある。

一方で、把握すべき指標として活用可能な市区町村単位のデータの提供が増えてきている。活用可能な情報整備の例としては、厚生労働省 医政局から市区町村毎の自宅死の割合（人口動態調査特別集計）や在宅療養支援診療所等の医療資源の情報が提供されたほか、地域包括ケア「見える化」システム (<https://mieruka.mhlw.go.jp/>) により地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報も公開された。医療介護連携に係る診療報酬の算定状況等の活用も考えられる。

また、都道府県が都道府県医師会と密接に連携しつつ、市区町村に対する効果的な支援を実施している事例も複数報告されている。

上記のような直近の情勢変化を踏まえ、本調査研究では、在宅医療・介護連携推進事業のさらなる推進に向けた提案を含む調査研究報告書を取りまとめるべく、有識者や自治体関係者で構成される「在宅医療・介護連携推進事業の推進に係る検討委員会」を設置し、検討を行った。

本検討委員会では、下記3点を主たる論点としつつ、細かい各論についても論点を設定した上で議論を行った。各論点の詳細と検討委員会内での議論結果については、第2章でまとめて解説を行う。

本検討委員会の主たる論点

- ①事業推進におけるPDCAの枠組み構築について
- ②在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の取組例として手引きへの掲載が望ましい施策について
- ③都道府県が担うべき市区町村支援の取組について

<開催日程および議題>

#	日程	役職
第1回	2016年9月9日	・調査研究の趣旨 ・先行事例の紹介 ・主たる論点に関する検討
第2回	2016年10月31日	・事業推進におけるPDCAの枠組み構築に関する検討 ・追加すべき取組に関する検討 ・都道府県による市町村支援に関する検討
第3回	2016年12月21日	・報告書のとりまとめに向けた検討

<委員> ※敬称略 五十音順

#	氏名	所属
1	飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
2	角野 文彦	滋賀県 健康医療福祉部 次長
3	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
4	小宮山 恵美	東京都 北区 健康福祉部 介護医療連携推進担当課 課長
5	鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事
6	惣田 晃	神奈川県 横須賀市 健康部 部長

<調査協力(調査員)>

吉江 悟(東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員)

<オブザーバー>

厚生労働省 老健局 老人保健課

(2) ヒアリング調査の実施

1)文献調査

ヒアリング候補先の選定にあたり、市区町村については、平成27年度に実施した老健補助金事業 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査研究(野村総合研究所)で全国の1,741市区町村に対し実施したアンケート調査等の結果を基に、各市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する分析を行った。その中から、特に中小規模の市区町村において事業の推進に困難を感じている可能性が高いという想定から、人口規模が10万人以下で、かつ事業の初期に取り組むべき「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」と「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」の事業項目が進んでいる29の市区町村を選出してロングリストを作成した。

都道府県については、各都道府県が公開している平成26年度の医療介護総合確保推進法に基づく県計画、有識者への簡易ヒアリング等を基に8都道府県を抽出しロングリストを作成した。

2)ヒアリング調査対象の抽出および調査の実施

市区町村については、上記ロングリストに基づき、29 市区町村に対し簡易な電話ヒアリングを実施し、厚生労働省等と議論をした上で、ヒアリング調査対象となる市区町村として下表の6市町を選出した。

都道府県についても同様に、上記ロングリストに基づき、厚生労働省等と議論をした上で、ヒアリング調査の対象となる下表の3県を選出した。

3)調査概要

まず文献調査および電話による簡易ヒアリングを先行実施し、7月初旬にかけてヒアリング対象の選定や調査項目の検討を行った。そして対象が定まった7月下旬～8月下旬にかけてヒアリング調査を実施した。調査対象は次表の通りである。各事例のヒアリング結果は、別添資料を参照のこと。

図表1 調査対象とした3県6市町とヒアリング調査実施時期

市区町村

#	市町村名	担当課	訪問日時
1	兵庫県朝来市	地域包括支援センター	2016年7月19日
2	埼玉県蓮田市	在宅医療介護課	2016年7月20日
3	大分県別府市	高齢者福祉課介護保険給付係	2016年7月26日
4	北海道深川市	高齢者支援課	2016年7月29日
5	富山県上市町	福祉課 上市町地域包括支援センター	2016年8月12日
6	大阪府藤井寺市	地域包括支援センター	2016年8月25日

都道府県

#	都道府県名	担当課	訪問日時
1	滋賀県	医療福祉推進課	2016年8月2日
2	福井県	長寿福祉課在宅ケア推進グループ	2016年8月8日
3	富山県	厚生部高齢福祉課	2016年8月12日

出所) 野村総合研究所 作成

第 2 章

在宅医療・介護連携推進事業の 推進に係る検討

1. 論点の設定

本調査研究では主たる論点を3種類設定した。より詳細な個別論点を含めて、次ページ以降で各論点に関する考察を述べる。

①事業推進におけるPDCAの枠組み構築について

- －現状の把握について（定量的な現状把握）
- －現状の把握について（定性的な現状把握）
- －理想像の検討について
- －課題の抽出について
- －指標の設定について

②在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の取組例について

③都道府県が担うべき市区町村支援の取組について

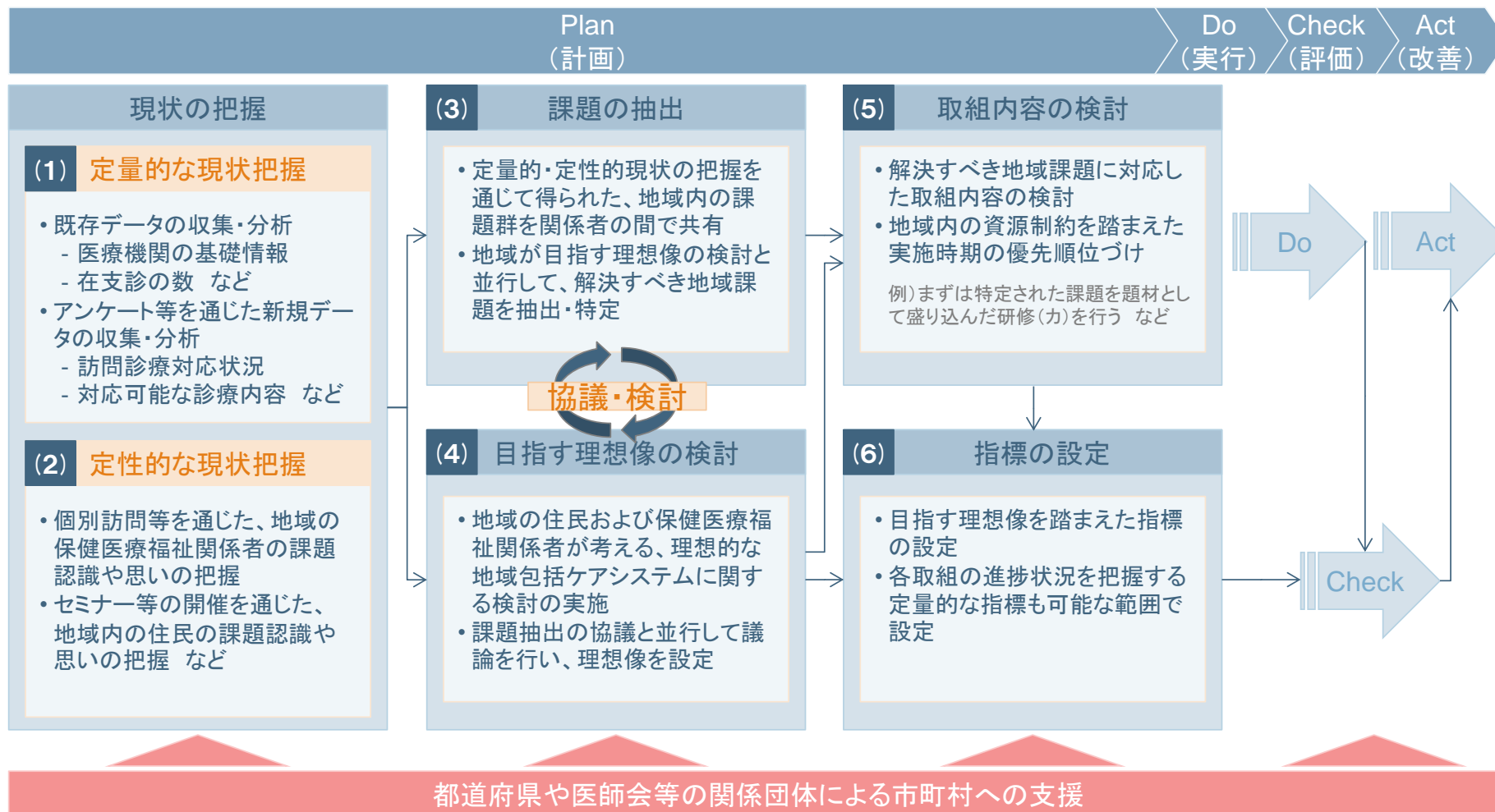
2. 事業推進における PDCA の枠組み構築について

既に述べたように、在宅医療・介護連携推進事業では、市区町村によっては、実施内容が地域の実態に即した課題を解決するための対応策になっておらず、事業の形骸化を懸念する意見も出されている。平成 27 年 3 月に国が在宅医療・介護連携推進事業の実施方法について取りまとめた「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver1.0」（以下、『手引き』と記す）においては、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」を 8 つの事業項目の 1 つに位置付けているが、各市区町村で十分に課題や対応策の検討が為されるまでには至っていない場合がある。

このような現状を踏まえると、実施内容の更なる充実を図り、効果的かつ効率的に在宅医療・介護連携推進事業を推進するための仕組みが求められていると言える。より具体的に言えば、各市区町村は、自地域における取組が、地域住民や医療・介護関係者などの多職種の期待に応えるものとなっているかを評価・検証し、必要に応じて取組の改善を進める必要がある。

そのためには、まず初めに、地域における在宅医療・介護連携推進事業をどのように進めていくか、現状を把握した上で計画する必要がある。その際、先行研究や検討委員会での検討内容を踏まえると、在宅医療・介護連携推進事業を進めるにあたり、次図のようないわゆる PDCA の枠組みを構築することが重要となる。

図表2 PDCAの枠組み



出所) 野村総合研究所 作成

在宅医療・介護連携を推進する際のPDCAサイクルの枠組みにおいて、Plan（計画）の部分は以下の6つのプロセスから構成される。各プロセスでどのようなことに注意しながら取り組むべきかについては、その詳細は2-1以降で述べるとして、まずは全体的な進め方について、(ア)～(ク)の8つの事業項目との関係性も踏まえつつ簡単に述べる。

〈6つのプロセス〉

- (1) 現状の把握（定量的な現状把握）
- (2) 現状の把握（定性的な現状把握）
- (3) 課題の抽出
- (4) 目指す理想像の検討
- (5) 取組内容の検討
- (6) 指標の設定

○ Plan（計画）では、まず初めに「現状の把握」を行うことになる。その際、把握すべき現状は大きく「定量的な現状」と「定性的な現状」に分かれることになる。

(1) 現状の把握（定量的な現状把握）

「定量的な現状」は、在宅医療・介護連携推進事業を進めるに当たって必要な医療・介護の資源量などが該当する。定量的な情報を把握することで、地域の実態を客観的かつ経時的に把握することができるようになり、地域内の課題を抽出するための議論も、地に足をつけたものとなりやすくなる。

情報収集の方法としては、市区町村が有する既存の統計データ等を収集・整理することが基本となるが、新規に収集すべき情報があれば、アンケート調査等を行って収集することも考えられる。また、都道府県や医師会等の関係団体が保有する情報を共有してもらうことも必要になるし、将来推計も重要になると考えられる。

一方で、「どのような情報項目を収集すべきなのか?」、「将来推計はどのように行えば良いのか?」、「都道府県や医師会等の関係団体等からどのような情報を共有・支援してもらえば良いのか?」、といった疑問を抱える市区町村も多いと考えられる。『手引き』では、PDCAサイクルの枠組みの中で評価する指標として把握すべき事項が何であるかなどは示されておらず、市区町村にとっては悩ましい点であると思われる。

これらに関しては、2-1、2-5、4章でそれぞれ詳細を述べることとする。

(2) 現状の把握（定性的な現状把握）

「定性的な現状」とは、すなわち地域の医療・介護関係者等が普段感じている課題認識や思いなどが該当する。前述した定量的な情報は、数値として現れづらい質に関する情報、もしくは統計的な処理が施される前の最新の状況などを把握するには不向きな点がある。

そこを補う意味でも、地域内の関係者が普段感じている課題や連携実態等質的な情報については、定性的な情報として収集することが重要になる。

定性的な情報は既存の統計情報等からは把握できない場合が多いので、アンケート調査やヒアリング調査など、新規で調査等を実施して現状を把握する必要がある。しかし、特にヒアリング調査などは、実施する担当者にかかる負荷が大きいという懸念もある。

この点に関しては、2-2において、効果的な実施方法の詳細を提示することとする。

(1) および (2) で示される定量的／定性的な現状把握の内容を踏まえると、(ア)～(ク)の8つの事業項目においてまず実施すべきは、「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」による医療・介護に関する定量的な情報収集と、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」での統計データや将来推計などの定量的な現状と定性的な現状や課題に関する情報の収集であると言える。

○ Plan (計画) においては、上記の定量的／定性的な現状把握に引き続いて、「課題の抽出」と「地域の目指す理想像の設定」を行うことになる。

(3) 課題の抽出

「課題の抽出」は、正に「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」である。現状把握を通じて得られた情報等を関係者間で共有し、議論を通じて解決すべき課題を抽出・特定するプロセスとなる。

だが、このプロセスにおいて、特に議論の場となる会議体をどのように構成し、どのように議論を進めていけば効果的であるか分からず悩んでいる市区町村も多い。

この点に関しては、具体的な会議体の組成方法や課題の抽出プロセスについて、2-4において詳細を述べることとする。

(4) 目指す理想像の検討

前出の課題の抽出と並行して、市区町村は「地域の目指す理想像の設定」を行う必要がある。これは、市区町村と医療・介護関係者が、住民のための理想的な在宅医療・介護連携の在り方や医療サービスと介護サービスの提供状況等について検討し共有することが該当する²。

本章の冒頭で述べたような、地域の実態に即した課題抽出や対応策の実施が為されていない原因の一つは、この目指す理想像の検討・共有が十分にできていないことにあると考

² 平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書』(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)でも、地域マネジメントを行う上で最も重要な点は、「どのような地域社会を作りたいか」という理念と、その進捗を評価する具体的な「目標と指標の設定」にあるとしている。

えられる。医療・介護関係者と、地域内の理想像を構築した上で、それを共有することで、初めて現状と理想像のギャップが浮き彫りになり、解決すべき地域課題も抽出・特定することができるようになる。

しかし、この地域の目指す理想像について、地域の医療・介護関係者と設定・共有が十分に行えていない市区町村は多い。実施の参考となる事例もあまり整理されてこなかった。こうした現状を鑑み、本調査研究では、2-3で章立てをし、その詳細を述べることとする。

- 課題の抽出や地域の目指す理想像の設定が終わった後、Plan（計画）の最後の段階として、「取組内容の検討」と「指標の設定」が行われる。

(5) 取組内容の検討

「取組内容の検討」については、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」の中で、その具体的な取組内容が検討されている。その具体的な取組例については、『手引き』や先行研究を通じて、参考となる事例が示されてきた。

しかし、各市区町村の最新の取組例を改めて見ていく中で、新たに参考となる事例が散見されるようになってきたのも事実である。特に全国の大半を占める中小の市区町村からすれば、これまでの参考事例は中核市など比較的規模の大きい市区町村の取組の紹介が多かったこともあり、自らと同規模の市区町村において効果的に事業を進めるための取組とは何かについて、悩みを抱えていることも多いと考えられる。

そこで、この点に関して、3章において詳細を述べることとする。

(6) 指標の設定

6つ目のプロセスとなる「指標の設定」は、PDCAサイクルの枠組みを構築する上で極めて重要なプロセスとなる。Plan（計画）後のDo（実行）～Check（評価）～Act（改善）を効果的なものとしていくためには、事業において取り組んだ内容の進捗や成果を把握する必要があるからである。

このプロセスでは、取組内容や目指す理想像を踏まえた指標の設定を行うことになる。可能な範囲で、各取組の進捗状況を把握する定量的な指標も設定することが重要となる。

しかし、多くの市区町村からは、何を指標として設定したら良いか分からないといった声が挙がっている。そもそもどのような目的に基づいてどの指標を把握すべきかという考え方自体が不明という市区町村担当者も数多く存在すると推察される。

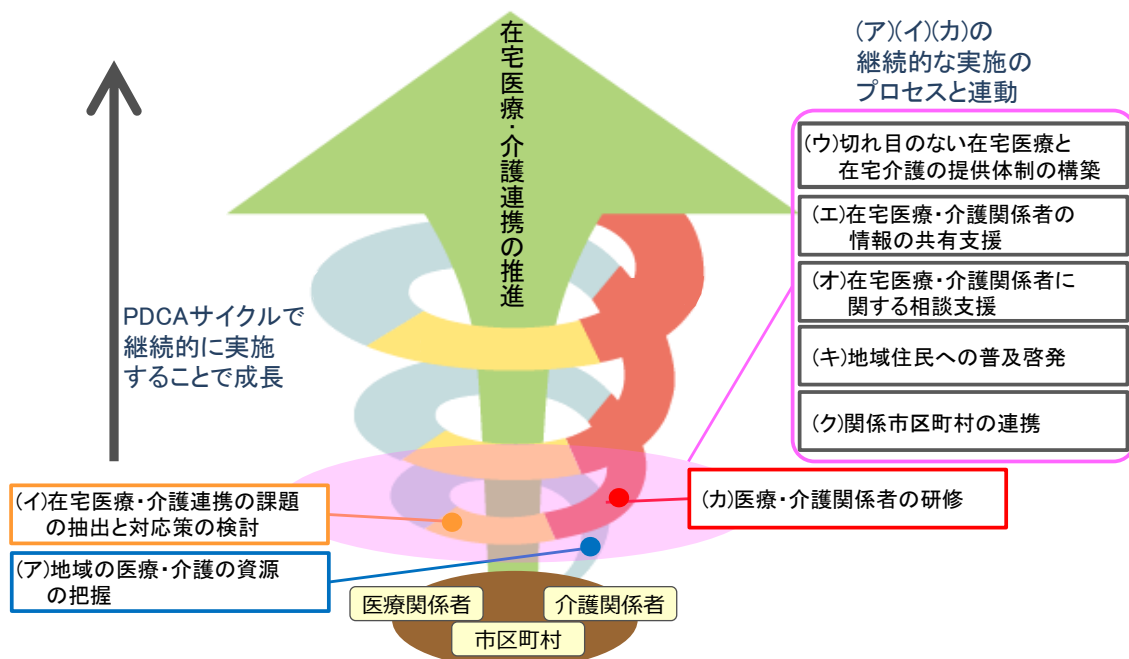
そこで本調査研究では、この点に関する考察を2-5で述べることとする。

以上6つのプロセスが、PDCAサイクルの枠組みを構築する際の、特にPlan（計画）に着目した実施内容となる。こうしたプロセスを経たPlan（計画）を練り、以降その計画に沿ってDo（実行）～Check（評価）～Act（改善）を行い、翌年度のPlan（計画）につな

げるといのが、在宅医療・介護連携推進事業を効果的に進めるためのPDCAサイクルの枠組みとなる。

これらを(ア)～(ク)の8つの事業項目で考えると「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」と「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」はPlan(計画)Check(評価)Act(改善)に特に対応するものであり、初めに取組み始めることになる。そうして抽出・特定された課題に即して、Do(実行)に関わる「(カ)医療・介護関係者の研修」を活用して顔の見える関係の構築や人材育成をしつつ、検討された対応策について(ウ)・(エ)・(オ)・(キ)・(ク)の各事業項目を活用するというのが、一連の流れである。

図表3 在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ



出所) 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムに関する調査研究事業 報告書」(2016年3月,株式会社富士通総研)を一部改編

なお、このPDCAサイクルの枠組みを構築・運用するに当たっては、地域の実情に精通する医師会を中心とした関係団体と市区町村担当者が十分な連携をとっていく必要がある。すなわち、Plan(計画)策定の当初から、医師会等と連携して年次の計画を立てることが重要となる。また、市区町村だけでは調整に支障がある等の事項については適宜、都道府県や保健所へ支援を求め実施していくことも重要である。

2-1 現状の把握について（定量的な現状把握）

（1）現状・背景

在宅医療・介護連携推進事業に着手している市区町村の多くが、まず初めに地域における医療・介護資源の定量的な把握を行っている。市区町村内で保有する既存情報の収集・整理に加えて、地域内のアンケート等を通じた医療・介護資源の機能把握等が主な実施内容と考えられる。

定量的な情報収集は、地域内の現状把握だけではなく、課題の抽出や今後の施策の検討に活用できる。地域の医療・介護資源や提供されている医療・介護サービスを把握・整理するだけではなく、将来的な医療・介護資源の需要と供給を予測することで、将来的に生じるであろう状況等を把握し、具体的な課題抽出や施策の検討につなげることが望ましい。

一方で、先述した通り、「どのような情報項目を収集すべきなのか?」、「将来推計はどのように行えば良いのか?」、「都道府県や医師会等の関係団体等からどのような情報を共有・支援してもらえば良いのか?」、といった疑問を抱える市区町村も多い。

このうち、収集すべき情報項目については『2-5 指標の設定について』の中で、都道府県や医師会等の関係団体等からの支援内容については『4 都道府県や医師会等の関係団体による市区町村支援の内容について』で述べるとして、本章では将来推計にフォーカスを当てる。実際に、将来予測を行いながら今後の取組を定められている市区町村の事例は極めて少ない。その推計手法も明確に存在していない中で、どのように予測していけば良いか悩んでいる市区町村が大半であり、その状況を改善するための検討が必要である。

（2）定量的な現状把握の考え方

- ① 定量的な現状把握では、1. 現状の把握、2. 将来推計、3. 把握した内容の見える化の3点を行うことが重要である。
- ② 特に2. 将来推計については、参考事例の手法に倣うか、もしくは都道府県からの支援を受けつつ、推計を実施することが考えられる。

定量的に把握すべき情報の種類は、下記に示すように大きく分けて医療・介護の需要量と供給量に分類することができる。

○地域住民の属性(需要側)：

現在の地域の人口動態、高齢者数・要介護者数など

○地域の医療・介護資源(供給側)：

医療機関数、病床数、在宅療養支援診療所数、医師数（在宅医数）、介護施設数など

この内、現時点の状況、特に供給側の医療・介護資源の現状については、在宅医療・介護連携推進事業の「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」の中で情報収集を進めている市区町村も多い。だが、これに加えて、将来的な在宅療養等の需給の予測も行い、そのギャップを確認することで、地域の課題として優先的に解決すべきものがより鮮明に出てくることになる。

また、その過程で、把握した定量的情報を地域の関係者に見える形で共有することも重要である。これらの定量的情報を共有することで、地域内の医療・介護関係者と協議を行う際に、より現実味を持って課題を検討できるようになるからである。

以上を踏まえると、市区町村担当者は、定量情報の把握における重要な考え方として、下記3点に取り組むことが重要であると考えられる。

- 1. 在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の現状を把握すること**
- 2. 在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の将来を推計すること**
- 3. 地域内の医療・介護関係者に対して、地域内の医療・介護資源の状況を見える化する**

1. 在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の現状把握

医療と介護の両方を必要とする住民数や在宅医療を望む患者数、訪問診療数など、現時点の需要と提供されている各種サービスを把握することが重要である。また、それと並行して、在宅医療を提供する医療機関数や介護サービス事業所数だけではなく、提供しているサービス内容などを含め、地域内の供給状況も把握するべきと考えられる。

手法としては、市区町村が保有する既存統計データから該当するデータを抽出してることが基本だが、必要に応じてレセプトデータなど複数のデータソースを当たる必要も出てくる。市区町村が保有する既存統計データの活用方法としては、既存の医療資源量の調査資料をもとに在宅医療・介護資源の施設数を整理することで、新たな調査の手間を省くことが可能となる。また、複数のデータソースをあたる手法については、たとえば在宅医療・介護サービスの供給量を把握する手段として、医療レセプト・介護レセプトの双方を確認するといった手法も考えられる。(なお、1.で把握すべき指標については2-5でより詳細に述べるので、そちらも参照していただきたい。)

2. 在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の将来推計

地域の人口動態に合わせて、将来的に訪問診療などの在宅医療や介護サービスがどのくらい必要になるのかという需要量の推計とともに、地域内で十分な在宅医療・介護サービスを提供するには最低でもどのくらいの医療・介護の担い手が必要になるのか等を推計するべきと考えられる。

3. 地域内の医療・介護関係者に対して、地域内の医療・介護資源の状況を見える化

1. および2. で把握した現状や将来推計結果を、地域内の医療・介護関係者に対して共有する。その際、1. で把握した現状の医療・介護資源の状況については、『手引き』の中で「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」の取組として示されているように、リストやマップ等地域で活用し易い形でその分布や施設の機能等について共有することが重要である。マッピングする場合には、色やピンの形状などで施設の種別、機能が一目でわかるように視認性に配慮すると効果的である。

また、2. で把握した将来推計結果については、1. で把握した現状の需要量・供給量の数値とともにグラフ化をするなどして、現状と将来の間にどれくらいのギャップが存在するかを視覚的に捉えられるようにすることが重要である。これについては後述する参考事例も参照していただきたい。

なお、この中でも特に2. の将来推計については、現時点で定まった推計手法があるわけではないが、後述する参考事例のような複数の推計手法が存在する。

たとえば大分県別府市のように、地域住民に向けたアンケート調査（詳細は後述）を行って、在宅療養者のうち何%が訪問診療を現在受けているかを要介護度別に把握し、2025年の要介護度別在宅療養者数を乗じて合計すれば、2025年の訪問診療必要者数を算出することができる。

また、千葉県柏市のように、将来的な年齢別人口構成の推計値を作成し、後述するグラフのように65歳以上人口（および75歳以上人口）の折れ線グラフを示しつつ、在宅療養患者あたりの訪問診療数に関する医療レセプトの分析を通じて把握した潜在的な入院患者数と予測病床数との差を導いて、訪問診療ニーズの将来推計を行うことも可能である。

このような2. 将来推計の実施や報酬の算定状況等レセプトデータの分析は、その実施難易度は高いと言える。しかし、参考事例の手法に倣ったり、都道府県の支援を受けることで、各市区町村でこれらを把握することは可能である。地域課題やその施策を検討する際にも有用な情報となるので、各市区町村においては将来推計の実施を検討することが望ましい。

(3) 参考事例

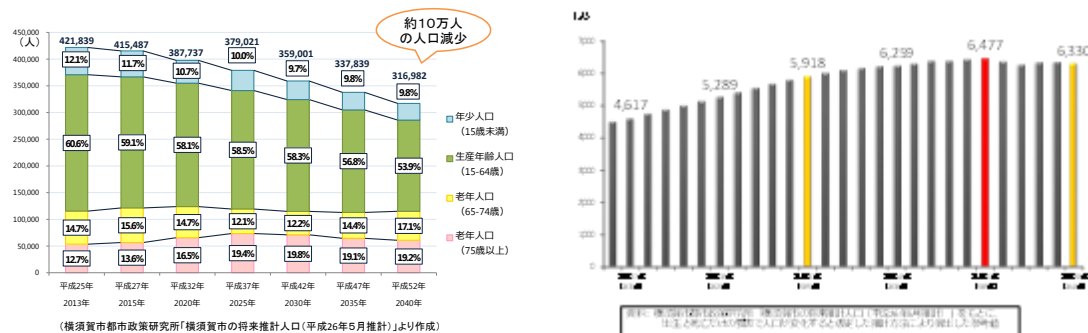
定量的な現状の把握にあたり、特に将来の医療・介護の需給予測をしている参考事例にフォーカスを当てると、下記事例が参考になる。以下、それぞれの参考になる点について述べる。

①神奈川県横須賀市

神奈川県横須賀市では、独自に人口の変化を予測している。具体的には、市内の人口を年少人口、生産年齢人口、老年人口（65-74歳）、老年人口（75歳以上）の4区分に分けて、2040年までの人口の変化を推計している。また、これらの人口推計を基に、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法を用いて死亡者数推計も実施している。横須賀市では、この2種類の推計を活用し、将来的に必要な医療・介護需要を予測している。

地域として今後必要になる在宅医や訪問看護師などの人数を把握することは、将来的な地域づくりにおいて重要であり、人口推計と将来的に必要な医療・介護資源の予測を行うことも一案である。

図表 4 横須賀市における将来推計

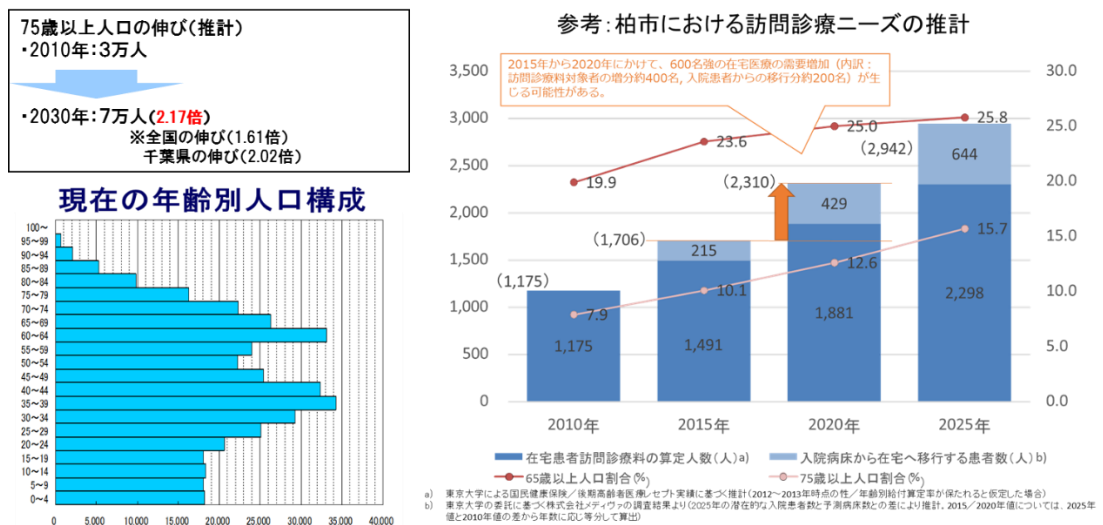


出所) 横須賀市資料より引用

②千葉県柏市

千葉県柏市では、人口動態の予測と医療レセプトを基に、市内における訪問診療ニーズの推計を実践している。人口動態の予測変化については、現状の年齢別人口構成をもとに2030年の後期高齢者数を把握している。合わせて、東京大学等の協力を得て、国民健康保険や後期高齢者医療レセプト実績から在宅患者訪問診療料の算定人数を推計しつつ、入院病床から在宅へ移行する患者数も推計し、その合算によって得られる潜在的入院患者数から訪問診療ニーズを推計している。

図表 5 柏市における将来推計



出所) 柏市資料より引用

③大分県別府市

大分県別府市では、地域における将来の訪問診療者数の推計を行い、地域で必要になる医療従事者の必要数などを把握している。

具体的な計算方法は、地域における要介護度別の在宅療養者数と要介護度別訪問診療受診率を乗じて推計するというものである。別府市における将来の人口動態をもとに、将来の要介護者を要介護度別に計算することで、将来の要介護度別要介護者数を把握し、その後、現在の要介護度別在宅療養者率を乗じて将来の訪問診療者数を推計している。

ただし、要介護度別訪問診療受診率は既存の統計情報から取得できないため、別府市では独自にアンケート調査を実施して要介護度別訪問診療受診率を把握している。参考までにアンケート調査票の具体例を記載する。

図表 6 別府市における将来推計

$$\text{訪問診療者数} = \sum \text{要介護度別在宅療養者数} \times \text{要介護度別訪問診療受診率}$$

↑アンケート調査で受信率を把握



調査票Ⅱ. 訪問診療受診者調査(※11月にケアプランを作成したケアマネ1人につき1枚記入下さい)

【問1】あなたが担当していた11月の利用者の要介護別人数を回答下さい。

	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
要介護度別利用者数	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

総数と支援1～介護5の合計が一致しているか、確認下さい。

【問2】あなたの基礎資格を回答下さい(複数回答)。

社会福祉士 介護福祉士 訪問介護員 看護職 リハ職 薬剤師 歯科衛生士 栄養士 その他()

【問3】問1の利用者のうち、11月に「医師による訪問診療」を受けた利用者数は何人ですか？ ()人

※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

(記載例は、第3圏域のUR住宅に住んでいる88歳の脳血管障害を有する男性に対して、〇〇医院の医師が月2回の訪問診療を行ったケースの場合です)

利用者番号	圏域番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者(1つ)	主傷病(複数回答)	処置(複数回答)	要介護度	訪問診療	訪問看護	住宅の種類	訪問医師の医療機関
例	3	4	1	1	1・12	2・6	5	2回	2回	2	〇〇医院
1								___回	___回		
2								___回	___回		
3								___回	___回		
4								___回	___回		
5								___回	___回		
6								___回	___回		
7								___回	___回		

出所) 川越委員資料より引用

2-2 現状の把握について（定性的な現状把握）

（1）現状・背景

前章で述べたように、定量的な現状把握を通じて地域の現状や将来を把握することができ。一方で、定量的な情報からは把握できない地域内の実態も存在する。特に数値として現れづらい連携実態等質に関する情報や、統計的な処理が施される前の最新の状況などは、定量的な情報からは十分に把握しきれない可能性がある。

そこを補う意味でも、地域内の関係者が普段感じている課題等質的な情報等を収集することが重要になる。実際にいくつかの参考事例では、医師会等の関係団体へのヒアリング調査等を通じて定性的な情報を収集し、課題や施策の検討に役立てていた。

しかし、そうしたヒアリング調査等は、実施する担当者にかかる負荷が大きいという懸念もあり、その着手に二の足を踏んでいる市区町村も多いと考える。各市区町村が定性的な情報収集に着手し、定量的な情報と合わせて地域の現状を的確に把握できるように促すためにも、定性的な情報収集に関する効果的な実施方法をまとめる必要がある。

（2）定性的な現状把握の考え方

- ① 多職種が現場で感じている現状の問題点等の質的・定性的情報収集も行うことが重要である。
- ② 手法としては、関係団体へのヒアリング調査による情報収集が効果的と考えられる。

地域の現状を把握するにあたり、既存統計情報等を通じて医療資源を量的に把握することはできるが、連携の実態や課題等質的な情報については、地域の在宅医療・介護連携に携わる多職種へのヒアリング等を通じて収集しなければならない。このように、定性的な現状把握によってのみ把握できる事もある。

定性的な現状把握の手法としては、たとえば医療・介護関係者を個別訪問することが考えられる。ただし、医療・介護資源が限られている等であればその手法でも対応しきれない可能性があるが、在宅医療・介護連携推進事業に携わる市区町村担当者のマンパワーの制約から考えると、より効果的に情報収集できる手法が求められるところである。

この点について、参考事例を踏まえると、定性的な情報収集においては、医師会等関係団体の協力を得て、関係団体単位へのヒアリング調査を行うことが最も効果的・効率的であると考えられる。在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルを回す一歩目として、定性的な現状把握に着手するに当たっては、医師会等関係団体に現状の課題等を聞いてまわるヒアリング調査を設定するところから始めるべきと考える。ヒアリングの実施にあたっては、まずはじめに医師会等関係団体の事務局へ連絡する等し窓口となる医師等専門職とコンタクトをとることが重要である。市区町村内の健康関連の部署において、健診に関して郡市医師会との関係を持っている可能性も高いので、そこを通じた窓口への到達は一

案である。また市区町村の介護部局の担当者においては、相対的に介護系の職能団体とは通常業務の中で関わり合いが多いため、地域によってはそのような団体を通じて医療系の関係団体の窓口には到達する方法も考えられる。また、ヒアリング調査では、下記項目を把握することが一案となる。実際にこうしたヒアリング調査を通じて、具体的な課題として残薬への対処を掲げ、処方薬剤の管理に関するルール設定をはじめとした対策を実施した事例も存在する。(後述)

把握すべき定性情報 (例)

- ・在宅医療・介護連携における現状の問題点、課題やニーズ
アンケートでは収集できる情報量や内容に限りがあるため、担当者の本音や思いを把握するためにヒアリングを通じて現状を把握することが重要である。
- ・関係団体の在宅医療・介護連携に資する取組の実施状況
地域の医師会等関係団体や医療機関等関係機関では、医療と介護の連携を推進するために研修等を開催している事がある。
新規の研修等を企画するだけでなく、既存の取組を更に充実させることにより対応策の検討の一助になるため、市区町村だけではなく、地域の医師会等関係団体や医療機関等関係機関が現状取り組んでいる事項についても把握することが重要である。
- ・連携の強化や課題解決に向けた対応策のアイデア
担当者との対話の中で、連携強化の必要性や課題解決に向けたアイデアが出てくることも多い。PDCA サイクルにおける課題に対応した解決策の検討に直結する内容であるので、ヒアリングの中でアイデアを把握することは重要である。なお、アイデアの精査や取捨は以後の会議体等で実施していくので、このヒアリングの中では、まずはアイデアを棚卸しすることまでで構わないと言える。
- ・地域として解決すべき課題とその対応策のアイデア
地域課題は、住民や在宅医療・介護サービスの提供者アンケートからの抽出も可能であるが、それだけでは、課題と対応策をセットで議論することや、課題の背景と解決策が形成されるまでの変遷を理解することは難しい。こちら、PDCA サイクルにおける課題の抽出と対応策の検討に直結する内容であるので、ヒアリングを通じて先行的に把握しておくことは有意義であると言える。なお、先ほどと同様に、ヒアリングにおいてはまずは課題やアイデアを棚卸しすることまでで構わないと考えられる。

なお、ヒアリング調査を通じて得られる情報は、専門職ごとに異なる。たとえば、医師であれば病診連携や医療機関と介護事業所との連携に関する意見などが得られる。歯科医師であれば在宅療養患者へのケアにおける歯科診療の重要性が、また訪問看護師であれば多職種との連携強化や他の訪問看護ステーションとの交流の必要性といった意見が得られる。このほか、薬剤師やケアマネジャーからは、多職種連携の必要性に加えて、医療職・

介護職間の円滑な患者連携に資するツールの作成や、患者家族とのコミュニケーションの重要性など、連携やコミュニケーションの向上に関する意見が出される。

初回のヒアリング調査時は、普段の業務を遂行する上で感じている困りごとを全般的に聞く形式が考えられるが、実際に多職種連携が活発化していくと、こうした専門職毎の課題が出てくるようになるため、出された意見を職種毎に集約するなどし、連携の課題として見える化する必要がある。見える化の方法は各市区町村によって様々だが、どの主体にひもづく課題であるか（病院・診療所・ケアマネ・薬局・患者・患者家族など）を類型化して示す方法などが考えられる。

具体的な集約方法の例については（3）参考事例で後述する。

また、ヒアリング調査とは別にアンケート調査も重要な手法の一つである。調査対象は住民もしくは医療・介護関係者である。

住民に対しては、生活満足度や主観的幸福感などを聞くほか、在宅療養や看取りに関する希望や、その希望を実現する選択肢が地域内でどれだけ充実していると思うかなどをたずねるアンケートを行い、住民のニーズを把握することも重要である。

医療・介護関係者に対しては、サービス提供者の満足度（従事者満足度）を聞くほか、連携に関する課題認識等、把握したい事項を精査したうえでアンケートを行うことが重要である。

なお、これらアンケートで把握すべき情報（指標）については、『2-5 指標の設定について』の中で改めて述べることとする。

（3）参考事例

連携の質的な評価、運用面の課題の効率的な把握にあたり、組織的な定性情報を把握している参考事例としては、下記事例が参考になる。以下、それぞれの参考になる点について述べる。

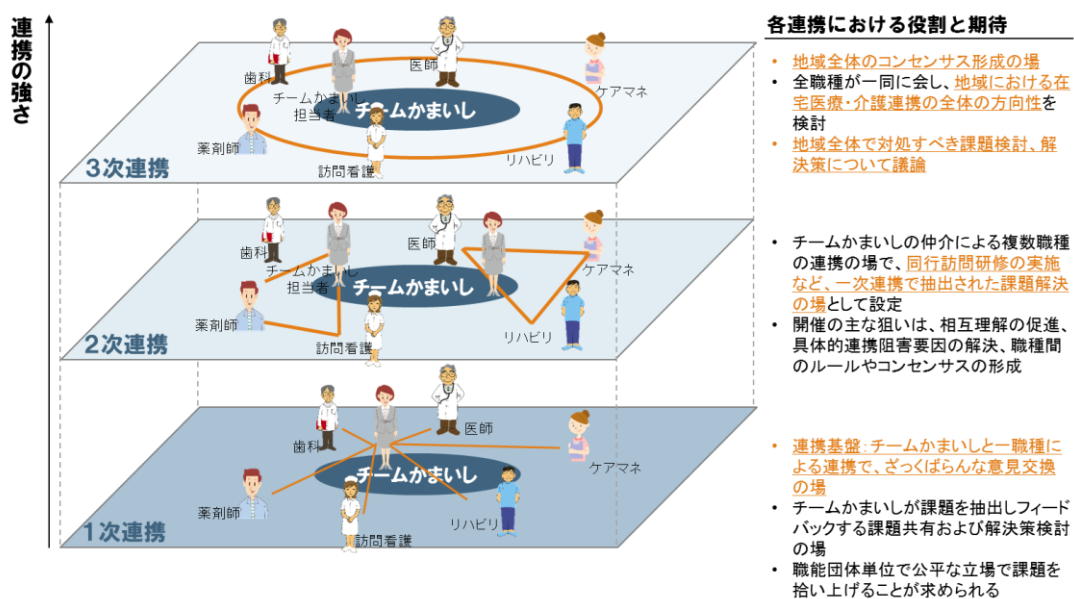
①岩手県釜石市

岩手県釜石市では、職種ごとに地域におけるニーズ・課題の捉え方が異なることに着眼し、情報の収集方法を3段階に分けている。具体的には、職種ごとに感じているニーズ・課題の把握、共有、解決策の検討を行うための会議を開催する一次連携、連携の強化や課題解決に向けた具体的な取組を実施する二次連携、そして関係団体すべてが一同に会し地域の在宅医療・介護連携に関するコンセンサス形成の場となる三次連携に分かれる。これらの会議体は、市区町村担当が必要に応じて開催しており、各職種が感じている問題点や気づきを、市区町村担当が直接ヒアリングしたり会議を傍聴したりすることで、現状を把握する仕組みとして整備されている。

釜石市では、職種ごとのニーズ・課題を抽出することを狙いとした一次連携において、意見交換や情報共有を進める過程で、各職種の忌憚のない意見収集や職種特有の事情を把

握している。職種を絞ることで他の職種の目を意識しなくて済むという利点もある。また、話し合いの結果としてまとめられた解決策や課題は、行政が取りまとめを行い、必要に応じて多職種に共有している。複数の職種が連携して課題解決に取り組む二次連携においては、共有された内容に応じて、課題解決のために必要な職種同士の研修の実施や話し合いの場を設置するなどし、地域課題の解決策の検討につなげている。釜石市の事例からは、一次連携によって得られた定性情報から得られる課題を、職種特有の課題と連携が必要な課題に行政が切り分けた上で、適切な場・適切な団体が課題を協議することの有用性がうかがえる。

図表 7 釜石市における定性的な現状把握

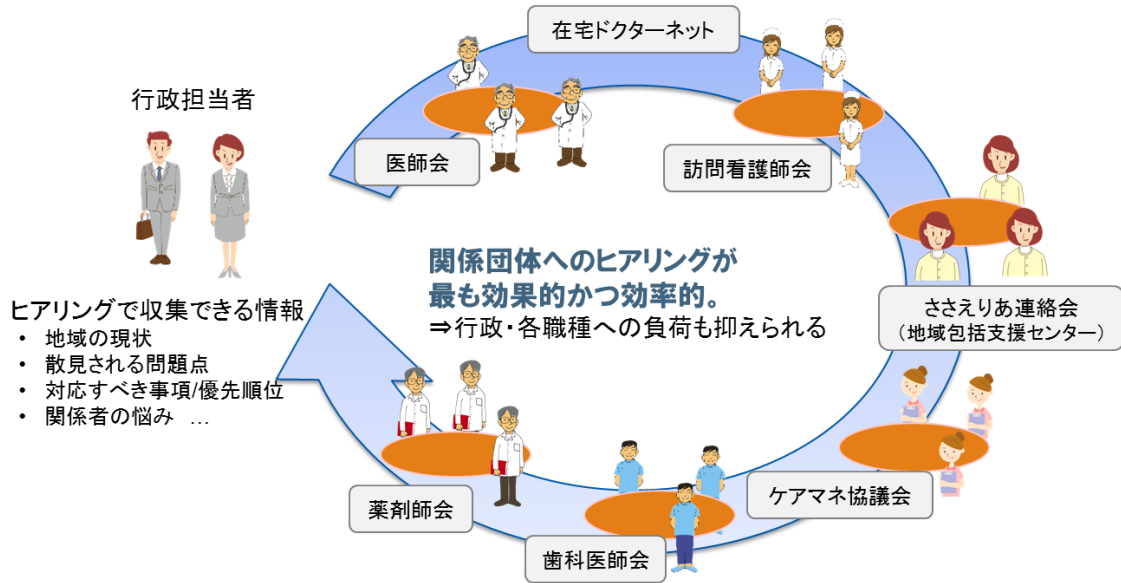


出所) 釜石市資料を基に野村総合研究所作成

②熊本県熊本市

熊本県熊本市では、在宅医療・介護連携推進事業の立ち上げにあたり、熊本市医師会をはじめとする関係職能団体への訪問を実施している。訪問の際にヒアリングを重ねながら現状把握に努めている点に特徴があり、こうして市職員が頻回に職能団体や多職種と情報交換することで、地域・職種ごとの諸問題・課題の早期発見や、協力関係の構築につなげている。

図表 8 熊本市における定性的な現状把握



※在宅ドクターネット：訪問診療や往診を複数の医師が連携して行うことで、患者が安心して在宅療養できるようにと作られた、熊本地区を中心とした医師のネットワーク

出所) 熊本市資料を基に野村総合研究所作成

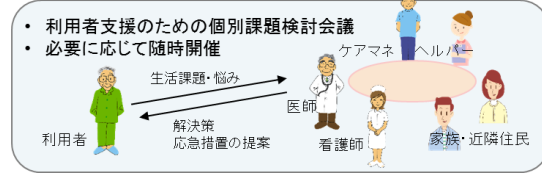
③兵庫県朝来市

兵庫県朝来市では、一人ひとりの利用者の抱える課題とその解決策を検討する「向こう三軒両隣会議」を開催している。これは、地域住民とヘルパー、医師等の専門職が一緒になって利用者の支援を考えるための会議で、公民館等で不定期に開催されている。

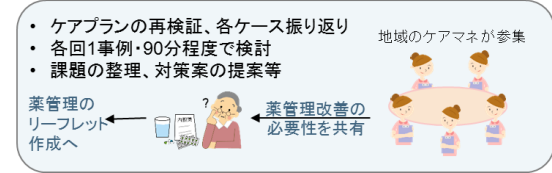
また、このような利用者支援の会議とは別に、ケアチームの要となるケアマネジメントを支援する会議も開催されている。

図表 9 朝来市における定性的な現状把握

向こう三軒両隣会議



ケアマネジメント支援のための個別課題検討会議



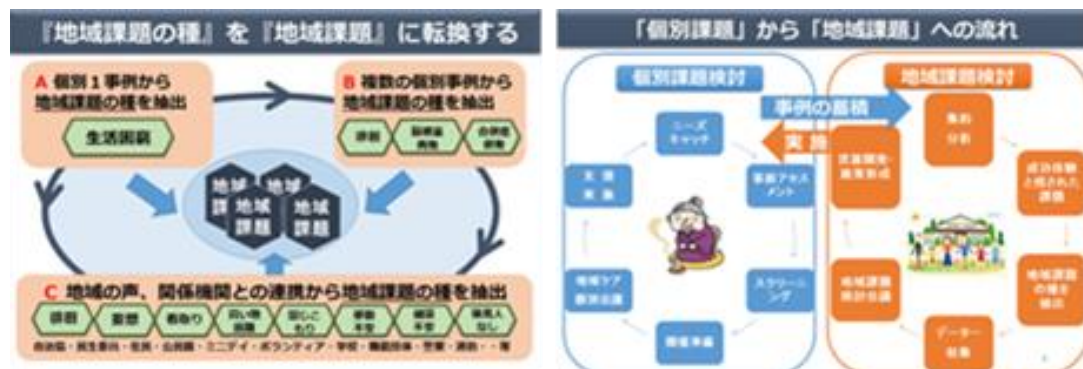
平成26年度向こう三軒両隣会議・虐待ケース・徘徊ケース等とりまとめ一覧(4~5月) ※個人情報保護のため事例は改変しています

No	担当部署	開催日時	ニーズキャッチのルート	キーワード	テーマ	参集者	成功体験			残された課題
							A: アセスメントの進化	B: ネットワークの強化	C: 資源活用・開発	
1	1	4月0日	ケアマネジャー	医療	日中独居で救急車を呼ぶに呼ぶ高齢者の見守り体制づくり	本人・長女・区長・民生委員・訪問看護・包括	●近隣者にも、両家の様子を知っていただけ	●家族と近隣者の「紹介」「疑われる」関係づくりができた	●訪問看護の緊急時訪問は早急と、地域の見守り体制を組み合わせた。	見守り体制のれない時間が長い
2	1	4月0日	在宅介護支援センター	虐待	「あの人は死体です!」と、特定の近隣者を犯人疑いするケース	在宅介護センター・CM・近隣者・民生委員・協力員・駐在所・包括	●近隣者との協働アセスメントにより、家族の歴史と問題を乗り越える力が芽えてきた。	●怒られ妄想のターゲットになっている方への精神的フォローを地域と共に。	●離れて住む家族とのカンファレンスを予定。	地域の認知症に対する理解
3	1	4月0日	在宅介護支援センター	アルコール	アルコール依存症の2人の息子の生活をどう支援するのか?	司法書士・民生委員・区長・ヘルパー・社協・いここ・包括	●家族のアルコールの歴史を地域から教えてもらい共有。	●民生委員や近隣者の見守り体制づくり	●成年後見制度活用について、司法書士の介入を依頼。	アルコールの量を減らすのは困難
4	1	4月0日	民生委員	多量債務	多量債務、精神不安定な本人を地域で支えるための支援	民生委員・妻・包括	●問題解決に対して、包括が積極的にかかわる姿勢を民生委員に感じてもらえた。	●民生委員に多量債務の解決策を情報提供することで、問題解決に向けた動きがスムーズになった。		妻の介護負担軽減は難しい
5	1	4月0日	小規模多機能施設	自殺企図	自殺願望の強い息子の対応について	小規模多機能・保健所・健康課・包括	●ワーカーに保健師の参画が得られた。	●地域ケア会議で役割分担し、コーディネートで健康課へ依頼した。		若い世代に対して、アウトリーチで自立支援できる機関やスタッフが必要。

出所) 朝来市資料を基に野村総合研究所作成

このように朝来市では、在宅医療・介護のサービス受益者、提供者のそれぞれのニーズ・課題を整理する仕組みが構築されている。具体的な課題抽出の方法は、地域の個別事例を集約し、類型化していく過程で地域課題の一般化を進めながら、地域の課題を見出すという仕組みである。

図表 10 朝来市における地域課題の抽出



出所) 朝来市資料より引用

たとえば、朝来市ではこれらの会議を通じた定性情報の把握の結果、朝来市では高齢者の薬管理の困難さを地域における課題の一つとして抽出し、地域全体で処方薬剤の管理に関するルール設定に取り組むこととなった。

2-3 理想像の検討について

(1) 現状・背景

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルでは、定量的／定性的な現状把握に引き続いて、「課題の抽出」と「地域の目指す理想像の設定」を行うことになる。

このうち、後者の「地域の目指す理想像の設定」は、行政と医療・介護関係者が考える、住民のための理想的な在宅医療・介護連携の在り方や医療サービスと介護サービスの提供状況等に関する検討を行うことである。地域の理想像を構築した上で、それを地域の関係者間で共有することで、現状と理想像のギャップが浮き彫りになり、地域課題を抽出・特定できるようになる。理想像の設定は、課題の抽出や施策の検討において必須の取組であると考えられる。

一方で、地域の目指す理想像の設定まで行えている市区町村は、過去の調査結果等を振り返ってみると決して多くない。こうした現状を踏まえて、本章では、地域の目指す理想像の設定をすべきであるというメッセージとともに、その設定に関する具体的な手法について、参考事例の紹介も交えつつ記載する。

(2) 理想像の検討と共有

- ① 地域課題の抽出・設定を行う上で、地域の目指す理想像を行政と医療・介護関係者が設定・共有することが重要である。
- ② 設定した理想像は、行政と地域の医療・介護関係者に広く浸透させる必要があり、その周知に向けた取組も合わせて行うことが重要である。

参考事例では、課題の抽出や対応策の検討を行うに当たって、地域における理想像を設定・共有することで、議論も円滑に進めている。

どのような最期を迎えられる地域を作っていくべきなのかや、どのような地域づくりをしたいのかなどを、市区町村担当者と地域の医療・介護に携わる多職種が議論することで、現状とのギャップや担うべき役割等を明らかにすることができる。また理想像を地域内の関係者全体に共有することで、地域課題の優先順位付けや、その課題に対応した施策を推進するに当たっての納得感を高めることができ、結果としてその効果も出やすくなる。

このように、地域の理想像（あるべき姿）の設定なしには、「なぜ在宅医療と介護の連携に取り組む必要があるのか」という意識統一が図れず、地域課題や対応策の特定にまではつなげられないと考える。そのためにも各市区町村では、医療・介護関係者を初めとする多職種とともに、まず地域の理想像に関して議論・共有していくことが重要である。

その実践手法として、まずは「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」の中で開催される会議体において、初期の議題としてこの理想像に関する検討を組み込むことが重要である。どのような地域社会を作りたいかという理念の具体化を目指し、地域

としてどういった在宅療養を提供していくのかという供給側の視点と、患者がどのように最期を迎えたいかといった需要側の視点を合わせて、共通の理想像を検討する必要がある。

検討に際しては、2-1 及び 2-2 で述べた定量的／定性的な状況を踏まえ地域として目指すべき理想像を具体化することになる。たとえば 2-2 で触れた住民アンケートの結果から、住民がどのような最期を迎えたいと思っているかといった需要側の情報を取得することができる。また定性情報の把握における医療・介護関係者のヒアリングを通じて、地域としてどのような医療・介護サービスを提供していくべきかという各自の思いを収集することもできる。これらの情報とともに、定量的に把握した地域内の医療・介護資源の供給量（可能であれば将来推計も含む）を押さえて、地域としてどのような理想像（あるべき姿）を目指すのかを決めることが重要である。

なお、地域の理想像設定後に、必ず地域内の関係者全体への周知徹底を図り共有しなくてはならない。議論に加わった関係団体の協力を得るなどして、十分に周知徹底していくことを心がけるべきと考えられる。

(3) 参考事例

理想像の検討について、参考事例としては、下記事例が参考になる。以下、それぞれの参考になる点について述べる。

①神奈川県横須賀市

神奈川県横須賀市では、平成 23 年度からこの事業に取り組んでいるが、当初から「市民が自宅で安心して療養生活を送ることができる」「看取りの場所を選択できる」という方向性を想定していた。

この方向性については、初年度に立ち上げた医療・福祉の関係者と行政職員を構成員とする「在宅療養連携会議」で議論を重ね、最終的に「住み慣れた我が家で療養したいという方が、在宅での療養・さらには看取りという選択ができるように地域医療の体制づくりを進める」という、目指すべき在宅療養の方向性を共有することとなった。

その後には、目指す方向を裏付けるため、横須賀市高齢者福祉に関するアンケート調査を市独自で実施し、市民が人生の最終段階についてどのように考えているのかを把握することができた。

また横須賀市では、地域住民に横須賀市の取組や在宅療養・看取りについて考えてもらうことを意図し、「最期までおうちで暮らそう」というキャッチフレーズを冠した在宅療養ガイドブックを作成し、さまざまな機会に配布したり、公共施設や医療機関等に配架している。

図表 11 横須賀市の在宅療養ガイドブック



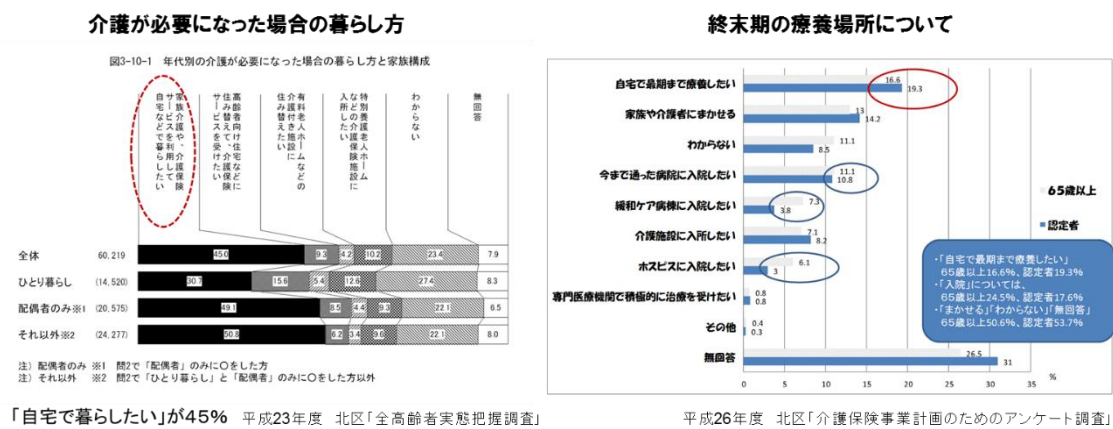
出所) 横須賀市提供資料より引用

②東京都北区

東京都北区では、平成 23 年度に実施した全高齢者実態把握調査の結果を受け、区の在宅療養・介護のあり方の方向性を検討する「長生きするなら北区が一番」専門研究会を設置した。この研究会では、北区において超高齢社会を迎える中で、「長生きするなら北区が一番」の目標を達成するために、区が取り組む方向性を議論した。

そこで提案されたのが在宅介護医療連携推進会議の設置であり、「高齢者になっても、安心・安全に住み慣れたまちで、その人らしく充実して過ごしていける在宅療養生活」を送ることができる地域を理想像とした地域づくりを進めることとした。

図表 12 北区における理想像の検討(資料例)



「自宅で暮らしたい」が45% 平成23年度 北区「全高齢者実態把握調査」

平成26年度 北区「介護保険事業計画のためのアンケート調査」

出所) 北区提供資料より引用

2-4 課題の抽出について

(1) 現状・背景

PDCA サイクルにおける P（計画）では、先述した「地域の目指す理想像の設定」と並行して「課題の抽出」を行う必要がある。正に「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」に該当するものである。これは、現状把握を通じて得られた情報を関係者間で共有しつつ、議論を通じた優先順位付けをし、解決すべき地域課題を抽出・特定するプロセスである。

しかし過去の調査結果等を踏まえると、どのような情報を元に、どのような議論を、どのような会議体を構成して進めていけば効果的であるか悩んでいる事例が散見される。

このような状況を鑑み、本章では、議論の場となる会議体の構成や実際の議論の進め方について、どのように行うのが最も効果的であるか考察する。

(2) 課題の抽出の具体的な方法とプロセス

- ① 効果的・効率的な議論を行うために、目的に応じた会議体／関連部会の設置に向けて、まずは既存会議体の整理を行うことが重要である。
- ② 各会議体の参加メンバーは議論内容に即した適切な人選を行うことが重要である。

ここでは、課題抽出から対応策の具体化までのプロセスについて述べていく。

課題抽出から対応策の具体化までのプロセス

- 1. 定量的／定性的な現状の整理・分析
- 2. 会議体の整理
- 3. 既存を含めた各会議体の役割分担（議論内容・参加メンバーの設定含む）
- 4. 会議の開催（課題の抽出）

1. 定量的／定性的な現状の整理・分析

本報告書の 2-1 や 2-2 で触れているように、定量的／定性的な情報によって地域の現状が把握される。このうち定量的な情報は、2-1 で述べたように大きく下記 2 種類が収集される。

（例示以外にも、住民の意識・ニーズに関する情報や在宅医療サービスの実績などが収集される。これら「指標」については 2-5 で改めて詳述する。）

①地域住民の属性（需要側）：

現在の地域の人口動態、高齢者数・要介護者数など

②地域の医療・介護資源（供給側）：

医療機関数、病床数、在宅療養支援診療所数、医師数（在宅医数）、介護施設数など

こうした定量的な情報は、会議での議論用資料としてグラフ等を用いて視覚的に表現することが望ましいと考える。その際、課題の抽出につながる解釈を加えられるように下記3点を意識した資料化を行うことが重要である。

I) 地域間での比較

ー全国平均、都道府県平均、近隣もしくは同規模市区町村の数値との比較を行う。

II) 時系列での推移を見る／将来推計を行う

ー過去からの増減を把握する。

ー可能であれば2-2で述べたような将来推計を行い、2-3で議論した目標に到達するかどうかなどを確認する。

III) 領域・階層別に見る

ー疾患別の比較など、一定の分類や階層化に基づく比較を行う。

一方、定性的な情報は、地域の医療・介護従事者へのヒアリングや、住民を含めたアンケート調査を通じて情報が収集される。アンケートで定量的に収集された情報は上述した通りグラフ化して比較を行うべきだが、ヒアリングや自由回答で得られた定性的なコメントについては、何らかの類型化を行った上で整理をすべきと考えられる。特に現状の課題に関する意見が多く収集されることが予測されるため、得られた課題を類型化した上でコメントが多かった順番に並べ、主なコメント例とともに資料化して示すことなどが重要である。類型化の方法としては、たとえば職種ごとに主な意見をまとめる方法がある。岩手県釜石市では、多職種が一堂に会して地域の在宅医療・介護連携に関する議論を行う3次連携において、医師・ケアマネジャー・行政など職種ごとの主な発言が整理されている。

定量的／定性的な現状の整理・分析を行う際の資料イメージを参考までに次ページに示す。本資料は平成28年9月～10月に実施された在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナーにおいて用いられた資料である。在宅医療・入院医療・在宅介護・庁内・多職種間の連携・利用者の6種類について、量的充足と質的充足の現状を捉えた上で、そこから把握できる強みと弱みを整理する構成となっている。

図表13 定量的／定性的な現状の整理・分析における資料イメージ

参考資料1

【 ●●県××市 】		1. 在宅医療	2. 入院医療	3. 在宅介護	4. 庁内	5. 多職種間の連携	6. 利用者
現状	①量的充足 ニーズに対する資源提供サービスの量	○診療所数 ○在宅療養支援診療所数 ○在宅療養支援病院数 ○訪問看護事業所数（内24時間対応事業所数） ○在宅療養支援歯科診療所数 ○在宅訪問を行う薬局数 ○在宅医療地域完結率 ○資源の量的充足（人口規模、高齢者人口、認知症患者数の将来推計等と比べてどうか） ○在宅医療の資源の分布	○病院数（一般病床、療養病床、精神病床） ○有床在診数 ○二次医療圏病院数（三次救急、大学病院等） ○入院完結率 ○平均在院（入院）日数 ○退院支援加算算定医療機関数 ○病院、有床診療所の設置・機能の状況 ○近隣自治体の病院、有床診療所の設置・機能の状況 ○市内の入院完結率の状況と影響要因 ○救急医療の状況（搬送先等）	○居宅介護支援事業所数 ○地域包括支援センター数（直営/委託別） ○介護保険サービスに係る給付費とその将来推計 ○要介護認定者数の将来推計 ○人材の量的充足	○在宅医療・介護連携推進事業に係る予算 ○担当課の人員配置	○医療介護の関係団体会議、多職種合同研修会、地域ケア会議等の開催 ○医療及び介護における関係団体の状況 ○入院時の介護支援専門員からの情報提供率（介護支援専門員→医療機関への情報提供率） ○連携調整率（医療機関→介護支援専門員への情報提供率）	○人口の将来推計 ○在宅医療の利用状況 ○在宅で最期をむかえたい住民の割合 ○在宅で看取りを希望している家族の割合 ○在宅看取りの率
	②質的充足 提供されているサービスの質等の確保	在宅医療に係る人的・物的な質の向上に関する事項について記載 ○地元医師会による在宅医療従事者向け研修：●回/年 ○在宅医療に対する関係団体等の意欲・困難感 ○在宅医療関係者の意欲・困難感、在宅医療・介護連携に関する理解度 ○相談窓口の設置状況 ○後方支援病床の整備状況 ○病診連携体制 ○地理的要因	入院時や退院時に係る病診連携、医療・介護連携に関する事項について記載 ○地元医師会による診療所との連携に関する研修：●回/年 ○病院、有床診療所の退院支援窓口（地域連携室等）の設置状況 ○病診連携体制 ○病診連携、病院医療と介護の連携に係る関係者意欲・困難感及び理解度 ○後方支援病床の整備状況	在宅介護に係る人的・物的な質の向上に関する事項について記載 ○居宅介護事業所間の連絡会議の開催 ○介護従事者向け研修会の開催 ○介護支援専門員の活動の実態 ○困難ケースへの対応体制 ○介護職の意欲・困難感 ○介護職員間の連携状況 ○地理的要因	在宅医療・介護連携推進事業に係る担当課職員の質の向上に関する事項について記載 ○都道府県等が開催する各種研修への参加状況 ○自治体の計画等、在宅医療・介護に関する考え方の理解度 ○庁内での取組体制の整備状況、担当部間の連携のしやすさ	多職種が一堂に会する場の設定や連携に関するルール策定等の取組について記載 ○顔の見える関係の構築状況と構築に影響している要因 ○在宅医療・介護連携の状況に影響している要因 ○入院時における情報共有ルール策定 ○団体ごとの取組状況 ○二次医療圏における在宅医療と介護の連携状況及び多職種間の連携状況 ○自治体と関係団体との連携状況	住民向けの世論調査・意識調査、講演会の開催等について記載 ○世論調査から得た一般的な国民の意識 ○住民意識や実態に対する調査から得た住民の意向 ○普及啓発の取組状況（在宅看取りに関する住民向け講演会等）
1. ～6. の「①量的充足」「②質的充足」から、「現状から把握できる強みと弱み」をそれぞれ記載する。							
でき現 る状 強か みら と把 握 弱 み	強み	【視点】 ○在宅医療に対する意欲 ○地理的環境 ○相談窓口 等	【視点】 ○在宅医療への意欲や理解 （市立病院の・▲病院・近隣の病院） 等	【視点】 ○資源数の多さ・多様さ ○困難ケースへの対応 ○介護職の意欲の高さ 等	【視点】 ○積極的な基本構想 ○庁内の推進・協力体制の確保 等	【視点】 ○顔の見える関係構築への意欲・実態 ○職能団体ごと等の積極的な取組 ○医療・介護従事者等と市との連携 ○病診連携の充実 ○地域ケア会議等の充実 等	【視点】 ○在宅看取りの希望の増加 等
	弱み	【視点】 ○資源の少なさ ○在宅医療に対する診療所の不安 ○広範支援病床が未確保 等	【視点】 ○救急医療を行う病院の理解不足 ○回復期機能を有する病院が少なさ ○後方支援病床の未整備 等	【視点】 ○人材不足 等	【視点】 ○庁内の推進体制の未整備 ○予算確保の困難さ 等	【視点】 ○多職種連携の基盤の不十分さ ○他市との連携の困難さ ○各職能団体等の所属外機関への対応 等	【視点】 ○在宅医療利用者の少なさ ○普及啓発の不十分さ 等
【××市の強みと弱みの総括】							
強み	1. ～6. の「現状から把握できる強みと弱み」から、自市町村の総括的な「強み」「弱み」を記載する。						
弱み							

出典) 在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー資料（平成28年9月～10月）

平成25年度 RISTEX 研究開発プログラム「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン 研究開発プロジェクト
「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」(医療法人アスムス(理事長 太田秀樹)) 一部改変

2. 会議体の整理

会議体の構成については、既存の会議体で対応できることと、新たな会議体を組成する必要があることを整理することが重要である。医療・介護・福祉に関する会議体は、地域内に既に多く存在していることが考えられ、むやみに会議体を組成して参加者に負担をかけることは避けるべきである。たとえば、行政や関係する職能団体が実施している会議体にも、地域課題の検討しているケースが多く見受けられる。そこで、まずはこうした既存の会議体で代用できないかを確認することが重要である。その上で、新たに設置する必要がある会議体と既存会議体とを組み合わせる形で、地域課題の抽出や対応策の検討を行う会議体の構成を固めていくことが望ましい。

会議体の整理の仕方としては、まず事業全体の方向性を決定する中枢会議体、より実務的な検討を図る専門部会の設置といった会議体の全体像を描くことが必要である。会議体の全体像を見ながら、既存会議体で担われている会議体が無いかを見極めつつ、新たに設置する会議体、既存会議体で吸収可能な機能・役割を明らかにし、機能・役割を適切な会議体に付与することが求められる。

たとえば、兵庫県朝来市の事例にあるように、まずは既存の会議体の役割を整理し、各会議体の役割・機能の分担を整理することが重要である。

3. 既存を含めた各会議体の役割分担（議論内容・参加者の設定含む）

会議体での検討の際は、各会議体で議論すべき内容および内容に応じた参加者を適切に設定することも重要である。過去に調査した事例の中には、議題が適切な参加者で議論されなかったために、会議で決定された内容が地域に浸透しないまま放置されたという事例も存在していた。たとえば、地域の事業全体の方向性や地域課題を多職種の実務者レベルで議論し結論を出したとしても、地域の各職能団体による承認や意思決定を介さなければ、地域に浸透しない場合がある。具体的な実行案の議論、検討内容の承認・意思決定については、検討に参加するメンバーが職能団体の実務者なのか代表者なのかを棲み分けるなどし、議題に応じて幅広い関係者が導かれた結果に納得できる体制で議論がなされるべきと考えられる。このような状況に陥らないためにも、会議体&議題&参加者をセットにして、適切な議論環境を整えることが重要である。

I) 目的：地域内の個別課題の洗い出し

- －議論内容：連携に係る現状の課題を幅広く洗い出す。
- －参加者：連携に携わっている医療機関の医師や看護師、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所
- －方法：各職種または複数の職種が一同に会し、現状の課題・困りごとの共有や意見交換を図る

II) 目的：現状の把握・理想像の設定・課題の優先順位付け

- －議論内容：定量的／定性的な現状と洗い出された個別課題を踏まえて、地域において目指す理想像と、その実現に向けて優先的に解くべき課題の選定を行う。
- －方法：事業推進上の課題や対応の必要性・緊急性、予算、人的資源を制約とし、最も優先して解くべき課題はどれかを協議する
- －参加者：医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会・訪問看護協会、介護支援専門員協会、リハビリ協会、その他の医療機関や介護事業者の責任者

Ⅲ) 目的：優先課題に対する具体的な解決策／取組内容の検討　－議論内容：課題の解決策を具体化に向けた議論を行う。

- －参加者：Ⅰ)と同様
- －方法：実務者による現実的かつ実行可能な解決策、取組の方策を会議内で検討し、とりまとめる。その際、各職能団体の代表者に助言を求めることも重要。

Ⅳ) 目的：具体化された取組内容の承認と目標値の設定

- －議論内容：Ⅲ)で出された取組内容を承認するとともに、その実施状況を確認・評価するための目標値の設定を行う。
- －参加者：Ⅱ)と同様
- －方法：目標値の設定については、2-5章に譲る

4. 会議の開催（課題の抽出）

地域において在宅医療・介護連携推進事業を進めていくには、前章でも述べたように、まず地域の理想像を設定することが重要である。そしてそれに続く形で、現状と理想像がどれだけ乖離しているか（＝ギャップがあるか）を確認し、理想像を達成するためにはどういった課題を解かないといけないのかを、優先順位もつけながら議論していくことが求められる。このような議論を経て、課題の抽出が為されることになる。

こうした課題の抽出にあたって、市区町村が最も意識すべきは、適切な会議体や適切な参加者で議論する場づくりを行うことである。

このような議論環境の整備を含めた課題抽出までのプロセスを整理すると、次のようになる。まず地域課題の検討を行う会議体については、地域の医療・介護関係者への負荷を考慮し、むやみに新たな会議体を設置することは避けるべきと言える。

会議体の構成が固まった後は、会議開催の前に、実務者間で地域課題の棚卸しや地域の理想像の検討を進めることが、効率的な会議の運用を進める上で重要である。中枢会議体には、各職能団体の役員級が参加する必要があるため、事前に地域課題の検討や地域の理想像の初期案を予め検討しておくことが望ましいと考える。事前に初期案を検討する会議体としては、中枢会議体に紐づく実務者によるワーキンググループ（WG）の設置が適切だが、既存の会議体の中で地域課題について検討する場があれば、それをそのまま活用することで代替可能である。具体的には、地域の多職種が集まり、地域における実務的な連携

課題を議論しながら、地域課題や地域の理想像に関する初期案の検討が進められるべきであると考え。

つづいて、初期案が揃った状態で中枢会議体を開催し、地域課題や地域の理想像案への意見を求めつつ、その承認を得ることを目的とした会議運営が必要である。なお、地域課題に対する対応策については、具体的な内容を詰めるのではなく、対応策の方向性に関する意見を集約するべきと考える。

中枢会議体で地域課題が承認された後は、具体的な対応策の検討を、中枢会議体に紐づく専門部会で検討する。専門部会では、中枢会議体で集約された対応策の方向性を踏まえて、対応策の具体化を進めることになる。

こうして専門部会で取りまとめられた対応策は、中枢会議体に上げられて、その妥当性や実行可能性などを中心に議論する。中枢会議体でその了承が取り付けられた後は、地域の医療・介護関係者に対する対応策の周知・徹底を行った上で、取組を実施することになる。中枢会議体に各職能団体の役員級が参加することで、地域課題や対応策の承認に関わり、現場で対応策が実施されない状況を防ぐこともできる。

以上は、中枢会議体と専門部会を設置し議論する一般的なパターンであるが、一般的なパターンに限らず、市町村の実情に応じた検討体制を構築することが重要である。

(3) 参考事例

課題の抽出について、参考事例としては、下記事例が参考になる。以下、それぞれの参考になる点について述べる。

①神奈川県横須賀市

神奈川県横須賀市では、医師会をはじめとする医療・福祉の関係者および行政職員を構成員とする在宅療養連携会議において地域課題の抽出と解決策の検討を進めてきた。個別の地域課題に対する解決策を具体化する検討は、在宅療養連携会議の下部組織である3つのワーキングチーム（現在は専門部会という）において検討が進められる。このワーキングチームで検討された対応策は、改めて先述した在宅療養連携会議に検討内容が差し戻され、地域課題への対応策としての妥当性とともにもその採否が決定される。採用が決定すれば、市の事業として実施される。

図表 14 横須賀市における課題と対応策

検討課題	基本的な対策案
【検討課題①】 高齢者の絶対数が増えることへの対応が必要	⇒ 高齢者の絶対数が増えることへ対応するため、在宅医の増加に取り組む。
【検討課題②】 医師会を含めた在宅療養に関する推進体制の構築および連携が不十分	⇒ 医療と介護の関係職種連携体制を強化する。 ⇒ 医療・介護関係者の連携を推進するためのスキルアップ研修等を行う。 ⇒ 退院調整に係る病院スタッフとケアマネジャーなど在宅側スタッフとの連携を推進する。
【検討課題③】 市民が、在宅療養・在宅看取りという選択肢について知らない	⇒ 在宅療養、看取りについての市民啓発を行う

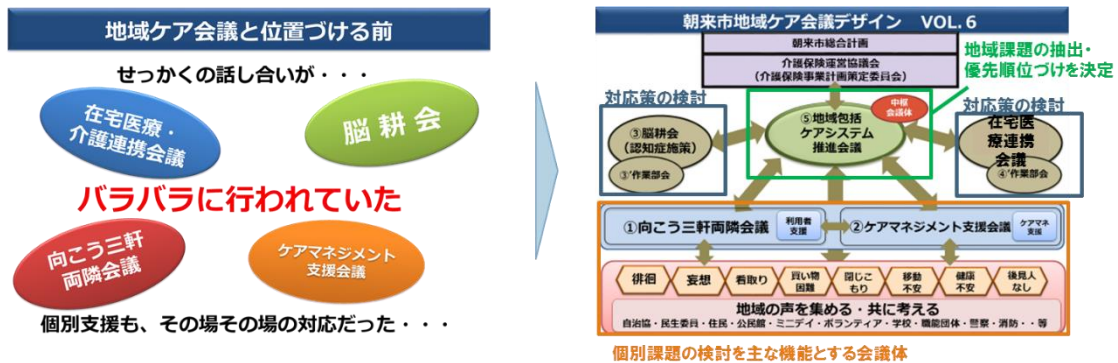
出所) 横須賀市資料を基に野村総合研究所作成

②兵庫県朝来市

兵庫県朝来市では、地域課題の抽出・対応策の検討の一連のプロセスが体系化される以前は、各会議体間で有機的な連携がとれていなかった。そこで、既存の会議体の議論内容・目的および役割を整理し、地域課題の抽出と対応策の検討を適切な場で適切な会議参加者で議論できる環境を整備した。

図表 15 朝来市における会議体の役割分担

既存会議体の有機的な連携を目的とした整理を実施
(=役割分担)



出所) 朝来市資料を基に野村総合研究所作成

また、朝来市では、地域課題の優先順位付けを中枢会議体にあたる地域包括ケアシステム推進会議で実施している。この会議にかけられる地域課題案は、向こう両隣三軒会議とケアマネジメント支援会議の2つの会議体からあげられる。朝来市の特徴は、このように地域課題の抽出時に、利用者に関する課題とサービス提供者（ケアマネジャーなど）に関する課題に分けて検討していることである。

図表 16 朝来市における課題の検討



出所) 朝来市資料を基に野村総合研究所作成

その上で、地域課題に対応する具体的な検討は、在宅医療・介護連携会議や認知症に関する地域課題について議論する脳耕会で進めるように整理されている。

図表 17 朝来市における課題と対応策

- 向こう三軒両隣会議、ケアマネジメント支援会議などを通じ、朝来市では地域をとりまく高齢者の課題を①深刻性、②広範性の2軸で整理した。
- 在宅医療に閉じずに地域として高齢者をどう支えるかや、ケアを提供する上で対策が必須なものは何かといった視点を持って、取り組むべき課題を選定した。

平成28年度 朝来市高齢者の地域課題

深刻性が高い (命に直結する)

深刻性が低い (命には直結しない)

広範性が高い

広範性が低い

BPSD

認知症高齢者の一人歩き・行方不明

生活困窮

認知症の早期発見

在宅療養ノートが複数あり混乱する

自動車運転が危ない

災害支援体制

介護負担が大きい

受診が困難

社会的孤立

要介護認定率の上昇

買い物が困難

相談窓口の複雑さ

地域課題への対応例(平成26年度)

【課題】

- ケアマネ連携会議で、高齢者の服薬管理ができていない点を指摘
- アドヒアランスの向上、残薬対処を進める必要性を中枢会議体で認定

【対応策】

在宅医療連携会議において、薬管理リーフレットの作成と、薬局・かかりつけ医一覧表の作成に着手

ケアマネジメント支援会議から抽出された地域課題

ケアマネジャーの抱持者1,180人中
薬管理が困難な方 197人

平成26年度末、ケアマネジメント支援会議4回分の分析から「高齢者の薬管理の困難さ」が地域課題候補として抽出された。

ケアマネジャーアンケートから、抱持者1,180人中、197人が薬管理が困難な状態であることが判明。

地域包括ケアシステム推進会議(中枢会議体)で「地域課題」として指定

実施項目	平成27年度 在宅医療連携会議の内容				
	5月	7月	9月	11月	1月
薬管理リーフレットの作成	作成	作成	作成	作成	作成
薬局・かかりつけ医一覧表の作成	作成	作成	作成	作成	作成
地域包括ケアシステム推進会議(中枢会議体)での指定	指定	指定	指定	指定	指定

出所) 朝来市資料より引用

③埼玉県蓮田市

埼玉県蓮田市は、在宅医療介護連携推進事業を近隣の白岡市と宮代町の2市1町で共同で進めている。地域課題の検討にあたっては、蓮田市単独ではなくこの共同実施地域で開催する実務担当者レベルの会議体が主体となって課題を抽出し、対応策の提案までを担っている。そして、その対応策の提案を市として事業化したり、介護保険事業計画等の各種行政計画に反映するため、蓮田市単独の中枢会議体において議論を重ねながら、その合意形成を進めている点に特徴がある。

具体的な地域課題の抽出は、専門職が現場の業務遂行の中から抽出した課題と市が行う医療・介護関係機関、事業所へのアンケート調査から抽出した課題を総合的にまとめている。

また、課題に対する対応策の検討は、課題に関連の深い職種グループでのグループワークにより、「実現性」と「重要性」の尺度で整理し、着手すべき具体的対応策を提案している。さらにその提案に対し、多職種で意見を加えるという手法により実務担当者レベルの合意形成をする手法をとっている。

なお、下記は蓮田市における地域課題とその対応策を取りまとめた資料である。

図表 18 蓮田市における課題と対応策

検討課題	基本的な対策案
【検討課題①】 医師グループ 24時間365日の診療体制の構築 ～24時間365日の診療体制を整え、安心して訪問診療を行える体制を構築するために～	①副主治医制、診診連携の確立 ②病院との連携
【検討課題②】 歯科医師グループ 歯科と多職種との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーに歯科診療の理解を深めてもらい、 ・在宅歯科診療を必要としている患者の診療につなげる
【検討課題③】 薬剤師グループ 訪問薬剤管理指導における病院、診療所との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との情報共有を密にする
【検討課題④】 訪問看護師グループ 訪問看護ステーション同士の横のつながり	<ul style="list-style-type: none"> ・定例会の開催(名簿作成、ステーションの特徴理解、研修、交流会)
【検討課題⑤】 職種混合グループ 病院と在宅・施設スタッフとの連携	<ul style="list-style-type: none"> ①情報共有シートを作成する(A.在宅版、B.入退院版) ②情報が共有できるシステムづくり ③病院と在宅・施設スタッフとの連携

出所) 蓮田市資料を基に野村総合研究所作成

2-5 指標の設定について

(1) 現状・背景

PDCA を回す上で、実施している施策が妥当であるかそれとも改善すべきかを判断するためには、施策の進捗状況やその結果として達成される目標を、指標として設定し把握していく必要がある。一方で、市区町村へのヒアリング調査でも、指標として何を把握すべきか悩んでいる事例が多く見られた。そもそもどのような指標を取得できるか明確でない中、事業進捗や目標を管理する指標の設定にまで至らない事例が多いと考えられる。

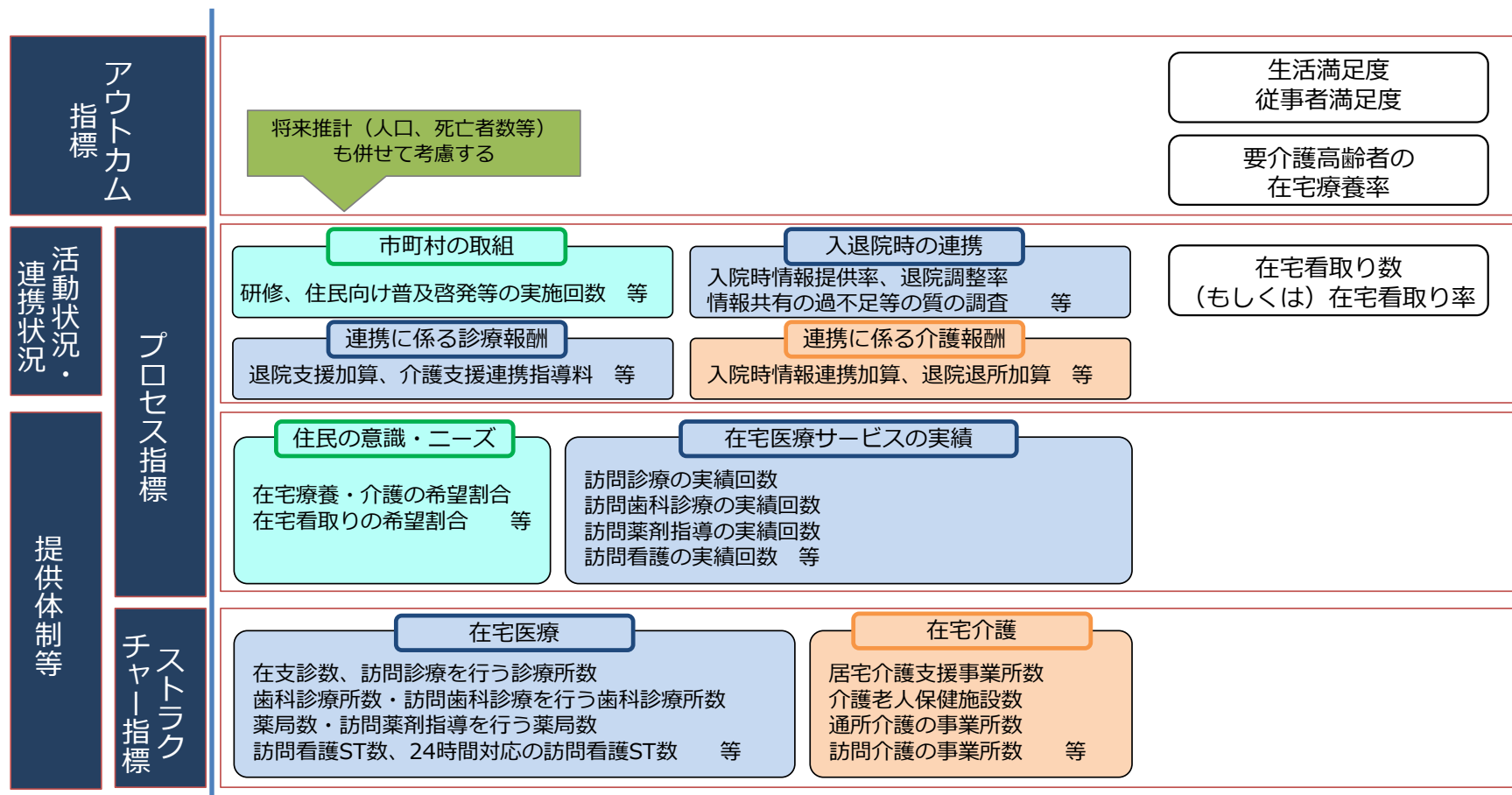
一般的に指標の種類は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3つに分類できる。これらは、評価すべき内容や目的に応じて適切に組み合わせられるべきと考える。しかし、現時点では事業評価の手法や把握すべき指標の考え方が明示されていないこともあり、その具体的な組み合わせを市区町村が考えることは難しい。そのため、市区町村が入手可能かつ比較可能な指標の具体的な案や、指標設定の際の考え方を示す必要がある。

(2) 指標とその考え方

- ① 市区町村は、分析や事業進捗確認用の指標・データと、目標となる評価指標を検討することが重要である。
- ② 分析や事業進捗確認用の指標・データとしては下記種類の指標を把握することが重要である。
 - －在宅医療（の提供体制を示す指標）
 - －在宅介護（の提供体制を示す指標）
 - －住民の意識・ニーズ
 - －在宅医療サービスの実績
 - －連携に係る診療報酬
 - －連携に係る介護報酬
 - －市区町村の取組
 - －入退院時の連携
 - －在宅看取り数／看取り率
 - －生活満足度／従事者満足度
 - －要介護高齢者の在宅療養率
- ③ 目標となる評価指標としては、地域の実情や取組に応じて必要な評価指標を検討、選択することが重要である。

既に述べたとおり、把握すべき指標はストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標の3つに分類することができる。この分類軸に沿って、参考事例も踏まえて指標を例示すると次図のようになる。

図表19 指標のイメージ



出所) 野村総合研究所作成

以下、この図の詳細について述べる。

PDCA の枠組みを鑑みた時、市区町村から見て、設定する指標には大きく 2 つの目的が存在する。1 つの目的は「地域の課題の分析や事業の進捗状況を確認するため」であり、もう 1 つの目的は「在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果として、どれだけ目標の状態に迫ったかを示すため」である。

PDCA の枠組み内では、まずは定量的／定性的な現状を把握し、課題の分析・特定につなげなければならない。また、課題に対応した施策が実際にどの程度行われたかという進捗状況も把握しなければ、最終的にその施策と成果がどの程度ひもついたか、どの程度意味のある施策であったか、といった Check（評価）を行うことができない。そのため、その目的に沿った「分析や事業進捗確認用の指標・データ」の種類を、地域の中で合意し、把握していく必要がある。

以下、図内に示されている指標例について解説する。

○在宅医療

- ・指標例：在宅支援診療所数、訪問診療を行う診療所数、訪問看護ステーション数など
- ・考え方：地域内の在宅医療の提供体制を把握するためのストラクチャー指標である。医科・歯科・調剤に加えて訪問看護ステーション数などが該当する。

○在宅介護

- ・指標例：居宅介護支援事業所数、介護老人保健施設数など
- ・考え方：地域内の在宅介護の提供体制を把握するためのストラクチャー指標である。在宅介護に係る事業所数などが該当する。

○住民の意識・ニーズ

- ・指標例：在宅療養・介護の希望割合、在宅看取りの希望割合など
- ・考え方：住民が在宅療養・介護に関してどのようなニーズを抱えているかを捉えるための指標である。地域における需要側の情報であり、アンケート等を通じた把握が必要となる。地域においてどれだけの在宅療養・在宅看取りに係る選択肢が提供されるべきかを把握する意味でも重要な指標である。
たとえば、在宅看取りを希望する住民の割合と、その達成率（在宅看取り率）を比較することで、事業の進捗度合いを評価することが重要である。

○在宅医療サービスの実績

- ・指標例：訪問診療の実績回数、訪問歯科衛生指導の実施回数など

- ・考え方：地域内にどれだけの在宅医療サービスが提供されているかを把握するための指標である。ストラクチャー指標で表される提供体制の上で、どれほどの在宅医療サービスが提供されているかを把握することで、たとえばストラクチャー指標の増加施策が意味を為しているかどうかといった点を評価することができるようになる。把握するには関係団体をとおしたアンケート調査等を実施する必要がある。

○連携に係る診療報酬

- ・指標例：退院支援加算、退院時共同指導料、介護支援連携指導料など
- ・考え方：地域内の連携状況を医療面から把握するための指標である。上述した在宅医療サービスの実績と同様に、ストラクチャー指標で表される提供体制の上で、どれほどの連携が為されているかを把握するためのプロセス指標である。把握するには医療レセプトデータを活用する必要がある。

○連携に係る介護報酬

- ・指標例：入院時情報連携加算、退院退所加算など
- ・考え方：地域内の連携状況を介護面から把握するための指標である。上述した在宅医療サービスの実績や連携に係る診療報酬と同様に、ストラクチャー指標で表される提供体制の上で、どれほどの連携が為されているかを把握するためのプロセス指標である。把握するには介護レセプトデータを活用する必要がある。

○市区町村の取組

- ・指標例：研修、住民向け普及啓発等の実施回数など
- ・考え方：在宅医療・介護連携推進事業において、市区町村が実施した取組内容を定量的に把握するための指標である。研修や講習などの実施回数を量的に把握し、その実施状況がどれほどの成果（アウトカム）につながったか評価するために用いられる。実施回数以外に研修や普及啓発等の参加者に対するアンケートにより、質的な評価を実施していく必要がある。

○入退院時の連携

- ・指標例：入院時情報提供率、退院調整率など
- ・考え方：広域を含む入退院時の連携状況を把握するための指標である。「(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」などの取組状況を評価するために用いられる。指標例はアンケート調査により把握する必要がある。

○在宅看取り数（もしくは）在宅看取り率

- ・在宅看取りの状況の評価するための指標である。絶対数をそのまま用いても良いし、在宅看取りを希望する住民の数を分母に持ってきて、率で把握・評価しても良い。
- ・なお、在宅看取り数は留意すべき点がある。自殺や孤独死、死体検案なども在宅死としてカウントされている可能性がある点や、死亡する直前まで在宅で生活をしていたにも係らず、最期の瞬間だけ病院で死亡した患者は含まれない点が該当する。
- ・そういった前提を持つ指標として把握するということを、関係者間でも事前に共有しておくことが重要である。

○生活満足度／従事者満足度

- ・在宅生活を送る住民の生活満足度や、在宅医療・介護サービスを提供する医療・介護従事者における満足度を測定する指標である。
- ・制度上位置付けられた統一的な質問項目は存在しないため、他地域との横比較がしづらいなどのデメリットは存在するが、地域内で継続的に取得し続けることで、事業の進捗状況をアウトカムとひもづけて評価することができるようになる。
- ・具体的な聴取項目の例として、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用することができる。たとえば、主観的幸福感の測定に用いられる「あなたは、現在どの程度幸せですか」などを聴取することで、個人の生活満足度の把握が可能になる。
- ・仮に、地域の要介護高齢者の生活満足度を把握することができれば、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で把握される「自立している高齢者」との比較ができるだけでなく、在宅医療・介護サービスの質を他地域と横比較することも可能となる。
- ・取得時期は、介護保険事業計画の策定や介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施に合わせて、3年に1回行うことが考えられる。事業の進捗を評価するという点では、3年に1回の調査タイミングでも問題はないと考える。
- ・同様に、従事者満足度を把握することができれば、地域で在宅医療・介護に関与する多職種の活性状況の評価することも可能である。具体的な聴取項目としては、各専門職に対して、「今の仕事にどの程度満足していますか」など仕事のやりがいを聞くほか、「全体として、現在の生活にどの程度満足していますか」³など、仕事に限らない生活全般の満足度を聴取することで従事者満足度の把握が可能になる。

○要介護高齢者の在宅療養率

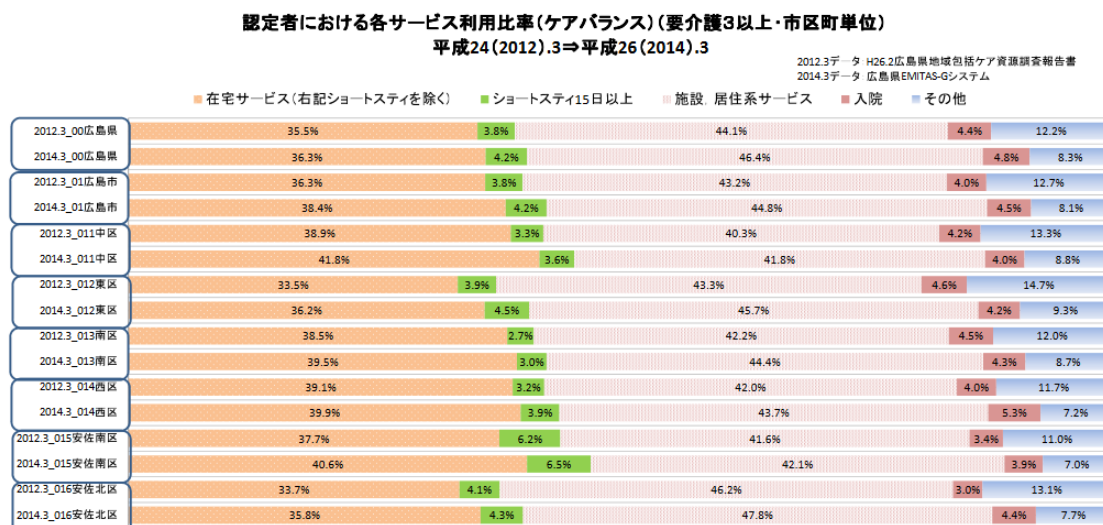
- ・地域でどれだけの在宅療養が実現できているかを評価するための指標である。この在宅療養率は、自宅での療養に限定するものではなく、在宅療養を受ける入院外の患者の割合を指すことに留意されたい。

³ 「国民生活に関する世論調査」（内閣府、平成26年度調査）などを参照。

- ・指標としての留意点が存在する在宅看取り数（率）を補うアウトカム指標として、把握すべき指標の一つとなる⁴。
- ・なお、広島県では介護レセプトが発生している受給者、もしくは介護認定者マスタ（被保険者マスタ）に存在している認定者を母数とし、県内の市町村別の在宅療養率を算出して市町村別に公表している。在宅療養が難しくなる要介護度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し、地域別の在宅療養の割合を把握する際に役立てている。

図表20 広島県が公開している市町別要介護度3以上の認定者における各サービス利用率

◆ 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。



出所) 広島県 公開資料より一部抜粋

目標となる評価指標としては、地域の実情や取組に応じて必要な評価指標を検討、選択することが重要である。

指標設定の目的には、個人の生活満足度や従事者満足度のように、「在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果として、どれだけ目標の状態に迫ったかを示す」という目的も含まれている。

PDCA サイクルの枠組みに立ち返れば、前述した分析や事業進捗確認用の指標・データを用いて事業の進捗状況を把握した上で、具体的な成果となる指標を選択・設定し、実施してきた施策の効果を評価しなければならない。この際に重要なことは、2-3 で述べた「目指す理想像の検討」をしっかりと行うことが前提となるという点である。地域として目指

⁴ ただし、分母になる要介護高齢者の要介護度をどこに設定するかについては議論が残される。

す理想像を構築・共有することで、目標となる指標として把握すべき項目が定まることになるからである。

地域の実情や取組内容によって目標となる指標は様々であるので、分析や事業進捗確認用の指標・データの時と同様に、自らの地域の理想像を実現するために必要となる方向性に合致した指標を設定し、適切なタイミングで実施していただきたい。

(3) 参考事例

神奈川県横須賀市などの参考事例において、どのような指標が把握されていたかをまとめたものが次図である。人口等の基礎情報の他、S（ストラクチャー）、P（プロセス）、O（アウトカム）の3種類それぞれで把握されている指標があることを確認できる。

主だった傾向として、まずはS（ストラクチャー）指標の把握が共通して多く為されている点を挙げることができる。「在宅医療を行う診療所数（在支診以外も含む）」や「訪問サービスを行う施設数（診療所以外）」など、5つの事例で共通して把握されている指標が存在する。また逆に、P（プロセス）指標やO（アウトカム）指標については、参考事例の中でも豊富に設定・把握が為されていないことも確認することができる。

図表21 参考事例の中で設定されている指標(例)

		神奈川県 横須賀市	千葉県 柏市	岩手県 釜石市	富山県 上市町	東京都 北区
人口等	人口（推計）・高齢化率	●	●	●	●	●
	高齢者世帯数					●
	要介護度別要介護認定者数	●	●			
S	在宅医療を行う診療所数（在支診以外も含む）	●	●	●	●	●
	訪問サービスを行う施設数（診療所以外）	●	●	●	●	●
	病院数・病床数	●	●	●	●	●
	救急医療体制	●	●	●	●	●
	人口10万人対医師数	●	●	●		●
P	訪問診療・往診件数・実人数		●	●	●	
	訪問看護指導料件数			●		
	訪問診療医、訪問看護の夜間休日対応の実績		●			
O	死亡場所別死亡数・自宅看取り	●	●	●	●	●
	-					
他	住民が希望する最期の療養場所	●	●			●
	入院医療の医療圏内完結率		●	●		
	高齢者施設の待機者数		●		●	

出所) 在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー
 東京大学医学部在宅医療学拠点 作成資料より引用⁵

⁵ 引用元の資料上では、「死亡場所別死亡数・自宅看取り」はアウトカム指標として定義さ

なお、最低限取るべき指標のメリハリについては、先行事例の表に記載されている指標が一案となる。下記に、参考事例における課題の把握に向けて把握が必要となった指標例を示す。

図表22 参考事例において課題把握のために用いられた指標

大分類	課題の概要	対応指標(例)
①入退院連携	<ul style="list-style-type: none"> 医療依存度の高い要介護高齢者の在宅療養継続のための医療・介護連携の推進が不十分。 高齢者の絶対数が増えることへの対応。特に、在宅療養の受入態勢が構築されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 人口10万人対医師数 入院病床から在宅へ移行する患者数推計 病院退院後の行き先と在宅医療につながった実績の状況 入院医療の医療圏内完結率 入院時情報提供率、退院調整率、退院支援加算、介護支援連携指導料、入院時情報連携加算 特別養護老人ホーム/介護老人保健施設の入所待機者数
②日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化が進んで在宅療養患者が増えることが予測される中で、それに対応する在宅医療提供体制が未整備。 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所数、在宅療養支援診療所数、訪問看護ST数、人口10万人対医師数、介護保険サービス事業者数、将来人口推計、高齢化率、要支援要介護者数 在宅療養・介護の希望割合 訪問診療・往診件数・実人数、訪問看護指導料件数、訪問看護の(夜間休日)対応の実績 死亡場所別死亡数の推移・構成 要介護高齢者の在宅療養率、生活満足度、従事者満足度
③急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者が急変した際の対応体制が整備されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療圏単位の病院・施設数、病床数 医師の人口10万人対数 在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数 かかりつけ医での住が診可能な医療機関数、訪問可能な薬局数 訪問診療・往診件数・実人数
④看取り	<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取りを希望する住民が、望んだ環境で最期を迎えることができているか把握できない。(=住民の満足度を把握できない) 	<ul style="list-style-type: none"> 最期を迎える場所の意向 終末期の療養場所の意向 在宅看取りの希望割合 死亡場所別死亡数の推移・構成比 在宅看取り数・率

出所) 在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー
 東京大学医学部在宅医療学拠点 作成資料より NRI 作成

れている。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の取組について

(1) 現状・背景

在宅医療・介護連携推進事業の推進については、(ア)～(ク)の8つの事業項目の具体的な取組内容が『手引き』において示されている。一方、手引きに掲載されていないが、地域の創意工夫により効果的な取組を実施している事例が登場し始めており、このような地域の実情に応じた取組についても在宅医療・介護連携推進事業の趣旨に沿っていれば、その一環として位置付けることが望ましいと考えられる。

本章においては、在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の事業項目の取組内容として、手引きに掲載することが望ましい施策を明示するとともに、各施策の内容及び地域における展開事例について解説する。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の取組内容として手引きへの掲載が望ましい施策

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目(ア)～(ク)の取組内容として、手引きに掲載することが望ましい施策は次のとおりである。

- ① 在宅訪問診療を担う医療機関と訪問看護ステーションによる連携体制の構築
【(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進】
- ② 広域的な在宅医療・介護連携の相談窓口の設置
【(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援】
- ③ 多職種による同行訪問研修
【(カ)医療・介護関係者の研修】
- ④ 多職種による事例検討会を活用した実践研修
【(カ)医療・介護関係者の研修】
- ⑤ 広域的な在宅医療・介護連携に関する会議や研修の実施
【(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携】
- ⑥ 入退院時における医療と介護の連携の促進
【(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携】

①在宅訪問診療を担う医療機関と訪問看護ステーションによる連携体制の構築

【(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進】

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進では、在宅療養を続けるにあたって必要となる、時間的に切れ目がなく急変時にも夜間・休日を含めた対応ができる体制の構築を行う。『手引き』の中では、「主治医・副主治医制の導入による体制の構築」と「在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保」の2種類が例示されている。在宅医療を担う医師の負担軽減策は必須であり、重要な事業項目であると言える。

一方で、地域の医療体制構築に関する取組であるため、郡市医師会や病院等の協力が不可欠であり、医療資源に限りがある小規模な市区町村では実施が困難な可能性がある。このような地域では、主治医と訪問看護ステーションによる連携体制の構築が効果的である。

○取組内容

・診療所、訪問看護ステーション等の看護師を軸とした24時間365日訪問体制の構築

地域の医療資源として看護師に着目し、診療所の主治医の指示を受けつつ、診療所・訪問看護ステーション等に所属する看護師を中心に、急変時の夜間・休日対応を含めた切れ目のない体制構築を行う。

郡市医師会、診療所の医師・看護師、訪問看護ステーションの看護師など関係者を巻き込んだ協議を行い、ルールなどを策定した上で体制構築を行う。

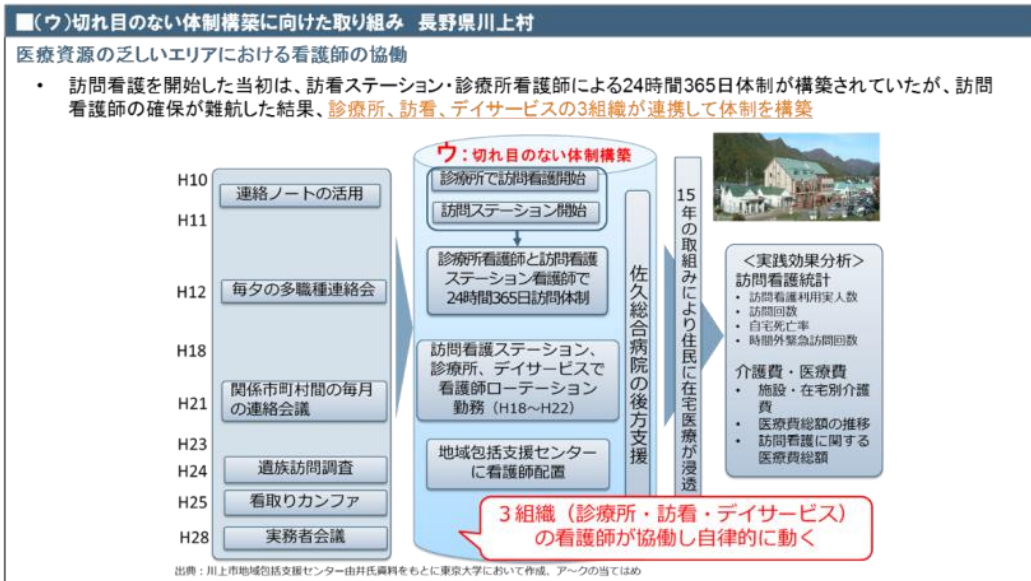
○参考事例（長野県川上村）

長野県川上村では、診療所と訪問看護ステーションによる訪問看護の体制が構築されている。主治医の指示のもと、診療所の看護師と訪問看護ステーションの看護師の連携によって、24時間365日の訪問体制が構築されている。

平成18年からはデイサービスを加えた看護師ローテーション勤務が設計され、地域包括支援センターに看護師も配置されている。また、現在は佐久総合病院からの後方支援も受けられている。

このように、地域の主治医と訪問看護師による連携体制を構築し、在宅療養している患者の情報を常に共有するとともに、夜間休日のファーストコールについては訪問看護ステーションが対応することにより、主治医の負担軽減が図られている事例である。

図表 23 川上村における取組



出所) 川上村資料を基に野村総合研究所作成

②広域的な在宅医療・介護連携の相談窓口の設置

【(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援】

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援は、『手引き』によれば、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、必要に応じて退院の際の地域の医療介護関係者の調整や医療機関・介護事業所の紹介を行うこととなっている。主として、医療介護の専門職を対象とした相談調整機能が想定されており、地域住民からの相談は地域包括支援センターが原則受け付けることとなっている。

しかし、市区町村によっては、相談窓口に適した人材確保の困難さなどを背景として、取組が遅れている事業項目の一つとなっている。実際に昨年度の弊社による調査研究結果でも、(ア)・(イ)・(カ)を先行着手する市区町村が多い一方で、(ウ)と(オ)については着手時期未定とする市区町村が多かった。

また、専門職からの相談以外にも、地域住民からの在宅医療に関する相談ニーズや在宅医療を行う医師の紹介に対するニーズも一定程度あることから、専門職だけではなく地域住民の相談機能を併せ持つことも有効な場合がある。

在宅医療に関する専門的な相談機能や在宅医療を行う医師の紹介機能を併せ持つことができる郡市医師会や医療機関に広域的な相談窓口を、複数市区町村による共同委託として設置することも有効な場合があると考えられる。なお、その際に、必要があれば、都道府県が複数の市区町村間での調整を支援することが望ましい。

○取組内容

- ・広域的な在宅医療・介護連携の相談窓口の設置

地域の在宅医療・介護連携に関する相談機能について、関係市区町村、郡市医師会、病院等、地域の実情に応じて関係機関が、そのあり方について協議を行うことが重要である。

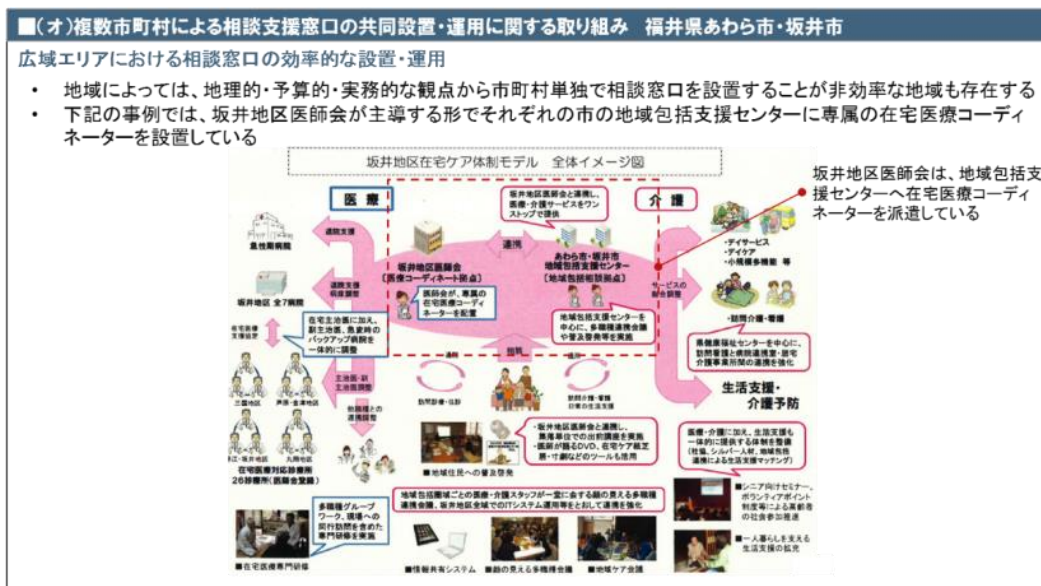
専門職や地域住民に対する相談機能のあり方の検討を経た上で、窓口の設置場所や広域的な相談窓口の機能等について検討する。

なお、近隣市区町村の間での協議を行うに際して、必要に応じて都道府県が協議の場の調整を支援することも重要である。

○参考事例（福井県坂井地区広域連合）

福井県あわら市と坂井市では、坂井地区医師会の主導のもと、坂井市とあわら市の2市合同で、地域包括支援センター内に地域包括相談拠点を設置している。その上で両市では、2市で共同して普及啓発や多職種連携会議を実施している。

図表 24 坂井地区広域連合における取組



出所) 坂井地区広域連合資料を基に野村総合研究所作成

③多職種による同行訪問研修

【(カ) 医療・介護関係者の研修】

(カ) 医療・介護関係者の研修は、『手引き』によれば、1.多職種が連携するためのグループワーク等の研修と、2.医療・介護関係者に対する研修の2つの取り組みから構成される。

現在の手引きの中で例示されているものは、主に「集合形式による研修会」が想定されているが、参考事例として、実際の在宅医療の現場を多職種が同時に訪問し、その場で互いの方針について理解を深め合う同行訪問研修や、実際の症例について今後の対応方針を多職種による意見交換を行う事例検討会を活用した実践研修といった取組も効果的と考えられる。

○取組内容

・同行訪問研修による多職種の連携強化

実際に訪問診療を行う場に多職種が同行する形式の研修である。多職種のパターンとしては、医師—歯科医師、医師—薬剤師、ケアマネ—リハ職等、地域の実情や課題、関係団体の協力状況に応じて設定することが考えられる。実際に診療の現場を見学するだけにとどまらず、その場で対応方針について多職種間で意見交換を行えるなどの極めて実践的な内容で実施することが可能であり、その研修効果も高いと考えられる。

また、多職種ではないが、まだ在宅医療の経験は乏しいが在宅医療に関心を持つ医師を対象に、在宅医療の現場に同行する医師向けの同行訪問研修を行うなど、在宅医の育成を目的とした同行訪問研修も効果的と考えられる。

○参考事例（岩手県釜石市）

岩手県釜石市では、異職種間の相互理解を深めることや、在宅の現場での各々の職能の可能性を探ることを目的として、同行訪問研修を実施している。これにより、多職種間で合意されたルールを誤解なく確実に運用するとともに、そのルールの確認や診療方法に関する事前のすり合わせを行うことができる。

実施に当たっては、自主的な開催もあるが、原則は何らかの連携課題が見受けられる職種を選定して同行訪問を実施している。訪問後は、意見交換会や共同発表等を行い、互いの理解を深めるとともに参加者以外の専門職への効果が波及するような工夫を実践している。医療・介護関係者の中で相互の理解を深める上で効果的な研修であったとの声が寄せられている。

図表 25 釜石市における取組

■(カ)同行訪問研修による複数職種連携強化に向けた取組み 岩手県釜石市

複数職種間の実践的な連携の実現に効果的な同行訪問研修

- 協働して同じ患者を診る場合、連携ルール、診療方法に関する合意形成など事前のすり合わせが必要となる。
- 釜石市では、上記の連携課題を複数職種による同行研修を通じて解消する取組みを実践しており、その効果の大きさにも定評がある。
 - 同行訪問を実施する職種は、何らかの連携課題が見受けられる職種を選定している

《二次連携》連携拠点が仲介する複数職種による連携
～課題内容に応じた様々な連携手法～

【実績】
平成25～26年度医科歯科同行訪問研修 計5回
平成25～26年度医科薬科同行訪問研修 計7回

平成25年度ケアマネジャー＆薬剤師合同研修会
平成26年度滋賀県高島市視察対応
〃 病院連携室＆ケアマネジャー意見交換会
〃 在宅医療先進地域情報フェスタ2014



出所) 釜石市資料を基に野村総合研究所作成

○参考事例 (千葉県柏市)

柏市では、年に1回程度2日間にわたる在宅医療多職種連携研修会を実施しているが、医師に対しては別途同行訪問研修を実施している。柏市資料によれば、研修全般の効果としてだが、在宅療養支援診療所数の増加(平成22年11月15箇所→平成27年3月27箇所)、柏市の診療所による年間自宅看取り数の増加(平成22年度53件→平成25年度174件)、年間10人以上自宅で看取った柏市内の診療所数の増加(平成22年度1箇所→平成25年度8箇所)などが出ている。

図表 26 柏市における取組

(カ)医療・介護関係者の研修

①在宅医療多職種連携研修会

医師及び多職種を対象に在宅医療の推進及び多職種連携の促進を目的とした研修を実施(年1回程度)
第6回(H26年9/28及び10/19)

受講者(57名)
医師・歯科医師・薬剤師・病院関係者・訪問看護・介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・地域包括支援センター職員・管理栄養士・サード事業所職員等

主催者
主催:柏市医師会・柏市
共催:柏市医師会・柏市薬剤師会・柏市訪問看護連協会・柏市介護支援専門員協議会・東葛北部在宅実士会・柏市リハビリテーション連絡会
協力:東京大学高齢社会総合研究機構
後援:国立長寿医療研究センター
発案者(66名)

平成23年5月から6回実施
これまでに約302名受講

医師は別途同行訪問研修を実施

主な内容(第6回)

2014年9月28日(日) 9:00～18:30	2014年10月19日(日) 9:00～17:00
在宅医療の果たす べき役割(総論)	柏市の医療介護連携モデル 病院とかかりつけ医の連携
多職種連携協働の 在宅医療を支える多 職種連携(フレック ス)	多職種WS② 報酬・制度
多職種WS① 緩和ケア	多職種WS③ 在宅療養における 各論
・摂食・嚥下障害 ・在宅における口腔ケア ・在宅における褥瘡ケア ・在宅での栄養管理	多職種WS④ 在宅療養を推進する 上での課題と解決策
特区の趣旨と概要 ・訪問リハビリ	修了者が語る 訪問診療の実態
	目標設定
	修了式

1

在宅医療研修の成果

- 平成23年度在宅医療研修の受講医師
⇒「主治医・副主治医制」を試行(H25.1月～H26.3月)
主治医6名、副主治医2名により、試行WGで65症例を試行
- 在宅医療研修 修了者数(通算6回)
・300人(うち、医師50人)
- 在宅療養支援診療所数
・15箇所(H22年11月)→27箇所(H27年3月)
- 柏市の在宅診療所による年間自宅看取り数
・53件(H22年度)→174件(H25年度)
- 年間10人以上自宅で看取った市内の在宅診療所数
・1箇所(H22年度)→5箇所(H24年度)→8箇所(H25年度)

2

出所) 柏市資料より引用

④多職種による事例検討会を活用した実践研修

【(カ) 医療・介護関係者の研修】

○取組内容

- ・多職種による事例検討会を活用した実践研修

事例もしくは架空の症例を基に事例検討会を実施するのも、効果的な研修の一つである。特に、医師の判断や関与が必要な事例検討を行うことで、検討内容自体も深まるほか、医師の参加・協力が得られることによる連携の強化が期待できる。

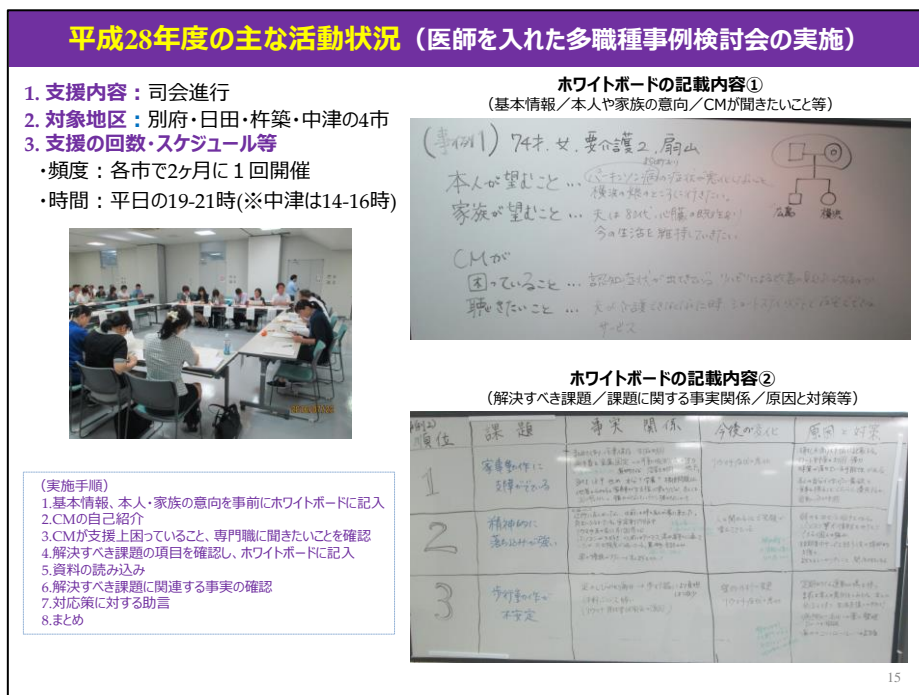
なお、本研修の実施にあたっては、個別事例を取り扱う地域ケア会議の活用も考慮すべきと考える。

○参考事例（大分県別府市）

大分県別府市では、医師を入れた多職種事例検討会を行っている。医療関係者、介護関係者それぞれの実情を理解し合う（医療が介護を、介護が医療を知る）ことを目的としている。具体的には、ケアマネジャーが日常的に扱う事例を題材とした事例検討会に、医師をはじめとする医療側の専門職が参加している。

普段なら聞けないことを質問することができるといった効果が出ており、また、参加している医師から検討事例に対する対応策への助言も為されている。

図表 27 別府市における取組



出所) 川越委員資料より引用

⑤広域的な在宅医療・介護連携に関する会議や研修の実施

【(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携】

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携は、『手引き』によれば、複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討することが目的とされている。しかし各市区町村が具体的に実施する取組については、各地域に委ねる形となっていた。

地域によっては、医療・介護資源の充足状況や地理的な制限により、十分な提供体制を早期に構築することが難しい場合がある。特に離島や過疎地域が該当する。

このような地域では、近隣の市区町村と共同で会議や研修を行うことが考えられる。その際、特に離島では、移動にかかる負荷や費用などのコストを考慮すれば、テレビ電話等を活用した遠隔での開催も視野に入れるべきと考える。

○取組内容

- ・近隣市区町村とともに広域的な会議や研修を共同で実施
- ・(特に離島などでは) テレビ会議等のツールを用いた遠隔での実施

○参考事例(沖縄県、離島市区町村との医療介護連携の会議)

沖縄県では、多くの市区町村が地区医師会と契約し、事業運営の中心的役割を果たすコーディネータを地区医師会に配置して事業を進めることになった。沖縄県内には、人口1万人未満の離島が13あり、在宅医療・介護連携推進事業を推進するに当たり、次のような共通課題があることから、離島町村意見交換会を開催し、各々の地域の取組状況等の情報交換や意見交換等を行うことにより、今後の取組の一考となるよう配慮した。

沖縄県の離島町村では、久米島町を除き、1離島1診療所(竹富町の場合、1島1~2診療所)であり、各診療所には医師1人、看護師1人が配置されている。専門職が少ない離島では、医療依存度が高い高齢者は島内で生活することは難しく、島外へ出て行かざるをえない状況である。沖縄本島の病院に入院したあと、病院からの連絡がなく、介護保険サービスも導入できないまま退院して島に戻ってきたり、本島内の家族の家に移り住むことがあり、島外の医療機関との連携方針が具体化されていなかったり、切れ目のない医療提供体制の確保がされていない等の課題がある。

また、島では医療職だけでなく、介護人材の有資格者が少なく、今後の介護体制をどのように継続していくかという課題も抱えている。

そこで沖縄県は、離島の担当者を一同に集めて離島町村情報交換会を開催し、事業実施にあたり、お互いの事業の進め方や課題等について情報交換ができる場を提供している。その会議において、事業の主旨説明を実施したり、事業の進め方や県内外の先駆的な事例について、参考となる資料を提供したりしている。

また専門職の人材不足等、離島町村職員だけで解決することが困難な課題もあることから、意見交換会には県立病院医師、県社協、沖縄県介護保険広域連合等、関係機関の担当者に参加してもらい、今後の離島支援につながるように努めている。

⑥入退院時における医療と介護の連携の促進

【(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携】

一方で参考事例の取組内容を踏まえると、広域的な医療介護連携の取組としては、広域的な入退院の連携に取り組んでいる事例があり、行政・医師会・医療機関・介護関係者等が協力し、地域の実情に応じた地域ルールを運用することにより、介護支援専門員から医療機関への情報提供、医療機関から介護支援専門員への退院調整が改善される等の効果が期待できる。

○取組内容

・広域的な入退院の連携の促進の取組

入退院時の連携調整は、対象地域が市区町村単体の範囲を超えてくる場合があるため、複数市区町村による広域的な対応が必要となる場合がある。

このような場合、広域的な取組により、医療と介護の関係者の協議を経て、入退院時の医療機関と居宅介護支援事業所間の共通様式や簡単なルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上が期待できる。

なお、取組に際しては広域的な調整が必要となることから、都道府県や医師会等の支援を受けつつ行うことが不可欠である。

○参考事例（福井県と県内市町の取組）

福井県では、県と県医師会の協働により、県内の市町が参画した上で、全県的な入退院時の医療介護連携のルールを作成・運用している。

まずはじめに福井県と県医師会が密接に連携し、県内の入退院時の医療介護連携の現状について実態把握を行う。続いて、県の保健所を協議の場として活用し、入退院連携に関わる医療介護関係者による意見交換を通じて、地域における患者の入退院連携のあり方について議論する。一連の情報収集と意見交換を通じて、入院時及び退院時における入院医療機関及び介護支援専門員が果たす役割を明確にしてルール化する。ルール化後は地域内の医療・介護関係者への周知や研修、ルール運用の追跡調査、調査結果を踏まえた意見交換やルール改定の協議を実施する。このように、ルールが実際に利用される環境がPDCAサイクルを回すことで改善されるような一連のプロセスとなっている。

福井県による市町支援を中心として進められた事例であるが、このように都道府県や関係団体からの支援を受けつつ、具体的な退院支援ルールの策定・運用を実現することが重要である。

4. 都道府県が担うことが望ましい市区町村支援について

(1) 現状・背景

在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年4月までに全国全ての市区町村が実施することとされているが、厚生労働省が実施した市区町村における実施状況によると、人口規模が小さくなるほど取組が進んでいない傾向が認められる。また、人口規模と関係なく市区町村における事業の実施状況が進んでいる都道府県の中には、市区町村では取組が比較的難しいと考えられる内容について、都道府県が積極的に市区町村支援を実施していた例があった。特に、地域課題の分析に必要な在宅医療・介護に関するデータ提供、在宅医療の体制整備、市区町村をまたがる医療介護連携などについては、都道府県が医療に精通した医師会等の関係団体と密接に連携しながら保健所等を活用しつつ支援をしていくことが必要と考えられる。

現行の『手引き』の中では、参考事例・好事例の市区町村への共有や、都道府県が把握しているデータの共有など期待される支援内容が都道府県の役割として記載されているものの、その具体的な内容は明記されていない。そこで本章では、在宅医療・介護連携推進事業について、都道府県が担うことが望ましい市区町村支援について明示するとともに、市区町村支援の内容及び都道府県における展開事例について解説する。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県による市区町村支援として手引きへの掲載が望ましい施策

都道府県による市区町村支援として手引きへの掲載が望ましい施策は次のとおりである。

- ① 在宅医療・介護連携に係るデータ分析に対する市区町村支援
- ② 医師のグループ制や後方病床⁶確保等の在宅医療体制整備に対する支援
- ③ 広域的に実施した方が効率的な在宅医療・介護連携の取組の実施
- ④ 入退院時の連携等の広域的な医療と介護の連携への支援
- ⑤ 単独での事業実施が難しい自治体等に対する市区町村支援

①在宅医療・介護連携に係るデータ分析に対する市区町村支援

市区町村の現状把握、評価指標の設定に対する支援として、市区町村で収集が困難な在宅医療等に関する情報の提供や分析の支援を行うべきと考える。((ア)・(イ)の取り組みに対する支援)

⁶ 本報告書における「後方病床」とは、在宅療養を行う患者の急変時に一時的な入院を行う病床のことを指しており、救急医療全般における後方病床のことではない。

○取組内容

・在宅医療・介護に関するデータの提供

先に述べたとおり、在宅医療・介護連携推進事業は、地域の課題を踏まえて、課題に応じた対応策を立案することが必要であり、地域の課題の分析に際し、地域の在宅医療・介護に関するデータは必須である。

しかし、市区町村においては、介護については介護保険の保険者であるため、比較的事業者のデータ等は入手可能であるが、医療に関するデータについては入手が比較的難しい。このため、都道府県においては、医療機能情報提供制度や薬局機能情報提供制度等により有する医療機関に関する情報の提供や、在宅医療・介護に関する診療報酬・介護報酬の算定実績、死亡者数・死亡場所等の人口動態に関する情報の提供が望ましいと考える。特にこれらのデータについては、可能な限り市区町村別のデータとして提供することが必要である。

なお、国においても地域の課題分析に資することを目的とした地域包括ケア見える化システムを構築しており、都道府県及び市区町村に対する支援として掲載データの充実が期待される。

・データの活用・分析に対する支援

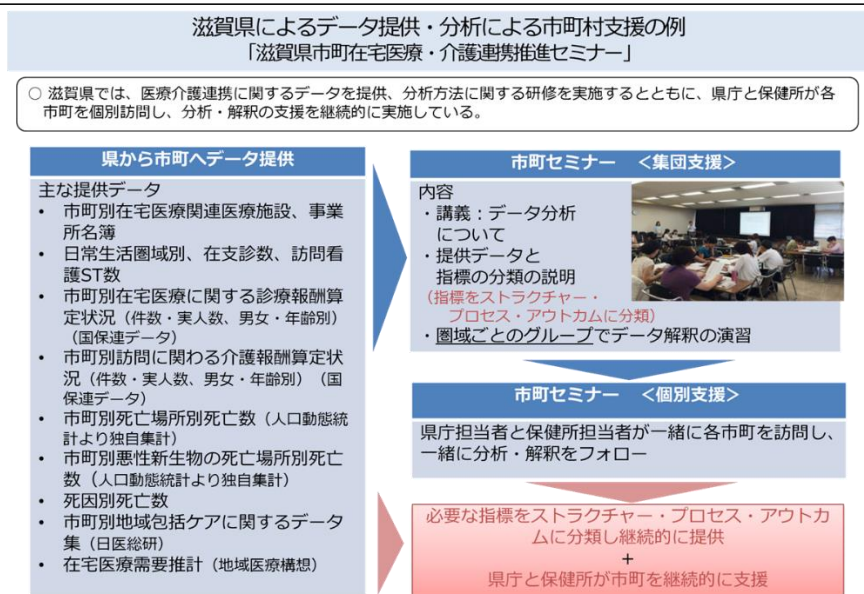
在宅医療・介護に関するデータの提供に加えて、提供したデータの活用及び分析方法に関する市区町村担当職員等を対象とした説明会や研修等を、保健所の活用や大学等の協力を得ながら開催することが効果的であると考えられる。具体的な取組としては、次で述べる参考事例のように、データの分析活用法に関する市区町村職員対象向けの研修を行うことが考えられる。

○参考事例（滋賀県、富山県）

滋賀県では、在宅医療・介護連携推進事業を推進する市区町村を支援する際に県や保健所が担うべき役割を定めた上で、特に地域における在宅医療人材の育成を支援すべく、地域連携コーディネーターの育成をはじめとする研修を開催し、地域の多職種と医師の関係構築を支援した。これに加えて、必要なデータを市区町村へ提供したり、市区町村担当者がデータ分析の実施方法を学ぶ研修を開催するなどしている。具体的には、県から各市町へ、次図にあるようなデータ（市区町村別在宅医療関連医療施設、事業所名簿、在宅医療需要推計まで）を提供しつつ、県下の市町担当者を招いて、データ分析方法に関する講義を実施している。提供されたデータの捉え方から学びつつ、指標の分類やデータ解釈の演習を行っている。またその後、県庁担当者と保健所担当者が各市町を訪問し、一緒に分析やデータ解釈を行う個別のフォローも行っている。

図表 28 滋賀県の取組例

滋賀県が実施している(イ)支援例



出所) 滋賀県資料より引用

一方、富山県では、保健所が主導する形で、市区町村が入手できない二次医療圏ごとの医療・介護の需要状況等に関するデータ提供を積極的に実施している。県・保健所しかアクセスできないデータについても提供可能な範囲内で市区町村に提供し、将来的に必要な医療需要や医療供給の推計について支援している。なお、活用できるデータの具体例としては下記が挙げられる。

- 医療機能情報ホームページによる在宅療養支援診療所・病院状況等
- 薬局機能情報ホームページによる訪問薬剤指導薬局等
- 介護サービス情報ホームページによる介護施設状況等
- 医療施設静態調査による在宅医療の実施状況
- 医療計画作成支援データブックによる在宅医療体制構築に係る現状等
- 病床機能報告による退棟・退院先の場所別患者数等 など

なお、医療需要の推計に関して言えば、都道府県が策定する「地域医療構想の策定ガイドライン」の中に記されている、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要の推計手法もある。参考までに記載箇所を引用する⁷。

地域医療構想策定ガイドライン

「vi 慢性期機能及び在宅医療等の推計について」(P20 より引用)

- 将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の5つを合計することとする。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
- ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。
- ③ 一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。）のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計することとする。
- ④ 平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

ただし、地域医療構想策定ガイドラインに記載されている患者数推計手法のデータソースは、NDB⁸のレセプトデータやDPC⁹データであり、市区町村単位で取り扱うのは難しいデータである。これについては、都道府県が独自に推計した結果を市区町村に対して共有している都道府県があるが、今後、市区町村別の推計方法やデータが公表されることを期待したい。

⁷ 地域医療構想策定ガイドラインの詳細については下記 URL を参照のこと。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf>

⁸ National Database の略。レセプト情報・特定健診等情報データベースである。

⁹ Diagnosis Procedure Combination の略。診断と処置の組み合わせによる診断群分類である。

②医師のグループ制や後方病床確保等の在宅医療体制整備に対する支援

切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の整備や後方病床の確保など在宅医療の提供体制に係る取組について、都道府県が都道府県医師会と密接な連携をとった上で広域的に実施するなどし、市区町村や郡市医師会に対する支援を行うべきと考えられる。((ウ)の取組に対する支援)

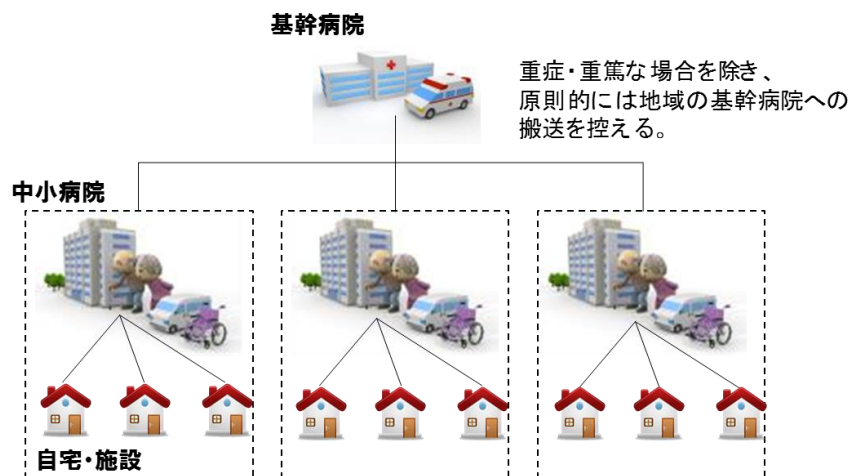
特に、後方病床の確保については、大病院（基幹病院）への不要不急な患者搬送を控え、可能な限り地域の中小病院で患者を受け入れるなど医療資源の適切な活用に留意することが望ましい。

○取組内容

医師のグループ制や後方病床確保等の在宅医療体制整備については、市区町村行政のみの取組では実現が不可能であり、郡市医師会や医療機関による取組が必要不可欠である。比較的小規模な市区町村においては、郡市医師会の事務局所在地ではない場合も多く、取組が難しい場合が多い。このような地域の在宅医療の体制整備の取組については、都道府県が都道府県医師会と密接に連携しつつ、郡市医師会や市区町村に対する支援を行うことが必要と考えられる。

支援の内容としては、都道府県医師会と連携しつつ、広域的な体制整備を目的として、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の整備や後方病床の確保と言った地域の在宅医療の体制整備事業を実施したり、在宅医療に携わる医師の負担軽減を目的に24時間対応可能な多職種連携チームの構築事例等の好事例の情報提供を実施するなど支援の形はいくつか考えられる。下記に患者連携の方法、医師の負担軽減に資する多職種連携チームの構築例を示す。

図表 29 医師の負担軽減に資する多職種連携チームの構築例



出所) 野村総合研究所作成

○参考事例（富山県、滋賀県）

富山県では、郡市医師会への補助事業として、県が郡市医師会を支援している。

郡市医師会では、それぞれの地域の実情に応じて後方病床の確保や主治医・副主治医の構築等に取り組んでいる。具体的な取組としては、グループ診療の工夫や医療・介護関係者の連携強化、在宅医療の理解促進等を目指した郡市医師会在宅医療支援センター支援事業や、後方支援体制の充実・強化を目指した在宅医療支援体制促進モデル事業等を実施してきた。また、安定した在宅医療を支える訪問看護ステーションの機能強化を目指し、規模の拡大等による経営基盤の強化や訪問看護師の確保・育成などを支援している。

こうした取組を通じて、訪問診療を行っている富山県内の診療所数（人口10万人対）は、2011年の19.4施設から、2015年9月時点では24.9施設まで拡大した。

一方、滋賀県では、県内における医師のグループ制や後方病床確保等の在宅医療体制整備に関する好取組事例のヒアリングを県担当者が実施し、把握した情報やノウハウを各市区町村へ提供している。具体的には、24時間対応可能な地域の多職種チーム支援事例の共有を行った。

③広域的に実施した方が効率的な在宅医療・介護連携の取組の実施

全県単位など広域的に実施した方が効果的な医療介護専門職に対する人材育成、連携パスの作成、在宅医療に関する相談室の設置、普及啓発等の環境整備の取組については、都道府県が関係団体と連携しながら広域的に実施することが望ましい。

○取組内容

- ・医療介護連携に資する専門職に対する人材育成

都道府県においては、医療介護連携を担う専門職の人材育成に取り組むことが重要であり、医療と介護のコーディネートを担う看護師、MSW、介護支援専門員等の人材育成に取り組むことが重要である。

その他、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハ職、管理栄養士、歯科衛生士等の医療職、介護支援専門員、介護福祉士、介護保険施設職員等の介護職について、それぞれの職種毎に医療介護連携に必要な詳細かつ個別専門性の高い研修の実施も必要である。

- ・広域的な相談窓口の設置への支援

相談窓口の設置に際しても、複数市区町村が共同して郡市医師会や医療機関に広域的な医療介護連携の相談窓口を設置する場合、関係市区町村と郡市医師会や医療機関との協議や調整等において、都道府県は保健所等を活用しつつ、関係機関の調整の支援を行うことが必要となる場合がある。

この他、三次医療圏や二次医療圏を単位として、医師会や歯科医師会等に設置される在宅医療連携室や在宅歯科医療連携室と市区町村や介護との連携を促進する取組も重要である。

- ・個別の疾病等を単位とした医療介護連携

摂食嚥下障害等の個別の疾病を単位とした医療介護連携の取組や研修については、都道府県が実施することが望ましい場合がある。また、都道府県においては脳卒中、糖尿病、認知症等を対象とした連携パス等が作成、運用されているが、これらの介護との連携も含めた運用とその普及を進めることが重要である。

- ・全県的な普及啓発

普及啓発についても、市区町村だけではなく、都道府県も全県的に、在宅療養を行う患者やその家族など在宅療養を理解してもらうための普及啓発を行うことも必要と考えられる。

○参考事例（東京都、摂食嚥下機能支援事業）

東京都では、平成20年度より、地域における摂食嚥下機能支援を推進するため、人材育成や仕組みづくりに取り組んできた。

平成20年度からの3か年で、人材育成を行うための研修プログラムの開発と地域における仕組みづくりのモデル事業に取り組んだ。

人材育成プログラムでは、医師、歯科医師を対象とした、専門的な評価やリハビリテーションや食支援のための指導を行える知識や技術を習得する評価医養成研修と、リハビリテーションや食の支援を担うコメディカルスタッフ向けのリハビリチーム養成研修の体系を構築した。

また、モデル地区なった北多摩西部保健医療圏では、医師・歯科医師、歯科衛生士、栄養士、看護師、ケアマネジャー、市町村代表など、多職種多団体により構成する協議会を設置し、地域で多職種がチームとなって摂食嚥下機能支援を行えるシステムを構築した。

平成22年度に、これらの取組や先駆的に仕組みづくりに取り組む地域の事例を紹介するマニュアルを作成し、平成23年度からは、摂食嚥下機能支援における多職種連携のシステムを都全体に普及する取組を行った。

都における具体的な取組内容としては、地域の摂食嚥下機能支援の核となる人材の育成、育成した人材を活用し地域の特性を生かした仕組みづくりを進める市区町村に対する財政支援、また、地域の事例を他の市区町村へ紹介するため、市区町村や地区医師会、歯科医師会を対象とした連絡会を開催した。なお、連絡会は、区部については都立心身障害者口腔保健センターが主催し、多摩部では、都保健所がその機能を担った。

摂食嚥下機能支援は、「食」を支えることであり、様々な職種の関わりが必要である。地域では、摂食嚥下機能支援の取組をきっかけに事例検討会等も行われ、様々な関係者が参加している。

摂食嚥下機能支援の取組が、地域包括ケアシステムにおける多職種連携の充実・強化に繋がるものと考えている。

④入退院時の連携等の広域的な医療と介護の連携への支援

市区町村をまたがる入退院連携など広域的な医療介護連携の取組については、都道府県が都道府県医師会と密接な連携の上、保健所等を活用しつつ、人材育成や関係者の協議等の市区町村支援を行うべきと考える。((ク)の取り組みに対する支援)

○取組内容

入退院において連携を担う看護師、MSW等の医療専門職や在宅介護のサービス調整を担う介護支援専門員に対する人材育成を実施することが重要と考えられる。その他、円滑な入退院連携のための連携パスの作成、運用、マニュアルの作成等の支援が効果的と考えられる。

また、地域の実情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し退院支援ルールを作成に取り組むことも効果的と考えられる。都道府県が保健所等活用しつつ、地域の医療と介護の関係者の協議を経て、入退院時の医療機関と居宅介護支援事業所間の共通様式や簡単なルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上が期待できる。特に、入退院時の連携調整は、対象地域が市区町村単体の範囲を超えてくるため、市区町村単体で実施することは難しい場合が多く、都道府県が中心となって、県医師会等と密接に連携しながら支援を行うことが重要である。

○参考事例（福井県） | 事例としては再掲

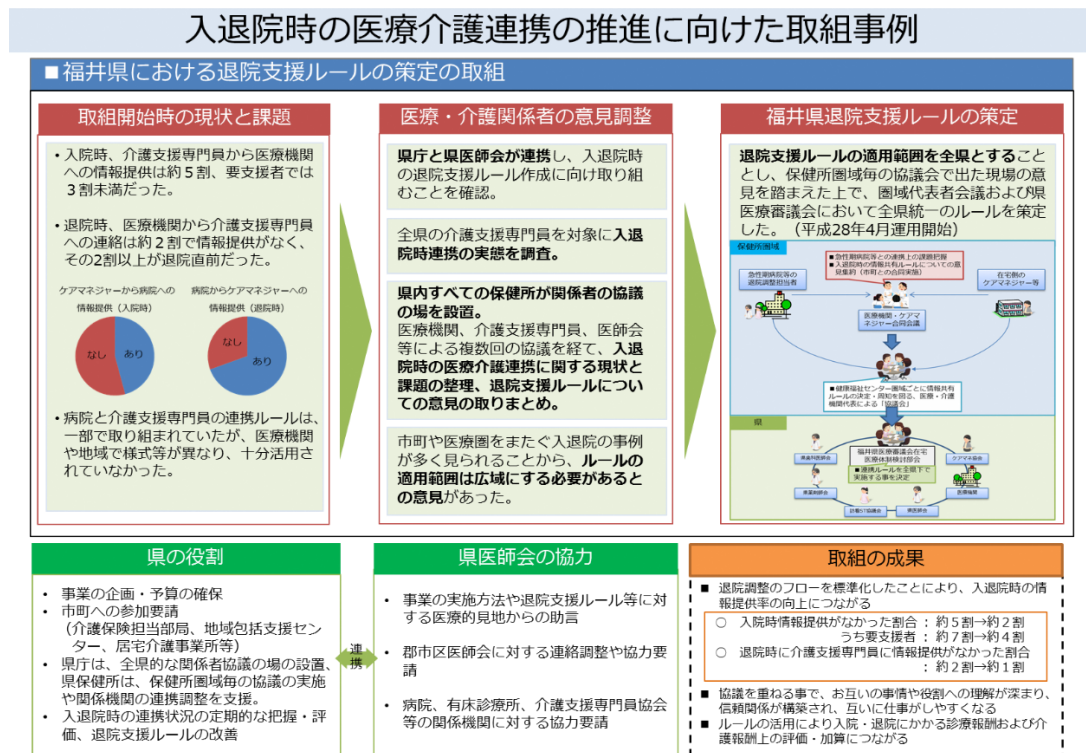
福井県では、県と県医師会の協働により、全県的な入退院時の医療介護連携のルールを作成・展開している。

入退院時の入院医療機関と居宅介護支援事業所等との連携ルールの作成に対する支援としては、まずはじめに都道府県と県医師会が密接に連携し、県内の入退院時の医療介護連携の現状について実態把握を行う。続いて、入退院連携に関わる医療介護関係者による意見交換を通じて、地域における患者の入退院連携のあり方について議論する。一連の情報収集と意見交換を通じて、入院時及び退院時における入院医療機関及び介護支援専門員が果たす役割を明確にしてルール化する。ルール化後は地域内の医療・介護関係者への周知や研修、ルール運用の追跡調査、調査結果を踏まえた意見交換やルール改定の協議を実施する。このように、ルールが実際に利用される環境がPDCAサイクルを回すことで改善されるような一連のプロセスとなっている。

具体的な都道府県の役割は、全県における検討協議会の設置や定期的な入退院時の連携状況の把握である。福井県では、二次医療圏単位での検討を進め、県医師会からの事

業の実施方法や退院支援ルール等に関する医療的見地からの助言、郡市医師会や県介護支援専門員協会等関係団体との調整といった支援を受けながら、最終的には全県標準の退院支援ルールの策定・運用にまでつなげている。

図表 30 福井県の取組例



出所) 厚生労働省資料より引用

⑤ 単独での事業実施が難しい自治体等に対する市区町村支援

単独での事業実施が困難な小規模自治体に対しては、保健所等を活用しつつ、複数市区町村との共同実施に向けた関係市区町村、郡市医師会、医療機関等との調整、さらには必要に応じて、都道府県との共同実施を含めた市区町村支援を行うべきと考える。

○ 取組内容

- 複数市区町村との共同実施に向けた関係市区町村や郡市医師会等との調整

郡市医師会の管轄地域に比較的小規模な市区町村が多く市区町村単独での実施が困難な状況等においては、必要に応じて、都道府県が保健所等を活用して、共同実施に向けた関係者の調整の支援を行う。

- 都道府県と市区町村の共同実施による市区町村支援

小規模自治体においては複数市区町村による共同実施がまず優先されるべきであるが、様々な状況からその実施も困難な場合については、都道府県が市区町村との共同

実施による事業展開も考えられる。具体的には、関係者会議や多職種研修を保健所等を活用しつつ共催で実施する支援などが考えられる。

○参考事例（沖縄県、離島市区町村との医療介護連携の会議） | 再掲

沖縄県では、多くの市区町村が地区医師会と契約し、事業運営の中心的役割を果たすコーディネータを地区医師会に配置して事業を進めることになった。沖縄県内には、人口1万人未満の離島が13あり、在宅医療・介護連携推進事業を推進するに当たり、次のような共通課題があることから、離島町村意見交換会を開催し、各々の地域の取組状況等の情報交換や意見交換等を行うことにより、今後の取組の一考となるよう配慮した。

沖縄県の離島町村では、久米島町を除き、1離島1診療所（竹富町の場合、1島1～2診療所）であり、各診療所には医師1人、看護師1人が配置されている。専門職が少ない離島では、医療依存度が高い高齢者は島内で生活することは難しく、島外へ出て行かざるをえない状況である。沖縄本島の病院に入院したあと、病院からの連絡がなく、介護保険サービスも導入できないまま退院して島に戻ってきたり、本島内の家族の家に移り住むことがあり、島外の医療機関との連携方針が具体化されていなかったり、切れ目のない医療提供体制の確保がされていない等の課題がある。

また、島では医療職だけでなく、介護人材の有資格者が少なく、今後の介護体制をどのように継続していくかという課題も抱えている。

そこで沖縄県は、離島の担当者を一同に集めて離島町村情報交換会を開催し、事業実施にあたり、お互いの事業の進め方や課題等について情報交換ができる場を提供している。その会議において、事業の主旨説明を実施したり、事業の進め方や県内外の先駆的な事例について、参考となる資料を提供したりしている。

また専門職の人材不足等、離島町村職員だけで解決することが困難な課題もあることから、意見交換会には県立病院医師、県社協、沖縄県介護保険広域連合等、関係機関の担当者に参加してもらい、今後の離島支援につながるよう努めている。

第 3 章

参考資料

1. 指標の例

「2-5 指標の設定について」で例示した指標について、その考え方およびデータソースとともに改めて整理する。なお、これらはいくまで例示であるので、各市区町村の担当者においては、自らの地域内の現状・課題・および施策を踏まえた上で、各考え方に沿った指標設定を検討していただきたい¹⁰。

図表31 評価指標の例(1/2)

項目	指標	指標の考え方	データソース(収集主体:調査名等)
人口等	人口(推計)・高齢化率		
人口等	高齢者世帯数	地域における潜在的な在宅療養患者数を把握することが可能。供給側が医療・介護提供体制を検討する際に活用できる。	市区町村:統計データ
人口等	要介護度別要介護認定者数		
在宅介護	高齢者施設の待機者数	地域における介護施設の過不足を把握することが可能。介護施設量の適正化を検討する際に活用することが可能。	介護保険計画を担当している部署 独自調査(介護施設へのアンケート)
在宅介護	居宅介護支援事業所数	在宅療養患者へ在宅介護を供給できる介護資源量を把握することが可能。供給側の現状把握には必須となる。	厚生労働省:介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html
在宅介護	介護老人保健施設数		
在宅介護	指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	施設の総量の把握により、地域において在宅療養患者の受入先のキャパシティを把握することが可能。現状を把握する上で必須となる。	厚生労働省:介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html
在宅介護	介護療養型医療施設		
在宅介護	通所介護の事業所数	供給側の数。介護サービスを供給する介護サービス事業所を把握することが可能。	厚生労働省:介護サービス施設・事業所調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html
在宅介護	訪問介護の事業所数	将来推計等にも活用する。	
在宅医療	在宅療養支援病院数		
在宅医療	在宅療養支援診療所数	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握することが可能	都道府県:医療機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/
在宅医療	訪問診療を行う診療所数	訪問診療や往診を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数(実績)とは異なることに注意が必要となる。	独自調査(医療機関へのアンケート)
在宅医療	往診を行う診療所数	「項目:在宅医療サービスの実績」や「項目:連携に係る診療報酬」のプロセス指標とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。	訪問資料や往診を実施できる体制があるか、実施の実績があるか 地域医療情報システム(日本医師会)
在宅医療	人口10万人対医師数		
在宅医療	救急医療体制		
在宅医療	訪問看護ステーション数・従事者数	在宅療養患者へ訪問看護を供給できる医療資源量を把握することが可能	都道府県:介護サービス情報公表制度 http://www.kaigokensaku.jp/
在宅医療	24時間対応の訪問看護ステーション数		
在宅医療	薬局数	地域における薬剤の供給および薬剤管理サービスを提供できる医療資源量を把握することが可能	
在宅医療	訪問薬剤指導を行う薬局数	在宅療養患者に対して積極的に在宅療養患者の薬剤管理を担うことが可能な施設数を把握することが可能。訪問薬剤指導を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際の訪問薬剤指導の提供数(実績)とは異なることに注意が必要となる。	都道府県:薬局機能情報提供制度 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/

出所)野村総合研究所作成

¹⁰ なお、指標によっては、その数値が高ければ進捗等が良好であると単純に判断できないものも存在するという点に注意が必要である。質的な要素が加味できておらず、結果として実態を表せていない指標も存在するためである。たとえば在宅療養支援診療所数は、訪問診療をどの程度行っているかの質的な要素が加味されていなければ、数としてどれほど大きくても指標としては意味を為さないとと言える。

図表32 評価指標の例(2/2)

項目	指標	指標の考え方	データソース (収集主体: 調査名等)
連携に係る診療報酬	退院支援加算	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握することが可能。さらに介護支援連携指導料や退院時共同指導料とは関係が深く、あわせてみることで病院からの退院時の連携状況を把握することが可能	(退院支援加算) 厚生局：医療機関の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧 https://koueikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html (関東圏厚生局HPを例示) 国保連等；医科レセプト 介護保険計画を担当している部署
連携に係る診療報酬	介護支援連携指導料	入院中の患者の退院後の介護サービスの導入に向けた調整・取組状況を把握することが可能。退院支援加算、退院時共同指導料とは関係が深く、あわせてみることで、病院からの退院時の連携状況を把握することが可能	
連携に係る診療報酬	退院時共同指導料	入院中の患者の退院後の介護サービスの導入に向けた調整・取組状況を把握することが可能。退院支援加算、介護支援連携指導料とは関係が深く、あわせてみることで、病院からの退院時の連携状況を把握することが可能	
市町村の取組	医療・介護関係者向け研修等の実施回数	地域における在宅医療・介護に携わる人材育成に向けた取組状況を把握することが可能	
市町村の取組	医療・介護関係者向け研修等の内容に関するアンケート	研修内容が研修企画の目的を達しているか評価し、改善につなげることが可能	市区町村：実施事業
市町村の取組	住民向け普及啓発の実施回数	地域において在宅療養という選択肢が存在していることを地域住民が認識しているかを把握するために活用することが可能	
市町村の取組	住民向け普及啓発の内容に関するアンケート	住民への普及啓発方法として適切か、住民に伝えたいことが伝わっているかを把握することが可能	独自調査 (参加者へのアンケート) 質問項目の例：普及啓発施策の満足度、施策の理解度、自由回答 (意見・改善案) 等
住民の意識・ニーズ	在宅療養・介護の希望割合	地域住民が在宅療養を希望する意向を把握することに活用でき、最終的な在宅療養の目標普及率へと転換することが可能	独自調査 (地域住民へのアンケート) 質問項目の例：在宅介護の希望、最期を迎えたい場所、在宅着取りの希望等
住民の意識・ニーズ	在宅着取りの希望割合	地域住民がどの程度、在宅での着取りを希望するのかといった意向を把握するために活用でき、最終的な在宅療養の目標普及率へと転換することが可能	
在宅医療サービスの実績	訪問診療の実績回数		
在宅医療サービスの実績	訪問歯科衛生指導の実績回数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することが可能	国保連等；医科・歯科・調剤の各レセプトもしくは介護レセプト (KDB・地域医療構想策定支援ツールなどの活用)
在宅医療サービスの実績	訪問薬剤指導の実績回数 (在宅患者訪問薬剤管理指導もしくは居宅療養管理指導の算定状況)	「項目：在宅医療」のストラクチャー指標とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。	
在宅医療サービスの実績	訪問看護 (医療・介護) の実績回数		【介護保険分】市町村・国保連等；介護レセプト (KDBなどの活用)
在宅医療サービスの実績	訪問看護 (医療・介護) の夜間休日対応実績回数		【医療保険分】国保連等；訪問看護療養費レセプト (集計情報を国保連から入手できる場合も)
連携に係る介護報酬	入院時情報連携加算	介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の連携の量を把握することが可能	【介護保険分】市町村・国保連等；介護レセプト (KDBなどの活用) 介護保険計画を担当している部署
連携に係る介護報酬	退院退所加算		
入退院時の連携	入院時情報提供率	介護支援専門員が、入院した利用者のうち病院等へ情報提供できた率を把握する事で、入院時の情報連携の実態やルールがある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用する。	
入退院時の連携	(入院時) 情報共有の過不足等の質の調査		
入退院時の連携	退院調整率	病院から在宅療養に移る患者を支える地域の連携基盤の状態および連携の質を把握するために活用することが可能	独自調査が必要 (地域の医療機関・ケアマネへのアンケート等) 質問項目の例：入院時・退院時に先駆けて患者情報の提供を受けた割合、情報提供の内容に対する満足度 等
入退院時の連携	入院医療の医療圏内完結率	退院調整についてルール等がある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用できる。	
入退院時の連携	(退院時) 情報共有の過不足等の質の調査		
在宅着取りの状況	在宅着取り数・在宅着取り率	在宅療養の最終段階は、患者が自宅で着取りを希望した場合に在宅着取りを遂げることができたか、すなわち在宅療養患者の希望に添えることができたかを意味しており、在宅医療・介護サービスの質を評価することが可能	厚生労働省：在宅医療にかかる地域別データ集 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
目標指標	患者の生活満足度	地域における在宅療養の質は、最終的に患者満足度に帰着すると考えることができ、患者の生活の質を高めることが在宅医療・介護サービスの質を映し出したものと考えられる。上記を踏まえ、地域における在宅医療・介護サービスの目標指標としての活用が可能	独自調査が必要 (既存の社会調査、たとえば介護予防・生活圏域ニーズ調査などと同一項目を用いることで比較が可能となる)
目標指標	従事者満足度 (勤労従事者の労働生活の質)	地域において在宅医療・介護サービスを提供する従事者の質も地域の在宅療養サービスを充実していく上では重要と考えられ、勤労従事者の就業満足度についても在宅医療・介護サービスの質を表す目標指標として活用が可能	
目標指標	要介護高齢者の在宅療養率	要介護高齢者が自宅で療養している割合を把握することで、地域における在宅療養の普及状況を把握することが可能	独自調査が必要 (地域住民へのアンケート) 質問項目の例：患者本人の要介護度、療養先 等

出所) 野村総合研究所作成