

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための
適な評価指標等の提案のための研究
分担研究報告書 (令和4年度)

有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

- 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 山口佳小里 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)
協力研究者 川越正平 (松戸市医師会会長、あおぞら診療所院長)
協力研究者 中島朋子 (訪問看護事業協会常務理事、東久留米白十字訪問看護ステーション所長)
協力研究者 大川潤一 (国立市健康福祉部長)
協力研究者 葛原千恵子 (国立市地域包括ケア・健康づくり推進担当部長)
協力研究者 金丸絵里 (武蔵野市健康福祉部地域支援課在宅医療・介護連携担当係長)
協力研究者 武田輝也 (宮城県仙台保健福祉事務所、塩釜保健所地域保健福祉部高齢者支援班)

研究要旨

研究目的：平成 27 年に地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、地域の実情を踏まえた PDCA サイクルに沿った事業展開が推進されているが、自治体は評価項目（指標）の設定に困難を生じ、活用が進んでいない。本研究では、医療・介護突合レセプト及び国や自治体等が公開する既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」における PDCA サイクルの取り組みの評価指標例等のデータを抽出し、4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに整理した。自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標を選定することを目的とした。

研究方法：自治体と専門職の有識者にグループインタビューを行い、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進を評価する上で重要度の高い項目について検討した。インタビューに先立ち、説明会の実施、専門職の知見を整理してインタビューに臨むための事前インタビューにより、論点整理のフレームワークを用いてグループインタビューを実施した。

結論：自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に活用すべき重要度の高い指標について検討した結果、データを取り扱う上での留意点や、指標の定義を整理する必要性が明らかになった。医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適切な評価指標を設定するためには、診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。具体的には、指標の実用化に向け、指標を用いた試行評価を行い実際の状況と乖離があるかの確認や指標を使用する自治体が既存データから簡便に取り扱うことが出来るかといった活用の視点を踏まえた検討を重ねる必要があると考えられた。

A. 研究目的

平成 27 年に地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられてから、連携体制構築や相談支援等に関する自治体による取り組みが進められてきた。近年では、地域の実情を踏まえた PDCA サイクルに沿った事業展開が推進されているが、協議会の設置等、連携体制は整いつつある一方で、PDCA を運用した事業展開は十分に行われていない。PDCA を運用するうえで重要な点の一つに、指標の設定が挙げられる。しかし、令和 2 年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査（令和 2 年度在宅医療・介護連携推進支援事業、富士通総研）結果では、施策を実施する際に、その効果を把握する評価項目（指標）の設定について、「未実施であり、特に検討していない」が、60.8%である。また、令和 3 年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況（令和 3 年度 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書、富士通総研）結果では、目指すべき姿の設定状況において、「4 つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載」が 14.4%、「4 つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない」が 13.2%、「4 つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる」が 3.4%であり、4 つの場面で設定しているのは、31.0%にとどまっている。指標設定においては、定量的・定性的な地域の現状把握を基に、目標の設定、課題の抽出・対応策の検討を行い、指標を設定するというプロセスを要するが、多くの自治体において指標設定に困難を生じており、活用が進んでいない現状にある。

本研究では、まず医療・介護突合レセプト及び国や自治体等が公開する既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」における PDCA サイクルの取り組みの評価指標例等のデータを抽出し、4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに整理した。次に、自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標を選定するために、有識者を対象としたインタビュー調査を行った。

B. 研究方法

有識者にグループインタビューを行い、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進を評価する上で重要度の高い項目について検討した。

対象者は、地域の実情に詳しい専門家として、自治体関係者と専門職とした。自治体関係者は、

地域医療計画を策定しているなど在宅医療・介護連携推進事業の先進的な取り組みを行っている自治体のうち、市町村規模を勘案して、3 市を選定し 4 名を対象者とした。専門職は、在宅医療介護連携に関する有識者として在宅医と訪問看護師の 2 名を対象者とした。

インタビューに先立ち、対象者への事前説明会と専門職への事前インタビューを行った。

B. 1. インタビュー調査の事前説明会

事前説明会は、対象者の希望に合わせた日程で 2 日間設定し、1 回 1 時間、合計 2 回、オンラインにて実施した。対象者には事前に資料を送付した。提示した資料は、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」において「3. 4 つの場면을意識した PDCA サイクルの考え方と展開例」で 4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに示されている 2 つの表「PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）」、「PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）」を転記し、「地域包括ケア見える化システム」において示されている項目との対応関係を整理、そして研究班で検討する KDB 集計の難易度を表にまとめて、指標と共に指標カテゴリーを追加して示した。説明会では、研究事業の背景、目的、インタビュー調査の狙い、グループインタビューの流れ、本研究事業の最終的なイメージ、について説明した。参考資料として配布した資料の、4 つの場面ごとの指標一覧について、作成プロセスと 4 場面ごとの指標について説明した。インタビュー実施の際は、4 つの場面ごとの指標一覧の中で重要だと思う指標とその理由について、それぞれの立場から意見を求めたい、と協力の依頼をした。指標一覧やインタビューの主旨等の説明に対する質疑応答の中では、特に専門職より豊富な経験に基づく問題意識や意見が多かったことから、専門職の知見を事前に把握し、整理した上でインタビューに臨む必要があると考え、事前インタビューを実施することとした。

B. 2. 専門職への事前インタビュー

対象者は、グループインタビューの協力者である在宅医と訪問看護師の 2 名である。対象者には、事前インタビューの目的、意義について説明し、同意を得たうえで都合の良い日程・方法で実施した。事前説明会で用いた参考資料である指標一覧を基に、在宅医はオンライン、訪問看護師は電話にて、それぞれ 1 時間行った。

内容は、メモを取り意味内容のまとめ毎に整理した。分析結果は、内容を対象者に確認し、了解を得てグループインタビューの配布資料とした。

B. 3. 自治体と専門職の有識者グループインタビュー

在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標の選定と、指標を活用した評価の考え方を整理するため、対面にてグループインタビューを1回、2時間で実施した。「看取り」「緊急時の対応」「入退院支援」「日常の療養支援」の4場面ごとに、既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」におけるPDCAサイクルの取り組みの評価指標例等のデータを基に抽出・整理した指標一覧について、次の2つの視点で実施した。

- (1) 活用度の高い重要な指標とその理由、
- (2) 在宅医療介護連携を評価する上で、必要だが掲載されていない指標とその理由について、自治体、専門職の順に自由討論形式とした。事前インタビューにより整理された、論点のフレームワークは、事前の資料として対象者に配布・説明し、4場面ごとに、論点に沿ってインタビューを実施した。(表2、表3)

倫理面への配慮として、研究への協力は自由意志であることや負担の軽減に努めることなど説明し、同意を得た。国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

C. 1. 専門職への事前インタビュー結果

在宅医、訪問看護師に事前インタビューの分析結果から、4場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)ごとに次の3つに論点が整理された。

- (1) 重要な指標を考える上で前提となる考え方
- (2) 重要と考えられる指標1：体制整備「PDCAサイクルに沿った取組の前提として把握するデータ(例)」、指標2：連携「PDCAサイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目(例)」
- (3) 指標を見るうえでの留意事項。これらのフレームワークを用いて整理した、在宅医と訪問看護師の事前インタビュー結果は、自治体有識者、専門職有識者へのインタビューの事前資料として活用するとともに、グループインタビューの結果のまとめにも活用した。

表1 事前インタビュー結果のフレームワーク

	看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
重要な指標を考える上で前提となる考え方				
重要と考えられる指標1 体制整備				
重要と考えられる指標2 連携				
留意事項				

C. 2. 有識者グループインタビューの結果

自治体と専門職の有識者による4場面ごとの重要だと考える指標は、次のように示された。

「看取り」:体制整備の指標は、在宅療養支援診療所・病院数、訪問診療を実施している診療所・病院数、在宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り数(死亡診断のみの場合を含む)、在宅死亡者数、の5項目、連携の指標は、看取り介護加算、ターミナルケア加算であった。そのほか、看取り加算など、指標にない3項目があげられた。

(表4)

「緊急時の対応」:体制整備の指標は、在宅療養支援診療所・病院数、訪問診療を実施している診療所・病院数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、緊急訪問看護加算、など8項目があげられた。掲載されていないが必要な指標として、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、訪問看護の夜間・早朝加算、短期入所生活介護の緊急利用数、の3項目があげられた。(表5)

「入退院支援」:体制整備の指標は、退院支援担当者を配置している診療所・病院数であった。連携の指標は、退院時共同指導料、入院時情報連携加算、退院・退所加算、退院・退所時連携加算など6項目であった。必要だが掲載のない指標として、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、再入院がわかる指標、があげられた。(表6)

「日常の療養支援」:体制整備の指標は、看護小規模多機能型居宅介護事業所数、在宅療養支援診療所・病院数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、訪問診療の実績回数、など18項目全てであった。連携の指標は、居宅療養管理指導料(医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等)、看護体制強化加算、など7項目全てであった。必要だが掲載のない指標として、初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合、認知症対応型共同生活介護事業所数など、認知症にかかわる5項目があげられた。(表7)

C. 3. 重要な指標を考える上で前提となる考え方(表8、表9)

「看取り」「緊急時の対応」「入退院支援」「日常の療養支援」に共通している訪問看護の特徴として、医療保険は請求データが把握できないため、

報酬に反映されない、といった算定上の問題があり、看護活動が可視化されるような指標が必要であること等が専門職より問題提起された。

自治体の意見では、「看取り」、「緊急時の対応」、「入退院支援」においては、住民の声を把握し、目指す姿を指標に取り入れる必要がある。「日常の療養支援」では、地域資源の充足状況など地域性を踏まえて見る必要性などがあげられた。

C. 4. 指標を見るうえでの留意事項 (表 10)

指標の取扱いにおいては、算定要件や定義の解釈など留意点があげられた。「看取り」、「緊急時の対応」においては、届け出と実態の乖離、「入退院支援」は、医療保険のみで介護報酬での加算設定がないこと、「日常の療養支援」では、訪問診療における、歯科診療・薬剤指導は居住系・入所系の種類別に把握する必要性、居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）においても、専門職ごとに分けて算定状況を見る必要性など、「算定回数」と「レセプト件数」のどちらを取り扱うか否か整理する必要性が示された。ターミナルケア加算は在宅・施設別の加算があることや、自宅死には孤独死やグループホームでの死亡も含まれることなど、定義の確認や整理が必要なども留意事項としてあげられた。

D. 考察

有識者インタビューにより、自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標について、自治体の有識者、専門職の有識者、よりそれぞれ示された。あわせて、重要な指標を考える上でのこれらは、「厚生労働省老健局老人保健課 令和2年度在宅医療介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議 (令和2年9月13日) 在宅医療・介護連携推進事業について」示されている指標と一致する項目が多かったが、KDB での集計が不可・要検討の指標もあり、既存データの活用における難易度について、自治体が容易に活用できるか否か、実用可能性について精査する必要がある。

また、「看取り」や「緊急時の対応」では、自宅死の解釈、ターミナルケア加算の解釈、在宅にどこまで含めるか、数でみるか割合で見ると、など指標の定義を整理する必要性も指摘されている。診療報酬・介護報酬における加算のうち、体制加算は届け出のみのため、必ずしも活動実態を反映しているとは言えず、在宅医療・介護連携推進に資する評価となりうるか否か、報酬算定上の定義と指標の解釈について検討する必要がある。

そして、重要な指標を考える上での考え方、指標を見る上での留意事項の課題として、訪問看護

の医療保険での提供が紙ベースでの請求している現状においては、医療ニーズの高い疾患や状態像における看護活動が反映されない、といった問題がある。

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」で示されている4場面ごとの指標を検討するとき、医療ニーズの高い、「看取り」「緊急時の対応」「入退院支援」の場面においては、既存データには反映されない、訪問看護による活動や支援の実態をモニタリング・評価する方法についても工夫や検討が必要である。これから高齢化が加速し、緊急時や看取りのニーズが高まる中、地域の提供体制や社会資源の充足度、ACP など住民の理解や価値観も大きく影響する。「日常の療養支援」を把握する指標を検討する上では、前提条件として、地域性を踏まえた上で、指標を取り扱う必要がある。

自治体が、4つの場面で在宅医療・介護連携推進事業を実施する際の効果を把握する評価項目を設定し、実行できるようになるためには、指標をさらに絞り込み、地域の実情を反映するための方策をモデルとして提示することも検討する必要があると考える。

自治体の取り組みを促進するための重要度の高い指標の選定には更なる検証を重ねる必要があると考えられた。

E. 結論

自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に活用すべき重要度の高い指標について検討した結果、重要な指標を扱う際には、場所別や専門職別など、データを取り扱う上での留意点や、指標の定義を整理する必要性が明らかになった。

医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適切な評価指標を設定するには、診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。

具体的には、指標の実用化に向け、指標を用いた試行評価を行い実際の状況と乖離があるかの確認や指標を使用する自治体が既存データから簡便に取り扱うことが出来るかといった活用の視点を踏まえた検討を重ねる必要があると考えられた。

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2 専門職への事前インタビュー_在宅医（有識者インタビュー_ビデオ参考資料）

有識者グループインタビュー参考資料（在宅医）		【令和4年度厚生労働科学研究費補助金】 医療および介護シニアデータ分析による在宅医療・介護連 携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究 有識者ワーキンググループ（R5.1.31） 参考資料2	
追加：指標にないが、必要な項目	看取り	急変時の対応	入退院支援
重要と考えられる 指標1 体制整備	・看取り数（死亡診断の場合を含む） ・在宅ターミナルケアを受けた患者数	・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	・退院支援担当者配置している診療所・病院数 ・退院支援を実施している診療所・病院数 ・介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 ・退院時共同指導を実施している診療所・病院数 ・退院時訪問指導を実施している診療所・病院数
重要と考えられる 指標2 連携	・ターミナルケア加算（診療報酬） ・看取り加算（診療報酬） ・看取り介護加算（診療報酬） ・ターミナルケア加算（診療報酬） 追加	・訪問看護の夜間・早朝加算（診療・介護報酬） ・緊急訪問看護加算（診療報酬） ・緊急時訪問看護加算（介護報酬） ・緊急時訪問介護加算（介護報酬） ・緊急時カンファレンス料（介護報酬） ・在宅患者緊急時等カンファレンス加算（診療報酬） 追加	・診療情報提供料（診療報酬） ・入院時情報連携加算（介護報酬） ・介護支援連携指導（診療報酬） ・退院時共同指導料（診療報酬） ・退院前訪問指導料（診療報酬） ・退院・退所加算（介護報酬） ・退院・退所時連携加算（介護報酬）
重要な指標を考 える上で前提とな る考え方	・医療と介護（診療報酬と介護報酬）の両面からプロセスを把握することが重要ではないか。 （他の分野も共通） ・現在の看取りや在宅死のデータは、定義を踏まえた留意が必要。	・緊急対応の内容を「救急搬送」、「時間外加算・休日加算・深夜」対応などから総合的に判断することが必要。ただし、地域資源の状況によるのではないか。	・診療所・病院に加え、介護事業所のストラクチャー項目が数多くあるが、在宅限界点を高めるための介護サービスの基盤整備を戦略的にできているかが重要になる。そのような内容がわかるような指標の読み方や新たな指標が必要。
留意事項	・「在宅療養支援診療所・病院数」や「訪問診療を実施している診療所・病院数」はストラクチャーとして基本的なデータとなるが、届け出ペースでは実態との乖離があることがあり、ある程度の実績がある診療所・病院を把握するところが重要ではないか。 （他の事業所数も同様）	・ストラクチャーの項目は他の分野と共通となる。	・居宅療養管理指導料は、専門職ごとの算定状況を見る必要がある。 ・リハビリテーションマネジメント加算は先進的な取り組みを実施しているかの評価となる。 ・訪問診療（歯科診療、薬剤指導）は居宅分を切り出す必要がある。（居住系、入所施設への実績も多いため）

表 3 専門職への事前インタビュー_訪問看護師 (有識者インタビュー_参考資料)

有識者インタビュー参考資料 (訪問看護師)	【令和4年度厚生労働科学研究費補助金】 医療および介護シニアデータ分析による在宅医療・介護連 携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究	有識者ワーキンググループ (R5.1.31)	参考資料 2
追加：指標にないが、必要な項目	看取り	急変時の対応	入退院支援
<p>・ターミナルケア加算は、入院したとしても、最後の訪問から24時間以内であれば算定されるが、24時間を過ぎると請求できない。 濃厚なケアをしたとしても評価されない。 ・介護報酬でターミナルケア加算を算定しているも、終末期の最期は医療保険に移行することが多いため、診療報酬でも見る必要がある。</p> <p>厚生局に年1回 (7月) 提出する医療保険の届出の資料では、年間のターミナルケア患者数を報告している。医療と介護の両方を出している。在宅は自宅とGH、施設など分けて出している。 ・ACPは訪問看護が中心となって多職種連携のマネジメントを行っている。訪問看護師が医療機関や医師を動かしている。活動が可視化できるような指標が必要。</p>	<p>・介護保険の場合、緊急時の対応としても反映されない実態がある。訪問看護の緊急時は、5割弱が夜間早期に対応しているが、夜間・早期に訪問しても1回目は算定できず月の2回目以降にしか加算がつかないため、提供実態とずれる。 ・訪問看護は予測しきれないため、夜間・早期加算が多いことは、必ずしも訪問看護の質が高いとは言えない。夜間・早期に状態が悪化することのないように日中しっかりとセサメントして時間外の対応を回避することもある。在宅は自宅とGH、施設など分けて出している。 ・ACPは訪問看護が中心となって多職種連携のマネジメントを行っている。訪問看護師が医療機関や医師を動かしている。活動が可視化できるような指標が必要。</p>	<p>・「入院時情報連携加算」はケアマネしか算定できず、訪問看護から病院に情報提供しても報酬がないため、実態が反映されない。 ・退院後直後の2週間の訪問看護は医療保険で対応することが多いため、実態が反映されない。退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の限界点が引き上げられ、再入院が回避される。</p>	<p>日常の療養支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急訪問看護加算・緊急時訪問看護加算は、緊急訪問がない場合や電話対応だとしても、病状安定や安心につながっている。 ・がん末期で医療依存度の高い場合は、日常の支援を行っているが、医療保険のため実態が反映されない。→厚生局に提出している、別表7、別表8の1年間と直近の月の利用者数で把握することが可能。
<p>重要指標を考える上で前提となる考え方</p>	<p>・訪問看護の夜間・早期加算 (診療報酬) ・緊急訪問看護加算 (診療報酬) ・緊急時訪問看護加算 (介護報酬)</p>	<p>・訪問看護情報提供療養費3 (診療報酬) ・退院時共同指導加算 (診療報酬) ・退院時共同指導加算 (介護報酬) 追加</p>	<p>・緊急訪問看護加算 (診療報酬) ・緊急時訪問看護加算 (介護報酬) 追加 ・特別管理加算 (診療報酬、介護報酬) 追加</p>
<p>重要と考えられる指標 1 体制整備</p>	<p>※ターミナルケア加算は1、2があり、在宅か施設が把握できる (加算1：在宅、加算2：施設)</p>	<p>※訪問看護情報提供療養費3は、かかりつけ医を通して病院に「入院時の情報提供」した場合、一定の条件で算定可能。</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、実際の対応状況が見えない。(※緊急時の訪問実績の有無にかかわらず1回算定)</p>
<p>重要と考えられる指標 2 連携</p>	<p>※機能強化型訪問看護管理療養費を算定している事業所は、5%未満で1万5千か所のうち702か所しかない。(厚生局に提出)</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</p>
<p>留意事項</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</p>

表 4 重要だと考える指標「看取り」

体制	指標カテゴリ	報酬	KDBによる集計				専門職	自治体	指標
			見える化有無	在宅医療での設定	集計	集計			
体制	看取りにかかわる医療機関の状況	診療	KDB集計可		○		△		在宅療養支援診療所・病院数
			KDB集計可	○	○		△		訪問診療を実施している診療所・病院数
	KDB集計可		○	○		●		在宅ターミナルケアを受けた患者数	
	KDB集計可		○	○		●	●	看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	
	要検討		○	○		△		在宅死亡者数	
連携	看取りにかかわる介護報酬上の加算の算定実績	介護	KDB集計可	○				配置医師緊急時対応加算	
		介護	KDB集計可	○		●		看取り介護加算	
		介護	KDB集計可	○		●	●	ターミナルケア加算	
		診療				●		看取り加算	
					●		特定行為研修を修了した看護師の数		
						●	どこで亡くなりたいか		

表 5 重要だと考える指標「急変時の対応」

体制	指標カテゴリ	報酬	KDBによる集計				専門職	自治体	指標
			見える化有無	在宅医療での設定	集計	集計			
体制の整備	急変時の対応可能な医療機関/訪問看護の状況	診療	KDB集計可		○			●	在宅療養支援診療所・病院数
			KDB集計可	○	○			●	訪問診療を実施している診療所・病院数
			KDB集計可	○	○			●	往診を実施している診療所・病院数
			集計不可		○		●	●	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数
連携	急変時の対応にかかわる診療報酬上の加算の実績	診療	要検討					●	機能強化型訪問看護管理療養費
		診療	要検討						緊急訪問看護加算
		介護	KDB集計可	○			●		緊急時訪問介護加算
		介護	要検討	○			●		緊急時訪問看護加算
追加	診療・介護	介護	KDB集計可	○			●		緊急時等居宅カンファレンス加算
		診療					●		在宅患者緊急時等カンファレンス加算
		診療・介護					●		訪問看護の夜間・早朝加算
						●		短期入所生活介護の緊急利用数	

表 6 重要だと考える指標「入退院支援」

体制	指標カテゴリ	報酬	KDBによる集計				専門職	自治体	指標
			見える化有無	在宅医療での設定	集計	集計			
体制	入退院支援を実施する医療機関の状況	診療	集計不可		○			●	退院支援担当者を配置している診療所・病院数
連携	入退院支援にかかわる診療・介護報酬上の加算の算定実績	診療	KDB集計可	○			●		介護支援連携指導料
		診療	KDB集計可	○			●	●	退院時共同指導料
		診療	KDB集計可				●		退院前訪問指導料
		診療	KDB集計可				●		診療情報提供料
		介護	KDB集計可	○			●	●	入院時情報連携加算
		介護	KDB集計可	○			●	●	退院・退所加算
		介護	KDB集計可					●	退院・退所時連携加算
追加	介護	介護					●		退院時共同指導加算 追加
		介護					●		退院支援指導加算 追加
		介護					●		再入院率、数？ 追加

表 7 重要と考える指標「日常の療養支援」

	指標カテゴリ	専門職	自治体	指標
体制の整備	介護サービス事業所	●		地域密着型介護老人福祉施設数
			●	訪問介護の事業所数
		●		看護小規模多機能型居宅介護事業所数
		●		小規模多機能型居宅介護事業所数
		●		認知症対応型共同生活介護事業所
	在宅医療機関		●	在宅療養支援診療所・病院数
		●		訪問診療を実施している診療所・病院数
			●	往診を実施している診療所・病院数
	訪問看護事業所	●	●	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数
	歯科医療機関	●		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数
	薬局		●	訪問薬剤指導を実施する薬局数
			●	訪問薬剤指導を実施する診療所・病院
	認知症関連機関、専門職	●	●	認知症初期集中支援チーム数
		●		訪問診療の実績回数
●			訪問歯科診療の実績回数	
●			訪問薬剤指導の実績回数	
訪問看護の実績	●		訪問看護(医療・介護)の実績回数	
在宅介護の実績	●		介護サービスの利用状況(施設在宅バランス)	
連携	訪問看護との連携体制	●		機能強化型訪問看護管理療養費
		●		緊急訪問看護加算
	専門職との連携実績	●	●	居宅療養管理指導料(医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等)
	居宅介護支援事業所の体制		●	特定事業所加算
	医療・訪問看護との連携体制	●		看護体制強化加算
		●		緊急時訪問看護加算
	リハビリにかかわる連携	●		リハビリテーションマネジメント加算(II 以上)
追加	認知症にかかわる連携	●		初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合
		●		特別管理加算
		●		定期巡回・随時対応型訪問介護看護の算定回数
		●		サービス付き高齢者住宅数
		●		認知症対応型共同生活介護事業所数
	●		機能強化型訪問看護ステーション数	

表 8 重要な指標を考える上で前提となる考え方【専門職】

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<p>●活動が可視化できるような指標が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護のプロセスが見える化されない。 ・医療保険での保険請求はデータ把握できない ・多機能化している訪問看護の質的評価がない。 <p>(例)・終末期の多くは、看取りの時期は医療保険に移行する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グリーンケアや症状緩和の加算がない。ACPは訪問看護が中心にマネジメントしているが、評価されない <p>注！数値とサービスの質は必ずしも一致しない</p>	<p>●サービス提供実態の質的評価がされない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時対応をしても反映できない算定上のルール。 <p>(例)緊急時の約半数は夜間・早朝対応だが、ルール上1回目の訪問は請求できない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体制加算は提供実態と必ずしも一致しない <ul style="list-style-type: none"> ・時間外の急変、状態悪化を防ぐための良質のケアが報酬評価されない <p>注！体制加算だけでは実態把握できない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に情報提供しても算定できない、介護報酬の要件 ・退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の限界点が引き上げられ、再入院が回避される。 ・入院しても望む場所に帰るためには、ACPの共有が大切。在宅でのACPを病院に伝えても介護では加算評価がない。 ・退院支援の実態をケアマネごと個別に評価する必要性 ・連携実践と市の方針と合致していることの確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・加算評価につながらない療養支援 <p>(例)緊急訪問せずに電話や相談対応での病状安定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズの高い介護保険対応者への日常の支援は医療保険での算定のためデータで見れない ・認知症の方への早期対応やデイサービスにつなぐことで在宅の限界点が引き上げられる。 <p>地域性や社会資源不足への柔軟な訪問看護の対応で療養生活が支えられる。質の高い看護で、療養生活が継続できる。</p>

表 9 重要な指標を考える上で前提となる考え方【自治体】

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<ul style="list-style-type: none"> ・どのような姿を目指す？=住民の声を反映「どこで亡くなりたいか」 <p>「最期まで自宅で」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りに必要な社会資源 <p>目指す姿と資源のミスマッチが起きないように！</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活がどうだったかアウトカムを出すには <p>目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事</p> <p>注！データと実態の乖離在宅死は自宅だけではない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。 <ul style="list-style-type: none"> ・市民の意識をどのように把握し指標にするか、やりとりの仕方重大 <ul style="list-style-type: none"> ・急変の捉え方の確認、対応の必要性 ・24時間体制による安心 <ul style="list-style-type: none"> ・支え手は医療サービスだけでない。体調不良時に、訪問・通所・入所系サービス提供、専門職がいることで体調変化に対応可能 <p>注！届け出と実態の乖離</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院しても、本人が望む場所に戻れることが大事 <ul style="list-style-type: none"> ・保険者が地域の事業所を評価。保険者の考え方と合致するか ・保険者も評価される側 ・関係者間でイメージの共有 <ul style="list-style-type: none"> ・病院と在宅の双方向の連携効果。連携加算は必要 <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援担当者の専任・専従 ・活動実績の算定を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常の排泄ケアや認知症の人を支えることで在宅の限界点が上がる ・認知症対応のサービス、訪問系の介護サービス指標として認知症初期集中支援チームが重要 ・地域資源の充足状況、地域性を踏まえた指標 <p>(例)医療資源不足、遠距離移動に対する効率化を考慮したサービス提供(サ高住、有料ホームなど)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のサービス事業所不足に対し、所在地ではなく市内住民に対するサービス提供を市単業で評価

表 10 指標を見るうえでの留意事項

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<ul style="list-style-type: none"> ・どのような姿を目指す？=住民の声を反映「どこで亡くなりたいか」 <p>「最期まで自宅で」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りに必要な社会資源 <p>目指す姿と資源のミスマッチが起きないように！</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活がどうだったかアウトカムを出すには <p>目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事</p> <p>注！データと実態の乖離在宅死は自宅だけではない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。 <ul style="list-style-type: none"> ・市民の意識をどのように把握し指標にするか、やりとりの仕方重大 <ul style="list-style-type: none"> ・急変の捉え方の確認、対応の必要性 ・24時間体制による安心 <ul style="list-style-type: none"> ・支え手は医療サービスだけでない。体調不良時に、訪問・通所・入所系サービス提供、専門職がいることで体調変化に対応可能 <p>注！届け出と実態の乖離</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院しても、本人が望む場所に戻れることが大事 <ul style="list-style-type: none"> ・保険者が地域の事業所を評価。保険者の考え方と合致するか ・保険者も評価される側 ・関係者間でイメージの共有 <ul style="list-style-type: none"> ・病院と在宅の双方向の連携効果。連携加算は必要 <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援担当者の専任・専従 ・活動実績の算定を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常の排泄ケアや認知症の人を支えることで在宅の限界点が上がる ・認知症対応のサービス、訪問系の介護サービス指標として認知症初期集中支援チームが重要 ・地域資源の充足状況、地域性を踏まえた指標 <p>(例)医療資源不足、遠距離移動に対する効率化を考慮したサービス提供(サ高住、有料ホームなど)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のサービス事業所不足に対し、所在地ではなく市内住民に対するサービス提供を市単業で評価

参考資料 1 有識者インタビュー結果（専門職：在宅医、訪問看護師）

有識者インタビュー結果（専門職：在宅医、訪問看護）		追加：指標にないが、必要な項目		
	看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
重要な指標を考 える上で前提となる 考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療と介護（診療報酬と介護報酬）の両面からプロセスを把握することが重要。（他の分野も共通） ・ 現行の看取りや在宅死のデータは、定義を踏まえた旨意が必要。 ・ 現状と住民の意向を把握し、ギャップがあるならどう埋めるか。そのために指標を使うのかという整理は良い。 ●活動が可視化できるような指標が必要 ・ 訪問看護（医療保険）は紙ベースでの請求のための、看護のプロセスが見える化されない。 ・ 多機能化している訪問看護の質的評価ができない。 （例）終末期の看取り段階では、介護保険から医療保険に移行することが多い。 ・ グリーフケアや症状緩和の加算がないため、濃厚なケアや良質なサービス提供をしても評価されない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急対応の内容を「救急搬送」、「時間外加算・休日加算・深夜」対応などから総合的に判断することが必要。ただし、地域資源の状況も考慮する必要がある。 ・ 緊急時対応は時間を問わず必要なことから、昼間と夜で異なるのは対応に疑問を感じる。 ・ 急変しない患者の機間は、1つの項目のみでの評価では不十分。 ・ まずは重点的に把握していくのが第一段階で、質は次の段階。 ・ 看多機のショートステイ（泊まり）は、状態変化が分かりやすいので整備するだけでも評価できる。実行したらのりかは次の段階。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入退院支援に係わる項目の中でも、医師の関わる連携が実施されているか（「退院時共同指導料」等）が重要。 ・ 「退院前訪問指導料」などは病院の在宅へのフォローアップの目安になる。 ・ 「入院時情報連携加算」はケアマネしか算定できず、訪問看護から病院に情報提供しても報酬がないため、実態が反映されない。 ・ 退院後直後の2週間の訪問看護は医療保険で対応することが多いため、実態が反映されない。 ・ 退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の境界点が引き上げられ、再入院が回避される 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療所・病院に加え、介護事業所のストラクチャー項目が数多くあるが、在宅境界点を高めるための介護サービスの基礎整備を戦略的にできているかわかるような指標と指標の読み方が必要。 ・ 資源量を高めるのも一つ、社会資源の量的整備を高めることも大切。 ・ 算定実績でみれば住民の実績になるので、うまく組み合わせるのだろう。 ・ 保険者の考え方や地域事情があるが、居宅、居住系、施設において、訪問サービスがあることで望みは自宅を選べる。次に居住系も次に選べること。 ・ 登録患者数、かかわっている専門職の数・機間数などの数字をみている。資源やサービスの実態以外のこともあっても良いのかもしれない。 ・ 他機関間の連携をみられる指標（ICT等）。 ・ 質を高める観点から、研修の実施状況の指標。 ・ 認知症初期集中支援チームは地域によって定義が異なるため、意味あるものを設定して欲しい。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 遺族会のサポートをしたり、訪問看護が多機能化している。 ・ ACPは、訪問看護が中心となり医療機関や医師を含む多職種連携のマネジメントを行っている。 ・ 「特定行為研修を修了した看護師」の評価など質の高い看護の評価指標が必要。 ・ くるまでの本人の発言や家族のその後の発言の記録などがアウトカムになるのでは。 	<ul style="list-style-type: none"> ●実態を質的評価する ・ 夜間・早朝加算が多いことは、必ずしも訪問看護の質が高いとは言えない。夜間・早朝に状態が悪化しないよう、予測に基づくアセスメントで時間外の状態悪化を回避できるよう、質が高い看護を提供している。アセスメント力が弱い訪問看護ステーションは夜間・早朝の状態悪化を回避できずに訪問していることもある。 ・ 一人暮らし・認知症では医療機関での受け入れの問題が生じるため、必要ときに医療が受けられることも大切 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援担当者配置している診療所・病院数 ・ 訪問歯科診療の実績回数 ・ 退院支援を実施している診療所・病院数 ・ 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 ・ 退院時共同指導を実施している診療所・病院数 ・ 退院時訪問指導を実施している診療所・病院数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急訪問看護加算・緊急時訪問看護加算は、緊急訪問がない場合や電話対応としても、病状安定や安心につながっている。 ・ がん末期で医療依存度の高い場合は、日常の支援を行っているが、医療保険のための実態が反映されない。→厚生局に提出している、別表7、別表8の1年間と直近の月の利用者数で把握することが可能。 ・ 在宅境界点を高める「認知症初期集中支援」訪問看護 （例）一人暮らしの認知症、近所トラブルがある場合も、認知症初期集中支援の看護で生活を整える ・ デイサービスに行けない人も訪問看護から対応を始める ・ 地域性を考慮した評価 ・ 特定行為研修を修了した看護師が活躍することで、北海道や山間部では越冬できる事例。
重要と考えられる 指標 1 体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り数（死亡診断のみの場合を含む） ・ 在宅ターミナルケアを受けた患者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数 ・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所数 追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供料（診療報酬） ①入院時情報連携加算（介護報酬） ・ 介護支援連携指導（診療報酬） ②退院時共同指導料（診療報酬） ③退院前訪問指導料（診療報酬） ・ 退院・退所加算（介護報酬） ・ 退院・退所時連携加算（介護報酬） ・ 訪問看護情報提供療養費3（診療報酬） ・ 退院支援指導加算（診療報酬）追加 ・ 退院時共同指導加算（診療報酬・介護報酬）追加 ○再入院率、数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療を実施している診療所・病院数 ・ 訪問歯科診療の実績回数 ・ 訪問薬剤指導の実績回数 ・ サービス付き高齢者住宅 ・ （地密）地域在宅型介護老人福祉施設数 ・ （地密）認知症対応型共同生活介護事業所数 ・ （地密）小規模多機能型居宅介護事業所数 ・ （地密）看護小規模多機能型居宅介護事業所数 ・ 介護サービスの利用状況（施設在宅バランス） ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の算定回数 ・ 機能強化型訪問看護ステーション数（診療報酬、全国で702か所のみ） ・ 認知症初期集中支援チーム数
重要と考えられる 指標 2 連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り加算（診療報酬） ・ 看取り介護加算（診療報酬） ・ ターミナルケア加算（診療報酬） ・ ターミナルケア加算（診療報酬）追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の夜間・早朝加算（診療・介護報酬） ・ 緊急訪問看護加算（診療報酬） ・ 緊急時訪問看護加算（介護報酬） ・ 緊急時訪問介護加算（介護報酬） ・ 緊急時カンファレンス料（介護報酬） ・ 機能強化型訪問看護管理療養費（診療報酬） ・ 訪問看護の夜間・早朝加算（診療報酬・介護報酬） ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算（診療報酬）追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供料（診療報酬） ①入院時情報連携加算（介護報酬） ・ 介護支援連携指導（診療報酬） ②退院時共同指導料（診療報酬） ③退院前訪問指導料（診療報酬） ・ 退院・退所加算（介護報酬） ・ 退院・退所時連携加算（介護報酬） ・ 訪問看護情報提供療養費3（診療報酬） ・ 退院支援指導加算（診療報酬）追加 ・ 退院時共同指導加算（診療報酬・介護報酬）追加 ○再入院率、数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）介護報酬 ・ リハビリテーションマネジメント加算（II以上）（介護報酬） ・ 緊急訪問看護加算（診療報酬） ・ 緊急時訪問看護加算（介護報酬） ・ 特別管理加算（診療報酬、介護報酬）追加 ・ 訪問看護（医療・介護）の実績回数
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「在宅療養支援診療所・病院数」「訪問診療を実施している診療所・病院数」はストラクチャーとして基本的データとなるが、層分けベースでは実態との乖離があることがあり、実績がある診療所・病院を把握する必要がある。（他の事業所数も同様） ・ アウトカムからストラクチャーが整理は必要 ・ 自宅死には孤独死やGHでの死亡も含まれるため、純粋な在宅ではないことに留意。 ・ ターミナルケア加算は、層場所によっても算定の仕方が異なる。（加算1：在宅、加算2：施設）。入院したとしても最長の訪問から24時間以内であれば算定できるが、24時間を超えてもできない。厚生局に年1回（7月）提出する医療保険の届出の資料では、年間のターミナルケア患者数（医療と介護）を報告している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストラクチャーの項目は他の分野と共通。 ・ 24時間の訪問看護ステーションは届出ベース。算定量など、本当の活動と近いかは具体的な地域でみるとわかるのではない。 ・ 緊急ショートステイが入れるなら病院以外で受け止められるため、地域の対応力になるかもしれない→<u>認知症初期集中支援の緊急利用数（報酬上の位置づけはない）</u> ※緊急時訪問看護加算は、提供実態が反映されていない（緊急時の5割弱は、夜間早朝の対応だが、月の2回目以降にはしか加算請求できない）。 ※緊急訪問看護加算（診療報酬）、緊急時訪問看護加算（介護報酬）は体制加算のため、実態の対応状況が見えない。（※緊急時の訪問実績の有無にかかわらず月1回算定） ※届出をしても24時間の対応をしていないところもある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストラクチャーの項目は他の分野と共通。 ・ どの指標を使うかは検討が必要。（医師が関わっているなど一定の水準） ・ 数の把握して指標にするのと率にする2の方法がある。率の方が内容を示す可能性がある。その延長線上に再入院率があって、プロセスになるのでは。 ※訪問看護情報提供療養費3は、かかりつけ医を通して病院に「入院時の情報提供」した場合、一定の条件で算定可能。 ・ 入院しても望む場所にいるためには、在宅でのACPをどう病院に伝えるか難関だが、介護は加算がない（診療報酬では一部ある）提供率で出せると良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅療養管理指導料は、専門職ごとの算定状況を見る必要がある。 ・ リハビリテーションマネジメント加算は先進的な取り組みを実施しているかの評価となる。 ・ 訪問診療（歯科診療、薬剤指導）は層宅分を切り出す必要がある。（居住系、入所施設への実績も多くあるため） ※緊急訪問看護加算（診療報酬）、緊急時訪問看護加算（介護報酬）は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。 ※機能強化型訪問看護管理療養費を算定している事業所は、5%未満で1万5千か所のうち702か所しかない。（厚生局に提出） ・ 訪問看護のない市町村は26%、看多機は全国で897事業所。 ・ 認知症看護認定看護師の配置による認知症ケア加算1など、認定看護師の評価

参考資料2 有識者インタビュー結果（自治体）

自治体（国立市、宮城県塩釜市、武蔵野市）				
	看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
重要な指標を考えた上で前提となる考え方	<p>A市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どういう姿を目指すのかを考えながら、さかのぼって市の医療計画を作成した。死亡したい場所について、住民アンケートの結果、6割が自宅であったことを前提に、本人が望む場所で最期まで可能か。それを目指すなかで、介護がどう機能するか、事業所数はあげられるが、中身がうまく評価できない。看取りは4場面の全部に共通して関係する。 ・本人の生活がどうだったかがアウトカムとして出せる指標があるとよいが難しい。 ・自宅死=本当の自宅での死亡なのか。 ・評価内容に該当する指標が何か整理されるとよい 	<p>・地域医療の関係づくりは市民のため。市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅を支えるうえで急変に注意しないこと。望まない医療になったことはある。 ・救急車を呼ぶ・呼ばないという話を市民をしないとイケない。 ・在宅と連携とれたか消防に話を聞いた。 ・急変をどう捉えるか。救急車を呼ぶ・呼ばないは、救急対応することで元の生活に戻るイメージが持てるか。 <p>国立市 市民の意識をどのように把握し指標にするか、市民とどのようにやりとりするかが入った方がよいのではないか。全国レベルの指標ではそこまで及ばないのではないが実態と全国的に使えらる指標を考えたときのバランスが難しい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院すると戻ってこれないということもあるので、本人が望む場所に戻れること ・入院中カンファレンスは、退院前の病院との連携の指標となる。本人が退院後の生活をイメージできる ・保険者が地域の事業所をみるということ。ケアマネごとに入退院支援をやっている ・やっていないのはみるのはどうか。それを見ている保険者を評価するのはどうか。 ・害害ならやりやすいが全般的にはこうだと言い切れない部分はある。そこを見ていくことで、市の考え方と合致していると有効なのではないかと感じる（大川部長） 	<p>A認知症の人が増えていくので、どう支えていくかを見るのがいまは初期集中くらいかチーム数とか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医を持つことを推進しているが、かかりつけ医の定義がない。総合診療ができるのならそのような指標になるのかもしれないが、かかりつけ医を持ちましようと言及発表しているが、どれとどれを組み合わせると評価できるのかと思っている。 ・かかりつけ医はいるが、自宅に行くことができない場合、患者は、訪問診療・往診をやっている別の医療機関について状態が改善してかかりつけに戻るケースがある。診療連携だが、それを見れる指標はあるのだろうか。目に見えようにするには、そのような指標があればと思った。 ・認知症初期支援チームで対応できる。Aさんを見るために、医師・薬剤師・ケアマネ・・・参加する人たちが増えれば色々なBさんやCさんが出ても対応できるのではないかと。認知症初期支援チーム提供側の参加状況（チームでみる体制）を指標にしている
	<p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事。スタート地点は住民がどこまで亡くならないか。 ・本人の望む場所：東北の医師会会員約10人で医療介護連携を話し合うなかで（亡くならない）場所は変化する。医師と住民が話し合える重なるなかで、自宅で亡くならない人は増えてくる。50人の小さい町でも自宅となると体制は必要。データから読み取れることだけだと話を聞いてもらえない。住民から話を聞いていると、家族に看取られたいかを自分で医師として働いている。介護実態調査では認知症になると施設に入りたという傾向がある。目指す姿と資源とのミスマッチがないか。在宅死で資源とのミスマッチを見る必要がある。 	<p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かなど。 ・体質悪化もあるなかでの在宅生活を送ることを想定すると、医療的なサービスだけではやがて、体質が悪くなったときに短期入院生活介護を利用（緊急ショートステイ、医療ショートステイなど）、という指標も関連するのでは。 ・体質悪化し、家族以外の専門職がいるところでみてもらうプランは結構ある 	<ul style="list-style-type: none"> ・10数年みていて、一番よくなった場面。変わらないうちは、加算でも誘導できないところが課題として残っている ・退院支援担当者が専任でないところは加算のやりとりも難しい（どのようなアウトプットと指標が動くか分からないが）。 KDB上では集計不可だが、ケアマネは把握している 	<ul style="list-style-type: none"> ・一昔地域差があり、重要なものを進ぶのが難しくなった。 ・在宅介護実態調査を読み取ると、元気なときは自宅だが、認知症になると施設を考える。訪問介護が入ると在宅継続は高まる。日常の排泄ケアも外部支援が入ると限界点が高まり、家族の負担も高まり、本人も在宅で過ごすとする。認知症対応、訪問系介護サービスが大事。 ・医療資源がないところや介護の訪問距離が長くなるころは、効率的にサービス提供をするという観点では、サ高住、有料老人ホームは、大事。
	<p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りの数を知りたいと言われた。何をみればよいが悩んだ。出ている数字について話していたが、実態との不一致（乖離？）に悩む。介護報酬のターミナルケア加算とあわせていくのか、漠然とした考えはある。実際にやっても加算の算定は別物になるのが難しい。 ・地域における看取り支援を考えたとき、加算がないから支援してないとはいえない。この指標、データを単独だけでは難しいのでクロスしたりする必要があるのかなど。 	<p>急変とは、救急車を呼ぶ・呼ばないではないが、ACPと同様に本人や家族は揺れもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制をとっている往診の先生や事業所があると安心感につながる（指標として）あってもよいのかなど。 ・機能強化型の訪問看護はしっかり見れるようにすることで、訪問看護ステーションの中身が充実するのかなと感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナの影響もあり、どうみていけばよいが考えづらい。コロナがあってもやれるところと、やらないところもある。連携加算を確認することは必要。 ・やっているのに、入院時情報連携加算をとらない。入院時の連携をすると、退院時に病院からの返しが多くなったということはケアマネアンケートでも出ているので、セットでみられるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援チームは、色々な数え方がある。利用者本人を中心に考えると、関わる人数が多いことがよく、関わる機関が少ないことがだめとはならない。 ・地域にどのくらい24時間体制や、居宅の特定加算を見るのも一つかな。 ・家賃が高いので、事業所が立ち上がらず、別の市から来るので、事業所がどこにあるかの市域で分けると難しい。 ・市単独事業として、武蔵野市民に訪問看護を提供しているステーションがケアマネに情報提供した場合、1件毎に情報提供料を支払っている。
重要と考えられる指標1 体制整備	<p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どこで最期に亡くならないか ・看取りに必要な社会資源 <p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取り数 ・ターミナルケア加算（介護報酬）を合わせて見る 	<p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を実施している診療所・病院数 ・往診を実施している診療所・病院数 ・在宅療養支援診療所・病院数 <p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制をとっている訪問看護ステーション数 	<p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援担当者を配置している診療所・病院数 <p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院時情報連携加算（介護報酬） ・退院・過時時連携加算（介護報酬） 	<p>A市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム数 <p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括薬局数 ・訪問薬剤指導を実施する薬局数、訪問薬剤指導を実施する診療所・病院、？ ・地域にでいく医療機関がどのくらいあるか ・在宅療養支援診療所・病院数 ・訪問診療を実施している診療所・病院数 ・往診を実施している診療所・病院数 ・認知症初期集中支援チーム数 <p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応・・・認知症初期集中支援チーム数？ ・訪問介護の事業所数
重要と考えられる指標2 連携	<p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りの数 	<p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型の訪問看護管理療養費（診療報酬） 	<p>A市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再入院数？率？（2週間以内とか） 	<p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制をとっている訪問看護ステーション数：追加 ・機能強化型訪問看護管理療養費（診療報酬） ・看護体制強化加算（介護報酬） ・特定事業所加算
留意事項	<p>B市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ここ2-3年、有料老人ホームで亡くなる人が多い（コロナ） ・認知症や排泄ケアが難しくなると自宅にいられない。在宅、有料老人ホーム、特養、老健、（在宅死は）どこまで含めるか。 <p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取り数とターミナルケア加算（介護報酬）を合わせて見る 	<p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護・看護は、急変しないうちやっていると、ケアの質を算定する指標がないため、結果としてはあられない。 ・本当に24時間か、往診や在宅医療の届出と実態が異なる。出せる数字は決まっているので、仕方ない面もある。 	<p>C市</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所は加算をとるのが面倒などの理由で、やっているのに入院時情報連携加算をとらないところが結構ある。指標とすることで、行政からも算定を推進できるかもしれない。 	