

201444008A

厚生労働科学研究委託費

長寿科学研究開発事業

(委託業務題目)

エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報

活用マニュアル作成と運用に関する研究

平成26年度 委託業務成果報告書

業務主任者 熊川 寿郎

平成 27 (2015) 年 3 月

本報告書は、厚生労働省の長寿科学研究開発委託事業による委託業務として、熊川寿郎が実施した平成26年度「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」の成果を取りまとめたものです。

厚生労働科学研究委託費

長寿科学研究開発事業

(委託業務題目)

エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報

活用マニュアル作成と運用に関する研究

平成26年度 委託業務成果報告書

業務主任者 熊川 寿郎

平成 27 (2015) 年 3 月

目 次

I. 委託業務成果報告（総括）	
エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用 マニュアル作成と運用に関する研究	1
熊川 寿郎	
II. 委託業務成果報告（業務項目）	
1. 地方自治体における客観的データを活用した地域の課題把握の状況に関する インタビュー調査	7
松繁 卓哉	
（資料）厚生労働科学研究「地域ケア会議等における客観的データの活用 に関する調査」インタビュー調査ガイド	14
2. 地域包括ケアシステム構築のための市町村地域ケア会議等における 情報活用状況に関する研究	17
森川 美絵	
（資料）地域ケア会議情報活用 全国アンケート調査票	27
単純集計表	34
自由記述一覧	42
3. KDB抽出ファイル活用のためのマニュアル作成	61
岡本 悦司	
III. 学会等発表実績	71
IV. 研究成果の刊行物・別刷	
Okamoto E, Kumakawa T. Estimation of per-case hospitalization charges from Diagnosis-Procedure-Combination (DPC) data and an international comparison of hospital prices with OECD countries" (DPC を用いた入院費用 の推計と, OECD 加盟国との価格比較) . J. Natl. Inst. Public Health. 2014;63(6):532-537	73
三宅貴之, 佐藤栄治, 三橋伸夫, 熊川寿郎. アクセシビリティと受領割合から見 た二次医療圏の検討ー栃木県の二次医療圏を事例としてー. 日本建築学会計画系 論文集. 2014;79(702):1783-1790	79
玉置洋, 平塚義宗, 岡本悦司, 熊川寿郎. レセプトデータ突合による医療費増加 のリスク因子の検討ー特定健康診査における質問表および各検査項目の分析ー. 厚生 の 指 標. 2014;61(6):1-5.	87
讚岐亮, 佐藤栄治, 熊川寿郎, 鈴木達也, 吉川徹. 大災害時における医療施設へ のアクセシビリティ評価 2014;61(9):1-6.	93

I. 委託業務成果報告（総括）

エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究

熊川寿郎 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長

研究要旨

持続可能な地域包括ケアシステム構築のために、地方自治体（市町村）がエビデンスデータ、とくに国保データベース（KDB）をどのように活用しているのか実態調査を行った。また現場スタッフのKDB活用を支援するためのマニュアルを作成した。地域ケア会議における地域課題の把握およびKDBデータの取り扱いの現状について、3箇所の地方自治体を対象にインタビュー調査を行った。その結果、KDBの活用がほとんど進んでいない現状が明らかとなり、その原因としてKDB活用の有効性が十分に周知されていないこと、また個人情報保護に関連する懸念が示唆された。このことから、全国の1,741市町村を対象として、地域ケア会議等におけるエビデンスデータの活用状況および今後の活用可能性を把握するためのアンケート調査を行った。その結果、地域包括ケアシステム構築にむけた、「地域ケア会議」を活用した自治体の政策形成プロセスにおいて、（とりわけ「地域課題の検討レベル」で）エビデンスデータの活用が進んでいない状況が確認された。特に、医療・介護連携の分野での活用は遅れており、エビデンスデータを活用するための具体的手法の提示等、地方自治体へのサポートの必要性が明確になった。また、KDBから抽出される情報をキューブ化し、エクセルのピボットテーブルに変換する手法をマニュアル化することにより、現場においてKDB活用を促進することが可能であることが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究の目的は、全国の市町村がそれぞれの地域の課題を把握するためのツールとして、国保データベース（KDB）や当該ツールで扱うデータを有効活用するためのマニュアルを作成することである。

地域包括ケアを推進するための手段として地域ケア会議が制度化された。地域ケア会議の目的は、1)個別ケース、および2)地域課題の検討である。検討すべきケースの抽出そして地域の現状把握を行うためには、住民の健康情報を網羅するデータ加工あるいはこれを補助するITツールが必要となる。

KDBとは、国民健康保険中央会と都道府県国民健康保険団体連合会が作成し全市町

レセプトそして特定健診・保健指導データが個人単位で検索可能なシステムである。

KDBでは個人を識別した上で、健診データ（血圧やHbA1c）、受療している病名や投薬

内容、受けている介護サービスの内容の

閲覧が可能であり、「地域住民の電子カルテ」として、地域ケア会議を支援することが

できる。地域ケア会議においてKDBや当該ツールで扱うデータを活用することで、

市町村がエビデンスに基づいた地域包括ケアシステムを構築することが可能になる。

KDBは、既に全市町村に配備されており、個別ケース検討と地域課題の検討という地域

ケア会議の2つの機能を十分に果たすた

めの情報基盤は既に整っている。ただし、この配備のための情報伝達等については都道府県の意向等にもよるため、KDB で扱われる医療・介護データの活用方策を本研究において対象とすることとしている。

本研究により、KDB や当該ツールで扱うデータの具体的な活用法がマニュアル化され、全市町村に提供されれば、地域包括支援センターは地域ケア会議に必要なエビデンスに基づいた資料(個別ケースと地域課題に対するデータ)を迅速かつ的確に用意できるようになる。それによって市町村内の医療や介護の資源を無駄なく、かつ必要とする被保険者に確実に提供するための基盤情報を構築できることが期待される。

また保険者である市町村が、医療や介護レセプトの中身 KDB 等を用いて分析する技術を蓄積することで、どのような医療・介護サービスが不足しているのか、逆にどのようなものが過剰に提供されているか、等についても把握できるようになる。それは医療介護の効率化につながるのみならず、「市町村が常にモニターしている」という緊張感を事業者に与えることで不正不当請求を抑止する効果も期待できる。また KDB は国民健康保険中央会と国民健康保険団体連合会が開発したものであるが、地域包括支援センターや地域ケア会議というユーザーの意見をマニュアルに反映させ、フィードバックすることによりシステム全体の将来的な改善につながる波及効果も期待できる。個別ケース検討では、必要なケースは見逃さない、不必要なケースは取り上げないというように、会議の効率についても考える必要がある。また地域課題の評価では、地域の要介護者数や要介護度、受給してい

るサービスの種類と量を迅速に把握する必要がある。いずれも地域住民の健康情報についてのデータベース等の IT 活用が不可欠である。

しかし、KDB に含まれる情報は複雑かつ多岐にわたっているため、まずはそれを有効活用するための手法(マニュアル)を実地で検証・評価しつつ作成する必要がある。市町村が保有する KDB を有効活用することができれば市町村主導による連携・調整機能が発揮される。全市町村において実施可能な KDB の有効利用法についてのマニュアルを作成することにより、実際にどのような方法でデータを抽出すれば事例を的確に抽出できるか、地域課題を把握できるかなどについて検証が可能となる。

B. 研究方法

全国的に KDB の活用開始時期が調査計画当初の見込みよりも遅れたこと、また、全国の KDB の導入に関する条件が異なっていることを考慮して、まず KDB 導入に関わる全国の実態の把握の必要が生じたため、まずプレ調査として平成 26 年 9 月～12 月に 3 か所の自治体に対して地域ケア会議におけるエビデンスデータ活用を用いた地域課題の把握・整理及び KDB に関する活用状況に関してインタビューを行った。

プレ調査のインタビューは地方自治体における保健・医療・福祉の課題抽出の作業において客観的データがどのように活用されているかという点を調べるため、複数の自治体における介護保険、高齢者支援、地域包括ケア等の担当部署の職員を対象に行い、自治体の選定は、これまでの様々な活動報告の実績等をもとに、データ活用の進

んでいるところを候補に挙げ、本研究の趣旨を説明し同意の得られた自治体を対象とした。インタビューは1件につき1時間から1時間半程度の時間で実施され、インタビューの内容は予め同意を得たうえでICレコーダーによって録音され、その後、さらに逐語録化し詳細な報告とした。

このインタビューの結果を基にアンケート用紙を作成し、平成27年度1月から全国の市町村自治体1,741（市790、特別区23、町745、村183、合計1,741）を対象として、地域ケア会議等におけるKDBを含む客観的データの活用状況および今後の活用可能性等を把握するための実態調査（「地域ケア会議における客観的データの活用に関する調査」）を実施した。調査事項は「地域ケア会議の開催状況」、「個別ケース検討タイプの地域ケア会議におけるアセスメント情報の標準化・共有、保健医療情報の把握、保健医療データベースの認知・活用（国保データベース（KDB）含）」、「地域支援事業の取組状況」、「地域課題検討タイプの地域ケア会議における客観的情報・データの参照状況（国保データベース（KDB）含）」とした。

インタビュー及びアンケート調査については国立保健医療科学院倫理審査委員会において承認された。

KDB マニュアル案については市町村の協力によりKDBを実際に操作することによって、地域ケア会議等に有用な情報を得るための簡易マニュアル（案）を作成した。

C. 研究結果

インタビューの結果より主に以下の2点が課題としてあげられた。

第一に、データの活用において個人情報保護の問題がKDB活用の障害となっている可能性があることである。個人情報保護の観点から、アクセスできない情報があるということに加えて、仮にアクセスできたとしても個別支援に活用することが難しい状況の自治体が存在することである。

第二に、既存のデータだけでは、在宅ケアや事業者によるサービスの実態把握を必ずしも可能にしない点が指摘された。このような点については、戸別訪問などのアウトリーチの活動を通じて各自治体が把握に努めているようである。また、自治体独自に調査票を作成し、施策の立案に資する基礎資料を集めているケースもあった。このようなケースでは今後、KDBの活用が期待される。

総じて各自治体内に縦割りの情報の壁は存在するものの、連絡・協議のための仕組みづくりが行われており、認定調査票など既存のデータを活用し、実態把握の工夫もなされていた。しかしながらKDBに関しては、今回インタビューした自治体においては、未だに実質的な活用には至っていなかった。原因はKDBの活用の有効性が自治体に十分に周知されていないこと、また個人情報保護に関連する問題への懸念があるものと考えられる。（詳細は分担研究報告を参照）

全国市町村のアンケート結果は全国の市町村621（回収率35.7%）から返答を得た。

実態調査の結果、以下が確認された。個別ケース検討レベルの地域ケア会議では、保健医療情報の共有は概ねなされているが、共有されていない自治体も無視できない割合に上る。また、共有内容に関して、主治医との情報共有に課題があり、特定健診・

特定保健指導の情報は活用されていない。地域課題検討レベルの地域ケア会議は、開催が4割程度であり、地域課題の把握分析に客観的データを参照しているのは、そのうち3割未満と非常に限られていた。地域支援事業における課題把握分析において、エビデンスデータの活用が比較的進んでいるのは、介護予防と認知症施策であり、データ活用が進んでいないのは、医療・介護連携および生活支援であった。KDBの活用について、地域ケア会議における活用は、現時点で、ほとんどなされていなかった(10自治体未満)。自治体の約半数は「関心はあるが活用イメージわからない」状況であった。個人情報活用の制約については、制約がないという回答は2割未満であり、多くが未検討であり、有効に活用できる条件整備が現状では整っていないことも明らかとなった。

このように 地域包括ケアシステム構築にむけた、「地域ケア会議」を活用した自治体の政策形成プロセスにおいて、(とりわけ「地域課題の検討レベル」で)エビデンスデータの活用が普及していない状況が確認された。特に、医療・介護連携の分野は、今後の課題であり、エビデンスデータ活用に関する具体的手法の提示等、自治体へのサポートが必要(KDB等のナショナルデータベースの活用を含め)であることが明らかにされた。(詳細は分担研究報告を参照)

KDB マニュアルの作成においては KDB から抽出される情報をピボットテーブルに変換して用いることができるマニュアル案を作成した。(詳細は分担研究報告を参照)

D. 考察

わが国では第二次世界大戦以前より年金保険及び医療保険制度が運営されており、

戦後の高度経済成長の中で農業従事者や自営業者などのインフォーマルセクターの問題を解消すべく、1961年に年金及び医療の国民皆保険(Universal Health Coverage, UHC)を達成した。

その後わが国は高齢化社会(高齢化率7%超)に到達する前、1963年に国民老人福祉法を制定し、高齢化社会(高齢化率14%超)に到達する前、1973年に高齢者医療費支給制度、1983年に老人保健法の施行、1989年にゴールドプランを実施した。超高齢社会(高齢化率21%超)に到達する前、1994年に新ゴールドプランを実施し、2000年には介護保険法を施行した。UHC導入後の医療提供体制の歴史は、高齢化対策の歴史とまさに重なるものである。

UHCの重要なアウトカム指標の一つと考えられている平均寿命は、アジア・太平洋地域においては、香港(83.3歳)に続き最も長い(83.2歳)。1950年代から1960年代初頭の伝染性疾患による死亡率の急速な低下とそれに続く脳卒中の大幅な減少により、わが国の平均寿命は極めて短期間に伸びた。このことは1950年代に始まった結核対策と1960年代に始まった血圧などの主要リスク要因の管理といった公衆衛生の取り組みの成果である。

わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており(国民の約4人に1人)、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続け、団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

厚生労働省は平成27年1月7日に全国で認知症を患う人の数が2025年には700万人を超えるとの推計値を発表した。65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症に罹患する計算となる。また、人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部など、高齢化の状況は大きな地域差が生じてくる。

厚生労働省は、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的として、可能な限り住み慣れた地域で、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よう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となる。

具体的には5つのサービス、つまり「予防」「医療」「介護」の専門的なサービスと「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が、相互に関係し連携しながら高齢者の在宅での生活を支える、持続可能な包括的システムを構築することである。そのためには、地域包括ケアシステムの司令塔に位置する地域ケア会議において、エビデンスに基づいた議論が必要となる。

KDBは国民健康保険中央会により「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築された。KDBを活用することができれば、地域ケア会議において、

エビデンスに基づいた議論が実現できる。

E. 結論

インタビューの結果、地域ケア会議等におけるデータの活用において、一部の地方自治体（市町村）では個人情報保護の問題が立ちはだかっていることがわかった。

地方自治体（市町村）へのアンケートの結果、地域ケア会議におけるデータ活用、とくにKDBの活用は進んでいないことが明確となった。

地方自治体（市町村）でKDBの活用が進んでいない現状と理由が明らかとなり、データ活用の具体的手法等、地方自治体（市町村）へのサポート性が必要で明確になった。

KDBから抽出される情報をキューブ化し、エクセルのピボットテーブルに変換する手法をマニュアル化することにより、KDBの活用を促進することが期待できる。

F. 健康危険情報

特になし

II. 委託業務成果報告（業務項目）

地方自治体における客観的データを活用した地域の 課題把握の状況に関するインタビュー調査

松繁 卓哉	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部	主任研究官
熊川 寿郎	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部	部長
森川 美絵	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部	特命上席主任研究官
玉置 洋	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部	主任研究員
平塚 義宗	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部	上席主任研究員

研究要旨

地域包括ケアシステムの構築の取り組みは各地域ごとに進められてきている。地域ごとに展開されている様々な取り組みが、地域にどの程度の効果をもたらしているかは必ずしも明らかになっていない。こうした中で「エビデンスに基づく地域包括ケアシステムの構築」が重視されてきているが、その「エビデンス」がどのようにして入手され活用されているかについては、多くのことが明らかにされていない。

本研究は、地域ごとの今後のケアシステム構築へ向けて、まずは現状の把握が重要であるとの認識から、客観的データの活用を進めてきた地方自治体の取り組みを分析することとした。インタビュー調査を実施し、「地域の課題把握の方法」「課題把握にともなう困難」「データの活用状況」「データの活用に伴う問題点」「必要としているデータの項目」等についてたずね、ポイントの整理を行った。

インタビューでは、既存の「サービス提供量・種別」等を示すデータと、地域住民の真の「ニーズ」を把握するためのデータとの相違についての認識にはじまり、自治体独自のデータ収集により支援計画を策定してきた状況や、サービスの提供現場の状況（ケアの質、ケアプランのクオリティ、利用者の状況等）を把握することの困難について示唆があった。また、個人情報保護の問題がデータベース活用の大きな制約になっていること、とくに予防的介入の施策の立案においては活用が困難になっていることなどが示された。

A. 研究目的

地域包括ケアシステムの構築・整備が各地域で取り組まれている。地方自治体は、その取り組みにおいて中心的役割を担っているが、実際の自治体ごとの取り組み方は多種多様であり、その取り組みの効果もまた様々であることが予想される。こうした中で、確かなエビデンスに基づく地域包括ケアシステムの構築が必要とされている。本研究では、地方自治体における保健・医療・福祉の課題抽出の作業において客観的データがどのように活用されているかという点を調べるため、地方自治体の介護保険、高齢者支援、地域包括ケア等の担当部署の職員を対象にインタビューを実施した。

B. 研究方法

自治体の選定は、これまでの様々な活動報告の実績等をもとに、データ活用が比較的進んでいると考えられるところを候補に挙げ、本研究の趣旨を説明し協力の得られた自治体を対象にインタビューを行った。インタビューは1件につき1時間から1時間半程度の時間で実施された。予め同意を得たうえでICレコーダーによってインタビューの様相を録音し、その後、逐語録化して分析対象とした。インタビューは、予め作成したインタビューガイドの質問項目に沿って行われた。質問項目は、「別紙1」として本章末尾に掲載した内容のとおりである。

質問項目は、以下の3群から構成されている。すなわち、地域における課題把握の実情についての質問群から構成される第Ⅰ部「地域における保健・医療・福祉の課題把握について」、客観的データの活用実態についてたずねる質問群から構成される第Ⅱ部「客観的データの活用について」、課題把握のために必要としている／入手できると便利と思われるデータ項目についてたずねる質問群から構成される第Ⅲ部、その他KDB（国保データベース）の活用に関する質問群から構成される第Ⅳ部である。

逐語録のテキストの分析手順は、まず被面接者各人により示された認識・見解・規定の理解に始まり、次いで、繰り返し現れオーバーラップする項目・相違点の確認を行う作業を行った（Lofland and Lofland, 1995）。

（倫理面への配慮）

研究の趣旨に関する説明と同意書への署名に基づいて、地方自治体の介護保険、高齢者支援、地域包括ケア等の担当部署の職員へのインタビュー調査を実施した。基本的に個人情報を探る質問項目は含まれないが、個人の特定につながると考えられる情報は全て匿名化処理をした上で分析を行うことを協力者と同意のうえインタビューを実施した。

インタビュー・データを保存するUSB記憶媒体は、パスワードを設定したうえで施錠が可能な保管庫において厳重に管理し、保存期間3年を終了した後、USB記憶媒体を物理的に破壊する処置を取る。

C. 研究結果

（研究協力自治体について）

上記の選定基準に基づき、研究協力の依頼を行い、3自治体を対象にインタビュー調査を実施した。以下に3自治体（A市・B市・C市）の概要を述べる。

A市は、2014年7月1日現在、人口約75,000人、世帯数約36,000、高齢化率約22%で、市内に2か所の病院を有する。文教地区、ベッドタウンとして知られる。2008年より在宅療養を推進していくための連絡協議会を設置し、多職種連携や、災害時に向けた対策を推し進めてきた。とりわけ、認知症に関して、市民への啓発や、認知症患者・家族を支える町づくりに力を入れてきている。また、この連絡協議会が個別のケースの検討会を主催し、多職種が参加して事例検討をおこなっている。

B市は、2015年2月1日現在、人口約121,000人、世帯数約49,000、高齢化率約25%、市内に5か所の病院を有する。ベッドタウンとして知られ、市外への就業者の

割合が高く、介護事業者にとっては人材確保が課題となっている。市内は坂道が多く、課題を抱える高齢者にとっては引きこもりがちになる要因となっている。地域ケア会議の仕組みの整備に力を入れてきており、現在3つの異なるレベル（市レベル、日常生活圏域レベル、個別レベル）で会議を開催している。市レベルでは、市全体の課題把握と体制整備の検討をおこなっており、日常生活圏域レベルでは、地域住民との課題の共有や、住民と一体となつての実情把握に取り組んでいる。個別レベルの会議では、困難ケースの解決について検討するとともに、地域の支援体制を整備していく取り組みに従事している。

C市は、2015年2月1日現在、人口約427,000人、世帯数約188,000、高齢化率約25%、市内に19か所の病院を有する。1993年に市の高齢社会総合計画を定め、3年ごとに計画の改定を重ねながら高齢者福祉施策の充実に取り組んでいる。ひとり暮らし高齢者世帯は約16,000世帯（全体の約8.5%）、高齢夫婦のみ世帯は約20,000世帯（全体の約10.6%）となっている。市内の公営・民営の団地の多い地域では高齢化のスピードが早く、今後ますますひとり暮らし高齢者世帯・高齢者のみ世帯が増加することが予想されている。市が行ったニーズ調査によれば、一般高齢者のうち約2割が二次予防事業対象者であり、予防事業への参加促進が課題となっている。

これら協力自治体の関係部署担当者とのインタビューのテキストデータの分析を経て、地域の課題発見のための客観的データの活用に関する現状の整理および課題の抽出を行った。

（インタビュー・データの整理）

以下、「別紙1」の質問項目に沿って、インタビューの中から抽出されたポイント／見解／問題を整理していく。（次節「考察」の中で、以下の結果をふまえた知見について述べていく。）なお、以下に抽出した事柄は、インタビューの中で顕著に示された点というよりは、本研究の主題に照らし合わせて特に重要な点・示唆を持つ点と考えられるものである。

地域における保健・医療・福祉の課題点・問題点の把握の方法	単にケア会議の仕組みだけでなく、 <u>地域の様々な組織等（新聞配達業者、タクシー会社、コンビニ、ヤクルト等）と結びつきながら、情報を得ている。</u> （例えば、地域の認知症高齢者の情報など。）
	<u>「訪問」を現実的な課題解決に直結する手法として重視している。</u> 単に支援対象者の心身の状態を表す指標／データが得られたとしても、例えばその人を支える <u>家族介護者の疲弊の状態や生活の状況などを総合的に見ることで支援の中身が見えてくる。</u> 既存の「客観的データ」からは、中々そのような家庭の中の全体像は見えてこないところに難しさがある。
	<u>地域住民からのボトムアップの動きによって、この町の地域包括ケアシステムをどのような方向へ持っていくのか、という議論が生まれている。</u> それによって、

	<p>例えば議員が先進地区を視察へ行ったり、行政が横断的な体制をつくるようになった。</p> <p>個別支援・戸別訪問の積み重ねの中から、例えば高齢者のハイリスクケースを発見する着眼点として、「緊急連絡先」の記入欄が空白の人は要注意、ということが（臨床知的に）よく分かっている。高い確率で、数年のうちに問題が顕在化している。</p>
課題把握の作業における困難	<p>データによって課題が見つかったとしても、その支援対象者一人ひとりの生活の全体像を把握しなければ、実際の支援ができない。その<u>全体像の把握は頻繁に訪問を重ねる等の地道な作業の積み重ねしかない。</u></p> <p>住民へ認知症に関する理解と協力を求めていくこと、啓発に努めていくことは、非常に労力と時間を要する。</p> <p>情報の取り扱いに際して、<u>個人情報保護の問題が大きく立ちはだかる</u>わけであるが、本人の生命にかかわる事態になると、個人情報保護の制約から解かれた対応に入ることができる。</p> <p>事業所の内部の状況・ケアプランの良し悪しについては「<u>ケアの質</u>」は、既存のデータベースからは見えてこない。この部分の客観的な把握に課題があるために、実際の支援計画・システム構築を「<u>エビデンスに基づくもの</u>」にするのが難しいものになっている。</p>
	<p>（連絡体制は構築しているが）個別支援のための事例検討の中から出てきた課題を、「<u>地域全体の課題</u>」として行政施策へと挙げていくことは容易ではない。様々なかたちで合意形成が必要となるだけでなく、どのような方向へ解決策を持っていくことになるのか、という結論を導き出すことも簡単には進まない。</p>
	<p>医療関係者・介護関係者がお互いに「<u>顔の見える関係</u>」になっていれば、「<u>個別支援のためのケア会議</u>」を行政が設置しなくても、個別支援のための連携は動いていく。</p> <p>委託型の地域包括支援センターを複数有する地域なので、意識や実践の格差が生じないよう平準化を行っていくうえで、全拠点が集まったの連絡会議は必要。</p>
	<p>個別支援の課題を検討する場合は、ケアマネージャーはじめ人材のOJTとしての機能も果たしている。人材の全体的な底上げが図れると、マクロレベ</p>

	<p>ルの地域課題を見出すアンテナの精度も上がる。</p> <p>地域のケアシステムのあるべき方向を示す「幹」のようなものが確立していないと、ケア会議による一方向的な現場状況の情報収集だけでは、いつまでたってもケアシステムそのものは整えられていかない。</p>
客観的データの活用状況	<p>市独自に様々なデータの収集に取り組んできた。例えば、要望のためのプログラムの受講前・受講後のADL・IADLの推移を測定していて、個人特性や地区特性との関連を見ている。プログラム自体の費用対効果も客観的に示すことができる。</p>
データの活用に関する問題点	<p>緊急性の高いケースになってくると、個人情報保護の制約から外れることになるが、「<u>予防的介入</u>」には依然として個人情報保護の壁が立ちほだかる。しかしながら、<u>予防こそが現在最も注力していかなければいけない</u>ところで、そこで「<u>エビデンス</u>」に基づく分析が成立しないことは大きな問題。</p> <p>市民一般向けの予防のための教室に、もし申請すれば要介護3くらいになるような人も参加していて、元気な人達に混ざっているとかなり良い刺激になっていて機能が維持・活性化されている例を見る。こういう人たちが介護系のサービスに乗って、同じように機能が落ちている人たちばかりの中に入ると一気に機能低下してしまうこともあり、「<u>データ</u>」によって画一的に支援対象者をカテゴリー別に支援していく従来のアプローチにも危ういものを感じる。</p>
地域の課題把握に役立つと思われる具体的などのようなデータ項目	<p>退院後の状況、例えば、在宅なのか転院なのか。在宅でないとすれば、その背景には何があるのかなど、単なる「移動」のデータではなくて、その背景に<u>どういった事情があるのかが分かると、支援につながる生きた情報になる。</u></p> <p>現状では、病歴・病名の履歴は必ずしもトレースできない。一連の流れが把握できると、一定のパターンを分析出来たり、それぞれに応じた対応策が考えられるようになる。</p> <p><u>アセスメントに基づいた地域ごとの医療ニーズ・介護ニーズの把握</u>できてはじめて社会資源の効果的な運用が可能になる。データベースが利用できるようになったとしても、先ずこの地域特性の把握（それを可能にするデータ）が前提として揃っていなければならない。「ニーズ」を示すことの出来るデータと、提供された「サービスの総量」を示すデータは別物であることの認識が必</p>

	要。
	全ての受診・服薬の行動の時系列的なデータを基に、ある種のパターン予測・モデル化が可能になると、実効性のある支援的介入ができると思う。

D. 考察

（「ニーズ把握のためのデータ」と「サービス提供総量を示すデータ」の違い）

インタビューを行った3自治体の属性はそれぞれ対照的であるが、「データの活用」をめぐる課題には共通する部分が多い。

第一に、「サービスの総量」を示すデータと、地域住民の「真のニーズ」の把握を可能にするデータとの識別が必要であり、そのうえで後者を基にした地域のアセスメントが土台になるという認識である。この部分が適切に整っていないと様々な「データ」の利用が可能になったとしても、自治体としてのケアシステムの構築へ向けた施策の展開が進展していかないと考えられている。

今回インタビューしたA市・B市・C市は、それぞれ独自にニーズ把握のためのデータ収集の取り組みを積み重ねてきており、これに基づいたケアシステムづくりのビジョン策定に取り組んできている。

（医療依存度・介護依存度の時系列推移の予測）

3自治体ともに、データに基づく医療依存度・介護依存度の時系列的推移の予測の重要性を強調していた。しかしながら、そうした予測は、家庭内の状況（例えば、家族介護者の疲弊、経済状況、家屋内の環境、等々）を反映する係数を含めてはじめて総合的な判断が可能になるとの認識があり、現在のところ既存のデータベースでこのようなパターン予測・モデル構築は困難と考えられている。

しかしながら、3自治体いずれも独自のデータ収集・分析を進めてきており、上記のように家庭の個別の状況を把握するための手段として、地道な作業である「訪問」の継続・積み重ねを重要視していた。

（事業所の状況・ケアプラン・ケアの質の把握の困難）

介護サービスの実際の提供状況は、既存のデータから把握することが難しいとの認識も、今回のインタビュー調査の中で顕著に見られたところであった。実際に投入されたサービスの種別、サービス量、サービス提供機関が把握できたとしても、どのようなクオリティにおいて、利用者・家族がどのような状態の変遷をたどったのかについては把握が追いつかないという。

E. 結論

今後の「エビデンスに基づく地域包括ケアシステムの構築」を視野に入れた時に、今回のインタビュー調査から得られた知見は、以下の3点に集約できる。

第一に、データの活用において個人情報保護の問題が大きく立ちはだかっているということである。役所の中の各課の縦割りの壁は、緊急性の高いケースにおいては解

かれるが、そうでないケース、例えば「予防的介入」を念頭に置いたケースにおいては未だに課題を残している。今後、「予防」と「個人情報の保護」との兼ね合いに、どのような道筋をつけていくかがポイントであると考えられる。

第二に、「サービスの提供量」「提供されたサービスの種別」等のデータに、どのような意味を見出していくべきかが問われている。3自治体いずれも、地域特性を十分に把握したうえで、アセスメントに基づいた「地域ごとのケアシステムのあるべき姿」を立案していかない限り、データの活用はできないとの見解を示していた。入手可能なマクロデータの有用性と限界を認識することも重要であるが、他方で、地域ごとのニーズを把握できるような「データ」が地方自治体によって重視されていることにも留意する必要があるだろう。

第三に、既存のデータは在宅ケアや事業者によるサービスの実態把握を必ずしも可能にしない点が指摘された。インタビュー・データの整理の中で再三示されてきたように、このような点については戸別訪問などのアウトリーチの活動を通じて各自治体が把握に努めているようである。

(参考引用文献)

Lofland, J., Lofland, L. H., 1995, *Analysing Social Settings: a Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont CA, Wadsworth.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究「地域ケア会議等における客観的データの活用に関する調査」
インタビュー調査ガイド

目的：

地域における保健・医療・福祉の実態把握および課題抽出へむけて客観的データを有効に活用する手法を開発するために、地方自治体における現在の取り組み状況や、データ活用の可能性について、現場担当者のインタビュー調査を通して理解する。

回答者

市町村の介護保険課、高齢者福祉課、地域包括ケア担当課等の担当者

I. 地域における保健・医療・福祉の課題把握について

- Q1. 地域における保健・医療・福祉の課題を、どのようなやり方で把握していますか。
- Q2. そのような課題把握について、困難に感じることはありますか。
- Q3. 個別支援のためのケア会議と地域全体の課題を検討する会議との連絡体制はどのようなになっていますか。

II. 客観的データの活用

- Q4. 上記のような課題把握のために何らかの客観データを活用していますか。
- Q5. (活用している場合)データの活用に関して問題点・課題等がありますか。

III. データの項目

- Q6. 具体的にどのようなデータがあると、地域の課題把握に役立つと思いますか。
- Q7. 国保データベース(KDB)の「特定健診・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」「介護保険」等の統計情報の閲覧・利用が出来るようになりましたが、どのように考えていますか。

IV. その他

- Q8. KDB はどの部署が管理・使用していますか？
- Q9. 市町村内のどの範囲の部署まで KDB を使用できますか？

- 1) 国民健康保険担当課
- 2) 介護保険担当課
- 3) 高齢者福祉担当課
- 4) 保健担当課(市町村保健センター含む)
- 5) 市町村民課等個人情報保護担当部門
- 6) その他(例:地域ケア会議の参加者等)

Q10. KDB はどのような目的で使用していますか？

- 1) 市町村の事業年報等の統計作成
- 2) 国民健康保険運営協議会の資料作成
- 3) 市町村議会への説明資料作成
- 4) 市町村特定健診実施計画の基礎資料
- 5) 被保険者からのレセプト開示請求
- 6) 重複受診, 重複投薬の把握
- 7) 健診で要医療とされたにもかかわらず放置している者の把握
- 8) ジェネリック医薬品割合の把握
- 9) 糖尿病等慢性疾患の重症化予防

Q11. KDB 活用にあたって個人情報保護条例等による制約はありますか？

- 1) 制約なく使用している
- 2) 個人情報保護条例による制約がある

Q12. Q11 で 2)と答えられたら, どのような制約ですか？

- 1) 個人情報保護条例のため KDB を業務に使用することがほとんどできない
- 2) 統計や資料作成なら可だが, 個人情報の検索はほとんどできない
- 3) KDB を使って個人情報を検索する場合は個人ごとに事前に審査会等の承認がある
- 4) KDB を使って個人情報を検索する場合も事前に承認を得た目的であればその都度承認は不要
- 5) KDB を使って個人情報を検索する場合も担当者の判断のみで可能だが, 事後報告がある

以上