

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子を録音し、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 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 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 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 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。

<p>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</p>	<p>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。）</p> <p>「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。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</u>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></p> <p><u>地域住民からのボトムアップの動き</u>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。それによって、</p>
--	---

	<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、「<u>緊急連絡先</u>」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>全体像の把握は頻り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>個人情報の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><u>事業所の内部の状況・ケアプランの良し悪し</u>ひいては「<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>
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	<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<u>合意形成</u>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、いつまでたってもの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、予防こそが現在最も注力していかなければいけないところで、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><u>退院後の状況、例えば、在宅なのか転院なのか。在宅でないとするば、その背景には何があるのか</u>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</u>が分かると、支援につながる生きた情報になる。</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付かないという。

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いる
- 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, 事後報告がいる

以上