

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)）
「医療及び介護の総合的な確保に資する基金の効果的な活用のための持続的な評価と計画
への反映のあり方に関する研究」（H27 - 一般 - 002）
研究分担報告書

「基金事業における医療介護連携の考え方の整理及びその指標例の作成」

研究代表者 泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所
研究協力者 大津 唯 国立社会保障・人口問題研究所
研究分担者 石川 ベンジャミン光一 国立がん研究センター
研究分担者 小野 太一 政策研究大学院大学
研究分担者 川越 雅弘 国立社会保障・人口問題研究所
研究分担者 野口 晴子 早稲田大学政治経済学術院
研究協力者 森田 朗 国立社会保障・人口問題研究所

要旨

目的：医療・介護連携にかかる定量的な評価指標例の作成を行うこと。

方法：個別事業のアウトカム指標例の作成方法、先行研究等をふまえ、医療・介護連携の連携基盤、連携の場面について考えられる指標を抽出した。研究会議の場で各自の専門分野の立場からの議論を行った上で、都道府県担当者および医療・介護連携にかかわる医師に対して意見を求めて確認作業を行った。

結果：大きく分けて 3 カテゴリーの連携の基盤整備に関して評価する指標例、退院支援、在宅療養支援、在宅での看取りの場面について連携の状態を評価する指標例を設定した。

考察・結論：個別事業評価のアウトカム指標と同様に、公的統計調査結果などにより定量的に把握できることを条件として指標例の作成を行ったが、地域の実情に合わせた「困難事例」への調整状況など「積み上げ型」の指標の有用性も考えられた。また、医療・介護以外のシステムとの連携も必要であり、現実に行われつつあり、医療・介護連携やその実態把握方法の進展と併せてさらに議論がなされていく必要があると考えられた。

A.研究の目的

本研究の目的は、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第六条による地域医療介護総合確保基金が、効果的・効率的に活用されるために必要な、医療・介護連携にかかる定量的な評価指標

例の作成を行うことである。

B.研究の方法

評価指標の概念化（石川他 2017）およびそれに基づいた個別事業のアウトカム指標例、先行研究等をふまえ、医療・介護連携の

連携基盤、連携の場面について考えられる指標を抽出した。連携基盤の評価についてはドナベディアンの意味でのストラクチャー指標を、連携の場面については、ストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した。研究班会議の場で各自の専門分野の立場からの議論を行った上で、都道府県担当者および医療・介護連携にかかわる医師に対して意見を求めて確認作業を行った。

C.結果

作成された医療・介護連携指標例は表 1-1 の連携の基盤整備に関する指標例および表 1-2 の連携の場面・傷病別指標例としてまとめられている。連携の基盤整備に関する指標例は、医療機関・介護事業所相互の連携、地域包括ケアシステムの構築、医療・介護連携の促進のための研修、大きく分けて 3 カテゴリーとなった。医療機関・介護事業所相互の連携のカテゴリーは患者・利用者の情報の共有の状況の評価することを、地域包括ケアシステムの構築のカテゴリーでは連携の関係性の構築状況の評価することを、医療・介護連携の促進のための研修のカテゴリーでは、医療・介護連携や看取りのための基礎的な知識、地域の多職種間の顔の見える関係性を評価することを、それぞれ意図する評価指標を設定した。

表 1-2 の連携の場面・傷病別指標例においては、大きく分けて 3 つの退院支援、在宅療養支援、在宅での看取りにおける連携の状態を評価する指標例を設定した。それぞれのドナベディアンの意味でのストラクチャー・プロセス・アウトカムの指標例を設定した。退院支援の場面については、さらに、がん（終末期）、脳卒中、心筋梗塞等の

心血管疾患、糖尿病、精神疾患、骨折、肺炎に分けて指標例を設定した。それぞれの指標の出所を、

- ・すみつき括弧 (【】)：公表統計等から引用または簡易な計算により利用可能な指標
 - ・大かっこ ([])：特別な集計が必要な指標
 - ・出典が未記載の場合：そのために別途調査が必要な指標
- と区別して記載した。

D.考察・結論

本研究では地域の医療・介護の連携の状況の評価するための指標を作成した。泉田他（2017）において、医療介護総合確保基金による個別事業のアウトカム評価指標が作成されているが、本研究で作成されたのも医療・介護連携についてのアウトカムを評価する指標である。すなわち医療・介護連携が進むことにより、地域がどのように変化することが期待されるか、という点を評価している。

指標を設定する際に、連携の基盤整備と場面・傷病別にまず分けているが、これは個別のケースにおける多職種連携とそれを支える地域の連携の基盤に分けて評価することを意味している。図 2 はこの点の説明を与えている。個別の患者・利用者（家族）にかかわる担当者はそれぞれこのケースについて情報を共有し、ケアを協働して提供する。他方で、これらの担当者は地域のケア提供にかかわる組織（法人・事業所）に所属することが一般的であろう。秋山（2016）の図 1-4 (p.16) においても複数の生活課題を抱える障害者の地域生活において担当者の連携やその所属機関間の連携が描写されて

いる。

それぞれの法人・事業所に所属する担当者が連携してケア提供という職務遂行ができることは、例外的なケースもあり得るかもしれないが、組織間でも連携の基盤がある程度整っていることが前提となる。逆に言えば、組織間での連携の基盤が整っていない状況において、個別ケースの担当者間の多職種連携が発揮する機能は連携の基盤が整っている時に到達可能な水準よりも低くなるかもしれない。いずれにせよ、個別ケースにおける医療・介護連携を行う基盤を評価することになるため、ドナベディアンの意味で構造の面だけを評価することとなった。

連携の場面については、現状を踏まえて退院支援、在宅療養支援、看取り、の3場面にわけた。図3は高山(2016) p.95の図を参考に作成したものであるが、これらの3場面の関係性を示すものである。医療・介護連携が必要になる場面として、退院支援があり、退院後の在宅療養支援がある。もし、在宅療養中に医療ニーズが増大する場合(急変時)があり、入院が行われれば退院時にまた退院支援が行われる。そして、在宅療養から看取りに移行していく場合もある。このほかの場面も想定し得るかも知れないが、本研究では場面をこれら3つに限定して評価指標例を設定した。個別の連携が行われる場面については、ドナベディアンの意味で構造、プロセス、アウトカムの指標例を設定した。

個別事業評価のアウトカム指標と同様に、医療・介護連携の評価指標例についても、Newcomer, Hatry and Wholey (2015)の第5章における良い業績測定尺度の基準

(Criteria for Good Performance Measure)

を満たすように、以下の条件

A) 都道府県が医療計画(地域医療構想)、介護保険事業(支援)計画等を達成するために地域医療介護総合確保基金による事業を実施するという趣旨を踏まえる。

B) 都道府県による地域医療介護総合確保基金事業の主体的なマネジメントに資する。

C) 公的統計調査結果などにより定量的に把握することができる。

D) 毎年の指標値が公表される統計調査の結果を原則として用いる。

E) 都道府県が研究班による指標例以外に独自指標を設定する場合には上のA~Dの条件を満たす必要がある。

として解釈し、これらを満たすように指標の設定を行った。

しかしながら、これらの基準を満たすように医療・介護連携の評価指標を設定することにはいくつかの批判があるかも知れない。ひとつは、連携の基盤整備の状況について定量的に実態を把握する公的統計調査が存在しないことである。医療・介護連携の推進という政策の進展に公的統計整備による実態把握が追いついていないと言えよう。それゆえ、連携の基盤整備を進めていく場合、現状では都道府県が自ら実態を把握し、評価することが必要となる。

二つ目の批判は、より本質的なものであるが、特にアウトカムについて公的統計で測ることが可能であるか、という点である。リハビリテーションについて多職種連携チームケアの有効性をシステムティックレビューにより検討したMomsen, et.al (2012)は入院期間、再入院率、死亡率などの、公的統計の個票の再集計により日本でも情報が

得られると考えられるアウトカムを設定した研究があることを示している。それゆえ、医療・介護連携について公的統計調査を用いて評価することは完全に否定されるべきものでもないと考えられる。

他方で、医療・介護連携下での診療に携わる（沖縄県立中部病院 高山義浩医師）は医療・介護連携により得られる成果は困難事例の解決、解消であると本研究班のヒアリングに対して回答している。多職種連携が行われている場合、困難事例の課題を共有し、調整方針を固める、という議論がケース会議にて行われる。困難事例の検討が蓄積すると、困難さの構造が明らかになるものと考えられる。困難さの構造は個々の患者・利用者・家族の状態にも依拠するが、地域ごとの医療・介護供給体制やその他制度の運用状況、社会経済状態などにも依存するであろう。それゆえ、地域の実情によって発生する困難事例に対して、調整する仕組みの構築状況、調整プロセスの稼働状況、困難事例の解決状況などの指標は地域の実情に応じた望ましい性質を持つとも考えられる。

表4は高山医師から提供された資料から指標例の一部を抜粋したものである。ここでは指標例のみ示しているが、事例から課題が抽出され、調整方針が立てられた上で示されている評価指標例である。事例とそれが持つ課題内容は当然患者・介護利用者・家族の事情のみならず、地域の医療、介護・福祉、住まい等の実情を踏まえて生成される。そして、調整方針もその実情に沿って立てられる。それゆえ、事例－課題－調整方針に沿った適切な指標例が見つければ、地域の実情に根ざした非常に良い評価指標となる。

もちろん、地域の実情に根ざした評価指標であるがゆえに、直ちに他地域で参考にできる指標ではない可能性もある。地域に根ざした評価指標はそれぞれの地域で検討されねばならないという当然の帰結である。この他にも、地域の実情に根ざした評価指標、を活用するためには2点検討すべき課題があるように思われる。

「困難事例」は個別事例における情報共有、協働を前提にした、医療・介護連携の現場でのケース検討がベースとなる。それゆえ、ケース検討を行う場が適切に機能していることが必要となる。

さらには、「困難」の度合いは誰が定めるのか、という点も議論の余地があるかも知れない。困難さが地域の実情に応じて定まり、その困難さの程度が当該地域で実際に医療・介護連携を行っている従事者が決める場合、情報が当該地域で閉じた形になる。地域ごとの困難事例の構造についての情報が当該地域で閉じず、他地域との比較を行えることが担保されることも望ましいと考えられる。

公的統計による医療・介護連携の評価を都道府県の違いを超えた「俯瞰的な評価」とするならば、地域の実情に根ざした「困難事例」の構造化、解決に依拠する評価は「積み上げ型の評価」と言えるかも知れない。それぞれの指標をどのように利用していくかは、地域における医療・介護連携やその実態把握方法の進展と併せてさらに議論がなされていく必要がある。

医療介護総合確保方針において、都道府県計画は「医療及び介護の総合的な確保に関する目標を設定する」とされているが、その目標設定に当たっては、「医療計画又は市

町村介護保険事業計画若しくは都道府県介護保険事業支援計画において設定した目標と整合性を図る」とされている。医療計画と整合的に都道府県計画を策定する場合、医療計画等は高齢者だけが対象となるわけでないため、乳幼児から青壮年層までも含めた医療や介護、福祉等の計画と整合性を担保することが必要となる。その場合、医療や介護の供給と連携すべき隣接領域はさらに広がる。島崎（2016；p.360）は、「そして、「生活を支える医療」といった途端、医療政策の「視界」（守備範囲）は、狭義の医療にとどまらず、その隣接領域である保健、介護、福祉はもとより、住宅、就労、さらには“まちづくり”まで一挙に広がる。」としている。また、高山（2016；p.12）では、医療・介護の連携以外にも福祉、司法、教育などあらゆる社会制度の連携の必要性が指摘されている。

実際に、医療介護総合確保基金事業においても、北海道や群馬県において「小児等在宅医療連携拠点事業」として、「医療・福祉・

教育関係者への研修やカンファレンスを通じて、地域における小児在宅医療の担い手拡大と連携体制構築を図るほか、家族からの相談支援や道民への普及啓発などに取り組む医療機関を「小児等在宅医療連携拠点」として整備する（北海道）」や「医療従事者等への研修及び、医療・福祉・教育・行政等の関係者の連携を図るためのワークショップを実施することにより、小児等在宅医療に対応できる人材を育成し、関係者の連携体制の構築につなげる（群馬県）」がそれぞれ行われている。また、広島県では、「終末期における新たな住まい方創出支援等事業」として「自宅に類似した住居において、共同生活により終末期まで自分らしく過ごせる「新たな住まい方」の有効性を検証し、地域包括ケアシステムの構成要素である「住まい方」、「医療（看取り）」分野の底上げを図る」事業が行われている。これらのような、医療や介護の範囲にとどまらない連携についても評価を今後行っていく必要がある。

参考文献

秋山正子『在宅現場の地域包括ケア』医学書院,2016年。

島崎謙治（2016）「地域医療構想の政策目標と課題 保健師への期待」『保健師ジャーナル』Vol.72,No.5,pp.358-362.

高山義浩『地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる』医学書院,2016年。

Momsen A-M, et.al (2012) “Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews,” *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol.44, pp, 901-912.

K. E. Newcomer, H. P. Hatry and J. S. Wholey, *Handbook of Practical Program Evaluation*(4th ed.) Jossey-Bass, 2015.

表1-1：医療・介護連携の基盤整備に関する指標例（案）

指標例（ストラクチャー指標）	
医療機関・介護事業所相互の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携ネットワークの整備圏域数 ・ICTを活用した医療と市町村の介護保険情報の連携を構築している市町村数
地域包括ケアシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場の有無
医療・介護連携の促進のための研修	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種合同研修会実施の有無、実施回数、参加者数（職種別） ・在宅看取りケア研修実施数・参加者数

《凡例（各指標末尾の出典）》

すみつき括弧（【】）：公表統計等から引用または簡易な計算により利用可能な指標

大かっこ（〔 〕）：特別な集計が必要な指標

出典が未記載の場合：そのために別途調査が必要な指標

表1-2：医療・介護連携の場面・傷病別指標例（案）

	アウトカムの指標例		
	連携のケアの質の側面 (ストラクチャー指標)	連携による適切なケア・ サービスの組み合わせ (プロセス指標)	全体を通じた アウトカム指標
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援に専従する看護師または社会福祉士を配置している病院数 [病床機能報告] ・退院支援加算（1～3）を算定している病院数 [病床機能報告] 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援加算（1～3）の算定件数 [NDB] ・介護支援連携指導料または介護保険リハビリテーション移行支援料の算定件数 [NDB] ・入院後7日以内に多職種協働カンファレンスを実施している病院の割合 ・入院後一定期間内にケアマネに情報提供を行っている病院の割合 ・退院時に介護施設職員と多職種協働カンファレンスを実施している病院の割合 ・入院時情報連携加算の算定件数 [介護給付費実態調査] ・退院・退所加算の算定件数 [介護給付費実態調査] 	
がん（終末期）	<ul style="list-style-type: none"> ・末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数 [地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん治療連携計画の策定を行ったがんによる入院患者の割合 	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションが実施可能な医療機関数 [地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・早期リハビリテーションの実施件数 [NDB] ・地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数 [NDB] ・摂食機能療法の算定回数 [病床機能報告] 	
心筋梗塞等の心血管疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数 [地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性心筋梗塞地域連携パスの導入率 [NDB] ・心大血管疾患リハビリテーション料の算定を受けた急性心筋梗塞患者の割合 [NDB] 	

糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病地域連携パスに参加している病院数 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養サポートチーム加算の算定件数 [NDB] ・入院栄養食事指導料算定件数 [NDB] ・糖尿病透析予防指導管理料の算定件数 [NDB] ・外来栄養食事指導料の算定件数 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳（腎臓機能障害）保有者割合（人口10万人対）【社会福祉行政報告例】 ・人工透析導入件数 ・腎不全による（年齢調整）死亡率【人口動態統計】
精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援に専従する看護師または社会福祉士を配置している精神科病院数 [病床機能報告] ・精神科地域移行実施加算を算定している病院の割合 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科地域移行実施加算の算定件数 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科急性期病棟（精神科救急入院料病棟及び精神科急性期治療病棟）及び精神科慢性期病棟の退院患者平均在院日数
骨折	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携診療計画管理料加算の届出病院数 [地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等）による入院で地域連携診療計画管理料加算の算定を受けた患者数 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・廃用症候群の発症者数 [NDB]
肺炎	<ul style="list-style-type: none"> ・摂食機能療法の経口摂取回復促進加算を算定している病院数 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・摂食機能療法の経口摂取回復促進加算の算定件数 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・廃用症候群の発症者数 [NDB] ・胃瘻造設件数 [NDB] ・肺炎による再入院率 ・肺炎による死亡率 [人口動態統計]
在宅療養支援	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所数 [診療報酬施設基準] ・在宅患者訪問診療料、往診料を算定している医療機関数 [地方厚生局] ・在宅時医学総合管理料算定医療機関数 [NDB] ・24時間体制をとる訪問看護ステーション数【介護給付費実態調査】 ・歯科訪問診療料を算定している医療機関数 [地方厚生局] ・在宅患者訪問薬剤管理指導料（診療報酬）、居宅療養管理指導費（介護報酬）を算定している薬局・医療機関 [地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を受けた患者数 [NDB] ・往診を受けた患者数 [NDB] ・訪問看護利用者数 [NDB、介護給付費実態調査] ・要介護者における施設サービス利用者 [介護DB・介護保険事業状況報告] ・在宅医療・介護連携推進事業等における研修及び会議開催回数、参加人数、参加団体数等 	

在宅での看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅ターミナルケア加算を算定している医療機関数 [地方厚生局] ・「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」算定医療機関数 [地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅ターミナルケア加算の算定件数 [NDB] 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り加算算定件数/在宅・施設死亡者数 [NDB、人口動態統計] ・看取りの満足度
---------	--	---	---

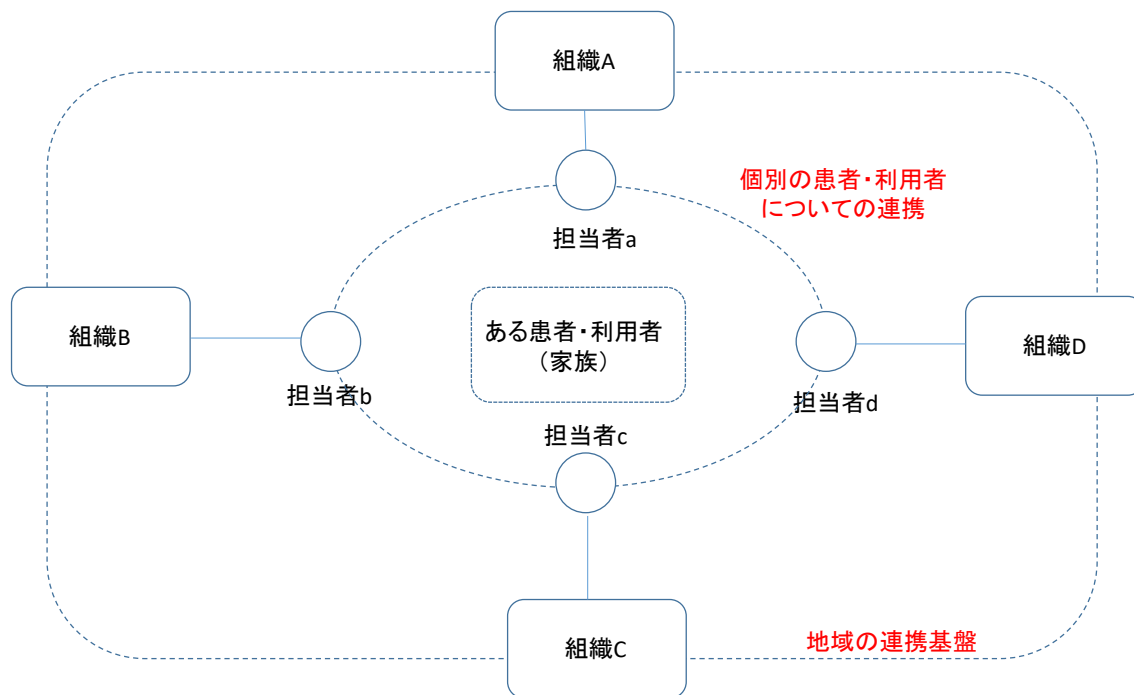
《凡例（各指標末尾の出典）》

すみつき括弧（【】）：公表統計等から引用または簡易な計算により利用可能な指標

大かっこ（〔〕）：特別な集計が必要な指標

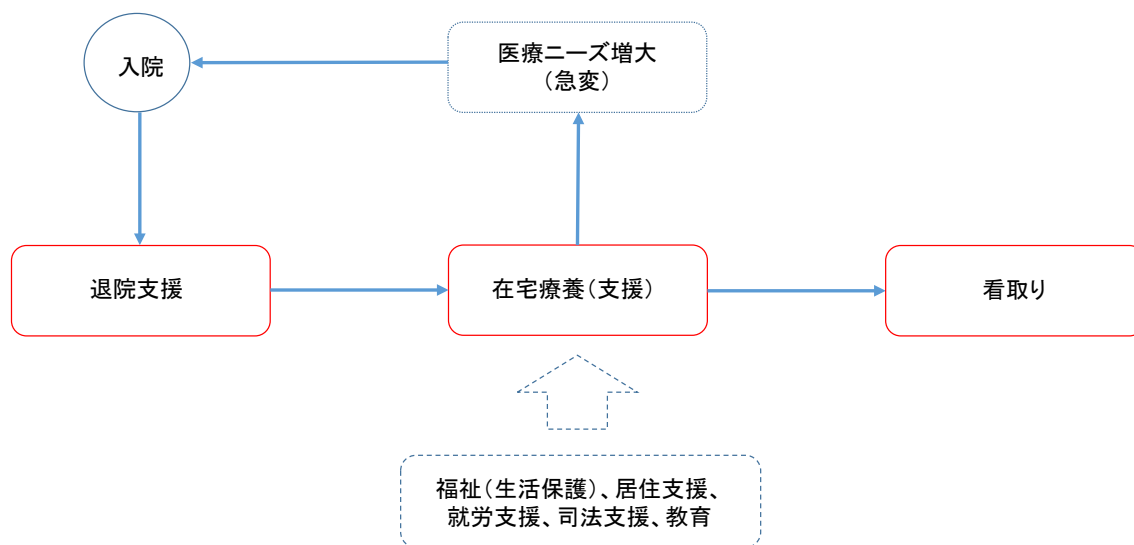
出典が未記載の場合：そのために別途調査が必要な指標

図 2：個別のケースにおける連携と地域における連携の基盤



出所：筆者作成

図3：連携の場面



出所：高山（2016） p.95 の図を参考に筆者作成

表4：ケース検討から導き出される医療・介護連携指標

入退院支援	退院時カンファレンスにおけるケアマネ参加率 医療処置（経管栄養、吸痰など）に対応できる介護施設数 医療従事者向けの福祉研修会の開催回数および参加人数
急変時対応	訪問診療が行われている患者の緊急往診要請に対する応需率
看取り	在宅医療を希望するも調整困難となった件数

出所：高山義浩医師提供資料より抜粋

附表 医療・介護連携指標例の備考

分野	項目	指標	備考
基盤整備	医療機関・介護事業所相互の連携	地域医療連携ネットワークの整備圏域数	実際には、単なる整備だけでなく利用実績も重要となることに留意されたい。
基盤整備	医療機関・介護事業所相互の連携	ICTを活用した医療と市町村の介護保険情報の連携を構築している市町村数	同上
基盤整備	地域包括ケアシステムの構築	地域包括ケアシステムの構築に向けた協議の場の有無	「協議の場」は一義的には地域ケア会議が想定されるが、地域包括ケアシステムの構築が地域の特性に応じた取り組みを必要とする以上、地域ごとの独自の取り組みも含まれてよいものと考えられる。
基盤整備	医療・介護連携の促進のための研修	多職種合同研修会実施の有無、実施回数、参加者数（職種別）	ここで想定しているのは自治体主催の研修の実施状況であり、私的な勉強会や特定分野の研修（訪問看護の同行訪問など）は含まない。
基盤整備	医療・介護連携の促進のための研修	在宅看取りケア研修実施数・参加者数	同上
場面別	退院支援	退院・退所加算の算定件数	退院・退所加算は初回加算と併用できないため、入院中に新規に介護保険の認定審査を行う場合の医療・介護連携を評価できないことに留意されたい。

