

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  
報告書**

令和7年（2025年）3月

(株)日本能率協会総合研究所



## 目 次

第1章 事業概要 .....	1
1. 事業の背景・目的 .....	2
2. 実施概要 .....	2
3. 実施体制 .....	3
第2章 先行研究レビュー .....	5
1. 実施概要 .....	6
2. 実施結果 .....	7
第3章 調査等の実施.....	9
1. モデル事業の実施.....	10
2. ヒアリング調査の実施 .....	30
3. 調査結果の取り扱い .....	33
第4章 手引きの作成 .....	35
1. 概要 .....	36
2. 手引きの内容の検討 .....	38
参考資料 .....	51

別添「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」



## 第1章 事業概要

---

## 1. 事業の背景・目的

- 日本の総人口は減少局面を迎えているが、高齢者が占める割合は今後も高くなり、2040年には高齢化率は約35%、75歳以上人口は約18%になると見込まれている。高齢者、特に75歳以上の後期高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数疾病にかかりやすい、入院リスク・死亡リスクが高い、認知症の発生率が高いなどの特徴を有し、いわゆるフレイル状態になりやすく、多病・多剤処方の状態に陥りやすいなど、健康上の不安が大きい。
- また、高齢化の進展度合いは都道府県や市町村によって様々で、医療・介護等のサービス提供の状況等も大きく異なることから、地域の実情を踏まえた地域包括ケアシステムの構築が重要となる。
- このような背景を踏まえると、在宅医療・介護提供体制の整備は急務だが、詳細な実態把握は十分とは言えず、施策を検討する際に有用な指標等も行政や医療・介護関係者間での共有が不十分と言われている。また、在宅医療・介護連携推進事業の一層の推進に向けては、地域の実情を踏まえたPDCAの運用・事業展開が十分になされることが重要であるが、多くの自治体では、定量的・定性的な地域の現状把握を基に指標を設定することに困難が生じている現状がある。
- 以上のことを踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業の一層の推進に向けて、先行研究で設定されている評価指標案が、各市町村の進捗状況の評価・施策改善に資するものとなっているのかの検討、加えて、先行研究で設定された評価指標案を用いた評価スキームの構築を提案することを目的として本事業を実施した。具体的には、「①先行研究レビュー」を行ったうえで、市町村及び都道府県においてより活用可能な指標案と、実際に評価を行う際のポイントを検討するために、「②検討委員会の設置」及び「③調査の実施」を行い、これらの成果を踏まえて、指標の具体的な選択方法等を含む自治体向けの「④手引きの策定」を実施した。

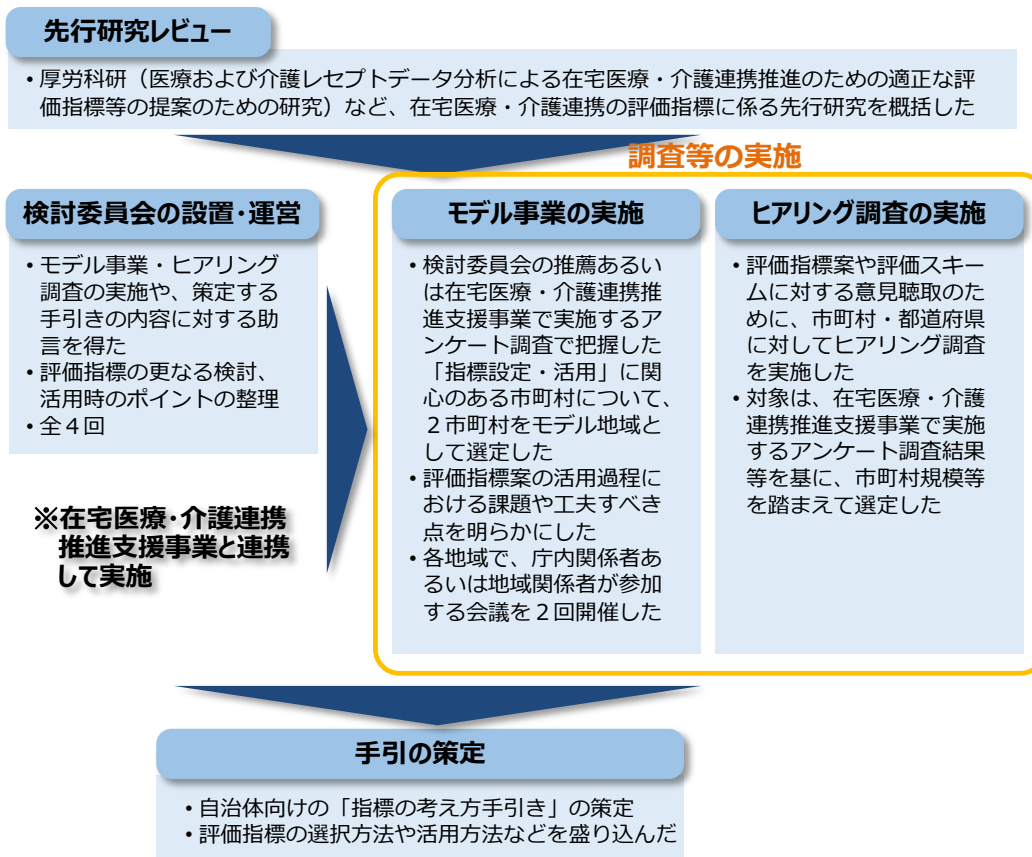
## 2. 実施概要

- 本事業では有識者及び行政担当で構成される検討委員会を設置し、指標設定の考え方について助言を得た。具体的には以下の①～④の項目について取り組んだ。

### ■事業項目

①先行研究レビュー	・先行研究レビューを実施した
②検討委員会の設置	・有識者及び行政担当者を構成メンバーとし、指標設定の考え方の検討を行った
③調査の実施	・モデル事業を実施した ・ヒアリング調査を実施した
④手引きの策定	・市町村を対象とした手引きを策定した

## ■実施フロー



## 3. 実施体制

### (1) 開催実績及び検討内容

- 下記のとおり、有識者及び行政担当者で構成される検討委員会を設置し、指標設定の考え方等についてご意見を伺った。

#### ■有識者委員一覧(敬称略、五十音順。◎は委員長)

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
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
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
吉江 悟	一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事

■行政担当者委員一覧(敬称略、都道府県・市町村、役職順)

氏名	ご所属
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
小山 茂孝	国立市 健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長
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

■オブザーバー (敬称略)

氏名	ご所属
増田 絵美奈	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
坂本 遊	厚生労働省 老健局 老人保健課 係長
加藤 晶子	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査

■事務局 (株)日本能率協会総合研究所

(2) 実施内容

○ 次のとおり実施した。

■実施内容

	日程・場所	議事
第1回	2024年9月4日(水) 16:00~18:00 於: TKP 東京駅カンファレンスセンター/オンライン	1. 事業概要 2. 評価指標の検討について ※委員より、取組や研究成果等のご紹介
第2回	2024年12月11日(水) 10:00~12:00 於: TKP 東京駅カンファレンスセンター/オンライン	1. 前回の振り返り 2. 評価指標の検討について
第3回	2025年1月23日(木) 10:00~12:00 於: TKP 東京駅カンファレンスセンター/オンライン	1. 調査の実施報告について 2. 手引きの検討について
第4回	2025年2月21日(金) 14:00~16:00 於: オンライン	1. 調査の実施報告について 2. 手引きの検討について



## 第2章 先行研究レビュー

---

## 1. 実施概要

- 在宅医療・介護連携に関する評価指標について、先行的に実施された調査研究を整理した。
- 現行の「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」（以下、「手引きVer. 3」と言う。）は令和2年9月に改定されたことから、令和2～5年度に実施された「老人保健健康増進等事業」及び「厚生労働科学研究」を対象とした。

### ■実施概要

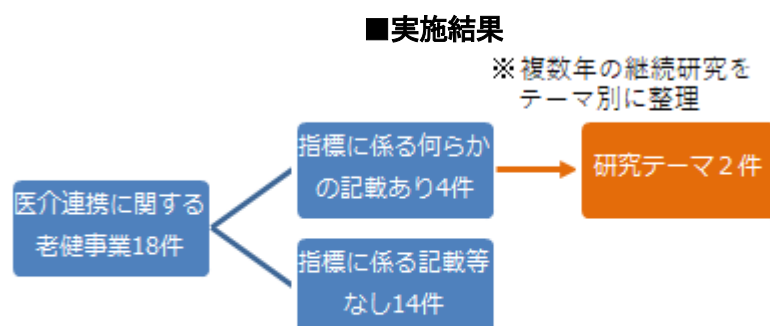
<b>対象</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>・令和2～5年度に実施された「老人保健健康増進等事業」及び「厚生労働科学研究」を対象とした</li></ul> 「老人保健健康増進等事業」 <ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医療・介護連携を募集テーマとする事業</li></ul> 「厚生労働科学研究」 <ul style="list-style-type: none"><li>・厚生労働科学研究成果データベース（※）において「在宅医療 介護連携 指標」をキーワードとして検索</li></ul> ※ <a href="https://mhlw-grants.niph.go.jp/">https://mhlw-grants.niph.go.jp/</a>
<b>実施期間</b>	・2024年8月22日（木）～8月28日（水）
<b>収集項目</b>	「老人保健健康増進等事業」 <ul style="list-style-type: none"><li>・事業名</li><li>・採択者名</li><li>・事業概要</li><li>・指標に関する記載</li></ul> 「厚生労働科学研究」 <ul style="list-style-type: none"><li>・テーマ</li><li>・代表研究者名</li><li>・研究目的</li><li>・研究方法</li><li>・概要 ※指標に関する事項を抜粋</li></ul>

## 2. 実施結果

- 在宅医療・介護連携の推進あるいは4場面別の評価指標を検討した研究テーマは、老人保健健康増進等事業では2件、厚生労働科学研究では5件（うち1件は同テーマのため実質4件）あった。

### 1) 老人保健健康増進等事業

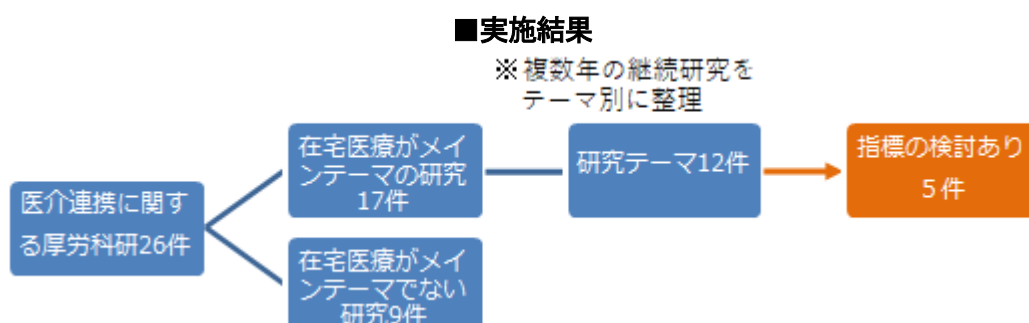
- 在宅医療・介護連携に関する事業18件のうち、指標に係る何らかの記載があったものは4件であった。
- このうち、複数年にわたる継続研究をまとめると2件であったが、いずれも在宅医療・介護連携推進事業の指標に関する具体の記述はなかった。



年度	事業名	指標に関する記載
R3-5	北海道の地域住民に関する医療・介護情報の共有システム構築に係る調査研究事業	・医療・介護情報共有の仕組みづくりの取組みが、現在、どの段階にあるかを確認するためのツールとして、「成熟度の自己評価（チェック表）」を作成
R4	PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業	・事業マネジメントにおける評価指標の用語説明のみ ※具体の指標の検討ではない

### 2) 厚生労働科学研究

- 在宅医療・介護連携に関する研究26件のうち、指標に係る何らかの記載があったものは17件であった。
- このうち、複数年にわたる継続研究をまとめると12件であり、さらに指標の検討に関する研究は5件であった。ただし、このうち1件は継続研究ではないものの同じテーマ内容であったため、本稿では実質4件として扱う。



年度	研究名	指標に関する記載
R4-5	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正な評価指標等の提案のための研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手引に掲載されている指標のうち、在宅医療介護連携にとってより重要、かつ、見える化システムに収載されている42指標を抽出</li> <li>・ 評価指標として使用するデータを見える化システムから取得する際の注意点、レセプト上定義等の整理</li> <li>・ アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討</li> </ul>
R3-5	地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 令和5年3月31日付「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（厚生労働省医政局地域医療計画課長）の“医療計画の重点指標及び参考指標”</li> </ul>
H30-R2	地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ※上記研究の過去研究のため詳細は割愛</li> </ul>
R2-4	地域医療構想を踏まえた在宅医療の充実についての政策研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ レセプトおよびSCRを用いて、在宅医療に係る構造・経過・結果の指標群を作成</li> </ul>
H30-R2	在宅及び慢性期の医療機関で療養する患者の状態の包括的評価方法の確立のための研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護者等の療養場所を1つのベンチマーク指標として、機関別・地域別で定点観測を続ける</li> <li>・ 状態像別（傷病名など）、病期別（死亡年月日からの期間別）によるクロス集計、あるいは時間外受診／入院／死亡といったイベントとの関連を追うことで、在宅医療や在宅医療・介護連携の政策評価枠組みとして重視される4つの場面別の指標として活用が期待される</li> </ul>

### 第3章 調査等の実施

---

# 1. モデル事業の実施

## (1) モデル地域の概要

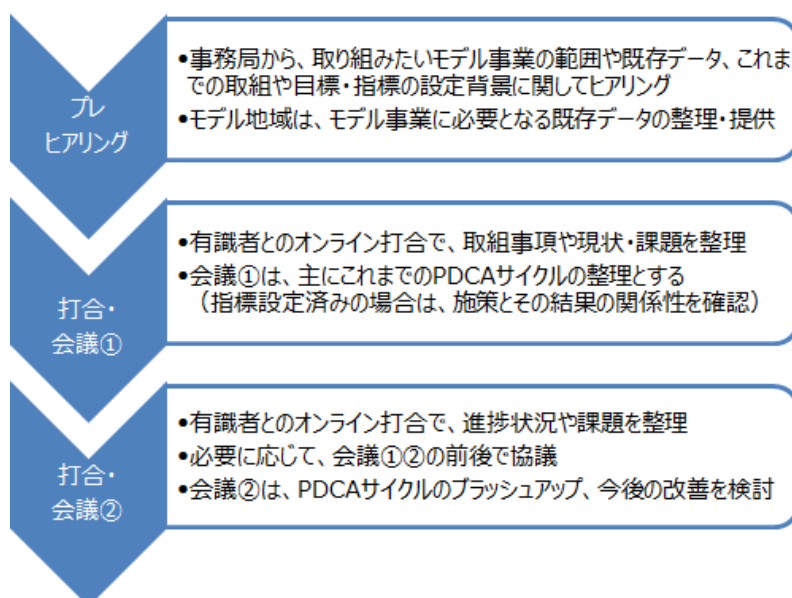
- モデル地域として2地域を選定した。

### ■モデル地域の概要

	これまでの経過
地域①	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• 地域の関係者とは、目指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</li></ul>
地域②	<ul style="list-style-type: none"><li>• 4場面別の目指す姿を設定し、指標は未設定。医介連携の総合指標を設定済み</li><li>• 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</li></ul>

- 次の流れで進めた。

### ■モデル地域の進め方



## (2) 報告書の掲載にあたっての留意事項

- 医介連携事業は、医療関係者、介護関係者等、様々な地域関係者とともに推進する事業である。本モデル事業では、指標設定の前提となる地域の現状・課題、施策内容等を聴取する過程で、忌憚ない意見を把握するため、匿名化して掲載する。
- そのため、地域を特定し得る情報は適宜、改変している。

### (3) モデル地域①の結果

#### 1) 地域概要

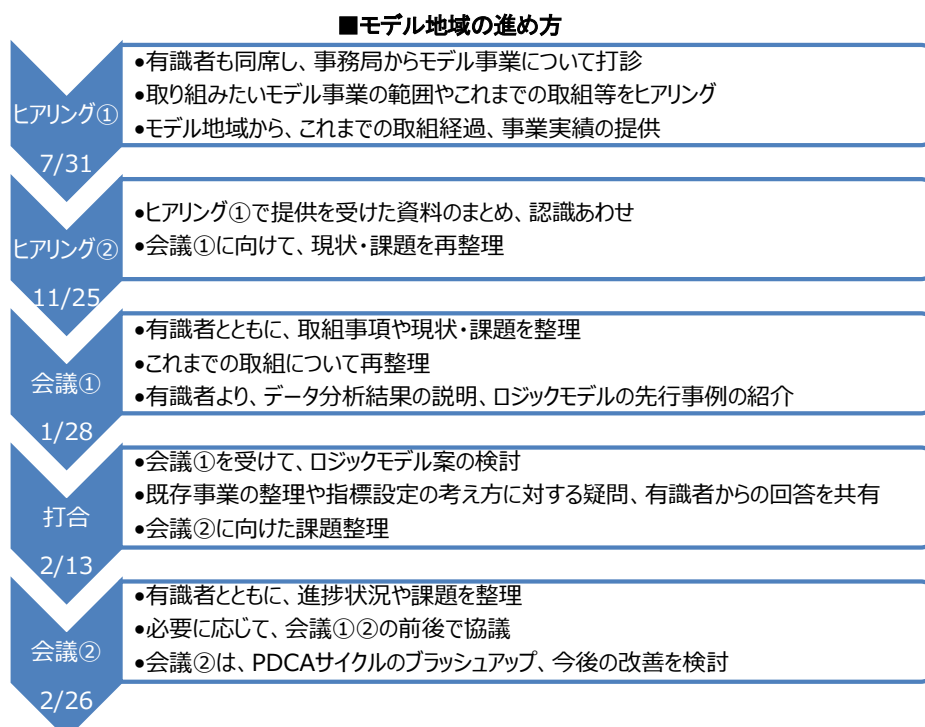
○ 次のような地域である。

地域の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
地域資源等	<ul style="list-style-type: none"> <li>総人口：約 3 万人、高齢化率：41%、要介護認定率：21%</li> <li>医療資源：在支病 2、在支診 1</li> <li>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</li> </ul>
協議の場、コーディネーター機能等	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>「地域医療と介護の連携に関する検討会」：市健康増進課、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</li> <li>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</li> </ul>

#### 2) 検討の流れ

○ 次のような流れで検討を重ねた。

○ また、ヒアリング①、会議①、会議②については、有識者も検討に加わった。



### 3) 検討の詳細：ヒアリング①

#### ① 実施概要

- ヒアリング①では、モデル事業の概要を説明し、進め方を協議した。
- また、モデル地域より、既存事業の概要の説明があった。

日程	・ 2024年7月31日(水) 13:00~15:00
開催方法	・ 現地、オンラインの併用
議題	・ モデル事業の概要 ・ ロジックモデル、指標設定に係るニーズについて ・ 意見交換
資料	・ 実施概要

#### ② 主な意見

- モデル地域からは、取組状況の説明のほか、次のような意見があった。

<p>【地域課題について】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 高齢化が進み、独居高齢者・夫婦世帯が10年で3 - 4倍となるなど、各種施策の取り組み背景が変化している。</li><li>・ 今後、おひとりさま問題が課題になると考えており、課題を整理したい。</li></ul> <p>【指標等を設定するうえでの課題】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 多職種で集まる大きな会議などを開催していたが、コロナ禍で難しくなった。コロナ禍を経て取組内容も変えていく必要があるだろうが、これまでの取組をどう評価し、見直していけばよいか難しい。</li><li>・ 地域福祉計画との関連も考える必要がある。 ※地域包括支援センターで重層的支援体制整備事業に取り組んでおり、また、独居高齢者の身元保証など社会福祉協議会の権利擁護センター等との関係も強い。 ※在宅医からも、サービス提供においては福祉的な問題が日々あり、地域包括支援センターとの相談、事例検討も行いながら進めている。</li><li>・ 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もつなげていきたい。</li></ul>
--

### 4) 検討の詳細：ヒアリング②

#### ① 実施概要

- ヒアリング②では、モデル地域から提供された事業一覧を基に、各事業の目指す目標やターゲット設定など、既存事業の棚卸しを行った。
- また、地域関係団体との関係や、コーディネート機能、地域課題を検討・解決する機能など、地域のなかの役割・機能の棚卸しもあわせて行った。

日程	・ 2024年11月25日(月) 10:00~11:30
開催方法	・ オンライン
議題	・ 事業整理結果について ・ ロジックモデル、指標設定に係るニーズについて ・ 意見交換
資料	・ 事業概要・体制、事業のまとめ



## ② 主な意見

- モデル地域からは、取組状況の説明のほか、次のような意見があった。

### 【取組経過、地域の特徴について】

- ・ 地域の医師たちが、将来的に訪問診療が必要になることを見込み、市立病院に総合診療科を設置。在宅医療の中心的な存在である在宅医が、実地研修に協力してきた経過がある。
- ・ 身体の調子や、飲んでいる薬、健康診断の結果、介護サービス情報などを共有するICTの仕組みを活用しており、多職種は日常的にICTツールでやり取りし、研修会で顔を合わせることで、より強固な連携を図っている。
- ・ 介護支援専門員は代表会があるほか、その他の介護系サービスについても、地域包括支援センターが音頭をとって集まる機会づくりを進めている。

### 【総合相談支援の評価について】

- ・ 見える化を図るためにも相談機能を評価できると良いが、医介連携に特化した分析が現状では難しい。
- ・ 高齢者に関わる相談のチャネルとして、地域包括支援センターへの直接の相談が最も多い。そのほかにも、サテライト相談（特別養護老人ホームへ依頼している相談事業）、民生委員、自治会、地域住民などからも相談があるが、地域包括支援センターに相談が集約する仕組みが一定できあがっている。
- ・ 介護保険申請に係る相談であればサービスにつながった段階で相談終了と判断できるが、包括の場合は様子を見ながら関わり続けるケースも多い。特に地域住民や民生委員からの相談の場合、本人・家族の力が弱いと継続的・断続的な支援が必要となり、相談完了とは判断しづらい。
- ・ 相談件数は、報告の関係で虐待はカテゴリー分けしているが、医療に特化した区分はしていない。また、包括のケアプラン作成機能と、医介連携事業の相談窓口としての機能の両方を持ち合わせているため、棲み分けが難しい状況もある。

## ■意見交換の基となった現在の施策体系

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 <b>住民</b> ・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 <b>従事者</b> ・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） <b>従事者</b> ・職員のスキルアップ <b>従事者</b> 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 <b>従事者</b> ・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） <b>従事者</b> 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ラ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・定期的に開催＜ICTツールを活用したコミュニケーション＞ <b>従事者</b> ③在宅医療や介護サービスの情報の収集と発信 ・医療・介護の情報を随時更新 <b>住民 従事者</b> ・市民が広く利用できるよう情報発信 <b>住民</b> 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 <b>従事者</b> ⑤地域住民への普及啓発 ・市民向けの講演会 <b>住民</b> ・出前講座 <b>住民</b>	・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）

## 5) 検討の詳細：会議①

### ① 実施概要

- 会議①では、ヒアリング②を踏まえて再整理した既存事業一覧を基に、意見交換を行った。
- また、有識者からデータ分析結果の提供・説明、ロジックモデルの先行事例について説明があった。

- そのうえで、ロジックモデル案Ver.1の検討の進め方を協議した。

日程	・ 2025年1月28日（火）10:00～12:00
開催方法	・ オンライン
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 既存の取組の棚卸し</li> <li>・ 4場面別データ等の整理</li> <li>・ ロジックモデルの活用例</li> <li>・ 検討</li> <li>・ 次回に向けて</li> </ul>
資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 終末期患者に提供された在宅医療に関わる評価指標の検討</li> <li>・ ロジックモデルの活用例</li> <li>・ 基礎資料</li> </ul>

#### ■既存の取組の棚卸しで使用したフォーマット

事業・取組	記載のあった計画等	実施主体	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）	事業開始年度	事業終了年度（予定）／事業の達成	事業の位置づけ（財源となっている事業など）	計画等に記載のある指標	計画等に記載された取組内容等
事業1	第9期計画 (1)○○○	行政	・高齢者自らが選択した内容に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供され、その人らしい活動的な生活を継続することができる				自立した要支援認定者数（％）	
事業2	第9期計画 (2)○○○	行政				包括的支援事業：総合相談支援業務	相談件数（件）	
事業3	第9期計画 (3)○○○	行政	・介護が必要な方が、病院への入退院と在宅療養を安心してできる環境づくり			包括的支援事業：在宅医療・介護連携推進事業	—	

## ② 主な意見

- モデル地域からは、次のような意見があった。

### 【既存の取組の棚卸しについて】

- ・ 地域包括支援センターとして様々な取組があるため、棚卸しをどの施策の範囲まで行えば良いのか迷う。例えば、権利擁護業務や重層的支援体制整備事業は、落とし込んだ方が良いのか。
- ・ 地域包括支援センターとしては、疾病があったり、介護が必要な状態になったりしても、いつまでも住み慣れた地域で安心して生活できることが目標のベースにある。包括に相談をしてもらえれば多職種につながり、本人・家族の思いに沿う形でサポートできるように、ワンストップサービスを進めている。その点が一番の目標であり、ロジックモデルで体现できると良い。

### 【地域の強みについて】

- ・ 日常業務のなかで、多職種と連携が図られているとの実感がある。
- ・ 市立病院とは同じ公的機関であり、物理的な距離も近いため、連携が図られている。別の医療機関ともやり取りが多く、包括を介した多職種連携が図られている。多職種を対象とした研修の実施、二次医療圏域の入退院支援ルールの実用もなされている。
- ・ 市立病院では、外来看護師、病棟看護師ともに、介護関係で困ったときには地域包括支援センターに頼っている。例えば、外来患者で服薬に心配がある場合には、地域包括支援センターに相談するなど、日常的なつながりは生まれている。もの忘れ外来でも地域包括支援センターが患者に同行して、介護の入り口を支援してくれている。病院として、ただ治療するだけでなく、患者（利用者）をどう支えていくのかという

視点を職員が持っている。看護部長からはよく『地域のなかで一緒に支える』との話があり、この点は強みと考えている。

- ・ 多職種が集まって事例検討を重ねてきたことで、うまくいったケースが多職種で共有できていること、包括につないだ方が良いようなケースの見極めが出来ていること、気軽に多職種で質問ができるICTツールの活用などが、多職種の意識の統一に寄与していると思われる。
- ・ 医介連携事業を開始した当初は、地域の問題点を洗い出しながら取組を検討する市全体の会議の場を持っていた。現在は、個々のケースのなかで細かい事柄を共有できるようになっていると感じる。
- ・ 医療機関のスタッフの入れ替わりもあるため、組織として『地域のなかで一緒に支える』という思いを浸透させる努力は必要。
- ・ 介護支援専門員の代表や訪問介護事業者の代表など、多職種の核となるような人たちが地域包括支援センターとともに集まり、実行委員会形式で、研修の企画・運営を担う。行政、多職種が同じ方向を目指して取り組むという意識醸成に寄与している。

#### 【ロジックモデルでの整理について】

- ・ 行政一体で、また、医療・介護関係者と連携しながら、地域包括支援センターが取り組もうとしているところがうまく表現できると、住民や他部署の職員にも理解してもらえて、協力を得られるのではないかと感じる。住民にも分かりやすい表現で整理できると良い。
- ・ まとめる作業に注力しがちだが、先行事例なども見ながら、どう住民や多職種、庁内に説明していくか、また、自分たちが業務を進めていくうえでの道しるべとするか、検討を重ねていきたい。みんなの方向性を統一していくツールとして活用したいと感じた。

#### 【総合相談支援の評価について】

- ・ 初回件数、延べ件数は分かるが、ワンストップサービスという点ではどのような状態になれば終結とするか定められていない。
- ・ 「地域包括支援センターに相談したら何とかなる」と思ってもらえること自体は嬉しいことだが、資源にも限りがあるため、地域包括支援センターに相談が集中し過ぎて運用できないことがないようにする必要はある。  
※安易にアンケートで把握するのではなく、連携が図れているからこそ把握できる方法がないか検討する  
※地域包括支援センターが対応すべき相談を整理し、役割分担が進むような検討もできると良い

#### 【有識者コメント】

- ・ 市立病院があることは、地域①の特徴。多くの市町村では医療機関と関係を持ちづらいが、既に連携が図られている。事業一覧の整理では、ワンストップで相談を受けた後、病院と在宅との行き来や、急変時対応についても触れてあり、ロジックモデルにうまく組み込めると良い。
- ・ すべての場面でロジックモデルを作成するのは大変だが、地域の強みを踏まえて落とし込めると、今後も活用できるだろう。
- ・ 「研修会で単に顔を見ました」で終わっているような市町村もあると聞かため、実行委員会形式で研修を企画・運営することは、当事者意識も生まれる良い取組である。

### ③ 結果概要

- 会議①は次のような結果であった。

○これまでの取組の振り返りを通し、医介連携における地域①の強みを確認

- ・ 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ツールが推進されていること、ケース検討の積み重ね、多職種間の目的意識の共通化（地域のなかで、一体として支える）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
- ・ 二次医療圏での入退院支援連携では、連携率80～90%台を維持できている

○ロジックモデルへの期待

- ・ ワンストップサービスとして、地域包括支援センターが広く住民の相談を受けていることは評価されることだが、地域包括支援センターに相談対応が集中しすぎている面もある  
⇒地域包括支援センターの目的が明確化されることで、より注力する案件を精査し、他機関との役割分担を進められるのではないかと

○棚卸し、ロジックモデル検討の難しさ

- ・ 様々な取組を推進しているため、どこまでを対象として整理すべきか（権利擁護や重層も対象に含めるかどうか）
- ・ さらに、介護予防など市民が若いころから必要な情報を得られることも重要ではないかと

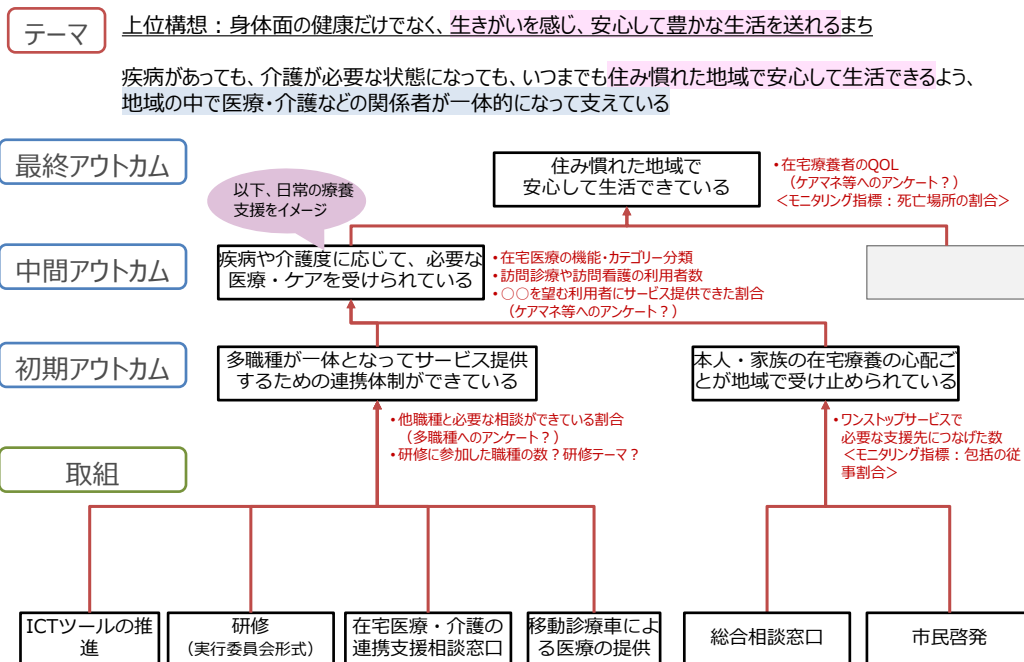
## 6) 検討の詳細：打合せ

### ① 実施概要

- 会議①の結果を踏まえ、事務局で作成したロジックモデル案を基に検討を重ねた。

日程	・ 2025年2月13日（木）13:30～15:00
開催方法	・ オンライン
議題	・ ロジックモデル案について ・ 検討 ・ 次回に向けて
資料	・ 委員会の委員意見 ・ ロジックモデル案

## ■ロジックモデル案 Ver.1



## ② 主な意見

○ 次のような意見があった。

- ・ 在宅医療・介護連携のロジックモデルを考える際、高齢者を対象とするのみでよいのか。子ども、障害の部署とも一緒に考えた方がよいとすると、他部署を巻き込むハードルは高い
- ・ ICTツールでは、意見交換や動画のやり取りも可能。医師も含めて多職種間でケアに関する情報共有・情報交換が行われており、リハ職が利用者の訓練の様子の動画をケアマネやヘルパー、訪看と共有し、連携を図るなど具体的な動きができている。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ような取組を評価するような指標をどのように考えると良いか
- ・ 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する方がよい。研修ごとに区切るのではなく、多職種が集う場という大きな括りで評価できるとよい。各研修の参加者アンケートに、共通項目を設けて、何等かの評価指標とすることは考えられる  
 ⇒研修全体を評価するような指標を考える
- ・ 多職種連携のなかでいうと、栄養指導をしてくれる栄養士が当市にはいない点は課題としてある。また、口腔衛生については、STと歯科衛生士の役割の違いも明確でなかったため、多職種で勉強会を行った。ただ、需要に応えられるだけの供給体制がないのが実情。資源が少ない中、どのように取り組むかが課題
- ・ 介護保険事業計画の上位計画では、在宅医を増やすことを目標としている。市の政策として掲げている事項をロジックモデルでは、どのような位置づけで考えるとよいか
- ・ 多職種連携が中心の意見交換となったが、「市民の心配ごとが地域で受け止められている」ももう少し考えたい
- ・ 意見交換するなかでロジックモデルのイメージは少しできたが、最終アウトカムにうまくつながっていくのか不安がある

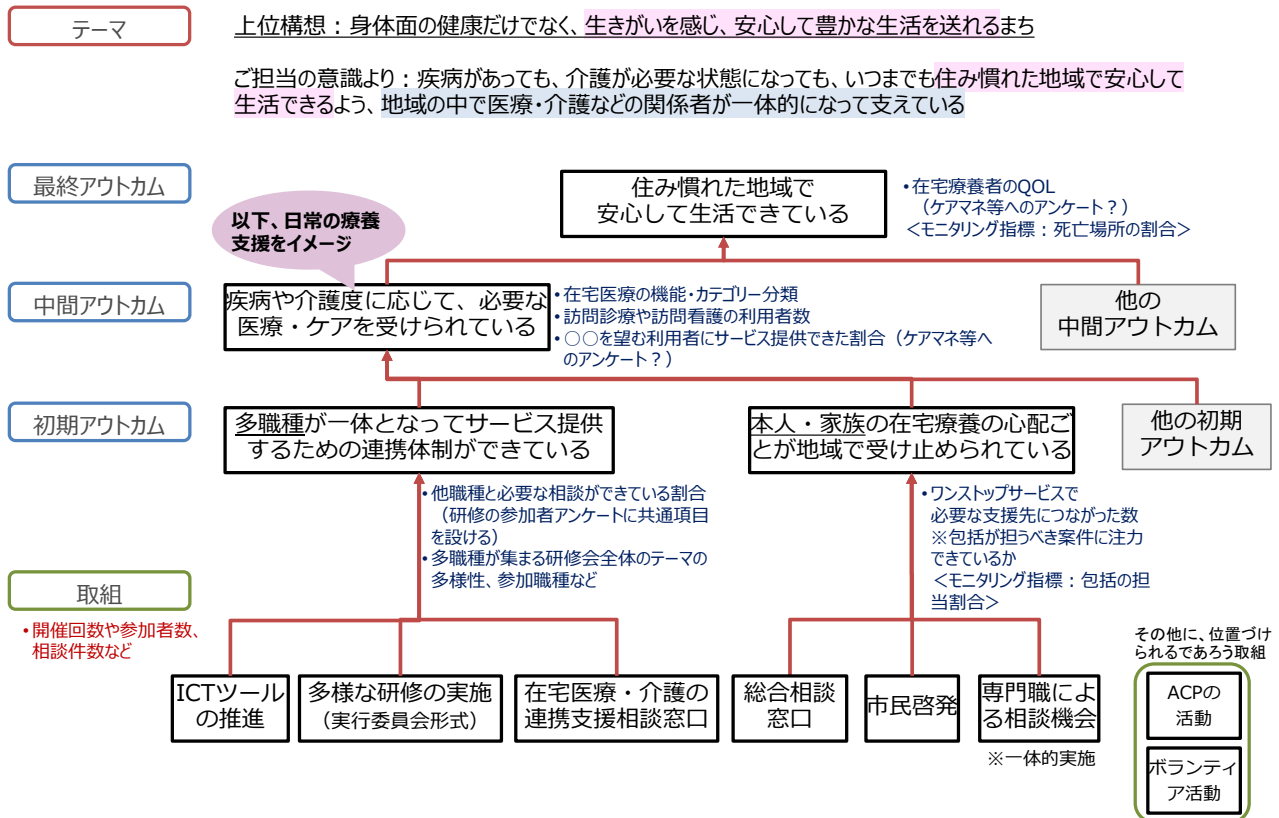
## 7) 検討の詳細：会議②

### ① 実施概要

- 会議①及び打合せ結果を踏まえ、事務局で再整理したロジックモデル案を基に検討を重ねた。
- 意見交換においては、検討委員会の意見も共有した。

日程	・ 2025年2月26日(水) 13:00~14:30
開催方法	・ オンライン
議題	・ ロジックモデル修正案について ・ 指標案について
資料	・ これまでのご意見整理 ・ ロジックモデル案

### ■ロジックモデル案 Ver2



## ② 打合せで出た疑問点・意見への回答

○ 次のような回答が、検討委員会、有識者から寄せられた。

### 【打合せで出た疑問点等への回答】

- 在宅医療・介護連携のロジックモデルを考える際、高齢者を対象とするのみでよいのか。子ども、障害の部署とも一緒に考えた方がよいとすると、他部署を巻き込むハードルは高い  
⇒多くの市町村で、対象や範囲をどう絞るか悩んでいる。高齢者を支える場合、医介連携だけでなく、生活支援や認知症など多くのテーマがある。まずは整理しやすいところから始め、充実を図る際に、横への広がりや、深さを出していけると良い。  
⇒中間アウトカムである程度絞ることも必要。指標を設定する背景など、集まって話し合う過程が重要
- ICTツールでは、意見交換や動画のやり取りも可能。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ような取組を評価するような指標をどのように考えると良いか  
⇒多職種連携の評価は非常に難しい。レセプト上で評価できること、それでは評価できない多職種の働きもある。プロセスや各職種の意識をアンケート等で把握することも重要ではないか

- ・ 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する方がよい。研修ごとに区切るのではなく、多職種が集う場という大きな括りで評価できるとよい。各研修の参加者アンケートに、共通項目を設けて、何等かの評価指標とすることは考えられる

⇒参加して良かったと思っても、行動が変わらなければ連携にならない。参加状況だけでなく、例えば、ヘルパーや訪看からモニタリングの評価結果をケアマネに返している、サービス担当者会議に参加している、等も実際の提供時の連携として評価してはどうか

- ・ 多職種連携のなかでいうと、栄養指導をしてくれる栄養士が地域①にはいない点は課題としてある。また、口腔衛生については、STと歯科衛生士の役割の違いも明確でなかったため、多職種で勉強会を行った。ただ、需要に応えられるだけの供給体制がないのが実情。資源が少ない中、どのように取り組むかが課題。介護保険事業計画の上位計画では、在宅医を増やすことを目標としている。市の政策として掲げている事項をロジックモデルでは、どのような位置づけで考えるとよいか

⇒多職種全体での連携のほかに、ターゲットを絞って連携状況を見ることも必要ではないか  
⇒話し合いの過程で出てきた“すぐに取り組めない課題”などは、ロジックモデルの充実を図る際の検討素材として整理しておくが良い。また、課題を裏返して目標として整理することも考えられる。

#### 【その他、全般】

- ・ これまでの取組が、まさに日常の療養支援の場面に関すること。それらをとりまとめたことで、とってつけたようなものではなく、現実的なものになっていると感じる。これらを議論するプロセス自体に価値がある。

#### 【その他、最終アウトカムについて】

- ・ 最終アウトカムとして、介護保険事業計画の上位計画の理念「住み慣れた地域で安心して生活できている」を掲げている。今後、これらをどのように測定し、評価するかが課題になる。そもそもQOLを測れるかは議論があり、答えがない。上位計画の達成度を評価する、として整理することも考えられる。
- ・ 掲げている目標が大きいので、下のツリーを限定的に置きづらいだろう。現在は「他の中間アウトカム」という箱が1つ仮置きされているが、他にも多くの箱があると考えられる。

#### 【その他、今後の充実に向けて】

- ・ 在宅医療に係るロジックモデルのため、高齢者に限定されるわけではない。最初は高齢者に限定して検討を始め、多世代への横の広がりを出したり、上位計画などの地域①ならではの特色がロジックモデル上で表現できると良い。
- ・ 今回のロジックモデルは、既に医療や介護など何らかのサービスを利用している人に関する評価となっている。日常の療養支援を考えると、直接的なサービスは受けていないが不安があるような人に対して、この地域に医療介護サービス以外に何かがあるのか、そこにどのくらいつながったか、どのくらい相談を受けて対応したか、も指標になるだろう。
- ・ 今回は日常の療養支援に絞ってロジックモデルが作られているが、ACPやボランティア活動などの他場面のことも関連する取組として盛り込んで良い。必ずしも4場面ごとに全て整理する必要はなく、日常の療養支援という全体に関わる場面で+aで思いつく取組等は表現できると良い。

### ③ 主な意見

- 次のような意見があった。

#### 【ロジックモデル案Ver.2について】

- ・ 最終アウトカムとして、「住み慣れた地域で安心して生活できている」と掲げると、できればもちろん良いが、大きすぎて次に具体的にどのような取組をすればいいか、難しかった。医介連携だけでなく、様々なテーマがあり、その点を整理するところから始めて横の広がりや深さを出していくという考えは納得感があった。
- ・ 地域包括支援センターは、多くの相談を寄せられている点が良いところでもあり、大変なところでもある。今後整理することができれば、自分たちの頑張り表現できたり、また、医療や福祉にまだつながっていない人

への対応についても表現していけるのではないかと感じた。

- ・ 医介連携事業の位置づけではない事業でも、日常の療養支援につながっていることを有機的に関係づけて整理できると、みんなが意識して取り組めるのではないかと感じた。これをベースに、地域包括支援センターで深掘りして位置づけられると良いと感じた。
- ・ 自分からSOSを発していない人を総合相談窓口や市民啓発の部分で取り込んでいるかという、一部に限られていると思われる。民生委員の実態把握調査など、アウトリーチ型の取組も紐づけられると良いし、自らSOSを発信できない人に今後どのようにアプローチできるかも検討できると良いのではないか。
- ・ 身寄りのない方の支援が地域課題として挙がっている。介護支援専門員や医療機関の協力が必要になるが、制度的に難しさがある。今後、関係各所に理解を求めていく必要があると考えているが、どのように位置づけると良いのだろうか。

⇒ケースの場合、「本人・家族の在宅療養の心配ごとが地域で受け止められている」のなかの一つの課題として置くこともできるだろう。関係者の中で「ここは取り組んだ方がいい」と思う内容は、位置づけておき、しっかりと検討していくようにしておくが良い。また、他にも対応を考えなければいけない対象が出てくると思うので、対象やそこへのアプローチ方法を関係者で考える過程も重要である。

#### 【有識者コメント】

- ・ 最上位に「生きがい」「安心」「豊か」とあるが、医療・介護だけではない要素が多く含まれてくる。下に幾つかのツリーをぶら下げて横に広げるイメージだと思うが、どう噛み砕いて分割していくと良いか話し合っていくと、最終的には包括だけでなく、様々な関係者が合意できるようなものができあがってくるのと思う。そのような視点で地域で話し合い、医療・介護が連携して目指すべきものを作っていくきっかけの一つにしてほしい。また、日常の療養支援という場面設定に縛られることなく、議論をすると良い。
- ・ 中間アウトカムをどのように考えるか、多くの市町村が悩んでいる。特に日常の療養支援は、日常生活と密接な関わりがあるため、生活支援体制整備事業や認知症施策とも関わりのある非常に広い分野である。全て網羅することは難しいため、特徴的なところや注力したいところを意図的に位置づけて、モチベーションの向上や関係者との意識共有を図っていく視点も重要である。今後、取組を追加しながら、試行錯誤を重ねてほしい。
- ・ 恐らく、他の自治体ではここまで日常の療養支援の領域を広く取り扱える一部署はないのではないかと。ある部署がロジックモデルを作ろうとしても、それは他部署の所管だからと意見が言いにくかったり、意味付けをしているのかとなりがちである。地域①の大きな特徴であり、横断的に議論できることは圧倒的な強みである。日本で一つしかないようなロジックモデルができる可能性があるため、他ではないから違うということではなく、強みだと考えられると良い。

#### 【指標の設定について】

- ・ 指標については、研修会の参加人数などをまずは把握しながら、そこから多職種がどのように変化したのか、質的な変化も評価できるようなものにしてほしい。地域①の強みである多職種連携のなかで、ぜひ検討を重ねてほしい。（有識者）  
⇒要支援者の支援についてはサービス担当者会議や細かい事項も把握できるが、要介護認定者となると市外事業者も含めて考える必要があり、どの程度の回答を得られると有効と言えるのか迷う部分がある。代案として、ICTツールのなかに多職種が気軽に質問し合えるチャット機能があるため、閲覧数やチャット機能の活用数など、工夫できないか検討してみたい。（地域①）
- ・ 関係者の仲は良いが、どうしても専門職など資源は少ない。資源が少ない中、どう取り組めるのか真摯に考えていく必要があるし、包括だけで取り組めるものではない。病院の専門職に在宅のことで協力してもらい、病院の点数になるのであれば、継続的な仕組みとすることができる。そのような視点で、すぐに成果は出ないとしても、例えば訪問栄養指導を病院で始めるきっかけになるような話し合いをする場も必要になってくるのではないかと考えている。そういった指標も何か形になれば良いと考えている。
- ・ 指標は、目指したい方向へ進めるために設定し、数年後にトレンドが上昇に転じた、ということが理想。目指すべき方向の中に、口腔や栄養のことがあるのであれば、「今後の目指すこと」としてスタンスを明確にする意味合いで設定すると良い。本来の指標の活用の視点でも、検討を進めてほしい。





## (4) モデル地域②の結果

### 1) 地域概要

- 次のような地域である。

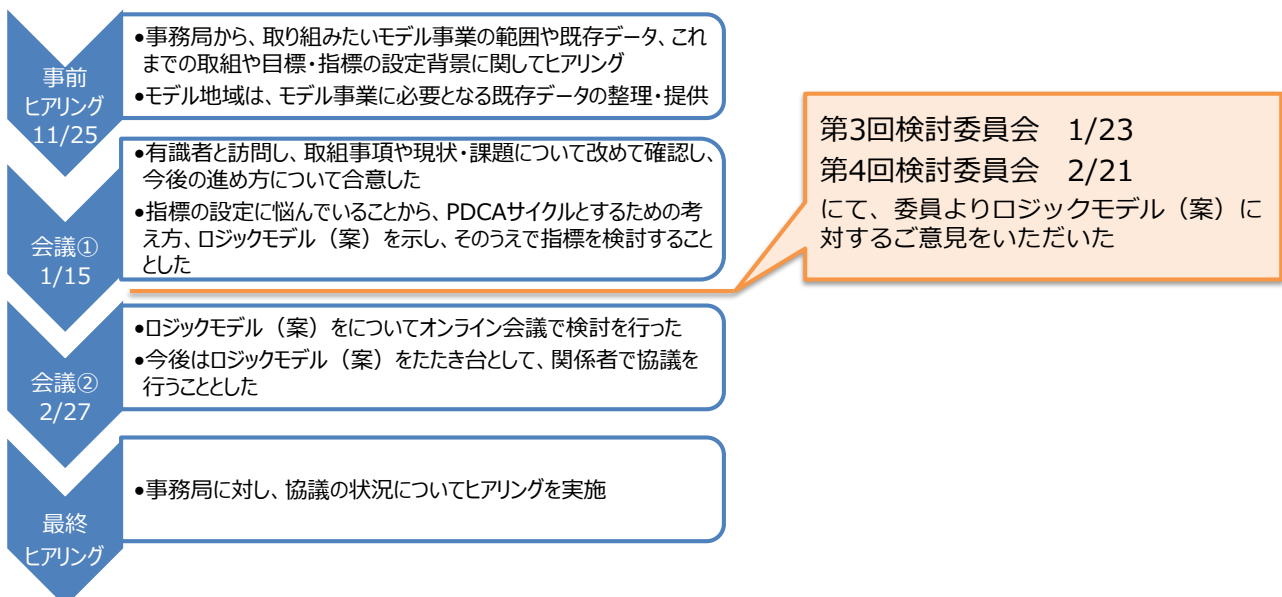
※地域資源は、地域の特定を避けるために一部改変

地域の 特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
地域 資源 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>総人口：10万人以上、高齢化率：28%、要介護認定率：20%</li> <li>医療資源：在支病 10、在支診 60</li> <li>介護資源：訪看 St 70、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</li> </ul>
協議の 場、コ ーディ ネータ ー機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>地域②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。</li> <li>そのため、ワーキングを設置し、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。</li> <li>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。</li> </ul>

### 2) 検討の流れ

- 次のような流れで検討を重ねた。
- また、会議①、会議②については、有識者も検討に加わった。

#### ■モデル地域の進め方



### 3) 検討の詳細：プレヒアリング

#### ① 実施概要

- プレヒアリングを以下の通り実施した。

日程	・ 2024年11月25日(月) 10:00~11:30
開催方法	・ オンライン
議題	・ R6老健事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」の説明 ・ 在宅医療・介護連携推進における取組状況及び課題について
資料	・ R6老健事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業」の実施概要

#### ② 主な意見

- 聴取した地域の状況は次の通りである。

<p>【体制について】</p> <p>▶ 庁内体制について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 「在宅医療・介護連携の推進」は「多機関連携による支援体制の強化」に位置づけられ、介護保険主管部局が連携して進めている。</li><li>・ 「多機関連携による支援体制の強化」に関連する各課との連携を模索中で、今年度初めて情報交換会を開催したところである。</li></ul> <p>▶ 協議体について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 在宅医療・介護連携推進協議会を設置し、医師会、歯科医師会、薬剤師会、消防、訪問看護部会などの関係者を集めた協議会を年1回開催している。</li><li>・ 市内に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。</li></ul> <p>【実施している事業について】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 入退院支援については、入退院調整ルールを整備。平成30年に「退院調整ルールの手引」を作成。関係機関への周知と実施状況の調査を実施している。</li><li>・ 今年度は、保健所が中心となって医師会や介護保険主管部局と協力し、ICTツール「ID-Link」を活用し、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。(但し、在宅医療・介護連携推進事業とは別に実施)</li><li>・ 看取りについては、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を推進するため、ガイドラインを基に普及啓発を実施している。</li></ul> <p>【目標となる指標】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 「多機関連携による支援体制の強化」の指標として、高齢者の地域包括支援センターの認知度と、居宅介護支援事業所の医療機関と連携を図る上での課題の有無としており、いずれもアンケートで把握する予定である。</li></ul> <p>【事業を進めるうえでの課題】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護保険のデータ取得に時間がかかり、現状分析や課題把握が難しい。例えば、1か月分のデータ取得に1日はかかる状況。</li><li>・ 現在、入退院支援部会を設置しているが、活動は休止の状況で、次にどのような展開をすべきか検討が必要。</li><li>・ コーディネーターの役割やスキルにばらつきがあり、市民や専門職からの相談対応力が十分でない。</li><li>・ 「多機関連携による支援体制の強化」に関連する施策や進捗を図る調査について、各課で重複する可能性があり、効率化を図るためにも連携が必要。</li></ul> <p>【事業を進めるうえでの疑問点】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 「在宅医療・介護連携推進事業」の4つの場面(入退院時支援、急変時対応、看取り、日常療養支援)について、どのように効果的に議論を進めるべきか。</li></ul>
--

- ・ 厚労省の指標に基づいた加算を指標に設定すべきかどうか。他の自治体で、どのように指標を設定しているか情報が不足している。
- ・ アンケート調査の質問内容や指標の妥当性と、もし今までの質問内容を変更する必要があるとなった場合、変更しても差し支えないか判断ができない。

### ③地域②の在宅医療・介護連携の推進の4つの場面の取り組み状況

在宅医療・介護連携の推進		R4年度介護サービス事業所調査報告書「医療機関と連携を図る際の課題」について、 ・「医療機関、介護事業所が双方の業務理解不足」 ・「介護従事者の医療分野の知識不足」 ⇒医療、介護など多職種による会議や研修会の開催により、双方の業務理解不足を補っていく必要がある。	
場面	めざすべき姿（イメージ）	担当	取組状況・課題
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なる。	※地域包括ケアシステム	
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なる。	入退院支援部会の運営（ルールの策定・運用）	ICTツールを活用した入院時情報提供書様式見直し中（医師会主催）で、新様式は入院日に即日提供し加算取得予定。
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なる。	※地域包括ケアシステム	
看取り ★最重要課題	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。	看取り支援部会の運営（人生会議の普及啓発）	R5年度市民意識調査「人生会議の言葉も内容も知らない」 ⇒地域住民に人生会議の啓発を行うとともに、住民にとって身近な専門職への研修を行う。 ⇒「エンディングノート」をコアツールとして、市民公開講座や出前講座、広報誌や市ホームページなどあらゆる媒体を活用し、普及に努める。関係する専門職へのACP研修も継続。 R5（市民向け）市オリジナルポスターによる人生会議の普及・啓発 R6（介護事業所向け）介護施設職員に向けた看取り研修（委託事業） R7「エンディングノート」をリニューアルし、更に人生会議（＝意思決定支援）を推進予定

## 4) 検討の詳細：会議①

### ① 実施概要

- 会議①では、地域②の在宅医療・介護連携の推進の状況を整理し、有識者も交えて現状の共有を図るとともに、地域②の在宅医療・介護連携の推進に対する支援について協議した。

日程	・ 2025年1月15日（木）15:00-17:30
開催方法	・ 現地
議題	・ 支援の内容について
資料	・ プレヒアリング結果

### ② 主な意見

- 次のような意見があった。

【体制について】
➢ 市内体制について
・ 関係する課が連携して行うことが重要だが、現状は人員や業務の制約があり、できることから段階的に取り組んでいる状況である
➢ 協議体について
・ 市において、体制は整っているものの、多数の病院や医師会との調整が難しく、包括支援センターとの連

携にも課題がある。

- ・ 現状の課題として、目的達成のための下支え体制が不十分で、検討部会を設置し指標の検討や進捗管理を役割としてはどうか。（4場面について、検討部会があるのは2場面で、現状動いているのは1場面、看取りのみ）

#### 【在宅医療介護連携推進事業の評価指標の設定とPDCAサイクルについて】

- ・ 仮説を立てて、PDCAサイクルを回しながら取り組むことが重要。
- ・ 在宅医療介護連携の指標設定が難しい。住民目線の目標（指標の）設定を検討してはどうか。
- ・ 市民の満足度を測る指標設定を目指しているが、効果的な評価方法の確立が課題。
- ・ 現状の評価指標は、ケアマネジャーの回答に基づく総合指標のみで、入退院支援や日常療養支援、急変時対応、看取りなどの個別分野の指標が不足している。

#### 【支援の内容について】

- ・ 全ての項目を同時に進めるのは困難なため、実行可能な部分から段階的に取り組みを進め、その成果を次期計画に反映させていく方法も考えられる。あるいは、看取りの取り組みを軸に、入退院支援や急変時対応など、他の場面との連携を進めることも考えられる。

⇒まずは最重要課題となっており、検討部会が活動している「看取り」の場面から始める。

#### 【在宅看取りと医療・介護連携体制の課題について】

- ・ 市では在宅での看取りを増やす方向にあるが、コロナ禍以降、病院や施設での看取りを希望する傾向に戻りつつある。また、介護認定が下りていない段階での在宅移行など、制度上の課題がある
- ・ 病院のキャパシティの問題から、病院での看取りは難しくなっており、政策的にも機能分化を進める必要がある。
- ・ 在宅での看取りを増やすことは、病院、ケアマネジャー、専門職などの関係者で理解が得られやすいのではないか。

#### 【看取りの指標について】

- ・ 看取りは指標の設定も比較的考えやすい。県から在宅看取り患者数が提供されている。
- ・ 看取りの指標として、自宅死亡と施設死亡のデータがあるが、単純な数値目標ではなく、本人の希望に沿った看取りができたかどうかを測る指標が望ましい。

### ③ 結果概要

- 上記の討議を経て、地域②の課題を整理すると以下の通りでとなった。
  1. 地域②の目指すべき姿に対し、行政として取り組んでいる内容に隔たりがある。まずは、目指すべき姿についてのイメージを共有し、あるべき姿について指標、数値目標を設定することが必要。
  2. そのうえで、あるべき姿の指標・数値目標を達成するために、市として何に取り組むべきかを検討することが必要である。自分たちができる範囲の取組に限定しては、あるべき姿実現に向け、実効性が担保できない。
  3. まずは看取りのロジックモデルから検討し、会議②に向け、テンプレートを示すこととした。

#### <テンプレート検討の留意点>

「現状把握と課題抽出を進め、めざすべき姿を定めていく」にあたり、

- 現状をどのような方法で把握すべきか（加算データ以外に現状分析できるデータは何か）
- 課題をどのように整理すべきか

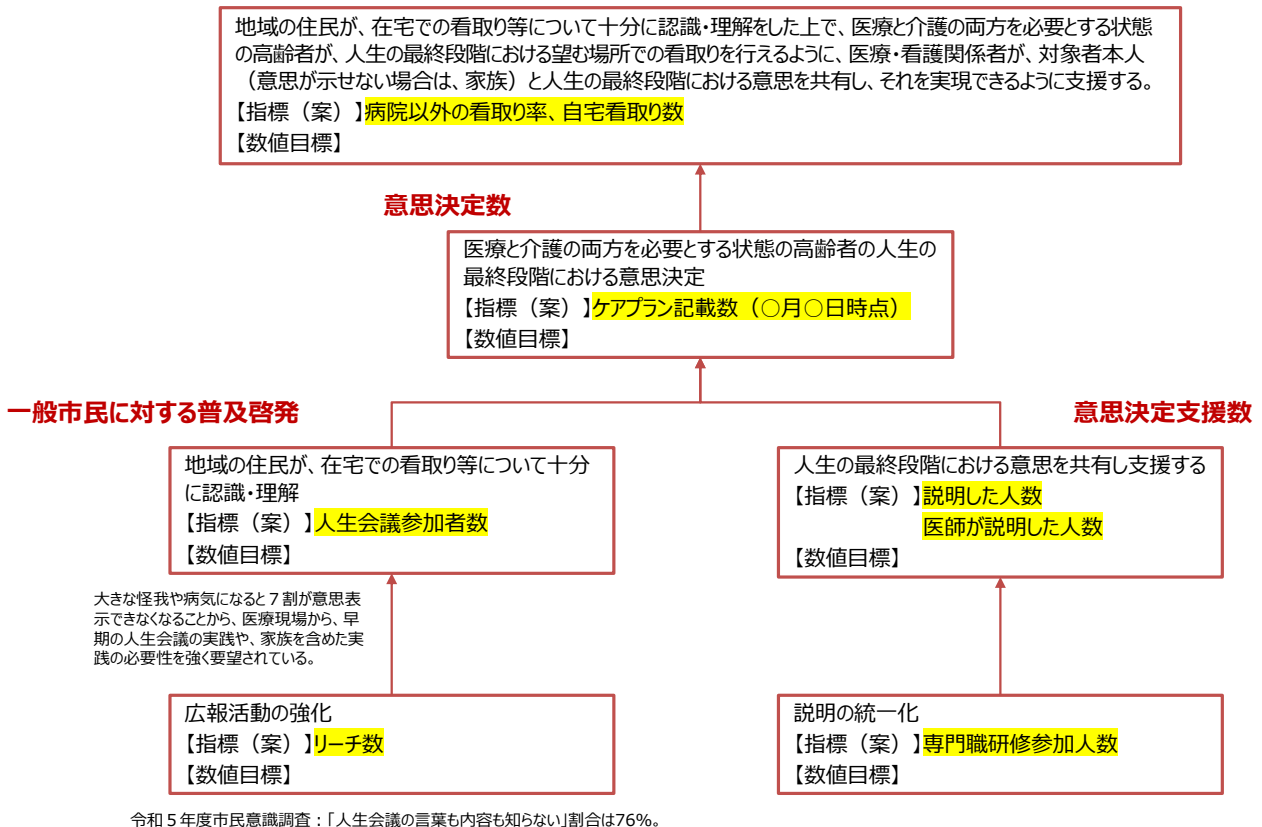
上記を踏まえ

- あるべき姿をどのように定め、指標を設定するか
- 下支えする施策について、どのような指標を設定すべきか
- 施策の指標達成に向け、どのような取組を行うべきか、またその指標（プロセス指標）をどのように設定すべきか
- R7年度には介護サービス事業所調査を実施するが、質問項目・選択項目とは

#### ④看取りのロジックモデル（テンプレート）の検討

○ 以下のような案を委員会に提示し、本事業の検討委員会でご意見をいただいた。

##### ■ロジックモデル案 Ver.1



○ ロジックモデルを検討する上での5つの視点と検討委員会の意見

視点	意見
看取りのロジックモデルの考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設系サービスや居住系サービスにおいて看取り対応力を上げていくことで、地域全体の看取りに対する取組を上げていくことにもなるため、<b>意思決定とは別に、在宅関係者あるいは介護施設の看取り対応力の向上といった柱もあると良い</b></li> <li>手前で「意思決定数」とあるが、この考え方はやや危険。意思決定が中間指標のようになっているが、<b>がんのように週単位・日単位でACPがなされるなど、ケアプランが間に合わないケースがあることも考えると、曲解されないように、矢印は必ずしも1つにまとめる必要はなく、変に仮説を立てない方が良い</b></li> <li>モデルとして示す際に、<b>1つに集約しなければいけないと誤解を生まないように、場合によっては空欄のままとして独自指標を入れられるような形も考えられる</b></li> <li><b>市町村でやれるベースで積み上がっている。これをどうするかが課題</b></li> </ul>
因果関係の考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>因果関係が一見あるように矢印で示されると、手前の研修等をすればするほどアウトカムが達成されると思われる可能性があるため、書き方には注意が必要</li> </ul>
指標の考え方	<p>①アウトカム指標の考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>最終的に「自宅看取り数」としているのは分かりやすい。<b>分かりやすい指標を設定し、達成具合をみるために数値目標を出すことは大事</b></li> <li>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。<b>限界があることを認識しながら、大きな目標のうちの一部を捉えているもの</b>と考え展開すると良い</li> <li>一番上に掲げる指標については、様々なデータソースがあり、<b>どのデータソースを扱ったかによってその指標に含まれている留意点がある</b>。設定する場合の留意点として、容易なものから難易度の高いものまで示せると良い。多くの雛型を示すよりは、1パターンを示し、考え得る様々なバリエーションや変形させるポイントについてしっかりと説明で記載する方が良い。</li> </ul>

視点	意見
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「意思決定に沿った看取り数」は判断が難しい。例えば、ケアマネが担当した方で、去年 1 年で亡くなられた方の中で希望される療養先で終末期を過ごすことができた方の割合」などは答えやすいのではないか。あまり医療的に切り込まない方がいい。</li> <li>・「意思決定に沿った」というのは 1 つのこだわりポイントだと思うので、<b>看取り率や看取り数もとりつつ、ケアマネ調査で意思決定の要素も加味した指標も同時にとればいいのか</b></li> <li>②プロセス指標の考え方 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関や介護事業所が看取りに取り組むことが出来ているといった<b>体制整備面、また、人材育成、スキルアップ、多職種連携も要素として考えられる</b></li> <li>・<b>入退院の調整の情報提供書の使用率</b>（病院とケアマネ）が高くなると多職種の連携が進んでいると考える</li> </ul> </li> </ul>
測定方法の考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム以外の指標を考える際、<b>実測可能性（容易さ）、市町村間のぶれがないように測ることが必要</b>。「人生会議参加者数」は測れたとしても怖い数字になる。100%達成したいわけではないため、どこで過ごしてどこで死にたいと思っていたか、それを達成できているかどうかという対比ができる指標の取り方、そしてその看取り率なし看取り数があるだけでも相当良い。</li> <li>・行政がアンケートで「望む場所」を調査している場合があるが、調査に回答できる方の結果であって、<b>現に死が迫った方かどうかは捉えられておらず、また、望む場所と実際の死亡場所に差が大きくなることも考えられる。ターミナルに携わった方の体感も含めて聞き取れると深いものが得られるのではないか</b></li> <li>・在宅療養者に一番伴走しているのはケアマネであり、<b>ケアマネを対象としたアンケートの設問を工夫することで実効性の高い結果が得られる</b>。結果の高低を解釈することは難しいため、よく検討のうえ、継続的に聴取できる設問で、安定的に調査が実施できることが重要</li> </ul>
ロジックモデル作成の考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ロジックモデルを作っていくプロセスの一つに、<b>各部署の取組、指標、実施しているアンケートを集めてくる作業が入るべき</b>である</li> <li>・<b>コーディネーターは、各部署の取組を同じテーブルに乗せて、ロジックモデルという形で議論を整理し、その合意形成をコーディネートする役割としてはどうか</b></li> <li>・<b>色々なロジックモデルがあつていい</b>。関係者で最終アウトカムが何なのか、どういう姿（最終アウトカム）を目指すための<b>話し合いが何よりも財産になる</b></li> <li>・指標の多寡ではなく、背景があることを考え、だからこういう影響があるとみんなで話し合っ、その<b>話し合いの成果をまとめることが重要</b></li> <li>・まずは高齢者について考えつつ、在宅医療に関わるロジックを作ると高齢者に限らないところが出てくる。そういう市町村が取り組む医療的な取組を踏まえ、<b>市町村らしさを出すことが大事</b></li> <li>・検討の過程で位置づけられなかったいろんな素材を横に置いたりメモにして、ロジックを整理していったり、充実させたりしながら、もう一つの柱が見えてきたときのためにも素材を集めておくことも重要</li> </ul>

## 5) 検討の詳細：会議②

### ① 実施概要

- 会議②では、上記の本事業の検討委員会の意見を踏まえ看取りのロジックモデル（修正案）について検討を行った。

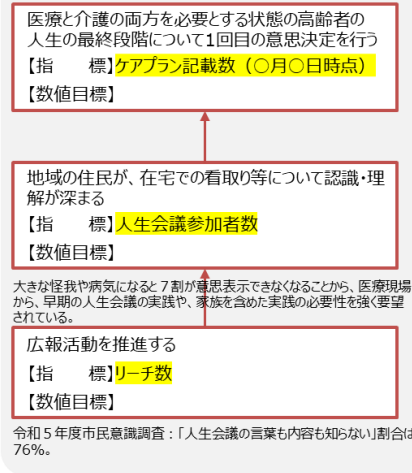
日程	・ 2025 年 2 月 27 日（木）15:00～17:00
開催方法	・ オンライン
議題	・ 看取りのロジックモデル（修正案）の検討
資料	・ 第 2 回会議資料

## ■ロジックモデル案 Ver2

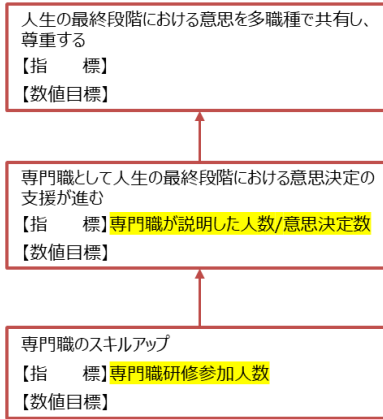
地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

【指 標】意思決定に沿った看取り数・看取り率  
【数値目標】 【把握方法】ケアマネへの調査

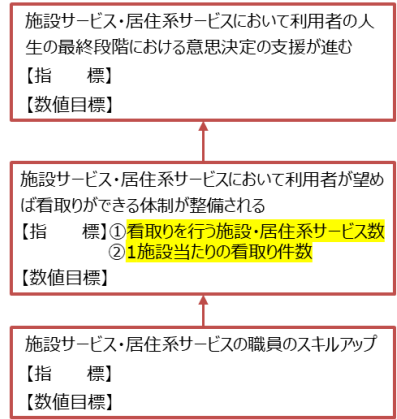
### 看取りに対する一般市民（当事者）の理解が進む



### 在宅で看取りの支援が進む



### 施設サービス・居住系サービスで看取りが進む



## ② 主な意見

○ 次のような意見があった。

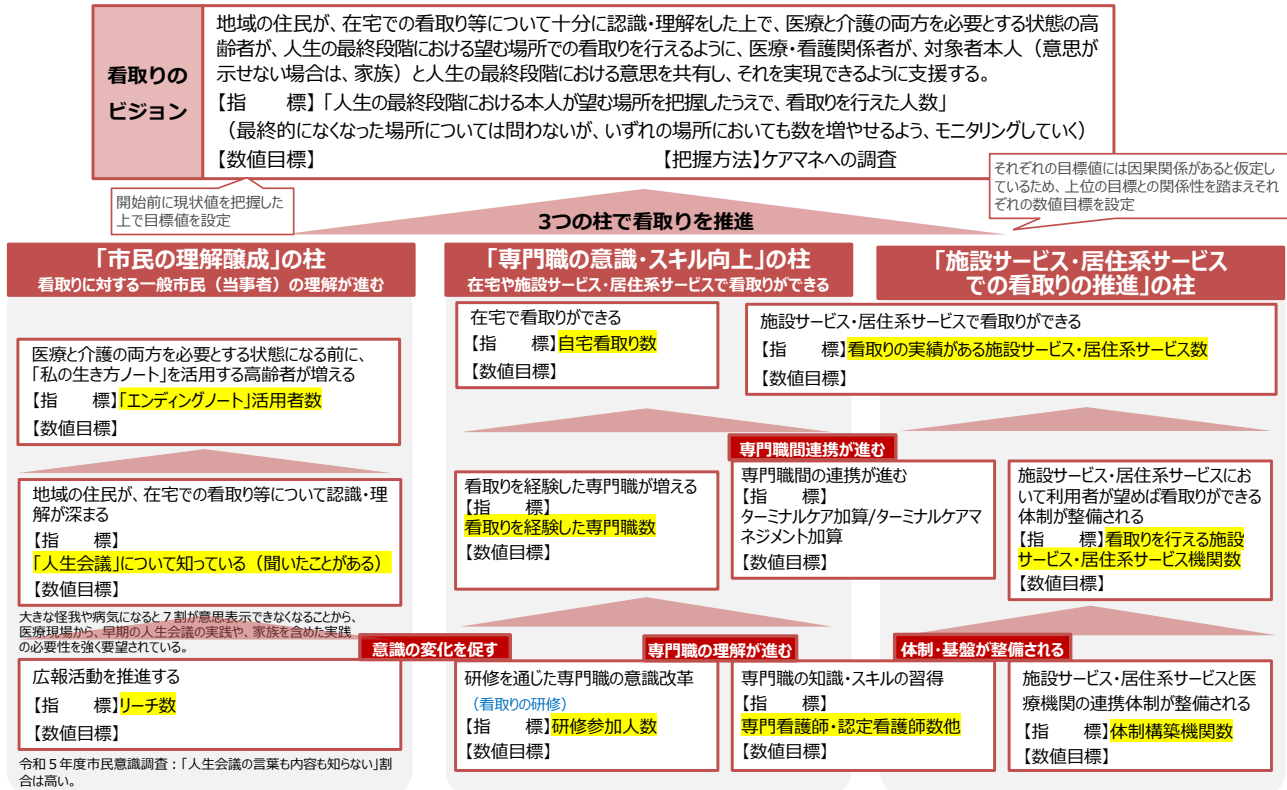
	方針	アドバイス
ロジックのフレームについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅だけでなく、幅広く医療機関以外での看取りができる体制の整備とする</li> <li>「市民の理解醸成」「専門職の意識・スキル向上」「施設での看取り推進」の3つの柱で構成する</li> <li>それぞれについて、関係者の理解とそれを踏まえた行動変容にわけて、展開を検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「意思決定に沿った看取り」について、委員会では指標化することの難しさが指摘されたところであり、慎重に検討することが必要である。</li> <li>その意味で、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、把握することから進めてはどうか。 (例)ケアマネジャーへのアンケート調査 「希望する療養先で終末期を過ごせたか」等</li> <li>連携が進んでいるかどうかについては、主観的調査ではなく、客観的なデータの活用も考えられる。 (例)在宅の場合「緊急時訪問看護加算」「緊急時訪問介護加算」 (例)施設サービスにおいては在宅医療を支援する地域の医療機関等との実効性のある連携体制構築が義務化または努力義務化されたところを踏まえ 「体制の構築の有無」「協力医療機関連携加算の有無」等</li> </ul>
指標の設定と把握方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りの指標として「在宅」には、「施設サービス・居住系サービス」（＝医療機関以外）に設定する</li> <li>市としてできることが限られている中で、医療体制整備よりも、市民への啓発や専門職への研修に注力する方針である。</li> <li>その他の指標について、既存の調査データ（在宅療養支援診療所等調査、市民意識調査など）を活用を検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。今後の検討に期待したい。</li> <li>専門職のスキルアップについて、左側の柱は意識系（グリーンケアなど）、右側の柱は技術系・実践系として整理するという考え方もある。</li> <li>ロジックモデルに沿った調査項目を検討する際、今までの調査項目も重要な指標であれば削除しない方法も考えられる。</li> </ul>
今後の検討の進め方	<ul style="list-style-type: none"> <li>3月に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</li> <li>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</li> <li>施設での看取りを推進するための取り組みについて、施設部会等との意見交換を進める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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いただくとよいのではないかと。</li> <li>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。本事業の検討において、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。</li> </ul>



## 6) 検討結果

- 会議②を受けて、市で今後、検討を進めるための看取りのロジックモデルを以下のように作成した。

### ■ロジックモデル案 Ver.3



## 2. ヒアリング調査の実施

### (1) 調査概要

#### 1) 調査概要

- 手引きの内容の検討資料、また、掲載する事例として活用するために、ヒアリング調査を実施した。なお、本報告書では匿名にて結果を取り扱う。

#### ■調査概要

<b>調査対象</b>	医介連携事業の担当者
<b>実施日</b>	A 地域 2024 年 12 月 24 日（火） 14:00～15:30 B 地域 2024 年 12 月 13 日（金） 10:30～12:00 2025 年 3 月 3 日（月） 14:30～16:00 C 地域 2024 年 12 月 6 日（金） 9:30～11:00 D 地域 2024 年 12 月 18 日（水） 13:00～14:00 2025 年 1 月 16 日（木） 10:00～12:00
<b>聴取項目</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医介連携事業の体制</li> <li>・医介連携事業の取組内容</li> <li>・目指す姿、目標、指標等の設定状況</li> <li>・指標設定における課題、難しさ</li> <li>・今後の展開</li> </ul>

#### 2) 調査対象

- 対象とした 4 地域の概要は次のとおりであった。

#### ■地域の概要

	これまでの経過
<b>A 地域</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ア〜ク事業項目に沿って、地域の関係団体と取組を進めてきた</li> <li>●4 場面別の目標等は未設定</li> </ul>
<b>B 地域</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の関係団体と、地域の目指す姿を共通に持ちながら、地域の実情に即した取組をア〜クの事業項目で展開</li> <li>●取組ベースで、4 場面別に緩やかに整理</li> </ul>
<b>C 地域</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ア〜クに即して事業を展開してきたが、4 場面別の目指す姿を設定</li> <li>●医介連携の成果指標を 2 つ設定済み</li> </ul>
<b>D 地域</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域関係者が参加する協議体で指標を検討し、数年にわたってブラッシュアップを図っている</li> <li>●目指す姿等は 4 場面別に整理していない</li> </ul>

## (2) 調査結果

- 各地域から、次のような意見があった。

	主な意見
指標の設定状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県のデータ提供もあったため、現在の指標を設定した。そうすることで、他市町村と比較し、低位な理由を検討できるメリットがある</li> <li>・ 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</li> <li>・ 4場面の概念が導入される前から地域ごとに独自の分け方をしており、そのまま継続している</li> <li>・ 協議体での議論を経て具体的な指標や目標値を決定するプロセスとしている</li> </ul>
指標設定における課題	<p>【全体に係る事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場には、連携が「できていて当たり前」という認識が根底にあり、よりスムーズな連携が求められるが、具体の目指す姿の設定が難しい</li> <li>・ 4つの場面でどのような指標で評価ができるのか検討したものの、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が分からず、足踏みしている</li> <li>・ 医介連携事業の8つの取組が目的化しがちで、事業全体を包括的に推進する仕組みが必要</li> </ul> <p>【個別の事業に係る事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相談件数や研修参加者数など、活動を示す一つの指標として定点で把握しているが、目標にして多い・少ないと評価した方が良いのか、慎重な意見もある</li> <li>・ 啓発の取組について、媒体の配布数だけでなく、何をもちて成果があったとできるのか、どのような評価が考えられるのか知りたい</li> <li>・ 相談窓口に配置されたコーディネーターの相談支援全体をどのように評価すべきか難しい</li> </ul> <p>【事業全体、複数の施策に係る事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携の効果測定が難しい</li> <li>・ 成果指標は、数値を上げることが難しいのが現状。より細やかな成果指標の方が、効果の有無が分かりやすいのではないかと考えている</li> <li>・ 連携コストが下がることを測りたいと考えているが難しい。自病院であれば業務改善の結果を数値化できることもあるが、地域全体でできるかどうか</li> </ul> <p>【改善に係る事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在はアンケート結果が主な評価方法となっているが、より客観的なデータの導入が必要</li> <li>・ 住民や専門職の視点から評価を行い、計画のブラッシュアップを進めることが必要</li> <li>・ 指標の整理が進むにつれ、関係者全員が共有できるシンプルな指標への整理が必要</li> <li>・ 事業の評価に必要な数値の選定を進めるが、報酬の算定件数の有用性には限界があると認識している</li> </ul>
指標設定に求めること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手引き Ver.3 に掲載されている数値を拾って看取りができていない・できていないとすると、「最後の最後に加算がとれなかったケースは看取りと言えないのか」など、実態とかけ離れて</li> </ul>

	主な意見
	<p>しまい、現場に実感が湧かない恐れがある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の取組状況に、しっくりくる指標が見当たらない</li> <li>・見える化はデータが限定的で、経年比較が難しい</li> <li>・指標の多さが課題であり、どれを優先すべきか明確に示してほしい</li> <li>・診療報酬に紐づく指標について、住民向けの説明が難しい</li> <li>・指標の収集方法の詳細なガイドラインがほしい</li> <li>・スタンダードな指標を手引きで示してもらいたい</li> <li>・国からの標準指標・データの提供があると、県や全国のデータと比較しやすくなる</li> </ul>

### 3. 調査結果の取り扱い

- モデル事業及びヒアリング調査の結果については、各地域が置かれた現状・課題を検討委員会に報告し、手引きの策定方針を定める際の検討資料として活用した。
- また、手引きの「IV章 指標設定の考え方（例示）」で紹介する仮想地域を設定する際の基礎資料として活用した。



## 第4章 手引きの作成

---

# 1. 概要

## (1) 手引きの作成概要

- 指標の具体的な選択方法等を提示するため、自治体向けの手引きを作成した。

### ■概要

<b>主な活用対象者</b>	市町村の医介連携事業の担当者
<b>活用の範囲</b>	<p>【指標等を設定していない場合】</p> <p>地域の目指すべき姿等を関係者から協議する、ロジックモデルを用いて整理する、指標の設定</p> <p>【指標等を設定している場合】</p> <p>指標の適正さを再点検する</p>
<b>手引きを作成するうえでの指標の考え方の前提</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手引き Ver.3 に掲載されていた項目を踏襲する形で整理</li> <li>・各地域の実情を踏まえる必要があるため、特定の指標を示すのではなく、指標設定の考え方を整理したテンプレートを示す</li> </ul>

## (2) 手引きの構成

- 手引きは、次のような構成とした。

### ■手引きの構成と趣旨

	項目	趣旨
<b>はじめに</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本手引き策定の経緯</li> <li>・本手引きの位置づけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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」を設定することの重要性を記載</li> </ul>
<b>I.在宅医療・介護連携推進事業の概要</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療・介護連携の推進</li> <li>・在宅医療・介護連携推進事業の位置づけ</li> <li>・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」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医介連携事業の詳細は、手引きを参照するよう促す</li> </ul>
<b>II.地域のめざすべき姿の設定と課題整理</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○PDCA サイクルに沿った検討</li> <li>○地域のめざすべき姿や目標を協議する</li> <li>・地域のめざすべき姿と現状分析の進め方</li> <li>○現状・課題の整理</li> <li>・これまでの取組の棚卸し</li> <li>・地域の実感を持つための定量調査の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指標設定の大前提となる PDCA サイクルの考え方、地域の目指す姿の設定を説明</li> <li>・既に様々な取組を推進している市町村が多いため、既存事業の棚卸しを現状整理の一環として提案</li> <li>・棚卸しの視点を記載</li> </ul>
<b>III.指標の設定と評価</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○指標の設定</li> <li>・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</li> <li>・アウトカムと事業をつなぐ考え方のテンプレート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標に対応した適切な指標を設定するため、事業によって生じる結果と、得られる成果の関係をロジックツリーで整理することを提案</li> <li>・指標の考え方のなかで、テンプレート</li> </ul>



	項目	趣旨
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• テンプレートに基づく指標設定の考え方</li> <li>• 指標設定の留意点               <ul style="list-style-type: none"> <li>○評価</li> </ul> </li> <li>• モニタリングの実施</li> <li>• 評価の方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>とその活用例を用意。事業積み上げ型だけでなく、アウトカム志向型の発想もあることを示す</li> <li>• その他に、指標設定に係る留意点を整理</li> </ul>
<b>IV.指標設定の考え方（例示）</b>	※仮想地域の事例を用いて、指標設定の考え方を例示	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 読み手である市町村が参考にできるよう、実際の施策や地域の状況を踏まえて、仮想地域としてロジックモデルを用いた整理方法と指標を記載</li> </ul>
<b>V.参考資料</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 活用可能なデータベース等の案内</li> <li>• 指標一覧</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 参考となる情報の提供</li> </ul>

## 2. 手引きの内容の検討

### (1) 全体

- 指標の取り扱いや手引き全体に関わる事項について、次のようなポイントが挙げられた。

#### ■手引きを作成するうえでのポイント

	主なポイント	対応
現行指標の整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行指標は多い。体制整備は場面別ではなく全体、また、4場面別のプロセス指標も数を絞るなど、キー指標が示せると良い</li> <li>・ 体制整備の指標は、ストラクチャー等で分けて示し、事業所数等は、算定回数や利用者数とあわせ現状分析パートで示せると良い</li> <li>・ 4場面で考えるのであれば、1場面につきメイン指標が1つというほどシンプルだと良い</li> <li>・ 既にロジックモデルを導入した市町村からピックアップし、ロジックモデルとつながる見せ方ができると良い</li> <li>・ 優先度の付け方として、厚労科研の成果の活用、市町村のアクセスしやすいデータなどが考えられる</li> <li>・ 医療計画では体制やボリューム、介護保険事業計画では連携が論じられるが、“連携を測ること”は難しい</li> <li>・ 在宅医療や介護・看護の提供量、その提供体制は、連携につながる。レセプトでの把握は研究者レベルの話と言える</li> <li>・ 現場の感覚としては「日常療養とそれ以外」という見方で、他の3場面は平時以外という括りで共通することも多い印象。逆に、日常療養はゼネラルな指標で、他の場面にも通じる。表や図に落とし込む際、複数の場面にまたがるような指標の示し方の工夫が必要</li> <li>・ 自分たちの取組を評価するためのオリジナル指標が考えられる。展開するなかで、振り返って指標を考えることも当然ある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行指標を整理し、指標設定を例示する</li> <li>・ “連携”につながる提供体制や提供量等にもフォーカスする</li> <li>・ 手引き Ver.3 に掲載されていた指標を参考資料として掲載する</li> </ul>
報酬関連の指標の扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加算の意味、目的も日々の業務の中で全て調べるのは大変なため、加算のバックグラウンドも整理されると良い</li> <li>・ 報酬改定があるため、データと定義の追いかけ合いになる。各場面に1つだけ例示をするものについて記載するような整理としないと、ミスリードになる。ソースや定義の一覧は良いが、解釈の一覧までは取っていない方が良いのではないか</li> <li>・ 診療報酬・介護報酬に係る指標は但し書きや説明を加えながら、例えば入退院支援に関わる加算であれば、入退院支援のときに住民の不安が高くなる・低くなるということも把握しながら活用するなど、住民との関係性についても言及できると良い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 解釈を一律に掲載することは避け、考え方の一例として示す</li> </ul>
ロジックモデルの活用、テンプレートの例示	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 曲解されないように最後に来る矢印は必ずしも1つにまとめる必要はなく、変に仮説を立てない方が良い</li> <li>・ 矢印で因果関係が一見あるように示されると、手前の研修等を</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取り、急変時の対応を例に、テンプレートの活用例を示す</li> </ul>

	主なポイント	対応
	<p>するほどアウトカムが達成されると思われる可能性がある。注意が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一番上に掲げる指標は、様々なデータソースと、どのデータソースを扱ったかによって留意点があるため、難易度の違いを示せると良い</li> <li>ロジックモデルを作るプロセスに、各部署の取組、指標、実施している調査の棚卸が必要。庁内の議論から投げかけるのであれば、全場面でテンプレートを示すことはやり過ぎではないか。また、ロジックモデルを作るハードルが高い市町村に対する工夫も必要</li> </ul>	
手引きの構成	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体としては指標があると安心だと思うが、あるべき姿の設定が重要。自治体規模などにより、取組方法は異なるはず。手引きで示す場合は、「Aのような場合の展開はこう」と示し方を工夫しなければ、示した目指すべき姿を安易に使ってしまう恐れがある</li> <li>理念的な目指すべき姿は多くの市町村で定められているが、ブレークダウンしたものを規模別などで幾つか紹介できると良いのではないか。</li> <li>ロジックモデルを設定するまでの前提、ロジックモデルを検討した上でそれに指標を当てはめるポイントの大きく2つがある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>あるべき姿の設定、現状分析にも着目する</li> </ul>
独自調査・集計	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険事業計画に関わる調査については、それぞれの調査概要、どのような調査項目が考えられるのか例示があると良い</li> <li>既存調査の棚卸しの際、項目だけでなく、定期的な調査かどうかなど、どのような調査を参照しているのか合わせてみると良い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>例示、留意点として記載する</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>どの指標でも、医療機関や介護事業所のアクティビティを測っている部分が多い。市町村がその地域を変えたいなら、各事業所がどのような動きをしているかというレベルで見ないと具体的な活動には結びつかない。ただ、市単位でしか集計できないものが多い</li> </ul>	—

## (2) 主要項目のポイント

### 1) II章「地域のめざすべき姿」

- 手引きの掲載内容の検討では、次のようなポイントが挙げられた。

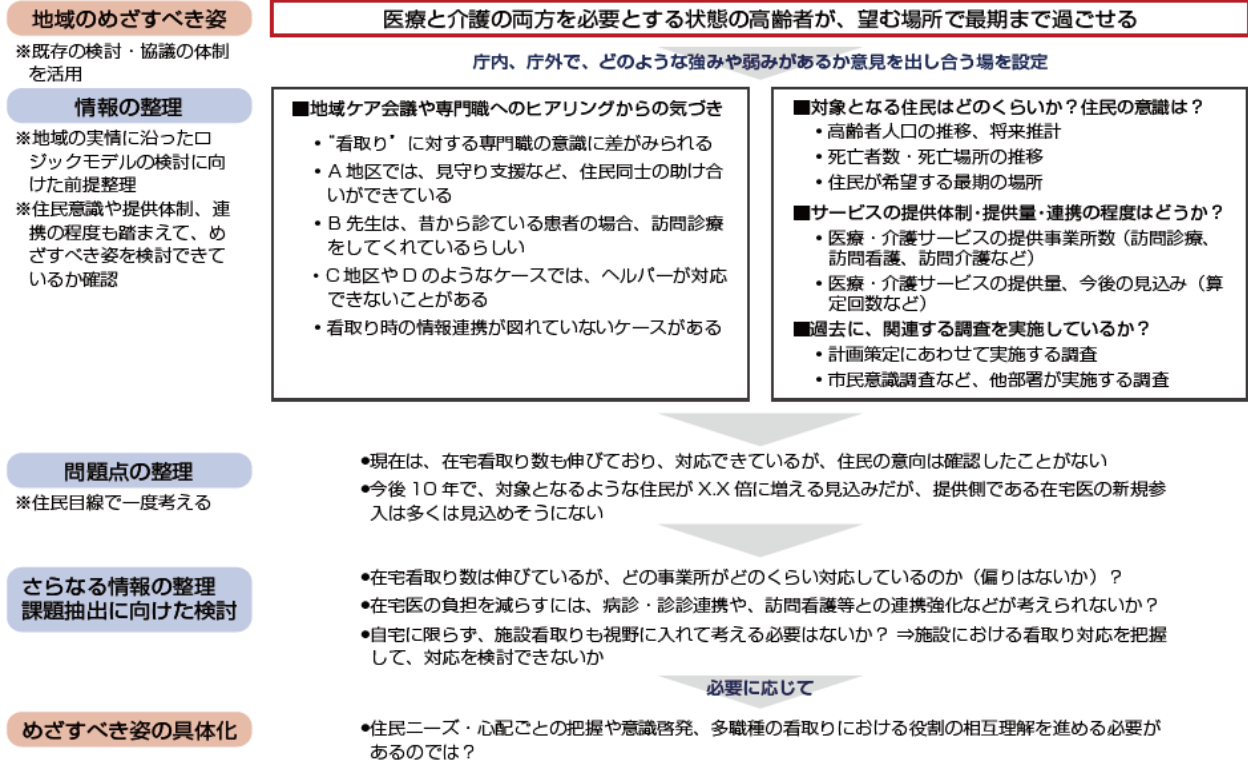
#### ■主なポイント

- 多くの市町村には、計画全体の大目標があり、医介連携部分でも「最期まで望む場所での暮らしを支える」といった大きな目標がある。もう少しブレークダウンした目指すべき姿として、例えば小規模市町村であれば「資源が少ない中でも連携しながら支えられる」、大規模市町村であれば「色々な場所で支えられる」といった、良い例があれば紹介できるとイメージが湧くのではないか。また、協議の場や、少なくとも担当者で話し合うこと、部局を超えた調整の必要性についても、記載できると良い。
- 自治体としては指標があると安心だろうが、あるべき姿の設定が重要。現状把握や課題抽出が難しいという市町村が多いことから、最初の一步を踏み出すための参考例を手引きで示せると良いのではないか。

- ・ 現行手引きでも現状分析について記載されている。まずは現状分析におけるデータ参考例を示せると良い。4場面の目標設定における参考データ例、事業モニタリングとして活用できるデータ例を示せると良い。

○ 手引きでは、次のように掲載した。

### ■地域のめざすべき姿の検討と現状分析のプロセス(例) ※手引き掲載版



## 2) II章「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」

○ 手引きの掲載内容の検討では、次のようなポイントが挙げられた。

### ■主なポイント

- ・ 介護保険事業計画に関わる調査については、それぞれの調査概要、どのような調査項目が考えられるのか例示があると良い。
- ・ 在宅生活改善調査、居所変更実態調査などは、計画作成担当者は知っているも、医介連携事業担当者は知らないということをよく聞く。場所別の看取り数や自宅での要介護状態での過ごし方など、回答施設（事業所）別にも把握が可能であり、次のアクションにつなげやすいため、有用である。
- ・ 既存の調査の棚卸しの際には、項目だけでなく、どのような調査を参照しているのか合わせて棚卸しする必要がある。定期的な調査であれば、容易に、また、新しい項目での聴取も実現可能性が高くなる。

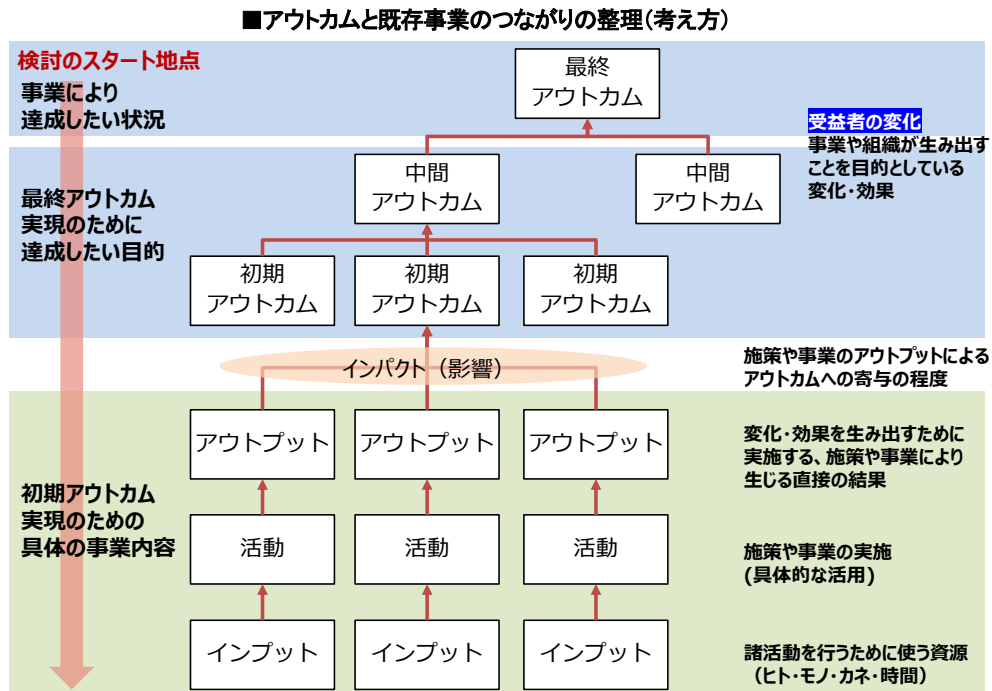
○ 各調査の概要については、次頁のように掲載した。

○ なお、手引きでは、紙幅の関係で調査方法及び備考については割愛して掲載した。



### 3) Ⅲ章「アウトカムと事業をつなぐ考え方のテンプレート」

- 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を用いて整理する流れとした。



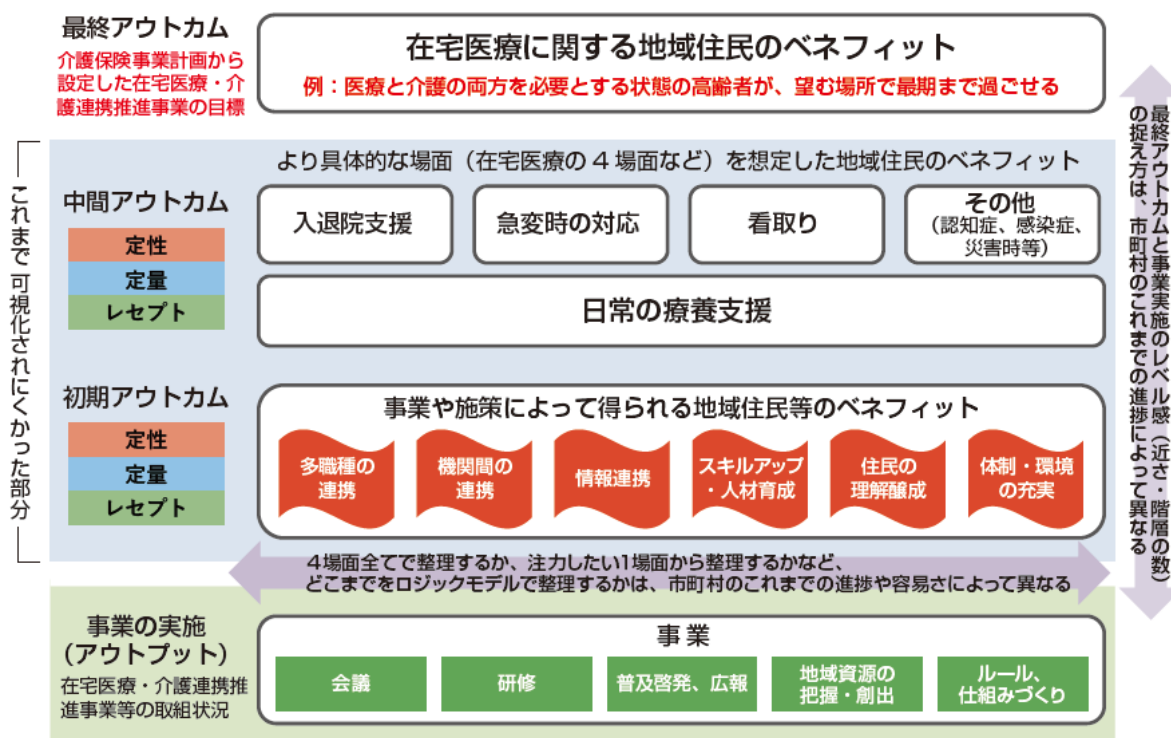
- 手引きの掲載内容の検討では、次のようなポイントが挙げられた。

#### ■主なポイント

- テンプレートは、4場面全てで示さない方がよい。手引きは、場面別に策定できていない市町村に、初めの一步を踏み出してもらうことが大きな目的である。指標ありきで進めるのではなく、まずは事業の棚卸しを行い、議論を始めることを投げかけるのであれば、全場面で示すことはやり過ぎ。手引き冒頭に、取組の進捗状況に応じて重点的に読んでほしい項目をガイドするような内容が示せると良い。
  - ロジックモデル全体を作ってしまったという話は聞く。幾つかの場面に限定してテンプレートを示す方がよいだろう。場面として、看取りは市町村も熱心に取り組んでいて指標も取りやすいため、よく挙げられている。また、二次医療圏によっては入退院調整を積極的に取り組んでいるところもある。他方で、入退院支援は職種が限定されるため、急変時対応の方がヘルパーの視点も入れられるのではないかな。日常の療養支援はテーマとして広いため取り組みづらいついとの意見が聞かれる。自治体によって取り組みやすさは変わるが、看取りプラス1個くらいが良いのではないかな。
  - 作り方の説明が重要であり、指標ありきとならないようにシンプルなものにする方がよい。
- 市町村においては、介護保険事業計画等で地域の目指すべき姿や目標を定めているものの、理念的な内容であることが多く、施策・事業との関係は必ずしも整理されていない。
  - 事業積み上げ型から、アウトカム志向への転換を図るには、指標ありきではなく、指標を設定する思考プロセスを一定示していく必要がある。
  - そのため、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て整理すること、そのうえで指標設定の考え方の一例としてテンプレートを示すこととした。
  - 手引きでは、次のようにテンプレートを整理・提示し、次項において当該テンプレートの活用

例を掲載した。

■指標設定の考え方テンプレート ※手引き掲載版



■テンプレート概要

■最終アウトカム：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

■中間アウトカム：4つの場面を想定した地域住民のベネフィット

■初期アウトカム、事業を考える前提

- ・ 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
- ・ 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。また、4場面全てで整理すべきか、注力したい場면을優先的に整理すべきか等も、市町村によって異なる。自地域において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、取り組むことが必要

■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種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など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

■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

4) Ⅲ章「テンプレートに基づく指標設定の考え方」

- 手引きの掲載内容の検討では、次のようなポイントが挙げられた。

■主なポイント

	主なポイント
看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険施設や有料老人ホームなどにおける看取り対応力を上げていくことが、地域全体の看取りに対する取組を推進していくことにもなる。意思決定とは別に、施設の看取り対応力の向上といった柱があると良いのではないかな。報酬系のデータもあわせてモニタリングできると良いのではないかな。</li> <li>・ 最終的に自宅看取り数と挙げているのは分かりやすい。他方で、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。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のではないかな。</li> <li>・ 最終目標の一手手前で「意思決定数」に到着しているが、この考え方はやや危険。意思決定が中間指標のようにになっているが、がんのように週単位・日単位で ACP がなされるなど、ケアプランが間に合わないケースがあることも考えると、曲解されないように最後に来る矢印は必ずしも1つにまとまる必要はなく、変に仮説を立てない方が良いのではないかな。</li> <li>・ モデルとして示す際に、1つに集約しなければいけないと誤解を生まないように、場合によっては空欄のままとして独自指標を入れられるような形も考えられる。</li> <li>・ 既にロジックモデルを作っている市町村では、医療機関や介護事業所が看取りに取り組むことが出来ているといった体制整備面、また、人材育成、スキルアップ、多職種連携も挙げているところがある。</li> <li>・ アウトカム以外の指標を考える際、実測可能性（容易さ）、市町村間のぶれがないように測ることが難しい。自宅看取りを100%にしたいわけではないため、どこで過こし、どこで死にたいと思っていたか、それを達成できているかどうかという対比ができる指標の取り方、そして看取り率ないし看取り数があるだけでも相当良い。</li> <li>・ 行政が望む場所についてアンケート調査で聴取していることがあるが、調査に回答できる方の結果であって、現に死が迫った方かどうかは捉えられていない。また、望む場所と実際の死亡場所を個人単位で見るとばらつきがさらに大きいことも考えられる。ターミナルに携わった方の体感も含めて聞き取れると良いのではないかな。</li> <li>・ 在宅療養者に伴走しているのはケアマネジャーと言える。ケアマネジャーを対象としたアンケートの設問を工夫することで、実効性の高い結果が得られるのではないかな。ただし、結果の高低を解釈することは難しい。よく検討のうえ、継続的に聴取できる設問で、安定</li> </ul>



	主なポイント
	<p>的に調査が実施できることが重要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 一番上に掲げる指標については、様々なデータソースと、どのデータソースを扱ったかによってその指標に係る留意点がある。設定する場合の留意点として、容易なものから難易度の高いものまで示せると良い。</li> </ul>
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急変時の対応であれば、一番上に置く指標例としては、往診件数が考えられるのではないか。</li> <li>• 急変時であれば、往診ないし夜間等の往診、夜間等の訪問看護、救急搬送（消防データ、要介護者の絞り込みが要検討）の件数が良いのではないか。二次医療圏別で出ている在宅医療に関連した指標の NDB オープンデータの使い方を標準化できると良い。</li> <li>• 急変時対応は、救急、在宅医療側の時間外対応・24 時間対応・夜間対応など、どこで受け止めているのかというバランスについて、評価そのものは難しいが、負荷がかかっているところへの対応を検討していくような流れが考えられるのではないか。</li> </ul>

○ テンプレートの活用ステップとしては、次の 1～5 の流れで整理した。

#### ■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。

##### 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。

##### 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。

##### 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・左右の関係性に整合性、納得感があるか確認する。

○ 手引きでは、次のように整理して掲載した。

■指標設定の考え方テンプレート:看取りの場面(一例) ※手引き掲載版

中間アウトカム

《めざすべき姿》

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

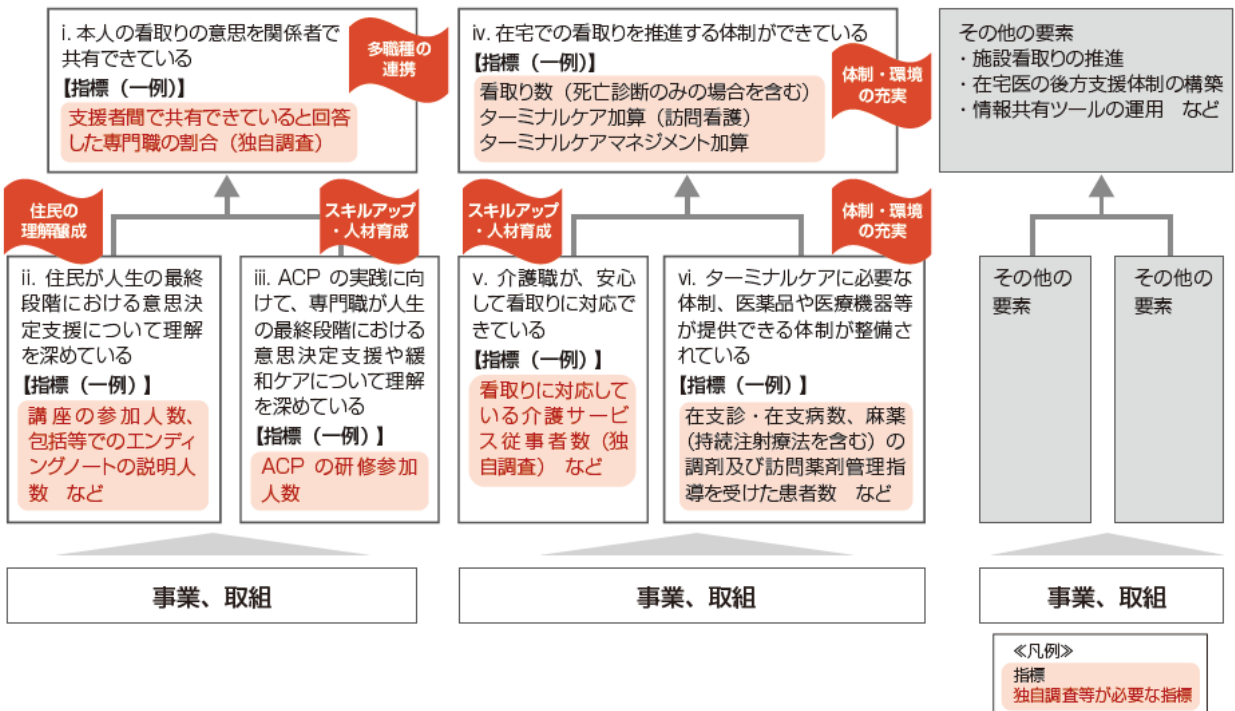
【指標（案）】在宅看取り数

■在宅看取り数を測る際に考えられる指標例

指標の選択肢	出典	留意点
死亡場所（自宅死・老人ホーム死・介護老人保健施設死）の割合	人口動態統計	全年齢であり、異常死を含む
在宅ターミナルケアを受けた患者数など	NDB オープンデータ	最小単位は二次医療圏（H31以降）
在宅ターミナルケアを受けた患者数など	見える化	2018・2019年のみ
自宅・施設での死亡診断書作成件数	独自調査	独自調査の負担あり、回収率の影響あり
療養場所の分布	レセプト	独自集計の負担あり

初期アウトカム①

初期アウトカム②



■テンプレートの考え方:看取りの場面

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に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・左右の関性に整合性、納得感があるか確認する。

■指標設定の考え方テンプレート:急変時の対応の場面(一例) ※手引き掲載版

中間アウトカム

《めざすべき姿》

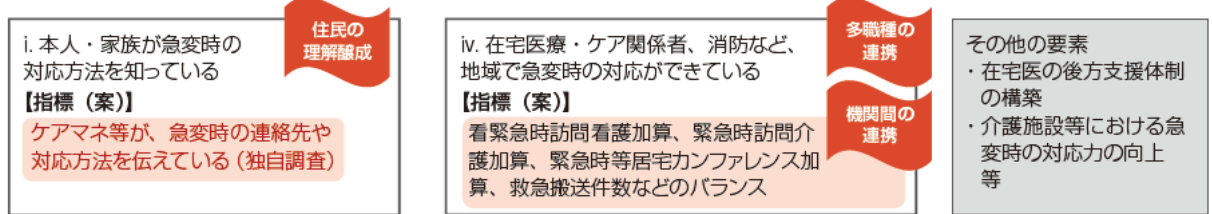
医療・介護・消防(救急)が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする

【指標(案)】 往診件数

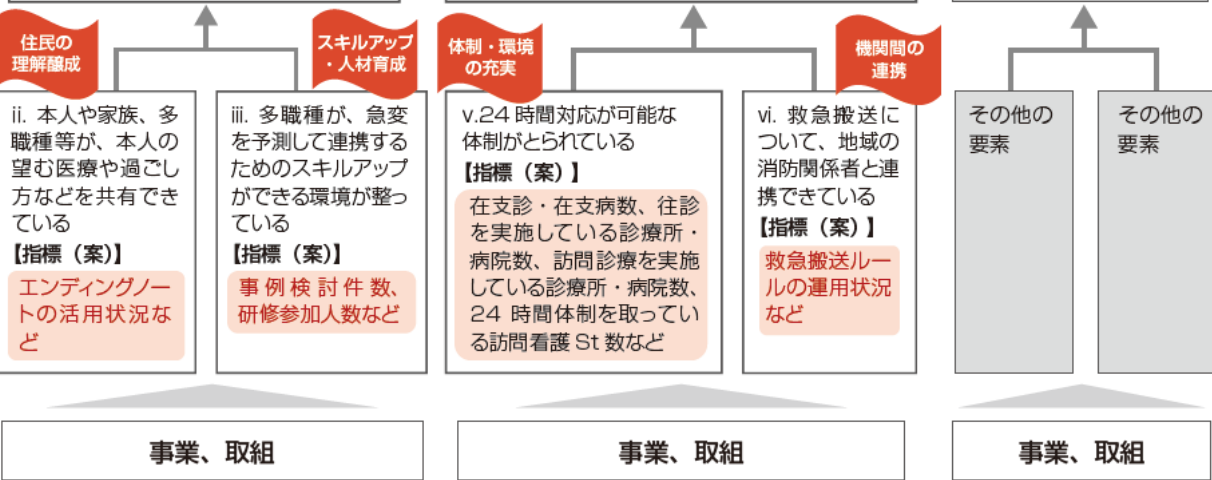
■急変時のアウトカムを測る際に考えられる指標例

指標の選択肢	出典	留意点
往診を受けた患者数(算定回数、レセプト件数)	見える化	2018年、2019年のみ掲載
往診の算定回数、患者数	NDBオープンデータ	データの最小単位は二次医療圏(平成31年度以降)

初期アウトカム①



初期アウトカム②



《凡例》  
 指標  
 独自調査等が必要な指標

■テンプレートの考え方:急変時の対応の場面

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ます」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、「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」(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ような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、急変時対応ができていて、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

の対応ができていて

- 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・左右の關係に整合性、納得感があるか確認する。



## 參考資料

---

## 指標一覧のベースとなっている項目

### (1) 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」(令和2年9月)

○ 手引きVer. 3に掲載されていた項目は次の通りであった。

■手引き Ver.3に掲載されていた項目(事務局にて整理)

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
めざすべき姿	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。	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。	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。	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。
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅介護支援事業所数</li> <li>介護老人保健施設数</li> <li>指定介護老人福祉施設数</li> <li>地域密着型介護老人福祉施設数</li> <li>介護療養型医療施設数</li> <li>介護医療院数</li> <li>通所介護の事業所数</li> <li>訪問介護の事業所数</li> <li>通所リハビリテーション事業所数</li> <li>訪問リハビリテーション事業所数</li> <li>在宅療養支援診療所・病院数(医)</li> <li>訪問診療を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>訪問看護事業所数(医)</li> <li>看護小規模多機能型居宅介護事業所数</li> <li>歯科訪問診療を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>在宅療養支援歯科診療所数(医)</li> <li>訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>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(医)</li> <li>薬局数</li> <li>訪問薬剤指導を実施する薬局</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症初期集中支援チーム数</li> <li>認知症短期集中リハビリテーション加算</li> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>認知症地域支援推進員数</li> <li>訪問診療の実績回数</li> <li>訪問歯科診療の実績回数</li> <li>訪問薬剤指導の実績回数</li> <li>訪問看護(医療・介護)の実績回数</li> <li>通所介護の実績数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援担当者を配置している診療所・病院数(医)</li> <li>退院支援を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>介護支援連携指導を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>退院時共同指導を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>退院時訪問指導を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>退院支援(退院調整)を受けた患者数(医)</li> <li>介護支援連携指導を受けた患者数(医)</li> <li>退院時共同指導を受けた患者数(医)</li> <li>退院時訪問指導を受けた患者数(医)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所・病院数(医)</li> <li>訪問診療を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>往診を実施している診療所・病院数(医)</li> <li>在宅療養後方支援病院数(医)</li> <li>24時間体制を取っている訪問看護ステーション数(医)</li> <li>在宅療養支援歯科診療所数(医)</li> </ul>



	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
	数（医） 認知症疾患医療センター数	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問介護の実績数</li> <li>通所リハビリテーションの実績数</li> <li>訪問リハビリテーションの実績数</li> </ul> 要介護高齢者の在宅療養率※		
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)	<b>【連携】</b> <診療報酬> ・機能強化型訪問看護管理療養費 ・緊急訪問看護加算 <介護報酬> ・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） ・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 ・リハビリテーションマネジメント加算（II以上） ・<独自調査> ・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	<b>【連携】</b> <診療報酬> ・入退院支援加算 ・介護支援連携指導料 ・退院時共同指導料 ・退院前訪問指導料 ・診療情報提供料 <介護報酬> ・入院時情報連携加算 ・退院・退所加算 ・退院・退所時連携加算 ・<独自調査> ・入院時情報提供率 ・退院調整率	<b>【連携】</b> <診療報酬> ・往診料（夜間、日祝）／全体 ・機能強化型訪問看護管理療養費 ・緊急訪問看護加算 <介護報酬> ・配置医師緊急時対応加算 ・緊急時訪問介護加算 ・看護体制強化加算 ・緊急時訪問看護加算 ・緊急時等居宅カンファレンス加算	<b>【連携】</b> <介護報酬> ・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
全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民からのニーズを把握する取組の実施</li> <li>医療・介護関係者（関係団体）の課題を把握する取組の実施</li> <li>医療・介護関係者の協力を得ながら、目標を設定し、必要とされる具体的取組の企画・立案</li> <li>認知症や災害等、政府全体の方針等を踏まえた取組の内容</li> <li>在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者間の情報共有ツールを作成し、具体的な取組の実施</li> <li>地域住民が人生の最終段階における在り方や在宅での看取り等について理解を促す取組の実施</li> <li>看取りにおいて、本人の意思を踏まえた対応ができていないかを把握する取組の実施</li> <li>事業の持続性などを踏まえ、休日・夜間の対応において、複数の医療機関・介護施設・介護事業所等の協力体制を調整する取組の実施</li> <li>在宅医療・介護連携に係る分野横断的・統合的かつ参加型の研修会を開催（支援）し、効果測定の実施</li> <li>医療・介護関係者向け研修等の実施回数 ※</li> <li>医療・介護関係者向け研修等の内容に関するアンケート ※</li> <li>住民向け普及啓発の実施回数 ※</li> <li>住民向け普及啓発の内容に関するアンケート ※</li> <li>在宅療養・介護の希望割合 ※</li> <li>在宅看取りの希望割合 ※</li> <li>行政内の他部門（医療や健康づくり部門等）との連携</li> <li>医療制度や診療報酬、福祉などその他の施策にも専門性をもつ総合的人材を養成し、継続的に配</li> </ul>			

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
	置 ・他の地域支援事業に基づく、事業と連携し、効率的・重層的な取組の実施 ・地域医療構想や医療計画等について、都道府県との協議の場の設定 ・地域の医療・介護関係団体、医師会等の各専門職団体の課題を把握・共有する場の設定 ・消防（救急）等との救急搬送ルールの策定等に関する協議の機会の確保			
参考	・患者・利用者のQOL（患者・利用者の生活の質） ※ ・従事者のQWL（勤労従事者の労働生活の質） ※			

（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知より））

※：独自調査が必要

<補足>介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。

在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

【全体の留意点】

- 単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要。
- 地域住民に対して、人生の最終段階における在り方や看取り等に関する意思決定の調査を行う際は、対象者（またはその家族）に対して、尊厳の保持や倫理的配慮が重要である。
- 在宅療養・介護の希望割合、在宅看取りの希望割合については、独自調査でなく、ニーズ調査等に盛り込むことも考えられる。
- 患者・利用者の生活の質を評価する際は、ニーズ調査や基本チェックリスト等の質問項目を参考とすることも考えられる。

## (2) 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」

○ 別表12の内容は次の通りであった。

■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)

別表12 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

(●は重点指標)

令和4年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用



---

【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

報告書

令和7年（2025年）3月

株式会社 日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22

TEL 03-3434-6282 FAX 03-3578-7547

<https://www.jmar.co.jp>

---