

過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する調査研究事業

地域包括ケアシステム推進の取組状況の 把握・評価のために



平成 27 年 3 月

全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

I	地域包括ケアシステム推進の取組状況を評価しましょう！	1
II	取組状況の評価について検討する際のポイント	2
III	地域包括ケアシステムの評価指標の例	4
	1. 健康づくりの推進に関する指標	4
	2. 介護予防・重症化予防の実現に関する指標	7
	3. 住み慣れた地域での療養生活の維持（65歳以上高齢者）に関する指標	9
	4. 住み慣れた地域での看取りに関する指標	12
	5. 医療・介護費の推移に関する指標	14
IV	地域で指標を把握するために	15
	（参考）先進的取組地域における進捗状況	16

I 地域包括ケアシステム推進の取組状況を評価しましょう！

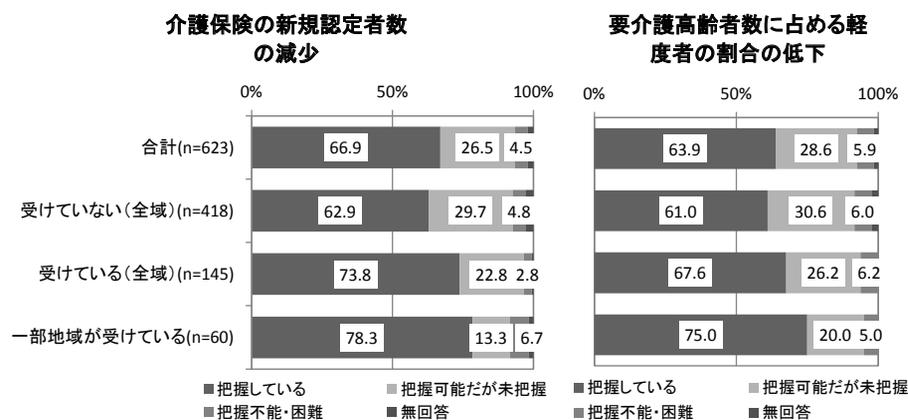
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築のためには、住民、関係者の理解・協力が不可欠です。
- ◆ そのためには、地域包括ケアシステム推進の取組状況を把握し、住民や関係者に対して、その内容や成果について十分な説明を行う必要があります。
- ◆ 本冊子では、全国の市町村を対象としたアンケート調査、および国保直診施設所在地をはじめとした過疎地域における実践事例をもとに、地域包括ケアシステム推進の評価に関する基本的な考え方と評価指標の例をまとめました。
- ◆ あなたの地域の特徴や目指す地域包括ケアシステムの姿に応じた、取組の進捗評価にお役立てください。

コラム：過疎地域のほうが地域包括ケアシステムの取組状況が把握しやすい

国診協が全国の市町村を対象に実施したアンケート調査（平成 26 年度）では、いわゆる過疎地域のほうが、そうでない地域に比べて、相対的に様々な指標を把握している、または把握しやすい状況にあることが分かりました。

しかしながら、「把握可能だが未把握」と回答する地域も一定程度ありました。

各地域において、地域包括ケアシステム推進の進捗を示す指標の設定、ならびに指標に基づくデータの収集・評価を進めていくことが求められます。



※過疎地域自立促進特別措置法の適用状況によって「全域で受けていない」「全域で受けている（いわゆる過疎地域）」「一部地域が受けている」地域別に指標の把握状況を集計。

II 取組状況の評価について検討する際のポイント



ポイント1 地域で目指す地域包括ケアシステムの具体的な姿を共有しましょう！

- ◆ 地域によって、目指す地域包括ケアシステムのあり様は異なるため、地域に応じた評価指標を設定する必要があります。
- ◆ そのためにも、どのような地域包括ケアシステムを目指すのか、住民を含めた関係者で十分に議論し、共有することが重要です。

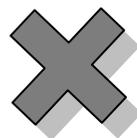


ポイント2 地域包括ケアシステムの枠組みと評価の視点を整理しましょう！

- ◆ 本来、地域包括ケアシステムとは、高齢者・要介護者だけでなく、すべての地域住民を対象として、健康づくりや保健活動、介護予防なども含めた地域づくりを指します。
- ◆ 地域包括ケアシステムの進捗を評価する際も、この考えに基づき、取組の分野ごとに設定することが望まれます。
- ◆ また、評価の視点として、ストラクチャー（構造）評価、プロセス（過程）評価、アウトカム（成果）評価があります。
- ◆ 取組の分野ごとに、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価を行うことで、より具体的に取組の進捗状況を評価することができます。

<取組の分野（例）>

- 健康づくりの推進
- 介護予防・重症化予防の実現
- 住み慣れた地域での療養生活の維持
- 住み慣れた地域での看取り
- 医療・介護費の抑制



<評価の視点>

- ストラクチャー評価
- プロセス評価
- アウトカム評価

鳥取県・日南町の場合…スローガン：「町民みんなで支え合って暮らせる日南町」

日南町の目指す地域包括ケア

評価指標

目標1. 地域ごとに支え愛のしくみを考えよう。

- ① 地域の見守りから支え愛を防災に活かしていこう
- ② 生活の不便さを支え合おう・気軽にボランティアを利用しよう
- ③ 食のつながり、交流を広げよう
- ④ 町民みんなが認知症サポーターになろう

- ① 避難行動要支援者の把握、個別避難計画済の数、地域支え愛防災マップの完成している地区数
- ② 生活支援ボランティア養成数、登録者数、活動実績
- ③ 配食サービス利用者数、ボランティア数、配達弁当事業者数、利用者数
- ④ 認知症サポーター養成講座開催数、参加者数、累積サポーター数

目標2. 連携の積み重ねから地域ケアの充実を図る。

- ① 在宅支援会議で要援護高齢者一人一人の支援について連携を密にする。
- ② 地域包括ケア会議で保健・医療・介護・福祉の連携を具体的にし、発展させる。
- ③ 認知症初期集中対応のあり方を検討する。

- ① 在宅支援会議開催数、参加者数、検討者数、特に有効だった事例数
- ② 地域包括支援会議開催数、参加者数、取組内容
- ③ 認知症相談件数、転帰、介護家族の会参加者数、初期集中チーム活動による事例数、転帰、有効性

目標3. 生涯生きがいづくりと尊厳を学ぶ。

- ① 「もしもの時のしあわせノート」の活用を継続的に支援する。
- ② 生きがいづくり、尊厳を学ぶ場として「地域包括ケア会議シンポジウム」を開催する。
- ③ 「虚弱高齢者の生活で困ること、みんなで取り組めることを考える」を啓発、話し合いの場を各団体や地域で開催していく。

- ① 「もしもの時のしあわせノート」説明配布数、活用数、有効事例
- ② 「地域包括ケア会議シンポジウム」の開催数、参加者数、内容、アンケート結果
- ③ 話し合い開催数、参加者数、感想

目標4. 生活習慣病予防

- ① 介護予防教室「まめな会」、「がんじょうクラブ」の継続
- ② 新たな介護予防の取り組みを検討する。

- ① まめな会、がんじょうクラブの開催数、参加者数、体力測定・健康感などの変化
- ② 新たな取組開始数

目標5. 高齢者が住み続けられる居場所を考える

- ① 中心地域整備構想に高齢者の「住まい」「食」の検討を提案する。
- ② 高齢者ニーズ調査の結果から「住み替え」の意識など町民に広報し考えてもらう。
- ③ 「居場所」について各団体や地域で話し合いの場を開催する。

- ① 中心地域整備構想に住まい・食に関する提案が反映されたか
- ② 啓発回数、参加者数、意識の把握
- ③ 居場所づくりの啓発回数、参加者数、新たな居場所の開設数

日南町では「プロセス」を重視!

Ⅲ 地域包括ケアシステムの評価指標の例

- ◆ 国診協では、先進的な取組地域でのヒアリング調査等を通じて、地域包括ケアシステム推進の取組状況を評価する指標の例を集めました。
- ◆ さらに、先進的な取組地域8地域の協力を得て、実際に指標についてデータを収集してもらい、各指標の入手可能性や重要性、留意点などについて検討してもらいました。
- ◆ 以下に、取組分野ごとの指標例と検討結果をお示しします。

1. 健康づくりの推進に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	保健師数	行政が雇用している保健師数全数	
S	(うち)保健師数(地区担当)	上記保健師数(全数)のうち特定の地区を担当している保健師数	
S	(うち)保健師数(高齢者担当)	上記保健師数(全数)のうち主として高齢者を担当している保健師数	
O	健康寿命	日常生活に制限のない期間の平均 ○自分が健康であると自覚している期間の平均 ※計算方法は右記 URL 参照	厚生労働科学研究 健康寿命のページ http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/
P	特定健診受診率	特定健診受診者数÷特定健診対象者数	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	幼児健診受診率(1歳6ヶ月児)	1歳6ヶ月児健診受診者数÷健診対象者数	母子保健事業の実施状況
P	胃がん検診	検診受診者数÷検診対象者数(男女計) ※検診対象者の定義は各市町村の定義による	
P	大腸がん検診		
P	肺がん検診		
P	乳がん検診	検診受診者数÷検診対象者数(女性のみ)	
P	子宮頸がん検診	※検診対象者の定義は各市町村の定義による	

	指標	定義	入手元
P	予防接種率 (インフルエンザ)	接種者数÷総人口数(年齢階級別)	
P	予防接種率(風疹)	接種者数÷対象人口数	
P	脳血管疾患 受療率 (人口10万対)	推計患者数÷推計人口×100,000人	患者調査 ※都道府県による集計データがあれば
P	心疾患 受療率 (人口10万対)		
P	肺炎 受療率 (人口10万対)		
P	悪性新生物 受療率 (人口10万対)		
O	脳血管疾患 死亡率	脳血管疾患による死亡者数÷人口×100,000人	人口動態統計
O	心疾患 死亡率	心疾患による死亡者数÷人口×100,000人	
O	肺炎 死亡率	肺炎による死亡者数÷人口×100,000人	
O	悪性新生物 死亡率	悪性新生物による死亡者数÷人口×100,000人	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、保健師数、特定健診受診率、がん検診受診率、予防接種率に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答していました。
- ◆ 一方、各疾患の受療率に関しては、約半数の地域が「把握不能・困難」にある傾向がありました。理由としては、都道府県がデータを持っており、市町村別ではないという理由が多くなっています。また、一部の地域では、各疾患の死亡率に関するデータも、同様の理由で市町村単位では分からないと回答した地域がありました。
- ◆ 健康寿命に関しては、半数の地域が「全域で把握している」と回答したものの、地域によっては算出が難しいとの意見もありました。

②指標の重要性

- ◆ いずれの指標も半数以上の地域が「健康づくりの推進」を評価する指標として重要と考えていました。
- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。

指標（案）	内容・意見
予防接種率	・ 高齢者肺炎球菌ワクチン接種率も重要ではないか。
障がい期間	・ 健康寿命は行政規模が小さい場合、平均余命が年次によって大きく変わる。その点、障がい期間（要介護期間）は安定して評価できる。
喫煙率・たばこ消費量	・ 健康づくりの指標になり得る。

③データの限界点・留意点

- ◆ いずれの指標も半数以上の地域が「健康づくりの推進」を評価する指標として重要と考えていました。ストラクチャー評価の指標の1つである保健師数に関しては、それ単体で単純に評価することはできないものの、地区担当制の保健師が十分に確保されているかどうかは、1つの目安になるとの意見がありました。
- ◆ プロセス評価の指標である受療率や死亡率等に関しては、他の地域と比較する場合は年齢調整が必要です。

2. 介護予防・重症化予防の実現に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	介護予防・重症化予防を目的とした教室・サロンの数		
P	教室・サロンへの参加者数		
P	教室・サロンによる高齢者のカバー率	教室・サロンへの参加者数（実人数）÷地域の高齢者数	
O	要介護認定率	認定者数÷被保険者数	介護保険事業状況報告
O	要介護高齢者数に占める軽度者の割合	要支援1・2÷要介護認定者数	
O	要支援・要介護度の改善度	ある時点の要介護認定者数のうち、1年後に要介護度が改善している者の割合	
O	新規認定者数	1年間のうち、新たに発生した要介護認定者数 ※更新申請による要介護度の変更は含めない。	
O	基本チェックリストの点数における維持・改善者数	ある年の基本チェックリスト実施者のうち、▲年時点で維持・改善した者の数	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、要介護認定率、要介護高齢者に占める軽度者の割合、新規認定者数に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答しました。
- ◆ 一方、要支援・要介護度の改善度や基本チェックリストの点数における維持・改善者数に関しては、半数以上が「把握可能だが未把握」または「把握不能・困難」と回答しました。
- ◆ 背景としては、改善度に関する評価がなされていないことや、改善度を知るためには個別に情報確認が必要であることなどが挙げられました。

②指標の重要性

- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。いずれの指標も半数以上の地域が「介護予防・重症化予防の実現」を評価する指標として重要であるとしました。
- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。

指標（案）	内容・意見
要介護予防教室への参加者数	
介護予防教室での体力測定結果の維持、変化率	
要支援者への介護予防や地域支援事業の実施状況	
地域のインフォーマルサービスの構築状況	

③データの限界点・留意点

- ◆ サロンは必ずしも行政が関与しているものだけではありません。住民やその他主体が実施している地域の活動についてもきちんと把握しておくことが重要です。
- ◆ 基本チェックリストは回答者の主観的な評価によって記入するため、体調によって結果が左右されやすく、指標として用いにくいという指摘もありました。

3. 住み慣れた地域での療養生活の維持(65歳以上高齢者)に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	在宅療養支援病院数	地域内における在宅療養支援病院の数	
S	在宅療養支援診療所数	地域内における在宅療養支援診療所の数	
P	訪問診療対象患者数	訪問診療の対象となっている患者の数	
P	訪問看護利用者数	訪問看護を利用している者の数	
O	病院からの在宅復帰率	退院先が自宅の患者数 ÷ 退院患者数	
O	医療依存度の高い患者の在宅復帰率	退院先が自宅の患者数(医療区分2,3) ÷ 退院患者数	
O	介護老人保健施設からの在宅復帰率	退所先が自宅の人数 ÷ 退所者数	
	施設入所の割合	65歳以上人口のうち、介護保険施設に入所している者の割合	
O	重度要介護者の在宅支援率	要介護度4以上の者のうち、自宅で生活している者の割合	
O	65歳以上高齢者の転出割合	1年間の転出者数のうち、65歳以上の高齢者の占める割合	
O	介護が困難になり転出した高齢者の割合	65歳以上高齢者の転出者数のうち、介護を理由として転出した者の割合	
O	独居高齢者の転居割合	65歳以上の独居高齢者のうち、転居した者の割合	
O	高齢世帯の転居割合	65歳以上の高齢者世帯のうち、転居した者の割合	
O	在宅療養を支える家族の満足度	任意	
O	在宅での主たる介護者の満足度	任意	
O	在宅療養を支える関係者の満足度	任意	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数、訪問診療対象患者数、訪問看護利用者数、重度要介護者の在宅復帰率、に関しては、ほとんどの地域が「全域で把握している」と回答しました。
- ◆ 一方、医療依存度の高い患者の在宅復帰率、介護老人保健施設からの在宅復帰率、65歳以上高齢者の転出割合、介護が困難になり転出した高齢者の割合、独居高齢者の転居割合、在宅療養を支える家族の満足度、在宅での主たる介護者の満足度、在宅療養を支える関係者の満足度に関しては、半数以上が「把握可能だが未把握」または「把握不能・困難」と回答しました。
- ◆ 在宅復帰率に関しては、病院や施設単体であれば把握できるものの、地域全体では把握が難しいとの意見がありました。

②指標の重要性

- ◆ 半数以上の地域が「住み慣れた地域での療養生活の維持」を評価する指標として重要であると回答した指標は、訪問診療対象患者数や訪問看護利用者数、病院からの在宅復帰率、医療依存度の高い在宅復帰率、重度要介護者の在宅支援率、在宅療養を支える家族の満足度、在宅での主たる介護者の満足度でした。
- ◆ その他、重要と考えられる指標として、次のものが挙げられました。

指標（案）	内容・意見
見守りネットワークや認知症サポーター、住民組織と いった支援体制	ストラクチャー指標として
在宅の療養を支える関係者の連絡会議の開催状況	プロセス指標として
要介護者・家族を支える住民組織等の活動状況	プロセス指標として

③データの限界点・留意点

- ◆ ストラクチャー指標の1つである在宅療養支援診療所等について、指定要件の関係上、在宅療養支援診療所等ではないものの、在宅生活を支援している施設もある点に注意が必要です。
- ◆ 本人や家族、関係者の満足度は重要な指標になり得るものの、調査に係る負担が大きいという課題が指摘されました。
- ◆ この点について、例えば、日常生活ニーズ調査の中に満足度に関する項目を入れたり、家族にもアンケートを行うなどの方法があります。地域によっては、半年から1年に一度、性・年代別に層別化無作為抽出した住民を対象にアンケート調査を行い、医療・介護に関わらずそのときどきの課題を調査しているところもありました。
- ◆ 介護が困難になり転出した高齢者の割合に関しては、転出の理由までを把握することは困難である意見もありました。一方で、民生委員やケアマネジャーなどが理由を把握していることもあり、地域ケア会議などで共有できるとの意見もありました。

コラム：高齢者の転出割合や転出理由はアウトカム指標になりうるか？

高齢者世帯が地域外に転出する背景には、地域内での介護が困難になり、療養生活の維持が難しくなったことがあるかもしれません。こうした高齢者の転出理由や転出割合が分かるのであれば、アウトカム指標の1つとして活用できる可能性があります。

住民基本台帳所管課との情報共有や、転出理由の把握が困難である地域も多いと思いますが、近隣の住民（民生委員）やケアマネジャーなどは、転出の背景を把握していることもあるようです。地域ケア会議などの場で、地域内の支援体制が問題で転出している事例がないかどうか、情報共有をしてみたいかがでしょうか。

4. 住み慣れた地域での看取りに関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
S	在宅での看取りに対応する病院・診療所数	在宅ターミナルケア加算の算定実績のある病院・診療所	
S	在宅緩和ケア対応訪問看護事業所数	在宅ターミナルケア加算の算定実績のある訪問看護事業所	
S	看取り介護加算を算定している介護保険施設	看取り介護加算の算定実績のある介護保険施設	
P	訪問診療対象患者数	訪問診療の対象となっている患者の数	
P	訪問看護利用者数	訪問看護を利用している者の数	
O	地域内での看取りの割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が地域内である者の割合	
O	(うち)在宅での看取りの割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が自宅である者の割合	
O	(うち)地域内医療機関死亡の割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場が病院・診療所である者の割合	
O	(うち)地域内施設死亡の割合	1年間の死亡者数のうち、看取りの場がその他介護老人保健施設等である者の割合	
O	希望した場所での看取りが出来た高齢者の割合	1年間の65歳以上死亡者数のうち、希望した場所で最期を迎えた者の割合	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

① 入手可能性

- ◆ 指標一覧のうち、地域内での看取りのうち在宅での看取りの割合、地域内医療機関死亡の割合、地域内施設死亡の割合に関しては、半数以上の地域が「全域で把握している」「一部地域で把握している」と回答しました。

- ◆ 一方、地域内での看取り割合に関しては、約半数が「把握可能だが未把握」「把握不能・困難」と回答しました。
- ◆ また、希望した場所での看取りができた高齢者の割合に関しては、ほとんどの地域が「把握不能・困難」と回答した。背景としては、死亡場所に関する情報がないこと、個人情報のため、死亡情報が入手できないことなどが挙げられました。

②指標の重要性

- ◆ 半数以上の地域が重要であると回答した指標は、在宅での看取りの割合、地域内医療機関死亡の割合、地域内施設死亡の割合、希望した場所での看取りができた高齢者の割合でした。

③データの限界点・留意点

- ◆ 直前まで自宅や施設で過ごし、最期は病院で迎えるという方も多くいます。そのため、在宅での看取り＝自宅での看取りと限定せず、直前まで在宅（自宅や居住系施設）で過ごしていた方も含めるという考え方もあります。
- ◆ 自宅での死亡件数の中には孤立死も含まれます。単に自宅での死亡件数が多いからといって、自宅での看取りができていると評価することには注意が必要です。

コラム：場所別の看取り件数をどのように把握するか？

地域によっては、住民基本台帳所管課に死亡情報は蓄積されているものの、死亡場所の情報が蓄積されていなかったり、部署をまたいで情報共有することが困難なことがあります。

例えば、住民基本台帳所管課に地域包括ケアシステム構築のために協力を依頼し、死亡場所についても情報を蓄積してもらい、その情報を医療・介護保険担当課に還元してもらうよう取り決めるといった方法もあります。

5. 医療・介護費の推移に関する指標

(1) 指標一覧

	指標	定義	入手元
○	医療費	国保1人当たり年間医療費	
○	老人医療費	後期高齢者の1人当たりの年間医療費	
○	国民健康保険料	国保1人当たり年間保険料	
○	介護保険料 (第1号被保険者)	1人当たりの年間介護保険料	

※S：ストラクチャー評価、P：プロセス評価、O：アウトカム評価

(2) 指標に関する補足

①入手可能性

- ◆ ほぼ全ての地域が「全域で把握している」と回答しました。

②指標の重要性

- ◆ いずれの指標についても、半数以上の地域が重要であると回答しました。

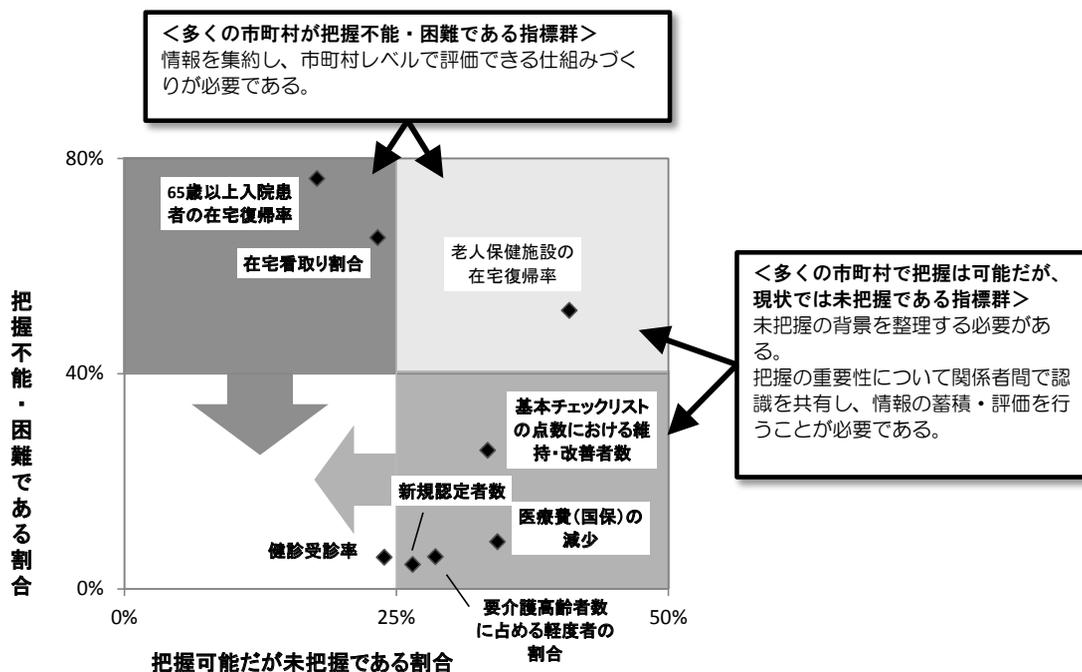
③データの限界点・留意点

- ◆ 介護保険料に関しては、利用できる介護保険サービスが限られているので低く抑えられているケースもありました。

IV 地域で指標を把握するために

- ◆ 国診協が全国の市町村を対象として実施したアンケート調査では、重要と考えられる指標であっても、必ずしも把握できない、あるいは把握可能であるが未把握である状況が明らかになりました。
- ◆ 「把握可能だが未把握」である背景としては、把握の必要性を、行政や関係者が認識していなかったり、病院などの個別の事業者単位では情報を持っているが、市町村として情報が集約できていないなどの状況が考えられます。
- ◆ また、地域包括ケアシステムの取組の進展度を評価するためには、一時点の数字を収集するだけでなく、継続して情報を収集し、推移をみる必要があります。
- ◆ 行政において地域包括ケアシステムの取組の進展度を把握することの必要性を庁内関係者、地域の関係機関等で共有し、情報の蓄積・共有・評価のための仕組みを構築していくことが望まれます。

～ 重要な指標であるが把握が困難な指標 ～

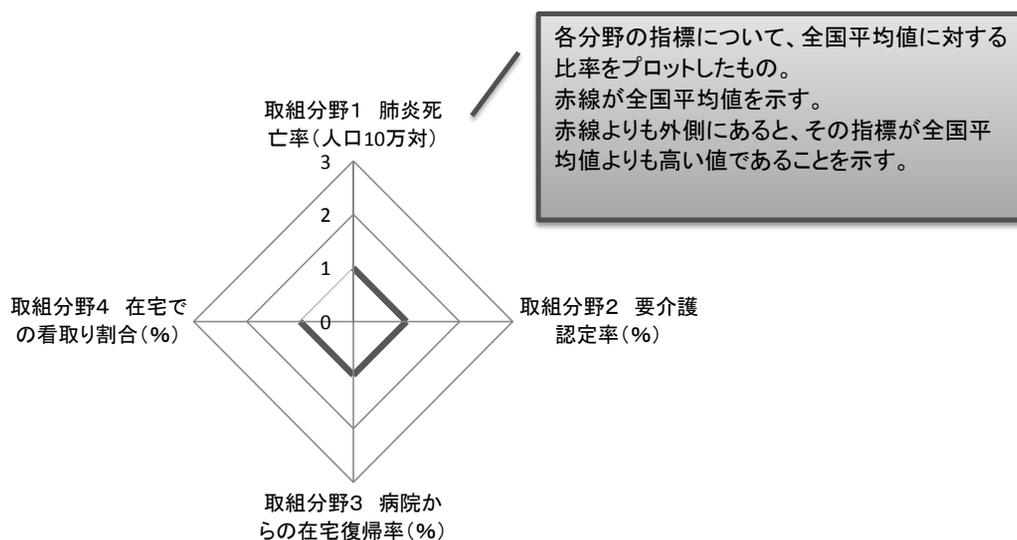


※全国の市町村を対象として実施したアンケート調査で、代表的な8つの指標について把握状況（把握している：全域／把握している：一部地域／把握可能だが未把握／把握不能・困難である）を尋ねた。図表は、各指標の「把握可能だが未把握」「把握不能・困難」と回答した市町村の割合をプロットしたもの。将来的には、いずれの割合も0%に近づくことが望まれる。

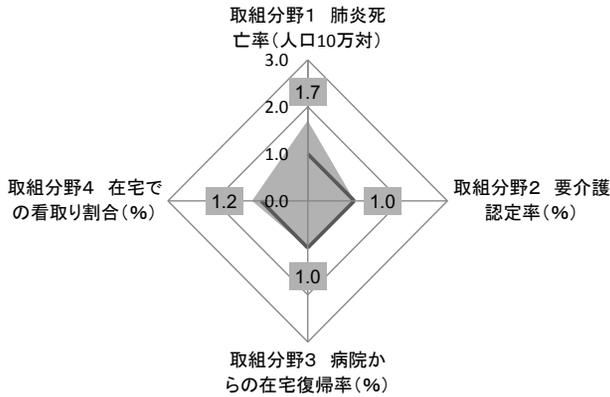
(参考) 先進的取組地域における進捗状況

- ◆ 全国平均値と比べることで、取組の進捗状況を測る目安になります。ただし、単純に全国平均との比較で進捗を評価することはできません。地域が目指す姿を目標値として評価する必要があります。
- ◆ 下表は、先進的取組地域（3地域）について、「健康づくりの推進（取組分野1）」「介護予防・重症化予防の実現（取組分野2）」「住み慣れた地域での療養生活の維持（取組分野3）」「住み慣れた地域での看取り（取組分野4）」から1つずつアウトカム指標を選び、全国平均と比較した結果です。

～ 図表の見方 ～

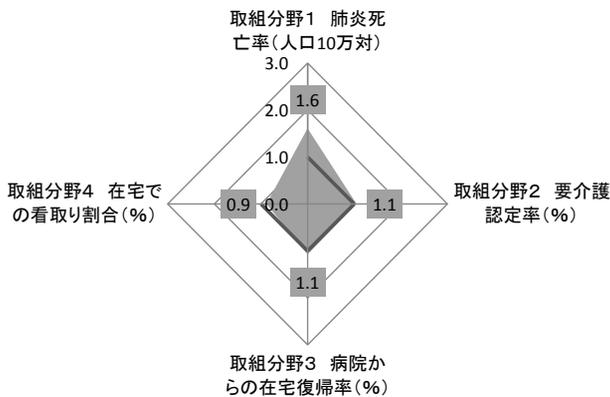


地域1 富山県・南砺市（南砺市民病院）



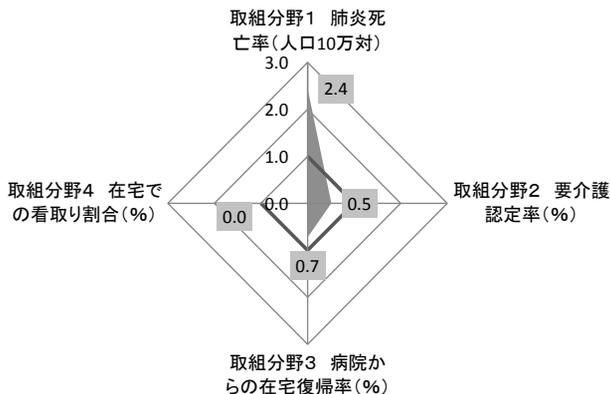
- 肺炎死亡率は全国の約 1.7 倍
- 第 1 号被保険者の要介護認定率、病院からの在宅復帰率は全国平均程度
- 在宅での看取り割合は、全国の約 1.2 倍とやや高め

地域2 高知県・梼原町（国保梼原病院）



- 肺炎死亡率は全国の約 1.6 倍（※梼原町のデータがなく、高知県のデータを準用）
- 第 1 号被保険者の要介護認定率、病院からの在宅復帰率は全国平均程度
- 在宅での看取り割合は、全国の約 0.9 倍とやや低め

地域3 大分県・姫島村（国保診療所）



- 肺炎死亡率は全国の約 2 倍以上
- 第 1 号被保険者の要介護認定率は全国の約 2 分の 1
- 病院からの在宅復帰率は約 0.7 倍
- 在宅での看取り割合は 0%（約半数が診療所で看取り）