

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

平成 30 年度～令和元年度 総合研究報告書

研究代表者 川越 雅弘

令和 2 年 (2020) 年 5 月

目 次

I. 総合研究報告書	
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)	21
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—	
分担研究報告	
1. 47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と課題	33
松本佳子 吉田真季 埴岡健一 川越雅弘	
2. 滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と 指標設定の経過	43
松本佳子 吉田真季 奥山光一 中村恭子 角野文彦 川越雅弘	
3. 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—	55
川越雅弘	
4. 円滑な退院支援の実現を果たすために必要な体制・プロセスに関する考察 —退院支援に関する国の施策動向分析から—	63
川越雅弘	
5. 退院支援における評価指標に関する研究	81
坂井志麻	
6. 神経難病患者の退院支援に関する文献調査に関する研究	87
篠田道子 榊原麻子 橋口桂子 手島浩二	
7. 神経難病患者の入退院支援の指標作成に関する研究	91
篠田道子 榊原麻子 橋口桂子 手島浩二 吉田真二	
8. 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	99
福井小紀子	
9. 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討	109
飯島勝矢 吉江悟 松本佳子	
10. 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—	117
吉田真季 新田國夫 大川潤一 葛原千恵子 川越雅弘	
11. 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	155
松本佳子 吉田真季 川越雅弘	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	173

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究

総合研究報告書

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

研究要旨

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

方法：

上記の目標を達成するために、下記の内容を括弧内に記載する方法で実施した。

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

3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

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

結果：以下、主な結果（実施内容、得られた知見）を示す。

1. 既存指標の策定プロセスの検証

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

2. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題

- 1) 7 府県へのヒアリングから、①アウトカム指標（QOD 等）は継続調査の困難さから設定しにくい、②在宅死亡率には異常死が含まれるため指標に設定しにくい、③厚労省のデータブックはデータ加工過程が見えないため委員会等で説明しにくい、④指標を活用するためには、設定理由の開示と具体的な活用方法の提示が必要であることなどがわかった
- 2) 47 都道府県の第 7 次計画の内容分析から、①アウトカム指標を設定した都道府県は皆無であった、②ストラクチャー指標の目標値設定が主で、プロセス指標の目標値設定は少なかった、③設定した指標数は、2～20 数項目に分布しており、都道府県間で大きな格差があったなどがわかった
- 3) 滋賀県では、部内での基本理念の明確化と患者住民の代表を含む協議会での議論を経て、患者・住民アウトカムが全体目標として設定されていたものの、具体的に測定するアウトカム指標の設定には至っていなかった
- 4) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画では、基本目標の具体化、現状との比較を通じた課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載はほとんどなく、事業の目的や目標ではなく対策から考える傾向にあった

3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

- 1) 先行研究や報酬改定の動向をベースに、円滑な退院支援を実現するための必要な院内体制とそのプロセスについて整理した
- 2) 退院支援に関する文献調査から、ストラクチャー指標としては、①入退院支援部門の設置、②専従の職員の配置、③定期的な地域支援者との会議開催、④スクリーニングシート・退院支援パス等のシステムの導入、⑤退院支援マニュアルの作成などが、プロセス指標としては、各種加算取得状況（介護支援連携等指導、退院前訪問指導、退院時共同指導、退院後訪問指導、入退院支援加算など）が、アウトカム指標としては、①在院日数、②再入院率、③入院に関連する合併症、④転帰（退院場所）、⑤在宅復帰率、⑥死亡率、⑦患者満足度などが挙げられた

- 3) 神経難病患者の入退院支援の指標の検討・検証の結果、5因子(①病院・在宅スタッフとの協働、②退院後の生活を見据えた支援、③病状の変化についての話し合い、④多職種で患者・家族の気持ちに寄り添う、⑤退院後の支援体制の整備)、合計24項目が抽出された
- 4) 住民アンケートから、終末期の意向に関する話し合いを行っていた住民は4割で、その特徴として、①健康不安を持っていること、②死を身近に意識していること、③話し合いをするための他者との交流の機会があること、④配偶者などの同居家族がいることが示された
- 5) 医療・介護レセプトデータで集計可能な指標案を検討した上で、自治体職員を交えた更なる検討を実施し、在宅医療の4場面別に、アウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標を整理した。また、データを収集する上での既存のレセプトデータベースの課題と方策を提示した

4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と実際

- 1) 国立市での地域医療計画策定プロセスへの関与を通じて、①在宅医療に関する地域の現状と課題の共有のためには、量的調査と併せて事例検討(質的検討)を実施することが、②目指す姿(目的・目標)と施策の整合性を図るためには、ロジックモデルを導入することが有効であることがわかった。また、こうした手法(事例による課題認識とロジックモデルによる整合性の高い計画の構造の構築)により、多様な関係者(行政、医療・介護職、市民・患者、議会、研究者など)の関心と理解が深まり、施策実践への主体的な関与につながっていくこともわかった
- 2) 在宅医療分野のロジックモデルの最終目標と場面別目標に医療・介護レセプトから収集可能なアウトカム指標とプロセス指標が対応し、現状でも入手できるプロセス指標を経年的に把握することで、一般使用デザインによるインパクト評価が可能となることがわかった

結論

以上の結果から、

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

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

上記目的を達成するため、

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

1. 既存指標の策定プロセスに関する検証

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

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

2. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題の整理

1) 47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と課題の把握

各都道府県のWebページ上に公開されている第7次医療計画の「在宅医療」分野の計画本文をレビューした。計画の論理性（セオリー評価）について、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による策定指針の在宅医療部分で記載されている論理性を参

考にした。指標の設定状況は、計画本文中に中間見直しや計画最終年に向けた目標値が設定されている指標を抽出し、ドナベディアンモデル、および厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の策定指針に記載されている定義（表1）によって、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標に分類した。その上で、各都道府県の指標数、利用されているデータソースを検討した。2018年4～10月、第7次医療計画「在宅医療」分野の計画策定を担当した7府県の担当者にヒアリングを行った。①計画の策定体制、②評価体制、③アウトカム設定の考え方、④指標設定の考え方、⑤策定上の課題などを尋ねた。

表1. 課長通知上の指標の定義

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

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

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

3) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画策定の現状と課題の把握

在宅医療・介護連携推進事業に焦点を当て、①市町村はどのような事業計画を策定しているのか、②なぜ、そうした計画策定になるのかといった思考過程の分析を行う。公表されている市町村の第7期介護保険事業計画（在宅医療・介護連携推進事業の内容

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

3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

1) 退院支援場面の指標の検討

- (1) 国の施策動向からみた退院支援のあるべき姿の整理

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

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

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

- (3) 神経難病患者の入退院支援の指標作成に関する研究

神経難病患者の入退院支援のプロセスにそって、多職種で支援するための指標を

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

2) 看取り(終末期ケア)場面における指標の検討

- (1) 終末期ケアの意向に関する話合いをする人の関連要因に関する研究

在宅医療における「看取り」のアウトカムにつながる評価指標として、住民や患者自身が日常から「終末期の意向についての話合い」を一候補とし、この「終末期の意向についての話合い」を促進する要因を明らかにすることを目的とした。

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

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

分析は、終末期の意向についての話合いの有無を従属変数として 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) 4 場面別の医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

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

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

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

4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と試行

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

(1) 国立市が目指す姿の検討

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

(2) 調査にもとづく現状の把握

市民の意識やニーズの充足状況を把握するため、2018 年 2 月に①市民アンケート調査（40 歳以上の市内在住者 5,154 人を対象、回収数 2,423 人）、②在宅療養に関する介護支援専門員調査(国立市内の介護

支援専門員及び当該介護支援専門員が担当している利用者の介護者を対象。介護支援専門員 23 人、介護者 31 人から回答あり)、③医療機関調査（市内の病院・一般診療所・歯科診療所・薬局を対象。病院・一般診療所 51、歯科診療所 49、薬局 28 から回答あり)、④介護保険施設調査（市内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設を対象。介護老人福祉施設 2、介護老人保健施設 2 から回答あり）の各調査を実施した。

また、救急や看取りに関する現状把握を行うため、2018 年 6-7 月に消防署、近隣二次・三次救急医療機関、介護支援専門員を対象にヒアリング調査を行った。さらに、今後の在宅医療の拡大余地を把握する目的で、2018 年 9 月に市医師会に加入する医療機関を対象にアンケート調査を実施した団体、行政職員、学識経験者により構成される地域医療計画策定検討委員会を設置し、国立市が目指す姿の検討を行った。

(3) 事例分析にもとづく課題の把握、目指す姿の達成に必要な要素の検討

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

(4) 目標設定と具体的施策の検討

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

(倫理面への配慮)

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

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

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

C. 研究結果

1. 既存指標の策定プロセスに関する検証

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

2. 都道府県・市町村の計画策定の現状と課題の整理

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

(1) ヒアリング結果

① ロジックモデルの活用について

都道府県担当者へのヒアリングでは、ロジックモデルを活用した府県からは、その利点について、「検討・協議の場である作業部会で検討段階からロジックモデルを活用することで、目標、施策、評価指標まで専門職の部会員からのコンセンサスが得られやすく、議論がスムーズになった。」

「計画は一度策定すると改訂まで見ることは少なかったが、ロジックモデルを作成してからは、その都度、事業の目的を確認するようになった。計画策定、実行、進捗把握が円滑になった」との利点が聞かれた。また、「ロジックモデルを検討する前に、医療施設向けに実態調査を実施したが、結局は指標として使える項目とデータが含まれず、ロジックモデルを検討し評価指標を明確にしてから調査項目を検討し実施すべきだった」との声もあった。一方で、「全体目標として、患者・住民アウトカムを設定することが医療計画の全体の方針として庁内全体で進んだが、在宅医療分野は患者・住民アウトカムに相当する指標がなく、設定できなかった。議論の結果、プロセス指標で考えられる体制整備に相当する目標を全体目標に置きざるを得なかった」という声も聴かれた。

② データソースについて

都道府県が独自に行う調査では全国や他都道府県との比較が難しいという課題が指摘された。また、ストラクチャーに関するデータはできるだけ最新のものを入手したいが、国の医療施設調査由来のデータは、調査年の 1 か月実績のため実態に合わない場合があること、調査年が古い（策定時は 2014 年調査のデータを使用）などの問題点が指摘された。また、医療政策部局では、介護保険サービス提供事業所に関するデータが入手しにくく労力がかかったなどの課題も挙げられていた。

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

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

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

(2) 第7次医療計画の内容分析

① ロジックモデルの活用状況

47 都道府県の中で計画本文中にロジックモデルを活用した施策・使用マップを掲載しているのは、大阪府、愛媛県、佐賀県、沖縄県であった。この他に、ロジックモデルを活用し論理性を持って計画策定されたことが読み取れる(計画本文中に最終アウトカム(全体目標)が明記され、中間アウトカム(体制整備の目標)、アウトカムの数値目標、施策が論理性をもって記載されている)、もしくは一部活用し本文中に掲載されている県が4県程度存在した。

② 論理性が読み取れる県のアウトカム(全体目標)の設定状況

全体目標の設定状況を内容別にみると、ア) 患者・住民アウトカム(例:住み慣れた自宅や施設等で療養したいと望む患者が在宅医療を受けて自分らしい生活を送ることができる<沖縄県>)、イ) 社会・

地域の構築(例:在宅医療を希望する県民が安心して在宅医療を受けることができる環境<佐賀県>)、ウ) 提供体制の構築(例:在宅医療の需要に応じたサービス量の確保<大阪府>)の3種類が挙げられた。

ア)とイ)の場合、「住み慣れた地域」というキーワードと「自分らしい生活」「本人の意思」「安心して」と主観的なキーワードが含まれていた一方で、指標が設定されていない、もしくは指標が設定されていても、提供体制などのプロセス指標でアウトカム指標は設定されていなかった。

③ 指標の設定状況

a) 47 都道府県別の指標設定数

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

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

b) データソースと利用数

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

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

2) 滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と指標設定の経過

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

3) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画策定の現状と課題の把握

在宅医療・介護連携推進事業における課題を設定するためには、まず、同事業で「何をを目指すのか」を定める必要がある。その上で、現状との比較を通じて課題を認識・設定する。施策とは、現状を目指す姿に近づけるために行うものである。ただし、様々な施策が取り得ることから、原因をより解決できる施策を選択する必要がある。そのために行うのが要因分析である。また、施策によって、現状が目指す姿にどの程度近づいたかを確認するために設定するのが指標である（図2）。

しかし、市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する計画では、基本目標の具体化（目指す姿の具体化）、現状との比較を通じ

た課題の具体化、課題が生じた要因分析などの記載はほとんど見受けられなかった。事業の目的や目標を十分に検討しないまま、手段である対策（施策や事業）から考える傾向が強く、こうした計画も多くの市町村で見受けられた（図3）。

事業マネジメントが適切に運営できない最も中核となる課題は、ツールがないことではなく、それらを活用する考え方が身に付いていないことであると考えられた。

3. 在宅医療の提供体制に係る指標の検討

1) 退院支援場面の指標の検討

(1) 国の施策動向からみた退院支援のあるべき姿の整理

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

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

などが挙げられた。

(2) 退院支援の指標に関する先行研究調査

- ① 退院支援に関する論文レビュー

退院支援に関連する 66 論文をレビューした結果、下記の指標に整理された。

(ストラクチャー指標)

①入退院支援部門の設置、②専従の職員の配置、③定期的な地域支援者との会議開催、④スクリーニングシート・退院支援パス等のシステムの導入、⑤退院支援マニュアルの作成、⑥退院支援に関する院内外の研修開催、⑦地域における退院支援ルール・ツール作成、⑧信頼できる「かかりつけ医」の存在

(プロセス指標)

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

(アウトカム指標)

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

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

② 神経難病に関する退院支援に関する論文レビュー

28 件の論文を分析した結果、内容面から「自宅退院を可能とする要因」、「フローチ

ャートの導入と多職種連携」、「神経難病患者の退院支援の課題」の 3 つに分類した。その上で、自宅退院を可能とする要因として、

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

が挙げられた。

一方、病棟看護師の課題として、①退院後の生活がイメージしにくい、②入院時から在宅生活を見据えた医療・介護技術支援や家族支援を展開できにくいことが、また、病院組織の課題として、退院前 CC などは実施されているが、神経難病患者の病状が不安定なことから、情報や目標の共有化に限界があることなどが明らかになった。

(3) 神経難病患者の入退院支援の指標作成

① 調査 1

神経難病患者の入退院支援に関わるエキスパート 20 名（看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、主任介護支援専門員、介護福祉士）にインタビューを行った。その結果、250 コード、49 サブカテゴリー、17 カテゴリーに整理した。さらに 17 カテゴリーを 5 つの構成要素に分類し、「病院と在宅チームが協働した入退院のステージ」の 0～4 期をフレームワークとして活用し、このステージに合せて 34 項目の指標案を作成した(表 2)。

② 調査 2

質問紙調査の回収数は 117 名で、有効回答率 90% (105 名) であった。項目の精選のため、「神経難病患者の入退院支援の指標」の回答状況を確認し、当該指標の、Cronbach の 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) 看取り(終末期ケア)場面の指標の検討

(1) 終末期ケアの意向に関する話し合いをする人の関連要因に関する研究

終末期ケアの意向については、「詳しく話し合っている」41 名 (3.4%)、「一応話し合っている」439 名 (36.5%)、「話し合ったことはない」692 名 (57.5%) であり、全体では 480 名 (39.9%)、A 地域では 266 名 (46.3%)、B 地域では 224 名 (34.4%) が話し合いを行っていた。終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因は、関連する可能性のある調査項目のうち 21 項目に $p < 0.001$ の関連がみられた。最終的に多変量解析にて関連のみられた変数は、介護認定を受けている (オッズ比: 95%信頼区間、1.96 : 1.17-3.30)、排泄の介護を受けている (2.78 : 1.17-6.61)、通院している (1.48 : 1.10-2.00)、心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる (2.01 : 1.29-3.13)、5 年以内の身近な人の看取り経験あり (1.63 : 1.26-2.10)、配偶者と同居あり (1.48 : 1.12-1.96)、仕事していない (1.50 : 1.07-2.10) であった (表 3)。

3) 4 場面別の医療・介護レセプトデータで集計可能な指標の検討

班会議を通じ、在宅医療及び在宅医療・介護連携の評価指標の暫定版を表 1 の通り

作成した。日常の療養 (4 つの場面のうち中心に位置付くものであり全体指標を兼ねる)、急変時の対応、看取り、入退院支援という 4 つの場面別に、アウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標を設定し、医療・介護レセプトで集計可能な指標を整理した (表 4)。

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

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

conditions (ACSCs) という概念を用いて、ACSCs の状態にある住民を定義し、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs の者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈して、これらをアウトカム指標として設定した。同様に、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs の者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈し、これらもアウトカム指標とした。これらの指標はすべて医療・介護レセプトにより集計することができる。(なおこの指標の限界点として、ACSCs は医療レセプトの傷病名情報から定義を行うことになるため、各該当傷病の重症度までは加味することができないという点があげられる。理想的には重症度を調整した指標化が求められるが、今後の課題である。)

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

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

医療・介護レセプトの情報が記載された既存のデータベース(DB)としては、NDB、介護DB、KDBが存在する。しかしながら、いずれのDBも欠点(特定のデータの欠損など)があり、表4に示した指標の集計を一括して行うには課題が残る。今後の方向性としては、①KDBなど既存のDBの仕様を改修して活用していく、②上述した国民健康保険連合会・社会保険診療報酬支払基金が管理するデータそのものを利用することとし、欠損のあるDBは用いない、という2つの流れを念頭に置きつつ、いずれの道筋を辿る方が関係者(住民、医療・介護従事者、市町村職員、都道府県職員、厚生労働省職員、研究者など)の手間の総量が小さく済むか、という観点からデータ入手の方策を継続的に検討していくことになる。

4. 効果的な事業マネジメントの推進に向けた方策と試行

1) 在宅医療4機能別にみたロジックモデルの検討(国立市での試行と評価)

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

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

加えて、事例検討によって課題の把握を行った。検討過程で異なる立場からの問題

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

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

国立市地域医療計画では、4つの場面別に施策をロジックモデルの形で表現した(図5)。

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

全体目標(最終アウトカム)の2アウトカム、場面別目標(中間アウトカム)の全てに、医療・介護レセプトから集計可能な指標(表3)が対応し、設定できた。現時点ですぐには入手が難しい指標も含まれており、また、全てのアウトカムに指標が設定されていないが、ある程度汎用性のあるロジックモデルと対応する指標を示すことで、都道府県が中間見直しや第8次医療計画策定時のセ

オリー評価およびインパクト評価実施の参考にできる。現状でも厚生労働省から公開されており入手できるデータを活用して、経年的な推移を全国や他地域と比較し施策実施前後で比較する一般指標デザインによるインパクト評価は、現状でも取り組むことができる。

D. 考察

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

1. 指標について

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

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

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

2. 都道府県・市町村の事業マネジメント力の強化に向けて

都道府県及び市町村の計画策定上の課題とその原因としては、

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

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

などが考えられた。こうした現状改善するには、「連携に関する課題を肌感覚で感じられる状況を作ること」であり、住民や市町村職員に現状と課題を認識してもらう方法が必要となる。目指す姿を設定し、事例分析を通じて、目指す姿の目標の具体化と目標達成に必要な方法を検討した上で、施策を再建とし、進捗状況を確認するための指標を設定する。こうした課題と対策の整理にロジックモデルの構築が有用である。

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

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

国立市地域医療計画では、定量調査と事例分析を経て、目指す姿と現状のギャップから課題を抽出し、その課題を解決するための施策や事業を挙げるに至った。これらの施策や事業が、目標に向かうには、関係者

がぶれなく全体像を共有できている必要がある。ロジックモデルの形で各場面の施策の全体像を示すことを試みたことにより、策定担当者から市長、市議会、市民に施策を説明しやすくなり、理解の向上にもつながるというメリットが得られている。

ロジックモデルを導入した都道府県担当者からも好意的な評価が得られていることから、次期計画策定ではロジックモデルの導入を前向きに検討すべきと考える。

3. 指標の継続的な測定に向けて

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

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表等

- 1) 川越雅弘：介護保険事業計画の現状・課題と改善策—在宅医療・介護連携事業を一例に一、医療百論 2019、先見創意の会（編）、19-29、東京法規出版、東京。
- 2) Iwagami, M., Taniguchi, Y., Jin, X., Adomi, M., Mori, T., Hamada, S., Shinozaki, T., Suzuki, M., Uda, K., Ueshima, H., Iijima, K., Yoshie, S., Ishizaki, T., Ito, T., & Tamiya, N. (2019). Association between recorded medical diagnoses and incidence of long-term care needs certification: A case control study using linked medical and long-term care data in two Japanese cities. *Annals of Clinical Epidemiology*, 1(2), 56-68.
- 3) Mori, T., Hamada, S., Yoshie, S., Jeon, B., Jin, X., Takahashi, H., Iijima, K., Ishizaki, T., & Tamiya, N. (2019). The Associations of multimorbidity with the sum of annual medical and long-term care expenditures in Japan. *BMC Geriatrics*, doi: 10.1186/s12877-019-1057-7.
- 4) Hamada, S., Takahashi, H., Sakata, N., Jeon, B., Mori, T., Iijima, K., Yoshie, S., Ishizaki, T., & Tamiya, N. (2019). Associations of household income with health services utilization and health care expenditures in people aged 75 years or older in Japan: a population-based study using medical and long-term care insurance claims data. *Journal of Epidemiology*, doi: 10.2188/jea.JE20180055.

2. 学会発表

- 1) 松本佳子,吉田真季,植岡健一,川越雅弘：47 都道府県の第 7 次医療計画における在宅医療分野の評価指標の設定状況. 第 1 回日本在宅医療連合学会大会東京都新宿区、京王プラザホテル、2019.7.14
- 2) 吉江悟、二宮英樹、北村智美、宮城禎弥、浜田将太、森隆浩、金雪瑩、岩上将夫、安富元彦、松本佳子、川越雅弘、福井小紀子、石崎達郎、田宮菜奈子、飯島勝矢：介護保険利用後期高齢者の Ambulatory Care-Sensitive Conditions と療養場所との関連、第 78 回日本公衆衛生学会、高知市、高知会館、2019.10.23
- 3) 飯島勝矢、吉江悟、二宮英樹、佐々木健佑、宮城禎弥、浜田将太、森隆浩、金雪瑩、岩上将夫、安富元彦、松本佳子、川越雅弘、福井小紀子、石崎達郎、田宮菜奈子：医療・介護レセプトを用いた療養場所の集計手法の検討、第 78 回日本公衆衛生学会総会、第 78 回日本公衆衛生学会、高知市、高知会館、2019.10.23
- 4) 松本佳子、吉田真季、吉江 悟、植岡健一、川越雅弘：47 都道府県の第 7 次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と中間見直しに向けた検討、第 78 回日本公衆衛生学会総会、ホテル日航高知旭ロイヤル、2019.10.24
- 5) 吉田真季、川越雅弘、新田國夫、大川潤一、葛原千恵子：事例検討を通じた課題共有に基づく在宅医療の計画策定：東京都国立市の事例、第 58 回日本医療・病院管理学会学術総会、JR 九州ホール・JR 博多シティホール、2020.10.2-3（予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

図1 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

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

図2 都道府県の評価指標設定数と内容

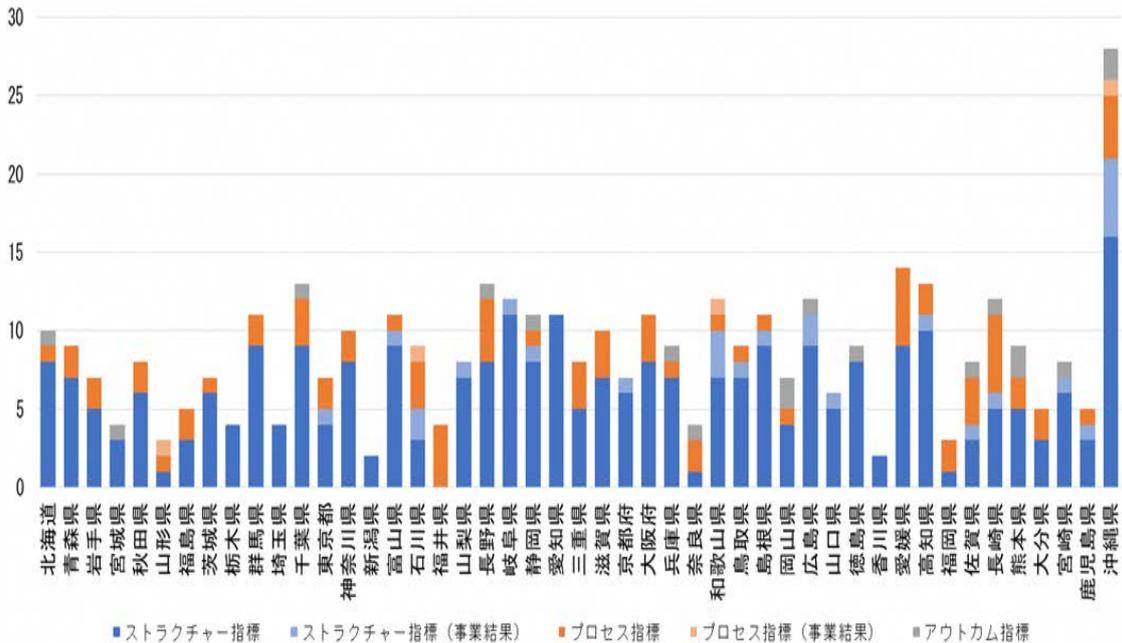


図3. 課題・対策・要因分析・指標の関係

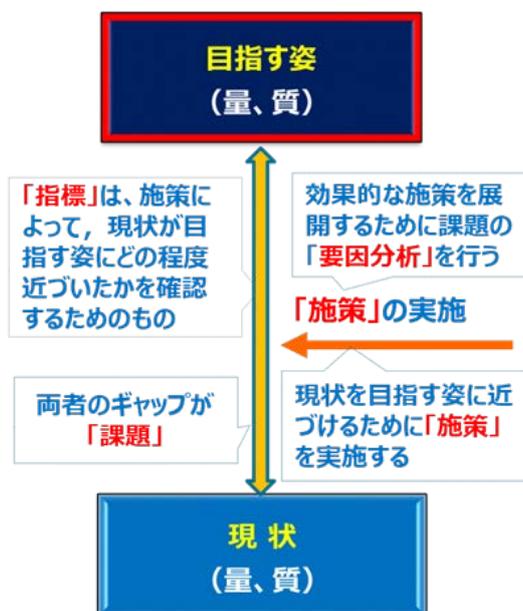


図4. 在宅医療・介護連携推進事業に対する計画策定の現状と課題

計画策定の現状

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



計画策定上の課題

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

表2 神経難病患者の入退院支援の指標案

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

表3. 全体の終末期ケアの意向についての話合いをすることの関連要因（多変量解析）

(n=1,204)

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

* 調整変数：居住地域、性別

表4. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

場面	入院支援	日常の療養支援（全体を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	<ul style="list-style-type: none"> 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）

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

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

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

図5. 国立市地域医療計画 日常療養支援のロジックモデル



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

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

47 都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と課題

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
東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員）
吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
埴岡 健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 教授）
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】

47 都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況を、論理性と評価指標の設定状況から概観し、傾向と課題を整理することで、計画の中間見直しおよび次期計画策定に向けて望ましい在宅医療分野のロジックモデルと指標設定の在り方、改善策を検討する。

【方法】

47 都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野を、論理性と評価指標設定の観点からレビューを行った。また7府県の担当者に策定上の課題についてヒアリングを行った。

【結果】

計画本文にロジックモデルを掲載し、セオリー評価が行われていることが明らかだったのは4県であった。ロジックモデル活用することで策定段階から実行、進捗把握に至るまで円滑になったことが指摘された。指標の設定数は都道府県によって差がみられた。ストラクチャー指標での設定が主でプロセス指標、アウトカム指標での目標設定は少なかった。厚生労働省から配布される医療計画策定支援データブックをはじめデータソースの利用上の課題が指摘された。

【考察】

計画の中間見直しでのインパクト評価に向けて、ロジックモデルを活用し計画の論理性を見直しセオリー評価を実施すること、その上で在宅医療の4機能別のアウトカム設定と指標を設定することが必要と考えられる。指標のデータは、都道府県担当者の作業負担やノウハウを考慮した上で、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータの活用、患者・住民の主観的評価も含むデータの入手方法の検討、を進める必要がある。

A. 研究目的

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）に対してどれだけの影響（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¹⁾が、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による指針に明記されている。つまり、インパクト評価²⁾を行う必要があるが、インパクト評価には、計画の論理性の評価（セオリー評価）が前提となる。そこで、47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況を、論理性（セオリー評価）と評価指標の設定状況から概観し、傾向と課題を整理する。これによって、計画の中間見直しおよび次期計画策定に向けて望ましい在宅医療分野のロジックモデルと指標設定の在り方、改善策を検討し、PDCAによる在宅医療の提供体制構築に寄与することを目的とする。

B. 研究方法

1) 47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野のレビュー

各都道府県のWebページ上に公開されている47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の計画本文をレビューした。計画の論理性（セオリー評価）については、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による指針¹⁾の在宅医療部分で記載されている論理性を図1のように想定し、下記①～⑤の点でレビューを行った。

- ① ロジックモデルが活用され本文にも明確に掲載されているか
- ② 最終アウトカム(全体目標)が設定さ

れているか

- ③ 提供体制の目標が在宅医療の4機能別に設定されているか
- ④ アウトカムに対応して施策が設定されているか
- ⑤ アウトカムに指標が設定されているか

指標の設定状況は、計画本文中に中間見直しや計画最終年に向けた目標値が設定されている指標（「増加」など変化や推移を表す言葉での設定も含む）を抽出し、ドナベディアンモデル³⁾、および厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の策定指針¹⁾に記載されている定義（図2）によって、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標に分類した。その上で、各都道府県の指標数、利用されているデータソース、を検討した。

分析と検討は研究者2名で行い、結果の妥当性の確認を行った。

2) 在宅医療計画策定担当者へのヒアリング

2018年4月～10月、第7次医療計画「在宅医療」分野の計画策定、および医療計画全体企画管理を担当した7府県の都道府県担当者にヒアリングを行った。

7府県は47都道府県の計画本文をレビューし、論理性や指標設定状況から選定し、ヒアリングへの協力が得られた府県とした。

計画の策定体制、評価体制、アウトカム設定の考え方、指標設定の考え方、策定上の課題、等を尋ねた。

C. 研究結果

1. 計画の論理性（セオリー評価）

1) ロジックモデルの活用状況

47都道府県の中で計画本文中にロジックモデルを活用した施策・使用マップ等を掲載しているのは、大阪府、愛媛県、佐賀県、沖縄県であった。この他に、ロジックモデルを活用し論理性を持って計画策定されたことが読み取れる（計画本文中に最終アウトカム（全体目標）が明記され、中間アウトカム（体制整備の目標）、アウトカムの数値目標、施策が論理性をもって記載されている）、もしくは一部活用し本文中に掲載されている県が4県程度存在した。

2) 論理性が読み取れる県のアウトカム（全体目標）の設定状況

全体目標の設定状況を内容別にみると、①患者・住民アウトカム（例：住み慣れた自宅や施設等で療養したいと望む患者が在宅医療を受けて自分らしい生活を送ることができる<沖縄県>）、②地域・社会の構築（例：在宅医療を希望する県民が安心して在宅医療を受けることができる環境<佐賀県>）、③提供体制の構築（例：在宅医療の需要に応じたサービス量の確保<大阪府>）、の3種類が挙げられた。①②の場合、「住み慣れた地域」というキーワードと「自分らしい生活」「本人の意思」「安心して」と主観的なキーワードが含まれていた。その一方、①②の場合、指標が設定されていない、もしくは指標が設定されていても、提供体制などのプロセス指標が設定されており、アウトカム指標は設定されていなかった。

3) ロジックモデル活用の利点

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

2. 指標の設定状況

1) 47都道府県別の指標設定数（図3）

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

アウトカム指標で目標設定をする都道府県は見られなかった。ストラクチャー指標での目標設定が主で、プロセス指標で目標設定は比較的少なく、人口動態統計による

「在宅死亡率」をあげる都道府県が散見された。

2) ストラクチャー指標のデータソースと利用都道府県数 (図4)

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

都道府県担当者へのヒアリングでは、これらのデータソースについて、都道府県で独自調査を行うと全国や他都道府県との比較が難しいという課題が指摘された。また、ストラクチャーに関するデータはできるだけ最新のものを入手したいが、医療施設調査由来のデータは、調査年の1か月実績によるデータのため実態に合わない場合があること、3年に1度の調査で調査年が古い(策定時は平成26年調査のデータを使用)、などが指摘された。また、医療政策部局では、介護保険によってサービス提供をする事業所に関するデータが入手しにくく労力がかかった、などの課題があった。

2) プロセス指標のデータソースと利用都道府県数 (図5)

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

都道府県担当者へのヒアリングでは、医療計画作成支援データブックについて、提

供が策定年なので策定スケジュールに間に合わず医療施設調査を使わざるを得なかった、医療保険による訪問看護ステーションからの訪問看護提供量が把握できない、収載されている指標の加工過程が不明のため協議会等で説明できない、責任をもって示すことができない、などの課題が聞かれた。サービス提供量を都道府県独自踏査によって把握する場合は、回収率が低く信頼性の担保が難しくなる点、回答する医療従事者の負担が大きい、などが指摘された。

人口動態統計による在宅死亡率について、異状死も含まれており必ずしも地域の在宅医療や看取りの実態を表していないとして、地域の医療従事者や専門職団体から理解が得られない、老人ホームの死亡率も必ずしも老人ホームではない場合も含まれており使いにくい、などの課題も指摘された。

国保連合会から独自にレセプトデータを入手している県からは、医療保険によるサービス、介護保険によるサービス、両方の提供量を把握でき、比較的早くデータが入手できる、との利点があったが、データ入手・集計・分析に関わる担当者の負担が非常に大きいことが指摘された。また、入手に向けた調整が難しい都道府県もあった。

D. 考察

47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野をレビューしたところ、ロジックモデルを本文中に掲載しセオリー評価を行ったことが明確なのは4県であった。セオリー評価を行ったことがある程度読み取れる県を合わせてもセオリー評価を実施しているのは、47都道府県の中でも少数派と予想さ

れる。政策評価の階層（図6）⁴⁾の下層にあるセオリー評価は、インパクト評価によってPDCAサイクルを回していく前段階となる。中間見直しに向けて、ロジックモデルを活用して計画の論理性を見直し、その上で必要なアウトカムと指標を設定し、セオリー評価を実施することが必要と考えられる。ロジックモデルを活用した県担当者からは、PDCAサイクルが円滑になり、関係者の合意も得られやすい、など効果も指摘されている。この点からも、ロジックモデルの活用は有用だろう。

最終アウトカム（全体目標）は、患者・住民への成果、もしくは、その成果を期待できる地域・社会の構築、が設定されていた。患者・住民の主観的な要素を多分に含んでいるが、これらを測定するのに適切なアウトカム指標の設定には至っていなかった。実際に、アウトカム指標の設定が難しいため、患者・住民アウトカムを政策の全体目標として設定することを断念する県も存在した。患者・住民の主観的な状況を把握するには調査実施の方法が考えられるが、都道府県という広範なレベルになるほど調査実施が難しいことが予想される。在宅医療の最終目標（アウトカム）は患者・住民への成果であることと、在宅医療分野のアウトカム指標とその測定方法の提示は、方針として示していく必要がある。すでに評価準備段階の時期にある直近の中間見直しに向けては、論理性を考慮し、理念的にでも患者・住民アウトカムを設定しておくことが必要と考えられる。

最終アウトカム（全体目標）とその指標設定が現状すぐには難しいが、中間アウトカム（医療提供体制に関する成果）に、在宅医

療の4機能別にアウトカムを設定し、それに合わせた指標を厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の別表11（図7）¹⁾にそって設定すること可能である。中間見直しでのインパクト評価実施に向けて比較的容易に取り組めることと考えられる。

指標の設定状況を見ると、ストラクチャー指標での数値目標が中心であり、プロセス指標での数値目標の設定はまだ少数であった。医療施設や事業所が増えてもそこから在宅医療に関わるサービスが提供されていない場合もあり、ストラクチャー指標とプロセス指標、両方で地域の提供体制を評価していくことが求められる。

指標のデータソースは、様々な課題が担当者から聞かれた。特に、プロセス指標を把握するために最も用いられている、医療計画作成支援データブックについて、比較的簡易に利用できるものの、提供時期を早めて欲しいという要望や、診療項目をどのように加工して指標を作成しているのかその過程や構造が分かりにくく委員会などで説明しにくい、などの課題が指摘された。また、介護保険によるサービス提供事業所数や提供量が把握しにくい、などの課題もあった。これらの改善が求められる。その一方、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータや国保連合会からの集計データを活用する県も少数ではあるが存在した。しかしながら、担当者にかかる作業負担は大きかった。都道府県担当者の作業負担の軽減やノウハウ提供、大学など教育研究機関との協働を考慮した上で、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータ活用に向けた体制整備が望

まれる。

E. 結論

セオリー評価を実施して在宅医療分野の計画を立案する都道府県は少数であり、インパクト評価による中間見直しと次期計画策定に向けて、ロジックモデルを活用した計画の論理性を見直しと改善が求められる。在宅医療分野の最終目標に、患者・住民への成果とアウトカム指標が設定されること、それを実現する体制整備の目標と指標は在宅医療の4機能別に設定されることが期待される。データ収集に関わる都道府県担当者の作業負担軽減と、より信頼性の高いデータ入手、患者・住民の主観的評価の把握方法の検討を進める。

引用文献

- 1) 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: 令和元年5月24日)
- 2) 龍慶昭, 佐々木亮(2000). 「政策評価」の理論と技法. 東京: 多賀出版.
- 3) Avedis Donabedian (東尚弘訳). (1980). 医療の質の定義と評価方法. 京都: 認定NPO 法人健康医療評価研究

機構.

- 4) 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.

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. 47 都道府県の第7次医療計画における在宅医療分野の評価指標の設定状況. 第1回日本在宅医療連合学会大会. (2019年7月14日・15日, 東京)

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

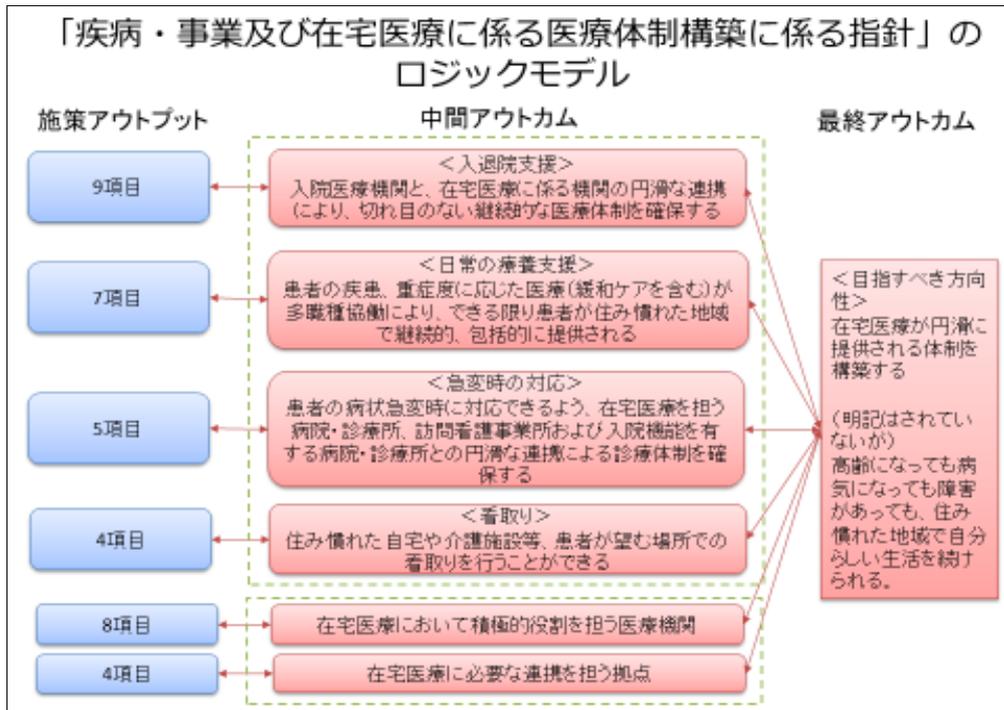


図 1：厚生労働省医政局地域医療計画課課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」在宅医療分野のロジック

**厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療
に係る医療体制構築に係る指針」**

- 第2の2 指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること。

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

図 2：厚生労働省医政局地域医療計画課課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」での指標の定義

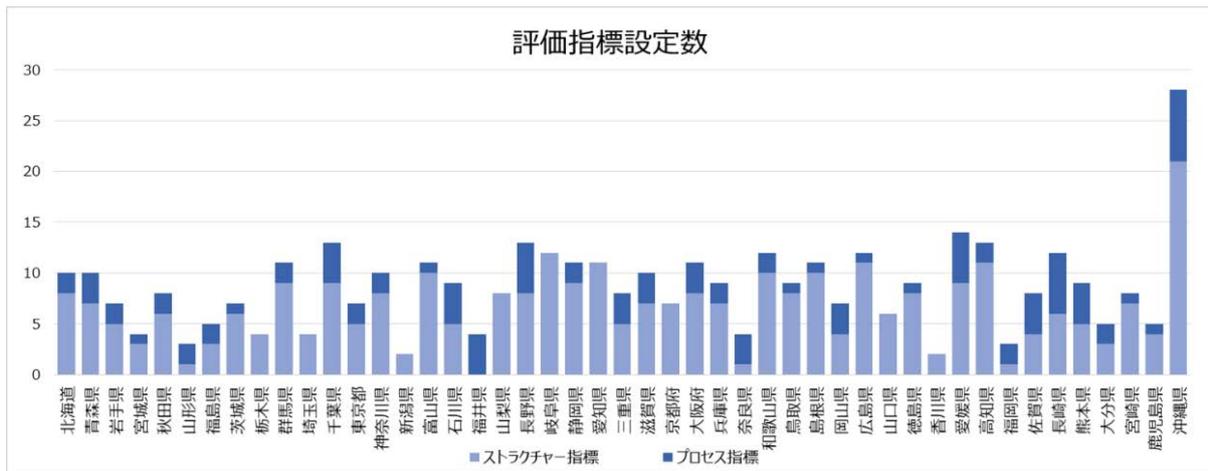


図3：都道府県の評価指標設定数

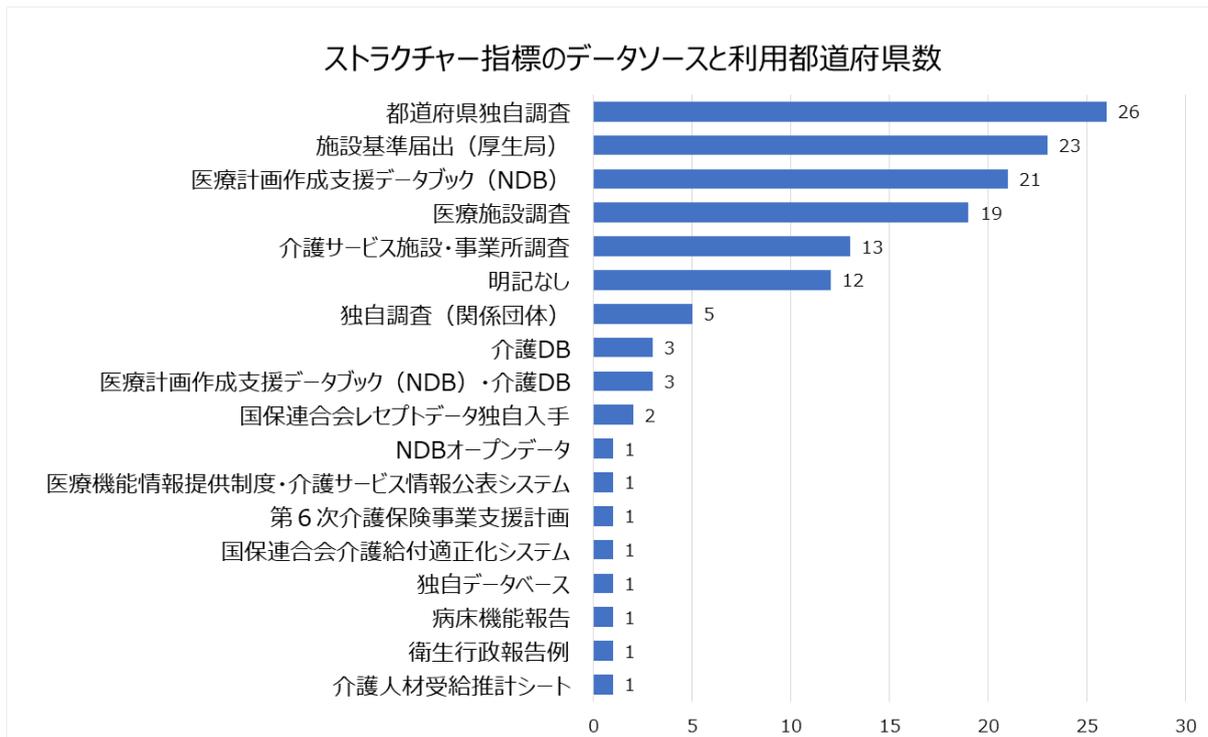


図4：ストラクチャー指標のデータソースと利用都道府県数

プロセス指標のデータソースと利用都道府県数

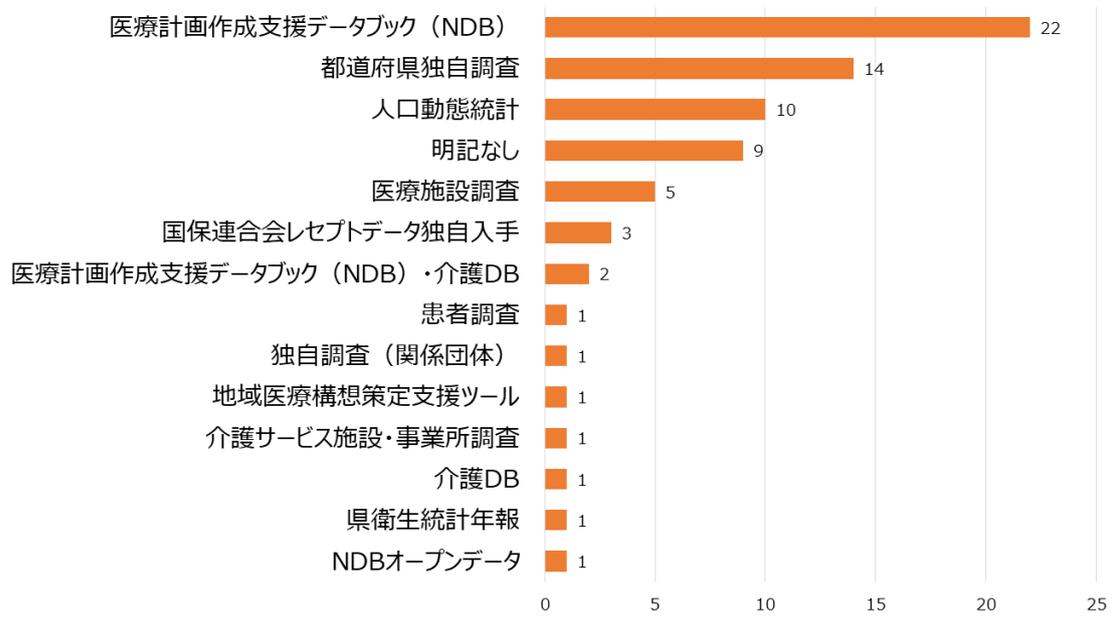


図5：プロセス指標のデータソースと利用都道府県数

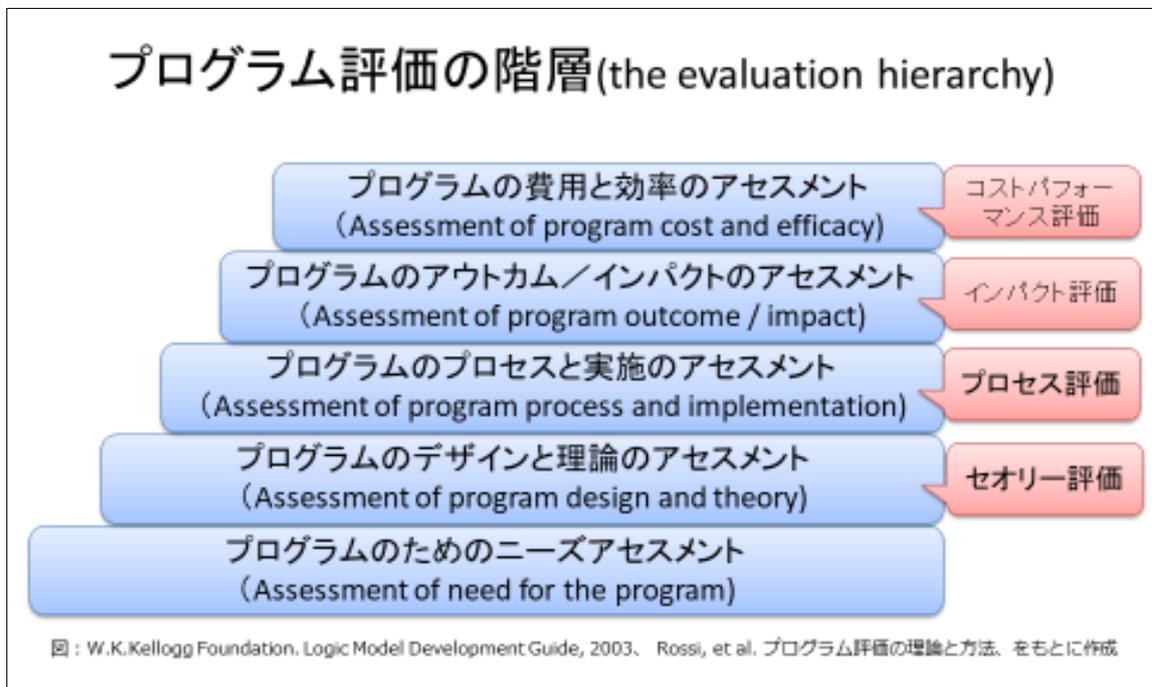


図6：プログラム評価の階層

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用

図7：厚生労働省医政局地域医療計画課課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」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

厚生労働行政推進調査事業費（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開発のための研究」
分担研究報告書

滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と指標設定の経過

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
東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員）
吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
奥山 光一（（前）滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 参事）
中村 恭子（滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 参事）
角野 文彦（滋賀県健康医療福祉部 理事）
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】

在宅医療分野の計画の指標が、策定過程の中でどのような方針のもと設定されるのか、滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と状況を振り返り、指標設定に関わる要因と今後の方向性を検討することを目的とした。

【方法】

第7次滋賀県保健医療計画「在宅医療」分野の計画策定過程を、策定に関わった担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

【結果】

在宅医療分野のアウトカムは、健康医療福祉部で明示された基本理念と方向性と、担当者同士の議論で出された保健医療計画の課題に照らし、全体に配布された施策・指標マップシートを活用して設定されていた。さらに、在宅医療分野の計画は各専門職団体の代表に加え、患者・住民団体の代表が参加する在宅医療等推進協議会によって、指標が設定され、PDCAを展開する基盤が出来ていた。これらの影響により、患者・住民アウトカムが在宅医療分野の全体目標として設定してあるが、そのアウトカム指標の設定には今期ではいかなかった。

【考察】

指標設定には、庁内全体の基本理念が明示される体制整備と、ロジックモデルなど政策評価に適切な枠組みを活用すること、専門職団体と患者・住民団体を含めた協議の場によってPDCAが実行される基盤が重要となる。患者・住民アウトカム志向の政策循環に向けて、アウトカム指標の設定について市町村行政との協働などを進めていく必要があるだろう。

A. 目的

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）に対してどれだけの影響（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¹⁾が、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による指針に明記されている。つまり、インパクト評価²⁾を想定し、アウトカムとその指標の設定が期待されている。在宅医療分野の指標が、計画策定過程の中でどのような方針や考え方のもと設定されるのか、滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と状況を振り返り、指標設定に関わる要因と今後の方向性を検討することを目的とする。

B. 方法

第7次滋賀県保健医療計画³⁾の「在宅医療」分野の計画策定について、策定体制や方針、指標設定に至ったプロセスを、策定に関わった担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

C. 結果

1. 保健医療計画策定体制

1) 保健医療計画の県庁内の策定体制

(図1)

健康医療福祉部内の医療政策課が医療計画の全体企画と調整、地域医療構想、医療審議会に関する事項を所管している。医療政策課に加えて、主には健康寿命推進課、医療福祉推進課、障害福祉課の4課がそれぞれ所管する疾病・事業を策定している。在宅医療分野は医療福祉推進課の中でも在宅医療福祉係が策定する。医療福祉推進課は、介護保険や高齢者福祉に関わる事項も所管し、介護保険事業支援計画も立案する。よって、医療福祉推進課在宅医療福祉係は、医療計画の在宅医療分野の策定と介護保険事業支援計画の在宅医療・介護連携推進事業、両方の策定を担っており、在宅医療に関わる医療計画と介護保険事業計画は1課1係で整

合性が担保できる組織体制となっている。

2) 医療計画の策定・議論の場(図2:滋賀県保健医療計画 検討体制)

滋賀県医療審議会の下部組織として保健医療計画部会で検討が行われる。各疾病・事業・分野ごとに県の任意で設定されている検討組織、および、二次医療圏(地域医療構想区域)ごとの地域医療構想調整会議の意見を反映し、計画策定スケジュール(図3)で、保健医療計画部会および滋賀県医療審議会で策定が進められた。

3) 在宅医療分野の計画策定・検討

平成18年から、県内の在宅医療推進に向け、専門職団体・組織および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取り組みを推進することを目的として、在宅医療等推進協議会が設置され、年3回開催されている(図3)。この協議会での議論の内容は「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」にまとめられ、3年に1度見直しと改訂が行われてきた。この「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の内容を軸に、要点をまとめたものを保健医療計画の在宅医療分野の計画案としている。よって、この協議会が保健医療計画の策定と進捗管理と評価の機能を実質的に担っていることになる。この協議会のメンバーには、医療・介護の各専門職団体の代表者、県庁内の関係各課に加え、市町行政担当者の代表が入っている。さらに、女性団体の代表、難病患者団体の代表も入っており、患者・住民の意見が反映されている。

2. 「在宅医療」分野の策定過程

1) 計画全体の策定方針と策定過程

健康医療福祉部で平成 29 年度に策定される全ての計画に共通する基本的理念として「県民ひとりひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」とそれに対する基本目標、基本目標を達成するための 5 つの基盤と関連する計画がまとめられ、平成 29 年度第 1 回滋賀県医療審議会でも検討されている（図 4）。この基本理念、基本目標に合わせて、保健医療計画の基本理念も同様に設定された。

また、医療政策課の主導で、保健医療計画策定に関わる各課の担当による次期滋賀県保健医療計画の基本理念にかかる意見交換会が持たれた。各担当の分野について、第 6 次保健医療計画策定から 5 年間の変化、新たな課題、新たな概念・方向性・キーワードについて意見交換された。この結果をまとめ、第 7 期保健医療計画に盛り込むべき事項を全体で共有し、第 7 期保健医療計画の基本理念と目指す 5 つの姿が明確化された。この意見交換会によって、関係各課や担当者の規範的統合にもつながった。

さらに、各分野を策定する課・係にロジックモデルによる施策・指標マップのフォーマット（図 5）が配布され、作成が試みられている。分野アウトカム、中間アウトカム、施策アウトプットそれらに対応する指標を設定し、セオリー評価を試みる事が促されている。

以上の保健医療計画策定の方針に沿い、全体との整合性を取る形で、「在宅医療推進のための基本方針」も患者・住民に関する全体目標（目指す姿）、方針、指標が設定された。

2) 「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の策定過程

(1) 各委員へのヒアリング

在宅医療等推進協議会での議論をまとめ、医療計画のもととなっている「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の改訂にあたり、事務局を務める医療福祉推進課在宅医療福祉係の担当者が、在宅医療等推進協議会の各委員を訪問し、前回計画からの各専門職団体の活動内容、計画の進捗状況、目標値の達成状況、次期計画期間中に予定している活動について聞きとった。その結果をまとめ、在宅医療等推進協議会で共有し、次期計画について議論をしている。

(2) 評価指標の検討とデータ収集

評価指標について、在宅医療等推進協議会で検討し、データ収集を行い、現状を確認すると共に、目標値を設定している。評価指標のほとんどは、委員から各専門職団体の取組みの評価として提案される指標で構成されている。厚生労働省医政局医療計画課長通知による指標例は参考にする程度だった。（図 6）

データ収集は、課独自の病院向け調査や介護支援専門医向け調査、他課が保有する登録施設データ、近畿厚生局から提供される診療報酬施設基準届出、国保連合会から提供を受けたデータ、国の既存統計などを用いている。

ストラクチャー指標は、専門職団体が独自に調査しているデータの提供を受けて用いられている指標もある。訪問看護師数や在宅リハビリテーションを提供する事業所数、訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数など、県では把握しにくいデータは、各専門職団体による調査で把握できている。また、滋賀県薬剤師会が独自に育成した在宅ホスピス薬剤師数など、取組みを評価するストラクチャー指標として有効

なものも、滋賀県薬剤師会からデータ提供を受けることで把握している。

プロセス指標は、国保連合会から、在宅医療・介護に関わる国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険のレセプトデータの集計表を、平成 25 年から毎年入手している。医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリテーション、歯科衛生士、栄養士から提供された訪問サービスを受けた実人数が把握できている。厚生労働省から提供される医療計画作成支援データブックでもプロセス指標が把握できるが、指標として項目がどのように加工されたかその過程が不明で、委員会でデータについて十分に説明できないなどの理由から、全国の値との比較や、国保連合会からのデータ集計の傾向と大きく違わないか、などの確認のために用いられていた。

3. 在宅医療等推進協議会での議論を経て策定された計画の全体像と考え方（図：7）

1) 目指す姿（全体目標）の設定

「県内のどこに住んでいても、高齢になっても、病気になっても、障害があっても住み慣れた家庭や環境で生活を送ることができる」という QOL（Quality of Life）の維持・向上と、「馴染みの人に囲まれて最期を迎えることができる」という QOD（Quality of Death）の実現の 2 側面を目指す姿（全体目標）としてあげている。健康医療福祉部の基本理念「県民ひとりひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」の下位目標として整合性を図ると同時に、在宅医療等推進協議会で平成 18 年当初から設定されている QOL の維持・向上を踏襲し、前回策定時から盛り込まれている QOD の実現が設定された。

2) 目指す姿（全体目標）を評価する指標

目指す姿（全体目標）を評価する指標に、「在宅看取り率」を置く考え方もあるが、「本人が希望する最期の迎え方が実現できたかどうか」が重要という議論があり、「在宅看取り率」では評価はしきれない。似た考え方として、県民意識調査による「人生の最期を迎えたい場所」「自宅で最期まで療養できるか」などの調査項目を全体目標の評価指標を考える上での視点として置いているが、これらは在宅で療養する者ではなく一般の県民調査であり、実際の指標設定についてはデータ入手方法も含めて検討されている。

3) 在宅医療体制整備に関する目標設定

目指す姿を実現するための体制の目標として、7 項目の目標を設定し、施策とそれに取り組む機関が明記された。

そのうち、在宅医療の提供体制は 4 項目で、①入院医療と在宅医療の切れ目のない円滑な連携の促進、②在宅療養を支援する医療資源整備・充実とネットワーク活動の促進、③病院の在宅医療バックアップ機能の促進、④本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階ケア、看取りが可能な体制の整備、をあげている。③は前回の基本方針では②に包含されていたが、急変・災害時や 24 時間対応可能な体制、在宅医療後方支援体制において病院の役割が高まっており、病院と共に在宅医療を推進する重要性を強調するために、第 7 次医療計画から 1 項目として目標と施策を立てた。

在宅医療を推進する上での基盤となる目標として 3 項目をあげている。各専門職団体が取り組む職種の専門性と職種間の連携を向上するための人材育成や連携して取り組む OJT 機能を含む⑤新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とス

キルアップの仕組みの構築、市町と共に進めていくための県庁や保健所の役割を含めた⑥在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実、県民啓発を含む⑦本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進、を設定している。⑦は、本人の暮らしを中心にして在宅医療を推進するという理念を各専門職団体、関係団体と進める中で見失うことがないよう、確認するため、あえて1項目として目標をあげられている。

4) 医療体制の方針を評価する指標 (図6)

在宅医療等推進協議会の委員からあげられた評価指標は、①～④の在宅医療の提供体制の目標に分類され、指標と目標値を設定している。第6次医療計画までは、ストラクチャー指標のみで「整備目標」としての意義が大きかったが、今回からは「サービスを利用している患者数」などプロセス指標が設定された。

各目標値の基本的な考え方は、平成28年の実績値に、地域医療構想による訪問診療を受ける患者数の需要推計からの伸び率を掛け合わせて設定している。

⑤⑥⑦について対応する指標は設定されていない。

4. 在宅医療等推進協議会委員以外からの意見の反映

1) 県民の意見の反映

パブリックコメントで在宅医療に関するコメントはなかったが、在宅医療推進協議会の委員に、住民代表として難病連絡協議会の代表と、女性団体の代表が入っており、検討段階から県民の意見が反映されている。

2) 県内市町の意見の反映

在宅医療推進のための基本方針の案が完成した段階で、県内市町の在宅医療・介護連携推進事業の担当者に送付し、意見をもとめ、その内容を本文内に反映させた。

5. 中間見直し、次期計画策定に向けて重要と考えている点

1) 目指す姿を評価するアウトカム指標の設定

目指す姿(全体目標)はQOLとQODの観点から設定しているが、それを測定するアウトカム指標の設定は検討段階にある。県民意識調査で、「在宅療養が実現困難な理由」として、約7割が「介護者に負担をかける」を回答している。具体的にどのような場面で介護者に負担をかけると捉えているのかその不安の具体的内容、もしくは、ただ漠然とした不安なのか明らかにしつつ、アウトカム指標の設定が検討されている。

また、市町が行う日常生活圏域ニーズ調査に必須項目として含まれる主観的幸福感など主観的項目との調整や市町とのデータの共有なども方法として検討できる。

2) 専門職団体、関係団体の取組みとその評価指標の調整

各専門職団体、関係団体の独自の取組みが活発になるに伴い、その実態把握や取組みを評価するための調査も合わせて行っている実態が在宅医療等推進協議会で報告されるようになった。これらの調査で使われている指標や結果も、評価指標として活用できる可能性もある。これら各団体が独自に把握している評価指標と県の評価指標の調整を図り、より効率的に評価を行っていく必要がある。

3) 市町での PDCA との連動

在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町行政でも、在宅医療推進の動きが進む一方、その事業評価指標の設定には難しさを覚える市町も存在する。アウトカムと共に評価指標についても県と市町で整合性をはかっていくことが必要だろう。

D. 考察

1. 部全体での基本理念と目標の共有と企画管理

在宅医療分野の計画策定と指標設定には、計画の基本理念と目標が、部全体の計画策定に向けたものとしてトップダウンに明確に示されたと同時に、担当者らの議論によってボトムアップにも検討され共有されたことが関わっていた。担当者は、部全体や保健医療計画の基本理念「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」や目標と整合性を意識しながら、患者・住民が主体の QOL や QOD に関する目標と文言が在宅医療分野でも設定している。さらに、ロジックモデルを活用した施策・指標マップを策定に用いるツールとして全ての課・係で用い、それに合わせて本文記載フォーマットを設定することで、全体目標（患者・住民アウトカム）の設定と論理的整合性のとれた指標と施策の設定が促されている。ロジックモデルを活用したツールを用いることで政策評価の基礎段階であるセオリー評価がある程度達成されている。基本理念と目標を全体で共有することに加えて、それを実現する適切なツールを全体で使用することが、各分野で担当者がアウトカムおよび指標設定することのガイドとなり、計画全体としての質の向上にも影響する。

2. 患者・住民代表も含めた県レベルの協議の場

滋賀県保健医療計画の在宅医療分野計画の策定と進捗管理、評価は、実質的には専門職団体の代表が集まる滋賀県在宅医療推進協議会がその機能を担っていた。評価指標についても、委員の意見によって設定され、専門職団体としての在宅医療の推進に向けた取り組みが評価できる具体的な指標が設定されている。指標数は多くなる傾向にあるが、ストラクチャー指標、プロセス指標とも、医療・介護現場の声が反映され合意が得られた指標であり、多くのステイクホルダーが参画した政策循環が実現されている。また、滋賀県では、計画の全体目標（最終アウトカム）に患者・住民アウトカムが明確に定義してあり、協議会設立時から患者・住民団体の代表の意見が反映されてきたためと推測される。

この県行政以外の多様なステイクホルダーによる政策循環の仕組みによって、計画の実行性が高く、県庁担当者が異動しても PDCA の継続性が担保される。

3. 患者・住民アウトカムとアウトカム指標の設定

患者・住民アウトカムを全体目標として明確に設定している点は滋賀県の大きな特徴であると言えるが、その一方で、これを測定するアウトカム指標は、県レベルでのデータ入手の実現可能性から設定が難しい。特に患者・住民の主観的側面を含む指標の場合は、患者・住民調査が必要となる。患者・住民調査については、患者・住民により近い現場にあり、介護保険事業計画のための日常生活圏域ニーズ調査を行っている市町村行政と県行政が、データ共有について協働の方向性を見出すなどの

方法を考えて行く必要がある。

E. 結論

在宅医療分野の指標設定には、庁内全体の基本理念が明示される体制整備と、ロジックモデルなど政策評価に適切な枠組みの活用、専門職団体と患者・住民団体を含めた協議の場によってPDCAが実行される基盤が重要な位置を占めていた。患者・住民アウトカム志向の政策循環には、アウトカム指標の設定について市町村行政との協働などを進めていく必要がある。

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

引用文献

- 1) 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: 令和元年5月24日)
- 2) 龍慶昭, 佐々木亮. 「政策評価」の理論と技法. 多賀出版 (東京).
- 3) 滋賀県保健医療計画.
<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouryohukushi/iryo/300043.html>
(最終アクセス日: 令和元年5月24日)

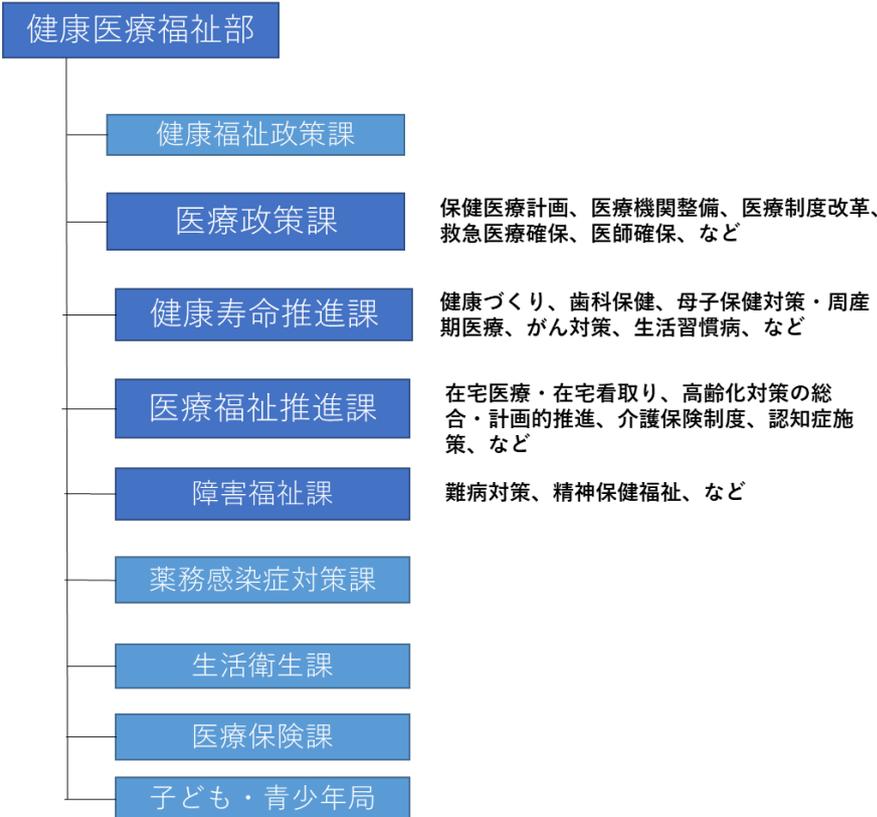


図 1 : 滋賀県健康医療福祉部組織と業務 (滋賀県資料をもとに作成)

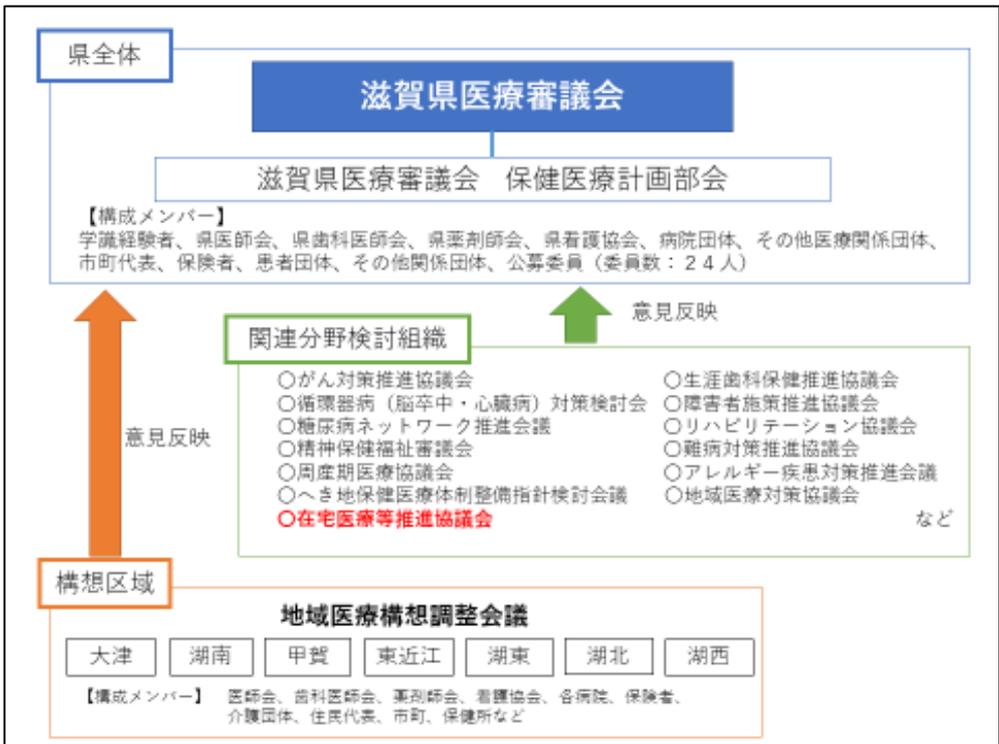


図 2 : 滋賀県保健医療計画 検討体制 (滋賀県資料をもとに作成)

滋賀県在宅医療等推進協議会委員

滋賀県医師会	滋賀県理学療法士会
滋賀県歯科医師会	滋賀県栄養士会
滋賀県薬剤師会	滋賀県市長会
滋賀県病院協会	滋賀県町村会
滋賀県看護協会	滋賀県保健所長会
滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会	滋賀県医療福祉部
滋賀県介護支援専門員連絡協議会	滋賀県医療政策課
ヴォーリス記念病院	滋賀県健康寿命推進課
滋賀県医療ソーシャルワーカー協会	滋賀県障害福祉課
NPO法人滋賀県難病連絡協議会 日本難病・疾病団体協議会	滋賀県業務感染症対策課
滋賀県地域女性団体連合会	滋賀県医療福祉推進課
滋賀県介護サービス事業者協議会連合会	

図3：滋賀県在宅医療等推進協議会委員所属（滋賀県資料をもとに作成）

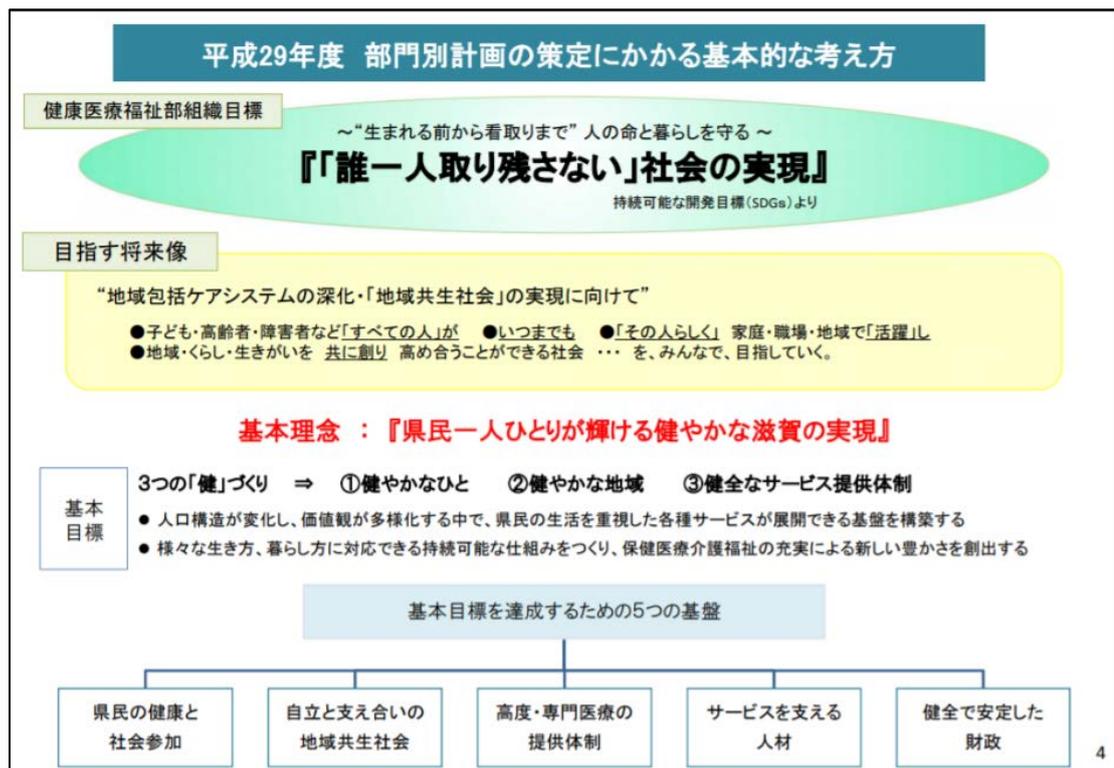


図4 平成29年度部門別計画の策定にかかる基本的考え方

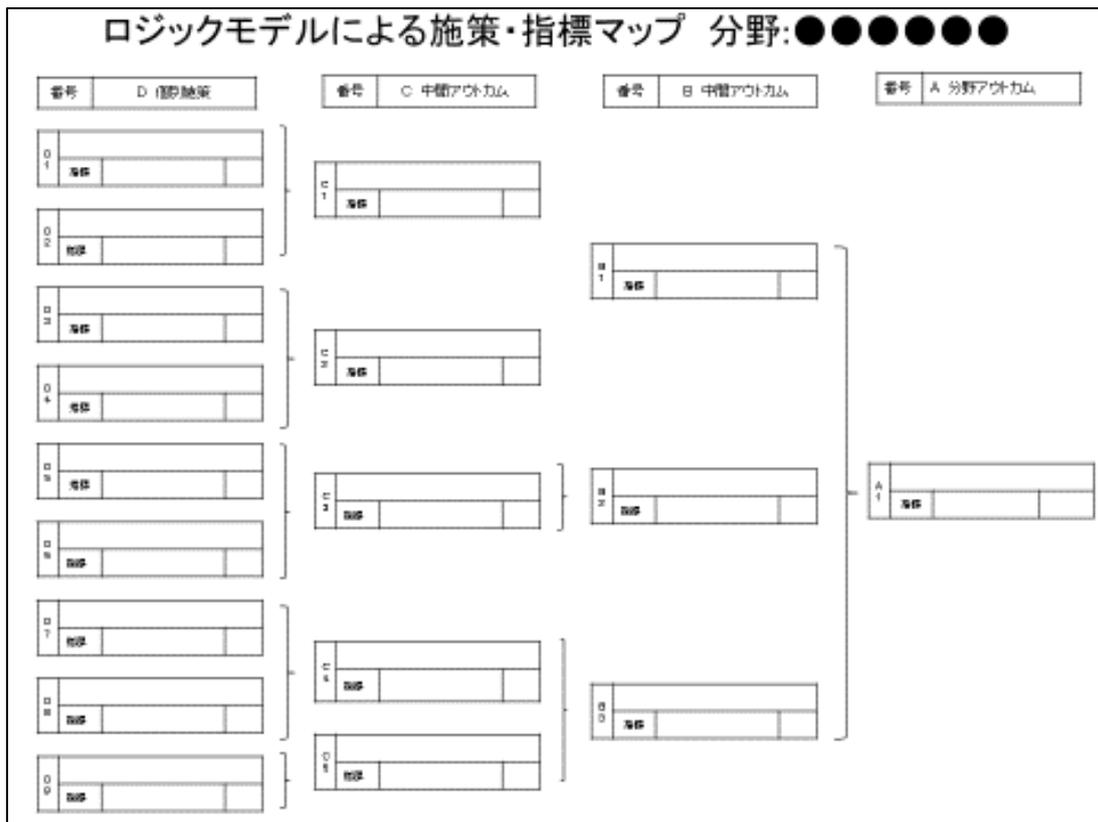


図5 各課に配布された施策・指標マップのフォーマット

項目(指標)	現状値			目標値			単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)		
退院調整体制が整備されている病院	96.5% (55/57)	100.0%	100.0%	全病院に 占める割合	全ての病院に整備			
退院支援・調整担当者の配置されている病院	61.4% (35/57)	100.0%	100.0%	全病院に 占める割合	全ての病院に配置			
地域連携クリティカルパス実施病院	67.0% (63/94)	70.0%	80.0%	バス対象病院に 占める割合	バス対象のべ病院数/4疾患各バス 運用体制あり病院数			
入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率	入院時 83.9% 退院時 85.1%	90.0%	95.0%	100.0%	入退院した利用 者に占める割合	入退院支援ルールに該当するほ ぼ全ての患者で連携		

項目(指標)	直近値			目標値			単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)		
在宅療養支援病院数	9 (10月)	10	12	病院数	65歳以上10万人あたり2.6病院を 全国並みの3.2病院へ			
訪問診療を行う病院数	23 (H28)	26	29	病院数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
在宅療養後方支援病院数	5 (12月)	7	7	病院数	各二次医療圏域に1か所設置			
在宅療養支援診療所数	137 (10月)	170	170	診療所数	日常生活圏域あたり概ね2か所			
訪問診療を行う診療所数	322 (H28)	373	414	診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	8,952 (H28)	10,380	11,522	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
在宅療養支援歯科診療所数	69 (10月)	72	80	歯科診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問歯科診療所数	125 (2月)	144	160	歯科診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問歯科診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	6,089 (H28)	7,060	7,837	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問歯科衛生指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	3,547 (H28)	4,112	4,565	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問看護ステーション数	101	110	122	ステーション数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	90 (H29)	92	102	ステーション数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
機能強化型訪問看護ステーション数	4	7	7	ステーション数	各二次医療圏域に1か所設置			
乳幼児訪問の受入可能な訪問看護ステーション数	58 (H28)	62	66	ステーション数	H28実績値×H23-H29の在宅重症 心身障害児の伸び率			
訪問看護師等数(常勤換算)	607.6	662	735	人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問看護利用者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	10,895 (H28)	12,633	14,023	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
麻薬管理可能薬局数	86.4% (494/572)	87.5%	90.0%	全薬局に 占める割合	全薬局のうちの90% (H29は2月末薬局数に占める割合)			
在宅医療支援薬局数	28.5% (163/572)	40.0%	50.0%	全薬局に 占める割合	全薬局のうちの50% (H29は2月末薬局数に占める割合)			
在宅ホスピス薬剤師数	3.7% (45/1223)	8.0%	10.0%	薬剤師会員 に占める割合	会員のうちの10% (H29は2月末会員数に占める割合)			
訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	2,757 (H28)	3,196	3,548	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問リハビリを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	2,085 (H28)	2,417	2,683	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問看護ステーションからリハビリを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	822 (H28)	1,022	1,135	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
在宅リハビリテーションを提供する事業所数	99 (H28)	115	127	事業所数	H28実績値(訪問リハ事業所+リハ のいる訪問看護ステーション数)×訪問 診療患者数の推計値の伸び率			
訪問栄養指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	47 (H28)	54	60	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数 (滋賀県栄養士会に所属する管理栄養士)	21	29	35	訪問管理栄養 士数	7圏域×2名(病院+地域)の増			
痰吸引・経管栄養登録特定行為事業者数	137	164	191	登録事業者数	H28実績値×H25-H29の増加率× 10%増し			
介護保険サービスの自己評価を実施している居宅介護支援事業所	95.4%	100.0%	100.0%	全事業所に 占める割合	全ての事業所で実施			
介護予防に資する住民運営の通いの場の箇所数	1,105 (H28)	1,250	1,280	箇所数	H27実績値×高齢者人口の伸び 率			

表7-3 目標:本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階におけるケア、看取りが可能な体制づくり

項目(指標)	直近値		目標値		単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)			
在宅(自宅・老人ホーム)死亡数・率	2,474 19.8% (H28)	23.5%	28.2%		全死亡に 占める割合	H28県民調査の自宅・特養希望 47.0%の5割、6割
在宅ターミナルケアを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	694 (H28)	804	893		年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率

図6 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針で設定された評価指標

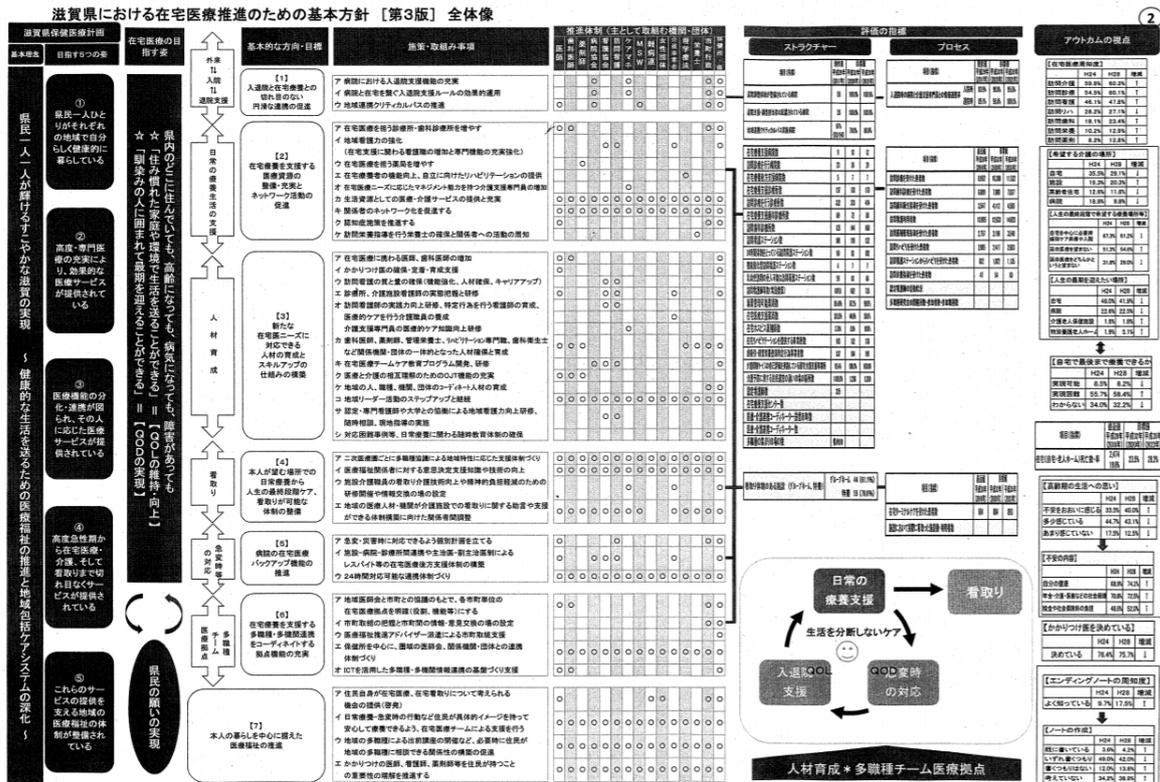


図7: 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針 全体像

厚生労働行政推進調査事業費（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開発のための研究」
分担研究報告書

滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と指標設定の経過

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
東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員）
吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
奥山 光一（（前）滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 参事）
中村 恭子（滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 参事）
角野 文彦（滋賀県健康医療福祉部 理事）
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】

在宅医療分野の計画の指標が、策定過程の中でどのような方針のもと設定されるのか、滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と状況を振り返り、指標設定に関わる要因と今後の方向性を検討することを目的とした。

【方法】

第7次滋賀県保健医療計画「在宅医療」分野の計画策定過程を、策定に関わった担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

【結果】

在宅医療分野のアウトカムは、健康医療福祉部で明示された基本理念と方向性と、担当者同士の議論で出された保健医療計画の課題に照らし、全体に配布された施策・指標マップシートを活用して設定されていた。さらに、在宅医療分野の計画は各専門職団体の代表に加え、患者・住民団体の代表が参加する在宅医療等推進協議会によって、指標が設定され、PDCAを展開する基盤が出来ていた。これらの影響により、患者・住民アウトカムが在宅医療分野の全体目標として設定してあるが、そのアウトカム指標の設定には今期ではいかなかった。

【考察】

指標設定には、庁内全体の基本理念が明示される体制整備と、ロジックモデルなど政策評価に適切な枠組みを活用すること、専門職団体と患者・住民団体を含めた協議の場によってPDCAが実行される基盤が重要となる。患者・住民アウトカム志向の政策循環に向けて、アウトカム指標の設定について市町村行政との協働などを進めていく必要があるだろう。

A. 目的

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）に対してどれだけの影響（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¹⁾が、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による指針に明記されている。つまり、インパクト評価²⁾を想定し、アウトカムとその指標の設定が期待されている。在宅医療分野の指標が、計画策定過程の中でどのような方針や考え方のもと設定されるのか、滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と状況を振り返り、指標設定に関わる要因と今後の方向性を検討することを目的とする。

B. 方法

第7次滋賀県保健医療計画³⁾の「在宅医療」分野の計画策定について、策定体制や方針、指標設定に至ったプロセスを、策定に関わった担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

C. 結果

1. 保健医療計画策定体制

1) 保健医療計画の県庁内の策定体制

(図1)

健康医療福祉部内の医療政策課が医療計画の全体企画と調整、地域医療構想、医療審議会に関する事項を所管している。医療政策課に加えて、主には健康寿命推進課、医療福祉推進課、障害福祉課の4課がそれぞれ所管する疾病・事業を策定している。在宅医療分野は医療福祉推進課の中でも在宅医療福祉係が策定する。医療福祉推進課は、介護保険や高齢者福祉に関わる事項も所管し、介護保険事業支援計画も立案する。よって、医療福祉推進課在宅医療福祉係は、医療計画の在宅医療分野の策定と介護保険事業支援計画の在宅医療・介護連携推進事業、両方の策定を担っており、在宅医療に関わる医療計画と介護保険事業計画は1課1係で整

合性が担保できる組織体制となっている。

2) 医療計画の策定・議論の場(図2:滋賀県保健医療計画 検討体制)

滋賀県医療審議会の下部組織として保健医療計画部会で検討が行われる。各疾病・事業・分野ごとに県の任意で設定されている検討組織、および、二次医療圏(地域医療構想区域)ごとの地域医療構想調整会議の意見を反映し、計画策定スケジュール(図3)で、保健医療計画部会および滋賀県医療審議会で策定が進められた。

3) 在宅医療分野の計画策定・検討

平成18年から、県内の在宅医療推進に向け、専門職団体・組織および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取り組みを推進することを目的として、在宅医療等推進協議会が設置され、年3回開催されている(図3)。この協議会での議論の内容は「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」にまとめられ、3年に1度見直しと改訂が行われてきた。この「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の内容を軸に、要点をまとめたものを保健医療計画の在宅医療分野の計画案としている。よって、この協議会が保健医療計画の策定と進捗管理と評価の機能を実質的に担っていることになる。この協議会のメンバーには、医療・介護の各専門職団体の代表者、県庁内の関係各課に加え、市町行政担当者の代表が入っている。さらに、女性団体の代表、難病患者団体の代表も入っており、患者・住民の意見が反映されている。

2. 「在宅医療」分野の策定過程

1) 計画全体の策定方針と策定過程

健康医療福祉部で平成 29 年度に策定される全ての計画に共通する基本的理念として「県民ひとりひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」とそれに対する基本目標、基本目標を達成するための 5 つの基盤と関連する計画がまとめられ、平成 29 年度第 1 回滋賀県医療審議会でも検討されている（図 4）。この基本理念、基本目標に合わせて、保健医療計画の基本理念も同様に設定された。

また、医療政策課の主導で、保健医療計画策定に関わる各課の担当による次期滋賀県保健医療計画の基本理念にかかる意見交換会が持たれた。各担当の分野について、第 6 次保健医療計画策定から 5 年間の変化、新たな課題、新たな概念・方向性・キーワードについて意見交換された。この結果をまとめ、第 7 期保健医療計画に盛り込むべき事項を全体で共有し、第 7 期保健医療計画の基本理念と目指す 5 つの姿が明確化された。この意見交換会によって、関係各課や担当者の規範的統合にもつながった。

さらに、各分野を策定する課・係にロジックモデルによる施策・指標マップのフォーマット（図 5）が配布され、作成が試みられている。分野アウトカム、中間アウトカム、施策アウトプットそれらに対応する指標を設定し、セオリー評価を試みる事が促されている。

以上の保健医療計画策定の方針に沿い、全体との整合性を取る形で、「在宅医療推進のための基本方針」も患者・住民に関する全体目標（目指す姿）、方針、指標が設定された。

2) 「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の策定過程

(1) 各委員へのヒアリング

在宅医療等推進協議会での議論をまとめ、医療計画のもととなっている「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の改訂にあたり、事務局を務める医療福祉推進課在宅医療福祉係の担当者が、在宅医療等推進協議会の各委員を訪問し、前回計画からの各専門職団体の活動内容、計画の進捗状況、目標値の達成状況、次期計画期間中に予定している活動について聞きとった。その結果をまとめ、在宅医療等推進協議会で共有し、次期計画について議論をしている。

(2) 評価指標の検討とデータ収集

評価指標について、在宅医療等推進協議会で検討し、データ収集を行い、現状を確認すると共に、目標値を設定している。評価指標のほとんどは、委員から各専門職団体の取組みの評価として提案される指標で構成されている。厚生労働省医政局医療計画課長通知による指標例は参考にする程度だった。（図 6）

データ収集は、課独自の病院向け調査や介護支援専門医向け調査、他課が保有する登録施設データ、近畿厚生局から提供される診療報酬施設基準届出、国保連合会から提供を受けたデータ、国の既存統計などを用いている。

ストラクチャー指標は、専門職団体が独自に調査しているデータの提供を受けて用いられている指標もある。訪問看護師数や在宅リハビリテーションを提供する事業所数、訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数など、県では把握しにくいデータは、各専門職団体による調査で把握できている。また、滋賀県薬剤師会が独自に育成した在宅ホスピス薬剤師数など、取組みを評価するストラクチャー指標として有効

なものも、滋賀県薬剤師会からデータ提供を受けることで把握している。

プロセス指標は、国保連合会から、在宅医療・介護に関わる国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険のレセプトデータの集計表を、平成 25 年から毎年入手している。医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリテーション、歯科衛生士、栄養士から提供された訪問サービスを受けた実人数が把握できている。厚生労働省から提供される医療計画作成支援データブックでもプロセス指標が把握できるが、指標として項目がどのように加工されたかその過程が不明で、委員会でデータについて十分に説明できないなどの理由から、全国の値との比較や、国保連合会からのデータ集計の傾向と大きく違わないか、などの確認のために用いられていた。

3. 在宅医療等推進協議会での議論を経て策定された計画の全体像と考え方（図：7）

1) 目指す姿（全体目標）の設定

「県内のどこに住んでいても、高齢になっても、病気になっても、障害があっても住み慣れた家庭や環境で生活を送ることができる」という QOL（Quality of Life）の維持・向上と、「馴染みの人に囲まれて最期を迎えることができる」という QOD（Quality of Death）の実現の 2 側面を目指す姿（全体目標）としてあげている。健康医療福祉部の基本理念「県民ひとりひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」の下位目標として整合性を図ると同時に、在宅医療等推進協議会で平成 18 年当初から設定されている QOL の維持・向上を踏襲し、前回策定時から盛り込まれている QOD の実現が設定された。

2) 目指す姿（全体目標）を評価する指標

目指す姿（全体目標）を評価する指標に、「在宅看取り率」を置く考え方もあるが、「本人が希望する最期の迎え方が実現できたかどうか」が重要という議論があり、「在宅看取り率」では評価はしきれない。似た考え方として、県民意識調査による「人生の最期を迎えたい場所」「自宅で最期まで療養できるか」などの調査項目を全体目標の評価指標を考える上での視点として置いているが、これらは在宅で療養する者ではなく一般の県民調査であり、実際の指標設定についてはデータ入手方法も含めて検討されている。

3) 在宅医療体制整備に関する目標設定

目指す姿を実現するための体制の目標として、7 項目の目標を設定し、施策とそれに取り組む機関が明記された。

そのうち、在宅医療の提供体制は 4 項目で、①入院医療と在宅医療の切れ目のない円滑な連携の促進、②在宅療養を支援する医療資源整備・充実とネットワーク活動の促進、③病院の在宅医療バックアップ機能の促進、④本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階ケア、看取りが可能な体制の整備、をあげている。③は前回の基本方針では②に包含されていたが、急変・災害時や 24 時間対応可能な体制、在宅医療後方支援体制において病院の役割が高まっており、病院と共に在宅医療を推進する重要性を強調するために、第 7 次医療計画から 1 項目として目標と施策を立てた。

在宅医療を推進する上での基盤となる目標として 3 項目をあげている。各専門職団体が取り組む職種の専門性と職種間の連携を向上するための人材育成や連携して取り組む OJT 機能を含む⑤新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とス

キルアップの仕組みの構築、市町と共に進めていくための県庁や保健所の役割を含めた⑥在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実、県民啓発を含む⑦本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進、を設定している。⑦は、本人の暮らしを中心にして在宅医療を推進するという理念を各専門職団体、関係団体と進める中で見失うことがないよう、確認するため、あえて1項目として目標をあげられている。

4) 医療体制の方針を評価する指標 (図6)

在宅医療等推進協議会の委員からあげられた評価指標は、①～④の在宅医療の提供体制の目標に分類され、指標と目標値を設定している。第6次医療計画までは、ストラクチャー指標のみで「整備目標」としての意義が大きかったが、今回からは「サービスを利用している患者数」などプロセス指標が設定された。

各目標値の基本的な考え方は、平成28年の実績値に、地域医療構想による訪問診療を受ける患者数の需要推計からの伸び率を掛け合わせて設定している。

⑤⑥⑦について対応する指標は設定されていない。

4. 在宅医療等推進協議会委員以外からの意見の反映

1) 県民の意見の反映

パブリックコメントで在宅医療に関するコメントはなかったが、在宅医療推進協議会の委員に、住民代表として難病連絡協議会の代表と、女性団体の代表が入っており、検討段階から県民の意見が反映されている。

2) 県内市町の意見の反映

在宅医療推進のための基本方針の案が完成した段階で、県内市町の在宅医療・介護連携推進事業の担当者に送付し、意見をもとめ、その内容を本文内に反映させた。

5. 中間見直し、次期計画策定に向けて重要と考えている点

1) 目指す姿を評価するアウトカム指標の設定

目指す姿(全体目標)はQOLとQODの観点から設定しているが、それを測定するアウトカム指標の設定は検討段階にある。県民意識調査で、「在宅療養が実現困難な理由」として、約7割が「介護者に負担をかける」を回答している。具体的にどのような場面で介護者に負担をかけると捉えているのかその不安の具体的内容、もしくは、ただ漠然とした不安なのか明らかにしつつ、アウトカム指標の設定が検討されている。

また、市町が行う日常生活圏域ニーズ調査に必須項目として含まれる主観的幸福感など主観的項目との調整や市町とのデータの共有なども方法として検討できる。

2) 専門職団体、関係団体の取組みとその評価指標の調整

各専門職団体、関係団体の独自の取組みが活発になるに伴い、その実態把握や取組みを評価するための調査も合わせて行っている実態が在宅医療等推進協議会で報告されるようになった。これらの調査で使われている指標や結果も、評価指標として活用できる可能性もある。これら各団体が独自に把握している評価指標と県の評価指標の調整を図り、より効率的に評価を行っていく必要がある。

3) 市町での PDCA との連動

在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町行政でも、在宅医療推進の動きが進む一方、その事業評価指標の設定には難しさを覚える市町も存在する。アウトカムと共に評価指標についても県と市町で整合性をはかっていくことが必要だろう。

D. 考察

1. 部全体での基本理念と目標の共有と企画管理

在宅医療分野の計画策定と指標設定には、計画の基本理念と目標が、部全体の計画策定に向けたものとしてトップダウンに明確に示されたと同時に、担当者らの議論によってボトムアップにも検討され共有されたことが関わっていた。担当者は、部全体や保健医療計画の基本理念「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」や目標と整合性を意識しながら、患者・住民が主体の QOL や QOD に関する目標と文言が在宅医療分野でも設定している。さらに、ロジックモデルを活用した施策・指標マップを策定に用いるツールとして全ての課・係で使い、それに合わせて本文記載フォーマットを設定することで、全体目標（患者・住民アウトカム）の設定と論理的整合性のとれた指標と施策の設定が促されている。ロジックモデルを活用したツールを用いることで政策評価の基礎段階であるセオリー評価がある程度達成されている。基本理念と目標を全体で共有することに加えて、それを実現する適切なツールを全体で使用することが、各分野で担当者がアウトカムおよび指標設定することのガイドとなり、計画全体としての質の向上にも影響する。

2. 患者・住民代表も含めた県レベルの協議の場

滋賀県保健医療計画の在宅医療分野計画の策定と進捗管理、評価は、実質的には専門職団体の代表が集まる滋賀県在宅医療推進協議会がその機能を担っていた。評価指標についても、委員の意見によって設定され、専門職団体としての在宅医療の推進に向けた取り組みが評価できる具体的な指標が設定されている。指標数は多くなる傾向にあるが、ストラクチャー指標、プロセス指標とも、医療・介護現場の声が反映され合意が得られた指標であり、多くのステイクホルダーが参画した政策循環が実現されている。また、滋賀県では、計画の全体目標（最終アウトカム）に患者・住民アウトカムが明確に定義しており、協議会設立時から患者・住民団体の代表の意見が反映されてきたためと推測される。

この県行政以外の多様なステイクホルダーによる政策循環の仕組みによって、計画の実行性が高く、県庁担当者が異動しても PDCA の継続性が担保される。

3. 患者・住民アウトカムとアウトカム指標の設定

患者・住民アウトカムを全体目標として明確に設定している点は滋賀県の大きな特徴であると言えるが、その一方で、これを測定するアウトカム指標は、県レベルでのデータ入手の実現可能性から設定が難しい。特に患者・住民の主観的側面を含む指標の場合は、患者・住民調査が必要となる。患者・住民調査については、患者・住民により近い現場にあり、介護保険事業計画のための日常生活圏域ニーズ調査を行っている市町村行政と県行政が、データ共有について協働の方向性を見出すなどの

方法を考えて行く必要がある。

E. 結論

在宅医療分野の指標設定には、庁内全体の基本理念が明示される体制整備と、ロジックモデルなど政策評価に適切な枠組みの活用、専門職団体と患者・住民団体を含めた協議の場によってPDCAが実行される基盤が重要な位置を占めていた。患者・住民アウトカム志向の政策循環には、アウトカム指標の設定について市町村行政との協働などを進めていく必要がある。

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

引用文献

- 1) 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: 令和元年5月24日)
- 2) 龍慶昭, 佐々木亮. 「政策評価」の理論と技法. 多賀出版 (東京).
- 3) 滋賀県保健医療計画. <https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouryohukushi/iryo/300043.html> (最終アクセス日: 令和元年5月24日)

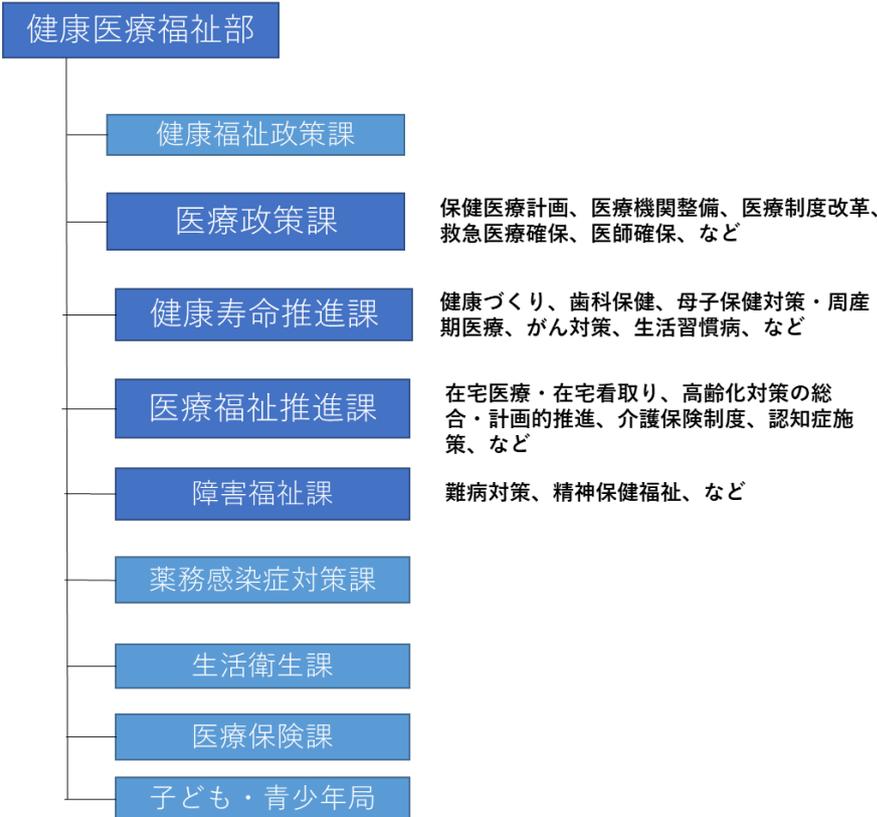


図 1 : 滋賀県健康医療福祉部組織と業務 (滋賀県資料をもとに作成)



図 2 : 滋賀県保健医療計画 検討体制 (滋賀県資料をもとに作成)

滋賀県在宅医療等推進協議会委員

滋賀県医師会	滋賀県理学療法士会
滋賀県歯科医師会	滋賀県栄養士会
滋賀県薬剤師会	滋賀県市長会
滋賀県病院協会	滋賀県町村会
滋賀県看護協会	滋賀県保健所長会
滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会	滋賀県医療福祉部
滋賀県介護支援専門員連絡協議会	滋賀県医療政策課
ヴォーリス記念病院	滋賀県健康寿命推進課
滋賀県医療ソーシャルワーカー協会	滋賀県障害福祉課
NPO法人滋賀県難病連絡協議会 日本難病・疾病団体協議会	滋賀県業務感染症対策課
滋賀県地域女性団体連合会	滋賀県医療福祉推進課
滋賀県介護サービス事業者協議会連合会	

図3：滋賀県在宅医療等推進協議会委員所属（滋賀県資料をもとに作成）

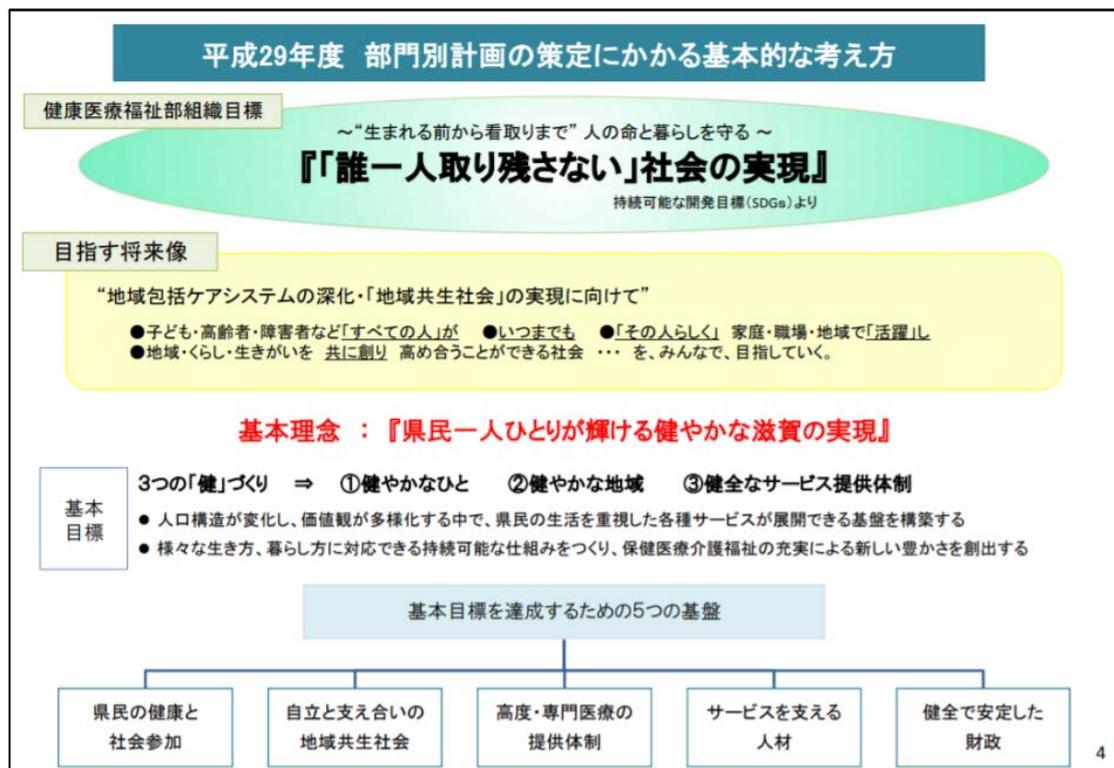


図4 平成29年度部門別計画の策定にかかる基本的考え方

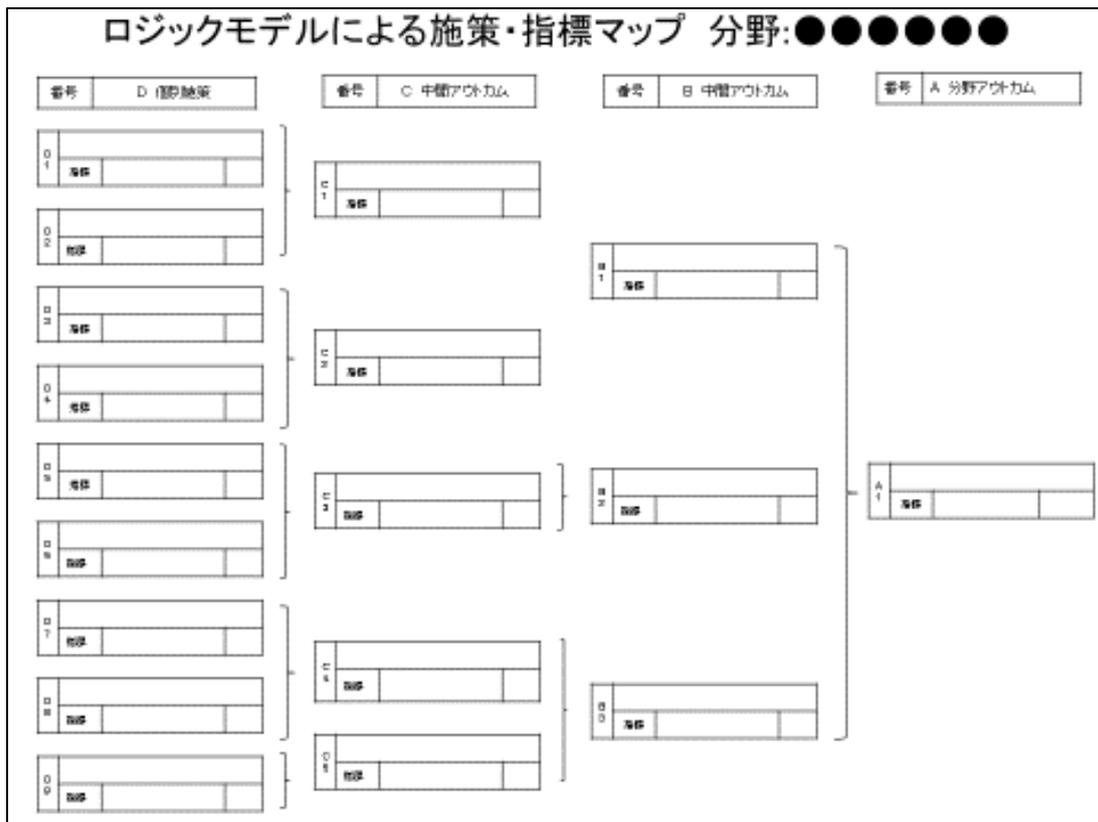


図5 各課に配布された施策・指標マップのフォーマット

項目(指標)	現状値			目標値			単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)		
退院調整体制が整備されている病院	96.5% (55/57)	100.0%	100.0%	全病院に 占める割合	全ての病院に整備			
退院支援・調整担当者の配置されている病院	61.4% (35/57)	100.0%	100.0%	全病院に 占める割合	全ての病院に配置			
地域連携クリティカルパス実施病院	67.0% (63/94)	70.0%	80.0%	バス対象病院に 占める割合	バス対象のべ病院数/4疾患各バス 運用体制あり病院数			
入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率	入院時 83.9% 退院時 85.1%	90.0%	95.0%	95.0% 100.0%	入退院した利用 者に占める割合	入退院支援ルールに該当するほ ぼ全ての患者で連携		

項目(指標)	直近値			目標値			単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)		
在宅療養支援病院数	9 (10月)	10	12	病院数	65歳以上10万人あたり2.6病院を 全国並みの3.2病院へ			
訪問診療を行う病院数	23 (H28)	26	29	病院数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
在宅療養後方支援病院数	5 (12月)	7	7	病院数	各二次医療圏域に1か所設置			
在宅療養支援診療所数	137 (10月)	170	170	診療所数	日常生活圏域あたり概ね2か所			
訪問診療を行う診療所数	322 (H28)	373	414	診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	8,952 (H28)	10,380	11,522	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
在宅療養支援歯科診療所数	69 (10月)	72	80	歯科診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問歯科診療所数	125 (2月)	144	160	歯科診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問歯科診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	6,089 (H28)	7,060	7,837	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問歯科衛生指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	3,547 (H28)	4,112	4,565	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問看護ステーション数	101	110	122	ステーション数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	90 (H29)	92	102	ステーション数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
機能強化型訪問看護ステーション数	4	7	7	ステーション数	各二次医療圏域に1か所設置			
乳幼児訪問の受入可能な訪問看護ステーション数	58 (H28)	62	66	ステーション数	H28実績値×H23-H29の在宅重症 心身障害児の伸び率			
訪問看護師等数(常勤換算)	607.6	662	735	人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問看護利用者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	10,895 (H28)	12,633	14,023	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
麻薬管理可能薬局数	86.4% (494/572)	87.5%	90.0%	全薬局に 占める割合	全薬局のうちの90% (H29は2月末薬局数に占める割合)			
在宅医療支援薬局数	28.5% (163/572)	40.0%	50.0%	全薬局に 占める割合	全薬局のうちの50% (H29は2月末薬局数に占める割合)			
在宅ホスピス薬剤師数	3.7% (45/1223)	8.0%	10.0%	薬剤師会員 に占める割合	会員のうちの10% (H29は2月末会員数に占める割合)			
訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	2,757 (H28)	3,196	3,548	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問リハビリを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	2,085 (H28)	2,417	2,683	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問看護ステーションからリハビリを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	822 (H28)	1,022	1,135	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
在宅リハビリテーションを提供する事業所数	99 (H28)	115	127	事業所数	H28実績値(訪問リハ事業所+リハ のいる訪問看護ステーション数)×訪問 診療患者数の推計値の伸び率			
訪問栄養指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	47 (H28)	54	60	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率			
訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数 (滋賀県栄養士会に所属する管理栄養士)	21	29	35	訪問管理栄養 士数	7圏域×2名(病院+地域)の増			
痰吸引・経管栄養登録特定行為事業者数	137	164	191	登録事業者数	H28実績値×H25-H29の増加率× 10%増し			
介護保険サービスの自己評価を実施している居宅介護支援事業所	95.4%	100.0%	100.0%	全事業所に 占める割合	全ての事業所で実施			
介護予防に資する住民運営の通いの場の箇所数	1,105 (H28)	1,250	1,280	箇所数	H27実績値×高齢者人口の伸び 率			

表7-3 目標:本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階におけるケア、看取りが可能な体制づくり

項目(指標)	直近値		目標値		単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)			
在宅(自宅・老人ホーム)死亡数・率	2,474 19.8% (H28)	23.5%	28.2%		全死亡に 占める割合	H28県民調査の自宅・特養希望 47.0%の5割、6割
在宅ターミナルケアを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	694 (H28)	804	893		年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率

図6 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針で設定された評価指標

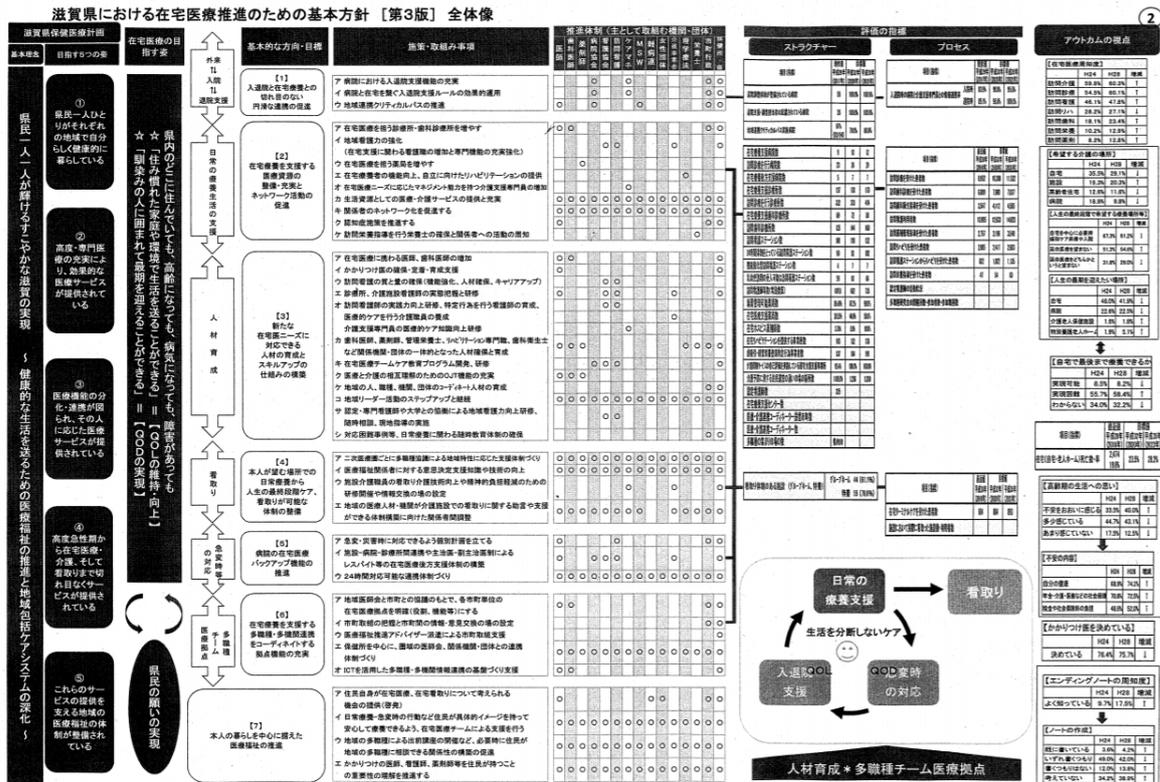


図7: 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針 全体像

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

円滑な退院支援の実現を果たすために必要な体制・プロセスに関する考察
—退院支援に関する国の施策動向分析から—

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所 教授）

【目的】

2006年以降の退院支援の機能強化に向けた制度改正の動向を振り返りながら、在宅医療の4場面の1つである「退院支援」に求められている機能と、その機能を果たすために必要な体制及びプロセスに関する考察を行う。

【方法】

2006年以降の診療報酬改定及び介護報酬改定に関する資料や書籍、厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業の報告書などを精査し、退院支援関連の制度改正の動向とその内容の精査を行った。

【結果】

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

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

などが挙げられた。

【考察】

退院支援に関する指標例として、厚生労働省は別表11の中で、ストラクチャー5指標（退院支援担当者を配置している診療所数・病院数など）、プロセス4指標（退院支援を受けた患者数など）を挙げているが、2018年の診療報酬・介護報酬同時改定の内容も参考に、円滑な退院支援の実現に向けて必要な機能とは何か、その機能を果たすために必要な体制及びプロセスとは何かの観点から、再度指標を見直す必要があると考えた。

また、円滑な退院支援の実現が患者に及ぼす成果に関しても今後検討を行い、アウトカム指標案として追加する必要があると考えた。

A. 研究目的

2006年以降の退院支援の機能強化に向けた制度改正の動向を振り返りながら、在宅医療の4場面の1つである「退院支援」に求められている機能と、その機能を果たすために必要な体制及びプロセスに関する考察を行うことを目的とする。

B. 研究方法

2006年以降の診療報酬改定及び介護報酬改定に関する資料や書籍、厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業の報告書などを精査し、退院支援関連の制度改正の動向とその内容の精査を行った。

C. 研究結果

1) 退院支援強化が求められる背景

2017年患者調査によると、入院患者の約半数を75歳以上が、約1/4を85歳以上が占めている。

超高齢者の退院に関しては、病院側、利用者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅ケア関係者をつなぐシステムなどの複数要因が絡むため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が高まっている。一方、入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、入院期間の短縮化が推進されている。超高齢者の入院の増加、家族機能の低下が進むなか、入院期間を短縮化しながら、円滑な退院を実現しようというのが、制度見直しの方向性となっている。

2) 退院支援の機能強化に向けた制度改正の動向（2006～2016年間）

円滑な退院支援を実現するためには医療機関間、病院と在宅ケア関係者間の密な連携が必須となる。

厚生労働省はまず、急性期治療を担う病

院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

2010年の診療報酬改定では、病院と在宅ケア関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院のスタッフがケアマネジャーに対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を新設した。

介護報酬改定においても、ケアマネジャーの退院支援への関与を促すために、2009年に“退院・退所加算Ⅰ（400単位）”“退院・退所加算Ⅱ（600単位）”を新設、2012年には両点数を“退院・退所加算（300単位）”に一本化した上で、入院中3回（最大900単位）まで算定可能とした。

2016年の診療報酬改定では、2012年に新設した“退院調整加算”を廃止し、入院早期からの取り組みや連携する医療機関や介護施設の職員との顔の見える関係づくりを評価するため、名称も“退院支援加算”として再整理した（図1）。

3) ケアマネジャーの視点からみた退院支援プロセスの見直し（2016年）

2016年の診療報酬改定で退院支援加算が新設（従来の退院調整加算の見直し）された後、2016年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」の中で、ケアマネジャーの視点からみた退院支援プロセスの見直し作業が行われた（図2）。

主な見直しのポイントは

- ① 退院支援加算 1 を算定している病院では入院してから 3 日以内に退院支援の必要者のスクリーニング作業を行っている。その際、本人の意向や入院前の生活情報、退院後の療養環境やケア環境に関する情報が重要となる。これら情報をケアマネジャーは入院してから 3 日以内に病院に提供すべきである（入院時情報提供を早める）
- ② 退院前 CC は、病院内の医療多職種と在宅関係者が一堂に会して、退院後ケアプランの内容や退院後の留意事項などについての情報交換や指導・助言を行う貴重な場であるが、その場にケアマネジャーが参加していない場合もある。また、参加していても、情報収集にとどまり、退院後ケアプランに関する意見や助言をもらう場になっていないケースが多い。そこで、退院前 CC の場を、単なる情報収集の場ではなく、ケアプラン原案に対する意見をもらう場に変えていくべきである。
- ③ ただし、退院前 CC でケアプラン原案を説明するためには、入院中から必要な情報を早めに収集する必要がある。そのためには、何等かの様式を提示する必要がある。

である。

4) 2018 年診療報酬・介護報酬の同時改定における退院支援の見直し

2018 年度介護報酬改定では、入院時及び退所時の連携強化の観点から（図 3）、

- ① 入院時における医療機関とケアマネジャー間の連携促進（入院時情報連携加算の見直し）
- ② 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関・介護保険施設等とケアマネジャー間の連携の促進（退院・退所加算の見直し、特定事業所加算（IV）の

新設）

- ③ 退院・退所者を受け入れる特定施設等と医療提供施設間の連携の促進（退院・退所時連携加算）
- ④ 介護保険施設入所者が退院後再入所する際の、入院先医療機関との栄養管理に関する連携の促進（再入所時栄養連携加算）

などが、また、診療報酬改定においても、

- ① 入院予定者に対する入院前からの支援を通じた外来部門と入院部門の連携の促進（入院時支援加算の新設）
- ② 入退院支援加算対象者の範囲拡大（福祉等の関係機関との連携促進）

などが行われた。

今回改定の主なポイントは、前述した老健事業での見直しの指摘をベースに、

- ① 入院前の状況や本人の意向などの生活情報を、ケアマネジャーから入院医療機関に早期に提供する仕組みを導入し、病院側が行う退院支援スクリーニングの支援を図ったこと（様式例の提示を含む）
- ② 退院前 CC へのケアマネジャーの参加を促したこと
- ③ 退院後ケアプラン策定に必要な情報収集項目例（図 4,5）を提示したこと
- ④ 外来部門と入院部門の連携促進を図ったこと
- ⑤ 特定施設やグループホーム、介護保険施設と医療機関の連携強化を図ったこと

である。

これら制度改正の動向とその内容から退院支援に必要な機能とそれを果たすために必要な体制及びプロセスとして、

- ① 退院支援に必要な院内体制（組織、人員）があること
- ② 退院後の受け皿となる医療機関、介護保険施設、ケアマネジャー等との連携が図られていること

- ③ 病院と在宅専門職間で、生活情報(本人の意向, 入院前の生活情報, 自宅の療養環境やケア環境など)と医療情報, 及びケア方針の共有が図られていること
- ④ 患者・家族への適切な情報提供及び指導が行われていること
- ⑤ 退院後のケアプラン作成に向け, 病院の医療専門職とケアマネジャー間で必要な情報の提供や指導・助言が行われていること
- ⑥ 退院前ケアカンファレンス(以下, 退院前 CC) が開催され, 退院後のケアプラン原案の確認, 退院後の留意点に関する共有が行われていること

などが挙げられた。

5) 入退院時連携に関連する主な診療報酬・介護報酬の整理

2018年の診療報酬・介護報酬のうち, 入退院時連携に係る点数を図7に整理した。

D. 考察

退院支援に関する指標例として, 厚生労働省は別表11の中で, ストラクチャー5指標(退院支援担当者を配置している診療所数・病院数など), プロセス4指標(退院支援を受けた患者数など)を挙げているが, 2018年の診療報酬・介護報酬同時改定の内容も参考に, 円滑な退院支援の実現に向けて必要な機能とは何か, その機能を果たすために必要な体制及びプロセスとは何かの観点から, 再度指標を見直す必要があると考えた。

また, 円滑な退院支援の実現が患者に及ぼす成果に関しても今後検討を行い, アウトカム指標案として追加する必要があると考えた。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

引用文献

- 1) 厚生労働省保険局医療課：平成28年度診療報酬改定の概要, 平成28年度診療報酬改定説明会(2016年3月4日)資料
- 2) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き, 2018年3月

図1 退院支援加算の創設（2016年診療報酬改定）

退院支援に関する評価の充実①

➢ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) **退院支援加算1**
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

(改) **退院支援加算2**
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点

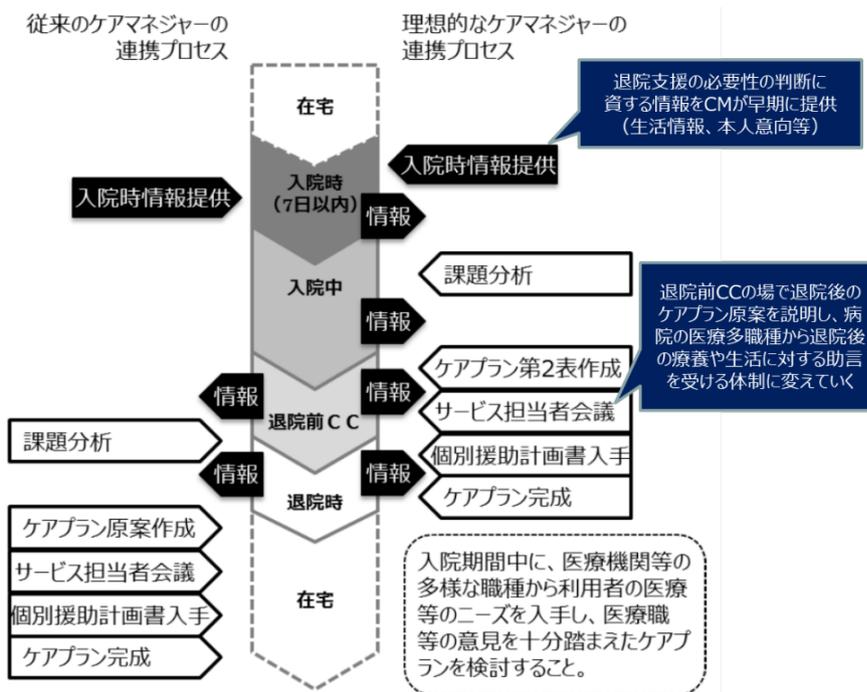
[算定要件・施設基準]

	退院支援加算1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

職員の仕事配置や連携体制の確立等を評価

出所) 厚生労働省保険局医療課：平成28年度診療報酬改定の概要、平成28年度診療報酬改定説明会(2016年3月4日)資料より引用

図2 病院とケアマネジャーの連携プロセスの見直し



出所) 株式会社日本能率協会：入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き(平成29年3月)、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」を一部改変。

図3 退院時／日常療養時の連携に関する強化ポイント（2018年介護報酬改定）

論点1
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。 ○ 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。
対応案
<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供しよう協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか。 ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法（訪問又は訪問以外）による差は設けないこととしてはどうか。また、より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示してはどうか。
対応案（続き）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院・退所後の円滑な在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価 ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価 ・ 加えて、医療機関におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価 <p>また、退院時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。</p> ○ 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを、運営基準で明確化してはどうか。 ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

出所）厚生労働省：居宅介護支援の報酬・基準について（案），第152回介護給付費分科会（2017年11月22日）資料1より引用

図4 退院・退所加算の様式例（老健事業で提案された様式例）

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	ヤマダ ハナ	性別	年齢	退院時の要介護度 (<input checked="" type="checkbox"/> 要 区分変更)
	氏名	山田 花 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	85 歳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H 29年 1月 9日		・退院予定日：H 29年 1月 29日	
	入院原因疾患	脳梗塞			
	入院先	〇〇中央病院 (病院) 脳神経外科 (病棟) 7 (階) 702 (号室)			
	主治医：(診療科)	脳神経外科 科 (医師名) 港 太郎 医師			
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	全身状態は落ち着いてリハビリが中心		既往歴	高血圧、高脂血症、脳梗塞、認知症、骨粗鬆症
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴			
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (全粥、やからか食)		UDF等の食形態区分	2
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた			
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()		<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
② 本人や家族の受け止め/意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
	家族の受け止め方	・とにかく命が助かって良かった		以前のようには回復して欲しいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。息子は仕事もあるので、介護への不安は強いものの、医師予想よりも回復が早く、入院当初よりも不安は軽減している	
	退院後の生活に関する本人の意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる ・ショックと不安を感じながらも、息子を気遣い、不安感などの気持ちはあまり多くは口に出来ない様子 ・一方で、「早く家に帰りたい」「甘いものが食べたい」という要望は持っている			
	退院後の生活に関する家族の意向	・本人の「早く家に帰りたい」という要望をかなえて、早く連れて帰ってあげたいという意向を持っている ・自宅での介護継続についても、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる ・まずは今回の状態像での介護のイメージを早くつかみ、その上で日常生活が安定することを望んでいる			

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	⇒ (在宅で継続するための要件)
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	口腔ケア、排泄介助などの家族指導、利用していたサービスの受け入れ体制などが必要
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input checked="" type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	#NAME?	

症状・病状の 予後・予測		・リハビリを続ければ歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる (転倒リスクあり) ・再発リスクが高いため、定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある				
(心身の状況・環境など)	①疾患と入院中の状況から	・脳梗塞による右麻痺、嚥下障害、構音障害				
	②本人・家族の受け止め/意向から	・発病(再発)と体の不自由さや、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、気分の落ち込み、ストレス ・早期退院希望による入院リハビリの終了				
	③退院後に必要な事柄から	・住宅に、玄関の段差、スペースが狭い。屋内に敷居がある				
	④その他	・介護者の息子が仕事に出て、日中独居になる日が週3回ほどある				
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	歩行器使用して一部介助歩行	約3ヶ月で見守りへ
	屋外移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	車椅子使用	約3ヶ月でシルバーカー使用
食事	食事内容	支援なし (支援あり)	①②	改善 維持 悪化	嚥下機能評価後に訓練中	約1ヶ月後に再評価実施、形態を上げる
	食事摂取	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支援なし (支援あり)	①②	改善 維持 悪化	トイレ移動、下衣の上げ下ろし一部介助	約3ヶ月後にトイレ動作見守りへ
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	トイレコールは遠慮している様子	退院後の医療に対する不安を感じており、適切な受診や医療の指示への支援を受けることにより、再発への不安を軽減することができる
口腔	口腔衛生	支援なし (支援あり)	①	改善 維持 悪化	毎日口腔ケア実施	
	口腔ケア	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化		
服薬		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	病棟管理	退院後、家族管理
入浴		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	シャワー浴にて入浴	
更衣		自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	上衣は自立だが、下衣は一部介助	
家事動作		自立 見守り (一部介助) 全介助		改善 維持 悪化	未実施	
コミュニケーション能力		支援なし (支援あり)	①②	改善 維持 悪化	構音障害あり、適切なリハ実施	半年後には思うように発語ができる
認知		支援なし (支援あり)		改善 維持 悪化	短期記憶力の低下	適切なリハビリプログラムの提供と評価を受けることができれば、自主的な自律訓練を前向きに行い、障害によるストレス軽減の減や生活への自信に繋がる
褥瘡・皮膚の問題		(支援なし) 支援あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		(支援なし) 支援あり		改善 維持 悪化		
居住環境		支援なし (支援あり)	①③	改善 維持 悪化	玄関前の段差、敷居	退院までに段差解消
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種				
1 (回目)	2017年 1月15日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (田中主任) <input type="checkbox"/> リハ職 () <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				
2 (回目)	2017年 1月22日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (木村退院調整ナース) <input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (斉藤PT) <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				

出所) 株式会社日本能率協会：入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き(平成29年3月)、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」を一部改変。

図 5 退院・退所加算情報記録書（厚生労働省の様式例）

退院・退所情報記録書

記入日： 年 月 日

1. 基本情報・現在の状態等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)
	氏名	種	男・女	感	□要支援()・要介護() □申請中 □なし
入院(所)の概要	入院原因疾患(入所目的等)	-入院(所)日: H 年 月 日 -退院(所)予定日: H 年 月 日			
	入院・入所先	施設名	棟	室	
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名:			方法 □通院 □訪問診療
	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	* 許可記入	安定() 不安定()
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()			
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カーテル・ポウチ()			
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず			
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)	義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良	入院(所)中の使用: □なし □あり		
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助			
	睡眠	□良好 □不良()	服用使用 □なし □あり		
② 受け止め/要約	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()			
	<本人> 病名、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: □あり □なし			
	<本人> 退院後の生活に関する意向				
	<家族> 病名、障害、後遺症等の受け止め方				
<家族> 退院後の生活に関する意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事項	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喉吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()			
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他()			
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(スタッフ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □肩胛・筋緊張改善練習 □起立/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)	※ 医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか)等について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事項、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない事件					
回目	開き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席	
1	年 月 日			無-有	
2	年 月 日			無-有	
3	年 月 日			無-有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

図6 入退院時連携に係る主な診療報酬・介護報酬



介護報酬加算

入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後3日以内（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後7日以内（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院時情報提供書」【P.42】

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

退院・退所加算（居宅介護支援費）

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院・退所情報記録書」【P.44】

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

- ・ **200単位**

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

介護報酬

退院時共同指導加算（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機

・600単位

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(所)するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)*が、退院時共同指導(*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(*)「退院時共同指導」...当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。

《指定居宅介護支援等の専業の人員及び運営に関する基準》（指定居宅介護支援基準）

○入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供しよう依頼することを義務付ける。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合、当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。

○訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

診療報酬加算

退院前在宅療養指導管理料

120点

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。外泊の初日1回に限り算定。

病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

退院前訪問指導料

500点(1回の入退につき1回)

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の内泊な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。

入退院支援加算

退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料等 **600** 点
- ロ 療養病棟入院基本料等 **1,200** 点

退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等 **180** 点
- ロ 療養病棟入院基本料等 **636** 点

病気になり入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- ア 悪性腫瘍、認知症又は肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） <u>14日以内</u> に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカフワルスの実施	<u>7日以内</u> にカフワルスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にカフワルスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う。	
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2 病棟に 1 名以上）</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20 箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3 回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実施（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	-

診療報酬加算

入退院支援加算

入院時支援加算

200点（通院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後どのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

〔算定対象〕

- ① 自宅等(他の保健医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者
- ② 入退院支援加算を算定する患者

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
◀許可病床数200床以上▶・専任の看護師1名以上 又は
・専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上
◀許可病床200床未満▶・専任の看護師1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔算定要件〕

入院予定患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、

(1)入院前に以下①～⑧の内容を行い、(2)入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、(3)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 / ② 入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③ 褥瘡に関する危険因子の評価 / ④ 栄養状態の評価 / ⑤ 服薬中の薬剤の確認
- ⑥ 退院困難な要因の有無の評価 / ⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧ 入院生活の説明

地域連携診療計画加算

退院支援加算

地域連携診療計画加算 **300点（通院時1回）**

診療情報提供料(I)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかかる疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に加算。

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保健医療機関等と共有
- ② 患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③ 連携保健医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保健医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供。また、当該患者が、転院前の保健医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保健医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

介護支援等連携指導料

400点（入院中4回）

入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス等を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

【算定要件】

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の注3に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

<1回目>

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで適切な療養場所の選択や手続きの内滑化に資するもの。

<2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行う。

退院時共同指導料2

400点 率2,000点（入院中1回）

入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、当該患者が入院している保険医療機関に於いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。

※「注3」入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）又は介護支援専門員若しくは相談支援専門員のうちいずれが3者以上と共同して指導を行なった場合2,000点を所定点数に加算する。

【算定要件】

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行なう介護支援等連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

診療報酬加算

退院時リハビリテーション指導科

300点（退院日に1回）

患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等。

当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時薬剤情報管理指導科

90点（退院日に1回）

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

8,000円（退院時1回）

指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者の退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。

退院後訪問指導料

580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上
(要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別介護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。)
 介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

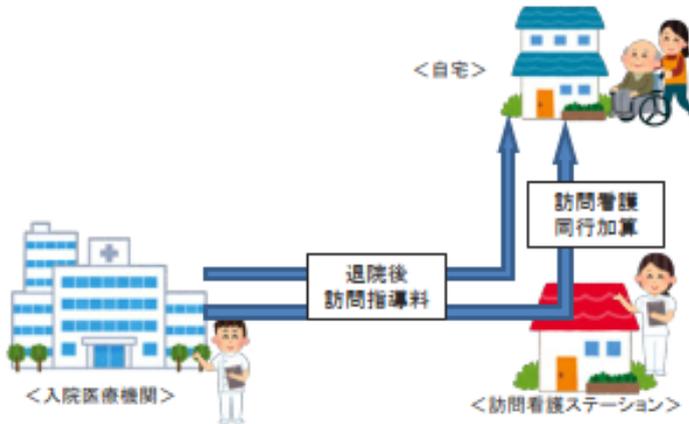
(*) 別表第 8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 在宅自己腹膜透析指導管理 / 在宅血液透析指導管理 / 在宅酸素療法指導管理 /
 在宅中心静脈栄養法指導管理 / 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 / 在宅自己導尿指導管理 /
 在宅自己呼吸指導管理 / 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護同行加算

30点（退院後1回）

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行なった場合に加算。



出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き、2018年3月より引用

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

退院支援における評価指標に関する研究

研究分担者 坂井志麻（杏林大学保健学部看護学科 教授）

研究要旨

本研究の目的は、退院支援における評価指標について文献検討にて明らかにすることである。医学中央雑誌より「退院支援」、「患者満足度」、「アウトカム評価」、「評価指標」等のキーワードを用いて検索し、66件の文献について文献検討を行った。

退院支援における評価指標は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムにおいて多様な指標があげられた。評価指標には連携数や在院日数等に加えて、QOL、有害事象の防止等の患者・利用者本位の指標や、療養の場の移行に伴う情報共有や患者を中心とした治療や療養先選択の話合い等のケアの質指標となるプロセス評価も導入していくことが求められる。

A. 研究目的

本研究の目的は、退院支援における評価指標について文献検討にて明らかにすることである。

B. 研究方法

医学中央雑誌 Web 版 Ver5.0 の全期間のデータを対象として（検索日 2018/9/3）、「退院支援」、「患者満足度」、「アウトカム評価」、「評価指標」、「尺度」、「介入効果」のキーワードを用いて原著論文、抄録ありについて検索した。230 件の論文が抽出され、事例、退院支援に関する記載のないもの、精神疾患・ストマケアや THA など特定の疾患に特化したもの、看護師意識のアンケート調査によるもの、文献検討、スタッフ教育プログラムの開発に関する論文 146 件を除外し、重複文献 18 件を除く 66 件を分析対象とした。

C. 研究結果

1. 退院支援評価指標

1) ストラクチャー

評価指標として、入退院支援部門の設置専従の職員の配置、定期的な地域支援者との会議開催、スクリーニングシート、退院支援パス等のシステムの導入、退院支援マニュアルの作成、退院支援に関する院内外の研修開催、地域における退院支援ルール、ツール作成、信頼できるかかりつけ医の存在¹⁾があげられた。

2) プロセス

プロセス評価として、介護支援連携等指導²⁾、退院前訪問指導、退院時共同指導、退院後訪問指導、入退院支援加算、入院時連携加算等^{3), 4)}の加算取得状況があげられた。

また尺度として、退院準備度評価尺度 (DRI)⁵⁾、病棟看護師の退院支援における

包括的評価指標 7 因子 35 項目⁶⁾、プログラム援助要素に基づくフィデリティ(プログラム準拠尺度)⁷⁾、退院支援における SW 実践のアウトカム評価 36 項目⁸⁾、外来化学療法に関する意思決定のバランス尺度⁹⁾、退院支援実践自己評価尺度 (24 項目 4 下位尺度 6 段階評価)¹⁰⁾、¹¹⁾、がん患者退院支援尺度 5 件法 43 項目 7 因子構造¹²⁾、退院支援看護師の個別支援における職務遂行評価尺度 (NDPAS、4 因子 24 項目)¹³⁾、¹⁶⁾、退院支援におけるチームワーク尺度 (32 項目 7 段階評価、3 下位尺度)¹⁴⁾、在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度 (25 項目 5 因子)¹⁵⁾、ディスチャージプランニングプロセス評価尺度¹⁶⁾、¹⁷⁾、認知症を有する人の退院支援ニーズ評価尺度 (22 項目 4 因子構造)¹⁸⁾、医療施設における高齢者看護の質評価指標 (退院支援の領域)¹⁹⁾ が開発されている。

他にもカンファレンス実施率³⁾、²⁰⁾、退院支援計画書の記入⁴⁾、介入依頼件数⁴⁾、²¹⁾、²²⁾、カンファレンス開催までの日数²³⁾、MSW コンサルトまでの日数²³⁾、介入から退院までの日数²⁰⁾ がプロセス評価として用いられていた。

3) アウトカム

評価指標として、在院日数²⁴⁾、²⁹⁾、再入院率²⁾、入院に関連する合併症、転帰 (退院場所)²⁶⁾、在宅復帰率²⁴⁾、³⁰⁾、死亡率、患者満足度³¹⁾、介護者満足度³²⁾、ADL 変化 (FIM、BI、日常生活機能評価点数、歩行距離)²⁴⁾、²⁶⁾、³⁰⁾、認知機能変化³³⁾、患者心理的健康度、介護者心理的健康度、病院費用、すべてのヘルスケアコスト、薬剤使用、医療ソーシャルワーカー介入依頼件数²⁾、介護保険新規申請および区分変更申請

件数²⁾ が抽出された。

2. 患者満足度

患者満足度指標として、質的分析により【患者の意向の確認】【説明や指導のわかりやすさ】【退院支援に対する満足度】³⁴⁾ や入院全経過の満足(「入院満足」)率、退院の話が出てから退院までの期間の満足(「退院満足」)率、「連携室の対応満足」、「不安の相談相手の対応満足」、「退院先の満足」、治療・予後と退院後生活にたいする不安³⁵⁾ 等があげられた。さらに患者満足度評価尺度日本語版(CSQ-8J)に準拠した 16 項目 (オリジナル)³⁶⁾ が開発されている。

D. 考察

退院支援における評価指標は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムにおいて多様な指標があげられた。退院支援では職員の配置やスクリーニング・退院支援計画書立案等のシステム構築だけでなく患者や利用者へのケアプロセスの評価も重要である。アウトカム指標には連携数や在院日数等に加えて、QOL、有害事象の防止等の患者・利用者本位の指標や、療養の場の移行に伴う情報共有や患者を中心とした治療や療養先選択の話合い等のケアの質指標となるプロセス評価も導入していくことが求められる。

E. 結論

退院支援における評価指標は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムにおいて多様な指標があげられた。評価指標には連携数や在院日数等に加えて、QOL、有害事象の防止等の患者・利用者本位の指標や、療養の場の移行に伴う情報共有や患者を中心とした治療や療養先選択の話合い等のケアの質指標となるプロセス評価も導入していくこ

とが求められる。

E. 引用文献

1) 清永麻子, 時松玲子(2011): 認知症高齢者・家族への退院支援の在り方 介護負担の側面から, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 23 回, 170-172.

2) 山崎優介, 斜森亜沙子, 近森さつき(2016): 心不全患者に対する退院支援システムの効果, 日本循環器看護学会誌, 12(1), 26-32.

3) 浪越未佳, 小野美和, 大谷沙由梨, 細川美奈子, 合田信子(2018): 地域包括ケア病棟における退院支援の取り組み 退院支援フローシートをカンファレンスに導入して, 地域医療, 55(4), 497-499.

4) 村田穂菜美, 角優佳, 林未来, 斎藤菜摘, 小野まゆみ, 他(2018): 大腿骨骨折術後患者のフローチャートを用いた退院支援の有効性 病棟内看護師間での退院支援統一のため, 日本看護学会論文集:慢性期看護, 48, 47-50.

5) 佐野哲也, 丹羽幸枝, 野口由紀子, 田中博高, 桑野祐次, 成田真由子(2018): 精神科リハビリテーションにおける精神障がい者の退院支援 退院準備度評価尺度[DRI]を用いて, 病院・地域精神医学, 60(2), 146-148.

6) 山本さやか, 百瀬由美子(2017): 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成, 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 837-848.

7) 高野悟史, 中越章乃, 瀧本里香, 山下眞史, 古明地さおり, 他(2017): 効果をあげる地域移行・地域定着支援プログラムの再構築 病院・地域実践統合にむけた実践家参

加型形成評価プロジェクト, 病院・地域精神医学, 59(2), 189-191.

8) 高山恵理子, 山口麻衣, 小原眞知子, 高瀬幸子(2016): 退院支援において病院運営管理部門はソーシャルワーカーに何を期待しているのか 回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象としたソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より, 医療社会福祉研究, 24, 9-25.

9) 荒井弘和, 平井啓, 所昭宏, 中宣敬(2006): 肺がん患者を対象とした外来化学療法に関する意思決定のバランス尺度の開発, 行動医学研究, 12(1), 1-7.

10) 林優美, 大佐古貴代, 宮崎朋子, 丹生淳子, 多曾田邦江(2018): 心不全患者への退院調整活動の実際と退院調整看護師の役割を考える 退院支援実践自己評価尺度を活用して, 看護実践の科学, 43(3), 70-77.

11) 坂井志麻, 大堀洋子, 田中優子, 佐藤由紀子, 渡辺亜美, 藤井 淳子(2015): 大学病院における退院支援研修の取り組みと効果, 癌と化学療法, 42Suppl.I, 72-74.

12) 木場しのぶ, 齋藤智江(2017): 急性期病院におけるがん患者への退院支援 病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性, 日本看護学会誌, 37, 298-307.

13) 吉田有美(2018): 中規模病院における看護職の退院支援・退院調整に影響を及ぼす要因, 日本看護学会論文集:在宅看護, 248, 3-6.

14) 深野美紅, 難波志穂子(2016): 退院支援におけるチームワーク尺度の考案, 日本医療マネジメント学会雑誌, 17(2), 60-65.

15) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 高橋則子, 鎌田良子, 他(2015): 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」

- の開発および信頼性・妥当性の検証, 看護管理, 25(3), 248-254.
- 16) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美(2013): 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発, 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.
- 17) 大島利恵, 佐藤まゆみ(2012): ディスチャージプランニングプロセス評価尺度を利用した退院支援勉強会の評価, 日本看護学会論文集:看護管理, 42, 514-517.
- 18) 瀧上恵子, 田高悦子, 臺有桂(2012): 認知症を有する人の退院支援ニーズ評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, 日本地域看護学会誌, 15(2), 18-26.
- 19) 松井美帆(2018): 医療施設における高齢者看護の質評価指標の検討, 老年看護学, 22(2), 53-59.
- 20) 篠田朋佳, 柳敦子, 酒見大輔, 大山渚, 中野早苗, 他(2013): 循環器疾患患者の退院支援フローチャート活用の有効性, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 8, 232-235.
- 21) 尾崎成子, 名倉桂古, 野沢りかこ, 横井慶恵, 熊谷富子(2011): 在宅連携担当看護師の介入に伴う早期退院支援の取り組みと効果, 聖隷浜松病院医学雑誌, 11(2), 21-24.
- 22) 佐藤奈緒子, 坂西未帆, 木村士子, 中島安恵(2011): 退院支援の早期着手と看護師の意識変化 退院支援・調整スクリーニングシートを導入して, 東京医科大学病院看護研究集録, 31, 52-56.
- 23) 川本俊治, 重松研二, 河野由佳, 田村律, 松田守弘, 上池渉(2015): データウェアハウスを活用した退院支援管理システムの在院日数に及ぼす効果, 日本医療マネジメント学会雑誌, 15(4), 251-255.
- 24) 坪田章平, 山崎孝, 吉田一平(2017): 当院回復期リハビリテーション病棟の実態調査と取り組みについて, 理学療法福井, 21, 10-12.
- 25) 仲田紀彦, 俣田敏且(2017): 頸椎椎弓形成術クリティカルパスの運用上の問題点とその対策 退院計画の重要性とチェック機構構築の有用性, 日本医療マネジメント学会雑誌, 17(4), 185-191.
- 26) 若林昌司, 廣澤隆行, 吉田真美, 中野良規, 佐々木正太, 土手慶五(2012): 当院における心不全サポートチームと心臓リハビリテーション, 理学療法の臨床と研究, 21, 29-33.
- 27) 杉野安輝, 近藤友喜, 加藤早紀, 松浦彰伸, 木村元宏, 他(2017): 肺炎入院診療における質評価指標(QI)の活用, トヨタ医報, 27, 100-103.
- 28) 鷺見尚己, 村嶋幸代, 鳥羽研二, 大内尉義(2001): 退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究 特定機能病院老年病科における準実験研究, 病院管理, 38(1), 29-40.
- 29) 牛島久美子, 松森智香, 谷川和代, 道端由美子(2010): 急性期病院の脳卒中地域連携パスからみえてきたもの 看護必要度(日常生活機能評価)評価を通して, 日本病院会雑誌, 57(3), 317-321.
- 30) 小西達矢, 三浦健洋, 水上正樹, 竹島英祐, 大和寛久(2014): 当院回復期リハビリテーションにおける現状と課題 FIM 値を用いた全国との比較, みんなの理学療法, 26, 33-36.
- 31) 吉村優佳里, 吉村繁子, 後藤裕子, 前田陽子(2007): 退院支援を受けて在宅移行

した患者の現状 今後の退院支援への検討,
日本看護学会論文集:地域看護, 37, 137-139.

3 2) 胡美恵, 内山早苗, 岡本清子(2012):
退院支援満足度調査による退院支援ニーズ
の検討, 日本看護学会論文集:地域看護, 42,
54-57.

3 3) 佐藤もも子, 齋藤和子, 棟方庸子, 千
葉和恵, 喜多島直美(2017): 地域包括ケア
病棟患者の ADL 変化と退院支援に及ぼす
影響, 黒石病院医誌, 23(1), 21-26.

3 4) 伊藤三紀, 久々江理佳, 千葉美恵子,
高木日登美(2015): 個別性のある退院支援
の実施評価と課題 連携した訪問看護師と
患者・家族への調査からの考察, 市立札幌病
院医誌, 74(2), 219-224.

3 5) 嶋崎明美(2013): 退院支援を受けた患
者・家族の入院満足に影響する因子, 姫路医
療センター紀要, 13, 1-4.

3 6) 楠本順子, 川崎浩二(2008): 満足度調
査による退院支援の評価, 日本医療マネジ
メント学会雑誌, 9(2), 322-326.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の取得・登録状況

該当なし

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

神経難病患者の退院支援に関する文献調査に関する研究

研究分担者 篠田道子（日本福祉大学社会福祉学部 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（国立病院機構名古屋医療センター）
研究協力者 手島浩司（済衆館病院）

研究要旨

【目的】神経難病患者の退院支援に関する研究の動向を把握し、現時点における研究上の到達点と課題を整理する。【方法】データベース CiNii と医学中央雑誌 Web 版を用いて検索した。【結果】神経難病の退院支援の研究対象文献は 28 文献であった。内容は、①自宅退院を可能にする要因、②フローチャートの導入と多職種連携、③神経難病患者の退院支援の課題の 3 つに分類した。【考察】退院支援に関する多職種連携の報告は多いが、神経難病患者の退院支援の指標開発と評価に関する文献は見当たらなかった。神経難病は多様な病態と経過に特徴があることから、①経時的変化とそれに対応した医療・介護を指標化すること、②タイムリーなカンファレンスの開催が求められることが示唆された。

A. 研究目的

神経難病患者の退院支援に関する研究の動向を把握し、現時点における研究上の到達点と課題を整理する。

B. 研究方法

文献は、CiNii と医学中央雑誌 Web 版を用いて検索した。キーワードは、「神経難病」and「退院支援」、「神経難病」and「在宅療養」、「神経難病」and「MSW（医療ソーシャルワーカー）」、「神経難病」and「多職種連携」、「退院支援」and「指標」とした。

C. 研究結果

データベースより抽出された文献のうち重複している文献を整理し、テーマに関係

する 28 文献を研究対象文献とした。

1) 対象文献の種類

文献の種別は、原著論文が 10 文献、解説論文が 18 論文であった（表 1）。

2) 神経難病患者の退院支援に関する内容

28 文献の内容は、「自宅退院を可能にする要因」、「フローチャートの導入と多職種連携」、「神経難病患者の退院支援の課題」の 3 つに分類した。

(1) 自宅退院を可能にする要因

自宅退院が可能になった要因として、①病状や症状が改善したことへの自信、②在宅サービス利用に対する抵抗からの解放、③家族との生活が継続できることの見通しである。

(2) フローチャートの導入と多職種連携

退院支援のフローチャートやアセスメントシートを多職種で共有していた。カンファレンス、勉強会、ICTの活用などに取り組み、退院支援の充実が示唆された。退院支援に関する多職種連携の報告は多いが、神経難病患者の退院支援の指標開発と評価に関する文献は見当たらなかった。

(3) 神経難病患者の退院支援の課題

病棟看護師の課題として、①退院後の生活のイメージが描きにくい、②入院時から在宅生活を見据えた医療・介護技術支援や家族支援を展開できにくいことが、病院組織の課題として、③退院前カンファレンスなどは実施されているが、神経難病患者の病状が不安定なことから、情報や目標の共有化に限界があることなどが明らかになった。

C. 考察

1) 神経難病患者の退院支援の指標開発の必要性と課題

アセスメントシートの共有化など退院支援の充実が示唆されるも、指標開発と評価に関する研究は見当たらなかった。理由として、①神経難病患者の病態像が多様なため、一つの指標でプロセスを展開することへの限界がある、②病名告知や病気の受容など、意思決定支援と退院支援が同時に進んでいくことが多いため、多職種を巻き込んだ支援のタイミングが難しいなどである。

神経難病は多様な経過が展開されるも、疾患の経時的変化とそれに対応した医療・介護の指標化が求められる。

2) 退院支援のカンファレンスを増やす

退院時カンファレンスは実施されているが、①病状が変化しやすい、②治療方針がな

かなか決められないことから、タイムリーなカンファレンスの開催が難しい状況にある。

このような状況を鑑みると、一度に多くのことを決定するよりは、少人数でも良いので、タイムリーなカンファレンスを複数回開催する方が現実的であるといえる。

その際、コーディネーターとなる人物(退院支援看護師等)を決めて、コーディネーターを中心にカンファレンスを開催し、決定したことを、ICTを活用して多職種に伝達するなどの工夫が求められる。

D. 結論

神経難病患者の退院支援には、①自宅退院を可能する要因に働きかける、②フローチャートなどを活用した多職種連携が展開されるなど、退院支援の充実が示唆された。

その一方で、病態像が多様で、病状が変化しやすいことから、一つの指標でプロセスを展開することの限界はあるものの、疾患の経時的変化とそれに対応した医療・介護を指標化とタイムリーなカンファレンス開催の必要性が明らかになった。

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

F. 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

表1 対象文献

	タイトル	著者	発表年	発表雑誌	検索ワード
1	退院支援 神経難病患者を介護する家族の在宅移行に影響を及ぼす要因 人工呼吸器を装着した患者が自宅退院困難となった事例を振り返る	上山みさき	2018	難病と在宅ケア (1880-9200)24巻2号 Page37-41 (2018.05)	神経難病 退院支援
2	神経難病患者の在宅療養への円滑な移行を可能にする熟練看護師の実践	坂野恵子	2017	日本難病看護学会誌 (1343-1692)22巻2号 Page143-159 (2017.12)	神経難病 退院支援
3	神経難病患者家族介護者の介護負担と被介護者の個人要因との関連	山川久美子	2017	日本看護学会論文集:慢性期看護 (2188-6466)47号 Page107-110	神経難病 退院支援
4	退院支援システムの導入と看護師の意識と行動の変容	河野彩子	2014	日本看護学会論文集 地域看護44号Page71-74	神経難病 退院支援
5	看護師が関わった退院支援業務実績の検討 基礎的データからの考察	森田伸子	2010	香川県看護学会誌 (1884-5673)1巻 Page47-50	神経難病 退院支援
6	神経内科病棟における在宅療養へ向けての第一歩 退院支援プログラムを導入して	松苗みゆき	2010	日本看護学会論文集 地域看護40号Page160-162	神経難病 退院支援
7	大学病院訪問看護師が発揮するコーディネーター的役割の必要性	加々美舞湖	2007	日本看護学会論文集 地域看護37号Page249-251	神経難病 退院支援
8	特定機能病院における神経難病医療専門員の外来患者フォローアップ	飯田苗恵	2005	日本難病看護学会誌 (1343-1692)9巻3号 Page171-178	神経難病 退院支援
9	神経系難病患者の在宅移行期における課題	西島 治子	2005	滋賀医科大学看護学ジャーナル (1348-7558)3巻1号 Page87-94	神経難病 退院支援 在宅移行期
10	神経難病患者の在宅療養支援に対する訪問看護師の不安と困難感、負担感	曾根 志穂	2018	石川看護雑誌 (1349-0664)15巻 Page75-82	神経難病 在宅療養
11	神経内科を主とした病院における病棟看護師の神経難病患者への退院支援に関する実態	杉本 美帆	2017	日本難病看護学会誌 (1343-1692)22巻1号 Page70	神経難病 退院支援
12	ALS患者の在宅療養を取り巻く現状	後藤順子	2000	山形保健医療研究 (1343-876X)3巻 Page17-22	神経難病 在宅療養
13	国立医療における「ウェルビーイング」の所在「患者の立場に立ったより細かな対応」を行える相談体制たりうるためには 重度神経難病患者の療養・退院・在宅支援 ソーシャルワーク機能との関連	久保 裕男(国立病院機構南九州病院 地域医療連携室)	2010	医療 (0021-1699)64巻9号 Page594-599	神経難病 MSW (医療ソーシャルワーカー)
14	急性期病院における神経内科病棟の退院援助の現状と課題	河合 由美,天野 博之,土屋 友香理,近藤 尚人,時田 裕子,安田 武司,伊藤 泰広,安藤 嘉朗,中西 浩隆	2005	トヨタ医報 (1343-9685)15巻 Page96-99	神経難病 MSW
15	在宅療法患者に関わる関係機関との連携を考える MSWがやりにくさを感じた在宅神経難病患者の事例より	鎌野 真理子(東京女子医科大学附属第二病院 看護部),長谷川 美穂	2004	東京女子医科大学雑誌 (0040-9022)74巻4号 Page229	神経難病 MSW
16	神経難病患者・家族に対する地域福祉との協働援助について MSWの立場から	水上 瑠美子	1985	医療と福祉 (0287-1521)19巻2号 Page87-92	神経難病 MSW
17	神経難病 本当に患者が望む医療を提供するためには 神経難病の当事者の退院先選択に関する事例を通しての考察(会議録)	橋本 睦美(国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター 医療福祉相談室)	2014	日本在宅医学会大会 16回 Page97	神経難病 医療ソーシャルワーカー
18	【神経疾患common diseaseの診かた 内科医のためのminimum requirement】 専門医との連携が重要な神経疾患の診かた どうコンサルトするか/どうフォローするか 神経疾患の在宅療養支援	高橋 貴美子(札幌中央ファミリークリニック)	2011	Medicina(0025-7699)48巻8号 Page1442-1446	神経難病 医療ソーシャルワーカー
19	神経難病患者におけるモバイル端末を用いた在宅チームケアシステムの有用性	日根野 晃代(信州大学 医学部脳神経内科リウマチ・膠原病内科),中村 昭則,宮崎 大吾,滝沢 正臣	2013	日本遠隔医療学会雑誌 (1880-800X)9巻2号 Page145-147	神経難病 多職種連携 原著論文

20	併設病院への定期的な病棟訪問を試みて 顔のみえる連携	篠原 かおる, 小野 友子, 寺内 早苗, 中山 美由紀	2006	癌と化学療法 (0385-0684)33巻 Suppl.II Page332-334	神経難病 多職種連携 原著論文
21	遠隔医療を活用した在宅神経難病患者のネットワーク強化の試み 高度医療機器を装着した高齢者夫婦ケースへの活用事例から	西田 厚子, 西島 治子, 宮田 克子, 伊波 早苗, 本田 育美	2004	日本難病看護学会誌 (1343-1692)9巻2号 Page136-143	神経難病 多職種連携 原著論文
22	神経難病患者の在宅療養に向けての関わり 筋萎縮性側索硬化症の症例を通して	成松 真由美, 出口 純子, 江島 さおり, 山下 麻衣子, 有本 智世, 山田 すみ子	2000	日本リハビリテーション看護学会 学術大会集録 12回 Page21-23	神経難病 多職種連携 原著論文
23	病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成	山本 さやか, 百瀬 由美子	2017	日本看護研究学会雑誌 (0285-9262)40巻5号 Page837-848	退院支援 指標 原著論文
24	我が国の退院支援・退院調整のシステム化に向けた研究動向	前田 明里, 加藤 愛, 荒山 千智, 鈴木 理恵, 進藤 ゆかり	2015	北海道公衆衛生学雑誌 (0914-2630)28巻2号 Page151-159	退院支援 指標 原著論文
25	院時アセスメントシートを活用した退院支援の早期介入の試み	東端西 寿枝, 山城 千秋, 新城 民子, 大松 真紀, 仲宗根 幸子, 島袋 幸代, 仲宗根 孝子, 照屋 洋子	2012	沖縄県看護研究会集録 (1882-4986)27回 Page119-122	退院支援 指標 原著論文
26	退院支援の早期着手と看護師の意識変化 退院支援・調整スクリーニングシートを導入して	佐藤 奈緒子, 坂西 未帆, 木村 富士子, 中島 安恵	2011	東京医科大学病院看護研究集録 (1348-9259)31回 Page52-56(2011.02) 抄録を見る	退院支援 指標 原著論文
27	退院支援のなかで高齢の家族が表出した不安内容の分析	西川 悠紀, 中村 司, 福田 晶子	2010	日本精神科看護学会誌 (0917-4087)53巻3号 Page282-286	退院支援 指標 原著論文
28	退院前合同カンファレンスにおける家族への退院支援の評価 家族の生活力量アセスメント指標からの分析	中嶋 敬代, 西村 容子, 齋藤 由美	2005	日本看護学会論文集: 地域看護 (1347-8257)35号 Page93-95	退院支援 指標 原著論文

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おうよう相談する
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年をめどに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

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

度を調整した指標化が求められるが、今後の課題である。）

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

亡日からさかのぼって 6 ヶ月以内の者に限定することにより指標として用いることとした。死亡前 6 ヶ月以内の住民における指標の分布と、「日常の療養」で集計した指標の分布を群間比較することにより、終末期の者において療養場所の分布が変化するかしないのか等の確認が可能となる。なお、死亡日に関する情報は、医療・介護レセプトのデータファイルそのものには含まれていないものの、医療保険・介護保険の被保険者台帳の情報を入手することにより、被保険者資格喪失年月日及び資格喪失事由の情報を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と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、逆に算定をしてい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

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てほしい医療・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てほしい医療・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、受けてほしい医療・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)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、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

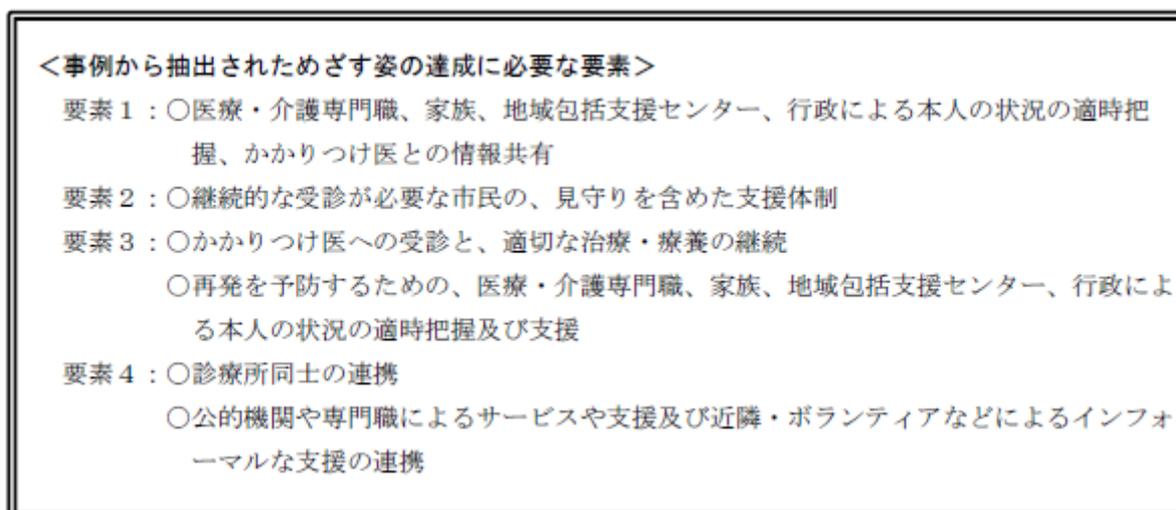
○24時間対応のかかりつけ医の存在

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。

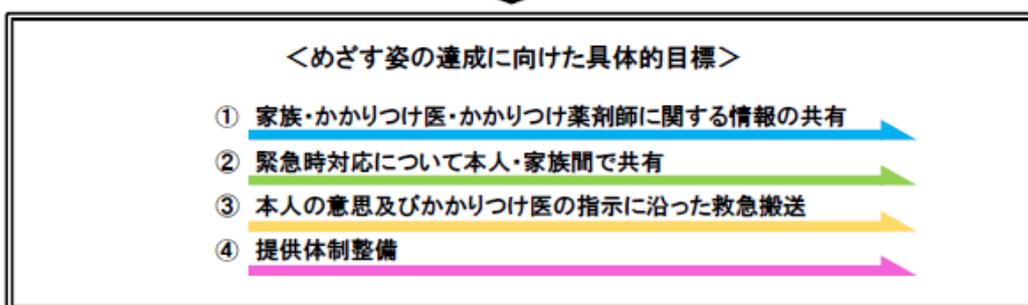
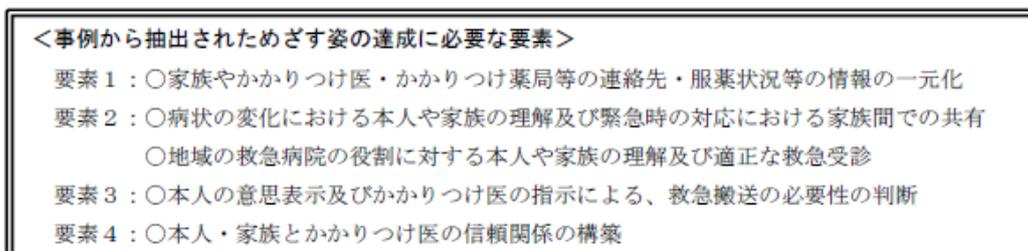
(1)日常療養支援の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

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。



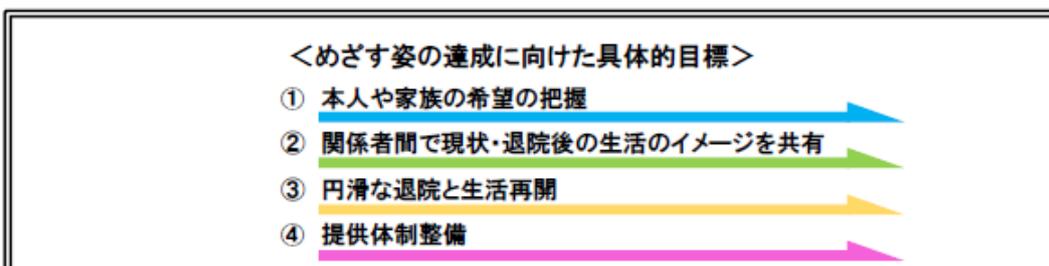
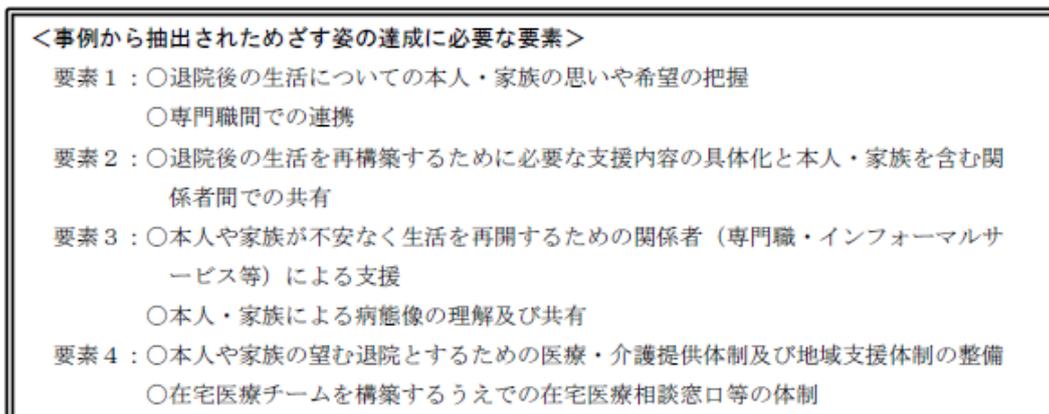
(2)急変時の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

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。



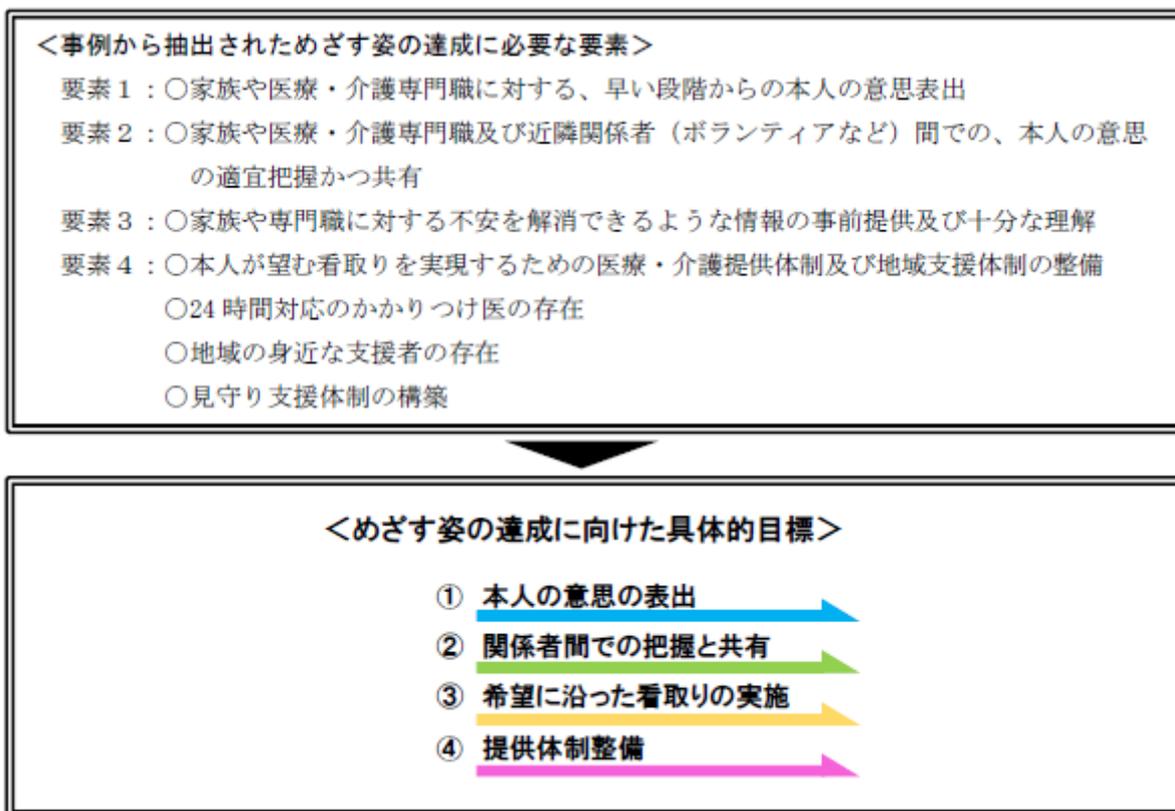
(3)退院支援の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

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



※地域ケア会議：介護保険法115条の48第1項に定義づけられている会議。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。

(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

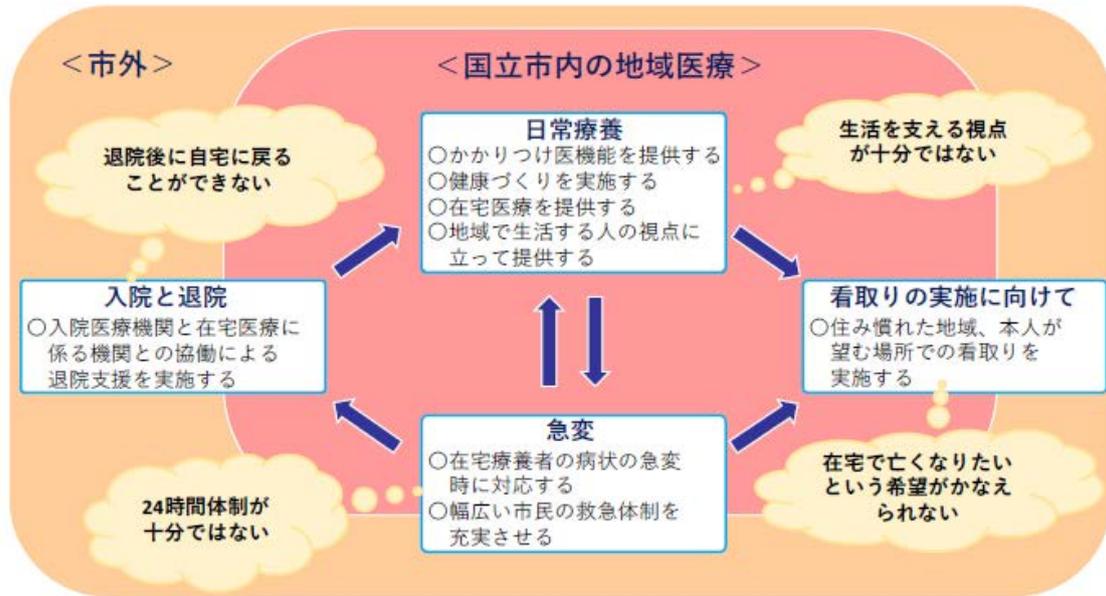
2. 実用新案登録

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



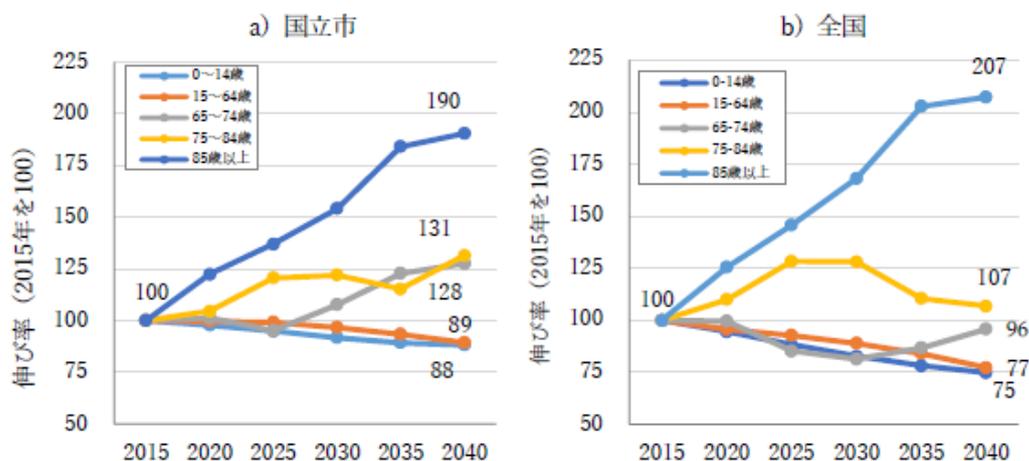
出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

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）



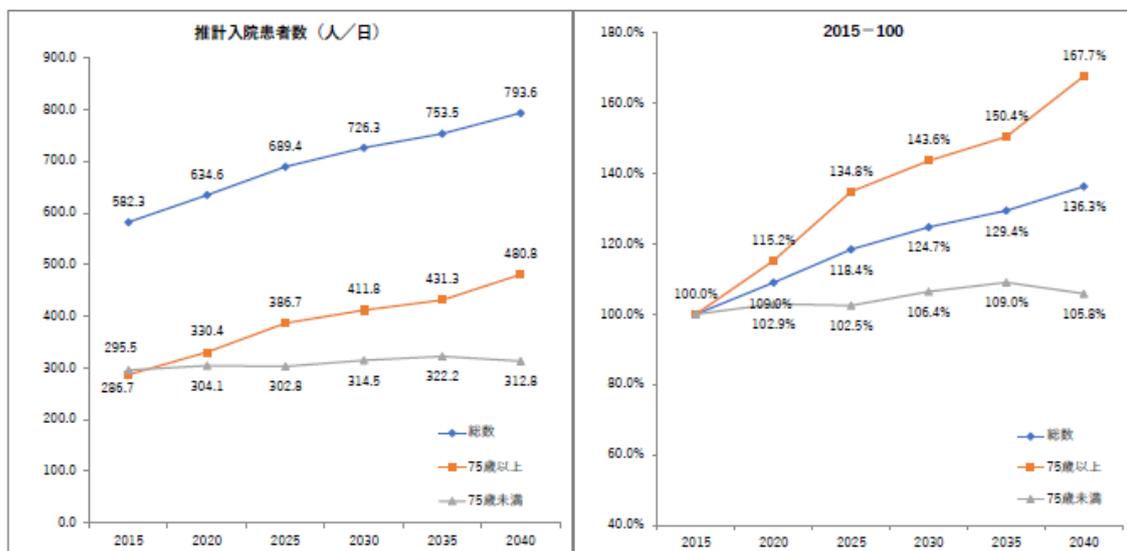
出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）、日本の地域別将来推計人口（平成 30 年推計）より作成

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

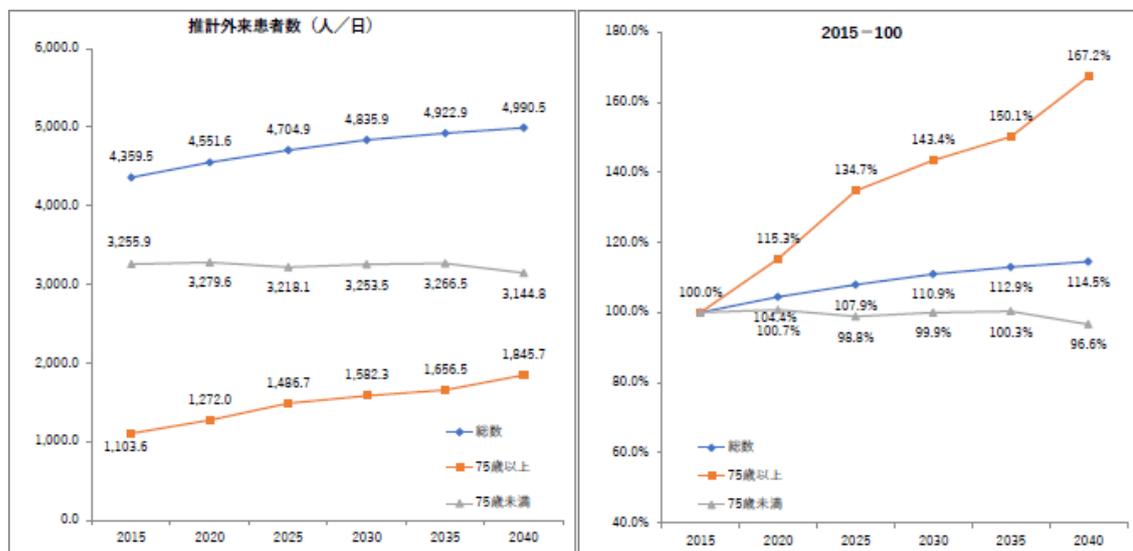
出所) 第 7 期国立市介護保険事業計画（2018 年 3 月）

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）



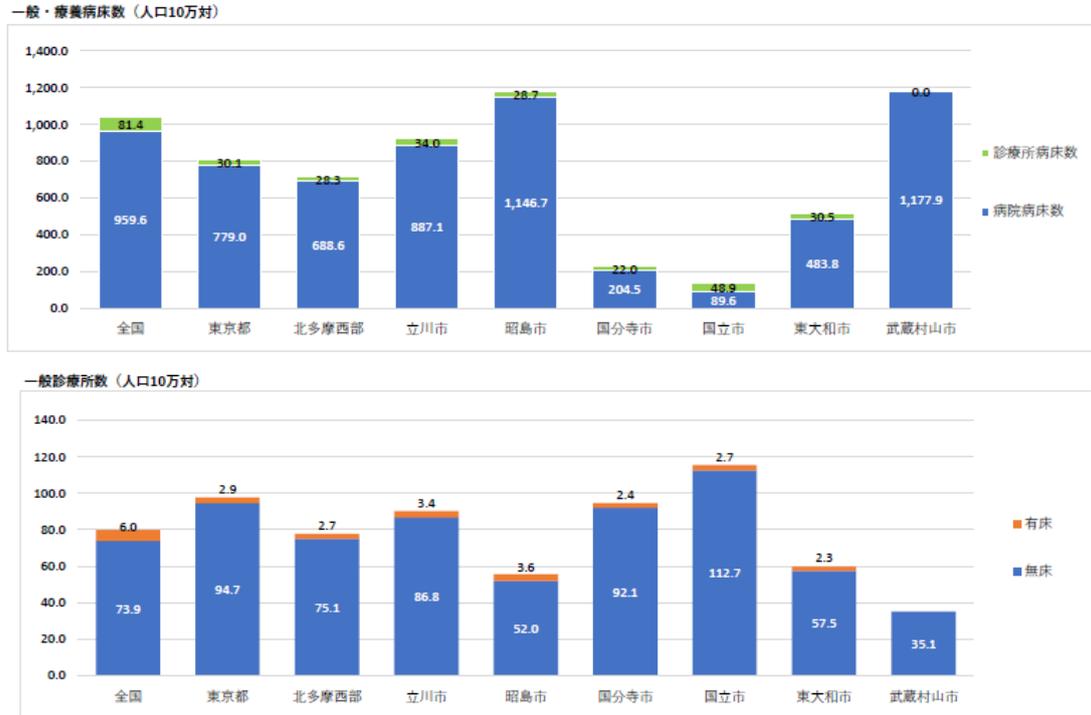
出所) 厚生労働省「平成 26 年患者調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」を用いて推計した

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）



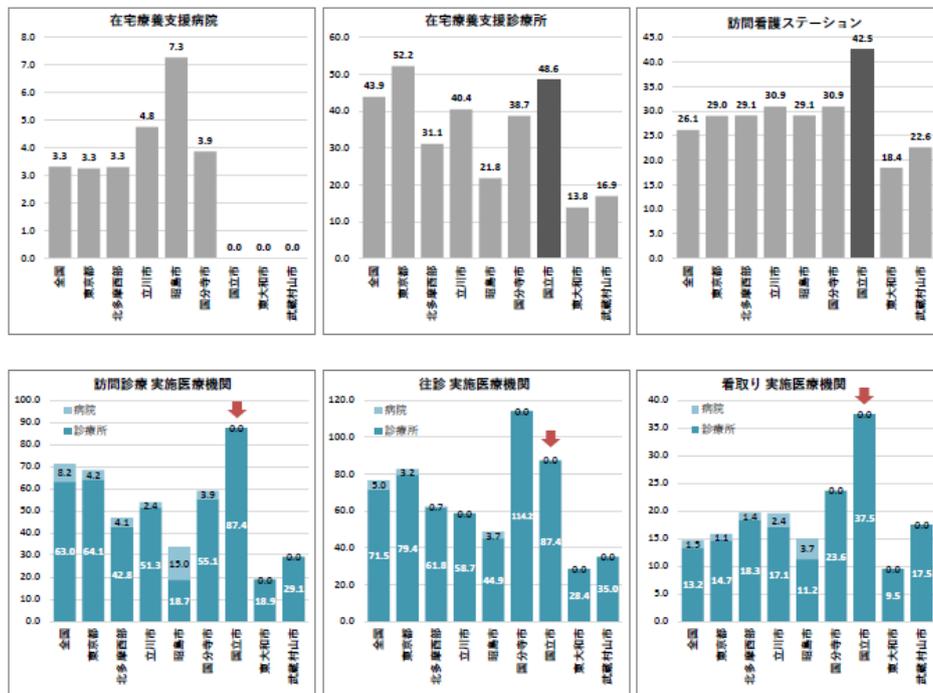
出所) 厚生労働省「平成 26 年患者調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」を用いて推計した

図表 5-1. 国立市と近隣自治体の医療資源の状況



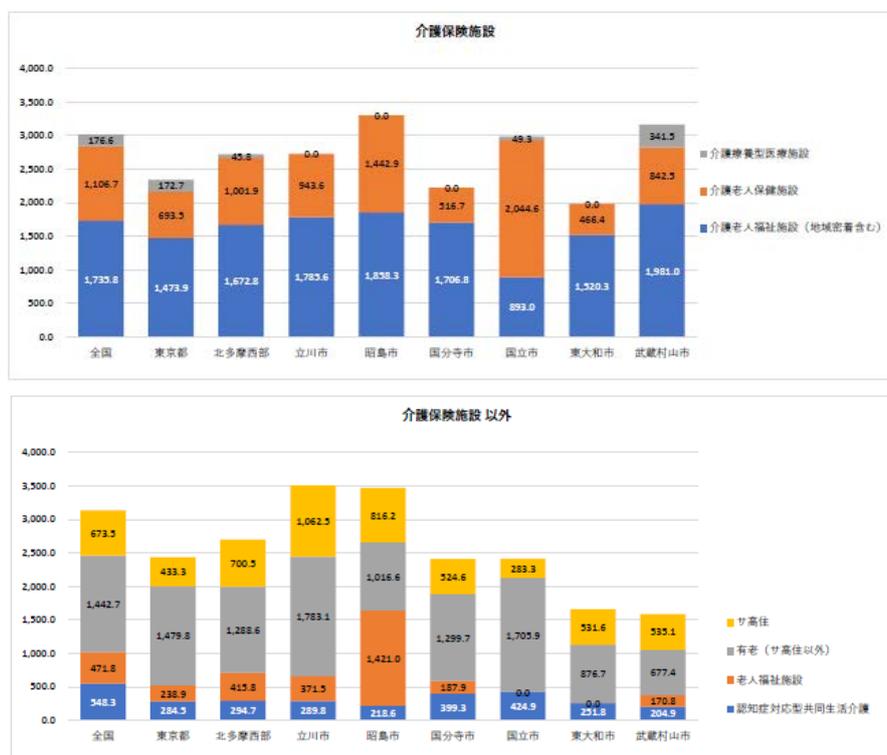
出所) 厚生労働省「平成 28 年医療施設調査」、総務省統計局「平成 27 年度国勢調査人口等基礎集計」を基に作成

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)



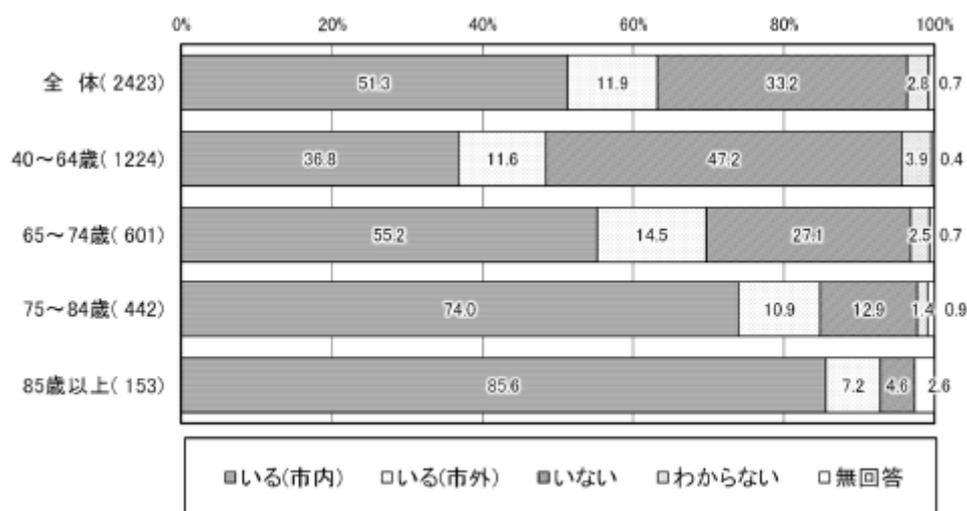
出所) 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集 (平成 29 年 11 月 22 日更新)」を基に作成

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）



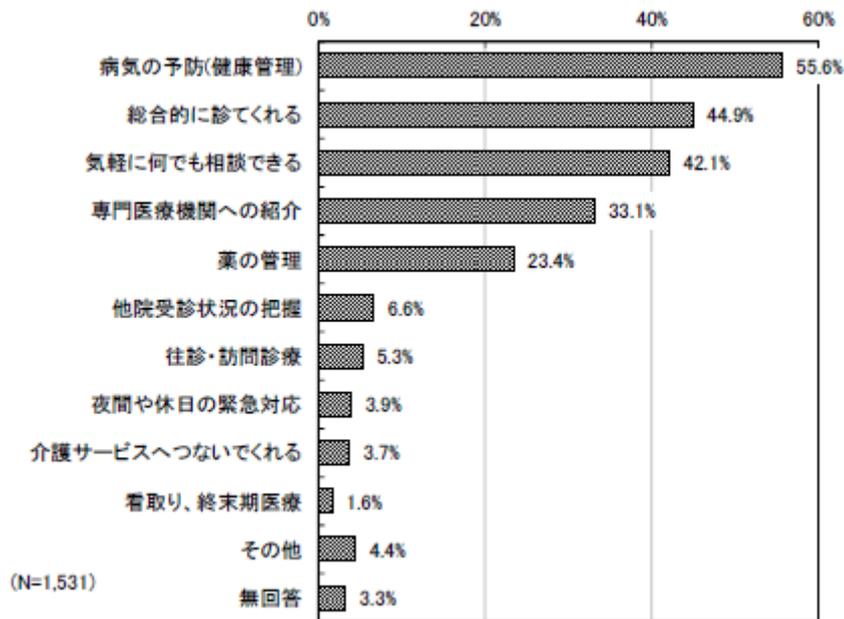
出所) 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査、平成 28 年社会福祉施設等調査などをもとに作成

図表 7-1. 年代別にみたかかりつけ医の有無



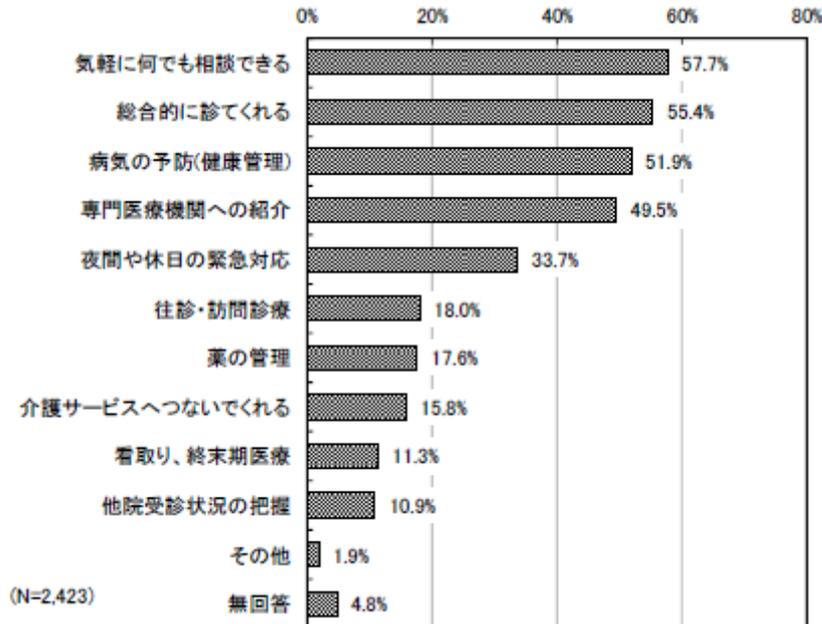
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

図表 7-2. かかりつけ医が行ってくれること（複数回答）



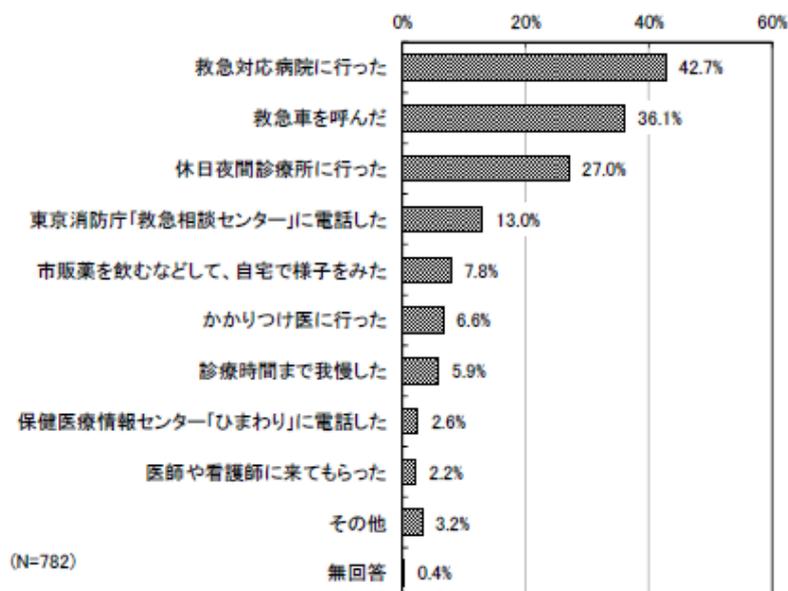
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 7-3. かかりつけ医に望む医療やサービス（複数回答）



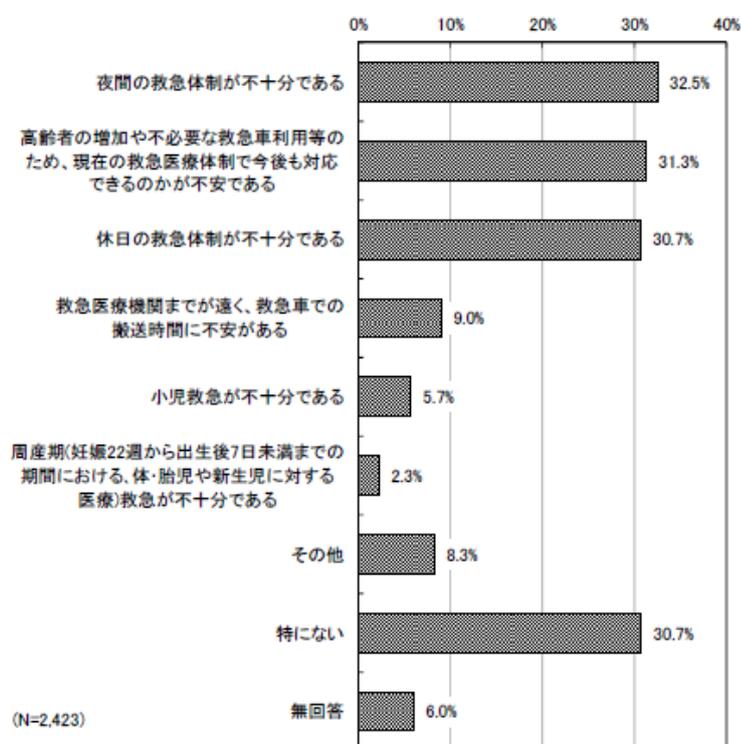
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

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）



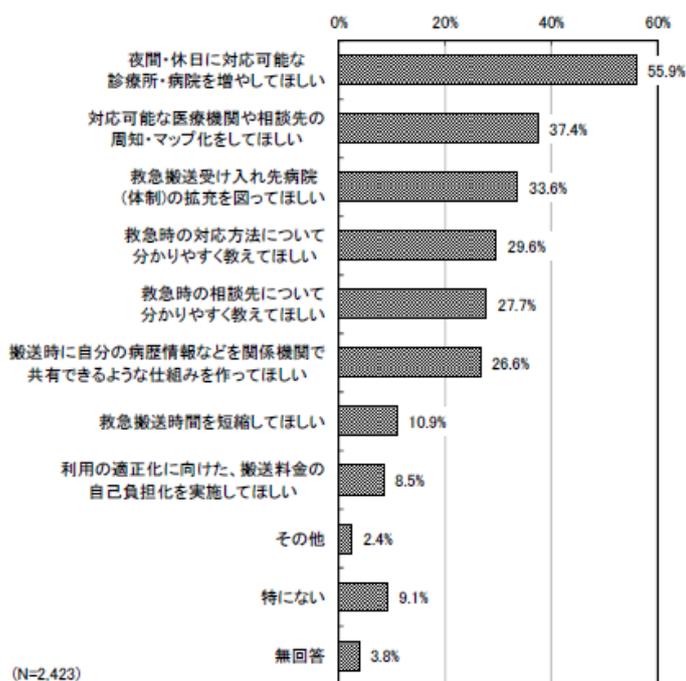
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

図表 8-2. 市内の救急医療への不安（複数回答）



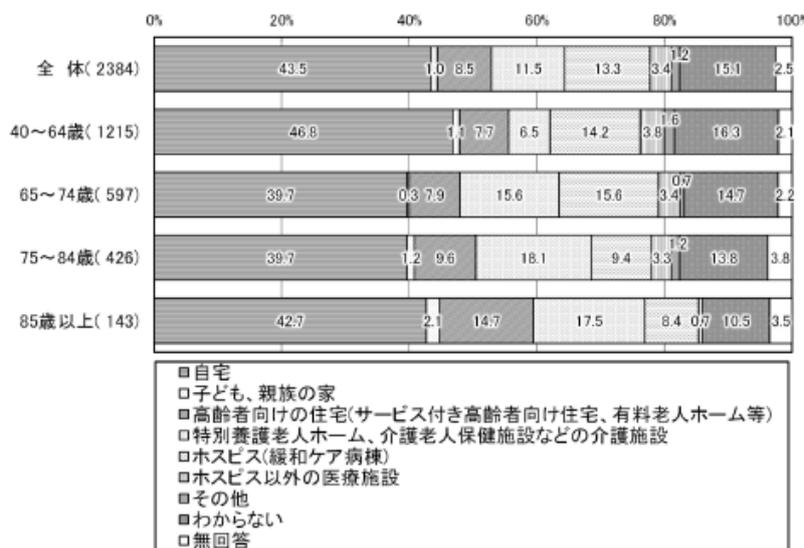
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

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）



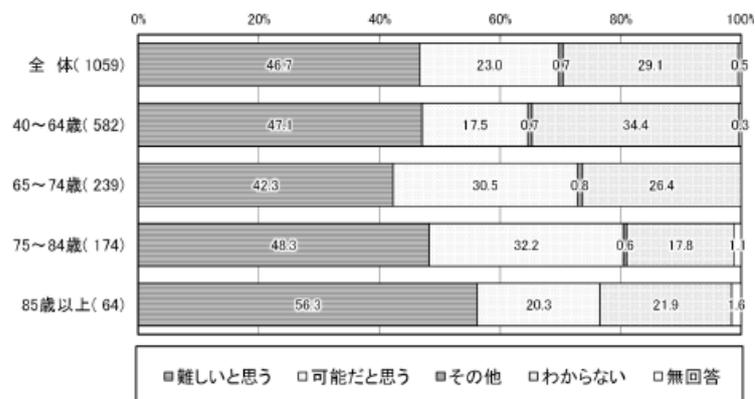
出所) 国立市市民アンケート（2018年2月実施）

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



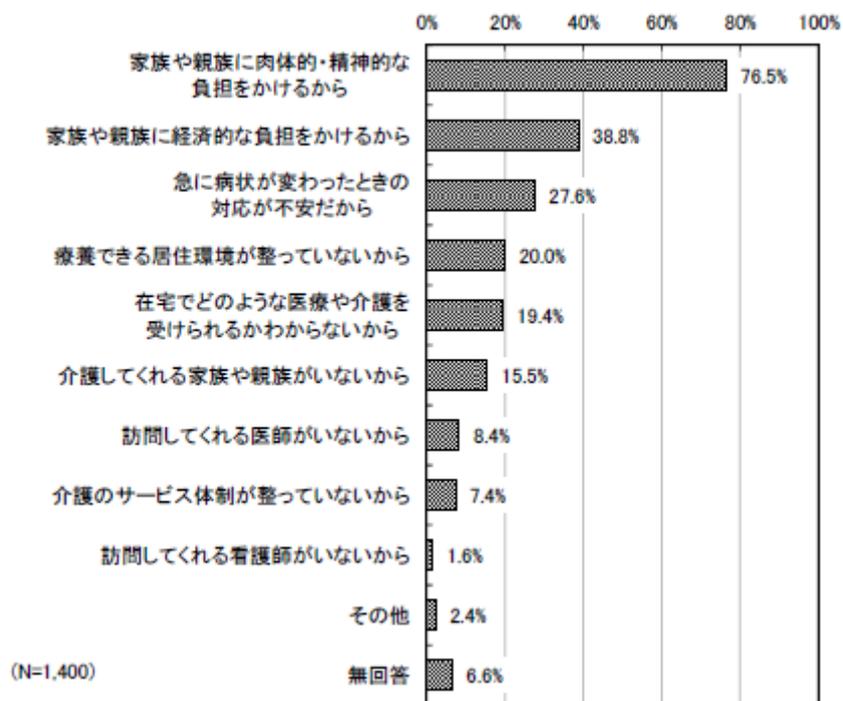
出所) 国立市市民アンケート（2018年2月実施）

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



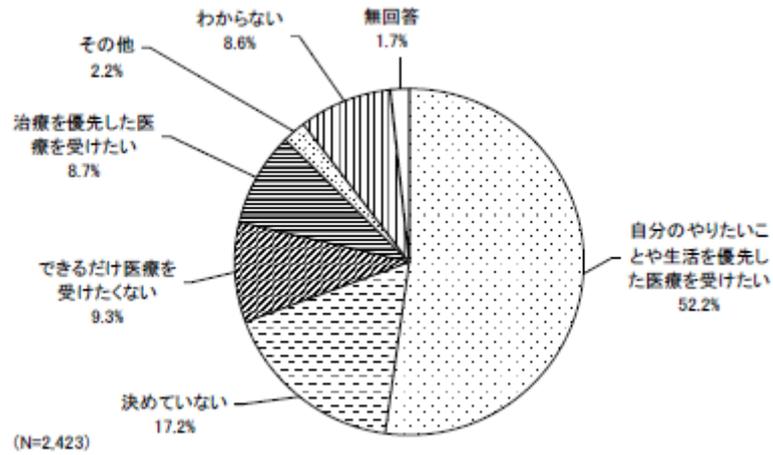
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 9-3. 自宅等での療養が困難と考える理由 (複数回答)



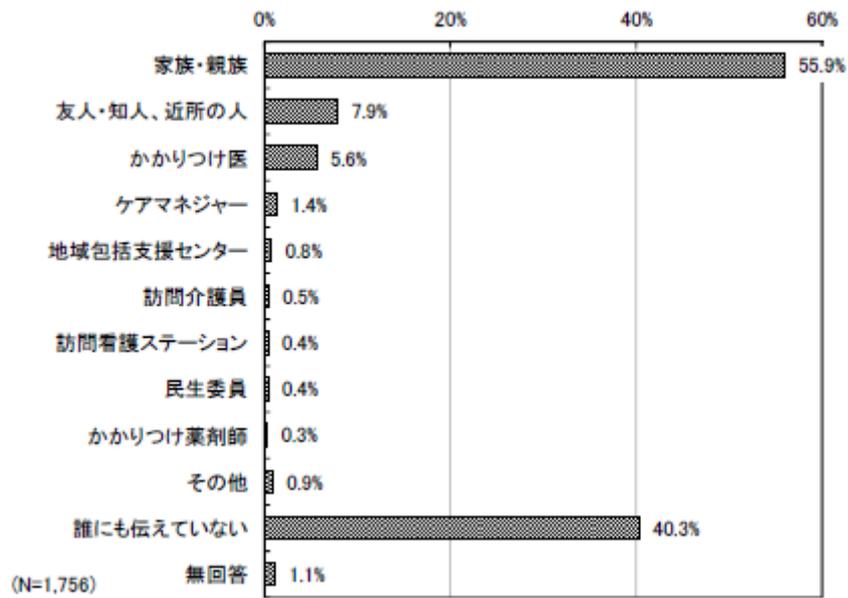
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 10-1. 人生の最終段階に受ける医療・ケアの方針



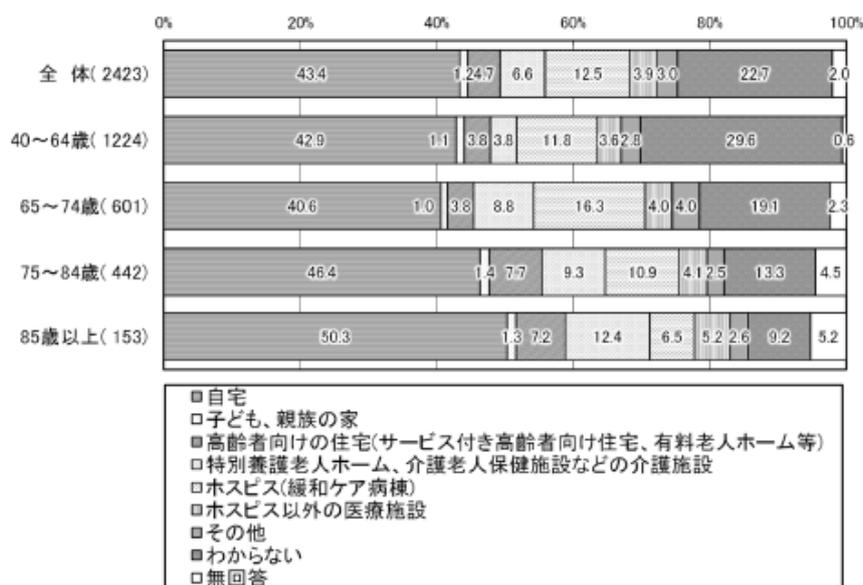
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 10-2. 受ける医療・ケア方針の伝達先 (複数回答)



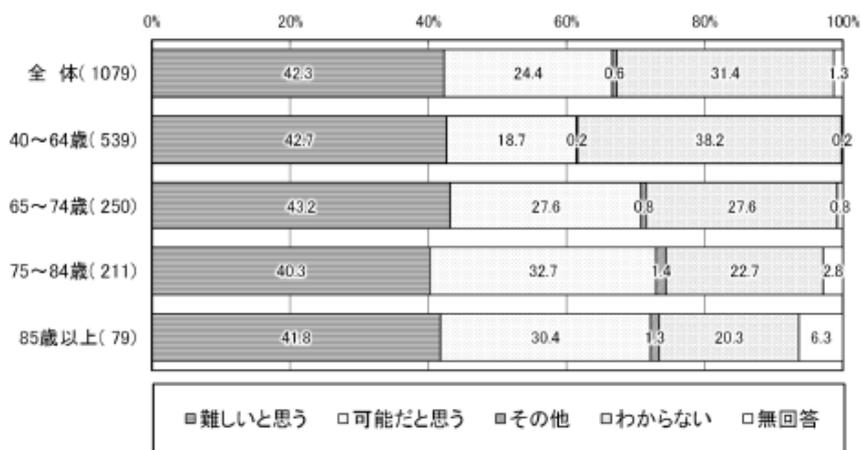
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-1. 年代別にみた人生の最期を迎えたい場所



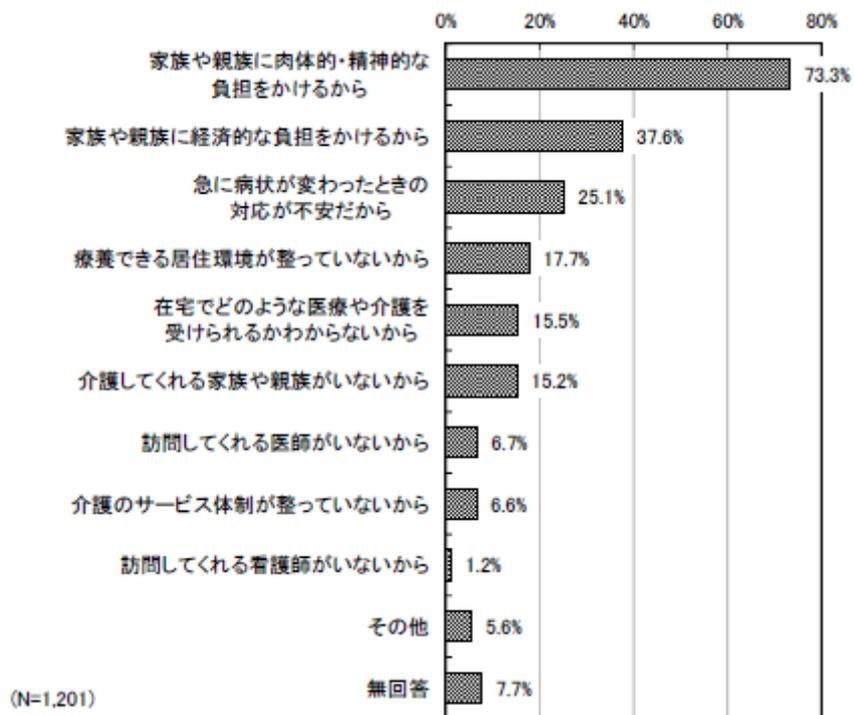
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

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)

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）

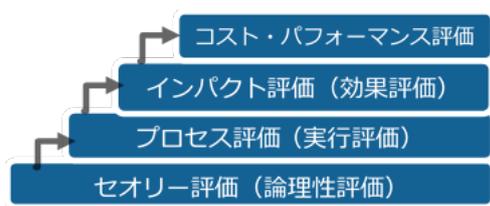
研究要旨

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）

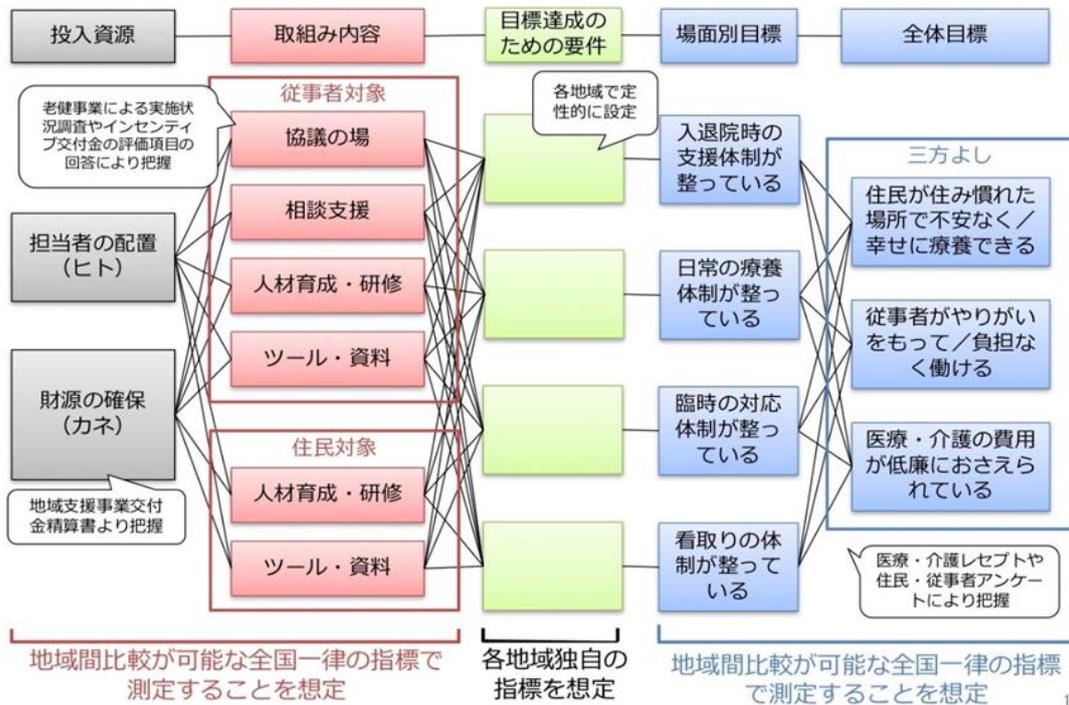


表1. 医療・介護レセプトを用いて集計可能な指標

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)	「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 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) 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 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) 			

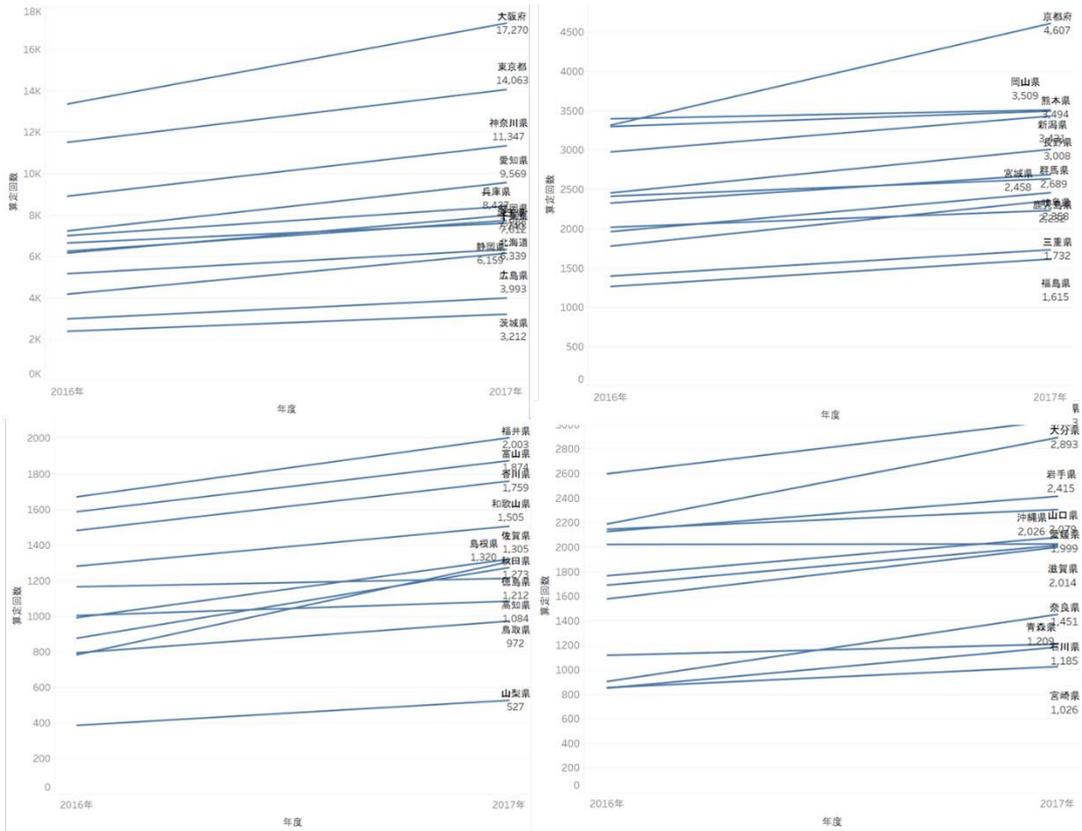
* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。
 ** 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入居者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の場合在宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで療養するかをよく検討する必要がある。
 *** 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsey M, et al. BMJ Open 2013; doi:10.1136/bmjopen-2012-002070 などを参照のこと。

<参考>

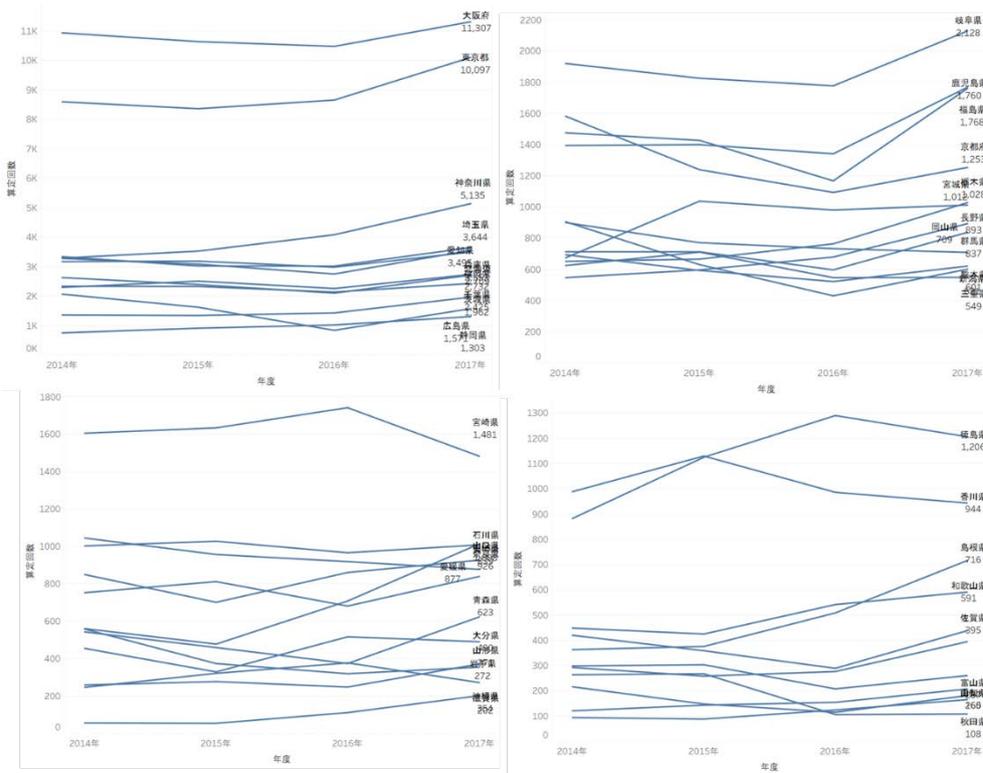
- ・厚生労働省 NDB オープンデータ（第1回～第4回）で、集計可能な指標について、算定回数（1か月平均）の推移を都道府県別に可視化し、算定状況を確認した。
- ・NDB データの集計のため算定回数が10未満の場合はデータが公表されていない。その場合は「0」として集計を行った。

1. 入退院支援

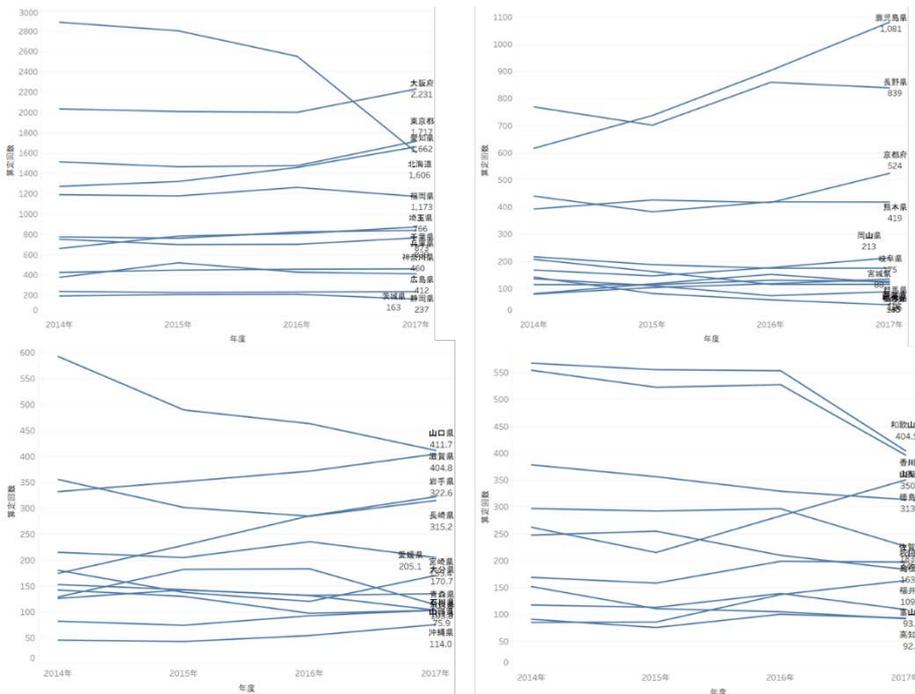
1) 退院支援加算 算定回数（1か月平均）



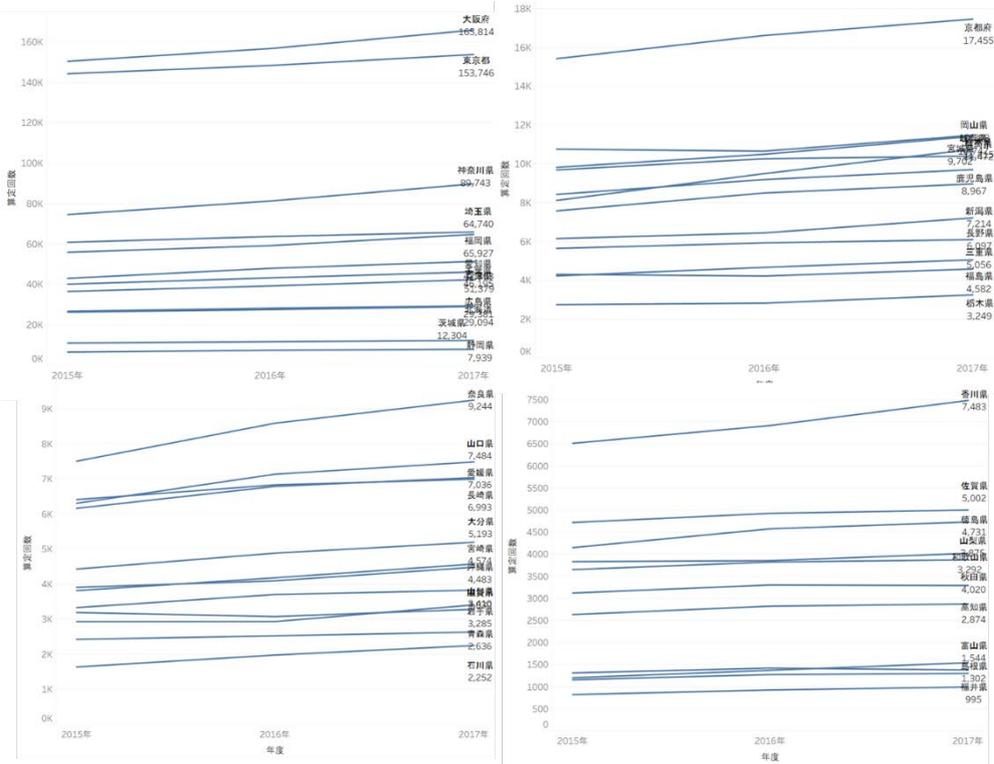
2) 在宅患者訪問看護指導料 算定回数 (1か月平均)



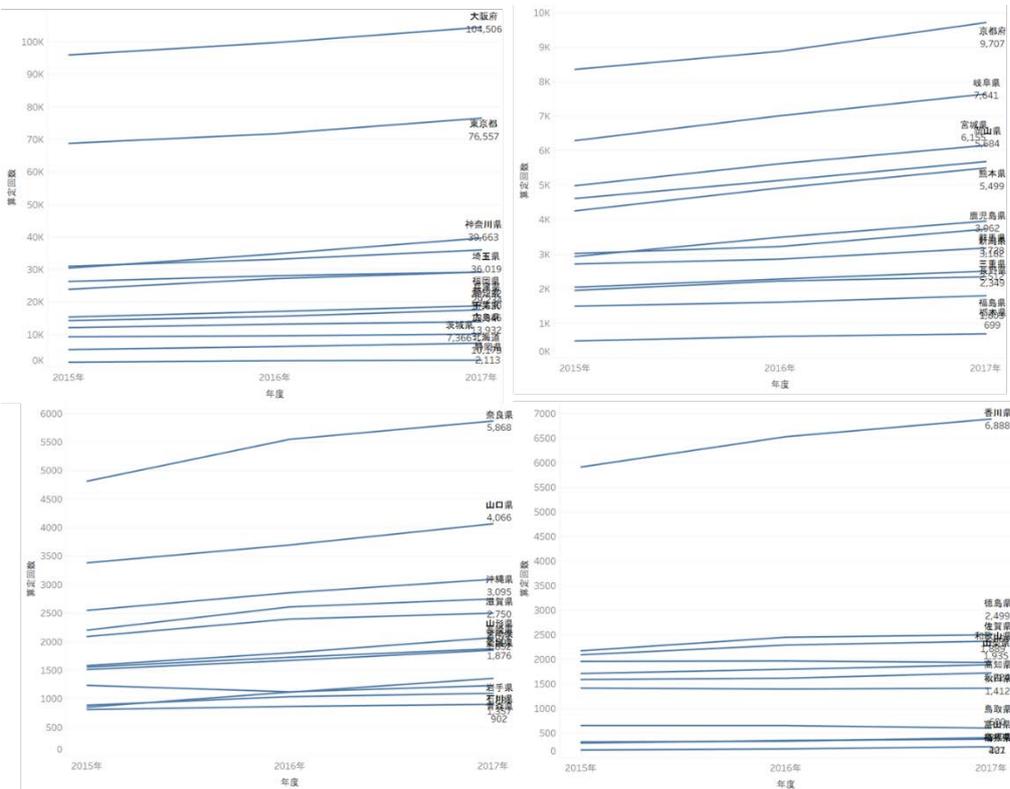
3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 算定回数 (1か月平均)



4) 歯科訪問診療料 算定回数 (1 か月平均)

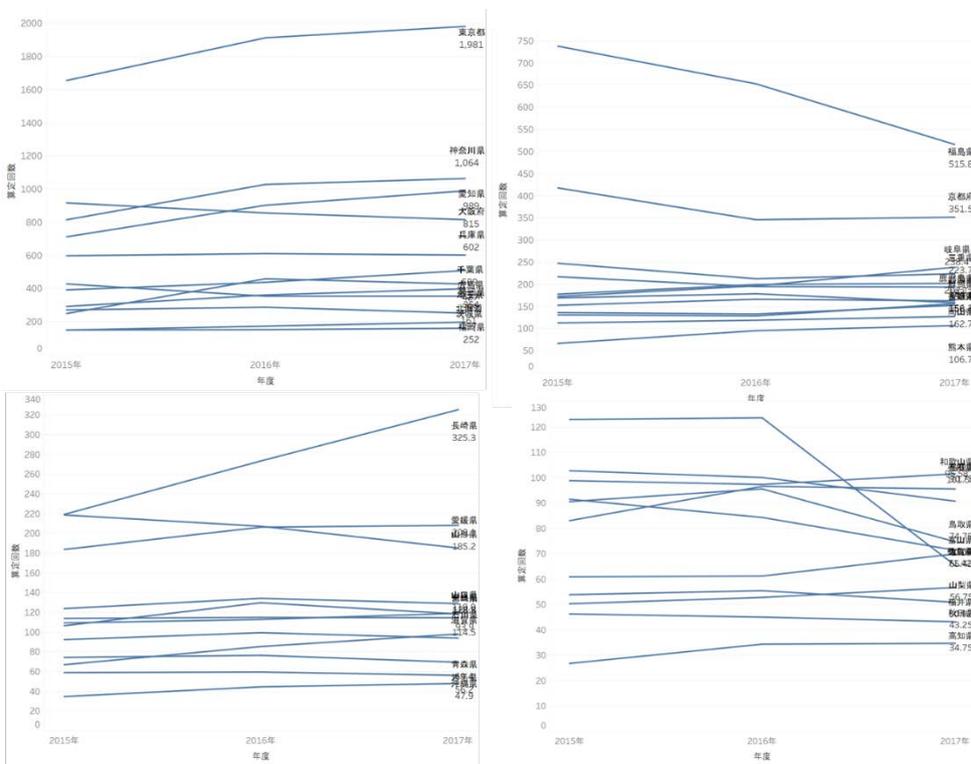


5) 訪問歯科衛生指導料 算定回数 (1 か月平均)

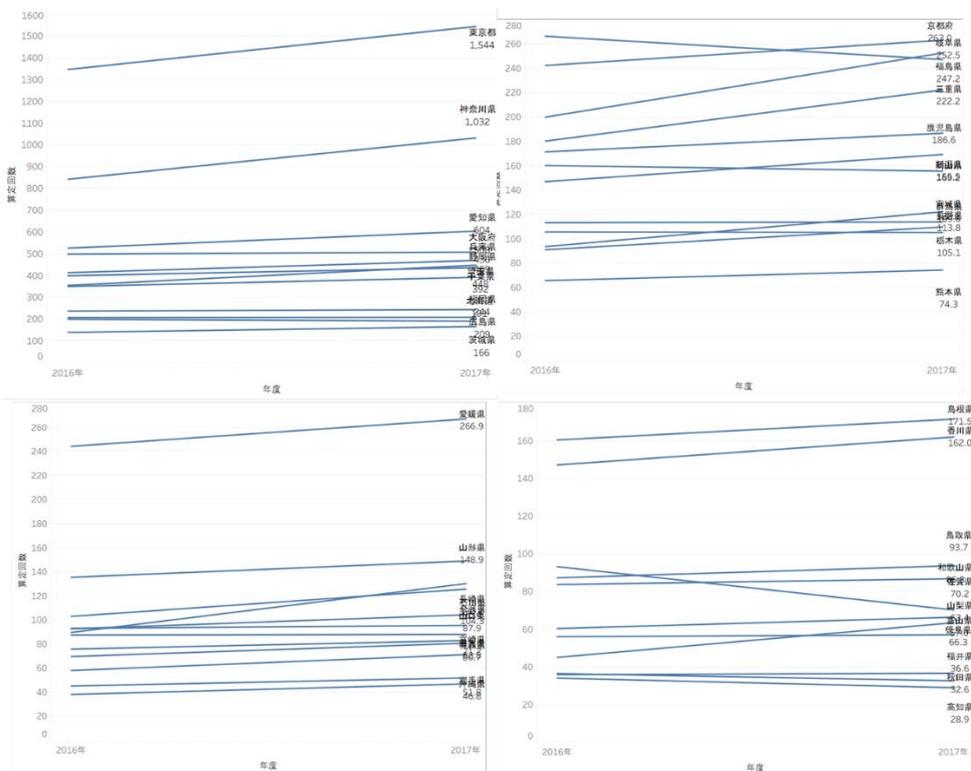


3. 臨時の対応体制

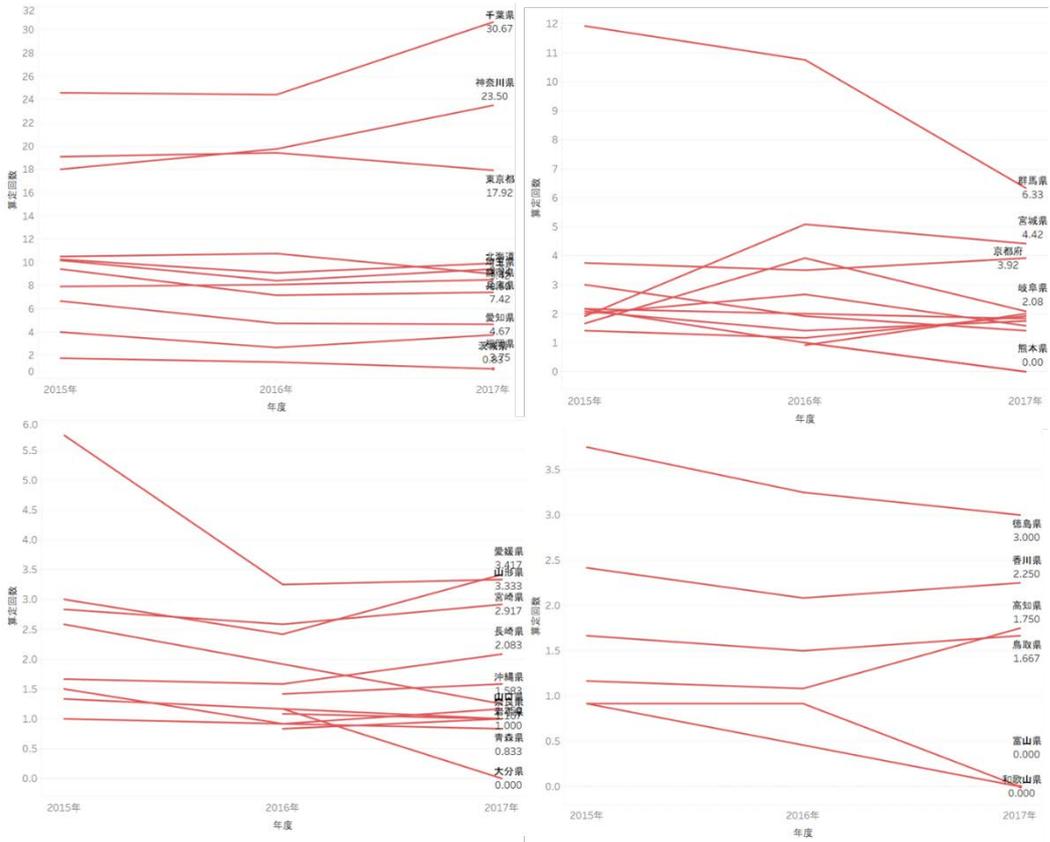
1) 夜間往診加算 算定回数 (1 か月平均)



2) 休日往診加算 算定回数 (1 か月平均)



3) 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）



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見た 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

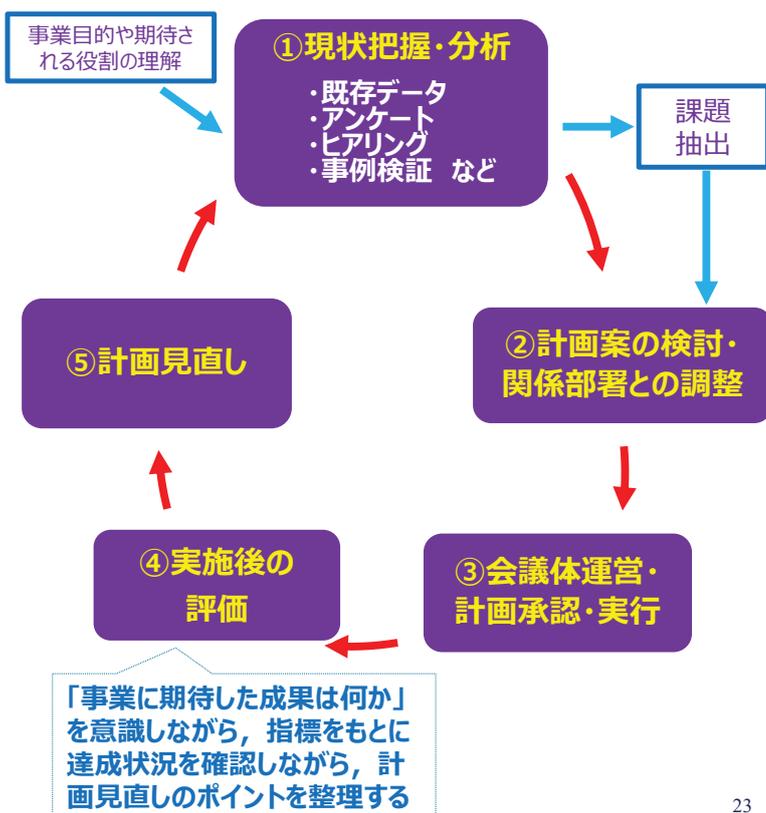
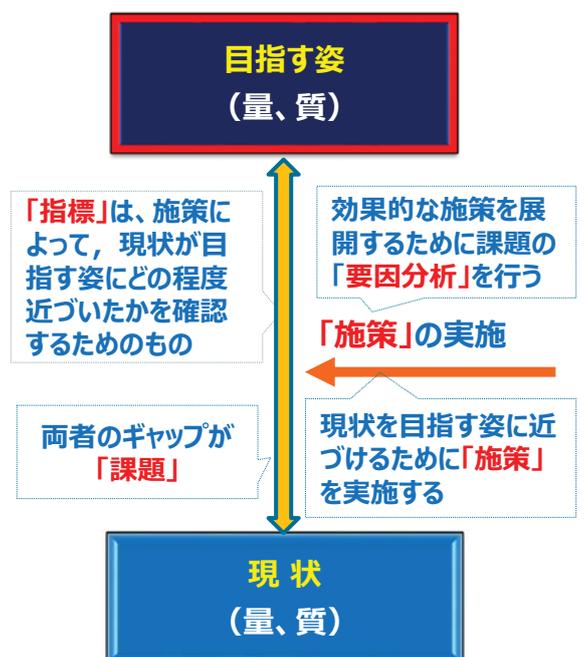


図2. 課題と施策と指標の関係性



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（何がどう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

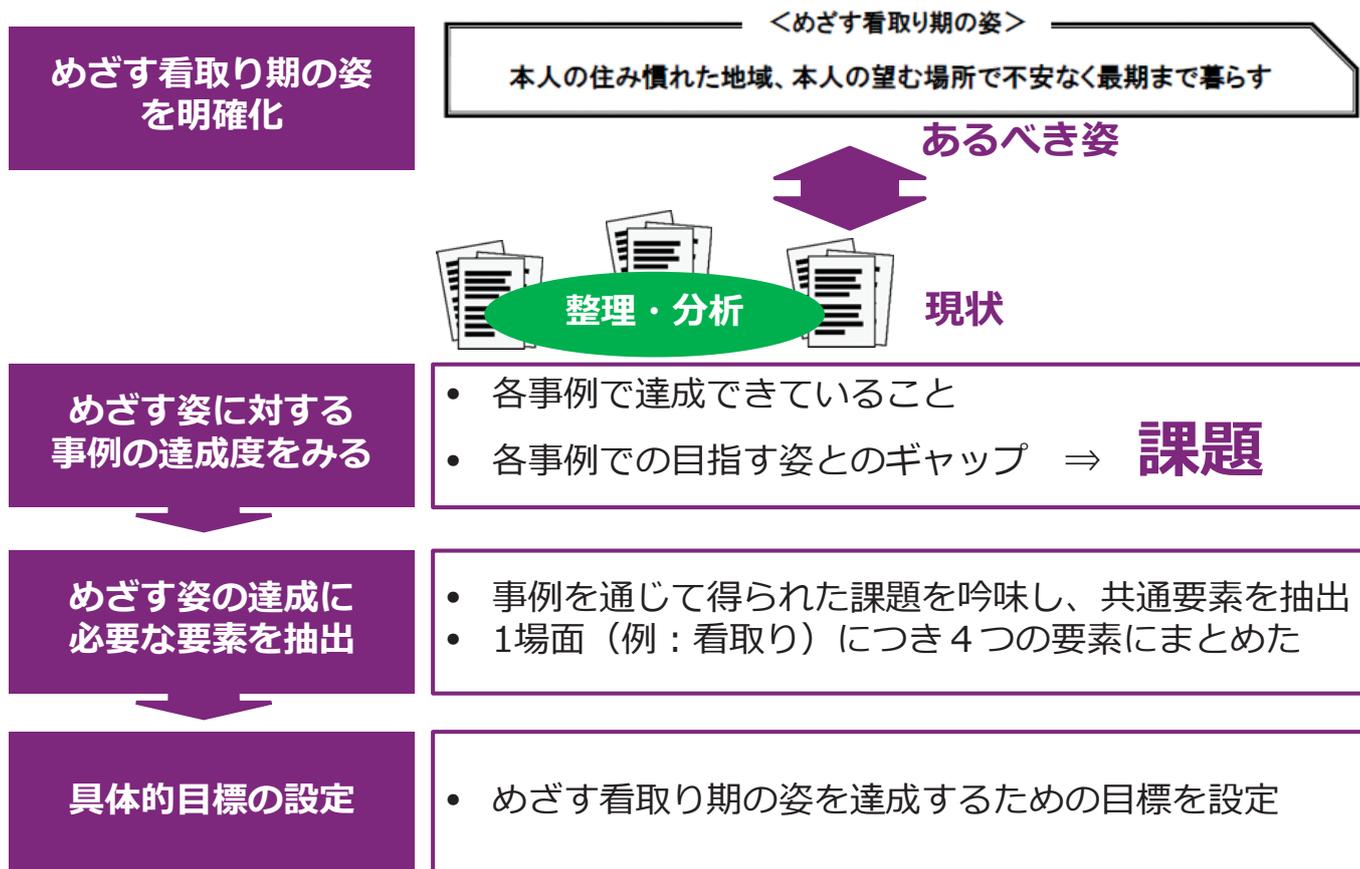


ロジックモデルの考え方を活用した地域医療計画の策定プロセス

<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していない。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