

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）
（H27-一般-002）

「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」

平成 27～28 年度 総合研究報告書

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 泉田信行

平成 29 年 3 月

謝辞

本研究の遂行にあたって、都道府県の担当者の方に貴重なお時間を頂いてヒアリングへのご協力いただいた。ここに記して感謝申し上げます。

なお、総括報告書に掲載した表 2-6 個別事業指標例の出所等一覧については、実務担当者の方々向けに、元の電子ファイルを国立社会保障・人口問題研究所のウェブサイトの研究班のページにて提供することとしたので、適宜ご参照いただきたい。

本報告書に掲載した資料の一部については、実務担当者の方々向けに、元の電子ファイルを国立社会保障・人口問題研究所のウェブサイトの研究班のページにて提供いたします（必要に応じて更新予定）。

◆ 研究班のウェブページの URL

<http://www.ipss.go.jp/projects/j/Kikin/index.html>

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」

平成 27～28 年度 総合研究報告書

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

目次

総合研究報告

総括研究報告

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告「医療及び介護の総合的な確保に向けた基金事業の評価の枠組みに関する研究」

石川 ベンジャミン光一（国立がん研究センター）

分担研究報告「基金事業のアウトカムの考え方の整理及びアウトカム把握のための指標例の作成」

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）

大津 唯（国立社会保障・人口問題研究所）

石川 ベンジャミン光一（国立がん研究センター）

小野 太一（政策研究大学院大学）

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

野口 晴子（早稲田大学政治経済学術院）

森田 朗（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告「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」

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所）

大津 唯（国立社会保障・人口問題研究所）

石川 ベンジャミン光一（国立がん研究センター）

小野 太一（政策研究大学院大学）

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

野口 晴子（早稲田大学政治経済学術院）

森田 朗（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告「基金事業計画の事前・事後評価のための工程チェックリスト案の作成」

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

分担研究報告「都道府県の基金事業評価におけるアウトカム指標の活用に向けた市町村における
基金関連事業等の運用の在り方に関する考察」

小野 太一（政策研究大学院大学）

分担研究報告「都道府県による「地域医療介護総合確保基金」事業選択の要因に関する実証分析」

野口 晴子（早稲田大学政治経済学術院）

研究成果の刊行に関する一覧

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）
総括研究報告書

研究代表者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

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

要旨

目的：本研究の目的は、1)「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」第六条による基金の仕組みが、効果的・効率的に活用されるために必要な、持続的な評価の方法、それに使用される評価指標等を作成すること、2)都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因を明らかにすること、3)都道府県における「基金事業」の実施サイクルの実際を明らかにすること、である。

方法：研究目的 1)～3)を達成するために、a)評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理をした上で、b)個別基金事業のアウトカム評価指標例の作成、c)医療・介護連携評価指標例の作成、d)作成した指標例の内容についての都道府県担当者ヒアリング、e)基金事業計画の事前・事後評価のための工程チェックリスト案の作成、f)都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因の分析、を実施した。

結果：OECD のヘルスケア評価の枠組みを拡張した評価枠組みを構成した上で、個別基金事業のアウトカム評価指標例、医療・介護連携評価指標例の作成を行い、都道府県の属性と選択される基金事業の内容の相関についての定量的評価や基金事業の運用状況や指標例に関する意見についての都道府県担当者ヒアリングを行った上で事前・事後評価のための工程チェックリスト案の作成を実施した。

考察：本研究の実施により、「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」第六条による基金の仕組みについて、評価の基礎となる概念枠組みについて構成し

た上で、それに沿った形で個別の基金事業のアウトプット・アウトカムについての評価のみならず医療・介護連携についてのアウトカム評価の指標例を作成し、ヒアリングによりその実行可能性について担保した。ヒアリングにより都道府県における基金事業の実施状況及び市町村との連携状況が把握されただけでなく、都道府県属性と総事業費・事業費配分との関連性が数量的に検証され、それらの結果を踏まえつつ工程チェックリスト案の作成が行われた。これらにより都道府県の実施する基金事業について包括的な課題を把握した上で、指標例作成を含む評価枠組み構築が行われたと考えられる。

結論：本研究の実施により、「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」第六条による基金の仕組みについて、評価の基礎となる概念枠組みについて構成し、ヒアリング調査や都道府県属性と総事業費・事業費配分との関連性についての数量的評価を行った上で、評価指標例の作成、工程チェックリスト案の作成が行われた。これらの活用により、都道府県・市町村担当者の **capacity building** とともに、基金事業のより効果的・効率的な運用が期待される。指標例に使用されている公的統計の一次集計が二次医療圏単位で公表されることや全国レベルで医療・介護連携を測定する尺度を決定したうえで公的統計として調査・公表すること、研究者によるアウトプットとアウトカムの関連性についての評価研究は基金事業がより効率的に行われるために重要な要素であり、それらの推進が望まれる。

A.研究の目的

本研究の目的は、1)「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」第六条による基金の仕組みが、効果的・効率的に活用されるために必要な、持続的な評価の方法、それに使用される評価指標等を作成すること、2)都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因を明らかにすること、3)都道府県における「基金事業」の実施サイクルの実際を明らかにすること、である。

B.研究の方法

研究目的 1)については、a)評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理をした上で、b)個別基金事業のアウトカム評価指標例の作成、c)医療・介護連携評価指標例の作成、d) 作成した指標例の内容についての都道

府県担当者ヒアリング、e)基金事業計画の事前・事後評価のための工程チェックリスト案の作成、を行うことにより実施した。研究目的 2)については、都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因を明らかにすること、f)都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因の分析、行うことにより実施した。研究目的 3)については、d)の都道府県ヒアリング時に都道府県の基金事業事務遂行の現状についてもヒアリングを行うことにより実施した。

B-a)評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理

昨年度から本研究班の指標例作成の基礎としてきた基金事業の評価枠組みについて、都道府県ヒアリングの結果や文献資料検討の結果をふまえて拡張的に検討を行った。

B-b) 個別基金事業の評価指標例の作成

昨年度作成した個別基金事業にかかるアウトプット評価指標例に対応させる形で、評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理をふまえつつ、研究班員の *expert opinion* により、個別基金事業にかかるアウトカム指標例の作成を行った。都道府県担当者および専門家から意見を聴取し、実効可能性の確認を行った。

B-c) 医療・介護連携評価指標例の作成

個別基金事業のアウトカム評価指標例と同様に、評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理をふまえつつ、研究班員の *expert opinion* により作成を行い、都道府県担当者および専門家から意見を聴取し、実効可能性の確認を行った。詳細な作成プロセスについては、「基金事業のアウトカムの考え方の整理及びアウトカム把握のための指標例の作成」についての分担報告を参照されたい。

B-d) 都道府県担当者ヒアリング

北海道・東北地区の2、関東地方から1、中部地方から2、近畿地方から4、中国・四国地方から1、九州地方から3の合計13都道府県の担当者に対して半構造化されたインタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、研究班が作成した指標例案について、およびそれを用いた基金の評価枠組みのあり方、その前提となる現状の基金事業の運用状況についての状況、である。

インタビュー実施に当たっては都道府県や担当者名がわからない形で報告書に記載されること、研究班としてのインタビュー

であるため、基金事業の実施自体とは関連が無いことなど聞き取り内容の取扱方法を説明し、了承を得た。インタビューに当たっては、都道府県名を明らかにしない形で意見を報告書に掲載する旨について了承を得た。

B-e) 工程チェックリスト案の作成

チェックリストに網羅すべき大項目の案を、マネジメントプロセスの手順に沿って検討した。その上で、各々の大項目に対し、具体的な確認事項案を検討した。

B-f) 都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因の分析

各都道府県の都道府県計画に計上されている基金事業について、事業区分ごとに事業数・総事業費を算出した。その上で、(1) 総事業費の内訳の基本統計量を概観し、(2) *Local polynomial smooth plots with 95% confidential interval* と *Seemingly unrelated regression (SUR)* モデルにより、都道府県属性と総事業費、事業費配分との関連性について分析した。

研究課題の成果については研究班会議において全研究者が参加してその適切性について吟味した。

C. 結果

C-a) 評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理

基金事業の評価を実施するための概念枠組みが図1のとおり構成された。これにより、基金事業で実現されるケア/サービスのための資源の充実や活動の強化といった事業の直接的なアウトプットと、それらがも

たらず医療・介護システムとしてのパフォーマンスの改善というアウトカムとを区別して評価することが可能となった。

さらに、我々が依拠した OECD のフレームワークに IV-a を追加することにより（図 1 参照）、医療・介護の連携を通じた適切なケア/サービスの組み合わせ（あるいは棲み分け）についても評価を行うことを考えた。

C-b) 個別基金事業の評価指標例の作成

指標例の検討に際しての基本的な作成の考え方は表 1 に整理されている。作成された評価指標例は表 2-1 から表 2-5 にまとめられている。表 2-6 はデータの出所をまとめてある。

事業区分 1 については 2 事業、事業区分 2 については 4 事業、事業区分 3 についても 4 事業、事業区分 4 については 15 事業、事業区分 5 については 15 事業（細分化すると 21 事業）について指標例を作成した。それぞれの事業について、基金事業の実施によってもたらされる直接的な成果をアウトプットとして、基金事業の実施により患者や住民や地域にもたらされると期待される変化はアウトカムとして把握される体系とした。

なお、現在調査実施・公表されていないが事業評価を行う上で今後必要になると考えられる指標例について表 2-7 にまとめている。

C-c) 医療・介護連携評価指標例の作成

作成された医療・介護連携指標例は表 3-1 の連携の基盤整備に関する指標例および表 3-2 の連携の場面・傷病別指標例としてまとめられた。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の大きく分けて 3 カテゴリーに分けられた。

連携の場面・傷病別指標例においては、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。

C-d) 都道府県担当者ヒアリング

都道府県担当者に対するヒアリング調査の内容のうち、評価指標・評価枠組みのあり方の概念整理、個別基金事業の評価指標例の作成、医療・介護連携評価指標例の作成、工程チェックリスト案の作成、にかかる部分は本稿の他の部分ないしはそれが依拠する各分担報告を参照されたい。ここでは、小野報告にある、都道府県が基金事業に関係する事業を推進する際に直面している運営上の課題等のうち、市町村等との関係等に関する部分について結果を整理する。

多くの県では、医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、医療に関わる事業については、市町村は在宅医療・介護連携推進事業で掲げられている（ア）～（ク）の事業をこなすので精一杯であるとの指摘もあった。このため、都道府県と市町村の意思疎通チャンネルが重要になるが、地域事務所ないし保健所で管轄の市町村の事情を把握し、支援を進めている例や本庁担当者が直接かかわって支援をしている例もあった。

市町村側は、県からの依頼で在宅医療の担当と窓口を決めてもらったとする県があった一方で、特定の医療の担当者はいない、あるいは事業単位で分かれている場合があった。

医療介護連携に係る市町村の窓口については介護側が多いが、県から市町村への伝達が介護サイドで行われると、市町村内でそれは介護の仕事であるという意識が働く傾向にあるとの説明もあった。市町村の中のそうした縦割りの状況に関し、それぞれの自治体の担当の中で、縦割りを歴史的に突破できない状況を示唆する意見もあった。

都道府県から見た市町村の担当者の状況のうち、市町村職員の意識・能力については、二極化している旨の状況を指摘する声があり、研修の機会などで市町村の担当者が仕切り切れておらず、実際県に依存している状況も指摘された。また人材の配置に関しては、医療介護連携等はルーティーンの業務ではなく企画的業務であるが、それを担える人材が張り付いていない可能性など人事の体制に係る指摘も見られた。

実務の遂行において、特に介護について中心人物の個性に依存している旨の指摘があった。そもそもの市町村の体制について、1人で複数(の業務を)やっているようなところがほとんどという現状があり、そういった中で新たな負荷をかけることへの都道府県担当者としての懸念も見られた。

こうした中で、都道府県と市町村の間の調整や連携に関し、形にはなりにくい人同士のネットワークでやり繰りするスタイルで進めている旨の指摘もあった。さらには仕事の仕方として、県が出ると市が県にお任せになり引込むということになってし

まっているというような、そもそもの姿勢に関する指摘もあった。

C-e) 工程チェックリスト案の作成

以下の12の大項目案を作成し、具体的な確認事項案を検討し、50の小項目案を作成した(表4)。

- ① 基本理念・基本方針・目的の設定
- ② 情報収集及びヒアリング
- ③ 現状分析
- ④ 将来推計
- ⑤ 課題の抽出及び要因分析
- ⑥ 長期目標／短期目標の設定及び目標達成度を測るための指標の選定
- ⑦ 対策に関するヒアリング及び検討
- ⑧ 事業の公募
- ⑨ 事業の選定
- ⑩ 事業の中間評価
- ⑪ 事業の事後評価(目的の達成状況、目標の達成状況、事業内容、コスト)
- ⑫ 事業の見直しの検討

C-f) 都道府県による基金事業の選択に影響を与える要因の分析

全般的に、基金事業の総事業費と都道府県属性との関連性は非線形であることが明らかとなり、都道府県属性から当該事業の資源配分を予測することは難しく、財政力指数と年間救急出動件数のみが基金事業の総事業費と統計学的に有意な関係にあることがわかった。

他方、「在宅医療の推進に関する事業」に対する資源配分については、有訴者率、生活習慣病による死亡率、及び、可住地面積当たりの一般病院数が高ければ、当該事業に対する資源配分が多い傾向にある一方で、65

歳以上比率、常勤医師数、年間救急出動件数については当該事業に対する資源配分を引き下げる傾向にあること等が観察された。

D. 考察

本研究の実施により、「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」第六条による基金の仕組みについて、評価の基礎となる概念枠組みについて構成した上で、それに沿った形で個別の基金事業のアウトプット・アウトカムについての評価のみならず医療・介護連携についてのアウトカム評価の指標例を作成し、ヒアリングによりその実行可能性について担保した。ヒアリングにより都道府県における基金事業の実施状況及び市町村との連携状況が把握されただけでなく、都道府県属性と総事業費・事業費配分との関連性が数量的に検証され、それらの結果を踏まえつつ工程チェックリスト案の作成が行われた。これらにより都道府県の実施する基金事業について包括的な課題を把握した上で、指標例作成を含む評価枠組み構築が行われたと考えられる。

1) 評価枠組み・評価サイクルについて

基金事業の評価枠組みを構成する際に重要であることは医療計画（地域医療構想）・介護保険事業（支援）計画との関係を明確かつ意義のある形にすることである。医療計画は6年ごとに改定（3年ごとの中間見直し）があり、介護保険事業（支援）計画は3年ごとに改定がある。医療介護総合確保にかかる都道府県（市町村）計画は1年ごとに改定される。これらの計画が相互に調和して運用されることによってそれぞれの計

画の実効性や遂行されたときの効果が大きくなると考えられる。そのため石川報告にて指摘されているとおり、「基金事業の評価に際して用いる指標や目標と医療計画、介護保健事業計画等で用いるものを一体化し、共通のスケールに沿って管理できるようにすること」が望ましい。

ヒアリング調査実施時にたびたび直面したが、固定された事業（インプット）に対してアウトカムを設定するという思考を都道府県担当者が取ることがある。この考え方では、各種計画の達成を目的とする基金事業の実施自体が目的となってしまうこととなる。都道府県担当者にとって最も重要なことは、自分たちの地域にどのようなニーズがあるかを把握した上で、それを踏まえた上でアウトカムの設定、アウトカムを達成するために最も好ましいと考えられるアウトプットを達成する事業（インプット）選定を行うという思考を取ることである。（石川報告の図4に見られるように、課題の解決に向けたロジックモデルの設計が重要なのである。

2) アウトプット・アウトカムとその把握

アウトプットはまさに事業の直接の成果である一方、アウトカムは事業以外の他の要因の影響も受け得るものである（図2参照）。両者を区別し、アウトカムを評価することは、事業実施の結果として患者や住民や地域がどのように変化したのかが重要であること、事業実施はそのための手段であり、目的では無いことを含意する。

事業ごとに設定されたアウトカムに対しては、その達成を把握・評価するための何らかの指標を設定する必要がある。

Newcomer, Hatry and Wholey (2015)においては良い業績測定尺度の基準(Criteria for Good Performance Measure)として次の項目が掲げられている(カッコ内の日本語は筆者による仮訳である)。

- 1) Meaningful and Understandable
(有意義で理解可能である)
- 2) Balanced and Comprehensive
(アウトカムが漏れなく測定される)
- 3) Timely and Actionable
(速報性があり、活用可能である)
- 4) Goal Displacement
(操作に頑健で、的確に評価できる)
- 5) Practical Consideration and Cost
(有用性とコストがバランスしている)

本研究班で昨年度から継続されてきた検討において、表1に示される条件を満たす指標例を構築することを原則としてきたが、これにより上記の5つの条件を満たせるものと考えられた。その過程において、本研究班の提案する具体的な指標例は、医療計画(地域医療構想)や介護保険事業支援計画において設定されたものを含むものとなった。

他方で、各都道府県がその多様な医療・介護ニーズを背景に総合確保計画や医療計画、介護保険事業(支援)計画を達成する事業が実施されると考えられるが、その医療・介護ニーズは研究班で全て把握できるものではない。その意味で、本研究で我々が提案しているものは指標例である。すなわち、都道府県自身が達成すべきアウトカムを吟味し、それに必要な事業とアウトカムの達成を測定するための指標例を、研究班の指標例を参考に選択することが必要とされる場合が

あり得る。

基金事業を実施するにあたっては医療・介護ニーズを長期的な観点で把握することが必要である。また、上述のとおり、事業自体が効果を発現するまで2~3年を要する場合もあろう。それゆえ、Newcomer, Hatry and Wholey (2015)の第5章でも指摘されているとおり、アウトカムはその発現時期別に複数種類考えることができる。

アウトカム指標例は毎年が調査周期となっている統計から採用されているが、このような点を踏まえると、2、3年周期の公的統計の調査結果についても参考指標として集計され、都道府県が利活用できることが必要と考えられる。

4) 医療・介護連携を評価するための指標例
個別の基金事業による地域の医療介護の供給体制の改善に加えて、医療と介護の連携を評価する必要がある。

医療・介護連携指標では、連携の基盤整備と場面・傷病別に分けて評価する体系とし、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とした。

筒井(2014)では日本の地域包括ケアの連携は、サービスの統合の強度の段階、

・linkage:つながりは複数の組織間で発生する。ケアの継続性の向上を図るため、適時に適所へサービス利用者を紹介したり、関係する専門家間のコミュニケーションを簡易化するという目的で行われる。

・coordination:複数の組織間でまたがって運営を行う。これにより、様々な保険サービスの協調、臨床的情報の共有、そして異なる

る組織間で移動するサービス利用者の管理も行うことができる。

・full integration : 本格的な資金のプールを行い、特定のサービス利用者集団が抱えるニーズに合致した包括的なサービス開発をできる新たな組織を形成することを可能にする。

のうちのlinkageレベルのつながりの充実が求められる段階であることを指摘している。医療・介護連携指標における、連携の基盤整備の側面は、こうしたlinkageレベルのつながりについて評価するもの、とも言える。

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場面にかけているが、医療・介護連携の現場についての高山(2016) p.95における説明とも整合的している。

我々が提案する医療・介護連携の評価指標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、医療・介護連携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。

他方で、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する回答もあった。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し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。

この困難事例の解決、解消という医療・介護連携の評価指標は、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がある。また、ケース検討を行う場が適切に機能していることが必要、「困難」の度合いは誰が定めるのか、といった議論の余地があるかも知れない。

このように考えると、医療・介護連携の推進とその評価という進行中の、重要課題に対しては、全国比較に適した指標を採用した公的統計による評価と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を併用することが好ましいと考えられる。

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は

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）、高山（2016）が指摘する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。

5) 指標例が活用される場としての自治体

山谷(2006)はアカウンタビリティのジレンマとして、「政策評価に限らずさまざまな評価業務に時間が取られすぎて、本業の時間が削られる、しかし自分たちは本来政策評価のために仕事をしているのでは無い」状況を指摘している（p.10）。

これをふまえると、評価指標例を含む評価の枠組みは都道府県などの関係する団体が評価疲れしない、使いやすいものである必要がある。既に見てきたように、我々が提案する評価指標の体系はこうした自治体の現状をヒアリングにより把握し、踏まえた上で構築されたものである。

他方で、島崎（2015）は地域医療構想の評価の文脈においてその課題の第4として、「自治体の取り組み体制や人材育成の立ち遅れである。計画的手法はそれを差配する者の識見・力量によって成否が大きく左右される。」と指摘している。この点を踏まえると、評価の枠組みはそれに携わることによって、事業担当者、関連組織のマネジメント力が向上するものである方が好ましい。

川越報告で提案された、基金事業計画の事前・事後評価のための工程チェックリスト案、12の大項目で構成されているが、計画策定のための現状把握、評価、目標設定、

対策案の策定、事業の選定・実施、事後評価、といったマネジメントのサイクルに沿っている。その上で、50項目の小項目について簡単に Yes/No の形式でチェックしていくことによって、事業運営を行う際に検討すべき課題の漏れが無いチェックできるように構成されている。

特に、小野報告で指摘されたように、人的資源の限界もあいまって、市町村の事業担当能力は向上の余地が大きいこと、さらに、市町村担当者間や都道府県-市町村担当者間で医療介護の連携を図る余地が大きい。川越報告によるチェックリストでは、

【手順2】 情報収集及びヒアリングにおいて、

- ・計画策定に当たって、都道府県の医療の担当者と介護の担当者同士で意見交換を行うなど、課題認識を共有する機会を設けているか

- ・計画策定に当たって、市町村と意見交換を行うなど、地域毎の課題を把握する機会を設けているか

という2項目を設けることにより、簡潔な形ではあるが、都道府県担当者間、都道府県-市町村担当者間の情報共有・連携を促進することを企図している。

なお、野口報告においては都道府県属性と基金事業として選択される内容に関連が余り見られない結果となっていた。この点は、チェックリストに計画策定のための現状把握、評価が含まれることにより問題意識が喚起されれば関連性が高まることが予想される。

6)継続的に改善されていくべき制度的課題
指標として利用される公的統計は、医療

介護総合確保圏域がおおよそ二次医療圏単位であることを踏まえて、少なくとも二次医療圏単位、地域包括ケアの地理的単位が中学校区などで設定されていることを踏まえると可能であれば市区町村単位を地理的範囲として集計されることが必要である。特に、一次集計としてこれらが公表されることは都道府県の事業評価に対して大幅な費用削減効果をもたらすと考えられる。

7) 継続的に改善されるべき研究上の課題

アウトプットと違って、アウトカムは不確定な要素にその達成が影響を受けるため、インプットによりアウトカムが達成できないことが事後的に明らかになる可能性がある。研究者等がインプットとアウトカムの関係について事後的な情報を、用いて着実に研究していく環境が重要である。この点は、医療・介護供給体制がより効率的・効果的に地域のニーズに合った形に調整されていくために非常に重要である。

E. 結論

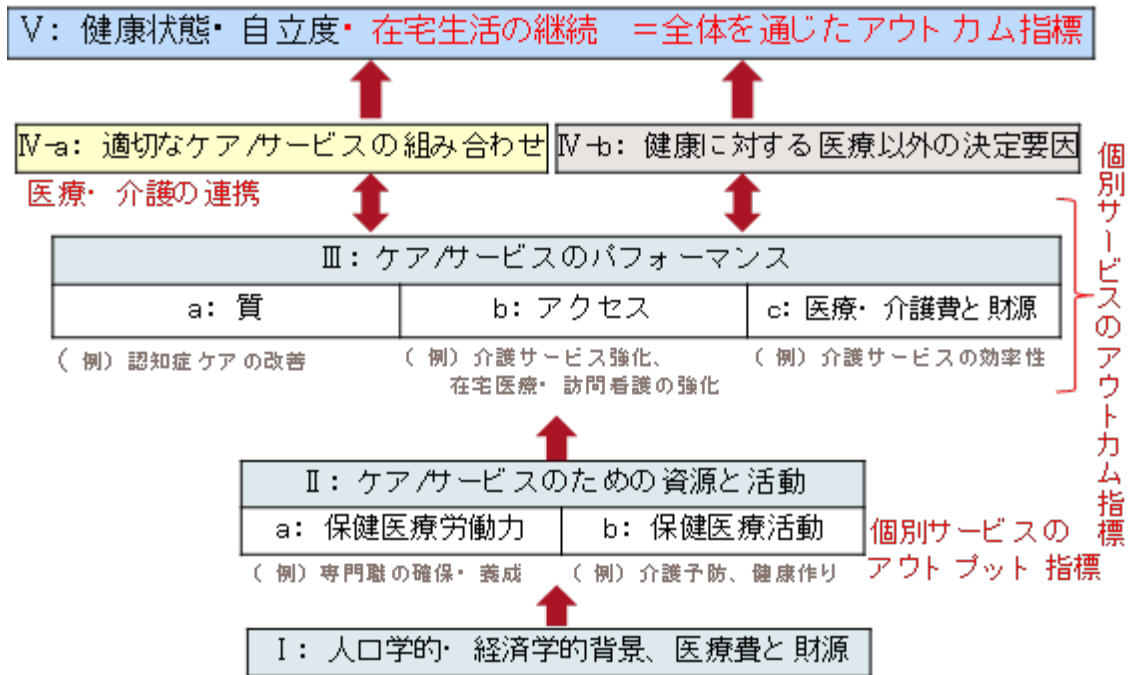
本研究の実施により、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第六条による基金の仕組みについて、評価の基礎となる概念枠組みについて構成し、ヒアリング調査や都道府県属性と総事業費・事業費配分との関連性についての数量的評価を行った上で、評価指標例の作成、工程チェックリスト案の作成が行われた。こ

れらの活用により、都道府県・市町村担当者の **capacity building** とともに、基金事業のより効果的・効率的な運用が期待される。指標例に使用されている公的統計の一次集計が二次医療圏単位で公表されることや全国レベルで医療・介護連携を測定する尺度を決定したうえで公的統計として調査・公表すること、研究者によるアウトプットとアウトカムの関連性についての評価研究は基金事業がより効率的に行われるために重要な要素であり、それらの推進が望まれる。

参考文献

- 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問い直す』ちくま新書。
- 高山義浩 (2016) 『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。
- 筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』, 中央法規。
- 山谷清志 (2006) 『政策評価の実践とその課題 アカウンタビリティのジレンマ』 萌書房。
- 龍慶昭・佐々木亮 (2000) 『「政策評価」の理論と技法』 多賀出版。
- 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.

図1：医療と介護の総合的な確保に向けた評価の枠組み



(出所) OECD (2015)*を参考に研究班が作成。

(*) Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

出所: 石川(2017)

表 1：地域医療介護総合確保基金 個別事業の指標例に関する考え方について

- 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。

図2：アウトプットとアウトカムの概念

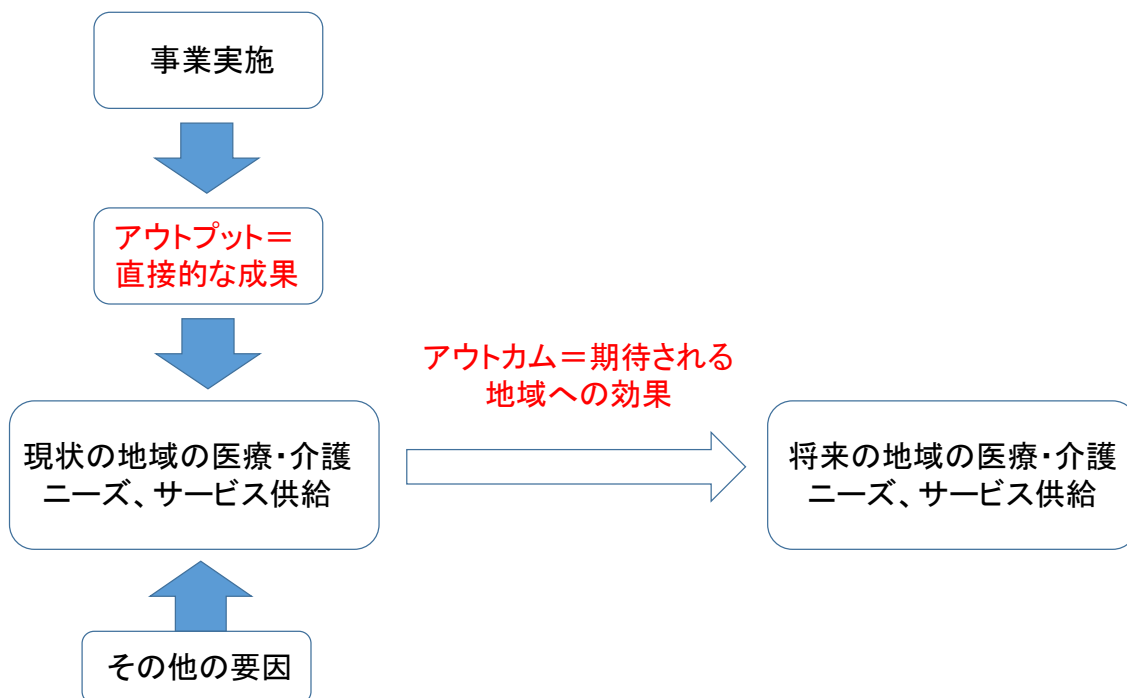


表2-1:【事業区分1】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
1	病床機能分化・連携事業	回復期リハビリテーションや地域包括ケア病棟等の整備	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関数または病棟数、病床数 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想に沿って基金を活用して整備を行う不足している病床機能毎(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の病床数[地域医療構想、病床機能報告] 病床機能毎(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の病床数[病床機能報告] △回復期リハビリテーション病棟入院料(1～3)の届出病床数[地方厚生局] 地域包括ケア病棟入院料(1～2)または地域包括ケア入院医療管理料(1～2)の届出病床数[地方厚生局] 回復期リハビリテーション病棟入院料(1～3)の算定回数【NDBオープンデータ】 地域包括ケア病棟入院料(1～2)または地域包括ケア入院医療管理料(1～2)の算定回数【NDBオープンデータ】
2	ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備	ICTを活用して医療機関・介護事業所間の医療情報ネットワーク構築	<ul style="list-style-type: none"> ネットワークに参加する医療機関、介護事業所数 	<ul style="list-style-type: none"> △地域医療連携ネットワークの整備圏域数 △地域医療連携ネットワークの参加病院数(情報開示病院数) △地域医療連携ネットワークの参加診療所数(情報開示診療所数) 地域医療連携ネットワークへの登録患者数 △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 検査・画像情報提供加算の算定回数[NDB] 電子的診療情報評価料の算定回数[NDB]

表2-2:【事業区分2】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
1	在宅療養支援診療所整備事業	在宅療養支援診療所の整備および運営支援により、継続的な在宅医療の提供と多職種協働による在宅医療支援体制の構築に努める事業	・新たに整備する在宅療養支援診療所の数	◎在宅療養支援診療所数[地方厚生局] ・機能強化型在宅療養支援診療所数[地方厚生局] ○訪問診療を受けた患者数[NDB] ○往診を受けた患者数[NDB] ・在宅患者訪問診療料算定回数【NDBオープンデータ】 ・往診料算定回数【NDBオープンデータ】 ・看取り加算、死亡診断加算を算定した患者数[NDB]
2	訪問看護ステーション整備事業	訪問看護ステーションの整備を行う事業	・新たに整備する訪問看護ステーションの数	◎訪問看護ステーション数【介護サービス施設・事業所調査】 △24時間対応体制をとっている訪問看護ステーション数[介護サービス施設・事業所調査] △機能強化型訪問看護ステーション数[地方厚生局] ○訪問看護利用者数[NDB、介護サービス施設・事業所調査] ・看取り加算、死亡診断加算を算定した患者数[NDB]
3	訪問看護職員研修事業	訪問看護師の養成等を行う事業	・研修参加者数	・訪問看護ステーションの常勤換算看護師数【介護サービス施設・事業所調査】 ○訪問看護利用者数[NDB、介護給付費実態調査]
4	在宅歯科医療連携室整備・運営事業	在宅歯科医療に関する、広報・医療機器の貸出しなどを行う在宅歯科医療連携室を整備・運営する事業	《整備》 ・新たに整備する在宅歯科医療連携室 《運営》 ・在宅歯科医療連携に関する相談件数 ・在宅歯科医療機器の貸出件数	△在宅歯科医療連携室の数 □訪問歯科診療を受けた患者数[NDB] ・誤嚥性肺炎のレセプト出現比[NDB]

表2-3:【事業区分3】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
1	地域密着型サービス等整備助成事業	地域密着型サービスための施設等の整備を行う事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業を活用して新たに整備される地域密着型介護老人福祉施設サービスの受給者数 ・事業を活用して新たに整備される地域密着型サービスの事業所数(種類別) ・事業を活用して新たに整備される地域密着型介護予防サービスの事業所数(種類別) 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型介護老人福祉施設の定員(実数または65歳以上人口10万人あたり)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型サービスの事業所数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型介護予防サービスの事業所数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型サービスの利用者数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型介護予防サービスの利用者数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】
2	介護施設等の施設開設準備経費等支援事業	介護施設等の開設時や介護療養型医療施設から介護老人保健施設への転換の際に必要な初度経費を支援する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業を活用して新たに整備される施設の定員数 	介護保険施設定員数(実数または65歳以上人口10万人あたり、施設の種類の別)【介護サービス施設・事業所調査】
3	定期借地権設定のための一時金の支援事業	特別養護老人ホーム等の用地確保のための定期借地権設定に際して土地所有者に支払われた一時金の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・事業を活用して新たに整備される施設の定員数 	介護保険施設定員数(実数または65歳以上人口10万人あたり、施設の種類の別)【介護サービス施設・事業所調査】
4	既存の特別養護老人ホーム等のユニット化改修等支援事業 —	特別養護老人ホーム等のユニット化または多床室のプライバシー保護のための改修支援、介護療養型医療施設転換整備支援	<ul style="list-style-type: none"> ・事業を活用して新たに整備される施設の定員数 	△介護保険施設のユニット化率(施設の種類の別)【介護サービス施設・事業所調査】

表2-4:【事業区分4】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
1	地域医療支援センター事業の運営	都道府県による地域医療支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ・医師派遣、あっせん数 ・キャリア形成プログラムの作成数 ・地域卒卒業医師数に対するキャリア形成プログラム参加医師数の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】
2	産科医等育成・確保支援事業	産科医等の処遇改善を行う医療機関等への財政支援等 産科後期研修医等の処遇改善を行う医療機関への財政支援	<ul style="list-style-type: none"> ・手当支給施設数 ・手当支給者数 	<ul style="list-style-type: none"> ◎分娩を取扱う産科・産婦人科病院数および常勤産婦人科医師数【医療施設調査】 ◎分娩を取扱う産科又は産婦人科診療所数および常勤産婦人科医師数【医療施設調査】 ・分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数(分娩1000件あたり)【医療施設調査、人口動態統計】 ・産婦人科後期研修医数 ・手当支給施設の産婦人科医師数 ・手当支給施設の産婦人科後期研修医数
3	新生児医療担当医確保支援事業	新生児医療に携わる医師の処遇改善を行う医療機関等への財政支援等	<ul style="list-style-type: none"> ・手当支給施設数 ・手当支給者数 	<ul style="list-style-type: none"> ◎NICUを有する病院数・病床数【医療施設調査】 ・常勤新生児医療担当医師数 ・新生児医療担当後期研修医師数 ・手当支給施設の新生児医療担当医師数 ・手当支給施設の新生児医療担当後期研修医師数
4	女性医師等就労支援事業	女性医師の復職・再就業のための研修実施や相談窓口の設置、育児休業や時短に伴う代替医師の確保のための費用支援等	<ul style="list-style-type: none"> 《研修実施》 ・実施回数、参加人数、復職・再就業数 《相談窓口》 ・設置数、相談件数 《代替医師確保》 ・実施医療機関数、利用者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】(※)
5	新人看護職員研修事業	新人看護職員研修を実施する医療機関への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・対象施設数または研修受講者数 	<ul style="list-style-type: none"> △新人看護職員研修実施施設数【医療施設調査】 ・新人看護職員の離職率[病院看護実態調査] △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】

(※) 女性医師数ではなく単なる「就業医師数」としているのは、性別の統計は3師調査以外ないこと、また性別で目標値を設定することが好ましいかは議論があると考えられるためである。

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
6	看護師等養成所運営等事業	看護師等養成所における教育体制の充実	・対象施設数または定員数	<ul style="list-style-type: none"> ・養成所の国家試験合格率 ・養成所の卒業生の県内就業率 △新卒看護職員の県内就業率【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護師等養成施設の1学年の定員に占める入学者の割合【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】
7	看護師等養成所施設整備等事業	看護師等養成所における施設・設備の整備	・整備施設数または定員数	<ul style="list-style-type: none"> ・養成所の国家試験合格率 ・養成所の卒業生の県内就業率 △新卒看護職員の県内就業率【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護師等養成施設の1学年の定員に占める入学者の割合【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】
8	看護師宿舍施設整備事業	看護職員定着促進のための宿舍整備	・整備施設数または戸数	<ul style="list-style-type: none"> △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率[日本看護協会]
9	医療勤務環境改善支援センター運営	都道府県による医療勤務環境改善支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関からの相談件数 ・社会保険労務士等の訪問(支援)件数 ・勤務環境改善計画を策定した医療機関数 	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率[日本看護協会] ・医療保健業における労災発生件数【労働者死傷病報告】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
10	勤務環境改善ソフト事業	医療機関における勤務環境改善事業の実施等	・事業実施医療機関数	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率[日本看護協会] ・医療保健業における労災発生件数【労働者死傷病報告】
11	勤務環境改善ハード事業	ナースステーションの整備等	・事業実施医療機関数	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率[日本看護協会] ・医療保健業における労災発生件数【労働者死傷病報告】
12	潜在看護師就業促進事業	ナースセンターのサテライト展開、潜在看護職員の復職支援研修実施・相談窓口の設置等	<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施機関数 ・潜在看護職員の復職支援研修受講者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・ナースセンターでの求職数 ・ナースセンターでの就職者数
13	院内保育所運営事業	病院内保育所運営の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・運営対象施設数 ・運営対象施設における利用者数 ・運営対象施設における24時間保育、休日保育、病児等保育、緊急一時保育、児童保育の実施件数 	<ul style="list-style-type: none"> △病院内保育所の設置数【医療施設調査】 ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率[日本看護協会]
14	小児救急電話相談	休日・夜間の急な子どものケガや病気に関する電話相談体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・小児救急電話相談回線数 ・小児救急電話相談の件数 	<ul style="list-style-type: none"> ○小児救急電話相談における深夜対応の可否 ・6歳未満の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定件数(6歳未満人口千人当たり)[NDB] ◎小児の救急受診のうち入院を要した割合

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
15	小児救急医療体制整備事業	小児の休日・夜間救急体制の整備	・補助対象の医療機関数	◎地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数 [地方厚生局] □24時間365日の対応が可能な体制が確保されている小児救急医療圏の整備率[NDB、地方厚生局] ・6歳未満の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定件数(6歳未満人口千人当たり)[NDB] ◎乳児死亡率【人口動態統計】 ◎乳幼児死亡率【人口動態統計】 ◎小児(15才未満)の死亡率【人口動態統計】 ◎小児救急搬送における照会4回以上の割合および現場滞在30分以上の割合【救急・救助の現況(消防庁)】

表2-5:【事業区分5】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
1	介護人材確保対策連携強化事業 (協議会設置等)	人材確保等に向けた取組の計画立案とその実現に向けた関係機関・団体との連携・協働の推進	・協議会の有無	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】 △介護サービス従事者の離職率【介護労働実態調査】
2	人材育成等に取り組む事業所の認証評価制度実施事業	都道府県による、介護人材育成等に取り組む事業所の認証評価制度の運営	・認証を受けた事業所数	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】 △介護サービス従事者の離職率【介護労働実態調査】
(現役職員を対象にした事業)				
3-1	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業	介護職員の研修費用の支援等	・研修参加者数	・介護サービス従事者の離職率【介護労働実態調査】 ・サービス提供体制強化加算の算定事業所数
		3-1-b 介護従事者が受ける医療的ケア(喀痰吸引及び経管栄養)の研修	・研修参加者数 ・研修指導者講習参加者数	・看取り介護加算の算定事業所数【介護給付費実態調査】 ・喀痰吸引等支援体制加算または医療連携の算定事業所数
3-2	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業	介護キャリア段位制度におけるアセッサー講習を受講させるために事業所が負担した受講料の支援等	・アセッサー養成数	・段位別キャリア段位取得者数【介護プロフェッショナルキャリア段位制度webページ】
3-3	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援	資質向上に資する介護支援専門員を対象とした研修	・研修参加者数	・居宅介護支援の特定事業所加算の算定を受ける事業所数
4	各種研修に係る代替要員の確保対策事業	現任職員が各種研修を受講している期間における代替職員の確保に要する経費の支援	・実施事業所数 ・代替職員の数または延べ日数	

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
5	認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業		・研修参加者数、会議開催数等 ・研修指導者講習参加者数	・認知症専門ケア加算の算定事業所数 ・認知症高齢者の日常生活自立度の悪化度(※)
		5-b 介護サービス事業所の管理者等に対	・研修参加者数	・認知症専門ケア加算の算定事業所数
		5-c 認知症サポート医の養成等の研修	・研修参加者数	・認知症サポート医の数[都道府県が保有・公表する名簿]
		5-d 初期集中支援チーム員の研修	・研修参加者数	△認知症初期集中支援チームを設置している市町村数 ・初期集中支援チームの数
		5-e 認知症地域支援推進員の研修	・研修参加者数	△認知症地域支援推進員配置市町村数
6	地域包括ケアシステム構築に資する人材育成・資質向上事業	地域包括支援センター機能強化推進事業等	・研修参加者数	・見守りのカバー率 ・65歳以上人口10万人当たり虐待件数[高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果]
		5-b 生活支援コーディネーター養成研修	・研修参加者数 ・研修指導者講習参加者数	・生活支援コーディネーター配置数
7	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者育成事業	介護予防の推進に資する指導者を育成するため、都道府県リハビリテーション関連団体が、OT、PT、STに対して実施する研修	・研修に参加したOT、PT、ST数	
8	介護福祉士養成課程に係る介護実習支援事業	介護福祉士養成施設の学生の介護実習受け入れに係る経費の支援等	・介護実習参加者数	・介護サービス従事者(介護福祉士)数【介護サービス施設・事業所調査】
9	介護未経験者に対する研修支援事業	介護職員初任者研修の受講経費支援等	・研修参加者数	・介護サービス従事者(訪問介護員)数【介護サービス施設・事業所調査】
10	多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	合同就職説明会の実施、相談窓口の設置、過疎地等での体験就労のための旅費、就職支度金の支援等	・参加者数 ・就職支度金を受けた人数	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】
11	潜在介護福祉士の再就業促進事業	潜在介護福祉士の再就業に向けた研修等	・研修参加者数 ・研修指導者講習参加者数	・介護サービス従事者(介護福祉士)数【介護サービス施設・事業所調査】

	事業の種類	事業内容・事業例	指標例	
			アウトプット指標	アウトカム指標
(地域住民への啓発等の事業)				
12	地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理	地域住民や学生を対象とした啓発活動等	・参加者数	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】
13	若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験事業	学生向けの職場体験や、介護ボランティア事業への主婦、高齢者等の参加促進等	・プログラム参加者数	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】 ・介護ボランティアの人数
14	助け合いによる生活支援の担い手の養成事業	新しい総合事業において、基準を緩和した訪問型サービスの従事者養成研修、移動(輸送)サービス従事者養成研修、配食サービス従事者養成研修等	・研修参加者数	
15	権利擁護人材育成事業	「生活支援員」及び「市民後見人」の養成研修、権利擁護人材の資質向上のための支援体制の構築等	・参加者数等 ・研修指導者講習参加者数	・生活支援員の数 ・65歳以上人口10万人当たり虐待件数[高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果]

(※) 事業ごとに割り振られている最左列の番号は、管理運営要領で示されている事業メニューの番号とは異なる。

表2-6 個別事業指標例の出所等一覧(平成28年3月21日現在)

事業区分	指標名	公表の有無	データの所在(公表されている場合)			備考
			調査名	最新年次	表番号等	
1	地域医療構想に沿って基金を活用して整備を行う不足している病床機能毎(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の病床数[地域医療構想、病床機能報告]	×				
1	病床機能毎(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の病床数	○	病床機能報告			各都道府県で策定した「地域医療構想」の達成度を測る指標。
1	回復期リハビリテーション病棟入院料(1～3)の届出病床数	○	施設基準の届出受理状況(地方厚生局)			施設基準の届出受理状況を集計することで作成することが可能。
1	地域包括ケア病棟入院料(1～2)または地域包括ケア入院医療管理料(1～2)の届出病床数	○	施設基準の届出受理状況(地方厚生局)			施設基準の届出受理状況を集計することで作成することが可能。
1	回復期リハビリテーション病棟入院料(1～3)の算定回数	◎	第1回NDBオープンデータ		A308	診療行為別に記載されているので合計する必要あり。
1	地域包括ケア病棟入院料(1～2)または地域包括ケア入院医療管理料(1～2)の算定回数	◎	第1回NDBオープンデータ		A308-3	診療行為別に記載されているので合計する必要あり。
1	地域医療連携ネットワークの整備圏域数	×				
1	地域医療連携ネットワークの参加病院数((再掲)情報開示病院数)	×				
1	地域医療連携ネットワークの参加診療所数((再掲)情報開示病院数)	×				
1	地域医療連携ネットワークへの登録患者数	×				
1	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	×				
1	検査・画像情報提供加算の算定回数	×				
1	電子的診療情報評価料の算定回数	×				
2	在宅療養支援診療所数	○	施設基準の届出受理状況(地方厚生局)			施設基準の届出受理状況を集計することで作成することが可能。
2	機能強化型在宅療養支援診療所数	○	施設基準の届出受理状況(地方厚生局)			施設基準の届出受理状況を集計することで作成することが可能。
2	訪問診療を受けた患者数	×				
2	往診を受けた患者数	×				
2	在宅患者訪問診療料算定回数	◎	第1回NDBオープンデータ		C001	診療行為別に記載されているので合計する必要あり。
2	往診料算定回数	◎	第1回NDBオープンデータ		C000	診療行為別に記載されているので合計する必要あり。

事業区分	指標名	公表の有無	データの所在(公表されている場合)			備考
			調査名	最新年次	表番号等	
2	看取り加算、死亡診断加算を算定した患者数	×				
2	訪問看護ステーション数	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	基本2-1	基本票編 居宅サービス事業所(総括表)表番号1
2	24時間対応体制をとっている訪問看護ステーション数	×				
2	機能強化型訪問看護ステーション数	×				
2	訪問看護利用者数	×				
2	訪問看護ステーションの常勤換算看護師数	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細2-7-3	詳細票編 居宅サービス事業所(総括表)表番号7-3
2	在宅歯科医療連携室の数	×				
2	訪問歯科診療を受けた患者数	×				
2	誤嚥性肺炎のレセプト出現比	×				
3	地域密着型介護老人福祉施設の定員(実数または65歳以上人口10万人あたり)	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	基本3-1	基本票編 地域密着型サービス 表番号1
3	地域密着型サービスの事業所数(種類別)	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	基本3-2	基本票編 地域密着型サービス 表番号2
3	地域密着型介護予防サービスの事業所数(種類別)	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	基本3-3	基本票編 地域密着型サービス 表番号3
3	地域密着型サービスの利用者数(種類別)	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細3-17	詳細票編 地域密着型サービス 表番号17
3	地域密着型介護予防サービスの利用者数(種類別)	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細3-18	詳細票編 地域密着型サービス 表番号18
3	介護保険施設定員数(実数または65歳以上人口10万人あたり、施設の種類の別)	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	基本1	基本票編 介護保険施設
3	介護保険施設のユニット化率(施設の種類の別)	○	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細1-4 1-16 1-25	詳細票編 介護保険施設 表番号4(介護老人福祉施設)、表番号16(介護老人保健施設)、表番号25(介護療養型医療施設) ※ユニット化率=「ユニット有り」施設÷施設総数(施設数ベースではなく、定員数ベースがより望ましい)
4	就業医師数	◎	医師・歯科医師・薬剤師調査	2014	統計表27	医師・歯科医師・薬剤師調査は2年周期。医療機能情報提供制度は都道府県による独自集計が必要。
4	分娩を取扱う産科・産婦人科病院数および常勤産婦人科医師数	◎	医療施設(静態)調査	2014	閲覧E34	医療施設(静態)調査は3年周期。
4	分娩を取扱う産科又は産婦人科診療所数および常勤産婦人科医師数	◎	医療施設(静態)調査	2014	閲覧E35	医療施設(静態)調査は3年周期。

事業区分	指標名	公表の有無	データの所在(公表されている場合)		備考	
			調査名	最新年次		表番号等
4	分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数(分娩1000件あたり)	○	医療施設(静態)調査	2014	閲覧 E34 E35	分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数は、E34の医師数とE35の医師数の合計。
		◎	人口動態調査	2015	上巻 4-37	人口動態統計 確定数 出生
4	産婦人科後期研修医数	×				
4	手当支給施設の産婦人科医師数	×				
4	手当支給施設の産婦人科後期研修医数	×				
4	NICUを有する病院数・病床数	◎	医療施設(静態)調査	2014	下巻 G26	
4	常勤新生児医療担当医師数	×				
4	新生児医療担当後期研修医数	×				
4	手当支給施設の新生児医療担当医師数	×				
4	手当支給施設の新生児医療担当後期研修医数	×				
4	新人看護職員研修実施施設数	◎	医療施設(静態)調査	2014	閲覧 E68	ここでは「病院数」となっている。
4	新人看護職員の離職率	×				
4	看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)	◎	衛生行政報告例	2014	隔年 4章 1	統計表(隔年報) 第4章
4	就業看護師数	◎	衛生行政報告例	2014	隔年 4章 12-1	統計表(隔年報) 第4章
4	養成所の国家試験合格率	×				
4	養成所の卒業生の県内就業率	×				
4	新卒看護職員の県内就業率	○	看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査	2016	卒業 7-1 10-1	県内就業者数(看護師3年課程+看護師2年課程)÷卒業生数(看護師3年課程+看護師2年課程)
4	看護師等養成施設の1学年の定員に占める入学者の割合	○	看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査	2016	入学 10 22	入学者数(看護師3年課程+看護師2年課程)÷1学年定員(看護師3年課程+看護師2年課程)
4	看護職員の離職率	×				
4	医療保健業における労災発生件数	◎	労働者死傷病報告	2015		「労働者死傷病報告」による死傷災害発生状況 ①業種・局
4	ナースセンターでの求職数	×				
4	ナースセンターでの就職者数	×				
4	病院内保育所の設置数	◎	医療施設(静態)調査	2014	下巻 G23	医療施設(静態)調査は3年周期。
4	小児救急電話相談における深夜対応の可否	×				
4	6歳未満の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定件数(6歳未満人口千人当たり)	×				
4	小児の救急受診のうち入院を要した割合	×				

事業区分	指標名	公表の有無	データの所在(公表されている場合)			備考
			調査名	最新年次	表番号等	
4	地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数	×				
4	24時間365日の対応が可能な体制が確保されている小児救急医療圏の整備率	×				
4	乳児死亡率	◎	人口動態調査	2015	上巻6-11	人口動態統計 確定数 乳児死亡 2015年
4	乳幼児死亡率	◎	人口動態調査	2015	中巻4(1)	人口動態統計 確定数 死亡 年次 2015年 中巻4(1)
		◎	国勢調査	2015		人口等基本集計 全国結果 男女・年齢・配偶関係 3-1(0101区分の総数を使用)
4	小児(15才未満)の死亡率	◎	人口動態調査	2015	中巻4(1)	人口動態統計 確定数 死亡 年次 2015年 中巻4(1) (0024区分の総数を使用)
		◎	国勢調査	2015		人口等基本集計 全国結果 男女・年齢・配偶関係 3-1
4	小児救急搬送における照会4回以上の割合および現場滞在30分以上の割合	×				
5	介護サービス従事者数	○	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細	「介護保険サービス」・「居宅サービス」・「地域密着型サービス」の常勤換算従事者数の合計 詳細票編 介護保険施設 総括表 2015年 詳細票編 居宅サービス事業所 総括表 2015年 7-1～7-11 詳細票編 地域密着型サービス 2015年 9
5	介護サービス従事者の離職率	○	介護労働実態調査	2015	p.161	
5	サービス提供体制強化加算の算定事業所数	×				
5	看取り介護加算の算定事業所数	×				
5	喀痰吸引等支援体制加算または医療連携の算定事業所数	×				
5	段位別キャリア段位取得者数	◎	介護プロフェッショナルキャリア段位制度webページ	2016		「レベル認定者数アセッサー数検索」の「都道府県検索」
5	居宅介護支援の特定事業所加算の算定を受ける事業所数	×				
5	認知症専門ケア加算の算定事業所数	×				
5	認知症高齢者の日常生活自立度の悪化度	×				
5	認知症サポート医の数	×				
5	認知症初期集中支援チームを設置している市町村数	×				
5	初期集中支援チームの数	×				
5	認知症地域支援推進員配置市町村数	×				
5	見守りのカバー率	×				
5	65歳以上人口10万人当たり虐待件数	×				

事業区分	指標名	公表の有無	データの所在(公表されている場合)			備考
			調査名	最新年次	表番号等	
5	介護サービス従事者(介護福祉士)数	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細2-6-1	平成27年介護サービス施設・事業所調査 詳細票編 居宅サービス事業所 総括表 2015年 6-1
5	介護サービス従事者(訪問介護員)数	◎	介護サービス施設・事業所調査	2015	詳細2-6-1	平成27年介護サービス施設・事業所調査 詳細票編 居宅サービス事業所 総括表 2015年 6-2
5	介護ボランティアの人数	×				
5	生活支援員の数	×				

(注)公表の有無は、公表されている数値をそのまま使える場合は「◎」、公表されている数値を簡便な計算または集計によって作成可能な場合は「○」、そうでない場合は「×」としている。なお、ここでは都道府県単位のデータについてのみを

表 2-7：個別指標の参考指標について

【事業区分 4】

	事業の種類	アウトカム指標(参考指標)
4	女性医師等就労支援事業	・女性医師の就業率
12	潜在看護師就業促進事業	・看護職員の就業率
13	院内保育所運営事業	・女性医師の就業率 ・看護職員の就業率

(注) 現状では利用可能でないが、将来的には統計整備がなされることが望ましいと考えられる指標について、ここに別途掲載した。

表3-1：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3-2：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

表 3-3 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。

表 4. 工程チェックリスト案

【手順 1】 基本理念・基本方針・事業目的の設定
<input type="checkbox"/> 基金事業が目指す姿（将来像）がイメージされているか
<input type="checkbox"/> 関係部局と調整の上で、基本理念・方針・事業目的が策定されているか
<input type="checkbox"/> 基本理念・方針・事業目的を、関係者間で共有する機会を設けているか
【手順 2】 情報収集及びヒアリング
<input type="checkbox"/> 計画策定に当たって、都道府県の医療の担当者と介護の担当者同士で意見交換を行うなど、課題認識を共有する機会を設けているか
<input type="checkbox"/> 計画策定に当たって、市町村と意見交換を行うなど、地域毎の課題を把握する機会を設けているか
<input type="checkbox"/> 計画策定に当たって、従来事業を担っていた事業所・団体の担当者と意見交換を行うなど、事業実施上の課題を把握する機会を設けているか
【手順 3】 現状分析
<input type="checkbox"/> 事業に関連する既存データを網羅的に収集できているか
<input type="checkbox"/> 課題を抽出するという目的に即したデータ分析が行われているか
【手順 4】 将来推計
<input type="checkbox"/> 将来推計に関する目標年度を設定しているか
<input type="checkbox"/> 目標年度の必要量（病床数、医療・介護職員数等）を推計できているか
【手順 5】 課題の抽出及び要因分析
<input type="checkbox"/> 目指すべき姿（ゴール）が設定されているか
<input type="checkbox"/> 目指すべきゴールと現状の両面を捉えた上で、課題が抽出されているか
<input type="checkbox"/> 課題を生じさせている要因に関する情報を収集しているか （先行研究、調査、ヒアリングなど）
<input type="checkbox"/> 課題を生じさせている要因について、多面的に捉えられているか （多様な関係者へのヒアリングなど）
<input type="checkbox"/> 課題を生じさせている要因と結果に関する仮説（メカニズム）が立てられているか
【手順 6】 長期目標／短期目標の設定及び目標達成度を測るための指標の選定
<input type="checkbox"/> 目標は具体的に記載されているか
<input type="checkbox"/> 目標は測定可能なものとなっているか
<input type="checkbox"/> 目標は達成可能な現実的なものとなっているか
<input type="checkbox"/> 目標は目的に沿った内容となっているか
<input type="checkbox"/> 目標の期限が設定されているか
<input type="checkbox"/> 測定される指標は、目標を図る上で妥当なものとなっているか
【手順 7】 対策に関するヒアリング及び検討
<input type="checkbox"/> 対策に対し、関係者からの意見収集を行っているか
<input type="checkbox"/> 検討した対策は、課題を生じさせている要因に対応したものになっているか
<input type="checkbox"/> 検討された対策が実行された場合、課題解決につながっていくというイメージを持つことができるか

出所：川越(2017)

表 4. 工程チェックリスト案(続き)

【手順 8】 事業の公募
<input type="checkbox"/> 公募要項の内容を、関係者と共有しているか
<input type="checkbox"/> 公募要項の内容に、事業目的、目標、期待される役割、評価指標など、必要事項が記載されているか
【手順 9】 事業者の選定
<input type="checkbox"/> 事業者の選定基準を設けているか
<input type="checkbox"/> 事業者を適切に選定するための委員会等を設けているか
【手順 10】 事業の中間評価
<input type="checkbox"/> 中間評価の時期を設定しているか
<input type="checkbox"/> 事業を中間評価する体制を検討しているか
<input type="checkbox"/> 事業を中間評価する体制が構築できていたか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 事業を中間評価する方法や基準を設定しているか
<input type="checkbox"/> 評価指標を測定したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 投入された量を把握したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 要したコストを把握したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 設定した短期目標の、最終評価期間までの達成可能性を評価したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> コストパフォーマンスを評価したか（事後のみ）
【手順 11】 事業の事後評価
<input type="checkbox"/> 事業の最終評価時期を設定しているか
<input type="checkbox"/> 事業を評価する体制が構築できていたか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 事業を評価する方法や基準を設定しているか
<input type="checkbox"/> 評価指標を測定したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 投入された量を把握したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 要したコストを把握したか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 設定した短期目標は最終評価期間内に達成できたか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> コストパフォーマンスを評価したか（事後のみ）
【手順 12】 事業の見直しの検討
<input type="checkbox"/> 事業の見直しを行う体制を検討しているか
<input type="checkbox"/> 事業の見直しを行う体制を構築できていたか（事後のみ）
<input type="checkbox"/> 次年度以降の事業見直しの方向性が示されたか（事後のみ）

出所:川越(2017)

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）
平成 28 年度分担研究報告書

医療及び介護の総合的な確保に向けた基金事業の評価の枠組みに関する研究

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 室長）

研究要旨

目的：医療・介護総合確保基金を用いた都道府県事業の効果的・効率的な推進を実現するための評価について、その枠組みや考慮すべき事項について整理を行うこと。

方法：OECD による保健医療システム評価の概念フレームワークをベースに、我が国における医療と介護の総合的な確保の文脈に沿うような枠組みについて検討を行なった。

結果：社会的な背景から国民の健康状態の改善に至るまでのプロセスを 5 階層に分けた評価の枠組みを設定すると共に、基金事業のマネジメントの観点から重視すべきポイントについての整理を行なった。

考察・結論：本研究により、基金事業自体のアウトプットとそれがもたらすケア/サービスレベルでのアウトカムから、適切なケア/サービスの組み合わせを通じて得られる社会的なアウトカムまでを重層的に評価可能な枠組みを設定することが可能となった。今後はこうした枠組みに沿って、①効果的な施策の立案、②効率的な実施方法、③具体的な効果指標をセットにしたロジックモデルの開発を進め、それぞれのステップで必要となるデータを整備していくことにより、各都道府県が最小限の努力で最大の効果を発揮できる環境が整うものと期待される。

A. 研究目的

本研究では、「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 6 条による基金（以下、医療・介護総合確保基金）を用いた都道府県事業（以下、基金事業）の効果的・効率的な推進を実現するための評価について、その枠組みや考慮すべき事項について整理することを目的として検討を行なった。

B. 研究方法

基金事業の評価の枠組みについての検討にあたっては、OECD による保健医療システム評価の概念フレームワーク¹⁾をベースとして、我が国における医療と介護の総合的な確保の文脈に沿うように翻訳・修正を行なった。また、評価において考慮すべき事項の検討にあたっては、医療・介護に関わるその他の計画との関係に着目した上で、基金事業のマネジメントの観点から重視す

べきポイントについての整理を行なった。

C. 研究結果

1. 基金事業の評価の枠組み

OECDによる保健医療システム評価の概念フレームワークでは、図1のような形で多層的な評価を行なうことが提案されている。これを我が国の文脈に沿って、医療及び介護の総合的な確保の観点から翻訳・修正を行なったものが、図2である。

図2に示した枠組みでは、人口学的・経済学的な背景や医療費と財源といった社会的な環境(I)の上で、ケア/サービスを提供するための資源と実際に提供される活動(II)を列挙し、それぞれのサービスや活動が質・アクセス・費用的な観点からのどのような状況にあるかをパフォーマンス(III)として評価する形となっている。これにより、基金事業で実現されるケア/サービスのための資源の充実や活動の強化といった事業の直接的なアウトプットと、それらがもたらす医療・介護システムとしてのパフォーマンスの改善というアウトカムとを区別して評価することが可能になる。

また、医療・介護においては複数のアプローチによりケア/サービスが提供されていることも多い。そうした場合には、並立しているサービスの適切な組み合わせについても評価することが必要になる。そのため、我々のモデルではOECDのフレームワークにIV-aを追加し、医療・介護の連携を通じた適切なケア/サービスの組み合わせ(あるいは棲み分け)についても評価を行うことを考えた。

2. 評価において考慮すべき事項

今後10年間を見通した中での、医療・介

護に関わる主な計画はおおよそ図3のような流れになっている。この中で、医療と介護の総合的な確保については基金を充てて実施する事業の進捗管理の観点から計画の期間が原則として1年間とされており、各都道府県にとっては、中長期的な医療・介護に係る計画の策定・管理と短期的な基金事業の実施が相まって、短いスパンで頻回に作業が発生する形となっている。

こうした状況が都道府県にとって過度な負担とならないようにするには、基金事業の評価に際して用いる指標や目標と医療計画、介護保健事業計画等で用いるものを一体化し、共通のスケールに沿って管理できるようにすることが望ましい。

また、医療・介護基金事業の中には単年度のうちに成果を上げることができない、あるいは困難なものもある。こうした観点からは、単年度の活動成果によるアウトプットと事業を通じた中期的なアウトカムとを組み合わせた複眼的な評価のバランスを調整し、中期的なマネジメントの比重を増していくことも必要と考えられた。

さらに、今後は地域医療構想の実現を目指した調整会議を通じて、2025年に向けた各地域の課題と対策の具体化が進むことと予想される。そのため、基金事業の内容については地域医療構想の進捗にあわせた継続的な調整が必要と考えられた。

なお、今後基金事業が効果を上げていくためには、図4に示した医療と介護の総合的な確保における課題の抽出から解決までのプロセスを形式知として蓄積し、マネジメントの体系化を進めることが重要である。そのためには①効果的な施策、②効率的な実施方法、③具体的な効果指標をセットに

したロジックモデルの整備を行ない、3つのステップで必要となるデータが利用可能な環境を整備することが求められる。

D. 考察およびE. 結論

本研究では、OECDの保健医療システム評価フレームワークを基礎として、医療・介護の総合的な確保に向けた基金事業の評価の枠組みについての検討を行ない、その結果として、社会的な背景から国民の健康状態の改善に至るまでのプロセスを5階層に分けた評価の枠組みを提案した。

今回提案する枠組みでは、個別のケア/サービスに係る資源と活動の内容と、ケア/サービスの質・アクセス・費用という3つの局面からのパフォーマンスとを区別することにより、基金事業自体の直接的なアウトプットの評価と、事業がもたらすサービスレベルでのアウトカムの評価とを意識的に切り分けて評価する形となっている。また、そうした個別のサービス単位での評価の上に国民の健康状態などに関わる社会的な評価を位置づけた上で、医療と介護の連携・棲み分けによる適切なサービスの組み合わせについての評価の層を設けることにより、サービス単位の部分最適化に留まらない、全体最適化に向けた評価が可能となっている。

今後はこうした枠組みに沿って、①効果的な施策の立案、②効率的な実施方法、③

具体的な効果指標をセットにしたロジックモデルの開発を進め、それぞれのステップで必要となるデータを整備していくことにより、各都道府県が最小限の努力で最大の効果を発揮できる環境が整うものと期待される。

F. 健康危険情報

(特になし)

G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

石川ベンジャミン光一. 事業評価の可能性－基金事業の展望, 日本財政学会第73回大会 2016/10/23 (京都).

H. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得・実用新案登録・その他

特になし

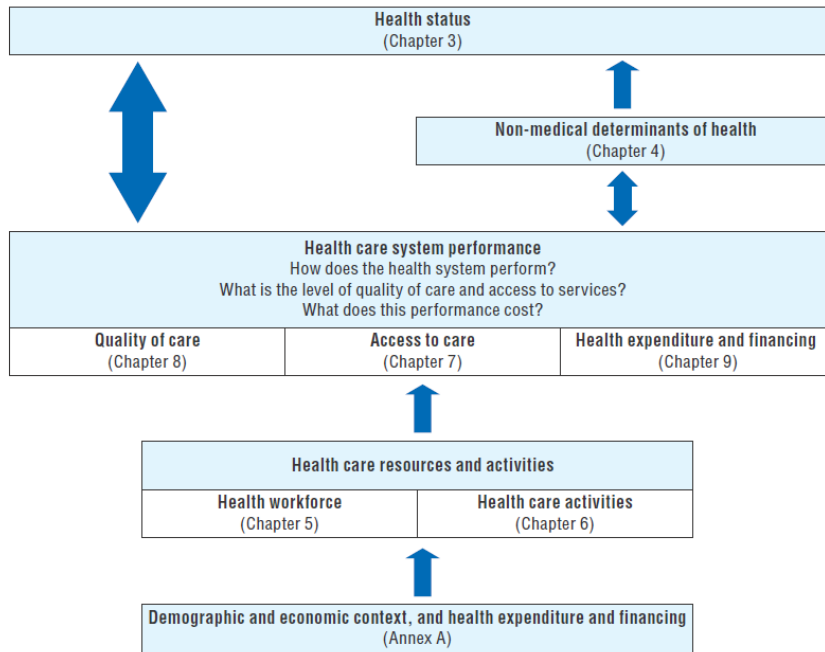
参考文献

1) OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

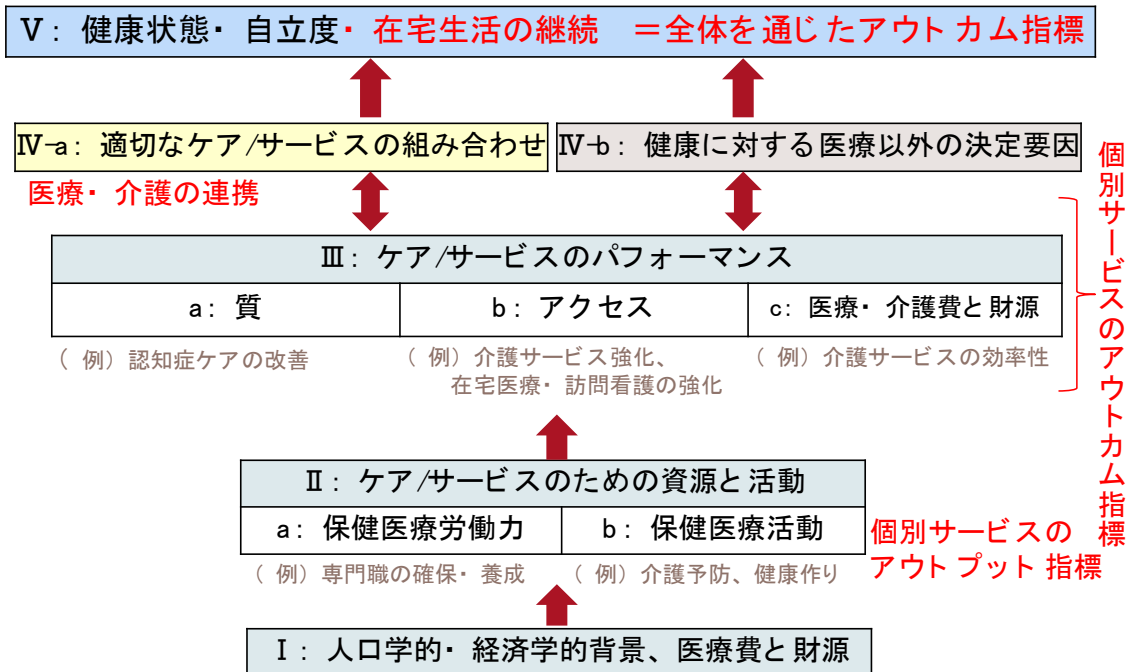
図 1 : OECD による保健医療システム評価の概念フレームワーク

Figure 0.1. Conceptual framework for health system performance assessment



Source: Adapted from Kelley, E. and J. Hurst (2006).

図 2 : 医療と介護の総合的な確保に向けた評価の枠組み



(出所) OECD (2015)*を参考に研究班が作成。

(*) Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

図3：医療計画・介護保険事業計画と基金事業の関係

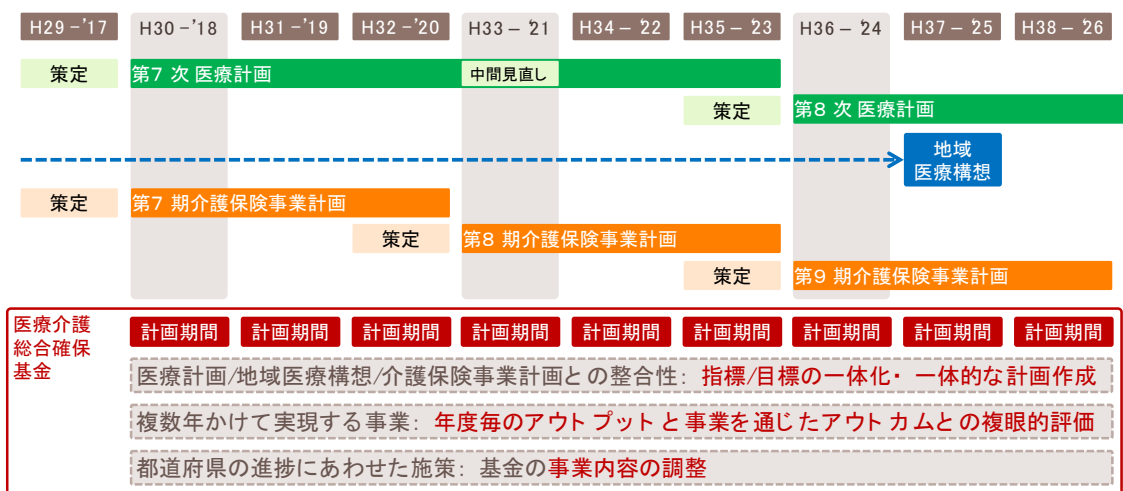
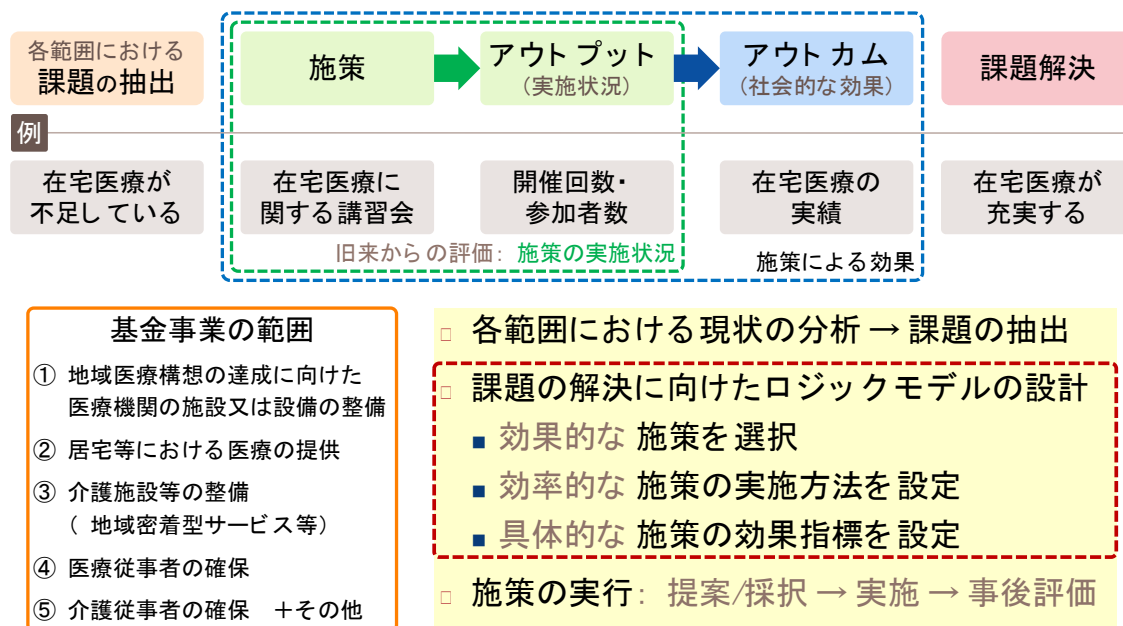


図4：基金事業が効果を上げていくためのマネジメントの体系化



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

「基金事業のアウトカムの考え方の整理及びアウトカム把握のための指標例の作成」

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：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、定量的なアウトカム評価指標例作成を行うこと

方法：評価枠組みの概念化をふまえつつ、従前の医療計画、介護保険事業支援計画等で提示、用いられていた指標および医療計画の見直し検討会等で示された指標から活用可能と考えられるものを抽出した。さらに、その他の既存の統計資料から選定した。これらの指標と個別事業の組み合わせを作成した。その適切性について、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、都道府県担当者に対して確認を求めた。

結果：事業区分 1 については 2 事業、事業区分 2 については 4 事業、事業区分 3 についても 4 事業、事業区分 4 については 15 事業、事業区分 5 については 15 事業（細分化すると 21 事業）について指標例を作成された。

考察：本研究で提示した指標例は、都道府県が独自に指標を設定する場合にも研究班が提示している条件を満たすものを選定することにより、既存研究が提示する良い業績測定尺度の基準を満たし、一定の望ましい性質を持つと考えられた。他方で、都道府県の業務負担を削減する方策やアウトカム指標の適切さの継続的検証が必要と考えられた。

結論：本研究で提示された指標例やその考え方を都道府県が活用する一方、研究者によるアウトプットとアウトカムの関係の学術的な検証の継続、公的統計が二次医療圏－市町村単位で一次集計されることなどの支援策により効果的・効率的な事業評価を都道府県が行えると考えられた。

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、定量的なアウトカム評価指標例作成を行うことである。

B.研究の方法

昨年度の研究成果をふまえて行われた評価指標の概念化(石川他 2017)をふまえて、個別事業ごとにアウトカム指標例の作成を行った。

具体的な作成手順は次のとおりである。第6期の医療計画の指標例として国が定めていたもの、実際に都道府県が使用している医療計画の指標、介護保険事業支援計画の指標および医療計画の見直し検討会等で示された指標、のなかから活用可能と考えられる指標をまず抽出した。抽出した指標をその性質からドナベディアンの意味でのストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した。さらに、審議会等で議論されていないものや既存計画等では使用されていないものを既存の統計資料から選定した。

これらの指標を、基金事業の個別事業の目的・事業内容をふまえて、関連性が高いと思われる指標例と個別事業の組み合わせを作成した。この組み合わせの適切性について、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

作成されたアウトカム指標例は表 1-1 から表 1-5 のとおりであり、それぞれ事業区

分 1~5 の事業に対応している。事業区分 1 については 2 事業、事業区分 2 については 4 事業、事業区分 3 についても 4 事業、事業区分 4 については 15 事業、事業区分 5 については 15 事業(細分化すると 21 事業)について指標例を作成した。各表には事業の種類、事業内容の他にアウトプット指標例も記載されている。

なお、各指標の冒頭の記号の意味はつぎのとおりである。

◎：医療計画(第6期)の必須指標

○：医療計画(第6期)の推奨指標

□：医療計画(第6期)の必須・推奨以外の指標例

△：上記以外で、医療計画および介護保険事業支援計画での使用例がある指標

また、各指標末尾の出典情報については次のとおりである。

すみつき括弧(【】)：公表統計から引用または計算により利用可能な指標

大かっこ(〔 〕)：既存統計の特別な集計が必要な指標

出典情報の記載がない場合：特別な調査等が必要な指標

各事業に対して、Donabedian(1983)の意味における、構造、プロセス、アウトカムのすべての性質のアウトカム指標が割り当てられるように検討したが、一部の事業ではドナベディアンの意味でプロセスやアウトカムの性質を持つ、アウトカム指標を割り当てることができなかった。

D.考察

本研究では、基金事業として実施される個別の事業のアウトカムを把握するための指標例の作成を行った。

基金事業の実施をインプットとすれば、事業によってもたらされる直接的な成果はアウトプットとして把握される。他方、基金事業のアウトカムは、アウトプット産出により、患者・住民や地域にもたらされると期待される変化である。アウトプットがまさに事業の直接の成果である一方、アウトカムは事業以外の他の要因の影響も受け得るものである（図2参照）。

たとえば、「訪問診療を必要な時に受けて安心して自宅で療養ができること」や「自宅で家族に負担をかけずに最期の時を過ごすこと」の潜在ニーズが住民にある場合、在宅療養支援診療所の整備で対応できるかも知れない。他方で、在宅療養支援診療所の整備（アウトプット）を行ったとしても、患者の医療ニーズや患者・家族の都合、近隣の病院や介護施設の入院・入所 Policy の変化といった、基金事業以外の要因に影響を受けて「訪問診療を必要な時に受けて安心して自宅で療養ができること」や「自宅で家族に負担をかけずに最期の時を過ごすこと」というアウトカムがどの程度達成されるかは変動するであろう。

アウトプットと違って、アウトカムは不確定な要素にその達成が影響を受けるため、インプットによりアウトカムが達成できないことが事後的に明らかになる可能性がある。逆に言えば、事前にどのようなインプット（事業）を行えば、どのようなアウトカムがどの程度達成されるかが明らかになっている場合はほとんどないかも知れない。それゆえ、研究者等がインプットとアウトカ

ムの関係について事後的な情報を、用いて着実に研究していく環境が重要であるし、現状では都道府県がこれまで実施されてきた事業のインプット、アウトプットとアウトカムについてどのような関係が想定されるかというロジックモデルをきちんと構築することが重要である。その上で、都道府県がインプットとアウトカムの関係についての事後的な検証結果に基づいて事業内容や目標とするアウトカムの設定を変更していくようなPDCAサイクルを基金事業において実施することが必須に求められる。

都道府県担当者にとって最も重要なことは、自分たちの地域にどのようなニーズがあるかを把握した上で、それを踏まえた上でアウトカムの設定、アウトカムを達成するような事業（インプット）選定を行うことである。固定された事業（インプット）に対してアウトカムを設定する考え方は、そもそも事業の趣旨と異なり、基金事業による総合確保計画や医療計画、介護保険事業（支援）計画、の達成が困難となる可能性が高いとも考えられるためである。

アウトカムを設定する際に、アウトカムをその発現時期別に複数考えることができる（図3参照）。Newcomer, Hatry and Wholey(2015)の第5章においては、immediate(short term), intermediate, longer term と分類されている。上の例であれば、在宅療養支援診療所が整備されると、「訪問診療を必要な時に受けて安心して自宅で療養ができること」はすぐに増加していくことが可能であり、immediate なアウトカムとして考えることが可能であろう。その後、時間の経過とともに、「自宅で家族に負担をかけずに最期の時を過ごすこと」

というアウトカム (intermediate) が増えていくかも知れない。さらにより長期にわたって考えれば、患者やその家族だけではなく地域住民が「自宅や介護施設、病院など、個人の希望に応じて最期の時を過ごす場所を選択できることは望ましいと思う」といったアウトカム (longer term) も設定することも可能かも知れない。

また、発現時期が同時期であっても複数のアウトカムを考えることも可能であろう。在宅療養支援診療所が整備されることにより、患者本人の「訪問診療を必要な時に受けて安心して自宅で療養ができること」もアウトカムとして考えられる一方、患者家族が「安心して自宅で療養の世話ができること」などもアウトカムとして十分に考えることができるためである。

表 1-1 から表 1-5 では事業区分ごとに事業例とその内容が示されているが、これらの事業は上述のとおり、都道府県において地域のニーズを踏まえた達成すべきアウトカムに基づいて選定されている必要がある。これにより、基金事業が総合確保計画や医療計画、介護保険事業 (支援) 計画の達成を目指すものであることを反映したものになる。

他方、事業ごとに設定されたアウトカムに対しては、その達成を把握・評価するための何らかの指標を設定する必要がある。Newcomer, Hatry and Wholey (2015) の第 5 章においては良い業績測定尺度の基準 (Criteria for Good Performance Measure) として次の項目が掲げられている (カッコ内の日本語は筆者による仮訳である)。

- 1) Meaningful and Understandable
(有意義で理解可能である)

- 2) Balanced and Comprehensive
(アウトカムが漏れなく測定される)
- 3) Timely and Actionable
(速報性があり、活用可能である)
- 4) Goal Displacement
(操作に頑健で、的確に評価できる)
- 5) Practical Consideration and Cost
(有用性とコストがバランスしている)

本研究班で指標例を作成する際に、上記の条件を本研究の文脈に即して次のとおりに解釈し、作業を行った。

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。

A) は 1) Meaningful and Understandable に部分的に対応する。基金が医療介護総合確保促進法により設置されるため、法の趣旨を反映した指標であるべきことを意味している。同法により規定される医療介護総合確保方針において、都道府県計画については「医療及び介護の総合的な確保に関する目標を設定するものとする。」とされている。さらに、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。それゆえ、具体的な指標例は、医療計画（地域医療構想）や介護保険事業支援計画において設定されたものを含むことになる。表 1-1 にある

・不足している病床機能毎（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の病床数

は地域医療構想の達成にかかる平成 29 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の評価指標として採用されているものである（厚生労働省医政局地域医療計画課 2017a,b）。医療計画の見直し等に関する検討会で検討されている指標である

・在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所、病院数

・ 24 時間体制をとる訪問看護ステーションの数

も含まれている（医療計画の見直し等に関する検討会 2016）。

B) は 1) の条件と部分的に対応する。各都道府県がその多様な医療・介護ニーズを背景に総合確保計画や医療計画、介護保険事業（支援）計画を達成する事業が実施される。その医療・介護ニーズを研究班で全て把握できるものではない。それゆえ、本研究で我々が提案しているものは指標例である。すなわち、都道府県自身が達成すべきアウトカムを吟味し、それに必要な事業とアウトカムの達成を測定するための指標例を、研究班の指標例を参考に選択する必要がある。さらに、事業実施後に自ら達成度を評価し、次の事業計画に反映させるという PDCA サイクルに即して事業を実施していく必要がある。

C) の条件は 4) および 5) の条件と関連する。公的統計調査の結果は都道府県が操作することができない。厳密に言えば、公的

統計調査結果のどの部分を指標として採用するかによって都道府県の都合のよい指標を選択できる可能性がある。他方で、どの部分を指標として採用するかによって事業のアウトカムを的確に反映できる部分もある。それゆえ、指標に選択の余地がある場合にはその選択についての理由付けがきちんとできることが重要である。

また、公的統計調査結果として公表されているものを指標に活用する場合は都道府県が使用する費用は非常に低くなる。実際に都道府県が費用をかけて調査を実施し、集計作業を行うことは負担が大きいが、既存の公的統計調査結果を活用できればこの部分の費用が削減できるためである。もっとも、公的統計調査結果を活用できる場合であっても、その結果がインターネット上のどこで収集可能であるか、などについて集約された情報が提供されることによってさらに都道府県の事務負担は削減することができる。この点はシステムとして対応されるべき点であろう。

D) は 3) の条件に対応する。毎年基金事業が実施されるため、毎年公表される公的統計調査の結果を原則として指標とすべきであろう。しかしながら、指標例においては毎年公表される統計調査では事業内容のアウトカム評価に即しないという理由で、2、3 年周期の調査の結果も用いている。表 1-4 において、事業区分 4 の事業番号 1、4、5 において

①医師・歯科医師・薬剤師調査

②衛生行政報告例

③医療施設（静態）調査

が使われている。

また、施設整備事業や医師確保などの長

期的な人材育成など事業の種類によっては効果が発現するまでに2~3年ないしはそれ以上の期間を要するものもあろう。こういった場合には2、3年周期の公的統計調査によっても適切にアウトカムを測定できる可能性があるため、より積極的に補完的なアウトカム指標として用いることも考えられる。

研究班の提示する指標例は都道府県の医療・介護ニーズをすべて網羅して設定することはできない。それなるがゆえに「指標例」としている。そのことは、提案する指標例が2)Balanced and Comprehensive (アウトカムが漏れなく測定される)を達成することはできないことを含意する。その場合、都道府県は個別の医療・介護ニーズを踏まえて事業に対して、独自のアウトカム指標を設定することが必要となる。その際にはE)の条件、「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。」を満たさなければならない。基金の性質を踏まえた上で適切に、なるべく低コストで評価を行うことが求められているためである。

基金事業を実施するにあたっては医療・介護ニーズを長期的な観点で把握することが必要である。また、上述のとおり、事業自体が効果を発現するまで2~3年を要する場

合もあろう。このような点を踏まえると、2、3年周期の公的統計の調査結果についても参考指標として集計され、都道府県が活用できることが必要である。

なお、指標として利用される公的統計は、医療介護総合確保圏域がおおよそ二次医療圏単位であることを踏まえると少なくとも二次医療圏単位、地域包括ケアの地理的単位が中学校区などで設定されていることを踏まえると可能であれば市区町村単位、を地理的範囲として集計されることが必要である。特に、一次集計としてこれらが公表されることは都道府県の事業評価に対して大幅な費用削減効果をもたらすと考えられる。

E.結論

本研究で提示された指標例やその考え方を都道府県が活用する一方、研究者によるアウトプットとアウトカムの関係の学術的な検証の継続、公的統計が二次医療圏一市町村単位で一次集計されることなどの支援策により効果的・効率的な事業評価を都道府県が行えると考えられた。

参考文献

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

【事業区分1】

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
1	病床機能分化・連携事業	回復期リハビリテーションや地域包括ケア病棟等の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想に沿って、基金を活用して整備を行う不足している病床機能毎(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の病床数[地域医療構想、病床機能報告] ・病床機能毎(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の病床数[病床機能報告] △回復期リハビリテーション病棟入院料(1～3)の届出病床数[地方厚生局] ・地域包括ケア病棟入院料(1～2)または地域包括ケア入院医療管理料(1～2)の届出病床数[地方厚生局] 	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟入院料(1～3)の算定回数【NDBオープンデータ】 ・地域包括ケア病棟入院料(1～2)または地域包括ケア入院医療管理料(1～2)の算定回数【NDBオープンデータ】 	
2	ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備	ICTを活用して医療機関・介護事業所間の医療情報ネットワーク構築	<ul style="list-style-type: none"> △地域医療連携ネットワークの整備圏域数 △地域医療連携ネットワークの参加病院数(情報開示病院数) △地域医療連携ネットワークの参加診療所数(情報開示診療所数) ・地域医療連携ネットワークへの登録患者数 △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 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査・画像情報提供加算の算定回数[NDB] ・電子的診療情報評価料の算定回数[NDB] 	

【事業区分2】

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
1	在宅療養支援診療所整備事業	在宅療養支援診療所の整備および運営支援により、継続的な在宅医療の提供と多職種協働による在宅医療支援体制の構築に努める事業	◎在宅療養支援診療所数[地方厚生局] ・機能強化型在宅療養支援診療所数[地方厚生局]	○訪問診療を受けた患者数[NDB] ○往診を受けた患者数[NDB] ・在宅患者訪問診療料算定回数【NDBオープンデータ】 ・往診料算定回数【NDBオープンデータ】	・看取り加算、死亡診断加算を算定した患者数[NDB]
2	訪問看護ステーション整備事業	訪問看護ステーションの整備を行う事業	◎訪問看護ステーション数【介護サービス施設・事業所調査】 △24時間対応体制をとっている訪問看護ステーション数[介護サービス施設・事業所調査] △機能強化型訪問看護ステーション数[地方厚生局]	○訪問看護利用者数[NDB、介護サービス施設・事業所調査]	・看取り加算、死亡診断加算を算定した患者数[NDB]
3	訪問看護職員研修事業	訪問看護師の養成等を行う事業	・訪問看護ステーションの常勤換算看護師数【介護サービス施設・事業所調査】	○訪問看護利用者数[NDB、介護給付費実態調査]	
4	在宅歯科医療連携室整備・運営事業	在宅歯科医療に関する、広報・医療機器の貸出しなどを行う在宅歯科医療連携室を整備・運営する事業	△在宅歯科医療連携室の数	□訪問歯科診療を受けた患者数[NDB]	・誤嚥性肺炎のレセプト出現比[NDB]

【事業区分3】

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
1	地域密着型サービス等整備助成事業	地域密着型サービスための施設等の整備を行う事業	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型介護老人福祉施設の定員(実数または65歳以上人口10万人あたり)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型サービスの事業所数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型介護予防サービスの事業所数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型サービスの利用者数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 ・地域密着型介護予防サービスの利用者数(種類別)【介護サービス施設・事業所調査】 	
2	介護施設等の施設開設準備経費等支援事業	介護施設等の開設時や介護療養型医療施設から介護老人保健施設への転換の際に必要な初度経費を支援する事業	介護保険施設定員数(実数または65歳以上人口10万人あたり、施設の種類別)【介護サービス施設・事業所調査】		
3	定期借地権設定のための一時金の支援事業	特別養護老人ホーム等の用地確保のための定期借地権設定に際して土地所有者に支払われた一時金の支援	介護保険施設定員数(実数または65歳以上人口10万人あたり、施設の種類別)【介護サービス施設・事業所調査】		
4	既存の特別養護老人ホーム等のユニット化改修等支援事業	特別養護老人ホーム等のユニット化または多床室のプライバシー保護のための改修支援、介護療養型医療施設転換整備支援	△介護保険施設のユニット化率(施設の種類別)【介護サービス施設・事業所調査】		

【事業区分4】

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
1	地域医療支援センター事業の運営	都道府県による地域医療支援センターの運営	・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】		
2	産科医等育成・確保支援事業	産科医等の処遇改善を行う医療機関等への財政支援等 産科後期研修医等の処遇改善を行う医療機関への財政支援	◎分娩を取扱う産科・産婦人科病院数および常勤産婦人科医師数【医療施設調査】 ◎分娩を取扱う産科又は産婦人科診療所数および常勤産婦人科医師数【医療施設調査】 ・分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数(分娩1000件あたり)【医療施設調査、人口動態統計】 ・産婦人科後期研修医数 ・手当支給施設の産婦人科医師数 ・手当支給施設の産婦人科後期研修医数		
3	新生児医療担当医確保支援事業	新生児医療に携わる医師の処遇改善を行う医療機関等への財政支援等	◎NICUを有する病院数・病床数【医療施設調査】 ・常勤新生児医療担当医師数 ・新生児医療担当後期研修医師数 ・手当支給施設の新生児医療担当医師数 ・手当支給施設の新生児医療担当後期研修医師数		
4	女性医師等就労支援事業	女性医師の復職・再就業のための研修実施や相談窓口の設置、育児休業や時短に伴う代替医師の確保のための費用支援等	・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】		
5	新人看護職員研修事業	新人看護職員研修を実施する医療機関への支援	△新人看護職員研修実施施設数【医療施設調査】 ・新人看護職員の離職率[病院看護実態調査] △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】		

(※) 女性医師数ではなく単なる「就業医師数」としているのは、性別の統計は3師調査以外ないこと、また性別で目標値を設定することが好ましいかは議論があると考えられるためである。

事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)			
		ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標	
6	看護師等養成所運営等事業	看護師等養成所における教育体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・養成所の国家試験合格率 ・養成所の卒業生の県内就業率 △新卒看護職員の県内就業率【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護師等養成施設の1学年の定員に占める入学者の割合【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 		
7	看護師等養成所施設整備等事業	看護師等養成所における施設・設備の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・養成所の国家試験合格率 ・養成所の卒業生の県内就業率 △新卒看護職員の県内就業率【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護師等養成施設の1学年の定員に占める入学者の割合【看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査】 △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 		
8	看護師宿舍施設整備事業	看護職員定着促進のための宿舍整備	<ul style="list-style-type: none"> △看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師)【衛生行政報告例】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率【日本看護協会】 		
9	医療勤務環境改善支援センター運営	都道府県による医療勤務環境改善支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率【日本看護協会】 ・医療保健業における労災発生件数【労働者死傷病報告】 		
10	勤務環境改善ソフト事業	医療機関における勤務環境改善事業の実施等	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率【日本看護協会】 ・医療保健業における労災発生件数【労働者死傷病報告】 		
11	勤務環境改善ハード事業	ナースステーションの整備等	<ul style="list-style-type: none"> ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率【日本看護協会】 ・医療保健業における労災発生件数【労働者死傷病報告】 		

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
12	潜在看護師就業促進事業	ナースセンターのサテライト展開、潜在看護職員の復職支援研修実施・相談窓口の設置等	<ul style="list-style-type: none"> ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・ナースセンターでの求職数 ・ナースセンターでの就職者数 		
13	院内保育所運営事業	病院内保育所運営の支援	<ul style="list-style-type: none"> △病院内保育所の設置数【医療施設調査】 ・就業医師数【医師・歯科医師・薬剤師調査、医療機能情報提供制度】 ・就業看護師数【衛生行政報告例、医療機能情報提供制度】 ・看護職員の離職率[日本看護協会] 		
14	小児救急電話相談	休日・夜間の急な子どものケガや病気に関する電話相談体制の整備	○小児救急電話相談における深夜対応の可否	・6歳未満の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定件数(6歳未満人口千人当たり) [NDB]	◎小児の救急受診のうち入院を要した割合
15	小児救急医療体制整備事業	小児の休日・夜間救急体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ◎地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数[地方厚生局] □24時間365日の対応が可能な体制が確保されている小児救急医療圏の整備率[NDB、地方厚生局] 	・6歳未満の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定件数(6歳未満人口千人当たり) [NDB]	<ul style="list-style-type: none"> ◎乳児死亡率【人口動態統計】 ◎乳幼児死亡率【人口動態統計】 ◎小児(15才未満)の死亡率【人口動態統計】 ◎小児救急搬送における照会4回以上の割合および現場滞在30分以上の割合【救急・救助の現況(消防庁)】

【事業区分5】

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
1	介護人材確保対策連携強化事業 (協議会設置等)	人材確保等に向けた取組の計画立案とその実現に向けた関係機関・団体との連携・協働の推進	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】 △介護サービス従事者の離職率【介護労働実態調査】		
2	人材育成等に取り組む事業所の認証評価制度実施事業	都道府県による、介護人材育成等に取り組む事業所の認証評価制度の運営	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】 △介護サービス従事者の離職率【介護労働実態調査】		
(現役職員を対象にした事業)					
3-1	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業 —多様な人材層に対する介	介護職員の研修費用の支援等	・介護サービス従事者の離職率【介護労働実態調査】 ・サービス提供体制強化加算の算定事業所数		
		3-1-b 介護従事者が受ける医療的ケア(喀痰吸引及び経管栄養)の研修	・看取り介護加算の算定事業所数【介護給付費実態調査】 ・喀痰吸引等支援体制加算または医療連携の算定事業所数		
3-2	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業	介護キャリア段位制度におけるアセッサー講習を受講させるために事業所が負担した受講料の支援等	・段位別キャリア段位取得者数【介護プロフェッショナルキャリア段位制度webページ】		
3-3	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援	資質向上に資する介護支援専門員を対象とした研修	・居宅介護支援の特定事業所加算の算定を受ける事業所数		
4	各種研修に係る代替要員の確保対策事業	現任職員が各種研修を受講している期間における代替職員の確保に要する経費の支援			

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
5	認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業		・認知症専門ケア加算の算定事業所数		・認知症高齢者の日常生活自立度の悪化度(※)
		5-b 介護サービス事業所の管理者等に対する研修	・認知症専門ケア加算の算定事業所数		
		5-c 認知症サポート医の養成等の研修	・認知症サポート医の数[都道府県が保有・公表する名簿]		
		5-d 初期集中支援チーム員の研修	△認知症初期集中支援チームを設置している市町村数 ・初期集中支援チームの数		
		5-e 認知症地域支援推進員の研修	△認知症地域支援推進員配置市町村数		
6	地域包括ケアシステム構築に資する人材育成・資質向上事業	地域包括支援センター機能強化推進事業等		・見守りのカバー率	・65歳以上人口10万人当たり虐待件数[高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果]
		5-b 生活支援コーディネーター養成研修	・生活支援コーディネーター配置数		
7	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者育成事業	介護予防の推進に資する指導者を育成するため、都道府県リハビリテーション関連団体が、OT、PT、STに対して実施する研修			
8	介護福祉士養成課程に係る介護実習支援事業	介護福祉士養成施設の学生の介護実習受け入れに係る経費の支援等	・介護サービス従事者(介護福祉士)数【介護サービス施設・事業所調査】		
9	介護未経験者に対する研修支援事業	介護職員初任者研修の受講経費支援等	・介護サービス従事者(訪問介護員)数【介護サービス施設・事業所調査】		
10	多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	合同就職説明会の実施、相談窓口の設置、過疎地等での体験就労のための旅費、就職支度金の支援等	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】		
11	潜在介護福祉士の再就業促進事業	潜在介護福祉士の再就業に向けた研修等	・介護サービス従事者(介護福祉士)数【介護サービス施設・事業所調査】		

	事業の種類	事業内容・事業例	アウトカム指標(再掲、要素別)		
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標
(地域住民への啓発等の事業)					
12	地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理	地域住民や学生を対象とした啓発活動等	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】		
13	若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験事業	学生向けの職場体験や、介護ボランティア事業への主婦、高齢者等の参加促進等	・介護サービス従事者数【介護サービス施設・事業所調査】 ・介護ボランティアの人数		
14	助け合いによる生活支援の担い手の養成事業	新しい総合事業において、基準を緩和した訪問型サービスの従事者養成研修、移動(輸送)サービス従事者養成研修、配食サービス従事者養成研修等			
15	権利擁護人材育成事業	「生活支援員」及び「市民後見人」の養成研修、権利擁護人材の資質向上のための支援体制の構築等	・生活支援員の数		・65歳以上人口10万人当たり虐待件数[高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果]

(※) 事業ごとに割り振られている最左列の番号は、管理運営要領で示されている事業メニューの番号とは異なる。

図2：アウトプットとアウトカムの概念

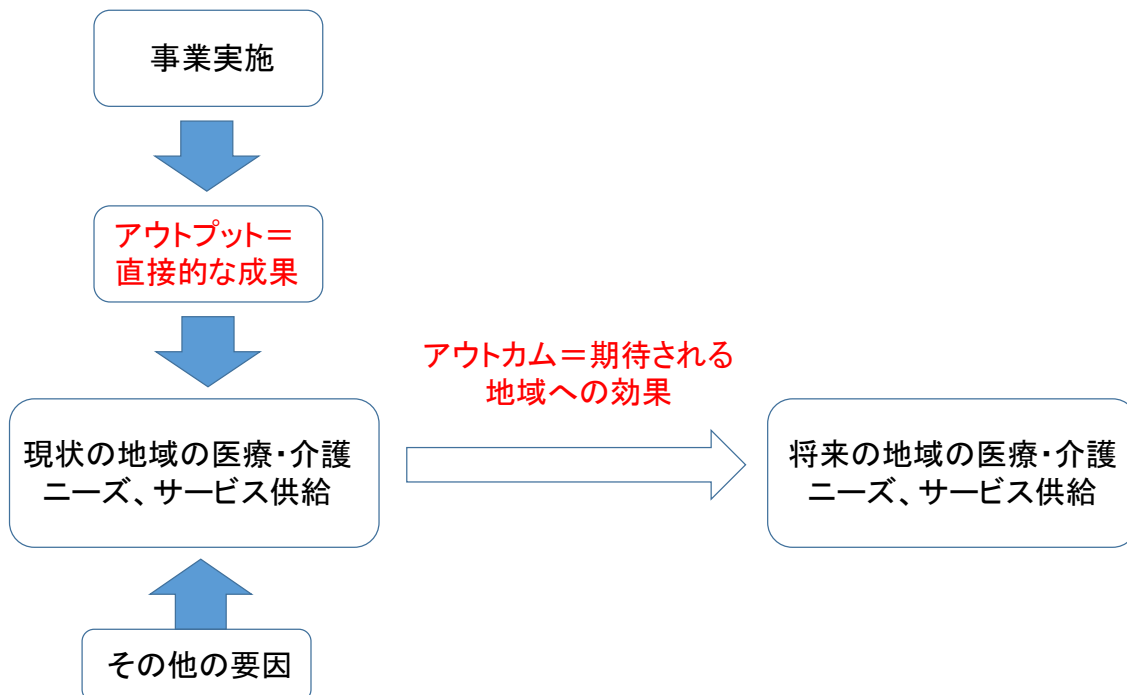
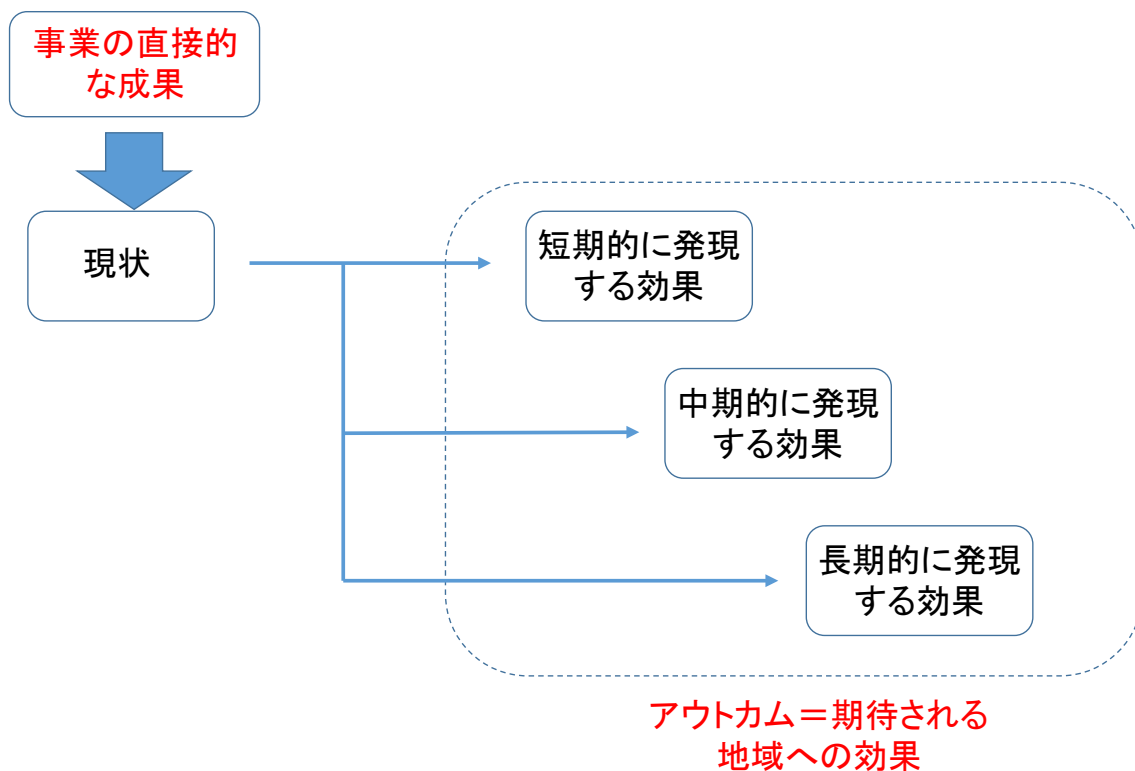


図3：事業の実施とアウトカムの種類ごとの発現時期



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 		<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者の在宅死亡割合【人口動態統計】
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] 		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ・脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数 ・脳卒中の再発率
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] 		<ul style="list-style-type: none"> ・急性心筋梗塞患者の退院患者平均在院日数 [NDB] ・慢性心不全患者の再入院率 ・心疾患を主な原因とする要介護認定患者数（要介護度別）

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
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

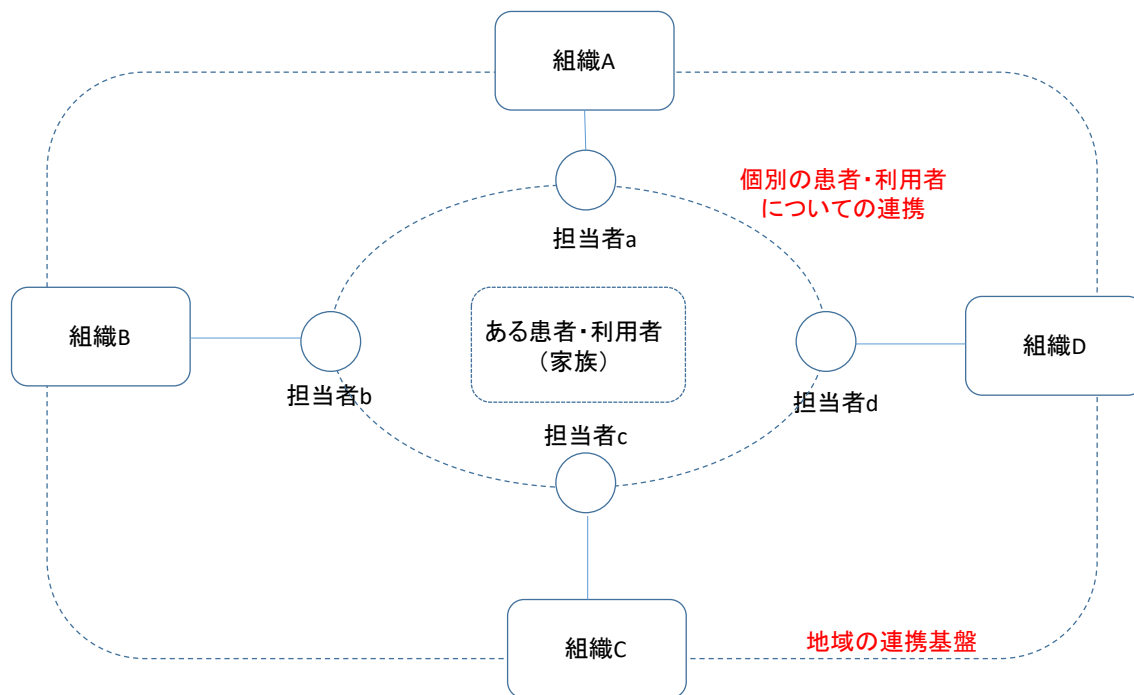
《凡例（各指標末尾の出典）》

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

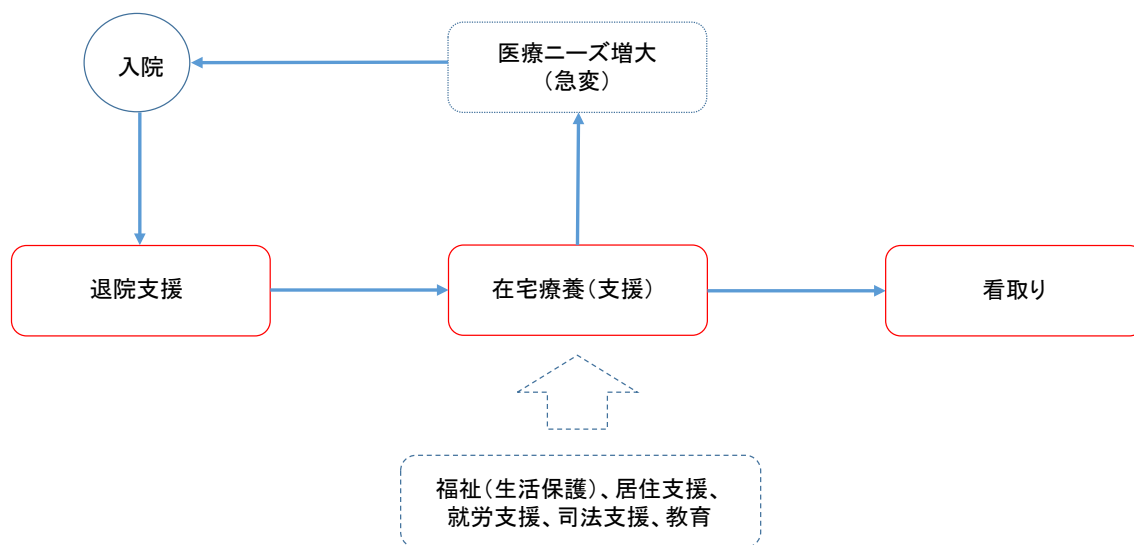
出典が未記載の場合：そのために別途調査が必要な指標

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。

厚生労働科学研究費(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」(研究代表者:泉田信行)
平成28年度分担研究報告書

基金事業計画の事前・事後評価のための工程チェックリスト案の作成

研究分担者 川越雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

研究要旨

【目的】地域医療介護総合確保基金事業の設定目的を達成するためのPDCAサイクルを、都道府県担当者が適切に展開することを支援するための工程チェックリスト案の作成を通じて、効果的な基金事業の運営、ならびに都道府県担当者の事業マネジメント力向上に貢献すること。

【方法】まず、チェックリストに網羅すべき大項目の案を、マネジメントプロセスの手順に沿って検討した。その上で、各々の大項目に対し、具体的な確認事項案を検討した。

【結果】大項目として、①基本理念・基本方針・事業目的の設定、②情報収集及びヒアリング、③現状分析、④将来推計、⑤課題の抽出及び要因分析、⑥長期・短期目標の設定、⑦対策に対するヒアリング及び検討、⑧事業の公募、⑨事業の選定、⑩事業のモニタリング、⑪事業の事後評価、⑫事業の見直しの12項目を挙げた。次に、各項目に対する具体的なチェック項目を検討し、合計50の小項目を挙げた。

【考察及び結論】今回、12の大項目、50の小項目から成る工程チェックリストの案を作成したが、その妥当性、有用性などは検証できていない。今後、都道府県担当者による試行及び評価を経て、その内容をブラッシュアップしていきたいと考える。

A. 目的

団塊の世代が90歳に入る2040年にかけて、医療と介護の両方のニーズを有する85歳以上が急増し、2040年には総人口の約1割を占めることが予想されている。今後、生産年齢人口の減少、医療介護費用や保険料の増大が見込まれるなか、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の政策課題となっている。

これを実現すべく、平成26年から、消費税増収分等を活用した財政支援制度として、「地域医療介護総合確保基金(以下、基金)」が創設され、各都道府県は、策定した計画に基づき、各種事業を実施することとなっている。

同計画には、①医療介護総合確保区域の設定、②目標、③計画期間、④事業内容、⑤費用の額、⑥事業の評価方法などを記載することとなっているが、事業を適切にマネジメントするにはこれら記載内容だけでは十分とは言えない。

そこで、都道府県担当者自身が、事業目的を達成するためのPDCAサイクルを適切に展開するための工程チェックリスト案を今回作成した。同チェックリストの作成を通じて、効果的な基金事業の運営、ならびに都道府県担当者の事業マネジメント力向上に貢献することが、本研究の目的である。

B. 方法

まず、チェックリストに網羅すべき大項目の案を、マネジメントプロセスの手順に沿って検討した。その上で、各々の大項目に対し、具体的な確認事項案を検討した。

C. 結果

1. 大項目案の検討

マネジメントプロセスに沿って、以下の 12 の大項目案を作成した。

- ① 基本理念・基本方針・目的の設定
- ② 情報収集及びヒアリング
- ③ 現状分析
- ④ 将来推計
- ⑤ 課題の抽出及び要因分析
- ⑥ 長期目標／短期目標の設定及び目標達成度を測るための指標の選定
- ⑦ 対策に関するヒアリング及び検討
- ⑧ 事業の公募
- ⑨ 事業の選定
- ⑩ 事業の中間評価
- ⑪ 事業の事後評価(目的の達成状況、目標の達成状況、事業内容、コスト)
- ⑫ 事業の見直しの検討

2. 小項目案の検討

12 の大項目に対し、具体的な確認事項案を検討し、50 の小項目案を作成した(表 1)。

D. 考察及び E. 結論

今回、12 の大項目、50 の小項目から成る工程チェックリストの案を作成したが、その妥当性、有用性などは検証できていない。今後、都道府県担当者による試行及び評価を経て、その内容をブラッシュアップしていきたいと考える。

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:なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし

表 1. 工程チェックリスト案

【手順 1】 基本理念・基本方針・事業目的の設定
<input type="checkbox"/> 基金事業が目指す姿（将来像）がイメージされているか
<input type="checkbox"/> 関係部局と調整の上で、基本理念・方針・事業目的が策定されているか
<input type="checkbox"/> 基本理念・方針・事業目的を、関係者間で共有する機会を設けているか
【手順 2】 情報収集及びヒアリング
<input type="checkbox"/> 計画策定に当たって、都道府県の医療の担当者と介護の担当者同士で意見交換を行うなど、課題認識を共有する機会を設けているか
<input type="checkbox"/> 計画策定に当たって、市町村と意見交換を行うなど、地域毎の課題を把握する機会を設けているか
<input type="checkbox"/> 計画策定に当たって、従来事業を担っていた事業所・団体の担当者と意見交換を行うなど、事業実施上の課題を把握する機会を設けているか
【手順 3】 現状分析
<input type="checkbox"/> 事業に関連する既存データを網羅的に収集できているか
<input type="checkbox"/> 課題を抽出するという目的に即したデータ分析が行われているか
【手順 4】 将来推計
<input type="checkbox"/> 将来推計に関する目標年度を設定しているか
<input type="checkbox"/> 目標年度の必要量（病床数、医療・介護職員数等）を推計できているか
【手順 5】 課題の抽出及び要因分析
<input type="checkbox"/> 目指すべき姿（ゴール）が設定されているか
<input type="checkbox"/> 目指すべきゴールと現状の両面を捉えた上で、課題が抽出されているか
<input type="checkbox"/> 課題を生じさせている要因に関する情報を収集しているか （先行研究、調査、ヒアリングなど）
<input type="checkbox"/> 課題を生じさせている要因について、多面的に捉えられているか （多様な関係者へのヒアリングなど）
<input type="checkbox"/> 課題を生じさせている要因と結果に関する仮説（メカニズム）が立てられているか
【手順 6】 長期目標／短期目標の設定及び目標達成度を測るための指標の選定
<input type="checkbox"/> 目標は具体的に記載されているか
<input type="checkbox"/> 目標は測定可能なものとなっているか
<input type="checkbox"/> 目標は達成可能な現実的なものとなっているか
<input type="checkbox"/> 目標は目的に沿った内容となっているか
<input type="checkbox"/> 目標の期限が設定されているか
<input type="checkbox"/> 測定される指標は、目標を図る上で妥当なものとなっているか
【手順 7】 対策に関するヒアリング及び検討
<input type="checkbox"/> 対策に対し、関係者からの意見収集を行っているか
<input type="checkbox"/> 検討した対策は、課題を生じさせている要因に対応したものになっているか
<input type="checkbox"/> 検討された対策が実行された場合、課題解決につながっていくというイメージを持つことができるか

表 1. 工程チェックリスト案(続き)

【手順 8】 事業の公募
<input type="checkbox"/> 公募要項の内容を、関係者と共有しているか
<input type="checkbox"/> 公募要項の内容に、事業目的、目標、期待される役割、評価指標など、必要事項が記載されているか
【手順 9】 事業者の選定
<input type="checkbox"/> 事業者の選定基準を設けているか
<input type="checkbox"/> 事業者を適切に選定するための委員会等を設けているか
【手順 10】 事業の中間評価
<input type="checkbox"/> 中間評価の時期を設定しているか
<input type="checkbox"/> 事業を中間評価する体制を検討しているか
<input type="checkbox"/> 事業を中間評価する体制が構築できていたか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 事業を中間評価する方法や基準を設定しているか
<input type="checkbox"/> 評価指標を測定したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 投入された量を把握したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 要したコストを把握したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 設定した短期目標の、最終評価期間までの達成可能性を評価したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> コストパフォーマンスを評価したか (事後のみ)
【手順 11】 事業の事後評価
<input type="checkbox"/> 事業の最終評価時期を設定しているか
<input type="checkbox"/> 事業を評価する体制が構築できていたか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 事業を評価する方法や基準を設定しているか
<input type="checkbox"/> 評価指標を測定したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 投入された量を把握したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 要したコストを把握したか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 設定した短期目標は最終評価期間内に達成できたか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> コストパフォーマンスを評価したか (事後のみ)
【手順 12】 事業の見直しの検討
<input type="checkbox"/> 事業の見直しを行う体制を検討しているか
<input type="checkbox"/> 事業の見直しを行う体制を構築できていたか (事後のみ)
<input type="checkbox"/> 次年度以降の事業見直しの方向性が示されたか (事後のみ)

厚生労働科学研究費（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」（研究代表者：泉田信行）
平成 28 年度分担研究報告書

都道府県の基金事業評価におけるアウトカム指標の活用に向けた
市町村における基金関連事業等の運用の在り方に関する考察

研究分担者 小野太一 政策研究大学院大学 教授

研究要旨

都道府県の基金事業評価におけるアウトカム指標の活用に向け、ヒアリングの結果等に基つき、都道府県が関係する事業を推進する際に直面している運営上の課題等について、特に、市町村等との関係等に関するコメントを整理し、考察を加えた。

都道府県と市町村との関係に関しては、医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、市町村の自覚がまだ十分ではないこと、市町村と都道府県との関わりのチャンネルは地域事務所等を通じる場合も本庁が直接やり取りをする場合もあること、責任や費用負担の問題もあり過剰に介入できないこと、市町村への支援に関し、財政当局や議会から市町村事業と県全体の事業との整合性等について問われること等の指摘が確認された。

また市町村においては、業務上の連携体制が構築途上であり、またその進捗の度合いには差があることを示唆する意見もあったこと、地域医療構想に係る会議等への市町村の参加の趣旨の理解や、介護と関連することである旨の認識についての意見があったこと、市町村職員については二極化している旨の状況を指摘する声や、企画的仕事を担える人材が張り付いていないところもあるという感触を得ていること等が確認された。

市町村の側には市町村における地域包括ケアの実現の方向性と県行政の方向性の軌道を揃えていくことが求められること、都道府県の側には情報提供の内容・ルートを工夫すること、また都道府県、市町村ともに的確な量・質の人材の配置が求められること等が抽出された。地域医療構想の実現等を担う都道府県と在宅医療と介護の連携の下での提供体制の整備等を担う市町村が相互に担う責任を達成するためには、相手方がその責任を全うすることが前提となっている。市町村における適切な在宅医療・介護連携の構築・推進が、都道府県が行う事業についての指標を用いてのアウトカム評価を的確なものとするための前提となるものと考えられる。在宅医療・介護連携の進捗や姿勢・人材配置等様々な市町村の状況を踏まえながらの事業実施という難題への説明責任を果たすためにも、都道府県連携指標等を用い、医療・介護連携の各フェーズ間の流れを評価する必要がある。さらに 2018 年度に向けて両者は財政面においても厳しい説明責任を負うタイミングとなるからこそ、情報の共有と連携は緊密かつ注意深く行われる必要がある。

A. 研究目的

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」において、都道府県は「地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画」（「都道府県計画」）を、医療計画、介護保険事業支援計画と整合的、一体的に作成し、基金事業の運営等により、市町村とともに「効率的かつ質の高い医療提供体制」及び「地域包括ケアシステム」の構築を進めていくこととされている。

当研究班では、都道府県による基金事業の効果的な運営に資するべく、事業評価のための指標例や評価の枠組みの在り方に関する検討を行ってきたところである。医療介護総合確保法において、地域包括ケアの構築が目指されており、医療・介護連携の促進は極めて重要な課題となる。連携を含めた評価指標や評価の枠組みが有効に機能するためには、その前提として医療の担当部局と介護の担当部局の間の連携や、都道府県と市町村の連携など、行政における適切な体制構築が不可欠である。医療計画を策定する都道府県と介護保険事業計画を策定する市町村の連携の具体的なあり方に関する議論の必要性は、医療介護総合確保促進会議においても指摘されている¹。

本研究では、こうした点を踏まえ、評価指標を用いた基金事業の効果的な運営に資するための市町村との関係の在り方について、都道府県へのヒアリングに基づいて検討・考察を行った。都道府県へのヒアリン

¹ 2016年7月4日第7回医療介護総合確保促進会議における今村聡構成員（日本医師会副会長）の発言。

グを踏まえた事業運営の在り方の検討については、既に小野（太）他（2016）において、都道府県レベルでの課題やあるべき姿についての考察を取りまとめたところである。本研究はここで十分に触れることのできなかった市町村との関係性の在り方について、掘り下げて考察を行ったものである。

B. 研究方法

都道府県庁の基金事業担当者に調査の依頼を行い、承諾の得られた都道府県に訪問し、半構造化面接の手法によりインタビューを実施した²。北海道・東北地区の2、関東地方から1、中部地方から2、近畿地方から4、中国・四国地方から1、九州地方から3の都道府県である³。

本研究では、このインタビューで得られた内容のうち市町村等との関係等に関するコメントを整理し、指標を用いたアウトカ

² 本稿で整理するヒアリング結果は、本来目的としての評価指標に関する事項の聞き取りを半構造化面接の手法により行った、先方とのやり取りの流れの中で先方から発言されたことを掬い上げてまとめたものであり、以下で指摘するすべての事項についてすべてのヒアリング対象に対して均等に網羅的に尋ねてはいないことに留意いただきたい。また本稿は都道府県からのヒアリングのみを踏まえて整理したものであり、市町村をはじめ他の当事者の意見等は聴取していない。そのためいわば都道府県側からの一方的な主張となっている部分もあり、対抗する意見もあることが想定される性質のまとめとなっていることを承知いただきたい。

³ なお研究班で訪問した都道府県は計15か所であるが、2箇所については今回の整理に関係したご発言がなかったため、ここでは数に入れていない。

ム評価を効果的に機能させるための条件を明らかにする観点から、若干の考察を加えた。

C. 研究結果

上記関心部分に関して、ヒアリングから以下が抽出された。

(1) 都道府県と市町村との関係

1-1) 全般的状況

2018年度(平成30年度)から市町村における在宅医療・介護連携の実施が本格化するが、現時点での各市町村の実施状況については実態としてもばらつきがあることが報告されている⁴。ヒアリングでも市町村は変わってきているとの指摘もあったが、多くの県では、医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、市町村の自覚がまだ十分ではない旨の指摘が出されている。県に対して医師会との調整の仲介を頼むも、仲介後何をしたいかが明確でない例や、市町村は在宅医療・介護連携推進事業で掲げられている(ア)～(ク)の事業⁵をこなす

⁴ 社会保障審議会介護保険部会資料(2016.11.16)

⁵ 在宅医療・介護連携推進事業は2014年の介護保険法の改正により、2015年度から介護保険法の地域支援事業として市町村の事業とされ、2018年度からすべての市町村で実施することとされているものである。その事業項目として、介護保険法施行規則第140条の62の8に8つの項目(地域の医療・介護の資源の把握、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、医療・介護関係者の情報共有の支援、在宅

ので精一杯であるとの指摘もある。

そうした市町村と都道府県との関わりのチャンネルであるが、県の規模や行政組織により様々ではあるが、地域事務所ないし保健所で管轄の市町村の事情を把握し、支援を進めている例も複数あった。ただし県本庁が直接かかわって支援をしている例も存在した。

1-2) ア～クの事業

市町村支援の基本的な姿勢としては、2018年度から市町村が適切にして事業を展

医療・介護連携に関する相談支援、医療・介護関係者の研修、地域住民への普及啓発、在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携)が掲げられている。これら8項目の事業について、厚生労働省作成資料においては(ア)～(ク)と付番されているため、関係者の間では一般的に「(ア)～(ク)の事業」と呼ばれている。なおこれらの事業については市町村にある地域支援事業の財源により行われるものであるため地域医療介護総合確保基金の対象とは基本的にならないが、厚生労働省より、「市区町村との役割分担を明確にしたうえで、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、平成27年度以降も地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。」とされている。さらに「在宅医療の充実のための事業」については、「平成27年度以降も引き続き、地域医療介護総合確保基金を活用して実施していくこととなる。」とされている。(平成27年3月6日第4回医療介護総合確保促進会議参考資料6)

開していけるようにするため、地区医師会との連携体制の構築に支援を行っている例も存在したが、上記の（ア）～（ク）の事業をこなすのに精いっぱいな市町村に対して支援の方法を思案しているという率直な指摘や、しゃくし定規に『市町村の仕事』と思わないようにしつつも責任関係も費用負担の問題もあるので過剰に介入できないとの指摘もあった。ただし退院支援に関連するようなものに関しては病院との連携が問われることから、県が主体となって市町村についてはむしろ客体的に捉えて進める方向性も示されていた。他方在宅医療・介護連携に関する市町村支援に関し、研修だけではなくモデル事業で市町村に実際事業を体験させることで、特にある程度の規模の市町村が力をつけているとの実感があり、県のイニシアチブでの進捗を述べた例もあった。

1-3) 基金事業等における関係性

なお医療と介護の連携に関する事業については、市町村の医療・介護どちらの部局からも要望等があり、県側でもどちら側でも受けるとする旨の発言があった。また総合確保法で任意ではあるものの市町村が策定することとされている市町村計画に位置付けられる、各市町村が主体となって行う事業への支援に関しては、県内の調整において、財政当局から市町村事業と県全体の事業との整合性について問われることや、また議会から、特定の市町村での事業だけでなく他の地域への展開もするべきではないかといった旨の指摘が予想されるなどの指摘があった。特に後者との関係については、施設整備などで将来にわたっての（県

内の地域間の）順番の整理などをしないと組み立てられないという指摘がなされた。議会との関連では、指標を示してPDCAサイクルを回すことについて、適切な目標設定が困難なため数字が明らかなことになっていることに伴うプレッシャーを気にする発言もあった。

（２）市町村の仕事の仕方

2-1) 業務運営上の課題

まず市町村における医療介護連携の担当者について、県からの依頼で在宅医療の担当と窓口を決めてもらったとする県があった一方で、特定の医療の担当者はいない、あるいは事業単位で分かれているとする場合もあった。前者、後者の自治体ともしかしながら介護系と医療系の部局の意思疎通については、市町村の対応は様々である旨の指摘があった。また別の県では、医療介護連携に係る市町村の窓口については介護側が多いが、健康づくり関連部局もかかわるべきであるものの、県から市町村への伝達が介護サイドで行われると、市町村内でそれは介護の仕事であるという意識が働く傾向にあるとの説明もあった。市町村の中のそうした状況に関し、それぞれの自治体の担当の中で、業務上の連携の度合いに差がある状況を示唆する意見もあった。また地域医療構想に係る会議等に市町村の担当者は出席しているものの、構想区域ごとの調整会議については市町村は参加しているが、参加の趣旨の理解や、介護と関連することである旨の認識についての意見や、県が行うモデル事業の担当課と地域単位の会議で情報共有しているが、医療介護の連携、という明確な位置づけが組織的にはできて

いない旨の指摘もあった。ただし、都道府県においては、市町村事務において普段の連携体制までは確認できていない旨の発言もあった。調整や連携に関し、形にはなりにくい人同士のネットワークでやり繰りするスタイルで進めている旨の指摘もあった。さらには仕事の仕方として、都道府県が踏み込みすぎることにより市町村の主体性が損なわれないかを懸念するような指摘もあった。

2-2) 市町村職員の意識・能力の2極分化

また市町村職員については、全く分からないか、大変意識が高いか二極化している旨の状況を指摘する声があり、研修の機会などで市町村の担当者が仕切り切れておらず、実際県に依存している状況も指摘された。また人材の配置に関しては、介護保険制度が制度創設から20年近く経っており多くの業務がルーティーン化しているが、総合事業や医療介護連携はそうしたルーティーンではなく企画的工作である。現状、そうした企画的工作を担える人材が張り付いていないところもあるという感触であるといった、人事の体制に係る指摘も見られた。

2-3) 職員の能力や負担への依拠

また個々人の能力に関しては、特に介護について中心人物の個性に依存している旨の指摘もあった。計画策定や地域包括支援センターの運営に関して委託している市町村などでは、市町村の方で実態の把握ができなくなってしまうという、仕事の進め方に関わる指摘もあった。特に医師との関係について、付き合いの浅薄や相談しづらい雰囲気存在や、医師会をグリップ

しないとコメディカルだけの集まりになってしまうにもかかわらず、医師会で進められている連携に係る事業などを把握しきれしていないなどの指摘があった。一方で、市町村において目の前の仕事が精いっぱい将来に向けての検討を行っているかは疑問視しつつも、地域包括支援センターの職員の中には医師にはアプローチできなくても何とかなるというような気概で連携事業にあたる姿勢を見せる例や、市立病院が在宅医療に積極的に取り組んでいるケースの指摘もあった。またそもそもの市町村の体制について、1人で複数（の業務を）やっているようなところがほとんどという現状があり、そういった中で新たな負荷をかけることへの懸念もあった。

D. 考察及び E. 結論

1) 小括

以上より、都道府県と市町村との関係に関しては、多くの県では医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、市町村の自覚がまだ十分ではないこと、責任関係も費用負担の問題もあるので過剰に介入できないとの意識も見られたこと、一方で県の主体的な事業実施や、モデル事業による市町村の事業体験など、県のイニシアチブの下での進捗もあること、各市町村が主体となって行う事業への支援に関し、財政当局や議会から市町村事業と県全体の事業との整合性等について問われること等の指摘が確認された。また市町村の仕事の仕方としては、総じて縦割りであること、また地域医療構想に係る会議等への市町村の参加の趣旨の理解や、介護と関連することである旨の認識についての問題意識が提示され

たこと、市町村職員については二極化している、あるいは企画的工作を担える人材が張り付いていないところもあるという意識等が確認された。

2) 自治体業務のパラダイムシフト

2016年度末の現在、各市町村においては2018年度からの第7期介護保険事業計画の策定に向けた準備作業が進められているが、介護サイドにおいて今後本格化する各市町村での計画のサービス需要等に関する「積み上げ」と、医療サイドにおいて行われる地域医療構想を踏まえた都道府県医療計画上のサービス需要等は、積算の方法からして異なるものであり、必然的に当初は異なるものとなると想定される。この両者の差に関しては、2017年度において、各都道府県と市町村の間で協議を行い調整されることとされているが、調整は容易ではないことが予想される。介護保険事業計画は各市町村において、第一号被保険者の保険料水準と直結して検討されるものであり、そこで見込むサービス利用量や供給量の前提についても、保険料水準との見合いで適正なものとして見込まれることとなる。医療計画サイドで回復期病棟の整備、その受け皿となる在宅医療体制の整備を盛り込んだ場合、「川下」において特に在宅療養者の生活を支えるための介護サービスニーズは当然増えることとなる。そのようにして医療側が見込む在宅サービスの量を圏域ごとに落とした場合、保険料水準の問題を抱える圏域内市町村との調整はシビアなものになる可能性もある。

一方で、現在進められている在宅医療・介護の連携については、これまで厚生労働

省医政局の予算事業（在宅医療連携拠点事業、在宅医療推進事業）により一定の成果が得られたことを踏まえ、介護保険法の中で市町村の事業として制度化されたものである。事業を主体的に進める立場となった市町村に対して、関係団体等との協議の支援や研修等による支援が都道府県の役割となった。他方国の支援は関連資料や事例集の整備等、従来に比べ、地方への権限と責任の移譲が進んでいる。市町村と都道府県が自律的に、かつ相互に連携して進める度合いが強まったという意味において、事業の実施（仕事の仕方）に関するパラダイムシフトが生じていると評せる。既に介護保険給付に関わる分野については同様のパラダイムシフトが促され、また前記の国の予算事業を積極的に利用する等により先駆的に取り組んだ自治体においても、仕事の仕方に関する捉え方の変革が進んでいるところであるが、その流れが本格化した状況にある。

3) 県と市町村の業務の進め方

ヒアリングではそうしたパラダイムシフトに関し、都道府県ごとに現在進行形で様々な進捗状況にあることが確認されたが、今後、まず市町村の側には、地域医療構想の策定から次期医療計画の策定へと進めている県の医療政策の流れを的確に理解した上で、介護保険事業計画に反映するとともに、圏域ごとの「協議の場」や、県の介護保険事業支援計画の策定に際しての機会などに、市町村側の事情等の情報を直接、ないし地域事務所や保健所など都道府県ごとの事情に応じ的確なチャンネルで伝え、市町村における地域包括ケアの実現の方向性

と県行政の方向性の軌道を揃えていくことが求められる。市町村単独、あるいは連携して市町村の事業に医療介護総合確保基金財源を用いる際の前提となる総合確保法に基づく市町村計画の策定に係る調整に際しても同様である。

そのためには、市町村における的確な量・質の人材の配置が望まれる。特にヒアリング中の発言にもあるように、医療介護連携は「企画の仕事」であり、それには、在宅医療・介護連携推進事業を市町村の業務として位置づけることに至った背景も含めた医療政策の大きな方向性、またそれと重層して進められる、介護予防・日常生活支援総合事業を活用した地域包括ケア体制の確立といった介護政策の大きな方向性に関する的確な知見と、関係者と同等の立場で議論できる見識が求められる。そうした知見・見識は、単なる現在の制度・政策に係る知識のみならず、医療政策・介護政策の発展過程等を踏まえた洞察に基づくものである必要がある。また今般の介護保険制度改正で提唱されている地域共生社会の実現に向けては、現状では「まれ」⁶ではあるが、本来は障害や生活困窮者支援等他分野の政策展開とともに、人口減少・少子高齢化社会における地域づくり・まちづくりま

⁶ 沼尾(2016)は、「保健福祉部門が、住宅政策、商業政策、農業政策等の部門や教育委員会等と連携して、高齢者等の暮らしをトータルに考える取り組みを行っているところはまれ」とし、その理由として、職員が既定事務等で手いっぱい追加的業務を担うだけの余裕がないことと、事業や予算が部課単位であり、補助金がぶら下がる場合もあるため、ほかの部局と連携して事業や予算を組み立てる仕組みがないことが指摘されている。

で視野に入れた幅広い視点が求められる⁷。

また都道府県の側でも、同様の政策の方向性を理解した人材の確保は勿論のこと、例えば医療と介護で縦割りで担当していたとしても、国の政策の流れ等に関し県庁内で情報を共有し、医療介護連携を推進する立場で情報を再構成した上で、市町村の状況に応じ、それぞれが日頃の相手方としていた介護担当と医療（健康）担当に対して同じ情報を同時に提供し、さらに市町村内のどこに提供しているかも同時に知らせるなど、情報提供ルートの工夫を行うことなどが求められる。市町村行政は程度の差こそあれ、脚注5で述べたような状況もありある程度制度縦割りで管理せざるを得ない部分もある。そのため情報を提供する側で情報を統合して、一体的に提供していくという発想である⁸。その際には、事業サイクルが基本的に国、都道府県、市町村とも年度単位となっている一方で、基金を用いて実施する都道府県の事業は、国の予算が成

⁷ 市町村職員のスキルアップのための研修の必要性については、2016年7月4日第7回医療介護総合確保促進会議において菊池令子構成員（日本看護協会副会長）より提案がなされた。

⁸ 敷衍すれば、縦割りとなっている予算事業と、地域住民の内発的な課題とのマッチングに際して、類似事業を一体化した上で事業単位という「点」ではなく地域共同体を主体に「面」としてとらえての行政支援の仕組みが山浦(2016)において提唱されている。地域共同体を市町村に置き換え、予算事業のみならず関連の情報も含めたものとして理解した場合、資源も限られ、縦割り管理がある程度やむを得ない現場（の市町村）に対して支援する（都道府県の）側での横割り化の工夫の提唱という意味で、共通の問題意識のものであるとの指摘が可能と考える。

立し、各県ごとの配分が決定する前に PDCA サイクルの下で指標に基づく事業評価を行った上で当該年度の予算を計上し、議会での審議を経て、その後必要に応じて補正等を行うといった流れになっている⁹というタイミングを十分踏まえることが必要と考えられる。

4) 市町村の取組と連携の評価

2017 年度には都道府県、市町村において医療計画、介護保険事業（支援）計画を策定し、その中で、都道府県は基金の活用等により、地域医療構想に基づく病床機能の分化や ICT 活用等による地域における連携体制の整備と、それに伴い患者の受け皿となる在宅医療・介護体制の構築やその担い手の確保・養成を同時に行わなければならない。その在宅医療と介護の連携の下での提供体制の構築は、前述の通り市町村の責任である介護保険法の地域支援事業に位置付けられた。都道府県と連携しつつ、市町村が自らの事業として、地域医師会等との連携の下で進めなければならない。一方で都道府県からすれば自ら行うものではないからこそなおのこと、市町村が適切に連携体制を構築できるようなソフト・ハードのインフラ整備に努めなければならない。都道府県、市町村ともに、相互に担う責任を達成するためには、相手方がその責任を全うすることが前提となっている、という構図である。

この構図を基金事業の評価に即して述べれば、市町村における主体的な在宅医療・介護連携の構築・推進が、都道府県が行う事業について、指標を用いてのアウトカム

評価を効果的なものとするための前提となるということである。つまり、組織体制や人員の配置・意識も様々で、かつそれ自身独自のステークホルダーを有する独立して意思決定をする主体である市町村は都道府県が実施する基金事業のアウトカム評価に際しての「外部要因」¹⁰となりうるが、逆にそうした市町村が役割を適切に果たすという前提が満たされることで、基金事業本体のアウトプットがもたらすアウトカムへの影響がよりの確に反映され、評価の実が上がることとなると考えられる¹¹。

また予防から急性期、回復期、退院調整、在宅療養、長期ケア、看取りと続く一連の流れを円滑なものとしていくことは医療計画や介護保険事業（支援）計画の主要な目的であり、その中で医療・介護連携は退院調整や在宅療養の部分を主に受け持つものであるが、その際には、例えば、都道府県は病院に対する退院調整機能の強化を行う一方で、その次のフェーズである在宅療養、看取りなどをそれに見合う形で強化することが、連携の一体的な強化につながる。とはいえヒアリングから明らかになったように、連携事業を実施する市町村においては組織体制や人員の配置・意識も様々である。そうした市町村に対し都道府県は、在宅医療・介護連携は市町村の責任であるとして完全に委ねてしまうのではなく、3) で指摘したような市町村からの意思表示による双方向でのコミュニケーションにより個々の市町村の事情を把握した上で、県が目

¹⁰ 龍・佐々木(2004), pp. 32-4

¹¹ 小野（達）(2016)は、「アウトカム指標値の変化に外部要因（略）が及ぼす効果を定量的に把握することはない（基本的に不可能）が、定性的に把握することの意味は大きい。」と指摘している。

⁹ 小野（太）他(2016), pp.38-9

指す理想の「ご当地医療」の構築に向け、最も効果的な形で県の政策の方向性が伝えられ、その方向性が県からのお仕着せではなく市町村自ら主体的に考えた結果として共有され、計画や施策に反映されるような真に緊密な意思疎通の下での実施が必要となる。そうした緊密な意思疎通の下での実施は、同じくヒアリングから明らかとなった市町村毎のばらつきに対応しつつ、他方議会等からの特定の市町村への支援と県全体のバランスも視野に入れる等の相当な難題である。そうした難題に対して求められる説明責任を果たすためにも、当研究班で提案する場面・傷病別の連携指標等を用い、各フェーズ間の流れを評価する必要がある。また都道府県と市区町村の連携については、同じく当研究班で提案するチェックシートの活用等により確認していくことが求められよう。

さらに 2018 年度からは、前述のとおり第 7 期介護保険事業計画期となり市町村は介護保険料の水準も一方で睨む必要があり、他方国保については都道府県は市町村とともに保険者の役割を担うこととなる。このように財政面においても厳しい説明責任を負うタイミングとなるからこそ、両者の情報の共有と連携は緊密かつ注意深く行われる必要がある。

ヒアリングにおいては、厚生労働省が保険局医療介護連携政策課を設け、医政局、老健局の両者の整合性の確保に努めていることについて、厚労省による会議の開催方法を評価する発言もあった¹²。こうした取

¹² ヒアリング対象都道府県の担当者より、「自分たちの業務だけでも必死。医療側と合わせる前に自分たちの目の前の仕事の整理に追われているのが実際の状況。最近の担当者会議で医療側の厚労省の都道府県に

り組みをも踏まえつつ、今後ともまずは情報の伝達等に際し留意することが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

現時点でなし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

【参考文献】

・沼尾波子(2016) 「社会保障制度改革と自治体行財政の課題」、『社会政策』(Vol. 7, No. 3 (22))pp. 12-26

・小野太一、川越雅弘、野口晴子、石川ベンジャミン光一、森田朗、大津唯(2016) 「都道府県ヒアリングによる基金事業サイクルの実態把握及び基金事業評価指標の必要な性能の検討」、平成 27 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

対する計画が見えたので助かった。ここでも、介護側としては、在宅医療としてのお金は医療側でやってもらわないかと思っているが、ただ案は出すことができるかなと思っている。医療・介護の両方を一緒に行う国の担当者会議は必要だな、と思っている。そうしないと在宅医療が進まない。是非お願いしたいと思っている。」旨の発言あり。

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在り方に関する研究」(H27-一般-002)分担研究報告書

・小野達也(2016) 「自治体における業績測定型評価の現状と課題 —20年を経過した都道府県の取り組みの点検結果から—」、

『日本評価研究 第16巻 第1号 2016年8月』(Vol. 16, No. 1)pp. 3-16

・龍慶昭、佐々木亮(2004)「増補改訂版 『政策評価』の理論と技法」

・山浦晴男(2016) 「住民主体の実行と自治体の役割」、『Governance』(180)pp. 32-4

厚生労働科学研究費(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」(研究代表者:泉田信行)
平成28年度分担研究報告書

都道府県による「地域医療介護総合確保基金」事業選択の要因に関する実証分析

研究分担者 野口晴子 早稲田大学 政治経済学術院 教授

研究要旨

本研究の目的は、平成 26・27 年度に実施された「地域医療介護総合確保基金」について、(1) 総事業費の内訳の基本統計量を概観し、(2) Local polynomial smooth plots with 95% confidential interval (lpolyci)と Seemingly unrelated regression (SUR) モデルを用いて、都道府県属性と「地域医療介護総合確保基金」の事業選択、及び、都道府県による予算計上との関連性に着目し、その要因について実証分析を行うことにある。

分析の結果、(1)については、医療関連事業に関しては、基金負担分と同様、一定程度、基金以外からの拠出があるのに対して、介護関連事業については、基金が負担している割合が圧倒的に高い；両年度とも 1 事業当たりの事業費の分散が大きい事業が存在し、平成 27 年度において、平均費用が増加傾向にある、「病床の機能分化・連携に関する事業」と「医療従事者の確保・養成に関する事業」に対する費用の分散が大きい；都道府県によって、基金及び基金外からの拠出割合にばらつきがあること、等が分かった。また、(2)の分析から、全般的に、基金事業の総事業費と都道府県属性との関連性は非線形である；都道府県属性から当該事業に対する資源配分を予測することは難しい；「病床の機能分化・連携に関する事業」に対する資源配分は、都道府県属性にほとんど依存していない；「医療従事者の確保・養成に関する事業」についてもほぼ同様で、財政力指数と年間救急出動件数のみが統計学的に有意である；他方、「在宅医療の推進に関する事業」に対する資源配分については、都道府県属性に依存している；有訴者率、生活習慣病による死亡率、及び、可住地面積当たりの一般病院数が高ければ、G2 に対する資源配分が多い傾向にある一方で、65 歳以上比率、常勤医師数、年間救急出動件数については G2 に対する資源配分を引き下げる傾向にあること、等が観察された。

以上の分析結果から、都道府県属性の事業選択と都道府県による予算計上に対する影響は、都道府県ごとで異なる可能性が高く、総事業費の基準化・標準化に当たっては、どの属性を「重み」とするかについて、留意が必要であると思われる。また、今後、当該事業のアウトプット・アウトカムに着目した評価分析を行う上で、基金事業の総事業費と都道府県属性との関連性が非線形であること、また、事業内容によって属性の効果の有意性が異なること等に留意する必要がある。

A. 研究目的

本研究プロジェクトの「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」という研究課題に定めるため、本分担研究では、将来における基金事業に対す

るアウトプット・アウトカム評価に備え、平成 26-27 年度に実施された「地域医療介護総合確保基金」について、(1) 総事業費の内訳の基本統計量を概観し、(2) Local polynomial smooth plots with 95% confidential interval (lpolyci)と Seemingly unrelated regression (SUR) モデルを用いて、都道府県属性と「地域医療介護総合確保基金」の事業選択、及び、都道府県による予算計上事業費配分との関連性に着目し、その要因について実証分析を行い、評価に当たっての留意事項に対する政策的含意を得ることにある。

B. 研究方法

まず第 1 に、(1)総事業費の内訳の基本統計量について概観するため、厚生労働省(2015)「地域医療介護総合確保基金の平成 27 年度予算案等について」(医療・介護総合確保促進会議(第 4 回)資料 2(2015 年 3 月 6 日). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000076536.pdf> (アクセス日: 2016 年 10 月 20 日))を参照しながら、「地域医療介護総合確保基金」(大分類)を、次の 5 つ群に分類する。

- ①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 (G1):急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う(平成 26 年度～);
- ②居宅等における医療の提供に関する事業 (G2):地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連

携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う(平成 26 年度～);

③介護施設等の整備に関する事業 (G3):地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う(平成 27 年度～);

④医療従事者の確保に関する事業 (G4):医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する(平成 26 年度～);

⑤介護従事者の確保に関する事業 (G5):多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する(平成 27 年度～)。

上記 5 つの分類に従い、『医療介護総合確保法に基づく都道府県計画(各年度版)』に基づき、各都道府県の大分類ごとの事業数・総事業費を算出した(大津, 2016)。その上で、(1) 総事業費の内訳の基本統計量を概観し、(2) Local polynomial smooth plots with 95% confidential interval (lpolyci)と Seemingly unrelated regression (SUR) モデルを用いて、都道府県属性と「地域医療介護総合確保基金」の事業選択総事業費、及び、都道府県による予算計上事業費配分事業費配分との関連性に着目し、その要因について実証分析を行うこととする。

C. 研究結果及び考察

C-1. 事業費に関する基本統計量

C-1-1. 事業区分(大分類)別総事業費(千

円)と構成割合(%)

平成 26～27 年度にかけて、総事業費に対する割合が、G2 が 14.9%から 3%へ、G4 が 63.5%から 38%へ減少。他方、G1 は 21.3%から 35%へ増加。介護関連事業(G3・G5)が新たに加わり、それぞれ 20%、3%であることがわかる(図 1 参照)。

C-1-2. 事業区分(大分類)別、基金・基金外負担別構成割合(%)

また、図 2 から、平成 26～27 年度にかけて、平成 26 年度から継続している医療関連事業(G1・G2・G4)に関しては、基金負担分と同様、一定程度、基金以外からの拠出があることがわかる。他方、平成 27 年度から実施されている介護関連事業(G3・G5)については、基金が負担している割合が圧倒的に高い。

C-1-4. 事業区分別(中分類)1 事業当たり平均・最大・最小事業費(千円)

図 3 と図 4 は、それぞれ、事業区分別(中分類)1 事業当たりの平均・最大・最小事業費(千円)を示している。この図から、平成 26 年度から継続されている事業については、「病床の機能分化・連携に関する事業」、及び、「医療従事者の確保・養成に関する事業」に対する 1 事業当たりの平均費用が増加傾向にある一方で、「在宅医療の推進に関する事業」については、平均費用が減少傾向にある。

また、両年度とも 1 事業当たりの事業費の分散が大きい事業が存在し、平成 27 年度において、平均費用が増加傾向にある、「病床の機能分化・連携に関する事業」と「医療従事者の確保・養成に関する事業」に対する費用の分散が大きいことがわかる。

C-1-5. 都道府県別、基金負担・基金外負担別、総事業費(千円)と構成割合(%)

図 5 と図 6 は、都道府県別、基金負担・基金外負担別、総事業費(千円)と構成割合(%)を示しているが、都道府県によって、基金及び基金外からの拠出割合にばらつきがあることがわかる。

C-1-6. 基本統計量のまとめ

以上の基本統計量に対する概観の結果から、

- ・平成 27 年度から介護関連事業が基金事業として入ったことで、総事業費に対する割合が、「在宅医療の推進に関する事業」が 21.3%から 8%へ、「医療従事者の確保・養成に関する事業」が 63.5%から 38%へ減少。
- ・他方、「病床の機能分化・連携に関する事業」については、21.3%から 35%へ増加。
- ・医療関連事業に関しては、基金負担分と同様、一定程度、基金以外からの拠出があることがわかる。
- ・介護関連事業については、基金が負担している割合が圧倒的に高い。
- ・平成 26 年度から継続されている事業については、「病床の機能分化・連携に関する事業」、及び、「医療従事者の確保・養成に関する事業」に対する 1 事業当たりの平均費用が増加傾向にある一方で、「在宅医療の推進に関する事業」については、平均費用が減少傾向にある。
- ・両年度とも 1 事業当たりの事業費の分散が大きい事業が存在し、平成 27 年度年度において、平均費用が増加傾向にある、「病床の機能分化・連携に関する事業」と「医療従事者の確保・養成に関する事業」に対する費用の分

散が大きい。

・都道府県によって、基金及び基金外からの
拠出割合にばらつきがある。

C-2. local polynomial smooth plots with
95% confidential interval を用いた、都道
府県属性と当該関連事業の総事業費との関
連性

C-2-1. 65 歳以上人口と総事業費

高齢化率(65 歳以上人口が総人口に占める
比率)が高いほど、対数値でみた総事業費が
減少傾向にある。但し、両年度とも、超高齢社
会の定義である高齢化率 21%以下、また、平
成 27 年度では高齢化率が 30%を超えた都
道府県において、高齢化率と総事業費とは正
の相関がある(図 7 参照)。

C-2-2. 人口増減率((総人口-前年総人口) ／前年総人口)と総事業費(対数値)

人口増加率が高いほど、対数値でみた総事
業費が増加傾向にある。但し、平成 27 年度
については、明確な傾向は確認されない(図 8
参照)。

C-2-3. 財政力指数と総事業費(対数値)

財政指数が高いほど、対数値でみた総事業
費が増加傾向にある。但し、平成 27 年度に
ついては、財政指数が 0.8 を超えると減少傾
向がみられる(図 9 参照)。

C-2-4. 有訴者率(人口千人当たり)と総事業 費(対数値)

有訴者率が 290 で一旦山が出来る。有訴
者率が 300 を超えると、総事業費の増加傾向
が若干みられる(図 10 参照)。

C-2-5. 生活習慣病による死亡者数(人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

生活習慣病による死亡者数については、平
成 26 年度と平成 27 年度とで若干異なる傾
向がみられる。平成 26 年度については、600
未満において 2 つの山がみられ、600 以降で
若干増加するが、全体的には減少傾向。平成
27 年度についても、600 未満において 2 つ
の山がみられるが、700 を超えたあたりから増
加傾向(図 11 参照)。

C-2-6. 一般病院病床数(人口 10 万人当た り)と総事業費(対数値)

両年度とも、1400 床程度まで、局所的には
増減を繰り返しながら、全体的には若干減少
傾向。1400 床以降は若干増加した後、一定と
なる(図 12 参照)。

C-2-7. 介護療養型医療施設数(65 歳以上 人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

平成 26 年度においては、局所的な増減は
あるものの、全般的に、一般病院勤務医師数
が多いほど、総事業費が増加傾向にある。平
成 27 年度については、当該傾向は観察され
ない(図 13 参照)。

C-2-8. 一般病院勤務医師数(100 床当たり) と総事業費(対数値)

平成 26 年度においては、局所的な増減は
あるものの、全般的に、一般病院勤務医師数
が多いほど、総事業費が増加傾向にある。平
成 27 年度については、当該傾向は観察され
ない(図 14 参照)。

C-2-9. 一般病院勤務看護師・准看護師数 (100 床当たり)と総事業費(対数値)

両年度とも、一般病院勤務看護師・准看護師数での総事業費の極端な増減は観察されない(図 15 参照).

C-2-10. 保健師数(人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

両年度とも、50 までは保健師数が増えるほど、増減を繰り返しながらも、緩やかに減少傾向にある(図 16 参照).

C-2-11. 年間救急出動件数(人口千人当たり)と総事業費(対数値)

両年度とも、出動件数が 50 を超えるまでは変化が観察されないが、50 を超えると、局所的に増減があるが、急激に総事業費が増加する傾向にある。ただし、95%CI の幅が相当程度大きくなり、有意性については疑われる(図 17 参照).

C-2-12. lpolyci による分析のまとめ

以上、lpolyci の分析から、

- ・都道府県属性と総事業費との関連性について、比較的明確に、人口増加率と財政力指数については正の相関、高齢化率については負の相関が観察される。
- ・介護療養型医療施設数、一般病院勤務看護師・准看護師数、参考値として医療費と保険料によっては、ほとんど増減がない
- ・全般的に、基金事業の総事業費と都道府県属性との関連性は、非線形であり、今後、当該事業のアウトプット・アウトカムに着目した評価分析を行う上で、留意する必要がある。

C-3. Seemingly unrelated regression (SUR) モデルによる都道府県属性と事業費配分との関連性

C-3-1. 総事業費・事業内容別の事業費に対する都道府県属性の影響

表 1 は、平成 26 年度における、総事業費・事業内容別の事業費に対する都道府県別の属性の影響に関する回帰分析の結果を示している。

総事業費については、財政力指数のみ統計学的に有意であった。SUR モデルによる分析の結果から、大分類の事業への資源配分として、都道府県属性が G1 については全く影響していないことがわかる。

G2 に関しては、有訴者率、生活習慣病による死亡率、及び、可住地面積当たりの一般病院数が高ければ、G2 に対する資源配分が多い傾向にあることがわかる。他方、65 歳以上比率、常勤医師数、年間救急出動件数については G2 に対する資源配分を引き下げる傾向にある。

G3 については、財政力指数、及び、年間救急出動件数が多いほど、G3 に対する資源配分を増やす傾向にあることがわかる。

C-3-2. 1 事業当たりの事業費に対する都道府県属性の影響

表 2 は、1 事業当たりの事業費に対する都道府県属性の影響を示している。

1 事業当たりの事業費についても、総事業費と同様、財政力指数のみ統計学的に有意であることがわかる。

また、総事業費と同じく、大分類の事業への資源配分として、都道府県属性が G1 については全く影響していないことがわかる。

G2 に対する 1 事業当たりの事業費については、財政力指数が有意な結果となっている。生活習慣病による死亡率、可住地面積当たりの一般病院数が高ければ、G2 の平均事業費

が高い傾向にある。他方、65歳以上比率、年間救急出動件数については平均事業費を引き下げる傾向にある。

G3については、総事業費と同じく、財政力指数、及び、年間救急出動件数が多いほど、G3に対する平均事業費を増やす傾向にあることがわかる。

C-3-3. 回帰分析(SURモデル)による分析のまとめ

- ・平成26年度についてSURモデルによる線形回帰分析を行ったが、lpolyci分析の結果から予想される通り、都道府県属性から当該事業の資源配分を予見することは困難を伴う。
- ・「病床の機能分化・連携に関する事業」に対する資源配分については、いずれの都道府県属性についても統計学的有意性は確認出来なかったことから、当該事業に対する資源配分は、属性にほとんど依存していないことがわかった。
- ・「医療従事者の確保・養成に関する事業」についてもほぼ同様で、財政力指数と年間救急出動件数のみが統計的に有意であったが、他の属性については影響がみとめられなかった。
- ・他方、「在宅医療の推進に関する事業」に対する資源配分については、都道府県属性に依存していることが確認された。
- ・有訴者率、生活習慣病による死亡率、及び、可住地面積当たりの一般病院数が高ければ、G2に対する資源配分が多い傾向にあることがわかる。65歳以上比率、常勤医師数、年間救急出動件数についてはG2に対する資源配分を引き下げる傾向にある。
- ・事業内容(当該分析の場合は大分類)によって都道府県属性による影響が大きく異なる可

能性が高く、総事業費の基準化・標準化に当たっては、どの属性を「重み」とするかについて、留意が必要である。

D. 結論

成26年度と平成27年度の基金事業による介入については、こうした集計データと、医療施設調査等の個票データとを突合することにより、アウトプット・アウトカム評価を定量的に行う必要がある。

但し、アウトカム評価に際しては、基金事業の総事業費と都道府県属性との関連性が非線形であること、また、事業内容によって属性の効果の有意性が異なること等に留意する必要がある。

また、事業内容(当該分析の場合は大分類)によって都道府県属性による影響が大きく異なる可能性が高く、総事業費の基準化・標準化に当たっては、どの属性を「重み」とするかについて、留意が必要である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

Health Policy (投稿予定)

2. 学会発表

野口晴子「都道府県属性と「地域医療介護総合確保基金」事業に対する予算配分に関する実証分析」日本財政学会(2016年10月23日)京都産業大学。

G. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

図 1: 事業区分(大分類)別総事業費(千円)と構成割合(%)

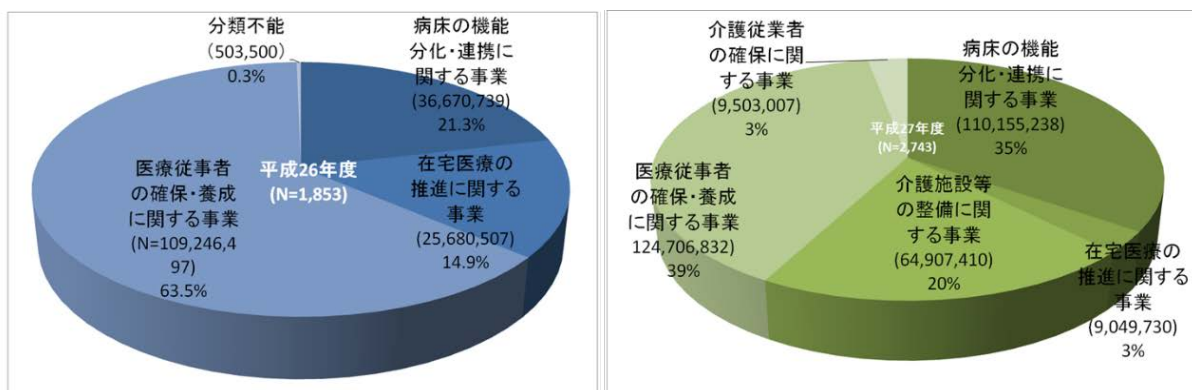


図 2: 事業区分(大分類)別, 基金・基金外負担別構成割合(%)

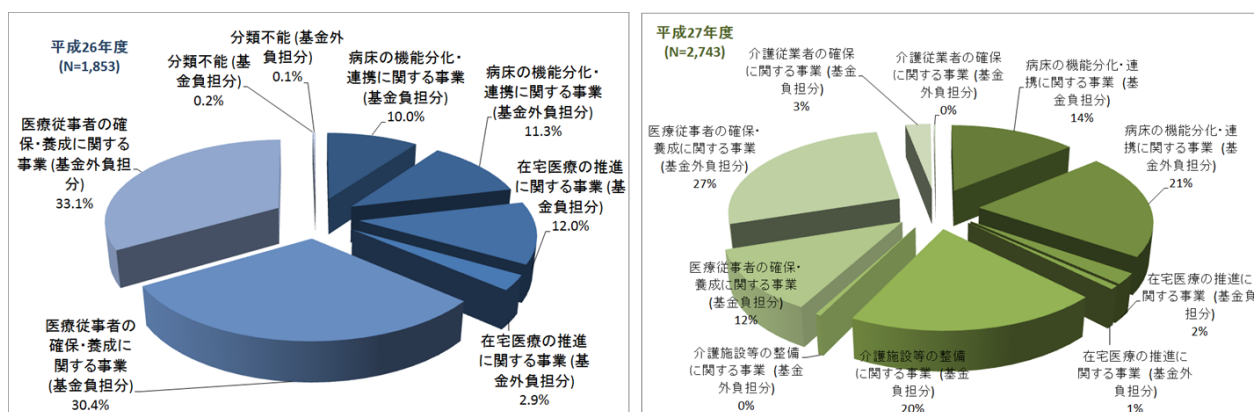


図 3: 平成 26 年度事業区分別(中分類) 1 事業あたり平均・最大・最小事業費(千円)

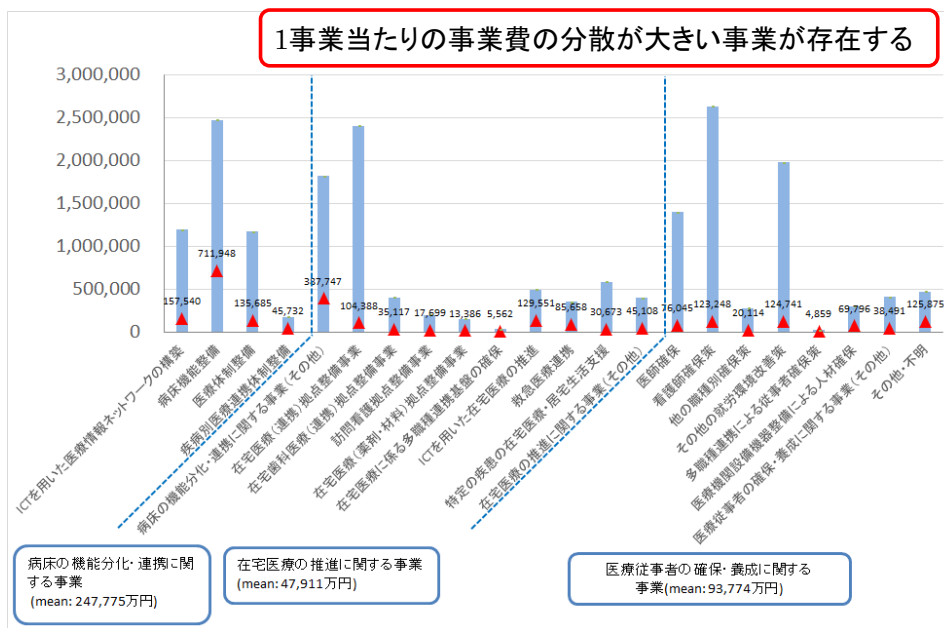
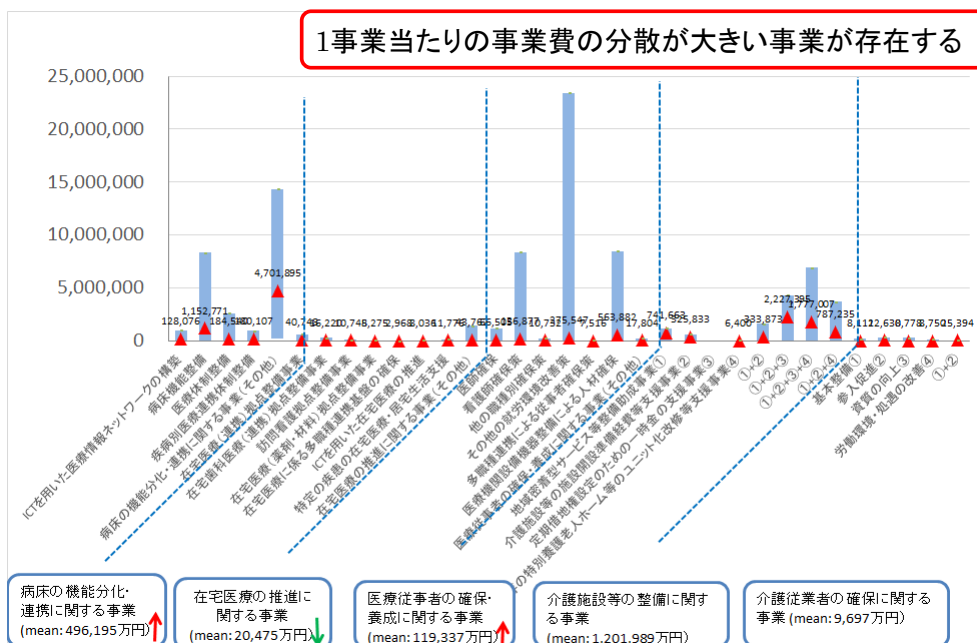


図 4: 平成 27 年度事業区分別(中分類) 1 事業あたり平均・最大・最小事業費(千円)



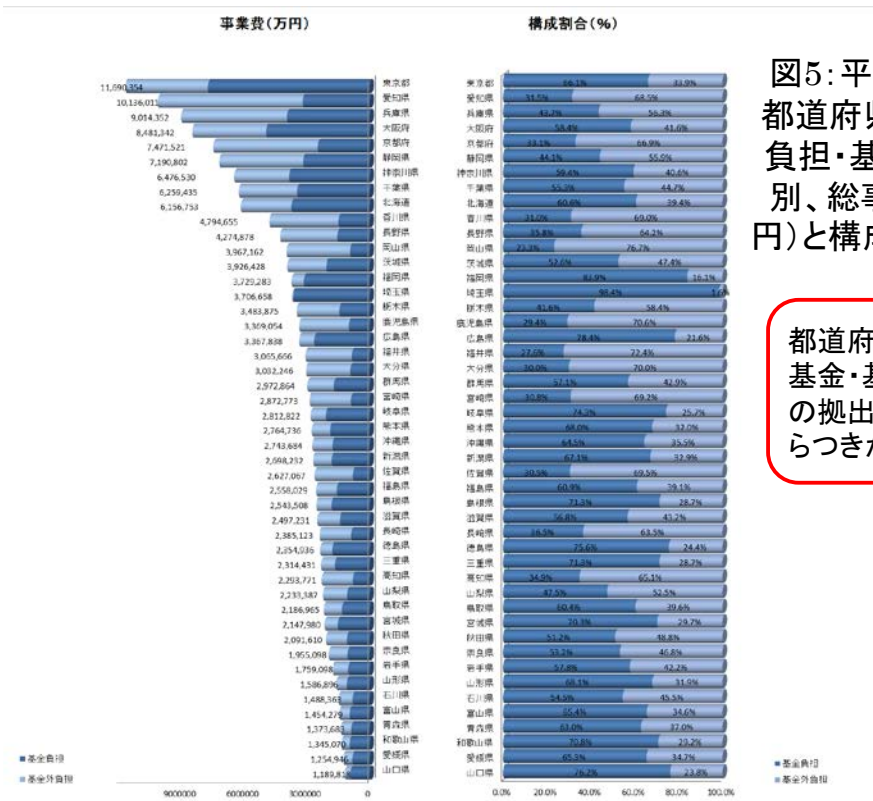


図5:平成26年度都道府県別、基金負担・基金外負担別、総事業費(千円)と構成割合(%)

都道府県によって、基金・基金外からの拠出割合にばらつきがみられる



図6:平成27年度都道府県別、基金負担・基金外負担別、総事業費(千円)と構成割合(%)

都道府県によって、基金・基金外からの拠出割合にばらつきがみられる

図 7: 65 歳以上人口と総事業費

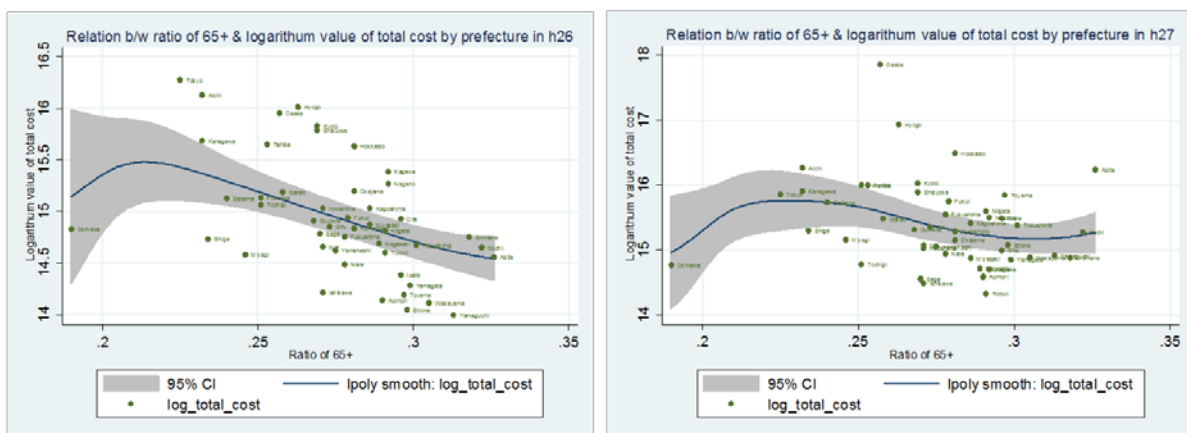


図 8: 人口増減率((総人口-前年総人口)/前年総人口)と総事業費(対数値)

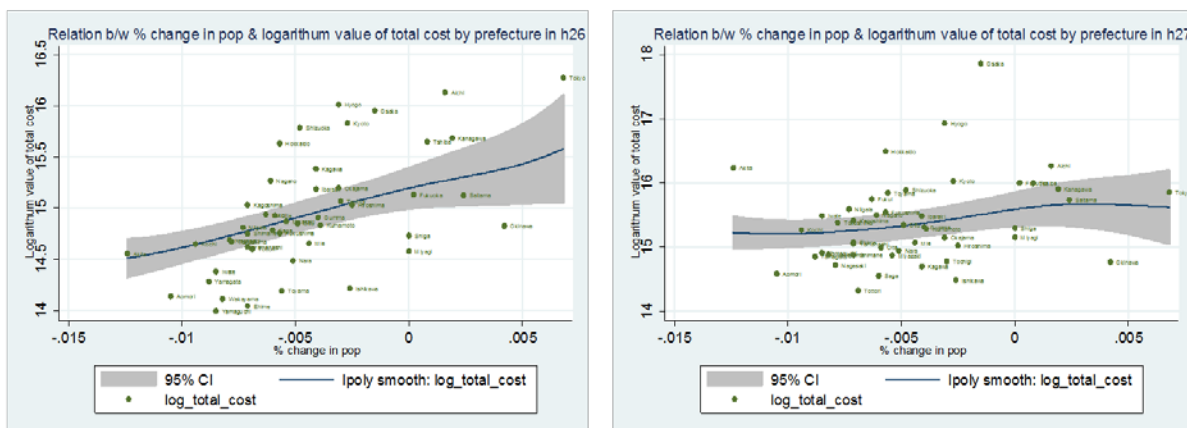


図 9: 財政力指数と総事業費(対数値)

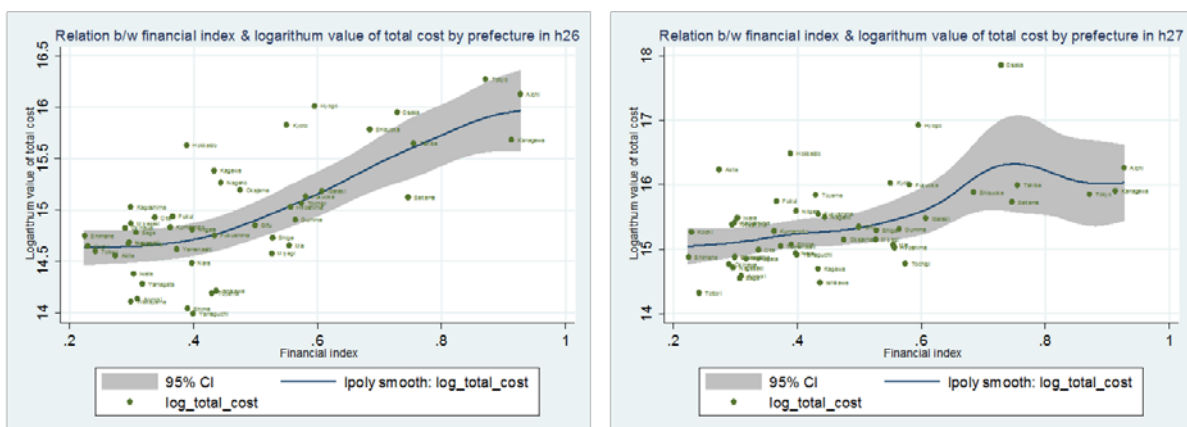


図 10: 有訴者率(人口千人当たり)と総事業費(対数値)

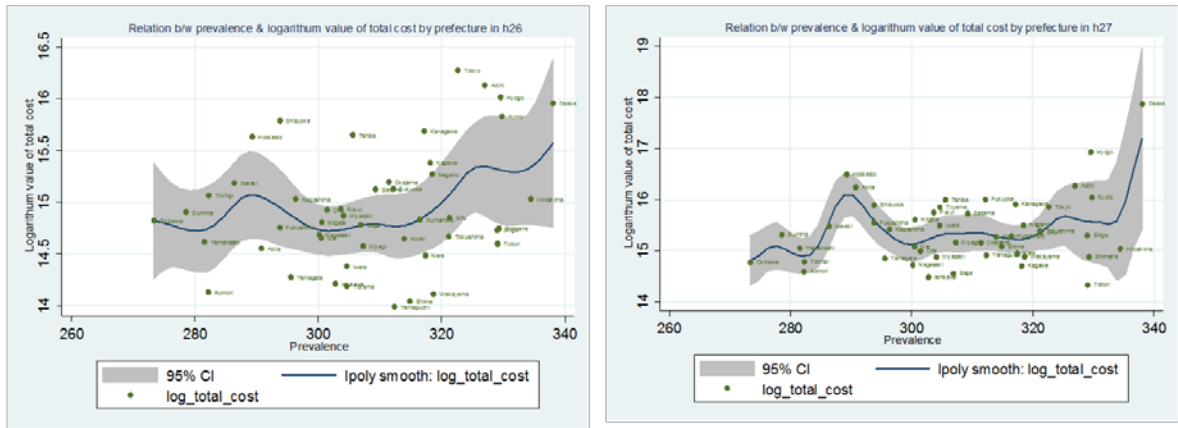


図 11: 生活習慣病による死亡者数(人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

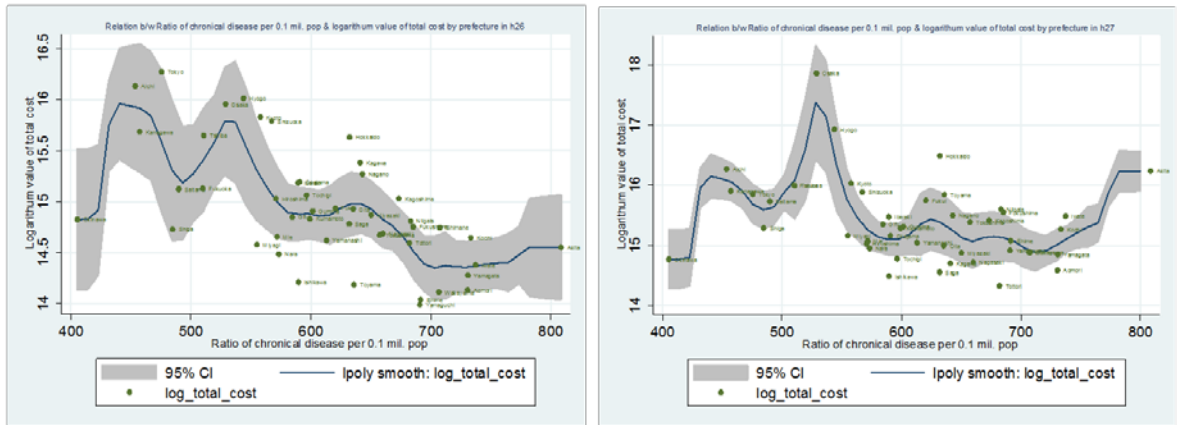


図 12: 一般病院病床数(人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

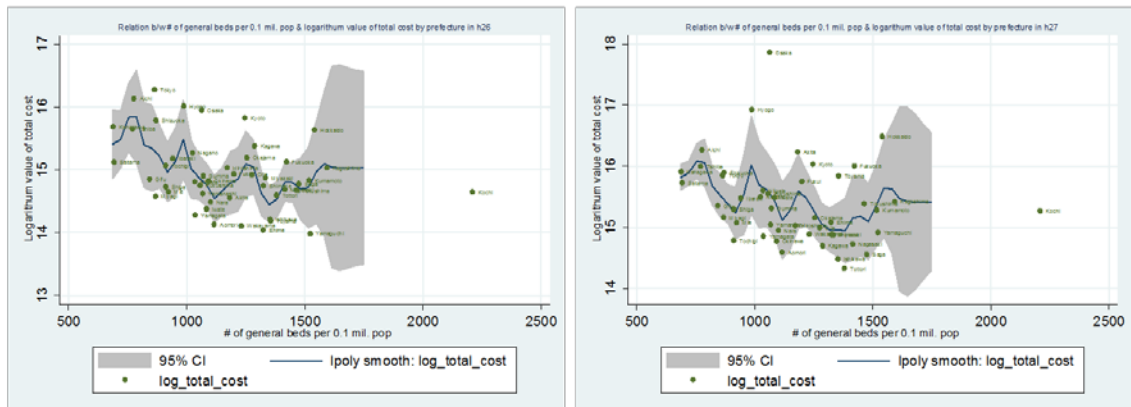


図 13: 介護療養型医療施設数(65 歳以上人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

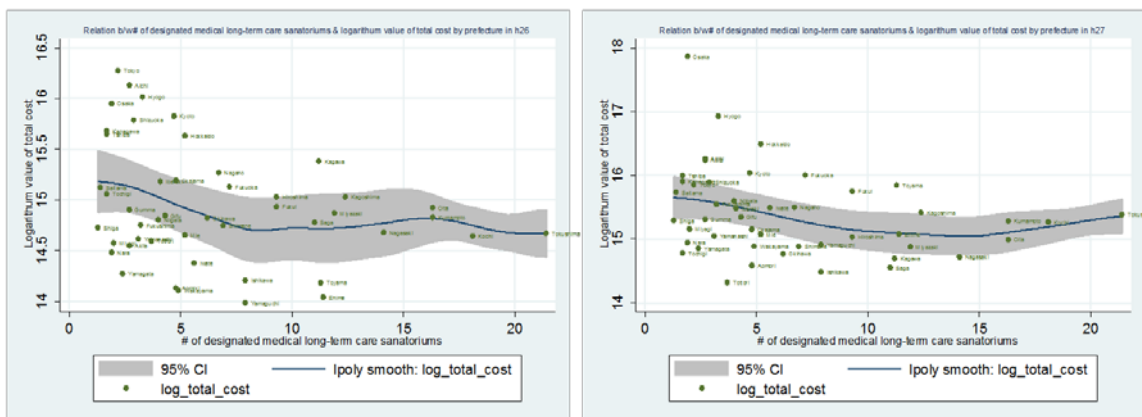


図 14: 一般病院勤務医師数(100 床当たり)と総事業費(対数値)

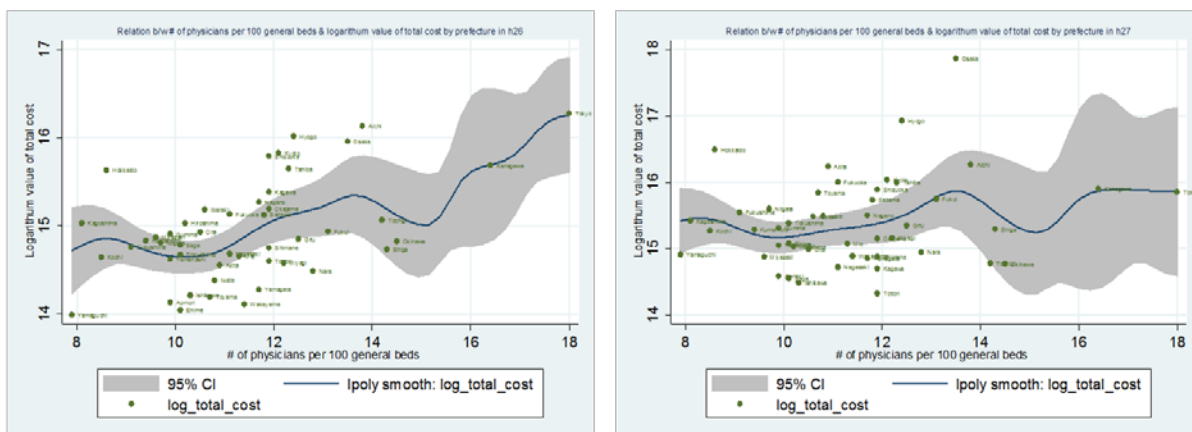


図 15: 一般病院勤務看護師・准看護師数(100 床当たり)と総事業費(対数値)



図 16: 保健師数(人口 10 万人当たり)と総事業費(対数値)

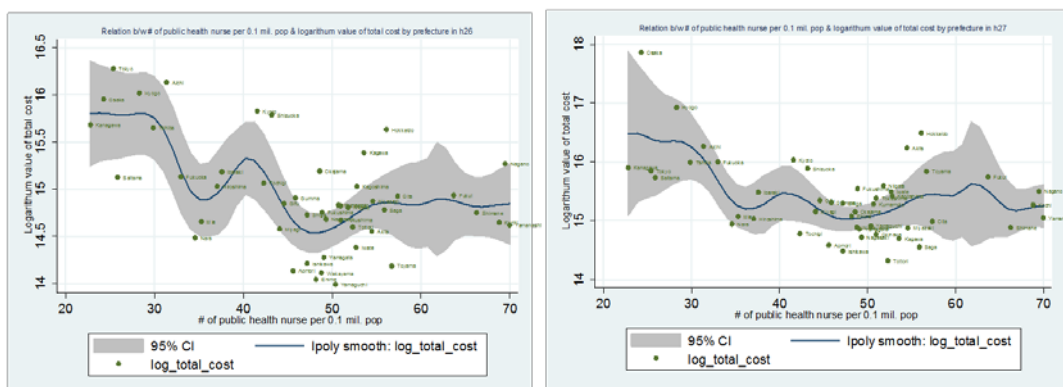


図 17: 年間救急出動件数(人口千人当たり)と総事業費(対数値)

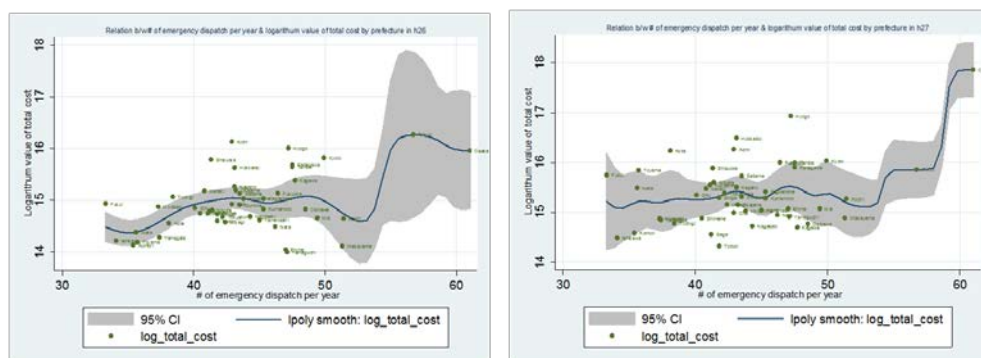


表 1: 総事業費及事業内容別の事業費対する都道府県属性の影響(平成 26 年度)

従属変数(自然対数値)	Weighted OLS		Seemingly unrelated regression					
	総事業費		病床の機能分化・連携に関する事業費		在宅医療の推進に関する事業費		医療従事者の確保・養成に関する事業費	
	Coef.	Robust Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
65歳以上人口比率	2.426	9.409	-55.848	133.178	-46.642	22.200 **	-2.302	10.492
財政力指数	1.682	0.734 **	-4.976	9.454	1.469	1.576	2.705	0.745 ***
有訴者率	0.001	0.007	0.040	0.084	0.031	0.014 **	-0.003	0.007
生活習慣病による死亡率(人口10万人当たり)	-0.001	0.003	0.012	0.043	0.012	0.007 *	0.001	0.003
一般病院数(可住地面積100km ² 当たり)	0.003	0.016	-0.050	0.201	0.106	0.033 ***	-0.019	0.016
介護療養型医療施設数(65歳以上人口10万人当たり)	-0.001	0.022	0.118	0.299	-0.015	0.050	0.009	0.024
一般病院常勤医師数(100床当たり)	0.012	0.064	-0.136	0.748	-0.213	0.125 *	0.047	0.059
一般病院常勤看護師・准看護師数(100床当たり)	-0.013	0.023	-0.203	0.394	0.074	0.066	-0.021	0.031
年間救急出動件数(人口千人当たり)	0.022	0.024	0.292	0.305	-0.132	0.051 ***	0.054	0.024 **
定数項	13.614	3.359 ***	10.583	34.597	10.530	5.767 *	12.676	2.726 ***
R-square	0.669		0.1144		0.638		0.6624	

表 2: 総事業費及事業内容別の事業費対する都道府県属性の影響(平成 27 年度)

従属変数(自然対数値)	Weighted OLS		Seemingly unrelated regression					
	1事業当たりの事業費		病床の機能分化・連携に関する事業費		1事業当たり事業費 在宅医療の推進に関する事業費		医療従事者の確保・養成に関する事業費	
	Coef.	Robust Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
65歳以上人口比率	7.450	11.739	-53.535	124.490	-49.314	20.161 **	6.411	12.617
財政力指数	2.953	0.852 ***	-2.855	8.837	3.114	1.431 **	3.511	0.896 ***
有訴者率	-0.009	0.009	0.023	0.078	0.013	0.013	-0.009	0.008
生活習慣病による死亡率(人口10万人当たり)	-0.002	0.004	0.013	0.040	0.014	0.007 **	0.000	0.004
一般病院数(可住地面積100km ² 当たり)	0.000	0.019	-0.055	0.188	0.111	0.030 ***	-0.021	0.019
介護療養型医療施設数(65歳以上人口10万人当たり)	0.001	0.022	0.126	0.279	0.005	0.045	-0.006	0.028
一般病院常勤医師数(100床当たり)	0.014	0.061	-0.042	0.699	-0.182	0.113	0.009	0.071
一般病院常勤看護師・准看護師数(100床当たり)	-0.016	0.032	-0.242	0.369	0.039	0.060	-0.004	0.037
年間救急出動件数(人口千人当たり)	0.021	0.030	0.262	0.285	-0.147	0.046 ***	0.064	0.029 **
定数項	11.825	3.651 ***	15.690	32.340	15.140	5.238 ***	8.360	3.278 **
R-square	0.656		0.0941		0.691		0.6364	

研究成果の刊行に関する一覧

該当なし