

事業マネジメントにおける現状把握方法について

【内容】

1. 演習1における「知りたいことの構造」
2. 現状・要因・対策のヒントの把握や効果評価のための主な方法とは
 - 1) 厚生労働省が定期的に公表している既存データを用いる方法
 - 2) 市町村が定期的に行う既存調査の結果を用いる方法
 - 3) 事例検討を用いた方法-国立市の例-
 - 4) ヒアリングを用いた方法

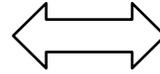
令和4年12月14日
埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘

1. 演習1における「知りたいことの構造」

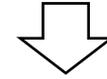
<テーマ>

要介護4・5の在宅療養者の受け皿を作るためにはどうしたらよいか？

1. 利用者の特性
2. 利用者の属性(世帯など)
3. 利用者の意向
4. サービス提供体制 { 従事者
ハード(施設数) }
5. サービスの利用状況
6. サービスの必要量(将来推計)

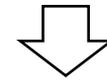


1. 現状把握

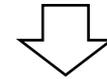


2. 将来推計

(需要、提供体制)



3. 配分(療養場所別人数)

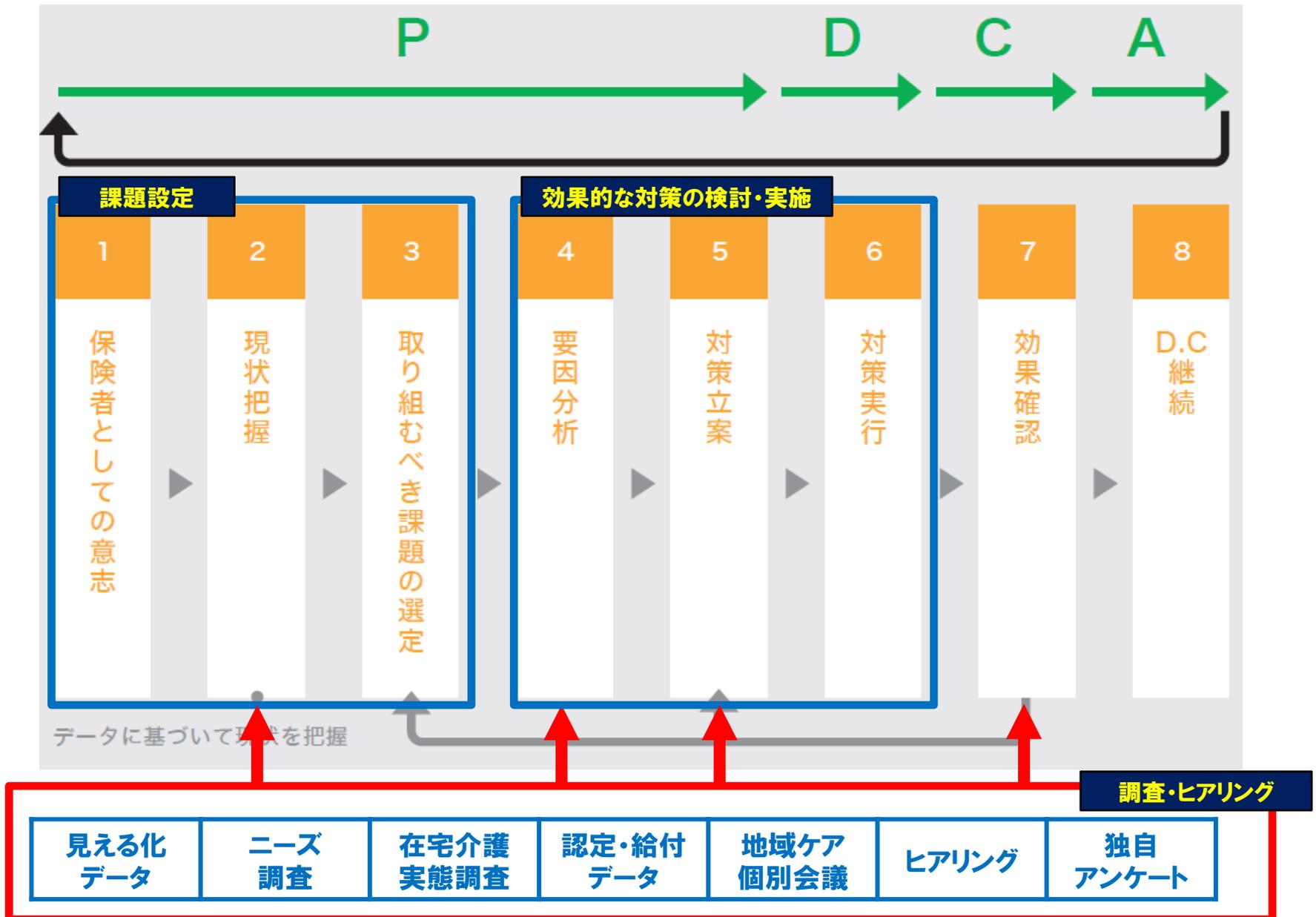


整備の可能性の検証

- ・病院経営者の意向
- ・在宅医の確保
- ・オンライン診療の可能性
- ・介護人材の確保
- ・財源 …etc.

2. 現状・要因・対策のヒントの把握や 効果評価のための主な方法とは

厚生労働省が提示するPDCAサイクル



1) 厚生労働省が定期的に公表している
既存データを用いる方法

厚生労働省の公表データを用いるメリットと主なデータソース

メリット／デメリット

【メリット】

- 国の調査がベースであり、定期的にデータが更新される。そのため、自地域での経年変化の把握(モニタリング)ができる。
- 他地域との比較が可能。

【デメリット】

- 項目が決められているため、それ以外の把握が出来ない。
(例：どこの医療機関が訪問診療や看取りを実施しているかはわからない。そのため、これら実態を把握したい場合はアンケートを行うことになる。)
- データダウンロードの場合、自身でデータを処理しないといけない。

主なデータソース(在宅医療・介護連携関連)

- 厚生労働省：地域包括ケア『見える化』システム
<http://mieruka.mhlw.go.jp/>
- 厚生労働省：在宅医療にかかる地域別データ集
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F10800000%2F000955145.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」で収集可能なデータとは

毎年把握可能なデータ

- 人口／65歳以上人口
- 在宅療養支援病院数（内訳：機能強化型単独／機能強化型連携／従来型）
- 在宅療養支援診療所数（内訳：機能強化型単独／機能強化型連携／従来型）
- 訪問看護ステーション数
- 訪問看護ステーションの常勤換算従事者数（内訳：24時間対応訪問看護ステーション）
- 介護療養型医療施設の病床数／特養の定員数／老健の定員数
- 小規模多機能型／看護小規模多機能型の事業所数
- 自宅死／老人ホーム死の割合

3年毎に把握される項目

- 病院数／一般診療所数
- 訪問診療実施病院数／件数（内訳：在宅病／在宅病以外）
- 訪問診療実施一般診療所数／件数（内訳：在宅診／在宅診以外）
- 往診実施病院数／件数（内訳：在宅病／在宅病以外）
- 往診実施一般診療所数／件数（内訳：在宅診／在宅診以外）
- 看取り実施病院数／件数（内訳：在宅病／在宅病以外）
- 看取り実施一般診療所数／件数（内訳：在宅診／在宅診以外）
- 歯科診療所数
- 歯科訪問診療実施診療所数／件数（内訳：居宅／居宅以外）
- 訪問看護実施病院数／診療所数（内訳：医療保険／介護保険）

看取りを行っている医療機関の数は分かるが、どこが行っているかはわからない。

在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3で示されている 「体制構築」と「連携」に関する指標の例（入退院支援）

体制／サービス利用状況

【ストラクチャー】

- 退院支援担当者を配置している診療所／病院数
- 退院支援を実施している診療所／病院数
- 介護支援連携指導を実施している診療所／病院数
- 退院時共同指導を実施している診療所／病院数
- 退院後訪問指導を実施している診療所／病院数

【プロセス】

- 退院支援を受けた患者数
- 介護支援連携指導を受けた患者数
- 退院時共同指導を受けた患者数
- 退院後訪問指導を受けた患者数

連携

【入退院支援の実施状況(病院及び在宅関係者)】

- 入退院支援加算の算定件数
- 介護支援連携指導料の算定件数
- 退院時共同指導料の算定件数
- 退院前訪問指導料の算定件数
- 診療情報提供料の算定件数
- 退院調整率

【ケアマネ】

- 入院時情報連携加算の算定件数
- 退院・退所加算の算定件数
- 入院時情報提供率

【グループホーム・特定施設】

- 退院・退所時連携加算の算定件数

出所) 厚生労働省：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年9月) より作成



- 「連携」に関する指標の多くは、診療報酬／介護報酬の各種加算等の算定状況で、これら指標の一部は、厚生労働省の「地域包括ケア『見える化』システム」で把握可能となっている。
- ただし、この指標からは、「市内全体で、加算に関係する行為がどの程度行われているか」は分かるが、**①どの医療機関が行っているか、②どのような連携が行われているかは把握できない。**
- したがって、これら実態を把握したい場合は、①独自にアンケートを行う、②入退院支援に関わる専門職にヒアリングする、③退院事例を検討する などの方法を用いる必要がある。

2) 市町村が定期的に行う既存調査の結果を用いる方法

—在宅介護実態調査を例に—

提供体制の確保に向けた事業マネジメントのイメージ (例：増加していく訪問診療受給者への対応をどうするか？)

将来的に訪問診療を必要とする人数と
そのためのサービス提供体制

【需給ギャップの把握】

①両者のギャップを把握する

②効果的な対策を展開するために
「**要因分析**」を行う

・なぜ、訪問診療を行わない、行えないのか？

対策の実施

③必要量確保のための**対策**を検討する

・どうすれば、訪問診療を行う医療機関を増やすことができるのか？

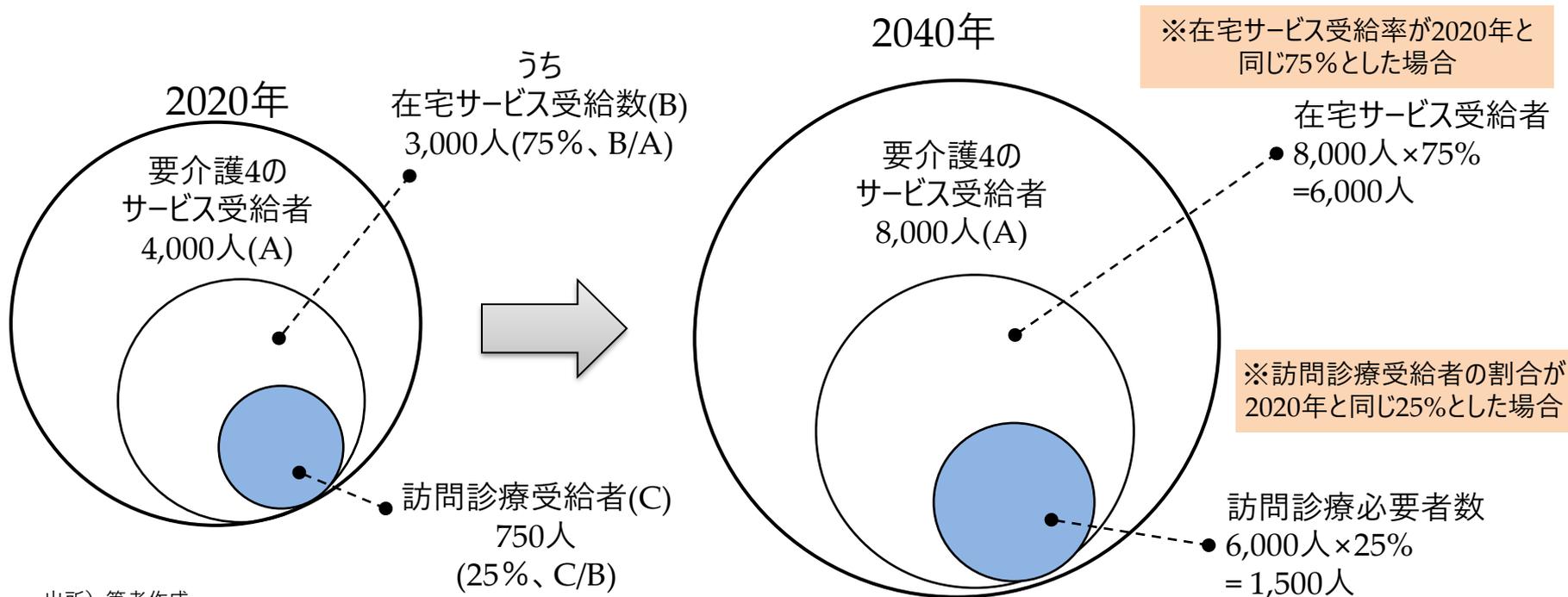
・中重度者の受診を促す仕組みを作れないか？

現在の訪問診療受給者数・特性とサービス提供体制

- ・何人、訪問診療を受けているのか？
- ・どんな人が受けているのか？
- ・どこの医療機関が訪問診療を行っているのか？

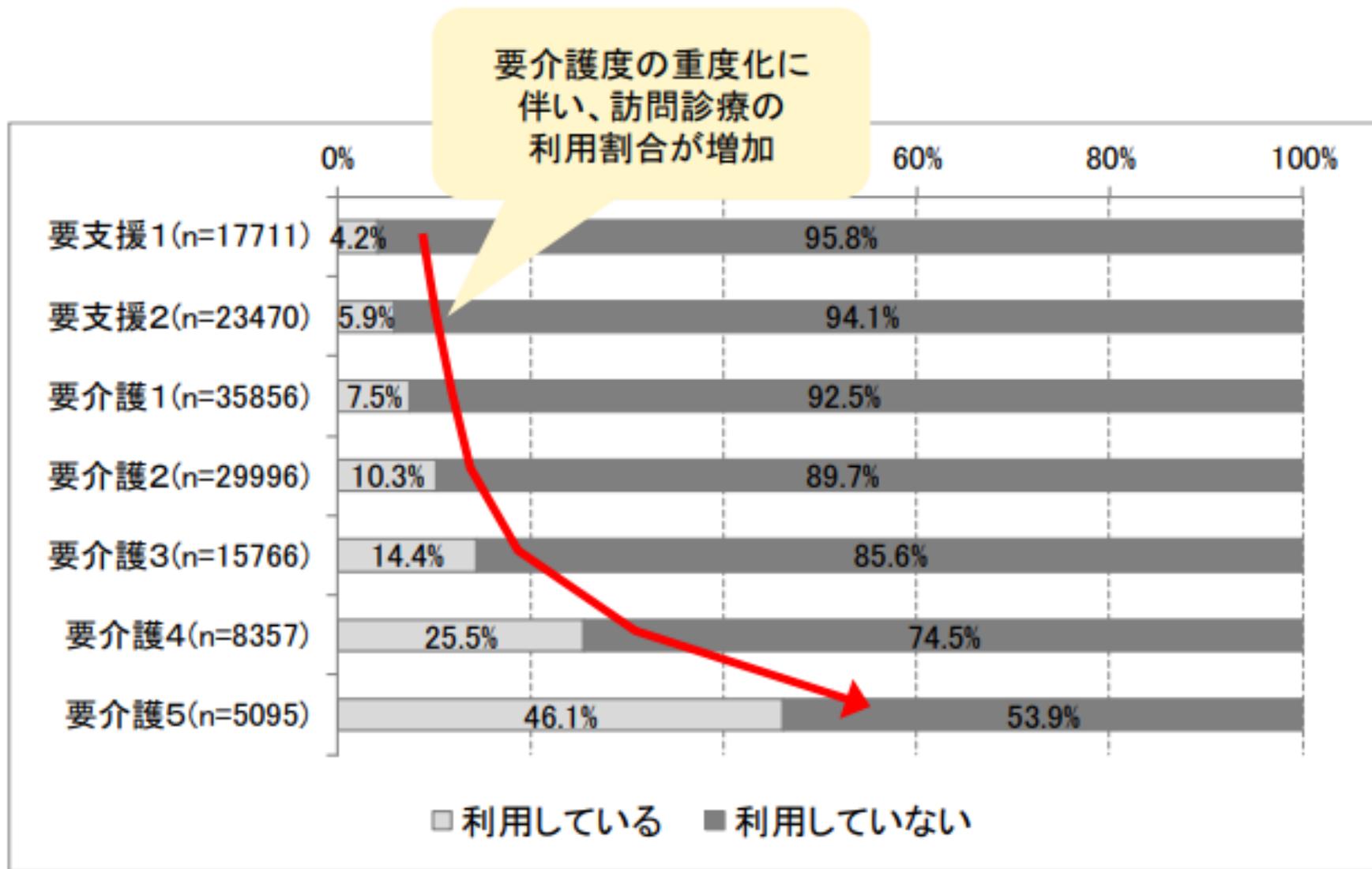
訪問診療を必要とする人数の推計方法のイメージ（要介護4の場合）

- 訪問診療は、主に、**通院困難者を対象に行われる**ものである（通院可能であれば外来で対応する）。
- 訪問診療が導入される流れとしては、以下が考えられるが、高齢者の場合、①が最も多いと考えられる。
 - ① 外来通院者が、ADL低下等によって通院が困難になる場合
 - ② 外来通院者が、病気の進行に伴い通院が困難になる場合
 - ③ 外来通院者が、①・②以外の理由で通院が困難になる場合（付添が困難になるなど）
 - ④ それまで外来通院していなかったが、病気の発症により受診は必要だが、通院は困難な場合
- 介護保険事業計画では、要介護度別に在宅サービス受給者数の将来推計を出している。また、既存調査から、要介護度が高くなる程、訪問診療を必要とする割合が高くなることも実証されている（後述）。
- 以上のことから、既存の将来推計方法を活用して、訪問診療必要者を推計する方法を試みる。



要介護度別にみた訪問診療の利用割合は、在宅介護実態調査でわかる！

図表 要介護度別・訪問診療の利用割合



2040年の訪問診療必要者数の将来推計の手順（イメージ）

① 2020年のA市の所在地別サービス受給者数（単位：人、実績ベース）

	合計	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
在宅	2,100	410	390	530	400	200	100	70
居住系	260	10	10	60	60	40	50	30
施設	600	0	0	60	90	130	200	120
合計	2,960	420	400	650	550	370	350	220

② 2020年時点の要介護度別にみた訪問診療の利用割合（単位：%、在宅介護実態調査より）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用割合	4.2	5.9	7.5	10.3	14.4	25.5	46.1

③ 2020年時点の要介護度別にみた訪問診療利用者数（①の在宅の利用者数×②）

	合計	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
訪問診療利用者数	208	17	23	40	41	29	26	32

④ 2040年の要介護度別在宅サービス受給者数の将来推計（第8期の見える化システムを使った推計）

	合計	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
在宅	3,225	555	544	817	656	343	184	126



⑤ 2040年の訪問診療必要者数（②×④）

	合計	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
訪問診療必要者数	339	23	32	61	68	49	47	58

3) 事例検討を用いた方法 —国立市の例—

事例分析の進め方

めざす看取り期の姿
を明確化

<めざす看取り期の姿>

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

あるべき姿



現状

めざす姿に対する
事例の達成度をみる

- 各事例で達成できていること
- 各事例でのめざす姿とのギャップ ⇒ **課題**

めざす姿の達成に
必要な要素を抽出

- 事例を通じて得られた課題を吟味し、共通要素を抽出
- 1場面（例：看取り）につき4つの要素にまとめた

具体的目標の設定

- めざす看取り期の姿を達成するための目標を設定

事例1 本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

（概要）90歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

（経過）

同居家族（娘夫婦・夫）とかかりつけ医とでACP*（医師を含む、家族全員のサイン入り）に取り組み、看取りについて家族で決めていた。最期は検査や延命処置は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化（下血）があり、同居家族が不在だったため、かかりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子もACPにサインし承知してはいたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に追われ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿うことができなかったことを後悔している。

（本事例で達成できていること）

- ・関係者全員でACPに取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

（本事例から見える課題）

- ・本人の意思の決定と共有（家族及び支援チーム）
- ・家族及び支援チーム間での複数回の確認
- ・かかりつけ医の役割
- ・かかりつけ医と病院の連携
- ・がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
- ・看取り後の家族支援

めざす姿の達成に必要な要素

- 家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

めざす姿に対する事例の達成度をみる

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス（2019年現在、ACPの愛称は「人生会議」となっています）。

注：人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

4) ヒアリングを用いた方法

ヒアリングを通じて、現状・課題を把握する。対策に対する意見も聞く。

ポイント

- 現状を把握する方法としては、①既存データ分析、②アンケート、③事例検討、④ヒアリングなどがある。知りたいこと、知りたいレベルに応じて、最適な方法を選択する。
- 連携の現状を把握する方法としては、住民や専門職へのヒアリングも有効な手法である(下図参照)。

図. ヒアリングを通じて現状を把握する (入退院支援の例)

<住民の声から>

- 退院患者や家族は、退院時に、様々な不安（体調のこと、再発のこと、今後の過ごし方、家族に負担をかけること、費用のことなど）を感じていた。
- 治療に関すること、薬の飲み方、今後起こり得る症状などの説明は受けていたが、その内容が十分には理解できていなかった。
- 急変が起こった場合の対処方法も聞いていたが、出来るかどうか不安を感じていた。
- 緊急入院で、自宅から離れた病院に入院した。今後、この病院に通院することになるが、通院時の移動手段など、どうしたらよいか困っていた。

<専門職の声から>

- 患者や家族の不安などの話をゆっくり聞ける状況やそのための時間を、病院ではなかなか作りにくい（病院関係者）。
- 自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と在宅関係者では異なっている。病院は、より難しいと判断しがちである（在宅関係者）。
- 病院によっては、退院前ケアカンファレンスが開催されない場合がある。また、開催の連絡が遅くて参加できない場合がある（在宅関係者）。

既存の研修会を活用したヒアリングを通じて 「訪問診療を行う診療所を増やす」ための方策を考える

1. 個別対応を考えるに当たって、まず、診療所を、活動状況等から細分化してみる

- 訪問診療を以前から行っている診療所（在宅専門医）
- 訪問診療を以前から行っている診療所（外来中心＋訪問診療）
- 訪問診療を最近始めた診療所
- 訪問診療を行っていない診療所（内科系）
- 訪問診療を行っていない診療所（耳鼻咽喉科、皮膚科など） など

2. 既存の研修会の内容を考える

- 診療所の医師を対象とした研修会があるので、それを活用したい
- その際、参加された医師のうち、**訪問診療をまだ行っていない先生**に対し、訪問診療の方法や行った場合のメリット／デメリットを知ってもらいたい（自分も知りたいので）
- では、どの医師に話してもらおうか？ 訪問診療をバリバリ実施している医師の話だとハードルが高いかもしれない。そうであれば、身近に感じられる先生(最近訪問診療を始めた先生)に話をしてもらおう！ 内容は、以下のようによう！
 - ①なぜ、訪問診療を始めたのか？（動機）
 - ②どのようなやり方をしているのか？（方法）
 - ③やってみた感想や反応は？（先生の感想、患者さんの反応、診療所のコメディカルの反応など）
- 研修会終了後のアンケートで、今後の実施意向を聞く。その設問で、「やってみたい／やってみても良い」に○を付けた先生にアポを取って、話を聞きに行く。