在宅要介護高齢者の
医療・介護連携の推進方策に関する
調査研究報告書

平成31年3月

市　　原　　市

一般財団法人 厚生労働統計協会

目次

1　共同調査研究の概要

2　医療・介護資源の少ない地域での医療・介護連携施策

2.1　現状把握・課題整理

2.2　同様の課題への取り組みを進める他自治体事例の調査

2.3　資源の少ない地域における医療・介護連携の観点での施策案

2.4　地域連携体制づくりの進め方

3　医療・介護情報連携の在り方

3.1　医療・介護情報連携のためのデータ分析の観点

3.2　介護データ分析の方法

3.3　データ分析結果と考察

3.4　データ活用方法の普及に向けて

4　市原市における医療・介護施策推進への活用

5　他の市区町村への示唆と調査研究成果の普及

別紙

共同研究の委員構成と調査研究スケジュール

別添

資料編　介護データ分析結果

1 共同調査研究の概要

厚生労働統計協会は、平成29年度に、市区町村が、データの収集・分析に基づいて、在宅医療・介護連携推進事業を効果的に進める方法について、医療・介護レセプトデータ分析や現地ヒアリング等による調査研究を行い、その成果を、在宅医療・介護連携を推進するためのデータ活用手順書としてまとめ、各市区町村に対して普及を図った。市原市は、モデル地域として、この調査研究に協力した。

この調査研究を進めていく中で、都市部と高齢化が進み人口が減少している過疎化傾向にある地域を共に持つ市原市において、医療・介護資源の確保の困難さや交通アクセスの不便さにより十分な医療・介護サービスを受給することが難しい、あるいは、医療関係者と介護関係者の間の情報連携が不十分なために、その高齢者の状況に合った十分な医療や介護サービスが提供できないといった問題があることが認められた。

こうした問題は、全国の多くの市区町村においても認められる問題であり、この問題について平成29年度調査研究で集計・分析したデータを踏まえて対策を検討・提示することは、市原市のみならず、同様の問題を抱える全国の市区町村にも有益であると考えられる。

そこで、市原市と厚生労働統計協会は、平成29年度の調査研究成果を踏まえ、在宅高齢者の医療や介護サービスの利用状況やニーズの把握を行い、在宅高齢者の居住地域に関わりなく、医療や介護サービスを受けることができる方策等に関する研究を、平成30年度に共同で行うこととした。共同研究では、施策検討と合わせて、医療・介護関係者の情報連携の観点から、介護認定・介護レセプトデータの分析を実施することとした。

【調査研究の方法】

平成29年度の調査研究における市原市の課題を基に、29年度の医療・介護レセプトデータの分析結果をまとめ、関係者への現地訪問ヒアリングを実施し、現状課題の整理を行った。施策検討の上で、市原市の他部門における計画や施策の関連部分について整理し、実施すべき施策の位置づけ、関連を明確化した。また、他自治体が取り組んでいる施策事例を調査し、市原市での施策案検討の参考とした。検討した複数の施策案について、次年度より着手でき効果が期待されること等の観点で評価した。実施すべき施策案について、具体的な進め方と留意点をまとめた。

医療・介護関係者の情報連携の観点での調査研究では、市原市の4年分の匿名化された介護認定・介護レセプトデータを集計・分析し、医療・介護連携、介護予防、および自立支援・重度化防止の観点で施策検討に活用できる分析結果をまとめた。

検討の場としては、委員会を設け、事務局が作成した調査結果、データ分析結果、施策案等について議論を行った。委員会の委員は、市原市及び厚生労働統計協会に加え、在宅医療・介護連携の取り組みの関係者として、市原市で行われている「市原市在宅医療・介護連携推進会議」の会長及び副会長を含めた4名とした。

【研究成果の活用】

本調査研究の成果については、市原市において平成31年度以降の施策の展開に活用していくとともに、厚生労働統計協会において、全国の市区町村や関係者に対して、データ分析および施策検討の取り組みの実例として示していくことにより、市区町村における在宅医療・介護連携施策の推進に寄与する。

2　医療・介護資源の少ない地域での医療・介護連携施策

本テーマでは、昨年度の調査研究での現状分析結果により明らかになった、医療・介護資源の少ない地域の課題に対し、医療・介護連携を主な観点として、実施可能な施策を研究した。

研究の内容としては、昨年度実施したデータ分析結果を特に資源の少ない地域について整理し、現状把握の材料の一つとした。更に、現場ヒアリングを実施し、現状把握のもう一つの材料とした。資源の少ない地域の施策を考える際に、医療・介護だけでなく、人口、交通などの要素もあるので、市原市の施策について医療・介護施策の観点から関連性を整理し、施策案検討の際の考慮点とした（2.1 現状把握・課題整理）。

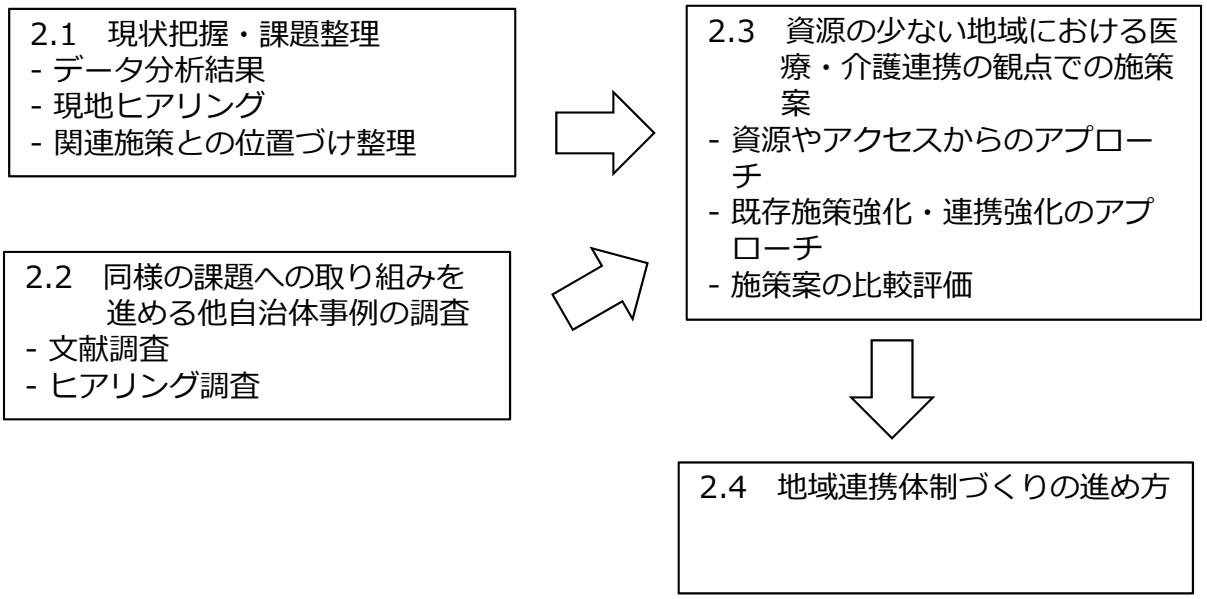
続いて、同様の課題に対して取り組んでいる他自治体の事例について訪問ヒアリング等により調査し、まとめた（2.2 同様の課題への取り組みを進める他自治体事例の調査）。

市原市の資源の少ない地域についての現状把握・課題整理に基づき、他自治体の取り組み事例も参考にして実施候補となる施策案を洗い出した。施策候補を洗い出す際、南部地域での医療・介護資源や交通アクセスについて検討するアプローチと、市内外の医療・介護資源を活用した既存の施策の強化や連携体制づくりを考えるアプローチにより検討した。洗い出した施策候補案について、実現性や効果の即効性等の観点から評価した結果、早期に着手でき、着実に効果を期待できる施策として、「地域連携体制づくり」に取り組むべきとの考え方を示した（2.3 資源の少ない地域における医療・介護連携の観点での施策案）。

最後に取り組むべき「地域連携体制づくり」について、体制の考え方、検討テーマの考え方、既存の会議体との関連など、進め方について示した（2.4 地域連携体制づくりの進め方）。「地域連携体制づくり」により、地域の医療・介護・福祉関係者や住民が客観的なデータにより共通の認識を持ち、どのように連携して、何を優先課題として取り組んでいくか考えていくことができる。「地域連携体制づくり」の立ち上げには市も参加し、調整していく。

本テーマの調査研究の進め方のステップを「図 2-1」に示す。

（図 2-1 本テーマの調査研究のステップ）



2.1 現状把握・課題整理

昨年度の調査研究では、市原市の各地区の在宅医療・介護に関する現状課題の把握、他自治体との比較を行った。その中で「資源の少ない地域での医療・介護サービスへのアクセス」に関する課題も一部明らかになった（図2-1-1 を参照）。

今年度は、昨年度の調査結果に基づき、特に南部地域に着目し、施策につなげるという観点で、現状把握・課題整理を行った。

- 昨年度のデータ分析結果を活用した南部地域の現状把握・課題整理
- 現地訪問ヒアリングによる南部地域の現状把握・課題整理
- 市の関連施策との位置づけ整理

（図 2-1-1 昨年度の調査研究より、資源の少ない地域に関連する内容の抜粋）

医療・介護資源や、情報連携に関する課題

- 地域により医療・介護資源の確保が難しい
- 地域により交通アクセスが不便なため医療を受けることが難しい
- 医療と介護の間の情報連携にも課題がある

医療・介護資源の少ない地域の現状課題（有識者意見や関係者ヒアリング結果例）

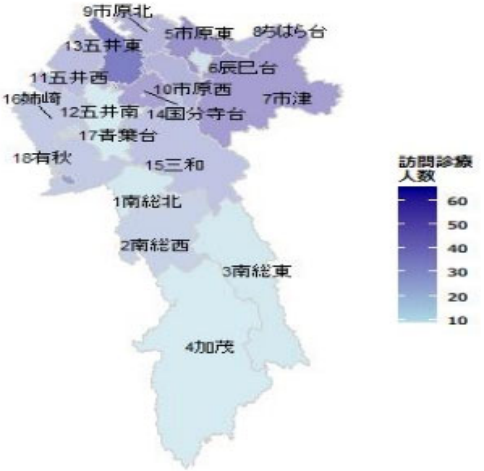
- 通院などの手段が車しかなく、今後高齢化により通院が困難な住民が増加する
- 在宅医療スタートアップ事業(*)は、医師の多い都市部で実施し出来ているが、高齢化が進み人口が減少している過疎化傾向にある地域では、在宅医療対応医師を増やす方法の検討とともに、訪問看護を増やす等別の方法の検討も必要
- ケアプラン作成時に居宅系サービスの選択肢が限られてしまい十分なサービス提供が出来ない場合が有る
- 沿岸部の総合病院への通院には、交通費がかかるため、通院回数を減らしている市民がいる

医療・介護資源の少ない地域の現状課題（データ分析結果例）

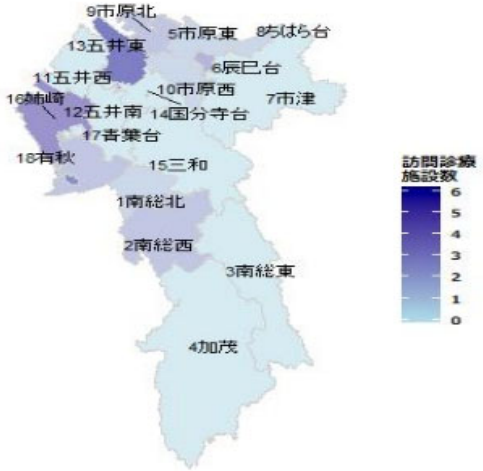
- 訪問診療を受けている人数も、訪問診療を実施している医療施設数も少ない（下図参照）
- かなりの人数が、南部の地区から、北部の医療施設に通院している

(*)在宅医療スタートアップ事業：千葉県で実施している事業で、在宅医療を開始・拡充しようとする医療機関や、そうした医療機関と連携して在宅医療を支える事業所を支援する。支援内容は、在宅医養成研修、在宅医療支援アドバイザー派遣による在宅医療に係る手法や制度、経営等について個別相談。

訪問診療を受けている人数
（日常生活圏域毎）



訪問診療を実施している医療機関数
（日常生活圏域毎）



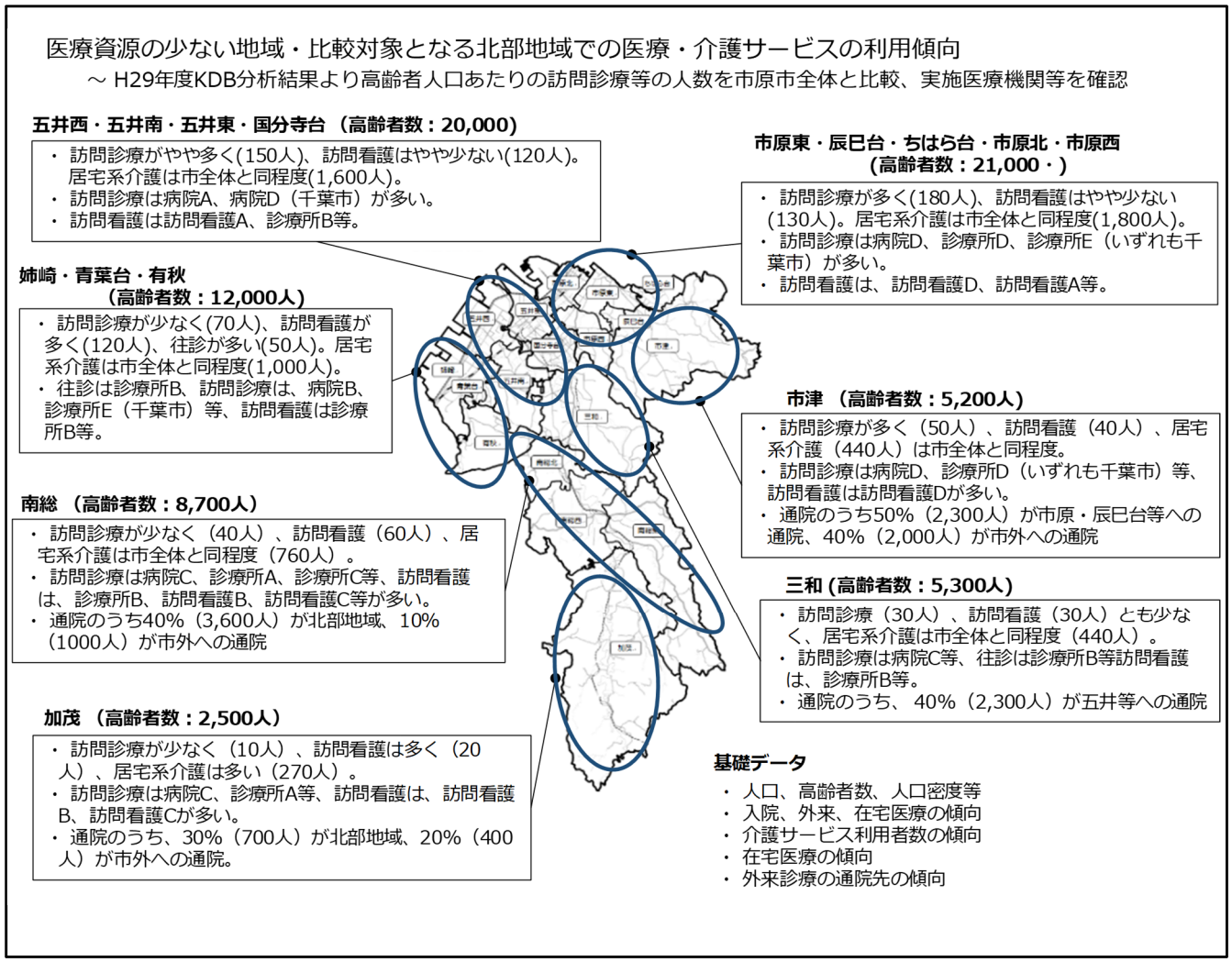
◎昨年度のデータ分析結果を活用した南部地域の現状把握・課題整理

昨年度の医療レセプト・介護レセプトの分析結果を活用し、南部地域の現状把握・課題整理として、市原市の他の地区との比較（図2-1-2 および、図2-1-3 を参照）および、周辺自治体等との比較（図 2-1-4 を参照）を行った。

データ分析結果に基づく南部地域の医療・介護利用に関する特徴を下記に示す。

- 訪問診療は、市内全体、近隣自治体と比べて少ない
- 訪問看護は、市内全体と比べて同程度ないし多い
  （看護師による訪問と、リハビリテーション職による訪問を含んでいる）
- 北部医療機関への通院は、多い
- 居宅系介護サービス（通所リハビリテーション等サービスが限られている）は、市内全体と比べて同程度ないし多い
- 前期・後期高齢者共に糖尿病が多い
- 中重度の要介護認定者について比較すると、外来患者数は少ない

（図 2-1-2 市原市の各地区の医療・介護サービス利用の傾向）



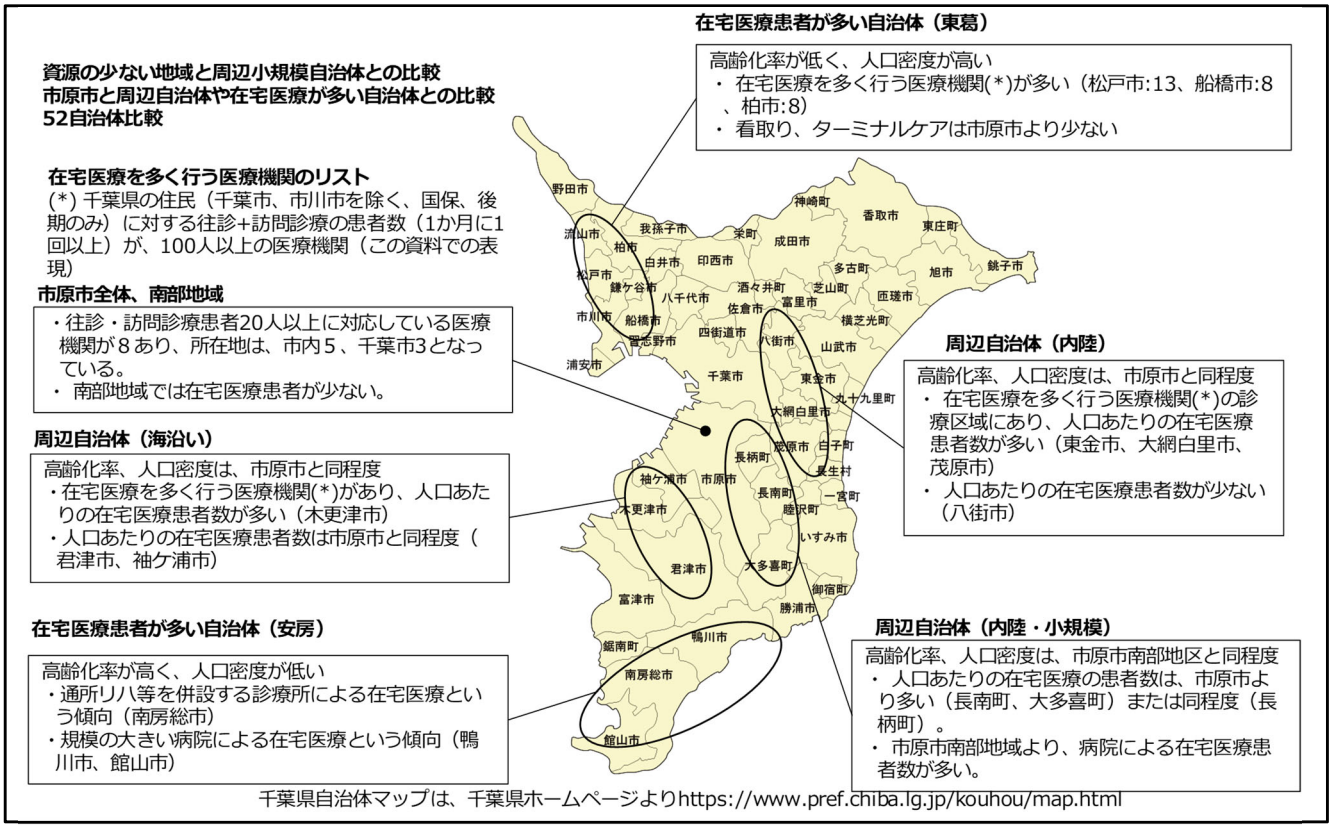
（図 2-1-3 南部地域と市原市の他の地区との比較結果）

医療・介護サービスの利用状況	○訪問診療を受けている人数は少ない(加茂地区10人、南総地区40人)
	○訪問看護については、市全体と同程度ないし多くなっている(加茂地区20人、南総地区60人) ○南総の２つの訪問看護事業所が訪問看護を多く実施している
	○居宅系介護サービスについては、市全体と同程度または多くなっている(加茂地区270人、南総地区760人)
	○他自治体比較では、周辺の自治体と比べて南部地域（南総地区、加茂地区）の訪問診療が少ない
	○北部の医療機関に通院している人は多い（加茂地区700人、南総地区3,600人）
疾病分類別に見た南部地域の特徴	○外来患者における南総地区・加茂地区の前期高齢者では、糖尿病、心疾患、慢性腎疾患が他の地域と比べて多い
	○後期高齢者では、糖尿病が多い
	○要介護3･4･5では、加茂地区、南総地区の外来患者数は少ない
	○要支援1･2、要介護1･2、介護認定無しでは、外来患者数が他地区と同程度

在宅医療の提供体制に関して、千葉市、大網白里市、君津市、木更津市では、利用人数の多い在宅診療所がある。市原市の場合、訪問診療を行う病院・診療所数は多いが、近隣市のような利用人数の多い在宅診療所は無い、という特徴がある。

また、近隣の市町村の在宅診療を行う診療所は、市原市内の一部も訪問地域としている。

（図 2-1-4 周辺自治体や在宅医療の多い自治体との比較）



◎ 現地訪問ヒアリングによる南部地域の現状把握・課題整理

データ分析結果により洗い出された課題について、南部地域の関係者の認識を確認するため、地域の高齢者の状況、介護資源の状況を把握している地域包括支援センターと市原市社会福祉協議会の地区担当（なのはな館）を訪問し、ヒアリングを行った。

ヒアリングでは、南部地域の医療・介護アクセスに関する現状認識、地域住民の状況、地区での施策などを確認した（図2-1-5 を参照）。

ヒアリング結果のまとめを次に示す。

【ヒアリング結果まとめ】

- 訪問診療は、南総地区で3つ、姉崎地区で1つの医療機関が対応
- 看護師による訪問は少なく、リハビリテーション職による訪問が多い
- 内科以外は、北部医療機関へ通院の為、病院巡回バスが有れば良い
- 居宅系介護は、送迎が有るため通所系サービスが多く、訪問介護は、利用が伸びない
- 糖尿病は、以前から多く、交通手段の問題で通院の頻度が減り、重度化しているという可能性は、ありうる
- 地域の担い手が高齢者となるため、介護予防の取り組みに地域差が有る

データ分析結果についての現地訪問ヒアリング結果より、医療・介護資源が少なく、交通アクセスの手段が少ないという南部地域の課題をより具体的に確認することができた。

しかし、課題に対する施策については、このようなデータ分析および現地訪問ヒアリングだけからでは、方向感が見えてこなかった。例えば、糖尿病と慢性腎症が加茂、南総地区に多いのは、交通手段の問題で受診が少なくなり、重症化していると考えられるのではないか、という意見はあったが、具体的に施策を考え進めていくには、まだまだ地域での認識共有も必要であり、検討が必要と考えられる。

また、交通手段の問題では、例えばバスを検討するにしても、どのようなルートがよいか、既存の病院バスのルートとの関係性をどのようにするか、バス停から自宅までのアクセスをどう考えるか、通いの場までのアクセスですら苦労しているという現状をどう考えるか、といった問題がある。解決に向けて具体的に取り組むには、まだまだ検討が必要と考えられる。

南部地域での課題認識という点では、介護保険事業計画のニーズ調査も参考になる。第七期介護保険事業計画策定に向けて平成29年度に実施したニーズ調査結果の関連個所を参照したところ、データからみた現状に対するヒアリング結果と同様に、医療・介護資源へのアクセスに関連する意見がみられた。

【介護保険事業計画のニーズ調査での関連個所】

- 今は要介護状態でなくても、将来要介護状態になることに対して不安はある
- 南部地域では、外出を控える傾向が多く、交通手段が無いことが、理由の二番目となっている（理由の一番目は、関節・腰の痛み）
- 交通手段としては、バスや電車より、自動車（自分が運転と他人が運転）が多い

（図2-1-5 データからみた現状に対するヒアリング時のコメント）

データからみた現状	データからみた現状に関連する現地のコメント
○訪問診療を受けている人数は少ない (加茂地区10人、南総地区40人) ○他自治体比較では、周辺の自治体と比べて南部地域（南総地区、加茂地区）の訪問診療が少ない	**・訪問診療は、4つの医療機関 南総では、病院C、診療所C、診療所Fで対応している。在宅で看取りまでとなると姉崎の診療所Bで対応している。**
○訪問看護については、市全体と同程度ないし多くなっている (加茂地区20人、南総地区60人) ○南総の２つの訪問看護事業所が訪問看護を多く実施している	**・訪問看護に関しては、リハビリが多い 加茂地区の訪問看護が多いのは、訪問看護師のほかにリハビリテーションの利用が多い可能性が有る。訪問看護B、訪問看護C、訪問看護Eとも、リハビリテーションを対応している。訪問看護師と、リハビリが交代で行っている。**
○居宅系介護サービスについては、市全体と同程度または多くなっている (加茂地区270人、南総地区760人)	**・居宅系介護サービスは、通所介護 居宅系介護サービスは、事業者数は少ないが、通所介護が出来ているためと考える。事業者による送迎が有るために通所介護は、活用されている。 通所と比べて訪問介護は、この地域では利用が伸びない。**
○北部の医療機関に通院している人は多い （加茂地区700人、南総地区3,600人）	**・通院を工夫 交通の便については、近所での乗合等工夫をして、北部の病院に通院している。ただし、交通費がかかることから回数を減らしている話を聞く。 ・バスの運行等の対策 病院X、病院Y、病院Z等を巡回するバスがあればよいと思う。1週間に1回でもよい。理由は、内科以外の診療科への通院は、地域の診療所以外の病院に行くことになるため。**
○外来患者における南総地区・加茂地区の前期高齢者では、糖尿病、心疾患、慢性腎疾患が他の地域と比べて多い ○後期高齢者では、糖尿病が多い	**・高血糖値の市民が多い 以前より市原市は、糖尿病、慢性腎不全が多いということに関して、高血糖値の人が多いと認識している。交通手段の問題で重症化していることも考えられる。**
○要介護3･4･5では、加茂地区、南総地区の外来患者数は少ない ○要支援1･2、要介護1･2、介護認定無しでは、外来患者数が他地区と同程度	**・動けなくなったら施設 特に加茂地区の住民は、動けなくなったら施設に入所を考えている人が多い。その影響もあるのではないか。**
○その他	**・担い手が高齢者 今年度より地域による通いの場を展開しているが、担い手が高齢者の為、地域により実施状況に差がある。**

◎ 関連施策との位置づけ整理

医療・介護資源の少ない南部地域の医療・介護連携について考える際、市では人口ビジョン、公共交通網、高齢者福祉共生プランなど様々な取り組みがなされているため、これらの計画を前提に、役割分担等の関係を整理したうえで、医療・介護連携の施策を考えていく必要がある。

「市原市人口ビジョン」の計画では、将来人口推計により高齢化に向かった問題提起がなされ、様々な切り口からこれに立ち向かっていく施策が描かれている。南部地域のようにすでに高齢化が進んで、人口減少が始まっている地区も含めて、地域の特性や資源を的確に捉え、強みを伸ばしながら地域独自の価値を創出する、多様性に富んだ施策を展開するとされている（図2-1-6 を参照）。医療・介護アクセスに関しても、この方向性を考慮して検討する必要がある。

「市原市地域公共交通網形成計画」では、各地区に関して、具体的な課題と施策が描かれている。南部地域についても、観光資源の活用などにより、取り組んでいく計画となっている（図2-1-7 を参照）。交通網という性格から中長期的な施策であり、医療・介護連携のように今必要とされている課題についての施策は、この計画について考慮しつつ、これとは別に考えていく必要があるかもしれない。

「いちはら高齢者福祉共生プラン（高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画）」は、医療・介護連携施策を含むものであり、今回考える施策と密接に関連している（図2-1-8　を参照）。また、このプランでは、介護予防、重度化防止、医療・介護連携推進等を含んでいる。今回の施策はこの中で、特に南部地域で必要とされる医療・介護連携について考えるものである。

最後に、「第２期市原市国民健康保険保健事業（データヘルス計画）」では、糖尿病重度化防止の施策が示されている（図2-1-9 を参照）。

（図2-1-6 市原市人口ビジョン（平成28年3月）の関連個所）

◆ 総人口の推移

本市の人口は、昭和30 年代から40 年代にかけて臨海部企業の進出が相次いだことや、その後の市街地整備等により、急激に増加を続けてきました。

しかしながら、少子高齢化の影響等により、平成15 年をピーク（281,173 人）に、減少傾向にあります。一方、世帯数は現在まで増加傾向にあるものの、世帯人員数は減少を続けています。

◆地区別　～自然増減・社会増減

地区別の人口動態は、地区により大きくばらつきがあり、五井・ちはら台地区では自然増・社会増の傾向があり、市津地区では自然減・社会増、辰巳台地区では自然増・社会減、その他の地区では、自然減・社会減の状況です。特に増加数の多いちはら台地区から、減少数が大きい南総地区まで、同一市の中に異なる人口動態を持つ地域が併存している状況です。

◆目指すべき方向性　～ 地域特性や資源を捉えた価値の創出

約 368 平方キロメートルの広大な市域を有する本市は、地域ごとに人口規模や人口構成、地理的特性、地域資源などが大きく異なり、それぞれ特有の顔を有しています。

全市一律ではなく、 地域の特性や資源を的確に捉え、強みを伸ばしながら、地域独自の価値を創出する、多様性に富んだ施策を展開します 。

（図2-1-7 市原市地域公共交通網形成計画（2018年9月）の関連個所）

◆ 各種調査から見えてきた地域住民の意向

市津、三和、南総、加茂は、公共交通ネットワークが薄いため、最寄バス停、駅までの所要時間が大きい。

市民アンケートの結果では、現在、買い物や通院が一人で出来ない割合が加茂地区では他の地区と比べて多く13~14%の回答。また、将来に対する不安では、73%が不安に感じていると回答。

◆ 公共交通に関する課題

南部地域では、医療、福祉、買い物等の生活機能の一部が不足している地域が存在し、医療や買い物などの日常生活のサービスを享受するため、市中心部への移動実態が有ることから、南北を結ぶ交通軸等日常生活の足としての公共交通機能の充実が必要。

◆ 南総・加茂エリアにおける施策事業

交通空白地域への対応として、住民主体によるデマンドタクシーなどの交通手段の導入を地域と協働で取り組む。

（図2-1-8 いちはら高齢者福祉共生プラン（2018年3月）の関連個所）

◆在宅医療・介護連携の推進

・ 医療ニーズと介護ニーズを併せもつ高齢者を地域で支えていくため、千葉県保健医療計画に基づく在宅医療の推進などの取組と連携しつつ、在宅医療と介護の連携を推進します。
・ 入院から在宅までの切れ目のないサービス提供体制を確保するため、医療体制の維持についても併せて取り組んでいきます。

◆介護サービス基盤の整備

・ 高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるよう、必要なサービスの確保に努めます。
・ 高齢者が住み慣れた地域で暮らせるよう、居住系サービスの整備を進めます。
・ 在宅での生活が困難な高齢者のために、施設サービスの整備を進めます。

◆高齢者の住まい・住まい方の支援　～移動手段の確保に係る検討

・ 高齢者の移動手段の確保に係る施策について、交通政策部門と調整を図りながら検討を行います。

（図2-1-9 第２期市原市国民健康保険保健事業（データヘルス計画）（2018年3月）の関連個所）

◆ 分析結果に基づく課題とその対策

生活習慣病に関わる疾患が、患者数、医療費ともに多く、本市の健康課題となっていることがわかりました。

そこで、予防・早期発見、重症化予防の観点から対策を検討しました。

本計画においても、短期的に費用対効果が大きいと見込まれる事業、将来的に被保険者の健康寿命の延伸が期待できるとともに、医療費抑制にもつながることが見込まれる事業に特化することとします。

・ 特定健康診査の受診率向上： 特定健康診査の不定期受診者が多いため、定期受診への行動変容が課題。
過去に一度でも健診を受診した者の方が健康意識が高いと考えられることや、健診結果等のデータがあることから、対象者の健康意識等を考慮し、効果的な受診勧奨を実施します。
・ 重症化防止： 腎不全の医療費総計に占める割合が最も高く、一人当たりの医療費も上位である。
腎臓病の重症化予防、また、その前段階の糖尿病に焦点を当てた施策を実施します。
・ 医療費適正化：重複 ・頻回受診、重複服薬を行っている者が多く、不必要な医療費の支出がある。
受診回数の適正化や、適切な服薬管理など、不適切な受診行動から適正なものに行動変容を促すことによって、短期的に医療費適正化の効果が見込まれます。また、多重、過剰な服薬により健康被害の恐れもあることから、不適切な受診、服薬を行っている者への対策を実施します。

2.2 同様の課題への取り組みを進める他自治体事例の調査

資源の少ない地域における医療・介護連携の施策について、同様の課題への取り組みを進める他自治体事例を、訪問、電話ヒアリング、文献（ホームページ閲覧等）により調査した（図2-2-1、図2-2-2 を参照）。他自治体の施策の事例について、施策内容からグループ化してまとめた結果を下記に示す。

・医療・介護連携に関わる事業者のサービス提供を促す施策

医療・介護連携に関わる事業者のサービス提供を促す施策のうち、訪問看護を支援する事業の事例として、高知県の事例と宇都宮市の事例を調べた。高知県の事例は、中山間地での訪問看護サービスの確保を目的としたもので、県による取り組みではあるが、方法などは参考になる。宇都宮市の事例は、市の取り組みとして参考になるが、開始直後であり実績や施策の効果などは確認できていない。

・巡回診療型のサービスの施策

医療資源の少ない地域におけるサービス確保のため、巡回診療型のサービスを医療機関が提供している事例として、離島や過疎地域向けに、公共的な性格の強い医療施設が実施しているケースがいくつか確認できたが、市原市にとって参考となる事例は確認できなかった。

・既存施策の増強や地域連携のための仕組みづくり

既存の施策の増強や、地域での連携の仕組みづくりも、資源の少ない地域での医療・介護連携施策としては有効と考え、他自治体事例を調査した。千葉市の事例は、今年度開設した相談窓口を活用して、課題に対する取り組みを進めるものであり、同様な相談窓口を設置した市原市としても参考になる。

地域での連携の仕組みづくりの事例として、横須賀市の事例を訪問調査により確認した。仕組みづくりの進め方、ブロック化の単位等参考にすることができる（図2-2-3 を参照）。同様な地域ブロックの考え方は、前橋市の事例も参考になる。

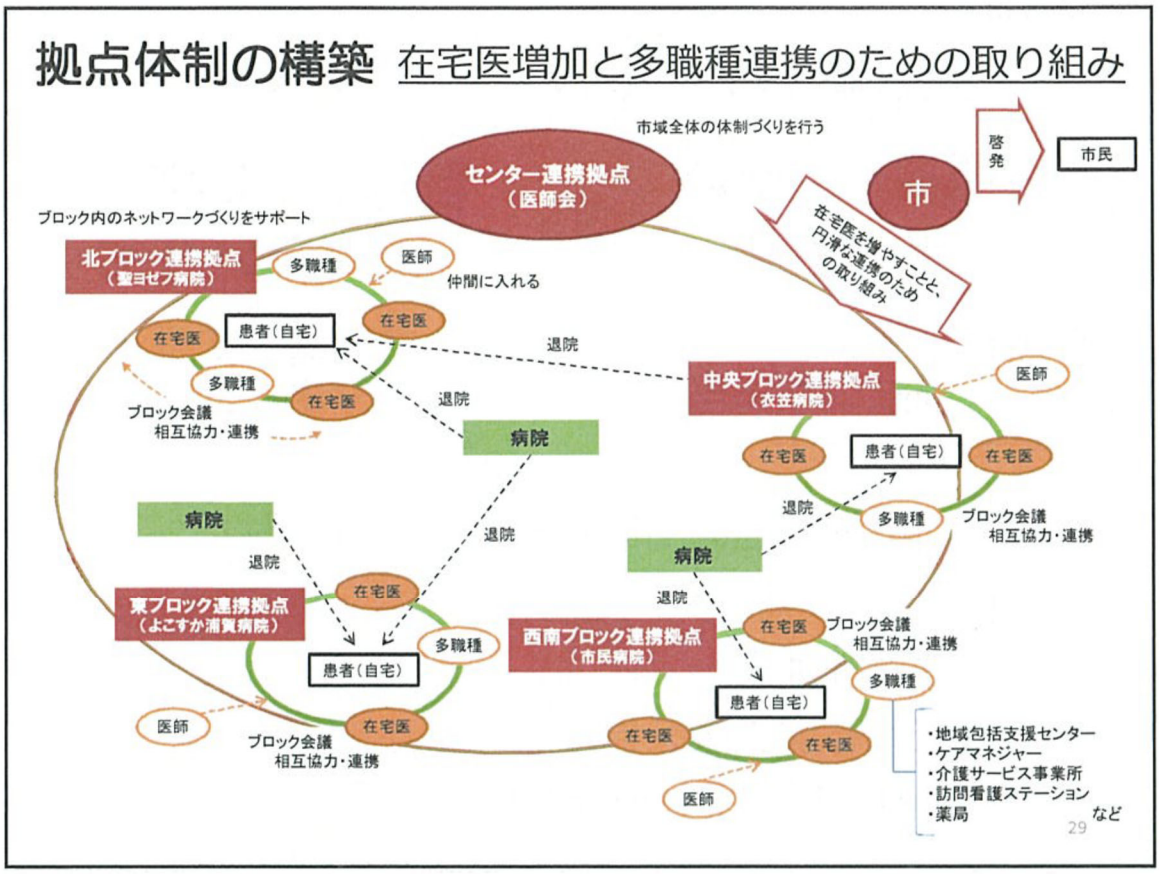
（図 2-2-1 他自治体事例調査～サービス事業者を支援する事例）

対象自治体と調査方法	施策概要
高知県（ホームページ閲覧）	○訪問看護サービスの継続的な確保の為の支援事業 高知県は、林野面積の割合が84%と全国で１位となっており、高知市を中心に近隣自治体の中央保健医療圏で医師数83.1%、人口73.5%となっている。 このため、中山間地域における訪問看護サービス確保事業として、高知県訪問看護ステーション連絡協議会が行う事業に要する経費の一部について、予算の範囲内で補助金を交付している。対象事業は、訪問看護師の派遣調整を行う体制整備と、遠隔地域への訪問看護師派遣に係る不採算分の一部負担としている。
宇都宮市（ホームページ閲覧と電話ヒアリング）	○訪問看護ステーション立ち上げ時の支援事業 宇都宮市では、訪問看護ステーション及び訪問看護師を増やす施策として、平成30年度より訪問看護ステーション設置促進補助金を実施している。 市内に所在しており，かつ，指定を受けてから１年以内等、幾つかの条件を満たす事業所が対象となる

（図2-2-2 他自治体事例調査 ~ 既存施策の増強、連携のための仕組みづくりの事例）

対象自治体と調査方法	施策概要
千葉市（現地ヒアリング）	○在宅医療・介護連携推進取組状況 在宅医療・介護連携を推進するために在宅医療・介護連携支援センターを設置。 地区ごとの連携体制は、出来つつある。また、ケアマネジャーと医療関係者の連携では、医療知識に関する支援対策をケアマネジャーに行う。 隣接する医療機関への入退院が有るため、隣接する自治体との意見交換・情報連携を行う。
横須賀市（現地ヒアリング）	○在宅療養のための取り組み 横須賀市では、平成23年度から在宅医療・介護連携の取り組みを開始。在宅療養連携会議を設置し、在宅療養現場での医療・介護関係者の課題に取り組んでいる。 市内を4ブロックに分割し地域病院が主体となり地域での医療・介護連携を推進。さらに4ブロック全体の連携を医師会が在宅療養センター連携拠点として実施している
前橋市（セミナー文献調査）	○ 市内を５つのブロックに分け、在宅医療を推進している。

（図 2-2-3 他自治体事例調査～横須賀市の連携のための仕組みづくりの事例）



2.3 資源の少ない地域における医療・介護連携の観点での施策案

◎ 施策候補案の洗い出しと整理

データ分析結果の活用と現地ヒアリングにより、資源の少ない地域における医療・介護連携の課題が具体的に明らかになった。市原市の他の施策を調べ、取り組むべき医療・介護連携の施策との関連が強いものを確認した。他自治体事例では、事業者のサービス提供を促す施策や、地域連携づくりの施策で参考となる事例を確認することができた。

現状課題整理に基づき、他自治体事例を参考に考えられる対策案や、他の事業で進められている施策を基に実施する候補案も含めて6つの案を洗い出し、整理した。

医療・介護資源の少ない地区への施策には検討の入り口として、二つのアプローチがある。一つは、住民に提供する医療・介護資源を増やす、あるいは地区外の医療・介護資源へのアクセスを支援するアプローチであり、他の一つは既存の医療・介護資源を効率的に使用する仕組みを考える、あるいは既存の関連する施策を拡大または強化して効果を狙うアプローチである。

医療・介護資源を増やすアプローチは、直接的であり効果は大きいが、対応には時間もコストもかかる。これに対し、医療・介護資源の連携と効率的活用は、効果が出るまで時間がかかるが、すぐに始めることができる。またこの取り組みを進めていく中で、地域の関係者の合意が形成され、市としてもそれに対する支援がしやすい。この取り組みを進めていく中で必要な資源の優先度も明らかになってくると考えられる。

このアプローチの考え方に沿って分類した施策候補全体を「図 2-3-1」に、各施策案の概要、期待される効果、実現に向けた留意点を 「図2-3-2」、「図 2-3-3」に示す。

（図 2-3-1 資源の少ない地域の課題と施策案）

課題： 医療・介護サービスが不足、アクセスが困難

- 在宅サービス利用の頻度が減り、重度化や入院・入所につながる(希望すれば住み慣れた地域でいつまでも生活が維持できる、という姿を実現することが困難)
- 介護予防活動に支障、医療・介護資源不足のため、人口減が更に進むことにもつながる

（資源や資源へのアクセス確保の施策案）

1．巡回診療による対策
医療施設による巡回診療を場所の提供等により支援する

2．訪問看護ステーションの対策
資源の少ない地域へのサービス提供を支援する

3．交通アクセスによる対策
交通事業者や医療施設との調整により、アクセスを支援する

（連携の仕組みづくり、既存施策強化の施策案）

4．地域連携体制づくり
医療関係者と介護関係者の間の情報連携、資源活用を支援する

5．通いの場支援
担い手が少なく、交通アクセスの課題もある南部地域を支援する

6．健診フォローアップ対策
糖尿病等の重度化防止策について、特にリスクの高い南部地域を支援する

（図 2-3-2 施策案　～ サービス資源や、資源へのアクセスからのアプローチ）

テーマ	１．巡回診療対策
概要	医療資源の少ない地域に対して、定期的に医師、看護師等を派遣し、診療を実施する。 診療科については、対象地区での医療機関で実施していない診療科とする。
期待される効果	・ 市内北部病院への通院負担軽減 ・ 地域で対応できることにより診療機会の増加 ・ 疾病の重度化防止
実現に向けた留意点	・ 診療実施場所の確保、必要な機材の確保 ・ 近隣医療機関との調整 ・ 医師会、看護師会、歯科医師会、薬剤師会との調整

テーマ	２．訪問看護誘致対策（事業者支援）
概要	医療資源の少ない地域に対して、新たに訪問看護事業者を誘致することは、困難なため、先進事例を参考に次の2つの対策を実施する。 ・ 対象地域の訪問看護事業者に対して訪問看護師の増員による支援を行う。（増員後、1年間など期限を区切った支援） ・ 対象地域の患者に対して訪問看護を実施した場合の補助を行う。
期待される効果	・ サービス受給が受けられることにより在宅での療養の増加 ・ 疾病の重度化防止
実現に向けた留意点	・ 定期的に訪問看護の需要と供給に関して確認必要 ・ 対象外地域の訪問看護事業者への対応検討 ・ 第7期介護保険事業計画との整合性 ・ 補助のための交付金が継続的に発生するため、財源確保

テーマ	３．交通アクセス対策
概要	対象地域では、日常生活に係る移動手段の確保が高齢化と共に必要となっている。このため、コミュニティバス、デマンドタクシーの導入を拡充する。
期待される効果	・ 医療機関への通院だけでなく、日常生活移動手段として有効 ・ 外出（活動）機会が増加することで介護予防への効果が期待できる
実現に向けた留意点	・ 地域が主体で協議会等の立ち上げを行う必要有 ・ 実現までに時間を要する

（図 2-3-3 施策案　～ 連携の仕組みづくりや、既存施策強化からのアプローチ）

テーマ	４．地域連携体制づくり
概要	地域における医療・介護・福祉の関係者の連携を強化することで地域の課題解決の体制を作る。 保健福祉部に設置された在宅医療・介護連携に関する相談窓口のコーディネーターまたは、基幹型センター（2019年4月設置予定）の職員が地域における医療、介護、福祉の関係者との連携を図り、地域における在宅医療・介護連携に関する各種課題の共有、対策を検討し、地域で解決できるネットワークを構築する。また、三師会との連携を図ることで地域で解決できない課題に対しても地域を越えた連携を行い対策を講じる仕組づくり。
期待される効果	・ 地域、地域外の連携による医療・介護サービスの提供 ・ 在宅での急変時の連携対応への期待 ・ 地域の活性化への期待
実現に向けた留意点	・ 近隣医療機関、介護事業者との調整 ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会等との調整 ・ 第7期介護保険事業計画との整合性

テーマ	５．通いの場支援対策
概要	人口減少や高齢化が進み、地域活動も停滞していく中にあって、「支え合いの地域づくり」が求められており、介護予防に資する取り組みである通いの場は、参加する人同士の見守りや情報交換の場としても期待できる。 そこで、南部地域を担当する地域包括支援センターが、通いの場の担い手との連携を深めることで、介護予防活動と地域活動の活性化を図る。
期待される効果	・ 通いの場が増えることで、介護予防の効果が期待できる ・ 地域の顔の見える関係が進み、福祉、介護の連携や活動がさらに円滑に進む
実現に向けた留意点	・ 対応する地域包括支援センター等の人的体制 ・ 実施対象地域の選定と箇所数の調整 ・ いちはら高齢者福祉共生プランとの整合性

テーマ	６．健診フォローアップ対策
概要	医療・介護資源の少ない対象地域では、糖尿病・慢性腎不全患者が多いことから、糖尿病などの生活習慣病重度化防止対策を進める対策。 健診後の指導活動を強化し、専門医の配置等を実施する。専門医に関しては、医師会と連携を行い地域診療所などへの専門医の派遣等を行う。
期待される効果	・ ハイリスク患者、治療中断患者への指導強化により受診率の増加 ・ 専門医の派遣で、地域で受診でき、疾病の重度化防止
実現に向けた留意点	・ 医師会、関係医療機関との調整 ・ データヘルス計画における関連施策との整合性

◎ 施策候補案の評価

2つのアプローチによる6つの施策案について、効果の即効性、効果の大きさ、継続性、実現に向けた障壁、他の施策との整合性の評価観点から評価した（図2-3-4 を参照）。

（図 2-3-4 各対策案の評価結果）

	巡回診療	訪問看護ステーション	交通アクセス	地域連携体制づくり	通いの場支援	健診フォローアップ
すぐに効果が見込める	×：実現に時間を要する	△：事業者の見込みが不透明	×：実現に時間を要する	○	○	○
効果の大きさ、継続性	△：やや不透明、波及効果はある	△：施策によっては一過性となる	○	△：運営方法等に考慮	△：介護予防には効果を見込める	△：重度化防止に効果が見込める
過大な障壁がない	△：費用と実施までの時間	△：施策内容によっては継続的な財源要	×：複数年必要	△：地域関係者の負担の考慮必要	△：支援するリソースが必要	△：支援するリソースが必要
他施策との整合性	○	○	×：関連計画で対応	○	×：他事業で実施	×：他事業で実施

評価の観点に関する補足説明：

- 効果の即効性・・・・・ 早期に着手でき、効果が期待できるもの
- 効果の大きさ、継続性・ 施策効果が継続的で、波及効果もあるもの
- 実現性に向けた障壁・・ 効果を得るまでの時間、必要な資源が過大でないこと
- 整合性・・・・・・・・ ・関連する他施策との役割等の整合性

各施策案の評価に関する補足説明：

巡回診療

- 医師会の協力や地区での利用促進も前提だが、まず巡回診療の拠点確保が大きな課題である

訪問看護ステーション（資源の少ない地区へのサービス提供を支援する施策）

- 他自治体事例もあり、有効とも考えられる
- しかし、各事業者に確認したところ、北部地区での訪問看護師確保と比べて、南部地域での訪問看護師の確保は、相当困難であることから、強力な支援策が必要となる。

交通アクセスによる対策

- 地域公共交通網形成計画にあるとおり、交通対策という性格上、計画を少し時間をかけて検討する必要がある。

通いの場支援と、健診フォローアップ

- すでに取組が始まっており、改めて医療・介護連携施策として取り上げるよりも、それぞれの取組を進めていく中で推進していくことが考えられる。

◎ 評価結果に対する考察と推奨案の選定

評価結果によれば、医療・介護資源を増やすアプローチの施策案のうち、巡回診療と交通アクセスの施策は、対応に時間もコストもかかるため実施するにあたっては、克服すべき課題が少なくない。住民が利用できる医療・介護資源を増やす施策、あるいは地域外の資源へのアクセスを支援する施策は、直接的であり、それに対する効果が大きいことが言える。しかし、この対策を実施するには、場所や施設の確保に伴う計画や実施に向けた予算確保等、時間と費用が掛かる。評価結果によりこれが確認された。

医療・介護資源を増やすアプローチの施策案のうち、例えば訪問看護等、資源の少ない地区にサービスを提供する事業者を支援する施策案は、巡回診療や交通アクセス施策と比較すると、実現へのハードルは低い。他自治体でも実施している事例はある。有力な候補案ではあるが、訪問看護師の確保が難しいのではないか等の困難も想定される。何より、地域が必要としている医療・介護資源に対する地域の持っている課題意識と優先度の考え方について、更に確認する必要があるのではないかとも考えられる。

もう一つのアプローチである連携の仕組みづくり、既存施策強化の施策案は、既存の資源の連携・効率的活用を行う施策であり、これも効果が出るまでには多少時間がかかる。しかし、取り組み自体は、早期に着手することができる。また、この取り組みを進めていく中で、地域における優先課題が何であるかについて、地域の関係者の合意が形成され、市としてもそれに対する支援がスムーズに行える環境が整うことになる。この取り組みにより、地域が強化すべき資源についても明確になっていくことが考えられる。

連携の仕組みづくり、既存施策強化の施策案の中の、通いの場支援と、健康フォローアップについては、それぞれの取組を進めていく中で推進していくことが考えられる。

地域連携体制については、現状でも、地域ケア会議等、地域の介護・地域福祉関係者の連携の取り組みが実施されている。但し問題としては、医療・介護・地域福祉関係者の連携が、個々の支援ケースで行われており、地域全体としての課題の認識や課題の共有は図られているものの、課題解決にまでは至っていないところでありそれを進める取り組みを、優先的に進めていくべきではないかと考えられる。

「地域連携体制づくり」は、他自治体の事例にもあり参考にすることができる。ある程度の規模のある自治体で在宅医療・介護連携を推進する上で有効な方法であると考えられる。さらに、市原市の特徴的な進め方として、南部地域についてのデータ分析結果を活用するなどして、効果的に進めることも考えられる。

以上の各対応策案の評価結果により、本共同研究としては、資源の少ない地区で優先的に進める医療・介護連携施策として、「地域連携体制づくり」を推奨することとした。

2.4 地域連携体制づくりの進め方

南部地域など資源の少ない地域での医療・介護連携施策として、本共同調査研究としては、地域連携体制づくりを推奨した（図2-4-1 を参照）。

（図2-4-1 地域連携体制づくりの考え方）

解決すべき問題点

既に、市原市では、在宅医療・介護連携推進にかかわる市全体の情報共有の場として、在宅医療・介護連携推進会議を設置している。しかしながら、地域における在宅医療・介護連携にかかわる情報共有の場や体制がない状態である。

地域連携体制づくりの目的

そこで、高齢化が進む2025年に向けて、各地域に特有な医療・介護に関する課題解決の必要性が出てきており、それを解決するための取り組みとして地域での情報共有を地域の医療・介護・福祉関係者で行う仕組みとして、地域連携体制づくりを行う。

地域連携体制づくりは、医療・介護資源の少ない地域にも対応した、在宅医療と介護の一体的な提供体制の構築を推進し、地域における共通の課題認識の下、顔が見える連携体制を築き、地域が主体となって課題に取り組むことを目的とする

本節では推奨案である地域連携体制づくりの進め方を示す。

まず、地域連携体制づくりの具体的な姿として、地域連携会議の設置と運営について示す。地域にはすでに医療・介護・福祉関係者の会議体があるので、それらとの役割分担、情報連携等について示し、次に当初の地域連携会議の立ち上げについて示す。

後半では、地域連携体制づくりを、将来、南部地域などの資源の少ない地域だけでなく、市原市の各地域に展開することも考えられるため、将来の姿について示す。最後に、地域連携体制づくりのポイントについて、他自治体事例や、施策案検討の際の検討内容に基づいて示す。

◎ 地域連携会議の設置と運営

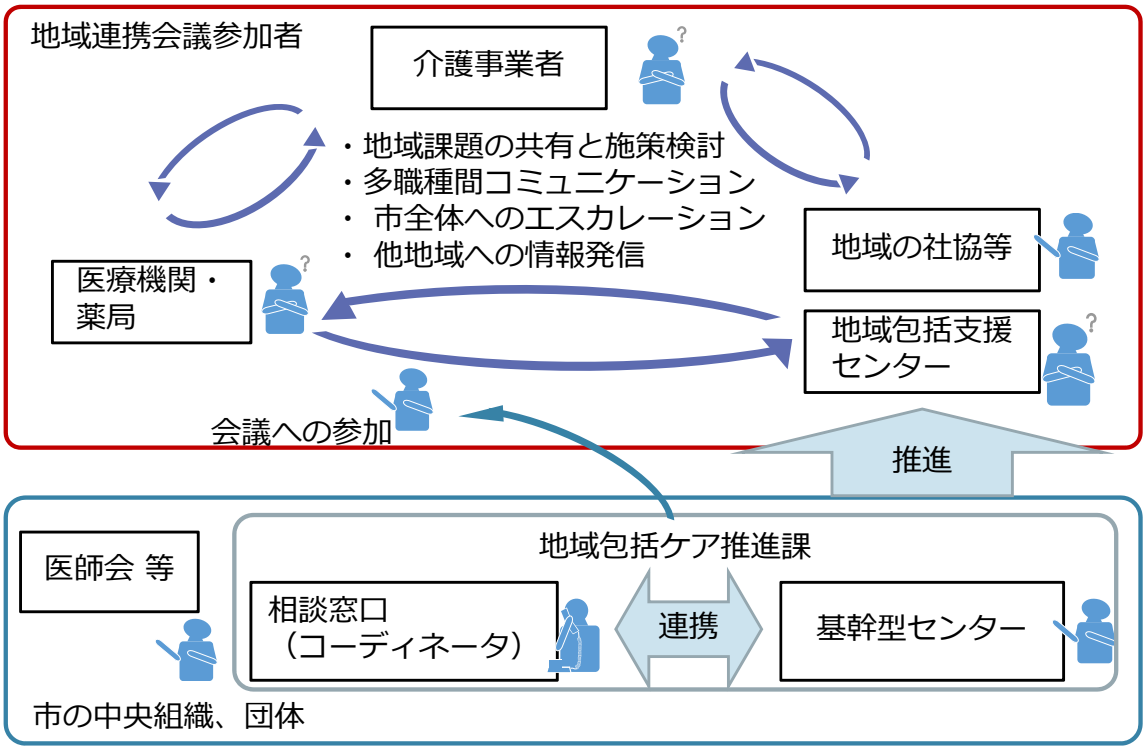
地域連携体制づくりの具体的な進め方として、地域連携会議を設置する。地域課題を市全体で把握するため、地域連携会議には、基幹型センターや相談窓口など市の職員が関与する。また地域連携会議で洗い出された課題が、他地域や市全体の課題とも関連することが想定されるので、市全体の在宅医療・介護連携推進会議の下部の会議体としての位置づけも持たせる。

地域連携会議は、以下の４つの役割を担う。

- 地域課題の共有と対策検討：
  在宅医療・介護連携に係る地域の課題の共有と、施策の検討を行う
- 多職種間のコミュニケーション
  医療、介護関係者のコミュニケーションを円滑化し、情報共有を進める
- 市全体への課題エスカレーション
  共通的な課題や、市全体として検討が必要な課題は、市全体の在宅医療・介護連携推進会議につなげる
- 他地域への情報発信
  推進役として市職員が参加することにより、相談窓口対応時や、他の会議の参加時に情報発信を行う

地域連携会議の参加者や役割など基本的な考え方を、次ページの図 2-4-2に示す。

（図 2-4-2 地域連携会議の基本的な考え方）



推進者	地域連携会議の推進や推進会議との連絡調整を行う。 （立ち上げ時は、市の職員）
参加者	医師会等、地域医療機関、地域ケアマネジャー、地域介護施設代表、地区社協、地域包括支援センター等
開催頻度	開催回数　３回/年　程度

【地域連携会議の立ち上げと地域での運営について】

地域連携会議の運営については、立ち上げ時が特に重要となる。参加者をとりまとめ、会議をリードし推進する役割が成功のポイントとなるため、市の職員が推進役を行う体制が必要となる。

地域には既に複数の会議体があり、地域連携会議の役割、期待する効果について関係者で共有する必要がある。期待する効果について地域の関係者との共有ができていないと、単に会議が増え、負担が増えるだけとの懸念事項が内在し、地域連携体制づくりの本来の目的が損なわれることになりかねない。地域の医療・介護・福祉関係者や自治会関係者等と十分協議し、理解を得て進めていくことが必要である。その際、本調査研究で調査してきた他自治体事例や様々な対策案についての検討内容は、地域の理解を深めるうえでの材料となり得る。

また、運営体制について、立ち上げ当初とその先では、会議の推進役が異なり、地域での運営を中心にした体制に切り替える必要がある。そのため、立ち上げ当初は、推進役として市職員が携わり進めるが、実施状況など、状況を見ながら、地域参加者が運営を担うように進めることが必要である。その場合でも、市職員は、地域連携会議に出席し、他の地域の状況や、市全体で実施する会議の結果などの情報を会議の場で情報発信し共有する。これにより、会議参加者も市全体としての一体感を得ることにより、会議の活性化につながる。

◎ 地域での他の会議との役割分担と情報連携

地域では、いくつかの会議が既に実施されている。地域連携会議と既設会議との関係を整理する必要がある。また、委員より地域における会議の情報連携や最適化についての意見があったことから、この点についても検討を行った。

地域連携会議と関連する既設会議体を洗い出した。市全体の会議体として、多職種連携として実施している在宅医療・介護連携推進会議があり、地域の会議として、地域包括支援センターが実施している地域ケア会議、加茂地区で行われている南市原地域医療懇話会、生活支援サービスの推進として立ち上げている協議会がある。これらと地域連携会議との相違点を整理する必要がある。

地域連携会議とこれら既存の会議との相違点について整理した結果を「図 2-4-3」に示す。

（図 2-4-3 地域連携会議と他の既存の会議との相違点）

会議名称	概要	地域連携会議との相違点
在宅医療・介護連携推進会議	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにするため、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進し、医療関係者、介護関係者が各々の役割を明確にし、医療・介護のサービスを一体的に提供することを目的とした会議。 開催頻度：全体会議は、2回/年 各作業部会は、 3回/年程度	地域連携会議では、地域における医療関係者と介護関係者等の連携を行うことにより、地域課題の抽出、共通認識を行う。 これにより、顔が見える連携体制を築き、地域が主体となって課題に取り組む会議。
地域ケア会議	日常生活圏域ごとの個別事案に対する対応検討から共通課題に関しては、市全体会議で検討を行い、各地域との情報共有を図っている。 開催頻度：日常生活圏域ごと 1回/年	地域連携会議では、個別事案の取り扱いを行わない。 地域における在宅医療・介護連携の多職種間における課題や資源などの共通課題について検討を行う。
南市原地域医療懇話会	診療所Gに関する運営状況の報告などを行っている。 開催頻度：　２回程度/年	地域連携会議では、地域の医療機関を対象とし、地域の介護関係者との連携を図る。
協議会	生活支援を中心に地区社協圏域単位で開催し定期的な情報の共有及び連携の強化を図る。 開催頻度：第二層協議体は、 ３～４回程度/年	地域連携会議では、在宅医療や介護を中心とした多職種の地域会議。

他の会議との相違点を確認することにより、地域連携会議の役割がより明確化された。次に、他の会議の参加者を調査し、他の会議の参加者についても考慮したうえで、地域連携会議の必要な参加者を検討した 。

地域連携会議の参加者としては、地域における在宅医療や往診を実施している医療機関、地域医療を担っている診療所、病院、地域における介護サービス提供事業者や、この地域に対応しているケアマネジャーが必要との検討結果となった（図 2-4-4 を参照）。

（図 2-4-4 他の会議の出席者を踏まえた、地域連携会議の必要な参加者）

会議 / 参加者	在宅医療・介護連携推進会議	地域ケア会議	南市原地域医療懇話会	協議体	地域連携会議（必要な参加者）
医療系 医師、看護師、歯科医、薬剤師	○：3師会、訪問看護師・看護師団体	○：病院看護師、歯科医、薬剤師	○：診療所G等		○：**医師会、地域医療機関代表、訪問看護事業者代表等**
介護系 ケアマネジャー、介護施設、療法士	○：ケアマネ、療法士等	○：介護施設	○：介護施設		○：ケアマネ、介護施設代表等
福祉系 社会福祉協議会		○：市社協・地区社協	○：地区社協	○：市社協・地区社協	○：市社協または地区社協
地域 町会、民生委員、スーパー、郵便局、JA		○：民生委員、町会、スーパー、郵便局、JA	○：町会	○：町会、民生委員、小域福祉ネットワーク、子育て家庭支援、老人クラブ	△：（将来）民生委員、町会
地域包括支援センター	○：代表	○：地域の地域包括支援センター	○：地域の地域包括支援センター	○：地域の地域包括支援センター	○：地域の地域包括支援センター
その他	○：栄養士				

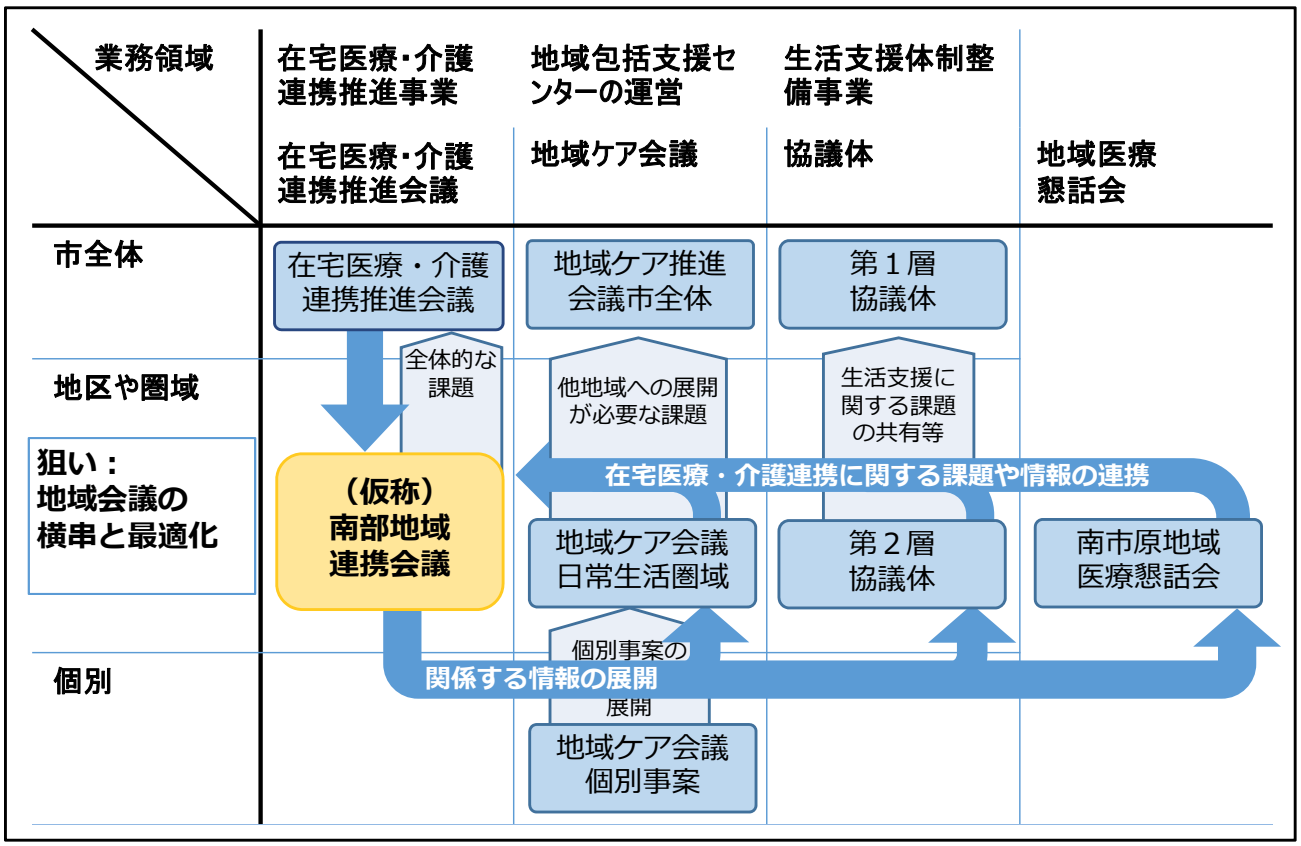
【地域における会議の横串と最適化】

「図 2-4-4」より、市全体会議である在宅医療・介護連携推進会議を除けば地域の各会議に出席する関係者は、比較的重複していることが確認された。しかし、各会議の目的、検討議題が異なるため、情報が必ずしも横串で連携されているものではないと考えられる。そこで、在宅医療・介護連携に関する課題や情報に関して、地域連携会議を核として各会議と情報の連携を試みることとした。

在宅医療・介護連携に関する情報連携イメージを「図 2-4- 5 」に示す。情報の連携方法として、地域連携会議に出席する参加者が、各会議で在宅医療・介護連携に関する課題や情報の共有を行い、必要に応じて会議の場で検討を行う。その中から、市全体に関係する課題や情報については、在宅医療・介護連携推進会議に報告を行うものとする。

一方、在宅医療・介護連携会議にて地域に展開が必要な情報については、地域連携会議を通して、各会議の参加者に情報を展開することとする。会議によっては、開催頻度や開催時期により迅速な情報展開が困難な場合があり、その場合は、適宜、メール等の手法により展開を行うなど柔軟に対応をする。

（図 2-4-5 関連する会議との情報連携イメージ ～地域会議の横串と最適化）



◎ 立ち上げについて

地域連携会議の立ち上げを円滑に行うために、あらかじめ年間の議題について検討を行い、地域連携会議を開催する地域を検討し決定した。当初実施する地域は南部地域として、南総地区及び加茂地区を対象に行うこととした。

地域連携体制づくりの目的は、多職種の抱える各課題の抽出と多職種間での課題認識を行い、課題解決に向けての検討を行うことである。また、地域で解決できない課題や、他の地域との連携や共有が必要な課題については、市原市全体の場において検討を行うこととしている。

これを踏まえて立ち上げ当初に行う内容を検討し、次の事項とした。

- 在宅医療・介護連携に関する課題の抽出として、各職種で抱いている課題の洗い出し
- 解決すべき課題の優先度として、各職種より優先度が高い課題の選定
- 対策案の検討として、対策案を持ち寄り解決策を検討

立ち上げ当初は、課題の洗い出しと優先的に取り組む課題を決め、検討に着手することを目標に進める。そのためには、課題を効率よく洗い出す必要があり、進め方や、方法を考慮することが重要となる。

課題の洗い出しでは、参加者が、日頃感じていることを率直に検討の場で発言できる環境を準備する必要がある。課題の洗い出しを行う際は、活発な発言が行えるようにグループワークを通じて行い、グループ分けにも留意する。

このようなグループワークを職員で対応することが困難な場合は、講師によるセミナーの中でグループワークを通じた課題の洗い出しを行うことも効果的と考える。図2-4-6に立ち上げ当初のテーマと内容案を示す。

（図2-4-6 立ち上げ当初のテーマと内容案）

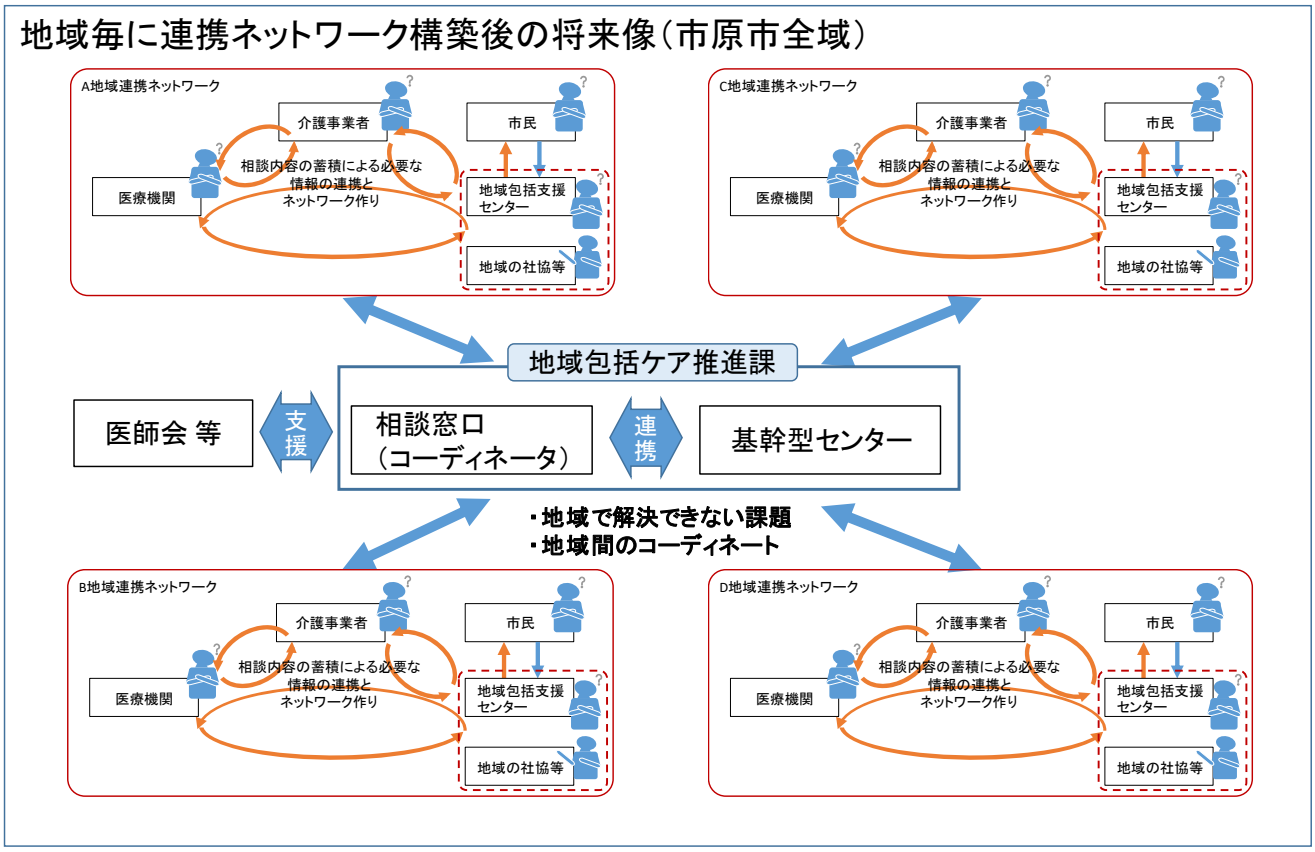
会議	目的	内容	備考
第一回	・地域連携会議の趣旨の周知 ・今年度の方向性の合意	・地域連携会議の目的 ・会議の進め方、今年度予定	
	・地域課題の抽出	・グループワークによる課題抽出 ・第二回までの対策案検討項目と役割分担	講師によるセミナー形式で実施する場合は、1日コース。
第二回	・検討課題の優先度	・課題取り組み優先順位の検討と決定 ・第三回までの実施内容と役割分担	課題抽出の進捗状況によっては、期間を空けずに実施する。
第三回	・今年度の活動の結果 ・来年度の活動内容の決定	・活動内容の報告 ・来年度活動項目（取り組み課題)の決定	

◎ 地域連携体制づくりの将来像

「地域連携体制づくり」の仕組みは、資源の少ない南部地域の施策として考えたものだが、将来的には、各地域に広げる姿も考えられる（図2-4-7）。これにより、各地域において、医療・介護の関係者がお互いに顔の見える体制を築くことにより関係者間の連携が強くなることを期待できる。

相乗効果として期待できるのは、市に設置された相談窓口のさらなる活躍の場面として、地域間の情報連携や、隣接自治体との情報連携（入退院連携に関する情報交換等）などその活動範囲も拡大することが期待できる。他の自治体にない先進的な形も考えられる。

（図 2-4-7 地域連携体制づくりの将来像）



地域連携会議の担当地域について

地域連携会議を開催する地域については、現在、地域包括支援センターで管轄している地域を基本的な考えとした。しかし、この地域を含め、市原市全体で、平成31年度（2019年度）に現在6つの地域包括支援センターが9つの地域包括支援センター管轄に再編される。それに従い、現在の南総地区の一部が再編対象となり他の地域包括支援センター管轄となることが決定している。

南総地区と加茂地区においては、地域でのつながり、医療との連携の観点からこの地域における医療機関も考慮して、再編前の2地区として実施を行う。その際は、2つの地域包括支援センターが出席をし、会議を実施する。

その他の地域割りに関しては、南部地域での活動と地域における医療機関（病院、往診対応診療所等）を考慮し、参加者が他の地域の同一の会議に重複して参加することを極力避けるなどの考慮を行ったうえで地域割りを行う必要がある。

◎地域連携体制づくりのポイント

地域連携会議を立ち上げることにより、資源の少ない地域での医療・介護サービスアクセスの課題解決に向けた取り組みの第一歩を始めることができる。地域連携会議は、方法あるいは形であって、それ自身が課題解決の答えというわけではない。運営に注意を払わないと、資源が少ないことによる制約を確認するだけになる可能性もある。方向感をもって進める必要がある。

昨年度の調査研究結果でも、千葉市だけでなく、他の近隣市に大規模な在宅診療所が複数あり、市原市もサービス対象地域としていることがわかった。こうした事業者側の動向を、南部地域へのサービス提供に結び付けていくことができれば、アクセス確保に対する一つの糸口となる可能性もある。

市原市には、二次救急を担うような医療施設、地域住民になくてはならない医療サービスを提供する医療施設があり、在宅診療を実施する多くの診療所、在宅看取りを含めて往診を熱心に実施している診療所もある。南部地域向けの訪問看護は、他の地域や周辺市町村と同等以上のサービスが提供されている。また、南部地域には、在宅を支える通所リハビリテーションや、ショートステイなどもある。南部地域だけではなく市内、市外の事業者も含め、これらの資源をうまく組み合わせていくことにより、医療・介護サービスアクセスを確保していくことができるのかどうか、あるいは、サービス提供側に対し、資源の少ない地域へのサービス提供を促進するための少しの支援が必要なのか、こうした検討が、南部地域という場所を対象に、地域連携会議で議論されることになる。このように一地域を対象に、より具体的に検討を進めることは、その先に同様に他地域について検討したり、市原市全体を考えていくうえでも有効と考えられる。

現時点で地域連携体制づくりが進んでいる他自治体でも、連携体制づくりには、かなりの期間をかけている。そうした他自治体事例では、医療・介護連携を進める上で、地域の関係者と十分な協議を行い、理解を得るコーディネーション力が重要な要素となっている。連携が進んでいる自治体では、事業者の動向と地域の実情をつなぐ役割を市がうまく果たし、地域のリソースと関連する医療・介護事業者の間で、自然な連携関係ができあがっている。他自治体事例がそのまま市原市に当てはまるわけではないが、役割に関する考え方としては参考になると考えられる。

昨年度、今年度と続く調査研究によって市原市は各地区での医療・介護連携の現状課題把握を進めてきた。データ活用の意識については、他自治体と比べて一歩先に出ているともいえる。こうした強みも活かして、地域連携体制づくりに取り組むことにより、在宅医療・介護連携を進めていくことができれば、いずれの地域でも希望すればいつまでも在宅での生活を続けていくことができるという姿に近づくことができると考えられる。

3　医療・介護情報連携の在り方

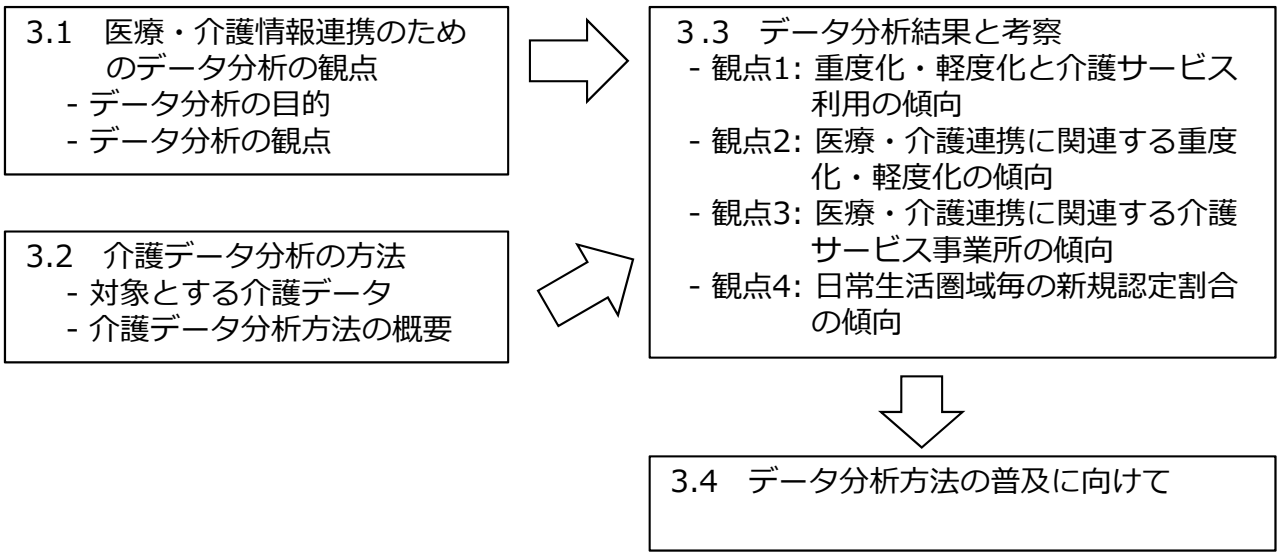
本共同研究では、2章で報告した医療・介護資源の少ない地域での医療・介護連携施策の研究と合わせて、医療・介護情報連携の在り方を介護データ分析を通じて研究した。本章では、医療・介護情報連携の在り方についての介護データ分析結果を報告する。

医療・介護情報連携の在り方について調査研究することとなった背景として、昨年度の調査研究の過程で、医療・介護連携に関して、医療関係者、介護関係者より問題提起があった。医療関係者より、退院調整や要介護認定で関わった在宅高齢者がどのような介護サービスを受け、どのような心身状態となっているのか情報が不足しているとの指摘があった。介護関係者からも、情報連携の不足に関する指摘があった。また情報連携の在り方を研究するうえで、介護認定データと介護レセプトデータを分析することが有効ではないかとの指摘があり、介護認定、介護レセプトデータを分析し、分析結果を医療・介護関係者で共有し理解を深めることとなった（図 3-1 を参照）。

本テーマの調査研究では、まず、こうした背景に基づきデータ分析目的と、目的に沿って実施する分析の観点を整理した。分析観点の範囲には、医療・介護連携推進に直接関わる観点だけでなく、少し幅を広げて、重度化・軽度化と介護サービス利用の傾向や、日常生活圏域毎の介護予防の傾向についても含めることとした。これらの分析結果を、医療・介護連携推進に関連して、医療関係者、介護関係者等が共有し、市の施策に活用することが有用と考えられるためである（3.1 医療・介護情報連携のためのデータ分析の観点）。

こうした観点の分析のために必要な介護データについて、市原市と協会で検討し、4年分の介護認定データと介護レセプトデータを市原市の介護システムから抽出・匿名化し、集計・分析することとした。介護認定・介護レセプトデータを使って、どのように分析目的、分析観点に沿った集計・分析を実施するか検討し、データ分析方法をまとめた。データ分析方法の検討では、普及のため、他の自治体でも活用できるような分析方法となるように考慮した（3.2 介護データ分析の方法）。

（図 3-1 本テーマの調査研究の構成）



検討したデータ分析の方法によりデータ分析を実施し、結果をまとめ考察した（３.3　データ分析結果と考察）。本共同研究の分析結果は、市原市の医療関係者、介護関係者等で共有し、医療・介護連携推進や介護予防等の介護保険事業計画での施策検討の際活用する。2章で報告した地域連携体制づくりでも、データ分析結果を活用する。本共同研究報告書本編では、データ分析の概要のみ示している。詳細については、別添 「資料編 介護データ分析結果」報告に示している。

最後に、共同研究で実施したデータ分析内容を踏まえて介護データ分析方法の普及について整理した（3.4 データ分析方法の普及に向けて）。介護認定・介護レセプトデータを使った集計・分析方法について、他の自治体等での活用の参考となるよう、重度化・軽度化の傾向と介護サービス利用の傾向や、医療・介護連携と関連する重度化・軽度化の傾向等を把握する際のポイント等を整理した。ここでは概要のみ記載しており、介護認定、介護レセプトデータ分析の手順等については、昨年度の調査研究で作成したデータ活用手順書に追記して公開する予定である。

3.1 医療・介護情報連携のためのデータ分析の観点

昨年度の調査研究では、医療・介護関係者より、医療・介護情報連携の在り方について下記の問題提起があった（図3-1-1 を参照）。

（図 3-1-1 医療関係者、介護関係者からの医療・介護情報連携に関する問題提起）

医療関係者	・ 主治医、退院患者を診ていた医師、主治医意見書を記載する医師の立場から、介護サービス利用者の予後（心身状態の維持改善/重度化の度合い）と、介護サービス内容についての情報が不足している
介護関係者	・ 医療関係者との連携、相談には未だ課題が残っている ・ 連携を進めるためには、情報共有が必要

(*) 昨年度の調査研究： 協会による調査研究であり、KDB（国保データベース）データを集計・分析し、市原市の医療・介護に関する日常生活圏域毎の現状把握を行い、資源の少ない小地域での医療・介護提供に関する施策の必要性等を提言した。また、市区町村によるデータ活用について、データ活用手順書に取りまとめ、市区町村への普及に努めた。

この問題提起を受け、市原市と協会で検討し、介護認定・介護レセプトデータを分析することを考えた。介護サービス利用者の予後（心身状態の維持改善/重度化の度合い）については、介護認定データを分析することが考えられる。また、介護サービス内容については、介護レセプトデータを分析することが考えられる（図3-1-2 を参照 ）。介護認定データと介護レセプトデータを組み合わせて分析することにより、要介護者がどのような介護サービスを利用し、どのような心身状態になっているか把握することができる。

要介護者の重度化・軽度化の傾向を介護サービスと結びつけて把握できるということは、上記の問題提起に応えるだけでなく、自立支援・重度化防止等の介護保険事業の施策検討にも役立たせることができるのではないかと考え検討を進めた。

（図 3-1-2 分析対象の介護認定・介護レセプトデータについて）

分析対象の介護認定データについて

市区町村では、介護保険の被保険者からの申請を受けて、心身の状態等の調査を行うとともに、主治医の意見（主治医意見書）を聞いて、コンピュータ判定（一次判定）を行い、その結果と主治医の意見書等に基づき、介護認定審査会で、審査・判定（二次判定）が行われ（要介護認定）、その結果を申請者に通知している。

要介護認定には有効期間（原則6か月、更新の場合は12か月、但し介護認定審査会の意見に基づき、定められた範囲で短縮または延長することもできる）があるので、ある程度の期間の介護認定データを収集すれば、同じ要介護者の複数回の介護認定データにより、心身状態の変化を把握することができる。

介護認定データは、定められた様式で国にも報告している。今回の共同研究では、国に報告する様式の介護認定データを匿名化して使用している。介護認定データのうち、二次判定結果（要介護度）の他、障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度等のいくつかのデータ項目を分析対象としている。

分析対象の介護レセプトデータについて

要介護者は介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成したケアプランに基づき、介護サービス事業所で介護サービスを受ける。介護サービスを提供した介護サービス事業所は、介護保険者の市区町村に介護報酬請求を行い、市区町村は支払い審査機関である国保連の審査を受けて、介護サービス事業所に支払いを行う。

今回のデータ分析では、審査結果の介護レセプトデータを匿名化して使用している。データ分析では、サービスを提供した年月、サービスの種類等のデータ項目を分析対象としている。介護レセプトデータは、市原市の住民が、他の市区町村の介護サービス事業者から受けた介護サービスも含んでいる。

◎ 介護データ分析の目的

介護認定・介護レセプトデータを分析することにより、要介護者がどのような介護サービスを利用し、心身状態がどのようになったかを知ることができる。医療関係者、介護関係者の問題提起に応えることができる。介護サービス利用と心身状態変化についての分析結果を、医療関係者、介護関係者で共有し、医療・介護連携施策に活かすこと、これが今回のデータ分析の目的の一つ目である。

介護認定・介護レセプトデータ分析でできることは、医療・介護連携に関することにとどまらない。介護保険事業では、要介護状態になった人も、できるだけ住み慣れた地域での自分らしい生活を続けられるよう、自立支援・重度化防止に取り組んでいる。また、要介護状態にできるだけならないようにする介護予防は、市原市の第六期介護保険事業計画（分析対象の2016，2017年度データは、計画対象期間に含まれている）でも重点的に取り組む事項として、医療・介護連携推進と並んで掲げられている。

医療・介護連携推進としてもその目指すところは、疾病を抱えても、自宅などの住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるようにすることとなっている。医療・介護連携の局面だけを切り取ってデータ分析の対象とする必要はないのではないかと、市原市と協会は考え、自立化支援・重度化防止や介護予防の施策に活用することを目的の一つに加えた。

また、共同研究で示した介護データ分析方法は、他の市区町村でも活用できると考えられる。その市区町村の医療・介護連携の現状把握、課題検討や、施策検討に役立てることが考えられる。データ分析方法の活用方法や留意点等を整理し、他の市区町村での活用に役立てることも、本共同研究の目的の一つである。

（図 3-1-3 介護認定・介護レセプトデータ分析の目的）

データ分析結果の市原市での活用	・ 市原市の医療・介護関係者等で、データ分析結果を共有し、医療・介護連携の推進に役立てる ・ データ分析結果を、自立支援・重度化防止や介護予防など、市原市の介護保険事業に役立てる
データ分析・活用方法の普及（他の市区町村への普及）	・ 他の自治体が、医療・介護連携推進や介護保険事業の施策検討に役立つ介護認定・介護レセプトデータ分析の活用方法として、公開し、普及に努める

◎ 分析対象データの期間と件数

重度化・軽度化と介護サービス利用の傾向を把握するという分析の目的より検討し、4年分のデータが必要と考えた。介護データの対象期間、および分析対象としたデータの件数を「図3-1-4」に示す。

（図 3-1-4 分析対象の介護認定・介護レセプトデータの概要）

データの種類	**データの対象期間等**	**件数**
介護認定データ	2014年2月より2018年3月 （申請日基準）	48,894件
介護レセプトデータ	2014年5月より2018年5月 （審査年月基準）	3,524,258件
分析用資格データ	2018年10月19日時点 現存被保険者および資格喪失者	122,734件

◎ データ分析の観点

データ分析の目的に従ったデータ分析内容を検討し、四つの分析の観点を洗い出し、それぞれの観点毎にデータ分析の方針、内容を整理した。分析の観点1は、重度化・軽度化の傾向と介護サービス利用の傾向を分析するものであり、自立支援・重度化防止の施策検討に活用することを目指している。

分析の観点2では、入院中に要介護認定を受けた場合等、特に医療・介護連携の場面を考慮して、分析の観点1と同様の分析を行う。また分析の観点3では、介護サービスを提供する介護サービス事業所の傾向を分析している。分析の観点2と分析の観点3はどちらも、医療・介護連携推進に関する施策検討に活用すること目指している。

分析の観点4は、日常生活圏域毎の新規認定割合を分析するものであり、介護予防施策の検討に活用することを目指している。

（図 3-1-5 データ分析の観点毎のデータ分析方針・内容）

データ分析の観点	データ分析の方針・内容
分析の観点1 重度化・軽度化と介護サービス利用の傾向	・ 対象期間を2016年度から2017年度の2年度とし、2016年度初めの要介護度と、2017年度末の要介護度を、2016年度初めの各要介護者について比較し、集計する（重度化・軽度化の傾向、介護認定データを使用する） ・ 同じ対象期間（2016年度から2017年度の2年度）に各要介護者が利用した介護サービスをサービス種類、サービス利用量等を含めて集計する（介護サービス利用の傾向、介護レセプトデータを使用する） ・ 重度化・軽度化の傾向と、介護サービス利用との関連について、年齢階級、要介護度等の要介護者属性も考慮して、分析する（介護サービス利用と、重度化・軽度化の傾向） ・ 自立支援・重度化防止の施策検討に活用することを考慮してデータ分析を行う
分析の観点2 医療・介護連携に関連する重度化・軽度化の傾向	・ 介護認定データの介護認定時の「現在の状況」項目が医療施設である要介護者や、特別な医療の必要性のある要介護者を対象として、分析の観点1に示す、重度化・軽度化の傾向と介護サービス利用の傾向を分析する（対象期間は、2016年度から2017年度の2年度） ・ 医療・介護連携推進に関する施策検討に活用することを考慮してデータ分析を行う
分析の観点3 医療・介護連携に関連する介護サービス事業所の傾向	・ 2014年度から2017年度の各年度について、入退院時の医療・介護連携や、看取り介護とターミナルケアに関する介護事業所の傾向を把握する（介護レセプトデータを使用） ・ 医療・介護連携推進に関する施策検討に活用することを考慮してデータ分析を実施する
分析の観点4 日常生活圏域毎の新規認定割合の傾向	・ 2016年度、2017年度の各年度について、年度初に要介護状態でない高齢者に対する、年度新規認定者の割合を集計する（介護認定データを使用） ・ 介護予防活動についてのデータと突き合わせることにより、介護予防に関する施策検討に活用できる（本共同研究は、介護予防活動データを対象としていないことから、今回、突き合せは実施していない）

3.2 介護データ分析の方法

ここでは、本共同研究の介護データ分析の概要のうちポイントとなる項目として、分析対象データの参照項目、データ抽出、匿名化、集計・分析の手順、重度化・軽度化の集計・分析方法を示す。

◎ 介護データ分析方法の概要 ～ 分析対象データの参照項目

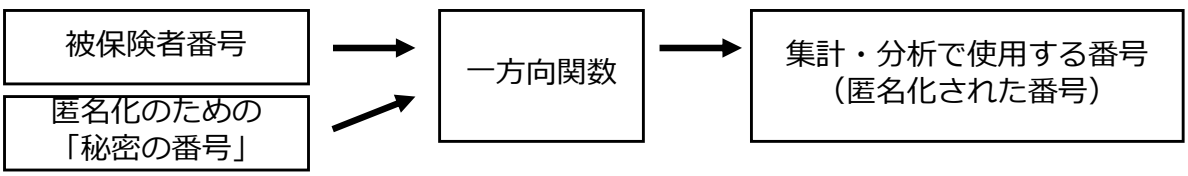
本共同研究で分析する介護データの、参照項目について、「図 3-2-1」に示す。分析では、心身状態変化を介護認定データにより把握する方法を採用している。そのため、同じ要介護者に対して2件以上の介護認定データがあるという条件を考慮した期間をデータの分析対象とする必要がある。

（図 3-2-1 介護データの主な参照項目）

データの種類	主な参照目的	主な参照項目
介護認定データ	要介護者の心身状態等を把握する	申請年月日 申請区分（法令） 申請区分（申請時） 年齢 性別 二次判定結果 有効期限開始年月日 有効期限終了年月日 特別な医療の必要 現在の状況(*) 障害高齢者自立度 認知症高齢者自立度 匿名化された番号(**)
介護レセプトデータ	要介護者が利用した介護サービスを把握する	介護サービス提供年月 事業所番号 サービス種別コード サービスコード サービス単位数 匿名化された番号(**)
分析用資格データ	日常生活圏域毎の集計・分析を行うため、 要介護者の郵便番号を把握する	資格取得日 資格喪失日 郵便番号 匿名化された番号(**)

(*) 現在の状況： 介護認定データの「現在の状況」項目は、認定調査時に居住している場所を示している。分類は、次の9種類。
居宅(施設利用なし)、 指定介護老人福祉施設、 介護老人保健施設、 指定介護療養型医療施設、グループホーム、 ケアハウス等、医療機関(医療保険適用療養病床)、 医療機関(療養病床以外)、 その他の施設

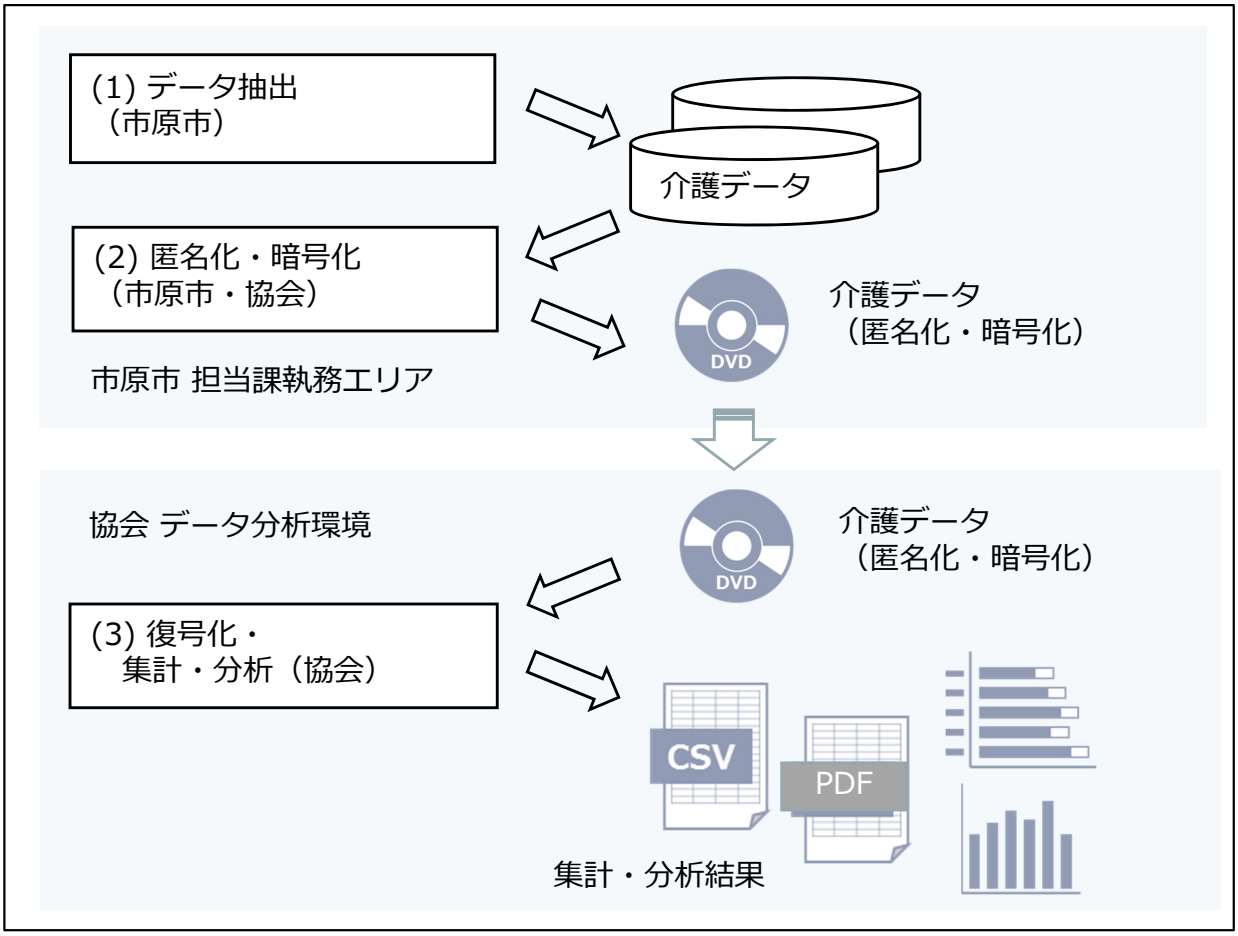
(**) 匿名化された番号： 下記の仕組みにより、匿名化された番号から、被保険者番号を知ることはできない。また、「秘密の番号」を知らない限り、被保険者番号に対応する匿名化された番号を知ることはできない



◎ データ分析方法の概要 ～ データ抽出、匿名化、集計・分析の手順

「図 3-2-2」、「図 3-2-3」に、介護データ分析の手順を示す。この図に示すとおり、介護データ分析の手順は、データ抽出、匿名化と暗号化の実施、復号化・集計・分析実施の三つのステップよりなる。

（図 3-2-2 データ抽出、集計分析の手順）



（図 3-2-3 データ抽出、集計分析手順の各ステップの説明）

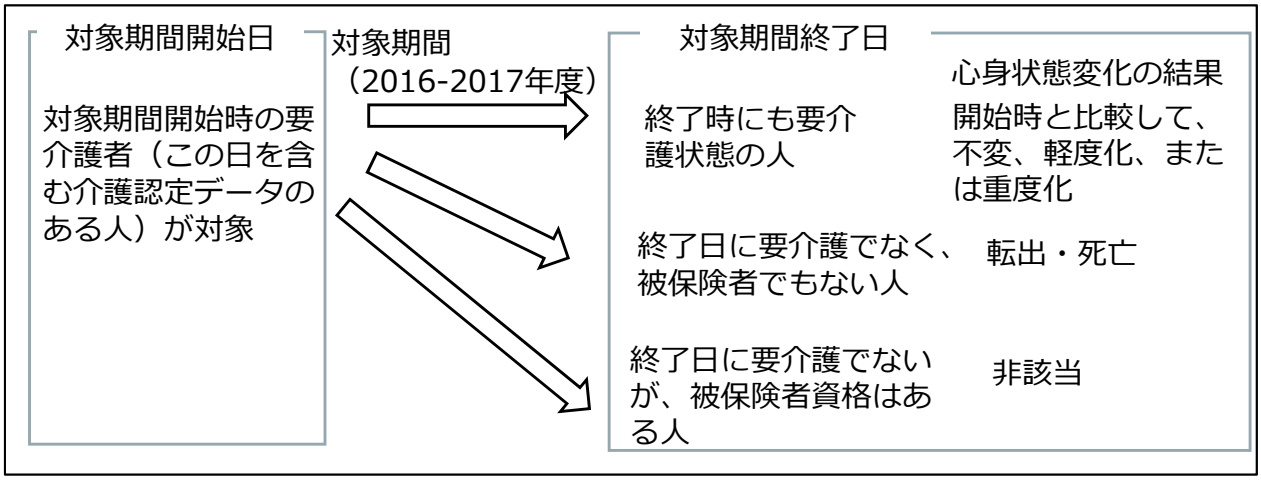
(1) データ抽出	・ 介護認定データは、自治体より厚生労働省に送信するデータを抽出した。送信年月日により、いくつかのファイルに分かれているので、必要期間のファイルを抽出した。 ・ 介護レセプトデータおよび分析用資格データは、介護保険事務システムより、同システムの抽出機能を利用して抽出した。 ・ データ抽出は市原市の担当課の職員が実施した。
(2) 匿名化、不要データ内容削除と暗号化	・ 協会の分析環境で、介護データの分析を実施するため、(1)で抽出したデータを匿名化し、市原市より協会までの搬送（ハンドキャリー）時の安全対策として暗号化し、協会の分析環境に介護データを持ち込んだ。 ・ 匿名化と暗号化は、市原市職員と協会とで実施した。
(3) 復号化、集計・分析	・ 暗号化した匿名化介護データを復号化し、匿名化介護データの集計・分析を行った。 ・ 安全対策のため、集計・分析用パソコンとしてはネットワークから切り離したパソコンを使用し、集計・分析用パソコンと持ち込んだ匿名化介護データ（電子媒体）は、施錠付きのキャビネットに保管した。

◎ データ分析方法の概要　～ 対象期間における軽度化・重度化の把握方法

介護認定データには、要介護者の要介護度等の情報が含まれているので、要介護者の心身状態を知ることができる。ある一人の要介護者について、介護認定毎の心身状態を比較すれば、心身状態の変化を把握することができる。

実際に自立支援・重度化防止や、医療・介護連携の施策検討に活用するためには、自治体全体の要介護者の、一定期間の心身状態変化を集計することが必要となる。「図 3-2-4」は、一定期間を2016年度から2017年度の2年間とした場合の、心身状態変化の集計方法を示している。

（図 3-2-4 データ抽出、集計分析手順の各ステップの説明）



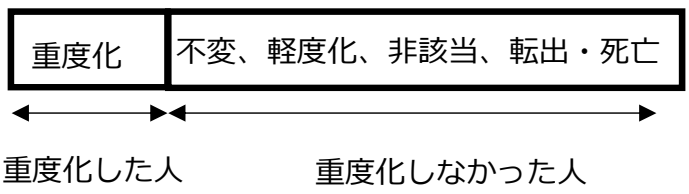
- 心身状態変化を集計する対象者は、対象期間開始日（2016年4月1日）を含む有効な認定期間を持つ要介護者（市原市の被保険者資格を持つ要介護者）とする
- 集計対象者について、対象期間終了日（2018年3月31日）を含む有効な介護認定データがある場合は、介護認定データの要介護度等の心身状態を参照し、対象期間終了時の心身状態とみなし、対象期間開始時の心身状態と比較した結果を、心身状態変化（「不変」、「軽度化」、または「重度化」）とみなす
- 対象期間終了時の有効な介護認定データがない場合の内、被保険者資格があれば「非該当」、被保険者資格がなければ「転出または死亡」とみなした。

「図 3-2-5」は、年齢階級、日常生活圏域等のグループ間での重度化・軽度化を比較するための重度化オッズ比、軽度化オッズ比の考え方を示している。重度化オッズ比、軽度化オッズ比は、推定値と信頼区間により評価する。

（図 3-2-5 重度化オッズ比、軽度化オッズ比の考え方）

オッズ： グループ毎に計算する（年齢階級、日常生活圏域等）

重度化オッズ
重度化した人数の
重度化しなかった人数に対する比率



オッズ比： グループとグループを比較する

グループAのグループBに対する重度化オッズ比 ＝ グループAの重度化オッズ ／ グループBの重度化オッズ

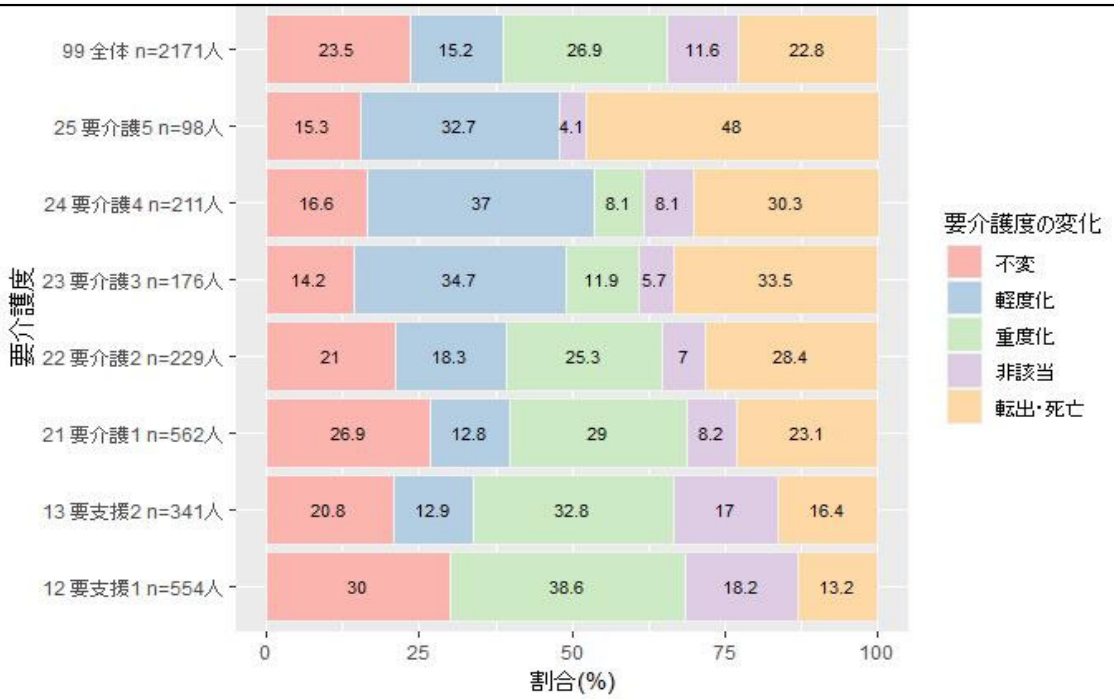
（※：軽度化オッズ比の考え方についても同様）

3.3 データ分析結果と考察

◎ 分析の観点1： 重度化・軽度化と介護サービス利用の傾向

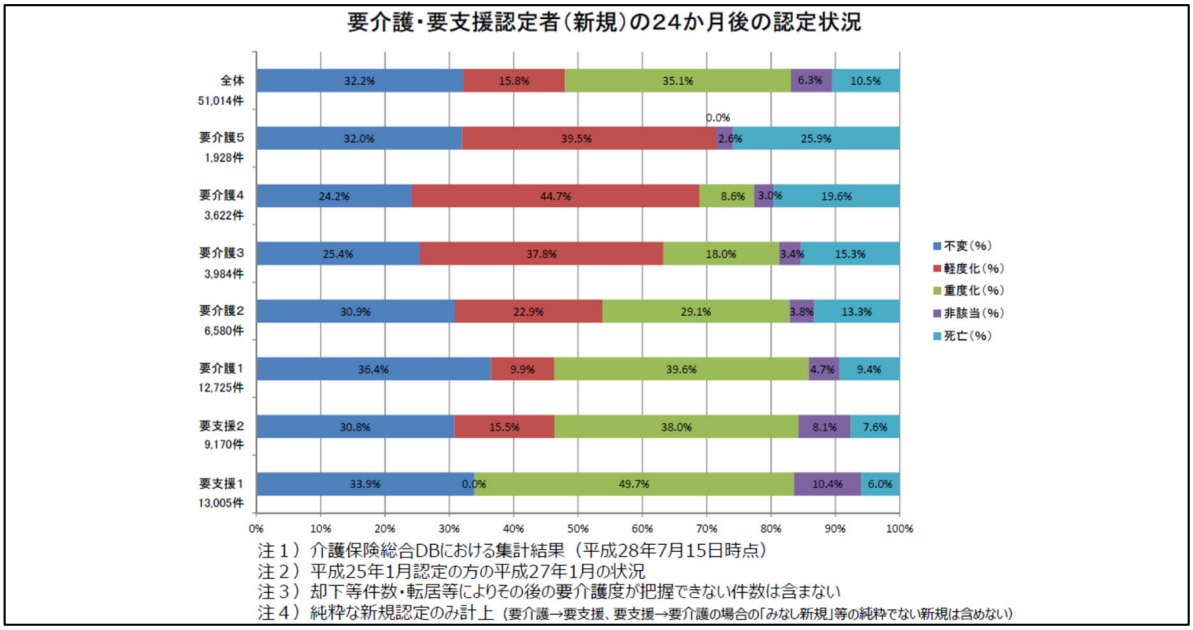
「図 3-3-1-1」は、2016-2017年度の重度化・軽度化の傾向を、新規認定者を対象として2016年度初の要介護度別に集計した結果である（2016年度初めの要介護認定者総数11,289人の内、直近の認定が新規認定者の2,171人を対象）。新規認定者全体では、軽度化15.2%、重度化26.9%となっている。同様な参考となる全国データ（2013年1月の新規認定者の24か月後の要介護度）を、「参考図 3-3-1-2」に示す。新規認定者では、軽度化15.8%、重度化35.1%となっている。

（図 3-3-1-1 要介護度別の重度化・軽度化の傾向 2016-2017年度、新規認定）



(*) 2016年度初の要介護者を対象に、要介護度別に、2017年度末までの重度化・軽度化の傾向を介護認定データにより集計・分析したもの。「転出・死亡」は、 2017年度末に介護保険の被保険者でなくなっている人を、「非該当」は、2017年度末に被保険者だが介護認定者でなくなっている人をそれぞれ集計している。集計には、65歳未満の要介護者を含んでいる。転入などにより、2016年度初の要介護度が介護認定データに含まれていない人は、この集計に含まれていない。

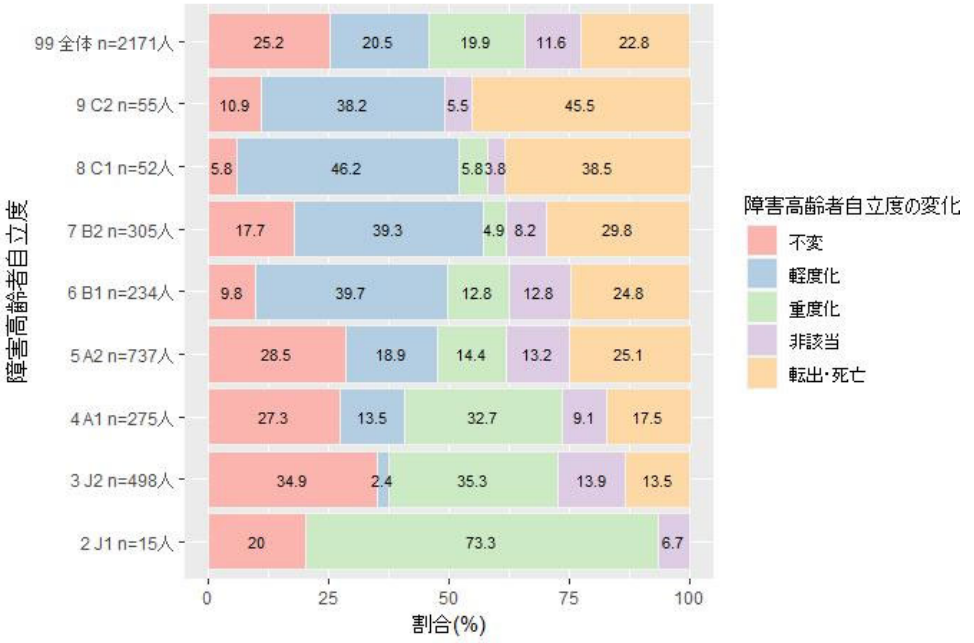
（参考図 3-3-1-2 要介護・要支援者認定者の24か月後の認定状況 2013年1月の認定）
社会保険審議会 介護保険部会（第63回）2016年9月7日 参考資料2



【障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度重度化・軽度化の傾向】

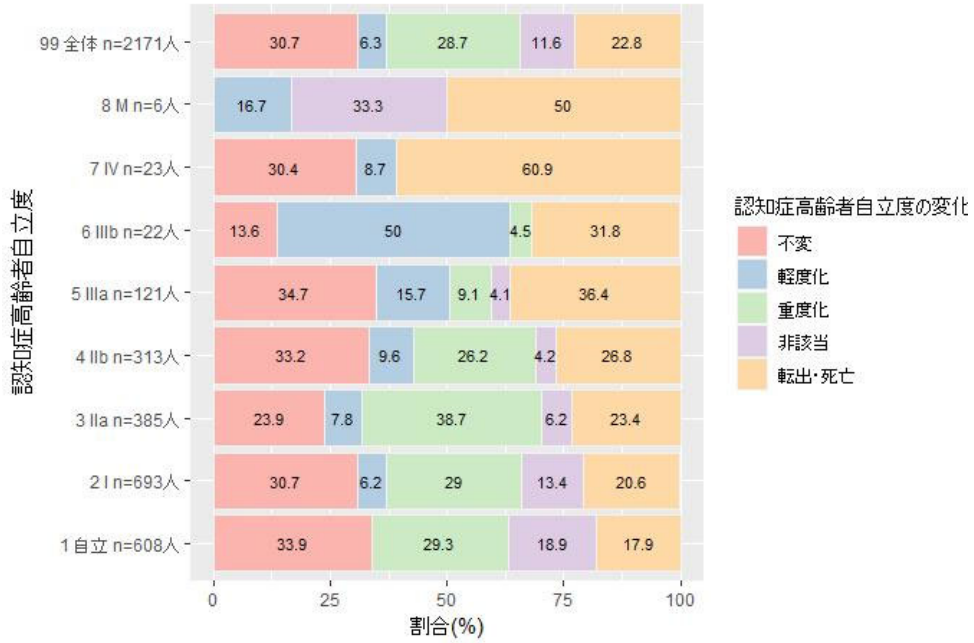
「図 3-3-1-3」は、2016-2017年度の障害高齢者自立度重度化・軽度化の傾向を、2016年度初の障害高齢者自立度別に集計した結果である。新規認定者全体では、軽度化20.5%、重度化19.9%となっている。同様に認知症高齢者自立度重度化・軽度化の傾向を「図 3-3-1-4」に示す。同じく新規認定者全体では、軽度化6.3%、重度化28.7%となっている。

（図 3-3-1-3 障害高齢者自立度重度化・軽度化の傾向　2016-2017年度）



(*) 2016年度初の要介護者を対象に、障害高齢者自立度別に、2017年度末までの障害高齢者自立度の重度化・軽度化の傾向を介護認定データにより集計・分析したもの。「転出・死亡」は、 2017年度末に介護保険の被保険者でなくなっている人を、「非該当」は、2017年度末に被保険者だが介護認定者でなくなっている人をそれぞれ集計している。集計には、65歳未満の要介護者を含んでいる。転入などにより、2016年度初の要介護度が介護認定データに含まれていない人は、この集計に含まれていない。

（図 3-3-1-4 認知症高齢者自立度重度化・軽度化の傾向 2016-2017年度）



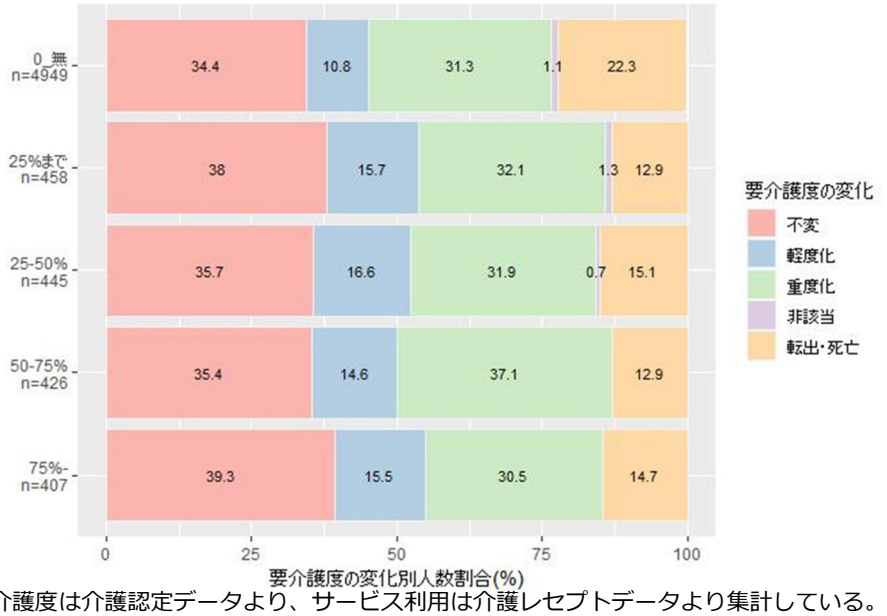
(*) 2016年度初の要介護者を対象に、認知症高齢者自立度別に、2017年度末までの認知症高齢者自立度の重度化・軽度化の傾向を介護認定データにより集計・分析したもの。「転出・死亡」は、 2017年度末に介護保険の被保険者でなくなっている人を、「非該当」は、2017年度末に被保険者だが介護認定者でなくなっている人をそれぞれ集計している。集計には、65歳未満の要介護者を含んでいる。転入などにより、2016年度初の要介護度が介護認定データに含まれていない人は、この集計に含まれていない。

【心身状態変化と介護サービス利用の傾向】

「図 3-3-1-5」は、通所リハビリテーション利用者の重度化・軽度化の傾向を示している（居宅系サービス利用者を対象とした比較）。対象期間（2か年度）のサービス利用量（単位数）を集計し、サービス利用量の少ない順に25%まで、50%まで、75%まで、75%以上にグループ分けして、利用量の多さの目安として比較している。

通所リハビリテーションサービス利用者を、利用しない人と比べると、軽度化が多く、重度化が同じ程度という傾向がみられる。

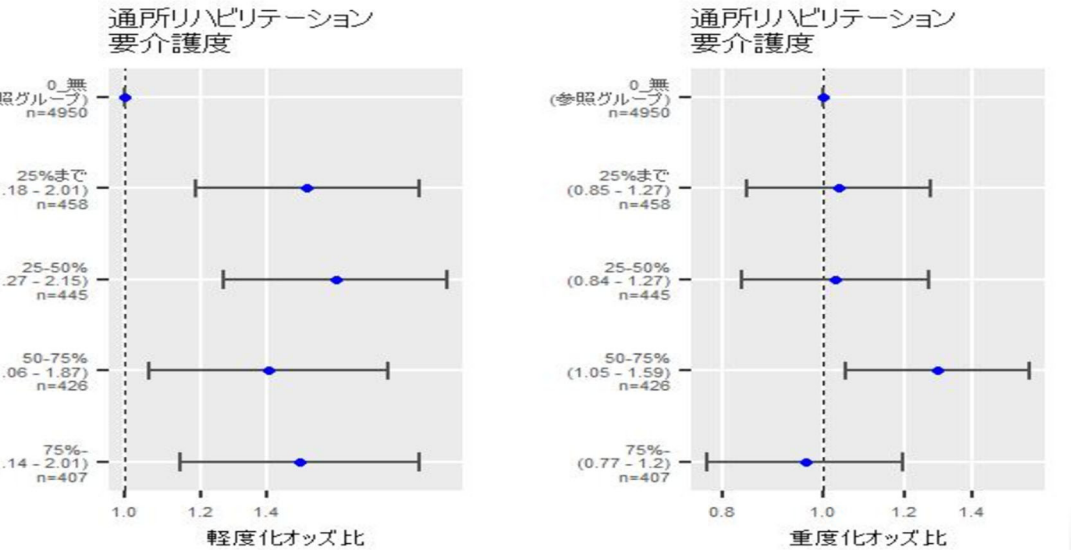
（図 3-3-1-5 通所リハビリテーション利用者の重度化・軽度化の傾向
サービス利用量パーセンタイル別 2016-2017年度）



(*) 要介護度は介護認定データより、サービス利用は介護レセプトデータより集計している。 2016-2017年度に居宅系だけを利用した要介護者（毎月利用、不使用月有を含む）が対象。サービス利用者について、居宅系・施設系利用者も含めてサービス利用量（2016-2017年度のサービス利用単位数の合計）により4等分し、少ない順に25%まで、25-50%、50-75%、75%以上としている。

「図 3-3-1-6」は、「図 3-3-1-5」と同じデータをオッズ比で示したものである。右側は重度化オッズ比、左側は軽度化オッズ比を示している。通所リハビリテーションを利用している要介護者を、利用していない要介護者と比較すると、軽度化することが多いことを示している。

（図 3-3-1-6 通所リハビリテーション利用者の重度化・軽度化オッズ比
サービス利用量パーセンタイル別 2016-2017年度）



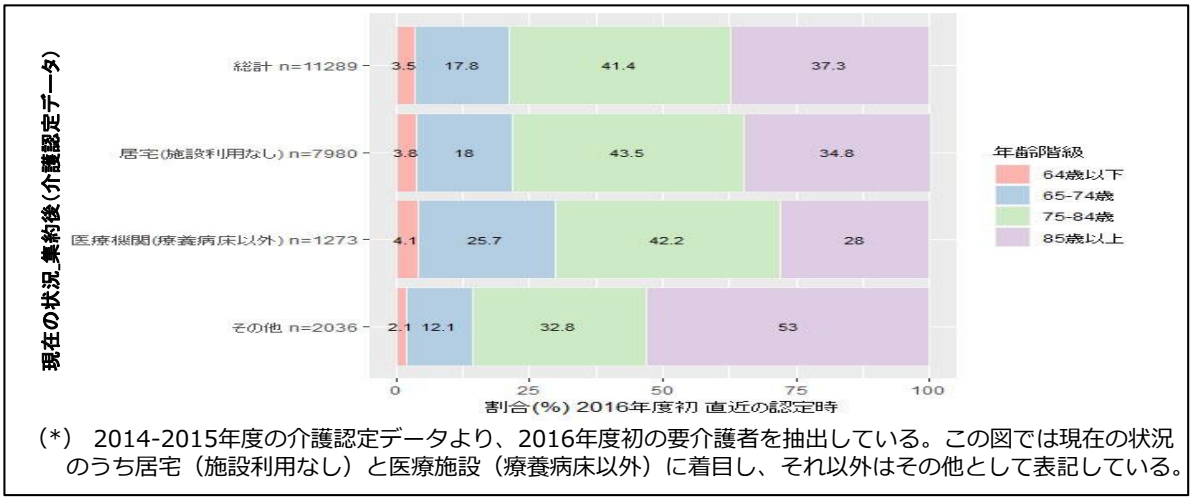
(*)要介護度変化については、図3-3-1-1と同じ。通所リハビリテーション利用については、介護レセプトデータを集計している。軽度化オッズ比では軽度化とそれ以外、重度化オッズ比では重度化とそれ以外を比較している。

◎ 分析の観点2 医療・介護連携に関連する心身状態変化の傾向

「図 3-3-2-1~3-3-2-6」では、介護認定データの「現在の状況」項目（認定調査時に居住している場所）別に分析している。

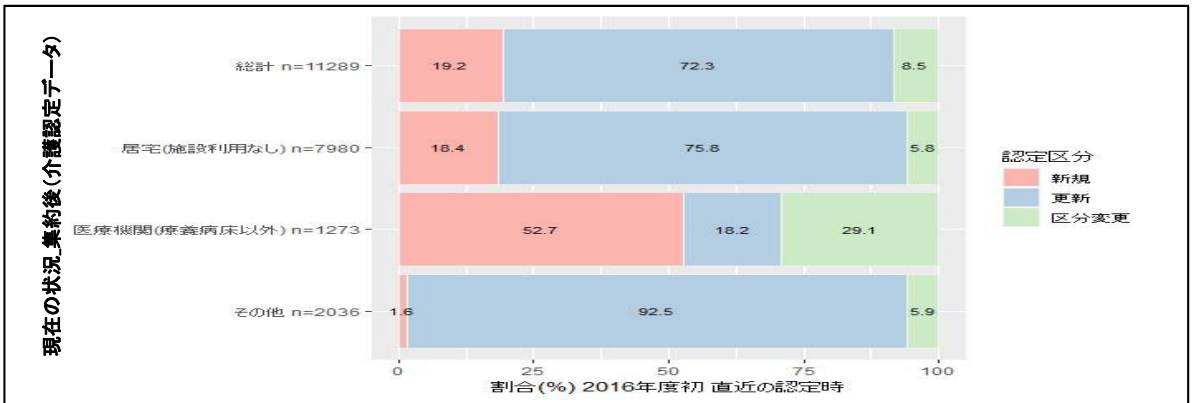
「図 3-3-2-1」は、「現在の状況」別の年齢構成を、「図 3-3-2-2」は、「現在の状況」別の認定区分を、「図 3-3-2-3」は、「現在の状況」別の要介護度を示している。「現在の状況」が医療施設である要介護者を、「現在の状況」が居宅である要介護者と比較すると、年齢構成では74歳以下がやや多く、認定区分では新規認定と区分変更が多く、要介護度では中重度が多くなっている。

（図 3-3-2-1 介護認定時の場所別の年齢構成）



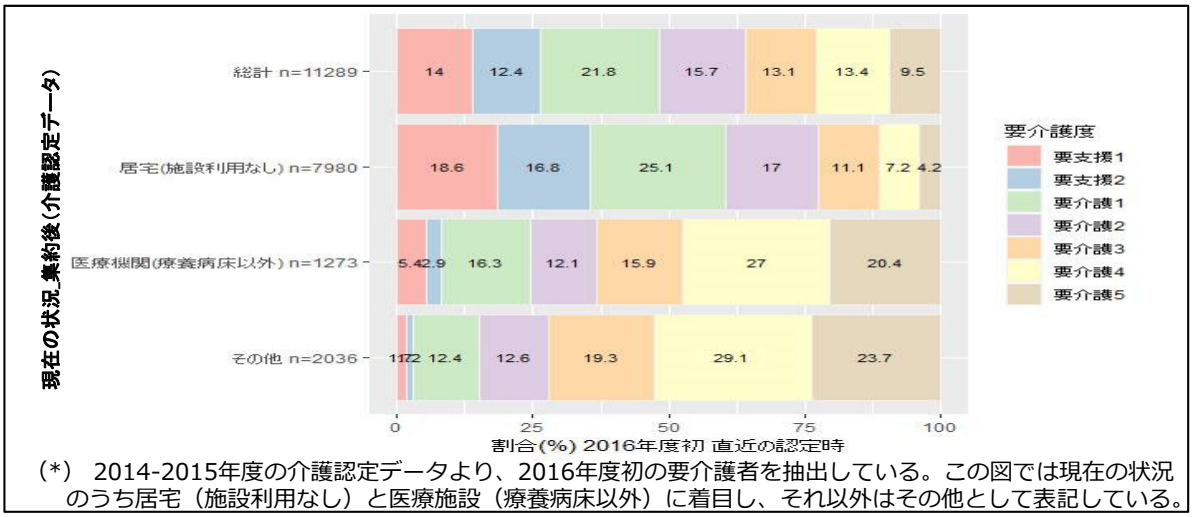
（*） 2014-2015年度の介護認定データより、2016年度初の要介護者を抽出している。この図では現在の状況のうち居宅（施設利用なし）と医療施設（療養病床以外）に着目し、それ以外はその他として表記している。

（図 3-3-2-2 介護認定時の場所別の認定区分）



（*） 2014-2015年度の介護認定データより、2016年度初の要介護者を抽出している。この図では現在の状況のうち居宅（施設利用なし）と医療施設（療養病床以外）に着目し、それ以外はその他として表記している。

（図 3-3-2-3 介護認定時の場所別の要介護度）

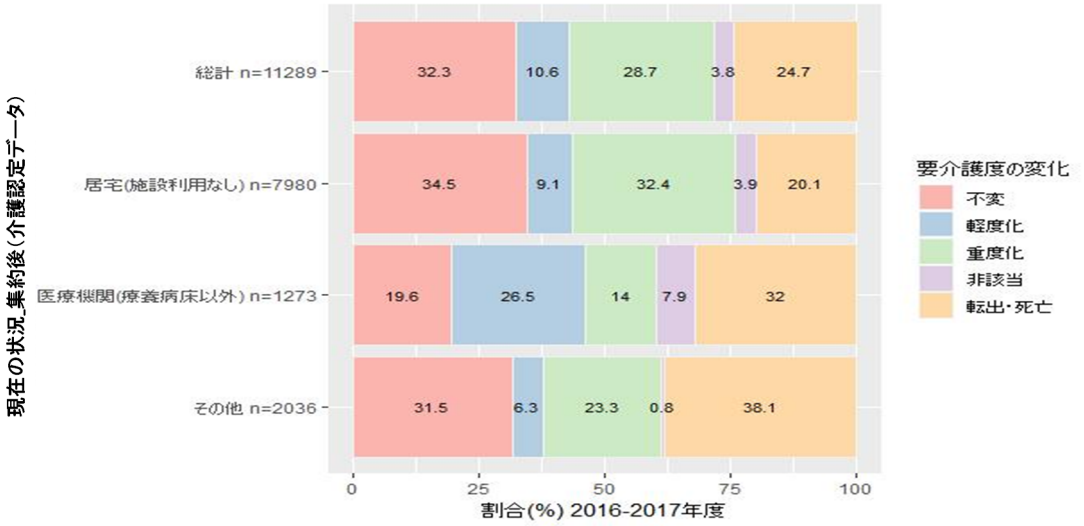


（*） 2014-2015年度の介護認定データより、2016年度初の要介護者を抽出している。この図では現在の状況のうち居宅（施設利用なし）と医療施設（療養病床以外）に着目し、それ以外はその他として表記している。

【医療施設で介護認定を受けた人は、どのような介護サービスを受け、どうなっているか】

「図 3-3-2-4」は、重度化・軽度化の傾向について、「現在の状況」別に示している。「現在の状況」が医療施設である要介護者を、「現在の状況」が居宅である要介護者と比較すると、軽度化が多く、重度化が少なくなっている。

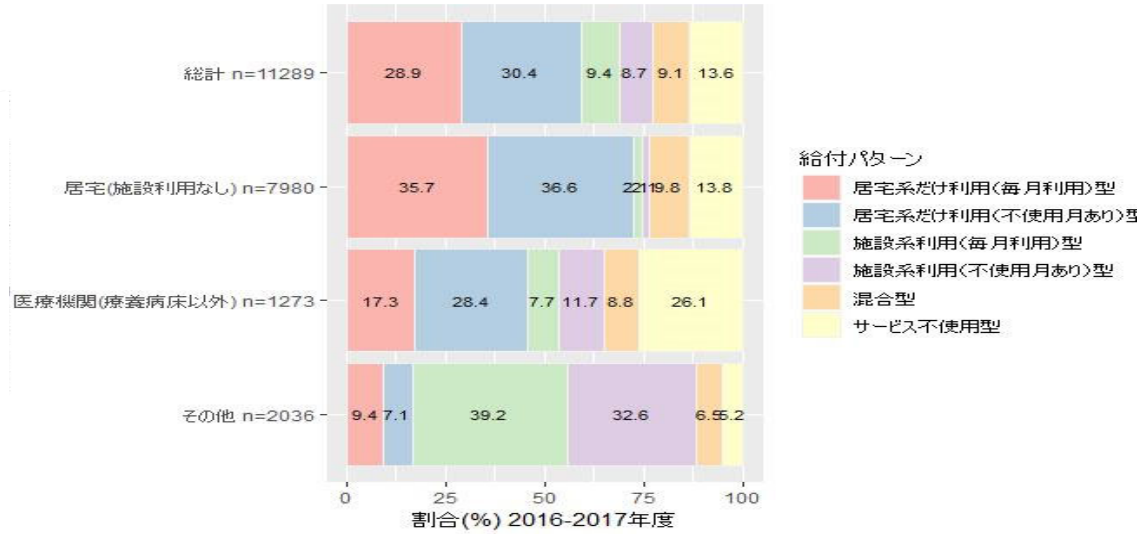
（図 3-3-2-4介護認定時の場所別の重度化・軽度化の傾向）



（*） 要介護度の変化については、図3-3-1-1を参照。また、この図では「現在の状況」のうち居宅（施設利用なし）と医療施設（療養病床以外）に着目し、それ以外はその他として表記している。

「図 3-3-2-5」は、介護サービス利用パターンについて、「現在の状況」別に示している。「現在の状況」が医療施設である要介護者を、「現在の状況」が居宅である要介護者と比較すると、施設系サービス利用者の割合が多く、居宅系サービス利用者の割合が少なくなっている。

（図 3-3-2-5 介護認定時の場所別の介護サービス利用パターン）



（*） 要介護度の変化については、図3-3-1-1を参照。また、この図では「現在の状況」のうち居宅（施設利用なし）と医療施設（療養病床以外）に着目し、それ以外はその他として表記している。

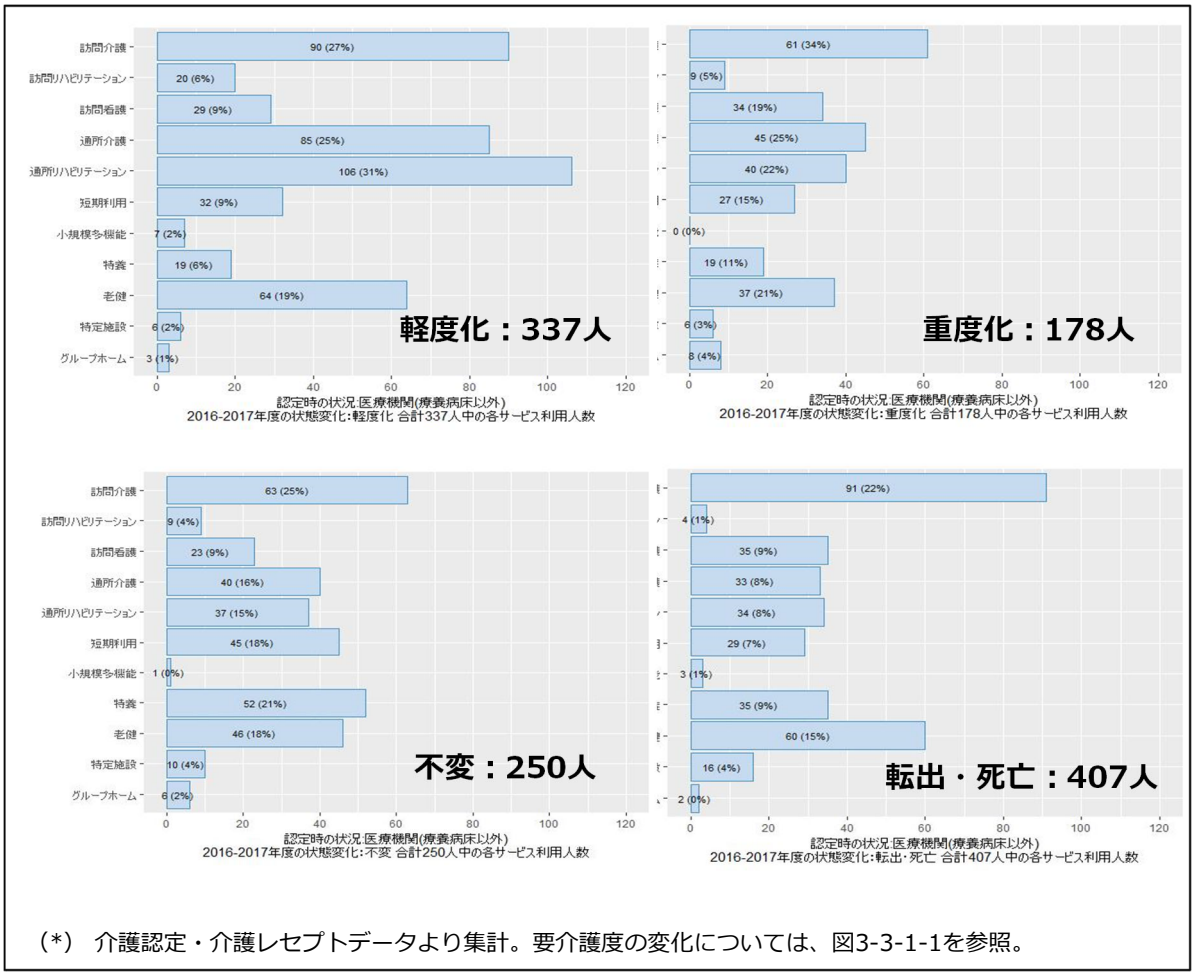
【医療施設で介護認定を受けた人は、どのような介護サービスを受け、どうなっているか ～ サービス種類別】

「図 3-3-2-6」は、認定時の「現在の状況」が医療機関（療養病床以外）であった要介護者について、2016-2017年度の要介護度の変化の種類毎に、利用した介護サービスの人数を示している（非該当への変化については利用人数が少ないのでここでは省略している）。2年の間に複数のサービスを利用した人は重複して集計されている。例えば、退院後、老健を経由して在宅に戻り、訪問介護と通所介護を利用した人は、それぞれのサービス種類の利用者として集計されている。

軽度化した人の中では、通所リハビリテーション(31%)、訪問介護(27%)、通所介護(25%)、老健(19%)のサービスを利用した人が多い。重度化した人の中では、訪問介護(34%)、通所介護(25%)のサービスを利用した人が多い。状態が変わらなかった人では、訪問介護(25%)、特養(21%)、転出・死亡の人では、訪問介護(22%)、老健(15%)が多くなっている。

一方介護サービス種類毎にみると、例えば2年の間に通所リハビリテーションを利用した人については、非該当に変化した3人を加えた全体220人の利用者のうち、不変が37人(17%)、軽度化が106人(48%)、重度化が40人(18%)、転出・死亡が34人(15%)となっている。

（図 3-3-2-6 認定時の「現在の状況」が医療施設であった要介護者の
軽度化・重度化と利用した介護サービス種類）



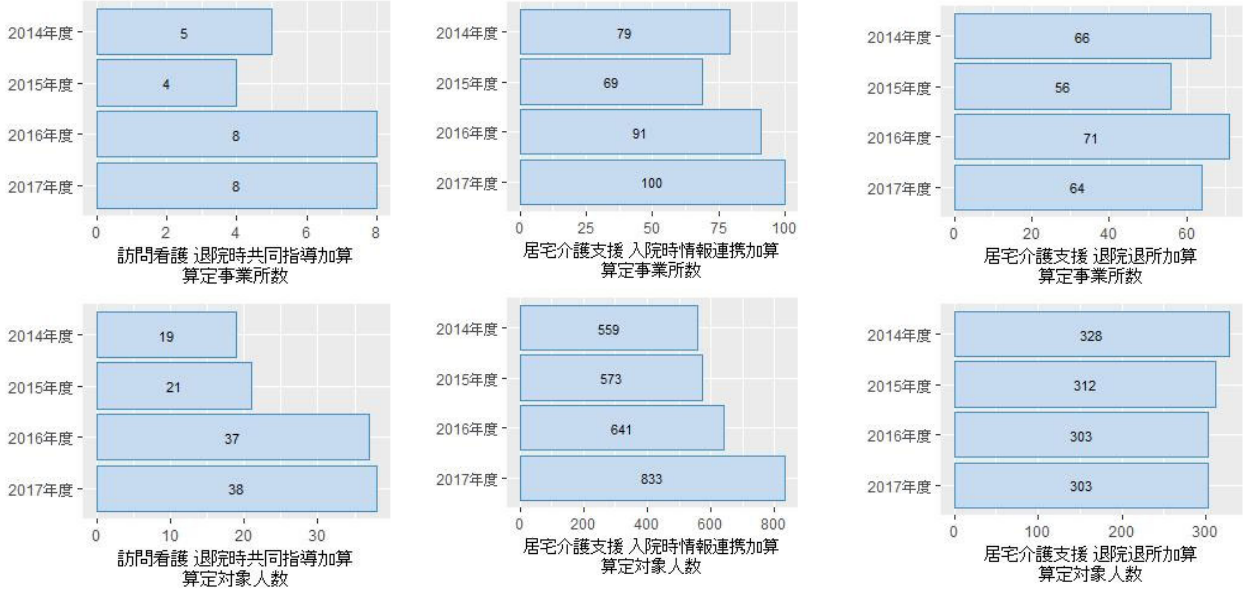
（*） 介護認定・介護レセプトデータより集計。要介護度の変化については、図3-3-1-1を参照。

◎ 分析の観点3 医療・介護連携に関連する介護サービス事業所の傾向

入退院時の医療・介護連携について介護サービス事業所の傾向をみるため、退院時共同指導加算（訪問看護）、入院時情報連携加算（居宅介護支援）、退院・退所加算（居宅介護支援）を集計した（図 3-3-3-1）。上段が算定事業所数（市原市の住民を対象とした市外の事業所を含む）、下段が対象人数を示している。

退院時共同指導加算、入院時情報連携加算は増加傾向にあるが、退院・退所加算は横ばいないし減少傾向にある。

（図 3-3-3-1 入退院時の医療・介護連携に関する事業所の傾向 年次推移 2014-2017年度）

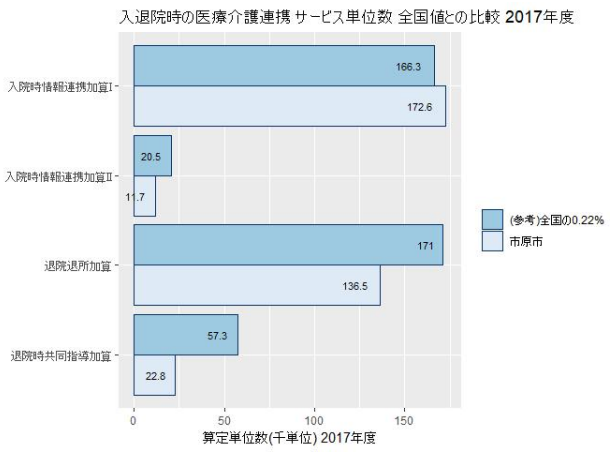


（＊）2014-2017年度の介護レセプトデータより、該当する加算データを抽出している。算定事業所数には、市原市の住民を対象とした市外の事業所を含んでいる。

「図 3-3-3-2」は、入退院時の医療・介護連携についての介護サービス事業所の傾向を全国値と比較している。全国値としては介護給付費等実態統計の数値を用い、市原市との比較のため、高齢者人口の比率（高齢者人口で市原市は全国の0.22%となる）をかけている。

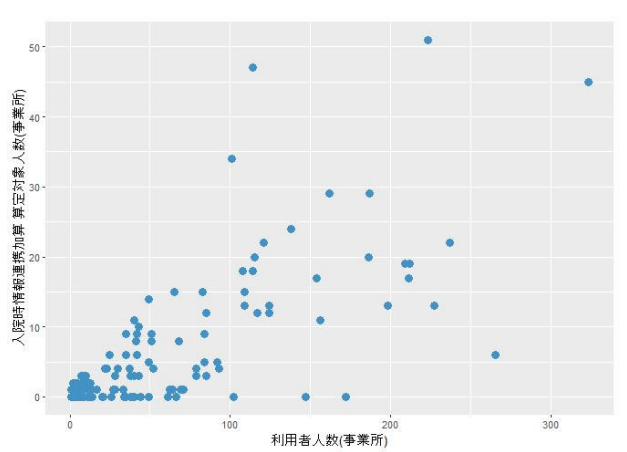
また、「図 3-3-3-3」は、入退院時の医療・介護連携のうち、入院時の情報連携についての事業所の傾向を示している。図の点は、事業所を示していて、各事業所の利用人数と、算定対象人数を表している。

（図 3-3-3-2 全国値との比較2017年度）



（*）市原市のデータは介護レセプトデータより、全国値は介護給付費等実態統計による

（図 3-3-3-3 各事業所の傾向 2017年度）



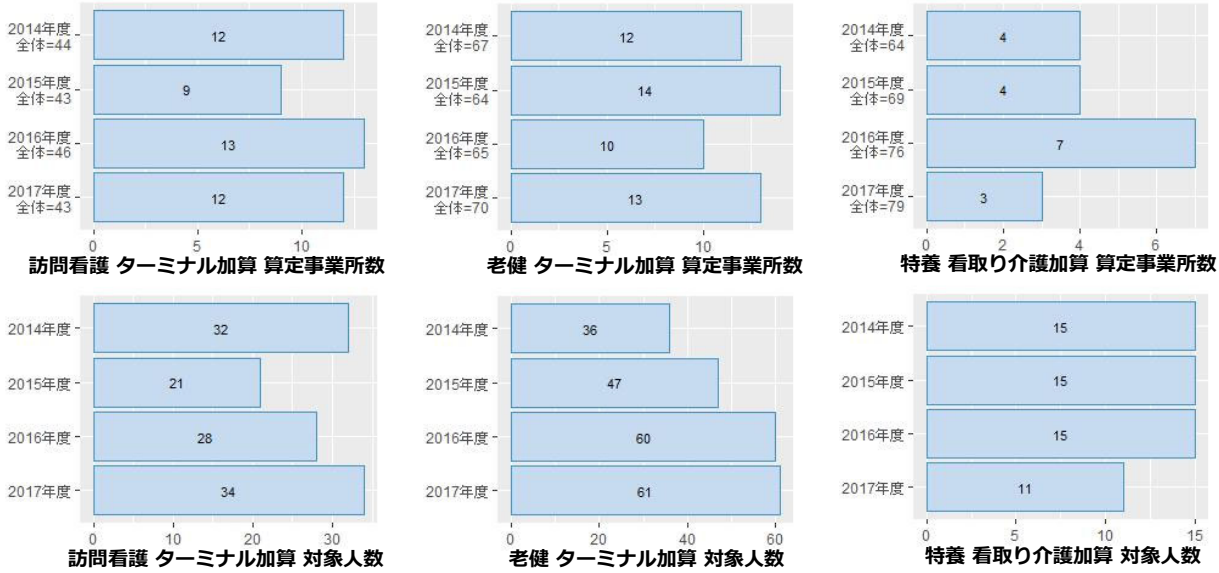
（＊）介護レセプトデータの集計による

【看取り介護とターミナルケア加算】

看取り介護とターミナルケアについて介護サービス事業所の傾向をみるため、特養、特定施設、グループホーム、小規模多機能の看取り介護加算、訪問看護、老健のターミナルケア加算を集計した（図 3-3-3-4、一部のみ）。上段が算定事業所数（市原市の住民を対象とした市外の事業所を含む）、下段が対象人数を示している。

訪問看護、老健のターミナル加算の対象人数は増加傾向にあるが、特養の看取り介護加算の対象人数は横ばいないし減少傾向にある。

（図 3-3-3-4 看取り介護とターミナルケア加算に関する事業所の傾向 年次推移 2014-2017年度）

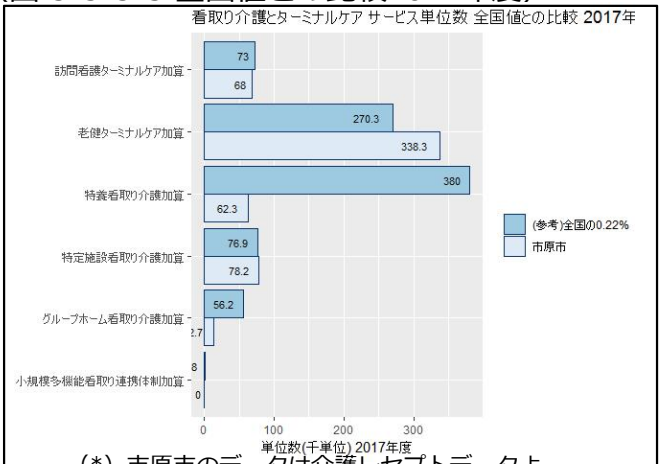


（＊）2014-2017年度の介護レセプトデータより、該当する加算データを抽出している。算定事業所数には、市原市の住民を対象とした市外の事業所を含んでいる。

「図 3-3-3-5」は、看取り介護とターミナルケア加算についての介護サービス事業所の傾向を全国値と比較している。全国値としては介護給付費等実態統計の数値を用い、市原市との比較のため、高齢者人口の比率（高齢者人口で市原市は全国の0.22%となる）をかけている。訪問看護と老健のターミナルケア加算、特定施設の看取り介護は全国と同等レベルだが、特養とグループホームの看取り加算は全国値より少なくなっている。

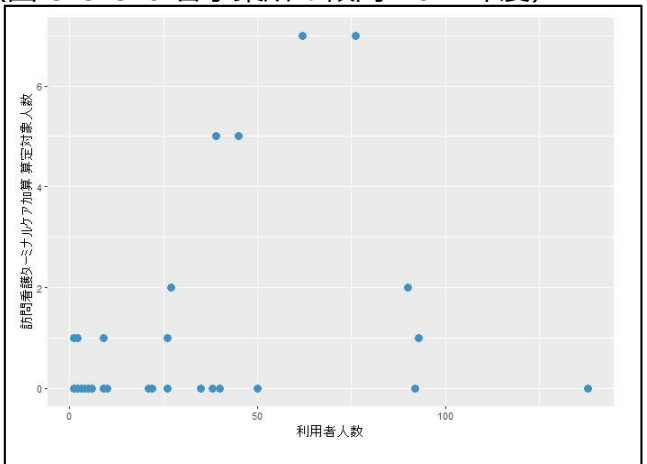
また、「図 3-3-3-6」は、看取り介護とターミナルケア加算のうち、訪問看護のターミナルケア加算についての事業所の傾向を示している。図の点は、事業所を示していて、各事業所の利用人数と、算定対象人数とを表している。利用人数が多く、ターミナルケア加算の多くない事業所もある。

（図 3-3-3-5 全国値との比較2017年度）



（*）市原市のデータは介護レセプトデータより、全国値は介護給付費等実態統計による

（図 3-3-3-6 各事業所の傾向 2017年度）



（＊）介護レセプトデータの集計による

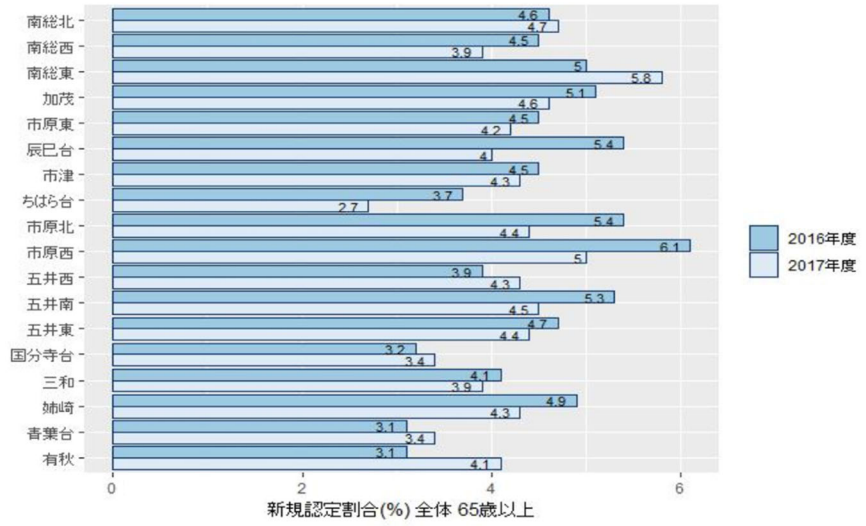
◎ 分析の観点4 日常生活圏域毎の新規認定割合の傾向

介護予防施策検討に活用するため、日常生活圏域毎の65歳以上の新規認定者の割合（年度初に要介護認定でなかった高齢者のうちで、年度内に要介護状態になった人数を、要介護状態にならなかった人数と比較する）を、日常生活圏域間で比較した。「図 3-3-4-1」は、2016年度と2017年度についての比較を示している。

日常生活圏域間の差異を更に明確化するために、要支援1･2要介護1･2に絞ってオッズ比で比較しているのが、「図3-3-4-2」である。ここでは、高齢者人口が多い五井東を比較対象とし、他の日常生活圏域の五井東に対する比較を図示している。オッズ比が大きいほど新規認定の割合が大きいが、オッズ比については信頼区間という幅を持って評価する必要がある。信頼区間全体が1より大きいとき新規認定の割合が大きいといえる。

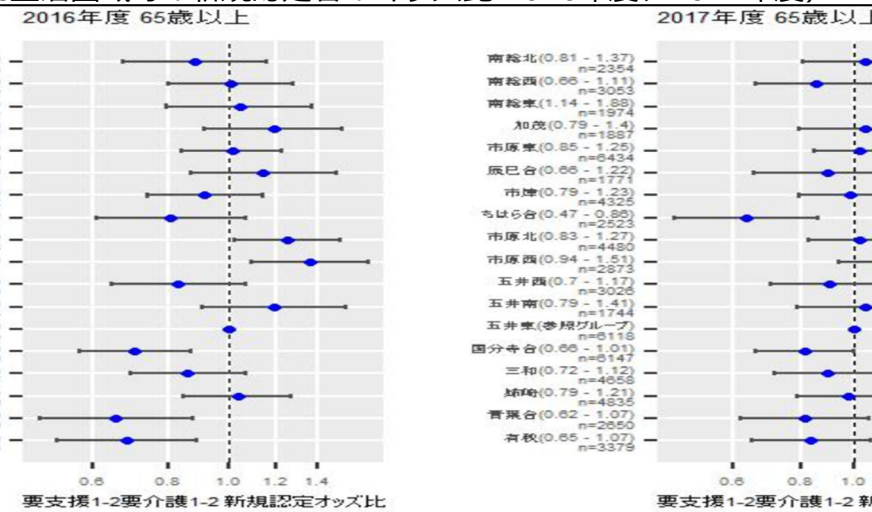
2016年度、2017年度のいずれかの年度で五井東よりはっきりと多い圏域が3圏域、少ない圏域が4圏域という集計・分析結果となった。

（図 3-3-4-1 日常生活圏域毎の新規認定者の増減 全体　2016-2017年度）



（＊）2016年度と2017年度の介護認定データのうち認定区分が新規で、分析用資格データに含まれる郵便番号により日常生活圏域を判別できるデータについて、その日常生活圏域の新規認定として集計している。分析用資格データ収録時点との市内転居等は考慮していないため、日常生活圏域の判定には多少の誤差がある。また、年度の区切りは有効期間の開始日を基準としている。

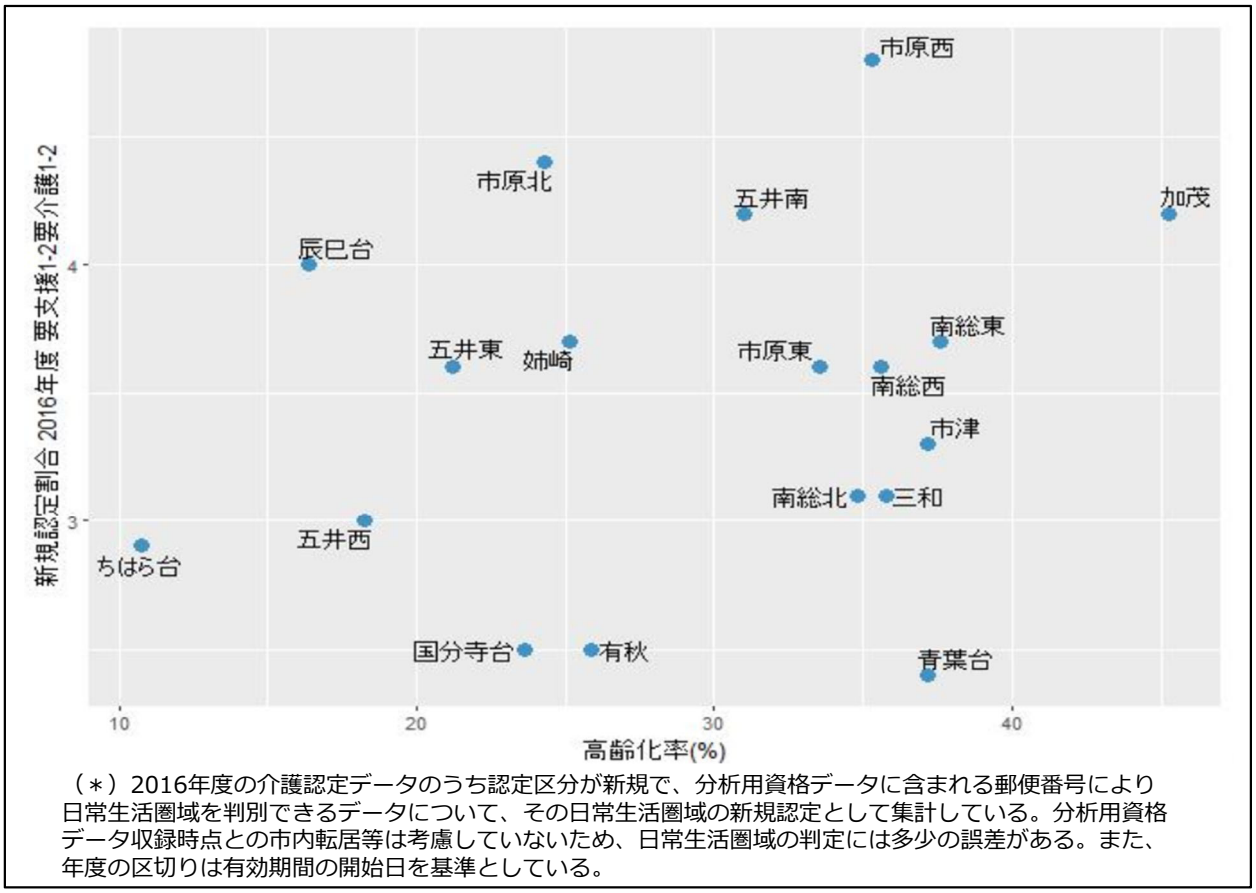
（図 3-3-4-2 日常生活圏域毎の新規認定者のオッズ比 2016年度、2017年度）



（＊）2016年度と2017年度の介護認定データのうち認定区分が新規で、分析用資格データに含まれる郵便番号により日常生活圏域を判別できるデータについて、その日常生活圏域の新規認定として集計している。分析用資格データ収録時点との市内転居等は考慮していないため、日常生活圏域の判定には多少の誤差がある。また、年度の区切りは有効期間の開始日を基準としている。

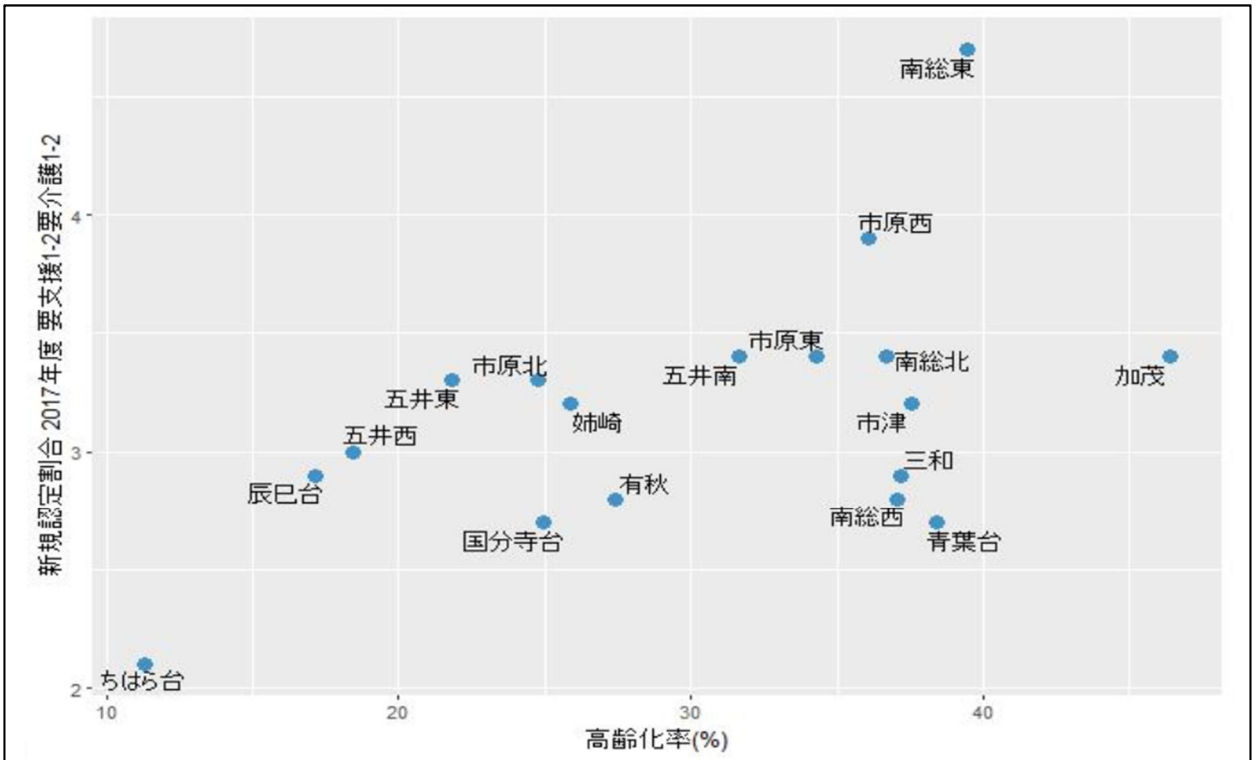
日常生活圏域の比較では高齢化率を考慮してみる必要がある。「図3-3-4-3」、「図3-3-4-4」は、2016年度、2017年度について、各日常生活圏域の高齢化率と新規認定者割合を示している。

（図 3-3-4-3 日常生活圏域毎の高齢化率と新規認定者割合 2016年度 要支援1-2、要介護1-2）



（＊）2016年度の介護認定データのうち認定区分が新規で、分析用資格データに含まれる郵便番号により日常生活圏域を判別できるデータについて、その日常生活圏域の新規認定として集計している。分析用資格データ収録時点との市内転居等は考慮していないため、日常生活圏域の判定には多少の誤差がある。また、年度の区切りは有効期間の開始日を基準としている。

（図 3-3-4-4 日常生活圏域毎の高齢化率と新規認定者割合 2017年度 要支援1-2、要介護1-2）



（＊）2017年度の介護認定データのうち認定区分が新規で、分析用資格データに含まれる郵便番号により日常生活圏域を判別できるデータについて、その日常生活圏域の新規認定として集計している。分析用資格データ収録時点との市内転居等は考慮していないため、日常生活圏域の判定には多少の誤差がある。また、年度の区切りは有効期間の開始日を基準としている。

◎ 結果のまとめと考察　～ 介護データ集計・分析結果について

分析の観点毎の結果のまとめと、自立支援・重度化防止、医療・介護連携推進、介護予防といった施策検討に分析結果をどのように活用できるか、といった考察を示す。

分析の観点1（重度化・軽度化と介護サービス利用の傾向）

新規認定者の重度化・軽度化等の傾向を参考となる全国データと比較した（図 3-3-1-1、図 3-3-1-2 を参照）。市原市のデータは対象期間がやや長い（全国データでは2013年1月の新規認定者の2年後の状態変化を見ているのに対し、市原市データでは2016年4月1日時点の認定者のうち直近の認定が新規認定であった人について、2年後の状態変化を見ている）ことなどにより、そのまま比較することはできないが、全国データと比べて、軽度化については同等、重度化については少なくなっている。但し、「不変」の割合が少なく、「転出・死亡」と「非該当」の割合が多くなっているので、このことを合わせてみる必要がある。

同様に「障害高齢者自立度」と「認知症高齢者自立度」について、新規認定者の重度化・軽度化等の割合を集計した（図 3-3-1-3、図 3-3-1-4 を参照）。利用できる全国データがなかったが、自立支援・重度化防止施策を考える際、「障害高齢者自立度」と、「認知症高齢者自立度」を分けて分析することは重要と考えられる。「認知症高齢者自立度」については、軽度化が少なく（6.3%）、重度化が多い（28.7%）という傾向がみられた。認知症重度化防止のための施策検討等に活用することが考えられる。

介護サービス利用との関連では、主なサービス種別ごとに、サービス利用と重度化・軽度化の傾向を分析したが、報告書本文では、「通所リハビリテーション」の例を示している（図 3-3-1-5、図 3-3-1-6 を参照）。「通所リハビリテーション」利用者のほうが、「通所リハビリテーション」を利用していない要介護者より、軽度化の割合が多いという傾向がはっきり確認できた。軽度化する可能性がある要介護者が、通所リハビリテーションを受けているため、といった要素も考えられるが、介護保険事業計画等の施策検討の際、参考になると考えられる。軽度化の割合の多いサービスとしてはこの他に「訪問リハビリテーション」がある。

分析の観点2（医療・介護連携に関連する重度化・軽度化の傾向）

2016-2017年度での要介護度の変化をみると、認定時の「現在の状況」が医療施設の人は、認定時の「現在の状況」が居宅の人と比べて、軽度化が非常に多く（26.5%）、重度化が少ない（14%）（図 3-3-2-4 を参照）。年齢構成がやや若く、認定区分で新規が多く、要介護度で中重度の方が多い（図 3-3-2-1、図 3-3-2-2、図 3-3-2-3 を参照）ことも影響していると考えられる。

認定時の「現在の状況」が医療施設の人の中で45%程度の人が、居宅系の介護サービスを受けている（図 3-3-2-5）。「現在の状況」が医療施設の人について、軽度化した人、重度化した人等について利用した介護サービス種類を集計したところ、軽度化した人の中では、通所リハビリテーション(31%)、訪問介護(27%)、通所介護(25%)、老健(19%)のサービスを利用した人が多く、重度化した人の中では、訪問介護(34%)、通所介護(25%)のサービスを利用した人が多い。また、通所リハビリテーションを受けた人の内訳をみると、軽度化が48%、重度化が18%等となっている （図3-3-2-6 を参照）。

分析の観点2のデータ分析より、入院時に要介護認定を受けた人のその後の重度化・軽度化の傾向、および軽度化、重度化した人のうちで利用者が多い介護サービス種類を把握することができた。こうした傾向は、医療関係者、介護関係者で共有し、医療・介護連携推進施策に役立てることができると考えられる。

分析の観点3（医療・介護連携に関連する介護事業所の傾向）

入退院時の医療・介護連携加算のうち、訪問看護の「退院時共同指導加算」、居宅介護支援の「入院時情報連携加算」は、対象人数が年々増えており（図 3-3-3-1 を参照）、全国値と比較して、同等程度となっている（図 3-3-3-2 を参照）。居宅介護支援の「退院・退所支援」は、横ばい傾向にあり（図 3-3-3-1 を参照）、全国値と比べて少なくなっている（図 3-3-3-2 を参照 ）。

また、これらの加算に関係するサービスを提供する事業所について、「全体の利用者数」と、「算定対象利用者数」と比較した（図 3-3-3-3 を参照）。この比較では、「全体の利用人数」が多く、算定対象人数が少ない事業所もみられる。こうした分析結果は医療・介護連携推進施策を進めるうえで活用できる。

関連して「看取り介護」と「ターミナルケア」の傾向について調べた。看取り介護とターミナルケアのうち、訪問看護と老健の「ターミナルケア加算」の対象人数は年々増えているが、特養の「看取り介護」は、横ばいないし減少傾向にある（図 3-3-3-4 を参照）。全国データとの比較では、訪問看護と老健の「ターミナルケア加算」と、特定施設での「看取り介護」は全国値と同等程度だが、特養とグループホームの「看取り介護」は全国データより少なくなっている（図 3-3-3-5 を参照）。

またこれらの加算に関係するサービスを提供する事業所について、「全体の利用者数」と、「算定対象利用者数」を比較したところ、訪問看護のターミナルケアについては、「ターミナルケア加算」を多く算定している事業所は、全体の利用者人数が多いとは限らないという傾向がみられた（図 3-3-3-6 を参照）。医療・介護連携施策や、介護保険事業の上で、活用できると考えられる。

分析の観点4（日常生活圏域毎の新規認定割合の傾向）

新規認定者の割合を日常生活圏域毎に集計し、2016年度、2017年度について、要支援1･2、要介護1･2に絞って比較したところ、いずれかの年度で五井東より明らかに多い日常生活圏域が3圏域、少ない日常生活圏域が4圏域という集計・分析結果となった（図 3-3-4-1、図 3-3-4-2 を参照）。日常生活圏域毎の介護予防活動のデータと組み合わせて、介護予防施策検討に活用することが考えられる。

活用にあたっての留意点

今回のデータ集計・分析結果の活用については、集計・分析方法による制約について留意する必要がある。データ集計・分析方法による制約とは、転入、転出に関連する制約、市内間での転居による異動を把握できていないことによる制約等であり、そうした制約を考慮して活用する必要がある。そうした制約事項を考慮する必要はあるものの、重度化・軽度化と介護サービスの利用状況に関する傾向を把握できるデータ分析結果であり、市原市の医療・介護連携推進や、介護予防等に活用することができる。

- 医療・介護連携推進への活用： 今回の介護データ分析の分析観点のいくつかは、特に医療・介護連携の観点を含んでいる。これらの集計・分析結果を、医療・介護連携推進に活用することが考えられる。
- 地域連携施策への活用： 2018年度共同研究のもう一つのテーマである、資源の少ない地域での連携施策の推進に役立てることが考えられる。今回のデータ分析は、日常生活圏域別の集計・分析を含んでいるので、地域連携会議等でこうした集計・分析結果を、現状課題把握、施策検討に活用することが考えられる。
- 介護予防、重度化防止への活用：今回のデータ分析は、要介護認定者の軽度化・重度化の傾向に着目した分析、新規認定に着目した分析も含んでいる。これらの結果を介護予防や重度化防止の参考とすることが考えられる。

3.4 データ活用方法の普及に向けて

今回の介護認定・介護レセプトデータ分析方法は、介護保険事業の自立支援・重度化防止、介護予防、医療・介護連携の施策を検討する上で、他の市区町村でも活用できる。

◎ 介護認定・介護レセプトデータ分析結果の活用場面

本共同調査研究では4つの観点で、データ分析を行ったが、それぞれ下記の活用場面が考えられる。

1) 重度化・軽度化と給付サービス利用の傾向の把握

- 自立支援・重度化防止を進めるうえで、実際にどれだけの要介護者、どのような要介護者（年齢階級、要介護度）が重度化しているか、あるいは軽度化しているかという基礎データを把握し、どこに施策の重点を置くかを考える際の検討材料とする
- 重度化あるいは軽度化の傾向が強いのは、どのような種類の介護サービスを利用している人かを把握し、介護サービス種類に関する計画を考える際の検討材料とする
- 要介護度の重度化・軽度化だけでなく、障害高齢者自立度と認知症高齢者自立度の重度化・軽度化についても把握し、認知症重度化防止施策の検討や、リハビリテーション評価の施策を考える際の検討材料とする
- 重度化・軽度化は重要な指標だが、軽度者では「非該当」への変化、中重度者では「転出・死亡」についても、割合を見る必要がある。本調査研究で示したような、重度化、軽度化だけに着目したオッズ比等の具体的な数値と、各要介護度別の要介護者がどのように変化したかという全体像（非該当、転出・死亡を含む）により把握する必要がある
- 重度化・軽度化は重要な指標だが、施策検討につなげるためには、中重度者と軽度者、前期高齢者と後期高齢者等の年齢階級、施設系主体か居宅系主体の利用か、といった利用者の属性やサービス利用パターンにより分けて把握する必要がある。これにより、例えば軽度者に対する施策や、前期高齢者を対象とした施策等、対象者に即した効果的な施策を考えることができる
- 前述の重度化・軽度化と給付サービス利用の傾向の把握結果より、重度化・軽度化と利用介護サービスの傾向がつかめるので、介護保険事業の施策を検討する際、どのような要介護者に向けて、効果の期待できる介護サービスを提供していくかといった施策の優先付けなどの検討材料とすることができる

2) 医療・介護連携に関連する重度化・軽度化の傾向の把握

- 介護認定データにより、認定時の場所が医療施設である要介護者や、特別な医療の必要のある要介護者を抽出し、重度化・軽度化の傾向と介護サービス利用との関連の傾向を、このような条件にあてはまらない要介護者との比較を行い傾向を把握する
- 医療関係者からみて、どのような介護サービスを利用し、どのような心身状態になったかということを把握するためのデータであり、医療関係者・介護関係者が共有し、入退院時の情報連携や、退院後の介護サービスや要介護者の入院時の医療サービス提供に関して、考える際の検討材料とすることができる

3) 医療・介護連携に関する事業所の傾向の把握

- 入退院時の医療・介護連携や、看取り介護とターミナルケア等の介護報酬加算を集計し、全国値と比較する。また、事業所毎の対象人数等を集計し、事業所数や事業所毎の傾向を把握する
- 医療・介護連携に関する事業所の傾向を関係者が共有することにより、例えば入退院時の情報連携を実施する事業者を増やす施策を考える際の検討材料とするなど活用できる

4) 新規認定の傾向の把握

- 介護認定データにより、自治体内の小地域（日常生活圏域毎）の新規認定者の割合の傾向を、高齢化率などにも考慮したうえで把握する
- あらかじめ小地域ごとの介護予防活動に関するデータがあれば、突き合わせて、予防施策の評価などに活用する。介護予防活動に関するデータを利用できない場合は、介護認定データ分析結果を施策検討の参考として活用する

◎ データを活用した施策検討の普及に向けて

本共同調査研究で実施した、介護認定・介護レセプトデータ分析を介護保険事業等の施策検討に活用することは有用であり、意欲を持つ自治体は増えているが、まだ普及途上にある。分析方法が知られてなく、容易に分析できないということも、理由の一つと考えられる。

まずは分析方法や活用場面についての理解を広めることが重要であり、事例として普及に活かすことは本共同調査研究の目的の一つでもある。介護認定・介護レセプトデータ分析に限らず、データに基づき施策を検討し推進していくことは、自治体に求められているところであり、これに応えていく必要がある。

地域課題、施策候補、住民、関係者等からの意見・要望	小地域毎、要介護度毎、介護サービス分類毎にグラフ等で見える化	結果を深掘り、過去事例や地域の施策・課題に沿って提言	データ分析にもとづき、実効性、説明性の高い、施策・政策を策定

介護保険事業では、国が地域包括ケア見える化システムを整備し、市区町村が介護保険事業を進める際に、データを活用して、他自治体との比較等もできるようになっている。地域包括ケア見える化システムの活用を更に進めるとともに、本共同調査研究が実施した、重度化・軽度化の傾向の把握や、地域別の現状把握により、地域の問題状況に応じた具体的な施策検討を進めることができる。

国の介護認定・介護レセプトデータのデータベースを、研究目的や自治体の政策立案目的のために活用できる仕組みも始まっている。本共同調査研究では、地域の詳しいデータは把握できるが、全国レベルのデータが無いため、地域の現状がどのあたりに位置付けられか明確ではない、といった指標も見られた。全国規模のデータベースによる研究が進み、比較可能なデータ分析結果が整備されてくれば、本共同調査研究の重度化・軽度化の把握や、詳しい地域分析方法も更に有用になると考えられる。

4 市原市における医療・介護施策推進への活用

◎ 資源の少ない地域での地域連携体制づくりへの取り組み

本共同調査研究では、医療・介護資源の少ない地域について、データ分析結果や現地訪問ヒアリングでの現状把握、課題分析を積み重ね、他自治体での事例も参考にしていくつかの施策案を検討し評価した結果、早期に着手でき効果も見込める施策として、地域連携体制づくりを推奨した。市原市は今後、この共同調査研究成果に基づき、南部地域における地域連携会議の立ち上げについて検討する予定である。

また本共同調査研究は、市原市において医療・介護サービス資源が最も少なく、そのため、取り組みが困難な南部地域において、どのように取り組みを進めていくことが適切であるかを検討したものである。この研究の成果を踏まえ、南部地域はもちろん、各地域における取り組みが進められていくよう、市としても調整していくことが必要となる。

本共同調査研究が推奨する地域連携体制づくりは、地域の住民に提供する医療・介護資源を直接増やしていくという施策ではなく、既存の地域内外の資源の連携と活用を検討し、何が優先して取り組むべき課題か、地域の合意を形成していく取り組みである。地域の理解を確認して進めないと、単に負担が増すだけの会議体となるのではないかという懸念が顕在化する可能性もある。地域連携会議が担う役割と目指す成果を地域の関係者と共有して進める必要がある。

在宅の高齢者が要介護状態になっても安心して地域生活を送っていくことができるようにするためには、十分な医療・介護サービスの提供は不可欠である。厚生労働省は、各市町村において、自らの地域に適した「地域包括ケアシステム」の構築を進めるべきとしている。しかし、市原市のような、広い面積を持ち、かつ都市部と過疎化傾向にある地域を併せ持つ市町村においては、都市部と過疎化傾向にある地域での問題状況は大きく異なる。

そのためには、各地域において、客観的なデータに基づき、医療・介護・福祉関係者や住民が、自らの地域における「地域包括ケアシステム」の構築のために、どのように連携していき、また、何を最優先課題として取り組むのかについて、共通の認識を持ち、その取り組みを市が調整していく、そうした体制づくりが必要である。これが、地域連携体制づくりの目指す姿である。

◎ 介護データ分析結果の活用

本共同調査研究の介護データ分析により、市原市の要介護者の重度化・軽度化の割合と介護サービス利用の傾向を把握することができた。また、入院時に要介護認定を受けた要介護者の重度化・軽度化の傾向と介護サービス利用についての分析結果も得られた。更に、入退院時の連携やターミナルケアに関する介護サービス事業者の傾向や、日常生活圏域毎の新規要介護の割合についても分析結果を得ることができた。これらの分析結果は、介護保険事業の自立支援・重度化防止、介護予防や、医療・介護連携推進の施策検討に活用することができる。

自立支援・重度化防止、介護予防、および医療・介護連携推進の施策を検討する際、例えば実際にどれだけの割合の人の要介護度が重度化、あるいは軽度化しているか、といったデータを関係者が共有し、データに基づき施策を検討することが重要である。今回の介護データ分析結果を市原市の今後の施策検討に活用していく。

市原市の入退院時の医療・介護連携の現状は、全国データと比較しても概ね同等以上のデータとなっており、これまでの在宅医療・介護連携施策の効果であると考えられる。今後更に高齢化が進む中、持続性のある介護保険事業を実施していくためにも、本共同研究のデータ分析結果を活用し、さらに医療・介護連携を推進していくことが重要である。

5 他の市区町村への示唆と調査研究成果の普及

◎ 他の市区町村への示唆

本調査研究は、昨年度に引き続き千葉県市原市をフィールドとし、在宅医療・介護連携の効果的な進め方を主なテーマとして実施した。同じ自治体の中でも、医療・介護資源の少ない地域もある自治体では、地域の実情に応じたきめ細かい施策が必要である。医療・介護サービスを提供する事業者に、過疎傾向にある地域にも必要として求められるサービスの提供を促す、あるいは、医療・介護サービスの豊富な地域へのアクセスを補助するような交通施策も考えられるが、本調査研究では、着実に前に進めるための施策として、市がコーディネートし、地域の医療・介護・福祉関係者が参加する地域連携体制作りを提言した。

このアプローチは、多くの市区町村にとって有効なのではないかと考えられる。まず、千葉県市原市と同様に、ある程度の地理的な広がりがあり、都市部の地域と過疎傾向にある地域を共に持つ市区町村にはこのアプローチが有効と考えられる。それほど差異がない自治体でも、在宅医療・介護連携を推進する際、市区町村全体では大きすぎ、介護の日常生活圏域では小さ過ぎるということがあり、今回の事例のようなまとまりでの地域連携体制づくりは有効と考えられる。

一方、大規模な医療施設がなく、住民が隣接する市町村にある医療施設のサービスを利用している場合には、このアプローチはそのままでは適用できない。複数の市町村による地域連携が必要になるとも考えられる。

地域連携体制作りを進めるうえで鍵となる要素の一つがデータ活用である。本調査研究では、介護認定・介護レセプトデータを分析し、医療・介護連携、自立支援・重度化防止、介護予防に関する地域のデータとして活用できることを事例で示した。医療関係者と介護関係者が地域の課題について共通の認識を持つためにもデータ活用は重要であり、市区町村が医療・介護連携を進める際に、地域連携の場にデータ分析結果を提供することは重要と考えられる。

◎ 調査研究成果の普及に向けた取り組み

地域連携体制作りの考え方、データ活用の考え方といった本調査研究の成果は、他の市区町村にとっても有用と考えられることから、協会は普及促進に取り組む。昨年度の調査研究成果については、千葉県の市町村向け報告会を実施し、またデータ活用手順書としてとりまとめ、公開しているなど、普及に努めている。本調査研究成果についても、同様に多くの自治体や関係者に向けた普及に努める。

地域連携体制作りは、自治体によりそれぞれの事情に応じて進められる要素も大きい。またデータ分析についても、一般的に必要とされる現状把握、課題把握は共通だが、活用の重点の置き方は個々の自治体によりさまざまになると考えられる。普及促進のためには、一般的に広く研究成果を公開していくこととともに、事例に沿って詳しく研究するような方法が考えられる。こうした個々の事情や重点の置き方に応じた事例の蓄積も普及のために重要であり、関係者・有識者との連携により取り組む。

別紙

共同研究の委員構成と調査研究スケジュール

別紙 共同研究の委員構成と調査研究スケジュール

◎ 共同研究委員会・事務局構成

（図1-2 共同調査研究委員会構成 - 第1回委員会資料より）

【共同研究の体制】

共同研究では、研究内容の議論を委員および事務局が出席する委員会で実施した。

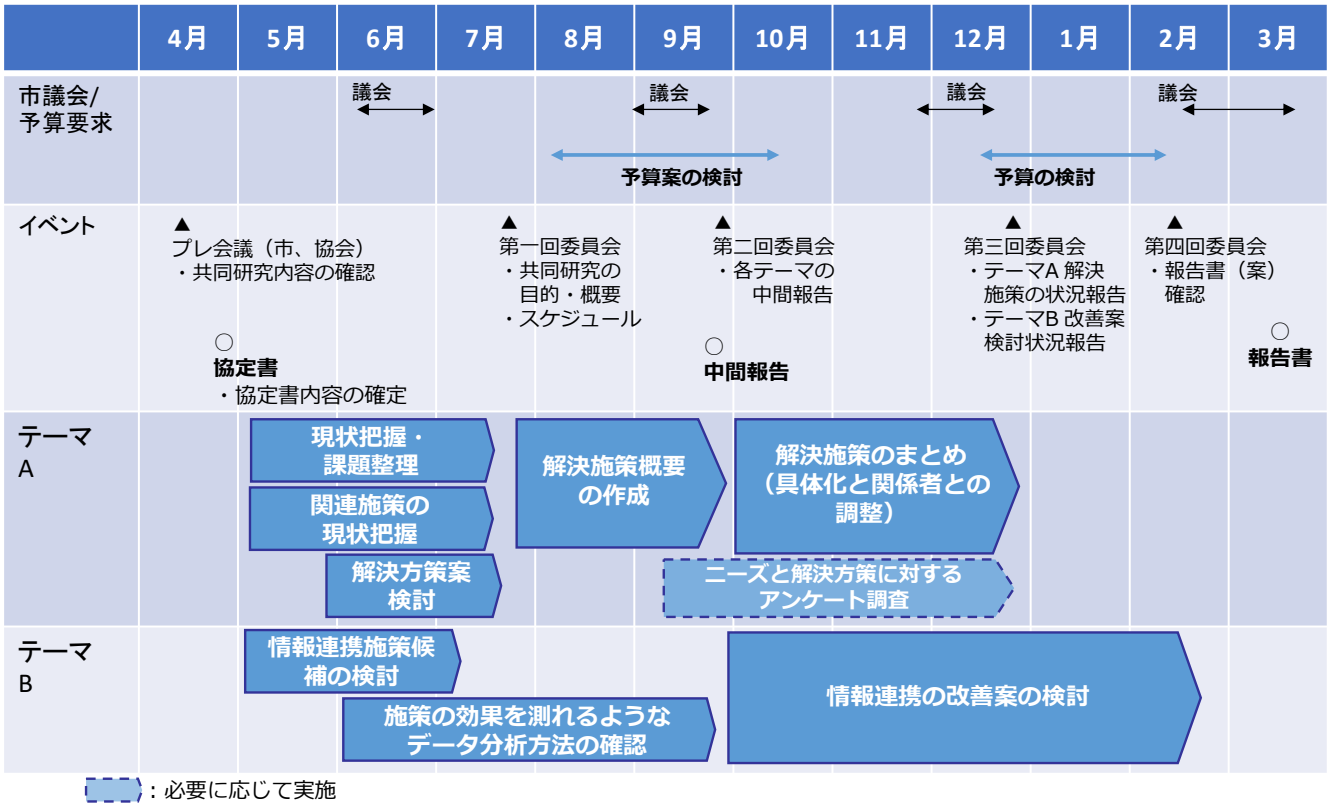
（委員の構成）

市原市在宅医療・介護連携推進会議	会長	中村 文隆
市原市在宅医療・介護連携推進会議	副会長	伊場 正和
市原市 保健福祉部長		桐谷 芳孝
厚生労働統計協会	常務理事	西山　裕

（事務局の構成）

市原市保健福祉部　地域包括ケア推進課
（医療・介護連携施策担当）
保健福祉課（地域医療担当）
高齢者支援課（介護保険制度担当）
厚生労働統計協会　調査研究担当
＊　昨年度の厚生労働統計の調査研究で、委員として参加した介護データ分析の有識者に、支援を受ける。

（図1-1 全体スケジュール　-　第一回委員会資料より）



（図1-3 委員会の日程と審議内容）

テーマA：資源の少ない地域の医療・介護施策

委員会	日程	検討内容	作業タスク
第一回	平成30年7月23日	・課題の整理 ・分析結果 ・ヒアリング結果	現状把握・課題整理
		・各施策のまとめ	関連施策の現状把握
		・解決施策案	解決方策案検討
第二回	平成30年10月3日	・事例調査結果	
		・施策概要	解決施策概要の作成
第三回	平成30年12月17日	・施策検討結果まとめ	解決施策のまとめ
		・報告書骨子	報告書作成
第四回	平成31年3月19日	・報告書（案）	

テーマB：医療・介護情報連携の在り方～介護データの分析～

委員会	日程	検討内容	作業タスク
第一回	平成30年7月23日	・在宅医療・介護 情報連携の在り方について	情報連携施策候補の検討
第二回	平成30年10月3日	・データ分析方法まとめ ・参考文献 ・関連する調査研究等	介護予防・重度化防止策とデータ分析方法の確認
第三回	平成30年12月17日	・要介護度改善/維持分析結果まとめ（一部）	介護認定・介護レセプトデータの分析
		・報告書（集計分析）	報告書作成
第四回	平成31年3月19日	・要介護度改善/維持分析結果まとめ	介護認定・介護レセプトデータの分析
		・報告書（案）	報告書作成

「在宅要介護高齢者の医療・介護連携の推進方策に関する調査研究報告書」

市原市 保健福祉部 地域包括ケア推進課
〒290-8501
千葉県市原市国分寺台中央1丁目1番地1

一般財団法人　厚生労働統計協会
〒103-0001
東京都中央区日本橋小伝馬町4番9号
小伝馬町新日本橋ビルディング3階

発行日　　2019年3月28日　発行