

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
総括研究報告書

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

研究代表者 福井 小紀子（大阪大学大学院医学系研究科 教授）
研究分担者 飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構 教授）
川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）
埴岡 健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 教授）
藤田 淳子（順天堂大学医療看護学部 准教授）
研究協力者 吉江 悟（東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 特任研究員
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員）
松本 佳子（東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員
埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
赤田 啓伍（株式会社富士通総研 シニアコンサルタント）
久保田健太郎（千葉市保健福祉局在宅医療・介護連携支援センター）

研究要旨

本研究では、在宅医療・介護連携（推進事業）の分野やロジックモデルに明るい研究者及び自治体職員により在宅医療・介護連携の評価枠組み及び評価指標を検討し、暫定的な枠組みを策定した。ロジックモデルのアウトカムとして、最終アウトカムにあたる全体目標に加えて、中間アウトカムとして場面別（日常の療養・急変時の対応・看取り・入退院支援）目標を設定した。アウトカムを測定する指標については、Donabedian モデル（ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標）と上記4つの場面による3×4の次元を設定し、その中核となる「日常の療養」については全体目標を兼ねる形とした。ヘルスケアの評価枠組みとして海外で言及されている Triple aim、Quadruple aim などの考え方を援用し、全体目標には「住民」、「従事者」、「コスト」という3つの次元を設けた。

平成31年度（令和元年度）には、これらの暫定的な枠組み・指標の妥当性・実用性を検証する調査を実施する予定である。

A. 研究目的

Leuts(1999)は、連携のレベルを次の3段階で述べている：第1段階：ニーズがある人を必要なサービスへつなげる「Linkage」、第2段階：計画的な情報共有やケアマネジ

メントがなされている「Coordination」、第3段階：施設の壁を越えて同一の組織のように包括的に活動する「Full integration」。在宅医療・介護連携の質の評価においても、この階層を意識することが重要となる。申

請者らは過去に、Linkage を評価する尺度として「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」(福井, 2014)、Coordination/Full integration を評価する尺度として「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」(藤田, 2015)を開発し、全国の自治体で活用・普及が進みつつある。

一方、野村総合研究所(2017)は、在宅医療・介護連携推進事業の評価指標のイメージとして、ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標に階層化された、いわゆる Donabedian モデルによる分類を示しており、アウトカム指標として、住民の生活満足度、医療・介護従事者の満足度、要介護高齢者の在宅療養率を例示している。前掲の連携に関する評価尺度はいずれもプロセス指標に分類されるが、このように連携の成果に焦点を当てた指標も含めて俯瞰的視野から評価をしていくことが重要となる。

本研究では、以上のような視点やコスト評価までも包含した在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールを開発することを目的とする。このツールは主に市町村担当者が活用することを想定し、できるだけ簡便なものを目指す。なお、評価ツール開発にあたっては、政策評価の枠組みとして広く普及しているロジックモデル(Rossi, 2005)を意識し、他の事業との比較可能性の担保に努める。

Leuts WN. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77(1), 77-110.

福井小紀子. (2014). 在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討. *日本在宅医学会雑誌*, 16(1), 5-11.

藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生学*, 62(6), 1-9.

野村総合研究所. (2017). 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: 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報告書.

Rossi, PH, et al(大島巖他訳). (2005). プログラム評価の理論と方法. 東京: 日本評論社.

B. 研究方法

1. 在宅医療・介護連携の評価枠組みの整理

在宅医療・介護連携推進事業の評価枠組みをロジックモデルに当てはめて整理する。在宅医療・介護連携(推進事業)の分野やロジックモデルに明るい研究者及び自治体職員を研究協力者に迎え、班会議を通じて枠組みの精練を行った。

2. 評価枠組みの妥当性・実用性の検証

作成された評価枠組みを自治体担当者・医療介護職・住民に示し、デルファイ法に準じたプロセスにより、数ラウンドのやり取りを経て項目を精練させていく。各項目が真に在宅医療・介護連携(推進事業)の質を評価しているかどうか(妥当性)自治体の

立場で現実に測定が可能か(実用性)という2側面を重視する。

3. 既存統計情報の市町村別集計の入手可能性の検討

評価枠組みに含まれる評価項目の中には、既存統計を二次利用して活用するものが存在する。厚生労働省が保有する統計情報等の中には、市町村単位で集計されていないものが多く存在するが、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体が市町村である以上、市町村単位で集計を行う必要性は高い。本研究では、初年度の平成30年度には、市町村別集計を入手する際の制約や解決策の検討を開始した。例えば、介護レセプトや要介護認定調査の情報を市町村別に集計することができれば政策的に高い価値があるが、植嶋(2017)によると、介護レセプトの集計に際して市町村名の表章は厚生労働省により制限されていると記されている。2年目の令和元年度には、厚生労働省の担当者や実際に二次利用申請を行った研究機関等へのヒヤリングを行い、自治体担当者が個別にデータ入手のための煩雑な作業の労苦を負わなくてよい体制に向けた検討を重ねる。

植嶋大晃, 高橋秀人, 野口晴子, 川村顕, 松本吉央, 森山葉子, 田宮菜奈子. (2017). 地域包括ケアシステムの評価指標としての在宅期間: 8年間の全国介護レセプトデータによる検討. 厚生労働省の指標, 64(15), 1-11.

(倫理面への配慮)

研究方法の第2項で示したデルファイ法を用いた調査研究について、分担研究者で

ある飯島の所属する東京大学倫理審査専門委員会に審査申請を行い、承認を得た(審査番号: 18-104)。

C. 研究結果 及び D. 考察

1. 在宅医療・介護連携推進事業の評価枠組みの整理

平成30年5~12月に計6回の班会議を実施し、在宅医療・介護連携の評価枠組み及び評価指標の暫定版(図1、図2)を作成した。

(1) 評価枠組みの検討

枠組みの作成にあたっては、ロジックモデルを踏襲しつつ、ロジックモデルにおいて用いられる表現が行政担当者にとって馴染みの薄いものであることに配慮し、input = 投入資源、activity = 取組み内容、output = 目標達成のための要件、中間 outcome = 場面別目標、最終 outcome = 全体目標といった形で日本語中心の表現を付した。

まず、第一段階目の「投入資源」については、投入人員と投入金額により捉えることとした。

続いて二段階目の「取組み内容」は、介護保険法施行規則第140条の62の8に1~8、及び「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2」(厚生労働省老健局老人保健課, 2017)に具体的取組(ア)~(ク)として示されている在宅医療・介護連携推進事業に関する取組み内容と置換が可能なよう、大きく在宅医療・介護従事者対象の取組みと住民対象の取組みに大別したうえで、前者については「協議の場」、「相談支援」、「人

図1. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（暫定版）

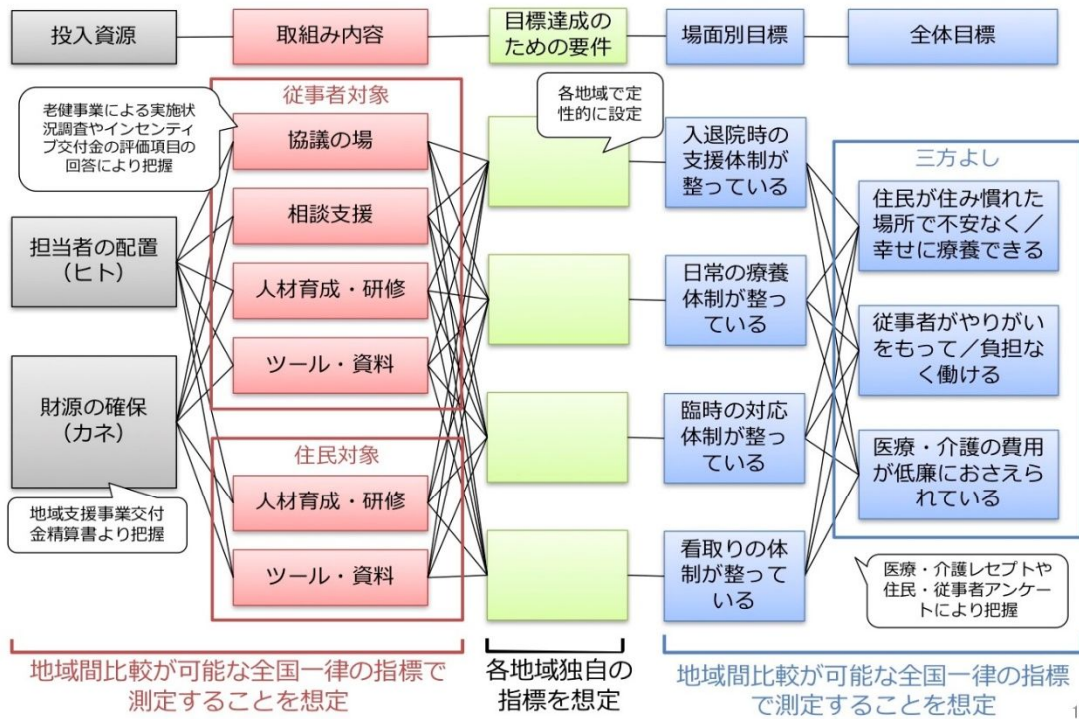


図2. 在宅医療・介護連携の評価指標（暫定版）

場面別目標及び全体目標を評価するための指標（S・P・O別）

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"> 入退院支援加算（医療）を算定している施設数 退院時共同指導料（医療）を算定している施設数 介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数 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 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 歯科医師：歯科訪問診療料（医療）を算定している施設数 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 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 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 訪問介護員：訪問介護（介護）を算定している施設数 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅時医学総合管理料（医療）を算定している施設数 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 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 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
プロセス指標 (P)	<ul style="list-style-type: none"> 「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 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 医療・介護従事者の就業満足度・人生満足度（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） 			
アウトカム指標 (O)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 住民の主観的幸福感（介護予防・日常生活圏域ニーズ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）、人生満足度（カントリルの人生の階梯尺度など） 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 ただし、いずれも重症度の調整が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 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）

* 被保険者の死亡期間については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。
 *** 癌病名から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。

材育成・研修」,「ツール・資料」の4類型、
後者は「人進交付金に係る評価指標」の「在宅医療・介護連携」の項とも一定の整合が保たれるよう構成している。

3段階目の「目標達成のための要件」については、各地域の独自性も許容しつつある程度全国の状況を網羅できる項目群の設定を試みたが、実態が極めて多様であり、かつ発展途上である現状において、これを明文化してしまうことにより、この資料を目にした市町村担当者の思考を、研究班の意図しないところで狭い範囲にとどめてしまう恐れがあると考えたことから、現時点では項目の羅列を避けた。

4段階目の「場面別目標」については、在宅医療・介護連携の場면을大きく4つに分けることとした。まず、中心となる場面は「日常の療養体制」であり、それに加えて、「急変時の対応体制」,「看取りの体制」,「入退院時の支援体制」というやや特化した3つの場面を設定した。なおこの4つの分類は「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」(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)に示されている4つの場面と整合する形となっている。

5段階目の「全体目標」については、「場面別目標」のうち中心に位置付けられる「日常の療養体制」の指標を兼ねることとした。

(2) 「全体目標」と「場面別目標」を測定する指標の検討

「全体目標」と「場面別目標」を評価する指標については、Donabedianモデル(スト

ラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標)と上述の4つの場面(日常の療養・急変時の対応・看取り・入退院支援)による3×4の次元を想定し、それぞれに当てはまる指標を図2のように設定した。

1) 「全体目標」及び「日常の療養体制」

「全体目標」(「日常の療養」に関する「場面別目標」を兼ねる)の指標としては、大きな分類として、「住民」,「従事者」,「コスト」という3つの次元を設けた。この3次元の枠組みは、米国 Institute for Healthcare Improvement や Valentijn, et al. (2016)が提唱する Triple aim (3つの目標) あるいは Bodenheimer, et al. (2014)の提唱する Quadruple aim (4つの目標)の枠組みを採用したものであり、2000年のWHOの報告書においても類似の言及がされていることから、ヘルスケアの評価枠組みとして国際的にも普及したものと言える。なお、学術的な典拠となるものではないが、日本の近江商人においても「三方よし(売り手よし、買い手よし、世間よし)」と言われる枠組みが存在し、今回の枠組みはこれとも通じるところがあると考えられる。

全体目標の指標のうち、「住民」指標については、最重要視されるアウトカム指標の1つとして、在宅医療・介護の提供を受ける住民の Subjective well being (以下、SWB)を測定することとした。Well-being という概念は、WHO 憲章前文における健康の定義においても「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」という形で用いられており、またSWBは「QOLの主観的あるいは心理的側

面」とも指摘される(伊藤ほか, 2003)ことから、住民の健康や QOL の向上を目標とした保健医療福祉政策全般に利用し得る重要指標と考えられる。また、人生の最終段階にある住民に対する医療・ケアを含む在宅医療・介護の分野においては、急性期医療のように 5 年生存率などを指標とすることが難しいことから、SWB のような主観的指標を置くことが特に重要と考えた。

具体的な測定方法としては、総合的社会調査 (General Social Surveys) や内閣府国民生活選好度調査などで用いられている主観的幸福感 (単項目で、0 (とても不幸) ~ 10 (とても幸せ) の 11 段階から回答するもの) 世界価値観調査などで用いられている「全般的な生活満足度」(単項目で、0 (とても不満) ~ 10 (とても満足) の 11 段階から回答するもの) カントリルの人生の階梯尺度 (単項目で、0 (悪い人生) ~ 10 (良い人生) の 11 段階から回答するもの) といったものが国際的によく用いられている。

このうち、主観的幸福感と全般的な生活満足度は両者とも現在の状況を回答するものとなっており同内容を測定しているとの指摘もみられる (Frey & Stutzer, 2002; Frey et al., 2008) ことから、回答者の負担を最小化することを考えると、いずれか一方の測定でも足りると考えた。また、介護保険の認定を受けていない高齢者を対象として全国の市町村で実施されている介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において主観的幸福感が必須項目として測定されている状況が既に存在するため、主に要介護者であると想定される在宅医療・介護を利用する住民を対象として主観的幸福感を測定することにより、状態像の異なる集団を同一指標で比較

できるメリットがあると思われた。

カントリルの人生の階梯尺度は自身の人生を振り返って回答する、いわば人生満足度であることから、前二者(主観的幸福感及び全般的な生活満足感)とは異なる概念と考えられ、独立して測定することに意義があると考えた。

続いて客観的な「住民」指標としては、在宅療養率を設定した。これは、在宅で療養する者の割合を 100%まで上昇させることを目標とする指標ではなく、各地域において在宅医療・介護を受ける住民の療養場所の分布を継時的に示し、あるいは地域間比較が可能な形で示し、地域包括ケア施策の定点観測指標として用いていくことを意図したものである。よって単一時点・単一地域での数値はあまり意味を持たず、各施策の取り組み内容が(中間アウトカムとして)在宅療養率に変化を生じさせる目的で実施される場合等に、一定期間において評価をしていくために用いるものである。療養場所の分類として、大きく「病院」、「介護施設」、「集合住宅」、「自宅」という 4 つの類型を設け、「病院」は各種病床への入院、「介護施設」は介護保険 3 施設への入所、「集合住宅」は認知症グループホーム・介護付き有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅のうち医療・介護レセプトから同定できる集合住宅への入居、「自宅」は前三者以外、といった形で医療・介護レセプトを用いて集計することを想定している。どの類型を「在宅」として定義するかはあらかじめ指定することはせず、4 つのタイプの分布の変化の過程を確認できることが重要と考えている。なお、在宅療養率をアウトカム指標の 1 つとして提示しているが、測定

内容自体は提供される医療・介護の影響を大きく受けるものであり、プロセス指標として整理することも可能である。

続いて「従事者」指標については、まず主観的な指標として、前掲の Bodenheimer, et al. (2014)による「ケアチームの well-being」を重視する枠組みを採用し、在宅医療・介護従事者の Quality of Working Life (QWL) を反映する指標として、就業満足度や、住民指標と同様の主観的幸福感・人生満足度を測定することとした。またそれに加えて、在宅医療・介護という領域の特性を踏まえた指標として、医療職と介護職の間にヒエラルキーがなく介護職が医療職に対して遠慮なく相談等をできることがチームとして良い(well-being)状態と考え、「介護職が医療職に相談したり話をするのは敷居が高い」という先行調査(未発表)で用いられた項目を暫定的に設定した。

次に、客観的な「従事者」指標としては、医療・介護レセプトを用いて、在宅医療や在宅介護に関するサービスが提供されている人数・回数(プロセス指標) それらを提供している機関数(ストラクチャー指標)を集計することとした。前掲の在宅療養率と同様、これらの指標も「多ければ多いほど良い」という価値観に基づくものではなく、各地域における在宅医療・介護サービスの提供実態を継時的に示し、あるいは地域間比較が可能な形で示し、地域包括ケア施策の定点観測指標として用いていくことを意図したものである。各地域で取組みを継続しながら、過不足のないサービス提供体制を検討する資料として用いることになる。

3つ目の「コスト」指標については、医療・介護レセプトのデータを利用することによ

り、住民1人あたりの医療・介護費を算出し、指標として用いることとした。

2)「急変時の対応」

「急変時の対応」に関する指標としては、臨時の往診や訪問看護や、必要があれば救急搬送といった既存の体制が適切に機能することが重要である一方、それらの貴重な資源が必要以上に消費されることのないよう不要不急の呼び出しが最小化されていることも重要である。そこで本研究では、Bardsley, et al. (2013)の研究などで用いられている Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs) という概念を用いて、ACSCsの状態にある住民を定義し、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs 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して、これらをアウトカム指標として設定した。同様に、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs 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し、これらもアウトカム指標とした。これらの指標はすべて医療・介護レセプトにより集計することができる。(なおこの指標の限界点として、ACSCsは医療レセプトの傷病名情報から定義を行うことになるため、各該当傷病の重症度までは加味することができないという点があげられる。理想的には重症度を調整した指標化が求められるが、今後の課題である。)

また、プロセス指標・ストラクチャー指標としては、在宅時医学総合管理料、往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算、緊急

時訪問看護加算及び夜間・早朝加算、深夜加算（介護保険）訪問看護療養費の24時間対応体制加算及び夜間早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算が算定されている人数・回数（プロセス指標）それらを提供している機関数（ストラクチャー指標）を集計することとした。

3) 「看取り」

「看取り」に関する指標は、「日常の療養」に関する指標群について、集計対象を在宅医療・介護サービス利用者全体ではなく死亡日からさかのぼって6ヶ月以内の者に限定することにより指標として用いることとした。死亡前6ヶ月以内の住民における指標の分布と、「日常の療養」で集計した指標の分布を群間比較することにより、終末期の者において在宅療養率が変化するかしないのか等の確認が可能となる。なお、死亡日に関する情報は、医療・介護レセプトのデータファイルそのものには含まれていないものの、医療保険・介護保険の被保険者台帳の情報を入手することにより、被保険者資格喪失年月日及び資格喪失事由の情報をを用いて特定することができる。また、本研究ではいったん死亡日から6ヶ月以内という定義をしたが、12ヶ月以内、3ヶ月以内などの定義をすることも可能であり、これは実際の集計値を見ながら適切な期間設定を検討していくことになる。

以上のほか、看取り期に算定されるレセプト点数である在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、在宅がん医療総合診療料、訪問看護のターミナルケア加算（介護保険）訪問看護療養費における訪問看護ターミナルケア療養費が算定されている人

数・回数（プロセス指標）それらを算定している機関数（ストラクチャー指標）を集計し、指標として用いることも可能である。ただし、これらはすべての終末期患者に対して算定される点数ではないことを理解して数値を解釈する必要がある。（前述した被保険者台帳情報に基づく死亡の事実は100%に近い悉皆性の高い情報である）。

4) 「入退院支援」

「入退院支援」に関する指標としては、退院後の再入院率が低いことをもって良質な管理がされていると解釈し、アウトカム指標として設定することを検討したが、医療・介護レセプト情報を用いて再入院を定義する場合に、救急搬送による入院のみを対象とするのか（救急でなくても予定外の入院が存在すると考えられる）当初より予定されていた再入院（当初から2度にわたる入院を通じて治療計画が立てられている場合など）をいかに除外するかなど明確にすべき論点が多く、適切な指標化が困難と考えられた。そのため、「入退院支援」におけるアウトカム指標は、暫定的に「急変時の対応」に関する指標によって代用することとした。

プロセス指標・ストラクチャー指標については、入退院支援加算、退院時共同指導料、介護支援等連携指導料が算定されている人数・回数（プロセス指標）それらを算定している機関数（ストラクチャー指標）を集計し、指標として用いることも可能である。ただし、これらの点数を算定していなくても電話等により質の高い連携をはかっている場合があると想定されること、逆に算定をしても形式的な実施にとどまる場

合もあると想定されることから、これらの点数を指標として利用する際には、数値の解釈を慎重に行う必要がある。

2. 評価枠組みの妥当性・実用性の検証

1. の枠組み整理の結果を受けて、デルファイ法に準じたプロセスを踏むための調査票を作成し、研究倫理審査承認を得た。これに基づき、平成 31 年度（令和元年度）にこの調査を実施し、妥当性・実用性の検討を行う予定である。

3. 既存統計情報の市町村別集計の入手可能性の検討

「全体目標」と「場面別目標」を測定する指標を検討する作業と同時並行して、そこで用いる指標を、できる限り全国一律に（比較可能性を保って）、市町村単位（在宅医療・介護連携推進事業の実施単位）で、関係者（主に住民、医療・介護従事者、市町村職員）の手間をかけずに実現する方法を検討した。データの収集方法としては、大きく医療・介護レセプト等の既存情報を二次利用する方法と、アンケート調査等を実施して新規に情報収集を行う方法の 2 通りが想定されるが、本研究では、基本方針としてまずは前者の可能性を追求し、どうしても実現できない場合にのみ後者の方法で情報収集をすることとした。

結果、図 2 に示した指標群のうち青色・赤色で示したごく少数の項目のみ、住民や在宅医療・介護従事者を対象としたアンケート調査により直接認識を問う必要があるものの、それ以外については医療・介護レセプト情報を市町村別で処理することにより、指標集計が可能となると考えられた。

医療・介護レセプトの情報が収載された既存のデータベース（DB）としては、表 1 に示したようなものが存在する。しかしながら、いずれの DB も欠点（特定のデータの欠損など）があり、図 2 に示した指標の集計を一括して行うには課題が残る。もともと国民健康保険連合会や社会保険診療報酬支払基金が保険報酬の支払いのために管理しているデータそのもの（医療レセプトにおいてはレセプト電算処理システムの記録条件仕様等に定められたもの、介護レセプトにおいてはインターフェース仕様書等に定められたもの）と被保険者台帳の情報を利用すれば図 2 の指標はすべて集計できることから、今後の方向性としては、KDB など既存の DB の仕様を改修して活用していく、上述した国民健康保険連合会・社会保険診療報酬支払基金が管理するデータそのものを利用することとし、欠損のある DB は用いない、という 2 つの流れを念頭に置きつつ、いずれの道筋を辿る方が関係者（住民、医療・介護従事者、市町村職員、都道府県職員、厚生労働省職員、研究者など）の手間の総量が小さく済むか、という観点からデータ入手の方策を継続的に検討していくことになる。なお、いずれの道筋を辿る場合においても、データ処理等の業務に専門性を有しない市町村職員が個別にデータ入手やデータ処理の手間を負うことは非効率的であり望ましくない。厚生労働省や都道府県といった広域行政が研究機関等とも調整を行ったうえでデータ処理方針をとりまとめ、一括して処理を行った後、市町村別の集計値を市町村に対して（市町村間比較が可能な形式で）配布していくことが望まれる。表 1. 既存の医療・介護レセプト DB

情報源	特徴
NDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほぼすべての保険者のレセプトが網羅されている ・ 現仕様では市町村別集計は不可能（被用者保険レセプトなどでは被保険者住所が特定できない） ・ 匿名化されており他データとの接合不可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない
介護DB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 匿名化されており他データとの接合不可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない
NDB と 介護DB を 紐付けた DB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在厚生労働省で作業が進められており将来的には実現される予定 ・ 匿名化されており他データとの接合不可
KDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険のみ ・ 匿名化されておらず他データと紐付け可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない ・ レセプトデータから加工集計された DB であり、特に介護レセプトについては、サービス項目コード、算定回数などの情報列が存在しない

TripleAim/Pages/default.aspx(2019.3 アクセス)

Valentijn, P., P., Biermann, C., & Bruijnzeels, M., A. (2016) Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. BMC Health Services Research, 16:330

Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med, 12(6), 573-576.

WHO. (2002) The world health report 2000 Health systems: improving performance.

伊藤裕子, 相良順子, 池田政子, 川浦康至. (2003). 主観的幸福感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究, 74(3), 276-281.

Frey, B.S. & Stutzer, A. (2002). Happiness and Economics: How the Economy and Institutions Affect Well-being, Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Frey, B.S., Stutzer, A., Benz, M., Meier, S., Luechinger, S., & Benesch, C. (2008), Happiness: A Revolution in Economics, Cambridge, Mass.: MIT Press.

Bardsley, M., Blunt, I., Davies, S., & Dixon, J., (2013). Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. BMJ Open, e002007.

Institute for Healthcare Improvement. The IHI Triple Aim. URL: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/>

E. 結論

本研究を通じ、在宅医療・介護連携の評価枠組み及び評価指標を暫定的に設定した。平成 31 年度（令和元年度）は、引き続きこの枠組みの妥当性・実用性を検証していく。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

吉江悟, (2019.3). 厚生労働省委託 平成 30 年度在宅医療・介護連携推進支援事業データ分析研修会（実施団体：日本能率協会総合研究所）. 指標について

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし