

平成30年度 在宅医療・介護連携推進支援事業  
在宅医療・介護連携推進事業「データ分析研修会」

# 在宅医療・介護連携推進事業 のPDCAサイクルについて

吉江悟<sup>1,2,3,4</sup> 松本佳子<sup>1,5</sup>

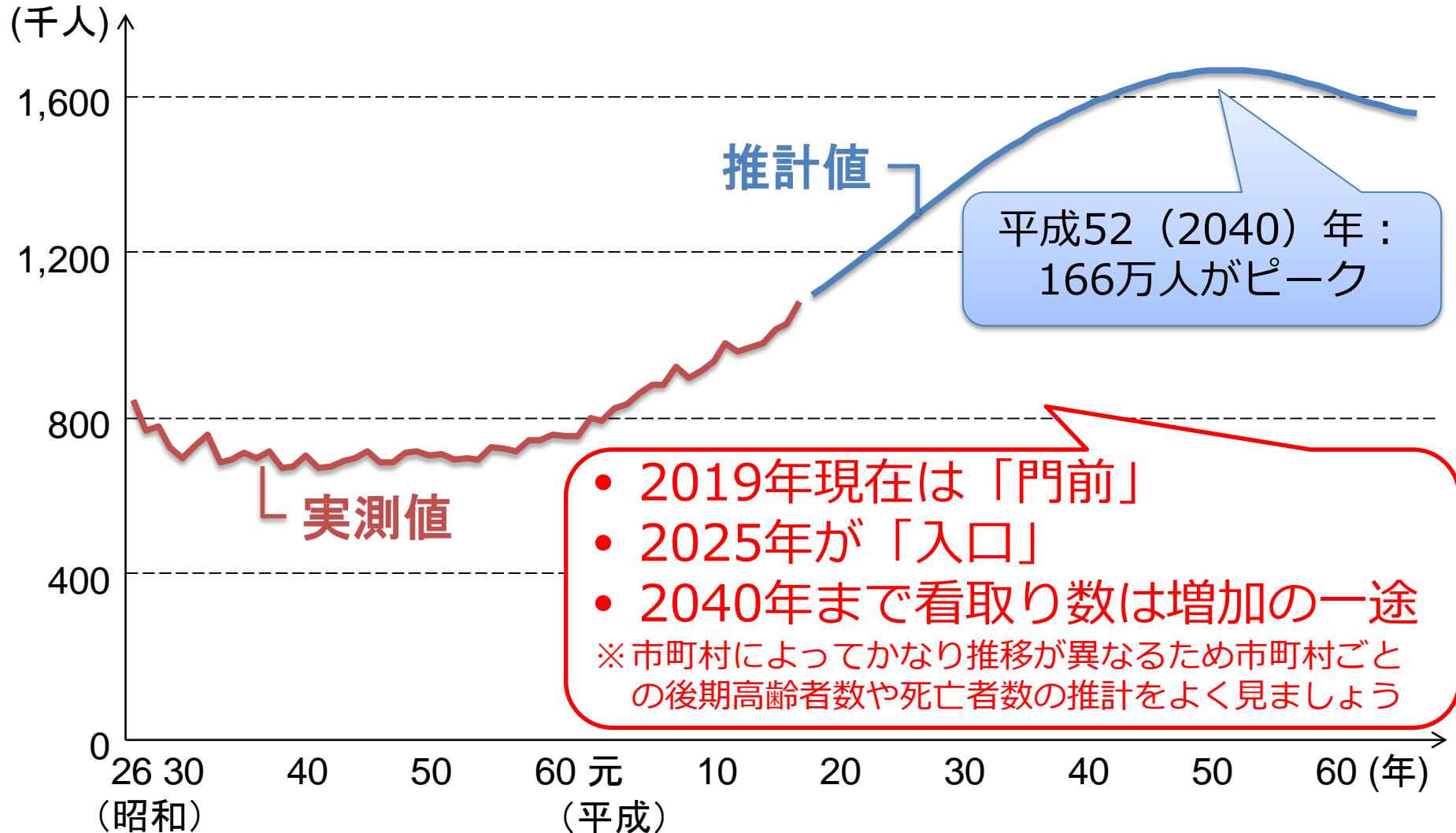
1. 東京大学高齢社会総合研究機構
2. 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
3. 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
4. 医療経済研究機構
5. 埼玉県立大学研究開発センター

# お話しする内容

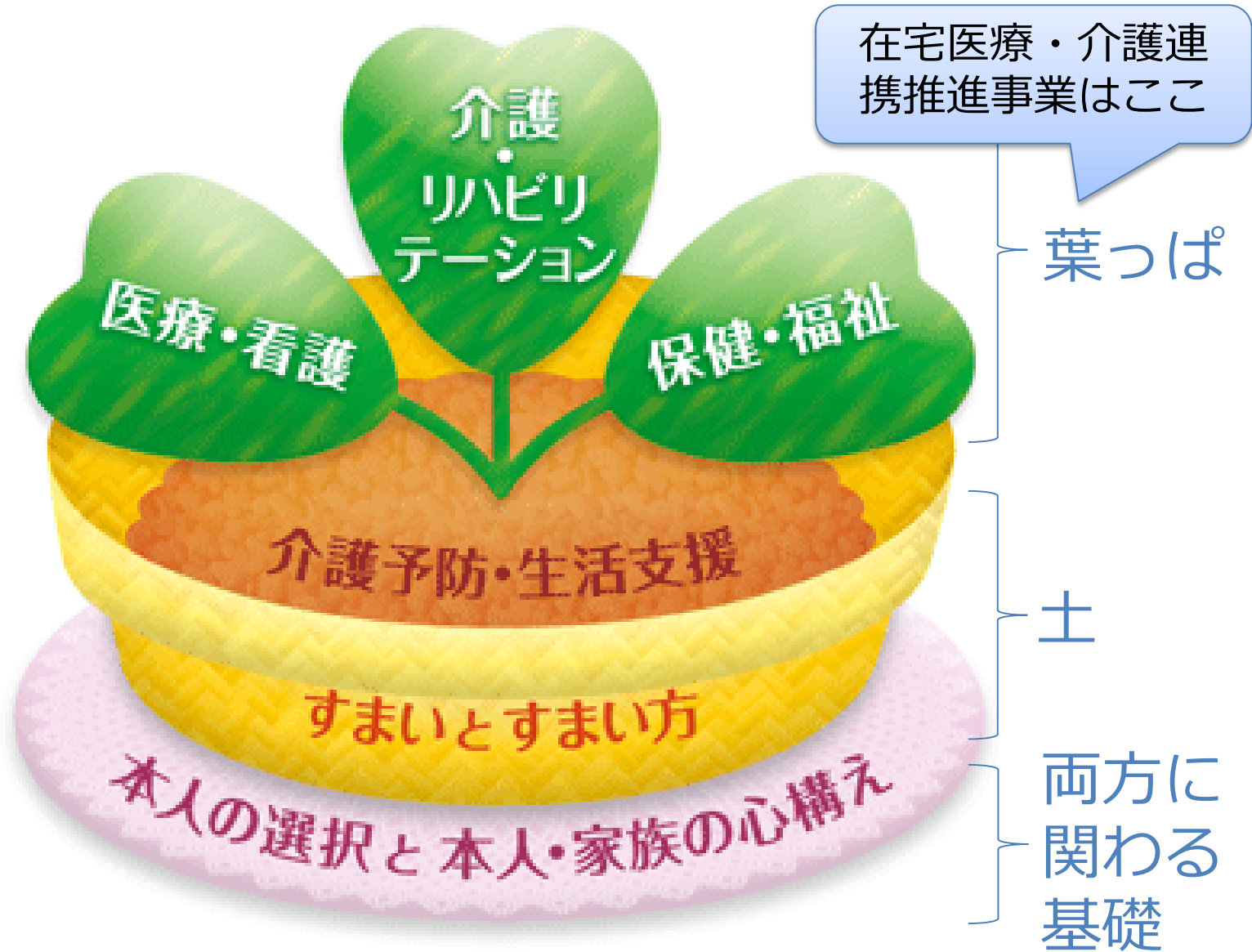
1. 在宅医療・介護連携におけるPDCA
  - －地域マネジメント
2. 事業評価の基本枠組み
  - －ロジックモデル
  - －在宅医療・介護連携におけるアウトカム
3. 指標の設定
  - －指標の3分類
  - －指標設定のポイント
4. 評価の次元
  - －4つの評価の次元とPDCA

1. 在宅医療・介護連携におけるPDCA  
地域マネジメント

# 在宅医療・介護連携の ピークは（ある意味では）2040年



# 地域包括ケアシステム



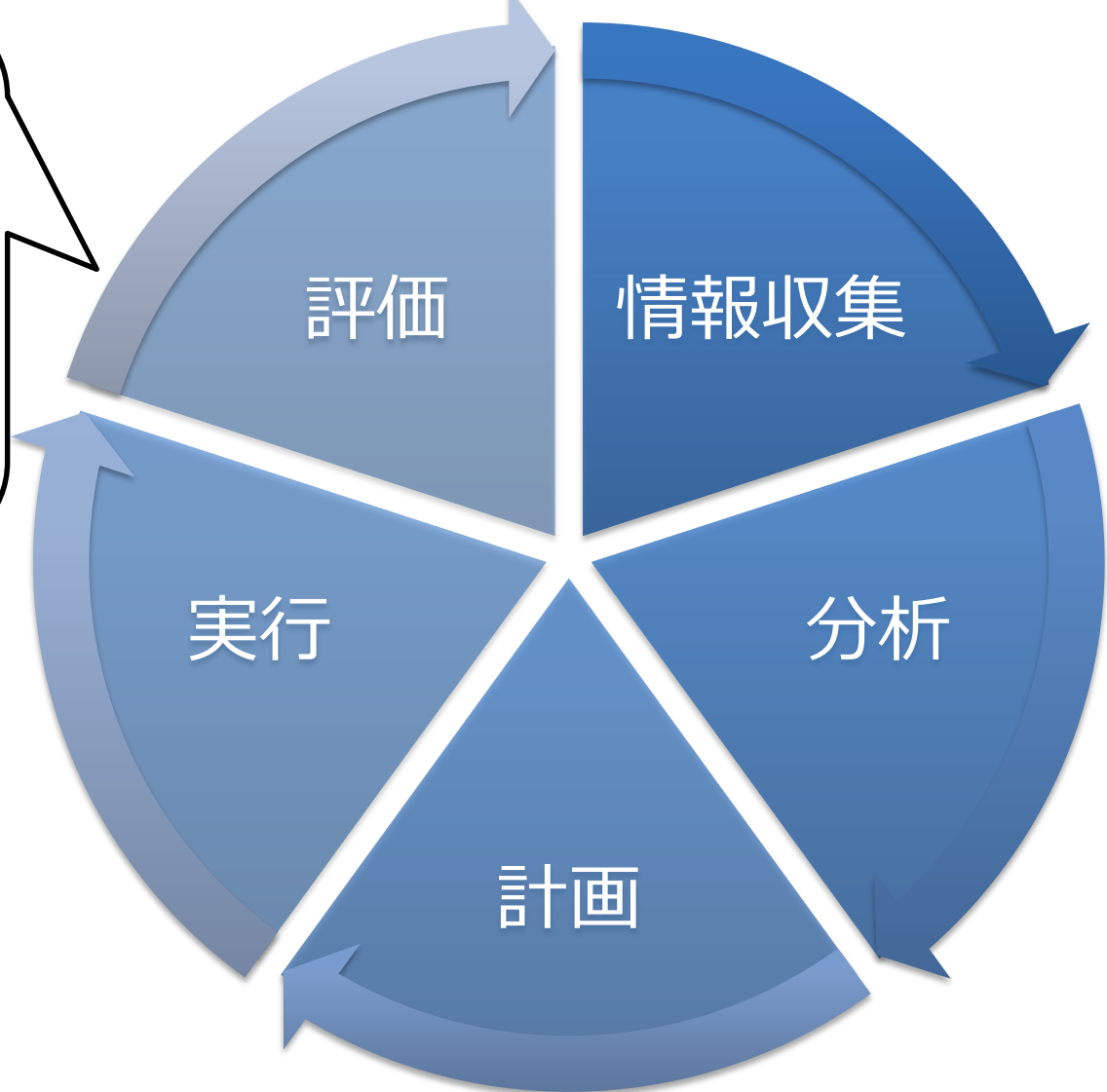
# 市町村の役割：地域マネジメント

- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 「地域包括ケアシステム構築における  
工程管理」

# マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

- 医師：治療過程
- 看護師：看護過程
- ケアマネジャー：ケアマネジメントサイクル
- 行政職員：事業展開

いずれにも共通



# 在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等(地域の医療機関や他の団体を含む)に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の提供等を通じて実施状況を支援。

PDCAに関わる項目

目的を達成するための手段

## 事業項目と取組例

### (ア)地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### (キ)地域住民への啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での講義等



### (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携の相談窓口の設置・運営

### (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### (カ)医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者を通じ、多職種連携の実践
- ◆ 介護職を対象とした医療

※ 評価の枠組みを考える際には、(ア)と(イ)を除きいったんこの事業項目は忘れる(この項目は「実行」段階の分類のため)

※ 各地の事例発表においても、事業項目は「後付け」されていることが多い

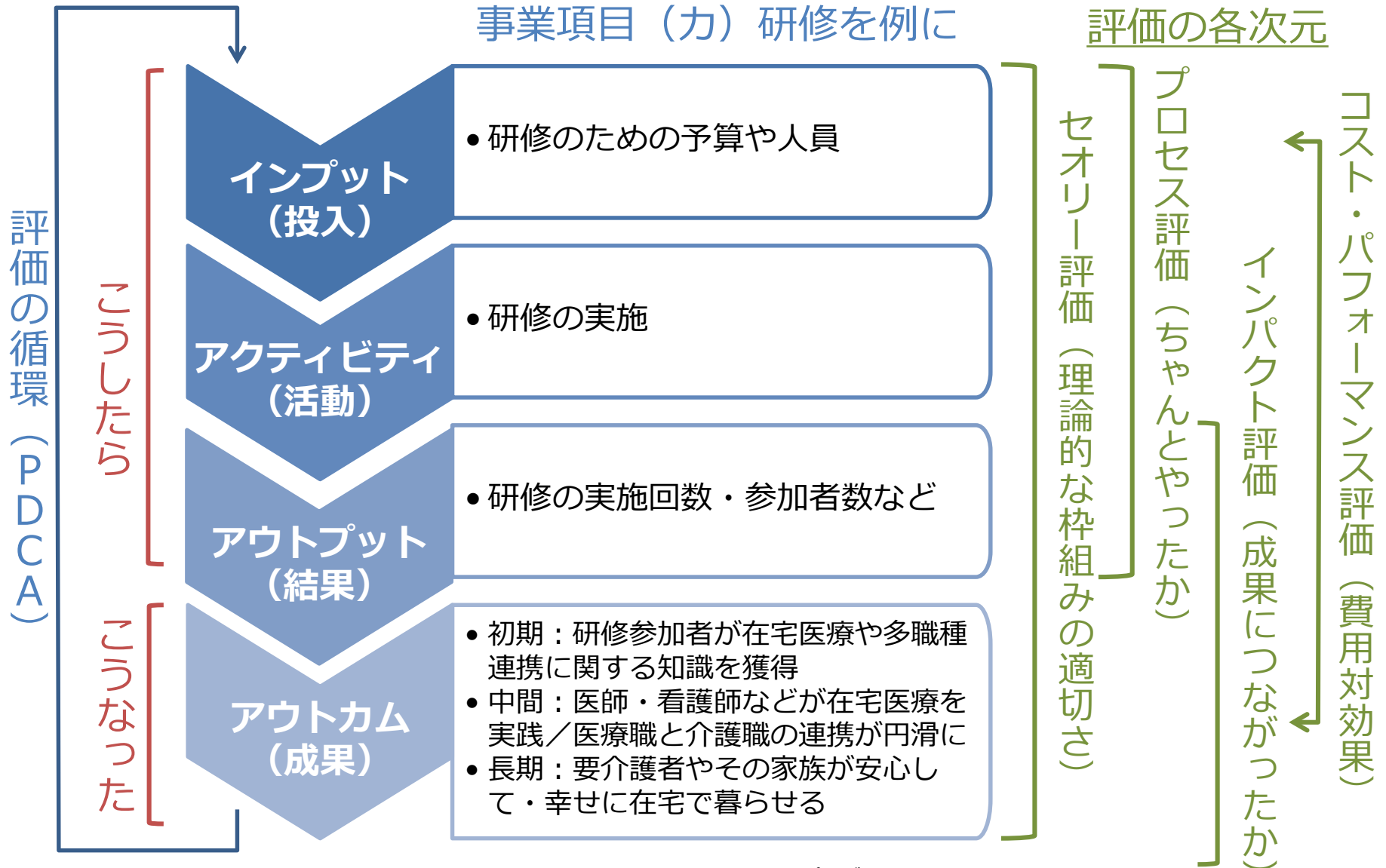


## 2. 事業評価の基本枠組み

# ロジックモデル

# 事業評価の基本枠組み：ロジックモデル

(考え方の筋道・原因と結果の構造図)



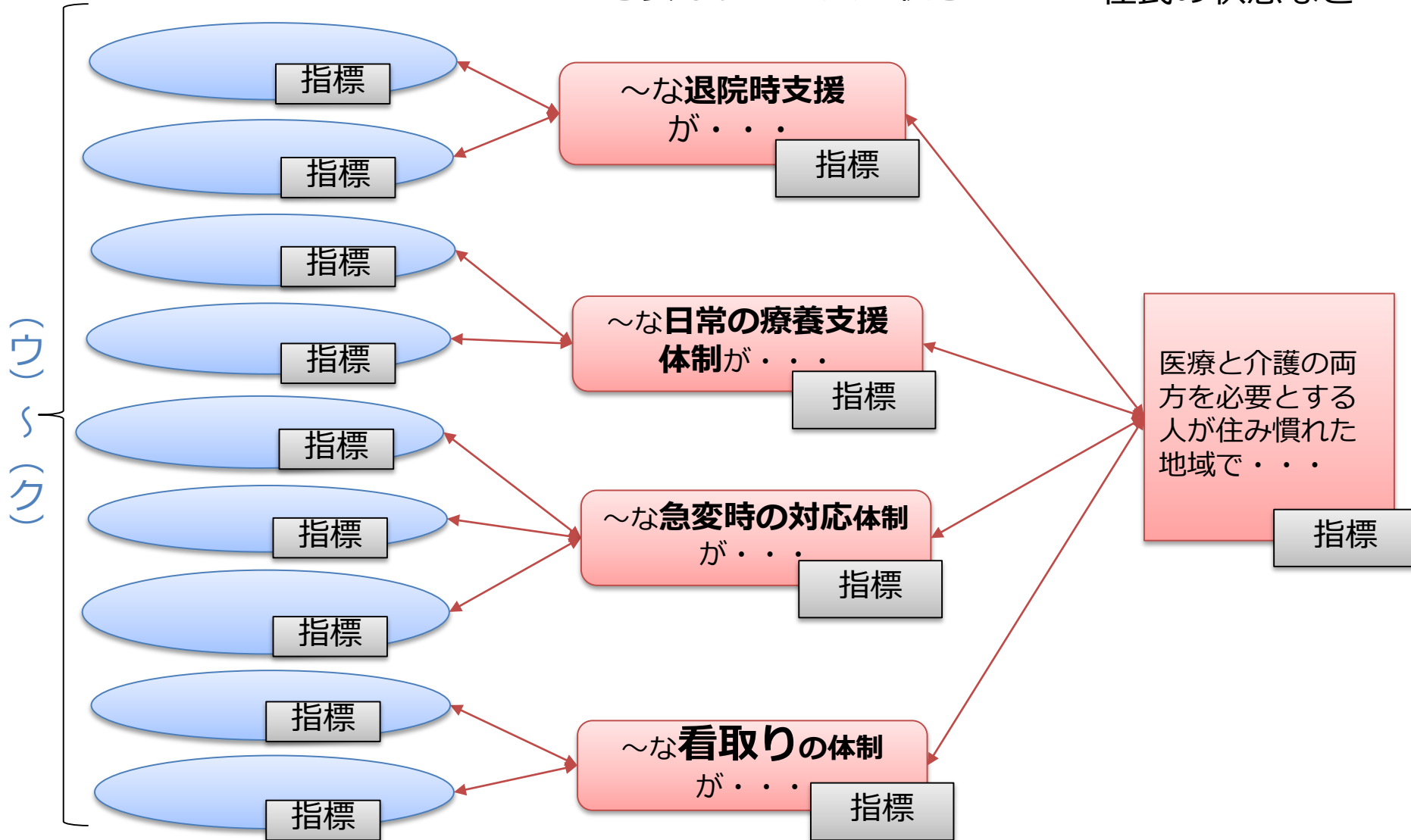
図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003. Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法, 2005. 国際医療福祉大学教授埴岡健一氏講演資料をもとに演者作成

# 実際に事業を考える時はツリー状になる

アクティビティ = 取組み  
アウトプット = 結果

中間アウトカム  
= 必要なサービスの状態

最終アウトカム  
= 住民の状態など



# 参考：厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」

## 1 医療体制の政策循環

5 疾病・5 事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などをもって施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、**施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたか**という関連性を念頭に置きつつ、**施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと**。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。

### アウトカム（成果）

施策や事業が対象にもたらした変化

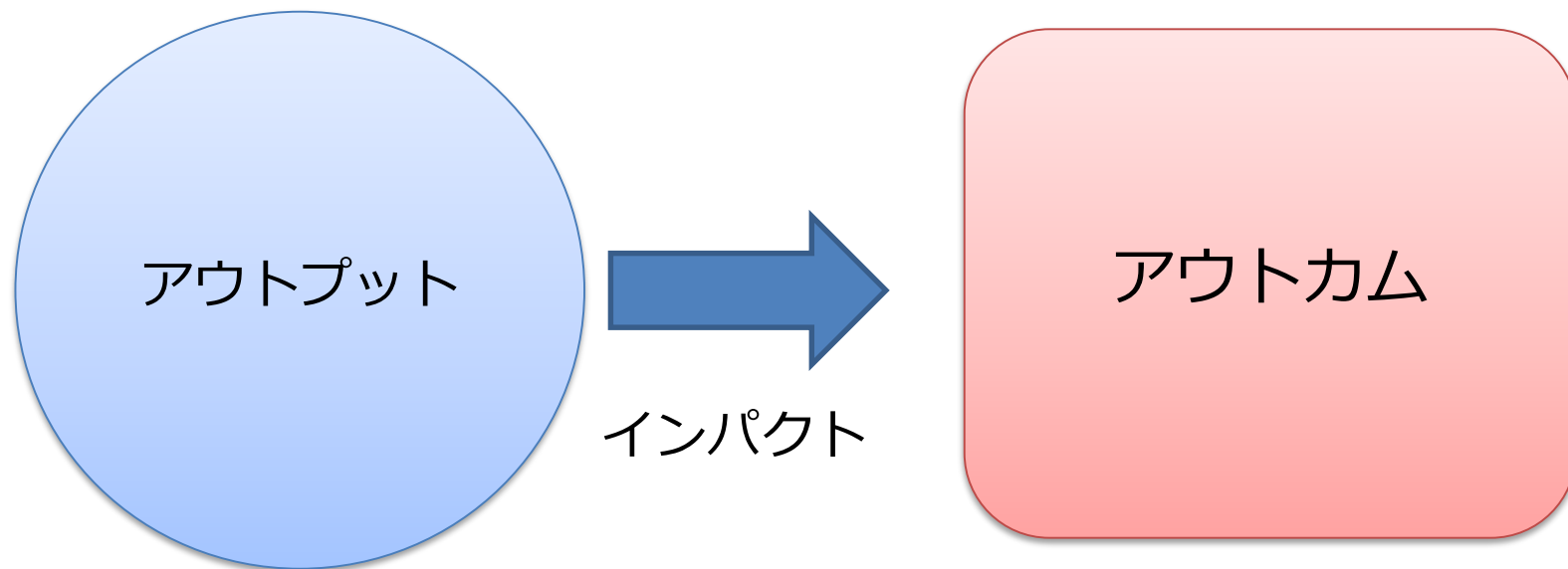
### アウトプット（結果）

施策や事業を実施したことにより生じる結果

### インパクト（影響）

施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

# アウトカム・アウトプット・インパクト

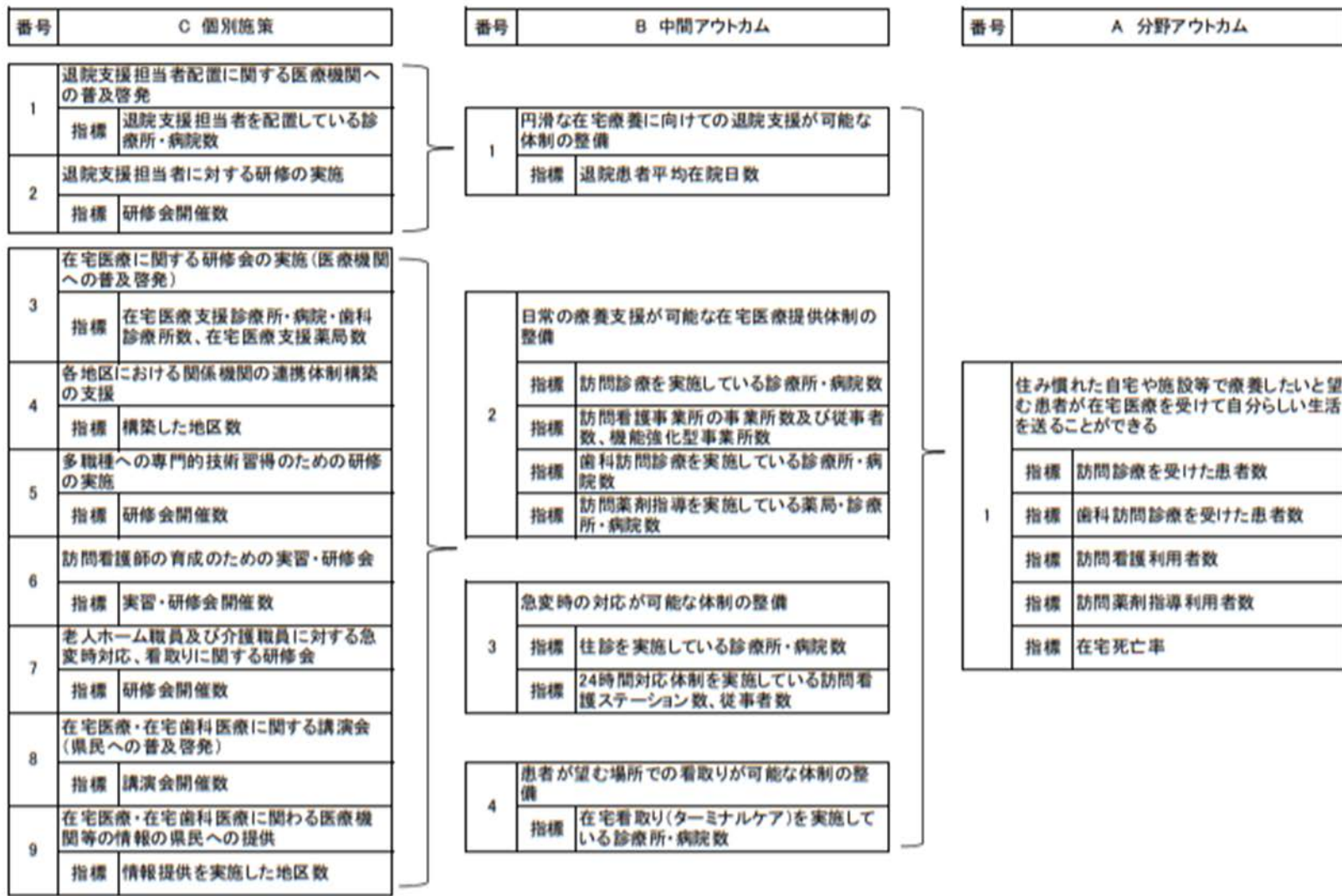


施策や活動の主体に起  
きること（結果）

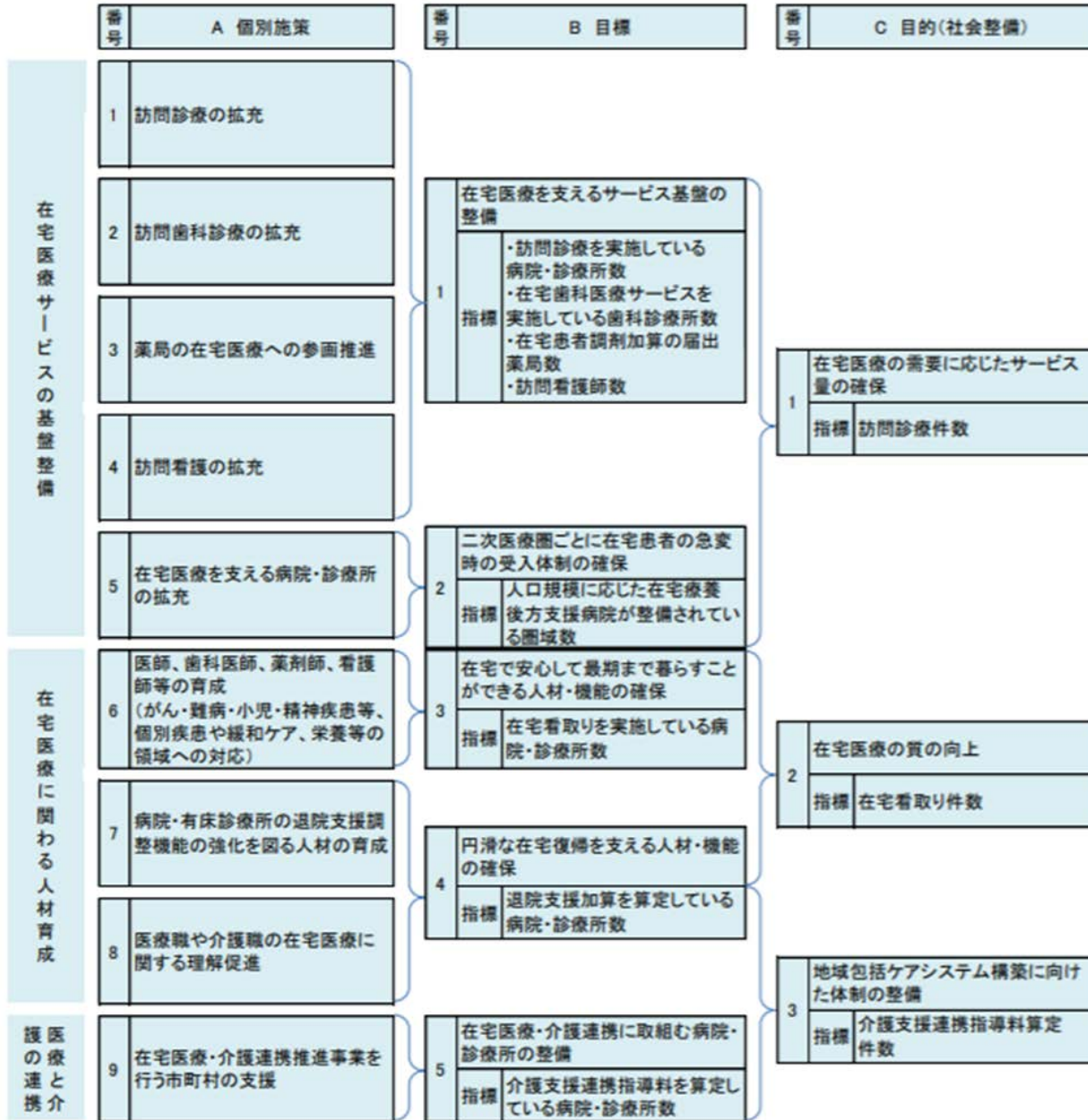
活動が働きかけた対象の  
側に起きる変化（成果）

# 参考：在宅医療の政策評価におけるロジックモデル活用例 沖縄県

## 在宅医療分野 施策・指標体系図



# 施策・指標マップ



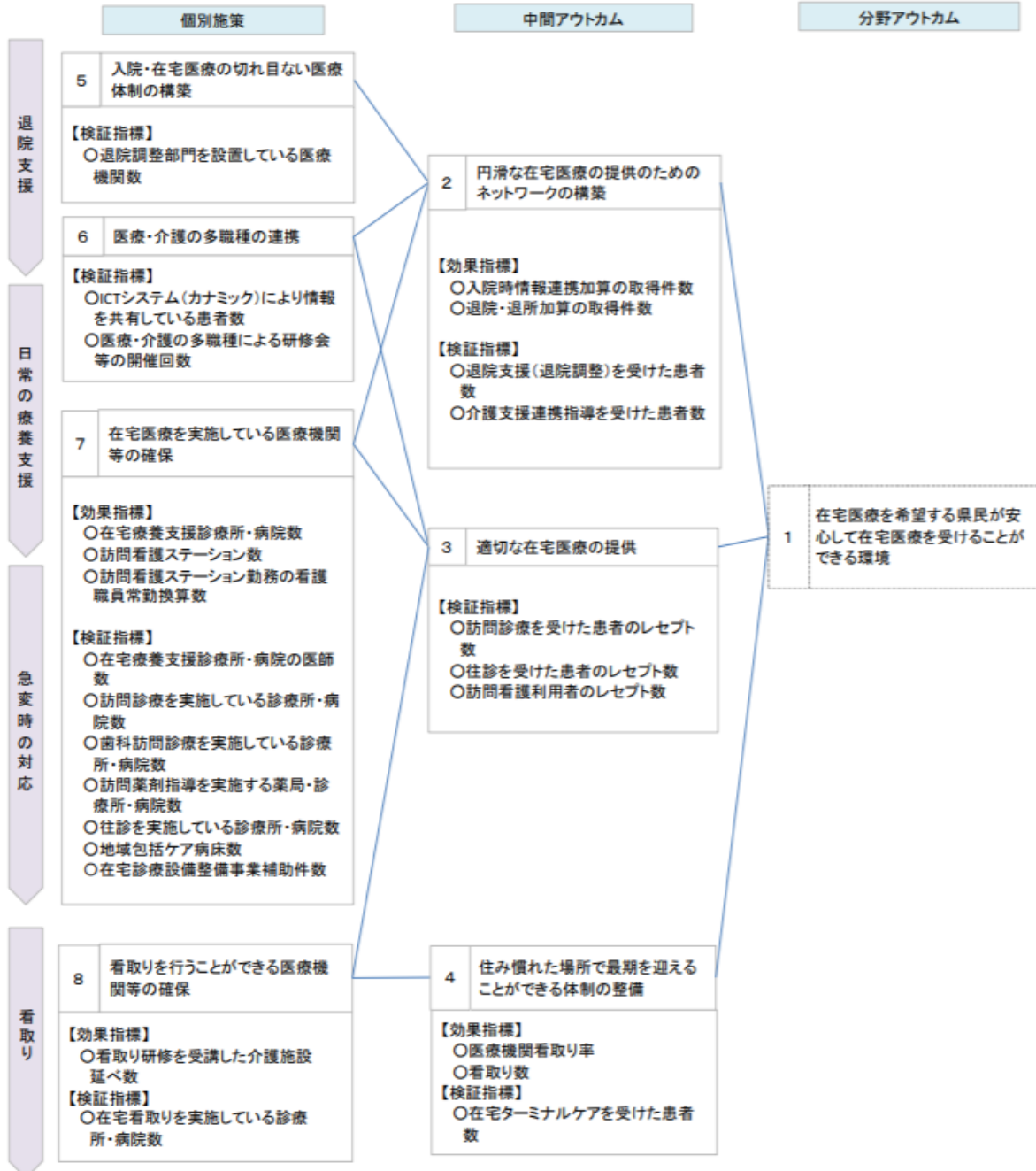
参考：  
在宅医療の政策評価  
におけるロジックモ  
デル活用例  
大阪府

項目	評価	実施状況	(備考) 目的
1 退院支援	全ての地域で退院調整支援担当者や配置されるよう、関係機関に対する啓発、支援を実施	再掲 <input type="checkbox"/>	11 退院患者が円滑に日常生活へ復帰できる
	関連データ 退院調整支援担当者や配置している一般診療所数	！	
2 入院医療機関と在宅医療に係る連携が連携した、継続的な連携体制の構築を促進	再掲 <input type="checkbox"/>	11 退院患者が円滑に日常生活へ復帰できる	再掲 <input type="checkbox"/>
	関連データ 退院調整支援担当者や配置している一般診療所数		！
3 各地域における在宅医療を担う医療機関の整備を促進	再掲 <input type="checkbox"/>	11 できる限り患者が住み慣れた地域で医療を受けられる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 訪問診療を実施している診療所・病院数		
4 医師、看護師、介護職、薬剤師等の多職種を対象とした研修を実施	再掲 <input type="checkbox"/>	11 できる限り患者が住み慣れた地域で医療を受けられる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 訪問診療を受けた患者数		
5 医師・介護サービスの包括的な提供を行う、多職種からなる在宅チーム医療体制構築を促進	再掲 <input type="checkbox"/>	11 できる限り患者が住み慣れた地域で医療を受けられる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 訪問診療を受けた患者数 (15歳未満)		
6 医師のチーム化、グループ化の体制整備に努め、24時間診療が可能な体制整備を促進	再掲 <input type="checkbox"/>	11 在宅療養者の病状悪化時に診療を受けられる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 24時間診療を実施している診療所・病院数		
7 訪問看護に依存する看護職等の確保を推進し、24時間対応可能な訪問看護事業所を充実	再掲 <input type="checkbox"/>	11 在宅療養者の病状悪化時に診療を受けられる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 24時間対応体制加盟の届出をしている訪問看護ステーション数		
8 緊急時に、入院機能を有する医療機関が在宅療養患者を円滑に受け入れることのできる体制整備	再掲 <input type="checkbox"/>	11 在宅療養者の病状悪化時に診療を受けられる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 在宅療養連携病院の病床数		
9 看取りを実施する医療機関等の充実	再掲 <input type="checkbox"/>	14 患者が望む場所で看取られることができる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 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		
10 在宅での看取りが可能な医療機関等の情報提供	再掲 <input type="checkbox"/>	14 患者が望む場所で看取られることができる	15 在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上する。
	関連データ 地域連携連携体制に関する窓口を設けている診療所・病院数		

# 参考： 在宅医療の政策評価 におけるロジックモ デル活用例 愛媛県



○ 施策体系表



参考：  
在宅医療の政策評価  
におけるロジックモ  
デル活用例  
佐賀県

出典：第7次佐賀県保健医療計画

## 2. 事業評価の基本枠組み

# 在宅医療・介護連携におけるアウトカム

# 医療のアウトカム評価枠組みの参考例： “3つの目標” → “4つ目の目標も” (Sobal, et al., 2016)

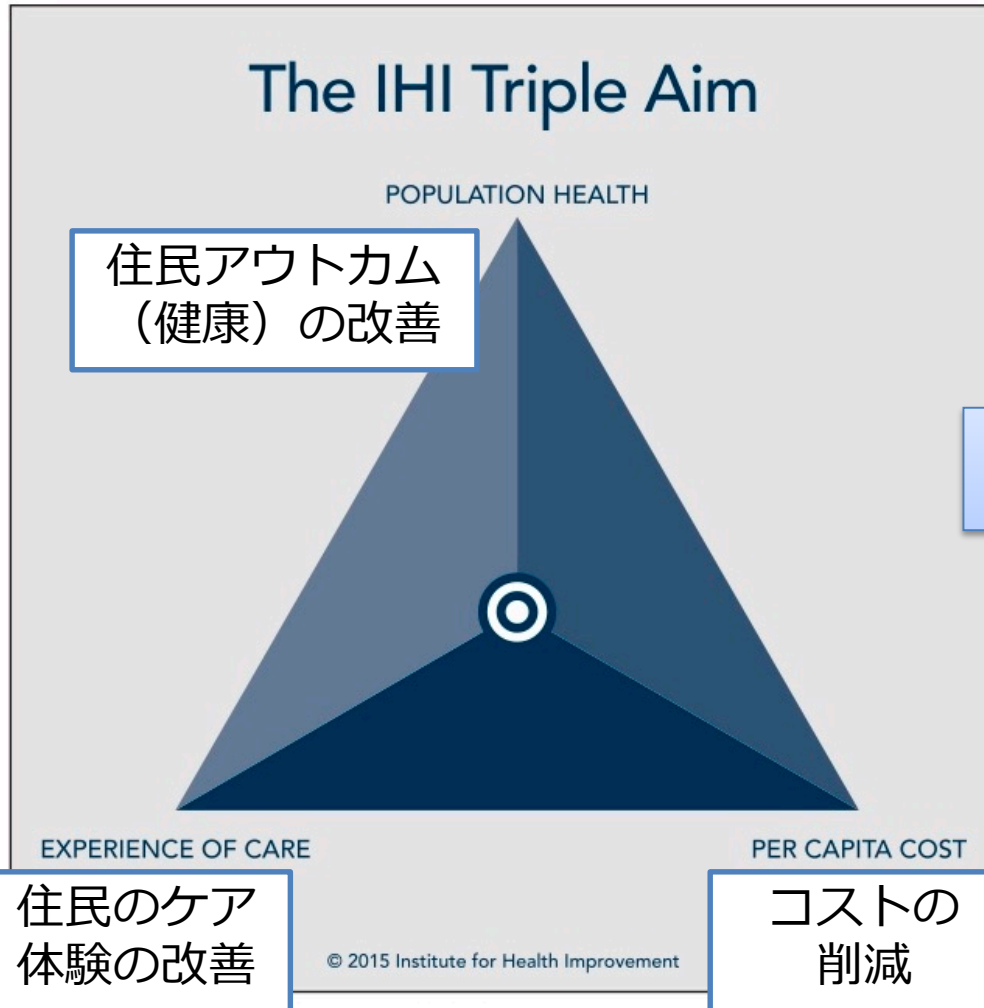


Figure 1. The Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim Initiative.

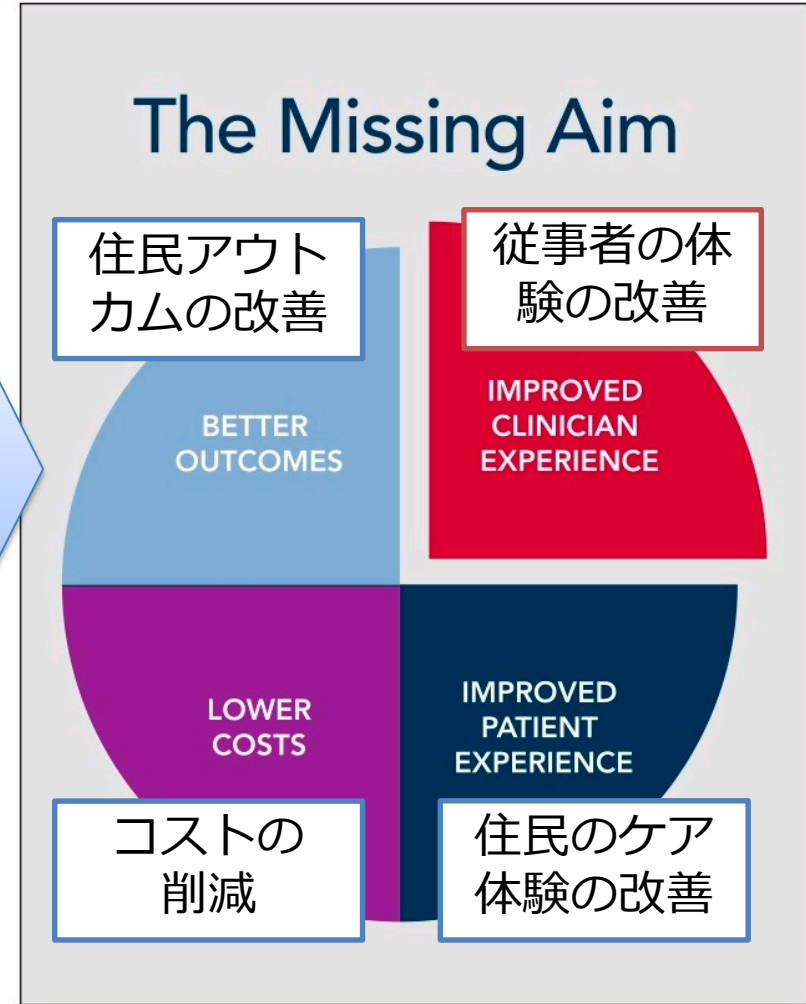
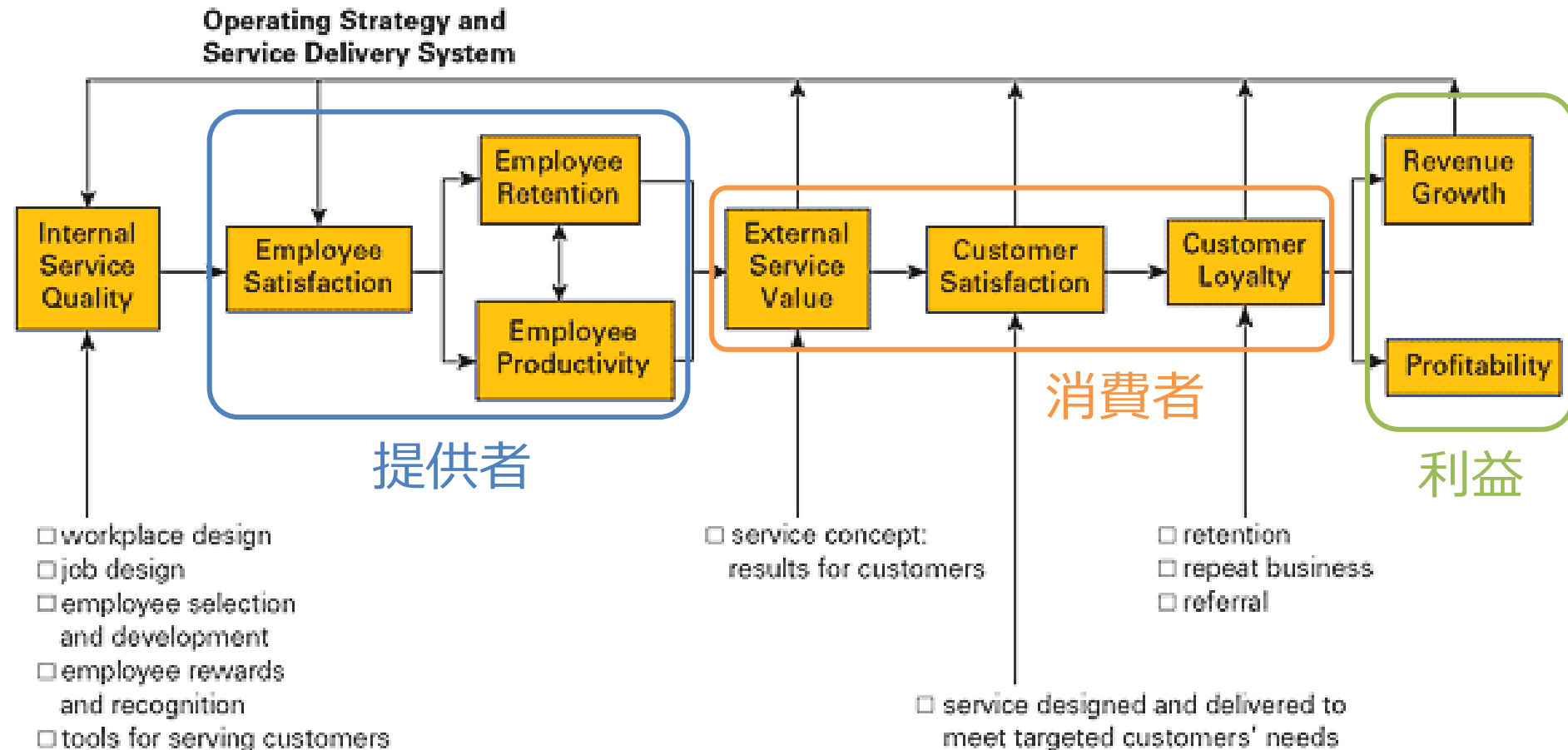


Figure 2. The Fourth (missing) Aim is improved clinician experience.

# 対人サービス領域ではサービス提供者の満足度等が消費者の満足度等に影響を与える(Heskett, et al., 1994)



# 既存枠組みを踏まえた在宅医療・介護のアウトカム評価枠組みの例： 「三方よし」（売り手よし・買い手よし・世間よし）

- 医療・介護職等へのアンケート

- Improved Clinician Experience

売り手（従事者）  
高い職務満足  
低い離職／病欠

- Better (Patient) Outcomes
- Improved Patient Experience

買い手（利用者）  
高い生活満足  
ケアの質担保

- かつそれらが接合可能で相互の関連や時系列の変化を深掘することができるデータ構造がベター

- 住民へのアンケート
- ケアプロセスの可視化（アセスメント／ケア介入など）
- 状態像データの解析（要介護認定調査等）

世間（社会）  
低いコスト

- Lower Costs

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

中間アウトカム（必要なサービスの状態）を  
考える際に大切なこと：場面別で具体的に考える

1. 入退院支援
2. 日常の療養支援（定時の対応）
3. 急変時の対応（臨時の対応）
4. 看取り（人生の最終段階）

これらを支えるために最適な  
サービスの“量”と“質”を考えていく



# 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制構築に当たっては、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」といった場面に応じた4つの医療機能を確保していくことが必要である。
- また、在宅療養支援診療所・病院等の積極的な役割を担う医療機関や、医師会・市町村等の在宅医療に必要な連携を担う拠点等の働きにより、多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供できる体制の確保が重要となる。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

急変

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）より



# 4つの場面を配置すると…

日常

非日常

止むを得ず非日常の場  
(病院) で過ごす時間を  
いかに最小化できるか

1. 入退院支援

住まい

病院

2. 日常の  
療養支援

3. 急変時の対応  
(臨時の対応)

4. 看取り (人生の最終段階)  
ACP ← → 臨死期の関わり

本来日常の場 (住まい)  
で対応できるはずの突発的  
エピソードに対して、  
非日常 (病院) への遷移  
をいかに防げるか

安定的な日常療養の確保  
≡先を見越した関わり+突発的  
エピソードへの盤石な対応

表裏一体

### 3. 指標の設定

## 指標の3分類

ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標

# 参考：厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」

## • 第2の2 指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること。

レベル	内容
ストラクチャー指標	医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標
プロセス指標	実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
アウトカム指標	住民の健康状態や患者の状態を測る指標

# 参考：厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」

4 場面

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

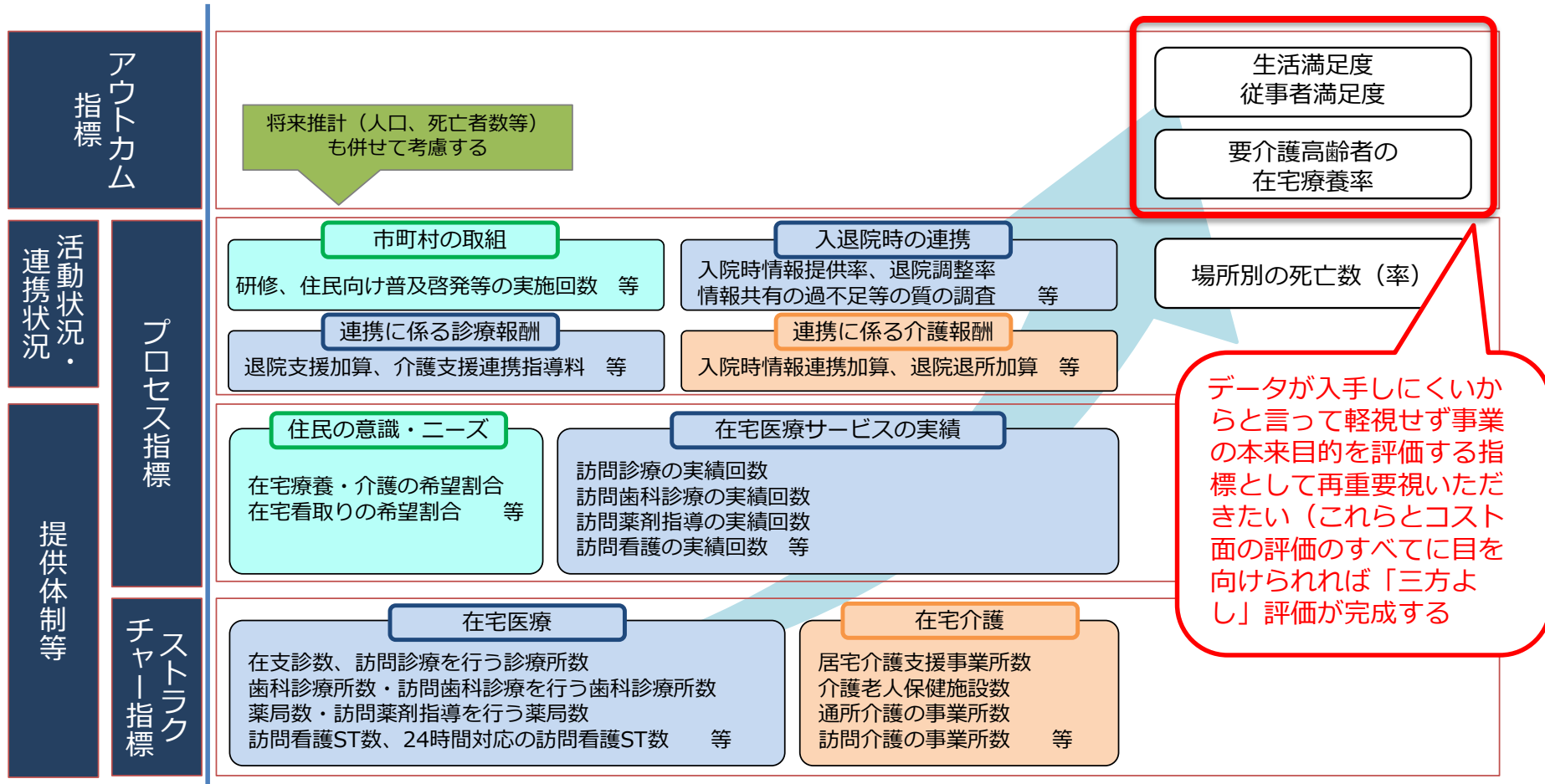
	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数 ●	訪問診療を実施している診療所・病院数 ●	往診を実施している診療所・病院数 ●	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 ●	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数 ●	24時間体制を取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	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	
		訪問薬剤指導を実施する薬局・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	訪問歯科診療を受けた患者数		● 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
	退院時共同指導を受けた患者数 ●	訪問看護利用者数		在宅死亡者数
	退院後訪問指導料を受けた患者数	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
		小児の訪問看護利用者数		
アウトカム				

平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用

出典：平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（医政地発0331第3号）「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11  
赤枠と青枠、青地は東京大学で加筆

# 在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業 (平成28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 野村総合研究所)

# 介護予防領域の調査項目も流用可能

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査票（必須項目）「健康について」抜粋

問7 健康について	
(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか	
1. とてもよい      2. まあよい      3. あまりよくない      4. よくない	
(2) あなたは、現在どの程度幸せですか （「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください）	
とても不幸	とても幸せ
0点	10点
1点	9点
2点	8点
3点	7点
4点	6点
5点	5点
6点	4点
7点	3点
8点	2点
9点	1点
(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	
1. はい      2. いいえ	
(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	
1. はい      2. いいえ	

主観的  
健康感

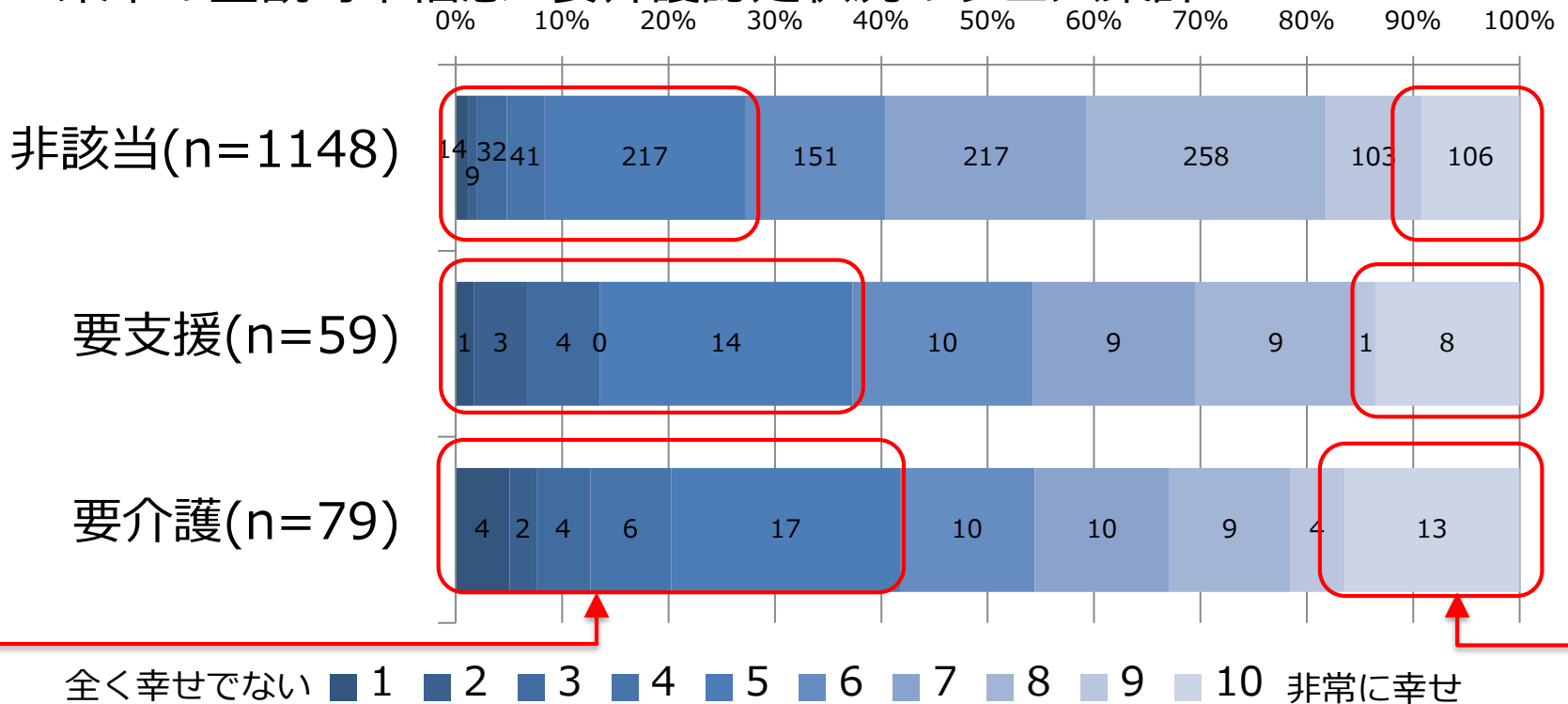
主観的  
幸福感

抑うつ

これらの項目を要介護者（訪問診療利用群・入院群・入所群）に対して実施するだけで、自立高齢者群との比較が可能となる

# 主観的幸福感の測定例 (JAGESデータより)

- 某市の主観的幸福感×要介護認定状況のクロス集計



非該当・要支援・要介護の3群を比較すると…

- 要介護・支援群において相対的に「幸せではない」と感じている人の割合が高いという見方もできる
- 一方で、要介護・支援群において「非常に幸せ」と感じている人の割合が高いという見方もできる

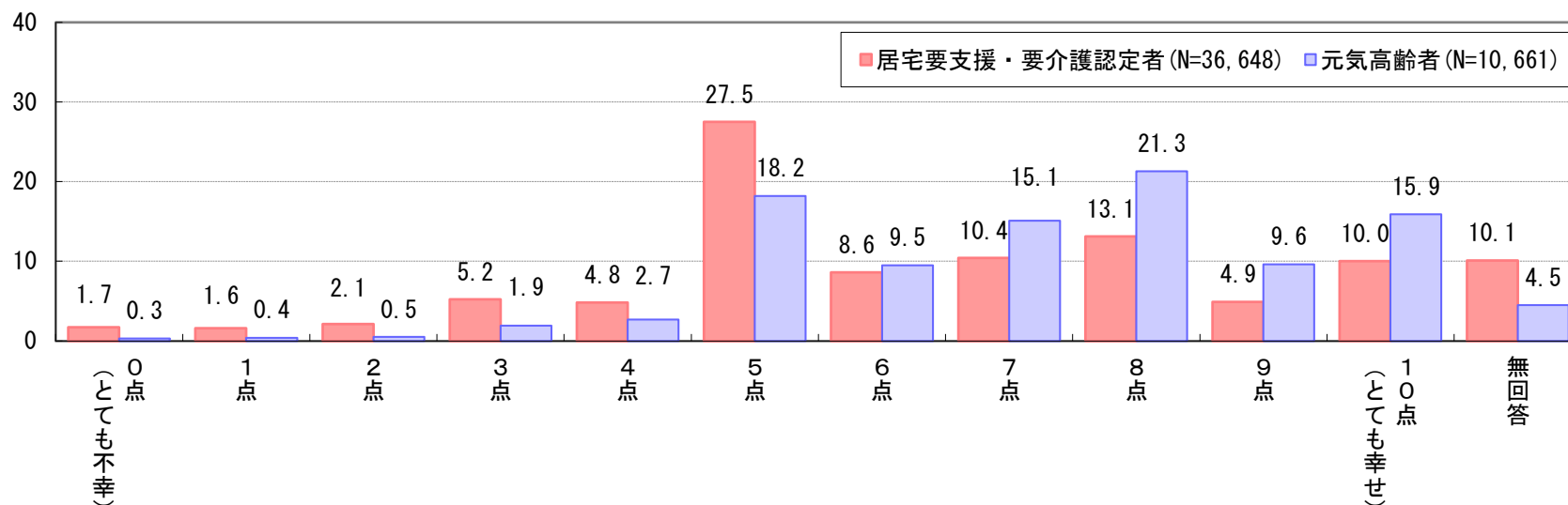
→市町村が要介護者も含めて幸福感等の主観的指標を定点観測し、ADLなどの客観的指標とあわせて在宅医療（・介護連携）あるいは地域包括ケアの複合的評価指標として活用できるのではないかと？

# 主観的幸福感の測定例（長野県）

## 16 現在の幸福度

- ・居宅要支援・要介護認定者では「5点」が3割近くを占め最も高く、平均では6.13点となっており、元気高齢者では「8点」が2割以上を占め最も高く、平均では7.21点となっている。

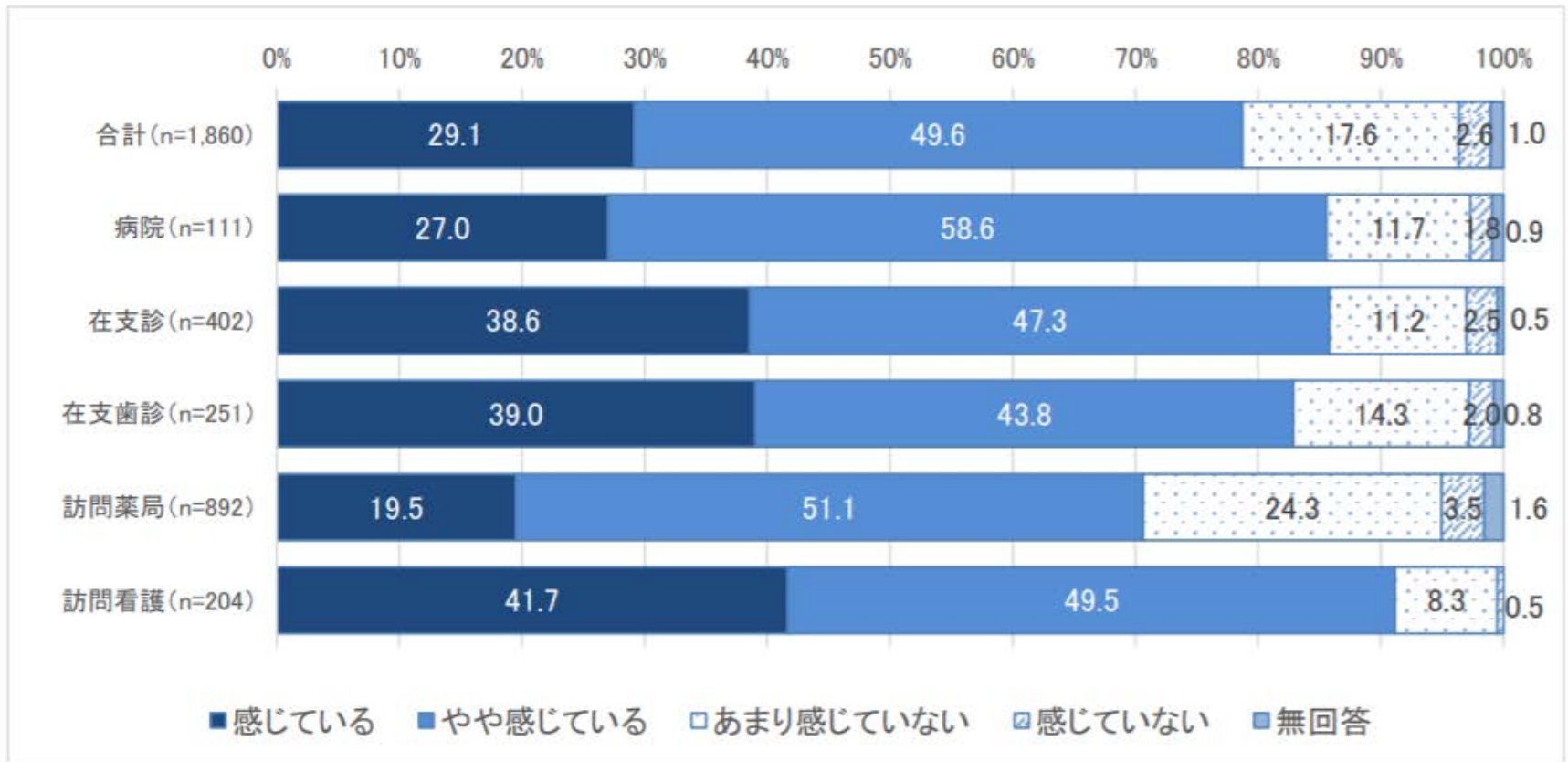
（%）元気高齢者が居宅要支援・要介護認定者に比べて1.08点高くなっている。





# 従事者満足度の測定例（大阪市）

図表 43 仕事の満足感



### 3. 指標の設定

## 指標設定のポイント

# 指標を設定するポイント

1. 何を評価するのか「アウトカム」を明確にしてから指標を検討（ロジックモデル等を活用）
2. 「ある指標」を選ぶのではなくアウトカムを評価するのに「必要な指標」を選ぶ・（ない場合は）作る
3. ストラクチャー指標 < プロセス指標 < アウトカム指標
4. 継続して入手できるもの（時系列で推移をみる）
5. 他地域と比較できるもの（全国・都道府県・二次医療圏で比較し自地域の特徴をみる）
6. 住民調査・従事者調査などアンケートも活用（日常生活圏域ニーズ調査など）
7. 患者・家族の声、医療・介護従事者の声、協議会での議論、担当者としての体感、など数値では表せない情報も重要

## 4. 評価の次元

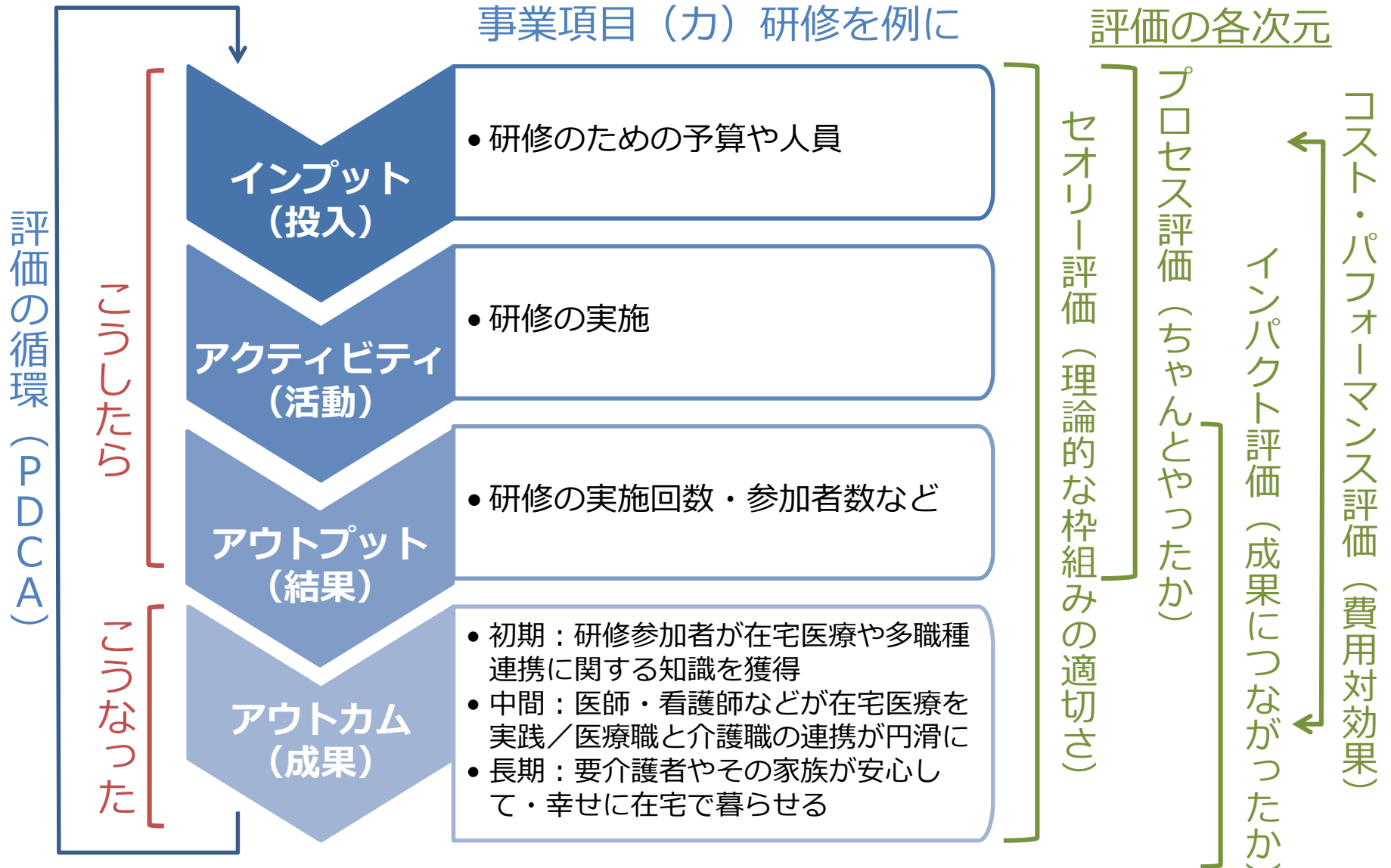
# 4つの評価の次元とP D C A

# 事業評価の基本枠組み：ロジックモデル

(考え方の筋道・原因と結果の構造図)

事業項目 (カ) 研修を例に

評価の各次元



図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003. Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法, 2005. 国際医療福祉大学教授埴岡健一氏講演資料をもとに演者作成

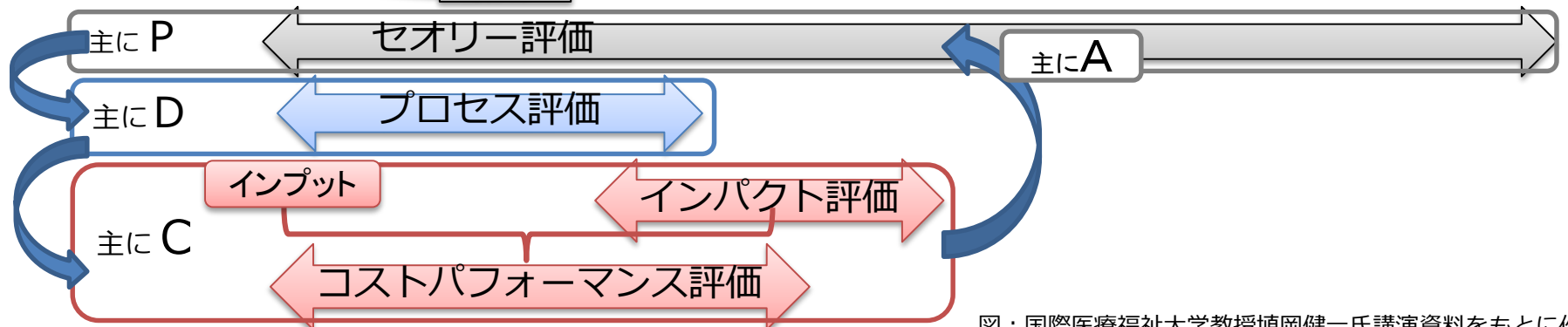
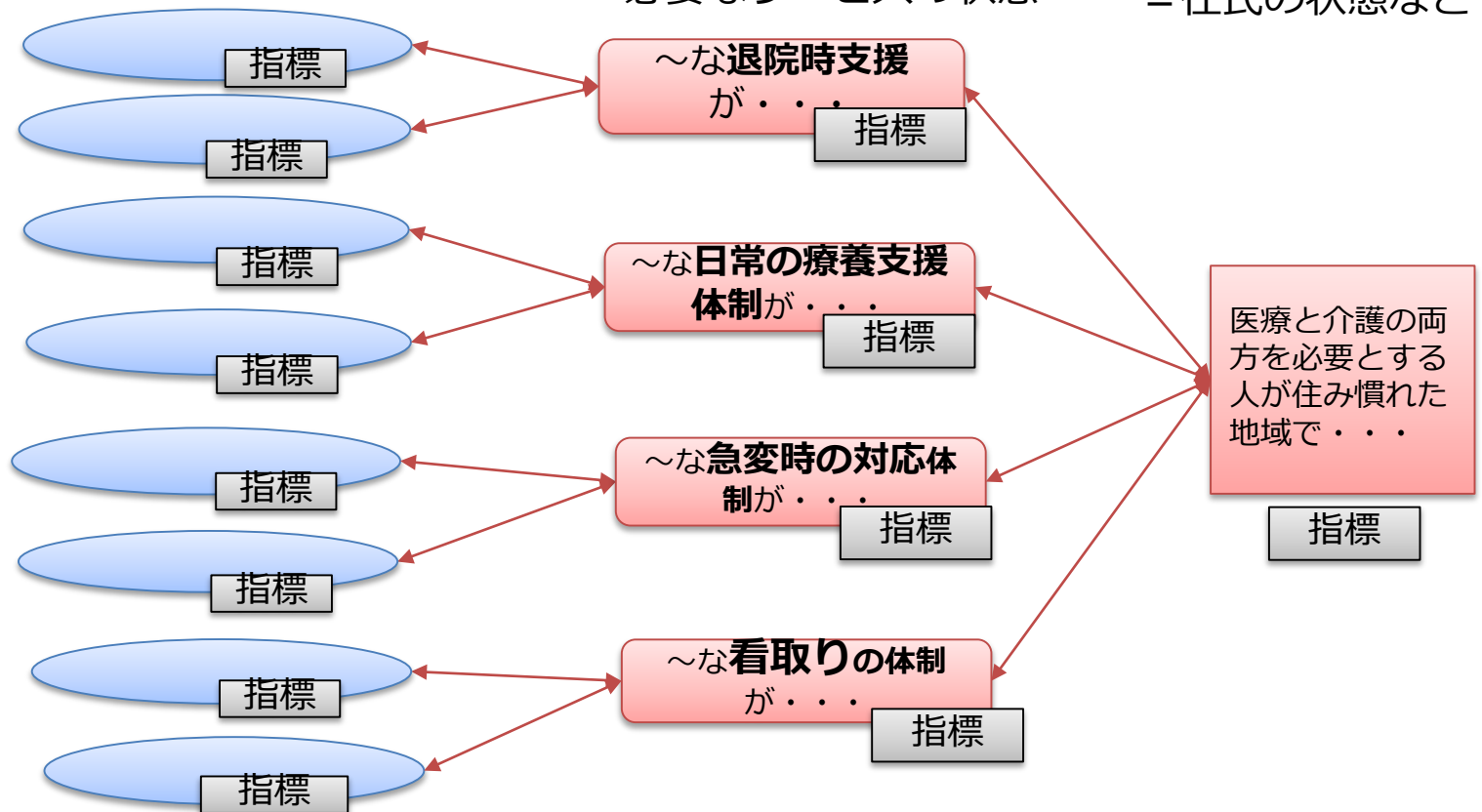
# 4つの評価の次元とPDCA

アクティビティ = 取組み  
 アウトプット = 結果

中間アウトカム  
 = 必要なサービスの状態

最終アウトカム  
 = 住民の状態など

(ウ) (ク)



# お話ししたポイント

## 1. 在宅医療・介護連携におけるPDCA

### – 地域マネジメント

市町村が役割の1つとして果たせること

## 2. 事業評価の基本枠組み

### – ロジックモデル

取組みの見える化・体系化も可能。→地域の関係者間（都道府県と市町村、行政と医療・介護従事者）で目指す姿と取組、進捗を共有するツールとしても利用できる。

### – 在宅医療・介護連携におけるアウトカム

①患者・利用者・住民      ②コスト      + ③医療・介護従事者

サービスの在り方に関するアウトカムは4場面別に具体的に考える。

## 3. 指標の設定

### – 指標の3分類

### – 指標設定のポイント

指標探し（アンケート項目づくり）からではなく、アウトカム（目的・目標）の明確化から。

市町村が指標（特に医療に関わる指標）の意味を理解し、評価に使うには、都道府県や医療・介護従事者との協働が必要。

## 4. 評価の次元

### – 4つの評価の次元とPDCA

PDCAのCはインパクト評価が主。プロセス評価だけにはしない。

# 参考資料

※事業評価・PDCAについてさらに具体的・実践的に学びたい方へ

- 野村総合研究所：地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況及び先進事例等に関する調査研究報告書（厚生労働省平成28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分））  
[https://www.nri.com/~media/PDF/jp/opinion/r\\_report/syakaifukushi/20170410-2\\_report\\_1.pdf](https://www.nri.com/~media/PDF/jp/opinion/r_report/syakaifukushi/20170410-2_report_1.pdf)
- 地域医療政策実践コミュニティ（Regional Health Plan Action Community = RH-PAC）：地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン 実践編～第1部プロセス編～  
[http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2015-05-16/documents/RHPAC2\\_GL\\_Process\\_all.pdf](http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2015-05-16/documents/RHPAC2_GL_Process_all.pdf)
- 特定非営利活動法人がん政策サミット：誰にでもできる！第3次がん計画策定ガイドブック  
[http://cpsum.org/pdf/summit/14/cplanguide\\_1705.pdf](http://cpsum.org/pdf/summit/14/cplanguide_1705.pdf)
- JAGES：介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド  
<https://www.jages.net/renkei/chiikirenkei/>

※ 本資料作成にあたり、近藤克則先生（千葉大学／国立長寿医療研究センター）、埴岡健一先生（国際医療福祉大学）より貴重な資料提供やご助言をいただきました。厚く御礼申し上げます。