

厚生労働科学研究費補助金
(長寿科学政策研究事業)

僻地、中山間地域、小規模自治体を中心と
した医療・介護連携に係る指標の検討に資
する研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 赤羽 学

(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

令和8(2026)年3月

目 次

1. [総括研究]

僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
(赤羽学 研究代表者)

A. 研究目的	1-2
B. 研究方法	1-2
C. 研究結果	1-4
D. 考察	1-6
E. 結論	1-7
F. 健康危険情報	1-8
G. 研究発表	1-8
1. 論文発表	1-8
2. 学会発表	1-8
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-8
1. 特許取得	1-8
2. 実用新案登録	1-8
3. その他	1-8

2. [分担研究]

分担1. 在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発
(松本佳子、赤羽学、次橋幸男、西岡祐一、中西康裕、金雪瑩、大冢賀政昭、柴山志穂美)

A. 研究目的	2-1
B. 研究方法	2-2
C. 研究結果	2-2
D. 考察	2-6
E. 結論	2-6
F. 健康危険情報	2-6
G. 研究発表	2-6
1. 論文発表	2-6
2. 学会発表	2-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-7
1. 特許取得	2-7

2. 実用新案登録	2-7
3. その他	2-7

分担 2. 在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討：

医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計

(中西康裕、金雪瑩、次橋幸男、西岡祐一、森井康博、赤羽学)

A. 研究目的	3-1
B. 研究方法	3-1
C. 研究結果	3-2
D. 考察	3-3
E. 結論	3-3
F. 健康危険情報	3-4
G. 研究発表	3-4
1. 論文発表	3-4
2. 学会発表	3-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	3-4
1. 特許取得	3-4
2. 実用新案登録	3-4
3. その他	3-4

分担 3. 介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出

— 2018-2022年の推移および二次医療圏別分析 —

(金雪瑩、中西康裕、赤羽学)

A. 研究目的	4-1
B. 研究方法	4-1
C. 研究結果	4-2
D. 考察	4-3
E. 結論	4-3
F. 健康危険情報	4-4
G. 研究発表	4-4
1. 論文発表	4-4
2. 学会発表	4-4

H. 知的財産権の出願・登録状況	4-4
1. 特許取得	4-4
2. 実用新案登録	4-4
3. その他	4-4

分担 4. 僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討

歯科口腔領域におけるロジックモデル案

(山本貴文)

A. 研究目的	5-1
B. 研究方法	5-1
C. 研究結果	5-2
D. 考察	5-2
E. 結論	5-3
F. 健康危険情報	5-3
G. 研究発表	5-3
1. 論文発表	5-3
2. 学会発表	5-3
H. 知的財産権の出願・登録状況	5-3
1. 特許取得	5-3
2. 実用新案登録	5-3
3. その他	5-3

分担 5. 僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討

(大冢賀政昭、柴山志穂美)

A. 研究目的	6-1
B. 研究方法	6-2
C. 研究結果	6-3
D. 考察	6-4
E. 結論	6-6
F. 健康危険情報	6-6
G. 研究発表	6-6
1. 論文発表	6-6

2. 学会発表	6-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	6-6
1. 特許取得	6-6
2. 実用新案登録	6-6
3. その他	6-6

分担 6. 地域住民を対象としたウェブアンケートによる医療・介護連携に関する住民意向調査

(赤羽学、大冢賀政昭、中西康裕、金雪瑩、松本佳子、赤羽たけみ)

A. 研究目的	7-1
B. 研究方法	7-2
C. 研究結果	7-3
D. 考察	7-4
E. 結論	7-5
F. 健康危険情報	7-6
G. 研究発表	7-6
1. 論文発表	7-6
2. 学会発表	7-6
H. 知的財産権の出願・登録状況	7-6
1. 特許取得	7-6
2. 実用新案登録	7-6
3. その他	7-6

3. 研究成果の刊行に関する一覧表	8-1
-------------------------	-----

僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る 指標の検討に資する研究

研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長)

研究要旨

本研究は、僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携の推進に資する評価指標の検討を目的として実施した。これらの地域では、医療・介護資源の不足や人口規模の小ささに起因するサービス提供体制の脆弱性が課題とされており、地域の実情に応じた評価指標および評価方法の確立が求められている。本研究では、在宅医療の4つの場面(入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り)に基づき、医療・介護連携を包括的に捉えるロジックモデルを構築し、評価指標の体系化を行った。さらに、医療・介護レセプトデータ(KDB)を用いて、これらの指標の抽出可能性および地域差の把握を行い、実務的な評価手法としての有用性を検証した。また、歯科口腔領域における連携指標の検討や、システマティックレビューによる僻地特有の評価視点の整理を行い、地域特性に応じた指標設計の必要性を明らかにした。加えて、地域住民を対象としたアンケート調査を実施し、医療・介護体制に対する認識や不安、災害時・感染症流行時における行政への期待等を把握し、利用者視点を含めた評価の重要性を示した。これらの結果から、僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携の評価においては、従来の資源量やサービス提供量に基づく評価に加え、「サービスの到達可能性」「多職種連携の質」「地域における生活基盤」「住民の安心感」といった多面的視点を統合した評価枠組みが必要であることが示唆された。今後は、医療・介護レセプトデータと住民意識を統合した分析を進めるとともに、本研究で提示したロジックモデル評価指標の実証的検証を通じて、地域の実情に応じた実効性の高い評価手法の確立が求められる。

本研究の研究体制は以下のとおりである。

- ・赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長)
- ・大冨賀政昭 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官)
- ・中西康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・金 雪瑩 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・森井康博 (国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター 主任研究官)

- ・松本佳子 (医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部/研究部)
- ・柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長)
- ・赤羽たけみ (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 博士研究員/宇陀市立病院 院長)
- ・次橋幸男 (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部公衆衛生学 准教授)
- ・西岡祐一 (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部公衆衛生学 助教)
- ・山本貴文 (北海道大学病院予防歯科 助教)

A. 研究目的

本研究は、僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携の推進に資する評価指標および評価方法の検討を目的として実施した。これらの地域では、医療・介護資源の不足や地理的制約、人口規模の小ささ等により、都市部とは異なる提供体制および連携のあり方が求められている一方、従来の資源量やサービス提供量を中心とした評価指標では、地域の実態を十分に反映できない可能性が指摘されている。

このため本研究では、在宅医療の4つの場面(入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り)を基盤とし、医療・介護連携を包括的に捉えるロジックモデルを構築するとともに、医療・介護レセプトデータ等を用いた指標の抽出可能性および地域差の把握を行う。また、歯科口腔領域を含む多職種連携の観点や、システムティックレビューによる理論的整理、さらに地域住民の認識やニーズの把握を通じて、供給体制のみならず利用実態および利用者視点を含めた多面的な評価のあり方を検討した。

具体的には以下の研究課題を実施した。

- ・在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発(松本、赤羽学、次橋、西岡、中西、金、大冨賀、柴山)
- ・在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討：医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計(中西、金、次橋、西岡、森井、赤羽学)
- ・介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出-2018-2022年の推移および二次医療圏別分析-(金、中西、赤羽学)
- ・僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討 歯科口腔領域におけるロジックモデル案(山本)
- ・僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討(大冨賀、柴山)
- ・地域住民を対象としたウェブアンケートによる

医療・介護連携に関する住民意向調査(赤羽学、大冨賀、中西、金、松本、赤羽たけみ)

B. 研究方法

B. 1. 全体概要

本研究では、まずロジックモデルの構築により評価指標の体系化を行い、次に医療・介護レセプトデータを用いて指標の抽出可能性および地域差を検証した。さらに、歯科領域における指標の検討、システムティックレビューによる評価視点の整理、地域住民の意向把握を通じて、多面的な評価の必要性を明らかにした。

以下に各分担研究の概要と班会議について示す。

(班会議の参加メンバー) (敬称略、順不同)

- ・赤羽 学(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長)
- ・大冨賀昭(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官)
- ・中西康裕(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・金 雪瑩(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・森井康博(国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター 主任研究官)
- ・松本佳子(医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部/研究部)
- ・柴山志穂美(神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長)
- ・赤羽たけみ(公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 博士研究員、宇陀市立病院 院長)
- ・次橋幸男(公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 准教授)
- ・西岡祐一(公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 助教)
- ・山本貴文(北海道大学病院 予防歯科 助教)

(班会議の開催状況)

- ・令和7年6月25日(水) (ハイブリッド)
- ・令和8年2月26日(木) (オンライン)

(倫理面への配慮)

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。医療・介護レセプト連結データベース(KDB)の分析結果については、関連するガイドラインに従い、個人および医療機関・介護事業所等が特定されないよう、最小集計単位の設定等の配慮を行ったうえで公表審査を受けて承認を得た。

B. 2. 分担研究について

本年度研究として、A研究目的に示した課題を実施した。詳細については、それぞれの分担研究報告書を参照されたい。

B. 2. 1. 在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発

僻地・中山間地域・小規模自治体における在宅医療および在宅医療・介護連携の施策評価に資する基本ロジックモデルおよび評価指標の開発を目的として、合議的検討を行った。具体的には、医療経済研究機構が作成した在宅医療分野のロジックモデルおよび指標データ集を原案とし、厚生労働省の医療計画に係る指針、在宅医療・介護連携推進事業の手引き、関連する交付金評価指標等を参照した。また、47都道府県の医療計画における在宅医療分野の施策内容を分析し、その結果を反映した。検討は研究代表者・分担者・協力者で構成されるチームにより、5回の議論を通じて行い、ロジックモデルの構成要素および評価指標の妥当性について検討した。

B. 2. 2. 在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討：医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計

本研究では、在宅医療・介護ロジックモデルにおいて設定された中間アウトカム指標について、

レセプトデータを用いた抽出可能性を検証することを目的とし、医科(入院・入院外)、歯科、調剤レセプトを用いた分析を行った。対象データは、奈良県KDB改良データに基づく2018年度から2022年度までの医療・介護レセプトとし、匿名化された患者単位での追跡が可能なデータを用いた。分析対象は、在宅医療の4つの場面(入院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り)に対応する中間アウトカム指標とし、各指標について診療行為コードに基づくレセプト定義を行った。その上で、性・年齢別および地域別に該当患者の抽出を行い、県全体の年次推移および二次医療圏別の実患者数を集計した。主な分析対象は75歳以上の後期高齢者とし、指標ごとに抽出可能性および集計結果の特性を検討した。

B. 2. 3. 介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出 -2018-2022年の推移および二次医療圏別分析-

在宅医療・介護連携機能を可視化するため、介護レセプトデータを用いて算出可能な評価指標を整理し、ロジックモデルに基づき体系的に分析を行った。対象データは奈良県KDBに含まれる2018年度から2022年度までの介護レセプトとし、「入院支援」では退院退所加算や入院時情報連携加算、「日常の療養支援」では訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問口腔衛生指導、訪問リハビリテーション等の利用者数、「急変時の対応」では夜間・早朝・深夜の訪問看護利用者数、「看取り」ではターミナルケア加算および看取り介護加算の利用者数を用いた。各指標について年度別の件数・利用者数を集計し、経年推移を整理するとともに、2022年度については二次医療圏別に集計し地域差の分析を行った。

B. 2. 4. 僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討 歯科口腔領域におけるロジックモデル案

歯科口腔領域に着目し、在宅歯科診療の現状と課題を把握するためのレビューを実施した。対象

とした資料は、行政資料、事業報告書、関連調査結果等とし、歯科医療資源の配置状況、訪問歯科診療の提供体制、医療・介護との連携状況、在宅歯科医療推進上の障壁等について整理した。また、これらの結果をもとに、地域特性に応じて把握可能で説明可能性の高い評価指標候補を抽出した。さらに、レビュー結果に基づき、歯科領域における在宅医療・介護連携のロジックモデル案を作成し、インプット、アクティビティ、アウトプットの枠組みに沿って整理するとともに、対象者の状態に応じた層別化の視点を導入した。

B. 2. 5. 僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討

僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携の評価指標の検討に資することを目的として、システマティックレビューを実施した。文献検索は PRISMA ガイドラインに準拠し、2015 年 1 月から 2025 年 1 月までに公表された国内外の研究を対象に、PubMed、Cochrane Library、Google Scholar 等のデータベースを用いて実施した。検索では「統合的ケア」「医療・介護連携」「僻地・農村」「評価指標」等の概念を組み合わせ、包含基準として医療と介護の連携を扱い、僻地または医療資源不足地域を対象とし、評価指標またはアウトカムを定量的に示した研究を選定した。一次スクリーニングおよび全文査読を経て 61 件の文献を分析対象とし、研究デザイン、対象地域、介入内容、評価指標等を抽出した。

B. 2. 6. 地域住民を対象としたウェブアンケートによる医療・介護連携に関する住民意向調査

本研究では、地域住民の意向やニーズを把握するためのウェブアンケート調査を実施した。対象は奈良県在住の 40～79 歳の住民とし、年齢階級別および男女別の人口構成比に基づく割合を行い、インターネット調査会社の登録モニターを用いて調査を実施した。基本属性に加えて、健康状態、医療・介護利用状況、地域とのつながり、在宅医療に関する認識、災害時および感染症流行時

における行政への期待等を把握した。さらに、自由記述回答についてはテキスト分析ソフト（KH Coder）を用いて頻出語分析および共起ネットワーク分析を行い、住民意識の構造的把握を試みた。

C. 研究結果

C. 1. 在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発

最終アウトカム 1 項目、中間アウトカム 5 項目、初期アウトカム 41 項目、施策およびアウトプットから構成される基本ロジックモデルを構築し、合計 105 の評価指標を設定した。中間アウトカムは、在宅医療の 4 つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時対応、看取り）に加え、「災害・新興感染症発生時の対応」を新たに設定した。最終アウトカムは「住民が住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できる」とし、QOL、自宅での孤立死、死亡場所別割合などの指標を設定した。各中間アウトカムにおいては、医療・介護レセプトから把握可能なサービス量指標に加え、連携や質を評価する指標を設定した。また、初期アウトカムでは、資源整備、多職種連携、人材育成、住民意識など、施策実施に必要な基盤要素を整理した。

C. 2. 在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討：医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計

「看取り」における一部指標を除き、ほとんどの中間アウトカム指標について医科・歯科・調剤レセプトからの抽出が可能であった。特に、「入退院支援」における退院調整を受けた患者数や、「急変時の対応」における夜間・休日・深夜の往診患者数は、経年的に増加傾向を示し、在宅医療提供体制の変化を反映する指標として有用であることが確認された。一方で、「日常の療養支援」における訪問リハビリテーションや訪問栄養指導、小児対象指標などでは、抽出患者数が極めて少なく、集計値の多くがマスキング対象となった。

また、訪問歯科診療では対象とする診療行為コードの範囲により実患者数や推移が大きく変動し、指標定義の違いが結果に大きな影響を与えることが示された。さらに、「看取り」に関する訪問看護指標については、医療レセプトのみでは把握が困難であることが明らかとなった。

C. 3. 介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出 -2018-2022年の推移および二次医療圏別分析-

すべての機能において介護レセプトデータから指標の算出が可能であり、在宅医療・介護連携機能の状況を把握できることが確認された。経年推移では、多くの指標で緩やかな増加傾向が認められ、特に訪問薬剤管理指導の利用者数は他の指標と比較して顕著な増加を示した。「急変時の対応」に関する夜間・早朝・深夜の訪問看護利用者数も増加傾向にあり、時間外対応体制の拡充が示唆された。「看取り」では、特別養護老人ホーム等における看取り介護加算が大きく増加し、施設における看取り体制の強化が示された。一方、「入退院支援」に関する指標では年度による変動がみられた。二次医療圏別の分析では、各機能において一定の地域差が認められ、サービス提供状況が地域により異なる可能性が示された。

C. 4. 僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討 歯科口腔領域におけるロジックモデル案

レビューの結果、歯科医療資源の偏在は小規模都市レベルでは一定の改善がみられる一方、僻地では依然として大きな課題が残されていた。また、在宅歯科医療の推進には医科医療機関、介護支援専門員、訪問看護、地域包括支援センター等との連携が不可欠であるが、実態としては紹介・依頼ベースの連携が中心であり、制度的に整備された連携体制は十分とはいえない状況が示された。さらに、歯科衛生士の確保が困難であることが在宅歯科医療の提供制約となっていることが確認さ

れた。これらを踏まえ、在宅歯科診療利用率や在宅療養管理指導（歯科）利用率、口腔衛生管理加算の施設カバー率等の指標候補を整理し、対象者の状態像に応じたロジックモデル案を作成した。

C. 5. 僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討

4つの主要テーマが抽出された。第一に、従来の医療資源量を中心とした構造指標から、「サービスが住民にどの程度到達しているか」を評価する到達可能性（Reachability）への転換が重要であることが示された。第二に、遠隔医療の導入だけでなく、支援者が介在する「支援付き遠隔医療」が実効性の高い評価対象となることが示された。第三に、多職種連携においてはタスク・シフティングや多機能人材の活用が重要であり、共有ケアプランやカンファレンスの質を評価するプロセス指標が重視されていた。第四に、インフォーマル・ケアの役割が大きく、介護者負担等の指標が重要な評価対象となることが示された。これらの知見を踏まえ、インプットからインパクトまでの5段階から構成されるロジックモデルを整理するとともに、ACSC入院率や在宅看取り率、支援付き遠隔診療実施率等、僻地特有の課題に対応した評価指標を抽出した。

C. 6. 地域住民を対象としたウェブアンケートによる医療・介護連携に関する住民意向調査

有効回答数は1,681名であり、奈良県内全自治体から回答を得た。急病時の対応については、適切な医療が受けられると考える者が一定数存在する一方、不安を感じる者も同程度存在し、地域の医療提供体制に対する認識が分かっていた。最期を迎える場所として自宅を希望する者が約半数を占め、在宅療養・看取りへのニーズの高さが示された。自由記述分析では、医療・介護連携への不安、医療機関や介護資源の不足、相談体制の不明確さが主要な課題として抽出された。災害時

および感染症流行時においては、医療・介護体制の維持に加え、行政による迅速かつ正確な情報提供への期待が大きいことが確認された。

D. 考察

D. 1. 在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発

本研究により、在宅医療の提供体制に加え、医療・介護連携や地域全体のケア提供体制を包括的に捉えるロジックモデルを構築できた点に意義がある。特に、孤立死や救急搬送、看取り体制など、地域の在り方や施策の方向性を議論する上で重要な指標を体系的に整理できたことは、政策的意義が高い。また、僻地・中山間地域・小規模自治体においては資源制約が大きいため、単一の指標ではなく複数の指標の関係性を踏まえた評価が必要であり、ロジックモデルの活用が有効と考えられる。一方で、サービスの質や多職種連携、利用者・家族の主観的評価に関する指標については、データ収集方法が未確立であり、今後の検討課題である。

D. 2. 在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討：医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計

レセプトデータ分析から在宅医療・介護連携に係る中間アウトカム指標の多くを把握可能であり、地域の医療提供体制やサービス利用の動向を客観的に把握する手段として有用であることが示された。一方で、地域単位での評価を行う際には、市町村単位での集計が必要となるが、人口規模の小さい地域では抽出患者数が少なく、マスクの影響により実務的な活用が制約される可能性がある。また、診療行為コードの設定範囲によって指標値が大きく変動することから、分析目的に応じた適切なレセプト定義の設定が不可欠である。訪問看護等の一部サービスは医療レセプト単独では把握が困難であり、在宅療養の実態を包括的に評価するためには、介護レセプトを含め

た統合的な分析基盤の構築が必要である。

D. 3. 介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出 -2018-2022年の推移および二次医療圏別分析-

介護レセプトデータは在宅医療・介護連携機能を多面的に把握する上で有用なデータソースであることが示された。特に、訪問系サービスや施設サービスの利用状況を通じて、在宅療養を支える支援体制の拡充状況を把握できる点に意義がある。一方で、指標の増減には制度改正や報酬体系の変更、感染症流行などの外的要因が影響している可能性があり、単純な増減のみで評価することには限界がある。また、地域差の分析においては、人口規模や高齢化率の違いが結果に影響を与えるため、分母を考慮した指標設計が必要である。さらに、介護レセプト単独では医療サービスとの連携状況を十分に把握できないため、医療レセプトとの突合による統合的分析が求められる。

D. 4. 僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討 歯科口腔領域におけるロジックモデル案

歯科領域における在宅医療・介護連携の評価においては、地域の医療資源および人的資源の制約を踏まえた指標設計が不可欠であることが示唆された。特に、都市部を前提とした歯科衛生士配置や施設基準に基づく評価のみでは、僻地・中山間地域・小規模自治体の実態を適切に反映できない可能性がある。また、歯科単独の提供体制ではなく、医療・介護との連携状況をどのように可視化するかが重要な課題であり、医療保険・介護保険双方のデータを活用した構造指標・プロセス指標の組み合わせが有効と考えられる。

D. 5. 僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討

僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価は、都市部で用いられてきた効率性中心の評価モデルとは異なる視点が必要であることが明らか

かとなった。特に、医療資源の量的充足ではなく、限られた資源をいかに活用し住民にサービスを届けるかという機能的評価への転換が求められる。また、遠隔医療やモバイル診療、多職種による役割分担など、地域特性に応じた柔軟な提供体制を評価するためには、構造指標に加えプロセス指標およびアウトカム指標を組み合わせた多層的な評価が必要である。

D. 6. 地域住民を対象としたウェブアンケートによる医療・介護連携に関する住民意向調査

地域における医療・介護連携の評価においては、サービス提供体制そのものだけでなく、住民がそれをどのように認識し、安心感を得ているかという視点を取り入れる必要があることが示唆された。特に、医療・介護の連携体制が整備されていても、住民に十分認知されていない場合には、実質的な安心感の向上にはつながらない可能性がある。さらに、災害時や感染症流行時のような非常時における対応能力は、地域の医療・介護連携体制の強靱性を示す重要な観点である。

E. 結論

E. 1. 在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発

本研究では、在宅医療および在宅医療・介護連携の施策評価に活用可能な汎用的な基本ロジックモデルを開発し、105 の評価指標を設定した。本モデルは、都道府県および市町村における施策・事業の評価や見直し、地域関係者間の合意形成に資する基盤として活用可能である。今後は、各指標のデータ収集方法の整理とともに、実データを用いた妥当性検証を進め、地域特性に応じた指標体系の精緻化を図る必要がある。

E. 2. 在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討：医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計

本研究では、在宅医療・介護ロジックモデルに

基づく中間アウトカム指標について、医科・歯科・調剤レセプトを用いた抽出可能性を検証し、その多くが実務的に把握可能であることを示した。一方で、市町村単位での集計におけるマスキングへの対応、指標定義の精緻化、医療・介護レセプトを統合した分析基盤の構築といった課題が明らかとなった。

E. 3. 介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出 -2018-2022 年の推移および二次医療圏別分析-

介護レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携機能に係る指標を整理し、経年推移および地域差の把握が可能であることを示した。これにより、地域における在宅療養支援体制の現状を客観的に把握する基礎的手法を提示した。一方で、より精緻な評価に向けては、医療レセプトとの突合、分母の統一化、地域特性を考慮した指標設計が必要である。

E. 4. 僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討 歯科口腔領域におけるロジックモデル案

歯科口腔領域における在宅医療・介護連携の現状と課題を整理し、地域特性を踏まえたロジックモデル案および評価指標候補を提示した。特に、僻地・中山間地域・小規模自治体においては、歯科医療資源の偏在や連携体制の未整備といった課題が存在することから、地域の実情に応じた柔軟な指標設計が求められる。今後は、本研究で提示したロジックモデル指標案について実証的検証を行い、実務において活用可能な評価枠組みへと発展させる必要がある。

E. 5. 僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討

僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価に関するシステムティックレビューを通じて、従来の都市型評価モデルから「到達可能性」「統合性」「持続可能性」を重視した地域適合型の評

価値組みへの転換の必要性を示した。また、ACSC入院率や在宅看取り率、支援付き遠隔診療実施率等、僻地の課題に対応した評価指標を提示した。

E. 6. 地域住民を対象としたウェブアンケートによる医療・介護連携に関する住民意向調査

地域住民を対象としたアンケート調査により、医療・介護連携に対する認識やニーズ、地域に求められる条件を明らかにした。住民の視点からは、医療・介護サービスの量的充実に加え、生活基盤や情報提供体制を含めた包括的な支援体制が求められていることが示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)

「僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究」

分担研究報告書(令和7年度)

在宅医療および、在宅医療・介護連携の基本ロジックモデル・指標の開発

研究分担者	松本 佳子	医療経済研究機構 研究部
研究代表者	赤羽 学	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	次橋 幸男	公立大学法人奈良県立医科大学 公衆衛生学講座
研究分担者	西岡 祐一	公立大学法人奈良県立医科大学 公衆衛生学講座
研究分担者	中西 康裕	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	金 雪瑩	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	柴山 志穂美	公立大学法人神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター

研究要旨

目的:僻地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携のアウトカムおよび指標の検討・開発にむけ、いずれの地域にもあてはまる汎用性の高い、基本ロジックモデル・指標を開発することを目的とした。

方法:都道府県の医療計画における在宅医療分野について、先行して、作成されていたロジックモデル・指標を原案とし、市町村の在宅医療・介護連携推進事業に関わる各種資料、在宅医療・介護施策・事業に関わる近年の動向や研究結果を参考に、研究者チームで議論を重ねた。チームでの議論は、5回のオンラインミーティングと、随時電子メールで行った。

結果:1 最終アウトカム、5 中間アウトカム(入退院支援(退院支援)、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、災害・新興感染症発生時の対応)、41 初期アウトカム、施策例、からなる基本ロジックモデルを開発し、105 指標を設定した。基本ロジックモデルは、都道府県の在宅医療推進、市町村の在宅医療・介護連携推進事業を想定し、汎用性を考慮して作成した。指標は、自地域のアウトカムの目指す姿や在るべき姿を、地域の関係者で議論するための指標として、基本的なものを設定した。

結論:在宅医療推進、在宅医療・介護連携推進事業の施策・事業評価に参照・活用できる、汎用性のある基本ロジックモデルを開発し、指標を設定した。今後さらに、データの収集方法の整理と、データによる検証を進める必要がある。

A. 研究目的

人口の高齢化に伴い、2040年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれており、在宅医療・介護のニーズの増加がさらに進むことが想定

協力研究者

伴正海(おうちの診療所)

吉田真季(医療経済研究機構 政策推進部)

される。特に、僻地、中山間地域、小規模自治体といった、人口減少が著しい地域においては、医療・介護資源に限られる中で、ニーズに応える必要がある。各地域の特性に合わせた、効果的な在宅医療・介護の施策展開は喫緊の課題であり、指標データの観察を踏まえた上で、住民や地域の関係者と議論し、施策・事業の評価と見直しが繰り返されることが期待される。

実効的な PDCA サイクルによる施策・事業展開のツールとして、ロジックモデルの活用が推進されている¹⁾。ロジックモデルは、行政の活動が最終的な成果につながるまでの因果関係を論理的に図式化したもの²⁾で、EBPM(Evidence Based Policy Making) に役立つものとして、様々な分野の政策評価で活用されている。保健医療福祉の分野においても近年活用が広がっており、都道府県の第8次医療計画(令和6年度～令和11年度計画)では、24府県がロジックモデルと称する図を掲載していた³⁾。近年では、介護保険事業(支援)計画⁴⁾や、在宅医療・介護連携推進事業においてもロジックモデルを活用する自治体も見られている。

ロジックモデルを活用する利点は、施策・事業の有効性の体系的な評価が可能になることで、施策・事業の改善に有益な情報が得られる⁵⁾ことである。ロジックモデルでは、施策・事業による成果(アウトカム)が明文化され、施策・事業がなぜ機能するのかの考え方が図式化され、測定すべき重要指標が明らかになる⁶⁾。医療計画における在宅医療分野および、在宅医療・介護連携推進事業において、指標例が様々な示されてきた^{8,9,10)}。それらの指標を、施策・事業評価に効果的に活用するには、指標をロジックモデルと合わせて示し、どういうアウトカムを把握するために必要なのか、他の指標とどういう関係にあるのか、を明示することが有効と考えられる。また、ロジックモデルを検討することで、これまでに示されなかったが設定すべき重要な指標が明らかになる可能性もある。これまで、ロジックモデルと指標が合わせて示

される事例⁷⁾はあったが、その妥当性は検証されていない。

以上より、僻地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携のアウトカムおよび指標の検討にむけ、いずれの地域にも当てはまる汎用性の高い基本ロジックモデルを開発し、指標を検討することを目的とした。

B. 研究方法

研究代表者、研究分担者および研究協力者で、基本ロジックモデル見直し・検討チームを組織し、5回のオンラインミーティングと、随時電子メールで、議論を重ねた。

チームでの議論は、医療経済研究機構が公開している医療計画在宅医療分野のロジックモデル・指標データ集⁷⁾を原案として進めた。原案としたロジックモデル・指標データ集は、厚生労働省から発出された「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の内容および指標例⁸⁾を踏まえ、有識者の監修によって作成されたものである。これに加えて、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業を鑑み、在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.4⁹⁾、在宅医療・介護連携推進事業の指標設定の手引き¹⁰⁾、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金指標¹¹⁾などを参考にした。

また、47都道府県の医療計画における在宅医療分野の施策を分析し、その結果を反映させた。

C. 研究結果

図1に示す基本ロジックモデル・指標を開発した。

1. 概要と趣旨

1) 基本ロジックモデルの構成

最終アウトカム、中間アウトカム、初期アウトカム、施策、アウトプットの構成とし、アウトカムそれぞれに指標を設定した。

中間アウトカム以下は、在宅医療の4つの場面「入退院支援(退院支援)」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」⁸⁾に加え、近年必要性

が高まっている、「災害・新興感染症発生時の対応」を設定した。

2) 基本ロジックモデルの趣旨

基本ロジックモデルは、都道府県、市町村が、自地域のロジックモデルの作成及び見直しを行う際に参考になるよう、汎用性を考慮して作成した。具体的には、都道府県の医療計画における在宅医療分野の施策・事業、市町村が行う介護保険地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を想定した。

そのため、ロジックモデルを記載する際は、最終・中間アウトカムの主語は、都道府県の在宅医療施策に対応できるよう、「地域住民」「在宅で医療・介護を受ける住民」と設定した。ただし、介護保険の地域支援事業の枠組みで行う市町村が参考にするのを考慮し、最終アウトカムについては、「医療と介護の両方を必要とする高齢者を主語として想定する」とした。

初期アウトカム・個別施策は、都道府県や市町村の資源など地域特性に大きく影響するため、主要なものを設定した。

なお、各種指針、先行事例、研究報告を参考に作成しているが、必ずしも全てを網羅するものや、全ての自治体に当てはまるものではない。

3) 指標設定の趣旨

在宅医療や在宅医療・介護連携の指標データを解釈する場合、例えば死亡率や生存率のように、高低によって良し悪しを判断できるものではない指標が多い。その解釈には、地域の資源状況や価値観などが大きくかかわる。よって、指標データの他地域との比較、経年変化、最終・中間・初期アウトカム間の関係を観察し、自地域にとっての目指すべき目標や最適解を、各地域の関係者で議論するための指標として、基本的なものを設定した。

また、都道府県や市町村が行う施策・事業評価において、今回設定した指標の全てを設定することを推奨するものではなく、各地域で取捨選択す

るなど、設定の際に参考にすることを想定した。

現在データ収集方法が一般化されておらず、データが存在しない指標、研究ベースでの指標や考え方も含めて、データ収集が都道府県や市町村の調査実施に委ねられる指標も、考え方として重要な指標は設定した。

2. 基本ロジックモデル・指標

1) 最終アウトカムと指標

最終アウトカムは、各指針^{8,9)}をもとに、「住民が、高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができる」と設定した。ただし、市町村が介護保険地域支援事業の枠組みで行う在宅医療・介護連携推進事業では、医療と介護の両方を必要とする高齢者、を主語として想定する旨を追記した。

このアウトカムを測定する指標として、在宅療養者のQOL (Quality of Life:生活の質)、自宅で孤立して亡くなった高齢者数、場所別死亡割合(自宅・老人ホーム・老人保健施設・介護医療院)の3指標を設定した。

在宅療養者のQOLは、在宅療養者本人の主観的指標として重要であり、尺度開発のための研究も散見されるが、自治体施策の評価指標として用いられた事例はなく、収取方法の検討が望まれる指標、とした。

自宅で孤立して亡くなった高齢者数は、地域の医療・介護の提供体制をはじめ、生活支援など様々な地域の在り方が長期的に影響するものであり、最終アウトカムの指標として設定した。今後、人口の高齢化と高齢者単身世帯の増加により、孤立して亡くなる高齢者数の増加が見込まれる。よって、高齢化による死亡数の増加よりも孤立して死亡する高齢者数が低い値で推移すること、発生させないことを目指し、そのためには、地域でどのようなあり方が必要なかを検討するための指標として設定した。データは、人口動態調査の死亡票の写し(死亡小票)を分析し、自宅死亡者のうち死体検案書発行数を集計することで入手できる。ただし、集計に係る負担も大きい。警察

庁が公開している「警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者で、65歳以上の者」のデータが、都道府県別に公開されている¹²⁾。「孤立死」の概念と完全には一致せず、犯罪性のある死体などによる過大・過小見積りの要因はあるが、その全体に与える影響は大きくない、とされており¹³⁾、このデータを活用できる可能性がある。

2) 中間アウトカムと指標

(1) 中間アウトカム1「入退院支援(退院支援)」

「住民が、入退院支援を受け、円滑に在宅療養に戻ることができる」と設定した。

指標は、入退院支援に関わるサービス量を表す指標として、医療レセプトから集計できる4指標、介護レセプトから集計できる4指標を設定した。加えて、サービスの質を表す指標として、介護支援専門員が退院後のサービスを円滑に調整できた件数・割合、同一疾患で入退院を繰り返す患者数、を収集方法の検討が望まれる指標として設定した。

(2) 中間アウトカム2「日常の療養支援」

「住民が、住み慣れた地域で、疾患、重症度に応じた多職種協働による医療・ケアを受けながら、生活することができる」と設定した。

指標は、どのくらいの住民を地域で支えることができているのか、各専門職のサービス量のバランスを議論できるものとして、19指標を設定した。サービス提供量を表し、医療・介護レセプトから集計できる、各専門職の訪問サービスを受ける患者・利用者数、および介護保険サービスの利用者数を設定した。

サービスの質を表す指標は、収集方法の検討が必要な指標として、ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) の考え方を参考に「適切な時期に効果的なケアをすることで不要な入院を避けられる状態にある者の緊急入院、受診・往診・訪問看護の回数」を設定した。また、家族介護者支援へのニーズの高まりを鑑み「在宅療養・介護を継続できると感じている療養者・家族介護者」

を設定した。

(3) 中間アウトカム3「急変時の対応」

「在宅医療・介護を受けている住民が、病状急変時に診療を受けることができる」と設定した。

指標は8指標を設定し、緊急の在宅療養者に対して、地域でどこが、どのくらいの対応ができているのか、今後どこが緊急時の対応を担えるのかを、地域で議論するための指標として設定した。

具体的には、地域の臨時往診対応は昼間と夜間のどちらが弱いのかを議論するため、休日・緊急往診を受けた患者数・回数、夜間・深夜の往診を受けた患者数・回数、を分けて集計する形で設定した。また、夜間の対応について、医師による夜間・深夜の往診を受けた患者数・回数、夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数、高齢者の夜間救急搬送患者数、を設定した。高齢者の増加により、高齢者の救急搬送の増加が課題となっている。地域の夜間の対応を、在宅医療を担う医師、訪問看護師、救急搬送のどこが担っているのか、救急搬送がなぜ多いのか、適切なケアによって防げたはずの救急搬送(誤嚥性肺炎、骨折、尿路感染など)を減らすためにはどうしたらよいのか、これらの対策を地域で議論するための指標として設定した。医師、看護師の緊急時対応については、医療・介護レセプトを集計することで入手可能である。高齢者の夜間の救急搬送数は、今後収集方法の検討が期待される。夜間ではないが、消防庁が公開している、都道府県別の高齢者(65歳以上)の搬送人員数¹⁴⁾が、参考の一つとなる。

また、在宅医療を担う医療機関の中で、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院は、24時間の対応体制が要件となっている。この機能の妥当性を議論する指標として、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数、を設定した。このデータは、公開はされていないが、地方厚生局「在宅療養支援診療所に係る報告書」「在宅療養支援病院に係る報告書」により収集・集計できる。

緊急時の対応が妥当なものだったか、その質を

議論する材料となる指標として、在宅患者訪問診療料かつ救急医療管理加算1・2を算定された患者数、を設定した。また在宅療養支援診療所・病院と入院医療機関が連携した緊急入院の機能について、在宅患者緊急入院診療加算を算定した患者数、を設定した。これらは、医療レセプトで集計可能である。

なお、介護保険施設等連携加算、協力対象施設入所者入院加算は、令和6年度の診療報酬改定で新設されたが、算定状況が不明のため、今回は設定を見送った。

(4) 中間アウトカム4「看取り」

「住民が、住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所で、看取りの医療・ケアを受けることができる」と設定した。

指標は、地域のどこで看取りケアが受けられるのか、手厚い看取りケアが受けられるのか、どのくらい医療・介護が看取りに関わっているのか、を議論できるよう、6指標を設定した。

在宅ターミナルケア加算を受けた患者数は、医師による手厚い看取りがどこで受けられているのかを議論できるよう、医療レセプトを、老人ホームと、それ以外かで集計する形で設定した。

在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院は、看取りへの対応が要件として設定されていることから、地域での死亡のうち、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院がどのくらい機能できているのかを議論するため、地域の死亡者数あたりの在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の看取り件数、を設定した。公開されていないが、地方厚生局「在宅療養支援診療所に係る報告書」「在宅療養支援病院に係る報告書」により収集・集計できる。

訪問看護による看取りケアを議論するため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数（医療保険・介護保険を含む）と、老健・看護小規模多機能、定期巡回訪問介護看護でのターミナルケアを受けた利用者数を設定した。また、特別老人ホーム・グループホーム・特定施設での看取

りとして、看取り介護加算を算定した利用者数を設定した。

(5) 中間アウトカム5「災害・新興感染症発生時」

「在宅医療・介護を必要とする住民が、災害時・新興感染症発生時にも必要な医療・ケアを受けることができる」と設定した。

指標は、本来は有事の際に実際に医療・ケアを受けられたかどうかを設定すべきではあるが、現実的に測定が難しいため、「災害・新興感染症発生時にも必要な医療・ケアが受けられると思う患者・利用者」と主観的な指標を設定した。今後、収集方法の検討が望まれる指標である。

3) 初期アウトカムと指標、施策

初期アウトカムは、中間アウトカムのサービス量と質を実現するための、ストラクチャー、連携、人材育成、患者・住民の意識などを設定した。

(1) 「入退院支援（退院支援）」

ストラクチャーの整備として初期アウトカム1項目4指標、入院医療機関と地域の機関や専門職間の連携に関する初期アウトカム2項目3指標、計3項目7指標を設定した。

(2) 「日常の療養支援」

医療・介護の提供主体に関わるアウトカム12項目21指標を設定した。

医療・介護専門職の多職種連携について、多職種連携尺度¹⁵⁾を参考に5項目を設定した。収集方法は、自治体による専門職向け調査が期待されるが、収取方法の検討は必要である。

また、都道府県の施策分析、および近年の状況を鑑み、初期アウトカムに「在宅医療・介護の多職種が、生活困窮や虐待、身寄りのない者など社会的課題、複合的課題、制度の間問題など事例に対応できる」を設定した。

認知症への対応について、初期アウトカムを1項目「認知症患者の特養に応じた在宅医療・相談支援の体制が整備されている」を設定し、指標と

して認知症サポート医数、認知症初期集中支援チームの相談数を設定した。

(3) 「急変時の対応」

24 時間対応ができる在宅医療機関に関わるアウトカム 1 項目 6 指標、入院医療機関に関わるアウトカム 1 項目 2 指標、急変時の対応での連携に関わるアウトカム 2 項目 2 指標、住民の意識・行動に関わるアウトカム 1 項目 1 指標を設定した。

(4) 「看取り」

看取りに関わる施設に関して 5 項目と 14 指標を設定した。看取りに関わる施設として、在宅医療機関、介護施設だけではなく、緩和ケア病床や、ホームホスピスなど地域でターミナル期に対応するケア施設数を想定した。

看取り期の連携に関して 2 項目 2 指標、住民の人生の最終段階における意思決定に関して 1 項目 1 指標を設定した。

(5) 「災害・新興感染症発生時」

計画・マニュアル作成に関するアウトカム 1 項目 3 指標、連携と患者・住民の意識・理解に関する項目それぞれ 1 項目 1 指標を設定した。

D. 考察

在宅医療の提供体制のみならず、医療と介護の連携や、ACSC の概念、介護施設も含めて地域のケア提供主体を幅広く想定したことで、在宅医療および、在宅医療・介護連携に関して、汎用性のある基本ロジックモデル・指標を設定できた。特に、指標については、高齢者の孤立死や、夜間の緊急時対応と救急搬送、看取り体制についてなど、地域で目指すべき姿とその対策について議論を深めるための指標が整理できた。自治体の施策・事業評価支援を通じた在宅医療、在宅医療・介護連携の施策推進において政策的意義があると考えられ、都道府県や市町村への普及が期待される。また、今回開発したロジックモデル、および指標をもとに、僻地、中山間地域、小規模自治体で実

際に議論をすることによって、特有の課題とアウトカム、議論すべきポイントが明確にできると考えられる。

設定した指標は、医療・介護レセプトから集計可能な指標、公開されている既存の調査データから集計可能なものが中心であるが、データ収集方法を今後検討する必要な指標も存在する。特に、サービスの質を把握する指標や、専門職間の連携を把握する指標、サービス利用者・患者・家族の主観的な指標、については、指標の定義やデータ収集方法の検討が望まれる。自治体が指標設定時に参考にできるためにも、データ収集方法の整理と検討が必要である。

本研究に開発した基本ロジックモデル・指標は、近年課題となっている事項や考え方も反映できた。今後は、指標データを用いて、妥当性の検証を行っていく必要がある。

E. 結論

在宅医療推進、在宅医療・介護連携推進事業の施策・事業評価に参照・活用できる、汎用性のある基本ロジックモデルを開発し、指標を設定した。データの収集方法の整理と、データによる検証とを進める必要があるが、僻地、中山間地域、小規模自治体に特有なアウトカム・指標の検討、地域単位での在宅医療、在宅医療・介護連携の推進の議論の枠組みに活用できる可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」(医政発 0331 第 16 号令和 5 年 3 月 31 日)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/iryoku_keikaku/index.html (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 2) 児山正史. 第 1 章 EBPM とロジックモデルは難しくない 3. ロジックモデルとは何か. 佐藤徹編著. エビデンスに基づく自治体政策入門 ~ロジックモデルの作り方・活かし方. 東京: 公職研, 2021; 15-24.
- 3) 松本佳子, 吉田真季. 都道府県第 8 次医療絵画におけるロジックモデルの活用状況. 医療経済研究機構 Monthly IHEP, 2024 年 11 月号, 2024; 38-44.
- 4) 医療経済研究機構「介護保険事業計画データベース」<https://kaigo-hoken.hokenja-sheeta.jp/logic> (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 5) 源由理子. 第 1 章 プログラム評価とは. 源由理子, 大島巖編著. プログラム評価ハンドブック: 社会課題解決に向けた評価方法の基礎・応用. 京都: 晃洋書房, 2020; 19-30.
- 6) Lisa Wyatt Knoelton, Cynthia C. Phillips (2012) The Logic Model Guidebook: Better Strategies for Great Results (2Edition).
- 7) 医療経済研究機構. 地域医療計画策定・評価総合支援サイト. 医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集. <https://iryoku-keikaku.jp/t/sh/> (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 8) 令和 5 年 6 月 29 日医政発 0629 第 3 号 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/iryoku_keikaku/index.html (最終アクセス 2026 年 4 月 23 日)
- 9) 厚生労働省老健局老人保健課. 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 4. 2025 年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html> (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 10) 令和 6 年老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業. 在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き 在宅医療・介護連携推進事業に係る指標の検討事業. 2025 年 3 月. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html> (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 11) 厚生労働省. 令和 7 年度 (2025 年度) 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金 都道府県評価指標 市町村評価指標. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17090.html (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 12) 警視庁. 死体取扱状況. <https://www.npa.go.jp/publications/statistics/shitai/shitaitoukei.html> (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 13) 内閣府. 「孤独死・孤立死」の実態把握に関するワーキンググループ 孤立死亡者の推計方法について~「警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしのもの」をもとに~ (「孤独死・孤立市」WG 取りまとめ) のポイント. https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/wg.html (最終アクセス 2026 年 3 月 26 日)
- 14) 総務省消防庁. 救急救助の現状. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

w.fdma.go.jp/publication/#rescue (最終
アクセス 2026年3月26日)

- 15) 藤田淳子, 他 (2015) 在宅ケアにおける医療・
介護職の多職種連携行動尺度の開発. 厚生
の指標, 62 (6) 1-9.

16	家族介護者の負担軽減に資するサービスや支援が提供されている	レスパイトに対する施設数
17	在宅医療・介護に関わる多職種間、多機関間が、平常時に情報共有ができてきている。	連携のためのメールやツールを活用している施設数・事業所数
18	在宅医療・介護に関わる多職種が、利用者・利用者の生活状況、病状、緊急の状況の今後について、自身の専門性から判断し、他職種と共有できた医療・介護専門職数	利用者・患者の今後の過ごし方についての希望を把握している医療・介護専門職数
19	在宅医療・介護に関わる多職種が、患者・利用者の生活状況、病状、緊急の状況の今後について、自身の専門性から判断し、他職種と共有できている	今後起こりうる患者、利用者の生活状況や病状、緊急の状況の今後について、自身の専門性から判断し、他職種と共有できた医療・介護専門職数
20	在宅医療・介護に関わる多職種が、ケアの方針・計画についてチーム全体で合意し、意見交換できている	チームでケアの方針や計画について意見交換し、チーム全体で合意を固めている医療・介護専門職数
21	在宅医療・介護に関わる多職種が、チーム内で、提供しているサービスの具体的な内容を互いに理解し、多職種と気取れずに関わる関係を築くことができている	チーム内で、提供しているサービスの具体的な内容を互いに理解し、多職種と気取れずに関わる関係を築くことができている医療・介護専門職数
22	在宅医療・介護の多職種が、生活困窮や虐待、身寄りのない者など社会的課題、複合的課題、制度の問題などの困難事例に対応できている	(検討中)
23	住民が在宅医療・介護を知り、在宅療養を選択肢の一つとして考えられることができる	在宅療養が可能であることを知っている住民数
24	認知症患者の特徴に応じた在宅医療・相談支援の体制が整備されている	認知症サポート医数 認知症初期集中支援チームの相談件数
25	小児在宅医療を実践する人材が育成され連携できている	小児の訪問診療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ステーション数 在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数

【急変時の対応】

26	在宅医療機関が24時間対応できている	往診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 (再掲) 機能強化型在宅療養支援診療所・病院数 (再掲) 24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数 機能強化型の訪問看護ステーション数 (再掲)
27	在宅医療機関が、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床が確保できている	24時間対応可能な薬局数 在宅療養後方支援病院数 地域包括ケア病棟数
28	急変時対応におけるルールやツールが共有されている	急変時の連携体制が運用されている圏域数
29	在宅医療・介護の専門職が、緊急時に即座に連絡できるルートや方法について共有できている	急変時の連携ルートや方法について共有できている、在宅医療・介護専門職数
30	患者や家族が病状急変時における連絡先をあらかじめ知っている	急変時の連絡先や対応方法を把握している在宅療養者数

往診を受けた患者数・回数	往診を受けた患者数・回数
休日・緊急往診を受けた患者数・回数	休日・緊急往診を受けた患者数・回数
夜間・深夜の往診を受けた患者数・回数	夜間・深夜の往診を受けた患者数・回数
高齢者の夜間救急搬送患者数	高齢者の夜間救急搬送患者数
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数
第1・2を算定された患者数	第1・2を算定された患者数
在宅療養緊急入院診療加算を算定された患者数 (医療保険 入居し)	在宅療養緊急入院診療加算を算定された患者数 (医療保険 入居し)

在宅医療・介護を受けている住民が、病状急変時に診療を受けることができる	在宅医療・介護を受けている住民が、病状急変時に診療を受けることができる
-------------------------------------	-------------------------------------

・地域で医療的ケア需要の支援を担う調剤するコミュニティセンターを創設する。 ・在宅介護者への相談窓口。	
・関係機関へのシステム導入と機能的な利用の働きかけ ・ICシステム導入支援 ・情報共有ツールの作成・運用	
・専門職を対象とした認定正定に関する研修の開催 ・サービス担当者会議の実施、多職種参加 ・サービス担当者会議に出席する専門職を向上させる研修の開催 ・研修を対象とした研修会の実施 ・サービス担当者会議の実施、多職種の参加支援 ・地域ケア会議への参加支援	
・多職種での勉強会、カンファレンス ・多職種の参加型研修会（グループワーク、事例検討）の開催 ・多職種で考える研修会の開催 ・医療・介護関係者への相談窓口の設置	
・在宅医療・介護の推進、関係機関・ホームページ掲載 ・市町村、関係団体と連携した普及啓発 ・住民向け講演会の開催、普及啓発活動の作成、出版物策定 ・在宅医療を実施する医療機関の認知度向上 ・在宅療養する場合に必要となる情報の発信 ・情報の公開システムの開発	
・医師的ケア支援センターを中心には、小児科医や訪問看護 師等に対する研修を実施	
・急変時の連携ルールやツール、地域の関係機関の活用、入院医療機関と地域の在宅医療機関の連携からの患者の情報共有体制構築	

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
分担研究報告書(令和7年度)

在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標の活用検討： 医科・調剤・歯科レセプトを用いた粗集計

研究分担者 中西 康裕 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)
研究分担者 金 雪瑩 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)
研究分担者 次橋 幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者 西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究代表者 森井 康博 (国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター)
研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

本研究では、在宅医療の4つの場面(入退院支援、急変時の対応、日常の療養支援、看取り)に応じて整理した在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標を対象に、各指標のレセプト上の定義付けを行ったうえ、医科(入院・入院外)、歯科、調剤レセプトから抽出可能であるかを検討した。

分析の結果、「看取り」場面の一部を除くほぼ全ての指標において集計が可能であり、入退院支援や夜間・休日等の往診の経年的な増加など、レセプトデータを用いて地域の在宅医療提供体制の動向を把握できる有用性が確認された。一方で、地域の実情に即した評価を行う上で市町村単位でのデータ抽出が必要となるものの、抽出患者数10未満のマスキングが多発し集計上の工夫が求められることや、対象とする診療行為(コード)の定義付けによる集計結果の変動、医療レセプト単独では高齢者の在宅療養の実態把握に限界がある点など、実務的な課題も明らかとなった。

今後、本研究で得られた知見を踏まえ、医療・介護突合レセプトを用いた指標の開発や各指標のレセプト定義の精緻化・代替案の検討を進める必要性が示唆された。

A. 研究目的

さらなる高齢化の進展に伴い、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するためには、在宅医療の提供体制や連携状況を客観的に把握できる指標の整備が求められる。

本研究では、在宅医療の4つの場面(入退院支援、急変時の対応、日常の療養支援、看取り)に応じて整理した在宅医療・介護ロジ

ックモデルの中間アウトカム指標を対象に、各指標のレセプト上の定義付けを行ったうえ、医科(入院・入院外)、歯科、調剤レセプトから抽出可能であるかを検討する。

B. 研究方法

奈良医大が作成した奈良県 KDB 改良データ(再データベース化により匿名化された患

者個人単位の追跡が可能) ④における 2018～2022 年度の医療・介護レセプトを用いた。在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標として、医科（入院・入院外）、歯科、調剤、介護レセプトから抽出可能な指標を選定し、在宅医療の 4 つの場面に応じて分類した（表 1）。

次に、医科（入院・入院外）、歯科、調剤レセプトから抽出可能な指標を対象に、各指標のレセプト上の定義を診療行為（コード）を用いて行った。そのうえで、性・年齢、市町村別に指標ごとに該当のレセプトよりデータ抽出を行い、県全体の年次推移、2022 年度における二次医療圏別の実患者数を集計した。なお、本分析における対象者は、年少層を対象とした指標を除き、75 歳以上の後期高齢患者とした。

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にならないようにする等の配慮を行った。奈良県 KDB 分析結果は奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

C. 研究結果

表 1 に示した指標のうち、医科（入院・入院外）、歯科、調剤レセプトから抽出可能な指標を対象に、レセプト定義を行いデータ抽出を試みた結果、「看取り」における「訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数」を除き、全て県全体の年次推移、二次医療圏別の実患者数を集計することが可能であった（本報告書では参考として代表的な項目に絞って結果を表示）。ただし、指標によっては、人口の過疎化が進む市町村が多く含まれる二次医療圏において抽出される患者数が少なく、抽出数 10 未満のためマスク対象となるケースが多々発生した。

また、「日常の療養支援」における「訪問リハビリテーションを受けた患者数」、「訪問栄養指導を受けた患者数」等については、県全体であっても抽出患者数が 10 未満となるケースがあり、ほとんどがマスクの対象となった。

年少層を対象とした指標である「小児の訪問診療を受けた患者数」についても、二次医療圏別の数値がほとんどマスクの対象となった。

「小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数」は、県全体であっても抽出患者数がどの年度においても 10 未満であった。

参考として、「入退院支援」における「入退院支援（退院調整）を受けた患者数」のレセプト定義（医科・入院レセプト）を表 2 に示し、実患者数（75 歳以上）の集計結果を図 1 に示した。定義に用いた診療行為（コード）は、今回の抽出では赤字で囲んだ入退院支援加算 1・2・3 とした。その結果、入退院支援（退院調整）を受けた 75 歳以上の実患者数は、経年的に増加傾向であることが確認された。また、二次医療圏別の実患者数では、奈良医療圏が最も多く、ほぼ同程度で西和医療圏が続き、中和医療圏、東和医療圏、南和医療圏と続いた。

「日常の療養支援」における「訪問歯科診療を受けた患者数」のレセプト定義（歯科レセプト）を表 3 に示し、実患者数（75 歳以上）の集計結果を図 2 に示した。「歯科訪問診療 1」の診療行為（コード）を対象としたところ、実患者数は各年度で横ばいであった。しかし、診療行為（コード）の対象を拡大し、「歯科訪問診療 1～3」等を含めたところ（表 4）、実患者数は 3～4 倍以上となり、経年的に増加傾向であることが確認された（図 3）。

「訪問薬剤管理指導（薬剤師による訪問）を受けた者の数」のレセプト定義（調剤レセプト）を表 5 に示し、実患者数（75 歳以上）の集計結果

を図 4 に示した。実患者数は 2020 年に半数程度となり、以降は横ばいで推移した。

「急変時の対応」における「夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数」のレセプト定義（医科・入院外レセプト）を表 6 に示し、実患者数（75 歳以上）の集計結果を図 5 に示した。実患者数は 2020 年以降、顕著な増加傾向であった。

なお、唯一レセプト定義・データ抽出を保留とした「看取り」における「訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数」については、介護レセプトを用いることで、介護保険を用いてケアを受けた利用者数は把握できることが確認された。

D. 考察

本研究では、在宅医療の 4 つの場面に応じて整理した在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標について、医科（入院・入院外）、歯科、調剤レセプトから抽出可能であるかを検討した。

結果として、「看取り」場面の一部を除くほぼ全ての指標において集計が可能であり、レセプトデータを用いて地域の在宅医療の提供状況を把握できる有用性が確認された。特に、「入退院支援」における入退院支援（退院調整）や、「急変時の対応」における夜間・休日・深夜の往診の経年的な増加傾向は、地域包括ケアシステムの推進に伴う病院から在宅への移行や急変時対応ニーズの拡大を反映していると考えられる。さらにこれらは、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う病床確保のための早期退院の推進や、在宅での発熱・急変対応の増加といった影響も受けていると推察される。「日常の療養支援」における訪問薬剤管理指導の 2020 年における減少等も含め、指標の経年変化を解釈するにはこうした社会的背景の考慮が必要である。

また、本集計を通じて指標活用のための実務的な課題も明らかとなった。地域の実情に即した評価を行うにあたっては、二次医療圏別のデータでは単位として大きすぎるため、市町村別のデータ抽出を検討する必要がある。しかし、市町村単位や小児等の特定領域では抽出患者数が 10 未満となるケースが多発するため、実務的な観点からは今後集計上の工夫など、何らかの対応が必要である。

加えて、「訪問歯科診療」の集計において対象コードの範囲を拡大した結果、実患者数や年次推移の傾向が大きく変動した。このことは、指標を用いて適切な地域診断を行うためには、臨床現場の実態や評価の目的に沿って、算定要件等を踏まえた精緻な定義付けを行うことが不可欠であることを示唆している。

さらに、「看取り」における訪問看護等の指標抽出を保留としたように、高齢者の在宅療養は医療保険だけでなく介護保険サービスに大きく依存している。加えて、本研究の対象期間においては、訪問看護ステーションからの医療保険分の請求が主に紙レセプトで運用されており、電子化された医療レセプトにはその実績が含まれていないというデータ上の制約も存在した^{2,3)}。そのため、「看取り」に限らず「日常の療養支援」等における訪問看護関連指標についても、過小評価となっている点に留意が必要である。在宅医療・介護の実態を包括的かつ適切に捉えるためには、医療レセプト単独での評価には限界があり、介護レセプトを含めた分析基盤の構築が必要である。

E. 結論

本研究では、在宅医療の 4 つの場面に応じて整理した在宅医療・介護ロジックモデルの中間アウトカム指標について、医科（入院・入院外）、

歯科、調剤レセプトから抽出可能であるかを検討し、その有用性を確認した。一方で、より地域の実情に即した評価に向けては、市町村単位での集計に伴うマスキングへの対応、評価目的に沿った精緻な定義付け、医療・介護レセプトを突合した分析基盤の構築等の実務的な課題が明らかとなった。今後、本研究で得られた知見を踏まえ、医療・介護突合レセプトを用いた指標の開発や各指標のレセプト定義の精緻化・代替案の検討を進める必要性が示唆された。

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

引用文献

- 1). Myojin T, Noda T, Kubo S, Nishioka Y, Higashino T, Imamura T. Development of a new method to trace patient data using the national database in Japan. *Adv Biomed Eng.* 2022;11:203-217.
- 2). 厚生労働省. 訪問看護のオンライン請求について. 第2回匿名医療情報等の提供に関する専門委員会資料(資料1), 2020年12月3日.
- 3). みずほ情報総研株式会社. KDBを用いた医療・介護連携に係る地域の特性に関する調査研究報告書. 2020年.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

表 1 : 在宅医療・介護ロジックモデル・指標（中間アウトカム指標）一覧

入退院支援		日常の療養支援		
1	入退院支援(退院調整)を受けた患者数	入院	1 訪問診療を受けた患者数	入外
2	介護支援連携指導を受けた患者数	入院	2 訪問看護利用者数	入外 介護
3	退院時共同指導を受けた患者数	入院	3 訪問歯科診療を受けた患者数	歯科
		入外	4 歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	歯科
4	退院後訪問指導を受けた患者数	入外	5 訪問口腔衛生指導(歯科衛生士による訪問)を受けた患者数	歯科 介護
5	退院・退所加算の件数	介護	6 訪問薬剤管理指導(薬剤師による訪問)を受けた者の数	調剤 介護
6	入院時情報連携加算の件数	介護	7 麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	調剤 介護
急変時の対応			8 無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	調剤
1	往診を受けた患者数	入外	9 訪問リハビリテーションを受けた患者数 (介護レセ: 訪問看護ステーションとそれ以外で受けた患者をそれぞれ算出)	入外
				介護
				介護
2	夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数	入外	10 訪問栄養指導を受けた患者数	入外 介護
3	夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数	入外	11 小児の訪問診療を受けた患者数	入外
看取り			12 小児の訪問看護利用者数	入外
1	在宅ターミナルケアを受けた患者数	入外	13 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数	調剤
2	看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	入外		
3	訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数	入外		
		介護		

●入院レセ:3 ●入外レセ:14 ●歯科レセ:3 ●調剤レセ:4 ●介護レセ:10 計:34

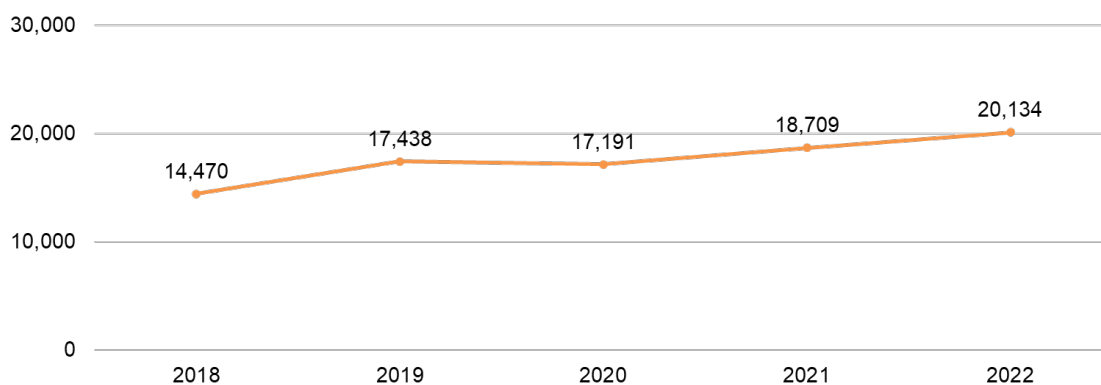
表 2 : 「入退院支援（退院調整）を受けた患者数」のレセプト定義（医科・入院レセプト）

評価指標	診療行為(コード)	
(入退院支援・中間アウトカム) 退院支援(退院調整)を受けた患者数	190192310	入退院支援加算1(一般病棟入院基本料等の場合)
	190192410	入退院支援加算1(療養病棟入院基本料等の場合)
	190192510	入退院支援加算2(一般病棟入院基本料等の場合)
	190192610	入退院支援加算2(療養病棟入院基本料等の場合)
	190192710	入退院支援加算3
	190192910	入退院支援加算(特定地域)(一般病棟入院基本料等の場合)
	190193010	入退院支援加算(特定地域)(療養病棟入院基本料等の場合)
	190207470	入院時支援加算(入退院支援加算)

※入退院支援加算 1・2・3 のいずれかのコードが算定された実患者数

図 1 : 「入退院支援（退院調整）を受けた患者数」の集計結果（75歳以上，実患者数）

■ 県全体(2018~2022年度)



■ 二次医療圏別(2022年度)

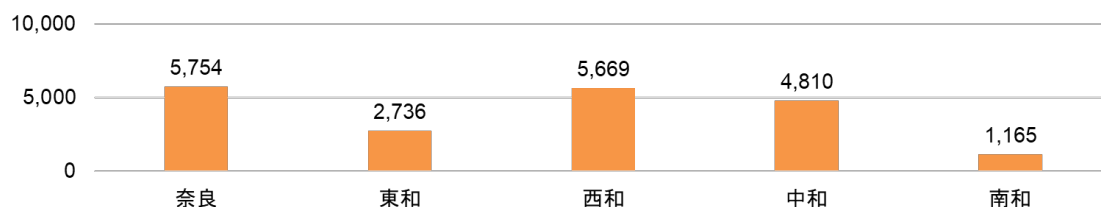


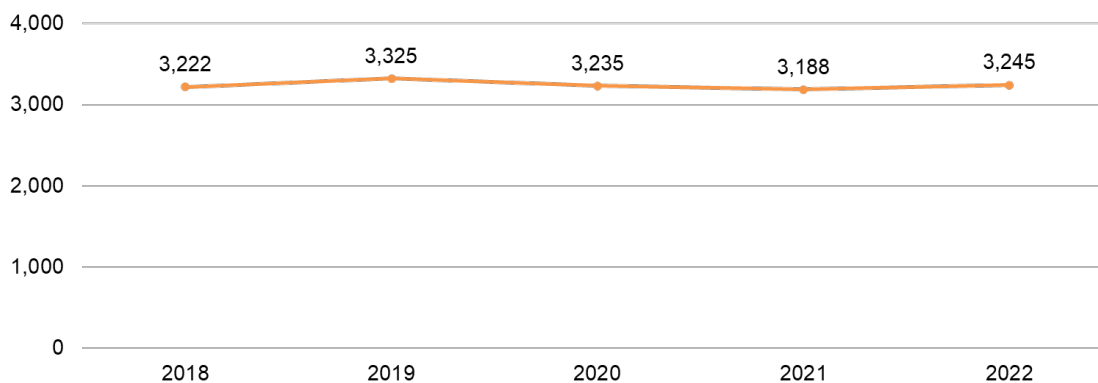
表 3 : 「訪問歯科診療を受けた患者数」のレセプト定義（歯科レセプト）

評価指標	診療行為(コード)	
(日常の療養支援・中間アウトカム) 訪問歯科診療を受けた患者数	303000110	歯科訪問診療1(診療所)(1日につき)
	303008750	歯科訪問診療1(診療所)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006550	歯科訪問診療1(病院)(1日につき)
	303008850	歯科訪問診療1(病院)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303000210	歯科訪問診療2(診療所)(1日につき)
	303008950	歯科訪問診療2(診療所)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006650	歯科訪問診療2(病院)(1日につき)
	303009050	歯科訪問診療2(病院)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303004610	歯科訪問診療3(診療所)(1日につき)
	303009150	歯科訪問診療3(診療所)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006750	歯科訪問診療3(病院)(1日につき)
	303009250	歯科訪問診療3(病院)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006250	歯科訪問診療(初診料若しくは再診料の場合)
	303006310	歯科訪問診療料(初診時)(1日につき)
	303006410	歯科訪問診療料(再診時)(1日につき)

※歯科訪問診療1のいずれかのコードが算定された実患者数

図 2 : 「訪問歯科診療を受けた患者数」の集計結果（75歳以上，実患者数）

■ 県全体(2018~2022年度)



■ 二次医療圏別(2022年度)

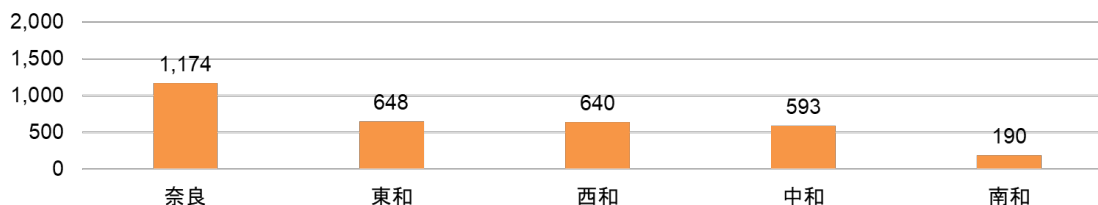


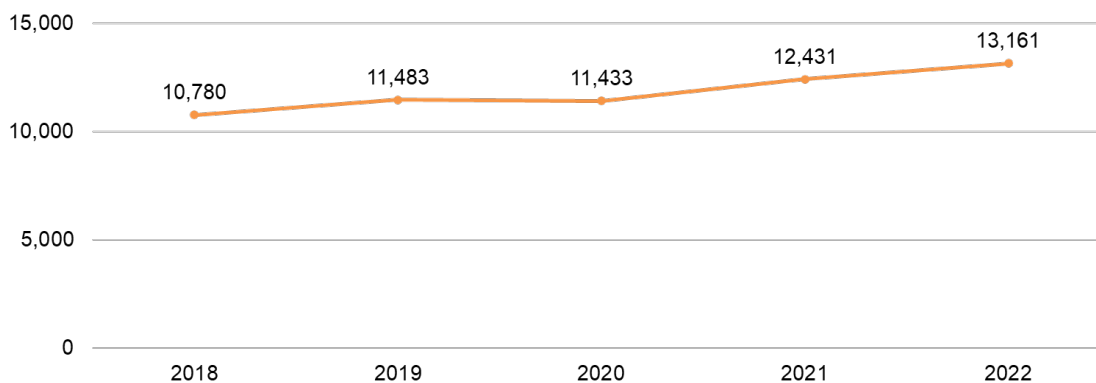
表4：「訪問歯科診療を受けた患者数」のレセプト定義（歯科レセプト，対象コード範囲拡大）

評価指標	診療行為(コード)	
(日常の療養支援・中間アウトカム) 訪問歯科診療を受けた患者数	303000110	歯科訪問診療1(診療所)(1日につき)
	303008750	歯科訪問診療1(診療所)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006550	歯科訪問診療1(病院)(1日につき)
	303008850	歯科訪問診療1(病院)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303000210	歯科訪問診療2(診療所)(1日につき)
	303008950	歯科訪問診療2(診療所)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006650	歯科訪問診療2(病院)(1日につき)
	303009050	歯科訪問診療2(病院)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303004610	歯科訪問診療3(診療所)(1日につき)
	303009150	歯科訪問診療3(診療所)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006750	歯科訪問診療3(病院)(1日につき)
	303009250	歯科訪問診療3(病院)(診療時間が20分未満の場合)(1日につき)
	303006250	歯科訪問診療(初診料若しくは再診料の場合)
	303006310	歯科訪問診療料(初診時)(1日につき)
	303006410	歯科訪問診療料(再診時)(1日につき)

※歯科訪問診療1・2・3等のいずれかのコードが算定された実患者数

図3：「訪問歯科診療を受けた患者数」の集計結果（75歳以上，実患者数，対象コード範囲拡大）

■ 県全体(2018~2022年度)



■ 二次医療圏別(2022年度)

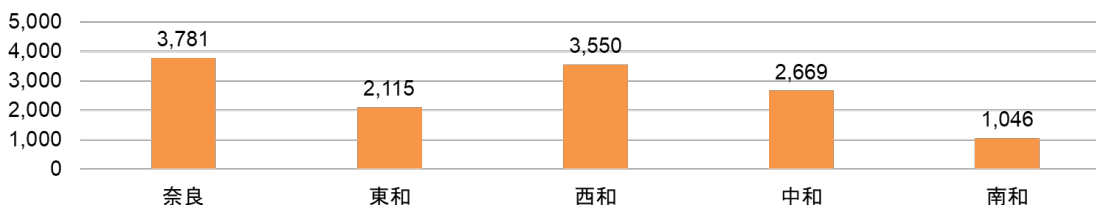


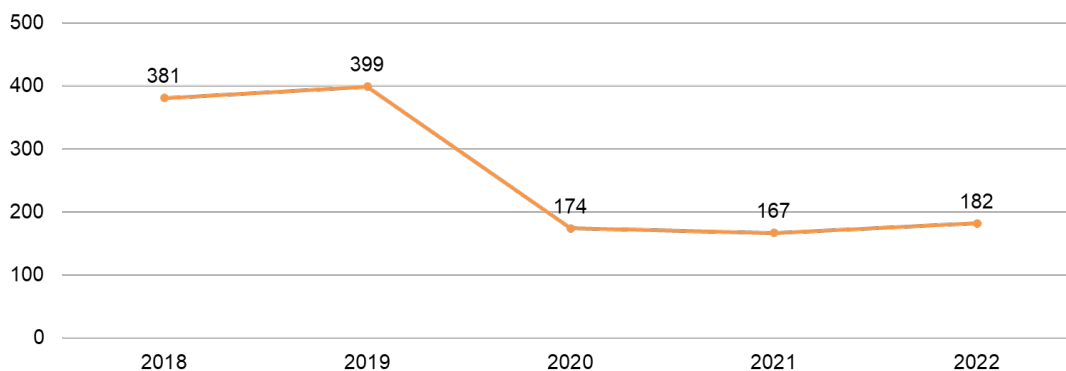
表 5: 「訪問薬剤管理指導（薬剤師による訪問）を受けた者の数」のレセプト定義（調剤レセプト）

評価指標	診療行為(コード)	
(日常の療養支援・ 中間アウトカム) 訪問薬剤管理指導 を受けた患者数	440005710	在宅患者訪問薬剤管理指導料(単一建物診療患者1人)
	440005810	在宅患者訪問薬剤管理指導料(単一建物診療患者2人以上9人以下)
	440005910	在宅患者訪問薬剤管理指導料(1及び2以外)

※在宅患者訪問薬剤管理指導料のいずれかのコードが算定された実患者数

図 4: 「訪問薬剤管理指導（薬剤師による訪問）を受けた者の数」の集計結果（75歳以上、実患者数）

■ 県全体(2018～2022年度)



■ 二次医療圏別(2022年度) ※南和は10未満のため、東和は逆算防止のため非表示

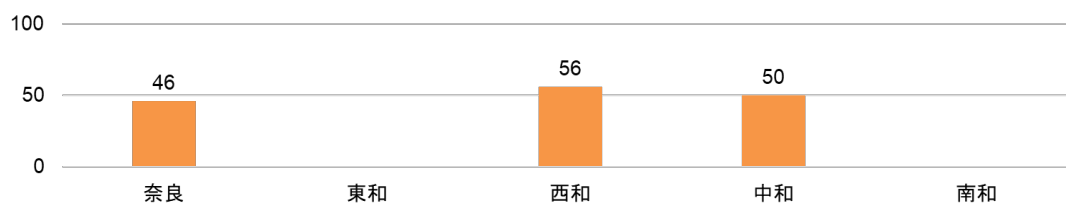


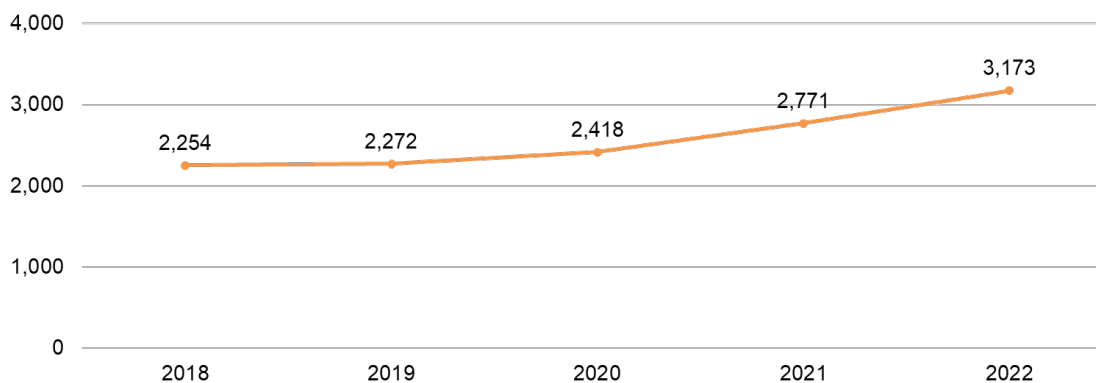
表6：「夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数」のレセプト定義（医科・入院外レセプト）

評価指標	診療行為(コード)	
(急変時の対応・中間アウトカム) 夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数及び算定回数	114000470	夜間往診加算(在支診等以外)
	114011670	夜間往診加算(在支診等)
	114017570	夜間往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)
	114017870	夜間往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)
	114029270	休日往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)
	114029370	休日往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)
	114029470	休日往診加算(在支診等)
	114029570	休日往診加算(在支診等以外)
	114000570	深夜往診加算(在支診等以外)
	114011770	深夜往診加算(在支診等)
	114017670	深夜往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)
	114017970	深夜往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)
	114000370	緊急往診加算(在支診等以外)
	114011570	緊急往診加算(在支診等)
	114017470	緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)
	114017770	緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)

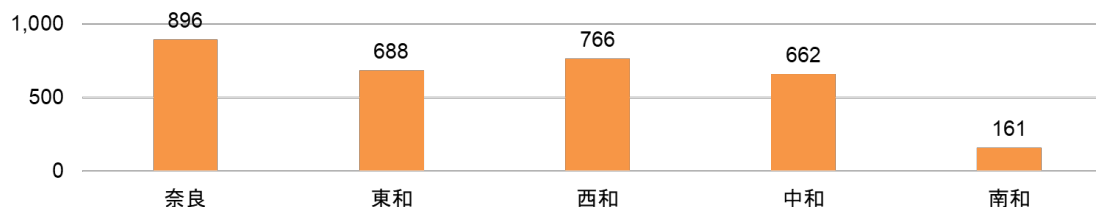
※往診料の「夜間・休日・深夜・緊急」加算のいずれかのコードが算定された実患者数

図5：「夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数」の集計結果（75歳以上，実患者数）

■ 県全体(2018~2022年度)



■ 二次医療圏別(2022年度)



介護レセプトデータを用いた在宅医療・介護連携機能に係わる指標の算出 — 2018-2022年の推移および二次医療圏別分析 —

研究分担者 金 雪瑩 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究分担者 中西 康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

本研究は、在宅医療・介護連携に関する機能を可視化することを目的として、介護レセプトデータを用いて算出可能な指標を整理し、ロジックモデルに基づき体系的に把握したものである。具体的には、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4機能に対応する指標を介護レセプトから抽出し、2018年度から2022年度までの経年推移および二次医療圏別の状況を整理した。分析には奈良県のKDBデータを用いた。

その結果、多くの指標で緩やかな増加傾向がみられ、在宅療養を支えるサービス提供体制が一定程度拡充している可能性が示された。特に訪問薬剤管理指導は他の指標と比較して増加幅が大きかった。「急変時の対応」に関する指標である夜間・早朝・深夜の訪問看護利用者数は増加傾向を示し、「看取り」に関する指標では特別養護老人ホーム(特養)等における看取り介護加算が増加していた。「退院支援」に関する指標では年度により変動がみられたものの、2022年度には増加がみられた。二次医療圏別の分析では、各機能において地域差がみられた。

以上より、介護レセプトデータを用いることで在宅医療・介護連携機能に係る指標を整理し、経年変化および地域差を把握できることが示された。今後は医療レセプトとの突合や分母の統一化、市町村別の集計等により、より精緻な評価が可能になると考えられる。

A. 研究目的

本研究は、在宅医療・介護連携に関する機能を可視化することを目的として、介護レセプトデータを用いて算出可能な指標を整理し、ロジックモデルに基づき体系的に把握することを目的とした。具体的には、在宅医療・介護連携を構成する主要な機能として「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4機能に着目し、各機能に対応する指標を介護レセプト情報から抽出・算出した。

さらに、これらの指標について、2018年度から2022年度までの経年推移を整理するとともに、二次医療圏別に集計を行うことで、地域における在宅医療・介護連携機能の状況および地域差の実態を明らかにすることを目的とした。これにより、在宅療養を支えるサービス提供体制の特徴を把握し、地域包括ケアシステムの推進に向けた基礎資料を得ることを目指す。

B. 研究方法

B. 1 データ

本研究では、奈良県の KDB（国保データベース）に含まれる介護レセプトデータを用い、2018 年度から 2022 年度までの 5 年間の対象として分析を行った。

B. 2 指標の整理

在宅医療・介護連携の機能を体系的に把握するため、既存のロジックモデルに基づき、指標を「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の 4 つの機能に整理した。「入退院支援」に関する指標としては、医療機関から在宅療養への移行における連携状況を把握する観点から、退院退所加算および入院時情報連携加算の件数を用いた。これらの指標により、入退院時における情報共有やサービス調整の実施状況を把握した。

「日常の療養支援」に関する指標としては、在宅療養を継続するための日常的な医療・介護サービスの提供状況を示すものとして、訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問口腔衛生指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等の利用者数を用いた。これらの指標は、在宅医療を支える多職種による支援体制の状況を反映するものとして整理した。

「急変時の対応」に関する指標としては、症状の急性増悪時における対応体制を示す観点から、夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数を用いた。これにより、時間外における医療的ケアの提供状況を把握した。

「看取り」に関する指標としては、患者の看取りに際しての支援体制の状況を把握するため、訪問看護におけるターミナルケア加算、介護老人保健施設（老健）におけるターミナルケア加算、ならびに特別養護老人ホーム（特養）、特定施設、グループホームにおける看取り介護加算の利用者数を用いた。

各指標について年度別に件数または利用者数を集計し、2018 年度から 2022 年度までの推移を整理した。また、2022 年度のデータについ

ては奈良県内の二次医療圏（奈良、東和、西和、中和、南和）別に集計を行い、地域ごとの特徴を把握した。

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。（承認番号：NIPH-IBRA#12324-5）

C. 研究結果

C.1 入退院支援

「入退院支援」に関する指標として、退院退所加算および入院時情報連携加算の件数の推移を確認した。退院退所加算は 2018 年度から 2020 年度にかけて緩やかに減少し、2021 年度に大きく減少した後、2022 年度には再び増加した。入院時情報連携加算は 2018 年度から 2020 年度にかけて増加傾向を示し、2021 年度に減少したものの、2022 年度には増加し、観察期間中で最も多かった（図 1）。

2022 年度の二次医療圏別の状況では、いずれの指標も奈良圏域で最も多く、次いで西和圏域および中和圏域で多かった。一方、東和圏域および南和圏域では相対的に少ない傾向がみられた（図 2）。

C.2 日常の療養支援

「日常の療養支援」に関する指標として、訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問口腔衛生指導、訪問リハビリテーションの利用者数の推移を比較した。訪問薬剤管理指導は 2018 年度から 2022 年度にかけて大きく増加しており、他の指標と比較して増加幅が大きかった。一方、訪問看護、訪問口腔衛生指導、訪問リハビリテーションについては、いずれも緩やかな増加傾向がみられた。訪問リハビリテーション（リハビリテーション職による訪問看護除外）は期間を通じて大きな変化はみられなかった。（図 3、図 4）

C.3 急変時の対応

「急変時の対応」に関する指標として、夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数の推移を比較した。利用者数は2018年度の441人から緩やかに増加し、2021年度には562人、2022年度には574人となり、観察期間を通じて増加傾向がみられた。(図4) 2022年度の二次医療圏別の状況を見ると、西和圏域が163人と最も多く、次いで中和圏域145人、東和圏域128人、奈良圏域103人の順であった。南和圏域は35人と最も少なかった。(図5)

C.4 看取り

「看取り」に関する指標として、訪問看護におけるターミナルケア加算、老健におけるターミナルケア加算、ならびに特養、特定施設、グループホームにおける看取り介護加算の利用者数の推移を比較した。看取り介護加算は2018年度の617人から増加傾向を示し、2022年度には1,026人となった。訪問看護におけるターミナルケア加算は2018年度の267人から2022年度には307人となり、概ね横ばいで推移した。老健におけるターミナルケア加算は2021年度124人、2022年度150人であった。(図6)

2022年度の二次医療圏別の状況を見ると、看取り介護加算は中和圏域が最も多く、次いで奈良圏域、西和圏域、東和圏域の順であった。南和圏域では相対的に少なかった。訪問看護におけるターミナルケア加算についても中和圏域および西和圏域で多い傾向がみられた。(図7)

D. 考察

本研究では、介護レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携に関する指標を整理し、2018年度から2022年度までの推移および二次医療圏別の状況を把握した。その結果、4つの機能すべてにおいてサービス提供の実態を把握することが可能であり、介護レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携機能を可視化できることが示された。

経年推移をみると、多くの指標で緩やかな増加傾向がみられ、在宅療養を支えるサービス提供体

制が一定程度拡充している可能性が示唆された。特に訪問薬剤管理指導は他の指標と比較して増加幅が大きかった。この背景としては、高齢化の進展や在宅療養者の増加に伴う需要の拡大に加え、ポリファーマシー対策の推進やかかりつけ薬剤師・薬局機能の強化など、在宅医療政策の影響が関与している可能性がある。一方で、本研究では算定要件の変更や制度的要因の影響を分離して評価していないため、観察された増加を単純な需要増加として解釈することには注意が必要である。一方、「入退院支援」の指標では一時的な減少がみられたが、2022年度には回復しており、入退院支援に関する連携は継続的に実施されていると考えられる。「急変時の対応」および「看取り」に関する指標についても増加または維持傾向がみられ、在宅療養の継続を支える体制が整備されつつある可能性が示された。

また、二次医療圏別の分析からは、各機能において一定の地域差がみられ、在宅医療・介護連携の提供状況が地域により異なる可能性が示唆された。ただし、本研究では件数および利用者数を用いて比較しているため、人口規模等の影響を考慮した指標の検討が今後の課題である。

E. 結論

本研究では、介護レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携に関する指標を整理し、4つの機能に基づき経年推移および地域差を把握した。その結果、「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の各機能に関連するサービスの提供状況を把握することが可能であることが示された。

また、多くの指標において利用者数の増加がみられ、在宅療養を支えるサービス提供体制が一定程度整備されていることが示唆された。一方で、二次医療圏別の結果からは地域差が確認され、在宅医療・介護連携機能の状況には地域による違いがある可能性が示された。

介護レセプトデータを用いることで、在宅医療・介護連携に関する機能を継続的に把握するこ

とが可能であり、地域包括ケアシステムの推進に向けた基礎資料として活用できると考えられる。今後は医療レセプトとの突合や分母の統一化により、より精緻な評価指標の作成が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

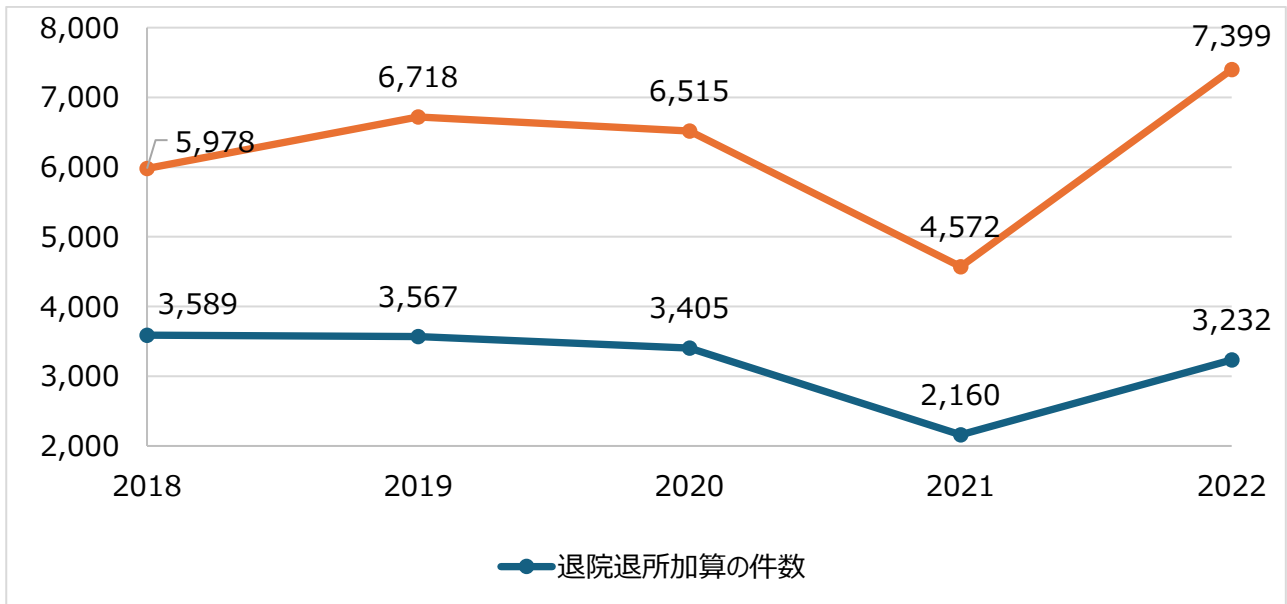


図1. 「入退院支援」に関する指標の年次推移（2018-2022年度）

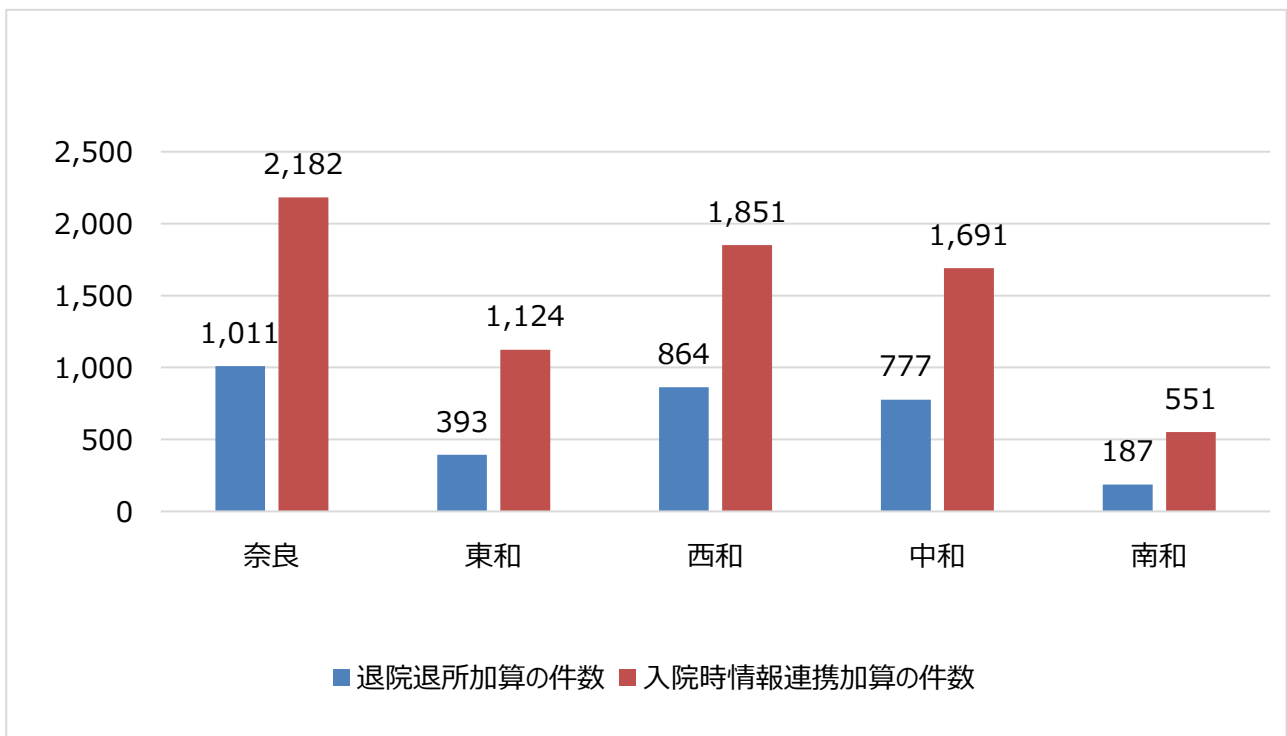
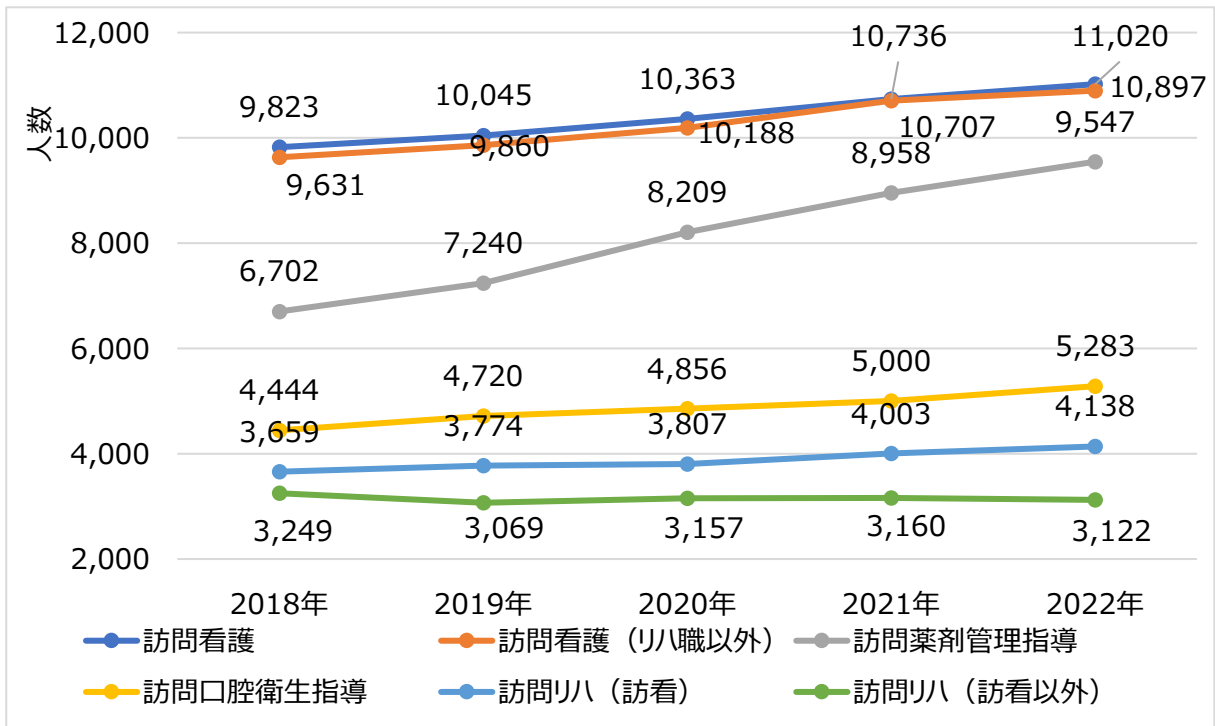
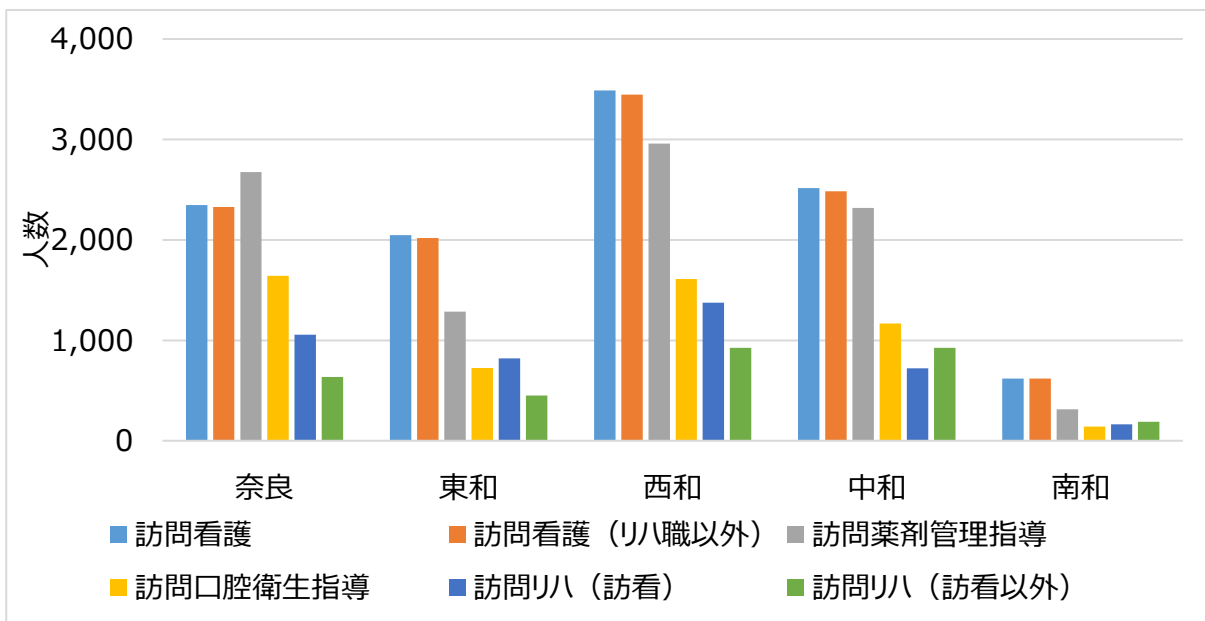


図2. 二次医療圏別に見た「入退院支援」に関する指標（2022年度）



「訪問看護」は訪問看護ステーション等によるサービス全体、「訪問看護 (リハ職以外)」は看護職による訪問看護、「訪問リハ (訪看)」は訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職によるサービス、「訪問リハ (訪看以外)」は主に介護保険制度における訪問リハビリテーションを指す。

図3 「日常の療養支援」に関する指標 (利用者数) の年次推移 (2018-2022年度)



「訪問看護」は訪問看護ステーション等によるサービス全体、「訪問看護 (リハ職以外)」は看護職による訪問看護、「訪問リハ (訪看)」は訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職によるサービス、「訪問リハ (訪看以外)」は主に介護保険制度における訪問リハビリテーションを指す。

図4 二次医療圏別にみた「日常の療養支援」に関する指標 (利用者数) (2022年度)

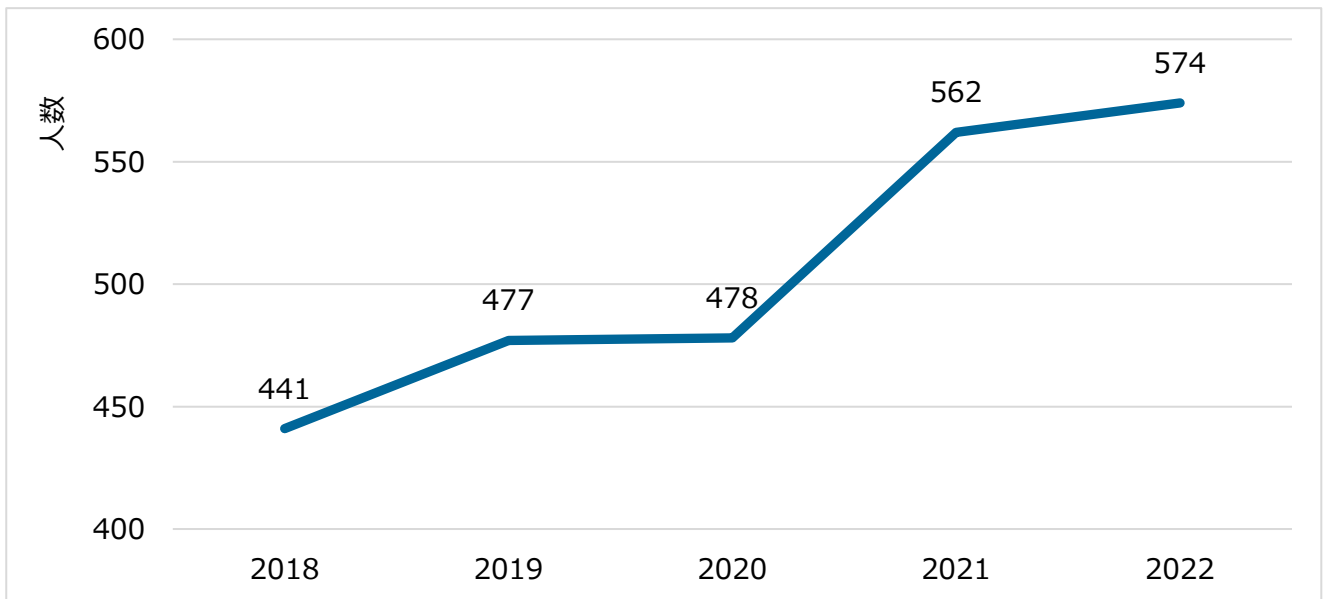


図5. 夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数の年次推移（2018-2022年度）

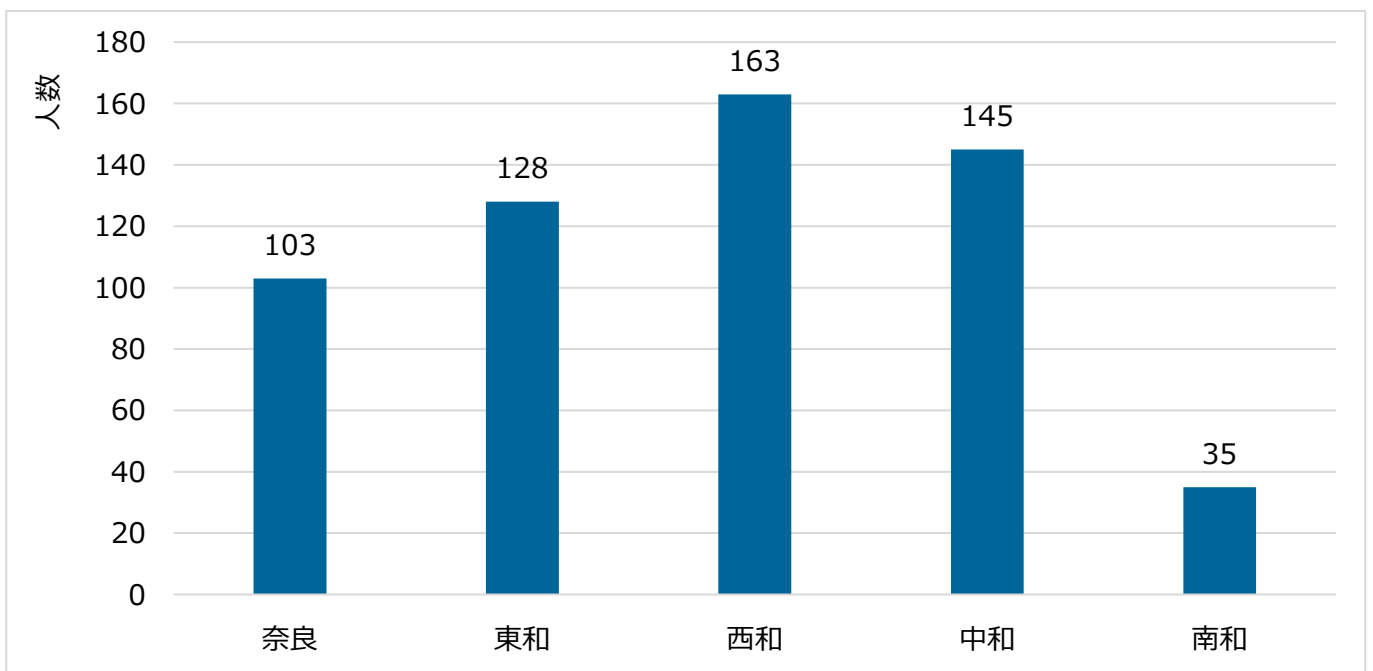


図6. 二次医療圏別にみた夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数（2022年度）

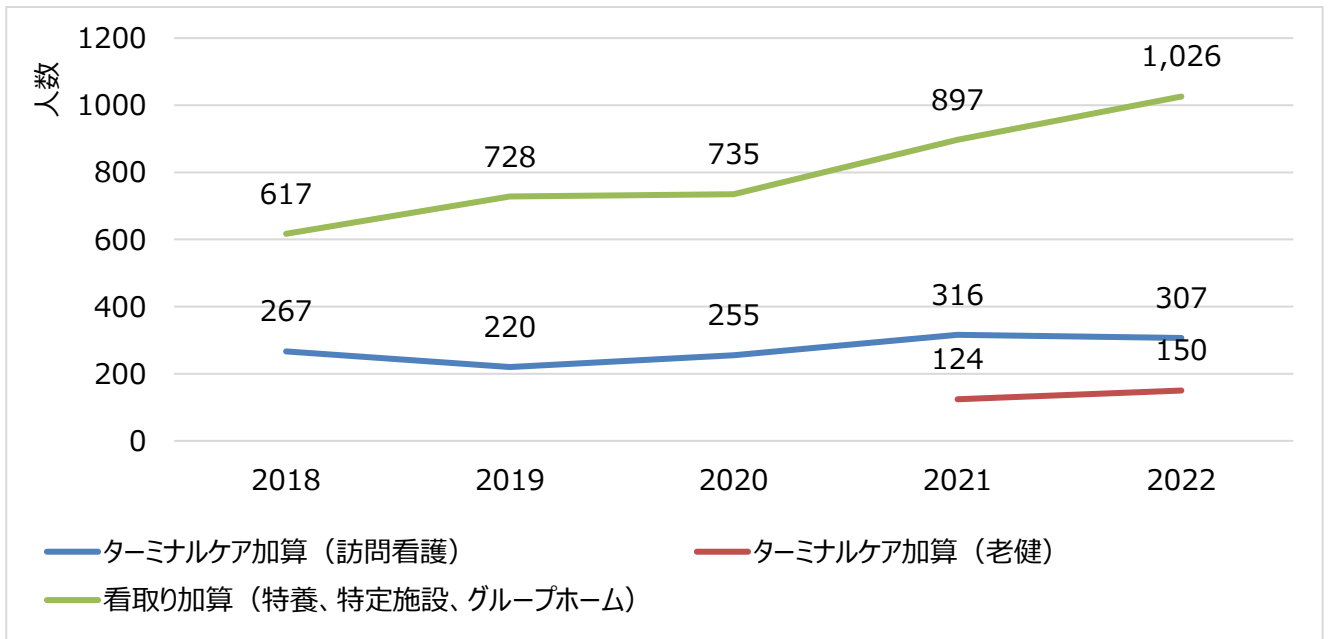


図7. 「看取り」に関する指標（利用者数）の年次推移（2018-2022年度）

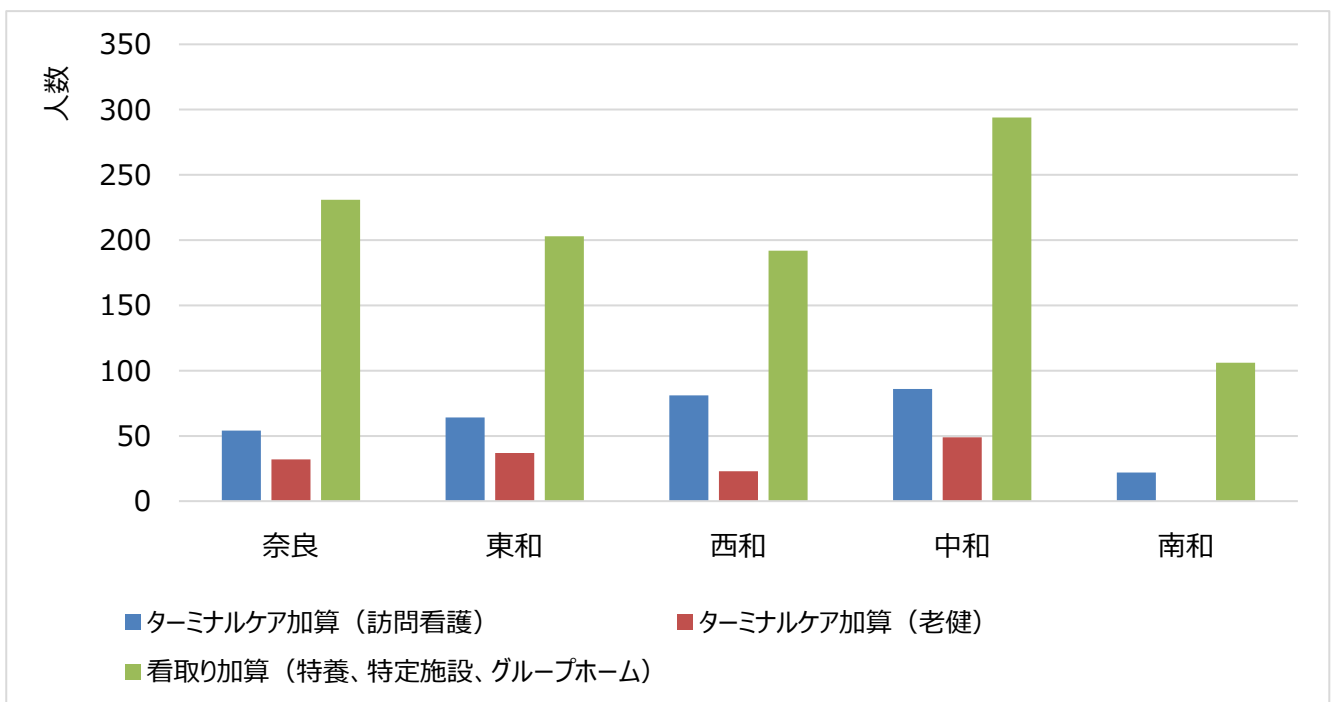


図8. 二次医療圏別に応じた「看取り」に関する指標（利用者数）（2022年度）

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)

「僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究」

分担研究報告書(令和7年度)

僻地・中山間・小規模自治体における医療・介護連携指標の検討

歯科口腔領域におけるロジックモデル案

研究分担者 山本貴文 北海道大学病院 予防歯科

研究要旨

本研究は、僻地・中山間地域・小規模自治体における医療・介護連携の指標検討に資することを目的として、歯科領域における在宅歯科診療の現状と課題を各種行政資料等のナラティブレビューにより現状の整理を試みた。その結果、在宅歯科診療は増加傾向にある一方、地域差が大きく、歯科医療資源の偏在、医療・介護との連携体制の未整備、歯科衛生士確保の困難さが課題として示された。

これらを踏まえ、歯科領域における在宅医療・介護連携のロジックモデル案および指標案を作成した。対象者の状態に応じて評価すべきアウトカムやインパクトが異なることから、状態像に応じた層別の考え方も整理した。今後は、地域の実情に応じた実装可能な評価枠組みへと精査していく必要がある。

A. 研究目的

本研究は、僻地・中山間地域・小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資することを目的とした。

研究班では現在、在宅医療・介護連携におけるロジックモデル・指標の開発に向けて、基本ロジックモデルおよび指標の検討を進めている。

その一環として本研究では、歯科領域に着目し、在宅歯科診療をめぐる現状と課題を各種行政資料等から整理し、将来的なロジックモデルおよび指標設定の基礎資料を得るための検討を行った。特に、僻地・中山間地域・小規模自治体における歯科医療資源の状況や、医療・介護との連携のあり方に注目した。

B. 研究方法

歯科領域における在宅歯科診療の現状と課題を把握するため、関係する行政資料、事業報告書、関連調査結果等を収集し、ナラティブレビューを実施した。検討では、歯科医療資源の配置状況、訪問歯科診療の提供状況、医療・介護との連携状況、在宅歯科医療推進上の障壁に加え、今後のロジックモデルや指標化に活用可能な項目を整理した。あわせて、僻地・中山間地域・小規模自治体でも把握可能で、説明可能性の高い指標候補を検討した。さらに、レビュー結果を踏まえ、歯科領域における在宅医療・介護連携のロジックモデル案および指標案を試作した。ロジックモデル案は、インプット、アクティビティ、アウトプットの枠組みに沿って整理し、評価枠組みについては対象者の状態に応じた層別の考え方も併せて検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、公表されている行政資料、報告書、既存調査結果等を用いて実施した文献・資料レビ

ューであり、個人情報を含むデータや介入を伴う研究は行っていない。したがって、研究対象者に対する直接的な倫理的負担は生じないよう配慮した。資料の取り扱いにあたっては、出典を明確にし、内容を適切に引用・要約するよう留意した。

C. 研究結果

在宅歯科診療の提供数自体は増加傾向にある（文献1）ものの、地域差が大きく（文献2）、僻地・中山間地域・小規模自治体では十分な提供体制が確保されていない可能性が示唆された。加えて、歯科医療資源の偏在は小規模都市までは縮小傾向がみられる一方、僻地レベルでは依然として課題が残ることが示されていた。

また、在宅歯科医療の推進にあたっては、歯科側の取組のみで完結するのではなく、医科医療機関、介護支援専門員、訪問看護、地域包括支援センター等との連携が重要である一方、実際には他機関からの紹介や依頼に依存した連携が多く、制度的・組織的に十分整理された連携体制には至っていないことが示唆された（文献3）。さらに、ケアマネジャー等が歯科へつなぐための情報を十分把握していないこと（文献4,5）や、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターに歯科職種が少ないこと（文献6）も、歯科ニーズが拾い上げられにくい一因と考えられた。

加えて、在宅療養支援歯科診療所や歯科訪問診療体制の整備には、施設基準を満たす、および実質的な業務負担を勘案すると歯科衛生士の確保が実質的に重要である一方、歯科衛生士不足は全国的な課題（文献7）であり、これが僻地・中山間・小規模自治体ではより大きな制約となる可能性が示された。そのため、歯科衛生士を十分確保できない地域では、歯科医師単独で訪問診療を担う歯科診療所も重要な役割を果たしている可能性がある。

各種資料のレビューを踏まえ、歯科領域における在宅医療・介護連携のロジックモデル案および指標案を試作した（図1-3）。ロジックモデルで

は、人的資源・制度資源をインプット、訪問歯科診療の提供や介護サービスとの連携をアクティビティ、在宅歯科診療や居宅療養管理指導（歯科）の実施状況等をアウトプットとして整理した。また、対象者の状態に応じた評価枠組みとして、在宅安定群、高リスク群、終末期群などの層別案を整理した。さらに、僻地等でも把握しやすい指標候補として、口腔衛生管理加算の施設カバー率、歯科訪問診療利用率、居宅療養管理指導（歯科）利用率等を例示した。

D. 考察

本研究から、在宅歯科医療に関するロジックモデルや指標を検討する際には、都市部を前提とした一律の指標設定ではなく、各自治体の医療資源・人的資源の状況に応じた設計が必要であることが示唆された。

とりわけ、歯科衛生士の配置や在宅療養支援歯科診療所の届出状況のみを重視した評価は、資源の乏しい僻地・中山間地域・小規模自治体では実態を十分に反映しない可能性がある。そのため、地域によっては、歯科医師単独による訪問診療や、限られた連携資源の中で実施されている歯科的関与も評価の対象として捉える必要がある。

また、在宅歯科医療の推進には、歯科単独の提供体制だけでなく、医療・介護との接続をどう可視化するかが重要である。資料では、歯科訪問診療料、在宅療養支援歯科診療所の届出、居宅療養管理指導（歯科）、口腔衛生管理加算など、医療保険・介護保険双方から把握可能な項目が整理されており、これらは地域の実情に応じた構造指標・プロセス指標として活用可能と考えられる。

したがって、今後は、自治体の規模や地域特性に応じて、在宅歯科医療の担い手類型や利用可能な制度資源を踏まえた複層的なロジックモデルを構築することが望ましい。

歯科領域の在宅医療・介護連携を評価する際には、地域資源の状況に加え、対象者の状態に応じて評価の視点を変える必要があると考えられた。そのため、一律の評価ではなく、地域特

性と対象者の状態像の両方を踏まえたロジックモデルおよび指標の設定が重要である。

E. 結論

歯科領域における在宅医療・介護連携の現状を整理した結果、在宅歯科診療の必要性は高まっている一方で、僻地・中山間地域・小規模自治体では、歯科医療資源の偏在、連携体制の不十分さ、歯科衛生士確保の困難さといった課題が存在することが示された。

今後、これらの地域におけるロジックモデルおよび指標を検討するにあたっては、地域の資源状況に即した柔軟な設計が必要である。特に、把握可能性と実装可能性を踏まえた構造指標・プロセス指標を用いながら、歯科を含む医療・介護連携の実態を適切に評価できる枠組みを構築していく必要がある。

本研究では、資料レビューに基づき、歯科領域における在宅医療・介護連携のロジックモデル案および指標案を作成した。今後は、地域の実情に応じて内容を精査し、実際に活用可能な評価枠組みへと発展させる必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

引用文献

1. 厚生労働省医政局歯科保健課. 歯科医療提供体制の現状について. 2021年4月1日.

Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001511601.pdf> [accessed 2026-03-23].

2. 設楽詠美子, 下條信威. 診療所で働く歯科医師と医師の地理的偏在に関する研究. 月刊地域医学. 2022;36(11):998-1007. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/chiikiigaku/36/11/36_54/_pdf/-char/en [accessed 2026-03-23].

3. 公益社団法人日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構. 『在宅療養支援歯科診療所における在宅歯科医療に関する調査』報告書—令和3年9月調査—. 令和4年3月. Available from: https://www.jda.or.jp/jda/research_organization/pdf/at_home_report.pdf [accessed 2026-03-23].

4. 厚生労働省保険局医療課. 在宅医療(その3). 中央社会保険医療協議会 総会資料 総-1-3. 2021年8月25日. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853044.pdf> [accessed 2026-03-23].

5. 厚生労働省. 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第1回) 意見交換 資料-4 参考1. 2023年3月15日. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001333533.pdf> [accessed 2026-03-23].

6. 厚生労働省老健局老人保健課. 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業にかかる調査等一

式. 2025 年 3 月 31 日. Available from:
[https://www.mhlw.go.jp/con-
tent/001505060.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/001505060.pdf) [accessed 2026-03-23].

7. 全国歯科衛生士教育協議会. 歯科衛生士教育に関する現状調査の結果報告. 2023. Available from: https://www.kokuhoken.or.jp/zen-eiky/publicity/file/report_2023.pdf [accessed 2026-03-23].

図1. 僻地・中山間地域における在宅歯科医療に関するロジックモデル案

ステージ	僻地・中山間地域における具体的構成要素（在宅歯科医療）
1. インプット	<p>人的資源（歯科）：訪問歯科診療を実施している歯科診療所（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所・それ以外を含む）、訪問対応可能な歯科衛生士。</p> <p>人的資源（介護）：ケアマネジャー、介護職員（訪問介護・通所・施設職員など）。</p> <p>制度資源：医療保険（歯科訪問診療料）、介護保険（居宅療養管理指導（歯科）、口腔衛生管理加算）。</p>
2. アクティビティ（活動プロセス）	<p>訪問歯科診療の提供：通院困難となった在宅・施設高齢者への訪問歯科診療の実施。</p> <p>介護サービスとの連携：ケアマネによるケアプランへの歯科サービス（訪問歯科診療、居宅療養管理指導（歯科）等）の位置づけ、施設入所者に対する計画的な口腔ケア支援。</p>
3. アウトプット	<p>在宅歯科診療の実績：一定期間における歯科訪問診療料算定件数・利用者数。</p> <p>介護側への組み込み状況：居宅療養管理指導（歯科）の実施件数・利用者数、口腔衛生管理加算を算定している施設の有無および割合。</p> <p>→ いずれも医療・介護レセプトデータから定量的に把握可能であり、担当者にも説明しやすいアウトプットとする。</p>
4. アウトカム	<p>患者・家族：通院困難となっても、在宅・施設で歯科診療・口腔ケアを継続できるケースの増加、口腔トラブルによる生活機能低下の抑制。</p> <p>介護職・ケアマネ：歯科の相談先・依頼先が明確となり、必要時に歯科サービスを組み込める状態の形成。</p>
5. インパクト	<p>僻地・中山間・小規模自治体においても、在宅療養者が「食べる・話す・笑う」機能を維持しながら生活できること、および口腔の問題を理由とした入院・生活崩壊を減らすことを通じて、在宅療養の質と地域間格差の是正に寄与すること。</p>

図2. 対象者の属性に応じたアウトカム・インパクト案

	A層：在宅安定群（要介護1-2） 目標：重症化予防・機能維持	B層：高リスク群（要介護3-4、嚥下機能低下） 目標：悪化抑制・経口摂取維持・入院回避	C層：終末期群（要介護5・看取り期） 目標：苦痛軽減・尊厳維持
4. アウトカム	<p>患者・家族：①在宅療養継続率の維持・向上，②口腔関連救急受診率の低下，③介護職・ケアマネ：①ケアプランへの歯科サービス組み込み率，②居宅療養管理指導（歯科）利用率</p>	<p>患者・家族：①経管栄養移行率の抑制，②誤嚥性肺炎入院（再入院）率の低下</p> <p>介護職・ケアマネ：①ケアプランへの歯科サービス組み込み率，②居宅療養管理指導（歯科）利用率</p>	<p>患者・家族：①口腔関連救急搬送率の低下</p> <p>介護職・ケアマネ：①看取り期における歯科介入率，②緊急往診対応率</p>
5. インパクト	<p>①要介護度悪化率の抑制，②在宅→入院移行率の低下，③口腔関連入院医療費の抑制，④地域内在宅継続率の向上</p>	<p>①要介護度悪化率の抑制，②在宅→入院移行率の低下，③口腔関連入院医療費の抑制，④地域内在宅継続率の向上</p>	<p>①看取り期入院率の低下，②在宅死亡割合の維持・向上，③不要な侵襲的医療の回避，④看取り期医療費の適正化</p>

図3. 各指標の案

ストラクチャー指標（Structure）		
指標ID	指標名	僻地における選定根拠・意義
S-1	口腔衛生管理加算の施設カバー率	「施設ケアの仕組みの中に歯科が組み込まれているか」という構造面を表す指標。加算を算定している施設では、歯科との継続的な関係・体制が一定程度整備されていると考えられるため、僻地における「歯科連携の基盤（ストラクチャー）」を示す。
プロセス指標（Process）		
指標ID	指標名	僻地における選定根拠・意義
P-1	歯科訪問診療利用率	在宅・施設を問わず、実際に「訪問歯科診療」というプロセスがどの程度動いているかを示す指標。医療レセプトから抽出可能であり、「うちの地域で、どれくらい歯科が家や施設に行っているか」を自治体担当者が説明しやすい。
アウトカム指標（Outcome）		
指標ID	指標名	僻地における選定根拠・意義
O-1	居宅療養管理指導（歯科）利用率	ケアマネジメントプロセスの中で、歯科が介護保険サービスとして実際に使われているか（＝在宅高齢者の支援体系に組み込まれているか）を示すアウトカム指標。介護給付データから算出可能で、「歯科が制度上の選択肢として定着しているか」を評価できる。

僻地・中山間地域における医療・介護連携の評価手法に関する文献的検討

研究分担者 大冢賀 政昭 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者 柴山 志穂美 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター

研究要旨

目的：僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携の評価指標の検討に資することを目的として、国内外の先行研究を対象としたシステマティックレビューを実施した。都市部とは異なる僻地特有の「評価のロジック」を解明し、妥当性の高い具体的な評価指標とロジックモデルの構成要素を提示することを目的とした。

方法：PRISMA ガイドラインに準拠し、2015年から2025年1月までに発表された文献を対象に、PubMed や Google Scholar 等のデータベースを用いて検索を行った。包含基準を満たす61件の文献を選定し、リアリスト・レビューの視点から、介入が成果に結びつくメカニズムと文脈的背景に焦点を当てた分析を行った。

結果：僻地における評価テーマとして、「構造指標から到達可能性(Reachability)への転換」「支援付き遠隔医療」「多職種連携によるタスク・シフティング」「インフォーマル・ケアの測定」の4点が抽出された。これに基づき、インプットからインパクトに至る5段階のロジックモデルを構築し、ACSC(回避可能な入院)緊急入院率や支援付き遠隔診療実施率など、僻地特有の課題に対する感度が高い12個の評価指標を特定した。

結論：僻地・中山間地域における医療介護連携の評価は、都市型の効率モデルから、地域の持続可能性を重視した「統合・到達性・持続可能性」モデルへと転換すべきである。本研究で提示した指標案の実装には、部門を超えたデータ基盤の統合と、地域全体の成果に対するインセンティブ設計が不可欠であると考えられた。

A. 研究目的

世界的な人口高齢化の進展に伴い、医療システムのパラダイムは、従来の「病院完結型(Cure)」から、地域生活を支える「地域完結型(Care)」へと急速にシフトしている。この転換の中核をなす概念が「統合的ケア(Integrated Care)」であり、医療、介護、福祉の断片化されたサービスをシームレスに接続し、患者の生活の質(QOL)を維持することを目的としている¹⁾。

特に日本では、「地域包括ケアシステム」の構築が急務とされているが、都市部と僻地・中山間地域(以下、僻地地域)では、その実装環境に著しい非対称性が存在する。

僻地地域は、高齢化率が極めて高い「多死社会」の最前線であると同時に、若年人口の流出による医療介護人材の不足、交通インフラの脆弱性、医療機関へのアクセス困難といった「二重の負荷」を抱えている。都市モデルで有効とされる「競争による質の向上」や「専門分化」

は、資源が希薄な僻地では機能不全に陥りやすく、むしろ「協調による資源の集約」と「ジェネラリストの育成」が不可欠となる。

しかしながら、既存の医療介護連携の評価指標は、大都市圏のデータを基盤としたものが多く、僻地地域の実情を正確に反映していないという指摘がある。例えば、医療機関への「アクセス距離」や「専門医数」といった単純な構造指標は、巡回診療や遠隔医療が普及しつつある現代の僻地医療の質を測るには不十分である。

そこで本研究では、2015年から2025年までの直近10年間の国内外の先行研究をシステムティックレビューの手法を用いて網羅的に分析し、僻地・中山間地域の特性に即した医療介護連携の評価のあり方を提言することを目的とする。

具体的には、都市部とは異なる「評価のロジック」を解明し、測定可能かつ妥当性の高い具体的な評価指標と、それを包括するロジックモデルの要素を提示することを目的とした。

B. 研究方法

B-1. 文献検索の方法

本研究では、PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ガイドラインに準拠し、包括的な文献検索を実施した。検索対象期間は、地域包括ケアシステムの深化とデジタル技術の進展が著しい2015年1月から2025年1月までとした。

使用したデータベースは、PubMed、Google Scholar、Cochrane Library、およびSemantic Scholarである。検索式は、以下の3つの主要概念クラスターを、ブール論理演算子を用いて組み合わせたものを採用した。

①介入・概念 (Intervention/Concept)

"integrated care" (統合的ケア)、"medical-nursing collaboration" (医療介護連携)、"transitional care" (移行期ケア)、"community

-based care" (地域包括ケア)、"interprofessional collaboration" (多職種連携)。

②対象地域 (Setting)

"rural" (僻地・農村)、"remote" (遠隔地)、"mountainous" (中山間地域)、"depopulated area" (過疎地域)、"medically underserved" (医療過疎)。

③評価・指標 (Evaluation/Outcome)

"evaluation" (評価)、"indicator" (指標)、"framework" (枠組み)、"logic model" (ロジックモデル)、"outcome measure" (アウトカム指標)、"quality indicator" (質指標)。

包含・除外基準は以下のように設定した。

①包含基準

- ・英語または日本語で執筆された査読付き学術論文、および政府・国際機関 (WHO, OECD 等) の報告書。

- ・医療 (Medical) と介護・福祉 (Long-term care/Social service) の連携を扱っている研究。

- ・対象地域が明示的に僻地、中山間地域、または医療資源不足地域であるもの。

- ・具体的な評価指標、評価モデル、または介入の成果 (アウトカム) について定量的に報告しているもの。

②除外基準

- ・単一の疾患に対する臨床的治療のみを扱い、システム連携に言及していない研究。

- ・都市部のみを対象とした研究 (ただし、都市と地方の比較研究は包含する)。

- ・論説や意見書で、実証データや明確な理論的枠組みを欠くもの。

B-2. データ抽出と分析プロセス

一次スクリーニングとしてタイトルと要約の確認を行い、関連性の高い文献を選出した。その後、全文査読を行い、以下の項目についてデータを抽出した。

研究デザイン (RCT、観察研究、ケーススタディ等)、対象地域 (国・地域特性)、介入モ

デル（訪問診療、ICT活用、多職種カンファレンス等）、使用された評価指標（構造、プロセス、アウトカム）、および主要な知見。

特に、分析にあたっては、単に指標を列挙するのではなく、「なぜその指標が僻地において重要なのか」という文脈的背景と、介入が成果に結びつくメカニズムに焦点を当てたリアリスト・レビューの視点を取り入れた²。

（倫理面への配慮）

本研究は既存の公刊論文および公的報告書を対象とした文献レビューであり、新規の人を対象とする介入や個人情報収集は含まない。分析に際しては、原著論文の著者の意図を歪めることのないよう、複数の研究者によるクロスチェックを実施し、研究の透明性と客観性の確保に努めた。

C. 研究結果

C-1. 検索結果と文献選定プロセス

データベース検索の結果、初期検索において3つの主要キーワード("integrated care", "rural", "evaluation")を含む関連文献が合計 6,271件 ヒットした。

これらに対し、重複の排除およびタイトル・要約による一次スクリーニングを実施し、関連性の低い文献（都市部のみを対象とした研究や、単一疾患の臨床試験など）を除外した。

その後、残った文献に対して全文スクリーニングを行った結果、最終的に本レビューの包含基準を満たす 61 件の主要な研究および報告書を分析対象として選定した。

C-2. キーワードの出現傾向と分析

選定された文献における主要キーワードの出現頻度と傾向を分析した結果、以下のカテゴリーが抽出された。

①技術・遠隔医療関連 (Telemedicine / Digital Health)

2020年以降の文献の約40%に "Telemedicine

", "Telehealth", "Remote monitoring" が含まれており、COVID-19以降、僻地医療連携の必須ツールとして位置づけられていることが確認された³。

②移動・ロジスティクス関連 (Transport / Mobility)

患者搬送だけでなく、医療資源の移動に関するキーワード ("Medical transport", "Drone delivery", "Mobile clinic") が多数ヒットした。特に "Drone" (ドローン) は直近3年で急増していた⁴。

③人材・多職種連携関連 (Workforce / Interprofessional)

"Task shifting" (タスク・シフティング)、"Nurse-led" (看護師主導)、"Multidisciplinary team" が頻出した。これは医師不足を補うための職務拡大が主要テーマであることが示唆された。

④地域資源・社会的処方関連 (Social Capital / Community)

日本やアジアの研究を中心に "Social capital", "Informal care", "Community-based" が多く見られ、公的サービス以外の資源活用が評価の鍵となっていた⁵。

C-3. 研究の地理的分布

分析対象文献の地理的分布には明確な特徴がみられた⁶。

①アジア太平洋地域

日本（地域包括ケアシステム）、中国（農村部における慢性疾患管理と統合ケア）、オーストラリア（遠隔地における先住民医療と移送システム）に関する研究が多数を占める。これらは急速な高齢化への対応策としてのシステム統合に焦点を当てられていた。

②欧州

ドイツの「Healthy Kinzigtal」モデルや、イギリス（スコットランド・ウェールズ）の統合ケア評価に関する研究が蓄積されており、人口ベースのデータ分析と財政的持続可能性の評価が進んでいた。

③北米

退役軍人局 (VA) による農村部への遠隔医療展開や、ACO (Accountable Care Organizations) における地方病院の役割に関する研究が目立っていた。

D. 考察

D-1. 主要な評価テーマ

レビューを行った文献から、僻地における医療介護連携の評価において、以下の4つの主要なテーマが浮き彫りとなった。

①構造評価の限界と「到達可能性 (Reachability)」への転換

従来の構造指標 (病床数、医師数) は、僻地ではしばしば「不足」という指摘しかされない傾向にある。これに対し、近年の研究では物理的なリソースの有無よりも、「サービスがいかに住民に到達するか」という機能的側面を重視されていた。例えば、モバイルクリニック (移動診療車) の有効性評価に関する研究では、高血圧患者の血圧低下といった臨床的アウトカムに加え、「これまで医療機関を受診していなかった層への到達率」を重要な指標として扱っていた⁷。

②ICT・遠隔医療のパラドックスと「支援付き利用」

遠隔医療 (Telemedicine) は僻地医療の切り札として期待されているが、評価データは「デジタル・デバイド」の深刻な現実が突きつけてられている。

先行研究によると、都市部の高齢者に比べ、僻地の高齢者は E メールやポータルサイトを通じた医療者とのコミュニケーションを行う確率が有意に低いことが示されている。

このため、単なる「ICT 導入率」を指標とするのではなく、訪問看護師や地域の支援員が患者の傍らでタブレット操作を補助する「支援付き遠隔医療 (Assisted Telehealth)」の実施件数や、それによる専門医アクセスの増加率を評価指標と

すべきであるという議論が展開されている状況にある。

③多職種連携とタスク・シフティングの質

僻地における人材不足への対応は、単に一人の専門職が複数の役割を兼務する「多機能化」にとどまらず、タスク・シフトと機能拡張による多層的な支援体制の構築を意味する。具体的には、特定行為研修修了者による高度な臨床的ケアに加え、施設内に留まらず住民の生活圏で予防活動や健康相談を担う「コミュニティナース」的な機能が含まれる。これにより、看護職が予防的関わりから専門性の高い高度なケアまでを連続的に提供し、地域包括支援センターや診療所と連携した情報管理のハブとして機能することが、僻地における連携の質を担保する鍵となる。

この文脈における評価指標としては、専門職ごとの紹介件数よりも、共有ケアプランの策定率や、多職種カンファレンス (MDC) における意思決定の迅速さといったプロセス指標が重視される傾向にある。

④インフォーマル・ケアと「介護負担」の測定

都市部のモデルでは見落とされがちな「家族・近隣住民によるインフォーマル・ケア」が、僻地のシステムを支える基盤 (Input) として明確に位置づけられている。

しかし、これは同時にリスク要因でもある。家族介護者の負担感 (Zarit Burden Interview スコア等) をアウトカム指標として測定し、システムが介護者の燃え尽き (Burnout) を防いでいるかを評価することが、持続可能性の観点から不可欠とされている⁴。

4.2 僻地・中山間地域における評価のロジックと課題

①既存の評価フレームワークの適用と修正

システマティックレビューでは、RE-AIM フレームワーク (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) やドナベディア

ン・モデル (Structure-Process-Outcome) が多く用いられていることが確認された⁸。しかし、僻地特有の文脈において、これらの枠組みをそのまま導入することができないことが示唆された。

例えば、都市部では「単位時間あたりの患者数」が効率性の指標となるが、移動時間が長い僻地ではこの指標は適さない。むしろ、「一度の訪問でどれだけ多面的なニーズ(医療・介護・生活支援)に対応できたか」という「密度の効率性」を評価する必要があることが示唆されている。

また、高齢化の進展により、複数の慢性疾患をもつ多疾患併存 (Multimorbidity) 患者の増加が予測されるが、特に高齢化が進んだ僻地においてはこうした特徴が顕著になり、特定の介入が特定の臨床的アウトカムに直結したかを証明することは統計的に困難となる。そのため、直接的な健康アウトカムだけでなく、「ケアの継続性」や「患者・家族の安心感 (PREMs)」といった中間アウトカムの重要性が高まっていることが明らかになった⁹。

②中間指標としての「回避可能な入院 (ACSC)」

評価指標の中で、特に僻地医療の質を反映すると考えられるのが、ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions : 回避可能な入院) による入院率である。脱水、尿路感染症、心不全の増悪など、適切なプライマリ・ケアと在宅管理があれば防げたはずの入院の発生率は、地域全体の医療介護連携の「失敗」を検知する感度の高い指標として、多くの研究で採用されていた¹⁰。

③データの断片化と統合の必要性

評価を困難にしている最大の要因は、医療データと介護データの分断である。日本では「地域包括ケア『見える化』システム」や KDB (国保データベース) の活用が進んでいるが、リアルタイムでの連携評価には依然として課題が残る。OECD の報告書でも、統合ケアの質を測定するためのデータリンケージ (連結) の重要性が強調されており、評価のためには部門を超えた共通 ID の整備

やデータ基盤の統合が前提条件となる¹¹。

4.3. レビュー結果から析出されたロジックモデルの具体的構成要素、評価指標リスト

レビュー結果から析出した、僻地・中山間地域の実情に即したロジックモデルの具体的構成要素と僻地特有の課題への感度を考慮して選定された具体的な評価指標リストは、表 1・2 のようになった。

本研究で提示したロジックモデル (表 1) の最大の特徴は、従来の構造指標 (資源量) の不足を前提とし、それを「到達可能性」や「多機能人材」というアクティビティおよびアウトプットで補完する論理構造にあると考えられる。

特に、プロセス指標として挙げた「支援付き遠隔診療実施率 (P-2)」は、単なる ICT 導入という構造評価を超え、デジタル・ディバイドという僻地特有の課題を「人の介在」によって解決するプロセスを評価対象としており、実効性の高い指標と考えられる。

今後は、これらの指標が「ACSC 緊急入院率 (O-1)」や「在宅看取り率 (O-2)」といった最終アウトカムに寄与するメカニズムについて、地域ごとの文脈 (交通インフラの脆弱性や社会的資本の多寡) に応じた重み付けを検討することが、より精緻な評価に繋がると考えられた。

(研究の限界)

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、検索対象を英語と日本語の文献に限定したため、他言語で報告されている有用なモデルを見落としている可能性がある。

第二に、2015 年から 2025 年までの期間を設定したが、急速に進化するデジタル技術やドローン活用等の最新事例の一部は、未だ十分な査読付き論文として蓄積されていない可能性がある。

第三に、システムティックレビューの結果から得られた指標案は国内外の知見を統合したものであり、日本国内の特定の僻地や中山間地域における適用可能性については、今後実証的な検証が必要である。

E. 結論

2015年から2025年の文献レビューを通じて、僻地・中山間地域における医療介護連携の評価は、都市型の効率モデルから、地域型の「統合・到達性・持続可能性」モデルへと転換すべきであることが示された。提案した指標（案）を実装していくためには、既存のデータシステムの統合が不可欠となる。

本レビューで抽出された諸外国の知見には、医師の代替として診断や処方の一部を担うレジスタードナース (RN) やナースプラクティショナー (NP) による実践が含まれている。これら諸外国の資格認定要件や法的権限（スコープ・オブ・プラクティス）は日本の看護師制度とは大きく異なる点に留意が必要である。日本への実装に際しては、現行制度下での特定行為研修修了者等の役割や、多職種によるチーム医療の枠組みの中で、これら海外モデルの機能をいかに代替するかを検討することが求められる。

システムティックレビューで明らかになった海外の事例では、成果に基づく支払い (Value-Based Payment) が有効とされている。僻地においては、移動時間や調整業務が大きなコストとなるため、アウトカムの達成に対して地域全体にインセンティブを付与する仕組みが必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 僻地・中山間地域におけるロジックモデルの具体的構成要素(案)

ステージ	定義	僻地・中山間地域における具体的構成要素
1. インプット	システム運用のために動員される資源	人的資源 高度実践看護師等(専門看護師、認定看護師、診療看護師など)、巡回診療チーム、地域ボランティア、民生委員。 物的資源 モバイルクリニック車両、ICT 端末、ドローン搬送システム、医療介護共有カルテ。 社会的資源 互助ネットワーク、ソーシャルキャピタル。 財政 包括的予算(Global Budget)や各種交付金。
2. アクティビティ(活動プロセス)	インプットを用いて実施される具体的な連携活動	多職種協働 (オンライン) 多職種カンファレンス。 アウトリーチ 訪問診療・訪問看護、モバイルクリニックによる巡回健診。 情報共有 ICT ツールを用いたリアルタイムのバイタル・生活状況の共有、オンライン服薬指導。 支援 介護者へのレスパイトケア、移動支援の提供。
3. アウトプット	活動の結果として直接的に生み出された量	量 共有ケアプランの作成数、多職種協働カンファレンス開催数。 範囲 独居高齢者への訪問カバー率、遠隔モニタリング導入件数。 連携 医療機関から介護事業所への情報提供件数、退院後早期訪問率。 教育 住民向け健康教室の開催回数。
4. アウトカム	対象者(患者・家族・専門職)に生じた変化	患者 服薬コンプライアンス向上、ACSC入院の減少、QOLスコアの維持。 家族 介護負担感(ZBIスコア)の軽減、介護離職の防止。 専門職 連携満足度の向上、業務効率化。 システム 在宅復帰率の向上。
5. インパクト	地域社会全体への波及効果・究極の目標	Aging in Place 在宅看取り率の向上。 地域持続性 医療費の適正化、地域コミュニティの維持。 公平性 都市部との健康格差縮小。

表2 僻地・中山間地域における在宅医療介護連携の評価指標リスト(案)

NO	指標名	定義等	僻地における選定根拠・意義
S-1	ICT 地域カバレッジ率	地域内の医療・介護事業所のうち、共通の情報共有システム(MCS等)に接続・稼働している施設の割合。	物理的距離の壁を越えるため、非同期でのデータ共有基盤が必須。
S-2	訪問・巡回機能密度	高齢者人口 1,000 人あたりの訪問診療・訪問看護ステーション数、およびモバイルクリニック稼働台数。	医療機関へのアクセス困難地域では、「医療が動く」能力がアクセスの代理指標となる ¹²⁾ 。
S-3	医療搬送システム充足率	対象地域の居住地から 30 分以内にアクセス可能な非緊急的な医療搬送またはドローン配送のカバー率。	移動手段の欠如は医療の断絶を意味するため、物流・交通を含む評価が重要。
S-4	多機能人材配置率	特定行為研修修了看護師や、地域での予防活動・コーディネート機能を併せ持つ看護職等の配置割合。	人材不足地域では、予防から高度ケアまでを担い、多職種をコーディネートできる人材がシステムの強靱性を高める。
P-1	退院時カンファレンス実施率	入院していた要介護高齢者のうち、退院前に病院と地域のケアチームが合同カンファレンスを実施した割合。	遠方の基幹病院と地域の在宅チームの断絶を防ぐ最重要プロセスとされている ¹³⁾ 。
P-2	支援付き遠隔診療実施率	全遠隔診療件数のうち、訪問看護師や支援員が患者側で補助を行った件数の割合。	高齢者のデジタル・ディバイドを解消し、実効性のある遠隔医療を評価する ¹⁴⁾ 。
P-3	包括的ケアプラン策定	医療と介護の目標が統合されたプランの割合。	多職種が同じ方向を向いて支援できているか ²⁶⁾ 。

	率		
P-4	オンライン服薬指導利用率	処方箋発行件数のうち、オンライン服薬指導および配送が行われた割合。	薬局のない地域における医薬品アクセスの確保状況を測る。
O-1	ACSC 緊急入院率	人口 1,000 人あたりの、予防可能な疾患（心不全、肺炎等）による緊急入院発生率。	地域医療・介護の防波堤機能が働いているかを示す感度の高い指標。
O-2	在宅看取り率	全死亡者数のうち、自宅または居住系施設で死亡した者の割合。	「Aging in Place」の究極の目標達成度 ¹⁵⁾ 。
O-3	介護者負担感指数 (ZBI 変化量)	介入前後における主介護者の負担感スコアの変化。	インフォーマル・ケアに依存しやすい僻地において、家族の共倒れを防ぐため必須とされている ⁴⁾ 。
O-4	患者経験価値 (PREMs)	「医療者と介護者の間で話が通じていると感じるか」等の連携実感スコア。	利用者視点での「統合」の質を評価する。

※ S=Structure、P=Process、O=Outcome を指す。

参考 レビューを行った文献リスト

日本の政府報告書・ガイドライン・国内研究 (1-15)

厚生労働省. (2016). 「地域包括ケア『見える化』システム」.

厚生労働省. (2017). 「地域医療介護総合確保基金について」.

厚生労働省. (2024). 「オンライン服薬指導の実施要領について」.

内閣府. (2022). 「デジタル田園都市国家構想基本方針」.

国際協力機構 (JICA). (2016). 「地域包括ケアシステムに関する調査」.

茂木康俊. (2025). 「公立病院におけるクリニカルインディケータの活用：COVID-19 後の変化」. 日本医療病院管理学会誌.

平川仁尚, 他. (2020). 「僻地在宅ケア従事者における多職種連携の課題」. 日本公衆衛生雑誌.

福富恵美, 他. (2013). 「日本の僻地における医療・看護連携評価指標の開発」. 日本老年医学会雑誌.

熊本圭吾, 他. (2017). 「介護負担感尺度 (NFU 版) の信頼性と妥当性」. 日本疫学会誌.

金子惇. (2023). 「日本におけるへき地指標 (Rurality Index) の開発と妥当性の検証」. BMJ Open.

星山崇之, 他. (2024). 「山間部住民における在宅医療への関心と影響因子：相模原市における横断研究」. Cureus.

京都大学. (2023). 「緩和ケア研修会の評価に関する研究報告書」.

長崎大学. (2025). 「離島におけるドローンを用いた医薬品配送の実証実験報告」.

日本調剤. (2023). 「統合報告書：オンライン服薬指導と地域医療連携」.

牧尉太, 他. (2024). 「デジタル田園健康特区における救急医療連携の評価」. 医療情報学連合大会論文集.

海外の学術論文・研究報告書

Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. JAMA, 311(10), 1052–1060.

Bergvall, N., Brinck, P., Eek, D., et al. (2011). Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. International Psychogeriatrics, 23(1), 73–85.

Chen, Y.-H., El-Adle, A. M., O'Brien, K. J., Wentworth, T., & Richter, H. G. (2025). Drone-based medication delivery for rural, flood-

- prone coastal communities. *PLoS One*, 20(10), e0333696.
- Demiris, G. (2006). An Evaluation Framework for a Rural Home-Based Telerehabilitation Network. *Journal of Medical Systems*, 29(6), 595-603.
- Huguet, M., et al. (2023). Evaluation of a community-based integrated care model (CIE) for frail older people in rural Foshan, China: study protocol. *Trials*, 24, 315. 21. Lee, E. C., Grigorescu, V., Enogieru, I., & Smith, S. R. (2023). Updated National Survey Trends in Telehealth Utilization and Modality (2011-2022). ASPE Office of Health Policy.
- Lutomski, J. E., Krabbe, P. F. M., et al. (2017). Measurement properties of the EQ-5D across four major geriatric conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 45.
- MDPI. (2022). Community-Based and Nurse-Led Advanced Case Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Miyata, J., et al. (2025). Drone delivery of medications on remote islands: A demonstration project. *Nagasaki University Research Repository*.
- Peterson, M., Turgesen, J., Fisk, L., & McCarthy, S. (2017). Integrated Care in Rural Health: Seeking Sustainability. *Families, Systems, & Health*, 35(2), 167-173.
- Tamaki, J., et al. (2024). Assessing the efficacy of simulation-based education for paramedics in extended focused assessment with sonography for trauma under physician guidance. *Scientific Reports*, 14, 4190.
- Van Egdom, L., et al. (2024). Measuring value-based healthcare outcomes in breast cancer patients. *Journal of Integrated Care*.
- Yuan, S., et al. (2021). Effects of integrated care on hypertension management in rural China. *Health Policy and Planning*.
- UNICEF Georgia. (2023). Remote care: How telemedicine is transforming rural health care in Georgia. *UNICEF Reports*.
- Autonomy Global. (2023). Japan's Autonomous Drone Delivery Network. *Autonomy Global Reports*. 31. Elevance Health. (2023). Telemedicine in Rural Communities: Patterns of Use and User Characteristics. *Public Policy Institute*.
- Rural Health West. (2025). Contemporary review of the rural health literature. *Rural Health West Publications*.
- Children's Hospitals. (2023). Mobile health clinics close gaps in care. *Children's Hospitals Today*.
- Georgetown University. (2024). Beyond the Clinic Walls: Mobile Health Clinics. *Center on Health Insurance Reforms*.
- Rutgers University. (2024). The Rutgers Integrated Care Evaluation (RICE) Research Framework. *Journal of Integrated Care*.
- University of Hawaii. (2025). Transportation Project: Full Report on Rural Access. *UH Research*.
- Deloitte. (2023). Virtual health and telemedicine in rural areas. *Deloitte Insights*.
- Maine Health Access Foundation. (2019). Does It Really Work? Evaluation and Policy Support for Integrated Care.
- Welsh Government. (2019). The Integrated Care Evaluation Framework (ICE-F). *Social Research*.
- Australian Dept of Health. (2023). Evaluation of the Rural Health Multidisciplinary Training (RHMT) program.
- Results for America. (2019). Logic Models for Integrated Care: Rural Economic Opportunity Fund.
- American Psychological Association. (2017). I

Integrated Behavioral Health in Rural Areas. Families, Systems, & Health. Frontiers in Public Health. (2021). RE-AIM framework for integrated care: Adapting to new science. BMC Health Services Research. (2022). Evaluation of Healthy Kinzigital Integrated Care Model. Healthcare. (2023). Quality Indicators for Home-Based Community Elderly Care in China: A Systematic Review.

国際機関・その他関連報告書

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: Informal Carers. OECD Publishing.

OECD. (2023). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care. OECD Health Working Papers.

OECD. (2024). Towards a structured and systemic integration of home care for the non-self-sufficient in Italy.

OECD. (2022). Integrating care to prevent and manage chronic diseases.

WHO. (2018). Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions.

European Commission. (2018). Integrated Care Assessment Framework.

PAHO. (2020). Compendium of Outcome Indicators - Strategic Plan 2020-2025. 53. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2022). Telehealth for Women in Rural Areas.

National Center for Health Statistics (NCHS). (2024). Telemedicine Use Among Adults: United States, 2021-2022.

Local Government Association (LGA). (2023). SCIE Logic Model for integrated care. 56.

National Rural Health Association (NRHA). (2022). Toward a Sustainable Rural Health

Workforce.

Smart City Institute Japan. (2023). Smart City Expo World Congress 2023: Japan Pavilion Guidebook.

Cabinet Secretariat (Japan). (2022). Digital Garden City Nation: Summary.

Arkansas Government. (2024). Rural Health Care Outcomes and Transport Initiatives. 60.

University of British Columbia. (2016). Rural Patient Transport and Transfer Findings from a Realist Review.

MedRxiv. (2025). Rapid Review of Integrated Care Interventions: 2015-2024.

引用文献

- 1 Cao H, Yin G, Bao X, Tao H. Patient-centered evaluation of integrated care and health equity: evidence from county medical alliances in Henan province. *Int J Equity Health*. 2025 Apr 12;24(1):101. doi: 10.1186/s12939-025-02468-5. PMID: 40221792; PMCID: PMC11992723.
- 2 Moon DJ, Ballard AJ (2022), "The comprehensive framework for integrated healthcare implementation: a realist evaluation of positive parenting in rural primary care in the US". *Journal of Integrated Care*, Vol. 30 No. 1 pp. 52–65,
- 3 Chu C, Cram P, Pang A, Stamenova V, Tadrous M, Bhatia RS. Rural Telemedicine Use Before and During the COVID-19 Pandemic: Repeated Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 2021 Apr 5;23(4):e26960.
- 4 西村昌記.家族介護者ソーシャルサポート尺度の開発. 2014 年 36 巻 1 号 p. 3-12
- 5 Relationship between social cohesion and the care burden of primary family caregivers in central Tokyo, Japan
- 6 Aubrey-Basler K, Bursey K, Pike A, Penney C, Furlong B, Howells M, Al-Obaid H, Rourke J, Asghari S, Hall A. Interventions to improve primary healthcare in rural settings: A scoping review. *PLoS One*. 2024 Jul 11;19(7):e0305516.
- 7 Yu SWY, Hill C, Ricks ML, Bennet J, Oriol NE. The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review. *Int J Equity Health*. 2017 Oct 5;16(1):178.
- 8 Gong E, Sun L, Long Q, Xu H, Gu W, Bettger JP, Tan J, Ma J, Jafar TH, Oldenburg B, Yan L L. The Implementation of a Primary Care-Based Integrated Mobile Health Intervention for Stroke Management in Rural China: Mixed-Methods Process Evaluation. *Front Public Health*. 2021 Nov 17;9:774907.
- 9 Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, van Hout HPJ, van der Roest HG. Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Jan 9;13(1):e0190298. doi: 10.1371/journal.pone.0190298. PMID: 29315325; PMCID: PMC5760020.,
- 10 Shimatani, K., Hiraki, T., Deguchi, K., & Ono, K. (2021). Effectiveness of a community-based integrated care ward (CICW) on 90-day readmission among the elderly people: a retrospective cohort study of a rural area in Japan. *Journal of Rural Medicine : JRM*, 16, 236 - 244.
- 11 厚生労働省. (2017) . 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き.
- 12 Maanasa Kona, Julia Burleson, Leila Sullivan. Beyond the Clinic Walls: Exploring the Potential of Mobile Health, Georgetown University. <https://chir.georgetown.edu/wp-content/uploads/Beyond-the-Clinic-Walls.pdf>
- 13 JICA. (2022). Community-based Integrated Care in Japan- Suggestions for developing countries from cases in Japan- <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/1000048192.pdf>
- 14 Johannes BL, Janevic MR, Qin W. Rural-Urban Differences in Telehealth Utilization and Delayed Care During the COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health*. 2023 Dec;29(12):1792-1800.
- 15 Jeong, S., Inoue, Y., Arai, Y., Ohta, H., & Suzuki, T. (2022). What Should Be Considered When Evaluating the Quality of Home Care? A Survey of Expert Opinions on the Evaluation of the Quality of Home Care in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2361. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042361>.

地域住民を対象としたウェブアンケートによる医療・介護連携に関する住民意向調査

研究代表者	赤羽 学	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	中西 康裕	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	金 雪瑩	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
研究分担者	松本 佳子	医療経済研究機構 政策推進部／研究部
研究分担者	赤羽 たけみ	宇陀市立病院／奈良県立医大・消化器内科学講座

研究要旨

目的：僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携に係る指標の検討に資する基礎資料を得ることを目的として、地域住民の意向やニーズを把握するための調査を実施した。

方法：奈良県在住の40～79歳の住民を対象として、インターネット調査会社の登録モニターを用いた無記名ウェブアンケート調査を実施した。地域における医療・介護体制に対する認識や不安、災害時および感染症流行時に行政へ期待する役割等について調査するとともに、一部設問では自由記述回答を求め、テキスト分析を行った。

主な結果：住民が安心して暮らせる地域の条件として、医療・介護サービスの充実に加え、生活施設へのアクセスや公共交通機関の利便性、地域のつながりなどが重視されていることが示された。また、地域の医療・介護体制に対しては連携や相談体制への不安が一定程度みられた。さらに、災害発生時や感染症流行時には、医療や介護の提供体制の確保とともに行政による正確で分かりやすい情報提供への期待が大きいことが明らかとなった。

結論：本研究で得られた住民の意向やニーズに関する知見は、地域における医療・介護連携体制の整備や在宅医療の推進に向けた施策の検討に資する基礎資料として活用できると考えられる。特に、僻地・中山間地域や小規模自治体における医療・介護連携の評価指標の検討や、災害発生時や感染症流行時における地域の医療・介護体制の整備に関する政策立案への活用が期待される。

A. 研究目的

我が国では急速な高齢化が進行しており、今後も高齢者人口の増加が見込まれている。2040年頃には、高齢者人口がピークを迎えるとともに、医療・介護ニーズのさらなる増大が予測されている¹⁾。このような状況の中で、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できるよう支えるサービス提供体制の構築が重要

な課題である。

その中核的な要素の一つが在宅医療である。高齢者の多くは慢性疾患や複数の疾病を抱えながら生活しており、入院医療だけでなく地域において継続的に医療を受けることができる体制の整備が求められている²⁾。また、高齢者の生活を支えるためには医療のみならず介護サービスとの連携が不可欠であり、医療と介護

の切れ目のない連携体制の構築が重要である。

在宅医療については、1：日常の療養支援、2：入退院支援、3：急変時の対応、4：看取りからなる「在宅医療の4つの場面」を地域で切れ目なく支える体制の整備が求められている¹⁾。これらの場面では、医療機関、訪問看護、介護サービス事業所、地域包括支援センター、行政など多様な主体が連携しながら支援を行う必要がある。

一方で、医療・介護資源の状況や人口構成は地域によって大きく異なり、特に僻地や中山間地域、小規模自治体では医療資源の不足やサービス提供体制の脆弱性などの課題が指摘されている。そのため、これらの地域において医療・介護連携を効果的に推進するためには、地域の実情に応じた体制整備を進めるとともに、医療・介護連携の状況を把握・評価するための指標を検討することが重要である。

また、地域における医療・介護体制のあり方を検討する際には、サービス提供側の視点だけでなく、地域住民の意向やニーズを把握することも重要である。特に、高齢期に安心して暮らせる地域の条件や、医療・介護体制に対する不安、災害発生時や感染症流行時に行政や地域の医療・介護体制に期待する役割などを明らかにすることは、地域における医療・介護連携の在り方を検討するうえで重要な基礎資料となる。

そこで本研究では、僻地・中山間地域および小規模自治体における医療・介護連携に係る指標の検討に資することを目的として、地域住民を対象としたウェブアンケート調査を実施した。本調査では、地域における医療・介護体制に対する住民の認識や不安、災害発生時および感染症流行時に行政へ期待する役割、さらに高齢期に安心して暮らせる地域の条件等について把握し、医療・介護連携に関する指標の検討に資する基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

B-1. 調査方法

(1) 調査対象と目標回収数

奈良県在住の40～79歳の住民を対象とした。調査対象者は、年齢階級別・男女別の人口構成比に基づき割付を行った。目標回収数は1,600名とした。

(2) 調査方法と調査期間

インターネット調査会社の登録モニターを対象とした無記名ウェブアンケート調査を実施した。対象者にはメールで調査案内を配信し、調査に同意したモニターから回答を回収した。調査は2026年1月に実施した。

(3) 主な調査項目

主な調査項目は以下のとおりである。

- 基本属性（性別、年齢、居住地、移動手段、運転免許返納状況）
- 健康状態および生活状況、医療・介護利用状況（かかりつけ医・歯科医、要介護度など）
- 地域との繋がりや住みたい地域の特徴
- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の認知、医療と介護の連携に関する認識
- 災害発生時および感染症流行時における行政への期待
- 自由記述による意見

Q：高齢になっても安心して暮らせる地域とは、どのような地域ですか。

Q：お住まいの地域の医療や介護の体制について不安に感じることや要望はありますか。

Q：今後発生する災害（大地震や風水害など）の際に、行政（市町村）にどのような対応を期待しますか。

Q：今後感染症が拡大した場合（パンデミック時）に、行政（市町村）にどのような対応を期待しますか。

B-2. 分析方法

自由記述回答については、テキスト分析ソフトであるKH Coder（Ver. 3.02c）を用いて分析

を行った。分析に際しては、設問ごとに回答を1文書1行の形式に整理したうえで、不要な改行や空白の削除などの前処理を実施した。また、意味的に近い語については可能な範囲で同義語整理および表記統一を行った。

その上で、以下の分析を実施し、回答内容における主要な語の出現傾向および語同士の関連性を検討した。

- 頻出語分析
- 共起ネットワーク分析

(倫理面への配慮)

本研究は国立保健医療科学院倫理審査委員会の承認を得て実施した。調査は無記名で実施し、回答は統計的に処理するとともに、個人情報の保護および研究倫理に十分配慮して実施した。

C. 研究結果

C-1. 回収状況

最終的な回収数は1,681名であった。年齢階級別および男女別の回収数は、75歳以上女性群の回答が目標数に達しなかったため70-74歳女性群からの回答で補充したが、概ね目標割付に沿った構成となった(表1)。

県内の39自治体別では、県庁所在地である奈良市からの回答が最多(482人)であり、次いで橿原市(181人)、生駒市(140人)、大和郡山市(117人)であり、県内自治体の人口比率に近い割合であった。県南部の過疎地域の自治体(十津川村、東吉野村など)からの回答は1名であったものの、全ての自治体に居住する住民から回答を得ることができた。回答者のうち、要支援:14人、要介護:18人であった。

C-2. 調査結果

C-2-1. 急病時の医療対応に対する認識

「自宅で急に具合が悪くなった際に、往診や救急との連携により迅速で適切な対応が受けられると思いますか」という質問に対しては、「強く

そう思う」「ややそう思う」と回答した者が多数を占めた一方で、「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と回答した者も同程度存在し、地域の医療提供体制に対する不安が示された。(図1)

C-2-2. 人生の最期を迎えたい場所

自身が回復困難な病気となり、1年以内に死亡すると診断された場合の希望する最期の場所としては、「自宅」が最も多く、次いで「病院・診療所」および「ホスピス・緩和ケア施設」が多かった。この結果から、5割程度の住民が自宅での看取りを希望していることが示唆された。(図2)

C-2-3. 災害発生時に関する意識

(1) 災害発生時の医療・介護に対する不安

災害発生時に必要な医療や介護を受けられなくなることへの不安については、「そう思う」「やや思う」と回答した者が多数を占め、災害時の医療・介護体制に対する住民の不安が比較的高いことが示された。(図3)

(2) 在宅療養者への支援

在宅療養者が災害発生時にも生活を継続できるようにするために必要な支援としては、以下の項目が比較的多く選択された。

- 食料・水・生活物資の確保
- 医療や介護に関する連絡体制の確保
- 急変時や避難時の搬送体制
- 医療・介護・行政が連携した相談体制

(3) 避難所で期待される支援

避難所において住民が期待する医療・介護支援としては、以下の項目が比較的多く選択された。

- 医師や看護師による健康チェック
- 持病に対する薬の確保
- 感染症対策
- 福祉避難スペースの整備

(4) 行政に期待される役割

災害発生時に行政へ期待する役割としては、以下の項目が比較的多く選択された。

- 食料・水などの生活物資の安定供給
- 避難所での医療・介護支援の確保
- 要支援者の避難支援体制
- 医療機関・介護事業所との連携体制

C-2-4. 感染症流行時に関する意識

(1) 行政から提供してほしい情報

感染症流行時に行政から提供してほしい情報としては、以下の項目が比較的多く選択された。

- 発熱外来や検査医療機関の情報
- 医療機関の受診状況
- 地域の感染状況
- ワクチン接種情報

(2) 行政に期待する役割

感染症流行時に行政へ期待する役割としては、以下の項目が比較的多く選択された。

- 医療提供体制（発熱外来・入院等）の整備
- 医療機関・介護施設への支援
- 正確で分かりやすい情報発信
- 医療と介護の連携調整

C-2-5. 自由記述回答のテキスト分析

(1) 高齢になっても安心して暮らせる地域

質問「高齢になっても安心して暮らせる地域とは、どのような地域ですか」に対する自由記述回答のテキスト分析では、頻出語（上位5つ）は1：医療機関、2：地域、3：生活、4：近く、5：施設であった。

図4に共起ネットワーク図を示すが、以下のような要素が特徴的に抽出された。これらは、高齢期における生活基盤として重要な地域条件であることが示唆された。

- 医療機関や生活施設が近いこと
- 地域の安心・安全や住民同士のつながり
- 医療・介護・福祉サービスの充実
- 公共交通機関の利便性

(2) 地域の医療・介護体制への不安

質問「お住いの地域の医療や介護の体制について不安に感じることや要望はありますか」に対する自由記述回答のテキスト分析では、頻出語（上位5つ）は1：介護、2：不安、3：医療、4：医療機関、5：地域であった。

図5に共起ネットワーク図を示すが、以下のような要素が特徴的に抽出された。

- 医療と介護の連携への不安
- 医療機関や介護施設の不足
- 相談先が分かりにくいこと

(3) 災害発生時に行政へ期待すること

質問「今後発生する災害（大地震や風水害など）の際に、行政（市町村）にどのような対応を期待しますか」に対する自由記述回答のテキスト分析では、頻出語（上位5つ）は1：避難、2：確保、3：迅速、4：情報、5：対応であった。

図6に共起ネットワーク図を示すが、以下のような要素が特徴的に抽出された。

- 安全な避難場所の確保
- 正確な情報提供と迅速な対応
- 医療・介護体制への支援
- 地域での災害訓練や連携

(4) 感染症流行時に行政へ期待すること

質問「今後感染症が拡大した場合（パンデミック時）に、行政（市町村）にどのような対応を期待しますか」に対する自由記述回答のテキスト分析では、頻出語（上位5つ）は1：情報、2：正確、3：対応、4：提供、5：迅速であった。

図7に共起ネットワーク図を示すが、以下のような要素が特徴的に抽出された。

- 正確で迅速な情報提供
- 医療機関への受診体制
- 医療体制の充実
- 感染拡大防止対策

D. 考察

本調査では、奈良県在住の40～79歳の住民を

対象に、地域における医療・介護体制に対する認識や不安、災害発生時および感染症流行時に行政へ期待する役割等について把握した。

その結果、住民が安心して暮らせる地域の条件として、医療・介護サービスの充実に加え、生活施設へのアクセスや公共交通機関の利便性、地域のつながりなど、生活環境に関する要素が重視されていることが示唆された。これらは、高齢者が地域で生活を継続するためには医療や介護サービスのみならず、生活基盤を含めた地域全体の支援体制が重要であることを示している。

人生の最期を迎える場所として自宅を希望する者が5割程度存在しており、在宅での療養や看取りを支える体制の整備の重要性が示唆された。在宅医療の推進においては、「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」といった在宅医療の各場面を地域で支える体制の構築が求められており、医療と介護の連携のさらなる強化が重要であると考えられる。

地域の医療や介護体制に関する自由記述では、医療と介護の連携に対する不安や医療機関・介護施設の不足、相談先が分かりにくいことなどが指摘された。地域包括ケアシステムの推進においては医療・介護連携が重要とされているが、住民の視点からはその体制が必ずしも十分に認識されているとは言えない可能性がある。住民が安心して地域で生活するためには、相談窓口や支援体制を分かりやすく示すことが重要であると考えられる。特に僻地や中山間地域、小規模自治体では医療機関や生活施設へのアクセスが課題となることが多く、地域の実情に応じた生活支援や移動支援の仕組みを含めた包括的な地域づくりが重要であると考えられる。

災害発生時の医療・介護に関する意識については、必要な医療や介護を受けられなくなることへの不安を感じている住民が多く、生活物資の確保、医療・介護サービスの継続、医療・介護関係者との連絡体制などの支援が求められていた。特に僻地・中山間地域、小規模自治体では災害発生時の医療と介護へのアクセスが制限される可能性が

あることから、地域の医療機関、介護事業所、自治体が連携した地域レベルでの支援体制の構築が重要である。

また、感染症流行時には、医療機関の受診体制や感染状況などの正確な情報提供を求める回答が多く、行政による分かりやすい情報発信や医療提供体制の整備への期待が示された。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の経験を踏まえ、感染症流行時には医療のみならず介護分野を含めた地域全体での対応が求められていると考えられる。

本研究は奈良県を対象としたウェブ調査であり、今後は地域差や年齢階級別の分析を進めるとともに、医療・介護レセプトデータ（KDBデータ）等と組み合わせた分析を行うことで、住民の意向と地域における医療・介護連携の状況を多面的に把握することが可能になると考えられる。これらの分析結果は、僻地・中山間地域や小規模自治体における医療・介護連携の体制整備および関連する指標の検討に資する基礎資料となることが期待される。

・研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第1に、本調査はインターネット調査会社のモニターを対象としたウェブアンケート調査であり、調査対象がインターネット利用者に限定されることから、必ずしも地域住民全体の意見を代表しているとは限らない可能性がある。第2に、本調査は奈良県在住者を対象として実施したものであり、得られた結果が他地域にそのまま一般化できるとは限らない。第3に、本調査は横断的調査であるため、住民の意識や不安と実際の医療・介護体制との因果関係を明らかにすることはできない。

E. 結論

本研究では、ウェブアンケート調査により、地域における医療・介護体制や行政への期待に関する住民の意識を把握した。本研究で得られた住民の意向やニーズに関する知見は、地域における医

療・介護連携体制の整備や在宅医療の推進に向けた施策の検討に資する基礎資料として活用できると考えられる。特に、僻地・中山間地域や小規模自治体における医療・介護連携の評価指標の検討や、災害時および感染症流行時における地域の医療・介護体制の整備に関する政策立案への活用が期待される。

引用文献

1) 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 4
<https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf>

2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック（令和7年3月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001465325.pdf>

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 年齢階級別割付（目標数）と回収状況

	年齢階級							
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
目標数								
男性	78	91	111	98	91	85	94	104
女性	83	97	120	110	102	97	110	129
回収数								
男性	83	94	115	104	94	91	96	112
女性	87	101	124	115	104	107	158	96
過不足								
男性	5	3	4	6	3	6	2	8
女性	4	4	4	5	2	10	48	-33

図 1.

質問「自宅で急に具合が悪くなった時でも往診や救急との連携によって、迅速で適切な対応が受けられると思いますか？」に対する回答

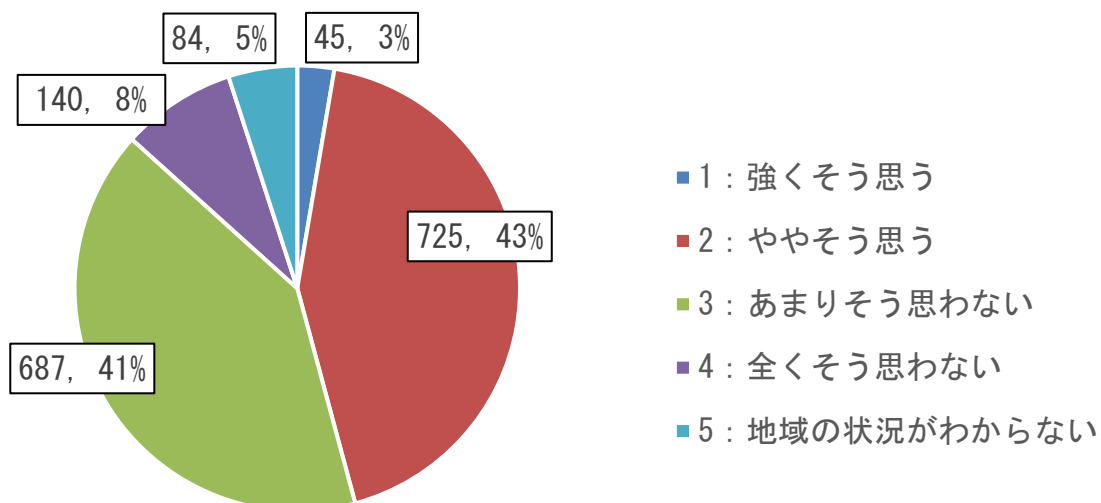


図 2.

質問「あなた自身が病気となり治癒する見込みがなく1年以内に死に至ると診断された場合、人生の最期を迎える場所について最も希望する場所はどこですか？」に対する回答

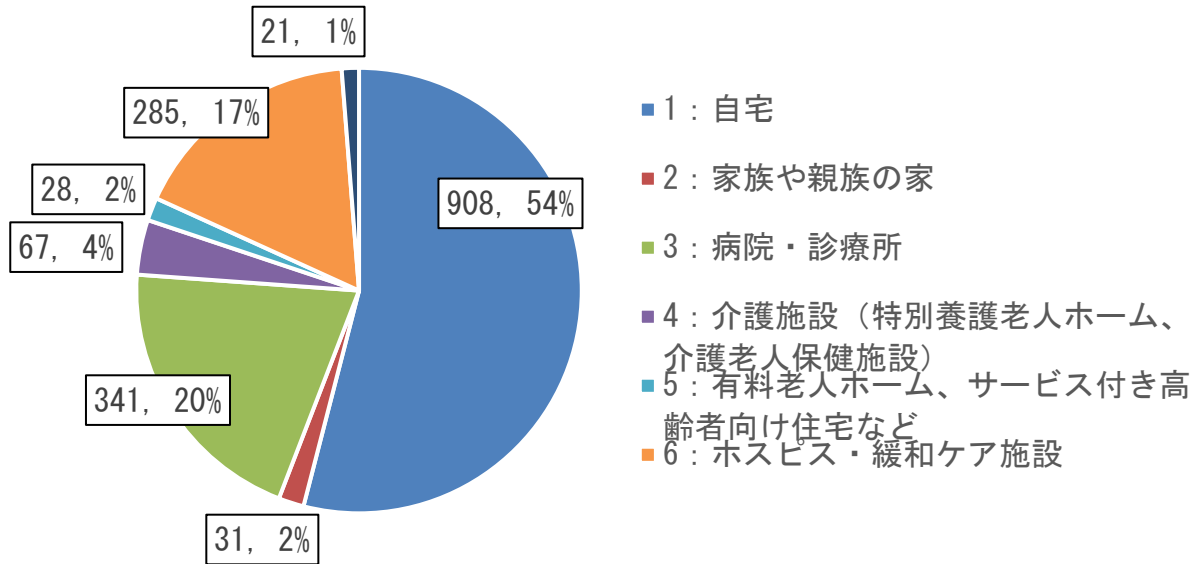


図 3.

質問「災害時に自分や家族が必要な医療や介護を受けられないのではないかと不安を感じますか？」に対する回答

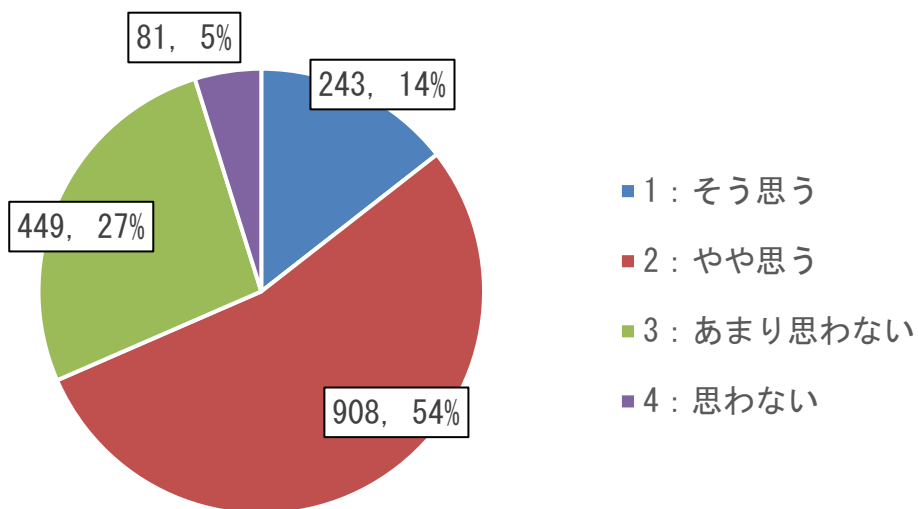


図4. テキスト分析による共起ネットワーク図

質問「高齢になっても安心して暮らせる地域とは、どのような地域ですか」に対する自由回答

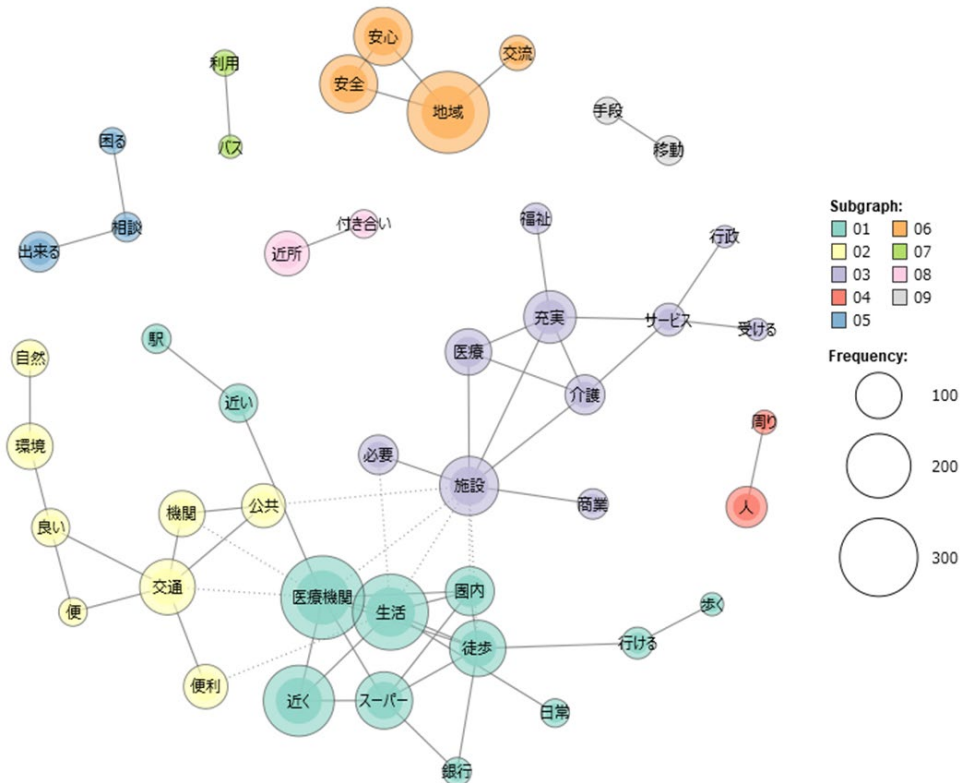
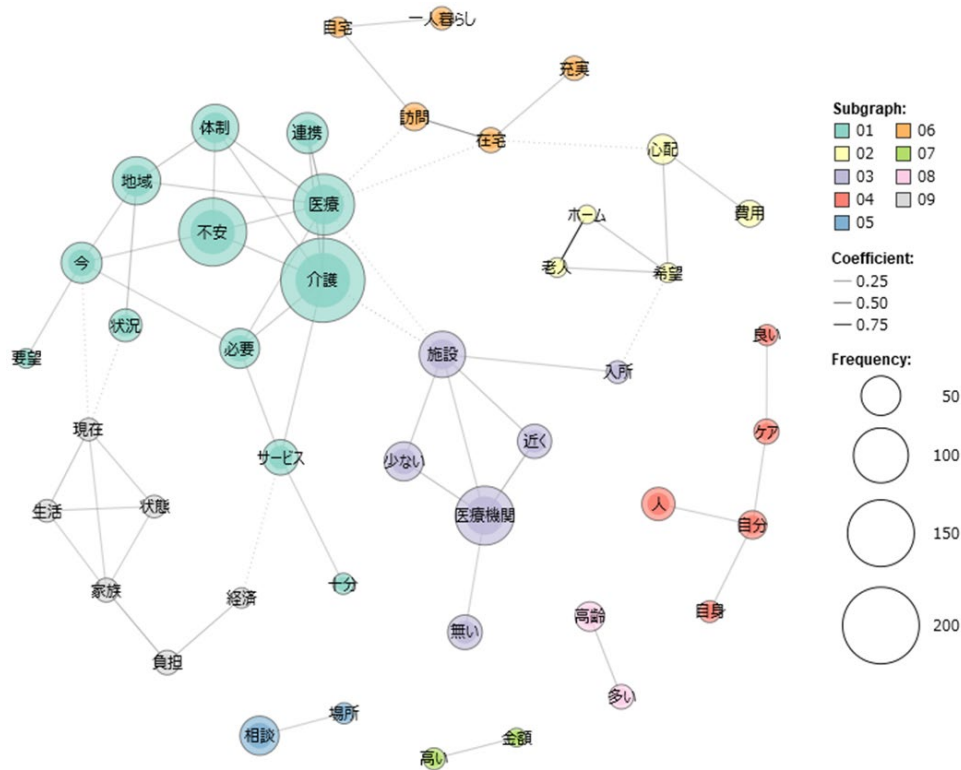


図5. テキスト分析による共起ネットワーク図

質問「お住いの地域の医療や介護の体制について不安に感じることや要望はありますか」に対する自由回答



5 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
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
なし					

令和 8年 3月 31日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・部長
(氏名・フリガナ) 赤羽 学・アカハネ マナブ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和8年2月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・准教授
(氏名・フリガナ) 次橋 幸男・ツギハシ ユキオ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和 8年 3月 31日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官
(氏名・フリガナ) 中西 康裕・ナカニシ ヤスヒロ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和8年2月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・助教
(氏名・フリガナ) 西岡 祐一・ニシオカ ユウイチ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和 8年 3月 31日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 大冨賀 政昭・オオタガ マサアキ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 村上 明美

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
- 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
- 研究者名 （所属部署・職名）実践教育センター・地域ケア教育部長（兼）保健福祉学部・准教授
（氏名・フリガナ）柴山 志穂美（シバヤマ シオミ）

4. 倫理審査の状況

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

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

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
機関名 医療経済研究機構

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 遠藤 久夫

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構研究部・特任研究員
(氏名・フリガナ) 松本 佳子 ・ マツモト ヨシコ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道大学病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 南須原 康行

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 北海道大学病院 予防歯科 助教
(氏名・フリガナ) 山本 貴文 (ヤマモト タカフミ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和 8年 3月 31日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・研究員
(氏名・フリガナ) 森井 康博・モリイ ヤスヒロ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和8年2月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 消化器内科学 博士研究員
(氏名・フリガナ) 赤羽 たけみ (アカハネ タケミ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

令和 8年 3月 31日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官
(氏名・フリガナ) 金 雪瑩・キン セツエイ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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