

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

### 総合研究報告書

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）  
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（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：

上記の目標を達成するために、下記の内容を括弧内に記載する方法で実施した。

1. 既存指標の策定プロセスの検証（ヒアリング、先行研究調査）
2. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題の整理（ヒアリング、資料分析）
  - 1) 都道府県の第7次医療計画の策定状況と課題の把握
  - 2) 滋賀県の第7次計画の策定過程と指標設定の経過分析
  - 3) 市町村の在宅医療・介護連携事業に関する計画策定の現状と課題の把握

### 3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

- 1) 退院支援場面における指標の検討（文献調査、有識者に対するインタビュー調査、多職種向けアンケート）
  - 2) 看取り（終末期ケア）場面における指標の検討（文献調査、アンケート）
  - 3) 4 場面別の医療・介護レセプトデータで収集可能な指標の検討（レセプト分析）
- ### 4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と試行（有識者による検討）
- 1) 在宅医療 4 機能別にみたロジックモデルの検討及び国立市での試行と評価
  - 2) 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

**結果：**以下、主な結果（実施内容、得られた知見）を示す。

#### 1. 既存指標の策定プロセスの検証

- 1) 第 7 次医療計画で示された在宅医療の提供体制に関する指標は、どのような指標をとるべきかという観点よりは、実効性の確保や都道府県の負担軽減のため、レセプト等からの収集可能性の観点をベースに検討されていた

#### 2. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題

- 1) 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であることなどがわかった
- 2) 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ったなどがわかった
- 3) 滋賀県では、部内での基本理念の明確化と患者住民の代表を含む協議会での議論を経て、患者・住民アウトカムが全体目標として設定されていたものの、具体的に測定するアウトカム指標の設定には至っていなかった
- 4) 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、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なく、事業の目的や目標ではなく対策から考える傾向にあった

#### 3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

- 1) 先行研究や報酬改定の動向をベースに、円滑な退院支援を実現するための必要な院内体制とそのプロセスについて整理した
- 2) 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

- 3) 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
- 4) 住民アンケートから、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
- 5) 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標案を検討した上で、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を整理した。また、データを収集する上での既存のレセプトデータベースの課題と方策を提示した

#### 4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と実際

- 1) 国立市での地域医療計画策定プロセスへの関与を通じて、①在宅医療に関する地域の現状と課題の共有のためには、量的調査と併せて事例検討(質的検討)を実施することが、②目指す姿(目的・目標)と施策の整合性を図るためには、ロジックモデルを導入することが有効であることがわかった。また、こうした手法(事例による課題認識とロジックモデルによる整合性の高い計画の構造の構築)により、多様な関係者(行政、医療・介護職、市民・患者、議会、研究者など)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っていくこともわかった
- 2) 在宅医療分野のロジックモデルの最終目標と場面別目標に医療・介護レセプトから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となることがわかった

#### 結論

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、死亡前半半年間の在宅療養率など)が必要であると考えた。

実効性のある在宅医療計画を推進するためには、ロジックモデルに沿った計画策定・実行・評価・改善の推進、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

上記目的を達成するため、

1. 既存指標の策定プロセスの検証
2. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題の整理
3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討
4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と試行を実施した。

### 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. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題の整理

#### 1) 47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と課題の把握

各都道府県のWebページ上に公開されている第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、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参

考にした。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）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、各都道府県の指標数、利用されているデータソースを検討した。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。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策定上の課題などを尋ねた。

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

#### 2) 滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と指標設定の経過分析

第7次滋賀県保健医療計画「在宅医療」分野の計画策定過程を、滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課および医療政策課の担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

#### 3) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画策定の現状と課題の把握

在宅医療・介護連携推進事業に焦点を当て、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. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

#### 1) 退院支援場面の指標の検討

- (1) 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。

- (2) 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。

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。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。

- (3) 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) 看取り(終末期ケア)場面における指標の検討

- (1) 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、「あなたの死に近い場合に受きたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者と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) 4 場面別の医療・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、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。

## 4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と試行

### 1) 在宅医療 4 機能別にみたロジックモデルの検討（国立市での試行と評価）

#### (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。

#### (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、個人情報の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。

## 2) 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、及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に対して、医療・介護レセプトで集計可能な指標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。

## 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. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題の整理

#### 1) 47 都道府県の第 7 次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と課題の把握

##### (1) ヒアリング結果

##### 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・住民アウトカムを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きざるを得なかった」という声も聴かれた。

##### 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。

## (2) 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、ア) 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>)、イ) 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>)、ウ) 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。

ア)とイ)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一方で、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

#### a) 47 都道府県別の指標設定数

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。

#### b) 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、医療計画策定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、国保連合会からレセプトデータを独自入手する県もあった。



## 2) 滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と指標設定の経過

在宅医療分野のアウトカムは、健康医療福祉部で明示された基本理念と方向性と、担当者同士の議論で出された保健医療計画の課題に照らし、全体に配布された施策・指標マップシートを活用して設定されていた。さらに、在宅医療分野の計画は各専門職団体の代表に加え、患者・住民団体の代表が参加する在宅医療等推進協議会がある。この協議会委員へのヒアリングや議論を経て、全体目標と指標が設定された。全体目標には「県内のどこに住んでいても、高齢になっても、病気になっても、障害があっても住み慣れた家庭や環境で生活を送ることができる」というQOL（Quality of Life）の維持・向上と、「馴染みの人に囲まれて最期を迎えることができる」というQOD（Quality of Death）の実現の2側面を目指す姿（全体目標）としてあげているが、それを適切に測定できる指標の設定には至らず、市町村との連携などでデータを収集するなどが検討されている。

## 3) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画策定の現状と課題の把握

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（図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と考えられた。

## 3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

### 1) 退院支援場面の指標の検討

(1) 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。

(2) 退院支援の指標に関する先行研究調査

- ① 退院支援に関する論文レビュー

退院支援に関連する 66 論文をレビューした結果、下記の指標に整理された。

(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 神経難病に関する退院支援に関する論文レビュー

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、

- a) 病状や症状が改善したことへの自信
- b) 在宅サービス利用に対する抵抗からの解放
- c) 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 CC 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。

(3) 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、このステージに合せて 34 項目の指標案を作成した(表 2)。

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) 看取り(終末期ケア)場面の指標の検討

### (1) 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」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  $p < 0.001$  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 3)。

### 3) 4 場面別の医療・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 4)。

「日常の療養」(全体指標を兼ねる)に関するアウトカム指標としては、まず療養場所を設定した。これは、在宅で療養する者の割合を 100%まで上昇させることを目標とする指標ではなく、各地域において在宅医療・介護を受ける住民の療養場所の分布を継続的に示し、あるいは地域間比較が可能な形で示し、地域包括ケア施策の定点観測指標として用いていくことを意図したものである。よって単一時点・単一地域での数値はあまり意味を持たず、各施策の取り組み内容が(中間アウトカムとして)在宅での療養率に変化を生じさせる目的で実施される場合等に、一定期間において評価をしていくために用いるものである。療養場所の分類として、大きく「病院」、「介護施設」、「集合住宅」、「自宅」という 4 つの類型を設け、「病院」は各種病床への入院、「介護施設」は介護保険 3 施設への入所、「集合住宅」は認知症グループホーム・介護付き有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅のうち医療・介護レセプトから同定できる集合住宅への入居、「自宅」は前三者以外、といった形で医療・介護レセプトを用いて集計することを想定している。

「急変時の対応」に関する指標としては、臨時の往診や訪問看護や、必要があれば救急搬送といった既存の体制が適切に機能することが重要である一方、それらの貴重な資源が必要以上に消費されることのないよう不要不急の呼び出しが最小化されていることも重要である。そこで本研究では、Bardsley et al. (2013)の研究などで用いられている Ambulatory care-sensitive

conditions (ACSCs) という概念を用いて、ACSCs の状態にある住民を定義し、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs 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して、これらをアウトカム指標として設定した。同様に、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs 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し、これらもアウトカム指標とした。これらの指標はすべて医療・介護レセプトにより集計することができる。(なおこの指標の限界点として、ACSCs は医療レセプトの傷病名情報から定義を行うことになるため、各該当傷病の重症度までは加味することができないという点があげられる。理想的には重症度を調整した指標化が求められるが、今後の課題である。)

「看取り」に関する指標は、「日常の療養」に関する指標群について、集計対象を在宅医療・介護サービス利用者全体ではなく死亡日からさかのぼって6ヶ月以内の者に限定することにより指標として用いることとした。死亡前6ヶ月以内の住民における指標の分布と、「日常の療養」で集計した指標の分布を群間比較することにより、終末期の者において療養場所の分布が変化するかしないのか等の確認が可能となる。なお、死亡日に関する情報は、医療・介護レセプトのデータファイルそのものには含まれていないものの、医療保険・介護保険の被保険者台帳の情報を入手することにより、被保険者資格喪失年月日及び資格喪失事由の情報をを用いて特定することができる。また、本研究ではいったん死亡日から6ヶ月以内という定義をしたが、12ヶ月以内、3ヶ月以内などの定義をすることも可能であり、これは実際の集計値を見ながら適切な期間設定を検討していくことになる。

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4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。

#### 4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と試行

##### 1) 在宅医療4機能別にみたロジックモデルの検討(国立市での試行と評価)

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署職員で構成される「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 5)。

## 2) 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、及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(表 3)が対応し、設定できた。現時点ですぐには入手が難しい指標も含まれており、また、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対応する指標を示すことで、都道府県が中間見直しや第 8 次医療計画策定時のセ

オリー評価および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おり入手でき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し施策実施前後で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。

## D. 考察

ここでは、指標ならびに指標を活用した事業マネジメントの視点から考察を加える。

### 1. 指標について

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、市町村間比較も可能となる。

### 2. 都道府県・市町村の事業マネジメント力の強化に向けて

都道府県及び市町村の計画策定上の課題とその原因としては、

- 1) 課題の捉え方が理解できていない
- 2) 手段から物事を考える
- 3) 自らが対応可能な範囲で対策と指標を考える

4) 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

などが考えられた。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。

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を設定できた。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ったメリットが得られている。

ロジックモデルを導入した都道府県担当者からも好意的な評価が得られていることから、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。

### 3. 指標の継続的な測定に向けて

自治体（都道府県・市町村）職員の業務負担や実行可能性を考慮すると、データ分析を職員に担わせるのは無理がある。

データ整備は国が中心に行い、地域包括ケア「見える化」システムなどの既存ツールに必要なデータを掲載し、閲覧可能とするなどの仕組みの整備が必要である。

アウトカムに関しては、①医療・介護レセプトデータから指標を算出する方法と、②自治体で定期的実施される調査（市町村で言えば、日常生活圏域ニーズ調査など）に患者アウトカムの把握につながる項目を入れる方法が考えられる。

前者に関しては国の方で一括して処理し、見える化システムなどに掲載することで、後者に関しては、計画策定期間に市町村に対してデータ収集を促すことで対応できると考える。

### E. 結論

実効性のある在宅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・実効・評価・改善の推進、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 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	退院支援担当者を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	● 往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	往診を受けた患者数	● 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 都道府県の評価指標設定数と内容

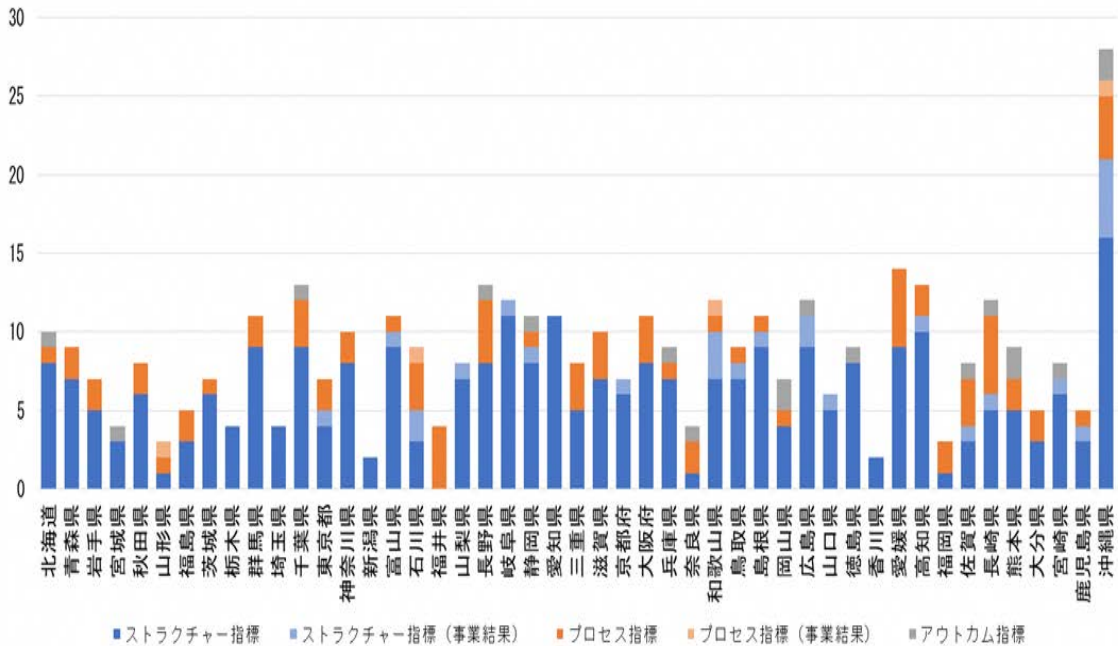




図3. 課題・対策・要因分析・指標の関係

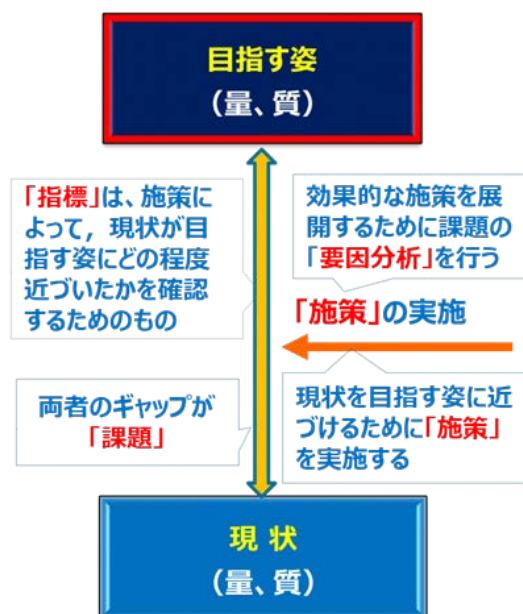


図4. 在宅医療・介護連携推進事業に対する計画策定の現状と課題

#### 計画策定の現状

- B市では「在宅医療・介護連携の推進」に向けて、3テーマ（①医療と介護の連携の推進、②情報提供による連携支援、③提供体制の構築）別に対策が設定されている。また、目標の達成状況のモニタリング指標としては、①医療・介護関係者への研修会の開催回数、②市民への講演会の開催回数の2つが設定されている。



#### 計画策定上の課題

- 【課題1】 目的⇒目標⇒手段という思考展開ができていない（対策：ロジカルシンキングの強化）  
⇒在宅医療・介護連携の推進は「目的」ではなく「手段」である。何のために連携を図るのかといった目的、どのような連携を目指すのかといった目標を設定した上で、どのように連携を図っていくのかの手段を考える必要がある（目的⇒目標⇒手段の順に考える）。
- 【課題2】 連携の場面が設定されていない（対策：4場面別検討の指示）  
⇒連携が目指す姿は、場面（①日常療養、②急変時、③入退院時、④看取り）によって異なる。これら場面別に、目的、目標、手段を検討する必要がある。
- 【課題3】 現行指標では連携が深まったかどうかを検証できない（対策：指標の例示）  
⇒現在の指標は、「市が主体で行う研修会や講演会の実施状況を、目標回数と比較する形で検証する」といったもの。ただし、研修会を実施したからと言って連携が深まるとは限らないし、深まったかどうかの検証もできない。そもそも、在宅医療・介護連携は、利用者にメリットを享受する（例：不安なく退院ができる）ことを目的に行うものである。したがって、こうした目的や目標が達成できたか（あるいは近づいたか）を確認するための指標を設定する必要がある。

表2 神経難病患者の入退院支援の指標案

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）	
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
II期 早めに支援体制を作る時期（入院カンファレンス後）	
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
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）	
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
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）	
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3. 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4. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

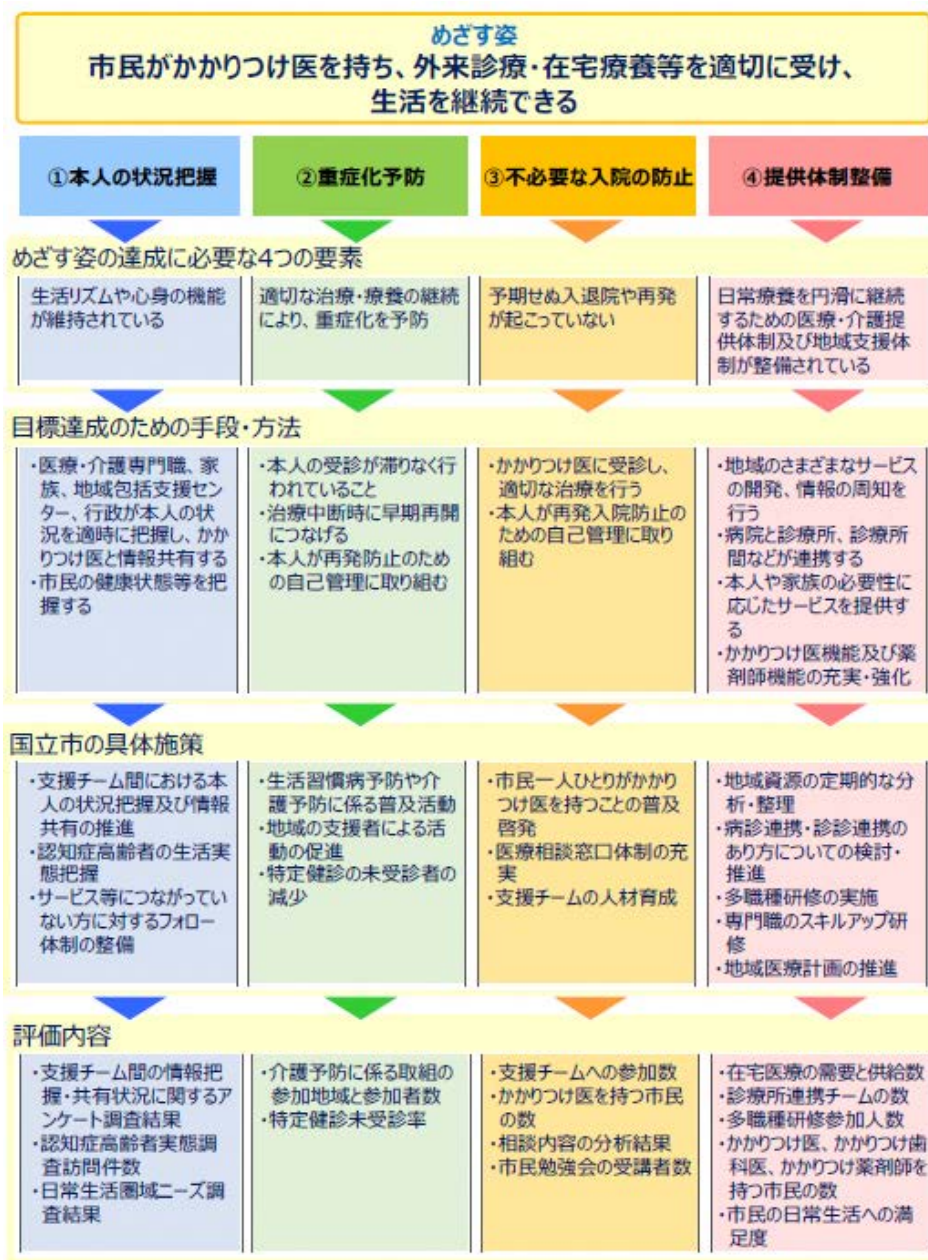
場面	入院支援	日常の療養支援（全体を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院支援加算（医療）を算定している施設数</li> <li>退院時共同指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護（15を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（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Bardsey M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002070) などを参照のこと。

図5. 国立市地域医療計画 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)