

後発医薬品使用促進の取組

・知識と意識の普及

奈良県後発医薬品安心使用促進協議会を設置し、県民及び医療関係者それぞれに内容とツールを駆使して情報発信

<県民向け>

啓発ポスター・チラシによる広報、県政出前トークの実施

<医療関係者向け>

病院、薬局の薬剤師向け研修会実施

県内病院の採用後発医薬品リストの配布

医療関係者向けアンケートの実施(H28.12 奈良県67.2%(全国67.9%))

県内の公立病院での使用状況を調査し、使用拡大を要請

・受診者へ後発医薬品利用との医療費差額を通知

保険者(国保、後期高齢者、健保組合、協会健保、共済)毎に実施

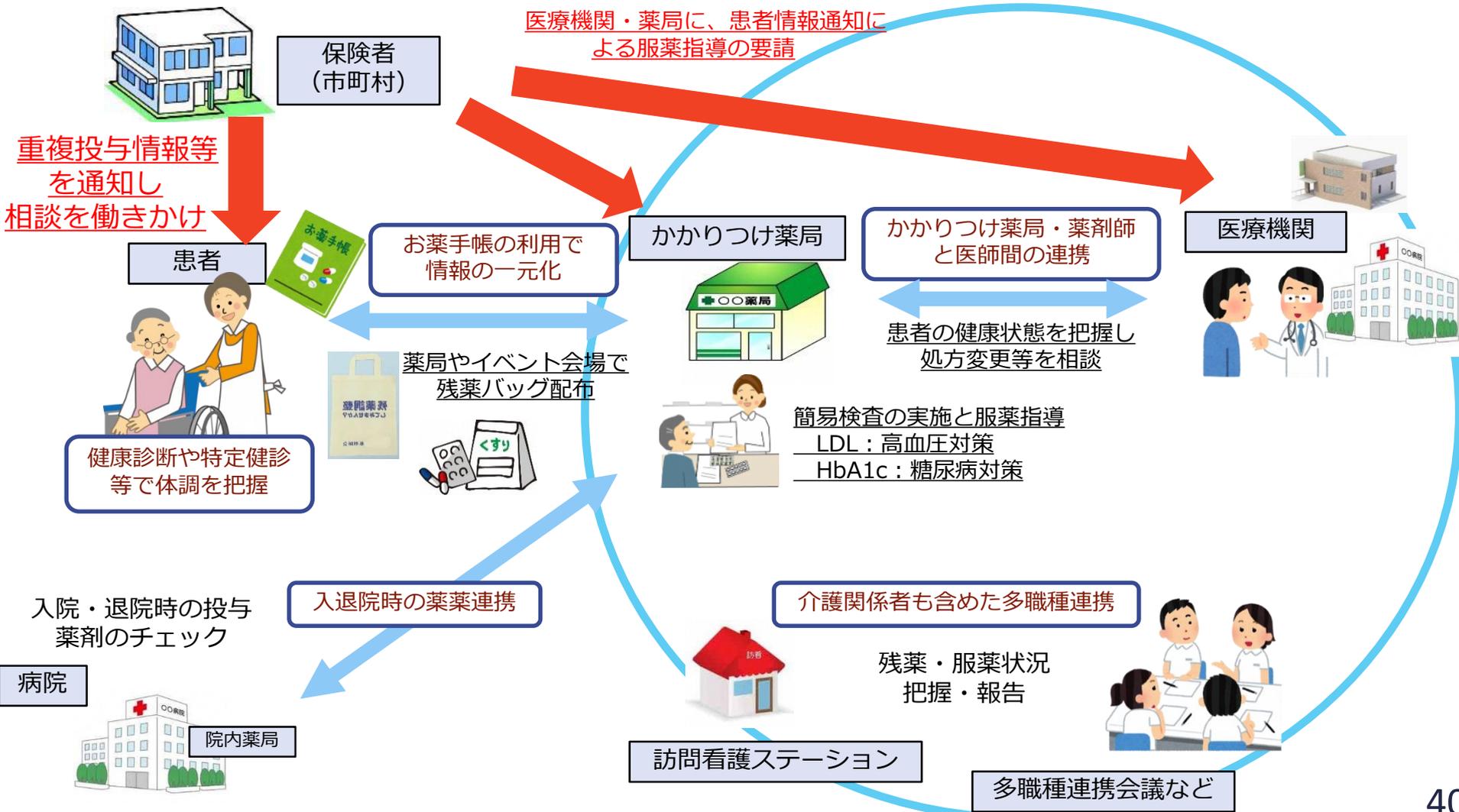
※全体医療費の3割を占める国保では、**市町村毎の取組状況の差が大きい**

年間実施回数 12回:1市、6回:13市町村、4~1回:16市町村、ゼロ:9町村

・国保県単位化に合わせて設置予定の「(仮称)国保事務支援センター」において、取組強化を予定

多剤投与防止など医薬品の適正利用(ポリファーマシー対策)の推進

○保険者(市町村)の協力のもと、薬剤の多剤投与や重複投与情報等を患者に直接通知し、薬局等への相談を積極的に働きかけるモデル事業を29年度は生駒市内で実施



ポリファーマシー対策の実例

実例1 残薬利用と重複薬等を中止した例

○ケアマネージャーが残薬状況を把握し薬局への相談を勧めたことによる

- ・年齢：95 ・性別：女性
- ・基礎疾患：高血圧
- ・合併症：脂質代謝異常症、骨粗鬆症
- ・医療機関受診状況：病院2科、診療所の3箇所受診
- ・投与薬剤：

<病院 内科>

- ①メバロチン10mg
- ②ノルバスク2.5mg
- ③アシノン150mg
- ④ビオフェルミン錠剤

<病院 整形外科>

- ⑤アドフィード
- ⑥メチコバル500 μ g
- ⑦エディロール0.75g
- ⑧グラケーCap
- ⑨アスパラCa

<診療所（耳鼻科）>

- ⑩25mg アリナミンF
- ⑪メコバラミン500 μ g
- ⑫シーピー顆粒

薬剤費

合計：83,078円

残薬利用で

△23,757円

重複薬等で

△2,451円

計△26,208円削減

実例2 残薬利用した例

○大和郡山市内の薬局が実施した残薬バック・お薬手帳の取組を通じて薬局へ相談したことによる

- ・年齢：83 ・性別：女性
- ・基礎疾患：糖尿病
- ・合併症：心不全
- ・医療機関受診状況：病院2科、診療所の3箇所受診
- ・投与薬剤：

<病院1 循環器>

- ①ランソプラゾール15
- ②ミカムロAP
- ③ドキサゾシン2mg
- ④エクア50mg
- ⑤ランタスXRソロスター
- ⑥リクシアナ30mg
- ⑦カルベジロール2.5mg
- ⑧ゾルピデム5
- ⑨エチゾラム5mg
- ⑩バイアスピリン

<病院2 整形外科>

- ⑪セルタッチパップ
- ⑫フェロミア
- ⑬モーラステープ

<診療所>

- ⑭ベプリコール
- ⑮サインバルタ

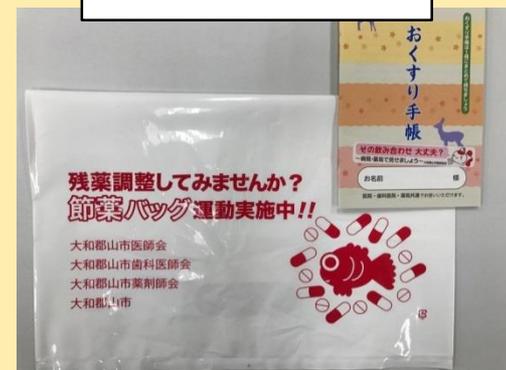
薬剤費

合計：39,730円

残薬利用で

△15,545円削減

大和郡山市の
残薬バックとお薬手帳



国保県単位化にあわせて事務処理統一化（奈良モデル）を推進

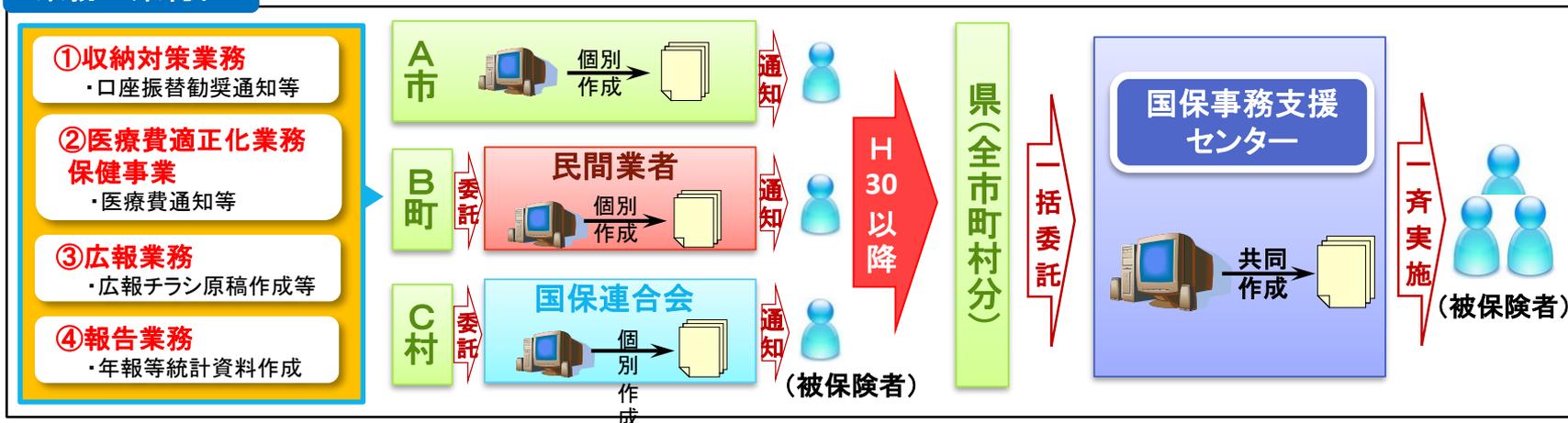
1. 基本的な考え方

- 市町村事務の負担軽減や適正化・効率化に資する業務の共同化・標準化を推進
- 国保連合会に奈良県独自の「(仮称)国保事務支援センター」を設置

2. 主な取組内容

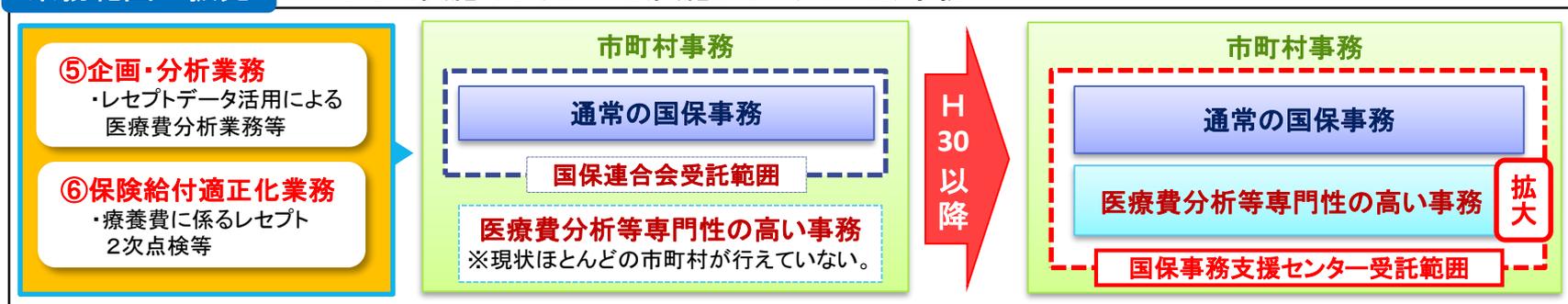
業務の集約化

現在、市町村毎に実施しているが、県単位化後はセンターで統一実施(事務の軽減)



業務範囲の拡充

これまで実施できなかった(実施してこなかった)事務



※県単位化後も、市町村等と連携しながら、拡大等について検討

医療費適正化等の取組を強化

1. 基本的な考え方

- 県域で実施することにより効率的で効果的となる医療費適正化の取組を、県と「(仮称)国保事務支援センター」が連携して推進
- また、市町村が効果的に保健事業の取組が推進できるよう支援

2. 主な取組内容

県とセンターが連携して実施

① 後発医薬品の普及促進

- ・ 公立医療機関での後発医薬品の使用割合の向上のため、設立主体に働きかけ等

② 医薬品の多剤投与・重複投与の適正化

- ・ 多剤・重複投与者への個別訪問指導の全県域での実施(薬剤師会とも連携)等

③ 糖尿病性腎症重症化予防

- ・ 「糖尿病性腎症予防プログラム」(H29策定)に基づく糖尿病治療勧奨等

④ レセプトデータやKDBを活用した医療費分析と分析結果の具体的活用

- ・ 全県的及び地域差等に着眼した医療費分析に基づく医療費適正化、保健事業の具体的取組の企画・立案

市町村の保健事業への支援

① 特定健康診査・特定保健指導の受診率向上

- ・ 国保データベース(KDB)を活用した受診率向上の取組(未受診者への個別勧奨、未治療者への治療勧奨)等

② データヘルス計画策定及び評価

- ・ データヘルス計画策定の支援等

③ 生活習慣病予防対策の企画・実施

- ・ 共通啓発ツールの作成、提供等

④ 専門職の資質向上

- ・ 特定保健指導等のためのスキルアップ講座

医療費適正化に向けた課題

- 医療費に生じている各種の地域差について、詳細な要因分析を行い、多角の視点から取組を検討・実行していく必要がある。
 - ・奈良県の一人当たり医療費は全国平均水準にあるものの、市町村間では大きな格差が生じている。
 - ・平野部の高齢者は、南部・東部地域の高齢者より一人当たり医療費が高い。
 - ・医療費の高い市町村は入院の寄与度が高く、低い市町村は外来・調剤が引き下げ要因になっている。
 - ・医療費の高い疾病を見ると、生活習慣に起因するものが多い。また、疾病毎に大きな市町村格差が見られる。
 - ・診療行為に関する地域差(特徴点)分析を合わせて実施する必要がある。
- 人工透析医療費は非常に高額であり、その主要因である糖尿病重症化予防は重要。
- 生活習慣病予防に結びつく特定健診受診率、特定保健指導実施率の格差是正はすぐにできる対策。また、生活習慣病にかかる各種リスク要因の地域差について分析を行い、地域毎の対策の検討が必要。
- 保健師による地域の保健活動の充実・強化が必要
 - ・保健師の少ない町村における業務共同化の検討、職員の意識改革など
- 薬剤費については、後発品(ジェネリック薬)の使用拡大、多剤・重複投与対策(ポリファーマシー対策)等の取組を推進。
- 国が示す医療費適正化の取組に基づき、費用対効果を踏まえつつ地域の状況に対応した取組を進める必要がある。

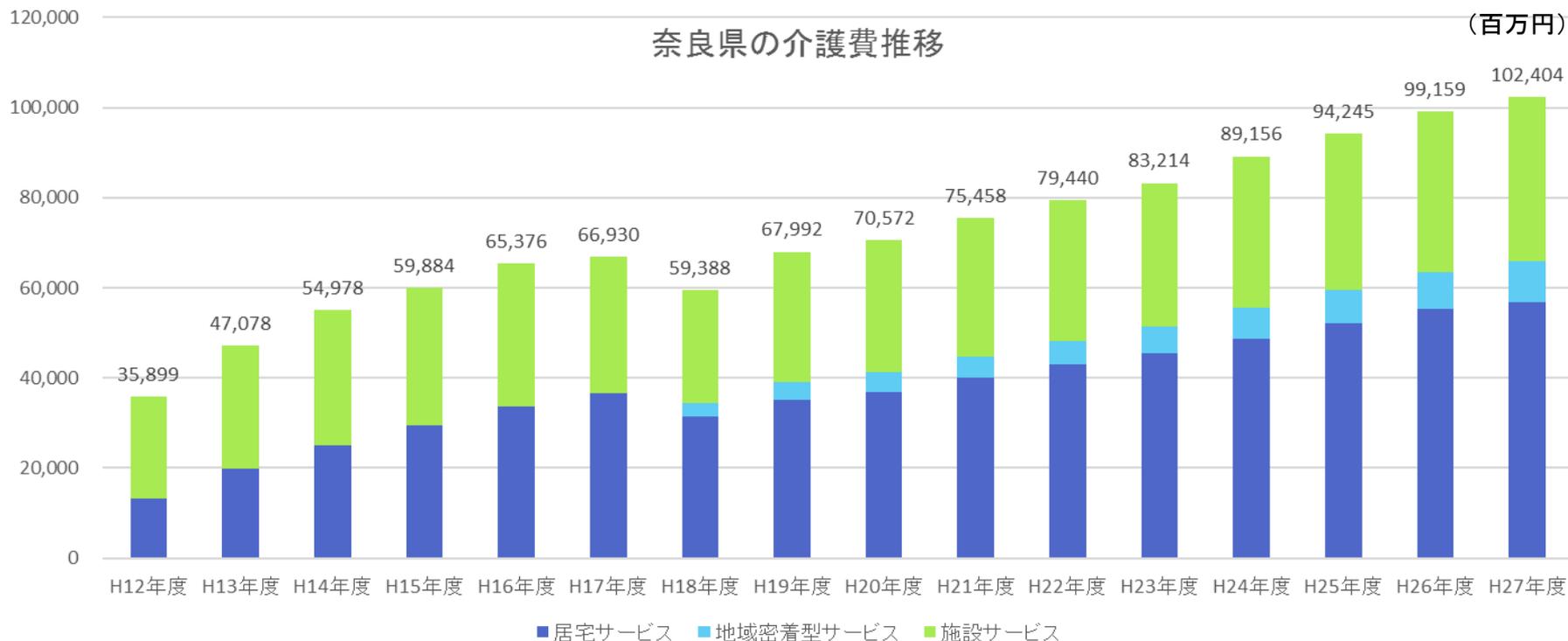
【参考 国の医療費適正化計画】

後発医薬品の使用割合の目標達成80%	▲約4,000億円
糖尿病重症化予防	▲約 800億円
医薬品投与の適正化	▲約 600億円
特定健診・保健指導実施率(70%・40%)	▲約 200億円

Ⅱ 現状分析

② 介護費の見える化

奈良県の介護費の現状



第一号被保険者の保険料の推移

	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期
奈良県平均	2,859円	3,154円	3,957円	4,016円	4,592円	5,231円
全国平均	2,911円	3,293円	4,090円	4,160円	4,972円	5,514円

第6期奈良県内

最高額 天川村(全国1位) 8,686円

奈良県平均 5,231円

最低額 御杖村 3,900円

第6期全国

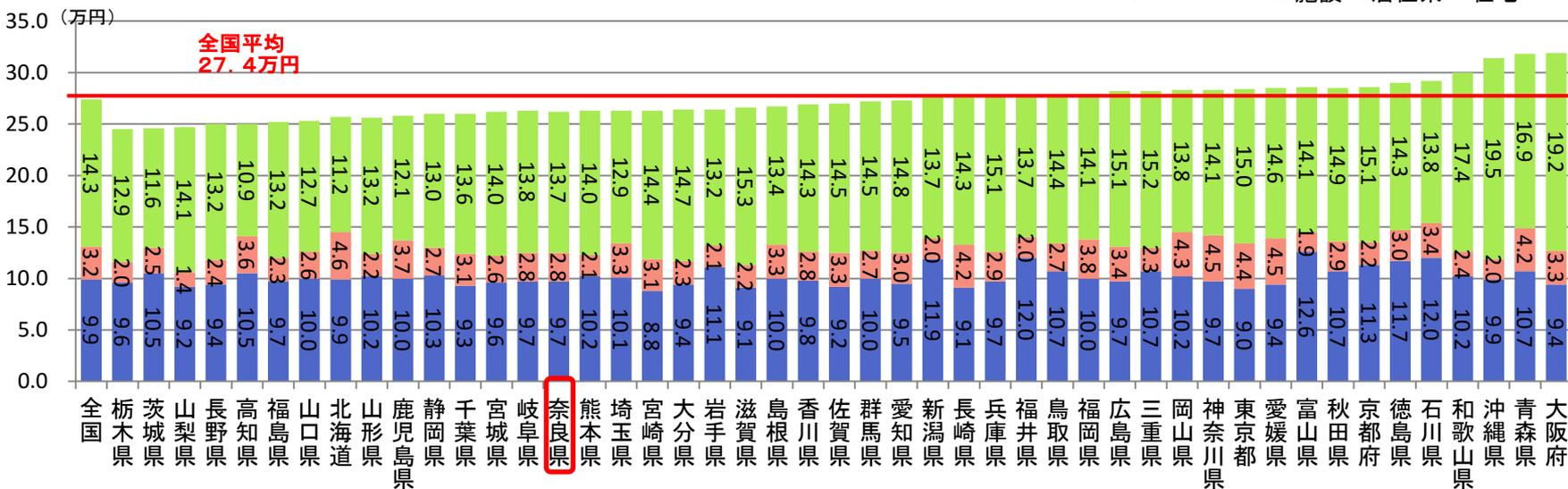
最高額 沖縄県(平均) 6,267円

最低額 埼玉県(平均) 4,835円

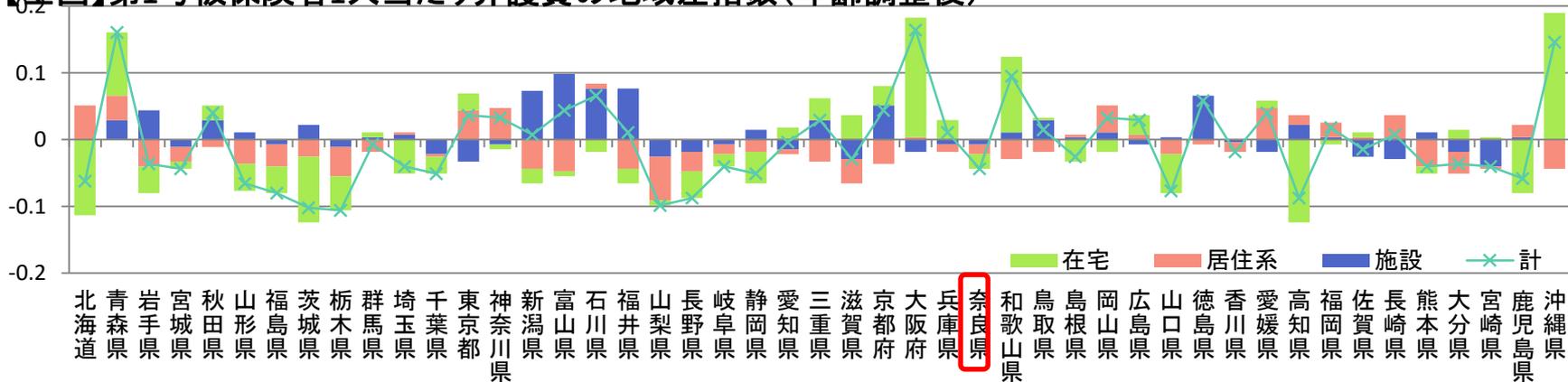
一人当たり介護費の全国比較

・奈良県の介護費は、全国平均よりも低い。

【全国】第1号被保険者1人当たり介護費の地域差(年齢調整後) (平成26年度)



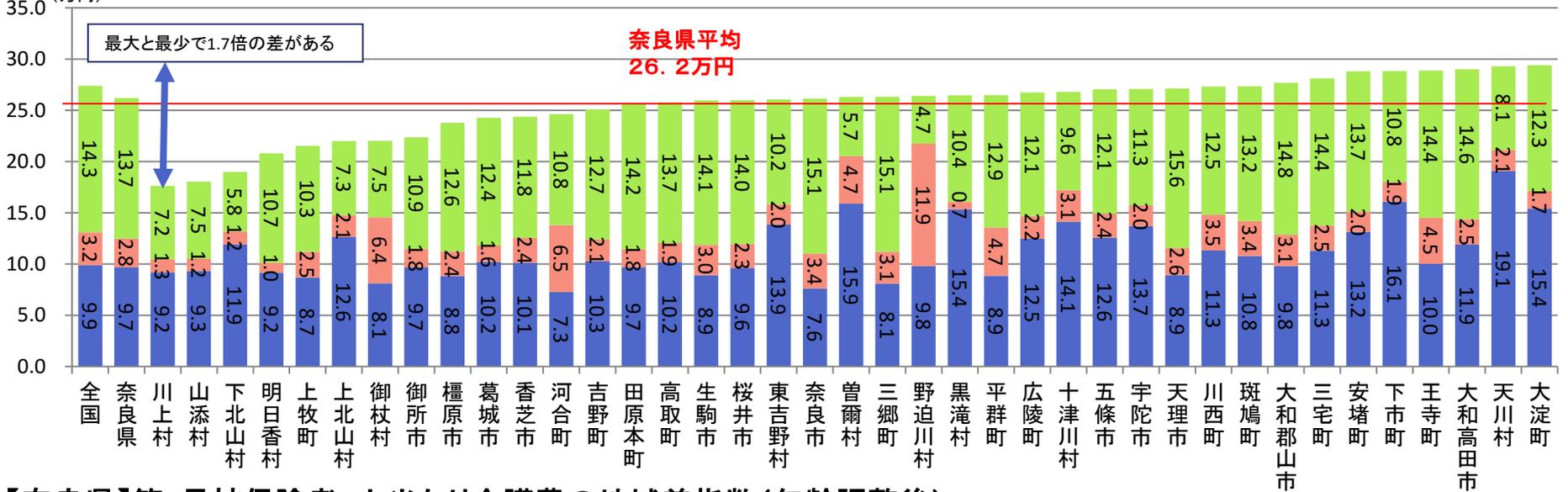
【全国】第1号被保険者1人当たり介護費の地域差指数(年齢調整後)



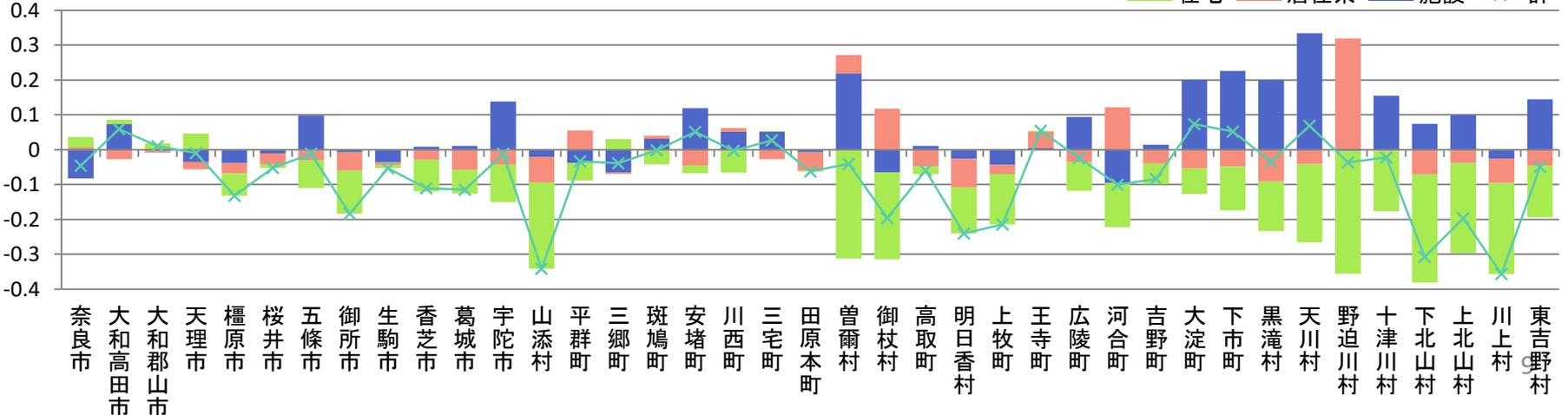
介護費の市町村ごとの地域差の分析

・ 県内市町村の一人当たり介護費については、施設サービスが費用をプラス方向に引き上げる傾向が見られる。

【奈良県】第1号被保険者1人当たり介護費の地域差(年齢調整後) (平成26年度)



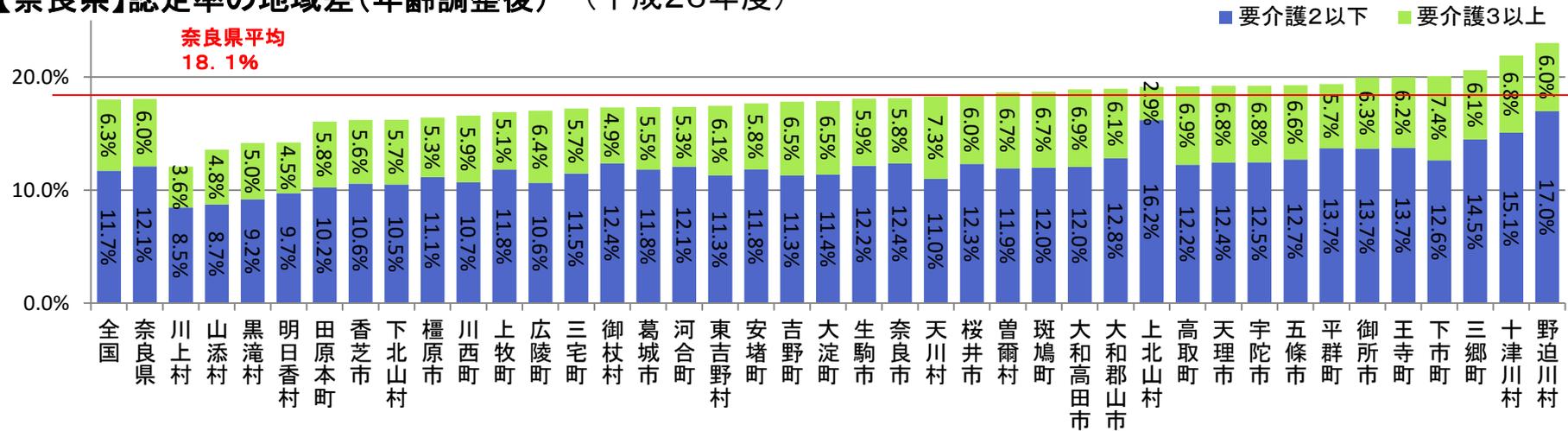
【奈良県】第1号被保険者1人当たり介護費の地域差指数(年齢調整後)



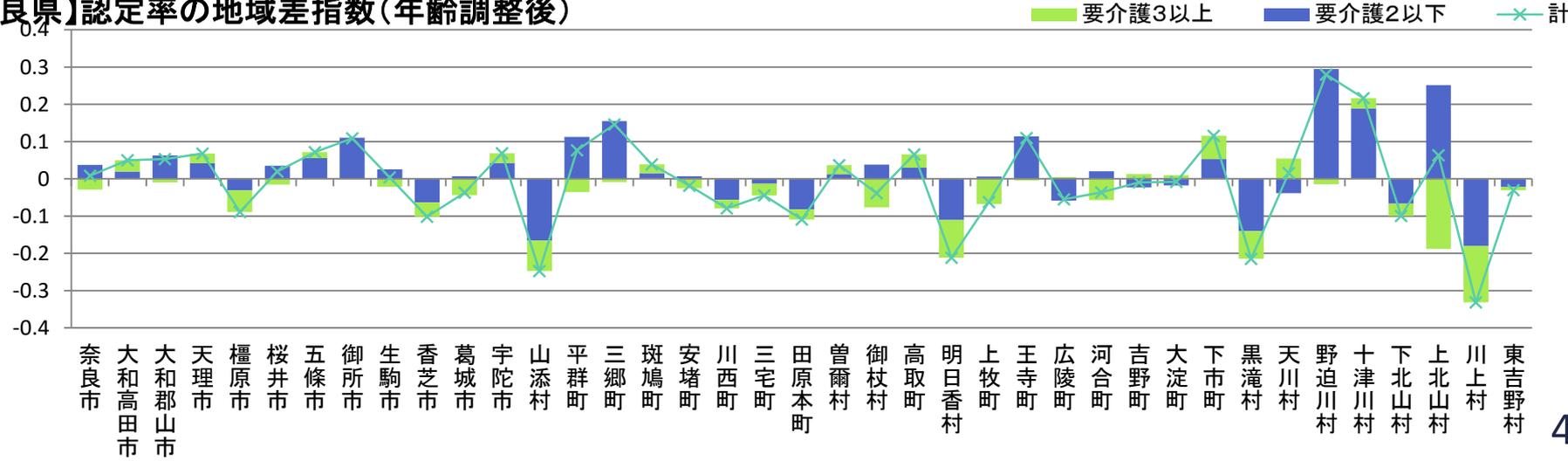
市町村ごとの第1号被保険者に対する要介護認定率の状況

・県内市町村の認定率については、最大23.0%(野迫川村)、最小12.1%(川上村)と2倍近くの差があり、市町村間の格差が大きい。

【奈良県】認定率の地域差(年齢調整後) (平成26年度)



【奈良県】認定率の地域差指数(年齢調整後)

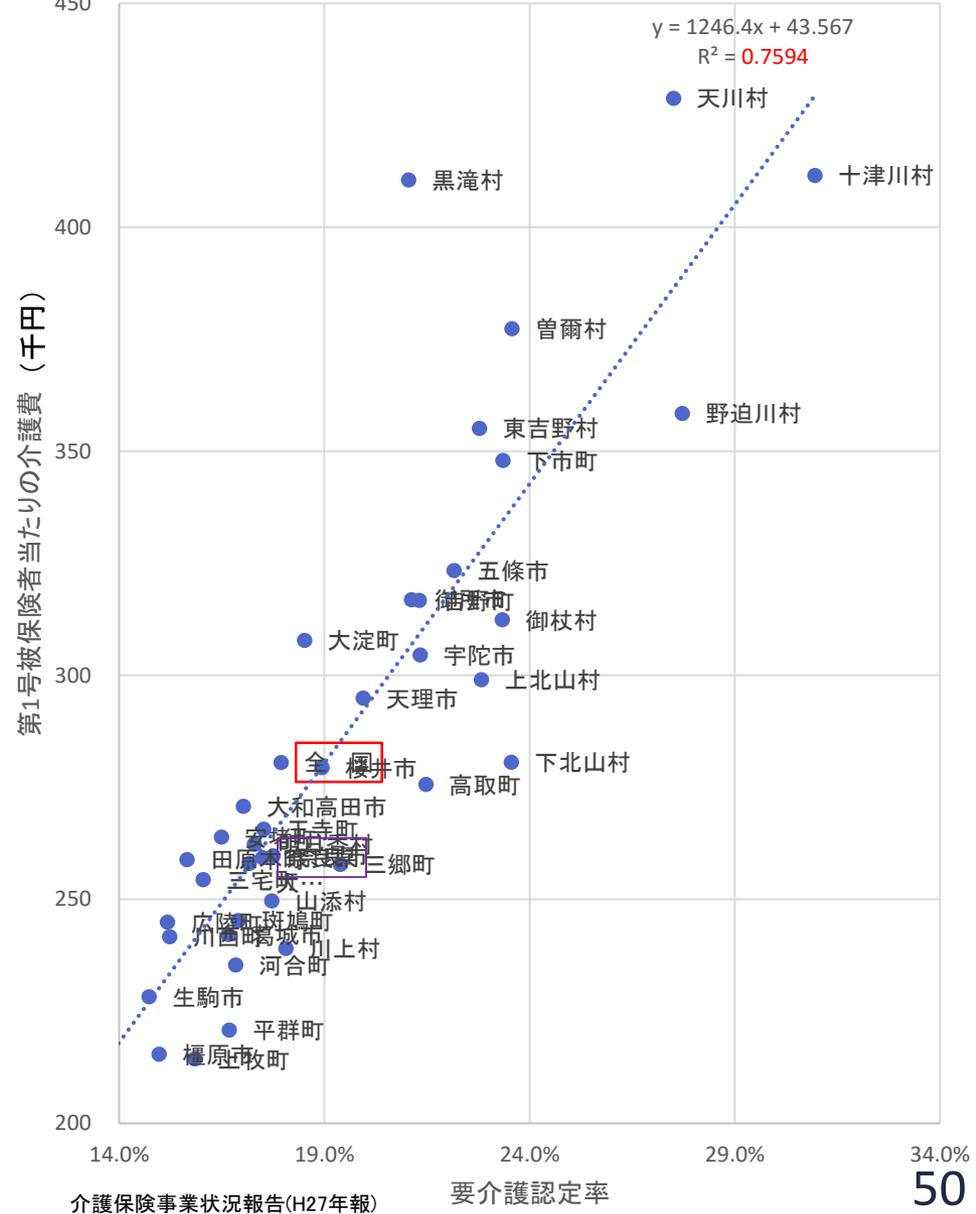
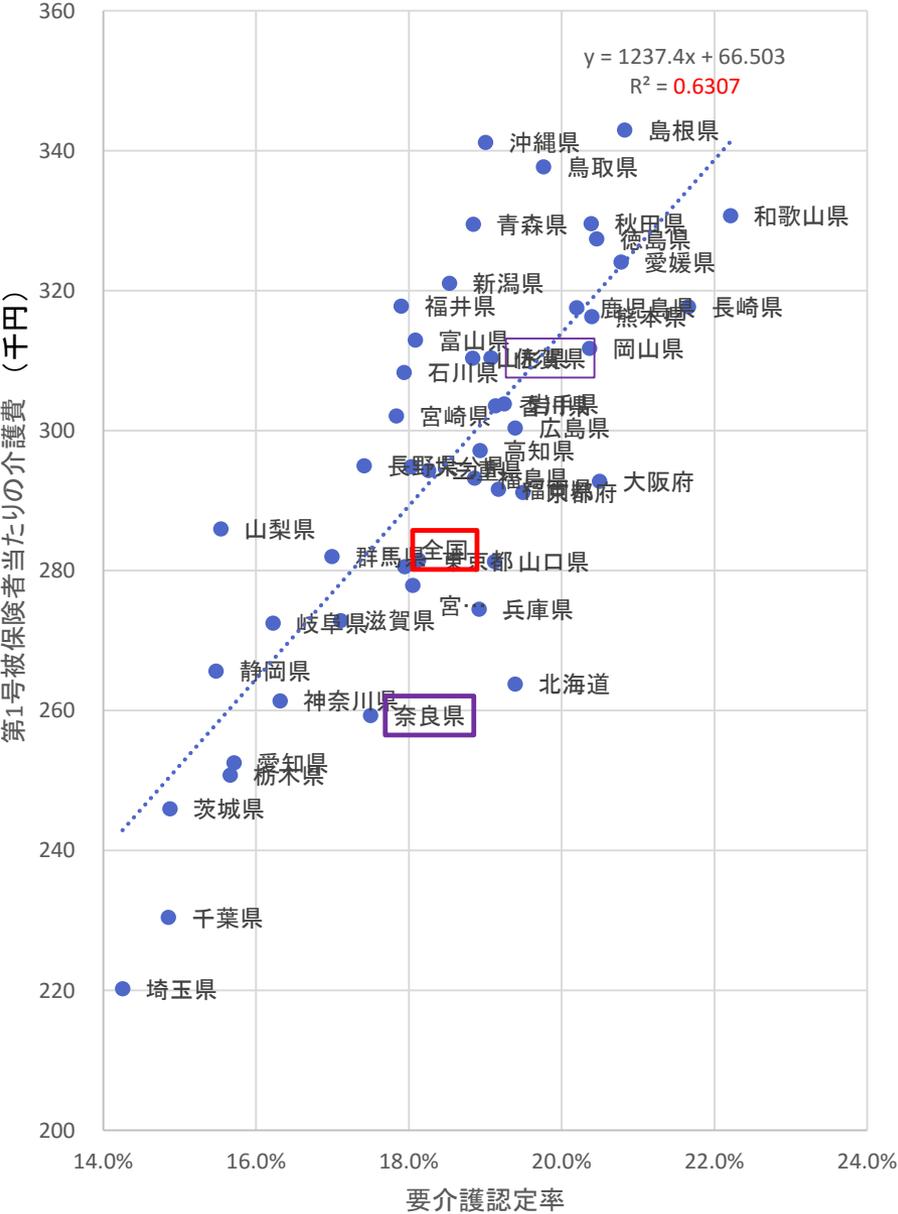


介護費と要介護認定率の関係

全国

全国的にも、奈良県内でも
相関が見られる

奈良県



男女別・年齢階層別の要介護認定率の都道府県比較 (平成28年3月末日現在)

奈良県では、男性では85歳以上、女性では75歳以上の区分で全国より認定率が高い

	総数		男性		
	率	順位	65～74歳	75～84歳	85歳～
全国計	23.4%	—	4.4%	16.2%	47.5%
埼玉県	19.0%	1	4.0%	14.6%	46.2%
茨城県	19.5%	2	3.6%	13.0%	41.3%
千葉県	19.7%	3	4.1%	14.6%	45.4%
山梨県	20.1%	4	3.2%	12.0%	38.8%
静岡県	20.3%	5	3.7%	13.6%	41.9%
	⋮			⋮	
奈良県	22.7%	13	3.8%	15.6%	48.6%
	⋮			⋮	
愛媛県	26.7%	43	4.9%	17.3%	49.1%
島根県	26.9%	44	4.6%	16.6%	48.1%
大阪府	27.0%	45	6.0%	21.1%	56.6%
長崎県	27.7%	46	4.7%	18.2%	51.3%
和歌山県	28.6%	47	5.1%	19.5%	52.1%

女性		
65～74歳	75～84歳	85歳～
4.2%	23.4%	66.6%
3.8%	21.1%	64.9%
3.3%	19.2%	59.9%
3.8%	21.2%	64.0%
2.9%	17.0%	57.9%
3.4%	19.4%	59.6%
	⋮	
4.2%	24.6%	68.2%
	⋮	
4.8%	25.8%	68.3%
4.0%	21.8%	65.1%
6.2%	31.1%	75.2%
4.6%	26.2%	70.7%
5.6%	29.7%	72.3%

H27国勢調査	
平均年齢	年齢中位数
46.40	46.74
45.35	45.54
46.67	47.43
45.97	46.22
47.59	48.80
47.02	47.81
	⋮
47.22	48.30
	⋮
48.60	50.50
49.47	52.04
45.77	45.82
48.24	50.60
48.70	50.60

奈良県における要介護認定率の特徴

(平成28年3月末日現在)

- ・男性の85歳以上の年齢区分では、要介護区分の多くで全国に比べ認定率が高い。
- ・女性では全体的に認定率が全国より高い。
- ・男女とも要介護1と要介護5(1番重い区分)の認定率は全国より低い。

全国

	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	男性合計
65～74歳	0.59%	0.58%	0.84%	0.87%	0.60%	0.49%	0.42%	4.39%
75～84歳	2.46%	2.01%	3.40%	3.03%	2.17%	1.77%	1.36%	16.20%
85歳～	6.42%	5.43%	10.18%	9.14%	7.02%	5.67%	3.65%	47.50%

女	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	女性合計
65～74歳	0.83%	0.78%	0.77%	0.67%	0.43%	0.39%	0.38%	4.24%
75～84歳	4.71%	4.15%	4.76%	3.50%	2.35%	2.11%	1.83%	23.40%
85歳～	6.66%	7.86%	12.49%	11.80%	9.83%	9.99%	7.96%	66.59%

奈良県

男	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	男性合計
65～74歳	0.52%	0.60%	0.58%	0.82%	0.56%	0.40%	0.34%	3.81%
75～84歳	2.36%	2.48%	2.82%	3.11%	2.15%	1.61%	1.10%	15.61%
85歳～	6.27%	7.36%	8.60%	10.17%	7.65%	5.78%	2.78%	48.60%

女	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護33	要介護5	女性合計
65～74歳	0.86%	0.93%	0.64%	0.70%	0.44%	0.34%	0.32%	4.23%
75～84歳	4.87%	5.43%	4.18%	3.98%	2.51%	2.03%	1.63%	24.62%
85歳～	6.19%	10.19%	11.05%	13.14%	10.49%	10.06%	7.05%	68.17%

奈良県と全国平均との認定率の差分(奈良県-全国)

男	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	男性合計
65～74歳	-0.08%	0.02%	-0.26%	-0.05%	-0.04%	-0.09%	-0.08%	-0.58%
75～84歳	-0.11%	0.47%	-0.58%	0.08%	-0.03%	-0.16%	-0.26%	-0.58%
85歳～	-0.15%	1.93%	-1.59%	1.03%	0.63%	0.11%	-0.87%	1.10%

女	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	女性合計
65～74歳	0.03%	0.15%	-0.13%	0.04%	0.01%	-0.04%	-0.06%	-0.01%
75～84歳	0.16%	1.29%	-0.58%	0.48%	0.16%	-0.08%	-0.20%	1.22%
85歳～	-0.48%	2.34%	-1.44%	1.34%	0.66%	0.07%	-0.92%	1.58%

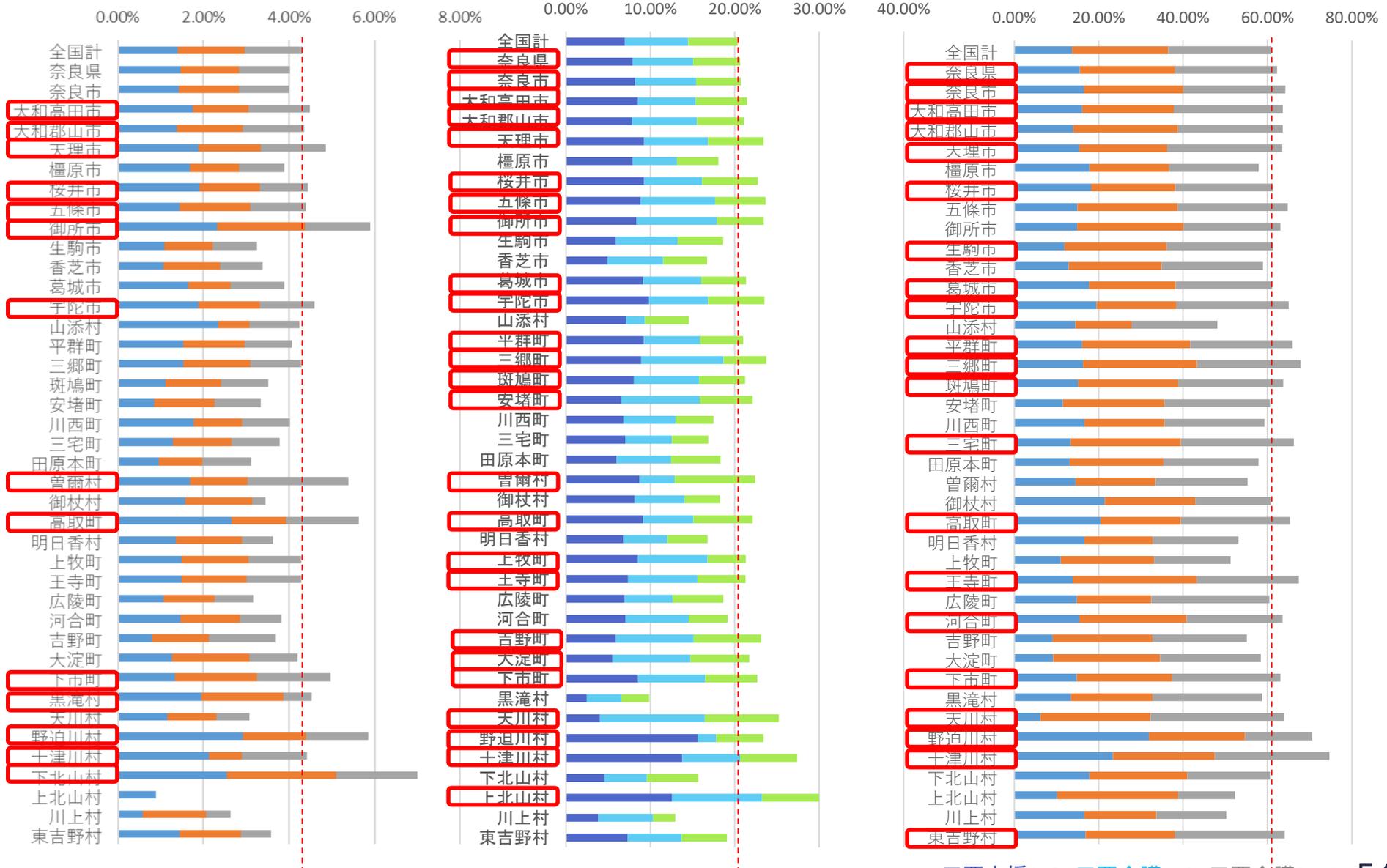
全国平均より高い区分を着色

奈良県内の年齢区分別要介護認定率 (平成27年度)

65歳以上75歳未満

75歳以上85歳未満

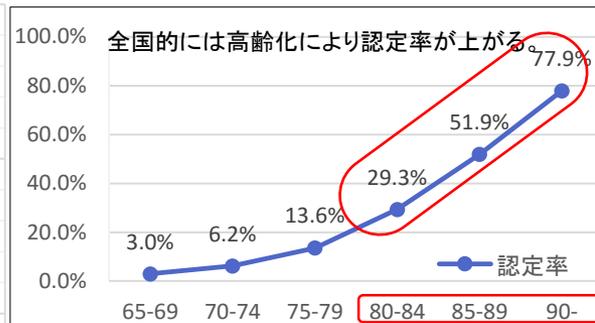
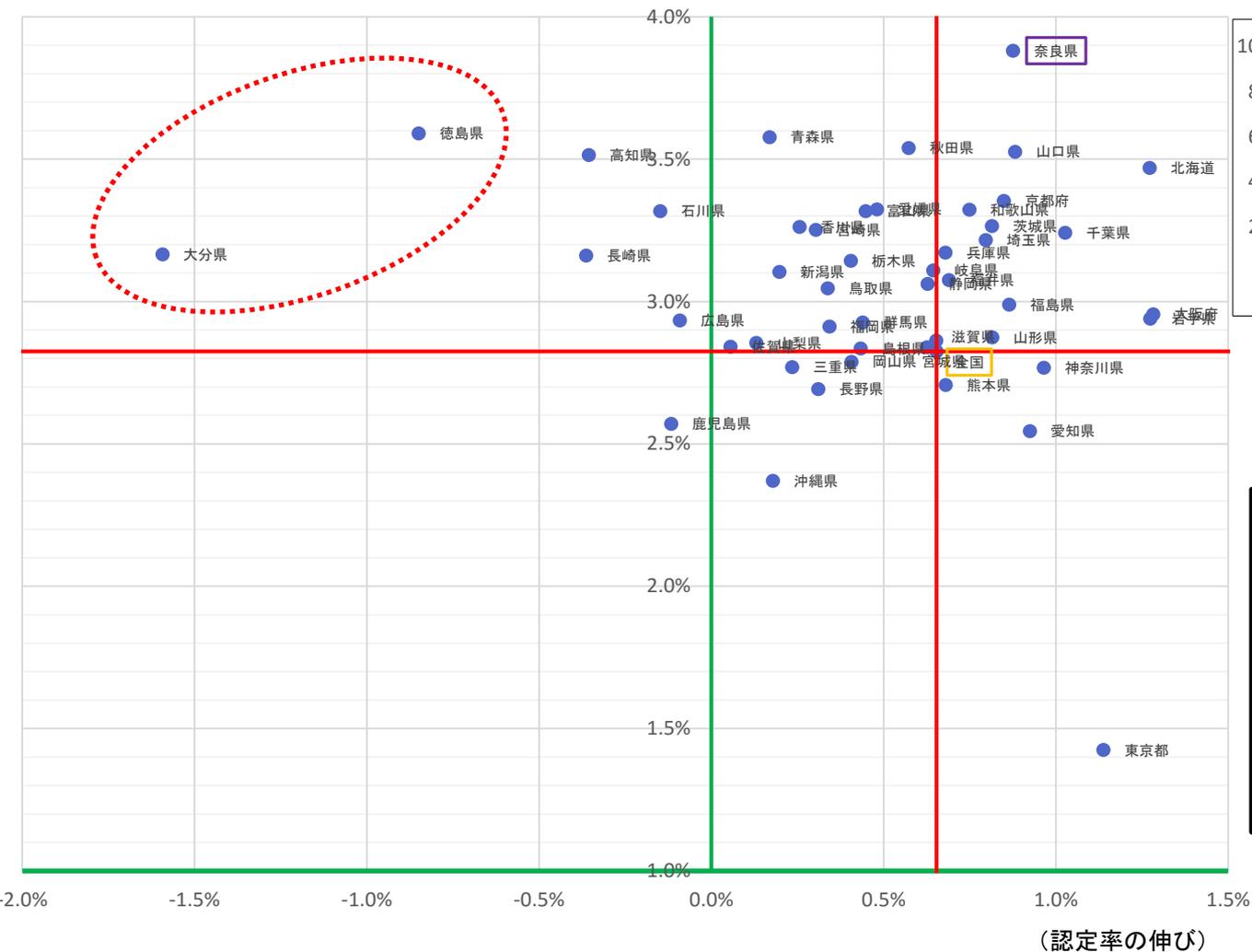
85歳以上



高齢化率の伸びと要介護認定率の伸びとの関係

【全国】高齢化率の伸びと認定率の伸び(H23→H27)

(高齢化率の伸び)



【全国】年齢階層別高齢化率

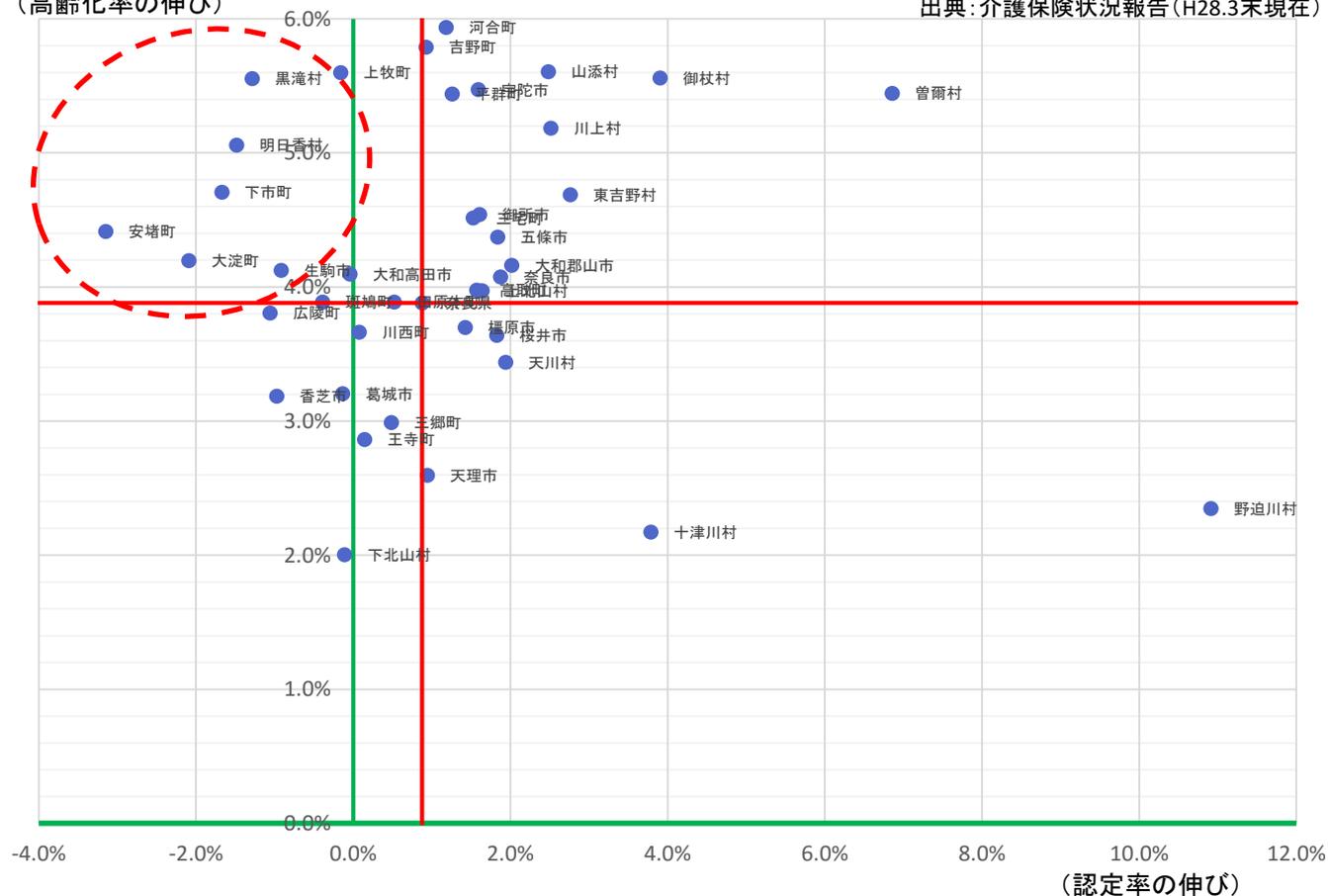
- ・高齢化が進行しても大分県や徳島県では、認定率が下がっている。
- ・このような先進県の取組を参考に、介護予防や重度化予防の取組について検討を行う必要がある。

奈良県における高齢化率の伸びと要介護認定率の伸びとの関係

高齢化率の伸びと認定率の伸び(H23→H27)

(高齢化率の伸び)

出典:介護保険状況報告(H28.3末現在)



- ・奈良県の市町村間でも、高齢化率と介護費との関係に地域差が生じている。
- ・一部の市町村では、介護サービスを利用していない人の介護認定更新時において、介護予防等について丁寧な説明を行っている。

大分県 of 取組①

ケアプランの策定

本人の「したい・できるようになりたい」を大切にした**自立支援型の介護予防ケアマネジメント**を実践

相談・助言

プラン見直し

介護予防・生活支援サービス(事務所・市町村)

(例) 通所型C

保健・医療の専門職による生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを実施

<3-6ヶ月程度の短期集中>

組み合わせ

(例) 訪問型C

保健師等による居宅での相談支援等(閉じこもりやうつ、認知症機能低下者への訪問によるアプローチ)

<3-6ヶ月程度の短期集中>

評価・検証

社会参加を促進

地域の通いの場

趣味、スポーツ

ボランティア・仕事等

高齢者の社会参加を通じて介護予防を推進

要支援・要介護者を元気に！

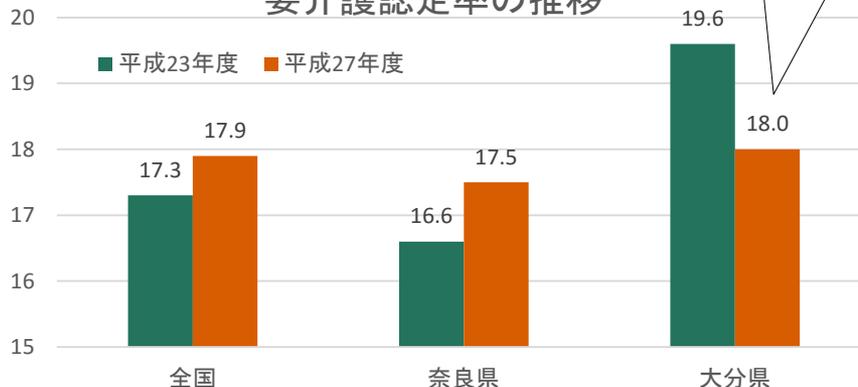
地域ケア会議の設置

- ・理学療法士
 - ・作業療法士
 - ・言語聴覚士
- ・支援機能を強化するためリハ専門職を県が派遣
- ・市町村(保険者)
 - ・地域包括支援センター
 - ・保健所
 - ・ケアプラン作成者
 - ・事業所等



高齢化により全国的に上昇傾向であるなか、確実に取組効果が出ている

要介護認定率の推移



大分県の取組②

H24

H25

H26

H27

H28

地域ケア会議の普及・定着

地域ケアの充実

地域ケア会議の進化・推進
(医療的支援)

主対象	医療依存度が低い高齢者（軽度者）			医療依存度が高い高齢者（重度者）
目的	・ケアマネージャーのケアプランの質向上等 自立支援	・高齢者の地域における受皿の整備 ・介護事業所のサービスの質向上 自立支援	・ケアプランの質向上等 (医療の適切なサービスの提供)	重度化防止
課題	・ケアマネージャーのリハビリや栄養・口腔面の知識等が不足	・介護予防や交流を行う地域の通いの場が不足	・介護事業所のリハビリや栄養・口腔に関する知識等が不足	・ケアマネージャーの医療面の知識等が不足
手法	・会議への助言者（リハ・歯科・栄養）の派遣等	・県が市町村に対し、高齢者が集う拠点の立ち上げ支援のため補助	・介護事務所へのリハ職等の派遣（リハ・歯科・栄養）	・医師が参加する地域ケア会議の導入 ・医師等の派遣
地域	3市	全市町村	地域ケア会議を活発に開催する市町村等	3市
成果	地域ケア会議の立ち上げ ⇒ 3市	地域ケア会議の立ち上げ ⇒ 全市町村	新総合事業への早期移行 ⇒ 11市町村(移行率:全国1位)	事業所へリハ職等派遣 ⇒ 全市町村
認定率	【H23→H24】 県：20.1→20.0(▲0.1) 国：17.8→18.1(+0.3)	【H25】(対前年) 県：19.6(▲0.4) 国：18.2(+0.1)	【H26】(対前年) 県：19.3(▲0.3) 国：18.3(+0.1)	【H27】(対前年) 県：18.9(▲0.4) 国：18.5(+0.2)
給付費等	・第6期の介護保険料（県平均）の上昇を、大分県が全国で最も抑制（+248円、+4.6%）【国：+542円、+10.9%】 ・健康寿命年齢の伸び（H22→H25） 大分県 女性：全国1位(1.82歳)、男性：全国2位(1.71歳) <参考>奈良県 女性：全国2位(1.60歳)、男性：全国31位(0.66歳) 出典：厚生労働科学研究「健康寿命の指標化に関する研究（健康日本2 1（第二次）等の健康寿命の検討）（平成27年度分担研究報告書）」			

生駒市

- ・高齢者の状態やニーズに応じた介護予防の取組を展開
- ・集中介入期・移行期の各教室の卒業生が教室の担い手となっていく仕組みが特徴

集中介入期 (step1 0~3か月)

移行期 (step2 3~6か月)

生活期 (step3 6か月~)

対象

要介護1に近い状態像、かつ集中した運動やケアが必要な者

要支援1・2の状態像、かつ集中した複合的なプログラム(運動・口腔・栄養)が必要な者

集中介入期・移行期の教室卒業生及び一般高齢者

目標

心身の機能低下等からの脱却

地域活動に参加できる体力づくり
状態の維持・改善

憩いの場に通う

取組内容

〈パワーアップPLUS教室〉
・市内1カ所(週2回、送迎付き)
・3カ月コース
・理学・作業療法士、運動実践指導者、看護師、介護福祉士、ボランティア(教室卒業生など)



〈パワーアップ教室〉
・市内2カ所(週1回、送迎付き)
・運動実践指導者、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、ボランティア(教室卒業生など)
〈転倒予防教室〉
・市内1カ所
・理学療法士、看護師、ボランティア(教室卒業生など)



〈ひまわりの集い(会食サロン)〉
・市内2カ所(週1回)
〈一般介護予防教室〉
・市内136カ所(週1回以上の通いの場26カ所を含む)



教室卒業生が百歳体操を展開

高齢者の通いの場の創出(21市町村)

- ・高齢者が主体的に集まって、後期高齢者・要支援者でも行える体操を週1回以上実施する場づくりを県域で推進

【H27年度】
モデル3市町村スタート

【H28年度】
18市町村実施

【H29年度(予定含む)】
21市町村に拡大

(実施市町村)大和高田市、桜井市、五條市、御所市、生駒市、香芝市、宇陀市、山添村、平群町、安堵町、川西町、三宅町、曾爾村、御杖村、高取町、上牧町、広陵町、吉野町、下市町、天川村、野迫川村

社会参加と介護予防効果の関係について①

ボランティアグループ等への参加の割合が高い地域ほど、認知症のリスクが低くなる傾向にある。

JAGES (日本老年学的評価研究) プロジェクト

【調査方法】

- 2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査（一部の自治体は訪問調査）を実施。
- 112,123人から回答。（回収率66.3%）

【研究デザインと分析方法】

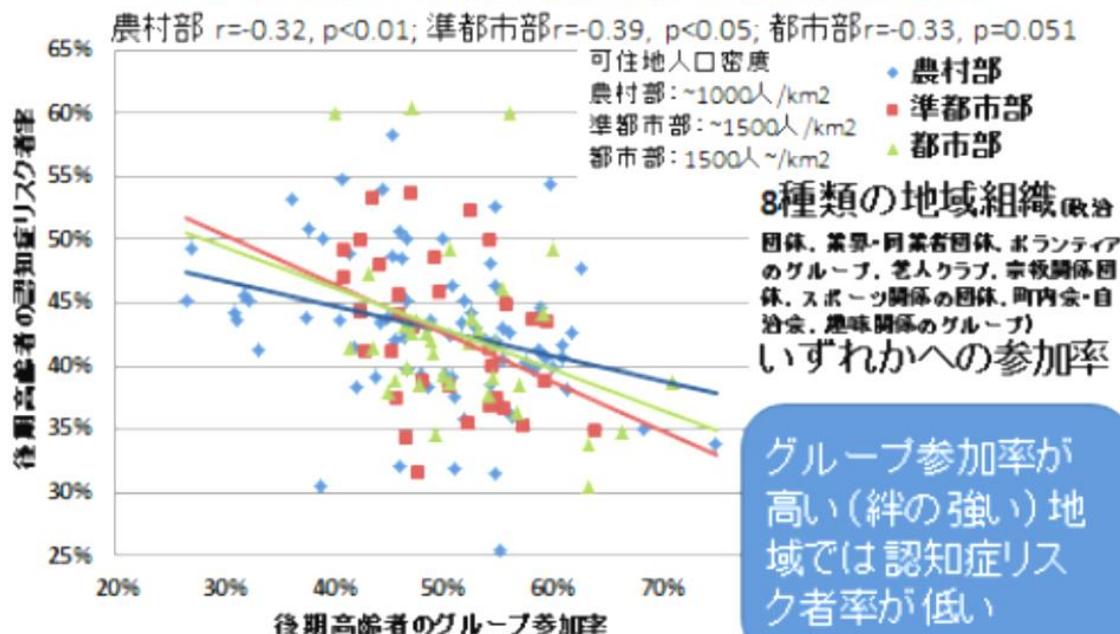
研究デザイン：横断研究
分析方法：地域相関分析



【ボランティアグループ等への参加率と認知症リスクの相関】

ボランティアグループ等の地域組織への参加率が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。

23市町村141小学校区在住の後期高齢者22,721名



図表については、厚生労働科学研究班(研究代表者:近藤克則氏)からの提供

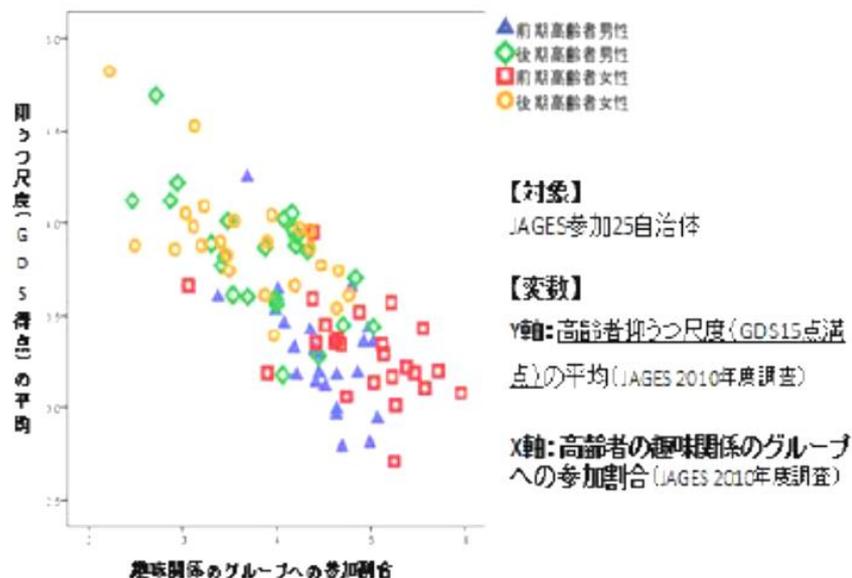
(資料出所)厚生労働省第47回社会保障審議会介護保険部会(平成25年9月4日)資料1

社会参加と介護予防効果の関係について②

趣味関係・スポーツ関係のグループ等への参加の割合が高い地域ほど、うつや転倒のリスクが低くなる傾向にある。

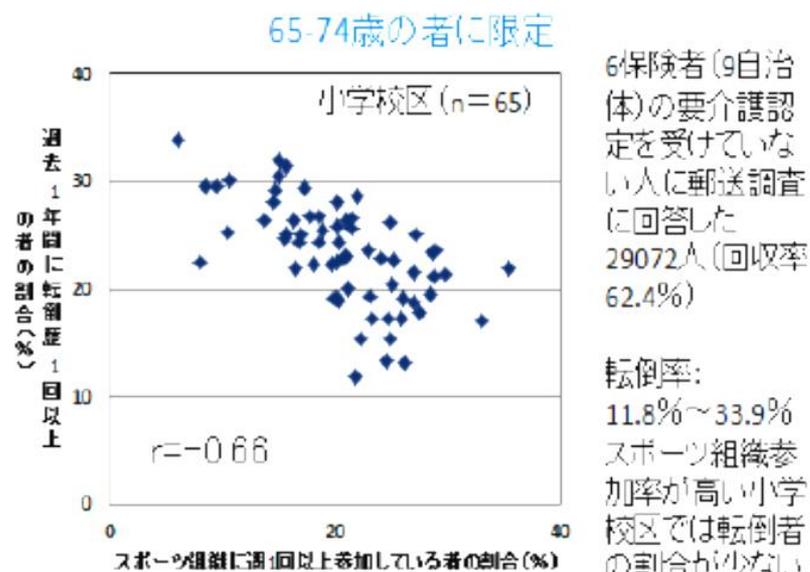
【趣味関係グループへの参加割合とうつの相関関係】

趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点（低いほど良い）の平均点が低い相関が認められた。



【スポーツ組織への参加割合と転倒の相関関係】

スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことがある前期高齢者が少ない相関が認められた。



図表については、厚生労働科学研究班(研究代表者:近藤克則氏)からの提供

(資料出所)厚生労働省第47回社会保障審議会介護保険部会(平成25年9月4日)資料1

- ①単身世帯割合と要介護認定率(前期高齢者)
【奈良県→相関が明確ではない 全国→緩やかな相関】
- ②単身世帯割合と要介護認定率(後期高齢者)
【奈良県→相関が明確ではない 全国→緩やかな相関】
- ③就業率と要介護認定率(前期高齢者)
【奈良県→相関が明確ではない 全国→緩やかな相関】
- ④所得段階3以下の割合と要介護認定率
【奈良県→相関がある 全国→緩やかな相関】
- ⑤健康寿命と要介護認定率
【全国→緩やかな負の相関】
- ⑥平均余命と要介護認定率
【全国→相関が明確ではない】
- ⑦BMI25以上の割合(40~74歳)と要介護認定率(前期高齢者)
【奈良県→女性のみ緩やかな相関 全国→ データなし】
- ⑧喫煙率(40~74歳)と要介護認定率(前期高齢者)
【奈良県→相関が明確ではない 全国→ データなし】

介護給付の適正化に向けた課題

○介護費に生じている各種の地域差について、詳細な要因分析を行い、多角の視点から取組を検討・実行していく必要がある。

- ・奈良県の一人当たり介護費は全国平均水準を若干下回るものの、市町村間で大きな格差が生じており、施設サービスが引き上げ要因となっている。
- ・介護認定率は介護費との相関が強いが、市町村間で格差が生じている。
このため、介護認定率に係る指標も糸口の一つとし、対策の検討を進める必要がある。

○他府県及び本県市町村において、高齢化が進んでいるにもかかわらず認定率が下がっている事例が数件見られる。

特に下がり幅が大きい大分県（地域ケア会議に介護専門職が参画して、ケアプランのPDCAを積極展開等）や本県の先進市町村を参考として、具体の取組を検討していく。

など

Ⅱ 現状分析

③ 地域包括ケアの見える化

循環する医療・介護サービス提供体制

急性期医療は地域包括ケアの重要な一部。
在宅～在宅の循環的な仕組みをつくる必要がある。

□医療と介護は自動的につながらない

□急性期医療は「救命、治癒」

□急性期以降の原理は「治し生活を支える」

□医療計画は2次医療圏、介護計画は市町村圏

・Community-based

・Narrative-based

・Integrated Care

□急性期病院とそれ以外の医療介護サービスの連携が重要

□急性期病院のスタッフの考え方が重要

□退院調整が重要

□我が国は入院がフリーアクセスなので地域包括ケアが不可欠

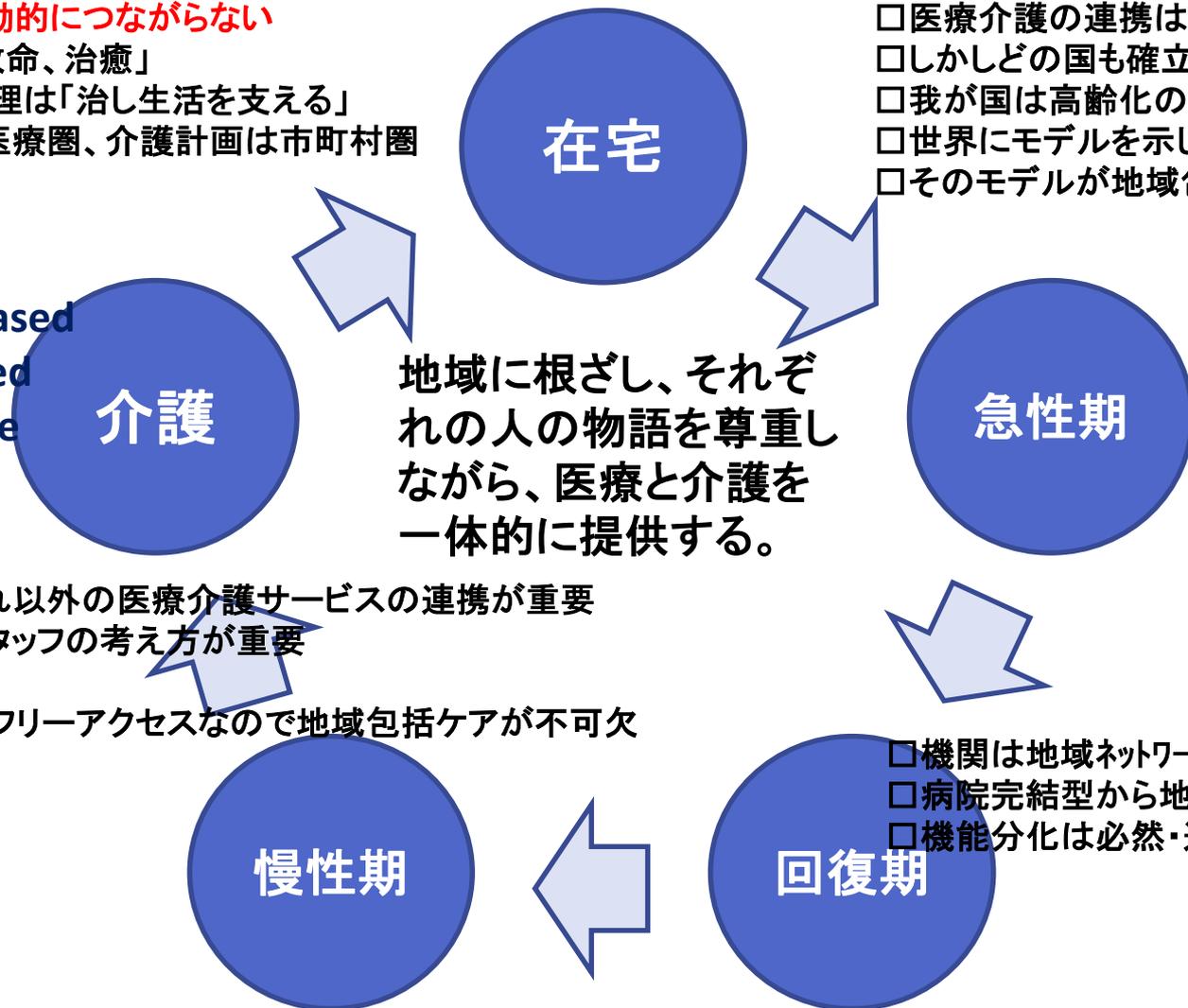
□医療介護の連携は先進国共通の課題

□しかしどの国も確立した方法論がない

□我が国は高齢化のトップランナー

□世界にモデルを示していく

□そのモデルが地域包括ケアシステム



□機関は地域ネットワークの中に存在する
□病院完結型から地域完結型(連携型)
□機能分化は必然・連携が不可欠

地域包括ケアシステムの構築に向けた取組

入院している高齢者が安心して退院し、住み慣れた地域で暮らせる仕組みを構築

①退院支援

自宅等へのスムーズな移行のための情報の受け渡し
(退院の5日以上前)



病院看護師・地域連携室

一時入院
(急変時)



担当ケアマネジャー・地域包括支援センター

②生活の場における医療・介護連携

医療



介護



住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅

診療所

在宅療養支援診療所

歯科診療所

薬局

訪問看護ステーション

ケアマネジャー

通院

通所

各種介護サービス事業所

認知症グループホーム

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

小規模多機能型居宅介護事業所

住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施



退院調整ルール
の策定

質の高い在宅医療・介護の提供のため
受入体制の整備と多職種協働を推進

医療・介護連携の推進

・病院での入院が一日延びた場合の例

地域包括ケア病棟の1日あたり費用 29,050円・・・①
(中医協報告 H29.6.7)

・在宅等で介護サービスと外来医療を受けた場合の例

1人・1日あたり介護サービス利用費(要介護2) 4,490円
(H27奈良県調べ)

1人・1日あたり外来医療費 400円

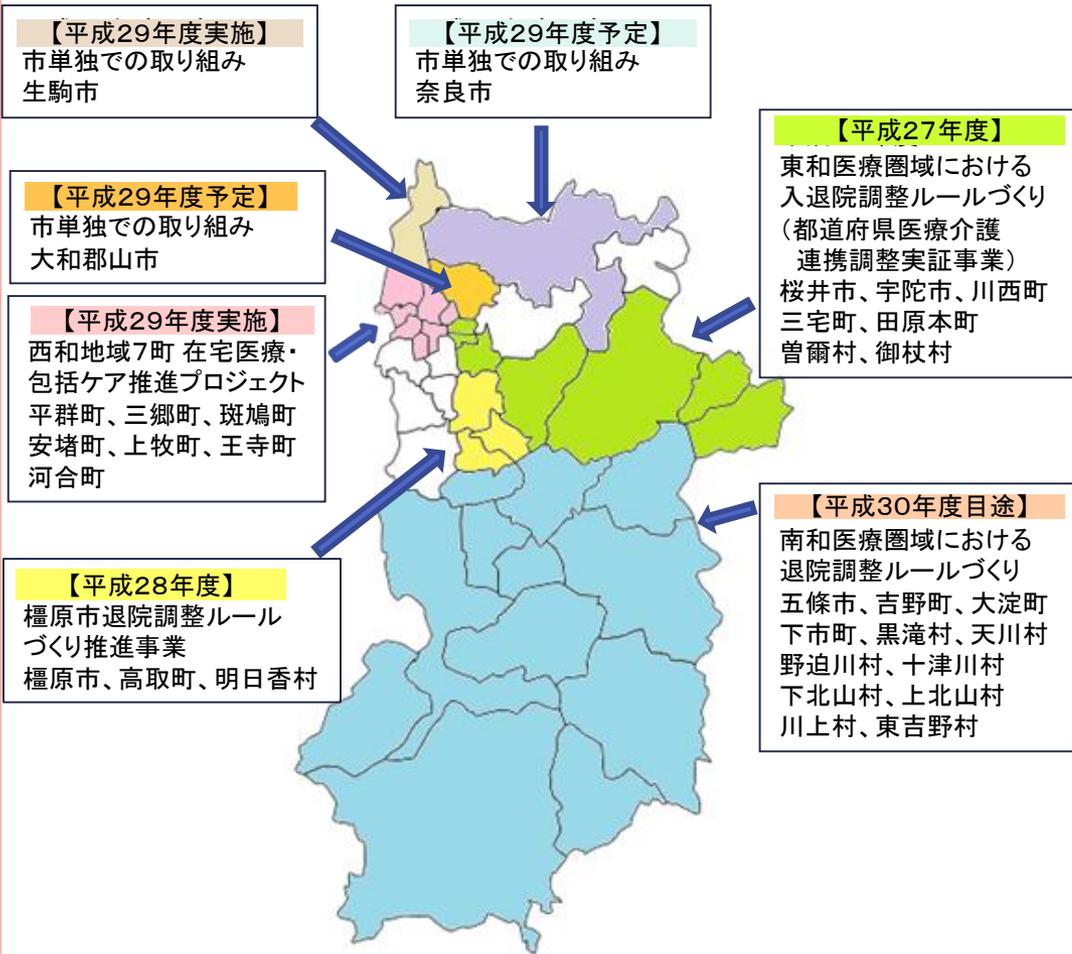
(外来 月あたり受診日数 1.84日 (75歳以上の場合)
診療所での1日あたり医療費 6,529円
(中医協報告 H29.2.8))

一日あたり医療費+介護費 4,890円・・・②

1日あたり差額①－② 24,160円

医療・介護連携の体制整備①

退院調整ルール の 策定状況



I. 退院調整ルール策定の普及拡大

- ▶ H27 7市町村、H28 3市町村、H29 10市町村で実施
- ▶ H30 12市町村(予定)
- ▶ 実施未定市町村 大和高田市、天理市、御所市、香芝市、葛城市、山添村、広陵町



<参考>

H27年度策定の東和医療圏における運用状況

【退院調整率】

(H27.6) (H28.6) (H29.1)
50.6% → 64.7% → 76.9%

【入院時情報提供書の提出率】

30.2% → 61.8% → 64.3%

II. 退院調整ルールの充実

- ▶ 退院調整状況調査による点検とともに、運用後の効果や課題を把握しルールの見直しを定期実施
- 。

<県の取組>

- ▶ 保健所が市町村の広域的な連携をコーディネートし、市町村の取り組みを支援
- ▶ 地域包括ケア推進支援チーム(地域包括ケア推進室、地域医療連携課、保健所)によるノウハウの提供等

県下における先進的取組

宇陀市

- ・介護が必要になっても在宅で安心して生活できる地域を目指して以下の取組を推進。

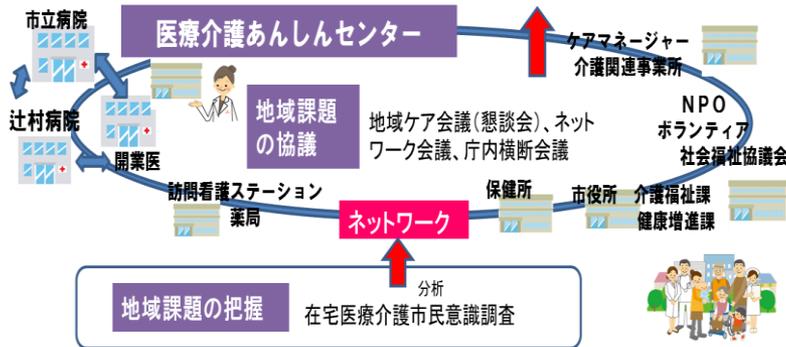
地域包括ケアシステム全体構想の策定(H28.3)

- ・市民意識調査実施のもと、幅広い関係者が参画して目指す姿と取組方針を決定
- ・達成に向けて、各取組の5年間の具体数値目標を設定

ウェルネスプロジェクト会議(庁内横断会議)

副市長・健康福祉部長・市民環境部長・宇陀市立病院・部課長28名

行政、医療介護関係者の役割、市民の主体的な取り組みの方向性を明らかにする



宇陀市医療介護あんしんセンターの運営(H27～)

機能は、「地域包括支援センター」+「在宅医療連携支援センター」。医療と介護の連携に力点を置いた運営が特徴点。

- ・介護等に関する様々な相談・支援に加えて、市立病院の総合的な医療機能の活用、在宅医療に積極的に取り組む医師や地区医師会との協力により、医療に関する相談や医療と介護の連携について重点支援
- ・地域の医療機関・介護関係者等が参画する協議等の場を定期開催等
(検討会議 年4回、研修会 年6回、勉強会 年3回ほか)

三郷町

- ・家族又はサービス受給者に認知症の疑いがあるが、何処に相談したらよいかわからない。
- ・認知症が疑われるものの初期対応が遅れ重症化するケースが多い。

県内第1号

現在は県下17カ所に拡大

認知症初期集中支援チームを立ち上げ(H26～)

メンバー: 専門医、精神保健福祉士、作業療法士、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、保健師、社会福祉士など

訪問アドバイス
対応について支援

相談

家族、近隣住民、民生委員、介護事業所

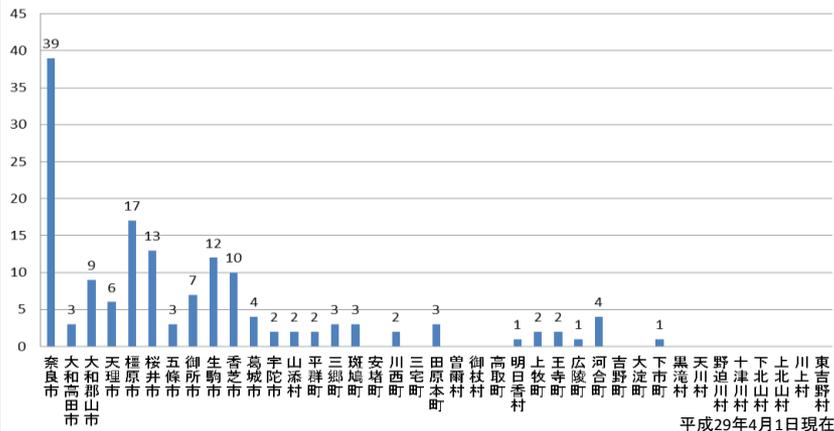
相談等対応
28年度 15件

医療受診、リハビリ、介護サービス など

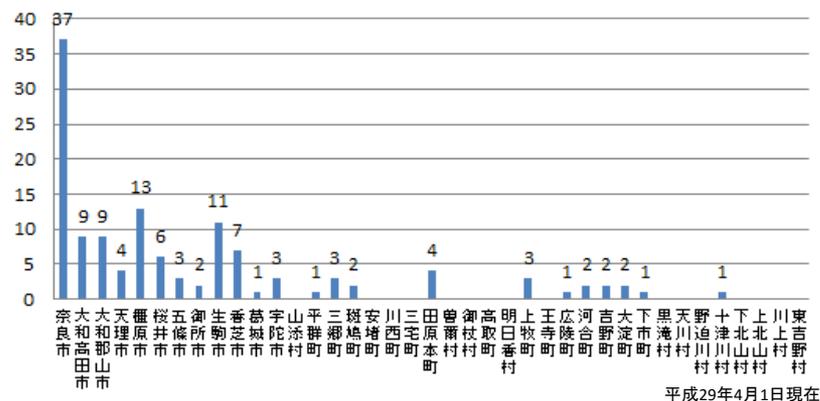
医療・介護連携の体制整備②

・安心して自宅等での生活を継続できるようにするためには、24時間支援できる体制の整備が必要。

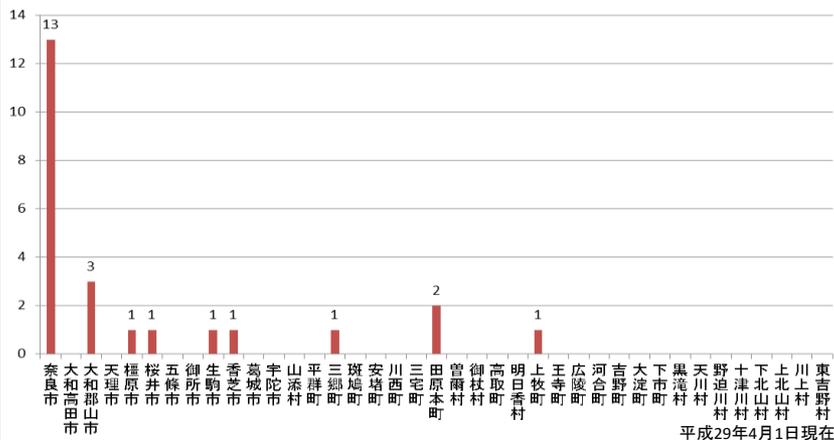
在宅療養支援診療所数



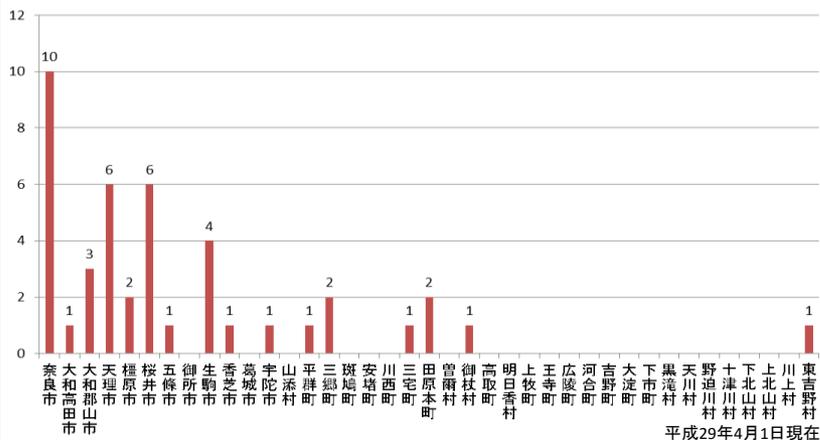
訪問看護ステーション数



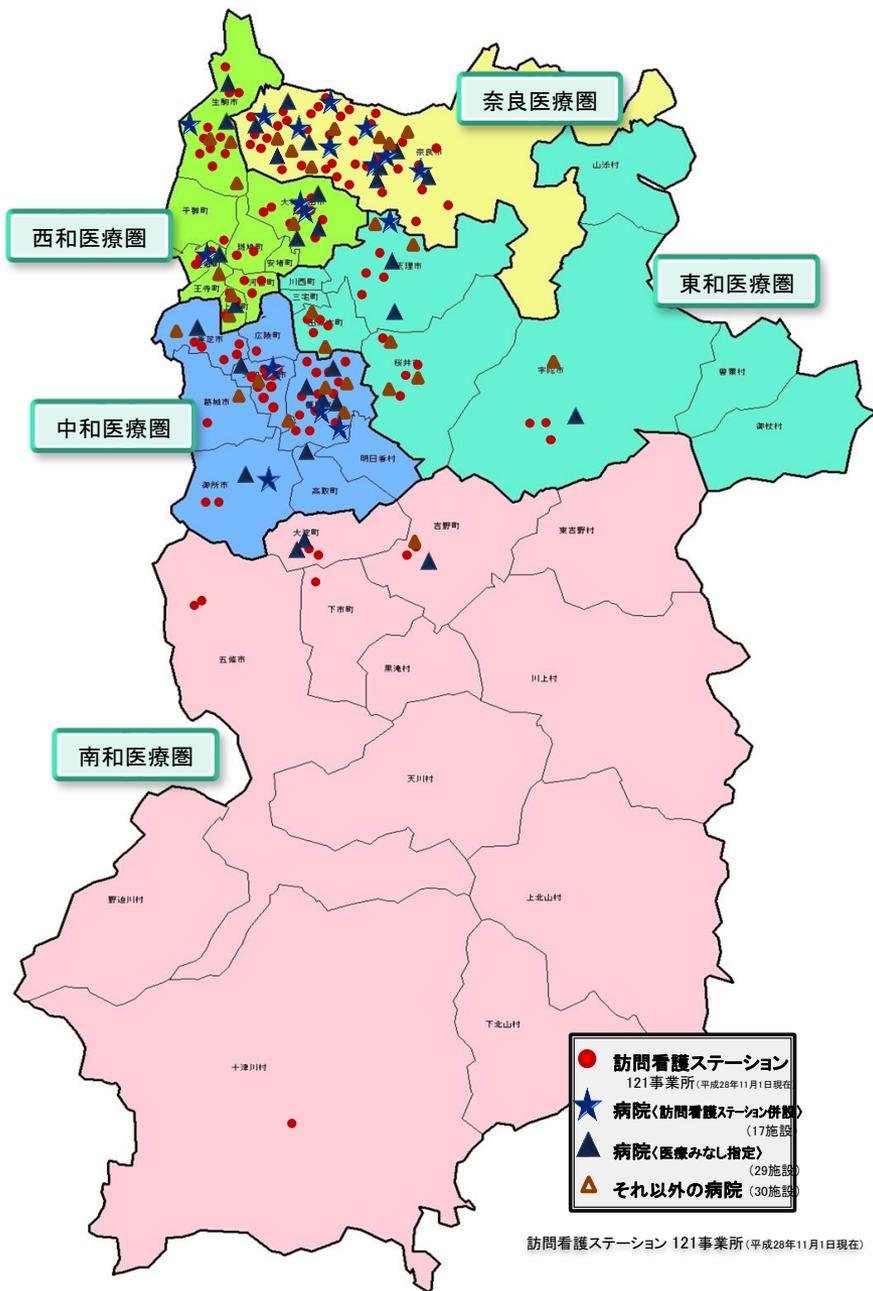
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所数



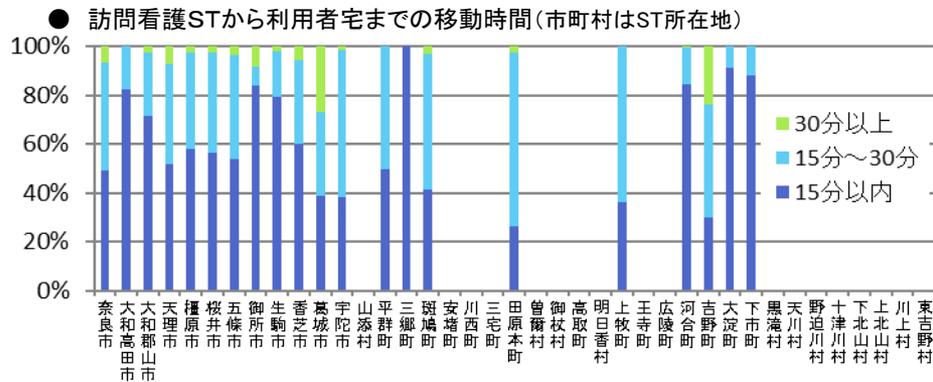
小規模多機能型居宅介護事業所



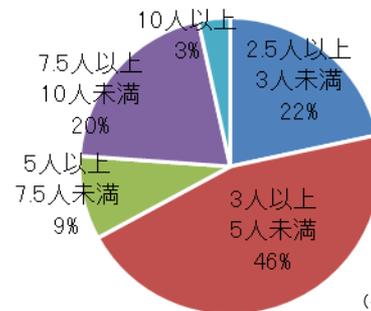
■訪問看護ステーション等の分布図



■訪問看護サービスの提供状況



● 訪問看護ステーションの規模(職員数)

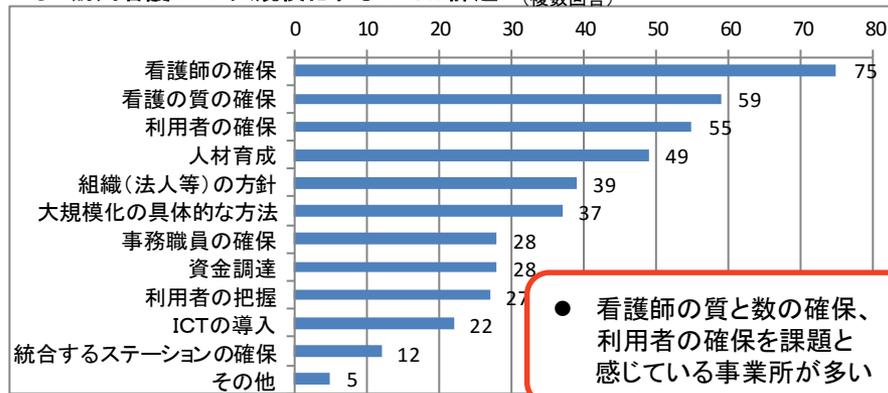


(平成29年3月末 看護職員常勤換算従事者数)

● 職員5人未満の事業所が約70%弱

● 回答事業所の70%強が大規模化の必要性を感じているが、検討に至っているのは30%弱

● 訪問看護STが大規模化する上での課題 (複数回答)

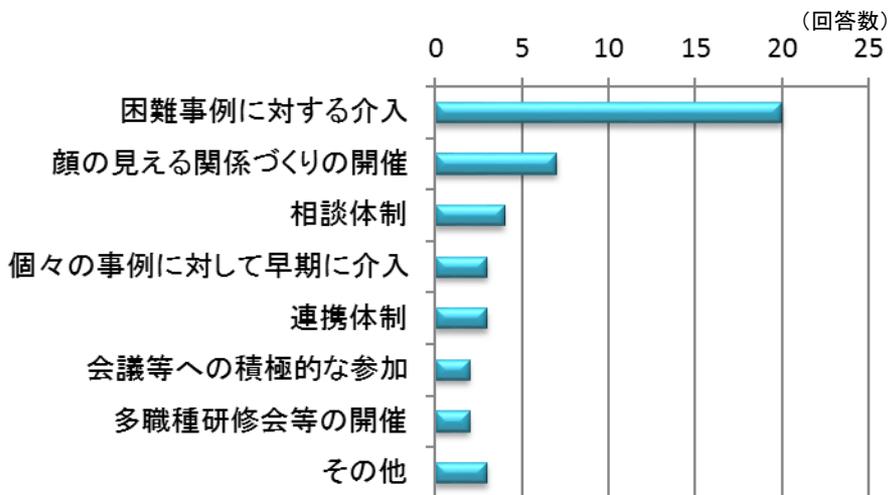


● 看護師の質と数の確保、利用者の確保を課題と感じている事業所が多い

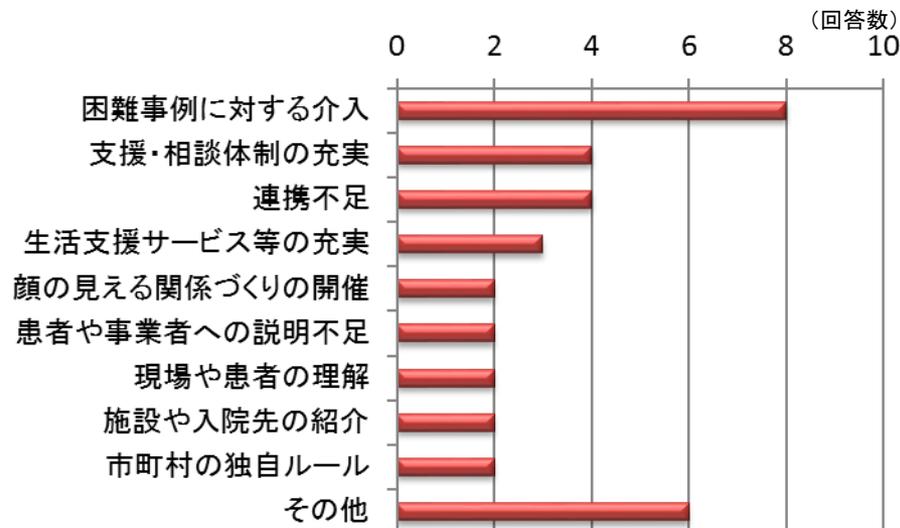
● 訪問看護ステーションが市町村(地域包括支援センター含む)を評価できること・望むこと

市町村(地域包括支援センター含む)と協働して行った在宅療養支援の取り組みなどで、よかったことや評価できること、実際に生じた困っていることや望むことなどを質問。

1. 協働した取り組み(よかったことや評価できること)



2. 実際に生じた困っていること、して欲しいと望むこと



○どちらも困難事例に対する介入が最も多く、訪問看護ステーションとして、困難事例における市町村との協働が重要と考えている。

※困難事例: 老老介護、独居老人、生活保護、ゴミ屋敷、虐待、精神疾患、小児、アルコール依存など

よかったこと・評価できることの事例(一部抜粋)

- ガン末期で家族の協力が得られない者に対して、介護認定前からの市町村が早期介入し、利用者との関係づくりなど、連携体制の中心となったため、在宅看取りまで円滑に行えた。
- 家族問題のある方で、市町村による家庭訪問や連絡により、スムーズに訪問看護を行えた。

困っていること・望むことの事例(一部抜粋)

- 困難事例で訪問看護が導入されると、市町村の積極的な関与がなくなる。
- 訪問看護STは24時間対応しているが、行政の窓口は夜間・土・日・祝日は休み。住民は24時間様々な事由が発生する。せめて連絡だけでもとれる体制にして欲しい。
- 訪問看護師を地域の資源として相談などでも利用して欲しい。(地域ケア会議への参加など)

地域包括ケアシステムの構築に向けた課題

○ 地域包括ケアシステムについては、地域の実情に応じたシステムの構築が必要。

具体には、

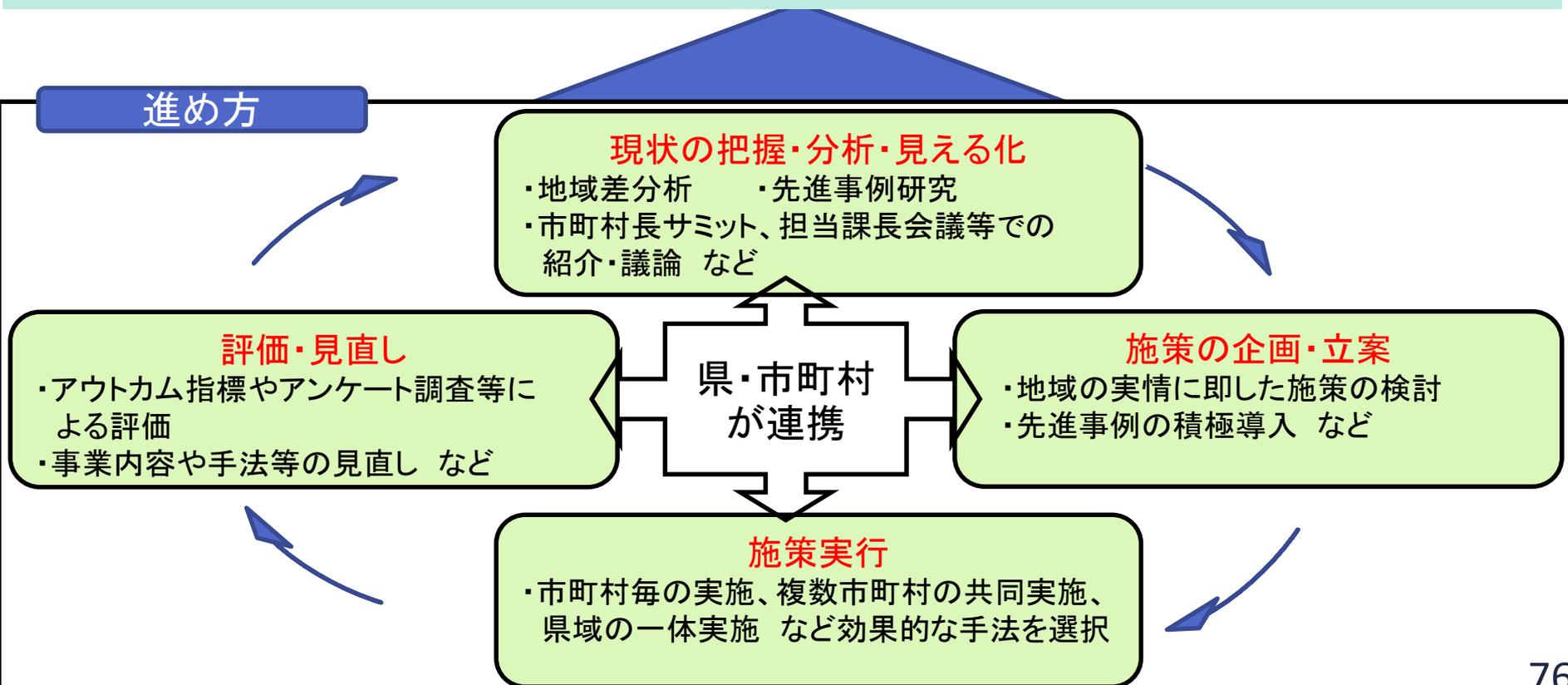
- ・地域毎の医療・介護サービスの需要と供給の実態把握と分析を行いこれを踏まえた取組の推進
 - ・地域ケア会議の充実
 - ・地域包括支援センターの機能強化 など
- により、それぞれの地域(最適な範囲の設定)に適した体制の整備について、県・市町村が連携して努力を続ける必要がある。

Ⅲ 課題の整理

取組の方向性

- 地域医療の提供水準と県民負担の量的・質的均衡を図るため、医療費や介護給付費に生じている地域差について、詳細な要因分析を行い、多角の視点から取組を検討・実行していく必要がある。
- 地域毎の医療・介護サービスの需要と供給の状況や機能分析を進めながら、それぞれの地域に適した切れ目のない地域包括ケア体制の整備について、県・市町村が連携して努力を続ける必要がある。
- 介護分野は主に市町村が主体、医療分野は主に県が主体になるが、両者の関係性は強いため、県及び市町村が互いに両方の分野の取組に関心を持ち連携することが求められる。

進め方



今年度進めている関係計画の策定等

- ・第7次奈良県保健医療計画の策定
- ・高齢者福祉計画及び第7期奈良県介護保険事業支援計画の策定
(※上記2計画については一体での策定を検討中)
- ・奈良県医療費適正化計画の策定
- ・国民健康保険県単位化の仕組み構築(H30制度スタート)
- ・奈良県地域医療構想の取組推進

関連の取組

- ・全国知事会地域医療研究会等において、医療・介護の一体的取組について全国都道府県との意見交換や先進事例の情報交換を行い、本県の取組の一層の充実を図る
- ・関係分野の専門家からご意見をいただく有識者会議を設け、奈良県の取組に反映
(メンバー:権文善一 慶応大教授、小西砂千夫 関学大教授、佐藤主光 一橋大院教授、増田寛也 野村総研)



なら