

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・介護連携事業に係る指標の検討事業

目次

はじめに	1
I 在宅医療・介護連携推進事業の概要	2
II 地域のめざすべき姿の設定と課題整理	4
(1) PDCA サイクルに沿った検討	4
(2) 地域のめざすべき姿や目標を協議する	5
(3) 現状・課題の整理	7
III 指標の設定と評価	10
(1) 指標の設定	10
(2) 評価	17
IV 指標設定の考え方(例示)	19
V 参考資料	30

はじめに

（本手引き策定の経緯）

在宅医療・介護連携推進事業の一層の推進に向けては、各市町村がその進捗状況を自己評価し、自らの施策を改善することができる指標や評価スキームが求められます。しかし、在宅医療・介護連携推進事業の担当者になって、次のように思われる人もいます。

- ・現状分析が重要と言われても、どこにどのようなデータがあるのか分からない
- ・様々なデータがあるが、どれを活用したらよいのか分からない
- ・介護保険事業計画に、在宅医療・介護連携の推進に関する指標や目標がない
- ・指標は設定されているが、設定の理由や経緯、データの取得方法が分からない
- ・研修の参加者数を指標として設定しているが、本当に研修だけで良いのだろうか

政策目標の達成に向けては、実施してきた事業や取組の結果を明らかにし、地域課題が解決に向かっていくか評価し、必要な改善策を検討する PDCA サイクルをまわすことが重要です。適切な評価のためには、各施策の目的や意図を明確に表現し、成果を捉えられるような「指標」と「目標値」の設定が重要です。また、目標値を達成したかどうかだけでなく、達成できた理由や達成できなかった理由をしっかりと振り返ることが、より効果的・効率的な事業展開へとつながります。

（本手引きの位置づけ）

本手引きでは、これまでの調査研究事業を踏まえた上で、市町村において指標を設定する際のポイントを整理し、指標の選択方法等の考え方を示しています。各地域の実情に応じて選択される指標は異なるため、関係者との協議を通じて設定しましょう。このとき、指標の設定や指標の正確さに終始するのではなく、在宅医療・介護連携推進事業をともに進める関係者が、同じ方向に向かって取組を推進していくことが重要です。

既に指標を設定されている場合には、その指標の適正さを再点検するために活用しましょう。また、まだ指標を設定されていない場合には、政策目標の実現に向けた取組の一環として活用してください。

■地域のめざすべき姿を設定・再検討する場合／これまでを振り返る場合 Ⅱ 第Ⅱ章

■指標の設定、既存指標の再検討をする場合 Ⅲ 第Ⅲ章

■指標設定の過程を事例ベースで知りたい場合 Ⅳ 第Ⅳ章

■指標を設定する際に参考となるデータ出典をみたい場合 Ⅴ 第Ⅴ章

I

在宅医療・介護連携推進事業の概要

（在宅医療・介護連携の推進）

2040 年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加することが予想されています。全国での在宅患者数は 2040 年以降にピークを迎えることも見込まれており、在宅医療・介護連携に係る介護の主体である市町村の役割は更に重要となると考えられます。

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるようにするためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。このため、関係機関が連携し、多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築に向けて、都道府県・保健所等の支援の下、市町村が中心となり、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進することが求められています。

（在宅医療・介護連携推進事業の位置づけ）

平成 26 年介護保険法改正によって、平成 27 年度には介護保険法の地域支援事業のなかに在宅医療・介護連携推進事業（以下、「医介連携事業」という。）が位置づけられました。これにより、市町村が主体となって在宅医療と介護の連携に向けて地域の関係機関との連携体制の構築を推進することとなり、平成 30 年度からは全ての市町村において実施されています。市町村は医介連携事業を活用して、地域の実情に応じた在宅医療と介護の連携体制の構築と充実を図る必要があります。

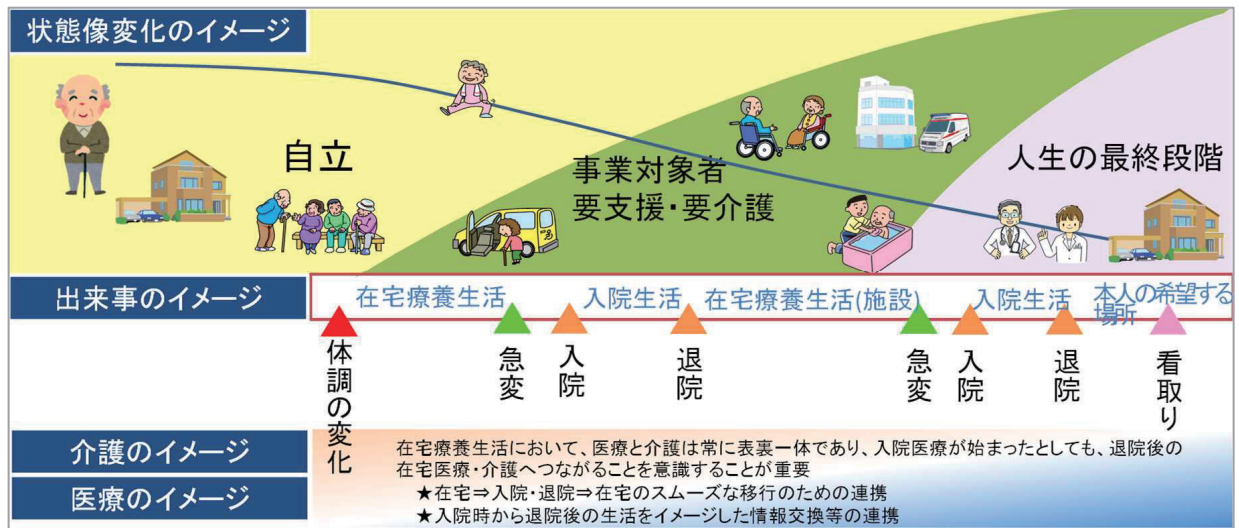
医介連携事業の進め方などの詳細は、厚生労働省老健局老人保健課『在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4』をご参照ください。

（在宅医療・介護連携の具体的な連携場面：「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」）

ライフサイクルにおいて、場面ごとに必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要です。在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識して施策を検討します。医介連携事業においては、①入退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りという、医療と介護が主に共通する4つの場面を意識して取り組むことが重要です。

また、医介連携事業は、住民の暮らしをどう支えていくのかという、めざすべき姿を実現させるための手段の一つです。地域には暮らしを支えるための事業や取組が多くあります。それらをどうつなげていくのかを考えることも必要です。地域ケア会議や協議体といった、関係者が地域の課題やめざす方向を共有していく場を上手く活用しながら、取組を展開する視点が大切です。

図．状態像変化・出来事・介護・医療のイメージ



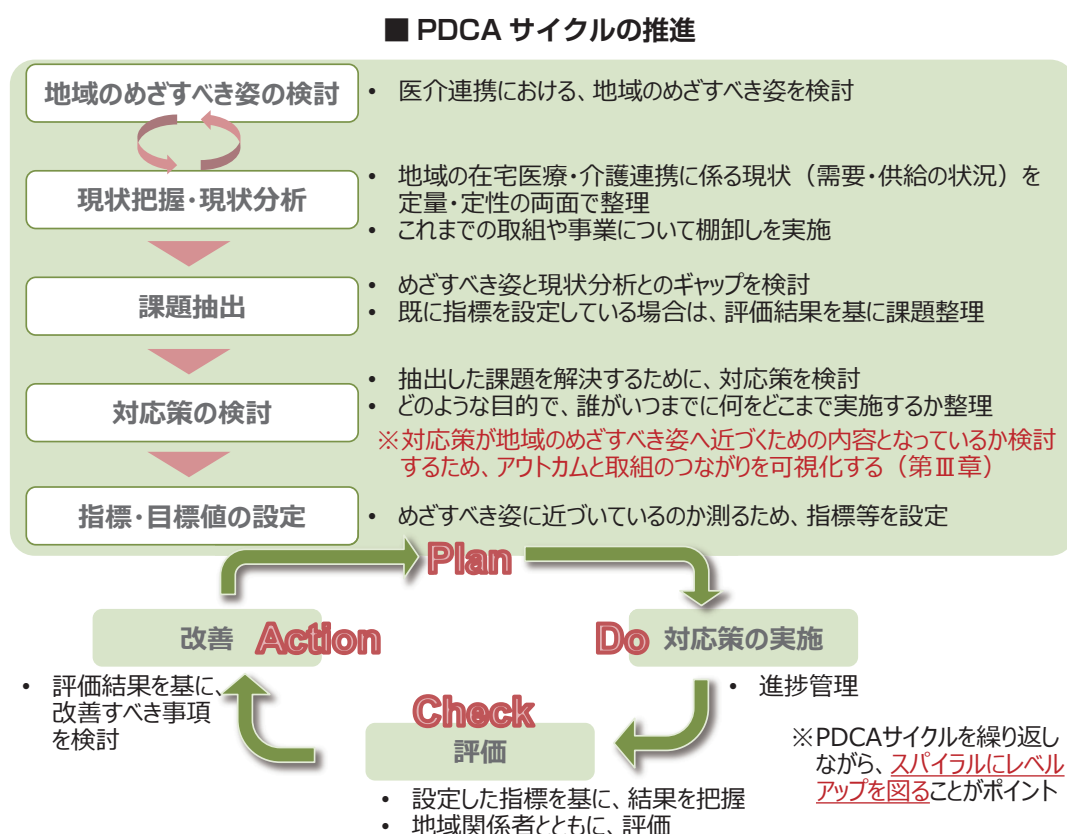
※出典：厚生労働省資料

II

地域のめざすべき姿の設定と課題整理

(1) PDCA サイクルに沿った検討

地域が抱える在宅医療・介護連携の課題を解決して、『将来の地域のめざすべき姿を実現する』ために、在宅医療・介護連携の推進に関する様々な事業を実施する必要があります。地域の実情に即した在宅医療と介護の連携の推進に向けては、その実施方法について、市町村の問題を把握・分析したうえで、解決に資する対応策を具体化することが求められます。



平成 30 年度以前より、既に各地域で様々な医介連携に係る取組が積み重ねられてきました。改めて、地域のめざすべき姿を確認し、現在の在宅医療や介護の需要・供給などを定量・定性の両面から捉え、「現在の姿」を把握しましょう。このとき、現在の在宅医療・介護連携に係る事業一覧を振り返り、各事業の目的・見込む成果・達成時期などを整理することで、地域課題や対応策をより具体的に検討していきます。

現在と将来(理想)を整理すると、両者の間にギャップ(差、乖離)が見えてきます。このギャップが課題であり、ギャップを解消し、現状を理想に近づけるための対応策を考えていくことになります。対応策によって地域のめざすべき姿に近づけているかどうかを測るために設定するのが指標であり、定量化された目標が「目標値」です。「地域のめざすべき姿」から逆算し、いつまでに・何を・どこまで到達させるべきか検討し、その実現に向けて地域の各主体がそれぞれの役割を踏まえて取り組む内容を整理しましょう。

(2) 地域のめざすべき姿や目標を協議する

「誰の、どのような問題を解決したいのか」を具体的に突き詰めて、地域のめざすべき姿を設定します。地域のめざすべき姿のうち、当面のめざすべきところを具体化したものが「目標」です。まずは担当者や関係者が集まる場を設定し、関連する情報やデータなどを持ち寄って、自分の地域の強みや弱み、「このような地域にしたい」という目標などを意見交換することから始めましょう。

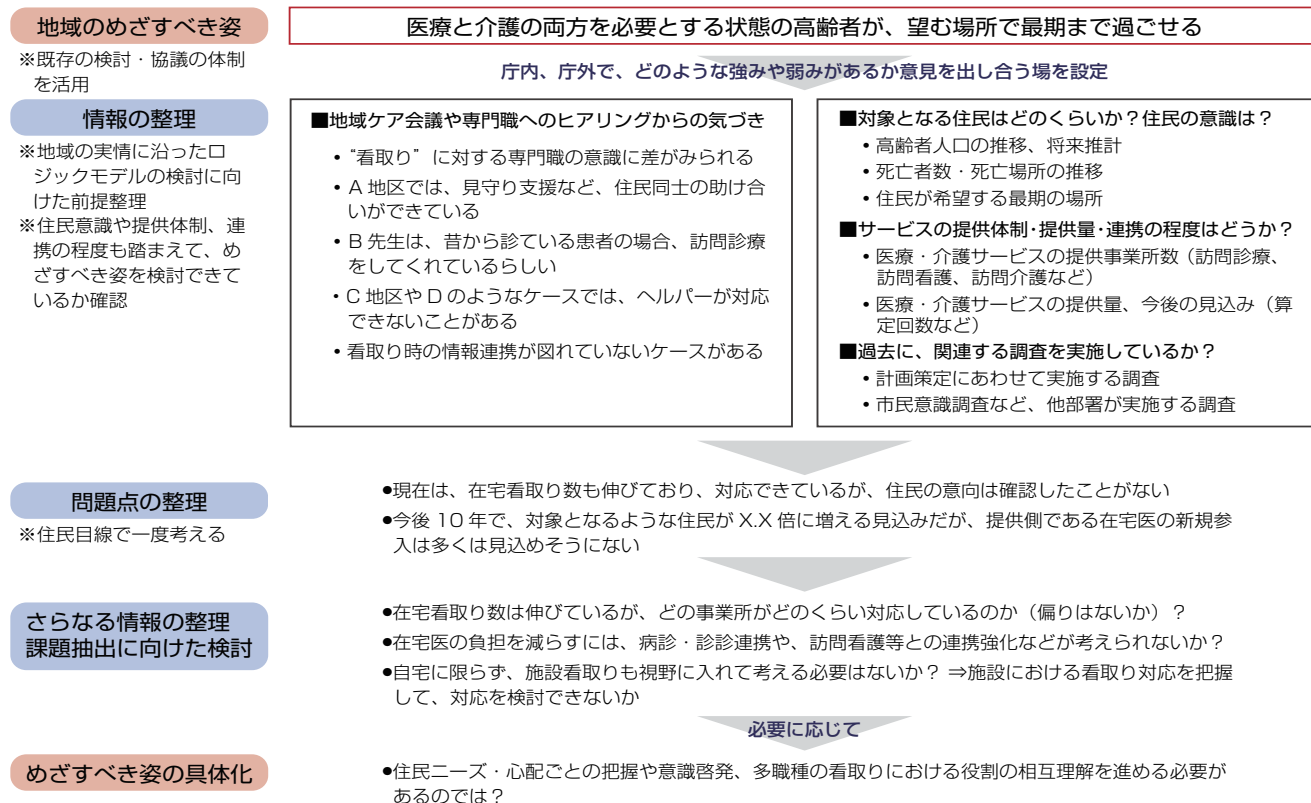
また、在宅医療・介護連携では、様々な地域関係者が関わります。現状や課題を把握する際に、代表性のある職能団体や多職種が協議する場、コーディネーター機能を有する機関・人、相談機能を有する機関・人など、機能面から資源を整理しておく、対応策を検討する際に役立ちます。

(地域のめざすべき姿と現状分析の進め方)

地域関係者と共通イメージを持つためには、地域のめざすべき姿はやや抽象的な表現となります。具体的な対応策の検討にあたっては、「住民・利用者」の視点、「在宅医療・介護の連携を推進する多職種」の視点で、さらに具体化していきましょう。

例えば、地域のめざすべき姿として、「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、望む場所で最期まで過ごせる」と設定しているとします。この場合、次のように意見交換をするなかで、必要に応じて情報を収集し、めざすべき姿をより具体化していくことが考えられます。

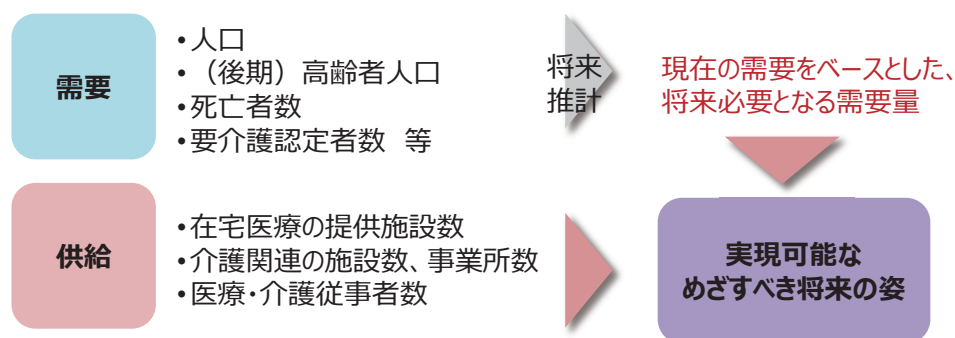
■ 地域のめざすべき姿の検討と現状分析のプロセス（例）



●基礎情報の整理

地域の現状を理解する最初のステップとして、地域の人口や世帯数、死亡者数、要介護認定者数などを整理します。自地域の人口構造が、過去・現在・将来とどのように推移し、今後どのような変化が見込まれるのか、傾向をおさえます。そのうえで、全国・都道府県平均や他地域と比較することで、自分の地域の位置づけを確認しましょう。

地域の需要と供給の概要をおさえ、将来の姿や課題を地域のなかで協議していくうえでの基礎資料とすることが、データ収集・整理の目的です。地域関係者との協議や意見交換の上で、話題になったデータを改めて調べることもあり得るため、最初から完全な資料を作成する必要はありません。これらのデータは、介護保険事業（支援）計画や医療計画、データヘルス計画などでまとめられていることが多いため、庁内の関係部署や都道府県と連携して既存データを積極的に活用しましょう。



病院や診療所、介護施設や介護事業所などの施設数、医療・介護従事者数など、提供体制に係るデータ収集は、既存統計から入手することが可能です。ただし、在宅療養支援診療所の届出をしても、訪問診療を行っていない場合もあるなど、実際の稼働状況はデータ上で判断できないことに留意が必要です。また、在宅医療の提供には、訪問看護や訪問介護等の介護サービスの提供体制もあわせて考えることが重要です。

さらに、在宅医療の提供体制で整理した施設や従事者が、どのくらいのサービス量を提供したか（稼働したか）を把握することで、より具体的な地域の姿が見えてくる場合があります。正確な把握にはレセプトデータの活用が考えられますが、すべての地域で活用できる環境が整っているわけではないため、既存統計で概要を把握し、地域関係者へのヒアリング等で補完することが考えられます。

在宅医療・介護連携の関係者は、医療の関係職種（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等）と介護の関係職種（社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等）のほか、郡市区等医師会などの医療関係機関や介護サービス施設・事業所等、多岐にわたります。適切な機関に対してヒアリングを行い、地域の姿を把握しましょう。また、これらのヒアリング対象に加え、市民ボランティアや各種サポーターなど、他の担当部署とも連携して、インフォーマル・サービスを展開している団体からヒアリングを行うことも選択肢の一つです。

(3) 現状・課題の整理

(これまでの取組の棚卸し)

既に数年、長いところでは数十年にわたり、地域関係者とともに在宅医療と介護の連携に関する様々な取組が展開されています。そのため、まずは医療、介護、福祉など在宅医療・介護連携に関連する庁内関係部署の取組、目標・指標、実施しているアンケート調査等を集約し、これまでの取組の棚卸しを行いましょう。

事業の整理方法やフォーマットは様々なものがありますが、“事業や取組を展開することで、誰に・どのような変化や効果をもたらしたいのか”が、事業の関係者間で具体的に共有できているかが重要です。いまいちど、現在の取組の目的と結果、投入されている資源などを整理して、課題解決に向けた検討環境を整えましょう。

【棚卸しの項目とポイント：事業】

項目	記入内容
事業名	- 事業名称 ※地域の職能団体等が取り組む内容も含めて記載 ※1事業に複数の取組が含まれる場合は、取組ごとに分けて記載
実施主体	- 主として取り組む機関 - 行政の複数部署が関わる場合は、主担当部署
関係者と役割	- 事業に関わる関係者と事業における役割の概要 【役割例】 - 企画、広報・宣伝、運営、とりまとめ、など
事業目標・成果	「誰に、どのような変化をもたらしたいか」、「事業の対象をどのような状態にしたいか」 ※できる限り具体的に記載 「重症化の防止」、「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築」、「最期まで暮らし続けられる地域づくり」など、大きな目標・目的を置いている場合には、これまで、事業の対象者（受益者）にどのような変化や成果をもたらしたいと考えて実施してきたのか振り返る
指標・目標値	- 計画等で明記している指標・目標値 ※計画等には記載していない場合でも、事業の進捗管理で使用している指標等があれば記載
事業結果	実施回数や参加人数など、直接的な結果
事業年	- 事業の開始時期 - 事業目標を達成する見込みの時期
事業の位置づけ、事業費額など	- 財源となっている事業など 【選択肢例】 - 包括的支援事業（地域包括支援センター運営事業、総合相談支援業務、介護予防ケアマネジメント業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業） - 任意事業 - 介護予防・生活支援サービス事業 - 一般介護予防事業 - 重層的支援体制整備事業 - 市町村特別給付 - 保健福祉事業 - その他
場面の位置づけ	関連する4場面
事業内容	概要（事業目標・成果で記載した、事業の受益者に関することを中心に記載）

【棚卸しの項目とポイント：調査】

項目	記入内容
調査名	・調査名 ※現在は在宅医療・介護連携に関する項目がない場合でも、住民意識・意向を把握する調査や、医療・介護等の機関や従事者のサービス提供状況等を把握する調査を実施している場合も記載 ※地域の職能団体等が実施している場合も記載
実施主体	・主として実施している機関 ・行政の複数部署が関わる場合は、主担当部署
実施頻度	・定期的な調査／継続的な調査
調査概要	・調査対象、調査方法、回収率（定量調査）など
関連する調査項目	【住民に対する調査】 ・病気や介護が必要になったときの意向 ・在宅医療・介護に関する困りごと など 【医療・介護等の機関や従事者に対する調査】 ・サービス提供状況、課題 ・多職種連携の状況、課題 など

（地域の実感を持つための定量調査の検討）

既存統計では把握できないデータや、エビデンスに基づいた施策展開をするためには、定性的な情報のみでは地域関係者の納得感を得られない場合もあります。特に、サービス提供の結果として、療養者や住民、従事者等にどのような変化や効果がもたらされたのかといったアウトカムに係るデータは、医療・介護関係者や住民に対してアンケート調査等を実施して把握することが必要な場合があります。これらは、取組の進捗状況を把握するための指標ともなり得るため、適切な調査項目かを慎重に検討することが必要です。

定量調査の実施には、費用、時間、人手を要します。市町村が独自に定量調査を行う場合には、介護保険事業計画の策定時に定期的に実施する調査や、都道府県が全域を対象に実施する独自調査といった既存調査の枠組みを活用するなど、実行性や継続性にも配慮して検討する必要があります。介護保険事業計画の策定にあたって実施される、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」や「在宅介護実態調査」、任意実施とされている「在宅生活改善調査」や「居所変更実態調査」、「介護人材実態調査」などの定期的な調査の機会を活用しましょう。

■ 国等が示している介護保険事業計画の策定に関連する各種調査

調査名	目的	調査対象	調査項目	活用が想定される項目・内容
介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	日常生活圏域ごとに、地域の抱える課題の特定（地域診断）に資することなどを目的として実施	一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者	必須項目と調査の目的や対象者等に応じて採用を検討するオプション項目からなる （主な調査項目） ・家族や生活状況 ・からだを動かすこと ・食べること ・毎日の生活 ・地域活動 ・たすけあい ・健康 ・認知症に係る相談窓口の把握	・治療中・後遺症のある病気 ・主観的健康観、主観的幸福感 【評価指標の設定にあたり追加が想定される項目】 ・在宅療養の認知度、希望 ・病気や要介護状態になったときの希望 ・希望する最期の過ごし方・場所 ・人生会議の認知度、実践状況
在宅介護実態調査	在宅生活を送る要介護認定者の「在宅生活の継続」や「介護者の就労継続」に有効な介護サービスのあり方を検討するために実施	在宅で生活している要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受ける（受けた）方。介護保険サービスの利用実績のない「新規の申請者」については調査対象外	基本調査項目、オプション調査項目の2種類がある。個人を識別できる方法で調査した場合、認定データと突合させた分析も可能 （主な調査項目） ・本人の状況 ・支援・サービスの利用実態・ニーズ ・主な介護者の状況	・訪問診療の利用有無 ・在宅生活の継続に必要な支援・サービス
在宅生活改善調査	現在自宅等にお住まいの方で、「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」の、①人数、②生活の維持もしくは就労の継続が難しくなっている理由、③生活の改善、就労の継続のために必要な支援・サービス等を把握し、在宅生活や家族等介護者の就労継続につながる取組を検討するために実施	自宅、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホームを居所とする高齢者（回答者は居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー）	（主な調査項目：事業所票） ・ケアマネジャーの人数、利用者数 ・過去1年間に自宅等から居場所を変更した要介護度別利用者数、自宅等で死亡した利用者数 ・過去1年間に自宅等から居場所を変更した行先別利用者数 ・在宅生活の維持が難しくなるよくあるケース （主な調査項目：利用者票） 現在のサービス利用では生活の維持が難しくなっている利用者、家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者が対象 ・利用者の状況 ・利用者の主な家族等介護者の状況等 ・現在のサービス利用では生活の維持、家族等介護者の就労継続が難しい理由 ・上記を改善するためのサービス利用の変更等	・在宅における過去1年間の「居所変更」と「死亡」の割合を算出し、地域全体の在宅における看取り等の実態のおおよその傾向を把握する ・在宅から居所を変更した要支援・要介護者について、過去1年間に、①どこへ何人が居所変更し、②さらにそれが市区町村内であったか外であったかなどを把握する ・居所変更人数を減らすためには、どこへの居所変更が多いかを把握したうえで、在宅サービスに足りない機能を議論する材料とする ・地域内の在宅生活の継続の限界点の引き上げに向けて、介護保険事業計画で「要介護2以下で居所変更した人の割合を「〇年以内に〇%まで減らす」といった具体的な数値目標の材料とする ・地域内の在宅生活の継続についての、アウトカム指標（例えば、住み慣れた住まいで、最期まで自分らしい暮らしを続けることができる など）として活用する
居所変更実態調査	過去1年間に施設・居住系サービスから居所を変更した方の人数や死亡した人数等を把握し、施設・居住系サービスでの生活の継続性を高めるために必要な機能について検討するために実施	住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、グループホーム、（地域密着型）特定施設、介護老人保健施設、介護医療院、（地域密着型）特別養護老人ホーム	（主な調査項目） ・施設等の概要 ・入所・入居者の要支援・要介護度 ・医療処置が必要な利用者の受け入れ可否 ・過去1年間の新規入所・入居者数、入所・入居前の居場所 ・過去1年間の退去者数、退去先別人数 ・退去理由	・各サービスの過去1年間の退居・退所者に占める「居所変更」と「死亡」の割合を算出し、地域全体の施設系・居住系サービスにおける看取り機能のおおよその傾向を把握する ・各施設系・居住系サービスにおいて、過去1年間に、①新規入居者はどこから入居し、②死亡者はどの程度いたのか、また③居所変更した方はどこへ何人が居所変更したのかを把握する ・居所変更人数を減らすためには、どこへの居所変更が多いかを把握したうえで、当該施設に足りない機能を議論する材料とする（例：住宅型有料老人ホームから「その他の医療機関」への居所変更割合が高い場合、個票を確認した上で住宅型有料へのヒアリング調査を行うことで、「訪問診療や訪問看護等が入っていれば、入居者の心身状態の悪化の兆候をつかむことができ、入院や医療機関への搬送を未然に防げた」といった情報を得られる可能性がある） ・地域内の施設等の限界点の引き上げに向けて、在宅医療・介護連携推進事業の課題の一つとして、介護保険事業計画で「要介護2以下で居所変更した人の割合を「〇年以内に〇%まで減らす」といった具体的な数値目標の材料とする ・居所変更理由に、医療的なことが挙げられているか、医療処置への対応可否を把握する ・地域内の施設機能の強化について、アウトカム指標（例えば、住み慣れた住まいで、最期まで自分らしい暮らしを続けることができる など）として活用する
介護人材実態調査	介護人材の①性別・年齢構成、②資格保有状況、③過去1年間の採用・離職の状況、④訪問介護サービスにおけるサービス提供の実態などを把握し、職員の確保・定着、育成、もしくは業務改善に必要な取組等を検討するために実施	施設・居住系サービス、通所系サービス、訪問系サービス、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護	（主な調査項目：事業所票） ・職員数 ・採用者数、離職者数 ・採用や人材定着に関する課題 （主な調査項目：職員票） ・資格、属性情報 ・過去1週間の勤務時間 ・直前の職場 ・（訪問介護職員向け）身体介護・生活援助を提供した時間	・サービス系統別の、介護職員の性別・雇用形態別の年齢構成の把握 ・過去1年間の、サービス系統別の採用・離職の実態の把握 ・訪問介護のサービス提供に関して、生活援助に地域の多様な主体等が担う余地を検討する材料とする

※参照：厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_384533.html

指標の設定と評価

（１）指標の設定

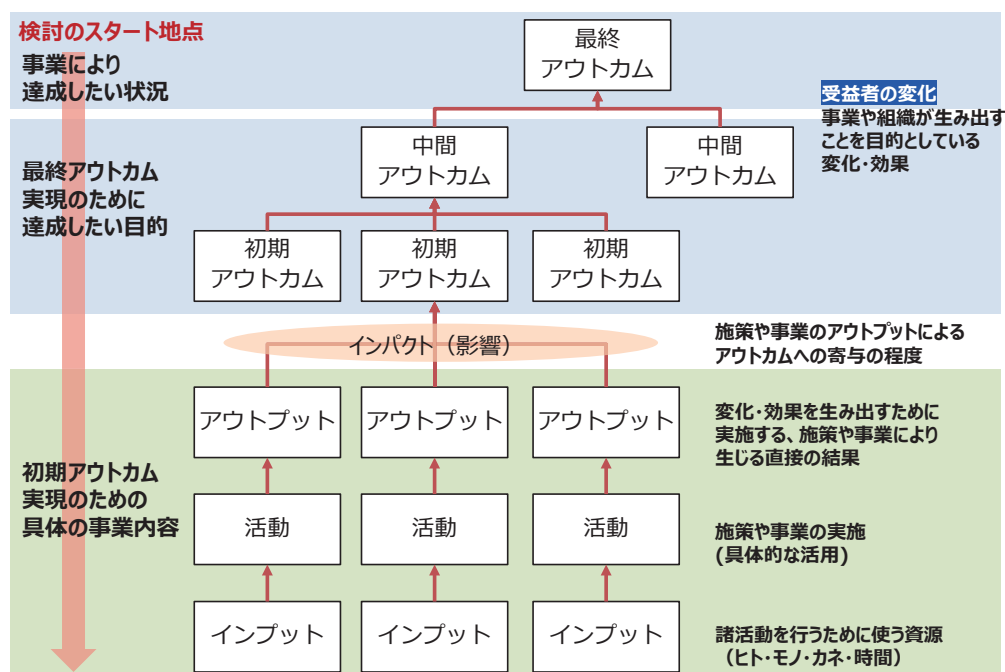
(アウトカムと既存事業のつながりをロジックモデルで整理する)

目標に対応した適切な指標の設定にあたっては、事業によって生じる結果と、得られる成果の関係が整理されていると検討しやすくなることがあります。

Ⅱ章で示したように、めざすべき姿の設定、現状・課題の整理内容、既存事業等の棚卸し結果を基に、アウトカムと既存事業のつながりをロジックモデルで整理してみましょう。既存事業の場合は、これまでに実施してきた内容が、上位の目的と照らして適切かを検討しながら整理を図り、最終アウトカムから逆算して考えた際に事業との間にギャップがみられるようであれば、今後の改善事項として検討しましょう。

また、行政だけでは達成できないアウトカムがある場合には、他機関との連携も視野に整理します。

■アウトカムと既存事業のつながりの整理（考え方）



(アウトカムと事業をつなぐ考え方のテンプレート)

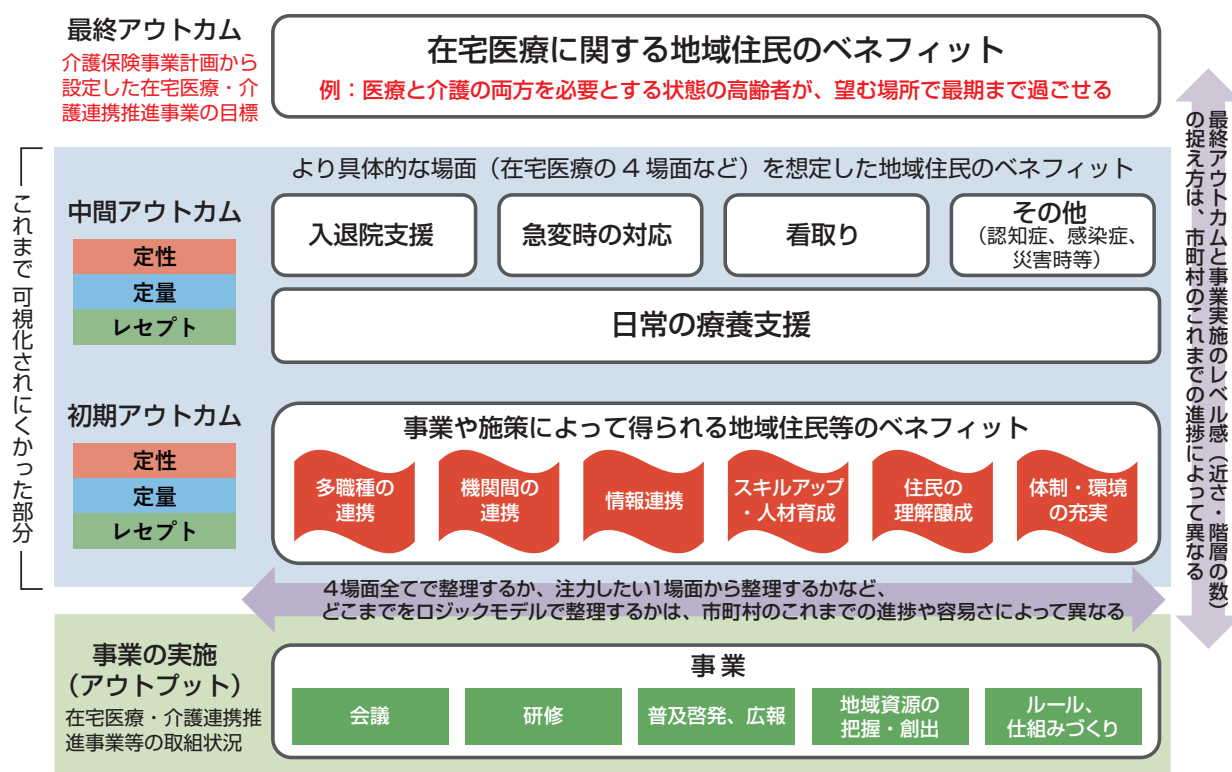
次のテンプレートは、めざすアウトカムと既存事業のつながりという、これまで可視化されにくかった部分について、ロジックモデルを用いた整理方法の一例を示すものです。本テンプレートでは、最終アウトカムに介護保険事業計画等で設定されている医介連携事業の目標を置き、中間アウトカムに4つの場面を想定した地域住民のベネフィットを置いています。

初期アウトカムは、4つの場面それぞれの目標を達成するための要素として、次の6つ（）の視点で整理しています。この6つの要素を参考に、自地域で設定している上位目標（ここでは中間アウトカム）を達成できるのか分解して考えます。

■初期アウトカムを考える際の6つの要素

- ・多職種の連携：ケアに従事する専門職間での連携が図られている状態
- ・機関間の連携：事業所・施設間での連携が図られている状態
- ・情報連携：ICT ツールや情報共有シートの活用などを含め、情報共有における連携が図られている状態
- ・スキルアップ・人材育成：多職種のケアの質の担保・向上が図られている状態
- ・住民の理解醸成：啓発や普及によって住民の理解醸成が図られている状態
- ・体制・環境の充実：サービス提供体制やサービス提供にあたって必要な機材・備品の確保が図られている状態

■指標設定の考え方テンプレート



※6要素、5分類のすべてがそろっている必要はなく、上位目標を達成するために何が必要かを考える際のフレームの1つとして活用する

次に、初期アウトカムを達成するために、どのような事業が必要かを考えます。本テンプレートでは、次の5つの分類（）で整理しています。既存事業で対応可能か、新規事業が必要かを検討するための材料とします。

■事業を検討する際の5つの分類

- ・会議：会議体全般。行政のみ／職種同士／職種間などの構成員での整理や、現状・課題抽出／課題解決の検討／方針の意思決定などの会議の役割・機能での整理等も行う
- ・研修：研修や勉強会など。対象や実施回数、目的などの整理も行う
- ・普及啓発、広報：広報誌、チラシなどの作成、普及。配布対象や配布方法などの整理も行う
- ・地域資源の把握・創出：地域の資源の把握や地域資源づくりに関する取組
- ・ルール、仕組みづくり：専門職間などで利用するルールや仕組みの検討、運用

なお、人口規模や取組の進捗状況、検討体制等、市町村のおかれた状況によって、目標と事業の間の階層やアウトカムの捉え方は多種多様なものとなることが予想されます。また、4場面全てで整理すべきか、注力したい場面を優先的に整理すべきか等も、市町村によって異なります。自地域においての取組を展開するために、どのようなレベルで整理するとよいか、取組の容易さも踏まえて検討し、取り組むことを推奨します。

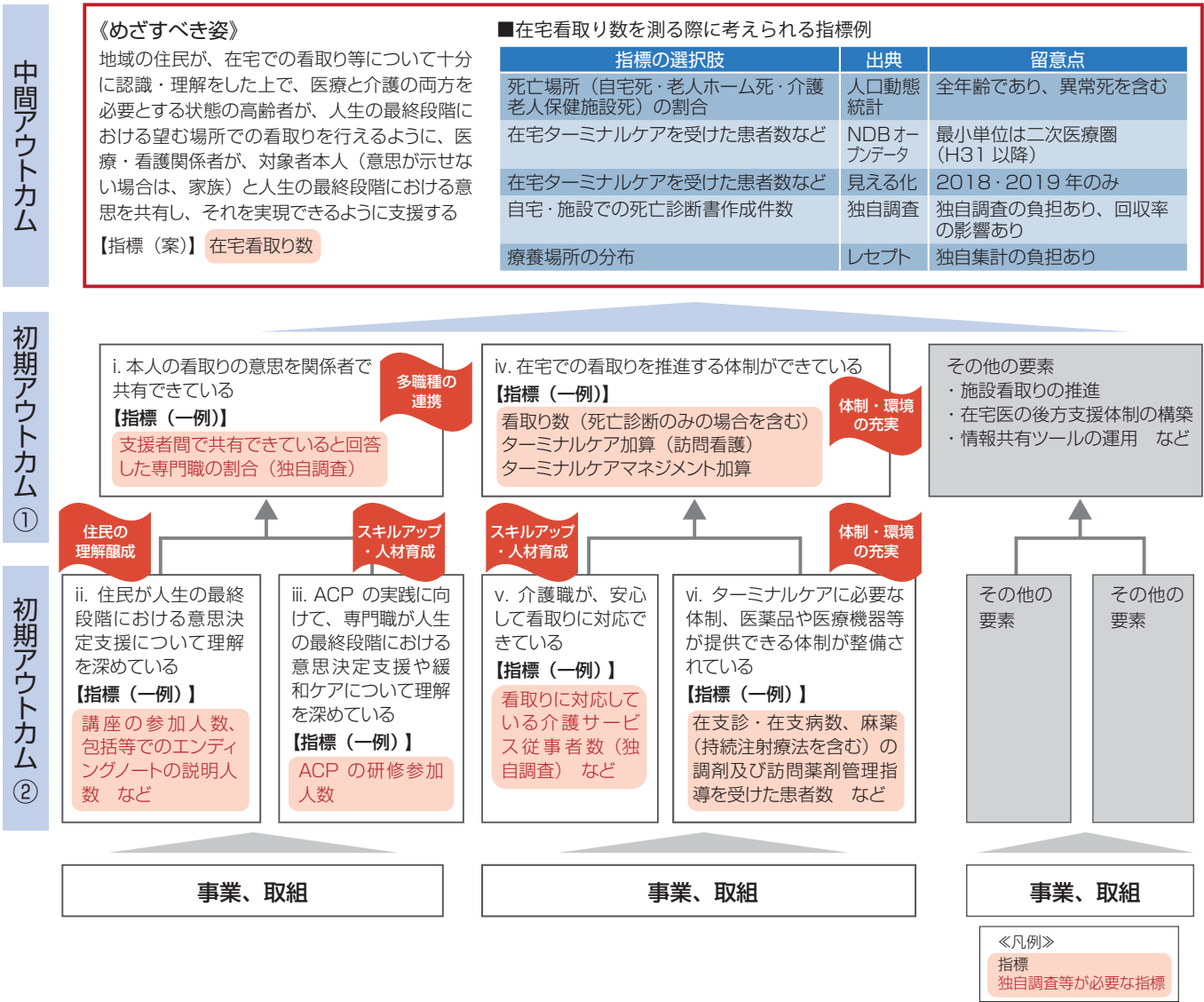
(テンプレートに基づく指標設定の考え方)

ここでは、4場面のうち看取りと急変時の対応に着目し、テンプレートを活用した、アウトカムと既存事業をつなぐ考え方を例示します。地域の実情に応じて多様な考え方があるため、あくまでも考え方の枠組みとして活用してください。なお、指標は取組によってどこまで成果が達成できているかを評価するための物差しです。テンプレートの検討の前に、めざすべき姿の設定や既存事業等の棚卸し、現状分析等に取り組ましましょう。

<看取りの場面>

中間アウトカムの指標として、「在宅看取り数」を置き、これを下支えするものとして、初期アウトカム①、初期アウトカム②の3階層で示しています。

■指標設定の考え方テンプレート：看取りの場面（一例）



～看取り場面のテンプレートの考え方～

Step1. 地域の状況を踏まえて、検討範囲を決める

- 取組の進捗、注力したい課題、他課を含めた検討とするか等を踏まえ、検討範囲を決める。

Step2. アウトカムを整理する

- 上位目標の達成のために、下位目標はどのような内容（状態）を設定すべきか、必要な要素を分解して整理する。今回は、次のような思考過程で設定。

- ・中間アウトカムのめざす姿の達成には、『多職種間で本人の人生の最終段階における意思を共有できていること』、『共有した意思を実現できる体制』の2つの要素があるだろう
- ・そのため、初期アウトカム①は、多職種の連携として「i. 本人の看取りの意思を関係者で共有できている」、体制・環境の充実として「iv. 在宅での看取りを推進する体制ができている」で構成。他要素も考えられるが、まずは2つの柱で検討
- ・初期アウトカム①-iの達成には、住民の理解醸成として「ii. 住民が人生の最終段階における意思決定支援について理解を深めている」、スキルアップ・人材育成として「iii. ACPの実践に向けて、専門職が人生の最終段階における意思決定支援や緩和ケアについて理解を深めている」が必要だろう（初期アウトカム②）
- ・初期アウトカム①-ivの達成には、スキルアップ・人材育成として「v. 介護職が、安心して看取りに対応できている」、体制・環境の充実として「vi. ターミナルケアに必要な体制、医薬品や医療機器等が提供できる体制が整備されている」が必要だろう（初期アウトカム②）

Step3. 対応策を検討する

- Step2の整理を踏まえ、初期アウトカム②の達成は既存事業の継続で可能かどうか、対象や実施回数など改善すべき点はないか、あるいは、新事業の必要性はないかなどを検討。
- 例えば、「ii. 住民が人生の最終段階における意思決定支援について理解を深めている」の達成のため、エンディングノートを窓口配布している場合は次のような検討事項が考えられる。
 - ・実際に活用してほしい住民に、目的も含めて届いているかどうか、配布方法や配布時の説明方法などを再検討する
 - ・元気に日常生活を過ごしている高齢者と、在宅療養をしている高齢者では、意思決定の考え方も希望の持ち方が異なる。理解醸成を図りたいターゲット層に応じて、取組を変えるべきかどうか、その優先度や投入すべき労力について再検討する

Step4. 達成状況を測るため、指標を設定する

- Step1～3を踏まえ、対応策による達成状況を図るための指標を設定する。

○中間アウトカム：在宅看取り数を測る際に考えられる5つの指標例

- ・オープンデータは取得が容易。ただし、人口動態統計の死亡者の割合には異常死が含まれているなど、データを解釈するうえでの留意点がある
- ・レセプト分析などは実態をより詳細に把握可能だが、独自集計の負担がある。特に人口規模の大きい市の場合はデータハンドリングに膨大な労力を割くことになる

○初期アウトカム①

- ・iの指標は、統計情報の活用や本人への確認が困難なため、支援者に対するアンケート調査を実施し、本人の看取りの意思を関係者で共有できていると回答した割合を設定
- ・ivの指標は、在宅看取りを推進する体制があることで、看取り数やターミナル期の利用者へのサービス提供が増えると想定。看取り数やターミナルケア加算（訪問看護）を設定

○初期アウトカム②：初期アウトカム①-i. 本人の看取りの意思を関係者で共有できている

- ・iiの指標は、統計情報の活用が困難なため、住民を対象とする啓発活動の結果を設定
- ・iiiの指標は、統計情報の活用が困難なため、ACPの研修参加人数を設定

○初期アウトカム②：初期アウトカム①-iv. 在宅での看取りを推進する体制ができている

- ・vの指標は、統計情報の活用が困難なため、介護サービス従事者に対するアンケート調査を実施し、実際に看取り対応を行っている従事者数を設定
- ・viの指標は、ターミナルケアの提供体制、備品類を確保できる環境をみるものとして、在宅療養支援診療所数等の統計情報を活用して設定

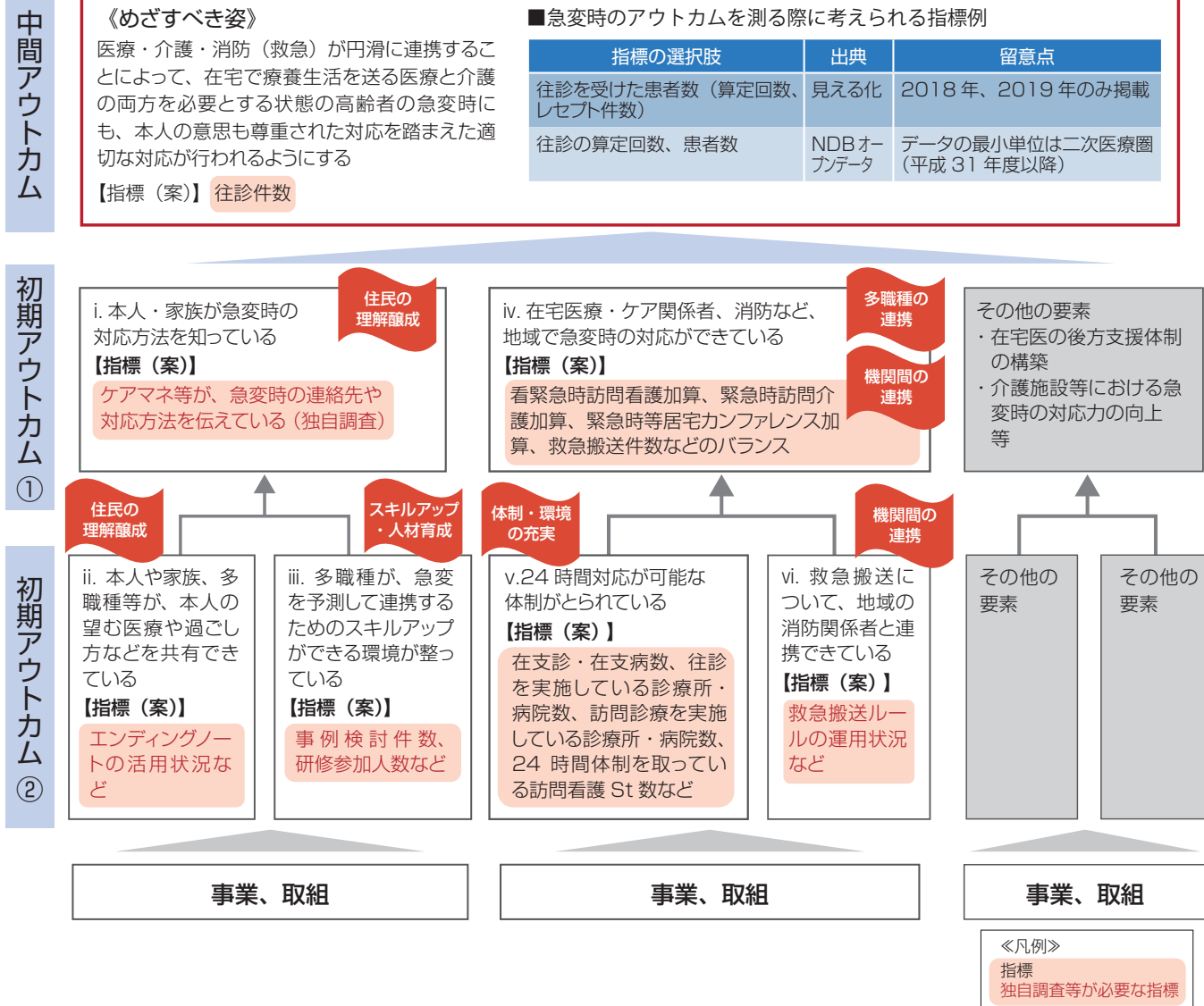
Step5. 上下・左右の関係性を確認する

- 作成したロジックモデルの上下・左右の関係に整合性、納得感があるか確認する。

<急変時の対応の場面>

中間アウトカムの指標として、「往診件数」を置き、これを下支えするものとして、初期アウトカム①、初期アウトカム②の3階層で示しています。

■指標設定の考え方テンプレート：急変時対応の場面（一例）



～急変時の対応の場面のテンプレートの考え方～

Step1. 地域の状況を踏まえて、検討範囲を決める

- 取組の進捗、注力したい課題、他課を含めた検討とするか等を踏まえ、検討範囲を決める。

Step2. アウトカムを整理する

- 上位目標の達成のために、下位目標はどのような内容（状態）を設定すべきか、必要な要素を分解して整理する。今回は、次のような思考過程で設定。
 - ・中間アウトカムのめざす姿の達成には、『本人・家族も急変時に起こることや対応内容を知っていること』、『多職種・関係機関が急変時の対応可であること』の2つの要素があるだろう
 - ・そのため、初期アウトカム①は、住民の理解醸成として「i. 本人・家族が急変時の対応方法を知っている」、多職種の連携・機関間連携として「iv. 在宅医療・ケア関係者、消防など、地域で急変時の対応ができている」で構成。他要素も考えられるが、まずは2つの柱で検討
 - ・初期アウトカム①-iの達成には、住民の理解醸成として「ii. 本人や家族、多職種等が、本人の望む医療や過ごし方などを共有できている」、スキルアップ・人材育成として「iii. 多職種が、急変を予測して連携するためのスキルアップができる環境が整っている」が必要だろう（初期アウトカム②）
 - ・初期アウトカム①-ivの達成には、体制・環境の充実として「v. 24時間対応が可能な体制がとられている」、機関間の連携として「vi. 救急搬送について、地域の消防関係者と連携できている」が必要だろう（初期アウトカム②）

Step3. 対応策を検討する

- Step2 の整理を踏まえ、初期アウトカム②の達成は既存事業の継続で可能かどうか、対象や実施回数など改善すべき点はないか、あるいは、新事業の必要性はないかなどを検討。
- 例えば、「iii. 多職種が、急変を予測して連携するためのスキルアップができる環境が整っている」の達成のため、多職種研修会を開催している場合は次のような検討事項が考えられる。
 - ・実際に急変時対応を行う職種が参加しているか、実際の急変時に対応できるようなスキルアップが図れる研修内容となっているかなど、再検討する
 - ・事例検討件数や研修の参加人数だけでなく、事例検討や研修への参加によって、行動が変わったかどうかを把握するためには、どのような指標が適切か検討する

Step4. 達成状況を測るため、指標を設定する

- Step1 ～ 3 を踏まえ、対応策による達成状況を図るための指標を設定する。

○中間アウトカム：往診件数を測る際に考えられる2つの指標例

- ・「地域包括ケアシステム見える化システム」に掲載されている指標は取得が容易。ただし、掲載年が限定されているなど設定するうえでの留意点がある
- ・NDB オープンデータも集計済みのデータのため取得は容易だが、データの掲載単位が二次医療圏であることなど、設定するうえでの留意点がある

○初期アウトカム①

- ・iの指標は、統計情報の活用や本人への確認が困難なため、本人・家族と接する機会が多いケアマネジャー等の専門職が、急変時の連絡先や対応方法を伝えているかどうか、アンケート調査を実施して把握する項目を設定
- ・ivの指標は、急変時の対応ができていることで、各関係機関の加算取得状況や消防の救急搬送件数などから総合的に地域の状況をみる項目を設定

○初期アウトカム②：初期アウトカム①-i. 本人・家族が急変時の対応方法を知っている

- ・iiの指標は、統計情報の活用が困難なため、エンディングノートなど本人の意思を確認できるツールの在宅医療・ケアチームでの活用状況を設定
- ・iiiの指標は、統計情報の活用が困難なため、事例検討や研修に関する結果を設定

○初期アウトカム②：初期アウトカム①-iv. 在宅医療・ケア関係者、消防など、地域で急変時の対応ができている

- ・vの指標は、24時間対応を可能とする地域における在宅医療・ケアチームの体制を測るために、在宅療養支援診療所数など、体制面の項目を設定
- ・viの指標は、統計情報の活用が困難なため、地域の救急搬送ルールの運用状況を設定

Step5. 上下・左右の関係性を確認する

- 作成したロジックモデルの上下・左右の関係に整合性、納得感があるか確認する。

(指標設定の留意点)

指標の設定にあたっては、臨床の現場の専門職の動きや連携の在り方と指標をうまく連動させる必要があります。地域の専門職とともに、指標や数値をどのように解釈するか検討できる環境も重要です。

また、設定した指標が妥当かどうか、次のような視点でチェックします。このとき重要なことは、取組を推進するメンバーでの納得感があるかどうかです。あまりに精緻に・正確に作り込んで、評価が目的化することのないように留意しましょう。

なお、小規模市町村ではデータがそろわないことも想定されます。その場合には、定性的な情報を基に評価することも検討しましょう。

<指標の設定時に、特に留意する事項>

- ☐ 施策の成果（アウトカム）を明確に表現できる指標か
- ☐ 行政が関与できる指標か
- ☐ 長期的・継続的に入手し、取組経過を観察できる指標か
 - ※時系列の推移を把握可能か
- ☐ データ収集が容易な指標か
- ☐ 目標値が設定できる指標か
- ☐ 設定した指標で十分に成果を測れているか
 - ※難しい場合には、補完的な指標を設定する
- ☐ 指標の数は適切か
 - ※指標が多すぎると分かりづらくなるため、設定しすぎない

<指標の設定時に、留意できると良い事項>

- ☐ 医療機関や事業所など、個々の活動（アクティビティ）につながるか
- ☐ 全国や都道府県で統一的に収集可能な指標か
 - ※他地域と同じ指標を設定することで、自地域との比較が可能か
- ☐ 日常的にモニタリングし、改善を図れるような指標か

また、継続的な評価ができるように、指標の設定時には次のような情報を整理しておきます。

- ☐ 指標の算出方法や、算出に用いる数値の出典
- ☐ データ取得の時点
 - ※利用者数や対象機関など毎年の変更がある数値を用いる場合など
- ☐ データの取得依頼先・依頼内容
 - ※地域関係者等にデータ提供を依頼する場合
- ☐ 評価時期
 - ※評価結果に基づいて事業内容の検討を行うことが可能なタイミング

(2) 評価

(モニタリングの実施)

指標に対して目標値を設定し、目標値の達成状況を確認することで、成果を「見える化」することができます。中長期的な目標については年度毎、短期的な目標については毎月あるいは3か月ごとなど、適切なモニタリング期間を設定し、進捗をマネジメントすることが必要です。

(評価の方法)

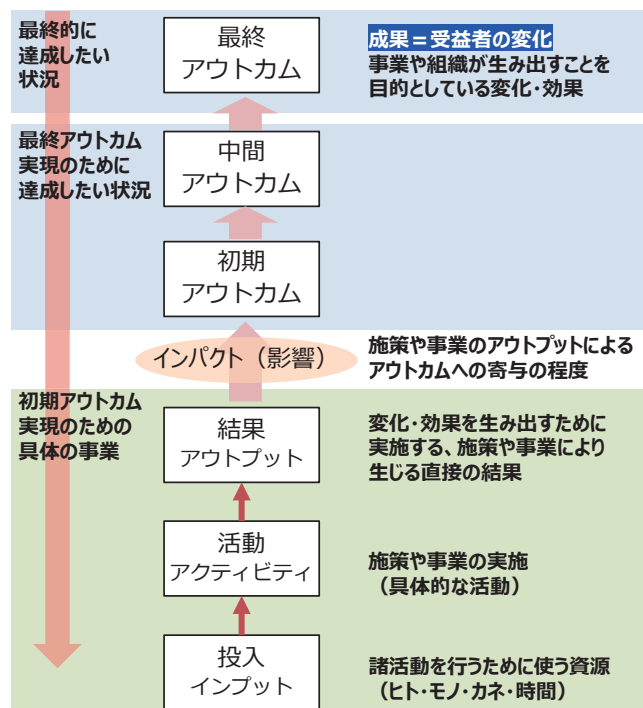
評価は査定ではなく、課題解決に向かうヒントを得るためのプロセスです。次の施策展開や改善につなげるためには、事業や施策の結果をまとめるだけでなく、行政をはじめとする関係者で結果を共有し、協議を通して、次のアクションに向けて結果をどう捉えるのか判断していくことが必要です。

個別事業の評価は、設定した指標を基に、主に、①想定していた進捗状況か、②想定していた結果が得られたか、の2つの視点で評価を行います。

成果の評価は、設定した指標を基に、様々な個別事業を行うことで、主に、①地域住民の生活や地域関係者の活動などに良い影響を与えたかどうか、②生じていた課題の解決に近づいたかどうか、の2つの視点で評価を行います。

■評価の視点

検討のスタート地点



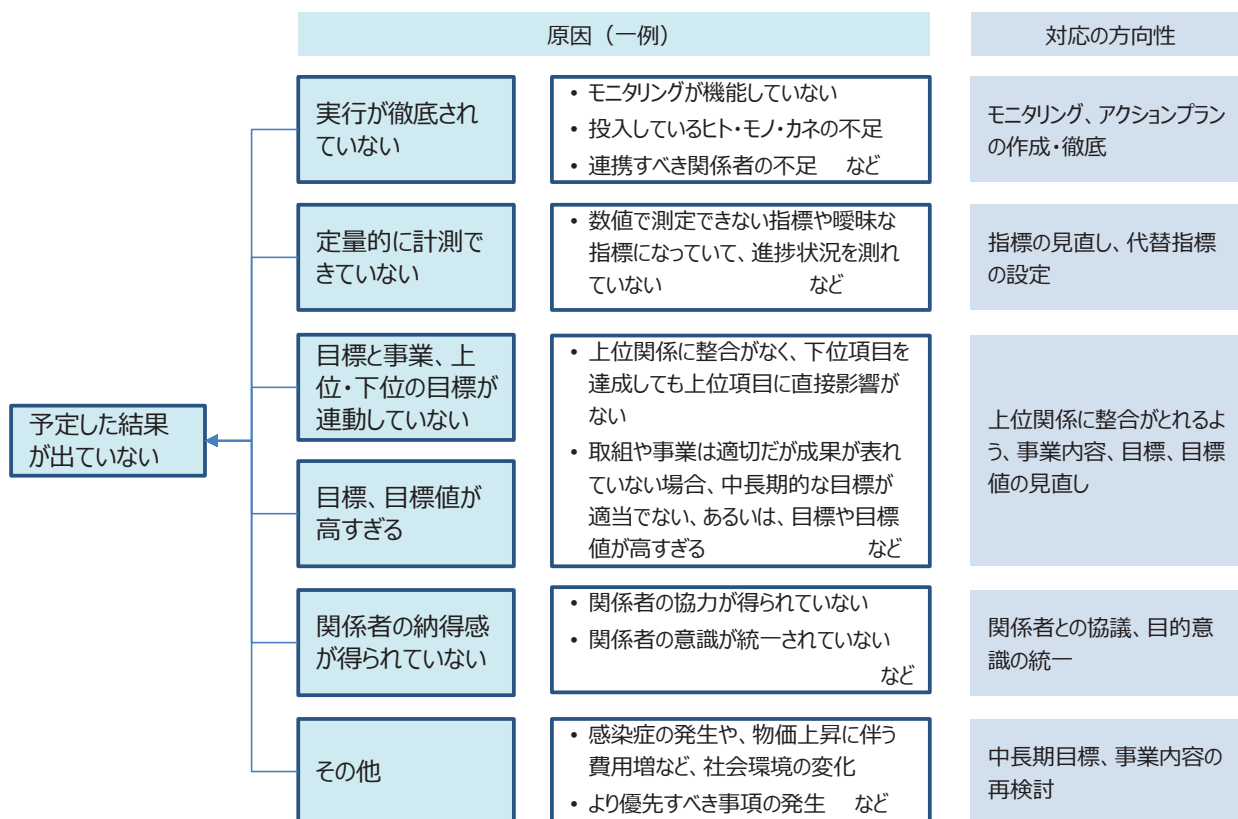
■ 個別事業の評価
目標の達成に向けて、計画等に位置づけられた個別の事業は、
・当初の予定通り進捗できているか、
・取組の実施によって想定していた結果を得られているか、
という観点でまずは評価する

■ 成果の評価

地域で行っている取組全体を評価する場合には、それぞれの事業の進捗状況をとりまとめて、全体の取組がどのように進んでいるかを把握することが必要。
様々な事業を行うことで、
・地域住民の生活や地域関係者の活動、また、地域社会に対して何らかの良い影響を与えたのか、
・生じていた課題の解決に近づいたのか、
という観点で評価する
医介連携全体、あるいは4つの場面それぞれで掲げた地域のめざすべき姿に近づいているかどうか、「目標」が達成できているかどうかを確認する

なお、評価は事業終了時や年度末に初めて行うのではなく、定期的にモニタリングを行い、想定した結果が出ていない場合や想定した結果が出ないことが見込まれる場合には、中長期的な目標を達成するために必要な対応策を検討し、見直すことが重要です。

■想定した結果が出なかった場合の見直しの視点



このような評価を協議の場で共有し、取組の改善、次の対応策の検討につなげていきます。また、ロジックモデルや設定した指標は、一度作成して完成するものではありません。定期的に確認し、見直しを図りましょう。

IV

指標設定の考え方（例示）

各地域で、その実情に応じて医介連携事業が展開されていますが、地域特性や地域資源が異なるなか、医介連携事業の進め方や進捗状況、体制等は市町村によって異なります。

そこで、本手引きでは、地域の特性や地域資源、取組状況をベースとして、ロジックモデルを用いて施策等を整理のうえ、指標の設定を試みる過程を事例として創作・整理しました。指標の設定、展開する事業の考え方は市町村によって異なるため、一つの参考としてご活用ください。

なお、各地域の特定を避けるため、地域情報や施策体系は仮想地域として一部変更しています。

■事例一覧

	これまでの経過	試行内容と今後の展開
A 地域 → 20 ページ	- 事業項目に沿って、地域の関係団体と取組を進めてきた 4場面別の目標等は未設定	4場面別に、地域のめざすべき姿と指標案を設定 - 今後、指標の精査と目標値を設定する
B 地域 → 22 ページ	- 地域の関係団体と、地域のめざすべき姿を共通に持ちながら、地域の実情に即した取組を展開 - 取組ベースで、4場面別に緩やかに整理	- 既存の取組を基に、目的・取組を再整理し、指標案を検討 - 今後、ロジックモデルと指標案を精査する
C 地域 → 24 ページ	- 事業項目に即して事業を展開してきた。4場面別のめざすべき姿を設定 - 医介連携の成果指標を2つ設定済み	設定済みの4場面のめざすべき姿、医介連携事業の成果指標を基に、既存の取組等を整理
D 地域 → 26 ページ	- 公立病院や医療・ケア従事者とともに、地域に必要な取組の充実を図ってきた - 地域の関係者とは、めざす方向性を緩やかに共有しているが、4場面別の目標等は未設定	- まずは地域の強みであり、コロナ禍で過渡期にある“多職種連携”を評価（見える化）できるよう、「日常の療養支援」に焦点をあて、目的・取組を再整理 - 今後、ロジックモデルと指標案を精査する
E 地域 → 28 ページ	4場面別のめざすべき姿を設定し、指標は未設定。医介連携の総合指標を設定済み - 部会等も設けているが、取組が一定進んだこともあり、未開催の会議体もある	4場面別の指標設定に向けて、まずは「看取り」に焦点をあて、目的・取組を再整理 - 今後、ロジックモデルと指標案を精査する

A 地域：全体最適をめざした体制の再構築と事業の更なる推進に向けて

■基本情報

地域の特徴	- 第9期介護保険事業計画において、在宅医療・介護連携の位置づけを明確化。今までは事業ごとに委託先を決めて取り組んできたが、多様なニーズを抱える市民を、地域の専門職等限られた人材で支えていく体制をつくっていくことが必要 - 令和6年度以降の医介連携事業において、急変時対応と看取りを中心に進めていく方針に基づき、計画を策定したところ。今後は、協議体で議論し、具体的な指標や目標値を設定する
地域資源等	- 総人口：約27万人、高齢化率：27%、要介護認定率：20% - 医療資源：在支病5、在支診25 - 介護資源：訪看St35、訪問介護100、通所介護100、小多機5、特養25、老健15、介護医療院0
協議の場、コーディネーター機能等	- 新たな協議体設置を準備中 3つのワーキンググループを設置し、4つの場面毎に関係団体を巻き込みながら、現状・課題の把握、効果的な取組について検討し、実施する予定 - コーディネート機能は、医師会のコーディネーターと、基幹型地域包括支援センターの保健師が医介連携事業の担当者として、連携を図りながら進める予定

■地域のめざすべき姿と指標の設定状況

①めざすべき姿

めざすべき姿を「医療と介護を必要とする市民が、自分の望む場所で、自分らしい暮らしを、人生の最期まで続けることができる。」と設定。4場面ごとのめざすべき姿（案）は以下の通り。

【日常の療養支援】

- 体調の変化に合わせて、市民が適切な支援を受けながら、医療及び介護両方のニーズを持ち合わせながらも、望む場所で自分らしく生活することができる。

【急変時の対応】

- 医療・介護関係者が、急変時に備えて、本人の意思等を関係者と事前に共有しておくことで、市民が急変時に適切な対応を受けることができる。

【入退院支援】

- 入退院により生じる心身の変化に合わせて医療・介護関係者が連携し、市民が望む場所で適切なケアを受けながら安心して暮らすことができる。

【看取り】

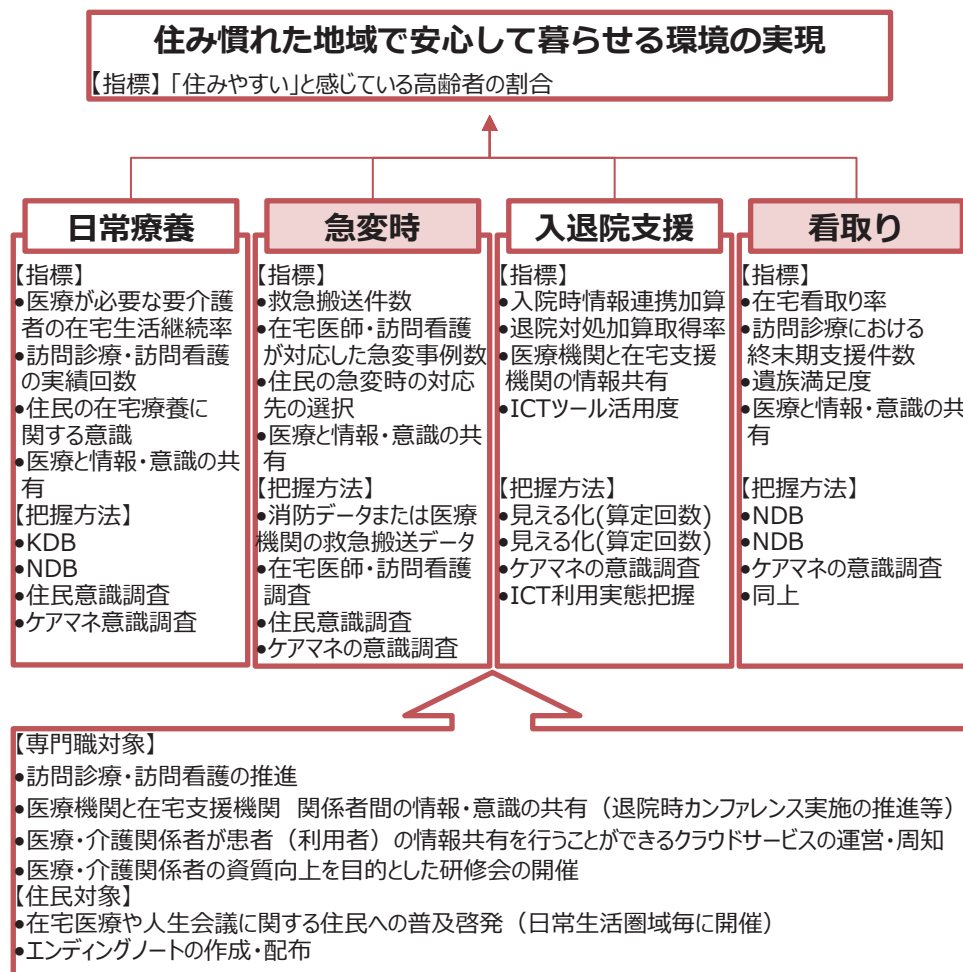
- 市民が、元気なうちから自身の看取りについて考えて、関係者に共有することができ、望む形で看取りの支援を受けることができる。

②指標の設定

- めざすべき姿（全体）と4つの場面ごとのめざすべき姿が示されているが、急変時と看取りについて、これまでの取組の延長線上のものも含め、市が持っている情報を踏まえ、「在宅医療・介護連携推進事業計画書（案）」として整理を行ったところ。しっかり市が整理したものではなく、現場で実践されている専門職の方の感覚とのすり合わせのために作成した。
- ただし、指標（案）については未設定で、手引きに掲載されている指標は、どのようにしたら取れるのか、当市にとってどの指標が有効なのかがわからない。
- また、把握の方法として「アンケート」としているが、アンケートでは現場の声は収集できる一方、客観性を担保する指標を検討することも必要であると考えている。

■ロジックモデルを用いた、本地域の事業検討・指標設定の視点

- ・ヒアリングを踏まえ、現段階で想定される指標等は以下の通り。



■ロジックモデルを用いた検討過程

- ・まずは「あるべき姿」に対し、達成した状況を何で測るべきか、案を出しあった。
- ・把握方法として、調査以外についても検討を行った。
- ・在宅医療・介護の連携において、専門職が日頃意識している、あるいは見聞かしている加算については、違和感はないと考え、入れ込んだ。
- ・なお、KDB、NDBについては客観性を担保できるものの、各自治体において入手しやすさには差があるため、入手が難しい場合には、別の方法を柔軟に検討するとした。

■今後の展開

- ・住民や専門職の視点から評価を行い、計画（案）のブラッシュアップを進める。
- ・アンケート結果だけでなく、より客観的なデータの導入が可能か検討する。
- ・事業の成果を測るための長期的なモニタリング体制の構築を検討する。

■有識者コメント

- ・計画はできていますが、今後は計画が想定通り進んでいるか、道しるべとなる指標の設定となっているか、確認してみましょう。
- ・指標については、どう設定したらいいかわからないという声を多く聞きますが、計画が進んでいるかを何で把握するとよいかと考え、また住民や専門職が（前に進んでいると）実感できる指標を設定するとよいでしょう。
- ・また、事業（インプット）を目的化しないよう、包括的なコーディネート体制を強化し、評価の仕組み（いつ、だれが、どのように）を決めておくことも必要です。

B 地域：庁内外への取組の見える化・評価・改善に向けて

■基本情報

地域の特徴	- 医療側と介護側の関係者の関係が構築できており、コアメンバーは『課題を共有し、その課題を解決するために取り組まなければいけない』という共通認識を持っている - 行政担当者の思いとして、地域の医療・介護関係者が取り組むことや解決に向けて取り組むべきことをどのように位置づけて整理するか、また、自由に意見を出せる場をいかに作るか、といったことが行政の役割ではないかと捉えている
地域資源等	- 総人口：約 15 万人、高齢化率：22%、要介護認定率：19% - 医療資源：在支病3、在支診 20 - 介護資源：訪看 St27、訪問介護 35、通所介護 18、小多機1、特養8、老健4、介護医療院 0
協議の場、コーディネーター機能等	- 親会である「在宅医療・介護連携推進協議会」と、5つの部会（入退院時支援、ICT 連携など）で取組を推進 - 対応する地域課題は、協議会で議論したうえで決め、各部会でその解決策について検討をスタートさせるサイクルとなっている - 地区医師会に相談窓口を置く。相談員は、地域関係者との調整や相談しやすい関係作りのために、日頃からアウトリーチを行うなど、コーディネーター機能を担う

■地域のめざすべき姿と指標の設定状況

- 4つの場面について具体的・明確なめざすべき姿や目標は設定していない。
- 「誰もが住み慣れた地域で生活できるまちづくり」が大目標であり、この下支えとして、医療と介護の連携を置いている。
- 4つの場面は重なり合っている部分もあり、4つの場面を明確に区別するのではなく、全体的に意識しながら部会を運営している。既に地域関係者から地域課題と対応策が挙げられる環境が整っているため、結果として4場面で整理するような流れとなる。

【具体的な指標を設定してこなかった理由】

- 相談件数や研修参加者数などは、活動を示す一つの指標として定点で把握しているが、目標として設定してその多寡を評価すべきか、慎重な意見もある。
- 4つの場面でどのような指標で評価ができるのか取り組んでみたものの、この指標で本当に各場面の連携が図れていると言えるのか分からず、足踏みしている。

■ロジックモデルを用いた、本地域の事業検討・指標設定の視点

- 各専門職はそれぞれの法律で“連携すること”が求められており、めざすべき姿の共有もされやすい。
- 他方で、人事異動の多い行政は、医介連携の目標が他部署と共有されづらい環境と言える。外部に向けた数値目標というだけでなく、庁内でイメージを共有するために指標を活用することもある。
- 外部に向けた活用としては、ロジックモデルで整理すると、行政と相談業務を請けている委託事業者が話をするツールとして有効と思われる。
- また、当市の場合、部会の新任委員は全体像が把握できないまま就任している可能性もある。親会でロジックモデルを用いて目標と事業を整理して共有することで、最終アウトカムと部会の取組とのつながりが見える化され、何のために取り組んでいるか絶えず立ち返ることができ、共通理解が進むメリットがある。
- 医介連携でめざすこと、そこに向けた既存事業の整理を図るために取り組む。

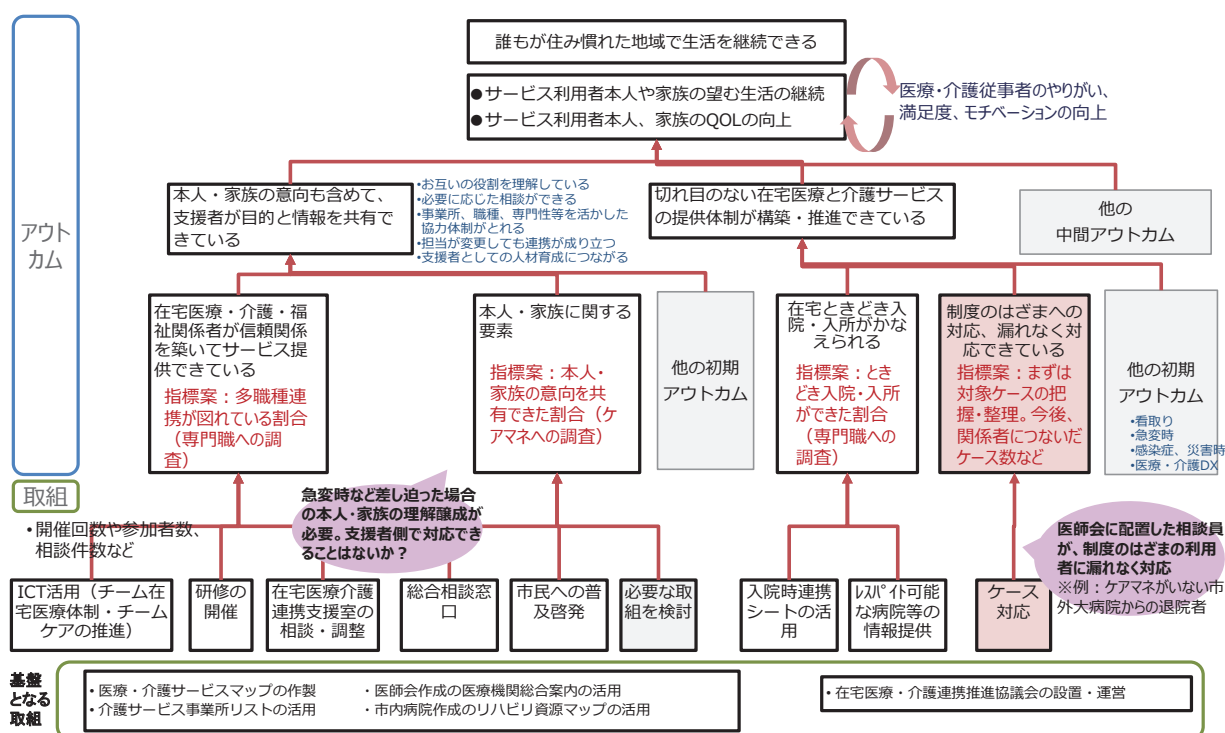
■ロジックモデルを用いた検討過程

- めざすべき姿を検討する際、「支援者目線で考えるのか」、「住民目線で考えるのか」、両方が混在していたため、全体としてまとまりがつかない状態だった。
- 現場の医療・ケア従事者と話をするなかでは、目標が住民寄りすぎると実感が湧かず、検討が進みづらい面がある。医療・ケア従事者自身が、現場でどう動くかをイメージできるほうが検討は進み、結果として住民の生活に寄与できることが多い。「支援者目線」のめざすべき姿を設定し、表裏一体のものとして「住民目線」のめざすべき姿を考えることとした。

（事業整理と、指標設定に向けた検討）

- 「本人・家族の意向も含めて、支援者が目的と情報を共有できている」の柱では、元気な住民への理解醸成と、急変時や看取り期など差し迫った段階での利用者への理解醸成は異なるため、後者については既存の取組に加えて、支援者側からのアプローチが必要ではないかとの話が出た。当市の医療環境を踏まえると、在宅を望む・望まないに関わらず、在宅で過ごす選択しかないようなケースも生じている。今後、在宅医療・ケアチームで、本人・家族の意向把握や理解醸成を担保するような仕掛けを検討する必要性が見えてきた。
- 「切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制が構築・推進できている」の柱では、当初、「入退院支援」を下の階層で考えていたが、施設も含めて「在宅とときどき入院・入所」という、より広げた視点とした。
- また、地区医師会に配置した相談員が、例えば市外大病院からの退院で、担当ケアマネジャーのいない利用者の調整を担うなど、制度のはざまにいる人が取りこぼされないように活動している点が、大目標の「誰もが住み慣れた地域で生活を継続できる」を達成するうえで重要という意見が出た。単なる相談件数を把握するのみでは評価がなされないため、全体の取組に占める割合としては低いが、柱の一つに位置付け、まずはどのようなケースがあるのか、ゆくゆくは標準化して仕組み・ルールづくりにつなげられないかを検討することとした。

【目的、事業の整理】



■今後の展開

- 過去に、看取りの実態を把握するために、訪問看護ステーションや施設等にヒアリングを実施。数値で指標を設定することも視野に入れていたが、「最後の最後で救急搬送し、看取りの加算が取れなかったケースは、“看取り”と言えないのだろうか」との意見があった。また、事業所によって看取りに対する得手・不得手もみえてきたため、なかなか結果の公表や指標の設定には至らなかったが、今後は検討が必要。
- ロジックモデルで整理すると、優先的に検討すべき課題や対外的に示していくべき取組が明確になるが、その進捗や判断をするためには、根拠となるデータが必要だと改めて感じた。
- 指標案の検討を始めたばかりのため、今後、試行錯誤を重ねて、取組の見える化・評価・改善につなげたい。

■有識者コメント

- 看取りの場合など、自宅看取り率が高ければ高いほど良いかという必ずしもそうではない。データには限界があることを認識しながら、唯一無二の目標ではなく、大目標のうちの一部を捉えているものという解釈で展開すると良い。
- 事業の成果を見える化するには、定量的な指標の設定が必須となる。根拠となるデータがなかなか取得できない場合には、協議体も活用し、関係者の合意を得ながら進め、データや施策が成熟した段階で改めて評価すると良い。現場から挙げられた課題に対応する目標があり、その目標を現在の事業で達成できているかという視点が重要なので、いまの医療・ケア関係者との関係を大事にして、事業展開を進めてほしい。

C 地域：4場面の課題への対応の検討、既存・新規の取組の評価をめざして

■基本情報

地域の特徴	・大病院が多く、医療機関が充実している。介護よりも医療が発展した地域であり、退院調整率がなかなか上がらない状況がある
地域資源等	・総人口：約 20 万人、高齢化率：35%、要介護認定率：19% ・医療資源：在支病3、在支診 40 ・介護資源：訪問 St15、訪問介護 65、通所介護 40、小多機7、特養 16、老健 16、介護医療院 4
協議の場、コーディネーター機能等	・在宅医療・介護連携推進会議において、事業・取組等を検討・評価し、施策展開を行っている（年2回程度開催） ・包括職員を含めた専門職向けの相談窓口を行政高齢部門に開設。コーディネーターは医師会から行政に出向し、高齢部門に席を置くことで、介護の情報が得られやすい環境となっている

■地域のめざすべき姿と指標の設定状況

- ・4場面別のめざすべき姿を設定しているが、明確な指標は未設定。
- ・医療と介護の連携が適切に行われているかを測るため、「①退院調整率」、「②在宅サービス利用率」を介護保険事業計画2期連続で指標として設定している。②在宅サービス利用率の上昇は、「在宅医療と介護の連携が図られ、自宅での生活を継続することが達成できている状態」になっている、との解釈で設定した。

【設定しているめざすべき姿と、各場面の課題】

	めざすべき姿	課題
入退院支援	入院医療機関と在宅療養に係る機関との協働による退院支援の実施	情報共有の円滑化及び有事（災害・感染症流行等）と平常時の切り替えが機敏にできる体制の整備が必要
日常の療養支援	患者や家族の生活を支える観点から、多職種協働による在宅医療・介護を提供	円滑な情報共有が可能となる連携体制の整備が必要
急変時	在宅療養者の病状の急変時に備えた多職種連携の円滑化	あらかじめ本人・家族と話し合い、関係者で情報共有しておくことが必要
看取り	住み慣れた自宅や介護施設等、在宅療養者が望む場所での看取りの実施	人生の最終段階における過ごし方にかかる住民啓発と、医療・介護関係者の ACP 等に関わるスキルアップが必要

■ロジックモデルを用いた、本地域の事業検討・指標設定の視点

- ・4つの場面でめざすべき姿や課題を整理したが、既存の取組・事業はこれまでの施策体系に沿って展開している。
- ・これまで入退院支援や相談機能の充実に注力をしてきたほか、現在は圏域別に医療介護連携ネットワークチームを立ち上げ、地域課題の抽出から各圏域の実情に即した対応策を検討できる体制構築を進めている。
- ・上記の現状から、4つの場面の課題への対応の検討、既存・新規の取組の評価を目的に、整理を試みた。

【現在の医介連携事業に関わる施策体系と事業】

施策体系	事業	指標
在宅医療・介護連携の推進	○お役立ちサイトの有効活用	・サイト閲覧数
成果指標 ・退院調整率 ・要介護認定者における在宅サービス利用率	（1）在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討 —— ・インフォーマル事業所の掲載 ・地域診断WGの開催	・サイト掲載の情報量 ・アカウント数
	（2）在宅医療・介護連携推進会議の設置運営 —— ○在宅医療・介護連携推進会議 ○関係機関との連携・連動 ○地域コーディネーターと連携・連動 ・各圏域の医療介護連携ネットワークチームの結成 ・ACPの普及啓発 市民公開講座の実施	・チーム設立後の会議開催 ・チーム設立の準備
	（3）相談支援体制の強化 —— ○相談支援の充実 ○相談窓口の認知度向上及び利用促進の対応策 ・周知活動、出張相談	・相談件数 ・相談窓口の認知度 ・利用者の満足度
	（4）医療・介護関係者の情報共有等の支援 —— ○医療・介護関係者の情報共有の支援 ○医療・介護関係者の研修等	・開催回数 ・参加者人数
	（5）地域住民への普及啓発 —— ○エンディングノート普及啓発 ○市民公開講座	・ノートの配布数

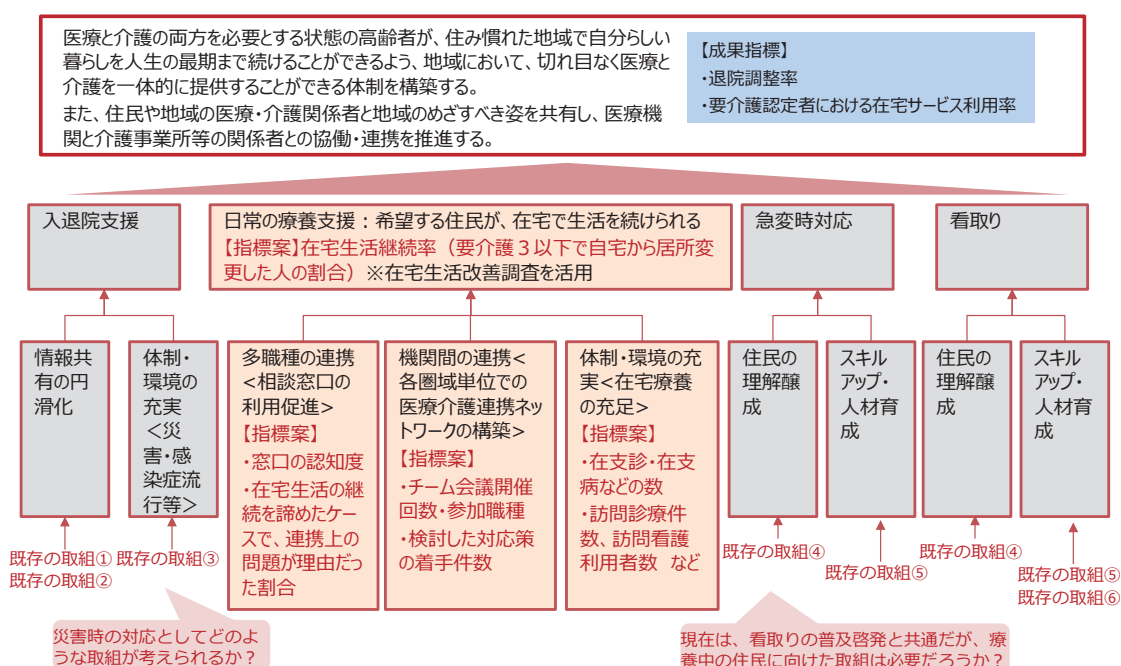
ロジックモデルを用いた検討過程

- 相談窓口に力を入れているが、相談件数は横ばいが続く。通常業務やちょっとした機会に情報提供や相談されることが増え、相談件数に含まれていないためと考えられる。相談件数だけでなく、コーディネーターの相談支援全体が評価できないか検討したい。
- 圏域別の医療介護連携ネットワークの構築を進めていくなか、他の事業の関連や評価の視点を整理したい。
- 4場面別に現在の取組・事業を整理するとともに、上記2点を踏まえて日常の療養支援を優先的に進める。

(指標設定の検討)

- 日常の療養支援のめざすべき姿を「希望する住民が、在宅で生活を続けられる」とした。当市は要介護4で施設入所する方が多いため、要介護3以下で自宅から居所変更した人の割合を指標として設定した。
- これを下支えするものとして、多職種の連携、機関間の連携、体制・環境の充実の3つの視点で整理。
- 多職種の連携の視点では相談窓口の利用促進を位置づけた。指標は、既存の内容のほか、多職種の連携を推進し、適切なサービス利用を促進する窓口の目的を踏まえ、在宅生活の継続を諦めたケースの理由をアンケート調査で聴取し、「サービス提供側の連携上の問題」とする割合をモニタリングすることとした。

【目的、指標の整理】



今後の展開

- 成果指標は、数値を上げることが難しいのが現状。効果の有無が分かりやすい指標の検討が必要。
- 看取りの推進に関しては、独居・夫婦のみ世帯が多く、関係者に最期をどう迎えたいのか伝えることに難しさがある。啓発に関しては、媒体の配布数だけでなく、成果を測るための指標と評価方法の検討が必要。
- 各場面で目的と関係する既存の取組を整理すると、既存の取組では対応できない事項や、ターゲット別に施策を打つ必要性などがみえてきた。他の場面も、在宅医療・介護連携推進会議で更なる検討が必要。

有識者コメント

- C地域では、「退院調整率」と「在宅サービス利用率」の2つの指標を設定されている。指標そのものはまだ悩まれていると思うが、2つに絞って示すことは、関係者間で共通理解を持ちやすく、分かりやすく良い。
- 今回、日常の療養支援の場面を優先的に取り組まれた。全てを完璧に整理しようとすると、それだけで1年が終わってしまうため、優先度や取組の容易さを踏まえて整理していくことも重要。4つの場面は、それぞれが関連しているため、1つの場面を整理することで、別の場面の整理にもつながるだろう。
- 取組によって住民等がどのように変化したかを測ることは難しい。看取りに係る啓発は、まず現状がどのような意識・認識なのかを把握するところから始めてはどうか。

D 地域：既存の取組の整理と、今後の取組の検討に向けて

■基本情報

地域の特徴	- 多職種連携が、他地域に比べても推進できている ⇒実行委員会形式で多職種の課題を研修企画に活かせること、ICT ツールが積極的に活用されていること、ケース検討が積み重ねられていること、多職種間の目的意識（地域のなかで、利用者を一体として支える）の共通化が推進力の肝 - 市立病院との連携、市立病院による在宅医療が提供できているほか、二次医療圏での入退院支援では、連携率 80 ～ 90% 台を維持できている
地域資源等	- 総人口：約3万人、高齢化率：41%、要介護認定率：21% - 医療資源：在支病2、在支診1 - 介護資源：訪看 St 3、訪問介護 10、通所介護 9、小多機 2、特養 6、老健 1、介護医療院 0
協議の場、コーディネーター機能等	- コーディネーターの配置なし。包括は医介連携事業、重層的支援体制整備事業等を担う 「地域医療と介護の連携に関する検討会」：市健康部門、地域包括支援センター、市立病院、医療・介護関係職種、保健所で、在宅医療・介護の連携に対する協議を実施 ※医療介護の連携の課題を検討する場をコロナ禍以降、持っていない - 研修会を企画・運営する医療・介護従事者の協議体、顔の見える関係づくりのための研修会（年 4-5 回）やグループワーク等を実施するインフォーマルな世話人会（医療・介護関係者が集まる）などがある

■地域のめざすべき姿と指標の設定状況

- 4場面別のめざすべき姿や指標は設定していない。

【現在の医介連携事業に関わる施策体系と事業】

施策体系	事業	指標
基本目標 住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制の充実 ↳ 地域包括支援センターの機能強化 ↳ ●総合相談支援事業の充実 ↳ ●医療と介護関係者等の連携推進	地域包括支援センター ・高齢者に関する全般的な相談窓口 住民 ・市の介護・保健・福祉の担当窓口や関係機関との連携強化、適切な制度やサービスの利用につなげる支援 従事者 ・在宅医療・介護の連携支援相談窓口（必要に応じ退院時の地域の医療機関関係者と介護関係者の連携等の調整） 従事者 ・職員のスキルアップ 従事者 ①包括的・継続的ケアマネジメント支援 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援として、介護福祉関係者（介護支援専門員・デイスサービス担当者・訪問介護担当者・福祉用具販売取扱業者等）の担当者会や、市内医療福祉関係者を広く対象とした研修会を開催し、専門職のスキルアップや情報提供を実施 従事者 ・Zoom 等の機器も活用した顔の見える関係づくり（感染症の拡大防止や業務効率化、参加促進の観点） 従事者 ②地域医療・介護情報連携 ICT 事業への参画 ・医療職と介護職のフットな意見交換の場として「地域医療・介護連携検討会」を再開・定期的開催＜ICTツールを活用したコミュニケーション＞ 従事者 ③在宅医療や介護サービスの情報の収集と発信 ・医療・介護ブックの情報を随時更新 住民 従事者 ・市民が広く利用できるよう情報発信 住民 ④在宅医療・介護の関係者の研修 ・地域の医療関係者と介護の関係者の連携を進めていけるよう、対面やWeb 等状況に応じた方法で会議や研修を実施 従事者 ⑤地域住民への普及啓発 ・市民向けの講演会 住民 ・出前講座 住民	・相談件数（件） ・地域包括研修会（多職種連携） ・デイスサービス担当者会 参加率 ・訪問介護担当者会 参加率 ・介護支援専門員連絡会 参加率 ・検討会（開催回数） ・講演会（開催回数） ・ケーブルテレビの企画番組（回）

■ロジックモデルを用いた、本地域の事業検討・指標設定の視点

- 様々な取組を推進しているため、ロジックモデルを用いてどこまでを対象として整理すべきか（権利擁護や重層的支援体制整備事業も対象に含めるか）、高齢者のみとするか、子どもや障害の部署とも一緒に考えた方がよいか迷いがあった。まずは、整理しやすい包括が所管する領域から始め、今後、充実を図ることとした。
- 既存事業の棚卸しをするなかで、本地域の強みは多職種連携が図られていることと再認識することができたため、日常の療養支援の場面を中心に、ロジックモデルを用いて整理することとした。

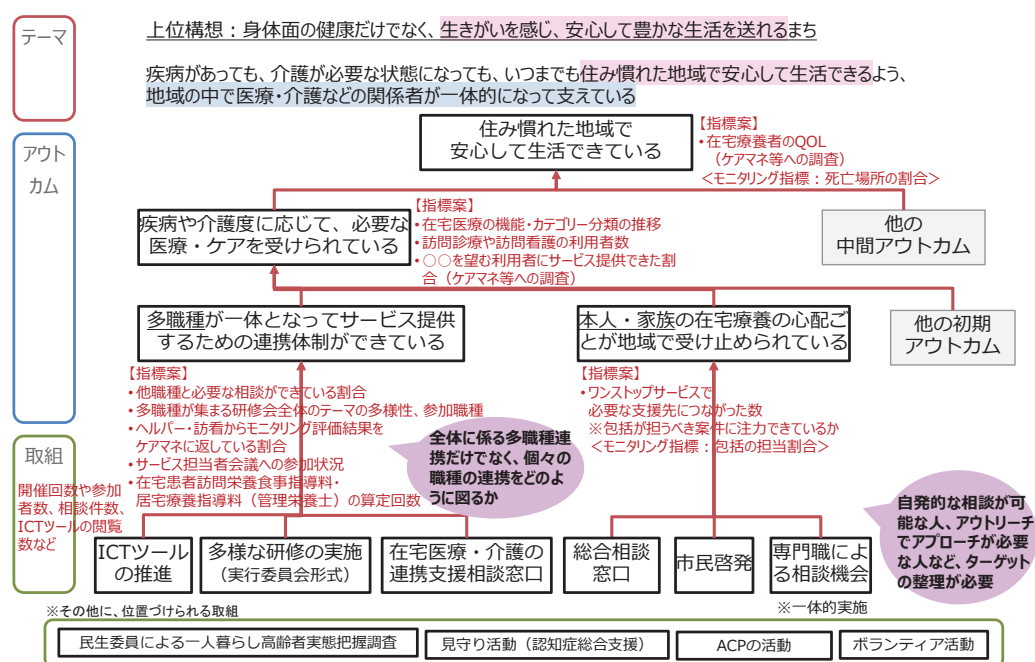
ロジックモデルを用いた検討過程

- 市担当者には、地域関係者の頑張りを見える化し、取組へのモチベーション向上につなげたい思いがある。

(指標設定の検討)

- ICT ツール上では、意見交換や動画共有も可能。医師も含めた多職種間でケアに関する情報共有・交換が行われ、リハ職が利用者の訓練の様子の動画をケアマネジャーやヘルパー、訪看と共有し、連携を図るなど具体的な動きができています。このような情報連携の在り方や、多職種連携の推進に良い影響を与える取組を評価するために、今後、多職種が集まる場機会を活用して定期調査を実施し、意識等を測ることを検討。
- 当市の多職種研修は、現場の医療・ケア従事者による企画・運営が強み。個々の研修を評価するのではなく、医介連携の研修を総合的に評価したい。また、研修によって行動変容が起こらないと連携につながらない。参加状況・主観的評価だけでなく、サービス担当者会議への参加等、実際のケア提供時の連携を評価する。

【目的、指標の整理】



今後の展開

- 多職種連携のなかでも、ターゲットを絞ってみると栄養指導をしてくれる栄養士が当市にいない点は課題。資源が少ない中、どのように取り組むかが課題であり、市立病院とともに取り組めることがないか検討が必要。
- 多職種連携が中心となったが、「市民の心配ごとが地域で受け止められている」も今後の検討が必要。アウトリーチが必要な、身寄りのない独居高齢者の急変時・看取り対応まで、広げて考えていく必要がある。
- ロジックモデルのイメージは持てたが、最終アウトカムにうまくつながっていくのかやはり不安がある。

有識者コメント

- 「住み慣れた地域で安心して生活できている」という大きなテーマの場合、様々な要素が含まれる。まずは、在宅医療・介護連携を想定し、目標を達成するために既存の取組で十分かを関係者で話し合うことが重要。今回、民生委員の取組や認知症施策の取組が挙げられたように、話し合いの過程で、横の広がりも自然と出てくる。地域関係者と話し合い、めざすこと、そのための取組を検討してほしい。
- 様々な事業に取り組んでいるため、協議することで事業間の相互作用（多層的で良い面、重複していて悪い面）が見える化され、意味のあるプロセスになった。他方で、協議ばかりでは前に進まない。定めた指標は、事業の価値を評価する一つの軸あるいは評価の一面であるとの前提で、事業展開を進めてほしい。
- 居宅療養指導料（管理栄養士）等の算定回数を数値として出すことは重要。従事者がいないため恐らく0件となるが、同規模市町村と比較して人的資源が少ないこと、プロセス自体がないことを明らかにすることに意味がある。また、まずは退院時の情報提供が、リハ職、薬剤師からなされているかも確認してほしい。
- 多職種連携の評価は難しい。レセプトで評価できない点は、プロセスや各職種の意識の把握も必要。
- 話し合いで出た「すぐに取り組めない課題」は、ロジックモデルの充実を図る際の素材として整理すると良い。他方で、指標はめざす方向に進めるための物差しである。既存の取組を評価するだけでなく、めざす方向に近づけるように、新たな取組を検討し、そのための目標・指標を置くことにも視野を広げてほしい。

E 地域：積み上げ式事業の推進からの脱却を目指して

■基本情報

地域の特徴	・第9期計画から在宅医療・介護連携推進事業は介護保険主管部局が進めることとなった ・在宅医療・介護連携では、継続して入退院支援に取り組んできたが、一定の成果を得たと考えており、新たな取組として、医師会や介護保険主管部局と協力し、ICTツールを活用した、入退院時の情報提供をデジタル化する取り組みを推進中である。なお、検討は在宅医療・介護連携推進協議会とは別の協議体で検討している ・在宅医療・介護連携については、介護保険主管部局の分掌を超える場合もあり、地域包括ケアシステムに関連する他の課とも連携を進めたいと考えている。今年度、関係する課で集まり、初めて情報交換会を開催した。今後は、関係各課が連携して推進するよう、体制を整備することが必要であると考えている
地域資源	・総人口：10万人以上、高齢化率：28%、要介護認定率：20% ・医療資源：在支病10、在支診60 ・介護資源：訪看St70、訪問介護95、通所介護70、小多機40、特養10、老健8、介護医療院2
協議の場、コーディネーター機能	・医師会、歯科医師会、薬剤師会、消防、訪問看護部会などで構成された、在宅医療・介護連携推進協議会を年1回開催している ・当市は過去に合併したため市内に複数の医師会、歯科医師会、薬剤師会が入り込んでいるという特徴がある。そのため、会議体としては人数が多く、具体的に協議をする場とはなっていない ・そのため、ワーキンググループを設置し、ワーキンググループが活動の中心となっている。但し、看取りと入退院支援についてはワーキンググループを設置しているが、日常療養支援と急変時については設置されていない。なお、入退院支援については、ICTツールの活用に移行したことを受け、活動を休止している状況である ・複数の医師会にコーディネーターを配置し、医療と介護の連携をサポートする体制を整えているが、コーディネーター間の協議は特に行っておらず、地域により取組に温度差がある

■地域のめざすべき姿と指標の設定状況

①めざすべき姿

- ・第9期介護保険事業計画「在宅医療・介護連携の推進」は、基本施策3「地域における多機関連携による支援体制の強化」に位置づけられているものの、ビジョンは示されていない。
- ・4場面ごとのめざすべき姿は以下の通り。

【日常の療養支援】

- ・医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活が出来るようにする。

【急変時の対応】

- ・医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

【入退院支援】

- ・入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

【看取り】

- ・地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

②指標の設定

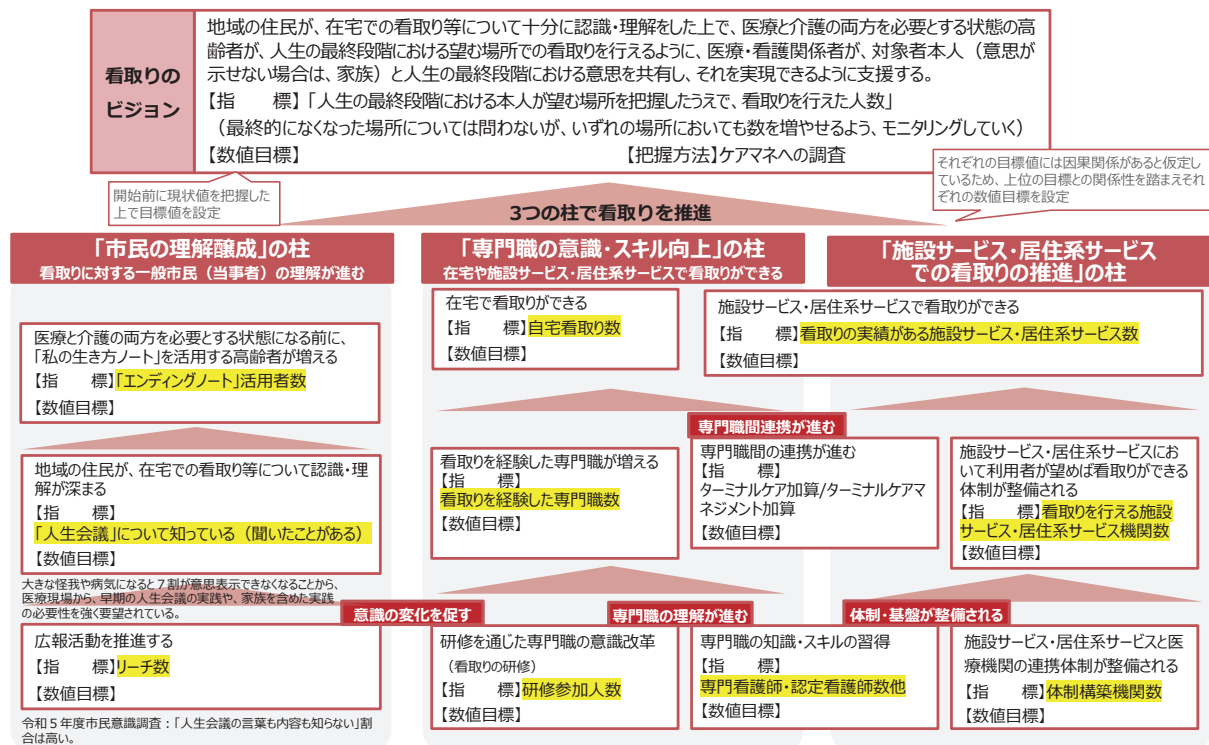
- ・「在宅医療・介護連携の推進」の指標は、「医療機関と連携を図る際の課題について、「特になし」と回答する居宅介護支援事業所の割合」で、令和4年度から、令和7年度には+5%アップすることを目標に掲げている。
- ・なお、4つの場面ごとのめざすべき姿は示されているが、場面ごとに指標は設定されていない。

【設定しているめざすべき姿と、各場面の課題】

- ・めざすべき姿に対し、行政として取り組んでいる内容に隔たりがある。まずは、めざすべき姿についてのイメージを共有し、指標と数値目標を設定することが必要。
- ・そのうえで、指標の数値目標を達成するために何をやらなければいけないかを検討しなければ、自分たちができる範囲の取組に限定され、実効性が担保できない。
- ・まずは、どのように考えて指標を設定すべきかなどを体感するため、最重要課題である「看取り」について検討を行うこととした。

■ロジックモデルを用いた、本地域の事業検討・指標設定の視点

- ・E 地域の「看取り」のロジックモデル（案）は以下の通り。



■ロジックモデルを用いた検討過程

- ・以下の5つのポイントに沿って検討を行った。
- ・1 アウトカム指標の考え方、2 因果関係の考え方、3 指標の考え方、4 測定方法の考え方、5 ロジックモデル作成の考え方

■今後の展開

- ・開催される在宅医療介護連携協議会で今後の進め方について協議を行う。
- ・ロジックモデル（案）をたたき台として、現場の専門職や関係者、あるいは市民の意見を取り入れながら改良を行う。
- ・施設での看取りを推進するための取組について、施設部会等との意見交換を進める。

■有識者コメント

- ・「意思決定に沿った看取り」について、「意思決定」の部分指標化することの難しさが指摘された。慎重に検討することが必要である。まずは状況を客観的に判断できるケアマネジャーの視点で、実態を把握することも考えられる。
- ・ロジックモデルの考え方として、自分たちが行っている事業を単に整理する「積み上げ型」から、あくまでビジョンに沿って事業を展開することが重要である。また、把握する方法が、アンケートになりがちであるが、主観的な調査結果だけでなく、客観的なデータの活用も検討する。
- ・高齢者を中心としつつも幅広い対象を考慮した市町村らしい指標設定を念頭に検討するとよいのではないかと。
- ・ロジックモデル作成において、指標の設定に目が向きがちだが、関係者間での話し合いのプロセスが重要と考える。検討においては、事業の棚卸しや他部署との連携を進め、ビジョン達成に向けた建設的な検討となることを期待したい。



参考資料

在宅医療・介護連携に関するデータベースや、参考となるデータが掲載されているサイトとして、次のものが参考として活用できます。

■在宅医療・介護連携に係るデータベース

名称	概要	出典
①在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム	・事業担当者等にとって、有用な情報を集約したポータルサイト。自治体の事業担当者間の情報交換の場、関連法規、研修会情報、事例等を一元化して掲載	在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォーム https://zaitakupf.mhlw.go.jp/
②在宅医療にかかる地域別データ集	・人口、在宅療養支援病院等の施設数、自宅死の割合、老人ホーム死の割合	厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
③ NDB オープンデータ	・NDB データから汎用性の高い基礎的な集計表を作成し、「NDB オープンデータ」として、医科診療行為（算定回数、患者数）などを公表 ※都道府県別、二次医療圏別など	厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html
④地域包括ケア「見える化」システム	・介護保険事業計画の策定・実行を総合的に支援するための情報システム ・訪問看護回数 ・訪問介護回数 など	厚生労働省 HP https://mieruka.mhlw.go.jp/
⑤経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース (SCR)	・病院数 ・一般診療所による訪問診療の実施件数 など	経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース http://wwwb.cao.go.jp/ittaikaikaku/mieruka/index.php
⑥地域医療情報システム (JMAP)	・日本医師会が運用 ・医療介護需要予測指数 ・医療系・介護系施設数 ・全国や都道府県、二次医療圏、市町村単位	地域医療情報システム http://jmap.jp/cities/detail/pref/27

■人口等で活用可能な主なオープンデータ

項目	概要	出典
①人口推移	・市町村別の人口 ・高齢者単身世帯 など	政府統計の総合窓口 (e-Stat) 国勢調査 都道府県・市区町村別統計表 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001049104&cycle=0&tclass=000001049105
②将来人口推計	・市町村別の将来の男女5歳階級別推計人口 ・国勢調査を基にした推計	国立社会保障・人口問題研究所「男女・年齢(5歳) 階級別データ『日本の地域別将来推計人口』 令和5(2023) 年推計」 https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp
③要支援・要介護認定者数	・保険者別の第1号被保険者数 ・保険者別の要介護認定者数 など	政府統計の総合窓口 (e-Stat) 介護保険事業状況報告 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450351&tstat=000001031648

項目	概要	出典
④死亡者数、死亡場所	- 市町村別の死亡数 - 病院、老人保健施設、自宅等の死亡場所	※各都道府県の人口動態統計のサイト
⑤死亡場所	- 市町村別の自宅死の割合 - 市町村別の老人ホーム死の割合	厚生労働省 HP 在宅医療にかかる地域別データ集 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html

■体制整備等で活用可能な主なオープンデータ

項目	概要	出典
①医療系の施設数	- 往診を実施している診療所・病院数 - 在宅看取りを実施している診療所・病院数 - 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 など ※実際の稼働状況は判断できない点に留意	医療施設調査 厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html
②医療系の施設数	- 医科、歯科、薬局の届出数 - 訪問看護ステーションの届出数 - 各施設基準の届出数 ※実際の稼働状況は判断できない点に留意	施設基準の届出受理状況（各地方厚生局）
③介護系の施設数	- 介護保険施設数 - 介護事業所施設数	介護サービス施設・事業所調査 厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html
④介護系の施設数	個別物件の登録情報のダウンロードが可能 ※集計は困難	サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム https://www.satsuki-jutaku.jp/index.php
⑤患者数	往診を受けた患者数 ※都道府県別、二次医療圏別のみ	患者調査 厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html

次頁以降は、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.3」（令和2年9月）に掲載されていたデータ項目を一覧として整理したものです。現状整理・課題抽出や指標の設定時の参考としてご活用ください。

なお、下線が引いてある項目は、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 12（令和5年6月29日医政局地域医療計画課長通知より）に掲載されている項目（一部は類似の項目。なお、小児に係る項目は割愛）です。

■提供体制として整理しておくの良い基礎的な情報：機関数・従事者数

	日常の療養支援	入退院支援	急変時対応	看取り
見える化システム等に掲載されている項目	・居宅介護支援事業所数 ・通所介護の事業所数 ・訪問介護の事業所数 ・通所リハビリテーション事業所数 ・訪問リハビリテーション事業所数 ・訪問看護事業所数 ・看護小規模多機能型居宅介護事業所数 ・介護老人保健施設数 ・指定介護老人福祉施設数 ・地域密着型介護老人福祉施設数 ・介護療養型医療施設数 ・介護医療院数 ・訪問診療を実施している診療所・病院数（急変時、看取りも同様） ・在宅療養支援診療所・病院数（急変時、看取りも同様） ・歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 ・在宅療養支援歯科診療所数（急変時も同様） ・薬局数 ・訪問薬剤管理指導を実施する薬局数 ・医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症サポート医等） ・認知症地域支援推進員数	・退院支援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 ・在宅療養後方支援病院数	・在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
上記以外	・訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数 ・在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数 ・認知症疾患医療センター数 ・認知症初期集中支援チーム数 ・介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症介護実践リーダー等） 《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・訪問看護従事者数 ・機能強化型在宅療養支援診療所・病院数（急変時、看取りも同様） ・機能強化型の訪問看護ステーション数（急変時、看取りも同様） ・訪問薬剤管理指導を実施する診療所・病院数 ・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実施している薬局数、無菌製剤（TPN 輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数（急変時、看取りも同様） ・訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数 ・訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	・退院支援担当者を配置している診療所・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 ・退院後訪問指導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 《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・24 時間体制を取っている訪問看護従事者数 ・24 時間対応可能な薬局数	《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数

■提供体制として整理しておくの良い基礎的な情報：利用者数、算定回数等

	日常の療養支援	入退院支援	急変時対応	看取り
見える化システム等に 掲載されている項目	- 認知症短期集中リハビリテーション加算 - 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（医療・介護）の実績回数 - 通所介護の実績数 - 訪問介護の実績数 - 通所リハビリテーションの実績数 - 訪問リハビリテーションの実績数	- 退院支援（退院調整）を受けた患者数 - 介護支援連携指導を受けた患者数 - 退院時共同指導を受けた患者数	—	- 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
上記以外	- 要介護高齢者の在宅療養率 《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 - 歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数 - 訪問口腔衛生指導を受けた患者数 - 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、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 - 訪問リハビリテーションを受けた患者数 - 訪問栄養食事指導を受けた患者数	退院後訪問指導を受けた患者数	往診を受けた患者数	《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

■連携を測る項目

	日常の療養支援	入退院支援	急変時対応	看取り
見える化システム等に 掲載されている項目	・特定事業所加算 ・看護体制強化加算 ・緊急時訪問看護加算 ・医療連携強化加算 ・医療連携体制加算 ・看護・介護職員連携強化加算	・介護支援連携指導料 ・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	・看護体制強化加算 ・緊急時訪問看護加算 ・配置医師緊急時対応加算 ・緊急時訪問介護加算 ・緊急時等居宅カンファレンス加算	・配置医師緊急時対応加算 ・看取り介護加算 ・ターミナルケア加算 ・ターミナルケアマネジメント加算
上記以外	・機能強化型訪問看護管理療養費 ・緊急訪問看護加算 ・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） ・かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合 ・認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合 ・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	・入退院支援加算 ・退院前訪問指導料 ・診療情報提供料 ・入院時情報提供率 ・退院調整率	・機能強化型訪問看護管理療養費 ・緊急訪問看護加算 ・往診料（夜間、日祝）／全体	—

在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業 検討委員会 委員一覧

本調査研究事業は、検討委員会を設置して実施しました。

■委員一覧

（敬称略、五十音順、令和6年度時点、◎委員長）

氏 名	ご 所 属
◎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
安藤 明子	国立市 健康福祉部 高齢者支援課 地域包括ケア・在宅療養推進担当係長
大塚賀 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
小山 茂孝	国立市 健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長
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 保健福祉学部 准教授
次橋 幸男	公益財団法人 天理よろづ相談所 企画管理室 室長
村上 智美	奈良県 福祉医療部 医療・介護保険局 地域包括支援課 長寿・包括ケア推進係
吉江 悟	一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事

令和6年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」

在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き