

■ステップ2:分析シート(案):各区市町村の在宅療養環境整備の状況を把握する

■使い方:

①「1\_結果サマリシート」の区市町村選択欄から任意の区市町村を選択する

	A	B	C	D	E	F	G	N	O
1					任意の 区市町村を選択 →	港区			
2								実績数(供給数)→	
3									
4									
5		IND	INDEX_2	4つの場面	観点	分析項目	内訳・選択肢等	港区	
6								2016	2017
7		1	1_1	退院支援	資源量	退院支援加算(入退院支援加算)1を算定している医療機関数	-	16	2
8		2	2_1	退院支援	支援力	退院支援加算(入退院支援加算)1の算定件数(H28-H30)	-	67	12

- ②「1\_結果サマリシート」を確認し、4つの場面ごとに、東京都全体、区部・区部以外、医療圏に対する、自区市町村の相対的な位置を把握する
- ③「2\_解釈シート」を参照し、②で確認した分析項目ごとの数値の意味合いを確認し、分析結果を解釈する
- ④必要に応じ、「3\_詳細結果シート①、②」を確認。このシートには、「1\_結果サマリシート」で示した点数のほか、将来需要の推計や経年推移を記載している

■(参考)シートの構成:

- 「1\_結果サマリシート」:4つの場面ごとに、東京都全体、区部・区部以外、医療圏と比較した場合の、自区市町村の相対的な位置を点数化
- 「2\_解釈シート」:分析項目ごとの数値をどう解釈するかを記載
- 「3\_詳細結果シート」:分析項目ごとの結果、将来推計、点数を記載

■区市町村の集計シート

「区市町村」シートの左上の黄色いセルから任意の区市町村を選択すると、その区市町村のデータが表示されます。  
シートは以下の3枚で構成されています。

- ①区市町村・・・区市町村の分析結果と項目ごとの点数を記載
- ②区市町村\_7\_1・・・分析7\_1についての分析結果を記載
- ③分析シート・・・区市町村の点数を可視化したものを記載





■「4つの場面」それぞれについて、以下の観点から分析項目を選定しています。

\*具体的な分析項目は「分析解釈シート」を参照

<p>退院支援</p>	<p>退院支援においては、患者退院後の在宅での療養について、対象患者に適した支援の介入をスムーズに行うために、入院先の医療機関と退院後を担う在宅サービスとの密な連携が重要となってくる。</p> <p>そういった連携の状況を評価するためには、入院先医療機関から在宅療養を担う医療機関や介護サービス事業所に向けた情報共有や退院後の患者フォロー、入院先医療機関と在宅療養を担う医療機関等との患者入院中からの共同サポートの体制を評価する指標等を分析する必要がある。</p> <p>したがって、本分析では以下の項目を主な分析対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援加算(入退院支援加算)1を算定している医療機関数</li> <li>・退院支援加算(入退院支援加算)1の算定件数</li> <li>・退院時共同指導料1・2の算定件数</li> <li>・退院後訪問指導の算定件数</li> <li>・介護支援連携指導料の算定件数</li> </ul> <p>また、これらの連携を進めていく際にICTなど仕組みを上手く活用していくことで、より効果的、効率的に情報共有が行われることが期待される。そういった意味で、アンケート調査から、患者の入退院時にICTを活用した情報共有ツールを使っている割合についても分析項目に含めた。</p> <p>さらに、退院支援が実際に在宅サービスへの移行へと繋がっているかを確認するために、各病床区分ごとの退院先から在宅サービスを利用している患者割合の把握も行った。</p> <p>上記の考えの下、各分析項目を設定した。</p>
<p>日常の療養</p>	<p>在宅療養患者の日常療養を支える地域の対応力を評価する上では「量」と「質」の観点がある。</p> <p>まず、日常療養を安定的にサポートしていく体制を地域が確立するためには、在宅医療資源の絶対的な「量」が一定以上必要である。具体的には、訪問診療や訪問看護をはじめとする、在宅医療サービスを提供する医療機関や施設の数が「量」に相当する。まずは大まかな資源量を把握するため、本分析では以下のような項目を分析対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療を実施している診療所・病院数</li> <li>・訪問看護を実施している訪問看護ステーション数</li> <li>・歯科訪問診療を実施している診療所・病院数</li> <li>・訪問薬剤指導を実施する診療所・病院数、薬局数</li> </ul> <p>また、単に在宅医療資源の「量」を把握するだけでなく、その「質」を評価することも重要である。例えば、在宅療養支援診療所・病院にはそれぞれ(1)～(3)の区分があり、どの区分に該当するかによってその医療機関の実績や対応力は異なるので、各区分に該当する医療機関数を算出することによって、より実態に即した評価が行える。また、がん患者や小児患者、精神科患者への対応力を有する医療機関は限定されるため、これらの患者への対応力を有する医療機関数も別途算出した。</p> <p>なお、医療機関数や施設数だけでなく、算出可能な項目については利用者数(精神科訪問看護利用者数など)も分析対象とした。また、訪問診療時に算定されることが多い在宅療養指導管理料、在宅がん医療総合診療料の算定実態も把握した。</p> <p>上記の考えのもと、各分析項目を設定した。</p>
<p>急変時の対応</p>	<p>急変時の対応においては、患者急変時に備えて往診等のインフラが整備されているかという「量」の観点と、実際に緊急時や夜間休日に患者をケアできる体制や運用ルールが整っているかという「質」の観点がある。</p> <p>まず、当該地域での急変時の対応力を強化していくためには、往診等に対応している医療機関の整備が必要となる。それがなければ、そもそもの患者等のニーズにこたえられない、または特定の医療機関等に大きな負荷がかかり長期的な安定供給に不安が残るといった課題が解決されない。絶対的な量の整備が、地域における患者急変時の対応体制の構築推進につながる。</p> <p>そういった観点から、「量」については以下を分析対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・往診を実施している診療所・病院数</li> <li>・24時間体制訪問看護ステーション数</li> <li>・24時間体制訪問看護ステーションにおけるスタッフ数</li> </ul> <p>また、急変時に対応できるインフラが整っているだけでなく、実際に対応できる体制が十分に整備されているかを測ることも重要である。</p> <p>そういった観点から、「質」については以下を分析対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・往診の算定件数</li> <li>・在宅患者訪問診療料算定患者数のうちの往診料算定患者数</li> <li>・往診料算定件数のうち緊急加算、夜間休日加算等算定割合</li> <li>・休日・夜間に患者家族からの連絡で対応したケースや主治医がいない場合の対応</li> </ul> <p>さらに、何かあった際に速やかに入院へと移行できるサポート体制の充実、患者等の安心感に繋がるのみならず、在宅医療を支える医療従事者側の心理的負担の軽減にも寄与することから、在宅療養後方支援病院の数や在宅患者のために病床を確保している病院割合についても分析対象に含めた。</p> <p>上記の考えのもと、各分析項目を抽出した。</p>
<p>看取り</p>	<p>看取りにおいては、看取りを実施する医療機関としての「量」と、こういった形で看取りが行われたかといった「質」の観点がある。</p> <p>まず、当該地域で在宅での看取りを推進していくためには、看取りを実施する医療機関の整備が必要となり、それらの整備が地域の看取り体制の構築推進につながる。</p> <p>また後述する看取りの質に対して、こういった医療機関がどの程度、ターミナルケア後の看取りを実施しているかも含めて、「量」の観点では、以下を分析対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケアを実施している医療機関数</li> <li>・ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数</li> <li>・在宅ターミナルケア加算算定合計数に対する各医療機関算定割合</li> </ul> <p>また、看取りの質については、看取り前のプロセスや看取りについての本人・家族への説明有無等がどのようになっているかといった観点から、在宅ターミナルケア加算、看取り加算、死亡診断加算の算定数を用い、当該地域でこういった在宅での看取りが行われているかを分析した。</p> <p>なお、これらの加算の要件等は以下となる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①在宅ターミナルケア加算: 死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合を評価したもので、看取りまでの「プロセス」を評価。</li> <li>②看取り加算: 事前に看取りについて家族と話し合った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断及び家族等へのケアを行った場合は、看取り加算を算定(主に在宅診療所の医師による、在宅かかりつけ患者の在宅での死亡診断時に算定されることが多い)。</li> <li>③死亡診断加算: 死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡のタイミングには立ち会わなかったが、死亡後に死亡診断を行った場合は、死亡診断加算を算定(主に外来診療所の医師による、外来かかりつけ患者の在宅での死亡診断時に算定されることが多い)。</li> </ol> <p>あわせて、当該地域における在宅療養後の看取りの割合(在宅死の文化有無の推察)の分析も含め、看取りの質については、以下を分析対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅ターミナルケア加算算定数</li> <li>・看取り加算算定数</li> <li>・死亡診断加算算定数</li> <li>・療養病棟死亡退院数/在宅死比率</li> <li>・全死亡者数に対する在宅死</li> </ul> <p>上記の考えのもと、各分析項目を設定した。</p>









