

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

## 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究

### 総括研究報告書

研究代表者	川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科・教授）
研究分担者	飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構・教授） 川島孝一郎（仙台往診クリニック・院長） 福井小紀子（大阪大学大学院医学系研究科・教授） 篠田 道子（日本福祉大学社会福祉学部・教授） 山岸 暁美（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室・講師） 坂井 志麻（東京女子医科大学看護学部・准教授） 石川ベンジャミン光一（国際医療福祉大学大学院医学研究科・教授）
研究協力者	吉江 悟（東京大学高齢社会総合研究機構・特任研究員 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室・特任研究員 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター・研究員） 松本 佳子（埼玉県立大学研究開発センター・研究員 東京大学高齢社会総合研究機構・学術支援専門職員） 吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター・研究員） 埴岡 健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科・教授） 奥山 光一（（前）滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課・参事） 中村 恭子（滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課・参事） 角野 文彦（滋賀県健康医療福祉部・理事） 新田 國夫（国立市在宅療養推進連絡協議会） 大川 潤一（国立市健康福祉部・部長） 葛原千恵子（国立市健康福祉部・地域包括ケア推進担当課長） 榊原 麻子（刈谷豊田総合病院） 橋口 桂子（国立病院機構名古屋医療センター） 手島 浩司（済衆館病院）

#### 研究要旨

本研究は、3つのサブ研究（研究1：既存指標の検証と修正案の検討，研究2：指標の継続的な測定方法の検討，研究3：指標の効果的な活用方法の検討）を通じて、次期医療計画策定時に活用可能な在宅医療の評価指標修正案，ならびに実効ある計画遂行方法の提案を行うことを目的とする。

研究1に関しては、1)既存指標の策定プロセス／指標活用状況及び課題等に関するヒアリング，2)第7次医療計画の内容分析（指標の設定状況，データソース等），3)現行レセプトで収集可能な4機能別指標の抽出／整理，4)退院支援，看取りに関するあるべき姿と指標の検討などを，研究2に関しては、1)データ利活用上の課題に関するヒアリング（有識者，都道府県担当者），2)既存データ（レセプト等）の分析及び課題の整理などを，研究3に関しては、1)道府県／市町村担当者を入れた作業部会での検討，2)在宅医療4機能別にみたロジックモデルの検討などを実施した。

先行研究調査及び各種ヒアリングから、

- 1) 現行指標は、どのような指標をとるべきかの観点から検討されたものではなく、レセプト等からの収集可能性の観点をベースに選択されていたこと
- 2) 7府県へのヒアリングから、①アウトカム指標（QOD等）は継続調査の困難さから設定しにくい、②在宅死亡率には異常死が含まれるため指標に設定しにくい、③厚労省のデータブックはデータ加工過程が見えないため委員会等で説明しにくい、④指標を活用するためには、設定理由の開示と具体的な活用方法の提示が必要などの課題があること
- 3) 47都道府県の第7次計画の内容分析から、①アウトカム指標を設定した都道府県は皆無であった、②ストラクチャー指標の目標値設定が主で、プロセス指標の目標値設定は少なかった、③設定した指標数は、2～20数項目に分布しており、都道府県間で大きな格差があること
- 4) 退院支援に関する文献調査から、ストラクチャー指標としては、①入退院支援部門の設置、②専従の職員の配置、③定期的な地域支援者との会議開催、④スクリーニングシート・退院支援パス等のシステムの導入、⑤退院支援マニュアルの作成などが、プロセス指標としては、各種加算取得状況（介護支援連携等指導、退院前訪問指導、退院時共同指導、退院後訪問指導、入退院支援加算など）が、アウトカム指標としては、①在院日数、②再入院率、③入院に関連する合併症、④転帰（退院場所）、⑤在宅復帰率、⑥死亡率、⑦患者満足度などが挙げられた
- 5) ロジックモデルの検討を国立市で試行したが、専門職、行政、住民ともにわかりやすいと好評であった。また、第7次計画でロジックモデルを導入・検討した都道府県担当者からも、目的⇨目標⇨施策間の思考の妥当性の検証及び進捗管理の面で有用であるとの意見が多かった

などがわかった。

以上の結果から、

- 1) 指標選定に当たっては、指標のみを単独提示するのではなく、「目指す姿（ゴール）の設定」⇨「ゴール達成への必要要素別にみた具体的目標の設定」⇨「目標達成のための具体的施策の検討」⇨「目標達成状況をモニタリングするための指標の検討」といった一連の思考過程の中で必要な指標は何かを検討し、その上で測定可能性の観点も加味した指標を最終決定するといった手順が必要である（ロジックモデルに沿った計画策定と指標の検討）
- 2) アウトカム指標は、測定の継続性を考慮すると、レセプトデータを活用した指標の算出（看取りであれば、死亡前半年間の在宅療養率など）が必要

と考えた。

実効性のある医療計画を推進するためには、1)ロジックモデルに沿った計画策定の推進、2)目標達成状況のモニタリングに対する有用性と継続的な測定可能性の両面からみた指標の検討が必要である。

## A. 研究目的

本研究は、3つのサブ研究（研究1：既存指標の検証と修正案の検討，研究2：指標の継続的な測定方法の検討，研究3：指標の効果的な活用方法の検討）を通じて，次期医療計画策定時に活用可能な在宅医療の評価指標修正案，ならびに実効ある計画遂行方法の提案を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 既存指標の策定プロセスに関する検証

現行の「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（図1）」は，平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究（研究代表者：今村知明）」の研究成果によるものである。

そこで，当該報告書の内容を精査するとともに，指標抽出に至った経過に関する関係者へのヒアリングを実施した。

### 2. 第7次医療計画「在宅医療」分野の計画策定，指標活用の現状と課題に対するヒアリングの実施

2018年4～10月，第7次医療計画「在宅医療」分野の計画策定を担当した7府県の担当者にヒアリングを行った。7府県は47都道府県の計画本文をレビューし，論理性や指標設定状況から選定し，ヒアリングへの協力が得られた府県とした。なお，ヒアリング内容は，①計画の策定体制，②評価体制，③アウトカム設定の考え方，④指標設定の考え方，⑤策定上の課題などである。また，厚生労働省の担当者と都道府県担当者（一部）を交えた会議を開催し，第7次計画策定上の課題や第8次に向けた改善点などに関する意見交換を実施した。

### 3. 第7次医療計画の内容分析

各都道府県のWebページ上に公開されている47都道府県の第7次医療計画の「在宅医療」分野の計画本文をレビューした。

計画の論理性（セオリー評価）について

は，厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による策定指針の在宅医療部分で記載されている論理性を図2のように想定し，下記①～⑤の点でレビューを行った。

- ① ロジックモデルが活用され本文にも明確に掲載されているか
- ② 最終アウトカム（全体目標）が設定されているか
- ③ 提供体制の目標が在宅医療の4機能別に設定されているか
- ④ アウトカムに対応して施策が設定されているか
- ⑤ アウトカムに対応して指標が設定されているか

指標の設定状況は，計画本文中に中間見直しや計画最終年に向けた目標値が設定されている指標（「増加」など変化や推移を表す言葉での設定も含む）を抽出し，ドナベディアンモデル，および厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の策定指針に記載されている定義（表1参照）によって，ストラクチャー指標，プロセス指標，アウトカム指標に分類した。

その上で，各都道府県府県の指標数，利用されているデータソースを検討した。分析と検討は研究者2名で行い，結果の妥当性の確認を行った。

表1 課長通知上の指標の定義

・ストラクチャー指標
医療サービスを提供する物的資源，人的資源および組織体制，外部環境並びに対象となる母集団を測る指標
・プロセス指標
実際にサービスを提供する主体の活動や，他機関との連携体制を測る指標
・アウトカム指標
住民の健康状態や患者の状態を測る指標

#### 4. 国の施策動向からみた退院支援のあるべき姿の整理

2006年以降の診療報酬改定及び介護報酬改定に関する資料や書籍、厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業の報告書などを精査し、退院支援関連の制度改正の動向とその内容の精査を行い、国の施策動向からみた退院支援のあるべき姿の整理を行った。

#### 5. 退院支援の指標に関する先行研究調査

医学中央雑誌 Web 版 Ver5.0 の全期間のデータを対象として（検索日 2018/9/3）、「退院支援」、「患者満足度」、「アウトカム評価」、「評価指標」、「尺度」、「介入効果」のキーワードを用いて原著論文、抄録ありについて検索を行った（坂井）。

また、神経難病患者に対する退院支援に焦点を当てた文献を CiNii と医学中央雑誌 Web 版を用いて検索した（篠田）。キーワードは、「神経難病」and「退院支援」、「神経難病」and「在宅療養」、「神経難病」and「MSW（医療ソーシャルワーカー）」、「神経難病」and「多職種連携」、「退院支援」and「指標」とした。

#### 6. 医療 4 機能別にみたロジックモデルの検討（モデル市町村での取組み）

##### 1) 国立市が目指す姿の検討

団体、行政職員、学識経験者により構成される地域医療計画策定検討委員会を設置し、国立市が目指す姿の検討を行った。

##### 2) 調査にもとづく現状の把握

市民の意識やニーズの充足状況を把握するため、2018年2月に①市民アンケート調査（40歳以上の市内在住者 5,154人を対象、回収数 2,423人）、②在宅療養に関する介護支援専門員調査（国立市内の介護支援専門員及び当該介護支援専門員が担当している利用者の介護者を対象。介護支援専門員 23人、介護者 31人から回答あり）、③医療機関調査（市内の病院・一般診療所・歯科診療所・薬局を対象。病院・一般診療所 51、歯

科診療所 49、薬局 28 から回答あり）、④介護保険施設調査（市内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設を対象。介護老人福祉施設 2、介護老人保健施設 2 から回答あり）の各調査を実施した。

また、救急や看取りに関する現状把握を行うため、2018年6-7月に消防署、近隣二次・三次救急医療機関、介護支援専門員を対象にヒアリング調査を行った。さらに、今後の在宅医療の拡大余地を把握する目的で、2018年9月に市医師会に加入する医療機関を対象にアンケート調査を実施した。

##### 3) 事例分析にもとづく課題の把握、目指す姿の達成に必要な要素の検討

計画の策定や施策の実施において主体である市民や専門職が理解しやすいよう、具体的な事例に沿って課題の把握を行うこととした。市内の地域包括支援センター、医療施設、介護支援専門員などから収集した事例を、4場面別に整理・分析し、地域の専門職等で構成される作業部会での議論を経て、課題を抽出した。課題を俯瞰し、共通項を確認しながら、めざす姿とのギャップを解消するために必要な要素を設定した。

##### 4) 目標設定と具体的施策の検討

在宅医療の4場面ごとに4つずつの目標を設定し、達成のための手段や方法を示した。これらを国立市で実践する場面を想定し、具体的な施策案を挙げ、施策の評価内容も例示した。

（倫理面への配慮）

調査対象者には国立市職員より説明を行い、趣旨を理解した上で自由意志により協力を得た。報告書に提示する事例については、個人情報保護のためにプライバシーの守秘を徹底し、特定の人物であることがわからないよう十分に配慮した。

#### 7. 現行レセプトで収集可能な 4 機能別指標の抽出／整理

診療報酬、介護報酬点数表をもとに、現行レセプトで入手可能な4機能別にみた指標の洗い出しを行った。

## C. 研究結果

### 1. 既存指標の策定プロセスに関する検証

既存指標策定の関係者に対するヒアリングを実施し、本指標がレセプトでの測定可能性の観点から主に整理されたことが確認できた。

### 2. 第7次医療計画「在宅医療」分野の計画策定、指標活用上の課題に対するヒアリングの実施

#### 1) ロジックモデルの活用について

都道府県担当者へのヒアリングでは、ロジックモデルを活用した府県からは、その利点について、「検討・協議の場である作業部会で検討段階からロジックモデルを活用することで、目標、施策、評価指標まで専門職の部会員からのコンセンサスが得られやすく、議論がスムーズになった。」「計画は一度策定すると改訂まで見ることは少なかったが、ロジックモデルを作成してからは、その都度、事業の目的を確認するようになった。計画策定、実行、進捗把握が円滑になった」との利点が聞かれた。また、「ロジックモデルを検討する前に、医療施設向けに実態調査を実施したが、結局は指標として使える項目とデータが含まれず、ロジックモデルを検討し評価指標を明確にしてから調査項目を検討し実施すべきだった」との声もあった。一方で、「全体目標として、患者・住民アウトカムの設定することが医療計画の全体の方針として庁内全体で進んだが、在宅医療分野は患者・住民アウトカムに相当する指標がなく、設定できなかった。議論の結果、プロセス指標で考えられる体制整備に相当する目標を全体目標に置かざるを得なかった」という声も聞かれた。

#### 2) データソースについて

都道府県が独自に行う調査では全国や他都道府県との比較が難しいという課題が指摘された。また、ストラクチャーに関するデータはできるだけ最新のものを入手したいが、国の医療施設調査由来のデータは、調査年の1か月実績のため実態に合わない場合

があること、調査年が古い（策定時は2014年調査のデータを使用）などの問題点が指摘された。また、医療政策部局では、介護保険サービス提供事業所に関するデータが入手しにくく労力がかかったなどの課題も挙げられていた。

医療計画作成支援データブックについては、①データ提供が策定年のため策定スケジュールに間に合わず、医療施設調査を使わざるを得なかった、②医療保険による訪問看護ステーションからの訪問看護提供量が把握できない、③記載されている指標の加工過程が不明のため協議会等で説明できない、④責任をもって示すことができないなどの問題点が挙げられていた。

サービス提供量を都道府県独自踏査によって把握することに関しては、①回収率が低く信頼性の担保が難しくなる、②回答する医療従事者の負担が大きいなどが、人口動態統計による自宅死亡率に関しては、①異状死も含まれており必ずしも地域の在宅医療や看取りの実態を表していないとして、専門職団体からの理解が得られない、②老人ホーム死亡率も必ずしも老人ホームではない場合も含まれているなどの問題点が挙げられていた。

国保連合会から独自にレセプトデータを入手している県からは、医療保険によるサービス、介護保険によるサービス、両方の提供量を把握でき、比較的早くデータが入手できる、との利点が聞かれたが、①入手が難しい県もあること、②データ入手・集計・分析に係る担当者の負担が非常に大きいなどの問題点が挙げられていた。

### 3. 第7次医療計画の内容分析

#### 1) ロジックモデルの活用状況

47都道府県の中で計画本文中にロジックモデルを活用した施策・使用マップを掲載しているのは、大阪府、愛媛県、佐賀県、沖縄県であった。この他に、ロジックモデルを活用し論理性を持って計画策定されたことが読み取れる（計画本文中に最終アウトカ

ム(全体目標)が明記され、中間アウトカム(体制整備の目標)、アウトカムの数値目標、施策が論理性をもって記載されている)、もしくは一部活用し本文中に掲載されている県が4県程度存在した。

## 2) 論理性が読み取れる県のアウトカム(全体目標)の設定状況

全体目標の設定状況を内容別にみると、

①患者・住民アウトカム(例:住み慣れた自宅や施設等で療養したいと望む患者が在宅医療を受けて自分らしい生活を送ることができる<沖縄県>), ②社会・地域の構築(例:在宅医療を希望する県民が安心して在宅医療を受けることができる環境<佐賀県>), ③提供体制の構築(例:在宅医療の需要に応じたサービス量の確保<大阪府>)の3種類が挙げられた。

①②の場合、「住み慣れた地域」というキーワードと「自分らしい生活」「本人の意思」「安心して」と主観的なキーワードが含まれていた。その一方、①②の場合、指標が設定されていない、もしくは指標が設定されていても、提供体制などのプロセス指標でアウトカム指標は設定されていなかった。

## 3) 指標の設定状況

### (1) 47都道府県別の指標設定数

47都道府県で数値目標が設定されている指標数を、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標別にみたところ、最も多いのが沖縄県で28指標、最も少ないのが新潟県と香川県の2指標であった。

アウトカム指標で目標設定をする都道府県は見られなかった。ストラクチャー指標での目標設定が主で、プロセス指標で目標設定は比較的少なく人口動態統計による「在宅死亡率」をあげる都道府県が散見された。

### (2) データソースと利用数

ストラクチャー指標のデータソースで最も利用されていたのは、都道府県による独自調査で、厚生局による施設基準届出、医療計画作成支援データブック、医療施設調査、を利用した都道府県が多かった。

プロセス指標のデータソースで最も利用されていたのは、医療計画作成支援データブックに掲載されているNDBによるデータであった。続いて、都道府県の独自調査、人口動態統計であった。医療施設調査や、国保連後会からレセプトデータの独自入手する県もあった。

## 4. 国の施策動向からみた退院支援のあるべき姿の整理

各種資料等を精査した結果、退院支援に必要な機能とそれを果たすために必要な体制及びプロセスとして

- 1) 退院支援に必要な院内体制(組織、人員)があること
- 2) 退院後の受け皿となる医療機関、介護保険施設、ケアマネジャー等との連携が図られていること
- 3) 病院と在宅専門職間で、生活情報(本人の意向、入院前の生活情報、自宅の療養環境やケア環境など)と医療情報、及びケア方針の共有が図られていること
- 4) 患者・家族への適切な情報提供及び指導が行われていること
- 5) 退院後のケアプラン作成に向け、病院の医療専門職とケアマネジャー間で必要な情報の提供や指導・助言が行われていること
- 6) 退院前ケアカンファレンス(以下、退院前CC)が開催され、退院後のケアプラン原案の確認、退院後の留意点に関する共有が行われていること

などが挙げられた。

## 5. 退院支援の指標に関する先行研究調査

### 1) 退院支援の評価指標について(坂井)

66件の論文を分析した結果、指標として、(ストラクチャー指標)

- ①入退院支援部門の設置、②専従の職員の配置、③定期的な地域支援者との会議開催、④スクリーニングシート・退院支援パス等のシステムの導入、⑤退院支援マニュアルの作成、⑥退院支援

に関する院内外の研修開催，⑦地域における退院支援ルール・ツール作成，⑧信頼できる「かかりつけ医」の存在  
**(プロセス指標)**

介護支援連携等指導，退院前訪問指導，退院時共同指導，退院後訪問指導，入退院支援加算，入院時連携加算等の加算取得状況

**(アウトカム指標)**

在院日数，再入院率，入院に関連する合併症，転帰（退院場所），在宅復帰率，死亡率，患者満足度，介護者満足度，ADL変化（FIM，BI，日常生活機能評価点数，歩行距離），認知機能変化，患者心理的健康度，介護者心理的健康度，病院費用，すべてのヘルスケアコスト，薬剤使用，医療ソーシャルワーカー介入依頼件数，介護保険新規申請および区分変更申請件数

などが抽出された。

また，患者満足度指標として，質的分析により【患者の意向の確認】【説明や指導のわかりやすさ】【退院支援に対する満足度】や入院全経過の満足（「入院満足」）率，退院の話が出てから退院までの期間の満足（「退院満足」）率，「連携室の対応満足」，「不安の相談相手の対応満足」，「退院先の満足」，治療・予後と退院後生活に対する不安等があげられた。

**2) 神経難病に対する退院支援の評価指標について（篠田）**

28件の論文を分析した結果，内容面から「自宅退院を可能とする要因」，「フローチャートの導入と多職種連携」，「神経難病患者の退院支援の課題」の3つに分類した。その上で，自宅退院を可能とする要因として，

- ① 病状や症状が改善したことへの自信
- ② 在宅サービス利用に対する抵抗からの解放
- ③ 家族との生活が継続できることの見通し

が挙げられた。一方，病棟看護師の課題として，①退院後の生活がイメージしにくい，②

入院時から在宅生活を見据えた医療・介護技術支援や家族支援を展開できにくいことが，また，病院組織の課題として，退院前カンファレンスなどは実施されているが，神経難病患者の病状が不安定なことから，情報や目標の共有化に限界があることなどが明らかになった。

**6. 医療4機能別にみたロジックモデルの検討（看取りを例に）**

**1) 国立市が目指す姿の検討**

国立市民が望む地域医療の姿を「医療や介護が必要になっても住み続けられるまちづくり～誰もが生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らしを，国立市で実現できる～」と掲げ，市民が安心して住み続けられるまちづくりを目指すものとした。

**2) 調査にもとづく現状の把握**

市民アンケート中の「人生の最期を迎えたい場所」についての設問への回答をみると，「自宅」が43.4%で最も多く，次いで「ホスピス（緩和ケア病棟）」12.5%，「特別養護老人ホーム，介護老人保健施設などの介護施設」6.6%等であった。一方，自宅又は子供等の家での看取り希望者に「めざしたい看取りの姿の実現の可能性をどう感じているか？」を尋ねた設問では「可能だと思う」24.4%に対し，約7割は「難しいと思う」または「わからない」と回答しており，市民の理想像と現実との間のかい離が確認された。

**3) 事例分析にもとづく課題の把握，目指す姿の達成に必要な要素の検討**

2つの事例を提示し，読み解くことによって，国立市における看取りの現状と課題について整理した。この事例では，ACPが実施され，本人と家族の意思の明確化はすでに達成済である。ただし，現実の看取り場面では本人の意思どおりの対応がなされなかった。この経過について作業部会メンバーが考察し，本事例から見える課題を6項目に整理した上で，国立市のめざす看取りの姿を達成するために必要な要素として

「家族が医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティア）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有」「本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備」という2点を挙げた。

#### 4) 目標設定と具体的施策の検討

2つの典型的事例から抽出された「目指す姿の達成に必要な要素」について作業部会メンバーで検討を重ね、①本人の意思の表出、②関係者間での把握と共有、③希望に沿った看取りの実施、④提供体制整備という4つの具体的目標を設定した。

各目標について、達成のための手段・方法を挙げ、それらに沿った国立市の具体施策を市が検討した。さらに、目標設定と進捗管理を行っていくための評価内容についても考察を試みた。

こうした検討を経て作成された看取りに関するロジックモデルを図3に示す。

#### 7. 現行レセプトで収集可能な4機能別指標の抽出／整理

医療・介護レセプトで集計可能な指標の例を整理した（図4）。

#### D. 考察

##### 1) ロジックモデルの導入とその上での指標の検討の必要性

中間見直しでのインパクト評価に向けて、ロジックモデルを活用し計画論理性を見直しセオリー評価を実施すること、その上で在宅医療の4機能別にアウトカム設定と指標を設定することが必要である。

ロジックモデルの導入を国立市で今回試行したが、医療・介護専門職だけでなく、行政、市民からもわかりやすいと好評であった。計画を実効あるものにするためにも、次期計画策定ではロジックモデルの導入を前向きに検討すべきと考える。

##### 2) 指標について

指標に関しては、既存文献の結果、ならびに国の施策動向を踏まえ、どのような体制や機能が期待されているのかを踏まえた検

討が必要である。

その上で、こうした行為を評価する既存点数項目をレセプトから抽出し、モニタリングの必要性の高い項目に関して指標案として位置付けることが、データ収集の継続性の観点からも重要であると考えた。

#### 3) データソースについて

都道府県担当者の作業負担やノウハウを考慮した上で、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータや国保連合会からの集計データを活用に向けた体制整備が望まれる。

#### E. 結論

実効性のある医療計画を推進するためには、1)ロジックモデルに沿った計画策定の推進、2)目標達成状況のモニタリングに対する有用性と継続的な測定可能性の両面からみた指標の検討が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

- 1) 松本佳子,吉田真季,埴岡健一,川越雅弘：  
47都道府県の第7次医療計画における在宅医療分野の評価指標の設定状況. 第1回日本在宅医療連合学会大会（2019年7月14日・15日、東京）

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

図1 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

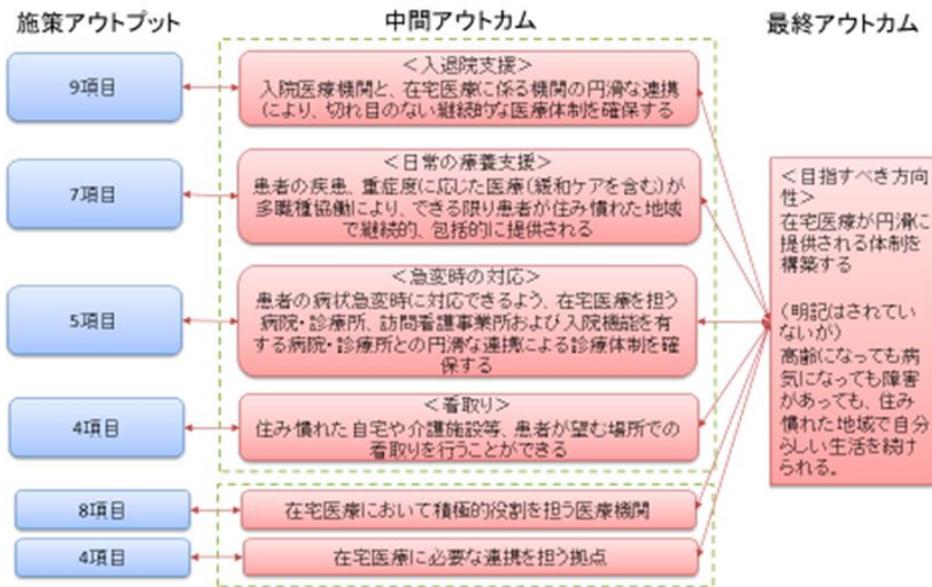
別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者配置している診療所・病院数 ●	訪問診療を実施している診療所・病院数 ●	住診を実施している診療所・病院数 ●	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数 ●
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	● 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	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
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数		
プロセス	退院支援(退院調整)を受けた患者数 ●	訪問診療を受けた患者数	住診を受けた患者数 ●	在宅ターミナルケアを受けた患者数 ●
	介護支援連携指導を受けた患者数	訪問歯科診療を受けた患者数		● 看取り数(死亡診断のみの場合を含む)
	退院時共同指導を受けた患者数 ●	訪問看護利用者数		在宅死亡者数
	退院後訪問指導科を受けた患者数	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
		小児の訪問看護利用者数		
アウトカム				

出所) 厚生労働省医政局地域医療計画課長：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について、医政地発0331第3号，2017年3月31日。

図2 医療計画策定指針のロジックモデル

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」のロジックモデル



出典：平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（医政地発0331第3号）「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」を策定者がロジックモデルにて示した。

図3 看取りに関するロジックモデル案



出所) 国立市：地域医療計画, 2019年3月

図 4 医療・介護レセプトで集計可能な指標の例

	入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算（医療）を算定している施設数</li> <li>退院時共同指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護（15を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（医療）を算定している施設数</li> <li>リハビリテーション職種：訪問看護15（介護）・訪問リハビリテーション（介護）・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（医療）を算定している施設数</li> <li>歯科医師：歯科訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>歯科衛生士：居宅療養管理指導（介護）・訪問歯科衛生指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>薬剤師：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>管理栄養士：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問栄養食事指導料（医療）を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅時医学総合管理料（医療）を算定している施設数</li> <li>医師：往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：緊急時訪問看護加算（介護）・24時間対応体制加算（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護の夜間・早朝加算（介護）・訪問看護療養費の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算（医療）を算定している施設数</li> <li>医師：在宅がん医療総合診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護のターミナルケア加算（医療・介護）を算定している施設数</li> <li>全職種：被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数（医療・介護）を算定している施設数</li> </ul>
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数</li> </ul>			
アウトカム指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため「急変時の対応」の項に示した内容で代用する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養率（医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>傷病名などを用いてACSC（Ambulatory care-sensitive conditions***）を定義した上で、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する</li> <li>同様に、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する</li> <li>ただし、いずれも重症度の調整が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における在宅療養率（「日常の療養支援」の項を参照）</li> </ul>

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。

\*\*「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。

\*\*\*傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

資料作成: 吉江悟, 松本佳子, 飯島勝矢

