

# 別添 2

# 医療・介護連携ワーキンググループ

## 報 告 書

平成23年3月

< 目 次 >

1	はじめに	1
2	医療・介護の連携状況（市町村ごと）	2
	（1）医療サービスと介護サービスの併用割合	2
	① 医療サービスと介護サービスの併用割合の地域間比較	3
	② 医療サービスと介護サービスの併用割合に地域差が生じる理由	4
	（2）医療と介護の連携項目の算定状況	7
	① 連携項目算定率の地域間比較（全疾病）	8
	② 連携項目算定率の地域間比較（大腿骨近位部骨折）	9
	③ 連携項目算定率の地域間比較（認知症）	10
	④ 連携項目算定率に地域差が生じる理由	11
3	医療・介護サービスの提供状況（市町村ごと）	15
	（1）患者・利用者1人当たりの医療費・介護費	15
	（2）地域差指数	15
	（3）医療サービスと介護サービスの相関関係	16
4	施策への活用の方向性	18
	（1）京都府保健医療計画	18
	（2）第5次京都府高齢者健康福祉計画	18
	（3）地域包括ケアシステム構築事業	19
	（4）医療と介護の連携を推進する方策	19
5	今後の課題	21
	（1）医療・介護提供の充足・不足状況分析	21
	（2）特定健診結果データのデータベース化	21
	（参考）	
	○ 開催経過	22
	○ 構成委員	22

---

## 1 はじめに

---

- 2025年には「団塊の世代」が75歳を迎え高齢者が急増することによって、単身、夫婦二人暮らしの高齢者世帯が全世帯の4分の1を占めると推計されている。
- このような状況の中で、高齢者が介護や療養が必要となっても、個人の尊厳が尊重され、地域との関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備が求められており、その一環として、医療と介護の有機的な連携により、それぞれのサービスが切れ目なく提供される体制の整備が求められている。
- 京都府においては、高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、福祉のサービスを組み合わせることで 24 時間、365 日安心して暮らせる社会の実現を目指し、医療、介護、福祉の連携を図る「京都式地域包括ケアシステム」の構築を進めているところである。
- こうしたシステムの構築を進めるためにも、医療・介護の連携状況について分析を行い、その結果を保健、医療、福祉関係の諸計画等の策定と施策立案に活用していくことが必要であるが、一方で、医療・介護の連携状況を定量的に把握するための手法や指標は確立されていないのが現状である。
- あんしん医療制度研究会「医療・介護連携ワーキンググループ」では、都道府県レベルで初めて、医療保険のレセプトと介護保険のレセプトを個人単位で結合したデータベースを構築し、一定期間内に医療サービスと介護サービスを併用した者の割合、診療報酬・介護報酬において医療と介護の連携を評価していると考えられる項目の算定状況、地域における医療費と介護費との相関関係等を分析することにより、地域ごとの医療・介護の連携状況、医療サービスと介護サービスの提供状況、さらには連携の地域差の有無及びその理由等について検討を試みた。
- 本報告書は、この分析結果をまとめるとともに、施策への活用の方向性、今後の課題についてワーキンググループ委員等の意見をまとめたものである。

---

## 2 医療・介護の連携状況(市町村ごと)

---

- 本研究においては、医療・介護の連携状況を定量的に把握する試みとして、次のような分析を行った。
- まず、地域における医療・介護の連携状況を示す一つ目の指標として、要介護認定を受けた者のうち、一定期間内に医療サービスと介護サービスを併用している者の割合を市町村ごとに算出した。
- 次に、地域における医療・介護の連携状況を示す二つ目の指標として、一定期間内に医療サービスと介護のサービスを併用した人のうち、診療報酬・介護報酬において医療と介護の連携を評価していると考えられる項目が算定されている者の割合を市町村ごとに算出した。
- それぞれの指標について、各市町村の数値と京都府平均で地域間比較を行い、地域差の有無及びその理由について分析を行った。
- なお、利用したデータは、平成22年4月から平成22年6月までに審査支払機関において審査された後期高齢者医療制度のレセプトと介護保険のレセプトのデータである。

### (1)医療サービスと介護サービスの併用割合

- 医療・介護の連携状況を示す指標として、一定期間内に医療サービスと介護サービスを併用している者の割合に着目した。
- 京都府内に在住する要介護認定を受けた後期高齢者は 129,740 人(平成22年3月末時点)である。その中で、平成22年3~5月の3ヶ月間に、医療サービスと介護サービスの双方を利用した者の占める割合を市町村ごとに算出し、地域間比較を行った。
- さらに、医療サービスと介護サービスの併用割合の地域差の理由を分析するため、医療サービスや介護サービスの提供体制や単身世帯割合などの地域の状況の違いに着目し、併用割合と地域の状況の相関関係の検討を行った。

- なお、医療サービスと介護サービスの併用割合については、一般的に、医療と介護の連携が進んでいる地域では高い併用割合となると考えられるが、連携が進んでいなくても年齢構成が高い地域では併用割合が高くなると考えられることに留意する必要がある。

#### ① 医療サービスと介護サービスの併用割合の地域間比較

- 地域における医療・介護の全体的な連携状況を分析するため、全ての疾病のレセプトを用いて、市町村別に医療サービスと介護サービスを併用した者の割合を算出した(資料P. 1)。
- 医療サービスと介護サービスの併用割合の京都府平均は37.9%であり、要介護認定を受けた者のうち、約3分の1が医療サービスと介護サービスの双方を利用している。
- 市町村別に見ると、府内の多くの市町村が併用割合35%~45%であるが、他市町村に比べて併用割合の低い市町がいくつか存在し、併用割合が最も低い市町村と最も高い市町村では2倍以上の開きが見られる。また、府北中部の市町で併用割合が比較的高く、府南部の市町村では低い傾向が見られる。
- 地域別に見ると、南丹医療圏では、全ての市町が京都府平均を超えており、2市町村で併用割合が45%を超えている。
- 山城北医療圏では、1市町村で併用割合が45%を超えている。
- 山城南医療圏では、5市町村のうち、4市町村が京都府平均に近い併用割合であるのに対し、1市町村では併用割合が50%と群を抜いて高くなっている。
- 府北部地域では、丹後医療圏の2市町で45%程度の高い併用割合となっている。
- なお、併用割合の評価について、他都道府県の併用割合と比較した分析が必要ではないかとの指摘があったが、他都道府県のレセプトデータを利用できる環境が整っておらず、現時点では、全国比較を行うことができない。個人情報保護に十分配慮しつつ、レセプトデータの全国利用に関する環境を整備することが求められる。

## ② 医療サービスと介護サービスの併用割合に地域差が生じる理由

- 医療サービスと介護サービスの併用割合の地域差について、医療と介護のそれぞれに関連があると考えられる指標と併用割合との相関関係を検討することにより、併用割合に地域差の生じる理由の分析を試みた。
- なお、相関の有無は必ずしも因果関係の有無を意味しないこと、サンプル数が少ないため外れ値の影響を受けやすいこと、また、相関関係の有意差検定(確からしさを確認する統計的手法)を行っていないことに留意が必要である。(以下、相関関係の分析について同様の点に留意する必要がある。) また、特に併用割合が低い市町村については、別途分析が必要であると考えられる。
- ここでは、市町村別の以下の数値を指標として、医療・介護の併用割合との相関関係を検討した。

指標	内容	出典等
医療機関数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの病院及び診療所数	医療施設(動態)調査(H21)
病床数	75歳以上の要介護認定者数千人当たりの病院及び診療所の総病床数、一般病床数、療養病床数	医療施設(動態)調査(H21)
介護事業所数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの介護事業所及び介護保険施設数	京都府介護保険制度の実施状況(H21)
訪問看護実施施設数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの訪問看護事業所数(みなし指定事業所を含む)	介護保険事業所等の指定状況(H22. 4)
グループホーム数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの認知症対応型共同生活介護事業所数	介護保険事業所等の指定状況(H22. 4)
ケアマネジャー数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの介護支援専門員数(居宅介護支援事業所に勤務する者に限る)	京都府介護サービス情報公表システム(H22)
MSW数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの医療社会事業従事者及び社会福祉士数(いずれも医療機関に勤務する者に限る)	京都健康医療よろずネット(H22)
高齢者単身世帯数	75歳以上の要介護認定者千人当たり的高齢者(65歳以上)単身世帯数	国勢調査(H17)
高齢者就業率	高齢者(65歳以上)の就業率	国勢調査(H17)

- まず、医療機関数については、併用割合に対して、相関係数 $-0.18$ であり、緩や

かな負の相関が見られた(資料P. 2)。一般的に、医療機関数が多いほど併用割合も高くなるように思われたが、そのような傾向は見られなかった。

後述するように、病床数は併用割合に対して正の相関を示しており、今後、医療機関の区分を細かくし、例えば、病床規模別の医療機関数と併用割合との相関関係、在宅療養支援診療所・病院数と併用割合との相関関係等を検討することが望まれる。

○ 病床数と併用割合との相関関係については、以下のとおりとなった。

- ・ 総病床数については、相関係数は0.26であり、併用割合に対して正の相関が見られた(資料P. 3)。病床数が多いほど、退院者も多く、退院後の療養生活における医療サービスと介護サービスの利用も増えることが考えられる。

- ・ 一般病床数については、相関係数0.31であり、併用割合に対して正の相関が見られた(資料P. 4)。一般病床の場合、急性期の治療のための比較的短期の入院が多く、退院後は通院しながら介護サービスも利用して在宅療養生活を送るケースが多いため、併用割合が高くなるのではないかと考えられる。

- ・ 療養病床数については、相関係数は0.15であり、併用割合に対して緩やかな正の相関が見られた(資料P. 5)。慢性期の療養や介護を目的とした長期入院が多い療養病床においては、病棟内でのサービス利用が多く、医療保険又は介護保険のいずれか一方のみの利用となるケースが多いため、一般病床よりも、併用割合に対して相関が弱くなるのではないかと考えられる。

なお、療養病床数が少ないにも関わらず特に併用割合が高い1市町村は、一般病床数が特に多いことに留意する必要がある。

○ 介護事業所数については、相関係数は-0.11であり、併用割合に対して相関はほとんど見られない(資料P. 6)。医療機関数と同様、一般的には、併用割合に対して正の相関が見られるように思われるが、そのような傾向は見られなかった。

後述するように、介護事業所のうち、グループホームの数は、併用割合に対して正の相関を示しており、介護事業所のサービス内容によって、異なる傾向が見られると考えられる。今後、介護事業所の区分を細かくし、例えば、中重度要介護者の在宅生活を支える小規模多機能型居宅介護事業所数と併用割合との相関関係、医療機関や介護保険施設に併設された介護事業所数と併用割合との相関関係等を検討することが望まれる。



- 訪問看護実施施設数については、相関係数は $-0.23$ であり、併用割合に対して負の相関が見られる(資料P. 7)。訪問看護は、在宅療養を支える重要なサービスであり、原則として介護保険優先である一方で、医師の指示が必要であることから、一般的には、併用割合に対して正の相関が見られるように思われるが、そのような傾向は見られなかった。

この点に関して、訪問看護実施施設のうち約8割が訪問看護ステーション以外のみなし指定事業所であるため、実際には訪問看護を実施していない事業所もあることも影響しているのではないかと考えられる。また、京都府内の訪問看護ステーションは、小規模な事業所が多く、事務職員が配置されていない事業所が多くなっており、訪問看護ステーションの体制強化が重要ではないかとの指摘があった。さらに、訪問看護ステーションでは、人件費に比して介護報酬の水準が必ずしも十分とはいえないという指摘もあった。

- グループホーム数については、相関係数 $0.43$ であり、併用割合に対して正の相関が見られる(資料P. 8)。グループホームは、認知症患者が長期にわたって滞在する場所であり、介護グループホームで生活しながら、外部の医療サービスも利用するケースが多いため、併用割合が高くなると考えられる。

グループホームについては、認知症患者が医療サービスと介護サービスを利用して地域社会の中で生活する住居であり、今後の認知症患者の増加を踏まえれば、グループホームの整備を進めることが重要であるとの指摘があった。また、グループホームの整備を進める上で、施設整備に対する支援の充実といった課題があるとの指摘もあった。

- ケアマネジャー数については、相関係数 $-0.07$ であり、併用割合に対してほとんど相関は見られなかった(資料P. 9)。ケアマネジャーは、医療・介護の連携の鍵となる職種の一つであり、一般的には、併用割合に対して正の相関が見られるように思われるが、そのような傾向は見られなかった。

この点に関して、介護関係職種の資格・経歴を有するケアマネジャーは、医療サービスよりも、介護サービスを中心とするケアプランを作成する傾向があるとの指摘があった。また、ケアマネジャーが医療と介護の連携において期待される役割を十分に果たすために必要となる環境整備の状況について、地域ごとの分析が必要ではないかとの指摘があり、整備されるべき環境としては、ケアマネジャーと医療機関が連絡・情報交換を円滑に行うための連携体制の構築(京都府医師会の「ケアマネタイム」の取組、多職種地域ケアカンファレンスの開催等)や、ケアマネジャーに対する基本的な

医療知識等に関する研修が重要であるとの指摘があった。さらに、患者・利用者やその家族が利用可能なサービスや資源等に関する情報を入手でき、相談等を受けられる機会を増やすことが重要であるとの指摘があった。

○ MSW数については、相関係数が0.46と、併用割合に対して高い相関が見られた(資料P.10)。MSWは地域連携室等に配属されることが多く、その数が多いことは医療機関における地域連携の支援体制が整備されていることの現れであり、MSW数が多いことが併用割合の上昇につながっているのではないかと考えられる。

○ 高齢者単身世帯数については、相関係数0.15であり、併用割合に対して緩やかな正の相関が見られた(資料P.11)。ただし、高齢者単身世帯数のデータが若干古い(平成17年国勢調査)ことに留意する必要がある。

高齢者単身世帯の割合が高い地域ほど医療サービスと介護サービスの双方を利用する者の割合が高くなっており、今後、高齢化により高齢者単身世帯数の増加が見込まれる中で、医療サービスと介護サービスをより円滑に併用できる環境整備、地域包括ケアシステムの構築の必要性が高まることを示していると考えられる。

○ 高齢者就業率については、相関係数が0.24であり、併用割合に対して正の相関が見られた(資料P.12)。ただし、就業率のデータが若干古い(平成17年国勢調査)ことに留意する必要がある。

一般的には、高齢者の社会参加が進むほど、医療サービスも介護サービスも利用する者が減り、併用割合も下がるように思われるが、そのような傾向は見られなかった。

## **(2)医療と介護の連携項目の算定状況**

○ 医療・介護の連携状況を示す指標として、診療報酬・介護報酬において医療と介護の連携を評価していると考えられる項目(以下「医療と介護の連携項目」という。)の算定割合に着目した。

○ 平成21年3月から平成22年6月の1年4ヵ月間に医療サービスと介護サービスを併用した後期高齢者のうち、医療と介護の連携項目が算定されている者の割合(以下「連携項目算定率」という。)を市町村ごとに算出し、地域間比較を行った。

- さらに、連携項目算定率の地域差の理由を分析するため、医療サービスと介護サービスの提供体制や単身世帯割合などの地域の状況の違いに着目し、連携項目算定率と地域の状況の相関関係の検討を行った。
- なお、医療と介護の連携項目として集計したのは、診療報酬16種類、介護報酬21種類であるが、このうち、診療報酬では、医師が訪問看護ステーションに対して指示書を交付した際に算定される訪問看護指示料の算定が約88%を占めた。また、介護報酬では、ケアマネジャーが行う利用者の入院・退院時の支援・情報提供を評価する居宅介護医療連携加算や居宅支援退院退所時加算等の算定が約68%、介護保険施設等から退所して在宅復帰する際に施設職員等が行う相談・援助を評価する退所時情報提供加算や退所前連携加算等が約25%を占めた。このように、集計した医療と介護の連携項目には偏りがあることに留意する必要がある。

なお、医療と介護の連携項目と算定人数は資料P. 76～78に示すとおりである。

#### ① 連携項目算定率の地域間比較(全疾病)

- まず、地域における医療と介護の連携項目の全体的な算定状況を分析するため、集計対象とする疾病を限定せず、全ての疾病のレセプトを用いて、市町村別に連携項目算定率を算出した。
- 全疾病を対象とした診療報酬上の連携項目算定率の京都府平均は、8.44%であった。他方、介護報酬上の連携項目算定率の平均は、9.37%であった(資料P. 13)。診療報酬上の連携項目算定率と介護報酬上の連携項目算定率との相関係数を算出すると、相関係数-0.04であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 16)。
- 市町村別に見ると、26市町村のうち13市町村で診療報酬上の連携項目算定率が介護報酬上の連携項目算定率を上回り、残りの13市町村では逆に介護報酬上の連携項目算定率が診療報酬上の連携項目算定率を上回っている。地域によって、医療分野と介護分野のいずれの側で連携項目がより多く算定されているかが異なっている。
- 地域別に見ると、丹後医療圏では、全市町村で介護報酬上の連携項目算定率が府平均を上回っており、4市町村のうち3市町村で診療報酬上の連携項目算定率が府平均を上回っている。

- 南丹医療圏では、全市町村で介護報酬上及び診療報酬上の連携項目算定率が府平均を下回っている。
- 山城北医療圏及び山城南医療圏では、半数以上の市町村で診療報酬上の連携項目算定率が府平均を上回っている。一方で、山城南医療圏では全市町村で、山城北医療圏では7市町村のうち6市町村で介護報酬上の連携項目算定率が府平均を下回っている。
- また、山城北医療圏及び山城南医療圏では、ほぼ全ての市町村で診療報酬上の連携項目算定率が介護報酬上の連携項目算定率を上回っている。
- 京都・乙訓医療圏及び南丹医療圏では、全ての市町で介護報酬上の連携項目算定率が診療報酬上の連携項目算定率を上回っている。
- 府北部地域では、市町村により診療報酬上の連携項目算定率と介護報酬上の連携項目算定率の高低にばらつきがあった。

## ② 連携項目算定率の地域間比較(大腿骨近位部骨折)

- 大腿骨近位部骨折の患者について、医療と介護の連携項目の算定状況を分析するため、傷病名が大腿骨近位部骨折である患者のレセプトを用いて、市町村別に連携項目算定率を算出した。
- 大腿骨近位部骨折の患者を対象とした診療報酬上の連携項目算定率の京都府平均は3.79%、介護報酬上の連携項目算定率の平均は17.96%であった(資料P. 14)。診療報酬上の連携項目算定率と介護報酬上の連携項目算定率との相関係数を算出すると、相関係数-0.02であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 17)。
- 地域別に見ると、丹後医療圏及び京都・乙訓医療圏では、全市町村で介護報酬上の連携項目算定率が府平均を上回っている。
- 中丹医療圏、南丹医療圏及び山城南医療圏では、全市町村で介護報酬上の連携項目算定率が府平均を下回っている。
- 山城北医療圏及び山城南医療圏において、診療報酬上の連携項目算定率が府

平均を大きく上回る市町村が見られる。

- ほぼ全ての市町村で介護報酬上の連携項目算定率が診療報酬上の連携項目算定率を大幅に上回っている。
- 診療報酬上の連携項目算定率が低いという点に関して、大腿骨近位部骨折の患者は、医療機関で手術やリハビリを受けた後、介護老人保健施設に入所するか在宅で通所リハビリ等を利用することが多いが、この間の連携は医療と介護の連携項目の対象となっておらず、今回の分析では十分に把握できていないのではないかとの指摘があった。今後、大腿骨近位部骨折の患者について、患者ごとの受療・サービス利用履歴を追跡して、連携状況を分析することが望まれる。また、急性期の治療・リハビリから回復期のリハビリ、在宅療養の介護サービスまでを見据えた地域連携パスの普及促進が重要であるとの指摘があった。

なお、地域連携パスについては、診療報酬における地域連携診療計画管理料等の施設基準が厳しいこと、京都府においては回復期リハビリを担う医療資源が少ない（人口10万人対回復期リハビリ病床数：全国46床、京都府32床）こと等の課題があるとの指摘もあった。

### ③ 連携項目算定率の地域間比較（認知症）

- 認知症の患者について、医療と介護の連携項目の算定状況を分析するため、傷病名が認定症である患者のレセプトを用いて、市町村別に連携項目算定率を算出した。
- 認知症の患者を対象とした診療報酬上の連携項目算定率の京都府平均は7.82%、介護報酬上の連携項目算定率の平均は9.15%であった（資料P.15）。診療報酬上の連携項目算定率と介護報酬上の連携項目算定率との相関係数を算出すると、相関係数-0.24であり、負の相関が見られた（資料P.18）。
- 地域別に見ると、丹後医療圏の全市町村で、介護報酬上の連携項目算定率が府平均を上回っており、特に2市町村で府平均を大きく上回っている。
- 中丹医療圏では、全市町村で診療報酬上の連携項目算定率が府平均を下回っており、南丹医療圏では、全市町村で介護報酬上及び診療報酬上の連携項目算定率が府平均を下回っている。

- 山城南医療圏では、全市町村で介護報酬上の連携項目算定率が府平均を下回っている。1市町村で診療報酬上の連携項目算定率が府平均を大きく上回っている。
- また、丹後医療圏では、介護報酬上の連携項目算定率が診療報酬上の連携項目算定率を大幅に上回っている傾向が見られた。
- 南丹医療圏では、介護報酬上の連携項目算定率が診療報酬上の連携項目算定率を上回っている地域が多くなっている。
- 府南部では、診療報酬上の連携項目算定率が介護報酬上の連携項目算定率を上回る傾向が見られた。

#### ④ 連携項目算定率に地域差が生じる理由

- 診療報酬上及び介護報酬上の連携項目算定率の地域差について、医療と介護のそれぞれに関連があると考えられる指標と連携項目算定率との相関関係を検討することにより、連携項目算定率に地域差の生じる理由の分析を試みた。
- なお、特に診療報酬上の連携項目算定率が高い市町村については、別途分析が必要であると考えられる。
- ここでは、市町村別の以下の数値を指標として、連携項目算定率との相関関係を検討した。

指標		内容	出典等
医療機関数		75歳以上の要介護認定者千人当たりの病院及び診療所数	医療施設(動態)調査(H21)
病床数	総病床数	75歳以上の要介護認定者数千人当たりの病院及び診療所の総病床数、一般病床数、療養病床数	医療施設(動態)調査(H21)
	一般病床数		
	療養病床数		
介護事業所数		75歳以上の要介護認定者千人当たりの介護事業所及び介護保険施設数	京都府介護保険制度の実施状況(H21)
訪問看護実施施設数		75歳以上の要介護認定者千人当たりの訪問看護事業所数(みなし指定事業所を含む)	介護保険事業所等の指定状況(H22. 4)
グループホーム数		75歳以上の要介護認定者千人当たりの認知症対応型共同生活介護事業所数	介護保険事業所等の指定状況(H22. 4)

ケアマネジャー数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの介護支援専門員数(居宅介護支援事業所に勤務する者に限る)	京都府介護サービス情報公表システム(H22)
MSW数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの医療社会事業従事者及び社会福祉士数(いずれも医療機関に勤務する者に限る)	京都健康医療よろずネット(H22)
高齢者単身世帯数	75歳以上の要介護認定者千人当たりの高齢者(65歳以上)単身世帯数	国勢調査(H17)
高齢者就業率	高齢者(65歳以上)の就業率	国勢調査(H17)

○ 医療機関数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $-0.26$ であり、負の相関が見られた(資料P. 19)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $0.10$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 20)。一般的には、連携元又は連携先としての医療機関数が多い地域は連携項目算定率が高いように思われたが、そのような傾向は見られなかった。今後、医療機関や連携項目の区分を細かくし、連携項目算定率との相関関係を検討することが望まれる。

○ 病床数と連携項目算定率との相関は、以下のとおりとなった。

- ・ 総病床数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $0.16$ であり、緩やかな正の相関が見られた(資料P. 21)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $0.14$ であり、相関はほとんど見られなかった(資料P. 22)。病床数が多いほど、退院者も多く、退院後の療養生活における医療サービスと介護サービスの利用も増えることから、診療報酬上の連携項目算定率が高くなっているのではないかと考えられる。

- ・ 一般病床数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $0.07$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 23)。介護報酬上の連携項目算定率に対しても、相関係数 $0.10$ であり、ほとんど相関は見られなかった(資料P. 24)。

- ・ 療養病床数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $-0.03$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 25)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $-0.35$ であり、負の相関が見られた(資料P. 26)。療養病床は、併用割合との相関関係で検討したように、長期入院が多く、病棟内でサービスが完結するケースが多いため、医療と介護の連携項目

の算定機会が少なくなるのではないかと考えられる。

- 介護事業所数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $-0.31$ であり、負の相関が見られた(資料P. 27)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $-0.03$ であり、相関はほとんど見られなかった(資料P. 28)。一般的には、連携元又は連携先としての介護事業所数が多い地域では連携項目算定率が高いように思われたが、そのような傾向は見られなかった。今後、介護事業所や連携項目の区分を細かくし、連携項目算定率との相関関係を検討することが望まれる。

- 訪問看護実施施設数については、診療報酬上及び介護報酬上の各連携項目算定率に対して、相関係数はそれぞれ $0.03$ 及び $-0.07$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 29、P. 30)。訪問看護は、在宅療養を支える重要なサービスであり、一般的には、連携項目算定率に対して正の相関が見られるように思われるが、そのような傾向は見られなかった。

この点に関して、訪問看護実施施設のうち約8割が訪問看護ステーション以外のみなし指定事業所であるため、訪問看護指示料の対象となっていないことも影響しているのではないかと考えられる。また、訪問看護ステーションに関しては、小規模な事業所が多く、訪問看護ステーションの体制強化が重要ではないかとの指摘があった。さらに、訪問看護ステーションでは、人件費に比して介護報酬の水準が必ずしも十分とはいえないという指摘もあった。

- グループホーム数については、診療報酬上及び介護報酬上の各連携項目算定率に対して、相関係数はそれぞれ $0.03$ 及び $-0.08$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 31、P. 32)。

グループホームは認知症患者の生活の場であり、医療と介護の連携項目の算定対象となる新たな医療サービスや介護サービスの利用が頻繁に発生することは少ないのではないかと考えられる。

- ケアマネジャー数については、診療報酬上の連携項目算定率に対して、相関係数 $-0.56$ であり、負の相関が見られた(資料P. 33)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数 $-0.04$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 34)。ケアマネジャーは、医療と介護の連携を進める上で大きな役割を果たす職種と考えられるが、この点について、今回の分析結果からは、はっきりとした傾向をつかむこ



とはできなかった。

診療報酬上の連携項目算定率との負の相関について、介護関係職種の資格・経歴を有するケアマネジャーは、医療サービスよりも、介護サービスを中心とするケアプランを作成する傾向があることが背景にあるのではないかと指摘があった。また、ケアマネジャーと医療機関が連絡・情報交換を円滑に行うための連携体制の構築(京都府医師会の「ケアマネタイム」の取組、多職種地域ケアカンファレンスの開催等)や、ケアマネジャーに対する基本的な医療知識等に関する研修が重要であるとの指摘があった。

- MSW数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数が0.28であり、正の相関が見られた(資料P. 35)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数-0.34であり、負の相関が見られた(資料P. 36)。

MSWの数を医療機関における地域連携支援体制の整備の指標と考えれば、MSW数と診療報酬上の連携項目算定率との正の相関は、医療機関による支援によって医療と介護の連携が進んでいることを示すものと考えられる。一方、MSW数が介護報酬上の連携項目算定率に対して負の相関を示したのは、退院時においては、医療機関のMSWが患者の相談・援助や、医療・介護のサービス利用調整等を行うケースがあることも影響しているのではないかと考えられる。また、地域における医療と介護の連携を充実させていく上で、医療機関における地域連携支援機能を充実させることが重要であり、MSW等の地域連携支援を担う人材育成のための研修等が重要であるとの指摘があった。

- 高齢者単身世帯数については、診療報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数が0.06であり、ほとんど相関が見られない(資料P. 37)。一方、介護報酬上の連携項目算定率に対しては、相関係数0.16であり、緩やかな正の相関が見られた(資料P. 38)。ただし、高齢者単身世帯数のデータが若干古いことに留意する必要がある。

介護報酬上の連携項目の算定の大半が退院・退所時の相談・援助等に係るものであることを考えれば、介護分野における連携の進展が、単身高齢者の在宅復帰を促進しているのではないかと考えられる。

- 高齢者就業率については、診療報酬上及び介護報酬上の各連携項目算定率に対して、相関係数はそれぞれ-0.08及び0.13であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 39、P. 40)。ただし、高齢者就業率のデータが若干古いことに留意する必要がある。

### 3 医療・介護サービスの提供状況(市町村ごと)

- 地域における医療サービスの提供量と介護サービスの提供量について、どのような関係にあるのかという観点から分析を行った。
- ここでは、患者・利用者1人当たりの年間の医療費・介護費をその地域における医療サービスと介護サービスの提供量と考えて分析を行った。
- なお、分析の対象は、65歳以上の高齢者に係る医療費・介護費としたが、医療費のうち65～74歳部分については、市町村国民健康保険の医療費のみであり、国民健康保険組合及び被用者保険の医療費は含まれていないことに留意する必要がある。

#### (1)患者・利用者1人当たりの医療費・介護費

- 患者1人当たりの年間医療費(65歳以上)については、京都府平均が 482,047 円であった(資料P. 41)。
- 患者1人当たり医療費を、入院、外来、訪問看護の種類別に見ると、入院費が最も高額である。また、患者1人当たり入院費は、府南部(京都・乙訓医療圏、山城北医療圏、山城南医療圏)の方が、府北中部(丹後医療圏、中丹医療圏、南丹医療圏)よりも高い傾向がある(資料P. 42)。
- 一方、利用者1人当たりの年間介護費(65歳以上)は、京都府平均が 794,551 円であった。山城南医療圏の介護費は、他医療圏よりも総じて高い傾向が見られる(資料P. 43)。
- 利用者1人当たり介護費を、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスの種類別に見ると、ほとんどの市町村で、施設サービスの費用が最も高額である(資料P. 44)。

#### (2)地域差指数

- 患者・利用者1人当たりの医療費・介護費は、高齢化が進んでいる地域ほど高くなる傾向があるため、地域間比較の基準としては不十分な点がある。そこで、患者・利用

者1人当たりの医療費・介護費を市町村ごとの年齢構成の違いで補正した「地域差指数」を算出して分析した(京都府平均を1とし、平均より医療費・介護費が高い場合は1より大きい数値となり、平均より低い場合は1より小さい数値となる)。

- まず、医療費については、京都・乙訓医療圏ではいずれの市町も京都府平均より高く、山城南医療圏でもほとんどの市町村が京都府平均より高い傾向があった。これに対して、府北中部(丹後医療圏、中丹医療圏、南丹医療圏)ではいずれの市町も京都府平均より低い傾向が見られた。(資料P. 45)
- 入院、外来、訪問看護の種類別では、入院、外来について府南部が京都府平均よりも高い傾向が見られた。一方、府北部では訪問看護の費用が高い市町が多い傾向があった(資料P. 46)。
- 一方、介護費については、医療費ほどの地域差は見られないものの、京都・乙訓医療圏及び山城南医療圏では京都府平均よりも高い傾向があった(資料P. 47)。
- 居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスの種類別では、地域密着型サービスについて市町村間の格差が大きい傾向が見られた(資料P. 48)。

### (3)医療サービスと介護サービスの相関関係

- 地域における医療サービスと介護サービスの提供量が相互にどのような関係にあるかについて、市町村別の患者1人当たり医療費と利用者1人当たり介護費の相関関係、市町村別の医療の地域差指数と介護の地域差指数の相関関係を検討することにより、分析を試みた。
- まず、総医療費と総介護費について、市町村別平均額(患者1人当たり医療費と利用者1人当たり介護費)では、相関係数 $-0.05$ であり、ほとんど相関は見られなかったが、市町村別の医療と介護の地域差指数では、相関係数 $0.50$ であり、正の相関が見られた(資料P. 49、P. 50)。

一般的に住民の健康状態が低下すれば医療と介護の双方の必要性が高くなり、また、医療資源へのアクセスがよい地域は概して介護資源へのアクセスもよいと考えられ、地域差指数での正の相関には、これらが影響しているのではないかと考えられる。

○ 次に、医療費のうち入院費について、サービス別の介護費との相関係数を算出した。

- ・ 入院費と総介護費については、市町村別平均額では、相関係数 $-0.06$ であり、ほとんど相関が見られなかったが、地域差指数では、相関係数 $0.29$ であり、正の相関が見られた(資料P. 51、P. 52)。

介護サービスの提供量が少ない地域では、その不足を補う形で入院医療の利用が多くなっているのではないかとも思われたが、そのような関係は見られなかった。この点に関して、医療と介護は患者・利用者の状態に応じて提供されるものであり、両者に負の相関が見られないことは妥当であるとの指摘があった。

- ・ 入院費と、介護費のうち居宅サービス費については、市町村別平均額及び地域差指数で、相関係数はそれぞれ $0.26$ 及び $0.31$ であり、正の相関が見られた(資料P. 53、P. 54)。
- ・ 入院費と、介護費のうち施設サービス費については、市町村別平均額及び地域差指数で、相関係数はそれぞれ $0.05$ 及び $0.08$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 55、P. 56)。
- ・ 入院費と、介護費のうち地域密着型サービス費については、市町村別平均額及び地域差指数とも相関係数 $0.04$ であり、ほとんど相関が見られなかった(資料P. 57、P. 58)。

なお、地域密着型サービスには、認知症対応型通所介護などの居宅系のサービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護といった施設系のサービス、小規模多機能型居宅介護といった複合的なサービスが含まれていることから、さらに細かく分類する等の分析も必要と考えられる。

○ 医療費のうち外来費と、介護費のうち居宅サービス費については、市町村別平均額では相関係数 $0.47$ 、地域差指数では相関係数 $0.66$ であり、いずれでも正の相関が見られた(資料P. 59、P. 60)。

○ 入院費と施設サービス費の合計と、外来費と居宅サービス費の合計では、市町村別平均額では相関係数 $0.22$ 、地域差指数でも相関係数 $0.39$ であり、いずれでも正の相関が見られた(資料P. 61、P. 62)。

---

## 4 施策への活用の方向性

---

- 上記2、3での分析については、医療と介護の現状を定量的に把握するための一つの手法として位置付けられるよう、今後、さらに分析の項目や指標等を発展させることが求められる。
- その上で、その分析結果について、京都府保健医療計画、京都府高齢者健康福祉計画、地域包括ケアシステムの構築など、京都府の保健、医療、福祉施策をPDCAサイクルで効果的に進めるための参考資料として活用することが望まれる。

### (1) 京都府保健医療計画

- 京都府保健医療計画においては、府民・患者の視点から、安心して良質な医療を提供する体制を速やかに整備するため、①地域の保健医療を支える基盤の整備、②患者本位の安心・安全な医療提供体制の確立、③主な死因に着目した切れ目ない保健医療サービスの提供の3つを重点施策としている。
- 現行の保健医療計画の期間は平成20年度から24年度までの5年間であり、次期改定の際に、今回得られたデータ分析結果を活用し、保健医療計画に定める目標の達成状況等の評価、再検討等を行うことが望まれる。

### (2) 第5次京都府高齢者健康福祉計画

- 第5次京都府高齢者健康福祉計画においては、高齢者がそれぞれの健康状態や生活様式(ライフスタイル)等に応じて、住み慣れた地域で健やかに充実した生活ができるとともに、いきいきと社会参加ができ、安心・安全に暮らせる社会の構築を目指し、①高齢者に対する適切なサービスの提供、②健康づくり対策の推進、③認知症高齢者対策等の推進、④高齢者の積極的な社会参加の促進、⑤高齢者を地域全体で支えるシステムづくりの5つを重点施策としている。
- 今回得られた医療・介護連携の分析結果を地域における介護サービス見込量の算定等の参考とすることで、地域の特性をより一層反映した計画策定を進められるようにするなど、今回の分析結果の活用の検討が望まれる。

### **(3)地域包括ケアシステム構築事業**

○ 地域包括ケアシステムの構築については、京都府においては、平成22年12月に、高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、福祉のサービスを組み合わせることで 24 時間、365 日安心して暮らせる社会を目指し、「老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン」を決定している。

○ 今回得られた分析結果を参考に、医療・介護の連携の状況を地域別に把握することで、地域包括ケアの進展・充実度を定量的に把握することが可能になると考えられる。

なお、今回の研究分析は、地域における医療・介護の連携の進展と介護サービス事業所(介護予防サービス含む)、介護保険施設、居宅介護支援事業所等の分布を視覚的に捉える試みとしてマップを作成した(資料P. 63からP. 67)

○ また、患者の状態に応じた適切なリハビリが府内全域において提供される総合的なリハビリテーション提供体制の整備に向け、被保険者ごとの受療・サービス利用履歴に着目し、リハビリを要する疾病の患者について、急性期治療・リハビリ、回復期リハビリ、通所リハビリや訪問リハビリ等が切れ目なく提供されているかを追跡して分析することが望まれる。

なお、今回の研究は、地域におけるリハビリの提供量を視覚的に捉える試みとして、疾患別のリハビリ診療報酬算定人数並びに通所リハビリ及び訪問リハビリに係る介護報酬算定人数のマップを作成した(資料P. 68からP. 74)。

### **(4)医療と介護の連携を推進する方策**

○ 上記2、3においても、医療と介護の連携を推進するために必要と指摘された施策を記述したが、それらをまとめて再掲する。

- ・ 訪問看護は在宅療養を支える重要なサービスであり、その提供基盤の充実が求められるが、京都府内の訪問看護ステーションは小規模な事業所が多くなっており、各事業所の体制強化が重要であると考えられる。

また、訪問看護ステーションでは、人件費に比して介護報酬の水準が必ずしも十分とはいえないという課題があると考えられる。

- ・ グループホームは、認知症患者が医療サービスと介護サービスを利用して生活す

る住居であり、今後の認知症患者の増加を踏まえれば、グループホームの整備を進めることが重要であると考えられる。

また、グループホームの整備を進める上で、施設整備に対する支援の充実といった課題があると考えられる。

- ケアマネジャーは医療・介護の連携の鍵となる職種の一つであり、利用者の状態に応じて医療サービスと介護サービスを適切に利用するケアプランを作成できるよう、ケアマネジャーと医療機関が連絡・情報交換を円滑に行うための連携体制の構築（京都府医師会の「ケアマネタイム」の取組、多職種地域ケアカンファレンスの開催等）や、ケアマネジャーに対する基本的な医療知識等に関する研修が重要であると考えられる。
- 医療機関における地域連携支援機能を充実させるため、MSW等の地域連携支援を担う人材育成のための研修等が重要であると考えられる。
- 大腿骨近位部骨折の患者等について、急性期の治療・リハビリから回復期のリハビリ、在宅療養の介護サービスまでを見据えた地域連携パスの普及促進が重要であると考えられる。

また、今後、脳卒中やがん等に係る地域連携についても分析する必要があるが、地域連携パスについては、診療報酬における地域連携診療計画管理料等の施設基準が厳しいこと、京都府においては回復期リハビリを担う医療資源が少ない（人口 10 万人対回復期リハビリ病床数：全国46床、京都府32床）こと等の課題があると考えられる。
- 患者・利用者が状態に応じた必要な医療サービスと介護サービスを利用できるよう、患者・利用者やその家族が利用可能なサービスや資源等に関する情報を入手でき、相談等を受けられる機会を増やすことが重要であると考えられる。

---

## 5 今後の課題

---

- 今回得られた分析結果をさらに発展させるため、今後、分析項目や指標等を精査するとともに、以下のような視点で調査・分析を行うことが望まれる。

### (1)医療・介護提供の充足・不足状況分析

- 府内各地域での疾病別・要介護度別の患者・要介護者の発生状況と、各地域での医療・介護サービスの利用状況を比較し、地域ごとの医療・介護提供の充足・不足状況を分析する。
- 疾病別の分析については、今回分析を行った大腿骨近位部骨折と認知症の他に、医療計画の主要疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)についても分析を行い、各医療圏での患者の発生状況と、当該患者がどの医療機関を受診しているかを比較し、医療圏ごとの医療提供体制を分析する。
- また、医療計画の主要事業(救急医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)についても、データ分析を行う。

### (2)特定健診結果データのデータベース化

- 特定健診データについて、医療・介護レセプトデータと連結させて分析を行うことにより、府民の健康状況と受療状況等を把握することができ、保健事業や医療提供体制の整備等に活用できると考えられるが、都道府県単位での連結・分析は未だ行われていない。
- 今回の分析対象とした医療・介護レセプトデータに加えて、特定健診の結果データも分析対象としてデータベース化し、府内各地域での生活習慣病患者やそのリスクが高い者(健診データに正常範囲を超えた値が見られる者)の発生状況と、当該者が生活習慣病の治療を受けているかを把握し、地域ごとの保健事業や医療提供体制等の分析を行う。
- また、府民の健康増進に役立てるため、特定健診・保健指導の実施率の高い地域と低い地域を比較し、特定健診・保健指導の実施率を高める要因を分析する。



( 参 考 )

○ 開催経過

平成22年8月2日(第1回会議)

- ・ワーキンググループでの取組みについて
- ・分析項目について

平成23年1月11日(第2回会議)

- ・レセプト分析の結果について

平成23年2月1日(第3回会議)

- ・レセプト等分析の結果について(追加)
- ・ワーキンググループ報告書(案)について

○ 構成委員

氏 名	役 職
荻野 修一	京都府老人福祉施設協議会副会長
久野 成人	京都私立病院協会副会長
桑原 安江	京都府看護協会常任理事
小林 啓治	京都府介護支援専門員会理事
野稲 貞雄	京都府老人保健施設協会副会長
松井 道宣	京都府医師会理事
芦原 誠	伊根町生活住民課長
安部 康則	京都市保健福祉局介護保険課長
尾本 恵一	京都市保健福祉局医務審査課長
関本 信夫	向日市健康福祉部障がい高齢福祉課担当課長
長岡 聡	向日市健康福祉部医療保険課担当課長
高宮 裕介	京都府健康福祉部医療企画課長

(オブザーバー)

- |       |                         |
|-------|-------------------------|
| 大坪 徹也 | 京都大学大学院医学研究科助教          |
| 山村 一美 | 京都府国民健康保険団体連合会情報管理課長    |
| 上野 学  | 京都府国民健康保険団体連合会介護保険課課長補佐 |