

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 川越 雅弘

令和2年(2020)年 5月

目 次

I. 総括研究報告		
在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究	-----	1
川越雅弘		
(資料) 第9回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG (令和元年9月6日)		
資料3 第7次医療計画の現状・課題と改善策について		
—PDCAサイクルの適切な展開に焦点を当てて—		
II. 分担研究報告		
1. 神経難病患者の入退院支援の指標作成に関する研究	-----	31
篠田道子 榊原麻子 橋口桂子 手島浩二 吉田真二		
2. 終末期ケアの意向に関する話し合いをする人の関連要因に関する研究	---	39
福井小紀子		
3. 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討	-----	49
飯島勝矢 吉江悟 松本佳子		
4. 介護保険事業計画の現状・課題と改善策		
—在宅医療・介護連携推進事業を一例に—	-----	57
川越雅弘		
5. 在宅医療分野ロジックモデルと医療・介護レセプトデータで集計可能な		
指標の対応関係、および事業評価への活用の検討	-----	65
松本佳子 吉田真季 川越雅弘		
6. 在宅医療提供体制の構築に向けた事業マネジメントの推進事例		
—国立市地域医療計画・推進の2か年の取組—	-----	83
吉田真季 新田國夫 大川潤一 葛原千恵子 川越雅弘		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	121

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究

総括研究報告書

研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科・教授）
研究分担者 飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構・教授）
川島孝一郎（仙台往診クリニック・院長）
福井小紀子（大阪大学大学院医学系研究科・教授）
篠田 道子（日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科・教授）
山岸 暁美（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室・講師）
坂井 志麻（杏林大学保健学部看護学科・教授）
石川ベンジャミン光一（国際医療福祉大学大学院医学研究科・教授）
研究協力者 吉江 悟（東京大学高齢社会総合研究機構・特任研究員
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室・特任研究員
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター・研究員）
松本 佳子（埼玉県立大学研究開発センター・研究員
東京大学高齢社会総合研究機構・学術支援専門職員）
吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター・研究員）
新田 國夫（国立市在宅療養推進連絡協議会）
大川 潤一（国立市健康福祉部・部長）
葛原千恵子（国立市健康福祉部・地域包括ケア推進担当課長）
榊原 麻子（刈谷豊田総合病院）
橋口 桂子（元名古屋国際センター）
手島 浩司（日本福祉大学大学院・実務家教員）
吉田 真二（日本福祉大学大学院・実務家教員）

研究要旨

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

方法：本年度は、上記目的を達成するために、

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

を実施した。

結果：指標に関する研究から、

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

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

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

などが、また、市町村の事業マネジメントに関する研究から、

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

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

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

などがわかった。

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

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

1. 指標に関する研究

1) 神経難病患者の入退院支援の指標作成に関する研究

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

2) 終末期ケアの意向に関する話合いをする人の関連要因に関する研究

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

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

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

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

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

調査は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

3) 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

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

なお、本研究は、平成30～令和元年度厚

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

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

2. 市町村のマネジメントに関する研究

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

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

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

討

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

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

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

C. 研究結果

1. 指標に関する研究

1) 神経難病患者の入退院支援の指標作成

①調査1

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

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

②調査2

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

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

2) 終末期ケアの意向に関する話し合いをする人の関連要因に関する研究

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

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

3) 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

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

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

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

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

2. 市町村のマネジメントに関する研究

在宅医療・介護連携推進事業における課題を設定するためには、まず、同事業で「何を目指すのか」を定める必要がある。その上で、現状との比較を通じて課題を認識・設定する。施策とは、現状を目指す姿に近づけるために行うものである。ただし、様々な施策が取り得ることから、原因をより解決できる施策を選択する必要がある。そのために行うのが要因分析である。また、施策によって、現状が目指す姿にどの程度近づいたかを確認するために設定するのが指標である。

(図2)しかし、市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画では、基本目標の具体化(目指す姿の具体化)、現状との比較を通じた課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載はほとんど見受けられなかった。事業の目的や目標を十分に検討しないまま、手段である対策(施策や事業)から考える傾向が強く、こうした計画も多くの市町村で見受けられた。事業マネジメントが適切に運営できない最も中核となる課題は、ツールがないことではなく、それらを活用

する考え方が身に付いていないことである。

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

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

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

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

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

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

加えて、事例検討によって課題の把握を行った。検討過程で異なる立場からの問題意識を持ち寄り、共通のことばで課題を表現していくことにより、納得感を共有することが可能となることも確認できた。事例検討の手順として、市内の地域包括支援センター、医療施設、介護支援専門員などから合計 30 ほどの事例を収集し、①日常療養、②急変時、③退院時の支援、④看取りの支援、の 4 場面別に整理・分析した。事例検討にあたったメンバーは、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険事業者・学識経験者等と行政各部局職員で構成される「地域医療計画策定検討委員会」「作業部会」メンバーである。それぞれの事例を通じて得られた課題を吟味し、事例間に共通する要素を抽出し、4 つの場面ごとの課題を抽出した。課題を俯瞰し、共通項を確認しながら、めざす姿とのギャップを解消するために必要な要素を設定した。

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

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

(図 4・5・6・7)

D. 考察

1. 指標に関する研究

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

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

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

2. 市町村のマネジメントに関する研究

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

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

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

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

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

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

るというメリットが得られている。

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表等

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

1057-7。

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

2. 学会発表

- 1) 松本佳子,吉田真季,植岡健一,川越雅弘：47 都道府県の第 7 次医療計画における在宅医療分野の評価指標の設定状況. 第 1 回日本在宅医療連合学会大会東京都新宿区、京王プラザホテル、2019.7.14
- 2) 吉江悟、二宮英樹、北村智美、宮城禎弥、浜田将太、森隆浩、金雪瑩、岩上将夫、安富元彦、松本佳子、川越雅弘、福井小紀子、石崎達郎、田宮菜奈子、飯島勝矢：介護保険利用後期高齢者の Ambulatory Care-Sensitive Conditions と療養場所との関連、第 78 回日本公衆衛生学会、高知市、高知会館、2019.10.23
- 3) 飯島勝矢、吉江悟、二宮英樹、佐々木健佑、宮城禎弥、浜田将太、森隆浩、金雪瑩、岩上将夫、安富元彦、松本佳子、川越雅弘、福井小紀子、石崎達郎、田宮菜奈子：医療・介護レセプトを用いた療養

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

図1 神経難病患者の入退院支援のステージ



表 1 神経難病患者の入退院支援の指標案

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

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

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

* 調整変数：居住地域、性別

表3. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

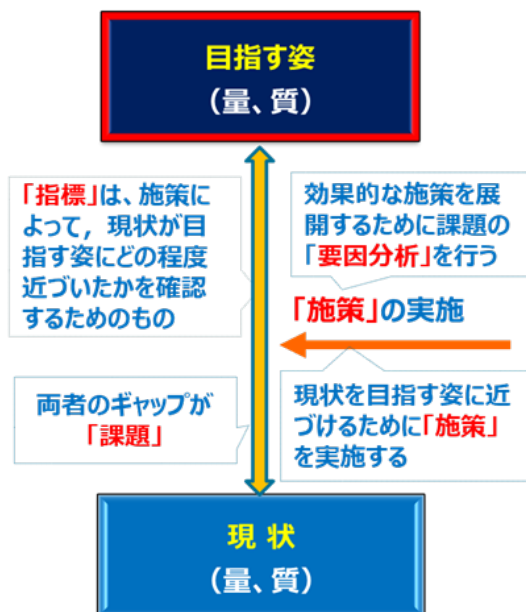
場面	入院支援	日常の療養支援（全体を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	<ul style="list-style-type: none"> 入院支援加算（医療）を算定している施設数 退院時共同指導料（医療）を算定している施設数 介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数 看護師：訪問看護（15を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（医療）を算定している施設数 リハビリテーション職種：訪問看護15（介護）・訪問リハビリテーション（介護）・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（医療）を算定している施設数 歯科医師：歯科訪問診療料（医療）を算定している施設数 歯科衛生士：居宅療養管理指導（介護）・訪問歯科衛生指導料（医療）を算定している施設数 薬剤師：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）を算定している施設数 管理栄養士：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問栄養食事指導料（医療）を算定している施設数 訪問介護員：訪問介護（介護）を算定している施設数 地域密着型：（看護）小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護を算定している施設数（介護） 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅時医学総合管理料（医療）を算定している施設数 医師：往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算（医療）を算定している施設数 看護師：緊急時訪問看護加算（介護）・24時間対応体制加算（医療）を算定している施設数 看護師：訪問看護の夜間・早朝加算（介護）・訪問看護療養費の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算（医療）を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算（医療）を算定している施設数 医師：在宅がん医療総合診療料（医療）を算定している施設数 看護師：訪問看護のターミナルケア加算（医療・介護）を算定している施設数 全職種：被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数（医療・介護）を算定している施設数
プロセス指標(P)	<ul style="list-style-type: none"> 「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数 			
アウトカム指標(O)	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため「急変時の対応」の項に示した内容で代用する 	<ul style="list-style-type: none"> 療養場所（医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計） 医療費・介護費（医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出） 	<ul style="list-style-type: none"> 傷病名などを用いてACSC（Ambulatory care-sensitive conditions***）を定義した上で、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する 同様に、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する ただし、いずれも重症度の調整が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所（「日常の療養支援」の項を参照）

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

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

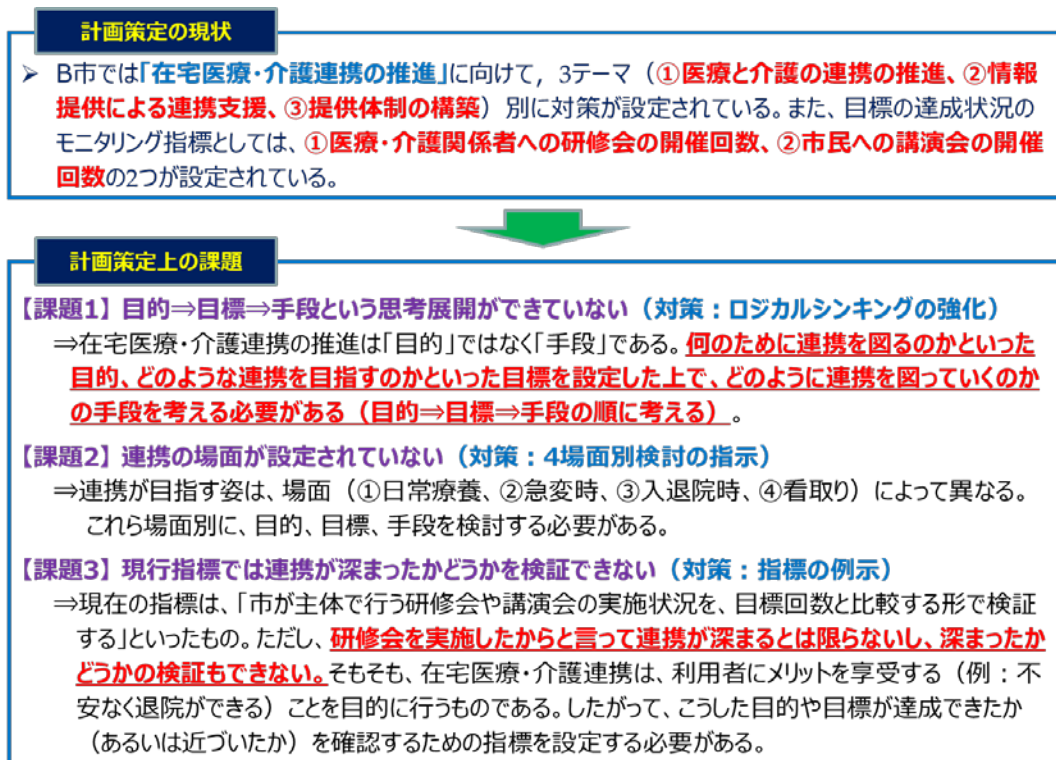
*** 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsey M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002070) などを参照のこと。

図 2. 課題・対策・要因分析・指標の関係



出所) 筆者作成

図 3. 在宅医療・介護連携推進事業に対する計画策定の現状と課題



出所) 筆者作成

図4. 日常療養支援のロジックモデル



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図5. 急変時のロジックモデル



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

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

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図6. 退院支援のロジックモデル



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図7. 看取りのロジックモデル



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

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」

分担研究報告書

神経難病患者の入退院支援の指標作成に関する研究

研究分担者 篠田道子（日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科 教授）

研究協力者 榊原麻子（刈谷豊田総合病院）

研究協力者 橋口桂子（元名古屋医療センター）

研究協力者 手島浩二（日本福祉大学大学院 実務家教員）

研究協力者 吉田真二（日本福祉大学大学院 実務家教員）

研究要旨

神経難病患者の入退院支援の指標を作成するため、2つの調査を行った。調査1は、神経難病患者の入退院支援に関わるエキスパート20名にインタビュー調査を行い、内容を質的に分析した。その結果、5つの構成要素と34項目に整理した。調査2では、調査1で作成した34項目について、A県内で神経難病患者の入退院支援に関わる多職種105名を対象に質問紙調査を行い、信頼性と妥当性の検討を行った。その結果、5因子24項目に整理した。各因子のCronbachの α 係数は0.72~0.86と比較的高く、神経難病患者の入退院支援の指標として可能性が示唆された。ただし、今回の調査は対象者数が少なかったことから、予備的調査として位置付けることが妥当であると判断した。

A. 研究目的

神経難病患者の入退院支援は、病態像が多様で、病状の進行によって療養場所の変更が余儀なくされ、かつ入院と退院を繰り返すことから、直線的な支援ではなく、入院と退院を一体的に取り組んだ支援が必要である。

先行研究では、神経難病患者の在宅生活の現状や、在宅療養移行期における課題を明らかにした研究がいくつか報告されているが、事例報告が多く、調査研究は少ない。神経難病患者と家族の実情に即しつつ、入院と退院を繰り返しながら、病状に合わせた意思決定支援を包含する、入退院支援の指標づくりが必要と考えられる。

このようなことから、本研究の目的は、

神経難病患者の入退院支援のプロセスにそって、多職種で支援するための指標を作成することとした。

B. 研究方法

本研究における神経難病とは、筋委縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、パーキンソン病、多系統萎縮症とした。

神経難病患者の入退院支援の指標を作成するため、2つの調査を行った。

・調査1：神経難病患者の入退院支援に関わるエキスパート20名を対象にインタビュー調査を行い、その内容を質的に分析し、指標案を作成した。

・調査2：調査1で作成した指標案（34項

目)について、A 県内で入退院支援に関わる多職種 117 名を対象に質問紙調査を行い、信頼性と妥当性の検証を行った。回答方法は、「1：重要でない」～「4：重要である」の 4 件法である。

(倫理面への配慮)

本調査は日本福祉大学大学院倫理ガイドラインにそって実施した。対象者に研究目的、意義、方法、個人情報の取り扱いについて、文書と口頭で説明した。調査票は、無記名で ID 化するなど匿名化を図った。得られた結果は研究目的以外には使用しない、データや資料は施錠できる場所で保管し、研究者のみ閲覧できるように行った。

C. 研究結果

【調査 1】

神経難病患者の入退院支援に関わるエキスパート 20 名(看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、主任介護支援専門員、介護福祉士)にインタビューを行った。その結果、250 コード、49 サブカテゴリー、17 カテゴリーに整理した。さらに 17 カテゴリーを 5 つの構成要素に分類し、「病院と在宅チームが協働した入退院のステージ」の 0～4 期をフレームワークとして活用し(図 1)、このステージに合わせて 34 項目の指標案を作成した(表 1)。以下、ステージ(I～V 期)と項目数である。

- ・I 期：いろいろな思いを伝え合う時期(入院～入院カンファレンス)は 8 項目
- ・II 期：早めに支援体制を整える時期(入院カンファレンス後)は 8 項目
- ・III 期：在宅療養にあったケア方法の練習(入院カンファレンス後～退院カンファ

レンス前)は、6 項目

・IV 期：病気やリスクとのつきあい方を相談(退院カンファレンス前後)は、7 項目

・V 期：病気やリスクとのつきあい方を相談(退院カンファレンス後)は 5 項目

【調査 2】

質問紙調査の回収数は 117 名で、有効回答率 90% (105 名)であった。分析対象者 105 名の属性は、女性 74.3%、年齢は 30 代が 35.2%と多く、次いで 40 代 25.7%であった。職種は、看護師が 52.4%、次いで主任介護支援専門員 15.2%、勤務先は、急性期病床 21.9%、次いで地域連携室・入退院支援室 13.3%であった(表 2)。

項目の精選のため、「神経難病患者の入退院支援の指標」の回答状況を確認し、当該指標の Cronbach の α 係数、項目削除時の α 係数、Item-Total 相関分析の項目分析を行い、基準値を満たさない項目を除外し、探索的因子分析を行った。

信頼性の検討として、探索的因子分析の結果の各因子について Cronbach の α 係数を求めた。

その結果、最終的に 5 因子から構成される 24 項目を採用した(表 3)。各因子の解釈と因子の命名は次の通りである。

第 1 因子は、病院と在宅サービスとの協働による支援の方向性の検討が含まれていることから『病院スタッフと在宅スタッフとの協働』と命名した(5 項目、 $\alpha = 0.86$)。

第 2 因子は、退院後の生活を見据えた多職種での細やかな調整が含まれることから『退院後の生活を見据えた支援』と命名した(7 項目、 $\alpha = 0.86$)。第 3 因子は、病状や状況に応じて患者・家族・多職種での話し合いの実施が含まれていることから『病

状の変化についての話し合い』と命名した（6項目、 $\alpha = 0.87$ ）。第4因子は、患者や家族の気持ちに寄り添い、医師へつなぐ役割が含まれていることから『多職種で患者・家族の気持ちに寄り添う』と命名した（3項目、 $\alpha = 0.76$ ）。第5因子は、退院後の生活を見据えた早期からの支援体制の調整が含まれていることから『退院後の支援体制の整備』と命名した（3項目、 $\alpha = 0.72$ ）。

D. 考察

・神経難病の入退院支援の指標の妥当性・信頼性

探索的因子分析では、各因子の Cronbach の α 係数は 0.72~0.86 と比較的高く、神経難病患者の入退院支援の指標として可能性が示唆された。

因子名もエキスパートに対するインタビュー調査（調査1、表1）の5つの構成要素とほぼ一致しており、一定レベルの妥当性が示されたと判断する。

・探索的因子分析の過程で「天井効果：回答者間の違いが出にくい」を示す指標が存在した。これらは概念的に不要な項目ではないが、回答選択肢の再検討を行う必要が示唆された。

・今回の対象者はA県内に限定し、かつ107名と少なかった。よって、今回の調査は予備的調査として位置づけるのが妥当である。今後は対象者数を増やして調査し、信頼性と妥当性の確認を行いたい。

E. 結論

神経難病患者の入退院支援の指標を作成するため、2つの調査を行い、以下の結論を得た。

①エキスパートへのインタビュー調査を質的に分析し、5つの構成要素34項目の指標案を作成した。

②①の指標案について、105名の多職種に質問紙調査を行い、信頼性と妥当性を検討した。その結果、5因子24項目に整理した。各因子の Cronbach の α 係数は 0.72~0.86 と比較的高く、神経難病患者の入退院支援の指標として可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

図1 神経難病患者の入退院支援のステージ



表 1 神経難病患者の入退院支援の指標案

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

表2 対象者の概要

		n=105	
		n	(%)
性別	男性	27	(25.7)
	女性	78	(74.3)
年齢	20代	12	(11.4)
	30代	37	(35.2)
	40代	27	(25.7)
	50代	22	(21.0)
	60代以上	7	(6.7)
勤務先	高度急性期病床	5	(4.8)
	急性期病床	23	(21.9)
	回復期病床	11	(10.5)
	地域包括ケア病床	1	(1.0)
	療養病床	3	(2.9)
	地域連携室・入退院支援室	14	(13.3)
	介護老人保健施設	1	(1.0)
	居宅介護支援事業所	13	(12.4)
	地域包括支援センター	7	(6.7)
	訪問看護ステーション	9	(8.6)
	医療機関が実施する訪問リハビリテーション	2	(1.9)
	看護小規模多機能型居宅介護事業所	1	(1.0)
	その他	14	(13.3)
	無回答	1	(1.0)
職種	看護師	55	(52.4)
	保健師	1	(1.0)
	医療ソーシャルワーカー	14	(13.3)
	リハビリ職	13	(12.4)
	栄養士	1	(1.0)
	(主任) 介護支援専門員	16	(15.2)
	社会福祉士	3	(2.9)
	介護士	1	(1.0)
	その他	1	(1.0)
経験年数	0～5年	22	(21.0)
	6～10年	27	(25.7)
	11～15年	23	(21.9)
	16年以上	33	(31.4)
神経難病患者の入退院支援経験の有無	あり	90	(85.7)
	なし	14	(13.3)
	無回答	1	(1.0)

表3 因子分析の結果

No. 項目	因子負荷量					共通性	n=105
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子		
第1因子【病院スタッフと在宅スタッフの協働】 $\alpha=.86$							
1. 退院前カンファレンスを行い、リハビリの進み具合や患者・家族などへの指導内容、リスクに関する情報を病院スタッフと在宅スタッフとで共有する必要がある	.78	-.04	-.13	.09	.11	.611	
2. 体調変化がある場合、その都度医師に相談できる体制を整えておく必要がある	.77	-.09	.28	-.03	-.05	.771	
3. 医療費や福祉制度について、ソーシャルワーカーなどと相談する必要がある	.72	.12	-.07	-.10	.09	.576	
4. 入院から在宅生活まで切れ目のない支援を行うために、カンファレンス以外でも病院スタッフと在宅スタッフとで情報共有をする必要がある	.62	.14	-.07	-.10	.27	.602	
5. 予測されるリスクや病状の見通しについて、多職種でよく検討する必要がある	.57	.01	-.03	-.03	.19	.418	
第2因子【退院後の生活を見ずえた支援】 $\alpha=.86$							
6. 退院後のレスパイト（家族の休息）について、受け入れ先を検討し、利用できるように調整する必要がある	-.13	.76	-.01	.08	.13	.624	
7. 病状に合わせて相談しやすい訪問診療医の情報を収集し、患者や家族などに紹介する	.00	.74	.01	.01	.06	.593	
8. 今後のレスパイトの計画について相談する必要がある	-.07	.64	.20	-.17	.18	.558	
9. 福祉用具について、必要な段階の前から試行するなどして種類や導入のタイミングを相談する必要がある	.05	.58	.08	-.21	.16	.435	
10. 退院後早期から訪問診療医に介入してもらうよう相談する必要がある	.20	.53	.26	.04	-.35	.591	
11. 患者に退院の前に試験外泊してもらう必要がある	.30	.45	-.13	.30	-.26	.539	
12. 入院後早期の段階から、退院後の利用する在宅サービスについて患者や家族などと相談する必要がある	.23	.42	.03	.04	.10	.452	
第3因子【病状の変化についての話し合い】 $\alpha=.87$							
13. 病状が変わったときなど、節目節目で最終段階の医療や介護について話し合いを行う必要がある	-.20	.22	.75	.01	-.01	.607	
14. 体調変化やライフイベントがあるごとに思いや今後の意向を確認する必要がある	-.14	.26	.73	.00	-.05	.621	
15. 病院スタッフと在宅スタッフとで病状に関する情報や在宅生活の状況を共有する必要がある	.10	.06	.65	-.05	.14	.638	
16. 退院後の療養先の選択などについて、患者や家族などに変更できることを説明する必要がある	.14	-.04	.61	-.01	.02	.475	
17. 入院中の医療的ケア・介護方法の様子について病院スタッフと在宅スタッフとで共有する必要がある	.03	-.19	.52	.13	.35	.515	
18. 病状や状態の変化に合わせて治療の選択を変更することが可能であることを患者や家族などに伝え、気持ちに寄り添う必要がある	.49	-.19	.51	.10	.00	.682	
第4因子【多職種で患者・家族の気持ちによりそう】 $\alpha=.76$							
19. 病状や今後の見通しなどについて、患者や家族などの不安なことや心配なことなどを聞く必要がある	-.04	-.18	.02	.96	.17	.884	
20. 退院後の療養場所や過ごし方について、患者や家族などの考えや希望を確認する必要がある	-.08	-.06	.08	.89	-.04	.718	
21. 医師から患者や家族などへの病状の説明に同席する必要がある	.12	.23	-.11	.49	-.13	.391	
第5因子【退院後の支援体制の整備】 $\alpha=.72$							
22. 退院後の医療的ケア・介護方法について病院スタッフと在宅スタッフとで相談する必要がある	.21	.03	.06	-.09	.69	.658	
23. 患者や家族などの意向や治療の選択などに沿って、多職種で集まり具体的な支援体制を検討する必要がある	.05	.30	.02	.10	.43	.508	
24. 入院前に在宅サービスを利用していた患者の場合、直接もしくは他者を介して病院スタッフと在宅スタッフとで情報の共有をする必要がある	.14	.12	.03	.08	.41	.375	
因子抽出法: 主因子法							
回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法							

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」
分担研究報告書

終末期ケアの意向に関する話し合いをする人の関連要因に関する研究

研究分担者 福井 小紀子（大阪大学院医学系研究科保健学専攻）

研究要旨

目的：在宅医療の体制構築を検討する際の4場面の一つである「看取り」の推進に向けた質的な評価指標として、住民の「終末期ケアの意向に関する話し合い」を挙げ、この実態とその関連要因を明らかにすることとした。

方法：2019年11月から12月に、協力の得られた2自治体（人口集中・人口分散地域）より層化無作為抽出した40歳以上の男女2,400名に、質問紙調査を実施しロジスティック回帰分析を行った。

結果：1,204名（回収率50.2%）を分析対象とした。平均年齢69.6±13.3歳、男性29.7%、話し合いあり39.9%（家族・親族95.2%、友人・知人11.0%、医療介護関係者4.4%）であった。話し合いありと関連したのは、介護認定を受けている（オッズ比：95%信頼区間、1.96：1.17-3.30）、排泄の介護を受けている（2.78：1.17-6.61）、通院している（1.48：1.10-2.00）、心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる（2.01：1.29-3.13）、5年以内の身近な人の看取り経験あり（1.63：1.26-2.10）、配偶者と同居あり（1.48：1.12-1.96）、仕事していない（1.50：1.07-2.10）であった。

結論：終末期の意向に関する話し合いを行っていた住民は4割であった。終末期の意向に関する話し合いをしている住民の特徴として、健康に対して不安を持っていること、死を身近に意識していること、話し合いをするための他者との交流の機会があり、配偶者などの同居家族がいることが示された。これらを強化する対策が求められる。

A. 研究目的

第7次医療計画では、在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例として、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの4場面別の評価指標例が示されている。

このうちの1場面である「看取り」の評価指標については、ストラクチャー指標例として、在宅看取りを実施している診療所・

病院数、ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数が挙げられており、プロセス指標としては、在宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り数、在宅死亡者数が挙げられている。

一方、これらの指標により評価を行う自治体担当者に対して、本班が行ったヒアリング調査では、患者・住民アウトカム（QOLやQOD）や住民の希望に応じた療養などの

設定の必要性はに認識されているが、継続的に測定可能な指標や妥当な指標が各自治体において設定に至っておらず、患者や住民のアウトカム指標の設定に苦慮している状況が明らかになった。このため、看取りのアウトカム指標を検討する際に示唆を与える調査の実施が必要と考えられた。

さらに、近年、世界的にも国内でも注目を集めている「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」や「人生会議」等の言葉に代表されるように、住民や患者自身が在宅における看取りを望む場合にそれを実現するためには、日ごろから自身の最期について考え、その意志を周囲の人に伝えておくことが、患者や住民といった一人一人が最期まで QOL を維持・向上し、尊厳ある人生を送るために重要であると言える。

これらの背景を踏まえ、本班では、在宅医療における「看取り」のアウトカムにつながる評価指標として、住民や患者自身が日常から「終末期の意向についての話し合い」を一候補とし、この「終末期の意向についての話し合い」を促進する要因を明らかにすることを目的とし、調査を行うこととした。

すなわち、終末期ケアの意向について話し合いを行い、自分の意思を家族や医療従事者に伝えておくことは、患者や家族の両者にとって希望した終末期ケアにつながる事が明らかになっている (Glass AP, et al., 2008; Heyland DK, et al., 2013; Jaclyn Y, et al., 2013; Leung JM, et al., 2012; Mack JW, et al., 2010) ことから、終末期の意向についての話し合いを行うことの実態と関連要因を明らかにすることとした。

B. 研究方法

1) 調査対象と調査方法

調査は、2自治体(A地域:人口集中地域、B地域:人口分散地域)から層化無作為抽出(年齢、性別)した40歳以上の男女2400名を対象に、無記名自記式質問紙を用いた郵送調査法を実施した。対象者に対して、研究についての説明と協力依頼の文書と調査票を送付し、研究への協力を依頼した。調査の参加と同意は、調査票の返送をもって得られることとした。データ収集期間は、2019年11月から2019年12月であった。

2) 調査項目

調査項目は、アウトカムとして「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか」と質問し「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」を話し合いあり、「話し合ったことはない」を話し合いなしとした。また、これらに関連する要因として、長期ケアの質指標における8側面(山本, 2019)・ソーシャルサポート・ソーシャルキャピタル・ACP・終末期の経験・主観的健康感・主観的満足感尺度および、これらに関連要因として先行研究で指摘されている基本属性(人口統計学的属性、経済状況、生活状況)とした。なお、長期ケアの質指標は、ゴードンの11の機能的健康パターンを参考に作成された指標であり、①尊厳の保持、②苦痛の最小化、③食生活の維持、④排泄行動の維持、⑤身体活動の維持、⑥睡眠の確保、⑦認知機能低下による生活障がい最小化、⑧家族のウェルビーイングの追求の8側面で構成されている。

3) データ分析方法

まず記述統計を算出し、次に終末期の意

向についての話し合いの有無を従属変数として χ^2 検定を行った後、 $p<.10$ の関連のみられた変数を独立変数として強制投入したロジスティック回帰分析を行った。なお、在住地域、性別は調整変数として変数に投入した。分析は、統計解析ソフト SPSSver23 を用いた。

4) 倫理面への配慮

調査は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。対象者の人権及び利益の保護のため、協力依頼文書において、本研究の目的、方法、およびプライバシーの保護について十分に説明し、理解をしていただいた上で調査協力を依頼した。個人情報・プライバシーの保護として、対象者の抽出と個人情報の取り扱いは、すべて自治体が行い、研究者ならびに調査委託業者は取り扱わなかった。データ入力は、個人情報保護規定を公表している調査委託会社が行った。データはすべて匿名化して電子媒体に保存し、研究者の研究室の鍵のかかる場所に保管した。データは、本研究の目的以外では使用せず、研究終了後5年をめぐり一定期間経過後に復元できない形で破棄する。調査票は、必要最小限の質問項目を盛り込むこととし、対象である住民に対して負担をできる限りかけないように注意を払った。本研究における利益相反はない。

C. 研究結果

1) 対象者の属性

1,204名(A地域:553名、B地域:651名)の回答が得られた(回収率 全体:50.2%、A地域:46.1%、B地域:54.3%)。対象者の特性は、平均年齢 69.6 ± 13.3 歳、男性 357名 (29.7%) であった(表1)。

2) 終末期ケアの意向についての話し合いの実態

終末期ケアの意向については、「詳しく話し合っている」全体 41名 (3.4%)、「一応話し合っている」439名 (36.5%)、「話し合ったことはない」692名 (57.5%) であり、全体では 480名 (39.9%)、A地域では 266名 (46.3%)、B地域では 224名 (34.4%) が話し合いを行っていた(表2)。A地域のほうが、有意に多く話し合いを行っていた($p<.001$)。そのうち家族・親族間での話し合いは 457名 (95.2%)、友人・知人間での話し合いは 53名 (11.0%)、医療介護関係者 21名 (4.4%) であった(表3)。

3) 終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因

全体では、関連する可能性のある調査項目のうち 21項目に $p<.10$ の関連がみられた(表4)。

最終的に多変量解析にて関連のみられた変数は、介護認定を受けている(オッズ比:95%信頼区間, 1.96:1.17-3.30)、排泄の介護を受けている(2.78:1.17-6.61)、通院している(1.48:1.10-2.00)、心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる(2.01:1.29-3.13)、5年以内の身近な人の看取り経験あり(1.63:1.26-2.10)、配偶者と同居あり(1.48:1.12-1.96)、仕事していない(1.50:1.07-2.10)であった(表5)。

D. 考察

1) 終末期の意向に関する話し合いの実態

本研究において、終末期の意向に関する話し合いがあった(詳しく話し合っている、一応話し合っている)割合は 40.9%であった。厚生労働省(2018)が実施した「人生の最

終段階における医療に関する意識調査」の結果では 39.5%であり、同等の結果であった。終末期に患者や家族が希望した医療を受けるためにも、早い時期からの話し合いを促す必要がある。

2) 終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因

終末期の意向に関する話し合いをすることに関連がみられた要因は、介護認定を受けていること、排泄の介護を受けていること、通院していることであった。健康に対して不安がある人に対して情報を提供することにより、終末期の意向に関する話し合いが行われる可能性が示唆された。

5 年以内の看取り経験があることが関連要因であった。死を意識することが終末期の会話を促進することにつながると推察される。

心配事や愚痴を聞いてあげる人がいること配偶者と同居していること、仕事をしていないことが関連要因であった。話し合いをする人が身近に存在するという物理的距離、話し合いをする時間があるという物理的時間が話し合いを行うためには重要であると考えられる。

E. 結論

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

文献

Glass AP (2008). Discussions by elders and adult children about end-of-life preparation and preferences. *Prev Chronic Dis.* 5(1): A08.

Heyland DK, Barwich D, Pichora D et al (2013). Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med* 173:778–778.

Jaclyn Y (2013). Early Palliative Care in Advanced Lung Cancer. *JAMA Intern Med.* 2013;173(4):283-290.

厚生労働省 (2018)「人生の最終段階における医療に関する意識調査」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf

Leung JM, Udris EM, Uman J, Au DH (2012). The effect of end-of-life-discussions on perceived quality of care and health status among patients with COPD. *Chest* 142:128–133.

Mack JW (2012). Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol.* 30(35):4387-95.

山本則子 (2019). 令和元年度老健事業「要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業」
<https://www.dropbox.com/s/ff19ef074dm930d/>

F. 研究発表

1. 論文発表

なし (2020 年度発表予定)

2. 学会発表

なし (2020 年度発表予定)

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 対象者の属性

	全体		A地域		B地域	
	度数	%	度数	%	度数	%
年齢	1204	100.0	553	100.0	651	100.0
40代	89	7.4	43	7.8	46	7.1
50～64	282	23.4	121	21.9	161	24.7
65～74歳	296	24.6	139	25.1	157	24.1
75歳から84歳	283	23.5	136	24.6	147	22.6
85歳以上	217	18.0	98	17.7	119	18.3
無回答	37	3.1	16	2.9	21	3.2
性別						
男性	573	47.6	265	47.9	308	47.3
女性	588	48.8	271	49.0	317	48.7
無回答	43	3.6	17	3.1	26	4.0
婚姻状態						
配偶者がいる	828	68.8	405	73.2	423	65.0
死別	202	16.8	89	16.1	113	17.4
離別	50	4.2	18	3.3	32	4.9
未婚	78	6.5	24	4.3	54	8.3
その他	1	0.1	1	0.2	0	0.0
無回答	45	3.7	16	2.9	29	4.5
収入						
50万円未満	18	1.5	12	2.2	6	0.9
50～100万円未満	48	4.0	20	3.6	28	4.3
100～150万円未満	62	5.1	29	5.2	33	5.1
150～200万円未満	98	8.1	51	9.2	47	7.2
200～250万円未満	111	9.2	54	9.8	57	8.8
250～300万円未満	112	9.3	50	9.0	62	9.5
300～400万円未満	180	15.0	81	14.6	99	15.2
400～500万円未満	117	9.7	56	10.1	61	9.4
500～600万円未満	72	6.0	28	5.1	44	6.8
600～700万円未満	52	4.3	17	3.1	35	5.4
700～800万円未満	60	5.0	35	6.3	25	3.8
800～900万円未満	38	3.2	19	3.4	19	2.9
900～1,000万円未満	34	2.8	15	2.7	19	2.9
1,000～1,200万円未満	35	2.9	19	3.4	16	2.5
1,200万円以上	39	3.2	25	4.5	14	2.2
無回答	128	10.6				
就労状況				0.0		0.0
仕事についている	490	40.7	203	36.7	287	44.1
以前は仕事についていたが、今はしていない	515	42.8	245	44.3	270	41.5
職についたことがない	90	7.5	59	10.7	31	4.8
無回答	109	9.1	46	8.3	63	9.7
教育歴						
6年未満	18	1.5	3	0.5	15	2.3
6～9年	349	29.0	85	15.4	264	40.6
10～12年	421	35.0	213	38.5	208	32.0
13年以上	368	30.6	236	42.7	132	20.3
その他	2	0.2	0	0.0	2	0.3
無回答	46	3.8	16	2.9	30	4.6

表 2. 終末期ケアの意向についての話し合い

	全体		A 地域		B 地域	
	度数	%	度数	%	度数	%
詳しく話し合っている	41	3.4	23	4.2	18	2.8
一応話し合っている	439	36.5	233	42.1	206	31.6
話し合ったことはない	692	57.5	286	51.7	406	62.4
無回答	32	2.7	11	2.0	21	3.2
計	1204	100.0	553	100.0	651	100.0

表 3. 終末期ケアの意向についての話し合いの相手（複数回答）

	全体		A 地域		B 地域	
	度数	%	度数	%	度数	%
家族・親族	457	95.2	247	92.9	210	93.8
友人・知人	53	11.0	28	10.5	25	11.2
医療介護関係者	21	4.4	10	3.8	11	4.9
その他	4	0.8	1	0.4	3	1.3
無回答	3	0.6	1	0.4	2	0.9
計	480	100.0	266	100.0	224	100.0

表4. 終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因（単変量解析）

	話し合いなし (n=724) n (%)	話し合いあり (n=480) n (%)	p値
長期ケアの質指標における8側面			
①尊厳の保持			
うつつ尺度 ref=あり	373 (51.5)	249 (51.9)	0.904
友人・知人と会う頻度 ref=月に何度か以上あり	445 (61.5)	332 (69.2)	0.024 *
②苦痛の最小化			
医療や介護について情報を得たいときに、気軽に相談できる先 ref=いる	663 (91.6)	456 (95.0)	0.023 *
安心感尺度5項目合計	31.0 ± 27.6	33.9 ± 29.4	0.08 *
③食生活の維持			
現在受けている介護・食事 ref=介護あり	13 (1.8)	15 (3.1)	0.134
④排泄行動の維持			
現在受けている介護・排泄 ref=介護あり	16 (2.2)	26 (5.4)	0.003 *
⑤身体活動の維持			
現在、何らかの病気で病院や診療所に通院 ref=通院あり	479 (66.2)	364 (75.8)	<0.001 *
老研式総得点	10.3 ± 2.7	10.6 ± 3.0	0.093 *
介護認定を受けていますか ref=受けている	54 (7.5)	65 (13.5)	0.001 *
これまでの1年間に該当するできごと・ボランティア ref=あり	52 (7.2)	43 (9.0)	0.263
これまでの1年間に該当するできごと・趣味関係 ref=あり	114 (15.7)	89 (18.5)	0.205
これまでの1年間に該当するできごと・スポーツ ref=あり	94 (13.0)	75 (15.6)	0.196
これまでの1年間に該当するできごと・町内会 ref=あり	158 (21.8)	115 (24.0)	0.386
⑥睡眠の確保			
過去1か月において、ご自分の睡眠の質を全体としてどのように評価しますか ref=よい	445 (61.5)	301 (62.7)	0.663
⑦認知機能低下による生活障がい最小化			
物忘れが多いと感じますか ref=感じる	389 (53.7)	271 (56.5)	0.352
⑧家族のウェルビーイングの追求			
これまでの1年間に該当するできごと・家族介護	75 (10.4)	54 (11.3)	0.625
ソーシャルサポート			
あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人はいますか ref=いる	564 (77.9)	411 (85.6)	0.001 *
反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人はいますか ref=いる	529 (73.1)	401 (83.5)	<0.001 *
あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいますか ref=いる	574 (79.3)	416 (86.7)	0.001 *
反対に、看病や世話をしてくれる人はいますか ref=いる	458 (63.3)	311 (64.8)	0.588
ソーシャルキャピタル			
あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか ref=できる	485 (67.0)	336 (70.0)	0.272
あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうとするとしますか ref=する	372 (51.4)	248 (51.7)	0.923
あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか ref=ある	521 (72.0)	358 (74.6)	0.316
居住年数40年以上	328 (45.3)	200 (41.7)	0.213
Advance Care Planning : ACP			
介護が必要となった場合に、現在の住まいで介護を受けたい ref=受けたい	144 (19.9)	119 (24.8)	0.044 *
介護が必要となった場合に、施設で介護を受けたい ref=受けたい	237 (32.7)	175 (36.5)	0.182
介護が必要となった場合に、病院で介護を受けたい ref=受けたい	58 (8.0)	37 (7.7)	0.849
治る見込みがない病気になった場合、最後は病院で迎えたい ref=受けたい	233 (32.2)	167 (34.8)	0.347
治る見込みがない病気になった場合、最後は自宅で迎えたい ref=迎えたい	236 (32.6)	176 (36.7)	0.145
治る見込みがない病気になった場合、最後は施設で迎えたい ref=迎えたい	70 (9.7)	59 (12.3)	0.15
あなたは、身近で大切な人の死を最近5年間に経験 ref=している	365 (50.4)	187 (39.0)	<0.001 *
現在のあなたの健康状態 ref=よい	573 (79.1)	358 (74.6)	0.064 *
人生満足度尺度	6.1 ± 2.2	6.5 ± 1.9	<0.001 *
人口統計学的属性			
年齢	69.6 ± 13.3	72.4 ± 12.4	<0.001 *
婚姻状態 ref=配偶者あり	488 (67.4)	340 (70.8)	0.309
家族構成 ref=一人暮らし	110 (15.2)	72 (15.0)	0.927
配偶者と同居 ref=同居あり	422 (58.3)	306 (63.8)	0.058 *
収入 300万円以上	383 (52.9)	244 (50.8)	0.482
あなたが住んでいる住宅の種類 ref=持ち家	593 (81.9)	391 (81.5)	0.844
A地域に居住	297 (41.0)	256 (53.3)	<0.001 *
B地域に居住	427 (59.0)	224 (46.7)	
あなたは、現在、収入になる仕事をしていますか ref=仕事していない	333 (46.0)	157 (32.7)	<0.001 *
あなたが受けられた学校教育13年以上	204 (28.2)	164 (34.2)	0.027 *
現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか ref=ふつうからゆとりあり	429 (59.3)	320 (66.7)	0.009 *

* p<.001の関連がみられた変数 調整変数：居住地域、性別

表 5. 全体の終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因（多変量解析）
 (n=1,204)

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

*調整変数：居住地域、性別

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」

分担研究報告書

医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

研究分担者 飯島 勝矢 （東京大学高齢社会総合研究機構 教授）
研究協力者 吉江 悟 （東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 特任研究員
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員）
松本 佳子 （東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員
埼玉県立大学研究開発センター 研究員）

研究要旨

本研究では、在宅医療および在宅医療・介護連携（推進事業）の分野やロジックモデルに明るい研究者と自治体職員により、在宅医療および在宅医療・介護連携の評価指標のうち、医療・介護レセプトの情報を用いて集計可能な項目を検討した。日常の療養（4つの場面のうち中心に位置付くものであり全体指標を兼ねる）、急変時の対応、看取り、入退院支援という4つの場面別に、アウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標を設定し、医療・介護レセプトで集計可能な指標を整理するとともに、療養場所やACSCs（Ambulatory care-sensitive conditions）については実際のレセプトデータを用いて集計を行った。また、集計の実現可能性を検討したところ、NDB、介護DB、KDBなどの既存の公的データベースのうち死亡年月日の情報が含まれているのはKDBの令和元年5月分以降だけであった。各場面に関する指標の集計については、各データベースの特性を踏まえた慎重な対応が求められる。

A. 研究目的

在宅医療の体制構築に関わる評価指標は、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」で、「別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」が示されている。医療計画の5疾病5事業にならない、Donabedianモデル（ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標）と在宅

医療の4場面による3×4の次元で指標が設定されているが、在宅医療分野ではアウトカム指標が示されていない。また、在宅医療分野の医療計画は、介護保険事業（支援）計画との整合性を担保することが重要とされており、介護保険法により市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業と整合性が取れた形で評価ができる指標が望ましい。そこで本研究では、在宅医療および在宅

医療・介護連携において求められる評価指標について、医療・介護レセプトで集計可能な指標を検討するとともに、実際に集計を行っていく上での課題を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 医療・介護レセプト情報を用いた指標の検討

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

なお、医療計画における在宅医療の分野と介護保険事業計画における在宅医療・介護連携の分野は相互に関連が深く、整合性

を保って指標が設定されるべきところであることから、本研究は、平成30～令和元年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」(研究代表者：福井小紀子)において検討された評価指標と整合が保たれるよう、両班の研究従事者間で情報交換を行いながら実施した。

2. 医療・介護レセプト情報を入手する上での課題の検討

前項において集計可能な指標が示されても、都道府県が実際に医療・介護レセプト情報を入手し、集計できなければ意味がないことから、実際に情報を入手する上での課題もあわせて検討した。国民健康保険組合連合会などが保有するレセプト情報(いわゆるレセ電情報など)、NDB、介護DB、KDBといったデータソースの特徴に明るい研究

表1. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

場面	入退院支援	日常の療養支援(全体を兼ねる)	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算(医療)を算定している施設数 退院時共同指導料(医療)を算定している施設数 介護支援等連携指導料(医療)を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料(医療)を算定している施設数 看護師：訪問看護(15を除く)(介護)・在宅患者訪問看護・指導料(医療)・訪問看護療養費(医療)を算定している施設数 リハビリテーション職種：訪問看護15(介護)・訪問リハビリテーション(介護)・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(医療)を算定している施設数 歯科医師：歯科訪問診療料(医療)を算定している施設数 歯科衛生士：居宅療養管理指導(介護)・訪問歯科衛生指導料(医療)を算定している施設数 薬剤師：居宅療養管理指導(介護)・在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)を算定している施設数 管理栄養士：居宅療養管理指導(介護)・在宅患者訪問栄養食事指導料(医療)を算定している施設数 訪問介護員：訪問介護(介護)を算定している施設数 地域密着型：(看護)小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問看護を算定している施設数(介護) 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅時医学総合管理料(医療)を算定している施設数 医師：往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算(医療)を算定している施設数 看護師：緊急時訪問看護加算(介護)・24時間対応体制加算(医療)を算定している施設数 看護師：訪問看護の夜間・早朝加算(介護)・訪問看護療養費の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算(医療)を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算(医療)を算定している施設数 医師：在宅がん医療総合診療料(医療)を算定している施設数 看護師：訪問看護のターミナルケア加算(医療・介護)を算定している施設数 全職種：被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数(医療・介護)を算定している施設数
プロセス指標(P)	<ul style="list-style-type: none"> 「ストラクチャー指標」の項に示した点数(医療・介護)の算定回数 			
アウトカム指標(O)	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため「急変時の対応」の項に示した内容で代用する 	<ul style="list-style-type: none"> 療養場所(医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計) 医療費・介護費(医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出) 	<ul style="list-style-type: none"> 傷病名などを用いてACSC(Ambulatory care-sensitive conditions***)を定義した上で、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する 同様に、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する ただし、いずれも重症度の調整が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所(「日常の療養支援」の項を参照)

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

** 「在宅で療養する者」の定義については、入居・介護保険施設入居者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集団住宅入居者、それら以外という区分の中で、どこで継続して生活しているかを検討する必要がある。

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

者を研究協力者に迎え検討を行った。

C. 研究結果 及び D. 考察

1. 医療・介護レセプト情報を用いた指標の検討

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

1) 日常の療養

「日常の療養」(全体指標を兼ねる)に関するアウトカム指標としては、まず療養場所を設定した。これは、在宅で療養する者の割合を100%まで上昇させることを目標とする指標ではなく、各地域において在宅医

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

表2. 療養場所の推移 (年度ごと・下位分類)

		2012	2013	2014	2012 →2014
0	外来	3,615	3,991	4,386	770
1	訪問診療(戸建等)	394	418	524	130
2-1	訪問診療(サ高住等)	183	226	201	18
2-2	介護付有料	387	387	418	31
2-3	認知症GH	255	264	290	35
3-1	特養	823	852	898	75
3-2	老健	124	117	119	-5
3-3	介護療養	6	4	2	-4
4-1	入院(一般)	321	328	351	30
4-2	入院(療養)	6	4	5	-1
4-3	入院(精神)	4	4	4	0
4-4	入院(その他)	13	12	14	1
	合計	6,129	6,609	7,211	1,082

どの類型を「在宅」として定義するかはあらかじめ指定することはせず、4つの類型の分布の変化の過程を確認できることが重要と考えている。なお、療養場所をアウトカム指標の1つとして提示しているが、測定内容自体は提供される医療・介護の影響を大きく受けるものであり、プロセス指標として整理することも可能である。

療養場所については、本研究班と平成30～令和元年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（研究代表者：福井小紀子）で検討された枠組みに基づいて、平成30～令和2年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「在宅及び慢性期の医療機関で療養する患者の状態の包括的評価方法の確立のための研究」（研究代表者：飯島勝矢）において実際の医療・介護レセプトデータを用いて集計を行った（表2）。

また、米国 Institute for Healthcare Improvement や Valentijn, et al. (2016) が提唱する Triple aim (3つの目標) の枠組みにおいてコスト面の指標が含まれていることに鑑み、もう1つのアウトカム指標として、コスト面の指標として住民1人あたりの医療・介護費を設定した。

次に、プロセス指標・ストラクチャー指標としては、医療・介護レセプトを用いて、在宅医療や在宅介護に関するサービスが提供されている人数・回数（プロセス指標）、それらを提供している機関数（ストラクチャー指標）を集計することとした。前掲の療養場所と同様、これらの指標も「多ければ多いほど良い」という価値観に基づくものではなく、各地域における在宅医療・介護サービ

スの提供実態を継時的に示し、あるいは地域間比較が可能な形で示し、地域包括ケア施策の定点観測指標として用いていくことを意図したものである。各地域で取組みを継続しながら、過不足のないサービス提供体制を検討する資料として用いることになる。

2) 急変時の対応

「急変時の対応」に関する指標としては、臨時の往診や訪問看護や、必要があれば救急搬送といった既存の体制が適切に機能することが重要である一方、それらの貴重な資源が必要以上に消費されることのないよう不要不急の呼び出しが最小化されていることも重要である。そこで本研究では、Bardsley, et al. (2013) の研究などで用いられている Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs) という概念を用いて、ACSCs の状態にある住民を定義し、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs の者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈して、これらをアウトカム指標として設定した。同様に、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs の者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈し、これらもアウトカム指標とした。これらの指標はすべて医療・介護レセプトにより集計することができる。（なおこの指標の限界点として、ACSCs は医療レセプトの傷病名情報から定義を行うことになるため、各該当傷病の重症度までは加味することができないという点があげられる。理想的には重

症度を調整した指標化が求められるが、今 亡日からさかのぼって6ヶ月以内の者に限
後の課題である。) 定することにより指標として用いることと

表3. ACSCs (Ambulatory Care-Sensitive Conditions) ×療養場所

	0外来	1訪問診療 (戸建等)	2集合住宅	3介護施設	4入院	該当率
合計	61.0%	6.8%	13.3%	14.9%	3.9%	100.0%
1 高血圧	62.2%	6.5%	15.0%	13.3%	3.1%	35.2%
2 狭心症	65.3%	9.0%	12.6%	9.6%	3.6%	5.7%
3 糖尿病の合併症	81.5%	4.3%	4.4%	5.7%	4.1%	5.3%
4 鬱血性心不全	47.2%	11.1%	17.5%	18.9%	5.3%	4.8%
5 喘息	62.3%	10.0%	8.9%	13.3%	5.5%	2.4%
6 慢性閉塞性肺疾患	59.3%	14.3%	10.0%	10.1%	6.3%	2.1%
7 インフルエンザ	44.7%	5.0%	11.4%	29.7%	9.2%	1.2%
8 けいれん性てんかん	48.2%	9.2%	13.1%	24.0%	5.5%	0.9%
9 耳鼻咽喉科の感染症	75.3%	1.0%	11.7%	8.5%	3.4%	0.5%
10 鉄欠乏性貧血	43.9%	14.7%	15.9%	21.1%	4.4%	0.4%
11 蜂窩織炎	63.5%	3.4%	7.0%	17.5%	8.5%	0.3%
12 尿路感染症	50.1%	11.0%	7.8%	17.7%	13.3%	0.3%
13 肺炎	63.7%	3.6%	5.2%	11.3%	16.2%	0.2%
14 壊疽	50.9%	9.4%	18.0%	14.0%	7.8%	0.2%
15 胃腸炎	54.6%	5.7%	29.8%	6.7%	3.2%	0.2%

訪問診療（戸建等）群：慢性のACSCsが多い

入院群：急性・感染症のACSCsが多い

※セル内の数値は療養場所の割合 ※該当率<0.1%のACSC（傷病名）は割愛

表3には、ACSCsと療養場所のクロス集計を示した。これにより、入院が生じやすい疾患などが明らかになる。

また、プロセス指標・ストラクチャー指標としては、在宅時医学総合管理料、往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算、緊急時訪問看護加算及び夜間・早朝加算、深夜加算（介護保険）、訪問看護療養費の24時間対応体制加算及び夜間早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算が算定されている人数・回数（プロセス指標）、それらを提供している機関数（ストラクチャー指標）を集計することとした。

3) 看取り

「看取り」に関する指標は、「日常の療養」に関する指標群について、集計対象を在宅医療・介護サービス利用者全体ではなく死

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

以上のほか、看取り期に算定されるレセプト点数である在宅患者訪問診療料の在宅

ターミナルケア加算、在宅がん医療総合診療料、訪問看護のターミナルケア加算(介護保険)、訪問看護療養費における訪問看護ターミナルケア療養費が算定されている人数・回数(プロセス指標)、それらを算定している機関数(ストラクチャー指標)を集計し、指標として用いることも可能である。ただし、これらはすべての終末期患者に対して算定される点数ではないことを理解して数値を解釈する必要がある。(前述した被保険者台帳情報に基づく死亡の事実は100%に近い悉皆性の高い情報である)。

4) 入退院支援

「入退院支援」に関する指標としては、退院後の再入院率が低いことをもって良質な管理がされていると解釈し、アウトカム指標として設定することを検討したが、医療・介護レセプト情報を用いて再入院を定義する場合に、救急搬送による入院のみを対象とするのか(救急でなくても予定外の入院が存在すると考えられる)、当初より予定されていた再入院(当初から2度にわたる入院を通じて治療計画が立てられている場合など)をいかに除外するかなど明確にすべき論点が多く、適切な指標化が困難と考えられた。そのため、「入退院支援」におけるアウトカム指標は、暫定的に「急変時の対応」に関する指標によって代用することとした。

プロセス指標・ストラクチャー指標については、入退院支援加算、退院時共同指導料、介護支援等連携指導料が算定されている人数・回数(プロセス指標)、それらを算定している機関数(ストラクチャー指標)を集計し、指標として用いることも可能であ

る。ただし、これらの点数を算定していなくても電話等により質の高い連携をはかっている場合があると想定されること、逆に算定をしても形式的な実施にとどまる場合もあると想定されることから、これらの点数を指標として利用する際には、数値の解釈を慎重に行う必要がある。

2. 医療・介護レセプト情報を入手する上での課題の検討

指標を検討する作業と同時並行して、ここで用いる指標を、できる限り全国一律に(比較可能性を保って)、都道府県単位(医療計画の策定単位)・市町村単位(在宅医療・介護連携推進事業の実施単位)で、関係者(主に住民、医療・介護従事者、行政職員)の手間をかけずに実現する方法を検討した。

医療・介護レセプトの情報が記載された既存のデータベース(DB)としては、NDB、介護DB、KDBが存在する。しかしながら、いずれのDBも欠点(特定のデータの欠損など)があり、表1に示した指標の集計を一括して行うには課題が残る。もともと国民健康保険連合会や社会保険診療報酬支払基金が保険報酬の支払いのために管理しているデータそのもの(医療レセプトにおいてはレセプト電算処理システムの記録条件仕様等に定められたもの、介護レセプトにおいてはインターフェース仕様書等に定められたもの)と被保険者台帳の情報を利用すれば表1の指標はすべて集計できることから、今後の方向性としては、①KDBなど既存のDBの仕様を改修して活用していく、②上述した国民健康保険連合会・社会保険診療報酬支払基金が管理するデータそのものを利用することとし、欠損のあるDBは

表 4. 既存の医療・介護レセプトに関するデータベース

DBの種別	特徴
NDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほぼすべての保険者のレセプトが網羅されている ・ 現仕様では市町村別集計は不可能（被用者保険レセプトなどでは被保険者住所が特定できない） ・ 将来レセプトに郵便番号が付加された際には市町村別集計が可能となる ・ 匿名化されており他データとの接合不可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない
介護DB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 匿名化されており他データとの接合不可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない
NDBと介護DBを紐付けたDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在厚生労働省で作業が進められており将来的には実現される予定 ・ 匿名化されており他データとの接合不可
KDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険のみ ・ 匿名化されておらず他データと紐付け可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていなかったが、令和元年5月以降のデータには含まれる ・ レセプトデータから加工集計されたDBであり、特に介護レセプトについては、サービス項目コード、算定回数などの情報列が存在しない

用いない、という 2 つの流れを念頭に置きつつ、いずれの道筋を辿る方が関係者（住民、医療・介護従事者、市町村職員、都道府県職員、厚生労働省職員、研究者など）の手間の総量が小さく済むか、という観点からデータ入手の方策を継続的に検討していくことになる。

なお、NDB、介護 DB、KDB の特徴については、平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（研究代表者：福井小紀子）報告書においても整理をしている。これを更新し、直近の状況を反映したものを表 4 に示した。

E. 結論

本研究を通じ、在宅医療および在宅医療・介護連携に関するレセプトを用いた評価指標を設定し、実際に集計を行った。これらの

指標を全国の市町村で一律に、継続的に集計することで、在宅医療や在宅医療・介護連携に関する施策の定点評価が可能となるとともに、比較のしかたに注意は要するものの、市町村間比較も可能となる。

Institute for Healthcare Improvement. The IHI Triple Aim. URL: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>(2019.3 アクセス)

Valentijn, P., P., Biermann, C., & Bruijnzeels, M., A. (2016) Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. BMC Health Services Research, 16:330

Bardsley, M., Blunt, I., Davies, S., & Dixon, J., (2013). Is secondary preventive care

improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. BMJ Open, e002007.

F. 健康危険情報
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

吉江悟, 二宮英樹, 北村智美, 宮城禎弥, 浜田将太, 森隆浩, 金雪瑩, 岩上将夫, 安富元彦, 松本佳子, 川越雅弘, 福井小紀子, 石崎達郎, 田宮菜奈子, 飯島勝矢. (2019.10.23-25). 介護保険利用後期高齢者の Ambulatory Care-Sensitive Conditions と療養場所との関連. 第 78 回日本公衆衛生学会総会, 高知.

飯島勝矢, 吉江悟, 二宮英樹, 佐々木健佑, 宮城禎弥, 浜田将太, 森隆浩, 金雪瑩, 岩上将夫, 安富元彦, 松本佳子, 川越雅弘, 福井小紀子, 石崎達郎, 田宮菜奈子, 飯島勝矢. (2019.10.23-25). 医療・介護レセプトを用いた療養場所の集計手法の検討. 第 78 回日本公衆衛生学会総会, 高知.

松本佳子, 吉田真季, 吉江悟, 埴岡健一, 川越雅弘. (2019.10.23-25). 47 都道府県の第 7 次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と中間見直しに向けた検討. 第 78 回日本公衆衛生学会総会, 高知.

3. その他

吉江悟, (2019.3). 厚生労働省委託 平成 30 年度在宅医療・介護連携推進支援事業データ分析研修会 (実施団体: 日本能率協会総合研究所). 指標について

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」

分担研究報告書

介護保険事業計画の現状・課題と改善策

—在宅医療・介護連携推進事業を一例に—

研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）

研究要旨

目的：介護保険事業計画の記載内容やヒアリング（直接支援を含む）を通じて、市町村職員の計画策定や事業展開に対する思考プロセスの現状と課題を明らかにする。

方法：公表されている市町村の第7期介護保険事業計画（在宅医療・介護連携推進事業の内容を含む）の収集・分析及びヒアリングを通じて、市町村が行っている事業マネジメントの現状を把握した。一方で、国が事業マネジメントに期待していることの整理を行った。その上で、両者のギャップ（期待値と現状）から、市町村の事業マネジメント実施上の課題の整理、及び改善策の検討を行った。

結果：介護保険事業計画の内容分析などから、以下の現状と課題が明らかとなった。

- ・基本目標（目指す姿）を設定した上で、国から求められている施策と事業を並べるといった計画が多いが、基本目標の具体化（目指す姿の具体化）、現状との比較を通じた課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載はほとんど見受けられない。
- ・市町村職員は、事業にとっての課題ではなく、自分自身にとっての課題を「課題」と捉えがちである。
- ・事業の目的や目標を十分に検討しないまま、手段である対策（施策や事業）から考える傾向が強い。
- ・自らが対応可能な範囲（例：研修会の開催）で対策と指標を考えがちである。
- ・連携に対する課題を検討する際、自身に連携のイメージがないにも関わらず、専門職へのヒアリングなどは十分行われていない。
- ・地域ケア個別会議などの仕組みは多くの市町村にあるが、これを活用して、事例検討から在宅医療・介護連携に関する課題を抽出する取組はあまり見られない。

結論：事業展開のための様々なツールやデータが国によって提供されているものの、市町村がそれらを十分には活用できていない状況にある。最も中核となる課題は、ツールがないことではなく、それらを活用する考え方が身に付いていないことである。適切な事業運営を図るためには、マネジメント力（課題解決に関する思考力）の強化と不足しているツールの提供（データや評価指標の提供など）をセットで進めていく必要がある。

A. 研究目的

介護保険制度では、3年毎に介護保険事業計画を市町村が策定することとなっている。当初、同計画の中心課題は介護保険のサービス提供体制の整備及び保険料算定にあったが、第6期計画（2015～2017年）から同計画の位置づけが「地域包括ケア計画」に変更され、計画がカバーする範囲は大幅に拡大した。そのため、市町村には、従来の介護サービス提供体制の整備に加えて、①在宅医療の整備、②在宅医療と介護の連携の推進、③生活支援体制の整備、④住まいの確保、⑤介護予防の推進、⑥認知症施策の推進などに関する事業の推進も求められることとなった。

こうした状況の変化に対し、国も、事業マネジメントを適切に展開するための手引きの作成、支援ツールの開発・提供、各事業に関係する各種データの提供などを行ってきたものの、①事業が目指す姿が設定・共有されていない、②地域課題を市町村が把握できていない、③データを提供されてもそれを活用できていない、④事業計画の策定（Plan）～実行（Do）～評価

（Check）～点検・見直し（Act）といった一連のPDCAサイクルがうまく回せてないなど、課題が山積しているのが現状である。

本稿では、市町村が抱える様々な事業のうち、在宅医療・介護連携推進事業に焦点を当てた上で、①市町村はどのような事業計画を策定しているのか、②なぜ、そうした計画策定になるのかといった思考過程の分析を行う。また、筆者が関わっている市町村での取組を紹介しながら、計画策定プロセスの改善策について言及する。

B. 研究方法

公表されている市町村の第7期介護保険事業計画（在宅医療・介護連携推進事業の内容を含む）の収集・分析及びヒアリング（計画策定や事業運営に対する直接支援を含む）を通じて、市町村が行っている事業マネジメントの現状を把握した。一方で、国が事業マネジメントに期待している内容や方法の整理を行った。その上で、両者のギャップ（国の期待値と市町村の現状）から、市町村の事業マネジメント実施上の課題の整理、及び改善策の検討を行った。

C. 結果

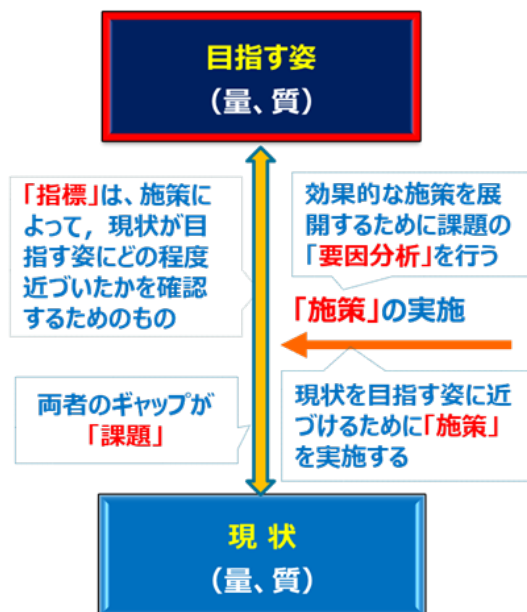
1. 事業マネジメントの進め方とは

2018年7月、厚生労働省老健局介護保険計画課は、第8期の介護保険計画策定に向けて、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」を公表した。同手引きでは、事業マネジメントの手順として8つのステップが示されているが（図1参照）、これは、①課題設定（Step.1～3）、②効果的な対策の検討・実行（Step.4～6）、③効果の確認（Step.7）に大別することができる。

1) 課題設定

課題とは、現状と目指す姿のギャップのことを意味する。そのため、マネジメントとは、「目標を設定した上で、適切な手段の選択と実践を通じて目標を達成していく（現状を目指す姿に限りなく近づける）プロセスのこと」と定義できる。在宅医療・介護連携推進事業における課題を設定するためには、まず、同事業で「何を目指すのか」を定める必要がある。その上で、現状との比較を通じて課題を認識・設定するのである（図2参照）。

図 2. 課題・対策・要因分析・指標の関係



出所) 筆者作成

2) 効果的な対策の検討・実行

施策とは、現状を目標に近づけるために行うものである。ただし、様々な施策が取り得ることから、原因をより解決できる施策を選択する必要がある。そのために行うのが要因分析である。また、施策によって、現状が目標にどの程度近づいたかを確認するために設定するのが指標である。

在宅医療・介護連携推進事業を適切に展開するためには、①国の施策動向から事業に期待されている役割や機能を理解した上で、②事業が目標を設定し、③様々な手段(既存データや独自アンケートの分析、個別事例検討など)を通じて現状を把握し、④目標と現状の比較から課題を設定し、⑤課題解決に関わる関係者を交えた会議体で課題の共有と対策の検討、役割分担を決定し、⑥対策を実行し、⑦経過確認と評価(点検・見直し)を行うといった一連の手順を適切に遂行する必要がある。

2. 現行計画における目標～施策～事業の構造とは (A市の例)

では、実際の計画はどうなっているのだろうか。そこで、A市の第7期介護保険事業計画に記載されていた目標と施策と事業の内容を確認してみることにする。

同市の記載例を図3に示す。基本目標を「住み慣れた地域で暮らし続けられるまち」と設定した上で、複数の施策領域に対し、具体的な施策を示す形になっている。図3には2つの施策領域(施策3:地域包括ケアシステムの深化・推進、施策4:高齢者にやさしいまちづくり)を抜粋したが、このうち、施策3に関しては、さらに8つの具体的な施策(①地域包括ケアシステムの推進体制の充実～⑧高齢者の住居安定に係る施策との連携)が、さらに、具体的施策「⑥在宅医療・介護連携の推進」に対し、国が指定している8つの事業(在宅医療・介護サービス資源の把握、在宅医療・介護連携上の課題抽出と対応の協議など)が設定されている。

基本目標(目標)を設定した上で、国から求められている施策と事業を並べるといった計画になっているが、こうした記載は多くの市町村で見られるものである。ただし、基本目標の具体化(目標の具体化)、現状との比較を通じた課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載は計画には見受けられない。

3. 在宅医療・介護連携推進事業に関する計画の現状と課題

図4に、B市の在宅医療・介護連携推進事業の計画例を示す。B市では「在宅医療・介護連携の推進」を目的とした上で、連携の推進、情報共有、提供体制の構築を目標とし、

その対策として研修会の開催をあげている。また、事業評価指標として、「研修会を年に何回行ったか」などを設定し、それを確認するといった形をとっている。

ただし、この指標だと、医療・介護連携が実際に深まったかどうかの確認はできない。また、連携の場面も設定されていない。連携といった漠然としたものに対して検討を行っているため、課題も対策も抽象的になってしまっている。また、対策の内容も、市町村で行えるもの(=研修の開催)に限定して考えている。そもそも、目的としている「在宅医療・介護連携の推進」は、目的(〇〇のために)ではなく、目的や目標を達成するための手段である。なお、こうした計画も多くの市町村で見られるものである。

D. 考察

ここでは、在宅医療・介護連携推進事業に関する計画策定上の主な課題とその原因について考察を加える。

1. 課題の捉え方が理解できていない

上述したように、課題とは、「現状」と「目指す姿」のギャップのことである。したがって、目指す姿を設定した上で、現状を把握し、両者のギャップから課題を整理する必要があるが、市町村の計画をみる限り、「在宅医療・介護連携推進事業で何をを目指すのか」が検討すらされていない。

また、「事業展開上の課題は何か」と市町村職員に聞くと、「医師会との連携が難しい」など、市町村職員にとっての課題を述べる場合が多い。現状を目指す姿に近づけるためにはどうしたらよいかの観点から何が課題かを考えるくせが身に付いていないし、教えられてもいない印象を受ける。

2. 手段から物事を考える(手段の目的化が起こりやすい)

市町村職員に対して、計画策定における思考過程を確認する機会も多いが、その際感じるのは、市町村職員は「施策をどう立ち上げるか、行うか」に対する意識が強く、何を指すか、どのレベルを目指すかといった目的や目標を十分に検討しないまま、手段である対策から考える傾向があると感じる。また、手段自体(在宅医療・介護の連携を図ること)が目的になりやすい。誰の何のための事業なのかといった「目的」を考え、目的を達成するための「目標」を置き、目標達成に向けた「対策(手段)」を考えるといった順番での思考を強化する必要がある。

3. 自らが対応可能な範囲で対策と指標を考える

在宅医療・介護連携推進事業で市町村が出来る対策は「専門職を交えた会議のセット」と「研修会の実施」などである。予算をとって施策を行うことには慣れているので、「年に何回研修会を開催するか」「それにかかる費用はいくらか」を考えることは得意である。その結果、市町村が主体的に行う行為である研修会開催の実施状況が評価の対象となり、「研修会の開催回数」が指標となるのである。

4. 連携イメージがないにも関わらず、専門職へのヒアリングなどは十分行われていない

実際に連携しているのは医療職とケア職であり、市町村職員ではない。市町村職員は、連携を行う当事者ではないのである。したがって、「連携上の課題」に対するイメージを持っていない。こうした状況下で、連携課題をイメージしてもらうためには、①事

例検討から課題をイメージする、②専門職にヒアリングする、③専門職を交えた会議体の中で、専門職から意見徴収するなどの手段を講じればよいのである。①に関しては、地域ケア個別会議といった仕組みがあるので、その枠組みを応用して、例えば看取り事例や退院事例を取り上げればよいだけである。

また、シナリオを固めて会議を円滑に進める手法に慣れているため、会議参加者から様々な意見をもらって、それをまとめ上げるといった方法(真逆の手法)は苦手なのである。そのため、現場感覚がなく(課題が具体的にイメージできない)、医療関係者との接点も少なく、関係者の意見を集約する会議運営も苦手な市町村職員にとって、在宅医療・介護連携は非常に難しいテーマだと感じてしまうのである。

5. こうした現状をどうやって改善していくのか(国立市での取組みから考える)

上述したような様々な課題があるため、市町村が在宅医療・介護連携推進事業を円滑に進めることには困難さが伴うが、まず行うべきことは「連携に関する課題を肌感覚で感じられる状況を作ること」である。また、連携の重要テーマの1つである「看取り」を考えると、住民にも能動的に計画の実行に関わってもらふ必要もある。したがって、市町村職員にも、住民にも、現状と課題を認識してもらふための方法が必要となる。

従来の計画では、量的調査や既存データ(レセプトなど)分析を通じた課題把握が主な方法になっているが、この方法では課題がどこにあるかなどは漠然と分かるものの、どのような課題があるかを具体化しに

くい。そのため、国立市では、住民にも専門職にも市町村職員にも理解されやすい「事例検討から課題を認識する」といった方法を採用した。

看取りを例にすると、まず、看取りの目指す姿「本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで過ごす」を設定した後、事例分析(ケースから連携上の課題を学ぶといったケーススタディ)から、現在できていること、出来ていないことを確認し、目指す姿の目標の具体化と目標達成に必要な要素、方法を検討した上で、国立市のこれまでの施策の内容を再検討し、進捗状況(現状が目指す姿に近づいているか)の確認を行うための指標を設定するといったロジックモデルを構築した。

こうした課題と対策の整理の仕方は、住民にも、市町村にも、専門職にも好評で、現在、月1回程度のペースで住民との意見交換会を開催し、計画の内容のバージョンアップを図っている。

E. 結論

事例検討は、地域ケア個別会議として、全市町村で実施されているものである。在宅医療に関するデータも、厚生労働省の「地域包括ケア見える化システム」により一部開示されている(今後、さらにバージョンアップ予定)。

このように、事業マネジメントを側面支援するための様々なツールやデータは用意されてきているが、市町村がそれらを十分には活用できていない状況にある。

国は、様々なツールを提供することで事業マネジメントの展開力を付けようといった手法をこれまで主に展開してきたが、結

果として活用しきれていないのである。最も中核となる課題は、ツールがないことではなく、それらを活用する考え方が身に付いていないことであり、そのための研修体系も方法も整備されていないことである。

本校は、地域包括ケアに関わる関係者の人材育成を目指し、各種研修会（Off-JT）と事業推進や計画策定に関する実地での指導（OJT）を実施しているが、こうした取組を各地で展開するといった取組が今後必要になると考える。

参考文献

1. 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き、2018年7月30日公表

A. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

B. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

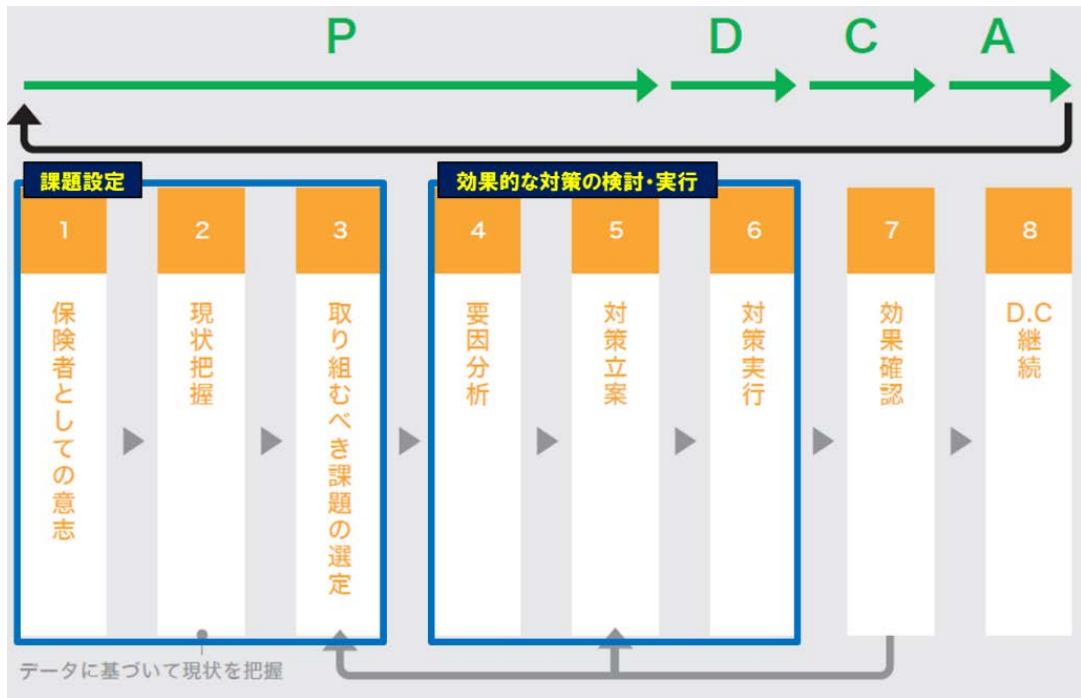
2. 実用新案登録

なし

3. その他

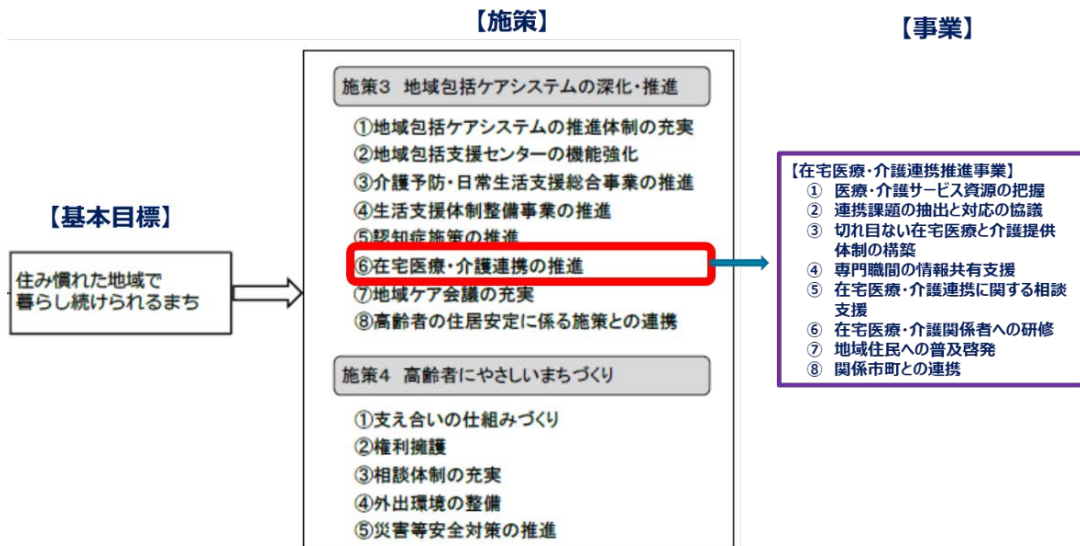
なし

図1. 事業マネジメントの手順とは



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）を一部改変

図3. 介護保険事業計画に記載されていた目標・施策・事業の内容（A市の場合）



出所) A市の第7期介護保険事業計画を一部加筆

図 4. 在宅医療・介護連携推進事業に対する計画策定の現状と課題

計画策定の現状

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



計画策定上の課題

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

出所）筆者作成

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」

分担研究報告書

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

研究協力者 松本 佳子（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）

吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）

研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）

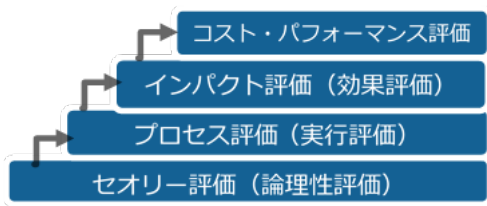
研究要旨

本研究班では、在宅医療および在宅医療・連携にかかわるロジックモデルと、在宅医療の4場面別に医療・介護レセプトデータで集計可能なアウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標を提案した。これらの対応関係を整理し、中間見直し、および第8次医療計画策定に向けて、事業評価への活用を検討した。ロジックモデルの、最終目標（最終アウトカム）と、場面別目標（中間アウトカム）に、医療・介護レセプトデータで集計可能なアウトカム指標およびプロセス指標が設定できた。最終アウトカムのアウトカム指標は現状では入手が難しいものの、中間アウトカムに設定したプロセス指標は現時点でも入手可能なものも含まれる。これらのプロセス指標の推移を、施策・事業実施との関係で把握することで、一般指標デザインなどによるインパクト評価は可能となる。ある程度汎用性のある指標付きのロジックモデルを参考に、都道府県において事業評価が実施されることが期待される。

A. 研究目的

2020年度中間みなおし、および、第8次医療計画策定時では、第7次医療計画で計画・実行した施策の成果を、指標を用いて測定・評価し、施策や目標値の見直しが行われる。施策・事業評価においては、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、コストパフォーマンス評価の4種類を行う¹⁾。この中でも、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知²⁾では、「医療体制を構築するにあたって、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウ

トカム）にどれだけの影響（インパクト）をもたらしたのかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと」と記載されており、インパクト評価の実施が期待されている。一方で、事業評価の階層性によると³⁾、インパクト評価の前にはセオリー評価で良い成績になっていることが前提であり、ロジックモデルの作成とそれに対応した指標の設定が必要になる。



(図：評価の階層性)

そこで、本研究班で議論を行った在宅医療分野のロジックモデル⁴⁾に対して、医療・介護レセプトで集計可能な指標⁵⁾がどのように設定できるのか、その対応関係を整理し、事業評価への活用可能性について検討した。

B. 研究方法

第7次医療計画の在宅医療分野における都道府県の指標設定状況、第7次医療計画でロジックモデルを計画本文に記載した愛媛県、沖縄県、佐賀県、大阪府のロジックモデルと指標設定、などを参考に、本研究班の班会議での議論を経て作成した在宅医療（及び在宅医療・介護連携推進）のロジックモデル（図1）⁴⁾に、医療・介護レセプトで集計可能な指標（表1）⁵⁾の対応関係を検討した。

その上で、厚生労働省が公開しているNDBオープンデータ⁶⁾、で把握できるものに関して、都道府県別に集計し、可視化することで、指標の算定状況を確認し、参考とした。

C. 研究結果

在宅医療分野のロジックモデルに医療・介護レセプトで集計可能な指標を設定したものを示す（図2）。

1) 最終目標（最終アウトカム）

最終目標（最終アウトカム）の「住民が住

み慣れた場所で不安なく幸せに療養できる」の指標は、医療・介護レセプトで集計可能な指標（表1）のうち、アウトカム指標にある、療養場所、死亡前6か月の期間における療養場所を設定した。いずれも、集計された在宅で療養する者の割合を経年的に観察し、暮らしの場で長く療養できるものを観察することで評価できると考えられた。また、訪問診療か訪問看護を受けるACSC（Ambulatory care-sensitive conditions）の者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数、訪問診療か訪問看護を受けるACSC（Ambulatory care-sensitive conditions）の者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数も、これらが少ないことで良質な管理が行われている患者・利用者を示すため、最終アウトカムを評価する指標として設定できると考えられた。

最終アウトカム「医療・介護の意表が低廉に抑えられている」には、「医療費・介護費（一人当たり合計額）」が設定できた。

2) 場面別目標（中間アウトカム）

在宅医療の4機能（場面）別目標（中間アウトカム）には、各場面のプロセス指標が設定できる。医療保険レセプト、介護保険レセプトの算定回数によって、各場面のサービス提供量の経年推移や平均との傾向の違いが把握できる。

これらのプロセス指標が入手できない場合には、ストラクチャー指標の設定も考えられる。

3) 目標達成のための要件（初期アウトカム）

目標達成のための要件（初期アウトカム）は、取組み内容（アクティビティ）との関連も含めて全国的に極めて多様であることから、各地域の実情に合わせて設定されることが想定されている。よって、指標についても、各地で設定された初期アウトカムを測定するために適切な指標が設定されることとなる。その場合に、「施設や従事者数の増加」など構造整備を設定した場合には、ストラクチャー指標の設定が考えられる。

4) アウトプット

取組み内容（アクティビティ）の指標にあたりアウトプットには、実施回数や対象人数、普及させた範囲など、取組み内容の実績を設定することとなる。よって、医療・介護レセプトから集計可能な指標は含まれない。

D. 考察

本研究班の班会議で議論した在宅医療分野のロジックモデルのうち、全体目標（最終アウトカム）の2アウトカム、場面別目標（中間アウトカム）の全てに、医療・介護レセプトから集計可能な指標が設定できた。現時点では入手が難しい指標も含まれ、全てのアウトカムに指標が設定されていないが、ある程度汎用性のあるロジックモデルと指標を示すことで、セオリー評価が可能となり、都道府県が中間見直しや第8次医療計画策定時のインパクト評価実施の参考にできる。

全体目標（最終アウトカム）について、「住民が住み慣れた場所で不安なく幸せに療養できる」に相当する指標として、第7次医療計画では、人口動態統計で集計される場所別死亡者割合を設定する都道府県が散

見された。この指標は都道府県にとっては入手しやすいが、自宅死亡の中に異状死が含まれるなどの限界が指摘されている。医療・介護レセプトから集計される「療養場所」と「死亡前6か月の期間における療養場所」は、死亡した1時点に関わらない居所を考慮でき指標としての精度が良い。この集計が、全国で比較でき、経年的に把握できる形で都道府県が入手できることが今後期待される。

場面別目標（中間アウトカム）には、各場面のプロセス指標を設定した。これらは、医療・介護レセプトから集計できるため、入手することができれば、全国で比較でき、かつ、経年的に推移を把握することが比較的容易にできる。一部ではあるが、現状でも厚生労働省から公開されているデータが存在する。これらを活用して、経年的な推移を全国や他地域と比較すると同時に、施策実施前後で経年変化を比較する一般指標デザイン¹⁾によるインパクト評価は、現状でも取り組むことができる。ただし、医師、歯科医師以外の職種のプロセス指標は、介護保険によって算定されることが多いため、医療保険と介護保険の両方の算定回数を把握することが必要だろう。また、訪問看護については、訪問看護ステーションから医療保険によって提供されたサービス量はNDBには含まれていないことに注意が必要となる。

今回は患者・住民調査、従事者調査でしか把握できない指標は含まれていない。これらによる指標もロジックモデルと共に示すことが今後必要だと考えられる。

E. 結論

在宅医療分野のロジックモデルに、全体

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

参考文献

- 1) 龍慶昭, 佐々木亮(2000).「政策評価」の理論と技法. 東京: 多賀出版.
- 2) 厚生労働省医政局地域医療計画課. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. (医政地発 0331 第3号 平成29年3月31日) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf> (最終アクセス日: 令和2年5月24日)
- 3) Rossi, PH, et al(大島巖他訳). (2005). プログラム評価の理論と方法. 東京: 日本評論社.
- 4) 吉江 悟,他 (2019). 在宅医療分野のロジックモデルと医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の例と課題の検討. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」分担研究報告書.
- 5) 吉江 悟,他 (2020). 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療

基盤開発推進研究事業)「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」分担研究報告書.

- 6) 厚生労働省 NDB オープンデータ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html> (最終アクセス日: 令和2年5月24日)

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
○松本佳子, 吉田真季, 埴岡健一, 川越雅弘. (2019.7.14). 47都道府県の第7次医療計画における評価指標の設定状況. 第1回在宅医療連合学会, 東京.
○松本佳子, 吉田真季, 吉江悟, 埴岡健一, 川越雅弘. (2019.10.23-25). 47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と中間見直しに向けた検討. 第78回日本公衆衛生学会総会, 高知.

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

図1. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（暫定版）

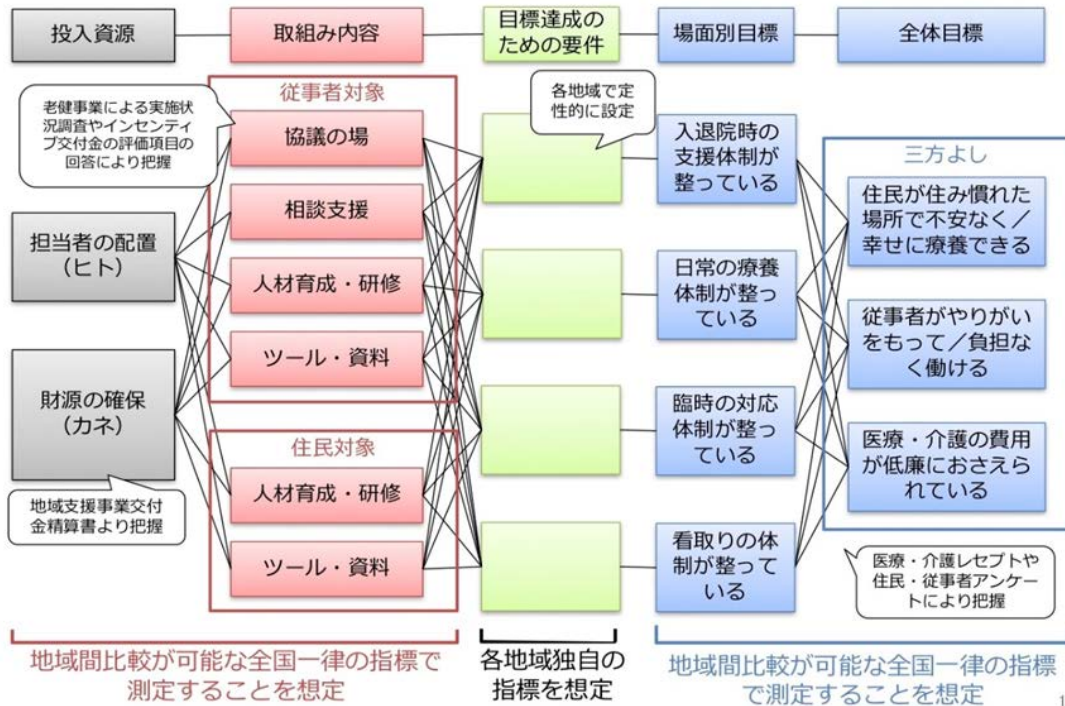
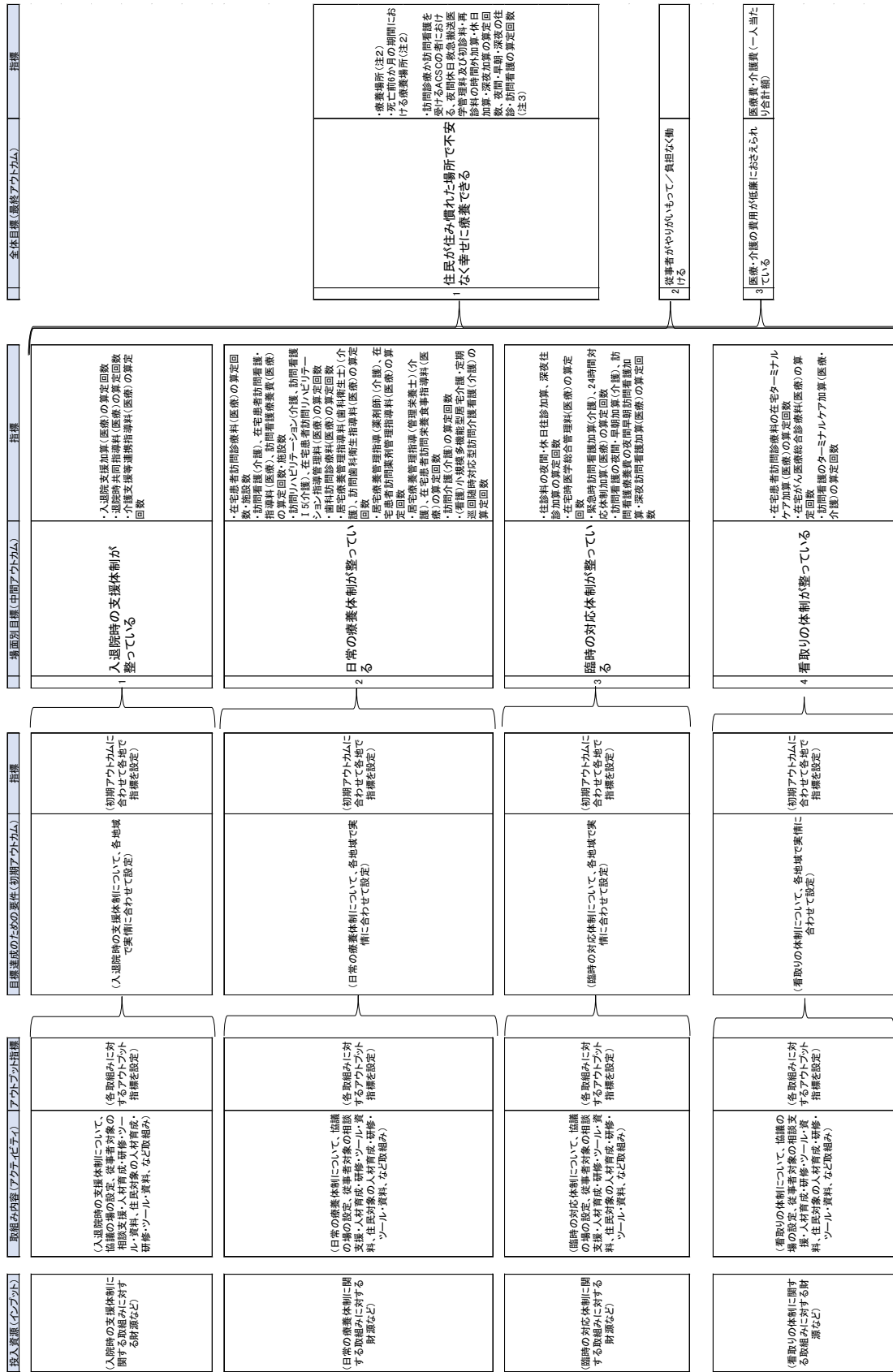


表1. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

場面	入退院支援	日常の療養支援 (全体を兼ねる)	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算(医療)を算定している施設数 退院時共同指導料(医療)を算定している施設数 介護支援等連携指導料(医療)を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師:在宅患者訪問診療料(医療)を算定している施設数 看護師:訪問看護(15を除く)(介護)・在宅患者訪問看護・指導料(医療)・訪問看護療養費(医療)を算定している施設数 リハビリテーション職種:訪問看護15(介護)・訪問リハビリテーション(介護)・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(医療)を算定している施設数 歯科医師:歯科訪問診療料(医療)を算定している施設数 歯科衛生士:居宅療養管理指導(介護)・訪問歯科衛生指導料(医療)を算定している施設数 薬剤師:居宅療養管理指導(介護)・在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)を算定している施設数 管理栄養士:居宅療養管理指導(介護)・在宅患者訪問栄養指導料(医療)を算定している施設数 訪問介護員:訪問介護(介護)を算定している施設数 地域密着型:(看護)小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護を算定している施設数(介護) 	<ul style="list-style-type: none"> 医師:在宅時医学総合管理料(医療)を算定している施設数 医師:往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算(医療)を算定している施設数 看護師:緊急時訪問看護加算(介護)・24時間対応体制加算(医療)を算定している施設数 看護師:訪問看護の夜間・早朝加算(介護)・訪問看護療養費の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算(医療)を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師:在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算(医療)を算定している施設数 医師:在宅がん医療総合診療料(医療)を算定している施設数 看護師:訪問看護のターミナルケア加算(医療・介護)を算定している施設数 全職種:被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数(医療・介護)を算定している施設数
プロセス指標(P)	<ul style="list-style-type: none"> 「ストラクチャー指標」の項に示した点数(医療・介護)の算定回数 			
アウトカム指標(O)	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため「急変時の対応」の項に示した内容で代用する 	<ul style="list-style-type: none"> 療養場所(医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計) 医療費・介護費(医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出) 	<ul style="list-style-type: none"> 傷病名などを用いてACSC(Ambulatory care-sensitive conditions***)を定義した上で、訪問診療が訪問看護を受けるACSCの者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する 同様に、訪問診療が訪問看護を受けるACSCの者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する ただし、いずれも重症度の調整が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所(「日常の療養支援」の項を参照)

* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。
 ** 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入居者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の場合在宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで療養できるかをよく検討する必要がある。
 *** 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsey M, et al. BMJ Open 2013; doi:10.1136/bmjopen-2012-002070 などを参照のこと。

図2：在宅医療分野のロジックモデルと医療・介護レセプトで集計可能な指標の対応関係の整理



注1：プロセスマーケティングは、医療・介護レセプトにより被保険者の居所在特定した上で在宅で療養する者の割合を算出(詳細は表1「医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標」を参照)

注2：療養所とは、医療・介護レセプトにより被保険者の居所在特定した上で在宅で療養する者の割合を算出(詳細は表1「医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標」を参照)

注3：病情などを活用してAGSC(Ambulatory care-sensitive conditions)を定義した上で、訪問診療が訪問看護を受けAGSCの者における夜間休日緊急搬送医療費(初診料、再診料、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・早朝・深夜の往診、訪問看護)の算定回数(一人当たり)が許容範囲とされていると判断する。ただし、いずれも重症度の調整が必要。(詳細は表1「医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標」を参照)

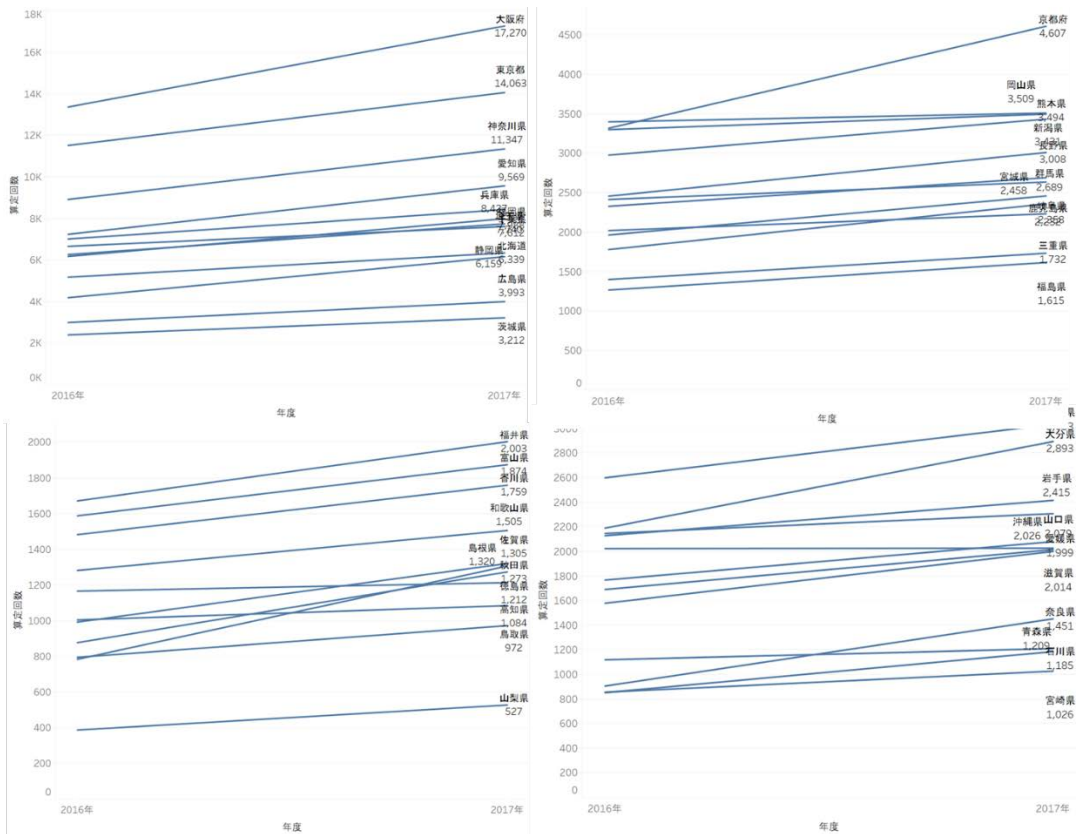
注4：(医療)：医療費(医療)の算定回数、(介護)：介護費(介護)の算定回数

<参考>

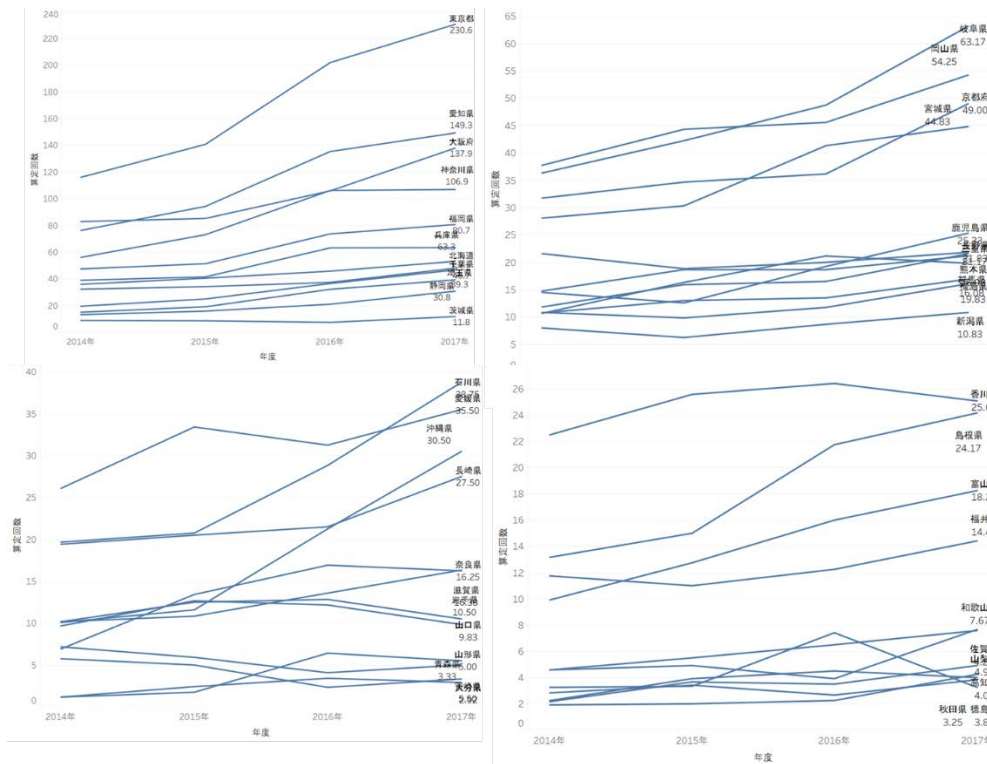
- ・厚生労働省 NDB オープンデータ（第1回～第4回）で、集計可能な指標について、算定回数（1か月平均）の推移を都道府県別に可視化し、算定状況を確認した。
- ・NDB データの集計のため算定回数が10未満の場合はデータが公表されていない。その場合は「0」として集計を行った。

1. 入退院支援

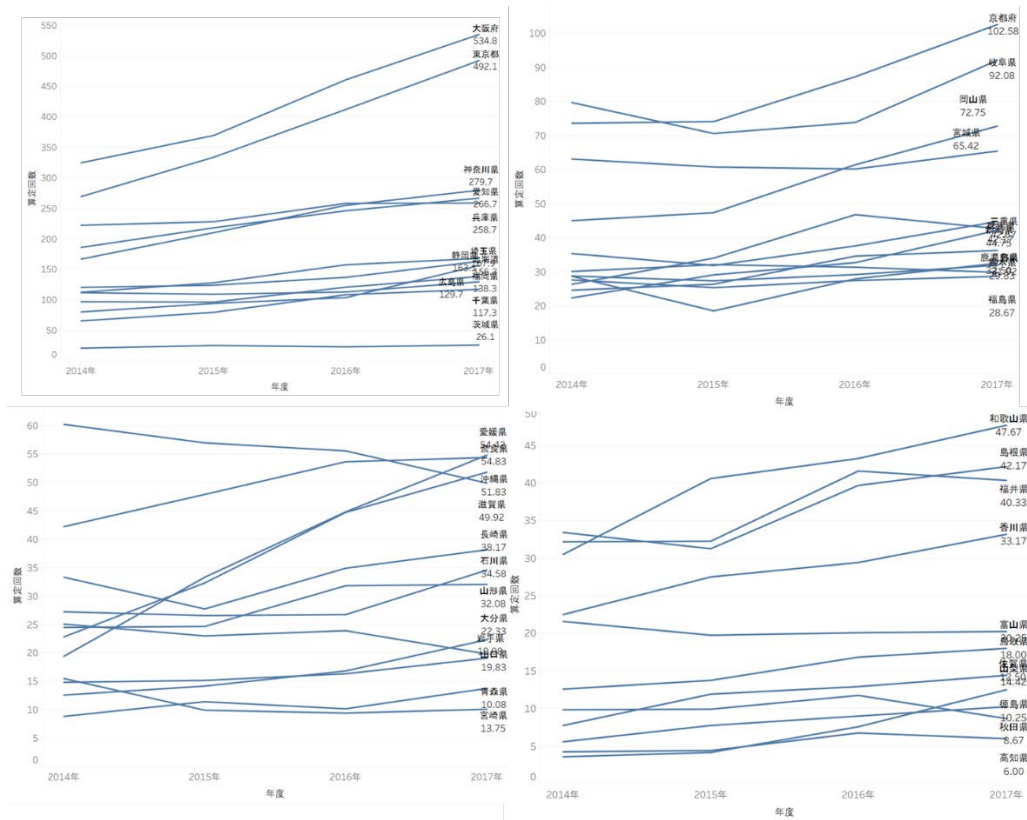
1) 退院支援加算 算定回数（1か月平均）



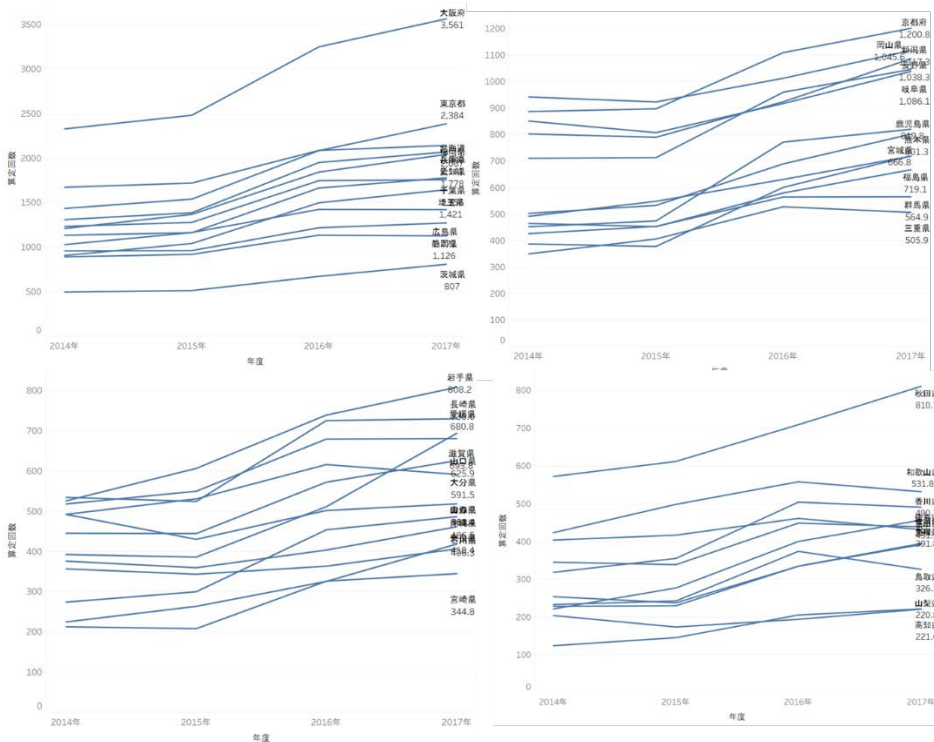
2) 退院時共同指導 1 算定回数 (1 か月平均)



2) 退院時共同指導 2 算定回数 (1 か月平均)

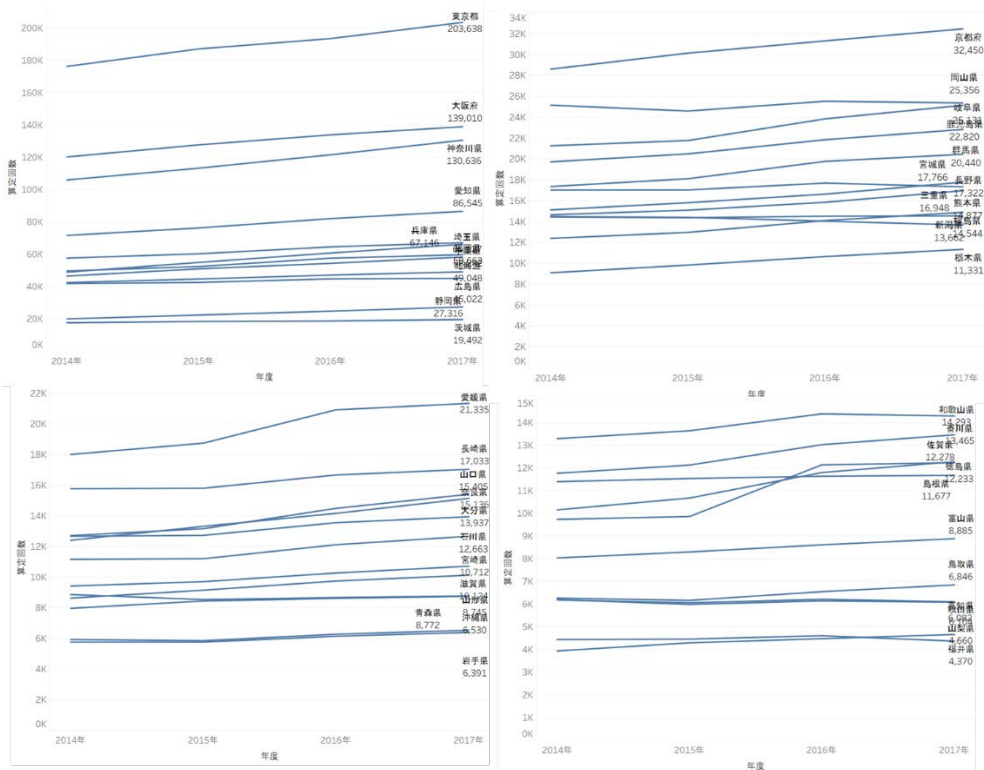


3) 介護支援等連携指導料 算定回数 (1か月平均)

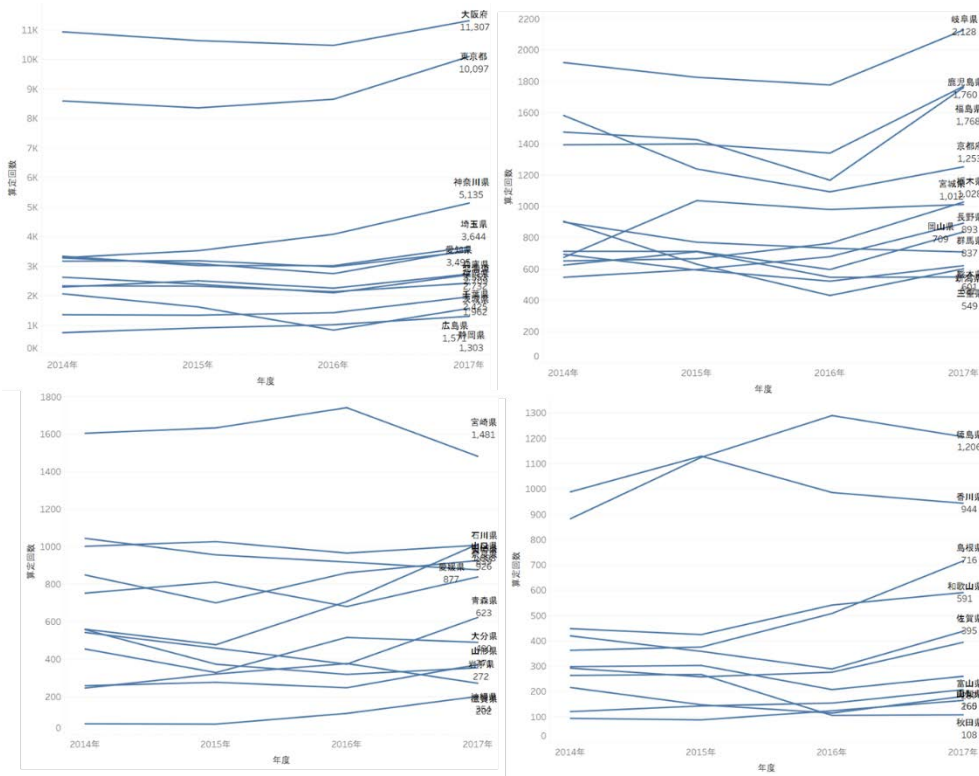


2. 日常の療養支援

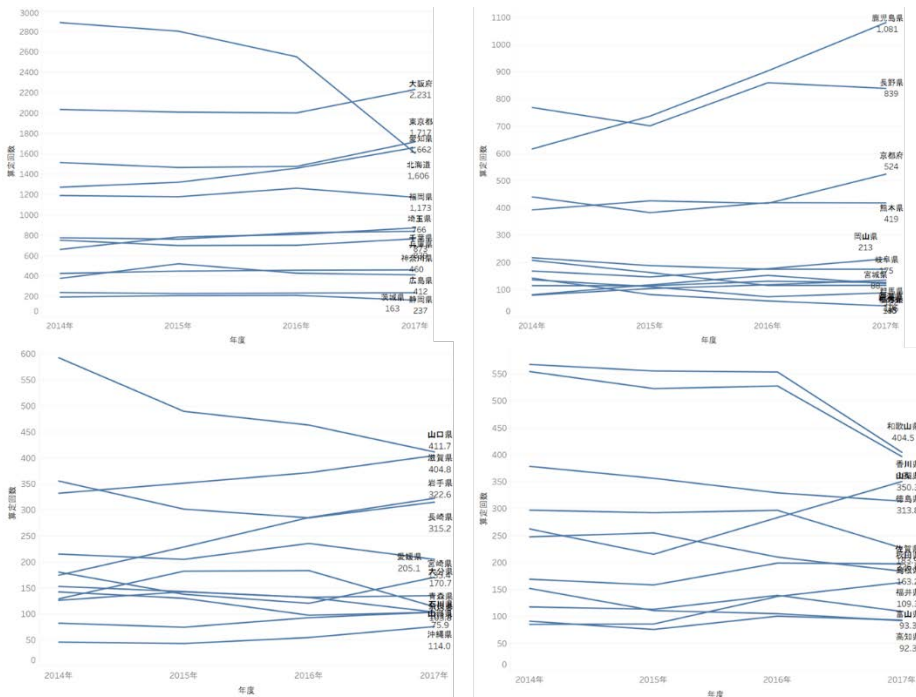
1) 在宅患者訪問診療料 算定回数 (1か月平均)



2) 在宅患者訪問看護指導料 算定回数 (1か月平均)

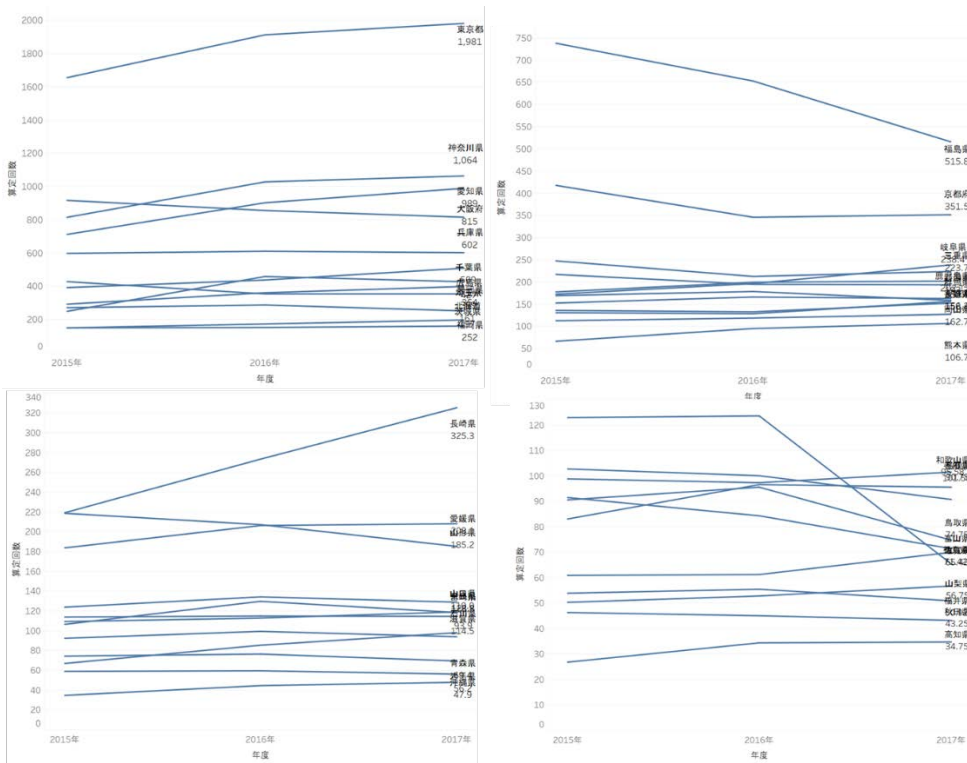


3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 算定回数 (1か月平均)

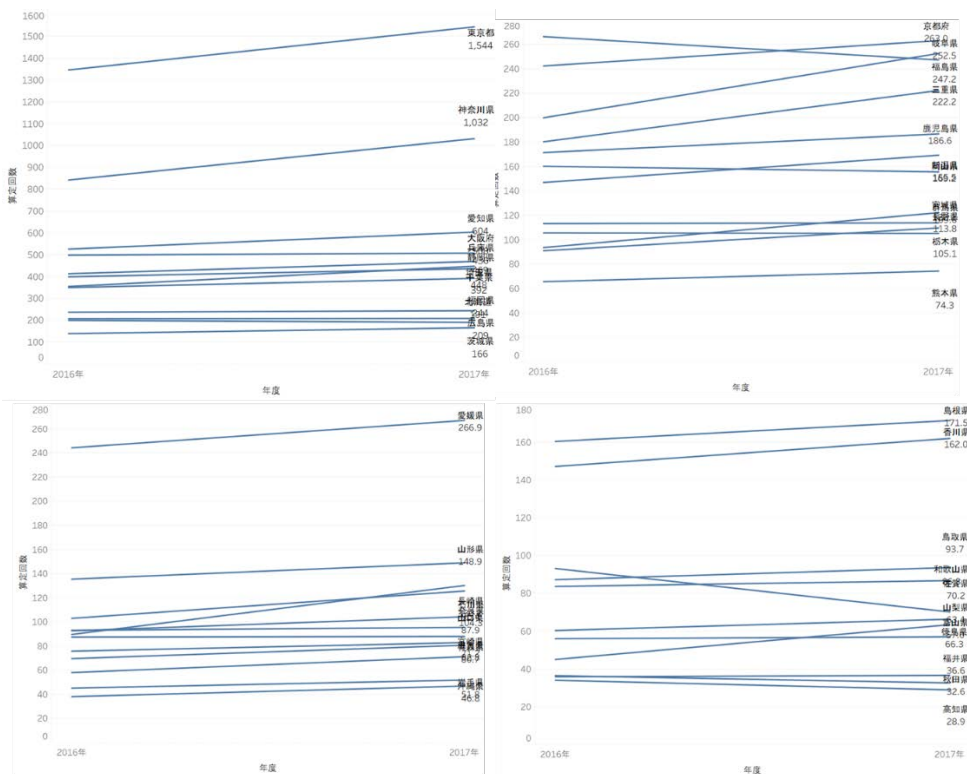


3. 臨時の対応体制

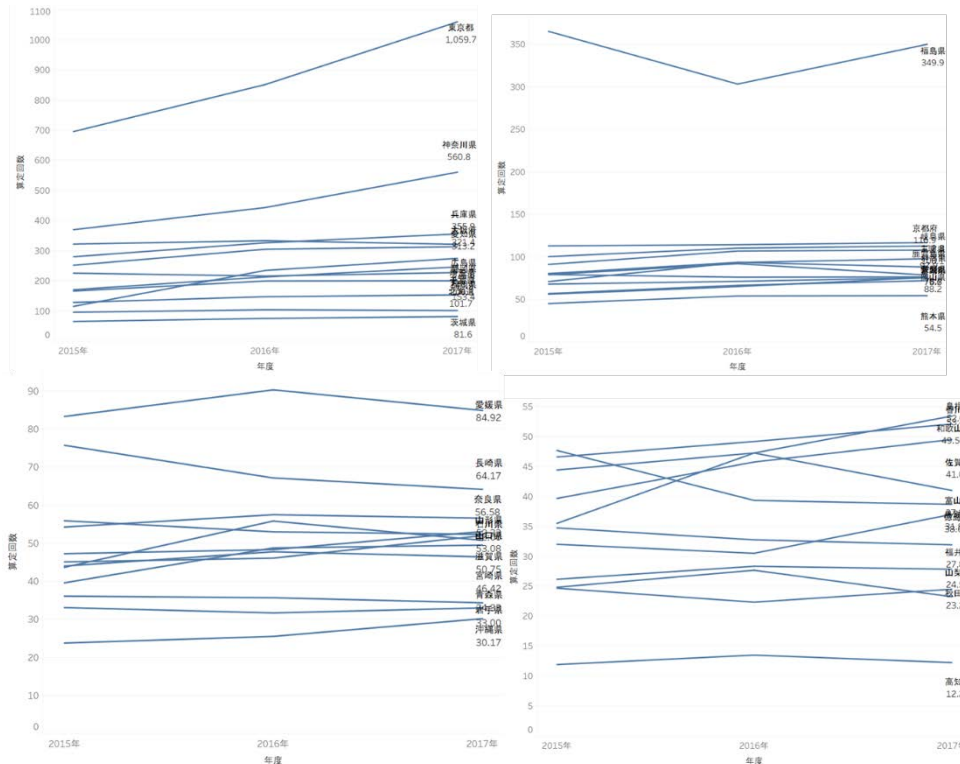
1) 夜間往診加算 算定回数 (1 か月平均)



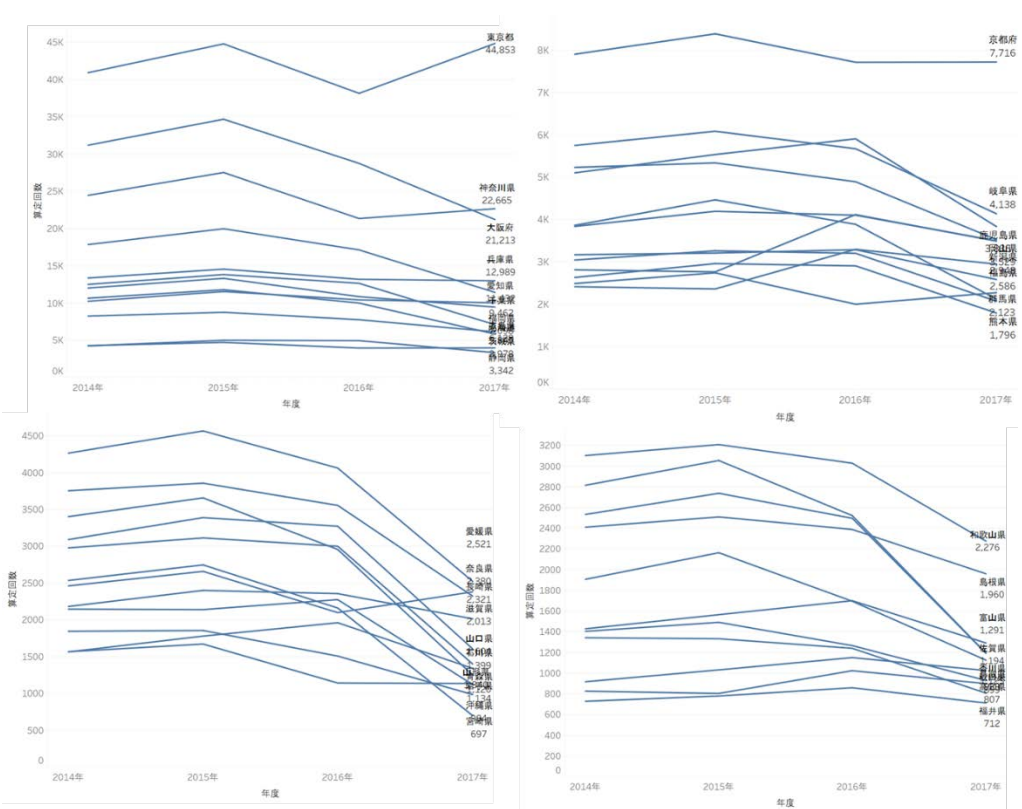
2) 休日往診加算 算定回数 (1 か月平均)



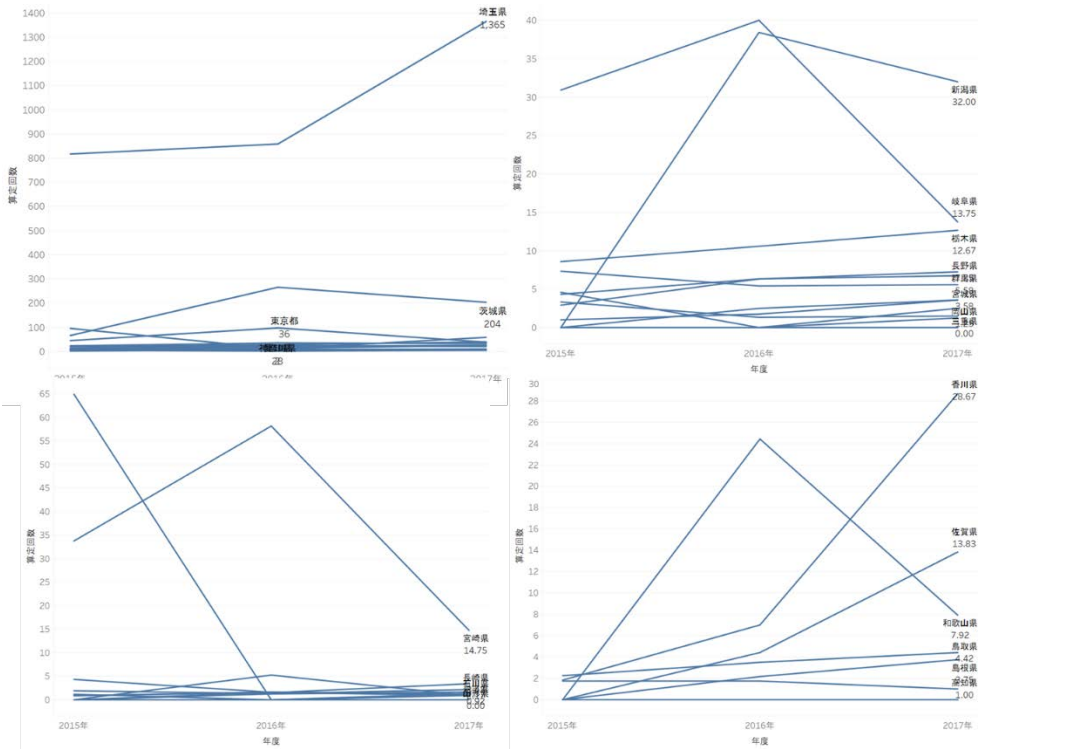
3) 深夜往診加算 算定回数 (1か月平均)



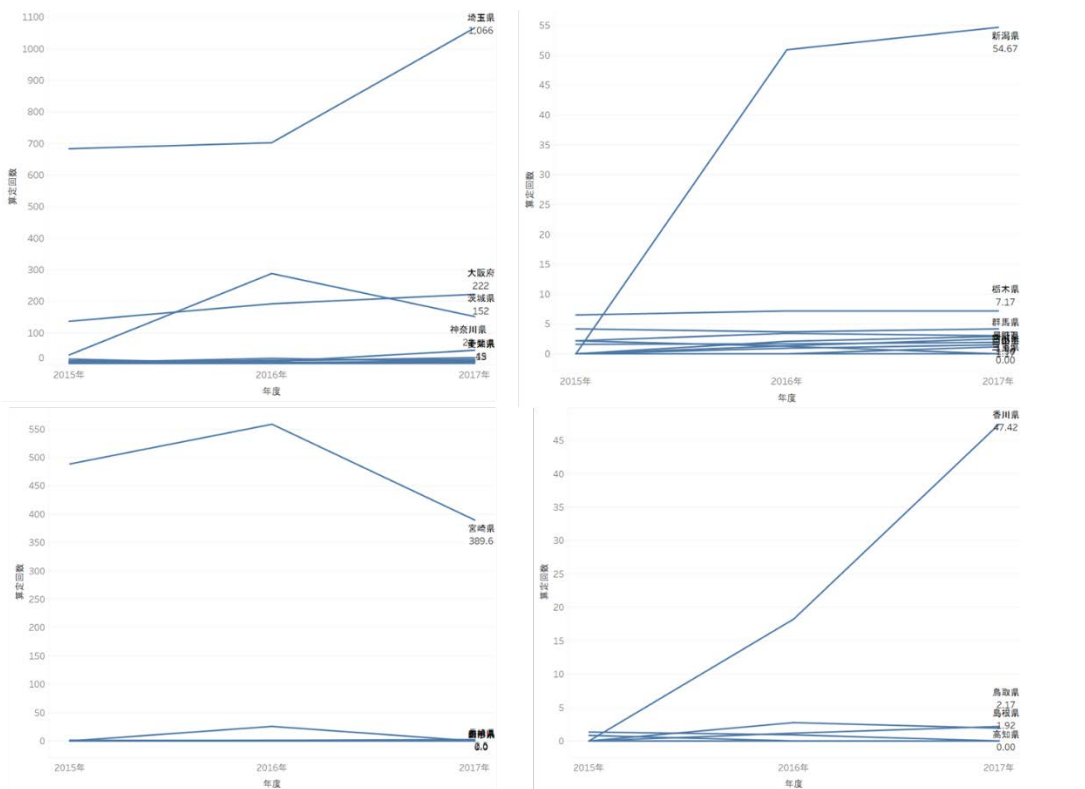
4) 在宅時医学総合管理料 算定回数 (1か月平均)



5) 夜間・早朝訪問看護加算 (在宅患者訪問看護・指導料) 算定回数 (1か月平均)

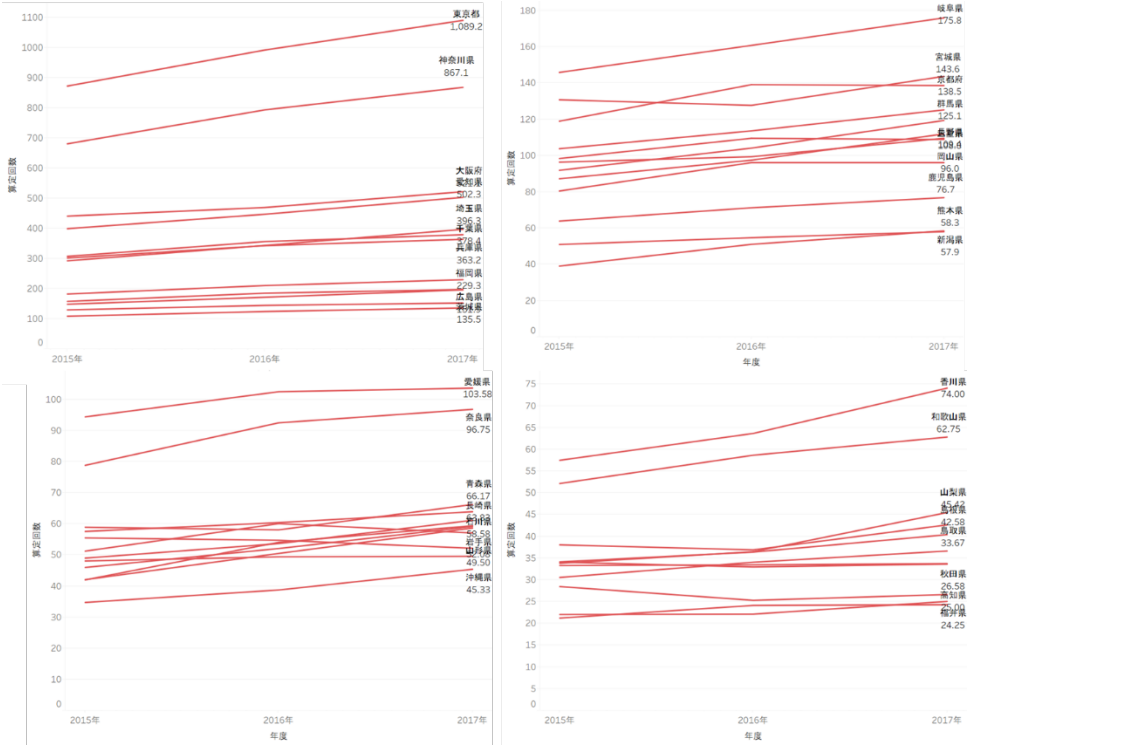


6) 深夜訪問看護加算 (在宅患者訪問看護・指導料) 算定回数 (1か月平均)

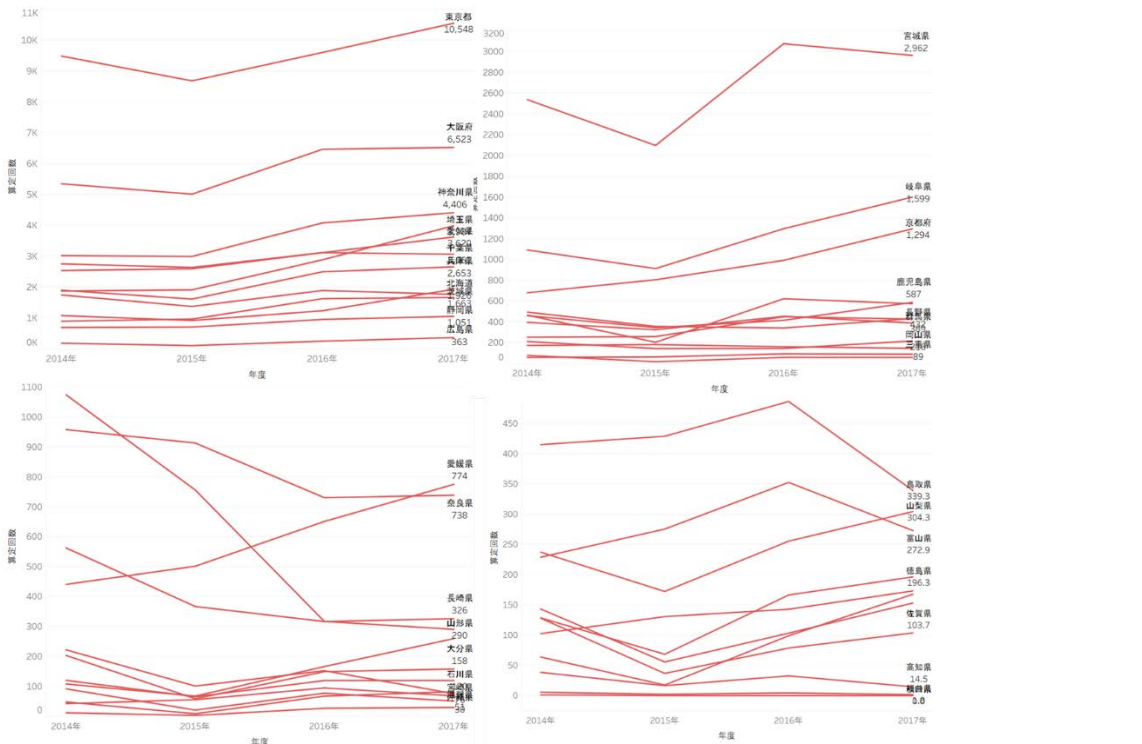


4. 看取りの体制

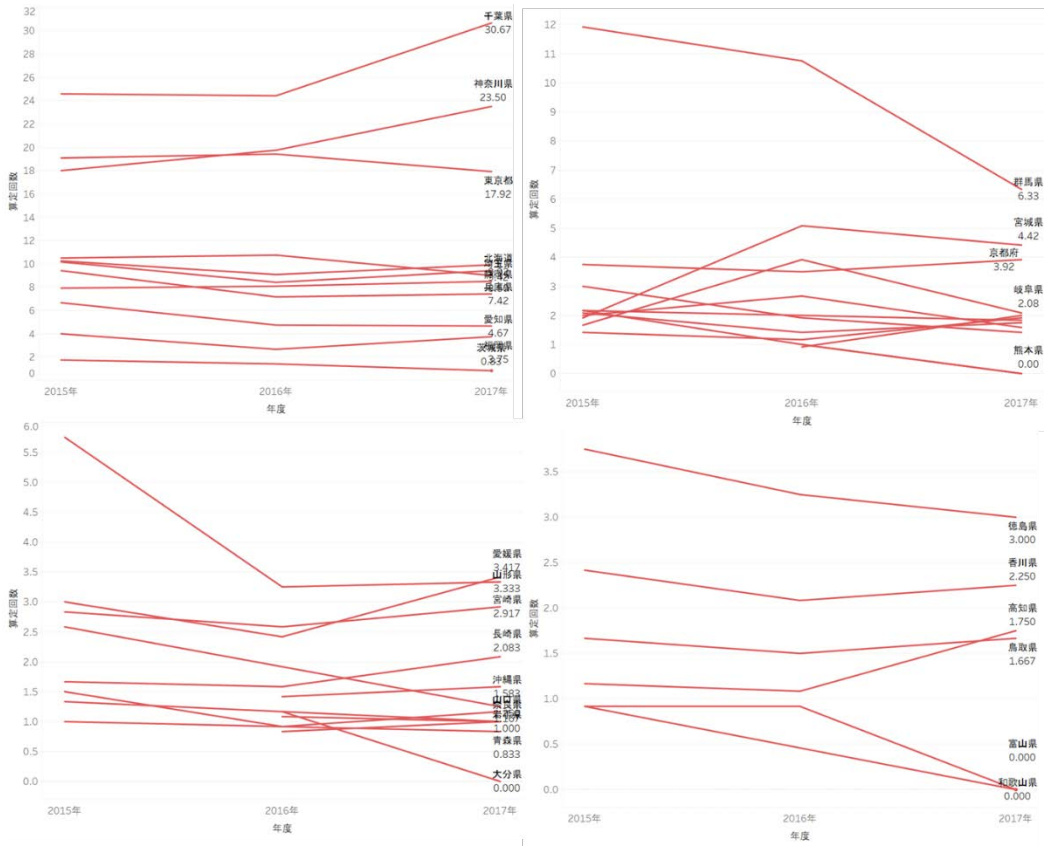
1) 在宅ターミナルケア加算 (在宅患者訪問診療料) 算定回数 (1か月平均)



2) 在宅がん医療総合診療料 算定回数 (1か月平均)



3) 在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問看護・指導料） 算定回数（1か月平均）



厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」
分担研究報告書

在宅医療提供体制の構築に向けた事業マネジメントの推進事例

— 国立市地域医療計画・推進の2か年の取組 —

研究協力者 吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
新田 國夫（国立市在宅療養推進連絡協議会）
大川 潤一（国立市健康福祉部 部長）
葛原 千恵子（国立市健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長）
研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）

研究要旨

目的：

市民に受け入れられる地域医療計画を策定するため、行政、専門職、市民、有識者等が参画し、多面的な取組みを行う。また、計画推進に向け地域における協働体制を構築する。

方法：

1.~5.のプロセスに沿って、地域医療計画の策定を進めた。

1. 国立市が目指す姿の検討
2. 国立市の医療・介護需給状況の把握
3. アンケート・ヒアリング調査による現状把握
4. 事例分析にもとづく課題の把握、目指す姿の達成に必要な要素の検討
5. 目標設定と具体的施策の検討

結果：

一連の策定プロセスを経て、以下の考察が導かれた。

- ・需給の量的把握、アンケート調査等の定量調査により、現行のサービス提供体制や住民ニーズの概要について量的に把握はできたが、地域における施設や職種間の連携といった機能面までの把握には至らない。
- ・事例分析という手法を取り入れることで、定量調査の限界を補い、施策策定に関わる多様な立場からの理解と関与を深めることができた。
- ・多様な立場から事例を吟味し、あるべき連携や提供体制について意見交換することで、事例の包括的な分析が可能となり、課題や目指す姿の抽出に繋がられた。
- ・事例分析による課題と対策の整理の仕方は、専門職にも市民にも理解しやすいと好評である。また、施策の全体像をロジックモデルの形で示すことにより、関係者の理解が向上するというメリットも得られている。

結論：

地域医療計画の策定を通じ、在宅医療に関わる多様な立場の関係者（市民を含む）が、市の現状と課題を共有し、施策推進に向けて協働する体制を築きつつある。

この計画が継続的に事業マネジメントの推進に役立てられることを期待したい。

A. 研究目的

国立市では2018年3月に策定した国立市地域包括ケア計画において示した「医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり」を具現化するため、地域医療のめざす姿を示すことを目的とし、2019年3月に国立市地域医療計画を策定した。

医療・介護にかかわる計画の実効性を高めるには、策定段階から地域の多様なステークホルダー（医療・介護専門職、患者・住民等）が参画することで、地域特性や医療介護提供者・住民の意向を十分に反映することが肝要であると考え、策定準備のため、国立市は2017年12月に国立市地域医療計画策定検討委員会を設置した。2018年3月までの間に、計画の方向性や策定手順について議論し、現状把握のために必要な調査内容についても検討を行った。

B. 研究方法

2018年4月から2019年3月にかけて、1.～5.の手順で国立市地域医療計画を策定した。それぞれのプロセスについての詳細は後述する。

1. 国立市が目指す姿の検討

2018年4月に国立市地域医療計画策定委員会を設置し、市内関係機関・団体（在宅療養推進連絡協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業者連絡会）、行政職員（健康福祉部、子ども家庭部ほか）、学識経験者により構成される検討体制を立ち上げた。本委員会での検討を経て、国立市民が望む地域医療の姿を「医療や介護が必要になっても住み続けられるまちづくり～誰もが生まれてから最期までその人らしい生

き方や暮らしを、国立市で実現できる～」と掲げ、市民が安心して住み続けられるまちづくりを目指すものとした。一方で地域医療提供体制の現状を図示し、4場面別の現状とめざす姿との間のギャップを、課題として抽出した（図表1参照）。

2. 国立市の医療・介護需給状況の把握

統計資料をもとに、現状及び将来の国立市の医療・介護需給に関わるデータを算出した。需要については、人口、推計患者数、要介護認定者数・認定率、救急搬送人数を把握した。供給については、医療資源の状況、高齢者向け施設・住まいの状況、平均患者数、死亡の場所別死亡数について把握した。

3. アンケート・ヒアリング調査による現状把握

市民の意識、ニーズの充足状況を把握するため、2018年2月、①40歳以上の国立市民 ②国立市内の介護支援専門員及び当該介護支援専門員が担当している利用者 ③市内の医療機関（病院・一般診療所・歯科診療所・薬局）、④市内の介護施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設）の各者を対象とするアンケート調査を実施した。

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

4. 事例分析にもとづく課題の把握、目指す姿の達成に必要な要素の検討

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

5. 目標設定と具体的施策の検討

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

C. 結果

1. 国立市の医療・介護に係る量的把握

1) 医療・介護需要

(1)人口

国立市の総人口は2030年頃をピークに減少に転じ、幼年人口及び生産年齢人口が減少していくことが予想される。一方、75歳以上人口は2025年に約1万人まで増加することが推計される（図表2-1、2-2参照）。

(2)要支援・要介護認定者数

高齢者人口の増加に伴い要介護認定者も増加が見込まれ、2025年には4,500人を超えると推計された（図表3参照）。

(3)入院・外来患者数

国立市の受療率が東京都と同じであり、かつ将来も一定であるという仮定に基づき、国立市の入院患者数を推計すると、2015年

時点の推計入院患者数は約558人/日であった。高齢化に伴って増加を続け、2040年には約715人/日（2015年比128.1%）となる（図表4-1参照）。入院患者数と同様に国立市の外来患者数を推計すると、2015年時点の推計外来患者数は約4,180人/日であった。今後ゆるやかに増加を続け、2040年には約4,742人/日になると推計される（図表4-2参照）。

2) 医療・介護供給

(1)病院・診療所

北多摩西部医療圏には、病院が25、一般診療所が498（うち有床診療所17）ある。病院の半数以上は立川市・昭島市に在しており、病院病床の大半も両市に集中している。人口10万人あたり一般・療養病床数は約717床で、全国や東京都を下回っている。

国立市は、病院が2、一般診療所が85（うち有床診療所2）あり、許可病床数は病院66床、診療所36床となっている（2016年10月現在）。人口10万人あたり一般・療養病床数は約138床である。

一方、国立市の人口10万人あたり一般診療所数は115.4で、全国や東京都、北多摩西部医療圏の水準を上回っている。無床診療所が多い一方で、有床診療所が全国比で少ない。

2016年3月現在、国立市には在宅療養支援診療所（以下、在支診）が8あり、65歳以上人口あたりでは、東京都をやや下回るものの、全国や北多摩西部医療圏を上回っている。また2014年10月時点の訪問診療・往診・看取り実施医療機関数を見ると、国立市はいずれも全国や東京都、北多摩西部医療圏を上回っており、特に訪問診

療、看取りについては高い水準にある（図表 5-1, 5-2 参照）。

(2) 高齢者向け施設・住まい

2016年時点で、国立市内には介護保険施設が5か所（介護老人福祉施設2 介護老人保健施設2 介護療養型医療施設1）あり、定員数は合計485で、65歳以上人口あたりに換算すると概ね全国平均と同水準である。老人保健施設の定員数が比較的多いことが特徴である。

その他の高齢者向け施設・住まいをみると、有料老人ホームが多い一方、老人福祉施設やサービス付き高齢者向け住宅は少ないという特徴がある（図表6参照）。

2. 市民アンケート調査で把握された現状と課題

国立市地域医療計画の策定に先立ち、市民の意識やニーズの充足状況を客観的に把握する目的で2018年2月に市民アンケート調査を実施した。

40歳以上の市内在住者5,154人（住民基本台帳に基づく無作為抽出）を対象に行い、2,423人から回答を得た（回収率47.0%）。主な調査内容は次のとおりである。

- ・ 普段の医療の受診状況について
- ・ 救急医療について
- ・ 在宅医療について
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアについて
- ・ （調査対象者が介護を受けている場合）主な介護者について

アンケート結果のうち(1)日常生活の支援、(2)急変時、(3)退院時支援、(4)看取り期の支援の各場面において、地域医

療計画の策定において参考とした部分を抜粋して示す。

(1) 日常療養の支援に関連する市民の意識
かかりつけ医の有無については、40～64歳で48.4%が「いる」と回答し、かかりつけ医が「いる」と回答した割合は年代が上がるにつれて高くなった（図表7-1参照）。かかりつけ医が「いる」と回答した人に、かかりつけ医が行ってくれることを尋ねると「病気の予防」55.6%が最も高く、「総合的に診てくれる」44.9%、「気軽に何でも相談できる」42.1%、「専門医療機関への紹介」33.1%がこれに次いで高かった（図表7-2参照）。

かかりつけ医に望む医療やサービスについては、「気軽に何でも相談できる」57.7%、「総合的に診てくれる」55.4%、「病気の予防」51.9%、「専門医療機関への紹介」49.5%に次いで「夜間や休日の緊急対応」を挙げた人も33.7%みられた（図表7-3参照）。

(2) 急変時に関連する市民の意識

回答者本人または家族が、最近3年間に休日や夜間に急病になったことが「ある」と回答した人に、対応状況について尋ねた。「救急対応病院に行った」42.7%が最も多く、「救急車を呼んだ」36.1%、「休日夜間診療所に行った」27.0%がこれに次いだ（図表8-1参照）。

市内の救急医療について不安に感じる内容を尋ねると、「夜間の救急体制が不十分である」32.5%、「高齢者の増加や不必要な救急車利用等のため現在の救急医療体制で今後も対応できるのか不安」31.3%、「休日の救急体制が不十分である」30.7%の順に割合が高かった（図表8-2参照）。

救急医療の充実に向けて希望することとして「夜間・休日に対応可能な診療所・病院を増やしてほしい」55.9%が最も多く、「対応可能な医療機関や相談先の周知・マップ化をしてほしい」37.4%、「救急搬送受け入れ先病院（体制）の拡充」33.6%、「救急時の対応方法についてわかりやすく教えてほしい」29.6%がこれに次いだ（図表 8-3 参照）。

(3) 退院時支援に関連する市民の意識

脳卒中の後遺症やがんなど長期療養が必要になった場合に生活したい場所を尋ねると、「自宅」が各年代とも4割前後と最も多く、特に40～64歳では他の年代より割合が高かった（図表 9-1 参照）。

長期療養が必要になった場合の生活場所として「自宅」「子ども・親族の家」と回答した人に、その実現可能性について尋ねたところ、「難しいと思う」46.7%、「可能だと思う」23.0%、「わからない」29.1%であった。年代別にみると40～64歳では「わからない」の割合が他の年代より高かった（図表 9-2 参照）。

自宅等での療養が困難と考える理由として最も多かったのは、「家族や親族に肉体的・精神的な負担をかけるから」76.5%であった。「家族や親族に経済的な負担をかけるから」38.8%、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」27.6%、「療養できる居住環境が整っていないから」20.0%がこれに次いだ（図表 9-3 参照）。

(3) 看取り期の支援に関連する市民の意識

自身の死が近い場合に受ける医療・ケアの方針について尋ねると、「自分のやりたいことや生活を優先した医療を受けたい」52.2%が最も多く、次いで「決めていない」

17.2%、「できるだけ医療を受けたくない」9.3%、「治療を優先した医療を受けたい」8.7%の順に多かった（図表 10-1 参照）。

人生の最終段階で受ける医療・ケアの方針について「決めていない」「わからない」「無回答」であった人以外に対し、受ける医療・ケアの方針を誰に伝達しているかを尋ねた。「家族・親族」55.9%が最も多い一方、「誰にも伝えていない」も40.3%みられた（図表 10-2 参照）。

人生の最期を迎えたい場所は、「自宅」が各年代とも40%以上と最も多く、年齢が高まるにつれて割合が高くなっていった（図表 11-1 参照）。また、人生の最期を迎えたい場所に「自宅」「子ども、親族の家」と回答した人に、その実現可能性について尋ねたところ「難しいと思う」が42.3%、「可能だと思う」22.4%、「わからない」31.4%であった。40～64歳では「可能だと思う」の割合が他の年代よりも低かった（図表 11-2 参照）。

自宅等での看取りが困難だと考える理由は「家族や親族に肉体的・精神的な負担をかけるから」73.3%が最も多かった。次いで「家族や親族に経済的な負担をかけるから」37.6%、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」25.1%、「療養できる居住環境が整っていないから」17.7%の順に多かった（図表 11-3 参照）。

3. 事例検討に基づく課題の把握

国立市地域医療計画の策定においては、具体的な事例に沿って課題の把握を行うこととした。国立市は小規模な自治体であるため、行政、医療・介護専門職、市民が「顔の見える関係」にあり、地域における課題をそれぞれの立場から見通せているという環境が、事例検討を取り入れた背景にあった。また、事例検討という手法は、市民にとって身近で分かりやすいだけでなく、医療・介護提供者にとっても実感を伴って理解しやすく、計画策定にかかわるすべての関係者が当事者意識を持てるという利点がある。検討過程で異なる立場からの問題意識を持ち寄り、共通のことばで課題を表現していくことにより、納得感を共有することが可能となることも確認できた。

事例検討の手順として、市内の地域包括支援センター、医療施設、介護支援専門員などから合計 30 ほどの事例を収集し、①日常療養、②急変時、③退院時の支援、④看取りの支援、の 4 場面別に整理・分析した。事例検討にあたったメンバーは、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険事業者・学識経験者等と行政各部署職員で構成される「地域医療計画策定検討委員会」「作業部会」メンバーである。

それぞれの事例を通じて得られた課題を吟味し、事例間に共通する要素を抽出し、4 つの場面ごとの課題を抽出した。課題を俯瞰し、共通項を確認しながら、めざす姿とのギャップを解消するために必要な要素を設定した。

(1) 日常療養支援の場面での事例検討

国立市のめざす日常療養支援の姿として次のように掲げている。

めざす日常療養支援の姿：

市民がかかりつけ医を持ち、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の 4 つである。

事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

(概要) 70 歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし

(経過)

退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている (20 本/日) ことが多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70 歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に発見され、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

(本事例から見える課題)

- ・受診が途切れたときのフォロー体制
- ・地域での仲間づくり、見守りの目
- ・認知症の方の支援体制

めざす姿の達成に必要な要素

○継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制

事例2 迅速な対応により救命できた事例

- (概要) 80歳代、男性、心不全、一人暮らし
(経過)

妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診^{*}を依頼した。往診した医師より、血圧168/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。

2回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができている。

(本事例で達成できていること)

- ・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

(本事例から見える課題)

- ・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

めざす姿の達成に必要な要素

- かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続
- 再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

※往診：本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診察に向くこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診察に向くことを指すが、定期的に訪問する点に違いがある

事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、早期に介護保険サービスを利用できた事例

- (概要) 80歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし
(経過)

夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配食サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

(本事例で達成できていること)

- ・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

(本事例から見える課題)

- ・早期の介護保険サービスの利用
- ・栄養管理
- ・体力低下の予防
- ・地域包括支援センターの対応

めざす姿の達成に必要な要素

- 医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有
- 診療所同士の連携

事例4 ボランティアによる認知症高齢者への生活見守りができた事例

(概要) 80歳代、男性、認知症、一人暮らし

(経過)

介護保険サービスの中で生活をしていましたが、本人の体調が悪化し、食事がとれなくなりました。日常療養支援を目的とした介護保険サービス以外の地域の支援者による見守りが行われ、食生活が改善され、日常生活活動が以前と同レベルまで回復しました。本人の希望により、地域の支援者による、ゆるやかな見守り体制に変更することができました。

(本事例で達成できていること)

- ・本人の意思を尊重し、見守り活動内容を見直している

(本事例から見える課題)

- ・地域の見守り支援体制

めざす姿の達成に必要な要素

○公的機関や専門職によるサービスや支援及び近隣・ボランティアなどによるインフォーマルな支援の連携

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

(2)急変時の場面での事例検討

国立市のめざす急変時支援の姿として次のように掲げている。

めざす急変時の姿：

- 急変時に迅速な救急要請が行われる
- 状態変化時に適切な治療を受けることができる

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の4つである。

事例1 救急搬送時にかかりつけ医に関する情報の共有ができた事例

(概要) 70歳代、男性、一人暮らし、高血圧、糖尿病の既往

(経過)

退職後、外出の機会が減り自宅内で過ごすことが多かったが、かかりつけ医への受診は定期的に行っていた。

あるとき、たまたま訪問した友人が、自宅で昏睡状態となって倒れていた本人を発見し、救急車を呼び、救急搬送される。その際、かかりつけ薬剤師の日ごろの指示によりお薬手帳が目につくところに置いてあったため、救急隊がかかりつけ医と服薬状況を把握でき、搬送先病院へ伝えた。

搬送先病院の診断は、低血糖による意識障害であった。その後、低血糖が改善され、帰宅が可能となり、医療情報がかかりつけ医に提供された。

(本事例で達成できていること)

- ・お薬手帳により情報が提供できた

(本事例から見える課題)

- ・医療情報の置き場所の明確化

めざす姿の達成に必要な要素

○家族やかかりつけ医・かかりつけ薬局等の連絡先・服薬状況等の情報の一元化

事例2 本人の意思とは異なった救急搬送がされた事例

(概要) 80歳代、男性、がん末期、自宅で最期を迎えたい希望あり

(経過)

食道がんの診断を受け一時入院するも、そのまま退院となり、自宅療養が始まる。

その後、急激に機能低下し、起き上がりが困難となったため、介護保険により、介護ベッドを入れ、訪問介護等の利用を開始する。また、かかりつけ医による訪問診療も開始される。

お盆に家族が帰省した際、本人が嘔吐したため、帰省した家族が救急車を呼び、救急搬送され、そのまま入院となる。数日後、病院で亡くなった。

(本事例で達成できていること)

- ・自宅で過ごしたいという意思の表出がされていた
- ・介護保険サービスの利用がされている

(本事例から見える課題)

- ・緊急時の対応についての家族間での共有
- ・本人が望まない救急搬送

めざす姿の達成に必要な要素

○病状の変化における本人や家族の理解及び緊急時の対応における家族間での共有

○本人の意思表示及びかかりつけ医の指示による、救急搬送の必要性の判断

事例3 頻繁に救急車を呼ぶ事例

(概要) 80歳代、女性、認知症、骨粗しょう症、腰椎圧迫骨折、老々世帯

(経過)

80歳代後半の夫が、数年間、本人(妻)の介護をしていた。今まで本人(妻)が痛みを訴えると、夫は不安になり、そのたびに救急車を呼んでいた。夫は妻の訴えに対応できず、夜間のみならず、日中でもかかりつけ医ではなく、119に電話をし、助けを求めることが通常となっていた。毎回、搬送先では、特に問題なしと判断され当日帰宅となった。

(本事例で達成できていること)

- ・助けを求めることができる

(本事例から見える課題)

- ・本人の病状の理解(本人・家族)
- ・相談先となるかかりつけ医及び支援者等の存在
- ・地域の救急病院の役割を本人や家族が理解

めざす姿の達成に必要な要素

○地域の救急病院の役割に対する本人や家族の理解及び適正な救急受診

事例4 かかりつけ医の指示により救急搬送が行われた事例

(概要) 80歳代、女性、便秘、高血圧、老々世帯

(経過)

本人(妻)は、日ごろから便秘がちであり、腹痛を訴えることがたびたびあった。今回も本人(妻)が腹痛を訴えたが、夫はいつものごとく便秘の症状と判断し、そのまま様子を見たが、夜間に腹痛が強くなったため、夫がかかりつけ医に連絡を入れた。夫から連絡を受けたかかりつけ医は、腸閉塞(イレウス)の疑いがあると考え、救急搬送を指示し、夫が救急車を呼んだ。

救急搬送先の診断も腸閉塞であり、緊急手術の適用となった。

(本事例で達成できていること)

- ・かかりつけ医への連絡・相談
- ・かかりつけ医の指示による救急搬送ができた

(本事例から見える課題)

- ・家族とかかりつけ医の信頼関係及び連携

めざす姿の達成に必要な要素

○本人・家族とかかりつけ医の信頼関係の構築

出所) 国立市地域医療計画(2019年3月)

(3)退院時支援の場面での事例検討

国立市のめざす退院時支援の姿として次のように掲げている。

めざす退院時の姿：

本人の望む場所に戻り、支援を受けながら不安なく生活を再開できている

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の4つである。

事例1 入院中に本人の意思決定ができ、スムーズに退院できた事例

(概要) 70歳代、男性、胃がん手術後に抗がん剤治療、老々世帯

(経過)

外来での化学療法[※]を継続していたが、状態が悪くなり、緊急入院となった。入院時に病棟医師から、化学療法の適用が見送られ、本人と妻に緩和ケア[※]の方向と予後について説明があった。また、入院後の早い段階で、病棟医師と本人・家族の間で話し合いが行われ、療養の場所など、本人の意思決定がなされた。

その後、病院の退院支援スタッフ（医師・看護師・MSW[※]等）と診療所（かかりつけ医・看護師）、ケアマネジャー[※]、訪問看護の連携が図られ、スムーズな退院となった。

(本事例で達成できていること)

- ・本人の意思決定ができている
- ・予後に関して医師から説明があり、本人・家族が理解できている

(本事例から見える課題)

- ・早い段階での意思決定支援の実施（本人と家族の理解がなされる）
- ・病院と地域の医療機関、介護事業所等の連携
- ・地域の医療機関、介護事業所等の間の連携

めざす姿の達成に必要な要素

○退院後の生活についての本人・家族の思いや希望の把握

○専門職間での連携

※化学療法 : 抗がん剤を投与して、がん細胞の増殖を抑えたり死滅させたりする治療法

※緩和ケア : 重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア

(出典:「市民に向けた緩和ケアの説明文」特定非営利活動法人日本緩和医療学会)

※MSW : 病院に勤務するソーシャルワーカーであり、関係機関との連絡・調整等を行う専門職

※ケアマネジャー : 居宅介護支援事業所に所属しているケアプランを作成する専門職

事例2 別居家族の判断により自宅に戻れなかった事例

- (概要) 80歳代、男性、認知症、誤嚥性肺炎※、老々世帯
(経過)

誤嚥性肺炎となり、妻が救急車を呼び、救急搬送され入院となる。2か月後に回復期のリハビリテーション病院に転院し、自宅退院に向けて本人も意欲的に取り組む。本人と妻は在宅療養を希望し、関係者で話し合いを行い退院予定となったが、退院直前、別居の娘が在宅療養は難しいと判断し、施設入所となる。しかし、再度、誤嚥性肺炎を併発し、入院となる。(在宅復帰に向けて、かかりつけ医・歯科医師・家族・ケアマネジャーによる話し合いが行われている)

(本事例で達成できていること)

- ・退院に向けての話し合いが行われている
- ・本人と妻の意思が表出されている

(本事例から見える課題)

- ・在宅生活における病態像が家族間で共有されていない(誤嚥性肺炎)

めざす姿の達成に必要な要素

- 本人・家族による病態像の理解及び共有
- 退院後の生活を再構築するために必要な支援内容の具体化と本人・家族を含む関係者間での共有

※誤嚥性肺炎：誤嚥(食べ物や唾液などが誤って気道内に入ってしまうこと)から発症する肺炎のこと

事例3 入院中の丁寧な指導と退院直後から途切れない支援のあった事例

- (概要) 1歳、男児、新生児仮死、家族4人暮らし
(経過)

妊娠30週、1500gで出生した。人工呼吸器を用い、出生直後より入院治療が続いた。生後11か月で病状が安定し、病棟医師から在宅医療について説明を受けた。その後、在宅医療の支援体制を組み、両親、祖母が人工呼吸器、吸引、胃ろうの管理や体位変換、リハビリの方法の指導を受け、退院となった。自宅では、かかりつけ医や訪問看護師の支援を受けながら順調に経過する。また、母親の支援のために、育児グループ等の関わりが継続された。

(本事例で達成できていること)

- ・在宅医療の支援体制(かかりつけ医・訪問看護師・両親・祖母・育児グループ等)が組まれている

(本事例から見える課題)

- ・人工呼吸器を用いた新生児の在宅医療の支援体制の構築
- ・本人を取り巻く家族に対する支援の実施

めざす姿の達成に必要な要素

- 本人や家族が不安なく生活を再開するための関係者(専門職・インフォーマルサービス*等)による支援
- 本人や家族の望む退院とするための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

※インフォーマルサービス：近隣住民、自治会、ボランティア、育児グループ等の制度に基づかない支援

事例4 退院時にかかりつけ医が変更された事例

(概要) 70 歳代、男性、大腸がん、多発性転移、一人暮らし

(経過)

糖尿病にて、かかりつけ医へ通院していたが、大腸がんが発見され入院治療となる。多発性転移に対して化学治療が行われるが、治療効果が無くなり、本人の希望により在宅復帰となる。かかりつけ医が在宅医療を行っていないために、在宅医療相談窓口につながり、従来のかかりつけ医から訪問診療を行うかかりつけ医につなぎ、在宅医療が開始された。

(本事例で達成できていること)

- ・本人の意思が表出されている
- ・在宅医療相談窓口によるつなぎの支援が行われた

(本事例から見える課題)

- ・本人の状態像に合わせたかかりつけ医を持つこと及び在宅医療の提供

めざす姿の達成に必要な要素

○在宅医療チームを構築するうえでの在宅医療相談窓口等の体制

出所) 国立市地域医療計画 (2019 年 3 月)

(4)看取り期における支援の場面での事例検討

国立市のめざす看取り期支援の姿として次のように掲げている。

めざす看取り期の姿：

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最後まで暮らすことができている

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の2つである。

事例1 本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、 看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

(概要) 90歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

(経過)

同居家族(娘夫婦・夫)とかかりつけ医とでACP[※](医師を含む、家族全員のサイン入り)に取り組み、看取りについて家族で決めていた。最期は検査や延命処置は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化(下血)があり、同居家族が不在だったため、かかりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子もACPにサインし承知してはいたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に追われ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿うことができなかったことを後悔している。

(本事例で達成できていること)

- ・関係者全員でACPに取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

(本事例から見える課題)

- ・本人の意思の決定と共有(家族及び支援チーム)
- ・家族及び支援チーム間での複数回の確認
- ・かかりつけ医の役割
- ・かかりつけ医と病院の連携
- ・がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
- ・看取り後の家族支援

めざす姿の達成に必要な要素

- 家族や医療・介護専門職及び近隣関係者(ボランティアなど)間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

※ACP(アドバンス・ケア・プランニング):年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス(2019年現在、ACPの愛称は「人生会議」となっています)。

事例2 一人暮らしの男性が支援を受けつつ、経過に応じて本人の希望を実現できている事例

(概要) 80歳代、男性、胃がん末期、認知症、一人暮らし

1. 本人のこれからの生活に対する意思の表出

(経過 1)

手術による胃の切除が困難な状況。栄養は腸ろう^{*}からの摂取と流動食。病院からは退院は難しいと言われていたが、本人には「自分の好きな惣菜を食べたい」、「バスに乗って出かけたが」という意向があり、自宅へ戻りたい強い希望を持っていた。その希望をかかりつけ医が受け止め、自宅退院となり、腸ろうを中止した。

(本事例で達成できていること)

- ・かかりつけ医が本人の意思をくみ取り、支援している

(本事例から見える課題)

- ・病院による「治す医療」から、かかりつけ医による「生活を支える医療」への転換

めざす姿の達成に必要な要素

○家族や医療・介護専門職に対する、早い段階からの本人の意思表出

※腸ろう：胃ろうが作れない場合に腸に管を入れて栄養を注入する方法。家での交換が難しい。管が細いため詰まりやすい。

2. 本人の意思に沿った看取りに向けての日常療養支援

(経過 2)

認知機能の低下に伴い、食事や内服等の日常生活に支援が必要になり、ヘルパー、訪問看護、訪問診療が始まる。一時的に食事の量が減り、体重が減少したが、入院前からの地域の支援者（近隣住民やボランティアなど）が本人の生活障害の不安に寄り添い、食事等の見守りを行う。徐々に食事量が増え、日常生活でできることも増えてきた。

関係者間による定期的な話し合いにより、本人の意思や病状の経過のみならず、救急搬送の希望がない旨を記入したカードを身につけることや、状態の変化があった際、24時間対応のかかりつけ医に連絡を入れることを支援者全員が共有した。

(本事例で達成できていること)

- ・地域の支援者間の話し合いによる情報の共有と日常療養支援

(本事例から見える課題)

- ・地域の支援者の育成と支援者による見守り
- ・24時間対応のかかりつけ医

めざす姿の達成に必要な要素

○家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有

○家族や専門職に対する不安を解消できるような情報の事前提供及び十分な理解

○地域の身近な支援者の存在

○見守り支援体制の構築

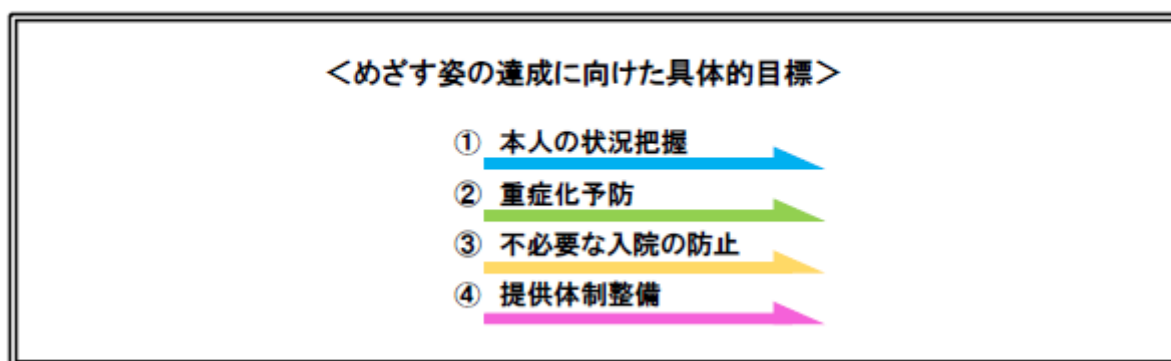
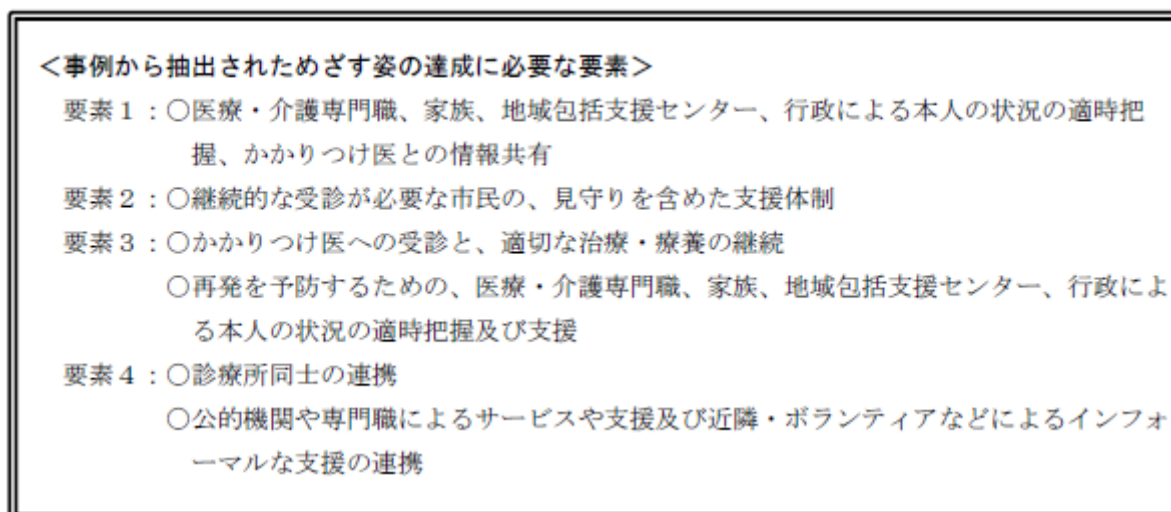
○24時間対応のかかりつけ医の存在

4. 現状と課題に基づく具体的目標設定

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

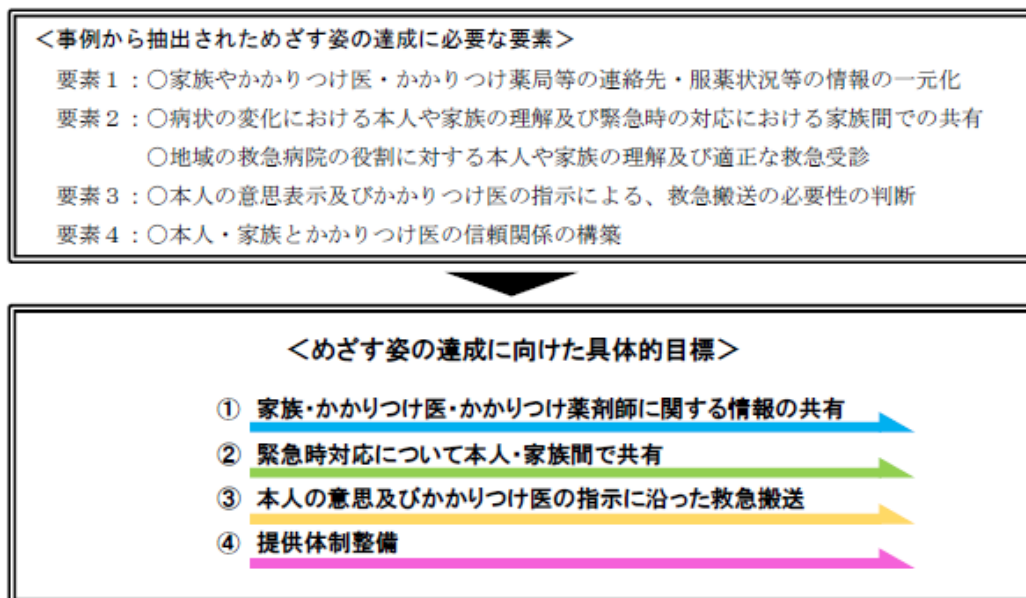
(1)日常療養支援の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす日常療養支援の姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



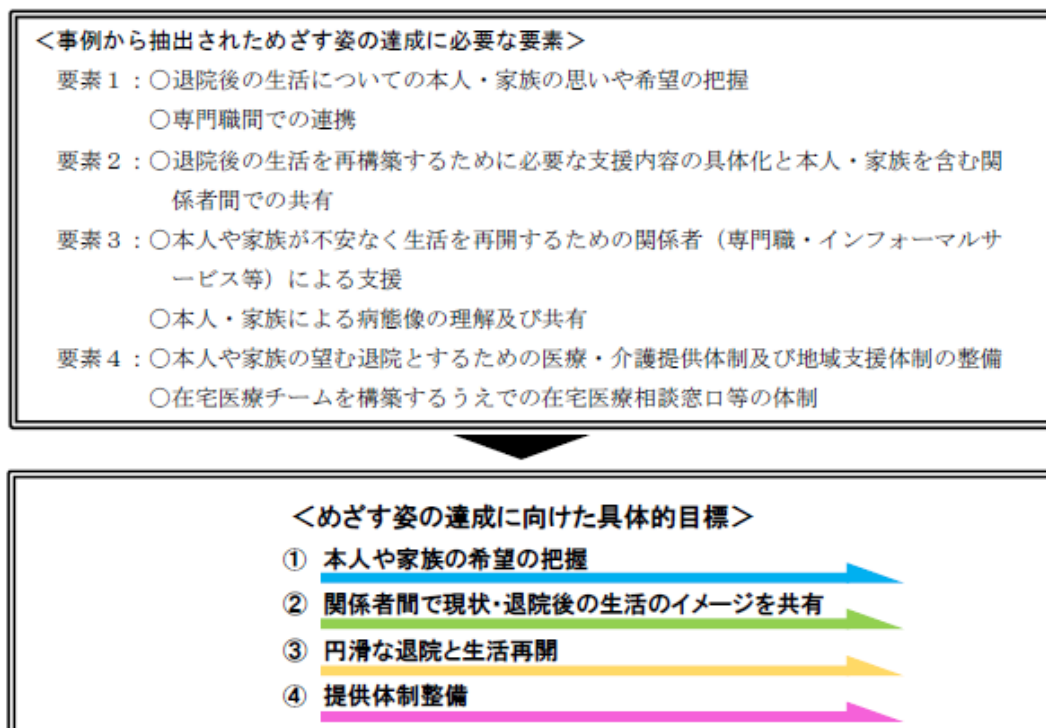
(2)急変時の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす日常療養支援の姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



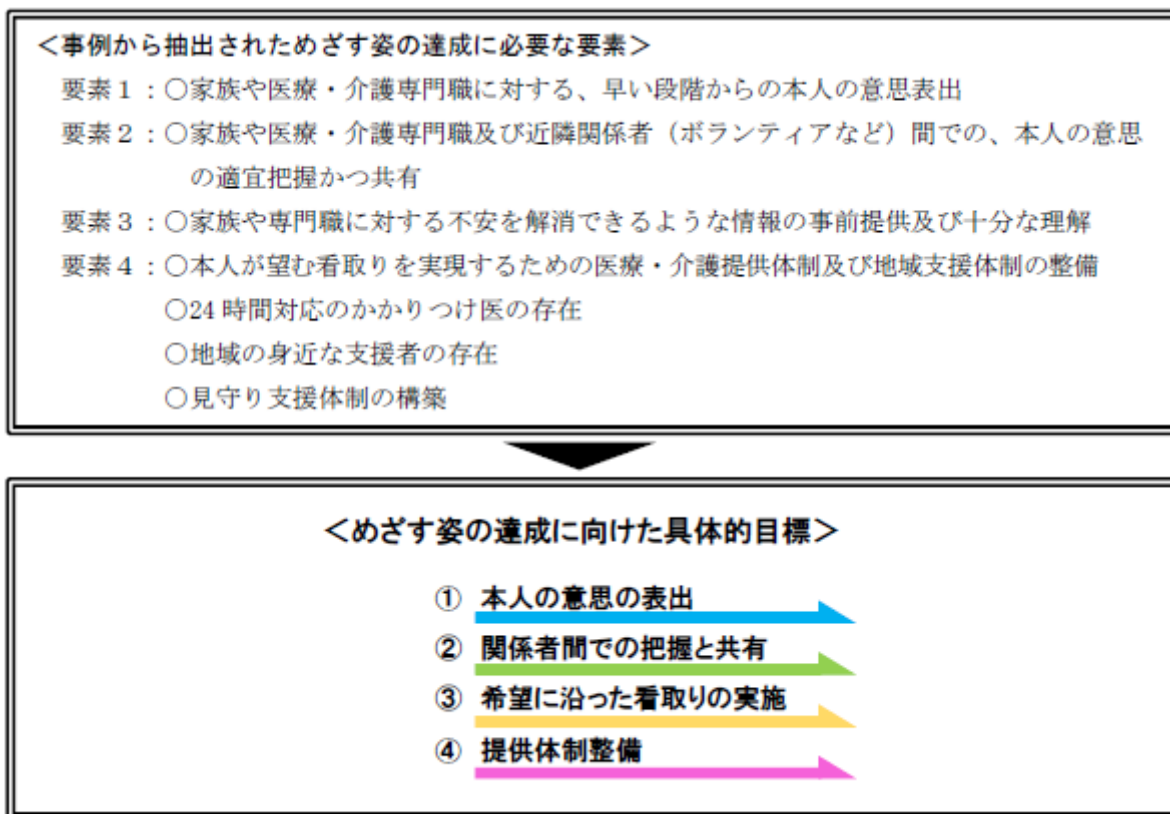
(3)退院支援の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす退院支援の姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



(4)看取りの場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす看取りの姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



以上出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

5. 4つの場面別ロジックモデルの作成

国立市地域医療計画では、4つの場面別に施策をロジックモデルの形で表現した。ロジックモデルとは、因果関係を表す流れ図であり、めざす姿（目的）と、それに向けた施策（事業）を一望できる形で示すことができる。ロジックモデルを用いて施策に携わる様々な立場が全体像を共有することで、論点が明確になり、施策の推進に役立てることができる。また、施策の評価・見直しを行う際にもロジックモデルが基盤となる。

ロジックモデルには、施策ごとに進捗管理と評価を行うための指標を付すことが基本であるが、国立市においては、評価方法・評価指標の検討は市民の立場からの委員も交えて地域医療計画策定翌年度に行うこととした。このため、以下に示すロジックモデルのなかでは「国立市の具体的施策」と、それに対応する一部の「評価内容」の提示にとどめている。

(1)日常療養支援のロジックモデル



(2)急変時のロジックモデル



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

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

(3)退院支援のロジックモデル



(4)看取りのロジックモデル



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

以上出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

D. 考察

1. 事例分析の導入

都道府県における医療計画策定においては、定量データに基づいて需給の現状把握及び将来推計を行い、ギャップを埋めるための施策や事業を策定することが中心となる。一方、国立市の地域医療計画のように、市町村単位で在宅医療連携体制を描くにあたっては、よりきめ細かに量的・質的な現状把握を行わないと、現場に即した実効性の高い施策に繋げづらい。

国立市で行った需給の量的把握、アンケート調査等の定量調査の目的は、現行のサービス提供体制や住民ニーズの概要について量的に把握することに留めた。地域における施設や職種間の連携といった機能面については、定量調査のみで評価することが難しい上、医療・介護専門職や市民にとっては、量的データを提示しても実感を持ちづらく、理解が難しいためである。

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

こうした課題と対策の整理の仕方は、専門職にも市民にも理解しやすいと好評である。現在、月1回程度のペースで住民との意見交換会を開催し、施策指針に向けた計画内容の向上を進めている。

2. ロジックモデルによる全体像の共有

国立市地域医療計画では、定量調査と事例分析を経て、目指す姿と現状のギャップから課題を抽出し、その課題を解決するための施策や事業を挙げるに至った。これらの施策や事業が、課題解決という目標に向かうよう整合を図っていくためには、関係者がぶれなく全体像を共有できている必要がある。そこで、ロジックモデルの形で各場面の施策の全体像を示すことを試みた。

これにより、策定担当者から市長、市議会、市民に施策を説明しやすくなり、理解の向上にもつながるというメリットが得られている。

E. 結論

国立市では、地域医療計画の策定を通じ、在宅医療に関わる多様な立場の関係者（市民を含む）が、市の現状と課題を共有し、施策推進に向けて協働する体制を築きつつある。

この計画が継続的に事業マネジメントの推進に役立てられることを期待したい。

参考文献

1. 国立市地域医療計画

<http://www.city.kunitachi.tokyo.jp/kenko/kourei/1555037702179.html>

（市ウェブサイト掲載：平成31年4月17日、最終アクセス日：令和2年5月25日）

2. 国立市地域包括ケア計画(第7期国立市介護保険事業計画及び第5次国立市高齢者保健福祉計画)

A. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

B. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

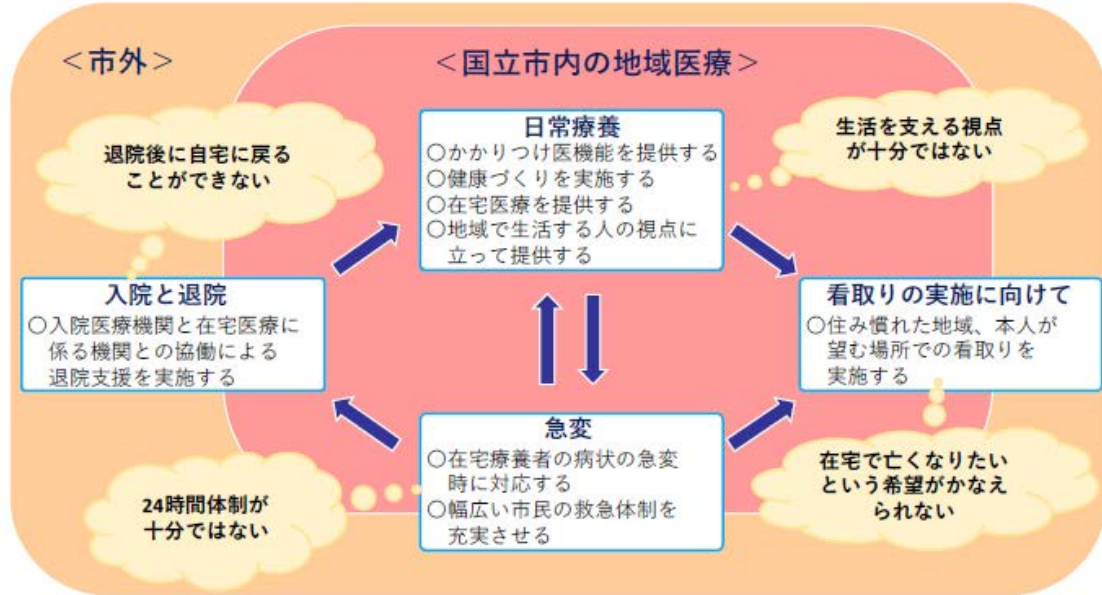
2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図表 1. 国立市のめざす姿を実現するための地域医療提供体制と課題



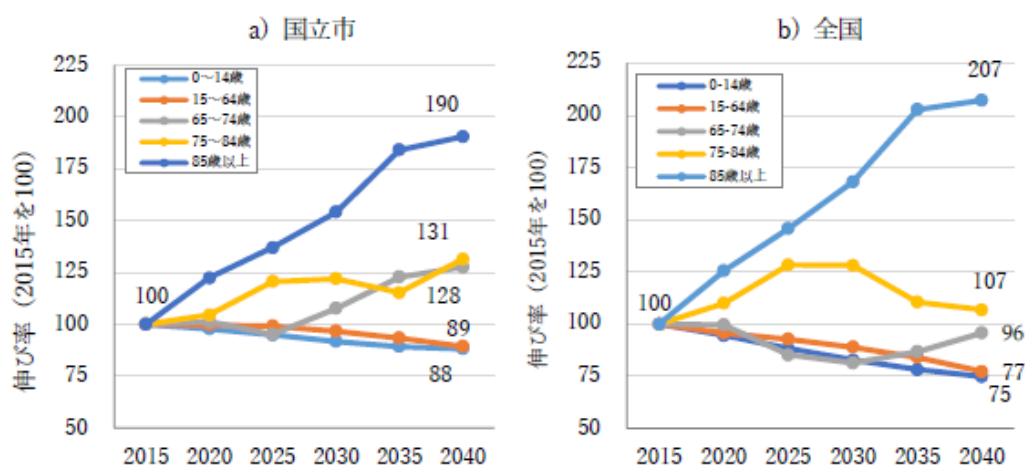
出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

図表 2-1. 国立市の年齢階級別人口及び構成割合の推移

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
人口 (人)						
総数	73,655	74,259	74,429	74,513	74,293	73,641
0～14歳	8,540	8,352	8,105	7,834	7,628	7,528
15～64歳	48,850	48,751	48,433	47,260	45,654	43,644
65～74歳	8,304	8,410	7,898	8,942	10,193	10,595
75～84歳	5,576	5,828	6,728	6,800	6,429	7,332
85歳以上	2,385	2,918	3,265	3,677	4,389	4,542
構成割合 (%)						
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0～14歳	11.6	11.2	10.9	10.5	10.3	10.2
15～64歳	66.3	65.6	65.1	63.4	61.5	59.3
65～74歳	11.3	11.3	10.6	12.0	13.7	14.4
75～84歳	7.6	7.8	9.0	9.1	8.7	10.0
85歳以上	3.2	3.9	4.4	4.9	5.9	6.2

出所) 総務省「国勢調査人口等基本集計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 29 年推計)、日本の地域別将来推計人口 (平成 30 年推計) より作成

図表 2-2. 国立市の年齢階級別人口の伸び率（2015 年を 100 とした場合）



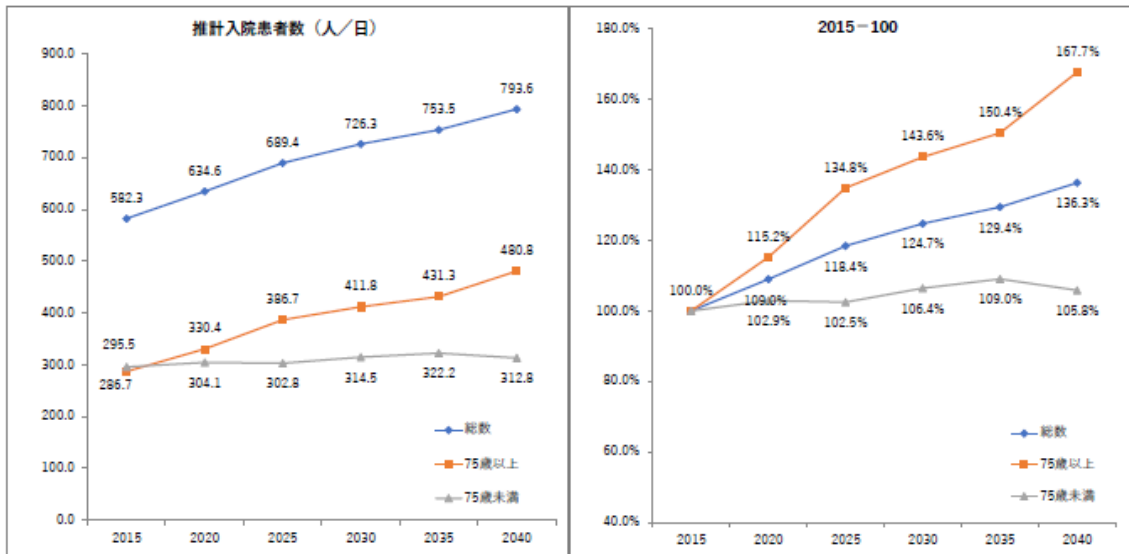
出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）、日本の地域別将来推計人口（平成 30 年推計）より作成

図表 3. 国立市の要支援・要介護認定者数

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
総数	3,184	3,301	3,437	3,552	3,758	3,907	4,579
要支援1	484	485	558	635	729	805	955
要支援2	381	418	443	471	503	524	595
要介護1	700	730	775	803	853	879	1,013
要介護2	483	511	472	425	392	381	432
要介護3	416	424	431	432	447	446	526
要介護4	322	330	380	437	501	560	700
要介護5	398	403	378	349	333	312	358
うち第1号被保険者数	3,091	3,203	3,352	3,476	3,688	3,839	4,512
要支援1	473	475	550	625	719	795	946
要支援2	375	410	436	461	492	512	582
要介護1	684	713	756	790	842	870	1,005
要介護2	461	491	456	417	385	375	427
要介護3	402	416	422	424	439	438	517
要介護4	314	323	373	424	485	541	680
要介護5	382	375	359	335	326	308	355

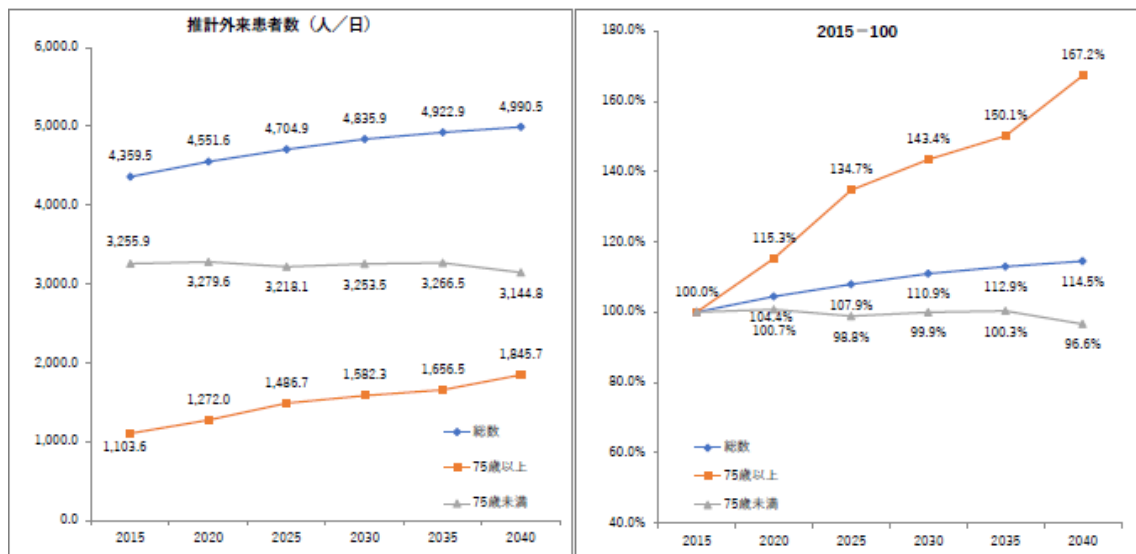
出所) 第 7 期国立市介護保険事業計画（2018 年 3 月）

図表 4-1. 国立市における年齢区分別・将来推計入院患者数（人/日）



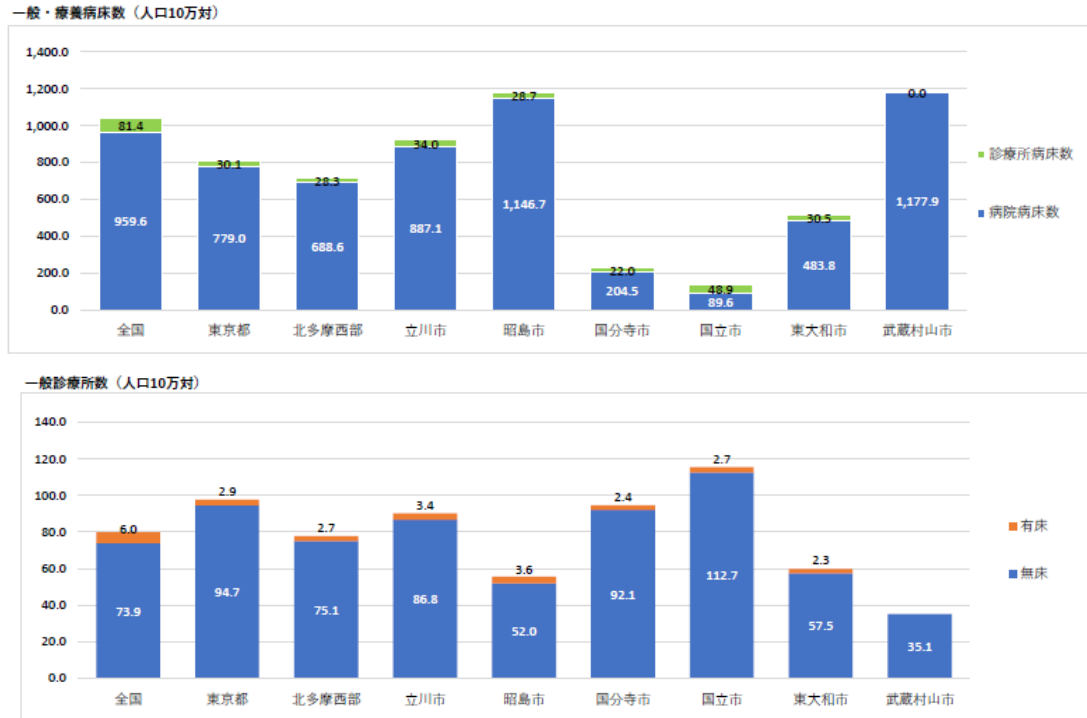
出所) 厚生労働省「平成 26 年患者調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」を用いて推計した

図表 4-2. 国立市における年齢区分別・将来推計外来患者数（人/日）



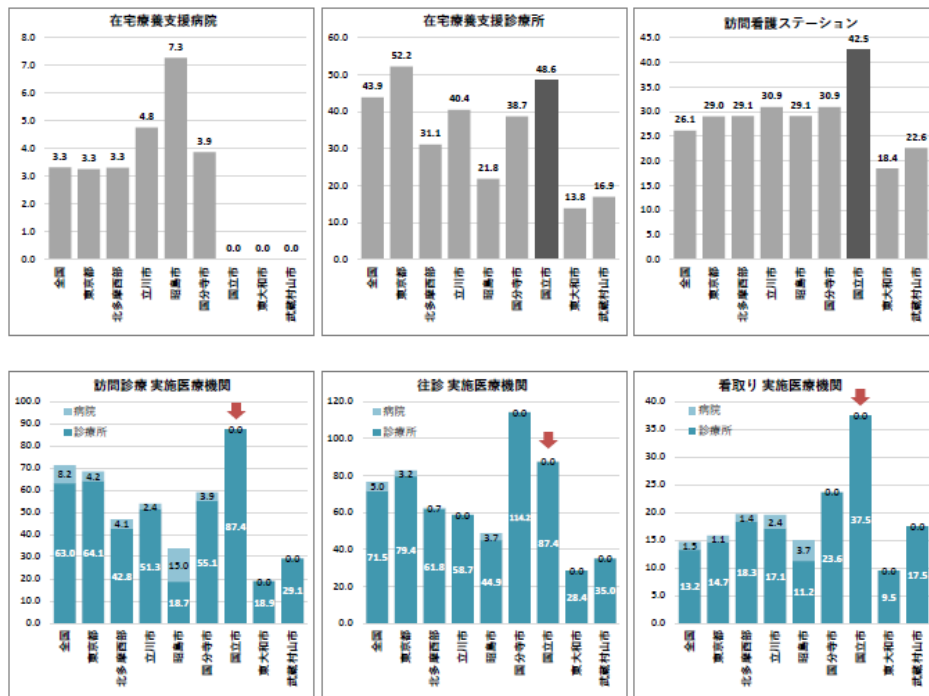
出所) 厚生労働省「平成 26 年患者調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」を用いて推計した

図表 5-1. 国立市と近隣自治体の医療資源の状況



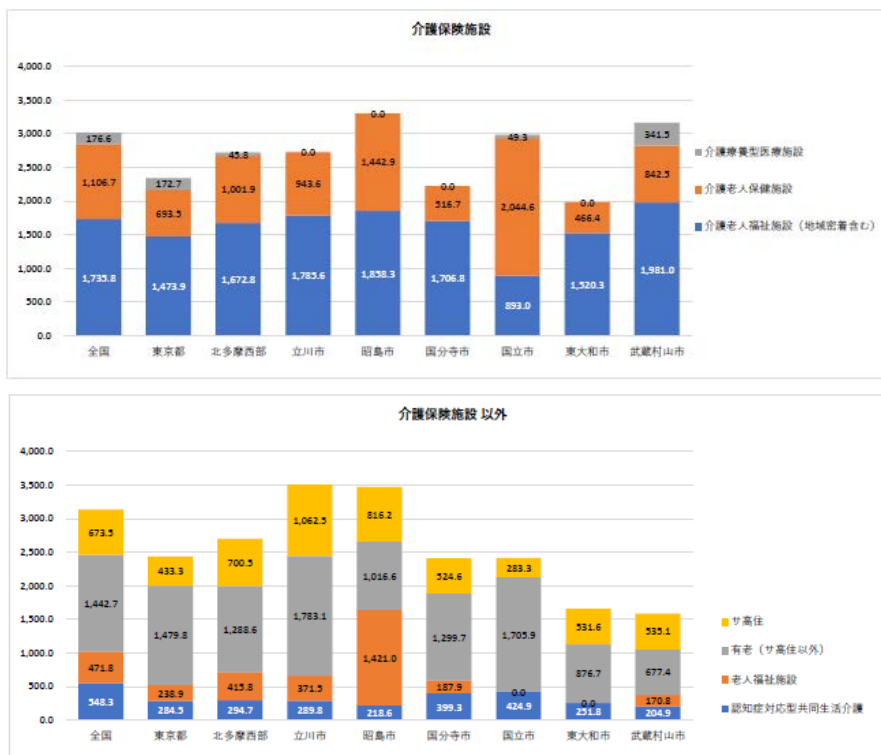
出所) 厚生労働省「平成 28 年医療施設調査」、総務省統計局「平成 27 年度国勢調査人口等基礎集計」を基に作成

図表 5-2. 国立市と近隣自治体の在宅医療実施機関数 (65 歳以上人口 10 万対)



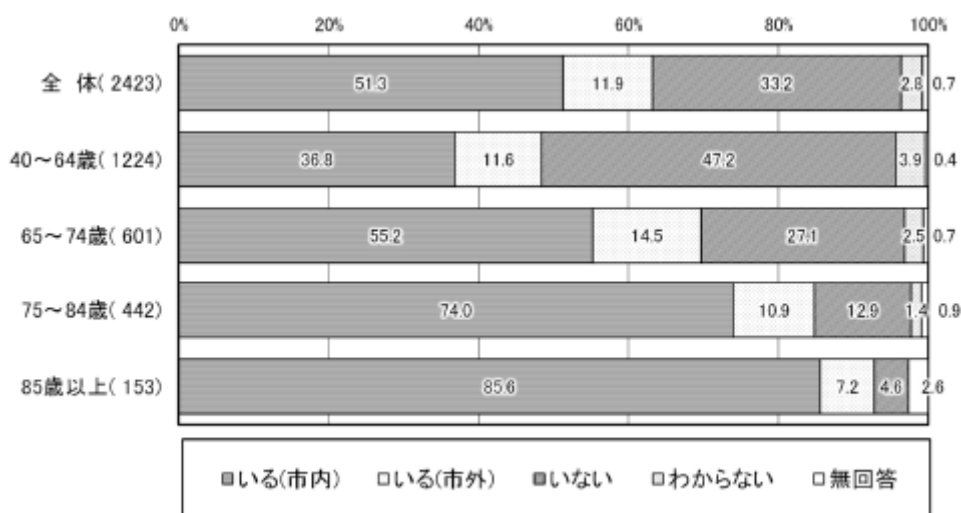
出所) 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集 (平成 29 年 11 月 22 日更新)」を基に作成

図表 6. 国立市と近隣自治体の高齢者向け住まい・施設の定員（65 歳以上人口 10 万対）



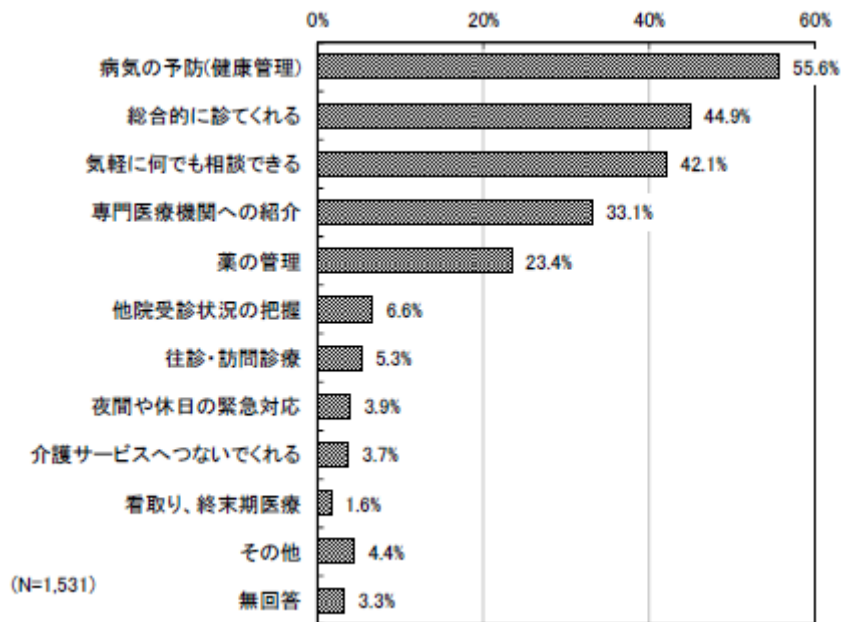
出所) 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査、平成 28 年社会福祉施設等調査などをもとに作成

図表 7-1. 年代別にみたかかりつけ医の有無



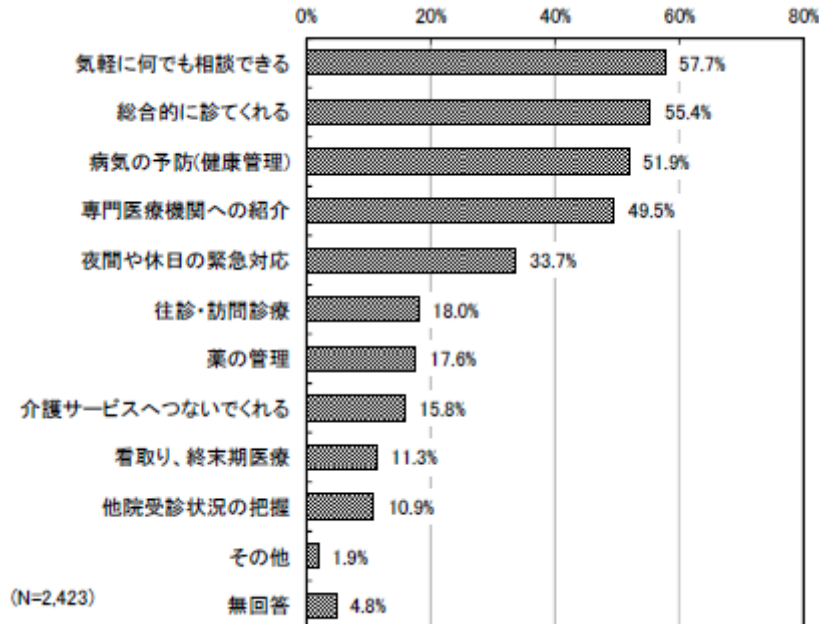
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

図表 7-2. かかりつけ医が行ってくれること（複数回答）



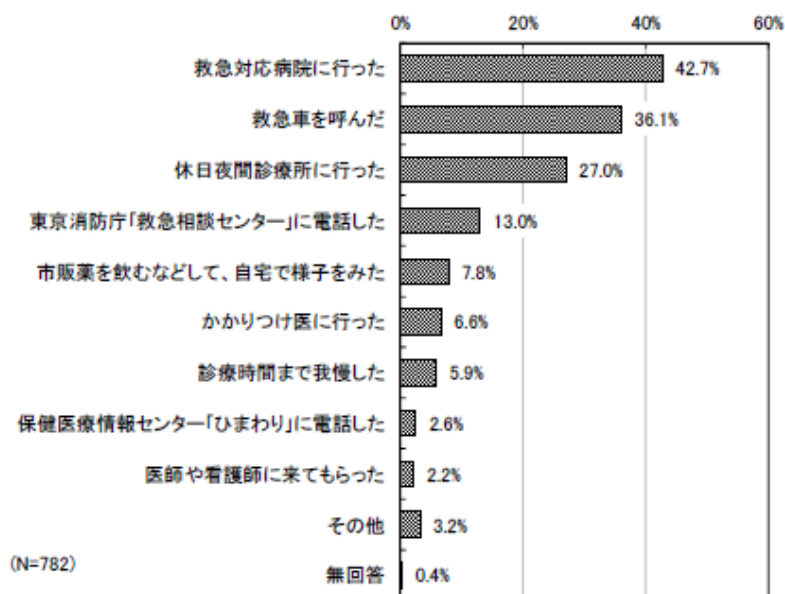
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 7-3. かかりつけ医に望む医療やサービス（複数回答）



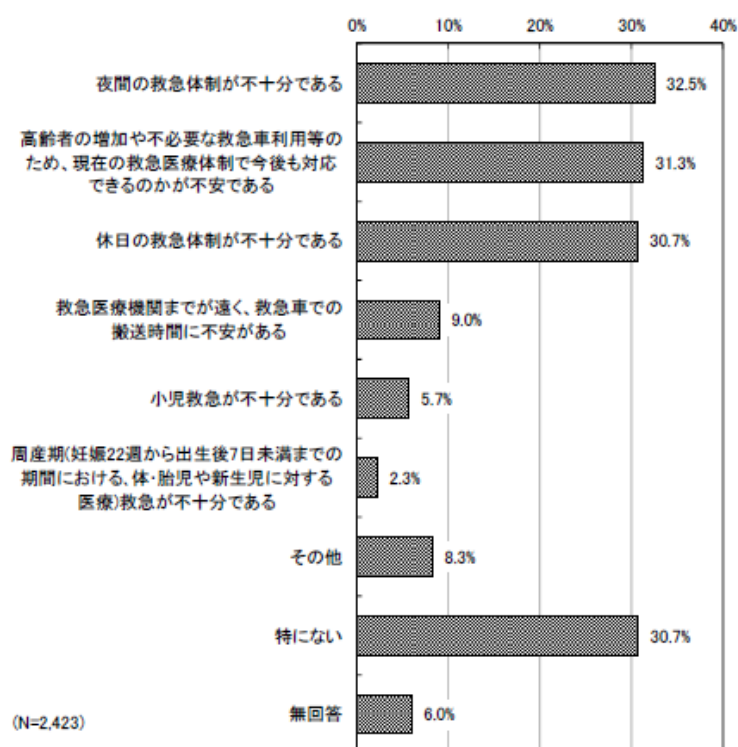
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 8-1. 急病時（最近 3 年間に休日・夜間に急病になった際）の対応（複数回答）



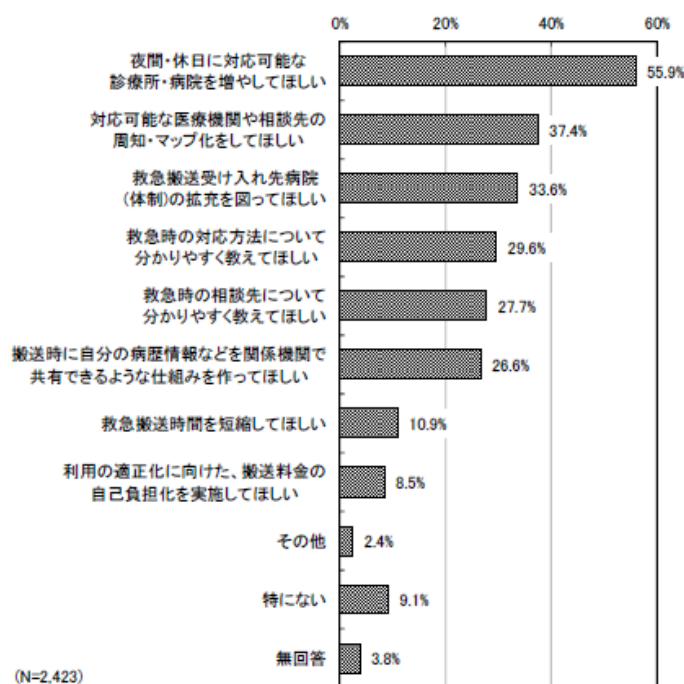
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

図表 8-2. 市内の救急医療への不安（複数回答）



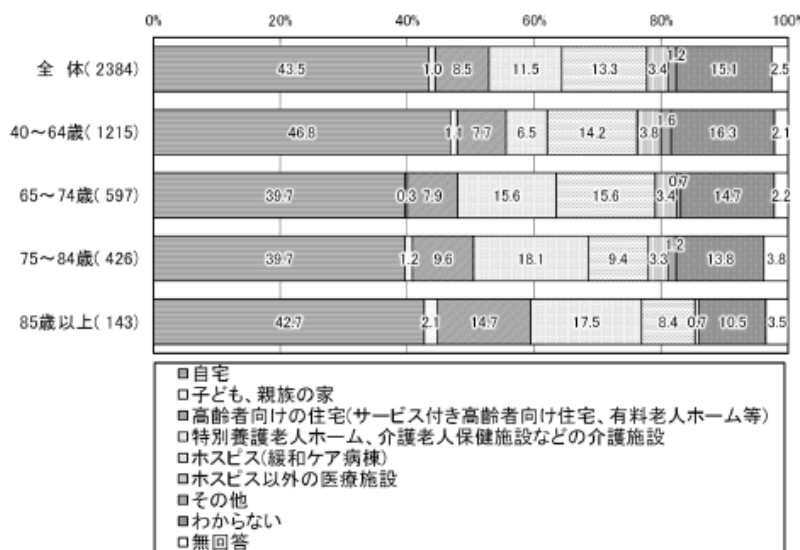
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

図表 8-3. 救急医療の充実に向けて希望すること（複数回答）



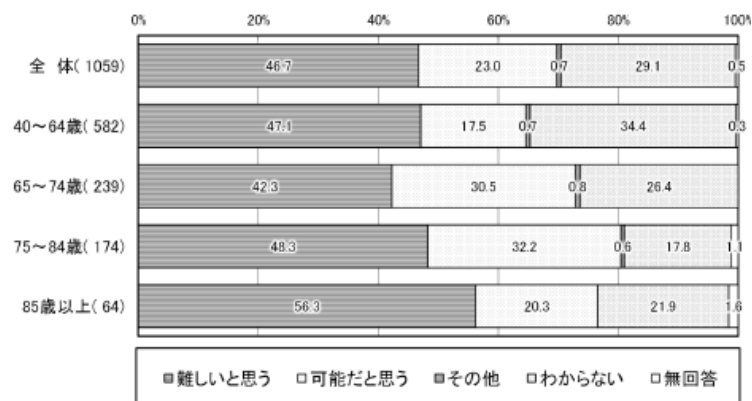
出所) 国立市市民アンケート（2018年2月実施）

図表 9-1. 年代別にみた長期療養が必要になった場合に希望する生活の場所



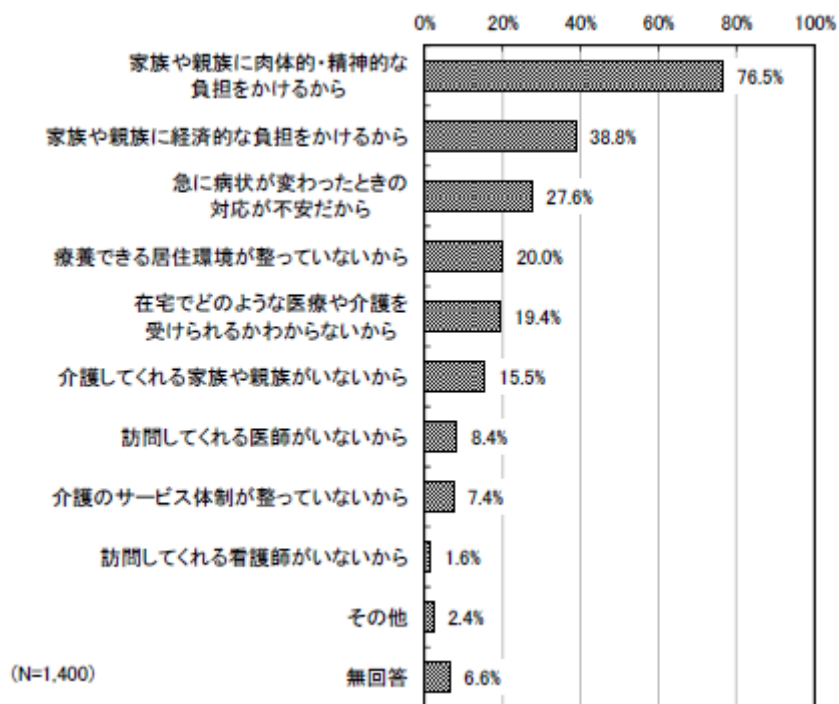
出所) 国立市市民アンケート（2018年2月実施）

図表 9-2. 年代別にみた長期療養における生活の場所の希望の実現性



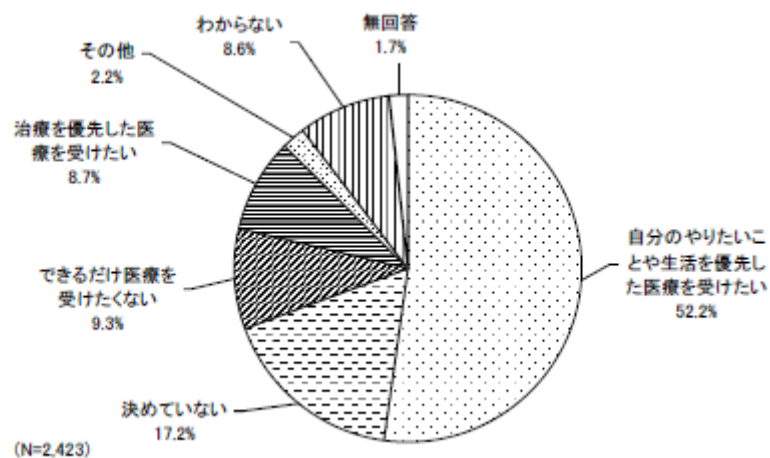
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 9-3. 自宅等での療養が困難と考える理由 (複数回答)



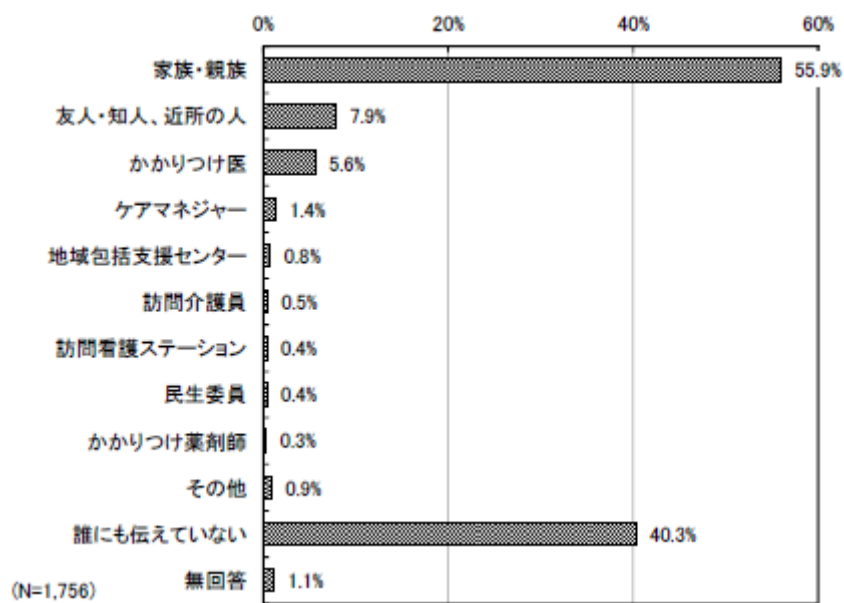
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 10-1. 人生の最終段階に受ける医療・ケアの方針



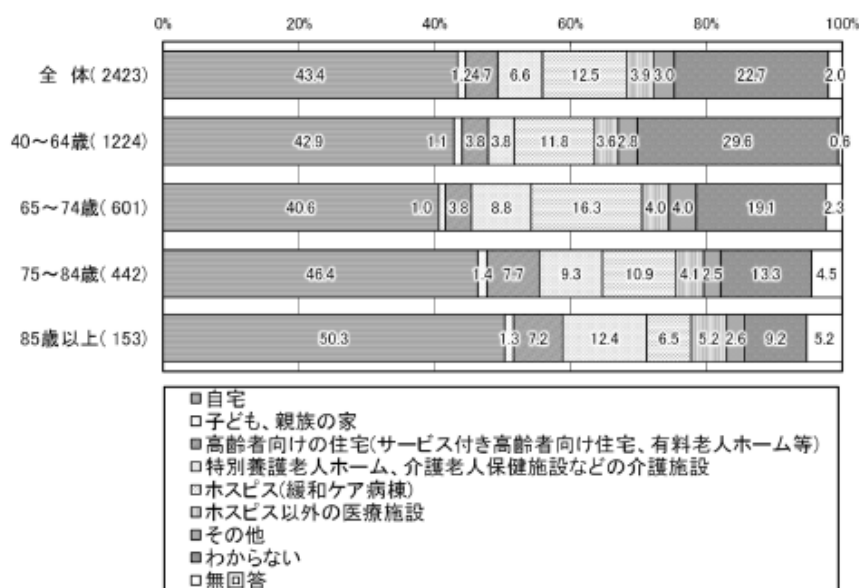
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 10-2. 受ける医療・ケア方針の伝達先 (複数回答)



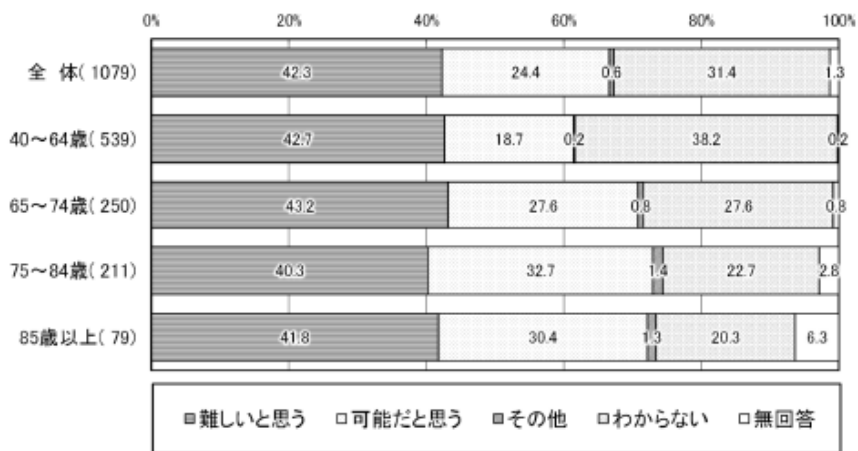
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-1. 年代別にみた人生の最期を迎えたい場所



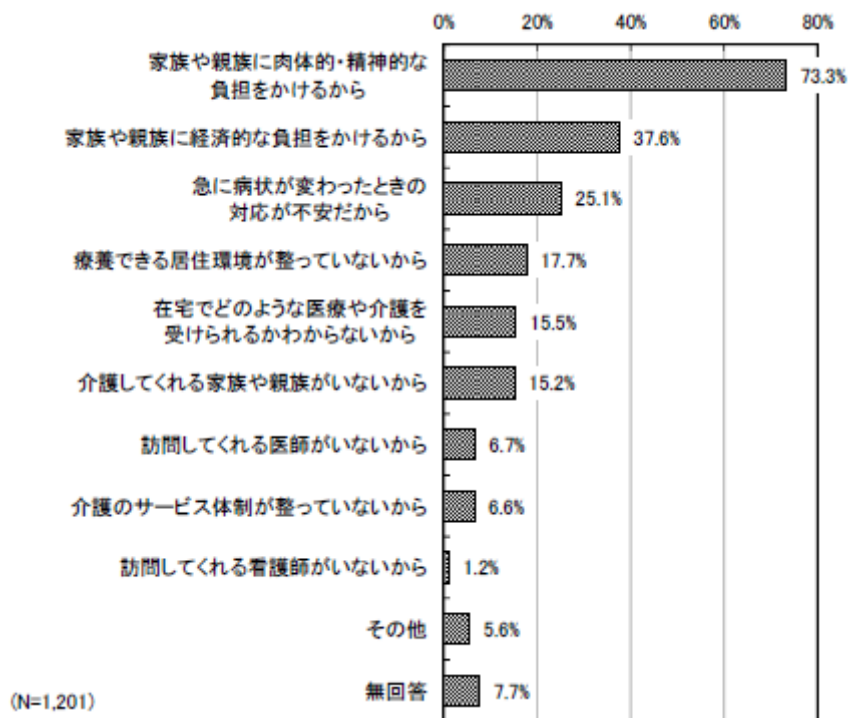
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-2. 年代別にみた人生の最期を迎える場所の希望の実現性



出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-3. 自宅等での看取りが困難と考える理由（複数回答）



出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川越雅弘	介護保険事業計画の現状・課題と改善策—在宅医療・介護連携事業を一例に—	先見創意の会	医療百論2019	東京法規出版	東京	2019	19-29

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Iwagami, M., Taniguchi, Y., Jin, X., Adomi, M., Mori, T., Hamada, S., Shinozaki, T., Suzuki, M., Uda, K., Ueshima, H., Iijima, K., Yoshie, S., Ishizaki, T., Ito, T., & Tamiya, N.	Association between recorded medical diagnoses and incidence of long-term care needs certification: A case control study using linked medical and long-term care data in two Japanese cities.	Annals of Clinical Epidemiology	1(2)	56-68	2019
Mori, T., Hamada, S., Yoshie, S., Jeon, B., Jin, X., Takahashi, H., Iijima, K., Ishizaki, T., & Tamiya, N.	The Associations of multimorbidity with the sum of annual medical and long-term care expenditures in Japan.	BMC Geriatrics	doi: 10.1186/s12877-019-1057-7		2019
Hamada, S., Takahashi, H., Sakata, N., Jeon, B., Mori, T., Iijima, K., Yoshie, S., Ishizaki, T., & Tamiya, N.	Household income with health services utilization and health care expenditures in people aged 75 years or older in Japan: a population-based study using medical and long-term care insurance claims data.	Journal of Epidemiology	doi: 10.2188/jea.JE20180055		2019

厚労科研「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」中間報告
第7次医療計画の現状・課題と改善策について
－PDCAサイクルの適切な展開に焦点を当てて－

【内容】

1. 研究目的及び方法
2. 主な研究成果
 - 1) マネジメントの視点からみた計画遂行上の課題
 - 2) ロジックモデルの考え方をを用いた在宅医療計画の策定
(国立市での試行)
3. 今後に向けて

2019年9月6日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター 川越雅弘

1. 研究目的及び方法

1. 研究に期待された成果, 目的及び方法について

研究に期待された主な成果 (公募要項より)

- 在宅医療の4機能 (退院支援、日常療養支援、急変時の対応、看取り) 及び職種別の**評価指標の設定プロセスや設定内容における課題を整理**すること。
- 在宅医療の提供体制の推進及び評価として実効性があり、介護保険事業計画等とも整合的な**新たな指標の設計やその利活用に向けた手法の検討を行う (=課題解決力の向上)** こと。

研究目的

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

研究方法

【研究1】既存指標の検証と修正案の検討

- **既存指標の策定過程に関するヒアリング**
- **第7次医療計画の内容分析**
- 現行レセプトで収集可能な指標の抽出
- **アウトカム指標の多職種検討**
- 患者調査結果とレセプトデータ等の相関分析及びアウトカム指標の検討

【研究2】指標の継続的な測定方法の検討

- **都道府県・市町村担当者等へのヒアリング**
- 既存データ (レセプト等) の分析と課題整理
- 継続的な指標測定方法の検討

【研究3】指標の効果的な活用方法の検討

- 作業部会での検討
- **4機能別にみたロジックモデルの検討**

3

2. 主な研究成果

1) マネジメントの視点からみた 計画遂行上の課題

① 事業マネジメントの理想的な展開方法とは

事業マネジメントの理想的な展開方法とは

図1. 事業マネジメントの進め方

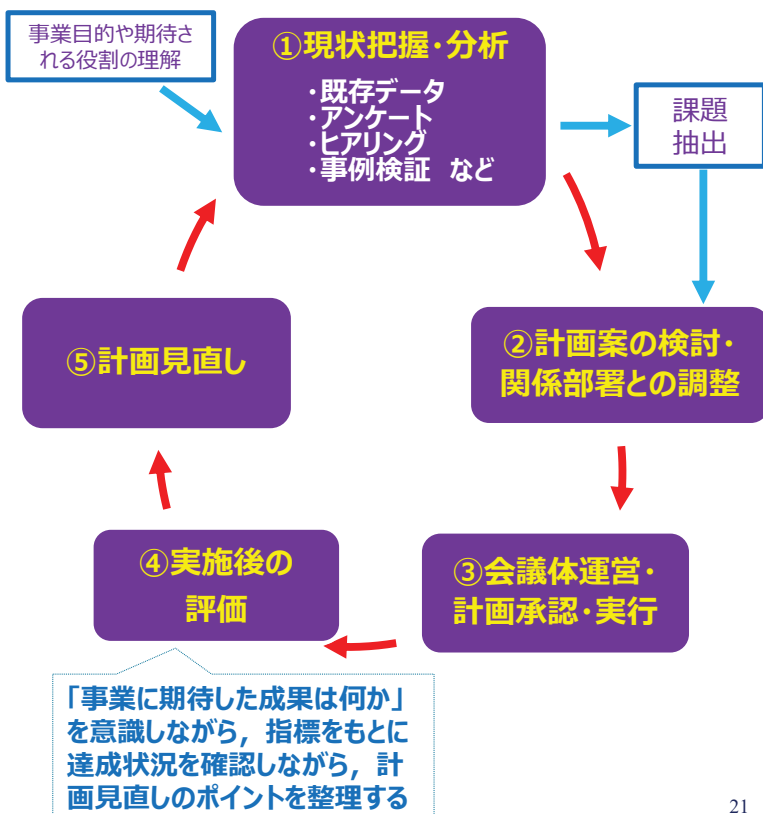
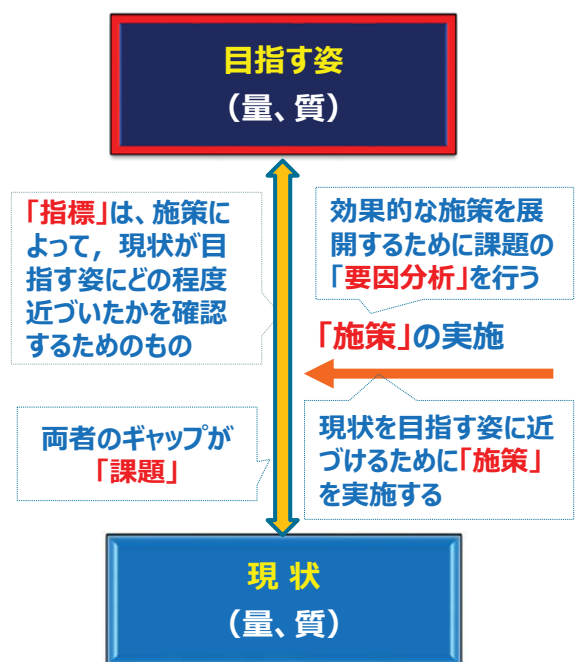


図2. 課題と施策と指標の関係性



② 計画遂行の現状と課題

— 公表された計画の確認とヒアリング等を通じて —

都道府県担当者へのヒアリングから見てきた現状と課題

- 調査目的：第7次医療計画在宅医療分野の計画策定の現状と課題を把握する
- 対象：7府県の医療計画在宅医療分野策定の担当者（47都道府県の医療計画をレビュー後、計画の論理構造（ロジックモデルの活用）、指標設定の点で望ましいと思われる候補を選出し、協力が得られた府県）
- ヒアリング項目：1.体制 2.策定プロセス 3.指標設定 4.データソース 5.要望 ほか

プロセス	主なヒアリング結果
①現状把握・分析	<ul style="list-style-type: none"> • 医療計画作成支援データブックに関しては、①提示時期が遅い、②掲載指標のデータ加工過程が不明である、③提供データが古いなど、活用のしにくさがあった。 • レセプトデータは有用と感じているが、データ分析や資料作成に係る担当者の負担が大きいため、継続的な運用は難しいことがわかった。 • 介護関連のデータ入手は、医療部局にとって難しい場合があることがわかった。
②計画案の内部検討・調整	<ul style="list-style-type: none"> • 医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の担保のための組織的工夫が行われている都道府県がある一方で、実行に至らない都道府県も存在していた。 • 庁内での基本方針設定は、とりまとめ担当部署のマネジメント力で左右されることがわかった。 • ロジックモデルの活用は、思考を整理する上で有用であるとの意見が多かった。
③会議体運営 計画承認・実行 (ロジックモデル活用の観点から)	<ul style="list-style-type: none"> • ロジックモデルを活用することで、目標⇒施策⇒評価指標までの一連の流れに関するコンセンサスが得られやすく、議論がスムーズになるとの意見があった。 • ロジックモデルで評価指標を明確にしてから調査項目を検討し、調査を実施したほうが良かったという意見が聞かれた。
④実施後の評価 (指標を含む)	<ul style="list-style-type: none"> • 患者／住民アウトカム（QOLやQOD）のデータを継続的に収集するための調査は現実的に難しいとの意見があった。 • 人口動態統計による「在宅死亡率」には異常死も含まれるため、これを看取りの指標にすることには慎重な意見が多かった。 • アウトカムやプロセス指標のデータの妥当性や目標値設定の限界から、体制整備が主な目標となり、ストラクチャー指標が中心にならざるを得ないとの意見が多かった。

課題解決に向けた論理展開の現状と課題（A県の場合、一部改変）

目指す方向性

- A県では目指す方向性を「医療と介護の連携強化を通じて、在宅療養者のニーズに応じた包括的な医療・介護提供体制を構築する」とした上で、4場面別に課題を設定している。

退院支援に対する設定課題

- 課題として以下の3点を設定
 - 課題1：退院支援担当者の人材育成
 - 課題2：病院スタッフ及びケアマネジャーの退院支援に関する知識と技術の向上
 - 課題3：病診連携及び医療・介護連携の強化

対策

- 上記課題に対し、以下の2対策が設定されている
 - 対策1：退院支援担当者向け研修の実施
 - 対策2：退院支援ルールの策定

計画策定上の課題

- 課題1：連携の目指す姿が設定されていない（連携は手段であって、目的でも目標でもない）
- 課題2：設定された課題は、施策を意識したものになっている（意識した施策から課題を設定？）
- 課題3：施策が連携強化につながったか否かをどのように評価しようとしているのかが不明

課題解決に向けた論理展開の現状と課題（B市の場合、一部改変）

計画策定の現状

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

計画策定上の課題

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

計画遂行上の主な課題と対策のポイント（解決すべき課題は何か？）

現状把握から見えてきたコアとなる課題とは

- 都道府県も市町村も、「施策」に意識が強く向いている。そのため、施策をまずイメージした上で、課題を設定している印象を受ける。あるべき姿（どんな連携を目指すのか？）と現状のギャップから課題を考えるといったマネジメントの基本的思考が身に付いていないのではないか。
- 評価も同様。施策に期待した成果や目指す姿が整理されていないため、どのように評価してよいかわかっていないのではないか。こうした状況下では、指標だけ提示しても有効に活用することはできないのではないか。



主な課題	対策のポイント	重要度	具体策 (従来方法の問題点を含む)
1. 施策（手段）に対する意識が強く、マネジメントの基本である目的⇒目標⇒手段の思考が弱い	<ul style="list-style-type: none"> • 目的⇒目標⇒手段の思考方法の定着を図る • 目指す姿を意識／設定させる 	◎	こうした思考や方法は座学だけでは身につかない。計画策定業務の中で自然と身につく状況を作る ⇒ ロジックモデルの思考方法を計画策定プロセスに導入する
2. 評価の仕方のイメージが弱い。また、具体的な方法が身についていない	<ul style="list-style-type: none"> • 基本的考え方を強化する • 具体的な評価方法を示す • 事業に期待した成果は何かを意識／設定させる 	○	従来のような方法論を示す手引きでは実際の展開には至りにくい ⇒ 評価したい事項を複数列挙し、各事項ごとに具体的な評価方法（何の指標を用いるかを含め）を例示するような手引き（Q&Aに近い）を示す
3. 測るべき指標の決定が難しい。また、それら指標を継続的に測るためのデータの収集・整備も都道府県単位では難しい	<ul style="list-style-type: none"> • データ整備、指標の例示は国が行う • 指標設定に至るまでの考え方の手順も併せて示す 	○	施策に期待したことは何か（何が変わることを期待したか）、また、施策実施後の変化を何で測ろうと考えたかといった思考力が身につく状況を作る ⇒ 評価シート（前期計画の振り返り用）を導入する

11

3. “ロジックモデルの考え方”を用いた 在宅医療計画の策定 (国立市での試行)



国立市地域医療計画策定の経緯，進め方と手法

計画策定の経緯と目指す姿，方法

- 「医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり」という市のめざす姿を実現するために、19年度以降に実施される各種施策の考え方や方向性を示すものとして18年度に地域医療計画を策定。
- 市民自身が当事者としてかわれるよう、市民の思いを反映した、**市民にとってわかりやすい計画**とする。
(**目指す姿が示されている，課題が明確である，目指す姿と施策の整合性が取れている**など)
- 現状やニーズを様々な手法で多面的に把握し、課題抽出を行う。特に、市民へのわかりやすさを考慮すると、量的分析だけでなく、質的分析（事例分析）を取り入れることとする。



ロジックモデルの検討

- 「日常療養支援」「退院支援」「急変」「看取り」の場面のロジックモデルを構築。
- 「目指す姿」「目指す姿の達成に必要な要素」「目標達成のための手段・方法（具体的施策）」としてロジックモデルを提示。

13

ロジックモデル（因果関係図）とは

- 原因と結果の関係を表す流れ図（≡**事業の設計図**）
- ①目指す姿，②その実現に向けた要素，③施策（事業）を一望することができる。また、一望できるため、相互の整合性のチェックもできる
- 全体像の共有により論点が明確になり、円滑な議論ができる
- 施策の評価を行う際の基盤となる

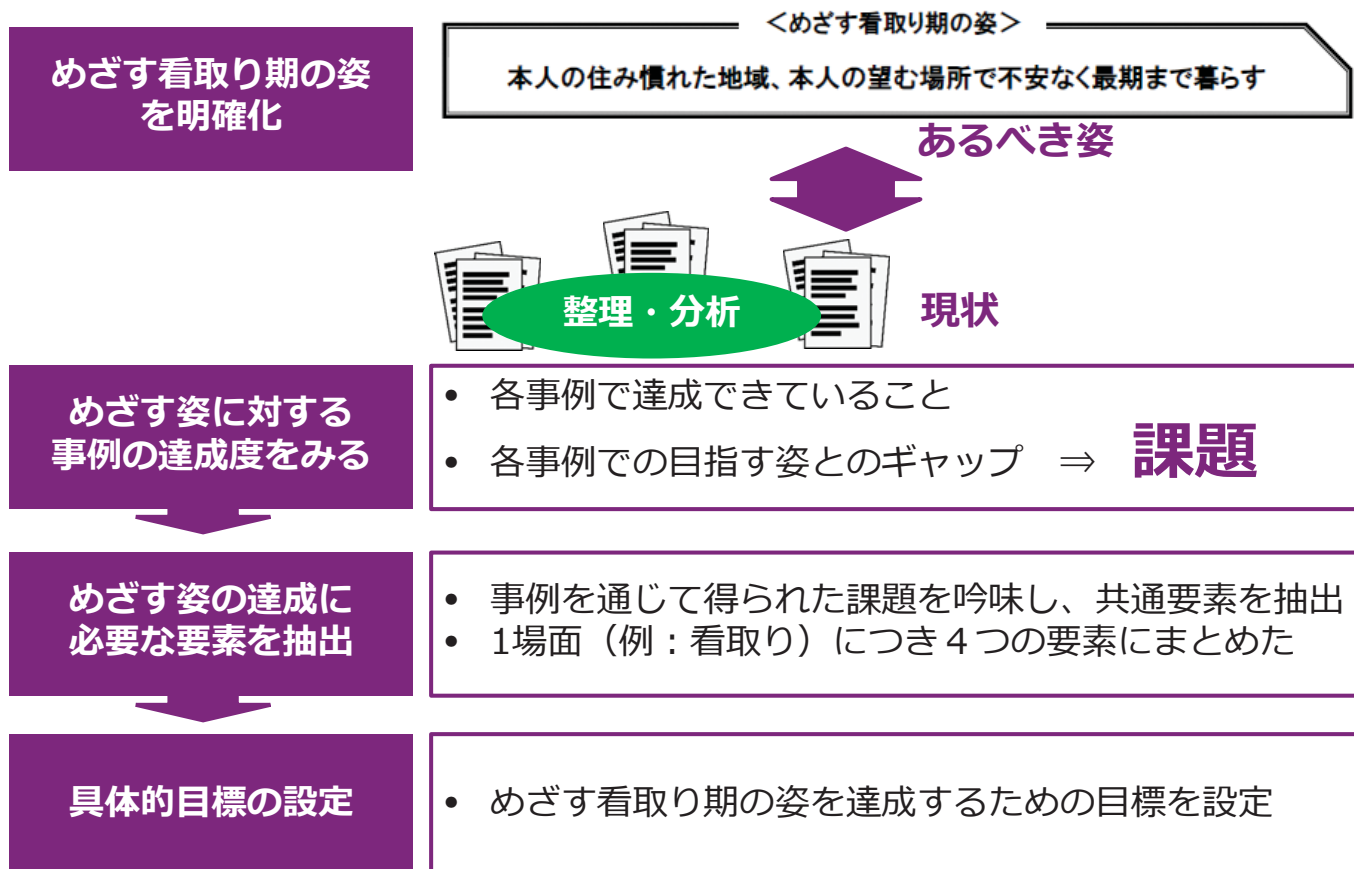


ロジックモデルの考え方を活用した地域医療計画の策定プロセス

<p>手順1 「国立市がめざす姿」の検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集を行い、住民のニーズや現状における充足状況を把握 	<ul style="list-style-type: none"> 住民アンケート 医療・介護施設アンケート ケアマネジャーアンケート 統計データ分析 市民意見交換会 救急隊ヒアリング 救急病院ヒアリング
<p>手順2 現状・課題の把握 めざす姿の達成に必要な要素の検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> 複数の事例検証を通じ、目指したい姿と現状とのギャップを生んでいる課題を抽出 	<ul style="list-style-type: none"> 市内の事例収集と検討 <ul style="list-style-type: none"> -ケアマネジャーの担当事例 -地域包括支援センターの事例 -市民から寄せられた事例
<p>手順3 具体的目標の設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> めざす姿の実現に向けて達成すべき目標を整理 	<ul style="list-style-type: none"> ロジックモデル試案の作成 ロジックモデルのブラッシュアップ
<p>手順4 具体施策と評価指標の検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市で取り組む具体的対策を検討 進捗を確認するための評価内容を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 国立市担当部局内での検討 <p><small>*評価については、計画の初年度において、具体的な評価指標及び評価方法を定める予定</small></p>

15

事例分析の進め方（看取りを例に）



事例1 本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

（概要）90歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

（経過）

同居家族（娘夫婦・夫）とかかりつけ医とでACP*（医師を含む、家族全員のサイン入り）に取り組み、看取りについて家族で決めていた。最期は検査や延命処置は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化（下血）があり、同居家族が不在だったため、かかりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子もACPにサインし承知してはいたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に迫られ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿うことができなかったことを後悔している。

（本事例で達成できていること）

- ・関係者全員でACPに取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

（本事例から見える課題）

- ・本人の意思の決定と共有（家族及び支援チーム）
- ・家族及び支援チーム間での複数回の確認
- ・かかりつけ医の役割
- ・かかりつけ医と病院の連携
- ・がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
- ・看取り後の家族支援

めざす姿の達成に必要な要素

- 家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

めざす姿に対する事例の達成度をみる

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

注：人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス（2019年現在、ACPの愛称は「人生会議」となっています）。

めざす姿の達成に必要な要素を整理：4要素

＜事例から抽出されためざす姿の達成に必要な要素＞

- 要素1：○家族や医療・介護専門職に対する、早い段階からの本人の意思表出
- 要素2：○家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 要素3：○家族や専門職に対する不安を解消できるような情報の事前提供及び十分な理解
- 要素4：○本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備
 - 24時間対応のかかりつけ医の存在
 - 地域の身近な支援者の存在
 - 見守り支援体制の構築

＜めざす姿の達成に向けた具体的目標＞

- ① 本人の意思の表出
- ② 関係者間での把握と共有
- ③ 希望に沿った看取りの実施
- ④ 提供体制整備

具体的目標の設定

看取り ロジックモデル



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

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

3. 今後に向けて

1. 指標の見直しについて

- 指標設定の考え方，具体的な設定方法の例示はほぼ完成した。
- ただし，これら指標の元となるデータを継続的に取得する方法は本報告では示せていない。そのための方法として，レセプトデータ（利用者数，各種加算の取得状況，在宅療養期間などの一部アウトカム指標）の活用方法を検討中である。また，市町村で継続実施される調査（例：市町村が行う「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」，「在宅介護実態調査」など）の活用も検討している（主観的健康観，主観的幸福感など）。
- 何を測定すべきか，現実的に継続測定可能かなどの複合的視点から，次期指標の見直し案を提示したいと考えている。

2. ロジックモデルの考え方の活用について

- ロジックモデルは，目指す姿，目指す姿を実現するために必要な要素，具体化された目標，施策の全体像を把握可能とするものである。また，課題解決に向けた思考力の強化にも有用な教育ツールの側面も有する。
- 都道府県及び市町村の担当者は，施策や事業から物事を考えがち。様々な計画を実効あるものにするためには，目的意識を持った上で，あるべき姿を設定し，課題や目標を具体化し，課題を生じさせている要因を特定した上で対策（施策や事業）を考えるとといった思考の強化が，最も優先度の高い課題と考える。

21

(参考) 日常療養支援 ロジックモデル



出所) 国立市地域医療計画
(2019年3月)

(参考)
急変時
ロジックモデル



※ #7119：救急相談センター。急な病気やケガをしたときなど、救急の必要性に迷った際の相談ダイヤル
※ #8000：こども医療でんわ相談。休日・夜間の子どもの症状への対応に困った際に電話相談が可能

出所) 国立市地域医療計画
(2019年3月)

23

(参考)
退院支援
ロジックモデル



※地域ケア会議：介護保険法115条の48第1項に定まられている会議。個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の把握を行うとともに、地域づくり・資源開発、並びに政策形成などの機能を発揮し、地域包括ケアを推進していくためのひとつの手法。

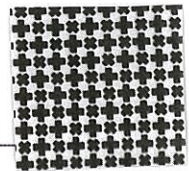
出所) 国立市地域医療計画
(2019年3月)

24

令和2年3月17日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 埼玉県立大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 萱場 一則



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院保健医療福祉学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 川越 雅弘・カワゴエ マサヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

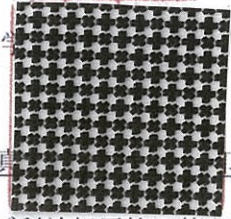
令和2年2月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神 真



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 高齢社会総合研究機構・教授

(氏名・フリガナ) 飯島 勝矢・イイジマ カツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年3月5日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 仙台往診クリニック

所属研究機関長 職名 院長

氏名 川島 孝一郎



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 院長

(氏名・フリガナ) 川島 孝一郎・カワシマ コウイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 埼玉県立大学へ委託)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 埼玉県立大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年12月25日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 大阪大学
所属研究機関長 職名 医学系研究科
氏名 森井 英一

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科 ・教授
(氏名・フリガナ) 福井 小紀子・フクイ サキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日本赤十字看護大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

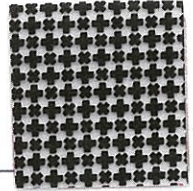
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 4 月 8 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 日本福祉大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 児玉善郎



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会福祉学部 教授
(氏名・フリガナ) 篠田 道子 (シダミチコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

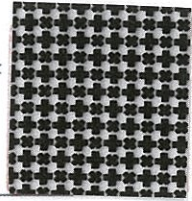
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 長谷山 彰



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・講師
(氏名・フリガナ) 山岸 暁美・ヤマギシ アケミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 杏林大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 大瀧 純 印

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び本件については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 保健学部・教授
(氏名・フリガナ) 坂井志麻・サカイシマ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年 3月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 大友 邦

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科 教授
(氏名・フリガナ) 石川 ベンジャミン光一・イシカワ ベンジャミンコウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。