

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ことを考慮し、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、収集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](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17090.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.

	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で医療的ケア需要の支援を総合調整するコーディネーターを配置する。 ・医療的ケア者への相談窓口。 ・関係機関へのシステム導入と継続的な利用の働きかけ ・ICDシステム導入支援 ・情報共有フォーマルの作成、運用 ・専門職を対象にした認定認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養成し、専門性を向上させる ・研修の開催 ・研修を対象にした研修会の実施 ・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 			
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。	連携のためのツールやプラットフォーム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・利用者の今後の過ごし方についての希望を把握し共有できている	利用者・患者の今後の過ごし方についての希望を把握し共有できている施設数・介護専門職数		
19	在宅医療・介護に関わる多職種が、患者・利用者の生活状況や病状、療養の状況の変化について、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、療養の状況の変化について、自身の専門性から判断し、他職種と共有できている施設・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施設・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構築できている	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構築できている施設・介護専門職数		
22	在宅医療・介護の多職種が、生活困難や虐待、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】

	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア先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 			
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）	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・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数・回数 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 在宅患者訪問診療科かつ救急医療管理加算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 入院しず）	
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		

