

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（日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科・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（杏林大学保健学部看護学科・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）  
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（元名古屋国際センター）  
手島 浩司（日本福祉大学大学院・実務家教員）  
吉田 真二（日本福祉大学大学院・実務家教員）

#### 研究要旨

**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。

**方法：**本年度は、上記目的を達成するために、

- 1) 指標に関する研究（①退院支援に関する指標の検討（篠田論文）、②看取りに関する指標の検討（福井論文）、③レセプトで収集可能な指標の検討（飯島論文））
- 2) 市町村の事業マネジメントの現状・課題と改善策に関する研究（川越論文）
- 3) 都道府県の効果的な事業評価に向けたロジックモデルとレセプトで収集可能な指標の対応関係の検討（松本論文）、および、在宅医療提供体制の構築（連携を含む）に向けた、指標を用いた事業マネジメントの推進のモデル市での試行とその評価に関する研究（吉田論文）

を実施した。

**結果：**指標に関する研究から、

- 1) 神経難病患者の入退院支援の指標の検討・検証の結果、5因子（①病院・在宅スタッ

フとの協働, ②退院後の生活を見据えた支援, ③病状の変化についての話し合い, ④多職種で患者・家族の気持ちに寄り添う, ⑤退院後の支援体制の整備)、合計 24 項目が抽出された。

- 2) 終末期の意向に関する話し合いを行っていた住民は 4 割で, その特徴として、①健康不安を持っていること、②死を身近に意識していること、③話し合いをするための他者との交流の機会があること、④配偶者などの同居家族がいることが示された。
- 3) 昨年度整理した「医療・介護レセプトデータで集計可能な指標案 (暫定版)」について、自治体職員を交えた更なる検討を実施し、在宅医療の 4 場面別に、アウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標が整理できた。

などが、また、市町村の事業マネジメントに関する研究から、

- 1) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画では、基本目標の具体化 (目指す姿の具体化)、現状との比較を通じた課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載はほとんど見受けられない。
- 2) 事業の目的や目標を十分に検討しないまま、手段である対策 (施策や事業) から考える傾向が強い (手段が目的化しやすい)。
- 3) 事業マネジメントが適切に運営できない最も中核となる課題は、ツールがないことではなく、それらを活用する考え方が身に付いていないことである。

などが、また、指標の活用方法に関する研究と、事業マネジメントの推進のモデル市での試行から、

- 1) 汎用性のあるロジックモデルの最終目標、場面別目標に医療・介護レセプトで収集可能なアウトカム指標とプロセス指標が対応し、現状でも入手できるプロセス指標を経年的に把握することで一般使用デザインによるインパクト評価が可能であること
- 2) 多様な関係者 (医療・介護職, 多部門の市町村職員, 住民, 市議員など) が、在宅医療に関する地域の課題を共有するためには、事例から現状・課題を認識する手法が、また、目指す姿 (目的・目標) と施策の整合性を図るとともに、多様な関係者に課題と対策の関係性を理解してもらうためには、ロジックモデルが有効な手段と考えられた (施策・事業の経時的な一貫性の観点を含め)。
- 3) 具体的な事例分析に基づく課題設定を行い、施策を一元化して示すことにより、関係部局、市議員、市民、市内医療介護施設からの関心と理解が深まり、施策実践への主体的な関与につながる手応えが得られた。

などがわかった。

**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。

## 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

本年度は、上記目的を達成するため、1. 指標に関する研究，2. 市町村の事業マネジメントに関する研究，3. 指標の活用方法と事業マネジメントの推進のモデル市での試行とその評価に関する研究を実施した。

### 1. 指標に関する研究

#### 1) 神経難病患者の入退院支援の指標作成に関する研究

神経難病患者の入退院支援のプロセスにそって、多職種で支援するための指標を作成するため、調査1：神経難病患者の入退院支援に関わるエキスパート20名を対象にインタビュー調査を行い、その内容を質的に分析し、指標案を作成した。調査2：調査1で作成した指標案（34項目）について、A県内で入退院支援に関わる多職種117名を対象に質問紙調査を行い、信頼性と妥当性の検証を行った。本調査の倫理的配慮は、日本福祉大学大学院倫理ガイドラインにそって実施した。

#### 2) 終末期ケアの意向に関する話合いをする人の関連要因に関する研究

在宅医療における「看取り」のアウトカムにつながる評価指標として、住民や患者自身が日常から「終末期の意向についての話

合い」を一候補とし、この「終末期の意向についての話合い」を促進する要因を明らかにすることを目的とした。

2自治体（A地域：人口集中地域、B地域：人口分散地域）から層化無作為抽出（年齢、性別）した40歳以上の男女2400名を対象に、無記名自記式質問紙を用いた郵送調査法を実施した。

調査項目は、アウトカムとして「あなたの死が近い場合に受きたい医療・療養や受けない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか」を設定した。加えて、長期ケアの質指標における8側面（山本, 2019）・ソーシャルサポート・ソーシャルキャピタル・ACP・終末期の経験・主観的健康感・主観的満足感尺度および、基本属性（人口統計学的属性、経済状況、生活状況）とした。

分析は、終末期の意向についての話合いの有無を従属変数として $\chi^2$ 検定を行った後、関連のみられた変数を独立変数として強制投入したロジスティック回帰分析を行った。

調査は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

#### 3) 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

研究代表者らの作業を通じて検討されたロジックモデルを参照しつつ、医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標を検討した。在宅医療および在宅医療・介護連携（推進事業）の分野や医療・介護レセプト情報の仕様に明るい研究者を研究協力者に迎え検討を行った。

なお、本研究は、平成30～令和元年度厚

生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（研究代表者：福井小紀子）において検討された評価指標と整合が保たれるよう、両班の研究従事者間で情報交換を行いながら実施した。

集計可能な指標の情報を実際に入手する上での課題について、国民健康保険組合連合会などが保有するレセプト情報（いわゆるレセ電情報など）、NDB、介護DB、KDBといったデータソースの特徴に明るい研究者を研究協力者に迎え検討を行った。

## 2. 市町村のマネジメントに関する研究

在宅医療・介護連携推進事業に焦点を当てた上で、①市町村はどのような事業計画を策定しているのか、②なぜ、そうした計画策定になるのかといった思考過程の分析を行う。公表されている市町村の第7期介護保険事業計画（在宅医療・介護連携推進事業の内容を含む）の収集・分析及びヒアリング（計画策定や事業運営に対する直接支援を含む）を通じて、市町村が行っている事業マネジメントの現状を把握した。一方で、国が事業マネジメントに期待している内容や方法の整理を行った。その上で、両者のギャップ（国の期待値と市町村の現状）から、市町村の事業マネジメント実施上の課題の整理、及び改善策の検討を行った。

## 3. 指標の活用方法と事業マネジメントの推進のモデル市での試行とその評価に関する研究

### 1) 在宅医療分野ロジックモデルと医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の対応関係、および事業評価への活用の検

## 討

事業評価においてはインパクト評価の実施が期待されており、ロジックモデルの作成とそれに対応した指標の設定が必要になる。本研究班で議論を行った在宅医療分野のロジックモデル4に対して、医療・介護レセプトで集計可能な指標5がどのように設定できるのか、その対応関係を整理し、事業評価への活用可能性について検討した。

### 2) 在宅医療提供体制の構築に向けた事業マネジメントの推進事例ー国立市地域医療計画・推進の2か年の取組ー

国立市では2018年3月に策定した国立市地域包括ケア計画において示した「医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり」を具現化するため、地域医療のめざす姿を示すことを目的とし、2019年3月に国立市地域医療計画を策定した。その策定では、1.国立市が目指す姿の検討、2.国立市の医療・介護受給状況の把握、3.アンケート・ヒアリング調査による現状把握、4.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、5.目標設定と具体的施策の検討、のプロセスに沿って進めた。

## C. 研究結果

### 1. 指標に関する研究

#### 1) 神経難病患者の入退院支援の指標作成

##### ①調査1

神経難病患者の入退院支援に関わるエキスパート20名（看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、主任介護支援専門員、介護福祉士）にインタビューを行った。その結果、250コード、49サブカ

テゴリー、17 カテゴリーに整理した。さらに 17 カテゴリーを5つの構成要素に分類し、「病院と在宅チームが協働した入退院のステージ」の0～4期をフレームワークとして活用し(図1)、このステージに合わせて34項目の指標案を作成した(表1)。

## ②調査2

質問紙調査の回収数は117名で、有効回答率90%(105名)であった。項目の精選のため、「神経難病患者の入退院支援の指標」の回答状況を確認し、当該指標の、Cronbachの $\alpha$ 係数、項目削除時の $\alpha$ 係数。Item-Total 相関分析の項目分析を行い、基準値を満たさない項目を除外し、探索的因子分析を行った。信頼性の検討として、探索的因子分析の結果の各因子について Cronbach の  $\alpha$  係数を求めた。

その結果、最終的に5因子から構成される24項目を採用した。第1因子は、『病院スタッフと在宅スタッフとの協働』(5項目、 $\alpha=0.86$ )。第2因子は、『退院後の生活を見据えた支援』(7項目、 $\alpha=0.86$ )。第3因子は、『病状の変化についての話し合い』(6項目、 $\alpha=0.87$ )。第4因子は、『多職種で患者・家族の気持ちに寄り添う』(3項目、 $\alpha=0.76$ )。第5因子は、『退院後の支援体制の整備』(3項目、 $\alpha=0.72$ )とした。

## 2) 終末期ケアの意向に関する話し合いをする人の関連要因に関する研究

終末期ケアの意向については、「詳しく話し合っている」全体41名(3.4%)、「一応話し合っている」439名(36.5%)、「話し合ったことはない」692名(57.5%)であり、全体では480名(39.9%)、A地域では266名(46.3%)、B地域では224名(34.4%)

が話し合いを行っていた。終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因は、関連する可能性のある調査項目のうち21項目に $p<.10$ の関連がみられた。最終的に多変量解析にて関連のみられた変数は、介護認定を受けている(オッズ比:95%信頼区間, 1.96:1.17-3.30)、排泄の介護を受けている(2.78:1.17-6.61)、通院している(1.48:1.10-2.00)、心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる(2.01:1.29-3.13)、5年以内の身近な人の看取り経験あり(1.63:1.26-2.10)、配偶者と同居あり(1.48:1.12-1.96)、仕事していない(1.50:1.07-2.10)であった(表2)。

## 3) 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

班会議を通じ、在宅医療及び在宅医療・介護連携の評価指標の暫定版を表1の通り作成した。日常の療養(4つの場面のうち中心に位置付くものであり全体指標を兼ねる)、急変時の対応、看取り、入退院支援という4つの場面別に、アウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標を設定し、医療・介護レセプトで集計可能な指標を整理した。(表3)

医療・介護レセプト情報を入手する指標を、できる限り全国一律に、都道府県単位・市町村単位で、関係者(主に住民、医療・介護従事者、行政職員)の手間をかけずに実現する方法を検討した。

医療・介護レセプトの情報が記載された既存のデータベース(DB)としては、NDB、介護DB、KDBが存在する。しかしながら、いずれのDBも欠点(特定のデータの欠損など)があり、表3に示した指標の集計を一

括して行うには課題が残る。今後の方向性としては、①KDBなど既存のDBの仕様を改修して活用していく、②上述した国民健康保険連合会・社会保険診療報酬支払基金が管理するデータそのものを利用することとし、欠損のあるDBは用いない、という2つの流れを念頭に置きつつ、いずれの道筋を辿る方が関係者（住民、医療・介護従事者、市町村職員、都道府県職員、厚生労働省職員、研究者など）の手間の総量が小さく済むか、という観点からデータ入手の方策を継続的に検討していくことになる。

## 2. 市町村のマネジメントに関する研究

在宅医療・介護連携推進事業における課題を設定するためには、まず、同事業で「何を目指すのか」を定める必要がある。その上で、現状との比較を通じて課題を認識・設定する。施策とは、現状を目指す姿に近づけるために行うものである。ただし、様々な施策が取り得ることから、原因をより解決できる施策を選択する必要がある。そのために行うのが要因分析である。また、施策によって、現状が目指す姿にどの程度近づいたかを確認するために設定するのが指標である。（図2）しかし、市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画では、基本目標の具体化（目指す姿の具体化）、現状との比較を通じた課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載はほとんど見受けられなかった。事業の目的や目標を十分に検討しないまま、手段である対策（施策や事業）から考える傾向が強く、こうした計画も多くの市町村で見受けられた。事業マネジメントが適切に運営できない最も中核となる課題は、ツールがないことではなく、それらを活用

する考え方が身に付いていないことである。

## 3. 指標の活用方法と事業マネジメントの推進のモデル市での試行とその評価に関する研究

### 1) 在宅医療分野ロジックモデルと医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の対応関係、および事業評価への活用の検討

全体目標（最終アウトカム）の2アウトカム、場面別目標（中間アウトカム）の全てに、医療・介護レセプトから集計可能な指標が設定できた。現時点では入手が難しい指標も含まれ、全てのアウトカムに指標が設定されていないが、ある程度汎用性のあるロジックモデルと指標を示すことで、セオリー評価が可能となり、都道府県が中間見直しや第8次医療計画策定時のインパクト評価実施の参考にできる。現状でも厚生労働省から公開されているデータを活用して、経年的な推移を全国や他地域と比較すると同時に、施策実施前後で経年変化を比較する一般指標デザインによるインパクト評価は、現状でも取り組むことができる。

### 2) 在宅医療提供体制の構築に向けた事業マネジメントの推進事例—国立市地域医療計画・推進の2か年の取組—

国立市の医療・介護に係る量的把握では、医療・介護需要として、人口、要支援・要介護認定者数、入院・外来患者数を把握し、需要が増えることを確認した。医療・介護供給については、病院・診療所は、全国に比べて少ないが、訪問診療や看取りに関わる施設数は高い水準にあること、高齢者福祉施設の特徴について確認した。

国立市の市民アンケート調査を行い、日常の療養支援、急変時の対応、退院時支援、看取り期の支援、それぞれに対する市民の意識について尋ね、ニーズを把握した。

加えて、事例検討によって課題の把握を行った。検討過程で異なる立場からの問題意識を持ち寄り、共通のことばで課題を表現していくことにより、納得感を共有することが可能となることも確認できた。事例検討の手順として、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合計 30 ほどの事例を収集し、①日常療養、②急変時、③退院時の支援、④看取りの支援、の 4 場面別に整理・分析した。事例検討にあたったメンバーは、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険事業者・学識経験者等と行政各部局職員で構成される「地域医療計画策定検討委員会」「作業部会」メンバーである。それぞれの事例を通じて得られた課題を吟味し、事例間に共通する要素を抽出し、4 つの場面ごとの課題を抽出した。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。

次に、①日常療養、②急変時、③退院時の支援、④看取りの支援それぞれの場面で提示した各 4 つの事例について読み解き、現状と課題を整理した上で「めざす姿の達成に必要な要素」として提示した。さらに、各要素の核となる内容を「具体的目標」として端的にまとめた。

国立市地域医療計画では、4 つの場面別に施策をロジックモデルの形で表現した。

(図 4・5・6・7)

## D. 考察

### 1. 指標に関する研究

新しく開発した、神経難病の入退院支援の指標は、調査対象者数は少なかったものの、妥当性・信頼性は比較的高く、神経難病患者の入退院支援の指標として活用できる可能性が示唆された。

終末期の意向に関する話合いがあった割合は低い結果であった。終末期の意向に関する話合いをすることは、健康に対して不安があること、死を意識すること、話合いをするための物理的距離および物理的時間が関連している可能性が示唆された。

在宅医療および在宅医療・介護連携に関するレセプトを用いた評価指標を設定し、実際に集計を行った。これらの指標を全国の市町村で一律に、継続的に集計することで、在宅医療や在宅医療・介護連携に関する施策の定点評価が可能となるとともに、比較のしかたに注意は要するものの、市町村民間比較も可能となる。

### 2. 市町村のマネジメントに関する研究

在宅医療・介護連携推進事業に関する計画策定上の主な課題とその原因について、課題の捉え方が理解できていない、手段から物事を考える、自らが対応可能な範囲で対策と指標を考える、連携イメージがないにも関わらず専門職へのヒアリングなどは十分に行われていない、などがあがった。こうした現状改善するには、「連携に関する課題を肌感覚で感じられる状況を作ること」であり、住民や市町村職員に現状と課題を認識してもらう方法が必要となる。目指す姿を設定し、事例分析を通じて、目指す姿の目標の具体化と目標達成に必要な酔う s、方

法を検討した上で、施策を再建とし、進捗状況を確認するための指標を設定する。こうした課題と対策の整理にロジックモデルの構築が有用である。

### 3. 指標の活用方法と事業マネジメントの推進のモデル市での試行とその評価に関する研究

在宅医療分野のロジックモデルに、全体目標（最終アウトカム）と、場面別目標（中間アウトカム）に、医療・介護レセプトから集計可能な指標が設定できた。この汎用性のあるロジックモデルと指標を参考に、都道府県で、セオリー評価・プロセス評価・インパクト評価による中間見直しや第8次医療計画策定が行われることが期待される。

国立市地域医療計画の策定においては、定量調査の限界を補い、施策策定に関わる多様な立場からの理解と関与を深めるため、計画策定プロセスの一環に、事例分析という手法を取り入れた。多様な立場から、現場で起こっている事例を吟味し、あるべき連携や提供体制について意見交換することで、事例を包括的に分析することが可能となり、課題や目指す姿の抽出に繋げることができた。

国立市地域医療計画では、定量調査と事例分析を経て、目指す姿と現状のギャップから課題を抽出し、その課題を解決するための施策や事業を挙げるに至った。これらの施策や事業が、目標に向かうには、関係者がぶれなく全体像を共有できている必要がある。ロジックモデルの形で各場面の施策の全体像を示すことを試みたことにより、策定担当者から市長、市議会、市民に施策を説明しやすくなり、理解の向上にもつなが

るというメリットが得られている。

## 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. 論文発表等

- 1) 川越雅弘：介護保険事業計画の現状・課題と改善策—在宅医療・介護連携事業を一例に一、医療百論 2019、先見創意の会（編）、19-29、東京法規出版、東京。
- 2) Iwagami, M., Taniguchi, Y., Jin, X., Adomi, M., Mori, T., Hamada, S., Shinozaki, T., Suzuki, M., Uda, K., Ueshima, H., Iijima, K., Yoshie, S., Ishizaki, T., Ito, T., & Tamiya, N. (2019). Association between recorded medical diagnoses and incidence of long-term care needs certification: A case control study using linked medical and long-term care data in two Japanese cities. *Annals of Clinical Epidemiology*, 1(2), 56-68.
- 3) Mori, T., Hamada, S., Yoshie, S., Jeon, B., Jin, X., Takahashi, H., Iijima, K., Ishizaki, T., & Tamiya, N. (2019). The Associations of multimorbidity with the sum of annual medical and long-term care expenditures in Japan. *BMC Geriatrics*, doi: 10.1186/s12877-019-

1057-7。

- 4) Hamada, S., Takahashi, H., Sakata, N., Jeon, B., Mori, T., Iijima, K., Yoshie, S., Ishizaki, T., & Tamiya, N. (2019). Associations of household income with health services utilization and health care expenditures in people aged 75 years or older in Japan: a population-based study using medical and long-term care insurance claims data. *Journal of Epidemiology*, doi: 10.2188/jea.JE20180055.

## 2. 学会発表

- 1) 松本佳子, 吉田真季, 植岡健一, 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東京都新宿区、京王プラザホテル、2019.7.14
- 2) 吉江悟、二宮英樹、北村智美、宮城禎弥、浜田将太、森隆浩、金雪瑩、岩上将夫、安富元彦、松本佳子、川越雅弘、福井小紀子、石崎達郎、田宮菜奈子、飯島勝矢 : 介護保険利用後期高齢者の Ambulatory Care-Sensitive Conditions と療養場所との関連、第 78 回日本公衆衛生学会、高知市、高知会館、2019.10.23
- 3) 飯島勝矢、吉江悟、二宮英樹、佐々木健佑、宮城禎弥、浜田将太、森隆浩、金雪瑩、岩上将夫、安富元彦、松本佳子、川越雅弘、福井小紀子、石崎達郎、田宮菜奈子 : 医療・介護レセプトを用いた療養

場所の集計手法の検討、第 78 回日本公衆衛生学会総会、第 78 回日本公衆衛生学会、高知市、高知会館、2019.10.23

- 4) 松本佳子、吉田真季、吉江 悟、植岡健一、川越雅弘 : 47 都道府県の第 7 次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と中間見直しに向けた検討、第 78 回日本公衆衛生学会総会、ホテル日航高知旭ロイヤル、2019.10.24
- 5) 吉田真季、川越雅弘、新田國夫、大川潤一、葛原千恵子 : 事例検討を通じた課題共有に基づく在宅医療の計画策定 : 東京都国立市の事例、第 58 回日本医療・病院管理学会学術総会、JR 九州ホール・JR 博多シティホール、2020.10.2-3 (予定)

## 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 神経難病患者の入退院支援のステージ



**表 1 神経難病患者の入退院支援の指標案**

<b>I期 いろいろな思いを伝えあう時期（入院～入院カンファレンス時）</b>	
1	入院したら病状説明と今後の方向性を話し合う場を調整する
2	医師から患者や家族などへの病状の説明に同席する
3	医師の病状説明について、患者や家族などの理解度を確認する
4	退院後の療養場所や過ごし方などについて、患者や家族などの考えや希望を確認する
5	病状や今後の見通しなどについて、患者や家族などの不安なことや心配なことなどを聞く
6	患者や家族などの意向や不安なことなどを医師に伝える
7	患者や家族などに気持ちが変わってもいいことを伝え、状態が変わることを前提に支援する
8	患者や家族などの意向や治療の選択などに沿って、多職種で集まり具体的な支援体制を検討する
<b>II期 早めに支援体制を作る時期（入院カンファレンス後）</b>	
9	在宅サービスを利用していた患者の場合、直接もしくは他者を介して病院・在宅のスタッフ間で情報の共有をする
10	入院前に在宅サービスを利用していない患者の場合、直接もしくは他者を介して地域の関係機関に連絡や相談をする
11	療養先について、病状やケア内容、費用等を考慮して患者や家族などと相談する
12	病状に合わせて相談しやすい訪問診療医の情報を収集し、患者や家族などに紹介する
13	入院後早期の段階から、退院後の利用する在宅サービスについて患者や家族などと相談する
14	退院後のレスパイト（家族の休息）について、受け入れ先を検討し利用できるように調整する
15	患者や家族などに対して、療養先がなかなか決まらない場合もあることを説明し、気持ちに寄り添い支援する
16	病院スタッフと在宅スタッフとで、サービスの利用上の課題などについて相談する
<b>III期 在宅療養にあったケア方法の練習（入院カンファレンス後～退院カンファレンス前）</b>	
17	入院中の医療的ケア・介護方法の評価結果や練習状況を病院スタッフと在宅スタッフで共有する
18	病院スタッフと在宅スタッフとで介護方法・医療的なケア方法について相談する
19	退院後の生活に合わせて入院時から介護方法・医療的なケア方法を患者や家族などに指導する
20	患者に退院の前に試験外泊をする
21	退院後早期から訪問診療医に介入してもらうよう相談する
22	退院後のファーストコールは訪問看護師が対応するよう相談する
<b>IV期 病気やリスクとのつきあい方を相談（退院カンファレンス前後）</b>	
23	予測されるリスクや病状の見通しについて、多職種でよく検討する
24	退院前カンファレンスを行い、リハビリの進み具合や患者・家族などへの指導内容、リスクに関する情報を共有する
25	入院から在宅生活まで切れ目のない支援を行うために、カンファレンス以外でも情報共有をする
26	医療費や福祉制度について、ソーシャルワーカーなどと相談する
27	今後のレスパイトの計画について相談する必要がある
28	福祉用具について、必要な段階の前から試行するなど導入のタイミングなどを相談する
29	退院後の療養先の選択などについて、患者や家族などに変更できることを説明する必要がある
30	病状や状態の変化に合わせて治療の選択を変更することが可能であることを患者や家族などに伝え気持ちに寄り添う
31	体調変化がある場合、その都度医師に相談できる体制を整えておく
32	病院スタッフと在宅スタッフとで病状に関する情報や在宅生活の状況を共有する
33	体調変化やライフイベントがあるごとに気持ちや今後の意向を確認する
34	節目節目で最終段階の医療や介護について話し合いを行う

表2. 全体の終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因（多変量解析）  
(n=1,204)

項目	オッズ比	95%信頼区間	
		上限	下限
介護認定を受けている	1.96	1.17	3.30
排泄の介護を受けている	2.78	1.17	6.61
通院している	1.48	1.10	2.00
心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる	2.01	1.29	3.13
5年以内の身近な人の看取り経験あり	1.63	1.26	2.10
配偶者と同居あり	1.48	1.12	1.96
仕事していない	1.50	1.07	2.10

\* 調整変数：居住地域、性別

表3. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

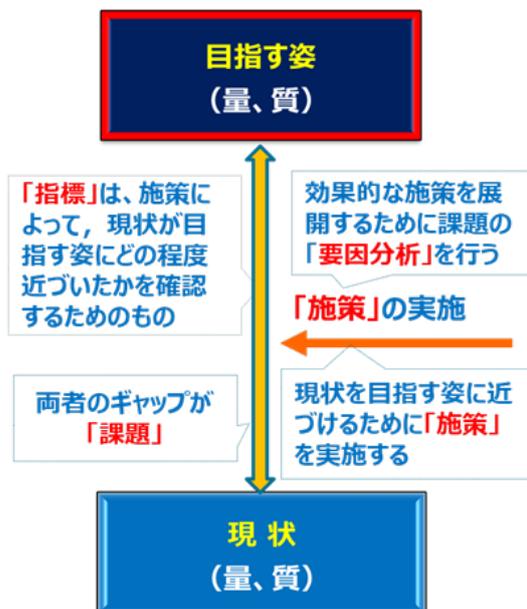
場面	入院支援	日常の療養支援（全体を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院支援加算（医療）を算定している施設数</li> <li>退院時共同指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護（15を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（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> <li>訪問介護員：訪問介護（介護）を算定している施設数</li> <li>地域密着型：（看護）小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護を算定している施設数（介護）</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（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(P)	<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(O)	<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>療養場所（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> <li>医療費・介護費（医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出）</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*の期間における療養場所（「日常の療養支援」の項を参照）</li> </ul>

\* 被保険者の死亡前期間は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・介護保険施設入居者・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・それ以外という区分の中で、どこで療養するかよく検討する必要がある。

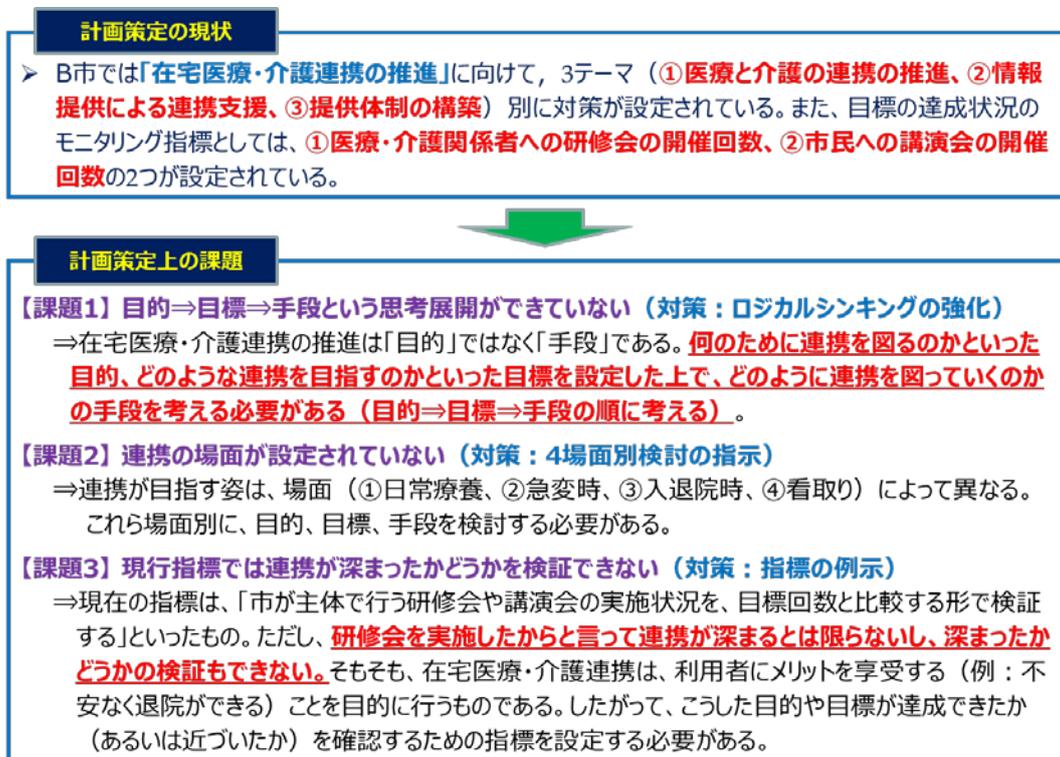
\*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsey M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-020070) などを参照のこと。

図 2. 課題・対策・要因分析・指標の関係



出所) 筆者作成

図 3. 在宅医療・介護連携推進事業に対する計画策定の現状と課題



出所) 筆者作成

図4. 日常療養支援のロジックモデル



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図5. 急変時のロジックモデル



※ #7119：救急相談センター。急な病気やケガをしたときなど、救急の必要性に迷った際の相談ダイヤル

※ #8000：こども医療でんわ相談。休日・夜間の子どもの症状への対応に困った際に電話相談が可能

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図6. 退院支援のロジックモデル



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図7. 看取りのロジックモデル



※グリーンケア：身近な人を亡くし悲嘆にくれる人を癒すため、心を開放し気持ちを整理する場を作る取り組み。  
 ※死後カンファレンス：看取り終了後（本人の死後）、本人や家族へ提供した緩和ケアの評価等を行う会議。

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

