

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」

# 評価指標例について

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（ポイント）

## 1. 事業の目的に見合った指標の設定

- 特にアウトカム指標とプロセス指標を意識
- 4つの場面（日常の療養支援・看取り・急変時の対応・入退院支援）別の指標設定

## 2. 使いやすい指標の選択

- 継続的に測定が可能な指標とする
- できるだけ従事者や住民に回答負担のかからない指標とする（回答負担の最小化に努める）
- 市町村単位の集計が可能な指標とする（日常生活圏域単位の集計が可能ならベター）
- 他市町村との比較が可能な指標が望ましい

## 3. レセプト情報の活用

- 医療・介護レセプト情報の活用
- 都道府県によるレセプト処理の支援

# 1. 事業の目的に見合った指標の設定

# 事業の目的は？

- 良い医療とは？
- 良い介護とは？
- 良い在宅医療とは？
- 良い在宅医療・介護連携とは？

(ア) ~ (ク) がこれらに資するものとなっているか批判的吟味を続けることが大事

# 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

- 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

- Better (Patient) Outcomes
- Improved Patient Experience

買い手（利用者）  
高い生活満足  
ケアの質担保

- 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

# 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
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
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
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

# アウトカム指標・プロセス指標・ ストラクチャー指標について

## ● アウトカム指標

- 最重要な指標であり、短期的には入手が難しい場合でも中長期的視野で可視化に努めるべき。
- アウトカム指標を見ずに他の指標にばかり傾倒していると、在宅医療・介護連携推進事業の「目的を見失う」ことになりがち。
- 住民（患者・利用者）の客観的状态（居所など）はレセプト情報等から把握できるものもある。主観的状态（主観的幸福・生活満足など）はレセプト等既存統計では把握が難しい場合が多く、住民調査を実施することになる。

## ● プロセス指標

- 大きく量の確保・質の確保の2側面がある。
- 「量」の状況は、レセプト情報でほぼ把握することができる。
- 「質」の状況は、レセプト情報から把握することには限界があり、従事者へのアンケート等による補完が必要だが、これは回答の負担に配慮して実施されるべき。
- 例えば、退院時共同指導料・介護支援連携指導料・退院退所加算・入院時情報連携加算などのレセプトの件数が「質」の指標として用いられていることがあるが、算定をしなくても質の高い連携がなされていることも、逆に算定をしても形式的な連携にとどまることもあるため、注意が必要。

## ● ストラクチャー指標

- 既存統計から入手は容易だが、それだけを見ても稼働状況が分からずほとんど意味がない。
- 例えば、在宅療養支援診療所数について、訪問診療を提供していない在宅療養支援診療所もある一方、在宅療養支援診療所でなくても訪問診療や往診を提供しているところもあるため、注意が必要。



# 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

## 2. 使いやすい指標の選択

# 指標を決定した後の変更について

- 一度決めたら当面は変えないのが原則です。あまり安易に変更をしてしまうと、経年比較ができなくなります。
- しかし、目的に合わない指標で漫然と測定を続けることを勧めるわけではありません。
- レセプト情報は、保険報酬請求という別の目的のために、定型様式で測定され続けている貴重な情報源です。測定の継続可能性という観点ではアンケート調査等に勝ります。
- アンケート調査を実施する場合にも、新たに実施するのではなく既に定型化された形で実施されている機会をうまく活用することが重要です（介護保険事業計画策定のための諸調査・要介護認定調査など）。

# 集計・データ整備の単位について

- 在宅医療・介護連携推進事業の評価のためには、市町村単位か日常生活圏域の単位で集計が行われることが有用だと思います。
- 地域間の比較ができるよう、市町村ごとで独自に行うよりは都道府県ごと、都道府県ごと個別に行うよりは複数都道府県合同、といった形で、より広域で形式を揃えて集計を行った方が有用に思います。

### 3. レセプト情報の活用

# レセプト情報の特徴

- 保険報酬の請求のために毎月収集がされている（新たに収集体制を構築する手間は不要）。
- 医療機関・介護サービス事業者の経営に直結するため悉皆性が高い（アンケート調査は回答しないところもあるがレセプトを請求しないところはほとんどない）。
- 住民（患者・利用者）⇔提供機関⇔提供地域の情報がすべて紐づいている（アンケート調査に比べて詳細にクロス集計等を行える）。
- 手続きを踏めば、医療・介護施策のために市町村・都道府県行政が利用可能。

# 参考：KDBデータの活用

## 保険者における高齢者の保健事業と介護予防の一体化に向けた KDBシステム活用の課題

### ○ 保険制度をまたいだデータの閲覧

現行法令では保険制度をまたいで個人の健康に関する情報を閲覧できる根拠が明確に存在しない。このためKDBシステムでは、各保険者が保険制度をまたいで閲覧する場合、基本的に保険制度内で閲覧を閉じる設計としている。

現在は、各保険者間（国保⇔後期、国保⇔介護等）において個人情報保護審査会や契約等調整の上、閲覧権限の設定を変更することにより保険制度をまたいだ閲覧が可能となっているが、実現に至っていない保険者が多くある。

これを解消するためには、個人情報の保護のもと、制度をまたいでデータを閲覧できる方法（法律の整備等）の検討が必要である。

### ○ 地域包括ケアに関わる在宅医療関連のデータはKDBシステムの帳票にないため、突合csvを用いて分析することとなる

各都道府県のKDBシステムの基となるデータ（突合csv）を国保中央会から希望する国保連合会に提供している。その突合csvを用いて都道府県等と連携し、都道府県が策定する医療計画の参考資料として活用しているところもある。

ただし、データの保管・処理・分析など活用には作業時間と技術が必要となるため、簡便に活用できるシステムの開発やそのための経費、人材育成が必要となってくる。

# レセプトデータの構造 (概要)

## • 医療レセプト：医科・診療行為

Aさんは2019年3月に東大病院の訪問診療を2回受けました

診療年月	被保険者番号	医療機関コード	診療行為コード	回数	...
201903	XXXXXX	8814790	114001110	2	...

2019年3月

Aさん

東大病院

在宅患者訪問診療料  
(同一建物居住者以外)

月2回

1人  
1月  
1機関  
1行為  
につき  
1行  
(1枚)

## • 介護レセプト：明細 (D1)

Aさんは2019年3月に白十字訪問看護STの訪問看護 (60分未満) を8回受けました

サービス提供年月	被保険者番号	事業者番号	サービスコード	回数	...
201903	XXXXXX	1367196108	131211	8	...

2019年3月

Aさん

白十字訪問看護  
ステーション

訪問看護I3

月8回

1人  
1月  
1事業者  
1コード  
につき  
1行  
(1枚)

# 参考：医療・介護レセプト雑感

## ● 介護レセプト

- 市町村が管理主体でありアクセスしやすい（はず）。明細（D1）ファイルを用いることで詳しい指標集計ができる。
- KDB：介護レセプトの情報はKDBにも入っている。ただしKDBフォーマットの介護レセプトデータは粗く使いにくい（サービス項目コードやサービス利用回数の情報が入っていないなど）。

## ● 医療レセプト

- 後期高齢者医療：在宅医療・介護の対象者の多くが含まれる。後期高齢者医療広域連合の個人情報審査会を通すことで市町村・都道府県に情報提供されている。
- 国保：在宅医療・介護の対象者の割合は多くない。市町村が管理主体だが国保担当部局が管理しており介護保険部局に情報共有がされにくい場合がある。
- KDB：後期高齢者医療・国保レセプトの情報はKDBにも入っている。在宅医療・介護連携推進事業の指標を集計するには十分な粒度の情報が格納されているように思われる。

# 参考：医療・介護レセプト雑感

## ● 医療レセプト（続き）

- NDB：ほぼ全ての保険者のレセプトが含まれるものの市町村別集計は困難（患者住所地不明のデータが含まれる）。匿名化されており介護レセプトとの紐付けは不可能。
- 医療計画策定支援データブック：NDBデータから集計・推計。患者住所地ベースと機関所在地ベースの2種類が存在。
- 訪問看護療養費：電子化されていないためいずれのデータソースにも含まれない。

## ● 共通

- 看取り期の集計を行うためには被保険者台帳の資格喪失年月日＋資格喪失事由の列が必要。（ただしKDBには資格喪失年月日は入っているが喪失事由がない。）
- 診療行為コード・介護サービス種類／項目コードの内容を理解して集計に臨む必要がある。
- 「人数」・「枚数（レセプト件数）」・「回数」の違い、「月間」と「年間」という集計単位の違いを理解して集計値を解釈する必要がある。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例（全体）

場面	入退院支援	日常の療養支援（全体を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標 (S)	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算（医療）を算定している施設数</li> <li>退院時共同指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護（15を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（医療）を算定している施設数</li> <li>リハビリテーション職種：訪問看護15（介護）・訪問リハビリテーション（介護）・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（医療）を算定している施設数</li> <li>歯科医師：歯科訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>歯科衛生士：居宅療養管理指導（介護）・訪問歯科衛生指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>薬剤師：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>管理栄養士：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問栄養食事指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>訪問介護員：訪問介護（介護）を算定している施設数</li> <li>地域密着型：（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を算定している施設数（介護）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅時医学総合管理料（医療）を算定している施設数</li> <li>医師：往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：緊急時訪問看護加算（介護）・24時間対応体制加算（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護の夜間・早朝加算（介護）・訪問看護療養費の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算（医療）を算定している施設数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算（医療）を算定している施設数</li> <li>医師：在宅がん医療総合診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護のターミナルケア加算（医療・介護）を算定している施設数</li> <li>全職種：被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数（医療・介護）を算定している施設数</li> </ul>
プロセス指標 (P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数</li> <li>介護職の中で「医療職に相談したり話をするのは敷居が高い」と感じている者の割合</li> <li>医療・介護従事者の就業満足度・生活満足度（内閣府勤労意識に関する世論調査や国民生活に関する世論調査などの既存の調査で用いられている設問を利用し医療・介護職以外の群との比較可能性を担保）</li> </ul>			
アウトカム指標 (O)	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため「急変時の対応」の項に示した内容で代用する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養率（医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計）</li> <li>住民の生活満足度・主観的幸福感・抑うつ・在宅療養にあたっての不安（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や内閣府国民生活に関する世論調査などの既存の調査で用いられている設問を利用し在宅療養者以外の群との比較可能性を担保）</li> <li>医療費・介護費（医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>傷病名などを用いてACSC（Ambulatory care-sensitive conditions***）を定義した上で、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する</li> <li>同様に、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する</li> <li>ただし、いずれも重症度の調整が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における在宅療養率（「日常の療養支援」の項を参照）</li> </ul>

**<凡例>**

- 黒字：医療・介護レセプトで集計可能なもの
- 青字：医療・介護従事者アンケートで把握するもの
- 赤字：住民アンケートで把握するもの
- 緑字：コストに関する指標（医療・介護レセプトで集計可能）

SとPは主に資源の量や連携、Oはケアの質・住民の状態・費用を測定

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。  
 \*\* 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。  
 \*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例（全体）

場面	入退院支援	日常の療養支援（全体を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標 (S)	対応施設・事業所数（量）			
プロセス指標 (P)	対応回数（量）			
アウトカム指標 (O)	医療・介護職間のフラットな関係／医療・介護職の職務満足等（質）			
	再入院等よくないことが起きにくい（質）	在宅療養率（質） 住民の生活満足等（質） 医療・介護費	往診・救急搬送等よくないことが起きにくい（質）	終末期の在宅療養率（質）

\* 被保険者... \*\* 「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」... \*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例 (日常の療養支援 兼 全体)

医療・介護レセプト  
で集計する場合

## 日常の療養支援 (全体を兼ねる)

- |   |  |
|---|--|
| S | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>• 看護師：訪問看護（I5を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（医療）を算定している施設数</li> <li>• リハビリテーション職種：訪問看護I5（介護）・訪問リハビリテーション（介護）・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（医療）を算定している施設数</li> <li>• 歯科医師：歯科訪問診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>• 歯科衛生士：居宅療養管理指導（介護）・訪問歯科衛生指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>• 薬剤師：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>• 管理栄養士：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問栄養食事指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>• 訪問介護員：訪問介護（介護）を算定している施設数</li> <li>• 地域密着型：（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を算定している施設数（介護）</li> </ul> |
| P | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数</li> </ul>  |
| O | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在宅療養率（医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計）</li> <li>• 医療費・介護費（医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出）</li> </ul>  |

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。

\*\* 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。

\*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例 (日常の療養支援 兼 全体)

介護レセプトだけで集計する場合

## 日常の療養支援 (全体を兼ねる)

- |   |   |
|---|---|
| S | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師：<del>居宅療養管理指導 (介護)</del> 在宅患者訪問診療料 (医療) を算定している施設数</li> <li>• 看護師：訪問看護 (I5を除く) (介護) ・在宅患者訪問看護・指導料 (医療) ・訪問看護療養費 (医療) を算定している施設数</li> <li>• リハビリテーション職種：訪問看護I5 (介護) ・訪問リハビリテーション (介護) →在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (医療) を算定している施設数</li> <li>• 歯科医師：<del>居宅療養管理指導 (介護)</del> 歯科訪問診療料 (医療) を算定している施設数</li> <li>• 歯科衛生士：居宅療養管理指導 (介護) →訪問歯科衛生指導料 (医療) を算定している施設数</li> <li>• 薬剤師：居宅療養管理指導 (介護) →在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療) を算定している施設数</li> <li>• 管理栄養士：居宅療養管理指導 (介護) →在宅患者訪問栄養食事指導料 (医療) を算定している施設数</li> <li>• 訪問介護員：訪問介護 (介護) を算定している施設数</li> <li>• 地域密着型：(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を算定している施設数 (介護)</li> </ul> |
| P | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 「ストラクチャー指標」の項に示した点数 (医療→介護) の算定回数</li> </ul>   |
| O | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在宅療養率 (医療→介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計) ※医療レセプトを使わない場合は入院群の特定は不可能</li> <li>• <del>医療費→介護費 (医療→介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出)</del></li> </ul>  |

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。

\*\* 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。

\*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例 (看取り)

医療・介護レセプト  
で集計する場合

	看取り
S	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算（医療）を算定している施設数</li> <li>医師：在宅がん医療総合診療料（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護のターミナルケア加算（医療・介護）を算定している施設数</li> <li><u>全職種：被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数（医療・介護）を算定している施設数</u></li> </ul>
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数</li> </ul>
O	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における在宅療養率（「日常の療養支援」の項を参照）</u></li> </ul>

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。

\*\* 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。

\*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例 (急変時の対応)

医療・介護レセプト  
で集計する場合

## 急変時の対応

- |   |   |
|---|---|
| S | <ul style="list-style-type: none"> <li>医師：在宅時医学総合管理料（医療）を算定している施設数</li> <li>医師：往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：緊急時訪問看護加算（介護）・24時間対応体制加算（医療）を算定している施設数</li> <li>看護師：訪問看護の夜間・早朝加算（介護）・訪問看護療養費の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算（医療）を算定している施設数</li> </ul>   |
| P | <ul style="list-style-type: none"> <li>「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数</li> </ul>   |
| O | <ul style="list-style-type: none"> <li>傷病名などを用いてACSC（Ambulatory care-sensitive conditions***）を定義した上で、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する</li> <li>同様に、訪問診療か訪問看護を受けるACSCの者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈する</li> <li>ただし、いずれも重症度の調整が必要</li> </ul> |

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。

\*\* 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。

\*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 在宅医療・介護連携の評価指標例 (入退院連携)

医療・介護レセプト  
で集計する場合

入退院連携	
S	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算（医療）を算定している施設数</li> <li>退院時共同指導料（医療）を算定している施設数</li> <li>介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数</li> </ul>
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数</li> </ul>
O	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため「急変時の対応」の項に示した内容で代用する</li> </ul>

再掲：退院時共同指導料・介護支援連携指導料・退院退所加算・入院時情報連携加算などのレセプトの件数が「質」の指標として用いられていることがあるが、算定をしなくても質の高い連携がなされていることも、逆に算定をしていても形式的な連携にとどまることもあるため、注意が必要。

\* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。

\*\* 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入居者・特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。

\*\*\* 傷病名からACSCを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

# 都道府県がレセプト処理を支援するメリット

- レセプト情報の集計ロジックは基本的には市町村共通で良いはずなので、広域行政が担った方が単位人口あたりの労力は小さくて済む
  - 複数都道府県が連携して取り組むことでさらに労力を小さくすることができる
- 管内市町村間の比較が可能となる
- 都道府県国保連とのやり取りが一元化される
- (大学・委託事業者等に委託をする場合) データ処理を担う第三者とのやり取りが一元化される

# 再掲：お話しする内容（ポイント）

## 1. 事業の目的に見合った指標の設定

- 特にアウトカム指標とプロセス指標を意識
- 4つの場面（日常の療養支援・看取り・急変時の対応・入退院支援）別の指標設定

## 2. 使いやすい指標の選択

- 継続的に測定が可能な指標とする
- できるだけ従事者や住民に回答負担のかからない指標とする（回答負担の最小化に努める）
- 市町村単位の集計が可能な指標とする（日常生活圏域単位の集計が可能ならベター）
- 他市町村との比較が可能な指標が望ましい

## 3. レセプト情報の活用

- 医療・介護レセプト情報の活用
- 都道府県によるレセプト処理の支援